وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة عمار ثليجي الاغواط

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس وعلوم التربية

والارطوفونيا

رقم:...../2022

ميدان العلوم الاجتماعية والإنسانية

شعبة: علم النفس

تخصص: علم النفس العيادي

العنوان:

تقدير الذات لدى الأطفال الذين يعانون من التبول اللاإرادي

مذكرة مكملة لنيل شهادة ماستر أكاديمي في علم النفس:

تخصص علم النفس العيادي

إعداد الطالبين:

- وهابي محمد
- بكي نور الهدى

تحت إشراف:

- د. مريجة عباس

لجنة المناقشة

الاسم واللقب	الدرجة العلمية	الجامعة	العضوية
عباد فتيحة ليندا		جامعة عمار ثليجي الأغواط	رئيسا
مريجة عباس		جامعة عمار ثليجي الأغواط	مشرفا ومقررا
صحرواي عبد الكريم		جامعة عمار ثليجي الأغواط	مناقشا

الموسم الجامعي: 2021-2022

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة عمار ثليجي الاغواط

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس وعلوم التربية

والارطوفونيا

رقم:...../2022

ميدان العلوم الاجتماعية والإنسانية

شعبة: علم النفس

تخصص: علم النفس العيادي

العنوان:

تقدير الذات لدى الأطفال الذين يعانون من التبول اللاإرادي

مذكرة مكملة لنيل شهادة ماستر أكاديمي في علم النفس:

تخصص علم النفس العيادي

إعداد الطالبين:

- وهابي محمد
- بكي نور الهدى

تحت إشراف:

- د. مريجة عباس

لجنة المناقشة

الاسم واللقب	الدرجة العلمية	الجامعة	العضوية
عباد فتيحة ليندا	.....	جامعة عمار ثليجي الأغواط	رئيسا
مريجة عباس	.....	جامعة عمار ثليجي الأغواط	مشرفا ومقررا
صحراوي عبد الكريم	.....	جامعة عمار ثليجي الأغواط	مناقشا

الموسم الجامعي: 2021-2022

الحمد لله الذي وفقنا ومكننا من إتمام هذه المذكرة فالحمد لله أوله وآخره،

وكما قال صلى الله عليه وسلم "من لا يشكر الناس لم يشكر الله "

يسعدنا أن نتقدم بالشكر والتقدير والامتنان والعرفان بالجميل

إلى الأستاذ المشرف "الأستاذ مريجة عباس"

لما قدمه لنا من نصائح وتوجيهات قيمة أثناء إنجاز هذه المذكرة،

فجزاه الله عنا خير جزاء وجعل ذلك في ميزان حسناته.

وأن نتقدم بالشكر والتقدير إلى الأساتذة الأفاضل

أعضاء لجنة المناقشة لموافقتهم على الاشتراك في مناقشة هذه المذكرة،

وإلى كل أساتذة وموظفين كلية العلوم الإجتماعية

جامعة عمار ثليجي الاغواط

كل الأساتذة الذين تمدرسنا على أيديهم طوال مشوارنا الدراسي.

ونشكر كل من ساهم ولو بالكلمة الطيبة في إعداد هذا العمل المتواضع

سائلين المولى تبارك وتعالى أن يجزيهم عنا

كل الخير إنه وليّ ذلك والقادر عليه.

الى والدي الأكرمين تذللا

أهدي لكم عمري ورسم بناني

الى أسرة صبرت علي تطلعا

أهدي لكم جهدي وصدق بناني

الى إخوة فخروا بفعلي تحمسا

أهدي لكم فكري وثمر التفاني

الى كل أستاذ سلك بي منهجا

أهديكم تقديري وعرفاني

الى كل من فعل الصنيع تذكرا

أهديكم المخطوط بتبياني

كما وأهديه إلى روحي عمي سيدي عبد الرزاق وسيدي يوسف رحمهما الله وأسكنهما فسيح جناته.

إلى كل من ساندي من أبناء بلدتي في الإقامة الجامعية 2000 سرير بالأغواط وعلى وجه الخصوص الأخ الكريم موسى مداني

وهابي محمد

أهدي هذا العمل الى والدي الكرمين

الى الأسرة الكريمة

وكل من يحمل لقب بكي

إلى إخوتي واحبتي

الى كل أساتذتي الذين سلكوا بي منهجا

الى كل من ذكرهم قلبي ونسيهم قلمي

بكي نور الهدى

ملخص الدراسة:

من خلال الدراسة التي قمنا بها حاولنا الكشف عن مستوى تقدير الذات لدى الاطفال الذين يعانون من التبول اللاارادي، حيث أننا ركزنا على هذه الفئة نظرا لما لها أهمية في المجتمع بصفة عامة والمجال الدراسي بصفة خاصة.

ومن خلال حالات دراستنا والنتائج المتحصل عليها والتي تكونت من عينة ل 30 طفلا يعاني من التبول اللاارادي توصلنا إلى نتائج اسفرت على انه من المستحسن تشكيل مجموعة من التصرفات او الافعال التي تتحور حول الاستيقاظ ليلا من دون مساعدة كما لزيادة السعة الوظيفية لمثانة نهارا سلوك ايجابي وكذلك الدافعية المرتفعة للحالات وأسرهم وحرصهم على الالتزام بتنفيذ البرنامج العلاجي.

الكلمات المفتاحية: تقدير الذات – التبول اللاإرادي.

Abstract :

Through our study, we tried to reveal the level of self-esteem of children who suffer from bedwetting, as we focused on this category due to its importance in society in general and the academic field in particular.

Through the cases of our study and the results obtained, which consisted of a sample of 30 children suffering from involuntary urination, we reached results that indicated that it is desirable to form a group of behaviors or actions that revolve around waking up at night without assistance, as well as to increase the functional capacity of the bladder during the day, positive behavior as well as motivation The high incidence of cases and their families and their keenness to adhere to the implementation of the treatment program.

Keywords: self-esteem - involuntary urination.

فهرس المحتويات

فهرس المحتويات

العنوان	الصفحة
شكر	
اهداء	
ملخص	
مقدمة	1
الجانب النظري	
الفصل الأول: الإشكالية واعتباراتها	
1.إشكالية الدراسة	5
2.فرضيات الدراسة	6
3. أهداف الدراسة	6
4. التعريف بمتغيرات الدراسة	6
5. الدراسات السابقة	7
6. التعقيب على الدراسات السابقة	9
الفصل الثاني: تقدير الذات لدى الأطفال	
تمهيد:	13
1. مفهوم الذات	14
2. العوامل المؤثرة في تكوين الذات	17
3. النظريات المفسرة لمفهوم الذات	20
4. مراحل نمو الذات	33
الفصل الثالث: التبول اللاإرادي	
تمهيد	42
1. تعريف التبول اللاارادي	43
2. أنواع التبول اللاإرادي	45
3. أسباب التبول اللاإرادي	45
4. تشخيص التبول اللاإرادي	48

5. فترات التبول اللاإرادي	50
6. اثر التبول اللارادي عند الطفل والاسرة	51
7. بعض الأساليب المتبعة في علاج اضطراب التبول اللارادي	55
الجانب التطبيقي	
الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية للدراسة	
تمهيد	67
1. منهج الدراسة	68
2. مجتمع الدراسة	68
3. أدوات الدراسة	68
4. الخصائص السيكو مترية لأداة الدراسة	72
5. الأساليب الإحصائية المستخدمة	74
الفصل الخامس: عرض ومناقشة نتائج الدراسة	
1. تحليل بيانات الدراسة	76
2. عرض وتحليل النتائج	81
الخاتمة	88
قائمة المراجع	90

قائمة الجداول

الرقم	العنوان	الصفحة
01	جدول تعزيزي ضع نجمة في كل يوم جاف واكتب الليالي الجافة الكلية لكل أسبوع	57
02	يوضح كميات السوائل المناسبة لكل عمر وجنس منظمة الصحة الوطنية	60
03	الأمريكية ومسح التغذية 1988. 1999 المشروبات الكلية الجنس	69
04	البنود الموجبة والسالبة في مقياس تقدير الذات	71
05	مستويات تقدير الذات	71
06	المقاييس الفرعية لمقياس كوبر سميث	73
07	يوضح الأساليب الاحصائية المستخدمة في الدراسة	74
08	يوضح معامل ثبات استبيان بمعادلة ألفا كرو نباخα	75
09	يوضح توزيع أفراد العينة حسب الجنس	76
10	يوضح توزيع أفراد العينة حسب مؤشر السن	77
11	يوضح الحالة الاجتماعية للوالدين	78
12	يوضح الحالة الصحية لدى الأطفال	79
13	ملخص لمعطيات البحث (مقياس كوبر سميث لتقدير الذات)	80
14	يوضح المتوسط الحسابي والانحراف المعياري للفرضية الأولى	81
15	يوضح اختبار T الفروق الإحصائية في تقدير الذات لدى الأطفال المتبولين وفقا لمتغير السن	82
16	يوضح المتوسط الحسابي والانحراف المعياري للفرضية الثانية	84
17	يوضح اختبار T الفروق الإحصائية في تقدير الذات لدى الأطفال المتبولين وفقا لمتغير الجنس	85

قائمة الأشكال		
الرقم	العنوان	الصفحة
01	يوضح توزيع أفراد العينة حسب الجنس	76
02	يوضح توزيع أفراد العينة حسب مؤشر السن	77
03	يوضح الحالة الاجتماعية للوالدين	78
04	يوضح الحالة الصحية لدى الأطفال	79

