

جامعة العربي بن مهدي أم البواقي - الجزائر -

كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية

قسم العلوم الاجتماعية

الشعبة: علم النفس

رقم التسجيل:

الرقم التسلسلي:

مدى فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي لعلاج
التبول اللاإرادي لدى عينة من الأطفال بمدينة ورقلة

رسالة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم تخصص علم النفس العيادي

إشراف:

أ.د/ وليد بخوش

إعداد الطالبة:

أمينة موقار

أعضاء لجنة المناقشة

رئيسا	جامعة العربي بن مهدي أم البواقي	أستاذ التعليم العالي	حسان سخشوخ
مشرفا ومقررا	جامعة العربي بن مهدي أم البواقي	أستاذ التعليم العالي	وليد بخوش
عضوا مناقشا	جامعة غرداية	أستاذ التعليم العالي	يوسف قدوري
عضوا مناقشا	جامعة باتنة 01	أستاذ محاضر قسم (أ)	كريمة مقاوسي
عضوا مناقشا	جامعة الوادي	أستاذ محاضر قسم (أ)	خيرة لزعر
عضوا مناقشا	جامعة العربي بن مهدي أم البواقي	أستاذ محاضر قسم (أ)	كوكب الزمان بليردوح

السنة الجامعية: 2021-2022

جامعة العربي بن مهدي أم البواقي - الجزائر -
كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية
قسم العلوم الاجتماعية

الشعبة: علم النفس

رقم التسجيل:

الرقم التسلسلي:

مدى فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي لعلاج
التبول اللاإرادي لدى عينة من الأطفال بمدينة ورقلة

رسالة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم تخصص علم النفس العيادي

إشراف:

أ.د/ وليد بخوش

إعداد الطالبة:

أمينة موقار

أعضاء لجنة المناقشة

رئيسا	جامعة العربي بن مهدي أم البواقي	أستاذ التعليم العالي	حسان سبخوخ
مشرفا ومقررا	جامعة العربي بن مهدي أم البواقي	أستاذ التعليم العالي	وليد بخوش
عضوا مناقشا	جامعة غرداية	أستاذ التعليم العالي	يوسف قدوري
عضوا مناقشا	جامعة باتنة 01	أستاذ محاضر قسم (أ)	كريمة مقاوسي
عضوا مناقشا	جامعة الوادي	أستاذ محاضر قسم (أ)	خيرة لزعر
عضوا مناقشا	جامعة العربي بن مهدي أم البواقي	أستاذ محاضر قسم (أ)	كوكب الزمان بليردوح

السنة الجامعية: 2021-2022

شكر وعرفان

الحمد لله وحده والشكر له، سبحانه على عظيم إحسانه، شكراً يليق بجلال قدره وعظيم سلطانه على أن وقّني على إتمام هذه الدراسة، والصلاة والسلام على خير خلقه وخاتم رسله محمد بن عبد الله وعلى آله وصحبه أجمعين، أما بعد:

أقدم شكري وتقديري وعرفاني: لأستاذي ومعلمي القدير الأستاذ الدكتور: بخوش وليد لقبوله- بصدر رحب- الإشراف على دراستي العلمية فكان نعم الموجه والناصح حيث بذل الكثير من الوقت والجهد في توجيه مسار بحثي وكان الدافع ليخرج هذا العمل العلمي إلى النور رغم أعبائه ومشاغله فأسأل الله تعالى أن يجازيه عني كل خير ويجعله سنداً للباحثين من أبناء هذا الوطن.

كما أشكر الأساتذة الكرام أعضاء لجنة المناقشة كل باسمه ودرجته العلمية على تفضلهم بقبول مناقشة هذه الأطروحة.

كما أتقدم بخالص الشكر إلى كل من الدكتورة "بن سكريفة مريم" "جامعة ورقلة" الدكتورة "بوعزة رابحة"، والدكتورة "بوعيشة أمال" "جامعة بسكرة"، الدكتورة "بوراس هوارية"، الأستاذة شعبة عائشة، اللاتي لم يدخرن جهداً في مساعدتي. وأخيراً أشكر كل من أسدى لي نصحاً أو توجيهاً أو ساعدني في الحصول على مرجع أو معلومة من داخل الوطن أو خارجه ولم أتمكن من ذكر اسمه، وأرجو أن يثيب الله الجميع الثواب الأوفى ويجزيهم عني خير الجزاء.

آمنة موقار

الملخص:

تهدف الدراسة الحالية إلى تقديم برنامج علاجي معرفي سلوكي وذلك لعلاج اضطراب التبول اللاإرادي لدى عينة من الأطفال، وتكونت العينة من (08) أطفال من بينهم (05) ذكور و(03) إناث من الفئة العمرية (5-11) سنة وتم اختيار العينة بالطريقة القصدية، حيث تم الجمع بين كل من المنهج العيادي والمنهج شبه التجريبي، وقد استخدمت الباحثة الأدوات التالية:

- 1- بطاقة دراسة حالة.
- 2- المقابلة العيادية التشخيصية.
- 3- المقابلة العيادية التقييمية.
- 4- البرنامج العلاجي المعرفي - السلوكي.
- 5- جدول قياس التبول اللاإرادي.

وبعد المعالجة الإحصائية للمعطيات الكمية ببرنامج التحليل الإحصائي للعلوم الاجتماعية SPSS25، والتحليل الكيفي وتفسير معطيات المقابلات العيادية أسفرت أهم النتائج عن تحقق فرضيات الدراسة، حيث ثبتت فعالية البرنامج العلاجي في اختفاء اضطراب التبول اللاإرادي لدى عينة البحث، كما لم تختلف فعالية البرنامج العلاجي باختلاف الجنس، إضافة إلى ذلك وجدنا أن فعالية البرنامج العلاجي تمتد إلى ما بعد مرحلة العلاج.

الكلمات المفتاحية: برنامج العلاج المعرفي السلوكي، التبول اللاإرادي، الأطفال، الفعالية.

Abstract:

The current study aims to provide a cognitive-behavioral therapy program to treat Énurésies disorder in a sample of children. The sample consisted of (08) children, including (05) males and (03) females of the age group (5-11) years. The sample was chosen by the intentional sampling, where both the clinical and the quasi-experimental method were combined. The researcher used the following tools:

- 1- Case Study Form.
- 2- Diagnostic Clinical Interview.
- 3- Evaluation Clinical Interview.
- 4- Cognitive-Behavioral Therapy Program.
- 5- Nocturnal Enuresis Measurement Table.

After using the statistical bag for processing the data SPSS25, as well as qualitative analysis and interpretation of the data of the clinical interviews, The main results of this study are: the realization of the study's hypotheses, as the effectiveness of the therapy program was proven in eliminating Énurésies disorder among the research sample, and the effectiveness of the therapy program did not differ due to gender variable. In addition, we found that the effectiveness of the therapy program extends beyond the therapeutic stage.

Key Words: Cognitive Behavioral Therapy Program, Énuresis, Children, Effectiveness.

Résumé:

La présente étude vise à fournir un programme de thérapie cognitivo-comportemental pour traiter l'énurésie chez un échantillon d'enfants. L'échantillon était composé de (08) enfants, dont (05) male et (03) femelle du groupe d'âge (5 -11) ans. L'échantillon a été choisi par la méthode intentionnelle, où la méthode clinique et la méthode quasi expérimentale ont été combinées. Le chercheur a utilisé les outils suivants :

- 1- Formulaire D'étude De Cas.
- 2- Entretien Clinique De Diagnostic.
- 3- Entretien Clinique D'évaluation.
- 4- Programme De Thérapie Cognitivo-Comportemental.
- 5- Tableau De Mesure De L'énurésie.

Après le traitement statistique des données quantitatives à l'aide du Programme d'analyse statistique des sciences sociales Spss25, ainsi que l'analyse qualitative et l'interprétation des données des entretiens cliniques, Les principaux résultats de cette étude sont : la réalisation des hypothèses de l'étude, tant l'efficacité du programme de thérapie a été prouvé dans l'élimination de l'énurésies parmi l'échantillon de recherche, et l'efficacité du programme de thérapie ne différait pas en raison de la variable de sexe. De plus, nous avons constaté que l'efficacité du programme de thérapie s'étend au-delà de l'étape de thérapie.

Mots Clés : Programme De Thérapie Cognitivo-Comportementale, Énurésies, Enfants, Efficacité.

فهرس المحتويات

الصفحة	العنوان
01	الإهداء
02	شكر وعرهان
03	ملخص الدراسة
06	فهرس المحتويات
09	فهرس الجداول
09	فهرس المخططات والأشكال
10	فهرس الملاحق
11	مقدمة
الجانب النظري	
الفصل الأول: الإطار المنهجي للدراسة	
16	تمهيد
16	1. إشكالية الدراسة
20	2. فرضيات الدراسة
21	3. أهداف الدراسة
21	4. أهمية الدراسة
22	5. الضبط الإجرائي لمفاهيم للدراسة
23	6. الدراسات السابقة
32	7. موقع الدراسة الحالية من الدراسات السابقة
33	خلاصة الفصل
الفصل الثاني: الأسس النظرية والمعرفية للدراسة	
35	تمهيد
35	أولاً: إضطراب التبول اللاإرادي
35	1. تعريف إضطراب التبول اللاإرادي
37	2. الأشكال العيادية لإضطراب التبول اللاإرادي
39	3. معايير تشخيص إضطراب التبول اللاإرادي

40	4. النظريات المفسرة لإضطراب التبول اللاإرادي
42	5. اسباب إضطراب التبول اللاإرادي
48	6. المشكلات النفسية المصاحبة لإضطراب التبول اللاإرادي
50	7. علاج إضطراب التبول اللاإرادي
54	ثانيا: العلاج المعرفي السلوكي
55	1. مفهوم العلاج المعرفي السلوكي
58	2. اتجاهات العلاج المعرفي السلوكي
64	3. مبادئ العلاج المعرفي السلوكي
65	4. خصائص العلاج المعرفي السلوكي
68	5. أهداف العلاج المعرفي السلوكي
69	6. فعالية العلاجات المعرفية السلوكية
70	7. فنيات العلاج المعرفي السلوكي
75	خلاصة الفصل
الجانب التطبيقي	
الفصل الثالث: إجراءات الدراسة الميدانية	
78	تمهيد
78	1. إجراءات التطبيق الميداني
80	2. منهج الدراسة
81	3. متغيرات الدراسة
82	4. عينة الدراسة
84	5. مجالات الدراسة
85	6. أدوات جمع البيانات
110	7. أساليب تحليل البيانات
111	خلاصة الفصل
الفصل الرابع: عرض ومناقشة نتائج الدراسة	
113	تمهيد
113	أولاً: عرض ومناقشة نتائج المقابلات العيادية
113	1. عرض وتحليل الحالة العيادية الأولى

125	2. عرض وتحليل الحالة العيادية الثانية
135	3. عرض الحالة العيادية الثالثة
140	4. عرض الحالة العيادية الرابعة
144	5. عرض الحالة العيادية الخامسة
147	6. عرض الحالة العيادية السادسة
150	7. عرض الحالة العيادية السابعة
153	8. عرض الحالة العيادية الثامنة
156	9. مناقشة وتفسير معطيات المقابلات العيادية
163	ثانياً: عرض ومناقشة نتائج القياس التجريبي
163	1. عرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية الأولى
171	2. عرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثانية
173	2. عرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثالثة
177	خلاصة الفصل
178	خاتمة
182	قائمة المصادر والمراجع
188	قائمة الملاحق

فهرس الجداول

الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
83	جنس عينة الدراسة	01
83	التوزيع العمري لعينة الدراسة	02
110	أسماء السادة المحكمين للبرنامج العلاجي	03
163	عدد مرات التبول اللاإرادي الليلي لكل طفل خلال مراحل التجربة الثلاثة (قبل العلاج، في مرحلة العلاج، وفي مرحلة المتابعة)	04
170	نتائج إختبار "ت" للفروق في القياس القبلي والبعدي للعينة	05
171	نتائج إختبار "ت" لعينتين مستقلتين للفروق بين متوسطات الذكور والإناث	06
173	نتائج إختبار "ت" للفروق ما بين متوسطات مرحلة العلاج ومرحلة المتابعة للعينة	07

فهرس المخططات والأشكال

الصفحة	عنوان الشكل	رقم الشكل
59	نموذج العلاج المعرفي السلوكي	1
164	عدد مرات تبول الطفل رقم 1 خلال مراحل القياس التجريبي	2
165	عدد مرات تبول الطفل رقم 2 خلال مراحل القياس التجريبي	3
165	عدد مرات تبول الطفل رقم 3 خلال مراحل القياس التجريبي	4
166	عدد مرات تبول الطفل رقم 4 خلال مراحل القياس التجريبي	5
167	عدد مرات تبول الطفل رقم 5 خلال مراحل القياس التجريبي	6
167	عدد مرات تبول الطفل رقم 6 خلال مراحل القياس التجريبي	7
168	عدد مرات تبول الطفل رقم 7 خلال مراحل القياس التجريبي	8
169	عدد مرات تبول الطفل رقم 8 خلال مراحل القياس التجريبي	9

فهرس الملاحق

الصفحة	عنوان الملحق	رقم الملحق
189	إستمارة طلب تحكيم البرنامج العلاجي	01
190	بطاقة دراسة حالة	02
194	دليل المقابلة التشخيصية	03
195	دليل المقابلة التقييمية	04
196	برنامج العلاج المعرفي السلوكي للتبول اللاإرادي لدى الأطفال (5-11 سنة)	05
207	جدول تسجيل التبول اللاإرادي (الشمسية الأسبوعية)	06
213	مخرجات الـ SPSS25	07

تختلف مرحلة الطفولة المبكرة عن باقي مراحل العمر حيث تعتبر من أهم المراحل في حياة الفرد لأن الطفل في هذه المرحلة يكون قابلاً للتشكيل والتوجيه، وهي المرحلة الأهم في بناء شخصيته والإهتمام بطفل هذه المرحلة يتضمن الإهتمام بسلوكه، فالإضطرابات التي قد تصيبه تعد أمراً بالغ الأهمية حيث ترجع العديد من المشكلات التي تظهر عند الراشدين إلى مرحلة الطفولة لذلك فمن الضروري أن نتقهم طبيعة الطفل ونعدل من سلوكياته ونعالج أي اضطرابات قد تصيبه ونعمل على التخفيف منها والوقوف على أسبابها.

وقد جعلتنا الممارسة العيادية كمختصين في مجال علم النفس العيادي نلاحظ الإنتشار الملفت لإضطرابات الطفل وتفاقمها في السنوات الأخيرة، فتزداد الأولياء على العيادة النفسية لطلب الإستشارة والتدخل العلاجي هو أكثر ما يدل على الثقل الذي تفرضه هذه المشكلات في حياة الأسرة ككل، وتختلف مشكلات الطفل وإضطراباته إلا أننا لاحظنا أن هناك بعض المشكلات التي تظهر في الواجهة وذلك من حيث انتشارها الواسع داخل فئة الأطفال، من أهم هذه المشكلات نجد ما يعرف بإضطراب التبول اللاإرادي، وهو من الإضطرابات النفس-جسدية الذي حاز على إهتمام كبير من طرف العلماء والباحثين منذ سنوات مضت، وتأخذ الدراسة الحالية بالتبول اللاإرادي الليلي الوظيفي المنشأ، أي الذي يرجع لأسباب نفسية، فهو إضطراب نفسي مصنف له جدول عيادي ومعايير تشخيصية خاصة تميزه عن الإضطرابات الأخرى المشابهة له، حيث عملت الكثير من الدراسات النفسية على إظهار أهمية ودور العوامل النفسية في تشكل هذا الإضطراب وتبلوره خلافاً لما يركز عليه الكثير من الأطباء والذين يبالغون نوعاً ما في التأكيد على الجانب العضوي لحدوث التبول اللاإرادي مع إغفال العوامل النفسية، صحيح أن هذا الإضطراب يأخذ مظهر عضوي بحت إلا أننا يجب أن لا ننخدع بالمظهر بل يتطلب الأمر دائماً العودة إلى الأسباب والعوامل التي تختفي وراء الظاهرة ولا تظهر للعيان، فقد علمتنا العيادة النفسية أن

الأعراض تعبر عن ما هو مكبوت ومختفي، فالتوجهات العلمية الحديثة أصبحت تعمل على الأخذ بالكل أي تفسير الظواهر في إطارها الكلي (النفسي- العضوي- الإجتماعي) دون إغفال أي جانب من الجوانب، وقد عكف العديد من الباحثين على دراسة هذا الإضطراب ومحاولة معرفة أسبابه، أعراضه، إنتشاره، وتشخيصه بهدف الوصول إلى وضع وتصميم أدوات وطرق علاجية للتخفيف من أثاره على الحياة النفسية للطفل وللأسرة على حد سواء.

هذا ما تحاول دراستنا لفت الإنتباه إليه وهو إختبار أحد أهم وأنجع الطرق العلاجية المعتمدة حديثا ألا وهي البرامج العلاجية المعرفية السلوكية التي أثبتت مكانتها في علاج الكثير من إضطرابات ومشكلات مرحلة الطفولة.

من هنا جاءت هذه الدراسة محاولة الكشف عن مدى فعالية برنامج علاج معرفي سلوكي في علاج إضطراب التبول اللاإرادي لدى الأطفال وفقا للخطة الآتية السرد:

تم تقسيم الدراسة إلى جانبين أساسيين هما: الجانب النظري والجانب التطبيقي تضمن **الجانب النظري** فصلين هما:

❖ **الفصل الأول:** الموسوم بالإطار المنهجي للدراسة حيث يرصد إشكالية الدراسة وفرضياتها وكل من أهدافها وأهميتها إلى جانب ضبط المفاهيم الإجرائية الخاصة بالدراسة، نمر بعدها إلى تقديم لبعض الدراسات السابقة والتعقيب عليها، ليختتم الفصل بتوضيح حول موقع الدراسة الحالية من الدراسات السابقة.

❖ **الفصل الثاني:** تحت عنوان الأسس النظرية والمعرفية للدراسة ويضم محورين هما: **أولا: إضطراب التبول اللاإرادي:** وتم فيه تعريف التبول اللاإرادي وأشكاله العيادية والمعايير التشخيصية له، إضافة إلى النظريات التي فسرتة، مروراً بذكر أسبابه على إختلافها، ثم المشكلات المصاحبة له، لنختتم بتقديم لأهم علاجاته.

ثانياً: العلاج المعرفي السلوكي: انطلقنا من مفهومه ثم إتجاهاته، مبادئه، خصائصه وأهدافه، لنتوقف للحديث عن فعالية العلاجات المعرفية السلوكية، بعدها ختمنا الفصل بتناولنا لبعض فنيات العلاج المعرفي السلوكي.

الجانب التطبيقي: وشمل الإجراءات المنهجية والتحليل مع المناقشة، وقدم كما يلي:

❖ الفصل الثالث: وضع تحت عنوان إجراءات الدراسة الميدانية وضم إجراءات التطبيق الميداني، منهج الدراسة، متغيرات الدراسة، ثم العينة، مع تقديم لمجالات الدراسة مرورا بأدوات جمع البيانات التي تناولناها بالتفصيل، لنهني الفصل بذكر الأساليب التي أتبعنا في تحليل البيانات.

❖ الفصل الرابع: جاء بعنوان عرض ومناقشة نتائج الدراسة وهو مؤلف من عنصرين أساسيين، خصص الأول لعرض ومناقشة وتفسير نتائج المقابلات العيادية أما الثاني فخصص لعرض ومناقشة وتفسير نتائج القياس شبه التجريبي، لنصل في النهاية إلى وضع خلاصة تضمنت حوصلة لما تم التوصل إليه في هذه الدراسة.

لتختتم الدراسة بخاتمة جاءت بجملة من التوصيات والإقتراحات، وتأتي في الأخير قائمة المصادر والمراجع، ثم الملاحق.

الجانب النظري

الفصل الأول:

الإطار المنهجي للدراسة

1. إشكالية الدراسة
2. فرضيات الدراسة
3. أهداف الدراسة
4. أهمية الدراسة
5. الضبط الإجرائي لمفاهيم للدراسة
6. الدراسات السابقة
7. موقع الدراسة الحالية من الدراسات السابقة

تمهيد:

يأتي هذا الفصل ليوضح طرح الإشكال الذي تقوم عليه الدراسة متبوعا بالفرضيات ثم ذكر أهداف الدراسة وأهميتها بشكل مفصل، لنتوقف بعدها عند التعريف الإجرائي لمفاهيم الدراسة، ثم ننتهي بإدراج أهم الدراسات العربية والأجنبية التي لها علاقة وطيدة بموضوع دراستنا، نمر بعدها للتعقيب على هذه الدراسات، وأخيرا محاولة توضيح مكانة الدراسة الحالية من الدراسات التي سبقتها بتبيان الإضافة العلمية التي تسوقها في طياتها.

1. إشكالية الدراسة:

تختلف اضطرابات الطفولة من حيث طبيعتها ونسبة انتشارها ويعد اضطراب التبول اللاإرادي هو احد أكثر مشكلات الطفل التي تظهر في مراحل مبكرة والتي من شأنها أن تؤثر عليه بشكل خاص وعلى أسرته والمحيطين به بشكل عام، وهنا نشير إلى ما تقدمت به "ميموني" (2005) عندما تحدثت في احد كتبها عن انتشار التبول اللاإرادي بنسبة 10% عند الأطفال الأقل من سن 15 سنة، حيث أن 1% منهم من يستمرون في التبول إلى غاية سن الرشد، كما أن التبول شائع الظهور عند الذكور أكثر من الإناث، وهذا ما أكدته أيضا دراسة "عكاشة" (1976)، ودراسة (1981) "Kauffman" التي تؤكد على أن نسبة من يعانون من هذه المشكلة من الذكور هو ضعف النسبة عند الإناث (الزعبي، 2013، ص 111).

كما يشير (2012) "Kiddoo" إلى أن نسبة انتشار التبول اللاإرادي في أمريكا في الفئة العمرية (8-11) سنة بلغ عند الذكور 6% وعند الإناث 2%، ونسبة انتشاره لدى الذكور أعلى من الإناث، ويرجع الفشل في التحكم في التبول إلى عدم قدرة المثانة على الاحتفاظ بالبول وغياب الدعم والتدريب من الأسرة في تشكيل عادة الاستيقاظ الإرادي لدى الأبناء (Kiddoo, 2012, P 911).

هذا وتقل معدلات حالات التبول اللاإرادي بتقدم العمر، حيث ينتشر بنسبة 82% في سن العامين، وبنسبة 39% لسن ثلاث سنوات، و26% لأربع سنوات، و7% لخمس سنوات. وتختلف الشكوى من التبول اللاإرادي وفقا لاختلاف المستويات الاجتماعية والثقافية والاقتصادية وطبقا لأساليب التدريب على الإخراج ومدى رفض أو قبول الاضطراب (عسكر، 2005، ص 75).

وفي دراسة إحصائية لـ "حداش" لتقصي نسبة الأطفال الذين يعانون من التبول اللاإرادي الليلي في الجزائر شملت العينة على 463 طفلا منهم 225 إناث و23 ذكور في المرحلة العمرية (9-11 سنة) في خمسة مدارس ابتدائية وباستخدام المقابلة العيادية توصلت الدراسة إلى وجود 71 حالة تعاني من التبول اللاإرادي الليلي (34 إناث و37 ذكور) وهو ما تقدر نسبته بـ 15.33% (15.11% للإناث و15.55% للذكور) وهي نسبة عالية جدا (حداش، 2014، ص 61).

فالتبول اللاإرادي هو مشكلة إنمائية حيث يكون طبيعيا في مرحلة عمرية محددة ويصبح مشكلة تحتاج للتدخل والعلاج بعد بلوغ الطفل العمر الذي يتحقق فيه ضبط التبول لدى معظم الأطفال والذي يفترض فيه تطور القدرة على التحكم في عملية التبول والسيطرة على المثانة (الخطيب، 1992، ص 88).

بالرغم من أن أكثر الأطفال قادرين على التحكم في الإخراج بدون صعوبات إلا أن اكتساب القدرة على ضبط التبول قد يتأخر أحيانا، وفي مثل هذه الحالات قد يستمر الطفل في تبليل ثيابه حتى بعد السن التي يكون فيها قد اكتسب قدرته على ضبط التبول (عبد الله، 2009، ص 285).

فمشكلة تبليل الطفل لفرشه ليست سوى جزء بسيط من مشكلة التبول اللاإرادي، لأن الخبرات الانفعالية السيئة التي يمكن أن تصاحب التبول في الفراش ليست سهلة الإصلاح مثل إصلاح الملاءات والفرش المبلل، إن حالة الطفل ومشكلته هذه بالرغم من أنها لا تهدد

حياته أبداً إلا أنها تخلق دائماً بعض الضغوط النفسية والعاطفية داخل أسرة الطفل المتبول فإنطلاقاً من سن السادسة أو السابعة تبدأ التكلفة الاجتماعية لسلس البول في الارتفاع ولأنه يعد بمثابة الوصمة في مجتمعنا يمكن أن يكون تأثيره العاطفي هائلاً فهؤلاء الأطفال يتعرضون للعقاب والإساءة، ومعظمهم يعاني من انخفاض في تقدير الذات، والشعور بالذنب، إضافة إلى مشاعر الفشل والإخفاق (Robert, 2006, P 9).

وعليه يعامل التبول اللاإرادي على أنه مشكلة بسبب التلويث الذي يحصل للثياب والفرش وبسبب الرائحة الكريهة التي يتأذى منها إخوة الطفل ووالديه، والأهم من ذلك ما يشعر به الطفل من حرج ومن انكسار وما يشعر به من ضعف الثقة بالنفس، ويمكن لهذه المشكلة أن تترك في شخصية الطفل جرحاً غائراً، ولاسيما إذا عرف زملائه في المدرسة أو عرف أصدقائه وأقربائه، ولهذا فلا بد من العمل على معالجة هذه المشكلة بالحكمة والوعي (بكار، 2010، ص 126).

في هذا السياق أشارت دراسة "زيور" (1989) إلى أن الطفل الذي يعاني من اضطرابات التبول اللاإرادي يميل إلى العدوانية اتجاه أسرته كتعبير لا شعوري، كما يميل إلى الاعتماد على الآخرين من أفراد أسرته، بالإضافة إلى ذلك يوجد لديه اتجاه سالب نحو اضطرابه الذي يعاني منه بسبب تعرضه للعقاب (جرادة، 2012، ص 111). كما أثبتت دراسة (Butler & Heron 2008) أن الأطفال بعمر التاسعة مع اضطراب التبول اللاإرادي يعانون من الشعور بالذنب، الخجل، الخزي وتجنب الأنشطة الاجتماعية (McKenzie, 2013, P19).

فخجل الطفل من مشكلته مع التبول التي من المفروض أنه وصل إلى سن يكون فيها قادراً على التحكم في مثانته سيجعله يعيش نوع من الضغط النفسي والتوتر وكذا القلق، ويكون شديد الغضب، إضافة إلى الانعزال والابتعاد عن العلاقات الاجتماعية خاصة إذا ما واجه ردود فعل سلبية من طرف محيطه الذي لا يتفهم مشكلته، ولهذا توجب الاهتمام

بهذه المرحلة بشكل خاص، وتوفير المحيط الصحي للطفل، فلا يمكننا أن نتطلع إلى طفولة سليمة إلا بتحقيق الصحة النفسية (Kaplan,1988, P 3).

ففي علم نفس الطفل تعطى أهمية للتاريخ العضوي النفسي والعائلي لكن الحاضر له دور في ظهور الاضطرابات، إذا كانت الصراعات اللاشعورية هامة فالصراعات اليومية والظروف الوجدانية والانفعالية التي يعيشها الطفل تؤثر على صحته النفسية، لا ننسى أن الطفل في تطور وكل اضطراب ممكن أن يعرقل مستقبله، فدور النفسي العيادي ليس فقط دور علاجي بل هو أيضا وقائي وتربوي ويمكن لبعض التوجيهات التربوية والصحية للمحيط العائلي والتربوي أن تكفي لتصليح الجو وزوال الاضطرابات في كثير من الحالات، وفهم الطفل يتطلب معرفة النمو وعوامله (ميموني، 2005، ص 43).

حيث أكدت الدراسات التالية: (Ertan,P. et al. 2008) و (Christensen. W. 2013) و (Egemen. A. 2007) أنه في حالة ما تم التكفل بهذه المشكلة السلوكية فإن الطفل أو المراهق سيكتسب ثقة في نفسه ويزداد تقديره لذاته، بالإضافة إلى تحسن التواصل الاجتماعي داخل الأسرة (زرزوق، برزوان، 2017، ص 113)

من هنا تظهر الحاجة إلى إتباع منهج علاجي فعال يساعد هؤلاء الأطفال المتبولين وأسرهم في التعامل مع هذا المشكل السلوكي، وفي هذا الإطار تعد التدخلات العلاجية المعرفية السلوكية من أحدث الطرق المعتمدة في التخفيف من المشكلات السلوكية وعلاجها. ففي السنوات الأخيرة حدث امتزاج بين العلاجين المعرفي والسلوكي، وقد حدث هذا الجمع بينهما في برامج علاجية واحدة، لأنه على كلا الجانبين أدرك المعالجون السلوكيون من جهة أهمية المعارف والمدرجات والتفكير والمعتقدات والمخططات المعرفية في تشكل الإصابة بعدد كبير من الاضطرابات النفسية والعقلية والنفس جسمية، وعلى الجانب الآخر وجد المعالجون المعرفيون أهمية ترجمة التغيرات المعرفية إلى تغيرات سلوكية ونتج عن هذا ما يسمى بالعلاج المعرفي السلوكي (جرادة، 2012، ص 155).

فبالنسبة لإضطراب التبول اللاإرادي - موضوع الدراسة- يبدو أن العلاجات المعرفية السلوكية قد برهنت على نجاعتها نظرا لانعكاسها بشكل ايجابي على حياة الطفل وأسرته، وفي هذا الصدد نذكر دراسة كل من "بلال شريفة" و"ميزاب ناصر" (2018) والتي عملت على القراءة التحليلية لبعض الدراسات التي تناولت طرق التدخل العلاجي للحد من التبول الليلي اللاإرادي الأولي لدى الأطفال، حيث انتهت في الأخير إلى تركية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي على انه البرنامج العلاجي الأنسب للحد من هذا الاضطراب نظرا لأهميته ولما يشمل من تقنيات علاجية متعددة تجمع بين العلاجات المعرفية والسلوكية معا، وهذا الدمج الإبداعي في هذه التقنيات المختلفة قد ثبتت فعاليته في اكتساب الطفل للنظافة وعلاج العديد من المشكلات المصاحبة له (بلال، ميزاب، 2018، ص 93).

إنطلاقا من ما سبق تتضح لنا أهمية التدخل العلاجي من خلال بناء برنامج علاجي معرفي سلوكي يتطابق مع طبيعة المجتمع الجزائري يكون موجه لعلاج التبول اللاإرادي عند الأطفال والتخفيف منه، وربما هذا ما يدفعنا إلى طرح التساؤلات التالية:

✓ ما مدى فعالية برنامج العلاج المعرفي السلوكي المقترح في علاج التبول اللاإرادي لدى الأطفال؟

✓ هل تختلف استجابة الأطفال المصابين باضطراب التبول اللاإرادي للبرنامج العلاجي المقترح باختلاف الجنس؟

✓ هل تستمر فعالية البرنامج العلاجي إلى ما بعد انتهاء فترة العلاج؟

2. فرضيات الدراسة:

✓ يعد برنامج العلاج المعرفي السلوكي المقترح فعال في التخفيف من أعراض التبول اللاإرادي وعلاجه لدى الأطفال.

✓ لا تختلف استجابة الأطفال للبرنامج العلاجي المقترح باختلاف الجنس.

✓ يظهر البرنامج العلاجي فعالية تستمر إلى ما بعد انتهاء فترة العلاج.

3. أهداف الدراسة:

- ✓ مدى فعالية برنامج العلاج المعرفي السلوكي المقترح في التخفيف من أعراض التبول اللاإرادي وعلاجه لدى الأطفال.
- ✓ اظهار عدم وجود اختلاف ما بين الذكور والإناث فيما يخص استجاباتهم للبرنامج العلاجي المقترح
- ✓ مدى إستمرار فعالية البرنامج العلاجي إلى ما بعد إنتهاء مرحلة العلاج.

4. أهمية الدراسة:

4. 1. الأهمية العلمية:

إلقاء الضوء على التبول اللاإرادي بالتركيز على منشأه ومظهره النفسي على اعتبار انه احد الاضطرابات التي كثيرا ما يتعامل معها الأولياء والآباء على أنها اضطرابات عضوية بحتة تتطلب العلاج الطبي أو الدوائي مع إغفال العوامل النفسية الاجتماعية في تشكل وتطور هذا الاضطراب.

4. 2. الأهمية العملية:

✓ تصميم اداة نوعية من خلال تصميم نموذج لعلاج معرفي سلوكي للتبول اللاإرادي لدى الأطفال والذي سيصبح مستقبلا بمثابة أداة عيادية للعلاج توضع تحت تصرف المختصين في مجال علم النفس وخاصة الممارسين منهم.

✓ إن دراستنا لاضطراب التبول اللاإرادي من خلال اقتراح نموذج علاجي من شأنه أن يسهم بشكل غير مباشر في تحسين المعاش النفسي لدى الطفل الذي يعاني من هذا الاضطراب وذلك من خلال الانعكاسات الايجابية للبرنامج العلاجي أين يكون اضطراب التبول اللاإرادي أحيانا سببا في ظهور اضطرابات نفسية أخرى لدى الطفل مثل اضطرابات النوم، اضطرابات الكلام، بالإضافة إلى بعض المشكلات النفسية كالخجل أو الانطواء وحتى العزلة... الخ، طبعاً دون أن نغفل ما يمكن أن يحققه البرنامج العلاجي

من تأثير في توجهات الآباء نحو هذا الاضطراب وبالتالي تغيير نظرتهم لأطفالهم وحتى التخفيف من معاناتهم اتجاه أبنائهم.

✓ لفت انتباه كل من الآباء وكذا المختصين في مجال الصحة إلى إمكانية علاج هذا الاضطراب أو التخفيف من حدته وذلك بالاعتماد على خطط علاجية ذات خلفية نظرية نفسية بحتة.

✓ تنمية الإتجاه الايجابي للآباء تجاه اضطراب التبول اللاإرادي والتدريب على مهارات جديدة للتعامل معه.

✓ إن التدخل العلاجي في هذه الدراسة من شأنه أن يساعد إلى حد كبير على إعادة التوازن النفسي والاجتماعي للأطفال وأسرهم وحتى الوقاية من ظهور اضطرابات نفسية أخرى.

✓ بداية التفكير في بناء أدوات للقياس والعلاج وعدم الاكتفاء بما وجد من أدوات وذلك من باب تنمية مهارات الباحث (القياس، التشخيص، العلاج، التنبؤ... الخ).

5. الضبط الإجرائي لمفاهيم الدراسة:

5.1. البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي: ويتمثل في مجموع الإجراءات والفنيات العلاجية التي تم توظيفها في الجلسات العلاجية وتم تصميمه من طرف الباحثة طبعا انطلاقا من مبادئ ونظريات علم النفس المعرفي السلوكي لعلاج اضطراب التبول اللاإرادي أو التخفيف من أعراضه.

5.2. التبول اللاإرادي: هو الاضطراب الوظيفي أحادي العرض ويتمثل في عدم قدرة الطفل على ضبط عملية التبول أثناء نومه ليلا وذلك بحدوث تسرب للبول في الفراش بطريقة لاإرادية مرتين على الأقل في الأسبوع وذلك لمدة تتجاوز الثلاث أشهر، عند أطفال المرحلة العمرية المحصورة ما بين 5 إلى 11 سنة.

5.3. الفاعلية: يقصد بها في هذه الدراسة مدى قدرة البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي على تمكين الطفل من إنجاز 14 ليلة جافة متتالية (Butler, 1991, P 270). بعد تطبيق البرنامج العلاجي.

6. الدراسات السابقة:

تعتبر الدراسات السابقة عنصر مهم في التأصيل النظري للبحث وتكمن الفائدة منها فيما توفره للباحث من خلفية علمية تشكل بدورها مدخل نظري وامبريقي يساعده في معالجة المشكلة المدروسة بأوسع معرفة ويقدم له الأساس الذي يبرهن به على أهمية دراسته، وتزوده بالمعلومات حول متغيرات دراسته وتعرفه بمصادرها، كما تحدد له التصميم المنهجي الملائم من حيث تعريفه بالإجراءات والأدوات المنهجية التي يمكن أن تتلاءم ومشكلة بحثه، وتجعله في غنى عن الأخطاء التي وقع فيها غيره من الباحثين وتساعد في تكوين نظرة حول الجانب الإجرائي واختيار مجالات الدراسة، كما تسهل عليه عملية تفسير النتائج التي يصل إليها من خلال تعريفه بأساليب التحليل، وإثراء تلك النتائج من خلال مناقشتها مع ما توصلت إليه هذه الدراسات من نتائج مما يمكنه من الوصول ببحثه إلى المستوى العلمي المطلوب، وقد وقع اختيارنا على بعض الدراسات فقط ذات الصلة المباشرة بموضوع الدراسة الحالية سواء كانت على المستوى المحلي أو على المستوى العربي والغربي، وفي ما يلي عرض لتلك الدراسات:

1.6. الدراسات العربية:

1.1.6. دراسة "زموري" (2002) الجزائر:

- عنوان الدراسة: اقتراح برنامج علاجي سلوكي معرفي مكثف شامل لحل مشكل التبول اللاإرادي الليلي.
- هدف الدراسة: تهدف إلى معرفة فعالية اقتراح برنامج علاجي سلوكي معرفي مكثف شامل لحل مشكل التبول اللاإرادي الليلي في الجزائر.

- **عينة الدراسة:** تكونت عينة الدراسة من (09) ذكور و(08) إناث يعانون من التبول اللاإرادي الليلي، تراوحت أعمارهم بين (4 سنوات إلى 13 سنة).
- **أدوات الدراسة:** تكونت من المقابلة العيادية، والعقد العلاجي.
- **نتائج الدراسة:** كان البرنامج المجرب عوناً للأطفال المتبولين في التخلص من مشكلتهم أي اكتساب النظافة (التحكم في عملية الإفراز البولي وإمكانية الاستيقاظ التلقائي) (زموري، 2002، ص 75-76).

2.1.6. دراسة "العصافرة" (2008) فلسطين:

- **عنوان الدراسة:** علاج التبول اللاإرادي بالعلاج السلوكي المعرفي.
- **هدف الدراسة:** التعرف على مدى فعالية العلاج السلوكي المعرفي في علاج التبول اللاإرادي والكشف عن الفروق الدالة إحصائياً بين الجنسين من الأطفال، بالإضافة إلى التعرف على علاقة العلاج والتحسين في مشكلة التبول اللاإرادي لدى الأطفال في تخفيف حدة الانعكاسات النفسية المصاحبة لهذه المشكلة والمتمثلة في التقدير السلبي للذات والقلق.
- **عينة الدراسة:** تكونت عينة الدراسة من (47 حالة).
- **أدوات الدراسة:** تكونت أدوات الدراسة من استمارة تاريخ الحالة، المقابلة العيادية، الملاحظة السلوكية المباشرة، المراقبة الذاتية، اختبار "القلق الظاهر للأطفال"، اختبار "كوبر سميث".
- **نتائج الدراسة:** إن تطبيق برنامج العلاج السلوكي المعرفي على الأطفال المتبولين لاإرادياً أدى إلى علاجهم وإكسابهم سلوك النظافة مما يدل على فعاليته العالية، كما حدث انتكاس لحالتين اثنتين فقط من الفئة العمرية الأولى من الذكور (تبول لاإرادي أولي) (بلال، ميزاب، 2018، ص84)

3.1.6. دراسة "زغريني" (2013) سوريا:

- **عنوان الدراسة:** فاعلية برنامج قائم على بعض فنيات العلاج السلوكي في علاج التبول اللاإرادي لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية المتوسطة.
- **هدف الدراسة:** التعرف على مدى فاعلية برنامج قائم على بعض فنيات العلاج السلوكي في معالجة التبول اللاإرادي لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية المتوسطة وإكسابهم مهارات التبول في الحمام.
- **عينة الدراسة:** تكونت العينة من ثمانية أطفال ذوي الإعاقة العقلية المتوسطة والذين تتراوح أعمارهم بين (5- 12 سنة).
- **أدوات الدراسة:** برنامج قائم على بعض فنيات العلاج السلوكي، قائمة ملاحظة التبول اللاإرادي لقياس معدل تكرار التبول اللاإرادي، قائمة ملاحظة مهارات التبول في الحمام لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية المتوسطة.
- **نتائج الدراسة:** أشارت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة الضابطة والتجريبية لصالح المجموعة التجريبية على قائمة ملاحظة التبول اللاإرادي واستمرار انخفاض التبول اللاإرادي في التطبيق البعدي التتبعي، كما أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة الضابطة والتجريبية لصالح المجموعة التجريبية على قائمة مهارات دخول الحمام (عبد السلام، 2015، ص 45).

4.1.6. دراسة "حداش" (2014) الجزائر:

- **عنوان الدراسة:** فعالية برنامج علاجي لعلاج التبول اللاإرادي الليلي ومصاحباته النفسية لدى الأطفال وفق المنظور التوفيقي التكاملي.
- **هدف الدراسة:** التعرف على فعالية برنامج علاجي لعلاج التبول اللاإرادي الليلي الأولي ومصاحباته النفسية (القلق ومفهوم الذات) لدى أطفال المرحلة المتأخرة من منظور انتقائي إدماجي.

- **عينة الدراسة:** اشتملت عينة الدراسة التجريبية على (10 أطفال) يعانون من التبول الليلي اللاإرادي الأولي (6 ذكور و 4 إناث) تراوحت أعمارهم ما بين (9- 10 سنوات).
- **أدوات الدراسة:** تم بناء البرنامج العلاجي وفق التناول الانتقائي الإدماجي، استمارة التبول اللاإرادي، مقياس القلق ومقياس مفهوم تقدير الذات للأطفال.
- **نتائج الدراسة:** أهم نتيجة توصلت إليها الدراسة هي الأثر الإيجابي للبرنامج العلاجي الذي يرجع لتعدد الفنيات العلاجية التي تم استخدامها في ظل منظومة علاجية متكاملة ومترابطة (حداش، 2014، ص 57).

5.1.6. دراسة "عبد السلام" (2015) سوريا:

- **عنوان الدراسة:** فاعلية برنامج سلوكي لمعالجة اضطراب التبول اللاإرادي.
- **هدف الدراسة:** تصميم ومعرفة مدى فاعلية برنامج سلوكي لمعالجة اضطراب التبول اللاإرادي.
- **عينة الدراسة:** تكونت عينة الدراسة من (22 طفل) من كلا الجنسين تتراوح أعمارهم من (8- 12 سنة).
- **أدوات الدراسة:** المحكات التشخيصية لأعراض التبول اللاإرادي، المقابلة العيادية، قائمة ملاحظة التبول اللاإرادي لمعرفة معدل تكرار التبول اللاإرادي خلال أسبوعين من إعداد الباحثة، بطاقة دراسة حالة، مجموعة من الاستمارات الخاصة بالعلاج السلوكي، البرنامج العلاجي السلوكي من إعداد الباحثة ويتكون من مجموعة من فنيات العلاج السلوكي.
- **نتائج الدراسة:** توجد فروق ذات دلالة إحصائية في معدل حدوث سلوك التبول اللاإرادي بين أفراد المجموعة التجريبية على قائمة ملاحظة التبول اللاإرادي قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي لصالح التطبيق البعدي، كما لا توجد فروق ذات دلالة

إحصائية في معدل حدوث سلوك التبول اللاإرادي بين أفراد المجموعة التجريبية على قائمة ملاحظة التبول اللاإرادي بعد تطبيق البرنامج العلاجي وفقاً لمتغير الجنس وأخيراً أشارت النتائج أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في معدل حدوث سلوك التبول اللاإرادي بين أفراد المجموعة التجريبية على قائمة ملاحظة التبول اللاإرادي بين القياس البعدي وقياس المتابعة (عبد السلام، 2015، ص 203-206).

6.1.6. دراسة "العيساوي" (2016) العراق:

- عنوان الدراسة: أثر برنامج إرشادي في معالجة حالة التبول اللاإرادي عند الأطفال.
- هدف الدراسة: بناء برنامج إرشادي للمساعدة في تخفيف من مشكلة التبول اللاإرادي.
- عينة الدراسة: دراسة حالة مرضية.
- أدوات الدراسة: بناء برنامج إرشادي سلوكي يحتوي على مجموعة من الفنيات السلوكية.
- نتائج الدراسة: أظهر تطبيق البرنامج نتائج إيجابية على حالة الطفل الصحية (العيساوي، 2016، ص 284).

7.1.6. دراسة "الشعراوي" (دون سنة) مصر:

- عنوان الدراسة: كفاءة العلاج المعرفي - السلوكي للتبول اللاإرادي لدى عينة من الأطفال والمراهقين البوالين "دراسة تجريبية".
- هدف الدراسة: إرساء تعلم الحالات على الاحتفاظ بالبول وإراقته بالحمام ليلاً، زيادة السعة الوظيفية للمثانة للاحتفاظ بالبول نهاراً، إرساء تعلم الاستيقاظ ليلاً لاعتماد الحالات على أنفسهم مما يرفع من الضبط الداخلي للحالات وراحة الأهل والتخلص من المشكلة.

- **عينة الدراسة:** تكونت عينة الدراسة من (11) من الأطفال والمراهقين البوالين في مراحل التعليم المختلفة (ابتدائي - إعدادي - ثانوي).
- **أدوات الدراسة:** مقابلة التخطيط للعلاج المعرفي السلوكي لحالات التبول، السجل اليومي لتقييم الحالة وتحديد المكاسب والخسارة، استمارة المساندة الأسرية، البرنامج المعرفي - السلوكي.
- **نتائج الدراسة:** أثبتت الدراسة كفاءة العلاج المعرفي - السلوكي في التخلص نهائياً من اضطراب التبول اللاإرادي ذي المنشأ الوظيفي لدى الأطفال والمراهقين بعد خضوعهم للعلاج وخلال فترة المتابعة التي استمرت اثني عشر شهراً، وتمثلت النتائج الإيجابية للبرنامج في تشكيل سلوك الاستيقاظ ليلاً بدون مساعدة وزيادة السعة الوظيفية للمثانة نهائياً وكذلك الدافعية المرتفعة للحالات وأسرههم وحرصهم على الالتزام بتنفيذ البرنامج العلاجي (الشعراوي، دس، ص 1).

6. 2. الدراسات الغربية:

1.2.6. دراسة "Peratner & al" (2004) أمريكا:

- **عنوان الدراسة:** العلاج السلوكي للتبول اللاإرادي الليلي الأولي.
- **هدف الدراسة:** الكشف عن فعالية العلاج السلوكي للتبول اللاإرادي الليلي الأولي.
- **عينة الدراسة:** بلغ عدد أفراد العينة (250) طفل (159) من الذكور و(91) من الإناث تراوحت أعمارهم ما بين (5- 7 سنوات)، يعانون من التبول اللاإرادي الليلي الأولي.
- **أدوات الدراسة:** تاريخ الحالة بشكل مفصل، تطبيق تمارين تدريب المثانة، تسجيل اليوميات، التدريب على التعرف على امتلاء المثانة وزيادة تواتر التبول.
- **نتائج الدراسة:** أثبت الباحثون فعالية العلاج السلوكي
(Peratner, 2004, P 408).

2.2.6. دراسة "Pereira & al" (2010) البرازيل:

- عنوان الدراسة: المعالجة السلوكية بجرس الإنذار للتبول اللاإرادي الليلي.
- هدف الدراسة: التحقق من كفاءة معالجة جرس الإنذار لدى الأطفال والمراهقين المتبولين لإراديا والربط بين نجاح العملية والعمر ونوع الدعم الإكلينيكي.
- عينة الدراسة: تكونت العينة من (84 طفل ومراهق) تتراوح أعمارهم بين (6- 18 سنة).
- أدوات الدراسة: برنامج علاجي سلوكي يستخدم جرس الإنذار، برنامج دعم نفسي لأسر الأطفال والمراهقين.
- نتائج الدراسة: المعالجة بجرس الإنذار فعالة للعينة (بغض النظر عن العمر ونوع الدعم) (بلال، ميزاب، 2018، ص 81).

3.2.6. دراسة "Fera & al" (2011) البرازيل:

- عنوان الدراسة: الديسموبريسين (Desmopressine) مقابل التعديل السلوكي كمعالجة أولية للتبول اللاإرادي الليلي الأساسي.
- هدف الدراسة: مقارنة فعالية العلاج الدوائي "الديسموبريسين" (Desmopressine) بالتدخل السلوكي كمعالجة أولية للتبول اللاإرادي الليلي الأساسي.
- عينة الدراسة: تكونت من (30 طفل) تتراوح أعمارهم ما بين (7- 12 سنة).
- أدوات الدراسة: كانت عبارة عن تقرير من طرف الوالدين عن معدل تكرار التبول اللاإرادي الليلي الأساسي، برنامج العلاج الدوائي، برنامج العلاج السلوكي.
- نتائج الدراسة: أشارت النتائج إلى تساوي فاعلية العلاج الطبي مع التدخلات السلوكية (Fera, 2011, P 286).

4.2.6. دراسة "Mckenzy" (2013) نيوزيلندا:

- **عنوان الدراسة:** فعالية تدريب الاحتفاظ وجرس الإنذار للتبول اللاإرادي الليلي الأساسي وتأثير العزو على النتائج العلاجية.
- **هدف الدراسة:** فعالية تدريب الاحتفاظ وجرس الإنذار إذا كان ضروري كعلاج للتبول اللاإرادي الليلي الأساسي واكتشاف عزو الأطفال لطريقة العلاج المستخدمة على النتيجة العلاجية.
- **عينة الدراسة:** تكونت العينة من (5) أطفال (4) ذكور وأنثى واحدة، حيث تراوحت أعمارهم ما بين (8 - 12 سنة).
- **أدوات الدراسة:** تكونت من استمارة من تصميم الطفل تضم معدل تكرار التبول اللاإرادي الليلي الأساسي، قياس ساعة المئانة الوظيفي، برنامج تدريب الاحتفاظ، برنامج جرس الإنذار، مقابلة خاصة بعزو النتيجة العلاجية (مع بداية وخلال، وعند نهاية العلاج).
- **نتائج الدراسة:** أظهرت النتائج فعالية تدريب الاحتفاظ في معالجة التبول اللاإرادي الليلي الأساسي وفعالية جرس الإنذار في معالجة التبول اللاإرادي الليلي الأساسي عند (3 أطفال) (McKenzie, 2013, P 66-67).

5.2.6. دراسة "Erol & al" (2016) تركيا:

- **عنوان الدراسة:** العلاج التحفيزي لدى الأطفال الذين يعانون من التبول اللاإرادي الليلي الأولي أحادي العرض.
- **هدف الدراسة:** هدفت إلى تقييم معدل نجاح العلاج السلوكي البسيط.
- **عينة الدراسة:** مجموعة من الأطفال الذين يعانون من التبول اللاإرادي الليلي الأولي أحادي العرض تتراوح أعمارهم ما بين (6 - 8 سنوات).
- **أدوات الدراسة:** تطبيق استبيانات على الأطفال وعائلاتهم، وتطبيق العلاج التحفيزي.

▪ **نتائج الدراسة:** أثبتت الدراسة فعالية العلاج التحفيزي في علاج التبول اللاإرادي الليلي الأولي أحادي العرض (Erol, 2016, P 7).

3.6. التعليق على الدراسات السابقة:

1.3.6. من ناحية العينة: كانت أغلبية عينات الدراسات ممثلة في حالات عيادية والتي تتردد على العيادات قصد علاج مشكل التبول اللاإرادي، كما نلاحظ أن أعمار عينات الدراسات تراوحت ما بين (5 - 13) سنة، فيما عدا دراسة "زموري" (2002) التي شملت أطفال في سن 4 سنوات والذي ربما حسب المعيار الارتقائي للمشكلة لا يتم تصنيفهم على أن لديهم اضطراب التبول اللاإرادي، أما دراستي "العصافرة" (2008) ودراسة "Pereira & al" (2010) " فتضمنت مراهقين في سن (18) سنة. ولم يتم ذكر أعمار العينة في دراسة "العيساوي" (2016). أيضا كانت عينات الدراسات تتكون من أطفال عاديين فيما عدا دراسة "زغريني" (2013) التي تمثلت عينتها في أطفال من ذوي الإعاقة العقلية المتوسطة، أما دراسة "الشعراوي" فقد كانت عينتها مختلطة ما بين أطفال ومراهقين الذين خضعوا لنفس البرنامج.

2.3.6. من ناحية الأدوات: استخدمت معظم الدراسات أدوات متماثلة تمثلت في الملاحظة المباشرة، والمقابلة والبرنامج العلاجي بغنياته والذي خصص للأطفال، واستعمال استمارات تسجيل التكرار اليومي لعملية التبول، إلا دراسة "Pereira & al" (2010) التي خصصت برنامج لدعم أولياء الأطفال. كما اعتمدت بعض الدراسات على تاريخ الحالة كدراسة "العصافرة" (2008) ودراسة "Peratner & al" (2004)، كذلك أضافت دراسة "حداش" (2014) للأدوات مقياس القلق ومقياس تقدير الذات. أيضا نجد أن دراسة "Fera & al" (2011) قد تقدرت بدراسة فعالية العلاج الدوائي مقابل العلاج النفسي.

