جامعة البليدة 2

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم العلوم الاجتماعية

مذكرة ماجستير

التخصص: علم النفس العيادي

فعالية برنامج علاجي لعلاج التبول اللاإرادي الليلي ومصاحباته النفسية لدى الأطفال من منظور انتقائي إدماجي

من طرف

خديجة حداش

أمام اللجنة المشكلة من

أحمد فاضلي	أستاذ محاضر (أ) جامعة البليدة 2	رئيسا
عبد العزيز حدار	أستاذ التعليم العالي، جامعة البليدة 2	مشرفا ومقررا
فتيحة كركوش	أستاذ محاضر (أ) جامعة البليدة 2	عضوا مناقشا
سمير بن لكحل	أستاذ محاضر (أ) جامعة المدية	عضوا مناقشا

البليدة، جويلية 2014

ملخص

هدفت هذه الدراسة للتعرف على فعالية برنامج علاجي لعلاج التبول اللاإرادي الليلي الأولي ومصاحباته النفسية (القلق ومفهوم الذات) لدى أطفال المرحلة المتأخرة من منظور انتقائي إدماجي، ولتحقيق أهداف الدراسة تم بناء البرنامج العلاجي وفق التناول الانتقائي الإدماجي (التوفيقي التكاملي) حيث تم استخدام المنهج التجريبي من نوع تصميم المجموعة الواحدة ومنهج دراسة الحالة، ولبحث ذلك جاءت تساؤلات الدراسة التالية:

1- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي عدد الليالي المبللة لدى الأطفال المتبولين للقياس القبلي وللقياس البعدي؟
2- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القلق لدى الأطفال المتبولين للقياس القبلي وللقياس البعدي؟
3- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات مفهوم الذات لدى الأطفال المتبولين للقياس القبلي وللقياس البعدي؟
4- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي عدد الليالي المبللة لدى الأطفال المتبولين للقياس البعدي وللقياس التتبعي؟
5- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القلق لدى الأطفال المتبولين للقياس البعدي وللقياس التتبعي؟
6- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات مفهوم الذات لدى الأطفال المتبولين للقياس البعدي وللقياس التتبعي؟

وقد اشتملت عينة الدراسة التجريبية على 10 أطفال يعانون من التبول اللاإرادي الليلي الأولي (6 ذكور و4 إناث)، قامت الباحثة بتطبيق البرنامج عليهم لمدة شهرين، والذي تبدأ جلساته بملأ استمارة

التبول اللاإرادي والقياس القبلي لمتغيرات الدراسة (تطبيق مقياس القلق ومقياس مفهوم الذات للأطفال) وبعدها الجلسات العلاجية وتنتهي بالقياس البعدي لمتغيرات الدراسة، ثم القياس التتبعي بعد شهر.

وباعتمادنا على المؤشرات الإحصائية: المتوسط الحسابي- الانحراف المعياري - اختبار"ت" لعينتين متشابهتين توصلنا إلى النتائج التالية:

1- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي عدد الليالي المبللة لدى الأطفال المتبولين للقياس القبلي وللقياس البعدي وذلك لصالح القياس البعدي.
2- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات القلق لدى الأطفال المتبولين للقياس القبلي وللقياس البعدي وذلك لصالح القياس البعدي.
3- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات مفهوم الذات لدى الأطفال المتبولين للقياس القبلي وللقياس البعدي وذلك لصالح القياس البعدي.
4- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي عدد الليالي المبللة لدى الأطفال المتبولين للقياس البعدي وللقياس التتبعي.
5- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات القلق لدى الأطفال المتبولين للقياس البعدي وللقياس التتبعي.
6- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات مفهوم الذات لدى الأطفال المتبولين للقياس البعدي وللقياس التتبعي.

وأهم نتيجة توصلت إليها الدراسة هو الأثر الايجابي للبرنامج العلاجي الذي يرجع لتعدد الفنيات العلاجية التي تم استخدامها في البرنامج الحالي في ظل منظومة علاجية متكاملة ومترابطة.

Résumé

Cette étude visait à identifier l'efficacité du programme thérapeutique pour thérapie l'énurésie nocturne primaire et ses comorbides (l'anxiété et le concept de soi) chez les enfants dans l'étape tardive selon l'approche éclectique intégrative, pour atteindre les objectifs ; l'étude a été construite dans le programme thérapeutique selon son approche thérapeutique de sélection inclus (compromis d'intégration) où était l'utilisation de la méthode expérimentale de conception de type de groupe, et l'étude de cas, et pour cherché tout ca il est venu des questions des l'étude suivante:

1- Y at-il des différences statistiquement significatives entre les moyennes de nombre de nuits humides chez les enfants énurétiques de mesure tribal et de la mesure dimensionnelle ?
2- Y at-il des différences statistiquement significatives entre les scores moyennes d'anxiété chez les enfants énurétiques de mesure tribal et de la mesure dimensionnelle ?
3- Y at-il des différences statistiquement significatives entre les scores moyennes de concept de soi chez les enfants énurétiques de mesure tribal et de la mesure dimensionnelle ?

4- Y at-il des différences statistiquement significatives entre les moyennes de nombre de nuits humides chez les enfants énurétiques de mesure dimensionnelle et de la mesure itérative ?
5- Y at-il des différences statistiquement significatives entre les scores moyennes d'anxiété chez les enfants énurétiques de mesure dimensionnelle et de la mesure itérative ?
6- Y at-il des différences statistiquement significatives entre les scores moyennes de concept de soi chez les enfants énurétiques de mesure dimensionnelle et de la mesure itérative ?

L'échantillon comprenait une étude pilote sur 10 enfants souffrant d'énurésie nocturne primaire (6 garçons et 4 filles), la chercheur les a appliqué le programme pendant deux mois, quand commence sa séance de remplissage le formulaire d'énurésie et mesure tribales des variables de l'étude (l'application de l'échelle de l'anxiété et l'échelle de concept de soi) et après des séances de thérapie qui se terminent par la mesure dimensionnelles des variables de l'étude, puis la mesure itérative après un mois.

En adoptant les indicateurs statistiques : SMA- l'écart type - test "T"pour les deux échantillons sont semblables nous sommes arrivés aux conclusions suivantes :

1- Il existe des différences statistiquement significatives entre les moyennes de nombre de nuits humides chez les enfants énurétiques de mesure tribal et de la mesure dimensionnelle pour le bénéfice de la mesure dimensionnelle.
2- Il existe des différences statistiquement significatives entre les scores moyennes d'anxiété chez les enfants énurétiques de mesure tribal et de la mesure dimensionnelle pour le bénéfice de la mesure dimensionnelle.

3- Il existe des différences statistiquement significatives entre les scores moyennes de concept de soi chez les enfants énurétiques de mesure tribal et de la mesure dimensionnelle pour le bénéfice de la mesure dimensionnelle.
4- Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les moyennes de nombre de nuits humides chez les enfants énurétiques de mesure dimensionnelle et de la mesure itérative.
5- Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les scores moyennes d'anxiété chez les enfants énurétiques de mesure dimensionnelle et de la mesure itérative.
6- Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les scores moyennes de concept de soi chez les enfants énurétiques de mesure dimensionnelle et de la mesure itérative.

Le plus important résulta de l'étude est l'effet positif d'un programme thérapeutique qui ont été utilisées dans le programme en cours, dans un système thérapeutique intégrée et interdépendants.

شكر

أتقدم بجزيل الشكر والتقدير والامتنان إلى الأستاذ المشرف "حدار عبد العزيز" الذي ساعدني بنصائحه وتوجيهاته القيمة والمفيدة والتي كان لها الفضل في إنجاز هذا البحث.

كما أتوجه بشكري إلى جميع الأساتذة الذين ساعدوني وأخص بالذكر الأستاذ "فاضلي أحمد" على توجيهاته ونصائحه.

وألف شكر لتلاميذ عينة الدراسة الذين شاركوا في هذا البحث

وأتقدم بأسمى عبارات الشكر والامتنان والعرفان إلى الوالدين الكريمين وعائلتي الكريمة التي شجعتني طيلة إنجازي لهذا العمل

إلى كل من مد لي يد العون من بعيد أو من قريب لانجاز هذا العمل

إلى كل هؤلاء الشكر والاحترام

الفهرس

ملخص

شكر

قائمة الجداول والأشكال

الفهرس

مقدمة..... 18
1. الخلفية النظرية لإشكالية البحث..... 20
1.1. الدراسات السابقة..... 20
1.1.1.الدراسات التي اهتمت بمشكل التبول اللاإرادي الليلي..... 20
2.1.1.الدراسات التي اهتمت بتصميم برامج لعلاج التبول اللاإرادي الليلي..... 22
3.1.1.دراسات استخدمت الاتجاه الانتقائي لمعالجة المشكلات..... 29
4.1.1.التعقيب على الدراسات السابقة..... 30
2.1.الإشكالية..... 32
3.1.صياغة الفرضيات..... 36
4.1.تحديد المفاهيم..... 38
5.1.أهمية البحث..... 40
6.1.أهداف البحث..... 41
2. التبول اللاإرادي الليلي..... 42
1.2.الجهاز البولي في الإنسان..... 42

2.2.تعريف التبول اللاإرادي..... 45
3.2.أشكال التبول اللاإرادي وشيوع كل شكل..... 46
4.2.نسبة حدوث التبول اللاإرادي الليلي..... 48
5.2.مصاحبات عملية التبول اللاإرادي الليلي وشخصية الطفل المتبول لا إراديا..... 48
6.2.أسباب التبول اللاإرادي الليلي..... 50
7.2.علاج التبول اللاإرادي الليلي..... 56
ملخص الفصل..... 57
3. الطفولة المتأخرة..... 62
1.3.تعريف الطفولة المتأخرة..... 62
2.3.مظاهر النمو في الطفولة المتأخرة..... 63
1.2.3.النمو الجسمي والفزيولوجي..... 63
2.2.3.النمو الحركي والحسي..... 64
3.2.3.النمو العقلي واللغوي..... 65
4.2.3.النمو الانفعالي والاجتماعي..... 66
5.2.3.النمو الجنسي 67
6.2.3.النمو الديني..... 68
3.3.مشكلات النمو عند الأطفال..... 68
ملخص الفصل..... 69
4. البرامج العلاجية..... 71
1.4.تعريف البرامج العلاجية..... 71
2.4.طبيعة بناء البرامج العلاجية..... 72
3.4.خصائص البرامج العلاجية..... 72
4.4.أهداف البرامج العلاجية..... 75
5.4.أسس البرامج العلاجية..... 76
6.4.خطوات بناء البرامج العلاجية..... 76
7.4.المتطلبات الأساسية في بناء البرامج العلاجية..... 77
ملخص الفصل..... 78
5. العلاج النفسي الانتقائي الإدماجي..... 81

1.5.الانتقائية في السياق التاريخي..... 81
2.5.العلاج الانتقائي الإدماجي..... 82
3.5.المبادئ والمفاهيم الأساسية للعلاج الانتقائي الإدماجي..... 86
4.5.أهداف العلاج الانتقائي الإدماجي..... 90
5.5.مراحل العملية العلاجية في الاتجاه الانتقائي الإدماجي..... 91
6.5.الفنيات العلاجية المستخدمة في العلاج الانتقائي الإدماجي..... 92
ملخص الفصل..... 93
6. الإطار المنهجي للبحث..... 95
1.6.منهج الدراسة..... 95
2.6.أدوات الدراسة..... 96
3.6.البرنامج العلاجي..... 97
1.3.6.أهداف البرنامج العلاجي..... 97
2.3.6.وحدات البرنامج العلاجي..... 98
3.3.6.مراحل البرنامج العلاجي..... 99
4.3.6.عدد الجلسات ونوعها ومعدلها في الأسبوع..... 100
5.3.6.الاستراتيجيات والتقنيات..... 100
6.3.6.طريقة تطبيق الدراسة..... 101
7.3.6.تحكيم البرنامج..... 102
4.6.الدراسة الاستطلاعية..... 104
1.4.6.الخصائص السيكومترية للمقاييس..... 104
1.1.4.6.مقياس مفهوم الذات لعز الدين الأشول (1984)..... 105
2.1.4.6.مقياس القلق للأطفال لرينولد و ريشموند (1978)..... 109
2.4.6.التجربة الاستطلاعية للبرنامج العلاجي..... 114
1.2.4.6.عينة التجربة الاستطلاعية..... 115
2.2.4.6.خلاصة التجربة الاستطلاعية..... 116
5.6.التجربة الأساسية للبرنامج العلاجي..... 117
1.5.6.عينة الدراسة..... 117
2.5.6.الإطار الزمني والمكاني للتجربة..... 118

6.6.أدوات تحليل البيانات..... 119
ملخص الفصل..... 120
7. عرض وتحليل النتائج ومناقشتها..... 121
1.7.عرض وتحليل نتائج الفرضية العامة الأولى ومناقشتها..... 121
2.7.عرض وتحليل نتائج الفرضية العامة الثانية ومناقشتها 125
1.2.7.عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الأولى ومناقشتها..... 130
2.2.7.عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الثانية ومناقشتها..... 131
3.2.7.عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الثالثة ومناقشتها..... 133
3.7.عرض وتحليل نتائج الفرضية العامة الثالثة ومناقشتها..... 135
4.7.عرض وتحليل نتائج الفرضية العامة الرابعة ومناقشتها..... 138
5.7.عرض وتحليل نتائج الفرضية العامة الخامسة ومناقشتها..... 139
1.5.7.عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الرابعة ومناقشتها..... 141
2.5.7.عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الخامسة ومناقشتها..... 143
3.5.7.عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية السادسة ومناقشتها..... 145
6.7.عرض وتحليل نتائج الفرضية العامة السادسة ومناقشتها..... 147
8. عرض الحالات الإكلنيكية..... 150
1.8.الحالة الأولى..... 150
2.8.الحالة الثانية..... 152
3.8.الحالة الثالثة..... 153
4.8.الحالة الرابعة..... 154
5.8.الحالة الخامسة..... 156
6.8.الحالة السادسة..... 157
7.8.الحالة السابعة..... 158
8.8.الحالة الثامنة..... 159
9.8.الحالة التاسعة..... 161
10.8.الحالة العاشرة..... 162
9. الاستنتاج العام..... 164
الخاتمة..... 166

الملاحق..... 169
قائمة المراجع..... 257

الملاحق

الرقم		الصفحة
01	البرنامج العلاجي في صورته النهائية	169
02	استمارة التبول اللاإرادي لخير الدين زراد	191
03	اليومية الشمسية من إعداد الباحثة	197
04	مقياس القلق للأطفال في صورته النهائية	198
05	مقياس مفهوم الذات للأطفال لعز الدين الأشول	200
06	جدول تقنية الضبط الذاتي	205
07	جدول تقنية العمود الثلاثي	206
08	النشاط اللعبي التربوي	207
09	النشاط القصصي	211
10	النشاط المسرحي	215
11	استمارة تحكيم البرنامج العلاجي	221
12	قائمة أسماء الأساتذة المحكمين للبرنامج العلاجي	232
13	ملاحظات الأساتذة المحكمين	233
14	استمارة تحكيم ترجمة مقياس القلق للأطفال	241
15	قائمة الأساتذة المحكمين لترجمة مقياس القلق للأطفال	247
16	التحليلات الإحصائية بواسطة spss	248

قائمة الجداول

الرقم		الصفحة
01	تطور حجم المثانة بدلالة النمو	51
02	الفرق في تركيب عدة أنواع من الماء المباع في المحلات التجارية الأجنبية	54
03	الفرق في تركيب عدة أنواع من الماء المباع في المحلات التجارية الجزائرية	55
04	وحدات البرنامج العلاجي	98
05	مراحل البرنامج العلاجي	99
06	النسب المئوية لمعايير صدق البرنامج العلاجي	102
07	النسب المئوية لاتفاق المحكمين حول كل جلسة	103
08	دلالة الفروق بين متوسطات المجموعتين الطرفيتين لأفراد العينة الاستطلاعية	107
09	تجانس درجات نصفي المقياس	107
10	معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية (سبيرمان - براون)	108
11	معامل ثبات ألفا كرونباخ للمقياس	108
12	دلالة الفروق بين متوسطات المجموعتين الطرفيتين لأفراد العينة الاستطلاعية	110
13	معاملات الارتباط بين أبعاد المقياس و بين الأبعاد و الدرجة الكلية للمقياس	111
14	معاملات الارتباط بين كل عبارة و الدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه	112
15	تجانس درجات نصفي المقياس	113
16	معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية (سبيرمان - براون)	113
17	معامل ثبات ألفا لكرونباخ للأبعاد و الدرجة الكلية	114
18	خصائص عينة التجربة الاستطلاعية	115

19 خصائص عينة البحث 118
20 لفروق بين متوسطات القياس القبلي والبعدي لعدد الليالي المبللة لدى الأطفال المتبولين 122
21 الفروق بين متوسطات القياس القبلي والبعدي لدرجات القلق للأطفال المتبولين 125
22 الفروق بين متوسطات القياس القبلي والبعدي لدرجات القلق في البعد الأول للأطفال المتبولين 130
23 الفروق بين متوسطات القياس القبلي والبعدي لدرجات القلق في البعد الثاني للأطفال المتبولين 132
24 الفروق بين متوسطات القياس القبلي والبعدي لدرجات القلق في البعد الثالث للأطفال المتبولين 134
25 الفروق بين متوسطات القياس القبلي والبعدي لدرجات مفهوم الذات للأطفال المتبولين 136
26 الفروق بين متوسطات القياس البعدي والتتبعي لعدد الليالي المبللة لدى الأطفال المتبولين 138
27 الفروق بين متوسطات القياس البعدي والتتبعي لدرجات القلق للأطفال المتبولين 140
28 الفروق بين متوسطات القياس البعدي والتتبعي لدرجات القلق في البعد الأول للأطفال المتبولين 142
29 الفروق بين متوسطات القياس البعدي والتتبعي لدرجات القلق في البعد الثاني للأطفال المتبولون 144
30 الفروق بين متوسطات القياس البعدي والتتبعي لدرجات القلق في البعد الثالث للأطفال المتبولين 146
31 الفروق بين متوسطات القياس البعدي والتتبعي لدرجات مفهوم الذات للأطفال المتبولين 148
32 درجات الحالة الأولى في القياس القبلي والبعدي والتتبعي من تطبيق البرنامج 151
33 درجات الحالة الثانية في القياس القبلي والبعدي والتتبعي من تطبيق البرنامج 152
34 درجات الحالة الثالثة في القياس القبلي والبعدي والتتبعي من تطبيق البرنامج 153
35 درجات الحالة الرابعة في القياس القبلي والبعدي والتتبعي من تطبيق البرنامج 155
36 درجات الحالة الخامسة في القياس القبلي والبعدي والتتبعي من تطبيق البرنامج 156
37 درجات الحالة السادسة في القياس القبلي والبعدي والتتبعي من تطبيق البرنامج 157
38 درجات الحالة السابعة في القياس القبلي والبعدي والتتبعي من تطبيق البرنامج 159
39 درجات الحالة الثامنة في القياس القبلي والبعدي والتتبعي من تطبيق البرنامج 160

40 درجات الحالة التاسعة في القياس القبلي والبعدي والتتبعي من تطبيق البرنامج 161
41 درجات الحالة العاشرة في القياس القبلي والبعدي والتتبعي من تطبيق البرنامج 162

قائمة الأشكال

الرقم		الصفحة
01	الجهاز البولي في الإنسان	44
02	وظائف الأعضاء في سلس البول الليلي	52
03	مخطط الجلسات والقياسات في البرنامج	101
04	الفروق بين متوسطي عدد الليالي المبللة للقياس القبلي والبعدي	123
05	الفروق بين متوسطي درجات القلق للقياس القبلي والبعدي	126
06	الفروق بين متوسطي درجات القلق في البعد الأول للقياس القبلي والبعدي	131
07	الفروق بين متوسطي درجات القلق في البعد الثاني للقياس القبلي والبعدي	133
08	الفروق بين متوسطي درجات القلق في البعد الثالث للقياس القبلي والبعدي	135
09	الفروق بين متوسطي درجات مفهوم الذات للقياس القبلي والبعدي	137
10	الفروق بين متوسطي عدد الليالي المبللة للقياس البعدي والتتبعي	139
11	الفروق بين متوسطي درجات القلق للقياس البعدي والتتبعي	141
12	الفروق بين متوسطي درجات القلق في البعد الأول للقياس البعدي والتتبعي	143
13	الفروق بين متوسطي درجات القلق في البعد الثاني للقياس البعدي والتتبعي	145
14	الفروق بين متوسطي درجات القلق في البعد الثالث للقياس البعدي والتتبعي	147
15	الفروق بين متوسطي درجات مفهوم الذات للقياس البعدي والتتبعي	149

مقدمة

يعد الاهتمام بالطفولة من أهم المعايير التي يقاس بها تقدم المجتمع وتطوره، فهذا الاهتمام هو في الواقع اهتمام بمستقبل الأمة، فإعداد الأطفال ورعايتهم في كافة الجوانب هو إعداد لمواجهة التحديات الحضارية التي تفرضها مقتضيات التطور والتغير السريع الذي نعيشه اليوم.

فمرحلة الطفولة بما لها من أهمية من حيث الخصائص، والمعدلات النمائية في حياتنا تستوجب ألا يكون الطفل خلالها عرضة لاضطرابات عنيفة تزلزل أساس شخصيته في المراحل النمائية المتتالية فيما بعد، ولابد أن نضمن له مناخا هادئا مستقرا يسوده الهدوء والاستقرار النفسي، وهنا تشير فيوليت فؤاد ابراهيم " بأن هناك إجماعا بين علماء النفس والتربية على أن الخبرات الاجتماعية، والعلاقات الباكرة التي تتوفر للطفل في الأسرة خاصة في السنوات الأولى من حياته، تقوم بدور هام في تشكيل سلوكه، وتكوين شخصيته، وتوافقه، وصحته النفسية بوجه عام" [1]، ص53.

وحيث أن مرحلة الطفولة تعد فترة حساسة أكثر من أية مرحلة عمرية أخرى، فإن الطفل يكون فيها أكثر عرضة واستهدافا لنمو أشكال من السلوك الدال على سوء التوافق النفسي [2]، ص 3-4.

ويوجه الطفل اليوم في العالم المعاصر العديد من الاضطرابات والمشكلات النفسية كغيره في المراحل النمائية الأخرى، ومن أكثر الاضطرابات السلوكية شيوعا لدى الأطفال نجد التبول اللاإرادي وهو من اضطرابات الإخراج.

حيث يولد الطفل غير متحكم في عملية الإفراز البولي إذ يكرر التبول في الفراش أثناء النوم أو يبلل ملابسه خلال النهار أو الحالتين معا، ويتجلى دور الوالدين في فرض طريقة أو طرق معينة لتدريب ابنهم على اكتساب سلوكات النظافة، فيشيران يوميا وبإلحاح إلى متى وأين يليق أن يتبول.

ويشكل التدريب على اكتساب النظافة عرض قاعدي وعالمي وهدف أساسي للتنشئة الاجتماعية (Whiting et child,1953) وتنجح مختلف المجتمعات والثقافات في تدريب أبنائها الجدد بنسبة تتراوح بين 80% إلى 90% من الحالات وفي الوقت المحدد للعملية، وعليه تشكل نسبة مابين 10% إلى 15% من المضطربين سلوكيا يجب التكفل بهم ومساعدتهم على التخلص من السلوك المشكل [3]، ص1.

ويظهر وجوب الإسراع في علاج التبول اللاإرادي الليلي في كون هذا الأخير عاملا في تدني تقدير ذات المتبول الشيء الذي يهدد الصحة النفسية والتوافق الاجتماعي والنفسي للفرد كلما تقدم في السن، إذ تؤكد دراسة Hinde ورفقائه أن المتبول يبدي انخفاض أكثر في تقدير الذات من الطفل الذي يعاني من مرض مزمن [4].

وتسعى الدراسة الحالية إلى بناء برنامج علاجي لعلاج التبول اللاإرادي الليلي ومصاحباته النفسية (خفض القلق وتحسين مفهوم الذات) لدى أطفال المرحلة المتأخرة من منظور انتقائي إدماجي، وخاصة أن هذا التدخل يعد من أحدث التدخلات العلاجية المستخدمة في علاج الاضطرابات النفسية بوجه عام والتبول اللاإرادي الليلي لدى الأطفال ومصاحباته النفسية بشكل خاص.

ولتحقيق أهداف هذه الدراسة حاولت الباحثة عرض دراستها في جانبين، جانب نظري حمل في جعبته خمسة فصول: الفصل الأول تمهيدي بعنوان الخلفية النظرية لإشكالية البحث يتطرق لإشكالية البحث وتساؤلاتها وعرض لأهمية وأهداف البحث الحالي وتحديد للمفاهيم المعتمدة في الدراسة نظريا وإجرائيا، وسرد الدراسات السابقة التي وقعت يد الباحث عليها بغرض وضع الاقتراحات والفروض المؤقتة لاختبارها. والفصول الأخرى هي: التبول اللاإرادي الليلي – الطفولة المتأخرة – البرامج العلاجية – وفصل العلاج الانتقائي الإدماجي وهو يمثل الصياغة النظرية لاتجاه الباحثة في الدراسة الحالية.

أما الجانب التطبيقي فقد احتوى على ثلاثة فصول: فصل خصص للإطار المنهجي للبحث وفصل لعرض وتحليل النتائج ومناقشتها والأخير لعرض الحالات الإكلنيكية.

وفي الأخير ومن خلال زبدة البحث المتمثلة في نتائجه، تم استخلاص جملة من الاقتراحات التي ارتأيناها مناسبة.

الفصل 1

الخلفية النظرية لإشكالية البحث

ينطلق البحث الحالي في بداياته بعرض الخلفية النظرية لإشكالية البحث وذلك بذكر وتحليل بعض من الدراسات السابقة المتوفرة، قبل الشروع في تحديد الإشكالية وأسئلتها متبوعة بالفرضيات كما تم التعرض إلى أهمية البحث وأهدافه حتى تتضح الصورة النسقية لهذا العمل مع تحديد المفاهيم والمتغيرات المعتمدة في البحث الحالي نظريا وإجرائيا.

1.1. الدراسات السابقة

تم عرض الدراسات السابقة المتوفرة حول موضوع الدراسة في ثلاثة مجموعات الأولى تضم الدراسات التي اهتمت بمشكل التبول اللاإرادي الليلي والمجموعة الثانية بالدراسات التي اهتمت بتصميم برامج لعلاج التبول اللاإرادي الليلي والمجموعة الثالثة الدراسات التي استخدمت الاتجاه الانتقائي لمعالجة المشكلات.

1.1.1. الدراسات التي اهتمت بمشكل التبول اللاإرادي الليلي

قام كل من فيصل الزراد وعبلة للأق (1984) بإجراء بحث ميداني في قسم علم النفس العيادي التابع لجامعة قسنطينة، على عينة من الأطفال التي تعاني من مشكلة التبول اللاإرادي، وذلك داخل القطاع الصحي التابع لمنطقة وادي الزناني قرب مدينة قسنطينة، وهذه الحالات كانت قد شخصت طبيا على أنها حالات وظيفية لم ينفع في معالجتها العلاج الطبي، وقد بلغ عدد هذه الحالات ست حالات تراوحت أعمارهم بين (7-12) سنة، كان من بينهم من أقام فترة في المستشفى (قسم الأطفال) وانفصل عن أسرته فترة من الزمن، ولقد استهدفت هذه الدراسة الكشف عن العوامل الأسرية، والنفسية والتربوية

التي ساهمت في حدوث التبول اللاإرادي لدى هذه العينة من الأطفال ومعرفة مدى فائدة اختبار رسم الأسرة في الكشف عن هذه العوامل، وقد تم مقارنة نتائج هذه العينة من الأطفال مع عينة أخرى من الأطفال العاديين بلغ عددهم 16 طفلا عاديا منهم 9 ذكور و7 إناث اختيروا من المدرسة الابتدائية بشكل عشوائي، مع الأخذ بعين الاعتبار عامل العمر، والجنس، وقد تراوحت أعمار الأطفال العاديين بين (6-12) سنة، وقد استخدم المنهج الإكلينيكي في الدراسة وتم إعداد استمارة خاصة لدراسة الحالة، ولقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- إن عوامل التربية الأسرية السيئة، والحرمان العاطفي، والاكتئاب والتفكك الأسري وضعف الذات والشعور بالخوف والقلق لدى الطفل من العوامل التي تساهم في حدوث التبول اللاإرادي لدى الطفل، وقد كانت هذه الأعراض أكثر انتشارا لدى الأطفال المرضى منه لدى الأطفال العاديين والفروق دالة إحصائيا وهذا ما يؤكد على دور العوامل النفسية والأسرية.
- إن العوامل الاجتماعية، الاقتصادية، والصحية السيئة أكثر انتشارا لدى الأطفال المرضى منه لدى الأفراد العاديين.
- إن نتائج المعلومات التي وردت من خلال دراسة الحالة والمقابلة الشخصية مع الطفل وولي أمره أو ذويه اتفقت مع النتائج التي وردت من خلال تحليل رسوم الأطفال، وهذا ما يشير إلى صلاحية اختبار رسم الأسرة في الكشف عن بعض العوامل الأسرية والنفسية المساهمة في اضطراب الطفل، كما أن هذا الاختبار كشف عن فروق فردية واضحة بين عينة الأطفال المرضى بالتبول اللاإرادي والأطفال العاديين.

إن هذه النتائج يترتب عليها إجراءات علاجية ووقائية للطفل تستهدف توفير وسط أسري خال من الاضطرابات والمشكلات والعمل على فهم الطفل وإشباع حاجاته الأساسية [5]، ص 170- 189.

كما استهدفت دراسة غريب عبد الفتاح غريب (1989) معرفة فيما إذا كانت الاتجاهات الوالدية في التنشئة الأسرية لدى أمهات الأطفال الذين يتبولون لاإراديا تختلف عن الاتجاهات الوالدية في التنشئة الأسرية لأمهات الأطفال العاديين من نفس العمر والجنس والذكاء (مع تثبيت العوامل المؤثرة في ذلك)، وقد حدد الباحث الاتجاهات الوالدية للأم بالأبعاد التالية (التسلط، الحماية الزائدة، الإهمال، التدليل، القسوة، إثارة الألم النفسي، التذبذب في المعاملة، التفرقة في المعاملة، الأسلوب السوي أو الديمقراطي)، ولقد بلغن عينة الدراسة 42 أما يعاني أطفالهن من التبول اللاإرادي الليلي و42 أما لا يعاني أطفالهن من التبول اللاإرادي، وقد اختيرت الأمهات من مختلف فئات المجتمع ومختلف المستويات التعليمية، وتم تطبيق مقياس الاتجاهات الوالدية إعداد محمد عماد الدين إسماعيل ورشدي فام منصور، وتبين بعد تحليل النتائج ما يلي:

إن الفروق بين اتجاهات الأمهات في تنشئتهن الأسرية لأطفالهن الذين يتبولون لاإراديا، وبين اتجاهات الأمهات للأطفال العاديين من حيث استخدام الأساليب (التسلط، الحماية الزائدة، الإهمال، التدليل، القسوة، إثارة الألم النفسي، التذبذب في المعاملة، التفرقة في المعاملة، الأسلوب السوي أو الديمقراطي) هي فروق غير دالة إحصائيا [5]، 190 -191.

2.1.1. الدراسات التي اهتمت بتصميم برامج لعلاج التبول اللاإرادي الليلي

أ- الدراسات الأجنبية

قام هانز أيزنك وباحثين آخرون (1957) بتجربة كان الهدف منها مقارنة نتائج علاج ثلاث مجموعات من الأطفال الذين يعانون من التبول اللاإرادي، عولجوا بطرق مختلفة، وذلك لمعرفة مدى فعالية بعض العقاقير والأدوية التي تعطي عادة للمصابين بحالات التبول اللاإرادية مثل عقار التوفرانيل، والدكسدرين، والميثيدرين، ومقارنة ذلك بمدى فاعلية العلاج النفسي (وذلك بالنسبة لحالات ترجع إلى عوامل نفسية)، ولتحقيق ذلك تم اختيار هذه المجموعات الثلاث المتجانسة من حيث العمر، الجنس، والبيئة الأسرية، والأعراض الخارجية، وتم توزيع طرق العلاج على الشكل التالي:

- المجموعة الأولى: عولجت بالعقاقير والأدوية تحت إشراف طبيب مختص.
- المجموعة الثانية: عولجت بالطرق النفسية وباستخدام طريقة (مورر).
- المجموعة الثالثة: عولجت بالعقاقير الطبية وبالطرق النفسية معا.

واستمرت عملية العلاج وتتبع الحالات فترة ستة أشهر من بداية العلاج، ودلت النتائج على أن نسبة الشفاء لدى أفراد المجموعة بلغت حوالي (25%) من الحالات، كما بلغت هذه النسبة لدى أفراد المجموعة الثانية حوالي (77%) من الحالات، أما بالنسبة إلى أفراد المجموعة الثالثة فقد بلغت نسبة الشفاء حوالي (92%)، ولم تحدث أية حالة انتكاس بعد مضي هذه المدة، كما أن قدرة المريض على التكيف داخل أسرته ومدرسته كانت أفضل في المجموعة الثالثة بالمقارنة بباقي المجموعات، إن هذه النتائج تؤكد على أهمية العلاج النفسي، كما تؤكد على أهمية التكامل بين العلاج الطبي والنفسي التربوي معا [5]، ص 163-164.

أما سلوب (Sloop) وكندي (Kennedy)(1973) فقد أشارا إلى أهمية استخدام جهاز مورر الذي يحدث صوتا يوقظ الطفل عند بداية التبول، ثم يؤخذ الطفل مباشرة إلى الحمام، وقد أشار كل من سلوب وكندي إلى تحسن ملحوظ طرأ على سلوك التبول اللاإرادي لدى عينة من الأطفال المتبولين لا إراديا، وذلك بعد المعالجة التي استمرت مدة ثلاثة أشهر تقريبا، فقد وجدا بأن نسبة 52% من الأطفال

الذين خضعوا للمعالجة قد وصلوا إلى مرحلة النظافة الكاملة بالمقارنة بأطفال المجموعة الضابطة الذين أخذوا إلى الحمام مرتين كل ليلة سواء بللوا فراشهم أم لا، حيث وجد بأن طفلا واحدا فقط أي بنسبة 5% قد أظهر تحسنا، وبهذا الأسلوب العلاجي يعتبر تعلم الطفل ضبط تبوله استجابة تجنبية للاستيقاظ المفاجئ ليلا والذهاب إلى الحمام.

أما كامل كامل (Kimmel and Kimmel) (1970-1973) فقد استخدما أسلوبا آخر حاولا فيه تعزيز ضبط المثانة ايجابيا عوضا عن التركيز عن سلوك التبول بحد ذاته، وبمعنى آخر فقد اهتما بتعليم الطفل وتدريبه على الاحتفاظ لمدة تزيد طولا مع تقدم عملية التدريب، وبتأثير المعززات الاجتماعية والمادية والرمزية التي يمكن للطفل استبدالها بما يشاء، وتبين من النتائج نجاح هذه الطريقة في معالجة كل سلوك التبول اللاإرادي الليلي أو أثناء النهار وفي فترة زمنية قصيرة نسبيا بالإضافة إلى أن أثر المعالجة بهذا الأسلوب قد استمر لمدة ثلاثة أشهر بعد انتهاء عملية المعالجة.

وهناك دراسة قام بها ستدمان (Stedman) (1972) الذي قام بمعالجة فتاة في الثالثة عشر من عمرها تعاني من تبول لاإرادي، وقد اعتمد في أسلوبه العلاجي على أن تقوم الفتاة المريضة بتحمل مسؤولية تعليم وتدريب نفسها على الاحتفاظ بامتلاء المثانة دون الذهاب إلى الحمام وذلك بزيادة مدة الاحتفاظ بالبول داخل المثانة، وفي نهاية الأسبوع الثامن من المعالجة كان معدل تبول الفتاة مرتين في الأسبوع بعد أن كانت تتبول على نفسها حوالي (5-7) مرات أسبوعيا، ولدى متابعة وضع الفتاة بعد العلاج ولمدة ثلاثة أشهر فقد وجد بأن مرات التبول لم تتعدى الأربع مرات خلال الأشهر الثلاثة، ومن الطبيعي أن الباحث اعتمد على أسلوب التشجيع والتدعيم حتى تحققت هذه النتيجة.

أما الباحث (Wickes) (1958) فقد استخدم أيضا جهاز التبول (جهاز مورر)، في علاج مئة حالة تبول لاإرادي شديدة، تراوحت أعمار الحالات بين (5-17) سنة وانتهى إلى أن 50 % من الحالات استجابوا للعلاج بشكل كامل وسريع، ونسبة 15% وصلوا إلى مستوى النظافة الكاملة تقريبا، ونسبة 9% تحسنت حالتهم، ونسبة 26% من الحالات لم تستفد من العلاج، أما الانتكاسات فقد كانت قليلة وناتجة عن الالتهاب أو التعب أو القلق، وقد أكد وكز على أن الحالات التي شفيت بشكل ملحوظ تحسنت أيضا تحسنا ملحوظا من الناحية العاطفية حيث إن أباء الأطفال أشاروا إلى أن أطفالهم بعد العلاج أصبحوا أكثر سعادة وثقة بأنفسهم، ومن الملاحظات الهامة التي وردت في دراسة (وكز) وجود حالات التبول اللاإرادي في الأسرة عند 75% من الحالات، و47% منها كانت في الأسرة مباشرة ولدى الأب أو الأم أو الإخوة أو الأخوات، ونسبة 28% منها خارج إطار الأسرة عند العم والعمة والخال.....

كما قام أزرين ورفاقه (1973) بتطبيق أسلوب الفرشة الناشفة الذي يعتمد على تطبيق برنامج مكثف لمجموعة من البالغين المتخلفين عقليا الذين يعانون من التبول اللاإرادي، كما يعتمد على أسلوب التعزيز الإيجابي لاستعمال الحمام ليلا والتعزيز السلبي لحوادث التبول، والتدريب الإيجابي لاستعمال الحمام ليلا وزيادة مستوى ضغط البول، عن طريق إجبار المريض تناول المزيد من السوائل بالإضافة إلى الانتباه المباشر والآني لأنماط السلوك الصحيحة والخاطئة في استعمال الحمام، وقد وجد الباحثون بأن ليلة واحدة من التدريب المكثف كانت كافية لإيقاف عادة التبول اللاإرادي عند من اعتبر من العينة متبولا متوسطا، كما قلت حوادث التبول اللاإرادي عند من اعتبر من العينة متبولا متوسطا، كما قلت حوادث التبول اللاإرادي عند المجموعة بما يعادل 85% من معدلها السابق خلال أسبوع واحد من التدريب، وبما يساوي 95% في الأسبوع الخامس وبدون أية حالة انتكاس بعد ثلاثة أشهر من المتابعة، في حين أن استخدام جهاز التبول الصوتي (جهاز مورر) مع بعض أفراد المجموعة السابقة لم يقلل من حوادث التبول، وانتهى الباحثون إلى القول بأن أسلوب الفرشة الناشفة يعتبر من الأساليب السريعة في حل مشكلة التبول اللاإرادي عند المتخلفين عقليا، وأنه يمكن تطبيق هذا الأسلوب مع المجموعات المرضية الأخرى أو حتى مع الأسوياء [5]، 164-166

أما تيرنر ورفاقه (Turner et al, 1970) فلم يتمكنوا من إيجاد فروق ذات دلالة بين المجموعات العلاجية سواء تلك التي عولجت بواسطة جهاز التبول وبأساليب مختلفة من حيث تقديم الإشارة الصوتية أو تلك التي اتبعت الإفاقة العشوائية أو التي استخدم معها العلاج الوهمي حيث دلت النتائج على أن المعالجة عن طريق الإشراط قد استطاعت وقف التبول في بداية المعالجة بنسبة 81,4% ولكن معدل أو نسبة الانتكاس كانت عالية هذا وقد دلت الدراسة مبدئيا على الأقل إمكانية تكرار سلوك التبول اللاإرادي عن طريق الإشراط المرتبط بالتعزيز المتقطع، إلا أن مشكلة عدم تعاون الوالدين وخاصة من أبناء الطبقة العاملة كانت من بين المشكلات التي اتضحت في سير الدراسة مما يمكن اعتباره سببا في التقليل من فعالية تلك الأسباب الإشراطية.

أما فانيلي ورفاقه (Finley, et al, 1973) فقد اهتموا بالتأكد من الفرضية التي تقول إن معدل الانتكاس على أثر استعمال جدول التعزيز المتقطع سيكون أقل منه عند استعمال جدول التعزيز المستمر ولذلك فقد اهتموا بمعالجة ثلاثين من الذكور قسموا على ثلاث مجموعات تعزيز مستمر، تعزيز متقطع ومجموعة ضابطة بدون تعزيز، أما نتائج تلك الدراسة فقد أشارت إلى أن مجموعتي التعزيز قد تعلمنا سلوك النظافة بنفس عدد المحاولات ونفس معدل النجاح تقريبا أما معدل الانتكاس فقد كان أعلى وبفرق ذي دلالة عند أفراد مجموعة التعزيز المستمر منه عند أفراد مجموعة التعزيز المتقطع، أما المجموعة الضابطة فلم تظهر أي تحسن ملموس خلال مدة العلاج التي استغرقت ستة أسابيع، وبهذا فإن نتائج هذه

الدراسة تأتي مؤيدة أيضا لفكرة أنه يمكن النظر إلى الانتكاس على أساس محو سلوك أو استجابة متعلمة وعليه فإنه يمكن العمل على معالجتها ثانية.

هذا وقد حاول يونغ ومورجان (Young and Morgan, 1973) اختبار الفروق بين ثلاثة مستويات من شدة المثير الصوتي في الجرس المستخدم في إفاقة الطفل والمرتبط مع جهاز التبول، إلا أن نتائج دراستهما لم تظهر أية فروق بين المجموعات الثلاث سواء في فعالية المعالجة أو في معدل الانتكاس بعد المعالجة.

وفي دراسة أخرى استخدم أزرن ورفاقه (Azrin, et al, 1974) نفس الأسلوب السابق الذي استعمل في دراستهم السابقة (Azrin, et al,1973) مع مجموعة من الأطفال الأسوياء الذين يعانون من مشكلة التبول اللاإرادي مؤكدا على تطبيق نظام التدريب المكثف بالإضافة إلى جهاز التبول الصوتي فوجدوا أن ليلة واحدة من التدريب المكثف أيضا قد كانت كافية للوصول إلى معدل حادثتي تبول لاإرادي فقط عند كل من أفراد الدراسة وذلك قبل الوصول إلى مستوى النظافة الكلية على مدى 14 ليلة مستمرة بدون تبول وبدون انتكاسة في حين أن قليلا من التحسن في بعض الحالات أو عدم التحسن في حالات أخرى أمكن الوصول إليه عن طريق تطبيق أسلوب جهاز التبول الصوتي وحده على مجموعة ضابطة على أثر أسبوعين من العلاج، وبهذا فإن أسلوب أزرن ورفاقه المعروف باسم أسلوب الفرشة الناشفة يبدو فعالا وسريعا ومختلفا عن غيره من الأساليب العلاجية المستخدمة في معالجة التبول اللاإرادي.

أما يونغ ومورغان (Young and Morgan, 1972) فقد حاولا اختبار أثر التعليم الزائد على معدل الانتكاس وذلك على أثر الوصول إلى مستوى النظافة الكاملة لمدة 14 يوما متواصلة عن طريق استخدام جهاز التبول الصوتي بأن أعطيت مجموعة من 61 حالة إجراءات التعليم الزائد بالإضافة إلى إعطاء المرضى كمية كبيرة من السائل قبل ساعة واحدة من ذهابهم إلى النوم كطريقة لتقوية مقاومة الاستجابة المتعلمة للامتحاء، هذا وقد وجد الباحثان أن هذه الطريقة تقلل بالفعل من معدل الانتكاس دون زيادة في احتمال ترك المرضى للمعالجة قبل الأوان وذلك بعد سنتين من المتابعة.

وفي دراسة قام بها (Nerrelbeck and langeludecke, 1978) استخدما فيها 25 من المرضى عولج سبعة منهم بأسلوب التدريب المكثف المطابق لأسلوب أزرن ورفاقه (Azrin, et al,1974) وتسعة بنفس الأسلوب ولكن بدون استعمال جهاز التبول (المنبه)، وتسعة منهم لم يتلقوا أي شكل من أشكال العلاج واعتبروا مجموعة ضابطة، أما نتائج تلك الدراسة فقد أظهرت أنه بالرغم من التباين الموجود بين أفراد الدراسة أصلا فإن جميع أفراد المجموعة الأولى التي عولجت بأسلوب التدريب المكثف المقرون بجهاز التبول قد وصلوا إلى درجة النظافة الكاملة على مدى أسبوعين وذلك

بعد ثمانية أسابيع من العلاج، أما أفراد المجموعة الثانية التي لم يستخدم معها الجهاز فإن عدد مرات التبول في نهاية العلاج كانت متساوية تقريبا لما كانت عليه قبل العلاج باستثناء حالة واحدة، وكذلك الأمر بالنسبة للمجموعة الضابطة.

وفي بعض الدراسات التي قام بها آيزنك أيضا عام 1957 والتي استخدم فيها العقاقير من أجل تحقيق بعض النواحي العملية في علاج التبول اللاإرادي، وأيده في ذلك فرانك وتروتون 1958، وجد آيزنك أن عملية الإشراط تتأثر ببعض المواد الكيميائية دون غيرها مثل الدكسدرين، والميثيدرين، هذه العقاقير التي تساعد في تسريع عملية العلاج وتساعد في عملية العلاج النفسي، كما تتأثر بنوع أو نمط شخصية المريض، وقد لاحظ آيزنك بأن نسبة الشفاء باستخدام العقاقير لا تكون أعلى من نسبة الشفاء بدون ذلك، ولكنه وجد بأن سرعة الشفاء تصبح أكبر في حالة استخدام طريقتي العلاج بالأدوية مع العلاج النفسي، وقد وجد آيزنك أيضا بأن المرضى الذين لم يستخدم في علاجهم أي دواء فإن متوسط الليالي المبللة لديهم حوالي 11 ليلة من أصل 18 ليلة في بداية العلاج، وكان متوسط مدة الشفاء لهذه المجموعة حوالي 2,2 شهرا، وقد تم مقارنة هذه المجموعة بمجموعة أخرى من مرضى التبول استخدم في علاجها مادة "الدكسدرين"، وكانت نسبة الليالي المبللة حوالي 10 ليال في كل 28 ليلة وكانت مدة الشفاء حوالي شهرين، كما تم مقارنة ذلك مع مجموعة ثالثة من مرضى التبول اللاإرادي عولجوا فقط بعقار "الميثيدرين" وكانت نسبة الليالي المبللة 10 ليال من أَصل 12 ليلة، وكانت مدة الشفاء حوالي 1,9 شهرا، وهذا ما يشير إلى أن استخدام بعض العقاقير لا يؤدي إلى نجاح قاطع، خاصة إذا أخذنا بعين الاعتبار نسبة الانتكاس بعد مضي سنة من العلاج، كما أن نسبة الشفاء باستخدام العقاقير لا تكون أعلى بكثير من نسبة الشفاء بدون ذلك، ولكن الذي يلاحظ هو أن سرعة الشفاء تصبح أكبر، كما انتهى آيزنك إلى أن جميع هذه الطرق تتطلب بعض الإرشادات والنصائح والتوجيهات للفرد المريض ولأسرته [5]، 166-169.

ب- الدراسات العربية والمحلية

أجرى سليمان الريحاني (1981) دراسة اهتمت بمعالجة التبول اللاإرادي الليلي لدى مجموعة من طلبة المدارس الابتدائية والإعدادية باستخدام أسلوب الإشراط المعتمد على إيقاظ المريض قبل موعد تبوله المعتاد بحوالي نصف ساعة تقريبا حيث يفترض بأن المثانة تكون امتلأت، هذا بالإضافة إلى إخضاع المريض إلى نظام تدريب مكثف يشتمل على ما يتناوله المريض من السوائل والطعام وخاصة في آخر ساعتين من ساعات يقظته، أما الجزء الآخر من العملية العلاجية فقد شمل عمليات الإرشاد

النفسي التي تولاها المرشدون النفسيون في المدارس من جهة مع أسرة المريض خاصة مع والدته، لبحث أهمية التخلص من تلك العادة وأثرها على سلوك الطفل وعلاقاته الاجتماعية...الخ

وتراوحت أعمار العينة التي هي قيد الدراسة ما بين (6-15) سنة منهم 4 ذكور و2 إناث، وكانت فترة العلاج 4 أسابيع والتقويم بعد أسبوعين وتوصلت الدراسة إلى أنه خمسا من الحالات الست التي خضعت للمعالجة، أي نسبة 83.3% استطاعت أن تصل إلى النظافة الكاملة في الأسبوع الرابع من العلاج، واستمرت هذه الحالات نفسها نظيفة خلال الأسبوع الأول من فترة التقويم لما بعد المعالجة، مع العلم أن اثنتين من هذه الحالات الخمس (40%) قد عادت إلى التبول في الأسبوع الثاني من فترة التقويم وهذا دليل على ما يسمى في العلاج بالانتكاس، ولكن بمعدل يقل كثيرا عن عدد مرات التبول قبل العلاج، أما الحالات التي استمرت نظيفة خلال فترة التقويم ولمدة أسبوعين بعد العلاج فقد كانت ثلاثا وتمثل 50% من مجموع الحالات التي خضعت للمعالجة، هذا وقد شذت الحالة السادسة عن بقية الحالات حيث استمرت في التبول وبنفس المعدل تقريبا خلال فترة المعالجة وما بعدها، ويرجع الباحث هذه الحالة إلى عدم تعاون أسرة الطفل، أما فيما يتعلق بالانتكاس فيرجعه إلى قصر مدة العلاج وإلى توقف الاهتمام المباشر الذي كان يتلقاه الطفل خلال فترة المعالجة سواء من قبل الأسرة أم من قبل المعالج، ويقترح الباحث تطبيق نظام المعالجة لزمن أطول ليفسح للطفل تكوين عادة الإيقاظ التلقائي وتفريغ المثانة والقدرة على الاحتفاظ [5]، ص192-199.

كما قام محمد صالح فالح وآخرون (1997) بدراسة للتعرف على فاعلية البرنامج السلوكي المستخدم في علاج مشكلة التبول ومقارنة نتائجها بالدراسات السابقة، إضافة إلى التعرف على الفروق الدالة إحصائيا بين الجنسين من الأطفال في معدلات التحسن والتعرف على علاقة التحصيل الدراسي بمستويات التحسن ومعالجة مشكلة التبول لدى الأطفال في وقت مبكر لتخفيف حدة المشكلات النفسية السابقة أو اللاحقة لهذه المشكلة والتي تعتبر عاملا ايجابيا في تحسن حالة الطفل النفسية وتعزيز ثقته بنفسه وتغيير مفهومه عن ذاته، حيث أجريت الدراسة على عينة شملت 196 حالة من الأطفال الذكور والإناث (99 ذكور، 97 إناث) حيث تمت متابعة 88 حالة (44 من الذكور و44 من الإناث) ولم تراجع باقي الحالات ولم يتمكن الباحثون من معرفة الظروف والأسباب وراء ذلك حيث تراوحت أعمار عينة الأطفال ما بين 5- 15 سنة، وقام الباحثون بمقابلة الأطفال بشكل فردي بحضور الوالدين على مدار سنة كاملة في العيادة النفسية وعيادة المعالجة السلوكية في مستشفى الأمير هاشم بن الحسين التابع للخدمات الطبية الملكية الأردنية، بعد الاطلاع على ملفاتهم الطبية ومتابعة فحوصاتهم المخبرية والتأكد من عدم وجود أسباب عضوية لمشكلة التبول اللاإرادي، أما عن الطريقة العلاجية التي تمت في هذه الدراسة هي عبارة عن برنامج سلوكي مكثف لتدريب المثانة على حفظ كميات أكبر من البول ولوقت

أطول، بالإضافة إلى استخدام أسلوب التعزيز المادي والمعنوي، كذلك الإرشاد النفسي للوالدين وللطفل، ومن تحليل البيانات اتضح أن البرنامج السلوكي اثبت فعاليته حيث كانت نسبة التحسن 77%، وقد حقق بعض الأطفال في الدراسة الحالية الشفاء التام وكان عددهم 27 طفلا، 15 منهم ذكور و12إناث، وهذا العدد يشكل نسبة 30.6% من مجموع الحالات الكلي، كما لم تحدث انتكاسات إلا عند حالتين، ولكن مع زيادة التعزيز النفسي والإرشاد للأهل تمكن هؤلاء من إظهار نتائج أفضل، وعند تتبع فئات العمر ومقارنة نسب التحسن، نجد أنه كلما زاد العمر كلما زادت نسبة التحسن، يرجعه الباحث إلى أنه كلما زاد العمر زاد تفهم واستيعاب الطفل لمشكلته ومن ثم الاهتمام بتطبيق تعليمات البرنامج، وهذا يدل على تعاون الطفل ودوره الهام في تحقيق النتائج، كما بينت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين من الأطفال في مستوى التحسن، كما لم تظهر فروق ذات دلالة إحصائية حول علاقة التحصيل الدراسي بمستوى التحسن [6]، ص93-101.

كما أجرت شفيقة زموري (2002) دراسة تهدف إلى معرفة فعالية برنامج علاجي سلوكي- معرفي مكثف شامل لحل مشكل التبول اللاإرادي الليلي في الجزائر، وتكونت مجموعة البحث من 09 ذكور و08 إناث يعانون من التبول اللاإرادي الليلي تراوحت أعمارهم بين (4 سنوات و 8 أشهر -13 سنة) دامت التجربة 6 أشهر وتم التوصل إلى ما يلي:

- لقد كان البرنامج المجرب عونا للأطفال المتبولون في التخلص من مشكلتهم أي اكتساب النظافة (التحكم في عملية الإفراز البولي وإمكانية الاستيقاظ التلقائي).
- تبدأ فاعلية البرنامج في الثبوت مباشرة بعد الحصة التاسعة (بعد شهرين) وابتداء من الأسبوع التاسع حيث مرت نسبة الجفاف من 23.53% إلى 70.59% من جهة كما مرت الدلالة الإحصائية للفرق المشاهد بين النتائج في العينتين من 0.06 (بعد شهرين) إلى 0.03 (بعد 3 أشهر) لتصل 0.01 (بعد 6 أشهر) من جهة أخرى.
- يتيح البرنامج الفرصة في تعلم النظافة للذكور كما للإناث.
- يؤدي تطبيقه إلى نتائج أحسن عند الأطفال الأكبر سنا والمتمدرسين على وجه الخصوص، فيمكن لنا أن نضع عامل السن كعامل تنبؤي لنجاح أو فشل هذا العلاج.
- الملاحظات العيادية وتصريحات الوالدين والطفل بينت تحسن نوعية حياة الطفل، أي تم التخفيف عن الطفل وأسرته من الضغوطات التي كانت معاشة قبل تطبيق العلاج.
- سجلت حالتين من الانتكاس بعد 4 أشهر من نجاح العلاج، وبعد إعادة تطبيقه مدة 3 أسابيع (4 حصص) توصلت الباحثة إلى إعادة إشراط ناجح لدى الحالتين [3].

3.1.1. دراسات استخدمت الاتجاه الانتقائي لمعالجة المشكلات

هدفت دراسة أبو النور (2000) إلى التعرف على فعالية الإرشاد الانتقائي في تعديل الاتجاه نحو الزواج العرفي لدى عينة من الشباب الجامعي تكونت من 5 أفراد كان متوسط أعمارهم 21.9 سنة، وقد أشارت النتائج إلى فعالية وكفاءة الإرشاد الانتقائي في تعديل الاتجاه نحو الزواج العرفي نتيجة لاستخدامه عدة أساليب وفنيات علاجية في مراحله المختلفة كما أشارت النتائج إلى استمرار أثر البرنامج الإرشادي بعد فترة المتابعة نتيجة لتركيز البرنامج الانتقائي على كشف الجوانب المعرفية والانفعالية والسلوكية والأسرية والدينية الخاطئة المرتبطة بالاتجاه نحو الزواج العرفي وتعديلها وإكساب أفراد العينة مهارة استخدام فنيات إرشادية فعالة تساعدهم على مواجهة المشكلات [7].

وفي دراسة سعفان (2003) التي حاولت الوقوف على فعالية برنامج علاجي انتقائي في خفض الوساوس والأفعال القهرية المرتبطة بالشعور بالذنب لدى عينة مكونة من (164) من الذكور والإناث بلغ متوسط العمر الزمني لها 22.5 عاما، وأشارت النتائج إلى فعالية وجدوى البرنامج العلاجي الانتقائي القائم على العلاج الجماعي وفنيات إرشادية من مختلف الاتجاهات النظرية العلاجية في خفض الوساوس والأفعال القهرية المرتبطة بالشعور بالذنب كما أشارت النتائج إلى استمرار أثر البرنامج العلاجي بعد فترة المتابعة بدرجات متفاوتة [8].

وفي دراسة عزب (2002) التي هدفت للوقوف على فعالية برنامج علاجي تفاوضي تكاملي في التغلب على سلوكيات العنف لدى عينة المراهقين لعينة مكونة من (20) مراهق تتراوح بين 16- 18 سنة، وأشارت النتائج إلى الفعالية والكفاءة العالية للبرنامج حيث انخفض مستوى سلوك العنف لدى المجموعة التجريبية وارتفعت مستويات المهارات التفاوضية لتحل كبديل لسلوكيات العنف وفقا لما أشارت إليه المعالجة الإحصائية للبرنامج، كما أشارت النتائج إلى امتداد أثر وفعالية البرنامج على امتداد فترة المتابعة والتي تبعد عن آخر جلسة للبرنامج بفترة ثلاثين يوما ما دل على كفاءة البرنامج، وكفاءة فنياته التي اتخذت شكل منظومة متسقة من مختلف الاتجاهات العلاجية ساهم كل منها في مواجهة شكل من أشكال العنف وإحلال المهارات التفاوضية بديلا عنه [9].

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة عبد الخالق (2002) التي هدفت للكشف عن أثر برنامج إرشادي ذو طبيعة تكاملية في إمكانية خفض السلوك العدواني بين الأشقاء لعينة مكونة من 30 مراهقا تراوحت أعمارهم بين 15-18 سنة، وأشارت النتائج إلى انخفاض مستويات وممارسات السلوك العدواني بين الأشقاء على اختلاف تربيتهم، كما أشارت النتائج إلى استمرار أثر فعالية البرنامج بعد فترة المتابعة وكفاءة فنياته مما يدل على أن تعدد فنيات الإرشاد الانتقائي التكاملي وتعدد وسائله كل منها في طرق مناطق في شخصية الأشقاء المراهقون المرتبطة بالعلاقة الاجتماعية والنفسية بينهم لتتناولها بالتهذيب

والعلاج إلى الحد الذي تنخفض فيه الممارسات العنيفة وهو ما أشارت إليه المعالجات الإحصائية بعد تطبيق البرنامج وأثناء فترة المتابعة [10].

وفي دراسة شبلي ابراهيمي (2012) التي هدفت إلى التعرف على فاعلية برنامج إرشادي نفسي في التخفيف من حدة العدوانية لدى تلاميذ المرحلة الثانوية من منظور إدماجي انتقائي في الجزائر لعينة مكونة من 20 تلميذا مقسمين على مجموعتين متكافئتين في متغير السن والتخصص والمستوى الدراسي ودرجة العدوانية، الأولى منها تجريبية وتضم 10 تلاميذ طبق عليهم البرنامج الإرشادي والمجموعة الثانية ضابطة وتضم 10 تلاميذ لم تتلقى الإرشاد، وطبق في الدراسة مقياس العدوانية لباص وبيري Buss et perry 1992 والمكيف على البيئة العربية من طرف عبد الله سليمان إبراهيم ومحمد نبيل عبد المجيد 1994، وحاول الباحث تكييفه على البيئة الجزائرية، وتوصلت الدراسة إلى ما يلي:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات تلاميذ المجموعة التجريبية بين القياس القبلي والقياس البعدي على مقياس العدوانية.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات التلاميذ في المجموعة الضابطة بين القياس القبلي والبعدي على مقياس العدوانية.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات التلاميذ على مقياس العدوانية، وذلك بين المجموعة التجريبية والضابطة في القياس البعدي.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات تلاميذ المجموعة التجريبية بين القياس البعدي وقياس المتابعة على مقياس العدوانية.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية على استبيان الرضا عن البرنامج والقيمة المفترضة وذلك على محاور استبيان الرضا عن البرنامج والقيمة المفترضة وذلك على محاور استبيان الرضا الإرشادي.
- للبرنامج الإرشادي من منظور إدماجي انتقائي فعالية دالة إحصائيا في التخفيف من حدة العدوانية لدى طلبة الثانوية [11].

4.1.1. التعقيب على الدراسات السابقة

تبين من خلال استقراء الدراسات السابقة ما يلي:

- إن عوامل التربية الأسرية السيئة، والحرمان العاطفي، والاكتئاب والتفكك الأسري وضعف الذات والشعور بالخوف والقلق لدى الطفل من العوامل التي تساهم في حدوث التبول اللاإرادي لدى الطفل

ولاختبار رسم الأسرة الصلاحية في الكشف عن بعض العوامل الأسرية والنفسية المساهمة في اضطراب الطفل وهذا ما أكدته دراسة فيصل الزراد وعبلة للأق 1984.

