



جامعة دمشق
كلية التربية
قسم الإرشاد النفسي

فاعلية برنامج سلوكي لمعالجة اضطراب التبول اللاإرادي
دراسة شبه تجريبية لدى عينة من الأطفال المترددين إلى المشافي الجامعية
في دمشق
رسالة مقدمة للحصول على درجة الماجستير في الإرشاد النفسي

إعداد :

أمل عمر عبد السلام

إشراف

د. عائشة ناصر

مدرسة في قسم الإرشاد النفسي

دمشق

٢٠١٥

شكر وتقدير

بكل الاحترام والتقدير والامتنان أتوجه بجزيل الشكر والامتنان إلى أستاذتي الفاضلة الدكتورة عائشة ناصر التي أحاطتني بجليل الرعاية من خلال توجيهاتها المستفيضة، وما كان لبحثي أن يرى النور لولا رعايتها وإشرافها الدعوب.

كما أتقدم بجزيل الشكر إلى الدكتورة عزيزة رحمة لإشرافها على الجانب الإحصائي وتقويمه مقدرة لها جهودها المبذولة في هذا البحث.

و أتقدم بالشكر لأعضاء لجنة المناقشة الأفاضل لتفضلهم بقراءة هذا البحث وتقويمهم لما في ذلك من إثراء لهذا العمل..

و أتقدم بالشكر أيضاً إلى كل من الأساتذة المحكّمين الذين قدموا لي الكثير من خبراتهم ووقتهم لتحكيم البرنامج من حيث: جلساته، وأهدافه، وإجراءاته.

كما أشكر كل من وقف إلى جانبي داخل كلية التربية وخارجها، ممن ساهموا في دعم هذا البحث حتى وصل إلى الصورة الحالية.

والشكر أيضاً إلى الأطباء النفسيين و الأخصائيين في الأمراض البولية في مشقى الأطفال، الذين استطعت بمساعدتهم تجاوز الكثير من الصعوبات التي واجهتني وبشكل خاص اختيار عينة البحث بصورة صحيحة.

كما أتوجه بالشكر إلى إدارة صالة الياسمين التي وفرت لي المكان المناسب لتطبيق البرنامج العلاجي.

وشكر خاص إلى الأطفال الذين مشوا معي مشواري هذا، وإلى جميع الأمهات اللواتي تعاونوا معي، ولولا هذا التعاون لما تمّ إنجاز هذا البحث.

وأتوجه بالشكر والامتنان إلى كل من ساهم في دعمي لإنجاز هذا البحث وأخص بالذكر والدتي وزوجي وأخوتي وصديقاتي لحبهم وتحملهم معي عبء إنجاز هذا البحث.

الباحثة

الإهداء

إلى كل طفل يعاني من اضطراب التبول اللاإرادي.
إلى روح والدي الغالي يا من أفتقده في كل خطوة.
إلى مثلي الأعلى في الحياة والدتي.
إلى ورود تفتحت و فاح شذاها فأحياني.
إلى طيور تغريدها في السماء أشجاني.
إنها كلمات فرح كتبت في زمني إخوتي.
إلى رفيق دربي الحبيب زوجي

الفهارس

فهرس المحتويات

الرقم	المحتوى	الصفحة
*	فهرس المحتويات	أ - هـ
*	فهرس الجداول	و - ز
*	فهرس الأشكال	ح - ط
*	فهرس الملاحق	ي
	الفصل الأول التعريف بموضوع الدراسة	١ - ٩
	المقدمة.	٢ - ٣
أولاً	مشكلة الدراسة ومسوغاتها	٣ - ٥
ثانياً	أهمية الدراسة.	٥ - ٦
ثالثاً	أهداف الدراسة.	٦
رابعاً	فرضيات الدراسة.	٧
خامساً	سؤال الدراسة.	٧
سادساً	متغيرات الدراسة.	٧
سابعاً	حدود الدراسة.	٧ - ٨
ثامناً	مصطلحات الدراسة وتعريفاتها الإجرائية.	٨
تاسعاً	أساليب المعالجة الإحصائية.	٩
	الفصل الثاني: الإطار النظري	١٠
	أولاً. التبول اللاإرادي.	١١ - ٣٠
أولاً	تعريف التبول اللاإرادي.	١١
ثانياً	أشكال التبول اللاإرادي.	١١ - ١٣
ثالثاً	نسبة انتشار المشكلة.	١٣ - ١٥
رابعاً	الجهاز البولي والتحكم بعملية التبول.	١٥ - ١٧
خامساً	أسباب التبول اللاإرادي.	١٧ - ٢٧

الفهارس

الرقم	المحتوى	الصفحة
١-	العوامل الوراثية.	١٧-١٨
٢-	العوامل الفسيولوجية	١٨-٢٠
٣-	العوامل العضوية.	٢٠-٢١
٤-	العوامل النفسية.	٢١-٢٣
٥-	أساليب التنشئة الأسرية.	٢٣-٢٤
٦-	العوامل البيئية.	٢٤-٢٦
٧-	العوامل التعليمية والاقتصادية والاجتماعية.	٢٦-٢٧
سادساً	تأثير التبول اللاإرادي على الطفل وعائلته.	٢٧-٢٩
سابعاً	تقييم الحالة	٢٩-٣٠
	ثانياً. بعض الأساليب العلاجية المتبعة في علاج اضطراب التبول اللاإرادي	٣١-٤٢
أولاً	العلاج السلوكي.	٣٢
١-	جدول المكافآت و أنظمة الجائزة.	٣٢-٣٣
٢-	الرفع الليلي.	٣٣
٣-	تدريب السلوك.	٣٣
٤-	تقييد السوائل.	٣٣-٣٥
٦-	زيادة التعلم.	٣٥
٧-	الإيقاظ الليلي.	٣٥-٣٦
٨-	تدريبات المصرة البولية.	٣٦
٩-	تدريب الاحتفاظ.	٣٦-٣٨
١٠-	جرس الإنذار تبول اللاإرادي.	٣٨-٣٩
١١-	تدريب السرير الجاف.	٣٩
١٢-	التدريب الموسع.	٤٠
ثانياً	العلاج الدوائي.	٤٠

الفهارس

الرقم	المحتوى	الصفحة
ثالثاً	العلاج الغذائي - الحماية الغذائية.	٤٠-٤١
رابعاً	الإرشاد.	٤١
خامساً	العلاج بالوخز بالأبر.	٤١
سادساً	العلاج بالتحليل النفسي قصير الأمد.	٤١
سابعاً	كواشف نجاح العلاج.	٤١-٤٢
	الفصل الثالث: الدراسات السابقة	٤٣-٦٥
أولاً	الدراسات العربية.	٤٤-٤٦
ثانياً	الدراسات الأجنبية.	٤٦-٦٣
ثالثاً	تعقيب على الدراسات السابقة.	٦٣-٦٤
رابعاً	مكانة الدراسة الحالية من الدراسات السابقة.	٦٤-٦٥
	الفصل الرابع منهج الدراسة وإجراءاته	٦٦-٩٩
أولاً	منهج الدراسة.	٦٧
ثانياً	متغيرات الدراسة.	٦٧
ثالثاً	عينة الدراسة و شروط اختيارها.	٦٨-٧٢
رابعاً	إجراءات الدراسة	٧٢
خامساً	أدوات الدراسة.	٧٢-٨٧
سادساً	عينة الدراسة.	٨٧-٨٨
سابعاً	مراحل تطبيق البرنامج العلاجي السلوكي.	٨٨
١-	مرحلة القياس القبلي.	٨٨-٨٩
٢-	مرحلة تطبيق البرنامج.	٨٩-٩٣
٢-١-	آلية سير فعاليات الجلسات العلاجية.	٨٩-٩٠
٢-٢-	التقنيات المستخدمة في البرنامج العلاجي السلوكي	٩٠-٩٣

الفهارس

الرقم	المحتوى	الصفحة
٣-	مرحلة القياس البعدي	٩٣
٤-	مرحلة القياس البعدي المؤجل	٩٣
٥-	عرض لجلسات البرنامج.	٩٤-٩٨
٦-	الصعوبات التي واجهت تطبيق البرنامج.	٩٨
٧-	العوامل التي ساعدت على تطبيق البرنامج.	٩٨-٩٩
	الفصل الخامس: عرض نتائج الدراسة وتفسيرها	١٠١-١١٢
أولاً	نتائج الفرضية الأولى وتفسيرها.	١٠١-١٠٣
ثانياً	نتائج الفرضية الثانية وتفسيرها.	١٠٣-١٠٧
ثالثاً	نتائج الفرضية الثالثة وتفسيرها.	١٠٧-١٠٩
رابعاً	نتائج الفرضية الرابعة وتفسيرها.	١٠٩-١١٢
خامساً	سؤال الدراسة	١١٢
سادساً	تحليل نتائج المقابلة مع الأطفال.	١١٣-١١٧
•	مقترحات الدراسة.	١١٧
	الخلاصة باللغة العربية	١١٨-١٢١
	المراجع	١٢٢-١٣٣
	المراجع باللغة العربية.	١٢٢-١٢٥
	المراجع باللغة الانكليزية.	١٢٦-١٣٣
	الملاحق	١٣٤-٢٠٢
	الخلاصة باللغة الإنكليزية	٢٠٢-٢٠٥

الفهارس

فهرس الجداول

الرقم	الجدول	الصفحة
١-	مثال توضحي عن جدول تعزيزي (لوحة النجوم).	٣٢
٢-	كميات السوائل المناسبة لكل عمر وجنس حسب منظمة الصحة الوطنية الأمريكية ومسح التغذية ١٩٨٨-١٩٩٤.	٣٤
٣-	توزيع عدد أفراد كل من العينة الضابطة والتجريبية.	٧٠
٤-	تجانس المجموعتين الضابطة والتجريبية في العمر الزمني.	٧٠
٥-	تجانس المجموعتين الضابطة والتجريبية في درجة الذكاء.	٧١
٦-	تجانس المجموعتين الضابطة والتجريبية في معدل حدوث التبول اللاإرادي.	٧١
٧-	معلومات عن العينتين الضابطة والتجريبية.	٨٧-٨٨
٨-	سعة المئانة لأفراد المجموعة التجريبية قبل تنفيذ التدريبات.	٨٩
٩-	مراحل التطبيق العملي للبرنامج.	٩٤
١٠-	محتوى البرنامج والتوزيع الزمني لجلساته.	٩٤
١١-	نتائج اختبار مان ويتني لدلالة الفروق بين معدل حدوث سلوك التبول اللاإرادي بين أفراد المجموعة الضابطة وأفراد المجموعة التجريبية على قائمة ملاحظة التبول اللاإرادي بعد تطبيق البرنامج.	١٠٢
١٢-	نتائج اختبار ويكوكسون لدلالة الفروق بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على قائمة ملاحظة التبول اللاإرادي.	١٠٤
١٣-	نتائج اختبار "مان ويتني" بين متوسط كل من الذكور والإناث بعد تطبيق البرنامج.	١٠٨
١٤-	نتائج اختبار ويلكوكسون لدلالة الفروق بين القياسين البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية على قائمة ملاحظة التبول اللاإرادي.	١٠١

الفهارس

فهرس الأشكال

الرقم	الشكل	الصفحة
١-	رسم تخطيطي للجهاز البولي.	١٦
٢-	التمثيل البياني لمعدل تكرار التبول اللاإرادي لدى العنيتين الضابطة والتجريبية بعد تطبيق البرنامج.	١٠١
٣-	التمثيل البياني لمعدل تكرار التبول اللاإرادي لأفراد للمجموعة التجريبية خلال فترة الملاحظة (القياس القبلي - القياس البعدي).	١٠٤
٤-	التمثيل البياني لمعدل تكرار التبول اللاإرادي للمجموعة التجريبية والضابطة قبل وبعد تطبيق البرنامج.	١٠٥
٥-	التمثيل البياني لمعدل تكرار التبول اللاإرادي لدى كل من الذكور والإناث بعد تطبيق البرنامج العلاجي.	١٠٨
٦-	التمثيل البياني لمعدل تكرار التبول اللاإرادي لأفراد للمجموعة التجريبية خلال فترة الملاحظة (القياس البعدي - قياس المتابعة).	١٠٩
٧-	التمثيل البياني لمعدل التبول اللاإرادي للمجموعة التجريبية على قائمة ملاحظة التبول اللاإرادي قياس (بعدي - متابعة).	١١٠
٨-	منحنى بياني لأفراد المجموعة التجريبية بعدد الليالي الجافة (قبل العلاج ، وبعد انتهاء التدخل العلاجي وبعد نهاية فترة المتابعة) خلال فترة الملاحظة.	١١٢

الفهارس

فهرس الملاحق

الرقم	الملحق	الصفحة
١-	إعلان هام عن البرنامج العلاجي.	١٣٥
٢-	موافقة الأسر على المشاركة بالبرنامج.	١٣٦
٣-	قائمة ملاحظة التبول اللاإرادي.	١٣٧
٤-	اختبار رافن (Raven) للقدرات الذكائية غير اللفظية	١٣٨
٥-	بطاقة دراسة الحالة.	١٤٠
٦-	المقابلة الخاصة بالأطفال.	١٤٤
٧-	قياس سعة المثانة الوظيفي.	١٤٥
٨-	قائمة المعززات.	١٤٦
٩-	صور توضيحية للأطفال عن تواصل المثانة مع الدماغ.	١٤٨
١٠-	جدول مراقبة الذات.	١٥١
١١-	خطة لتنظيم سلوك شرب المياه للأطفال.	١٥٣
١٢-	جداول خاصة بتدريب الاحتفاظ.	١٥٤
١٣-	جدول التعزيزات للأمهات خارج الجلسات.	١٥٥
١٤-	جدول التعزيزات داخل الجلسات.	١٥٦
١٥-	أسماء السادة المحكمين للبرنامج العلاجي السلوكي.	١٥٧
١٦-	استمارة طلب التحكيم.	١٥٨
١٧-	البرنامج التدريبي المستخدم بالبحث بعد التحكيم مع ملاحقه	١٥٩

الفصل الأول

التعريف بموضوع الدراسة

المقدمة.	
أولاً مشكلة الدراسة ومسوغاتها.	
ثانياً أهمية الدراسة.	
ثالثاً أهداف الدراسة.	
رابعاً فرضيات الدراسة.	
خامساً متغيرات الدراسة.	
سادساً حدود الدراسة.	
سابعاً مصطلحات الدراسة وتعريفاتها الإجرائية.	
ثامناً أساليب المعالجة الإحصائية.	

المقدمة:

إنَّ استمرار التبول اللاإرادي بعد بلوغ الطفل العمر الذي يختفي فيه التبول اللاإرادي عادة لدى معظم الأطفال، والذي يفترض فيه تطور القدرة على التحكم بعملية التبول والسيطرة على المثانة، هو حالة مؤلمة جداً ليس فقط للطفل ولكن للأهل أيضاً، وما يُقلق الأهل ليس حالة التبول بحد ذاتها فحسب، بل أيضاً المضاعفات النفسية والسلوكية المترتبة عليها، فيلجؤون إلى العيادات والمستشفيات النفسية والطبية للبحث عن الأسباب المحتملة لمشكلة طفلهم وتشخيص حالته، والبرنامج العلاجي المناسب له، ويعلم الآباء عند ذلك بأن طفلهم يعاني من اضطراب التبول اللاإرادي سواء كان أولياً أم ثانوياً، ليلاً أم نهارياً.

لقد عُرِفَت مشكلة التبول اللاإرادي منذ أقدم العصور، واهتم الإنسان بدراستها منذ حوالي ٣٠٠٠ سنة (الزعيبي، ٢٠٠٥، ٩٧)، وارتبطت هذه المشكلة - في بعض الثقافات - بالتراث الشعبي والفلكلور، سواء من حيث مسبباتها (كما كنا نسمع ونحن صغاراً، أنَّ الطفل الذي يلعب بالنار كأعواد الثقاب أو الورق المشتعل يبول على نفسه ليلاً، كما أنَّ ضرب الإناث وبوجه خاص على ظهورهن يؤدي إلى التبول اللاإرادي مهما كانت بساطة هذا الضرب) أو من حيث علاجها (كحرق الورق بين الرجلين أو البخور لمنع الحسد، وربما التخويف) (يوسف، ٢٠٠٠، ١١٧).

يشير التبول اللاإرادي كاضطراب إلى أنَّ الطفل لا يتحكم في زمان ومكان تبوله ليلاً أو نهاراً، رغم سلامة جهازه البولي، كما أنَّ عمره العقلي والزمني يزيدان عن الخمس سنوات (حقي، ١٩٩٥، ١١٨). ويرى الأطباء بأنَّ التبول اللاإرادي يشير من الناحية الفزيولوجية، إلى وجود خلل أو اضطراب وظيفي في أحد أجزاء الجهاز البولي لدى الطفل، وهذا الاضطراب يرجع إلى عوامل عضوية وغير عضوية وراثية وغير وراثية مثل التشوهات الخلقية في الجهاز العصبي والعمود الفقري، والحساسية الزائدة للجهاز العصبي الذي يشرف على عمل المثانة البولية (الخطيب، ٢٠٠٣، ١٤).

ويبالغ بعض الأطباء في أهمية العوامل العضوية في حدوث التبول اللاإرادي، دون غيرها من العوامل وهذا خطأ فادح، إذ أنَّ الدراسات الطبية والدراسات النفسية المتقدمة تؤكد على أهمية العوامل النفسية إلى جانب العوامل العضوية، في تشخيص وعلاج حالات التبول اللاإرادي (الزرا، ١٩٩٨، ٩٢). لقد عمد العديد من الباحثين إلى دراسة هذا الاضطراب ومحاولة معرفة أسبابه، وأعراضه، وانتشاره، وطرق تشخيصه، وصولاً إلى أساليب علاجية نفسية وطبية متعددة يمكن أن تساعد في شفاؤه، وتقلل من انعكاساته ومضاعفاته السلبية التي تُصيب الطفل والأهل بآن معاً.

ولذلك ستحاول هذه الدراسة تطبيق أحد طرق العلاج وهو العلاج السلوكي والذي ثبتت فاعليته في معالجة الكثير من اضطرابات الأطفال (الخطيب، ٢٠٠١، ١٢) (استيورت، ١٩٩٦، ٦٥).

أولاً- مشكلة الدراسة ومسوغاتها.

لقد برز اهتمام الباحثة بموضوع التبول اللاإرادي أثناء تدريبها في مشفى الأطفال بدمشق في العيادة النفسية الخارجية، حيث لفت نظرها ارتفاع عدد حالات اضطراب التبول اللاإرادي المترددة إلى العيادة النفسية، كما أفادها اطلاعها على ما يستخدمه الطبيب النفسي من برامج العلاج الدوائي مع جميع الحالات في خفض هذا الاضطراب، فقد لاحظت الباحثة انتكاس عدد كبير من الحالات وعدم تجاوب حالات أخرى مع العلاج، وهذا ما دفع الباحثة للمثابرة على تأكيد أهمية دور برامج العلاج السلوكي في علاج اضطراب التبول اللاإرادي.

وقد استدعت القيام بهذه الدراسة جملة من المسوغات، استقت الباحثة بعضها من الميدان مباشرة، وبعضها الآخر من الأدبيات والدراسات السابقة، منها:

١- أن اضطراب التبول اللاإرادي يُعد أحد مشاكل الطفولة الأكثر شيوعاً التي صادفت أطباء الأطفال (Goin, 1998, 277)، فقد جاء في الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع المعدل للرابطة الأمريكية للطب النفسي أن حدوث التبول اللاإرادي يقدر بحوالي (٥-١٠) % في عمر (٥) سنوات و (٣-٥) % في عمر (١٠) سنوات وكذلك بنسبة (١) % لدى الأطفال بعمر (١٥) سنة (DSM4 TR., 2000, 120).

يرى كانر Canner أن حجم ظاهرة التبول اللاإرادي يقدر بحوالي (36) % من الأطفال الذين كان يتم تحويلهم إلى عيادته بجامعة جونز هويكنز طلباً للاستشارة النفسية، حيث تراوحت أعمار الأطفال البوالين بين سن ثلاث سنوات وأربع عشرة سنة، وكانت أعلى نسبة لحدوث التبول اللاإرادي بين سن ثماني سنوات وإحدى عشر سنة ولدى الذكور أكثر منه لدى الإناث (٦٢) % عند الذكور و (٣٨) % عند الإناث (الرشيدي وآخرون، ٢٠٠٠، ١٧٣).

٢- ومما دفع الباحثة للإهتمام بهذا الموضوع أيضاً مدى خطورة السمات الشخصية والسلوكية التي تطرأ على شخصية الطفل المتبول لاإرادياً والتي قد تشكل خطورة على حياته، ومستقبله، والتي قد تكون أشد خطراً من مشكلة التبول اللاإرادي بحد ذاتها، إذ تؤدي إلى خلل شديد في حياته و علاقاته الاجتماعية، ما يؤدي بالنتيجة إلى اضطرابات نفسية تحول دون تكيفه مع ذاته وبيئته المحيطة به فيصبح وغير مألوف ولا مقبول اجتماعياً، وهذه المشكلات السلوكية التي تطرأ على الطفل المتبول لاإرادياً تسبب توتراً وقلقاً كبيراً للوالدين والمحيطين به والكثير من التأثيرات الأخرى (الزرد، ١٩٩٨، ٤٥).

٣- ومنها الآثار السلبية التي يعاني منها الأطفال ذوي اضطراب التبول اللاإرادي على الصعيد الاجتماعي والنفسي، إذ يُحرم هؤلاء الأطفال من المشاركة في العديد من الأنشطة الاجتماعية ما يؤدي بهم إلى الشعور بالإحباط والانزعاج (Mercer, 2004, 3)، إضافة لوعيهم بالرسائل السلبية المرسلة إليهم من قبل المحيطين بهم سواء زملائهم في المدرسة أم أشقائهم ووالديهم في المنزل، بحيث تلعب العوامل الاجتماعية والبيئية دوراً سلبياً في معاناة الطفل من انخفاض تقديره لذاته، ومن ضعف التحصيل الدراسي، ومن المشاكل العاطفية والسلوكية (Carr, 1999, 217)، فقد بينت دراسة بنتل وهرون Butler & Heron أن الأطفال بعمر (٩ سنوات) مع اضطراب تبول لاإرادي يعانون من الشعور بالذنب، والخجل، والخزي، وتجنب الأنشطة الاجتماعية (McKenzie, 2013, 19).

أما الآثار السلبية التي يعاني منها الأطفال ذوي اضطراب التبول اللاإرادي على الصعيد الجسدي، فهي الرائحة الكريهة وردود الفعل التحسسية وربما الالتهابات من جهة أخرى (الخطيب، ١٩٩٢، ٩٠).
٤- إن تناول اضطراب التبول اللاإرادي لدى عينة من الأطفال المراجعين للعيادات الخارجية في المشافي الجامعية، ممن هم في عمر المدرسة، له أثر إيجابي كبير على صعيد الأداء المدرسي لدى هؤلاء الأطفال، إذ تتأثر الكفاءة الدراسية لدى الطفل المتبول لاإردياً خاصة إذا كانت مشكلة مكشوفة ومعروفة لدى الآخرين (سليمان، ٢٠٠٥، ٤١).

٥- بالنسبة للوالدين يعد اضطراب التبول اللاإرادي من المشكلات الأكثر استمرارية وإرهاقاً للوالدين من حيث الرعاية العلاجية للأطفال (Steele, Elkin, Roberts, 2008, 217)، إذ يؤثر التبول اللاإرادي على العائلة من الناحية العاطفية والنفسية وبالتحديد الأمهات، بما يترتب عليهن من أعباء إضافية حيال الطفل البول لا إردياً، خصوصاً ما يتعلق منها بالتجهيزات التي يتوجب على الأم إعدادها كل مساء كوضع شرشف عازل، فضلاً عن الحفاضات والملابس والشرشف الإضافية.
ويضاف إلى ذلك أن إخفاء مشكلة الطفل عن بقية أفراد الأسرة والأصدقاء موضوع مؤلم، ويشكل ضغطاً كبيراً على الوالدين، ذلك أن زملاء وأشقاء الطفل المتضرر يمكن أن يزعجوه ويضايقوه ويسبببون له الإحراج، وبذلك يجب على الوالدين القيام بكل جهد، لمنع الأشقاء من تعذيب طفلهم المتضرر، وتنبه الأشقاء إلى تجنب السخرية من شقيقهم (Mercer, 2004, 5).

٦- تعددت وتنوعت الأساليب العلاجية المستخدمة لعلاج التبول اللاإرادي، كالعلاج الدوائي والعلاج الغذائي والعلاج باللعب والعلاج السلوكي، (Glazener, Evans, & Peto, 2004, 3)، فلقد أشار هوتس وآخرون Houts et al سنة (١٩٩٤) إلى أن الأطفال الذين يتلقون المعالجات النفسية أو الدوائية أكثر احتمالاً للتحسن وإيقاف التبول اللاإرادي من الذين لا يتلقون المعالجة، فلقد

أشار تحليل مجموعات الضبط غير المعالجة بأن (١) من (١٠) أطفال يمكن أن يتوقف عن التبول اللاإرادي إذا لم يعالج (Houts et al, 1994, 737).

وقد وجدت المراجعات السابقة بأن العلاجات السلوكية من أكثر الطرق فاعلية (Yates, 1970, 7)، وأقلها تكلفة، مع نسبة انتكاس قليلة، وبدون التأثيرات الجانبية المترتبة على العلاجات الدوائية (Du Mars, 1999, 213).

٧- أشار البحث السلوكي للنظريات التي تؤكد الطبيعة المتعلمة للجفاف البولي الليلي (Doleys et al., 1977, 541)، إذ يعتبر العلاج السلوكي شكلاً من أشكال العلاج النفسي في نظر السلوكية (إبراهيم وآخرون، ١٩٩٣، ٣١)، ويعتمد على تحليل السلوك وفهمه من خلال دراسة العوامل البيئية التي تؤثر في السلوك، ويعمل على تطبيق قوانين وإجراءات سلوكية تصل في النهاية إلى تحقيق الأهداف العلاجية التي تم وضعها للطفل بناء على ملاحظات موضوعية يتم جمعها عن الطفل والاستفادة منها في تطبيق الإجراء (cooper et al., 1996, 3).

٨- هناك حاجة ماسة لتسليط الضوء على أهمية توفير البرامج العلاجية السلوكية الموجهة لهذه الفئة بهدف العمل على معالجة هذا الاضطراب لديها اعتماداً على الأسس المنهجية السليمة في العلاج السلوكي من حيث آلية التشخيص أو آلية التقييم الوظيفي للاضطراب.

كل المسوغات السابقة دعت الباحثة إلى تحديد مشكلة الدراسة في دراسة فاعلية برنامج علاجي سلوكي لاضطراب التبول اللاإرادي لدى عينة من الأطفال الملتحقين بالمدارس العادية المراجعين للعيادات الخارجية النفسية في المشافي الجامعية، من خلال إعداد برنامج علاجي سلوكي.

مما سبق ذكره يمكن صياغة مشكلة الدراسة بالسؤال التالي :

ما مدى الفاعلية التي يحققها برنامج سلوكي في معالجة اضطراب التبول اللاإرادي لدى عينة من الأطفال المتبولين لإرادياً؟

ثانياً- أهمية الدراسة:

تتعلق أهمية الدراسة الحالية من النقاط الآتية:

١- تأتي أهمية الدراسة من أهمية الموضوع الذي تتناوله وهو إعداد برنامج علاجي سلوكي لمعالجة اضطراب التبول اللاإرادي لدى عينة من الأطفال المترددين إلى المشافي الجامعية في دمشق، لأنه يعد واحدة من المشكلات والاضطرابات المزمنة و الأكثر شيوعاً في مرحلة الطفولة (Hjalmas, 2002, 232)، والأكثر إرهاقاً للوالدين في الرعاية العلاجية للأطفال (Steele Elkin, 2008, 217).

٢- تُعد الدراسة الحالية من الدراسات الأولى على المستوى المحلي التي تستهدف الأطفال المتبولين لإرادياً وأمهم.

٣- أهمية العينة المستهدفة بالدراسة وهم الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين (٨-١٢) سنة إذ تصبح مشكلة التبول اللاإرادي أكثر إيلاً كلما تقدم الطفل بالمر (Marina et al., 2008, 750).

٤- يتوقع أن تُسهم الدراسة الحالية في تطوير مستوى معرفة أولياء الأمور بالأساليب المناسبة للتعامل مع أطفالهم المتبولين لإرادياً، وعلاج مشكلتهم.

٥- قد تُسهم الدراسة الحالية في اختبار فاعلية الأساليب السلوكية المستخدمة في علاج مشكلة التبول اللاإرادي لدى الأطفال المتبولين لإرادياً، الأمر الذي يساعد جهات مختصة كثيرة طبية نفسية في تطبيق تلك الأساليب.

٦- إن إجراء مثل هذه الدراسة يتضمن تفعيل دور أولياء الأمور والأطفال في العملية العلاجية، فقد يحسن علاقة الطفل بوالديه ويخفض من المشكلات الاجتماعية والسلوكية المتزايدة المرتبطة بمشكلة التبول اللاإرادي (Houts et al., 1994, 741)، وقد يزيد من ثقة الأطفال بأنفسهم وقدرتهم على الوصول إلى الشفاء التام.

ثالثاً - أهداف الدراسة:

تهدف هذه الدراسة:

- تصميم برنامج علاجي سلوكي لمعالجة اضطراب التبول اللاإرادي لدى عينة من الأطفال المترددين إلى المشافي الجامعية في دمشق ممن أعمارهم بين (٨-١٢) سنة:

وينبثق عن هذا الهدف أهداف أخرى فرعية هي:

١- التحقق من فاعلية البرنامج العلاجي السلوكي المُصمم في معالجة اضطراب التبول اللاإرادي وذلك من خلال المقارنة بين عينة تجريبية وعينة ضابطة.

٢- التحقق من مدى استمرار فاعلية البرنامج العلاجي السلوكي المصمم بعد فترة المتابعة.

٣- مساعدة الأهل لأطفالهم الذين يعانون من اضطراب التبول اللاإرادي من خلال تقديم التوجيه والإرشاد اللازم حول أساليب التعامل مع أطفالهم إذ أن العملية العلاجية للأطفال ذوي اضطراب التبول اللاإرادي لا تكتمل في حال غياب دور الأهل. وبشكل خاص الأمهات لأنهن أكثر تواجداً مع الطفل بالمنزل.

رابعاً- فرضيات الدراسة:

تستند هذا الدراسة إلى الفرضيات التالية:

الفرضية الأولى: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في معدل حدوث سلوك التبول اللاإرادي بين أفراد المجموعتين الضابطة والتجريبية على قائمة ملاحظة التبول اللاإرادي بعد تطبيق البرنامج العلاجي.

الفرضية الثانية: لا 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.

الفرضية الثالثة: 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.

الفرضية الرابعة: 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.

خامساً- سؤال الدراسة:

هل يوجد تحسن واضح في ضبط التبول لأفراد المجموعة التجريبية (من فترة قبل التدخل العلاجي إلى فترة المتابعة)؟.

سادساً- متغيرات الدراسة:

- **المتغير المستقل:** البرنامج العلاجي.
 - **المتغير التابع** وهو التغيرات الحاصلة لدى أفراد عينة الدراسة المتعلقة بمعالجة اضطراب التبول اللاإرادي أو انخفاض معدل حدوث اضطراب التبول اللاإرادي على قائمة ملاحظة التبول اللاإرادي.
- سابعاً- حدود الدراسة:**

تم العمل على إنجاز هذه الدراسة ضمن حدود تتمثل بما يلي:

- ١- **الحدود البشرية:** عينة من الأطفال المراجعين للمشفى الجامعية في دمشق (مشفى الأطفال، مشفى الأسد الجامعي، ممن تم تشخيصهم سريرياً بأنهم يعانون من اضطراب التبول اللاإرادي، وذلك وفقاً لأدوات الدراسة المعتمدة.
 - ٢- **الحدود المكانية:** العيادة النفسية للمشفى الأطفال في مدينة دمشق، الوحدة اليورديناميكية في مشفى الأسد الجامعي.
 - ٣- **الحدود الزمنية:** امتدت فترة تطبيق الدراسة بين عامي ٢٠١٤-٢٠١٥م.
- سابعاً- مصطلحات الدراسة وتعريفاتها الإجرائية:**

• **الأطفال المتبولين لإراديًا:** حسب تعريف رابطة الطب النفسي الأمريكية عام (2000) للتبول اللاإرادي بأنه "الإفراغ المتكرر للبول على الفراش أو الملابس مرتين في الأسبوع لمدة ثلاثة أشهر متتالية بعد عمر الخامسة وينطوي على سوء في الأداء المهني والأكاديمي (DSM.4- 2000, 121). (TR™

ويقصد بالأطفال المتبولين لإراديًا في هذه الدراسة، الأطفال الذين يترددون على العيادات الخارجية النفسية في المشافي الجامعية ويتم تشخيصهم من قبل الأطباء المتخصصين بأنهم يعانون من اضطراب التبول اللاإرادي لسبب غير عضوي وتتراوح أعمارهم بين (٨-١٢) سنة.

• **الفاعلية:** يقصد بها في هذه الدراسة مدى قدرة البرنامج العلاجي السلوكي على تمكين الطفل من إنجاز (١٤) ليلة متتالية جافة، التي تمثل معيار الجفاف (Butler, 1991, 270) على قائمة ملاحظة اضطراب التبول اللاإرادي بعد تطبيق البرنامج العلاجي.

• **الانتكاس:** يعني أكثر من ليلتين مبللتين خلال (١٤) ليلة (Butler, 1991, 270) على قائمة ملاحظة اضطراب التبول اللاإرادي خلال فترة التطبيق البعدي وفترة التطبيق بعد المتابعة.

• **البرنامج العلاجي:** منظومة الإجراءات والفنيات المتعلقة والمستندة إلى العلاج السلوكي وقوانين التعلم، إذ يعد السلوك الإنساني متعلماً سواء كان سويًا أم غير سوي، وذلك وفقاً لقاعدة سكينر، وهي أن السلوك محكوم بنتائجه (الخطيب، ٢٠٠١، ١).

ونقصد الباحثة بالبرنامج العلاجي منظومة الإجراءات والنشاطات المنظمة المستندة إلى أسلوب العلاج السلوكي بهدف معالجة اضطراب التبول اللاإرادي. ويتمثل البرنامج بقياس معدل حدوث سلوك التبول اللاإرادي وعدد مرات دخول الطفل للحمام وكمية الماء المتناولة من قبل الطفل وآخر سائل تناوله الطفل قبل نومه وقطر بقعة البول على السرير على قائمة ملاحظة اضطراب التبول اللاإرادي لمدة أسبوعين (١٤ ليلة) قبل بداية الجلسات العلاجية.

كما تمّ تقديم التوجيه والإرشاد اللازم لأمهات الأطفال المتبولين لإراديًا حول أساليب التعامل مع أطفالهم وحول ما يستهدفه البرنامج العلاجي من خلال أسلوب المناقشة، والمحاضرة بهدف تمكينهن من الإشراف على الطفل خلال العملية العلاجية، وبعد ذلك تمّ تقديم الجلسات العلاجية للأطفال المتبولين لإراديًا، والتي تتكون من مجموعة من إجراءات وفنيات المعالجة السلوكية المستخدمة لاضطراب التبول اللاإرادي (جدول مراقبة الذات، تنظيم سلوك شرب الماء، تدريب الاحتفاظ، الإيقاظ الليلي).

تاسعاً- المعالجات الإحصائية المستخدمة:

١- اختبار مان- ويتني (Mann-Whitney) للعينات المستقلة لدراسة الفروق بين المجموعة الضابطة والتجريبية.

٢- اختبار ويلكوكسن (Wilcoxon) للعينات المرتبطة لدراسة الفروق في المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج وبعد تطبيقه، ودراسة المجموعة الضابطة قبل تطبيق البرنامج وبعده لدراسة المجموعة التجريبية بعد (٦) أسابيع من تطبيق البرنامج.

٣- حجم تأثير المعالجة: يكتفي بعض الباحثين بإيجاد دلالة الفروق بين المجموعات، والدلالة الإحصائية للفرق بين مجموعتين أو أكثر ليست كافية لبيان أهمية الفروق وإنما هناك أمور أخرى يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار مثل حجم ذلك الفرق وما يمكن أن يترتب عن معرفة ذلك الفرق بين القرارات، فالقيمة العملية يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار بالإضافة إلى الدلالة أي أن الدلالة الإحصائية قد تكون (Effect size) الإحصائية، لذا يفضل حساب حجم التأثير وبالتالي فلا بد من حساب حجم التأثير عند تقويم نتائج أية تجربة، فأحجام التأثير توضح مقدار تأثير المتغيرات المستقلة في المتغيرات التابعة. بينما الدلالة الإحصائية لا توضح ذلك، ولهذا فإن حجم التأثير هو الوجه المكمل للدلالة الإحصائية (الدريد، ٢٠٠٦، ٧٦).

أولاً. اضطراب التبول اللاإرادي

ثانياً. بعض الأساليب العلاجية المتبعة في علاج
اضطراب التبول اللاإرادي

أولاً: اضطراب التبول اللاإرادي

المقدمة:

ستقوم الباحثة في هذا الفصل بعرض الإطار النظري لهذه الدراسة، وتضمنه تعريف لمصطلح التبول اللاإرادي وأشكاله، ونسب انتشاره في البلاد العربية والعالم والجهاز البولي و التحكم بعملية التبول، وأسبابه، وأشكاله كما سنتوقف عند المحكات التشخيصية الخاصة بهذا الاضطراب، وكيفية تقييمه، وتأثيره على الطفل المتبول لاإرادياً وعائلته.

أولاً- تعريف التبول اللاإرادي:

اختلف العلماء حول تعريفهم للتبول اللاإرادي، ويعود ذلك إلى اختلاف تخصصاتهم، ووجهات نظرهم، والمدارس العلمية التي ينتسبون إليها، وبسبب اختلاف الجانب الذي يركز عليه العالم في تعريفه للتبول اللاإرادي، وهنا سنقتصر على كل من التعريف اللغوي والتعريف النفسي للتبول اللاإرادي.

• المعنى اللغوي للتبول اللاإرادي:

من الناحية اللغوية العربية ورد في معاجم اللغة العربية كلمة (بُول) بضم الباء، كمرادف لكلمة تبول لاإرادي، ويقال في اللغة العربية أخذه بُول أي كثرة بول دون إرادة منه، وهذا دليل على اضطراب في الوظيفة البولية (الزباد، ١٩٩٨، ١٣).

• التعريف النفسي Definition of psychological:

يعرفه (عبد الله، ٢٠٠١، ٢٨٥) بأنه تكرار تصريف البول لا إرادياً بعد سن الثالثة، وهو غالباً ما يكون تبولاً خلال الليل (تبول ليلي) وأحياناً أخرى يكون التبول اللاإرادي خلال النهار (تبول نهاري). ويعرفه كريسler (Kreiser ١٩٩٧) بأنه تبول يحدث دون إرادة الطفل، كما يحدث على نحو متكرر أو في فترات متقطعة، وذلك بعد السن التي يسوي فيها الطفل السوي وظيفة التحكم في البول، ويحدث في العادة أثناء النوم ويصبح أمراً اعتيادياً إن صح التعبير (علاق، ١٩٩٩، ١٥).

يعرفه د.كفافي (١٩٩٠) بأنه تبول لا إرادي متكرر خلال النهار أو الليل بعد بلوغ الطفل سناً يتوقع فيه ضبط المثانة، والحالة لا تعزى إلى اضطراب جسمي (كفافي، ١٩٩٠، ١٣٥١).

ثانياً- أشكال التبول اللاإرادي Forms of involuntary urination :

١- التبول اللاإرادي الأولي أو الأساسي Primary enuresis :

ويقصد به حالات التبول اللاإرادية التي بدأت مع الطفل بعد ولادته واستمرت إلى مرحلة متقدمة من عمره، إذ لا يكون لدى الطفل القدرة على ضبط عملية التبول لديه كما أن الطفل لم يصدف أن مر

بمرحلة السيطرة على مثانته (كمال وآخرون، ٢٠٠٥، ١١٠)، لعدم وصول الطفل إلى النضج العضوي، وهو ينتشر عند نسبة تصل إلى (٨٦) % من الأطفال (عبد المعطي، ٢٠٠١، ٩٩). وفي العادة يستمر هذا النوع من التبول إلى مرحلة الطفولة المتوسطة أو إلى ما بعد ذلك، وتشير الدراسات إلى أن (٨٠) % من التبول اللاإرادي من هذا النوع يعود غالباً إلى عوامل عضوية أو جينية (الخطيب، ١٩٩٢، ٨٩).

٢- التبول اللاإرادي الثانوي Secondary enuresis :

تطلق هذه التسمية على الأطفال الذين تمكنوا من التحكم في التبول لفترة تتراوح ما بين (٦-١٢) شهراً على الأقل ثم عادوا إلى التبول اللاإرادي فيما بعد (Mikkelsen, 2001, 1146)، ويشكل التبول اللاإرادي الليلي الثانوي حوالي ربع المرضى من المتبولين (Robson & Leung, 2000, 379). ومعظم حالات هذا الشكل تكون نتيجة القلق والضغط، ونادراً ما تعود إلى سبب جسدي (عادل، ٢٠٠٨، ١٥١).

كما تشير هالجرن (Hallgren) سنة 1957، إلى إن هذا النوع من التبول يبدأ لدى (٦٠) % من الحالات التي درستها في سن الرابعة ولدى (٢٠) % من الحالات في سن الثامنة (علاق ١٩٩٩، ٢٣)، والتبول اللاإرادي الثانوي يكون مسبقاً في الغالب بأحداث حياتية حرجة، وتظهر المشكلات السلوكية لدى (٧٥) % من حالات هؤلاء الأطفال (von Gontard et al., 2009, 2-3).

٣- التبول اللاإرادي الليلي Nocturnal enuresis :

يطلق على الأطفال الذين يتبولون لاإرادياً في الليل (Ekennia et al., 2013, 2186)، وهو أكثر شيوعاً من التبول اللاإرادي النهاري إذ يبلغ ثلاثة أضعاف الأخير، ويؤثر على ٦,٧ % من الأطفال الأصغر و ٢,٨ % من الأطفال الأكبر سناً (Taha & Sabra, 2011, 1). بالإضافة إلى ذلك، يؤثر على الذكور بمعدل أعلى من الإناث (Al-Ghamdy et al., 2000, 99).

٤- التبول اللاإرادي النهاري Diurnal enuresis :

وهو إفراغ البول لاإرادياً خلال ساعات الاستيقاظ نهاراً وتظهر هذه الحالات خلال السنوات الأولى من المرحلة الابتدائية، وغالبا ما نجد الطفل يحاول ضم رجليه بسرعة وقت نزول البول لكن دون جدوى، إذ لا يستطيع أن يتحكم في توقفه (منصور وآخرون، ٢٠٠٣، ٢٣٢). بالإضافة إلى ذلك، يؤثر على الإناث بمعدل أعلى من الذكور، وتبلغ نسبة انتشار هذا النوع بحوالي ٥ % من حالات التبول اللاإرادي (Al-Ghamdy et al., 2000, 99).

٥- التبول اللاإرادي الليلي - النهاري Nocturnal – Diurnal enuresis

تطلق هذه التسمية على الأطفال الذين يتبولون لا إرادياً في الليل و النهار (ملحم، ٢٠٠٧، ١٤٣)، وتصل نسبة التبول من هذا النوع إلى ما يقرب (١٥) % (Al-Ghamdy et al., 2000, 99)، و غالباً ما ترجع هذه الحالات إلى إصابة عضوية- عصبية، ويلعب العامل التربوي والنفسي والاجتماعي دوراً هاماً في حدوث هذه الحالات (الزرد، ١٩٩٨، ٢٤).

٦- التبول اللاإرادي غير المنتظم Irregular enuresis :

وهي حالات متباعدة من التبول اللاإرادي، وهي نادرة جداً ترتبط بأحداث اليوم أو الليلة التي حدث فيها، وتختفي لتظهر بعد شهر، وقد يعود مرة أخرى بعد ثلاثة أشهر أو أكثر أو أقل حسب الظروف (الشربيني، ١٩٩٤، ٦٦).

٧- التبول اللاإرادي العرضي Incidental enuresis:

وهي حالات تأتي للطفل صدفة يفاجأ بها الأهل، ومثل هذه الحالات لا تكون مزمنة، وهذه الحالات غالباً ما تحدث في ظروف حياتية معينة، كما في حالة الخوف الشديد لدى الطفل، أو الخلود للنوم بعد إجهاد الطفل وتعبه بسبب اللعب، وأحياناً نجد الطفل ينهمك في اللعب ويؤجل عملية التبول لديه. بعض هذه الحالات العارضة تقع أحياناً في النهار داخل الأسرة، أو في الملعب، أو في الصف (الزرد، ١٩٩٨، ٢٥).

٨- التبول اللاإرادي اليومي daily enuresis:

يتضمن فئة الأطفال التي تتبول على نفسها كل ليلة، وأحياناً في النهار، وهو يمثل الحالات الصعبة التي تتطلب تدخل الأخصائي الطبي والنفسي (الزرد، ١٩٩٨، ٣١).

٩- التبول اللاإرادي المصاحب للأحداث Episodic enuresis:

يحدث لدى الأطفال في مناسبات محددة مثل الامتحانات أو سفر الأب دون وجود الطفل معه أو الاحتفال بعيد ميلاد أخيه أو أخته (سليمان، ٢٠٠٥، ٣٤).

ثالثاً- نسبة انتشار التبول اللاإرادي:

أكدت العديد من الدراسات المسحية والإكلينيكية أنَّ اضطراب التبول اللاإرادي من أكثر المشكلات المزمنة والواسعة الانتشار (Butler, 1998, 453; Byrd et al., 1996; Warzak & Friman, 1994)، ففي الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع المعدل للرابطة الأمريكية للطب النفسي أن حدوث التبول اللاإرادي يقدر بحوالي (١٠-٥) % في عمر (٥) سنوات و (٣-٥) % في عمر (١٠) سنوات

وكذلك نسبة (١) % لدى الأطفال بعمر (١٥) سنة (DSM4 TR., 2000, 120)، إذ أكدت العديد من الدراسات انخفاض هذه المشكلة تدريجياً مع التقدم بالعمر (Feehan et al., 1990, 75).

على أية حال تختلف نسبة الانتشار حسب الجنس والمعايير التشخيصية المعتمدة في كل دراسة والمجتمع المدروس، وحسب العمر، وعدد مرات التبول.

كما تشير التقديرات الخاصة بانتشار هذا الاضطراب في ضوء الجنس إلى أن الذكور يشكلون نسبة أعلى قياساً بالإناث (Cendron, 1999, 1205)، ففي مدينة مانيسيا التركية بلغت نسبة الذكور إلى الإناث (١,٥/١) و في مدينة أيدين كانت (١,٩/١) (Sönmez& Ünüvar, 2003, 231).

تشير التقديرات الخاصة بانتشار هذا الاضطراب في ضوء شكله إلى أن التبول اللاإرادي الأولي يشكل نسبة تصل إلى (٨٥) % من مجموع حالات التبول اللاإرادية (الزرد، ١٩٩٨، ٢١)، وقد أشارت أحد الدراسات أن نسبة انتشار التبول اللاإرادي الليلي (٨٠) % بينما التبول اللاإرادي النهاري (٢٠) % (Cendron, 1999, 1205)، والأول انتشاره بين الذكور ضعف الإناث حتى الثالثة عشرة من العمر حيث يتناقص الفرق بعد هذا العمر (سليمان، ٢٠٠٥، ٣٦)، وقد بلغت نسبة انتشار اضطراب التبول اللاإرادي في الولايات المتحدة الأمريكية كما أشارت إليها المؤسسة الوطنية لأمراض الكلى أن أكثر من خمسة مليون طفل ممن هم فوق ٦ سنوات وصلوا التبول اللاإرادي National Kidney (Foundation , 2000, 52)، كما بلغ عدد الذين يعانون من التبول اللاإرادي في بريطانيا وحدها حوالي ربع مليون طفل بين ٦ - ١٦ سنة (سليمان، ٢٠٠٥، ٣٦).

وقد بلغت نسبة انتشار هذا الاضطراب (٤) % في فرنسا، (٤,٣) % في الصين، (٥,٥ - ١٥,٤) % في تايبوان، و (٦) % في هولندا، (٩,٢) % في كوريا، (٩,٦) % في إيطاليا، (١٢,٩) % في أفريقيا، و (١٨,٩) % في استراليا، (٥٦,٤) % في جامايكا، أما في تركيا فقد بلغت (١٣,١) % في مدينة مانيسيا، (١١,٥) % في مدينة أسبرتا و (١٢,٩) % في أيدين (Sönmez& Ünüvar, 2003, 231)، وبلغت في فنلندا للأطفال بعمر (٧) سنوات (٩,٨) % (بيترمان، ٢٠٠٩، ٥٣٩).

بلغت نسبة انتشار التبول اللاإرادي الليلي في السويد للأطفال من نفس العمر السابق للذكور والإناث على التوالي (١١,٩، ٧,١) (Hjalmas, 2002, 235).

بينما نسبة انتشار التبول اللاإرادي في جنوب أفريقيا للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ٥ - ١٠ سنوات ١٦ % (Fockema, 2008, 4)، أما في جنوب كوريا فكانت (٩,٢) %، وفي الباكستان (٩,١) % (Ghahramani et al., 2008, 169).

ولا توجد إحصائيات دقيقة في الوطن العربي عن نسبة انتشار هذه المشكلة؛ فقد أشارت دراسة أجريت في المملكة العربية السعودية سنة ١٩٩٦ على الأطفال بالمدارس الابتدائية أن نسبة انتشار التبول اللاإرادي (١٥) % (Bella & Kalo, 1996)، كما بلغت نسبة انتشار للاضطراب التبول اللاإرادي في الأردن (٨,٨) % للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين (٥-١٠) سنوات Al-Rashed & (Bataineh, 2007, 1)، وكانت في السودان لمن تراوحت أعمارهم بين (٣-١٥) سنة (١٤) %، وفي الكويت (١٠) % للأطفال بين (٦-١٠) سنوات وبمعدل تكرار أكثر من مرتين في الأسبوع (Al-) Ghamdy et al., 2000, 99 وقد بلغت نسبة انتشار اضطراب التبول اللاإرادي الليلي للأطفال الصف الأول الابتدائي في مدينة البصرة العراقية (٩,٤٨) % (Abdul-Nabi & Habeeb, 2013, 45).

بينت دراسة سيمونف و وائل (٢٠٠٥) أن نسبة انتشار هذه المشكلة للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين (٦-٧) سنوات (٣٢) % في مدينة بغداد العراقية (Simonoff & Wail, 2005, 5). أما في قطر للدراسة التي قام بها عبد الودود وآخرون abdul wadood et al فقد بلغت نسبة الانتشار (٢٥) % للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين (٦-١٢) سنة (Simonoff & Wail, 2005, 5).

أما على الصعيد المحلي نجد أن (خضر، ٢٠٠٥) أجرت دراسة على عينة مكونة (٢٢٠٠) طفل حيث بلغ عدد الأطفال ممن لديهم تبول ليلي لاإرادي (٢٠٦) بنسبة (١٠,٣٣) % من المجتمع الكلي، وقدرت نسبة الذكور ممن لديهم الاضطراب بـ (٦٠,٦) % أما نسبة الإناث فقد بلغت (٣٩,٣) %. وفي دراسة أجرتها (نجار، ١٩٩٩) للأطفال المراجعين لمشفى حلب الجامعي ممن لديهم تبول لاإرادي، حيث بلغ عدد الأطفال (١١٢) طفل وقدرت نسبة الذكور ممن لديهم الاضطراب بـ (٥٨) % أما نسبة الإناث فقد بلغت (٤٢) %.

رابعاً- الجهاز البولي والتحكم بعملية التبول The Urinary System and Bladder Control:

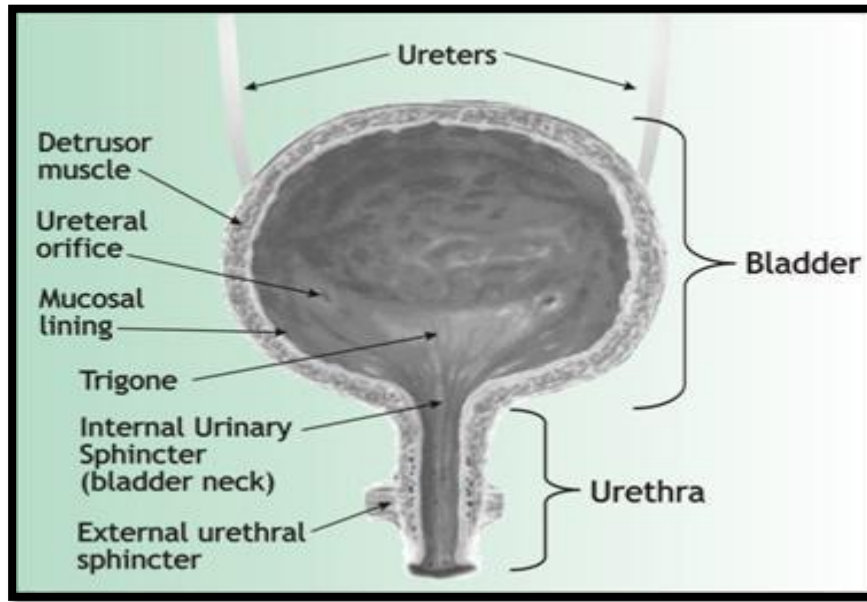
يوضح الشكل (١) رسم تخطيطي للجهاز البولي، وفيما يلي موجز توضيحي يصف عمل المثانة على النحو التالي:

تقع المثانة البولية وأجزائها في الجزء الأسفل من البطن، وتتكون المثانة من العضلة الدافعة (detrusor muscle) التي تحيط بالتركيب الحويصلي للمثانة، ومن عضلة المصرة الداخلية (sphincter muscle internal)، وعضلة المصرة الخارجية (external sphincter muscle) التي تحيط عنق المثانة (الزرد، ١٩٩٨، ٦١).

عندما تمتلئ المثانة بالبول تُرسل الأعصاب إشارةً لى الدماغ؛ ثم يرسل الدماغ رسالة لإرخاء المصرة الداخلية مولداً الرغبة بالتبول.

وعندما يتم التبول، ترتخي المصرة الخارجية وعضلات الحوض، مما يسمح بمرور البول خارج الجسم، كما ترتخي المصرة الداخلية (sphincter muscle internal)، الأمر الذي يزيد الضغط داخل المثانة ويدفع البول نحو الإحليل (Urethra) الذي هو عبارة عن أنبوب اسطواني يقع عند قاعدة المثانة، ثم تنتقلص العضلة الدافعة (detrusor muscle)، ويمر البول عبر الإحليل (Urethra) ويخرج من الجسم (بنيت وآخرون، ٢٠٠٦، ٢٢).

الشكل (١) رسم تخطيطي للجهاز البولي



نقلاً عن : (Meerman , 2012, 8)

بالإضافة إلى ذلك، فقد وصفت السيطرة الإرادية على عملية التبول بأنها مهارة معقدة تتطلب النضج العصبي، وعادة ما يحقق هذا النضج العصبي في العمر ما بين ٢-٥ سنوات، فالطفل الذي يحقق هذا النضج يغدو قادراً على تقليص عضلة المصرة الخارجية (sphincter muscle external)، بينما يمنع تقلص العضلة الدافعة (detrusor muscle) في وقت واحد، وبالتالي يمنع حدوث التبول، وهؤلاء الأطفال قادرون على إفراغ البول من خلال عكس هذه العملية (على سبيل المثال إطلاق عضلة المصرة الخارجية (sphincter muscle external) وتقليص العضلة الدافعة (muscle detrusor) في وقت واحد (Maizels et al., 1999, 127). وقد اعتبر الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للرابطة الأمريكية بأن التبول اللاإرادي يعتبر مشكلة سلوكية إذا ما تم الإفراغ المتكرر للبول

على الفراش أو الملابس مرتين في الأسبوع لمدة ثلاثة أشهر متتالية بعد عمر الخامسة وينطوي على سوء في الأداء المهني والأكاديمي (DSM.4-TR™ 2000, 121). هناك افتراض بأن الأطفال المتبولين لإراديًا لا يدركون الإشارات التي تُرسل من الدماغ بامتلاء المثانة، وبالتالي يتم إفراغ المثانة بشكل آلي بدون أي منع (Mellon & Houts, 2006, 439).
خامساً - أسباب التبول اللاإرادي:

اهتم الإنسان منذ أقدم العصور بدراسة أسباب التبول اللاإرادي وعلاجها، فقد أشارت الدراسات الانثربولوجية إلى أن الناس عرفوا مشكلة التبول اللاإرادي منذ حوالي ٣٠٠٠ سنة وكانوا يعتقدون آنذاك أن سببها حلول روح شريرة بأجسام الأطفال، فكانوا يلجؤون إلى ضربهم بقسوة وكيهم بالنار والحديد لإرغام هذه الأرواح الشريرة على الخروج من أجسامهم. كما أشارت الدراسات إلى أن بعض القبائل البدائية في جنوب أفريقيا تعتقد حتى الآن أن تبول الأطفال لإراديًا سببه وجود دم فاسد في أجسامهم. وقد ساد اعتقاد في القرن التاسع عشر بأن تبول الأطفال لإراديًا سببه ضعف عضوي في المثانة وأمراض المسالك البولية والكليتين، وعالجوها بالأدوية والعقاقير الطبية (سليمان، ٢٠٠٥، ٤٦). تعددت أسباب مشكلة التبول اللاإرادي بين الأطفال فبعضها يرجع لتأثير عوامل وراثية وبعضها يرجع لتأثير عوامل عضوية وفسولوجية أو لتأثير عوامل نفسية أو اجتماعية وسوف نتناول تأثير كل منها بالشرح:

١ - العوامل الوراثية Genetic Factors:

يعتبر العامل الوراثي من العوامل المساهمة في وجود التبول اللاإرادي، فلقد وجدت دراسة آرنل وآخرون Arnell et al أن (٥٠%) ممن يعانون من اضطراب التبول اللاإرادي الليلي الأولي لديهم آباء وأقارب يعانون من هذا الاضطراب (McKenzie, 2013, 17)، كما أظهرت إحدى الدراسات أن (٧٥%) من الأطفال الذين يتبولون ليلاً لديهم قريب من الدرجة الأولى كان يعاني من المشكلة ذاتها (Sadock & Sadock, 2007, 1288).

يبلغ الخطر بالنسبة لطفل ما أن يمرض بالتبول اللاإرادي (٧) مرات إذا كان الأب عانى بعد السنة الرابعة من الحياة من التبول اللاإرادي، وإذا توفر الشرط عند الأم فإن الخطر يرتفع إلى (٥) مرات (Mikkelsen, 2007, 665).

وقد أشارت دراسة أخرى (Frary) أن آباء الأطفال المتبولين لإراديًا كانوا يعانون من هذه المشكلة بنسبة (٣٢) %، آباء و (٢٠) % أمهات، وأيد (Katter) ذلك فوجد أن (٥٢) % من أسر هؤلاء الأطفال

لهم فرد أو أكثر كان يعاني من التبول اللاإرادي في صغره أو لايزال يعاني منه (الزعبي، ٢٠٠٥، ٩٨).

كما أجريت دراسات على توائم ووجدت إحداها أن نسبة التطابق لدى التوائم وحيدة البيضة بلغت (٦٨)% ولدى التوائم ثنائية البيضة (٣٦)% (بيترمان، ٢٠٠٩، ٥٤١)، وبذلك قد تم تدعيم وجود أساس وراثي للتبول اللاإرادي.

كان من أحدث مجالات الدراسة هي اكتشاف الصلات الجينية، إذ تمت دراسة التاريخ العائلي الشامل (٣٢) عائلة فيما يخص التبول اللاإرادي الأولي، فتبين أن التبول اللاإرادي الليلي ينتقل بشكل جسدي قاهر على الصبغي (٢٢) على الموقع q11 ولقد لوحظ ذلك في تسعة عائلات، وعلى الصبغي (١٣) الذي لديه موقعان (q13-q14) ولقد ارتبط هذا الأمر لدى ستة عائلات، وعلى الصبغي ١٢ لدى أربعة عائلات (Loeys et al., 2002, 79). وقد كانت النتائج متباينة فيما يتعلق بالنتائج الخاصة بالجينات.

وبالرغم من كل ما سبق، فإن عدم وجود تاريخ عائلي سابق لا ينفي إمكانية وجود مشكلة التبول اللاإرادي، بالرغم من هذا الإحتمال يقل إلى ما بين (١٥-١٦) % (Warzac & Friman, 1994, 511).

٢- العوامل الفسيولوجية physiological Factors :

تم اكتشاف العوامل الفسيولوجية التي قد تسهم في اضطراب التبول اللاإرادي من خلال مراجعة الدراسات السابقة، فبعض الدراسات لم تتوصل إلى سبب بيولوجي واحد واضح، وقد تم تحديد ثلاثة عوامل بيولوجية قد تسهم في اضطراب التبول اللاإرادي من قبل نيفس وآخرون Nevés et al وهذه العوامل هي :

١- الإفراط في إنتاج البول الليلي Excessive nocturnal urine production.

٣- عدم الاستقرار في عمل المثانة Instability in bladder functioning.

٣- اضطراب النوم Disorder of sleep (Nevés et al, 2000, 33).

٢-١- الإفراط في إنتاج البول الليلي Excessive nocturnal urine production :

يُفَرَز البول بشكل طبيعي خلال الليل بحدود أقل من ٥٠% من النهار (زادة، ٢٠٠٨، ١٩).

وتتمثل أجسام الأطفال الذين يعانون من اضطراب التبول اللاإرادي إلى إنتاج كميات زائدة من البول في الليل (Butler, 1998, 455).

لقد تم تحديد وجود نقص ليلي في الهرمون المضاد لإدرار البول فاسوبريسين vasopressin (يوسف، ٢٠٠٠، ١٢٣)، أو وجود شذوذ في إعادة امتصاص شوارد الصوديوم والبوتاسيوم في النظام

الكلوي (الزراد، ١٩٩٨، ٧١)، كأسباب فسيولوجية physiological causes في إنتاج البول الليلي المفرط لدى بعض الأطفال الذين يعانون من اضطراب التبول اللاإرادي (Butler, 1998, 455). كما وجدت دراسة أجراها أنجر، بيرد، فايتسمان، لانفير Byrd, Weitzman, Lanphear , Auinger (١٩٩٦) أن الأطفال الذين يعانون من اضطراب التبول اللاإرادي لديهم نقص في إفرازات هرمون فاسوبريسين vasopressin، مما أدى بالمثانة إلى إنتاج زيادة من ثلاثة أضعاف إلى أربعة أضعاف من حجم البول الطبيعي (McKenzie, 2013, 16)، ومن هذا المنطلق فقد تم تطوير الأدوية المضادة لإدرار البول الديسمويسين desmopressin لمعالجة اضطراب التبول اللاإرادي الليلي (Nevés, 2012, 41).