3.3.6. من ناحية المنهج: اعتمدت كل الدراسات بشكل أساسي على المنهج التجريبي، والعيادي، وذلك لمناسبتها لخدمة أهداف الدراسات.

4.3.6. من ناحية النتائج: أظهرت معظم الدراسات فعالية البرنامج العلاجي مع الأطفال وتحقق أهدافها، إلا أن دراسة "العصافرة" (2008) سجلت انتكاسة أفراد عينة الدراسة على فعالية البرنامج، وأن البرنامج كان ذو فعالية مع أفراد العينة الذين تراوحت أعمارهم ما بين (5 - 12) أكثر منه عند فئة (13 - 18) الذين يمثلون فئة المراهقين، وهذا ربما يعود إلى أن الفنيات والأساليب العلاجية التي استخدمت مع الأطفال لم تكن مناسبة للمراهقين. كذلك أسفرت دراسة "عبد السلام" (2015) عن عدم نجاح البرنامج العلاجي وفشل تحقيق أهداف الدراسة.

7. موقع الدراسة الحالية من الدراسات السابقة:

من خلال اطلاعنا على الدراسات السابقة وبعد الاستفادة منها في توجيه بحثنا حاولنا أن نقدم إضافة علمية تثري ما سبقنا من تراث أدبي وتعززه، ويظهر ذلك من خلال دراستنا هذه في عدة جوانب نلخصها في النقاط التالية:

- إقتصرت معظم البرامج العلاجية المعرفية السلوكية لحالات التبول اللاإرادي على اعتماد تقنيات من مثل: تدريب الاحتفاظ، ترويض المثانة، نزع الحفاضات، الإيقاظ أثناء النوم... الخ وهي في مجملها تقنيات سلوكية في حين ركزت دراستنا على العمل مع الطفل بالجمع ما بين التقنيات المعرفية والتقنيات السلوكية على حد سواء مثل: تقنية التخيل، التمثيل، القصة الرمزية... الخ، ومحاولة تبسيطها إجرائياً للوصول إلى نتائج جيدة.
- قبل بداية تطبيق البرنامج قمنا بمقابلات مع كل من الأم والطفل وذلك للتعارف وخلق الألفة وكسب الثقة، حيث ارتأينا أهمية هذه الخطوة قبل الدخول في جلسات البرنامج العلاجي وذلك على خلاف معظم البرامج التي تخصص الجلسة الأولى للتعارف وكسب الثقة.

خلاصة الفصل:

قمنا في هذا الفصل بإلقاء نظرة عامة على أطر البحث ومحدداته المنهجية، فتطرقنا إلى مشكلة الدراسة وفرضياتها، كما قدمنا موجز لبعض الدراسات السابقة العربية والأجنبية لتوضيح الأدبيات موضع الدراسة، كما قدمنا وجهة نظرنا حول موقع الدراسة الحالية من الدراسات السابقة.

الفصل الثاني

الأسس النظرية والمعرفية للدراسة

أولاً- إضطراب التبول اللاإرادي

1. تعريف إضطراب التبول اللاإرادي
2. الأشكال العيادية لإضطراب التبول اللاإرادي
3. معايير تشخيص إضطراب التبول اللاإرادي
4. النظريات المفسرة لإضطراب التبول اللاإرادي
5. أسباب إضطراب التبول اللاإرادي
6. المشكلات النفسية المصاحبة لإضطراب التبول اللاإرادي
7. علاج اضطراب التبول اللاإرادي

ثانياً- العلاج المعرفي السلوكي

1. مفهوم العلاج المعرفي السلوكي
2. إتجاهات العلاج المعرفي السلوكي
3. مبادئ العلاج المعرفي السلوكي
4. خصائص العلاج المعرفي السلوكي
5. أهداف العلاج المعرفي السلوكي
6. فعالية العلاجات المعرفية السلوكية
7. فنيات العلاج المعرفي السلوكي

تمهيد:

تعد الفصول النظرية ركيزة أساسية لأي دراسة حيث تزود الباحث بالمعلومات التي توجهه ليؤسس للجانب التطبيقي، وقد قسم هذا الفصل إلى محورين أساسيين هما: التبول اللاإرادي الذي يعد أهم اضطرابات مرحلة الطفولة وأكثرها انتشارا أين تناولناه من مختلف جوانبه للإلمام به وإيجاد العلاج المناسب له نظرا لانعكاساته السلبية على حياة الطفل وأسرته، لنمر بعدها للحديث عن العلاجات المعرفية السلوكية التي تعد أهم التيارات العلاجية المعتمدة حول العالم لحل مشكلات الطفل واضطراباته، فتناولناها بالتعريف مروراً إلى التفصيل حول مختلف اتجاهاتها، هذا العلاج الذي يعمل على تعديل سلوك الفرد من خلال تعديل معارفه وانفعالاته ما يسمح بالوصول إلى الاستقرار النفسي للفرد.

أولاً: اضطراب التبول اللاإرادي:

إن التبول اللاإرادي من أكثر الاضطرابات النفس-جسمية شيوعاً لدى الأطفال، وهو ظاهرة مرضية تعرف أيضاً بسلس البول، إلا أنه هناك من يعترض على استخدام هذه التسمية على الأطفال، فقد جرى العرف على استعماله في الحالات المرضية لكبار السن وأنه من الأفضل استعمال تعبير الانسياب البولي. ويتصف هذا الاضطراب بأنه يسبب الإزعاج لكل من الأطفال والأمهات، وذلك لتكرار حدوثه في فترات النوم في مرحلة يفترض فيها تحكم الطفل في عضلات المثانة، ويمكن أن يحدث ليلاً أو نهاراً في الليل أو النهار أو في كليهما.

1. تعريف اضطراب التبول اللاإرادي:

يعرف حسب قاموس علم النفس كما يلي: "هو انسياب البول لدى الطفل بشكل لا شعوري، ويعتبر مشكلة في حالة عجز الطفل الذي تجاوز سن الرابعة عن التحكم في تبوله بشكل متكرر، علماً أنه لا يعاني من أي مشكلة عضوية ويحدث ذلك إما في البيت أو في المدرسة" (Sillamy, 2004, P 101). وهذا التعريف يركز على نقطتين هامتين أولاً هي

عدم وعي الطفل بتسريبه للبول وذلك في كون العملية تحدث بشكل لا شعوري وثانيا تحديد السن الذي يعتبر معيارا للحكم على الاضطراب، وكذلك عدد مرات حدوثه.

أما التصنيف الأمريكي التشخيصي الخامس للاضطرابات النفسية (DSM5) فيعرفه على أنه: "إفراغ متكرر للبول في الفراش أو الملابس بشكل لإرادي أو متعمد على الأقل مرتين في الأسبوع لمدة ثلاثة أشهر أو بوجود انخفاض في الأداء الأكاديمي وان لا يقل عمر الطفل عن خمس سنوات وبدون وجود أي أسباب عضوية" (APA, 2000, P 135). بالإضافة إلى ما ذكر في التعريف السابق فقد حدد هذا التعريف الفترة التي يتم الحكم فيها على حدوث الاضطراب والتي حددها بثلاثة أشهر، كما أشار إلى آثار التبول بانخفاض الأداء الأكاديمي لدى الطفل حيث يرى رواد جمعية الصحة النفسية والعقلية ان هذا الاضطراب من شأنه ان ينعكس على حياة الطفل ويؤثر على جوانب أخرى من نشاطاته اليومية، إذا حسب التعريف هذا الاضطراب لا يقتصر على تبليل الطفل لفراشه بل يتعداه إلى مرافقه لمشاكل أخرى ربما سلوكية او نفسية تظهر في انخفاض الاداء الاكاديمي لدى الطفل. ويورد التصنيف الدولي الحادي عشر للاضطرابات العقلية والسلوكية (CIM10) تعريفا للتبول اللاإرادي يشير فيه إلى أنه: "الإفراغ المتكرر للبول في الملابس أو الفراش، والذي قد يحدث أثناء النهار أو في الليل، لدى الفرد الذي بلغ سن النمو عندما كان من المتوقع عادة حدوث التحكم في المصترات (5 سنوات). وقد يكون سلس البول موجودا منذ الولادة (أي امتداد غير نمطي لسلس الأطفال الطبيعي)، أو قد يكون ظهر بعد فترة من السيطرة المكتسبة على المثانة، في معظم الحالات يكون السلوك لا إراديا ولكن في بعض الحالات يبدو متعمدا. لا ينبغي تشخيص سلس البول إذا كان الإفراغ غير المقصود للبول ناتجا عن حالة صحية تتداخل مع سلس البول (على سبيل المثال: أمراض الجهاز العصبي أو الاضطرابات العضلية الهيكلية) أو بسبب تشوهات خلقية أو مكتسبة في المسالك البولية (الحمادي، 2021، ص 435). ويعد هذا التعريف أكثر شمولية وتوضيح من

التعريفات السابقة، حيث حدد فيه التصنيف مكان التبول والوقت والسن، ومعايير النمو التي يتم على أساسها تحديد الاضطراب، كما أكد على أنه لا يعود لإصابة عضوية.

وعموما يمكن تعريف التبول اللاإرادي بأنه عملية مستمرة ولاإرادية من الإفراغ المتكرر للبول، أو عدم قدرة الطفل العادي على التحكم في عملية التبول في سن ينتظر فيه أن يكون قد تعود على ضبط جهازه البولي بعد تجاوزه خمس سنوات ويحدث التبول أثناء الليل أو النهار، في الفراش أو في الملابس ولمدة لا تقل عن ثلاثة أشهر، ويكون الطفل فيها لا يعاني من أي إصابات عضوية.

2. الأشكال العيادية لإضطراب التبول اللاإرادي:

تعددت أشكال التبول اللاإرادي، واختلفت تصنيفاته من باحث لآخر، ونجد من أهمها ما يلي:

1.2. التبول اللاإرادي الأولي أو الأساسي: يقصد به أن الطفل لم يتحكم في البول منذ أن كان صغيرا ولم يتوقف قط، ويشكل التبول الأولي تقريبا نسبة 80% من المصابين ويرجعها "د. دوشي" إلى تهاون الأم التي عودت الطفل منذ الميلاد على البلل مما جعله لا ينزعج منه ولا يستيقظ عندما يببل ملابسه. ويظهر أيضا عند الطفل المدلل الذي يبقى طفولي والصغير دائما، ويشير التعلم المبكر والقاسي مع استحواذ الأم تبول الطفل كمعارضة وانتقام ويلاحظ أيضا عند الأطفال الذين يتميزون بنوم عميق جدا فكثير من الأطفال يقولون أنهم حلموا أنهم ذهبوا إلى المرحاض.

2.2. التبول اللاإرادي الثانوي: هذا الشكل من التبول يشير إلى أن الطفل تمكن من التحكم في تبوله وبشكل جيد لفترة من الزمن، ثم عاد للتبول ثانية (انتكاس) ونسبة هذا الشكل من التبول تختلف باختلاف الأعمار وتتراوح بين 20% إلى 80% من حالات التبول كما أوجدها العالم "هلجرين" (الخطيب، الطراونة، 2003، ص 20). فحسب (Robson & Leung، 2000) يشكل التبول اللاإرادي الليلي الثانوي حوالي ربع

المرضى من المتبولين (Robson & Leung, 2000, P 379). وهذا النوع من التبول ناتج عن صدمات كولادة مولود جديد، الدخول إلى المدرسة، مرض الأم أو مرض عضوي أصاب الطفل، ويزول هذا التبول في أغلب الحالات بعد زوال الظروف التي نتج عنها خاصة إذا كان المحيط لين ومتفهم ومع النضج الوجداني للطفل (ميموني، 2005، ص 145).

3.2. التبول اللاإرادي الليلي: التبول الليلي هو الإفراغ المتكرر للبول في الملابس أو الفراش، والذي يحدث في الليل فقط، لدى الفرد الذي بلغ سن النمو عندما يكون من المتوقع عادة حدوث التحكم في المصبرات (5 سنوات). قد يكون سلس البول موجودا منذ الولادة (أي امتداد غير نمطي لسلس الأطفال الطبيعي)، أو قد يكون ظهر بعد فترة من السيطرة المكتسبة على المثانة. في معظم الحالات يكون السلوك لا إراديا ولكن في بعض الحالات يبدو متعمدا (الحمادي، 2021، ص 438). ويكثر هذا النوع لدى الأطفال في المراحل العمرية المبكرة، حيث نجد أن 66% من مجموع الأطفال يببلون ثيابهم أثناء الليل، وقد يرتبط هذا النوع من الاضطراب بعوامل مثل البرد والأحلام أو الكوابيس التي يعاني منها الأطفال (الزغلول، 2006، ص 127).

4.2. التبول اللاإرادي النهاري: التبول النهاري هو الإفراغ المتكرر للبول في الملابس، والذي يحدث فقط خلال ساعات اليقظة، لدى الفرد الذي بلغ سن النمو عندما يكون من المتوقع عادة حدوث التحكم في المصبرات (5 سنوات). وقد يكون سلس البول موجودا منذ الولادة (أي امتداد غير نمطي لسلس الأطفال الطبيعي)، أو قد يكون ظهر بعد فترة من السيطرة المكتسبة على المثانة. في معظم الحالات، يكون السلوك لا إراديا ولكن في بعض الحالات يبدو متعمدا (الحمادي، 2021، ص 437). وتتراوح نسبة انتشار التبول النهاري بين 2.5% إلى 5% من مجموع الأطفال ويحدث هذا النوع عندما يواجه الأطفال مواقف

جديدة أو مقلقة أو غير مألوفة مثل الانتقال إلى سكن جديد أو أثناء الزيارات أو الدخول إلى رياض الأطفال أو المدرسة (الزغول 2006، ص 127).

5.2. التبول اللاإرادي الليلي والنهاري: فالتبول الليلي - النهاري هو الإفراغ المتكرر للبول في الملابس والفرش، والذي يحدث خلال ساعات اليقظة، أو في النوم (خلال الليل) لدى الفرد الذي بلغ سن النمو عندما يكون من المتوقع عادة حدوث التحكم في المصبرات (5 سنوات). وقد يكون سلس البول موجودا منذ الولادة (أي امتداد غير نمطي لسلس الأطفال الطبيعي)، أو قد يكون ظهر بعد فترة من السيطرة المكتسبة على المثانة. في معظم الحالات، يكون السلوك لا إراديا ولكن في بعض الحالات يبدو متعمدا (الحمادي، 2021، ص 438). من الملاحظ أن حوالي 25% من من يتبولون على أنفسهم في الليل تظهر عندهم هذه المشكلة في النهار أيضا، وإن نسبة الأطفال الذين يتبولون لاإراديا تتناقص مشكلتهم تدريجيا مع تقدمهم في العمر (الفخراني، السطيحة، 2018، ص 40). وغالبا ما ترجع هذه الحالات لإصابات عضوية-عصبية ويلعب العامل التربوي والنفسي والاجتماعي دورا هاما في حدوثها (الزباد، 1998، ص 24).

3. معايير تشخيص اضطراب التبول اللاإرادي:

ورد التبول اللاإرادي في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي في إصداره الخامس (DSM-5) ضمن اضطرابات الإفراغ، والمتمثل في المحكات التشخيصية التالية:

أ. إفراغ متكرر للبول في الفراش أو في الملابس (سواء كان غير إرادي أو عمدا).

ب. السلوك هام سريريا كما يتجلى بتكراره مرتين في الأسبوع لمدة ثلاثة أشهر متتالية على الأقل، أو بوجود إحباط هام سريريا أو بانخفاض في الأداء الأكاديمي (المهني)، أو في مجالات أخرى هامة من الأداء.

ت. العمر 5 سنوات على الأقل (أو ما يعادله في مستوى التطور العقلي).

ث. لا يعزى هذا السلوك للتأثيرات الفيزيولوجية لمادة ما (مثل: المدرات أو الأدوية المضادة للذهان)، أو عن حالة طبية أخرى (مثل: السكري، الشوك المشقوق، اضطراب صرعي).

حدد في ما إذا كان:

أثناء الليل فقط Nocturnal Only: إفراغ البول فقط أثناء النوم ليلا.

أثناء النهار فقط Diurnal Only: إفراغ البول أثناء ساعات الاستيقاظ.

أثناء الليل والنهار Nocturnal and Diurnal: تشارك النمطين المذكورين (الحمادي، 2015، ص 235).

4. النظريات النفسية المفسرة لإضطراب التبول اللاإرادي:

تختلف التفسيرات النظرية باختلاف منظرها، وباختلاف التوجهات النظرية ومذاهبهم الفكرية، وسيتم عرض بعضها منها:

1.4. نظرية التحليل النفسي:

يعتبر "سيغموند فرويد" المرحلة الشرجية كثاني مرحلة لبيدية، وتلعب العضلات الصارة دورا كمنظمة ذاتية: يشعر الطفل بلذة عند القبض والإفراغ وهذا يعني أن هناك توظيف لبيدي لهذه المناطق مما يجعل الطفل يستعملها في علاقته مع محيطه عندما يستريح ويرضى بعلاقته مع أمه فيقدم فضلاته "كهدية" تعبيراً على حبه ورضاه وعندما يغضب عليها فيرفض تفرغ مثانته عند الطلب وفي المكان المناسب كرفض للأم وتمرد وأثبات الذات.

ويعتبر التبول كنوع من الاستمنا في المرحلة الأوديبية أو يكون كدفاع ضد قلق الإخساء كأن الطفل يتفقد عضوه وأنه مزال موجودا، إذ يعبر التبول عن قلق أو صراعات داخلية لا شعورية وكمحاوله يائسة لجلب اهتمام الوالدين، وتارة يكون تعبيراً عن العدوان الشعوري أو كنعكس الطفل إلى مرحلة طفلية لإعادة الاهتمام والانتباه إليه، خاصة بعد ولادة جديدة أو صدمة (نفسية إجتماعية). فالتبول استجابة نكوصية تحمل طابع عدواني يلفت الانتباه وهو موجه نحو الذات ونحو الآخر وهنا يكتسي طابع سادي مازوشي: اتهام الآخر واتهام الذات عن مسؤولية الفعل أو الجريمة التي أدت إلى تدهور قيمة الذات ونقص الثقة في الآخر مما يهدئ القلق (ميموني، 2003، ص 146-147).

كما يرى "سيغmond 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" 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 لاإرادية (الطراونة، الخطيب، 2003، ص 15).

2.4. النظرية السلوكية:

يرى أصحاب هذه النظرية أن اكتساب التحكم في عمليات التبول ناتج عن فشل في التحكم في الإخراج بصورة فعالة، وتبدو على شكل ضعف في العادة، وركّز بعضهم الآخر على فشل في تطوير المنعكسات الشرطية الضرورية، وأنه من الممكن الاعتقاد بأن كلا العاملين يتسببان بالإضطراب لأن التعلم وخبرات التدريب تساهم في تطوير عملية الضبط والتحكم الفيزيولوجي، إن العلاقة الدقيقة بين هذه العوامل ليست واضحة وربما يكون التفسير المستند إلى النضج هاما للغاية خاصة في التبول اللاإرادي الأولي، حيث لم يكتسب الطفل

بعد التحكم إلا أنه غير كاف بالنسبة للتبول اللاإرادي الثانوي الذي يكون فيه الطفل قد اكتسب القدرة على التحكم من قبل، فإذا قلنا أن عامل النضج يلعب دورا هاما في التبول اللاإرادي الأولي، فإن عامل التدريب والتعلم يلعب الدور الهام في التبول اللاإرادي الثانوي، وفي الواقع تفترض النظرية المستمدة إلى عاملي النضج والتعلم مستويات عالية من الضغط النفسي التي تتدخل في قدرة الطفل على التحكم وضبط عملية الإخراج (قاسم، 2009، ص 287).

5. أسباب اضطراب التبول اللاإرادي:

معرفة السبب تمهد لعملية العلاج فمن خلال السبب تظهر أبعاد المشكلة وبالتالي أخذ الإجراءات المناسبة للتخلص منها وعليه سنتطرق إلى مجموعة من الأسباب وهي كالتالي:

1.5. الأسباب العضوية والفيسيولوجية:

تتعدد الأسباب ونذكر منها صغر حجم المثانة حيث وجد أن سعة وحجم المثانة عند الأطفال المصابون بهذا الاضطراب أقل سعة وحجما مقارنة بالأطفال العاديين، وهذا عامل بيولوجي مما يساهم في ظهور الاضطراب كما تضغط سعة البول على المثانة بحيث تكون سعة البول أكبر من حجم المثانة مما يزيد في الضغط (Lachguer, 2007, P 43). إضافة إلى مشاكل أخرى مثل: الميكروبات التي تصيب الجهاز البولي وتسبب التهاب المثانة أو التهاب مجرى البول، ضيق في عنق المثانة أو تهيجها، الإصابات في الجهاز البولي، ضعف عضلات المثانة، مرض الطفل والضعف الجسمي العام أو الهزال، نوبات صرعية كبيرة ليلية، النوم العميق، فقد أو ضحت مراجعة من قبل (Butler and Holland, 2000) أن الطفل يبلى ثيابه لأن نومه عميق لدرجة عدم إدراكه بحاجة للتبول أو امتلاء مثانته (Mckenzie, 2013, P 17)، كما نجد معاناة الطفل من مشاكل في الكلى، وفي بعض الحالات يكون السبب راجع إلى بطء تطور التحكم في المثانة

عن المعدل المعتاد، وقد يحدث بسبب نقص في الفيتامينات (بطرس، 2007، ص 277). كما أن هناك دراسات فسرت التبول الليلي اللاإرادي على انه ناتج عن نقص الهرمون المضاد لإدرار التبول في الليل، وقد لوحظ أن هذا الهرمون يوجد لدى الأطفال الأسوياء أثناء النوم أكثر منه أثناء اليقظة (بشناق، 2001، ص 145). فحسب (McKenzie, 2013): "إن الأطفال الذين يعانون من اضطراب التبول اللاإرادي لديهم نقص في إفراز هرمون "فاسوبريسين" "Vasopressin" مما أدى بالمثانة إلى زيادة في إنتاج البول من ثلاثة أضعاف إلى أربعة أضعاف من حجم البول الطبيعي" (McKenzie, 2013, P 16).

2.5. الأسباب الوراثية:

للوراثة دور مهم في التبول حيث تشير الدراسات إلى أن آباء الأطفال المتبولين لإراديا كانوا يعانون سابقا من هذه المشكلة وأنها كانت موجودة لديهم حين كانوا صغارا بما يقارب ثلاثة أضعاف حالات التبول الموجودة بين آباء الأطفال غير المتبولين (بكار، 2010، ص 126). فإذا ما كان الأب قد عانى سابقا بعد سن الرابعة من التبول اللاإرادي نجد أن معدل إصابة الطفل بالتبول اللاإرادي يكون بمعدل "7مرات"، أما إذا ما توفر الشرط عند الأم فإنه يبلغ "5 مرات" (Mikkelsen, 2007, P 665). كما نجد أن نسبة 74% من الذكور و58% من الإناث الذين يعانون من اضطراب التبول اللاإرادي لديهم على الأقل أحد الوالدين عانى من هذا الاضطراب في طفولته بحيث يرتفع خطر الإصابة إلى 77% إذا كان كلا الوالدين قد عانيا من هذا الاضطراب في صغرهما، بينما ينخفض إلى 44% إذا كان فقط أحد الوالدين قد عانى من هذا الاضطراب في صغره ويرتفع بشكل مهم خصوصا إذا كان الأب هو المصاب في طفولته في حين ينخفض بشكل كبير إذا ما كان كلا الوالدين سليمين في طفولتهما ولا يمثل إلا 15% من الحالات (Lachguer, 2007, P 40).

3.5. الأسباب النفسية:

• **الغيرة:** هناك عدد من العوامل والأسباب التي تشجع على تطور سلوك الغيرة لدى الأطفال ومن أبرزها: قدوم مولود جديد ولا سيما عندما تظهر الأم مزيدا من الإهتمام بالطفل الجديد وعليه يجب تهيئة الطفل إلى حدث الولادة وكذلك يجب فطامه فطاما وجدانيا تدريجيا قدر الإمكان فلا يحرم حرمانا فجائيا من الامتياز الذي سيغدق مثله على أخيه (علي، 2010، ص 264). إضافة الى مقارنة الطفل بغيره من الأفراد كالأخوان والأقران في مجالات شخصية أو عقلية أو تحصيله، معاناة الطفل من مشاعر النقص بسبب وجود إعاقة أو عاهة أو خلل في المظاهر الجسمية والشخصية، الإحباط المتكرر بفعل خبرات الفشل التراكمية ولا سيما عندما يحمل الطفل مسؤوليات تفوق حجم طاقاته وإمكانياته (الزغلول، 2006، ص 177). كما أن إثارة الغيرة والمنافسة بين الأشقاء أو التلاميذ في الفصل الواحد ينمي عندهم الشعور بالحقد والغضب والإحباط والصراع والقلق مما يجعلهم مهينين للتبول اللاإرادي كحيلة دفاعية لحل صراعاتهم أو لإثارة الإنتباه لديهم (الزعبي 2013، ص 115).

• **النضج الوجداني:** النضج يعطي إمكانيات في تكوين عادات لكنه يحتاج إلى تربية، ونوع التربية يؤثر على معاش الطفل للنظافة (ميموني، 2005، ص 145). ويرى البعض أن هناك ارتباط ما بين التبول اللاإرادي ومستوى الذكاء، إذ من المتوقع أن تكون عملية ضبط التبول أكثر بطنًا عند الأطفال المتخلفين عقليا منها عند الأطفال ذوي المستويات السوية في الذكاء (الزعبي، 2013، ص 115).

• **الخوف:** مما لاشك فيه أن المخاوف تؤثر على سلوك الطفل، وتؤدي إلى ضعف قدراته وتؤخر الكثير من مظاهر نموه مما يؤدي في المحصلة إلى ضعف وظائف الأعضاء ومنها الجهاز البولي فتحدث حالة التبول اللاإرادي (جبل، 2000، ص 449). إذ تتميز مخاوف الأطفال بعدم الثبات وبالتغير مع التقدم في العمر، وقد تزول عند الطفل بعض المخاوف

لتحل محلها مخاوف أخرى، فبعض المخاوف لا يكون لها سبب حقيقي معروف، وتكون شديدة وتستمر لفترة طويلة من أشياء أو مواقف أو أشخاص وهذه المخاوف ليس لها ما يبررها في الواقع، وتسبب لصاحبها القلق والشعور بالعجز وظهور بعض الأعراض النفس-جسمية عليه مثل: الإسهال، سرعة ضربات القلب، والتبول اللاإرادي، ومن هذه المخاوف؛ الخوف من الظلام والأماكن المغلقة أو المرتفعة ومن الحيوانات والحشرات ولهذا فلا بد أن تعطى مثل هذه المخاوف المرضية اهتماما شديدا من قبل الوالدين والعمل على معالجتها حتى لا تتطور وتسبب اضطرابا نفسيا شديدا عند الطفل وتستمر معه إلى سن الرشد (الزعبي، 2013، ص 58). والخوف من الأسباب التي تؤخر عملية ضبط التبول عند الأطفال وخاصة ليلا وهو نائم، فالطفل يخاف من الظلام كما يخاف من أشياء مجهولة وهمية رسمها في خياله نتيجة لحكايات الكبار له أو نتيجة لمشاهدة أفلام مرعبة أو قراءة قصص مثيرة ومخيفة (بشناق، 2001، ص 146).

- **الإنفصال:** إن قلق الانفصال دليل على أن الطفل يبدأ في إدراك الآخرين كمواضع دائمة لهذا فهو يخشى أن يفقدهم وأن يفترق عليهم، وإن نمو القدرات العقلية يساعد على فهم ظروف الانفصال، وتعمل على تخفيض مستوى القلق (سحيري، 2016، ص 47). وهو عبارة عن قلق مفرط يصيب الطفل نتيجة الخوف عن الانفصال عن الأم ويبدو عليه أعراض جسدية وانفعالية وعلامات الانسحاب الاجتماعي وبعض السلوكيات الشاذة ويستمر لمدة أسبوعين أو أربعة أسابيع على الأقل (عبد الرسول، 2013، ص 28).
- **الحرمان الأمومي:** هو نقص العناية والتفاعل الوجداني بين الطفل وأمه أو بديلها، إما التفريق بينهما أو وضع الطفل في مؤسسة، أو حرمان أمومي رغم وجود الأم (ميموني، 2005، ص 174).

- **العقاب:** يرى "أحمد الزعبي" أن الطفل الذي يتعرض للضرب أو العقاب تظهر لديه مشكلة التبول اللاإرادي، وبالتالي يقوم بهذا السلوك كرد فعل انتقامي ممن يقوم بهذا

الفعل (الزعيبي 2013، ص 114). وأن المعاملة القاسية، العقاب الجسدي، التأنيب والتوبيخ الذي يتعرض له الطفل يؤدي إلى توقف نمو ثقته بنفسه ويملؤه الخوف والتردد والخجل في أي شيء يفكر في القيام به ويصبح عرضة للمعاناة النفسية (بطرس، 2007، ص 277). حيث يخطئ الوالدين عندما يعاملان الطفل بقسوة حين تبلييل فراشه، مما يؤدي إلى تعقيد المشكلة ويطيل استمرارها، كما يخطئ الوالدان أيضا عندما يحيطان هذه العملية بسرية تامة، كأن هذه المشكلة من العيوب المخجلة مما يشعر الطفل بالخجل والذنب والقلق وتتعد المشكلة أكثر.

• **الدلال:** يظهر التبول اللاإرادي عند الطفل المدلل الذي يبقى طفولي والصغير دائما (ميموني، 2005، ص 144)، إن التدليل الزائد لا يقل أثرا عن القسوة في المعاملة من قبل الوالدين، إذ أن ذلك يؤدي إلى نموه متعودا على الأخذ دون العطاء، إتكالي في كل شيء ولا يستطيع أن يحل صراعاته بنفسه، مما يؤدي به إلى النكوص والارتداد والتثبيت (الزعيبي 2013، ص 115).

• **التفكك الأسري:** إن الأطفال الذين شهدوا بين السنة الثالثة والرابعة من حياتهم أربعة أحداث ضاغطة أو أكثر، كالانفصال الأسري أو طلاق الوالدين، أو الانتقال المتكرر من المنزل عانوا مقارنة مع الأطفال بدون أحداث ضاغطة خطرا مضاعفا لظهور مشكلة التبول اللاإرادي (بيترمان وآخرون، 2009، ص 541). حيث يرى نسبة كبيرة من علماء النفس أن أكثر أسباب حدوث التبول اللاإرادي عند الأطفال ترجع إلى الخلافات الزوجية بين الوالدين وكذلك التفكك الأسري، فمشاهدة الطفل للخلافات التي تقع بين والديه لها آثار نفسية سلبية، تؤثر على جهازه العصبي وعلى طبيعته الانفعالية، مما يكون خطرا لظهور مشكلة التبول اللاإرادي عنده (ملحم، 2002، ص 31). إذا إن للخلافات الأسرية دورا كبيرا في تأخر نسبة كبيرة من الأطفال في ضبط المثانة لديهم، فتهديد الأب للأُم بالطلاق وتهديد الأم للأب بترك البيت على أسماع الطفل يؤدي إلى زعزعة ثقته بنفسه، ويتوقع الحرمان في كل

حين مما يجعله يحس بعدم الأمن والأمان مع الأسرة، ويشعر بالقلق والصراع مما يؤدي به إلى النكوص والتثبيت في عملية ضبط المثانة، وظهور التبول اللاإرادي عنده (الزعبي، 2013، ص 116). وينتج التبول اللاإرادي عن الصراع القائم بين الأب والأم للسيطرة على الطفل والفوز برضاه، فيجد الطفل منهما توجيهات وأوامر متناقضة مما يضعه في حيرة شديدة وعجز عن الاختيار، وهذا ما يعرضه لمعاناة نفسية كبيرة ويؤهله للأمراض النفسية فيما بعد، إضافة إلى إحساس الطفل بالكراهية بين الأب والأم سواء كانت معلنة أو مخفية (بطرس، 2007 ص 278).

4.5. الأسباب الإجتماعية:

تعتبر الظروف الإجتماعية التي يعيش فيها الطفل أحد الأسباب الرئيسية المسؤولة عن مشكلة التبول اللاإرادي عند الطفل، فكثرة عدد الأطفال في الأسرة والذي ينجم عنه نقص في تدريب الطفل على ضبط المثانة بشكل مبكر يكرس العوامل النفسية والجسمية والتي تسبب التبول اللاإرادي، لذا فإن أصحاب نظرية التعلم يرون أن اكتساب عادة التحكم بالمثانة سلوك متعلم، والتأخر في اكتسابه يعود إلى أخطاء في التدريب عليه فالطفل الذي يفشل في ضبط عمليات المثانة حتى سن السادسة وما بعدها إما أن يكون والداه قد أهملوا في تدريبه، أو علماه بطريقة خاطئة (الزعبي، 2013، ص 115). وحسب "الزغلول" (2006) فإن الأسباب الاجتماعية للتبول اللاإرادي كالتالي: انتقال الأسرة إلى مسكن جديد، وزيارة الأصدقاء والأقارب لفترة من الزمن، تقصير الوالدين وعجزهم على تدريب الطفل وعلى ضبط عملية التبول أو بسبب اللامبالاة في مراقبة الطفل، أو إيقاظه أثناء الليل وإرشاده للذهاب إلى الحمام، الإفراط والمبالغة في التدريب على عملية الإخراج والتبول من قبل الوالدين، الخلافات العائلية وتفكك الأسرة وكذلك الصراعات والشجار داخل الأسرة أمام الأبناء، وفاة أحد الأشخاص المقربين للطفل، التدليل والتسامح الزائد عندما يتبول الطفل

مما يعزز هذا السلوك لديه لاحقا، التدريب على التحكم بعمليات التبول في سن مبكرة (الزغلول، 2006، ص 129).

6. المشكلات النفسية المصاحبة لإضطراب التبول اللاإرادي:

يسبب التبول اللاإرادي العديد من المشكلات النفسية والاجتماعية، وأولها الشعور بالخزي نتيجة الفعل الذي يجعله يختفي من الأنظار ويخفي فعلته في الوقت الذي يعجز فيه عن تجنب اللوم والعقاب من جانب الأبوين والأقران. وهذا ينعكس على تقديره لذاته حيث يشعر بالدونية وينخفض مستوى طموحه، ويتأثر مستواه الدراسي وعلاقاته الاجتماعية، وقد يصاب بالقلق الاكتئابي، مما يدفعه إلى السلوك الانسحابي من الأنشطة الاجتماعية، فضلا عن شعوره بالعزلة (عسكر، 2005، ص 76). ويضيف "Kauffman" أن الطفل الذي يبلى فراشه يعاني من مشاكل نفسية كثيرة منها: مص الأصابع، قضم الأظافر، أحلام اليقظة الشرود الذهني، الانطواء، التأتأة، الخوف والالتكالية. كما وجد "Beverly" أن الآباء يصفون أطفالهم الذين يبليون فراشهم بالعصبية وسرعة الغضب وسرعة البكاء، وفي دراسة أخرى لـ (جودارد، 1988) وجد أن معظم هؤلاء الأطفال منطوون على أنفسهم، سلبيون، يخافون من اللعب النشط، لا يؤدون أي عمل بجدية، وتحصيلهم الدراسي أقل من مستوى قدراتهم الذهنية (الزعبي 2013، ص 114). وبطبيعة الحال هذه السمات من شأنها أن تؤثر هي الأخرى على نمو الطفل بكافة جوانبه، فالخجل ليس مجرد انتقاد أفعال غير لائقة كالتبول، وإنما يتولد عنه من الإحساس عند الطفل بأن هناك عيبا ما فيه هو بذاته (كريماني، 2006 ص 136). وهذه المعاناة تدفع بالطفل إلى تجنب الاحتكاك بالآخرين وعدم الاندماج في التفاعلات الاجتماعية كمخرج للحالة التي يعاني منها (الزغلول، 2006، ص 148).

حسب (Kauffman,1981) التبول اللاإرادي هو عدوان رمزي فالصراعات النفسية والانفعالات المكبوتة عند الأطفال تدفع بهم إلى العدوان، فقد وجد "سيرز" أن هناك علاقة

بين العدوان والشعور بعدم الأمان كما وجد أيضا أن العدوان يظهر أكثر عند الأطفال الذين يشعرون بالنبذ. والطفل يلجأ إلى مص أصابعه كلما وقع في أزمة نفسية، أو موقف إحباطي كتبليه للفرش، ومن المعروف انه إذا ما أعاق استجابة الطفل الموجهة نحو هدف معين أي عائق سيسعى إلى البحث عن فرص أخرى لأداء الاستجابة المشبعة البديلة أو قد يلجأ إلى مص الأصابع فهذه العادة تدل على عدم الاستقرار الانفعالي ودليل على الاضطراب النفسي (الزعبي، 2013، ص 145-205). كما أن نقد الأطفال الزائد يطور لدى الطفل شعورا بالخوف بعدم المقدرة على عمل الأشياء الصحيحة، فالطفل الذي يكرر توبيخه لتوسيح ملابسه تكون النتيجة أن الطفل يخاف من التوسيح لديه وقد يتعمم هذا الخوف ليصبح خوفا من الفوضى أو عدم الانتظام (الزعبي، 2013، ص 64).

فالالتكالية عند الطفل المتبول تظهر لوجود بعض الآباء الذين يعانون من مشاعر الذنب اللاشعورية بسبب عدم اهتمامهم الكافي بأولادهم أو بسبب غيابهم عن المنزل لفترة من الزمن أو بسبب مرض أبنائهم كمعاناتهم من التبول اللاإرادي أو لوجود إعاقة لديهم، مما يدفعهم إلى الاستسلام إلى الأبناء والاستجابة لمطالبهم كنوع من التعويض وهذا بالتالي يجعل من الأبناء اعتماديون. ويرى "الزعبي" أن عدم استعداد الطفل من الناحية الانفعالية لمواجهة بعض المواقف كالتبول اللاإرادي يؤدي إلى التأتأة تعبيرا عن الخوف والرفض (المرجع السابق، ص 140-151). ويؤكد (Jonathan, 1993) أن التبول اللاإرادي يؤدي إلى عدم الارتياح النفسي، حيث يشعر الفرد المتبول بالذنب ونقص الثقة بالنفس، وبتدني ملاحظ في تقدير الذات، إلى جانب هذا تعاني الأسرة من قلق وتوتر نتيجة لهذا الاضطراب (Jonathan, 1993, P 470). وعليه يُحرم هؤلاء الأطفال من المشاركة في العديد من الأنشطة الاجتماعية ما يؤدي بهم إلى الشعور بالإحباط والانزعاج (Mercer, 2004, P 3).

7. علاج اضطراب التبول اللاإرادي:

لقد تعددت طرق العلاج التي استخدمت في علاج التبول اللاإرادي، وأخذت أشكالاً مختلفة، بعضها طبي وبعضها نفسي، ولكن قبل اللجوء إلى مختلف العلاجات يجب على الوالدين:

✓ فحص جهاز البول والبحث عن وجود اضطرابات عضوية.

✓ الفحص النفسي ويهدف إلى التعرف على الطفل ومشاكله وصراعاته وخصائص محيطه العائلي من خلال توجيه وإرشاد الوالدين لتسهيل الحوار مع طفلهم وطمأنته ومساعدته على الشعور بالحب والثقة بنفسه، وتوعية الوالدين بأن العنف والغضب أو تأنيب الطفل لا يساعده بل يزيد في اضطرابه لأن الطفل غير مسؤول عن فعله.

✓ علاج الطفل يختلف حسب نوع الاضطراب ومعانيه: إذا كان التبول يصحب اضطرابات عصابية أخرى، فربما إتباع أساليب علاجية نفسية معمقة تفيد لأن التبول ما هو إلا عرض من بين الأعراض الأخرى (ميموني، 2005، ص 147). وبعد التأكد من سلامة الطفل جسدياً تعالج مشكلته على أنها حالة تبول لاإرادي وظيفي، وذلك باستخدام العلاج النفسي وفيما يلي مثال على أهم نماذج العلاجات المعتمدة مع حالات التبول اللاإرادي:

1.7. العلاج بالتحليل النفسي:

يركز العلاج القائم على إجراءات التحليل النفسي على محاولة تشخيص الأسباب الدفينة التي تقف وراء الاضطرابات ومساعدة الأفراد على استخراج الخبرات والدوافع غير السارة المكبوتة في اللاشعور خلال مراحل النمو المختلفة، ولاسيما مراحل الطفولة المبكرة من أجل تفهمها وجعل منها خبرات شعورية مقبولة، بحيث لا تعود للتأثير اللاشعوري في السلوك (الزغول، 2006، ص 94). وانطلاقاً من هذا التصور صممت علاجات مستتبطة من نظرية التحليل النفسي لحل الصراعات النفسية المكبوتة لدى الطفل المتبول من خلال العلاج باللعب. بالإضافة إلى العلاج بالاستبصار، ويقوم هذا النوع من العلاج على أساس

تبصير الطفل بمشكلته وأسبابها وتبصيره بصراعاته النفسية ليتمكن من حل الصراعات ومواجهة الإحباط.

2.7. العلاج السلوكي:

يعتبر هذا العلاج من الأساليب الحديثة في علاج التبول اللاإرادي وتقوم فكرة العلاج السلوكي على أساس أن الطفل قد اكتسب هذه المشكلة نتيجة عدم تدريبه الصحيح على عمليات الإخراج، ويهدف هذا النوع من العلاج إلى إعادة تربية الطفل صاحب المشكلة وتدريبه بطريقة صحيحة، وقد ثبت نجاح هذا الأسلوب في علاج كثير من الأطفال بجهد قليل ووقت قصير ودون أن يكون له آثار جانبية سيئة (الزعبي، 2013، ص 118). وتوجد برامج سلوكية مبتكرة للتحكم في التبول اللاإرادي نهارا وليلا، وأهم هذه البرامج والطرق في العلاج السلوكي لحالات التبول اللاإرادي ما يلي:

• **جدول المكافآت وأنظمة الجائزة:** المكافأة والعقوبة من الأمور المهمة في تخلي الأطفال عن العادات السيئة، ومن هنا فإنه من الجيد أن تمنح الأم الطفل نجمة عن كل ليلة يظل فراشه فيها جافا، وإذا مضى على عدم تبوله أسبوعان منحه عشرين نجمة، أو نقطة أو علامة وتجمع هذه النجوم أو النقاط كل شهر ويعطى في مقابلها جائزة مناسبة ومحفزة، أيضا يمكن استخدام العقوبة وإن ابن التاسعة قد يعاقب بأن يأخذ ما تبلل من ملابسه ومن شراشفه إلى الغسالة ليقوم هو بغسلها، وقد يتم خصم جزء من مصروفه الأسبوعي مقابل كل ليلة يبلى فيها فراشه، وقد يحرم من الخروج مع أصدقائه المهم أن يدرك أن التقصير في معالجة هذه المشكلة له مقابل وعليه عقوبة (بكار، 2010، ص 131). وقد وجد أن لوحة النجوم فعالة مع صغار المتبولين لإراديا، إذ يطلب من الطفل الاحتفاظ بسجل الأيام المبللة والليالي الجافة، ويتم إبراز الليالي الجافة على اللوحة بواسطة نجوم ذهبية، وأن يعطى الطفل مكافأة على الليالي الجافة، كأن يقضي الوالد معه فترة إضافية من الوقت عند كل مرحلة من التحسن، ويقوم

الوالدان بالثناء على الطفل، أما بالنسبة إلى الليالي المبللة فيتجاهل الأبوان ذلك (الزعبي، 2013، ص 118).

• **تقييد السوائل:** (امتناع الطفل عن شرب السوائل ليلاً) من المهم أن يمتنع الطفل عن تناول السوائل قبل النوم بثلاث ساعات على الأقل ولاسيما السوائل التي تساعد على إدرار البول مثل القهوة والشاي والمشروبات الغازية (بكار، 2010، ص 129).

• **زيادة التعلم:** يحمل الطفل مسؤولية شفائه خاصة باستعمال يومية "Calendrier" أين يسجل (صفر) أمام الأيام التي تبول فيها و(واحد) للأيام التي لم يتبول فيها، وهنا كل أسبوعين يذهب الطفل عند معالجه، ويقدم له النتائج ويتحاور معه حولها وماذا حدث في الأيام التي تبول فيها، هنا الطفل يتعلم الملاحظة الذاتية ومحاولة التعبير عن صعوباته (ميموني، 2005، ص 148).

• **الإيقاظ الليلي:** (تدريب الطفل على الاستيقاظ ليلاً) لابد للأم من أن تبذل جهداً في تدريب الطفل على الاستيقاظ ليلاً، وقد يكون من المناسب إيقاظ الطفل بعد ساعتين من نومه ليذهب إلى الحمام، وإذا أمكن إيقاظه بعد ثلاث ساعات من الاستيقاظ الأول فهذا شيء جيد إلى أن يتعود الطفل على الاستيقاظ بشكل منفرد، وحين يصبح الطفل مميزاً يمكن أن يوقت الساعة المنبهة للقيام بشكل منفرد حسب الوقت المناسب (بكار، 2010، ص 130).

• **تدريب الاحتفاظ:** (الاحتفاظ بالبول) أظهرت الدراسات أن عدداً من المتبولين لإرادياً غير قادرين على الاحتفاظ بكمية طبيعية من البول في المثانة، لذا فإن تدريب الطفل على الاحتفاظ بكميات أكبر من البول في المثانة يمكن أن يؤدي إلى زيادة قدرة المثانة على الاستيعاب، ويكون ذلك إما بتعليم الطفل التحكم بمثانته خلال النهار، وأن يمتنع عن الذهاب إلى الحمام للتبول أطول فترة ممكنة، وبعد ذلك يطلب إليه أن يتبول في مخبار مدرج لتسجيل الكمية التي استطاع الاحتفاظ بها. وعندما يصبح الطفل قادراً على الاحتفاظ بما مقداره (12 - 14) أونصة يزداد احتمال تغلبه على مشكلة التبول. وهناك شكل آخر من

أشكال التدريب، وهو أن يطلب من الطفل أن يوقف نزول البول في أثناء تبوله ثم يطلقه "Stop and Start" خلال النهار عدة مرات مما يؤدي إلى تقوية عضلة المثانة (الخطيب، الطراونة، 2003، ص 61). واستخدم "سميث" عام (1948) طريقة حبس البول لعلاج مشكلة التبول اللاإرادي، وذلك بأن يؤخر الطفل عملية التبول عند امتلاء مثانته لفترة من الوقت، ويكرر هذه الطريقة لفترة زمنية، كما استخدم "اباسجالس" عام (1972) نفس الطريقة مع إعطاء الحوافز، وقد أظهرت الطريقة تحسنا بنسبة 50% (الفخراني والسطيحة 2018، ص 50).

• **جرس الإنذار للتبول اللاإرادي:** العلاج السلوكي يفيد الكثير خاصة باستعمال منبه يطرق جرسا أو صوتا مرتقعا عندما يتبول الطفل مما يوقظه من النوم، وهكذا يقرن بين ملأ المثانة والضجيج المزعج ويجعله يستيقظ قبل الإفراغ (ميموني، 2005، ص 148). ويطلق عليه جهاز الإنذار، وهو عبارة عن جرس موصول ببطارية وصفيحة معدنية (وسادة رقيقة خاصة للتدريب)، توضع داخل فراش الطفل (الخطيب، الطراونة، 2003، ص 58)، بحيث عندما تبلل ليلا تغلق الدارة الكهربائية مما يؤدي إلى رن الجرس وإضاءة المصباح، والذي من شأنه إيقاظ الطفل وأخذه إلى الحمام، وعندما يتعلم الطفل ضبط المثانة بهذه الطريقة ترفع الوسادة والجرس، وبعد استخدام هذه الطريقة لمدة أربعين سنة تبين نجاحها في علاج 80%- 90% من حالات التبول اللاإرادي غير الناجم عن أسباب عضوية (الزعبي، 2013، ص 119).

3.7. العلاج الدوائي:

تستعمل أدوية مثل "Anafranil" مضاد للانهايار، "Anti Dépresseur" يخفف من القلق، أدوية توقف إفراز البول خلال الليل، مما يساعد الطفل على التعود على عدم البول في الليل (ميموني، 2005، ص 148). إن استخدام الدواء ضروري في الحالات التي تعاني من نوم عميق، كما يمكن استخدام الأدوية المقوية للجهاز السمبثاوي، والتي تخفض

من النوم العميق مثل "البلاذونا" و"اللايثالين"، وهذه الأدوية تزيد من قدرة المثانة على الاحتفاظ بكميات كبيرة من البول كما يمكن استخدام العقاقير المضادة للاكتئاب مثل: "التوفرانيل" و"التريبتيروزول" بكميات تتراوح من 25-75 ملغم يوميا، وتكون هذه العقاقير مضادة للأعصاب الباراسمبثاوية وتقوي الأعصاب السمبثاوية، وتقلل من القلق والاكتئاب الذي يعاني منهما الطفل وتساعد على تشكيل الفعل المنعكس الشرطي وهو اليقظة عند امتلاء المثانة بالبول، وفي هذه الحالة لا بد من استمرار العلاج لمدة لا تقل عن ثلاثة أشهر للتأكد من سلامة الفعل المنعكس الشرطي الجديد (الفخراي، السطيحة، 2018، ص 47).

ثانيا: العلاج المعرفي السلوكي

العلاج المعرفي السلوكي أحد مدارس العلاج النفسي، وأحد الأساليب العلاجية الحديثة التي جاءت لتحدث تكاملا بين تيارات متنوعة في العلاج النفسي. ولقد طُبق العلاج المعرفي السلوكي في العقود الثلاثة الأخيرة على عدد كبير من المشكلات (بما في ذلك اضطرابات القلق، وسوء استخدام المواد المخدرة واضطرابات الطعام)، وكذلك على عدد متنوع من الفئات (الأطفال، المراهقين، والمسنين)، ويوصي المعهد الوطني للصحة والرعاية المتميزة باستخدام العلاج المعرفي السلوكي خيارا أولا لعلاج مجموعة متنوعة من الاضطرابات النفسية، والنموذج السائد في مجال العلاج المعرفي السلوكي هو العلاج المعرفي، الذي طوره "آرون بيك" (ولد سنة 1921) وهو طبيب نفساني أمريكي، كان يعمل في جامعة "بنسلفانيا" أوائل الستينيات، وقد غير اسم معهد "بيك" في "فيلادلفيا" من "معهد العلاج المعرفي" إلى "معهد العلاج المعرفي السلوكي"، ليعكس حقيقة أن العلاج المعرفي يناقش في كثير من الأحيان تحت اسم "العلاج المعرفي السلوكي" (نينيا، ودرادين، 2018، ص 2-4).