- إن الاتجاهات الوالدية في التنشئة الأسرية لدى أمهات الأطفال الذين يتبولون لاإراديا لا تختلف عن الاتجاهات الوالدية في التنشئة الأسرية لأمهات الأطفال العاديين، وهذا ما أكدته دراسة غريب عبد الفتاح غريب 1989، لكن تبقى هذه الدراسة غير كافية لاتخاذ القرار بشأن أثر الاتجاهات الوالدية (الأم) في التبول اللاإرادي، لأننا لا نستطيع إلغاء دور الأم في التربية الأسرية للطفل ودورها في تدريب الطفل على النظافة.
- إن العلاج الطبي بالعقاقير المرتبط بالعلاج النفسي (بطريقة مورر) لا يؤدي إلى الشفاء وإنما إلى تسريع الشفاء والذي تصل نسبته إلى 92% مع عدم حدوث أي انتكاسة، وهذا ما تؤكده دراسة هانز أيزنك وباحثين آخرون 1957، لكن يطرح إشكال عدم توفر جهاز مورر لدى جميع عائلات الأطفال المتبولين.
- نسبة التحسن بطريقة مورر لوحدها تتراوح بين 50%- 52% وهذا ما أكدته كل من دراسة سلوب sloop وكندي kennedy 1973 ودراسة wickes 1958، وهي نسبة ضعيفة مقارنة بأسلوب الفرشة الناشفة .
- فاعلية أسلوب تعزيز ضبط المثانة ايجابيا وبتأثير المعززات الاجتماعية والمادية والرمزية وهذا ما أكدته كل من دراسة كامل كامل kimmel and kimmel 1970- 1973 ودراسة ستدمان stedman 1972، ودراسة محمد صالح فالح وآخرون 1997.
- فاعلية التعزيز الايجابي لاستعمال الحمام ليلا وزيادة مستوى ضغط البول عن طريق تناول الطفل المتبول المزيد من السوائل وهو ما يسمى بأسلوب الفرشة الناشفة والذي وصلت نسبة الشفاء من خلاله إلى 95 % وهي نسبة جد عالية، هذا ما أكدته دراسة أزرين Azrin 1973 و1974، ودراسة محمد صالح فالح وآخرون 1997.
- فاعلية التعزيز المتقطع مقارنة بالتعزيز المستمر الذي يمنع أيضا حدوث الانتكاسة وهذا ما أكدته دراسة فانيلي ورفاقه Finley, et al 1973 .
- ليس هناك تأثير لشدة المثير الصوتي في الجرس المستخدم وهذا ما أكدته كل من دراسة يونغ ومورغان Young and Morgan 1973 ودراسة تيرنر ورفاقه Turner et al 1970.
- ضرورة استعمال المنبه لخلق الاستجابة الشرطية وهذا ما تؤكده دراسة Nerrelbeck and langeludecke 1978، ودراسة سليمان الريحاني 1981.
- ضرورة تطبيق نظام المعالجة لزمن أطول (أكثر من شهر) ليفسح للطفل تكوين عادة الإيقاظ التلقائي وتفريغ المثانة والقدرة على الاحتفاظ، وهذا ما أكدته دراسة سليمان الريحاني 1981.

- كلما زاد عمر الطفل المتبول كلما زادت نسبة التحسن، ويرجع هذا إلى أنه كلما زاد العمر زاد تفهم واستيعاب الطفل لمشكلته ومن ثم الاهتمام بتطبيق تعليمات البرنامج، وهذا يدل على تعاون الطفل ودوره الهام في تحقيق النتائج وهذا ما تؤكده دراسة كل من محمد صالح فالح وآخرون 1997، ودراسة شفيقة زموري 2002.
- أهمية الإرشاد الوالدي في علاج الطفل المتبول وهذا ما تؤكده دراسة كل من سليمان الريحاني1981 ودراسة محمد صالح فالح وآخرون 1997.
- الشفاء من التبول اللاإرادي الليلي يؤدي إلى تحسن نوعية حياة الأطفال وإحساسهم بالسعادة وزيادة ثقتهم بأنفسهم وهذا ما أكدته دراسة كل من Wickes 1958، ودراسة شفيقة زموري 2002.
- فاعلية العلاج الانتقائي في علاج المشكلات النفسية وهذا ما أكدته دراسة كل من دراسة أبو النور 2000 ودراسة سعفان 2003 ودرسة عزب 2002 ودراسة عبد الخالق 2002، ودراسة شبلي ابراهيمي 2012.

2.1. الإشكالية

يتبول الأطفال الرضع لاإراديا في أثناء فترات النوم واليقظة، ويستمرون في ذلك إلى أن يصلوا مرحلة يمكنهم فيها التحكم بالمثانة، وينمو الأطفال في معدلات مختلفة، كما تختلف نسبة تبولهم اللاإرادي في أثناء الليل، فبعض الرضع ينام طوال الليل دون أن يتبول منذ لحظة ولادته، ولكن يوجد أيضا أطفال يتبولون لاإرادي وهم في عامهم الخامس رغم قدرتهم على استخدام المرحاض [12]، ص306.

والتبول اللاإرادي من اضطرابات الإخراج ويعد من أكثر الاضطرابات السلوكية شيوعا لدى الأطفال [13]، ص210.

ولقد كتب عن التبول اللاإرادي في البرديات المصرية قبل أكثر من 1500 سنة قبل الميلاد [14]، ص54.

والتبول اللاإرادي يظهر في عدم القدرة على ضبط المثانة والتحكم في انسياب البول سواء بالنهار أو الليل، وذلك لدى الطفل الذي يتجاوز عمره الزمني 3-4 سنوات، وهو السن الذي يتوقع عنده التحكم دون أن يكون هناك سبب عضوي خلف ذلك، أي أن الفحص الطبي قد بين عدم وجود عيوب أو تشوهات خلقية في المسالك البولية أو وجود أمراض عضوية تؤدي إلى ظهور مشكلة التبول اللاإرادي، مع وضع في الاعتبار أن عملية ضبط المثانة تختلف من طفل لآخر فهناك نسبة قليلة يمكنها التحكم في نهاية العام الثاني ويتوقع أن كل الأطفال يتحكمون في نهاية العام الثالث أو خلال العام الرابع [13]، ص210.

وفقا للدليل التشخيصي الرابع (DSM4) المعدل فإن سلوك التبول اللاإرادي سواء كان إراديا أو لا إراديا يجب أن يحدث مرتين في الأسبوع لمدة ثلاثة أشهر على الأقل ويكون العمر الزمني للطفل لا يقل عن خمس سنوات حتى يمكن تصنيفه بأنه مشكلة مرضية .

ومن أنواع التبول اللاإرادي نجد التبول اللاإرادي الليلي الذي يعني أن الطفل يتبول ليلا بشكل لاإرادي نتيجة حلم من نوع ما يحدث له كأن يحلم الطفل أنه يستحم أو يلعب في البحر أو أنه داخل دورة مياه أو غير ذلك، ويحدث التبول في هذه الحالة دون شعور الطفل بوقت حدوثه، إلا أنه يتذكر في الغالب الأحداث التي مرت بالحلم وأدت إلى هذا التبول، وتصل نسبة حالات التبول اللاإرادي الليلي عند الأطفال إلى 66% تقريبا من حالات التبول [15] ، ص143.

وتشير الإحصاءات إلى أن نسبة التبول الليلي في سن 5 سنوات تكون 15-20% بينما عند الأطفال الأكبر من 5 سنوات تكون 7% عند الأولاد و3% عند البنات، وفي سن 10 سنوات تصبح النسبة 3% للأولاد و2% للبنات [16]، ص11.

وللتبول في أثناء النوم مصاحبات بعضها نتائج للتبول نفسه وبعضها نتائج للأسباب التي نتج عنها التبول، ولعل أبرز هذه النتائج المحسوسة كاتساخ الفراش وتعرضه للتلف وتلويث هواء غرفة النوم، والتي تكون عادة قليلة التهوية وغاصة بالنائمين، ومن هذه المصاحبات كذلك الأعراض السيكولوجية التي تكون إما من نوع الشعور بالنقص أو فقد الشعور الأمن، كالفشل الدراسي، الشعور بالذلة، والخجل والميل إلى الانزواء، والنوبات العصبية والاستمناء وغير ذلك، وإما أن تكون الأعراض تعويضية كالعناد ، والتخريب، والميل إلى الانتقام، وكثرة النقد وسرعة الغضب وغير ذلك ويصاحب التبول في كثير من الحالات، النوم المضطرب والأحلام المزعجة وتدهور الحالة العصبية [17]، ص40.

ولقد تتالت أبحاث عديدة من أوروبا والولايات المتحدة الأمريكية أدت إلى دعم أن التبول اللاإرادي يؤدي إلى حالة قلق وانخفاض في تقدير الذات ومفهوم الذات لدى الطفل.

فيؤكد كل من Longstaffe & Moffat و Schulpen على أن التبول اللاإرادي الليلي تنجم عنه حالات التوتر والقلق لكل من الطفل وأوليائه وأن هذا الاختلال النفسي يؤدي إلى التقدير المنخفض للذات ونقص في الثقة بالنفس إلى جانب الإحساس بالفشل.

كما تؤكد Chandra أنه زيادة على حدة القلق الناتج عن هذا السلوك تضطرب العلاقات التفاعلية بين الطفل وأوليائه نتيجة النظرة السلبية التي يكونها الوالدان عن ابنهما وعدم تقبلهم لمثل هذا

السلوك، وتقدم الطفل في سنه يزيد في رفض الأولياء لذلك مما يؤدي إلى ارتفاع في حدة كل المخالفات السلبية لهذا السلوك المشكل [3]، ص5.

كما بينت دراسة (Backer, 1969) التي أجراها على 30 متبول و60 غير متبول إلى أنه هناك فرق في درجات مفهوم الذات بين المجموعتين وأنه هناك تحسن بعد العلاج، وبينت كذلك دراسة (Moffat et al 1987) التي أجراها على 112 طفل متبول أنه هناك تحسن في درجات مفهوم الذات بعد العلاج.

ومن جهته بين (Hagloof et al, 1996) في دراسته التي أجراها على 850 طفل متبول

لشريحة عمر 6-7 سنوات و850 طفل متبول لشريحة عمر 8 سنوات، على أن الطفل المتبول يبدي انخفاضا في درجات تقدير الذات مقارنة بالطفل الغير متبول.

كما توصل (Longstaff, 2000) في دراسته التي أجراها عل 182 طفل متبول وقسمهم إلى 3 مجموعات وطبق عليهم 3 أنواع من العلاجات إلى تحسن في درجات مفهوم الذات لدى الأطفال [3]، ص23.

ولقد أدى اهتمام مدارس علم النفس بسلوك التبول اللاإرادي الليلي إلى بناء وتطوير العديد من التقنيات العلاجية، فبالإضافة للعلاج الطبي الدوائي نجد التحليل النفسي للطفل الذي يفيد في شفاء 50% من حالات التبول لدى الأطفال، والمدرسة السلوكية التي ترتكز على الاشراط طورت عدة تقنيات (تقنية مورر –تقنية ليفوبند- كروسبي- سكينر)، بالإضافة لتقنية التغذية الرجعية.

وفي دراسة إحصائية قامت بها الباحثة لتقصي نسبة الأطفال الذين يعانون من التبول اللاإرادي الليلي في الجزائر، حيث شملت العينة 463 طفلا منهم 225 إناث و238 ذكور في المرحلة العمرية (9-11 سنة) أي السنة الرابعة والخامسة لخمسة مدارس ابتدائية، وباستخدام المقابلة العيادية، وصلت الدراسة إلى وجود 71 حالة تعاني من التبول اللاإرادي الليلي (34 إناث و37 ذكور) وهو ما يقدر نسبته 15.33% (15.11% للإناث، و15.55% للذكور)، وهي نسبة عالية مقارنة بالإحصائيات المذكورة سابقا.

لذلك وجب التكفل النفسي وعلى وجه السرعة بهذه الفئة بعد استبعاد الحالات التي سببها عضوي لتحقيق التوافق والصحة النفسية للأطفال، ولكن يطرح إشكال أن معظم مدارسنا في الجزائر تفتقر للخدمات النفسية مما وجب تحويل الأطفال الذين بحاجة إلى الرعاية النفسية إلى الوحدات المعنية بخدمات العلاج النفسي التي تفتقر الكثير منها إلى وجود البرامج العلاجية المناسبة لهؤلاء الأطفال والتي

لا تزال تعتمد على الاجتهادات الشخصية للأخصائيين، وبالرغم من أنه هناك بحوث سابقة في الجزائر اهتمت ببناء وتطوير برامج لعلاج التبول اللاإرادي من منظور سلوكي أو سلوكي- معرفي، لكن تميزت بطول فترة العلاج ونسبة نجاح لا تتعدى 50% ولم يأخذوا بعين الاعتبار علاج المصاحبات النفسية للتبول اللاإرادي الليلي، ولذلك الدراسة الحالية تهدف إلى بناء برنامج لعلاج التبول اللاإرادي الليلي الأولي ومصاحباته النفسية (القلق ومفهوم ذات) لدى أطفال المرحلة المتأخرة (9-11 سنة) من منظور انتقائي إدماجي (تكاملي).

وعليه يمكننا أن نتساءل عن مدى فعالية تطوير برنامج علاجي لعلاج التبول اللاإرادي الليلي الأولي ومصاحباته النفسية (القلق ومفهوم الذات) لدى أطفال المرحلة المتأخرة (9-11سنة) من منظور انتقائي إدماجي (تكاملي)، ومنه نطرح التساؤلات التالية :

التساؤل العام الأول:

هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي عدد الليالي المبللة لدى الأطفال المتبولين للقياس القبلي وللقياس البعدي؟

التساؤل العام الثاني:

هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القلق لدى الأطفال المتبولين للقياس القبلي وللقياس البعدي؟

التساؤلات الجزئية:

1- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القلق في البعد ألأول (التمظهرات الفزيولوجية) لدى الأطفال المتبولين للقياس القبلي وللقياس البعدي؟
2- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القلق في البعد الثاني (القلق وفرط الحساسية) لدى الأطفال المتبولين للقياس القبلي وللقياس البعدي؟
3- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القلق في البعد الثالث (التركيز والقلق الاجتماعي) لدى الأطفال المتبولين للقياس القبلي وللقياس البعدي؟

التساؤل العام الثالث:

هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات مفهوم الذات لدى الأطفال المتبولين للقياس القبلي وللقياس البعدي؟

التساؤل العام الرابع:

هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي عدد الليالي المبللة لدى الأطفال المتبولين للقياس البعدي وللقياس التتبعي؟

التساؤل العام الخامس:

هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القلق لدى الأطفال المتبولين للقياس البعدي وللقياس التتبعي؟

التساؤلات الجزئية:

4- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القلق في البعد ألأول (التمظهرات الفزيولوجية) لدى الأطفال المتبولين للقياس البعدي وللقياس التتبعي؟
5- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القلق في البعد الثاني (القلق وفرط الحساسية) لدى الأطفال المتبولين للقياس البعدي وللقياس التتبعي؟
6- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القلق في البعد الثالث (التركيز والقلق الاجتماعي) لدى الأطفال المتبولين للقياس البعدي وللقياس التتبعي؟

التساؤل العام السادس:

هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات مفهوم الذات لدى الأطفال المتبولين للقياس البعدي وللقياس التتبعي؟

3.1. صياغة الفرضيات

الفرضية العامة الأولى:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي عدد الليالي المبللة لدى الأطفال المتبولين للقياس القبلي وللقياس البعدي وذلك لصالح القياس البعدي.

الفرضية العامة الثانية:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القلق لدى الأطفال المتبولين للقياس القبلي وللقياس البعدي وذلك لصالح القياس البعدي.

الفرضيات الجزئية:

1- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القلق في البعد ألأول (التمظهرات الفزيولوجية) لدى الأطفال المتبولين للقياس القبلي وللقياس البعدي وذلك لصالح القياس البعدي.
2- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القلق في البعد الثاني (القلق وفرط الحساسية) لدى الأطفال المتبولين للقياس القبلي وللقياس البعدي وذلك لصالح القياس البعدي.
3- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القلق في البعد الثالث (التركيز والقلق الاجتماعي) لدى الأطفال المتبولين للقياس القبلي وللقياس البعدي وذلك لصالح القياس البعدي.

الفرضية العامة الثالثة:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات مفهوم الذات لدى الأطفال المتبولين للقياس القبلي وللقياس البعدي وذلك لصالح القياس البعدي.

الفرضية العامة الرابعة:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي عدد الليالي المبللة لدى الأطفال المتبولين للقياس البعدي وللقياس التتبعي.

الفرضية العامة الخامسة:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القلق لدى الأطفال المتبولين للقياس البعدي وللقياس التتبعي.

الفرضيات الجزئية:

4- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القلق في البعد ألأول (التمظهرات الفزيولوجية) لدى الأطفال المتبولين للقياس البعدي وللقياس التتبعي.
5- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القلق في البعد الثاني (القلق وفرط الحساسية) لدى الأطفال المتبولين للقياس البعدي وللقياس التتبعي.
6- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القلق في البعد الثالث (التركيز والقلق الاجتماعي) لدى الأطفال المتبولين للقياس البعدي وللقياس التتبعي.

الفرضية العامة السادسة:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات مفهوم الذات لدى الأطفال المتبولين للقياس البعدي وللقياس التتبعي .

4.1. تحديد المفاهيم

1.4.1. التبول اللاإرادي الليلي الأولي

أ- التعريف العام

يقصد بالتبول اللاإرادي الليلي كما جاء في الدليل التشخيصي الأمريكي الرابع المعدل (DSM4 R) للأمراض النفسية بأنه تكرار التبول في الفراش أو الثياب (إراديا أو غير إراديا)، مرتين في الأسبوع على الأقل مدة ثلاثة أشهر متتابعة أو وجود كرب هام سريريا أو إعاقة اجتماعية، أو دراسية (مهنية)، أو في ميادين وظيفية هامة، ويكون العمر الزمني لا يقل عن خمس سنوات، ويكون هذا السلوك غير ناجم عن تأثير بدني مباشر لمادة (كالمدرات أو كثرة شرب السوائل مثلا) أو عن مرض طبي عام (مرض السكري اضطراب صرعي، أو السنسنة المشقوقة)، ويحدث فقط أثناء النوم.

ب- التعريف الإجرائي

هو أن يجد الطفل المتمدرس نفسه عند الاستيقاظ من النوم في أي وقت من الليل أو في الصباح مبللا بالبول منذ صغره ليومنا هذا لأكثر من مرتين في الأسبوع وأخبره الطبيب بأنه لا يعاني من أي مرض.

2.4.1. مرحلة الطفولة المتأخرة

أ- التعريف العام

هي المرحلة التي تمتد من 9 إلى 11 سنة وتشمل الصفوف الثلاثة الأخيرة من المرحلة الابتدائية ويطلق البعض على هذه المرحلة "قبيل المراهقة" وهنا يصبح السلوك بصفة عامة أكثر جدية في هذه المرحلة التي تعتبر مرحلة إعداد للمراهقة، والتغيرات التي تحدث في هذه المرحلة تعتبر بحق تمهيدا لمرحلة المراهقة، حيث تتميز هذه المرحلة ببطء معدل النمو بالنسبة لسرعته في المرحلة السابقة والمرحلة اللاحقة مع زيادة التمايز بين الجنسين بشكل واضح وتعلم المهارات اللازمة لشئون الحياة،

وتعلم المعايير الخلقية والقيم، وتكوين الاتجاهات، والاستعداد لتحمل المسئولية، وضبط الانفعالات [18] ص 264.

ب- التعريف الإجرائي

تعرف مرحلة الطفولة المتأخرة إجرائيا في هذه الدراسة بأنها أطفال المرحلة التي تبدأ من السنة الرابعة إلى السنة الخامسة ابتدائي مع عدم إعادتهم لأي سنة دراسية من قبل.

3.4.1. البرنامج العلاجي

أ- التعريف العام

يعرفه حامد عبد السلام زهران بأنه برنامج مخطط منظم في ضوء أسس علمية، لتقديم الخدمات العلاجية المباشرة وغير المباشرة فردا وجماعة لجميع من تضمهم المؤسسة بهدف مساعدتهم في تحقيق النمو السوي والقيام بالاختيار الواعي المتعقل ولتحقيق التوافق النفسي داخل المؤسسة وخارجها، ويرى أن البرنامج العلاج النفسي يحدد ماذا، ولماذا، وكيف، ومن، وأين، ومتى، وكم لعملية العلاج النفسي [19]، ص499.

ويضيف أن برنامج العلاج النفسي هو: خدمة مخططة تهدف إلى تقديم المساعدة المتكاملة للفرد حتى يستطيع حل المشكلة الشخصية أو التربوية أو المهنية أو الصحية أو الأخلاقية التي يقابلها في حياته أو التوافق معها [19]، ص12.

ب- التعريف الإجرائي

البرنامج العلاجي الذي تم بناؤه وتصميمه من قبل الباحثة يهدف إلى استخدام التقنيات العلاجية المستخرجة من مختلف النظريات النفسية بطريقة انتقائية إدماجية لمساعدة أطفال المرحلة المتأخرة للتخلص من مشكلة التبول اللاإرادي الليلي الأولي ومصاحباته النفسية (قلق – مفهوم الذات)، حيث يحوي 3 محاور هي (إعادة التدريب التربوي – خفض القلق وإدارة الضغوط – تحسين مفهوم الذات)، وهو عبارة عن مجموعة من الجلسات العلاجية المترابطة البالغ عددها 16 جلسة (11 جلسة فردية و5 جلسات جماعية)

4.4.1. العلاج النفسي الانتقائي

أ- التعريف العام

يعرفه سامي محمد ملحم بأنه التطبيق العملي لأسس وتقنيات تؤخذ من مجالات المعرفة العلمية المتوافرة في المعالاجات النفسية من أجل رسم إستراتيجية علاجية منظمة تكون مناسبة للحالة التي وضعت لها [20]، ص179.

ب- التعريف الإجرائي

يعرف المنظور الانتقائي الإدماجي بأنه اتجاه يدعو إلى دمج مفاهيم نظريات العلاج النفسي للاستفادة منها، وانتقاء التقنيات الفعالة بطريقة علمية حسب ما تقتضيه مشكلة المتعالج، وقد استخدم في الدراسة الحالية نوع انتقاء التقنيات من نظريات العلاج النفسي التالية: التحليلية- السلوكية- المعرفية – الواقعية- الجشتلتية حيث استعمل (التفريغ الانفعالي- الاسترخاء- لعب الدور- النمذجة – الضبط الذاتي- التعليمات الذاتية- العلاج باللعب- العلاج القصصي- السيكودراما.....)

5.1. أهمية البحث

تكمن أهمية الدراسة الحالية في أهمية الموضوع الذي تتصدى لدراسته، حيث أنه تسعى لدراسة فعالية العلاج الانتقائي في علاج التبول اللاإرادي الليلي الأولي ومصاحباته النفسية، وبالتالي فإن الموضوع ينطوي على أهمية كبيرة سواء من الناحية النظرية أو من الناحية التطبيقية.

فمن الناحية النظرية تشكل الدراسة الحالية إضافة علمية لظاهرة التبول اللاإرادي الليلي الذي أصبح المشكلة الكبرى للطفولة عموما، وإضافة معرفية جديدة لاتجاه علاجي لم يلق من الاهتمام والبحث والدراسة ما يستحقه كاتجاه يمثل العلاج في ثوبه الجديد.

كما أنها تأتي في ظل ندرة الدراسات العربية والمحلية وافتقادها للتناول العلاجي من خلال بناء برامج علاجية لعلاج المشكلات والأمراض النفسية.

وكذلك تسهم في تقديم صورة متكاملة عن متغيرات الدراسة مما يساعد في تقديم فهما أفضل بصورة أوضح تساهم في دفع عملية البحث وبالتالي فإن هذه الدراسة تعبر عن حاجة البحث العلمي إلى القيام بتصميم برامج علاجية فاعلة، لتقديم الخدمات والمساعدات لفئة عمرية لها من الأهمية النفسية والتربوية الاجتماعية ما يجعلها جديرة بأن تكون موضع الاهتمام البحثي.

أما من الناحية التطبيقية فإنها تتمثل في تطبيق برنامج علاجي انتقائي يهدف إلى علاج التبول اللاإرادي الليلي الأولي ومصاحباته النفسية لدى عينة الدراسة، مما يساعدهم على التفاعل الإيجابي وتحقيق ذواتهم وتحقيق التوافق الشخصي الاجتماعي والتوصل إلى أعلى مستوى ممكن من الصحة النفسية.

كما تتضح أهمية هذه الدراسة من الناحية التطبيقية في إمكانية استفادة المتخصصين الباحثين والدارسين والممارسين للعمل العلاجي من هذه الدراسة وتطبيق خطواتها على حالات أخرى، كما يمكن أن تكون دعوة وتشجيع للمتخصصين لتكثيف الجهود العلمية في هذا المجال.

وكذلك لفت الأنظار إلى أهمية مثل هذه الموضوعات وأهمية الدراسات التي تعتمد على البرامج العلاجية.

6.1. أهداف البحث

تهدف الدراسة الحالية إلى:

1.6.1. تصميم برنامج علاجي ذو طبيعة انتقائية إدماجية كاتجاه حديث في مجال العلاج النفسي، اتجاه مترابط منفتح لإضافات في مجال الفنيات العلاجية، ليكون البرنامج العلاجي في إعداده وبناءه وتطبيقه وتقييمه منظومة علاجية مترابطة متسقة، تعتمد على اختيار الفنيات العلاجية بانتقائية، بحيث تسهم كل منها في علاج التبول اللاإرادي الليلي الأولي ومصاحباته النفسية.

2.6.1. التحقق من مدى فعالية البرنامج العلاجي المستخدم في الدراسة لعلاج التبول اللاإرادي الليلي الأولي ومصاحباته النفسية لدى أفراد عينة الدراسة من خلال المعالجة العلاجية والإحصائية للمجموعة التجريبية.

3.6.1 التعرف على مدى استمرارية أثر البرنامج العلاجي في علاج التبول اللاإرادي الليلي الأولي ومصاحباته النفسية لدى أفراد عينة الدراسة بعد انتهاء الجلسات العلاجية وأثناء فترة المتابعة.

4.6.1. الاستفادة من نتائج الدراسة في تقديم علاج لمواجهة مشكل التبول اللاإرادي الليلي الأولي ومصاحباته النفسية في مجتمعات مشابهة لمجتمع الدراسة الحالية.

الفصل 2

التبول اللاإرادي الليلي

إن إهمال رعاية الطفل وحرمانه من حاجاته ومطالب نموه يؤدي إلى حدوث العديد من الاضطرابات التي يتعرض إليها الطفل بسبب هذا الإهمال، وعدم توفر الرعاية اللازمة، وهذه الاضطرابات متعددة، مثل اضطرابات النطق والكلام، واضطرابات الحركة، واضطرابات النوم واضطرابات الغذاء، والاضطرابات العصابية النفسية، والاضطرابات العضوية، والاضطرابات الاجتماعية والسلوكية... ويأتي في مقدمة هذه الاضطرابات التي شغلت فكر الأطباء، والنفسانيين، والآباء، والمربين: التبول اللاإرادي الليلي.

1.2. الجهاز البولي في الإنسان

يساعد الجهاز البولي في الإنسان على تخلص الجسم من الفضلات والماء والأملاح الزائدة عن حاجة الجسم والتي إذا تراكمت فيه سببت له الضرر، وتعتبر الكلية العضو الرئيسي في الجهاز البولي، وتتركب الكلية من منطقتين هما خارجية وتعرف بالقشرة، وداخلية تعرف بالنخاع الذي يمتد على شكل مخاريط حتى يصل إلى تجويف وسطي يسمى حوض الكلية، وتتركب الكلية من كتلة من الأنابيب تعرف بالوحدات الأنبوبية الكلوية التي يبلغ عددها 1.3 مليون وحدة تقريبا في الكلية الواحدة ووظيفة الوحدات الأنبوبية الكلوية هي تكوين البول، ويبين الشكل (1) الجهاز البولي في الإنسان.

ويتحكم في عملية التبول مجموعة أجهزة تشرف على امتلاء وإفراغ المثانة كما تتأثر عملية التبول بوظيفة الكليتين ووظيفة الحالبين، ويرى العلماء بأن التحكم في عملية التبول يتوقف على نضج الجهاز المثاني، والتبول هو عملية إفراغ المثانة عندما تمتلئ.

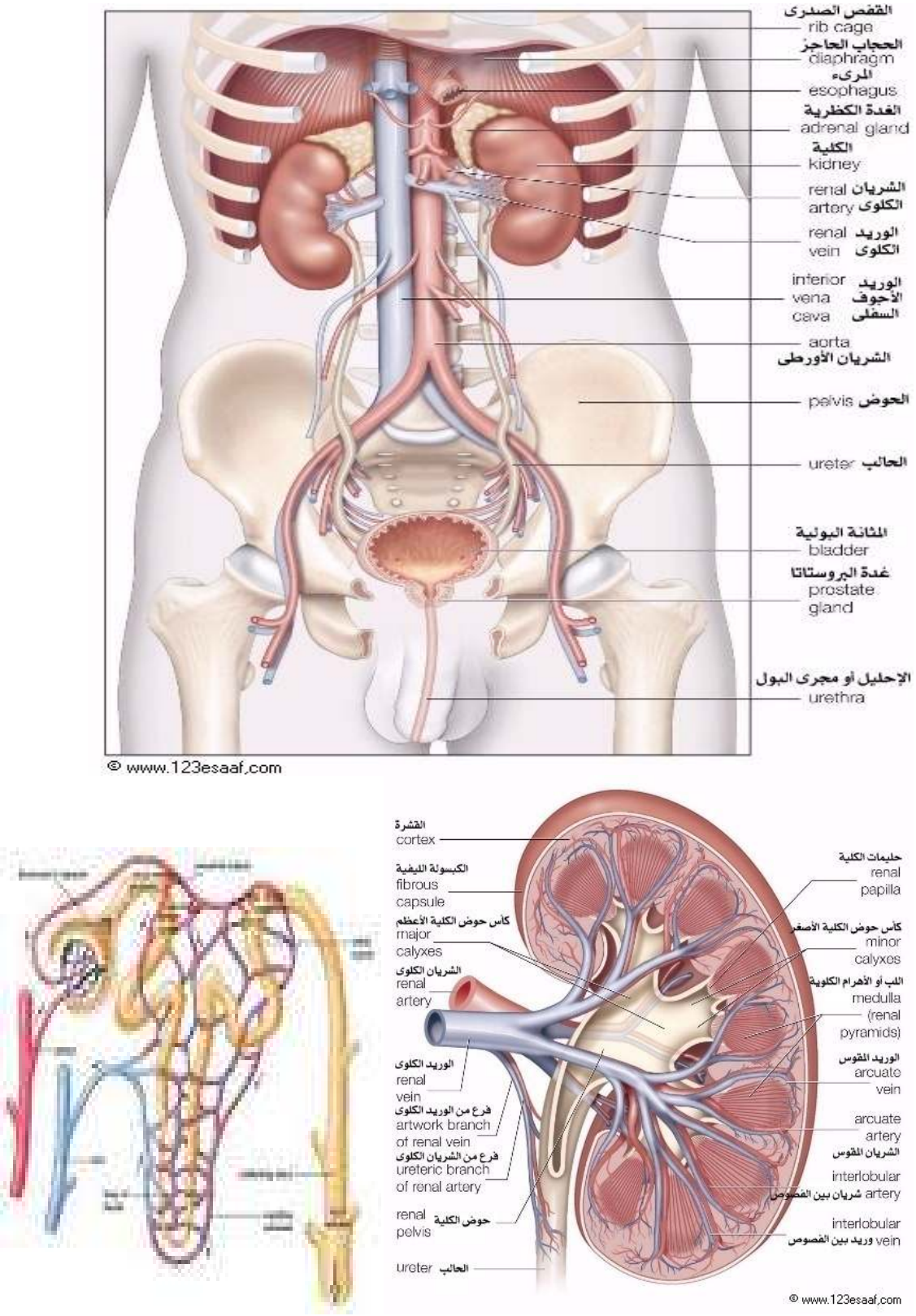
ويرى العالم (Muellher) أن هناك أربع مراحل يمر بها الطفل حتى يتحكم في عملية التبول لديه وهذه المراحل هي:

1- الإحساس بامتلاء المثانة الذي ينتج عن ضغط البول وتنبيه الخلايا العصبية.
2- القدرة على التحكم الإرادي بفضل التدريب الإشراطي والتوجيه وتعلم النظافة.
3- القدرة على التبول عند امتلاء المثانة قليلا(ضغط بولي خفيف).
4- القدرة على التبول والتحكم في عملية التبول عند امتلاء المثانة وزيادة الضغط [6]، ص9-11.

إن التبول هو عملية وظيفية معقدة تخضع لسيطرة المخ، وهي ببساطة تبدأ بتجمع نقاط البول القادمة من الكليتين عبر الحالبين في المثانة حيث توجد مستقبلات حسية تتأثر بكمية البول الموجودة وتبدأ في إرسال إشارات إلى المخ عبر النخاع الشوكي عندما تصل كمية البول إلى حوالي 150 ملليلتر وقد يرى المخ أن الظروف غير مناسبة كأن يكون الشخص مشغول بعمل فيتجاهل هذه الإشارات وعندما يصل حجم البول إلى حوالي 300 ملليلتر ترسل إشارات أخرى أكثر حدة فيرى المخ أن الظروف ما تزال غير مواتية فيحدث تجاهل آخر ولكن عندما يتعدى البول 400 ملليلتر تأخذ تلك الإشارات صفة عاجل، فيذهب الشخص إلى الحمام ويعطي المخ أوامره عبر النخاع الشوكي من المثانة كي تنقبض عضلتها وفي نفس الوقت تماما إلى عضلة البوابة الخلفية لقناة مجرى البول كي تنبسط فيخرج البول عبر قناة مجرى البول إلى الخارج [21]، ص17-18.

وقد قام لوريت (Lauret) بدراسة نمو الضغط البولي خلال مراحل نمو الطفل وانتهى إلى النتائج التالية:

1- في عمر السنة الواحدة يرتفع ضغط البول لدى الطفل بشكل شديد يجبره على التبول القهري.
2- في عمر (1-2) سنة يستمر الضغط بالارتفاع مع تناقص قدرة المثانة وحدوث تقلصات عضلية مثبطة لدى الطفل.
3- في عمر (2-3) سنوات يلاحظ لدى الطفل ارتفاع متدرج وبطيء للضغط بسبب نضج الجهاز العصبي ومقاومة الإحساس بالضغط.
4- بعد عمر الثلاث سنوات يكون منحنى الضغط المثاني (في الحالات العادية) يشبه منحنى الراشد [6]، ص11.



شكل رقم 01: الجهاز البولي في الإنسان [6]، ص 10.

2.2. تعريف التبول اللاإرادي

لقد اختلف العلماء حول تعريفهم للتبول اللاإرادي، وذلك بسبب اختلاف الجانب الذي يرتكز عليه العالم في تعريفه للتبول اللاإرادي، أو ما يسمى أحيانا بسلس البول أو البوال ومن هذه التعريفات:

أ- التعريف اللغوي

البوال يعني كثرة بول دون إرادة من الطفل، وهذا دليل على اضطراب في الوظيفة البولية.

ب- التعريف الطبي

يعرف التبول اللاإرادي من الناحية الطبية بأنه حالة انسكاب البول من المثانة بشكل لاإرادي، وذلك لدى طفل تجاوز في عمره الأربع سنوات واستمر في تبوله اللاإرادي حتى عمر متقدم يقع بين (8-11) سنة أو بعد ذلك، ويرجع ذلك إلى أسباب عضوية وراثية أو غير وراثية مثل:

- التشوهات الخلقية في الجهاز العصبي والعمود الفقري.
- الحساسية الزائدة للجهاز العصبي الذي يشرف على عمل المثانة البولية [6]، ص14.

ج- تعريف علماء النفس

أورد علماء النفس التعريفات التالية:

- التبول اللاإرادي حالة من عدم السيطرة على التبول على أن تكون هذه الحالة ثابتة وتظهر عند طفل يزيد عمره على الخمس سنوات.
- التبول اللاإرادي عبارة عن حالة انسكاب للبول لاإراديا ليلا أو نهارا أو ليلا ونهارا معا، وذلك لدى طفل تجاوز عمره (3-4) سنوات دون أن يكون هناك سبب عضوي وراء ذلك.

أما بولر (Boller ,W .B.)(1975) فقد عرف التبول اللاإرادي بأنه حالة من التفريغ اللاإرادي للمثانة ليلا عند طفل يزيد عمره عن ثلاث سنوات ونصف، وبمعدل لا يقل عن مرتين في الأسبوع دون أن تظهر لديه أعراض عضوية واضحة.

أما العالم سولومون (Solomon,E)(1971) فيعرف حالة التبول اللاإرادي لدى الأطفال بأنها عبارة عن حالة تحدث لدى طفل تجاوز عمره الثلاث سنوات، واستمرت هذه الحالة إلى ما بعد هذا

العمر وحيث تعتبر هذه الحالة مرضية وتمثل مشكلة إذا تجاوز الطفل مرحلة الطفولة الأولى [5]، ص15.

د- تعريف علماء التحليل النفسي

يرى سيجموند فرويد أن التبول اللاإرادي هو شكل من أشكال الهستيريا التحويلية ترجع إلى تجارب مؤلمة ذات طابع جنسي، أو عاطفي مر بها الطفل المريض خلال طفولته، وهذه التجارب تعرضت للكبت إلى أن ظهرت بشكل عرضي جسمي هو التبول اللاإرادي، وترى أنا فرويد (Anna Freud) في كتابها عن التحليل النفسي للأطفال أن عملية التبول اللاإرادي هي عبارة عن ظاهرة نكوصية تكشف عن رغبات الطفل وصراعاته اللاشعورية وتجاربه السابقة المؤلمة مع الأم، وذلك بالعودة إلى مرحلة الرضاعة حيث كانت عملية التبول تحدث بصورة لا إرادية [6]، ص15.

3.2. أشكال التبول اللاإرادي

هناك عدة أشكال أو تصنيفات لحالات التبول اللاإرادي، أبرز هذه الأشكال ما يلي:

أ- التبول اللاإرادي الأولي أو الأساسي

وهو الذي بدأ مع الطفل بعد ولادته واستمر إلى مرحلة متقدمة من عمره، حيث أشارت الدراسة التي أجراها Hallgren. B (1972) إلى أن نسبة انتشار هذا الشكل تصل (85%) من مجموع حالات التبول اللاإرادية، وأن معظم العوامل المؤدية إلى هذا الشكل من التبول اللاإرادي هي عوامل عضوية مرضية.

ب- التبول اللاإرادي الثانوي

وهو الذي يكون فيه الطفل قد تمكن بعد ولادته من التحكم في تبوله لفترة من الزمن، ثم عاد إلى عادة التبول اللاإرادي، ويكون ذلك بسبب ظروف بيئية تربوية، ونفسية واجتماعية أسرية محيطة بالطفل كحالة انفصال الطفل عن الأم أو حرمانه من رعايتها، أو عدم التكيف مع وسط المدرسة الجديد، أو ولادة أخ جديد، أو بسبب خلافات أسرية [6]، ص20.

إن التبول اللاإرادي الأولي أكثر انتشارا من التبول اللاإرادي الثانوي: 52,8 % أمام 31,6 % [79]، ص 307-308.

ج- التبول اللاإرادي الليلي المنعزل

وهي حالات تبول لاإرادية تحدث ليلا فقط، وغالبا ما يصاحب هذه الحالات ليلا حالات حلم مبللة وكأن الطفل يحلم وهو في الماء، أو يقوم بإطفاء حريق، أو يلعب بالماء، أو أنه يقوم بعملية تبول عادية في المرحاض أو بمساعدة أمه.....وبعض حالات التبول اللاإرادي الليلي تتم على وعي من الطفل حيث يكون الطفل جالسا في فراشه وهو في حالة يقظة، أو أنه يستيقظ بعد بدء عملية التبول لديه، أو يكون الطفل في حالة نوم عميق لا يشعر بحالته، ولهذا الشكل صفة إكلينيكية ينفرد بها عن باقي الأشكال وهي أن الطفل لا يستطيع تذكر موقف التبول بعد استيقاظه من النوم أو كيف تمت عملية التبول، ويلاحظ أن الطفل يبلل فراشه في معظم الليالي، وحسب العالم هالجرين B .Hallgreen إن نسبة 14% من الأطفال في هذا الشكل من التبول اللاإرادي يبللون فراشهم مرة واحدة أسبوعيا، ونسبة 25% تقريبا يبللون فراشهم مرتين في الأسبوع، ونسبة 37% من الأطفال المتبولين ليلا يبللون فراشهم في حدود 2-3 مرات أسبوعيا، كما أن بولر B. W .Baller 1975 وجد من خلال دراساته أن متوسط عدد مرات التبول الليلي اللاإرادي لا يقل عن مرتين أسبوعيا، كما أنه وجد بأن نسبة 25% من حالات التبول الليلي تظهر عندهم هذه المشكلة في النهار أيضا، هذا وتصل نسبة انتشار هذه الحالات من التبول إلى 65% من مجموع حالات التبول اللاإرادي [5] ، ص23.

د- التبول اللاإرادي النهاري المنعزل

وهي حالات تبول لاإرادية يتعرض لها الطفل أثناء النهار، وهي حالات أقل شيوعا وانتشارا من حالات التبول اللاإرادي الليلي، وتصل نسبة انتشار هذه الحالات حوالي (3-5%) من مجموع حالات التبول اللاإرادية، وعادة يكون هذا الشكل من التبول مؤلما للطفل الذي يشعر بحالته السيئة، وبخروج البول منه، ونجده يضم فخذيه، ويضع يديه على أعضائه التناسلية، ولكن دون فائدة لأنه لا يستطيع التحكم بعملية التبول وبخروج البول، وتكثر هذه الحالات لدى أطفال تجاوز عمر الخمس سنوات ويكون معظم هؤلاء الأطفال من مسرفي النشاط، وسريعي التهيج، أو لديهم ميل نحو تناول السوائل بكثرة، وهم من الذين يهتمون بمثيرات العالم الخارجي ، وترجع هذه الحالات في معظمها إلى عوامل عضوية مرضية، كما ترجع إلى عوامل الإجهاد والتعب الجسمي، أكثر مما ترجع إلى عوامل تربوية نفسية [5] ، ص23.

ه- حالات التبول اللاإرادي الليلي والنهاري معا

وتسمى هذه الحالات بحالات التبول اللاإرادي المختلط، أو غير المنعزل، وفي هذه الحالات نجد الطفل يتبول على نفسه نهارا، كما يتبول على نفسه ليلا، وقد وجد بأن نسبة انتشار هذا الشكل من التبول اللاإرادي تصل إلى 32% تقريبا من مجموع حالات التبول اللاإرادية، وهذه الحالات غالبا ترجع إلى إصابة عضوية – عصبية، ويلعب العامل التربوي والنفسي والاجتماعي دورا هاما في حدوث هذه الحالات [5] ، ص24.

و- التبول اللاإرادي الوافد أو العرضي

تظهر حالة التبول اللاإرادي فجأة وذلك نتيجة الإصابة بالأمراض أو بسبب الانفصال عن الأم أو الوسط الأسري أو التعرض لأحداث أسرية مؤلمة وينبغي في مثل هذه الحالات توجيه وإرشاد الطفل والأسرة معا، وفي هذا الشكل من أشكال التبول تتراكم الأسباب والعوامل العضوية والنفسية والتربوية لأنها غالبا ما تكون من قبل أطفال تجاوزوا عمر الرابعة والخامسة، ويكونون من نوع مسرفي النشاط وكثيري الحركة وسريعي التهيج أو الإثارة، ومع هذا فإن معظم الحالات العرضية لا تشكل خطورة كبيرة على الطفل ولا تستوجب الخوف والقلق لأن معظمها يشفى بسرعة وبمجرد زوال الظروف التي أدت إلى التبول اللاإرادي لدى الطفل ويكتفي الأخصائيين عادة في علاج هذه الحالات ببعض النصائح والإرشادات اللازمة للأهل (الأم) وللطفل مع وضع الطفل تحت الملاحظة الاعتيادية خشية تكرار مثل هذه الحالات [6]، ص21.

4.2. نسبة حدوث التبول اللاإرادي الليلي

مع التقدم في العمر تقل نسبة حدوث التبول الليلي، ففي سن 5 سنوات قد تكون النسبة من 15-20% بينما الأطفال الأكبر من 5 سنوات 7% عند الأولاد و3% عند البنات، وفي سن 10 سنوات تصبح النسبة 3% للأولاد و 2 % للبنات، وتقل نسبة التبول (بدون علاج) 5-10% كل سنة. [16]، ص 11.

5.2. مصاحبات عملية التبول اللاإرادي الليلي وشخصية الطفل المتبول لا إراديا

إن لعملية التبول اللاإرادي أعراضا سلوكية ووجدانية واجتماعية لدى الطفل وتشكل خطورة على حياة الطفل العامة وعلاقته وتوافقه مع أسرته ومحيطه.

وقد أجرى كل من بلمان (Bellman) وموزوني (Mozzoni) وبيدوجيني (Bedogni) دراسات على عينات من الأطفال الذكور والإناث الذين يعانون من حالات التبول اللاإرادي وتراوحت أعمارهم بين 7-16 سنة وتمت مقارنتهم مع أطفال عاديين من العمر نفسه والجنس والبيئة والمستوى التعليمي وتبين من هذه الدراسات أن معظم الأطفال الذين يعانون حالات التبول اللاإرادي وبنسبة 82% منهم كانوا يعانون من الأمور التالية: اضطرابات في الطبع والمزاج، القلق الشديد والخوف، التصورات الوسواسية، الخجل والانطواء، عدم الإحساس بالأمن والطمأنينة، الميول العدوانية، الحساسية الزائدة، الغيرة والعناد، فقدان الشهية للطعام، الإحساس بالإجهاد، صفرة البشرة، الاضطراب في النوم.....

وقد أشارت دراسات نفسية تحليلية إلى أن الطفل الذي يتبول على نفسه غالبا ما يلجأ إلى السلوك التعويضي مثل العدوان على الآخرين من الأطفال أو العدوان على الأشياء وكسرها وإتلافها والهروب من المدرسة ومحاولة السرقة والميل إلى الانتقام وكثرة النقد وقضم الأظافر ومص الأصابع وسرعة الغضب والانطواء.

ويرى العالم النفسي ماسون (Masson,1966) أن معظم الأطفال الذين يعانون من التبول اللاإرادي يعانون أيضا من: اضطرابات نفسية، صراعات شديدة مع الوالدين، إحساس بالنقص والدونية، تدهور الحالة الصحية، ضعف في التحصيل الدراسي [5]، ص24.

ومن المعترف به حاليا أن التبول اللاإرادي مسئول عن الشعور بالخجل وفقدان الاعتداد بالذات، وقد يكون هذا الأصل في طلب الطفل للعلاج الذي يجب أن يتلقاه، وفي بعض الحالات العائلة تتقبل بسوء التبول اللاإرادي وقد تعاقب الطفل عليه.

كما تظهر دراسة فان تيين (Van Tijen) أن التبول اللاإرادي يظهر كحدث مرهق بشكل خاص ما يجعله في المرتبة الثالثة بعد الطلاق والشجارات بين الأبناء.

ولا يبدو أن الدراسات تظهر على المدى البعيد اختلافات سلوكية عند الراشدين سواء كانوا مصابين بالتبول اللاإرادي أو لا [22]، ص 307- 308.

ولقد تتالت أبحاث عديدة من أوروبا والولايات المتحدة الأمريكية أدت إلى دعم أن التبول اللاإرادي يؤدي إلى حالة قلق وانخفاض في تقدير الذات ومفهوم الذات لدى الطفل.

فيؤكد كل من Longstaffe & Moffat و Schulpen على أن التبول اللاإرادي الليلي تنجم عنه حالات التوتر والقلق لكل من الطفل وأوليائه وأن هذا الاختلال النفسي يؤدي إلى التقدير المنخفض للذات ونقص في الثقة بالنفس إلى جانب الإحساس بالفشل.

كما تؤكد Chandra أنه زيادة على حدة القلق الناتج عن هذا السلوك تضطرب العلاقات التفاعلية بين الطفل وأوليائه نتيجة النظرة السلبية التي يكونها الوالدان عن ابنهما وعدم تقبلهم لمثل هذا السلوك، وتقدم الطفل في سنه يزيد في رفض الأولياء لذلك مما يؤدي إلى ارتفاع في حدة كل المخالفات السلبية لهذا السلوك المشكل [3]، ص5.

كما بينت دراسة (Backer, 1969) التي أجراها على 30 متبول و60 غير متبول إلى أنه هناك فرق في درجات مفهوم الذات بين المجموعتين وأنه هناك تحسن بعد العلاج، وبينت كذلك دراسة (Moffat et al 1987) التي أجراها على 112 طفل متبول أنه هناك تحسن في درجات مفهوم الذات بعد العلاج.

وقد بينت دراسة (Hind et al, 1995) أن الطفل المتبول يبدي انخفاضا أكثر في تقديره لذاته مقارنة بالطفل الذي يعاني من مرض مزمن، ومن جهته بين (Hagloof et al, 1996) في دراسته التي أجراها على 850 طفل متبول لشريحة عمر 6-7 سنوات و850 طفل متبول لشريحة عمر 8 سنوات، على أن الطفل المتبول يبدي انخفاضا في درجات تقدير الذات مقارنة بالطفل الغير متبول.

كما توصل (Longstaff, 2000) في دراسته التي أجراها على 182 طفل متبول وقسمهم إلى 3 مجموعات وطبق عليهم 3 أنواع من العلاجات إلى تحسن في درجات مفهوم الذات لدى الأطفال [3]، ص23.

6.2. أسباب التبول اللاإرادي الليلي

العوامل الرئيسية لسلس البول:

أ- حجم المثانة

يرتبط حصر البول بحجم المثانة، وينتج سلس البول عن عدم التطابق بين حجم البول والسعة المثانية، إن مفهوم السعة المثانية الضعيفة (الجدول 1) عند الأطفال المصابين بسلس البول معروف منذ 1949، حيث يزداد حجم المثانة تدريجيا أثناء النمو، وعند حوالي سن أربع أو خمس سنوات يقترب حجم المثانة بالحساب مع صيغة (معادلة) كوف ، وتتجاوز الحجم المتوسط لإدرار البول الليلي.

يكون حجم إدرار البول عند الطفل الصغير أكبر من حجم المثانة، في أثناء النمو تساهم زيادة حجم المثانة وقدرة الكلية على تركيز البول في تخفيض عدم التوازن هذا تدريجيا، وكما يحدث تتابع الليل

والنهار ونضج الجهاز العصبي، فإن حجم المثانة يصبح أكبر من حجم إدرار البول تدريجيا كذالك ويستقر الجفاف [23]، ص 246.

الجدول رقم 01: تطور حجم المثانة بدلالة النمو [23]، ص 246

عمر الطفل	سنة واحدة	سنتين	4 سنوات	6 سنوات
حجم المثانة	50 مل	75 مل	150 مل	220 مل

ب- العوامل الوراثية

سلس البول الليلي هو مرض وراثي، العوامل الوراثية هي أهم العوامل في تحديد أسباب سلس البول الليلي، في عينة من 106 أطفال يعانون من سلس البول الليلي، وجد فون غونتارد Von Gontard تاريخا عائليا مع المرض في 63,2% من الحالات عند الأطفال الذين أصيب والداهما بسلس البول، فإن التحكم الليلي في المثانة أزيح بسنة ونصف.

تؤكد هذه الدراسات إذن الدور السائد للعوامل الوراثية، سيادة مدعمة بدراسة التوائم المتطابقة ومختلفة الاقتران، معدل التوافق عند التوائم المتطابقين هو أكبر بمرتين مما هو عليه عند التوائم المختلفة الاقتران (0,19 و 0,43 على الترتيب)، لكن هذا الاختلاف ليس مهما إلا عند الذكور[22]، ص 308-307.

وتذكر سناء محمد سليمان أنه بالإحصاء تبين أن 45 % من الأطفال الذين يعانون من هذه المشكلة لديهم أحد الوالدين كان يعاني منها عندما كان بعمره و75 % من الأطفال الذين يتبولون ليلا هم أطفال لآباء وأمهات كانوا يعانون من المشكلة ذاتها، أي أن كلا الوالدين كان يعاني من مشكلة التبول أو أحدهما، وأن 15 % من الأطفال الذين يعانون من هذه المشكلة لا أحد من والديهم كان يعاني من هذه المشكلة [21]، ص69.

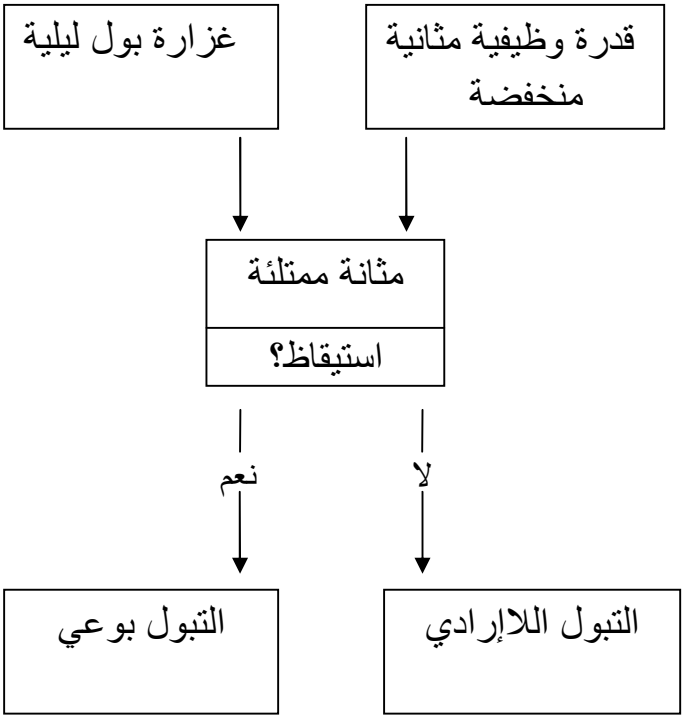
كما أظهرت دراسات أخرى أن 75% من الأطفال الذين يعانون من التبول اللاإرادي لهم أقارب من الدرجة الأولى يعانون من المشكلة نفسها (Roy Meadow, 1986)، أما دراسة (Harold,1994) فقد أظهرت أن عامل الوراثة في حالات التبول اللاإرادي يشكل ما نسبته 70%.

هذا وقد أظهرت دراسات باكوين وباكوين (1972) وهولجرين (1976) وغيرهما أن للعامل الوراثي دورا في التبول اللاإرادي، وتبين لهما وجود علاقة وراثية بين الآباء والأطفال الذين يتبولون

لاإراديا وبينهم وبين إخوتهم وتبين لهما أن 77% من حالات الأطفال الذين يتبولون لا إراديا يرثون عن آبائهم عادة التبول اللاإرادي [6]، ص21.

ج- قدرة وظيفية مثانية منخفضة واضطراب في الاستيقاظ

دراسة وظائف الأعضاء في سلس البول بسيطة (الشكل2)، أثناء الليل تمتلئ المثانة ما يستوجب إفراغها، يتعلق امتلاء المثانة بظاهرتين معقدتين عرضيا هما: إنتاج مفرط للبول و/أو قدرة وظيفية مثانية ليلية منخفضة وينتج عن ذلك تبول مداهم، السؤال الأساسي هو إذن : هل سيستيقظ الطفل؟ إن استيقظ الطفل فإنه سيذهب إلى المرحاض ويتبول ليلا بشكل مقبول اجتماعيا، إن لم يستيقظ فإنه سيبلل سريره.



شكل رقم 02 : وظائف الأعضاء في سلس البول الليلي [22]، ص 308.

والتبول الليلي أثناء اليقظة أكثر انتشارا من سلس البول، لأنه عند الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 7 سنوات و15 سنة 35,2 % منهم من يستيقظون أثناء الليل للتبول بشكل مصادف، 3,6 % منهم يفعلون ذلك مرة في الأسبوع على الأقل و 4,1 % كل ليلة، إذا أضفنا إلى ذلك ال 5 % إلى 10 % من الأطفال المصابين بسلس البول الليلي، فإن تكرار التبول الليلي أثناء النوم أو اليقظة يحدث عند حوالي 50% من الأطفال في سن الدراسة.

يبدو أن التبول اللاإرادي الليلي إذن ناتج عن تأخر في نضج المسالك العصبية المتحكمة في إنتاج البول والوظيفة الليلية للمثانة والاستيقاظ عند امتلاء المثانة ويبدو أن هذا النضج، كما قلنا سابقا، توجهه عوامل وراثية تسعى مختلف الطرق العلاجية للتأثير على هذه العناصر الثلاثة.

د- البوالة (غزارة البول الليلية)

البوالة الليلية النسبية موجودة عند حوالي ثلثي الأطفال المصابين بسلس البول الليلي أحادي العرض، السبب الأكثر شيوعا هو إذن بوالة ليلية مرتبطة بعدم الاستيقاظ، وتفسر البوالة الليلية علاج التبول اللاإرادي بالدسموبرسين.

ه- القدرة الوظيفية المثانية

أثبتت دراسات مختلفة أن القدرة الوظيفية المثانية لأطفال مصابين بالتبول اللاإرادي كانت مطابقة للشهود أثناء النهار لكنها كانت منخفضة عن نفس الشهود في الليل، من جهة أخرى، أثبتت دراسات لقياس الضغط المثاني وجود نشاط مثاني ليلي مفرط، مع أن هؤلاء الأطفال لديهم وظيفة مثانية عادية عندما يكونون مستيقظين، يبرر هذا الشذوذ في القدرة الوظيفية المثانية علاج سلس البول بالتنبيه و/أو بإعادة التربية [22]، ص 307-308.

و- النوم والاستيقاظ

يتعلق اللغز الأصعب في التبول اللاإرادي بالنوم والاستيقاظ، لأن بعض الأطفال ينهضون للتبول عند امتلاء المثانة، في حين يتبول آخرون في أسرتهم، يقول عدة أولياء أنه من الصعب جدا إيقاظ طفل مصاب بالتبول اللاإرادي أو أنه ينام نوما عميقا جدا، ويبدو من المؤكد أن النوم عند الأطفال المصابين بالتبول اللاإرادي عادي لكن آلية الاستيقاظ غير ناضجة.

ز- تناذر النشاط المفرط

الأطفال المصابون بتناذر النشاط المفرط هم الأكثر إصابة بالتبول اللاإرادي من المجموع العام ب 2,7 مرة، يشكل هذا التناذر والمرتبط بسلس البول واحدة من الإشارات النادرة على العلاج بمضاد الاكتئاب كما سنرى.

ك- العنف الجنسي

يجب أن يبقى هذا الاحتمال واردا في ذهن المعالج أثناء الفحص السريري بعض الاضطرابات التبويلية هي في الواقع العرض الكاشف لهذا العنف [22]، ص 307-308.

ل- تدفق السوائل المفرط

جدول رقم 02: الفرق في تركيب عدة أنواع من الماء المباع في المحلات التجارية [23]، ص 247.

مياه معدنية	الكالسيوم	المغنزيوم	الصوديوم	البوتاسيوم	البيكاربونات	السولفات
Evian	78	24	5	1	357	10
Volvic	9,9	6,1	9,4	5,7	65,3	6,9
Vittel	202	56	3,8			306
Hépar	555	110	14			1479
Contrex	486	84	9,1	3,2		1187
Talians	596	77	7	2	290	1530
مياه معدنية غازية						
Badoir	190	85	150	10	1300	40
St Yorre	90	11	1708	132	4368	174
San Pellegrino	208	55,9	43,6	2,7	219 ,6	549,2
Salvetat	253	11	7	3	820	25
Arvie	170	92	650	130	2195	31
Quézac	241	95	255		1685	143

مياه المنبع: درجة المعادن فيها غير ثابتة على عكس المياه المعدنية

جدول رقم 03: الفرق في تركيب عدة أنواع من الماء المباع في المحلات التجارية الجزائرية

	الكالسيوم	المغنزيوم	الصوديوم	البوتاسيوم	البيكاربونات	السولفات
سعيدة	68	50	58	02	376	65
قديلة	72	39,6	29	2		81
ناستليه	57,9	16,3	12	0,5	210	31
مسرغين	64	42	60	3	306	50
قنيعة	111,6	26,97	48,22	2,48	259,02	66,66

يجب مراقبة كمية السوائل المتناولة عند الطفل المصاب بسلس البول كميا ونوعيا.

كميا: قد يصاب الأطفال المصابون بإدرار البول التنافذي والذين يوجد عندهم تركيز البول، قد يصابون ببوال ثانوي ليلي ذي سعة نفاذية كلوية مرتفعة جدا، عبر التغذية المسائية أساسا، تصحيح العادات الغذائية في العشاء كاف لتعديل الوضعية بشكل عادي في حين أن الDDAVP ليس له أي تأثير يجب تقسيم كميات السوائل المتناولة على طول اليوم ومحصورة ابتداءا من 17 إلى 18 ساعة.

نوعيا: يجب أن تأخذ حصة السوائل بعين الاعتبار القدرة المنخفضة نسبيا لتركيز البول عند الطفل المصاب بسلس البول، مخفضا بذلك السعة النفاذية الكلوية للمشروبات.

سنخصص مياه المشروبات التي تحتوي على القليل من المعادن يبين الجدول 2 بهذا الصدد الاختلافات الكبيرة جدا الموجودة بين أنواع ماء الشرب الموجودة في المحلات التجارية، وتم تجنب المشروبات السكرية، لأنها قد تتسبب في إدرار بول تنافذي مما يحفز بوالا ليليا، بالإضافة إلى ذلك فبسبب ذوقها السائغ فإن الطفل يميل إلى الشرب أكثر من اللازم بشهوة أكثر منها بسبب الحاجة، يجب تجنب المياه الغازية كذلك، لأنها في العموم تحتوي على نسب أكبر بكثير من المعادن وترفع السعة التنافذية للنسب على مستوى الكلية دون جدوى، للمشروبات الغنية بالكالسيوم (الحليب..الخ) نفس الأضرار النظرية على إدرار البول [23]، ص 246-248.

استنادا لما سبق تقترح الباحثة في (الجدول رقم 03) الاختلافات الكبيرة جدا الموجودة بين أنواع ماء الشرب الموجودة في المحلات التجارية الجزائرية.

م- زيادة النشاط المضاد لإدرار البول عبر ال DDAVP

تصب عدة دلائل لصالح عدم تكيف إفراز الAVP ليلا عند المصاب بسلس البول، نعلم مسبقا أن التفريغ (اللاإرادي) المبكر للمثانة عند الطفل المصاب بالتبول اللاإرادي يولد بوالا (غزارة بول) مرتبطا بغياب تنشيط ال ADH يوجد عند الطفل غير المصاب بالتبول اللاإرادي، الذي يكون عنده معدلا لل ADH في منتصف النهار وفي منتصف الليل متماثلين، من هذا جاءت فكرة بيركاسوفا Birkasova عام 1979 باستعمال مشتق اصطناعي لل ADH ال DDAVP لعلاج التبول اللاإرادي [23]، ص 248.

7.2. علاج التبول اللاإرادي الليلي

أ- العلاج باستخدام العقاقير

لقد استخدم ماكلين (Maclean,1960) العقاقير المضادة للكآبة وهذه العقاقير تساعد على ضبط المثانة لتأثيرها المنبه على أعصابها، وهناك نوع من العقاقير يستخدم من أجل المساعدة في تخفيف عمق النوم عند الأطفال الذين يعانون من هذه المشكلة وتفيد الدراسات أن نسبة التحسن في علاج مشكلة التبول اللاإرادي باستخدام العقاقير تتراوح بين 60%-80% [6]، ص52.

