

# فعالية برنامج علاجي لعلاج التبول اللاإرادي الليلي ومصاحباته النفسية لدى الأطفال وفق المنظور التوفيقي التكاملي

حداش خديجة

أخصائية نفسانية

المؤسسة العمومية للصحة الجوارية - المدينة-

## الملخص:

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

وقد اشتملت عينة الدراسة التجريبية على 10 أطفال يعانون من التبول اللاإرادي الليلي (6 ذكور و4 إناث)، قامت الباحثة بتطبيق البرنامج عليهم لمدة شهرين، والذي تبدأ جلساته بملاً استمارة التبول اللاإرادي والقياس القبلي لمتغيرات الدراسة (تطبيق مقياس القلق ومقياس مفهوم الذات للأطفال) وبعدها الجلسات العلاجية وتنتهي بالقياس البعدي لمتغيرات الدراسة، ثم القياس التبعي بعد شهر.

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

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي (عدد الليالي المبللة- القلق- مفهوم الذات) لدى الأطفال المتبولين للقياس القبلي وللقياس البعدي وذلك لصالح القياس البعدي.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي (عدد الليالي المبللة - القلق- مفهوم الذات) لدى الأطفال المتبولين للقياس البعدي وللقياس التبعي.

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

الكلمات المفتاحية: التبول اللاإرادي الليلي، الطفولة المتأخرة، البرنامج العلاجي، العلاج الانتقائي الإدماجي.

## Résumé

Cette étude vise à identifier l'efficacité du programme thérapeutique pour une thérapie de l'énurésie nocturne primaire et ses comorbides (anxiété et concept de soi) chez les enfants dans l'étape tardive selon l'approche éclectique intégrative. Pour atteindre les objectifs ; l'étude a été construite dans le programme thérapeutique.

Pour un échantillon composé de 10 enfants souffrant d'énurésie nocturne (6 garçons et 4 filles), la chercheur a appliqué un programme pendant deux mois. Le programme comprend plusieurs séances et commence par la séance de remplissage le formulaire d'énurésie et mesure des variables de l'étude (l'application de l'échelle de l'anxiété et l'échelle de concept de soi) et après des séances de thérapie qui se terminent par la mesure dimensionnelles des variables de l'étude, puis la mesure itérative après un mois. (prétest-test)

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

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

Le plus important résultat de l'étude est l'effet positif du programme thérapeutique qui relève des techniques de thérapie variées qui ont été utilisées dans le programme en cours, dans un système thérapeutique intégré et interdépendant.

**Mots clés** : énurésie nocturne ; l'enfance tardive ; le programme thérapeutique ; la thérapie intégrative.

## مقدمة:

يعد الاهتمام بالطفولة من أهم المعايير التي يقاس بها تقدم المجتمع وتطوره، فهذا الاهتمام هو في الواقع اهتمام بمستقبل الأمة، فإعداد الأطفال ورعايتهم في كافة الجوانب هو إعداد لمواجهة التحديات الحضارية التي تفرضها مقتضيات التطور والتغير السريع الذي نعيشه اليوم. إن إهمال رعاية الطفل وحرمانه من حاجاته ومطالب نموه يؤدي إلى حدوث العديد من الاضطرابات التي يتعرض إليها الطفل بسبب هذا الإهمال، وعدم توفر الرعاية اللازمة، وهذه الاضطرابات متعددة، ويأتي في مقدمة هذه الاضطرابات التي شغلت فكر الأطباء، والنفسيين، والآباء، والمربين: التبول اللاإرادي.

## 1- الإشكالية:

يتبول الأطفال الرضع لإراديا في أثناء فترات النوم واليقظة، ويستمررون في ذلك إلى أن يصلوا مرحلة يمكنهم فيها التحكم بالثانة، وينمو الأطفال في معدلات مختلفة، كما تختلف نسبة تبولهم اللاإرادي في أثناء الليل، فبعض الرضع ينام طوال الليل دون أن يتبول منذ لحظة ولادته، ولكن يوجد أيضا أطفال يتبولون لإراديا وهم في عامهم الخامس رغم قدرتهم على استخدام المرحاض. (بترس حافظ بترس، 2008، ص306)

والتبول اللاإرادي من اضطرابات الإخراج ويعد من أكثر الاضطرابات السلوكية شيوعا لدى الأطفال. (محمد ابراهيم سعفان، 2001، ص210)