٢-٢ - عدم الاستقرار في عمل المثانة Instability in bladder functioning

إن عدم الاستقرار في عمل المثانة، وانخفاض القدرة الوظيفية للمثانة قد تكون مسؤولة أيضاً عن التبول اللاإرادي لدى الأطفال، فالأطفال الذين يعانون من اضطراب التبول اللاإرادي لديهم مثانة حجمها الوظيفي منخفض، مما يؤدي بهؤلاء الأطفال إلى كثرة التبول وإفراغ كميات قليلة جداً من البول بالمقارنة بالأطفال العاديين.

وقد يكون سبب هذه الرغبة القوية لإفراغ المثانة بالرغم من صغر حجم البول المتواجد فيها هو نشاط العضلة الدافعة (detrusor muscle) للمثانة، إذ يتم إعطاء إشارة للدماغ لإفراغ المثانة قبل أن تكون ممتلئة (Dobson, 2008, 1)، فلقد وجد تروب و هودجسون (١٩٧١) أن الأطفال المصابين بالتبول اللاإرادي الليلي النهاري لوحظ لديهم صغر في سعة المثانة بالمقارنة مع الأطفال الأصحاء، أما دراسة أخرى لزاليسكي (١٩٧٣) وجدت أن حجم مثانة الأطفال المتبولين لإرادياً نهائياً أقل حجماً من مثانة المتبولين لإرادياً ليلاً، وحجم مثانة التبول اللاإرادي الأولي أقل من حجم مثانة التبول اللاإرادي الثانوي (الزراد، ١٩٩٨، ٨٢).

كان هناك اختلاف بين العلماء بخصوص ما ورد سابقاً، حيث أكد بعض العلماء بأن الحجم الوظيفي للمثانة للأطفال المتبولين لإرادياً لا يختلف بشكل كبير عن الحجم الوظيفي للأطفال الأصحاء (Butler, 1998, 457).

٢-٣ - اضطراب النوم Disorder of sleep

أجريت عدة دراسات لمحاولة دراسة تأثير النوم في التبول اللاإرادي، فقد أوضحت مراجعة من قبل بتلر وهولند (Butler and Holland 2000) أن الطفل يبذل ثيا به لأن نومه يكون على درجة من العمق لا يتمكن معها من إدراك حاجته للتبول أو امتلاء المثانة (McKenzie, 2013, 17).

وقد أشار وانتبل وآخرون Watanabe et al سنة (1994) من خلال استفتاء طبق على ٢٠٣٣ من الأطفال غير المتبولين لإراديًا، أن ١٨١٨ منهم يستيقظون بانتظام أثناء الليل للذهاب إلى الحمام فهم يدركون حاجتهم للتبول، وتتكون لديهم أحاسيس امتلاء المثانة (Scheible, 2009, 22)، ولقد أشارت دراسة مايكلسون وآخرون Mikkelsen et al أن النوم العميق يساهم بشكل مفرط في التبول الإرادي الليلي (Mikkelsen 1980, 1148). كذلك تتفق غالبية الأمهات حسب ما أشار بوتلر وآخرون Butler et al على أن النوم العميق لأطفالهن هو السبب في تبليل الفراش، ولقد نادى بايرس وآخرون pirce et al بفكرة المقارنة بين التبول اللاإرادي الليلي و الأحلام.

أما بروغتون Broughton's فقد رفض هذا التصور بعد أن ظهر أن التبول اللاإرادي يشكل اضطراب يقظة، ووصل إلى أن التبول اللاإرادي الليلي يظهر في طور نوم دلتا ويثار من خلال إشارة الإيقاظ، إلا أن دراسات أحدث أشارت إلى أن التبول اللاإرادي لا يبدو متعلق بمرحلة معينة من مراحل النوم، بل يظهر التبول في أكثر الحالات خلال الليل بشكل عشوائي في جميع مراحل النوم، علماً بأن التكرار في طور ما يرتبط مع الفترة الزمنية التي يقضيها المرء في طور معين، ومن ناحية أخرى فإن بروفيل النوم للأطفال الذين يعانون من التبول اللاإرادي متشابه (بيترمان، ٢٠٠٩، ٥٤٢).

كذلك عند مقارنة النشاط الكهربائي الدماغي عند الأطفال المتبولين لإراديًا تبين أنه لا يختلف عن نظيره عند الأطفال الأصحاء (بصل، ٢٠٠٣، ١٦٢).

٤ - العوامل العضوية Organic factors :

تشمل العوامل العضوية التهابات المسالك البولية، وتشوهات الجهاز البولي التناسلي، وبعض الحالات المرضية كمرض السكر ومرض فقر الدم المنجلي وداء الصرع والسمنة (Rajigah, 1996, 35).

وتبلغ نسبة الأطفال الذين يعانون من اضطراب التبول اللاإرادي لسبب عضوي بين ١ - ١٠% من مجموع الأطفال المتبولين لإراديًا (شيفروملمان، ١٩٩٩، ١٨٤).

وتشير بعض الدراسات إلى أن الأطفال الذين يعانون من اضطراب التبول اللاإرادي قد يكون لديهم تأخر بالنمو (Ronen & Abraham, 1996, 79)، فضبط المثانة يتعلق بشدة بمستوى النمو، فالتبول اللاإرادي يظهر بصورة متكررة عند وجود نمو لغوي متباطئ ومهارات حركية غليظة متخلفة (بيترمان، ٢٠٠٩، ٥٤٣).

كما أن العديد من الأطفال الذين يعانون من التبول لإرادي يكون لديهم انخفاض في الوزن عند الولادة، ولديهم تأخر في العمر العظمي وتأخر في كل علامات البلوغ والتطور الوظيفي للجهاز العصبي

المركزي، وتتضح صحة العامل العضوي المتعلق بتأخر النمو من خلال تأخر التحكم في التبول الإرادي الليلي والنهاري وازدياد معدل التحسن بنسبة ١٥% سنوياً (زادة، ٢٠٠٨، ٢٣).

٤ - العوامل النفسية Psychological factors:

تعد العوامل النفسية من العوامل المساهمة في حدوث التبول اللاإرادي، وأهم هذه العوامل:

٤-١ - تأخر التطور Development delay:

أشارت العديد من الدراسات التطورية العيادية كدراسة جارفلين وآخرون Jarvelin et al ودراسة مايكلسون Mikkelsen إلى أن عملية اكتساب التحكم بالمثانة سلوك متعلم، واكتساب هذه المهارة يتم ضمن فترة محددة تدعى فترة التعلم الحرجة critical learning period، تعتبر الفترة من السنة الثانية حتى السنة الرابعة من العمر هي أكثر حساسية وربما حرجة لتحقيق السيطرة البولية وخلال هذه الفترة وخاصة في السنة الثالثة هناك معدل عال من حصول أمر طارئ على السيطرة المثانية الليلية إذا ما قورنت بالفترة السابقة واللاحقة لها.

إن حدوث أزمة معينة أو الإصابة بالقلق خلال هذه الفترة الحساسة يمكنه أن يمنع اكتساب هذه المهارة المتضمنة التدريب على استعمال المرحاض للتحكم بالمثانة، فإذا ما كان هناك حقاً فترة للسيطرة الطارئة خلال الأعمار من الثانية إلى الرابعة فإن وجود حدث موثر أو نقص في النضج خلال هذه الفترة سيمنع حدوث السيطرة المثانية (Hawley, 2000,14)، فالأطفال 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، خطراً مضاعفاً لظهور مشكلة التبول اللاإرادي (بيترمان، ٢٠٠٩، ٥٤١).

٤-٢ - **الخوف Fear**: ويأتي الخوف في رأس قائمة الأسباب النفسية، لما يسببه من قلق وتوتر يؤدي إلى اضطراب وظيفة التبول لدى الأطفال (مهنا، ١٩٩٩، ٣٧٣).

وتتجلى هذه المخاوف في صور متعددة، كالخوف من الظلام والحيوانات، أو مشاهدة البرامج المرعبة في التلفزيون أو السينما، أو سماع القصص المزعجة أو الخوف من العقاب، أو الإحساس بعقدة الاختصاص لدى الذكر، وحسد القضيبي عند الأنثى (الزرد، ١٩٩٨، ٩٣).

وكذلك خوف الطفل من المجتمع المدرسي عند بداية التحاقه بالمدرسة أو نتيجة خوفه من معلم بعينه ومن أن يعاقبه بشدة إن قصر بدروسه، أو بسبب عدم قدرته على اللحاق برفاقه في المدرسة أو نتيجة معايير الزملاء له لسبب ما (الخميسي، ٢٠٠٨، ١٢٥).

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، ٢٠٠٠، ٤٤٩).

٤-٣- **الغيرة jealousy**: تعتبر الغيرة لدى الطفل أحد العوامل الهامة في إحداث التبول اللاإرادي، فقد تظهر هذه المشكلة عند الطفل نتيجة ولادة مولود جديد في الأسرة مما يشعر الطفل بالغيرة نتيجة تركيز الأم عنايتها على الطفل الجديد وإهمالها للطفل السابق، فيتكون القلق عند هذا الطفل ويمكن أن يبذل ثيابه أو فراشه.

يرى (فرويد) في تفسيره للتبول اللاإرادي بأنه عرض نكوصي يدل على ما يعانيه الطفل من صراع نفسي لم يُحل نتيجة ما يدركه من تحول الوالدين عنه إلى العناية بأخيه الأصغر، نتيجة اعتقاده بأنه مهدد بفقدان حبهما له، مما يؤدي إلى ظهور المشكلة لديه لجذب انتباههما إليه، فإذا ما تحقق ذلك استمر في تبلييل الفراش ليحصل على مزيد من اهتمام ورعاية الوالدين (الزعيبي، ٢٠٠٥، ٩٩).

٤-٤- **التفكك الأسري**: 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 خطراً لظهور مشكلة التبول اللاإرادي عنده (ملحم، ٢٠٠٢، ٣١).

٤-٥- **الحرمان العاطفي**: يعتبر الحرمان العاطفي للطفل من العوامل الهامة في حدوث التبول اللاإرادي، ويقصد بالحرمان العاطفي النقص في الحب والعطف والحنان والرعاية من طرف الأم وذلك بسبب غيابها أو موتها أو مرضها أو بسبب طلاقها أو بسبب علاقة النبذ والرفض من جانب الأم للطفل مع عدم وجود بديل عن الأم، وقد أكدت العديد من الدراسات على التأثيرات السلبية للحرمان العاطفي، والتي تظهر على صحة الطفل الجسمية والنفسية، وعلى نضجه العضوي، ونموه اللغوي والحركي والعقلي، ولقد أشار العالم (راكامبييه) إلى أن الحرمان العاطفي يؤدي إلى نكوص عام في سلوك الطفل (الزباد، ١٩٩٨، ٩٦).

وقد بينت دراسة روتر Rutter على عينة من الأطفال تتراوح أعمارهم بين ٥-٧ سنوات بأن التبول اللاإرادي أكثر تكراراً عند الأطفال الذين يشهدون ضغطاً نفسياً والمحرومين عاطفياً (Mikkelsen, 656, 2007)، مثل أطفال مؤسسات رعاية الأيتام والملاجئ ودور الرعاية الاجتماعية

٤-٦- **الاكتئاب Depression**: إن علاج الاكتئاب ببعض الأدوية عن طريق الطبيب المعالج يساعد على اختفاء التبول اللاإرادي (بشناق، ٢٠٠١، ١٤٧).

٤-٧- مشاعر الذنب Guilt feelings: إن مشاعر الذنب المرتبطة بالتبول تُدخل الطفل في حلقة مفرغة من القلق وتؤدي إلى تثبيت التبول اللاإرادي، فقد تبين أن المعايير واستعمال ألفاظ التحقير بسبب البوال كثيراً ما تبعث في الطفل حالة من القلق الذي يأخذ صورة الحساسية الزائدة بالنفس، لدرجة أن بعض الأطفال المتبولين لا إرادياً يخافون من الذهاب إلى المدرسة خشية أن يشم التلاميذ رائحة الملابس، فيسرخون منهم، وكان هذا الخوف هو نقطة بداية للقلق الذي ينعكس في صورة الخوف من المدرسة كمخرج لتوتر الشعور بالذنب بسبب التبول اللاإرادي (سليمان، ٢٠٠٥، ٥٨).

٤-٨- أساليب التنشئة الأسرية Methods of Family Upbringing:

يعزو معظم الأخصائيين أسباب المشاكل السلوكية بشكل عام بالدرجة الأولى إلى علاقة الطفل بوالديه، حيث أن الأسرة ذات تأثير كبير على التطور النمائي المبكر للطفل (القمش والإمام ٢٠٠٦، ٢٦). وقد عد علماء النفس والأطباء عملية التبول اللاإرادي نتيجةً لخطأ في عملية تعليم وتدريب الطفل على عملية التبول، ويؤكد كل من باكوين وباكوين (١٩٧٢) على أن مشكلة التبول اللاإرادي هي مشكلة تعلم وتدريب على التبول بالدرجة الأولى، وأن التبول اللاإرادي هو عبارة عن سلوك غير توافقي، أو هو عبارة عن عادة نتجت بسبب تعلم خاطئ (الزباد، ١٩٩٨، ٨٧).

كما بينت عدة دراسات مدى تأثير إهمال الأم في عملية تدريب الطفل على الإخراج الصحيح سواء بالتدريب المبكر والمتأخر، وأثر ذلك على حدوث اضطراب التبول اللاإرادي. فقد أظهرت دراسة آن ديوش (Ann Dyosh) سنة (1968) أن استخدام الأم أسلوب القسوة والضرب والحرمان.. في تدريب الأطفال على عملية الإخراج، يؤدي إلى التبول اللاإرادي، وكذلك قيام الأمهات بتدريب أطفالهن بشكل مبكر على النظافة، وإجبار الطفل على التحكم في تبوله قبل نضج الأجهزة العضوية، وأيضاً عدم فهم الأم لمراحل نمو الطفل واحتياجات كل مرحلة أو التسامح تجاه تدريب الطفل على النظافة وترك الطفل على سجيته في قضاء أو إعطاء قيمة كبيرة لعملية التبول وجعلها أمراً غير طبيعي مع الإفراط بالثناء والتشجيع من أجل الطفل الذي يتحكم بعملية تبوله، كلها عوامل تؤدي إلى التبول اللاإرادي (الزباد، ١٩٩٨، ٨٨).

كما أشارت دراسة كولب (Kollb) سنة (1982) أن ممارسة العقاب على الطفل قد يؤدي إلى معاناته من اضطراب التبول اللاإرادي، حيث يظهر لدى الطفل كنوع من الانتقام من الذين يمارسون العقاب (أبو سريع، ٢٠٠٨، ٢٠١).

كذلك أشارت دراسة (معروف) إلى أن استخدام الأساليب القاسية في التعامل مع الأطفال في حالة الوقوع في الأخطاء قد يؤدي إلى التأخر في عملية التعود على ضبط عمليات الإخراج وإلى الاستمرار في التبول الليلي (معروف، ١٩٨٧، ١٨٣).

كذلك أشار (معوض) إلى أن استخدام الأسلوب العقابي من شأنه أن يسبب للطفل صراعاً وقلقاً يهددان كيانه النفسي مما يجعل عادة التبول اللاإرادي نوعاً من التنفيس الانفعالي يلجأ إليه لاشعورياً للتعبير عما بداخله من قلق وصراع (معوض، ١٩٩٤، ٢٧١)، ويرى (عيسوي) في استخدام أسلوب القسوة في معاملة الطفل سبباً كامناً وراء زيادة حالات البوال لديه، حيث تستحوذ على الطفل فكرة الخوف من البوال والخوف نفسه يؤدي إلى زيادة هذه المشكلة (عيسوي، ١٩٩٣، ٦١).

وقد أشارت (جرجس) إلى أن استخدام أسلوب التساهل من شأنه أن يحدث التبول اللاإرادي (جرجس، ١٩٩٧، ١٦).

إن عملية التعود على ضبط المثانة تتطلب من الطفل القيام بمجهود ذاتي حتى يتمكن من التدريب على النظافة، وتعتقد الباحثة بأن هذا الأسلوب في المعاملة قد يؤخره عن القيام بهذه العملية لأن ذلك يزعجه، وهو لم يتعود أن يتحمل أي مسؤوليات.

إن التطرف في المعاملة غالباً ما يسفر عن نتائج غير محمودة حيث أن إحاطة الطفل بنوع من الاهتمام والدلال والتساهل الزائد عن الحد المعقول أو معاملته بالشدة لدرجة القسوة يمكن أن يؤدي إلى بعض الاضطرابات على سلوكه والتي تتمثل هنا في شكل التبول اللاإرادي، وبذلك ترى الباحثة أن مراعاة الاعتدال في معاملة الطفل وتوخي اللطف واللين أثناء عمليات التدريب على عادات الإخراج، وبشكل تراعى فيه الفروق الفردية بين الأطفال من شأنه أن يحمي الطفل من الإصابة بهذا الاضطراب.

٦- عوامل بيئية environment factors:

للعوامل البيئية دور كبير في ظهور أعراض اضطراب التبول اللاإرادي، ويبدأ تأثير هذه العوامل منذ اللحظات الأولى للإخصاب؛ أي في مرحلة الحمل ومن ثم الولادة، ومن ثم بعد الولادة وفيما يلي عرض موجز لكل منها:

٦-١- مرحلة الحمل:

إن العقاقير والأدوية التي تتناولها الأم خلال الحمل، والمخدرات كالمورفين والحشيش، والتدخين الحاد، أو التعرض لقدر كبير من الأشعة، أو التعرض للأمراض المعدية مثل الحصبة الألمانية والزهري وغيرها، سوء التغذية لدى الأم، تأثير الهرمونات، العامل الدموي (RH)، عمر الأم، تعرض الأم الحامل لتشنجات خلال الحمل. جميع هذه العوامل تؤثر على الطفل وتؤدي إلى اضطرابات بنوية في جسم

الطفل، واضطرابات وظيفية في وظائف الأعضاء، كما في اضطراب وظيفة التبول لدى الطفل (الزرد، ١٩٩٨، ٧٥).

٦-٢- مرحلة الولادة:

إن تعرض الأم الحامل لفترات زمنية طويلة أو قصيرة نسبياً في أثناء فترة المخاض، أو الصدمات خلال الولادة أو التقاف الحبل السري على عنق الجنين، كذلك التعرض لأخطاء التوليد، النزيف من الأوعية الدموية الدماغية، وكذلك الولادات المبكرة وترافقها مع نقص الوزن، كل ذلك يشكل استعداداً لاكتساب هذا الاضطراب، واضطرابات عضوية أخرى، كذلك الولادات المتأخرة، والولادة التي يصاحبها نزيف، أو الولادة القيصرية تؤثر على الطفل بعد الولادة في شكل اضطرابات مسببة لضعف الجسم واضطراب وظائف الأعضاء ومنها الجهاز البولي مما يوجد حالة التبول اللاإرادي (جبل، ٢٠٠٠، ٤٤٤).

٦-٣- مرحلة ما بعد الولادة:

إن للعوامل البيئية المحيطة بالطفل أثراً كبيراً في احتمال ظهور اضطراب التبول اللاإرادي ومنها:

٦-٣-١- عوامل التحسس الغذائي Food sensitivity factors:

هناك بعض المأكولات التي تسبب الحساسية الغذائية (Food sensitivity) لبعض الأطفال ويمكن أن تؤدي لفرط فعالية المثانة، وهذا بدوره يقلل من سعة المثانة وبعد إخراج هذه المادة المحسنة من الطعام يمكن أن يحدث التحسن (زادة، ٢٠٠٨، ٣١).

وتُعد من مهيجات المثانة الأطعمة الآتية: المشروبات التي تحتوي على مادة الكافيين، الشوكولا، السكر، الحمضيات، الفاكهة، و الطعام الذي يحتوي على الصباغ (اللون الأحمر) (Scheible, 2009, 27).

لقد أظهر الرقيب وآخرون (Egger et al., 1999) الأثر الإيجابي للامتناع عن الطعام المهيج للمثانة في دراسة على عينة من الأطفال الذين يعانون من اضطراب التبول اللاإرادي الأولي الابتدائي (PNE) وكانت النتيجة ٨ أطفال أصبحوا جافيين تماماً، و ٤ أطفال انخفضت لديهم عدد الليالي المبللة، وعندما أعيدت الأطعمة المهيجة للمثانة تدريجياً فإن جميع الأطفال تعرضوا للانتكاس.

أجرى مونغان وآخرون Mungan et al سنة (٢٠٠٥) دراسة من أجل فهم العلاقة بين التبول والحساسية الغذائية، فتم تحليل دم ٣٧ طفلاً يعانون من اضطراب التبول اللاإرادي و ١٨ طفل لا يعانون من اضطراب التبول اللاإرادي، فتبين بأنه لا يوجد فرق ذو دلالة إحصائية في قيمة الحساسية الغذائية في المجموعتين (Scheible, 2009, 27) ودراسة أخرى أجريت من قبل ماكندري McKendry (1975) على مجموعتين متجانستين من الأطفال، يعانون من اضطراب التبول

اللاإرادي تم منع المجموعة الأولى عن الأطعمة المهيجة للمثانة الحليب ومشتقاته، الحمضيات كالكافو، شوكولا، عصائر الفاكهة، وبنودرة، واستخدام مع المجموعة الثانية علاج دوائي يدعى الامبيرامين imipramine، أوضحت النتائج أن نسبة الأطفال الجافيين تماماً لدى أطفال المجموعة الأولى (١,٦) % أما نسبة التحسن الجزئي (انخفاض عدد الليالي المبللة) (٥٠) %، أما المجموعة الثانية فكانت (٢١) % جفاف تام، (٤٥,٢) % (National Clinical Guideline Centre, 2010, 142).

٦-٣-٢- إن نمط السكن الذي يقيم فيه الطفل ومنافعه (المرحاض) يؤثران بشكل كبير على ظهور سلوك التبول اللاإرادي لدى الطفل، فتوفر المرافق اللازمة لتبول الطفل، مثل الإضاءة، وقرب المكان، نمط المرحاض فإذا كان على شكل حفرة قد يخاف الطفل الصغير من السقوط فيه، فيحجب عن استعماله. أيضاً نظافة المراحيض قد تلعب دوراً في ظهور هذه المشكلة، فهناك بعض الأطفال الذين يتجنبون الدخول إلى المراحيض غير النظيفة مهما كلف الأمر (مراحيض المدارس) وبشكل خاص التي ليس لها أبواب يشعر الطفل باستعمالها بالخزي والإذلال، فيحجب عنها وبالتالي تظهر لديه المشكلة (Patel , 2010, 11).

٧- العوامل التعليمية والاقتصادية والاجتماعية Socio-Economic and Educational : Factors

يجمع العديد من الباحثين على أهمية المستوى التعليمي للوالدين في ظاهرة التبول، إذ يرتفع تكرار هذه الظاهرة عكسياً مع المستوى التعليمي. إذ يزداد هذا التكرار في الأوساط الأسرية ذات المستوى التعليمي الابتدائي أو أقل، وهذا ما أيدته دراسة (محمدي وآخرون) Mahmoodzadeh et al أكدت أن المستوى التعليمي الابتدائي وأقل كان لدى (٤٨,٣) % من آباء الأطفال المتبولين لاإرادياً، (٦٢,٨) % من الأمهات (Mahmoodzadeh et al., 2013, 61).

والتبول اللاإرادي أكثر شيوعاً في الطبقات الاجتماعية الاقتصادية المنخفضة وأطفال المؤسسات الإيوائية (1543, A A C A P Official action 2004)، وهذا ما بينته دراسة شاختر Schachter سنة (١٩٦٨) بأن هذه الظاهرة تنتشر في الأوساط الأسرية الفقيرة والتي تعيش ظروفاً صعبة بنسبة (٥٢) % من مجمل أطفال العينة البالغ عددها (٣٠٠٠) طفل تتراوح أعمارهم بين (٨-١٢) سنة، كما وجد بأن التبول اللاإرادي ينتشر بنسبة (٢٣) % لدى أطفال الأسر الراقية والأوساط الاجتماعية العليا (الزرد، ١٩٩٨، ٣٨).

فميل الطفل إلى تبليل الفراش يكون أقل إذا كان من وسط إجتماعي ميسور، حيث النظافة مطلوبة، ودورات المياه سهلة المنال، والأم مهتمة بتربية الصغار ونظافتهم.

بينت دراسة محمدي وآخرون Mahmoodzadeh et al أن نسبة (٨٣,١) % من آباء هؤلاء الأطفال عاطلون عن العمل، كما بينت الدراسة أن الاضطراب يزداد تكراراً لدى أطفال الأمهات العاملات من أطفال ربات المنزل (Mahmoodzadeh et al., 2013, 61)

سادساً- تأثير التبول اللاإرادي على الطفل وعائلته Impact of Enuresis on children and his family
وينقسم إلى قسمين:

١- تأثير التبول اللاإرادي على الطفل Impact of Enuresis on children

ورد في تقرير عن الأطفال بأنّ التبول اللاإرادي يُعد ثالث أكثر التجارب المؤلمة بعد الطلاق والمشاجرات الوالدية (Patrick, 2006, 265)، فمشكلة التبول اللاإرادي قد تزيد من حدة المشكلات السلوكية والمضاعفات النفسية التي قد تظهر على شخصية الطفل (الزباد، ١٩٩٨، ٤٥).

كما قد أشارت العديد من الدراسات الأجنبية إلى أن ٢٠-٣٠ % من الأطفال الذين يعانون من التبول اللاإرادي الليلي يظهرون مشاكل سلوكية ذات علاقة ٢ إلى ٤ مرات أعلى من الأطفال من دون تبول لاإرادي (Liu et al., 2000- Byrd et al., 1996- von Gontard and Neveus, 2006). وأظهرت إحدى الدراسات السريرية أن المشاكل السلوكية لدى الأطفال الذين يعانون من التبول اللاإرادي الليلي الأولى ظهرت بمعدل أقل من (٢٠) % من الحالات، أم الاضطراب التبول اللاإرادي الثانوي فغالباً ما يكون مسبوقاً بأحداث حياتية حرجة، وظهرت المشكلات السلوكية لدى (٧٥) % من حالات هؤلاء الأطفال (Von Gontard et al., 1999, 665).

بالإضافة إلى ذلك، بينت دراسة بتلر وهرون Butler & Heron سنة (٢٠٠٨) أن الأطفال بعمر (٩) سنوات مع تبول لاإرادي يعانون من الشعور بالذنب، الخجل، الخزي، وتجنب الأنشطة الاجتماعية (From: McKenzie, 2013, 19).

بالإضافة إلى ذلك قد يواجه الأطفال المتبولين لاإرادياً بالنبذ من جانب زملائهم، ويتعرضون للسخرية من جانب أشقائهم، وتتوتر علاقة الطفل المتبول بوالديه، فمثل هذه المشاكل تهم علماء النفس والمتخصصون النفسيون، لأنها تؤدي إلى معاناة الطفل من انخفاض تقديره لذاته، جراء ضعف التحصيل الدراسي، ومن المشاكل العاطفية والسلوكية (Carr, 1999, 18).

كما أظهرت ثينز وآخرون Theunis et al أنه كان هناك انخفاض بتقدير الذات والكفاءة الرياضية لدى الأطفال الذين يعانون من التبول اللاإرادي الليلي مقارنة بالأطفال العاديين من نفس العمر والجنس (Theunis et al., 2002, 660).

أما دراسة بانغر وهولماس Pugnner&Holmes التي أجريت في خمس بلدان أوروبية وقدمت النتائج فقط من ثلاث بلدان (ألمانيا، السويد، بريطانيا)، فقد بينت أن الأطفال الذين يعانون من التبول اللاإرادي يشعرون بالوحدة والخجل وبالاختلاف عن الآخرين، كما أظهرت الدراسة بأن هؤلاء الأطفال يعانون من انخفاض بتقدير الذات (Pugnner &Holmes, 1997, 65).

كما أظهرت دراسة أجريت في هونغ كونغ أن (٨٩,٨) % الأطفال المتبولين لاإردياً تجنبوا الكلام حول المشكلة، (١٨,١) % أدعى أنه لا يعاني من هذه المشكلة وحاول إخفاء ملابسه المبللة، (٢٧,٧٦) % وتجنب البقاء ليلاً مع الأصدقاء، أو الذهاب في الرحلات المدرسية التي تتطلب النوم خارج المنزل (Ng et al., 2004, 57).

كما بينت دراسة (Bruyne, et.al, 2009) بأن المشكلات السلوكية أكثر شيوعاً عند الذكور من الإناث من وجهة نظر أمهاتهم، وأن أكثر المشكلات شيوعاً لدى الأطفال اللين يتبولون بالفراش مقارنة بالأطفال العاديين من وجهة نظر الآباء والأمهات هي فرط النشاط، تشتت الانتباه، الاندفاعية، العدوانية، واضطراب المسلك.

بالإضافة إلى ذلك، تؤكد دراسة فيرغسون هورود Fergusson & Horwood بأن الأطفال الأكبر الذين واصلوا تبلييل الفراش أكثر معاناة من المشاكل السلوكية، فالأطفال الأكبر من (١٣) عاماً أكثر معاناة من تشتت الانتباه أما الأكبر من (١٥) عاماً أكثر معاناة من المشاكل السلوكية الداخلية (Marina et al., 2008, 75).

كل ما سبق يؤكد ضرورة التدخل المبكر وعلاج المشكلة قبل تفاقمها ونفاقم تأثيراتها الجانبية.

٢- تأثير التبول اللاإرادي على عائلة الطفل Impact of Enuresis on children family :

يعاني ذوي الأطفال المتبولين لاإردياً من ضغوطات كبيرة في العديد من النواحي الاقتصادية والاجتماعية والعاطفية والنفسية:

فمن الناحية الاقتصادية: يبذل الطفل غيار أو غياران كل ليلة، فيحتاج إلى ملابس وشراشف إضافية وهذا يمكن أن يكلف العائلة بحدود (٧٠٠) \$ كل عام. وتكلف الحفاضات بكل بساطة أكثر من (٣٠٠) \$ كل عام، أما الأدوية المستعملة لمشكلة التبول اللاإرادي فتكلف ٤ \$ لكل حبة دواء، وكل ذلك يجمع مع مرور الوقت، إذ بينت دراسة أوروبية أن الأسرة التي لديها طفل مصاب بالتبول اللاإرادي الليلي تدفع سنوياً (١٠٠٠) دولار إضافية مقابل الغسيل الإضافي وارتداء الحفاضات (زادة، ٢٠٠٨، ٥٥).

أيضاً يؤثر التبول اللاإرادي على العائلة من الناحية العاطفية والنفسية وبالتحديد الأمهات، بالإضافة إلى ما يرتبه عليها من واجبات يومية مسائية كتجهيز شرف عازل، حفاضات، الملابس والشراشف

الإضافية، فضلاً عما يسببه إخفاء مشكلة الطفل عن بقية أفراد الأسرة والأصدقاء من ألم وضغط كبير على الوالدين (Mercer, 2004, 17).

لقد بينت دراسة أجريت في هونغ كونغ حول اتجاهات الآباء نحو التبول اللاإرادي الليلي الابتدائي، فكننت ردود فعل الآباء العاطفية هي أن (٧١%) شعروا بالانزعاج، و(١٩%) شعروا بالغضب، و(١١%) شعروا بالخجل، (٧٧%) كافئوا الأطفال على الليالي الجافة، (٥٧%) عاقبوا الأطفال على بللهم لفراشهم (Ng et al., 2004, 56)، أما بالنسبة لمواقف الآباء الماليزيين (٧٣%) من الآباء اعتبر التبول اللاإرادي مشكلة، (٦٥%) من الآباء طلب نصائح عن معالجة هذه المشكلة (Kanhawari et al., 2006, 608)، وفي دراسة أجريت في كراتشي حول التبول اللاإرادي في مدارس الأطفال ثبت بأن (٦٨,٥%) من الآباء قلقون حول مشكلة أبنائهم، ولكن (٢٦,٣%) طلبوا مساعدة طبية، (٢٢%) من الآباء لم تهتم بمشكلة طفلها (Mithani & Zaidi, 2005, 16) لقد افترض أميرمان Amerman 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..... (البحيري، ٢٠٠٢، ١٤)،

وقد أشارت دراسة سابي وآخرون (Sapi et al., 2009) في البرازيل ودراسة كان وآخرون (can et al., 2004) في تركيا إلى تعرض الأطفال المتبولين لاإرادياً إلى العنف الجسدي واللفظي (From: National Clinical Guideline Centre, 2010, 93)، كما استنتج دي ماقنوزل وآخرون De Miquelsanz et al سنة (١٩٩٦) بأن التبول اللاإرادي الليلي يتعلق بالاتجاهات التربوية للآباء والعائلة نحو المتبول اللاإرادي (Heap, 2004, 95).

إن مثل هذه النظرات التأديبية والعقابية من قبل الأهل للأطفال المتبولين لاإرادياً لا توفر المناخ العاطفي المناسب الذي يساعد هؤلاء الأطفال على الجفاف، فلا بد من تبني موقف داعم ومتفهم يساعد الطفل على التخلص من المشكلة، لذلك فإن هذه التجارب الأبوية يجب أن تؤخذ بالحسبان في مرحلة التشخيص ومرحلة التعرف على الأسباب وعند وضع الخطط العلاجية، حيث يمكن أن تؤثر على النتيجة النهائية للعلاج بشكل كبير.

سادساً - تقييم الحالة:

يُعد الفحص الطبي من الخطوات الأولى المهمة والضرورية لتشخيص اضطراب التبول اللاإرادي وذلك للتأكد من سلامة الطفل عضوياً واستبعاد أية أسباب عضوية لاضطراب التبول اللاإرادي، مثل

الأمراض الكلوية، التهاب المسالك البولية، مرض السكري، عيوب الحبل الشوكي، شذوذ صمام مجرى البول للذكور (Wolfish, 2009,77). بالإضافة إلى ذلك، فإنه من الضروري التعرف على تاريخ الحالة، والذي يستفاد منه في الوقوف على العوامل الوراثية إن وجدت داخل الأسرة، وكذلك معرفة تطور حالة المريض وجمع البيانات عن عائلته، ذلك أن التاريخ العائلي الطبي يساعد على استبعاد تاريخ العائلة من مشاكل الكلية أو مرض السكري (الزباد، ١٩٩٨، ١١٥).

وبالإضافة إلى إجراء الفحص الطبي والحصول على بيانات تاريخ الحالة لا بد من إجراء التقييم النفسي لتحديد ما إذا كان لدى الطفل ووالديه الاستعداد والقدرة لتنفيذ التدخل العلاجي لأنها من العوامل المؤثرة على نجاح التدخل العلاجي (Steele et al., 2008, 215). وكذلك لا بد من والتعرف على موقف الوالدين من الطفل، والتوقعات العلاجية، فقد ثبت أن المواقف الأبوية السلبية تحد من التعاون لتنفيذ التدخل العلاجي السوحي (Morgan & Young, 1975, 198).

وبالرغم من أن الغالبية العظمى من الأمهات يكنّ متسامحات فيما يتعلق بمشكلة التبول اللاإرادي، إلا أن هناك قلة من الأمهات غير المتسامحات، واللواتي يكثرن من عقاب للطفل، فمثل هذا الأمر يجب معالجته قبل تنفيذ التدخل العلاجي (Steele et al., 2008, 215). لأنه أيضاً من العوامل المؤثرة على نجاح العلاج السلوكي، فضلاً عن أنه يجب تحديد نمط التبول لدى الطفل قبل تنفيذ التدخل (Carr, 1999, 235).

إن هذه البيانات يجب أن تُجمع أثناء فترة الملاحظة كي تتم الاستفادة منها في تقييم التقدم في كافة مراحل التدخل العلاجي السلوكي.

ثانياً. بعض الأساليب العلاجية المتبعة في علاج اضطراب التبول اللاإرادي

تم تطوير عدد من التدخلات العلاجية لمعالجة اضطراب التبول اللاإرادي، ومن الطرق القديمة التي استخدمت لعلاج هذا الاضطراب حرق الأوراق بين الرجلين، كي الفتحة الخارجية لقناة الإكليل (العضو الذكري) بنترات الفضة وذلك لجعل التبول مؤلماً، شكشة القضيب أي ربط ضفدعة إلى العضو الذكري لتتفقق عندما يبول الطفل فيستيقظ (هذه الطريقة كانت تستخدم في نيجيريا) (حمودة، ١٩٩١، ٢٢٤)، وقد تم التخلي عن مثل هذه التقنيات فيما بعد، وتطوير العديد من تقنيات العلاج السلوكي والعلاج الدوائي، بالإضافة إلى العديد من العلاجات الأخرى المستعملة في أيامنا الحالية لعلاج التبول اللاإرادي، وتم تحديد معيار الجفاف بأن ينجز الطفل (١٤) ليلة جافة متتالية (Glazener et al., 2005, 3). فعندما يتم التوصل لهذا العدد من الليالي الجافة يتم إيقاف العلاج، ويصل للجفاف الكامل بدون تدخل علاجي (٤٦%) إلى (٩٠%) من الأطفال، بالرغم من أن الوصول للجفاف الكامل قد يستغرق عدة سنوات (Rajigah, 1996, 39).

يلخص هذا القسم تشكيلة من التدخلات العلاجية المستعملة اليوم في معالجة اضطراب التبول اللاإرادي، مع التركيز على العلاجات السلوكية.

١ - العلاج السلوكي:

تؤكد جماعة العلاج السلوكي على أن التبول اللاإرادي عادة متعلمة خاطئة (الزرد، ١٩٩٨، ١٣٤). وكان التوجه العلاجي السلوكي على أساس مبدأ النظريات التي تؤكد على هذه الطبيعة المتعلمة. وقد وجدت ياتيس Yates عام (1970) من خلال مراجعة العلاجات السلوكية السابقة للتبول اللاإرادي بأنه أكثر فعالية (Yates, 1970, 287)، كما وجد دو مارس Du Mars بأنه أقل تكلفة، ونسب الانتكاس فيه قليلة، فضلاً عن خلوه من التأثيرات الجانبية الموجودة بالتدخلات الدوائية (Du Mars, 1999, 214).

وبالرغم من هذه الميزات للعلاج السلوكي، فإنه لم يسلم من النقد، لأن نجاحه يعتمد بشكل كبير على تحفيز الطفل ومتابعته بالتدخل العلاجي.

١-١- جدول النجوم و أنظمة الجائزة Star charts and other reward systems

وتقوم هذه الطريقة السلوكية على مبدأ التعليم الإجرائي الذي نادى به سكنر والذي يقوم على أساس تدريب الطفل على عمليات ضبط المثانة بتعزيز السلوك المقبول وعدم تعزيز السلوك الغير مقبول فيه حتى يتعلم الاستجابة الصحيحة وتختفي المشكلة (الزعيبي، ١٩٩٤، ١١٧).

وتستخدم أنظمة الجائزة التعزيز الإيجابي بشكل خاص، حيث يتم تحديد الهدف من وراء الجائزة مثل ذهاب الطفل للمرحاض أو البقاء جافاً طوال الليل ويأخذ مكافأته عندما ينجز الهدف، والتعزيز الإيجابي لليلي الجافة قد يساعد على تقليل التأكيد السلبي على الليالي المبللة ومن الضروري التركيز على السلوك الإيجابي بدلا من السلبي لأن الإنسان بطبعه يحب المديح ويكره التأنيب، والطفل ينجح بالتشجيع أكثر من التأنيب (Glazener et al., 2004, 3).

وتعتبر جداول التعزيز أداة ممتازة لتنفيذ هذه التقنية العلاجية. ويوضح الجدول رقم (١) مثال توضحي عن جدول تعريزي (لوحة النجوم):

جدول رقم (١) جدول تعريزي

ضع نجمة في كل يوم جاف واكتب الليالي الجافة الكلية لكل أسبوع				
اليوم	الاسبوع ١	الاسبوع ٢	الاسبوع ٣	الاسبوع ٤
الجمعه				
السبت				
الأحد				
الاثنين				
الثلاثاء				
الأربعاء				
الخميس				
اجمع الليالي الجافة				

يمكن للطفل أن يسجل ويلاحظ النجاحات، كما يمكن للجوائز التي تقدم للطفل أن تُوصل إلى السلوك المطلوب.

إن أنظمة الجائزة **reward systems** يجب أن تستعمل بعناية كبيرة، فالطفل قد يشعر بالفشل إذا لم يحصل على الجائزة (Glazener et al., 2004, 3).

إن العلاج بنظام الجائزة **reward systems** مفيد جداً في علاج الأطفال الصغار بشكل خاص، ويمكن أن يتخذ كإجراء أولي للعلاج اضطراب التبول اللاإرادي.

إذ أظهرت دراسة فافا وآخرون (Fava et al, 1981, 149) أن نسبة النجاح باستخدام لوحة النجوم ٨٠% مقابل ١٠% للعلاج باللعب لأطفال بلغ متوسط أعمارهم (٨) سنوات خلال مدة معالجة بلغت (٣) أشهر (Fava et al., 1981, 149).

وهناك عدة إجراءات قد تحسن من فعالية العلاج بنظام الجائزة **reward systems**، مثل تقديم مكافأة للإلتزام بالإجراءات، وقد تكون مكافأة الإلتزام أكثر رغبة من تزويد الطفل بجوائز لليالي الجافة، لأن النجاحات التي تمكن الطفل من نيل التعليقات الإيجابية قد تكون نادرة، وبشكل خاص مع بداية العلاج، هذا العلاج قد يكون غير مرغوب به من قبل الطفل، ولكن تباعاً قد يصبح من العوامل المحفزة لبقاء الطفل جاف (Cendron 1999, 1210).

١-٢- الرفع الليلي **lifting** :

يتضمن الرفع أخذ الطفل إلى المرحاض أثناء الليل لكي يفرغ مثانته وعادة يكون ذلك قبل الوقت الذي يتوقع فيه حدوث التبول اللاإرادي، وليس بالضرورة أن يستيقظ الطفل أو أن يكون على وعي تام بما يحدث (Glazener et al., 2005, 3).

أما النتائج السلبية المترتبة على هذه الطريقة فهي أن الطفل لا تتاح له فرصة إدراك أحاسيس امتلاء المثانة (Paediatric Society of New Zealand, 2005, 24) ولكن بالرغم من ذلك يمكن لمقدمي الرعاية القيام بهذه الطريقة بدون مساعدة متخصصة (Glazener & Evans, 2009, 3). ولم توجد أي دراسة أو دليل على الرفع الليلي.

١-٣- تدريب السلوك **Positive Practice** :

يهدف تدريب السلوك إلى تطوير استجابة بديلة لمشكلة التبول اللاإرادي بعد قيام الطفل بالتبلييل. فمن أجل التمرن يستلقي الطفل بالسرير ويعد حتى الخمسين ويذهب لدورة المياه ويحاول التبول. وبعد كل تبلييل يجب على الطفل أن يكرر ذلك عشرين مرة. بالنسبة للأطفال الصغار تم تخفيض عدد مرات تدريب السلوك إلى العشرة. إذ أظهرت دراسة بولارد ونتل بيك (Bollard & Nettelbeck في تحليلهم لمكونات السرير الجاف أن نسبة النجاح باستخدام هذه الطريقة (٨٣,٣٠) %) (Bollard & Nettelbeck, 1982, 382).

١-٤- تقييد السوائل **Fluid restriction** :

منع السوائل قبل النوم إجراء يلجأ إليه العديد من الآباء عندما يحاولون مساعدة طفلهم الذي يعاني من مشكلة التبول اللاإرادي قبل طلب المساعدة المتخصصة، حتى الأطفال الذين يعانون من التبول اللاإرادي النهاري يعملون على منع السوائل خلال النهار من تلقاء أنفسهم لمحاولة السيطرة على المشكلة عندما يكونون خارج المنزل (Glazener & Evans, 2009, 3).

إن الأطفال الذين يحدون من السوائل خلال النهار هم في الحقيقة قد يأخذون سائل بكميات كبيرة قبل وقت النوم لموازنة جفافهم النسبي أثناء اليوم، وتحديد السوائل للأطفال والشباب يمكن أن يكون ذو نتائج عكسية في المساعدة على الحد من مشكلة التبول اللاإرادي، لأن الأطفال لم يتدربوا على إدراك الأحاسيس المثانية التي تنتج عن تراكم البول داخل المثانة، بسبب عدم ترك الفرصة لدى الطفل لكي يتراكم البول لديه، إن ضمان الكمية الكافية من السوائل أثناء اليوم قد يمنع الأطفال من الحاجة لشرب كميات كبيرة من الماء أو السوائل وقت النوم (National Clinical Guideline Centre 2010,) (142).

أيضاً النقص في السوائل مثل الزيادة في السوائل إذ أن قلة السوائل قد تجعل تركيز فضلات الجسم عالياً في البول، وقد يؤدي ذلك إلى تهيج المثانة، ومن ثم زيادة عدد مرات الرغبة بالتبول (بيتيت وآخرون، ٢٠٠٦، ٧٤)، وقد قدم محترفو الرعاية الصحية نشرة تحتوي على الكمية السائلة المرغوبة، وليس هناك معدل واحد للكمية السائلة للأطفال والشباب فهذه الكمية تتأثر بالعديد من العوامل مثل: العمر، الجنس، الكمية الغذائية المتناولة، ومستويات نشاط الأطفال، ودرجة حرارة البيئة. والجسم الإنساني يمكن أن ينظم محتوى مائه على تشكيلة واسعة من الكميات السائلة، ويمنع جفاف الجسم ويحافظ على الترطيب الداخلي. إن كمية الماء وكمية الغذاء والمشروبات هذه الأمور تتفاوت جداً بين الأفراد، إذ قامت منظمة الصحة الوطنية الأمريكية ومسح التغذية بوضع وثيقة حددت من خلالها الكمية المتوسطة للماء حسب العمر والجنس جدول رقم (١)

يوضح الجدول رقم (٢) كميات السوائل المناسبة لكل عمر وجنس منظمة الصحة الوطنية

الأمريكية ومسح التغذية ١٩٨٨ - ١٩٩٤

العمر	الجنس	المشروبات الكلية باليوم
4-8 years	الأنثى	1000-1400 ml
	الذكر	1000-1400 ml
9-13 years	الأنثى	1200-2100 ml
	الذكر	1400-2300 ml
14-18 years	الأنثى	1400-2500 ml
	الذكر	2100-3200 ml

(Coates, 2012, 14).

توصيات للأطفال المتبولين للإرادي ولآبائهم أو لمن يقدم العناية لهم:

- كمية سوائل يومية كافية مهمة في علاج التبول اللاإرادي.
- تتفاوت كمية السائل طبقاً لدرجة حرارة البيئة وكمية الوجبات الغذائية ونوعيتها ومستوى نشاط الطفل.

- يُنصح الأطفال وآبائهم أو من يقدم العناية لهم بتجنب تناول مشروبات تحتوي على مادة الكافي مثل الكولا، الشاي، أو الشوكولا الساخنة ، لأنها تؤدي إلى تهيج المثانة ‘irritate’ the bladder لأنها تعتبر من مدرات البول، أما المشروبات الدافئة مثل عصير العنب، يمكن أن يساعد على تحسين التبول اللاإرادي لبعض الأطفال (Rogers et al., 2012, 8).
- ينصح الطفل الذي يعاني من المشكلة أن يستعمل المرحاض للتبول ضمن فترات منتظمة خلال اليوم وقبل النوم (نموذجياً بين أربعة وسبع مرات في اليوم) ويجب أن يستمر في ذلك إلى جانب المعالجة المختارة لاضطراب التبول اللاإرادي.
- عالج الكمية المفرطة أو غير الكافية من السائل قبل البدء بالمعالجات الأخرى للتبول اللاإرادي.
- من الضروري أن تكون التجربة بدون استخدام الحفاضات للأطفال الذين يعانون من مشكلة التبول اللاإرادي (NICE clinical guideline 111, 2010, 17).

١-٥- زيادة التعلم Over learning :

يتضمن زيادة التعلم إعطاء سوائل إضافية للطفل وقت النوم لكي تسبب إجهاد إضافي للعضلة الدافعة detrusor muscles (Glazener & Evans, 2009, 4)، وقد تم اقتراح هذه الطريقة لزيادة سعة المثانة للطفل (Ronen & Abraham, 1996, 79)، وعلى أية حال فإن فعالية زيادة التعلم كتدخل علاجي لم يُبحث بصورة كلية.

١-٦- الإيقاظ الليلي night waking :

طريقة في العلاج السلوكي تعتمد على التعليم الشرطي (العزة، ١٩٩٩، ١٨٦)، وقد صُمم هذا التدخل بحيث يساعد الطفل على الاستيقاظ بسهولة من النوم (بيترمان، ٢٠٠٩، ٥٥١)، ومن خلال هذه الطريقة قد يُوقظ الطفل في وقت محدد ثابت أثناء الليل، إذ يتم تحديد الوقت الذي يبول فيه الطفل فراشه، وعلى أساسه يتم إيقاظه إما من قبل الوالدين أو من خلال المنبه ودفع الطفل كي يستخدم الحمام، وغالباً ما يُعدّل توقيت الاستيقاظ بشكل منظم على أساس غياب أو حضور البلل الليلي مثل دراسة فريمان Freeman (Freeman, 2004, 351)، أو قد يوقظ الطفل بشكل عشوائي، وفي أي وقت قبل منتصف الليل، مثل دراسة فورنر Fournier (١٩٨٧) أو يُعطى الآباء مخطط بالأوقات العشوائية التي يجب أن يوقظ بها الطفل مثل دراسة ترنر Turner (١٩٧٠) National Clinical Guideline Centre, 2010, 147)، هناك دليل يؤكد بأن الإيقاظ الليلي قد يخفف أو تزيل حوادث البلل الليلي على سبيل المثال دراسة بولارد ونتل بيك (Bollard & Nettlebeck, 1982, 388)، كذلك أشار مركز التوجيه السريري الوطني البريطاني (GDG) إلى وجود بعض الأدلة التي تؤكد

فعالية هذه الطريقة في زيادة عدد الليالي الجافة, National Clinical Guideline Centre, 2010, (156).

ويستخدم هذا البرنامج في غالب الأحيان مع برامج أخرى، كالتعزيز الإيجابي مثل دراسة فريمان Freeman (2004) (على سبيل المثال يحصل الطفل على ٢٠ نقطة عندما يكون السرير جاف) (Freeman, 2004, 357)، ومع تحديد السوائل مثل دراسة الريحاني (١٩٨١) العناني وآخرون El-Anany et al سنة (١٩٩٩)، ويمكن استخدامه مع جرس الإنذار كما يمكن استخدامه منفرداً خاصة للأطفال بعد سن السابعة من العمر، وذلك للحصول على نتائج سريعة للتحكم في التبول على الفراش (سليمان، ٢٠٠٥، ٨٨).

على أية حال، فإن هناك شكوكاً حول فعالية هذه الطريقة، مع وجود دليل يؤكد بأن هذه الطريقة أقل فعالية من جرس الإنذار، بالرغم من أنه قد يكون مفيد مع رزمة من التدخلات (Warzak & Friman, 1994, 508).

وقد وُجّهت لهذه الطريقة عدة انتقادات، إذ لا تؤدي إلى تعليم الطفل التحكم في المثانة، كما أنها قد تديم سعة مثانة منخفضة من خلال محافظة الطفل على مثانة فارغة، بالإضافة إلى ذلك فإنها تعد من الطرق الصعبة بالنسبة للوالدين والطفل، وأخيراً فإنها لا تضمن بأن دماغ الطفل سيربط الإيقاظ مع إحساس امتلاء المثانة بالبول خلال الليل (Hall, 1995, 71).

١-٧- تدريبات المصرة البولية **Sphincter Control Exercises**:

يتضمن هذا التدريب إطلاق البول ثم إيقافه عدة مرات (Glazener et al., 2005, 4) فهذا التمرين يساعد على تقوية القاع الحوضي pelvic floor، واقترح هذا الإجراء لمعالجة التبول اللاإرادي الليلي (Glazener et al., 2004, 3)، ولقد وجدت دراسة بنيت وآخرون Bennett et al سنة 1985 بأنه فقط ١٦,٦% من المشاركين أنجز جفاف بولي ليلي من خلال هذا التدريب، بينما مجموعتنا التدخل الأخرى تتضمن جرس الإنذار وتدريب السرير الجاف كانت نسبة النجاح ٤٤,٤% و ٥٠% على التوالي (Bennett et al., 1985, 310).

١-٨- تدريب الاحتفاظ **Retention control training**:

أحدى طرق العلاج السلوكي، والتي يجب ألا تستعمل مع الأطفال الأصغر من ٦ سنوات (Helmer, 2006, 26)، والهدف من هذا التدريب مساعدة الطفل على إدراك إحساس امتلاء المثانة ومد العضلة الدافعة للمثانة، بحيث تتكيف مع ضغوط وحجوم البول المتزايد (Fielding, 1980, 306).

تقديم كميل وكميل Kimmel & Kimmel سنة 1970 حيث صمم هذا التدخل لزيادة سعة مثانة الطفل، من أجل معالجة التبول اللاإرادي، وتقوم هذه الطريقة على أساس مفاده أن الأطفال الذين يتبولون لاإرادياً يمتلكون سعة ضيقة للمثانة، ولهذه الأسباب يبول الأطفال الذين يعانون من التبول اللاإرادي أكثر من الأطفال الأسوياء، ولكن بكميات أقل (بيترمان، ٢٠٠٩، ٥٤٩). ويبدأ التدريب بأن يطلب من الطفل الذهاب لدورة المياه والتبول إذا كان ممكناً، ثم بعد ذلك يعطى الطفل سائل ليشربه في وقت عدم خروجه من المنزل، ويُطلب منه إخبار والدته أو والده عندما يريد التبول، وفي هذه النقطة يسأله أحد والديه لتأخير التبول لـ (٣) دقائق (Carr, 1999, 230) وعندما يتمكن الطفل من ذلك يتم تقديم تعزيز له فوراً بعد فترة الاحتفاظ بالرموز أو المديح.

إن فترة احتفاظ الطفل تكون متزايدة كل يوم بحدود (٢-٣) دقائق، حتى يتمكن الطفل من الاحتفاظ بالبول لمدة ٤٥ دقيقة، التي يقترح أن تستغرق بين (١٥-٢٠) يوم، وعندما لا تظهر الليالي الجافة فوراً يكون مقياس التقدم هو زيادة فترات الاحتفاظ، والزيادات بحجم البول الذي تتسع له المثانة (بيترمان، ٢٠٠٩، ٥٤٩).

إن تدريب الاحتفاظ أقترح لمساعدة الأطفال على زيادة سعة مثانتهم الوظيفي إلى أقصى حد ممكن (Carr, 1999, 230) فمثانة الطفل لن تُفرغ في وقت مبكر، مما يساعدها على حمل حجم أكبر من البول (Glazner et al., 2004, 4)، بالإضافة إلى ذلك، يوافق أطباء سريريين على أن تدريب الاحتفاظ يساعد على مد العضلة الدافعة detrusor mussels للمثانة، وبالتالي يساعد على زيادة قدرة المثانة على حمل حجم أكبر من السائل خلال الليل (Ronen & Abraham, 1996, 79). فضلاً عن ظهور انخفاض في معدل تكرار التبول اللاإرادي الليلي نتيجة زيادة سعة المثانة الوظيفي (Mckenzie, 2013, ٢٦)

وقد أشارت البحوث الأولى إلى فعالية تدريب الاحتفاظ وأكدت ظهور تناقص في حوادث البلب الليلي نتيجة زيادة سعة المثانة الوظيفية للطفل إلى فعالية تدريب الاحتفاظ، من ناحية تخفيض حوادث البلب الليلي أو إنجاز الجفاف الليلي الكامل (Doleys&Wells, 1975, 685)، وقد وجدت دراسة كميل وكميل Kimmel & Kimmel بأن طفلتان بعمر ٤ سنوات أنجزتا الجفاف الليلي من خلال تدريب الاحتفاظ بعد ٧ أيام من التدريب والمتابعة، وأنجزت أنثى أخرى ذلك بعد ١٤ يوم من التدريب والمتابعة (Kimmel & Kimmel, 1970, 121).

بالإضافة إلى ذلك وجدت دراسة ميلير Miller سنة (١٩٧٣) التي أجرت مقارنة بين تدريب الاحتفاظ والعلاج المموه بأن كل المشاركين أنجزوا جفافاً ليلياً كاملاً خلال ٧-١٤ أيام

(Mckenzie, 2013, 26)، كما وجدت دراسات لاحقة بأن تدريب الاحتفاظ ليس لا تأثير له، إلا أن زيادة سعة المثانة تم إثباتها بصورة أكيدة (Fielding, 1980; Harris & Purohit, 1977). وعلى العموم فقد تم التخمين بأن (٣٠-٥٠) % من الأطفال المتبولين لإرادياً سينجز جفافاً كاملاً، وأن نسبة (٥٠-٧٥) % من هؤلاء الأطفال سينجز جفافاً جزئياً (Lymane et al., 1988, 411).
يجرى تدريب الاحتفاظ من قبل الطفل وتحت سيطرته، وهو بذلك أفضل من جرس الإنذار الذي يفرض ويراقب من قبل الآباء، لذلك يوجد العديد من المنافع لاستخدام تدريب الاحتفاظ منها إحساس الطفل بالكفاءة، وتحسين علاقته بوالديه بخصوص التبول اللاإرادي (Warzac & Friman, 1994, 513).
الذي يجهد في أغلب الأحيان الطفل وعائلته، وبذلك تدريب الاحتفاظ كتدخل علاجي قد لا يفيد في مشكلة التبول اللاإرادي الليلي للأطفال فقط ولكن في الجوانب الأخرى من الحياة.

٩-١- جرس إنذار التبول اللاإرادي : enuresis alarm

اختُر جرس الإنذار كأداة لمعالجة التبول اللاإرادي الليلي سنة (١٩٠٧) من قبل فوندر Pfaundler (Feldman, 2005, 611)، وطور هذه الطريقة مور Mowrer & Mowrer سنة 1938 (الزعيبي، ١٩٩٤، ١١٧).

والغرض الأساسي لجرس الإنذار هو أن يتعلم الطفل الاستجابة للمثانة الممتلئة عندما يكون نائماً، فانفجار الجرس عندما يبدأ الطفل بالتبول اللاإرادي قد يُعلم الطفل الاستيقاظ على الجرس، ثم تدريجياً يتحول الاستيقاظ إلى الإحساس بالمثانة الممتلئة (Feldman, 2005, 611).
ويتألف جرس الإنذار اليوم من وحدة جرس إنذار ربطت بسلك إلى رقعة بلاستيكية حساسة جداً للرطوبة (Mellon & Houts, 2006, 437)، ولجرس الإنذار أنواع ، كأجراس الاهتزاز والضوء.
(Glazener et al., 2004, 3).

يعتمد مبدأ جرس الإنذار على دائرة كهربائية إلكترونية موصولة بجرس إنذار بعيد عن الدارة الإلكترونية، فإذا تبول الطفل أدى إلى وصل الأسلاك الكهربائية الموجودة في الدارة الإلكترونية، فتتعلق الدارة وينطلق صوت الجرس، مما يجبر الطفل على الاستيقاظ والذهاب إلى الحمام لإكمال إفراغ مثانته (عيسى، ٢٠٠٣، ٦٧).

من خلال التوليف مع المثير غير الإرشادي (صوت الجرس) يتشكل المثير الإرشادي (توسع المثانة) وبالتدريج تتحسن القدرة على الاستيقاظ ليلاً عند الإحساس بضغط البول (بيترمان، ٢٠٠٩، ٥٤٩).
وبالمقابل يؤكد لوفيبوند Lovibond على الإرشاد الكلاسيكي، إذ أن رنين الجرس والاستيقاظ اللاحق يشكل عاقبة غير مرغوبة لا يمكن منعها إلا عندما يتعلم الطفل عدم تبليل الفراش ليلاً (العيسوي،

١٩٩٧، ١٦٦)، يعتبر جرس إنذار التبول اللاإرادي من أكثر التدخلات السلوكية بحثاً، ولها نسبة العلاج العامة الأعلى أي أنه علاج متوفر (Lawless & McElderry, 2001, 403). بالإضافة لذلك، وجد بثبات لكي يكون من أكثر التدخلات السلوكية فاعلية في معالجة التبول اللاإرادي الليلي (Freeman, 2004, 351)، وقد أظهرت مراجعة ٥٦ دراسة سابقة تضمنت ٣٢٥٧ طفلاً يعانون من التبول اللاإرادي استعملوا جرس الإنذار شفاء ما يقرب ثلثي الأطفال من خلال استعمال جرس الإنذار في المعالجة (Glazener et al., 2005, 4)، ويعتمد نجاح جرس الإنذار على دافعية الطفل، وعلى رغبة كل من الطفل ووالديه لكي يُوقظ (Feldman, 2005, 612). وعلى الرغم من الفعالية الكبيرة لهذه الطريقة إلا أنه وجه له العديد من الانتقادات إذ وصف صوت جرس الإنذار بالإزعاج ليس فقط للطفل ولكن لجميع أفراد العائلة (عيسى، ٢٠٠٣، ٦٩)، كما يتطلب الكثير من الوقت والتحمل و الصبر من قبل الطفل ووالديه (بيترمان، ٢٠٠٩، ٥٤٩)، وكذلك يمكن أن تُصنف معالجة جرس الإنذار كحالة فشل من جهة التزام الكامل بالمعالجة (Houts et al., 1994, 743)، ومن المشاكل الأخرى لجرس الإنذار ارتفاع التكلفة والصيانة و قد لا يصحو الطفل على صوت جرس الإنذار (Doleys et al., 1977, 542). بالإضافة إلى ذلك، فقد يحتاج الطفل إلى تدريب للاستيقاظ على صوت جرس الإنذار وقد يتطلب ذلك الأسابيع الأربعة الأولى، ويحتاج بعض الأطفال إلى المساعدة الأبوية في ذلك (Houts, 2010, 26).

١٠-١- تدريب السرير الجاف Dry-bed training :

تم تطوير تدريب السرير الجاف للاستعمال مع البالغين لديهم صعوبات تعلم وصمم من قبل آزرن و ثينز Azrin & Thienes ١٩٧٨ (Lawless & McElderry, 2001, 403). يتضمن تدريب السرير الجاف: جرس إنذار، تمرين السلوك، تدريب النظافة، تدريب الاحتفاظ، برنامج الإيقاظ الليلي (Evans, 2001, 1168).

وقد تمّ تعديله بسبب الصعوبات في تطبيق هذا البرنامج فتدريب السرير الجاف المعدل لا يتضمن تمرين السلوك وتدريب النظافة وبرنامج الاحتفاظ، وقد ثبت أن برامج الإيقاظ تشكل برنامجاً فعالاً وأنه بالتوليف مع جهاز الإنذار يتم تحقيق النجاح نفسه الذي يحققه برنامج السرير الجاف (بيترمان، ٢٠٠٩، ٥٥١).

ورغم النقد الذي وجه لتدريب السرير الجاف فقد وُجد بأنه يعد تدخلاً فعالاً للتبول اللاإرادي الليلي خصوصاً بالتوليف مع جرس الإنذار (National Clinical Guideline Centre, 2010, 211).

١١-١- التدريب الموسع:

التدريب الموسع برنامج متعدد صمم لعلاج التبول اللاإرادي الليلي من قبل لبرت وهوتس & Leibert ١٩٨٤ يولف بين مجموعة من الإجراءات (جهاز الإنذار، وتدريب الاحتفاظ، والنظافة والتعلم الزائد) (بيترمان، ٢٠٠٩، ٥٥٢).