وهذه الأدوية مثل عقار التوفرانيل Tofranil وعقار الدكسدرين Dexedrine والميثدرين Methedrine وعقار التربتيزول Tryptizol المضاد لحالات القلق وبكميات تتراوح بين 25 – 75 ملغ يوميا تؤخذ إما مرة واحدة مساءا أو تعطى على مراحل خلال فترات النهار، وينصح عادة بعدم إعطاء هذه الأدوية للأطفال دون عمر الست سنوات [5]، ص 123.

ويذكر كوران ورفاقه (Curran, et al, 1992) أن استخدام الدواء ضروري مع الحالات التي تعاني من نوم عميق وتزيد العقاقير من قدرة المثانة على الاحتفاظ بكميات أكبر من البول وتقلل من مستوى القلق والاكتئاب التي يعاني منها الطفل وتساعده على تشكيل الفعل المنعكس الشرطي وهو اليقظة عند امتلاء المثانة وفي هذه الحالة يجب أن يستمر العلاج لمدة لا تقل عن ثلاثة شهور.

كما يستخدم الأطباء عادة بعض الأدوية المقوية لوظيفة الجهاز العصبي والخافضة من عمق النوم والتي تقلل من قلق الطفل ومخاوفه واكتئابه.

هذا وقد أجرى كل من أزرين (Azrin, 1974) وتورنر (Torner, 1970) وولسون (1975) وجونسون (1980) عدة دراسات ثم فيها مقارنة مدى فعالية العلاج الطبي بعقار (التوفرانيل) بالعلاج

السلوكي الإشراطي باستخدام طريقة (مورر) بنسبة (83%) من الحالات وذلك على المعالجة الدوائية التي بلغ نسبة الشفاء فيها حوالي (7%- 8%) وانتكست بعدها جميع الحالات التي شفيت.

هذا إضافة إلى أن لاستخدام العقاقير بعض السلبيات مثل ظهور الأعراض الجانبية المتمثلة في شعور المريض بالدوخة وجفاف الحلق والإمساك والحساسية [6]، ص52-53.

كما جاءت فكرة بيركاسوفا Birkasova عام 1979 باستعمال مشتق اصطناعي لل ADH ال DDAVP لعلاج التبول اللاإرادي.

ال DDAVP أو الديسموبريسين (Desmopressine)أو(1- désamino –8-D-argine) هو نظير تركيبي للفاسوبريسين (Vasopressine) والذي يكون نشاطه المضاد لإدرار البول مرتين إلى ثلاث مرات أقوى من نشاط الهرمون الطبيعي ويدوم لفترة أطول (12 ساعة تقريبا)، إضافة إلى ذلك فإن له نشاط فاسوبرسين منخفض، وهو متوفر في المحلات التجارية منذ 1989على شكل رذاذ للأنف (بخاخ) سهل الاستعمال عند الطفل، يؤخذ مرة واحدة مساءا، يرتبط استخدامه عموما مع استخدام الإنذار، ويجب الحصول على نتائج فعالة خلال ثلاثة أشهر، تختلف فعاليته حسب الدراسات.

تسمح بالوصول إلى 70 إلى 80% من النجاح في معظم السلاسل المنشورة مؤخرا في الوقت الحالي، ويبقى 15 إلى 20 % من الأطفال (اللذين رغم أن حالاتهم التبويلية متطابقة في الظاهر)، الذين لا يستجيبون للDDAVP، بدون أن يتم تفسير السبب في الوقت الحالي [23]، ص 246-248.

يوجد الدسموبرسين في المحلات التجارية تحت اسم مينيرين Minirin [24]، ص 475.

ب- استخدام العلاج النفسي التربوي

أظهرت الدراسات أن معظم حالات التبول اللاإرادي الليلي لدى الأطفال لا يكفي فيها العلاج الطبي ولهذا لابد من أن يصاحب العلاج الطبي العلاج النفسي البيئي، وهذا العلاج يفيد في جعل الطفل يشعر بالأمن والطمأنينة ويستعيد ثقته بنفسه ويتخلص من أسباب الخوف والقلق والحرمان والغيرة.

ويمكن للمعالج النفسي إجراء بعض الاختبارات النفسية وتهيئة جو مناسب لمقابلة الطفل من أجل إثارة اهتمامه بالعلاج والتحدث عن أضرار التبول وحثه على التعاون وذلك للوصول إلى الشفاء.

ويتضمن العلاج النفسي أيضا إرشاد وتوجيه الآباء حول خطوات العلاج النفسي وأهميته وحول معاملة الطفل معاملة جيدة وعدم اللجوء إلى الضرب أو التهديد، والعمل على إشباع حاجات الطفل.

ومن الأمور المهمة في علاج حالات التبول اللاإرادي لدى الأطفال العمل على:

1- تعويد الطفل نهارا على ضبط نفسه مدة كافية وذلك عن طريق المباعدة بين أوقات ذهاب الطفل للتبول نهارا.
2- تعويد الطفل على الاستيقاظ ليلا بعد ذهابه للنوم بحوالي ساعة ونصف ثم يوقظ الطفل مرة أخرى بعد 4- 5 ساعات من نومه.
3- تعويد الطفل على التبول قبل نومه مباشرة.
4- تعويد الطفل على القيام بعملية التبول بصورة صحيحة منذ نشأته الأولى.

تشير سوزان جونسون أستاذة علم النفس الإكلنيكي في جامعة فلوريدا إلى ضرورة أن تقوم الأم بتسجيل الليالي الجافة لدى الطفل والليالي المبللة لمدة أسبوعين قبل العلاج، فإذا تبين للطفل خلال هذه المدة السيطرة على تبوله فلا حاجة للعلاج أما إذا استمر في التبول اللاإرادي بعد هذه المدة وبعد أن تكون الأم قد عززت طفلها على الليالي الجافة والمبللة يمكن أن تعتبر بمثابة الخط القاعدي الذي يعتمد عليه لاختيار الطريقة العلاجية المناسبة [6]، ص54-55.

ج- التحليل النفسي كطريقة في علاج التبول اللاإرادي الليلي لدى الأطفال

التحليل النفسي للأطفال يفيد في شفاء حوالي 50%من حالات التبول لدى الأطفال، وهو يعتمد على الكشف عن المواد العميقة المكبوتة في لاشعور الطفل من صدمات، ومخاوف، وصراعات والتي أدت إلى تبول الطفل على نفسه.

والتحليل النفسي يكشف عن الوسائل الدفاعية التي يلجأ إليها الطفل من أجل التخفيف من صراعاته، وما هي المكاسب الثانوية التي يحققها الطفل من وراء تبوله اللاإرادي على نفسه، وفي مجال التحليل النفسي قد يلجأ المعالج المحلل إلى المقابلات المتكررة بهدف تخليص الطفل من العادات النكوصية وقد يستخدم بعض الوسائل الإسقاطية مثل اختبار رسم الأسرة لكورمان، أو اختبار رسم الشجرة لجون باك، أو اختبار الكات، ويمكن من خلال عملية التحليل النفسي إعادة توجيه الطفل، وتقوية الثقة بنفسه، وإبعاد المخاوف والقلق عنه، والكشف عن أسباب الكبت والصراع، وتفسير عمليات المقاومة، والتحويل السالب والموجب لدى الطفل، فقد ينظر الطفل إلى المعالج المحلل على أنه الأب القاسي الذي يضربه أثناء عملية التبول [5]، ص 131-132.

د- العلاج السلوكي

وهو من الطرق التي ثبت نجاحها مع حالات التبول اللاإرادي الليلي وتعتمد على فكرة التخلص من العادات غير الصحيحة وبناء عادات صحيحة عوضا عنها طبقا لفكرة الاشتراط حيث يرى السلوكيين أن التبول اللاإرادي عادة خاطئة وأن العلاج السلوكي يقوم على إطفاء هذه العادات وتعلم العادة الطبيعية السليمة فعندما تمتلئ مثانة الطفل وهو نائم فإن الأمر يؤدي إلى ارتخاء العضلة العاصرة أو القابضة للمثانة وذلك لدى الأطفال الذين يعانون من التبول اللاإرادي – ويجب بالعلاج السلوكي فك ذلك الاشتراط – وإعادة ربطه بطريقة صحيحة بإدخال ميكانيزم إيقاظ بين امتلاء المثانة وحدوث الإفراغ وبذلك يصبح الأمر كما يلي:

قبل العلاج: امتلاء المثانة – ارتخاء عضلة المثانة.

بعد العلاج: امتلاء المثانة- إيقاظ الطفل- ارتخاء عضلة المثانة.

وأول من أقبل على تلك الفكرة مورر Mowrer الذي حاول أن يتم الاستيقاظ قبل عتبة الإحساس بالتبول.....واستخدم لذلك جهازه المشهور البطانية والجرس وهو عبارة عن:

قطعة قماش رقيقة جدا تسمح للطفل بالنوم عليها، تغلف من جهتها برقاقتين من المعدن بكل منها ثقوب معلق وموصل كل منهما بسلك، ويكون في طرف السلك فيشة كهربائية موصلة على بطارية 9 فولت موصلة بجرس، فعندما يبلل الطفل فراشه (قطعة القماش) تصبح هذه القطعة موصلا للكهرباء عبر الرقاقتين المعدنيتين ويصدر صوت الجرس الذي يؤدي إلى تخفيف عمق النوم وإيقاظ الطفل، ويتوتر الجهاز العصبي فتنقبض المثانة ويقفز الطفل إلى الحمام، وتستمر عملية العلاج بين شهر وثلاثة أشهر يلاحظ خلالها زيادة في عدد الأيام المتميزة بالجفاف للفراش لدى الطفل [21] ، ص 82.

وقد أشار ليفوبند Livibond إلى أن طريقة مورر التي تعتمد على صوت جرس يمكن اعتباره منبها ضارا حيث إنه مزعج ويضايق ومن ثم مكروه – ولزوال المثير المزعج والشعور بالراحة صمم ليفوبند جهاز يشبه جهاز مورر إلا أنه يعطي إشارتين بدلا من إشارة واحدة.

الإشارة الأولى في جهاز ليفوبند لمدة ثانية (صوت العربة) وهذا الصوت المنبه المزعج الذي يوجه للنائم ويؤدي إلى التوتر وتقلص المثانة ويتبع ذلك صوت جرس خفيف لمدة دقيقة تقريبا – يفيد في استدعاء مساعد (الأم مثلا) وتسمى هذه الطريقة بالطريقة ثنائية الإشارة.

وعلى نفس النمط توصل كروسبي Crosby إلى جهاز جديد يستخدم فيه الصدمة الكهربائية عوضا عن صدمة صوت الجرس، ويعتبر الجهاز الجديد الذي يوضع على الرداء الداخلي للطفل ويعطي الطفل صدمة كهربائية عندما يبلل فراشه نتيجة اتصال طرفي الدائرة بالماء.

وجاءت الدلائل الخاصة بنتائج البحوث مشيرة إلى أن – جهاز ليفوبند – أفضل الأجهزة السابقة، وإن كانت حالات الانتكاس متساوية عند استخدامها دون وجود فروق جوهرية في عدد حالات الانتكاس باختلاف الأجهزة، ولقد لوحظ أن جهاز ليفوبند يؤدي إلى نسب نجاح تصل إلى 70% ولكن نسبة الانتكاس تصل إلى 50%، وأحيانا تستيقظ الأسرة كلها على صوت الجرس عدا الطفل، وهناك تحفظات حول استخدام جهاز ليفوبند لدى أطفال أقل من سبع سنوات [21]، ص 83-84.

ه- العلاج بواسطة الدراما النفسية

التي وضع نظريتها مورينو Moreno وفيها يوضع المريض الذي يتبول لا إراديا في وسط مسرحي ويطلب منه القيام بتمثيل دور تلقائي له دلالة نفسية وبهذا يعبر المريض عن مشاعره بشكل تلقائي حر وينفس عن انفعالاته ويعبر عن دوافعه الكامنة وعن اتجاهاته العميقة تتطلب هذه الطريقة المعالج الماهر المدرب القادر على اختيار المواقف التي تحدث تأثيرا علاجيا نفسيا لدى المريض [6]، ص68.

و- ضبط عملية التبول باستخدام التغير في التغذية الراجعة

تعتبر هذه الطريقة من الطرق الحديثة والمساعدة لطرق العلاج الأخرى ويستفاد من هذه الطريقة في المجالات التالية: مجال الطب – مجال علم النفس – مجال العلاج الفيزيائي – مجال العلاج السلوكي.

وتعرف التغذية الراجعة بأنها نظام علاجي تعليمي يعتمد على أجهزة الكترونية تفيد في جعل المريض بتعرف على حالته الفيزيولوجية التي لا يعي درجة توترها أو استرخائها.

إن إعطاء المريض (العميل) هذه المعلومات عن حالته الفيزيولوجية تمكنه من الحفاظ على صحته والمساهمة في علاج حالته، وفي هذه الطريقة يتم وضع بعض الأقطاب على أجزاء مناسبة من جسم المريض، وهذه الأقطاب تعكس حالة البدن بواسطة تغذية راجعة صوتية أو ضوئية بصرية.

وقد استخدم هذه الطريقة لعلاج التبول اللاإرادي كل من بيكوف (Pykov, 1953) وماري جونز (Jones, 1960) [6]، ص 68 -69.

ملخص الفصل

لقد حظي موضوع التبول اللاإرادي الليلي بالاهتمام الكبير في الدراسات والبحوث الأجنبية، وتعددت التفسيرات، والاتجاهات، وطرائق التشخيص والعلاج لها، وكتب عن هذه الاضطراب الكثير، وما زالت الدراسات الأجنبية مستمرة، أما في عالمنا العربي فبالرغم من انتشار مشكلة التبول اللاإرادي وما يترتب عن ذلك من مضاعفات أو مخاطر صحية، تربوية ونفسية فإنها لم تحظ بعد بالاهتمام والدراسة الوافية مع ضعف شديد بالمراجع، والمصادر، والدوريات العلمية المتخصصة في هذا الموضوع، ويبدو أن سبب ذلك صعوبة الخوض في هذا الموضوع لما يتطلبه من إلمام بالنواحي الطبية، التشريحية، الفزيولوجية، الحيوية، النفسية والتربوية، وبطرق التشخيص والعلاج، وكذلك ما يتطلبه هذا الموضوع من جهد، ووقت ومتابعة، وهذا قد لا يتوفر لدى جميع الباحثين في منطقتنا العربية.

الفصل 3

الطفولة المتأخرة

يشهد مجال سيكولوجية الطفل بوجه عام، والصحة النفسية والعلاج والإرشاد النفسي بوجه خاص في الوقت الراهن تزايدا ملحوظا للجهود الموجهة للطفل، ويمثل تشخيص وعلاج المشكلات النفسية ومشكل التبول اللاإرادي كأحد هذه المشكلات مشكلة هامة لدى كثير من الأطفال، على أساس أن مواجهة هذه المشكلات، ومعرفة أسبابها، وطرق علاجها في مرحلة الطفولة المتأخرة أمرا غاية في الأهمية، تعنى به جميع المجتمعات المتقدمة على اختلاف نظمها، خاصة بعد أن أكدت بعض الدراسات إلى أن مصدر هذه الاضطرابات في مرحلة الرشد ما هي إلا امتداد لأعراض نفسية في مرحلة الطفولة، وفي هذا المجال تعمل كثير من الدول جاهدة كمجتمعات متقدمة تعنى برعاية أطفالها، فتدعم وتعزز تلك الجهود المتقدمة والموجهة للأطفال وذلك لتوفير أكبر قدر ممكن من الرعاية المتكاملة لهم بما نصت عليه الاتفاقيات والمواثيق الدولية، بوصفهم الثروة البشرية وعدة المستقبل.

1.3. تعريف الطفولة المتأخرة

هي المرحلة التي تمتد من 9 إلى 11 سنة وتشمل الصفوف الثلاثة الأخيرة من المرحلة الابتدائية ويطلق البعض على هذه المرحلة "قبيل المراهقة" وهنا يصبح السلوك بصفة عامة أكثر جدية في هذه المرحلة التي تعتبر مرحلة إعداد للمراهقة، والتغيرات التي تحدث في هذه المرحلة تعتبر بحق تمهيدا لمرحلة المراهقة، حيث تتميز هذه المرحلة ببطء معدل النمو بالنسبة لسرعته في المرحلة السابقة والمرحلة اللاحقة مع زيادة التمايز بين الجنسين بشكل واضح وتعلم المهارات اللازمة لشئون الحياة، وتعلم المعايير الخلقية والقيم، وتكوين الاتجاهات، والاستعداد لتحمل المسئولية، وضبط الانفعالات.

وتعتبر هذه المرحلة أنسب المراحل لعملية التطبيع الاجتماعي، إلا أنه من ناحية البحث العلمي تعتبر هذه المرحلة شبه منسية وذلك لزيادة الاهتمام بسابقاتها ولاحقاتها من مراحل النمو [18]، ص 264.

2.3. مظاهر النمو في الطفولة المتأخرة

تتفق الكثير من المؤلفات العلمية [25]، [26]، [27]، [28]، [18] على ملامح النمو الجسمي، الفزيولوجي، الحسي الحركي، العقلي.....

1.2.3. النمو الجسمي والفيزيولوجي

حيث يهتم الطفل في هذه المرحلة بجسمه، وينمو مفهوم الجسم ويؤثر في نمو الشخصية، من مظاهره:

تتعدل النسب الجسمية وتصبح قريبة الشبه بها عند الراشد، وتستطيل الأطراف، ويتزايد النمو العضلي، وتكون العظام أقوى من ذي قبل، ويتتابع ظهور الأسنان الدائمة (تظهر في السنوات من 10-12 ثماني أضراس أمامية أولى تحل محل الأضراس المؤقتة، وتظهر كذلك أربع أنياب تحل محل الأنياب المؤقتة).

ويشهد الطول زيادة 5% في السنة، وفي نهاية المرحلة يلاحظ طفرة في نمو الطول، ويشهد الوزن زيادة 10% في السنة، ويقاوم الطفل المرض بصورة ملحوظة، ويتحمل التعب ويكون أكثر مثابرة.

أما بالنسبة للفروق الفردية تبدو واضحة، فجميع الأطفال لا ينمون بنفس الطريقة أو بنفس المعادلات، فبعضهم ينمو بدرجة أكبر نسبيا في الطول والبعض الآخر في الوزن بما يؤدي إلى تنوع الأنماط الجسمية العامة مثل (طويل نحيف) أو (قصير ممتلئ)

وبالنسبة للفروق بين الجنسين، يكون نصيب البنين أكثر من البنات في النسيج العضلي، ويكون نصيب البنات أكثر من البنين في الدهن الجسمي، وتكون البنات أقوى من البنين في هذه المرحلة فقط، وتلاحظ زيادة البنات عن البنين في هذه المرحلة في كل من الطول والوزن وتبدأ ظهور الخصائص الجنسية الثانوية لدى البنات قبل البنين في نهاية هذه المرحلة.

أما بالنسبة للنمو الفيزيولوجي فتزداد الوظائف الفزيولوجية حيوية في هذه المرحلة مثل ارتفاع ضغط الدم ويتناقص النبض، ويزداد تعقد الجهاز العصبي، ويزداد وزن المخ حتى يصل إلى 95% من وزن مخ الراشد في نهاية هذه المرحلة، وتقل ساعات النوم بالتدريج حتى تصل إلى 10 ساعات في المتوسط في اليوم.

2.2.3. النمو الحركي والحسي

هذه المرحلة تعتبر مرحلة النشاط الحركي الواضح، وتشاهد فيها زيادة واضحة في القوة والطاقة، فالطفل لا يستطيع أن يظل ساكنا بلا حركة مستمرة وتكون الحركة أسرع وأكثر قوة، ويستطيع الطفل التحكم فيها بدرجة أفضل.

ويلاحظ اللعب مثل الجري والمطاردة وركوب الدراجة ذات العجلتين والعوم والسباق والألعاب الرياضية المنظمة وغير ذلك من ألوان النشاط التي تصرف الطاقة المتدفقة لدى الطفل والتي تحتاج إلى مهارة وشجاعة أكثر من ذي قبل، وأثناء النشاط الحركي المستمر للطفل قد يتعرض لبعض الجروح الطفيفة.

ويميل الطفل إلى كل ما هو عملي، فيبدو وكأن (الأطفال عمال صغار) ممتلئون نشاطا وحيوية ومثابرة، ويميل الطفل إلى العمل ويود أن يشعر أنه يصنع شيئا لنفسه، وينمو التوافق الحركي، وتزداد الكفاءة والمهارة اليدوية إذ يسمح ما بلغته العضلات الدقيقة من نضج الطفل بالقيام بنشاط يتطلب استعمال هذه العضلات مثل النجارة عند البنين وأعمال التريكو عند البنات....وهكذا، ويلاحظ أن بعض الأطفال يمكنهم في نهاية هذه المرحلة التدرب على استعمال بعض الآلات الموسيقية، وتتم السيطرة التامة على الكتابة، وقد لوحظ أيضا أن زمن الرجع يكون أسرع في هذه المرحلة.

وهناك فروق بين الجنسين حيث يقوم البنون باللعب المنظم القوي الذي يحتاج إلى مهارة وشجاعة وتعبير عضلي عنيف كالكرة والجري، وتقوم البنات باللعب الذي يحتاج إلى تنظيم في الحركات كالرقص والحجلة ونط الحبل.

أما بالنسبة للنمو الحسي فيكاد يكتمل نمو الحواس ويتطور الإدراك الحسي وخاصة إدراك الزمن إذ يتحسن في هذه المرحلة إدراك المدلولات الزمنية والتتابع الزمني للأحداث التاريخية.

ويلاحظ أن إدراك الزمن والإحساس بمدى فتراته يختلف في الطفولة بصفة عامة عن المراهقة وعن الرشد والشيخوخة، فإحساس الطفل بالعام الدراسي يستغرق مدى أطول من إحساس طالب الجامعة، وفي هذه المرحلة أيضا يميز الطفل بدقة أكثر بين الأوزان المختلفة، ويزول طول البصر ويستطيع الطفل من ممارسة الأشياء القريبة من بصره (قراءة أو عملا يدويا) بدقة أكثر ولمدة أطول من ذي قبل، وتزداد دقة السمع، ويميز الطفل الأنغام الموسيقية بدقة، ويتطور ذلك من اللحن البسيط إلى المعقد، وتتحسن الحاسة العضلية باطراد حتى سن 12، وهذا عامل هام من عوامل المهارة اليدوية.

3.2.3. النمو العقلي واللغوي

يطرد نمو الذكاء حتى سن الثانية عشرة، وفي منتصف هذه المرحلة يصل الطفل إلى حوالي نصف إمكانيات نمو ذكائه في المستقبل، وتتميز القدرات الخاصة عن الذكاء والقدرة العقلية العامة، وتنمو مهارة القراءة ويحب الطفل في هذه المرحلة القراءة بصفة عامة ويستطيع قراءة الجرائد ذات الخط الصغير، ويستطيع أن يقرأ لنفسه ما يجذب اهتمامه للقراءة، ويستثيره البحث عن الحقيقة والحاجة لفهم الظاهرات الطبيعية.

وتتضح تدريجيا القدرة على الابتكار، ويستمر التفكير المجرد في النمو، ويقوم على استخدام المفاهيم والمدركات الكلية، ويستطيع التفسير بدرجة أفضل من ذي قبل، كذلك يستطيع التقييم وملاحظة الفروق الفردية، ويزداد مدى الانتباه ومدته وحدته، وحبذا لو كانت موضوعات الانتباه منظمة تنظيما خاصا، والعلاقة بينها بسيطة، وتزداد القدرة على التركيز بانتظام، وتنمو الذاكرة نموا مطردا ويكون التذكر عن طريق الفهم، ويتضح التخيل الواقعي، وتزداد القدرة على تعلم ونمو المفاهيم ويزداد تعقدها وتمايزها وموضوعيتها وتجريدها وعموميتها وثباتها، ومن أمثلة ذلك مفهوم العدل والظلم والصواب والخطأ، ويتعلم المعايير والقيم الخلقية والخير والشر بغض النظر عن المواقف أو الظروف التي تحدث فيها، وتقرب هذه المعايير وتلك القيم من معايير وقيم الكبار.

ويزداد استعداد الطفل لدراسة المناهج الأكثر تقدما وتعقيدا، ويمكنه استيعاب الدراسات الاجتماعية، ويزداد اهتمامه في أوجه النشاط الخارجة عن المنهج، ويتحمس الطفل لمعرفة الكثير عن البيئة المباشرة وعن بلده وعن البلاد الأخرى وعن العالم من حوله، ويزداد لديه حب الاستطلاع وقد وجد ماو وماو Maw and Maw أن الأطفال الذين لديهم حب استطلاع أعلى يكون مفهوم الذات لديهم أكثر ايجابية وتكون اتجاهاتهم الاجتماعية أفضل إذا قورنوا بزملائهم الذين لديهم حب استطلاع أقل.

ويلاحظ النقد الموجه إلى الكبار والنقد الذاتي، والطفل وإن كان يهتم بآراء وأفكار الآخرين إلا أنه بين الحين والآخر يتحدى هذه الآراء وتلك الأفكار، وتظهر الفروق الفردية واضحة خاصة في الذكاء والتحصيل، وتتأثر بالتفاوت في الخبرة المدرسية، ويمتاز البنون عن البنات في الذكاء خاصة في التاسعة والعاشرة.

أما بالنسبة للنمو اللغوي فتزداد المفردات ويزداد فهمها، ويدرك الطفل التباين والاختلاف القائم بين الكلمات ويدرك التماثل والتشابه اللغوي.

ويزيد إتقان الخبرات والمهارات اللغوية، ويتضح إدراك معاني المجردات (مثل الكذب – الصدق- الأمانة- العدل – الحرية- الحياة – الموت)، ويلاحظ طاقة التعبير والجدل المنطقي، ويظهر الفهم والاستمتاع الفني والتذوق الأدبي لما يقرأ، ويلاحظ أن البنات يفقن البنين في القدرة اللغوية.

4.2.3. النمو الانفعالي والاجتماعي

يطلق على هذه المرحلة بالاستقرار الانفعالي مقارنة بالمراحل السابقة، وتتوزع علاقات الطفل نحو أهداف متعددة تشمل أقرانه في الصف وفي أثناء اللعب، ومعلميه الذين يتعامل معهم بعد أن كانت علاقاته محصورة بالأسرة والأخوة فقط.

ويكون الطفل اتجاهات انفعالية جديدة نتيجة العلاقات الاجتماعية الجديدة التي تكسب الطفل اتزانا انفعاليا، وتخفف من انفعالاته العنيفة تجاه والديه، مما يعطيه نضجا انفعاليا اجتماعيا.

ويؤثر النمو العقلي على النضج الانفعالي، فالطفل يتنازل عن رغباته الكثيرة الملحة وخصوصا التي يشعر بأنها تضايق الوالدين، ويستطيع إرجاء حاجاته العاجلة إلى وقت آخر فيكسبه ذلك السيطرة على نوازعه ورغباته.

وتزداد خلال هذه المرحلة جرأة الطفل بسبب تنوع علاقاته الاجتماعية التي تتسم بالتفاعل والديناميكية، والتي تنمي شعوره بالأمن والثقة فيكسب الطفل اتزانا انفعاليا في سلوكه ويميل إلى المرح.

وتختلف استجابات الطفل الانفعالية في هذه المرحلة عن المراحل السابقة، فيعبر عن انفعال الغضب بالألفاظ، وتبدو هذه الانفعالات ظاهرة على وجه الطفل، دون عنف أو ثورة وقد تأخذ استجاباته شكل المقاطعة.

ولكن طفل هذه المرحلة يعاني من الخوف، وتتصف هذه المخاوف بالواقعية في المستويين الدراسي والاجتماعي، مثل الخوف من الفشل، والإحباط الدراسي، والتقبل، والمكانة الاجتماعية بالنسبة للأقران.

كذلك فإن الطفل يخاف من الأشياء التي تشكل خطرا على حياته، مثل وجود السيارات أو السقوط من الأماكن العالية.

أما بالنسبة للنمو الاجتماعي فيزداد احتكاك الطفل بجماعات الكبار، واكتسابه معايير واتجاهاتهم وقيمهم، فالذكر يتابع بشغف ما يجري في وسط الشباب والرجال، والأنثى تتابع في لهفة ما يدور في وسط الفتيات والنساء، ونجد أن الطفل يحب صحبة والديه ويفخر بوالديه ويعجب بالأبطال، ويكون وديعا في حضرة الضيوف والغرباء، إلا أنه يلاحظ زيادة نقد الطفل لتصرفات الكبار حتى ليقال أنه ينقد كل

شيء وكل فرد، وتضايقه الأوامر والنواهي ويثور على الروتين، وتطرد عملية التنشئة الاجتماعية فيعرف المزيد عن المعايير والقيم والاتجاهات الديمقراطية والضمير ومعاني الخطأ والصواب...الخ، ويهتم بالتقييم الأخلاقي للسلوك.

ويزداد تأثير جماعة الرفاق، ويكون التفاعل الاجتماعي مع الأقران على أشده، يشوبه التعاون والتنافس والولاء والتماسك، ويستغرق العمل الجماعي والنشاط الاجتماعي معظم وقت الطفل ويفخر الطفل بعضويته في جماعة الرفاق، ويسود اللعب الجماعي والمباريات، ولكي يحصل الطفل على رضا الجماعة وقبولها له نجده يساير معاييرها ويطيع قائدها، ويرافق زيادة تأثير جماعة الرفاق نقص تأثير الوالدين بالتدريج.

ويبدأ تأثير النمط الثقافي العام، وتنمو فردية الطفل وشعوره بفردية غيره من الناس، ويزداد الشعور بالمسؤولية والقدرة على الضبط الذاتي للسلوك، وتتغير الميول وأوجه النشاط الطفولية إلى الاستقلال وحب الخصوصية، ويقل الاعتماد على الكبار، ويزداد نمو الاستقلال.

ويتوحد الطفل مع الدور الجنسي المناسب وتتضح عملية التنميط الجنسي، والتنميط الجنسي هو تبني الدور الجنسي، وهو عملية التوحد مع شخصية نفس الجنس واكتساب صفات الذكورة بالنسبة للبنين وصفات الأنوثة بالنسبة للبنات، ويبدأ التنميط الجنسي مبكرا بالتوحد مع شخصية الوالد والكبار من نفس الجنس، ويتضمن التنميط الجنسي اكتساب المعايير السلوكية والميول والاهتمامات ونوع الألعاب.

ويبتعد كل من الجنسين في صداقته عن الجنس الآخر، ويظل الحال هكذا حتى المراهقة، وتكون الاتصالات الاجتماعية بين الجنسين مشوبة بالفظاظة ونقص الاستجابة والمضايقات والخجل والانسحاب، ويلاحظ أن الجماعات لا تضم أفراد من الجنس الآخر وأن جماعات البنين أكبر عددا من جماعات البنات، ويعطي الآباء حرية أكبر لجماعات البنين ويضعون قيودا أكبر على جماعات البنات.

5.2.3. النمو الجنسي

هذه مرحلة ما قبل البلوغ الجنسي، إنها مرحلة ما قبل المراهقة، وقد أولى كنزي Kinsey النمو الجنسي في هذه المرحلة عناية كبيرة في بحوثه، من مظاهره:

قد تتجدد الأسئلة الخاصة بالولادة والجنس والجماع، وإنما في مستوى أرقى، ويلاحظ اللعب الجنسي وممارسة العادة السرية (كمحاولة لتخفيف أي نوع من التوتر)، وقد يحدث التجريب الجنسي ولكنه في هذه المرحلة يكون غالبا بين أفراد نفس الجنس، إذ نجد الأطفال يعرضون أعضاءهم التناسلية بعضهم على بعض لعلهم يدركون مدى تشابههم واختلافهم.

6.2.3. النمو الديني

مع تقدم الطفل في العمر، ومع ارتفاع مستواه العقلي، يتجه الشعور الديني نحو البساطة والوحدة، ويبعد عن الانفعالات، ويقترب من المنطق والعقل، ومن مظاهره:

يميز الشعور الديني في هذه المرحلة " الاجتماعية" حيث يتأثر الطفل بالبيئة الاجتماعية التي يتربى فيها، فإن كانت بيئة متدينة نشأ على ما تربى عليه وتطبع بذلك، ويأخذ السلوك الديني وأداء الفرائض شكلا اجتماعيا، ويصبح الدين بذلك وسيلة من وسائل التوافق الاجتماعي.

وتتسع آفاق الطفل، ويخرج من حدود ذاته الضيقة، ويربط بين الله وبين ذاته وبين العالم في آن واحد، ويعرف الطفل أن الله ليس ربه وحده، بل هو اله كل الناس، ويعرف الطفل أن الدين يجمع جماعة كبيرة أوسع من أسرته، وأن هناك جماعات أخرى تتبع أديانا أخرى، ويدرس الطفل المفاهيم الدينية في مقررات التربية الدينية، بفهم أكثر من ذي قبل.

3.3. مشكلات النمو عند الأطفال

يرى بعض العلماء أن كل الأطفال تقريبا يصدر عنهم بعض المشكلات السلوكية أو المخاوف أو القلق ولذلك كان علينا ألا نعد الطفل "عصابيا" أو "مشكلا" إلا إذا حالت كثرة هذه الاستجابات أو حدتها بينه وبين أن يؤدي وظائفه على نحو مرض، أو حالت بينه وبين أن يستمتع بالتفاعل الاجتماعي السوي مع غيره من الناس.

وهم محقون في ذلك لأن الطفل في هذه السن يواجه كثيرا من الصعوبات ويعاني من كل من الإحباط والقلق والتوتر والخوف، وهو أمر طبيعي لأنه يدخل إلى عالم ملئ بالمثيرات بعضها سار وبعضها الآخر غير سار، وهو لم يكتمل إعداده للحياة بعد، ولم تنم خبرته بالدرجة الكافية، ويزيد الأمر صعوبة أن الطفل في هذه السن يمر بثورة انفعالية كما أسلفنا، ويغلب على سلوكه الإلحاح في إجابة مطالبة بسرعة بدون تأجيل أو انتظار، ولذلك فإن صدور سلوك من الطفل يتسم بالعناد أو التشبث أو التخريب لا يعد من قبيل الحالات المرضية أو حالات غير طبيعية التي تستدعي اهتماما خاصا، إلا إذا تكرر هذا السلوك بصفة دائمة واستمر مع الطفل فترة من الزمن.

والأساليب السلوكية "الطفلية" التي تعد أساليبا مشكلة متعددة ومتنوعة وغالبا ما تظهر على شكل مجموعات كأنها "زملة" أعراض لمرض معين، ويقسم بعض الباحثين هذه الأعراض كما تظهر في نهاية هذه المرحلة إلى أربع مجموعات هي:

أ- المجموعة الأولى: وتتألف من: السلوك العدواني من قبيل كثرة الشجار- التقلبات المزاجية- السلبية- العناد- القابلية الشديدة للتهيج- الانفجارات الانفعالية- الغيرة- شدة الميل إلى المنافسة.

ب- المجموعة الثانية: وتشمل الانطواء- الخضوع- الخجل- غلبة النعاس على الفرد- التحفظ المفرط- قلة النشاط على المستوى العادي.

ت- المجموعة الثالثة: وفيها نجد الاستمناء- الاهتمام الجنسي غير العادي- التهتهة أو اللجلجة.

ث- المجموعة الرابعة: وتتضمن التبول اللاإرادي الليلي أو النهاري [26]، ص 62-63.

ملخص الفصل

أهم ما يمكن استخلاصه من هذا الفصل هو أن الطفولة المتأخرة هي صناعة المستقبل، وطفل اليوم هو رجل الغد، وعندما يمر هذا الطفل بمراحل طفولته المختلفة يسعى إلى تحقيق حاجاته الشخصية، وحتى ينمو الطفل خلال مراحل تطوره المختلفة بصفة صحية عادية، لا بد من المعنيين برعاية وتربية الطفل خاصة الأسرة الوعي بميزات الطفولة المتأخرة وأهم احتياجاتها وأهم مظاهر نموها دون أن ننسى أهم المشاكل سواء صحية كانت أم انفعالية أم اجتماعية التي قد يتعرض لها الطفل حتى يمكن تفاديها بعلاجها وإتباع طرق الوقاية منها.

الفصل 4

البرامج العلاجية

عادة ما يستخدم مصطلح "الإرشاد النفسي" و"العلاج النفسي" على نطاق واسع مع بعض التدخلات فيما بينهما، وعلى الرغم مما قد يبدو من اتفاق على أنهما ليسا مترادفين تماما، فإنه يبدو أن ليس هناك اتفاق عام فيما يخص الفروق بينهما، ومن الصعب التفريق بين الإرشاد والعلاج، لأن تعريفات الإرشاد يمكن قبولها على أنها تعريفات للعلاج، والعكس صحيح أيضا، وهذا ما يمكن ملاحظته من نقاط الشبه بين الإرشاد والعلاج من حيث إن كلا منهما يتضمن علاقة من نوع خاص بين شخصين أحدهما يطلب المساعدة وآخر مدرب على تقديمها، أما الأساليب والإجراءات التي تستخدمها العملية إرشادا كانت أم علاجا فليس بينهما تناقض أساسي، لذلك فإن طبيعة وخصائص وأهداف وأسس وخطوات بناء البرامج سواء كانت علاجية أو إرشادية هي نفسها.

1.4. تعريف البرامج العلاجية

لقد تم إعطاء تعاريف مختلفة للبرامج العلاجية باختلاف مجالات العلاج (مهني، تربوي، ذوي حاجات خاصة وأسري..إلى غيره) سأعرض التعريف العام الذي قدمه حامد زهران (2005):

يعرفه بأنه برنامج مخطط منظم في ضوء أسس علمية، لتقديم الخدمات العلاجية المباشرة وغير المباشرة فردا و جماعة لجميع من تضمهم المؤسسة بهدف مساعدتهم في تحقيق النمو السوي والقيام بالاختيار الواعي المتعقل ولتحقيق التوافق النفسي داخل المؤسسة وخارجها، ويرى أن برنامج العلاج النفسي يحدد ماذا، ولماذا، وكيف، ومن، وأين، ومتى، وكم عملية العلاج النفسي [19]، ص499.

ويضيف أن برنامج العلاج النفسي هو: خدمة مخططة تهدف إلى تقديم المساعدة المتكاملة للفرد حتى يستطيع حل المشكلة الشخصية أو التربوية أو المهنية أو الصحية أو الأخلاقية التي يقابلها في حياته أو التوافق معها [19]، ص12.

2.4. طبيعة بناء البرامج العلاجية

إن برامج العلاج النفسي هي إحدى الوسائل التي تقدم بواسطتها خدمات العلاج النفسي لذلك فهي على وجه العموم خطة منظمة مصممة بدقة فائقة في ضوء أسس من نظريات علمية في مجال الإرشاد والعلاج النفسي لتقديم الخدمات النفسية النمائية والوقائية والعلاجية للأفراد المحتاجين اليها.

وترى "هلين برلمان" Perlmen 1957 إن طبيعة هذه البرامج العلاجية إجرائية بشكل منهجي، وترتكز على أساس علمي، وهذا الإجراء المنهجي للتدخل العلاجي يقوم على افتراضين أساسين.

أولهما: إن السلوك السوي والشاذ للفرد يمكن فهمه والتنبؤ به.

ثانيهما: إن السلوك يمكن ضبطه والتحكم فيه إذا توافرت الشروط المساعدة المناسبة والوسائل والأنشطة النفسية المعينة على ذلك، التي يقوم المعالج النفسي عامدا بإدخالها في خبرة الفرد بوصفها وسائل ذات تركيب محدد لمنع السلوك المضطرب أو علاجه.

والبرامج العلاجية هي ذات طبيعة علمية ومنظمة تتسم بالدقة والشمولية والموضوعية، لها مرجعية علمية (من نظريات علم النفس والعلاج النفسي وعلم النفس المرضي وعلم نفس السلوك) يمكن الاستناد إليها في فهم المبادئ والقوانين التي تحكم السلوك السوي أو الشاذ، وكذلك التنبؤ بالسلوك وضبطه وتوجيهه التوجيه اللازم حسب مقتضيات الحالة التي يعاني منها المتعالج سواء كانت نمائية أو وقائية أو علاجية وذلك للوصول إلى التوافق المطلوب [29]، ص 38-39.

3.4. خصائص البرامج العلاجية

أهم خصائص البرامج العلاجية هي:

- التنظيم والتخطيط

يجب أن يكون للبرنامج العلاجي إستراتيجية منظمة ومخطط لها من قبل الخبراء الذين يملكون خبرات علمية وعملية في مجال تصميم البرامج العلاجية فالتخطيط والتنظيم يتضمن تغطية عناصر البرنامج العلاجي، من حيث التمهيد له ووضع الأهداف، واختيار الأفراد المستهدفين وخطوات سيره بحيث لا تسبق مرحلة الأخرى.

- المرونة

ويقصد بها أن البرنامج ليس ثابتا ثباتا مطلقا من حيث الجلسات العلاجية والفنيات المستخدمة فيه، وإنما هو مرن وقابل للتعديل في ظل المستجدات والظروف التي تطرأ على العملية العلاجية والبيئة المحيطة بها وكذلك المتغيرات الطارئة التي تحدث للمتعالج كالمرض أو التحسن المفاجئ.

- الشمول

الشمولية في البرنامج لا تعني وقوف البرنامج عند جزئية من مشكلة المتعالج، بل يجب أن يكون شاملا لجميع أبعادها الاجتماعية والنفسية والانفعالية، كما يتضمن الشمول أدوات القياس المناسبة والفنيات وغيرها من العناصر الأساسية في البرنامج.

- التكامل

بمعنى أن تتكامل عناصر البرنامج مع كل معطيات حالة المتعالج النفسية أثناء عملية تفسير التغيرات التي حدثت في سلوك المتعالج ضمن الوحدة التاريخية والحالية، فالمعطيات التي يتم جمعها ينبغي أن تنتظم وتتكامل ضمن الشخصية برمتها في وحدتها التاريخية والدينامية والحالية.

- الموضوعية

يجب أن يكون البرنامج موضوعيا من حيث:

- الأرضية النظرية التي يستند إليها .
- نظرة المعالج إلى مشكلة المتعالج بصورة كلية.
- الأدوات والمقاييس الخاصة بالفحص والتشخيص والتقويم والتقييم.
- الفنيات العلاجية المستخدمة.
- أحكام المتعالج والآخرين على عملية العلاج النفسي برمتها.
- الإطار المرجعي الثقافي الذي يطبق فيه البرنامج العلاجي يحيث تكون النتائج التي يحصل عليها البرنامج مناسبة للبيئة الاجتماعية بما فيها من قيم وعادات اجتماعية أصيلة.

- الدقة وسهولة التطبيق

بمعنى أن يكون البرنامج دقيقا في تحقيق أهدافه وسيره وتفسير نتائجه، وأن تكون إجراءاته سهلة التطبيق من قبل المعالج والمتعالج القادر على فهمها وتمثلها دون أدنى صعوبة.

- إمكانية التعميم

أي إمكانية تطبيقه إذا توافرت الشروط اللازمة له على أفراد يعانون من المشكلات نفسها التي يتصدى لها البرنامج العلاجي [29]، ص 35-36.

4.4. أهداف البرامج العلاجية

يرى الباحثون في مجال الصحة النفسية والعلاج النفسي أن هناك مجموعة من الأهداف التي تسعى البرامج العلاجية لتحقيقها، ويقصد بالأهداف التغيرات المتوقع حدوثها عند المستفيدين من البرنامج بعد تعرضهم للخبرات والمهارات التي يتناولها.، ويتم تحديد هذه الأهداف في ضوء مجموعة من الأسس والمبادئ النفسية، التربوية الاجتماعية الفزيولوجية والفلسفية وكذلك عملية تشخيص الفئة المستهدفة التي تسبق تخطيط البرنامج العلاجي، إن هذه الأهداف تختلف باختلاف طبيعة المشكلة والأفراد المستفيدين من البرنامج ويمكن تقسيمها إلى:

❖ أهداف عامة

يتم تحقيقها بشكل غير مباشر وهي نفسها الأهداف التي تسعى عملية العلاج النفسي لتحقيقها بشكل عام وتتمثل هذه الأهداف فيما يلي:

- تحقيق الذات.
- تحقيق التوافق.
- تحقيق الصحة النفسية.
- تحسين العملية التعليمية.

❖ أهداف خاصة

تختلف باختلاف مجالات العلاج النفسي (مهني، تربوي، أسري.....فالبرامج العلاجية تختلف باختلاف الأشخاص الذين تقدم لهم، وطبيعة مشكلتهم وطرق التغلب عليها.

تصنف هذه الأهداف إلى:

- أهداف معرفية
- أهداف وجدانية
- أهداف سلوكية

تنبثق من هذه الأهداف الخاصة أهداف فرعية وكل منها تسعى البرامج العلاجية لتحقيقها بشكل مباشر [30]، ص 21.

5.4. أسس البرامج العلاجية

ترتكز مختلف البرامج العلاجية على مجموعة من الأسس وهي:

❖ الأسس العامة

وتعني ثبات السلوك الإنساني نسبيا وإمكانية التنبؤ به، وقابليته للتعديل والتوجيه والتعلم، كما أن هذا السلوك فردي واجتماعي، ومن حق المسترشد أو المتعالج أن يقرر حقه في الإرشاد والعلاج.

❖ الأسس النفسية والتربوية

يجب على المعالج أن يأخذ باعتباره أثناء وضع البرنامج العلاجي الفروق الفردية بين المتعالجين في النمو العقلي والجسمي والاجتماعي، واستعدادهم ورغبتهم في التدخل العلاجي، وكذلك الفروق بين الأطفال الصغار والمراهقين والكبار، والأسوياء وذوي الحاجات الخاصة، مع مراعاة الفروق بين الجنسين.

❖ الأسس الاجتماعية

ومن هذه الأسس الاهتمام بالفرد باعتباره كعضو في الجماعة فالإنسان يعيش في واقع اجتماعي له معاييره وقيمه ويعيش مع جماعة ككيان اجتماعي يؤثر في الفرد، فلا يمكن أن ننظر للإنسان بحد ذاته دون أن يأخذ بالحسبان الجماعة التي ينتمي إليها، والمجتمع الذي يعيش فيه.

ومن الأسس الاجتماعية أيضا الاستفادة من كل مصادر المجتمع في العلاج النفسي (وسائل الإعلام، المؤسسات الاجتماعية)

❖ الأسس الفزيولوجية

إن المتعالج هو إنسان له جسم يتكون من عدد من الأجهزة التي تعمل بصورة متكاملة بهدف تحقيق استمرار الحياة، والإنسان يسلك في محيطه البيئي باعتباره وحدة نفسية جسمية، فسلوك الإنسان هو عبارة عن حصيلة نشاطه الجسمي النفسي معا حيث تتأثر حالته النفسية بحالته الجسمية، كما أن حالته الجسمية تتأثر بحالته النفسية.

وعلى المعالج أن يدرك تمام الإدراك هذه العلاقة الوثيقة بين النفس والجسد ويأخذها بالحسبان عندما يتعامل مع المتعالج، وأن يدرك العلاقة القوية بين الانفعالات المزمنة التي يتعرض لها الفرد وبين مختلف أشكال الاضطرابات السلوكية.

❖ الأسس الفلسفية

عملية العلاج النفسي يجب أن تقوم على أساس فهم كامل لطبيعة الإنسان، ذلك أنها عملية فنية معقدة عميقة عمق الطبيعة البشرية نفسها، وتستحق فعلا من المعالج النفسي أن يبحث ويدرس جيدا، ويعتمد أكثر من مصدر في تكوين مفهومه عن طبيعة الإنسان ليكون أقرب ما يكون للصواب.

لذلك فالبرنامج العلاجي يجب أن يراعي طبيعة النسق الفلسفي الخاص بالمرحلة التي يمر بها الأفراد الذين يعانون من المشكلة، والإطار العام الذي يتناول أسلوبها في تحقيق تلك الأهداف، بحيث يحرص على عدم حدوث أي تناقض بين أهداف البرنامج وفنياته وبين خصائص الأفراد الخاضعين للبرنامج وأهدافهم.

❖ الأسس الأخلاقية

تؤكد البحوث في مهنة العلاج النفسي على حق الفرد في اختيار الأسلوب الذي يناسبه أثناء عملية التدخل العلاجي من دون ضغط أو إجبار (إلا في الحالات الشديدة من الاضطراب) وفي جو من الأمن والاطمئنان والسرية التامة لكل خبرات المتعالج، ومن دون استغلال لإمكاناته المادية والمعنوية، لذلك فعلى المعالج النفسي الذي يصمم برنامجا علاجيا لمتعالج ما أن يأخذ في الاعتبار القيم الأخلاقية التي يؤمن بها المتعالج ويستفيد منها أثناء عملية التدخل العلاجي [29]، ص 40-44.

6.4. خطوات بناء البرامج العلاجية

يمر بناء البرنامج العلاجي بخطوات محددة تتمثل فيما يلي:

- تحديد الفئة المستهدفة.
- أهداف البرامج العامة والخاصة.
- محتوى البرنامج (المعارف، الأنشطة والمهارات).
- حدود البرنامج (زمان ومكان تنفيذه).
- الوسائل والفنيات والطرق المستخدمة.
- ميزانية البرنامج.
- الخدمات التي يقدمها البرنامج.
- خطوات تنفيذ البرنامج.
- إجراءات تقييم البرنامج وتقويمه [30]، ص20.

7.4. المتطلبات الأساسية في بناء البرنامج العلاجي

- تحديد الأهداف

وهذه الخطوة مهمة من خطوات بناء البرنامج العلاجي تتضمن وضع تخطيط مكتوب للبرنامج، ويتم فيه تقديم الخبرات النظرية والخلفيات العلمية لخدمة أهداف البرنامج، بحيث يتم ذلك من خلال ترجمة الأهداف العامة إلى أهداف إجرائية واختيار الأساليب المناسبة لتحقيق الأهداف.

- الخلفية النظرية والتطبيقية للبرنامج

يبنى كل برنامج علاجي على أساس نظري وذلك لمساعدة المعالج على تقويم وتقييم النتائج التي توصل إليها البرنامج أثناء وبعد تطبيقه، ويقول مصممو البرامج العلاجية أن البرنامج يجب أن يكون مبنيا على نظرية ما.

- المستفيدون من البرنامج

بشكل عام قد يستفيد من هذه البرامج الفئات الاجتماعية التالية:

- الحالات التي تعاني من اضطرابات انفعالية: الخوف، الاكتئاب، الوساوس المتسلطة أو السلوك العدواني، الأفراد الذين يعانون من مشكلات أكاديمية أو تحصيلية.

- الصغار والكبار، العاديين وغير العاديين (ذوي الاحتياجات الخاصة)، كما تقدم البرامج للذكور وقد تقدم للإناث حسب طبيعة المشكلة، وللمتعلمين وللأميين.

- مجال مشكلات الأطفال الذين لم ينجحوا في التوافق مع المجتمع وفي نصح أباء هؤلاء الأطفال.

- مشكلات الشباب الشخصية والعلمية.

- الصحة النفسية للكبار: وأكبر ميادينها التوافق في الحياة الزوجية.

-الصحة النفسية لكبار السن.

- الخدمة الاجتماعية: في السجون والمؤسسات الإيوائية.....

- مكان العلاج وشروطه

في الغالب تتم العملية العلاجية والتدريبية في مكان معترف به من قبل الجهات الرسمية كالمستشفيات النفسية والعقلية، العيادات الخاصة أو في مراكز الإرشاد النفسي، والقائمون على هذا المكان متخصصون في مجال تقديم الخدمات النفسية حسب تخصصاتهم، وفي هذا المكان تجرى الاختبارات النفسية والفحوص الطبية والنفسية التي يسعى المعالج من ورائها إلى التشخيص والبدء في تنفيذ البرنامج العلاجي.

- مدة البرنامج وطول الفترة الفاصلة بين كل جلسة وأخرى

ينبغي على القائم بتنفيذ البرنامج العلاجي تحديد المدة الزمنية لتطبيقه، والمدة الفاصلة بين كل جلسة وأخرى، وطول الفترة لتطبيق البرنامج العلاجي تتباين بتباين النظريات العلاجية، وثمة تباين أيضا بين مدرسة علاجية وأخرى حول مدة الجلسة العلاجية والتي تتراوح في معظم البرامج بين (25 دقيقة إلى ساعة ونصف) بمتوسط قدره 60 دقيقة.

وفي الأعم الغالب يتوقف طول الجلسة على:الأساس النظري الذي يستند إليه البرنامج، نوع المشكلة أو الاضطراب النفسي وشدتها وتكرارها وخطورتها، الفئة العمرية التي يتعامل معها، وكذلك بنوع الجلسة العلاجية.

- العقد العلاجي

هناك أمور يجب أن يتفق عليها المعالج والمتعالج قبل بدء عملية العلاج النفسي وهي: مسؤوليات وأدوار كل منهما، السرية التامة، الثقة والتقبل، المحافظة على مواعيد الجلسات العلاجية وعلى زمنها، الاتفاق على الأهداف العامة والخاصة والتقنيات والأساليب للعملية العلاجية، والواجبات المنزلية التي يمكن أن ينفذها المتعالج خارج الجلسات.

- القائمون على تنفيذ البرنامج

وهم المسئولون الرئيسيون على عملية تنفيذ البرنامج العلاجي، إذ يقترحون الترتيبات والإجراءات اللازمة لتفعيل عملهم، ومتابعة تنفيذها ميدانيا، وفي الغالب يكون هذا الفريق مكونا من أكثر من شخص متخصص ومدرب على تنفيذ إجراءات البرنامج، ويتألف فريق العمل العلاجي من التخصصات التالية (الطبيب النفسي، المعالج النفسي، المحلل النفسي، الأخصائي الاجتماعي، أخصائي التأهيل والنشاطات الإرشادية، الممرضات النفسيات- معاون صحة نفسية، المتعالجون، ومسئولون آخرون كالإداريين).

- تدريب المعالجين النفسيين

يستخدم لتدريب المعالجين النفسيين وسائل عديدة ومتنوعة فهناك المحاضرات والندوات والمناقشات ونظريات العلاج المختلفة، ينبغي أن تقدم هذه الدراسات للمتدربين المداخل التنظيمية ووجهات النظر والمدارس الفكرية للعلاج، وقد تكون هذه الدراسات على أساس معرفي بدلا من المستوى العملي، ولكن يمكن تقديم المواد العلمية في هذه الدراسات بطرائق مختلفة، منها الرجوع إلى الكتب والبحوث في هذا المجال، والرجوع كذلك إلى تسجيلات الحالات العلاجية ومناقشتها، حيث تستخدم لشرح المراحل المختلفة للعلاج مع مختلف أنواع الحالات، وقبل أن يقوم المعالج النفسي بوضع خطة علاجية للشخص الذي يعاني من مشكلة ما، عليه أن يتقن فنيات العلاج، وأن يتدرب على هذه الفنيات ويعرف كيف يطبقها أو يتعامل معها.

- تمويل البرنامج

يتم في العادة في معاهد البحث العلمي، في مجال بناء البرامج العلاجية أن تقوم جهة من جهات عديدة بتوفير الدعم المادي للبرنامج من حيث الإعداد والأدوات والتقنيات والوسائل المساعدة، ووسائل النقل وأجور العاملين وغيرها من متطلبات نجاح البرامج لأن بناءها وتطبيقها ليس بالأمر الهين بل يحتاج إلى تمويل مالي ومادي ضخم يتجاوز الملايين، وبعضها لا يحتاج لمثل هذه المبالغ الطائلة، ورغم ذلك فهي بحاجة إلى تمويل من جهة ما سواء كانت رسمية من الوزارات أو جمعية من الجمعيات الأهلية [29]، ص 145-173.

ملخص الفصل

يعتبر البرنامج العلاجي عنصر مهم في العملية العلاجية، ونسعى من خلال بناء البرامج العلاجية إلى مساعدة الفرد على تخطي مشكلاته حتى تنعكس على صحته النفسية ويحقق التكيف مع نفسه ومع أسرته وبذلك يصبح أكثر فاعلية، مستعملين في ذلك طرق وأساليب مختلفة تختلف باختلاف طبيعة المشكلة والنظرية التي يعتمد عليها الباحث في تخطيطه للبرنامج الذي يقدمه حتى يمكن الفرد من التخفيف من مشكلاته، ولكي يحقق البرنامج العلاجي أهدافه لا بد أن يبنى على مبادئ وأسس سليمة ويتمتع بكل الخصائص اللازم توفرها في كل البرامج العلاجية.

الفصل 5

العلاج النفسي الانتقائي الإدماجي

العلاج النفسي قديم قدم الإنسانية، ولقد ظهر لمساعدة البشرية التي لاقت العديد من الصراعات النفسية والعقلية ولقد ظهرت في هذا الصدد نظريات عديدة انبثقت منها علاجات متنوعة منها العلاجات الثلاثة الأولى المسماة بالعلاجات الكلاسيكية والمتمثلة في العلاج التحليلي الذي تربع على العرش لعقود طويلة وسرعان ما نافسه العلاج السلوكي ثم العلاج المعرفي والعلاجات الإنسانية وخلال هذه المبادرات ظهرت علاجات مختلفة ترجع إلى خلفيات نظرية خاصة ومحددة وكل نظرية أو اتجاه يعمل على الدفاع والحفاظ على معالم وحدود نظريته.

هذا التعدد أدى إلى تراكم المناهج والعلاجات وجعل المختصين والممارسين متقوقعين داخل مدارسهم وهذا ما منعهم من الإبداع والتجديد والتغيير فظهر تيار جديد جاء يحاول جمع شمل كل العلاجات منتقيا تقنيات مناسبة لكل حالة نفسية دون المساس بقيمة وأهمية كل النظريات، وبهذا الصدد تم اختيار هذا العلاج الشامل للعلاجات النفسية ألا وهو: العلاج الانتقائي الإدماجي (التكاملي).

1.5. الانتقائية في السياق التاريخي النفسي

ارتبطت البدايات الانتقائية في العلاج النفسي بنمو وتطور النظريات النفسية الكلاسيكية القديمة، حيث أن المراجعات المستمرة لهذه النظرية يعد مؤشرا على أن الانتقائية والتكامل بدأ منذ نشأة هذه النظريات، وما تطور التحليلية القديمة ومرورها بمرحلة التطوير الأولى على يد سوليفان وهورني وفروم (التحليل النفسي الاجتماعي) ثم وصولها إلى التحليلية الشاملة (إريكسون) إلا دليلا على ذلك.

وكذا الحال بالنسبة لتطور السلوكية القديمة (واطسون، بافلوف) على يد سكنر (الإشراط الإجرائي) وصولا إلى السلوكية الاجتماعية (باندورا).

كما أن محاولات (دولارد وميلر) يعد مؤشرا آخر على ذلك، حيث كانت محاولات (دولارد وميلر) ترتكز على التوفيق بين التحليلية والسلوكية، وهذه المحاولات كانت ترتكز على الانتقاء من اتجاهات متعددة، أو كما يعرف بالانتقائية الثنائية عديدة الطرز [31]، ص 73، في مقابل الانتقائية أحادية الطرز التي تركز على الانتقاء والتوفيق من نظريات متعددة داخل الاتجاه الواحد، ولعل من أبرز من يمثل هذا الاتجاه نظرية ريمي المعرفية التي وصفت بأنها نظرية انتقائية [32]، ص170.

وترى الباحثة أن الانتقائية كاتجاه علاجي يعد اليوم من أهم وأكثر الاتجاهات النفسية حتى أنه وصف بأنه علاج العصر، وهناك عددا من العوامل التي ساهمت في هذا ومن أهمها:

- ✓ تطور النظريات الكلاسيكية القديمة كالتحليلية على يد أنصارها الجدد والسلوكية على يد سكنر وباندورا.
- ✓ ظهور الاتجاه الإنساني واعتباره القوة الثالثة في علم النفس.
- ✓ ظهور النظريات المعرفية كنظرية (إلس) ونظرية (ريمي).
- ✓ انفصال عدد من أبرز علماء الاتجاهات الرئيسية النفسية عن اتجاهاتهم وتبينهم هذا الاتجاه، ففي السبعينات من القرن العشرين بلغ عدد العلماء الذين تبنوا هذا الاتجاه ما بين 40-64% في مختلف الإحصائيات.
- ✓ تطور الدراسات النفسية والممارسات الإرشادية العلمية والتراكم البحثي في هذا الاتجاه [33]، ص 124، [34]، ص 339.
- ✓ الإسهامات الجادة التي قدمها أبرز علماء هذا الاتجاه كإسهامات ثورن ولازاروس هارت.

وانطلاقا من ذلك فإن الانتقائية تعد اتجاها علاجيا يسير نحو تكامل علم النفس، ويؤدي إلى الممارسة العلاجية الناضجة والشاملة التي تحقق نتائج أفضل.

2.5. العلاج الانتقائي الإدماجي

يمثل العلاج الانتقائي العلاج في ثوبه المتكامل الناضج والتيار العلاجي المرن والمنقح لكل إضافة ولكل إسهام جاد في العلاج النفسي ليكون النظام المتناسق الذي يقوم بانتقاء ودمج الأساليب والفنيات العلاجية لتحقيق أفضل النتائج.

ويصف س ه باترسون العلاج الانتقائي التكاملي بأنه علاج العصر، فهو يعتبر "الخمسينات عقد الوجدان أو الانفعالات والمشاعر والعلاج المتمركز حول الحالة أو المريض، كما تعتبر الستينات عقد

السلوكية (والعلاج السلوكي)، والسبعينات عقد المعرفة (والعلاج المعرفي) ويبدو أن الثمانينات ستكون عقد الانتقائية والعلاج الانتقائي".

وتشير أدبيات العلاج النفسي بأن الاتجاه الانتقائي الوظيفي التكاملي أو العلاج متعدد الوسائل يرجع إلى إسهامات علماء النفس الوظيفيين، وعلى رأسهم وليم جيمس، كما كان لإسهامات دولارد وميلر دورا في الاتجاه إلا أن هذا الاتجاه ارتبط بفريديريك ثورن ولورانس بارمر ودعم هذا الاتجاه ما قدمه لازاروس وهارت [35]، ص 574.

ويعتبر محمد ابراهيم عيد أن: "أول من سك مصطلح الانتقائية هو لازاروس حيث ارتأى أن العلاج السلوكي لا ينبغي أن يقتصر على نظرية التعلم فحسب بل عليه أن ينتقي أية فنية مشتقة من أي نسق علاجي لخدمة الموقف العلاجي.