ولقد كتب عن التبول اللاإرادي في البرديات المصرية قبل أكثر من 1500 سنة قبل الميلاد. (زكريا الشريبي، 2006، ص54)

والتبول اللاإرادي يظهر في عدم القدرة على ضبط المثانة والتحكم في انسياب البول سواء بالنهار أو الليل، وذلك لدى الطفل الذي يتجاوز عمره الزمني 3-4 سنوات، وهو السن الذي يتوقع عنده التحكم دون أن يكون هناك سبب عضوي خلف ذلك، أي أن الفحص الطبي قد بين عدم وجود عيوب أو تشوهات خلقية في المسالك البولية أو وجود أمراض عضوية تؤدي إلى ظهور مشكلة التبول اللاإرادي، مع وضع في الاعتبار أن عملية ضبط المثانة تختلف من طفل لآخر فهناك نسبة قليلة يمكنها التحكم في نهاية العام الثاني ويتوقع أن كل الأطفال يتحكمون في نهاية العام الثالث أو خلال العام الرابع. (محمد ابراهيم سعفان، 2001، ص210)

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

ومن أنواع التبول اللاإرادي نجد التبول اللاإرادي الليلي الذي يعني أن الطفل يتبول ليلاً بشكل لاإرادي نتيجة حلم من نوع ما يحدث لهم كأن يحلم الطفل أنه يستحم أو يلعب في البحر أو أنه داخل دورة مياه أو غير ذلك، ويحدث التبول في هذه الحالة دون شعور الطفل بوقت حدوثه، إلا أنه يتذكر في الغالب الأحداث التي مرت بالحلم وأدت إلى هذا التبول، وتصل نسبة حالات التبول اللاإرادي الليلي عند الأطفال إلى 66% تقريباً من حالات التبول. (سامي محمد ملحم، 2007، ص143)

وتشير الإحصاءات إلى أن نسبة التبول الليلي في سن 5 سنوات تكون 15-20% بينما عند الأطفال الأكبر من 5 سنوات تكون 7% عند الأولاد و3% عند البنات، وفي سن 10 سنوات تصبح النسبة 3% للأولاد و2% للبنات. (سوسن شاكر مجيد، 2008، ص11)

وللتبول في أثناء النوم مصاحبات بعضها نتائج للتبول نفسه وبعضها نتائج للأسباب التي نتج عنها التبول، ولعل أبرز هذه النتائج المحسوسة كالتساخ الفراش وتعرضه للتلف وتلويث هواء غرفة النوم، والتي تكون عادة قليلة التهوية وغاصة بالنائمين، ومن هذه المصاحبات كذلك الأعراض السيكولوجية التي تكون إما من نوع الشعور بالنقص أو فقد الشعور بالأمن، كالفشل الدراسي، الشعور بالذلة، والخجل والميل إلى الانزواء، والنوبات العصبية والاستمناغ وغير ذلك، وإما أن تكون الأعراض تعويضية كالعناد، والتخريب، والميل إلى الانتقام، وكثرة النقد وسرعة الغضب وغير ذلك ويصاحب التبول في كثير من الحالات، النوم المضطرب والأحلام المزججة وتدهور الحالة العصبية. (حمزة الجبالي، 2006، ص40)

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

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

كما تؤكد Chandra أنه زيادة على حدة القلق الناتج عن هذا السلوك تضطرب العلاقات التفاعلية بين الطفل وأوليائه نتيجة النظرة السلبية التي يكونها الوالدان عن ابنهما وعدم تقبلهم لمثل هذا السلوك، وتقدم الطفل في سنه يزيد في رفض الأولياء لذلك مما يؤدي إلى ارتفاع في حدة كل المخالفات السلبية لهذا السلوك المشكل. (شفيقة زموري، 2002، ص5)

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

دراسة (Moffat et al 1987) التي أجراها على 112 طفل متبول أنه هناك تحسن في درجات مفهوم الذات بعد العلاج.