1. مفهوم العلاج المعرفي السلوكي:

يرى (Beck, 1976) أن العلاج المعرفي السلوكي يشمل في صورته الواسعة كل الطرائق التي من شأنها أن تخفف الضيق النفسي عن طريق تصحيح المفاهيم الذهنية الخاطئة والإشارات الذاتية المغلوطة، ولا يعني التركيز على التفكير وإهمال الاستجابات الانفعالية التي تعد المصدر المباشر للضيق بصفة عامة، إنما يعني ببساطة أننا نقارب انفعالات الشخص من خلال معرفته، أو من طريقة تفكيره، وتصحيح الاعتقادات الخاطئة يمكن إطفاء الاستجابات الانفعالية الزائدة وغير المناسبة أو تغييرها (Beck, 1976, P 214). ويعرفه كل من (Glass & Shea, 1986): "أنه أحد التيارات العلاجية الحديثة والتي تهتم بصفة أساسية بالمدخل المعرفي للاضطرابات النفسية، ويهدف هذا الأسلوب إلى إقناع المريض بأن معتقداته غير منطقية، وتوقعاته وأفكاره السلبية وعباراته الذاتية هي التي تحدث ردود الأفعال الدالة على سوء التكيف ويهدف بذلك إلى تعديل إدراك المريض المشوه، ويعمل على أن يحل محلها طرقاً أكثر ملائمة للتفكير، وذلك من أجل إحداث تغييرات معرفية سلوكية وانفعالية لدى المريض (Glass & Shea, 1986, P 317). وحسب (Richard, 1997) العلاج المعرفي السلوكي هو مجموعة من الإجراءات التي تجسد تصورات عن التغيير وتضع أهمية أساسية على العملية المعرفية، وتهدف بصورة إجرائية إلى بعض الممارسات العلاجية لتبديل المظاهر المعرفية (Richard, 1997, P 51). وينظر "عمر متولي" إلى العلاج المعرفي السلوكي أنه أحد التيارات العلاجية الحديثة والتي تهتم بصفة أساسية بالمدخل المعرفي للاضطرابات النفسية، ويهدف هذا الأسلوب من العلاج إلى إقناع العميل بأن معتقداته غير منطقية وتوقعاته وأفكاره السلبية وعباراته الذاتية هي التي تحدث ردود الأفعال الدالة على سوء التكيف (متولي، 1993، ص 76). ويعتقد "عادل محمد" أن العلاج المعرفي السلوكي اتجه علاجي حديث نسبياً، يقوم على الدمج بين العلاج المعرفي بفنياته وتقنياته المختلفة

والعلاج السلوكي ويتعامل مع الاضطرابات المختلفة بمنظور ثلاثي الأبعاد، بحيث يتعامل معها معرفياً، انفعالياً، وسلوكياً (عادل، 2000، ص 17). أما (Eysenck, 2000) فيقول: أن العلاج المعرفي السلوكي هو تطور للعلاج المعرفي كمحاولة لإجراء تغيير على السلوك من خلال تغيير محتوى التفكير وإعادة بناء القناعات من خلال مجموع الإجراءات المعرفية (Eysenck, 2000, P 720). في حين يشير له (Michel, 2002): بأن هذا العلاج يستند إلى أسس نظريات معالجة المعلومات ونظريات التعلم، ويستند إلى فرضية أساسية تقول أن الوظائف المعرفية والفيزيولوجية والانفعالات والسلوكيات هي في عملية تفاعل متبادل، وأن علاج الأعراض لا يأتي إلا من خلال تعديل المعارف والسلوكيات للتحسين من الوظائف المصابة (Michel, 2002, P 451) ويرى (Canceil, 2002): "أن العلاج المعرفي السلوكي هو تحقيق للمبادئ التجريبية لعلم النفس العلمي في التطبيق العيادي، وهذه العلاجات تأسست في بداية الأمر على نظريات التعلم، الإشراف الكلاسيكي الإجرائي، ونظرية التعلم الاجتماعي، ثم أخذت النظريات المعرفية كمرجع لها خاصة ما يعرف بنموذج معالجة المعلومة (Canceil, 2002, P 169). فالعلاج المعرفي السلوكي حسب (الشيخ، 2003) يمكنه تعديل الاضطرابات المتعددة من خلال تعديل أسلوب التفكير. وأن أحداث الحياة السلبية تزيد من القلق والتوتر والشعور بالتهديد وتوقع اليأس، ولذا يحاول المعالج تعديل أفكار المنتفع وإقناعه أن يرى الحياة بطريقة أكثر تكيفاً، ومساعدته على خلق سلوك توافقي مع ما يمر به من أحداث (الشيخ، 2003، ص 90). ويعتبره (ثيموتي، 2007) إطار نظري علاجي يركز على دور التفكير في التسبب بالمشكلات واستمرارها، وتحاول التقنيات المعرفية-السلوكية أن تعدل من أنماط التفكير المرتبطة بمشكلات المريض، وقد تقوم أيضاً بتوظيف مبادئ الإشراف والتعلم لتعديل السلوكيات التي تعد مشكلة (ثيموتي، 2007، ص 673). إذاً هو أسلوب جديد من أساليب العلاج النفسي، وهو علاج مباشر وتوجيهي تستخدم فيه آليات وأدوات معينة وفنيات ومهارات

معرفة سلوكية (فرغلي، 2008، ص 15). ويعرف المعجم الموسوعي لعلم النفس: العلاج المعرفي السلوكي أنه شكل من أشكال العلاج النفسي الحديث تم استخدامه من قبل "أرون بيك" حيث يقوم بتصحيح التصورات الخاطئة، واستبعاد الأفكار السالبة الناتجة عن التعلم الخاطيء، ويركز هذا العلاج على المحتوى الفكري للمريض، ويكون الهدف الرئيسي للعلاج المعرفي تصحيح التصورات والإدراكات الخاطئة واستبدال الأفكار التلقائية السالبة بأفكار إيجابية، ويكون دور المعالج نشطا في توعية المريض. وبالنسبة لـ "احمد حامد الغامدي": فهو يعد علاجا تعليميا يعمل على حل المشكلات النفسية على المدى القصير، فيحاول دمج الفنيات المستخدمة في العلاج السلوكي التي أثبتت نجاحا في التعامل مع السلوك، ومع الجوانب المعرفية لطالب المساعدة بهدف إحداث تغيرات في السلوك (الغامدي، 2010، ص 16).

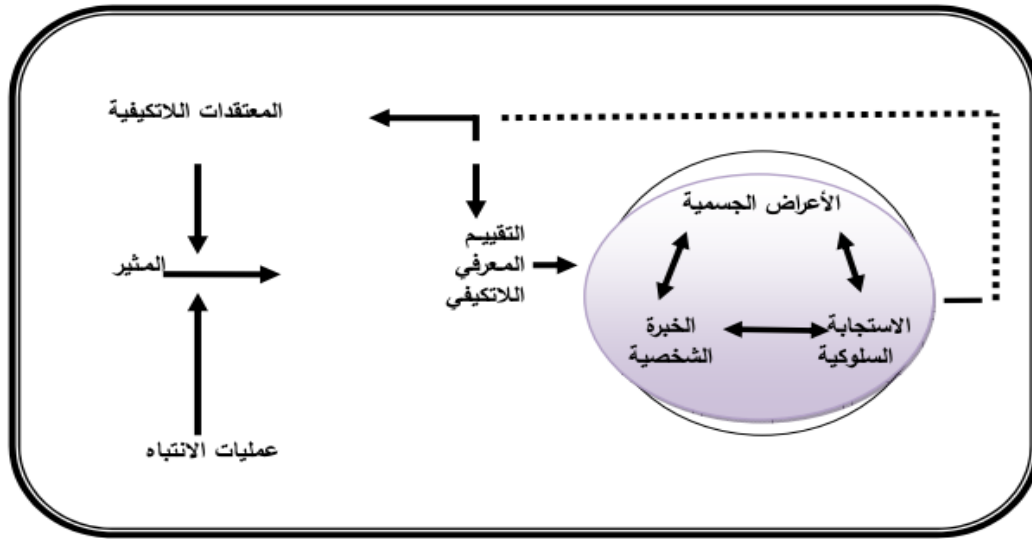
ومنه فالعلاج المعرفي السلوكي هو مفهوم شامل يتضمن عددا من الأساليب العلاجية من مثل العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي، التدريب على حل المشكلات، العلاج المعرفي، العلاج ما وراء معرفي، العلاج بالقبول والالتزام، العلاج الجدلي السلوكي والعلاج المعرفي العقلاني، وتختلف هذه التوجهات العلاجية في تركيزها على المبادئ والتقنيات المعرفية في مقابل السلوكية، إلا أنها جميعا تسعى إلى استبدال السلوكيات الانفعالات، والأفكار غير التكيفية بأخرى أكثر تكيفا (Craske, 2010, P 4). ويعرف "رأفت عبد الرحمن" (2013) العلاج المعرفي السلوكي قائلا: هو الاستخدام المنهجي المنظم لمبادئ التعديل المعرفي السلوكي، الذي يركز على أن تغيير حديث الذات للعميل يساعد على تغيير المعارف، والانفعالات والسلوكيات غير التوافقية (رأفت 2013، ص 280). أما (Robert & Barker, 2014) فيعرفانه على أنه أسلوب علاجي يقوم أساسا على مجموع التصورات المتنوعة، منها نظرية التعلم الاجتماعي، المدرسة الوظيفية للخدمة الاجتماعية، نموذج التركيز على المهام، وبعض العلاجات المرتكزة على النماذج

المعرفية، وهو أحد أشكال العلاج القصير حيث يهتم بالحاضر، وبتحقيق أهداف محددة مع التركيز على المشكلة الحالية للعميل (Robert , Barker, 2014, P 77).

2. إتجاهات العلاج المعرفي السلوكي:

من أبرز العوامل التي أدت إلى ظهور العلاج المعرفي السلوكي هو ظهور الاتجاه المعرفي ردا على الانتقاد الموجه للمدرسة السلوكية، فهذه الأخيرة ركزت على تغيير السلوك فقط دون الاهتمام بالجانب المعرفي، خاصة عند استخدام أسلوب التحصين التدريجي، والذي يعتمد على فحص العميل لأفكاره والتحكم فيها. إن ما حفز الاندماج الحالي بين الأساليب السلوكية والمعرفية، هو محدودية كل من السيكدينامية والسلوكية المتطرفة، ومما سهل هذا الاندماج أيضا ظهور عدد من النماذج النظرية التي أصبغت على المتغيرات المعرفية صرامة العلم والتجريب، التي يقدرها السلوكيون أشد تقدير (تيموثي، 2007، ص 643). حيث يعد العلاج المعرفي السلوكي أحد أساليب العلاج النفسي الحديثة، وقد شهد هذا المنحى العلاجي ظهور ثلاثة نماذج علاجية ارتبط كل منها باسم صاحبه، فجاء على رأس تلك النماذج على التوالي "آرون بيك" (A. Beck)، "ألبرت أليس" (A. Ellis) و"دونالد ميتشنيوم" (D. Meichenbaum)، إلا أن النموذج الأخير لم يرتقي إلى مستوى النظرية حيث قدم صاحبه تفسيرات للتغيرات المعرفية التي تحدث جراء العلاج على هيئة تقرير وليس من خلال دراسات امبريقية، وعليه جهوده تعد بمثابة محاولة في هذا الصدد لم تكتمل بعد سواء على المستوى النظري أو التطبيقي (عادل، 2000، ص 11). ويرى (Kendall) أن التوجهات المعرفية السلوكية هي ذلك المزيج الذي يهدف إلى إعطاء صورة واضحة عن التأثير الايجابي للنظرية السلوكية مع النظرية المعرفية حيث يصنعان تغييرا علاجيا معتبرا (Marlene, 2005, P 151).

و فيما يلي نقدم مخطط يوضح دينامية العلاج المعرفي السلوكي بشكل مختصر:



شكل رقم (01): نموذج العلاج المعرفي السلوكي (هوفمان، 2012، ص 38)

يظهر هذا النموذج أن المعتقدات اللاتكيفية (المخططات) يمكن أن تؤدي إلى معارف معينة لاتكيفية (في الغالب آلية) عندما يخصص الانتباه إلى مظاهر مثيرة معينة مثل المواقف أو الأحداث أو الأحاسيس أو حتى الأفكار الأخرى، وغالبا ما تظهر عمليات الانتباه هذه درجة عالية من الآلية، ويمكن أن تحدث عند مستوى ملازم للوعي، متى وصلت العملية إلى مستوى الوعي يتم تفسير وتقييم المثيرات ثم بعد ذلك يؤدي التقييم إلى الخبرة الشخصية، الأعراض الجسمية والاستجابة السلوكية.

1.2. نموذج (A. Beck):

ويعد نموذج (بيك) من أبرز النماذج العلاجية، حيث يعتبر رائدا في تطوير المعالجات المعرفية السلوكية لمشكلات إكلينيكية مختلفة، ويتطلب هذا النموذج من التدخل العلاجي استخدام التقنيات المعرفية والسلوكية. حيث تدرب "بيك" على التحليل النفسي الفرويدي وشعر بعدم الرضا عن قلة الدعم التجريبي لأفكار "فرويد"، فقد وجد "بيك" من خلال عمله مع مرضى الاكتئاب أن الأفراد المكتئبون قد أعلنوا عن مدى واسع من الأفكار السالبة

والتي تظهر لديهم بشكل عفوي حيث أطلق علي هذه الأفكار: الأفكار الآلية (Automatic Thoughts) هذه الأخيرة تقوم على معتقدات رئيسية عامة، يطلق عليها المخططات (Schémas) التي لدى الفرد عن نفسه، عن عالمه وعن مستقبله، هذه المخططات تحدد الطريقة التي قد يفسر بها الفرد موقفا معينا، من خلال هذا التفسير تظهر أفكار آلية معينة هذه الأفكار الآلية المعنية تسهم في التقييم المعرفي الذي يتصف بسوء التكيف للموقف أو التحدث ويؤدي إلى استجابة وجدانية، في ضوء هذا النموذج العام طور "بيك" طريقة علاجية لمساعدة المرضى على تحديد وتقييم هذه الأفكار والمعتقدات لتشجيعهم على التفكير بشكل أكثر واقعية، والسلوك بشكل أكثر فعالية والشعور الأفضل نفسيا (هوفمان، 2012، ص 14).

ويعرف (Dozois & all) التشوهات المعرفية قائلا: "إنها عبارة عن مجموع الأخطاء المعرفية التي يرتكبها الفرد في مجالين من مجالات حياته، الأول له علاقة بطبيعة علاقاته الاجتماعية مع الأهل والأصدقاء والأسرة، والثاني يرتبط بمجموع انجازاته الشخصية مثل نجاحه أو فشله في مجال العمل (Dozois, 2011, P 322).

ففي عام (1970) اصدر "بيك" كتابا بعنوان "العلاج المعرفي: طبيعته وعلاقته بالعلاج السلوكي" أوضح فيه كيفية تغيير المعارف والأفكار من خلال نماذج اشراطية وهو ما يعتبر بمثابة استراتيجيات سلوكية، كما أوضح أيضا الدور التوسطي للمعارف في الخبرات الإنسانية. وخلال عقد السبعينيات تزايد الاهتمام بهذا الاتجاه العلاجي، وتزامن ذلك مع أعمال "ألبرت إليس" و"مايكل ماهوني" و"مارفين جولد فرايد"، "أرلوند لازاروس"، "دونالد ميتشنوم"، وأصبح إتجاه "بيك" في العلاج المعرفي السلوكي أحد ثلاثة نماذج أساسية لها الريادة في هذا المجال، حيث يتمثل الاتجاهان الآخران في اتجاه "إليس" في العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي، واتجاه "ميتشنوم" الذي يعرف بالتعديل المعرفي للسلوك (عادل، 2000 ص 24).

2.2. نموذج (A. Ellis):

جاء هذا النموذج بفكر جديد يقدم فيه طريقته الخاصة والجديدة في العلاج النفسي تحت اسم العلاج العقلاني الانفعالي مؤكداً بذلك على العلاقة بين الثلاثية: سلوك، انفعال، وتفكير، فحسب رأيه إذا كان التفكير يتم بعقلانية ومنطقية فإن السلوك المتوقع يكون جيداً، والانفعال بذلك يكون ايجابياً ومساهماً في المزيد من النشاط والبناء، لكن إذا كان التفكير غير معقول وغير منطقي اتصف كل من السلوك والانفعال بالاضطراب إلى حد بعيد (Ellis, 1987, P 6). ف"البس" تدرب على التحليل النفسي الفرويدي، ولكنه تأثر كثيراً بالفرويديين المحدثين أمثال "كارين هورني"، إذ يؤكد المدخل العلاجي له على العمليات المعرفية، كما أن هذا المدخل شكل فعال وموجه من أشكال العلاج النفسي، حيث يتمثل دور المعالجين النفسيين في مساعدة المرضى على إدراك أن معتقداتهم الخاصة تسهم بشكل كبير في مشكلاتهم النفسية بل تبقي عليها وتسببها، هذا المدخل يساعد المرضى على إدراكات لاعقلانية وحدة تفكيرهم، ويساعدهم على التغيير الفعال للمعتقدات والسلوكيات التي تهزم الذات (هوفمان، 2012، ص14). والعنصر الجوهرى في نظرية "العلاج العقلاني الانفعالي" هو أن السلوك الانفعالي للفرد ينتج عن حوار داخلي، فما يتولد من أفكار في وجدان الفرد حول موضوع معين هو الذي يكون مادة انفعالاته نحو هذا الموضوع، فالفرد يفكر بكلمات وجمل ذاتية، وما يوحى به الفرد لنفسه أثناء هذا الحوار الذاتي من مدركات وتصورات هو الذي يلون انفعالاته الخاصة، ويشكل سلوكه في الموقف (فرج وآخرون 1989، ص 300).

وقد بلور "اليس" نظريته التي يقوم عليها العلاج العقلاني الانفعالي، وأطلق عليها إسم نظرية (A B C) حيث تعني:

(A) تعني (Activating Expérience): الخبرة المنشطة، وهي عادة حادث (ACT) أو خبرة صادمة (هنا والآن) يتم إدراكها في مناخ غير عقلائي، وبذلك تكون الخبرة المنشطة خبرة لا عقلانية.

(B) تعني (Belief System): ويقصد بها (نظام معتقدات) لاعقلاني مدمر للذات، وكل خبرة يوجد حولها جمل داخلية ومعتقدات منها معتقدات لاعقلانية تغمر الفرد.

(C) تعني (Conséquence): أي (النتيجة الانفعالية) التي يشعر بها الفرد نتيجة للخبرة وتكون مناسبة لنظام المعتقدات، فإذا كان نظام المعتقدات لاعقلاني كانت النتيجة اضطراب انفعالي وخلل سلوكي كما في حالات القلق والاكتئاب.

ويستند العلاج العقلاني الانفعالي إلى مجموعة من المسلمات تساهم في تفسير سلوك الإنسان واضطرابه وهذه بعضها:

- ✓ التفكير والانفعال جانبان لزاوية واحدة، وكلاهما يصاحب الآخر في التأثير والتأثر.
- ✓ ينشأ التفكير غير العقلاني من خلال التعليم المبكر غير المنطقي، حيث أن الفرد يكون مستعداً نفسياً لاكتساب التفكير غير العقلاني من المحيط.
- ✓ حيث يوجد التفكير غير العقلاني، يوجد الاضطراب الانفعالي (إجلال، 2000، ص 173).

ولأن كل اضطراب انفعالي يبدأ من الداخل فالجهد العلاجي لابد وأن يبدأ بتغيير الأفكار والتصورات والإدراكات الذاتية الخاطئة، والتي ينتج عنها الانفعالات السلبية والسلوك المضطرب، وذلك يتطلب بالدرجة الأولى أن يقتنع الفرد بخطأ أفكاره، ومنطقه في تقدير الأمور وإدراكها، ومن ثم السعي بنفسه إلى تعديل نظريته، وعندها يبدأ نوع من الحوار الداخلي في الاتجاه الذي يصحح هذه الأفكار وهذا المنطق. وحيث أن الصلة مباشرة بين

التفكير والانفعال فكل تغيير في التفكير إلى الأفضل يترتب عليه تحسن في انفعالات الفرد ومن ثم تعديل سلوكه (فرج وآخرون، 1989، ص 300).

3.2. نموذج (D. Meichenbaum):

ومن النظريات التي جمعت بين كل من أساليب النظرية السلوكية والنظرية المعرفية في العلاج (نظرية التعديل المعرفي للسلوك) التي وضعها "دونالد ميتشنيوم"، حيث انه رغم اعتماد العلاج العقلاني الانفعالي على الفحص الذاتي المنطقي بشكل كبير إلا أن إضافة أساليب سلوكية كان له تأثير في زيادة فعاليته، ويتمثل هذا التدعيم المتبادل بين المناهج المعرفية والسلوكية أحسن ما يتمثل في المنهج الذي يتبعه (ميتشنيوم وزملائه) في الجمع بين مكونات سلوكية مثل النمذجة والمهام المتدرجة والتمرينات المعينة والتدعيم الذاتي، وقد استطاع من خلال منهجه في تعديل التعبيرات الذاتية أن يحدث تغييرات مرغوبة في الأطفال ذوي النشاط الزائد والاندفاعيين (مليكة، 1990، ص 245). إذ ينطلق "ميتشنيوم" من الفرض القائل بأن أحاديث الأشخاص مع أنفسهم لها دور في تحديد السلوكات التي ستصدر عنهم، وأن سلوك الشخص يتأثر بنشاطات متنوعة وكثيرة يقوم بها الأفراد تعميم بواسطة مختلف البنى المعرفية، فحسب رأيه هذا الحوار الداخلي يدفع الفرد ويوجه تفكيره لانجاز المهارة المطلوبة (Ballou et all, 2008, P 47). حيث عند تدريب المرضى على الحوار الذاتي يمكن أن يؤدي هذا إلى تغيير سلوكهم إذ أنه يؤدي إلى ضبط السلوك والتخفيف من الضغط النفسي، ويؤثر على الحالة الانفعالية للفرد، وتشتمل عملية العلاج ثلاثة أوجه هي ملاحظة الذات، السلوك، الأفكار المتنافرة وتطوير الجوانب المعرفية المتصلة بالتغيير (عادل، 2000، ص 66).

وبهذا نجد أن هناك العديد من الاتجاهات التي يمكن إدراجها تحت مظلة العلاج المعرفي السلوكي، ومن تلك الأساليب: العلاج العقلاني الانفعالي لـ (Eliss)، التعديل السلوكي المعرفي لـ (Meiychinbaum)، علاج حل المشكلات لـ (Gold)، العلاج

المعرفي السلوكي لـ (Beck)، العلاج متعدد المحاور وغيرها، ويتفق المعالجون المعرفيون السلوكيون على اختلاف أساليبهم في أن الاضطرابات النفسية تعتمد إلى حد بعيد في حدوثها على وجود معتقدات فكرية وافتراسات خاطئة يتبناها الفرد عن نفسه وعن العالم المحيط به (Zarb, 2007, P 11).

3. مبادئ العلاج المعرفي السلوكي:

قامت مسلمات العلاج المعرفي على أسس ومبادئ العلاج العقلاني الانفعالي التي كان لها اثر كبير في ظهور العلاج المعرفي السلوكي وتطوره، ويقوم العلاج المعرفي السلوكي على عدة مبادئ ومسلمات، وحسب (جوديت بيك، 2007) توجد عشرة مبادئ أساسية للعلاج المعرفي السلوكي وهي كما يلي:

المبدأ رقم (1): إن العلاج يبنى أساسا على التقييم المتنامي والمستمر للعميل ومشاكله في صيغة مصطلحات معرفية في إطارات زمنية ثلاثة:

✓ في البداية يحدد المعالج طريقة تفكير المريض الحالية التي تساعد على الشعور السلبي المستمر والسلوك المضطرب أو الإشكالي.

✓ تحديد العوامل المرسبة التي أثرت في إدراك المريض.

✓ وضع فرضية عن نشأة المريض والأحداث المحيطة بالتربية والنماذج الثابتة في تفسير هذه الأحداث.

المبدأ رقم (2): يتطلب العلاج تحالفا علاجيا سليما (التركيز على العلاقة العلاجية).

المبدأ رقم (3): يؤكد العلاج على التعاون والمشاركة الفعالة، فمن المهم أن يرى المريض العلاج على أنه عمل جماعي في اتخاذ القرارات العلاجية، حيث في البداية يكون للمعالج الدور الأكبر في اقتراح التوجيهات للجلسات العلاجية وتلخيص ما تم مناقشته خلال الجلسات.

المبدأ رقم (4): العلاج المعرفي السلوكي ذو هدف موجه و متمركز حول المشكلة.

المبدأ رقم (5): العلاج المعرفي السلوكي يركز على الحاضر.

المبدأ رقم (6): يقوم العلاج المعرفي السلوكي على المبدأ التعليمي، ويهدف إلى تعليم العميل كيفية علاج نفسه وعلى تجنب الانتكاسة.

المبدأ رقم (7): العلاج المعرفي السلوكي محدد بزمن معين.

المبدأ رقم (8): جلسات العلاج المعرفي السلوكي مبنية بشكل مقنن.

المبدأ رقم (9): يُعلم العلاج المعرفي السلوكي العميل كيف يتعرف، ويقوم، ويستجيب لأفكاره السلبية.

المبدأ رقم (10): يستخدم العلاج المعرفي السلوكي مجموعة من التقنيات لتعديل التفكير والمزاج والسلوك. وتطبق هذه المبادئ الأساسية على كل الحالات (بيك، 2007، ص 23-29).

4. خصائص العلاج المعرفي السلوكي:

وحسب (Stephen et al, 2008) تتمثل خصائص العلاج المعرفي السلوكي

الأساسية في:

✓ **الأسلوب العلاجي:** في العلاج المعرفي السلوكي يحضر العميل للعلاج مواجهها لعدد كبير من المهارات والمعارف، لذلك يكون تابعا للمعالج خاصة في المراحل الأولى من العلاج لتوجيه مسار العلاج، وتحديد التوجهات العلاجية، وجزء من هذا الأسلوب العلاجي يتعلق بالقدرة على انتقاء المعلومات المناسبة عن مشكلة العميل.

✓ **صياغة المشكلة:** وذلك من خلال إجراء فحص موضوعي شامل للعميل في فترة مبكرة من العلاج، وبناء على هذا الكم من المعلومات يتم صياغة المشكلة وبشكل مستمر يتم مراجعة وتنقيح صياغة مشكلات العميل في ضوء المعلومات المتجددة.

✓ **العلاقة التعاونية المشتركة:** يشارك المعالج العميل في تصورات مثل التعرف على الأفكار الآلية، والمعتقدات المشوهة، ويوصي بإتباع وإجراء الواجبات المنزلية، ويشجع

العميل على المشاركة التامة، وأن يتحمل المسؤولية عن بعض القضايا العلاجية في مراحل مبكرة من العلاج.

✓ **الإعداد والتخطيط للجلسات والعلاج:** إن الجلسات العلاجية يتم التخطيط لها من خلال جدول أعمال، ويتم الاتفاق على محتوى الجلسة بالتعاون بين المعالج والعميل، فجدول الأعمال يمثل بناء معرفي يساعد العميل على فهم القضايا المركزية للعلاج المعرفي السلوكي، ويُمكنه من تطبيق هذا البناء على نفسه بمجرد انتهاء العلاج.

✓ **العلاج محدد الهدف:** إن أي شخص يطلب العلاج فهو يطلب التغيير بطريقة ما، وهنا سوف يعمل المعالج معه بشكل تعاوني للوقوف على التغيرات الملائمة والمناسبة وذات الصلة بالعملية العلاجية ومشكلات العميل.

✓ **اختبار ومناقشة التفكير غير المساعد (المشوه):** وذلك من خلال مناقشة قائمة من الأسئلة عن المعتقدات والأفكار التي ربما يقابلها أو يستنتجها المعالج.

✓ **استخدام العديد من الأساليب المساعدة:** يستخدم المعالج عددا من الأساليب والوسائل لمساعدة العميل في تغيير تفكيره المشوه، والذي بدوره يؤدي إلى تغلب العميل على مشكلاته السلوكية والانفعالية، وأيا كان فإن الوسائل المساعدة تم تضمينها بشكل ثابت داخل إطار عمل القواعد الخاصة بالعلاج المعرفي السلوكي بدلا من كونها مضافة إليه.

✓ **تعليم العميل أن يكون معالجا لنفسه:** تعتبر المشاركة الفعالة للعميل في العملية العلاجية سواء داخل الجلسات أو فيما يتعلق بالمهام خارجها عاملا حاسما في كفاءته أن يصبح معالجا لنفسه.

✓ **وضع الواجب المنزلي:** تكمن أهمية الواجب في أنه يرفع وعي العميل بقدرته على الاستمرار في العلاج حتى بعد انتهاء الجلسات، وتختلف طبيعة المهام المنزلية وأنواعها اختلافا كبيرا وواسعا، ويعتمد ذلك على كل من العميل وطبيعة المشكلة والمرحلة العلاجية.

✓ **تحديد الوقت:** العلاج المعرفي السلوكي محدد الوقت مقارنة بعدد من المناحي الأخرى ويرجع ذلك إلى مباشرته وطبيعته التشاركية التعاونية والتوجه نحو الهدف والمنحى البنائي. (ستيفن وآخرون، 2008، ص 41-49)، فالعلاج المعرفي السلوكي لا يأخذ وقتا طويلا فهو يتطلب ما بين 15 و 20 جلسة تركز في الحالات المتوسطة للاضطرابات إلى الشديدة منها على جلستين أسبوعيا على الأقل لمدة 4-5 أسابيع ثم مرة أسبوعيا لمدة 10-15 أسبوع، وغالبا ما يتبع العلاج الناجح جلسات متابعة للحفاظ على النتائج المحققة، والزمن المخصص لكل جلسة علاجية هو 50 دقيقة تقريبا باستثناء الجلسة الأولى التي تتطلب ضعف الوقت فطول فترة العلاج وتكرار وطول الجلسات كلها قابلة للنقاش، وخلال فترة العلاج يكون التركيز العلاجي على مساعدة المرضى للاستفادة القصوى من طاقتهم، وبناء موارد طاقة أكبر (Dattilio, 2000, P 8).

✓ **تجنب الانتكاس:** إن الوصول إلى نهاية العلاج لا يعد كافيا لضمان نتائج إيجابية، فحسب المعالجين المعرفيين السلوكيين يجب العمل في النهاية على إعادة استحضار كل ما تم العمل عليه خلال الجلسات العلاجية و تقديم توضيح للعميل كيف تقدم خلال العلاج والمرحلة التي وصل إليها في الوقت الحالي ذلك ليفهم حالته الراهنة ويكون مستبصرا بذاته، ولتقييم حالة العميل من الممكن الاستعانة بالمقاييس والاختبارات النفسية والتي عادة ما يكون قد تم استخدامها في القياس الأولي أي قبل بدء العلاج، حيث يساعدنا هذا على إقناع العميل بالتقدم الذي حققه والفرق في حالته ما بين المرحلتين الأولى أي قبل بدء العلاج والمرحلة الأخيرة أي بعد انتهاء العلاج كما يكون في إمكانه الاطلاع على الجوانب التي مازالت ضعيفة وهشة، بعد هذا يكون من الضروري والمهم اقتراح جلسات متابعة للعميل تكون في شكل مقابلات متباعدة وذلك على مدار عدة أشهر تلي فترة العلاج هذا ليتمكن كل من المعالج و العميل من تقييم مدى التقدم والتحسن وإذا ما كان مستمر مع الوقت أو أنه يتناقص. هذه المرحلة من المتابعة تعطي أيضا الفرصة للعميل للتعامل مع

إضطراباته والتحكم فيها في حالة معاودة ظهورها (الانتكاس)، وفي حال فشله يكون له الاختيار في العودة إلى طلب المساعدة النفسية من جديد، وفي هذا المقام يرى المعالجين المعرفيين السلوكيين انه من المفيد أن يتم تقديم كتيب صغير للعميل يلجأ إليه في حالة الانتكاسة حيث يتضمن مثلا العلامات التي تسبق الانتكاسة و معاودة ظهور الاضطراب، وكيف يعاود العميل اللجوء إلى استعمال التقنيات العلاجية التي تدرب عليها فيطبقها بنفسه دون مساعدة المعالج، فحتى بعد نهاية العلاج المعالج يبقى دائما موجود وحاضر لخدمة العميل في حالة الحاجة إلى المساعدة (بوفيه، 2019، ص 92-93 بتصرف).

5. أهداف العلاج المعرفي السلوكي:

تعددت أهداف العلاج المعرفي السلوكي، وتنقسم هذه الأهداف إلى أهداف خاصة بالعملية العلاجية، وأهداف خاصة بالمريض، ومن بين هذه الأهداف نجد:

- تحديد المعارف المرتبطة بالمشكلة الحالية، والتعرف على الروابط بين المعارف والوجدان والسلوك، وفحص الدليل المؤيد والدليل المعارض للمعتقدات الأساسية وتشجيع المريض على تجريب طرق أخرى لفهم الموقف، وتعليم المريض أن ينفذ العملية المعرفية بشكل مستقل.
- تصحيح المعارف والمعلومات المغلوطة والاستنتاج الآلي والتفسيرات التلقائية والانتقاعات الاختيارية السلبية، وذلك عن طريق تمرير الأفكار على العقل ليقوم بتحليلها عن طريق العمليات العقلية، وتفسير الأفكار في ضوء التفكير العقلاني عن طريق اختبار صحتها واقعيًا.
- تعليم المريض أن يكون هو طبيب نفسه، والتأكيد على منع الانتكاسة، ويتضمن ذلك استبصار المريض بطبيعة ومسار اضطرابه، وكذلك إمداده بمعلومات عن النموذج المعرفي وتعليم المريض كيف يضع خططًا للتعامل مع المشكلات الحالية والمستقبلية، واختبار الواقع من خلال التكاثف الامبريقي.

○ تعديل وتغيير الجوانب العقلية المعرفية التي تتركز حول الخبرات الصادمة، وذلك بالنظر إليها من زاوية مختلفة مثلا كخبرة ماضية يمكن أن يتعرض لها أي فرد، ويمكن أن يتغلب عليها، والنظر إلى الخبرات المؤلمة كخبرات معلمة، والتركيز على المفاهيم غير الدقيقة التي اكتسبها الفرد عن نفسه وعن العالم الذي يعيش فيه، التخفيف من الشحنات القوية المرتبطة بها، وتعديل مفهوم الذات السالب على المستوى العقلي المعرفي.

○ تغيير نماذج الصور الذهنية والمعتقدات وأساليب التفكير لمساعدة المريض على التغلب على المشكلات.

○ التعرف على ما اكتسبه الفرد من مفاهيم ومعلومات خاطئة، وما قام به من تفسيرات خاطئة للعديد من المواقف والمثيرات، مما يعطيه الفرصة لتصحيحها وتعديلها وعلاجها بشكل يحقق له التخلص من تلك الصبغة التي سادت حياته، اعتمادا على تلك الأفكار والمفاهيم والمعلومات والتفسيرات.

○ جعل الاضطرابات الانفعالية وعلاجها أكثر اتصالا بخبرات الحياة اليومية، ويضمن إلى أن اضطرابه لا يعدو إلا أن يكون ضربا من ضروب سوء الفهم التي كثيرا ما مر بمثلها في حياته السابقة، وكثيرا ما نجح في تصحيحها حين توافرت له المعلومات الصحيحة (نوفل، 2016، ص 25).

6. فعالية العلاجات المعرفية السلوكية:

بينت أغلبية الدراسات أن العلاجات المعرفية السلوكية ستكون ذات فعالية أكبر مع معظم الاضطرابات النفسية وذلك مع اغلب الفئات العمرية (أطفال، راشدين) أكثر من غيرها من المقاربات العلاجية الأخرى، فالعديد من التحليلات النقدية للمنشورات التي تدافع عن فرضية أن العلاجات النفسية متكافئة تبين في واقع الأمر أن جميع العلاجات النفسية لن تكون ذات قيمة، كما يبدو أن الدراسات الأكثر صرامة ترجح غالبا كفة العلاجات المعرفية

السلوكية، وهذا ما جاء مثلا في مجموعة كبيرة من الأدبيات التي نشرت في فرنسا من طرف المركز الوطني للصحة و البحث الطبي (INSERM).

فالعلاجات المعرفية السلوكية أبدت تفوقا واضحا مع حالات اضطرابات الحصر وبعض الاضطرابات الاكتئابية، وستزداد فعاليتها وضوحا مع الاضطرابات الأخرى، في المقابل هناك دلائل وعوامل هي التي تثبت هذه الفعالية منها خصائص العميل، التحالف العلاجي القائم بينهما، فالدراسات العلمية الحالية تجعلنا نجزم بان المقاربة العلاجية التي تملك أكثر دلائل وبراهين على فعاليتها هي المقاربة المعرفية السلوكية، ففي غالبية الأحيان تقود نتائج الدراسات المقارنة للمقاربات العلاجية إلى ترجيح كفة العلاجات المعرفية السلوكية على أنها الأكثر فعالية، مع هذا يتوجب على كل من المعالجين المعرفيين السلوكيين والعملاء أن يكونوا واعيين بان ما يعطي هذه المكانة المرموقة لهذا النوع من العلاجات هو التزام هذين الشريكين (المعالج والعميل) وتعاونهم النشط في إطار علاقة مبنية على الثقة، فهذا النوع من العلاجات تثبت فعاليته إذا ما طبق بشكل صحيح وبشروط مناسبة وإلا فان هذه الفعالية ستخفض أو حتى تنعدم (بوفيه، 2019، ص 65-66 بتصرف).

7. فنيات العلاج المعرفي السلوكي:

ينطوي العلاج المعرفي السلوكي على العديد من الفنيات السلوكية والمعرفية، والتي

نذكر منها:

1.7. فنية تحديد الأفكار الآلية (الخاطئة): يقوم المعالج بالتعرف على هذه الأفكار اللاعقلانية والمختلة واسترجاعها، وتحديدتها ثم يطلب من المريض تسجيل أفكاره السلبية، مما يساعده ذلك على تحسين قدرته على اختبار الواقع، وجعله مراقبا لنفسه وسلوكه وأحاديثه الذاتية بصورة صحيحة ويساعده ذلك على مساعدة نفسه بنفسه في العلاج. وتستخدم بعض الفنيات في تحديد هذه الأفكار مثل: فنية التساؤلات، المواجهة، فنية الحوار التدميمي (نوفل، 2016 ص 86).

2.7. فنية صرف الانتباه: تستخدم فنية صرف الانتباه في العلاج المعرفي السلوكي لأهداف محددة وقصيرة المدى، وذلك بأن يُطلب من العميل الذي يعاني من القلق، مثلاً القيام بسلوك يصرف انتباهه عن الأعراض التي يشعر بها، لأن التركيز على هذه الأعراض يجعلها تزداد سوءاً. ويستطيع المعالج استخدام فنية صرف الانتباه في بداية العلاج لكي يجعل العميل يدرك أن باستطاعته التحكم في الأعراض التي يشكو منها، وهذه خطوة مهمة جداً في العلاج، وقد تستخدم هذه الفنية في مراحل متأخرة من العلاج للتعامل مع الأعراض، عندما يكون العميل في وضع لا يسمح له بتحدي الأفكار السلبية التلقائية، مثال ذلك: عندما تأتي العميل الأعراض وهو يتحدث مع شخص ما ففي هذه الحالة بإمكان العميل طرد الأفكار السلبية من خلال الاقتراب أكثر من الشخص الذي يتحدث معه مما يُغطي المجال البصري للعميل، أو التركيز على المحادثة نفسها بدلاً من الأفكار المتعلقة بتقويمه لنفسه. ومن الممكن استخدام أساليب صرف الانتباه لتوضيح النموذج المعرفي السلوكي للاضطرابات النفسية للعميل. فقد يطلب المعالج من العميل عندما يكون قلقاً خلال الجلسة أن يصف بصوت مسموع محتويات الغرفة، ومن ثم يستخدم الأسئلة ليوضح للعميل كيف أن تمارينات صرف النظر تخفف من القلق، مما يدل على أن الأفكار تلعب دوراً كبيراً في ظهور الأعراض لديه (المحارب، 2000، ص 209).

3.7. فنية ملأ الفراغ: من الإجراءات الأساسية لمساعدة المريض على توضيح أفكاره التلقائية عندما يكون غير واعي بها، والتي تسبق المشاعر السلبية، هو أن ندرجه على ملاحظة تتابع الأحداث الخارجية واستجاباته لها، فإنه يزداد وعياً بهذه الأفكار، وقد يذكر العميل أحياناً عدد من المواقف التي أحس فيها بكدر وضيق لا مبرر له، ففي هذه الحالة تكون هناك دائماً فجوة ما بين المثير والاستجابات الانفعالية لها. وقد يكون باستطاعة العميل أن يفهم سر كدره الانفعالي إذا أمكنه أن يتذكر ويسترجع الأفكار التي وقعت له خلال هذه الفجوة (كحلة، 2009، ص 57).

4.7. فنية وقف الفكرة: وتعتمد على الاقتران بين المثير (الفكرة) والاستجابة (وقف الفكرة) وفيها يتم تعليم وتدريب المريض على وضع نهاية للأفكار غير المرغوب فيها، وتدريبه على كيفية المواجهة الفعلية للمثيرات التي تبعث الأفكار غير المرغوبة، وذلك عن طريق محاولة استبعاد كل فكرة غير مجدية وطردها واستبدالها بأخرى (نوفل، 2016، ص 97).

5.7. التعزيز: تعد تقنية علاجية سلوكية تركز على مبادئ نظرية التعزيز وهي تحديد التبعات أو اللواحق أو المعززات التي تحدث عقب سلوك معين وتقيد المعالج في ضبط السلوك. كما ينقسم التعزيز إلى ايجابي و سلبي، فالأول نقصد منه تشجيع السلوك على الحدوث و التكرار أما الثاني فهو بمثابة العقاب ويهدف إلى حث العميل على تجنب سلوك معين و عدم ممارسته لأنه غير مرغوب وغير متكيف (عبد المجيد، 2008، ص 118 بتصرف).

6.7. الواجبات المنزلية: هي مجموعة المهارات والأنماط السلوكية التي يتم تعليمها للمريض من أجل مواجهة المواقف الصعبة، وغير المحتملة، وتطبق خارج الجلسات العلاجية، وتحدد الواجبات المنزلية عقب كل جلسة، ويتم مراجعتها في بداية الجلسة التالية، وقد تكون هذه الواجبات سلوكية أو معرفية. وتعد الواجبات المنزلية بمثابة دعامة أساسية للعلاج المعرفي السلوكي، لأنها تزيد من فعاليته. كما أن نجاح الواجبات المنزلية يعتمد على محاولات المريض وإكمالها، وعليه فقط أصبحت الواجبات المنزلية تدمج ضمن نطاق في المعالجات النفسية (نوفل، 2016، ص 95).

7.7. فنية النمذجة: أشارت نظرية التعلم الاجتماعي لـ "باندورا" (Bandura 1977) بأن الأطفال يتعلمون كما هائلا من السلوكيات بواسطة ملاحظة أو مشاهدة الآخرين، وكذلك الحال للطفل القلق الذي يتعلم من خلال ملاحظة طريقة الآخرين في التعامل مع مثيرات الخوف والقلق، فهذه النظرية تفترض بأن الطفل الذي يعاني من القلق قد تأثر بواسطة البيئة، ومن هنا فإن سلوك الخوف والقلق سلوك متعلم عن طريق ملاحظة الآخرين ويمكن

التخلص منه عن طريق جعل الطفل يلاحظ نماذج تمارس بنجاح التعامل مع المثيرات التي يخافها الطفل. وتكون هذه الطريقة أكثر فاعلية عندما يطلب من الطفل القلق المشاركة وعندما يتشابه النموذج مع الطفل القلق في السن ومستوى القلق والخبرة مع حالات ومثيرات القلق (العطية، 2011، ص 97).

8.7. القصة الرمزية: يقوم المرشد من خلال هذه الإستراتيجية برواية قصة لها معنى حقيقي وتكون حلا للمشكلة وعادة المعالج الذي يتمتع بذكاء عالي يكون أكثر تأثيرا في المرشد أو صاحب المشكلة ويكون اختياره للقصة اختيار مناسب وتعد إستراتيجية القصة الرمزية في العلاج بالمعنى وسيلة مفيدة لجعل بعض الأشخاص يفهمون أن المعاناة قانون سائد بين البشر، حيث يقوم المعالج بسرد قصة على العميل توضح له معنى ارتباط الحياة الإنسانية بالمعاناة من خلال توضيح معاني يصعب التعبير عنها بشكل مباشر، فمثلا قصة "حبوب الخردل" التي كانت بطلتها إمرأة هندية أنجبت طفلا لكنه مرض ومات فشعرت بالحزن والأسى وحملت جثته وجابت بها أنحاء المدينة، فسخر منها الناس فلجأت إلى احد الحكماء فأخبرها أن الدواء الوحيد هو الإتيان بحفنة من بذور "الخردل" من أي منزل لا يكون احد من أهله قد مرض أو عانى أو مات إلا أنها لم تنجح في العثور عليه، وأدركت في الأخير أنها لم تكن الوحيدة التي عانت وان المعاناة قانون يسري على جميع البشر (كوبر، 2015، ص 108-111).

9.7. إعادة البناء المعرفي: تهدف إلى تمكين العميل من تحديد أفكاره المختلفة، والتحقق من صحتها (ويعني وضعها موضع التساؤل لأنها وحسب تعريفها فهي مختلفة)، ثم إيجاد أفكار أكثر تكيفا.

10.7. الحوار السقراطي: يسمى أيضا التساؤل السقراطي ويتمثل في حوار يقود خلاله المعالج العميل إلى الشك في أفكاره المختلفة ثم بناء أفكار جديدة. لا يتمثل الأمر في كسر الأفكار المختلفة واقتراح أفكار أخرى معدة مسبقا من طرف المعالج وإقناع العميل بصحتها

بل يتمثل الأمر في أن يسلك المعالج سلوكا عقلانيا، يقظا، متدرجا، غير متعصب والاهم أن يكون متسائلا وذلك لخلق دينامكية من التساؤل العقلاني حول معتقدات العميل ليتمكن من فهم العالم المحيط به بكيفية أكثر واقعية وأكثر تفتحا وخاصة اقل تسببا في الأمراض النفسية، إذا يتمثل الأمر في تطبيق عمل معرفي سيقود العميل إلى إحداث تغيير ناتج من الداخل (وليس مفروض من الخارج)، إنها تقنية تتطلب الكثير من المهارة ومن الحس الإكلينيكي لدى المعالج (بوفيه، 2019، ص 110-111).

11.7. التخييل: هنا يطلب المعالج من المريض تخيل الموقف أو تمثيله، يمكن الاستعانة بالآخرين إذا كان موقف تفاعل مع الناس، للعب الدور مع المريض (المحارب، 2000، ص 192).

خلاصة الفصل:

قدمنا في هذا الفصل عرضا موجزا حول العلاج المعرفي السلوكي من حيث تعريفه ثم تناولنا أهم اتجاهاته والتي جاءت نتيجة لأعمال عيادية لأصحابها مع مرضاهم، أين سمحت الممارسة بالتدرج في وضع اتجاهات حديثة تبنت مفاهيم جديدة وعملت على تطويرها انطلاقا من أعمال "بيك" الذي انتقل من التحليل النفسي الحديث إلى بناء نظريته التي تركز على الجانب المعرفي وما ينتج عنه من سلوكيات، أما "أليس" فجاء ليدخل مصطلح جديد هو الانفعال وبهذا يركز في نظريته على التأثير المتبادل ما بين المعتقد والانفعال نتيجة خبرة ما، أما "ميشينبوم" فقد اهتم بالجمع ما بين الجانب المعرفي والانفعال والسلوك، فهو يرى أن ذلك الحوار الداخلي يتحدد على أساسه انفعالات الشخص وبالتالي أنماط سلوكية معينة، يبدو أن العلاجات المعرفية السلوكية عرفت الكثير من المراحل لتصل إلى صيغتها الحالية وربما هذا ما يعطيها نوعا من المتانة في تناولها للمشكلات وعلاجها، ثم لنمر إلى الحديث عن مبادئ العلاج المعرفي السلوكي، خصائصه، أهدافه وفعالته بالمقارنة مع العلاجات النفسية الأخرى، لنختم هذا الفصل ببعض الفنيات التي تستخدمها العلاجات المعرفية السلوكية في ممارستها الميدانية.

الجانب التطبيقي

الفصل الثالث

إجراءات الدراسة الميدانية

1. منهج الدراسة
2. إجراءات التطبيق الميداني
3. متغيرات الدراسة
4. عينة الدراسة
5. مجالات الدراسة
6. أدوات جمع البيانات
7. أساليب تحليل البيانات

تمهيد

إن القيام بأي بحث علمي يتطلب الاعتماد على منهجية علمية سليمة تلك المنهجية التي يتوقف اختيارها على طبيعة الموضوع وأهدافه، ومن هذا المنطلق نحاول إبراز الخطوات والإجراءات المنهجية التي اتبناها في هذه الدراسة من أجل الإجابة على الأسئلة والتأكد من الفرضيات من خلال إتباع منهج ملائم وانتقاء الأدوات اللازمة لجمع المعلومات وكذا استعمال أساليب إحصائية محددة وسيتم توضيح كل من هذه الإجراءات ضمن هذا الفصل.

1. إجراءات التطبيق الميداني:

لقد تم تطبيق هذه الدراسة على النحو التالي:

1.1. الدراسة الاستطلاعية:

تعد الدراسة الاستطلاعية من أهم الخطوات الميدانية التي تمكن الباحث من معرفة إمكانية إجرائه للبحث وتساعده على الوقوف أمام الصعوبات والمشاكل التي قد تواجهه أثناء القيام بالدراسة الأساسية كاختيار العينة وتجريب أدوات الدراسة إضافة إلى اختبار ظروف العمل الميداني وعراقيله، وقد تم تحقيقها في هذه الدراسة وفق المراحل الآتية:

أولاً: تحديد الإطار النظري للبحث:

قامت الباحثة بتحديد الإطار النظري للبحث من خلال الاطلاع على مختلف المراجع الخاصة بموضوع البحث (العربية والأجنبية).

ثانياً: تصميم الجانب العملي:

تم ذلك من خلال الاستناد إلى مختلف الدراسات السابقة حول الموضوع العربية منها والأجنبية، وتضمن الخطوات التالية:

✓ إعداد برنامج علاجي قائم على مختلف فنيات العلاج المعرفي والعلاج السلوكي من خلال انتقاء التقنيات المعرفية والسلوكية والدمج فيما بينها بشكل تكاملي لعلاج اضطراب

التبول اللاإرادي لدى عينة من الأطفال المتبولين لإراديا تتراوح أعمارهم ما بين (5-11) سنة.

- ✓ تصميم دليل المقابلة التشخيصية الخاصة بأفراد العينة.
- ✓ تصميم دليل مقابلة تقييم الاضطراب
- ✓ الاعتماد على بطاقة دراسة حالة (للدكتور "فيصل الزراد" المخصصة لحالات التبول اللاإرادي) لجمع المعلومات حول الطفل.
- ✓ تصميم ما يعرف بالشمسية الأسبوعية لتسجيل التبول اللاإرادي.
- ✓ يتم اختيار أفراد العينة بالاستعانة بالمقابلة التشخيصية حيث نحتفظ بالحالات التي يتم تشخيصها كاضطراب تبول لإرادي أولي ليلي.

ثالثا: النزول إلى الميدان وتجريب أدوات البحث:

قامت الباحثة بالنزول إلى الميدان بهدف:

- التحقق من إمكانية تطبيق الدراسة والتقرب من أفراد العينة.
- معرفة ظروف التطبيق وأهم الصعوبات ومحاولة تقاؤها أثناء إجراء الدراسة الأساسية.
- تطبيق أدوات الدراسة على عينة مكونة من 6 أطفال وذلك بالمؤسسة العمومية الاستشفائية "محمد بوضياف" بورقلة خلال شهر مارس لغرض التأكد من صلاحيتها واختبارها والتدريب عليها ومن ضمنها القيام بتجريب إستطلاعي للبرنامج على أطفال من خارج عينة الدراسة (بلغ عددهم 6 أطفال) للتأكد من الخصائص السيكومترية للبرنامج والتعرف على جوانب القصور فيه ومحاولة تقاؤها أثناء تطبيقه.
- عرضت الباحثة البرنامج على مجموعة من المحكمين من "أساتذة التعليم العالي" المختصين في مجال علم النفس ومختصين نفسيين عياديين ممارسين، وبعد فترة تم تلقي التصحيحات وإدخال التعديلات المناسبة عليه.

2.1. الدراسة الأساسية:

- بعد التأكد من صلاحية أدوات البحث، واختيار أفراد العينة نزلنا مرة ثانية إلى الميدان لتحقيق دراستنا: وفيما يلي خطواتها الأساسية:
- الاتصال بأفراد العينة وتحديد مواعيد بداية العمل العلاجي.
 - استقبال أفراد العينة مرفقين بالأمهات وبداية العمل من خلال تطبيق المقابلة العيادية لجمع المعلومات وذلك حسب بطاقة دراسة الحالة حيث نعتمدها كأداة لسير المقابلة مع كل من الأطفال وأمهم، إلا أننا عملنا على الفصل بينهما للحفاظ على الخصوصية.
 - بعد ذلك تأتي مرحلة تطبيق البرنامج لنستهلها بما يعرف بالقياس القبلي أي قبل تطبيق جلسات البرنامج، حيث قمنا بتوزيع الشمسية الأسبوعية على الأطفال وطلبنا منهم العمل بها لمدة أربعة أسابيع متتالية، حيث يرسم الطفل شمس مشرقة في خانة الليلة الجافة وغيمة ممطرة في خانة الليلة المبللة وطلبنا من الأم مساعدة طفلها على ذلك.
 - بعد استعادة الشمسيات قمنا بتسجيل تكرارات التبول وبعدها مررنا إلى بداية تطبيق البرنامج العلاجي بالاتفاق مع الأمهات على مواعيد الجلسة الأولى.
 - بدأنا تطبيق البرنامج من خلال جلساته حيث بدأنا من جديد في قياس تكرار الليالي الجافة والمبللة لكن هذه المرة طيلة مدة تطبيق البرنامج أي مدة 8 أسابيع.
 - بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج طلبنا من الأطفال المواصلة في العمل بالشمسية الأسبوعية لمدة أربعة أسابيع أخرى على أن يتم تسليمنا هذه الشمسيات عند انتهاء المدة، وفعلا بعد انقضاء مدة شهر اتصلنا بالأمهات اللاتي التزمنا معنا بالعمل الجدي واستعنا بنماذج الشمسيات طبعا لتسجيل تكرارات التبول.
 - تفرغ النتائج وتحليلها ومعالجتها إحصائياً وفق برنامج SPSS25.

2. منهج الدراسة:

نظرا لطبيعة الدراسة الحالية والمتمثلة في دراسة فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي على ثمانية حالات عيادية لأطفال يعانون من اضطراب التبول اللاإرادي ارتأينا أن نتوجه للمنهج الأنسب لمعالجة معطياتنا وهو المنهج شبه التجريبي فتطبيقنا للبرنامج العلاجي والبحث عن أثره قبل التطبيق وبعد التطبيق يحمل في مضمونه مفهوم التجريب والتحكم في المتغيرات، حيث يتميز هذا المنهج بتحليل علاقات السبب والنتيجة، فالباحث يعمل على التحكم في واحد من متغيرات الدراسة أو أكثر من المتغيرات المستقلة (وهي الصفة التي تميز المنهج التجريبي)، والعمل على ضبط تأثير المتغيرات الأخرى ليدرس تأثير كل ذلك على المتغير التابع.