وهذه الانتقائية في الموقف العلاجي نجدها متحققة في الموقف العلاجي الذي يأخذ من الطرائق العلاجية ما يتناسب مع نوعية المطلب العلاجي، ومن ثم تتنوع الفنيات وتختلف تبعا لهذا الموقف العلاجي من طرائق سلوكية Behavioral ، أو علاجي متمركز على الشخص per-son – Cartered والتركيز على الشخص على النحو الذي أكده روجرز.

وإضافة إلى ذلك السيكوديناميةPsychodynamique ولا سيما بعد الإسهامات التي تحققت على يد الفرويديين الجدد (مثل أدلر) ويونج، وهورني، وهاري سوليفان وأريك فروم) [36]، ص19.

ويضيف صلاح الدين العمرية أن: "ما عرضه ثورن في كتبه المتعددة أشمل أسلوب لإرشاد الشخصية وعلاجها قدمه باحث بمفرده حتى الآن، وهو يشعر أن كل النظريات الموجودة مجددة وغير كافية ولهذا فهو يفضل الأسلوب الانتقائي والذي يعتبره الأسلوب العلمي الوحيد نظرا لشموله" [37]، ص 172.

وهذا يشير إلى الاتجاه الانتقائي يضم العديد من النظريات التي تشكل في مجملها المدرسة والاتجاه الانتقائي كنظرية ثورن الاختيارية، والنظرية متعددة الوسائل، أو كما تعرف اختصارا بالـ BASIC-ID التي ارتبطت باسم لازاروس ونظرية هارت في العلاج الانتقائي الوظيفي، وتشترك هذه النظريات وغيرها من النماذج الأخرى في مجموعة من المبادئ الرئيسية والأسس والخطوط العريضة التي ترتبط بينها حتى وإن اختلفت في بعض التفاصيل.

ويؤكد محمد عبد الله صالح بأن نظرية الاختيار والاصطفاء أصبحت ضرورية ومهمة، وذلك لتجنب البحث عن نظرية جاهزة تستعمل في حل مشاكل الأفراد، وميزة نظرية الاختيار هذه تساعد في

وضع الاحتمالات نصب أعيننا لنأخذ ما نحتاجه من عينات تؤدي في النهاية إلى الاتزان والشمولية في حل المشكلة، هذا بالإضافة إلى كون هذه فريدة في نوعها لأنها تستخدم آراء ونظريات أخرى" [38] ، ص 139.

وترى الباحثة بأن الانتقائية لم تعد مجرد نظرية علاجية، بل أنها أصبحت اتجاها من الاتجاهات الرئيسية للعلاج النفسي يضم العديد من النظريات، والتي جاءت اعتمادا على فكرة أنه لا يوجد اتجاها علاجيا، أو نظرية علاجية واحدة قادرة بمفردها على التعامل بنفس الدرجة من الكفاءة، والفعالية مع الجوانب المتعددة لمشكلات المتعالجين، وشخصياتهم.

وتتفق مع هذه الرؤية رئيفة رجب عوض حيث تؤكد على أن "غالبية البحوث في العلاج النفسي تقوم على أساس أنه توجد طريقة أفضل من الأخرى في حين أنه لا يمكن التقرير بأفضلية طريقة على الأخرى على طول الخط، لكن هناك طريقة أفضل من الأخرى في ظل ظروف معينة، ومع مجموعة من الأفراد ذوي قدرات واستعدادات وأساليب مميزة أو متقاربة" [39]، ص 27.

والعلاج الانتقائي " شكل من أشكال العلاج النفسي قائم على نظرية العلاج النفسي الانتقائي، والذي يعد نظام يقوم على تحديد المبادئ، والاستراتيجيات الأساسية الفعالة في العلاجات النفسية الأخرى، خاصة تلك الاستراتيجيات التي ثبت فعاليتها في علاج المشكلات، وتتلاءم وحاجات العمل" [7] ، ص 252.

ويشير صالح حسن الداهري إلى الانتقائية كأسلوب علاجي وليس كنظرية أسماه (العلاج الخياري) ويرى أن ثورن قدم ما يمكن أن يعتبر أشمل أساليب علاج الشخصية، حيث تجنب أي محاولة للعرض النظري، والذي يعتبره الأسلوب العلمي الوحيد نظرا لشموله، وبما أن الانتقائية ليست نظرية فإنها تحاول أو تنسق بين نظريات، وحاول (ثوران) توضيح خصائص الانتقائية من خلال بعض الخطوات ووضع تعريف إجرائي لكل طريقة.

- ✓ توضيح علاقة العلاج النفسي بالمرض النفسي ووضع معيار للفعالية العلاجية.
- ✓ التحليل الإحصائي لمادة علمية عريضة وتحقيق الصدق التنبؤي، وهذه الخطوات تمثل هدف الأسلوب الانتقائي.

وبما أن السلوك الإنساني ثباته نسبي وليس من المعقول أن نعمم كل حالة علاجية على أخرى لأن هناك مستجدات كثيرة تحدث للفرد وتؤدي إلى إدراكه لحل معين لا يتفق معه بعد فترة من الزمن.

والعلاج الخياري هو طريقة خيارية توفيقية بين طرق العلاج المختلفة، ولابد للمعالج أن يعرف كل الطرق وأن يكون قادرا على استخدامها، وما هي في الانتقال من إحداها إلى الأخرى، والتوفيق بينها، ويبدو أن العلاج الخياري جاء أصلا للتوفيق بين العلاج المباشر والعلاج الغير مباشر والجمع بينهما فيما يخدم عملية العلاج [40]، ص 439.

وينظر David Capuzzi لهذا الاتجاه بأنه "ينتقي أفضل شيء من كل نظرية، وهذا يتطلب من المعالج معرفة دقيقة بالنظريات العلاجية، مصدر قوة وضعف كل نظرية وعناصر بناء نظرية فعالة، وأفضل عمل علاجي هو الذي يؤثر وينجح والعلاج الانتقائي التكاملي اتجاه عملي يرفض النظرة الأحادية" [41]، ص 460.

ويصف أنجلش الانتقائية بأنها "بناء نظري منظم في الاختيار والدمج للملامح المتآلفة من المصادر المختلفة، وأحيانا من النظريات والأنظمة الغير متآلفة، وهي الجهد المبذول من أجل العثور على عناصر صادقة في جميع التعاليم والنظريات ودمجها في كل متناغم، والنظام الناتج عن ذلك مفتوح للمراجعة الدائمة بما في ذلك محتواه الأساسي" [35]، ص 496.

والانتقائية "منظومة ذات طابع متسق من الفنيات الإرشادية، والعلاجية، تنتمي فيها كل فنية إلى نظرية علاجية خاصة بها، إلا أن انتقاء هذه الفنيات يتم بشكل تكامل بحيث تسهم كل منها في علاج جانب من جوانب اضطراب شخصية العميل، ويتم انتقاء هذه الفنيات لتشكيل منظومة تكاملية بالرجوع إلى تشخيص دقيق لحالة العميل، لتحديد أفضل الفنيات، ومدى ملائمتها للخطة العلاجية، ولطبيعة الاضطراب، أو المشكلة السلوكية [31] ، ص 5.

وترى الباحثة بأن الاتجاه الانتقائي يمثل النضج العلاجي والصورة المثلى للممارسة العلاجية المتخصصة، تتكامل فيه الفنيات العلاجية، وتعمل على مواجهة الاختلافات والفروق، والتغيرات في المواقف والحالات والمشكلات.

إن العلاج بالاتجاه الانتقائي التكاملي التوفيقي متعدد الأبعاد، والوسائل هو الصورة العلاجية الحديثة الفعالة التي تحقق المرونة والاتزان والشمول وتقوم على التنظيم والتنوع والاختيار بأسلوب متلاحم ومنسجم ومتسق.

وتؤكد نتائج الدراسة التي قام بها قان Vann في الولايات المتحدة الأمريكية عام 1995 بأن الاتجاه المتعدد (الانتقائي) من أهم الاتجاهات النظرية التي يعتمد عليها العلاج النفسي في كثير من مراكز الصحة النفسية [42] ، ص 72.

3.5. المبادئ والمفاهيم الأساسية للعلاج الانتقائي الإدماجي

ينظر سامي محمد ملحم لوجهة النظر الانتقائية في العلاج النفسي بأنه "التطبيق العملي لأسس وتقنيات علاجية من مجالات المعرفة العلمية المتوافرة في المعالجات النفسية من أجل رسم إستراتيجية علاجية منظمة تكون مناسبة للحالة التي وضعت لها".

وانطلاقا من هذا، فإنه يمكن تحديد المفاهيم التي تخضع لها وجهة النظر الانتقائية في العلاج النفسي:

- ✓ المنهج العلمي قاعدة رئيسية وفي التصدي لدراسة كل مشكلة نفسية والتخطيط اللازم في معالجتها، وتنفيذ الإستراتيجية التي ينتهي إليها ذلك التخطيط.
- ✓ انتقاء ما هو أفضل وأكثر صحة في المعالجات النفسية المختلفة كأساس يوفر قاعدة مناسبة في تأليف نظام المعالجة النفسية يكون من درجة جدوى عالية ومن مستوى علمي عال كذلك.
- ✓ تقوم المعالجة الانتقائية على أساس الاختلاف بين الأفراد والتنوع في الشروط المحيطة بهم، والنظر إلى كل شخص في تفرده من حيث تكونه وسلوكه وحالة اضطرابه.
- ✓ توجيه المعالجة الانتقائية على أساس الاختلاف بين الأفراد والتنوع في الشروط المحيطة بهم، والنظر إلى كل شخص في تفرده من حيث تكونه وسلوكه وحالة اضطرابه.
- ✓ توجيه المعالجة الانتقائية لغرض واحد محدد وهو تعديل السلوك للمتعالج تعديلا يكفي في الحكم عليه بأنه تغلب على اضطرابه واتجه سلوكه نحو ما هو مقبول ومناسب [20]، ص 179.

وتؤكد سيهام محمد أبو عيطة بأن النظرية الانتقائية ترجع إلى فريديريك ثورن ولورنس بارمر، وتعني وجهة نظر الاختيارية اختيار الطريقة أو الأسلوب من عدة مصادر ونظريات، ويجب الاستفادة من المصادر المختلفة بما يساعد على خدمة حاجات الأفراد الذين يطلبون المساعدة، وهم يعتقدون بأنه يجب اختيار الإجراءات والأساليب التي تناسب المتعالج، ويجب أن لا يعتمدوا على المحاولة والخطأ، حيث يتدرب المعالج على العديد من الطرق والأساليب ويختار منها ما يتلاءم مع مشكلة فردية محددة، وتتمثل وجهة النظر الانتقائية كما وصفها بارمر على النحو التالي:

- ✓ عدم التركيز على نظرية علاجية محددة عند ملاحظة سلوك المتعالج أو تقييمه.
- ✓ دراسة تاريخ الإرشاد والعلاج النفسي ويأخذ مما هو معروف.
- ✓ يبني نظريته بناءا على مهارات المعالج وشخصيته وبالتالي تحديد أسلوب التفاعل مع المتعالج كل وفق حالته [43]، ص 177.

ويلخص محمود عطا عقل أهم المبادئ الرئيسية التي تنطلق منها الانتقائية متعددة الوسائل كما جاء بها لازرويس فيما يلي:

1- يرى أنصار هذه النظرية أن السلوك الإنساني يتأثر بعوامل وراثية وبيولوجية وبيئية تتمثل في العلاقات الشخصية مع الآخرين وفي الظروف البيئية الثقافية والاجتماعية المحيطة به، وفي عملية التعلم من خلال الآخرين.
2- إن الاضطراب النفسي أو الشخصية غير المكتفية ترجع إلى تعلم غير مناسب وإدراك لنماذج سلوكية غير سوية، وإلى نقص في المعلومات أو الخبرات أو خطأ فيها، أو تصارع بينها تجعل ذاكرة الفرد عاجزة عن إمداده بطرق التعامل مع المواقف الاجتماعية المختلفة، ويظهر الاضطراب في استجابات غير توافقية.
3- يفترض أنصار هذه النظرية أن المضطربين نفسيا يعانون من مشكلات متعددة ومحددة، وأنه يتطلب التعامل مع كل مشكلة أو عرض بأساليب علاجية ثبتت فعاليتها بغض النظر عن انتماءات هذه الأساليب إلى النظريات المختلفة، بمعنى استخدام الطرق الفاعلة الصادقة من كل المدارس بما يستجيب لحاجات المتعالج ويمكنه من حل مشكلاته.
4- تفترض هذه النظرية أن كل مريض يعتبر لا فريدا من نوعه، فقد تصلح طريقه وتميزه في خصائصه وأسباب اضطرابه، لذلك يتبع هذا الأسلوب العلاجي عند تشخيص الاضطراب وعلاجه أسلوب تقييم الشخصية باستخدام المقابلة ووسائل القياس الأخرى تبعا لجوانب رئيسية سبعة تم تعريفها إجرائيا، وهذه الجوانب هي:

أ- السلوك Behavior ويشمل سلوك الفرد الظاهر ممثلا في انفعاله واستجابته وعاداته.
ب- الوجدان Affect ويشمل انفعالات ومشاعره وحالاته المزاجية، من غضب وقلق ومشاعر ذنب ...الخ
ت- الإحساس Sensation ويشمل الأحاسيس العضوية والنفسية مثل التعرق والدوخة وخفقان القلب والخجل والتوتر.
ث- التخيل Imagery ويشمل تخيلات الفرد وتوقعاته والاتجاهات السلبية عن الذات التي تسبب اضطرابه، ومن ذلك تخيلات الموت والاضطهاد من قبل الآخرين، وتخيلات الخطر الداهم وتخيلات أنه مكروه ومظلوم.
ج- المعرفة Congnition وتشمل الآراء والمعتقدات التي يؤمن بها الفرد، ومن ذلك المعتقدات الخاطئ والاعتقاد بالدونية والعجز والفشل.
ح- العلاقات الشخصية وتشمل أنماط العلاقة مع أفراد الأسرة والزملاء والآخرين، ويعتقد لازاروس أن هذا البعد يترك أثرا واضحا على الأبعاد الأخرى.

خ- العقاقير والنواحي البيولوجية تشمل العقاقير التي يتناولها المتعالج والمشكلات الصحية البيولوحية التي يعاني منها مثل السمنة أو فقدان الشهية، وقد جمعت هذه الجوانب السبعة في الحروف التالية: -BASIC ID.

د- تفترض هذه النظرية أنه يجب ترتيب الأبعاد السبعة السابقة حسب حالة المتعالج، فمثلا الشخص الذي يشكو بشكل رئيسي من اضطراب وجدانية "اكتئاب " a أدت إلى اضطراب علاقاته الاجتماعية ثم اضطراب في سلوكه B، ونتج عن ذلك ضعف الشهية ونقص الوزن، ولا يعاني هذا الشخص من اضطراب الأبعاد الأخرى، عندئذ يمكن ترتيب الأبعاد على النحو التالي a b i d ثم نضع العلاج المناسب لهذه الحالة.

ذ- أن هذه الطريقة تكشف لنا عن المشكلة المحورية والمقدمات أو السوابق التي أدت إليها والنواتج أو اللواحق المترتبة عليها [44]، ص 143.

وجاءت تصورات لازاروس التي اشتهرت بنموذج (BASIC*ID) لتوضح مبررات اختيار العلاج الانتقائي كما يلي:

1- نحن مسئولون عن صحتنا.
2- المرض ينبعث من داخلنا.
3- الشفاء ينبعث من داخلنا.
4- العلاج يستلزم التعامل مع الجسم والعقل والانفعال والروح.
5- المعالج خبير موجه ناصح ولا يتسم بالتسلط.
6- الرعاية الشخصية والتعامل الإيجابي والمشاركة الفاعلة عوامل مهمة لإحداث التغيير المنشود.
7- البيئة الطبيعية والاجتماعية التي يعيش فيها الفرد تؤثر في صحته.
8- التغذية والتمارين تعد حجر الزاوية للصحة الجيدة.
9- لكل شخص سماته وخصائصه الفريدة وبالتالي فإن من الضروري وضع خطة تتلاءم مع ذلك [45]، ص93.

وتأسيسا على ما سبق فإن أهم المفاهيم الرئيسية للاتجاه الانتقائي يمكن تلخيصها فيما يلي:

1- مفهوم التحديد وفيه يتم تحديد أفضل ما هو موجود في كل نظرية ودمجها في كل متناسق لتحقيق أهداف
العلاج.

2- مفهوم كل النظريات وهو مفهوم يؤكد بأن كل نظرية قد أسهمت بشكل أو بآخر في العلاج النفسي وبالتالي فإنه يمكن توظيف كل هذه النظريات.

3- مفهوم الاختيار والتجريب ويشير إلى الاختيار الواعي من المعالج المتخصص لما يناسب المشكلة والمتعالج ويقوم بدراستها وتجريبها ومناقشتها.

4- مفهوم مراعاة مشاعر وأحاسيس المتعالج لتحقيق أعلى مستوى ممكن من التكامل عبر تطوره النمائي.

ويشير GLADDING (1992) إلى أن العلاج الانتقائي يقوم على مجموعة من المبادئ الرئيسية والتي تتلخص في:

أ- تركز الانتقائية على التفرد الشخصي ولكل متعالج شخصية فريدة ويجب تنوع الأساليب العلاجية المستخدمة في العلاج.

ب- هناك كثير من الطرق والفنيات العلاجية التي يمكن استخدامها ولا يوجد طريقة واحدة هي أفضل دائما.

ت- لكل مشكلة مجموعة من البدائل العلاجية، وهناك بدائل يكون استخدامها ملائمة للمتعالج ومشكلته.

ث- يمكن الربط بين الفنيات والاستراتيجيات العلاجية المتنوعة ودمجها في منظومة جديدة تكون ذات فعالية واتساق وتكامل.

ج- يتضمن الاتجاه الانتقائي استخدام نظريتين علاجيتين أو أكثر يكون المعالج النفسي على درجة الفاعلية والإتقان لاستخدامها.

واعتمادا على أدبيات العلاج النفسي فإنه يمكن الإشارة إلى أن الانتقائية تنطلق من مجموعة افتراضات حول المعالج والمتعالج والموقف العلاجي يمكن تلخيصها فيما يلي:

1- لا يوجد متعالجين أو موقفان يكون بينهما تشابه.

2- كل متعالج يكون في حالة تغير مستمر.... ولا يمكن لأي شخص أو موقف أن يظل ثابت.

3- المعالج ماهر ولديه كمية هائلة من المعلومات والمفاهيم والاستراتيجيات التي تتصل بعمله العلاجي.

4- أن المتعالج يعتبر خبير وملم بمشكلته.

5- المعالج يوظف كل المصادر المتاحة الشخصية والمهنية في الموقف والعمل العلاجي لمساعدة المتعالج ولكن يضع في تصوره أنه بشر ولا يمكن أن يلومه على كل سلوكه.

6- المعالج الانتقائي والعملية الانتقائية لا يمكن وصفها بأنها معصومة من الخطأ.

7- أن يكون صاحب كفاءة ودراية كاملة مؤهل مهنيا ويكون مسئول على أداء العمل وفق الأخلاقيات ولمصلحة المتعالج والمجتمع.
8- أن تكون بيئة العمل العلاجي الانتقائي مؤهلة لتحقيق الأمان والاطمئنان للمتعالج.
9- أن هناك العديد من الفنيات والاتجاهات والتقنيات المختلفة المتاحة للصياغة في المفاهيم، والتعامل مع كل مشكلة (محاولة اختيار الأفضل لكل حالة ومتعالج).
10- أن العديد من المشكلات الإنسانية والنفسية قد لا يكون له حل نهائي، وقد لا يكون لها حل ولكن ينبغي علينا أن نبحث عن أفضل البدائل لخدمة المتعالج.
11- تعد الانتقائية نظرية فاعلة ومؤثرة في العملية العلاجية وينبغي إقناع المتعالج بذلك [46]، ص 38.

4.5. أهداف العلاج الانتقائي الإدماجي

تتلخص أهداف العلاج متعدد الوسائل في تركيزه على تنمية الاعتماد على النفس وتحمل المسؤولية لدى المتعالج من خلال جعله يتحمل مسؤولية حياته، ومساعدته للوصول إلى أعلى مستويات الأداء الوظيفي وكل بحسب قدرته واستطاعته.

أن على المعالج المستخدم لهذه الطريقة العمل على مساعدة المتعالجين لتحقيق وإنجاز أهدافهم الشخصية، ومساعدتهم للتحرك من مستوى خبرتهم وأدائهم الحالي إلى مستوى أعلى منه ونحو توفير المعلومات والمهارات اللازمة لهم لكي يحافظوا على هذا المستوى [45]، ص91.

ويحدد محمد محروس الشناوي أهداف العلاج الانتقائي متعدد الوسائل فيما يلي:

1- تغيير السلوك إلى سلوك إيجابي فاعل.
2- تغيير المشاعر إلى مشاعر إيجابية.
3- تغيير الأحاسيس السلبية إلى إيجابية.
4- تغيير الصور العقلية السلبية للذات إلى صور إيجابية.
5- تغيير الجوانب المعرفية غير المنطقية إلى جوانب منطقية.
6- تصحيح الأفكار الخاطئة.
7- إكساب المتعالج المهارة في تكوين علاقات اجتماعية طيبة.
8- المساعدة على تحسين الجوانب البيولوجية [32]، ص 265.

ويورد سعيد العزة وجودت عبد الهادي أهداف العلاج الانتقائي كما يراها هارت في البحث عن النمو وإن التركيز منصب على العناية الصحية كما يجب إعطاء أهمية للعناصر الإيجابية والسلبية في

الشخصية وأن تكافح من أجل تفوق العناصر الإيجابية على السلبية في الإرشاد والعلاج، والتركيز على تنمية اللياقة النفسية لدى الأشخاص.

وأن هذه التنمية ترتكز على خمس فرضيات سماها هارت وهي:

1- إن التدريب النفسي للذات (الشخصية) ضروري للوصول إلى اللياقة النفسية، كضرورة التدريب الجسماني للوصول إلى اللياقة الجسمية.
2- يجب أن تتغير الشخصية وتنمو مع حياة الفرد.
3- إن التغير الإيجابي في الشخصية يظهر مع التركيز على مواطن القوة في النفس، بالإضافة إلى تحسين وتطوير مواطن الضعف فيها.
4- إن اللياقة النفسية تتطلب اتصالات واحتكاكات مع الناس الآخرين بمعنى آخر التكيف في الحياة الاجتماعية.
5- إن فترات التدريب النفسي المخططة على تعزيز الأحاسيس الإيجابية والتقليل من العواطف والأحاسيس السلبية عند الشخص [47]، ص211.

5.5. مراحل العملية العلاجية في الاتجاه الانتقائي الإدماجي

تتفق الكثير من المؤلفات العلمية [41]، [7]، [47]،[32]، [46] ، [35]، [38] على أن المراحل الرئيسية للعلاج في الاتجاه الانتقائي يمكن تلخيصها فيما يلي:

- المرحلة الأولى: مرحلة اكتشاف المشكلة

وهي مرحلة تكوين العلاقة العلاجية الإيجابية التي تولد للمتعالج الثقة، وتزيد من رغبته وإقباله على العلاج، وتعزز وتدعم المتعالج ليتحدث بحرية عن مشكلاته، مع الاهتمام بالسلوك اللفظي وغير اللفظي ليتم استكشاف معالم المشكلة، والإطار النظري في هذه المرحلة أخذ أفضل ما هو موجود من الإنسانية ووضعه في نظام جديد (الفاعلية، الاستماع، التعاطف).

- المرحلة الثانية: مرحلة تعريف المشكلة ثنائية الأبعاد

وفيها يتم الاتفاق على تحديد المشكلة وتحديد جوانبها المتعددة باستخدام الفنيات المناسبة ولتفعيل هذه المرحلة فإن الأساس النظري مأخوذ من الروجرية (الإنسانية).

- المرحلة الثالثة: مرحلة تحديد البدائل

وهي مرحلة مساعدة المتعالج في اختيار ما يراه مناسبا من البدائل الملائمة لحل المشكلة والأساس النظري هنا مأخوذ من العلاج الواقعي والتحليلي والمعرفي والإنساني والسلوكي.

- المرحلة الرابعة: مرحلة التخطيط

وفيها يتم إعداد الخطة العلاجية القابلة للتنفيذ على أن تكون مقنعة للمتعالج من حيث واقعيتها وملاءمتها له وهي مرحلة تقييم للبدائل التي تم تحديدها، والأساس النظري واقعي تحليلي ومعرفي سلوكي إنساني.

- المرحلة الخامسة: مرحلة العمل والالتزام (مرحلة تنفيذية)

وفيها يلتزم المتعالج بالتنفيذ الواقعي للخطوات العلاجية ويلعب المرشد دورا هاما في تشجيعه وإقناعه بأهميتها وترابطها من خلال فنيات علاجية فعالة، والأساس النظري واقعي تحليلي سلوكي معرفي إنساني.

- المرحلة السادسة: مرحلة التقييم والتغذية الراجعة

وفيها تتم المراجعة والتقييم لما تحقق من أهداف أثناء العملية العلاجية وتلخيص المتعالج للتقدم الذي طرأ بناء على ما قام به.

وتعتمد العملية العلاجية وفقا للاتجاه الانتقائي المتعدد الوسائل على مبدأ رئيسي هو مبدأ الفردية، بمعنى أن لكل شخص فرديته ويترتب على هذا المبدأ تنوع الطرق أو الأساليب العلاجية التي تستخدم، وعدم التركيز على صيغة واحدة، وقد ينظر المعالج أو المرشد إلى خصائص وتوقعات وحاجات أحد المتعالجين (العملاء) فيختار أن يكون سلبيا ومترويا على حين يكون مع متعالج أو عميل آخر نشطا مباشر أو مستخدما لأسلوب المواجهة بشكل زائد [47]، ص149.

6.5. الفنيات العلاجية المستخدمة في العلاج الانتقائي الإدماجي

بما أن كل النظريات التي تشكل الاتجاه الانتقائي ترى بأنه لا توجد فنيات وأساليب علاجية تكون الأفضل دائما وأن الأسلوب العلاجي الفعال هو الذي يتلاءم مع خصائص المتعالج وحاجاته ونوعية مشكلته ودرجتها، وأن الانتقاء والدمج يكون أكثر فاعلية فإن اختيار الفنيات يكون في العلاج الانتقائي

منطلقا من هذا الأساس، ومنطلقا من مبدأ الفردية، ومنطلقا من كفاءة وخبرة المعالج النفسي وهي تتيح للمعالج اختيار الأنسب من الفنيات بما يتطلبه الموقف العلاجي ويحقق أهداف العلاج.

ويذهب صالح أبو عباة وعبد المجيد نيازي إلى أنه لا توجد أساليب محددة له، بل يعتمد على مصادر مختلفة من الحقل العلاجي، هنا بالإضافة إلى علوم التربية والتغذية والتمرين النفسي والطب وذلك بما يتفق مع تصوير Lazarus للمشكلة.

فلو طبقنا أسلوب (لازاروس) في تصوير المشكلة والذي يعتمد الحروف الأولى من الكلمة المركبة BASIC-ID فيمكن إعطاء مثال لذلك بالتالي:

1- ففي الجانب السلوكي (B) يمكن للمعالج أن يستخدم أساليب الانطفاء، الغمر، والتخلص التدريجي من المخاوف، والتعزيز بنوعية الإيجابي والسلبي، والعقاب.
2- وفي الجانب الوجداني (A) يستخدم المعالج أسلوب التنفيس أو التفريغ الانفعالي.
3- وفي جانب الإحساس (S) يستخدم المعالج الاسترخاء، والتدريبات البدنية، والتغذية الراجعة الحيوية لتحرير المتعالج من التوتر.
4- وفي جانب التخيل (I) يمكن للمسترشد استخدام أسلوب تغيير صورة الذات وذلك من خلال استخدامه لأسلوب تصور أو تخيل المواجهة الإيجابية للمواقف والضغوط.
5- وفي الجانب المعرفي (C) يستخدم المرشد أسلوب زيادة الوعي والإدراك والفهم للذات وذلك من خلال مساعدة المتعالج لإدراك الأحداث السابقة وعلاقتها بالسلوكيات الحالية.
6- وفي مجال العلاقات الشخصية (I) يستخدم المعالج أسلوب النمذجة.
7- وفي مجال العقاقير (D) يقوم المعالج باستخدام أسلوب التمرينات الرياضية والتغذية والإقلاع عن تعاطي المواد الضارة [45]، ص94.

ملخص الفصل

على الرغم من الانتقادات التي وجهت للجماعة التي اختارت الانتقائية نموذجا مفضلا لديها في العلاج النفسي إلا أنها اكتسبت بالمقابل مؤيدين عديدين معتبرين أن الانتقائية تشكل موقفا تنظيريا منظما ومتكاملا، ومع ازدياد عدد المؤيدين لوجهة النظر الانتقائية في العلاج النفسي، زادت بالتالي أساليب الانتقائية والممارسين لها، وكل منهم يعمل تبعا لما يحمله في جعبته من تكنيكات، وعلى أساس من خلفيته الخاصة في التدريب والخبرة والتشيع لهذا أو ذاك، ويتناول حالة من غير استناد إلى نظرية عامة أو إلى مجموعة من المبادئ التي توجهه.

الجانب التطبيقي

الفصل 6

الإطار المنهجي للبحث

يشكل هذا الفصل مدخلا للبحث الميداني، حيث تم من خلاله إجراء دراسة استطلاعية للتأكد من الخصائص السيكومترية للمقاييس، ودراسة استطلاعية للبرنامج العلاجي.

مثلما حدد في هذا الفصل منهج البحث، عينته، الإطار الزماني والمكاني للتجربة.

1.6. منهج الدراسة

تستند الدراسة الحالية إلى المنهج التجريبي لأنه يتناسب مع طبيعتها وذلك لأنه يبحث في العلاقات السببية بين المتغيرات أو إلى إقامة علاقة تربط السبب بالنتيجة بين الظواهر أو المتغيرات، ولإقامة العلاقة بين السبب والنتيجة فإنه يقام بإجراء التجربة التي يتم من خلالها معالجة متغير، أو أكثر بتغيير محتواه عدة مرات، ويسمى هذا المتغير بالمتغير المستقل، وهذه العملية تسمح بدراسة آثار المتغير المستقل في المتغير الذي يتلقى تأثيره والمسمى بالمتغير التابع [49]، ص 102.

وللبرنامج التجريبي العديد من التصميمات التجريبية المعروفة وقد استخدمت الباحثة للتحقق من فرضيات الدراسة التصميم التجريبي لمجموعة واحدة، في هذا التصميم توجد مجموعة تجريبية واحدة يطبق عليها الاختبار مرة قبل التجربة ومرة أخرى بعد التجربة ثم يقاس الأثر الناتج من التجربة وذلك باستخراج الفرق في الأداء على الاختبارين، ويمكن إزاء ذلك إتباع الخطوات التالية عند تنفيذ هذا النوع من التصاميم:

- إجراء اختبار قبلي على المجموعة قبل إدخال المتغير المستقل.
- إدخال المتغير المستقل بهدف إحداث تغيرات معينة في المتغير التابع.
- إجراء اختبار بعدي بهدف قياس أثر المتغير المستقل على المتغير التابع.
- حساب الفرق بين الاختبار البعدي والاختبار القبلي ثم اختبار دلالة الفرق الناتج بطريقة إحصائية [50]، ص 396.

في الدراسة الحالية :

- المتغير المستقل: البرنامج العلاجي
- المتغير التابع : التبول اللاإرادي الليلي- القلق- مفهوم الذات.

كما تستند الدراسة الحالية على منهج دراسة الحالة التي تمثل نوعا من البحث المتعمق عن العوامل المعقدة التي تسهم في فردية وحدة اجتماعية ما، شخصا كان أو أسرة أو جماعة أو مؤسسة اجتماعية أو مجتمعا محليا، فعن طريق استخدام عدد من أدوات البحث تجمع بيانات دالة عن الوضع القائم للوحدة وخبراتها الماضية وعلاقاتها مع البيئة، وبعد التعمق في العوامل والقوى التي تحكم سلوكها، وتحليل نتائج تلك العوامل وعلاقاتها يستطيع الباحث أن ينشئ صورة شاملة متكاملة للوحدة كما تعمل في المجتمع [51]، ص44.

2.6. أدوات الدراسة

- البرنامج العلاجي الانتقائي المتكون من 16 جلسة علاجية (11 جلسة فردية و5 جلسات جماعية بمعدل جلستين في الأسبوع (الملحق رقم 01)
- استمارة التبول اللاإرادي لفيصل محمد خير الزراد (الملحق رقم 02)
- مقياس القلق للطفل لرينولد و ريشموند Reynold et Richmond (1978) الذي تم ترجمته من طرف الباحثة وتحكيمه من طرف الأساتذة المحكمين ثم التأكد من خصائصه السيكومترية من طرف الباحثة (الملحق رقم 04)
- مقياس مفهوم الذات للأطفال لعز الدين الأشول (1984) الذي تم التأكد من خصائصه السيكومترية من طرف الباحثة أيضا (الملحق رقم 05)
- اختبار رسم العائلة.
- اليومية الشمسية من إعداد الباحثة (الملحق رقم 03)

3.6. البرنامج العلاجي المقترح لعلاج التبول اللاإرادي الليلي ومصاحباته النفسية من منظور انتقائي إدماجي

بعد مراجعة الأطر النظرية التي اهتمت بكيفية إعداد وتصميم البرامج ومراجعة الدراسات السابقة التي اهتمت بعلاج التبول الليلي، والاطلاع على الدراسات التي استخدمت العلاج الانتقائي الإدماجي، قمنا بإعداد الصورة الأولية للبرنامج المقترح بهدف التخلص من مشكل التبول اللاإرادي الليلي ومصاحباته النفسية لدى أطفال المرحلة المتأخرة بانتقاء أفضل التقنيات التي تتلاءم مع المشكل، بعدها عرضناه على أساتذة مختصين من هيئة التدريس بجامعة البليدة، حيث أشار جل الأساتذة إلى صلاحية البرنامج للتطبيق، وملائمة الفنيات والأدوات المستخدمة ومدة التطبيق، وأخذنا بعين الاعتبار الملاحظات المقدمة.

1.3.6. أهداف البرنامج العلاجي

أ- الأهداف العامة

- مساعدة الطفل على فهم نفسه والتبصر بها ومعرفة جوانب القوى والضعف في شخصيته.
- مساعدته على زيادة مهارات المواجهة والتعامل مع المواقف المولدة للمشقة.
- مساعدته على اتخاذ قرارات سليمة في المستقبل بشأن حل المشكلات التي تعترضه.
- مساعدته على إحداث تغير إيجابي في سلوكه وأفكاره ومشاعره تجاه ذاته والآخرين.
- تحسين العلاقات الشخصية مع الآخرين.
- تنمية قدرات الطفل إلى أقصى حد تسمح به تلك القدرات.
- العمل الدءوب للتوافق مع متطلبات الحياة اليومية والسعي لعدم الانتكاس إلى حالة الاضطراب، وذلك باستخدام كل السبل الكفيلة للحيلولة بين توافقه النفسي الحالي وحالته السابقة.

ب- الأهداف الإجرائية

- فهم الطفل لأسباب تبوله الليلي وكيفية التخلص منه وخلق الدافعية لديه.
- تطبيق الطفل للخطة العلاجية والمداومة على التمارين.
- التنفيس الانفعالي للطفل.
- تدريب الطفل على الاسترخاء.
- اكتساب الطفل مهارات المراقبة الواعية والدائمة للذات.
- تنمية أسلوب حل المشكلة لدى الطفل.

- تنمية مهارات التواصل مع الآخرين لدى الطفل.
- تنمية مفهوم ذات إيجابي لدى الطفل.

2.3.6. وحدات البرنامج العلاجي

- توسيع حجم المثانة الوظيفي: وتشمل تمرين المثانة، تقوية العضلات القابضة.
- التدريب على التحكم: وتشمل خلق الدافعية للتعلم، العلاج بالحمية، التعزيز الإيجابي، الحديث الذاتي، خلق الاستجابة الشرطية باستعمال المنبه.
- تحسين وضعية النوم: وتشمل النوم المبكر، تفريغ المثانة قبل النوم، النوم على الجانب الأيمن، قراءة آية الكرسي.
- إدارة الضغوط وخفض القلق: وتشمل التفريغ الانفعالي، تهيئة الجو الأسري الهادئ المحفز، الاسترخاء، تنمية مهارات المراقبة الواعية والدائمة للذات، تنمية أسلوب حل المشكلة، تنمية مهارات التواصل مع الآخرين.
- تنمية مفهوم ذات إيجابي: ويشمل مفهوم الذات الأساسي (الجسمي)، مفهوم الذات الاجتماعي، مفهوم الذات أكاديمي، مفهوم الذات الواقعي، مفهوم الذات المثالي.

الجدول الموالي يبين توزيع الجلسات حسب نوع الوحدات التي يهتم بها البرنامج العلاجي.

جدول رقم 04: وحدات البرنامج العلاجي

الوحدات	الجلسات
توسيع حجم المثانة الوظيفي	4
التدريب على التحكم	4
تحسين وضعية النوم	4
إدارة الضغوط	10-9-8-7-6-5
تنمية مفهوم ذات إيجابي	15-14-13-12-11

3.3.6. مراحل البرنامج العلاجي

جدول رقم 05 : مراحل البرنامج العلاجي

المرحلة	عدد الجلسات	رقم الجلسة	أهدافها العامة
التمهيدية	03	01 02 03	- بناء العلاقة العلاجية - القياس القبلي - العقد العلاجي - خلق الدافعية الذاتية وتحمل المسؤولية
التدريبية	12	04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15	- البدء بالخطة العلاجية للتبول - التفريغ الانفعالي - تهيئة الجو الأسري الهادئ والمحفز - التدريب على الاسترخاء - تنمية مهارات المراقبة الواعية والدائمة للذات - تنمية أسلوب حل المشكلة. - تنمية مهارات التواصل مع الآخرين. - تنمية مفهوم الذات الأساسي (الجسمي). - تنمية مفهوم الذات الاجتماعي. - تنمية مفهوم ذات أكاديمي. - تنمية مفهوم الذات الواقعي. - تنمية مفهوم الذات المثالي.
الختامية	01	16	- إنهاء الجلسات العلاجية - القياس البعدي - تلخيص البرنامج - التوصيات
المتابعة	01		القياس التتبعي بعد شهر من نهاية البرنامج

4.3.6. عدد الجلسات ونوعها ومعدلها في الأسبوع

بلغت عدد جلسات البرنامج العلاجي 16 جلسة (10 الجلسات الأولى فردية و6 جلسات الأخيرة جماعية)، بمعدل جلستين في الأسبوع الأولى في بداية الأسبوع والثانية في نهايته.

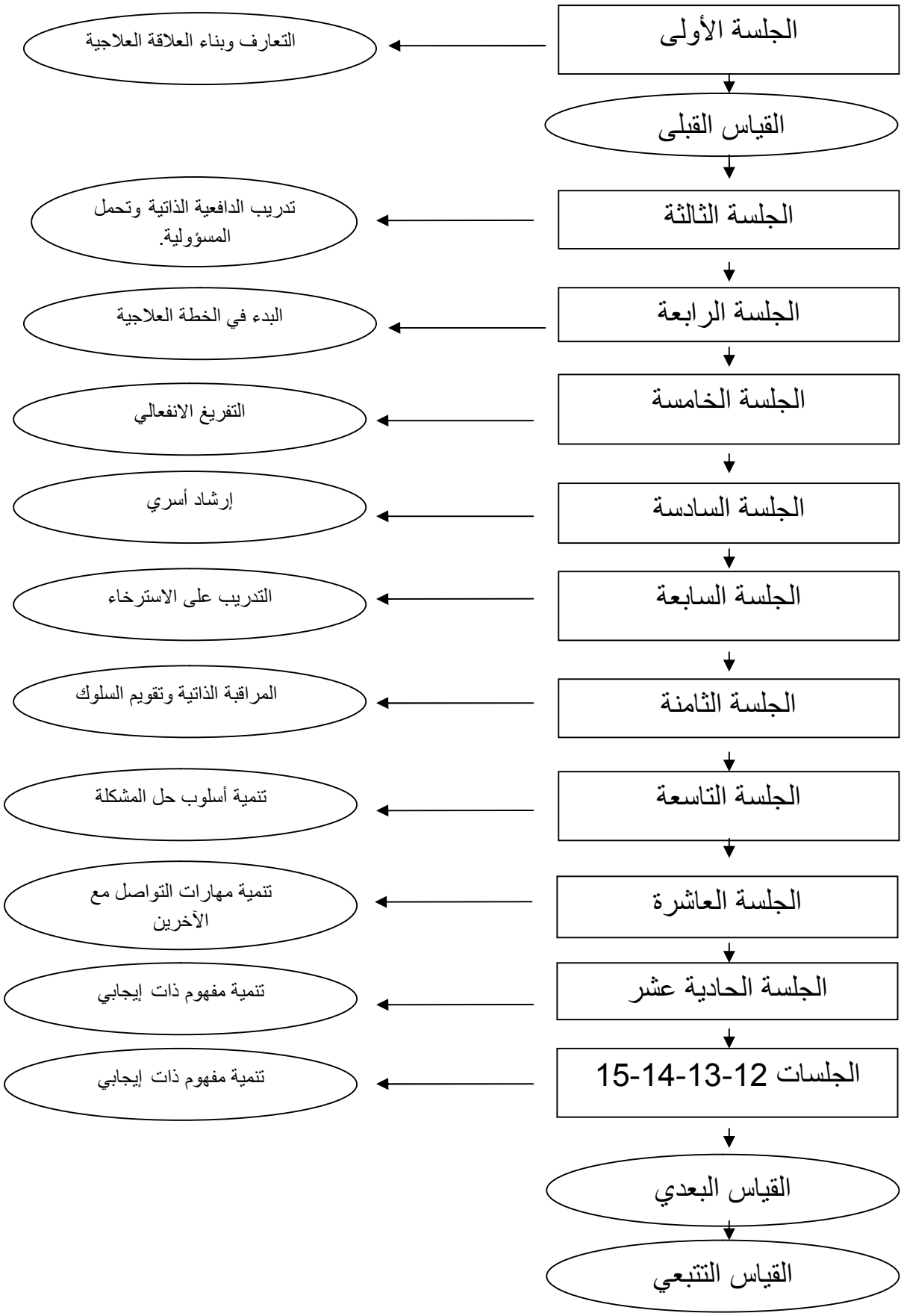
5.3.6. الاستراتيجيات والتقنيات

الاستراتيجيات والتقنيات المستخدمة هي:

- التقبل- الإصغاء- الحوار- العلاج القصصي.
- التقويم الذاتي للسلوك- تنمية الشعور بتحمل المسؤولية- التخطيط للسلوك المسئول (خطة متدرجة)- الالتزام بالخطط-
- تقوية العضلات القابضة- تمرين المثانة- العلاج بالحمية- منبه البول- المراقبة والمكافأة- تحسين وضعية النوم- الحديث الذاتي قبل النوم- قراءة آيات من القرآن الكريم-
- التفريغ الانفعالي - فنية المقعد الخالي- التنفس البطني- الجرافو ترابي- الواجب المنزلي-
- عدم جعل الطفل كبش فداء- عدم السخرية والتعنيف وعدم المقارنة بين الأطفال- استخدام أسلوب التدعيم (المادي والمعنوي)- تقبيل الطفل واحتضانه وقول "أنا فخور بك" بشكل يومي- تقديم الدعم المادي بشكل أسبوعي- لعب الأب مع الطفل لعبة الثقة.
- تخصيص وقت يومي للتحدث مع الطفل عن انشغالاته وأحداث يومه.
- العلاج بالقراءة- الضبط الذاتي- العمود الثلاثي- التعليمات الذاتية- التدريب على حل المشكلات- النمذجة بالمشاركة- التحصين ضد الضغوط.- فنية المقعد الخالي- لعب الدور- العلاج باللعب- السيكودراما. والجلسات العلاجية معروضة في الملحق رقم (01).

6.3.6. طريقة تطبيق الدراسة

تطبق الدراسة الحالية وفق الخطوات الموضحة في الشكل التالي:



شكل رقم 03 : مخطط الجلسات والقياسات في البرنامج

7.3.6. تحكيم البرنامج

عرض البرنامج العلاجي المعد في صورته الأولية على (07) محكمين، أسماؤهم مذكورة في الملحق رقم (12) وأهم ملاحظات وانطباعات المحكمين مدونة في الملحق رقم (13).

أ- التحكيم العام حول البرنامج العلاجي

بعد استرجاع المعلومات من السادة المحكمين تم تصنيفها وتبويبها لمعرفة صدق المحتوى العام للبرنامج العلاجي وفق المعايير المبينة في الجدول الموالي:

جدول رقم 06 : النسب المئوية لمعايير صدق البرنامج العلاجي

الرقم	المعيار	نسبة اتفاق المحكمين
1	الفكرة العامة للبرنامج	%100
2	عنوان البرنامج	%85,71
3	عدد الجلسات	%85,71
4	الزمن المقترح للجلسات	%85,71
5	ترتيب الجلسات	%100
6	محتوى البرنامج ومدى مواءمته للمرحلة العمرية للعينة	%85,71
7	معدل الجلسات في الأسبوع	%85,71

يتضح من الجدول أعلاه أم معايير البرنامج المذكورة حصلت على نسبة اتفاق من المحكمين بين (85,71%و 100%) مما يستدعي قبولها والقول بصدقها ومناسبتها حسب أراء المحكمين.

ب- التحكيم الخاص بكل جلسة

بعد تنظيم المعلومات المقدمة من السادة المحكمين حول كل جلسة على حدة، ثم الحصول على نسب اتفاق المحكمين حول صدق المعايير المعتمدة في كل جلسة والجدول الموالي يوضح ذلك:

جدول رقم 07 : النسب المئوية لاتفاق المحكمين حول كل جلسة

الرقم	نسب اتفاق المحكمين			
	مدة الجلسة	عنوان الجلسة	فاعلية محتواها	الخطوات المتبعة في الجلسة
1	%100	%100	%100	%100
2	%100	%100	%100	%100
3	%100	%85,71	%100	%85,71
4	%100	%85,71	%85,71	%100
5	%100	%85,71	%85,71	%85,71
6	%100	%100	%100	%100
7	%100	%100	%85,71	%85,71
8	%100	%100	%100	%100
9	%100	%100	%100	%100
10	%100	%100	%100	%100
11	%100	%100	%100	%100
12	%100	%100	%100	%100
13	%100	%100	%100	%100
14	%100	%100	%100	%100
15	%100	%100	%100	%100
16	%100	%100	%100	%100

يتضح من الجدول أعلاه أن نسب اتفاق المحكمين على معايير تقييم جلسات البرنامج العلاجي تراوحت بين (85,71% و 100%) مما يطمئن الباحثة لقبول صدق وملائمة جلسات البرنامج العلاجي في صورته الأولية.

4.6. الدراسة الاستطلاعية

هدفت الدراسة الاستطلاعية للتحقق من الخصائص السيكومترية للمقاييس المستعملة في الدراسة وكذلك للقيام بتجربة استطلاعية للبرنامج العلاجي.

1.4.6. الخصائص السيكومترية للمقاييس

المقاييس في صورها الأولية بنيت على عينات أجنبية، مما يعني أنها قد لا تكون صالحة للتطبيق في المجتمعات أو بيئات أخرى قبل إعادة تقنينها أو التحقق من مدى ملاءمتها مع البيئة الجديدة ومن هذا المنطلق الدراسة الاستطلاعية هدفت إلى محاولة التحقق من الخصائص السيكومترية لمقاييس القلق ومفهوم الذات المدرجة في إطار الدراسة ومدى صلاحيتها للتطبيق في البيئة الجزائرية، ويقصد بالخصائص السيكومترية للمقياس: " تلك الخصائص الضرورية والمتعلقة بالصدق والثبات والمعايير والتي يتم حسابها بعد تجريب الاختبار على عينة ممثلة للمجتمع، وتعتمد جودة الاختبار على مدى توفر بيانات مناسبة لهذه الخصائص" [52]، ص21 .

ملاحظة:

لقد قامت الباحثة بترجمة مقياس القلق للأطفال لرينولد و ريشموند Reynold et (1978) Richmond من اللغة الفرنسية إلى اللغة العربية، وتم توزيع استمارة تحكيم الترجمة (الملحق رقم (14) على مجموعة من أساتذة علم النفس بجامعة البليدة (أنظر الملحق رقم (15))، وتم الأخذ بعين الاعتبار ملاحظات الأساتذة وتم تغيير عدة كلمات في الترجمة.

العينة الاستطلاعية:

اشتملت العينة الاستطلاعية على تلاميذ المدارس السنة الرابعة والخامسة لمدرستين، وقد بلغ حجم العينة 80 تلميذا ممن كانت إجاباتهم كاملة على المقاييس.

نتائج الدراسة الاستطلاعية:

سيتم فيما يلي عرض كل مقياس مطبق في نسخته الأصلية من خلال توضيح مراحل بنائه باختصار وخصائصه السيكومترية من ثبات وصدق في بيئته الأصلية ويتبع ذلك بنتائج التطبيق على أفراد العينة الاستطلاعية وما يتميز به كل مقياس من خصائص سيكومترية في ضوء بعض مؤشرات الصدق والثبات.

1.1.4.6. مقياس مفهوم الذات للدكتور عادل أحمد عز الدين الأشول 1984

أ- وصف المقياس

يتكون هذا المقياس من 80 بندا كل بند منها يمثل مظهر من مظاهر مفهوم الذات لدى الأطفال وتندرج كل منها تحت أربع من هذه العوامل التي تعبر عن مفهوم ذات ويقوم المفحوص بإعطاء إجابة واحدة لكل بند من بنود المقياس (نعم، لا) وتقدر درجة المفحوصين بالرجوع لمفتاح التصحيح الخاص بالمقياس حيث تعطي درجة واحدة لكل إجابة تتفق مع المفتاح وفي النهاية يتم جمع الدرجات في درجة كلية تعبر عن الدرجة الكلية لمفهوم الذات لدى الطفل.

مفتاح تصحيح الاختبار

لكل بند من هذا المقياس استجابتين (نعم أو لا) ويمكن حساب الدرجة الكلية للمقياس وهي مجموعة الدرجات التي حصل عليها المفحوص في كل البنود على الأبعاد الثماني حيث نجد أن الأفراد الذين يحصلون على درجات خام 40 فأكثر يمكن اعتبارهم ذووا مفهوما ايجابيا للذات والأفراد الذين تقل درجاتهم الخام عن 40 يمكن اعتبارهم ذووا مفهوما منخفض للذات [53].

ب- الخصائص السيكومترية لمقياس مفهوم الذات في صورته الأولية

ثبات الاختبار

تم حساب معامل الثبات بطريقتين:

1- طريقة إعادة الإجراء

طبق المقياس مرتين على عينة قوامها 65 تلميذ بالمرحلة الإعدادية بفاصل زمني أسبوعان بين مرتي التطبيق وقد بلغ معامل القياس بهذه الطريقة 0.89.

2- طريقة التجزئة النصفية

استخدم في هذا الإجراء مجموعة كلية قوامها (465) تلميذ موزعين على أربع مجموعات فرعية ضمت المجموعة الأولى (119) تلميذا من الجنسين في سن التاسعة وضمت المجموعة الثانية (123) تلميذا من الجنسين في سن العاشرة واشتملت المجموعة الثالثة على(118) تلميذ من الجنسين في سن الحادية عشر واشتملت المجموعة الرابعة على (106) تلميذا من الجنسين في سن الثانية عشر، وسجل

الباحث درجات البنود ذات الأرقام الفردية ودرجات البنود ذات الأرقام الزوجية كل على حدة وذلك بالنسبة لأفراد كل مجموعة من المجموعات الأربعة وتم حساب معاملات الارتباط بين الدرجات التي حصل عليها هؤلاء التلاميذ في البنود الزوجية وتوصل إلى أن معاملات الثبات بطريقة التجزئة النصفية تراوحت ما بين (0،759)، (0،921) بالنسبة للمجموعات الخمس المستخدمة وجميع تلك المعاملات دالة إحصائيا عن مستوى (0،01) من الثقة وعلى ذالك تعتبر معاملات مرضية لإمكانية استخدام هذه الأداة في مجال البحوث والدراسات النفسية.

صدق المقياس

تم التحقق من صدق المقياس كما يلي :

1- الصدق المنطقي

حيث تم عرض المقياس على مجموعة من المتخصصين في مجال علم النفس والصحة النفسية.

2- الصدق العاملي

استخدم الباحث أسلوب التحليل لاستخراج معاملات الارتباط البينية من بنود المقياس وكذلك ارتباط كل بند بالدرجة الكلية وذلك للتحقق من مدى سلامة البناء الداخلي للمقياس وقد حسب الصدق العاملي للاختبار لبيان إلى أي مدى يقيس الاختبار السمة أو الظاهرة المراد قياسها وذلك بحساب درجة تشبع الاختبار بهذه السمة [53].

ج- الخصائص السيكومترية لمقياس مفهوم الذات في الدراسة الحالية

صدق المقياس

1- الصدق التمييزي

قمنا بمقارنة متوسطات درجات أفراد العينة الاستطلاعية ممن تمثل درجاتهم 27 % من الدرجات العليا وممن تمثل درجاتهم 27 % من الدرجات الدنيا في المقياس وهذا للتحقق من قدرة المقياس على التمييز بين المجموعتين: مرتفعي الدرجات على المقياس ومنخفضي الدرجات وكانت النتائج كالتالي:

جدول رقم 08 : دلالة الفروق بين متوسطات المجموعتين الطرفيتين لأفراد العينة الاستطلاعية

العينة / الأبعاد	المجموعة العليا ن = 21		المجموعة الدنيا ن=21		قيمة "ت"	مستوى الدلالة
	م	ع	م	ع		
الدرجة الكلية	62.66	4.19	34.80	7.66	14.60	0.05

يتبين من الجدول رقم 08 أن: قيمة " ت " دالة إحصائيا عند مستوى 0.05، مما يشير إلى قدرة المقياس على التمييز بين المجموعتين الطرفيتين وهو ما يعتبر مؤشرا من مؤشرات الصدق.

ثبات درجات الاختبار

1- طريقة التجزئة النصفية

تتميز طريقة التجزئة النصفية بتشابه ظروف التطبيق للأسئلة الفردية والزوجية وعدم التأثر بالممارسة والتدريب وتوفير الوقت والجهد وهناك عدة طرق تستخدم لتحديد معامل ثبات الاختبار عن طريق التجزئة النصفية وسيتم التحقق من تجانس درجات النصفين لتحديد الطريقة المناسبة.

جدول رقم 09: تجانس درجات نصفي المقياس

تباين درجات النصف 01	تباين درجات النصف 02	ف المحسوبة	ف المجدولة	مستوى الدلالة
34.04	39.43	1.15	3.98	0.05

من خلال مقارنة قيمة "ف" المحسوبة والتي كانت أقل من قيمة "ف" المجدولة عند مستوى دلالة 0.05 تم اختيار طريقة سبيرمان_براون نظرا لتجانس درجات نصفي المقياس.

جدول رقم 10: معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية (سبيرمان - براون)

طريقة حساب الثبات	معامل الارتباط بين درجات النصفين	مستوى الدلالة	قيمة معامل ثبات المقياس
التجزئة النصفية (سبيرمان _ براون)	0.791	0.01	0.88

نلاحظ من خلال الجدول أن نتائج الأفراد على المقياس على درجة عالية من الثبات بلغت 0.88 بطريقة سبيرمان _براون للتجزئة النصفية.

2- معامل ثبات ألفا لكرونباخ

و قد استخدمت هذه المعادلة لحساب ثبات الاتساق الداخلي للاختبار، و هو يشير: إلى الدرجة التي ترتبط بها فقرات الاختبار بعضها ببعض فهو محك يعتمد عليه في تحديد مدى قياس أجزاء الاختبار المختلفة لنفس الوظيفة.

الجدول رقم 11 : معامل ثبات ألفا لكرونباخ للمقياس

قيمة معامل الثبات
0.87

بلغ معامل ثبات ألفا للدرجة الكلية 0.87 و هو يبدو مقبولا للحكم على أن المقياس على درجة عالية من الثبات.

2.1.4.6. مقياس القلق للطفل لرينولد و ريشموند Reynold et Richmon(1978)

أ- وصف المقياس

مقياس القلق للطفل يستعمل لدراسة القلق عند الأطفال من 8 إلى 13 سنة، وتتفرع بنوده من 3 محاور:

1- التمظهرات الفزيولوجية

(البنود 1-5-9-13-17-19-21-25-29-33) وتتمثل في صعوبات النوم، الغثيان، والتعب.

2- القلق وفرط الحساسية

(البنود 2-6-7-10-14-18-22-26-30-34-37) وترتبط بتفكير عقلي مرتبط بالخوف من العزلة، وجرح المشاعر.

3- التركيز والقلق الاجتماعي

(البنود 3-11-15-23-27-31-35) هذه الأبعاد جد مرتبطة بالمشكلات الدراسية.

والبنود 4-8-12-16-20-24-28-32-36 تقيس " الكذب" والتحفظ الاجتماعي.

مفتاح تصحيح الاختبار

لكل بند من هذا المقياس استجابتين (نعم أو لا) ويمكن حساب الدرجة الكلية للمقياس وهي مجموعة الدرجات التي حصل عليها المفحوص في كل البنود على الأبعاد الثلاث حيث نجد أن درجات الأفراد تتراوح بين 0 و28.

ب- الخصائص السيكومترية لمقياس القلق في صورته الأولية

تم تكييف نسخة الطبعة الفرنسية من قبل مركز علم النفس التطبيقي، حيث تمت الدراسة على 1355 طفل تتراوح أعمارهم بين 6-19 سنة، وجدوا أن الارتباطات بين الأبعاد الثلاثة والمجموع الكلي تتراوح بين 0.79 و0.86، ومقياس الكذب يرتبط ب 0.12، والارتباطات بين الأبعاد تتراوح بين 0.49- 0.53، وبصفة عامة الفتيات لديهم درجات قلق أعلى من الأولاد.

دليل ECPA وباستخدام عينة من 200 كمجموعة عيادية لحساب الثبات بطريقة الاختبار وإعادة الاختبار (3-6 أسابيع) وجدوا أن النتيجة مرضية لمجموع الأبعاد باستثناء بعد التركيز (0.62) أما

معاملات ألفا تتراوح بين 0.59 (القلق الفزيولوجي) إلى 0.76 (المخاوف) أما الاتساق الداخلي كان 0.84 للمجموع الكلي.

أما الصدق التمييزي مع استبيان الاكتئاب (CDI) كان يساوي 0.69، وتم حساب الصدق المقارن بمقارنة العينة العيادية بالعينة الضابطة، فكانت النقاط المتحصل عليها في المجموعة العيادية عالية.

ج- الخصائص السيكومترية لمقياس القلق في الدراسة الحالية

صدق المقياس

1- الصدق التمييزي

قمنا بمقارنة متوسطات درجات أفراد العينة الاستطلاعية ممن تمثل درجاتهم 27 % من الدرجات العليا و ممن تمثل درجاتهم 27 % من الدرجات الدنيا في المقياس و أبعاده الفرعية، وهذا للتحقق من قدرة المقياس على التمييز بين المجموعتين: مرتفعي الدرجات على المقياس ومنخفضي الدرجات وكانت النتائج كالتالي:

الجدول رقم 12: دلالة الفروق بين متوسطات المجموعتين الطرفيتين لأفراد العينة الاستطلاعية

العينة / الأبعاد	المجموعة العليا ن = 21		المجموعة الدنيا ن=21		قيمة "ت"	مستوى الدلالة
	م	ع	م	ع		
المحور01	8.19	0.87	3.23	1.04	16.67	0.05
المحور02	8.95	0.86	3.57	1.43	14.72	0.05
المحور03	5.76	0.70	1.42	0.74	19.40	0.05
الدرجة الكلية	21.66	2.10	9.80	3.22	14.02	0.05

يتبين من الجدول رقم 12 أن: قيم " ت " كلها دالة إحصائيا عند مستوى 0.05، مما يشير إلى قدرة المقياس على التمييز بين المجموعتين الطرفيتين على الدرجة الكلية للمقياس و على أبعاده الفرعية وهو ما يعتبر مؤشرا من مؤشرات الصدق.

2- صدق الاتساق الداخلي

وقد تم ذلك من خلال: حساب قيم معاملات الارتباط بين أبعاد القلق مع بعضها البعض بين الأبعاد والدرجة الكلية للمقياس، هذا من ناحية ومن ناحية أخرى تم حساب قيم معاملات الارتباط بين كل عبارة والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه، بالإضافة إلى حساب قيم معاملات الارتباط بين كل عبارة والدرجة الكلية للمقياس.

الجدول رقم 13: معاملات الارتباط بين أبعاد المقياس وبين الأبعاد الدرجة الكلية للمقياس

الأبعاد	المحور01	المحور02	المحور03
المحور01			
المحور02	0.47**		
المحور03	0.41**	0.43**	
الدرجة الكلية	0.79**	0.82**	0.74**

**مستوى دلالة 0.01

يتضح من الجدول السابق: أن قيم معاملات الارتباط بين أبعاد المقياس الثلاثة والدرجة الكلية للمقياس كانت دالة إحصائيا عند مستوى 0.01، كذلك فيما يخص العلاقة بين الأبعاد مع بعضها البعض وهذه الدلالة الإحصائية تعطي مؤشرا للتجانس الداخلي للمقياس، وهو ما يعتبر مؤشرا للصدق.

جدول رقم 14: معاملات الارتباط بين كل عبارة و الدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه

المحور 01		المحور 02		المحور 03	
المفردة	الارتباط	المفردة	الارتباط	المفردة	الارتباط
1	0.30**	2	0.57**	3	0.44**
5	0.33**	6	0.44**	11	0.52**
9	0.50**	7	0.48**	15	0.56**
13	0.48**	10	0.40**	23	0.49**
17	0.54**	14	0.55**	27	0.53**
19	0.40**	18	0.25*	31	0.54**
21	0.37**	22	0.43**	35	0.56**
25	0.25*	26	0.54**		
29	0.51**	30	0.28*		
33	0.50**	34	0.53**		
		37	0.28**		

*مستوى دلالة 0.05

**مستوى دلالة 0.01

يتضح من الجدول السابق أن جميع معاملات ارتباطات العبارات بالأبعاد التي تنتمي إليها دالة إحصائيا عند مستوى دلالة 0.05 أو 0.01، وقد تراوحت القيم الارتباطية ما بين درجات العبارات ودرجات الأبعاد التي تنتمي إليها ما بين 0.25 كأدنى قيمة و0.56 كأعلى قيمة، وهي كلها معاملات ارتباط ذات دلالة إحصائية مما يعني أن عبارات الأبعاد الفرعية متناسقة فيما بينها وتقيس البعد نفسه الذي يفترض أنها تنتمي إليه و تقيس جانبا سلوكيا يعبر عنه، ما يجسد التماسك الداخلي للمقياس و تقديره لمظاهر سلوكية واحدة.