مقدمة

اهتمت البحوث التربوية والنفسية بدراسة الذات في تناولها لدراسة الإنسان ككل حيث كان للذات ومفهومها نصيباً كبيراً في هذه الدراسات وذلك لأن الذات لب الفرد وجوهره وتمثل المفتاح لفهم الشخصية ككل. فإن نمو ذات الفرد يكون خلال خبراته الأولى والمبكرة بمرحلة الطفولة وتتكون نتيجة علاقاته مع المحيطين وتمتص ذاته التراث القيمي من الآخرين، وتسعى للتوافق والالتزام وتأخذ في النمو نتيجة لعامل النضج، وتصقل نتيجة لعامل التعلم. **(نوفل، 1998 ، 25).**

وبذلك تكون الذات كما عرفها روجرز (rogers) الخبرات التي يميزها الفرد من خلال تفاعله مع الآخرين ومن خلال مجاله الظاهري –مدركاته– حيث يبدأ الفرد تدريجياً بتمييز جزء من خبراته، وهذا الجزء المميز يدعى الذات، وإن هذا التمييز المستقل هو إحدى الدلائل على النضج عند الفرد. **(العزة، وعبد الهادي، 1999)**

الأسر التي لديها أبناء الذين يعانون من التبول اللاارادي ينتابها كثير من مشاعر التوتر والقلق والضيق وكثير من المشكلات وعدم الرضا والمعاناة مما ينعكس على عدم قدرتهم على التعامل بنجاح مع هذا الاضطراب، ويظهر ذلك في مشاعرهم السلبية تجاه الأبناء الذين ينتابهم أيضاً مشاعر الخزي والخجل والانطواء فالاضطراب يشمل الأسرة جميعها ويزيد من تفاقم المشكلة الضغوط التي تمارس على الأهل؛ لوجود أطفال المصابين بالتبول اللاارادي ودون تقديم أساليب المساندة لهم والمساعدة في التخلص من هذا الاضطراب.

ويعرف التبول اللاإرادي طبقاً للدليل التشخيصي والاحصائي الرابع (DSM–IV–TR) والصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (2000) American Psychiatric Association بأنه: إراقة البول على الملابس والسرير، وأن تحدث إراقة البول مرتين في الأسبوع لمدة ثلاثة شهور متتالية، وأن يحدث التبول بعد سن خمس سنوات.

والمحكات التشخيصية الحديثة تقرر أن يكون التبول اللاإرادي بعد سن خمس سنوات، وأن يحدث مرتين على الأقل أسبوعياً لمدة 6 شهور .

(Brown and Brown, 2010) (Kim, 2012)

والتبول اللاإرادي من الاضطرابات النفسجسمية، وتأخذ الدراسة الحالية بالتبول اللاإرادي الوظيفي المنشأ أي الذي يرجع لأسباب نفسية، وهو التبول اللاإرادي الليلي أحادي العرض Monosymptomatic Nocturnal Enurosis.ويكون المعيار الارتقائي للمشكلة حتى تتحول إلى اضطراب بعد سن خمس سنوات كعمر زمني وأن يحدث مرتين على الأقل أسبوعياً لمدة ستة أشهر.

الجانب النظري

الفصل الأول: الإشكالية واعتباراتها

1. إشكالية الدراسة
2. فرضيات الدراسة
3. أهداف الدراسة
4. التعريف بمتغيرات الدراسة
6. الدراسات السابقة
7. التعقيب على الدراسات السابقة

1.إشكالية الدراسة:

يحتل موضوع تقدير الذات مركزا هاما في نظريات الشخصية، كما يعتبر من العوامل الهامة التي تؤثر تأثيرا كبيرا على السلوك. اذ يعتبر حصيلة خبرات الفرد الاجتماعية، فقد ذكرت "مارجريت ميد "آن احساس الفرد بذاته هو نتيجة لسلوك الآخرين نحوه، وقد توصل هورتيز إلى أن الفرد الذي يدرك أنه غير متقبل من الجماعة الاجتماعية التي ينتمي إليها فإنه يقدر نفسه تقدير منخفضا .

حيث أصبح مصطلح تقدير الذات منذ أواخر الستينات وأوائل السبعينات – أكثر الجوانب انتشارا بين الكتاب والباحثين، وذكر عدد كبير منهم علاقته بالمتغيرات النفسية الأخرى فتقدير الذات والشعور بها من أهم الخبرات السيكولوجية للإنسان، فالإنسان هو مركز عالمه يرى ذاته كموضوع مقيم من الآخرين، والأنسان يغير من أنماط سلوكه بصورة نموذجية كلما انتقل من دور مختلف – وعلى الرغم من ذلك فانه لا يفكر عادة أن له ذوات متعددة، فهو عندما يتكلم عن ذاته فإنه يتكلم عن شخصيته كما يدركها هو.

كما نجد أن مرحلة التعليم المتوسط مرحلة مهمة وحرجة لتكوين تقدير الذات، فأهم منعرج تعليمي في هذه المرحلة التعليمية محاولات تقدير الذات لدى المراهقين المقبلين على اجتياز شهادة التعليم المتوسط كونها مرحلة انتقالية إلى مرحلة التعليم الثانوي والتي يبدأ الفرد في هذه المرحلة الشعور بالاستقلالية عن الآخرين، حيث أن النجاح أو الفشل قد يغير الكثير من اتجاهات الفرد وانطباعاته حول نفسه.

ويعد اضطراب التبول اللاإرادي من أكثر الاضطرابات شيوعا لدى الأطفال وهي ظاهرة مرضية تسبب الإزعاج لكل من الأمهات والأطفال، كما يلاحظ يكثر في المجتمعات ذات المستوى الاجتماعي والاقتصادي المنخفض، والأسر الأقل تعلما وحضارة وهذا ما أشارت إليه الكثير من الأبحاث العلمية في هذا الصدد **(مجدي عبد الله، 2005)**.

وبعد 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 جدا، ليس فقط للطفل ولكن لأهل أيضا وما يقلق الآهل ليس حالة التبول بحد ذاتها

فحسب، بل أيضا 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 أولياء أم ثانوية، ليليا أم نهاري. وعليه تتبلور مشكلة الدراسة في السؤال الرئيسي التالي:

ما هو مستوى تقدير الذات لدى الأطفال المتبولين ؟

وينبثق عنه الأسئلة الفرعية التالية:

هل هناك فروق في تقدير الذات لدى الأطفال المتبولين وفقا لمتغير السن؟

هل هناك فروق في تقدير الذات لدى الأطفال المتبولين وفقا لمتغير الجنس؟

2.فرضيات الدراسة:

مستوى تقدير الذات لدى الأطفال المتبولين بين الأقل والمنخفض جدا.

يوجد فروق في تقدير الذات لدى الأطفال المتبولين وفقا لمتغير السن.

يوجد فروق في تقدير الذات لدى الأطفال المتبولين وفقا لمتغير الجنس.

3. أهداف الدراسة:

- التعرف على ظاهرة اضطراب التبول اللاإرادي عند الأطفال.
- التعرف على مستوى تقدير الذات لدى الأطفال أصحاب التبول اللاإرادي.
- التعرف على ظاهرة التبول اللاإرادي وأثره على تقدير الذات عند الأطفال.

4.التعريف بمتغيرات الدراسة

يعد تحديد المفاهيم من المفاتيح الأساسية للتطرق إلى أي بحث من البحوث، حيث يعتبر الخطوة الأولى في كل دراسة لتمهيد الطريق وفهم الموضوع المراد دراسته، وبالتالي

ارتأينا إلى تحديد بعض المفاهيم الأساسية التي تعتبر أهم متغيرات البحث الذي نحن بصدد القيام به وهي:

***التبول اللاإرادي:** عرفه بيقن زيور (Zyor Biguen) بأنه تبول يحدث دون إرادة الطفل بشكل متكرر أو متقطع بعد سن التحكم في التبول وذلك أثناء النوم.

(محمد السيد أبو النيل، 1996، ص 89)

تقدير الذات:

التعريف الاجرائي: هي الدرجة التي يتحصل عليها الطفل من خلال مقياس كوبر سميث لتقدير الذات. **(Diagnostic Criteria from DSM – IV 1994 :108)**

7.الدراسات السابقة

إن اطلاعنا على الدراسات السابقة لانفي بذلك تلك الدراسات والبحوث الملتصقة بالبحث التصاقا تاما أو تلك البحوث التي تحمل نفس العنوان أو تدرس نفس المشكلة، وإنما البحوث السابقة هي بمثابة الحجر الأساسي الذي يرتكز عليه أية دراسة.

أهم الدراسات التي تناولت المواضيع ذات الصلة ببحثنا أو القريبة منه يمكن أن نقسمها إلى:

الدراسة الأولى: تقدير الذات لدى الطفل المتبول لاإراديا في مرحلة الطفولة المتأخرة (9-12 سنة)، إبراهيم سليمان، شهادة مقدمة لنيل شهادة الماستر، جامعة محند أكلي البويرة، سنة 2016/2017

إشكالية الدراسة: هل يعاني الطفل المتبول لا إراديا في مرحلة الطفولة المتأخرة (9-12 سنة) من مستوى تقدير الذات؟.

أهداف البحث متعددة ومتنوعة نظرا الأهمية وخطورة الحالة إذ من خلال هذه الدراسة نهدف إلى معرفة العلاقة الموجودة بين التبول اللاإرادي وتقدير الذات، وهذا باستعمال المقابلة العيادية نصف موجهة ومقياس كوبر سميث .

التعرف ولو على المستوى الشخصي وكيفية رفع مستوى تقدير الذات عند الأطفال المتبولين لاإراديا وهذا باثارة انتباه الأولياء والمختصين إلى أهمية الإعتناء بهذه الفئة وتوفير لهم كل العناية اللازمة لتدارك الحالة في أوانها.