اعتمدت الباحثة احد تصميمات "تجربة الحالة الواحدة" أو (الفرد الواحد) وهو تصميم (أ ب أ) (أ خط القاعدة، ب معالجة، أ خط القاعدة) أين عملت على تعريض نفس المجموعة التجريبية إلى ثلاث إجراءات، حيث تعبر (أ) عن مرحلة خط الأساس، وتم خلالها قياسات متعددة للتبول اللاإرادي كمتغير تابع دون أي تدخل علاجي، أما (ب) فهي بدء ممارسة برنامج التدخل العلاجي (كمتغير مستقل) حيث يتم التدخل مرة واحدة فقط في ما يعرف بمرحلة العلاج مع التأكيد على استمرار القياسات للمتغير التابع (اضطراب التبول اللاإرادي)، ثم ننهي القياس بالمرحلة (أ) وهي مرحلة خط الأساس بعد العلاج حيث يتم خلالها ملاحظة وتتبع وقياس المتغير التابع لتقرر الباحثة فيما بعد إذا ما كان العلاج الذي نرسم له بالحرف (ب) قد اثر في التبول اللاإرادي الذي نرسم له هنا بالحرف (أ).

وقد اختارت الباحثة تصميم المجموعة الواحدة والتي تتكون من مجموعة من الأفراد يمثلون عينة الدراسة وتطبق عليها كل مراحل القياس التجريبي (القبلي، البعدي، التتبعي) أين عملت في البداية على قياس سلوك التبول اللاإرادي لمدة شهر بعدها عملنا على تطبيق البرنامج العلاجي مع نفس المجموعة لمدة شهرين وفي الأخير وبعد الانتهاء من جلسات

البرنامج انتقلنا إلى اخذ قياسات التبول اللاإرادي دائما مع نفس المجموعة، ولم نكتفي بالمنهج شبه التجريبي إنما من ناحية ثانية في محاولة لتكملة صورة البحث وجدنا أن طبيعة الدراسة تتطلب منا التوجه لما يعرف بالمنهج العيادي الذي يختص ويتميز عن غيره من المناهج بالتناول العميق للتاريخ الارتقائي للحالات الفردية كل حالة على حدا أخذنا بعين الاعتبار خصوصية الأفراد واختلافهم، وكل ذلك اعتمادا على معطيات دراسة الحالة وتاريخها.

3. متغيرات الدراسة:

1.3. المتغير المستقل: وهو العامل الذي نريد قياس مدى تأثيره على الظاهرة ويتمثل في (البرنامج العلاجي) الذي قدم للحالات بعد عملية القياس القبلي.

2.3. المتغير التابع: وهو العامل الذي نريد معرفة مدى تأثير العامل المستقل فيه، ويتمثل في مجموع التغيرات الحاصلة في معدل حدوث سلوك التبول اللاإرادي لدى الأطفال الذين تراوحت أعمارهم ما بين (5 إلى 11) سنة بالاستناد إلى جدول التبول اللاإرادي (الشمسية الأسبوعية) الذي أعدته الباحثة لهذا الغرض.

4. عينة الدراسة:

إشتملت عينة الدراسة على 8 أطفال (5 ذكور و3 إناث) تراوحت أعمارهم ما بين (5-11) سنة تم اختيارهم بطريقة قصدية للتحكم في بعض المتغيرات، فالأطفال جميعا تم تشخيصهم على أنهم يعانون من اضطراب التبول اللاإرادي الليلي الأولي، وقد ركزنا على العمل مع الحالات ذات المنشأ الوظيفي. وكانت الحالات تخلو من أي إصابات أو اضطرابات فيزيولوجية حسب الفحوصات الطبية إلى جانب المقابلة التشخيصية.

وفيما يلي الجداول التي تعبر عن خصائص عينة الدراسة:

❖ الجنس:

جدول رقم (01): جنس عينة الدراسة

النسبة	التكرار	
62.5	5	ذكر
37.5	3	أنثى
100	8	المجموع

المصدر: إعداد الباحثة بناء على مخرجات SPSS25

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن أغلبية العينة كانت من الذكور بنسبة مئوية بلغت 62.5 بينما بلغت نسبة الإناث 37.5.

❖ العمر:

جدول رقم (02): التوزيع العمري للعينة للدراسة

السن		
النسبة	التكرار	
12.5	1	5 سنوات
25.0	2	6 سنوات
25.0	2	8 سنوات
12.5	1	9 سنوات
12.5	1	10 سنوات
12.5	1	11 سنة
100.0	8	المجموع

المصدر: إعداد الباحثة بناء على مخرجات SPSS25

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن أغلبية أفراد العينة تراوحت أعمارهم ما بين 6 و 8 سنوات بنسبة بلغت 25.0، تليها نسبة 12.5 لديهم 5 سنوات و 9 سنوات و 10 سنوات ثم 11 سنة.

■ معايير إختيار العينة:

- ✓ قمنا بتطبيق المقابلة التشخيصية حسب معايير DSM 5.
- ✓ حددنا أعمار أفراد العينة ما بين 5 و11 سنة.
- ✓ مشكلة التبول اللاإرادي الأولي الليلي.
- ✓ أن يكون التبول وظيفي المنشأ.
- ✓ أن لا يعاني هؤلاء الأطفال من أي إعاقات حسية حركية أو ذهنية أو عضوية.
- ✓ أن لا يكون الطفل مصابا بأحد الأمراض التي من شأنها أن تتسبب في تبوله لإراديا.
- ✓ أن يقوم الفاحص بإخضاع كل الأطفال للفحص المختص من طرف الطبيب المختص في أمراض الكلى والجهاز البولي مع إجراء الفحوصات اللازمة على مستوى المصلحة (مصلحة أمراض الكلى وتصفية الدم) أين تعمل الباحثة كمختصة نفسية وهو ما سهل علينا الكثير من الفحوص.
- ✓ إبداء الأطفال وكذا والديهم الرغبة في التخلص من مشكلة التبول والتعهد بالالتزام بمراحل العلاج.

5. مجالات الدراسة:

1.5. مكان الدراسة:

أجريت دراستنا الميدانية بمدينة ورقلة بالضبط في المؤسسة العمومية الإستشفائية "محمد بوضياف" وتم ذلك على مستوى مصلحة أمراض الكلى وتصفية الدم أين تمارس الباحثة مهامها كمختصة نفسية عيادية.

2.5. الحدود الزمنية للدراسة:

أجريت الدراسة الميدانية في الفترة الممتدة من شهر مارس 2021 إلى غاية شهر أوت 2021 حيث قسمت هذه الفترة إلى ثلاث مراحل:

- مرحلة الدراسة الاستطلاعية من تاريخ 2021/03/02 إلى غاية 2021/03/28.

- مرحلة الدراسة الأساسية من تاريخ 2021/04/19 إلى غاية 2021/08/26.

6. أدوات جمع البيانات:

تعتبر مرحلة جمع المعلومات خطوة هامة من خطوات الدراسة العلمية مهما كان المنهج المتبع في الدراسة، وعلى الباحث أن يحدد الطريقة التي تمكنه من جمع البيانات والأدوات الضرورية لاختبار فرضياته على نحو أفضل، ويفحص الأدوات المتوفرة، ويختار تلك التي تناسب هدفه وفي حالة ما إذا وجد أنها لا تتناسب واحتياجاته فإنه يكملها أو يعدلها أو يضع أداة أخرى جديدة .

واعتمدت الدراسة على الأدوات التالية:

✓ المقابلة التشخيصية لاضطراب التبول اللاإرادي حسب "الدليل التشخيصي الإحصائي الخامس" "DSM5"

✓ المقابلة التقييمية لاضطراب التبول اللاإرادي.

✓ بطاقة دراسة حالة.

✓ جدول تسجيل سلوك التبول اللاإرادي (الشمسية الأسبوعية).

✓ البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي.

1.6. المقابلة التشخيصية:

صممت استنادا إلى المحكات التشخيصية لأعراض اضطراب التبول اللاإرادي الواردة

في "الدليل التشخيصي الإحصائي الخامس" "DSM5"، ولكي يشخص الطفل بأنه يعاني من

اضطراب التبول اللاإرادي يجب أن تنطبق عليه المحكات التالية:

المحك (A): إفراغ متكرر للبول في الفراش أو في الملابس.

المحك (B): السلوك هام سريريا كما يتجلى إما بتكراره مرتين في الأسبوع لمدة ثلاثة أشهر

متتالية على الأقل أو بوجود إحباط هام سريريا أو انخفاض في الأداء الأكاديمي أو في

مجالات أخرى هامة من الأداء.

المحك (C): العمر 5 سنوات على الأقل أو ما يعادله في مستوى التطور العقلي.

المحك (D): لا يعزى هذا السلوك للتأثيرات الفيزيولوجية لمادة (مثل المدرات أو الأدوية المضادة للذهان) أو عن حالة طبية أخرى مثل السكري.

• **حدد فيما إذا كان:**

✓ أثناء الليل فقط: إفراغ البول فقط أثناء النوم ليلاً.

✓ أثناء النهار فقط: إفراغ البول أثناء ساعات الاستيقاظ.

✓ أثناء الليل والنهار: تشارك النمطين المذكورين (APA, 2013, P 355).

• **الهدف من المقابلة:** تهدف هذه المقابلة إلى وضع التشخيص العيادي لاضطراب التبول اللاإرادي ومنه الاختيار الصحيح لأفراد العينة، وكانت هذه المقابلة أداة أساسية لاختيار أفراد عينة الدراسة حيث تم استبعاد الأطفال الذين لم تتفق حالتهم مع المعايير التشخيصية المذكورة سابقاً وتمت المقابلة مع الأم على مستوى مكتب الفحص الطبي بمصلحة أمراض الكلى وتصفية الدم بالمستشفى واستغرقت مدتها ما بين 20 إلى 40 د.

2.6. مقابلة تقييم الاضطراب:

هذه المقابلة كانت مخصصة لجمع المعلومات حول الطفل، عملنا على استعمال بطاقة دراسة الحالة لتسيير مجريات المقابلة وتسجيل المعلومات عليها، التعرف على الطفل والأم وبناء علاقة معهم، كما تساعدنا المقابلة لاحقاً في تسهيل تطبيق البرنامج العلاجي وذلك بعد خلق الألفة والثقة المتبادلة، وتمت المقابلة مع الأم ثم الطفل حيث عمدنا إلى فصل الاثنين ليجد كل منهما نوع من الحرية والارتياح في التعبير، كما أننا تجنبنا الجمع بين الأم والطفل لتجنب إحراج الطرفين، فمن الممكن أن يشعر الطفل بالانزعاج عند سماع الأم تتحدث عن مشكلته بطريقة معينة، كما من الممكن أن تتزعج الأم أو تخرج من كلام الطفل حول طريقة تعاملها مع مشكلته، إذا الفصل بينهما في رأينا كان لابد منه وهو ما يتيح لنا التعامل مع كل حالة كحالة فردية لها خصوصياتها، فبذلك نحن نحفظ الخصوصية لكل

من الأم والطفل، لضمان حرية التعبير وتلافي الإحراج والانزعاج فمن أهم شروط المقابلة العيادية هي السرية وكذا عدم وضع المفحوص في وضعيات محرجة أو مقلقة.

• **الهدف من المقابلة:** التقرب من الأم لجمع المعلومات حول الطفل والتعرف عن معاشتها هي والأسرة لتجربة التبول اللاإرادي لطفلهم وتفحص مشكلة الحالة ومساعدته على التعبير عن معاناته، فتقييم حجم مشكلة التبول لدى الطفل والأسرة أي مدى تأثيره وطريقة تعايش الطفل معه داخل أسرته وكذا بيئته يجعلنا نفهم مدى الحاجة إلى التدخل العلاجي بمعنى آخر كانت هذه المقابلة ممهدة للعلاج أين يفهم كل من الطفل وأسرته الحاجة إلى علاج مشكلته بدل التعود عليها والتعايش معها.

• **محاور المقابلة:** انقسمت المقابلة إلى فترتين: الفترة الأولى مخصصة للام أما الثانية فخصت للطفل، تم صياغة الأسئلة من خلال الدراسة الاستطلاعية حيث كانت واضحة وبسيطة ومناسبة لعمر الحالات، وتكونت محاور المقابلة من أربعة محاور أساسية.

- المعلومات الشخصية.

- المستوى التعليمي، والاقتصادي.

- العلاقات الاجتماعية (داخل الأسرة، مع المحيط الخارجي).

- مشكلة التبول اللاإرادي وكيفية التعامل معها على المستوى المعرفي- السلوكي.

• **مكان المقابلة:** تم إجراء المقابلة في مكتب الفحص الطبي بمصلحة أمراض الكلى وتصفية الدم بالمستشفى.

• **زمن المقابلة:** تراوحت مدة المقابلة ما بين 60 إلى 80 دقيقة وتم إجراؤها قبل تطبيق البرنامج العلاجي.

3.6. بطاقة دراسة حالة:

تم الاعتماد على بطاقة دراسة حالة للدكتور "فيصل خيرى الزراد" المعدلة من طرف الباحثة أمل عمر عبد السلام (عبد السلام، 2015، ص 140-143) والمخصصة لحالات

التبول اللاإرادي. تهدف البطاقة إلى الحصول على المعلومات الأولية عن الحالة ومعلومات حول مشكلة التبول اللاإرادي وعن الأعراض والعلاجات المستخدمة سابقا من أجل تكوين صورة واضحة عن حجم المشكلة التي يعانيها الطفل المتبول، وقد طبقت قبل المقابلة العيادية إلا أن المقابلة تسمح لكل من الأم والطفل بالتعبير الحر عن مشكلة التبول اللاإرادي وتقديم تفاصيل أكثر.

4.6. جدول تسجيل التبول اللاإرادي (الشمسية الأسبوعية):

- ✓ عبارة عن جدول به خانة تمثل أيام الأسبوع وخانة أخرى تمثل الليالي الجافة والليالي المبللة، أما الخانة في السطر الأخير تمثل مجموع الليالي النظيفة.
- ✓ طلبت الباحثة تعليق الجدول في مكان يراه الطفل مناسبا له.
- ✓ شرحت الباحثة للطفل بعبارات بسيطة طريقة العمل بالشمسية كما يلي: "هذه الشمسية صممت من أجلك، انظر كم هي جميلة، ستأخذها معك إلى المنزل وتعلقها على الجدار القريب منك حيث تنام، الهدف منها هو أن تقوم بتسجيل الليالي التي تبلل فيها فراشك وكذا الليالي التي تحافظ على فراشك نظيفا، عليك أن تقوم فقط برسم شمس مشرقة في خانة الليلة التي تمر وتحافظ فيها على جفاف فراشك، أما الليلة التي تمر وتكون قد بللت فراشك للأسف سترسم غيمة حزينة تبكي، وعند وصولنا إلى نهاية الأسبوع سوف نحسب سويتا الليالي الجافة وكلما كانت أكثر من ثلاث ليالي كانت لك مكافأة أو هدية ستحبها كثيرا وسيقدمها لك والديك. حاولنا وضع الشمسية بشكل يكون مقبول عند الأطفال فالشكل الخارجي للشمسية مهم في مدى تفاعل الطفل معها ونحن نرى أن للألوان اثر ايجابي كبير خاصة في العمل مع الطفل، كما أن شكل الشمسية يعطي شعور بالراحة وهذا لنتجنب الملل والروتين، كما عملنا على أن ننهي الشمسية في كل مرة بنشاط تربوي ترفيهي مخصص للطفل وهذا لتجنب ملل الطفل ولتحفيزه على التعامل مع الشمسية فربطها بمثل هذه النشاطات المسلية هو

نوع من الإشراف نهدف منه إلى العمل مع الطفل على أن يلتزم من تلقاء نفسه بمبدأ شمسيته، والمرور إلى النشاط الذي سينتظره في كل أسبوع.

5.6. البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي:

من خلال الاطلاع على ما توفر من تراث نظري يتعلق بأساسيات العلاج المعرفي السلوكي وكذا برامجه في علاج اضطراب التبول اللاإرادي، وانطلاقاً من تقنيات العلاج المعرفي السلوكي التي تعد بمثابة الأدوات الإجرائية، عملت الباحثة على وضع برنامج خصص لعلاج اضطراب التبول اللاإرادي لدى أفراد العينة، وقد جاء البرنامج في شكل جلسات عيادية مبرمجة ومنظمة لكل جلسة زمن، وموضوع، وهدف، وتقنيات معينة كل هذا للوصول في النهاية لإحداث تغيير على المستوى المعرفي السلوكي للطفل، خاصة وان الكثير من الدراسات أكدت على فعالية هذا العلاج مع حالات التبول اللاإرادي خاصة لدى فئة الأطفال، ويعد البرنامج العلاجي أهم أدوات الدراسة لأنه يمثل احد متغيراتها الأساسية (المتغير المستقل) أين يحدث تغييراً على أساسه تتحدد نتائج دراستنا لاحقاً، وبالتالي استلزم الأمر العمل على بنائه بشكل محكم لتقادي الوقوع في الخطأ أو اللبس.

1.5.6. أهمية البرنامج:

تتبع أهمية البرنامج العلاجي في مدى قدرته على تحقيق الأهداف العلاجية المسطرة من قبل الباحثة، وتدور هذه الأهداف حول فكرة عامة وأساسية تتمثل في التخلص من اضطراب التبول اللاإرادي ولا يتحقق ذلك إلا بزوال الأعراض العيادية واختفائها، ولا تتحقق هذه الغاية في عملنا هذا إلا عن طريق تطبيق مجموعة من الجلسات العلاجية المتضمنة في البرنامج والتي جاءت منظمة بطريقة تخلق للطفل مساحة خاصة به للتعبير عن انفعالاته وكذا أفكاره المرتبطة بمشكلته للوصول إلى تفريغ انفعالاته والتخلص من الأفكار السلبية التي بناها حول مشكلته وحول ردود أفعال الأشخاص المحيطين به انطلاقاً من الأسرة ثم وصولاً إلى محيطه الخارجي، ونظراً لأهمية الدور الذي تلعبه الأم وأهمية وجودها

الجسدي والمعنوي إلى جانب الطفل استعنا بوجودها ومشاركة طفلها في بعض الجلسات وهو ما كان له انعكاس ايجابي إلى ابعده الحدود على نفسية الطفل الذي يحتاج إلى الدعم من طرف والديه وخاصة الأم، فمشكلة التبول اللاإرادي ترتبط بشكل كبير برود فعل الأسرة ونظرتهم لها أكثر من الطفل الذي يتعامل معها حسب محيطه الأسري، وبالتالي قمنا خلال الجلسات بتكليف الطفل وأحياناً أخرى الطفل والأم على حد سوا بمجموعة من الإجراءات والمهام التي تضمن نجاح البرنامج، كما كانت الفرصة للام في مشاركة طفلها في بعض النشاطات والتقنيات التي طبقت ضمن الجلسات، طبعاً إضافة إلى متابعة الأم لطفلها ومتابعة مدى التزامه بهذه الإجراءات وكذا مساعدته في انجاز الواجب المنزلي، كل هذا لنصل طبعاً في نهاية المطاف إلى وضع مشكلة التبول اللاإرادي في إطارها المناسب دون أن تأخذ أكثر من حجمها انطلاقاً من تفريغ الانفعالات السلبية وتغيير نمط التفكير الذي يدور حولها للوصول إلى سلوكيات أكثر تكيفاً وأكثر ملائمة للموقف، فمشكلة التبول اللاإرادي قابلة للزوال مادامت ترتبط بمجموعة من أنماط التفكير القابلة للتغيير والتغيير بمجرد التخطيط لذلك والعمل عليه بطريقة منهجية ومنظمة.

2.5.6. أهداف البرنامج:

- يهدف برنامج العلاج المعرفي - السلوكي للتبول اللاإرادي لدى عينة من الأطفال إلى تحقيق الاكتسابات التالية:
- نزع الحفاضات والتخلص منها.
- مساعدة الطفل على استعمال الحمام وذلك من خلال الإيقاظ ليلاً أثناء النوم مرتين لتدريبه على الاستيقاظ ليلاً وقت الحاجة دون مساعدة.
- تنظيم الوجبات الغذائية وكذلك تجنب الأغذية المالحة والحارة وكل أنواع العصائر والمشروبات الغازية خاصة في الفترة المسائية لأنها تزيد من استهلاك الطفل للماء وتزيد من إدراره للبول.

- اعتماد التعزيز الايجابي من خلال العمل على مكافئة الطفل عن كل ليلة جافة، وتكليفه بمهام تنظيف فراشه وترتيبه عن كل ليلة مبللة لتعليمه المشاركة الفعالة داخل الأسرة وتدريبه على تحمل المسؤولية.
- اعتماد التشجيع اللفظي أو احتضان الطفل والاحتفاء به أمام أفراد أسرته عند تحقيقه لتقدم ملحوظ فيما يخص نظافة فراشه.
- زيادة التعليم والممارسة لكي نتجنب الانتكاسة.
- الوصول إلى كسب ثقة الطفل من خلال تشجيعه على الوصول لحل مشكلته والتخلص منها نهائياً.
- التخلص من مشكلة التبول في الفراش.

3.5.6. الحدود الزمنية للبرنامج:

يتحدد البرنامج زمنياً بثمانية أسابيع دارت خلالها جلسات البرنامج العلاجي وذلك بمعدل جلستين في الأسبوع الأول وجلسة واحدة للأسابيع المتبقية، وانطلقت جلسات البرنامج بتاريخ 2021 /05/23 إلى غاية 2021 /07/24، وقد عملنا على إعادة القياس بعد مدة شهر من التوقف عن تطبيق البرنامج أي بتاريخ 2021 /08/26، وذلك بالاستعانة بالشمسية الأسبوعية التي واصل الأطفال العمل بها بطلب من الفاحصة بهدف قياس مدى فعالية البرنامج، أما عن مدة الجلسة فقد اختلفت حسب الفنيات والأنشطة المبرمجة، كما اختلفت الجلسات بين جلسات مشتركة ما بين الأم والطفل وجلسات أخرى خصصت للطفل وحده.

4.5.6. الحدود المكانية للبرنامج:

تم العمل مع أفراد عينة الدراسة واستقبالهم على مستوى مكتب الفحص الطبي بمصلحة تصفية الدم ومكتب الطبيب المختص في أمراض الكلى والجهاز البولي طبعا الواقعين بالمؤسسة العمومية الاستشفائية "محمد بوضياف" بمدينة ورقلة.

5.5.6. الحدود البشرية للبرنامج:

تكونت عينة الدراسة من 8 أطفال 5 ذكور و3 إناث تراوحت أعمارهم ما بين (5 و11 سنة) والذين تم تشخيص اضطراب التبول اللاإرادي لديهم من قبل الباحثة بالاستعانة بالمعايير التشخيصية لـ DSM5.

6.5.6. مراحل البرنامج العلاجي:

قسمت مراحل البرنامج العلاجي إلى أربعة مراحل تميزت كل مرحلة بمجموعة من الإجراءات والمهام، فصلها فيما يلي:

❖ المرحلة الأولى (التمهيدية):

كانت هذه المرحلة ممهدة لبداية العمل العلاجي مع أفراد عينة الدراسة وتمثلت في مجريات الجلسة الأولى التي تم خلالها التعارف ما بين الباحثة بصفقتها الفاحصة وما بين الأم وطفلها بهدف خلق جو من الألفة والثقة والتخلص من أي توتر أو خوف، مررنا بعدها إلى الاتفاق على ما يعرف بالعقد العلاجي وتوضيح أهمية الانضباط والالتزام بكل نقاطه، بعدها قدمنا تعريف بسيط حول البرنامج العلاجي مبرزين أهميته في التخلص من مشكلة التبول اللاإرادي لكل من الطفل والعائلة على حد سواء، كما قدمنا للطفل نموذج الشمسية الأسبوعية وقمنا بشرحه بالتفصيل وتوضيح طريقة العمل به طبعاً بمساعدة الأم وهذا للحصول على تسجيل الأطفال لليالي الجافة والمبللة، لنختتم جلستنا بتقديم واجب منزلي للطفل تمثل في تسجيل الليالي الجافة والليالي المبللة وكيفية القيام بذلك.

❖ المرحلة الثانية (الأساسية):

تميزت هذه المرحلة بتقديم مجموعة من المهام والأنشطة لكل من الأم والطفل وهي مستوحاة من فنيات معرفية سلوكية هدفت إلى الوصول للتقربغ الانفعالي والتعبير عن المكونات الداخلية بنوع من الحرية بالإضافة إلى العمل على تصحيح الكثير من الأفكار الخاطئة واستبدالها بأخرى ملائمة للموقف وحتى السلوكيات كانت موضع تصحيح

ومراجعة، كما سمحنا للطفل بالتعبير عن ذاته لتعزيز ثقته في نفسه، كما عملنا على تعزيز تواصله مع الآخرين بداية من أفراد أسرته، وقد اعتمدنا مجموعة من التقنيات والفنيات التي ارتأينا أنها تخدم أهداف البرنامج من مثل: القصة الرمزية، لعب الدور، التمثيل، التخيل، الواجب المنزلي... الخ، وقد انحصرت ما بين الجلسة الثانية والجلسة السابعة.

❖ المرحلة الثالثة (الختامية):

تجلت هذه المرحلة في العمل على حوصلة جميع النشاطات والواجبات التي تم العمل بها سابقا وتلخيص أهم النقاط والاككتسابات التي تم التوصل إليها في نهاية العمل بالبرنامج العلاجي، كما عملنا على إشراك كل من الأم والطفل في التخطيط لمجريات الجلسة الختامية، أين عملنا على تقديم هدية للطفل بهدف التشجيع والتعزيز وقد أكدنا على كل من الأم والطفل الاستمرار على ملاء الشمسية الأسبوعية ومواصلة الانضباط والعمل بالإجراءات المتفق عليها سابقا، كما قدمنا الفرصة لكل من الأم والطفل للتعبير عن رأيهما في العمل العلاجي، لنختتم برنامجنا بحفلة بسيطة احتفالا بالطفل وبالنجاح الذي حققه في نهاية المطاف وتمثلت هذه المرحلة في الجلستين الثامنة والتاسعة.

❖ المرحلة الرابعة (المتابعة):

عملنا في هذه المرحلة على جمع الشمسيات الأسبوعية الخاصة بأفراد العينة و التي قام الأطفال بالعمل عليها لمدة شهر وهي الفترة التي عقبنا انتهائنا من تطبيق البرنامج أين واصل الأطفال تسجيل الليالي الجافة وكذا المبللة، بعدها نقوم بتفريغ تسجيلات الأطفال في جدول مخصص للمرحلة التتبعية والتي تقيس مدى فعالية البرنامج العلاجي.

7.5.6. عدد الجلسات:

بلغ عدد جلسات البرنامج 9 جلسات وقد تراوحت مدة الجلسة ما بين 45 د إلى 90 د، عملنا على تكليف كل من الأم والطفل بمجموعة من المهام والإجراءات إضافة

إلى تطبيق مجموعة من التقنيات المعرفية السلوكية بهدف تعديل التفكير والسلوك وكنا ننهي الجلسات بتكليف الطفل بواجبات منزلية تساعده على التعلم والتدريب وكذا الحفاظ على مكتسبات الجلسة وتعزيزها، وقد كانت الأم مشاركة في بعض الجلسات مساندة لطفلها من جهة ومستفيدة من التقنيات العلاجية التي كانت في بعض الجلسات تتطلب حضورها ومشاركتها الفعالة، وهو ما سهل علينا وعلى الطفل الكثير من المراحل.

8.5.6. جلسات البرنامج العلاجي:

➤ الجلسة الأولى:

● أهداف الجلسة:

- التعرف.
- بناء علاقة مبنية على التقبل، الثقة، السرية.
- الاتفاق على العقد العلاجي.
- التعريف بالبرنامج العلاجي .
- التعرف على مشكلة التبول اللاإرادي وأبعادها (النفسية والاجتماعية).
- تقديم الشمسية الأسبوعية للطفل.

● محتوى الجلسة:

- التعرف والآلفة ما بين الفاحصة وكل من الأم والطفل لكسب الثقة.
- الاتفاق على العقد العلاجي والمتضمن موافقة كل من الأم والطفل على الالتزام بخطوات البرنامج العلاجي وبكل إجراءاته والمهام والواجبات المقدمة خلال الجلسات مع الالتزام بمواعيد الجلسات وعدم الانقطاع أو التغيب عن الجلسات وهذا لضمان نجاح البرنامج، وموافقة الأم والطفل الصريحة تعد كافية لإبرام العقد والالتزام به.
- التعريف بالبرنامج وأهميته لكل من الطفل والأسرة.

- تقديم محاضرة حول التبول اللاإرادي (تعريفه، أنواعه، أسبابه، وعلاجه) مع الاستعانة بالرسم لتوضيح بعض النقاط.

- تقديم الشمسية الأسبوعية للطفل وشرحها بالتفصيل لكي يتمكن من التعامل معها بسهولة وذلك من خلال قيام الطفل برسم شمس مشرقة ملونة بالأصفر مكان الليالي الجافة ورسم غيمة رمادية ممطرة مكان الليالي المبللة، كما تسلم الفاحصة للطفل مجموعة من الملصقات المحفزة والتي يقوم بإصاقها في خانة الليالي الجافة فقط وذلك ليسعد بأدائه ويتحفز للمواصلة.

- الاتفاق مع الطفل على انه سيتلقى جوائز من طرف احد الوالدين إذا ما نجح في الحفاظ على جفاف فراشه لثلاث ليالي متتالية، بشرط أن يلتزم كل من الفاحص والوالدين بهذا الاتفاق وعدم الإخلال به حتى لا نفقد ثقة الطفل ولا نتسبب في إحباطه، ولا نهتم هنا للقيمة المادية للجائزة بقدر ما تهتمنا بقيمتها الرمزية.

- الواجب المنزلي:

نطلب من الطفل الحرص على تسجيل الليالي الجافة والليالي المبللة على الشمسية، كما نطلب من الأم مراقبته بهدوء وتقديم التعزيز الايجابي عن كل ليلة جافة (قطعة حلوى، وضع قطعة نقدية في حصالته، تقبيله واحتضانه والاحتفاء به داخل الأسرة، الكلمات الايجابية...الخ)، كما نحفز الطفل ونشوقه حيث نخبره انه في كل أسبوع سترفق شمسيته بنشاط ترفيهي ينجزه في المنزل وحده أو بالمشاركة مع إخوته، وعلى الطفل الالتزام بملأ الشمسية طيلة فترة البرنامج العلاجي.

● **التقنيات:** المحاضرة، الحوار، التعزيز، التعاقد السلوكي، الضبط الذاتي، الواجب المنزلي.

● **مدة الجلسة:** 60 د.

➤ الجلسة الثانية:

● أهداف الجلسة:

- التعرف على كل خطوات البرنامج العلاجي بشكل مفصل.
- تكليف الأم والطفل بمجموعة من الإجراءات وتدريبهم عليها.
- تدريب الطفل على تحمل المسؤولية.

● محتوى الجلسة:

- تقييم أداء الطفل على الواجب المنزلي والتحاور معه حول أدائه في الشمسية والاحتفاظ بها لدى الفاحصة.
- التعريف بالبرنامج وشرح خطواته وإجراءاته بشكل مفصل يسمح لكل من الأم والطفل التعامل معه بسهولة ودون غموض.
- نطلب من الطفل التخلي عن ارتداء الحفاضات (بمساعدة الأم طبعاً)، فنزع الحفاضة سيجعله يشعر بالبلل والبرد عند التبول ليلاً وهو شعور مزعج وبالتالي يساعد الطفل على التحفز للتخلص من التبول في الفراش ومنه التخلص من مشكلته فالحفاضة هي كالخدعة الصغيرة التي توهم الطفل بجفافه إلا أن واقع الأمر يختلف والدليل هو انه بمجرد نزعها سيشرح بفرق واضح.
- إيقاظ الطفل ليلاً مرتين (على الساعة 12 ليلاً والساعة 4 صباحاً) بمساعدة احد الوالدين ومع الاستعانة بالمنبه أمام سرير الطفل لتدريبه على الاستيقاظ الذاتي لاحقاً.
- نطلب من الطفل التقليل من شرب العصائر والمشروبات الغازية وكذلك تجنب المأكولات والأطعمة الحارة والمالحة خاصة في الفترة المسائية بداية من الساعة السادسة مساءً لأنها تزيد من استهلاكه للماء (يقوم الطفل بذلك بمساعدة من الأم).
- الذهاب قبل النوم مباشرة إلى الحمام لإفراغ مثانته.

- الواجب المنزلي:

نطلب من الطفل عدم إرتداء الحفاظات ونطلب من الأم تشجيعه على ذلك، إضافة إلى التقليل من شرب العصائر والمشروبات الغازية وكذا تجنب الأطعمة المالحة والحارة في الفترة المسائية، وإفراغ المثانة قبل الخلود إلى النوم. (ويلزم كل من الطفل والأم على مواصلة هذه الإجراءات إلى غاية نهاية البرنامج العلاجي)، كما نعتمد التعزيز من طرف الأم وذلك بمكافئة الطفل عند النجاح في تحقيق ليلة جافة في المقابل يكلف الطفل ببعض المهام كمساعدة الأم في ترتيب فراشه وغسل ملابسه المبللة.

● **التقنيات:** المحاضرة، الحوار، الإيقاظ الليلي، تفريغ المثانة، التعزيز، العقد السلوكي الواجب المنزلي.

● **مدة الجلسة:** 80 د.

➤ **الجلسة الثالثة:**

● **أهداف الجلسة:**

- تصحيح الأفكار الخاطئة.

● **محتوى الجلسة:**

- تقييم مدى التزام الطفل بالإجراءات المتفق عليها في الجلسة الماضية.

- إلقاء نظرة سريعة على الشمسية واخذ انطباعات الطفل حولها والاحتفاظ بها طبعاً.

- نقوم بسرد قصة تحمل في مضمونها معنى رمزي نهدف من خلاله أن نوصل لكل من

الأم والطفل فكرة أنهما ليسا الوحيدين في معاناتهم مع مشكلة التبول وإنما لدى كل عائلة

قصة معاناة مع مشكلة ما ممكن أن تكون مشابهة لمشكلتهم أو تختلف عنها، كمعاناة أسرة

من مرض احد أطفالها، و معاناة أسرة أخرى من إعاقة احد أطفالها، أو ربما معاناة أسرة

أخرى من الفشل المدرسي لدى طفلهم...الخ).

- المناقشة مع الأم والطفل حول رأيهم في القصة.

- الواجب المنزلي:

نطلب من الطفل ابتكار قصة قصيرة من طرف الطفل بمساعدة من الأم تحمل في مضمونها معنى رمزي أن لكل معاناته الخاصة به (الأطفال ليسو مطالبين بقصة محكمة البناء بل يكفي أن تكون مجرد أفكار نربطها لنحصل على المعنى المطلوب وألام تلعب دورا هاما في هذا الواجب من خلال تبسيط المهمة لطفلها).

- التقنيات: الحوار، المناقشة، السرد، القصة الرمزية، الواجب المنزلي.
- مدة الجلسة: 60 د.

➤ الجلسة الرابعة:

- أهداف الجلسة:

- التفرغ الانفعالي.

- تدريب الأم والطفل على التحكم في الأفكار والانفعالات والسلوكيات.

- محتوى الجلسة:

- مراقبة أداء الطفل على الشمسية والاحتفاظ بها.

- مراجعة الواجب المنزلي والاطلاع على أداء الطفل واستخلاص العبرة من قصته.

- نطلب من الأم والطفل تقمص ادوار لموقف ما تفترضه الفاحصة ويتمثل في: "استيقاظ

الطفل ليلا لأنه قام بتبليل فراشه ما حرمه من النوم بهدوء طبعاً مع شعوره بالبرد والانزعاج

بسبب البلل، فيذهب إلى أمه النائمة ويوقظها لتغير ملابسه وتغير فراشه بآخر جاف"، حيث

نطلب منهما لعب الدور والتعبير عن انفعالاتهما والتصرف حسب ما يجداه ملائم

للوضعية، ومن الجهة المقابلة تقوم الفاحصة بتسجيل ملاحظاتها دون التدخل إلى غاية

الانتهاء من لعب الأدوار.

- بعد الانتهاء من المشهد تتم مناقشة حول السلوكيات والانفعالات الظاهرة بعدها تقترح الفاحصة مشهدا مشابها للمشهد الأول لكن هذه المرة يقدم صورة نموذجية عن الأفكار والسلوكيات الايجابية التي تكون ملائمة للموقف ومريحة لكل من الأم والطفل.

- نطلب مرة ثانية من الأم والطفل العمل على إعادة تجسيد المشهد الذي قدمته الفاحصة، لكن هذه المرة يعمل كلاهما على التفكير بايجابية والتحكم في الانفعالات والسلوكيات للنجاح واستبدالها بأخرى ايجابية.

- الواجب المنزلي:

نطلب من الطفل أن يعمل بمساعدة الأم على تحديد الأفكار السلبية التي تدور في رأسه عند تبليبه لفراشه، وان يرسم وجه الأم والأب عند تبوله في فراشه في المقابل يرسم وجهه هو، إي كيف تكون تعابير وجهه في مقابل تعابير وجه والديه.

• **التقنيات:** المناقشة، لعب الأدوار، التفرغ الانفعالي، النمذجة، الإصغاء، إعادة البناء المعرفي، التغذية الراجعة، الواجب المنزلي.

• **مدة الجلسة:** 90 د.

➤ **الجلسة الخامسة:**

• **أهداف الجلسة:**

- تعبير الطفل على انفعالاته بكل حرية وكذلك أفكاره.

- تعلم تسيير الانفعال والتحكم به من خلال التحكم في الأفكار.

• **محتوى الجلسة:**

- التحوار مع الطفل حول أدائه في الشمسية والاحتفاظ بها من طرف الفاحصة.

- إلقاء نظرة على الواجب المنزلي وخلق مناقشة تهدف إلى تصحيح بعض الأفكار لدى الطفل حول ردود فعل والديه.

- نطلب من الطفل أن يتحدث لنا عن مشاعره وأفكاره من خلال القيام بتخييل نفسه عند النهوض صباحا وفراشه مبلا ونطلب منه أن يمثل لنا انفعالاته خاصة عندما يكتشف أفراد أسرته انه بلل فراشه.

- نطلب من الطفل أن يتكلم عن الأفكار التي راودته أثناء هذا الموقف وناقشها معه.

- في الأخير نطلب منه أن يعيد سرد نفس الموقف لكن هذه المرة بتغيير أفكاره وانفعالاته إلى أخرى ايجابية.

- الواجب المنزلي:

نطلب من الطفل أن يعمل بمساعدة الأم على تحديد الأفكار السلبية التي تدور في رأسه عند تبوله في فراشه، ثم العمل على استبدالها بأفكار ايجابية.

• **التقنيات:** الحوار، المناقشة، التفريغ الانفعالي، التمثيل، التخيل، التغذية الراجعة، إعادة البناء المعرفي، الواجب المنزلي.

• **مدة الجلسة:** 70 د.

➤ **الجلسة السادسة:**

• **أهداف الجلسة:**

- تعبير الطفل عن انفعالاته وأفكاره.

- اكتساب الطفل الثقة في النفس من خلال تعلم التحكم في مثانته.

- ترويض المثانة.

• **محتوى الجلسة:**

- تفحص الشمسية والاحتفاظ بها من طرف الفاحصة.

- إلقاء نظرة على الواجب المنزلي ومناقشة الطفل حول إمكانية التحكم في أفكارنا وتغييرها إلى أخرى ايجابية.

- نطلب من الطفل أن يتخيل نفسه نائماً في فراشه ومثانته ممتلئة يشعر برغبة في التبول يحاول أن لا يتبول ولكنه يفشل ويتبول في فراشه نطلب منه عندها أن يحدثنا عن مشاعره وأفكاره في تلك اللحظة.

- نطلب من الطفل إعادة تخيل نفس الموقف هذه المرة يشعر انه غير قادر على التحكم في مثانته أكثر فينهض من نومه ويذهب إلى الحمام لإفراغ مثانته بدل تبليل فراشه، ونطلب منه مرة أخرى أن يعبر لنا عن مشاعره وأفكاره هذه المرة.

- نقوم بمقارنة ما بين الانفعالات والأفكار في المشهد الأول والانفعالات والأفكار في المشهد الثاني ونبحث عن النقاط الايجابية لنعزز فكرة الاستيقاظ والذهاب إلى الحمام لإفراغ المثانة الممتلئة.

- الواجب المنزلي:

عند شعور الطفل بالحاجة إلى التبول يحاول التحكم في مثانته وعدم التبول في الحمام، بل يذهب ليستلقي في فراشه ويلهي نفسه بشيء آخر كالتلفاز أو قراءة قصة أو اللعب مع إخوته، وعند الوصول إلى مرحلة يشعر فيها بعدم قدرته على التحكم في مثانته أكثر يذهب إلى الحمام، ويكون هذا التمرين بمساعدة من الأم بشرط أن تعمل على تشجيع الطفل في نهاية التمرين بتقديم هدية أو مكافئة للطفل.

● **التقنيات:** الحوار، المناقشة، التفريغ الانفعالي، التخيل، التحكم الذاتي، التعزيز، إعادة البناء المعرفي، الاحتفاظ، الواجب المنزلي.

● **مدة الجلسة:** 90 د.

➤ **الجلسة السابعة:**

● **أهداف الجلسة:**

- توعية الطفل لخصوصيته وتجنب التأثير السلبي بالآخرين.

- تنمية مفهوم ذات ايجابية.

- العمل على تقوية الثقة في النفس لدى الطفل.

- التواصل بين الطفل والأسرة.

• **محتوى الجلسة:**

- تفحص الشمسية والاحتفاظ بها من طرف الفاحصة.

- تقييم الواجب المنزلي ومناقشته مع الطفل.

- نسال الطفل عن السلوكيات المزعجة التي تصدر من الأشخاص المحيطين به فيما يتعلق

بمشكلة تبوله في الفراش ونترك له المجال ليتكلم بكل حرية.

- نقوم بمناقشة مع الطفل حول ردود أفعال الآخرين اتجاه مشكلته محاولة منا للوصول

بالطفل إلى التعامل مع سلوكيات الآخرين على أنها تعبر عنهم ولا تعبر عليه هو بالذات

وان تبوله في الفراش موضوع يخصه هو ولا يعني غيره.

- الواجب المنزلي:

نطلب من الطفل ممارسة لعبة بسيطة تتمثل في اجتماع أفراد عائلته في شكل حلقة وعلى

كل واحد منهم أن يقدم رأيه في مشكلة التبول لدى الطفل في المقابل يقوم الطفل بالرد على

كل فرد من أفراد أسرته وإبداء رأيه بكل حرية وهنا نطلب من الأم مساعدته على التعبير عن

نفسه بكل أريحية وتشجيعه وكذا حث أفراد الأسرة على عدم صده والاستماع له باهتمام.

إذا أبدى الطفل تقدما جيدا على الشمسية نطلب منه وضع صورة له ولأحد الوالدين داخل

خانة الليلة الجافة بدل الشمس المشرقة طيلة أيام الأسبوعين المتبقين.

• **التقنيات:** الحوار، المناقشة، التساؤل، التفريغ الانفعالي، السرد، الإصغاء، إعادة البناء

المعرفي، الواجب المنزلي.

• **مدة الجلسة:** 90 د.

➤ **الجلسة الثامنة:**

● **أهداف الجلسة:**

- التحضير لنهاية البرنامج العلاجي واختتامه.

● **محتوى الجلسة:**

- تفحص الشمسية والاحتفاظ بها من طرف الفاحصة.

- تفحص الواجب المنزلي ومناقشته مع الطفل وسؤاله عن انطباعه حول وضع صورة احد

الوالدين في الشمسية.

- وضع حوصلة حول العمل العلاجي ومجرياته طيلة الجلسات السابقة.

- التحضير للجلسة الختامية ومشاركة كل من الأم والطفل في تحديد مجرياتها.

● **التقنيات:** الحوار، المناقشة، التلخيص، الإصغاء.

● **مدة الجلسة:** 45 د.

➤ **الجلسة التاسعة:**

● **أهداف الجلسة:**

- إختتام الجلسات.

● **محتوى الجلسة:**

- تفحص الشمسية والاحتفاظ بها من طرف الفاحصة.

- تقديم هدية للطفل مكافأة له على نجاحه وأدائه الجيد في البرنامج العلاجي.

- نطلب من الأم والطفل الاستمرار على الإجراءات المتبعة طيلة البرنامج إلى غاية

استدعائهم بعد فترة زمنية معينة.

- نعطي لكل من الأم والطفل فرصة للتعبير عن انطباعهما في نهاية البرنامج العلاجي.

- احتفالية صغيرة نحتفل فيها بأداء الطفل تحضر فيها الأم الحلويات المفضلة لطفلها ونترك

لها الاختيار لتقديم هدية تشجيعية أو تقديم تشجيع معنوي.

- التقنيات: الحوار، التلخيص، الإصغاء، التعزيز الايجابي.
- مدة الجلسة: مفتوحة.

9.5.6. التقنيات المستخدمة في البرنامج العلاجي:

من أجل تحقيق هدف البرنامج وظفنا مجموعة من التقنيات المعرفية والسلوكية التي تساعد على التخلص من مشكلة التبول اللاإرادي، وفيما يلي نعرف إجراءات التقنيات المعتمدة:

✓ **المحاضرة البسيطة:** هي عبارة عن التثقيف حول مشكلة التبول اللاإرادي من خلال تقديم الفاحصة لمعلومات شاملة حول هذه المشكلة بداية من تعريفه وذكر أنواعه ثم توضيح أسبابه وكذلك تأثيره على الأسرة والطفل والعلاجات المعتمدة حياله مع التركيز على أهمية العلاج والتخلص من المشكل لكل من الأم والطفل، كذلك نقوم بنفس الأمر حول البرنامج العلاجي ومحاولة توضيح أهميته من خلال التطرق المفصل لمختلف إجراءاته وشرح التقنيات التي سنعتمدها لاحقا خلال الجلسات، طبعاً مع التركيز على أهمية الالتزام من كلا الطرفين وهو شرط أساسي لنجاح البرنامج.

✓ **الحوار السقراطي، المناقشة والتفسير:** تعمل هنا الفاحصة على التحادث مع الطفل وكذا الأم أحيانا وتبادل الآراء حول ما جاء في المحاضرة التي قدمتها الفاحصة حيث تساعد تقنية الحوار في تكوين استنتاجات منطقية حول الأسئلة التي تطرح خلال الجلسات والتي تدور حول الموقف المزعج، كما يتم أيضاً الحوار والمناقشة في الجلسات الأخرى حول مختلف المواقف والوضعيات التي عايشها الطفل فيما يخص مشكلة التبول، أيضاً نعتمد المناقشة حول الأنماط السلوكية وأنماط التفكير المتعلقة بموقف ما والبحث عن ما هو خاطئ أو غير منطقي وتفسير السبب في ذلك وكذلك تفسير كيف تنتج السلوكيات الخاطئة غير الملائمة ومدى ارتباطها بالتفكير المشوه، كذلك تفسير العلاقة ما بين الثلاثية تفكير_انفعال_سلوك، نأخذ مثال على ذلك: عند تبول الطفل في فراشه من الممكن أن

تراوده أفكار سلبية من مثل: انه طفل سيء، انه سبب انزعاج لوالديه، انه يشبه أخوه الرضيع، انه سيعاقب... الخ، أما الانفعالات المزعجة المرافقة لهذه الأفكار فمن الممكن أن تتمثل في: الخوف ربما من العقاب أو من السخرية، الخجل ربما لأنه ليس في مستوى تطلعات والديه، الغضب من نفسه أو من والديه... الخ، أما السلوكيات التي تعد غير ملائمة للموقف ممكن أن تتمثل في: إخفاء الفراش أو الملابس المبللة، المكوث في الفراش والدخول تحت الغطاء والعجز عن مغادرة فراشه لإخفاء تبوله، البكاء، الحذر والترقب... الخ، إذا توضيح العلاقة يساعد الطفل على تبسيط الأمور للتوجه إلى إعادة بناء السلوك من خلال إعادة البناء المعرفي.

✓ **التعزيز الايجابي:** يتمثل في تدعيم وتشجيع سلوك الطفل المرغوب والذي نعتبره ايجابيا ويكون من طرف الفاحصة وكذلك الوالدين والهدف منه حث الطفل على تقوية الاستجابة وتكرار السلوك الصحيح ليتبناه مستقبلا ويصبح جزء من سلوكه اليومي.

✓ **التعزيز السلبي:** و يكون في حالة السلوك غير المرغوب والسلبي وهو من خلال حرمان الطفل من أشياء معينة يحبها أو حثه على القيام ببعض الأعمال و النشاطات التي لا يحبها فربطها بالسلوك السلبي يجعله يتجنب تكراره لاحقا.

✓ **الواجب المنزلي:** تعمل الفاحصة من خلاله على إسناد مجموعة من المهام والواجبات وحتى التمرينات للطفل ونطلب منه ممارستها خارج الجلسات (في المنزل) والتدرب عليها طبعا بعد شرحها وتوضيحها، وتقدم في آخر الجلسة، وهي عبارة عن إعادة ممارسة للنشاطات التي تدرب عليها خلال الجلسة وتبنيها في المواقف التي تصادفه في حياته اليومية، كما تعمل الفاحصة على مناقشة وتقييم هذه الواجبات في بداية كل جلسة وذلك لضمان فعاليتها.

✓ **التفريغ الانفعالي:** نحاول تقديم فرصة للطفل للتعبير عن انفعالاته من خلال التكلم عن المواقف والوضعيات التي تزعجه أو تثير قلقه ونركز على الانفعالات السلبية التي ترافق هذه المواقف وتظهر خلالها أو تعقبها كما نركز على الانفعال الايجابي ونثمنه.

✓ **لعب الأدوار:** يعمل الطفل على تقمص الدور الذي تقترحه الفاحصة وعادة يكون مشابه للإحداث والمواقف التي مر بها الطفل أو ما يعيشه فيما يخص تبوله، حيث نطلب منه تمثيله حسب وجهة نظره وحسب ما يعيشه بالفعل، ثم نطلب منه إعادة تمثيل الدور لكن من خلال اقتراح الفاحصة لتعديلات على الاستجابات الانفعالية السلوكية والتي تكون ملائمة للموقف ومريحة للطفل.

✓ **التخيل:** نقوم بتدريب الطفل على تكوين وتشكيل صورة ذهنية حيث نساعده على استدعاء تصورات ايجابية أو سلبية، كما تم العمل خلال الجلسة بقولنا: "غمض عينيك أو أتخيل روحك زعمة كي شغل راك تشوف في روحك راقد في الفراش أو جاتك بببي قوية أنت ما حبيتش تشمخ فراشك بضح هي غلبتك أو ما فقتش حتى لقيت روحك مشمخ، أتخيل في راسك بلي راك مزير بزاااااف راك تتخيل ؟ راك تشوف في روحك؟ اهيه ... قدرت تتخيل شوية ؟ قولي وش راك تشوف احكيلي نشوف معاك، شوف نزيد نعاونك زعمة كلي راك رحلت لفراشك أو رقدت في الليل جاتك بببي زيرتك أنت راك في فراشك فايق شوية برك ماراكش حاب تشمخ روحك بضح في دقيقة تلقى روحك خلاص اتشمخت تبدا تحس بالتشماخ والبرد، اومبعدا خلاص تلقى بلي فراشك راهو مشمخ، فهمتي كلي رانا نشوفو فيلم في راسنا بضح أحنا لي رانا قاعدين نمثلو فيه، كي شغل رانا نعلمو في الليل نشوفو حوايج في راسنا وعينينا مغمضين، هكا نحاولو نديرو ضوركنا او راني هنا نعاون فيك أنت اتخيل وقولي في الأخير وش حسيت كي لقيت روحك شمخت فراشك"، ويفيد التخيل هنا على تحكم الطفل في انفعالاته ومشاعره، ويتم التخيل من خلال تعريض الطفل لمواقف ووضعيات سلبية مزعجة في ذهنه.

✓ **إعادة البناء المعرفي:** ندفع الطفل إلى إجراء تعديل على أفكاره وانفعالاته السلبية، فالمحتوى المشوه للتفكير يؤدي بالضرورة إلى انفعالات غير مريحة ومنه إلى مشكلات في السلوك، والهدف من هذه التقنية هو تصحيح المعتقدات والأفكار السلبية، أي نستبدل المعارف الخاطئة بأخرى صحيحة ملائمة للوضعيات.

✓ **التغذية الراجعة:** هي التفاعل ما بين المواقف التي يعيشها الطفل مع مشكلته وبين استجاباته وأدائه، وهذا التفاعل يؤدي إلى إعادة توجيه الطفل نحو الأداء الأكثر ملائمة لتحقيق نوع من الراحة والرضي، حيث تقدم الفاحصة للطفل مجموعة من المعلومات حول أدائه ونتائجه ثم نوضح الأخطاء التي قام بها، كما نتحدث عن التقدم الذي يحققه وما تعلمه خلال الجلسة ومدى ملائمة أدائه للهدف الذي نريد الوصول إليه.

✓ **التعاقد السلوكي:** هنا نتفق مع الطفل وألام على المهام والواجبات الواجب عليهم تأديتها وحصول الطفل في المقابل على مكافأة نظرا لتأديته لتلك المهام، وهي طريقة تقوم على افتراض أساسي هو أن المكافأة ليست حقا له ولكن يمكنه الحصول عليها عند تأدية السلوك المتفق عليه وهي طريقة ايجابية وفعالة تؤدي إلى زيادة دافعية الطفل وتسهل عملية الضبط أو التحكم الذاتي.