وقد أثبت ويلان وهوتس Whelan & Houts أنه من خلال استخدام برنامج الإيقاظ بصورة إضافية لم يتم التمكن من تحقيق هدف التدريب بصورة أسرع. واستنتج الباحثان من هذه النتيجة أن برنامج الإيقاظ مفيد مع الأطفال الذين يعانون من مشكلات استيقاظ فقط.

كما أن التدريب الموسع فعال عند (٨٠%) من الأطفال خلال عشرة أسابيع تقريباً، علماً أن نسبة الانتكاس تبلغ (٢٥%) (بيترمان، ٢٠٠٩، ٥٥٢).

٢- العلاج الدوائي Pharmacological Therapy

تتألف العلاجات الدوائية من الديسموبريسين Desmopressin، الإمبيراميين imipramine، أوكسيبوتين Oxybutynin (Glazener & Evans, 2002, 3)، ومن الأدوية الأخرى diazepam, (amphetamin, & oxybutynin) (Glazener et al., 2004, 4)، والتدخلات الدوائية علاج جذاب قصير الأمد، ويصبح ساري المفعول بسرعة (Mikkelsen, 2007, 657).

ويُعطى ٦٠% من الأطفال الذين يعانون من مشكلة التبول اللاإرادي علاجاً دوائياً من قبل الأطباء العامين (Houts et al., 1994, 73) ولا بد من الإشارة إلى أن الانتكاس شائع بالمعالجة الدوائية (Von Gontard, 1998, 449)، ويتحسن غالبية الأطفال بالتدخلات السلوكية أكثر من التدخلات الدوائية (Houts et al., 1994, 737).

٣- العلاج الغذائي - الحمية الغذائية (Diets):

هناك بعض المأكولات التي لها آثار سلبية، وتزيد من فرصة تعرض الأطفال لظاهرة التبول اللاإرادي كما يلي: تناول الأطعمة الغنية بالماء، وخاصة قبل النوم تزيد من كمية البول المتراكمة في المثانة، ومن ثم تزيد فرصة تعرض الطفل للتبول اللاإرادي، وأهم هذه الأطعمة: الألبان، الفواكه مثل البطيخ والشمام والعنب والخوخ والخضروات، الخضراوات الطازجة: الطماطم والخيار والخس، العصائر المختلفة، وهناك بعض المشروبات المدرة للبول، أي تزيد من كمية البول المتراكمة في مثانة الطفل مثل: الشاي، القهوة، عصر القصب، المياه الغازية.

وتشكو بعض الأمهات من أن طفلها يعاني من التبول اللاإرادي عند تناول بعض الأطعمة مثل الشوكولا، الأسماك، اللبن ومنتجاته، ويرجع الباحثون السبب إلي وجود حساسية للطفل اتجاه هذه

المأكولات، وينصحون بتقليل تقديمها للطفل إذا كان هناك حساسية منها، وعلى العكس من ذلك، هناك بعض المأكولات عند تقديمها للطفل تقلل من فرصة تعرضه للتبول اللاإرادي مثل مثل عسل النحل والأطعمة الغنية بفيتامين ب المركب مثل خميرة الخببز (الجبالي، ٢٠٠٩، ٢٩٠)

٤- الإرشاد Counseling:

يعتبر الإرشاد الفردي أو الأسري في بعض الأحيان أكثر ملائمة وفائدة للطفل الذي يعاني من التبول اللاإرادي، خصوصاً عندما يكون الضغط أو القلق هو السبب الأساسي في المشكلة، والإرشاد قد لا يساعد فقط في حل مشكلة التبول اللاإرادي، ولكن الجلسات الفعالة قد تلعب دوراً في تصليح أو تحسين العلاقات العائلية (Sanborn, 2002, 13).

٥- العلاج بالوخز بالإبر Acupuncture:

إن فعالية العلاج بالأبر كتدخل للتبول اللاإرادي لم يبحث بصورة كلية، وقد استعمل في دراسة قام بها سيرل و آخرون Serel et al سنة (2001) تكونت من (٥٠) طفل يعانون من التبول اللاإرادي الليلي، إذ لم ينجح مع هؤلاء الأطفال العلاج الدوائي، وأنجز (٨٦) % من هؤلاء الأطفال جفافاً ليلياً بعد (٦) أشهر من التدخل، بالإضافة إلى ذلك أثبتت دراسة هيلستروم وآخرون Hellström et al (2000) أن هناك زيادة تدريجية في عدد الليالي الجافة بالأسبوع لدى (٢٥) طفل (McKenzie, 2013, 31).

٦- العلاج بالتحليل النفسي قصير الأمد Short-term psycho-therapy:

بالرغم من أن العلاج بالتحليل النفسي قصير الأمد قد يكون مفيد بالتعامل مع الاضطرابات السلوكية التي تصاحب التبول اللاإرادي، ولكن تأثيره يكون ضئيل على التبول اللاإرادي الأولي، Mikkelsen (2007, 659)، وقد أظهرت دراسات ساكس ودي ليون وبلاك مان Sacks & De Leon (2007, 659)، بأن نسبة النجاح في هذا العلاج بلغت (٢٠) % خلال (١٢) جلسة أسبوعية، مقابل (٢٢,٢) % لأولئك الذين لم يخضعوا لأي تدخل، (٧٩,٧) % لأولئك الذين استعملوا جرس الإنذار (Sacks et al., 1974, 272).

كواشف نجاح العلاج :

توجد عدة عوامل تزيد من إمكانية نجاح التدخل فقد بينت دراسة مورسون وآخرون Morison et al (2000, 1219) فهناك مجموعة من الخصائص الفردية والعائلية التي تؤثر على نتيجة العلاج، فإمكانية نجاح الطفل الذي يعاني من تبول لاإرادي ستزداد بوجود العوامل التالية: وجود استعداد لدى الطفل والوالدين لتطبيق التدخل العلاجي، توقع الوالدين والطفل النجاح، الإيمان بقدرة الطفل على الجفاف من قبل الوالدين والطفل (Morison et al., 2000, 1219).

يضاف إلى ذلك ضرورة وجود تعاون مع الطبيب المعالج، وتوفير الرغبة لحل مشكلة التبول اللاإرادي، والعلاقات الأسرية والزوجية الجيدة، وتقبل الطفل للتعديل (Carr, 1999, 38).

كما أن الالتزام وإكمال التدخل يتأثران بالاتصال المستمر بين الطبيب والطفل والوالدين (Butler, 1998, 460).

أما العوامل التي قد تساهم في القِطْع المبكر للتدخل العلاجي فتتضمن: التاريخ العائلي للتبول اللاإرادي الليلي، عدم التسامح من قبل الأمهات، الإدراك السلبي للذات من قبل الطفل، وجود مشكلات سلوكية أخرى مع التبول اللاإرادي (Butler & Stenberg, 2001, 568). كالمشكلات الأسرية وإدراك النقص في الدعم الأسري وكون الأم شديدة القلق، وكذلك تقويم الأم للطفل بأنه غير واثق اجتماعياً، وكذلك عدم قدرة الطفل على تأجيل الذهاب لدورة المياه، والتبول المتعدد أثناء الليل، ودورات المياه غير كافية (موجودة تحت التصرف) (بيترمان، ٢٠٠٩، ٥٥٦).

وكشفت دراسة مكونة من ١٢٧ طفل متبول لاإرادياً العوامل التي كانت أكثر تنبؤية في فشل التدخل العلاجي، ووصلت إلى أن هذه العوامل هي: فقدان الاهتمام من الآباء والأبناء، الضغوط العائلية، الشجارات الزوجية الصعوبات المالية، البطالة، مرض خطير أو موت في العائلة (Devlin & O'Cathain, 1990, 1159)، بالإضافة إلى ذلك وجود اعتقاد لدى الطفل بعدم قدرته أو انخفاض قدرته على الوصول للجفاف أو ما يسمى بالعجز المكتسب، وبالتالي مشكلة البلل لن تتغير وهذا يبقى على مشكلة التبول اللاإرادي (Carr, 1999, 233).

ونظراً لما قدّمه العلاج السلوكي في ميادين مختلفة في مجال علاج اضطرابات الأطفال من نجاحات باهرة فقد وجدت الباحثة أنه من الأهمية أن يتم تفعيل الدور الذي يلعبه العلاج السلوكي بشكل واضح مع اضطراب التبول اللاإرادي مع الأخذ بعين الاعتبار العوامل التي تساعد على نجاح العلاج السلوكي.

الفصل الثالث

الدراسات السابقة

المقدمة	
أولاً	الدراسات العربية.
ثانياً	الدراسات الأجنبية.
ثالثاً	تعقيب على الدراسات السابقة.
رابعاً	مكانة الدراسة الحالية من الدراسات السابقة.

المقدمة:

تعرض الباحثة في هذا الفصل مجموعة من الدراسات السابقة العربية والأجنبية التي تناولت البرامج العلاجية السلوكية، والسلوكية والدوائية معاً، وجاءت هذه الدراسات مرتبة بحسب أعوام نشرها، وتقدم الباحثة في نهاية هذا الفصل تعقيباً يسمح لها بربط هذه الدراسة بالدراسات السابقة التي تم عرضها.

أولاً- الدراسات العربية

١- دراسة فالح وآخرون (١٩٧٧) الأردن.

عنوان الدراسة: فعالية برنامج علاجي سلوكي في معالجة التبول اللاإرادي.

أهداف الدراسة:

- التعرف على فعالية البرنامج السلوكي المستخدم في علاج التبول ومقارنة نتائجها بالدراسات السابقة.
- التعرف على الفروق الدالة إحصائياً بين الجنسين من الأطفال في معدل التحسن.
- عينة الدراسة: تألفت العينة من (٨٨) من الذكور والإناث (٤٤) من ذكور و (٤٤) من الإناث تراوحت أعمارهم بين (٥- ١٥) سنة.

أدوات الدراسة : تكونت أدوات الدراسة من

- استمارة المقابلة الفردية للأطفال بحضور الوالدين.
 - الفحوصات الطبية والمخبرية للتأكد من عدم وجود أسباب عضوية لمشكلة التبول اللاإرادي .
 - البرنامج العلاجي الذي تم إعداده من قبل الباحث.
- نتائج الدراسة: أوضحت نتائج الدراسة فعالية البرنامج العلاجي السلوكي المكثف لمشكلة التبول اللاإرادي وقد كانت نسبة التحسن عند الأطفال موضع الدراسة ٧٧%، وقد حقق بعض الأطفال في الدراسة الحالية شفاء تام وكان عددهم (٢٧) طفلاً (١٥) من الذكور و (١٢) من الإناث وهذا العدد يشكل نسبة ٣٠,٦% من مجموع الحالات الكلي، كما لم تحدث انتكاسات إلا عند حالتين، ولكن مع زيادة التعزيز النفسي والإرشاد للأهل تمكن هؤلاء من إظهار نتائج أفضل.
- أظهرت نتائج الدراسة عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين من الأطفال في مستوى التحسن (نقلاً عن الجبالي، ٢٠٠٩، ٣٤٧).

٢- دراسة الريحاني (١٩٨١)، الكويت.

عنوان الدراسة :معالجة التبول سلوكياً (دراسة تجريبية علاجية).

أهداف الدراسة :هدفت الدراسة إلى الكشف عن فاعلية علاجية سلوكية مبسطة في معالجة مشكلة التبول.

عينة الدّراسة : تكونت عينة الدّراسة من (٦) أطفال تراوحت أعمارهم من ٦-١٥ سنة منهم ٤ ذكور و ٢ إناث وهناك مجموعة من الخصائص المهمة للمجموعة وهي، مستوى ثقافي للوالدين أميين وتتراوح عدد الغرف المنزل الذي يسكنوه من ٢-٣ غرف، وجميعهم ينامون مع إخوتهم في نفس الغرفة وجميعهم من المتبولين ليلاً، تتراوح عدد مرات التبول من (٢-٧) مرات بالأسبوع، ولهم أخوة يعانون من نفس المشكلة

أدوات الدّراسة :

- البرنامج السلوكي.

نتائج الدّراسة: أوضحت نتائج الدّراسة أنّ خمساً من الحالات التي خضعت للمعالجة أي نسبة (٨٣,٣%) استطاعت أن تصل إلى النظافة الكاملة في الأسبوع الرابع من العلاج ، وحالة واحدة لم تشفى أبداً، وفيما يتعلق بالانتكاس ظهر عند حالتين من المفحوصين خلال الأسبوع الثاني من فترة التقويم، وبالتالي (٥٠%) من الحالات التي حافظت على النظافة خلال فترة المتابعة.

٣- دراسة زغريني (٢٠١٣) سورية:

عنوان الدّراسة: فاعلية برنامج قائم على بعض فنيات العلاج السلوكي في معالجة التبول اللاإرادي لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية المتوسطة.

هدف الدّراسة: التعرف على مدى فاعلية برنامج علاجي قائم على بعض فنيات العلاج السلوكي في علاج حالات التبول اللاإرادي لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية المتوسطة وإكسابهم مهارات التبول في الحمام.

عينة الدّراسة: تكونت عينة الدراسة من (٨) أطفال ذوي الإعاقة العقلية المتوسطة والذين تتراوح أعمارهم بين (٥-١٢) سنة في مراكز الإعاقة العقلية في محافظة دمشق ونسبة ذكائهم بين (٤٠-٥٥) درجة على مقياس بنبيه للذكاء، وقد تم تقسيم العينة بطريقة عشوائية إلى مجموعتين متساويتين؛ تجريبية وضابطة. طبق برنامج العلاجي السلوكي على التجريبية.

أدوات الدّراسة: تكونت أدوات الدّراسة من

- 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 الدّراسة: أشارت النتائج إلى أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية بين المجموعة الضابطة والتجريبية لصالح المجموعة التجريبية على قائمة ملاحظة التبول اللاإرادي واستمرار انخفاض التبول

اللاإرادي في التطبيق البعدي التتبعي، كما أشارت النتائج إلى أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية بين المجموعة الضابطة والتجريبية لصالح المجموعة التجريبية على قائمة مهارات دخول الحمام.

ثانياً- الدراسات الأجنبية:

١- دراسة كميل وكميل (Kimmel & Kimmel, 1970) الولايات المتحدة الأمريكية:
عنوان الدراسة: طريقة إشراطية فعالة لمعالجة التبول اللاإرادي
عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من ثلاث حالات من الإناث طفلتان بعمر (٤) سنوات وطفلة بعمر (١٠) سنوات بمعدل تكرار يومي للتبول اللاإرادي.
أدوات الدراسة: برنامج علاجي سلوكي (تدريب الاحتفاظ)
نتائج الدراسة: أظهرت نتائج الدراسة بأن الطفلتان بعمر ٤ سنوات أنجزتا جفاف ليلي من خلال تدريب الاحتفاظ بعد ٧ أيام من التدريب والمتابعة، وأنجزت الطفلة بعمر (١٠) سنوات ذلك بعد ١٤ يوم من التدريب والمتابعة.

٢- دراسة دوليز ووليز (Doleys & Wells, 1975) الولايات المتحدة الأمريكية:
عنوان الدراسة: التغير في سعة المثانة الوظيفي والتبول اللاإرادي الليلي أثناء وبعد التدريب على الاحتفاظ : دراسة حالة.
أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى قياس التغيرات في سعة المثانة أثناء وبعد التدريب على الاحتفاظ.
عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من طفلة تعاني من اضطراب التبول اللاإرادي الليلي بلغ عمرها ٤٢ شهراً.
أدوات الدراسة:

- خط أساس لتحديد تأثير التدخل العلاجي.
- قياس سعة المثانة الوظيفي MFBC.
- برنامج تدريب الاحتفاظ لمدة ٢١ يوم.
نتائج الدراسة: تم تسجيل التغيرات في السعة الوظيفية للمثانة وتكرار التبول اللاإرادي أثناء التدريب على الاحتفاظ مع الفتاة التي تبلغ من العمر (٤٢) شهراً، زادت سعة المثانة وبقيت فوق مستويات خط الأساس، انخفض التبول اللاإرادي الليلي، ولم يحدث أي بلل خلال الأسابيع الثمانية الأخيرة من فترة المتابعة التي استمرت (١٤) أسبوعاً.

٣- هاريس وبيروهيت (Harris& Purohit,1977)

عنوان الدراسة: تدريب المثناة والتبول اللاإرادي.

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى قياس فعالية تدريب الاحتفاظ في زيادة سعة المثناة ومعالجة التبول اللاإرادي.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من ١٨ طفل تراوحت أعمارهم بين (٥-١٣) سنة تم تقسيمهم بشكل عشوائي إلى مجموعتين (تجريبية وضابطة) تكونت كل مجموعة من (٩) أطفال. خضعت المجموعة التجريبية لتدريب الاحتفاظ لمدة (٣٥) يوم (٥) أيام منها تحت إشراف المدرب و(٣٠) يوم تحت إشراف الوالدين، ولم تتلقى المجموعة الضابطة أي تدريب خلال هذه الفترة. بلغ متوسط الليالي المبللة بالأسبوع: للمجموعة الضابطة: (٥)، المجموعة التجريبية: (٣,٢) أدوات الدراسة:

- خط أساس (معدل تكرار التبول اللاإرادي لمدة أسبوع) لتحديد تأثير التدخل العلاجي.

- قياس سعة المثناة الوظيفي MFBC.

- برنامج تدريب الاحتفاظ لمدة ٣٥ يوم.

نتائج الدراسة: أظهرت نتائج الدراسة بأن سعة المثناة الوظيفي لدى أفراد المجموعة التجريبية زاد بشكل ملحوظ باستخدام تدريب الاحتفاظ مقارنة بالمجموعة الضابطة، ولكن لم توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد المجموعة الضابطة، وأفراد المجموعة التجريبية من حيث معدل تكرار التبول اللاإرادي الليلي، ولم ينقص التكرار بشكل ملحوظ حيث بلغ متوسط عدد الليالي التبول اللاإرادي (٢,٤) ليلة بالأسبوع.

٤- دراسة فيلدينغ (Fielding, 1980 , UK):

عنوان الدراسة: استجابة الأطفال المبللين ليلاً ونهاراً والأطفال الذين يبللوا ليلاً فقط للتدريب الاحتفاظ وجرس الإنذار.

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى قياس فاعلية تدريب الاحتفاظ مع جرس الإنذار بالمقارنة مع جرس الإنذار فقط لدى أطفال عينة الدراسة.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (٤٥) طفل، تم استبعاد (١٢) طفل منهم لم يتوافقوا مع معايير الإدراج في الدراسة، إذ كانت معايير الإدراج في الدراسة: عدم وجود سبب عضوي لاضطراب التبول اللاإرادي، وعدم الخضوع الأطفال لعلاج سابق.

تراوحت أعمار الأطفال بين (٥) سنوات وشهران إلى (١٣) سنة و عشرة شهور.

تم تقسيم العينة إلى مجموعتين:

- تكونت المجموعة الأولى من (١٧) طفل تلقوا علاج سلوكي مكون من تدريب الاحتفاظ وجرس الإنذار، و بمعدل تكرار التبول اللاإرادي ٢٣,٥ خلال أربعة أسابيع.
- تكونت المجموعة الثانية من (١٧) طفل تلقوا علاج سلوكي مكون من جرس الإنذار فقط، و بمعدل تكرار التبول اللاإرادي (٢٤,٧) مرة خلال أربعة أسابيع.
- بلغت مدة العلاج للمجموعتين (١٢) أسبوع.

أدوات الدراسة:

- خط الأساس (معدل تكرار التبول اللاإرادي خلال أربعة أسابيع).
 - برنامج علاج سلوكي (تدريب الاحتفاظ- جرس الإنذار).
 - برنامج علاجي سلوكي (جرس الإنذار).
- نتائج الدراسة:** أظهرت النتائج الدراسة عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين العلاجيتين إذا كان عدد الأطفال الذين أنجزوا ١٤ ليلة جافة متتالية في المجموعة الأولى ١١/١٦، وفي المجموعة الثانية ١٤/١٧.

كما أظهرت نتائج الدراسة أن الأطفال الذين خضعوا للعلاج المتضمن جرس الإنذار مع تدريب الاحتفاظ أقل قابلية للانتكاس من الأطفال الذين خضعوا للمعالجة بجرس الإنذار لوحده.

ملاحظة: (يعتبر الطفل مُنتكس إذا كان لديه أكثر من ليلتان مبللتان في الأسبوع الواحد).

٥- دراسة فافا وآخرون (Fava et al., 1981) إيطاليا:

عنوان الدراسة: التعزيز الإيجابي والتبول اللاإرادي.

أهداف الدراسة: تعديل مشكلة التبول اللاإرادي باستخدام التعزيز الإيجابي.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (٢٠) طفل بمتوسط عمري قدره (٨) سنوات تم تقسيمهم إلى مجموعتين:

- المجموعة الأولى تكونت من (١٠) أطفال تمّ علاجهم باستخدام التعزيز الإيجابي (النجوم) لليالي الجافة وإذا لم يتم التحسن بعد (١٥) يوم يتم استخدام إجراء الرفع الليلي.
 - المجموعة الثانية تكونت من (١٠) أطفال تمّ علاجهم باستخدام العلاج باللعب غير المنظم.
- بلغت مدة العلاج (٣) أشهر والمتابعة بعد سنة.

أدوات الدراسة:

- خط أساس (معدل تكرار التبول اللاإرادي) لمدة أسبوعين.

- برنامج علاج سلوكي قائم على التعزيز الإيجابي لليلالي الجافة (النجوم ومكافآت).
- برنامج علاجي قائم على العلاج باللعب.

نتائج الدراسة: أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الأطفال الذين تلقوا علاج سلوكي قائم على التعزيز الإيجابي (مخطط النجوم لليلالي الجافة) مقارنة بالعلاج باللعب خلال مدة ثلاثة أشهر من العلاج. إذ بلغت نسبة الأطفال الذين أنجزوا معيار الجفاف (١٤ ليلة جافة متتالية) في المجموعة الأولى (٨٠) % إذ تم استخدام إجراء الرفع الليلي مع طفلان، أما النسبة في المجموعة الثانية فقد بلغت (١٠) %. بلغ عدد الأشخاص الذين انتكسوا بعد (١) سنة من المتابعة في المجموعة الأولى ٢/١٠، أما المجموعة الثانية ٩/١٠.

٦- دراسة بولارد ونتل بيك (Bollard & Nettelbeck, 1982) استراليا:

عنوان الدراسة: تحليل مكونات تدريب السرير الجاف لمعالجة التبول اللاإرادي.

أهداف الدراسة : هدفت الدراسة إلى تعرف مدى فعالية كل مكون من مكونات تدريب السرير الجاف في معالجة التبول اللاإرادي.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (١٢٧) طفل منهم (٨٨) ذكور و(٣٩) إناث بلغ متوسط أعمارهم (٩) سنوات و(١٠) أشهر ممن يعانون من اضطراب التبول اللاإرادي الليلي الوظيفي، تم تقسيمهم إلى (٨) مجموعات تجريبية تلقت كل واحدة مكون أو أكثر من مكونات تدريب السرير الجاف:

- تكونت المجموعة الأولى من (٣٥) طفل استخدم معها جرس الإنذار لوحده.

- تكونت المجموعة الثانية من (١٢) طفل استخدم معها جرس الإنذار وجدول الإيقاظ.

- تكونت المجموعة الثالثة من (١٢) طفل استخدم معها جرس الإنذار وتدريب الاحتفاظ وجدول الإيقاظ.

- تكونت المجموعة الرابعة من (١٢) طفل استخدم معها جرس الإنذار وتدريب السلوك وتدريب النظافة.

- تكونت المجموعة الخامسة من (١٢) طفل استخدم معها جرس الإنذار وجدول الإيقاظ وتدريب الاحتفاظ.

- تكونت المجموعة السادسة من (١٢) طفل استخدم معها جرس الإنذار وجدول الإيقاظ وتدريب السلوك وتدريب النظافة.

- تكونت المجموعة السابعة من (١٢) طفل استخدم معها جرس الإنذار وتدريب السلوك وتدريب النظافة وتدريب الاحتفاظ.

- تكونت المجموعة الثامنة من (٢٠) طفل استخدم معها جميع مكونات تدريب السرير الجاف. بلغ معدل تكرار التبول اللاإرادي بالأسبوع (٥,٥) ليلة وتلقى جميع الأطفال العلاج لمدة (٢٠) أسبوع.
- أدوات الدراسة:** تكونت أدوات الدراسة من
 - خط أساس (معدل تكرار التبول اللاإرادي لمدة أربع أسابيع).
 - برنامج علاجي سلوكي قائم على مكونات تدريب السرير الجاف.
- نتائج الدراسة:** أظهرت نتائج الدراسة أن نسبة الأفراد الذين حققوا معيار الجاف (١٤ ليلة جافة متتالية) من كل المجموعات بلغ (٩٤,٥%) ولا توجد فروق ذات دلالة بالنسبة لعدد الليالي الجافة بين كل المجموعات.
- المجموعة الأولى كان لديها عدد ليالي مبللة خلال المعالجة أكثر من كل المجموعات. المجموعة (٦) والمجموعة (٨) كان لديها عدد الليالي المبللة خلال المعالجة أقل من كل المجموعات. المجموعات التي استخدمت جداول الإيقاظ كان لديها عدد الليالي المبللة خلال فترة المعالجة أقل من المجموعات التي لم تستخدم جداول الإيقاظ.
- ٧- دراسة هوتس وآخرون (Houts et al., 1983) الولايات المتحدة الأمريكية:
- عنوان الدراسة :** نظام توصيل لمعالجة التبول اللاإرادي الأولي.
- أهداف الدراسة:** هدفت الدراسة إلى قياس فعالية تشكيلة واسعة من التدخلات السلوكية
- عينة الدراسة:** تكونت عينة الدراسة من (٦٠) طفل (٤٨) ذكور و (١٢) إناث، بلغ المتوسط العمري لهم (٨,٠٥) سنة ممن يعانون من اضطراب التبول اللاإرادي الأساسي غير العائد لسبب عضوي.
- أدوات الدراسة :** تكونت أدوات الدراسة من:
 - خط الأساس (يطبق في القياس القبلي والبعدي وقياس المتابعة)، استخدم الباحثون التصميم للمجموعة الواحدة (قياس قبلي - معالجة- قياس بعدي- متابعة) لمدة أسبوعين.
 - برنامج علاجي سلوكي يتضمن تشكيلة واسعة من التدخلات السلوكية يدعى التدريب الموسع full spectrum home training (FSHT)، يتضمن: [التسجيل الذاتي لليالي الجافة والمبللة، تدريب الاحتفاظ، جهاز الإنذار، التعلم الزائد، تدريب النظافة].
 - قُدِّمَ للأسرة كل ما تحتاج إليه من (المنبه، إرشادات للأسرة) يقوم الوالدين بتنفيذ كل الإجراءات في البيت حيث يمكنهم تعلم هذه الإجراءات بعد ساعة من الإرشاد.
- نتائج الدراسة:** أظهرت نتائج الدراسة تمكن ٨١% من أفراد عينة الدراسة من النجاح وإنجاز معيار الجفاف (١٤ ليلة جافة متتالية)، خلال مدة (١٠) أسابيع من المعالجة.

أظهرت النتائج انتكاس (١٩%) من أفراد عينة الدراسة عند متابعتهم بعد (٦) أسابيع، وانتكاس (٢٤%) من أفراد العينة عند متابعتهم بعد مرور سنة.

٨- دراسة بانيت وآخرون (Bennett et al.، 1985) الولايات المتحدة الأمريكية:

عنوان الدراسة: تدريب الجرس والوسادة- تدريب السرير الجاف- تدريب بداية التوقف – في معالجة التبول اللاإرادي الليلي الأولي.

أهداف الدراسة :التحقق من فاعلية (تدريب الجرس والوسادة- تدريب السرير الجاف- تدريب بداية التوقف) لدى عينة من الأطفال الذين يعانون من اضطراب التبول اللاإرادي الليلي الأولي.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (٤٠) طفل وطفلة (٢٥) ذكور و (١٥) إناث، يعانون من التبول اللاإرادي الليلي الأولي الوظيفي بمتوسط عمري قدره (٨,٥) سنة وتراوح المدى العمري بين (٥-١٢) سنة ، تمّ استبعاد الأطفال الذين يعانون من اضطراب التبول اللاإرادي لسبب عضوي و الذين خضعوا لعلاج سلوكي سابق، أو علاج بالتحليل النفسي، أو الذين يعانون من الإمساك.

تمّت تقسيم العينة إلى أربع مجموعات، استخدم مع المجموعة الأولى التي تضمنت (٩) أطفال الجرس والوسادة، والمجموعة الثانية تضمنت (١٠) أطفال استخدم معها تدريب السرير الجاف مع جرس الإنذار، والمجموعة الثالثة تضمنت (١٢) طفل استخدم معها تدريب بداية التوقف (يتضمن التدريب بدء وإيقاف مجرى البول أثناء التبول)، والمجموعة الرابعة تضمنت (٩) أطفال لم يستخدم معها أيّ فنية واستخدمت كمجموعة ضابطة.

استمر تطبيق العلاج السلوكي في المجموعات السابقة (١٠) أسابيع
أدوات الدراسة: تكونت أدوات الدراسة من

- خط أساس بالليالي المبللة لمدة (١٤) يوم (عدد الليالي المبللة خلال ١٤ يوم).

- برنامج علاجي سلوكي بالجرس والوسادة.

- برنامج علاجي سلوكي بتدريب السرير الجاف.

- برنامج علاجي سلوكي بتدريب بداية التوقف.

نتائج الدراسة: أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة للمجموعات العلاجية الثلاث بالمقارنة بالمجموعة الضابطة، ولم توجد فروق ذات دلالة بين المجموعات الثلاث، إذ كانت نسبة الأطفال الذين أنجزوا ١٤ ليلة جافة وهو معيار الجفاف في المجموعة الأولى (٤٤) %، أما في المجموعة الثانية (٥٠) %، أما في المجموعة الثالثة (١٦,٦) %، أما المجموعة الضابطة لم يشفَ أيّ من الأطفال.

٩- دراسة جافكن وآخرون (Geffken et al., 1986) الولايات المتحدة الأمريكية:

عنوان الدراسة: التدخلات السلوكية لأطفال التبول اللاإرادي الليلي: التأثير التفاضلي لسعة المثانة على تقدم العلاج و النتائج.

أهداف الدراسة : هدفت الدراسة إلى فحص فعالية جرس الإنذار مقارنة بتدريب الاحتفاظ للأطفال المتبولين لإرادياً مع مثانة صغيرة مقابل أطفال متبولين لإرادياً مع مثانة كبيرة.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (٥٠) طفلاً وطفلة (٣٣) ذكور و (١٧) إناث تراوحت أعمارهم بين (٥-١٣) سنة، ممن يعانون من اضطراب التبول اللاإرادي الليلي الوظيفي (غير العائد لسبب عضوي)، ويجب أن تكون المشكلة على الأقل لمدة ثلاثة أشهر، وقد تم تقسيم العينة إلى مجموعتين تجريبيتين:

- المجموعة الأولى ممن يمتلك سعة مثانة وظيفية كبيرة MFBC عُولجت بجرس الإنذار وتدريب النظافة.

- المجموعة الثانية ممن يمتلك سعة مثانة وظيفية صغيرة MFBC عُولجت بجرس الإنذار وتدريب النظافة وتدريب الاحتفاظ.

أدوات الدراسة: تكونت أدوات الدراسة من

- خط أساس لمدة أسبوعين لتحديد تأثير التدخل العلاجي.

- متوسط سعة المثانة الوظيفي.

- عدد الليالي المبللة بالأسبوع.

- برنامج علاجي سلوكي قائم على جرس الإنذار وتدريب النظافة.

- برنامج علاجي سلوكي قائم على جرس الإنذار وتدريب النظافة وتدريب الاحتفاظ.

نتائج الدراسة: أظهرت نتائج الدراسة:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين المتعالجتين من حيث نتائج العلاج، ولكن المجموعة التجريبية التي عُولجت بجرس الإنذار وحده كان عدد حوادث التبول أقل، كما كان النهوض في الليل أقل في كثير من الأحيان، وأخذت وقتاً أقل ليتم علاجها بنجاح.

١٠- دراسة هوتس وآخرون (Houts et al., 1986) الولايات المتحدة الأمريكية:

عنوان الدراسة : الوقاية من الانتكاس في التدريب الموسع للتبول اللاإرادي الأولي.

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى قياس فعالية استخدام تدخل واحد من تدخلات التدريب الموسّع (جرس الإنذار) مقارنة باستخدام تدخلين (جرس الإنذار و تدريب الاحتفاظ) مقارنة باستخدام جميع التدخلات (جرس الإنذار، تدريب الاحتفاظ، زيادة التعلم).

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (٤٥) طفلاً وطفلة (٣٥) ذكور و (١٠) إناث تراوحت أعمارهم بين (٥-١٣) سنة ممن يعانون من التبول اللاإرادي الأولي (غير العائد لسبب عضوي) تمّ تقسيمهم بطريقة عشوائية إلى ثلاث مجموعات تجريبية :

- تكونت المجموعة الأولى من (١٥) طفل عُولجت سلوكياً باستخدام المكونات الثلاث التي يشتمل عليها التدريب الموسّع (الجرس والوسادة ، و تدريب الاحتفاظ، والتعلم الزائد).

- تكونت المجموعة الثانية من (١٥) طفل عُولجت سلوكياً باستخدام مكونين من التدريب الموسّع (الجرس والوسادة ، و تدريب الاحتفاظ).

- تكونت المجموعة الثالثة من (١٥) طفل عُولجت سلوكياً باستخدام مكون واحد من التدريب الموسّع (الجرس والوسادة).

- تكونت المجموعة الرابعة من (١١) طفل يمثلون المجموعة الضابطة لم يتلقوا أي علاج. تسرب (٢) طفل من المجموعة الأولى، و (٢) طفل من المجموعة الثانية ، و (٣) من المجموعة الثالثة.

بلغ متوسط الليالي المبللة بالأسبوع (٥,٤١). تلقوا العلاج السلوكي لمدة (١٦) أسبوع وتمت متابعتهم لمدة سنة.

أدوات الدراسة: تكونت أدوات الدراسة من

- خط أساس لمدة أسبوعين لتحديد تأثير التدخل العلاجي.

- برنامج علاجي سلوكي قائم على التدريب الموسّع (الجرس والوسادة، و تدريب الاحتفاظ، والتعلم الزائد).

- برنامج علاجي سلوكي قائم على مكونين من التدريب الموسّع (الجرس والوسادة، وتدريب الاحتفاظ).

- برنامج علاجي سلوكي قائم على مكون واحد من التدريب الموسّع (الجرس والوسادة).

نتائج الدراسة: أظهرت نتائج الدراسة:

- بأن أطفال المجموعة الضابطة لم يظهر لديهم أي شفاء تلقائي.

- وصلت المجموعة التي تلقت جميع مكونات التدريب الموسّع إلى معيار الجفاف وهو (14) ليلة جافة متتالية بصورة أسرع من المجموعة التي تلقت المكون الأول وحده.

- كان الانتكاس في (3) أشهر المتابعة أقل بكثير في المجموعة التي تلقت جميع مكونات التدريب الموسع مع المجموعات التي تلقت إما المكون الأول أو المكونين الأولين مجتمعين.
- كانت إعادة المعالجة ناجحة في 22٪ من الحالات المعالجة التي تعرضت للانتكاس.

١١- دراسة باهيتا (Bhatia et al., 1990) نيو دلهي:

عنوان الدراسة : التبول اللاإرادي - دراسة تحليلية لـ ٨٢ حالة

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (٨٢) طفل يعانون من اضطراب التبول اللاإرادي، تم استبعاد (٢٢) حالة ممن لديهم تبول لاإرادي عائد لسبب عضوي، بقي (٦٠) طفلاً وطفلة يعانون من التبول اللاإرادي الوظيفي (٣٩) ذكور و (٢١) إناث تراوحت أعمارهم بين (٤-١٢) سنة تم تقسيم العينة إلى ثلاث مجموعات:

- تكونت المجموعة الأولى من (٢٠) طفل خضعت للعلاج بالدواء الموهوم placebo مع تدخلات سلوكية بسيطة (تحديد السوائل - تجنب عقاب الطفل لتبوله اللاإرادي).

- تكونت المجموعة الثانية من (٢٠) طفل خضعت للعلاج بالدواء الإمبيرامين imipramine (١٠) ملغ للأفراد أصغر من (٦) سنوات و (٢٥) ملغ للأفراد أكبر من (٦) سنوات، ويتم مضاعفة الكمية بعد أسبوعين إذا لم يكن هناك تحسن، ويتم إيقافه بعد أربعة أسابيع من العلاج.

- المجموعة الثالثة تكونت من (٢٠) طفل خضعت للعلاج بالدواء الإمبيرامين imipramine مع التدخلات السلوكية البسيطة (تحديد السوائل - تجنب عقاب الطفل لتبوله اللاإرادي).

خضعت هذه المجموعات للعلاج لمدة (٦) أسابيع

أدوات الدراسة: تكونت أدوات الدراسة من:

- خط أساس (عدد مرات التبول اللاإرادي) قبل العلاج وبعده لمدة أسبوعين لتحديد تأثير التدخل العلاجي.

- برنامج علاج دوائي placebo مع تدخلات سلوكية بسيطة (تحديد السوائل - تجنب عقاب الطفل لتبوله اللاإرادي).

- برنامج علاج دوائي الإمبيرامين imipramine.

- برنامج علاج دوائي الإمبيرامين imipramine مع التدخلات السلوكية البسيطة (تحديد السوائل - تجنب عقاب الطفل لتبوله اللاإرادي).

نتائج الدراسة: أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية لصالح المجموعة الثالثة مقارنة مع المجموعة الأولى والثانية إذا بلغ معدل التحسن في المجموعة الأولى (٢٠) %، و في المجموعة

الثانية (٦٠) %، وفي المجموعة الثالثة (٩٠) % (عدد الأطفال الذين أنجزوا ١٤ ليلة جافة وهو معيار الجفاف).

١٢ - دراسة هوتس وآخرون (Houts et al., 1994) الولايات المتحدة الأمريكية:

عنوان الدراسة: فاعلية المعالجة النفسية و الدوائية في التبول اللاإرادي الليلي.

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى معرفة أكثر أنواع العلاج فاعلية مع أطفال يعانون من التبول اللاإرادي الليلي.

عينة الدراسة: شملت في المراجعة (١٦٥) مجموعة منها (١١٢) مجموعة علاجية و(٥٣) منها مجموعة ضابطة، وكانت خصائصها (٦٦,٤) % منها ذكور و(٨٥,٥) % يعانون من التبول اللاإرادي الأولي، و(٥,٧) % يعانون من التبول اللاإرادي الليلي والنهاري، متوسط أعمارهم (٨,٨) سنة، متوسط عدد الليالي المبللة قبل العلاج (٥,٥) يوم في الأسبوع، ومتوسط المتابعة (٢١,٢) أسبوع، متوسط معيار الانتكاس (٢,٢) ليلة، وبلغ متوسط المعالجة (٨,٧) أسبوع.

أدوات الدراسة:

- استخدم مع (٤٦) مجموعة برنامج علاج دوائي.
- استخدم مع (٦٦) مجموعة معالجات نفسية منها: جرس الإنذار لوحده مع (٢٨) مجموعة، جرس الإنذار بالارتباط مع تقنيات سلوكية أخرى مثل (تدريب السلوك، تدريب الاحتفاظ، تدريب السرير الجاف، التدريب الموسع،.....) مع (١٩) مجموعة، المعالجات السلوكية لوحدها مثل (تدريب السرير الجاف بدون جرس إنذار، تدريب الاحتفاظ) مع (١٤) مجموعة، المعالجات النفسية الأخرى مثل (التحليل النفسي، الارشاد الداعم،....) مع (٥) مجموعات.
- المجموعات الضابطة فكانت (٥٣) مجموعة لم يستخدم معها أية معالجة.

نتائج الدراسة: أكدت النتائج على:

- فعالية المعالجات النفسية أكثر من المعالجات الدوائية.
- فعالية المعالجات النفسية التي تضمن جرس الإنذار أكثر من المعالجات النفسية لأخرى، وذلك للمحافظة على النتيجة في أغلب الأحيان عند نهاية المعالجة.
- فعالية المعالجات الدوائية والنفسية بالمقارنة مع المجموعات الضابطة.

- ١٣- دراسة رونن وإبراهيم (Ronen & Abraham, 1996) الولايات المتحدة الأمريكية:
عنوان الدراسة: تدريب الاحتفاظ في معالجة الأطفال المتبولين لإرادياً الأكبر مقابل الأصغر سناً.
أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى دراسة فعالية تدريب الاحتفاظ للأطفال الأكبر مقارنة بالأطفال الأصغر من المتبولين لإرادياً.
عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (٣٠) طفل ممن يعانون من اضطراب التبول اللاإرادي الليلي الأساسي وكان معدل تكرار تبولهم بين (٤-٧) مرات بالأسبوع تم تقسيمهم إلى مجموعتين تجريبيتين تبعاً لأعمارهم:
- تكونت المجموعة التجريبية لأولى من (١٥) طفل تراوحت أعمارهم بين ٤-٥ سنوات، وهي مجموعة الأطفال الصغار.
- تكونت المجموعة التجريبية الثانية من (١٥) طفل تراوحت أعمارهم بين ٧-٨ سنوات، وهي مجموعة الأطفال الأكبر عمراً.
أدوات الدراسة: تكونت أدوات الدراسة من
- خط أساس (عدد مرات التبول اللاإرادي خلال أسبوع) لتحديد تأثير التدخل العلاجي.
- قياس سعة المثانة الوظيفي.
- برنامج سلوكي تدريب الاحتفاظ (حبس البول لمدة متزايدة تدريجياً).
نتائج الدراسة: أظهرت نتائج الدراسة بأن تدريب الاحتفاظ كان أكثر فعالية مع الأطفال الأصغر عمراً الذين كانوا أقرب إلى المرحلة النهائية لنمو المثانة، أما مع الأطفال الأكبر عمراً فقد يستعمل تدريب الاحتفاظ كمعالجة تمهيدية لزيادة سعة المثانة الوظيفي، التي يجب أن يستمر معها علاج التبول اللاإرادي بالطرق الأخرى مثل جرس الإنذار وبرامج التعزيز.
- ١٤- دراسة العناني وآخرون (El-Anany et al., 1999) مصر:
عنوان الدراسة : التبول اللاإرادي الليلي الأولي: طريقة جديدة في الإشراف.
أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى المقارنة بين ضبط الساعة المنبهة قبل الوقت المتوقع للتبول اللاإرادي مع ضبط الساعة المنبهة بعد ٢-٣ ساعات من نوم الطفل.
عينة الدراسة : تكونت عينة الدراسة من (١٢٥) طفل من الذين يعانون من اضطراب التبول اللاإرادي الليلي الأولي الوظيفي وبمعدل تكرار التبول اللاإرادي لا يقل عن ثلاث مرات في الأسبوع ولا يقل عمر الطفل عن (٧) سنوات وتم تقسيمها إلى مجموعتين تجريبيتين:

- المجموعة الأولى بلغ عدد أفرادها (٧٠) طفل (٤٦) ذكور، و (٢٤) إناث تتراوح أعمارهم بين ٧-٢١ سنة بمتوسط عمري قدره ١٣,٢٣ سنة، بمعدل ليالي مبللة بين ٣-٧ مرات في الأسبوع إذ بلغ متوسط الليالي المبللة (٥,١٣) ليلة، تمت معالجتهم من خلال ضبط الساعة المنبهة قبل الوقت المتوقع للتبول اللاإرادي.

- المجموعة الثانية بلغ عدد أفرادها (٥٥) طفل (٣٢) ذكور و (١٧) إناث، تتراوح أعمارهم بين ٧-١٩ سنة بمتوسط عمري قدره ١٢,٤٩ سنة بمعدل ليالي مبللة بين ٣-٧ مرات في الأسبوع، إذ بلغ متوسط الليالي المبللة (٥,٢٤) ليلة، تمت معالجتهم من خلال ضبط الساعة المنبهة بعد ٢-٣ ساعات من نوم الطفل.

كما تمت معالجة المجموعتين بتحديد السوائل قبل وقت نوم الطفل بساعتين

أدوات الدراسة: تكونت أدوات الدراسة من

- خط أساس (عدد مرات التبول اللاإرادي الليلي الأولي خلال أسبوع) لتحديد تأثير التدخل العلاجي.

- برنامج علاجي سلوكي يتضمن ضبط الساعة المنبهة وإيقاظ الطفل قبل الوقت المتوقع للتبول اللاإرادي مع تحديد السوائل قبل وقت نوم الطفل بساعتين.

- برنامج علاجي سلوكي يتضمن ضبط الساعة المنبهة وإيقاظ الطفل بعد ٢-٣ ساعات من نوم الطفل مع تحديد السوائل قبل وقت نوم الطفل بساعتين.

نتائج الدراسة: أظهرت نتائج الدراسة وجود استجابة جيدة للعلاج السلوكي بالطريقتين، كذلك أوضحت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبيتين.

بلغ معدل الجفاف في الشهر الأول بالمجموعة الأولى (٧٧,١%)، أما معدل الجفاف بالمجموعة الثانية (٦١,٨%)، أما معدل الانتكاس بعد (٣) أشهر في المجموعة الأولى (١٤,٨%)، وفي المجموعة الثانية (٨,٨%)، أما معدل الانتكاس بعد (٦) أشهر في المجموعة الأولى (٢٤,١%)، وفي المجموعة الثانية (١٤,٧%).

١٥- دراسة حمانو (Hamano et al., 2000) :

عنوان الدراسة : زيادة سعة المثانة الوظيفي للأطفال الذين يعانون من اضطراب التبول اللاإرادي الليلي كاستجابة إلى الديسموبروسين وتدريب الاحتفاظ.

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى المقارنة بين فاعلية العلاج الدوائي الديسموبروسين desmopressin وفاعلية تدريب الاحتفاظ في زيادة سعة المثانة الوظيفي لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب التبول اللاإرادي الليلي الوظيفي.

عينة الدراسة : تكونت عينة الدراسة من (١١٤) طفلاً وطفلة (٨٨) ذكور و (٢٦) إناث تتراوح أعمارهم بين ٥-١٥ سنة يعانون من اضطراب التبول اللاإرادي الأولي الليلي الوظيفي بمعدل تكرار التبول اللاإرادي على الأقل أربع مرات في الأسبوع تمّ تقسيمهم إلى مجموعتين تجريبيتين:

- تكونت المجموعة الأولى من (٥٤) طفل تلقوا علاج دوائي الدسيموبرسين desmopressin بجرعة قدرها ٥ ملغ يتم زيادتها إلى ٢٠ ملغ إذا لم تحدث استجابة، يتم إنقاصها إذ كانت الاستجابة قوية، وكان متوسط عدد الليالي المبللة بالأسبوع (٦,٨).

- المجموعة الثانية تكونت من (٦٠) طفل خضعوا لتدريب الاحتفاظ والذي يتضمن تأخير التبول مرة واحدة في النهار لفترة زمنية يتم زيادتها تدريجياً كل يوم من أجل زيادة سعة المثانة الوظيفي.

أدوات الدراسة: تكونت أدوات الدراسة من

- خط أساس (معدل تكرار التبول اللاإرادي الليلي الأولي لمدة أسبوع) لتحديد تأثير التدخل العلاجي.
- برنامج علاجي دوائي (desmopressin).
- برنامج علاجي سلوكي (تدريب الاحتفاظ).

نتائج الدراسة: لقد بينت نتائج الدراسة عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبيتين ، إذ كانت نسبة الجفاف في المجموعة الأولى (٣٨,٩%)، أما في المجموعة الثانية (٢٣,٣%) خلال فترة علاج دامت (١٢) أسبوع.

١٦- دراسة براسشين وآخرون (Bruschini et al .، 2002) البرازيل:

عنوان الدراسة: التدخلات السلوكية للتبول اللاإرادي الأولي : تقرير عن تجربة في البرازيل

Behavioral interventions in primary enuresis: experience report in Brazil

أهداف الدراسة: علاج التبول اللاإرادي الأولي باستخدام مجموعة من التدخلات السلوكية.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (١٩) طفلاً وطفلة يعانون من اضطراب التبول اللاإرادي الليلي الأولي الوظيفي (١٥) ذكور و (٤) إناث، تتراوح أعمارهم بين (٦- ١٣) سنة.

أدوات الدراسة: تكونت أدوات الدراسة من

- استمارة دراسة حالة.
- خط أساس لتحديد تأثير التدخل العلاجي.
- اختبارات طبية ونفسية وعصبية.
- اعتمدت الدراسة على برنامج سلوكي مكون من التقنيات العلاجية السلوكية التالية: (تدريب الاحتفاظ بالببول، تعديلات غذائية، إفراغ المثانة قبل النوم ،الساعة المنبهة، التمارين الحوضية، التعديلات البيئية، تغيير في موقف وتوقعات الآباء، تحسين تقدير الذات، العناية الذاتية).

نتائج الدراسة :

أظهرت نتائج الدراسة استجابة (١٤) طفل بنسبة ٧٣,٣% بصورة جيدة للعلاج السلوكي وتراوحت نسبة التحسن بين (٥٠% - ١٠٠%) وواصلوا العلاج السلوكي بعد (٤) شهور من الدراسة. استجابة (٥) أطفال بنسبة ٢٨,٣% بصورة جزئية للتدخلات السلوكية وكانت نسبة تحسنهم أقل من (٥٠%) وأعطوا الخيار لمعالجة أخرى.

١٧- دراسة فريمان (Freeman, 2004) الولايات المتحدة الأمريكية:

عنوان الدراسة: معالجة التبول اللاإرادي الليلي الدائم بالإيقاظ الليلي المتدرج لدى مُراهق.
أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى معالجة التبول اللاإرادي الليلي الدائم باستخدام الإيقاظ الليلي المتدرج على أساس اختيار المراهق لطريقة المعالجة.
عينة الدراسة: حالة المراهق كريغ الذي يبلغ من العمر (١٣) عاماً ويعاني من اضطراب التبول اللاإرادي الليلي الأساسي؛ حيث عانى من تاريخ للفشل للتدخلات النفسية المختلفة، ولقد أدى ذلك إلى اختيار طريقة الإيقاظ الليلي المتدرج على أساس رغبة المراهق بعد أن عرض له مجموعة من الطرق السلوكية الممكنة الاستخدام.

أدوات الدراسة: برنامج سلوكي يعتمد على الإيقاظ الليلي المتدرج لمعالجة التبول اللاإرادي الليلي. تم تحديد الوقت الذي سيصحو به الشاب لاستخدام المرحاض وهو الوقت الذي يبذل فيه الشاب فراشه كل ليلة، وكان معيار تعديل الوقت هو مرور سبع ليالٍ متتالية من عدم التبول في الفراش كي يتم تعديل وقت استيقاظه، إذ يحرك وقت الاستيقاظ تدريجياً إلى أقرب وقت نوم هكذا دواليك لإزالة الاستيقاظ الليلي بشكل نهائي، وكان البرنامج مصحوباً باستخدام أسلوب التعزيز الرمزي إذ أعطي المراهق (٢٠) نقطة لكل ليلة جافة و(٢٠) نقطة إضافية إذ أكمل نظام المعالجة المحدد وهو مرور سبع ليالٍ متتالية وهو جاف، وقد استمر تطبيق البرنامج شهرين ونصف.

نتائج الدراسة: بعد الانتهاء من البرنامج اتضح أنَّ هناك تحسناً ملحوظاً في حالة المراهق تمثل في التغير من الحوادث التبول المتكررة قبل المعالجة إلى تردد الحوادث في نهاية المعالجة، ولهذا يمكن أن يدعو هذه الحالة ناجحة.

١٨- دراسة واي كاناهيسوان (Y Kanaheswari, 2006) ماليزيا:

عنوان الدراسة: معالجة التبول اللاإرادي الليلي الأساسي في ماليزيا.
أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى تحديد نتائج المعالجة لدى الأطفال الماليزيين الذين يعانون من اضطراب التبول اللاإرادي الليلي الأساسي، من خلال استخدام الطرق السلوكية والطرق الدوائية.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (٧١) طفلاً وطفلة تراوحت أعمارهم بين (٦-١٨) سنة (٣٤) ذكور و (٣٧) إناث المترددين إلى العيادة البولية (HUKM) (Hospital Universiti Kebangsaan Malaysia)، ممن يعانون من اضطراب التبول اللاإرادي الليلي الأساسي غير العائد لسبب عضوي بمعدل تكرار الليلي المبللة على الأقل (٦/١٤) ليلة.

عُرضت خيارات المعالجة على الآباء وهي (نظام الجائزة، تحديد السوائل، العلاج الدوائي الديسمبورسين Desmopressin فكانت مجموعة العلاج بتحديد السوائل: (١٣) طفل، ومجموعة العلاج بنظام الجائزة: (١٠) أطفال أما مجموعة العلاج الدوائي بالديسمبورسين فقد بلغت (٤٨) طفل. استمر تطبيق المعالجة مدة (١٢) أسبوع.

أدوات الدراسة: تكونت أدوات الدراسة من

١- خط أساس (معدل تكرار التبول اللاإرادي الليلي الأساسي لمدة أسبوعين) لتحديد تأثير التدخل العلاجي

٢- برنامج علاجي سلوكي قائم على نظام المكافئة و تحديد السوائل.

٣- برنامج علاجي دوائي قائم على الديسمبورسين Desmopressin.

نتائج الدراسة: أظهرت نتائج الدراسة فعالية الطرق غير الدوائية (تحديد السوائل ونظام المكافئة) والطرق الدوائية (الديسمبورسين Desmopressin) لدى عينة الأطفال الماليزيين الذين يعانون من اضطراب التبول اللاإرادي الليلي الأساسي، فلقد بلغت نسبة الأطفال الذين استجابوا للعلاج الدوائي وغير الدوائي (تحديد السوائل ونظام المكافئة) استجابة كلية (٣٢,٤%) أي ٢٣/٧١ [٤ تحديد سوائل، نظام مكافئة، ١٨ DDAVP] بينما بلغت نسبة الاستجابة الجزئية (٥٢,١%) أي ٣٧/٧١ [٩ تحديد سوائل، ٩ نظام مكافئة، ١٩ DDAVP] وبدون استجابة (١٥,٥%) أي ١١/٧١.

١٩- دراسة ستوفر و دنلاب ونيف (Stover, Dunlap & Neff, 2008) الولايات المتحدة الأمريكية:

عنوان الدراسة: أثر برنامج التعاقد السلوكي على التبول اللاإرادي الليلي لثلاثة أطفال.

أهداف الدراسة: هدفت هذه الدراسة لتقييم الآثار المترتبة على برنامج التعاقد السلوكي لمعالجة التبول اللاإرادي الليلي.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من ثلاثة أطفال تراوحت أعمارهم بين (٥-١٢) سنوات خضعوا لبرنامج علاجي سلوكي لمدة ١٦ أسبوع.

أدوات الدراسة: تكونت أدوات الدراسة من:

- خط أساس لتقييم تأثير التدخل العلاجي.
- برنامج تعاقد سلوكي الذي تكون: من سحب الحفاضات، وتقديم التعزيز الإيجابي لليلي الجافة، بالإضافة إلى إجراء تنظيف إذ ما وقع التبول الليلي.
نتائج الدراسة: أظهرت الدراسة أن برنامج التعاقد السلوكي فعال في معالجة التبول اللاإرادي الليلي بالنسبة لجميع المشاركين الذين حققوا الجفاف التام.

٢٠- دراسة بريريا وآخرون (Pereira et al, 2010) البرازيل:

عنوان الدراسة: المعالجة السلوكية بجرس الإنذار للتبول اللاإرادي الليلي.
أهداف الدراسة: التحقق من كفاءة معالجة جرس الإنذار لدى عينة من الأطفال والمراهقين، يعانون من اضطراب التبول اللاإرادي الليلي، وكذلك الربط بين نجاح المعالجة والعمر، ونوع الدعم الإكلينيكي.
عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من ٨٤ طفل ومراهق تتراوح أعمارهم بين (٦-١٧) سنة، تمت معالجتهم من خلال جرس الإنذار بالإضافة للجلسات الدعم النفسية الإيسوعية للعوائل على شكل مجموعات من (٥-١٠) عائلات أو كل عائلة بمفردها.
أدوات الدراسة: تكونت أدوات الدراسة من

- برنامج علاجي سلوكي يستخدم جرس الإنذار.
- برنامج دعم نفسي للأسر الأطفال والمراهقين المتعالجين
نتائج الدراسة: حقق (٧١%) من المشاركين في هذا البرنامج النجاح. النتيجة كانت مماثلة لدى الأطفال والمراهقين، فجميع هؤلاء حقق (١٤) ليلة جافة متتالية.
وقت نجاح المعالجة كان أقصر بالنسبة للمشاركين الذين لم يتغيّبوا عن جلسات الدعم.
معالجة جرس الإنذار كانت فعالة للعينة الحالية، بغض النظر عن العمر أو نوع الدعم.
كان هناك انخفاض بالدافعية للمعالجة لدى الأشخاص المتغيّبين عن جلسات الدعم، كما ارتفع لدى هؤلاء الأشخاص خطر فشل العلاج.

٢١- دراسة فيرا وآخرون (Fera et al., 2011) البرازيل:

عنوان الدراسة: الدسيموبرسين desmopressin مقابل التعديل السلوكي كمعالجة أولية للتبول اللاإرادي الليلي الأساسي.
أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى المقارنة بين فعالية العلاج الدوائي الدسيموبرسين بالتدخل السلوكي كمعالجة أولية للتبول اللاإرادي الليلي الأساسي.
عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من ٣٠ طفل تتراوح أعمارهم بين ٧-١٢ سنة تم تقسيمهم بطريقة عشوائية إلى مجموعتين :

- المجموعة الأولى تكونت من ١٥ طفل وتلقت علاج دوائي الدسيموبرسين.
- المجموعة الثانية تكونت من ١٥ طفل وتلقت برنامج علاجي سلوكي يتضمن عدد من التقنيات وهي: (حمية غذائية- تحديد السوائل، تنظيم سلوك التبول النهاري، الإفراغ المضاعف، الساعة المنبهة، تمارين القاع الحوضي، التعديلات البيئية، تغيير اتجاهات الآباء نحو الأطفال المتبولين لا إردياً).
أدوات الدراسة: تكونت أدوات الدراسة من

- تقرير من قبل الآباء عن معدل تكرار التبول اللاإرادي الليلي الأساسي.

- برنامج العلاج الدوائي.

- برنامج العلاجي السلوكي.

نتائج الدّاسة: أشارت نتائج الدراسة إلى تساوي فاعلية العلاج الطبي مع التدخلات السلوكية، حيث كانت نسبة التحسن في مجموعة العلاج الدوائي (34,3%) أما نسبة التحسن في التدخلات السلوكية بلغت (47,4%)، وبالتالي لم يكن هناك فرق ذو دلالة.

٢٢- دراسة ماكينزي (Mekcenzy, 2013) نيوزيلندا:

عنوان الدراسة: فعالية تدريب الاحتفاظ وجرس الإنذار على التبول اللاإرادي الليلي وتأثير العزو على النتائج العلاجية.

أهداف الدراسة: دراسة فعالية تدريب الاحتفاظ، وجرس الإنذار إذا كان ضروري كعلاج للتبول اللاإرادي الليلي الأساسي.

- اكتشاف تأثير عزو الأطفال لطريقة العلاج المستخدمة على النتيجة العلاجية.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (٦) أطفال مع الأشخاص القائمين على رعايتهم ممن يعانون من اضطراب التبول اللاإرادي الأساسي تراوحت أعمارهم بين (٨-١٢) سنة (٥) ذكور و(١) إناث. تسرب طفل واحد من الدراسة وبقي (٥) أطفال (٤) ذكور و(١) إناث.

أدوات الدراسة: تكونت أدوات الدراسة من:

١- خط أساس متعدد من تصميم الأطفال المشاركين (معدل تكرار التبول اللاإرادي الليلي الأساسي) لتحديد تأثير التدخل العلاجي وذلك.

٢- قياس سعة المثانة الوظيفي.

٣- برنامج تدريب الاحتفاظ.

٤- برنامج جرس الإنذار مع تدريب الاحتفاظ.

٥- مقابلة خاصة بعزو النتيجة العلاجية (تمّ تنفيذها مع بداية العلاج وخلال العلاج ونهاية العلاج).

نتائج الدراسة: أظهرت نتائج الدراسة أنَّ تدريب الاحتفاظ كان فعال في معالجة التبول اللاإرادي الليلي ١/٦ أطفال، (٤) أطفال ظهر لديهم نقص بعدد الليالي التبول اللاإرادي، أما فعالية جرس الإنذار فكانت ٣/٥ أطفال.

بالنسبة لعزو النتيجة العلاجية فقد وجدت المقابلة مع (٥) أطفال بأنَّ تدريب الاحتفاظ هو الذي ساعدهم لإنجاز الجفاف الكامل أو خفض من حجم البول الذي يفرغ أثناء النوم.

ثالثاً - تعقيب على الدراسات السابقة:

بعد هذا العرض للدراسات السابقة، والتي تتعلق بشكل مباشر بموضوع الدراسة الحالية، تمَّ التوصل إلى مجموعة من الاستنتاجات التي يمكن تحديدها بالنقاط التالية:

- أكدت معظم الدراسات السابقة، العربية والأجنبية على حد سواء، على فاعلية العلاج السلوكي مع ذوي اضطراب التبول اللاإرادي سواء كان بالجفاف التام أو التحسن الجزئي وانخفاض بعدد الليالي المبللة مثل دراسة فالح وآخرون (١٩٧٧) ودراسة الريحاني (١٩٨١) ودراسة (Fava et al., 1981) ودراسة (Pereira et al., 2010) ودراسة (El-Anany et al., 1999) ودراسة (2002)، ودراسة (Bruschini et al., 1983) ودراسة (Houts et al., 1983)

- أشارت معظم الدراسات السابقة إلى تنوع فنيات العلاج السلوكي التي يمكن استخدامها في العلاج السلوكي مع ذوي اضطراب التبول اللاإرادي مثل التعزيز الإيجابي (نظام المكافئة) والرفع الليلي، تدريب الاحتفاظ، الساعة المنبهة، تحديد السوائل، جرس الإنذار مثل (Mekcenzy, 2013) ودراسة (Y Kanaheswari, 2006) ودراسة (Fava et al., 1981) ودراسة (El-Anany et al., 1999)

- جمعت كثير من الدراسات بين عدة فنيات علاجية سلوكية في آن واحد مثل: دراسة (Bruschini et al., 2002) ودراسة (Bollard & Nettelbeck, 1982) ودراسة (Houts et al., 1986). وهذا ما يؤكد مرونة فنيات العلاج السلوكي التي تسمح للمعالج أو المدرب باختيار ما يتناسب مع وضع وحالة الطفل من مختلف النواحي.

- اتفقت معظم الدراسات السابقة أن معيار الجفاف هو (١٤) ليلة متتالية جافة.

- تنوعت الدراسات من حيث اختيارها للعينة، فقد كان عدد أفراد العينة مختلفاً فيما بينها، فكان في بعضها يعتمد على دراسة الحالة الواحدة أو حالتين أو (٦) مثل دراسة (Doleys & Wells, 1975) ودراسة (Kimmel & Kimmel, 1970) ودراسة الريحاني (١٩٨١) ودراسة (Mekcenzy, 2013) وبعضها الآخر توجه إلى عدد كبير من الأفراد، والملاحظ أن الدراسات التي توجهت إلى عدد كبير من أفراد العينة، اعتمدت على عدد من الباحثين المشاركين مثل دراسة (Bollard &)

(Nettelbeck, 1982) ودراسة (Houts et al., 1983) ودراسة (El-Anany et al., 1999) ودراسة (Hamano et al., 2000).