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

كما توصل (Longstaff, 2000) في دراسته التي أجراها على 182 طفل متبول وقسمهم إلى 3 مجموعات وطبق عليهم 3 أنواع من العلاجات إلى تحسن في درجات مفهوم الذات لدى الأطفال. (شفيقة زموري، 2002، ص23)

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

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

لذلك وجب التكفل النفسي وعلى وجه السرعة بهذه الفئة بعد استبعاد الحالات التي سببها عضوي لتحقيق التوافق والصحة النفسية للأطفال، ولكن يطرح إشكال أن معظم مدارسنا في الجزائر تفتقر للخدمات النفسية مما وجب تحويل الأطفال الذين بحاجة إلى الرعاية النفسية إلى الوحدات المعنية بخدمات العلاج النفسي التي تفتقر الكثير منها إلى وجود البرامج العلاجية المناسبة لهؤلاء الأطفال والتي لا تزال تعتمد على الاجتهادات الشخصية للأخصائيين، على الرغم من أنه هناك بحوث سابقة في الجزائر اهتمت ببناء وتطوير برامج لعلاج التبول اللاإرادي من منظور سلوكي أو سلوكي- معرفي، لكن تميزت بطول فترة العلاج ونسبة نجاح لا تتعدى 50% ولم يأخذوا بعين الاعتبار علاج المصاحبات النفسية للتبول اللاإرادي الليلي، ولذلك الدراسة الحالية

تهدف إلى بناء برنامج لعلاج التبول اللاإرادي الليلي الأولي ومصاحباته النفسية (القلق ومفهوم الذات) لدى أطفال المرحلة المتأخرة (9-11 سنة) من منظور انتقائي إدماجي.

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

## 2- الفرضيات:

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

## 3- أهداف البحث:

تهدف الدراسة الحالية إلى:

- 1- تصميم برنامج علاجي ذو طبيعة انتقائية إدماجية كاتجاه حديث في مجال العلاج النفسي، اتجه مترابط منفتح لإضافات في مجال الفنيات العلاجية، ليكون البرنامج العلاجي في إعداده وبناءه وتطبيقه وتقييمه منظومة علاجية مترابطة متسقة، تعتمد على اختيار الفنيات العلاجية بانتقائية، بحيث تسهم كل منها في علاج التبول الليلي ومصاحباته النفسية.
- 2- التحقق من مدى فعالية البرنامج العلاجي المستخدم في الدراسة لعلاج التبول اللاإرادي الليلي ومصاحباته النفسية لدى أفراد عينة الدراسة من خلال المعالجة العلاجية والإحصائية للمجموعة التجريبية.

- 3- التعرف على مدى استمرارية أثر البرنامج العلاجي في علاج التبول اللاإرادي ومصاحباته النفسية لدى أفراد عينة الدراسة بعد انتهاء الجلسات العلاجية وأثناء فترة المتابعة.
- 4- الاستفادة من نتائج الدراسة في تقديم علاج لمواجهة مشكل التبول اللاإرادي الليلي ومصاحباته النفسية في مجتمعات مشابهة لمجتمع الدراسة الحالية.

#### 4- المنهجية:

##### منهج الدراسة :

نظرا لطبيعة الدراسة وهدفها وهو بناء برنامج علاجي وقياس مدى فعاليته فإن المنهج المناسب هو المنهج التجريبي (تصميم ذو المجموعة الواحدة).

##### عينة الدراسة :

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

##### الإطار الزمني والمكاني للتجربة :

دامت التجربة 3 أشهر وذلك من منتصف شهر أكتوبر إلى منتصف شهر جانفي 2014. وتمت التجربة في مكتب المختصة النفسية بالعيادة المتعددة الخدمات ببلدية العمارية، التابعة للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالبرواقية بولاية المدية، أين تعمل الباحثة.

##### أدوات الدراسة :

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

## تصميم الدراسة:

تمت هذه الدراسة على مراحل كما يلي:

- الاطلاع على مختلف الدراسات التي تناولت موضوع التبول اللاإرادي والاطلاع أيضا على أفضل الفنيات العلاجية لمختلف المدارس.
- بناء البرنامج العلاجي بانتقاء أفضل التقنيات العلاجية من مختلف المدارس ودمجها بشكل تكاملي.
- عرض البرنامج العلاجي على سبعة أساتذة محكمين وأخذ ملاحظاتهم بعين الاعتبار في تعديل البرنامج.
- القيام بدراسة استطلاعية للتأكد من الخصائص السيكومترية للمقياس وبتجربة استطلاعية للبرنامج للتمكن أكثر في تطبيق البرنامج ومعرفة الصعوبات لتفاديها في الدراسة الأساسية، والبحث على أفراد المجموعة التجريبية في نفس الوقت.
- تطبيق البرنامج على أطفال المجموعة التجريبية الذي بدأت جلساته بملاً استمارة التبول اللاإرادي، وتشخيص الحالة المرضية بواسطة Dsm 4 المعدل وفي الجلسة الثانية تم القياس القبلي لمتغيرات الدراسة (عدد الليالي المبللة - مقياس القلق ومقياس مفهوم الذات) وبعدها رسم العائلة، وفي الجلسات العلاجية الثمانية الفردية الموالية تم تطبيق فنيات علاجية متعددة وبعدها خمس جلسات جماعية تم التركيز فيها على فنية السيكدوراما والعلاج باللعب .
- إجراء القياس البعدي لمتغيرات الدراسة (عدد الليالي المبللة-القلق - مفهوم الذات) في آخر جلسة وهي الجلسة 16.
- إجراء القياس التبعي لمتغيرات الدراسة (عدد الليالي المبللة-القلق - مفهوم الذات) بعد شهر من تطبيق البرنامج.
- إجراء المعالجة الإحصائية للبيانات بواسطة البرنامج الإحصائي للعلوم الاجتماعية spss وتحليلها.