✓ **الضبط الذاتي:** هي مدى قدرة الطفل على تقييم نفسه ووعيه بظروف النجاح والفشل ويصبح يمارس أسلوب المكافأة أو العقاب الذاتي، فهو يصبح واعي بمدى استحقاقه للمكافأة ومدى فشله في الحصول عليها، لتتحقق هذه العملية يجب تدريب الطفل والممارسة، في الحقيقة هي عملية معقدة بعض الشيء خاصة في حالة الطفل لكن من جهة أخرى القدرة القوية للطفل على التدريب والاكساب هي ما يساعده على الوصول إلى ما يعرف بالضبط الذاتي، كمثال على ذلك: نجد أن تكرار الفشل وعدم تلقي الجائزة أو الهدية أو التدعيم يجعل الطفل يشعر بضرورة الوصول إلى التحكم الذاتي في تبوله للحصول على المكافأة، ومع التكرار والتدريب يتوصل الطفل ضمنا إلى تكوين مفهوم أن تحكمه في سلوكه أو تفكيره

يجعله يتلقى الثواب، وعدم التحكم يحرمه من ذلك وبالتالي يشعر بمسؤوليته وقدرته على إصدار اتجاه سلوكه.

✓ **القصة الرمزية:** تقوم الفاحصة برواية قصة ذات معنى وتهدف إلى حل وضعية الأم أو الأسرة التي لا تتقبل تبول طفلها في الفراش، فهنا تحاول الفاحصة مساعدة الأم على فهم أن لكل أسرة قصة مختلفة مع المعاناة، فهناك أسر تعاني مع طفلها المعاق، وأسر أخرى لديها طفل فاشل دراسياً... الخ، وقد عملت الفاحصة على سرد قصة "حبوب الخردل" وتحكي القصة معاناة لإمرأة هندية رزقت بطفل إلا أنه عانى من المرض الشديد ومات، ما أدخل المرأة في حالة حزن وألم ونظراً لعدم تقبلها راحت تجول أنحاء المدينة وهي تحمله لتجد دواء يعيده للحياة، عندها التقت بأحد الحكماء الذي أخبرها عن وجود دواء وهو حصولها على حبوب الخردل من بيت إحدى العائلات لكن بشرط أن لا يكون أحد أفراد العائلة قد مرض أو مات، وبعد رحلة البحث لم تتوصل إلى هذا البيت، فكل البيوت يمرض أصحابها أو يموتون، في الأخير أدركت أن المعاناة قدر الجميع وأنها ليست الوحيدة التي تعاني، وهي قصة معروفة (قصة حبوب الخردل)، وقد كان الطبيب النمساوي (فيكتور فرانكل، 1997) اعتمدها قبلاً مع إحدى عميلاته، إذا القصة كانت موجهة للام بالدرجة الأولى وذلك لكي نقلل من قلقها اتجاه مشكلة طفلها، وحتى الطفل كان له نصيب من هذه العبرة أين يفهم هو الآخر أنه ليس الوحيد من يتبول بل من الممكن أن تتكرر مشكلته مع أطفال آخرين، وهو ما يخفف من شعوره بالذنب اتجاه نفسه واتجاه أسرته.

10.5.6. صدق للبرنامج:

▪ الصدق الظاهري:

- صدق المحكمين:

بعد الانتهاء من تصميم البرنامج العلاجي قمنا بإخضاعه للتحكيم أين تم عرضه على مجموعة من الأساتذة الجامعيين المتخصصين في علم النفس وكذا عدد من المختصين النفسانيين العياديين الممارسين، من أجل إبداء ملاحظاتهم لمعرفة مدى ملاءمة البرنامج لتحقيق أهداف الدراسة بمختلف إجراءاته وتقنياته، حيث عمل بعضهم على تقديم بعض الاقتراحات والملاحظات وتمثلت فيما يلي:

- التقليل من عدد التقنيات المستعملة.
- زيادة في وقت الجلسات لأنها تحوي تطبيق لتقنيات جديدة على الطفل وكذلك الأم، كما يتوجب أن نوفر للطفل الوقت الكافي لاستيعاب التعليمات والتمارين وتطبيقها، وإعطاء الوقت الكافي للطفل ليألف الوضعية العلاجية فالكف النفسي من شأنه أن يعيق العمل العيادي.
- العمل على الفصل ما بين الطفل والأم في بعض الجلسات لنحافظ على خصوصية كل منهما.
- تجنب اعتماد بعض الفنيات التي تبدو معقدة بالنسبة للطفل وربما يكون هذا سببا في فشله فيها أو عدم مثابرتة على تطبيقها، طبعاً كل هذا للوصول لنتائج جيدة في نهاية البرنامج.
- دمج الأب في البرنامج وعدم تغييبه.
- إنقاص عدد الجلسات لتلاءم الظروف الصحية الراهنة "وباء كورونا".

و فيما يلي جدول يوضح أسماء السادة المحكمين:

جدول رقم (03): أسماء السادة المحكمين للبرنامج العلاجي

الرقم	اسم المحكم	الصفة العلمية
01	ميدون مباركة	أستاذ محاضر أ
02	بن سكريفة مريم	أستاذ محاضر أ
03	يوسف نجاة	مختصة نفسية عيادية رئيسية
04	ميكيو وحيد	مختص نفسي عيادي رئيسي
05	عياض زهرة	مختصة نفسية عيادية
06	حمادي هاني	مختص نفسي عيادي
07	بن حرمة ليلي	مختصة نفسية عيادية

7. أساليب تحليل البيانات:

اعتمدنا في الدراسة الراهنة على أسلوب التحليل الكيفي والكمي حيث تم عرض البيانات المتحصل عليها في الدراسة الميدانية عن طريق جدول تسجيل تكرر التبول بعد تفرغها ومعالجتها بواسطة برنامج المعالجة الإحصائية للعلوم الاجتماعية "SPSS25" في جداول استعنا بها في تسهيل معالجة بعض جوانب الموضوع، وبالتالي حصولنا على نتائج أكثر وضوح ودقة هذا في ظل استخدام التكرارات والنسب المئوية، وكذلك المتوسط الحسابي، والانحراف المعياري، كما استعملنا اختبار "ت" لحساب الفروق، هذا فيما يخص الأسلوب الكمي، أما الأسلوب الكيفي فظهر من خلال تحليل المعطيات المتحصل عليها عن طريق المقابلات العيادية.

خلاصة الفصل:

خصص هذا الفصل لعرض منهج الدراسة وعينتها، والأدوات المستخدمة لجمع المعلومات لننتهي إلى الأساليب الإحصائية المعتمدة لتحليل البيانات المتحصل عليها وحاولنا خلال هذا الفصل توضيح المسار المنهجي الذي اتبعته الدراسة الراهنة الذي بمقتضاه قمنا بجمع البيانات حول الميدان وتكمن الفائدة من هذه الإجراءات في أنها تسهل على الباحث التعامل مع المعطيات الميدانية ومن ثم القدرة على الوصول إلى نتائج أكثر دقة وموضوعية، إذا وعلى ضوء هذه الإجراءات المنهجية والمعطيات التي تم تجميعها نشرع في عملية تحليل وتفسير البيانات.

الفصل الرابع

عرض ومناقشة نتائج الدراسة

أولاً- عرض ومناقشة نتائج المقابلات العيادية

ثانياً- عرض ومناقشة نتائج القياس شبه التجريبي

1. عرض ومناقشة نتائج الفرضية الأولى

2. عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثانية

3. عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة

تمهيد:

بعد الانتهاء من إجراءات الدراسة الميدانية وتطبيق الأدوات على العينة توصلنا إلى مجموعة من المعطيات العيادية وكذا البيانات الإحصائية، ومن أجل الكشف عن مدى صحة الفرضيات وإضفاء الصفة الواقعية على نتائج الدراسة نشرع في عملية تحليل المعطيات ومناقشتها، وسنعمل على عرض وتحليل نتائج المقابلات العيادية وتسجيل أهم ملاحظاتها حولها، لنمر بعدها إلى تحليل ومناقشة نتائج المعالجة الإحصائية لبيانات الدراسة وذلك على ضوء فرضياتها وكذا الدراسات السابقة. وفيما يلي تفصيل لخطوات عرض، تحليل ومناقشة نتائج الدراسة:

أولاً. عرض ومناقشة نتائج المقابلات العيادية:**1. عرض وتحليل الحالة العيادية الأولى:**

فيما يلي نقدم عرضاً تفصيلياً لحالتين من ضمن الثمانية حالات التي عملنا معهم، وذلك لتوضيح مجريات العمل العيادي مع تحليل الفاحصة للحالات حسب خبرتها الخاصة باعتبارها كأخصائية نفسية عيادية ممارسة، أما بالنسبة للحالات المتبقية فاكتفينا بعرض بطاقة دراسة الحالة الخاصة بكل طفل والتي كانت تحمل جميع المعلومات التي تم جمعها بشكل مفصل.

1.1. بطاقة دراسة الحالة:**معلومات عامة:**

اسم الطفل: أمير جنس الطفل: ذكر تاريخ ميلاد الطفل: 8 جويلية 2015

نتيجة التشخيص الطبي: لا يعاني الطفل من أي مشاكل على مستوى الجهاز البولي أو أي مشاكل عضوية تؤدي إلى تبوله اللاإرادي في الفراش.

معلومات عامة عن الأسرة:

عمر الأب: 39 سنة عمر الأم: 29 سنة

عمل الأب: لديه محل تجاري لبيع عتاد وتجهيزات الإعلام الآلي

عمل الأم: ممرضة في المستشفى المستوى التعليمي للأب: جامعي

المستوى التعليمي للأم: جامعي.

أمراض الأب: لا يعاني من أي أمراض أمراض الأم: مرض جلدي مزمن (الصدفية)،

الشقيقة

عدد الإخوة والأخوات وترتيب الطفل بين إخوته: للطفل أخ وحيد، ويحتل الطفل الترتيب

الأول.

أعمار الإخوة: عمر الأخ الأصغر سنتين:

أمراض الإخوة: يعاني الطفل الأخ الأصغر من مشاكل في القلب وذلك منذ ولادته وقد

خضع لعملية جراحية في انتظار عملية ثانية.

دخل الأسرة والوضع الاقتصادي:

وضع السكن: متسع وهو حديث البناء تتوفر فيه وسائل الراحة، مؤجر وليس ملك للأسرة.

هل تتوفر في المسكن متطلبات الحياة الأساسية؟ تتوفر المسكن على جميع متطلبات الحياة

وظروف الراحة.

ما هي أهم المشكلات التي تعاني منها الأسرة: الأسرة ميسورة الحال، إلا أن الوضع الصحي

المحرج للطفل الأصغر يبدو مصدر قلق دائم، الزوجين على اتفاق وتتصف علاقتهما

بالهدوء.

معلومات عن ظروف الحمل والولادة:

عمر الأم أثناء الحمل: 22 سنة

ظروف الحمل: مر الحمل في ظروف طبيعية إلى غاية الشهر الخامس حيث فقدت الأم والدها وتأثرت كثيرا فعاشت في فترة حزن وعسر خرجت منها بصعوبة.

أمراض الأم والإصابات أثناء الحمل: لم تتعرض الأم إلى أي مرض خطير، فقط تعرضها لنوبات الزكام ونوبات الشقيقة، إلا أنها وجدت صعوبة في تناول الأدوية الخاصة بمرضها الجلدي خوفا على جنينها وهو ما جعلها تعاني بعض الشيء من مرضها.

العلاجات والعقاقير التي تناولتها الأم أثناء الحمل: أدوية الزكام ومقويات خاصة بالحمل.

الحالة الصحية للطفل عند الولادة: كانت حالته جيدة ماعدا مشكل اليرقان النووي الذي يظهر لدى بعض المواليد حديثي الولادة، إلا انه دام فترة قصيرة ولم يصل إلى مرحلة العلاج.

مراحل نمو الطفل بعد الولادة:

صحة الطفل: صحة جيدة مع تقبله لثدي الأم بكل سهولة وإقباله الجيد على الرضاعة، مع سلامة وظائف الإخراج وكذا النوم.

التطور الحركي: كان تطوره الحركي طبيعي انطلاقا من المؤشرات الأولى بعد الولادة إلى غاية المراحل المتقدمة:

التطور اللغوي: ظهرت اللغة في سن السنتين وكان الطفل كثير الكلام والنشاط.

التطور الاجتماعي: الطفل اجتماعي بطبعه يحب إنشاء علاقات والانضمام إلى مجموعة الأطفال لديه الكثير من الرفاق وبعض الأصدقاء المقربين والمفضلين بالنسبة له، يحب التواجد في الأماكن العامة ويبادر بالكلام دون خجل، محبوب من الآخرين.

مستوى التحصيل الدراسي: جيد

مستوى القدرات العقلية: يتميز الطفل بالذكاء والنباهة، وكانت هذه السنة أول سنة له في المدرسة حيث تميز في دراسته، شديد الملاحظة وكثير الأسئلة إلا انه قليل التركيز.

بيانات حول التبول اللاإرادي:

متى بدأ الطفل بالتبول اللاإرادي؟ الطفل لم ينقطع عن التبول فبالرغم من تخليه عن الحفاضات في الفترة النهارية وتمكنه من التوقف عن التبول نهارا في سن الثانية إلا انه استمر في التبول ليلا مع ارتداء الحفاضات.

هل يحدث التبول ليلا؟ نعم يحدث التبول ليلا فقط.

هل كانت عملية التبول مفاجئة للأسرة ومزعجة لها؟ يبدو أن الأسرة كانت تنتظر من الطفل التوقف عن التبول بمجرد نزع الحفاضات نهارا إلا أن استمراره في التبول ليلا يزعجها ويقلقها كثيرا ولم يكن منتظرا خاصة انه تخلى عن الحفاضات في مرحلة مبكرة.

هل توجد أوقات ومواقف معينة يغلب فيها على الطفل أن يتبول لاإراديا؟ إن قضاء الطفل ليوم دراسي شاق أو تشاجره مع رفاقه وكذا غيرته من أخوه الأصغر ينعكس بشكل كبير عليه ويظهر في سلوك التبول الذي يزيد تواترا خلال الأسبوع.

هل عملية التبول تحدث على فترات متباعدة ومتى؟ يحدث التبول تقريبا بشكل يومي وقليل ما تتباعد فترات التبول.

هل عملية التبول ليلا يصاحبها أحيانا نوم عميق لدى الطفل؟ الطفل كثير الحركة والكلام أثناء نومه وكثيرا ما ينهض ليلا خاصة عند تبليل فراشه.

هل تحدث عملية التبول ليلا والطفل في حالة يقظة ووعي بما يدور حوله؟ عند التكلم مع الطفل عن تبوله ليلا يبدو انه غير واعي وهو نفسه يستغرب عدم شعوره بإرارة البول في الفراش.

هل قامت الأم بتدريب طفلها على التبول وكيف؟ كانت للام محاولات في سن الرابعة إلا أنها لم تداوم عليها بل اكتفت بإيقاظ طفلها مرة واحدة ليلا خلال أيام معدودة لم تتجاوز 15 يوما، كما أن هذا التدريب لم يكن متوصلا

هل كان تدريبك طبيعيا أم قسرا مع الضرب والتهديد والتخويف؟ كان التدريب بهدوء مع إبداء بعض الملاحظات للطفل.

متى بدأت بتدريب طفلك (بصورة متأخرة، مبكرة، طبيعية)؟ التدريب بدا في سن الرابعة إلا انه لم يدم أكثر من خمسة عشرة يوما كما انه كان غير منتظم.

هل كانت المرافق اللازمة لتبول الطفل متوفرة مثل (الإضاءة، قرب المكان..)؟ البيت يتوفر على مرافق ملائمة ومشجعة.

هل أعطت الأم أهمية كبرى لمشكلة التبول لدى طفلها وأفرطت في التشجيع؟ الأم لا تركز كثيرا على مشكلة طفلها.

هل أهملت الأم تدريب طفلها ولم تحاول مساعدته في ذلك؟ نعم لم تتحفز الأم لتدريب طفلها بشكل فعال

ما هي ردود فعل الأسرة والأبوين تجاه مشكلة التبول لدى الطفل (كراهية، نبذ، رفض، فهم مساعدة، لا لمبالاة، تسامح، تقبل؟ يبدو كلا الوالدين منزعجين من تبول طفلها في الفراش، بعكس الأسرة الجدين والأخوال الذين يقللون من أهمية المشكلة ويفضلون التغاضي عنها.

ما هو الروتين المتبع قبل النوم؟ أحيانا التقليل من السوائل وبعض المشروبات الغازية ليلا مع ذهاب الطفل إلى الحمام قبل النوم مباشرة إلى الحمام لتفريغ مثانته، مع ارتداء الطفل للحفاظة.

ما هي عدد الساعات التي ينامها طفلك قبل تبوله بالفراش؟

1-2 سا 2-3 سا 4-5 سا 6-7 سا 8-9 سا أكثر من 9 سا لا أعرف

هل يوجد تاريخ عائلي سابق؟ لا

هل حرم الطفل من نشاطات بسبب تبوله اللاإرادي (مثل المبيت عند أصدقائه، عند أقربائه، أو معسكرات مدرسية.....) نعم؟

هل يعاني الطفل من الأرق والاضطراب في النوم؟ الطفل كثير الاستيقاظ ليلا إلا انه يعود لمجرد مرافقة الأم له إلى الفراش.

هل ينام الطفل عميقا؟ نومه لا يتصف بالعميق فهو كثير الحركة والكلام ليلا وأحيانا الاستيقاظ.

هل ينام وحيدا في الفراش أو في غرفته؟ ينام في غرفة خاصة به مجهزة جيدا ويحبها كثيرا. هل يرى أحلاما مزعجة أو تتنابه كوابيس مرعبة وما هي موضوعات هذه الأحلام والكوابيس؟ أحيانا

هل يعاني من اضطراب في طعامه مثل: (فقدان الشهية، الميل إلى شرب السوائل، الإكثار من الحلويات والمواالح... وخاصة قبل النوم؟ الطفل قليل الأكل شهيته بسيطة ويختار أكله ولا يقبل تناول الكثير من الأطعمة بل يركز على أطعمة معينة.

هل يعاني طفلك من اضطرابات نفسية وسلوكية مثل: الطفل كثير الحركة والكلام ويتصف بالنشاط الزائد يعتمد كثيرا إلى تحطيم ألعابه، يبدو أحيانا متمرد ولا يلتزم لتعليمات والديه، شديد البكاء لأبسط الأسباب.

هل توجد اضطرابات أخرى يعاني منها الطفل؟ يعتمد كثيرا إلى التقيؤ العمدي خاصة في أوقات القلق أو الشكوى.

هل تعرض طفلك لحدث مؤلم؟ (موت في العائلة، طلاق، انتقال من بيت لآخر أو أي حدث أو تجربة أخرى لربما كان لها تأثير على طفلك؟ لا يوجد أحداث ذات معنى أو أي أحداث مؤلمة تذكر.

برأيك ما هي الحاجات التي تدفع الطفل للتغلب على مشكلة التبول اللاإرادي؟ ضعي إشارة عند العبارة أكثر أهمية: تشجيع الطفل والعمل على تدريبه وإبداء الاهتمام به. هل خضع الطفل لعلاج سابق؟ ما هو؟ لا لم يسبق أن استفاد الطفل من أي نوع من أنواع العلاج الطبي أو النفسي.

2.1. تقديم الحالة:

يبلغ الطفل أمير 6 سنوات من العمر وهو تلميذ في المدرسة الابتدائية سنة أولى يبدو محبا لمدرسته ومجتهد في دروسه، إلا انه كثير الحركة في القسم ومصدر تشويش على زملائه، يأتي في المرتبة الأولى ولديه أخ يصغره عمرا بأربع سنوات، الوالدين متعلمين ذو مستوى عالي من التعليم، كلاهما يعمل خارج البيت، فالأب صاحب محل لأجهزة الإعلام الآلي أما الأم فهي ممرضة في المستشفى.

الأسرة عبارة عن أسرة نووية تقطن في مسكن مستأجر إلا انه مريح وفيه كل وسائل العيش المريح أين يتوفر للطفل معظم حاجياته الضرورية وحتى الترفيهية. المسكن مجاور لمسكن الجد والجددة للأب أين يقضي الطفل معظم أوقاته خاصة مع عمل الأم فالجددة للطفل تهتم به في الأوقات التي تغيب فيها الأم بسبب العمل أو السفر لعلاج أخوه الأصغر كما أن الحالة يبدو محبوبا من طرف الأسرة الكبيرة وخاصة من طرف جديه حيث يدللانه ويعملان على حمايته بشكل مفرط.

لا يعاني الطفل من أي سوابق مرضية مهمة، بالعكس يبدو في حالة صحية جيدة، بعكس الأخ الأصغر الذي يعاني من مشاكل في القلب منذ الولادة، كذلك الأم التي تعاني من مرض جلدي تعاني منه لأنه يرتبط كثيرا بالحالة النفسية وحالات القلق والتوتر تزيد من تهيجه، وكذا مرض الشقيقة وهو الآخر احد الأمراض التي تتحكم فيها العوامل النفسية وتؤثر فيه بشدة، أما الأب فلا يشكو من أي مرض.

3.1. عرض وتحليل المقابلة مع الأم:

أخبرتتنا الأم خلال المقابلة أن الطفل يعاني من مشكلة التبول منذ الصغر وأنه لي يتوقف عن التبول إلى يومنا هذا، مع إشارتها إلى عدم وجود أي سوابق مرضية متعلقة بمشكلة التبول اللاإرادي لدى كلا الوالدين وأنهم استغربوا ظهور هذا المشكل عند طفلها، فالطفل منذ ولادته لم يعاني من أي مشاكل صحية خطيرة أو تطلبت العلاج بالعكس يتمتع بصحة جيدة وقليلًا ما يمرض أما عن فترة الحمل فقد أبدت الأم رغبتها وحبها لهذا الحمل الذي تقول أنها كانت تنتظره بشدة كما أشارت إلى سعادتها بجنس المولود خاصة أنها تريد أن تقدم لعائلة زوجها حفيدًا ذكرًا نظرًا لأن زوجها هو الولد الوحيد في أسرته المكونة من خمسة بنات وبذلك زاد تعلقها بحملها وهو ما شجعها على اتخاذ كل السبل للمحافظة عليه، حيث كانت تتجنب كل الأدوية أو الظروف التي من شأنها أن تضر بحملها خاصة وأنها تعمل في مجال الصحة وبذلك فهي أكثر اطلاعًا على أهمية الصحة الجسدية والنفسية للام في مراحل تكون جنينها، وهنا لمسنا التعلق الكبير من طرف الأم بهذا الحمل وهو ما من شأنه أن يزيد من آمالها وتمنياتها وحتى طموحاتها اتجاه طفلها المستقبلي، أما الولادة فكانت طبيعية وتمت في عيادة خاصة باختيار من الأم والأب لينتج عنها طفل سليم البنية عانى في أيامه الأولى من يرقان نووي بسيط اختفى بعد أيام قليلة وهو ما وصفه الأطباء بالأمر البسيط الذي لا يتطلب التدخل العلاجي.

مر الطفل بمرحلة نمو نفسي حركي طبيعية اكتسب اللغة في سن الثانية كما اكتسب وظيفة الإخراج والتبول النهاري في نفس السن تقريبًا، الطفل اتصف بذكائه وكثرة الحركة وقلة التركيز إلا أن هذا لم يمنعه من التميز على أترابه، لم تميز مرحلة الطفولة الأولى بأحداث مؤلمة بل معظمها أحداث عادية.

انتقلت الفاحصة إلى الحديث مباشرة عن مشكلة الحالة موضوع الدراسة أين سألنا الأم عن ظهور التبول لدى الطفل وعن تعاملهم مع الأمر تقول الأم أنها فضلت لو أن

طفلها اكتسب النظافة في سن مبكرة وأنها عمدت إلى نزع الحفاضة في سن مبكرة لتتجنب استمراره في التبعية لها ولكي تتجنب الوقوع في مشكل تعود الطفل على الحفاضات إلا أنها لم تجد النتيجة المرجوة، تبدو محبطة بعض الشيء فيما يخص هذه النقطة إلا أنها تعود وتقول أنها تعي جيدا عدم بذلها للمجهود الكافي لمساعدة طفلها للتخلص من عادة التبول في الفراش ليلا وبررت ذلك بانشغالها بحملها الثاني وكذا مرض طفلها الذي جعلها تركز معظم وقتها له وانه ألهاها عن رعاية ابنها الأكبر حيث تؤكد على محاولتها العدل في المعاملة والاهتمام إلا أنها تشعر بان الحالة يشعر بالغيرة ن الأخ الأصغر لتقدم هذا السبب وتفكر بأنه من الممكن أن يكون السبب في عدم استجابة الحالة للفترة التدريبية التي أخضعت لها في سن الأربع سنوات، وهنا نلمس مشاعر الذنب من قبلها اتجاه طفلها المحبوب إلا أنها تقوم بتقديم المبررات لترريح نفسها من هذا الشعور السيئ اتجاه ابنها الأكبر الأم لا تبدو كثيرة الاستياء من مشكلة التبول بالرغم من رغبتها الشديدة في اكتساب ابنها لنظافة الفراش، تبدو الأم هادئة ومرنة في التعامل مع الحالة أين لمسنا رغبتها في التخلص من المشكل لكن لم تظهر لنا قلقا مبالغا فيه حتى أن تعاملها مع الأمر يتسم بالهدوء والعقلانية، وبالنظر لان طفلها يقضي أوقات كثيرة في بيت الجدة كانت قد أشارت إلى الحماية المفرطة للطفل من طرف أسرة والده وبالخصوص جدته التي توفر ل كل طلباته وترفض تعريض الطفل لأي ضغوطات فيما يخص مشكلة التبول بل تتحدث عن المشكلة ببساطة وتعمل كثيرا على التخفيف من انشغال الأم والأب بهذا الموضوع، أما الأب كما جاء على لسان الأم فهو الآخر يتمنى التخلص من هذه المشكلة التي لم يعاني منها هو قبلا وبالتالي تبدو له غير مألوفة، إلا انه ترك للام زمام الأمور فيما يتعلق بالأمر خاصة أنها تعمل في مجال الصحة فهو يثق في قدرتها على مسايرة الأمر أفضل منه، كما يفضل الأب الاهتمام بالمشكل الأكثر خطورة وهو مرض الطفل الأصغر فهذا الأمر يشغله بشكل كبير ويشكل لديه حاجسا ملحا، وهو ما يجعل ربما كلا الوالدين لا يركزان على مشكلة التبول في الوقت الحالي، أما

عن علاقة الأم بطفلها فالأم عبرت كثيرا وبحنان عن حبها لطفلها باعتباره أول مولود وأول خبرة لها مع الأمومة حيث تستعيد ذكريات ولادتها ونفاسها بكثير من الحنين، وبالرغم من أن الطفل كثير الحركة وعنيد لا ينصاع كثيرا لتعليمات والديه إلا إنها تقول بأنها تحاول دائما أن تجد طريقة للتعامل معه وبأنها ترفض اعتماد أسلوب العقاب إلا في مواقف قليلة، من خلال كلام الأم نلمس المرونة في التعامل مع الطفل وإحاطته بالحب والتفهم و الرعاية وهو ما يعزز ثقته في نفسه، أما الأب فلا يختلف في معاملته لابنه عن زوجته وهو يجعلنا نفكر أن الطفل يعيش في جو اسري مستقر وهادئ، أما عن علاقة الطفل مع الأخ الأصغر منه فهنا تبدأ الأم في الكلام عن الصعوبة التي تجدها في التعامل مع الحالة فهي تلاحظ غيرته من أخوه ورغبته في الاستيلاء على كل شيء لنفسه ورفضه لوجود هذا الأخ وتقول انه دائما ما يصفه بالمرض والضعف ويفضل نفسه قائلا انه أكثر صحة وانه أكثر قربا إلى جديه من أخوه، وهنا علينا أن ننتبه إلى هذه العلاقة الصراعية ما بين الطفلين فمن شأنها أن تساهم بشكل كبير في مشكلة التبول، فتبول الطفل كثيرا ما يعبر من خلاله عن اعتراضه على أمر معين أو عن رغبته في الاهتمام أكثر وربما يشير سلوك التبول إلى انزعاجه من مشاطرة أخيه الأصغر ومشاركته له في أشياءه وحتى في اهتمام والديه وكل الأسرة كما يمكن أن يعمل الطفل على مضايقة والديه ربما للانتقام أو للحصول على طلباته وهو ما يظهر في شكل الابتزاز حيث يعمد الأطفال إلى هذا النوع من الأساليب.

حسب الأم الطفل لا يبدو متضايقا من مشكلة التبول بل يتعامل معها على أنها شيء طبيعي بل ويبرر لنفسه تبوله في الفراش فيقول لها انه ما يزال صغير وانه يخاف الذهاب إلى الحمام ليلا كما انه يقارن نفسه بأخيه الأصغر ويصر على وضع الحفاضة ليلا لأنه ينزعج من بلل الفراش وتبلل ملابسه كما انه يكره رائحة البول في الغرفة.

إذا كل من الأم والأب أبديا رغبتهما في التخلص من هذه المشكلة وهو أمر جيد ومشجع لنا للمرور إلى المرحلة الثانية وهي تطبيق العلاج.

4.1. عرض وتحليل المقابلة مع الطفل:

عند استقبالنا للطفل على مستوى مكتب الفحص النفسي كان يبدو مرتب المظهر وهادئ مبتسم، وعند بداية الحديث معه وسؤاله عن اسمه ومدرسته سرعان ما تأقلم مع الفاحصة وبدأ في الحديث وأحيانا طرح بعض الأسئلة حول المكان الذي كنا فيه وأحيانا طرح أسئلة مباشرة للفاحصة يبدو اجتماعيا كثير الحكمة والنشاط لم يلزم الكرسي إلا قليلا حيث أكملنا معه المقابلة وهو يتنقل في أرجاء المكتب ويحاول اكتشاف المكان، فحسب ما يبدو الطفل تلميذ مجتهد ويتلقى الكثير من الثناء من معلمته فيما يخص أدائه المدرسي إلا انه ذكر شكوتها من حركته وكثرة كلامه في الصف إلا انه لا يبدو مهتما لملاحظاتها، لديه أصدقاء يدرسون معه في القسم نفسه كما لديه أصدقاء من أبناء الحي يقول عنهم أنهم يحبونه وانه تعود عليهم، وهو ما يعكس اجتماعية الحالة وثقته بنفسه والتي يستمدتها ربما من والديه ومن الاهتمام الذي يتلقاه في أسرته، الطفل يحب الدراسة ويطمح لان يصبح طيارا حتى يصل إلى السماء لان لديه رغبة شديدة في اكتشاف المجهول، أما عن أسرته فقد تكلم الطفل بكل حب عن والديه وخص بالذكر جدته التي تهتم بكل طلباته ولا ترفضها، كما يبدو عليه الفخر كونه الابن البكر وانه محبوب لدى والديه ليتطرق إلى الحديث عن الأخ الأصغر قائلا انه أحسن منه بكثير فالطفل الصغير مريض وكثير البكاء والإزعاج، الطفل تكلم عن أخيه بنوع من الغيرة والتميز أين يبدو لنا خوفه على مكانته في الأسرة فمرض الأخ الأصغر ربما يقلقه وهو ما جعله يركز في حديثه عن أخيه على موضوع المرض، إضافة إلى محاولة نعتة بالسلبيات ككثرة البكاء، لا يجيد اللعب، يتبرز في حفاظته، لا يجيد الكلام، إذا يمكننا أن نستفيد من هذا الجزء في المقابلة لنفكر في إمكانية تأثير وجود الأخ الأصغر في مشكلة التبول لدى الحالة، أما فيما يخص تطرقنا لمشكلة التبول مع الحالة فهو لا يخجل من ذكرها ويعتبر نفسه غير مسؤول نظرا لصغر سنه وانه يرتدي الحفاضات فليس هنالك من سوء في الأمر وهنا يشير إلى أخيه الأصغر الذي يتبول

في حفاظاته هو الآخر، أما عن والديه فيقول أن الأم والأب لا يبديا انزعاجا من تبوله وأنه يحب وضع الحفاضة لكي لا تنزعج والدته من تبليله للفراش كما أنه لا يحب النهوض ليلا والذهاب إلى الحمام فهو يشعر بنوع من الخوف من منظر الحمام ليلا، أما عن مساهمته في ترتيب فراشه فيقول أنه يحب اللعب ولا يحب القيام بالواجبات المنزلية لأنها مملة وخاصة بالإناث وعندما الاستفسار حول رغبته في التخلص من التبول أبدى في بداية الأمر عدم اهتمامه للأمر مبررا ذلك بقوله أن الحفاضات تحل المشكلة، إلا أن حديثنا معه عن فوائد التخلص من التبول من مثل النظافة والتخلص من الروائح المزعجة وأن الطفل الذي لا يتبول هو طفل أكثر نضجا وأكثر تميزا كما اشرنا إلى إمكانية ذهابه للمبيت خارج البيت عند أفراد أسرته دون أي إحراج أو انزعاج، كما ذكرناه بالأخ الأصغر الذي يتبول في حفاظته فهل يرى أنه مثله مع أنه يسبقه سنا فوجدنا أنه استحسن الفكرة وعبر عن ذلك بقوله أنه قادر على التخلص من التبول بسهولة وأنه سيتفوق على أخيه الأصغر في هذا الجانب وأنه يريد أن يكون الأفضل وهذا ما أردنا الوصول إليه هو إبداء الاستعداد من طرف الطفل لتلقي العلاج.

1.4. تحليل عام للمقابلتين مع الأم ومع الطفل:

كل المعطيات والبيانات التي تحصلنا عليها خلال المقابلة مع الأم ثم مع الحالة أظهرت لنا أن هناك نوع من المرونة والسهولة الكبيرة في تعامل الوالدين مع الطفل وهو ما جعله يبدو واثقا خلال المقابلة فمشكلة التبول بالنسبة له لا تستحق الاهتمام فالسند الأسري والإحاطة بالحب والاهتمام كانت ظاهرة على شخص الطفل الذي لا يبدو مستاء أو خجولا من تبوله في الفراش، أما الوالدين فهما الآخرين بالرغم من رفضهما لتبول الطفل إلا أنهما يتعاملان معه بطريقة تجنبه المسؤولية وتشعره بالارتياح فلا نجد أي شكوى من طرف الحالة حول توبيخ الأب أو الأم له، كما نجد تفهم الأم للمشكلة ومحاولة التفاوضي عنها والتعامل بتساهل وببساطة، إضافة إلى تعامل الجدة المريح الذي ربما عزز من ثقة الوالدين في

طفلهما وخلق لديهم نوعا من الارتياح فأراء الأشخاص الأكبر سننا والأكثر خبرة في حياتنا تعد كمصادر نستند عليها لتقييم مشاكلنا وحلها، كما تجدر الإشارة إلى علاقة الحالة مع الأخ الأصغر التي تبدو صراعية بعض الشيء فالحالة يشعر ربما بالتهديد لمكانته في الأسرة خاصة وان هذا الطفل يحظى باهتمام الأم نظرا لمرضه، ربما هو ما يدفع بالحالة إلى الاستمرار في التبول وعدم إبداء الانزعاج فربما يبحث عن سبب يجعله مركز اهتمام والديه أو انه يرغب بالاستحواذ على الوالدين لنفسه، فكثرة انتقاده للأخ الأصغر تنم عن رغبته في عدم وجوده نهائيا ربما بدافع الأنانية التي تميز مرحلة الطفولة والميل إلى حب الذات، أما عن مجمل الحوار مع كل من الحالة وألام فان الاستعداد للتخلص من المشكل موجود ضمنيا وان لم يعبر عنه بشكل صريح أحيانا وهو أهم ما يمكن أن نصل إليه في آخر المقابلة هو الرغبة والنية في العلاج والتخلص من المشكلة.

2. عرض وتحليل الحالة العيادية الثانية:

1.2. بطاقة دراسة الحالة:

معلومات عامة:

اسم الطفل: هديل جنس الطفل: أنثى تاريخ ميلاد الطفل: 1 جانفي 2011

نتيجة التشخيص الطبي: لا يوجد مشاكل صحية تسبب التبول اللاإرادي

تشخيص طبي: سليمة

معلومات عامة عن الأسرة:

عمر الأب: 45 سنة عمر الأم: 38 سنة

عمل الأب: حارس في مؤسسة عمومية عمل الأم: موظفة في الإدارة

المستوى التعليمي للأب: ثانية ثانوي المستوى التعليمي للأم: ثالثة ثانوي

أمراض الأب لا يعاني من أي أمراض أمراض الأم مشاكل في العمود الفقري

عدد الإخوة والأخوات وترتيب الطفل بين إخوته: 3 إخوة وأخت واحدة أما الحالة فتأتي في المرتبة الثالثة.

أعمار الإخوة: طفل 16 سنة، طفل 13 سنة، 6 طفل سنوات، بنت 4 سنوات

المستوى التعليمي للأخوة: ثانية ثانوي، ثانية متوسط، أولى ابتدائي حضانة.

أمراض الإخوة الأخ الأكبر يلبس نظارات، الأخت مصابة بمرض الحساسية، أما البقية فلا يعانون من أي مشاكل صحية.

دخول الأسرة والوضع الاقتصادي: دخل الأسرة يجعلهم في وضع اقتصادي متوسط.

وضع السكن: متسع صحي قابل للحياة ملك للأب .

يتوفر المسكن على أهم متطلبات الحياة الأساسية بشكل معقول.

ما هي أهم المشكلات التي تعاني منها الأسرة: بالنسبة للام تعاني من ضغوطات نفسية كبيرة بسبب أعباء الحياة المادية والمعنوية إضافة إلى عدم قدرتها على التعامل مع الزوج الذي يوصف بشدة التعصب لأرائه وعقليته التي تلغي وجود الشريك، ما الزوج فيعاني هو الآخر من عدم الاجتماعية وحب العزلة وقلة الكلام.

معلومات عن ظروف الحمل والولادة:

عمر الأم أثناء الحمل: 27 سنة

ظروف الحمل: مر الحمل في ظروف تميزت بالتوتر والقلق حيث تحدثت الأم عن عدم قدرتها على التوفيق ما بين واجباتها المنزلية وعملها خارج البيت خاصة وأنها أم لـ 3 أطفال يحتاجون كلهم إلى الرعاية والاهتمام مع عدم تساهل زوجها في فترة الحمل حيث يشدد على ضرورة ووجوب قيامها بدورها على أكمل وجه بالرغم من وضعية الحمل.

أمراض الأم والإصابات أثناء الحمل: لم تصب الأم بأي أمراض خطيرة وإنما عانت من مشاكل فقر الدم.

العلاجات والعقاقير التي تناولتها الأم أثناء الحمل: لم تتناول أي عقارات عدا أدوية لتقوية الدم وأدوية معالجة الصداع ومضادات حيوية لمعالجة اللوزتين.

الحالة الصحية للطفل عند الولادة: ولدت الطفلة ولادة طبيعية وفي صحة جيدة

مراحل نمو الطفل بعد الولادة:

صحة الطفل: تميزت طفولة الحالة بإصابتها بالأمراض المعتادة عند الأطفال كاللوزتين والتهابات الأذن.

التطور الحركي: نمو طبيعي. التطور اللغوي: طبيعي.

التطور الاجتماعي: الطفلة لي لديها أي مشاكل تذكر على المستوى الاجتماعي تخالط أقرانها بشكل طبيعي كما تتعامل مع الأشخاص الكبار بشكل أيضا طبيعي سواء من كانوا أفراد الأسرة أو الغرباء.

مستوى التحصيل الدراسي:

مستوى القدرة العقلية: تتمتع الطفلة بقدرات عقلية طبيعية مثل أقرانها ولم يلاحظ عليها أي تأخر، مستواها الدراسي متوسط.

بيانات حول التبول اللاإرادي:

متى بدأ الطفل بالتبول اللاإرادي؟ لم تكتسب الطفلة النظافة بالرغم من نزع الحفاضة في الفترة النهارية في سن السنتين ونصف حيث عملت الأم على تدريب الطفلة على استعمال المرحاض لقضاء حاجتها إلا أن الأم تضع الحفاضات ليلا لان الطفلة اكتسبت النظافة بالنسبة لوظيفتي الإخراج والتبول في النهار لكنها لا تكف عن التبول في فراشها ليلا.

هل مر طفلك بفترة نظافة؟ متى؟ الطفلة لم تكتسب نظافة التبول من قبل إلى يومنا هذا.

هل يحدث التبول ليلا؟ نعم يحد التبول فقط في الليل.

هل يحدث التبول نهارا؟ لا فالطفلة قليلة النوم حيث تنام نهارا لأوقات بسيطة.

هل كانت عملية التبول مفاجئة للأسرة ومزعجة لها ؟ المشكلة ليست بجديدة على الأسرة فالأب سابقا وفي عمر الطفولة كان يعاني من نفس المشكلة، كما عانى كل من أخويها الكبيرين من نفس المشكل سابقا كما يعاني كل من أخوها وأختها الأصغر منها من نفس المشكلة إلى يومنا هذا، إلا أن هذا لم يمنع من انزعاج الأم من هذه المشكلة لأنها تزيد من أعبائها فيما يتعلق بالتنظيف، على خلاف الأب الذي يعتبرها مشكلة عادية يعاني منها معظم الأطفال ولا تتطلب القلق أو الشكوى.

هل توجد أوقات ومواقف معينة يغلب فيها على الطفل أن يتبول لإراديا؟ لاحظت الأم أن هناك ظروف معينة يزيد فيها مشكل التبول أين تتبول الطفلة ليلا أكثر من مرة أو تتبول يوما وباستمرار دون توقف ومن مثل هذه الظروف والمواقف نذكر إما مبالغة الطفلة في تناول المشروبات والماء خاصة في الفترات المسائية المتأخرة أو عند النوم متأخرة مثلما هو الحال في ليالي العطل الأسبوعية أو العطلة السنوية، كما أن مرور الطفلة بإحداث مقلقة أو مربةكة إثناء اليوم من شأنه أن يزيد من وتيرة التبول، كفترة الامتحانات المدرسية أو توبيخها من طرف معلمتها... الخ، دون أن ننسى كثرة تبولها في فراشها في ليالي الشتاء وفي حالات المرض والحمى.

هل عملية التبول تحدث على فترات متباعدة ومتى؟ الطفلة تتبول تقريبا يوميا إلا أنها تكف أحيانا ليوم أو يومين خلال الأسبوع، الأيام عادة ما تكون متباعدة، وعادة ما يصادف هذا الانقطاع مع التقليل من المشروبات والنوم باكرا وخاصة الحالة النفسية فكما كانت الطفلة في حالة من الهدوء أو الرضي كانت أكثر حفاظا على نظافة فراشها.

هل عملية التبول ليلا يصاحبها أحيانا نوم عميق لدى الطفل؟ الطفلة تمتاز بالنوم عميقا ليلا فلا تصحوا إلا في حالات قليلة مثل المرض، أو عند نومها خارج البيت عند احد الأقارب. هل تحدث عملية التبول ليلا والطفل في حالة يقظة ووعي بما يدور حوله ؟ الطفلة غير واعية تماما بتبولها في فراشها بل إنها تواصل نومها إلى غاية إيقاظها صباحا.

هل قامت الأم بتدريب طفلها على التبول وكيف؟ لم تقم الأم بمحاولة مع طفلها نظرا لتعبها خلال اليوم بطوله من ما يجعلها عاجزة عن التفرغ لتدريب الطفلة على النهوض ليلا مثلا أو التقليل من السوائل مساءا.

هل أعطت الأم أهمية كبرى لمشكلة التبول لدى طفلها وأفرطت في التشجيع؟ الأم تبدو شديدة الانزعاج من تبول الطفلة إلا أنها لا تبذل أي مجهود يذكر لمساعدتها على التوقف عن التبول، كما أنها أصبحت أكثر تعود على المشكلة لأنها مرت بها مع كل أطفالها وترى أن الطفلة ستكتسب النظافة عندما تبلغ ربما سن المراهقة كما هو الحال مع أخويها الأكبر سنا.

هل أهملت الأم تدريب طفلها ولم تحاول مساعدته في ذلك؟ نعم تبدو الأم مستسلمة خائفة القوى لا تفكر حتى في محاولة مساعدة طفلها لأنها هي من تحتاج إلى مساعدة في قيامها في واجباتها اتجاه أسرتها.

ما هي ردود فعل الأسرة والأبوين تجاه مشكلة التبول لدى الطفل (كراهية، نبذ، رفض، فهم مساعدة، لامبالاة، تسامح، تقبل؟ الأب يبدو غير مبال ولا يعتبرها مشكلة تستحق الاهتمام خاصة وانه مر بنفس المشكل سابقا كما انه متقبل للوضع وغير قلق اتجاهه على خلاف الأم التي تتمنى انتهاء هذه المشكلة حيث أبدت رفضها لهذا الوضع الذي أصبح يشعرها بالإحراج أمام أفراد أسرتها خاصة عند اضطرارها للمبيت خارج المنزل عند احد الأقارب مثلا، كما تكلمت الأم عن أعباء التنظيف في كل صباح وتجهيز فراش خاص لأطفالها المتبولين فهي وبالرغم من تعودةا على المشكلة إلا أنها لم تصل إلى درجة التقبل، أما إخوة الطفلة فلا يظهرون أي انزعاج بل بالعكس أين يبدو عليهم التقبل وحتى المساعدة في القيام بترتيب الفراش أحيانا أما أفراد أسرة الأم فيحثونها بشدة على اصطحاب أبنائها إلى الطبيب لمعالجة المشكل ومساعدة أطفالها وتدريبهم للكف عن التبول هذا لان تبول الطفل في فراشه بالنسبة لهم يجب أن يتوقف في سن مبكر قبل الالتحاق بالمدرسة، علما أن الأم وأسرته لم

يكن لديهم أي شكوى مماثلة مع التبول واكتسبوا نظافة الفراش في سن مبكرة لم تتجاوز 4 سنوات.

ما هو الروتين المتبع قبل النوم؟ تعمل الأم على ترتيب الفراش الخاص بالطفلة حيث تضع قطعة من البلاستيك المخصص لمنع التسربات، كما تواظب على اخذ الطفلة إلى التبول في المراض قبل النوم مباشرة.

ما هي عدد الساعات التي ينامها طفلك قبل تبوله بالفراش؟

1-2/1 سا 2-3 سا 4-5 سا 6-7 سا 8-9 سا أكثر من 9 سا لا أعرف

هل يوجد تاريخ عائلي سابق؟ نعم

(أم، أب، أم وأب، أخ، أخت، عم، خال، عمات، خالات، أبناء العم.....)

هل حرم الطفل من نشاطات بسبب تبوله اللاإرادي (مثل المبيت عند أصدقائه، عند أقربائه، أو معسكرات مدرسية.....) نعم.

هل يعاني الطفل من الأرق والاضطراب في النوم؟ لا تعاني الطفلة من أي اضطرابات في النوم.

هل ينام الطفل عميقاً؟ تنام نوم عميق ولا تستيق.

هل ينام وحيداً في الفراش أو في غرفته؟ تنام الطفلة في غرفة مشتركة مع إخوتها.

هل ترى أحلاماً مزعجة أو تتنابه كوابيس مرعبة وما هي موضوعات هذه الأحلام والكوابيس؟ قليلاً ما تشكو الطفلة من رؤية الأحلام المزعجة أو الكوابيس إن وجدت في مرات قليلة عادة ما ترتبط برفاقها ومدرستها أو إخوتها.

هل يعاني من اضطراب في طعامه مثل: (فقدان الشهية، الميل إلى شرب السوائل، الإكثار من الحلويات والمواالح... وخاصة قبل النوم؟ ترفض الطفلة تناول وجبة الإفطار كم ترفض الأكل صباحاً إلا أنها تتناول باقي الوجبات بشكل طبيعي أين تصفها أمها بالأكولة كما تميل إلى المأكولات الحلوة، كما أنها تتناول السوائل بشكل طبيعي.

هل يعاني طفلك من اضطرابات نفسية وسلوكية مثل:

تعاني الطفلة من مشكلة قضم الأظافر إلا أنها هادئة الطباع مطيعة تلتزم بتعليمات والديها منضبطة إلى حد كبير، تميل إلى الخجل والصمت تخاف والدها بشدة وتخاف العقاب تحاول تجنب المشاكل لخوفها من العواقب، لا تشعر بالثقة.

هل تعرض طفلك لحدث مؤلم؟ لم تذكر الأم أي أحداث أو خبرات خاصة.

برأيك ما هي الحاجات التي تدفع الطفل للتغلب على مشكلة التبول اللاإرادي؟ تظن الأم انه من الواجب زيارة الطبيب لعلاج المشكلة كما ذكرت أن شعور الطفل بالثقة من طرف الأم والأب وكذا تجنب السخرية إضافة إلى تدريب الطفلة من شأنه أن يعالج مشكلتها أو يقلل منها، كما تضيف أنها تشعر بالتقصير في هذه الناحية.

هل خضع الطفل لعلاج سابق؟ ما هو؟ الطفلة لم تخضع لأي نوع من العلاجات الطبية أو النفسية نظرا لتهاون كلا الوالدين في البحث عن حل للمشكلة.

3.1. تقديم الحالة:

الطفلة هديل طفلة تبلغ من 10 سنوات، تلميذة في المدرسة الابتدائية المجاورة لمنزلها، تدرس في السنة الخامسة، نتائجها المدرسية متوسطة، تتصف بالهدوء والخجل، تحتل المرتبة الثالثة بين إخوتها الأربعة تعيش مع والديها وأختها في منزل خاص بهم يحتوي على أربعة غرف، تنتمي لأسرة ذات مستوى اقتصادي متوسط كما أن والديها ذو مستوى تعليمي متوسط، كلا الوالدين يعملان بدوام كامل.

لا تعاني الطفلة من أي سوابق مرضية عضوية أو نفسية تذكر، تعاني فقط من مشكلة قضم الأظافر، أما بالنسبة للإخوة فتعاني أختها الصغرى من مرض الحساسية ويرتدي احد إخوتها النظارات الطبية بسبب ضعف النظر، أما الأم فتعاني من مرض على مستوى العمود الفقري على خلاف الأب الذي لا يشكو من أي أمراض ظاهرة.

3.2. عرض وتحليل المقابلة مع الأم:

فيما يخص السوابق المرضية للحالة من خلال المقابلة مع الأم تبين لنا أن الحالة تعاني من مشكلة التبول اللاإرادي هي وكل إخوتها وان الأب كان يعاني هو الآخر من نفس المشكل في مرحلة الطفولة بعكس الأم، أما الحمل فهو حمل عادي مرغوب فيه وكانت فترة الحمل مرحلة عادية مرت بدون صدمات أو أي أحداث تذكر انتهت بولادة طبيعية تمت في المستشفى، أما الرضاعة فكانت طبيعية، دامت سنة واحدة، أما النمو النفسي الحركي للحالة فكان عادي كما لم تتعرض لصدمات أو انفصال على العائلة.

تبدو علاقة الأم مع الحالة علاقة متوترة بعض الشيء، حيث اشتكت الأم أثناء المقابلة من استيائها من مشكلة ابنتها وتبولها في الفراش بشكل يومي، وان ابنتها تشتكي من سوء معاملة الأم لها عند تبليل فراشها حيث تقارنها برفاقها وتطلب منها أن تكف عن التبول لأنها تزيد من أعبائها وهو ما جعلها تعتمد إلى إخفاء ملابسها المبللة صباحا وإسراعها لإخفاء فرشها أو جمعه لتجنب إحراج أمها لها أمام إخوتها فمن خلال كلامنا مع الأم شعرنا أنها تتسبب في إحراج ابنتها خاصة أنها تبادرها بالصراخ والعصبية والاستياء من تبولها في الفراش بشكل مستمر، كما أخبرتنا الأم أن الحالة كثيرا ما تشتكي من سخرية إخوتها وتشعر بالنقص بالمقارنة مع أقرانها لتعود قائلة أنها تتمنى لو أن ابنتها تكف عن التبول لكي تتخلص من الإحراج الذي تشعر به اتجاه إخوتها وأقرانها في الصف، كما تبدي استعدادها لأخذ ابنتها للعلاج عند الطبيب وحاولت إبداء اهتمامها بمشكلة ابنتها وأنها لا تقصد إهانتها إلا أن الضغوط اليومية التي تعيشها تجعلها غير قادرة على التعامل بعقلانية وهدوء مع مشكلة طفلتها وأنها تعي جيدا أن ابنتها لا تستطيع التحكم في تبولها ليلا، كما أشارت إلى أنها كثيرا ما تشعر بالندم بعد توبيخ ابنتها وأنها تتمنى لو تخفف من حدة تصرفاتها لأنها مجرد طفلة صغيرة ولأن مشكلة التبول هي مشكلة عابرة لا تستحق كل هذا الانزعاج، لتنتقل للحديث عن الزوج الذي لا يساعدها في الواجبات المنزلية ولا يهتم لمشكلة ابنته لأنه لا

يتحمل أعباء تنظيف الفراش بشكل يومي كما تفعل هي، وتقول أن الضغوطات التي يمارسها الزوج عليها هي ما تجعلها غير قادرة على التحكم في أعصابها وتجعلها في حالة توتر وغضب دائم وهو ما لا يسمح لها بالتعامل بهدوء مع أطفالها.