- تنوعت الدّراسات من حيث طول مدة العلاج فكانت بعضها فترة العلاج قصيرة (١٤) يوم في دراسة (Kimmel & Kimmel, 1970) (٣٠) يوم في دراسة الريحاني (١٩٨١) و (٢١) يوم في دراسة (Doleys & Wells, 1975) و (٢٨) يوم في دراسة (Fielding, 1980) و (٣٥) يوم في دراسة (Harris & Purohit, 1977) وفي دراسات أخرى كانت فترة التدخل طويلة نسبياً (٢٠) أسبوع في دراسة (Mekcenzy, 2013) و (٢٠) أسبوع في دراسة (Bollard & Nettelbeck, 1982) و (١٦) أسبوع في دراسة (Bruschini et al., 2002) كانت فترة المعالجة في التدريب الموسع (١٦) أسبوع في دراسة (Houts et al., 1986).

- تنوعت الدّراسات من حيث طول فترة الملاحظة (خط الأساس) قبل التدخل العلاجي لمراقبة معدل تكرار التبول اللاإرادي لمدة أسبوعين مثل دراسة (Y Kanaheswari, 2006) ودراسة (Houts et al., 1983) ودراسة (Geffken et al., 1986) ودراسة (U.S.A, 1986) ودراسة (Bennett et al., 1981) ودراسة (Fava et al., 1981) وفي دراسات أخرى كانت لمدة أسبوع مثل دراسة (Harris & Purohit, 1977) ودراسة (Hamano et al., 2000) أما دراسة (Bollard & Nettelbeck, 1982) ودراسة (Fielding, 1980) فكانت لمدة (٤) أسابيع.

رابعاً - مكانة الدّراسة الحالية من الدّراسات السابقة:

مما لا شك فيه أن الباحثة قد استفادت عند إعداد برنامج العلاج السلوكي المقترح من كافة الدّراسات السابقة فيما يلي:

- تعرف العلاج السلوكي ومدى فاعليته في علاج اضطراب التبول اللاإرادي لدى الأطفال كأحد من أهم وأبرز اضطرابات الأطفال شيوياً.

- ضرورة إتباع الأسس السليمة في بناء برنامج العلاج السلوكي وإجراءات تطبيقه.

- تعرف مدى تنوع الاستراتيجيات والفنيات العلاجية السلوكية المستخدمة مع الأطفال الذين يعانون من اضطراب التبول اللاإرادي.

وأخيراً واستناداً إلى ما تمّ عرضه من الدّراسات السابقة فقد تميّزت هذه الدّراسة عن غيرها من الدّراسات فيما يلي:

- تناولها لمعالجة اضطراب التبول اللاإرادي لدى فئة عمرية معينة وهي مرحلة الطفولة المتأخرة.

- اهتمامها بإعداد برنامج علاجي يتضمن تدريبات تجرى من قبل الطفل وتحت سيطرته وتقوم الباحثة و الأم بمراقبة الطفل والإشراف عليه وهذا يساعد الطفل على الإحساس بقدرته على السيطرة على المشكلة.

- لم يركز برنامج العلاج السلوكي المستخدم في هذه الدراسة على فاعلية فنية علاجية سلوكية واحدة فقط، وإنما قد تم استخدام عدة فنيات علاجية سلوكية مع بعضها بعضاً، كما تمحور صُلب الاهتمام على التأكيد على مرونة العمل وفق منهجية العلاج السلوكي.

- أكدت الدراسة الحالية على أهمية دور الأسرة في التدخل العلاجي مع الأطفال الذين يعانون من اضطراب التبول اللاإرادي، كأحد أهم العوامل المساعدة في نجاح أي برنامج علاجي. وأخيراً... تأمل الباحثة أن تصل من خلال هذه الدراسة إلى ما يمكن أن يكون محاولةً جديدة في مجال معالجة الأطفال الذين يعانون من اضطراب التبول اللاإرادي .

الفصل الرابع

منهج الدراسة وإجراءاتها

أولاً	منهج الدراسة.
ثانياً	متغيرات الدراسة.
ثالثاً	عينة الدراسة وإجراءات فرزها.
رابعاً	إجراءات الدراسة
خامساً	أدوات الدراسة.
سادساً	عينة التجربة.
سابعاً	مراحل تطبيق البرنامج العلاجي السلوكي.
١ -	مرحلة القياس القبلي.
٢ -	مرحلة تطبيق البرنامج.
١ - ٢ -	آلية سير فعاليات الجلسات العلاجية.
٢ - ٢ -	التقنيات المستخدمة في البرنامج العلاجي السلوكي
٣ -	مرحلة القياس البعدي
٤ -	مرحلة القياس البعدي المؤجل
٥ -	عرض لجلسات البرنامج.
٦ -	الصعوبات التي واجهت تطبيق البرنامج.
٧ -	العوامل التي ساعدت على تطبيق البرنامج.

الفصل الرابع

منهج الدراسة وإجراءاتها

المقدمة:

يتناول الفصل الحالي بالشرح المنهج الذي اتبعته الدراسة وعينة الدراسة وإجراءات فرزها، كما يتناول إجراءات الدراسة، و الأدوات التي تمّ الاعتماد عليها وصدقها وثباتها، وإجراءات تنفيذ الدراسة والصعوبات التي واجهتها و العوامل التي ساعدت على تطبيق البرنامج.

أولاً- منهج الدراسة :

تطلبت طبيعة الدراسة استخدام المنهج شبه التجريبي وهو يقوم على تغيير عامل أو أكثر من العوامل ذات العلاقة بموضوع الدراسة لتحديد الأثر الناتج عن هذا التغيير، ويعد المنهج الملائم لاختبار الفرضيات الخاصة بالعلاقات من نوع السبب والنتيجة.

ويتحكم الباحث في الدراسات التجريبية عادة في واحد أو أكثر من المتغيرات المستقلة، ويعمل على ضبط تأثير المتغيرات الأخرى ذات الصلة، ليرى تأثير كل ذلك على المتغير التابع. ومن الجدير ذكره أن إمكانية التحكم في المتغير المستقل هي الصفة الرئيسية التي تميز المنهج التجريبي عن غيره من مناهج الدراسة الأخرى. والمتغير المستقل، الذي يشار إليه أحياناً بالمتغير التجريبي، أو السبب، أو المعالجة، فهو تلك الفاعلية أو الخاصية التي يعتقد بأنها هي التي تقف وراء الفروق المعنوية التي تخطط بين المجموعات (عدس، ١٩٩٩، ١٨٤).

صممت الباحثة مخطط بحثها مستتيرة بمخطط المجموعات المتكافئة إذ استخدمت مجموعة تجريبية وأخرى ضابطة للأطفال الذين يعانون من اضطراب التبول اللاإرادي، متمثلة بالقياس القبلي والبعدي والتتبعي، بهدف التعرف على فاعلية البرنامج العلاجي في معالجة اضطراب التبول اللاإرادي أو خفض في عدد الليالي المبللة لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب التبول اللاإرادي.

ثانياً- متغيرات الدراسة:

المتغير المستقل: تمثل المتغير المستقل في الدراسة الحالية في البرنامج العلاجي السلوكي لمعالجة اضطراب التبول اللاإرادي لدى عينة من الأطفال المتبولين لاإرادياً (لسبب غير عضوي).

المتغير التابع: هو التغيرات الحاصلة عند أفراد العينة والمحتملة بمعدل حدوث سلوك التبول اللاإرادي لدى الأطفال ممن تراوحت أعمارهم بين (٨-١٢) سنة ذوي مستوى الذكاء المتوسط، بالاستناد إلى قائمة الملاحظة المعدة لمعرفة معدل حدوث التبول اللاإرادي التي أعدتها الباحثة لهذا الغرض.

ثالثاً- عينة الدراسة وإجراءات فرزها:

تكونت عينة الدراسة من (٢٢) طفلاً وطفلةً من الأطفال ذوي مستوى الذكاء المتوسط وممن تتراوح أعمارهم بين (٨-١٢) سنة وتم اختيار عينة الدراسة بطريقة مقصودة من مجموعة من الأطفال الذين يترددون على العيادات الخارجية النفسية والبولية للمشافي الجامعية في مدينة دمشق طلباً للاستشارة النفسية والطبية ممن يعانون من اضطراب التبول اللاإرادي وذلك بالتنسيق مع الطبيب المختص بالعيادات النفسية والبولية الخارجية في المشافي الجامعية (مشفى الأطفال- الأسد الجامعي) وربما يمكن للباحثة أن تسمي العينة المختارة بالعينة المتيسرة والتي تعبر عن مجموعة من الأفراد المتيسرين للدراسة (المنيزل، غرابية، ٢٢، ٢٠٠٦).

وكانت معايير اختيار العينة:

- ١- أن تطبق على الطفل معايير DSM-IV-TR لاضطراب التبول اللاإرادي.
- ٢- أن تتراوح أعمار الأطفال المشاركين بين ٨-١٢ سنة في بداية الدراسة الحالية.
- ٣- أن يكون مستوى الذكاء لدى الأطفال ضمن المعدل الطبيعي للذكاء على اختبار رافن للمصفوفات وذلك من أجل استبعاد حالات التأخر العقلي.
- ٤- أن تكون مشكلة التبول اللاإرادي ليلي فقط.
- ٥- أن يوافق المشاركون أن يطبقوا طرق المعالجة الدراسية الحالية وأن لا يستخدموا طرق معالجة أخرى لمدة الدراسة الحالية.
- ٦- وأن يوافق المشاركون أن الطفل لا يلبس حفاظة الأطفال في وقت النوم لمدة الدراسة الحالية.
- ٧- أن لا يستخدم العقاب نحو الطفل بخصوص التبول اللاإرادي لمدة الدراسة الحالية.
- ٨- أن تعمل الأسرة لدعم علاج التبول اللاإرادي الليلي لدى الأطفال.
- ٩- أن تتعهد أسرة الطفل بالدراسة الحالية بالتزام بالعلاج المطبق لاضطراب التبول اللاإرادي.
- ١٠- أن يوافق المشاركون على تسجيل البيانات وتنفيذ إجراءات التدخل الموصوفة.

معايير الاستثناء:

- ١- إذا كان المشاركون عاجزون أو غير راغبون أن يمتثلوا إلى إجراءات الدراسة الحالية.
- ٢- وجود اهتمامات عائلية ملحة أكثر من الاضطراب الذي يعاني منه الطفل وعدم وضوح اضطراب التبول اللاإرادي للتقييم.

الخطوات التي قامت بها الباحثة لاختيار عينة الدراسة على النحو التالي:

١- عملت الباحثة على التردد إلى العيادة النفسية في مشفى الأطفال يوم الخميس خلال العام ٢٠١٣-٢٠١٤ كما ترددت إلى العيادة البولية في مشفى الأسد الجامعي يوم الإثنين لمدة ثلاثة أشهر فلم تستطع الباحثة الحصول على العينة المطلوبة بالإضافة إلى ذلك لم تمنح إدارة المشفى الباحثة مكان لتطبيق البرنامج العلاجي.

٢- بناء على ما سبق قررت الباحثة وضع إعلان في عدد من المدارس الابتدائية، فوضعت الإعلان ملحق رقم (١) في خمس مدارس ابتدائية في منطقة ركن الدين في مدينة دمشق، وقد كان اختيار الباحثة لهذه المنطقة لعدة أسباب وهي:

- صعوبة توفير مكان لتطبيق البرنامج العلاجي في المشافي الجامعية.
- عدم حصول الباحثة على العينة المطلوبة خلال تردها على مشفى الأطفال والأسد الجامعي.
- قرب هذه المنطقة من مكان عمل الباحثة وسكنها، مع إمكانية توفير مكان لتطبيق البرنامج العلاجي السلوكي وخصوصاً في ظل ظروف البلد الحالية.
- بناء على الإعلان الذي وضع في المدارس الابتدائية اتصل عدد كبير من المهتمون بالباحثة بالهاتف، فطلبت الباحثة من المهتمين بمراجعة العيادة للنفسية الخارجية في مشفى الأطفال يوم الخميس وذلك لإجراء الفحوص اللازمة لنفي السبب العضوي لإضطراب التبول اللاإرادي.
- بالرغم من التشخيص الدقيق الذي قام به الأطباء، فقد قامت الباحثة بنفسها بإجراء مقابلة سريعة لمدة خمس دقائق قابلت من خلالها معايير DSM-IV-TR وذلك للتأكد من التشخيص ومن مدى ملائمة أفراد العينة للبحث وقامت باستبعاد الحالات غير الواضحة للتقييم.
- قامت الباحثة أيضاً بتطبيق مقياس رافن (Raven) لقياس مستوى القدرات الذكائية غير اللفظية حرصاً على التجانس المعرفي من جهة واستبعاد حالات التأخر العقلي من الأطفال، وقد تمّ اعتماد الحالات التي كان مستوى الذكاء لديها ضمن المعدل الطبيعي.
- قامت الباحثة بعد ذلك بإجراء مقابلة أكثر تفصيلاً بخصوص الطفل المتبول لاإرادياً و تاريخ التبول اللاإرادي الليلي، والتاريخ التطوري للطفل، الخصائص السكانية العائلية، التاريخ الطبي، الروتينيات المتبعة وقت النوم، وإذا كان هناك طرق علاج مجربة سابقاً في معالجة اضطراب التبول اللاإرادي الليلي، باستبعاد الحالات التي تبين أن لديها بعض الظروف الأسرية الخاصة التي يمكن أن تعيق عملية العلاج أن تسير كما يجب، واستبعاد الحالات التي كانت تتبع طرق علاج سابقة، و لم توافق على إيقاف هذه الطرق.

- قامت الباحثة بتلخيص طريقة التدخل لكل مشارك من المشاركين وأخذ الموافقة من الأهل ومن الأطفال ملحق رقم (٢) على تنفيذ طرق التدخل الموصوفة وتسجيل البيانات المطلوبة لمدة الدراسة الحالية مع إتاحة الفرصة للانسحاب من الدراسة بأي مرحلة دون إعطاء مبرر.
- وأخيراً تم تحديد أفراد عينة الدراسة البالغ عددهم (٢٢) طفلاً وطفلة.
- طبقت الباحثة الاختبار القبلي للأطفال وهي (قائمة ملاحظة التبول اللاإرادي للتعرف إلى معدل حدوث التبول اللاإرادي خلال فترة الملاحظة).
- قامت الباحثة بتقسيم العينة إلى مجموعتين تجريبية وضابطة والجدول التالي يوضح توزيع أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة

الجدول رقم (٣)

توزيع أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة

العينة	الذكور	الإناث	المجموعة
تجريبية	4	7	11
ضابطة	4	7	11
المجموع	8	14	22

للتحقق من التكافؤ والتجانس تم استخدام إختبار (مان . ويتي) (Mann-Whitney اللابرامتري لمجموعتين غير مترابطين كبديل لإختبار "ت" البارامتري، وذلك بسبب صغر حجم العينة (ن=١١) لكل من المجموعتين التجريبية والضابطة. تم اعتماد هذا الإختبار بهدف المقارنة بين المجموعتين التجريبية والضابطة

وقد تم التأكد من مجانسة أفراد العينة من حيث العمر إذ تراوحت أعمار المجموعتين بين (٨-١٢) سنة كما قامت الباحثة بإجراء اختبار التجانس من حيث مستوى الذكاء ومن حيث معدل حدوث التبول اللاإرادي على قائمة الملاحظة وكانت النتائج على النحو التالي كما هي موضحة بالجدول رقم (٤) والجدول رقم (٥)

الجدول رقم (٤)

تجانس المجموعتين الضابطة والتجريبية في العمر الزمني

المجموعة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة U	قيمة Z	القيمة الاحتمالية	القرار عند مستوى الدلالة 0,05
ضابطة	11	12.05	132.50	54.500	.408	.683	غير دال
تجريبية	11	10.95	120.50				
المجموع	22						

من خلال اختبار مان ويتي لدلالة الفروق نلاحظ من الجدول رقم (٤) ان قيمة Z المحسوبة تساوي (0.408) وتشير إلى عدم وجود فروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة وأن متوسط الرتب بين المجموعتين متساوي تقريباً حيث بلغ متوسط الرتب لدى أفراد المجموعة الضابطة (12.05) في حين بلغ متوسط الرتب لدى أفراد المجموعة التجريبية (10.95) وتشير القيمة الاحتمالية البالغة (0.683) إلى عدم وجود فروق دالة بين المجموعتين التجريبية والضابطة، وهذا دليل التكافؤ والتجانس بينهما من حيث العمر الزمني.

الجدول رقم (٥)

تجانس المجموعتين الضابطة والتجريبية في درجة الذكاء

المجموعة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة U	قيمة Z	القيمة الاحتمالية	القرار عند مستوى الدلالة 0,05
ضابطة	11	11.05	121.50	55.500	-0.330	.741	غير دال
تجريبية	11	11.95	131.50				

من خلال اختبار مان ويتي لدلالة الفروق نلاحظ من الجدول رقم (٥) ان قيمة Z المحسوبة تساوي (-0.330) وتشير إلى عدم وجود فروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة وأن متوسط الرتب بين المجموعتين متساوي تقريباً حيث بلغ متوسط الرتب لدى أفراد المجموعة الضابطة (11.05) في حين بلغ متوسط الرتب لدى أفراد المجموعة التجريبية (11.95) وتشير القيمة الاحتمالية البالغة (0.741) إلى عدم وجود فروق دالة بين المجموعتين التجريبية والضابطة، وهذا دليل التكافؤ والتجانس بينهما من حيث درجة الذكاء.

الجدول رقم (٦)

تجانس المجموعتين الضابطة والتجريبية في معدل حدوث التبول اللاإرادي

المجموعة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة U	قيمة Z	القيمة الاحتمالية	القرار عند مستوى الدلالة 0,05
ضابطة	11	11.77	129.50	57.500	-0.204	.839	غير دال
تجريبية	11	11.23	123.50				

من خلال اختبار مان ويتي لدلالة الفروق نلاحظ من الجدول رقم (٦) ان قيمة Z المحسوبة تساوي (-0.204) وتشير إلى عدم وجود فروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة وأن متوسط الرتب بين المجموعتين متساوي تقريباً حيث بلغ متوسط الرتب لدى أفراد المجموعة الضابطة (11.77) في حين بلغ متوسط الرتب لدى أفراد المجموعة التجريبية (11.23) وتشير القيمة الاحتمالية البالغة (0.839) إلى عدم وجود فروق دالة بين المجموعتين التجريبية والضابطة، وهذا دليل التكافؤ والتجانس بينهما من حيث معدل حدوث التبول اللاإرادي.

إلى عدم وجود فروق دالة بين المجموعتين التجريبية والضابطة، وهذا دليل التكافؤ والتجانس بينهما في معدل تكرار التبول اللاإرادي.

رابعاً- إجراءات الدراسة:

وقد تم تطبيق هذه الدراسة على النحو التالي:

أولاً- قامت الباحثة بتحديد الإطار النظري للبحث من خلال ما نشر حول الموضوع من دراسات سابقة ومراجع.

ثانياً- تم تصميم الجانب العملي من خلال الاستفادة من الدراسات السابقة وتضمن مايلي:

١- إعداد برامج قائم على بعض فنيات العلاج السلوكي لمعالجة التبول اللاإرادي لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب التبول اللاإرادي الليلي ممن تتراوح أعمارهم بين (٨-١٢) ومن مستوى الذكاء الطبيعي.

٢- تصميم قائمة ملاحظة لقياس معدل التبول اللاإرادي لدى الأطفال الذين يعانون من التبول اللاإرادي الليلي.

٣- تصميم جداول خاصة بتدريب الاحتفاظ .

٤- تصميم بطاقة دراسة حالة للأطفال الذين يعانون من اضطراب التبول اللاإرادي الليلي.

٥- تصميم مقابلة خاصة بالأطفال المتبولين لاإرادياً.

٦- تصميم بطاقات للتعزيزات الرمزية والمادية.

٧- اختيار العينة المطلوبة والتأكد من صدق وثبات أدوات الدراسة.

٨- تطبيق برنامج الدراسة وفق جلسات تدريبية وتطبيق أدوات الدراسة وتفرغ النتائج وتحليلها ومعالجتها إحصائياً وفق برنامج (SPSS).

خامساً- أدوات الدراسة:

تتكون أدوات الدراسة من مجموعة المقاييس والاستمارات الخاصة بالبرنامج العلاجي السلوكي المعتمد والتي سوف يتم توضيحها تباعاً على النحو التالي:

١-٥- المحكات التشخيصية لأعراض اضطراب التبول اللاإرادي (DSM.4-TR™ 2000).

٢-٥- قائمة ملاحظة التبول اللاإرادي لمعرفة معدل تكرار التبول اللاإرادي خلال أسبوعين.

٣-٥- اختبار رافن لقياس القدرات الذكائية غير اللفظية بهدف تجانس القدرات الذكائية للأفراد عينة الدراسة (رحمة، ٢٠٠٤).

٤-٥- بطاقة دراسة حالة.

٥-٥- مقابلة مع الأطفال المتبولين لاإرادياً.

٥-٦- قياس سعة المثانة الوظيفي MFBC.

٥-٧- البرنامج العلاجي السلوكي.

٥-١- المحكات التشخيصية للتبول اللاإرادي وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل (DSM.4-TR™ 2000):

طبقاً للدليل التشخيصي الرابع المعدل (DSM.4-TR™ 2000) لكي يشخص الطفل بأنه يعاني من اضطراب التبول اللاإرادي يجب أن يقابل المحكات الأربعة التالية:

المحك A: إفراغ متكرر للبول أثناء النهار أو الليل في السرير أو الملابس.

المحك B: يجب أن يحدث إفراغ للبول مرتين في الأسبوع ولمدة ثلاثة أشهر على الأقل أو بسبب ضعف أو محنة أو تعويق ينطوي على دلالة إكلينيكية في المجالات الاجتماعية أو المهنية الأكاديمية أو غير ذلك من المجالات المهمة في توظيف فاعلية الفرد في الحياة.

المحك C: يجب أن يكون العمر الزمني للطفل خمس سنوات على الأقل أو الأطفال الذين توقف عندهم التطور أو النمو يجب أن يكون العمر الفعلي على الأقل خمس سنوات.

المحك D: إن التبول اللاإرادي على وجه الحصر يجب أن لا يكون ناجماً عن تأثيرات فيزيولوجية مباشرة لمواد مثل المدرات أو مشاكل طبية عامة مثل السكري أو الشوك المشقوق أو الاضطرابات النوبية (DSM.4-TR™ 2000, 118).

بالإضافة إلى ذلك يصنف الدليل التشخيصي الرابع المعدل التبول اللاإرادي إلى ثلاثة أنواع: النوع الليلي المنعزل (بمعنى آخر يحدث فقط بالليل)، نوع نهاري منعزل (بمعنى آخر يحدث فقط بالنهار)، ونوع ليلي ونهاري (بمعنى آخر يحدث بالليل والنهار) (DSM.4-TR™ 2000, P119).

٥-٢- قائمة ملاحظة التبول اللاإرادي لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب التبول اللاإرادي الليلي:

مر إعداد هذه القائمة بعدة خطوات:

٥-٢-١- تحديد أهداف قائمة الملاحظة: تهدف هذه القائمة إلى قياس معدل حدوث التبول اللاإرادي الليلي خلال فترة (١٤) يوماً قبل تطبيق البرنامج العلاجي وبعد تطبيق البرنامج العلاجي وفي القياس التتبعي لتحديد إذا كان هناك حضور أو غياب لاضطراب التبول اللاإرادي في عينة الدراسة والحكم على فاعلية البرنامج العلاجي، كما تهدف هذه القائمة إلى تحديد كمية السوائل التي يشربها الطفل خلال اليوم، آخر سائل يشربه الطفل قبل النوم نوعه ووقته، الحدث الذي يسبق التبول اللاإرادي، كما تهدف التعرف إلى الاستجابة اللاحقة من الطفل والآخرين للطفل عند البلل، وعدد المرات التي يذهب

ففيها الطفل إلى الحمام خلال اليوم بالإضافة إلى ذلك التعرف إلى حجم بقعة البول (صغيرة، متوسطة، كبيرة)، وإذا ما كان الطفل يستيقظ بالليل للذهاب للحمام، والوقت الذي يحدث فيه التبول، وذلك للحصول على معلومات مفصلة تتعلق بعادات التبول لدى الطفل يستفاد في التعرف على الأسباب والمشاكل التي تتعلق بالتحكم بالمثانة و للاستفادة منها في عملية التشخيص و في بناء البرنامج، وتم تحديد مدة هذه الفترة بالاعتماد على الدراسات السابقة إذ معيار الجفاف للتبول اللاإرادي هو مرور (١٤) ليلة متتالية بدون أن يكون هناك أيام مبللة.

تتم الإجابة عن البنود بوضع الإجابة في الحقل المناسب وتتطلب هذه الإجابة ملاحظة جيدة ودقيقة من قبل الأم وتم تحديد الأم لتقوم بالملاحظة لأنها من أكثر الأشخاص تواجداً مع الطفل. ويمكن للأم أن تضع مثلاً إشارة عن كل كأس ماء يشربه الطفل وإشارة عن كل مرة يذهب فيها الطفل إلى الحمام.

كما تتضمن هذه القائمة محور خاص يتعلق بالبيانات الشخصية وتتضمن عدة بنود وهي اسم الطفل وعمره الزمني وجنسه وبعض التعليمات الخاصة بتطبيق الاستبانة.

٥-٢-٢- طريقة تصحيح قائمة ملاحظة التبول اللاإرادي:

تجمع الباحثة عدد مرات التي بلل فيها الطفل ثيابه خلال فترة الملاحظة وتكتب النتيجة على بطاقة ملاحظة كل طفل، خلال مدة الملاحظة والتي هي (١٤) يوم متواصلة.

٥-٢-٣- تحديد صدق قائمة ملاحظة التبول اللاإرادي:

اعتمدت الباحثة في تحديد الصدق على صدق المحتوى، فبعد أن تم إعداد البطاقة بصورتها الأولية قامت الباحثة بعرضها على عدد من أعضاء الهيئة التدريسية بكلية التربية في جامعة دمشق وعلى أخصائي الأمراض البولية لدى الأطفال وذلك لإبداء الرأي والتأكد من صلاحية مفرداته لقياس عدد مرات التبول اللاإرادي لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب التبول اللاإرادي الليلي من مستوى الذكاء الطبيعي.

وقد تمحورت توجيهات الأساتذة المحكمين حول النواحي التالية:

- إعادة صياغة بعض المفردات.

- تعديل في بعض العبارات المستخدمة.

تم وضعها بالصورة النهائية القابلة للتطبيق بعد إتمام التعديلات وعرضه مرة أخرى على الأساتذة المحكمين.

٥-٢-٤- قياس معامل ثبات قائمة ملاحظة التبول اللاإرادي:

اختارت الباحثة نوع واحد من أنواع الثبات وهو الثبات بالإعادة وذلك للتأكد من صلاحية القائمة وقياس الثبات، فقد قامت بتطبيق القائمة على عينة عشوائية مؤلفة من (٧) أطفال يعانون من اضطراب التبول اللاإرادي الليلي، وكانوا هؤلاء الأطفال تنطبق عليهم معايير المحكات التشخيصية للتبول اللاإرادي وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل (DSM.4-TR 2000TM) وتطلبت الإجابة على بنود القائمة (١٤) يوم متواصلة أي أسبوعين، ثم قامت الباحثة بإعادة تطبيق القائمة بعد أسبوعين من التطبيق الأول، وبعد ذلك تم حساب معامل الارتباط بين درجات أفراد تلك العينة في التطبيقين الأول والثاني، وبلغ معامل الارتباط بين التطبيقين (٠,٨٤٦) وهي قيمة دالة عند مستوى دلالة (٠,٠٥) مما يشير إلى توفر شرط الثبات بالنسبة للقائمة ويجعلها صالحة للاستخدام. انظر الملحق رقم (٣)

٥-٣-٣- اختبار رافن لقياس القدرات الذكائية غير اللفظية:

٥-٣-١- وصف الاختبار:

يُعد اختبار المصفوفات المتتابعة (لرافن) من الاختبارات البسيطة التي تهدف إلى قياس الذكاء السائل، ويتكوّن الاختبار من خمسة مجموعات (أ، ب، ج، د، هـ) حيث تحتوي كل مجموعة على (١٢) مشكلة، وبذلك يتكوّن الاختبار في جملته من (٦٠) مشكلة، مرتبة في سياق متدرج الصعوبة، حيث نجد المشكلة الأولى من كل مجموعة واضحة بذاتها إلى حد كبير ثم تتزايد الصعوبة داخل كل مجموعة تدريجياً، ومع ذلك فالمشكلات جميعها داخل كل مجموعة تتشابه في المبدأ المتضمن فيها. وتتكوّن كل مشكلة من مربع به ستة أو تسعة مربعات تشكل مصفوفة نظام (٢*٢) أو مصفوفة نظام (٣*٣)، في كل منها يكون المربع الأيمن السفلي ناقصاً؛ أي أن الشكل الأساسي للمصفوفة قد نُزع منه جزء معين وعلى المفحوص اختيار هذا الجزء الناقص من البدائل الستة أو الثمانية الموجودة في أسفل المربع.

وتتطلب كل مجموعة من المجموعات الخمسة نمطاً مختلفاً من الإجابة:

المجموعة (أ) تتطلب تكملة نمط أو مساحة ناقصة.

المجموعة (ب) تتطلب تكملة نوع من قياس التماثل بين الأشكال.

المجموعة (ج) تتطلب التغيير المنتظم في أنماط الأشكال.

المجموعة (د) تتطلب إعادة ترتيب الشكل أو تبديله أو تغييره بطريقة منتظمة.

المجموعة (هـ) تتطلب تحليل الأشكال إلى أجزاء على نحو منظم وإدراك العلاقات بينها.

وهكذا يتم ترتيب المجموعات الخمس بطريقة متتابعة، وفي رأي رافن أن هذا التتابع يتم حسب تعقد العمليات العقلية المعرفية، فبينما تتطلب المجموعات الأولى - الأكثر سهولة - دقة في المقارنة والتمييز والتماثل، تتطلب المجموعات الأخيرة - الأكثر صعوبة - القدرة على إدراك العلاقات المنطقية وتحليل المتغيرات في المشكلة لاكتشاف القواعد التي تؤدي إلى الحل الصحيح.

وعلى الرغم من اختلاف المشكلات التي يتكون منها اختبار المصفوفات المتتابعة العادية من حيث الشكل ودرجة التعقيد إلا أنها بصفة عامة تشترك في معظم الخصائص والخطوات التي يتعين على الفرد اكتشافها والقيام بها للوصول إلى الحل. إن كل المشكلات التي تصاغ في محتوى سلاسل من الأشكال تتطلب من المفحوص أن يقوم بإدراك وتفسير العلاقات التي تحكم سير سلسلة الأشكال لاستكمال العنصر الناقص بالمنطق ذاته.

٥-٣-٢- تعليمات تطبيق الاختبار:

قامت الباحثة بتطبيق الاختبار على عينة الدراسة الضابطة والتجريبية وبشكل فردي حرصاً على قدرة الطفل على الإجابة بشكل صحيح وفيما يلي أهم التعليمات التي التزمت الباحثة بتطبيقها في أثناء تطبيق الاختبار:

١- خلق جو من الإلفة والمودة مع المفحوص من خلال تعريف الباحثة بنفسها وإقناع الطفل بأن ما لديها في الكراس هو عبارة عن مجموعة من المسابقات لا علاقة للمدرسة به وأنه إذا أنجزها سيحصل على جائزة.

٢- تدوين البيانات الشخصية الخاصة بالاسم والصف وتاريخ اليوم وتاريخ الميلاد على ورقة الإجابة.

٣- تقديم التعليمات للطفل من خلال التوجه إليه بالقول: كما ترى أن هذا الشكل غير كامل أي أخذت منه قطعة تركت فراغاً، وفي الجزء السفلي تجد عدد من القطع الصغيرة كل منها يمكنه أن يملأ الفراغ الموجود في الجزء العلوي) تشير الباحثة إلى هذه القطع، ولكن قطعة واحدة فقط منها هي التي تكمل الشكل الموجود في الجزء العلوي، برأيك أي رقم يصلح ليكون الجواب الصحيح.

٤- كتابة رقم الجواب في الحقل المناسب على ورقة الإجابة. ثم الطلب من الطفل أن يقلب الصفحة لتخبره بأنه يوجد في كل صفحة مسألة مشابهة وعليه أن يحلها بنفسه، ثم يخبرها برقم الإجابة لتساعده في كتابتها على ورقة الإجابة. ملحق رقم (٤)

٥-٣-٣- تصحيح الاختبار:

اعتمدت طريقة التصحيح اليدوي على مفتاح التصحيح المرافق لنسخة الاختبار. حيث تُعطى الدرجة (١) للإجابة الصحيحة والدرجة (٠) للإجابة الخاطئة. أما الدرجة الكلية فهي مجموع درجات الإجابات

الصحيحة في المجموعات الخمس. إذ تُحسب درجة كل مجموعة على حدة، ثم تُجمع مع بقية درجات المجموعات، ومن ثم تستخرج الدرجات الخام.

٥-٣-٤- دراسة صدق وثبات اختبار رافن:

وأهم ما يميز اختبار المصفوفات المتتابعة هو أنه اختبار غير لفظي أي أنه متحرر من أثر الثقافة مما يساعد على عدم إجراء أية تعديلات على بنوده وقد تم تقني ن المقياس على البيئة السورية (رحمة، ٢٠٠٤، ٥٧).

أما فيما يخص صدق الاختبار وثباته فقد اعتمدت الباحثة على إجراءات الصدق والثبات التي أجريت من قبل (رحمة) عام (٢٠٠٤) حيث قامت بسحب عينة مؤلفة من (٢٨٩) فرداً من أعمار (٧-١٨) من المدارس الابتدائية والإعدادية والثانوية بمحافظة دمشق، واختبرت صدق وثبات الاختبار بعدة طرائق، أكدت جميع نتائجها بأن هذا الاختبار يتصف بصدق وثبات كافيين كونه اختباراً صالحاً للاستخدام في قياس الذكاء السائل في البيئة السورية (رحمة، ٢٠٠٤، ١٥٣).

وقد استخدمت الباحثة هذا المقياس لمجانسة العينة الضابطة والتجريبية من حيث نسبة الذكاء، ولاستبعاد الأطفال ذوي الدرجات المنخفضة في هذا المقياس لكي لا يكون اضطراب التبول اللاإرادي بسبب تأخر التطور أو تخلف عقلي ولكي لا يؤثر ذلك على سير الجلسات العلاجية.

٥-٤- بطاقة دراسة الحالة :

تمّ الاعتماد على بطاقة دراسة الحالة التي أعدها الدكتور فيصل الزراد المخصصة لحالات التبول اللاإرادي مع إضافة بعض البيانات التي وجدها الباحثة ضرورية في تشخيص وعلاج الحالة وهي غير موجودة داخل الاستمارة.

تتكون بطاقة دراسة الحالة من عدد من الأسئلة التي تهدف الحصول على البيانات الأولية، التاريخ التطوري للطفل، والخصائص السكنية، والمشاكل الأسرية، والتاريخ الطبي، وبيانات حول التبول اللاإرادي والأعراض المصاحبة له، وعن طرق العلاج المجربة سابقاً، من أجل الاستفادة منها في عملية تشخيص وعلاج حالات التبول اللاإرادية لدى الأطفال، و من أجل تكوين صورة واضحة عن حجم المشكلة التي يعاني منها الطفل، والعوامل التي ساهمت في حدوث هذه المشكلة، بشكل مباشر، أو غير مباشر ومن أجل التعرف كواشف الملائمة أو غير الملائمة لنجاح التدخل العلاجي.

كما تم الاستفادة من محتوى البيانات في التعرف على كل حالة على حدى، واستبعاد بعض الحالات التي تبين أنها عاجزة أن تمثل لإجراءات الدراسة الحالية، أو التي لديها اضطرابات نفسية مصاحبة،

أو التي لديها اهتمامات عائلية ملحة أكثر من الاضطراب الذي يعاني منه الطفل وعدم وضوح اضطراب التبول اللاإرادي للتقييم. انظر الملحق (٥).

٥-٥-٥- المقابلة الخاصة بالأطفال المتبولين لاإراديًا:

٥-٥-١- الهدف من المقابلة: لاكتشاف تجارب أفراد عينة الدراسة مع اضطراب التبول اللاإرادي وتقييم نتائج التدخل العلاجي.

٥-٥-٢- أسئلة المقابلة: تمت صياغة أسئلة المقابلة بشكل واضح ومختصر، لتتم الإجابة عنها بسهولة من قبل الأطفال وتمكن الباحثة من الحصول على معلومات تساعد على فهم تجارب الأطفال مع اضطراب التبول اللاإرادي وتقييم نتائج التدخل العلاجي على الأطفال وتكونت المقابلة من (١٢) سؤال.

٥-٥-٣- مكان المقابلة: تم إجراء هذه المقابلات مع الأطفال إما في منازلهم، أو في المكان الذي تم تطبيق البرنامج العلاجي وهي صالة الياسمين في منطقة ركن الدين.

٥-٥-٤- زمن المقابلة: استغرق زمن تطبيق المقابلة بين (١٥-٢٠) دقيقة، وتم إجراؤها من قبل الباحثة قبل تطبيق البرنامج العلاجي وأثناء تطبيقه وبعد الانتهاء من التطبيق.

تنفيذ المقابلة: قامت الباحثة بإتباع أسلوب المقابلة الشخصية بين الباحثة والطفل الذي سيتم مقابلته، للحصول على معلومات معينة، وقامت الباحثة بتسجيل الإجابات كتابياً. انظر الملحق رقم (٦)

٥-٥-٦- قياس سعة المثانة الوظيفي:

يُقاس سعة المثانة الوظيفي كالتالي: يطلب إلى الطفل الذهاب إلى المرحاض وبعد ذلك يسقى الطفل ماء بمعدل ٣٠ مليلتر لكل كيلوجرام من وزنه، وإن زاد وزنه يصبح أقصى حجم للماء المشروب ٥٠٠ مليلتر ويطلب من الطفل عدم التبول حتى يصل إلى الدرجة التي يشعر عندها بالضيق الشديد والحاجة للتبول، وعندئذ يقاس حجم البول الذي خرج منه، إذا ما أفرغ الطفل أقل من نصف الكمية التي تناولها يعاد الإجراء مرة أخرى، وعادة يعتبر حجم أكبر عينتين من البول هي السعة الوظيفية للمثانة (Fielding, 1980, 308). انظر الملحق (٧)

كما تم حساب سعة المثانة الوظيفي التي يفترض أن يحملها الطفل حسب عمره بالاعتماد على المعادلة التالية :

$$\text{حجم البول المفرغ (مل)} = [٣٠ * (\text{العمر بالسنوات} + ١)] \text{ (Hjalmas, 2002, 233)}$$

كما تم إستشارة أخصائي بأمراض البولية بالنسبة لقياس سعة المثانة الوظيفي.

٥-٧- البرنامج العلاجي السلوكي:

قامت الباحثة بإعداد برنامج علاجي سلوكي موجّه لعينة من الأطفال ممن يعانون من اضطراب التبول اللاإرادي الليلي من المترددين على العيادات الخارجية النفسية والبولية في المشافي الجامعية بهدف معالجة الاضطراب لديهم، ويحتوي البرنامج على مجموعة من الإجراءات والتدريبات المنظمة المستندة إلى معطيات العلاج السلوكي وتطبيقاته في علاج اضطراب التبول اللاإرادي الليلي لدى الأطفال وفقاً لخطوات منظمة، وذلك بعد الرجوع والاطلاع على أساسيات العلاج السلوكي وتطبيقاته واستراتيجياته والدراسات.

٥-٧-١- خطوات تصميم البرنامج:

قامت الباحثة قبل تصميم البرنامج باتخاذ مجموعة من الإجراءات المنهجية تضمن من خلالها الإعداد والتطبيق الجيد للبرنامج، ومن هذه الإجراءات:

١- الاطلاع على الاسس النظرية لاستخدام العلاج السلوكي في علاج الاضطرابات السلوكية عموماً واضطراب التبول اللاإرادي خصوصاً من خلال الرجوع إلى مجموعة من المراجع سواء كانت باللغة العربية أم الأجنبية مثل: (مليكة، ١٩٩٠؛ إبراهيم، ١٩٩٣؛ عبد الهادي، العزة، ٢٠٠١؛ Glazener, 2004؛ Evans, 2013؛ Mckenzie).

٢- اطلعت الباحثة على عدد من الدراسات التي اهتمت بالعلاج السلوكي لاضطراب التبول اللاإرادي مثل دراسة فيلدينغ (Fielding, 1980) و دراسة فافا وآخرون (Fava et al., 1981)، و دراسة حمانو (Hamano et al., 2000) و دراسة فريمان (Freeman, 2004) ودراسة فيرا وآخرون (Fera et al., 2011) و دراسة بريريا وآخرون (Pereira et al., 2010) دراسة العناني وآخرون (El-Anany et al., 1999) و دراسة كميل وكميل (Kimmel & Kimmel, 1970) دراسة جافكن وآخرون (Geffken et al., 1986) و دراسة ستوفر و دنلاب ونيف (Stover, Dunlap & Neff, 2008) و دراسة ماكينزي (Mekcenzy, 2013)،

٣- اطلعت الباحثة على الأدب النظري الذي اهتم باضطراب التبول اللاإرادي منها (سليمان، ٢٠٠٥ الزراد، ١٩٩٨؛ الخطيب، ٢٠٠٣؛ عيسى، ١٩٩٣؛ منصور، ٢٠٠٢؛ Bird, 1996؛ Dobson, 2008؛ Ghahramani, 2008؛ Maizels et al., 1999؛ Mikkelsen, 2007؛ National Clinical Guideline Centre, 2010؛.....).

٤- خبرة الباحثة العملية من خلال عملها كمرشدة نفسية في المدارس، ومعالجتها لعدد من الحالات التي تعاني من اضطراب التبول اللاإرادي.

٥- الاهتمام بأراء الأساتذة المختصين في مجال البرامج العلاجية والاضطرابات السلوكية.

وبناءً على ما تقدم تم إعداد البرنامج بصورته الأولية بعد استشارة عدة متخصصين في المجال حيث تم تحديد المحتوى العملي والإجرائي من خلال:

- تحديد الأهداف الخاصة بالبرنامج العلاجي وبالجلسات العلاجية.
- تحديد مجموعة الفنيات والإجراءات الخاصة بأساليب العلاج السلوكي الخاصة بالاضطراب التبول اللاإرادي مثل: تحديد السوائل، تدريب الاحتفاظ، الإيقاظ الليلي، التعزيز على اختلاف أنواعه وذلك لدعم علاج التبول اللاإرادي.
- اختيار المعززات المناسبة للأطفال عينة الدراسة.
- تحديد المدى الزمني لإنجاز البرنامج.
- تحديد عدد جلسات البرنامج.
- تحديد مكان إجراء البرنامج.

هذا وقد اعتمد في البرنامج قائمة التقييم التعزيزي الملحق رقم (٨)، بالإضافة إلى مجموعة من الصور والرسوم التوضيحية والمخططات التي عبرت عن الإجراءات التي تم تطبيقها مع الأطفال أثناء الجلسات العلاجية انظر الملحق (٩-١٠-١١-١٢) والبطاقات التعزيزية الخاصة بالتعزيز أثناء الجلسات والتعزيز خارج الجلسات انظر الملحق (١٣-١٤).

٥-٧-٢- أهمية استخدام البرنامج:

تنطلق أهمية هذا البرنامج من:

- ١- أهمية العلاج السلوكي كعلاج فعال له مكان الصدارة في التعامل مع الاضطرابات السلوكية عموماً، واضطراب التبول اللاإرادي خصوصاً فقد وجدت المراجعات السابقة للعلاجات السلوكية لاضطراب التبول اللاإرادي بأنه أكثر فعالية، وأقل كلفة، ونسب الانتكاس فيه أقل من التدخلات الأخرى، ودون الآثار الجانبية المترتبة على التدخلات الدوائية.
- ٢- حاجة الأطفال ممن يعانون من اضطراب التبول اللاإرادي إلى هذا النوع من البرامج العلاجية، وعدم الاقتصار على العلاج الدوائي كعلاج أساسي في معالجة هذا الاضطراب.
- ٣- حاجة ذوي الأطفال إلى تقديم يد العون والمساعدة من خلال توجيههم إلى المنهجية السليمة في التعامل مع أطفالهم ممن يعانون من اضطراب التبول اللاإرادي، ومدى انعكاس ذلك على البيئة الأسرية بشكل عام.

٥-٧-٣- أهداف البرنامج:

- الأهداف المباشرة:

أ- الهدف الأساسي من البرنامج: يعمل هذا البرنامج على معالجة اضطراب التبول اللاإرادي لدى أفراد العينة موضوع الدراسة من خلال مجموعة من التقنيات السلوكية المستخدمة في معالجة هذا الاضطراب.

ب- الأهداف الفرعية للبرنامج: يتوقع أن يحقق البرنامج الأهداف الفرعية التالية:

- ١- تزويد الأطفال بمعلومات عن الجهاز البولي.
- ٢- تزويد الأطفال بمعلومات عن التبول اللاإرادي ونسبة انتشاره وأسبابه وطرق معالجته.
- ٣- تدريب الأطفال على كيفية تعبئة جداول مراقبة الذات.
- ٤- تدريب الأطفال على تنظيم سلوك شرب الماء.
- ٥- توضيح تدريب الاحتفاظ وتدريب الأطفال على ضبط المثانة لمدة دقيقتين بعد إظهار الرغبة بالدخول إلى الحمام.
- ٦- تدريب الأطفال على ضبط المثانة لمدة أربع دقائق بعد إظهار الرغبة بالدخول إلى الحمام.
- ٧- تدريب الأطفال على ضبط المثانة لمدة ستة دقائق بعد إظهار الرغبة بالدخول إلى الحمام.
- ٨- تدريب الأطفال على ضبط المثانة لمدة ثمان دقائق بعد إظهار الرغبة بالدخول إلى الحمام.
- ٩- تدريب الأطفال على ضبط المثانة لمدة عشرة دقائق بعد إظهار الرغبة بالدخول إلى الحمام.
- ١٠- تدريب الأطفال على ضبط المثانة لمدة اثنتا عشرة دقيقة بعد إظهار الرغبة بالدخول إلى الحمام.
- ١١- تدريب الأطفال على ضبط المثانة لمدة أربعة عشرة دقيقة بعد إظهار الرغبة بالدخول إلى الحمام.
- ١٢- تدريب الأطفال على ضبط المثانة لمدة ستة عشرة دقيقة بعد إظهار الرغبة بالدخول إلى الحمام.
- ١٣- تدريب الأطفال على ضبط المثانة لمدة ثمانية عشرة دقيقة بعد إظهار الرغبة بالدخول إلى الحمام.
- ١٤- تدريب الأطفال على ضبط المثانة لمدة عشرون دقيقة بعد إظهار الرغبة بالدخول إلى الحمام.
- ١٥- تدريب الأطفال على ضبط المثانة لمدة اثنان وعشرون دقيقة بعد إظهار الرغبة بالدخول إلى الحمام.
- ١٦- تدريب الأطفال على ضبط المثانة لمدة أربع وعشرون دقيقة بعد إظهار ر الرغبة بالدخول إلى الحمام.

١٧- تدريب الأطفال على ضبط المثانة لمدة ستة وعشرين دقيقة بعد إظهار الرغبة بالدخول إلى الحمام.

١٨- تدريب الأطفال على ضبط المثانة لمدة ثمان وعشرين دقيقة بعد إظهار الرغبة بالدخول إلى الحمام.

١٩- تدريب الأطفال على ضبط المثانة لمدة ثلاثين دقيقة بعد إظهار الرغبة بالدخول إلى الحمام.

٢٠- تدريب الأطفال على ضبط المثانة لمدة اثنان وثلاثين دقيقة بعد إظهار الرغبة بالدخول إلى الحمام.

٢١- تدريب الأطفال على ضبط المثانة لمدة أربع وثلاثين دقيقة بعد إظهار الرغبة بالدخول إلى الحمام.

٢٢- تدريب الأطفال على ضبط المثانة لمدة ست وثلاثين دقيقة بعد إظهار الرغبة بالدخول إلى الحمام.

٢٣- تدريب الأطفال على ضبط المثانة لمدة ثمان وثلاثين دقيقة بعد إظهار الرغبة بالدخول إلى الحمام.

٢٤- تدريب الأطفال على ضبط المثانة لمدة أربعين دقيقة بعد إظهار الرغبة بالدخول إلى الحمام.

٢٥- تدريب الأطفال على ضبط المثانة لمدة اثنان وأربعين دقيقة بعد إظهار الرغبة بالدخول إلى الحمام.

٢٦- تدريب الأطفال على ضبط المثانة لمدة خمس وأربعين دقيقة بعد إظهار الرغبة بالدخول إلى الحمام.

٢٧- تدريب الأطفال على برنامج الإيقاظ والساعة المنبهة.

- أهداف غير مباشرة:

١- مساعدة الأهل في التعامل مع أطفالهم ممن يعانون من اضطراب التبول اللاإرادي من خلال تعلمهم بعض الحقائق عن التبول اللاإرادي، وتعديل الاتجاهات نحو الطفل صاحب المشكلة، وتعليمهم بعض الاستراتيجيات الضرورية، وبالتالي هذا يساعد على التخفيف من وطأة الضغوط النفسية التي تقع على عاتقهم وعائق أطفالهم.

٢- العمل على زيادة تقدير الذات والثقة بالنفس لدى الأطفال -عينة الدراسة- من خلال معالجة التبول اللاإرادي وانعكاس ذلك إيجابياً على شخصية الأطفال الذين يعانون المشكلة.

٥-٧-٤- المسلمات التي يقوم عليها البرنامج:

تبنت الباحثة المسلمات الأساسية التي تقوم عليها البرامج السلوكية وهي:

- كل سلوك يُعد متعلماً، ومن الممكن تغييره عن طريق تنفيذ استراتيجيات تؤدي إلى تعلم أساليب جديدة.
- التغيرات المحددة في محيط الفرد يمكن أن تساعد على تغيير السلوك، كما أن إجراءات تعديل السلوك تبحث في الوصول إلى تغيرات تتعلق بالسلوك من خلال تغيير البيئة.
- الهدف النهائي هو تعديل السلوك غير المرغوب فيه والذي يمكن قياسه، ويُعد هذا التغير الذي حدث دليلاً على فاعلية البرنامج.
- يركز العلاج السلوكي بقوة على تعريف واضح للسلوك غير المرغوب فيه، وذلك حتى يمكن ملاحظته وتوفير دليل على قياس التغيير الذي يطرأ عليه.

٥-٧-٥- الخدمات التي يقدمها البرنامج:

يقدم البرنامج عدداً من الخدمات منها:

- ١- الخدمات العلاجية المباشرة: تتمثل في مساعدة أطفال عينة الدراسة في معالجة اضطراب التبول اللاإرادي.
- ٢- الخدمات الإرشادية : تتجلى في المعلومات النظرية المقدمة للأمهات من خلال مجموعة من المحاضرات.
- ٣- خدمات تدريبية: تتجلى في تدريب الأمهات على كيفية التعامل مع أطفالهم واستخدام تقنيات العلاج السلوكي خلال فترة تطبيق البرنامج.
- ٤- خدمات اجتماعية: تحسين قدرة أطفال عينة الدراسة على التفاعل مع المحيطين بهم (زملاء، أصدقاء، الأسرة)

٥-٧-٦- القواعد الأساسية التي يقوم عليها البرنامج:

يقوم أي برنامج علاجي على عدد من القواعد الأساسية التي يتم الاتفاق عليها بموجب عقد بين المعالج والمتعالج والتي تسهل التدريب والتدريب وتسيير الجلسات العلاجية بشكل جيد حتى يتم تحقيق الأهداف المرجوة من البرنامج وتحقيق الفائدة القصوى.

والقواعد الأساسية لهذا البرنامج كما يلي:

- أ- التدريب: وهو أساسي لتعلم أي مهارة جديدة؛ لذلك سوف يتضمن البرنامج تدريبات في أثناء الجلسات العلاجية وواجبات بيتية تتضمن تعبئة جداول مراقبة الذات طوال مراحل التدخل العلاجي. وكلما كانت المتابعة مستمرة للتدريب كلما كانت الاستفادة من البرنامج أكبر.

ب- **المشاركة الفاعلة:** من جميع حالات المجموعة المشاركة. حيث إن تعلم المهارات الجديدة والتدريب على القيام بها خلال الجلسات العلاجية هي ضرورة ملحة لتحقيق الغاية المرجوة من البرنامج. ووظيفة الاختصاصية هي تقديم التعليمات بطريقة مفهومة وواضحة وتقديم المساعدة التي تمكن الأطفال من تنفيذ التدريب المطلوب منهم.

ت- الالتزام بحضور الجلسات في الموعد الذي يتم الاتفاق عليه.

ث- تسجيل البيانات وتنفيذ إجراءات التدخل الموصوفة.

ج- **السرية:** احترام سرية المعلومات التي تخص أحد حالات الأطفال وأسرهم.

ح- **تعاون الأم في تنفيذ البرنامج:** إن جميع الطرق العلاجية تجتمع كلها على رأي واحد وهو أن معالجة هذا الاضطراب لا يتم دون أن يكون هناك تعاون بين الطفل وذويه لانجاحه. والسبب في ذلك هو أن الطفل لا يستطيع الاقلاع عن هذا دون مساعدة أبويه فقد استنتج دي ماكنوزل وآخرون De Miquelsanz et al سنة (١٩٩٦) بأن التبول اللاإرادي يتعلق بالاتجاهات التربوية للآباء والعائلة نحو التبول اللاإرادي كما وجد أوكل وآخرون Oppel et al سنة (١٩٦٨) أن الموقف الأبوي يؤثر في قدرة الطفل في التغلب على مشكلة التبول اللاإرادي (Heap, 2004, 95)، وكذلك لا تستطيع أن تبعده عن حل هذه المشكلة دون اشتراكه في التمارين التي تُطلب منه. وفي هذا البرنامج تم الاستعانة بأم الطفل للمساعدة في تنفيذ البرنامج وذلك لأن الأمهات هن الأكثر ملازمة للطفل في المنزل والأكثر متابعة له في جميع مجالات حياته في ظل انشغال الآباء في تأمين مستلزمات المعيشة، كما تبين للباحثة بأن هناك قسم كبير من الأمهات غير متسامحات فيما يتعلق بمشكلة التبول اللاإرادي وكثيرو العقاب للطفل لذلك عملت الباحثة على معالجة هذا الأمر قبل تنفيذ التدخل العلاجي مع الطفل لأنه من العوامل المؤثرة على نجاح العلاج السلوكي، ولذلك قدمت مجموعة من المحاضرات النظرية الخاصة بالأمهات مع تعاون الأم في تنفيذ العلاج :

وقد تحدد دور الأم في هذا البرنامج كما يلي:

١- قيام الأم بالإشراف على الطفل في أثناء تسجيل البيانات المطلوبة على الجداول الخاصة بمراقبة الذات (جدول المكافآت) مع استخدام التدعيم المعنوي.

٢- مساعدة الأمهات لأطفالهن في تنفيذ المهام المطلوبة من خلال تذكيرهم وتشجيعهم.

٣- تعرف الأمهات الإرشادات الخاصة في التعامل مع حالات التبول اللاإرادي من خلال محاضرة خاصة.

٤- قيام الأمهات بمساعدة أطفالهن في تمرين الإيقاظ والساعة المنبهة وتقديم المدعمات بالطرق المتفق عليها.

وتجدر الإشارة أن الباحثة قامت مع بداية البرنامج بتوضيح طبيعة البرنامج وشروطه والهدف منه، ومراحله وزمن تطبيقه والتقنيات المستخدمة فيه للأمهات الأطفال المشاركين كما بينت من خلال محاضرة خاصة الأساليب الخاصة بالتعامل مع الطفل المتبول لإرادياً.

٥-٧-٧- صدق البرنامج:

للتأكد من صدق محتوى البرنامج و مدى ملاءمته في تحقيق أهداف الدراسة تمّ عرضه على سبع من المتخصصين في مجال الإرشاد النفسي والصحة النفسية في جامعة دمشق، لتتمّ قراءة محتوياته وإبداء الرأي وتقديم الاقتراحات اللازمة انظر الملحق (١٥). وقد تمّ الأخذ بتلك الملاحظات، وأجريت التعديلات والتحسينات التي تتناسب ومحتويات البرنامج مثل:

- ١- التقليل من عدد التقنيات المستخدمة في البرنامج.
- ٢- الفصل بين جلسات الأمهات وأطفالهم المتبولين لإرادياً.
- ٣- إنقاص عدد الجلسات الخاصة بالأمهات.
- ٤- صوغ جلسات الأمهات على شكل محاضرات.
- ٥- تعديل برنامج الإيقاظ بحيث يناسب كل طفل.
- ٦- تحديد الفترة الزمنية الخاصة بتدريب الاحتفاظ وتخفيض طول الفترة.
- ٧- وضع أمثلة توضيحية خاصة بكل تدريب.

٥-٧-٨- الأسلوب المستخدم لتطبيق البرنامج العلاجي:

قامت الباحثة في تطبيق البرنامج العلاجي بشكل جماعي بالرغم من الصعوبات التي واجهتها، والسبب في ذلك :

- إدراك الأطفال بوجود أطفال آخرين يتشابهون معهم في المشكلة التي يعانون منها، وبالتالي زيادة ثقتهم بأنفسهم.
- يساعد الموقف العلاجي الجماعي على تنشيط الأطفال اجتماعياً وعقلياً وانفعالياً ويسهل عليهم التعبير عن المشكلات التي يعانون منها بسبب هذا الاضطراب.
- إكساب الأطفال روح التنافس من أجل تحقيق الأهداف المرجوة بكل جلسة علاجية.
- ثقة الباحثة بالنتائج المحققة فيما يتعلق بقياس سعة المثانة، و بانتظار الطفل الوقت المحدد قبل دخوله على الحمام بعد أن يبدي رغبته في دخول الحمام.

٥-٧-٩- التطبيق الاستطلاعي للبرنامج:

أ- أهداف التطبيق الاستطلاعي:

- التعرف على نواحي القصور في البرنامج وإجراءاته ومحاولة تلافيها أثناء تطبيق البرنامج العلاجي.
- التعرف على الصعوبات التي يمكن أن تواجه الباحثة أثناء تطبيق البرنامج والعمل على استدراكها.
- التأكد من ملائمة الزمن من حيث طول فترة تطبيق البرنامج و من حيث مدة الجلسة العلاجية

ب- إجراءات التطبيق الاستطلاعي:

بعد الأخذ بملاحظات الأساتذة المحكمين، وإجراء التعديلات المناسبة للبرنامج، قامت الباحثة بالتجريب الاستطلاعي للبرنامج على عينة مكونة من (5) أطفال من المدرسة التي تعمل بها الباحثة كمرشدة نفسية، وقد جرى هذا التطبيق الاستطلاعي ما بين ٢٠١٤/٢/٣ و ٢٠١٤/٥/٤ وذلك بمعدل خمس جلسات إسبوعياً، وقد جرى التنفيذ في منازل الأطفال بالإضافة إلى غرفة الإرشاد بالمدرسة، وطبقت جلسات البرنامج كاملة.

وقد قامت الباحثة في ضوء التجريب الاستطلاعي بما يلي:

- تبسيط اللغة المستخدمة مع الأطفال بحيث تكون ملائمة لإدراك الطفل.
- ضرورة قيام الباحثة بإعادة بعض التدريبات على أكثر من جلسة حتى يتقن الطفل التدريب مثل تدريب الاحتفاظ.

- حذف بعض التقنيات لأنها كثيرة جداً على الأطفال وقد تؤدي إلى نتائج عكسية.

- زيادة الأمثلة التوضيحية الخاصة بكل تدريب كي تصبح أكثر قرباً من إدراك الطفل.

- حاجة عدد من الجلسات العلاجية إلى التكرار حتى يتم تحقيق الهدف.

٥-٧-١٠- البرنامج بصورته النهائية :

تم صوغ البرنامج بصورته النهائية الذي يهدف إلى معالجة اضطراب التبول اللاإرادي لدى أفراد عينة الدراسة.

تكون البرنامج بصورته النهائية من ما يلي:

- محاضرات نظرية (ثلاث محاضرات) للأمهات عينة الدراسة.
- مرحلة التدخل العلاجي للأطفال :
- مرحلة قامت بها الباحثة بتدريب الأطفال وذلك من خلال جلسات تدريبية بلغ عددها (٢٧) جلسة، مدة كل جلسة بين (٦٠-٩٠) دقيقة تبعاً للتقنيات المستخدمة خلال الجلسة وكانت الجلسات بمعدل يومي.

قامت الباحثة في الجلسة (٢٧) بتدريب الأطفال على برنامج الإيقاظ مع استخدام الساعة المنبهة الذي استمر تطبيقه (٨) أسابيع بإشراف الأمهات إذ تم تصميم برنامج إيقاظ خاص بكل طفل تبعاً لمواعيد التبول الليلي.

الجلسة (٢٨) قامت الباحثة بالجلسة الختامية للأطفال إذ قامت خلالها بتطبيق المقابلة على الأطفال بالإضافة للقياس البعدي مع توزيع بطاقة ملاحظة تكرر التبول اللاإرادي كي يتم حساب عدد مرات التبول خلال فترة الملاحظة.

سادساً- عينة الدراسة:

بهدف دراسة فاعلية البرنامج العلاجي السلوكي لمعالجة اضطراب التبول اللاإرادي تم اختيار أفراد المجموعتين الضابطة والتجريبية بناء على معايير DSM-IV-TR للأطفال الذين يعانون من اضطراب التبول اللاإرادي الليلي والمتكررين على العيادات الخارجية النفسية والبولية في المشافي الجامعية. وتكونت المجموعة التجريبية من (٧) إناث و (٤) ذكور وكذلك العينة الضابطة والجدول رقم (٧) يوضح المعلومات الخاصة بالمجموعتين الضابطة والتجريبية.