وقد توصلت النتائج إلى أن الحالات المدروسة تعاني من انخفاض في تقدير الذات وذلك لمعاناتهم من اضطراب التبول اللاإرادي الذي ينعكس سلبا علي المعاملة الوالدية التي بدورها تسبب في ظهور المشكلات الانفعالية كالقلق والتوتر ومشاعر الذنب التي تعمل علي خفض تقدير الذات وبالتالي فقدان الطفل ثقته بنفسه ، وهذا عدا الحالة (أ–ح) التي تتميز عن الحالات الأخرى بتقدير ذات متوسط وذلك راجع إلي السند الذي تلقاه من طرف العائلة فعلاقته مع الأم علاقة حسنة يسودها نوع من التفهم والتقدير وكذا تردد الأصدقاء عليه أثناء غيابه أما باقي الحالات تتميز بانخفاض في تقدير الذات وهذا راجع إلى سوء العلاقة مع العائلة التي تتميز بعدم التفهم لحالتهم ومواجهته بأسلوب قاسي الذي يصل في بعض الأحيان إلى حد العقاب البدني فنجد الحالة (أن) إلى جانب معاناتها من اضطراب التبول اللاإرادي والخجل وإحساسها بالنقص نتيجة المعاملة القاسية من طرف الأم وهذا ما أدي إلى انخفاض تقدير ذاتها.

كما تجدر الإشارة إلي أن الحالات الأولي والخامسة تعاني من اضطراب التبول اللاإرادي من النوع الأولي المتقطع، والحالات الثانية والثالثة من النوع الأولي المستمر أي لم تكتسب القدرة علي ضبط مثانتها ، أما الحالة الرابعة فهي تعاني من النوع الثانوي منقطع أي سبق وأن تمكنت من التحكم في مثانتها ثم عادت وفقدت هذه القدرة بسبب المعاملة القاسية التي تتلقاها من طرف أمها.

وبناءا علي النتائج المتواصل إليها من خلال تطبيق مقياس كوبر سميث ل ليلي عبد الحميد للتعرف على نوع تقدير الذات الذي يتميز به الطفل المتبول لاإراديا باستخدام المقابلة العيادية النصف موجهة لجمع المعلومات وتشخيص الاضطراب. يمكن القول أن فرضية الدراسة القائلة أن التبول اللاإرادي تأثير علي تقدير الذات لدي أطفال مرحلة الطفولة المتأخرة.

الفصل الثاني: تقدير الذات لدى الأطفال

تمهيد:

1. **مفهوم الذات**
2. **العوامل المؤثرة في تكوين الذات**
3. **النظريات المفسرة لمفهوم الذات**
4. **مراحل نمو الذات**

تمهيد:

تبدأ الذات بالتكون لدى الفرد منذ اللحظة الأولى التي يستكشف الطفل فيها أجزاء جسمه ويرى إريكسون أن هناك الكثير من العقبات التي يواجهها الفرد في طريقه لتوكيد ذاته فمثلا قد يتولد لدى الفرد في مرحلة طفولته شعور بالثقة أو بعلمها تجاه الآخرين ويرجع ذلك الطبيعة إشباع حاجاته هل كانت بشكل صحيح أو غير صحيح فقد يكون لطبيعة تعامل أولياء الأمور دور في نجاحه أو فشله بالإعتماد على نفسه والإستقلال عن الآخرين ولطبيعة تعامل الأهل مع الطفل في سن اللعب والدراسة أثر كبير في تطوير الذات لديه وتستمر الذات لدى الفرد بالتطور والنمو خلال مراحل نموه المختلفة مثل مرحلة المراهقة والتي تعتبر مرحلة أزمة الهوية والتي في نهايتها يحدث تعديل فيها للذات وصورتها نتيجة النضج العقلي الذي يساعده على الموازنة بين إستعداداته وقدراته وإمكانياته وكذلك في مرحلة الشباب وما يمر به الفرد من صراعات لتحقيق الذات أو عدمه وما ينتج عن ذلك من آثار وكذالك في سن الرشد وطبيعة علاقة الفرد مع مجتمعه فإما أن يكون شخصا منتجة ومستقلا وعلاقته جيدة بالأخرين أو العكس وبذلك قد يستطيع الفرد تنمية ثقته بنفسه أو يركن للانهزام واليأس والفشل" **(عبد العلي، 2003م، ص 32).**

1. مفهوم الذات

أوضح رمضان أنه قد اتضح لكثير من علماء النفس أن مفهوم الذات تكوين فرضي معقد يتميز بأكثر من بعد حتى أن هذه المدارس أقرت أن هناك أكثر من ذات وأن لكل منها نشأتها وتطورها، وأن الوسط الذي يعيش فيه الإنسان مسئول عن نمو هذه الذات المتعددة الأبعاد، أو المتعددة الخصائص والصفات.

ويختلف تقدير الفرد لذاته في المواقف المختلفة تبعا لتغير مفهومه عن ذاته من خلال علاقاته الشخصية بالآخرين. والفرد يميل الى مقارنة نفسه بمن حوله إذا احتاج تقديراً لذاته. فقد يقدر ذاته بدرجة عالية إذا كانت هذه العلاقة إيجابية، و يقدر ذاته بشكل سالب إذا كان تقدير الآخرين له سالبا في هذا الموقف. **(رمضان:2000م، ص 206)**.

تحدث "سوليفان" 1953 **Sullivan** عن التشخيص **personifications** وهو عبارة عن: الصورة التي يكونها الفرد عن نفسه أو عن شخص آخر، وهو مجموعة معقدة من المشاعر والاتجاهات والمفاهيم التي تنمو من خلالها الخبرات والعلاقات المتبادلة في الطفولة والتي تشبع الحاجات وتخفف القلق.

ويرى "سوليفان" أن تشخيص الذات الطيبة تنتج عن الخبرات الشخصية المتبادلة التي لها طبيعة الثواب (الإرضاء)، أما تشخيص الذات الشريرة فينتج عن المواقف المثيرة للقلق. **(رمضان:2000م،ص 209)**.

وتعتبر كتابات "كارل روجرز" 1951 Rogers عن الذات أكثر ما قدم في هذا المجال تنظيماً و اكتما ًلا. كما أنه أول من وضع إطاراً متكاملا لنظرية الذات من الناحية النظرية والتطبيقية، ويتضح ذلك في أسلوبه المعروف بالعلاج المتمركز حول العميل وتعتبر الذات مفهوماً محورياً في نظرية "روجرز" للشخصية، (يعرفها بأنها تنظيم عقلي معرفي منظم من المدركات و المفاهيم و القيم الشعورية التي تتعلق بالسمات المميزة للفرد وعلاقاته المتعددة). و قد ذكر "رمضان خصائص الذات طبقا لآراء "كارل روجرز " في أن خصائص الذات هي: **(رمضان:2000، ص 210)**.

تنمو الذات من التفاعل بين الكائن الحي وبين البيئة التي يعيش فيها وخاصة المحيطة به يمكن للذات أن تستوعب و تتمثل قيم الآخرين و تدركها بطريقة مشوقة.

كما في العلاج الناجح تظهر تغيرات على الذات و تصبح أكثر واقعية، و يحقق الكائن ذاته، أي أن "روجرز" يرى أن أقصى درجات النمو في الشخصية تتمثل في حالة توافق تام بين المجال الظاهري (عالم الخبرة) وبين الذات، و في حالة التحقق فإنها تحرر الفرد من التوتر الداخلي و من القلق، وتمكنه من استقرار نفسي.

الذات هي المنظم وفاعل و ممثل في نفس الوقت، فهي ذات نشاط، ولكنها أنها جهاز، ولكنها ليست كأي جهاز. والأساس أنها كيان يقوم بأنشطة جوهرية ليست لسواه،وهي للإنسان كالدماغ للجسم (نلاحظ أننا نستخدم كلمة "الدماغ"، وهو "المخ"، تعبيراً عن الجهاز العصبي للإنسان ككل، وهو الذي يتكون على الدقة من الدماغ ومن الحبل الشوكي، وهو يقوم بوظيفتي التنسيق والتكامل بين سائر أنشطة الجسم). **(عزت قرني:2001، ص 27)**

ومما سبق يمكننا أن نستخلص بأن الذات معناها نشاط موحد مركب للإحساس والتذكر والتصور والشعور والتفكير، كما أنها وتعتبر نواة الشخصية.

استخدم مصطلح مفهوم الذات من فترة مبكرة لذى الكثير من الباحثين والمنظرين أمثال: البورت، وجيمس، وكوميس، للإشارة إلى خبرة الفرد بذاته وباعتباره تنظيما إدراكيا من المعاني والمدركات التي يحصلها ويكتسبها الفرد والتي تشمل هذه الخبرة الشخصية بالذات، وبهذا يختلف المصطلح تماما عن الكثير من المفاهيم السيكولوجية التي تتداخل أو تتشابه معه في الصياغة. **(سهير كامل:2000، ص116)**

يعتبر "وليم جيمس" William James 1908 من أوائل العلماء الذين اهتموا بعلم الذات و مازالت كتاباته تعتبر مصدراً أساسيا في الحديث عن نمو تقدير الذات. وقد اعتبر "جيمس" الذات ظاهرة شعورية تماما و يرى: (أنها المجموع الكلي لكل ما يستطيع الفرد أن يعتبره له). وقد قسم الهوية Identity أو ما يسميها بالأنا Me (تختلف عن مفهوم الأنا لدى فرويد Ego) الى ثلاثة أقسام وهي: **(دويدار:1999، ص31).**

الأنا المادية Material Me والتي تشير الى جسم الإنسان وممتلكات هو أسرته وكل الماديات التي يمكن أن يشعر الفرد بوحدة وانسجام معها.

الأنا الاجتماعية Social Me والتي تشير الى الفكرة التي يكونها الفرد عن نفسه من خلال تصورات الآخرين له.

الأنا الروحية Spiritual Me وهي حالة من الشعور والعواطف التي يدركها الفرد.