ثبات درجات الاختبار

1- طريقة التجزئة النصفية

تتميز طريقة التجزئة النصفية بتشابه ظروف التطبيق للأسئلة الفردية والزوجية وعدم التأثر بالممارسة والتدريب وتوفير الوقت والجهد وهناك عدة طرق تستخدم لتحديد معامل ثبات الاختبار عن طريق التجزئة النصفية وسيتم التحقق من تجانس درجات النصفين لتحديد الطريقة المناسبة.

جدول رقم 15 : تجانس درجات نصفي المقياس

تباين درجات النصف 01	تباين درجات النصف 02	ف المحسوبة	ف المجدولة	مستوى الدلالة
6.359	8.425	1.32	4.23	0.05

من خلال مقارنة قيمة "ف" المحسوبة والتي كانت أقل من قيمة "ف" المجدولة عند مستوى دلالة 0.05 تم اختيار طريقة سبيرمان _براون نظرا لتجانس درجات نصفي المقياس.

جدول رقم 16: معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية (سبيرمان - براون)

طريقة حساب الثبات	معامل الارتباط بين درجات النصفين	مستوى الدلالة	قيمة معامل ثبات المقياس
التجزئة النصفية (سبيرمان _ براون)	0.58	0.01	0.73

نلاحظ من خلال الجدول أن نتائج الأفراد على المقياس على درجة عالية من الثبات بلغت 0.93 بطريقة سبيرمان _براون للتجزئة النصفية.

2- معامل ثبات ألفا لكرونباخ

وقد استخدمت هذه المعادلة لحساب ثبات الاتساق الداخلي للاختبار، وهو يشير: إلى الدرجة التي ترتبط بها فقرات الاختبار بعضها ببعض فهو محك يعتمد عليه في تحديد مدى قياس أجزاء الاختبار المختلفة لنفس الوظيفة.

جدول رقم 17: معامل ثبات ألفا لكرونباخ للأبعاد و الدرجة الكلية

الأبعاد	قيمة معامل الثبات
المحور01	0.48
المحور02	0.57
المحور03	0.56
الدرجة الكلية	0.75

بلغ معامل ثبات ألفا للدرجة الكلية 0.75 وهو يبدو مقبولا للحكم على أن المقياس على درجة عالية من الثبات، و كذلك بالنسبة لأبعاده الفرعية.

2.4.6. التجربة الاستطلاعية للبرنامج العلاجي

قامت الباحثة بإجراء دراسة تجريبية استطلاعية قبل تطبيق الدراسة الأساسية، ويهدف هذا التجريب الاستطلاعي إلى:

- تدريب الباحثة على كيفية تطبيق البرنامج وإدارة الجلسات العلاجية.
- تلافي القصور الذي قد يحدث أثناء الممارسة العلاجية، وتقليل أخطاء التطبيق في التجربة الأساسية للدراسة.
- تكوين صورة واضحة لدى الباحثة عن التسلسل المنطقي لمحتوى كل جلسة وفنياتها ومناسبتها للزمن المقترح ومدى تفاعل الأطفال مع الفنيات.

1.2.4.6. عينة التجربة الاستطلاعية

تكونت عينة الدراسة الاستطلاعية من 10 أطفال (6 ذكور و4 إناث) يعانون من التبول اللاإرادي الليلي تتراوح أعمارهم بين 9 و10 سنوات تم تطبيق عليها نفس أدوات الدراسة، خصائص عينة التجربة الاستطلاعية في الجدول الموالي.

خصائص عينة التجربة الاستطلاعية

جاءت خصائص عينة التجربة الاستطلاعية من حيث السن، الجنس، السنة الدراسية، عدد الليالي المبللة، درجة القلق، درجة مفهوم الذات كما هو موضح في الجدول الموالي.

جدول رقم 18: خصائص عينة التجربة الاستطلاعية

الحالات	السن	الجنس	السنة الدراسية	عدد الليالي المبللة	مقياس القلق	مقياس مفهوم الذات
الحالة 01	09	ذكر	الرابعة	02	19	31
الحالة 02	09	أنثى	الرابعة	07	14	40
الحالة 03	09	أنثى	الرابعة	03	13	59
الحالة 04	09	أنثى	الرابعة	02	08	58
الحالة 05	10	ذكر	الرابعة	07	17	53
الحالة 06	09	ذكر	الرابعة	06	19	57
الحالة 07	09	أنثى	الرابعة	04	04	41
الحالة 08	09	ذكر	الرابعة	04	10	66
الحالة 09	09	ذكر	الرابعة	02	17	56
الحالة 10	09	ذكر	الرابعة	03	11	58

يتضح من الجدول أعلاه: أن المجموعة الاستطلاعية تضم طفل واحد بلغ سنه 10 سنوات، والبقية كلهم بلغت أعمارهم 9 سنوات، وجميعهم يدرسون السنة الرابعة، ويتضح أيضا أن أعلى عدد لليالي المبللة هو 7، وأدنى عدد هو 2، أما أعلى درجة في مقياس القلق تحصل عليها الأطفال هي 19، وأدنى درجة هي 04، أما أعلى درجة في مقياس مفهوم الذات تحصل عليها الأطفال هي 66، وأدنى

درجة هي 31، وواحد فقط من أفراد العينة من لديه مفهوم ذات سلبي والبقية كلهم لديهم مفهوم ذات إيجابي.

2.2.4.6. خلاصة التجربة الاستطلاعية

تعرضت الباحثة لعدة صعوبات وعراقيل والتي كان في الأساس هدف الباحثة التعرف عليها لتتجنبها في التجربة الأساسية والصعوبات هي:

- أول مشكل كان في التطبيق هو نتيجة مقياس مفهوم الذات حيث كشفت على أن كل أفراد العينة لديهم مفهوم ذات ايجابي.

- ثم بدأ مشكل ضياع أفراد العينة لعدة أسباب: (المواعيد الغير المناسبة التي اشتكوا منها كثيرا حيث كانوا يضطرون للغياب من المدرسة - دخول فترة الفروض والاختبارات- البدء بالعلاج الجماعي في الصيف- في الأخير لم يتم القياس البعدي إلى على حالتان (06-10) اللتان كانتا أولياؤهما متحفزين للعلاج أكثر واللتان تخلصتا من مشكل التبول الليلي)

في الدراسة الاستطلاعية تم ما يلي:

- التمكن من تطبيق التقنيات أكثر ومعرفة مدى ملائمتها .
- معرفة سبب النتيجة الإيجابية لمفهوم الذات والتي ترجع للبعد الثقافي الجزائري والذي لم يؤخذ بعين الاعتبار في حساب الخصائص السيكومترية للمقياس لذلك لن نأخذ درجته بعين الاعتبار في الدراسة الأساسية فقط نتعرف على الفروق بين القياسات (قبلي- بعدي – تتبعي)
- التعرف على خصائص العينة أكثر (الطفولة المتأخرة)
- معرفة أهمية مساعدة أفراد العينة في المواعيد قدر الإمكان.
- التعرف على فترات التطبيق المناسبة للأطفال البعيدة عن الامتحانات (تجنب متغيرات دخيلة متوقعة).
- ضرورة جعل الأولياء متحفزين كثيرا للعلاج بإفهامهم خطورة المشكل وأهمية العلاج النفسي المبكر.

5.6. التجربة الأساسية للبرنامج العلاجي

1.5.6. عينة الدراسة

تم اختيار عينة الدراسة بالطريقة القصدية المتاحة، والتي ضمت 10 أطفال يعانون من التبول اللاإرادي الليلي، 6 ذكور و4 إناث من مرحلة الطفولة المتأخرة تتراوح أعمارهم بين (9- 10سنوات) أي السنة الرابعة والخامسة ابتدائي.

مصدر الحالات

في إطار عمل الباحثة بوحدة الكشف والمتابعة المدرسية، قامت الباحثة بزيارة لمدرستين "عبد الحميد بن باديس" و "20 أوت 1954" ببلدية العمارية بولاية المدية ، والقيام بمقابلات فردية لجميع تلاميذ السنة الرابعة والخامسة بالمدرستين والذي بلغ عددهم 170 تلميذ وتم الكشف عن 26 حالة تبول لاإرادي ليلي، وهو ما يقدر نسبته 15.29%، وتم استدعاؤهم للمتابعة النفسية، ولبى 13 تلميذ وأولياؤهم الاستدعاء، واستبعدت الباحثة حالتين لأنه لا يمكن تشخيصهم بال4 dsm بحالة مرضية، وتوقفت حالة واحدة عن العلاج في منتصفه، وتابعت الباحثة تطبيق البرنامج على 10 حالات.

خصائص العينة

جاءت خصائص عينة البحث من حيث السن، الجنس، السنة الدراسية، عدد الليالي المبللة، درجة القلق، درجة مفهوم الذات كما هو موضح في الجدول الموالي.

جدول رقم 19: خصائص عينة البحث

الحالات	السن	الجنس	السنة الدراسية	عدد الليالي المبللة	مقياس القلق	مقياس مفهوم الذات
الحالة 01	09	أنثى	الرابعة	05	12	62
الحالة 02	09	ذكر	الرابعة	05	25	35
الحالة 03	09	أنثى	الرابعة	03	15	57
الحالة 04	09	ذكر	الرابعة	03	15	59
الحالة 05	09	أنثى	الرابعة	07	18	44
الحالة 06	09	ذكر	الرابعة	02	16	54
الحالة 07	09	أنثى	الرابعة	04	15	46
الحالة 08	10	ذكر	الخامسة	07	12	58
الحالة 09	10	ذكر	الخامسة	03	03	69
الحالة 10	09	ذكر	الرابعة	07	18	47

يتضح من الجدول أعلاه: أن عينة الدراسة تضم طفلين بلغوا 10 سنوات، والبقية كلهم بلغت أعمارهم 9 سنوات، وجميعهم يدرسون السنة الرابعة ما عدا اثنين يدرسون السنة الخامسة، ويتضح أيضا أن أعلى عدد لليالي المبللة هو 7، وأدنى عدد هو 2، أما أعلى درجة في مقياس القلق تحصل عليها الأطفال هي 25، وأدنى درجة هي 03، أما أعلى درجة في مقياس مفهوم الذات تحصل عليها الأطفال هي 69، وأدنى درجة هي 35، وواحد فقط من أفراد العينة من لديه مفهوم ذات سلبي والبقية كلهم لديهم مفهوم ذات إيجابي.

2.5.6. الإطار الزمني والمكاني للتجربة

دامت التجربة 3 أشهر وذلك من منتصف شهر أكتوبر إلى منتصف شهر جانفي 2014.

وتمت التجربة في مكتب المختصة النفسية بالعيادة المتعددة الخدمات ببلدية العمارية، التابعة للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالبرواقية بولاية المدية، حيث تعمل الباحثة .

6.6. أدوات تحليل البيانات

- المتوسط الحسابي.
- الانحراف المعياري.
- متوسط الفروق.
- الانحراف المعياري لتوزيع الفروق.
- اختبار T لعينتين متشابهتين.

ملخص الفصل

تم في هذا الفصل عرض لمنهج البحث المستعمل في الدراسة وأدوات البحث ثم التفصيل في البرنامج العلاجي ثم عرض للدراسة الاستطلاعية التي تم من خلالها التأكد من الخصائص السيكومترية لمقياس مفهوم الذات لعز الدين الأشول (1984) ومقياس القلق للأطفال لرينولد وريشموند (1978) Reynold et Richmond، وكذلك القيام بالتجربة الاستطلاعية ثم عرض للتجربة الأساسية من عينة وإطار زماني ومكاني للتجربة ثم عرض أدوات تحليل البيانات.

الفصل 7

عرض ومناقشة النتائج

يتناول هذا الفصل الأخير من البحث عرض وتحليل ومناقشة النتائج المتوصل إليها، ففي البداية تطرقنا إلى عرض وصفي تحليلي للنتائج وهي نقطة البداية في عملية التحليل ثم تبعناها بمناقشة النتائج على ضوء الأدبيات السابقة حول الموضوع بذلك يعتبر هذا الفصل الجزء الحيوي من البحث، لأنه يقدم الأدلة الإحصائية المنطقية ويحللها.

1.7. عرض وتحليل نتائج الفرضية العامة الأولى ومناقشتها

تنص الفرضية العامة الأولى على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي عدد الليالي المبللة لدى الأطفال المتبولين للقياس القبلي وللقياس البعدي وذلك لصالح القياس البعدي.

ولاختبار هذه الفرضية لجأنا إلى تطبيق اختبار " t " لعينتين متشابهتين.

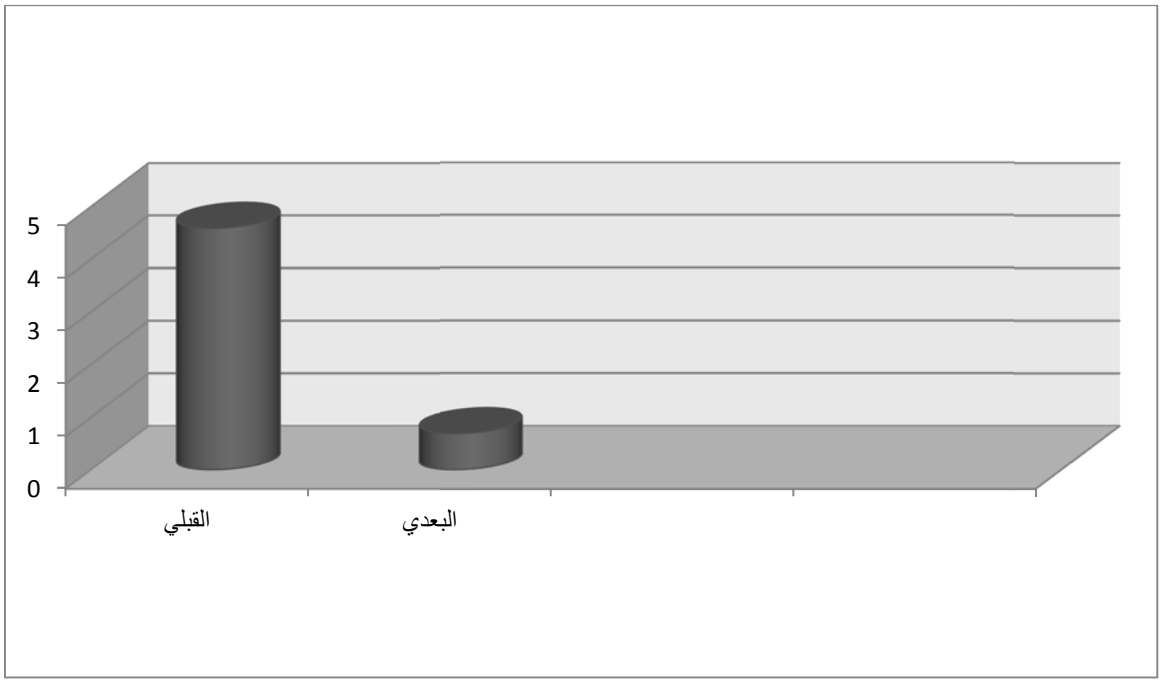
جدول رقم 20: الفروق بين متوسطات القياس القبلي والبعدي لعدد الليالي المبللة لدى الأطفال المتبولين

المتغير	القياس	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	متوسط الفروق	الانحراف المعياري للفروق	قيمة "ت"	مستوى الدلالة	تفسيرها
عدد الليالي المبللة	القبلي ن=10	4.60	1.89	3.90	1.79	6.88	0.01	دالة
	البعدي ن=10	0.70	1.56					

يتضح من نتائج الجدول أعلاه عن عدد الليالي المبللة في القياس القبلي والبعدي أنه بلغت قيمة المتوسط الحسابي للقياس القبلي 4.60 وانحراف معياري قدره 1.89 ، بينما قدرت قيمة المتوسط الحسابي للقياس البعدي ب0.70 وبانحراف معياري بلغ 1.56، أما عن قيمة ت فقد بلغت 6.88 وهي دالة إحصائيا.

مما يسمح لنا بالقول أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي عدد الليالي المبللة لدى الأطفال المتبولين للقياس القبلي وللقياس البعدي وذلك لصالح القياس البعدي.

ويمكن توضيح وجود فروق بين متوسطي عدد الليالي المبللة لدى الأطفال المتبولين للقياس القبلي والقياس البعدي في الشكل البياني(04)



شكل رقم 04: الفروق بين متوسطي عدد الليالي المبللة للقياس القبلي والبعدي

ويتضح من الرسم البياني انخفاض في متوسط عدد الليالي المبللة لدى أفراد العينة في القياس البعدي وهو ما يدعم صحة تحقق هذا الفرض.

إذن يمكن أن نقول أن للبرنامج فعالية في علاج التبول اللاإرادي الليلي.

ولقد قدرت نسبة التحسن ب 90% وهي نسبة عالية، ففي دراسة محمد صالح فالح وآخرين (1997) كانت نسبة التحسن 77%، وفي دراسة سليمان الريحاني (1981) كانت نسبة التحسن 83.5% و70.59% في دراسة شفيقة زموري.

وتفسر الباحثة هذه النتيجة في ضوء الأثر الإيجابي لمحتوى البرنامج العلاجي الذي تعددت الفنيات العلاجية التي استخدمت فيه في شكل منظومة علاجية متكاملة ومترابطة تتناسب مع تعقد وتشابك مشكل التبول اللاإرادي الليلي، الذي بدأت جلساته بتركيز الباحثة على خلق الجو النفسي الآمن وبناء العلاقة العلاجية ثم تدريب الدافعية لدى الأطفال باستعمال العلاج القصصي (سرد قصة الفأر صقر) والعلاج الواقعي (فنية التقويم الذاتي للسلوك (التبول اللاإرادي الليلي) – تنمية الشعور بتحمل المسؤولية – التخطيط للسلوك المسئول (خطة متدرجة) – الالتزام بالخطط) الذي عملت فنياته بشكل متكامل في دفع أفراد المجموعة العلاجية لإصدار أحكام ذاتية على سلوكهم (التبول اللاإرادي الليلي) وعدم إنكاره وتقويمه ومشاركتهم الفاعلة في التخطيط لعملية التغيير وتحمل مسؤولية سلوكهم والالتزام والتعهد بتنفيذ هذه الخطط والوصول إلى السلوك المسئول ويتماشى هذا مع ما ذكره جلاسر من "أن

السلوك اللامسئول هو سلوك انهزامي يستدعي إيذاء الذات وإيذاء الآخرين، وتركز هذه النظرية على فكرة أن الإنسان كائن عقلاني ومسئول شخصيا عن سلوكياته [47]، ص 159.

ومن خلال استخدام هذه الفنيات الواقعية والتي تتميز بكونها تعمل في شكل منتظم ومتكامل وواضح المعالم استشعر الأطفال أن أنماط سلوكهم المسئولة هي التي تحقق لهم السعادة والتوافق والصحة النفسية، وتتفق هذه الرؤية مع ما نادى به رائد العلاج الواقعي جلاسر "من أن الصحة النفسية لا تؤدي إلى السلوك المسئول، وإنما السلوك المسئول هو الذي ينتج عنه الصحة النفسية، وبالمثل فإن التعاسة والمعاناة الشخصية هي نتيجة لعدم المسئولية وليست سببا لها [32]، ص222.

مع العلم أن الحالة 5 توقفت عن التبول قبل البدء بالخطة العلاجية وهذا مرده أن الوعي بالسلوك المضطرب قد يكون وحده الشافي كما يقول بيرلز " أن الوعي في حد ذاته يعتبر شافيا" [32]، ص 326.

بالإضافة إلى توقيع العقد العلاجي مع الطفل صور للطفل طابع الجدية في العلاج مما جعله يحترم مواعيد الجلسات والتعليمات وتنفيذها.

وكذلك فاعلية الخطة العلاجية التي احتوت على العديد من التمارين (تمارين فزيولوجية – فنية الإشراط – الحديث الذاتي) وتبسيط كل هذه الفنيات للطفل بشكل نصائح تقدم للطفل بشكل محبب له، وهذا ما تؤكده كل من دراسة أزرين Azrin 1973 و1974، ودراسة محمد صالح فالح وآخرون 1997، ودراسة Nerrelbeck and langeludecke 1978 ، ودراسة سليمان الريحاني 1981.

كما عملت فنية التعزيز على تقوية وتدعيم وتثبيت الأنماط السلوكية الجديدة ويؤكد إبراهيم عبد الستار "أنه عندما يستخدم مبدأ التدعيم بطريقة منظمة يمكن أن يصبح وسيلة فعالة لتعديل السلوك ومواجهة كثير من المشكلات الإنسانية بحلول إيجابية" [54]، ص267.

ويتفق هذا مع ما أشار إليه بطرس من "أن التعزيز من أكثر فنيات العلاج السلوكي استخداما وخاصة في المجال المدرسي والتربوي وتتلخص طريقته في تقديم مكافآت أو معززات رمزية أو تعزيز معنوي بهدف تقوية السلوكيات لدى المسترشد" [12]، ص 170.

وهذا ما أكدته دراسة كل من دراسة كامل كامل kimmel and kimmel 1970- 1973 ودراسة ستدمان stedman 1972، ودراسة محمد صالح فالح وآخرون 1997.

بالإضافة إلى طول فترة تطبيق البرنامج العلاجي (شهرين كاملين) كانت جد مناسبة وهذا ما أكدته دراسة سليمان الريحاني 1981.

وترجع أيضا فاعلية البرنامج إلى اختيار الباحثة لعينة الأطفال من المرحلة المتأخرة لأنه كلما زاد عمر الطفل زاد تفهمه واستيعابه لمشكلته ومن ثم الاهتمام بتطبيق تعليمات البرنامج، وهذا يدل على تعاون الطفل ودوره الهام في تحقيق النتائج وهذا ما تؤكده دراسة كل من محمد صالح فالح وآخرون 1997، ودراسة شفيقة زموري 2002.

2.7. عرض وتحليل نتائج الفرضية العامة الثانية ومناقشتها

تنص الفرضية العامة الثانية على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القلق لدى الأطفال المتبولين للقياس القبلي وللقياس البعدي وذلك لصالح القياس البعدي.

ولاختبار هذه الفرضية

لجأنا إلى تطبيق اختبار " t " لعينتين متشابهتين.

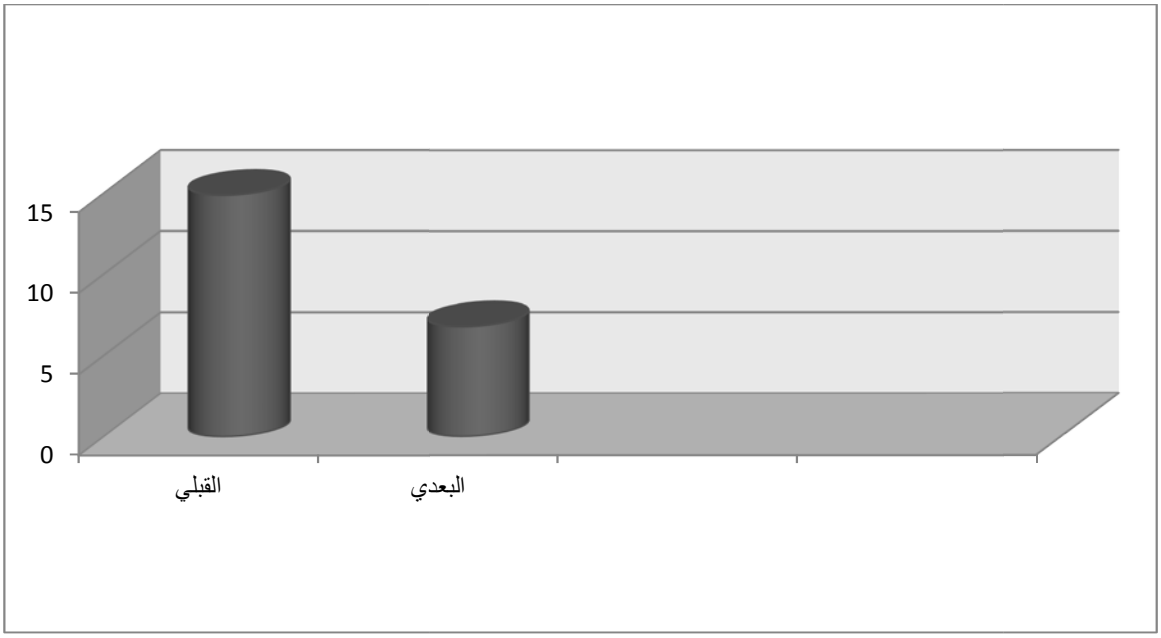
جدول رقم 21 : الفروق بين متوسطات القياس القبلي والبعدي لدرجات القلق لدى الأطفال المتبولين.

المتغير	القياس	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	متوسط الفروق	الانحراف المعياري للفروق	قيمة "ت"	مستوى الدلالة	تفسيرها
درجات القلق	القبلي ن=10	14.90	5.58	8.10	6.26	4.09	0.01	دالة
	البعدي ن=10	6.80	5.88					

يتضح من نتائج الجدول أعلاه عن درجات القلق في القياس القبلي والبعدي أنه بلغت قيمة المتوسط الحسابي للقياس القبلي 14.90وانحراف معياري قدره 5.58، بينما قدرت قيمة المتوسط الحسابي للقياس البعدي ب6.80 وبانحراف معياري بلغ 5.88، أما عن قيمة ت فقد بلغت 4,09 وهي دالة إحصائيا.

مما يسمح لنا بالقول أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القلق لدى الأطفال المتبولين للقياس القبلي وللقياس البعدي وذلك لصالح القياس البعدي.

ويمكن توضيح وجود فروق بين متوسطي درجات القلق لدى المتبولين للقياس القبلي وللقياس البعدي في الشكل البياني(05)



شكل رقم 05: الفروق بين متوسطي درجات القلق للقياس القبلي والبعدي

ويتضح من الرسم البياني انخفاض في متوسط درجات القلق لدى أفراد العينة في القياس البعدي وهو ما يدعم صحة تحقق هذا الفرض.

إذن يمكن أن نقول أن للبرنامج فعالية في علاج القلق لدى أفراد العينة.

وترجع الباحثة هذه النتيجة إلى كفاءة وفعالية البرنامج العلاجي الحالي إلى تعدد الفنيات المستخدمة حيث ساهمت فنية التنفيس الانفعالي التي تنتمي للاتجاه التحليلي في تفريغ الشحنات الانفعالية لدى أعضاء المجموعة العلاجية وإخراج الخبرات السابقة المؤلمة المكبوتة وتطهير الذات من الانفعالات والتوترات والمشاعر المرتبطة بها عن طريق التداعي الحر وبذلك عملت فنية التنفيس الانفعالي على تفريغ الانفعالات ثم تطهير الذات ثم التعامل الواعي مع دوافع السلوك الحالي، ويتفق هذا مع ما ذهب إليه كاشدان" في اعتبار التطهير الانفعالي بمثابة المحاولة الأولى المنظمة لعلاج الأعراض عن طريق الوسائل النفسية" [55]، ص190.

كما يتفق مع ما أشار إليه روتر من "أن التفريغ الانفعالي هو إظهار المواد المكبوتة أو اللاشعورية، وإدراك الفرد الشعوري لدوافعه والأسباب اللاشعورية وراء سلوكه، وعندما يدرك الفرد دوافعه الحقيقية فإن المفروض أنه يصبح قادرا على التعامل معها عن طريق الأنا مخففا بذلك من الأعراض ومؤديا إلى توافق أكثر ثباتا" [56]، ص141.

كما تم توظيف فنية الاسترخاء لتعمل على إرخاء الجسم وإزالة التوترات وتنمية المهارات بأنواعها وتنمية القوة النفسية وتحرير الطاقات المكبوتة ويرى السهل "أن للاسترخاء ثلاثة أهداف، فهو يعد أحد الإجراءات الوقائية والعلاجية للغضب، كما أنه يعد مهارة من مهارات المواجهة، وهذه الأهداف تشير إلى أن هناك جوانب فزيولوجية ونفسية ترتبط بالاسترخاء فالجوانب الفزيولوجية من الاسترخاء تتضمن الجهاز العصبي المستقل والجهاز الغددي والعضلي، بينما تتضمن الجوانب النفسية للاسترخاء المعارف والسلوك"، كما ساهم تعلم وممارسة هذه الفنية في إدراك أعضاء المجموعة العلاجية للفرق بين المشاعر المرتبطة بالتوتر والمشاعر المرتبطة بالهدوء والاتزان والارتخاء والتمييز بين الحالتين، وهذا يتفق مع ما أشار إليه السهل من "أن مهمة المرشد النفسي بجانب دوره في تدريب المسترشدين على الاسترخاء يكون قد وصل إلى المرحلة التي يستطيع فيها خفض حالة التوتر العضلي والنفسي" [57]، ص 122.

حيث استخدمت الباحثة أسهل تقنيات الاسترخاء والتي تلاءم الأطفال وهما التنفس البطني والاسترخاء عن طريق الجرافوترابي وهذه الأخيرة تعتبر سهلة التطبيق وسريعة النتائج.

كما ساهمت الفنيات المعرفية كالضبط الذاتي والتعليمات الذاتية والعمود الثلاثي في مساعدة المجموعة العلاجية لتحسين طريقة التفكير والإدراك الواعي للذات والآخرين والعالم الخارجي والتعرف على الأفكار الغير منطقية وغير عقلانية المسئولة عن ردود الأفعال السالبة واكتساب المهارات اللازمة لتعديل ذلك والتدريب عليها وتطبيقها وتفحصها ومعالجتها ذاتيا وتبني نسق فكري وفلسفة ذاتية جديدة واعية للحياة تشتمل على أنظمة فكرية عقلانية تسيطر على الانفعالات والعواطف وتؤدي إلى سلوك متزن وإيجابي بعيدا عن الممارسات القديمة بأنواعها وأشكالها المتعددة، وتتميز الفنيات المعرفية بكونها طريقا واضح المعالم يسهل رؤية المتعالج لنفسه من خلال إجراءات منظمة ومتسلسلة تعطى لأعضاء المجموعة العلاجية مساحات من المشاركة والثقة والأهمية وتنمي فيهم الاعتماد على النفس في مواجهة المشكلات، وعندما تكون المعالجة منطلقة من الذات فإن أثرها يكون أكثر فعالية واستمرارا ويوضح الظاهر "أن للفرد في الأساليب المعرفية دورا فاعلا في العملية العلاجية مما يزيد من دافعيته في عملية ضبط السلوك" [58]، ص243.

فقد عملت فنية الضبط الذاتي على إكساب أفراد العينة المبادأة والتحكم في الانفعالات والمشاعر والأفكار والتأثير الذاتي المسبق لأنماط السلوك حيث تم تدريب الأعضاء على المراقبة الذاتية للسلوكيات الخاطئة وتقويمها ذاتيا وإجراء مقارنة بين هذه السلوكيات وما ينبغي أن تكون عليه ثم الانتقال إلى مرحلة التعزيز الذاتي لكل تقدم يحقق.

ويعتبر الروسان "أسلوب الضبط الذاتي تتويجا لأساليب تعديل السلوك التي تعلمها الفرد، ففي الوقت الذي كان فيه سلوك الفرد محكوما بمعززات خارجية أو داخلية، أو عقاب ذاتي أو خارجي، أصبح فيما بعد منضبطا بأساليب ودوافع ومعززات داخلية" [59]، ص 137.

وجاءت فنية التعليمات الذاتية لتكسب أعضاء المجموعة العلاجية الخطوات التالية:

1- تدريب المتعالج على إدراك وتحديد الأفكار والأحاديث السلبية وتنمية وعيه بتأثيراتها السلبية.
2- نمذجة أنماط السلوك المرغوب والتعبير اللفظي عن الطرق والأساليب الفعالة من شرح للمتطلبات والتعليمات الذاتية التي تقود للتحسن المتدرج والمقولات الذاتية التي تزيد من الكفاءة والتعزيز الذاتي للأداء الناجح.
3- يقوم المتعالج بأداء السلوك المرغوب ويعطي لنفسه التعليمات الذاتية الإيجابية بصوت عالي ثم بشكل مستتر في ظل مساعدة المعالج وتأكيده على أن ما يقوله المتعالج لنفسه إيجابيا قد حل محل الأفكار والأحاديث السالبة التي كانت تسبب المشكلة.

وتشير عوض إلى أن "ميكينبوم يؤكد على أن تعديل السلوك معرفيا يتم عن طريق تقديم التعليمات للذات والتي تتركز على تعليم العملاء كيفية التخطيط والتفكير قبل الاستجابة وتعليمهم ضرورة التوقف والنظر والاستماع جيدا قبل صدور أي استجابة ومساعدتهم على استخدام الحوار الداخلي وتقديم التعليمات للذات قبل الاندفاع والإسراع في الأمور، حيث تبين أن التخلص من المشكلة يعني التخلص من التحدث إلى الذات بطريقة انهزامية وسلبية واستبداله بالتحدث إلى الذات بطريقة أكثر إيجابية"[39]، ص99.

وساهمت فنية العمود الثلاثي في تدريب أعضاء المجموعة العلاجية على مواجهة النقد الداخلي والرد عليها بردود عقلانية حيث تم تدريب الأعضاء على تحديد المواقف التي تسبب التوتر والانفعال ثم تحديد الأفكار غير المنطقية السابقة المرتبطة بها ثم تصحيح هذه الأفكار واستبدالها بأفكار منطقية.

وقد عملت هذه الفنية على الممارسة الذاتية الواعية لتحديد المواقف التي تدفع الأعضاء لممارسة السلوكيات الخاطئة ومعالجتها ذاتيا ورؤية الأفكار، والتشوهات المعرفية المتراكمة التي تؤدي إلى

السلوكيات الخاطئة، وتنمية الوعي بالنفس والعمل على تصحيح وتعديل هذه الأفكار المشوهة والمحرفة وتبني منظومة متدرجة لإعادة البناء المعرفي تؤدي إلى إحداث تغيرات معرفية وانفعالية وسلوكية، ويذكر عبود وعبود "أنه عن طريق فنية العمود الثلاثي يبدأ الفرد في تطوير نظام أكثر واقعية في تقويم الذات" [60]، ص355.

وعملت فنية التحصين ضد الضغوط على إكساب أعضاء المجموعة العلاجية مراحل منظمة ومتدرجة لمواجهة المواقف والأحداث الضاغطة حيث يتم في المرحلة الأولى تعليم كيفية استكشاف وتوظيف القدرات المعرفية في مواجهة التوترات ثم مرحلة اكتساب المهارات والتدرب عليها ثم مرحلة التطبيق الفعلي لما تم اكتسابه وهذه الفنية بمراحلها الثلاث تتيح وتتطلب استخدام الفنيات الأخرى كالاسترخاء والنمذجة ولعب الدور والتعزيز والمناقشة بالإضافة إلى الفنيات المعرفية الأخرى، وهذه المراحل الثلاثة تعد منظومة معرفية وانفعالية وسلوكية متدرجة.

وساهمت فنية التدريب على أسلوب حل المشكلات بطريقة كيندل وبراسول Kendall et Braswell (1985) والتي تعتبر طريقة سهلة للأطفال، في تعلمهم مواجهة المشكلات التي يتعرضون لها.

كما ساهمت فنية النمذجة في توفير النماذج السلوكية التي أتاحت للأعضاء مجالا مناسبا للتخيل وتمثل النموذج السلوكي الملاحظ مما أثر ايجابيا في تعلمهم كيفية مواجهة المشكلات التي يتعرضون لها بعقلانية وفي تنمية مهارات التواصل مع الآخرين.

وساهمت فنية لعب الدور أيضا في تعليم وتدريب الأعضاء أساليب مواجهة المشكلات التي يتعرضون لها بعقلانية وفي تنمية مهارات التواصل مع الآخرين، وساهمت في التنفيس الانفعالي والاستبصار وتتفق هذه الرؤية مع ما أشار إليه عقل من " أن لعب الدور من الأساليب العلاجية التي يعاد فيها تنظيم وبناء المجال النفسي والاجتماعي من جديد وتحقيق الاستبصار بالمشكلة ومن ثم تعلم السلوك الجديد، ويتم من خلال التمثيل الكشف عن مشاعره فيسقطها على شخصيات الدور التمثيلي، وينفس عن انفعالاته ويستبصر بذاته، ويعبر عن اتجاهاته وصراعاته ودوافعه" [44]، ص326.

وفنية المقعد الخالي التي تكتسب أهمية علاجية ، فعن طريقها ينظر الطفل لنفسه من زوايا متعددة، وعن طريقها يحدث الاستبصار في أفضل صورة، وعن طريقها يكتسب الطفل مهارات الحوار والمناقشة والإقناع والاقتناع من خلال القيام بلعب الأدوار وقلبها (تبادل الدور)، كما أنه مجالا خصبا للتنفيس الانفعالي والضبط الذاتي.

وساهمت فنية الواجبات المنزلية في نقل الأثر الايجابي للممارسة العلاجية إلى المواقف الحياتية، كما عملت على ممارسة الفنيات العلاجية كالاسترخاء والفنيات المعرفية كالضبط الذاتي والتعليمات الذاتية والعمود الثلاثي، كما ساهمت الواجبات المنزلية في ربط محتوى البرنامج العلاجي وتحقيق مبدأ استمرارية العملية العلاجية.

1.2.7. عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الأولى ومناقشتها

تنص الفرضية الجزئية الأولى: على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القلق في البعد ألأول (التمظهرات الفزيولوجية) لدى الأطفال المتبولين للقياس القبلي وللقياس البعدي وذلك لصالح القياس البعدي.

ولاختبار هذه الفرضية لجأنا إلى تطبيق اختبار " t " لعينتين متشابهتين.

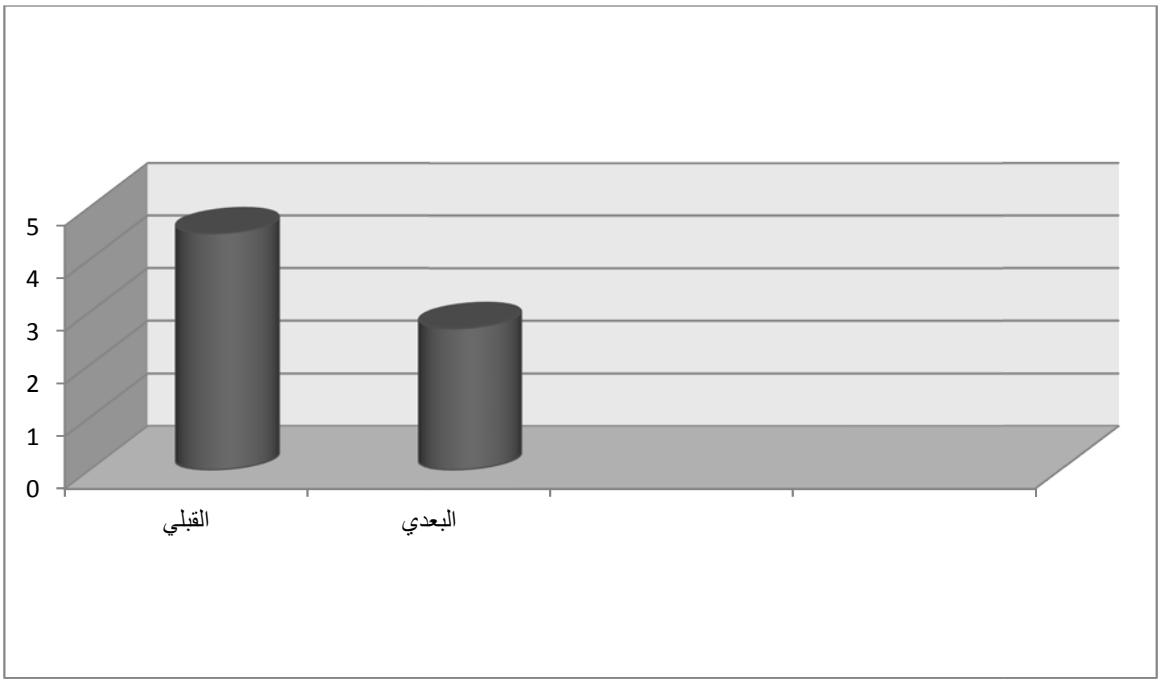
جدول رقم 22: الفروق بين متوسطات القياس القبلي والبعدي لدرجات القلق في البعد الأول للأطفال المتبولين.

المتغير	القياس	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	متوسط الفروق	الانحراف المعياري للفروق	قيمة "ت"	مستوى الدلالة	تفسيرها
درجات القلق في البعد الأول (التمظهرات الفزيولوجية)	القبلي ن=10	5.40	2.5	2.70	2.58	3.30	0.01	دالة
	البعدي ن=10	2.7	2.49					

يتضح من نتائج الجدول أعلاه عن درجات القلق في البعد ألأول (التمظهرات الفزيولوجية) في القياس القبلي والبعدي أنه بلغت قيمة المتوسط الحسابي للقياس القبلي 5.40 وانحراف معياري قدره 2,5، بينما قدرت قيمة المتوسط الحسابي للقياس البعدي ب2.7 وبانحراف معياري بلغ 2.49، أما عن قيمة ت فقد بلغت 3.30 وهي دالة إحصائيا.

مما يسمح لنا بالقول أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القلق في البعد الأول (التمظهرات الفزيولوجية) لدى الأطفال المتبولين للقياس القبلي وللقياس البعدي وذلك لصالح القياس البعدي.

ويمكن توضيح وجود فروق بين متوسطي درجات القلق في البعد الأول (التمظهرات الفزيولوجية) لدى الأطفال المتبولين للقياس القبلي وللقياس البعدي في الشكل البياني(06)



شكل رقم 06: الفروق بين متوسطي درجات القلق في البعد الأول للقياس القبلي والبعدي

ويتضح من الرسم البياني انخفاض في متوسط درجات القلق في البعد الأول (التمظهرات الفزيولوجية) لدى أفراد العينة في القياس البعدي وهو ما يدعم صحة تحقق هذا الفرض.

إذن يمكن أن نقول أن للبرنامج فعالية في علاج التمظهرات الفزيولوجية للقلق، وبالتحديد جلسة التدريب على الاسترخاء الذي حرص الأطفال على تطبيقه طوال فترة العلاج.

2.2.7. عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الثانية ومناقشتها

تنص الفرضية الجزئية الثانية: توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القلق في البعد الثاني (القلق وفرط الحساسية) ولاختبار هذه الفرضية لجأنا إلى تطبيق اختبار " t " لعينتين متشابهتين

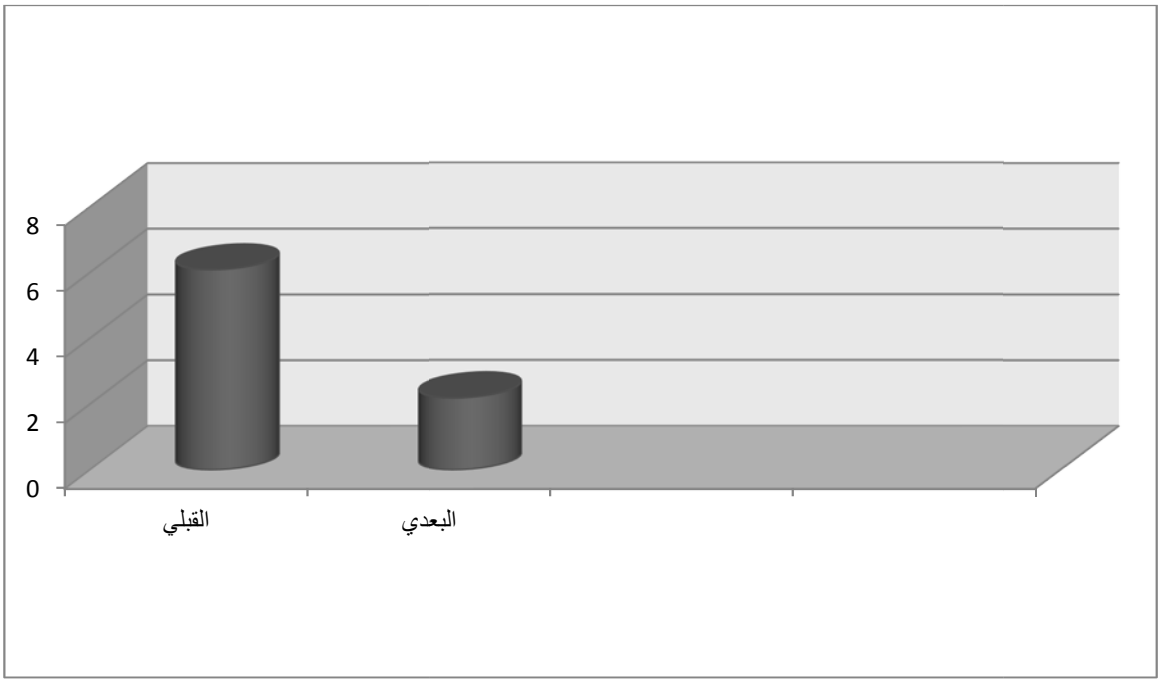
جدول رقم 23: الفروق بين متوسطات القياس القبلي والبعدي لدرجات القلق في البعد الثاني للأطفال المتبولين.

المتغير	القياس	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	متوسط الفروق	الانحراف المعياري للفروق	قيمة "ت"	مستوى الدلالة	تفسيرها
درجات القلق في البعد الثاني (القلق وفرط الحساسية)	القبلي ن=10	6.1	2.68	3.50	3.59	3,07	0,01	دالة
	البعدي ن=10	2.60	2.63					

يتضح من نتائج الجدول أعلاه عن درجات القلق في البعد الثاني (القلق وفرط الحساسية) في القياس القبلي والبعدي أنه بلغت قيمة المتوسط الحسابي للقياس القبلي 6.1 وانحراف معياري قدره 2.68، بينما قدرت قيمة المتوسط الحسابي للقياس البعدي ب 2.60 وبانحراف معياري بلغ 2.63، أما عن قيمة ت فقد بلغت 3.07 وهي دالة إحصائيا.

مما يسمح لنا بالقول أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القلق في البعد الثاني (القلق وفرط الحساسية) لدى الأطفال المتبولين للقياس القبلي وللقياس البعدي وذلك لصالح القياس البعدي.

ويمكن توضيح وجود فروق بين متوسطي درجات القلق في البعد الثاني لدى الأطفال المتبولين للقياس القبلي وللقياس البعدي في الشكل البياني(07).



شكل رقم 07: الفروق بين متوسطي درجات القلق في البعد الثاني للقياس القبلي والبعدي

ويتضح من الرسم البياني انخفاض في متوسط درجات القلق في البعد الثاني (القلق وفرط الحساسية) لدى أفراد العينة في القياس البعدي وهو ما يدعم صحة تحقق هذا الفرض.

إذن يمكن أن نقول أن للبرنامج فعالية في علاج فرط الحساسية لدى أفراد العينة، وبالتحديد جلسة التفريغ الانفعالي التي ساهمت في إخراج مكبوتات الطفل اللاشعورية التي تجعله دائما في حالة قلق وكذلك الفنيات المعرفية التي استفاد الأطفال كثيرا منها وكذلك فنية العلاج بالقراءة (قراءة كتاب ماذا تفعل عندما تشعر بالقلق) الذي نال كثيرا إعجاب الأطفال، حيث داوموا على قراءته ومناقشة الباحثة حوله في كل جلسة.

3.2.7. عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الثالثة ومناقشتها

تنص الفرضية الجزئية الثالثة : توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القلق في البعد الثالث (التركيز والقلق الاجتماعي) لدى الأطفال المتبولين للقياس القبلي وللقياس البعدي وذلك لصالح القياس البعدي.

ولاختبار هذه الفرضية لجأنا إلى تطبيق اختبار " t " لعينتين متشابهتين.

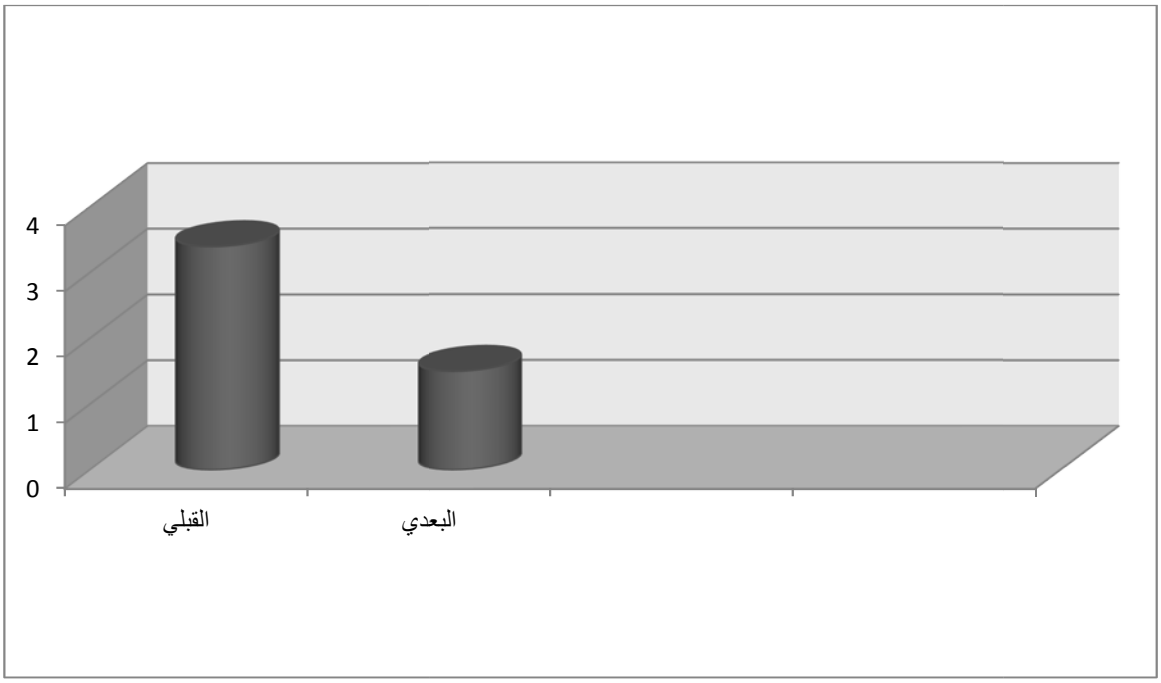
جدول رقم 24: الفروق بين متوسطات القياس القبلي والبعدي لدرجات القلق في البعد الثالث للأطفال المتبولين.

المتغير	القياس	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	متوسط الفروق	الانحراف المعياري للفروق	قيمة "ت"	مستوى الدلالة	تفسيرها
درجات القلق في البعد الثالث (التركيز والقلق الاجتماعي	القبلي ن=10	3.4	1.95	1,90	1.66	3,61	0.01	دالة
	البعدي ن=10	1.50	1.50					

يتضح من نتائج الجدول أعلاه عن درجات القلق في البعد الثالث (التركيز والقلق الاجتماعي) في القياس القبلي والبعدي أنه بلغت قيمة المتوسط الحسابي للقياس القبلي 3.4 وانحراف معياري قدره 1.95، بينما قدرت قيمة المتوسط الحسابي للقياس البعدي ب 1.50 وبانحراف معياري بلغ 1.50، أما عن قيمة ت فقد بلغت 3.61 دالة إحصائيا.

مما يسمح لنا بالقول أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القلق في البعد الثالث (التركيز والقلق الاجتماعي) لدى الأطفال المتبولين للقياس القبلي وللقياس البعدي وذلك لصالح القياس البعدي.

ويمكن توضيح وجود فروق بين متوسطي درجات القلق في البعد الثالث لدى الأطفال المتبولين للقياس القبلي والقياس البعدي في الشكل البياني(08)



شكل رقم 08: الفروق بين متوسطي درجات القلق في البعد الثالث للقياس القبلي والبعدي

ويتضح من الرسم البياني انخفاض في متوسط درجات القلق في البعد الثالث (التركيز والقلق الاجتماعي) لدى أفراد العينة في القياس البعدي وهو ما يدعم صحة تحقق هذا الفرض.

إذن يمكن أن نقول أن للبرنامج فعالية في تحسين التركيز وخفض القلق الاجتماعي، وبالتحديد جلسة تنمية أسلوب حل المشكلة بفنياتها المتعددة وجلسة تنمية مهارات التواصل مع الآخرين بفنياتها المتعددة أيضا.

3.7. عرض وتحليل نتائج الفرضية العامة الثالثة ومناقشتها

تنص الفرضية العامة الثالثة على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات مفهوم الذات لدى الأطفال المتبولين للقياس القبلي وللقياس البعدي وذلك لصالح القياس البعدي.

ولاختبار هذه الفرضية لجأنا إلى تطبيق اختبار " t " لعينتين متشابهتين.

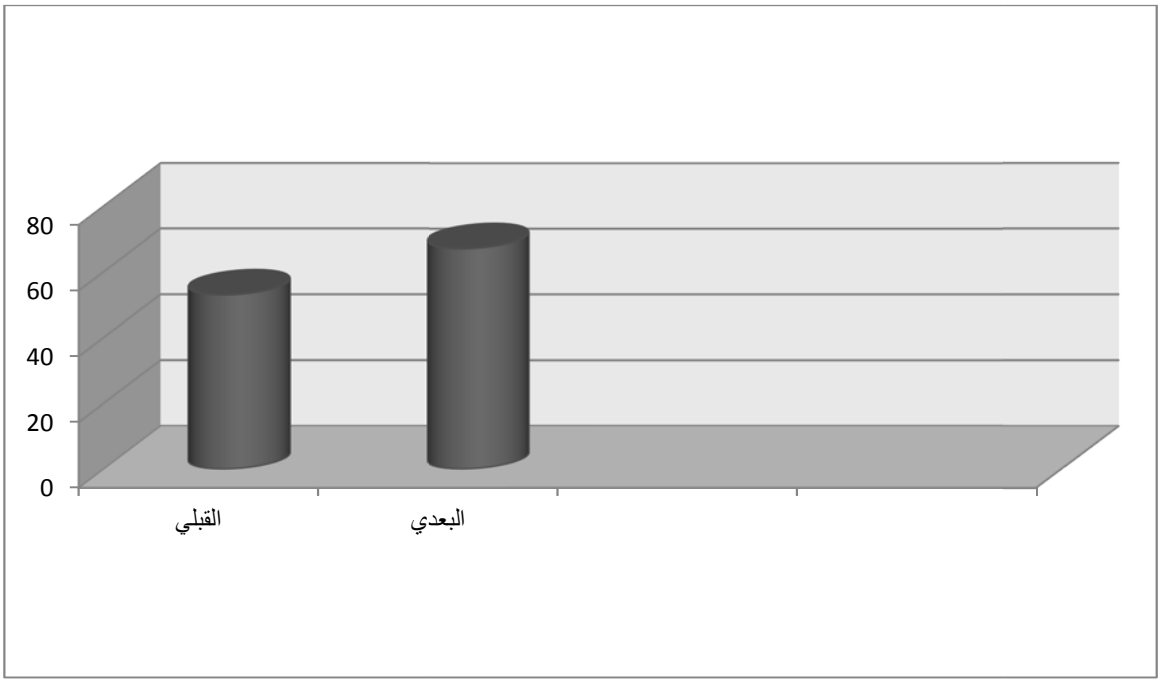
جدول رقم 25: الفروق بين متوسطات القياس القبلي والبعدي لدرجات مفهوم الذات للأطفال المتبولين.

المتغير	القياس	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	متوسط الفروق	الانحراف المعياري للفروق	قيمة "ت"	مستوى الدلالة	تفسيرها
درجات مفهوم الذات	القبلي ن=10	53.10	10.02	14.10	8.60	5.18	0.01	دالة
	البعدي ن=10	67.20	6.46					

يتضح من نتائج الجدول أعلاه عن درجات مفهوم الذات في القياس القبلي والبعدي أنه بلغت قيمة المتوسط الحسابي للقياس القبلي 53.1 وانحراف معياري قدره 10.02، بينما قدرت قيمة المتوسط الحسابي للقياس البعدي ب 67.2 وبانحراف معياري بلغ 6.46، أما عن قيمة ت فقد بلغت 5.18 وهي دالة إحصائيا.

مما يسمح لنا بالقول أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات مفهوم الذات لدى الأطفال المتبولين للقياس القبلي وللقياس البعدي وذلك لصالح القياس البعدي.

ويمكن توضيح وجود فروق بين متوسطي درجات مفهوم الذات لدى الأطفال المتبولين للقياس القبلي وللقياس البعدي في الشكل البياني(09)



شكل رقم 09: الفروق بين متوسطي درجات مفهوم الذات للقياس القبلي والبعدي

ويتضح من الرسم البياني ارتفاع في درجات مفهوم الذات لدى أفراد العينة في القياس البعدي وهو ما يدعم صحة تحقق هذا الفرض.

إذن يمكن أن نقول أن للبرنامج فعالية في تحسين مفهوم الذات.

وتفسر الباحثة هذه النتيجة في ضوء الأثر الإيجابي الذي تحدثه التدخلات العلاجية المنظمة تخطيطا وتنفيذا وتقييما في مساعدة أطفال المجموعة العلاجية لفهم ذواتهم وإدراكهم لقدراتهم، من خلال السيكودراما واللعب.

حيث يشير أحمد سليمان رجب أن " السيكودراما أسلوب من أساليب العلاج النفسي تخفف وطأة الاضطرابات، وتسهم في التنفيس الانفعالي، وتجعل الفرد اجتماعيا توكيديا قادرا على التعبير عن نفسه وعن الآخرين بكفاءة، والسيكودراما أيضا وسيلة تدريب وتعليم للفرد ويكتسب من خلالها إجراءات تعليمية جديدة، إضافة إلى أنها تعد مجالا من مجالات الاسترخاء والترفيه من خلال الحركة الدرامية وخلالها يصل الفرد إلى ذاته وأعماقها، والسيكودراما في كل مجالاتها تساعد الفرد على الاستبصار بذاته، واكتساب مهارات اجتماعية فمن خلالها يتدرب الفرد على التواصل العقلي والنفسي والاجتماعي والجسمي واللفظي، مما يجعلها تكتسب مكانة كبيرة، والسيكودراما باعتبارها علاجا اجتماعيا بشكل خاص تستبدل الأنا إلى "نحن" أي تحل الجماعة محل الفردية، حيث يتدرب فيها الفرد على أن يتفاعل مع أفراد الجماعة ويتبادل معهم الأدوار" [61]، ص87.

كما أن اللعب هو وظيفة الطفل الأولى في الحياة كما يؤكد "فروبل" لذا نجد أن البرنامج العلاجي يحتوي على العديد من الألعاب التربوية الهادفة التي كان لها الأثر في شد الأطفال وحماسهم للبرنامج العلاجي وتحسينهم لمفهومهم عن ذواتهم.

4.7. عرض وتحليل نتائج الفرضية العامة الرابعة ومناقشتها

تنص الفرضية الرابعة على أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي عدد الليالي المبللة لدى الأطفال المتبولين للقياس البعدي وللقياس التتبعي.

ولاختبار هذه الفرضية لجأنا إلى تطبيق اختبار " t " لعينتين متشابهتين.

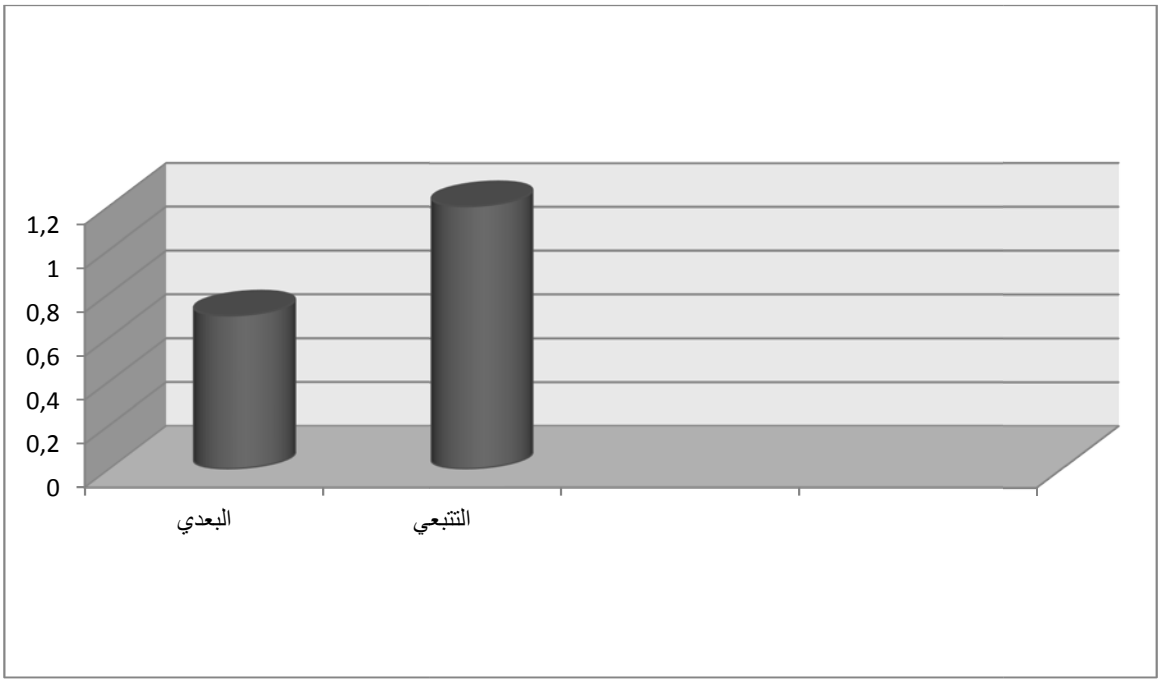
جدول رقم 26: الفروق بين متوسطات القياس البعدي والتتبعي لعدد الليالي المبللة لدى الأطفال المتبولين.

المتغير	القياس	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	متوسط الفروق	الانحراف المعياري للفروق	قيمة "ت"	مستوى الدلالة	تفسيرها
عدد الليالي المبللة	البعدي ن=10	0.70	1.56	0.50	2.32	0 .68	0.513	غير دالة
	التتبعي ن=10	1.20	2.57					

يتضح من نتائج الجدول أعلاه عن عدد الليالي المبللة في القياس البعدي والتتبعي أنه بلغت قيمة المتوسط الحسابي للقياس البعدي 0.70 وانحراف معياري قدره 1.56، بينما قدرت قيمة المتوسط الحسابي للقياس التتبعي ب 1.20 وبانحراف معياري بلغ 2.57، أما عن قيمة ت فقد بلغت 0.68 وهي غير دالة إحصائيا.