جدول رقم (٧) معلومات عن العينتين الضابطة والتجريبية

الاسم	الجنس	العمر	محاولات العلاج السابقة	التاريخ العائلي	الاسم	الجنس	العمر	محاولات العلاج السابقة	التاريخ العائلي
ص.ز.	أنثى	٨	دوائي	الأب	ب.ع	أنثى	٨	لا يوجد	لا يوجد
آ.س	أنثى	٨	لا يوجد	لا يوجد	س.م	أنثى	٨	دوائي	الخال، الأخ
ف.ز.	أنثى	١٠	دوائي	الأب، الأخت	ج.ن	أنثى	١١	لا يوجد	الأم
ه.ك	أنثى	١١	دوائي - تحديد سوانل	الأخ	ح.ح	أنثى	١٠	دوائي	لا يوجد
س.ر	أنثى	٩	دوائي	الأم	ت.ق	أنثى	١٠	لا يوجد	لا يوجد
ي.ه	أنثى	١٠	لا يوجد	الأب	ف.ق	أنثى	٩	دوائي	الأب
د.إ	إنثى	١٠	دوائي	الأم	و.ك	أنثى	١٠	لا يوجد	الأب، الخالة

ع.ج.ر	ذكر	١٢	تحديد سوائل، حمية غذائية	الأب، العم، الخال	ع.م	ذكر	١١	تحديد سوائل	لا يوجد
ع.خ	ذكر	١١	تحديد سوائل	لا يوجد	ع.ف	ذكر	١١	لا يوجد	الأب
ح.ب	ذكر	٩	دوائي	الأم	م.ف	ذكر	١٠	دوائي	لا يوجد
م.ك	ذكر	١٠	لا يوجد	الأخت	م.ن	ذكر	١٢	لا يوجد	العم

- جميع الحالات تعاني من التبول اللاإرادي الليلي الأساسي.
- جميع الحالات ينامون مع إخوة وأخوات في نفس الغرفة.
- جميع الحالات من مستوى اقتصادي اجتماعي المتوسط و دون المتوسط.
- المستوى الثقافي للوالدين لدى جميع الحالات لم يتعد المرحلة الثانوية والجميع يقرأ ويكتب.

سابعاً- مراحل تطبيق البرنامج العلاجي السلوكي لمعالجة اضطراب التبول اللاإرادي:

١- مرحلة القياس القبلي:

بعد أن تم اختيار الأطفال الذين تنطبق عليهم شروط البرنامج والمُشخصين من قبل الطبيب النفسي في العيادات الخارجية للمشفى الجامعية بأنهم يعانون من اضطراب التبول اللاإرادي "السبب غير عضوي" قامت الباحثة بتوزيع الأفراد على مجموعتين (تجريبية وضابطة) حيث بلغ عدد العينة التجريبية (١١) والعينة الضابطة (١١)، قامت الباحثة بتوزيع قائمة ملاحظة التبول اللاإرادي على أمهات أطفال العينتين وتم إعطاء التوجيهات اللازمة لأمهات الأطفال وقد بلغت فترة الملاحظة (١٤) يوم وذلك بتاريخ ٢٠١٤/٧/١٨ إلى تاريخ ٢٠١٤/٨/٢

وقد تم تحديد صالة الياسمين في منطقة ركن الدين كمكان لاجتماع الأمهات و مكان لتطبيق البرنامج العلاجي.

كما قامت الباحثة خلال الفترة الممتدة بين ٢٠١٤/٧/١٨ إلى تاريخ ٢٠١٤/٨/٢ بتطبيق المقابلة الخاصة بالأطفال على العينة التجريبية ولقد تم تطبيق هذه المقابلة في منازل الأطفال. أيضاً عملت الباحثة خلال الفترة السابقة على قياس سعة المثانة لجميع الأطفال قبل البدء بالتدريب والجدول (٨) يبين سعة المثانة للأطفال كما يلي:

جدول رقم (٨) سعة المئانة لأفراد المجموعة التجريبية قبل تنفيذ التدريبات

اسم الطفل	الجنس	العمر	سعة المئانة الوظيفي قبل تنفيذ التدريبات	مدة الاحتفاظ قبل تدريب الاحتفاظ
ف.ز.	انثى	١٠ سنوات	١٩٥ مل	٣
د.إ.	انثى	١٠ سنوات	١٧٥ مل	٧
ع.ج.ر.	ذكر	١٢ سنوات	١٨٥ مل	١١
س.ر.	انثى	٩ سنوات	١٧٥ مل	٣
م.ك.	ذكر	١٠ سنوات	٢٦٥ مل	٢
ع.د.خ.	ذكر	١١ سنوات	٣٠٠ مل	٤
ص.ز.	انثى	٨ سنوات	٢١٠ مل	١
ا.س.	انثى	٨ سنوات	١٦٥ مل	٢
ه.ك.	انثى	١١ سنوات	٢١٥ مل	٥
ي.ه.	انثى	١٠ سنوات	٢٠٥ مل	٤
ح.ب.	ذكر	٩ سنوات	١٨٥ مل	٧

وتجدر الإشارة إلى أنه تم الأخذ بالحسبان عدة نقاط أساسية عند تحديد الصالة كمكان لتطبيق البرنامج منها:

- أ- موافقة إدارة الصالة على منح مكان في الصالة لتطبيق البرنامج.
- ب- توفر الشروط الملائمة للتطبيق والمساحة الكافية.
- ت- عدم انشغال هذا المكان من الصالة طوال فترة تطبيق البرنامج.
- ث- قرب المكان من سكن الأطفال.

٢- مرحلة تطبيق البرنامج:

عند الانتهاء من التطبيق الاستطلاعي والحصول على البرنامج بصورته النهائية، تم تطبيق هذه الصورة النهائية للبرنامج في صالة الياسمين في منطقة ركن الدين في محافظة دمشق وقد استغرق تطبيق البرنامج بحدود (١٢) أسبوع متواصل وكانت الجلسات يومياً بالنسبة للمجموعة التجريبية، والتي بدأت بتاريخ ٢٠١٤/٨/٢ وانتهت بتاريخ ٢٠١٤/١١/٣.

٦-١- آلية سير الجلسات العلاجية:

بالنسبة للأمهات: تبدأ الباحثة البرنامج العلاجي بمجموعة من المحاضرات النظرية الخاصة بأمهات الأطفال المتبولين لإرادياً؛ تتضمن المحاضرة الأولى تعريف الأمهات باضطراب التبول اللاإرادي ونسب انتشاره وأسبابه، وأما المحاضرة الثانية تعريف الأمهات الأساليب الخاصة بطرق التعامل مع الأطفال المتبولين لإرادياً، أما المحاضرة الثالثة تعريف الأمهات بطبيعة البرنامج وأهدافه وإجراءاته وشروطه ودور كل من الباحثة والأم والطفل.

بالنسبة للأطفال : تبدأ الجلسة الأولى بتحقيق التعارف بين بعض أفراد المجموعة التجريبية وبعضهم الآخر وبين المجموعة التجريبية والباحثة، وكذلك تقوم الباحثة بشرح مبسط لطبيعة البرنامج والهدف منه، والأساليب التي سيتم إتباعها خلال جلساته، مع مناقشة العقد الإرشادي السلوكي الذي يحدد قواعد السلوك والعمل في الجلسات العلاجية. أما باقي الجلسات العلاجية فكانت تبدأ بمراجعة الخطوات التي تم التدرب عليها في الجلسات السابقة، وتقديم التعزيز للالتزام بتنفيذ الواجبات المطلوبة، ثم يتم تطبيق الإجراءات المحددة لكل جلسة واستخدام التقنيات العلاجية المحددة لكل جلسة علاجية، وتسعى الباحثة إلى تحقيق الأهداف في نهاية الجلسة العلاجية، ثم تذكر الواجبات المطلوبة للجلسة القادمة وتحدد موعدها.

لقد استغرق تدريب الأطفال بإشراف الباحثة بحدود ٣٠ يوم والسبب الذي دعى الباحثة لتنفيذ تدريب الاحتفاظ تحت إشرافها من أجل دقة القياس لحجم البول المفرغ، و لزيادة المنافسة بين الأطفال والوصول إلى الإنجاز بصورة أسرع.

أما في المرحلة التي كانت بإشراف الأم ومتابعتها كانت تتم متابعة الأطفال مرة كل أسبوع إما عن طريق الهاتف أو المقابلة الشخصية في منزل الطفل، و ذلك لتقديم الدعم للأطفال ومتابعة سير تقدمهم.

٢-٢- التقنيات المستخدمة في البرنامج:

لقد تم استخدام مجموعة من التقنيات السلوكية التي تساعد على تحقيق أهداف البرنامج العلاجي، وتناسب مع عمر الأطفال الذين يعانون من اضطراب التبول اللاإرادي:

- التعزيز Reinforcement:

يعد من أهم الفنيات المستخدمة في تعديل السلوك، هو الحادثة التي تتبع سلوكاً ما بحيث تعمل على تقوية احتمالية تكراره في مرات لاحقة، ويمكن النظر إليه على أنه نوع من أنواع المكافآت ذات الطابع النفسي التي ربما أن تكون داخلية أو خارجية المنشأ (الزغلول، 2005، 105).

وهو الإجراء الذي يؤدي فيه حدوث السلوك إلى نتائج إيجابية أو نتائج سلبية، كما يترتب عليه احتمال حدوث السلوك في المواقف التالية (كفاي، 1999، 283).

ومن أهم المعززات (المعززات الغذائية، المعززات المادية، المعززات الرمزية، المعززات النشاطية، المعززات الاجتماعية).

ولقد قامت الباحثة بتحديد المعززات الخاصة بكل طفل وذلك من خلال تطبيق قائمة المعززات على أمهات الأطفال وكذلك من خلال سؤال الأطفال.

ولقد عملت الباحثة على استخدام التعزيز بكافة أنواعه ومع جميع التقنيات المستخدمة في البرنامج العلاجي على سبيل المثال تم استخدام المعززات المادية والمعنوية في تدريب الاحتفاظ إذا كان هناك زيادة بوقت الاحتفاظ بالبول عن المرة السابقة.

- **المحاضرة:** استخدمت الباحثة هذه التقنية وذلك لزيادة مستوى المتعة والراحة لدى الطفل، ويتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في تقديم المعلومات والأساس النظري من خلال استخدام لغة محبة وسهلة للطفل. إذ يعتبر تقديم المعلومات أساس تعلم أي أسلوب أو تدريب علاجي جديد، مع التأكيد بأن تعلم المهارات الجديدة سوف يستغرق وقتاً وصبراً (Houts, 2010,124).

كما استخدمت هذه التقنية مع الأمهات لتعديل لاتجاهاتهم نحو أطفالهم وإقناعهم تجنب إلقاء اللوم على الطفل فيما يتعلق بالتبول اللاإرادي فلقد تبين للباحثة بأن هناك قسم كبير من الأمهات غير متسامحات فيما يتعلق بمشكلة التبول اللاإرادي وكثيرو العقاب للطفل.

جدول مراقبة الذات (جدول المكافآت):

منذ البداية التدخل، حتى نهاية التدخل يحتفظ كل طفل بجدول يومي يسجل فيه وقت ذهابه للنوم، و وقت آخر سائل تناوله، و يضع وجه ضاحك لليالي الجافة و ولا يضع أي شي لليالي المبللة، وفي نهاية الأسبوع يسجل الطفل عدد مرات التي بلل فيها ثيابه، وطلب من أمهات هؤلاء الأطفال الإشراف عليهم أثناء تسجيلهم لهذه المعلومات وتم التشديد على قيام الطفل بالتسجيل الذاتي إذ أشار عدد من الباحثين إلى حدوث نقصان لعدد حوادث البلل من خلال التسجيل الذاتي (Steele et al., 2008, 223).

يتم تقديم المكافآت بناء على جدول مراقبة الذات تبعاً لعدد الليالي الجافة إذ يتم الاتفاق مع الطفل بأنه إذ أنجز عدد محدد من الليالي سوف يحصل على هدية محددة تم تحديدها بناء على قائمة المعززات الخاصة بكل الطفل والتي تم تطبيقها على الأمهات.

كان الهدف من هذا الجدول تشجيع الطفل على البقاء جافاً والالتزام بالحضور للبرنامج، وأيضاً من أجل أن تتمكن الباحثة من رسم منحنى بياني يفصل معدل تكرار التبول اللاإرادي قبل وأثناء وبعد التدخل العلاجي.

- تحديد السوائل:

يتم تشجيع الأطفال على الامتناع عن السوائل في المساء (Glazener et al., 2004, 3).

والمضمون التطبيقي لهذه التقنية يشجع الطفل للشرب السوائل ضمن خطة محددة تبدأ في الصباح وتنتهي قبل موعد النوم بـ ساعة ونصف بحيث يتم تحديد كمية السوائل المناسبة لكل طفل تبعاً لعمر الطفل وجنسه.

الهدف من هذه التقنية تزويد الطفل بكمية كافية من الماء خلال النهار، وبالتالي هذا سوف يساعد الطفل على التزود بالكمية التي يحتاجها الجسم وعدم الشعور بالعطش عند المساء وشرب كمية كبيرة من الماء.

- تدريب الاحتفاظ:

يتم في هذا الإجراء تدريب الطفل الذي يعاني من اضطراب التبول اللاإرادي على الاحتفاظ بالبول لفترات زمنية أطول بعد أن يشعر بالحاجة للتبول (بيترمان، ٢٠٠٩، ٥٥٠).

والمضمون التطبيقي لهذه التقنية الاحتفاظ بالبول لمدة تزيد تدريجياً بين ٢ دقيقة إلى ٤٥ دقيقة بعد أن يفرغ الطفل مثانته قبل أن يبدأ بهذا التدريب، مع استخدام مؤقت يتم ضبطه تبعاً للهدف المحدد بكل جلسة، بحيث يتمكن الطفل من مراقبة الوقت الذي يتناقص تدريجياً، و تساعد الباحثة الطفل على تسجيل الوقت الذي تناول فيه الماء، و شعر بالحاجة للتبول، والوقت تبول فيه، وحجم البول المفرغ، و طول الوقت الذي تمكن خلاله الطفل من احتباس البول.

الهدف من هذه التقنية زيادة قدرة المثانة على حمل حجم أكبر من السائل خلال الليل (Ronen & Abraham, 1996, 79)، وتدريب الأطفال على إدراك الأحاسيس المثانية التي تنتج عن تراكم البول داخل المثانة، وبالتالي تمكن الطفل من تحسس الأثر الناتج عن زيادة البول الذي يحرض الجهاز العضوي ويثيره، وبالتالي يشعر الطفل بقدرته على التحكم وضبط عملية التبول لديه، وبهذا يتدرب الطفل على اكتساب المشاعر والأحاسيس الناتجة عن استحسان سلوكه عندما يتمكن من ضبط تبوله، من خلال استخدام المدعمات الجذابة كالحلوة والمدعمات الاجتماعية كالتشجيع اللفظي، والتجاهل وعدم التعليق عندما يفشل في تحكمه في عملية التبول لديه.

ملاحظة: (تمّ تنفيذ تدريب الاحتفاظ بداية لجعل برنامج الإيقاظ أكثر سهولة للتنفيذ بسبب قدرة المثانة المتزايدة، وخصوصاً في تدريب الإيقاظ قد يديم سعة مثانة منخفضة من خلال محافظة الطفل على مثانة فارغة.

نُفذ التدريب من قبل الباحثة حرصاً على دقة قياس حجم البول المفرغ، فالأطفال قد يخدعوك ويخبروك برغبتهم للذهاب إلى الحمام قبل الوقت الذي يشعرون معه برغبة ملحة للتبول من أجل الحصول على الجائزة لذلك كانت دقة القياس ضرورية.

وتم إجراء التدريب بشكل جماعي كنوع من الدعم للأطفال وللتحفيز التنافس بينهم.

- برنامج الإيقاظ المتدرج:

بداية يتم تحديد الوقت الذي يبلى فيه الطفل فراشه كل ليلة، وعلى أساس هذا الوقت يتم ضبط الساعة المنبهة قبل هذا الوقت بقليل لكي يستيقظ الطفل ويذهب للحمام كي يفرغ مثانته، ويجب على الطفل أن يبقى سبع ليالي متتالية بدون أن يبلى الطفل فراشه قبل تعديل وقت الاستيقاظ، إذا حقق الطفل هذا المعيار حرك وقت الاستيقاظ إلى الأمام ½ ساعة (ومثال على ذلك من ٢ إلى ٢:٣٠ صباحاً) أما إذا لم يحقق هذا المعيار يتم تحريك وقت الاستيقاظ قبل ½ ساعة (ومثال ذلك من ٢ إلى ١:٣٠ صباحاً) .

الهدف النهائي من هذه التقنية هو إزالة الإيقاظ الليلي بشكل نهائي (Freeman, 2004, 357). قامت الباحثة بالتعاون مع أمهات الأطفال بتحديد الوقت الذي يبلى فيه الطفل فراشه ورسم جدول إيقاظ خاص بكل طفل على هذا الأساس.

تم اتباع نظام النقاط حيث قُدم (٢٠) نقطة عن كل ليلة تمر بدون بلل و(٢٠) نقطة إضافية إذا مرت (٧) ليالي بدون بلل وتم تحقيق معيار الجفاف عن الوقت الذي يمر

الواجبات المنزلية:

الغرض من استعمال الواجبات المنزلية هو أن نقل أثر التدريب من المواقف العلاجية إلى الأماكن الطبيعية (بيت، مدرسة) مثلاً طُلب من الأطفال المشاركين مراقبة معدل تكرار تبولهم طوال فترة التدخل العلاجي، وتنفيذ خطة شرب الماء، والدخول إلى الحمام قبل النوم .

٣- مرحلة القياس البعدي:

وتهدف إلى قياس أثر البرنامج في تعديل سلوك أطفال المجموعة التجريبية على قائمة ملاحظة تكرار سلوك التبول اللاإرادي بعد الانتهاء من تطبيق جلسات البرنامج العلاجي ومقارنة هذه النتائج بالتقويم القبلي قبل تنفيذ البرنامج وذلك للوقوف على أثر البرنامج في تعديل سلوك الأطفال.

٤- مرحلة القياس البعدي المؤجل :

وتهدف هذا الاختبار إلى قياس الأثر التبعي طويل الأمد والتعرف إذا كان للبرنامج أثر طويل الأمد أم أن آثاره مؤقتة، إذ قامت الباحثة بتطبيق قائمة ملاحظة تكرار سلوك التبول اللاإرادي بعد شهر ونصف من انتهاء تطبيق البرنامج للتأكد من استمرار فاعلية البرنامج فقط على أفراد المجموعة التجريبية، والجدول (٩) يلخص مراحل التطبيق العملي للبرنامج.

الجدول (٩)

مراحل التطبيق العملي للبرنامج

رقم المرحلة	المحتوى	التاريخ	المدة	المكان
١-	التطبيق القبلي لأدوات الدراسة	٢٠١٤/٧/١٨ إلى تاريخ ٢٠١٤/٨/٢	(٢) أسبوع	صالة الياسمين ومنزل الأطفال
٢-	مرحلة تطبيق البرنامج العلاجي	٢٠١٤/٨/٢ إلى تاريخ ٢٠١٤/١١/٣	(١٢) أسبوع	صالة الياسمين
٣-	مرحلة القياس البعدي	٢٠١٤/١١/٤ إلى تاريخ ٢٠١٤/١١/١٧	(٢) أسبوع	صالة الياسمين
٤-	مرحلة القياس المؤجل	٢٠١٥/١/٢ إلى تاريخ ٢٠١٥/١/١٥	(٢) أسبوع	صالة الياسمين ومنزل الأطفال

٥- عرض لجلسات البرنامج :

فيما يلي عرض لجلسات البرنامج التي تم تطبيقها على أطفال عينة الدراسة، مع عناوين المحاضرات التي تم تقديمها للأمهات الأطفال

الجدول (١٠)

محتوى البرنامج والتوزيع الزمني لجلساته

رقم الجلسة	هدف الجلسة	مدة الجلسة
المحاضرات الخاصة بالأمهات		
المحاضرة الأولى	- أن تتعرف الأمهات باضطراب التبول اللاإرادي ونسب انتشاره وأسبابه.	٩٠ د
المحاضرة الثانية	- أن تتعرف الأمهات بالأساليب الخاصة بطرق التعامل مع الأطفال المتبولين لاإرادياً. - أن تتعرف الأمهات على بعض الحقائق عن التبول اللاإرادي.	٩٠ د

المحاضرة الثالثة	- أن تتعرف الأمهات بطبيعة البرنامج وأهدافه وإجراءاته وشروطه	٩٠ د
الجلسات التدريبية للأطفال		
الجلسة الأولى	١. التعرف بين الباحثة والأطفال. ٢. إقامة علاقة تفاعلية بين الباحثة والأطفال من جهة، وبين الأطفال مع بعضهم البعض من جهة أخرى. ٣. تعريف الأطفال بالبرنامج العلاجي، والهدف منه، والأساليب التي سيتم إتباعها خلال جلساته. ٤. مناقشة العقد الإرشادي السلوكي الذي يحدد قواعد السلوك والعمل في الجلسات العلاجية	٦٠ د
الجلسة الثانية	١- تقديم شرح عن التبول اللاإرادي ونسب انتشاره وأسبابه. ٢- شرح جدول مراقبة الذات (المكافئات).	٦٠ د
الجلسة الثالثة	تنظيم سلوك شرب الماء.	٦٠ د
الجلسة الرابعة	١- توضيح تدريب الاحتفاظ. ٢- أن يضبط الطفل مثانته لمدة دقيقتين بعد أن يبدي الطفل رغبته لدخول الحمام.	٦٠ - ٩٠ د
الجلسة الخامسة	- أن يضبط الطفل مثانته لمدة أربع دقائق بعد أن يبدي الطفل رغبته لدخول الحمام.	٦٠ - ٩٠ د
الجلسة السادسة	- أن يضبط الطفل مثانته لمدة ستة دقائق بعد أن يبدي الطفل رغبته لدخول الحمام.	٦٠ - ٩٠ د
الجلسة السابعة	- أن يضبط الطفل مثانته لمدة ثمان دقائق بعد أن يبدي الطفل رغبته لدخول الحمام	٦٠ - ٩٠ د
الجلسة الثامنة	- أن يضبط الطفل مثانته لمدة عشرة دقائق بعد أن يبدي الطفل رغبته لدخول الحمام	٦٠ - ٩٠ د
الجلسة التاسعة	- أن يضبط الطفل مثانته لمدة اثنا عشرة دقيقة بعد أن يبدي الطفل رغبته لدخول الحمام.	

الجلسة العاشرة	- أن يضبط الطفل مثانته لمدة أربعة عشرة دقيقة بعد أن يبدي الطفل رغبته لدخول الحمام.	٦٠ - ٩٠ د
الجلسة الحادية عشر	- أن يضبط الطفل مثانته لمدة ستة عشرة دقيقة بعد أن يبدي الطفل رغبته لدخول الحمام.	٦٠ - ٩٠ د
الجلسة الثانية عشرة	- أن يضبط الطفل مثانته لمدة ثمانية عشرة دقيقة بعد أن يبدي الطفل رغبته لدخول الحمام.	٦٠ - ٩٠ د
الجلسة الثالثة عشرة	- أن يضبط الطفل مثانته لمدة عشرين دقيقة بعد أن يبدي الطفل رغبته لدخول الحمام.	٦٠ - ٩٠ د
الجلسة الرابعة عشرة	أن يضبط الطفل مثانته لمدة اثنان وعشرين دقيقة بعد أن يبدي الطفل رغبته لدخول الحمام.	٦٠ - ٩٠ د
الجلسة الخامسة عشرة	أن يضبط الطفل مثانته لمدة أربع وعشرين دقيقة بعد أن يبدي الطفل رغبته لدخول الحمام.	٦٠ - ٩٠ د
الجلسة السادسة عشرة	أن يضبط الطفل مثانته لمدة ست وعشرين دقيقة بعد أن يبدي الطفل رغبته لدخول الحمام.	٦٠ - ٩٠ د
الجلسة السابعة عشرة	أن يضبط الطفل مثانته لمدة ثمان وعشرين دقيقة بعد أن يبدي الطفل رغبته لدخول الحمام.	٦٠ - ٩٠ د
الجلسة الثامنة عشرة	أن يضبط الطفل مثانته لمدة ثلاثين دقيقة بعد أن يبدي الطفل رغبته لدخول الحمام.	٦٠ - ٩٠ د
الجلسة التاسعة عشرة	أن يضبط الطفل مثانته لمدة اثنان و ثلاثين دقيقة بعد أن يبدي الطفل رغبته لدخول الحمام.	٦٠ - ٩٠ د
الجلسة العشرون	أن يضبط الطفل مثانته لمدة أربع و ثلاثين دقيقة بعد أن يبدي الطفل رغبته لدخول الحمام.	٦٠ - ٩٠ د
الجلسة الواحدة والعشرون	أن يضبط الطفل مثانته لمدة ست و ثلاثين دقيقة بعد أن يبدي الطفل رغبته لدخول الحمام.	٦٠ - ٩٠ د
الجلسة الثانية والعشرون	أن يضبط الطفل مثانته لمدة ثمان و ثلاثين دقيقة بعد أن يبدي الطفل رغبته لدخول الحمام.	٦٠ - ٩٠ د

الجلسة الثالثة وعشرون	أن يضبط الطفل مئانته لمدة أربعين دقيقة بعد أن يبيدي الطفل رغبته لدخول الحمام.	٦٠ - ٩٠ د
الجلسة الرابعة وعشرون	أن يضبط الطفل مئانته لمدة اثنان وأربعين دقيقة بعد أن يبيدي الطفل رغبته لدخول الحمام	٦٠ - ٩٠ د
الجلسة الخامسة وعشرون	أن يضبط الطفل مئانته لمدة أربع وأربعين دقيقة بعد أن يبيدي الطفل رغبته لدخول الحمام.	٦٠ - ٩٠ د
الجلسة السادسة وعشرون	أن يضبط الطفل مئانته لمدة خمس وأربعين دقيقة بعد أن يبيدي الطفل رغبته لدخول الحمام	٦٠ - ٩٠ د
الجلسة السابعة والعشرون	تدريب الطفل على برنامج الإيقاظ والساعة المنبهة	٦٠ د
الجلسة الثامن والعشرون	- التلخيص والاعلان عن نهاية البرنامج مع الطفل. - تعرف فاعليّة البرنامج العلاجي (القياس البعدي) . والتقويم النهائي	٦٠ - ٩٠ د

لقد كان الواجب المنزلي المطلوب من الأطفال في جميع الجلسات العلاجية من بداية البرنامج وحتى نهايته هو أن يحتفظ الطفل بسجل (جدول مراقبة الذات) يضع وجه ضاحك لليالي الجافة ولا يضع شيء لليالي المبللة، مع التزام بخطة شرب الماء، ودخول الحمام قبل النوم طوال فترة التدخل العلاجي ولقد قامت الباحثة بتدريب الأطفال لمدة أربع أسابيع وكان التدريب يومي ولقد استغرق تدريب الاحتفاظ بين ٢٢ - ٢٧ يوم تبعاً لقدرة كل طفل ولظروفه، أما بالنسبة للزمن فقط في جلسات تدريب الاحتفاظ الزمن مفتوح حتى ضمان حدوث الاستجابة لدى الطفل وهي زيادة مدة الاحتفاظ تدريجياً بين ٢ دقيقة إلى ٤٥ دقيقة، على أن لا تتجاوز مدة الجلسة ١,٥ ساعة.

أما برنامج الإيقاظ مع التعزيز أجري من قبل الأمهات وبإشراف الباحثة ولمدة (٨) أسابيع. استعملت الباحثة المقابلة مع الأطفال كأسلوب للكشف عن تجربة كل طفل مع مشكلة التبول اللاإرادي وللتقويم البرنامج، والتي استعملت في بداية التدخل و مع نهاية تطبيق البرنامج، ولقد اعتمدت الباحثة بطاقات التعزيز المادي والمعنوي خاصة بكل طفل داخل الجلسات وخارجها كما استخدمت النقاط في تعزيز الأطفال، هذه النقاط التي يمكن أن يستبدلها بالهدية التي يشاء تبعاً لعدد النقاط التي قام بتجميعها كما استخدمت التعزيز المعنوي كالتصفيق وعبارات التشجيع، وكذلك استخدمت التعزيز المادي كتوزيع بعض الألعاب والحلوى والعصائر والأدوات المدرسية وأدوات الزينة.

ملاحظة في جميع جلسات تدريب الاحتفاظ قام الأطفال بعدد من الأنشطة والألعاب حرة الجماعية لغاية ما يشعر الطفل برغبة بالتبول مثل (تلوين الرسوم، لعب بالكرات.....) بالنسبة للأدوات المستخدمة في البرنامج العلاجي كانت عبارة عن مؤقت لمراقبة الوقت أثناء تدريب الاحتفاظ وإبريق مدرج مع كؤوس مدرجة وسوائل مع مواد منظفة ومناشف وساعة منبهة. لقد قامت الباحثة بتدريب الأطفال لفترة ٣٠ يوم فيما يتعلق بمراقبة الذات، وتنظيم سلوك شرب الماء وتدريب الاحتفاظ، وبرنامج الإيقاظ وبعد ذلك تم متابعة هذه التدريبات مع الأمهات لمدة (٨) أسابيع وخلال هذه الفترة قامت الباحثة بمتابعة الأطفال مرة كل أسبوع وذلك لتقديم الدعم وحثهم على المتابعة.

٦- الصعوبات التي واجهت تطبيق البرنامج:

- ١- صعوبة الحصول على أفراد عينة الدراسة.
- ٢- صعوبة إيجاد مكان لتطبيق البرنامج العلاجي.
- ٣- تردد الأهل في التعاون في بداية البرنامج ومحاولة الباحثة إقناعهم في مدى الفائدة التي سوف تعود عليهم وعلى أطفالهم اضافة إلى التأكيد على مجانية العمل وبقدرتهم على الانسحاب في الوقت الذي يريدون دون أن يترتب عليهم شيء.
- ٤- طول فترة الملاحظة التي امتدت على (١٤) يوماً، قبل التطبيق وبعده وفي الملاحظة البعيدة، والتتبعية.
- ٥- صعوبة تطبيق المقابلة الخاصة بالأطفال مع بداية تطبيق البرنامج بسبب شعور الأطفال بالإحراج، مما أدى إلى عدم الطلاقة اللفظية.
- ٦- صعوبة تدريب الأطفال على تدريب الاحتفاظ إذ احتاج تحقيق الهدف الأول (ضبط المثانة لمدة دقيقتين) ثلاث جلسات.
- ٧- صعوبة تنفيذ تدريب الاحتفاظ لجميع الأطفال ضمن الجلسة الواحدة، مع عدم قدرة بعض الأطفال إلى الحضور بشكل يومي إلى مكان التطبيق، مما يضطر الباحثة إلى الذهاب إلى منازل بعض الأطفال حرصاً على تحقيق الأهداف لجميع الأطفال قبل أن يأتي موعد الجلسة القادمة.
- ٨- صعوبة تحديد موعد التبول اللاإرادي الليلي لبعض الأطفال بسبب تعدد مرات التبول الليلي في بعض الأحيان.
- ٩- ارتفاع التكلفة المادية الخاصة بتطبيق البرنامج العلاجي.
- ٧- العوامل التي ساعدت على تطبيق البرنامج:

- ١- التعاون الكبير من قبل الأطفال وأمهاتهم في تنفيذ تعليمات الباحثة.
- ٢- تعاون إدارة صالة الياسمين في تأمين المكان ومستلزمات الجلسة طوال فترة تطبيق البرنامج.
- ٣- الالتزام الكبير من قبل الأطفال وأمهاتهم بحضور الجلسات العلاجية في موعدها برغبة وتعاون والتزام بالعقد الإرشادي السلوكي.

الفصل الخامس

عرض النتائج وتفسيرها

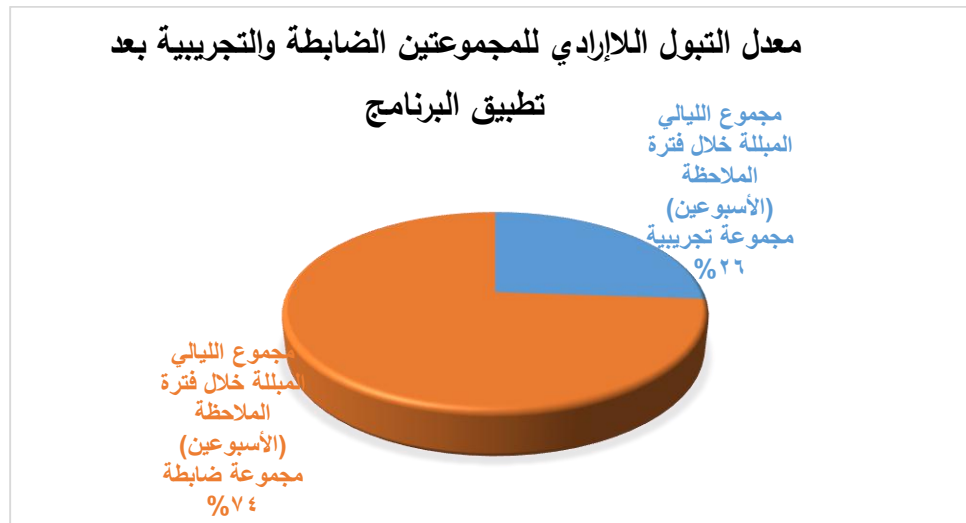
المقدمة	
أولاً	نتائج الفرضية الأولى وتفسيرها.
ثانياً	نتائج الفرضية الثانية وتفسيرها.
ثالثاً	نتائج الفرضية الثالثة وتفسيرها.
رابعاً	نتائج الفرضية الرابعة وتفسيرها.
خامساً	نتائج الفرضية الخامسة وتفسيرها.
سادساً	سؤال الدراسة.
سابعاً	تحليل نتائج المقابلة مع الأطفال.
—	مقترحات الدراسة

المقدمة:

كان الهدف من هذا الدراسة قياس فاعلية برنامج سلوكي في معالجة اضطراب التبول اللاإرادي لدى عينة من الأطفال المترددين للعيادات الخارجية النفسية والبولية في المشافي الجامعية وبناء عليه تم تطبيق البرنامج واستخراج النتائج الخاصة بالمجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس القبلي، والبعدي، والمتابعة، وتم إخضاع تلك النتائج للمعالجات الإحصائية المناسبة، وذلك للتحقق من صحة الفرضيات التي طرحها الدراسة:

أولاً- نتائج الفرضية الأولى وتفسيرها:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في معدل حدوث سلوك التبول اللاإرادي بين أفراد المجموعة الضابطة والتجريبية على قائمة ملاحظة التبول اللاإرادي بعد تطبيق البرنامج العلاجي. للتأكد من دلالة الفروق بين معدل حدوث سلوك التبول اللاإرادي بين أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على قائمة ملاحظة التبول اللاإرادي بعد تطبيق البرنامج تم الاعتماد على اختبار مان ويتي (Mann-Whitney) وتوصلت نتائج الدراسة إلى ما يلي كما هو موضح في الجدول رقم (١١) والشكل رقم (٢):



الشكل رقم (٢) التمثيل البياني لمعدل تكرار التبول اللاإرادي لدى العنيتين الضابطة والتجريبية بعد تطبيق البرنامج

المجموعة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة U	قيمة Z	القيمة الاحتمالية	القرار عند مستوى الدلالة
مجموعة تجريبية	11	6.00	66.00	.000	-4.039	.000a	دال
مجموعة ضابطة	11	17.00	187.00				

الجدول (١١)

نتائج اختبار مان ويتني لدلالة الفروق بين معدل حدوث سلوك التبول اللاإرادي بين أفراد المجموعة الضابطة وأفراد المجموعة التجريبية على قائمة ملاحظة التبول اللاإرادي بعد تطبيق البرنامج

بعد تطبيق اختبار مان ويتني لدلالة الفروق نلاحظ من الجدول رقم (١١) والشكل رقم (٢) وجود فرق دال لصالح المجموعة الضابطة حيث بلغت القيمة الاحتمالية (0.000). وهي أصغر من مستوى الدلالة (0.05)، وبالتالي هو دال عند مستوى الدلالة (0.05)، حيث بلغ متوسط معدل تكرار التبول اللاإرادي لدى المجموعة الضابطة (17.00)، بينما بلغ متوسط معدل تكرار التبول اللاإرادي لدى المجموعة التجريبية (6.00) وبذلك نقبل بوجد فروق ذات دلالة إحصائية في معدل حدوث سلوك التبول اللاإرادي بين أفراد المجموعة الضابطة والتجريبية على قائمة ملاحظة التبول اللاإرادي بعد تطبيق البرنامج العلاجي.

المناقشة: ترجع الباحثة هذه الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة إلى انخفاض معدل التبول اللاإرادي لدى أطفال المجموعة التجريبية وذلك بسبب تعرضهم لبرزمة من التدخلات السلوكية أثناء تطبيق البرنامج العلاجي، إذ تم تعديل أساليب التعامل الوالدي نحو الأطفال المتبولين لاإرادياً، كما تم إلغاء دور العوامل التي قد تلعب دوراً في حدوث التبول اللاإرادي وهي العقوبة الجسدية، ووضع الحفاضات، وغيرها من العوامل التي قد تلعب دوراً في حدوث التبول اللاإرادي، وتنظيم سلوك شرب الماء، مع تسجيل الطفل لليالي المبللة والجافة من خلال جدول مراقبة الذات، إذ أشار عدد من الباحثين إلى حدوث نقصان لعدد حوادث البلل من خلال التسجيل الذاتي (Steele et al., 2008, 223).

تقديم تعزيز إيجابي لليالي الجافة، و إكساب الأطفال مهارة ضبط المثانة لفترات تطول تدريجياً من دقيقتين إلى ٤٥ دقيقة الذي كان يجرى من قبل الطفل وتحت سيطرته مع مراقبة الوقت من خلال وجود مؤقت للعد التنازلي، وتحت إشراف الباحثة، إذ اكتسب الطفل من خلال تدريب الاحتفاظ إدراك

إحساس امتلاء المثانة ومد العضلة الدافعة للمثانة بحيث تتكيف مع ضغوط وحجوم البول المتزايد (Fielding, 1980, 306).

واستخدمت الباحثة تدريب الاحتفاظ كمعالجة تمهيدية لزيادة سعة المثانة الوظيفي، واستمر العلاج للتبول اللاإرادي من خلال استخدام جداول الإيقاظ الليلي، فهناك دليل يؤكد بأن الإيقاظ الليلي قد تخفض أو تزيل حوادث البلل الليلي على سبيل المثال دراسة بولارد ونتل بيك & Bollard (Nettlebeck, 1982, 388) كما أشار وارزاك وفريمان Warzak & Friman أنه قد يكون مكون مفيد مع رزمة من التدخلات (Warzak & Friman, 1994, 508).

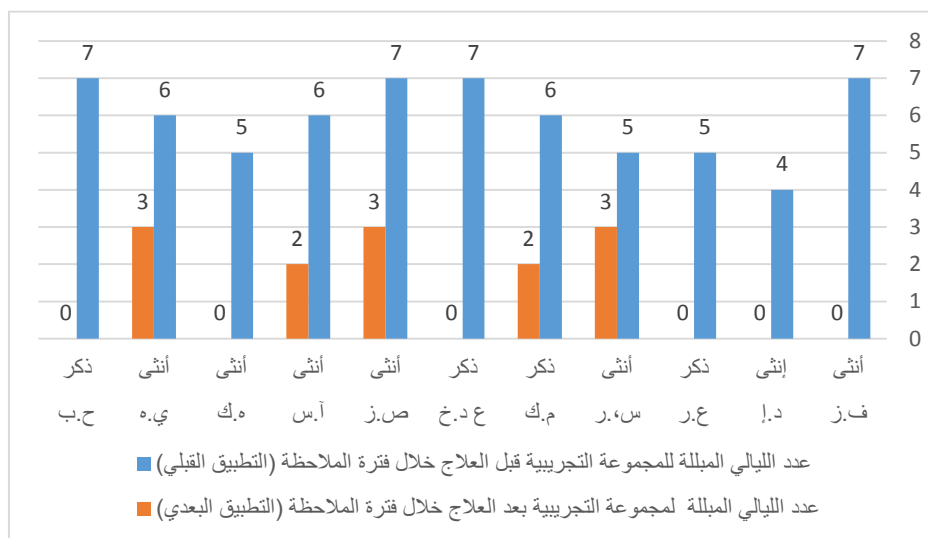
وبذلك حصل أغلب الأطفال على الجفاف التام وهذا ما أشار إليه الشكل رقم (٢) إذ بلغت نسبة الليالي الجافة للمجموعة العلاجية (٧٤%)، وهذا يتفق مع ما أشارت له دراسة براسشين وآخرون (2002). Bruschini et al (إذ بلغت نسبة الشفاء من خلال رزمة من التدخلات السلوكية (٧٣,٣%) ويتفق مع دراسة العناني وآخرون (El-Anany et al., 1999) التي استخدمت طريقة الإيقاظ الليلي باستخدام الساعة المنبهة أن نسبة الشفاء بمجموعة الإيقاظ قبل موعد التبول بنصف ساعة (٧٧,١%) أما المجموعة الثانية التي تم فيها إيقاظ الطفل بعد نومه (٣-٤) ساعات (٦٨,١%) كما تتوافق مع ما أكدته (إبراهيم وآخرون، ١٩٩٣، ٢١٥) على أن نسبة نجاح العلاج السلوكي في إيقاف التبول اللاإرادي يصل أحياناً إلى (٩٣%).

أما بالنسبة للمجموعة الضابطة فلم يتاح لهم التعرض لمثل هذه الأساليب التي تضمنها البرنامج العلاجي والذي طبق على المجموعة التجريبية، وبالتالي لم تتمكن المجموعة الضابطة من الحصول على الجفاف واستمرار هذه المجموعة بالتبول اللاإرادي كل ذلك أدى إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين معدل تكرار التبول اللاإرادي بين أفراد المجموعة التجريبية والضابطة على قائمة ملاحظة التبول اللاإرادي بعد تطبيق البرنامج المقترح لصالح أفراد المجموعة التجريبية المطبق عليها.

ثانياً- نتائج الفرضية الثانية وتفسيرها:

لا 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.

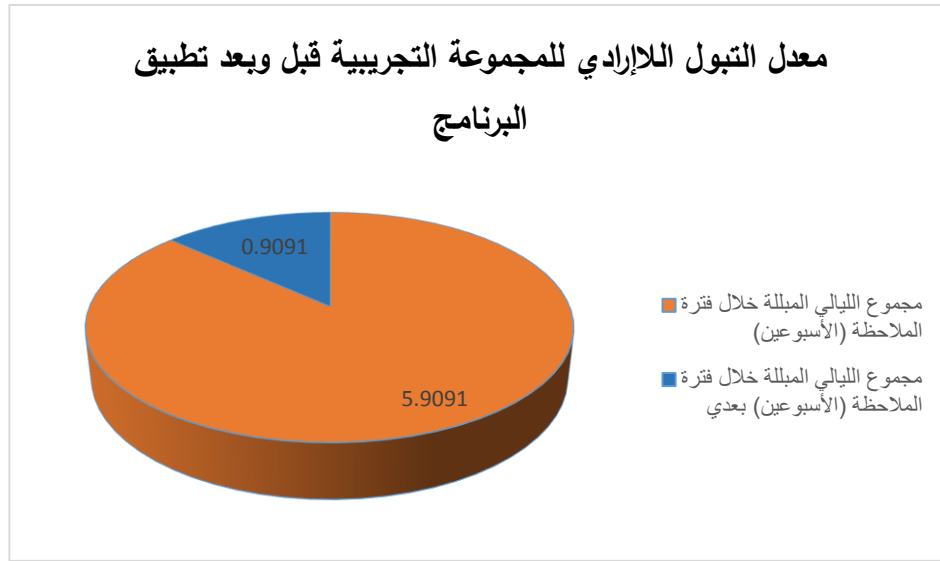
للتأكد من دلالة الفروق بين معدل حدوث التبول اللاإرادي بين أفراد المجموعة التجريبية على قائمة ملاحظة التبول اللاإرادي قبل وبعد تطبيق البرنامج تم الاعتماد على اختبار ويلكوكسون (Wilcoxon) وتوصلت نتائج الدراسة إلى ما يلي كما هو موضح في الجدول (١٢) والشكل (٤)



الشكل (٣) التمثيل البياني لمعدل تكرار التبول اللاإرادي لأفراد للمجموعة التجريبية خلال فترة الملاحظة (القياس القبلي - القياس البعدي)

الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	القيمة الاحتمالية	القرار عند مستوى الدلالة 0.05
الرتب السالبة	11 ^a	6.00	66.00	-	.003	دال
الرتب الموجبة	0 ^b	.00	.00	-2.955		
الرتب المتشابهة	0 ^c					
الكلية	11					

الجدول رقم (١٢) نتائج اختبار ويكوكسون لدلالة الفروق بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على قائمة ملاحظة التبول اللاإرادي



الشكل (٤) التمثيل البياني لمعدل تكرار التبول اللاإرادي للمجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج على قائمة الملاحظة

بعد تطبيق اختبار ويلكوكسون لدلالة الفروق بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على قائمة ملاحظة التبول اللاإرادي يبين الجدول رقم (١٢) والشكل رقم (٤) أن القيمة الاحتمالية والتي بلغت (0.003) وهي أصغر من مستوى الدلالة (0.05) وبالتالي يوجد فروق بين التطبيق القبلي والتطبيق البعدي للمجموعة التجريبية، لصالح التطبيق البعدي كما هو مبين في الشكل رقم (٤). ومن المهم هنا حساب حجم الأثر (Effect Size) حيث يمكن للأفراد الذين يملكون قياسات نظامية لحجم الأثر الذي نراقبه أن يقارنوا النتائج مع نتائج دراساتهم.

$$\text{حجم الأثر} = \frac{\text{الدرجة المعيارية } Z}{\sqrt{\text{عدد المشاهدات}}}$$

ومن الضروري الإشارة إلى أن عدد المشاهدات لا يشير إلى عدد الأفراد بل يشير إلى عدد الأفراد الذين تم اختيارهم فإذا كان لدينا (١٠) مفحوصين ولكننا نختبرهم مرتين فهذا يعني أنه لدينا (٢٠) مشاهدة (فيلد، ٢٠٠٧، ٥٤١)، ويُعد الأثر كبيراً أو صغيراً وفق ما تفق عليه على نطاق واسع استناداً إلى القيم التالية:

قيمة حجم الأثر التقدير

٠,٢٩ - ٠,١٠ أثر صغير

٠,٤٩ - ٠,٣٠ أثر متوسط

٠,٥٠ أو أكبر أثر كبير

لقد قامت الباحثة بقياس حجم الأثر الأفراد المجموعة التجريبية، وذلك من خلال تطبيق المعادلة المشار إليها أعلاه وكانت النتائج كما يلي:

$$\text{حجم الأثر} = \frac{-2.955}{\sqrt{22}} = -0.6300 \text{ - تقدير الأثر: كبير.}$$

المناقشة: تبين نتائج الفرضية الثانية مدى فاعلية البرنامج العلاجي السلوكي في معالجة اضطراب التبول اللاإرادي لدى أفراد المجموعة التجريبية إذ بلغ متوسط عدد الليالي المبللة خلال فترة الملاحظة في التطبيق القبلي (٥,٩٠٩١) بينما بلغ متوسط عدد الليالي المبللة خلال فترة الملاحظة في التطبيق البعدي (٠,٩٠٩١) وبلغ الحد الأدنى لليالي المبللة (٠) والحد الأقصى (٣) الأمر الذي يشير إلى تحسن واضح لدى أفراد المجموعة التجريبية. ومما يوضح ذلك بشكل أكبر حجم الأثر الذي تمّ حسابه، والذي أكد أن البرنامج كان له الأثر الواضح في معالجة اضطراب التبول اللاإرادي لدى أفراد المجموعة التجريبية، مما يؤكد فاعلية البرنامج العلاجي الذي تمّ تطبيقه.

وتجدر الإشارة إلى أنه على الرغم من التحقق من فاعلية البرنامج العلاجي السلوكي في معالجة اضطراب التبول اللاإرادي فلا بد من الإشارة إلى التفاوت في انخفاض عدد الليالي المبللة بين أفراد المجموعة التجريبية بالنظر إلى الشكل رقم (٣) الذي يشير أن الحالات (ف.ز، د.إ، ع.ب.ر، ع.د.خ، ه.ك، ح.ب) انخفض عدد الليالي المبللة إلى (٠) بينما الحالات (م.ك) و(أ.س) انخفض عدد الليالي المبللة إلى (٢) أما الحالات (س.ر، ص.ز، ي.ه) انخفض عدد الليالي المبللة إلى (٣). ويمكن أن نرجع الفروق لصالح القياس البعدي لدى المجموعة التجريبية إلى عدة عوامل منها: ما يتعلق بالأم بشكل مباشر مثل: ١- استعداد الأم للتعاون قبل تطبيق العلاج، ٢- دعم الأم للطفل واقتناعها بقدرته على الشفاء، ٣- تعديل أساليب المعاملة للطفل من قبل الأم وجميع أفراد الأسرة، ومنها ما يتعلق بالطفل مثل: ١- الحافز الكبير الموجود لدى أغلب الأطفال في التخلص من المشكلة، ٢- وضوح اضطراب التبول اللاإرادي للتقييم، ٣- قدرة الطفل على تأجيل الذهاب للحمام، ٤- قدرة الطفل على الاستيقاظ في الليل للذهاب للحمام.

منها ما يتعلق بالأم والطفل معاً: ١- اقتناع الأم والطفل بالعلاج السلوكي المنفذ بالبرنامج، وتعاونهما مع الباحثة من خلا التزامهما بحضور جلسات العلاج وتنفيذ التعليمات المطلوبة، ٢- ومنها ما يتعلق بالبرنامج العلاجي السلوكي ذاته من حيث تنظيم المحاضرات الخاصة بالأمهات والجلسات العلاجية الخاصة بالطفل، وتحديد أهداف الجلسات بما يتناسب مع حاجات الطفل، وإضافة إلى اختيار الفنيات العلاجية المناسبة وطريقة استخدامها، مع التأكيد على إلغاء العقوبة لليالي المبللة بشكل نهائي خلال

فترة التدخل العلاجي وسحب استخدام الحفاضات، واستخدام التعزيز الإيجابي لليالي الجافة الأمر الذي من شأنه أن يزيد من تقدير الطفل لذاته، وثقته بنفسه ويزيد لديه الدافعية لمتابعة العلاج لنهايته، كذلك التدريب المكثف فيما يتعلق بشرب الوسائل وترى الباحثة أن حرصها على الإرشاد النفسي للأمهات مع بداية البرنامج وتزويدهم بمعلومات عن طبيعة الاضطراب وأساليب التعامل الخاصة مع الأطفال المتبولين لإراديًا، كان له الأثر الكبير في متابعة الطفل جميع التدريبات ونجاحه في الحصول على الجفاف، كما ترى الباحثة حرصها على تقديم الدعم والتعزيز الإيجابي بالتعاون مع الأم للطفل خلال البرنامج العلاجي بجميع جلساته كان له الأثر الكبير في تحسن الطفل.

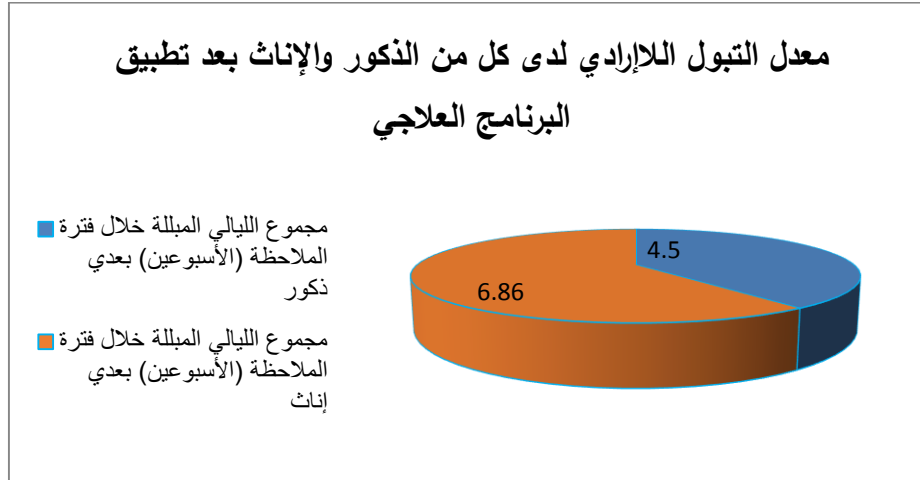
أما فيما يتعلق بطول فترة المعالجة، فإنه بالرغم من تخصيص مدة (١٢) أسبوع للمعالجة والتي تم فيها استعمال أسلوب تدريب الاحتفاظ مع تحديد الوسائل والإرشاد النفسي كمعالجة تمهيدية للتبول اللاإرادي فلقد ساعد ذلك على زيادة سعة مثانة الطفل وقدرته على تأخير ذهابه للحمام واكتسابه الإحساس بالسيطرة على المثانة وامتلاكه أحاسيس الضغط الذي يحدث بالمثانة وأحاسيس إمتلاء المثانة، ولقد تم بعد ذلك استخدام أسلوب الإشراف باستخدام الساعة المنبهة استناداً على تقدير الوقت الذي يحدث فيه التبول عند كل حالة وضبط المنبه على هذا الأساس المقرون بتحديد الوسائل والتعزيز الإيجابي فلقد ساعد طول الفترة الزمنية على تكوين عادة الإيقاظ التلقائي وتفريغ المثانة والقدرة على الاحتفاظ بالببول.

ويمكن تفسير هذه النتائج في ضوء نتائج عدة دراسات كانت قد أثبتت فاعلية البرامج العلاجية السلوكية باختلاف الفنيات العلاجية السلوكية المختلفة التي تم استخدامها كجرس الإنذار وتدريب الاحتفاظ والتعزيز الإيجابي، التدريب الموسع، تدريب السرير الجاف مع أو بدون جرس إنذار، رزمة التدخلات السلوكية، الساعة المنبهة، الإيقاظ الليلي: دراسة فيلدنغ **Fielding** (١٩٨٠)، دراسة فافا وآخرون (١٩٨١)، دراسة فريمان (٢٠٠٤)، دراسة فيرا وآخرون (٢٠١١)، دراسة برييرا وآخرون (٢٠١٠)، دراسة الغناني وآخرون (١٩٩٩)، دراسة براسشين وآخرون (٢٠٠٢)، دراسة هوتس وآخرون (١٩٨٦)، دراسة الريحاني (١٩٨١)، دراسة ستوفر و دنلاب ونيف..(٢٠٠٨).....

ثالثاً- نتائج الفرضية الثالثة وتفسيرها:

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.

للتأكد من دلالة الفروق في معدل حدوث التبول اللاإرادي على قائمة ملاحظة التبول اللاإرادي لدى كل من الذكور والإناث بعد تطبيق البرنامج العلاجي تم اعتماد على اختبار ويلكوكسون (Wilcoxon) وتوصلت نتائج الدراسة إلى ما يلي كما هو موضح في الجدول رقم (١٣) والشكل رقم (٥):



الشكل رقم (٥) التمثيل البياني لمعدل تكرار التبول اللاإرادي لدى كل من الذكور والإناث بعد تطبيق البرنامج العلاجي

الجنس	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Mann-Whitney U	Z	القيمة الاحتمالية	القرار
ذكور	4	4.50	18.00	8.000	-1.243	.214	غير دال
إناث	7	6.86	48.00				
Total	11						

الجدول رقم (١٣) نتائج اختبار ويلكوكسون لدلالة الفروق على قائمة ملاحظة التبول اللاإرادي لدى كل من الذكور والإناث بعد تطبيق البرنامج العلاجي

بعد تطبيق اختبار ويلكوكسون لدلالة الفروق بين الذكور والإناث لأفراد المجموعة التجريبية على قائمة ملاحظة التبول اللاإرادي بعد تطبيق البرنامج العلاجي السلوكي يبين الجدول رقم (١٣) والشكل رقم (٥) أن القيمة الاحتمالية والتي بلغت (٠,٢١٤) وهي أكبر من مستوى الدلالة (٠,٠٥) وبالتالي تم قبول الفرضية السابقة.

أي 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.

المناقشة: تبين نتائج الفرضية الرابعة عدم وجود فروق ذات دلالة بين متوسط الليالي المبللة لدى الذكور الذي بلغ (٤,٥) ومتوسط الليالي المبللة لدى الإناث الذي بلغ (٦,٨٦) الأمر الذي يشير إلى عدم وجود فروق ذات دلالة بين الجنسين وتعزو الباحثة ذلك إلى تعرض الذكور والإناث إلى نفس

التقنيات الموجودة في البرنامج ولنفس طول فترة العلاج وتتاسب الأساليب المستخدمة في البرنامج مع كلا الجنسين.

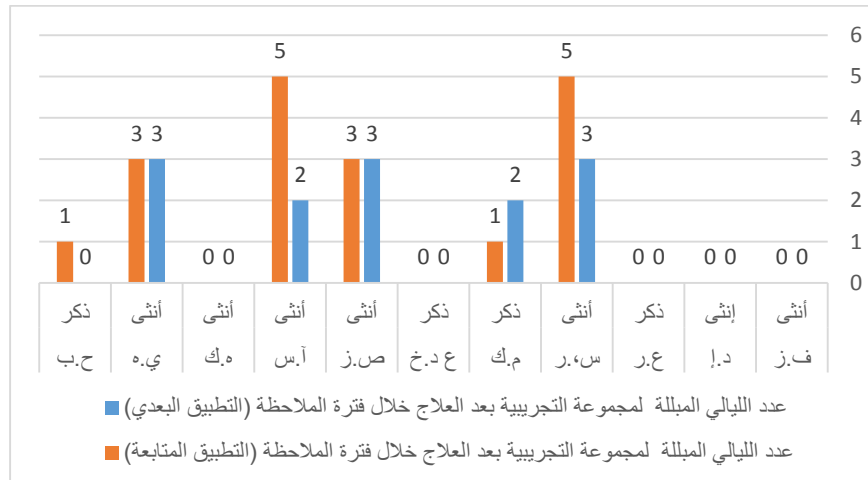
وهذا يتوافق مع ما أشارت إليه دراسة **فالح وآخرون (١٩٧٧)** بعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين من الأطفال في مستوى التحسن.

رابعاً- نتائج الفرضية الرابعة وتفسيرها:

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.

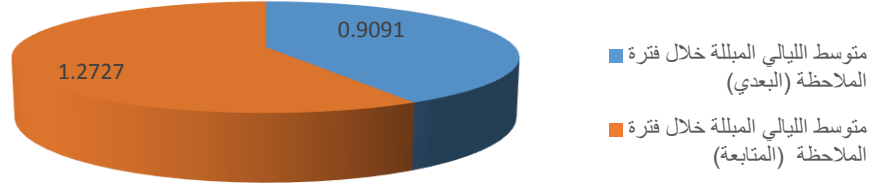
تمّ تطبيق قائمة ملاحظة اضطراب التبول اللاإرادي على أفراد المجموعة التجريبية، وقد تمّ تسجيل معدل تكرار التبول اللاإرادي على كل من القياسين القياس البعدي وقياس المتابعة وفقاً للشكل رقم (٢٠) للتأكد من دلالة الفروق بين معدل حدوث سلوك التبول اللاإرادي بين أفراد المجموعة التجريبية على قائمة ملاحظة التبول اللاإرادي في القياسين البعدي والتتبعي تم الاعتماد على اختبار ويلكوكسون (Wilcoxon) للعينات الصغيرة واستخراج قيمة (z)، وتعد قيمة (z) ذات دلالة إحصائية إذا كانت أصغر من مستوى الدلالة المقبول والمحدد في الفرضية وهو (٠,٠٥) وبالتالي تكوّن هنالك فروق جوهرية بين القياسين البعدي والمتابعة. أما إذا كانت قيمة (z) المحسوبة أكبر من مستوى الدلالة المقبول والمحدد في الفرضية وهو (٠,٠٥) فإن قيمة (z) المحسوبة ليس لها دلالة إحصائية وبالتالي ليس هناك فروق جوهرية بين القياسين البعدي والمتابعة

وتوصلت نتائج الدراسة إلى ما يلي كما هو موضح في الجدول رقم (١٤) والشكل رقم (٧)



الشكل (٦) التمثيل البياني لمعدل تكرار التبول اللاإرادي لأفراد المجموعة التجريبية خلال فترة الملاحظة (القياس البعدي - قياس المتابعة)

معدل التبول اللاإرادي للمجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي



الشكل رقم (٧) التمثيل البياني لمعدل التبول اللاإرادي للمجموعة التجريبية على قائمة ملاحظة التبول اللاإرادي قياس (بعدي - متابعة)

الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Z	القيمة الاحتمالية	القرار عند مستوى الدلالة 0.05
الرتب السالبة	2 ^a	2.00	4.00	-0.962-a	.336	غير دال
الرتب الموجبة	3 ^b	3.67	11.00			
الرتب المتشابهة	6 ^c					
الكلي	11					

الجدول (١٤) نتائج اختبار ويلكوكسون لدلالة الفروق بين القياسين البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية على قائمة ملاحظة التبول اللاإرادي

بعد تطبيق اختبار ويلكوكسون لدلالة الفروق بين القياسين البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية على قائمة ملاحظة التبول اللاإرادي، يظهر الجدول رقم (١٤) والشكل رقم (٧) أن قيمة Z (٠,٩٦٢) ليس لها دلالة عند مستوى (٠,٣٣٦) ، وهذه النتيجة غير دالة عند مستوى الدلالة (٠,٠٥) أي أنه لا توجد فروق بين التطبيقين البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية على قائمة ملاحظة التبول اللاإرادي وتشابه في نتائج التطبيقين.

المناقشة: تبين النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة بين القياسين البعدي والمتابعة لدى أفراد المجموعة التجريبية حيث بلغ متوسط الليالي المبللة على قياس المتابعة (١,٢٧٢٧) وكان (٠,٩٠٩١) على القياس البعدي، وهذا الأمر يمكن تفسيره بأن أفراد المجموعة التجريبية قد حافظوا على درجة التحسن

بعد توقف البرنامج الأمر الذي يشير إلى مدى استمرارية المحافظة على الجفاف لاضطراب التبول اللاإرادي عند توقف برنامج العلاج السلوكي والقيام بقياس المتابعة. لقد تعرف الطفل على مجموعة من التقنيات التي تدرب على القيام بها لفترة زمنية بلغت (١٢) أسبوع والتي ساعدته للتغلب على مشكلة التبول اللاإرادي. فقد أدرك الطفل أحاسيس امتلاء المثانة والقدرة على الاحتفاظ بكمية أكبر من البول ولمدة أطول من خلال تدريب الاحتفاظ، وتكونت لديه عادة الإستيقاظ التلقائي من خلال تدريب الإيقاظ الليلي الذي اختبر الطفل من خلاله النجاح بالحصول على الليلي الجافة من خلال الإيقاظ بداية من الأم وبعدها بالساعة المنبهة إلى أن تكونت عادة الإستيقاظ من دون ساعة منبهة وبالتالي اختبر الطفل النجاح بدلاً من الفشل والإحباط الذي كان يعيشه بسبب الليلي المبللة الأمر الذي عزز ثقته بنفسه خلال العلاج بالبرنامج وفي نهاية البرنامج.