كما يعرف "لابين" و" جرين" 1981 مفهوم الذات بأنه تقييم الشخص لنفسه ككل من حيث مظهره وخلفيته وأصوله وقدراته ووسائله وشعوره، حيث يعتبر مفهوم الذات عبارة عن تنظيم معرفي و انفعالي واجتماعي يتضمن استجابات الفرد نحو ذاته في مواقف داخلية وخارجية لها علاقة مباشرة في حياته، ويشكل بعداً هاما في شخصيته والتي لها أكبر الأثر في تصرفاته وسلوكه.

وبصورة عامة يمكن تعريف مفهوم الذات بأنه تقييم الشخص لنفسه ككل من حيث مظهره وخلفيته وقدراته واتجاهاته وشعوره ووسائله، بحيث يصبح مفهوم الذات موجها للسلوك عندما تبلغ هذه الأشياء ذروتها. **(جودة بني جابر:2004، ص116).**

ويعرف "موريفي" (1947) مفهوم الذات على أنها مدركات الفرد و مفاهيمه فيما يتعلق بوجوده الكلي أو كيانه. أي الفرد كما يدرك نفسه، وفي رأيه أن الأنا عبارة عن جهاز من الأنشطة المعتادة التي تدعم الذات أو تحميها عن طريق استخدام ميكانيزمات معينة مثل التبرير والتقمص والتعويض. **(قحطان أحمد الظاهر:2004، ص23).**

هو المفهوم الذي يكونه الفرد عن نفسه باعتباره مصدراً للتأثير والتأثر في البيئة المحيطة. **(محمد عماد الدين اسماعيل:2004، ص23)**

فهم الذات يعني أن يعرف المرء نقاط القوة و نقاط الضعف لديه، وأن يفهم ذاته فهما اقرب الى الواقع، فلا يبالغ في تقدير خصائصه و صفاته، ولا يقلل من قيمتها.

(علاء الدين الكفافي، د. س، ص20)

ويدين مفهوم الذات كموضوع بالكثير لـ "ويليام جيم س" و يشير هذا المفهوم الى معرفة الفرد لذاته وتقييمه لها. **(احمد محمد عبدالخالق:1991، ص463)**

يعرفه "زهران" 1984:أنه تكوين معرفي منظم موحد ومن تعلم للمدركات الشعورية والتصورات والتعميمات الخاصة بالذات، بلورة الفرد ويعتر تعريفا نفسيا لذاته، كما يعرف بأنه المعتقدات والاتجاهات التي يحملها الفرد عن ذاته. **(زهران:1984،ص291)**

وعلى ضوء هذه التعريفات يمكننا إعطاء تعريفا شاملا لمفهوم الذات، على أنه مفهوم افتراضي شامل يتضمن جميع الأفكار والمشاعر عند الفرد التي تعبر عن خصائصه الجسمية والعقلية والشخصية وتشكل معتقدات و قيم وخبرات وطموحات.

2. العوامل المؤثرة في تكوين الذات

إضافة إلى ذلك يمكن تحديد بعض العوامل الأخرى المؤثرة في تكوين الذات و التي نلخصها فيما يلي:

1.2. عوامل ذاتية: و تتمثل في الخصائص الجسمية، والقدرة العقلية (الذكاء)....الخ.

-الخصائص الجسمية: ويقصد بها صورة الجسم وما تتضمنه من خصائص من حيث الطول، الوزن، الحجم، الشكل العام، الخلو من الملامح المعيبة في نظر الفرد من خلال المعايير الثقافية، حيث أن الخصائص المعيبة للجسم يمكن أن تخفض من تقدير الفرد لذاته (إجلال سري، 1982م) و بالتالي يتأثر مفهوم الفرد عن ذاته بنظرته الخاصة اتجاه نفسه، وما كونه من اتجاهات سلبية أو إيجابية نحو ذاته الجسمية و الممثلة في الصورة المرئية والمحددة له و التي تعكس كيانه المدرك للآخرين **(سعدية بهادر 1983م،87).**

وقد أشار البعض إلى أهمية صورة الجسم في تكوين مفهوم الذات لدى الفرد إذ أن العيوب والعاهات الجسدية قد تؤدي إلى تنمية مشاعر النقص و تحول دون تحقيق النمو السوي، فالفرد يتأثر بنظرة الآخرين نحو الإعاقة أكثر من تأثره بالإعاقة نفسها .

(سعيد دبيس 1993م،38).

وبذلك يتضح أن صورة الجسم تلعب دورا بالغا في التأثير على مفهوم الذات لدى الطفل عاديا كان أم معاقا، و يزداد هذا التأثير لدى الطفل المعاق، حيث إن الطفل المعاق أكثر حساسية و إدراكا لاتجاهات الآخرين نحوه، فالطفل الأصم دائما يضع نفسه في موضع المقارنة بالطفل العادي الذي يستحوذ على انتباه الآخرين، وقد يسمح الشعور بالاختلاف على التأثير بالسلب على مفهوم الذات لديه .

-**القدرة العقلية العامة (الذكاء)** : يؤثر الذكاء على إدراك الفرد لذاته و إدراكه لاتجاهات الآخرين نحوه، والفرص المتاحة له أو العوائق التي تواجهه أيضا .

(حامد زهران 1977م،102) .

تتأثر نظرة الفرد لذاته بما كونه من مفهوم لذاته الأكاديمية و بمدى ما حققه من نجاح أو فشل، ومن انطباعات وتفاعلات وردود أفعال تجاه الحياة المدرسية وفي تحصيله الدراسي، مما يؤثر في مستوى طموحاته وتطلعاته المستقبلية الدراسية ككل .

(سعدية بهادر 1983م) .

وفيما يتعلق بتأثير متغير الذكاء كعامل من العوامل المؤثرة في مفهوم الذات لدى الأطفال، تشير أدبيات التربية الخاصة إلى أن هناك تضارب حول مدى تأثير الصمم على القدرات العقلية بصفة عامة، فقد أشارت دراسات عديدة إلى أن مستوى ذكاء الأطفال الصم كمجموعة لا يختلف عن مستوى ذكاء الأطفال العاديين.

(أحمد يونس، مصري منصورة 1991م،74) .

في حين أن هناك دراسات أخرى أكدت على أن للإعاقة السمعية تأثيرا سلبيا على القدرات العقلية عامة، و الذكاء بصفة خاصة . **(شاكر قنديل 1995م،55).**

ويؤكد وليم فيتس (1998م) على أهمية الدور الذي تلعبه العوامل الذاتية في مفهوم الذات ويوضح أهمية هذا الدور من خلال عرضه لنظرية العلاج الغير موجه لريمي، حيث يشير إلى الجوانب التالية :

- إن فكرة المرء عن ذاته من حيث هي نظام إدراكي مكتسب تخضع لمبادئ التنظيم الإدراكي الذي يتحكم في الموضوعات المدركة.
- إن فكرة المرء عن ذاته تنظم سلوكه فالمعرفة بوجود ذات أخرى مختلفة في عملية التوجيه تؤدي إلى إحداث تغير في السلوك .

- إن فكرة المرء ذاته ترتبط بالواقع الخارجي برباط ضعيف في حالات المرض العقلي.
- قد تلقى فكرة المرء عن ذاته تقديرا أكبر مما تلقاه ذاته الجسمية فقد يضحي الجندي في الميدان بنفسه في سبيل القيم الأخلاقية و المثل العليا التي تتضمنها فكرته عن ذاته .

يحدد الإطار الكلي لفكرة المرء عن ذاته كيف يدرك المرء المثيرات الخارجية وهل يتذكر المثيرات أم ينساها... و عندما يطرأ تغير على هذا الإطار الكلي لفكرة المرء عن ذاته على نحو ما يحدث في العلاج، يحدث هدا التغيير تعديلا في نظرته إلى العالم الخارجي.
(وليم فيتس مترجم، 1998م).

2.2. العوامل الاجتماعية: يقصد بها تلك المؤثرات و الاتجاهات الاجتماعية التي يتأثر بها الفرد بالوسط الذي يعيش فيه... لذلك تؤكد سعدية بهادر (1983م) على أن مفهوم الفرد عن ذاته يتأثر بنظرة الآخرين إليه، وبما تحمله هذه النظرة من تقدير واحترام أو العكس برفض وإهمال وعدم تقبل، ويترك ذلك أثر كبير على دور الفرد في المجتمع ومكانته الاجتماعية ووضعه الاجتماعي الذي يترتب عليه مواجهة الفرد بالعديد من المشكلات النفسية أو تكيف الفرد مع نفسه والآخرين .ومن أهم العوامل الاجتماعية التي لها أثر على مفهوم الذات ما يلي :

- **الأسرة:** تعتبر هي المؤسسة التربوية الأولى التي تزود الطفل بالقيم و المعايير الأخلاقية والدينية و الاجتماعية التي تلازمه طيلة حياته و التي فيها تبدأ عملية التكوين الاجتماعي والتي بواسطته يؤثر و يتأثر، و يتفاعل مع الآخرين و يتكيف مع مجتمعه تكيفا سليما.

ويقرر حامد زهران (1997م) أن الأسرة تشرف على النمو النفسي للطفل و تؤثر في تكوين شخصيته وظيفيا وتوجه سلوكه منذ طفولته الباكرة، و تلعب العلاقات بين الوالدين، والعلاقات بينهما و بين الطفل وإخوته دورا هاما في تكوين شخصيته وأسلوب حياته وتوافقه، فالعلاقات الفعالة (السوية) بينهما تساعد في أن ينمو طفل ذو شخصية سوية.