## 5- عرض النتائج:

سيتم عرض نتائج الفرضيات الثلاث الأولى من خلال الجدول (1) والفرضيات الثلاث الأخيرة من خلال الجدول (2)

الجدول 1: الفروق بين متوسطات القياس القبلي والبعدى (لعدد الليالي المبلة- القلق- مفهوم الذات) لدى الأطفال المتبولين.

المتغير	القياس	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	متوسط الفروق	الانحراف المعياري للفروق	قيمة «ت»	مستوى الدلالة
عدد الليالي المبلة	القبلي ن=10	4.60	1.89	3.90	1.79	6.88	0.01
	البعدى ن=10	0.70	1.56				
درجات القلق	القبلي ن=10	14.90	5.58	8.10	6.26	4.09	0.01
	البعدى ن=10	6.80	5.88				
درجات مفهوم الذات	القبلي ن=10	53.10	10.02	14.1	8.60	5.18	0.01
	البعدى ن=10	67.20	6.46				

يتضح من نتائج الجدول (1) أعلاه عن عدد الليالي المبلة في القياس القبلي والبعدى أنه بلغت قيمة المتوسط الحسابي للقياس القبلي 4.60 وانحراف معياري قدره 1.89 ، بينما قدرت قيمة المتوسط الحسابي للقياس البعدى بـ 0.70 وانحراف معياري بلغ 1.56، أما عن قيمة ت فقد بلغت 6.88 وهي دالة إحصائية.

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

ويتضح أيضاً من نتائج الجدول (1) عن درجات القلق في القياس القبلي والبعدى أنه بلغت قيمة المتوسط الحسابي للقياس القبلي 14.90 وانحراف معياري قدره 5.58، بينما قدرت قيمة المتوسط الحسابي للقياس البعدى بـ 6.80 وانحراف معياري بلغ 5.88، أما عن قيمة ت فقد بلغت 4,09 وهي دالة إحصائية.

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

و يتضح أيضا من نتائج الجدول (1) عن درجات مفهوم الذات في القياس القبلي والبعدي أنه بلغت قيمة المتوسط الحسابي للقياس القبلي 53.1 وانحراف معياري قدره 10.02، بينما قدرت قيمة المتوسط الحسابي للقياس البعدي ب 67.2 وانحراف معياري بلغ 6.45، أما عن قيمة ت فقد بلغت 5.18 وهي دالة إحصائية.

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

الجدول 2: الفروق بين متوسطات القياس البعدي والتبقي (لعدد الليالي المبلة- القلق- مفهوم الذات) لدى الأطفال المتبولين.

المتغير	القياس	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	متوسط الفروق	الانحراف المعياري للفروق	قيمة «ت»	مستوى الدلالة
عدد الليالي المبلة	البعدي ن=10	0.70	1.56	0.50	2.32	68.0	0.05
	التبقي ن=10	1.20	2.57				
درجات القلق	البعدي ن=10	6.80	5.88	0.70	3.05	0.72	0.05
	التبقي ن=10	6.10	6.20				
درجات مفهوم الذات	البعدي ن=10	67.20	6.46	1.80	4.23	1.34	0.05
	التبقي ن=10	69.00	8.24				

يتضح من نتائج الجدول (2) أعلاه عن عدد الليالي المبلة في القياس البعدي والتبقي أنه بلغت قيمة المتوسط الحسابي للقياس البعدي 0.70 وانحراف معياري قدره 1.56، بينما قدرت قيمة المتوسط الحسابي للقياس التبقي ب 1.20 وانحراف معياري بلغ 2.57، أما عن قيمة ت فقد بلغت 0.68 وهي دالة إحصائية.