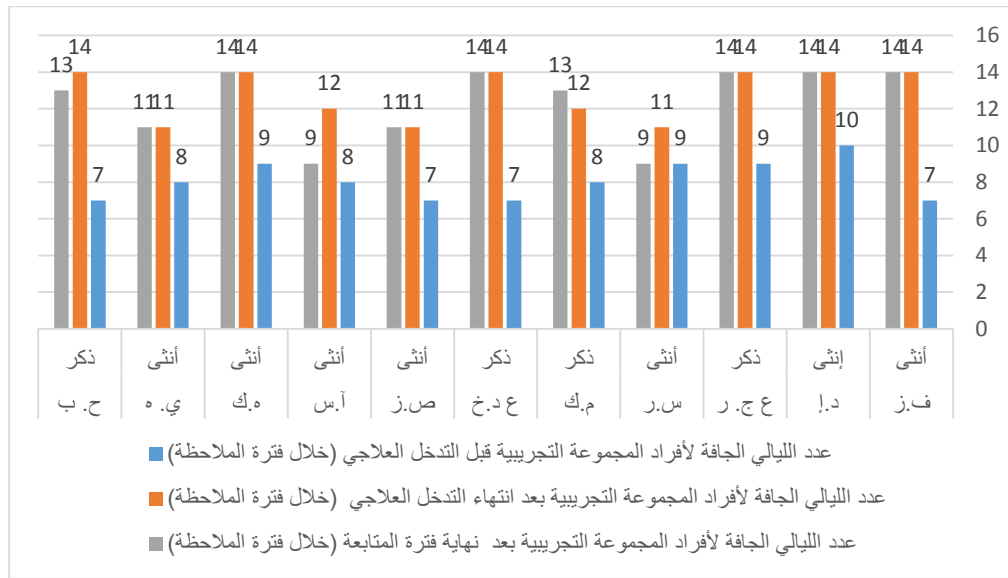
كذلك استمرار الأهل باتباع التعليمات والإجراءات التي تم الاتفاق عليها مع الباحثة في بداية البرنامج العلاجي وخاصة بعد أن أدرك الأهل التحسن الذي حصل لدى أطفالهم وحصولهم على الجفاف أو انخفاض بعدد الليلي المبللة. إن استمرار الأمهات بمراقبة الأطفال والإشراف عليهم والمحافظة على أساليب التعامل التي تم الاتفاق عليها والثقة الكبيرة بقدرة الطفل على الشفاء والتسامح من قبل الأمهات على بعض الليلي المبللة لدى الطفل، ولا سيما أن الباحثة وضحت للأمهات من خلال مجموعة من المحاضرات في بداية البرنامج كان له دوراً هاماً أيضاً في محافظة أفراد المجموعة التجريبية على درجة التحسن ذاتها وعدم الانتكاس.

ونستطيع أن نوضح عدد الليلي المبللة لكل فرد في القياسين البعدي والتتبعي من خلال الشكل التوضيحي رقم (٦) الذي يبين أن الأطفال (ف. ز)، (د. إ)، (ع. ر)، (ع. د. خ)، (ه. ك) قد حافظت على الجفاف بعد توقف البرنامج العلاجي السلوكي كما تبين الحالة (س. ر)، (م. ك) استمرار الانخفاض بعدد الليلي المبللة خلال فترة الملاحظة أما الحالات (ص. ز)، (ي. ه) بقي لديها عدد الليلي المبللة ذاتها خلال فترة الملاحظة في القياس البعدي والتتبعي أي كان التحسن جزئي لدى هذه الحالات ولم يتم فيها الجفاف التام وربما كانت بحاجة إلى متابعة العلاج بأسلوب آخر مثل جرس الإنذار الذي لم يكن متوفر، وكان هناك زيادة بعدد الليلي المبللة لدى الحالات (ح. ب) الذي وصل للجفاف التام خلال فترة الملاحظة في القياس البعدي ولقد كان هناك زيادة بعدد الليلي المبللة خلال فترة الملاحظة في القياس التتبعي الذي بلغ ليلة واحدة ويرجع ذلك إلى تأخر الطفل بالنوم وتعرضه للإجهاد ويمكن أن يعتبر كحدث عرضي لتأكيد والدته أنه حافظ على جفافه في الأسابيع السابقة

أما الطفلة (آ. س) فكان لديها زيادة من ليليتين إلى خمس ليالي، ونلاحظ حدوث انتكاسة لدى هذه الطفلة يمكن أن نرجع ذلك إلى توقف الاهتمام المباشر الذي كان تتلقاه من قبل الأسرة أم من قبل الباحثة وربما كانت الحالة بحاجة إلى فترة علاج أطول، أو أنها كما أشارت والدتها لم يكن لديها قابلية للصحو على صوت الساعة المنبهة بعد توقف التدخل العلاجي إذ كان لديها عمق بالنوم وهذا ما أشار إليه بوتلر وآخرون (Butler et al، ٢٠٠٩، ٥٤٢).

ولقد بينت العديد من الدراسات نجاح العلاج السلوكي في تحسن الأطفال وجفافهم بشكل كامل أو جزئي مثل دراسة العناني وآخرون (El-Anany et al., 1999) ودراسة براسشين وآخرون (2002، Bruschini et al.) التي أشارت بوجود استجابة جيدة للعلاج السلوكي.

خامساً- سؤال الدراسة: هل يوجد تحسن واضح في ضبط التبول لأفراد المجموعة التجريبية (من فترة قبل التدخل العلاجي إلى فترة المتابعة).



الشكل رقم (٨) منحني بياني لأفراد المجموعة التجريبية بعدد الليالي الجافة (قبل العلاج ، وبعد انتهاء التدخل العلاجي وبعد نهاية فترة المتابعة) خلال فترة الملاحظة.

بالنظر إلى الشكل السابق نجد أن عدد الأشخاص الذين نجحوا في ضبط التبول من فترة الملاحظة قبل التدخل العلاجي إلى فترة المتابعة هو ٦/١١ وبذلك تكون النسبة المئوية للجفاف ٥٤,٥٤%. وتجدر الإشارة إلى أنه على الرغم من التحقق من فاعلية البرنامج العلاجي السلوكي في معالجة اضطراب التبول اللاإرادي فلا بد من الإشارة إلى التفاوت في عدد الليالي الجافة بين أفراد المجموعة التجريبية بالنظر إلى الشكل رقم (٨) الذي يشير أن الحالات (ف.ز، د.إ، ع.ب.ر، ع.د.خ، ه.ك،

ح.ب) إذ حصلت هذه الحالات على معيار الجفاف وهو مرور (١٤) ليلة جافة وحافظت هذه الحالات على الجفاف خلال فترة المتابعة باستثناء طفل واحد وهو (ح.ب) حصل على (١٣) ليلة جافة بعد المتابعة أما باقي الحالات فلقد كان لديها تحسن جزئي مثل (م.ك) و(أ.س) حصلا على (١٢) ليلة جافة خلال فترة الملاحظة بعد انتهاء التدخل العلاجي أما الحالات (س.ر، ص.ز، ي.ه) حصلوا على (١١) ليلة جافة.

أما الطفلة (آ.س) فكان لديها انخفاض بعدد الليالي الجافة خلال فترة المتابعة، ونلاحظ حدوث انتكاسة لدى هذه الطفلة

سادساً- تحليل نتائج المقابلة مع الأطفال:

١- المشاعر:

- الإحراج والعزلة: غالبية الأطفال قالوا بأنهم يشعرون بالإحراج عند الحديث عن مشكلة التبول اللاإرادي، وخلال المقابلة الأولى جميع الأطفال وبأغلبية ساحقة كان لديهم محاولات للحفاظ على موضوع التبول اللاإرادي كسر خاص بهم، فأبدى جميع الأطفال عدم الرغبة في الاشتراك بالبرنامج العلاجي بشكل جماعي، خوفاً من أن يتم كشفهم من قبل الآخرين.

وعندما سأل الأطفال عن كيفية تأثير المشكلة عليهم أجاب الأطفال وبأغلبية ساحقة بأنهم يواجهون صعوبة في المبيت خارج المنزل بسبب هذه المشكلة على سبيل المثال قال أحد الأطفال أنا دائم القلق عندما أشارك السرير مع أحد فإذا ما بللته هم سيعرفون بأنني عندي هذه المشكلة، وقال طفل آخر بأنني أخاف جداً من المبيت عند أحد لأن عندي تبول ليلي، وقال أحد الأطفال بأنه يشعر بأن جميع أصدقائه يتجنبون الجلوس معه، فهذا يدل على مشاعر العزلة التي يعيشها الأطفال المتبولين لاإرادياً. لقد تبين من خلال ما سبق المشاعر والتأثيرات السلبية التي يمتلكها الأطفال بسبب مشكلة التبول اللاإرادي التي يعاني منها أفراد عينة الدراسة.

على أي حال ساعدت هذه التجربة العلاجية الأطفال للتعرف بأن كل طفل ليس هو الوحيد الذي يعاني من هذه المشكلة، أحد الأطفال قال جيد جداً بأنني ليس أنا الوحيد الذي يعاني من هذه المشكلة، بالإضافة إلى ذلك، إن المشاركة في الدراسة الحالية على ما يبدو تجربة تطبيع للأطفال عينة الدراسة عن وجود مشكلة التبول اللاإرادي.

فحين وصف الأطفال مشاعرهم عن مشكلتهم عندما ما قابلوا الباحثة لأول مرة، قال أحد الأطفال كنت أعتقد بأنني حقاً أشعر بالإحراج.

- الخبرات المعاشة (تجربة البلل) :

وصف خمس من الأطفال تجربة البلل بأنها صعبة للغاية، وطفل آخر قال بأنها مخيفة جداً ومثابرة لصدمة كهربائية على السرير، في حين قال طفل آخر بأنه عندما يبتل فراشه وثيابه يشعر بالبرودة وأنت لا تستطيعين أن تنام فيها مثل ما أنا أستطيع، ولكن الرائحة كريهة وأنا أحاول أن لا أشرب الماء أبداً ولكن أشعر بالجفاف في حلقي وجسمي ولا أعرف ما أفعل كي أتخلص من المشكلة، كما وصف طفلين البلل الليلي بأنه إزعاج، في حين وصف طفل آخر بأنه محزن.

وصف سبع أطفال الأمل والرغبة في أن البلل الليلي سيتم علاجه نتيجة مشاركتهم بالدراسة الحالية، وصفت طفلة تجربة وجود التبول اللاإرادي بأنها غير مريحة وإتاحة الفرصة للعلاج والتدريب بهيج جداً وبالتالي يمكن لي المبيت خارج المنزل عند الأصدقاء والأقارب دون خوف، ولن أخرج والحياة ستكون أفضل.

- **مشاعر الأسر:** صرح جميع الأطفال بوجود مشاعر سلبية لدى أسرهم فيما يتعلق بالبلل الليلي. على سبيل المثال، وصف أحد الأطفال والدته عندما توقظه وتجد فراشه مبلل بأنها تنتهده وهي منزوعة، مع شعور بالإحباط، ووصف هؤلاء الأطفال شعورهم بالحزن والإحباط نتيجة ذلك. بالإضافة إلى ذلك، قال أحد الأطفال بأن والدته تصرخ عليه وتقول لماذا إلى الآن تبلى ثيابك وفراشك إلى متى سوف أتحمّل ذلك، وقال هذا الطفل بأن ذلك صعب للغاية بالنسبة له. صرح ثلاثة أطفال بأنهم دائماً كان يُطلب منهم أن يدفعوا جزء من مصروفهم اليومي إذا ما كان هناك بلل بالسرير، ولقد هتف هؤلاء عند المقابلة النهائية بأنهم و مصروفهم يشعرون بالسعادة لأنهم حصلوا على الجفاف الليلي.

٢- قبل وبعد:

- **الطلاقة والتواصل غير اللفظي:** لقد أظهر كل الأطفال نقص في القدرة في التعبير عن أفكارهم على شكل جمل. على سبيل المثال، عندما تم سؤالهم ماذا يعني لهم أن يصبحوا جافيين، أحد الأطفال قال اممم. أعتقد. اممم جيد. حول تلك الأشياء اممم، وقال هذا الطفل اعرف بأن هناك شيء في رأسي ولكن لا أعرف كيف أقوله.

معظم الأطفال كانت إجابته المكررة على عدد من الأسئلة قبل العلاج أنا لا أعرف. معظم الأطفال كانوا متلهفون ومنفتحون أن يكشفوا عن المعلومات المطلوبة خلال المقابلات ومع ذلك، أظهرت طفلة واحدة تحفظ للحديث خلال المقابلة الأولى لهم. على سبيل المثال، أجابت طفلة أممم (نظرت للأسفل)، او بقيت صامتة ببساطة، ولكن خلال مقابلتها للمرة الثانية أظهرت قدرة على الحديث بصورة أكبر.

على أية حال، أصبح جميع الأطفال أكثر قدرة على التواصل اللفظي وغير اللفظي في المقابلة النهائية مقارنة بالمقابلة الأولى وهذا دليل على زيادة ثقة الأطفال بأنفسهم وتقديرهم لذاتهم.

- فهم أسباب التبول اللاإرادي: لقد أكد أطفال عينة الدراسة وبأغلبية ساحقة بأنهم يجهلون سبب تبولهم الليلي، على سبيل المثال، سبع أطفال أجابوا بأنني لا أعرف. ولذلك، عندما سأل أثناء المقابلة الثانية، أعطى الأطفال إجابات مختلفة. على سبيل المثال، قال أحد الأطفال ربما المثانة ليست عضلة قوية جداً، وطفل آخر قال ربما لا تستطيع مسك كمية كبيرة من البول، في حين قال طفل آخر قال قد تكون مثانتك واسعة جداً صور مختلفة عن أسباب التبول اللاإرادي إذ أتاحت الدراسة الحالية للأطفال القدرة على التعرف على الاضطراب وأسبابه من خلال ما تم توضيحه في الجلسات العلاجية الأولى.

- فهم الأسباب لمعالجة اضطراب التبول اللاإرادي: أثناء المقابلات الأولى مع أطفال عينة الدراسة أكدوا وبأغلبية ساحقة جهلهم لسبب انخفاض عدد الليالي المبللة. على سبيل المثال، كرر أربع أطفال إجابة أنا لا أعرف مثل هذه الأسئلة، ومع ذلك أحد هؤلاء الأطفال قال بأن تدريب الاحتفاظ لن يكون فعال في معالجة التبول اللاإرادي الليلي، فكيف سيساعدني تدريب الاحتفاظ أن أمسك بالبول وأنا نائم. وقال طفل آخر بأن تدريب الاحتفاظ كان فعال (أي كوس إذ كنت أريد أن أذهب إلى الحمام ليلاً، ثم يمكنك أن تحاول وتمسك بولك).

لقد عرض الأطفال تحولاً في فهمهم خلال المقابلات. و لقد أرجع ثلاثة الأطفال سبب جفافهم إلى تدريب الاحتفاظ، كما بين طفلين بأن تدريب الاحتفاظ قد ساعدهم على خفض حجم البول المفرغ أثناء النوم. بالإضافة إلى ذلك، أرجع خمس أطفال إنجازهم الجفاف إلى النصيحة ومساعدة الباحثة وأمهماتهم أيضاً. طفل آخر نسب نجاحه إلى زيارته للحمام قبل النوم، في حين أرجع طفل آخر إنجازهم للجفاف بأنه لا يشرب ماء كثيراً قبل النوم، أخيراً أرجع ثلاث أطفال حصولهم على الجفاف الجزئي إلى قدرة على الاستيقاظ بالليل أولاً على صوت الساعة المنبهة وبعد ذلك من تلقاء أنفسهم وذهابهم للحمام.

و لكن عندما تم سؤال الأطفال هل تظن أن الإيقاظ بالليل والساعة المنبهة قد ساعدكم على إنجاز الجفاف فكان جواب ثمان أطفال ليس كثيراً. فعلى سبيل المثال قال أحدهم أممممم ليس كثيراً، وقال آخر لا، وقالت طفلة أخرى كان صعب الاستيقاظ بالليل وصوت الساعة المنبهة كان مزعج بالفعل.

- القدرة على الجفاف: خلال أول مقابلة أكد الأطفال وبأغلبية ساحقة عدم القدرة على الجفاف وبأن التبول اللاإرادي لا يمكن أن يكون تحت السيطرة، فعلى سبيل المثال عندما سئل الأطفال عن إذا كان

بإمكانهم معالجة التبول اللاإرادي أجاب أحد الأطفال لا، وأجاب طفل آخر إن التبول اللاإرادي لغز لا يمكن تفسيره ووجود ليالي جافة حظ.

وخلال المقابلة الثانية أكد الأطفال بأنهم أصبح لديهم القدرة للسيطرة على المشكلة التي يعانون منها، فعندما تدرب الأطفال على مجموعة من التقنيات العالجية السلوكية التي تضمنت ضبط النفس وإجراءات المراقبة الذاتية وتدريب الاحتفاظ والساعة المنبهة تعلموا بأنهم يمكنهم السيطرة على المشكلة التي يعانون منها.

٣- **الثقة بالنفس:** لقد أظهر الأطفال شعور بالثقة، بدلاً من الحرج والعزلة الذي وصفوه بالمقابلة الأولى لهم. على سبيل المثال، قال أحد الأطفال بأنه كان يعتقد بأنه كان محرج حقاً ولكنه وجد الكثير من الناس يعاني من نفس المشكلة. وبالنسبة للسؤال ما فكروا بشأن النقصان في عدد الليالي، قال أحد الأطفال إنه لشيء رائع، وقال طفل آخر أنه كان مثير، ووصف طفل آخر شعور أفضل نتيجة لذلك. وبعد أن صرح الغالبية العظمى من الأطفال بأنهم لا يمكن أن يصلوا إلى الجفاف أثناء المقابلة الأولى، هتفوا جميعهم بأنه يمكن تحقيق ذلك في المقابلة الثانية، كما قالت طفلة بأننا حققنا إنجاز كبير. لقد أظهر أحد الأطفال الشعور بالثقة حول معالجة التبول اللاإرادي الليلي بعد أن كان شعور عدم ثقة بالمقابلة الأولى، وبالإضافة إلى ذلك، قال أحد الأطفال بأنه يشعر بالسعادة، وقال طفل آخر بأنه أكثر سعادة من أول مرة تكلم بها مع الباحثة.

أخيراً، أظهر الأطفال فهم أكبر للهدف من اشتراكهم بهذه الدراسة وهو مساعدتهم ومساعدة الأطفال الذين يعانون من اضطراب التبول اللاإرادي مستقبلاً وبالنسبة للنصائح التي قدمها أطفال عينة الدراسة للاشتراك بمثل هذه البرامج هو يجب على من يعاني من هذه المشكلة أن يشترك بمثل هذه البرامج ويلتزم بالتعليمات لأنه سيتخلص من المشكلة.

المناقشة: كشفت المقابلات الأولى عن التجارب السلبية لدى أفراد عينة الدراسة من وجود مشكلة التبول اللاإرادي لديهم، فقدت أدت هذه المشكلة إلى عرقلة النشاط اليومي لهؤلاء الأطفال، من الشعور بالبرد عند الاستيقاظ، إلى الخوف أن يتم كشفهم من أقرانهم، إلى حرمان الطفل من الأنشطة الاجتماعية إذ وصف أربعة أطفال النوم عند الأقرباء بأنها تجارب صعبة أو غير ممكنة بالنسبة لهم.

أظهرت هذه المقابلات مشاعر العزلة والخجل التي تشكلت بتأثير الليل الليلي على الطفل وهذا يتوافق مع ما أشار له Carr (١٩٩٩) و Thunz وآخرون Theunis et al (٢٠٠٢) و بانغر وهولماس Pagner & Holmes (١٩٩٧).

كشفت المقابلات الأولى عن المشاعر السلبية التي تظهر لدى الأسر وبالذات لدى الأمهات نتيجة مشكلة أطفالهم وتأثير ذلك على الطفل صاحب المشكلة وهذا يتوافق مع ما أشارت له دراسة نغ وآخرون Ng et al (٢٠٠٤) التي بينت مجموعة من رودود الفعل العاطفية لدى الآباء من الشعور بالانزعاج، إلى الشعور بالغضب إلى الشعور بالخجل إلى معاقبة الأطفال على بللهم لفرشهم.

كما بينت المقابلات نقص في قدرة الأطفال للتعبير عن مشاعرهم وأفكارهم، قد يكون ذلك نتيجة إخراجهم أو عدم فهمهم للسؤال أو عدم وجود معلومات لديهم عن مشكلتهم أو عدم ثقتهم بالباحثة، طفل واحد عرض تكتم كبير للكلام في المقابلة الأولى.

في حين بينت المقابلات الثانية وجود ثقة أكبر مقابل مشاعر العزلة والإحراج التي كان يعاني منها أفراد عينة الدراسة وبأغلبية ساحقة، كما بينت المقابلة الثانية مشاعر الراحة والإيجابية التي عبر عنها الأطفال، كما أبدى الأطفال حرية متزايدة للكلام والتعبير عن أفكارهم ومشاعرهم ويمكن أن نرجع ذلك بأنهم أصبح لديهم معلومات حول مشكلتهم وأسبابها وطرق علاجها مع زيادة مستوى الراحة عند الحديث مع الباحثة، بالإضافة إلى حصولهم على الجفاف التام أو النقصان في عدد الليالي المبللة. كما بينت المقابلات الثانية وجود تغييرات كبيرة في اتجاهات الأسر وبالذات الأمهات نحو أطفالهم والانتقال من دور المؤنب إلى الدور الداعم وهذا يوضح الدور الكبير للمحاضرات التي قدمتها الباحثة للأمهات وتأثيرها على أساليب التعامل مع الأطفال المتبولين لإرادياً ويعتبر ذلك من العوامل التي تساعد على نجاح العلاج والمحافظة على النتيجة العلاجية.

• مقترحات الدراسة: في ضوء النتائج السابقة نذكر بعض المقترحات:

- ١- الاستفادة من البرنامج الحالي الذي أثبتت فاعليته لدى أفراد عينة الدراسة في هذه الدراسة بالتوجه إلى عينة أكبر من الأطفال الذين يعانون من اضطراب التبول اللاإرادي.
- ٢- إعداد برامج علاجية بما ويتناسب وظروف الأسرة وحاجاتها.
- ٣- تشجيع الاختصاصيين النفسيين، ولا سيما العاملون منهم في مجال اضطرابات الأطفال في إجراء دراسات مشابهة للدراسة الحالية تتناول إعداد وتصميم برامج علاجية في معالجة اضطرابات أخرى للأطفال للتخفيف من معاناة الأطفال ونوبيهم.
- ٤- التأكيد على دور الأهل عند تقديم الخدمات العلاجية للطفل والتأكيد على ضرورة مشاركة الآباء إلى جانب الأمهات في مثل هذه البرامج.
- ٥- الاستفادة من تنوع فنيات العلاج السلوكي وطرائق استخدامها في مساعدة الأطفال الذين يعانون من اضطرابات سلوكية مختلفة.

ملخص الدراسة باللغة العربية

فاعلية برنامج سلوكي لمعالجة اضطراب التبول اللاإرادي

دراسة شبه تجريبية لدى عينة من الأطفال المترددين إلى المشافي الجامعية في

دمشق

تناول الدراسة إعداد برنامج سلوكي لمعالجة اضطراب التبول اللاإرادي لدى عينة من الأطفال المترددين إلى المشافي الجامعية في دمشق.

وتتضمن الفصل الأول:

ويضم التعريف بالدراسة وتضمن هذا الفصل:

- مقدمة.

- مشكلة الدراسة:

تتبع مشكلة الدراسة من مشكلات عدة نذكر بعضاً منها:

- ضرورة توفير خدمات العلاج السلوكي كأحد أساليب العلاج المستخدمة في علاج حالات التبول اللاإرادي، من خلال تصميم برنامج علاجي سلوكي في البيئة المحلية يمكن تطبيقه لمعالجة هذا الاضطراب لدى الأطفال.

- مدى خطورة السمات الشخصية والسلوكية التي تطرأ على شخصية الطفل المتبول لاإرادياً والتي تشكل خطورة على حياته، ومستقبله، بل ممكن أن تعد أشد خطراً من مشكلة التبول اللاإرادي بحد ذاتها إذ تؤدي إلى خلل شديد في حياته و علاقاته الاجتماعية، ما تؤدي إلى اضطرابات نفسية تحول دون تكيفه مع النفس والبيئة.

- إن نسبة كبيرة من حالات اضطراب التبول اللاإرادي يمكن أن تتحسن وتشفى بشكل تام ، إذا تمّ تقديم التدخل المبكر والبرامج العلاجية المناسبة.

- تأثير مشكلة التبول اللاإرادي على الطفل من الناحية (الاجتماعية، الدراسية، النفسية، الجسدية) وعلى عائلته من الناحية (الاقتصادية، العاطفية، النفسية).

- كثرة شكاوي الأهل من هذه مشكلة أطفالهم التي باتت تؤرقهم، وتدفعهم إلى طلب المساعدة من المختصين.

أهمية الدراسة:

وتبرز أهمية الدراسة بالدرجة الأولى:

١- تأتي أهمية الدراسة من أهمية الموضوع الذي يتناوله وهو إعداد برنامج علاجي سلوكي، لمعالجة اضطراب التبول اللاإرادي لدى عينة من الأطفال المترددين إلى المشافي الجامعية في دمشق، لأنه واحدة من المشاكل المزمنة و الأكثر شيوعاً في مرحلة الطفولة و إرهاقاً للوالدين في الرعاية العلاجية للأطفال.

٢- تعد الدراسة الحالية من البحوث الأولى على المستوى المحلي التي تستهدف الأطفال المتبولين لاإرادياً وأمهاتهم.

٣- أهمية العينة المستهدفة ب الدراسة، وهم الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين (٨-١٢) سنة إذ غالباً ما تصبح مشكلة التبول اللاإرادي أكثر إيلاماً كلما تقدم الطفل بالعمر.

٤- يتوقع أن تسهم الدراسة الحالية في تطوير مستوى معرفة أولياء الأمور بالأساليب المناسبة للتعامل مع أطفالهم المتبولين لاإرادياً، وعلاج مشكلتهم.

٥- إن إجراء مثل هذه الدراسة والذي يتضمن تفعيل دور أولياء الأمور والأطفال في العملية العلاجية، قد يحسن علاقة الطفل بوالديه ويخفض من المشكلات الاجتماعية والسلوكية المتزايدة المرتبطة بمشكلة التبول اللاإرادي، وقد يزيد من ثقة الأطفال بأنفسهم وقدرتهم على الوصول إلى الشفاء التام.

٦- قد تسهم الدراسة الحالية في اختبار فاعلية الأساليب السلوكية المستخدمة في معالجة اضطراب التبول اللاإرادي.

أهداف الدراسة:

- تصميم برنامج علاجي سلوكي لمعالجة اضطراب التبول اللاإرادي لدى عينة من الأطفال المترددين إلى المشافي الجامعية في دمشق والذين تتراوح أعمارهم بين (٨-١٢) سنة.
و يتضمن الفصل كذلك:

- التعريف بمصطلحات الدراسة النظرية والإجرائية.

- فرضيات الدراسة: لقد تضمنت الدراسة الفرضيات التالية:

- **الفرضية الأولى:** لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في معدل حدوث سلوك التبول اللاإرادي بين أفراد المجموعة الضابطة والتجريبية على قائمة ملاحظة التبول اللاإرادي بعد تطبيق البرنامج العلاجي.
- **الفرضية الثانية:** لا 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.

• **الفرضية الثالثة:** 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.

• **الفرضية الرابعة:** 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.

الفصل الثاني: و قد تضمن الإطار النظري

أولاً. اضطراب التبول اللاإرادي

ثانياً. بعض الأساليب العلاجية المتبعة في علاج اضطراب التبول اللاإرادي، وتم التركيز في هذا الفصل على العلاج السلوكي لاضطراب التبول اللاإرادي.

الفصل الثالث: لقد تم عرض الدراسات العربية و الدراسات الأجنبية التي تناولت معالجة اضطراب التبول اللاإرادي سلوكياً، ومن ثم تحليل هذه الدراسات، وإظهار ما استفادته الباحثة من الدراسات في دراستها الحالية، وما هي نقاط الاتفاق ونقاط الاختلاف بين الدراسات السابقة والدراسة الحالية.

الفصل الرابع: حول منهج الدراسة وإجراءاته وعينته وأدواته، و العمل شبه التجريبي وإجراءات تطبيق البرنامج العلاجي السلوكي.

منهج الدراسة: اقتضت طبيعة الدراسة اتباع المنهج شبه التجريبي.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (٢٢) طفلاً وطفلة من الأطفال ذوي مستوى الذكاء المتوسط وممن تتراوح أعمارهم بين (٨-١٢) سنة وتم اختيار عينة الدراسة بطريقة مقصودة من مجموعة من الأطفال الذين يترددون على العيادات الخاصة بالأمراض النفسية والبولية للمشفى الجامعية في مدينة دمشق طلباً للاستشارة النفسية والطبية ممن يعانون من اضطراب التبول اللاإرادي.

أدوات الدراسة: تم استخدام أدوات عديدة من أهمها (المحكات التشخيصية لأعراض اضطراب التبول اللاإرادي، قائمة ملاحظة التبول اللاإرادي لمعرفة معدل تكرار التبول اللاإرادي خلال أسبوعين من إعداد الباحثة، اختبار رافن لقياس القدرات الذكائية غير اللفظية، بطاقة دراسة حالة، مقابلة مع الأطفال المتبولين لاإرادياً، مجموعة من الاستمارات و الخاصة بالعلاج السلوكي، إضافة إلى البرنامج العلاجي السلوكي الذي أعدته الباحثة، وقد تكون من مجموعة من الإجراءات وفنيات العلاج السلوكي. كما يوجد في هذا الفصل شرح تفصيلي للعمل شبه التجريبي، وإجراءات تطبيق البرنامج.

الفصل الخامس:

عرض النتائج وتفسيرها: توصل الدراسة الحالية إلى النتائج الآتية:

• **نتيجة الفرضية الأولى:** توجد فروق ذات دلالة إحصائية في معدل حدوث سلوك التبول اللاإرادي بين أفراد المجموعة الضابطة والتجريبية على قائمة ملاحظة التبول اللاإرادي بعد تطبيق البرنامج العلاجي.

• **نتيجة الفرضية الثانية:** 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.

• **نتيجة الفرضية الثالثة:** 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.

• **نتيجة الفرضية الرابعة:** 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.

مقترحات الدراسة: في ضوء النتائج السابقة نذكر بعض المقترحات:

١- الاستفادة من البرنامج الحالي الذي أثبتت فاعليته لدى أفراد عينة الدراسة في هذا الدراسة بالتوجه إلى عينة أكبر من الأطفال الذين يعانون من اضطراب التبول اللاإرادي.

٢- إعداد برامج علاجية بما ويتناسب وظروف الأسرة وحاجاتها.

٣- تشجيع الاختصاصيين النفسيين، ولا سيما العاملين منهم في مجال اضطرابات الأطفال في إجراء دراسات مشابهة للدراسة الحالية تتناول إعداد وتصميم برامج علاجية في معالجة اضطرابات أخرى للأطفال للتخفيف من معاناة الأطفال وذويهم.

٤- التأكيد على دور الأهل عند تقديم الخدمات العلاجية للطفل والتأكيد على ضرورة مشاركة الآباء إلى جانب الأمهات في مثل هذه البرامج.

٥- الاستفادة من تنوع فنيات العلاج السلوكي وطرائق استخدامها في مساعدة الأطفال الذين يعانون من اضطرابات سلوكية مختلفة.

المراجع

المراجع باللغة العربية:

- ١- إبراهيم، عبد الستار؛ الدخيل، عبد العزيز عبد الله؛ إبراهيم، رضوى (١٩٩٣). **العلاج السلوكي للطفل. أساليبه ونماذج من حالاته**. عالم المعرفة. العدد (١٨٠). الكويت: المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.
- ٢- أبو سريع، محمود محمد (٢٠٠٨). **المرجع في المشكلات السلوكية للأطفال**. سوريا: الدار العالمية.
- ٣- استيورت، جاك سي (١٩٩٦). **إرشاد الآباء ذوي الأطفال غير العاديين**. ترجمة الأغبري، عبد الصمد؛ وآل مشرف فريدة، عبد الوهاب. الرياض: مطابع جامعة الملك سعود.
- ٤- البحيري، عبد الرقيب (٢٠٠٢). **إساءة معاملة الطفل - الأسباب واستراتيجيات التدخل العلاجي**، مجلة الرسالة التربوية المعاصرة، العدد الثالث.
- ٥- بشناق ، رأفت محمد (٢٠٠١). **دراسة في سلوك الأطفال واضطراباتهم النفسية**. بيروت: دار النفائس.
- ٦- بصل، مصطفى (٢٠٠٣). **علم النفس الصيدلاني**. الطبعة الثانية. سوريا: منشورات جامعة دمشق
- ٧- بطرس، بطرس حافظ (٢٠١٠). **تعديل وبناء سلوك الأطفال**. الأردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- ٨- بلان، كمال؛ بركات، مطاع؛ نعيصة، رغداء (٢٠٠٥). **الصحة النفسية للطفل الروضة**. دمشق: منشورات جامعة دمشق.
- ٩- بنيت وآخرون، (٢٠٠٦). **مايو كليك حول تدبير سلس البول والبراز - تدابير عملية لتحسين التحكم بالمثانة والأمعاء**. ترجمة حسان أحمد قميحة. بيروت: الدار العربية للعلوم.
- ١٠- بيترمان، فرانس (٢٠٠٩). **علم النفس الأطفال الإكلينيكي (نماذج من الاضطرابات النفسية فس سن الطفولة والمراهقة، ترجمة :سامر جميل رضوان. العين: دار الكتاب الجامعي**.
- ١١- جبل، فوزي (٢٠٠٠). **الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية**. الإسكندرية. مصر: المكتبة الجامعية.
- ١٢- جرجس، ملاك (١٩٩٤). **مبادئ الصحة النفسية، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية**
- ١٣- حقي، ألفت (١٩٩٥). **لاضطراب النفسي (التشخيص والعلاج و الوقاية)**. الإسكندرية: مركز الإسكندرية للكتاب.

- ١٤- حمودة، محمد (١٩٩١). الطفولة والمراهقة (المشكلات النفسية والعلاج). القاهرة: دار النشر المطبعة الفنية.
- ١٥- خضر، ندى. (٢٠٠٥): السلس البولّي الليلي عند الأطفال: نسبة شيوعه - العوامل المؤهبة له وعلاقته بالانسداد التنفسي العلوي. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الطب جامعة حلب: سوريا.
- ١٦- الخطيب، جمال (٢٠٠١). تعديل سلوك الأطفال المعوقين دليل الآباء والمعلمين". دبي: مكتبة الفلاح.
- ١٧- الخطيب، جمال محمد سعيد (١٩٩٢). تعديل سلوك الأطفال المعوقين - دليل الآباء والمعلمين. عمان: دار إشراق.
- ١٨- الخطيب، والطراونة (٢٠٠٣). التبول اللاإرادي أسبابه وعلاجه. عمان : دار وائل للنشر والتوزيع.
- ١٩- الخميس، أحمد حسن (٢٠٠٨). كيف يعالج الآباء والأمهات مشكلات الأطفال النفسية والسلوكية. حلب: دار القلم العربي.
- ٢٠- الدردير، عبد المنعم (٢٠٠٦). الإحصاء البارامترى واللابارامترى في اختبار فروض البحوث النفسية والتربوية والاجتماعية. القاهرة: عالم الكتب.
- ٢١- رحمة، عزيزة (٢٠٠٤). اختبار المصفوفات المتتابعة المعيارية ومعاييرها. دمشق. جامعة دمشق. كلية التربية.
- ٢٢- الرشيدى، بشير وآخرون (٢٠٠١). سلسلة تشخيص الاضطرابات النفسية "اضطرابات الضغوط التالية للصدمة (١) التشخيص. الكويت: مكتب الإنماء الاجتماعي.
- ٢٣- الريحاني، سليمان (١٩٨١). معالجة التبول اللاإرادي سلوكياً - دراسة تجريبية علاجية، مجلة العلوم الاجتماعية. الكويت. (٣) ٧- ٢٥ .
- ٢٤- زاده، كريم علي (٢٠٠٨). المقارنة اليوروديناميكية للسلس البولّي الليلي، رسالة ماجستير غير منشورة. كلية الطب البشري جامعة دمشق: سوريا
- ٢٥- الزراد، فيصل (١٩٩٨). التبول اللاإرادي لدى الأطفال. بيروت: دار النفائس.
- ٢٦- الزعبي، احمد محمد (٢٠٠٥). مشكلات الأطفال النفسية والسلوكية والدراسية - أسبابها وسبل علاجها. دمشق: دار الفكر.
- ٢٧- الزعبي، أحمد محمد (١٩٩٤). الأمراض النفسية والمشكلات السلوكية والدراسية عند الأطفال. صنعاء: دار الحكمة اليمانية.

- ٢٨- زغريني، شحادة (٢٠١٣). فاعلية برنامج قائم على بعض فنيات العلاج السلوكي في معالجة التبول اللاإرادي لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية المتوسطة. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية جامعة دمشق: سوريا.
- ٢٩- الزغلول، عماد عبد الرحيم (٢٠٠٥). مبادئ علم النفس التربوي. العين: دار الكتاب الجامعي.
- ٣٠- سليمان، سناء (٢٠٠٥). مشكلة التبول اللاإرادي عند الأطفال - طبيعتها - أسبابها - علاجها. القاهرة: عالم الكتب.
- ٣١- الشربيني، ذكريا (١٩٩٩). المشكلات النفسية عند الأطفال. القاهرة: دار الفكر العربي.
- ٣٢- شيفر، شارلز و ميلمان، هوارد (١٩٩٩). سيكولوجية الطفولة والمراهقة - مشكلاتها وأسبابها وطرق حلها. ترجمة العزة، سعيد حسني. عمان: دار الثقافة.
- ٣٣- عادل، أيمن (٢٠٠٨). كيف تتغلب على مشاكل الطفل النفسية. القاهرة: دار المشارق.
- ٣٤- عبد الله، محمد قاسم (٢٠٠١). أمراض الأطفال النفسية وعلاجها. سوريا: دار المكتبي للطباعة والنشر والتوزيع.
- ٣٥- عبد المعطي، حسن مصطفى (٢٠٠١). الاضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة - الأسباب والتشخيص والعلاج. القاهرة: دار القاهرة.
- ٣٦- عبد الهادي، جودت عزة؛ العزة، سعيد حسني (٢٠٠١). تعديل السلوك الإنساني عمان: الدار العلمية ودار الثقافة للنشر.
- ٣٧- عدس، عبد الرحمن (١٩٩٩). أساسيات الدراسة التربوي. عمان: دار الفرقان.
- ٣٨- العزة، سعيد حسني (١٩٩٩). نظريات الارشاد والعلاج النفسي. عمان: مكتبة دار الثقافة.
- ٣٩- علاق، كريمة (١٩٩٩). الصورة الوالدية عند الطفل المتبول لاإرادياً - دراسة تحليلية لأطفال الأعمار (٦-١٠)، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية جامعة دمشق: سوريا.
- ٤٠- العيسوي، عبد الرحمن (١٩٩٧). العلاج السلوكي. بيروت: دار الراتب الجامعية.
- ٤١- عيسوي، عبد الرحمن محمد (١٩٩٣). علم النفس والإنسان. سوريا: دار الجامعة.
- ٤٢- عيسى، ناصح إبراهيم (١٩٩٤). سلس البول الليلي عند الأطفال - تبلييل الفراش ليلاً. سلمية. سوريا: دار الباحث.
- ٤٣- عيسى، ناصح إبراهيم (٢٠٠٣). سلس البول الليلي عند الأطفال - تبلييل الفراش ليلاً. بيروت: الدار العربية للعلوم.

- ٤٤- القمش، مصطفى ، الإمام، محمد (٢٠٠٦). الأطفال ذوو الاحتياجات الخاصة- أساسيات التربية الخاصة. العين: دار القلم.
- ٤٥- كفاي، علاء الدين (١٩٩٠). الصحة النفسية. القاهرة: هجر للطباعة والنشر.
- ٤٦- كفاي، علاء الدين (١٩٩٩). الإرشاد والعلاج النفسي (المنظور النفسي الاتصالي). القاهرة: دار الفكر العربي.
- ٤٧- معروف، أمل عواد (١٩٨٧). أساليب الأمهات في التصنع الاجتماعي للطفل في الأسرة الجزائرية. بيروت: مؤسسة الرسالة.
- ٤٨- معوض، خليل مخائيل (١٩٩٤). سيكولوجية النمو الطفولة والمراهقة. عمان: دار الفكر العربي.
- ٤٩- ملح، سامي (٢٠٠٧). المشكلات النفسية عند الأطفال. عمان: دار الفكر.
- ٥٠- ملح، سامي محمد (٢٠٠٢). مشكلات طفل الروضة. عمان: دار الفكر.
- ٥١- مليكة، لويس كامل (١٩٩٠). العلاج السلوكي وتعديل السلوك. الكويت: دار القلم.
- ٥٢- منصور، حسن فكري (٢٠٠٢). التبول اللاإرادي - الأسباب والجديد في العلاج. القاهرة: دار الطلائع.
- ٥٣- منصور، عبد المجيد سيد أحمد؛ الشربيني، زكريا أحمد؛ صادق، يسرية (٢٠٠٣). موسوعة تنمية الطفل - الطفل ومشكلاته النفسية والتربوية والاجتماعية- الأسباب والطرق والعلاج. القاهرة: دار قباء.
- ٥٤- المنيزل، عبد الله فلاح؛ غرايبة، عايش موسى (٢٠٠٦). الإحصاء التربوي: تطبيقات باستخدام الرزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية، الجامعة الأردنية. كلية العلوم التربوية. الأردن: دار المسيرة.
- ٥٥- مهنا، عدنان (١٩٩٩). الاضطرابات السلوكية المدرسية- تحليل وعلاج. بيروت: جمعية الإنماء التربوي.
- ٥٦- يوسف، جمعة سيد (٢٠٠٠). الاضطرابات السلوكية وعلاجها. القاهرة: دار غريب.

- 1- A A C A P Official action (2004). **Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Enuresis**. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 43(12):1540–1550 (www.aacap.org).
- 2- Abdul-Nabi, HS, Habeeb , SI. (2013). **Frequency of Enuresis in Primary School Children in Basra and its Impact on Their Growth**, Asian Journal of Pharmacy. Nursing and Medical Sciences (ISSN: 2321 – 3639) Volume 01– Issue 02, 45-50. (www.ajouronline.com).
- 3- Al-Ghamdy, Y., Qureshi, N. A., Abdelgadir, M.H. (2000). **Childhood enuresis Epidemiology. pathophysiology and management**, Neurosciences. 5 (2). 98-104.
- 4- -Al-Rashed Kh M, Bataineh HA. (2007): **Frequency of Enuresis in 5-10 year Old Children in Jordan**, Shiraz E-Medical J, 8: 1-5.
- 5- American Psychiatric Association (2000). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. Fourth Edition. Text Revision. Washington. DC. American Psychiatric Association.
- 6- Bennett, G. A., Walkden, V. J., Curtis, R. H., Burns, L. E., Rees, J., Gosling, J. A., & McQuire, N.L. (1985). **Pad-and-buzzer training, dry-bed training, and stop-start training in the treatment of primary nocturnal enuresis**, Behavioural Psychotherapy, 13(4), 309-319.
- 7- Bhatia MS, Dhar NK, Rai S, and Malik SC. (1990). **Enuresis: an analysis of 82 cases**, Indian J Med Sci 44(12): 337-342.
- 8- Bird, H. R. (1996). “**Epidemiology of childhood disorders in a cross-cultural context**”, Journal of Child Psychology and Psychiatry 37, 35 – 49.
- 9- Bolla, G., Sartore, G. (2014). **Different Therapeutical Attitudes against Enuresis the Prosecution of a Clinical Experience**. American Journal of Clinical Medicine Research. 2(2), 51-52.
- 10- Bollard, J., & Nettelbeck, T. A. (1982). **A component analysis of dry-bed training for treatment for enuresis**, Behaviour Research and Therapy, 20(4), 383-390.
- 11- Bower WF, Moore KH, Shepherd RB (1996): **The epidemiology of childhood enuresis in Australia**, Brit JUrol, 78: 602-606.
- 12- Bruschini ·H., Lelis, M. A. d. S., Fera, P., Glashan, R.D.Q., Nogueira, M.d. P. (2002). **Behavioral interventions in primary enuresis: experience report in Brazil**, Urologic Nursing. 22(4), 257- 259.
- 13- Bruyne E, Van Hoecke E, Van Gompel K, Verbeken S, (2009). “**Problem Behavior, Parental Stress and Enuresis**”. THE Journal of Urology. Vol. 182, 2015-2021.
- 14- Butler, R. J. (1991). **Establishment of working definitions in nocturnal enuresis**. Archives of Disease in Childhood, 66, 267-271.

- 15- Butler, R. J. (1998). **Annotation: Night wetting in children- Psychological aspects**, *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 39(4): 453-463.
- 16- Butler, R. J., Stenberg, A. (2001). **Treatment of childhood nocturnal enuresis- An examination of clinically relevant principles**, *British Journal of Urology International*, 88(6); 563-571, doi:10.1046/j.1464-410X.2001.02373.x.
- 17- Byrd, R S., Weitzman, M., Lanphear, N. E., & Auinger, P. (1996). **Bed-wetting In US children: Epidemiology and related behaviour problems**. *Pediatrics*, 98, 414-419.
- 18- Carpenter, A. (2012). **Let's get dry How to get Dry & Stay Dry!**, Alder Hey Children's NHS Foundation Trust, Liverpool. www.alderhey.nhs.uk
- 19- Carr, A. (1999). **The handbook of child and adolescent clinical psychology- A contextual approach**, (2nd ed.), London, England.
- 20- Cendron, Marc. (1999): **Primary nocturnal enuresis- Current**, *American Family Physician*, 59(5), 1205-1214.
- 21- Coates, C. (2012). **enuresis: ERIC's guide for parents**, www.eric.org.uk.
- 22- Cooper, J., Heron, T., Hewes, W. (1996). **Applied Behavior Analysis**, Ohio state university, Merrill publishing company, U.S.A.
- 23- Devlin, J. B., & O'Cathain, C. (1990). **Predicting treatment outcome in nocturnal enuresis**. *Archives of Disease in Childhood*, 65, 1158-1161. doi: 10.1136/ad.65.10.1158.
- 24- Dobson, p. (2008). **enuresis- A Guide for Parents, ERIC (Education and Resources for Improving Childhood Continence)**. Bristol, Britannia. DOI: 10.1177/1367493504041854. www.sagepub.com.
- 25- Doleys, D. M., & Wells, K. C. (1975). **Changes in functional bladder capacity and bed-wetting during and after retention control training- A case study**, *Behavior Therapy*, 6(5), 685-688. DOI: 10.1016/S0005-7894(75)80192-4.
- 26- Doleys, D. M., Ciminero, A. R., Tollison, J. W., Williams, C. L., & Wells, K. C. (1977). **Dry-bed training and retention control training: A comparison**, *Behavior Therapy*, 8(4), 541-548.
- 27- Du Mars, R. C. (1999). **Treating primary nocturnal enuresis: The counselor's role**, *College Student Journal*, 33(2), 211-216.
- 28- Ekennia, C.C., Otta, F.E., Ogbuokiri, N.P. (2013). **Effect of cognitive restructuring technique and multi-component therapies in the management of nocturnal enuresis among junior secondary schools**, *Asian journal of management sciences & education*, (2) 4, ISSN: 2186-845X ISSN: 2186-8441 Print
- 29- El-Anany, F.G., Maghraby, H.A., Shaker, S.E., Abdel-Moneim, A.M. (1999). **Primary nocturnal enuresis: a new approach to conditioning treatment**. *Urology*, 53(2): 405-8. [MEDLINE: 99129844].
- 30- Evans, J. H. C., (2001). **Evidence based paediatrics- Evidence based management of nocturnal enuresis**. *BMJ*, 323, 1167-1169.

- 31- Fava GA, Cracco L, Facco L.(1981 .) **Positive reinforcement and enuresis**, Italian Journal of Psychology; **8**(2):149–152.
- 32- Feehan, M., McGee, R., Stanton, W., & Silva, P. A. (1990). **A 6 year follow-up of childhood Enuresis: Prevalence in adolescence and consequences for mental health**, Journal of Pediatrics and Child Health, 26(2), 75-79. doi: 10.1111/j.1440-1754.1990.tb02390.x
- 33- Feldman, M, (2005). **Management of primary nocturnal enuresis**, Canadian Paediatric Society- Community Paediatrics Committee, Pediatric Child Health, 10(10):611-614.
- 34- Fera, P., Lelis, M.A.D.S., Glashan, R.D.Q., Pereira, S.G., Bruschini, H. (2011). **Desmopressin versus Behavioral Modification as Initial Treatment of Primary Nocturnal Enuresis**, Society of Urologic Nurses and Associates Urologic Nursing, 31(5), 286- 289.
- 35- Fielding D. (1980). **The response of day and night wetting children And children who wet only at night to retention control training and the enuresis alarm**, Behaviour Research & Therapy, **18**(4):305-317. [MEDLINE: 81062334].
- 36- Fockema M (2008). **Prevalence Causative Factors and Management of Nocturnal Enuresis in South African children**, MSc Med in Urology, Faculty of Health Sciences, University of the Witwatersrand.
- 37- Freeman, K. A. (2004). **“Successful” Treatment of Persistent Nocturnal Enuresis in an Adolescent with Graduated Night Waking**, CLINICAL CASE STUDIES, 3, 4, 350-364. DOI: 10.1177/1534650103259668. <http://ccs.sagepub.com>.
- 38- Geffken, G., Johnson, S.B., & Walker, D. (1986). **Behavioral interventions for childhood nocturnal enuresis: The differential effect of bladder capacity on treatment progress and outcome**, Health Psychology, 5(3), 261-272. doi: [10.1037/0278-6133.5.3.261](https://doi.org/10.1037/0278-6133.5.3.261).
- 39- Ghahramani, M., Basiry-moghadam, M., Ghahramani, A. (2008). **Nocturnal Enuresis and its Impact on Growth**, Iran J Pediatr Jun Vol 18 (No 2), Pp: 167-170.
- 40- Gimpel, G. A., & Warzak, W. J. (1998). **Clinical perspectives in primary nocturnal enuresis**, Clinical Pediatrics, 37(1), 23-29.
- 41- Glazener CMA, Evans JHC (2009). **Simple behavioral and physical interventions for nocturnal enuresis in children (Review)**, Retrieved <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003637.pub2/pdf/standard>.
- 42- Glazener, C. M. A., Evans, J. H. C. (2002). **Desmopressin for nocturnal enuresis in children (Review)** Retrieved <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/CD002112>. DOI: 10.1002/14651858.CD002112.
- 43- Glazener, C. M. A., Evans, J. H. C., & Peto, R. E. (2005). **Alarm interventions for nocturnal enuresis in children**, **Cochrane Database of Systematic Reviews**, <http://onlinelibrary.wiley.com/CD002911>. DOI:10.1002/14651858.CD00291.

- 44- Glazener, C. M. A., Evans, J. H. C., & Peto, R. E. (2003). **Tricyclic and related drugs for nocturnal enuresis in children (Review)**, <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/CD002117.DOI:10.1002/14651858.CD002117>.
- 45- Glazener, C. M. A., Evans, J. H. C., & Peto, R. E. (2004). **Complex behavioural and educational interventions for nocturnal enuresis in children. Cochrane Database of Systematic Reviews (1):** CD004668. doi: 10.1002/14651858.CD004668.
- 46- Goin, R. P. (1998). **Nocturnal enuresis in children. Child- Care, Health and Development**, 24(4), 277-289. doi: 10.1111/j.1365-2214.1998.tb00947.x.
- 47- Hall, Dr. J. (1995): **How to Stop enuresis**, 2009 Edition, The Five Mile Press Pty Ltd, Scoresby, Vic. (AU).
- 48- Hamano S, Yamanishi T, Igarashi T, and Ito H, Murakami S. (2000). **Functional bladder capacity as predictor of response to desmopressin and retention control training in monosymptomatic nocturnal enuresis**, *European Urology*, 37(6):718–22. [MEDLINE: 20291060].
- 49- Harris LS, Purohit AP. (1977). **Bladder training and enuresis: a controlled trial**, *Behaviour Research and Therapy*, 15(6):485-490. DOI: 10.1016/0005-7967(77)90004-3.
- 50- Hawley, L. (2000). **The Relationship Between Nocturnal Enuresis and Locus of Control in Children and Adolescents**, degree of Master, School Psychology, Mount Saint Vincent University, Canada.
- 51- Heap, M. (2004). **Enuresis in children and young people- a public health nurse approach in New Zealand**. *Journal of Child Health Care*, 8(2) 92–101.
- 52- Hjalmas, K. (2002). **ENURESIS IN CHILDREN**, Section of Pediatric Urology, Göteborg University, Göteborg, Sweden, 28 (3): 232-249.
- 53- Houts, A. C. (2010). **Behavioral treatment for enuresis**. In J. Weisz, & A. Kazdin. **Evidence based psychotherapies for children and adolescents (2nd Ed.)**, New York, NY: The Guilford Press.
- 54- Houts, A. C., Berman, J. S., & Abramson, H. (1994). **Effectiveness of psychological and pharmacological treatments for nocturnal enuresis**, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(4), 737-745.
- 55- Houts, A. C., Liebert, R.M., & Padawer, W. (1983). **a delivery system for the treatment of primary enuresis**, *journals of Abnormal Child Psychology*, 11, 513-520.
- 56- Houts, A. C., Peterson, J. K., & Whelan, J. P. (1986). **Prevention of relapse in full-spectrum home training for primary enuresis: A components analysis**, *Behavior Therapy*, 17(4), 462-469. DOI: 10.1016/S0005-7894(86)80075-2. <http://bmj.com/cgi/content/full/323/7322/1167>.
- 57- Huang T, Shu X, Huang YS, Cheuk DKL (2011). **Complementary and miscellaneous interventions for nocturnal enuresis in children (Review)**. The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons. <http://www.thecochranelibrary.com>.
-

- 58- Kalo B, Bella H. (1996). Enuresis prevalence and associated factors among primary school children in Saudi Arabia. *Acta paediatr*; 85(10):1217-1222.
- 59- Kanaheswari, Y, Yaacob Latif, Jolon, Tun Rozak, Bondar(2006). The Treatment of Primary Nocturnal Enuresis in Malaysia, Department of Paediatrics, Faculty of Medicine, Hospital Universiti Kebangsaan Malaysia, *Med J Malaysia* Vol 61 No 5 December, 608-615.
- 60- Kimmel, H. D., & Kimmel, E. C. (1970). **An instrumental conditioning method for the treatment of enuresis.** *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry.* 1(2), 121-123. [http://dx.doi.org/10.1016/0005-7916\(70\)90035-2](http://dx.doi.org/10.1016/0005-7916(70)90035-2), [How to Cite or Link Using DOI](#)
- 61- Lawless, M.R., McElderry, and D.H., (2001). Nocturnal Enuresis- Current Concepts. *Article urology. Pediatrics in Review* Vol.22 No.12, 399- 407.
- 62- Liu, X, Sun, Z, Uchiyama, M, Li, Y, Okawa, M (2000). **Attaining nocturnal urinary control. nocturnal enuresis. and behavioral problems in Chinese children aged 6 through 16 years**”, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 39, 1557-1564.
- 63- Loeys B, Hoebeke P, Raes A, Messiaen L, De Paepe A, Vande Walle J, (2002). Does monosymptomatic enuresis exist? A molecular genetic exploration of 32 families with enuresis/incontinence. *BJU Int* 90(1):76- 83.
- 64- Lyman, R. D., Schierberl, J. P., & Roberts, M. C. (1988). **Enuresis and encopresis: Psychological therapies.** In J. L. Matson (Ed.), *Handbook of treatment approaches in childhood psychopathology* (pp. 397-428). New York, NY: Plenum Press.
- 65- Mahmoodzadeh, Hashem, Amestejani, Morteza, Karamyar, Mohammad
- 66- Maizels, M., Rosenbaum, D., & Keating, B. (1999). *Getting to dry: How to help your child overcome enuresis.* Boston, Massachusetts: The Harvard Common Press.
- 67- Marina M. Rocha, Noel J. Costa, Edwiges F. M. Silvaes (2008). **“Changes in Parents’ and Self-Reports of Behavioral Problems in Brazilian Adolescents after Behavioral Treatment with Urine Alarm for Nocturnal Enuresis”**, *International Braz J Urol*, Vol. 34 (6): 749-757.
- 68- McKenzie, E.,(2013). **The Effects of Retention Control Training and the Urine Alarm on Nocturnal Enuresis and Attributions for the Therapeutic Outcome**, Master of Science, School of Health Sciences, University of Canterbury.
- 69- Meerman, C. (2012). **Treating enuresis with the Bowen Technique**, Diploma of Specialised Bowen Therapy 22006VIC Research Task on Traditional, Alternative and Scientific Practices in Medicine, Bundaberg, Australia.
- 70- Mellon, M. W., & Houts, A.C. (2006.). **Nocturnal enuresis: Evidenced-based perspectives in etiology, assessment and treatment**, In J. E. Fisher & W. T. O’Donohue (Eds.), *Practitioner’s guide to evidence-based psychotherapy*, New York, NY: Springer, 432-441.
- 71- Mercer, R. (2004). **Seven Steps to nighttime dryness- A practical guide for parents of children with enuresis**, Brookeville Mediam, Ashton, Maryland.

- 72- Mikkelsen EJ, Rapoport JL, Nee L, Gruneau C, Mendelson W, Gillin JC (1980). **Childhood enuresis: I. Sleep patterns and psychopathology**, Arch Gen Psychiatry 37:1139-1144.
- 73- Mikkelsen, E. J. (2001). **Enuresis and encopresis: Ten years of progress**. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(10), 1146-1158.
- 74- Mikkelsen, E. J. (2007). **Elimination Disorders: Enuresis and Encopresis**. In **M. Lewis (4th Ed), Child and adolescent psychiatry: A comprehensive textbook** (656- 669). Lippincott, MD: Williams & Wilkins Co.
- 75- Mithani, Shoaib, Zaidi, Zafar (2005). **Bed Wetting in School Children of Karachi**, Department of Pediatric Urology. The Kidney Centre Postgraduate Training Institute. JPMA 55:2,16-20.
- 76- Moffatt, M. E. K., Harlos, S., Kirshen, A. J., & Burd, L. (1993). **Desmopressin acetate and nocturnal enuresis- How much do we know?** *Pediatrics*, 92, 420-425.
- 77- Morgan, R. T. T., & Young, G. C. (1975). **Parental attitudes and the conditioning treatment of childhood enuresis**, *Behaviour Research and Therapy*, 13(2-3), 197-199.
- 78- Morison, M. J., Tappin, D., & Staines, H. (2000). **‘You feel helpless, that’s exactly it’- Parents’ and young people’s control beliefs about enuresis and the implications for practice**, *Journal of Advanced Nursing*, 31(5), 1216-1227. doi: 10.1046/j.1365-2648.2000.01426.x.
- 79- National Clinical Guideline Centre (2010). **Nocturnal enuresis: The management of enuresis in children and young people**, Published by the National Clinical Guideline Centre at The Royal College of Physicians, 11 St Andrews Place, Regent’s Park, London, NW11 4LE, Available from: [www.nice.org.uk].
- 80- National Kidney Foundation (2000). **Behavioural of Substance Abuse, Treatment**, 18, 51-54.
- 81- Nevéus, T., Eggert, P., Evans, J., Macedo Jr, A., Rittig, S., Tekgül, S., Vande Walle, J., Robson, S., (2008). **Evaluation and Treatment of Monosymptomatic Enuresis– a Standardization Document from the International Children’s Continence Society (ICCS)**, *Journal of Urology*, 176:314-324. <http://i-c-c-s.org/pdfs/standardisationdocuments/Standardization-Article.pdf>.
- 82- Nevéus, T., Läckgren, G., Tuvemo, T., Hetta, J., Hjalmas, K., & Stenberg, A. (2000). **Enuresis- background and treatment**. *Scandinavian Journal of Urology and Nephrology*, 34, 1-44. doi: 10.1080/003655900750169257.
- 83- Nevéus, TM. (2012). **Managing resistant enuresis**, INTERNATIONAL CHILDREN’S CONTINENCE SOCIETY (ICCS) conference, London.
- 84- NG, CFN, WONG, SN (2004). **Primary Nocturnal Enuresis: Patient attitudes and Parental Perceptions- for Hong Kong Childhood Enuresis Study Group**, *HK J Paediatr (new series)*, 9:54-58.

- 85- NICE clinical guideline 111 (2010). **Nocturnal enuresis**The management of enuresis in children and young people, www.nice.org.uk/accreditation.
Nikibakhsh, Ahmad-Ali. (2013). **Prevalence of Nocturnal Enuresis in School Aged Children the Role of Personal and Parents Related Socio-Economic and Educational Factors**, Iran J Pediatr, Vol 23 (No 1), 59-64.
- 86- Paediatric Society of New Zealand (2005). **Best Practice Evidence Based Guideline Nocturnal Enuresis enuresis**": <http://www.PAEDIATRICS.ORG.NZ>.
- 87- Patel, F. (2010): **ELIMINATION DISORDERS IN A GROUP OF SOUTH AFRICAN CHILDREN**, degree of Master, Faculty of Health Sciences, and University of the Witwatersrand.
- 88- Patrick C. Friman and Kevin M. J., (2006). **Behavioral Treatment for Nocturnal Enuresis**, Journal of Early Intensive Behavioral Intervention, 2.3, 259-267.
- 89- Pereira, R. F., Silveira, E.F.M., Braga, P.F. (2010). **Behavioral Alarm Treatment for Nocturnal Enuresis**, International Braz j Urol, 36(3), 332- 338. Doi: 10.1590/S1677-55382010000300010.
- 90- Pugner K, Holmes J.(1997). **Nocturnal enuresis- economic impacts and self-esteem preliminary research results**, Scand J Urol Nephrol Supple, 183:65-69.
- 91- Rajigah, L. S. (1996). Treatment of choice for nocturnal enuresis: Review and recommendations, Journal of Psychological Practice, 2(2), 33-42.
- 92- Robson, W, Leung, A. K. C (2000). Secondary Nocturnal Enuresis, clinical pediatrics, 39, 379-38. cpj.sagepub.com
- 93- Rogers, J., Turner, A., Vickerman, J., (2012). **A Guide to Helping Early Years Settings and Schools Manage Continence- the Right to go**, ducation and Resources for Improving Childhood Continence, www.eric.org.uk.
- 94- Ronen, T., & Abraham, Y. (1996). **Retention control training in the treatment of younger versus older enuretic children**, Nursing Research, 45(2), 78-82.
- 95- Sacks, S., De Leon, G., & Blackman, S. (1974). **Psychological changes associated with conditioning functional enuresis**. Journal of Clinical Psychology, 30(3), 271-276.
- 96- Sadock, B., Sadock, V (2007). Kaplan & Sadock's **Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry**, 10th Edition, Copyright Lippincott Williams & Wilkins, U.S.A.
- 97- Sanborn, Kimberly (2002). **Nocturnal Enuresis in Children**, Master of Science Degree, School Guidance and Counseling, University of Wisconsin – Stout.
- 98- Scheible, V (2009). **Treatment of monosymptomatic Nocturnal enuresis**, Master of Science, Physiotherapeutin, Heilpraktikerin, University Osteopathin.
- 99- Simonoff E, Wail A. (2005). Nocturnal enuresis in mixed sex primary schools children and psychiatric comorbid in Baghdad city, Child and adolescent psychiatry, 12:1-6.