لذا يؤكد رمضان القذافي (1994) على أن الطفل الأصم في أشد الحاجة إلى الشعور بالحب و الألفة و الصداقة من الوالدين، دون الإحساس بالشفقة أو الحماية الزائدة، و هذا يساعده على أخذ مكانه بين أفراد أسرته و على تقييمه لقدراته بشكل واقعي مع الشعور بالاستقلالية.

- **المدرسة:** يرى حامد زهران (1997) أن المدرسة هي المؤسسة الرسمية التي تقوم بوظيفة التربية و توفير الظروف المناسبة للنمو النفسي للطفل، وتتأثر شخصية الطفل بالمنهج الدراسي بمعناه الواسع ن كذلك تتأثر شخصية الطفل بشخصيات معلميه تقليدا و بالتالي ينعكس دلك على مفهومه لذاته.

يرى عبدا لله الجسماني 1994 أن الكثير من الباحثين يرون أن مصدر التكيف الاجتماعي في المدرسة هو المعلم، فهو باحترامه لتلاميذه وتقبلهم له، يجعل من التعليم عملية متواصلة. **(عبد الله الجسماني 1994م،182)**

وبالنسبة للطفل الأصم فالمدرسة تعتبر مسرح للتفاعل مع أقرانه أكثر من أي بيئة أخرى.

جماعة الأقران : تقوم جماعة الأقران بدور هام في تكوين شخصية الفرد، حيث تساعد الجماعة في النمو الجسمي للطفل عن طريق إتاحة الفرص بممارسة الأنشطة الرياضية، والنمو العقلي عن طريق ممارسة الهوايات نحو النمو الاجتماعي عن طريق النشاط الاجتماعي، وتكوين الصداقات نحو النمو الانفعالي في مواقف لا تتاح في غيرها من الجماعات ن و كلما كانت جماعة الأقران رشيدة كان تأثيرها على الفرد إيجابيا وإذا كانت منحرفة كان تأثيرها سلبيا عليه. **(حامد زهران 1997، 78).**

3. النظريات المفسرة لمفهوم الذات:

1.3. نظريات التحليل النفسي : تقوم نظرية التحليل النفسي على ثلاث مسلمات أساسية عن الطبيعة الإنسانية.

أولا: السنوات الخمس الأولى من حياته سواء كان سلوكه سويا أو شاذا.

ثانيا: أن الدفاعات الغريزية الجنسية للفرد هي محددات أساسية لسلوكه.

ثالثا: أن الجانب الأكبر من سلوك الفرد تحكمه محددات لا شعورية.

إلا أن الفرويديين الجدد نظروا إلى السلوك الإنساني نظرة توازن بين الجوانب البيولوجية الاجتماعية والحضارية. **(يوسف القاضي و آخرون 1998م).**

ومن رواد نظريات التحليل النفسي فرويد Freud، يونج Jung ، ادلر Adler ، كرين Suliva. سوليفا، Horny اورني

• **نظرية فرويد:** أعطى فرويد للأنا مكانة بارزة في نظريته لبناء الشخصية و يرى أن الأنا تقوم بدور وظيفي و تنفيذي اتجاه الشخصية، إضافة إلى أنها تحدد الغرائز لتقوم بإشباعها و تحدد أيضا إلى جانب ذلك كيفية إشباعها، كما تقوم الأنا أيضا بمنع تفريغ الشحنة حتى يحين الوقت المناسب لذلك و تقوم بالاحتفاظ بالدوافع النفسية بين متطلبات الصراع الأخلاقي للشخصية و بين الدوافع الطبيعية و تقوم الأنا بدور فعال حتى أنها تمتلك القدرة على الاحتفاظ بالتوافق بين الدوافع و الضمير (الشهري1999م).

و يرى يونغ Jung أن الذات التي تقع في موضع وسط بين الشعور و اللاشعور تكون قادرة على إعطاء التوازن للشخصية كلها، و إن أعلى مستوى للتفاعل داخل النفس هو الذات و يحقق الوعي بالذات الوحدة للنفس و يساعد على تكامل كل من الشعور و اللاشعور (سيد غنيم 1975م).

كما أضاف يونج أن أهمية الذات تكمن في عملها كجهاز مركزي للشخصية يضفي عليها وحدتها و توازنها و ثباتها و إنها تحرك و تنظم السلوك (حامد زهران 1980) بينما يرى أدلر أن الفرد يقوده هدف مستقبلي يبينه هو لنفسه و يتحرك لتحقيقه و قد أطلق عليه اسم الذات المثالية (محمد الشناوي 1994م).

و تكلم أدلر عن مفهوم الذات و مفهوم الآخرين و عن الذات المبتكرة و هي العنصر الدينامي النشط في حياة الشخص و تبحث عن الخبرات التي تنتهي بتحديد أسلوب

حياة الشخص و إذا لم تتوافر هذه الخبرات في حياة الفرد الواقعية فإن الذات المبتكرة تحاول ابتكارها و ابتداعها (حامد زهران 1978م).

كما أشار سيد غنيم (1975م) إلى أن مفهوم أدلر عن أسلوب الحياة يمثل نظريته إلى الشخصية الإنسانية من حيث تنظيمها و اتساقها و تفردها و أسلوب الحياة في نظره هو نتاج ذات قوى داخلية موجهة و قوى خارجية كما يعطي أدلر أهمية كبيرة للذات الداخلية، فالحادثة الواحدة قد يستجيب لها شخصان مختلفان استجابتين مختلفتين ، فالذات عنده تمثل نظاما شخصيا وذاتيا يفسر خبرات الإنسان ويعطيها معناها (Lendzie § Hall) 1971 .

و قد قدمت Horny مفهوم الذات الدينامي وهي تعتقد أن الشخص يناضل في الحياة من أجل تحقيق ذاته وتحدثت عن مفهوما ثلاثيا للذات.

– الذات المثالية: اعتبرتها كمفهوم رئيسي وعامل هام في التوافق النفسي أو الاضطراب النفسي تسعى إلى تحقيق الاكتفاء الذاتي والاستقلال ، وإذا كانت الذات المثالية غير واقعية لا يمكن تحقيقها يؤدي إلى صراعات داخلية.

– الذات الواقعية: تشير إلى مجموع خبرات و قدرات الفرد و حاجات و أنماط سلوكه.

– الذات الحقيقية: و تعرفها على أنها القوى الداخلية المركزية التي تميز الفرد، وهي مصدر النمو للطاقة و الميول و القدرات و المشاعر.

وترى Horny أن العصاب ينشأ عندما يبعد الشخص عن ذاته الحقيقية و يسعى وراء صورة مثالية غير واقعية (حامد زهران 1978م).

كما يذكر سوليفا Suliva في تأكيده على أهمية العلاقات الاجتماعية و اعتقد أن كلا من السلوك المقبول أو المنحرف يتشكل نتيجة التفاعلات بين الوالدين خلال عملية التنشئة

الاجتماعية في الطفولة، و قد أكد على أهمية دور الآخرين في نمو فكرة الذات، و بذلك فإن مفهوم الذات في نظره ليس انبثاق إمكانيات متولدة أو ناشئة بقدر ما هو عملية تشكيل خارجي نتيجة الخبرات التي تعرض لها ، **(كمال دسوقي،1989 م).**

إن نظرية التحليل النفسي أعطت أهمية كبيرة لمفهوم الأنا و دوره المؤثر في شخصية الفرد، فقد ركز فرويد على هذا المفهوم و اعتبره جزءا من أجزاء الشخصية يسيطر على الهو و يضبط طاقاته و يوجهها، و قد أكد فرويد على أهمية الغرائز في تحديد السلوك على عكس أصحاب النظريات الظاهراتية و الذين لا يرون فيها أهمية في تحديد سلوك الأفراد و يتفق يونج إلى حد ما إلى ما ذهب إليه فرويد في الاعتقاد بأن الأنا تمتلك القدرة في الحفاظ على التوازن بين الدوافع و الضمير، و إنها تعمل على تنظيم السلوك كما أعطى كذلك يونج لمفهوم الذات أهمية كجهاز مركزي للشخصية و أهميتها في تحديد السلوك، بينما يختلف أدلر مع يونج في هذا المعنى حيث يرى الأول أن الذي يفترض أن يحدد السلوك هي الحوافز الاجتماعية.

لقد تعرضت النظرية التحليلية لبعض الانتقادات من أنصار نظريات التحليل النفسي الحديث أمثال أدلر، هوني وسوليفا حيث أكدوا على أهمية المواقف الاجتماعية و العلاقات المتبادلة مع الآخرين في تطور الذات والتي تعتبر في نظرهم مكتسبة من البيئة الاجتماعية.

2.3 النظريات الظاهراتية :

وتركز هذه النظرية في دراستها للشخصية على الخبرة الذاتية للفرد ورؤيته الشخصية للحياة ولتفسير إدراكاته الخاصة كما أن أغلب هذه النظريات تؤكد على الكفاح الإيجابي للفرد وميله إلى النمو وإلى تحقيق ذاته، إضافة إلى اهتمامها بجانب المعرفة الذي بواسطته يعرف الفرد و يفهم العالم من حوله، فالاهتمام بالنواحي المعرفية يتضمن الإهتمام بالعمليات الداخلية أو العقلية.

باختصار فإن هذه النظريات تهتم بخبرة الفرد كما يدركها هو (مصطفى الشرقاوي 1983م)،

ويمثل هذا الاتجاه التنظيري كارل روجرز، فرنان Vernin ، سينج و كومبس Syng Combs . Sarpin et وساربين

• **نظرية الذات عند كارل روجرز:** تقوم نظرية روجرز على النظرة الطبيعية للإنسان ، تلك النظرة التي تفترض وجود قوة دافعة لدى الإنسان هي النزعة إلى تحقيق الذات.

(لويس مليكه 1990م).