4.2. عرض وتحليل المقابلة مع الطفل:

ومن خلا مقابلتنا مع الحالة لاحظنا أنها طفلة هادئة قليلة الكلام تبدو خجولة اجتماعية لديها رفاق تشاركهم نشاطات مختلفة في مدرستها كما لديها أصدقاء من أبناء حبيها، حاولنا التقرب إليها من خلال محادثتها حول مدرستها وألعابها المفضلة كانت تتكلم لكن بنوع من الخجل، فعند حديثها عن مدرستها تبدو مرتبطة بدراستها وتطمح لأن تكون طبيبة في المستقبل تبدو منضبطة وحريصة على عدم الغياب وإرضاء معلمتها التي تحبها، كما أنها تعتبر أن دراستها وذهابها إلى المدرسة هو فرصة للتنفيس عن النفس والخروج من جو الأسرة الذي وصفته بالمتوتر أين ركزت في حديثها عن توتر العلاقة ما بين والديها وتشاجرهما بشكل يومي وهو ما يجعلنا نفكر في أن الحالة تعيش في أجواء ربما مشحونة بعض الشيء مع غياب الاستقرار في العلاقة الوالدية وهو ما من شأنه أن ينعكس سلبا على الطفل وهو ما أكدته الحالة حين أخبرتنا أنها تفضل الذهاب إلى المدرسة على البقاء في البيت، وعند سؤالها عن طبيعة تعاملها مع والديها قالت أنها تخاف والدها كثيرا فمن خلال كلامها يبدو أن الأب شديد الحزم والنظام وكثيرا ما يصرخ عليها ويعاقبها في حال ما أخطأت وأنه لا يحاورها أبدا كما أنه قليل الضحك والكلام وأنه يعامل كل إخوتها بالمثل، أما عن والدتها فتقول أنها تحبها وأنها أحيانا تعاملها بطيب وأحيانا أخرى بقسوة وأنها تطلب منها مساعدتها في الواجبات المنزلية وأنها تستاء من ذلك لأنها تحب الخروج للعب مع رفاقها، أما عن الإخوة فهي تشعر بارتياح أكثر معهم وتبدو قليلة الشجار والتخاصم مع إخوتها، عند التطرق لمشكلة التبول شعرت الحالة بنوع من الحرج فعند سؤالنا لها عن إذا ما كانت تجد فراشها مبللا صباحا، وهو ما جعلنا نحاول رفع الحرج عنها بإخبارها أن معظم

الأطفال يبطلون فراشهم ليلاً وأنهم غير مسؤولين عن ذلك لأنهم يكونون نائمين والشخص عندما ينام لا يمكن أن يشعر بأفعاله الشيء الذي جعل الحالة تنظر إلينا مبتسمة وكأنها استحسنت تبريرنا للمشكلة كما لمسنا رفع الحرج وشعورها بنوع من الثقة، أما عن مشاعرها اتجاه مشكلتها تقول أنها تشعر بالذنب اتجاه والدتها التي توبخها باستمرار لتبرر نفسها قائلة بأنها لا تقصد تبليل فراشها وأنها تتمنى أن تصحوا صباحاً وتجد فراشها جافاً، وتتمنى لو تسعد والدتها إلا أنها تشعر بالإحباط اتجاه نفسها وتشعر أنها عاجزة عن التوقف عن تبليل فراشها، لتعود مرة ثانية للتبرير قائلة أنها تحاول الامتناع عن تناول كميات كبيرة من الماء قبل النوم كما تقوم بإفراغ مئانتها مباشرة قبل النوم إلا أن هذه الحلول لم تعد مجدية بالنسبة لها، إذا نلمس من خلال كلام الحالة مشاعر الضيق والذنب والخوف من التعرض للإهانة سواء من طرف الأم أو من طرف الإخوة، وعند سؤالنا للحالة عن تعامل والدها مع مشكلتها ابتسمت وأخبرتنا أنه لا يضايقها ولا يهتم لتبولها في الفراش وأنه لم يعاتبها يوماً على هذا حيث لمسنا ارتياحها اتجاه سلوك الأب الذي يشعرها بالطمأنينة، كما أخبرتنا أنها تتمنى أن تعاملها والدتها بالمثل إي أن تتغاضى عن تبليلها لفراشها وأنها ستتوقف عن التبول عندما تكبر.

وعند سؤالنا لها عن مساعدتها لامها في وضع فراشها أو جمعه وترتيبه قالت أنها قليلاً ما تقوم برفع فراشها المبلل لان والدتها تتكفل بذلك وأنها لا تطلب منها مساعدتها فهي تطلب منها القيام بأمور أخرى كوضع الفراش قبل النوم، إلا أنها في نفس الوقت أبدت استعدادها لمساعدة والدتها لتكسب حبها ورضاها ولكي تحسن معاملتها أمام إخوتها.

5.2. تحليل عام للمقابلتين مع الأم ومع الطفل:

بعد جمعنا لمعطيات المقابلات العيادية مع الأم والحالة تبين لنا المعاناة التي تعيشها الحالة وألام بسبب اضطراب التبول اللاإرادي، فبالنسبة للام لمسنا الانزعاج والاستياء من تبول ابنتها في الفراش وما ينجر عنه من أعباء التنظيف علماً أن لديها طفلين آخرين

يعانون من نفس المشكلة وهو ما يجعلنا نتخيل حجم المشكلة بالنسبة للام العاملة التي تستيقظ صباحا لتنظف الفراش الخاص بثلاث أطفال وتغير ملابسهم... الخ، وهو ما يجعلها تعتمد إلى الصراخ المستمر والإهانة أحيانا للحالة ما يخلق جوا مشحونا بين الأم والبنات التي لا تتعمد تبليل فراشها إلا أنها تتلقى العقاب والإساءة وهو ما خلق لديها مشاعر الذنب اتجاه والدتها فهي تشعر أنها بمثابة العبا كما يؤدي كل هذا لدى الحالة إلى زعزعة ثقته في نفسها حيث تشعر أنها ليست في مستوى توقعات أمها كما تشعر بالدونية المقارنة مع أقرانها، كل هذه المشاعر السلبية التي عبرت عنها الحالة من شأنها أن تزيد من تقاوم المشكلة فيزيد الطفل في تبوله وربما يصبح أكثر ميلا للعزلة وذلك لتجنب اكتشاف الآخرين لمشكلته المحرجة التي تشعره بالذنب والدونية، وهو ما يجعلنا نتوجه في المرحلة القادمة إلى الدخول في مرحلة العلاج، فالمقابلة الأولية مع الحالة ومع الأم جعلتهما يتبصران عمق المشكلة لدى الطرفين حيث تحدثتا عن مشاعرهما وخبرتهما السلبية اتجاه التبول، كما لمسنا من كلاهما استعدادا ضمنيا للتخلص من المشكلة وهو ما يشجعنا على الانتقال إلى المرحلة الثانية وهي مرحلة العلاج.

3. عرض الحالة العيادية الثالثة:

❖ بطاقة دراسة الحالة:

معلومات عامة:

اسم الطفل: مهدي جنس الطفل: ذكر تاريخ ميلاد الطفل: 12 مارس 2016
نتيجة التشخيص الطبي: الطفل فحص من طرف طبيب مختص في أمراض الكلى والجهاز البولي واثبت انه لا يعاني من أي أمراض أو تشوهات خلقية.

معلومات عامة عن الأسرة:

عمر الأب: 40 سنة عمر الأم: 36 سنة
عمل الأب: صاحب ورشة للنجارة عمل الأم: مأكثة في البيت

المستوى التعليمي للأب: حاصل على شهادة حرفي من احد مراكز التكوين المهني

المستوى التعليمي للأم: جامعية

أمراض الأب: مرض السكري غير الخاضع للأنسولين

أمراض الأم: لا تشكو من أي مرض معين

عدد الإخوة والأخوات وترتيب الطفل بين إخوته: أخ وأخت، حيث يأتي الطفل في المرتبة

الثانية.

أعمار الإخوة: 8 سنوات، 1 سنة

المستوى التعليمي للأخوة: الأخ الأكبر الثانية ابتدائي

أمراض الإخوة: يعاني الطفل الأكبر من فقر الدم المنجلي

دخل الأسرة والوضع الاقتصادي: الدخل جيد ويلبي كل احتياجات الأسرة

وضع السكن: ضيق لأن أسرة الطفل تعيش داخل الأسرة الكبيرة للأب وبالتالي تستفيد من

غرفتين ومطبخ فقط إلا أن السكن صحي، حديث قابل للعيش

هل تتوفر في المسكن متطلبات الحياة الأساسية؟ تتوفر معظم التجهيزات والشروط الضرورية

لحياة كريمة

ما هي أهم المشكلات التي تعاني منها الأسرة: الأسرة مرتاحة ماديا إلا أن تواجههم في منزل

الأسرة الكبيرة للزوج يجعلهم يتحملون أعباء مالية أخرى تجعلهم أحيانا في ضيق، يتشارك

الزوجان في حياتهم مع الأسرة الكبيرة ما يجعل حريتهم محدودة، كما تتسم العلاقات ما بين

أفراد الأسرة بنوع من التوتر والعصبية مع بقية سكان المنزل، الزوج يعاني من مرض

السكري منذ أربع سنوات وهو متكيف إلى حد ما مع حالته الصحية ، تسود العلاقة الزوجية

بعض المشاكل بسبب استقرارهم في منزل العائلة الكبيرة إضافة إلى شكوى الزوجة من

الطباع الحادة للزوج.

معلومات عن ظروف الحمل والولادة:

عمر الأم أثناء الحمل: 30 سنة

ظروف الحمل: كانت مرحلة الحمل طبيعية إلى غاية الثلاث أشهر الأخيرة أين عانت الأم من مشكل التهابات الجهاز التناسلي الذي كاد أن يتسبب في فقدان جنينها ما اضطرها للدخول إلى المستشفى والمكوث فيه لمدة عشرون يوم، عدا عن ذلك كان كل شيء طبيعي كنمو الجنين وتطوره.

أمراض الأم والإصابات أثناء الحمل: أصيبت الأم بالتهابات في الجهاز التناسلي، وتعرضت للسقوط داخل البيت إلا أن الإصابة لم ينتج عنها أي ضرر.

العلاجات والعقاقير التي تناولتها الأم أثناء الحمل: تناولت الأم المضادات الحيوية المسموحة لعلاج الالتهاب كما تناولت الكالسيوم والحديد لتقوي جسها ولتحضيرها للولادة.

الحالة الصحية للطفل عند الولادة: ولد الطفل في صحة جيدة، كانت الولادة طبيعية دون أي مشاكل تذكر

مراحل نمو الطفل بعد الولادة:

صحة الطفل: الطفل في صحة جيدة.

التطور الحركي: كان التطور الحركي طبيعياً مثل المشي والكلام مع اكتسابه لمختلف المهارات بشكل عادي

التطور اللغوي: كان ظهور اللغة في سن الثانية ونصف

التطور الاجتماعي: الطفل يبدو اجتماعياً له القدرة على تكوين علاقات جيدة مع الآخر، لديه رفاق يشاركونهم مختلف النشاطات كاللعب.

مستوى التحصيل الدراسي: الطفل ذو مستوى دراسي متوسط

مستوى القدرة العقلية: يتمتع الطفل بقدرات عقلية جيدة حيث انه يبدو ذكي ونشيط، لا يعاني من مشاكل التركيز والانتباه.

بيانات حول التبول اللاإرادي:

متى بدأ الطفل بالتبول اللاإرادي ؟ التبول الذي يعاني منه الطفل هو التبول اللاإرادي الأولي حيث لم يكن هناك أي اكتساب للنظافة هل مر طفلك بفترة نظافة ؟ متى؟ لا هل يحدث التبول ليلا ؟ نعم يحدث التبول فقط في الفترة الليلية هل كانت عملية التبول مفاجئة للأسرة ومزعجة لها ؟ لا تعتبر الأسرة التبول مشكلة جديدة لان المشكل ظهر قبل ذلك عند الأخ الأكبر للحالة، كما عانت كل من الأم والأب من نفس المشكل في المراحل الأولى من طفولتهم هل توجد أوقات ومواقف معينة يغلب فيها على الطفل أن يتبول لاإراديا ؟ يزداد مشكل التبول في الليالي الباردة، وكذلك عند معاقبة الطفل من طرف الأب.

هل عملية التبول تحدث على فترات متباعدة ومتى؟ يحدث التبول بشكل يومي تقريبا هل عملية التبول ليلا يصاحبها أحيانا نوم عميق لدى الطفل ؟ الطفل ينام بعمق ليلا ولا يعاني من مشاكل أثناء فترة النوم هل تحدث عملية التبول ليلا والطفل في حالة يقظة ووعي بما يدور حوله ؟ لا يعي الطفل تبليله لفرشه نهائيا هل قامت الأم بتدريب طفلها على التبول وكيف ؟ لم تهتم الأم بتدريب الطفل لأنها ترى انه لا يزال صغيرا هل كانت المرافق اللازمة لتبول الطفل متوفرة مثل (الإضاءة، قرب المكان..) ؟ المرافق متوفرة هل أعطت الأم أهمية كبرى لمشكلة التبول لدى طفلها وأفرطت في التشجيع ؟ لا الأم لم تشجع ابنها على التخلص من مشكلته

هل أهملت الأم تدريب طفلها ولم تحاول مساعدته في ذلك؟ الأم أهملت هذه المشكلة لاعتقادها بان الطفل لا يزال صغيرا على التحكم في تبوله ليلا
 ما هي ردود فعل الأسرة والأبوين تجاه مشكلة التبول لدى الطفل (كراهية، نبذ، رفض، فهم مساعدة، لا لمبالاة، تسامح، تقبل؟ كل من الأب والأم لا يشتكيان من مشكلة التبول إلا أن الحالة يعاني من أبناء عمه الذين يسخرون من تبوله.
 ما هو الروتين المتبع قبل النوم؟ تعمل الأم على وضع فراش بلاستيكي للحفاظ على نظافة الفراش.

ما هي عدد الساعات التي ينامها طفلك قبل تبوله بالفراش؟

2/1-1سا 2-3سا 4-5سا 6-7سا 8-9سا أكثر من 9سا لا أعرف

هل يوجد تاريخ عائلي سابق؟ نعم

(أم، أب، أم وأب، أخ، أخت، عم، خال، عمات، خالات، أبناء العم.....)؟

هل حرم الطفل من نشاطات بسبب تبوله اللاإرادي؟ نعم ففي السنة الماضية لم تسمح له الأم بمرافقة إحدى قريباتها في العطلة الصيفية نظرا لتبوله، كما نجد أن الطفل يتمنى المشاركة في المخيمات الصيفية إلا انه يشعر بالإحراج من مشكلته حيث يخشى السخرية والاستهزاء من أقرانه.

هل يعاني الطفل من الأرق والاضطراب في النوم؟ الطفل ينام بشكل طبيعي جدا، إلا أن تبليه للفراش يقلق نومه.

هل ينام الطفل عميقا؟ نعم ينام بشكل جيد؟ نعم

هل ينام وحيدا في الفراش أو في غرفته؟ الطفل يتقاسم الفراش مع إخوته الاثنتين نظرا لضيق المكان

هل يرى أحلاما مزعجة أو تتنابه كوابيس مرعبة وما هي موضوعات هذه الأحلام والكوابيس؟ أحيانا يرى أحلام مزعجة

هل يعاني من اضطراب في طعامه مثل: (فقدان الشهية، الميل إلى شرب السوائل، الإكثار من الحلويات والمواالح ... وخاصة قبل النوم ؟ يتناول الطفل طعامه بشكل طبيعي يميل كثيرا إلى المشروبات والحلويات والأكل السريع التحضير .
هل يعاني طفلك من اضطرابات نفسية وسلوكية مثل: الطفل يعاني من مشكلتي الكذب والسرقة. لا

هل توجد اضطرابات أخرى يعاني منها الطفل ؟ لا

هل تعرض طفلك لحدث مؤلم ؟ (موت في العائلة، طلاق، انتقال من بيت لآخر أو أي حدث أو تجربة أخرى لربما كان لها تأثير على طفلك؟ لم يمر الطفل بحدث معين أو أي ظروف شديدة عدا عن الأحداث اليومية المعتادة.

برأيك ما هي الحاجات التي تدفع الطفل للتغلب على مشكلة التبول اللاإرادي؟ ضعي إشارة عند العبارة أكثر أهمية: إن تجنب السخرية من شأنه أن يبسط من المشكلة كما يمكن أن يكون سببا في التخلص منها.

هل خضع الطفل لعلاج سابق ؟ ما هو ؟ نعم تم اصطحاب الطفل من طرف والده إلى الطبيب وقد أعطاه دواء ساعده قليلا لكن سرعان ما عاد الطفل للتبول بعد الانتهاء من اخذ الدواء.

4. عرض الحالة العيادية الرابعة:

❖ بطاقة دراسة الحالة

معلومات عامة:

إسم الطفل: رنيم جنس الطفل: أنثى تاريخ ميلاد الطفل: 02 فيفري 2010

نتيجة التشخيص الطبي: سليم

معلومات عامة عن الأسرة:

عمر الأب: 55 سنة عمر الأم: 41 سنة

عمل الأب : عامل حر
 عمل الأم: مأكثة بالبيت
 المستوى التعليمي للأب: أمة
 المستوى التعليمي للأم: متوسط
 أمراض الأب : مرض عقلي
 أمراض الأم: ضغط وسكري
 عدد الإخوة والأخوات وترتيب الطفل بين إخوته : أربع إخوة وأخوات، أما ترتيب الطفلة فهو الرابعة.

أعمار الإخوة: 21 سنة، 18 سنة، 15 سنة، 6 سنوات
 دخل الأسرة والوضع الإقتصادي: ضعيف والجد للأب هو المعيل للأسرة.
 وضع السكن: ضيق، صحي، غير صحي، قديم البناء وملك للجد.
 هل تتوفر في المسكن متطلبات الحياة الأساسية ؟ نعم.

ما هي أهم المشكلات التي تعاني منها الأسرة (إقتصادية، اجتماعية ، صحية، فكرية، نفسية
 (...). ؟ مشاكل أسرية وزوجية مع صراعات ومشاكل ما بين الإخوة تتكرر بصفة دائمة، كما
 أن الوضع الاقتصادي الضعيف له تأثير كبير في خلق هذه الحالة، مع مشكلات الأب
 النفسية بسبب المرض، وكذا مشكلات الأم التي تعاني من نوبات القلق.

معلومات عن ظروف الحمل والولادة:

عمر الأم أثناء الحمل : 29 سنة
 ظروف الحمل : مشاكل أسرية
 أمراض الأم والإصابات أثناء الحمل : لا يوجد.
 العلاجات والعقاقير التي تناولتها الأم أثناء الحمل: علاج السكري وضغط الدم.
 الحالة الصحية للطفل عند الولادة: جيدة.

مراحل نمو الطفل بعد الولادة:

صحة الطفل : جيدة
 التطور الحركي : سليم
 التطور الإجتماعي: عادي
مستوى التحصيل الدراسي: متوسط
مستوى القدرة العقلية: حسن

بيانات حول التبول اللاإرادي:

متى بدأ الطفل بالتبول اللاإرادي ؟ لم يتوقف منذ الولادة.

هل يحدث التبول ليلا ؟ نعم

هل يحدث التبول نهارا ؟ لا

هل كانت عملية التبول مفاجئة للأسرة ومزعجة لها ؟ نعم

هل توجد أوقات ومواقف معينة يغلب فيها عل الطفل أن يتبول لإراديا ؟ الشتاء أي في الليالي الباردة.

هل عملية التبول تحدث على فترات متباعدة ومتى ؟ تقريبا يوميا.

هل عملية التبول ليلا يصاحبها أحيانا نوم عميق لدى الطفل ؟ نعم.

هل تحدث عملية التبول ليلا والطفل في حالة يقظة ووعي بما يدور حوله ؟ لا

هل قامت الأم بتدريب طفلها على التبول وكيف ؟ نعم الإيقاظ ولم يجدي نفعا

هل كان تدريبك طبيعيا أم قسريا مع الضرب والتهديد والتخويف ؟ نوعا ما

متى بدأت بتدريب طفلك بصورة متأخرة، مبكرة، طبيعية ؟ طبيعية

هل كانت المرافق اللازمة لتبول الطفل متوفرة مثل الإضاءة، قرب المكان... ؟ نعم

هل أعطت الأم أهمية كبرى لمشكلة التبول لدى طفلها وأفرطت في التشجيع ؟ لا

هل أهملت الأم تدريب طفلها ولم تحاول مساعدته في ذلك ؟ نوعا ما

ما هي ردود فعل الأسرة والأبوين تجاه مشكلة التبول لدى الطفل كراهية، نبذ، رفض، فهم

مساعدة، لا لمبالاة، تسامح ، تقبل ؟ رفض ولا مبالاة

ما هو الروتين المتبع قبل النوم ؟ التقليل من السوائل والتبول قبل النوم

ما هي عدد الساعات التي ينامها طفلك قبل تبوله بالفراش ؟ الأم لا تعرف بالضبط لم

تلاحظ.

هل يوجد تاريخ عائلي سابقا ؟ نعم

(أم، أب، أم وأب، أخ، أخت، عم، خال، عمات، خالات، أبناء العم.....) ؟ أب / عم / أبناء العم.

هل حرم الطفل من نشاطات بسبب تبوله اللاإرادي (مثل المبيت عند أصدقائه، عند أقاربه، أو معسكرات مدرسية.....) نعم / لا ؟ نعم

هل يعاني الطفل من الأرق والاضطراب في النوم ؟ نعم

هل ينام الطفل عميقا ؟ لا

هل ينام وحيدا في الفراش أو في غرفته ؟ في الفراش حيث يتقاسم الغرفة مع إخوته.

هل يرى أحلام مزعجة أو تتنابه كوابيس مرعبة وما هي موضوعات هذه الأحلام والكوابيس إن وجدت؟ لا

هل يعاني من اضطراب في طعامه مثل (فقدان الشهية، الميل إلى شرب السوائل، الإكثار من الحلويات والموالح ... وخاصة قبل النوم) ؟ فقدان الشهية أحيانا

هل يعاني طفلك من اضطرابات نفسية وسلوكية مثل: العزلة والانطواء: نعم، محاولة الكذب، قضم الأظافر، العناد والمعارضة والتمرد.

هل توجد اضطرابات أخرى يعاني منها الطفل ؟ لا

هل تعرض طفلك لحدث مؤلم (موت في العائلة، طلاق، إنتقال من بيت لآخر أو أي حدث أو تجربة أخرى لربما كان لها تأثير على طفلك) ؟

برأيك ما هي الحاجات التي تدفع الطفل للتغلب على مشكلة التبول اللاإرادي ؟ ضعي إشارة عند العبارة أكثر أهمية: زيادة تقديره لذاته، الشعور بثقة أكبر، تجنب السخرية، مساعدته على التدريب للتوقف عن التبول، التدريب.

هل خضع الطفل لعلاج سابق ؟ ما هو؟ لا

5. عرض الحالة العيادية الخامسة:

❖ بطاقة دراسة الحالة:

معلومات عامة:

إسم الطفل: عبد الهادي جنس الطفل: ذكر تاريخ ميلاد الطفل: 27 ماي 2015

نتيجة التشخيص الطبي: سليم

معلومات عامة عن الأسرة:

عمر الأب: 45 سنة عمر الأم: 36 سنة

عمل الأب: سائق آلات بشركة عمل الأم: مأكثة بالبيت

المستوى التعليمي للأب: الأولى متوسط المستوى التعليمي للأم: ابتدائي

أمراض الأب: لا يوجد أمراض الأم: السكري والغدة الدرقية

عدد الإخوة والأخوات وترتيب الطفل بين إخوته : أربعة إخوة / الوحيد

دخل الأسرة والوضع الإقتصادي: الأب هو المعيل الوضع الإقتصادي متوسط.

وضع السكن (متسع، ضيق، صحي، غير صحي، قديم، حديث، ملك، إيجار) واسع وقديم لكن صحي.

هل تتوفر في المسكن متطلبات الحياة الأساسية ؟ نعم

ما هي أهم المشكلات التي تعاني منها الأسرة (إقتصادية، اجتماعية، صحية، فكرية نفسية..) ؟ لا مشاكل تذكر عدا مرض الأم.

معلومات عن ظروف الحمل والولادة:

عمر الأم أثناء الحمل: 29 سنة ظروف الحمل: عادية

أمراض الأم والإصابات أثناء الحمل : لا يوجد

العلاجات والعقاقير التي تناولتها الأم أثناء الحمل: أدوية السكري والغدة

الحالة الصحية للطفل عند الولادة: جيدة

مراحل نمو الطفل بعد الولادة:

صحة الطفل : جيدة التطور الحركي : سليم التطور الإجتماعي: عادي

مستوى التحصيل الدراسي: متوسط

مستوى القدرة العقلية: حسن

بيانات حول التبول اللاإرادي:

متى بدأ الطفل بالتبول اللاإرادي ؟ منذ الولادة

هل مر طفلك بفترة نظافة ؟ متى ؟ لم يتوقف عن التبول إلى يومنا هذا

هل يحدث التبول ليلا ؟ نعم هل يحدث التبول نهارا ؟ لا

هل كانت عملية التبول مفاجئة للأسرة ومزعجة لها ؟ نعم

هل توجد أوقات ومواقف معينة يغلب فيها على الطفل أن يتبول لاإراديا ؟ التوتر

هل عملية التبول تحدث على فترات متباعدة ومتى ؟ كل ليلة

هل عملية التبول ليلا يصاحبها أحيانا نوم عميق لدى الطفل ؟ نعم

هل تحدث عملية التبول ليلا والطفل في حالة يقظة ووعي بما يدور حوله ؟ لا

هل قامت الأم بتدريب طفلها على التبول وكيف ؟ نعم منع من السوائل والتبول قبل النوم

هل كان تدريبك طبيعيا أم قسريا مع الضرب والتهديد والتخويف ؟ أحيانا كانت تلجأ لأساليب

العقاب والتوبيخ.

متى بدأت بتدريب طفلك بصورة متأخرة، مبكرة، طبيعية ؟ طبيعية.

هل كانت المرافق اللازمة لتبول الطفل متوفرة مثل الإضاءة، قرب المكان... ؟ لا / بعد

المكان.

هل أعطت الأم أهمية كبرى لمشكلة التبول لدى طفلها وأفرطت في التشجيع ؟ نعم

هل أهملت الأم تدريب طفلها ولم تحاول مساعدته في ذلك ؟ لا

ما هي ردود فعل الأسرة والأبوين تجاه مشكلة التبول لدى الطفل كراهية، نبذ، رفض، فهم

مساعدة، لا لمبالاة، تسامح، تقبل ؟ مساعدة وتسامح

ما هو الروتين المتبع قبل النوم ؟ التقليل من السوائل والتبول قبل النوم

ما هي عدد الساعات التي ينامها طفلك قبل تبوله بالفرش ؟ الأم لا تعرف

هل يوجد تاريخ عائلي سابقا ؟ لا

(أم، أب، أم وأب، أخ، أخت، عم، خال، عمات، خالات، أبناء العم....)؟ أبناء العم

هل حرم الطفل من نشاطات بسبب تبوله اللاإرادي (مثل المبيت عند أصدقائه، عند

أقاربه، أو معسكرات مدرسية....) نعم / لا ؟ نعم

هل يعاني الطفل من الأرق والاضطراب في النوم ؟ لا

هل ينام الطفل عميقا ؟ نعم

هل ينام وحيدا في الفراش أو في غرفته ؟ مع خاله في غرفة

هل يرى أحلام مزعجة أو تتنابه كوابيس مرعبة وما هي موضوعات هذه الأحلام والكوابيس؟

نعم

هل يعاني من اضطراب في طعامه مثل (فقدان الشهية، الميل إلى شرب السوائل، الإكثار

من الحلويات والمواالح ... وخاصة قبل النوم) ؟ الإكثار من المواالح.

هل يعاني طفلك من اضطرابات نفسية وسلوكية مثل: محاولة الإعتداء وتدمير

الأشياء، العزلة والإنطواء، الشعور بالخمول والكسل والإجهد، كثرة الحركة والإثارة والهيلاج:

نعم محاولة الكذب: نعم، محاولة السرقة، محاولة الهروب من المدرسة أو المنزل، قضم

الأظافر، مص الأصابع، العناد والمعارضة والتمرد، الخجل والحياء، اللامبالاة

والإستهتار، الخوف (من الكلام، من الحيوان، من الأب، من العقوق، من فقدان الأم،

القصص المرعبة..) نعم، الشعور بالنقص وفقدان السند.

هل توجد اضطرابات أخرى يعاني منها الطفل ؟ لا

هل تعرض طفلك لحدث مؤلم (موت في العائلة، طلاق، إنتقال من بيت لآخر أو أي حدث أو تجربة أخرى لربما كان لها تأثير على طفلك) ؟ لا يوجد برأيك ما هي الحاجات التي تدفع الطفل للتغلب على مشكلة التبول اللاإرادي ؟ ضعي إشارة عند العبارة أكثر أهمية: زيادة تقديره لذاته /، الشعور بثقة أكبر / هل خضع الطفل لعلاج سابق ؟ ما هو؟ لا

6. عرض الحالة العيادية السادسة:

❖ بطاقة دراسة الحالة

معلومات عامة:

إسم الطفل: محمد بلال جنس الطفل: ذكر تاريخ ميلاد الطفل: 26 أكتوبر 2012

نتيجة التشخيص الطبي: سليم

معلومات عامة عن الأسرة:

عمر الأب: 64 سنة عمر الأم 41 سنة

عمل الأب: متقاعد من البلدية عمل الأم: عاملة نظافة

المستوى التعليمي للأب: ثانوي المستوى التعليمي: للأم متوسط

أمراض الأب: السكري أمراض الأم: لا شيء

عدد الإخوة والأخوات وترتيب الطفل بين إخوته : 02 إخوة / الأخير

أعمار الإخوة: 14 سنة، 11 سنة

دخل الأسرة والوضع الإقتصادي: الأم هي المعيل الوضع الاقتصادي متوسط

وضع السكن (متسع، ضيق، صحي، غير صحي، قديم، حديث، ملك، إيجار) واسع ملك

03 غرف

هل تتوفر في المسكن متطلبات الحياة الأساسية ؟ نعم

ما هي أهم المشكلات التي تعاني منها الأسرة (اقتصادية، اجتماعية، صحية، فكرية، نفسية ...؟) اجتماعية / اقتصادية /

معلومات عن ظروف الحمل والولادة:

عمر الأم أثناء الحمل: 31 سنة ظروف الحمل: مشاكل أسرية

أمراض الأم والإصابات أثناء الحمل: لا يوجد

العلاجات والعقاقير التي تناولتها الأم أثناء الحمل: لا يوجد

الحالة الصحية للطفل عند الولادة: جيدة

مراحل نمو الطفل بعد الولادة:

صحة الطفل: جيدة التطور الحركي: عادي التطور الاجتماعي: عادي

مستوى التحصيل الدراسي: ضعيف

مستوى القدرة العقلية: حسن

بيانات حول التبول اللاإرادي:

متى بدأ الطفل بالتبول اللاإرادي؟ منذ الولادة

هل مر طفلك بفترة نظافة؟ متى؟ لا

هل يحدث التبول ليلاً؟ نعم

هل يحدث التبول نهاراً؟ لا

هل كانت عملية التبول مفاجئة للأسرة ومزعجة لها؟ نعم

هل توجد أوقات ومواقف معينة يغلب فيها على الطفل أن يتبول لاإرادياً؟ لا

هل عملية التبول تحدث على فترات متباعدة ومتى؟ كل ليلة

هل عملية التبول ليلاً يصاحبها أحياناً نوم عميق لدى الطفل؟ نعم

هل تحدث عملية التبول ليلاً والطفل في حالة يقظة ووعي بما يدور حوله؟ لا

هل قامت الأم بتدريب طفلها على التبول وكيف؟ نعم منع من السوائل والتبول قبل النوم

هل كان تدريبك طبيعياً أم قسرياً مع الضرب والتهديد والتخويف ؟ أحياناً بالضرب متى بدأت بتدريب طفلك بصورة متأخرة، مبكرة، طبيعية ؟ طبيعية هل كانت المرافق اللازمة لتبول الطفل متوفرة مثل الإضاءة، قرب المكان... ؟ نعم هل أعطت الأم أهمية كبرى لمشكلة التبول لدى طفلها وأفرطت في التشجيع ؟ نعم هل أهملت الأم تدريب طفلها ولم تحاول مساعدته في ذلك ؟ نوعاً ما ما هي ردود فعل الأسرة والأبوين تجاه مشكلة التبول لدى الطفل كراهية ، نبذ، رفض، فهم مساعدة ، لا لمبالاة ، تسامح ، تقبل ؟ مساعدة في البداية ثم الرفض ما هو الروتين المتبع قبل النوم ؟ التقليل من السوائل والتبول قبل النوم ما هي عدد الساعات التي ينامها طفلك قبل تبوله بالفرش ؟ الأم لا تعرف بالضبط هل يوجد تاريخ عائلي سابقاً ؟ لا (أم، أب، أم وأب، أخ، أخت، عم ، خال، عمات خالات، أبناء العم) ؟ هل حرم الطفل من نشاطات بسبب تبوله اللاإرادي (مثل المبيت عند أصدقائه، عند أقاربه، أو معسكرات مدرسية.....) نعم / لا ؟ نعم هل يعاني الطفل من الأرق والاضطراب في النوم ؟ لا هل ينام الطفل عميقاً ؟ نعم هل ينام وحيداً في الفراش أو في غرفته ؟ غرفة مع الأخ الأصغر هل يرى أحلام مزعجة أو تنتابه كوابيس مرعبة وما هي موضوعات هذه الأحلام والكوابيس ؟ نعم هل يعاني من اضطراب في طعامه مثل (فقدان الشهية، الميل إلى شرب السوائل، الإكثار من الحلويات والمواالح ... وخاصة قبل النوم) ؟ شرب السوائل هل يعاني طفلك من اضطرابات نفسية وسلوكية مثل: محاولة الإعتداء وتدمير الأشياء العزلة والإنطواء، الشعور بالخمول والكسل والإجهاد، محاولة الكذب: نعم، محاولة الهروب

من المدرسة أو المنزل، قضم الأظافر: نعم، العناد والمعارضة والتمرد، الخوف (من الكلام، من الحيوان ، من الأب ، من العقوق ، من فقدان الأم ، من القمص المرعبة..)
 نعم، الشعور بالنقص وفقدان السند، هل توجد إضطرابات أخرى يعاني منها الطفل ؟ لا
 هل تعرض طفلك لحدث مؤلم (موت في العائلة، طلاق، إنتقال من بيت لآخر أو أي حدث
 أو تجربة أخرى ربما كان لها تأثير على طفلك) ؟ طلاق
 برأيك ما هي الحاجات التي تدفع الطفل للتغلب على مشكلة التبول اللاإرادي ؟ ضعي إشارة
 عند العبارة أكثر أهمية، الشعور بثقة أكبر وتجنب السخرية.
 هل خضع الطفل لعلاج سابق ؟ ما هو ؟ نعم متابعة نفسية لفترة إلا انه انقطع لظروف
 معينة.

7. عرض الحالة العيادية السابعة:

❖ بطاقة دراسة الحالة

معلومات عامة:

إسم الطفل: مسلم جنس الطفل: ذكر تاريخ ميلاد الطفل خلال 25 جويلية 2013

نتيجة التشخيص الطبي: سليم

معلومات عامة عن الأسرة:

عمر الأب: 48 سنة عمر الأم: 39 سنة

عمل الأب: بائع هواتف نقالة عمل الأم: موظفة في الإدارة

المستوى التعليمي للأب: متوسط المستوى التعليمي للأم: متوسط

أمراض الأب: مرض الكلى أمراض الأم: الروماتيزم

عدد الإخوة والأخوات وترتيب الطفل بين إخوته: الطفل الوحيد

أعمار الإخوة : لا يوجد إخوة

دخل الأسرة والوضع الإقتصادي: الوضع الاقتصادي ضعيف

وضع السكن: ضيق، صحي، إيجار

هل تتوفر في المسكن متطلبات الحياة الأساسية ؟ نعم

ما هي أهم المشكلات التي تعاني منها الأسرة (إقتصادية، اجتماعية، صحية، فكرية

نفسية..)؟ اجتماعية / اقتصادية

معلومات عن ظروف الحمل والولادة:

عمر الأم أثناء الحمل: 30 سنة ظروف الحمل: مشاكل عائلية

أمراض الأم والإصابات أثناء الحمل: فقر دم

العلاجات والعقاقير التي تناولتها الأم أثناء الحمل: أدوية فقر الدم

الحالة الصحية للطفل عند الولادة: حسنة

مراحل نمو الطفل بعد الولادة:

صحة الطفل: جيدة التطور الحركي: عادي التطور الإجتماعي: عادي

مستوى التحصيل الدراسي: ضعيف

مستوى القدرة العقلية: طبيعي

بيانات حول التبول اللاإرادي:

متى بدأ الطفل بالتبول اللاإرادي ؟ لم يتوقف

هل مر طفلك بفترة نظافة ؟ متى ؟ لا

هل يحدث التبول ليلا ؟ نعم

هل يحدث التبول نهارا ؟ لا

هل كانت عملية التبول مفاجئة للأسرة ومزعجة لها ؟ مزعجة

هل توجد أوقات ومواقف معينة يغلب فيها على الطفل أن يتبول لاإراديا ؟ لا

هل عملية التبول تحدث على فترات متباعدة ومتى ؟ كل ليلة

- هل عملية التبول ليلا يصاحبها أحيانا نوم عميق لدى الطفل ؟ نعم
- هل تحدث عملية التبول ليلا والطفل في حالة يقظة ووعي بما يدور حوله ؟ لا
- هل قامت الأم بتدريب طفلها على التبول وكيف ؟ نعم الإيقاظ
- هل كان تدريبك طبيعيا أم قسريا مع الضرب والتهديد والتخويف ؟ بالضرب
- متى بدأت بتدريب طفلك بصورة متأخرة، مبكرة، طبيعية ؟ مبكرة
- هل كانت المرافق اللازمة لتبول الطفل متوفرة مثل الإضاءة، قرب المكان .. ؟ نعم
- هل أعطت الأم أهمية كبرى لمشكلة التبول لدى طفلها وأفرطت في التشجيع ؟ نوعا ما
- هل أهملت الأم تدريب طفلها ولم تحاول مساعدته في ذلك ؟ نوعا ما
- ما هي ردود فعل الأسرة والأبوين تجاه مشكلة التبول لدى الطفل كراهية، نبذ، رفض، فهم، مساعدة، لا لمبالاة، تسامح، تقبل ؟ مساعدة ورفض ولا مبالاة أحيانا
- ما هو الروتين المتبع قبل النوم ؟ التقليل من السوائل والتبول قبل النوم.
- ما هي عدد الساعات التي ينامها طفلك قبل تبوله بالفرش ؟ 4-5 سا
- هل يوجد تاريخ عائلي سابقا ؟ لا (أم، أب، أم وأب، أخ، أخت، عم، خال، عمات، خالات، أبناء العم) ؟
- هل حرم الطفل من نشاطات بسبب تبوله اللاإرادي (مثل المبيت عند أصدقائه، عند أقاربه، أو معسكرات مدرسية.....) نعم / لا ؟ نعم
- هل يعاني الطفل من الأرق والاضطراب في النوم ؟ لا
- هل ينام الطفل عميقا ؟ نعم
- هل ينام وحيدا في الفراش أو في غرفته ؟ مع الأم و الأب.
- هل يرى أحلام مزعجة أو تنتابه كوابيس مرعبة وما هي موضوعات هذه الأحلام والكوابيس ؟ لا

هل يعاني من اضطراب في طعامه مثل (فقدان الشهية، الميل إلى شرب السوائل، الإكثار من الحلويات والمواالح ... وخاصة قبل النوم) ؟ شرب السوائل والإكثار من الحلويات هل يعاني طفلك من اضطرابات نفسية وسلوكية مثل: كثرة الحركة والإثارة والهياج، محاولة الكذب، محاولة السرقة، محاولة الهروب من المدرسة أو المنزل، قضم الأظافر: نعم، مص الأصابع أثناء النوم أحيانا، اللامبالاة والاستهتار: نعم

الخوف (من الكلام، من الحيوان، من الأب، من العقوق، من فقدان الأم، من القصص المرعبة..) نعم، الشعور بالنقص وفقدان السند.

هل توجد اضطرابات أخرى يعاني منها الطفل ؟ لا

هل تعرض طفلك لحدث مؤلم (موت في العائلة ، طلاق ، إنتقال من بيت لآخر أو أي حدث أو تجربة أخرى لربما كان لها تأثير على طفلك) ؟ لا

برأيك ما هي الحاجات التي تدفع الطفل للتغلب على مشكلة التبول اللاإرادي ؟ ضعي إشارة عند العبارة أكثر أهمية: الشعور بثقة أكبر وتجنب السخرية. الاثنين معا

هل خضع الطفل لعلاج سابق ؟ ما هو؟ لا

8. عرض الحالة العيادية الثامنة:

❖ بطاقة دراسة الحالة

معلومات عامة:

إسم الطفل: حنين جنس الطفل: أنثى تاريخ ميلاد الطفل: 19 جانفي 2013

نتيجة التشخيص الطبي: سليم

معلومات عامة عن الأسرة:

عمر الأب: 50 سنة عمر الأم: 36 سنة

عمل الأب: موظف عمل الأم: موظفة

المستوى التعليمي للأب: جامعي المستوى التعليمي للأم: جامعي

أمراض الأب: لا يوجد أمراض الأم: لا يوجد

عدد الإخوة والأخوات وترتيب الطفل بين إخوته : أخ واحد / تأتي الطفلة في المرتبة الأولى
أعمار الإخوة : الأخ 3 سنوات

دخل الأسرة والوضع الإقتصادي: الوضع الاقتصادي جيد

وضع السكن متسع، صحي، إيجار).

هل تتوفر في المسكن متطلبات الحياة الأساسية ؟ نعم

ما هي أهم المشكلات التي تعاني منها الأسرة (إقتصادية، اجتماعية، صحية، فكرية، نفسية
....)؟ لا مشاكل تذكر

معلومات عن ظروف الحمل والولادة:

عمر الأم أثناء الحمل: 27 سنة ظروف الحمل: عادية

أمراض الأم والإصابات أثناء الحمل: لا يوجد

العلاجات والعقاقير التي تناولتها الأم أثناء الحمل: لا شيء

الحالة الصحية للطفل عند الولادة: جيدة

مراحل نمو الطفل بعد الولادة:

صحة الطفل : جيدة التطور الحركي : سليم التطور الإجتماعي : عادي

مستوى التحصيل الدراسي: جيد

مستوى القدرة العقلية: جيدة

بيانات حول التبول اللاإرادي:

متى بدأ الطفل بالتبول اللاإرادي ؟ منذ الولادة

هل مر طفلك بفترة نظافة ؟ متى؟ لم يتوقف عن التبول إلى يومنا هذا

هل يحدث التبول ليلا ؟ نعم

هل يحدث التبول نهارا ؟ لا

هل كانت عملية التبول مفاجئة للأسرة ومزعجة لها ؟ نعم
هل توجد أوقات ومواقف معينة يغلب فيها على الطفل أن يتبول لإراديا ؟ التوتر
هل عملية التبول تحدث على فترات متباعدة ومتى ؟ تقريبا كل ليلة
هل عملية التبول ليلا يصاحبها أحيانا نوم عميق لدى الطفل ؟ نعم
هل تحدث عملية التبول ليلا والطفل في حالة يقظة ووعي بما يدور حوله ؟ لا
هل قامت الأم بتدريب طفلها على التبول وكيف ؟ نعم منع من السوائل والتبول قبل النوم
هل كان تدريبك طبيعيا أم قسريا مع الضرب والتهديد والتخويف ؟ أحيانا كانت الأم تلجا
لأساليب العقاب والتوبيخ.

متى بدأت بتدريب طفلك بصورة متأخرة، مبكرة، طبيعية ؟ طبيعية
هل كانت المرافق اللازمة لتبول الطفل متوفرة مثل الإضاءة، قرب المكان... ؟ نعم
هل أعطت الأم أهمية كبرى لمشكلة التبول لدى طفلها وأفرطت في التشجيع ؟ نعم
هل أهملت الأم تدريب طفلها ولم تحاول مساعدته في ذلك ؟ لا
ما هي ردود فعل الأسرة والأبوين تجاه مشكلة التبول لدى الطفل كراهية، نبذ، رفض، فهم
مساعدة ، لا لمبالاة ، تسامح ، تقبل ؟ مساعدة وتسامح
ما هو الروتين المتبع قبل النوم ؟ التقليل من السوائل والتبول قبل النوم و الإيقاظ.
ما هي عدد الساعات التي ينامها طفلك قبل تبوله بالفرش ؟ الأم لا تعرف
هل يوجد تاريخ عائلي سابقا ؟ لا
(أم، أب، أم وأب، أخ، أخت، عم، خال، عمات، خالات، أبناء العم.....) ؟ أبناء العم
والأخ الأصغر.

هل حرم الطفل من نشاطات بسبب تبوله اللاإرادي (مثل المبيت عند أصدقائه، عند
أقاربه، أو معسكرات مدرسية.....) نعم / لا ؟ نعم
هل يعاني الطفل من الأرق والاضطراب في النوم ؟ لا

هل ينام الطفل عميقا ؟ نعم

هل ينام وحيدا في الفراش أو في غرفته ؟ في غرفة مع أخوها الأصغر

هل يرى أحلام مزعجة أو تتنابه كوابيس مرعبة وما هي موضوعات هذه الأحلام والكوابيس؟
نعم مثل الوحوش.

هل يعاني من اضطراب في طعامه مثل (فقدان الشهية، الميل إلى شرب السوائل، الإكثار من الحلويات والموالح ... وخاصة قبل النوم) ؟ الإكثار من السكريات والعجائن.

هل يعاني طفلك من اضطرابات نفسية وسلوكية مثل: العزلة والإنطواء، الشعور بالخمول والكسل والإجهاد، محاولة الكذب، قضم الأظافر، الخجل والحياء، الخوف (من الكلام ، من الحيوان ، من الأب ، من العقوق ، من فقدان الأم ، من القصص المرعبة..) نعم، الشعور بالنقص وفقدان السند.

هل توجد اضطرابات أخرى يعاني منها الطفل ؟ لا

هل تعرض طفلك لحدث مؤلم (موت في العائلة ، طلاق ، إنتقال من بيت لآخر أو أي حدث أو تجربة أخرى لربما كان لها تأثير على طفلك) ؟ وفاة الجدة

برأيك ما هي الحاجات التي تدفع الطفل للتغلب على مشكلة التبول اللاإرادي ؟ ضعي إشارة عند العبارة أكثر أهمية: الشعور بثقة أكبر . /

هل خضع الطفل لعلاج سابق ؟ ما هو؟ علاج دوائي

9. مناقشة وتفسير معطيات المقابلات العيادية:

من خلال مجمل المعطيات التي قدمتها لنا المقابلة العيادية مع الأطفال وكذا مع الأمهات توصلنا إلى جملة من الملاحظات المهمة كانت مشتركة بين جميع الأمهات وكذا الأطفال، وفيما يلي سنحاول تناولها بنوع من الشرح والتفسير:

1.9. مناقشة وتفسير معطيات المقابلات مع الأمهات:

إن تواصلنا مع أمهات الأطفال المتبولين خلال المقابلات العيادية سمح لنا بتكوين نظرة حول الكثير من العوامل والمتغيرات التي بدت مشتركة بين الأمهات فيما يخص تعاملهن مع مشكلة أطفالهن، وفيما يلي نلخص أهم ما توصلنا إليه:

➤ يبدو أن طبيعة العلاقة بين الأم والأب تضع ضلالها على مشكل التبول اللاإرادي، فالعلاقات التي تتميز بالصراع والخلاف بشكل دائم تخلق جوا من القلق والتوتر يكون فيه الطفل في حالة استثارة وترقب للوضع الذي يحيط به وهو ما يظهر في شكل فقدان للأمن والاستقرار، فالمشاكل الأسرية عادة ما تجر خلفها ظهور كاسح للكثير من المشاكل والاضطرابات النفسية لدى الطفل، وهذا ما أكدته دراسة "نيفين زيور" (1989) التي توصلت إلى أن الطفل البوالي ينتمي إلى أسرة مفككة أو مضطربة (في الزراد). وحديثنا عن التبول يذكرنا بالظروف التي تحيط به ويجعلنا نتساءل: هل هي مواتية فعلا لكي يتمكن الطفل من التوقف عن تبوله في الفراش؟ بمعنى آخر هل هو مستعد للانتقال من مرحلة الطفولة الأولى إلى مراحل أخرى بسلام؟ فالانتقال من مرحلة إلى أخرى يتطلب النضج العضوي والنفسي وهنا يقول الخطيب في احد كتبه "إن التبول اللاإرادي مشكلة نمائية حيث يكون طبيعياً في مرحلة عمرية محددة ويصبح مشكلة تحتاج للتدخل والعلاج بعد بلوغ الطفل العمر الذي يتحقق فيه ضبط التبول لدى معظم الأطفال والذي يفترض فيه تطور القدرة على التحكم في عملية التبول والسيطرة على المثانة (الخطيب، 1992، ص 88)، فربما يصل الطفل إلى اكتمال وظائفه الجسدية في مرحلة ما لكنه لا يزال يعيش في مراحل أولية من الطفولة المبكرة وربما لهذا السبب لا يتوقف عن عاداته الأولى كالتبول ذلك لعدم توفر الجو الأسري الآمن الذي يهيئ الطفل لتحديات كل مرحلة، إذا يجب أن لا ننسى أبداً أن المعالم التي يعود إليها الطفل في كل مرة من حياته أمام مواقف التوتر والانزعاج هما الوالدين، ولهذا توجب عدم إغفال دور العلاقات الأسرية في ظهور أو اختفاء مشكلة التبول.

➤ أبدت كل الأمهات خلال المقابلات انزعاجهن من مشكلة التبول إلا أنهن لا يبذلن جهدا حيا ل ذلك، الأم تعبر عن شكواها وتذمرها وأحيانا معاناتها بسبب التنظيف اليومي لفرش الطفل، حيث يشير Mercer 2004 إلى ذلك بقوله: "يؤثر التبول اللاإرادي على العائلة من الناحية العاطفية والنفسية وبالتحديد على الأمهات، إضافة إلى ما يترتب عنه من واجبات يومية في المساء كتجهيز فرش عازل، حفاظات، الملابس وأفرشة إضافية، ناهيك عما يسببه اضطرار الطفل لإخفاء مشكلته عن بقية أفراد الأسرة والأصدقاء من الم وضغط كبير على الوالدين (Mercer, 2004, 17)، فالأم تنتظر من طفلها التوقف عن التبول بل وتحمله مسؤولية ذلك سواء بشكل مباشر أو غير مباشر، فعندما تبادر الأم بسؤال طفلها في كل صباح قائلة: "لماذا تتبول في فراشك"؟ وكأنها تقول: "أنت تحبذ التبول في الفراش بالرغم من انك قادر على عدم فعل ذلك"، وكأن الطفل يملك الاختيار ما بين التبول أو عدمه وهو ما يشعره بالمسؤولية اتجاه مشكلته ويجعله يعيش نوع من التناقض فكيف يكون قادرا على عدم التبول في الفراش ويعجز عن منع نفسه في الوقت ذاته، فالأم إذا تشير إلى الطفل بتحمل مسؤولية تبوله إلا أنها تغفل مسؤوليتها هي اتجاه الوضع، حيث ينتظر منها الطفل أكثر من ما تنتظره هي منه، فواجب الرعاية والتدريب على اكتساب نظافة الفراش منوط بالأم، إلا أن معظم الأمهات لا تبذل جهدا يذكر فهناك مسؤولياتها اتجاه البيت واتجاه العمل (الأمهات العاملات خارج البيت) كلها تتحجج بها الأم وتجد لنفسها الأعذار لتبرر عدم حرصها على مساعدة الطفل في تخطي مشكلته، فالأم تجد مشقة كبيرة في التعامل مع هذا لكنها في نفس الوقت تجهل المشقة التي يواجهها الطفل الذي يعاقب ويوبخ يوميا وهو غير ناضج وعاجز عن إيجاد الحل المناسب لحالته.

➤ بالرغم من المستوى التعليمي الجيد لبعض الأمهات والآباء إلا أن ذلك لم يساعدهم كثيرا في التعامل مع مشكلة التبول، حيث انقسم الوالدين ما بين نوع يهمل مشكلة الطفل ولا يهتم لنظافته وبالتالي عدم الوقوف على تدريبه بالرغم من انزعاجهم، ونوع آخر يفرط ويشدد على

مسألة النظافة وهو ما يجعلهم يتخذون في حق طفلهم إجراءات وتدريبات صارمة تضعه تحت الضغط والمراقبة وتخنقه، ونركز هنا على نقطة معاقبة الطفل فهذا النوع يلجا في النهاية إلى أساليب العقاب والنقد والقسوة، وهي معاملة تشعر الطفل بالمذلة والظلم من طرف والديه اتجاهه، وهنا نذكر دراسة مهمة لصاحبها "أميرمان" (Amerman) الذي يفترض أن سمات معينة لدى الطفل تؤدي إلى إحباط الوالدين وتضيف إلى المستوى الكلي للضغط الأسري مشقة مما يسفر عن زيادة احتمال ظهور العقوبة الجسدية ومن هذه الخصائص: التبول اللاإرادي، النشاط الزائد، الفوضوية، عدم الترتيب، العدوانية... ، كما أشارت دراسة "سابي" وآخرون (Sapi et al, 2009) في البرازيل ودراسة أخرى لـ "كان" وآخرون (Can et al, 2004) في تركيا إلى تعرض الأطفال المتبولين لإرادية إلى العنف الجسدي واللفظي (عبد السلام، 2015، ص 29)، فالآباء ينتظرون من أطفالهم الكثير من الأداء ويتعاملون في كثير من الأحيان مع طفلهم كشخص راشد وهو ما يجعل الطفل في النهاية يستمر في تبوله عوضا عن التوقف عنه بالرغم من التدريبات المفرطة والاهتمام الزائد.