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

يتضح أيضا من نتائج الجدول (2) أعلاه عن درجات القلق في القياس البعدي والتبقي أنه بلغت قيمة المتوسط الحسابي للقياس البعدي 6.80 وانحراف معياري قدره 5.88، بينما قدرت قيمة المتوسط الحسابي للقياس التبقي ب 6.10 وانحراف معيار بلغ 6.20، أما عن قيمة ت فقد بلغت 0.72 وهي دالة إحصائيا.

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

ويتضح أيضا من نتائج الجدول (2) أعلاه عن درجات مفهوم الذات في القياس البعدي والتبقي أنه بلغت قيمة المتوسط الحسابي للقياس البعدي 67.20 وانحراف معياري قدره 6.46، بينما قدرت قيمة المتوسط الحسابي للقياس التبقي ب 69.00 وانحراف معياري بلغ 8.24، أما عن قيمة ت فقد بلغت 1.34 وهي دالة إحصائيا.

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

مما سبق نستنتج أنه:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي (عدد الليالي المبللة- القلق- مفهوم الذات) لدى الأطفال المتبولين للقياس القبلي وللقياس البعدي وذلك لصالح القياس البعدي.
  - لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي (عدد الليالي المبللة - القلق- مفهوم الذات) لدى الأطفال المتبولين للقياس البعدي وللقياس التبقي.
- وأهم نتيجة توصلت إليها الدراسة هو الأثر الإيجابي للبرنامج العلاجي الذي قدرت نسبة الشفاء من خلاله ب 90% ونسبة الانتكاس ب 10%.

## 6- مناقشة النتائج:

وتفسر الباحثة هذه النتائج في ضوء اعتماد البرنامج العلاجي المستخدم في الدراسة على الاتجاه الانتقائي الإدماجي الذي يمثل الممارسة العلاجية في صورتها الناضجة التي تستفيد من كل الإسهامات الجادة والفعالة وتحقق الأهداف العلاجية بأفضل مستوى ممكن وتحقق المرونة والاتزان والشمول وتقوم على التنظيم والتنوع والاختيار بأسلوب متلاحم ومنسجم ومتسق، ويدعم هذه الفعالية ما يراه إبراهيم عبد الستار (1998) أنه من غير المقبول الآن أن تستخدم فنية علاجية في معالجة كل المشكلات النفسية والاجتماعية كما كان يحدث في السابق، أو كما لا يزال يفعل البعض. (إبراهيم عبد الستار، 1998، ص 204)

فالبرنامج الحالي مستمد من الاتجاه الانتقائي الإدماجي الذي وصف بعلاج العصر، وظفت

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

ونتفق هذه الرؤية مع ما ذهب إليه Capuzzi « من أن أفضل عمل علاجي هو الذي يؤثر وينجح والعلاج الانتقائي الإدماجي اتجاه عملي يرفض النظرة الأحادية» (David Capuzzi, 2000, p460)

كما نتفق مع ما ذكره علاء الدين كفاي من « أن العلاج الانتقائي طريقة لها جاذبيتها التي تجذب كثير من المعالجين إليها وهم يفعلون ذلك للنتائج الايجابية التي يحققونها من وراء تطبيقها إضافة إلى شعور المرشد بالحرية والانفتاح على كل ما هو في الميدان وشعوره بأنه لا يحرم نفسه من أية ميزة تكون موجودة في إحدى الطرق» (علاء الدين كفاي، 2003، ص 261)

إذا هذه الدراسة هي دعوة للتفتح العلمي، والقيام ببناء برامج علاجية انتقائية إدماجية للتصدي لمختلف الاضطرابات النفسية.

عرض محتوى جلسات البرنامج:

رقم الجلسة	موضوع الجلسة	الفيئات المستخدمة	زمن الجلسة
الجلسة 1	عنوان الجلسة: التعارف وبناء العلاقة العلاجية الهدف: التعرف على الطفل وأوليائه وملاء استمارة التبول اللاإرادي وتبادل المعلومات للتواصل والاتفاق على موعد الجلسات وزمنها وكيفية سيرها.	واجب منزلي للطفل وللوالدين: مراقبة الطفل في الأسبوع الأول كم مرة تم التبول الليلي وعلى أية ساعة. (تقدم استمارتين فيهما أيام الأسبوع واحدة للطفل والأخرى للوالدين لحساب عدد الليالي المبللة في الأسبوع)	جلسة مفتوحة
الجلسة 2	عنوان الجلسة: القياس القبلي	تطبيق المقاييس الآتية: مقياس القلق للأطفال مقياس مفهوم الذات للأطفال مقياس رسم العائلة	جلسة مفتوحة
الجلسة 3	عنوان الجلسة: تدريب الدافعية الذاتية وتحمل المسؤولية. الهدف: - تدريب الدافعية الداخلية ليستطيع الطفل تحمل مشقة البرنامج. - توقيع العقد العلاجي مع الطفل واعطائه نسخة منه.	- العلاج القصصي (قصة الفأر صقر) التقويم الذاتي للسلوك (التبول اللاإرادي). تنمية الشعور بتحمل المسؤولية. التخطيط للسلوك المسئول (خطة متدرجة ) الالتزام بالخطط.	45 د
الجلسة 4	عنوان الجلسة: البدء في الخطة العلاجية. الهدف: استيعاب الطفل كل الفيئات الموضحة بشكل نصائح مبسطة	الواجب المنزلي: تقوية العضلات القابضة تمرين المثانة العلاج بالحمية منبه البول المراقبة والمكافأة تحسين وضعية النوم الحديث الذاتي قبل النوم	45 د

الجلسة 5	عنوان الجلسة: التفريغ الانفعالي الهدف: إخراج مكبوتات الطفل اللاشعورية التي تجعله دائماً في حالة قلق.	د 45	التفريغ الانفعالي (استعمال رسم الطفل للعائلة) فنية المقعد الخالي ( الجشلت). ملاحظة: استدعاء الوالدين للجلسة المقبلة لوجهما.
الجلسة 6	عنوان الجلسة: إرشاد أسري الهدف: تهيئة الجو الهادئ المحفز.	د 45	عدم جعل الطفل كبش فداء. عدم السخرية والتعنيف وعدم المقارنة بين الأطفال. استخدام أسلوب التدعيم (المادي والمعنوي) تقبيل الطفل واحتضانه وقول "أنا نفور بك" بشكل يومي. تقديم الدعم المادي بشكل أسبوعي. لعبة الأب مع الطفل لعبة الثقة. تخصيص وقت يومي للتحدث مع الطفل عن انشغالاته وأحداث يومه.
الجلسة 8	عنوان الجلسة: المراقبة الذاتية وتقويم السلوك الهدف: اكتساب مهارات المراقبة الواعية والدائمة للذات. تنمية الوعي بأهمية تقدير عواقب السلوك قبل انتهاجه.	د 45	العلاج بالقراءة (قراءة كتاب ماذا تفعل عندما تشعر بالقلق) الضبط الذاتي. العمود الثلاثي, التعليمات الذاتية. التذكير بالواجب المنزلي.
الجلسة 9	عنوان الجلسة: تنمية أسلوب حل المشكلة. الهدف: تعليم كيفية مواجهة المشكلات التي يتعرضون لها بعقلانية	د 45	التدريب على حل المشكلات التمذجة بالمشاركة. التحصين ضد الضغوط.

الجلسة 10	عنوان الجلسة: تنمية مهارات التواصل مع الآخرين.	د 45	فنية المقعد الخالي. لعب الدور. التمذجة ملاحظة: تذكير الأطفال بأن الجلسات القادمة ستكون جماعية.
الجلسة 11	عنوان الجلسة: تنمية مفهوم ذات إيجابي	د 60	جلسة تعارف بين الأطفال. علاج قصصي العلاج باللعب
الجلسات 12- 13 - 14- 15	عنوان الجلسات: تنمية مفهوم ذات ايجابي.	د 60	السيكودراما العلاج القصصي. العلاج باللعب.
الجلسة 16	عنوان الجلسة: الجلسة الختامية الهدف: مناقشة النتائج المتوصل إليها وكيف يمكن المحافظة عليها.	جلسة مفتوحة	-إعادة تطبيق المقياسين: القلق مفهوم الذات -تقديم شهادة نجاح للتعزيز موقعة من طرف الباحثة. -إعطاء موعد بعد شهر للمقياس التتبعي.