- 100-** Sönmez, F, Ünüvar, T. (2003). **The Prevalence and the Factors Having Influence on Nocturnal Enuresis Among Turkish Children**, BANTAO Journal 1 (2): 230- 232.
- 101-** Steele, R. G., Elkin, T. D., & Roberts, M. C. (2008). **Handbook of evidence-based therapies for children and adolescents: Bridging science and practice**, New York, NY: Springer.
- 102-** Stover, A.C., Dunlap, G., Neff, B. (2008). **The Effects of a Contingency Contracting Program on the Nocturnal Enuresis of Three Children**, Research on Social Work Practice, 18 (5), 421-428. <http://ccs.sagepub.com>.
- 103-** Taha, A., Sabra, A. (2011). **Nocturnal Enuresis at a Primary HealthCare Setting: Analysis of 117 Cases**, Bahrain Medical Bulletin, 33(2), 1-9.
- 104-** Theunis M, Van Hoecke E, Paesbrugge S, Hoebeke P, Vande Walle J.(2002): **Self-image and performance in children with nocturnal enuresis**, Eur Urol, 41(6):660-667.
- 105-** Von Gontard, A. (1998). Annotation: **Day and night wetting in children- a pediatric and child psychiatric perspective**, Journal of Child Psychology and Psychiatry, 39(4), 439-451. doi: 10.1111/1469-7610.00341.
- 106-** von Gontard, A., Baeyens, D., Van Hoecke, E., Warzak, W., Bachmann, CH., (2009). **Psychological and psychiatric issues in bladder disturbances**, ICCS Document K, Draft 16.5
- 107-** Von Gontard, A., Neveus, T. (2006). **Management of disorders of bladder and bowel control in childhood**. London. MacKeith Press.
- 108-** Von Gontard, A.; Plück, J., Berner, W.; Lehmkuhl, G. (1999). **Clinical behavioural problems in day and night wetting children**". Pediatric Nephrology. 13. 662-667.
- 109-** Warzak, W. J., & Friman, P. C. (1994). **Current concepts in pediatric primary nocturnal enuresis**, Child and Adolescent Social Work Journal, 11, 507-523.
- 110-** Wolfish, N. (2009). **Management of nocturnal enuresis in children**, clinical review- peer reviewed. (142)2, 76-80. www.cps.ca/en.
- 111-** Y Kanaheswari, M.R.C.P. (2006). **The Treatment of Primary Nocturnal Enuresis in Malaysia**, Med J Malaysia, 61(5), 608- 6015.
- 112-** Yates, A. J. (1970). **Behavior Therapy**: New York, NY: Wiley.

الملاحق

١-	إعلان هام عن البرنامج العلاجي.
٢-	موافقة الأسر على المشاركة بالبرنامج.
٣-	قائمة ملاحظة التبول اللاإرادي.
٤-	اختبار رافن (Raven) للقدرات الذكائية غير اللفظية
٥-	بطاقة دراسة الحالة.
٦-	المقابلة الخاصة بالأطفال.
٧-	قياس سعة المثانة الوظيفي.
٨-	قائمة المعززات.
٩-	صور توضيحية للأطفال عن تواصل المثانة مع الدماغ.
١٠-	جدول مراقبة الذات.
١١-	خطة لتنظيم سلوك شرب المياه للأطفال.
١٢-	جداول خاصة بتدريب الاحتفاظ.
١٣-	جدول التعزيزات للأمهات خارج الجلسات.
١٤-	جدول التعزيزات داخل الجلسات.
١٥-	أسماء السادة المحكمين للبرنامج العلاجي السلوكي.
١٦-	استمارة طلب التحكيم.
١٧-	البرنامج التدريبي.

الملحق (١)

إعلان هام

هل طفلك مازال يعاني من مشكلة التبول اللاإرادي؟

..... إلى الآباء / الأمهات /

هل طفلك بعمر ٨ سنوات على الأقل و ما زال يعاني من مشكلة التبول اللاإرادي؟ هل أنت مهتم بـ

برنامج علاجي سلوكي لاضطراب التبول اللاإرادي يقدم بشكل مجاني كجزء من بحث ماجستير في

جامعة دمشق (كلية التربية)؟ نحن نحب أن نسمع منك؟

الرجاء الاتصال بالباحثة (أمل عمر عبد السلام)؟ على الرقم ؟ ٠٩٥٤٤٣٦٩٩٣

الملحق (٢)

موافقة الأسر على المشاركة بالبرنامج

ترغب الباحثة بالقيام ببحث علمي يهدف إلى اكتشاف أفضل الطرق لمعالجة التبول اللاإرادي للأطفال بعمر بين (٨-١٢) سنة. مما يتطلب الالتزام بمتطلبات البرنامج من الحضور المحاضرات والقيام بالواجبات المنزلية والإشراف على الأطفال أثناء قيامهم بالتدريبات الخاصة بالبرنامج وتعلمهم مهارات تساعد على التخلص من المشكلة.

طول الوقت المشاركة بالدراسة سيكون مدة ٣ أشهر

أنا أود أن ادعوك للمشاركة بهذه الدراسة، إذا كان لديكم الوقت الكافي، وإذا وافقت أنت والطفل فأنا أدعوك لتوقيع هذا الكتاب.

علماً بأن كافة القضايا المتعلقة بالبرنامج ستعامل بسرية تامة ولن تستخدم إلا لأغراض الدراسة العلمي.

أرجو أن تلاحظ بأن اشتراكك واشتراك طفلك في هذه الدراسة طوعي. أنت وطفلك يمكن أن تتسحب من الدراسة في أي وقت كان بدون أية غرامات.

لكم جزيل الشكر

أم الطفل.....

التوقيع.....

التاريخ:

الملحق (٣)

قائمة التعرف على معدل تكرار التبول اللاإرادي الليلي لدى الأطفال المتبولين لإراديًا

إلى الأمهات العزيزات:

تؤثر مشكلة التبول اللاإرادي على الطفل وعائلته من الجوانب الاقتصادية والاجتماعية والتعليمية والنفسية، لذلك سنهدف في هذا الدراسة إلى تقديم المساعدة في هذه المشكلة، مؤكدين لكم أن هذا العمل يتسم بالسرية ولا يخدم إلا أغراض الدراسة العلمي.

يرجى التقضل بمتابعة الطفل خلال فترة (١٤) يوم وملء الاستمارة المرفقة يومياَ ولكم فائق الاحترام.

[illegible]

الملحق (٤) اختبار رافن (Raven) للقدرات الذكائية غير اللفظية
(اختبار المصفوفات المتتابة المعيارية)

اسم الطفل:.....	الجنس: ذكر - أنثى
تاريخ الميلاد:.....	الصف المدرسي:.....
تاريخ اليوم:.....	اسم ولي الأمر:.....
العمر:.....	

B	الإجابة	التصحيح	ملاحظات
المجموع			

A	الإجابة	التصحيح	ملاحظات
المجموع			

D	الإجابة	التصحيح	ملاحظات
المجموع			

C	الإجابة	التصحيح	ملاحظات
المجموع			

E	الإجابة	التصحيح	ملاحظات
المجموع			

الملحق (٥) بطاقة دراسة الحالة

اسم الطفل الثلاثي _____
جنس الطفل _____
تاريخ ميلاد الطفل: ____/____/____
نتيجة التشخيص الطبي _____
معلومات عامة عن الأسرة:

- عمر الأب _____
- عمل الأب _____
- المستوى التعليمي للأب _____
- أمراض الأب: _____
- عدد الأخوة والأخوات وترتيب الطفل بين أخوته: _____
- أعمار الأخوة: _____
- المستوى التعليمي للأخوة: _____
- أمراض الأخوة: _____
- دخل الأسرة والوضع الاقتصادي؟ _____
- وضع السكن : (متسع، ضيق، صحي، غير صحي، قديم، حديث، ملك، أجرة) _____
- هل تتوفر في المسكن متطلبات الحياة الأساسية؟ _____
- ما هي أهم المشكلات التي تعاني منها الأسرة (اقتصادية، اجتماعية، صحية، فكرية، نفسية.....؟) _____

معلومات عن ظروف الحمل والولادة:

- عمر الأم في أثناء الحمل: _____
- ظروف الحمل : _____
- أمراض الأم والإصابات في أثناء الحمل: _____
- العلاجات والعقاقير التي تناولتها الأم في 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 بتبوله اللاإرادي؟
- هل مر طفلك بفترة نظافة ومتى؟
- هل كانت حالة التبول مستمرة بعد الولادة و حتى الآن؟
- هل يحدث التبول ليلاً؟
- هل يحدث التبول نهاراً؟
- هل يحدث التبول ليلاً ونهاراً؟
- هل تصاحب عملية التبول عملية تبول لاإرادي؟
- هل كانت عملية التبول مفاجئة للأسرة ومزعجة لها؟
- هل توجد أوقات ومواقف معينة يغلب فيها على الطفل أن يتبول لاإرادياً؟
- هل عملية التبول تحدث على فترات متباعدة ومتى؟
- هل عملية التبول ليلاً يصاحبها أحياناً نوم عميق لدى الطفل؟
- هل تحدث عملية التبول ليلاً والطفل في حالة يقظة ووعي لما يدور حوله؟
- هل قامت الأم بتدريب طفلها على عملية التبول، وكيف؟
- هل كان تدريبك طبيعياً، أم قسرياً، مع الضرب والتهديد والتخويف؟
- متى بدأت بتدريب طفلك (بصورة متأخرة، مبكرة، طبيعية)
- هل كانت المرافق اللازمة لتبول الطفل متوفرة، مثل الإضاءة، وقرب 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، لامبالاة، تسامح، تقبل).
- ما هو الروتين المتبع قبل النوم؟
- ماهي عدد الساعات التي ينامها طفلك قبل تبوله بالفرش؟ (رجاى ضعي دائرة).
- 1-1/2 3-2 5-4 7-6 9-8 أكثر من 9 لا أعرف
- هل يوجد تاريخ عائلي سابق؟ نعم/ لا
- (أم، أب، أم وأب، أخ، أخت عم، خال، عمات، خالات، أبناء عم.....؟)
- هل انحرم الطفل من أي نشاطات بسبب تبوله اللاإرادي (مثل المبيت عند أصدقائه أو عند أقربائه، أو معسكرات مدرسية.....) نعم/ لا.
- هل يعاني الطفل من الأرق والاضطراب في النوم؟
- هل ينام نوماً عميقاً؟
- هل ينام وحيداً في الفراش، أو في غرفته؟
- هل يرى أحلاماً مزعجة أو تتنابه كوابيس مرعبة؟ و ماهي 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:
1. محاولة الاعتداء وتدمير والاشياء.
 2. العزلة والانطواء.
 3. الشعور بالخمول والكسل والإجهاد.
 4. كثرة الحركة والإثارة والهيياج.
 5. محاولة الكذب.
 6. محاولة السرقة.
 7. محاولة الهروب من المدرسة أو المنزل.
 8. قضم الأظافر.
 9. مص الأصابع.

١٠. العناد والمعارضة والتمرد.

١١. الخجل والحياء.

١٢. اللامبالاة والاستهتار.

١٣. الخوف (من الكلام، من الحيوان، من الأب، من العقوبة، من فقدان الأم، من القصص المرعبة....)

١٤. البكاء.

١٥. الشعور بالنقص وفقدان السند

١٦- هل توجد إضطرابات أخرى يعاني منها الطفل؟

التفاصيل

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

- برأيك ماهي الحاجات التي تدفع الطفل للتغلب على مشكلة التبول اللاإراري؟ ضعي إشارة عند العبارة الأكثر أهمية؟

١. زيادة تقديره لذاته.

٢. الشعور بثقة أكبر.

٣. تجنب السخرية.

٤. يشعر بالمساواة مع زملائه.

٥. المشاركة بالنشاطات الأسرية.

٦. المبيت عند أصدقائه

٧. أشياء أخرى

- هل خضع الطفل لعلاج سابق؟ وما هو؟

الملحق (٦) المقابلة الخاصة بالأطفال

اسم الطفل _____ التاريخ _____

١- كيف تشعر حول التبول اللاإرادي الآن؟

				
حزين	غاضب	محرج	قلق	غير متأكد

			
مرتاح - مسترخي	إيجابي	واثق بنفسه	فرح - سعيد

٢- ما هو أفضل شيء وأسوأ شيء في مشكلة التبول اللاإرادي؟

٣- كيف تؤثر عليك هذه المشكلة؟ (الحرمان من المبيت عند الأصدقاء، لبس حفوضة، تجنب الجلوس مع الآخرين خوفاً من لرائحة.....؟)

٤- بماذا تشعر عندما تعرف أن زميل لك يعاني نفس مشكلتك؟

٥- أخبرني الآن كيف يحدث التبول اللاإرادي؟

٦- ما هي الأشياء التي تقوم بها لمحاولة إيقاف تبولك في الفراش؟ ماذا تفعل؟

٧- أخبرني عن امتلاك جفاف ليلي، كيف يمكن أن يكون؟

٨- كيف استطعت انجاز الجفاف الليلي؟

٩- إذا كان طفل آخر يحاول تعلم نفس الأشياء التي تعلمتها، ما النصيحة التي تقدمها له؟

١٠- هل فكرت بطريقة مختلفة عن التبول اللاإرادي عندما قابلتني أول مرة؟ ماذا فكرت؟ وماذا تفكر الآن؟

١١- كيف تشعر عائلتك حول التبول اللاإرادي الآن؟

الملحق (٧) قياس سعة المثانة الوظيفي

التاريخ:

اسم الطفل:

وزن الطفل:

كمية السائل التي تعطى للطفل (٣٠ مل لكل ١ كغ من الجسم) (حدّ أعلى ٥٠٠ مل):
الوقت الذي أعطي فيه الطفل السائل:

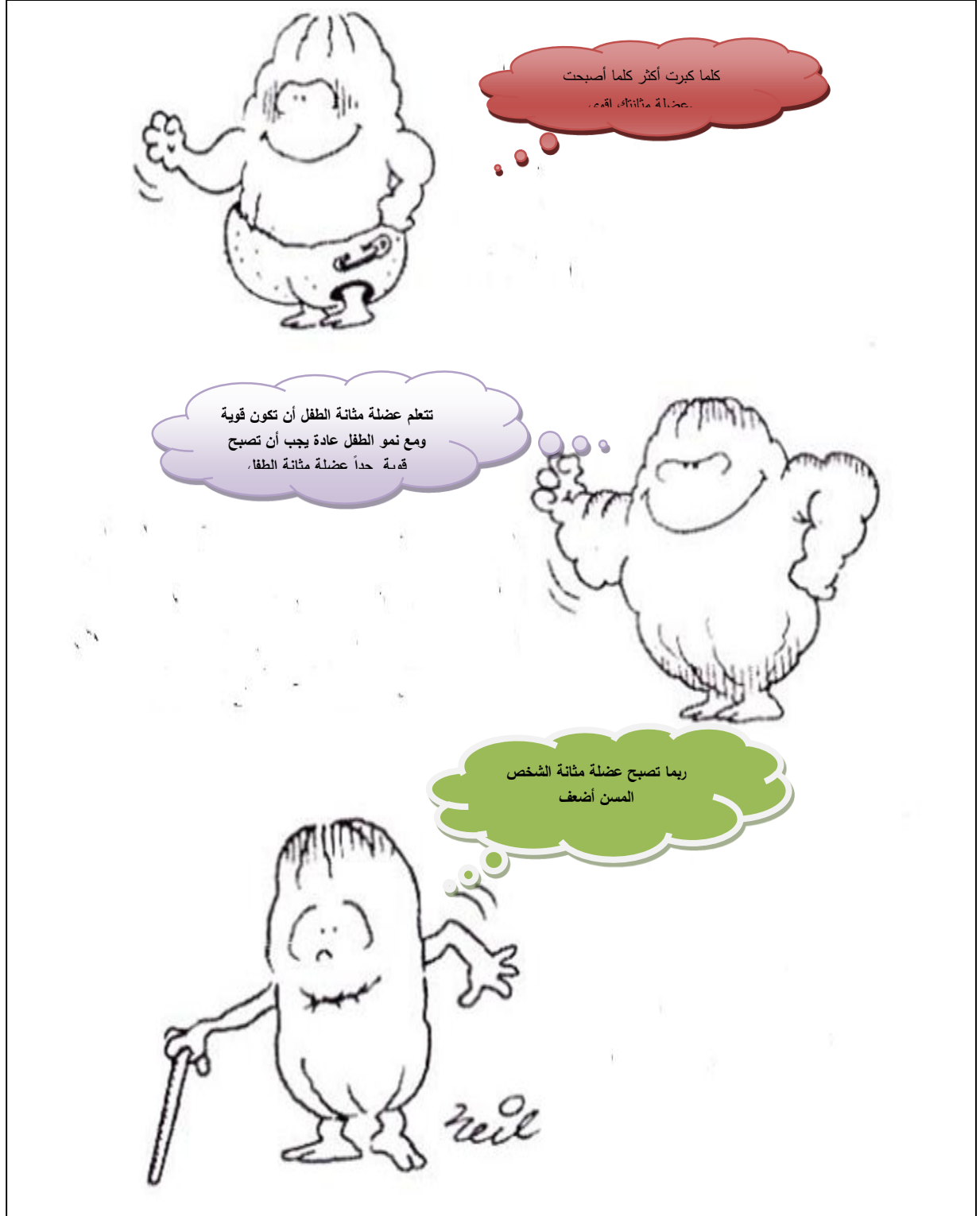
الوقت الذي يحتاجه الطفل لدخول المرحاض بعد شرب السائل	الوقت الذي يشعر فيه الطفل بالحاجة للتبول	الوقت الذي يتبول فيه الطفل	كمية البول المفرغة

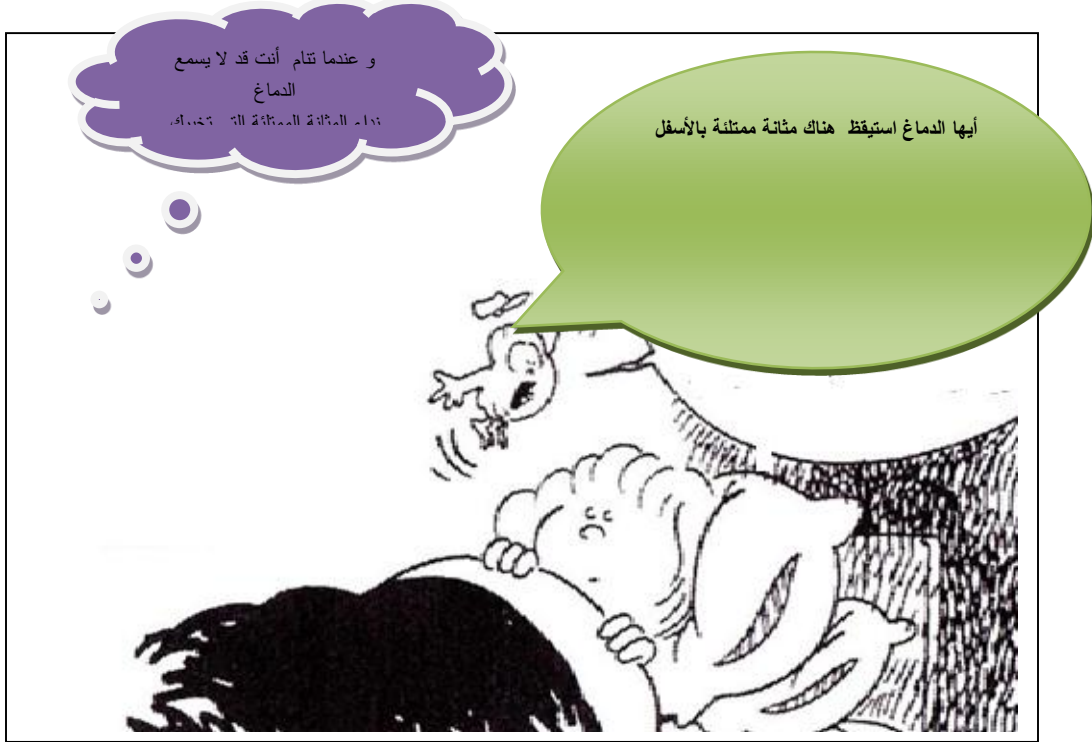
الملحق (٨) قائمة المعززات

اسم الطفل: _____ العمر: _____
مصدر المعلومات: _____ التاريخ: _____

الرقم	أنواع المعززات	يجبه بدرجة بسيطة	يجبه بدرجة متوسطة	يجبه بدرجة كبيرة	لا يجبه	ملاحظات
المعززات الاجتماعية						
١	التربيت على الكتف					
٢	تقبيل الطفل و معانقته					
٣	التحدث إيجابياً عن الطفل الأقارب والأصدقاء					
٤	الابتسام					
٥	نظرات الإعجاب والتقدير					
٦	الإيماء بالرأس تعبيراً عن الموافقة					
٧	التعزيز اللفظي كقول أحسنت- عظيم					
٨	انك ذكي فعلاً					
٩	انظروا إليه كيف حافظ على فرشه جافاً					
المعززات المادية						
١	الألعاب					
٢	أقلام الألوان					
٣	صفارة					
٤	كرة					
٥	بالون					
٦	شهادة تقدير					
٧	نجوم					
٨	طائرة ورق					
٩	صلصال					
١٠	دراجة					
١١	سيدي ألعاب					

					١٢	شارات وأوسمة
					١٣	أقلام رصاص
المعززات النشاطية						
					١	الاستماع إلى القصص
					٢	فترات الاستراحة الإضافية
					٣	العزف على آلة موسيقية
					٤	أفلام كرتون
					٥	ألعاب رياضية
					٦	الرسم
					٧	اللعب مع الأصدقاء
					٨	مشاهدة الفيديو
					٩	نشاطات ترفيهية (كالأرجوحة مثلاً)
					١٠	الذهاب إلى مدينة الألعاب
معززات أخرى						





الملحق (١٠) جدول مراقبة الذات

ضع وجه سعيد لليالى الجافة واترك الليالى المبللة فارغة واجمع الليالى الجافة فى نهاية الأسبوع								
الأسم:			العمر:			الجنس:		
الأسبوع	الأحد	الاثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	الجمعة	السبت	اجمع الليالى الجافة
الأسبوع الأول								
الأسبوع الثاني								
الأسبوع الثالث								
الأسبوع الرابع								
الأسبوع الخامس								
الأسبوع السادس								
الأسبوع السابع								
الأسبوع الثامن								
الأسبوع التاسع								
الأسبوع العاشر								
الأسبوع الحادي عشر								

								الأسبوع الثاني عشر
								الأسبوع الثالث عشر
								الأسبوع الرابع عشر



الملحق (١١)
خطة لتنظيم سلوك شرب المياه

الاسم :							العمر :	الجنس :
يجب أن تكون كمية المياه بين (٦-٨) كؤوس خلال اليوم موزعة على كافة أرجاء النهار								
نموذج خطة لتنظيم سلوك شرب الماء								
الجمعة	الخميس	الأربعاء	الثلاثاء	الاثنين	الأحد	السبت	التوقيت	
							عند النهوض من النوم (١-٢) كأس ماء	
							عند التواجد بالمدرسة (٢-٣) كؤوس	
							وقت الغذاء من (١-٢) كأس ماء	
							استراحة الغذاء (١) كأس ماء	
							وقت العشاء آخر سائل مقداره نصف كأس	
							يجب التوقف عن شرب السوائل قبل النوم ب ساعة ونصف	

المشروبات التي يجب أن يتم التقليل منها وتجنب تناولها عند المساء:

- المشروبات الغازية.
- الشاي - الشوكولا الساخنة- القهوة.
- عصير البرتقال.
- الحليب.

الملحق (١٢) جداول خاصة بتدريب الاحتفاظ

الجنس	العمر	الاسم	كمية البول المفرغة	مدة الاحتفاظ المنجزة	الوقت الذي يتبول فيه الطفل	الوقت الذي يشعر فيه الطفل بالحاجة للتبول	وقت تناول كأسان من السوائل	مدة الاحتفاظ المطلوبة	رقم الجلسة
								٢ دقيقة	٤-
								٤ دقيقة	٥-
								٦ دقيقة	٦-
								٨ دقيقة	٧-
								١٠ دقيقة	٨-
								١٢ دقيقة	٩-
								١٤ دقيقة	١٠-
								١٦ دقيقة	١١-
								١٨ دقيقة	١٢-
								٢٠ دقيقة	١٣-
								٢٢ دقيقة	١٤-
								٢٤ دقيقة	١٥-
								٢٦ دقيقة	١٦-
								٢٨ دقيقة	١٧-
								٣٠ دقيقة	١٨-
								٣٢ دقيقة	١٩-
								٣٤ دقيقة	٢٠-
								٣٦ دقيقة	٢١-
								٣٨ دقيقة	٢٢-
								٤٠ دقيقة	٢٣-
								٤٢ دقيقة	٢٤-
								٤٤ دقيقة	٢٥-
								٤٥ دقيقة	٢٦-

الملحق (١٣)

جدول التعزيزات للأمهات خارج الجلسات

[illegible]

الملحق (١٤) جدول التعزيزات داخل الجلسات

الاسم:		العمر:		الجنس:			
المعززات	السبت	الأحد	الاثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	التاريخ
أثناء الجلسة							
عند نهاية الجلسة							
المعززات	السبت	الأحد	الاثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	
أثناء الجلسة							
عند نهاية الجلسة							
المعززات	السبت	الأحد	الاثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	
أثناء الجلسة							
عند نهاية الجلسة							
المعززات	السبت	الأحد	الاثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	
أثناء الجلسة							
عند نهاية الجلسة							
المعززات	السبت	الأحد	الاثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	
أثناء الجلسة							
عند نهاية الجلسة							

الملحق (١٥)

أسماء السادة المحكمين للبرنامج العلاجي السلوكي

الرقم	اسم المحكم	الصفة العلمية
١	أ.د. محمد الشيخ حمود	الأستاذ في قسم الإرشاد النفسي
٢	أ.د. كمال بلان	الأستاذ المساعد في قسم الإرشاد النفسي
٣	د. عزيزة رحمة	الأستاذ المساعد في قسم التقويم والقياس
٤	د. صباح السقا	الأستاذ المساعد في قسم الإرشاد النفسي
٥	د. ضحى عبود	المدرسة في قسم الإرشاد النفسي
٦	د. منال الشيخ	المدرسة في قسم الإرشاد النفسي
٥	د. كاورلين محسن	المدرسة في قسم الإرشاد النفسي

الملحق (١٦)

استمارة طلب التحكيم

فاعلية برنامج سلوكي لمعالجة اضطراب التبول اللاإرادي

دراسة شبه تجريبية

لدى عينة من الأطفال المترددين إلى المشافي الجامعية في دمشق

تقوم الباحثة أمل عمر عبد السلام ببناء برنامج علاجي لعلاج التبول اللاإرادي لدى عينة من الأطفال من الأطفال المترددين إلى المشافي الجامعية في دمشق وذلك استكمالاً لنيل درجة الماجستير في الإرشاد النفسي بعنوان: فاعلية برنامج سلوكي لمعالجة اضطراب التبول اللاإرادي لدى عينة من الأطفال المترددين إلى المشافي الجامعية في دمشق.

يرجى التفضل بوضع الملاحظات حول صلاحية هذا البرنامج في علاج التبول اللاإرادي لدى عينة من الأطفال المترددين إلى المشافي الجامعية في دمشق.

شاكرين تعاونكم

إعداد الطالبة:

أمل عمر عبد السلام

الملحق (١٧) البرنامج التدريبي المستخدم بالبحث بعد التحكيم مع ملاحظه

المحاضرات الخاصة بالأمهات

المحاضرة الأولى: التعريف بالتبول اللاإرادي	
أهداف الجلسة	أن تتعرف الأمهات: ١- تعريف التبول اللاإرادي. ٢- كيف يعمل نظام التبول. ٣- نسبة شيوع التبول اللاإرادي ٤- العوامل التي تسبب التبول اللاإرادي.
مدة الجلسة	ساعة ونصف
التقنيات المستخدمة	المناقشة والحوار، المحاضرة ، الواجبات المنزلية
الأدوات المستخدمة	جهاز عرض، كمبيوتر
محتوى المحاضرة	١- تعريف التبول اللاإرادي بأنه حالة انسكاب البول لاإرادياً ليلاً أو نهاراً أو ليلاً ونهاراً معاً لدى طفل تجاوز عمره (٣-٤) سنوات وهي السن التي يتوقع عنده التحكم دون أن يكون سبب عضوي خلف ذلك (الشربيني وآخرون، ١٩٩٤، ٢٧٧). أنماط التبول اللاإرادي لقد وصف نمطين لسير التبول اللاإرادي: • نمط أولي أو بدئي: ويقصد به حالات التبول اللاإرادية التي بدأت مع الطفل بعد ولادته واستمرت إلى مرحلة متقدمة من عمره حيث لا يكون لدى الطفل القدرة على ضبط عملية التبول لديه كما أن الطفل لم يصدف أن يمر بمرحلة السيطرة على مثانته (كمال وآخرون، ٢٠٠٥، ١١٠). • النمط الثانوي: تطلق هذا التسمية على أطفال الذين تمكنوا من التحكم في التبول لفترة تتراوح ما بين ٦-١٢ شهر على الأقل ثم عادوا إلى التبول اللاإرادي فيما بعد (Mikkelsen, 2001, 1146).

• **التبول اللاإرادي الليلي Nocturnal enuresis** : يطلق على الأطفال الذين يتبولون لاإرادياً في الليل (Ekennia et al., 2013, 2186).

• **التبول اللاإرادي النهاري:**

وهو إفراغ البول لاإرادياً ساعات الاستيقاظ نهاراً وتظهر هذه الحالات خلال السنوات الأولى من المرحلة الابتدائية، وغالباً ما نجد الطفل يحاول ضم رجليه بسرعة وقت نزول البول ولكن دون جدوى حيث لا يستطيع أن يتحكم في توقفه (منصور وآخرون، ٢٠٠٣، ٢٣٢).

• **التبول اللاإرادي الليلي النهاري:** تطلق هذه التسمية على الأطفال الذين يتبولون لا إرادياً في الليل و النهار (ملحم، ٢٠٠٧، ١٤٣).

٢- نسبة انتشار التبول اللاإرادي:

أكدت العديد من الدراسات المسحية والإكلينيكية أنَّ اضطراب التبول اللاإرادي من أكثر المشكلات المزمنة والواسعة الانتشار (Butler, 1998, 453; Byrd et al., 1996; Warzak & Friman, 1994).

إذ جاء الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع المعدل للرابطة الأمريكية للطب النفسي أن حدوث التبول اللاإرادي يقدر بحوالي ١٠-٥% في عمر ٥ سنوات و ٣-٥% في عمر ١٠ سنوات وكذلك نسبة ١% لدى الأطفال بعمر ١٥ سنة (DSM4 TR., 2000, 120)، إذ أكدت العديد من الدراسات انخفاض هذه المشكلة تدريجياً مع التقدم بالعمر (Feehan et al., 1990, 75).

على أية حال تختلف نسبة الانتشار حسب الجنس والمعايير التشخيصية المعتمدة في كل دراسة والمجتمع المدروس، وحسب العمر، وعدد مرات التبول. تشير التقديرات الخاصة بانتشار هذا الاضطراب في ضوء الجنس إلى أن الذكور يشكلون نسبة أعلى قياساً بالإناث (Cendron, 1999, 1205).

٣- نظام التبول

فهم الجهاز البولي:

للمساعدة على فهم الجهاز البولي، لا بد من اكتساب بعض المعرفة الأساسية بالأعضاء والبنى الأخرى التي تجعل الجهاز البولي يعمل؛ فعندما تأكل وتشرب يقوم جسمك بتحطيم ما تأكله وتشربه إلى مواد يمكن امتصاصها إلى مجرى الدم. ويمتص جسمك السوائل والعناصر المغذية، غير إن فائض السائل والفضلات يتراكم في مجرى الدم. وتكون مهمة

الجهاز البولي التخلص من الفضلات وجمعها وإفراغها من مجرى الدم، ثم من الجسم في نهاية المطاف، وذلك بعملية التبول Urination.

الجهاز البولي العلوي:

يتكون الجهاز البولي Urinary system من جزأين رئيسيين، علوي وسفلي؛ فالجهاز البولي العلوي يتألف من كليتين، كل منها متصلة بأنبوب عضلي طويل يدعى الإحليل Ureter.

تعد الكليتان جهاز الترشح الرئيسي في جسمك، حيث يزيل فائض السوائل والفضلات من مجرى الدم، ويشكل البول.

وتستطيع الكليتان ترشيح (١٥٩ لتراً تقريباً) من الدم يومياً وتكوين (١،٤٢) لتر من البول تقريباً.

ويحمل الحالبان هذا البول إلى المثانة Bladder التي تفرغه باستمرار بشكل كميات صغيرة وثابتة.

تدفع الجاذبية والتقلصات العضلية في الحالبين البول من خلال هذين الحالبين إلى المثانة. الجهاز البولي السفلي:

يتكون من المثانة و تصريف اسطواني عند قاعدتها يدعى الإحليل، ومن شريطين حلقيين عند اتصال المثانة والإحليل يدعيان المصرتين الإحليليتين Urethral sphincters الظاهرة والغائرة.

التبول الطبيعي:

يعد التبول الطبيعي عملية متناسقة تشمل العديد من الأعضاء والأنابيب والعضلات والأعصاب في الجهاز البولي؛ فعندما تمتلئ المثانة تقريباً، ترسل الأعصاب إشارة إلى الدماغ؛ ثم يرسل الدماغ رسالة لإرخاء المصرة الإحليلية الغائرة، مولداً الرغبة الأولى بالتبول، وعندها تقرر أنت ما إذا كان هذا هو الوقت والمكان الملائمين لفعل ذلك.

عندما تقرر التبول، تحصل عدة أشياء أو أحداث؛ حيث ترتخي المصرة الإحليلية الظاهرة وعضلات القاع الحوضي، مما يسمح بمرور البول خارج الجسم.

كما ترتخي المصرة الإحليلية الغائرة، الأمر الذي يزيد الضغط داخل المثانة، ويندفع البول نحو الإحليل، ثم تتقلص العضلة المثانية، ويمر البول عبر الإحليل ويخرج من الجسم.

ليس التحكم الجيد بالمتانة بالأمر البسيط كما يبدو، فالتبول عملية معقدة تقوم على إرخاء جزء من حوضك مع تقليص جزء آخر من ولا بد أن تعمل الأعضاء، والأنابيب، والعضلات، والأعصاب في جهازك البولي مع بعضها البعض؛ وعند حصول أي خلل أو قصور في وظيفتها، يمكن أن يؤدي إلى التبول اللاإرادي (بيتيت، ٢٠٠٦، ١٩).

٤- العوامل التي تسبب التبول اللاإرادي:

٤-١ - العوامل العضوية organic factors :

تشمل العوامل العضوية التهابات المسالك البولية، وتشوهات في الجهاز البولي التناسلي، وبعض الحالات المرضية مثل (مرض السكر، أو مرض فقر الدم المنجلي، داء الصرع، السمنة) (Rajigah, 1996, 35)

تبلغ نسبة الأطفال الذين يعانون من اضطراب التبول اللاإرادي لسبب عضوي بين ١-١٠% من مجموع الأطفال المتبولين لاإرادياً (شيفر وملمان، ١٩٩٩، ١٨٤).

وتشير بعض الدراسات أن الأطفال الذين يعانون من اضطراب التبول اللاإرادي قد يكون لديهم تأخر بالنمو (Ronen & Abraham, 1996, 79)، فضبط المتانة يتعلق بشدة بمستوى النمو، فالتبول اللاإرادي يظهر بصورة متكررة عند وجود نمو لغوي متباطئ ومهارات حركية غليظة متخلفة (بيترمان، ٢٠٠٩، ٥٤٣).

كما أن العديد من الأطفال الذين لديهم تبول لاإرادي لديهم انخفاض بالوزن عند الولادة، ولديهم تأخر في العمر العظمي وتأخر في كل علامات البلوغ والتطور الوظيفي للجهاز العصبي المركزي، وتتضح صحة عامل العضوي المتعلق بتأخر النمو من خلال تأخر التحكم في التبول اللاإرادي الليلي والنهاري وازدياد معدل التحسن بنسبة ١٥% سنوياً التهاب المتانة (زادة، ٢٠٠٨، ٢٣).

٤-٢ - العوامل الوراثية:

يعتبر العامل الوراثي من العوامل المساهمة في وجود التبول اللاإرادي، فلقد وجدت دراسة آرنل وآخرون Arnell et al أن ٥٠% ممن يعانون من اضطراب التبول اللاإرادي الليلي الأولي لديهم آباء وأقارب يعانون من هذا الاضطراب (McKenzie, 2013, 17).

كما أظهرت إحدى الدراسات أن ٧٥% من الأطفال الذين يتبولون ليلاً لديهم قريب من الدرجة الأولى كان يعاني من المشكلة ذاتها (Sadock' et al., 2007, 1288). يبلغ الخطر بالنسبة لطفل ما أن يمرض بالتبول اللاإرادي ١،٧ مرات إذا كان الأب عانى بعد السنة الرابعة من الحياة من التبول اللاإرادي، وإذا توفر الشرط عند الأم فإن الخطر يرتفع

إلى ٥٢، مرة (Mikkelsen, 2007, 665)، وأشارت دراسة أخرى (Frary) أن آباء الأطفال المتبولين لاإردياً كانوا يعانون من هذه المشكلة بنسبة ٣٢%، أما الأمهات ٢٠%، وأيد (Katter) ذلك فوجد أن ٥٢% من أسر هؤلاء الأطفال لهم فرد أو أكثر كان يعاني من التبول اللاإرادي في صغره أو لايزال يعاني منه (الزعيبي ٢٠٠٥، ٩٨). كما أجريت دراسات على توائم ووجدت إحداها أن نسبة التطابق لدى التوائم وحيدة البيض بلغت 68% ولدى التوائم ثنائية البيضة 36% (بيترمان، ٢٠٠٩، ٥٤١).

٤-٣- العوامل الفسيولوجية:

تمّ اكتشاف العوامل الفسيولوجية التي قد تسهم في اضطراب التبول اللاإرادي من خلال مراجعة الدراسات السابقة، فبعض الدراسات لم نتوصل إلى سبب بيولوجي واحد واضح، وقد تم تحديد ثلاثة عوامل بيولوجية قد تسهم في اضطراب التبول اللاإرادي من قبل نيفس وآخرون Nevéus et al وهذه العوامل هي : ١- الإفراط في إنتاج البول الليلي Excessive nocturnal urine production، 2- عدم الاستقرار في عمل المثانة Disorder of sleep Instability in bladder functioning، 3- اضطراب النوم (Nevéus et al, 2000, 33).

١- الإفراط في إنتاج البول الليلي **Excessive nocturnal urine production** : يفرز البول بشكل طبيعي خلال الليل بحدود أقل من ٥٠% من النهار (زادة، ٢٠٠٨، ١٩).

و تميل أجسام الأطفال الذين يعانون من اضطراب التبول اللاإرادي إلى إنتاج كميات زائدة من البول في الليل (Butler, 1998, 455).

لقد تم تحديد وجود نقص ليلي في الهرمون المضاد لإدرار البول فاسوبريسين vasopressin (يوسف، ٢٠٠٠، ١٢٣)، أو وجود شذوذ في إعادة امتصاص شوارد الصوديوم والبوتاسيوم في النظام الكلوي (الزاد، ١٩٩٨، ٧١)، كأسباب فسيولوجية physiological causes في إنتاج البول الليلي المفرط لدى بعض الأطفال الذين يعانون من اضطراب التبول اللاإرادي (Butler, 1998, 455).

كما وجدت دراسة أجراها آنجر وآخرون Auinger et al سنة (1996) إن الأطفال الذين يعانون من اضطراب التبول اللاإرادي لديهم نقص في إفرازات هرمون فاسوبريسين vasopressin، مما أدى بالمثانة إلى إنتاج زيادة من ثلاثة أضعاف إلى أربعة أضعاف من حجم البول الطبيعي (McKenzie, 2013, 16)، و من هذا المنطلق فقد

تم تطوير الأدوية المضادة لإدرار البول الديسمويرسين desmopression لمعالجة اضطراب التبول اللاإرادي الليلي (Nevéus, 2012,41).

٢- عدم الاستقرار في عمل المثانة Instability in bladder functioning

عدم الاستقرار في عمل المثانة، وانخفاض القدرة الوظيفية للمثانة قد تكون مسؤولة أيضاً عن التبول اللاإرادي لدى الأطفال، فالأطفال الذين يعانون من اضطراب التبول اللاإرادي لديهم مثانة حجمها الوظيفي منخفض، مما يؤدي بهؤلاء الأطفال إلى كثرة التبول وإفراغ كميات قليلة جداً من البول بالمقارنة بالأطفال العاديين .

وقد تكون هذه الرغبة القوية لإفراغ المثانة بالرغم من صغر حجم البول المتواجد فيها بسبب نشاط العضلة الدافعة (detrusor muscle) للمثانة فيتم إعطاء إشارة للدماغ لإفراغ المثانة قبل أن تكون ممتلئة (Dobson, 2008, 1) ، فلقد وجد تروب و هودجسون (١٩٧١) أن الأطفال المصابين بالتبول اللاإرادي الليلي النهاري لوحظ لديهم صغر في سعة المثانة بالمقارنة مع الأطفال الأصحاء، أما دراسة أخرى لزاليسكي (١٩٧٣) وجدت أن حجم مثانة الأطفال المتبولين لاإردياً نهاراً أقل من حجم مثانة المتبولين لاإردياً ليلاً، وحجم مثانة التبول اللاإرادي الأولي أقل من حجم مثانة التبول اللاإرادي الثانوي (الزرد، ١٩٩٨، ٨٢).

كان هناك اختلاف بين العلماء بخصوص ما ورد سابقاً، حيث أكد بعض العلماء بأن الحجم الوظيفي للمثانة للأطفال المتبولين لاإردياً لا يختلف بشكل كبير عن الحجم الوظيفي للأطفال الأصحاء (Butler, 1998,457).

٣- اضطراب النوم Disorder of sleep:

كان هناك العديد من الدراسات التي حاولت دراسة تأثير النوم في التبول اللاإرادي، فقد أوضحت مراجعة من قبل بتلر وهولند Butler and Holland سنة (2000) إن الطفل يبذل ثيابه لأن نومه يكون على درجة من العمق لا يتمكن معها من إدراك حاجته للتبول أو امتلاء المثانة (McKenzie, 2013, 17).

لقد أشار وانتبل وآخرون Watanabe et al سنة (١٩٩٤) من خلال استفتاء طبق على ٢٠٣٣ من الأطفال غير المتبولين لاإردياً، أن ١٨١٨ منهم يستيقظون بانتظام أثناء الليل للذهاب إلى الحمام فهم يدركون حاجتهم للتبول، وتتكون لديهم أحاسيس امتلاء المثانة (Scheible,2009,22)، ولقد أشارت دراسة مايكلسون وآخرون Mikkelsen et al أن النوم العميق يساهم بشكل مفرط في التبول اللاإرادي الليلي (Mikkelsen, 1980).

(1148) كذلك تتفق غالبية الأمهات حسب ما أشار بوتلر وآخرون Butler et al بأن النوم العميق لأطفالهن هو السبب في تبليل الفراش، ولقد نادى بايرس وآخرون pirce et al أن التبول اللاإرادي الليلي قابل للمقارنة مع الأحلام .

أما بروغتون Broughton's فقد رفض هذا التصور بعد أن ظهر أن التبول اللاإرادي يشكل اضطراب يقظة، و اقترح بأن التبول اللاإرادي الليلي يظهر في طور نوم دلتا ويثار من خلال إشارة الإيقاظ، إلا أن دراسات أحدث أشارت أثبت أن التبول اللاإرادي لا يبدو متعلق بمرحلة معينة من مراحل النوم، بل يظهر التبول في أكثر الحالات خلال الليل بشكل عشوائي في جميع مراحل النوم، علماً أن التكرار في طور ما يرتبط مع الفترة الزمنية التي يقضيها المرء في طور معين، ومن ناحية أخرى فإن بروفيل النوم للأطفال الذين يعانون من التبول اللاإرادي متشابه (بيترمان، ٢٠٠٩، ٥٤٢).

كذلك عند مقارنة النشاط الكهربائي الدماغي عند الأطفال المتبولين لإراديّاً تبين أنه لا يختلف عن نظيره عند الأطفال الأصحاء (بصل، ٢٠٠٣، ١٦٢).

٤-٤ - العوامل النفسية:

ويمكن تلخيص أهم العوامل النفسية لمشكلة التبول اللاإرادي (تأخر التطور، الخوف، الغيرة كغيرة الطفل من مولود جديد، التفكك الأسري، الشعور بالحرمان العاطفي من الأم، الإكتئاب، مشاعر الذنب، أساليب التنشئة الأسرية سواء كان التعامل القاسي أو الإهمال أو حتى الإفراط بالدلال.

٤-٥ - عوامل بيئية environment factors:

للعوامل البيئية دور كبير في ظهور أعراض اضطراب التبول اللاإرادي، ويبدأ تأثير هذه العوامل منذ اللحظات الأولى للإخصاب؛ أي في مرحلة الحمل ومن ثم الولادة، ومن ثم بعد الولادة وفيما يلي عرض موجز لكل منها:

٤-٥-١ - مرحلة الحمل:

العقاقير والأدوية التي تتناولها الأم خلال الحمل، والمخدرات كالمورفين والحشيش، والتدخين الحاد، أو التعرض لقدر كبير من الأشعة، أو التعرض للأمراض المعدية مثل الحصبة الألمانية والزهري وغيرها. سوء التغذية لدى الأم ، تأثير الهرمونات، العامل الدموي (RH)، عمر الأم، تعرض الأم الحامل لتشنجات خلال الحمل. جميع هذه العوامل تؤثر على الطفل

وتؤدي إلى اضطرابات بنوية في جسم الطفل، واضطرابات وظيفية في وظائف الأعضاء، كما في اضطراب وظيفة التبول لدى الطفل (الزرد، ١٩٩٨، ٧٥).

٤-٥-٢- مرحلة الولادة:

إن تعرض الأم الحامل لفترات زمنية طويلة أو قصيرة نسبياً في أثناء فترة المخاض، أو الصدمات خلال الولادة أو التفاف الحبل السري على عنق الجنين، كذلك التعرض لأخطاء التوليد، النزيف من الأوعية الدموية الدماغية، كما لوحظ أن الولادات المبكرة وترافقها مع نقص الوزن كل ذلك يشكل استعداداً لاكتساب هذا الاضطراب، واضطرابات عضوية أخرى، كذلك الولادات المتأخرة، والولادة التي يصاحبها نزيف، أو الولادة القيصرية تؤثر على الطفل بعد الولادة في شكل اضطرابات مسببة لضعف الجسم واضطراب وظائف الأعضاء ومنها الجهاز البولي مما يوجد حالة التبول اللاإرادي (جبل، ٢٠٠٠، ٤٤٤).

٤-٥-٣- مرحلة ما بعد الولادة:

إن للعوامل البيئية المحيطة بالطفل أثراً كبيراً في احتمال ظهور اضطراب التبول اللاإرادي ومنها:

٤-٥-٣-١- عوامل التحسس الغذائي Food sensitivity factors:

تبين هناك بعض المأكولات تسبب الحساسية الغذائية (Food sensitivity) لبعض الأطفال ويمكن أن تؤدي لفرط فعالية المثانة وهذه تقلل من سعة المثانة وبعد إخراج هذه المادة المحسنة من الطعام يمكن أن يحدث التحسن (زادة، ٢٠٠٨، ٣١). وتعتبر الأطعمة التالية من مهيجات المثانة: المشروبات التي تحتوي على مادة الكافيين، الشوكولا، السكر، الحمضيات، فاكهة، و الطعام الذي يحتوي على الصباغ اللون الأحمر (Scheible, 2009, 27).

لقد أظهر الرقيب وآخرون (Egger et al., 1999) الأثر الإيجابي للامتناع عن الطعام المهيج للمثانة لعينة من الأطفال يعانون من اضطراب التبول اللاإرادي الأولي الابتدائي (PNE) وكانت النتيجة ٨ طفل أصبحوا جافيين تماماً، و ٤ أطفال انخفضت لديهم عدد الليالي المبللة، وعندما أعيدت الأطعمة المهيجة للمثانة تدريجياً فإن جميع الأطفال تعرضوا للانتكاس.

أجرى مونغان وآخرون Mungan et al سنة (٢٠٠٥) دراسة من أجل فهم العلاقة بين التبول والحساسية الغذائية، فتم تحليل دم ٣٧ طفلاً يعانون من اضطراب التبول اللاإرادي

و١٨ طفل لا يعانون من اضطراب التبول اللاإرادي، فتبين بأنه لا يوجد فرق ذو دلالة إحصائية في قيمة الحساسية الغذائية في المجموعتين (Scheible, 2009, 27) ودراسة أخرى أجريت من قبل ماكندري McKendry (1975) على مجموعتين متجانستين من الأطفال؛ يعانون من اضطراب التبول اللاإرادي تم منع المجموعة الأولى عن الأطعمة المهيجة للمثانة الحليب ومشتقاته، الحمضيات كاكافو، شوكولا، عصائر الفاكهة، وبنودرة، واستخدام مع المجموعة الثانية علاج دوائي يدعى الامبيرامين imipramine ، أوضحت النتائج أن نسبة الأطفال الجافيين تماماً لدى أطفال المجموعة الأولى (١,٦%) أما نسبة التحسن الجزئي (انخفاض عدد الليالي المبللة) (٥٠%)، أما المجموعة الثانية فكانت (٢١%) جفاف تام، (٤٥,٢%) (National Clinical Guideline Centre, 2010,) (142-143).

٤-٥-٣-٢- إن نمط سكن والمرحاض التي يقيم بها الطفل يؤثران بشكل كبير على ظهور سلوك التبول اللاإرادي لدى الطفل، فتوفر المرافق اللازمة لتبول الطفل، مثل الإضاءة، وقرب المكان، نمط المرحاض فإذا كان على شكل حفرة قد يخاف الطفل الصغير من السقوط فيه، فيحجب عن استعماله. أيضاً نظافة المراحيض قد تلعب دوراً في ظهور هذه المشكلة، فهناك بعض الأطفال الذين يتجنبون الدخول على المراحيض غير النظيفة مهما كلف الأمر. مراحيض المدارس وبشكل خاص التي ليس لها أبواب يشعر الطفل باستعمالها بالخزي والإذلال، فيحجب عنها وبالتالي تظهر لديه المشكلة (Patel , 2010, 11).

٤-٦- العوامل التعليمية والاقتصادية والاجتماعية Socio-Economic and Educational Factors :

يجمع العديد من الباحثون على أهمية المستوى التعليمي للوالدين في ظاهرة التبول، إذ يرتفع تكرار هذه الظاهرة عكسياً مع المستوى التعليمي. إذ يزداد هذا التكرار في الأوساط الأسرية ذات المستوى التعليمي الابتدائي أو أقل وهذا ما أيدته دراسة محمدي وآخرون Mahmoodzadeh et al أن المستوى التعليمي الابتدائي وأقل كان لدى ٤٨,٣% من آباء الأطفال المتبولين لاإرادياً، ٦٢,٨% من الأمهات (Mahmoodzadeh et al., 2013, 61).

والتبول اللاإرادي أكثر شيوعاً في الطبقات الاجتماعية الاقتصادية المنخفضة وأطفال المؤسسات الإيوائية (A A C A P Official action 2004, 1543)، وهذا ما بينته دراسة شاختر Schachter سنة (١٩٦٨) بأن هذه الظاهرة تنتشر في الأوساط الأسرية

الفقيرة والتي تعيش ظروفًا صعبة بنسبة ٥٢% من مجمع أطفال العينة البالغ عددها ٣٠٠٠ طفل تتراوح أعمارهم بين (٨-١٢) سنة، كما وجد بأن التبول اللاإرادي ينتشر بنسبة ٢٣% لدى أطفال الأسر الراقية والأوساط الاجتماعية العليا (الزباد، ١٩٩٨، ٣٨). فالطفل يميل أقل إلى تبليل الفراش إذا كان من وسط إجتماعي ميسور، والنظافة مطلوبة، ودورات المياه سهلة المنال، والأم مهتمة بتربية الصغار ونظافتهم. بينت محمدي وآخرون Mahmoodzadeh et al أن نسبة ٨٣,١% من آباء هؤلاء الأطفال عاطلون عن العمل، كما بينت الدراسة أن الاضطراب يزداد تكراراً لدى أطفال الأمهات العاملات من أطفال ربات المنزل (Mahmoodzadeh et al., 2013, 61)

المحاضرات الخاصة بالأمهات

المحاضرة الثانية:	
تغيير اتجاهات الآباء نحو الطفل الذي يعاني من التبول اللاإرادي	
أهداف الجلسة	أن تتعرف الأمهات: ١- على بعض الحقائق عن التبول اللاإرادي. ٢- الأساليب الخاصة بطرق التعامل مع الأطفال المتبولين لاإرادياً.
مدة الجلسة	ساعة ونصف
التقنيات المستخدمة بالجلسة	المحاضرة، المناقشة
الأدوات المستخدمة	جهاز عرض، كمبيوتر
محتوى المحاضرة	١- بعض الحقائق عن التبول اللاإرادي: - يجب أن تنتظر أن ينمو طفلك وينموه ستنهي مشكلة التبول اللاإرادي: بالرغم من أن ١٥% من هؤلاء الأطفال يشفون بشكل تلقائي من هذه المشكلة كل سنة، ذلك يعني بأن ٨٥% سيبقون يعانون من هذا الاضطراب وتأثيراته حتى السنة القادمة. ولأنه توجد الآن تقنيات سلوكية آمنة وفعالة لمساعدة طفلك في التخلص من التبول اللاإرادي، فليس هناك سبب يجعلك تنتظر كي تنتهي هذه المشكلة بصورة تلقائية. فعندما تصبح العائلة محبطة بسبب الملابس الملوثة وبدأت تضع أعذار بعمق نوم الطفل، يكون وقت التدخل قد حان. طفلك يجب أن يكون بحدود ٦ سنوات قبل أن تبدأ العلاج. - معظم الأطفال المتبولين لاإرادياً لديهم سبب عقلي أو جسدي: إن الأسباب العضوية لا تتجاوز ٤% من أسباب حدوث التبول اللاإرادي، والمشاكل النفسية حتى ليست سبب شائع للتبول اللاإرادي. حتى الأطفال الذين يعانون من صعوبات نفسية وتحديات عاطفية (عدم الشعور بالمحبة والتقدير والأمن) يتجاوبون مع علاج التبول اللاإرادي. - إذا لم يخبر الطفل والديه بانزعاجه من مشكلته فمن المحتمل أن يكون غير مهتم بموضوع بلله وغير متضايق:

لا أحد من الأطفال يرغب بأن يستيقظ صباحاً ليجد فراشه مبلل. كل طفل بعمر المدرسة يدرك تماماً بأن زملائه لا يرتدون الحفاض أو يقلقون حول استيقاظهم في الصباح وسريرهم مبلل، هذه الأمور تؤثر على تقدير الطفل لذاته وعلى استقلاله الاجتماعي.

إن الأطفال في المدرسة المتوسطة، إذا كانوا يعانون من هذه المشكلة، يُحرمون من المشاركة بالعديد من الأنشطة الخاصة بهذه المرحلة العمرية مثل (معسكرات التخيم) ، وبذلك يصاب الطفل بالإحباط والانعزاج.

كل الأطفال يتمنون التخلص من هذه المشكلة والوصول للجفاف، فإذا أعطيتهم طرائق التحكم، سيكونون متعاونون جداً وسيستخدمون تدريب الاحتفاظ، الساعة المنبهة، ويلتزمون بجميع التعليمات.

- التبول اللاإرادي ليس أكثر من مشكلة مزعجة ستنتهي مع الوقت:

ربما، ولكن العلاج الفعال متوفر، فلماذا أنتظر حتى طفلي ينمو وتنتهي المشكلة ؟
فالتبول اللاإرادي له تأثيرات وضغوطات كبيرة على العائلة. فمن الناحية المالية، يبذل الطفل غيار أو غياران كل ليلة، فيحتاج إلى ملابس وشراشف إضافية وهذا يمكن أن يكلف العائلة بحدود \$٧٠٠ كل عام. وتكلف الحفاضات بكل بساطة أكثر من \$٣٠٠ كل عام، أما الأدوية المستعملة لمشكلة التبول اللاإرادي تكلف \$٤ لكل حبة دواء، وكل ذلك يجمع مع مرور الوقت.

أيضاً يؤثر التبول اللاإرادي على العائلة من الناحية العاطفية والنفسية وبالتحديد الأمهات؛ مثل التجهيزات التي تقوم بها الأم كل مساء بما تتضمنه من شرف عازل، حفاض، الملابس والشراشف الإضافية. أيضاً إخفاء مشكلة الطفل عن بقية أفراد الأسرة والأصدقاء موضوع مؤلم، ويشكل ضغط كبير على الوالدين.

إن زملاء وأشقاء الطفل المتضرر يمكن أن يزعجوه ويضايقونه ويسببون له الإحراج. يجب على الوالدين القيام بكل جهد، لمنع الأصدقاء من تعذيب طفلهم المتضرر، وتنبيه الأصدقاء بأنه ربما قد تكون أمامكم صعوبات في جميع جوانب حياتكم أيضاً. عن التبول اللاإرادي لم يعمل عن قصد، ويجب على العائلة أن تعمل مع بعضها البعض لمواجهة جميع التحديات.

- طفلي هو الوحيد الذي يعاني من هذه المشكلة:

إذا كان أحد الوالدين أو كلاهما، الجد أو الجدة، الخال أو الخالة، العم أو العمة لديه تاريخ سابق بهذه المشكلة، يمكن مشاركة الطفل صاحب المشكلة بهذه الذكريات، هذه المعلومات ستساعد

الطفل لكي يعرف بأنه ليس مختلف، وبأنه محترم من جانب الكبار . نبه الطفل وذكره بأن صفه الذي يبلغ عدده ٢٥ طفل بعمر ٨ سنوات هناك طفل أو طفلان لديهم نفس المشكلة.

- حدثت مشكلة التبول اللاإرادي لأنني تأخرت بتدريب طفلي وأبقيته بالحفاض لفترة طويلة:

الكثير من الأمهات يبدأن بتدريب الطفل على ضبط الإخراج قبل سن ١١ شهر أي حوالي ٩ شهور من العمر. و قليل منهم تأخرن حتى النصف الثاني من العام الثاني من عمر أطفالهن وكانت النتيجة أفضل والتعلم أسرع في حالة الأطفال الذين تأخرن تدريبهم عن سن ١١ شهر.

معظم الأطفال ينجزون التدريب على استخدام المرحاض بين عمر ٢-٤ سنوات.

على العموم هناك ثلاث أنماط من الأطفال من حيث الجفاف الليلي:

➤ الأطفال الذين يصبحون جافيين بشكل كامل في الليل.

➤ الأطفال الذين يكون لديهم الليلي الجافة نادرة ، وبعد ذلك يتقدم الطفل ويصبح لديه

الليالي الجافة أكثر من الليالي المبللة، وبعدها يصبح لديه جفاف كامل بدون تدخل

علاجي بحلول عمر ٦ سنوات. يجب على آباء هؤلاء الأطفال مساعدته على إزالة

الحفاض مباشرة بعد استيقاظهم وإرسالهم للتبول في الحمام. إن الحفاض يجب أن

يستغنى عنها بشكل نهائي عندما يصبح عدد الليالي الجافة أكثر من المبللة.

➤ الأطفال الذين يكون لديهم عدد الليالي الجافة نادر جداً. هؤلاء الأطفال ربما سيبللون في

الليل مهما كانت الإجراءات التي اتخذت من الوالدين سواء كان الحد من السوائل، أو

إيقاظ الطفل خلال الليل وأخذه للحمام.

- يجب على الآباء الحد من الامتيازات التي يحصل عليها الطفل أو عقابه وبذلك ستنتهي

مشكلة التبول اللاإرادي بصورة أسرع:

من الضروري أن ننتبه ونتذكر بأن الطفل ليس لديه سيطرة واعية على تبوله اللاإرادي، معاقبة

طفلك على مشكلة ليس لديه يد فيها وخارج سيطرته سيؤدي إلى نتائج عكسية. التعامل مع البلل

يجب أن يكون بطريقة داعمة على سبيل المثال قدم المساعدة للطفل في ترتيب الفراش، وحمل

الفراش والشراشف من وإلى الغسيل. ويجب أن يشرح للطفل أن وضعه لثيابه المتسخة بالغسيل

هو بمثابة المشاركة بالواجبات البيئية وليس كنوع من العقاب.

- إن مشكلة التبول اللاإرادي ستنتهي مع البلوغ :

نعم ذلك صحيح، حيث أن أعداد الأطفال الذين يعانون من هذه المشكلة تقل مع زيادة العمر،

ولكن يصل ١% إلى عمر ١٨ سنة وهم يعانون من هذه المشكلة. إن البلوغ لا يعالج المشكلة،

ولا يوجد سبب يحتم علينا أن ننتظر الطفل ليصل لسن البلوغ كي يتخلص من مشكلته. لا بد لنا أن نحاول معالجته قبل ذلك.

- إن الدواء يعالج التبول اللاإرادي بشكل مضمون:

بالرغم من أن الأدوية مثل DDAVP (desmopressin) أو Ditropan (oxybutynin) تعمل جيداً كملحق بالعلاج النفسي والحالات التي تحتاج أن تبقى جافة لظروف محددة مثل (مثل طفل لديه معسكر تخييم أو لديه زيارة ليلية).

إن استخدام الدواء بمفرده نادراً ما يساعد الأطفال على التخلص من المشكلة بشكل نهائي. فعندما يوقف الدواء، ينتكس ٨٠% إلى ٩٠% من هؤلاء الأطفال المتعالجين. الدواء يمكن أن يساعد العائلات غير المستعدة للالتزام بمتطلبات العلاج السلوكي (Mercer, 2004, 1-19).

- الحد من كمية الماء التي يشربها الطفل سوف تساعده على التوقف عن التبول اللاإرادي:

إن إجراء منع السوائل قبل النوم يلجأ إليه العديد من الآباء عندما يحاولون مساعدة طفلهم الذي يعاني من مشكلة التبول اللاإرادي قبل طلب المساعدة المتخصصة، حتى الأطفال الذين يعانون من التبول اللاإرادي النهاري يعملون على منع السوائل خلال النهار من تلقاء أنفسهم للمحاولة السيطرة على المشكلة عندما يكونون خارج المنزل (Glazener & Evans, 2009, 3).

إن الأطفال الذين يحدون من السوائل خلال النهار هم في الحقيقة قد يأخذون سائل بكميات كبيرة قبل وقت النوم لموازنة جفافهم النسبي أثناء اليوم. إن تحديد السوائل للأطفال والشباب يمكن أن يكون ذو نتائج عكسية في المساعدة على الحد من مشكلة التبول اللاإرادي، لأن الأطفال لم يتدربوا على إدراك الأحاسيس المثانية التي تنتج عن تراكم البول داخل المثانة، بسبب عدم تركك فرصة لدى الطفل لكي يتراكم البول لديه (National Clinical Guideline Centre, 2010, 140).

أيضاً النقص في السوائل مثل الزيادة في السوائل إذ إن قلة السوائل قد تجعل تركيز فضلات الجسم عالياً في البول، وقد يؤدي ذلك إلى تهيج المثانة، ومن ثم زيادة عدد مرات الرغبة بالتبول (بيتيت وآخرون، ٢٠٠٦، ٧٤).