2.9. مناقشة وتفسير معطيات المقابلات مع الأطفال:

➤ عند سؤال الطفل عن مشكلته نجد انه يبدي انزعاجه ليس من المشكلة بحد ذاتها بقدر ما يركز على طريقة تعامل والديه وأسرته مع المشكل، فبالنسبة للوالدين وبخاصة الأم يذكر كثرة الشكوى من تنظيف الفراش وترقبها المستمر لنظافة الفراش يوميا، ففي كل صباح تذهب الأم إلى فراش طفلها لتقلبه وهو ما يضع الطفل في معاناة يومية تشعره بالمأزق ما يدفعه أحيانا إلى تغيير ثيابه، وأحيانا أخرى إلى إخفاء الثياب المبللة في محاولات يائسة فالأم في كل الأحوال ستكتشف تبوله، كما تحدث الأطفال عن سخرية إخوتهم وأقرانهم من أفراد الأسرة منهم وهو ما يجعل الطفل يتجنب مخالطة الآخرين وتجنب الذهاب لزيارة أقاربه والمبيت عندهم، وهذا ما أظهرته دراسة أجريت في "هونغ كونغ" إن (89.8%) من الأطفال

المتبولين لإراديا يتجنبون الحديث عن مشكلتهم، وأن (18.1%) منهم يحاول أن يظهر انه لا يعاني من هذه المشكلة وانه لا يخفي ملابسه المبللة، أما (27.76%) من الأطفال فيعملون على تجنب المبيت عند الأصدقاء ليلا أو الذهاب للرحلات المدرسية حيث يضطر الطفل للمبيت خارج المنزل (Ng et al, 2004, P 57)، إذا الطفل يجد راحة أكثر في التجنب والابتعاد للتستر على مشكلته وإخفائها وهذا من شأنه أن يؤدي إلى مشكل العزلة والانطواء، فيحرم الطفل من التجمعات العائلية ربما والرحلات الصيفية والمخيمات خارج البيت، ويتفق هذا مع دراسة (Butler & Heron) سنة 2008 والتي بينت أن الأطفال بعمر (9 سنوات) الذين يتبولون لإراديا يعانون من الشعور بالذنب، الخجل، الخزي، وتجنب الأنشطة الاجتماعية (Mckenzie, 2013, P 19)

➤ يظهر في كثير من كلام الأطفال أن التبول عند الطفل هو أحيانا تعبير عن الحاجة إلى الاهتمام والرعاية والحب، وعدم تقطن الوالدين لهذه النقطة بمحاولة تتبع مشكلة الطفل والتركيز عليها بشدة سوف يلفت انتباه الطفل وهو الكائن الذكي الذي سيتقطن لانزعاج الوالدين من مشكلته وتوجههم للاهتمام به، هذا ما يجعل الكثير من الأطفال يواصلون تبولهم حيث لا تجدي معهم معظم العلاجات.

➤ عبر الأطفال عن بحثهم عن الاهتمام من طرف الأم والذي يشاركهم فيه إخوتهم، إن هذه المنافسة ما بين الإخوة في الأسرة الواحدة تتولد عنها مشاعر الغيرة والعودة لسلوكات بدائية ربما، فإهتمام الأم بأحد أطفالها لظروف معينة وانشغالها عن الآخرين من شأنه أن يجعل الطفل المتبول يقوم بمحاولات لكسب إهتمام الآباء كما انه يحاول أن يثبت نفسه بالمقارنة مع الإخوة وهذا ما يجعله يستمر في تبوله دون توقف، وفي هذا السياق يقول "بترس" في كتابه "تعديل وبناء سلوك الأطفال" أن الطفل في عمر (6-8) سنوات قد ينكص إلى سلوكيات طفل حديث الولادة فيمص أصابعه في موقف ضاغط عصيب لا يقوى على مواجهته، أو يعاود التبول للإراديا بعد أن يكون قد ضبط عملية الإخراج عندما يشعر

بالخوف الشديد، أو يعتريه القلق أو تتمكن منه مشاعر الغيرة من أخيه المولود حديثاً، وكأنه يحاول لا شعورياً استعادة اهتمام الأم عندما كانت تهتم به حينما كان يتبول على نفسه في طور سابق من نموه (بطرس، 2010، ص 150)، وهذا ما يجعلنا نفكر بأن حتى الطفل الذي لم يكتسب النظافة سيعتمد بطريقة لاشعورية للمحافظة على هذه المكاسب بمحافظته على تبوله في الفراش.

➤ الطفل في مقابل المعاملة التي يتلقاها من محيطه الأسري والخارجي بسبب تبوله يتكون عنده رد فعل إما بالانسحاب والابتعاد لتوفير الحماية لنفسه وإما بالعدوان والعنف للدفاع عن نفسه وتختلف ردود الفعل باختلاف الطفل.

■ خلاصة عامة حول المقابلات:

إن العلاقات الأسرية في حياة الطفل تلعب دوراً نشطاً في تحريك مختلف مكنوناته ومشاعره، يمكننا أن نشبه الطفل هنا بالدمية المتحركة التي تحركها تلك الخيوط المعلقة، تلك الخيوط نتصور أنها تمثل مجموع العلاقات في حياة الطفل العلاقة مع الأم، الأب، الإخوة الرفاق، المحيط الخارجي... الخ، لهذا تعد مشكلة التبول مشكلة تعود في أصلها إلى كيفية تعامل المحيط معها وليس كيفية شعور الطفل حيالها، حيث تبدو وكأنها مشكلة للآخرين وليس للطفل بحد ذاته.

كما نشير إلى نقطة مهمة وهي استعمال الطفل لمشكلة التبول لحل مشكلاته مع محيطه، فالتبول ليس هو المشكل في حد ذاته، والسؤال الأجدر بالطرح هو: **ما الذي يدفع الطفل للتبول؟**، وليس: **كيف نوقف التبول؟** فالإشكالية الأولى أهم وأعمق من الثانية، طبعاً مع المحافظة على رأينا وموقفنا في حتمية التوقف عن التبول في مرحلة ما.

عند إخضاع الأطفال لتدريبات التوقف عن التبول كان لابد من مراعاة استعداداتهم ومدى تقبلهم للأمر، فهناك الكثير من الشكوى من طرف الأطفال من نقطة مهمة وهي التقليل من شرب السوائل في فترة مبكرة من المساء، إذا ربما نعمل على تقليل شرب

العصائر لكن حسب رأي الباحثة لا نستطيع أن نمنع الطفل من شرب المياه، الطفل يشرب لأن الجسم يطلب الماء فهنا نوع من القسوة في التدريب على قطع السوائل. بالرغم من التطور الذي وصلنا إليه في حياتنا اليوم وبالرغم من التغيير الذي نعيشه إلا أن الكثير من الأمهات والآباء وبالرغم من مستواهم التعليمي الجيد إلا أنهم لا يستطيعون التوقف عن تعاملهم مع مشكلة تبول طفلهم كوصمة أو شيء ممنوع البوح به والحديث عنه بشكل طبيعي، فتبول الطفل هو مسألة طبيعية إلا أن تعامل الآخرين هو ما يبدو غير طبيعي وغير مفسر.

إن تركيزنا على استقبال الأمهات ومرافقتهن لأطفالهن مقارنة بالآباء لأننا ارتأينا أن حضورهن ذو أهمية قصوى في السيرورة العلاجية، العلاقة أم طفل هي أول علاقة وأقدم علاقة في حياته وبالتالي أردنا أن نستفيد من هذا الرابط لتحقيق المكاسب العلاجية، كما أردنا أن نحاول إعادة تقويته ما بين الأم والطفل وإعادة إنعاش العلاقة من خلال الوضعية العلاجية، فلقد لاحظنا خلال المقابلة التفاعلات أم _ طفل والتي حركت الكثير من الأحداث في المقابلات، كما حركت لدى الطرفين الكثير من المكونات النفسية من مشاعر وعواطف وربما تجددت الكثير من الأحداث النفسية على مستوى هذه العلاقة المحورية.

ثانيا. عرض ومناقشة نتائج القياس التجريبي:

1. عرض، مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الأولى:

✓ نص الفرضية: يعد برنامج العلاج السلوكي المعرفي المقترح فعال في علاج التبول اللاإرادي لدى الأطفال.

من خلال تسجيلنا لليالي الجافة والمبللة على طول مراحل القياس الثلاثة توصلنا إلى المعطيات الموضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (04): عدد مرات التبول اللاإرادي الليلي لكل طفل خلال مراحل التجربة

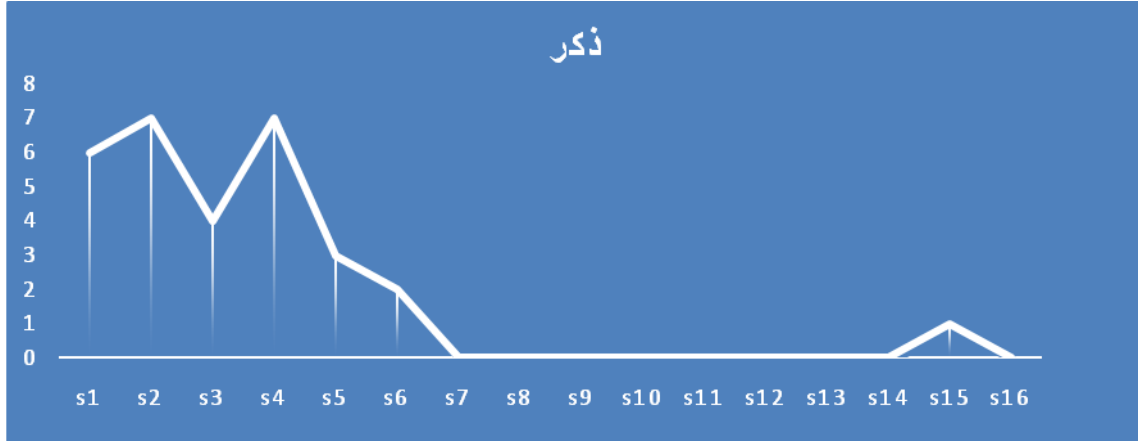
الثلاث قبل العلاج، في مرحلة العلاج، وفي مرحلة المتابع

القياس في مرحلة المتابعة (4 أسابيع)				القياس في مرحلة العلاج (08 أسابيع)								القياس قبل مرحلة العلاج (4 أسابيع)				الجنس	السن	أفراد العينة
4مت	3مت	2مت	1مت	8عل	7عل	6عل	5عل	4عل	3عل	2عل	1عل	4قبل	3قبل	2قبل	1قبل			
0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3	7	4	7	6	ذكر	5	1
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	4	5	6	7	أنثى	8	2
0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	4	4	6	7	ذكر	6	3
0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3	6	5	7	7	5	أنثى	10	4
0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	4	6	7	7	7	أنثى	11	5
0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	2	5	6	6	6	ذكر	6	6
0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	4	5	4	4	7	ذكر	9	7
0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	2	4	6	6	6	6	ذكر	8	8
00	0,125	0,125	0,125	00	00	00	00	00	0,5	2,12	3,25	5,25	5,25	6,12	6,37		7,87	المتوسط

تعليق: من خلال الجدول رقم (04) يبدو لنا جليا التحسن بشكل محسوس خلال مرحلة العلاج، حيث زاد عدد الليالي والأسابيع الجافة وتناقصت الليالي والأسابيع المبللة. وفيما يلي نضع رسوم بيانية توضح ذلك أكثر من خلال عرض التحسن الملحوظ لدى كل طفل على حدا:

■ المخطط البياني للطفل رقم (1):

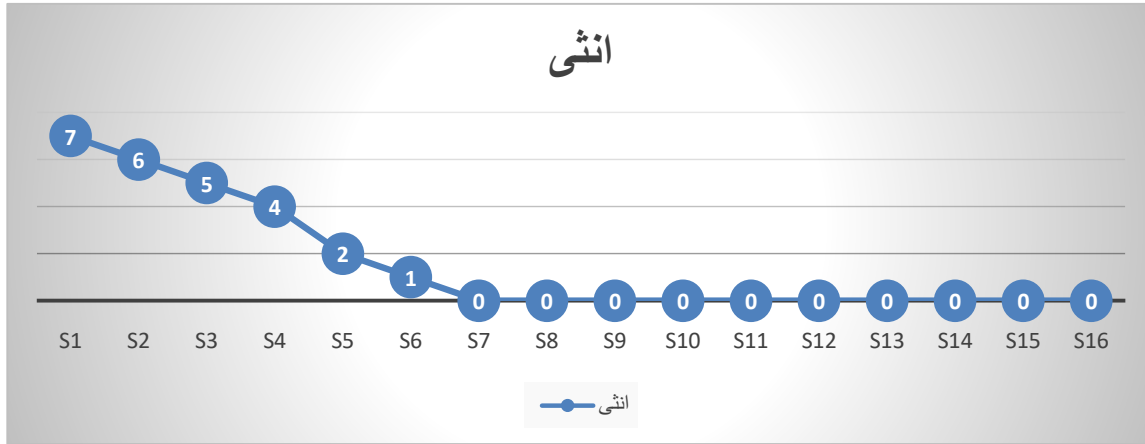
الشكل رقم (02): عدد مرات تبول الطفل رقم 1 خلال مراحل القياس التجريبي



تعليق: نلاحظ من خلال المخطط البياني للطفل رقم 1 أن مرحلة القياس القبلي اتصفت بتبول متواصل خلال الأسابيع الأربع الأولى، وبعد بداية العلاج أي انطلاقاً من الأسبوع الخامس لاحظنا تناقص عدد مرات التبول إلى 3 مرات خلال الأسبوع الأول من العلاج ليتواصل هذا التناقص حيث سجلنا في الأسبوع الثاني من العلاج عدد مرات تبول اقل أي بمقدار مرتين طيلة الأسبوع لنلاحظ بعدها انحدار خط المنحنى إلى الصفر في الأسبوع الثالث من العلاج حيث يختفي التبول لدى الطفل ويبقى المنحنى ثابت في نقطة الصفر بمرور الأسابيع المتبقية من العلاج، أي اختفاء التبول الذي يعاود الظهور في الأسبوع 15 وهو الأسبوع الثالث من مرحلة التتبع أي ما بعد توقف العلاج ليعود المنحنى مرة أخرى إلى نقطة الصفر أي اختفاء التبول مرة أخرى في الأسبوع 16 وهو آخر أسبوع من المرحلة التتبعية.

المخطط البياني للطفل رقم (2):

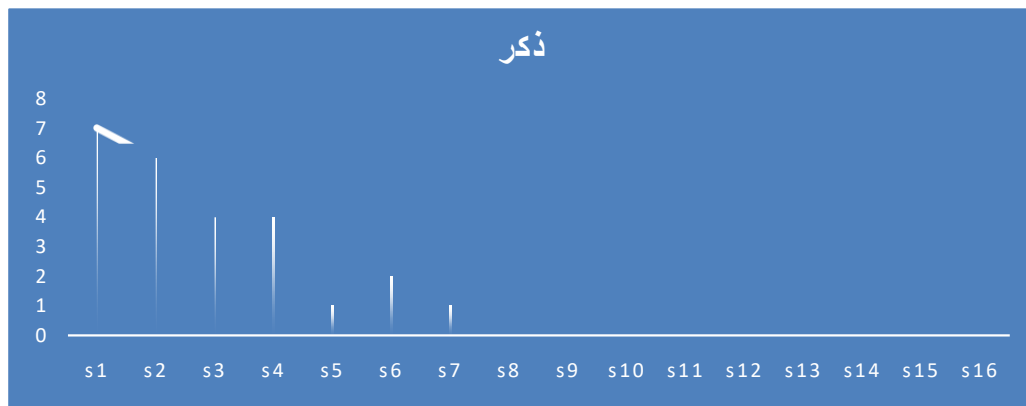
الشكل رقم (03): عدد مرات تبول الطفل رقم 2 خلال مراحل القياس التجريبي



تعليق: يظهر المخطط البياني للطفل رقم 2 انحدار متواصل للخبط البياني حيث كان عدد مرات التبول يفوق الأربع مرات في الأسبوع الواحد وهذا طبعا في المرحلة الأولى أي مرحلة القياس القبلي، أما مع بداية مرحلة العلاج أي انطلاقا من الأسبوع الخامس لاحظنا استمرار المنحنى في التناقص إلى غاية أن يثبت في نقطة الصفر بداية من الأسبوع السابع من العلاج، ليواصل المنحنى ثباته إلى غاية آخر أسبوع من المرحلة الثالثة أي بعد توقف العلاج.

المخطط البياني للطفل رقم (3):

الشكل رقم (04): عدد مرات تبول الطفل رقم 3 خلال مراحل القياس التجريبي



تعليق: يظهر المخطط البياني للطفل رقم 3 اختلاف في عدد مرات التبول خلال الأسابيع الأربعة الأولى من مرحلة القياس القبلي، لكن نلاحظ نزول للمنحنى في الأسبوع الأول من بداية العلاج، حيث يظهر الانحدار من 4 مرات تبول خلال الأسبوع الأخير من القياس القبلي إلى مرة واحدة مع أول أسبوع من بداية العلاج، إلا أن خط المنحنى لا يستقر حيث يعود إلى الصعود الطفيف من مرة واحدة إلى مرتين في الأسبوع الموالي أي الأسبوع السادس ليعود مرة أخرى إلى النزول حتى يستقر بداية من الأسبوع الثامن من العلاج وليستمر المنحنى في الثبات في نقطة الصفر أي اختفاء التبول إلى غاية آخر أسبوع من القياس التجريبي.

▪ المخطط البياني للطفل رقم (4):

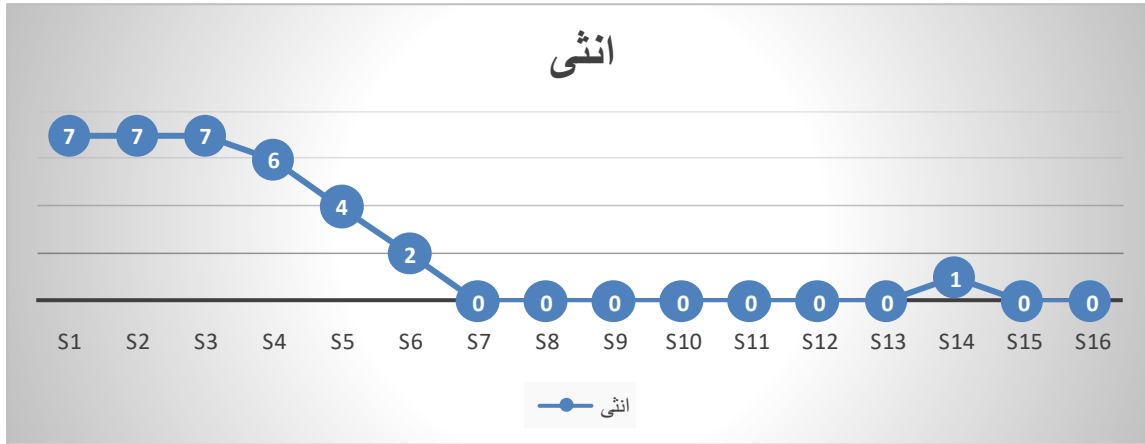
الشكل رقم (05): عدد مرات تبول الطفل رقم 4 خلال مراحل القياس التجريبي



تعليق: من ملاحظتنا للمخطط البياني للطفل رقم 4 نجد أن عدد مرات التبول خلال الأسبوع كان على الأغلب مرتفعاً، ففي الأسبوع الأول من العلاج نلاحظ استمرار هذا الارتفاع والذي سجل بـ 6 مرات تبول، ليبدأ المنحنى في الانخفاض التدريجي في مرحلة العلاج ليصل إلى نقطة الصفر في الأسبوع السابع ثم يعاود بعدها صعود طفيف في الأسبوع الموالي بالتبول مرة واحدة خلال الأسبوع، بعدها وانطلاقاً من الأسبوع التاسع نشهد ثبات خط المنحنى في مستوى الصفر وذلك باختفاء التبول ويواصل المنحنى بعدها ثباته إلى نهاية القياس التجريبي.

المخطط البياني للطفل رقم (5):

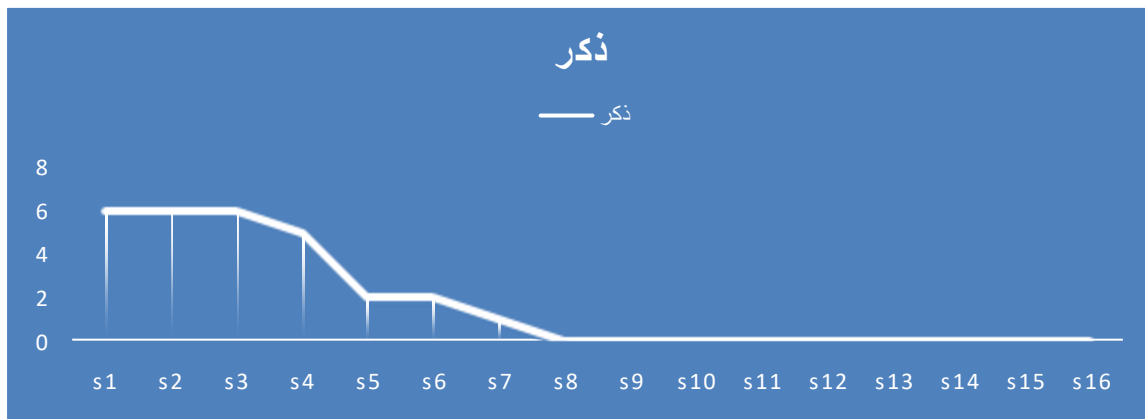
الشكل رقم (06): عدد مرات تبول الطفل رقم 5 خلال مراحل القياس التجريبي



تعليق: يبدو من منحنى الطفل رقم 5 ارتفاع ملحوظ في معدل مرات التبول خلال الأربع أسابيع الأولى وهي تمثل مرحلة القياس القبلي، لكن بمجرد بداية مرحلة العلاج أي مع الأسبوع الخامس يبدأ خط المنحنى في النزول التدريجي والانخفاض إلى غاية الأسبوع السابع من مرحلة العلاج ليصل إلى نقطة الصفر ويثبت فيها، ثم يعاود الصعود بشكل مفاجئ في الأسبوع الرابع عشر والذي يتواجد ضمن مرحلة القياس التتبعي أي بعد إيقاف العلاج، إلا أن الصعود كان طفيفاً ما يوافق مرة واحدة من التبول خلال طيلة الأسبوع الرابع عشر ليعاود المنحنى النزول إلى نقطة الصفر والاستقرار فيها حتى نهاية هذه المرحلة.

المخطط البياني للطفل رقم (6):

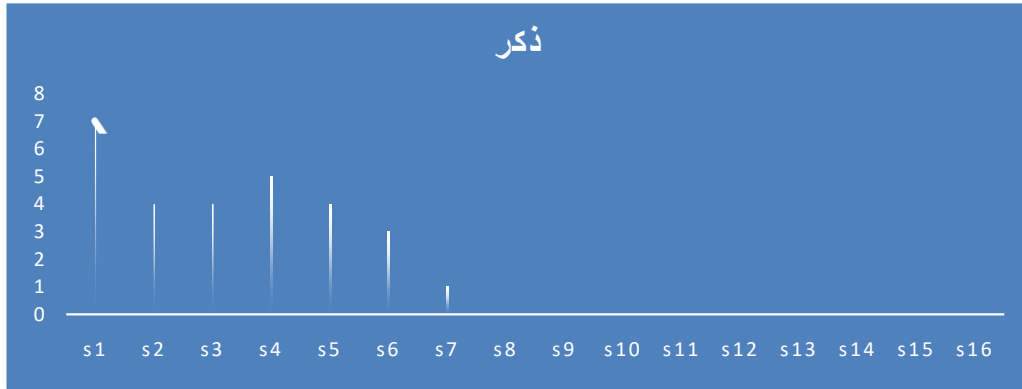
الشكل رقم (07): عدد مرات تبول الطفل رقم 6 خلال مراحل القياس التجريبي



تعليق: من تتبعنا لمخطط الطفل رقم 6 نلاحظ أن المنحنى في بداية القياس القبلي كان شبه ثابتا بعدد مرات تبول مرتفعة خلال الأسابيع الأربع، ومع بداية العلاج أي مع الأسبوع الخامس نشهد بداية الانحدار نحو النقطة 2 أي مرتين تبول خلال هذا الأسبوع وكذا الأسبوع الذي يليه ليواصل النزول في الأسبوعين المواليين حتى الاستقرار في نقطة الصفر مع الأسبوع الثامن، بعدها يعرف الخط البياني استقرارا إلى نهاية المرحلة الأخيرة من القياس التجريبي.

■ **المخطط البياني للطفل رقم (7):**

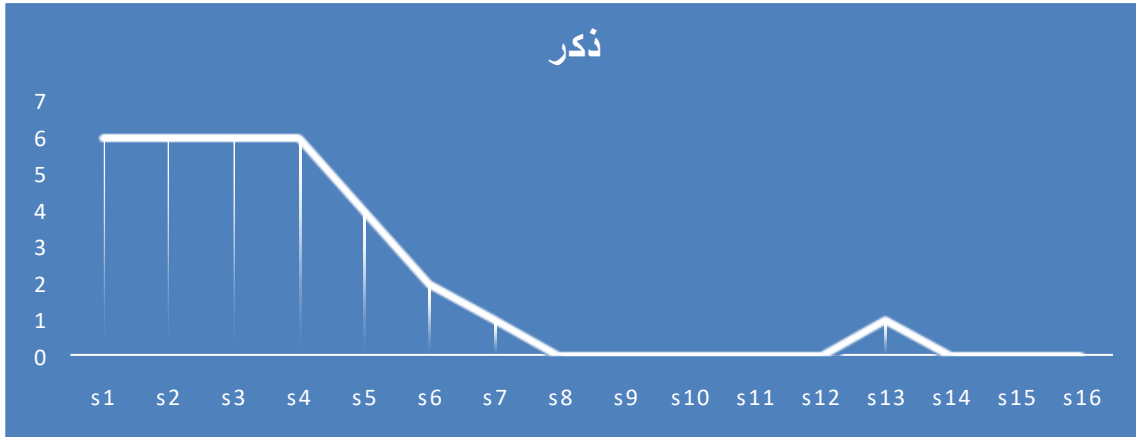
الشكل رقم (08): عدد مرات تبول الطفل رقم 7 خلال مراحل القياس التجريبي



تعليق: من ملاحظتنا لمنحنى الطفل رقم 7 نجد اختلاف في سير خط المنحنى الذي يعرف أحيانا النزول الطفيف ليعود إلى الارتفاع هذا في مرحلة القياس القبلي ومع بداية العلاج يبدأ خط المنحنى في النزول التدريجي إلى غاية الأسبوع الثامن أين يثبت المنحنى في مستوى الصفر ويواصل هذا الثبات حتى نهاية المرحلة التتبعية.

■ المخطط البياني للطفل رقم (8):

الشكل رقم (09): عدد مرات تبول الطفل رقم 8 خلال مراحل القياس التجريبي



تعليق: يظهر المخطط البياني للطفل رقم 8 ثباتاً واضحاً في عدد مرات التبول خلال الأسابيع الأربعة الأولى أي طيلة مرحلة القياس القبلي حيث كان العدد مرتفعاً ما يقابل 6 مرات تبول في الأسبوع، لكن سرعان ما يتحرك الخط البياني نحو اتجاه النزول مع بداية أول أسبوع من العلاج أي الأسبوع الخامس كما يتواصل هذا الانخفاض والهبوط ليعرف الاستقرار مع بداية الأسبوع الثالث عشر، إلا أنه مجرد ارتفاع بسيط سرعان ما يعود إلى النزول والاستقرار في نقطة الصفر بمرور الأسابيع المتبقية والثبات إلى نهايتها.

✓ يتضح من الجدول السابق وكذا المخططات البيانية الممثلة لعدد مرات تبول الطفل خلال مرحلة القياس التجريبي أن متوسط عدد مرات التبول أسبوعياً لدى الحالات الثمانية قد انخفض من (6,37) خلال الأسبوع الأول من مرحلة قبل العلاج إلى متوسط عدد من المرات قدره (3,25) خلال الأسبوع الأول من العلاج وإلى النظافة الكاملة خلال الأسبوع الأخير من مرحلة العلاج. وتحسن خلال مرحلة المتابعة بغض النظر عن الاضطراب الطفيل الذي عرفته بعض المخططات البيانية والذي سرعان ما عاود الاستقرار في نقطة الصفر، مما يشير إلى التخلص نهائياً من التبول اللاإرادي وامتداد فعالية العلاج

إلى مرحلة ما بعد العلاج، وبالتالي تمكن كل طفل من الوصول إلى الهدف الأساسي من البرنامج وهو المحافظة على مكاسبه العلاجية.

❖ فيما يخص نتائج المعالجة الإحصائية حسب SPSS25 لحساب الفروق ما بين مختلف المراحل نجد:

جدول رقم (05): اختبار "ت" للفروق في القياس القبلي والبعدي للعينة.

مستوى الدلالة P	قيمة T	الانحراف المعياري SD	المتوسط الحسابي M	العدد (n)	الفئات
0.00 دالة	35.11	2.16	23.12	8	القياس القبلي
		0.51	0.37	8	القياس البعدي

المصدر: مخرجات برنامج Spss25

يتضح من خلال الجدول رقم (05) أنه توجد فروق دالة إحصائية لدى العينة بين القياس القبلي حيث بلغ المتوسط الحسابي للقياس القبلي 23.12 بانحراف معياري 2.16 بينما في القياس البعدي كان المتوسط الحسابي 0.37 والانحراف المعياري 0.51 وبما أن قيمة الدلالة المعنوية 0.00 وهي قيمة اقل من مستوى الدلالة 0.05. فان هذا دال إحصائياً وعليه فإن الفرضية الأولى محققة. وعليه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في التبول اللاإرادي لدى العينة بين الاختبار القبلي والاختبار البعدي.

حسب النتائج المحصلة فان الفرضية الأولى محققة أي أن العلاج له أثر على العينة، وتعزو الباحثة ذلك إلى الانضباط الذي شهدنا من طرف الأطفال والأمهات في جلسات البرنامج حيث ساعدت الفنيات المستخدمة على إحداث تغيير ايجابي ظهر في شكل اختفاء لأعراض التبول اللاإرادي، وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة "حداش، 2014" وكذا دراسة "جرادة، 2012" إذ أن أهم نتيجة توصلت إليها الدراسة هي الأثر الإيجابي للبرنامج

العلاجي الذي يرجع لتعدد الفنيات العلاجية التي تم استخدامها في شكل تدخل علاجي (جرادة، 2012، ص 222 - 223).

إن التدخل العلاجي فسح المجال أمام الطفل للتعبير عن أفكاره والعمل على إعادة بناء معرفي ايجابي ينتج عنه سلوك مرغوب ومقبول، والفنيات المعرفية والسلوكية لعبت دورا رئيسيا في هذا التغيير. وهنا نجد أن الكثير من الدراسات المشابهة لدراستنا قد وصلت إلى نتائج مشابهة نذكر منها دراسة "العصافرة، 2008" التي برهنت على أن برنامج العلاج السلوكي المعرفي يعطي نتائج مرضية مع الأطفال المتبولين لإراديا ويظهر ذلك من خلال اكتسابهم للنظافة وهذا ما يدل على فعالية البرنامج، إضافة إلى دراسة "زموري، 2002" حيث بينت النتائج المتوصل إليها تخلص الأطفال من التبول وتعلم عادة التحكم في البول والاستيقاظ، كذلك الأمر مع دراسة "العيساوي، 2016" حيث اثبت البرنامج الإرشادي السلوكي نتيجة ايجابية بنسبة كبيرة، وهذا طبعا يدل على فعالية البرنامج المقترح، كذلك نذكر "دراسة الشعراوي، دون سنة" والتي أكدت هي الأخرى على نجاح هذا النوع من البرامج في علاج مشكل التبول، كما أكدت الدراسة على أهمية التدريب ومرافقة الطفل من طرف الوالدين لتحقيق النجاح في التخلص من مشكلته، ومن كل ما تقدم نستطيع القول أن الفرضية الأولى قد تحققت، أي أن للبرنامج العلاجي فعالية علاجية على العينة.

2. عرض، مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثانية:

✓ نص الفرضية: لا تختلف استجابة العينة للبرنامج العلاجي المقترح باختلاف الجنس.

جدول رقم (06): نتائج إختبار "ت" لعينتين مستقلتين للفروق بين المتوسطات للذكور والإناث.

الجنس	Z	X الحسبي	S المتوسط المعياري	الانحراف المعياري	قيمة ت	DF	الدالة P مستوى	المعنوية القيمة	الدالة
ذكر	5	0.40	0.54	0.1	6	0.05	0.74	غير دال	
أنثى	3	0.33	0.57						

المصدر: مخرجات برنامج Spss25

نلاحظ من خلال الجدول رقم (06) أن المتوسط الحسابي للذكور بلغ (0.40) بانحراف معياري (0.54)، بينما عند الإناث المتوسط الحسابي كان (0.33) بانحراف معياري (0.57)، بينما بلغت قيمة T (0.16) بدرجة حرية (6)، وجاءت قيمة Sig (0.74) عند مستوى الدلالة 0.05، وبما أن قيمة الدلالة المعنوية أكبر من مستوى الدلالة 0.05 فإن هذا غير دال إحصائياً مما يعني أنه لا تختلف فعالية البرنامج العلاجي المقترح باختلاف الجنس (الفروق ما بين متوسطات الجنسين).

حسب النتائج المحصلة فإن الفرضية الثانية محققة أي أنه لا تختلف استجابة الأطفال للبرنامج العلاجي المقترح باختلاف الجنس، وتعزو الباحثة ذلك إلى استخدام نفس الأساليب والفنيات العلاجية دون تفرقة وإلى مناسبة البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي لكلا الجنسين فالكل يعاني من نفس المشكلة والهدف واحد بالنسبة لهم ألا وهو التخلص من التبول اللاإرادي إذا فالبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي فعال لكلا الجنسين على حد سواء فهو يتيح الفرصة لكل من الذكور والإناث في تعلم واكتساب النظافة دون تمييز لان البرنامج موجه لكل الأطفال دون استثناء.

يمكن تفسير هذه النتائج في ضوء نتائج دراسة "زموري، 2002" والتي أكدت نتائجها أن البرنامج يتيح الفرصة في تعلم النظافة للذكور كما للإناث، وهو نفس ما توصلت إليه دراسة "جرادة، 2012". مما يعني أن استجابة العينة للبرنامج العلاجي لا تختلف باختلاف الجنس (جرادة، 2012، ص 222 - 223).

3. عرض، مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثالثة:

✓ نص الفرضية: يظهر البرنامج العلاجي فعالية إلى ما بعد انتهاء فترة العلاج.

جدول (07): نتائج اختبار "ت" للفروق ما بين متوسطات مرحلة العلاج ومرحلة المتابعة للعينة.

الفترة	العدد (n)	المتوسط الحسابي M	الانحراف المعياري SD	قيمة T	الدالة P مستوى
مرحلة العلاج	8	6.00	2.26	6.84	0.00 دالة
مرحلة المتابعة	8	0.37	0.51		

المصدر: مخرجات برنامج Spss25

يتضح من خلال الجدول رقم (07) أنه توجد فروق دالة إحصائية لدى العينة في مرحلة العلاج حيث بلغ المتوسط الحسابي للدرجات في مرحلة العلاج 6.00 بانحراف معياري 2.26، بينما الدرجات في مرحلة المتابعة المتوسط الحسابي 0.37 والانحراف المعياري 0.51 وبما أن قيمة الدلالة المعنوية 0.00 وهي قيمة أقل من مستوى الدلالة 0.05. فان هذا دال إحصائياً وعليه فإن الفرضية رقم 3 محققة أي توجد فروق ذات دلالة إحصائية في التبول اللاإرادي لدى العينة بين الاختبار في مرحلة العلاج ومرحلة المتابعة.

حسب النتائج المحصلة نعتبر أن الفرضية الثالثة محققة أي أن البرنامج العلاجي يظهر فعالية استمرت إلى ما بعد انتهاء فترة العلاج بشكل مقبول، مع ملاحظة حدوث تراجع بسيط بعد انتهاء العلاج لثلاث حالات وذلك بمعدل تبول ليلة واحدة فقط خلال الأسبوع، حيث نجد الحالة رقم 1 في الأسبوع الثالث، والحالة رقم 5 في الأسبوع الثاني والحالة رقم 8 في الأسبوع الأول، والذي لا يعبر بالنسبة لنا على الانتكاس أو فشل العلاج ففي هذا الصدد نستشهد برأي الباحث "Butler" الذي يعرف الانتكاس قائلًا: الإنتكاس يعني أكثر من ليلتين مبللتين خلال 14 ليلة (Butler, 1991, P 270) على قائمة ملاحظة

اضطراب التبول اللاإرادي خلال مرحلة القياس البعدي ومرحلة القياس التتبعي، وتعزو الباحثة سلوك التبول هنا إلى احتمالات عدة ففي رأي الباحثة ليلة واحدة طيلة شهر كامل من الليالي الجافة لا يمكن أن تعبر عن فشل البرنامج بقدر ما تعبر عن حدث عرضي، أي أنها من الممكن أن تكون مرتبطة بخبرة معينة عايشها الطفل أو طارئ جد عليه في الأيام التي سبقت الليلة المبللة وهذا شيء وارد الحدوث حتى مع الطفل الذي لا يعاني من مشكلة التبول اللاإرادي حيث يمكنه أن يبلى فراشه في إحدى الليالي لسبب أو لآخر، وبالتالي ننظر إلى هذا الأمر على أنه طبيعي ولا يدعو للقلق خاصة وأن هؤلاء الأطفال حافظوا على جفاف بقية الليالي الأخرى، إذا نقول أن أفراد العينة حافظوا على معدل مقبول من الليالي الجافة بعد اكتمال العلاج، فالأطفال قد تلقوا تدريباً على مجموعة من التقنيات التي نفترض أنها انعكست إيجابياً على يومياتهم، فالتدريب والإشراف خلال فترة 8 أسابيع يبدو أنه كان محفزاً للأطفال لمواصلة المحافظة على مكتسبات المرحلة العلاجية، ويمكن تفسير هذه النتائج في ضوء نتائج عدة دراسات كدراسة كل من "زموري، 2002" التي اتفقت مع نتائج دراستنا ما عدا تسجيلها لحالتين من الانتكاس بعد 4 أشهر من نجاح العلاج فقط، وبعد إعادة تطبيقه مدة 3 أسابيع (4 حصص) توصلت الباحثة إلى إعادة إشراط ناجح لدى الحالتين، كذلك دراسة "عبد السلام، 2015" التي أشارت نتائجها إلى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في معدل حدوث سلوك التبول اللاإرادي بين أفراد المجموعة التجريبية على قائمة ملاحظة التبول اللاإرادي بين القياس البعدي وقياس المتابعة.

هذا يعني أن فعالية البرنامج العلاجي تمتد إلى ما بعد انتهاء مرحلة العلاج.

❖ الإستنتاج العام:

من المقابلات مع كل من الأم والطفل توصلنا إلى تقييم ساعدنا على تكوين صورة واضحة نوعا ما حول حجم مشكلة التبول داخل أسرة الطفل الذي لا يشعر بمشكلته ولا يعبر عن تضايقه منها إلا من خلال ردود فعل الآخرين اتجاه مشكلته التي كثيرا ما تساءل الأطفال خلال المقابلات عن ذنبهم فيها فبالنسبة للطفل النوم سبب كافي ليبرر عدم مسؤوليته اتجاه تبوله، في المقابل نجد الأم والأب وحتى بعض أفراد الأسرة كالأخوة والأقارب ممن ينظرون للأمر حسب ما يتلاءم وتطلعاتهم وكذا أمالهم في هذا الفرد الصغير الذي يتعاملون معه على حسب حجمه الصغير وليس بحسب مكانته الحقيقية في الأسرة، وقد ساعدتنا المقابلات على التوصل إلى نتيجة محورية بالنسبة إلى بحثنا هذا وهي ضرورة معالجة التبول اللاإرادي بصفته اضطراب ثنائي القطبية أين تمثل الأسرة القطب الأول والمحرك لحيوية الاضطراب أما القطب الثاني فيتمثل في الطفل والذي يمثل الشخص الحامل للأعراض، إذا لدينا العرضية العيادية التي يعبر عنها الطفل ولدينا الطاقة الحيوية المحركة لها، وبالتالي نصل إلى حتمية معالجة الاضطراب والعودة إلى الاستقرار من خلال توازي هذه الثنائية القطبية توازي القوى، أي أن قوة الأسرة وقوة كل فرد من أفرادها هي التي تخلق ذلك الاتزان الداخلي لدى الأفراد، لهذا يأتي العلاج النفسي الذي تمثل في العلاج المعرفي السلوكي ليثبت نتائج مرضية، أين توصلت المعطيات الكمية والنتائج الإحصائية إلى تأكيد فعاليته التي تعزى بالدرجة الأولى للتنوع في التقنيات المستخدمة من جهة، وإشراك الأم على وجه الخصوص في العمل العلاجي من جهة أخرى، وقد جاءت النتائج متشابهة لكل من الجنسين فالبرنامج بني لكلا النوعين ولم نفرق بينهما ففي نظرنا كلاهما يعاني من التبول اللاإرادي ويحتاج إلى علاج بغض النظر عن الدراسات التي تتحدث عن ارتفاع نسبة التبول لدى الذكور مقارنة بالإناث، فالعلاجات النفسية تتعامل مع الأفراد وليس مع الأرقام، وما أظهره البرنامج من استمرار فعاليته إلى ما بعد الانتهاء من تطبيقه يعد أكبر

دليل على نجاحه، ففي تعاملنا مع الحالات المرضية أو المشكلات النفسية أكثر ما يهم هو المآل أي ما ستنتهي إليه الأمور بعد نهاية الحصة العلاجية وانفراد الشخص بنفسه في مواجهة صراعاته واضطراباته النفسية، في نهاية المطاف البرنامج العلاجي ما هو إلا ركيزة يستند عليها الطفل ليواصل تحديات الحياة ومعتركاتها، وكلما كانت الركيزة متينة كان الفرد قادرا على الوقوف بثقة لاستجماع قواه لأنه سيحتاج في يوم ما إلى التخلي عنها والسير دون تعثر.

❖ من كل ما جاء في المقابلات العيادية وما جاء في تحليل ومناقشة نتائج القياس التجريبي نستطيع التدرج للوصول إلى القول: أن البرنامج العلاجي كان ناجحا لأننا نتصور انه أعاد الكثير من الإحداث إلى سياقها.

خلاصة الفصل:

عملنا في هذا الفصل على تقديم مجموع المعطيات العيادية والبيانات الإحصائية وعرضها مرفقتا بالتحليل ثم تناولناها بالمناقشة والتفسير من خلال الاستشهاد بما توفر من تراث نظري لنتوصل في الأخير إلى وضع خلاصة تلخص أهم ما توصلت إليه نتائج دراستنا.

خاتمة:

انطلقت هذه الدراسة شبه التجريبية من تساؤل حول مدى فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي في علاج اضطراب التبول اللاإرادي لدى عينة من الأطفال، واستنادًا إلى ما تم الاطلاع عليه من أدبيات ودراسات على علاقة بالموضوع، وسعيًا للتحقق من هذه الفرضيات اعتمدت الباحثة المنهج شبه التجريبي لتصميم التجربة الواحدة، بالإضافة إلى المنهج العيادي وذلك من خلال المقابلات مع كل من الأم والطفل بهدف جمع المعلومات واستقصاء حجم مشكلة التبول اللاإرادي، وفي ضوءه قمنا ببناء برنامج علاجي معرفي سلوكي لعلاج اضطراب التبول اللاإرادي لدى الأطفال وتحققت الباحثة من صدق البرنامج باللجوء إلى آراء المحكمين (صدق المحكمين)، إضافة إلى وضع جدول تسجيل سلوك التبول اللاإرادي (الشمسية الأسبوعية)، كما عملت الباحثة على بناء مقابلة تشخيصية استنادًا إلى المحكات التشخيصية لأعراض اضطراب التبول اللاإرادي "الدليل التشخيصي الإحصائي الخامس "DSM5" ومقابلة أخرى لتقييم حجم المشكلة، كما استعنا ببطاقة دراسة الحالة لـ "الزرد"، وتم الحرص على أن تكون الأدوات ملائمة لعينة الدراسة من جهة وكافية لجمع المعطيات الكافية من جهة أخرى.

بعد تطبيق أدوات الدراسة وجمع المعطيات قمنا بإخضاعها للتحليل الكيفي والكمي فتحصلنا من المقابلات: على النتائج القائلة بان الطفل والأسرة في حاجة للتخلص من اضطراب التبول اللاإرادي وان لم يعبروا عن ذلك بشكل صريح، وان مشكلة التبول تضايق الطفل لأنها تضايق الآخرين، فالمشكلة مشكلة أسرة وليست مشكلة فردية.

أما بالنسبة للمعطيات الإحصائية فقد توصلت الفرضيات إلى ما يلي:

بالنسبة للفرضية الأولى: وجدنا أن للبرنامج العلاجي فعالية علاجية على العينة ويتضح ذلك من خلال وجود فروق بين القياس القبلي الذي بلغ متوسطه الحسابي 23.12، بينما في

القياس البعدي كان المتوسط الحسابي 0.37، وعليه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في التبول اللاإرادي لدى العينة بين الاختبار القبلي والاختبار البعدي.

أما في الفرضية الثانية: فتوصلنا إلى أن استجابة العينة للبرنامج العلاجي لا تختلف باختلاف الجنس، فالمتوسط الحسابي للذكور بلغ (0.40) بانحراف معياري (0.54)، بينما الإناث المتوسط الحسابي كان (0.33)، وبما أن قيمة الدلالة المعنوية أكبر من مستوى الدلالة 0.05 فإن هذا غير دال إحصائياً مما يعني أنه لا تختلف فعالية البرنامج العلاجي المقترح باختلاف الجنس.

أما بالنسبة للفرضية الثالثة: فتوصلت إلى أن فعالية البرنامج العلاجي تمتد إلى ما بعد انتهاء مرحلة العلاج، حيث توجد فروق دالة إحصائية لدى العينة في مرحلة العلاج أين بلغ المتوسط الحسابي للدرجات في مرحلة العلاج 6.00 وبما أن قيمة الدلالة المعنوية وهي قيمة أقل من مستوى الدلالة 0.05. فإن هذا دال إحصائياً.

❖ التوصيات:

على ضوء ما تقدم من نتائج في هذه الدراسة تتقدم الباحثة بجملة من التوصيات والتي منها ما هو موجه بالدرجة الأولى إلى المختصين النفسيين الممارسين هذا لأنهم أول وأكثر المهنيين مواجهة لحالات التبول اللاإرادي وأسرههم التي كثيراً ما تتوجه للعيادة النفسية لطلب العلاج ونقدمها على النحو التالي:

➤ توصي هذه الدراسة المختصين النفسيين الممارسين العمل على الاستفادة من نتائج الدراسات والأبحاث المماثلة لدراستنا واعتماد مختلف الأدوات التي يتم بناؤها تصميمها واستغلالها في العيادة النفسية، إن توظيف هذه الأدوات في مجالاتها المناسبة هو استثمار رابح ومجدي لكل من المختص النفسي وكذا للحالات العيادية، أين تخلق هذه الأدوات مرونة وسهولة كبيرة في التشخيص والعلاج وابتعد من ذلك التنبؤ بمصير الحالات ومآلها ولما لا.

➤ عقد أيام دراسية تحسيسية حول مشكلة التبول اللاإرادي على مستوى المؤسسات التربوية ومراكز التكوين المهني لتشجيع الطفل على الحديث عن مشكلته بكل سلاسة والتخلص من الأفكار السلبية وكذا الأحكام المسبقة التي يحملها في رأسه حول مشكلته، إلى جانب التركيز على تخفيف مفهوم الوصمة الذي يرافق هذا النوع من الاضطرابات بشكل كبير في مجتمعاتنا العربية ونخص بالذكر مجتمعنا الجزائري الذي لا يشجع الطفل على التعبير عن مكنوناته ومعاناته بل يدفعه إلى كبتها، إن علاج مثل هذا الاضطراب فيه وبطريقة غير مباشرة علاج للكثير من المشكلات والأزمات المنجزة عنه لكل من الطفل والأسرة وبالتالي المجتمع.

➤ توصي الباحثة المختصين النفسانيين بالتركيز على الطرف الشريك في معالجة الاضطراب لدى الطفل انه الأسرة، الطفل يعرف عادة في العيادة النفسية بالطفل العرض أي انه لا يعامل على أساس انه مضطرب أو مصاب بقدر ما يعامل على أن سلوكه هو نتيجة لخلل واضطراب على مستوى الأسرة، لهذا كان لزاما علينا أن نشرك الأسرة في تدخلاتنا اتجاه الطفل وتوجيهها للتعامل مع مشاكله بمسؤولية وعدم الوقوف والمشاهدة من بعيد. هذا ما حفزنا على تقديم جملة من الاقتراحات.

❖ الاقتراحات:

➤ إجراء دراسات مماثلة لكن حذا لو تكون تتبعية على المدى الطويل، أين يتسنى للباحث الإحاطة بمختلف جوانب هذا الاضطراب والتناول الواسع له ولمختلف التغيرات المتدخلة في تطوره.

➤ اعتماد مثل هذه البرامج العلاجية في التدخل النفسي مع اضطرابات نفسية أخرى بالنظر لما أثبتته هذه البرامج من نجاعة ومرونة في التطبيق.

قائمة المصادر والمراجع

قائمة المصادر والمراجع:

❖ قائمة المصادر:

- القرآن الكريم.

❖ قائمة المراجع العربية:

- اجلال، محمد سرى. (2000). علم النفس العلاجي (ط2). القاهرة: علا للكتب.
- البحيري، عبد الرقيب. (2005) إساءة معاملة الطفل - الأسباب واستراتيجيات التدخل العلاجي. مجلة الرسالة التربوية المعاصر. العدد 3 .
- الحمادي. أنور (2021)، الاضطرابات العقلية والسلوكية في التصنيف الدولي للأمراض (ICD - 11). الدار العربية للعلوم ناشرون.
- الحمادي، أنور. (2015). خلاصة الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية، DSM-5. الدار العربية للعلوم ناشرون.
- الخطيب، جمال. (1992). تعديل سلوك الأطفال المعوقين: دليل الآباء والمعلمين. عمان: دار إشراق للنشر والتوزيع.
- الزراد، فيصل. (1998). التبول اللاإرادي لدى الأطفال. (ط2). بيروت: دار النفائس.
- الزعبي، أحمد محمد. (2013). الأمراض النفسية والمشكلات السلوكية والدراسية عند الأطفال. عمان: دار الزهران للنشر والتوزيع.
- الزغلول، عماد عبد الرحيم. (2006). الاضطرابات الانفعالية والسلوكية لدى الأطفال (ط1). عمان: دار الشروق للنشر والتوزيع.
- الشعراوي، صلاح فؤاد محمد. (بدون سنة). كفاءة العلاج المعرفي السلوكي للتبول اللاإرادي لدى عينة من الأطفال. مصر: رسالة ماجستير.
- الشيخ، عبد السلام أحمددي. (2003). علم النفس الاكلينيكي. القاهرة: دار النهضة.
- الطراونة، حسين مد الله؛ الخطيب، أحمد حامد. (2003). التبول اللاإرادي "أسبابه وطرق علاجه. ط1. الأردن: دار وائل للنشر.

- العطية، أسماء عبد الله. (2011). الإرشاد السلوكي المعرفي لاضطرابات القلق لدى الأطفال. الإسكندرية: مؤسسة حورس الدولية.
- العيساوي، عبد الرزاق جاسم محمود. (2016). أثر برنامج إرشادي في معالجة حالة التبول اللاإرادي عند الأطفال. مجلة جامعة تكريت للعلوم الإنسانية 23 (3)، ص 284-292.
- الغامدي، أحمد حامد. (2010). مدى فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خفض اضطراب القلق لدى عينة من المترددين على العيادات النفسية. الطائف: مجلة أم القرى للعلوم التربوية والنفسية 2.
- الفخراني، خالد إبراهيم؛ السطيحة، ابتسام حامد. (2018). الاضطرابات السلوكية. مكتبة فلسطين للكتب المصورة.
- المحارب، ناصر إبراهيم. (2000). المرشد في العلاج الإستعرافي السلوكي. الرياض: دار الزهراء.
- بشناق، محمد رأفت. (2001). دراسة في سلوك الأطفال واضطراباتهم النفسية (ط1). لبنان: دار النفاس للطباعة والنشر والتوزيع.
- بطرس، حافظ بطرس. (2007). إرشاد الأطفال العاديين (ط1). عمان: دار الميسرة للنشر والتوزيع والطباعة.
- بطرس، حافظ بطرس. (2010). تعديل وبناء سلوك الأطفال (ط1). عمان: دار الميسرة للنشر والتوزيع والطباعة.
- بكار، عبد الكريم. (2010). مشكلات الأطفال تشخيص وعلاج لأهم عشر مشكلات يعاني منها الأطفال (ط1). مصر: دار السلام للطباعة والنشر والتوزيع والترجمة.
- بلال، شريفة؛ ميزاب، ناصر. (2018). قراءة التحليلية لبعض الدراسات التي تناولت طرق التدخل العلاجي للحد من التبول الليلي اللاإرادي الأولي لدى الأطفال. مجلة مجتمع تربوية عمل العدد 5. ص 74-95.
- بوفيه، سيريل؛ بوزيان، فرحات. (2019). مدخل إلى العلاجات السلوكية المعرفية. الجزائر: دار المجدد للنشر و التوزيع.
- بيتزمان وآخرون. (2009). علم النفس الأطفال الإكلينيكي "نماذج من الاضطرابات النفسية في سن الطفولة والمراهقة". العين: دار الكتاب الجامعي.