بدأ تاريخ نظرية الذات لروجرز عندما بدأ الإرشاد النفسي الممركز حول العميل وتعتبر هذه النظرية من أهم النظريات التي اهتمت بدراسة الذات لارتباطها بطريقة الإرشاد و العلاج غير المباشر. **(حامد زهران 1980م).**

وفي ضوء هذه النظرية فإن الذي يحدد السلوك ليس هو المجال الطبيعي الموضوعي و لكن المجال الظاهري الذي يدركه الفرد نفسه و من أهم مفاهيم نظرية روجرز في الذات نذكر :

– **مفهوم الإنسان أو الكائن البشري:** وهو الفرد ككل و الذي يتميز في ضوء هذه النظرية بأنه يستجيب ككل منظم للمجال الظاهري من أجل إشباع حاجاته المختلفة كما أن تحقيق الذات و حفظها هي دافع الإنسان الأساسي. **(مصطفى فهمي 1968م،65).**

– **مفهوم المجال الظاهري:** و هو جميع الخبرات التي يمر بها الفرد.

– **الذات:** وهو مفهوم هذه النظرية و نواتها و المحور الرئيسي للخبرة التي تحدد شخصية الفرد ،فالطريقة التي يدرك الفرد فيها ذاته هي التي تحدد نوع شخصيته و كيفية إدراكها. **(لويس مليكه و آخرون 1990م،68).**

و يرى روجرز أن الذات لها خصائص منها : أنها تنمو نتيجة تفاعل الكائن البشري مع البيئة ويسلك الكائن البشري سلوكيات تتسق مع الذات ،كما أن الخبرات التي لا تتسق مع الذات توصف بأنها تهديدات و قد تتغير الذات نتيجة للنضج و التعليم .

(ليندزي و هول Lindzie et Hall 1981 م)

وقد تعرضت نظرية روجرز لبعض الانتقادات حول تجاهلها للجانب اللاشعوري واعتمادها على التقارير الذاتية لدراسة بعض جوانب الشخصية وعلى الرغم من وجود مثل هذا النقد لهذه النظرية إلا أنه لا يقلل من قيمتها لأنها ساعدت على جانب من جوانب الطبيعة الإنسانية كان غامضا من قبل نفقد أسهمت في تنمية القوة الثالثة في علم النفس التي يتزايد تأثيرها بين القوتين السلوكية ودعاة التحليل النفسي و هذه القوة الثالثة تسمى بعلم النفس الإنساني لأنه تؤكد على الطبيعة الإنسانية الخيرة . **(جابر عبد الحميد 1990م).**

ويرى جابر عبد الحميد أن بنية الذات تتكون من خلال التفاعل المستمر بين الكائن البشري وبين بيئته التي يعيش فيها و خاصة المحيطين بالفرد على اعتبار أنهم مصدر إشباع أو إحباط له.

ويرى سيد مرسي (1985م) بأنه يكون هناك توافر التوافق النفسي عندما يصبح مفهوم الذات في وضع يسمح لكل الخبرات الحسية و العضوية للكائن الحي بأن تصبح متمثلة في مستوى رمزي، وعلى علاقة ثابتة ومتسقة مع مفهوم الذات أي أن الكائن الحي، قد يرفض بعض الخبرات التي لا تتسق مع الذات بأن تصبح شعورية ، كما أن لديها القدرة على اختيار الخبرات التي تتسق مع بنائها.

وقدم فيليب فرنان Vernin إطارا تطوريا لنظرية الذات وذلك من خلال تحديده مستويات مختلفة للذات ومنها الذات الاجتماعية التي يعرضها الفرد للآخرين والذات الخاصة

التي يدركها الفرد عادة ويعبر عنها لفظيا ويشعر بها، وهذه يكشفها الفرد عادة للمقربين فقط، والذات العميقة أو المكبوتة التي يتم التوصل إلي صورتها عن طريق التحليل النفسي.

ويؤكد فرنان Vernin على أهمية القوى الدافعة الداخلية و الحافز لتحقيق الذات الذي يعبر عن نفسه في شكل سعي من أجل تحقيق الذات و تأكيد الذات (حامد زهران 1980م).

• **نظرية سينج و كومبس Synng et Combs** : يرى سينج وكومبس أن السلوك بلا استثناء محدد ووثيق الصلة بالمجال الخاص بالظواهر للكائن البشري الذي يقوم بسلوكه أي أن الكيفية التي يتصرف بها الشخص ما هي إلا نتيجة إدراكه للموقف وإدراكه لنفسه في اللحظة التي يقوم فيها بفعل معين. **(الشهري 1999م).**

وينقسم المجال الظاهري عند سينج وكومبس إلى قسمين فرعيين:

-**الذات الظاهرية:** وتشتمل على أجزاء المجال الظاهري الذي يعتبره المرء كجزء أو سمة مميزة لنفسه.

- **مفهوم الذات:** ويتكون من أجزاء للمجال الظاهري تتميز عن طريق الفرد كخصائص محددة وثابتة لذاته . **(مصطفى فهمي 1967م).**

في ضوء ذلك فإن المجال الظاهري هو الذي يحدد السلوك ومنه تحدد الذات الظاهرية وفي النهاية يتميز مفهوم الذات على أنه الجانب الأكثر تحديدا للمجال الظاهري والذات الظاهرية في تحديد الكيفية التي يتصرف بها الفرد.

أما (ساربين) فيعتبر الذات بناءا معرفيا يتكون من أفكار الفرد عن مختلف نواحي وجوده فقد يكون الفرد مفاهيم عن جسده (الذات البدنية) وعن أعضاء الحس لديه وبنائه العقلي (الذات المستقبلية) وعن سلوكه الاجتماعي (الذات الاجتماعية) وتكتسب هذه الذوات التي تعتبر أبنية تحتية للبناء المعرفي الكلي من خلال خبرات الفرد وتحدث

(ساربين)عن هذه الذوات بوصفها ذوات تجريبية وهو يعتقد أن هذه الذوات مرتبة ،فالذات البدنية أولا وفي النهايةالذات الاجتماعية و يستخدم ساربين مصطلح "ذات" و"أنا" بالتبادل.

(هول و ليننذزي 1971م)

وبالإطلاع على النظريات الظاهراتية نجد أنها تؤكد على مسؤولية الفرد عن إدراكه لواقعهن فسلوكه واستجاباته للمواقف هي نتيجة لتصوراته وتفسيراته كما يدركها، وعموما فإن الذات عند روجرز هي جوهر نظريته عن الشخصية فالذي يحدد السلوك في نظره هو المجال الظاهري أو عالم الخبرة فالفرد يكون أكثر توافقا عندما يتفق سلوكه مع مفهومه عن ذاته ويحدث مرض نفسي عندما يكون العكس، ويرى روجرز العلاج في مثل هذه الحالات يكمن في تعديل مفهوم الفرد عن ذاتهن وبذلك تعكس نظرية روجرز الكثير من الجوانب الرئيسية المتعلقة بالمجال الظاهري في دراسة الشخصية كما أنها تركز على الواقع كما يدركه الفرد وعلى خبراته الذاتية وعلى سعيه نحو تحقيق ذاته.

ولا تختلف نظرية روجرز عن نظرية سينج وكومبس نحو الذات فقد استخدموا مفهوم المجال الظاهري ودوره في تحديد السلوك، إلا أن هناك اختلاف بين النظريتين من حيث فهم الشخصية الإنسانية حيث ركز روجرز على العوامل الاستبطانية في دراسة الشخصية في حين يستبعد (سينج و كومبس) تلك العوامل في المجال الظاهري للفرد.

(عبد الفتاح دويدار 1992م).

3.3 النظرية السلوكية :

يعتبر السلوك المحور الأساسي للنظرية السلوكية من حيث تعلمه وكيفية تعديله ويرى السلوكيون أن سلوك الفرد خاضع لظروف البيئة فتصرفات الفرد سواء كانت سوية أم شاذة فهي من وجهة نظرهم سلوكيات متعلمة ، والشخصية من وجهة نظر المدرسة السلوكية هي

الأنماط المتسقة من السلوك أي أننا لكي نحدد شخصية فرد ما فإنه علينا أن نحدد ما يفعله وما يقوم به من تصرفات لها صفة الاستقرار. **(محمد محروس الشناوي 1994م)**

كما يؤكد سكنر على دراسة السلوك الإنساني الذي يخضع للملاحظة ويمكن قياسه والتحكم فيه فهو يرى أن سلوك الفرد محكوم في أي وقت بالكثير من الظروف المستقلة في جوهرها وعلى ذلك يجب ألا يتوقع الناس إدراك الكثير من الاتساق السلوكي من وقت إلى آخر كما يرى أن علم النفس يجب أن يهتم بالسلوك الملاحظ وبهمل ما سواه فلا مجال لدراسة الذات فالذات في رأيه ما هي إلا عبارة عن خيال أو وهم في جوهرها .

(ليندا دافيدوف 1980م)

لأنه يعتبر مفهوم الذات في نظره ليس أمرا أساسيا في تحليل السلوك.

(جابر عبد الحميد 1990 م)

في حين يرى ميد Mead أن الذات لا يمكن أن تنشأ إلا في ظروف اجتماعية وحيث توجد اتصالات اجتماعية كما أنه يمكن أن تنشأ عدة ذوات تمثل كل مجموعة من الاستجابات مستقلة بدرجة أو بأخرى ومكتسبة من مختلف الجماعات الاجتماعية مثل الذات العائلية والذات المدرسية و ذوات أخرى كثيرة. **(هول و ليندزي 1971م،52).**

وبهذا يؤكد (ميد) على أن الذات غير موجودة لدى الفرد منذ الولادة و لكنها تظهر من خلال التجربة الاجتماعية و النشاط الاجتماعي فالأفراد يطورون مفاهيم ذاتية بناءا على ما يحدث لهم في مسار حياتهم. **(رولز و كاين 1970م،74)**

أما من ناحية وظيفة مفهوم الذات فيرى (ميد) أنها تقوم بوظيفة تنظيمية بحيث تنظم الاستجابات و ردود الأفعال في الإنسان نفسه. **(الشهري 1990م،125).**

ومن رواد هذه النظرية ألبورت وكاتل Alport et Cattel .