إن ضمان الكمية الكافية من السوائل أثناء اليوم قد تمنع الأطفال من الحاجة لشرب كميات كبيرة من الماء أو السوائل وقت النوم. محترفو الرعاية الصحية قدم نشرة تحتوي على الكمية السائلة المرغوبة، ليس هناك رقم واحد للكمية السائلة للأطفال والشباب فهذه الكمية تتأثر بالعديد من العوامل مثل: العمر، الجنس، الكمية الغذائية المتناولة، ومستويات النشاط الأطفال، ودرجة حرارة البيئة. الجسم الإنساني يمكن أن ينظم محتوى مائه على تشكيلة واسعة من الكميات السائلة، ويمنع

جفاف الجسم ويحافظ على الترطيب الداخلي. تجيء كمية الماء من كمية الغذاء والمشروبات وهذه الأمور تتفاوت جداً بين الأفراد. حددت هذه الوثيقة الكمية المتوسطة للماء للأعمار المختلفة وللجنسين وثقت من منظمة الصحة الوطنية

العمر	الجنس	المشروبات الكلية باليوم
4-8 years	الأنثى	1000-1400 ml
	الذكر	1000-1400 ml
9-13 years	الأنثى	1200-2100 ml
	الذكر	1400-2300 ml
14-18 years	الأنثى	1400-2500 ml
	الذكر	2100-3200 ml

(Coates, 2012, 14).

٢ - الأساليب الخاصة بطرق التعامل مع الأطفال المتبولين لإرادياً:

١. توجيه الأسرة نحو تحسين البيئة النفسية للطفل حتى يتحرر من الضغوط التي أدت إلى ظهور المشكلة:

- تقبل هذا السلوك كشيء طبيعي..... وأن يشرحوا ذلك للطفل لكي يشعر بالأمان.
- توفير الدفء والحنان والدعم للطفل.
- أن تقول الأمهات والآباء للطفل بأنه يحبونه وليس غاضبين منه.
- قراءة القصص المحببة إلى الطفل قبل النوم لتهدئته.
- إذا استيقظ الطفل مبتلاً وباكياً، فلا بأس أن يقوم الوالدين بتغيير ملابسه بهدوء، وأن يهدئ من روعه، وكذلك لا بأس من أن يحضنه ويجلس بقربه حتى يعود للنوم ثانية.
- ٢. ضرورة الالتزام بالهدوء والتحلي بالصبر على مواجهة هذه المشكلة وإشعار الطفل بالثقة بالنفس وترديد عبارات الثناء والتشجيع بأنه قادر على التغلب على هذه المشكلة.
- ٣. عدم مقارنة الطفل بإخوته أو بالأطفال الآخرين الذين يتحكمون في عملية الإخراج لديهم، حتى لا يشعر الطفل المريض بالضيق والحر، والنقص.
- ٤. عدم مواجهة مشكلة الطفل بالضرب، أو القسوة، أو التهديد والحرمان، لأن ذلك لا ينفع في تعديل سلوك الطفل الخاطئ وبناء سلوك صحيح مكان السلوك القديم، والعمل على توفير الرعاية، والاهتمام والحب مهما كانت ظروف الطفل.
- ٥. توفير جوي أسري طيب أمام الأطفال ومن الضروري على الآباء أن تكون مناقشتهمما وشجارهما بعيداً عن الأولاد الذين يجب أن يشعروا أنهم يعيشون في بيت كله حب وسعادة

٦. ضرورة فهم الأهل وخاصة الأمهات ووعيهم بأبعاد مشكلة التبول لدى الطفل ومعرفة الأسباب التي أدت إليها، والتعاون مع الطفل من أجل علاج المشكلة.
٧. يفضل تنظيم وقت فراغ الطفل وممارسة الألعاب والهوايات المفيدة والمسلية.
٨. من الضروري مراقبة سلوك الطفل العام، والاضطرابات التي تظهر على هذا السلوك والتي تصاحب عملية التبول لديه.
٩. ضرورة إجراء فحوص طبية مستمرة، وتحقيق التعاون بين الطفل وأسرته ومدرسته.
١٠. من الضروري توفير مرافق جيدة لقضاء حاجة الطفل، وبحيث تكون هذه المرافق مضاءة، ونظيفة، وقريبة المكان وكذلك توفير ملابس مريحة للطفل وسهلة الاستخدام.
١١. إذا كان الطفل يخاف من الظلام فليوضع في غرفة نومه ضوء أو إناء خاص بالتبول.
١٢. عدم توبيخ الأطفال وذكر عيبيهم أمام الضيوف والأصدقاء.
١٣. توجيه الأخوة بعدم السخرية والاستهزاء من مشكلة الطفل.
١٤. مساعدة الطفل على النوم ساعات كافية بالليل، وأن ينام ساعة واحدة بالنهار لأن ذلك يتغلب على مشكلة عمق النوم.
١٥. تشجيع الطفل في الذهاب لدورة المياه قبل الذهاب إلى النوم.
١٦. توفير أغطية وملابس داخلية بقرب الطفل وتشجيعه على القيام بتبديلها بمفرده في حالة التبول حتى يشعر بمسؤوليته تجاه المشكلة.
١٧. منع المواد الحريفة أو المالحة عن الطفل ليلاً، لأنها تتطلب شرب كميات من المياه.
١٨. تدفئة الطفل جيداً أثناء النوم وخاصة في فصل الشتاء، إذ إن البرد قد يكون أحد الأسباب التي تجعل الطفل يتبول دون إرادة منه.
١٩. استخدام أساليب التشجيع اللفظي مثل "أنت اليوم ممتاز لأنك لم تبلل ثيابك".
٢٠. أهم عامل في علاج التبول اللاإرادي لدى الطفل هو أن نجعل الطفل يعتقد أن ما يفعله لا يعد جريمة أو غلطة مشينة تستحق العقاب، وليس هو الطفل الوحيد بالعالم الذي يعاني من هذه المشكلة بل هناك الكثير من الأطفال وهي قابلة للعلاج ومن الضروري وذلك بأن لا نذكر أمامه شيئاً عن مرضه (سليمان، ٢٠٠٥، ٩٥).

تقدم الأساليب السابقة في نشرة للأمهات في نهاية الجلسة ويطلب إلى الأمهات ضرورة التقيد بكل ما سبق

الواجب
المنزلي

المحاضرات الخاصة بالأمهات

المحاضرة الثالثة:	
ما يستهدفه البرنامج	
أهداف الجلسة	- أن تتعرف الأمهات على شروط البرنامج. - أن تتعرف الأمهات على ما يستهدفه البرنامج.
مدة الجلسة	ساعة ونصف
التقنيات المستخدمة بالجلسة	المحاضرة، المناقشة
الأدوات المستخدمة	جهاز عارض، كمبيوتر
محتوى المحاضرة	- شروط البرنامج العلاجي السلوكي: - تطبيق طرق المعالجة الدراسية الحالية وإيقاف طرق المعالجة الأخرى لمدة الدراسة الحالية. - عدم إلباس الطفل حفاظة الأطفال في وقت النوم لمدة الدراسة الحالية. - عدم استخدام العقاب نحو الطفل بخصوص التبول اللاإرادي لمدة الدراسة الحالية. - دعم علاج التبول اللاإرادي الليلي لدى الأطفال. - تعهد الطفل بالدراسة الحالية بالتزام بالعلاج المطبق لاضطراب التبول اللاإرادي. - تسجيل البيانات وتنفيذ إجراءات التدخل الموصوفة. - ما يستهدفه البرنامج العلاجي السلوكي : - مساعدة الطفل على الحصول على الجفاف الكامل أو تخفيض في عدد الليالي المبللة وذلك من خلال تنفيذ عدد من الإجراءات وهي كالتالي: - شرح اضطراب التبول اللاإرادي: ما هو ونسبة انتشاره وأسبابه وطرق علاجه من خلال فيلم كرتوني قصير. - شرح طرق تواصل الدماغ والمثانة عند الشعور بالحاجة إلى التبول من خلال قصة قصيرة.

- تنظيم سلوك شرب الماء وسوف يتم تحديد ذلك من خلال خطة تقدم للطفل مع كأس مدرجة للتحديد كمية الماء في الصباح وعند الظهر والمساء. تطلب الباحثة إلى الأمهات

- تسجيل الطفل لليالي الجافة والليالي المبللة وذلك من خلال جدول يلصق فيه وجوه ضاحكة عن الليالي الجافة ولا يلصق أي شيء عن الليالي المبللة، وسوف تستمر طوال فترة البرنامج، الغرض منها مراقبة الطفل لذاته وتقديم التدعيم المادي والمعنوي للطفل من الأمهات ومن الباحثة.

- تنفيذ تدريب الاحتفاظ : تنوه الباحثة للأمهات بأن التدريب سوف يجرى بشكل جماعي من أجل دقة القياس لحجم البول المفرغ، و لزيادة المنافسة بين الأطفال والوصول إلى الإنجاز بصورة أسرع:

الهدف منه العمل على مساعدة الطفل على إدراك إحساس امتلاء المثانة.

العمل على مد عضلة المثانة بحيث تستوعب كمية أكبر من البول.

نطلب إلى الطفل زيارة المرحاض والتبول، ثم نقدم شراب للطفل تبعاً لوزن الطفل ولكن أقصى كمية هي (٥٠٠) مليمتراً (بحدود كأسان ماء). عندما يشعر الطفل برغبة ملحة للتبول، نشجع الطفل لحجب التبول، ونستعمل مؤقت المطبخ الذي يستعمل للإشارة عندما يعبر الوقت المحدد للاحتفاظ فيدق الجرس المؤقت، وعندما لا يمكن للطفل أن يؤجل التبول، يطلب إليه أن يستعمل دورق القياس عند قيامه بالتبول: تقوم الباحثة أو الأم بمساعدة الطفل للتسجيل: الوقت المضبوط الذي شرب فيه الطفل الشراب، شعوره برغبة بالتبول، وتبوله أخيراً، حجم البول المفرغ، طول الوقت الذي تم فيه تأخير التبول، يتم تسجيل ذلك بعد كل دورة تدريب. والتي يتم تنفيذها يومياً ولمرة واحدة بالنهار يتم مدح الطفل للزيادات في فترات الاحتفاظ أو للزيادة في حجم البول، بينما لا يكون هناك أي تعليق لأي تناقصات. في الجلسات اللاحقة يتم تشجيع الطفل لزيادة المدة دقيقة أو دقيقتين إلى أن تصل إلى (٤٥) دقيقة أو حسب قدرة الطفل، وسوف يتم منح الجداول الخاصة بتدريب الاحتفاظ للطفل مع الكأس التي تحدد كمية الماء أو الشراب التي سوف يأخذها الطفل يومياً وطوال فترة التدريب.

الساعة المنبهة:

بداية يتم تحديد الوقت الذي يبلى فيه الطفل فراشه كل ليلة، وعلى أساس هذا الوقت يتم ضبط الساعة المنبهة قبل هذا الوقت بقليل لكي يستيقظ الطفل ويذهب للحمام كي يفرغ مثانته، ويجب على الطفل أن يبقى سبع ليالي متتالية بدون أن يبلى الطفل فراشه قبل تعديل وقت الاستيقاظ، إذا حقق الطفل هذا المعيار حرك وقت الاستيقاظ إلى الأمام ½ ساعة (ومثال على ذلك من ٢ إلى ٢:٣٠ صباحاً) أما إذا لم يحقق هذا المعيار يتم تحريك وقت الاستيقاظ قبل ½ ساعة (ومثال ذلك من ٢ إلى ١:٣٠ صباحاً).

الهدف النهائي من هذه التقنية هو إزالة الإيقاظ الليلي بشكل نهائي
نضع ضوء في جواره وإذا لم يستيقظ الطفل من تلقاء نفسه على صوت المنبه، على
الأم إتباع الخطوات التالية:

إضاءة النور.

ننادي عليه باسمه.

الملاسة.

تشغيل المنبه بجواره

هزه، بلطف، وحمله إلى الحمام حيث يشجع على الجلوس على مقعد المرحاض،
وبمجرد أن يبدأ بذلك يقدم له المعزز التي تم تحديده أنه يحبه في الجلسات الأولى
تتكرر هذه العملية في كل ليلة حسب عدد مرات التبول وإذا لم يتبول الطفل، في
ذلك الوقت يستحث التبول عن طريق إحداث صوت شبيه بصوت اندفاع البول أو
فتح صنوبر المياه عند جلوس الطفل على كرسي المرحاض، وقد نبهت الأمهات
بوضوح بضرورة أن يقدم المعزز الذي يحبه عند ظهور أول علامة على بدء
التبول. ويجب على الأم أن تحضن الطفل بلطف عند إيقاظه على سبيل التدعيم
الاجتماعي ولتيسير حدوث سلوك التبول في المكان المناسب. يجب على الأمهات
الالتزام الكامل بهذا الاتفاق. في اليوم الثالث على تنفيذ تمرين الإيقاظ، يتم وضع
المعزز على مرأى من بصر الطفل وتوجيهه إلى أخذه بنفسه، ويجب على الأهل
تقديم تقرير يومي بالهاتف للباحثة، وبخاصة من الطفل كي يتلقى التدعيم اللفظي
من الباحثة . يتم توجيه الأمهات لإنفاص المدعم بشكل تدريجي، وحث الطفل على
الاستيقاظ، كما توجه الأمهات للزيادة الوقت لإيقاظ الطفل بشكل تدريجي، وعندما

يحين وقت الاستيقاظ للموعد الذي حدد بأنه وقت تبول الطفل يجب على الأمهات أن ينتظرا، ليروا إذا كان الطفل سيسيقظ على صوت المنبه، أم لا فإذا لم يسيقظ، كررا الأسلوب السابق، إلى أن يسيقظ الطفل بصوت المنبه أو تلقائياً، فإذا استيقظ الطفل بصوت المنبه أو تلقائياً، يتم تقديم الدعم اللفظي من قبل الأم.

تم اتباع نظام النقاط حيث قُدم (٢٠) نقطة عن كل ليلة تمر بدون بلل و(٢٠) نقطة إضافية إذا مرت (٧) ليالي بدون بلل وتم تحقيق معيار الجفاف عن الوقت الذي يمر.

وإذا ما بلل الطفل يتم تجاهل.

شرح طريقة العمل:

عدد أسابيع جلسات البرنامج: (١٢) أسبوع

١- منها (٤) أسابيع يكون تدريب الأطفال بإشراف الباحثة بمعدل جلسة يومياً تتراوح مدة الجلسة بين (٦٠-٩٠) دقيقة.

يتم خلال هذه الفترة التعارف بين الباحثة والأطفال و تعريفهم بالبرنامج العلاجي، تقديم شرح عن التبول اللاإرادي ونسب انتشاره وأسبابه، و شرح جدول مراقبة الذات (المكافئات)، بالإضافة إلى ذلك يتم تدريب الأطفال على تنظيم سلوك شرب الماء، وتدريبهم على الاحتفاظ، وشرح برنامج الإيقاظ الليلي المتدرج.

٢- منها (٨) أسابيع يكون تنفيذ تدريب برنامج الإيقاظ الليلي بإشراف الأمهات الذي تم شرحه سابقاً مع تقديم الدعم لتنفيذ الأطفال تنظيم سلوك شرب الماء، والتسجيل في جدول مراقبة الذات.

خلال هذه المرحلة تتم متابعة الأطفال مرة كل أسبوع إما عن طريق الهاتف أو المقابلة الشخصية في منزل الطفل، و ذلك لتقديم الدعم للأطفال ومتابعة سير تقدمهم.

الجلسات التدريبية للأطفال

الجلسة الأولى	
موضوع الجلسة	جلسة تعارف بين الباحثة والأطفال
مدة الجلسة	٦٠ دقيقة
أهداف الجلسة	١- التعارف بين الباحثة والأطفال. ٢- إقامة علاقة تفاعلية بين الباحثة والأطفال من جهة، وبين الأطفال مع بعضهم البعض من جهة أخرى. ٣- تعريف الأطفال بالبرنامج العلاجي، والهدف منه، والأساليب التي سيتم إتباعها خلال جلساته. ٤- مناقشة العقد الإرشادي السلوكي الذي يحدد قواعد السلوك والعمل في الجلسات العلاجية.
مكان التدريب	صالة الياسمين.
التقنيات المستخدمة:	التعزيز.
الأدوات المستخدمة	كرة كرتونية، مجموعة من الأوراق الخاصة بالعقد الإرشادي السلوكي، الأقلام، أوراق المقابلة.
إجراءات الجلسة:	١. مع بداية الجلسة تلقي الباحثة السلام على الأطفال، وترحب بهم، وتعرفهم بنفسها. وتتعرف عليهم من خلال لعبة، تحاول التقرب أكثر من الأطفال وإيجاد ألفة بينها وبينهم، وكذلك تعرف الأطفال على بعضهم. ٢. تبدأ الباحثة اللعبة بإحضار كرة من الكرتون، مكتوب عليها مجموعة من الأسئلة (ما اسمك، ما عمرك)، وتطلب من أحد الأطفال أن يقوم ويأخذ الكرة ويدير ظهره ويرميها والطفل التي تأتي عليه يجيب على الأسئلة، ويرمي الكرة وهكذا دواليك، إلى أن نتعرف على جميع الأطفال. ٣. تسأل الباحثة الأطفال عن الهدف الأساسي من اشتراكهم في البرنامج، وعن توقعاتهم منه.

توضح الباحثة للأطفال بأنها تحاول أن تدرس أفضل الطرق لمساعدة الأطفال الذين يتبولون لإرادياً في الليل. ستعمل الباحثة معك لمساعدتك على التخلص من المشكلة. ستتكلم الباحثة معك حول ما تشعره حول التبول اللاإرادي، سوف يتم خلال البرنامج بعض النشاطات للمساعدة على إيقاف التبول اللاإرادي، وستشرح لك الباحثة هذه النشاطات لكي تتمكن من القيام بها، ومساعدة نفسك على التخلص من المشكلة.

هذه النشاطات تتطلب منك أيها الطفل التزام وصبر لكي تتعلمها، وتشفى من المشكلة التي تعانيها تتضمن هذه النشاطات (خطة لشرب السوائل، جدول المكافئة، تدريب الاحتفاظ، والإيقاظ الليلي من خلال الساعة المنبهة). والمنبه سوف يحدث ضجة بالليل لكي تستيقظ وتطفئ المنبه، وتذهب للمرحاض قبل أن تتبول بفراشك، ستتكلم الباحثة معك للتأكيد لك أنك بخير

بعد ذلك توضح لهم بأن هذا البرنامج سوف يساعد أمهاتكم أن يعلموا بأن هذه ليست مشكلتكم فقط ولكن مشكلة الكثير من الأطفال أيضاً. ويعرفوا بأنه ليس عيبك لأنك نائم. المعلومات والتدريبات الموجودة بهذا البرنامج يمكن أن تساعدك أن تتعلم التوقف عن تبليل فراشك وثيابك، ويمكن أن تساعدك أن تتخلص من هذه المشكلة وتبقى جاف.

ولكن النقطة الأكثر أهمية بأنك أنت المسؤول عن العلاج ونحن سنساعدك بإعطائك التعليمات والتدريبات التي سوف تساعدك. سوف يتم شرح كل تدريب بالجلسة الخاصة به وسوف يتم تقديم العديد من المكافئات على الالتزام بالإجراءات وتنفيذ التعليمات وتسجيل البيانات المطلوبة بإشراف الأم والباحثة وتم التوضيح للأطفال أن التدريبات الخاصة بالبرنامج جمالية وسهلة والجميع سيتمكنون من إنجازها والباحثة سوف تساعدكم حتى يتم إتقان التدريب الذي سوف يساعد على حل المشكلة للجميع.

٤. توضح الباحثة للأطفال أن هناك عدد من الأمور التي يجب الالتزام بها من أجل نجاح البرنامج العلاجي، مثل الالتزام بمواعيد الجلسات، والاحترام المتبادل بين الأطفال وأن هذه الأمور تسمى بالعقد الإرشادي السلوكي مع الأطفال ملحق رقم (١٧-١)، وبعد موافقة جميع أفراد العينة على مضمون

العقد الإرشادي طلبت الباحثة منهم التوقيع على مضمونه، ووقعت الباحثة أيضاً، وطلبت منهم الاحتفاظ بنسخة منه لاستذكار بنوده وعدم نسيانها. ٥. في نهاية الجلسة توزع الباحثة قطع من السكاكر، للأطفال المشاركين بالبرنامج، وذلك لتحفيزهم وتشجيعهم على حضور الجلسات و التفاعل خلال تطبيق البرنامج ثم تحدد موعد الجلسة القادمة وتشكر الأطفال على حضورهم.	
---	--

الجلسة الثانية	
موضوع الجلسة	جدول مراقبة الذات
مدة الجلسة	٦٠ د
أهداف الجلسة	٣- تقديم شرح عن التبول اللاإرادي. ٤- شرح جدول مراقبة الذات.
مكان التدريب	صالة الياسمين
التقنيات المستخدمة	التعزيز
الأدوات المستخدمة	جهاز كمبيوتر، جداول مراقبة الذات، الملصقات الخاصة بجدول مراقبة الذات.
إجراءات الجلسة	١- تلقي الباحثة السلام، ثم تبدأ الجلسة بذكر أسماء الأطفال مرحبة بهم واحداً واحداً، ثم تسأل كل طفل عن مشاعره اليوم حول التبول اللاإرادي عارضة عليهم مجموعة من الوجوه التي تعبر عن المشاعر المختلفة. ٢- تقوم الباحثة بتقديم شرح عن كيف يصنع البول وعن الجهاز البولي لدى الإنسان من خلال الملحق رقم (١٧-٢). ٣- تقدم الباحثة شرح عن التبول اللاإرادي ونسبة انتشاره وأسبابه وطرق معالجته من خلال قصة قصيرة الملحق رقم (١٧-٢).

٤- تعرض الباحثة على شاشة العارض جدول مراقبة الذات ملحق رقم (٤) وتقدم شرح عن كيفية تعبئته، فعلى كل طفل أن يضع وجهه سعيد لليوم الذي يستيقظ فيه ويجد فراشه جاف، أما اليوم الذي يستيقظ فيه ويجد فراشه مبلل لا يضع شيء، وفي نهاية كل أسبوع يجمع عدد الليالي الجافة. تتابع الباحثة الشرح بأن هذا الجدول سوف يبقى معنا طوال فترة العلاج كي نتعرف على الفروق التي حدثت بين يوم وآخر، ونتعرف على عدد الليالي الجافة بالأسبوع، ثم تقوم الباحثة بسؤال كل طفل إذا ما بلل فراشه أم لا الليلة السابقة وتضع وجهه سعيد للطفل الذي استيقظ وفراشه جاف ولا تضع شيء للطفل الذي كان فراشه مبلل، وتقول على هذا النحو سوف يتم الأمر. مع تقديم عبارات الثناء والتشجيع للجميع، وتطلب من الأطفال ضرورة الالتزام بتنفيذ الإجراءات، الخاصة بهذا الجدول. ٥- في نهاية الجلسة توزع الباحثة على الأطفال جداول مراقبة الذات ملحق رقم (١٧-٤) مع الملصقات الخاصة بهذا الجدول وتشكر للأطفال حضورهم وتحدد لهم موعد الجلسة القادمة.	
---	--

الجلسة الثالثة	
موضوع الجلسة	تنظيم سلوك شرب الماء
مدة الجلسة	٦٠ د
أهداف الجلسة	١- التأكد من قيام الطفل باستخدام جدول مراقبة الذات المتفق عليه بالجلسة السابقة ومراجعته. ٢- تدريب الطفل على تنظيم سلوك شرب الماء.
مكان التدريب	صالة الياسمين.
التقنيات المستخدمة	التعزيز، الواجبات المنزلية.
الأدوات المستخدمة:	جهاز كمبيوتر، كؤوس مدرجة، أوراق خاصة بخطة شرب الماء.

إجراءات الجلسة:

- ١- تلقي الباحثة السلام، ثم تبدأ الجلسة بذكر أسماء الأطفال مرحبة بهم واحداً واحداً، ثم تسأل كل طفل عن مشاعره اليوم حول التبول اللاإرادي عارضة عليهم مجموعة من الوجوه التي تعبر عن المشاعر المختلفة.
- ٢- تقديم الباحثة تغذية راجعة لما تم بالجلسات السابقة مع تقديم الدعم المناسب تبعاً لمستوى التحسن الذي وصل له الطفل.
- ٣- توزع الباحثة كؤوس مدرجة على الأطفال سعة (٢٥٠) مل، ثم تقوم بسؤال الأطفال عن آخر سائل تناوله في اليوم الفائت ما هو وكم كانت الساعة، كما تسأل الأطفال عن كمية الماء التي تناولوها اليوم، ثم تبدأ بتقديم شرح عن ضرورة الماء للجسم. تقول الباحثة إن أجسامنا تعمل على نحو أفضل عندما نأخذ كمية كافية من الماء. فنشعر بتعب أقل ويمكن التركيز بشكل أفضل بالمدرسة. كما تتأثر لدينا الكلى المثانة إذا لم نشرب كمية كافية من المياه، وإذا لم نعمل على توزيع الماء على كافة أرجاء اليوم، أو إذا شربنا نوع خاطئ من السوائل مثل الشاي والقهوة والمياه الغازية. فالعديد من الأطفال يعتقد بأنه إذا شرب كمية قليلة من الماء سوف يجف بالليل. ولكن هذا غير صحيح، فعدم شرب كمية كافية من الماء يخلق حاجة إلى الذهاب إلى الحمام، وبالتالي سيصغر لدينا حجم المثانة. وأيضاً ممكن أن يجعلنا نشعر بالعطش الشديد ونشرب كمية كبيرة من الماء عند المساء وبالتالي ممكن أن نتبول بالفراش بالليل. لذلك سوف نضع خطة لشرب الماء ونحاول نلتزم بها جميعاً. إن الأطفال الذين بعمرهم بحاجة إلى شرب (٦-٨) كؤوس بنفس حجم الكأس المدرجة. تقدم الباحثة شرح عن الخطة ملحق رقم (٥) وهي موضحة بالرسوم وبعد ذلك تقول بأننا سنحاول شرب الماء بهذا الكأس المدرج عند النهوض من النوم بمقدار (١) كأس ماء ، خلال التواجد بالمدرسة (٢-٣) كأس ماء أما في أيام العطل فيمكن أن يكون شرب الماء بعد الإفطار، الغذاء (١-٢) كأس ماء، استراحة الغذاء (١) كأس ماء، الشراب الأخير يفضل أن يكون قبل ٩٠ دقيقة من الذهاب للنوم وبحدود نصف الكأس المدرج من الماء، كما توضح الباحثة للأطفال ضرورة تجنب بعض المشروبات خصوصاً عند المساء لأنها تسبب كثرة الدخول إلى الحمام وهي موضحة بالملحق رقم (١٧-٥).

٦- في نهاية الجلسة تلخص الباحثة ما دار بالجلسة و توزع الباحثة على الأطفال خطة تنظيم سلوك شرب الماء ملحق رقم (١٧-٥) والتي سيتم الالتزام بها إلى نهاية البرنامج و تطلب منهم إحضار جدول المكافآت و خطة تنظيم سلوك شرب الماء مع الالتزام التام بما تم الاتفاق عليه وتشكر للأطفال حضورهم وتحدد لهم موعد الجلسة القادمة.	
--	--

الجلسة الرابعة إلى الجلسة السادسة والعشرين	
موضوع الجلسة	تدريب الاحتفاظ
مدة تنفيذ تدريب الاحتفاظ	بين ٢٢- إلى ٢٧ يوم
مدة الجلسة	فقط في جلسات تدريب الاحتفاظ الزمن مفتوح حتى ضمان حدوث الاستجابة لدى الطفل وهي زيادة مدة الاحتفاظ تدريجياً بين ٢ دقيقة إلى ٤٥ دقيقة، على أن لا تتجاوز مدة الجلسة ١,٥ ساعة.
أهداف الجلسة	٥- مراجعة ما تم بالجلسات السابقة وتقديم المعززات المناسبة تبعاً لمستوى التحسن. ٦- توضيح تدريب الاحتفاظ. ٧- أن يضبط الطفل مثانته من الجلسة الرابعة إلى الجلسة السادسة والعشرين لمدة تزيد تدريجياً من دقيقتين إلى ٤٥ دقيقة بعد أن يبدي الطفل رغبته لدخول الحمام.
مكان التدريب	صالة الياسمين أو منزل الطفل
التقنيات المستخدمة	التعزيز، تدريب الاحتفاظ.
الأدوات المستخدمة	بالون، مؤقت، إبريق مدرج، كؤوس مدرجة، معززات غذائية ومادية، معززات رمزية، مواد منظفة، منشفة.

إجراءات الجلسة

١- تقوم الباحثة بمراجعة ما تم بالجلسات السابقة وتقديم الثناء والتشجيع للطفل للالتزام بما تم الاتفاق عليه فيما يخص جدول مراقبة الذات و خطة شرب الماء، وتسأل عن الصعوبات التي واجهتهم خلال تطبيقها، وتقوم الباحثة بوضع التعديلات اللازمة التي تناسب كل طفل.

٢- تبدأ الباحثة بشرح تدريب الاحتفاظ، فتقوم بداية بشرح كيفية تواصل المثانة مع الدماغ عندما تكون المثانة ممتلئة بالبول بالصور والرسوم باستخدام جهاز العارض ملحق رقم (١٧-٦).

وبعد ذلك توزع على الأطفال بالونات وتقول لهم لقد تعلمنا من خلال ما سبق أن الجسم يحتفظ بالبول في وعاء على شكل بالون وتأخذ الباحثة بالون وتملئه بالماء وتقول لهم إن البالون يمثل المثانة والماء يمثل البول وتعرضه على الأطفال وتخبرهم بأن جدران المثانة مثل هذا البالون كلما زادت كمية الماء بداخله كلما كبر حجم البالون أكثر ونحن سوف نتعلم تدريب يساعدنا على زيادة حجم المثانة إلى أقصى حد ممكن وذلك من خلال الاحتفاظ بالبول عندما نشعر برغبة بالتبول لمدة سوف نزيدها تدريجياً من دقيقتين إلى خمس وأربعون دقيقة بحيث تحتوي على كمية أكبر من البول كما سوف يساعدنا هذا التدريب على أن نشعر بإحساس امتلاء المثانة بالبول ونحن نائمون وتكون لدينا إحساس بالسيطرة على المثانة أكثر فأكثر والبعض منا سوف يحتاج إلى وقت أكثر من غيره ليتعلم هذه المهارة لذلك نحتاج إلى الوقت والصبر.

٣- تقول الباحثة للأطفال بأننا الآن سوف نبدأ هذا التدريب، وتطلب من جميع الأطفال زيارة المراض والتبول، وتطلب بعد ذلك من أحد الأطفال القيام بتوزيع الكؤوس المدرجة على زملائه، ثم تقوم الباحثة بإعطاء كل طفل سائل يبلغ حجمه (٥٠٠) مل، مرة واحدة بمقدار كوبان من الماء، وتطلب الباحثة إلى كل طفل تسجيل الوقت الذي أخذ به كوبان من الماء ويكون ذلك بمساعدة الباحثة .

وبعد ذلك تقول الباحثة للأطفال بأننا بهذه الجلسة سوف نحفظ بالبول لمدة زمنية كحد أدنى سوف تبدأ من دقيقتين في الجلسة الأولى من جلسات تدريب الاحتفاظ وسوف نزيدها في الجلسات التالية كحد أقصى إلى ٤٥ دقيقة، فعندما يشعر أي طفل برغبة بالتبول سوف نسجل الوقت الذي شعر الطفل بحاجته للتبول ونستخدم

مؤقت (وهنا تعرض الباحثة المؤقت على الأطفال) و من خلال هذا المؤقت نضبط الوقت المخصص لكل جلسة، وعندما يمر الوقت المطلوب سوف يطلب إلى الطفل أن يستخدم المراض ويفرغ البول في الوعاء المدرج وبعد ذلك سوف نسجل كمية البول المفرغة.

هنا تقول الباحثة للأطفال بأن يقوموا بنفخ البالونات التي تم توزيعها عليهم في بداية الجلسة واللعب بها بشكل جماعي حتى يشعر كل طفل بحاجته للتبول وعندها يخبر الباحثة كي نضبط المؤقت وعندما يرن المؤقت نذهب للمراض ونفرغ المثانة في الوعاء المدرج.

٤- تنتظر الباحثة الأطفال حتى يشعروا برغبة بالتبول وتقوم بمراقبتهم خلال لعبهم وعندما يشعر أحد الأطفال برغبة بالتبول تطلب إلى الطفل تسجيل الوقت وتعمل الباحثة على ضبط المؤقت الخاص بالطفل وعندما يرن جرس المؤقت ترافق الباحثة الطفل إلى المراض وتنتظره حتى يفرغ مثانته في الوعاء المدرج وتقوم الباحثة بالثناء على الطفل لإنجازه المدة المحددة وتعطيه نقطة لكل دقيقة وتخبره بأنه بإمكانه استبدال النقاط بجوائز تبعاً لعدد النقاط.

ملاحظة: تقوم الباحثة بمساعدة الطفل على تسجيل الوقت الذي تناول فيه الماء، والوقت الذي شعر فيه بحاجته للتبول، والوقت الذي تبول به، ومدة الاحتفاظ التي تم إنجازها من قبل الطفل وكمية البول المفرغة من خلال ورقة خاصة بكل طفل ملحق رقم (١٧-٧).

٥- عندما ينتهي جميع الأطفال من تنفيذ تدريب الاحتفاظ تشكر الباحثة حضورهم وتحدد لهم موعد الجلسة القادمة والتي سنعمل فيها على زيادة مدة الاحتفاظ لمدة أكبر حتى نصل للحد الأقصى و هو ٤٥ دقيقة.

الجلسة السابعة والعشرون	
موضوع الجلسة	برنامج الإيقاظ المتدرج والساعة المنبهة
مدة تنفيذ تدريب الإيقاظ المتدرج والساعة المنبهة	٨ أسابيع
مدة الجلسة	٦٠ د
أهداف الجلسة	١- تقييم النتائج التي حصل الطفل عليها من خلال تنفيذ التدخلات السلوكية المتفق عليها. ٢- تدريب الطفل على برنامج الإيقاظ واستخدام الساعة المنبهة
مكان التدريب على الجلسة	صالة الياسمين
مكان تنفيذ برنامج الإيقاظ الليلي المتدرج مع الساعة المنبهة	منزل الطفل
المدرّب على البرنامج	الباحثة
منفذ البرنامج على الطفل	الأم بإشراف الباحثة
التقنيات المستخدمة	الشرح والمناقشة والحوار، التعزيز، النمذجة، الواجبات المنزلية.
الأدوات المستخدمة:	اللوحة، الأقلام، الكراسيات، سرير المعاينة، ساعات منبهة.
إجراءات الجلسة	١- تقوم الباحثة بتقديم تغذية راجعة عن جميع الجلسات السابقة مع الإطلاع على جداول مراقبة الذات للتعرف على التحسن الذي وصل له الطفل بناء على التدخلات السلوكية التي تم تنفيذها بالجلسات السابقة مع تقديم التدعيم والتشجيع تبعاً لمستوى التحسن والالتزام بما تم الاتفاق عليه.

٢- توضح الباحثة للأطفال بأن هذه الجلسة ستكون تطبيقاً عملياً لكيفية الاستيقاظ بالليل من خلال استخدام الساعة المنبهة، قبل موعد التبول لإفراغ المثانة.

تذكر الباحثة الأطفال بأن الإيقاظ الليلي المتدرج يمكن أن يساعد على معالجة التبول اللاإرادي عندما يتم الالتزام بالتعليمات بشكل صحيح. توضح الباحثة للأطفال طبيعة تدريب الإيقاظ الليلي المتدرج بأنه بداية سيتم تحديد الوقت الذي تبلى فيها أيها الطفل فراشك كل ليلة، وعلى أساس هذا الوقت يتم ضبط الساعة المنبهة قبل هذا الوقت بقليل لكي تستيقظ أيها الطفل وتذهب للحمام كي تفرغ مثانتك، بداية بمساعدة والدتك وبعدها بنفسك باستخدام المنبه وبعدها بدون استخدام منبه.

ويجب عليك أيها الطفل أن تبقى سبع ليالي متتالية بدون أن تبلى فراشك قبل أن نقوم بتعديل وقت الاستيقاظ، إذا حققت أيها الطفل هذا المعيار حرك وقت الاستيقاظ إلى الأمام ١/٢ ساعة (ومثال على ذلك من ٢ إلى ٢:٣٠ صباحاً) أما إذا لم يحقق هذا المعيار يتم تحريك وقت الاستيقاظ قبل ١/٢ ساعة (ومثال ذلك من ٢ إلى ١:٣٠ صباحاً).

الهدف النهائي من هذه التقنية هو إزالة الإيقاظ الليلي بشكل نهائي. سيُقدم لك (٢٠) نقطة عن كل ليلة تمر بدون بلل و(٢٠) نقطة إضافية إذا مرت (٧) ليالي بدون بلل وتم تحقيق معيار الجفاف عن الوقت الذي يمر. بعد ذلك تقوم الباحثة بنمذجة تمرين الإيقاظ الليلي وتعمل على تطبيقه على كل طفل على النحو التالي:

- تطلب الباحثة من أحد الأطفال الاستلقاء على سرير المعاينة وليتخيله سريرته بالمنزل ونطلب منه أن يتخيل أنه في منتصف الليل.
- تخيل أن المثانة مليئة بالبول.
- تخيل أنك تشعر بضغط المثانة.
- تخيل أن مثانتك تحاول أن توقظك.
- تخيل أن مثانتك تقول (استيقظ بسرعة قبل أن يفوت الأوان)
- أسرع إلى الحمام وأفرغ المثانة.

- ذكر نفسك بأن تستيقظ بنفس الطريقة بالليل. نطلب من الأطفال تنفيذ هذا التمرين نفسه خلال فترة النهار عندما يشعر الطفل برغبة بالتبول يذهب الطفل إلى السرير بدلاً من دورة المياه ويستلقي في فراشه ويتظاهر أنه نائم، ويحدث نفسه: أن هذا ما يحدث أثناء الليل عندما تحاول المثانة إيقاظه، بعد عدة دقائق يذهب للحمام يتبول (تماماً كما يجب أن يفعل بالليل). ٣- عندما ينتهي جميع الأطفال من تنفيذ نمذجة الإيقاظ تشكر الباحثة حضورهم وتذكرهم بمدة تنفيذ هذا التدريب القصوى وتذكرهم بمدى أهمية الالتزام بالتعليمات التي تم الاتفاق عليها وضرورة استمرار التواصل بين الباحثة والأطفال سواء عن طريق الهاتف أو المقابلة الشخصية إذا لزم الأمر أو إذا احتاجوا إلى أي مساعدة أو نصيحة.	
--	--

الجلسة الثامنة والعشرون الجلسة الختامية	
موضوع الجلسة	الجلسة الختامية
مدة الجلسة	٦٠-٩٠ د
أهداف الجلسة	١- التلخيص والاعلان عن نهاية البرنامج مع الطفل. ٢- تعرف فاعليّة البرنامج العلاجي (القياس البعدي) . والتقويم النهائي
مكان التدريب على الجلسة	صالة الياسمين
التقنيات المستخدمة	التعزيز
الأدوات المستخدمة	استمارات ملاحظة تكرار التبول اللاإرادي- استمارات المقابلة النهائية

إجراءات الجلسة	١- ترحب الباحثة بالأطفال ، وتامل أن يكونوا قد استفادوا من الأساليب التي تعلموها خلال جلسات البرنامج العلاجي. ٢- تناقش الباحثة الأطفال حول آرائهم في البرنامج العلاجي وجلساته بشكل جماعي وبعد ذلك تعمل على تطبيق المقابلة الخاصة بالأطفال بشكل فردي الملحق رقم (٦). ٣- توزع الباحثة على الأطفال بطاقة ملاحظة التبول اللاإرادي وتطاب منهم التعاون مع أمهاتهم لتعبئتها خلال فترة أسبوعين. ٤- تستلم الباحثة من الأطفال جداول مراقبة الذات وتعرض لهم مستوى التحسن الذي طرأ على حالة كل طفل من خلال منحني بياني. ٥- تشكر الباحثة الأطفال على التزامهم بتعليماتها خلال البرنامج العلاجي، وتوزع عليهم مجموعة من الهدايا الرمزية.
----------------	---

ملاحق البرنامج العلاجي

الملحق رقم (١٧-١)

العقد الإرشادي السلوكي بين الباحثة والطفل

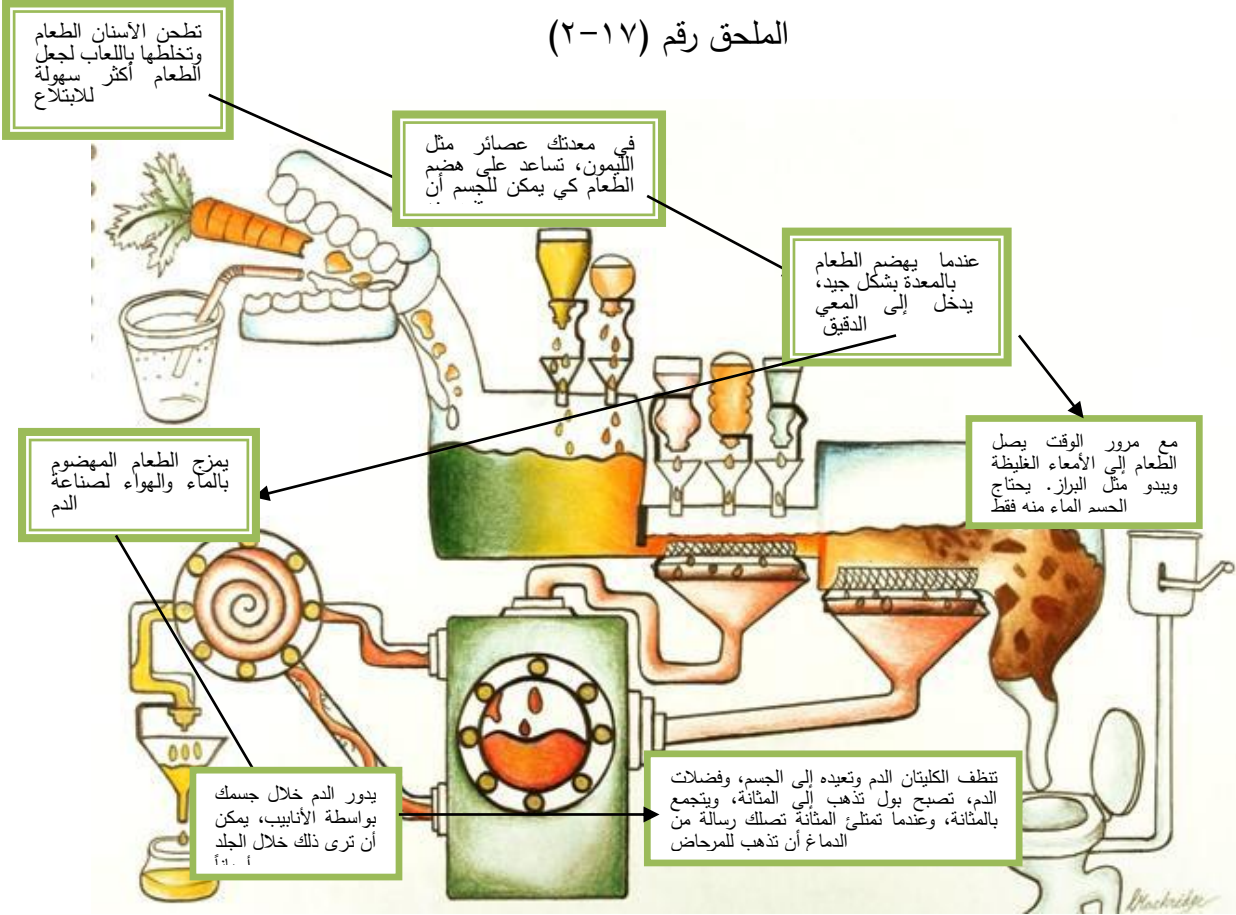
أنا الطفل..... أتعهد الالتزام بما يلي:

- (١) الالتزام بتعليمات الباحثة داخل الجلسات وخارجها.
- (٢) الالتزام بحضور الجلسات في الموعد الذي يتم الاتفاق عليه.
- (٣) المشاركة الفعالة من قبل الأطفال خلال الجلسات.
- (٤) المحبة والاحترام والتعاون مع أفراد المجموعة.
- (٥) عمل الواجبات المنزلية التي تطلبها الباحثة.
- (٦) احترام آراء بعضهم البعض، وعدم السخرية من آرائهم.

توقيع الباحثة:

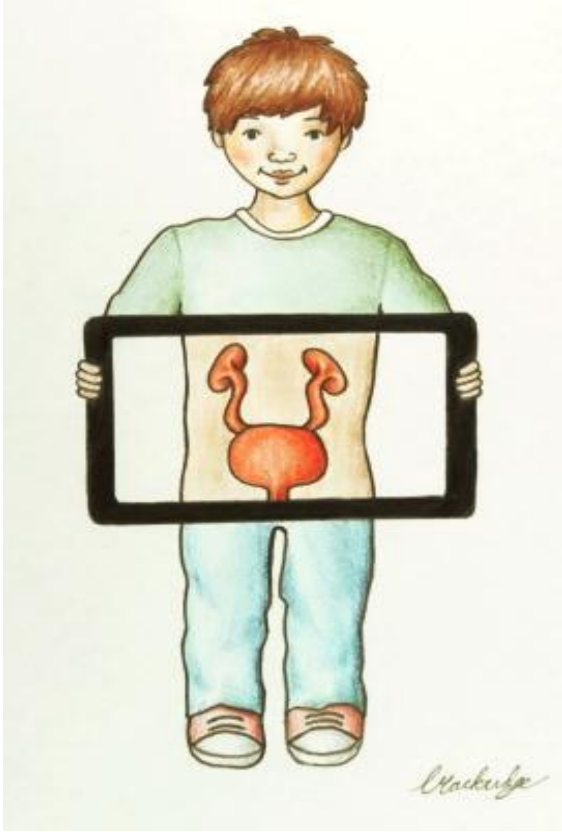
توقيع الطفل:

الملحق رقم (١٧-٢)



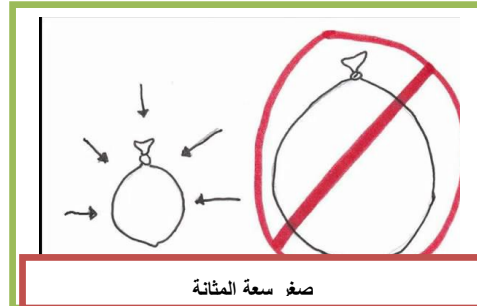
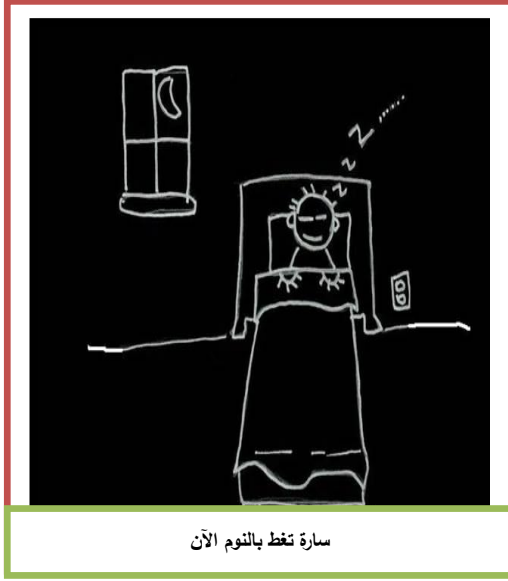
هناك عصائر هاضمة خاصة تنتظر في معدتنا للمساعدة على هرس الطعام وهضمه في معدتنا، هذه العصائر الهاضمة تشبه عصير الليمون، وهو قوي جداً ويحب أن يعمل، بعد حوالي ٤ ساعات يصبح الطعام المهضوم يشبه الشورية، فيتحرك ببطء إلى الأنبوب الأول (معى دقيق) الأجزاء المفيدة بهذه الشورية تمر عبر الجوانب وتدخل إلى الدم. تواصل الشورية (الطعام المهضوم) إلى الأنبوب القادم (الأمعاء الغليظة). وعند النظر إليها لهذه الشورية تبدو مثل البراز. أيضاً الماء يؤخذ ويدخل مجرى الدم. الدم يذهب في كافة أنحاء الجسم ويحمل مكونات مهمة لمساعدتنا على أن ننمو ونكبر، وبعد دورة الدم في كافة أنحاء الجسم، يذهب إلى الكلى حيث يتم تنظيفه وتصفيته من الفضلات. يعود الدم النظيف إلى الجسم، والدم الملوث يتحول إلى بول يتقطر عبر الحالبان إلى المثانة (Carpenter, 2012, 5).

الجهاز البولي:



إن الكلى مثل الغسالات الصغيرة. تعمل على تنظيف الدم من الفضلات، ويتم تحويل فضلات الدم إلى بول. يتقطر البول عبر أنبوبان يدعيان الحالبان إلى المثانة، حيث تجمع نقاط البول داخل المثانة. إن المثانة حقيبة مرنة (متمددة) بجدران العضلات الرقيقة. يوجد محسسات في العضلات ترسل الرسائل إلى الدماغ عندما تصبح المثانة ممتلئة. وعند وصول هذه الرسالة ، نحتاج للذهاب إلى المرحاض بسرعة

ملحق رقم (١٧-٣)
قصة قصيرة عن التبول اللاإرادي





ملحق رقم (١٧-٤)

جدول مراقبة الذات

ضع وجه سعيد لليالي الجافة واترك الليالي المبللة فارغة واجمع الليالي الجافة في نهاية الأسبوع								
الأسم:			العمر:			الجنس:		
الأسبوع	الأحد	الاثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	الجمعة	السبت	اجمع الليالي الجافة
الأسبوع الأول								
الأسبوع الثاني								
الأسبوع الثالث								
الأسبوع الرابع								
الأسبوع الخامس								
الأسبوع السادس								
الأسبوع السابع								
الأسبوع الثامن								

								الأسبوع التاسع
								الأسبوع العاشر
								الأسبوع الحادي عشر
								الأسبوع الثاني عشر
								الأسبوع الثالث عشر
								الأسبوع الرابع عشر



الملحق رقم (١٧-٥) خطة لتنظيم سلوك شرب المياه

الاسم:

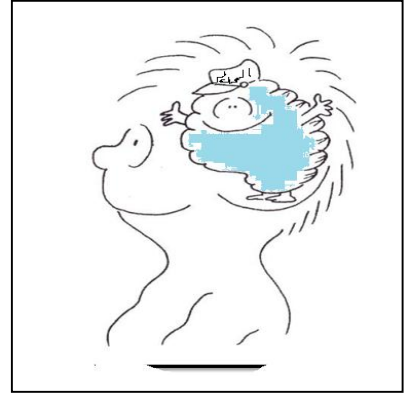
العمر:

يجب أن تكون كمية المياه بين (٦-٨) كؤوس خلال اليوم موزعة على كافة أرجاء النهار نموذج خطة لتنظيم سلوك شرب الماء							
التوقيت	السبت	الأحد	الاثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	الجمعة
عند النهوض من النوم (١-٢) كأس ماء							
عند التواجد بالمدرسة (٢-٣) كؤوس							
وقت الغذاء من (١-٢) كأس ماء							
استراحة الغذاء (١) كأس ماء							
وقت العشاء آخر سائل مقداره نصف كأس							
يجب التوقف عن شرب السوائل قبل النوم ب ساعة ونصف							

المشروبات التي يجب أن يتم التقليل منها وتجنب تناولها عند المساء:

- المشروبات الغازية.
- الشاي - الشوكولا الساخنة - القهوة.
- عصير البرتقال.
- الحليب.

هذه الصور توضح للأطفال كيف تتواصل المثانة مع الدماغ

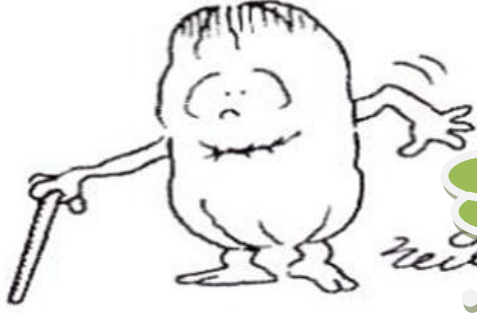




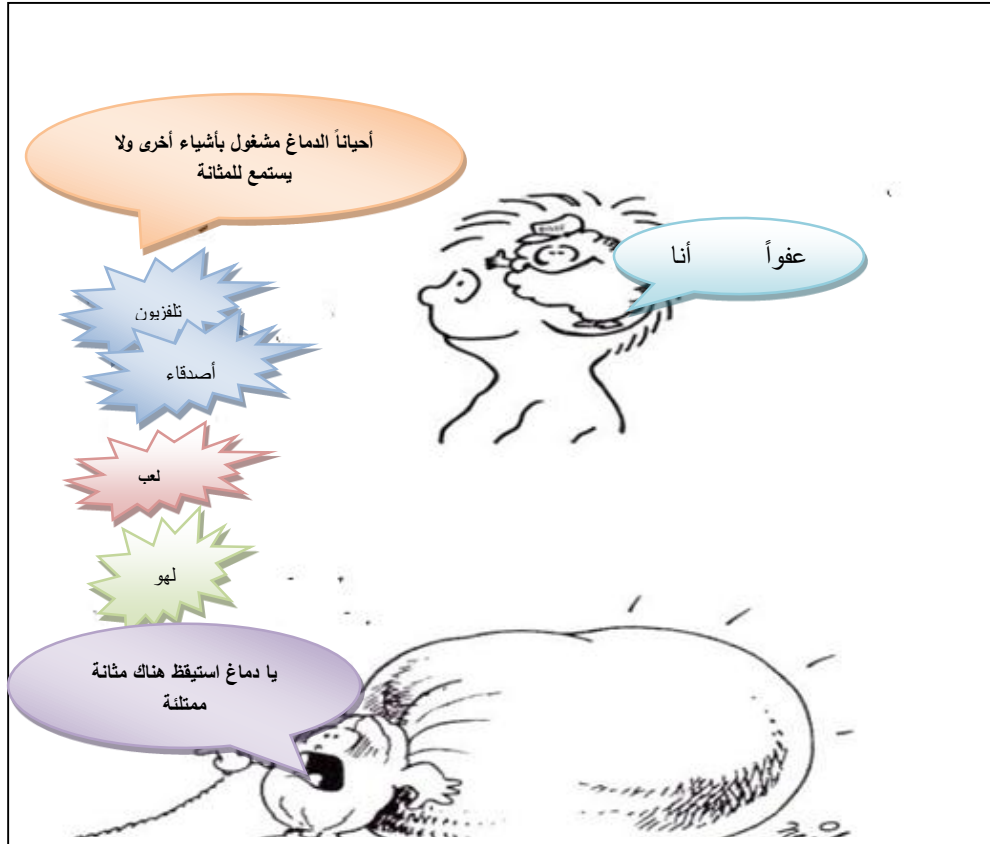
كلما كبرت أكثر كلما أصبحت عضلة
مئانتك أقوى
الطفل الرضيع عضلة مئانتته



تتعلم عضلة مئانة الطفل أن تكون قوية
ومع نمو الطفل عادة يجب أن تصبح
قوية جداً عضلة مئانة الطفل



ربما تصبح عضلة مئانة الشخص
المسن أضعف



ملحق رقم (٧-١٧)

الاسم		العمر		الجنس		
رقم الجلسة	مدة الاحتفاظ المطلوبة	وقت تناول كأسان من السوائل	الوقت الذي يشعر فيه الطفل بالحاجة للتبول	الوقت الذي يتبول فيه الطفل	مدة الاحتفاظ المنجزة	كمية البول المفرغة
٤	٢ دقيقة					
٥	٤ دقيقة					
٦	٦ دقيقة					
٧	٨ دقيقة					
٨	١٠ دقيقة					
٩	١٢ دقيقة					
١٠	١٤ دقيقة					
١١	١٦ دقيقة					
١٢	١٨ دقيقة					
١٣	٢٠ دقيقة					
١٤	٢٢ دقيقة					
١٥	٢٤ دقيقة					
١٦	٢٦ دقيقة					
١٧	٢٨ دقيقة					
١٨	٣٠ دقيقة					
١٩	٣٢ دقيقة					
٢٠	٣٤ دقيقة					
٢١	٣٦ دقيقة					
٢٢	٣٨ دقيقة					
٢٣	٤٠ دقيقة					
٢٤	٤٢ دقيقة					
٢٥	٤٤ دقيقة					
٢٦	٤٥ دقيقة					

The Summary of Research
The Effectiveness of a Behavioral program in the
Treatment of enuresis Disorder
Quasi-Experimental Study in a sample of children attending to
the university hospital in Damascus

The research handles the preparation of a Behavioral programme to treat the intense enuresis Disorder in a specimen of children following university hospitals.

Chapter one gives an account of the study and includes:

- Introduction

- Statement of the problem,

The reasons behind conducting this research are the following:

- Providing Behavioral therapy services and using such a therapy in the treatment of cases of enuresis Disorder through designing a Behavioral therapeutical programme that in the local environment. Can be applied to treating this Disorder.

- The seriousness of the personal and behavioral traits that occur to the child Almtbol to involuntary personal and which constitute a danger to his life, his future, but possible to prepare more dangerous than the problem of enuresis in itself as leading to a severe defect in his life and social relationships, lead to mental disorders transformation without adaptation with self and the environment.

- A significant proportion of cases of enuresis disorder could be improved and heal fully, if the provision of appropriate early intervention and treatment programs.

- The impact of the problem of enuresis the child from the (social, academic, psychological, physical) and the family of the (economic, emotional, psychological).

- The large number of complaints from parents that their children are torn by questions that problem, and cause them to seek help from specialists.

- research importance

- And it highlights the importance of research primarily:

1- The importance of research of the importance of the subject matter covered and is preparing a behavioral treatment program, to deal with enuresis disorder in a sample of children attending a university hospital in Damascus, because it is one of the chronic problems and the most common in childhood and stressful for parents in therapeutic care for children.

2- The current research is the first research at the local level aimed at children Almt paulin to involuntary and their mothers.

3- The importance of the target sample research, children who are aged (8-12 years) as the problem of enuresis often become more painful whenever the child's progress with age.

4- expected to contribute to current research in the development of knowledge of the parents the appropriate level of methods to deal with their children Almt paulin to involuntary, and treat their problem.

5- The conduct such research, which includes activating the role of parents and children in the therapeutic process, may improve the child's relationship with his parents and reduce Toward Social and behavioral growing problems associated with the problem of enuresis, and may increase the children's self-confidence and their ability to access to a full recovery.

6- The current research may contribute to the behavioral test the effectiveness of the methods used in the treatment of enuresis disorder.

- research goals:

- Behavioral treatment program to deal with enuresis disorder in a sample of children attending to the university hospital in Damascus, between the ages of Design (8-12 years).

- And also it includes a chapter:

- Definition search terms theoretical and procedural.

- Research hypotheses: We have included the following research **hypotheses:**

- first hypothesis: There were no statistically significant differences in the incidence of the behavior of enuresis among the members of the control group and the experimental List Note enuresis after the application of the therapeutic program.

- second hypothesis: statistically significant differences do not exist in the incidence of the behavior of enuresis among the members of the experimental group on the list Note enuresis before and after the application of the therapeutic program.

- third hypothesis: statistically significant differences do not exist in the incidence of the behavior of enuresis among the members of the control group on the list Note enuresis before and after the application of the therapeutic program.

- fourth hypothesis: statistically significant differences do not exist in the incidence of the behavior of enuresis among the members of the experimental group on the list Note enuresis after the application of the therapeutic program according to gender.

- fifth hypothesis: statistically significant differences do not exist in the incidence of the behavior of enuresis among the members of the experimental group on the list Note enuresis between telemetric measuring up.

- **Chapter II:**

- **And it has included**

- **The first:** different definitions of the disorder enuresis

- **The second:**

- Some used to treat enuresis disorder therapeutic methods, has been the focus in this chapter on behavioral disorder treatment for enuresis.

- **Chapter III:**

It has been presented in Arabic studies and foreign studies on treatment of enuresis behavioral disorder, and then the analysis of these studies, and show what the researcher benefited from studies in the current study, what are the points of agreement and points of difference between previous studies and the current study.

- **Chapter IV:**

- About curriculum, procedures and appointed and tools, and about Quasi-experimental procedures and the application of behavioral therapeutic program of work

- The curriculum: the nature of the study required to follow the quasi-experimental method.

- The study sample: The study sample consisted of 22 boys and girls from children with the level of average intelligence and aged (8-12 years) was chosen as the research sample deliberate manner of a group of children who frequent the clinics Alkha psychological Rgih and urinary university hospitals in the city Damascus for psychological and medical consultation of those who suffer from enuresis disorder.

- **Tools of the study:** the use of several tools the most important (diagnostic Mahkat to the symptoms of enuresis disorder, List Note enuresis to see a repeat enuresis rate during the two weeks of preparation researcher, Raven test to measure Alzkaiah capacity non-verbal, case study card, an interview with the children Almt paulin to involuntary, a set of forms and special behavioral therapy, in addition to behavioral therapy program prepared by the researcher, and may be from a set of procedures and techniques behavioral therapy.

- Nothing in this chapter detailed explanation of the quasi-experimental work, and procedures for the application of the program.

- **Chapter V: Results and interpretation**

The current research found the following results:

- **result of the first hypothesis:** There were statistically significant differences in the incidence of the behavior of enuresis among the members of the control group and the experimental List Note enuresis after the application of the therapeutic program.
- **result of the second hypothesis:** There are statistically significant differences in the incidence of the behavior of enuresis among the members of the experimental group differences on List Note enuresis before and after the application of therapeutic program for the benefit of the dimensional application.
- **as a result of the third hypothesis:** statistically significant differences do not exist in the incidence of the behavior of enuresis among the members of the control group on the list Note enuresis before and after the application of the therapeutic program.
- **hypothesis Alrayah result:** There were no statistically significant differences in the incidence of the behavior of enuresis among the members of the experimental group on the list Note enuresis after the application of the therapeutic program according to gender.
- **as a result of the fifth hypothesis:** statistically significant differences do not exist in the incidence of the behavior of enuresis among the members of the experimental group on the list Note enuresis between telemetric measuring up.
- **Search suggestions:**

In light of previous findings remind some suggestions:

- 1- take advantage of the current program, which proved to be effective at the research sample in this research to go to a larger sample of children who suffer from enuresis disorder.
- 2- Preparation and treatment programs, including commensurate with the circumstances and needs of the family.
- 3- Encourage psychologists, especially those working in the field of children's disorders in conducting a similar study of the current studies on the development and design of treatment programs in the treatment of other disorders for children to alleviate the suffering of children and their parents.
- 4- emphasize the role of parents when Nkadim therapeutic services for children and to emphasize the need for parental involvement as well as mothers in such programs.
- 5- take advantage of the diversity of behavioral therapy techniques and methods used to help children who suffer from various behavioral disorders.

**Damascus University
Faculty of Education
Department of Psychological Counseling**



**The Effectiveness of a Behavioral program in the
Treatment of enuresis Disorder**

Quasi-Experimental Study in a sample of children attending to
the university hospital in Damascus
A thesis Submitted for a Master Degree in Counseling

**Prepared by:
Amal Omar Abed AL Salam**

**Supervision
Dr. Aisha Nasser
School in the Department of Psychological Counseling**

Damascus: 2015