- بيك، جوديث. (2007). العلاج المعرفي الاسس والابعاد. القاهرة: الهيئة العامة لشؤون الطباعة الاميرية.
- تيموثي، ترول. (2007). علم النفس الاكلينيكي (ط1). الاردن: دار الشروق للنشر.
- جبل، فوزي. (2000). الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية. الإسكندرية: المكتبة الجامعية.
- جرادة، علاء إبراهيم. (2012). بعض حالات التبول اللاإرادي لدى الأطفال دراسة في التدخل الإرشادي (رسالة ماجستير تخصص علم النفس)، جامعة الأقصى: غزة.
- حداش، خديجة. (2014). فعالية برنامج علاجي لعلاج التبول اللاإرادي الليلي ومصاحباته النفسية لدى الأطفال من المنظور التوفيقي التكميلي، المجلة الوطنية للطفولة والتربية 2. عدد 1 ص (57-75). جامعة البليدة 2.
- رأفت، عبد الرحمن محمد. (2013). الخدمة الاجتماعية العيادية. الاسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.
- زرقوق، سمية؛ برزوان، حسيبة. (2017). التبول اللاإرادي عند الطفل اليتيم المتواجد في دار اليتامي، مجلة المرشد. العدد 7 ص (111-118). جامعة الجزائر 2.
- زموري، شفيقة. (2002). اقتراح برنامج علاجي سلوكي معرفي مكثف شامل لحل مشكلة التبول اللاإرادي الليلي. الجزائر: رسالة ماجستير.
- ستيفن، وآخرون. (2008). العلاج المعرفي السلوكي المختصر. القاهرة: ايتراك للنشر والتوزيع.
- سحيري، زينب. (2016). أساسيات نظرية التعلق الحديثة. عمان: دار الأيام.
- عادل، محمد عبد الله. (2000). العلاج المعرفي السلوكي اسس وتطبيقات. القاهرة: دار الرشاد.
- عبد الرسول، إبراهيم هند. (2013). اضطراب قلق الانفصال الأم-الطفل. الإسكندرية: دار الجامعة الجديدة للنشر.
- عبد السلام، عمر أمل. (2015). فاعلية برنامج سلوكي لمعالجة اضطراب التبول اللاإرادي. سوريا: رسالة ماجستير.
- عبد المجيد، مدحت. (2008). العلاج النفسي وتطبيقاته الجماعية بروتوكولات تحليلية وسلوكية معرفية (ط2). دار المعارف.
- عسكر، عبد الله. (2005). الاضطرابات النفسية للأطفال. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

- علي، السيد فهمي. (2010). علم النفس المرضي "دراسات ونماذج لحالات ذات اضطرابات نفسية وعلاجه. الإسكندرية: دار الجامعة الجديدة.
- فرج، عبد القادر طه، وآخرون. (1989). معجم علم النفس والتحليل النفسي (ط1). بيروت: دار النهضة العربية.
- فرغلي، علاء الدين. (2008). مهارات العلاج المعرفي السلوكي (ط2). القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
- قاسم، عبد الله محمد. (2009). أمراض الأطفال النفسية وعلاجها (ط2). دمشق: دار المكتبي للطباعة والنشر والتوزيع.
- كحلة، ألفت. (2009). العلاج المعرفي السلوكي والعلاج السلوكي عن طريق التحكم الذاتي لمرضى الاكتئاب. القاهرة: إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع.
- كريمان، محمد بدير. (2006). مشكلات طفل الروضة وأساليب معالجتها. الأردن: دار الميسرة للنشر والتوزيع والطباعة.
- كوبر، ميك. (2015). العلاجات النفسية الوجودية. مصر: مكتبة الأنجلو المصرية.
- متولي، عمر أحمد. (1993). مدى فاعلية التدريب على المهارات الاجتماعية والعلاج المعرفي السلوكي في تخفيف الفوبيا الاجتماعية لدى طلاب الجامعة. جامعة طنطا: كلية التربية.
- ملحم، سامي محمد. (2002). مشكلات طفل الروضة. عمان: دار الفكر.
- مليكة، لويس كامل. (1990). العلاج السلوكي وتعديل السلوك. الكويت: دار القلم.
- ميموني، بدرة معتصم. (2005). الاضطرابات النفسية والعقلية عند الطفل والمراهق (ط2). الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.
- نوفل، فاطمة. (2016). العلاج المعرفي السلوكي بين النظرية والتطبيق. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- نينيا، مايكل؛ درايدن، ويندي. (2018). العلاج المعرفي السلوكي (ط2). القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- هوفمان، إس جي. (2012). العلاج المعرفي السلوكي المعاصر (الحلول النفسية لمشكلات الصحة العقلية) (ط1). القاهرة: دار الفجر للنشر والتوزيع.

❖ قائمة المراجع الأجنبية:

- Ballou & all. (2008). **Feminist Therapy Theory And Practice: A Contemporary Perspective**. London: Springer Publishing Company.
- Butler, R. J. (1991). Establishment of Working Definitions in Nocturnal Enuresis. *Archives of Disease in Childhood*, 66, 267-271.
- Beck, A. (1976). **Cognitive Therapy and the Emotional Disorders**. New York: international Universities Press.
- Canceil, O. (2002). **Psychothérapie Trois Approches Evaluées**. France: Inserm.
- Craske. (2010). **Cognitive-Behavioral Therapy**. Washington: American psychological Association.
- Dattilio, F. a. (2000). **Cognitive- Behavioral, Strategies In Crisis Intervention**. New York: the Guilford press.
- Dozois, D. J. (2011). **Measuring Cognitive Errors: Initial Development Of The Cognitive Distortions Scale (CDS)**. *International Journal of Cognitive Therapy*, 4 (3), 297-322. .
- Ellis, A. &. (1987). **The practice of rational –Emotive Therapy**. New York: Springer.
- Erol, M. O. (2016). **Motivation Therapy in CHildren with Primary Monosymtomatic Nocturnal Enuresis**. *The Medical Bulletin of Haseki Training and Research Hospital*, 54 : pp. 7-12.
- Eysenck. (2000). **Cognitive Therapy**. *American Psychologist*: Vol"46".
- Fera, P. L. (2011). **Desmopressin versus Behavioral Modification as Initial Treatment of Primary Nocturnal Enuresis**. *Society of Urologic Nurses and Associates Urologic Nursing* 31(5), pp. 286-289.
- Glass & shea. (1986). **Cognitive Therapy And Pharmacological Treatment For. Shyness And. Social Anxiety**, in. w.h. new York: briggs and treatment.
- John & Rita, s. (2005). **Counseling and Psychotherapy Theories in Context and Practice: Skills, Strategies, and Techniques**. New Jersey: John Wiley.
- Jonathan, E. (1993). **Nocturnal Enuresis the Parctitioner** . East Mediteranean Edition.

- Kaplan, P. (1988). **Adjustment and Personality** . california : publishers company, N, ybelmant.
- Kiddoo, D. (2012). **Nocturnal Enuresis**. Canadian Medical Association , 15. P 908-911
- Lachguer, K. (2007). **Enurésie Chez L'enfant (A Propos De 154 Enfants)**,thèse pour l'obtention du doctorat en médecine .Marrakech.
- Marlene, G. (2005). **Clinical Social work Practice An integrated Approach**. new york: pearson Education.
- McKenzie, E. (2013). **The Effects of Retention Control Training and the Urine Alarm on Nocturnal Enuresis and Attributions for the Therapeutic Outcome**. University of Canterbury: Master of Science, School of Health Sciences.
- Mercer, R. (2004). **Seven Steps To Nighttime Dryness- A Practical Guide For Parents Of Children With Enuresis**.Maryland: Brookeville Mediam, Ashton.
- Michel, H. (2002). **Encyclopedia of Psychotherapy**. 2 ed. New York: A.P Press.
- Peratoner, L. P. (2004). **Behavioral Therapy For Primary Nocturnal Enuresis**. American Urological Association 171, pp. 408-410.
- Richard, L. E. (1997). **Behavioral Theory In Encyclopedia Of Social Work**. NASW press Printed in USA: 19Th Edition.
- Robert & Barker. (2014). **The Social Work Dictionary**. Washington: NASW Press.
- Robert, H. (2006). **Treating Pediatric Bed-Wetting With Acupuncture And Chinese Medicine**, led, Blue Poppy Press.
- Robson, Wm Lane M. & Leung, Alexander K. C. (2000). Secondary Nocturnal Enuresis. *Clinical pediatrics*, 39 issue: 7, page(s): 379-385
- Zarb, JM. (2007). **Developmental Cognitive Behavioral Therapy With Adults**. London: Routledge.
- American Psychiatric Association, (2013): **Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders (5thed)**, Washington. DC: U.S.A
- Brown , A., & Brown. J., (2010): **Treatment Of Primary Nocturnal Enuresis In Children: Are View Child Care**, Health and Development, 37, 2, 153-160.
- NG, CFN, WONG, SN (2004). **Primary Nocturnal Enuresis: Patient Ttitudes And Parental Perceptions- For Hong Kong Childhood Enuresis Study Group**, HK J Paediatr (new series) ,9:54-58.

قائمة الملاحق

- الملحق رقم (01) إستمارة طلب تحكيم البرنامج العلاجي
- الملحق رقم (02) بطاقة دراسة حالة
- الملحق رقم (03) دليل المقابلة التشخيصية
- الملحق رقم (04) دليل المقابلة التقييمية
- الملحق رقم (05) برنامج العلاج المعرفي السلوكي للتبول اللاإرادي لدى الأطفال (5-11 سنة)
- الملحق رقم (06) جدول تسجيل التبول اللاإرادي (الشمسية الأسبوعية)
- الملحق رقم (07) مخرجات الـ SPSS25

الملحق رقم (01):

إستمارة طلب التحكيم

مدى فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي لعلاج التبول اللاإرادي لدى عينة من الأطفال

تقوم الباحثة آمنة موقار ببناء برنامج علاجي لعلاج التبول اللاإرادي لدى عينة من الأطفال الذين ينحصرون في الفئة العمرية من 5 إلى 11 سنة في مدينة ورقلة، وذلك استكمالاً لنيل درجة الدكتوراه في علم النفس العيادي بعنوان: مدى فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي لعلاج التبول اللاإرادي لدى عينة من الأطفال.

يرجى التفضل بوضع الملاحظات حول مدى صلاحية هذا البرنامج في علاج التبول اللاإرادي لدى عينة من الأطفال.

شكراً على تعاونكم

إعداد الطالبة:

آمنة موقار

الملحق رقم (02):

بطاقة دراسة حالة

اسم الطفل الثلاثي:

جنس الطفل:

تاريخ ميلاد الطفل:

نتيجة التشخيص الطبي:

معلومات عامة عن الأسرة

عمر الأب: عمر الأم:

عمل الأب: عمل الأم:

المستوى التعليمي للأب: المستوى التعليمي للأم:

أمراض الأب: أمراض الأم:

عدد الإخوة والأخوات وترتيب الطفل بين إخوته:

أعمار الإخوة:

المستوى التعليمي للإخوة:

أمراض الإخوة:

دخل الأسرة والوضع الاقتصادي:

وضع السكن (متسع، ضيق، صحي، غير صحي، قديم، حديث، ملكن إيجار)

هل تتوفر في المسكن متطلبات الحياة الأساسية؟

ما هي أهم المشكلات التي تعاني منها الأسرة (اقتصادية، اجتماعية، صحية، فكرية،

نفسية..)؟

معلومات عن ظروف الحمل والولادة:

عمر الأم أثناء الحمل:

ظروف الحمل: أمراض الأم والإصابات أثناء الحمل:

العلاجات والعقاقير التي تناولتها الأم أثناء الحمل:

الحالة الصحية للطفل عند الولادة:

مراحل نمو الطفل بعد الولادة:

صحة الطفل:

التطور الحركي: التطور اللغوي: التطور الاجتماعي:

مستوى التحصيل الدراسي: مستوى القدرة العقلية:

بيانات حول التبول اللاإرادي:

متى بدأ الطفل بالتبول اللاإرادي؟

هل مر طفلك بفترة نظافة؟ متى؟

هل يحدث التبول ليلا؟

هل يحدث التبول نهارا؟

هل يحدث التبول ليلا ونهارا؟

هل كانت عملية التبول مفاجئة للأسرة ومزعجة لها؟

هل توجد أوقات ومواقف معينة يغلب فيها على الطفل أن يتبول لاإراديا؟

هل عملية التبول تحدث على فترات متباعدة ومتى؟

هل عملية التبول ليلا يصاحبها أحيانا نوم عميق لدى الطفل؟

هل تحدث عملية التبول ليلا والطفل في حالة يقظة ووعي بما يدور حوله؟

هل قامت الأم بتدريب طفلها على التبول وكيف؟

هل كان تدريبك طبيعيا أم قصريا مع الضرب والتهديد والتخويف؟

متى بدأت بتدريب طفلك (بصورة متأخرة، مبكرة، طبيعية)؟

هل كانت المرافق اللازمة لتبول الطفل متوفرة مثل (الإضاءة، قرب المكان..)؟

هل أعطت الأم أهمية كبرى لمشكلة التبول لدى طفلها وأفرطت في التشجيع؟

هل أهملت الأم تدريب طفلها ولم تحاول مساعدته في ذلك؟

ما هي ردود فعل الأسرة والأبوين تجاه مشكلة التبول لدى الطفل (كراهية، نبذ، رفض، فهم،

مساعدة، لا مبالاة، تسامح، تقبل)؟

ما هو الروتين المتبع قبل النوم؟

- ما هي عدد الساعات التي ينامها طفلك قبل تبوله بالفرش ؟
- 1-2 سا 2-3 سا 4-5 سا 6-7 سا 8-9 سا أكثر من 9 سا : لا أعرف
- هل يوجد تاريخ عائلي سابق ؟ نعم/ لا
- (أم، أب، أم وأب، أخ، أخت، عم، خال، عمات، خالات، أبناء العم) ؟
- هل حرم الطفل من نشاطات بسبب تبوله اللاإرادي (مثل المبيت عند أصدقائه، عند أقربائه، أو معسكرات مدرسية) نعم/ لا ؟
- هل يعاني الطفل من الأرق والاضطراب في النوم ؟
- هل ينام الطفل عميقاً؟
- هل ينام وحيداً في الفراش أو في غرفته؟
- هل يرى أحلاماً مزعجة أو تتنابه كوابيس مرعبة وما هي موضوعات هذه الأحلام والكوابيس؟
- هل يعاني من اضطراب في طعامه مثل: (فقدان الشهية، الميل إلى شرب السوائل، الإكثار من الحلويات والمواالح ... وخاصة قبل النوم؟
- هل يعاني طفلك من اضطرابات نفسية وسلوكية مثل: محاولة الاعتداء وتدمير الأشياء، العزلة والانطواء، الشعور بالخمول والكسل والإجهاد. كثرة الحركة والإثارة والهياج، محاولة الكذب، محاولة السرقة، محاولة الهروب من المدرسة أو المنزل، قضم الأظافر، مص الأصابع، العناد والمعارضة والتمرد، الخجل والحياء، اللامبالاة والاستهتار، الخوف (من الكلام، من الحيوان، من الأب، من العقوبة، من فقدان الأم، من القصاص المرعبة..)، البكاء، الشعور بالنقص وفقدان السند.
- هل توجد اضطرابات أخرى يعاني منها الطفل ؟
- هل تعرض طفلك لحدث مؤلم؟ (موت في العائلة، طلاق، انتقال من بيت لآخر أو أي حدث أو تجربة أخرى لربما كان لها تأثير على طفلك ؟

برأيك ما هي الحاجات التي تدفع الطفل للتغلب على مشكلة التبول اللاإرادي ؟ ضعي إشارة عند العبارة أكثر أهمية: زيادة تقديره لذاته، الشعور بثقة أكبر، تجنب السخرية، يشعر بالمساواة مع زملائه، المشاركة، بالنشاطات الأسرية، المبيت عند أصدقائه، أشياء أخرى.....
هل خضع الطفل لعلاج سابق؟ ما هو؟ (عبد السلام، 2015، ص 140-143)

الملحق رقم (03):

دليل المقابلة التشخيصية

المحك A: إفراغ متكرر للبول في الفراش أو في الملابس.

المحك B: السلوك هام سريريا كما يتجلى إما بتكراره مرتين في الأسبوع لمدة ثلاثة أشهر متتالية على الأقل أو بوجود إحباط هام سريريا أو انخفاض في الأداء الأكاديمي أو في مجالات أخرى هامة من الأداء.

المحك C: العمر 5 سنوات على الأقل أو ما يعادله في مستوى التطور العقلي.

المحك D: لا يعزى هذا السلوك للتأثيرات الفيزيولوجية لمادة (مثل المدرات أو الأدوية المضادة للذهان) أو عن حالة طبية أخرى مثل السكري.

حدد فيما إذا كان:

✓ أثناء الليل فقط: إفراغ البول فقط أثناء النوم ليلا.

✓ أثناء النهار فقط: إفراغ البول أثناء ساعات الاستيقاظ.

✓ أثناء الليل والنهار: تشارك النمطين المذكورين.

الملحق رقم (04):

دليل المقابلة التقييمية

• محاور المقابلة:

- المعلومات الشخصية.
- المستوى التعليمي، والاقتصادي.
- العلاقات الاجتماعية (داخل الأسرة، مع المحيط الخارجي).
- مشكلة التبول اللاإرادي وكيفية التعامل معها على المستوى المعرفي - السلوكي.

الملحق رقم (05):

برنامج العلاج المعرفي السلوكي للتبول اللاإرادي لدى الأطفال (5-11 سنة)

اسم الفاحصة: أمنة موقار

مكان الجلسات: المؤسسة العمومية الاستشفائية "محمد بوضياف" بمدينة ورقلة

رقم الجلسة	أهداف الجلسة	محتوى الجلسة	تقنيات الجلسة	مدة الجلسة
الأولى	<ul style="list-style-type: none"> - التعارف. - بناء علاقة مبنية على التقبل، الثقة، السرية. - الاتفاق على العقد العلاجي. - التعريف بالبرنامج العلاجي - التعرف على مشكلة التبول اللاإرادي وأبعادها 	<p>(الجلسة مشتركة ما بين الأم والطفل)</p> <ul style="list-style-type: none"> - التعارف والألفة ما بين الفاحصة وكل من الأم والطفل لكسب الثقة. - الاتفاق على العقد العلاجي والمتضمن موافقة كل من الأم والطفل على الالتزام بخطوات البرنامج العلاجي وبكل إجراءاته والمهام والواجبات المقدمة خلال الجلسات مع الالتزام بمواعيد الجلسات وعدم التوقف أو التغيب عن الجلسات وهذا لضمان نجاح البرنامج، وموافقة الأم والطفل الصريحة تعد كافية لإبرام العقد والتزام به. - التعريف بالبرنامج وأهميته لكل من الطفل والأسرة. - تقديم محاضرة حول التبول اللاإرادي (تعريفه، أنواعه، أسبابه، وعلاجه) مع الاستعانة بالرسم لتوضيح بعض النقاط. 	<ul style="list-style-type: none"> المحاضرة الحوار التعزيز التعاقد السلوكي الضبط الذاتي الواجب المنزلي 	60 د

قائمة الملاحق

	<p>- تقديم الشمسية الأسبوعية للطفل وشرحها بالتفصيل لكي يتمكن من التعامل معها بسهولة وذلك من خلال قيام الطفل برسم شمس مشرقة ملونة بالأصفر مكان الليالي الجافة ورسم غيمة رمادية ممطرة مكان الليالي المبللة، كما تسلم الفاحصة للطفل مجموعة من الملصقات المحفزة والتي يقوم بإصاقها في خانة الليالي الجافة فقط وذلك ليسعد بأدائه ويتحفز للمواصلة.</p> <p>- الاتفاق مع الطفل على انه سيتلقى جوائز من طرف احد الوالدين إذا ما نجح في الحفاظ على جفاف فراشه لثلاث ليالي متتالية، بشرط أن يلتزم كل من الفاحص والوالدين بهذا الاتفاق وعدم الإخلال به حتى لا نفقد ثقة الطفل ولا نتسبب في إحباطه، ولا نهتم هنا للقيمة المادية للجائزة بقدر ما تهتمنا بقيمتها الرمزية.</p> <p>- الواجب المنزلي:</p> <p>نطلب من الطفل الحرص على تسجيل الليالي الجافة والليالي المبللة على الشمسية، كما نطلب من الأم مراقبته بهدوء وتقديم التعزيز الايجابي عن كل ليلة جافة (قطعة حلوى، وضع قطعة نقدية في حسالته، تقبيله واحتضانه والاحتفاء به داخل الأسرة، الكلمات الايجابية...الخ)، كما نحفز الطفل ونشوقه حيث نخبره انه في كل أسبوع ستفرق شمسيته بنشاط ترفيهي يقوم به وينجزه في المنزل وحده أو بالمشاركة مع إخوته، وعلى الطفل الالتزام</p>	<p>(النفسية والاجتماعية).</p> <p>- تقديم الشمسية الأسبوعية للطفل</p>
--	--	---

قائمة الملاحق

		بملاً الشمسية طيلة فترة البرنامج العلاجي.		
80 د	<p>المحاضرة</p> <p>الحوار</p> <p>الإيقاظ الليلي</p> <p>تفريغ المثانة</p> <p>التعزيز</p> <p>العقد السلوكي</p> <p>الواجب المنزلي</p>	<p>(الجلسة مشتركة ما بين الأم والطفل)</p> <p>- تقييم أداء الطفل على الواجب المنزلي والتحاور معه حول أدائه في الشمسية والاحتفاظ بها لدى الفاحصة.</p> <p>- التعريف بالبرنامج وشرح خطواته وإجراءاته بشكل مفصل يسمح لكل من الأم والطفل التعامل معه بسهولة ودون غموض.</p> <p>- نطلب من الطفل التخلي عن ارتداء الحفاضات (بمساعدة الأم طبعا)، فنزع الحفاضة سيجعله يشعر بالبلل والبرد عند التبول ليلا وهو شعور مزعج وبالتالي نساعد الطفل على التحفز للتخلص من التبول في الفراش ومنه التخلص من مشكلته فالحفاضة هي كالخدعة الصغيرة التي توهم الطفل بجفافه إلا أن واقع الأمر يختلف والدليل هو انه بمجرد نزعها سيشعر بفرق واضح.</p> <p>- إيقاظ الطفل ليلا مرتين (على الساعة 12 ليلا والساعة 4 صباحا) بمساعدة احد الوالدين ومع الاستعانة بالمنبه أمام سرير الطفل لندربه على الاستيقاظ الذاتي لاحقا.</p> <p>- نطلب من الطفل التقليل من شرب العصائر والمشروبات الغازية وكذلك تجنب المأكولات والأطعمة الحارة والمالحة خاصة في الفترة المسائية بداية من الساعة السادسة مساء</p>	<p>- التعرف على كل خطوات البرنامج العلاجي بشكل مفصل.</p> <p>- تكليف الأم والطفل بمجموعة من الإجراءات وتدريبهم عليها.</p> <p>- تدريب الطفل على تحمل المسؤولية.</p>	الثانية

		<p>لأنها تزيد من استهلاكه للماء (يقوم الطفل بذلك بمساعدة من الأم).</p> <p>- الذهاب قبل النوم مباشرة إلى الحمام لإفراغ مثانته.</p> <p>- الواجب المنزلي:</p> <p>نطلب من الطفل عدم ارتداء الحفاضات ونطلب من الأم تشجيع على ذلك، إضافة إلى التقليل من شرب العصائر والمشروبات الغازية وكذا تجنب الأطعمة المالحة والحارة في الفترة المسائية، وإفراغ المثانة قبل الخلود إلى النوم. (ويلزم كل من الطفل والأم على مواصلة هذه الإجراءات إلى غاية نهاية البرنامج العلاجي)، كما نعتمد التعزيز من طرف الأم وذلك بمكافئة الطفل عند النجاح في تحقيق ليلة جافة في المقابل يكلف الطفل ببعض المهام كمساعدة الأم في تريب فراشه وغسل ملابسه المبللة.</p>		
<p>60 د</p>	<p>الحوار المناقشة السردي</p>	<p>(الجلسة مشتركة ما بين الأم والطفل)</p> <p>- تقييم مدى التزام الطفل بالإجراءات المتفق عليها في الجلسة الماضية.</p> <p>- إلقاء نظرة سريعة على الشمسية واخذ انطباعات الطفل حولها والاحتفاظ بها طبعاً.</p> <p>- نقوم بسردي قصة تحمل في مضمونها</p>	<p>- تصحيح الأفكار الخاطئة</p>	<p>الثالثة</p>

قائمة الملاحق

	<p>القصة الرمزية الواجب المنزلي</p>	<p>معنى رمزي نهدف من خلاله أن نوصل لكل من الأم والطفل فكرة أنهما ليس الوحيدين في معاناتهم مع مشكلة التبول وإنما لدى كل عائلة قصة معاناة مع مشكلة ما ممكن أن تكون مشابهة لمشكلتهم أو تختلف عنها، كمعاناة أسرة من مرض احد أطفالها، أو معاناة أسرة أخرى من إعاقة احد أطفالها، أو ربما معاناة أسرة أخرى من الفشل المدرسي لدى طفلهم...الخ).</p> <p>- المناقشة مع الأم والطفل حول رأيهم في القصة.</p> <p>- الواجب المنزلي:</p> <p>نطلب من الطفل ابتكار قصة قصيرة من طرف الطفل بمساعدة من الأم تحمل في مضمونها معنى رمزي أن لكل معاناته الخاصة به (الأطفال ليسوا مطالبين بقصة محكمة البناء بل يكفي أن تكون مجرد أفكار نربطها لنحصل على المعنى المطلوب والأم تلعب دورا هاما في هذا الواجب من خلال تبسيط المهمة لطفلها).</p>		
<p>90 د</p>	<p>المناقشة لعب الأدوار</p>	<p>(الجلسة مشتركة ما بين الأم والطفل)</p> <p>- مراقبة أداء الطفل على الشمسية والاحتفاظ بها.</p> <p>- مراجعة الواجب المنزلي والاطلاع على</p>	<p>- التفريغ الانفعالي.</p> <p>- تدريب الأم والطفل على التحكم في</p>	<p>الرابعة</p>

قائمة الملاحق

<p>التفريغ الانفعالي</p> <p>النمذجة</p> <p>الإصغاء</p> <p>إعادة البناء المعرفي</p> <p>التغذية الراجعة</p> <p>الواجب المنزلي</p>	<p>أداء الطفل واستخلاص العبرة من قصته.</p> <p>- نطلب من الأم والطفل تقمص ادوار لموقف ما تفترضه الفاحصة ويتمثل في: استيقاظ الطفل ليلا لأنه قام بتبليل فراشه ما حرمه من النوم بهدوء طبعاً مع شعوره بالبرد والانزعاج بسبب البلل، فيذهب إلى أمه النائمة ويوقظها لتغيير ملابسه وتغيير فراشه بآخر جاف، حيث نطلب منهما لعب الدور والتعبير عن انفعالاتهما والتصرف حسب ما يجدانه ملائم للوضعية، ومن الجهة المقابلة تقوم الفاحصة بتسجيل ملاحظاتها دون التدخل إلى غاية الانتهاء من لعب الأدوار.</p> <p>- بعد الانتهاء من المشهد تتم مناقشة حول السلوكات والانفعالات الظاهرة بعدها تقترح الفاحصة مشهداً مشابهاً للمشهد الأول لكن هذه المرة يقدم صورة نموذجية عن الانفعالات والسلوكات الايجابية التي تكون ملائمة للموقف ومريحة لكل من الأم والطفل.</p> <p>- نطلب مرة ثانية من الأم والطفل العمل على إعادة تجسيد المشهد الذي قدمته الفاحصة، لكن هذه المرة يعمل كلاهما على التحكم في الانفعالات والسلوكات للنجاح واستبدالها بأخرى ايجابية.</p> <p>- الواجب المنزلي:</p> <p>نطلب من الطفل أن يعمل بمساعدة الأم على تحديد الأفكار السلبية التي</p>	<p>الانفعالات والسلوكات.</p>
---	--	------------------------------

قائمة الملاحق

		<p>تدور في رأسه عند تبليبه لفراشه، وان يرسم وجه الأم والأب عند تبوله في فراشه في المقابل يرسم وجهه هو، أي كيف تكون تعابير وجهه في مقابل تعابير وجه والديه.</p>	
70 د	<p>الحوار</p> <p>المناقشة</p> <p>التفريغ الانفعالي</p> <p>التمثيل</p> <p>التخيل</p> <p>التغذية الراجعة</p> <p>إعادة البناء المعرفي</p> <p>الواجب المنزلي</p>	<p>(الجلسة خاصة بالطفل)</p> <p>- التماور مع الطفل حول أدائه في الشمسية والاحتفاظ بها من طرف الفاحصة.</p> <p>- إلقاء نظرة على الواجب المنزلي وخلق مناقشة تهدف إلى تصحيح بعض الأفكار لدى الطفل حول ردود فعل والديه.</p> <p>- نطلب من الطفل أن يتحدث لنا عن مشاعره وأفكاره من خلال القيام بتخيل نفسه عند النهوض صباحا وفراشه مبللا ونطلب منه أن يمثل لنا انفعالاته خاصة عندما يكتشف أفراد أسرته انه بلل فراشه.</p> <p>- نطلب من الطفل أن يتكلم عن الأفكار التي راودته أثناء هذا الموقف ونناقشها معه.</p> <p>- في الأخير نطلب منه أن يعيد سرد نفس الموقف لكن هذه المرة بتغيير أفكاره وانفعالاته إلى أخرى ايجابية.</p> <p>- الواجب المنزلي:</p> <p>نطلب من الطفل أن يعمل بمساعدة الأم على تحديد الأفكار السلبية التي تدور في</p>	<p>- تعبير الطفل على انفعالاته بكل حرية وكذلك أفكاره.</p> <p>- تعلم تسيير الانفعال والتحكم به من خلال التحكم في الأفكار.</p>
			<p>الخامسة</p>

		رأسه عند تبوله في فراشه، ثم العمل على استبدالها بأفكار ايجابية.		
70د	الحوار المناقشة التفريغ الانفعالي التخيل، التحكم الذاتي التعزيز إعادة البناء المعرفي الواجب المنزلي	<p>(الجلسة خاصة بالطفل)</p> <p>- تفحص الشمسية والاحتفاظ بها من طرف الفاحصة.</p> <p>- إلقاء نظرة على الواجب المنزلي ومناقشة الطفل حول إمكانية التحكم في أفكارنا وتغييرها إلى أخرى ايجابية.</p> <p>- نطلب من الطفل أن يتخيل نفسه نائماً في فراشه ومثانته ممثلة يشعر برغبة في التبول يحاول أن لا يتبول ولكنه يفشل ويتبول في فراشه نطلب منه عندها أن يحدثنا عن مشاعره وأفكاره في تلك اللحظة.</p> <p>- نطلب من الطفل إعادة تخيل نفس الموقف هذه المرة يشعر انه غير قادر على التحكم في مثانته أكثر فينهض من نومه ويذهب إلى الحمام لإفراغ مثانته بدل تبليل فراشه، ونطلب منه مرة أخرى أن يعبر لنا عن مشاعره وأفكاره هذه المرة.</p> <p>- نقوم بمقارنة ما بين الانفعالات والأفكار في المشهد الأول والانفعالات والأفكار في المشهد الثاني ونبحث عن النقاط الايجابية لنعزز فكرة الاستيقاظ والذهاب إلى الحمام لإفراغ المثانة الممتلئة.</p>	<p>- تعبير الطفل عن انفعالاته وأفكاره.</p> <p>- اكتساب الطفل الثقة في النفس من خلال تعلم التحكم في مثانته.</p> <p>- ترويض المثانة.</p>	السادسة

قائمة الملاحق

		<p>- الواجب المنزلي:</p> <p>عند شعور الطفل بالحاجة إلى التبول يحاول التحكم في مثانته وعدم التبول في الحمام، بل يذهب ليستلقي في فراشه ويلهي نفسه بشيء آخر كالتلفاز أو قراءة قصة أو اللعب مع إخوته، وعند الوصول إلى مرحلة يشعر فيها بعدم قدرته على التحكم في مثانته أكثر يذهب إلى الحمام، ويكون هذا التمرين بمساعدة من الأم بشرط أن تعمل على تشجيع الطفل في نهاية التمرين بتقديم هدية أو مكافئة للطفل.</p>		
90 د	<p>الحوار</p> <p>المناقشة</p> <p>التساؤل</p> <p>التفريغ</p> <p>الانفعالي</p> <p>السردي</p> <p>الإصغاء</p>	<p>(الجلسة خاصة بالطفل)</p> <p>- تفحص الشمسية والاحتفاظ بها من طرف الفاحصة.</p> <p>- تقييم الواجب المنزلي ومناقشته مع الطفل.</p> <p>- نسال الطفل عن السلوكات المزعجة التي تصدر من الأشخاص المحيطين به فيما يتعلق بمشكلة تبوله في الفراش و نترك له المجال ليتكلم بكل حرية.</p> <p>- نقوم بمناقشة مع الطفل حول ردود أفعال الآخرين اتجاه مشكلته محاولة منا للوصول بالطفل إلى التعامل مع سلوكات الآخرين على أنها تعبير عنهم ولا تعبير عليه هو بالذات وان تبوله في الفراش موضوع يخصه</p>	<p>- توعية الطفل لخصوصيته وتجنب التأثير السلبي بالآخرين.</p> <p>- تنمية مفهوم ذات ايجابية.</p> <p>- العمل على تقوية الثقة في النفس لدى الطفل.</p> <p>- التواصل بين الطفل والأسرة.</p>	<p>السابعة</p>

قائمة الملاحق

	<p>إعادة البناء المعرفي</p> <p>الواجب المنزلي</p>	<p>هو ولا يعني غيره.</p> <p>- الواجب المنزلي:</p> <p>نطلب من الطفل ممارسة لعبة بسيطة تتمثل في اجتماع أفراد عائلته في شكل حلقة وعلى كل واحد منهم أن يقدم رأيه في مشكلة التبول لدى الطفل في المقابل يقوم الطفل بالرد على كل فرد من أفراد أسرته وإبداء رأيه بكل حرية وهنا نطلب من الأم مساعدته على التعبير عن نفسه بكل أريحية وتشجيعه وكذا حث أفراد الأسرة على عدم صده والاستماع له باهتمام.</p> <p>• إذا أبدى الطفل تقدما جيدا على الشمسية نطلب منه وضع صورة له ولأحد الوالدين داخل خانة الليلة الجافة بدل الشمس المشرقة طيلة أيام الأسبوعين المتتاليين.</p>		
<p>45 د</p>	<p>الحوار</p> <p>المناقشة</p> <p>التلخيص</p> <p>الإصغاء</p>	<p>(الجلسة مشتركة ما بين الأم والطفل)</p> <p>- تفحص الشمسية والاحتفاظ بها من طرف الفاحصة.</p> <p>- تفحص الواجب المنزلي ومناقشته الطفل وانطباعه حول وضع صورة احد الوالدين في الشمسية.</p> <p>- وضع حوصلة حول العمل العلاجي ومجرباته طيلة الجلسات السابقة.</p> <p>- التحضير للجلسة الختامية ومشاركة كل</p>	<p>- التحضير لنهاية البرنامج العلاجي واختتامه.</p>	<p>الثامنة</p>

قائمة الملاحق

		من الأم والطفل في تحديد مجرياتها.		
	الحوار	(الجلسة مشتركة ما بين الأم والطفل)		
	التلخيص	- تفحص الشمسية والاحتفاظ بها من طرف الفاحصة.	- اختتام الجلسات.	
	الإصغاء	- تقديم هدية للطفل مكافأة له على نجاحه وأدائه الجيد في البرنامج العلاجي.		
	التعزيز	- نطلب من الأم والطفل الاستمرار على الإجراءات المتبعة طيلة البرنامج إلى غاية استدعائهم بعد فترة زمنية معينة.		
	الايجابي	- نعطي لكل من الأم والطفل فرصة للتعبير عن انطباعهما في نهاية البرنامج العلاجي.		
		- احتفالية صغيرة نحتفل فيها بأداء الطفل تحضر فيها الأم الحلويات المفضلة لطفلها ونترك لها الاختيار لتقديم هدية تشجيعية أو تقديم تشجيع معنوي.		
جلسة مفتوحة				التاسعة

الملحق رقم (06):

جدول تسجيل التبول اللاإرادي (الشمسية الأسبوعية)



الشمسية الأسبوعية

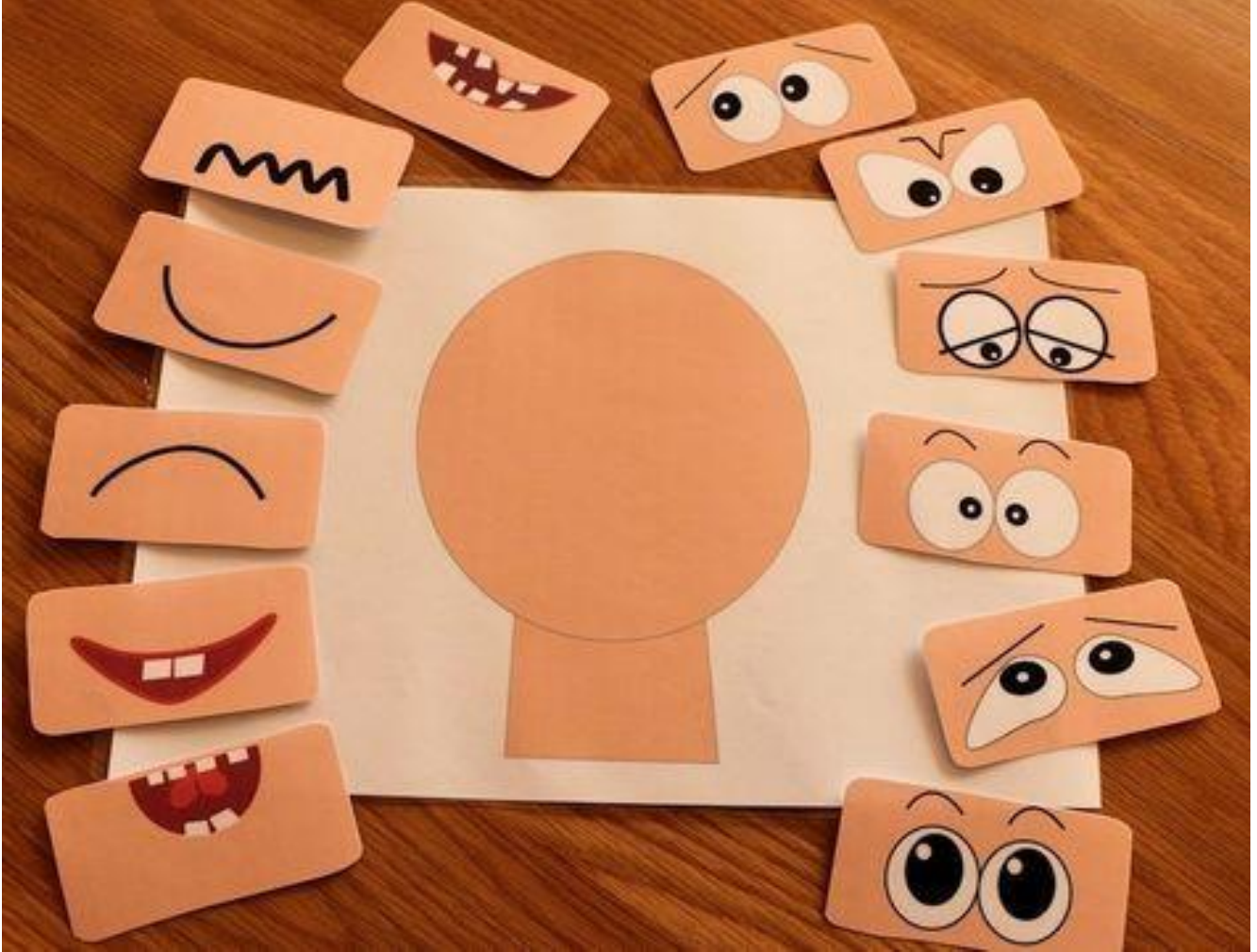
الإسم:

اللقب:

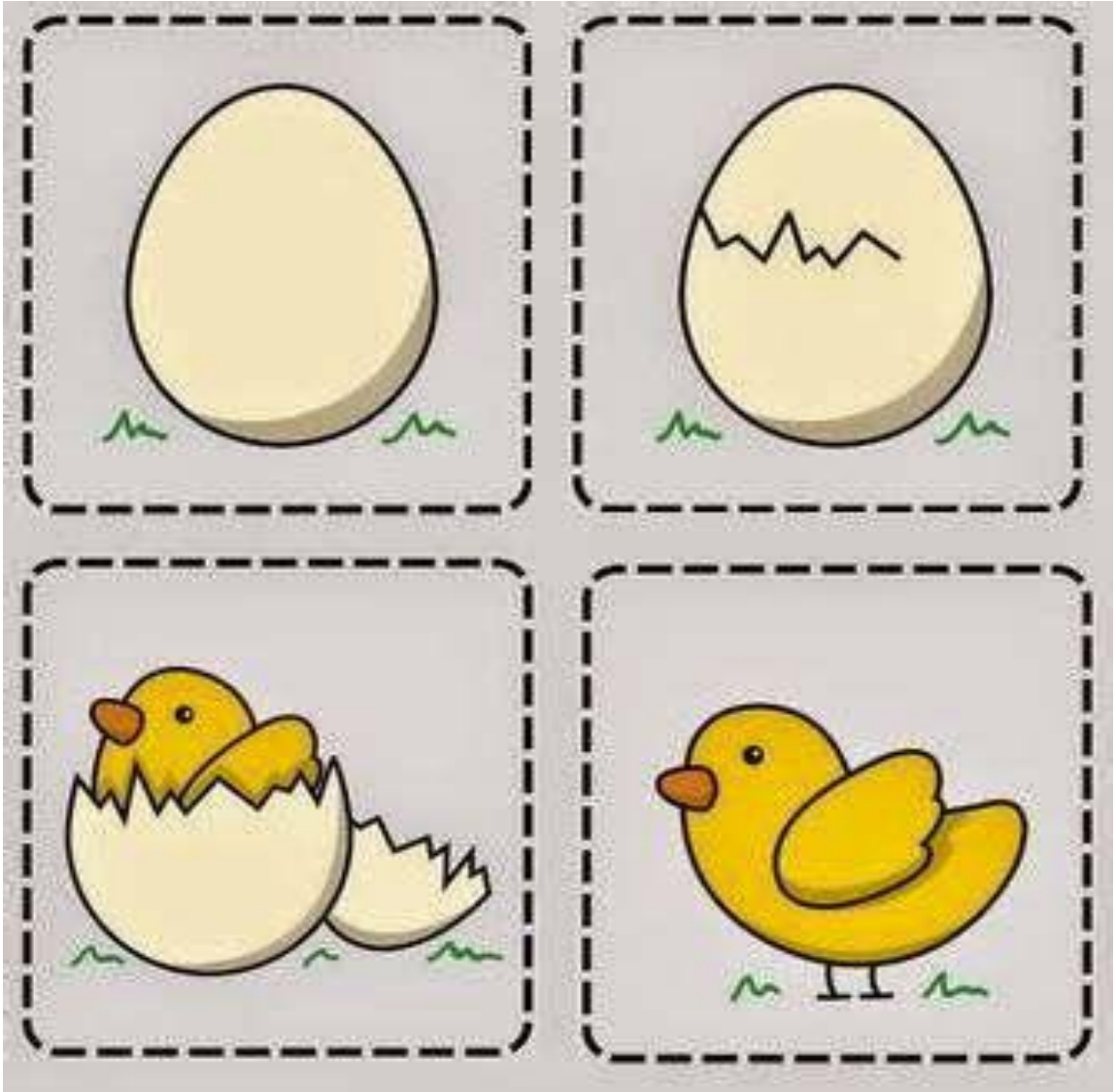
مبل ومتسخ	جاف ونظيف
	
	
	السَّبْتُ 
	الأَحَدُ 
	الإِثْنَيْنِ 
	الثَّلَاثَاءُ 
	الأَرْبَعَاءُ 
	الأَحْمِيسُ 
	الأَجْمَعَةُ 

حاول انجاز الشمسية بمهارة و في كل أسبوع ستجد نشاطات أخرى متنوعة ستعجبك. انظر الصفحة الموالية...

- لا تنسى أن تحضر الشمسية للفاحصة في الموعد المقبل، إلى اللقاء.
- **نشاط اليوم:** القص والتركيب (نشاط مشترك بين جميع الأطفال)
- قم بقص الأجزاء الصغيرة من الوجه بعدها شكل تعبير الوجه الذي تريده، استمتع.



- لا تنسى أن تحضر الشمسية للفاحصة في الموعد المقبل، إلى اللقاء.
- **نشاط اليوم:** القص والترتيب (نشاط للأطفال الأقل من 7 سنوات)
- قم بقص الصورة إلى أربع بطاقات كما هو موضح بعدها رتب البطاقات حسب تقديرك من الأولى إلى الرابعة.



قائمة الملاحق

➤ لا تنسى أن تحضر الشمسية للفاحصة في الموعد المقبل، إلى اللقاء.

➤ نشاط اليوم: المنطق (نشاط للأطفال الأكثر من 7 سنوات)

➤ قم بقص المربعات الصغيرة التي تحمل أشكال ملونة مختلفة وحاول أن تضع كل مربع في مكانه المناسب.

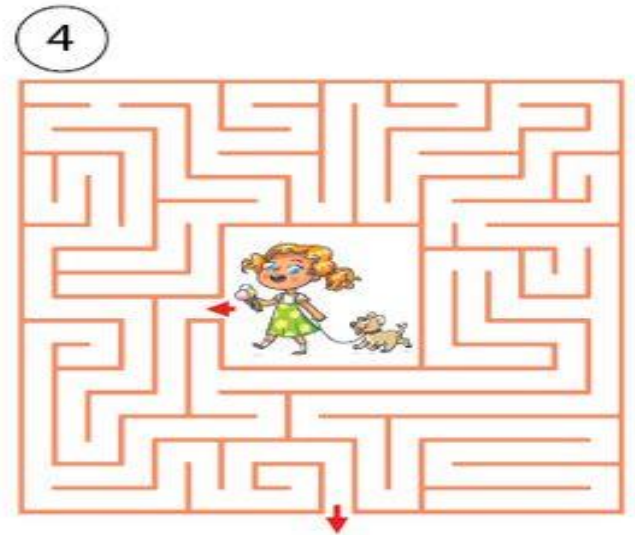
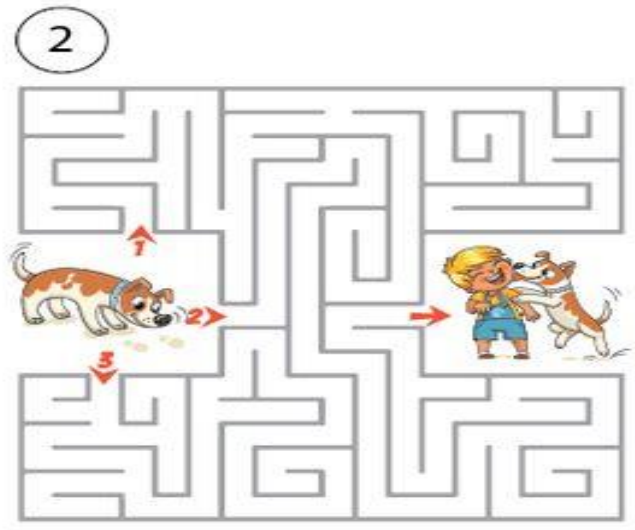
The activity consists of a 4x4 grid with four colored dots above each column. To the left of the grid are four flower shapes: a five-petaled flower, a bell-shaped flower, a five-petaled flower, and a tulip. Below the grid is a collection of 18 colored flower shapes in various colors and orientations, intended to be placed in the grid cells.

قائمة الملاحق

➤ لا تنسى أن تحضر الشمسية للفاحصة في الموعد المقبل، إلى اللقاء.

➤ **نشاط اليوم:** المتاهة (نشاط للأطفال الأكثر من 7 سنوات)

➤ قم بمساعدة الأطفال في الصورة للوصول إلى هدفهم من خلال رسم الطريق الصحيح.

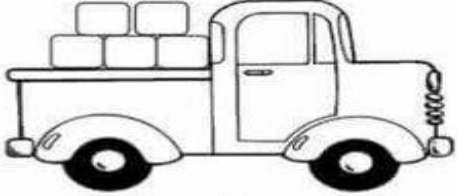

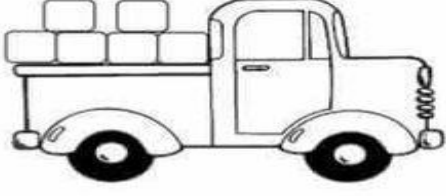
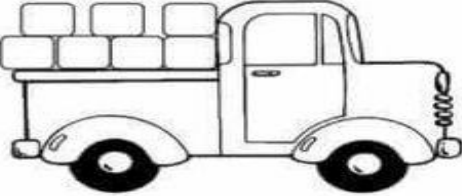
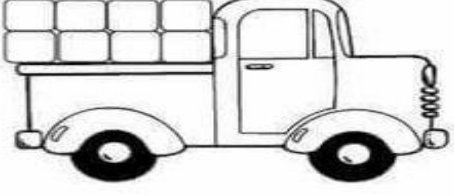
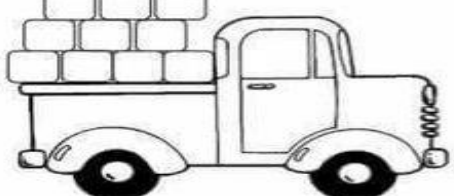


قائمة الملاحق

➤ لا تنسى أن تحضر الشمسية للفاحصة في الموعد المقبل، إلى اللقاء.

➤ نشاط اليوم: الحساب (نشاط للأطفال الأقل من 7 سنوات)

➤ شاهد الصورة جيدا، لدينا شاحنة تحمل مجموعة من العلب، وأسفل البطاقة تجد مجموعة من الأعداد، حاول أن تعد حمولة الشاحنة من العلب و لون الرقم المناسب باللون الذي تحبه، بالتوفيق.

	
2 6 4 5	4 1 5 6
	
8 6 7 5	4 7 8 6
	
9 10 8 7	8 6 10 7

الملحق رقم (07):

مخرجات SPSS25

		الجنس			Cumulative
		Frequency	Percent	Valid Percent	Percent
Valid	ذكر	5	62.5	62.5	62.5
	أنثى	3	37.5	37.5	100.0
Total		8	100.0	100.0	

		السن			Cumulative
		Frequency	Percent	Valid Percent	Percent
Valid	5	1	12.5	12.5	12.5
	6	2	25.0	25.0	37.5
	8	2	25.0	25.0	62.5
	9	1	12.5	12.5	75.0
	10	1	12.5	12.5	87.5
	11	1	12.5	12.5	100.0
	Total	8	100.0	100.0	

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	قبلي	23.1250	8	2.16712	.76619
	بعدي	.3750	8	.51755	.18298

Paired Samples Correlations

	N	Correlation	Sig.
Pair 1 بعدي & قبلي	8	.716	.046

Paired Samples Test

	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	Paired Differences		T	df	Sig. (2-tailed)
				95% Confidence Interval of the Difference				
				Lower	Upper			
Pair 1 - قبلي بعدي	22.75000	1.83225	.64780	21.21820	24.28180	35.119	7	.000

Paired Samples Statistics

	Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1 أثناء	6.0000	8	2.26779	.80178
بعدي	.3750	8	.51755	.18298

Paired Samples Correlations

	N	Correlation	Sig.
Pair 1 بعدي & أثناء	8	.000	1.000

Paired Samples Test

	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	Paired Differences		T	df	Sig. (2-tailed)
				95% Confidence Interval of the Difference				
				Lower	Upper			
Pair 1 - أثناء بعدي	5.62500	2.32609	.82240	3.68034	7.56966	6.840	7	.000

قائمة الملاحق

Group Statistics

	الجنس	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
بعدي	ذكر	5	.4000	.54772	.24495
	أنثى	3	.3333	.57735	.33333

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means				95% Confidence Interval of the Difference		
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
بعدي	Equal variances assumed	.117	.744	.164	6	.875	.06667	.40734	-.93006	1.06339
	Equal variances not assumed			.161	4.140	.880	.06667	.41366	-1.06671	1.20004