## المراجع :

### المراجع باللغة العربية :

1. إبراهيم عبد الستار (1998)، الاكتتاب، المجلس الوطني للثقافة، الكويت.
2. أحمد حامد الخطيب (2003)، التبول اللاإرادي (أسبابه وطرق علاجه)، دار وائل للنشر، ط1.
3. أسماء عبد الله العطية (2008)، اضطرابات القلق لدى الأطفال (في مرحلة الطفولة المتأخرة)، مؤسسة حورس الدولية، الإسكندرية، ط1.
4. بدرة معصم ميموني (2003)، الاضطرابات النفسية والعقلية عند الطفل والمراهق، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.
5. بطرس حافظ بطرس (2008)، المشكلات النفسية وعلاجها، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان.
6. حامد عبد السلام زهران (2001)، علم نفس النمو الطفولة والمراهقة، عالم الكتب، القاهرة، ط5.
7. حسام الدين عزب (1981)، العلاج السلوكي الحديث وتعديل السلوك، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
8. حسام الدين عزب (2002)، فعالية برنامج علاجي تفاوضي تكاملي في التغلب على سلوكيات العنف لدى عينة من المراهقين، أبحاث المؤتمر السنوي التاسع لمركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس: المجلد 2: 1-81.
9. حماد بن علي الحمادي، عادل عبد الفتاح الهجين (2009)، حقبة تدريبية أكاديمية برنامج التوجيه والإرشاد النفسي والأسري، مركز التنمية الأسرية.
10. حمزة الجبالي (2006)، مشاكل الطفل والمراهق النفسية، دار أسامة للنشر والتوزيع، عمان، ط1.
11. د. داون هوبنر (2007)، ماذا تفعل عندما تشعر بالقلق، سفير، القاهرة، ط1.
12. رثيفة رجب عوض (2001)، ضغوط المراهقين ومهارات المواجهة التشخيص والعلاج، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة.
13. رياض نايل العاسمي (2008)، برامج الإرشاد النفسي، منشورات جامعة دمشق كلية التربية، جامعة دمشق.
14. زكريا الشرييني (2006)، المشكلات النفسية عند الأطفال، دار الفكر العربي، القاهرة.
15. س، ريتشارد، لازاروس (1993)، الشخصية، ترجمة سيد محمد غنيم، دار الشروق، القاهرة.

16. س، ه، باتروسن (1999)، نظريات الإرشاد والعلاج النفسي، ترجمة حامد الفقي، دار القلم، الكويت.
17. سامي محمد ملحم (2007)، المشكلات النفسية عند الأطفال، دار الفكر، الأردن، ط 1.
18. سامي محمد ملحم (2007)، مبادئ التوجيه والإرشاد النفسي، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، ط 1.
19. سعيد العزة، جودت عبد الهادي (1999)، نظريات الإرشاد والعلاج النفسي، الدار العالمية الدولية للنشر والتوزيع، عمان.
20. سناء محمد سليمان (2005)، تحسين مفهوم الذات، عالم الكتب، القاهرة، ط 1.
21. سناء محمد سليمان (2005)، مشكلة التبول اللاإرادي عند الأطفال، عالم الكتب، القاهرة، ط 1.
22. سهام محمد أبو عطية (2002)، مبادئ الإرشاد النفسي، دار الفكر للطباعة والنشر.
23. سوسن شاكر مجيد (2008)، مشكلات الأطفال النفسية والأساليب الإرشادية لمعالجتها، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان.
24. شادية أحمد عبد الخالق (2002)، أثر برنامج إرشادي في خفض العدوان بين الأشقاء، أبحاث المؤتمر السنوي التاسع لمركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس: المجلد 3: -83 116.
25. شفيقة زموري (2002)، التكفل بالطفل المتبول: اقتراح برنامج علاجي سلوكي- معرفي مكثف شامل لحل مشكل التبول اللاإرادي الليلي، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس الاجتماعي، جامعة الجزائر.
26. شيفر وملمان، تز: سعيد حسني العزة (2006)، سيكولوجية الطفولة والمراهقة (مشكلاتها وأسبابها وطرق حلها)، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان.
27. صالح أبو عباة، عبد المجيد نيازي (2001)، الإرشاد النفسي والاجتماعي، مكتبة العبيكان، الرياض.
28. صالح حسن الداھري (2005)، مبادئ الصحة النفسية، دار وائل للنشر، عمان.
29. صلاح الدين العمري (2005)، الصحة النفسية والإرشاد النفسي، مكتبة المجتمع العربي للنشر، عمان.
30. صلاح الدين العمري (2005)، علم النفس النمو، مكتبة المجتمع العربي للنشر، عمان.
31. صوفي كاركان، تز: عبير منذر، عادي عبدوش، ليديا طانيوس، 100 قصة وقصة لحل مشاكل الأولاد، ج 2، شركة دار الفراشة للطباعة والنشر والتوزيع، بيروت، لبنان.
32. عبد الرحمان محمد العيسوي (2004)، التبول اللاإرادي، دار النهضة العربية، بيروت.