مما يسمح لنا بالقول أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي عدد الليالي المبللة لدى الأطفال للقياس البعدي وللقياس التتبعي.

ويمكن توضيح عدم وجود فروق بين متوسطي عدد الليالي المبللة لدى الأطفال المتبولين للقياس البعدي وللقياس التتبعي في الشكل البياني(10)



شكل رقم 10: الفروق بين متوسطي عدد الليالي المبللة للقياس البعدي والتتبعي

ويتضح من الرسم البياني تماثل في متوسطي عدد الليالي المبللة لدى أفراد العينة في القياس البعدي والتتبعي وهو ما يدعم صحة تحقق هذا الفرض.

إذن يمكن أن نقول أن للبرنامج استمرارية في علاج التبول اللاإرادي الليلي.

مع العلم أن نسبة الانتكاسة قدرت ب 10% (أي حالة واحدة) وأسباب الانتكاس لا تعود للبرنامج وإنما لظروف عائلية مفاجئة صعبة.

وهذه النتيجة ترجع لتركيز البرنامج العلاجي على علاج المصاحبات النفسية للتبول اللاإرادي الليلي من قلق ومفهوم الذات للطفل بالعديد من الفنيات، والتي قد تكون العوامل الأساسية التي نتج عنها التبول اللاإرادي.

5.7. عرض وتحليل نتائج الفرضية العامة الخامسة ومناقشتها

تنص الفرضية الخامسة على أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القلق لدى الأطفال المتبولين للقياس البعدي وللقياس التتبعي.

ولاختبار هذه الفرضية لجأنا إلى تطبيق اختبار " t " لعينتين متشابهتين.

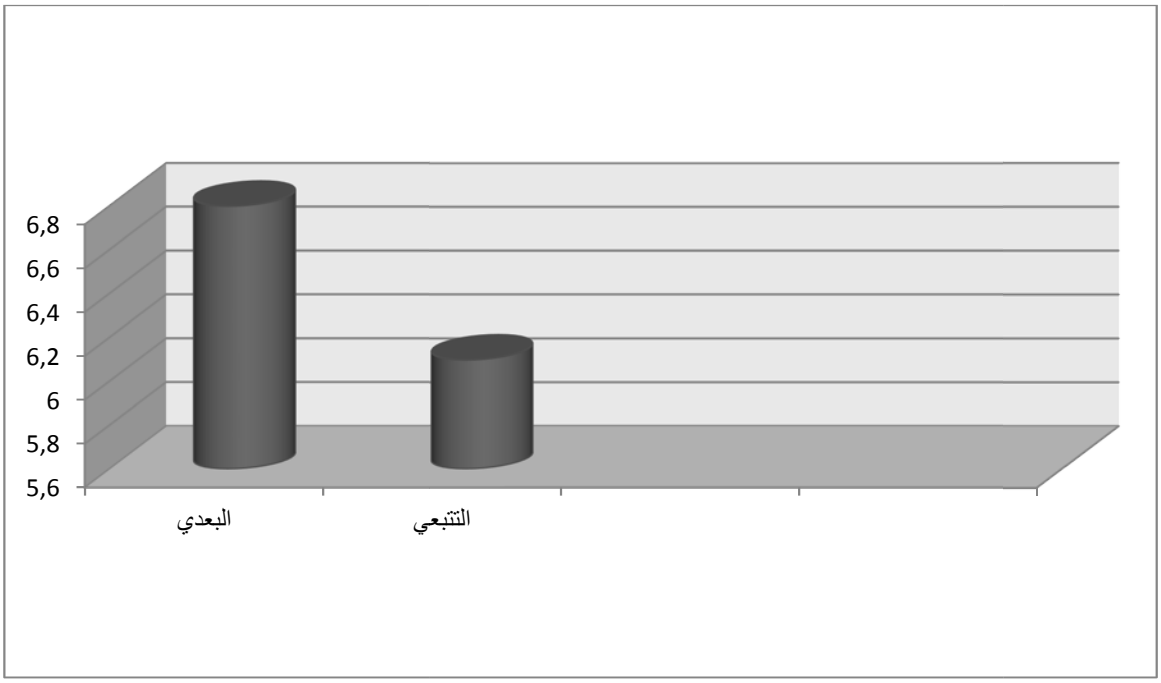
جدول رقم 27: الفروق بين متوسطات القياس البعدي والتتبعي لدرجات القلق للأطفال المتبولين.

المتغير	القياس	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	متوسط الفروق	الانحراف المعياري للفروق	قيمة "ت"	مستوى الدلالة	تفسيرها
درجات القلق	البعدي ن=10	6.80	5.88	0.70	3.05	0.72	0.487	غير دالة إحصائيا
	التتبعي ن=10	6.10	6.20					

يتضح من نتائج الجدول أعلاه عن درجات القلق في القياس البعدي والتتبعي أنه بلغت قيمة المتوسط الحسابي للقياس البعدي 6.80 وانحراف معياري قدره 5.88، بينما قدرت قيمة المتوسط الحسابي للقياس التتبعي ب 6.10 وبانحراف معيار بلغ 6.20، أما عن قيمة ت فقد بلغت 0.72 وهي غير دالة إحصائيا.

مما يسمح لنا بالقول أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القلق لدى الأطفال المتبولين للقياس البعدي وللقياس التتبعي.

ويمكن توضيح عدم وجود فروق بين متوسطي درجات القلق لدى الأطفال المتبولين للقياس البعدي والقياس التتبعي في الشكل البياني(11)



شكل رقم 11: الفروق بين متوسطي درجات القلق للقياس البعدي والتتبعي

ويتضح من الرسم البياني تماثل في متوسطي درجات القلق لدى أفراد العينة للقياس البعدي والتتبعي وهو ما يدعم صحة تحقق هذا الفرض.

إذن يمكن أن نقول أن للبرنامج استمرارية في علاج القلق لدى أفراد العينة، مما يؤكد استمرار التحسن لدى الأطفال بعد شهر من انتهاء تطبيق البرنامج إلى استمرار ممارسة الأطفال للاستراتيجيات والفنيات المتضمنة في البرنامج الأمر الذي ساعدهم على التغلب على قلقهم، وأيضا مساعدة أوليائهم لهم بإتباع الإرشادات المقدمة.

1.5.7. عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الرابعة ومناقشتها

تنص الفرضية الجزئية الرابعة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القلق في البعد الأول (التمظهرات الفزيولوجية) لدى الأطفال المتبولين للقياس البعدي وللقياس التتبعي.

ولاختبار هذه الفرضية لجأنا إلى تطبيق اختبار " t " لعينتين متشابهتين.

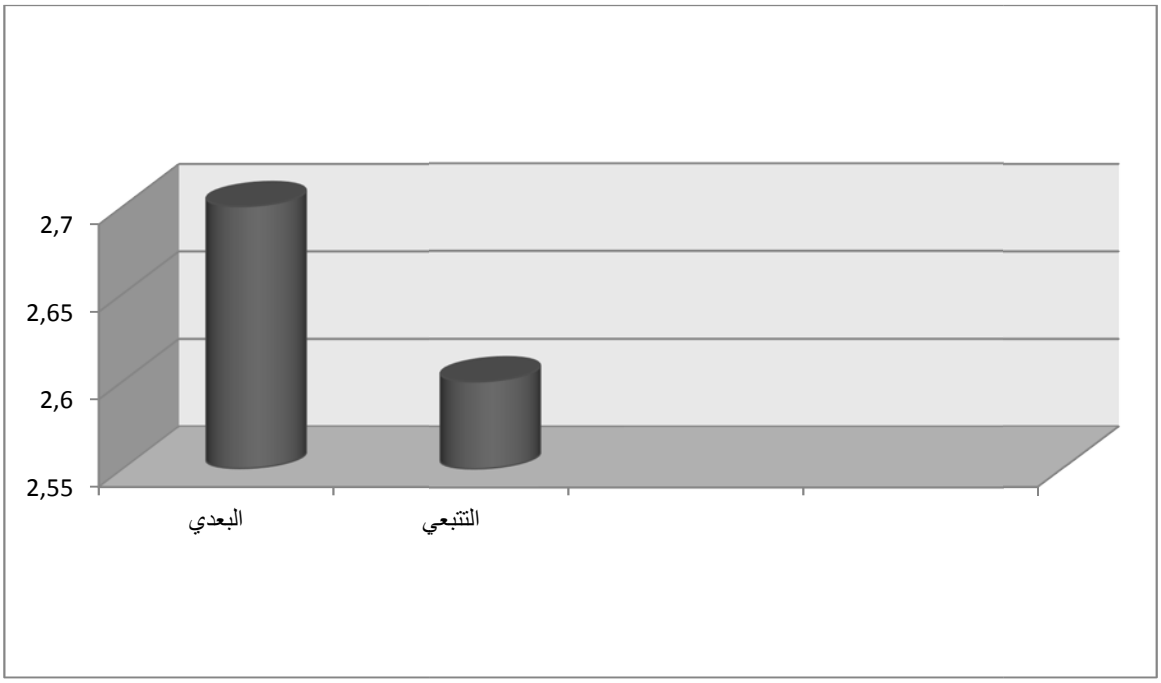
جدول رقم 28: الفروق بين متوسطات القياس البعدي والتتبعي لدرجات القلق في البعد الأول للأطفال المتبولين.

المتغير	القياس	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	متوسط الفروق	الانحراف المعياري للفروق	قيمة "ت"	مستوى الدلالة	تفسيرها
درجات القلق في البعد الأول (التمظهرات الفزيولوجية)	البعدي ن=10	2,70	2.49	0.10	2.33	0.93	0.895	غير دالة
	التتبعي ن=10	2.60	2.91					

يتضح من نتائج الجدول أعلاه عن درجات القلق في البعد الأول (التمظهرات الفزيولوجية) في القياس البعدي والتتبعي أنه بلغت قيمة المتوسط الحسابي للقياس البعدي 2.7 وانحراف معياري قدره 2.49، بينما قدرت قيمة المتوسط الحسابي للقياس التتبعي ب 2.6 وبانحراف معياري بلغ 2.91، أما عن قيمة ت فقد بلغت 0.93 وهي غير دالة إحصائيا.

مما يسمح لنا بالقول أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القلق في البعد الأول (التمظهرات الفزيولوجية) لدى الأطفال المتبولين للقياس البعدي وللقياس التتبعي.

ويمكن توضيح عدم وجود فروق بين متوسطي درجات القلق في البعد الأول (التمظهرات الفزيولوجية) لدى الأطفال المتبولين للقياس البعدي وللقياس التتبعي في الشكل البياني(12)



شكل رقم 12: الفروق بين متوسطي درجات القلق في البعد الأول للقياس البعدي والتتبعي

ويتضح من الرسم البياني تماثل في متوسطي درجات القلق في البعد الأول (التمظهرات الفزيولوجية) لدى أفراد العينة للقياس البعدي والتتبعي وهو ما يدعم صحة تحقق هذا الفرض.

إذن يمكن أن نقول أن للبرنامج استمرارية في علاج التمظهرات الفزيولوجية للقلق، وترجع هذه النتيجة لاستمرار الأطفال في تطبيق جلسات الاسترخاء خلال فترة المتابعة، وأيضا لتخلصهم من مشكلة التبول اللاإرادي التي تعتبر عامل مسبب للقلق.

2.5.7. عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الخامسة ومناقشتها

تنص الفرضية الجزئية الخامسة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القلق في البعد الثاني (القلق وفرط الحساسية) لدى الأطفال المتبولين للقياس البعدي وللقياس التتبعي.

ولاختبار هذه الفرضية لجأنا إلى تطبيق اختبار " t " لعينتين متشابهتين.

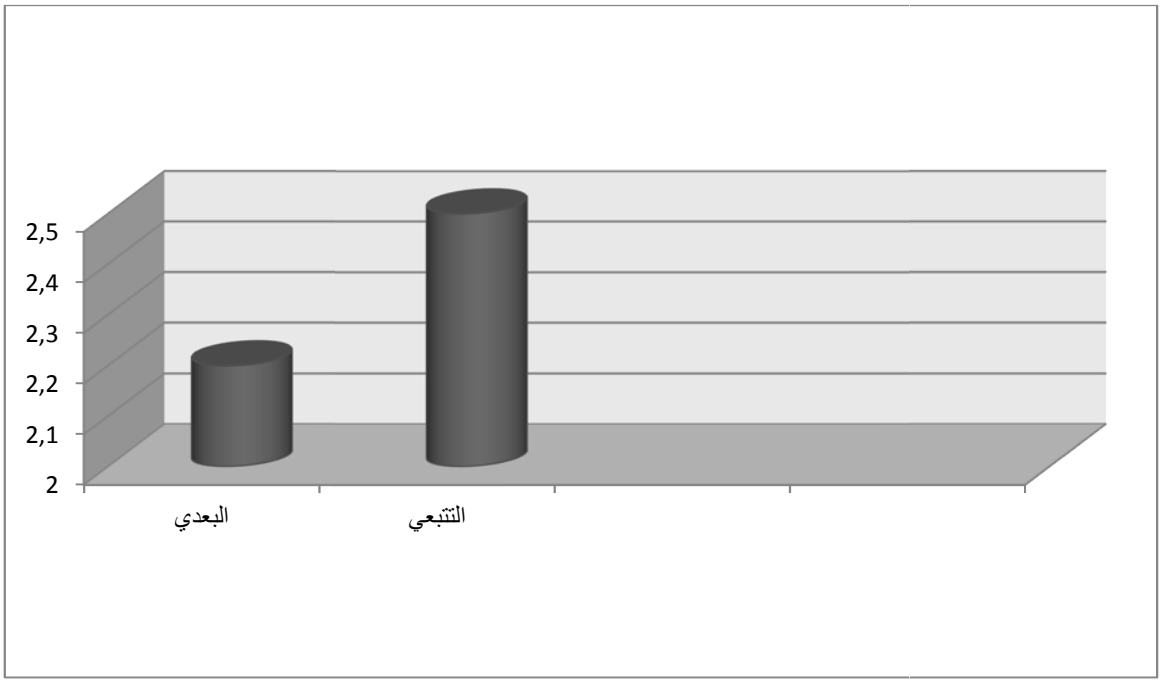
جدول رقم 29: الفروق بين متوسطات القياس البعدي والتتبعي لدرجات القلق في البعد الثاني للأطفال المتبولين.

المتغير	القياس	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	متوسط الفروق	الانحراف المعياري للفروق	قيمة "ت"	مستوى الدلالة	تفسيرها
درجات القلق في البعد الثاني (القلق وفرط الحساسية)	البعدي ن=10	2.20	2.15	0.30	2.05	0.66	0.656	غير دالة
	التتبعي ن=10	2.50	2.59					

يتضح من نتائج الجدول أعلاه عن درجات القلق في البعد الثاني (القلق وفرط الحساسية) في القياس البعدي والتتبعي أنه بلغت قيمة المتوسط الحسابي للقياس البعدي 2.20 وانحراف معياري قدره 2.15، بينما قدرت قيمة المتوسط الحسابي للقياس التتبعي ب 2.50 وبانحراف معياري بلغ 2.59، أما عن قيمة ت فقد بلغت 0.69 وهي غير دالة إحصائيا.

مما يسمح لنا بالقول أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القلق في البعد الثاني (القلق وفرط الحساسية) لدى الأطفال المتبولين للقياس البعدي وللقياس التتبعي.

ويمكن توضيح عدم وجود فروق بين متوسطي درجات القلق في البعد الثاني لدى الأطفال المتبولين للقياس البعدي وللقياس التتبعي في الشكل البياني(13)



شكل رقم 13: الفروق بين متوسطي درجات القلق في البعد الثاني للقياس البعدي والتتبعي

ويتضح من الرسم البياني تماثل في متوسطي درجات القلق في البعد الثاني (القلق وفرط الحساسية) لدى أفراد العينة للقياس البعدي والتتبعي وهو ما يدعم صحة تحقق هذا الفرض.

إذن يمكن أن نقول أن للبرنامج استمرارية في علاج فرط الحساسية لدى أفراد العينة، وترجع هذه النتيجة لتخلص الأطفال من مشكلة التبول اللاإرادي وتحسن مفهومهم لذواتهم .

3.5.7. عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية السادسة ومناقشتها

تنص الفرضية الجزئية السادسة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القلق في البعد الثالث (التركيز والقلق الاجتماعي) لدى الأطفال المتبولين للقياس البعدي وللقياس التتبعي.

ولاختبار هذه الفرضية لجأنا إلى تطبيق اختبار " t " لعينتين متشابهتين.

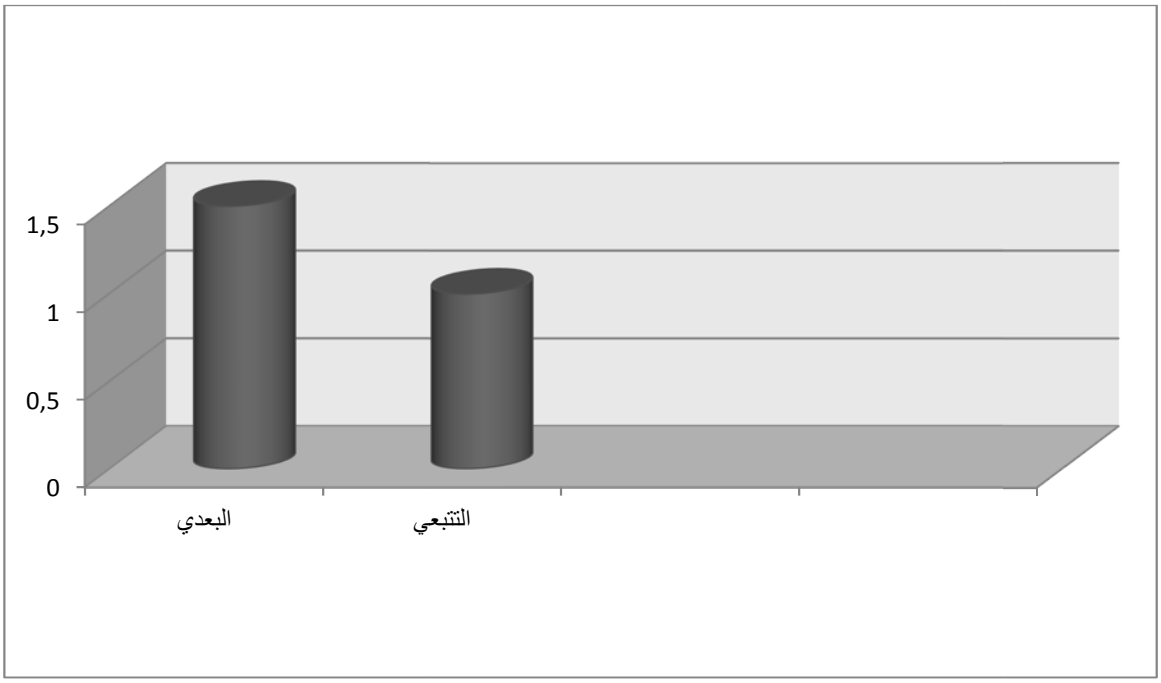
جدول رقم 30: الفروق بين متوسطات القياس البعدي والتتبعي لدرجات القلق في البعد الثالث للأطفال المتبولين.

المتغير	القياس	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	متوسط الفروق	الانحراف المعياري للفروق	قيمة "ت"	مستوى الدلالة	تفسيرها
درجات القلق في البعد الثالث (التركيز والقلق الاجتماعي	البعدي ن=10	1.50	1.50	0.50	1.08	1.46	0.177	غير دالة
	التتبعي ن=10	1	1.49					

يتضح من نتائج الجدول أعلاه عن درجات القلق في البعد الثالث (التركيز والقلق الاجتماعي) في القياس البعدي والتتبعي أنه بلغت قيمة المتوسط الحسابي للقياس البعدي 1.50 وانحراف معياري قدره 1.50، بينما قدرت قيمة المتوسط الحسابي للقياس التتبعي ب1 وبانحراف معياري بلغ 1.49، أما عن قيمة ت فقد بلغت 1.46وهي غير دالة إحصائيا.

مما يسمح لنا بالقول أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القلق في البعد الثالث (التركيز والقلق الاجتماعي) لدى الأطفال المتبولين بين القياس البعدي والقياس التتبعي.

ويمكن توضيح عدم وجود فروق بين متوسطي درجات القلق في البعد الثالث لدى الأطفال المتبولين للقياس البعدي والقياس التتبعي في الشكل البياني(14)



شكل رقم 14: الفروق بين متوسطي درجات القلق في البعد الثالث للقياس البعدي والتتبعي

ويتضح من الرسم البياني تماثل في متوسطي درجات القلق في البعد الثالث (التركيز والقلق الاجتماعي) لدى أفراد العينة للقياس البعدي والتتبعي وهو ما يدعم صحة تحقق هذا الفرض.

إذن يمكن أن نقول أن للبرنامج استمرارية في تحسين التركيز وخفض القلق الاجتماعي، وترجع هذه النتيجة لاكتساب أفراد العينة أسلوب حل المشكلة وتنميتهم لمهارات التواصل مع الآخرين، وتحسن مفهومهم لذواتهم.

6.7. عرض وتحليل نتائج الفرضية العامة السادسة ومناقشتها

تنص الفرضية السادسة على أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات مفهوم الذات لدى الأطفال المتبولين للقياس البعدي وللقياس التتبعي.

ولاختبار هذه الفرضية لجأنا إلى تطبيق اختبار " t " لعينتين متشابهتين.

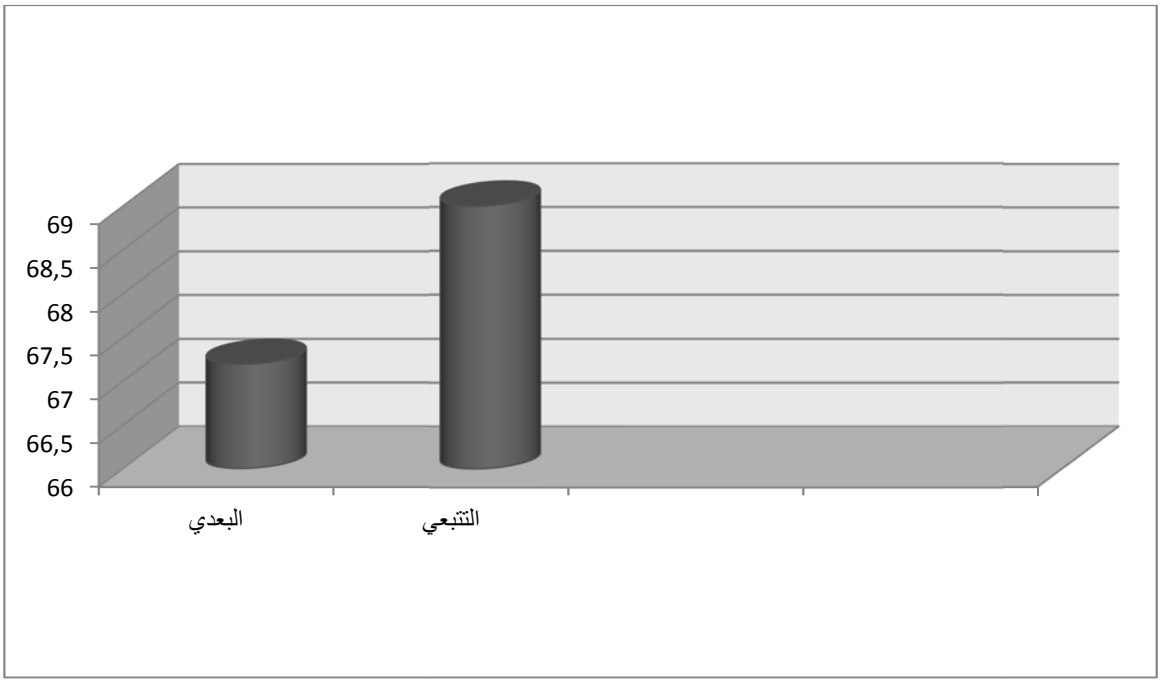
جدول رقم 31: الفروق بين متوسطات القياس البعدي والتتبعي لدرجات مفهوم الذات للأطفال المتبولين.

المتغير	القياس	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	متوسط الفروق	الانحراف المعياري للفروق	قيمة "ت"	مستوى الدلالة	تفسيرها
درجات مفهوم الذات	البعدي ن=10	67.20	6.46	1,80	4.23	1.34	0.212	غير دالة
	التتبعي ن=10	69.00	8.24					

يتضح من نتائج الجدول أعلاه عن درجات مفهوم الذات في القياس البعدي والتتبعي أنه بلغت قيمة المتوسط الحسابي للقياس البعدي 67.20 وانحراف معياري قدره6.46 ، بينما قدرت قيمة المتوسط الحسابي للقياس التتبعي ب 69.00 وبانحراف معياري بلغ 8.24، أما عن قيمة ت فقد بلغت 1.34وهي غير دالة إحصائيا.

مما يسمح لنا بالقول أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات مفهوم الذات لدى الأطفال المتبولين للقياس البعدي وللقياس التتبعي.

ويمكن توضيح عدم وجود فروق بين متوسطي درجات مفهوم الذات لدى الأطفال المتبولين للقياس البعدي وللقياس التتبعي، في الشكل البياني(15)



شكل رقم 15 : الفروق بين متوسطي درجات مفهوم الذات للقياس البعدي والتتبعي

ويتضح من الرسم البياني تماثل في متوسطي درجات مفهوم الذات لدى أفراد العينة للقياس البعدي والتتبعي وهو ما يدعم صحة تحقق هذا الفرض.

إذن يمكن أن نقول أن للبرنامج استمرارية في تحسين مفهوم الذات.

نرجع هذه النتيجة إلى أن تخلص الأطفال من مشكلة التبول اللاإرادي وتمكنهم من التغلب على القلق ساعدهم في الحفاظ على درجات مفهوم ذات عالية.

الفصل 8

عرض الحالات الإكلنيكية

استخدمنا منهج دراسة الحالة في الوصف الإكلنيكي للحالات العشر، لأهمية دراسة الحالة في تجميع كافة المعلومات المتراكمة حول الفرد، حيث أنها تحتوي بالإضافة إلى المعلومات التاريخية التي تسرد عنها هناك نواتج الاختبارات التي أجريت على الحالة، ومعلومات الفحوصات والملاحظات التي تتعلق بها.

1.8. الحالة الأولى

تبلغ (ي، ر) 9 سنوات، تدرس السنة الرابعة ابتدائي متفوقة في دراستها، هي الابنة الكبرى في أسرة من 3 بنات، الأب (45 سنة) يعمل موظف في القطاع الصحي والأم (36 سنة) أستاذة ثانوي لمادة الرياضيات، الدخل متوسط والسكن ضيق، لا تعاني الأسرة من أي مشكلات سوى عدم اتفاق الوالدين حول الأسلوب التربوي.

مظهرها العام : سمراء نحيفة ، بشعر مجعد وترتدي نظارات.

كل مراحل نموها كانت عادية، تعاني من مشكلات سلوكية هي: الكذب، الخجل، قضم الأظافر والتبول اللاإرادي الليلي ونومها عميق، تنام مع والدها قدم لها علاج دوائي ولكن بدون فائدة، جاءت للعلاج برفقة والديها.

جدول رقم 32: درجات الحالة الأولى في القياس القبلي والبعدي والتتبعي من تطبيق البرنامج

القياس	القبلي	البعدي	التتبعي
عدد الليالي المبللة	5	0	0
القلق	12	0	0
البعد الأول	4	0	0
البعد الثاني	6	0	0
البعد الثالث	2	0	0
مفهوم الذات	62	78	80

يلاحظ من الجدول أعلاه أنه هناك شفاء من التبول الليلي وانعدام في درجات القلق وأبعاده الثلاث في القياسين البعدي والتتبعي، وارتفاع ملحوظ ومتزايد في درجات مفهوم الذات في القياسين البعدي والتتبعي.

سير الجلسات

حضرت (ي، ر) جميع الجلسات (16) وكانت تأتي في الموعد تماما دائما وكان يبدو عليها الحماس للعلاج، كانت سريعة الفهم للفنيات العلاجية بدون إعادة الشرح لها، في رسم العائلة قامت برسم عائلة خالتها، وحضرت الأم الجلسة الرابعة واستمعت لابنتها، في جلسة التفريغ الانفعالي تكلمت الطفلة بكل تلقائية ولقد حضر والديها معا جلسة العلاج الأسري واتفقا في نهاية الجلسة حول الأسلوب التربوي، ولقد كان الوالد ينام معها، وأختيها تنامان مع أمهما لرفض الفتاة الوسطى النوم مع أختها الكبرى (ي، ر) ولقد قامت الباحثة بإقناع الأخت الوسطى بالنوم مع (ي، ر) وأصبح الأب ينام مع الأم والبنت الصغرى، طوال فترة تطبيق البرنامج لم تستطع (ي، ر) سماع صوت المنبه لذلك كان الأب هو من يوقظها بعد انتظارها لدقائق، كانت الحالة تعاني من مشكلات مع صديقاتها بسبب عدم رغبتهم في مصاحبتها ولقد استفادت الحالة من فنيات العلاج المعرفي والكرسي الخالي ولعب الدور والنمذجة من تحسين علاقاتها بهم وأيضا من تقليل الخجل والكذب، في الجلسات الجماعية كانت متحمسة وجد متفاعلة مع الأطفال ومع الأنشطة.

2.8. الحالة الثانية

يبلغ (م، ي) 9 سنوات، يدرس السنة الرابعة ابتدائي، متوسط في دراسته، هو الابن الأصغر في أسرة من 10 أبناء، الأب (53 سنة) يعمل حارس والأم (50 سنة) ماكثة في البيت، الدخل ضعيف والسكن واسع، لم تكن الأم ترغب في حملها هذا الأخير لكثرة عدد أبنائها.

مظهره العام : قصير، وسيم، نشيط وقليل الكلام.

كل مراحل نموه كانت عادية، يعاني من مشكلات سلوكية هي: الكذب، الخجل، والتبول اللاإرادي الليلي ونومه عادي لكن الأم أهملت تدريبه، لم يقدم له أي علاج من قبل، جاء للعلاج برفقة والدته.

جدول رقم 33: درجات الحالة الثانية في القياس القبلي والبعدي والتتبعي من تطبيق البرنامج

القياس	القبلي	البعدي	التتبعي
عدد الليالي المبللة	5	0	0
القلق	25	4	0
البعد الأول	6	2	0
البعد الثاني	5	1	0
البعد الثالث	4	1	0
مفهوم الذات	35	71	77

يلاحظ من الجدول أعلاه أنه هناك شفاء من التبول الليلي في القياسين (البعدي والتتبعي) وانخفاض في درجات القلق وأبعاده الثلاث في القياس البعدي وانعدامه في القياس التتبعي، وارتفاع ملحوظ ومتزايد في درجات مفهوم الذات في القياسين البعدي والتتبعي.

سير الجلسات

حضر (م، ي) جميع الجلسات (16) وكان يأتي في الموعد تماما دائما وكان يبدو عليه الحماس للعلاج، كان سريع الفهم للفنيات العلاجية بدون إعادة الشرح له، في رسم العائلة قام برسم عائلة صديقه، وحضرت الأم الجلسة الرابعة واستمعت لابنها، في جلسة التفريغ الانفعالي تكلم الطفل بكل تلقائية ولقد حضرت والدته جلسة العلاج الأسري لوحدها أما الوالد فلم تره الباحثة بتاتا وكان مبرر الأم هو العمل ما يمنعه من الحضور ولكن حاولت الباحثة إقناع الأم بإفهام الأب بضرورة تطبيق التوجيهات المتفق عليها

في جلسة العلاج الأسري، ولقد تمكن (م، ي) من سماع صوت المنبه في بداية العلاج ومن الاستيقاظ التلقائي في نهايته، ولقد كان (م، ي) يعاني من مشكلات مع واحد من إخوته وأصدقائه بسبب عدم رغبتهم في مصاحبته ولقد استفاد كثيرا من فنيات العلاج المعرفي والكرسي الخالي ولعب الدور في تحسين علاقاته معهم، والتقليل من الخجل والكذب، في الجلسات الجماعية كان متحمس وجد متفاعل مع الأطفال ومع الأنشطة.

3.8. الحالة الثالثة

تبلغ (ب، خ) 9 سنوات، تدرس السنة الرابعة ابتدائي، حسنة في دراستها، هي البنت الصغرى في أسرة من 3 أبناء (ولد وبنت متزوجة)، الأب (47 سنة) عاطل عن العمل والأم (43 سنة) ماكثة في البيت، الدخل ضعيف والسكن ضيق (غرفة واحدة وتنام البنت مع والديها)، يعيشون في منزل مشترك مع الأعمام.

مظهرها العام : نشيطة وحيوية وبشوشة بشعر أسود ناعم تلعب به طوال الوقت.

كل مراحل نموها كانت عادية، تعاني من مشكلات سلوكية هي: كثرة الحركة، محاولة الكذب، الغيرة من الأطفال الصغار والتبول اللاإرادي الليلي ونومها عادي، قدم لها علاج طبي من قبل ولكن بدون فائدة، جاءت للعلاج برفقة والدتها.

جدول رقم 34: درجات الحالة الثالثة في القياس القبلي والبعدي والتتبعي من تطبيق البرنامج

القياس	القبلي	البعدي	التتبعي
عدد الليالي المبللة	3	0	7
القلق	15	8	12
البعد الأول	7	3	7
البعد الثاني	7	3	4
البعد الثالث	1	2	1
مفهوم الذات	57	63	66

يلاحظ من الجدول أعلاه أنه هناك شفاء من التبول الليلي في القياس البعدي وانخفاض في درجات القلق وأبعاده في القياس البعدي، ثم حدوث انتكاسة وارتفاع في عدد الليالي المبللة ودرجات

القلق وأبعاده في القياس التتبعي وارتفاع ملحوظ ومتزايد في درجات مفهوم الذات في القياسين البعدي والتتبعي.

سير الجلسات

حضرت (ب، خ) جميع الجلسات (16) وكانت تأتي في الموعد تماما دائما وكان يبدو عليها الحماس للعلاج، وكانت سريعة الفهم للفنيات العلاجية بدون إعادة الشرح لها، في رسم العائلة قامت برسم عائلة عمها التي تحبها كثيرا، وحضرت الأم الجلسة الرابعة واستمعت لابنتها، في جلسة التفريغ الانفعالي تكلمت الطفلة بكل تلقائية ولقد حضرت والدتها جلسة العلاج الأسري لوحدها أما الوالد فلم تره الباحثة بتاتا وكان مبرر الأم بأنه غير مبالي للعلاج النفسي ولكن حاولت الباحثة إقناع الأم بإفهام الأب بضرورة تطبيق التوجيهات المتفق عليها في جلسة العلاج الأسري، ولقد تمكنت (ب، خ) من سماع صوت المنبه في بداية العلاج ومن الاستيقاظ التلقائي في نهايته، في الجلسات الجماعية كانت متحمسة وجد متفاعلة مع الأطفال ومع الأنشطة.

في القياس التتبعي وجدت الباحثة أن (ب، خ) قد حصلت لها انتكاسة، حيث عادت للتبول الليلي وبشكل يومي وهذا ما لم يكن متوقع لأن (ب، خ) كانت جد متحمسة وجد سعيدة بالنتيجة التي توصلت إليها، الطفلة لم تفهم ما حصل لها، لكن بعد مقابلة الأم اتضح أن الأخت الكبرى والمتزوجة قد مرضت وتم تشخيص مرضها بمس من الجن وفي فترة الشهر التي قضتها معهم كانت كثيرة البكاء والصراخ خاصة في الليل، مما أرعب الطفلة كثيرا وجعل حالتها تنتكس.

4.8. الحالة الرابعة

يبلغ (ب، ه) 9 سنوات، يدرس السنة الرابعة ابتدائي، متوسط في دراسته، هو الابن الأصغر في أسرة من 4 أبناء (2 ذكور وبنت واحدة)، الأب (52 سنة) عامل يومي والأم (47 سنة) ماكثة في البيت، الدخل ضعيف والسكن متسع، الأم كانت ترغب في إنجاب فتاة وأنجبت ولد، في فترة الحمل تناولت العديد من الأدوية.

مظهره العام: نحيف، جميل، بشوش، نشيط وحيوي.

كل مراحل نموه كانت عادية، يعاني من فقدان الشهية مع إكثار الحلويات، ويعاني من مشكلات سلوكية هي: كثرة البكاء والتبول اللاإرادي الليلي ونومه عميق ينام مع أخته في الغرفة، لم يقدم له أي علاج، جاء للعلاج برفقة والدته.

جدول رقم 35: درجات الحالة الرابعة في القياس القبلي والبعدي والتتبعي من تطبيق البرنامج

القياس	القبلي	البعدي	التتبعي
عدد الليالي المبللة	3	1	0
القلق	15	4	0
البعد الأول	6	2	0
البعد الثاني	5	1	0
البعد الثالث	4	1	0
مفهوم الذات	59	69	77

يلاحظ من الجدول أعلاه أنه هناك انخفاض في (عدد الليالي المبللة- القلق وأبعاده) في القياس البعدي وانعدامها في القياس التتبعي ، وارتفاع ملحوظ ومتزايد في درجات مفهوم الذات في القياسين البعدي والتتبعي.

سير الجلسات

حضر (ب، ه) جميع الجلسات (16) وكان يأتي في الموعد تماما دائما وكان يبدو عليه الحماس للعلاج، كان سريع الفهم للفنيات العلاجية بدون إعادة الشرح له، في رسم العائلة قام برسم عائلة صديقه وحضرت الأم الجلسة الرابعة واستمعت لابنها، في جلسة التفريغ الانفعالي تكلم الطفل بكل تلقائية ولقد حضر والديه جلسة العلاج الأسري معا وأبديا الموافقة والاستعداد لتطبيق التوجيهات المتفق عليها في جلسة العلاج الأسري، ولقد تمكن (ب، ه) من سماع صوت المنبه في بداية العلاج ومن الاستيقاظ التلقائي في نهايته، ولقد كان (ب، ه) يعاني من مشكلات مع أخيه بصفة دائمة مما كان يسبب له القلق الدائم، ولقد استفاد كثيرا من فنيات العلاج المعرفي والكرسي الخالي ولعب الدور في تحسين علاقاته به، في الجلسات الجماعية كان متحمس وجد متفاعل مع الأطفال ومع الأنشطة.

5.8. الحالة الخامسة

تبلغ (ص، ف ز) 9 سنوات، تدرس السنة الرابعة ابتدائي، ضعيفة في دراستها، هي الابنة الصغرى في أسرة من 3 أبناء (ولد وبنت)، الأب (45 سنة) موظف في الضمان الاجتماعي والأم (45 سنة) ماكثة في البيت (الوالدان أقارب)، الدخل متوسط والسكن مناسب، تعاني الأم من مشاكل صحية.

مظهرها العام : نشيطة وحيوية، كثيرة الكلام وقليلة التركيز وجريئة.

كل مراحل نموها كانت عادية، تغذيتها جيدة وتكثر من السوائل والحلويات، وتعاني من مشكلات سلوكية هي: كثرة الكذب والمبالغة والغيرة من الصغار والتبول اللاإرادي الليلي ونومها عادي مع أحلام مزعجة، قدم لها علاج طبي ولكن بدون فائدة، جاءت للعلاج برفقة والديها.

جدول رقم 36: درجات الحالة الخامسة في القياس القبلي والبعدي والتتبعي من تطبيق البرنامج

القياس	القبلي	البعدي	التتبعي
عدد الليالي المبللة	7	0	0
القلق	18	6	7
البعد الأول	6	1	3
البعد الثاني	9	2	4
البعد الثالث	3	3	0
مفهوم الذات	44	60	56

يلاحظ من الجدول أعلاه أنه هناك شفاء من التبول الليلي في القياسين (البعدي والتتبعي) وانخفاض في درجات القلق وأبعاده في القياس البعدي والتتبعي، وارتفاع في درجات مفهوم الذات في القياس البعدي وعودة انخفاضه في القياس التتبعي.

سير الجلسات

حضرت (ص، ف ز) جميع الجلسات (16) وكانت تأتي في الموعد تماما دائما وكان يبدو عليها الحماس للعلاج، وكانت بطيئة الفهم للفنيات العلاجية لقلة تركيزها وانشغالها الدائم بالكلام عن نفسها ونصف كلامها كذب ومبالغة مما كان يتطلب من الباحثة إعادة الشرح لها في كل مرة، لقد توقفت الطفلة عن التبول من الأسبوع الأول قبل البدء بتطبيق الخطة العلاجية وهو ما فاجأ الأسرة والباحثة، لكن

قررت الباحثة استكمال الجلسات العلاجية لتثبيت النتيجة المتوصل إليها، في رسم العائلة قامت برسم عائلتها كاملة، وحضرت الأم الجلسة الرابعة واستمعت لابنتها، في جلسة التفريغ الانفعالي تكلمت الطفلة بكل تلقائية، ولقد حضر والديها جلسة العلاج الأسري معا وأبديا الرغبة في مساعدة ابنتهما بتطبيق التوجيهات المتفق عليها، ولقد تمكنت (ص، ف ز) من سماع صوت المنبه في بداية العلاج ومن الاستيقاظ التلقائي في نهايته، ولقد استفادت كثيرا من فنيات العلاج المعرفي والكرسي الخالي ولعب الدور في التقليل من الكذب، في الجلسات الجماعية كانت متحمسة وجد متفاعلة مع الأطفال ومع الأنشطة.

أما انخفاض درجاتها في مقياس مفهوم الذات في القياس التتبعي فمرده للنتائج الضعيفة التي تحصلت عليها في الاختبارات المدرسية وإلى عدم تقبل والديها للأمر.

6.8. الحالة السادسة

يبلغ (م، ح) 9 سنوات، يدرس السنة الرابعة ابتدائي، متوسط في دراسته، هو الابن الأكبر في أسرة من 3 أبناء (ولد وبنت)، الأب (38 سنة) موظف في البلدية والأم (30 سنة) ماكثة في البيت، الدخل متوسط والسكن مناسب.

مظهره العام : طفل وسيم ،هادى، قليل الكلام، عال التركيز.

كل مراحل نموه كانت عادية، تغذيته جيدة ويكثر من السوائل والحلويات، ويعاني من مشكلات سلوكية هي : قضم الأظافر والتبول اللاإرادي الليلي ونومه عميق مع المشي والتكلم أثناءه، لم يقدم له أي علاج، جاء للعلاج برفقة والديه.

جدول رقم 37: درجات الحالة السادسة في القياس القبلي والبعدي والتتبعي من تطبيق البرنامج

القياس	القبلي	البعدي	التتبعي
عدد الليالي المبللة	2	0	0
القلق	16	16	10
البعد الأول	3	5	3
البعد الثاني	6	7	4
البعد الثالث	7	4	3
مفهوم الذات	54	69	77

يلاحظ من الجدول أعلاه أنه هناك شفاء من التبول الليلي في القياسين (البعدي والتتبعي) وثبوت درجة القلق في القياس البعدي وانخفاضه في القياس التتبعي، وارتفاع ملحوظ ومتزايد في درجات مفهوم الذات في القياسين البعدي والتتبعي.

سير الجلسات

حضر (م، ح) جميع الجلسات (16) وكان يأتي في الموعد تماما دائما وكان يبدو عليه الحماس للعلاج، كان سريع الفهم للفنيات العلاجية بدون إعادة الشرح له، في رسم العائلة قام برسم أعمامه وحضرت الأم الجلسة الرابعة واستمعت لابنها، في جلسة التفريغ الانفعالي تكلم الطفل بكل تلقائية، ولقد حضر والديه جلسة العلاج الأسري معا وأبديا الاستعداد والموافقة لتطبيق التوجيهات المتفق عليها في جلسة العلاج الأسري، ولقد تمكن (م، ح) من سماع صوت المنبه في بداية العلاج ومن الاستيقاظ التلقائي في نهايته، ولقد كان (م، ح) قليل الكلام، ولقد ساعدته فنيات العلاج المعرفي والكرسي الخالي ولعب الدور والنمذجة بالتعبير أكثر عن نفسه، في الجلسات الجماعية كان متحمس وجد متفاعل مع الأطفال ومع الأنشطة.

7.8. الحالة السابعة

تبلغ (م، خ) 9 سنوات، تدرس السنة الرابعة ابتدائي، ضعيفة في دراستها، في أسرة من 5 أبناء (هي الرتبة الثالثة)، الأب (43 سنة) أستاذ تكوين مهني والأم (33 سنة) ماكثة في البيت، الدخل متوسط والسكن مناسب.

مظهرها العام: فتاة جميلة وخجولة قليلة الكلام، بطيئة في ردة فعلها.

كل مراحل نموها كانت عادية، تغذيتها جيدة وتكثر من السوائل والحلويات والموالح، وتعاني من كثرة البكاء والتبول اللاإرادي الليلي ونومها عميق، لم تخضع لأي علاج، جاءت للعلاج برفقة والدها.

جدول رقم 38: درجات الحالة السابعة في القياس القبلي والبعدي والتتبعي من تطبيق البرنامج

القياس	القبلي	البعدي	التتبعي
عدد الليالي المبللة	4	0	0
القلق	15	9	11
البعد الأول	3	3	2
البعد الثاني	7	3	5
البعد الثالث	5	3	4
مفهوم الذات	46	60	62

يلاحظ من الجدول أعلاه أنه هناك شفاء من التبول الليلي في القياسين (البعدي والتتبعي) وانخفاض في درجات القلق وأبعاده الثلاث في القياس البعدي وعودة ارتفاعها في القياس التتبعي، وارتفاع ملحوظ ومتزايد في درجات مفهوم الذات في القياسين البعدي والتتبعي.

سير الجلسات

حضرت (م، خ) جميع الجلسات (16) وكانت تأتي في الموعد تماما دائما وكان يبدو عليها الحماس للعلاج، وكانت بطيئة الفهم للفنيات العلاجية مما كان يتطلب من الباحثة إعادة الشرح لها، في رسم العائلة قامت برسم عائلة عمها، وحضرت الأم الجلسة الرابعة واستمعت لابنتها، في جلسة التفريغ الانفعالي تكلمت الطفلة بكل تلقائية، لم يتمكن والديها من حضور جلسة العلاج الأسري بسبب وفاة الجدة (أم الأم)، ولقد تمكنت (م، خ) من سماع صوت المنبه في بداية العلاج ومن الاستيقاظ التلقائي في نهايته، ولقد كان (م، خ) خجولة، ولقد ساعدتها فنيات العلاج المعرفي والكرسي الخالي ولعب الدور والنمذجة بالتعبير أكثر عن نفسها، لم تتفاعل كثيرا مع الأطفال والأنشطة في جلسات العلاج الجماعي حتى للجلسة الأخيرة أما عودة ارتفاع درجة القلق فترجع لوضع الأم النفسي بعد وفاة الجدة الذي انعكس على الطفلة.

8.8. الحالة الثامنة

يبلغ (ع، ي) 10سنوات، يدرس السنة الخامسة ابتدائي، متفوق في دراسته من أبوين مطلقين، الأب (41 سنة)عامل يومي والأم (34 سنة) ماكثة في البيت، يعيش مع أمه وأخته الوحيدة مع جديه وخاله، الأب يدفع كفالته للطفلين وزياراته جد قليلة.

مظهره العام: طفل جميل وذكي كلامه متناسق ومنطقي.

كل مراحل نموه كانت عادية، تغذيته ناقصة مع الإكثار من الحلويات والموالح، ويعاني من مشكلات سلوكية هي: مص الأصبع الغيرة من الصغار وكثرة البكاء والتبول اللاإرادي الليلي ونومه عادي، لم يقدم له أي علاج، جاء للعلاج برفقة والدته.

جدول رقم 39: درجات الحالة الثامنة في القياس القبلي والبعدي والتتبعي من تطبيق البرنامج

القياس	القبلي	البعدي	التتبعي
عدد الليالي المبللة	7	1	0
القلق	12	4	4
البعد الأول	5	1	3
البعد الثاني	5	3	1
البعد الثالث	2	0	0
مفهوم الذات	58	69	75

يلاحظ من الجدول أعلاه أنه هناك انخفاض في (عدد الليالي المبللة - القلق بأبعاده) في القياس البعدي وشفاء من التبول الليلي في القياس التتبعي وانخفاض في درجات القلق وأبعاده في القياس البعدي وثبوتها في القياس التتبعي، وارتفاع ملحوظ ومتزايد في درجات مفهوم الذات في القياسين البعدي والتتبعي.

سير الجلسات

حضر (ع، ي) جميع الجلسات (16) وكان يأتي في الموعد تماما دائما وكان يبدو عليه الحماس للعلاج، كان سريع الفهم للفنيات العلاجية بدون إعادة الشرح له، في رسم العائلة قام برسم عائلته كاملة وحضرت الأم الجلسة الرابعة واستمعت لابنها، في جلسة التفريغ الانفعالي تكلم الطفل بكل تلقائية وعبر عن رأيه في أسباب طلاق والديه، ولقد حضرت أمه لوحدها جلسة العلاج الأسري، ولقد تمكن (ع، ي) من سماع صوت المنبه في بداية العلاج ومن الاستيقاظ التلقائي في نهايته، ولقد كان (ع، ي) كثير الانفعال، ولقد ساعدته فنيات العلاج المعرفي والكرسي الخالي ولعب الدور والنمذجة بالتعبير أكثر عن نفسه، وتخلص من مشكلة مص الأصبع، في الجلسات الجماعية كانت متحمس وجد متفاعل مع الأطفال ومع الأنشطة.

9.8. الحالة التاسعة

يبلغ (ر،ع) 10 سنوات، يدرس السنة الخامسة ابتدائي، ضعيف في دراسته، هو الطفل الوسط في أسرة من 3 أبناء (ولد وبنت)، الأب (38 سنة) عامل يومي في مدينة أخرى يضطر للمبيت خارج المنزل والأم (30 سنة) ماكثة في البيت، الدخل متوسط والسكن مناسب.

مظهره العام : طفل وسيم ،هادى، قليل الكلام، عال التركيز.

كل مراحل نموه كانت عادية، تغذيته جيدة ويكثر من السوائل والحلويات والموالح، ويعاني من مشكلات سلوكية هي: ضرب الزملاء، محاولة الكذب وكثرة الحركة والبكاء والتبول اللاإرادي الليلي ونومه عادي، لم يقدم له أي علاج، جاء للعلاج برفقة والدته.

جدول رقم 40: درجات الحالة التاسعة في القياس القبلي والبعدي والتتبعي من تطبيق البرنامج

القياس	القبلي	البعدي	التتبعي
عدد الليالي المبللة	3	0	0
القلق	3	0	0
البعد الأول	2	0	0
البعد الثاني	0	0	0
البعد الثالث	1	0	0
مفهوم الذات	69	74	74

يلاحظ من الجدول أعلاه أنه هناك شفاء من التبول الليلي في القياسين (البعدي والتتبعي) وانعدام لدرجات القلق وأبعاده في القياس البعدي والتتبعي، وارتفاع ملحوظ في درجات مفهوم الذات في القياسين البعدي والتتبعي.

سير الجلسات

حضر (ر، ع) جميع الجلسات الفردية وتغيب في جلستين من جلسات العلاج الجماعي وكان يأتي في الموعد تماما دائما وكان يبدو عليه الحماس للعلاج، كان سريع الفهم للفنيات العلاجية بدون إعادة الشرح له، في القياس القبلي للقلق تحصل على درجة قلق ضعيفة وهذا ما ينافي ما أدلت به الأم وهو أنه جد قلق ويعاني من فرط الحركة، وعدم استبصار الطفل بحالته بأنها حالة قلق لتعوده عليها

وعدم إحساسه بحالة الاسترخاء من قبل، في رسم العائلة قام برسم عائلته وحضرت الأم الجلسة الرابعة واستمعت لابنها، في جلسة التفريغ الانفعالي تكلم الطفل بتحفظ، ولقد حضرت الأم جلسة العلاج الأسري لوحدها أما الأب فلم تره الباحثة بتاتا، وكان مبرر الأم هو العمل ما يمنعه من الحضور ولكن حاولت الباحثة إقناع الأم بإفهام الأب بضرورة تطبيق التوجيهات المتفق عليها في جلسة العلاج الأسري، ولقد تمكن (ر، ع) من سماع صوت المنبه في بداية العلاج ومن الاستيقاظ التلقائي في نهايته، ولقد كان (ر، ع) قليل الكلام، ولقد ساعدته فنيات العلاج المعرفي والكرسي الخالي ولعب الدور والنمذجة في الاتزان أكثر، في الجلسات الجماعية لم يكن متفاعل مع الأطفال ومع الأنشطة لذلك تغيب عن جلستين.

10.8. الحالة العاشرة

يبلغ (ق . ش) 9 سنوات، يدرس السنة الرابعة ابتدائي، متوسط في دراسته، هو الابن الوسط في أسرة من 4 أبناء (2 ذكور وبنت واحدة)، الأب (45 سنة) شرطي والأم (34 سنة) ماكثة في البيت وأمية، الدخل متوسط والسكن مناسب، تعاني الأسرة من مشكلات زواجية غير مصرح بها.

مظهره العام : نحيف، بشوش، نشيط وحيوي.

كل مراحل نموه كانت عادية، يعاني من فقدان الشهية مع إكثار الحلويات، ويعاني من مشكلات سلوكية هي: الكذب، قضم الأظافر، كثرة البكاء والتبول اللاإرادي الليلي بشكل يومي ونومه عميق ينام مع إخوته في الغرفة، قدم له علاج طبي من قبل ولكن بلا فائدة، جاء للعلاج برفقة والده.

جدول رقم 41: درجات الحالة العاشرة في القياس القبلي والبعدي والتتبعي من تطبيق البرنامج

القياس	القبلي	البعدي	التتبعي
عدد الليالي المبللة	7	5	5
القلق	18	17	17
البعد الأول	8	8	8
البعد الثاني	6	7	7
البعد الثالث	4	2	2
مفهوم الذات	47	59	59

يلاحظ من الجدول أعلاه أنه هناك انخفاض في عدد الليالي المبللة في القياسين (البعدي والتتبعي) وثبوت في درجات القلق وأبعاده الثلاث في القياس البعدي والتتبعي، وارتفاع ملحوظ في درجات مفهوم الذات في القياسين البعدي والتتبعي.

سير الجلسات

حضر (ق، ش) جميع الجلسات (16) وكان يأتي في الموعد تماما دائما وكان يبدو عليه الحماس للعلاج، كان سريع الفهم للفنيات العلاجية بدون إعادة الشرح له، في رسم العائلة قام برسم عائلته، وحضرت الأم الجلسة الرابعة واستمعت لابنها، في جلسة التفريغ الانفعالي تكلم الطفل بتلقائية، ولقد حضر الأب جلسة العلاج الأسري لوحده وكان مبرره في غياب الأم هو انشغالها في تربية الرضيع، ولقد أبدى الأب رفضه للتوجيهات لقناعته بأن المشكل التبول ليس مشكل نفسي ولكن حاولت الباحثة إقناع الأب بإفهام الأم بضرورة تطبيق التوجيهات المتفق عليها في جلسة العلاج الأسري ولكنه صرح بأنها لن تستطيع فعل شيء له، ولم يتمكن (ق، ش) من سماع صوت المنبه ولا من الاستيقاظ التلقائي، ولقد كان (ق، ش) كثير الكذب حتى مع الباحثة، ولقد ساعدته جلسات العلاج المعرفي والكرسي الخالي ولعب الدور والنمذجة في قول الحقيقة أكثر، في الجلسات الجماعية كان متحمس وجد متفاعل مع الأطفال ومع الأنشطة.

أما عدم شفائه من التبول الليلي فمرده هو عدم قدرته على الاستيقاظ لوحده وعدم مساعدة والديه له وعدم التزامه بتطبيق الواجبات المنزلية بالإضافة إلى محاولة الأب إقناعنا بأن التبول الليلي يشفى بتلقائية مع التقدم في العمر.

9. الاستنتاج العام

في ضوء ما سبق، يمكن القول بشكل عام أن البرنامج العلاجي الانتقائي الإدماجي المستخدم في الدراسة الحالية، قد حقق فاعلية دالة في علاج التبول اللاإرادي ومصاحباته النفسية لدى أفراد المجموعة التجريبية من الطفولة المتأخرة، وأن هذه الفاعلية ظلت إلى ما بعد المتابعة التي امتدت شهرا بعد انتهاء البرنامج.

وتفسر الباحثة هذه النتائج في ضوء اعتماد البرنامج العلاجي المستخدم في الدراسة على الاتجاه الانتقائي الإدماجي الذي يمثل الممارسة العلاجية في صورتها الناضجة التي تستفيد من كل الإسهامات الجادة والفعالة وتحقق الأهداف العلاجية بأفضل مستوى ممكن وتحقق المرونة والاتزان والشمول وتقوم على التنظيم والتنوع والاختيار بأسلوب متلاحم ومنسجم ومتسق، ويدعم هذه الفعالية ما يراه ابراهيم عبد الستار(1998) أنه من غير المقبول الآن أن تستخدم فنية علاجية في معالجة كل المشكلات النفسية والاجتماعية كما كان يحدث في السابق، أو كما لا يزال يفعل البعض [62]، ص204.

فالبرنامج الحالي مستمد من الاتجاه الانتقائي الإدماجي الذي وصف بعلاج العصر، وظفت فيه الأساليب والفنيات العلاجية المتنوعة في شكل منظومة مترابطة ومتكاملة تقدم في صورة جلسات علاجية فردية أو جماعية تم تنسيق مراحلها وأنشطتها وإجراءاتها وفق جدول زمني متتابع، وقدمت في ضوء علاقة علاجية وجو نفسي اجتماعي آمن أتاح لأطفال المجموعة العلاجية المشاركة الايجابية، والتفاعل المثمر بهدف الشفاء من التبول اللاإرادي الليلي ومصاحباته النفسية نظرا لكون هذا الأخير مشكل معقد ومتشابك وبخاصة في مرحلة الطفولة المتأخرة التي تعتبر بوابة للمراهقة التي ستتأزم فيها كل المشكلات الغير محلولة، ولهذا جاء اختيار الباحثة للفنيات متعددة يسهم كل منها في مواجهة الاختلافات والفروق والتغيرات في المواقف والحالات والمشكلات والأعضاء أنفسهم.

وتتفق هذه الرؤية مع ما ذهب إليه Capuzzi " من أن أفضل عمل علاجي هو الذي يؤثر وينجح والعلاج الانتقائي الإدماجي اتجاه عملي يرفض النظرة الأحادية" [41]، ص 460.

كما تتفق مع ما ذكره علاء الدين كفافي من" أن العلاج الانتقائي طريقة لها جاذبيتها التي تجذب كثير من المعالجين إليها وهم يفعلون ذلك للنتائج الايجابية التي يحققوها من وراء تطبيقها إضافة إلى شعور المرشد بالحرية والانفتاح على كل ما هو في الميدان وشعوره بأنه لا يحرم نفسه من أية ميزة تكون موجودة في إحدى الطرق" [63]، ص261.

الخاتمة

هدفت الدراسة الحالية للتعرف على فعالية برنامج علاجي لعلاج التبول اللاإرادي الليلي الأولي ومصاحباته النفسية (القلق ومفهوم الذات) لدى أطفال المرحلة المتأخرة من منظور انتقائي إدماجي، ولتحقيق أهداف الدراسة تم بناء البرنامج العلاجي بانتقاء أفضل التقنيات من مختلف المدارس ودمجها بشكل تكاملي، ثم تطبيق البرنامج، وذلك للإجابة على الأسئلة التالية:

التساؤل العام الأول: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي عدد الليالي المبللة لدى الأطفال المتبولين للقياس القبلي وللقياس البعدي؟

التساؤل العام الثاني: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القلق لدى الأطفال المتبولين للقياس القبلي وللقياس البعدي؟

التساؤل العام الثالث: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات مفهوم الذات لدى الأطفال المتبولين للقياس القبلي وللقياس البعدي؟

التساؤل العام الرابع: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي عدد الليالي المبللة لدى الأطفال المتبولين للقياس البعدي وللقياس التتبعي؟

التساؤل العام الخامس: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القلق لدى الأطفال المتبولين للقياس البعدي وللقياس التتبعي؟

التساؤل العام السادس: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات مفهوم الذات لدى الأطفال المتبولين للقياس البعدي وللقياس التتبعي؟

وتمت صياغة فرضيات الدراسة وفق هذه التساؤلات، كما اتبعت الباحثة من خلال هذه الدراسة المنهج التجريبي ومنهج دراسة الحالة اللذان يتوافقان مع بحثنا.

وقبل تطبيق التجربة الأساسية قامت الباحثة بدراسة استطلاعية للتحقق من الخصائص السيكومترية لمقاييس الدراسة وهما مقياس القلق المترجم من طرف الباحثة ومقياس مفهوم الذات لعز الدين الأشول، وقامت أيضا بتجربة استطلاعية للبرنامج للتحكم الجيد في تطبيق البرنامج وللتعرف على الصعوبات لتفاديها في الدراسة الأساسية.

وقد اشتملت مجموعة الدراسة على 10 أطفال يعانون من التبول اللاإرادي الليلي (6 ذكور و4 إناث)، قامت الباحثة بتطبيق البرنامج عليهم، والذي تبدأ جلساته بملأ استمارة التبول اللاإرادي لخير الدين زراد والقياس القبلي لمتغيرات الدراسة وبعدها الجلسات العلاجية وتنتهي بالقياس البعدي لمتغيرات الدراسة.

ولمعالجة البيانات التي تم الحصول عليها من الدراسة التجريبية إحصائيا، فقد اعتمدت الباحثة على البرنامج الإحصائي للعلوم الاجتماعية spss، والاعتماد على المؤشرات الإحصائية التالية: المتوسط الحسابي- الانحراف المعياري- اختبار ت (T test) لعينتين متشابهتين.

وكشفت النتائج إلى أنه:

1- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي عدد الليالي المبللة لدى الأطفال المتبولين للقياس القبلي وللقياس البعدي وذلك لصالح القياس البعدي.
2- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القلق لدى الأطفال المتبولين للقياس القبلي وللقياس البعدي وذلك لصالح القياس البعدي.
3- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات مفهوم الذات لدى الأطفال المتبولين للقياس القبلي وللقياس البعدي وذلك لصالح القياس البعدي.
4- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي عدد الليالي المبللة لدى الأطفال المتبولين للقياس البعدي وللقياس التتبعي.
5- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القلق لدى الأطفال المتبولين للقياس البعدي وللقياس التتبعي.
6- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات مفهوم الذات لدى الأطفال المتبولين للقياس البعدي وللقياس التتبعي.