لقد أعطى هذا التيار الأولوية "للمثير "في تحديد السلوك وبالرغم من الصعوبات النظرية والمنهجية، فهو يشرح كل سلوك يقوم به الفرد ضمن مخطط (مثير –استجابة) اعتمادا على حتمية المحيط، لدا فمفهوم الذات لم يأخذ أهمية بالنسبة للسلوكية القديمة باعتباره معنى ذاتي بحت غير قابل للقياس والتجريب، وبظهور السلوكية الحديثة غيرت النظرة إذ ترى أن حتمية المحيط تكون متبادلة بين المحيط والفرد إذا أخذت بعين الاعتبار التجربة الشخصية للأحداث، بالإضافة إلى العوامل الخارجية التي ترافق السلوك.

إن أهم النظريات التي تناولت مفهوم الذات في مجال المدرسة السلوكية الحديثة نجد نظرية بنديرة Bandura عام (1977م) حول فعالية الذات والتي يقصد بها تأكيد الفرد مدى استطاعته على القيام بسلوك تمليه عليه وضعية معينة فهو يرى أن العلاج النفسي السلوكي يمكن أن يتم عن طريق رفع الفعالية الذاتية لدى الفرد مما يولد لديه الاعتماد على نفسه وقدرته على مواجهة الوضعيات الصعبة .

(يوسفي مصطفى القاضي وآخرون1981م،98)

5.3 النظرية المعرفية: يعرف رواد هذا الاتجاه الذات بأنها مجموعة من خطوط أوصفات الشخصية، فالأشخاص المحيطون بالفرد يجعلونه يطور صورة معينة، وفي المقابل نجد تيار علم النفس الاجتماعي الذي ربط خصائص التصور بتجارب الفشل والنجاح التي تتحكم في تكوين رأي حول إما بدرجة إيجابية أو بدرجة سلبية فحسب ما جاء به (Kelly عام 1955م) أن بناء الذات جوهري وهو جزء من نظام معرفي يرجع إلى مجموعة من بين أحداث كثيرة.

كما اهتم بياجيه Piaget رائد هذا المنظور بدراسة مفهوم الذات انطلاقا من قوانين عامة للتطور المعرفي فلا يفرق أبدا بين الذات واللاذات ولا يعتبرها كنتيجة لتطور فرد ما

من الناحية العاطفية والذي هو في تفاعل مع البيئة التي توجه وتدفع استثمارات الأشياء المعرفية، هذا كمفهوم عادي للذات. **(1980 N.Durez)**

واهتم كل من Lewis et Gun عام 1979م بمفهوم الذات بقولهم أن معرفة الذات تعني التمييز بين الذات والعالم الخارجي كما أنها تعني التمييز بين موضوع اجتماعي وآخر غير اجتماعي. **(1980 N.Durez)**.

يمكن الاستخلاص من هذه النظرية أن الفرد يكون آراء ومشاعر حوله من خلال نمو صورته الذاتية ويبحث عن تأكيد ذلك من طرف الآخرين وهذا بهدف راحته، ويحتفظ الفرد بتقديره لذاته على أساس مواجهته للآخرين عن طريق سلوكيات معينة وبعدها يتلقى ردود أفعالهم وآرائهم اتجاهه، ومنه ذات الفرد مرتبطة بحتمية المحيط الذي يحدد كيفية توجيه الذات وفقا لمبدأ مثير استجابة.

6.3 نظرية أبراهام ماسلو Maslow:

لقد وضع ماسلو نظريته في هرمية الحاجات ، والتي تقوم على أسس أن الحاجات لا تتساوى في أهميتها بالنسبة للإنسان و بالتالي لا تتساوى في قوتها الدافعية و في إلحاحها طلبا للإشباع ، ولكي يصور ماسلو هذا التدرج افترض أن الدوافع يمكن تصنيفها و ترتيبها في مستويات تقع على شكل هرم متدرج فالحاجة في قاعدة الهرم و المنتسبة إلى مستوى أدنى تدل على قوتها وأهميتها وأنها الأولى بالإشباع ، بينما الحاجات المنتسبة إلى مستويات أعلى تدل على ضعف إلحاح الحاجة إليها ولكي يصل الفرد إلى قمة الهرم (الحاجات العليا) فلا بد أن يكون قد أمن إشباع حاجاته الأولية والتي تقع قبلها في التدرج الهرمي ، ومتى وصل الفرد إلى إشباع حاجاته العليا في قمة الهرم فهذا دليل على درجة رقيه ومدى تحقيقه لذاته. **(كفافي 1989م)**.

إن الفكرة الأساسية وراء تصور ماسلو الترتيب الهرمي هي أن الحاجات الدنيا حاجات أولية ضرورية يجب إشباعها أولا ولو إشباعا نسبيا حتى يتمكن من إشباع الحاجات الأعلى منها, ويتمكن من الوصول إلى أعلى التصنيف الهرمي وهو تحقيق الذات (أسماء العتيبي 2006 م) ، وتحتل الدوافع الفسيولوجية قاعدة الهرم أو ما يوضع في سلم الحاجات (جوع وعطش ...)، ويليها دوافع طلب الأمن والاطمئنان وتجنب طل ما من شأنه أن يتهدده، ويليها الحاجة إلى الحب والتعاطف والانتماء ويلي ذلك الحاجة إلى الشعور بالتقدير وقيمة الذات والمكانة الاجتماعية والنجاح، وأخيرا الحاجة إلى إثبات الذات وتحقيقها وتأكيد مكانتها بين الناس. **(الرفاعي 1982م،33).**

ويرى ماسلو أن تحقيق الحاجة لتقدير الذات يؤدي إلى الثقة بالنفس والشعور بالقيمة والأهمية في المجتمع، أما عدم إشباع الحاجة لتقدير الذات فإنه يؤدي إلى الشعور بالنقص والضعف كما أشار ماسلو إلى أن حاجات التقدير تتضمن :

الحاجة إلى تقدير الفرد لذاته واحترامها والشعور بالجدارة والكفاءة والثقة بالنفس والحاجة إلى التقدير من الآخرين ويتضمن المكانة، المركز، الشهرة، التقبل .

في حالة إشباع الحاجة لتقدير الذات فإنها تفتح الطريق لإشباع حاجات المستوى الأعلى ليصل إلى قمة الهرم وهي تحقيق الذات ويقصد بها الاستثمار الأمثل لطاقات وإمكانات الفرد وسلوكه بصورة عفوية كما هي حقيقته لا كما يريد الآخرين، وفي حال عدم إشباع المستويات الأدنى فإن الفرد سيظل مشغولا بتأمين حاجاته الأولية ويتعطل ظهور الحاجات الأخرى كما بينه الشكل في هرم ماسلو. **(المفدى 1993م،41)**

4. مراحل نمو الذات :

يتكون مفهوم الذات لدى الفرد منذ اللحظات الأولى في حياته ، حيث يبدأ في تجميع المعلومات عن نفسه و الآخرين المحيطين به ، و في هذا الصدر يذكر عادل الأشول (1984م) أن الإنسان لا يولد و لديه مفهوم لذاته ، بل أن هذا المفهوم ينمو و يتطور نتيجة خبراته فالعناصر الجوهرية لتكوين مفهوم الفرد عن ذاته ، هي نتاج الخبرات المختلفة التي يتعرض لها الفرد .

وفي هذا السياق تناول (kall 1998م) نشأة أصول إدراك الذات لدى الطفل، و لتوضيح مراحل النمو في مفهوم الذات منذ الشهور الأولى من حياته استخدم kall مدخلا غير مباشر للتعرف على وعي الطفل ، يتمثل في قيام الأم بوضع علامة حمراء على أنف الطفل – دون أن يدرك الطفل ذلك – ثم وضع مرآة أمام وجهه وتوضح هذه التغييرات كما يلي :

• في عمر (9) شهور ، يبتسم الطفل للوجه الذي يراه في المرآة ، أو يلوح تجاهه ، لكن هذه السلوك لا يوضح أن الطفل يعي ذاته في المرآة ، بل هو يوضح و كأن الوجه الذي يراه في المرآة يوحي بالسرور .

• في عمر (12) شهرا: يلمس الطفل العلامة الحمراء في المرآة مما يوضح أنه يلاحظ العلامة على الوجه في المرآة.

• في عمر (15) شهرا : يحدث تغيير مهم وواضح حين يرى الطفل العلامة الحمراء في المرآة يتوجه إلى وجهه و يضع يده أو يلوح اتجاه العلامة الحمراء التي على أنفه وهذا يعتبر بداية تعرف الطفل على ذاته في المرآة ، وهذه أولى علامات إدراك الذات و في عمر (24) شهرا يفعل الطفل ما سبق بالإضافة إلى أنه عندما يرى العلامة الحمراء في المرآة يدرك أن الأنف الذي في المرآة هو أنفه شخصيا و يشير إلى نفسه بيده.

أو بالاسم أو بالضمير (أنا) ، و أحيانا يعرف عمره و جنسه ، هذه التغيرات توضح أن الوعي بالذات يتأصل في العام الثاني عند معظم الأطفال و على الرغم من استخدام kall للمرآة إلا أنه لا يريد الاعتماد عليها كلية في التعرف على الوعي بالذات للطفل.

(عبد النبي ، 2000م،24) .