33. عبد الفتاح نجلة (2010)، الدراما علاج نفسي فعال للأطفال، عالم الكتب، القاهرة، ط1.
34. علاء الدين كفاقي (2003)، الصحة النفسية والإرشاد النفسي، دار النشر الدولي، الرياض.
35. فيصل محمد خير الزراد (1998)، التبول اللاإرادي لدى الأطفال، دار النفائس، بيروت.
36. فيولا الببلاوي (1990)، مشكلات السلوك عند الأطفال (نماذج من البحوث في تحليل السلوك وتعديل السلوك عند الأطفال)، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.
37. فيوليت فؤاد ابراهيم (1986)، دور التنشئة الاجتماعية في ثقافة الطفل ونموه الخلقي، مجلة ثقافة الطفل، المركز القومي لثقافة الطفل، القاهرة، العدد الأول.
38. كاميليا عبد الفتاح (1998)، سيكولوجية العلاج الجماعي للأطفال، دار أبناء للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.
39. لويس كامل مليكة (1997)، العلاج النفسي مقدمة وخاتمة، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
40. محمد أحمد سعفان (2003)، فعالية برنامج إرشادي انتقائي في خفض الوسواس والأفعال القهرية المرتبطة بالشعور بالذنب، مجلة كلية التربية، جامعة عين شمس، الجزء 4، العدد 27: 449-393.
41. مجدي أحمد محمد عبد الله (2003)، الاضطرابات النفسية للأطفال (الأعراض والأسباب والعلاج)، دار المعرفة الجامعية، مصر.
42. محمد ابراهيم سعفان (2001)، الإرشاد النفسي للأطفال، دار الكتاب الحديث، مصر.
43. محمد ابراهيم عيد (2005)، مقدمة في الإرشاد النفسي، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
44. محمد جعفر جمل الليل (2001)، طرق العلاج النفسي المستخدمة من قبل الأطباء النفسيين بالمملكة العربية السعودية، مجلة جامعة أم القرى للعلوم التربوية والاجتماعية والإنسانية، المجلد 13، العدد 1، ص 65-91.
45. محمد عبد التواب أبو النور (2000)، أثر الإرشاد الانتقائي في تعديل الاتجاه نحو الزواج العرفي لدى عينة من الباب الجامعي، مجلة البحث في التربية وعلم النفس، جامعة المنيا، المجلد 13، العدد 3، ص 247-293.
46. محمد عبد الله صالح (1985)، أساسيات في الإرشاد التربوي، دار المريخ، الرياض.
47. محمد محروس الشناوي (1994)، نظريات الإرشاد والعلاج النفسي، دار غريب للطباعة والنشر، القاهرة.
48. محمود عطا عقل (2000)، الإرشاد النفسي والتربوي، دار الخريجي للنشر والتوزيع، الرياض.

49. مريم سليم (2002)، علم نفس النمو، دار النهضة العربية، بيروت، ط1.
50. نادر فهمي الزبيد (1998)، نظريات الإرشاد والعلاج النفسي، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان.
51. ناديا أحمد عباس (1998)، مشاكل النوم عند الأطفال، دار الفكر العربي، بيروت.

### المراجع باللغة الأجنبية:

52. David, Capuzzi(2000), counsling and psychotherapy and integrative perspective.
53. D. Marcelli(1993), Psychopathologie de l'enfant, Masson, Paris, 4eme édition .
54. Emmanuel. Debecker, << L'énurésie nocturne primaire : un cas de pédopsychiatrie ordinaire >>, L'évolution psychiatrique, 75, 2010, 275286-.
55. G .Faraj, P.Cochat, M .L.Cavaillès, C.Chevallier, <<Traitment de l'énurésie nocturne isolée : alarme sonore ou desmopressine ?>>, Arch Pédiatre, 6, 1999, 271-274.
56. Gladding(1992) counseling a comprehensive profession, second edition, New York, Macmillan publishing company.
57. R.Meyer , <<L'intégration des psychothérapie :une œuvre scientifique et anthropologique , une démarche personnelle >> , annales médico psychologique ,167 ,2009, 450- 454
58. Y.Heloury, D.Leclair, C.Capito, C.Laplace, G.Podevin, L.Lenormand, << énurésie de l'enfant >>, EMC-Médecine, 1, 2004, 306312-