ومن أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة:

هو الأثر الايجابي للبرنامج العلاجي الذي يرجع لتعدد الفنيات العلاجية التي تم استخدامها في البرنامج الحالي في ظل منظومة علاجية متكاملة ومترابطة.

ومن أهم الصعوبات التي تلقتها الباحث هي صعوبة تشكيل مجموعة متجانسة، ومشكل نتيجة قياس مفهوم الذات الذي كان ايجابي والذي رددناه إلى طبيعة الشخصية الجزائرية، وصعوبة البدء والانتهاء من الجلسات الفردية في نفس الوقت المحدد للبدء بالجلسات الجماعية ورفض بعض الأولياء حضور جلسات العلاج الأسري، ومشكل تسرب أفراد العينة في حالة عدم مناسبة المواعيد وفي حالة طول فترة العلاج وتزامنها مع امتحانات الأطفال.

في ضوء ما توصلت إليه الباحثة من نتائج وما واجهتها من صعوبات أثناء البحث بشكل عام والبرنامج بشكل خاص تطرح جملة من الأبحاث:

1- دراسة للكشف عن نسبة الأطفال الذين يعانون من التبول اللاإرادي الليلي في الطفولة المتأخرة وفي المراحل الأخرى في المجتمع الجزائري.
2- دراسة للكشف عن المصاحبات النفسية للتبول اللاإرادي لدى الأطفال في المجتمع الجزائري.
3- إعداد مقياس يكشف عن الدرجات الحقيقية لمفهوم الذات للأطفال الجزائريين.
4- إعادة نفس الدراسة الحالية بالتركيز أكثر على أسلوب المعاملة الوالدية وجلسات العلاج الأسري.
5- إعداد برامج علاجية انتقائية لعلاج المشكلات السلوكية لدى الأطفال في شتى المراحل.

الملاحق

الملحق رقم 01: البرنا مج العلاجي في صورته النهائية

جامعة سعد دحلب -2-

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس والتربية والأرطوفونيا

برنامج علاجي لعلاج التبول اللاإرادي الليلي ومصاحباته النفسية لدى الأطفال من منظور انتقائي إدماجي (تكاملي)

إجراءات بناء البرنامج العلاجي

دعت الحاجة لمساعدة الأطفال المتبولين و أسرهم التخطيط و الإعداد قصد بناء برنامج علاجي نفسي لعلاج التبول اللاإرادي الليلي وآثاره النفسية، و لتحقيق هذا المشروع اطلعت الباحثة على الجوانب النظرية المتعلقة بظاهرة التبول اللاإرادي الليلي و جمع أكبر قدر ممكن من الدراسات السابقة المهتمة بالظاهرة موضوع البحث، و كذا النظر في مختلف التقنيات العلاجية النفسية للمدارس المعروفة، و محاولة انتقاء أفضل هذه التقنيات ممّا يتلاءم، و نوعية الاضطراب، و خصائص المرحلة العمرية للعينة، و تبويبها ضمن جلسات علاجية، ثم تطبيقه وفق منهج تجريبي.

أهداف البرنامج العلاجي

أ- الأهداف العامة

- مساعدة الطفل على فهم نفسه والتبصر بها ومعرفة جوانب القوى والضعف في شخصيته.
- مساعدته على زيادة مهارات المواجهة والتعامل مع المواقف المولدة للمشقة.
- مساعدته على اتخاذ قرارات سليمة في المستقبل بشأن حل المشكلات التي تعترضه.
- مساعدته على إحداث تغير إيجابي في سلوكه وأفكاره ومشاعره تجاه ذاته والآخرين.
- تحسين العلاقات الشخصية مع الآخرين.
- تنمية قدرات الطفل إلى أقصى حد تسمح به تلك القدرات.
- العمل الدءوب للتوافق مع متطلبات الحياة اليومية والسعي لعدم الانتكاس إلى حالة الاضطراب، وذلك باستخدام كل السبل الكفيلة للحيلولة بين توافقه النفسي الحالي وحالته السابقة.

ب- الأهداف الإجرائية

- فهم الطفل لأسباب تبوله الليلي وكيفية التخلص منه وخلق الدافعية لديه.
- تطبيق الطفل للخطة العلاجية والمداومة على التمارين.
- التنفيس الانفعالي للأطفال.
- تدريب الطفل على الاسترخاء.
- اكتساب الطفل مهارات المراقبة الواعية والدائمة للذات.
- تنمية أسلوب حل المشكلة لدى الطفل.
- تنمية مهارات التواصل مع الآخرين لدى الطفل.
- تنمية مفهوم ذات إيجابي لدى الطفل.

وحدات البرنامج

- توسيع حجم المثانة الوظيفي: وتشمل تمرين المثانة، تقوية العضلات القابضة.
- التدريب على التحكم: وتشمل خلق الدافعية للتعلم، العلاج بالحمية، التعزيز الإيجابي، الحديث الذاتي، خلق الاستجابة الشرطية باستعمال المنبه.
- تحسين وضعية النوم: وتشمل النوم المبكر، تفريغ المثانة قبل النوم، النوم على الجانب الأيمن، قراءة آية الكرسي.

- إدارة الضغوط وخفض القلق : وتشمل التفريغ الانفعالي، تهيئة الجو الأسري الهادئ المحفز، الاسترخاء، تنمية مهارات المراقبة الواعية والدائمة للذات، تنمية أسلوب حل المشكلة، تنمية مهارات التواصل مع الآخرين.
- تنمية مفهوم ذات إيجابي: ويشمل مفهوم الذات الأساسي (الجسمي)، مفهوم الذات الاجتماعي، مفهوم الذات أكاديمي، مفهوم الذات الواقعي، مفهوم الذات الاجتماعي.

الجدول الموالي يبين توزيع الجلسات حسب نوع الوحدات التي يهتم بها البرنامج العلاجي.

جدول رقم 01: وحدات البرنامج العلاجي

الوحدات	الجلسات
توسيع حجم المثانة الوظيفي	4
التدريب على التحكم	4
تحسين وضعية النوم	4
إدارة الضغوط وخفض القلق	10-9-8-7-6-5
تنمية مفهوم ذات إيجابي	15-14-13-12-11

المراحل

جدول رقم 02: مراحل البرنامج العلاجي

المرحلة	عدد الجلسات	رقم الجلسة	أهدافها العامة
التمهيدية	03	01 02 03	- بناء العلاقة العلاجية - القياس القبلي - العقد العلاجي - خلق الدافعية الذاتية وتحمل المسؤولية
التدريبية	12	04 05 06 07 08	- البدء بالخطة العلاجية للتبول - التفريغ الانفعالي - تهيئة الجو الأسري الهادئ والمحفز - التدريب على الاسترخاء - تنمية مهارات المراقبة الواعية والدائمة للذات،

		09	تنمية أسلوب حل المشكلة.
		10	- تنمية مهارات التواصل مع الآخرين.
		11	- تنمية مفهوم الذات الأساسي (الجسمي).
		12	- تنمية مفهوم الذات الاجتماعي.
		13	- تنمية مفهوم ذات أكاديمي.
		14	- تنمية مفهوم الذات الواقعي.
		15	- تنمية مفهوم الذات المثالي.
الختامية	01	16	- إنهاء الجلسات العلاجية - القياس البعدي - تلخيص البرنامج - التوصيات
المتابعة	01		القياس التتبعي بعد شهر من نهاية البرنامج

عدد الجلسات ونوعها ومعدلها في الأسبوع

بلغت عدد جلسات البرنامج العلاجي 16 جلسة (10 الجلسات الأولى فردية و6 جلسات الأخيرة جماعية، بمعدل جلستين في الأسبوع الأولى في بداية الأسبوع والثانية في نهايته.

الاستراتيجيات والتقنيات

الاستراتيجيات والتقنيات المستخدمة هي:

- التقبل- الإصغاء- الحوار- العلاج القصصي.
- التقويم الذاتي للسلوك- تنمية الشعور بتحمل المسؤولية- التخطيط للسلوك المسئول (خطة متدرجة)- الالتزام بالخطط-
- تقوية العضلات القابضة- تمرين المثانة- العلاج بالحمية- منبه البول- المراقبة والمكافأة- تحسين وضعية النوم- الحديث الذاتي قبل النوم- قراءة آيات من القرآن الكريم-
- التفريغ الانفعالي - فنية المقعد الخالي- التنفس البطني- الجرافو ترابي- الواجب المنزلي-

- عدم جعل الطفل كبش فداء- عدم السخرية والتعنيف وعدم المقارنة بين الأطفال- استخدام أسلوب التدعيم (المادي والمعنوي)- تقبيل الطفل واحتضانه وقول "أنا فخور بك" بشكل يومي- تقديم الدعم المادي بشكل أسبوعي- لعب الأب مع الطفل لعبة الثقة.
- تخصيص وقت يومي للتحدث مع الطفل عن انشغالاته وأحداث يومه.
- العلاج بالقراءة- الضبط الذاتي- العمود الثلاثي- التعليمات الذاتية- التدريب على حل المشكلات- النمذجة بالمشاركة- التحصين ضد الضغوط.- فنية المقعد الخالي- لعب الدور- العلاج باللعب- السيكودراما.

مذكرات الجلسات

مذكرة الجلسة

التاريخ:

رقم الجلسة: الأولى

عنوان الجلسة: التعارف وبناء العلاقة العلاجية

الزمن: 45 د

نوع الجلسة: فردية

الهدف	الفنيات	المحتوى
التعرف على الطفل وأوليائه وملأ استمارة التبول اللاإرادي وتبادل المعلومات للتواصل والاتفاق على موعد الجلسات وعددها وزمنها وكيفية سيرها.	التقبل الإصغاء الحوار الواجب المنزلي	بعد الترحيب بالطفل ومرافقيه ومعرفة الشكوى، تقوم الباحثة بجمع معلومات باستعمال استمارة التبول اللاإرادي من إعداد خير الدين زراد، بعدها تتفق الباحثة معهم على موعد الجلسات وعددها وزمنها وكيفية سيرها، في الأخير تقدم الباحثة استمارتين فيهما أيام الأسبوع واحدة للطفل والأخرى للوالدين لحساب عدد الليالي المبللة في الأسبوع لمراقبة الطفل كم مرة تم التبول الليلي وعلى أية ساعة وتطلب منهم القيام بالفحوصات الطبية للطفل على وجه السرعة لاستبعاد الأسباب العضوية للتبول.

مذكرة الجلسة

التاريخ:

رقم الجلسة: الثانية

عنوان الجلسة: القياس القبلي

الزمن: 60 د

نوع الجلسة: فردية

الهدف	الفنيات	المحتوى
القياس القبلي	مقياس رسم العائلة. مقياس القلق للأطفال. مقياس مفهوم الذات للأطفال.	بعد الترحيب بالطفل تتفحص الباحثة نتائج الفحوصات الطبية بعدها تعطى للطفل ورقة بيضاء وقلم رصاص، مع أقلام ملونة (ولكن دون ممحاة إلا إذا طلب الطفل ذلك)، ثم تطلب منه رسم عائلة، وأثناء تطبيق الاختبار تكون الباحثة قريبة من الطفل دون أن تشعره بأنه مراقب، وتقوم بتسجيل الملاحظات، مثل: بأيه جهة بدأ الرسم، وبأي شخص بدأ، وكيف كان ترتيب الأسرة، مع تسجيل الزمن (التقريبي) المستغرق في الرسم بالنسبة لكل فرد من أفراد الأسرة، كما تسجل الباحثة حالات الانزعاج، الغضب، رفض الرسم، الحزن والفرح وذلك بالنسبة لكل شخص يقوم الطفل برسمه، بعد انتهاء الطفل من رسمه يتطلب منه الباحثة إعطاء اسم للعائلة ثم كتابة فوق كل شخص في الرسم، اسمه، عمره، جنسه، وعلاقته بالأشخاص الآخرين في العائلة ثم تسأله الباحثة مجموعة من الأسئلة كما يلي: - من هو الشخص الأكثر لطفا في العائلة؟ ولماذا؟ - من هو الشخص الأقل لطفا في العائلة؟ ولماذا؟ - من هو الشخص الأكثر سعادة في العائلة؟ ولماذا؟ - من هو الشخص الأقل سعادة في العائلة؟ ولماذا؟ - من هو الشخص الذي تريد أن تلعب دوره في هذه العائلة؟ لماذا؟ بعدها تقدم الباحثة المقياسين (مقياس القلق ومقياس مفهوم الذات) للطفل وتعطيه التعليمة، وتبقى بجانب الطفل للإجابة عن استفساراته.

مذكرة الجلسة

التاريخ:

رقم الجلسة: الثالثة

عنوان الجلسة: تدريب الدافعية الذاتية وتحمل المسؤولية.

الزمن: 45 د

نوع الجلسة: فردية

الهدف	الفنيات	المحتوى
- تدريب الدافعية الداخلية ليستطيع الطفل تحمل مشقة البرنامج. - توقيع العقد العلاجي مع الطفل وإعطائه نسخة منه.	العلاج القصصي (قصة الفأر صقر). التقويم الذاتي للسلوك(التبول اللاإرادي). تنمية الشعور بتحمل المسؤولية. التخطيط للسلوك المسئول (خطة متدرجة). الالتزام بالخطط.	بعد الترحيب بالطفل وجلوسه تقدم الباحثة قصاصة للطفل بها قصة الفأر صقر(انظر الملحق 09) الفأر الذي كان يعاني من التبول الليلي ولم يكن يعلم أحدا بمشكلته لأنه كان ينظف بوله بطريقة مضحكة ولكن ذكية مقارنة بسنه، إلا أن اكتشفت الأم الأمر وقامت بحل المشكلة، وشفي الفأر من حالة التبول الليلي، وتبدأ الباحثة بسرد القصة للطفل بأسلوب مشوق بعد الانتهاء من السرد تسأل الباحثة الطفل مجموعة من الأسئلة عن القصة، هذه الأسئلة تجعل الطفل يقوم سلوكه (التبول اللاإرادي) وتجعله يتساءل عن أسباب هذه المشكلة، وهنا تحاول الباحثة شرح له آلية عمل المثانة، فيبدأ الطفل بالتخمين في أسباب التبول الليلي ويبدأ بتقديم حلول للتخلص من المشكلة وتساعده الباحثة في ذلك لرسم الخطة، بعدها تخبر بأنه في الجلسة القادمة ستجلب له هذه الخطة مكتوبة في ورقة كرتونية ليعلقها في غرفته، بعدها تقدم له ورقة العقد العلاجي (نسختين) لتوقيعهما بعد قراءتهما وتعطيه نسخة ليعلقها في غرفته.

مذكرة الجلسة

التاريخ:

رقم الجلسة: الرابعة

عنوان الجلسة: البدء في الخطة العلاجية.

الزمن: 45 د

نوع الجلسة: فردية

الهدف	الفنيات	المحتوى
استيعاب الطفل كل الفنيات الموضحة بشكل نصائح مبسطة	تقوية العضلات القابضة. تمرين المثانة. العلاج بالحمية. منبه البول. المراقبة والمكافأة. تحسين وضعية النوم. الحديث الذاتي قبل النوم. قراءة آيات من القرآن الكريم. الواجب المنزلي.	تقوم الباحثة بالترحيب بالطفل وأمه وتخبرهم بأنه اليوم سيتم البدء بتطبيق الخطة المتفق عليها وأن كل التعليمات موجودة في الورقة الكرتونية التي بها صورة لشخصية من الشخصيات الكرتونية المحببة عند الطفل، تقوم الباحثة بالطلب من الأم بالانتظار خارجا، وتقوم بشرح التعليمات للطفل لوحده ثم تدخل الأم ويشرح لها الطفل التعليمات بأسلوبه وتقوم الباحثة بالمراقبة وتصحح للطفل في حالة خطئه، ومحتوى الورقة الكرتونية كما يلي: البرنامج المتفق عليه بين الطفل.....والمختصة النفسانية .... - أشرب قارورة مياه معدنية "ناستليه" أو مياه مغلية مسبقا طوال فترة النهار. - أأخر إفراغ المثانة (الذهاب إلى المرحاض) كل مرة حتى العد إلى 10 ثم إلى 15 في المرة الثانية وهكذا.....

		- أجعل مجرى التبول متقطع خلال التبول (تذكر تمرين البالون). - عدم شرب السوائل (الماء ،العصائر والمشروبات الغازية.....) ابتداءا من الساعة السادسة، وعدم أكل المأكولات الحارة والمالحة والحلوة كثيرا خاصة في الليل. - عدم مشاهدة الأفلام المرعبة ليلا. - قراءة كتاب "ماذا تفعل عندما تشعر بالقلق" فصل في كل أسبوع وتطبيق التمرين المطلوب. - أذهب إلى المرحاض قبل النوم مباشرة (تفريغ المثانة). - النوم باكرا وفي نفس الوقت دائما. - أضبط المنبه على ساعة بعد النوم. - أنام على الجانب الأيمن. - أطلب من أمي قراءة آية الكرسي لي بوضع يدها على جبيني . - أتحدث مع نفسي وأقول" ليلة ناشفة" قبل نومي مباشرة. - في كل صباح أسجل في اليومية الشمسية كيف كانت ليلتي مشمسة أم ممطرة وآخذ مكافأتي. - لا أضع الحفاض أو فراش بلاستيكي على الفراش، في حالة بللت فراشي أقوم بحمله وغسل منامتي بنفسي

مذكرة الجلسة

التاريخ:

رقم الجلسة: الخامسة

عنوان الجلسة: التفريغ الانفعالي

الزمن: 45 د

نوع الجلسة: فردية

الهدف	الفنيات	المحتوى
إخراج مكبوتات الطفل اللاشعورية التي تجعله دائما في حالة قلق.	التفريغ الانفعالي فنية المقعد الخالي	تبدأ الباحثة الجلسة بسؤال الطفل عن تعليمات الجلسة السابقة وهل بدأ بالتطبيق الفعلي وعن الصعوبات التي تلقاها لتشرح له أكثر، بعدها تجلب ورقة رسم الطفل للعائلة وتوريته إياها وتذكره بإجاباته عن الأسئلة السابقة (الجلسة الثانية) ومحاولة جذبه للحديث عن ما يقلقه قصد التفريغ الانفعالي، بعد التعرف على الأشخاص المثيرين للقلق عند الطفل، تضع الباحثة مقعدين كل منهما يواجه الآخر أحدهما يمثل الطفل والآخر يمثل شخصا آخر، وعندما يقوم الطفل بتغيير دوره فإنه ينتقل إلى المقعد الثاني، وتقوم الباحثة بمراقبة الحوار، وفي بعض الحالات تتدخل الباحثة وتطلب من الطفل ترديد عبارات معينة أو تلفت نظر الطفل لما يقوله، أو تطلب منه تكرار كلمة أو تصرف ما، وفي هذه العملية تظهر الانفعالات والصراعات، في نهاية الجلسة تخبر الباحثة الطفل بأن الجلسة القادمة ستكون لوالديه فقط.

مذكرة الجلسة

التاريخ:

رقم الجلسة: السادسة

عنوان الجلسة: إرشاد أسري

الزمن: 45 د

نوع الجلسة: فردية

الهدف	الفنيات	المحتوى
تهيئة الجو الهادئ المحفز	عدم جعل الطفل كبش فداء. عدم السخرية والتعنيف وعدم المقارنة بين الأطفال. استخدام أسلوب التدعيم (المادي والمعنوي) تقبيل الطفل واحتضانه وقول "أنا فخور بك" بشكل يومي. تقديم الدعم المادي بشكل أسبوعي. لعب الأب مع الطفل لعبة الثقة. تخصيص وقت يومي للتحدث مع الطفل عن انشغالاته وأحداث يومه.	بعد الترحيب بوالدي الطفل تبدأ الجلسة بمحاولة الباحثة معرفة رأي الوالدين حول أسباب بقاء طفلهما يعاني من مشكلة التبول الليلي وما إذا كان الأسلوب التربوي المعتمد له دخل، ومحاولة التعرف منهما على الأساليب التربوية التي يعتمدونها وتقييمها (الصحيحة منها والخاطئة) ثم الأساليب الواجب إتباعها بإتباع الفنيات المذكورة سابقا التي تقدم لهم في قصاصة.

مذكرة الجلسة

التاريخ:

رقم الجلسة: السابعة

عنوان الجلسة: التدريب على الاسترخاء.

الزمن:45 د

نوع الجلسة: فردية

الهدف	الفنيات	المحتوى
التعرف على أهمية الاسترخاء في مواجهة مثيرات التوتر.	الاسترخاء بالتنفس البطني. الاسترخاء عن طريق الجرافو ترابي. الواجب المنزلي. التعزيز.	تبدأ الباحثة الجلسة برؤية اليومية الشمسية للطفل والثناء عليه إذا كان الطفل حقق ليال جافة أكثر من المعتاد والعب معه بلعبة البازل إذا حقق 7 ليال جافة، بعدها تشرح الباحثة للطفل معنى الاسترخاء وفوائده بشكل مبسط وتقوم الباحثة بشرح خطوات التنفس البطني ثم تطبيقه أمام الطفل ثم مساعدته على التدرب عليه، بعدها جلب ورقتين بيضاويتان نضع بينها ورق كربوني ونجلب قلم رصاص من نوع B، تقوم الباحثة بكتابة اسم ولقب الطفل على الورقة بشكل عادي وتوريته كيف أن الكتابة ظهرت في الورقة السفلى وتعطي الطفل الورقة للتجريب، بعدها تقوم الباحثة بإعادة الكتابة بدون ضغط حتى لا تظهر الكتابة في الورقة السفلى، بعدها تعطي الورقة للطفل للتجريب، وبعدها تقوم الباحثة بالكتابة بدون ضغط وببطء تام حتى تحس بحالة من الاسترخاء وحتى النعاس، وكذلك يقوم الطفل بالتجريب حتى يصل إلى الاسترخاء، بعدها تطلب الباحثة من الطفل تطبيق تمريني الاسترخاء بشكل يومي في المنزل.

مذكرة الجلسة

التاريخ:

رقم الجلسة: الثامنة

عنوان الجلسة: المراقبة الذاتية وتقويم السلوك

الزمن: 45 د

نوع الجلسة: فردية

الهدف	الفنيات	المحتوى
اكتساب مهارات المراقبة الواعية والدائمة للذات. تنمية الوعي بأهمية تقدير عواقب السلوك قبل انتهاجه.	العلاج بالقراءة. الضبط الذاتي. العمود الثلاثي. التعليمات الذاتية. الواجب المنزلي.	تقوم الباحثة بالتكلم مع الطفل عن سلوكياته الخاطئة والتي يريد تغييرها، بعدها تقدم له ورقة مرسوم فيها جدول به ثلاثة أعمدة: حيث يكتب أولا السلوك المراد تعديله ثم السلوك الجديد ثم التعزيز(المكافأة أو العقاب) (أنظر الملحق 06) بعدها تحدثه عن الحديث الذاتي وأنواعه الثلاث (السلبية- الإيجابية المطلقة- الإيجابية المعتدلة) بشكل مبسط وبإعطاء أمثلة واقعية. بعدها تحدثه عن الأفكار وعلاقتها وتأثيرها على سلوكنا وانفعالاتنا بشكل مبسط وأنه بالتحكم في أفكارنا نستطيع التغيير في سلوكنا وانفعالاتنا، وتقدم الباحثة للطفل ورقة بها جدول من ثلاثة أعمدة حيث يكتب أولا الأفكار الناقدة لذاته ليفهم كيف تكون مشوهة وباستخدام قائمة التحريفات المعرفية يستطيع أن يرد عليها بردود عقلانية.(أنظرالملحق 07) بعدها تقدم الباحثة للطفل كتاب "ماذا تفعل عندما تشعر بالقلق" مرشد الطفل للتغلب على القلق من إعداد داون هوبنر وترجمة جمعة يوسف [64]، (وهو كتاب يبسط مفهوم القلق بشكل مسلي للطفل مع الكثير من الرسومات والصفحات البيضاء التي يطلب فيها من الطفل الرسم مجيبا عن سؤال ما) وتطلب منه قراءته وعمل التمرين المطلوب منه في كل فصل ومناقشة الباحثة في الجلسات القادمة عن التمرين وعن محتوى الفصول إذا كان هناك لبس ما.

مذكرة الجلسة

التاريخ:

رقم الجلسة: التاسعة

عنوان الجلسة: تنمية أسلوب حل المشكلة

الزمن: 45 د

نوع الجلسة: فردية

الهدف	الفنيات	المحتوى
تعليم الأطفال كيفية مواجهة المشكلات التي يتعرضون لها بعقلانية	التدريب على حل المشكلات النمذجة بالمشاركة. التحصين ضد الضغوط. التعزيز.	تبدأ الباحثة الجلسة برؤية اليومية الشمسية للطفل والثناء عليه إذا كان الطفل حقق ليال جافة أكثر من المعتاد والعب معه بلعبة البازل إذا حقق 7 ليال جافة، بعدها تقوم بسؤال الطفل عن المشكلات التي يتعرض لها وعن طريقة حله لها، ثم تشرح له طريقة (كيندال وبراسول Kendall et Braswell (1985) والتي تتضمن تعليم الطفل أن يسأل نفسه أسئلة جادة في سبيل حل المشكلة، فعلى سبيل المثال يسأل نفسه ما المشكلة؟ وما الحلول التي أستطيع أن أطبقها لحل المشكلة؟ ماذا يمكن أن يحدث لي إذا أنا فعلت كل هذه الحلول؟ ما الحل المناسب؟ ما هي نتيجة تطبيق الحل؟، وتقوم الباحثة بتدريب الطفل على خطوات هذه الفنية من خلال تقديم نماذج لمواقف ومشكلات تواجهه وكيفية حلها والتغلب عليها بتطبيق خطوات تلك الفنية، بعدها تشرح له الطريقة الثانية وهي النمذجة الضمنية وتقوم على تخيل النموذج يقوم بحل المشكل، والقيام بحل المشكل بنفس الطريقة، بعدها تشرح الباحثة للطفل ماذا يفعل عند التعرض لموقف ضاغط بإتباع الخطوات التالية: رؤية الموقف الضاغط ⟵ أستطيع أن أضع خطة للتعامل معها كيف أتعامل مع المواقف الصعبة ⟵ الاسترخاء ماذا لو كان ضغط هذه المواقف شديدا ⟵ أنا المسيطر على الوضع التعزيز الذاتي ⟵ لقد وفقت وأستطيع أن أنجح

مذكرة الجلسة

التاريخ:

رقم الجلسة: العاشرة

عنوان الجلسة: تنمية مهارات التواصل مع الآخرين

الزمن: 45 د

نوع الجلسة: فردية

الهدف	الفنيات	المحتوى
تنمية مهارات التواصل مع الآخرين	فنية المقعد الخالي. لعب الدور. النمذجة	تبدأ الباحثة الجلسة بسؤال الطفل عن الأشخاص الذين لديه مشكل في الاتصال معهم ثم تضع الباحثة مقعدين كل منهما يواجه الآخر أحدهما يمثل الطفل والآخر يمثل الشخص الذي لديه مشكل في الاتصال معه، وعندما يقوم الطفل بتغيير دوره فإنه ينتقل إلى المقعد الثاني، وتقوم الباحثة بمراقبة الحوار، وفي بعض الحالات تتدخل الباحثة وتطلب من الطفل ترديد عبارات معينة أو تلفت نظر الطفل لما يقوله، أو تطلب منه تكرار كلمة أو تصرف ما، ثم تقدم الباحثة نموذج للاتصال الجيد يقوم الطفل بتمثيله، بعدها تشرح له الطريقة الثالثة وهي النمذجة الضمنية وتقوم على تخيل نموذج يقوم بالاتصال الجيد مع الأشخاص، والقيام بالاتصال بنفس الطريقة، عند الانتهاء تذكر الطفل بأن الجلسات القادمة ستكون جماعية مع مجموعة من الأطفال.

مذكرة الجلسة

التاريخ:

رقم الجلسة: الحادية عشر

عنوان الجلسة: تنمية مفهوم ذات ايجابي.

الزمن:90

نوع الجلسة: جماعية

الهدف	الفنيات	المحتوى
تنمية مفهوم ذات الأساسي (الجسمي)	جلسة تعارف بين الأطفال. علاج قصصي العلاج باللعب	بعد الترحيب بالأطفال، تعطي الباحثة للأطفال الفرصة لتقديم كل واحد منهم تعريف عن نفسه، ثم توزع عليهم قصاصات بها قصة حسان صاحب الأذنين الكبيرتين (أنظر الملحق رقم 09) وهي قصة فيل صغير بأذنين كبيرتين جدا وخرطوم صغير، كان يختلف عن جميع القطعان وكان يسخر منه جميع الفيلة، مما أثر في نفسيته كثيرا وجعله يشعر بعدم الثقة بالنفس إلا أن حدث وأن سمع صوت نمور إفريقيا عندما قررت الهجوم عليهم على بعد آلاف الكيلومترات مما جعله ينقذ الفيلة من الموت المحتم، فاعترف الجميع بجميله وعين مستشارا وسمي أذن الأدغال، بعد سرد الباحثة للقصة بأسلوب مشوق تقوم بطرح مجموعة من الأسئلة، وتسمح بذلك للأطفال فتح باب النقاش. بعدها تخبر الباحثة الأطفال بأنهم سيقوم بلعب لعبة ممتعة وهي لعبة المرآة (أنظر الملحق رقم 08) وتشرح لهم طريقة اللعب.

مذكرة الجلسة

التاريخ:

رقم الجلسة: الثانية عشر

عنوان الجلسة: تنمية مفهوم ذات إيجابي

الزمن: 90 د

نوع الجلسة: جماعية

الهدف	الفنيات	المحتوى
تنمية مفهوم الذات الواقعي والاجتماعي	السيكودراما. العلاج باللعب.	بعد الترحيب بالأطفال تقوم الباحثة بتوزيع الأدوار على الأطفال، وأحداث المسرحية الأولى (انظر الملحق رقم 10) تدور حول الطفل "علي" الذي كذب على أبيه، وانتهى به الأمر للاعتراف بالحقيقة لأبيه ليحس براحة البال، ويتبادل الأطفال الأدوار في كل مرة خاصة دور علي. بعدها تقدم الباحثة النشاط اللعبي التربوي الثاني وهو كرسي الاعتراف (انظر الملحق رقم 08).

مذكرة الجلسة

التاريخ:

رقم الجلسة: الثالثة عشر

عنوان الجلسة: تنمية مفهوم ذات إيجابي

الزمن: 90 د

نوع الجلسة: جماعية

الهدف	الفنيات	المحتوى
تنمية مفهوم الذات الواقعي والمثالي	السيكودراما. العلاج باللعب.	بعد الترحيب بالأطفال تقوم الباحثة بتوزيع الأدوار على الأطفال، وأحداث المسرحية الثانية (انظر الملحق رقم 10) تدور حول الطفل "أمير" الذي سرق ألعاب صديقه "أدهم" ثم دار بينه وبين أمه حوار إلى أن أقنعته بأنه يجب قول الحقيقة لصديقه، ويتبادل الأطفال الأدوار في كل مرة خاصة دور أمير. بعدها تقدم الباحثة النشاط اللعبي التربوي الثالث وهو الانتخابات (أنظر الملحق رقم 08).

مذكرة الجلسة

التاريخ:

رقم الجلسة: الرابعة عشر

عنوان الجلسة: تنمية مفهوم ذات إيجابي

الزمن: 90 د

نوع الجلسة: جماعية

الهدف	الفنيات	المحتوى
تنمية مفهوم الذات الأكاديمي	السيكودراما	بعد الترحيب بالأطفال تقوم الباحثة بتوزيع الأدوار على الأطفال، أحداث المسرحية الثالثة (انظر الملحق رقم 10) تدور حول الطفل "عمر" الذي كانت مشكلته أنه عندما يذاكر دروسه يشعر بشيء داخلي يدفعه إلى عدم المذاكرة وترك الكتاب حتى دار بينه وبين والده حوار وأقنعه والده بضرورة الثقة بالنفس والعمل وعدم الاستسلام للأوهام، ويتبادل الأطفال الأدوار في كل مرة خاصة دور عمر، بعدها يقوم الأطفال بتمثيل أحداث المسرحية الرابعة (انظر الملحق رقم 10) التي تدور حول الطفل "حسن" الذي كان يستصعب مادة الرياضيات ويتركها واستمر هكذا حتى موعد الامتحان فحقق نتائج جيدة في كل المواد ما عدا الرياضيات ودار بينه وبين أمه حوار أقنعته بأنه يجب عليه المواجهة وعدم اليأس، ويتبادل الأطفال الأدوار في كل مرة خاصة دور "حسن".

مذكرة الجلسة

التاريخ:

رقم الجلسة: الخامسة عشر

عنوان الجلسة: تنمية مفهوم ذات إيجابي

الزمن: 90 د

نوع الجلسة: جماعية

الهدف	الفنيات	المحتوى
تنمية مفهوم الذات الواقعي والأساسي	السيكودراما العلاج باللعب.	بعد الترحيب بالأطفال تقوم الباحثة بتوزيع الأدوار على الأطفال، أحداث المسرحية الخامسة (انظر الملحق رقم 10) تدور حول الطفل "أيمن" الطفل الفقير الذي كان دائما يشعر بالدونية ودار حوار بينه وبين أمه لتفهمه بأن الفقر ليس المشكل وإنما الفشل في الدراسة هو ما سيجعله يحس فعلا بالدونية، ويتبادل الأطفال الأدوار في كل مرة خاصة دور أيمن، بعدها يقوم الأطفال بتمثيل أحداث المسرحية السادسة (انظر الملحق رقم 10) التي تدور حول الطفل "حسام" الذي كان والده يركز عليه أن يحصل الرتبة الأولى في امتحان آخر العام وإلا سوف يحاسبه، لكن حسام تحصل على الرتبة الثانية، ودار حوار بينه وبين أمه التي جعلته يتقبل نتيجته. بعدها تقدم الباحثة النشاط اللعبي التربوي الرابع وهو الصندوق السحري (أنظر الملحق 08)، بعدها تذكر الباحثة الأطفال بأن الجلسة القادمة ستكون فردية.

مذكرة الجلسة

التاريخ:

رقم الجلسة: السادسة عشر

عنوان الجلسة: الجلسة الختامية

الزمن: 45 د

نوع الجلسة: فردية

الهدف	الفنيات	المحتوى
- مناقشة النتائج المتوصل إليها وكيف يمكن المحافظة عليها. - القياس البعدي - تقديم شهادة نجاح للتعزيز موقعة من الباحثة. - إعطاء موعد بعد شهر للقياس التتبعي.	- مقياس القلق - مقياس مفهوم الذات - التعزيز	تقوم الباحثة برؤية اليومية الشمسية والثناء على الطفل على التقدم الذي حققه، بعدها تقدم له المقياسين وتقدم له التعليمة وتبقى بجانبه للإجابة عن استفساراته، بعدها تلخص الباحثة للطفل كل ما تعلمه في الجلسات السابقة وكيف يمكن المحافظة على النتائج التي توصل إليها بعدها تقدم له شهادة نجاح موقعة من طرفها، ثم تعطيه موعد بعد شهر للقياس ألتتبعي وتعطيه يومية شمسية أخرى.

الملحق رقم 02: استمارة التبول اللاإرادي لخير الدين زراد

رقم الملف التاريخ

بيانات عامة عن الحالة

- الاسم كامل .....

- منطقة وعنوان السكن:.....

-رقم الهاتف إن وجد.....

- عنوان المدرسة أو المؤسسة:.....

بيانات عن الأسرة

الوالدان	العمر	العمل والمهنة	مستوى التعليم	الأمراض والإصابات	الحالة الاجتماعية(زواج، طلاق، انفصال)
الأب					
الأم					

بيانات الإخوة (مرتبة حسب تسلسل ميلادهم)

الإخوة	العمر	العمل والمهنة	مستوى التعليم	الأمراض والإصابات	ملاحظات

بيانات عن الأقارب

الأقارب	العمر	العمل والمهنة	مستوى التعليم	الأمراض- الحالة الصحية	ملاحظات

- دخل الأسرة ومصدر هذا الدخل
- وضع السكن:(متسع، ضيق، صحي، غير صحي، قديم، حديث، ملك، أجرة)
- هل تتوفر في المسكن متطلبات الحياة الأساسية؟
- ما هي أهم المشكلات التي تعاني منها الأسرة (اقتصادية، اجتماعية، صحية، فكرية، نفسية.....).
- هل أصيب أحد أفراد الأسرة أو الأقارب باضطرابات مثل(أمراض عقلية، إدمان، انتحار، جرائم.....)

بيانات عن الطفل المريض

الحمل والولادة

- عمر الأم عند ولادة طفلها.
- أمراض الأم السابقة (حصبة، جدري، سكر، ضغط دم، زهري، أنفلونزا، صرع، نكاف، سل، ملاريا، إصابة عقلية....)
- العقاقير التي تناولتها الأم في فترة الحمل.
- غذاء الأم أثناء الحمل.
- اتجاه الأم نحو الحمل(مرغوب أم غير مرغوب فيه، صدفة،عن قصد).
- هل كان الحمل طبيعيا أم غير طبيعي؟
- هل كان الحمل تحت إشراف طبي؟
- هل الولادة كانت (طبيعية، قيصرية،عسرة، قبل الأوان؟....)
- هل تعرضت الأم أو الطفل إلى مخاطر أثناء الولادة؟
- هل تمت الولادة داخل مؤسسة صحية وتحت إشراف طبي؟

بيانات عن نمو الطفل

- الرضاعة (عادية، اصطناعية، مدة الرضاعة)
- الفطام: (عاديا، مبكرا، متأخرا، تدريجيا، مفاجئا)
- التسنين: متى بدأ ظهور الأسنان (في وقت عادي، مبكر، متأخر....)
- المشي: متى بدأ الطفل في مشيه : (في وقت عادي ، مبكر، متأخر....)
- اللغة: متى بدأ الطفل الكلام؟ هل يعاني الطفل من اضطرابات في نطقه وكلامه.
- تغذية الطفل: (جيدة، ناقصة).
- وجود عاهات أو إصابات جسدية لدى الطفل (عيوب جسمية واضحة)
- الطول:
- الوزن:
- المظهر العام للطفل(نشاط وحيوية، امتلاء، كسل وخمول....)
- القدرة العقلية العامة (الذكاء) لدى الطفل:

الوضع الدراسي والمدرسي للطفل

1- مستوى الطفل التحصيلي الدراسي (متفوق، وسط، متخلف دراسيا).
2- الذهاب إلى المدرسة (منتظم، غير منتظم)
3- صعوبة في بعض المواد الدراسية (يذكر أسماء المواد):
4- الرسوب
5- الهروب من المدرسة:
6- التعاون مع الزملاء في اللعب والعمل الجماعي داخل المدرسة(الأنشطة المدرسية).
7- مشكلات سلوكية داخل المدرسة (ضرب الزملاء، محاولة سرقة أدوات الدراسة، النوم داخل الفصل، انطواء، خوف، خجل، سرعة انفعال، كبت، كذب....)

بيانات حول عملية التبول

1- متى بدأ الطفل بتبوله اللاإرادي؟
2- هل مر الطفل بفترة نظافة ومتى؟
3- هل كانت حالة التبول مستمرة بعد ولادة الطفل وحتى الآن؟
4- هل التبول يحدث ليلا؟
5- هل التبول يحدث نهارا؟
6- هل التبول يحدث ليلا ونهارا؟

7- هل تصاحب أحيانا عملية التبول عملية تبول لاإرادي؟
8- هل كانت عملية التبول مفاجئة للأسرة ومزعجة لها؟
9- هل توجد أوقات أو مواقف معينة يغلب على الطفل أن يتبول فيها لاإراديا؟
10- هل عملية التبول تحدث على فترات متباعدة، ومتى؟
11- هل عملية التبول ليلا يصاحبها أحيانا نوم عميق لدى الطفل؟
12- هل تحدث عملية التبول ليلا والطفل في حالة يقظة ووعي لما يدور حوله؟
13- هل يميل الطفل إلى حجز بوله أكثر من اللازم؟
14- هل يميل الطفل إلى العبث ببوله بعد أو أثناء تبوله؟
15- هل قامت الأم بتدريب طفلها على عملية التبول، وكيف؟
16- هل كان تدريب الأم طبيعيا، أم قسريا، مع الضرب والتهديد والتخويف؟
17- متى بدأت الأم تدريب طفلها(بصورة متأخرة، مبكرة، طبيعية)
18- هل كانت المرافق اللازمة لتبول الطفل متوفرة، مثل الإضاءة، وقرب المكان.....؟
19- هل أعطت الأم أهمية كبرى لمشكلة التبول لدى طفلها، وأفرطت في التشجيع...؟
20- هل أهملت الأم تدريب طفلها، ولم تحاول مساعدته في ذلك؟
21- ما هي ردود فعل الأسرة والأبوين تجاه مشكلة التبول لدى الطفل (كراهية، نبذ، رفض، فهم، مساعدة، لامبالاة، تسامح، تقبل)

<u>بيانات حول الأعراض المصاحبة لعملية التبول</u>

1- هل الطفل يعاني من الأرق والاضطرابات في نومه؟
2- هل ينام نوما عميق؟
3- هل ينام وحيد في فراشه، أو في غرفته؟
4- هل يرى أحلام مزعجة أو تنتابه كوابيس مرعبة؟ وما هي موضوعات هذه الأحلام والكوابيس؟
5- هل يعاني من اضطراب في طعامه مثل(فقدان الشهية، الميل إلى شرب السوائل، الإكثار من الحلويات، والموالح .....وخاصة قبل النوم).
6- هل يعاني الطفل من اضطراب في كلامه(لجلجة، تردد في النطق، تهتهة...)
7- المحصول اللغوي لدى الطفل وقدرته على الحديث والتعبير عن مشكلته.
8- هل يبدو بأن سلوك الطفل ونضجه أقل من عمره؟
9- هل يعاني الطفل من اضطرابات نفسية سلوكية مثل:
- محاولة الاعتداء وتدمير الأشياء.
- العزلة والانطواء.

- الشعور بالكسل والخمول والإجهاد. - كثرة الحركة ،الإثارة والهياج.
- محاولة الكذب. - محاولة السرقة.
- محاولة هروب من المنزل أو المدرسة.....
- قضم الأظافر - مص الأصابع.
- أعراض سلوك الاستمناء(العبث بالأعضاء التناسلية).
- العناد والتمرد - الغيرة
- الخجل والحياء. - اللامبالاة والاستهتار.
- الخوف(من الكلام، من الحيوان، من الأب، من العقوبة، من فقدان الأم، من القصص المرعبة.....)
- البكاء. - الشعور بالنقص وفقدان السند.

بيانات حول علاج الحالة

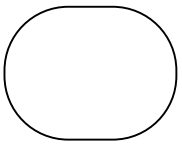
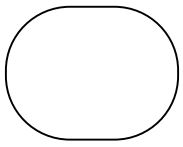
1- ما هو العلاج الذي قدم للطفل:

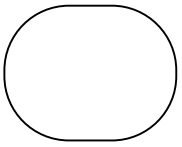
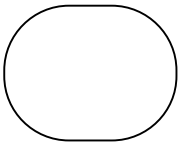
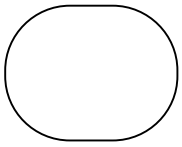
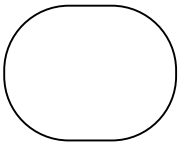
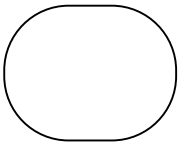
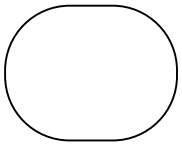
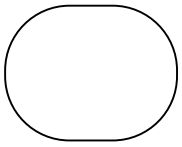
- علاج تقليدي (حشائش وأعشاب ومركبات كيميائية).
- علاج طبي بواسطة الأدوية.
- العلاج الجراحي.
- العلاج بالوخز بالإبر الصينية.
- العلاج النفسي البيئي.
- لم يقدم للطفل علاج منظم؟
- مدى تعاون الطفل صاحب المشكلة مع الأسرة والأخصائي في تطبيق تعليمات العلاج.
- كم كانت مدة العلاج؟
- مستوى التحسن والشفاء.
- هل وضعت خطة لتتبع الحالة بعد العلاج خشية الانتكاس؟
- هل دونت الأم أو الأسرة بعض الملاحظات عن تطور العملية العلاجية.

الأيام والأسابيع	ليالي نظيفة	ليالي مبللة	ملاحظات
1			
2			
3			
4			
5			

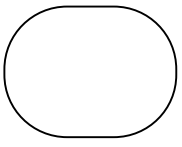
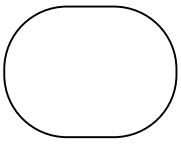
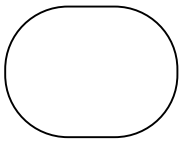
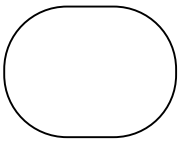
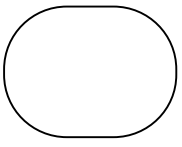
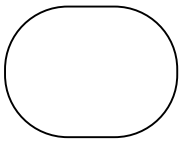
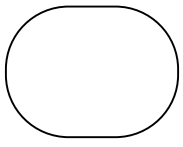
الملحق رقم 03: اليومية الشمسية

اليـومـيــة الشـمـسيــة

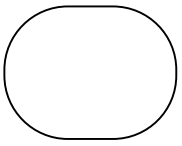
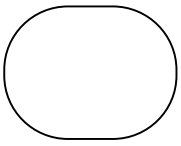
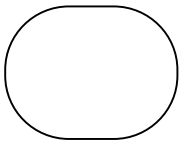
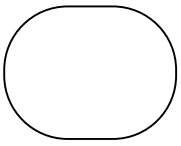
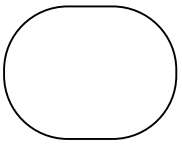
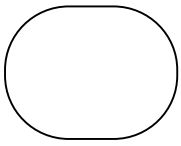
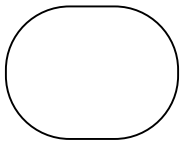
أرسم سحاب إذا كان فراشك مبللا  **أرسم شمسا إذا كان فراشك نظيفا** 

الجمعة	السبت	الأحد	الاثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس
						

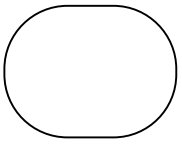
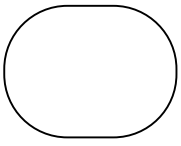
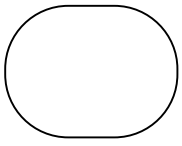
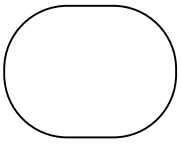
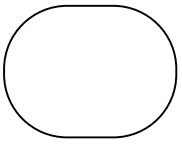
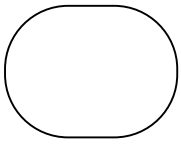
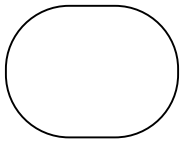
الأسبوع الأول

الأسبوع الثاني

الأسبوع الثالث

الأسبوع الرابع

الملحق رقم 04: مقياس القلق عند الأطفال

اقرأ كل سؤال بتمعن، ثم ضع دائرة على كلمة **نعم** إذا كنت تعتقد بأنها تعبر عنك، وضع دائرة على كلمة **لا** إذا كنت تعتقد أنها لا تعبر عنك، إذا كان هناك كلمات لم تفهمها، لا تتردد في طلب الشرح.

1	لدي صعوبة في اتخاذ القرار.	نعم	لا
2	أصبح عصبي (ة) عندما لا تسير الأمور كما أريد.	نعم	لا
3	يجد الآخرون سهولة أكثر مني في فعل الأشياء.	نعم	لا
4	أحب كل الذين أعرفهم.	نعم	لا
5	غالبا ما أجد صعوبة في التنفس.	نعم	لا
6	أقلق في معظم الأوقات.	نعم	لا
7	أخاف من العديد من الأشياء.	نعم	لا
8	أنا دائما لطيف (ة).	نعم	لا
9	أغضب بسهولة.	نعم	لا
10	أقلق حول ما سيقوله لي والداي.	نعم	لا
11	لدي انطباع أن الآخرين لا يحبون طريقتي في القيام بالأشياء.	نعم	لا
12	لدي دائما سلوكات جيدة	نعم	لا
13	أجد صعوبة في الاستسلام للنوم ليلا.	نعم	لا
14	أقلق مما يظنه الناس بي.	نعم	لا
15	أشعر بأنني وحيد (ة) حتى عندما يكون هناك أشخاص معي.	نعم	لا
16	أنا دوما محبوب.	نعم	لا
17	غالبا ما تنتابني أوجاع في البطن.	نعم	لا

18	تجرح مشاعري بسهولة.	نعم	لا
19	يـداي تـعــرقـــان.	نعم	لا
20	أنا دائما لطيف (ة) مع الجميع.	نعم	لا
21	أنا متـعب (ة) في أغلــب الأوقات.	نعم	لا
22	أقلق مما قد سيحدث.	نعم	لا
23	الأطفال الآخرون أكثر سعادة مني.	نعم	لا
24	أقول الحقيقة دائما.	نعم	لا
25	تنتابني أحلام مزعجة.	نعم	لا
26	أجرح في مشاعري بسهولة عندما يزعجونني كثيرا.	نعم	لا
27	لدي انطباع أن أحدهم سيقول لي بأنني لا أقوم بالأشياء كما ينبغي.	نعم	لا
28	أنا لا أغضب أبدا.	نعم	لا
29	يحدث أحيانا أن أستيقظ مرعوبا(ة).	نعم	لا
30	أقلق حينما أذهب لأنام ليلا.	نعم	لا
31	لدي صعوبة في التركيز علي أعمالي المدرسية.	نعم	لا
32	لا أقول أبدا الأشياء التي يجب ألا تقال.	نعم	لا
33	أتحرك كثيرا على كرسي.	نعم	لا
34	أنـــا عصبـــــــــــي (ة).	نعم	لا
35	الكثير من الأشخاص هم ضدي.	نعم	لا
36	أنا لا أكذب أبدا.	نعم	لا
37	أقلق غالبا بخصوص الأشياء السيئة التي قد تحدث لي.	نعم	لا

الملحق رقم 05: مقياس مفهوم الذات للأطفال لعز الدين الأشول

الاسم:

السن:

المدرسة:

السنة الدراسية:

الجنس: ذكر/ أنثى:

التاريخ:

تعليمات

يعرض عليك فيما يلي مجموعة من المواقف التي نود أن تجيب عليها بصراحة ووضوح، مع ملاحظة أن هذه المواقف ليست اختبارا لقدراتك العقلية أو مستوى تحصيلك، ولكن يقصد منها التعرف على أرائك ومشاعرك نحو نفسك.

نرجو منك قراءة كل موقف بدقة، ثم تقرر ما إذا كان هذا الموقف صادقا بالنسبة لك أو غالبا ما يكون كذلك عليك أن تضع علامة (×) أمام كلمة نعم، وإذا كان الموقف غير صادق بالنسبة لك، عليك أن تضع علامة (×) أمام كلمة لا.

ونود أن نذكرك بأنه لا توجد إجابات صحيحة وإجابات خاطئة، فأي إجابة تعتبر صحيحة طالما أنها تعبر عن رأيك في نفسك بصدق، حاول الإجابة على جميع المواقف ولا تترك أي منها.

ولك جزيل الشكر والتقدير.

		نعم	لا
1	يسخر مني زملائي في المدرسة.		
2	أنا شخص سعيد.		
3	من الصعب علي تكوين أصدقاء.		

4	كثيرا ما أكون حزينا.		
5	مظهري جميل.		
6	أنا شخص خجول.		
7	أشعر بالضيق عندما يطلب مني المدرس الإجابة على سؤال		
8	يضايقني مظهري.		
9	عندما أكبر سأصبح رجلا (امرأة) مهما (ة).		
10	أشعر بالقلق أثناء الامتحانات.		
11	زملائي لا يحبونني.		
12	أتصرف بطريقة حسنة داخل المدرسة.		
13	عادة ما أكون سبب حدوث بعض الأشياء الخاطئة.		
14	أسبب المتاعب لأسرتي.		
15	أنا شخص قوي.		
16	لدي كثير من الأفكار الجيدة.		
17	أنا شخص مهم داخل أسرتي.		
18	عادة ما أثابر لتحقيق أهدافي.		
19	يمكنني تكوين كثير من الأشكال الجميلة بيدي.		
20	أشعر بالتعب بسهولة.		
21	انا جيد في أعمالي المدرسية.		
22	فعلت كثير من الأشياء السيئة.		
23	يمكنني أن أرسم بصورة جيدة.		

24	أنا جيد في الموسيقى.		
25	تصرفاتي سيئة داخل المنزل.		
26	أنا بطيء في الانتهاء من الواجبات المدرسية.		
27	أنا شخص مهم داخل فصلي المدرسي.		
28	أنا شخص عصبي(أتنرفز بسرعة).		
29	عيناي جميلتان.		
30	استطيع شرح الدرس بصورة جيدة أمام زملائي بالفصل.		
31	أحلم كثيرا عندما أكون بالمدرسة.		
32	أضايق أختي أو أخي.		
33	يعجب أصدقائي بأفكاري.		
34	غالبا ما أتورط في المشكلات.		
35	أنا شخص مطيع داخل المنزل.		
36	أنا شخص سعيد الحظ.		
37	كثيرا ما أكون قلقا.		
38	يتوقع والداي مني أشياء فوق طاقتي.		
39	تعجبني الطريقة التي أتبعها في التعامل مع الآخرين.		
40	أشعر بالفتور (عدم الحماس) نحو الأشياء.		
41	شعري جميل.		
42	غالبا ما أكون مسرورا عند ذهابي إلى المدرسة.		
43	أتمنى لو كنت مختلفا عما أنا عليه.		

44	أنام جيدا بالليل.		
45	أكره المدرسة.		
46	أنا آخر من يختار في المباريات الرياضية.		
47	كثير ما أكون مريضا.		
48	كثيرا ما أضايق (أزعج) الأشخاص الآخرين		
49	يعتقد زملائي داخل الفصل بأن لدي أفكار جيدة.		
50	أنا شخص غير سعيد.		
51	لدي أصدقاء كثيرون.		
52	أنا شخص مرح.		
53	لا أستطيع تفهم معظم المقررات المدرسية.		
54	مظهري حسن.		
55	أشعر بحيوية ونشاط كبير.		
56	كثيرا ما أتشاجر مع زملائي.		
57	يحبني تلاميذ فصلي الدراسي.		
58	يضايقني التلاميذ الآخرون.		
59	أشعر أن أسرتي خاب أملها في.		
60	وجهي جميل.		
61	عندما أحاول عمل شيء ما، عادة ما أنفذه بطريقة خاطئة.		
62	أشعر بالضيق من المنزل.		
63	أنا رئيس بعض الفرق الرياضية.		

64	أشعر بأنني ينقصني كثير من المهارات.		
65	أفضل مشاهدة المباريات الرياضية بدلا من الاشتراك فيها.		
66	أنسى ما أتعلمه.		
67	أنسجم مع الآخرين بسهولة.		
68	يتقلب مزاجي بسهولة.		
69	أنا محبوب(ة) من الفتيات (الفتيان).		
70	أنا قارئ جيد.		
71	أفضل العمل بمفردي على العمل في الجماعة.		
72	أحب أخي.		
73	شكلي جميل.		
74	غالبا ما أشعر بالخوف.		
75	كثيرا ما أكسر الأشياء.		
76	زملائي يثقون في		
77	أنا شخص مختلف عن الآخرين.		
78	أفكر في أفكار سيئة (شريرة).		
79	أبكي بسهولة.		
80	أنا شخص طيب.		

الملحق رقم 06: جدول فنية الضبط الذاتي

الإسم واللقب:

السلوك المراد تعديله	السلوك الجديد	المكافأة والعقاب

الملحق رقم 07: جدول تقنية العمود الثلاثي

الاسم واللقب:

الأفكار السلبية	التحريفات المعرفية	ردود الفعل العقلانية

الملحق رقم 08: النشاط اللعبي التربوي

النشاط اللعبي التربوي الأول

اسم اللعبة: المرايا

أهداف اللعبة

1- تنمية مفهوم ذات ايجابي
2- اكتساب الطفل اتجاه سليم نحو جسمه ومظهره
3- معرفة فكرة الطفل الحالية عن ذاته
4- تقبل الأطفال لذواتهم الجسمية

الأدوات المستخدمة: مرآة ذات حجم كبير

طريق التنفيذ

يجلس الطفل أمام المرآة ويكون ظهره للمجموعة ويجيب على الأسئلة الموجهة إليه

1- أنظر في المرآة وقل لي على أحسن شيء تحبه في نفسك تراه الآن.
2- لو أن المرآة تكلمت ماذا تتوقع أن تقول لك؟
3- ماذا يمكن أن تطلبه من المرآة وتتمنى أن يتحقق؟
4- إذا كنت تريد سؤال الشخص الذي أمامك في المرآة ماذا تقول له؟
5- ماذا تريده أن يرد عليك؟
6- إذا كانت المرآة صادقة ماذا تظهر لك الآن ؟
7- إذا كانت المرآة كاذبة هي تكذب عليك الآن ماذا تظهر لك؟
8- أنت تتمنى أن ترى شخص آخر في المرآة ؟ لماذا؟
9- هل يمكن أن تقول لي الصفات الموجودة في الشخص الموجود أمامك في المرايا الآن؟

ثم تقوم الباحثة بتصحيح المفاهيم الخاطئة والتي تصدر عن الطفل مع التركيز على الجوانب الايجابية.

النشاط اللعبي التربوي الثاني

اسم اللعبة: كرسي الاعتراف

وكانت تهدف إلى:

1- تدعيم الاهتمام بالجماعة
2- تدعيم الاتجاه الايجابي نحو الآخرين
3- احترام وجهات النظر الأخرى
4- الاستبصار بالايجابيات والسلبيات
5- الصدق في الحديث والتعبير عن الذات

طريقة التنفيذ

يجلس أحد الأعضاء على الكرسي في مواجهة باقي الأعضاء ويربط عيناه حتى لا تثير نظرات زملائه بعض الارتباك أو عدم الصدق في القول ثم توجه له الأسئلة الآتية:

1- ما هو جنسك
2- ماذا يعجبك في نفسك
3- ما الذي لا يعجبك في نفسك
4- أنت سلبي مع زملائك هنا؟ لماذا؟
5- أنت ترى أنك سعيد بوجودك بين زملائك؟ لماذا؟
6- ما هو رأيك في هذه المجموعة؟
7- أنت سعيد بوجودك فيها؟
8- ما الذي يعجبك فيها؟
9- ما الذي لا يعجبك فيها؟
10- من من زملائك في هذه المجموعة يحبك؟
11- وأنت من تحب فيها؟
12- هناك أحد من زملائك تريده أن يحبك وتريد أنت أيضا أن تحبه؟
13- ما الذي لا يعرفه زميلك عنك وتريده أن يعرفه؟

تقوم الباحثة بالتوضيح والتفسير للمفاهيم الخاطئة وإبدالها بمعلومات ومفاهيم جديدة.

النشاط اللعبي التربوي الثالث

اسم اللعبة: الانتخابات

أهداف اللعبة

1- حرية التعبير عن المشاعر
2- ممارسة الصدق في الحديث
3- تنمية الميول القيادية
4- مواجهة الآخرين بإيجابية والتعامل مع الواقع الفعلي

طريقة التنفيذ

على الطفل المشترك في اللعبة التحدث عن نفسه في صورة دعاية انتخابية ويتحدث عن الجوانب الآتية:

1- أحسن ما فيه من صفات
2- المهارات والقدرات التي يتميز بها
3- عيوب الشخصية والسلوكية
4- إذا فاز بمنصب رئيس المجموعة ماذا سيضيف
5- ما الذي لا يعجبك في المجموعة وتريد تغيره

ويشترك في التحكيم باقي الأفراد وعلى مدى صدق حديثه.

النشاط اللعبي التربوي الرابع

اسم اللعبة: الصندوق السحري

أهداف اللعبة

1- تكوين مفهوم ذات إيجابي
2- الثقة بالذات
3- تقبل الذات
4- تقدير الذات

طريقة التنفيذ

عبارة عن صندوق كبير من الكرتون مبطن بورق مفضض حتى يعكس صورة الطفل وبعد أن يغلق الباحث الصندوق يسأل الطفل الأسئلة الآتية:

1- عما هو بداخل الصندوق
2- من هو أهم شخص بحياتك
3- من هو أهم شخص في حياتك
4- من هو أحب الناس إليك؟
5- من هو أحب الأطفال إليك؟
6- من أكثر الأطفال شجاعة؟
7- من أكثر الأطفال طاعة لك؟

ثم تقوم الباحثة بعد ذلك بتعديل اتجاهات الأطفال من خلال إجابة الطفل على الأسئلة ثم بعد ذلك ثم بعد ذلك تأمر الطفل بفتح الصندوق ثم ينظر فيه وتخبره الباحثة أنه أهم شخص في المجموعة سيظهر في الصندوق ثم يفتحه ويسأله الباحث هل أنت سعيد بما رأيته؟ هل تحب الشخص الذي رأيته؟ ولماذا؟

ثم تقوم الباحثة بإخبار الطفل أن هذا سر بين الباحثة وبينه، ثم تخبرهم أن هذا الصندوق مهم لأنه يخبر كل واحد بأهميته ويبرز صورته.

الملحق رقم 09: النشاط القصصي

النشاط القصصي1: سر صقر الفأر

في كل ليلة في منزل أسرة الفأر، كانت تتعالى أصوات غريبة، صوت خطى فأرة مسرعة، وقطرات مياه منهمرة، وصوت مناشف مستعملة،

وفي كل ليلة كانت الفأرة الأم تلتفت إلى زوجها : أتسمع أصواتا غريبة في الأعلى، في غرفة الأولاد؟

فيتذمر الفأر الأب ، أصمتي، فلدي اجتماع هام جدا في الغد، وتستدير الفأرة الأم إلى الناحية الأخرى وتغط في النوم مرة أخرى، لكن الفأرة الأم وككل الأمهات لا تغط دوما في السبات، وظنت في النهاية أن المنزل مسكون بالأشباح.

عندما تتناهى أصوات إلى مسمع الإنسان، يخطر له فورا أنها فئران، أما الفئران تفكر في الأشباح هذا هو الحال.لكن قصتنا هذه ليست قصص أشباح، بل قصة صقر الفأر ابن الخمس سنوات، الذي في كل ليلة، عند منتصف الليل إلا عشرة يتبول في سريره.

وفي كل ليلة، كان صقر الفأر يستفيق بسرواله البارد ووجهه الأحمر خجلا، لأنه كان يتبول في السرير، ما يجعله يشعر بالخجل، لقد فات زمن وضع الحفاض، أليس كذلك؟وكان يخشى أن ينكشف سره، فيحاول أن ينظف بوله ليخفي أمره،كان صقر الفأر يشعر وكأن وزنه كبير، لأنه يحمل وحده هذا السر الثقيل، ولأنه يعيش في عالم مختلف، لم يكن بإمكانه أن يشرب شراب اللوز ليلا (خوفا من إحداث فيضان)، ولا يستطيع حتى أن ينام عند الرفاق ، وفي كل ليلة كان الحال أشبه بسوق شديد الزحام كي يتمكن من إخفاء الأمر، كان صقر ينسل من سريره بخفة، ويتوجه إلى الحمام خلسة، فيصعد على كرسي مرتفعة، ويلتقط من المناشف ثلاث أو أربع، كان يحاول امتصاص البول، لكنه يبقى ولا يختفي، ونبقى تلك الرائحة الكريهة،وسخ، وسخ،وسخ.

وكان صقر الفأر يغتسل أيضا ثم يأخذ زجاجة العطر، ويحاول أن يرش على السرير بعض العطر، فتختفي الرائحة الكريهة، حسنا، لكن ماذا عن البلل؟ لإخفاء الرطوبة، كان صقر الفأر يستعين بمجفف الشعر، ليجفف الشراشف، ليتمكن أخيرا من النوم.

وفي أحد الأيام، وعند موعد الفطور، أعلنت الفأرة الأم، حسنا لقد طفح الكيل، سأضع فخا للأشباح في العلبة، وتوجهت إلى السوق لتشتري المطلوب، وفي الليلة التالية وعند منتصف الليل إلا عشرة، عادت الأصوات الخافتة كما في كل مرة، صعدت الفأرة الأم السلم على مهل، وكم تفاجأت حين رأت صقر

الفأر يروح ويجيء، مع زجاجة العطر ومجفف الشعر ومناشفه الأربع وكرسيه الصغير، وعادت إلى النوم حزينة، وهي تفكر، يا لصقر المسكين، إنه خجل ويظن أنه يرتكب حماقة، ماذا أفعل لأجعله يشعر بالراحة؟

وفي اليوم التالي بعد الفطور، همست الفارة الأم في أذن صقر الصغير:عزيزي صقر، سأعطيك فخ الأشباح هذا، لتحبس فيه ذاك الجزء منك، الذي يمنعك من الاستيقاظ ليلا، والذي يشبه الشبح قليلا، والذي ترغب في التخلص منه، لن تنجح طبعا من أول مرة، وهذا طبيعي، فنحن نحتاج وقتا كي نختطف الأشباح، وكي يستيقظ جسدنا عندما نريده أن يستفيق، وكي تتزامن رغباتنا مع إرادتنا، هذا الفخ الصغير هو سرنا، ووضعت فخ الأشباح فوق الخزانة، ودست تحته وعاء صغيرا، اشترته من السوق الكبير.

لا أعرف حقا ختام الحكاية، لكني أتخيل أن صقر الفأر لم يحتج لوقت طويل جدا كي يتوقف من التبول في السرير.

مناقشة الأمر مع الطفل

صقر تعيس جدا لأنه ما زال يتبول في السرير وهو يريد أن يحفظ السر لأنه يشعر بالخجل،

أظن أنه يتمنى لو يستطيع أن يستيقظ ليدخل إلى الحمام، لكن شيئا ما في داخله يمنعه من الاستيقاظ، هل تظن أن السبب هو رغبته في أن يبقى طفلا دوما ؟ أم أن ثمة سبب آخر؟

صقر تعيس جدا لكن أمه تعيسة أيضا لأنها تراه غير سعيد، فهي تعلم جيدا أن صقر كبير وأنه قادر على عدم التبول في سريره.

النشاط القصصي 02: حسان صاحب الأذنين الكبيرتين

في الأدغال لا تعيش الفيلة وحيدة، فهي تنتقل ضمن قطعان، ولكل قطيع من الفيلة زعيم هو الأكبر سنا (له شارب طويل أبيض يعلو نابيه، وجلده سميك وكأنه عاش مئة وخمسين عاما).

تتجمع الفيلة بحسب شكل أنيابها، وطول خرطومها وكبر أذنيها وهذا عملي جدا.

فيسمح بتمييز بعضها في الأدغال، ويجنبها اللحاق بأي كان، فنجد قطيع الأذان الصغيرة أو الأذان الكبيرة، وقطيع الحجم الصغير والحجم الكبير، وقطيع الفيلة الرمادية الباهتة أو الرمادية الداكنة، وقطيع الفيلة من دون أنياب.....والفيلة في القطيع نفسه تشبه بعضها البعض كالتوائم كلها ما عدا ....حسان، نزل حسان من بطن أمه بأذنين كبيرتين جدا، وخرطوم صغير صغير، كان هذا غريب، كان هذا غريب،

لأن آذان أبيه وأمه جميلة وصغيرة، ولهذا كانت عائلة حسان من قطيع الفيلة الصغيرة الآذان، لكن الطبيعة وفي مكان ما أخطأت في الحسبان، وهذا يحصل في بعض الأحيان.

ورغم صغر حجمه كان حسان يلفت الأنظار بخرطومه الصغير وأذنيه الكبيرتين، ومن حوله كان الكل يسخر منه.....لأن الناس يسخرون عادة ممن يختلف عنهم،

"انتبه يا دامبر (الفيل) ستطير" "مرحبا يا حسان هل فتحت مظلتيك؟"

وعندما يتعرض القطيع لخطر يستوجب الفرار، كانوا يقولون "رفرف بجناحيك يا ملاك"

وكان حسان يحاول تجاهل هذا المزاج المزعج ولا يسمعه (وكأن هذا ممكن)

لكن ويا للأسف، فبسبب أذنيه كان سمعه خارقا، فيسمع كلاما كان يفضل ألا يسمعه، حاول حسان مرارا أن يطوي أذنيه، وأن يشد خرطومه، عبر تثبيته ليلا في جذع شجرة، لكن الأذنين كانتا تعودان وتنبسطان، فيما يرفض الخرطوم أن يكبر ويتغير.

وفي يوم من الأيام، وبعد أن مل هذا المزاج، قال حسان لأمه: لا أريد هاتين الأذنين، هل يستطيع الطبيب أن يخلصني منهما ؟

ردت الأم التي أحزنها أن ترى ابنها تعيسا: أتعلم نحن نحبك كما أنت، الآخرون يسخرون منك لأنهم يشعرون بالغيرة، إنهم يغارون لأن سمعك مرهف، ولأنك تستطيع أن تسمع دبيب النملة، من المفيد، من المفيد جدا أن يسمع المرء جيدا، فالفيلة معروفة بصممها الشديد، وضحكت الأم ضحكة عالية، لكن حسان لم يقتنع بهذا الكلام ..... كان يفضل أن يكون أصم وألا يكون له أذنان، فهذا الحال يجعله تعيسا، بالإضافة إلى أذنيه الكبيرتين وخرطومه الصغير، أصبح قلبه الآن ثقيل كصخرة، وهذا ما جعله مختلفا عن الفيلة الخالية البال، لأنه لا يوجد قطيع فيلة بقلوب مثقلة بالهم.

وفي يوم من الأيام، لم يعد يرافق قطيعه ليخفي ضخامة أذنيه وصغر خرطومه.

ومنذ ذاك اليوم، تجنب النظر إلى صورته في البحيرة واختبأ في الغابة خلف أقدام شجيرة، ولم يعد يخرج من ذاك المخبأ، وخطر له :"أن يكون المرء مختلفا لأمر صعب جدا "

وفي صباح أحد الأيام، وفيما هو خلف شجرته، تردد في أذنيه صدى صوت غريب، ومن على بعد آلاف الكيلومترات، سمع وقع خطى نمور آسيا، التي تنتقل بخفة، وسمع أيضا بعض الزمجرة: كانت النمور تستعد للهجوم، راح حسون يعدو بكل ما أوتي من قوة لينبه الزعيم العجوز ذا الشارب الأبيض، وبأذنيه الصغيرتين، لم يكن الزعيم يسمع شيئا.....لكنه وثق به.

وهكذا نجت الفيلة من المجزرة ومن الموت المحتم، ووضع على رأس حسان تاج، وعينه الزعيم مساعدا له.

وهكذا أصبح حسان أذن الأدغال، بالطبع لم يعد أحد يسخر أبدا من ورقتي الملفوف فوق رأس الفيل الصغير، وبعد حين تزوج حسان من فيلة صغيرة ذات ذيل لولبي، الشكل ورزقا بصغار لا يشبهون أحدا، وكانا فخورين بهم إلى حد أنهما أسسا "قطيع الفيلة المختلفة"

ومنذ ذاك اليوم، رأى الكل أن هذه الفيلة متناسبة جدا في اختلافها، بحيث لم يعد يسعى أحدا إلى جمعها بحسب حجم آذانها وطول خراطيمها، وعاش الكل سعيدا ومسرورا.

مناقشة الأمر مع الطفل

نعتقد أن الكل يتشابه، وهذا خطأ، فالعالم مكون من أناس مختلفين ، وقد يكون الإنسان أسود أو أبيض أو أصفر، وحتى عندما نكون من العرق الأبيض، فقد تكون البشرة متفاوتة البياض أو أكثر ميلا إلى اللون الزهري، نجد أشخاصا طويلي القامة، وآخرين قصيري القامة، كما نجد البدين والنحيل، أشخاصا أقدامهم صغيرة وآخرين كبيرة، ونجد أنوفا صغيرة وأخرى كبيرة، أولاد موهوبون في الرسم، وآخرون في الرياضة، أولاد يجيدون القراءة في الرابعة من العمر وآخرون في السابعة.....ولا يكفي هذا الكتاب كله للحديث عن كافة الاختلافات الموجودة على الأرض، أحيانا يكون الاختلاف ظاهر كما هو الحال مع حسان وأذنيه الكبيرتين، وهنا يستفيد الآخرون من الوضع، لماذا؟ لأننا وبكل بساطة نسخر من ذاك الذي لا يشبهنا، وهذا لا معنى له لان العالم، الكون، بأسره، مكون من أمور مختلفة.

أن يختلف الإنسان عن الآخرين أمر صعب، لكن هذا ما يشكل شخصيتنا.

هل شعرت أنت أيضا أنك مختلف عن الآخرين؟ هل أشار الآخرون إلى ذلك وبطريقة ليست لطيفة جدا؟ للدفاع عن نفسك، يمكنك أن تجيب مثلا:"نعم، أنا أقصر قامة منكم ، وماذا في ذلك؟ لكني الأذكى"، الخ..... [65]

الملحق رقم 10: النشاط المسرحي

المسرحية 1

"علي" تلميذ في السنة الرابعة الابتدائية وكان يحلم دائما أن يذهب إلى الملاهي وفي يوم من الأيام طلب من والده أن يذهب إلى الملاهي ولكن والده لم يكن معه المال الكافي لنزهة في الملاهي وطلب منه أن يؤجل هذا الأمر أياما، ولكن علي لا يصبر على التأجيل فتعجل أن يذهب إلى الملاهي ولجأ إلى الحيلة.

علي: بابا هل تسمح لي أن أزور إيهاب صديقي فهو مريض منذ يومين ولم يحضر إلى المدرسة.

الأب: ليس هناك مانع، لكن لا تتأخر

وذهب علي وإيهاب إلى الملاهي بالنقود التي كانوا يدخرونها من مصروفهم اليومي وبعد أن أستمتع علي وإيهاب بالملاهي رجع علي إلى البيت وسأله والده.

الأب : كيف صحة صديقك إيهاب يا علي هل هو بخير؟

علي (ويظهر عليه الارتباك): لا بأس عليه يا بابا

وحزن علي حزنا شديدا شديد لأنه كذب على والده ولم ينم الليل كله وكان دائما تظهر عليه علامات الارتباك والحيرة ودار بينه وبين إيهاب صديقه هذا الحوار:

علي :ماذا فعلنا أترى ما فعلنا على صواب

ايهاب: لكنني كنت أريد الذهاب إلى الملاهي من زمان

علي: لكن أنا هكذا ارتكبت خطأ كبير (الكذب) لذلك أنا تعبان كثيرا وأحس أنني شخص أقل من الناس

ولما رجع إلى البيت دار بينه وبين والده الحديث التالي:

علي: يا بابا هل تتذكر عندما طلبت منك الذهاب للملاهي وبعدها قلت لك أزور إيهاب صديقي

الأب: فاكر يا علي خير

علي: لقد ذهبت إلى الملاهي أنا وإيهاب بالنقود التي ادخرتها من مصروفي ، لكن أنا تعبت كثيرا يا بابا حتى أني أراك تنظر إلي نظرة دونية

الأب: حسن يا علي أنت عرفت غلطك وهذا شيء جيد، فالإنسان الجيد يا علي هو إذا غلط يعترف بغلطته بمجرد أن يغلط وإلا فالغلطة الواحدة إذا لم يعترف بها الإنسان فإنها تكبر وتكبر ويشعر الإنسان فيها بالدونية ويحتقر نفسه أما إذا اعترف بها فأنه يحاول أن يصححها .

علي: أوعدك يا بابا لن أفعل هذا مرة أخرى أبدا أبدا.

المسرحية 2

"أمير" تلميذ في الصف الرابع ابتدائي في يوم من الأيام طلب من صديقه أدهم أن يعطيه بعض الألعاب الجميلة التي اشتراها له والده، أدهم أعطى أمير ما طلب من الألعاب، وأخذ أمير الألعاب وهو معجب بها جدا ودار بينه وبين نفسه الحوار التالي:

يقول لنفسه: هذه اللعب جميلة ولا أستطيع شرائها، وأنا أريد أن أحتفظ بهذه الألعاب لنفسي، أنا سأقول لصديقي أنها قد كسرت وبهذه الطريقة تظل عندي ألعب بها طوال الوقت

وبالفعل قابل أدهم وقال له أن الألعاب قد كسرت.

فقال له أدهم : أن هذه الألعاب كانت يحبها كثيرا لكن لا يستطيع أن يخسر صديقه بسبب تلك الألعاب وسامحه على ذلك

عاد أمير إلى المنزل فلعب ولكن ضميره أخذ يؤنبه ودار بينه وبين نفسه الحديث التالي:

قال لنفسه: ماذا فعلت أنا كذبت على صديقي ولم أحافظ على الصداقة التي بيننا

يرد على نفسه: وماذا كنت لأفعل واللعب جميلة ولا أستطيع شرائها

قال لنفسه: لكن هكذا أنا خنت الصداقة ولا أستطيع أن أكون بوجهين أمام الناس

ويرد على نفسه: أنا يجب أن أصارحه بالحقيقة

يقول لنفسه: ولكنني لا أستطيع أن أتحمل نظرات اللوم من صديقي

(في هذه الأثناء تدخل والدة أمير، ويقص عليها أمير ما حدث)

الأم : ماذا ترى الآن يا أمير

أمير: لا أدري ماذا أفعل

الأم: لا يصح إلا الصحيح حيرتك ستنتهي باعترافك بالحقيقة لصديقك والحكمة تقول إن كان الكذب ينجي الصدق أنجى

أمير: أنا فكرت في هذا لكنني لا أستطيع بسبب نظرة أصحابي لي

الأم: يجب على الإنسان أن يقول الحقيقة ليرتاح ضميره

أمير: ليس هناك حل آخر سوف أذهب إلى أدهم وأقص عليه ما حدث لكي أرتاح.

المسرحية 3

"عمر" تلميذ في الصف الخامس ابتدائي كل مشكلته أنه عندما يذاكر دروسه يشعر بشيء داخلي يدفعه إلى عدم المذاكرة وترك الكتاب ودائما عنده إعتقاد أنه سيفشل في أداء الامتحانات وأنه أقل من زملائه في الذكاء وأن الأطفال ينظرون اليه نظرة سيئة وكلما حاول المذاكرة يصيبه هذا الاعتقاد وهذا الشعور الداخلي الهدام، وتزداد حالته النفسية سوء ، في يوم من الايام دخل والد عمر عليه وهو حزين دار بينهما الحوار التالي:

الأب: وشبيك يا عمار وشنهي الي راه مقلقك

عمار : ما نيش عارف يا بابا كل ما نبدا انراجع دروسي نحس روحي مخنوق وراسي يوجع ونخمم بلي مشراح ننجح كيما صحابي لخاطش صحابي في ليكول خرمني

الأب : اذا استسلمت لهذي الحالة راح تقضي على المستقبل ديالك وما تقدرش اتحقق وشراك متمني

عمار: بصح أنا مانيش قادر أنقاوم

الأب وين راه الإرادة يا عمار، الي راك حاس بيه برك أوهام ومشي لازم اتخلي روحك للأوهام هذي

عمار :أنا انحوس نتخلص مالحالة هذي الي عياتني

الأب: نقدر انقولك أولا:

لازم اتكون عندك ثقة بنفسك وانك مشي أقل من صحابك بالقسم

ثانيا: الفرق انو كاين ناس تسبب الأوهام لنفسها وتفشل وناس تجتاهد وتترك الأوهام وتنجح.

ثالثا:ما دام راك ادير الي عليك ضميرك حيكون مرتاح ويكون عندك أمل في الله لأن الله لا يضيع أجر من أحسن عملا

فالثقة بالنفس ، عدم الاستسلام للأوهام ، ادير الي عليك ، كل هذا في راحتك

عمار: نوعدك يا بابا ماليوم ان شاء الله اندير وشراك تقول

الأب : راني فرحان بهدرتك هذي يا عمار.

المسرحية 4

"حسن" ولد في العاشرة من عمره يعيش مع أمه ووالده وأخوه أحمد ، حسن يذاكر دروسه باجتهاد يطيع كلام والديه ومدرسه، ولكن كل ما يعكر صفو حياته هو أنه كلما يبدأ يذاكر دروس الرياضيات يشعر بصعوبة في المراجعة ويترك هذا الدرس، وهو حزين وقلق لعدم فهمه واستمر في هذا حتى حان موعد الامتحان ودخل الامتحان وأدى الامتحان وظهرت نتيجة الامتحان فحقق أعلى الدرجات في كل المواد ما عدا الرياضيات، ورجع حسن إلى المنزل حزين ودار بينه وبين أمه الحوار التالي:

الأم: وشبيك يا حسن زعفان

حسن: مانقدرش انخبي عليك يا ماما كل ما نبدا انراجع الرياضيات انحسها صعيبة انخليها وما نفكرش انراجعها مرة وخدوخرا حتى اديت مشمليح فالاختبار

الأم: لازم تعرف بلي راك غالط يا حسن

حسن : علاش يا ماما

الأم :لخاطش انت استسلمت للإهمال وما فكرتش أتواجه مشكلتك بنفسك وخليت الخوف والشعور بالنقص يتحكم فيك

حسن: صافي وش كان لازم أنديرِ

الأم: ألي صرا صرا بصح لازم تتعلم من أخطاءك بلي كان لازم اتواجه مشكلتك بنفسك في بدايتها وما كنتش أتخليها أتسيطر عليك وتقدر تستعين بباباك ولا بالمدرس ولا أنا باش أنفهمك الدروس ألي ما كنتش فاهمها

الإنسان المليح ما يخافش مالمواجهة مشي عيب أنو الواحد يغلط لكن العيب انو الإنسان يخبي خطأه وأنا انحوسك يا حسن تتعلم درس ملي صرالك

حسن : ماليوم أنا مشراح نستسلم لليأس وإذا مافهمتش حاجة نستعين بلي يقدر يفهمني نوعدك يا ماما.

المسرحية 5

"أيمن" تلميذ في الصف الرابع ابتدائي من أسرة فقيرة كان دائما ينظر إلى زملائه في المدرسة الذين يلبسون الملابس الجديدة، وكان يشعر أنه أقل منهم، وكان يفكر في أسباب ذلك وتعب من التفكير ودار بينه وبين نفسه هذا الحديث

يقول لنفسه: لماذا لست مثل زملائي في المدرسة

يرد على نفسه: ربنا مقسم الأرزاق

يقول لنفسه: يمكن أن أكون أحسن منهم

ويرد على نفسه: كيف وأنا لا املك النقود مثلهم

يقول لنفسه: النقود ليست كل شيء في الدنيا

يرد على نفسه: كيف لا أنا إذا ذاكرت وتفوقت أحقق ما أتمناه

دخلت عليه أمه: في ماذا تفكر يا أيمن

أيمن: أنا أرى زملائي في المدرسة يلبسوا الملابس الجديدة ويشتروا الحلويات، وأنا لا أستطيع مثلهم، ليس لدي نقود.

الأم: سأحقق لك كل ما تتمناه لكن بشرط

أيمن: ما هو الشرط يا أمي

الأم:أوعدني بأنك ستذاكر دروسك وتنجح، وأريد أن أقول لك شيء آخر أيضا عندما تنجح وتتفوق كل الناس تحترمك وتقدرك وتنظر لك نظرة جيدة وهذا شيء لا يمكن شراؤه بالنقود الموجودة في الدنيا كلها.

المسرحية 6

"حسام" تلميذ في الصف الرابع الابتدائي يذاكر دروسه بجد واجتهاد ويطيع أوامر والديه في كل شيء ولكن ما يشغله هو أن والده يركز على أنه لا بد وأن يحصل على الرتبة الأولى في امتحان آخر العام وإلا سوف يحاسبه والده على ذلك، ويعتبره وكأنه لم ينجح بل ويحرمه من مكافئة النجاح والشعور بالسعادة فضلا عن ذلك كان لا يصدقه في أي شيء يفعله أمامه أكثر من مرة مثل غسل يديه بالصابون ، وكان حسام شديد الخوف وكان يحس أن الناس كلها وخاصة أصدقاءه ينظرون إليه نظرة دونية وكان يحدث نفسه ماذا أفعل إذا لم أطلع الأول على المدرسة وأحصل على الرتبة الأولى ، وجاء الامتحان وعمل حسام في الامتحان بكل طاقته حتى أنه أيام الامتحان كان لا ينام إلا قليلا وظهرت النتيجة وكان ترتيب حسام الثاني على المدرسة، وحزن حسام على ذلك حزنا شديدا ولاحظت أمه عليه ذلك ودار بينهما الحوار التالي:

الأم : علاش راك حزنان يا حسام ؟

حسام : ماما أنا مشراح انسامح روحي طول حياتي

الأم: علاش يا حسام

حسام: قريت وتعبت بزاف باش انجي الاول وما جيتش

الأم: راك غالط يا حسام

حسام: علاش يا ماما

الأم: لخاطش راجعت دروسك ودرت الي عليك وربي ما يضيعش أجر من أحسن عملا، ومشي معنتها أنو الانسان إذا ما حققش الهدف أنتاعو ينهار ، الي عليه انو يخدم ويعرف إمكانياته ، ومدام أنت ادير الي عليك راح يكون ضميرك مرتاح وتوصل للنتيجة ، يا حسام لازم عليك تخدم أما إدراك النتائج فهي على الله وحده.

الملحق رقم 11: استمارة تحكيم برنامج علاجي

جامعة البليدة-2-

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا

فعالية برنامج لعلاج التبول اللاإرادي الليلي وآثاره النفسية لدى الأطفال من منظور انتقائي

رسالة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي

أستاذي المحترم

بين يديك برنامج علاجي نفسي أعد لدراسة فعاليته في علاج التبول اللاإرادي الليلي وآثاره النفسية في الطفولة المتأخرة من منظور انتقائي وفق منهج تجريبي.

و الرجاء من حضارتكم أن ينال البرنامج المقترح مشاركتكم في تحكيمه و إضفاء خبرتكم على محتواه قصد تعديله، و تقويمه بتسجيل ملاحظاتكم و اقتراحاتكم في استمارة التحكيم.

و دمتم في خدمة العلم و أهله و لكم جزيل الشكر و التقدير

الباحثة :

حداش خديجة

إجراءات بناء البرنامج العلاجي

دعت الحاجة لمساعدة الأطفال المتبولين و أسرهم التخطيط و الإعداد قصد بناء برنامج علاجي نفسي لعلاج التبول اللاإرادي الليلي وآثاره النفسية، و لتحقيق هذا المشروع

اطلعت الباحثة على الجوانب النظرية المتعلقة بظاهرة التبول اللاإرادي الليلي و جمع أكبر قدر ممكن من الدراسات السابقة المهتمة بالظاهرة موضوع البحث، و كذا النظر في مختلف التقنيات العلاجية النفسية

للمدارس المعروفة، و محاولة انتقاء أفضل هذه التقنيات ممّا يتلاءم، و نوعية الاضطراب، و خصائص المرحلة العمرية للعينة، و تبويبها ضمن جلسات علاجية، ثم تطبيقه وفق منهج تجريبي.

أهداف البرنامج العلاجي

1- علاج التبول اللاإرادي الليلي عند أفراد العينة.

2- خفض مستوى القلق لدى أفراد العينة.

3- تنمية مفهوم ذات إيجابي لدى أفراد العينة.

عدد جلسات البرنامج

بلغت عدد جلسات البرنامج العلاجي(ستة عشرة) جلسة.

نوع الجلسات

10 جلسات الأولى فردية و6 جلسات الأخيرة جماعية.

عينة الدراسة المطبق عليها البرنامج العلاجي

تتكوّن عيّنة الدراسة من أطفال بين (9- 11 سنة) يعانون من التبول اللاإرادي الليلي (أكثر من ليلتين في الأسبوع)

معدل الجلسات في الأسبوع

الجلسات بمعدل جلستين أسبوعيا (الأولى في بداية الأسبوع و الثانية في نهايته)

عرض محتوى جلسات البرنامج

رقم الجلسة	موضوع الجلسة	الفنيات المستخدمة	زمن الجلسة
الجلسة 1	عنوان الجلسة: التعارف وبناء العلاقة العلاجية الهدف: التعرف على الطفل وأوليائه وملأ استمارة التبول اللاإرادي وتبادل المعلومات للتواصل والاتفاق على موعد الجلسات وزمنها وكيفية سيرها.	واجب منزلي للوالدين: مراقبة الطفل في الأسبوع الأول كم مرة تم التبول الليلي وعلى أية ساعة.	جلسة مفتوحة
الجلسة 2	عنوان الجلسة: القياس القبلي	تطبيق المقاييس الآتية: مقياس القلق للأطفال مقياس مفهوم الذات للأطفال مقياس رسم العائلة	جلسة مفتوحة
الجلسة 3	عنوان الجلسة: خلق الدافعية الذاتية وتحمل المسؤولية. الهدف: - خلق الدافعية الداخلية	- العلاج القصصي (قصة الفأر صقر) التقويم الذاتي للسلوك(التبول اللاإرادي). تنمية الشعور بتحمل المسؤولية. التخطيط للسلوك المسئول (خطة متدرجة)	45 د

	ليستطيع الطفل تحمل مشقة البرنامج. - إمضاء العقد العلاجي مع الطفل وإعطائه نسخة منه.	الالتزام بالخطط	
الجلسة 4	عنوان الجلسة: البدء في الخطة العلاجية. الهدف: استيعاب الطفل كل الفنيات الموضحة بشكل نصائح مبسطة	الواجب المنزلي: تقوية العضلات القابضة تمرين المثانة العلاج بالحمية منبه البول المراقبة والمكافأة تحسين وضعية النوم الحديث الذاتي قبل النوم **ملاحظة**: استدعاء الوالدين للجلسة المقبلة لوحدهما.	45 د
الجلسة 5	عنوان الجلسة: إرشاد أسري الهدف: تهيئة الجو الهادئ المحفز.	عدم جعل الطفل كبش فداء. عدم السخرية والتعنيف وعدم المقارنة بين الأطفال. استخدام أسلوب التدعيم (المادي والمعنوي) تقبيل الطفل واحتضانه وقول "أنا فخور بك" بشكل يومي. تقديم الدعم المادي بشكل أسبوعي. لعب الأب مع الطفل لعبة الثقة. تخصيص وقت يومي للتحدث مع الطفل	45 د

		عن انشغالاته وأحداث يومه.	
الجلسة 6	عنوان الجلسة: التفريغ الانفعالي الهدف: إخراج مكبوتات الطفل اللاشعورية التي تجعله دائما في حالة قلق.	التفريغ الانفعالي(استعمال رسم الطفل للعائلة) فنية المقعد الخالي (الجشتلت).	45 د
الجلسة7	عنوان الجلسة: التدريب على الاسترخاء. الهدف: التعرف على أهمية الاسترخاء في مواجهة مثيرات التوتر.	جلسة استرخاء (التنفس العميق) الاسترخاء عن طريق الجرافو ترابي الواجب المنزلي: التدرب على الاسترخاء بشكل يومي.	45 د
الجلسة 8	عنوان الجلسة: المراقبة الذاتية وتقويم السلوك الهدف: اكتساب مهارات المراقبة الواعية والدائمة للذات. تنمية الوعي بأهمية تقدير عواقب السلوك قبل انتهاجه.	العلاج بالقراءة (قراءة كتاب ماذا تفعل عندما تشعر بالقلق) الضبط الذاتي. العمود الثلاثي, التعليمات الذاتية. التذكير بالواجب المنزلي.	45 د

الجلسة 9	عنوان الجلسة: تنمية أسلوب حل المشكلة. الهدف: تعليم كيفية مواجهة المشكلات التي يتعرضون لها بعقلانية	التدريب على حل المشكلات النمذجة بالمشاركة. التحصين ضد الضغوط.	45 د
الجلسة 10	عنوان الجلسة: تنمية مهارات التواصل مع الآخرين..	فنية المقعد الخالي. لعب الدور. النمذجة **ملاحظة:** إعلام الأطفال أن الجلسات القادمة ستكون جماعية.	45 د
الجلسة 11	عنوان الجلسة: تنمية مفهوم ذات إيجابي	جلسة تعارف بين الأطفال. علاج قصصي العلاج باللعب	60 د
الجلسات 12- 13 - 14- 15	عنوان الجلسات: تنمية مفهوم ذات ايجابي.	السيكودراما العلاج القصصي. العلاج باللعب.	60 د
الجلسة 16	عنوان الجلسة:		جلسة مفتوحة

	الجلسة الختامية الهدف: مناقشة النتائج المتوصل إليها وكيف يمكن المحافظة عليها.	-إعادة تطبيق المقياسين: القلق مفهوم الذات -تقديم شهادة نجاح للتعزيز ممضاة من الباحثة. -إعطاء موعد بعد شهر للقياس التتبعي.	

تبسيط فنيات الجلسة الرابعة للطفل بشكل مجموعة نصائح تعلق الورقة على جدار غرفته.

البرنامج المتفق عليه بين الطفل.....والمختصة النفسانية .....
.....

1- أشرب قارورة مياه معدنية "ناستليه" طوال فترة النهار.
2- أأخر إفراغ المثانة (الذهاب إلى المرحاض) كل مرة حتى العد إلى 10 ثم إلى 15 في المرة الثانية وهكذا.....
3- أجعل مجرى التبول متقطع خلال التبول(تذكر تمرين البالون).
4- عدم شرب السوائل(الماء ،العصائر والمشروبات الغازية.....) ابتداء من الساعة السادسة، وعدم أكل المأكولات الحارة والمالحة والحلوة كثيرا خاصة في الليل.
5- عدم مشاهدة الأفلام المرعبة ليلا.
6- قراءة كتاب "ماذا تفعل عندما تشعر بالقلق" فصل في كل أسبوع وتطبيق التمرين المطلوب.
7- أذهب إلى المرحاض قبل النوم مباشرة (تفريغ المثانة).
8- النوم باكرا وفي نفس الوقت دائما.
9- أضبط المنبه على ساعة بعد النوم.
10- أنام على الجانب الأيمن.
11- أسمح لأمي بقراءة آية الكرسي بوضع يدها على جبيني .
12- أتحدث مع نفسي وأقول" ليلة ناشفة"قبل نومي مباشرة.
13- في كل صباح أسجل في اليومية الشمسية كيف كانت ليلتي مشمسة أم ممطرة وآخذ مكافأتي.

14- لا أضع الحفاض أو فراش بلاستيكي على الفراش، في حالة بللت فراشي أقوم بحمله وغسل منامتي بنفسي

ملاحظة : هذه النصائح تقدم للطفل على ورقة بخلفية لصورة لشخصية من شخصيات الكرتونية المحببة عند الطفل

استمارة تحكيم

حول فعالية برنامج لعلاج التبول اللاإرادي الليلي وآثار النفسية لدى الأطفال من منظور انتقائي

تحكيم عام حول البرنامج

إجراءات البرنامج	مناسب	غير مناسب	ملاحظات
فكرة البرنامج العامة			
عنوان البرنامج			
عدد الجلسات			
الزمن المقترح للجلسات			
ترتيب الجلسات			
محتوى البرنامج و مواءمته للمرحلة العمرية للعينة			
معدل الجلسات في الأسبوع			

تحكيم خاص بالجلسات

الجلسة	مدة الجلسة		عنوان الجلسة		فاعلية محتواها		الخطوات المتبعة في الجلسة	
	ملائم	غير ملائم	ملائم	غير ملائم	ملائم	غير ملائم	ملائم	غير ملائم
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								

الملاحظات و التوجيهات

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

الأستاذ : .....

الدرجة العلمية :.....

الإمضاء :.....

الملحق رقم 12: قائمة أسماء الأساتذة المحكمين للبرنامج العلاجي

اسم الأستاذ	الدرجة العلمية
أحمد فاضلي	أستاذ محاضر – أ-
طيب ماكور	باحث دكتوراه
عبد العزيز حدار	أستاذ محاضر – أ-
فتيحة بن موفق	أستاذ مساعد - أ -
فتيحة كركوش	أستاذة محاضرة – أ -
مراد نعموني	أستاذ محاضر – أ -
نوارة تواتي	دكتوراه

الملحق رقم 13: الملاحظات و التوجيهات

برنامج جيد يحتاج لبعض التوضيحات بخصوص سير الحصص حتى تكون واضحة لاحقا للقارئ الذي لم يطلع على الرسالة بشكل كامل .كما يفضل تحديد زمن الحصص ساعة للجلسات الفردية وساعة ونصف للجلسات الجماعية .ايضا يرجى اعطاء اهمية للدعم الوالدي واضافة حصص لهم لإشعارهم الدور الاساسي في حل مشكلة التبول اللاإرادي خاصة أن هذا الاضطراب ناتج عن سوء العلاقة الوالدية في معظم الأحيان .

الأستاذ : أحمد فاضلي

الدرجة العلمية: أستاذ محاضر – أ-

الإمضاء :.....

الملاحظات و التوجيهات :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

الأستاذ : جبار عبد العزيز .....

الدرجة العلمية : أستاذ محاضر درجة أ .....

الإمضاء : .....

الملاحظات و التوجيهات :

- هل تأكدتي من معاملة الوالدين (شتم، ضرب، توبيخ ...) إثر التبوّل كمتغيّر طفيلي (variable parasite) لعدم التأثير على التقدير للذات لدى الطفل ؟

- هل عزلتي الحالات التبولية الناتجة عن أسباب طبية بحتة ؟

-

الأستاذ : ماكور

الدرجة العلمية : باحث في الدكتوراه

الإمضاء :

الملاحظات و التوجيهات :

- التغييرات التي ستطرأ على الإطار العلاجي (من فردي إلى جماعي، الحصص مع الأسرة) ينبغي أن تناقش عند وضع العقد العلاجي.

- قد يستوجب لقاء الأولياء منذ الحصة الثالثة أو الرابعة، لمحاولة ملامسة طبيعة العلاقة، التصورات، الوجدانات المتعلقة بالطفل، كما سيثري طرق التبادل معهم، ويسمح باحترام معاشهم إزاء حالة ابنهم، ... إلخ.

- كيف تنوين أن يكون تواتر الحصص مرتين أسبوعيا؟

- قد يكون من المستحسن أن تتباعد الحصص بعد فترة التشخيص، لتتمكني من (من) النظر في مدى فعالية النشاطات التي يمكن أن تكوني قد اقترحتها.

- ربما ينبغي إعطاء أهمية ومكان أكبر لجانب المعاش النفسي، الوجدانات، التعبير الحر سواء عند الأولياء أو الأطفال (نصف موجه؟) قد يثري معلوماتك.

- خاصة أنك في حالة علاج إدماجي، إلا أننا نحس أنك أعطيت صبغة سلوكية معرفية أكثر من غيرها، في حين أن بعض المفاهيم المتعلقة بالعلاقة و التمويل (أي أحاسيس المفحوص خلال الحصص) مهمة أيضا في هذا النوع من العلاجات.

- "قارورة ناستليه" !! البرنامج متوجه لمن له الامكانيات و من لا يملكها.

* "آية الكرسي": هل أثبتت فعاليتها في دراسة علمية. والمفحوص ليس حتما مسلما؟!

- هل تكفي حصة استرخاء واحدة
- ماذا تقترح بخصوص تراجي ؟ و هل تكفي حصة واحدة.

الأستاذ : ..... بن موفق فتيحة .....

الدرجة العلمية :..... أستاذ مساعد مثم أ .....

الإمضاء :.....

الملاحظات و التوجيهات :

الجلسات مقبولة كما جاءت ولكن السؤال المطروح هل كلهم وافقوا على الجلسات الجماعية ام فيه من انسحب وتردد وكيف تعاملت مع هذا المتغير؟

أشكرك فعلا على المجهود المبذول وان شاء الله اكو نلك مناقشة بالتوفيق.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

الأستاذ : د.فتيحة كركوش.....

الدرجة العلمية :أستاذة محاضرة (أ).....

الإمضاء :.....

الملاحظات و التوجيهات :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

الأستاذ : .....نصري مراد.....

الدرجة العلمية : .....دكتوراه.....

الإمضاء : .....صعب م. لعمري.....

الملاحظات و التوجيهات :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

الأستاذ : ..... وابي .....

الدرجة العلمية : ..... دكتوراه في علم النفس العيادي

الإمضاء : .....

الملحق رقم 14: استمارة تحكيم ترجمة مقياس القلق

جامعة سعد دحلب-2 -

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا

تحكيم الترجمة لمقياس القلق عند الأطفال

أستاذي المحترم

بين يديك مقياس القلق عند الأطفال تمت ترجمته من الفرنسية إلى العربية، الرجاء من حضرتكم أن ينال المقياس المترجم مشاركتكم في تحكيمه قصد تعديله بتسجيل ملاحظاتكم في خانة الاقتراحات.

ودمتم في خدمة العلم وأهله ولكم جزيل الشكر والتقدير

الباحثة:

حداش خديجة

ميدان التطبيق

مقياس القلق للأطفال يستعمل لدراسة القلق عند الأطفال من 8 إلى 13 سنة، وتتفرع بنوده من 3 محاور:

1- التمظهرات الفزيولوجية :(البنود 1-5-9-13-17-19-21-25-29-33) وتتمثل في صعوبات النوم، الغثيان، والتعب.
2- القلق وفرط الحساسية:(البنود 2-6-7-10-14-18-22-26-30-34-37) وترتبط بتفكير عقلي مرتبط بالخوف من العزلة، وجرح المشاعر.

3- التركيز والقلق الاجتماعي: (البنود 3-11-15-23-27-31-35)هذه الأبعاد جد مرتبطة بالمشكلات الدراسية.

والبنود 4-8-12-16-20-24-28-32-36 تقيس " الكذب" والتحفظ الاجتماعي.

الترجمة

1- التعليمة

Lis chaque question attentivement, encercle ensuite le mot OUI si tu penses que c'est vrai pour toi, Encercle le mot NON si tu penses que ce n'est pas vrai pour toi, S'il y a des mots que tu ne comprends pas, n'hésite pas à demander des explications.

اقرأ كل سؤال بانتباه، ثم ضع دائرة على كلمة **نعم** إذا كنت تعتقد بأنها صحيحة بالنسبة لك، وضع دائرة على كلمة **لا** إذا كنت تعتقد أنها ليست صحيحة بالنسبة لك، إذا كان هناك كلمات لم تفهمها، لا تتردد في طلب الشرح.

الاقتراحات

2- البنود

العبارات الأصلية	الترجمة	موافق	معارض	الاقتراحات
1-J'ai de la difficulté à me décider.	أجد صعوبة في اتخاذ القرار.			
2-Je deviens nerveux (se) quand les chose ne sont pas comme je le voudrais.	أصبح عصبي عندما لا تسير الأمور مثلما أريد.			
3-Les autres ont	يجد الآخرون سهولة أكثر			

			مني في فعل الأشياء.	l'aire d'avoir plus de facilité que moi à faire les choses.
			أحب كل الذين أعرفهم.	4-J'aime tout le que je connais.
			يحدث غالبا أن أجد صعوبة في التنفس.	5-Il m'arrive souvent d'avoir de la difficulté à retrouver mon souffle.
			أقلق في معظم الأوقات.	6-Je m'inquiète la plupart du temps.
			أخاف من العديد من الأشياء.	7-J'ai peur de plusieurs choses.
			أنا دائما لطيف (ة).	8-Je suis toujours gentil(le).
			أغضب بسهولة.	9-Je me fâche facilement.
			اقلق حول ما سيقوله لي والداي.	10-Je m'inquiète à propos de ce que mes parents vont me dire.
			لدي انطباع أن الآخرين لا يحبون طريقتي في القيام بالأشياء.	11-J'ai l'impression que les autres n'aiment pas la façon dont je fais les choses.
			أتصرف دائما بسلوكيات	12-J'ai toujours de

			جيدة.	bonnes manières.
			أجد صعوبة في الاستسلام للنوم ليلا.	13-J'ai de la difficulté à m'endormir le soir.
			أقلق مما يظنه الناس بي.	14-Je m'inquiète de ce que les gens pensent de moi.
			أحس بالوحدة حتى عندما يكون هناك أشخاص معي.	15-Je me sens seul (e) même quand il y a des gens avec moi.
			دائما أتعامل مع الناس بود.	16-Je suis toujours aimable
			يحدث غالبا لي أوجاع في البطن.	17-Il m'arrive souvent d'avoir mal au ventre.
			أجرح في مشاعري بسهولة.	18-Je me sens facilement blessé (e) dans mes sentiments.
			يـداي تـعــرقـــان بصفة مفرطة.	19-J'ai les mains moites (en sueur).
			أنا دائما لطيف مع الجميع.	20-Je suis toujours gentil (le)avec tout le monde.
			أنا متـعـب(ة) في أغلــب	21-Je suis souvent

			الأوقات.	fatigué (e).
			أقلق مما قد سيحدث.	22-Je m’inquiète de ce que va arriver.
			الأطفال الآخرون أكثر سعادة مني.	23-Les autres enfantes sont plus heureux que moi.
			أقول الحقيقة دائما.	24-Je dis toujours la vérité.
			تنتابني كوابيس.	25-Je fais mauvais rêves.
			أجرح في مشاعري بسهولة عندما يزعجونني كثيرا.	26-Je suis facilement blessé (e) quand on m’embête trop.
			لدي انطباع أن أحدهم سيقول بأنني لا أقوم بالأشياء كما ينبغي.	27-J’ai l’impression que quelqu’un va me dire que je ne fais pas les choses comme il faut.
			أنا لا أغضب أبدا.	28-Je ne me fâche jamais.
			يحدث أحيانا أن أستيقظ مرعوبا(ة).	29-Il m’arrive parfois de me réveiller effrayé (le).
			أقلق حينما أذهب إلى فراش النوم.	30-Je m’inquiète quand je me couche le soir.

			لدي صعوبة في التركيز علي أعمالي المدرسية.	31-J'ai de la difficulté à me concentrer sur mes travaux scolaires.
			لا أقول أبدا الأشياء التي يجب ألا تقال.	32-Je ne dis jamais des choses que je ne devrais pas dire.
			أتحرك كثيرا على كرسي.	33-Je bouge beaucoup sur ma chaise.
			أنـــــا عصبيـــــــــــــي.	34-Je suis nerveux (se).
			الكثير من الأشخاص هم ضدي.	35-Plusieurs personnes sont contre moi.
			أنا لا أكذب أبدا.	36-Je ne mens jamais.
			أقلق غالبا من الأشياء السيئة التي قد تحدث لي.	37-Je m'inquiète souvent à propose de mauvaises choses qui pourraient m'arriver.

الملحق رقم 15: قائمة الأساتذة المحكمين لترجمة مقياس القلق للأطفال

اسم الأستاذ	الدرجة العلمية
أحمد فاضلي	أستاذ محاضر – أ-
عبد العزيز حدار	أستاذ محاضر – أ-
فتيحة كركوش	أستاذة محاضرة – أ -
نادية شرادي	أستاذ محاضر – أ-
نوارة تواتي	دكتوراه

الملحق رقم 16: التحليلات الإحصائية بواسطة spss

نتائج الفرضية العامة الأولى

Statistiques pour échantillons appariés

		Moyenne	N	Ecart-type	Erreur standard moyenne
Paire 1	القبلي	4.60	10	1.897	.600
	البعدي	.70	10	1.567	.496

Test échantillons appariés

		Différences appariées					T	ddl	Sig. (bilatérale)
		Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne	Intervalle de confiance 95% de la différence				
					Inférieure	Supérieure			
Paire 1	القبلي - البعدي	3.900	1.792	.567	2.618	5.182	6.882	9	.000

نتائج الفرضية العامة الثانية

Statistiques pour échantillons appariés

		Moyenne	N	Ecart-type	Erreur standard moyenne
Paire 1	القبلي	14.90	10	5.587	1.767
	البعدي	6.80	10	5.884	1.861

Test échantillons appariés

		Différences appariées					T	Ddl	Sig. (bilatérale)
		Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne	Intervalle de confiance 95% de la différence				
					Inférieure	Supérieure			
Paire 1	القبلي - البعدي	8.100	6.262	1.980	3.621	12.579	4.091	9	.003

نتائج الفرضية الجزئية الأولى

Statistiques pour échantillons appariés

		Moyenne	N	Ecart-type	Erreur standard moyenne
Paire 1	القبلي	5.40	10	2.503	.792
	البعدي	2.70	10	2.497	.790

Test échantillons appariés

		Différences appariées					T	Ddl	Sig. (bilatérale)
		Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne	Intervalle de confiance 95% de la différence				
					Inférieure	Supérieure			
Paire 1	القبلي - البعدي	2.700	2.584	.817	.851	4.549	3.304	9	.009

نتائج الفرضية الجزئية الثانية

Statistiques pour échantillons appariés

		Moyenne	N	Ecart-type	Erreur standard moyenne
Paire 1	القبلي	6.10	10	2.685	.849
	البعدي	2.60	10	2.633	.833

Test échantillons appariés

		Différences appariées					T	Ddl	Sig. (bilatérale)
		Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne	Intervalle de confiance 95% de la différence				
					Inférieure	Supérieure			
Paire 1	القبلي - البعدي	3.500	3.598	1.138	.926	6.074	3.076	9	.013

نتائج الفرضية الجزئية الثالثة

Statistiques pour échantillons appariés

		Moyenne	N	Ecart-type	Erreur standard moyenne
Paire 1	القبلي	3.40	10	1.955	.618
	البعدي	1.50	10	1.509	.477

Test échantillons appariés

		Différences appariées					T	ddl	Sig. (bilatérale)
		Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne	Intervalle de confiance 95% de la différence				
					Inférieure	Supérieure			
Paire 1	القبلي - البعدي	1.900	1.663	.526	.710	3.090	3.612	9	.006

نتائج الفرضية العامة الثالثة

Statistiques pour échantillons appariés

		Moyenne	N	Ecart-type	Erreur standard moyenne
Paire 1	القبلي	53.10	10	10.027	3.171
	البعدي	67.20	10	6.460	2.043

Test échantillons appariés

		Différences appariées					T	ddl	Sig. (bilatérale)
		Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne	Intervalle de confiance 95% de la différence				
					Inférieure	Supérieure			
Paire 1	القبلي - البعدي	14.100	8.608	2.722	20.258	7.942	5.180	9	.001

نتائج الفرضية العامة الرابعة

Statistiques pour échantillons appariés

		Moyenne	N	Ecart-type	Erreur standard moyenne
Paire 1	البعدي	.70	10	1.897	.496
	التتبعي	1.20	10	2.573	.814

Test échantillons appariés

		Différences appariées					T	Ddl	Sig. (bilatérale)
		Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne	Intervalle de confiance 95% de la différence				
					Inférieure	Supérieure			
Paire 1	البعدي - التتبعي	.500	2.321	.734	2.161	1.161	.681	9	.513

نتائج الفرضية العامة الخامسة

Statistiques pour échantillons appariés

		Moyenne	N	Ecart-type	Erreur standard moyenne
Paire 1	البعدي	6.80	10	5.884	1.861
	التتبعي	6.10	10	6.208	1.963

Test échantillons appariés

		Différences appariées					T	ddl	Sig. (bilatérale)
		Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne	Intervalle de confiance 95% de la différence				
					Inférieure	Supérieure			
Paire 1	البعدي – التتبعي	.700	3.057	.967	1.487	2.887	.724	9	.487

نتائج الفرضية الجزئية الرابعة

Statistiques pour échantillons appariés

		Moyenne	N	Ecart-type	Erreur standard moyenne
Paire 1	البعدي	2.70	10	2.497	.790
	التتبعي	2.60	10	2.914	.921

Test échantillons appariés

		Différences appariées					T	Ddl	Sig. (bilatérale)
		Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne	Intervalle de confiance 95% de la différence				
					Inférieure	Supérieure			
Paire 1	البعدي - التتبعي	.100	2.331	.737	1.56	1.767	.936	9	.895

نتائج الفرضية الجزئية الخامسة:

Statistiques pour échantillons appariés

		Moyenne	N	Ecart-type	Erreur standard moyenne
Paire 1	البعدي	2.20	10	2.150	.680
	التتبعي	2.50	10	2.593	.820

Test échantillons appariés

		Différences appariées					T	Ddl	Sig. (bilatérale)
		Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne	Intervalle de confiance 95% de la différence				
					Inférieure	Supérieure			
Paire 1	البعدي - التتبعي	.300	2.058	.651	1.772	1.172	.661	9	.656

نتائج الفرضية الجزئية السادسة

Statistiques pour échantillons appariés

		Moyenne	N	Ecart-type	Erreur standard moyenne
Paire 1	البعدي	1.50	10	1.509	.477
	التتبعي	1.00	10	1.491	.471

Test échantillons appariés

		Différences appariées					T	ddl	Sig. (bilatérale)
		Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne	Intervalle de confiance 95% de la différence				
					Inférieure	Supérieure			
Paire 1	البعدي - التتبعي	.500	1.080	.342	.273	1.273	1.464	9	.177

نتائج الفرضية العامة السادسة

Statistiques pour échantillons appariés

		Moyenne	N	Ecart-type	Erreur standard moyenne
Paire 1	البعدي	67.20	10	6.460	2.043
	التتبعي	69.00	10	8.246	2.608

Test échantillons appariés

		Différences appariées					T	Ddl	Sig. (bilatérale)
		Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne	Intervalle de confiance 95% de la différence				
					Inférieure	Supérieure			
Paire 1	البعدي - التتبعي	1.800	4.237	1.340	4.831	1.231	1.343	9	.212

قائمة المراجع

1. فيوليت فؤاد ابراهيم، "دور التنشئة الاجتماعية في ثقافة الطفل ونموه الخلقي"، مجلة ثقافة الطفل، المركز القومي لثقافة الطفل، القاهرة، العدد 1، (1986).
2. فيولا الببلاوي، "مشكلات السلوك عند الأطفال (نماذج من البحوث في تحليل السلوك وتعديل السلوك عند الأطفال)"، مكتبة الأنجلو المصرية، دون طبعة، القاهرة، (1990).
3. شفيقة زموري، "التكفل بالطفل المتبول: اقتراح برنامج علاجي سلوكي- معرفي مكثف شامل لحل مشكل التبول اللاإرادي الليلي"، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس الاجتماعي، جامعة الجزائر، (2002).
4. M. Hinde, M. Jertonsson, Broberg(1995), "Alow self esteem of children with enuresis, Mental and social health compared in diferent groups", Lakartidningen, Swedish, 92, (1995), 3225-3229.
5. فيصل محمد خير الزراد، "التبول اللاإرادي لدى الأطفال"، دار النفائس، دون طبعة، بيروت، (1998).
6. أحمد حامد الخطيب، حسين مد الله الطراونة، "التبول اللاإرادي(أسبابه وطرق علاجه)"، دار وائل للنشر، ط1، عمان، الأردن، (2003).
7. محمد عبد التواب أبو النور، "أثر الإرشاد الانتقائي في تعديل الاتجاه نحو الزواج العرفي لدى عينة من الباب الجامعي"، مجلة البحث في التربية وعلم النفس، جامعة المنيا، المجلد 13، العدد3، (2000)، 247-293.
8. محمد أحمد سعفان ، "فعالية برنامج إرشادي انتقائي في خفض الوساوس والأفعال القهرية المرتبطة بالشعور بالذنب"، مجلة كلية التربية، جامعة عين شمس، الجزء 4، العدد27، (2003)، 393-449.

9. حسام الدين عزب، "فعالية برنامج علاجي تفاوضي تكاملي في التغلب على سلوكيات العنف لدى عينة من المراهقين"، أبحاث المؤتمر السنوي التاسع لمركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، المجلد 2، (2002)، 1-81.
10. شادية أحمد عبد الخالق، "أثر برنامج إرشادي في خفض العدوان بين الأشقاء، "أبحاث المؤتمر السنوي التاسع لمركز الإرشاد النفسي"، جامعة عين شمس، المجلد 3، (2002)، 83- 116.
11. شبلي ابراهيمي، "فاعلية برنامج إرشادي نفسي في التخفيف من حدة العدوانية لدى تلاميذ المرحلة الثانوية من منظور إدماجي انتقائي"، أطروحة لنيل شهادة دكتوراه علوم في الإرشاد النفسي والصحة النفسية، جامعة الجزائر، (2013).
12. بطرس حافظ بطرس، "المشكلات النفسية وعلاجها"، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، دون طبعة، عمان، (2008).
13. محمد ابراهيم سعفان، "الإرشاد النفسي للأطفال"، دار الكتاب الحديث، دون طبعة، مصر، (2001).
14. زكريا الشربيني، "المشكلات النفسية عند الأطفال"، دار الفكر العربي، دون طبعة، القاهرة، (2006).
15. سامي محمد ملحم، "المشكلات النفسية عند الأطفال"، دار الفكر، ط1، الأردن، (2007).
16. سوسن شاكر مجيد، "مشكلات الأطفال النفسية والأساليب الإرشادية لمعالجتها"، دار الصفاء للنشر والتوزيع، دون طبعة، عمان، (2008).
17. حمزة الجبالي، "مشاكل الطفل والمراهق النفسية، دار أسامة للنشر والتوزيع"، ط1، عمان، (2006).
18. حامد عبد السلام زهران، "علم نفس النمو الطفولة والمراهقة"، عالم الكتب، ط5، القاهرة، (2001).
19. حامد عبد السلام زهران، "التوجيه والإرشاد النفسي"، عالم الكتب، دون طبعة، مصر، (2005).
20. سامي محمد ملحم، "مبادئ التوجيه والإرشاد النفسي"، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، ط1، عمان، (2007).
21. سناء محمد سليمان، "مشكلة التبول اللاإرادي عند الأطفال"، عالم الكتب، ط1، القاهرة، (2005).

22. Y.Heloury, D.Leclair, C.Capito, C.Laplace, G.Podevin, L.Lenormand, "énurésie de l'enfant", EMC-Médecine, 1, (2004), 306 - 312.
23. G. Lenoir, Énurésie: "intérêt d'un contrôle quantitatif et qualitatif des boissons", Journal de pédiatrie et de puériculture, 4, (2000), 246-248.
24. Alain Coulomb, "Évaluation des système d'alarme dans le traitement de l'énurésie nocturne primaire mono symptomatique", Mars 2003, Archives de pédiatrie, 11, (2004), 474- 479
25. مريم سليم، "علم نفس النمو"، دار النهضة العربية، ط 1، بيروت، (2002).
26. علاء الدين كفافي، "رعاية نمو الطفل"، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، دون طبعة، القاهرة، (1998).
27. طلعت همام، " سين وجيم عن علم النفس التطوري"، مؤسسة الرسالة، ط1، بيروت، (1984).
28. صلاح الدين العمرية، "علم النفس النمو"، مكتبة المجتمع العربي للنشر، دون طبعة، عمان، (2005).
29. رياض نايل العاسمي، "برامج الإرشاد النفسي"، منشورات جامعة دمشق كلية التربية، دون طبعة، جامعة دمشق، (2008).
30. حماد بن علي الحمادي، عادل عبد الفتاح الهجين، "حقيبة تدريبية أكاديمية برنامج التوجيه والإرشاد النفسي والأسري"، مركز التنمية الأسرية، (2009).
31. حسام الدين عزب، "العلاج السلوكي الحديث وتعديل السلوك"، مكتبة الأنجلو المصرية، دون طبعة، القاهرة، (1981).
32. محمد محروس الشناوي، "نظريات الإرشاد والعلاج النفسي"، دار غريب للطباعة والنشر، القاهرة، (1994).
33. لويس كامل مليكة، "العلاج النفسي مقدمة وخاتمة"، مكتبة الأنجلو المصرية، دون طبعة، القاهرة، (1997).
34. نادر فهمي الزيود، "نظريات الإرشاد والعلاج النفسي"، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، دون طبعة، عمان، (1998).
35. س ه باتروسن، "نظريات الإرشاد والعلاج النفسي"، ترجمة حامد الفقي، دار القلم، دون طبعة، الكويت، (1990).

36. محمد ابراهيم عيد، "مقدمة في الإرشاد النفسي"، مكتبة الأنجلو المصرية، دون طبعة، القاهرة، (2005).
37. صلاح الدين العمرية، "الصحة النفسية والإرشاد النفسي"، مكتبة المجتمع العربي للنشر، دون طبعة، عمان، (2005).
38. محمد عبد الله صالح، "أساسيات في الإرشاد التربوي"، دار المريخ، الرياض، (1985).
39. رئيفة رجب عوض، ""ضغوط المراهقين ومهارات المواجهة التشخيص والعلاج"، مكتبة النهضة المصرية، دون طبعة، القاهرة، (2001).
40. صالح حسن الداهري، "مبادئ الصحة النفسية"، دار وائل للنشر، دون طبعة، عمان، (2005).
41. David Capuzzi, "counsling and psychotherapy and integrative perspective".(2000).
42. محمد جعفر جمل الليل، "طرق العلاج النفسي المستخدمة من قبل الأطباء النفسانين بالمملكة العربية السعودية"، مجلة جامعة أم القرى للعلوم التربوية والاجتماعية و الإنسانية، المجلد 13، العدد 1، (2001)، 65-91.
43. سهام محمد أبو عطية، "مبادئ الإرشاد النفسي"، دار الفكر للطباعة والنشر، دون طبعة، عمان، (2002).
44. محمود عطا عقل، "الإرشاد النفسي والتربوي"، دار الخريجي للنشر والتوزيع، دون طبعة، الرياض، (2000).
45. صالح أبو عباة، عبد المجيد نيازي، "الإرشاد النفسي والاجتماعي"، مكتبة العبيكان، دون طبعة، الرياض، (2001).
46. Gladding, "counseling a comprehensive profession, Macmillan publishing company " second edition, New York, (1992).
47. سعيد العزة، جودت عبد الهادي، "نظريات الإرشاد والعلاج النفسي"، الدار العالمية الدولية للنشر والتوزيع، دون طبعة، عمان، (1999).
48. مفتاح محمد عبد العزيز، "علم النفس العلاجي اتجاهات حديثة"، دار قباء للنشر، دون طبعة، القاهرة، (2001).
49. موريس أنجرس، "منهجية البحث العلمي في العلوم الإنسانية تدريبات عملية"، ترجمة بوزيد صحراوي وآخرون، دار القصبة للنشر، دون طبعة، الجزائر، (2006).
50. سامي محمد ملحم، "مناهج البحث في التربية وعلم النفس"، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، ط2، عمان، (2002).

51. حسن مصطفى عبد المعطي، "منهج البحث الاكلينيكي أسسه وتطبيقاته"، مكتبة زهراء الشرق، دون طبعة، القاهرة، (2003).
52. عاتكة غرغوط، "استخراج الخصائص السيكومترية لمقياس الثقة بالنفس على بيئة جزائرية: ولاية الوادي أنموذجا"، رسالة لنيل شهادة الماجستير في القياس النفسي، جامعة البليدة، (2011).
53. عادل أحمد عز الدين الأشول، "مقياس مفهوم الذات للأطفال"، مكتبة الأنجلو المصرية، دون طبعة، القاهرة، (1984).
54. إبراهيم عبد الستار، "العلاج النفسي السلوكي"، دار الفجر للنشر، دون طبعة، القاهرة، (1994).
55. شيلدون كاشدان، "علم النفس الشواذ"، ترجمة أحمد سلامة، دار الشروق، دون طبعة، القاهرة، (1988).
56. جوليان روتر، "علم النفس الإكلنيكي"، ترجمة عطية محمود هنا، دار الشروق، دون طبعة، القاهرة، (1984).
57. راشد علي السهل، "استخدام الإرشاد السلوكي المتعدد المحاور في علاج قلق الانفصال عن الأم الناتج عن العدوان العراقي على دولة الكويت"دراسة حالة"، مجلة الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، العدد5، (1996)، 115- 146.
58. قحطان أحمد الظاهر، "تعديل السلوك"، دار وائل للنشر والتوزيع، دون طبعة، عمان، (2004).
59. فاروق الروسان، "تعديل وبناء السلوك الإنساني"، دار الفكر للطباعة والنشر، دون طبعة، عمان، (2000).
60. صلاح الدين عبود، عبود سحر عبد الغني، "فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي في خفض حدة العنف لدى المراهقين"، أبحاث المؤتمر السنوي العاشر لمركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، المجلد 1، (2003)، 345- 378.
61. أحمد سليمان رجب، "أطفالنا بين جدلية الأنا- الآخرين كما تبدو في التمثيل (الدراما) "، مجلة الطفولة العربية، الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية، المجلد8، العدد31، (2007)، 74-91.
62. إبراهيم عبد الستار، "الاكتئاب"، المجلس الوطني للثقافة، دون طبعة، الكويت، (1998).
63. علاء الدين كفافي، "الصحة النفسية والإرشاد النفسي"، دار النشر الدولي، دون طبعة، الرياض، (2003).
64. د داون هوبنر، "ماذا تفعل عندما تشعر بالقلق"، سفير، ط1، القاهرة، (2007).

65. صوفي كاركان، "100 قصة وقصة لحل مشاكل الأولاد"، ترجمة عبير منذر، عاديا عبدوش، ليديا طانيوس، ج 2، شركة دار الفراشة للطباعة والنشر والتوزيع، دون طبعة، بيروت، لبنان، (2010).