وترى سعدية بهادر (1983م) أن نظريات النمو و التعلم الإنساني أجمعت على أن مفهوم الذات يتكون عادة خلال السنوات الست الأولى من حياة الإنسان من تجميع المعلومات والخبرات الحياتية المختلفة و من تكوين الاتجاهات الإيجابية و السلبية نحو النفس والغير والتي تتعدد نتيجة لها صورة خاصة للإنسان نحو ذاته تبرز فيها أهم ملامحه و مقوماتها لشخصية .

أيضا يذكر أحمد إسماعيل (1993م) أن نظريات الذات انتهت إلى أن مفهوم الذات يتشكل منذ الطفولة وعبر مراحل النمو المختلفة ، على ضوء محددات معينة يكتسب الفرد خلالها و بصورة تدريجية فكرته عن نفسه ، وأن الذات هي نتاج التفاعلات الاجتماعية مع الآخرين.

ويشير حامد زهران (1997م) إلى أن الفرد يحول خبراته التي يمر بها خلال مواقفه الحياتية إلى رموز يدركها و يقدمها في ضوء مفهوم الذات ، وفي ضوء المعايير الاجتماعية أو يتجاهلها (على أنها علاقة لها ببنية الذات) أو يذكرها أو يشوهها (إذ كانت غير متطابقة مع بنية الذات) أو إذ وجد صراعا بين تقييمه وتقييم الآخرين فإنه قد يضحي بتقييمه وينكر أو يشوه خبرته و يغير سلوكه ليطابق إدراك وتقييم الآخرين ، وهذا الإنكار والتشويه لخبرات الفرد يؤدي إلى القلق و اللجوء إلى حيل دفاعية و سوء في التوافق النفسي.

من خلال التفاعل بين الفرد والبيئة المحيطة تتبلور صورة واضحة عن ذاته تدريجيا وتتضح ملامحها للآخرين بازدياد الخبرات اليومية لتظهر أمام الفرد كما لو كانت لوحة

شفافة واضحة يدرك من خلال النظر فيها والتطلع إليها بجميع المواقف والأحداث التي تترك تأثيرا إيجابيا أو سلبيا في أعماق نفسه للتصدي لبعضها لإعاقتها عن النفاذ إلى داخل نفسه، والسماح بمرور البعض الآخر منها، والذي يتفق مع المحيطين به، وبالتالي يتكون مفهوم الفرد عن ذاته. **(سعدية بهادر ، 1983م،37).**

وتبعا لنظرية Rogers فإن الفرد يقدر كل خبرة في علاقتها بمفهوم الذات لديه. يريد الناس أن يتصرفوا بطرق تتسق مع صورة ذواتهم و خبراتهم ومشاعرهم وتتسبب الخبرات والمشاعر غير المتسقة تهديدا بالنسبة للشخص، و قد ينكر الشعور الاعتراف بها،و كلما زادت مجالات الخبرة التي يتعين على الفرد إنكارها نتيجة لعدم اتساقها مع مفهوم الذات لديها تسعى الصورة بين الذات و الواقع، مما يزيد احتمال حدوث القلق... فالشخص الذي لاتتسق صورته عن ذاته مع مشاعره الذاتية وخبراته يجب أن يدافع عن نفسه ضد الحقيقة ،لأن هذه الحقيقة سينتج عنها القلق ، و إذا أصبح عدم الاتساق كبيرا جدا فإن الدفاعات يمكنأن تنهار و ينتج عن ذلك قلق شديد أو غيره من أشكال الاضطرابات النفسية ، و على العكس من ذلك ، فإن الشخص حسن التوافق يكون لديه مفهوم ذات متسقة مع أفكاره و خبراته وسلوكه، و تكون الذات لديه مرنة غير متصلبة و يمكن أن تتغير كلما استوعبت خبرات و أفكار جديدة **(أحمد عبد الخالق 1993 م)** .

وبذلك يتضح أن مفهوم الذات يتكون لدى الفرد في مراحل حياته المختلفة حيث يبدأ في تجميع المعلومات عن نفسه وعن الآخرين المحيطين به في البيئة و عن البيئة التي يعيش فيها و يمكن أن تتغير كلما تكونت أفكار و خبرات جديدة لدى الفرد .

و منه يمكننا القول أنه للذات أطوار للنمو، كما يمر النمو الجسمي، و هي أطوار مرحلية تخضع لنفس المبادئ التي تحكم نمو الجسم و نمو السلوك ، وأن كل مرحلة ترتكز على سابقها و تمهد التي تليها ، و هناك تناسب طردي بين نمو الذات والتمييز بين ما هو داخلي على ما هو خارجي ، وتشمل هذه المراحل خمسة أطوار و هي :

1.4 مرحلة انبثاق الذات من 0 إلى 2 سنة :

يولد الطفل وهو لا يعلم شيئا عن العالم الخارجي ، حيث أنه يعيش حالة لا تميز بين الذات و اللذات و ينمو مفهوم الذات لديه مع نموه و تطوره و انتقاله من مرحلة إلى أخرى، فلا يمكن للمولود أن يدرك ذاته كشيء مستقل في هذه المرحلة المبكرة من حياته ، بل سيظل لفترة زمنية معينة لايميز بين ما هو ذاته و ما هو خارج ذاته و من الصعب تحديد المدة الزمنية التي يبدأ فيها الطفل إدراك ذاته . **(إبراهيم أحمد أبو زيد1987م)** .

لكنه ينتقل من هذه المرحلة إلى مرحلة جديدة يميز فيها الطفل بين أجزاء جسمه والأشياء الأخرى المحيطة به، وذلك بفصل الصورة الجسدية التي تتثبت بفضل الأحاسيس الداخلية(كالجوع، العطش....)

ويصعب عليه التمييز بين ذاته والعالم الخارجي، وفي هذا الشأن أشار (piaget) إلى أن الطفل يعيش حالة من اللا تمايز المطلق .

و يمكن تلخيص هذه المرحلة على النحو التالي :

من الميلاد إلى 09 أشهر : يخرج المولود من بطن أمه لا يعلم شيئا ليس لديه مفهوم جاهز لذاته ، أما الذات فهي موجودة منذ بداية حياة الفرد، و لكن في حالة كمون ، و تأخذ في التحقيق التدريجي مع النمو و تتمايز الذات الجسمية ، و يكون التمايز من خلال الحواس.

9 أشهر: يفهم الطفل الإشارات و هذا يعتبر و كأنه بداية الولادة النفسية للطفل عند شعوره بذاته بحيث يخرج من حالة اللاشعور بالذات ، فهذا بمثابة ميلاد ثان للطفل حيث يبدأ باستكشاف نفسه و بذلك يبدأ دخول العالم الأكبر المحيط به.

12-شهرا : وهي مرحلة يبدأ فيها للاستكشاف ، تنمو صورة الذات و يزداد تفاعل الطفل مع أمه بالأخص لما تربطه من علاقة صلبة و تبدأ عملية الأخذ و العطاء كما تبدأ الذات النامية في التفريق بين العالم الخارجي و الداخلي .

24 شهرا : يزداد تميز الطفل لذاته و يكون متمركز حول ذاته و يفرق بين الآخرين و تنمو أنا ، أنت ، ملكي و ملكك و تتكون الذات الاجتماعية و تزداد القدرة على فهم الذات.

(البهي سيد فؤاد 1980م) .

لكن يجب أن نعلم أن السنة الأولى من عمر الطفل ليست مقصورة فقط على الصورة الجسدية و إنما هناك تأثير العلاقة العاطفية الأولى أو الرباط الموضوعي الذي تكلم عنه (Rene Spiz Jonè Poli) و التي تتشكل بعد الإحساس بأنه محبوب له قيمة و هذا الإحساس يعرف" بتقدير الذات" ، سيد خير الله (1981م) .

2.4. مرحلة تأكيد الذات من 2 إلى 5 سنوات

تنتج هذه المرحلة من تنوع وتعدد التجارب الجسمية والعقلية والاجتماعية التي يعيشها الطفل، حيث يهتم الطفل في هذه المرحلة بقدرته الفردية وبمظهره الخارجي وهيئته سواء رجولته أو أنوثتها والتي يعتقدان أن لها قيمة بالنسبة للمعايير التي توجد في الجماعة، فكل هذا يؤدي إلى بناء مفهوم الذات وتميزها عن الذات. وتتكون في هذه المرحلة القواعد الأساسية لمفهوم الذات من خلال تكوين الهوية عن طريق امتلاك الأشياء، اللغة، التمايزات وتفاعل الطفل مع أفراد محيطه ،كما ينتقل الطفل إلى مرحلة الكلام واستعمال الضمائر والأسماء الموصولة وهنا يزداد تميز الطفل لذاته وزيادة شعوره بفرديته حيث يستطيع أن يفرق بينه وبين الآخرين، وفي هذه المرحلة يصبح شعوره بالذات أوضح و يظهر ذلك عن طريق سلوك الرفض، والاعتراض، فيزداد تميزه لذاته ويزداد شعوره بفرديته و شخصيته، ففي ثلاث سنوات يرسم الطفل صورة أشمل للعالم المحيط به ويعرف أن له شخصيته وللآخرين

شخصياتهم المختلفة .أما في سن أربع سنوات يكون علاقات عقلية واجتماعية و انفعالية مع الآخرين المهمين في حياته، كما نسمع منه الكثير من أسئلة الاستكشاف ، لماذا ؟ كيف ؟ من ؟ ماذا و أين ؟ بينما في سن الخمس سنوات فيتقبل الطفل فرديته. و يزداد الوعي بالذات كما يقل اعتماده الكامل على الوالدين، تزداد استقلاليته، و تتضح أكثر فأكثر معالم تفاعله مع العام الخارجي. **(البهي سيد فؤاد ،1981م،41).**

3.4. مرحلة توسيع الذات من 05إلى 12 سنة :

تعتبر هذه المرحلة من أطول و أهم المراحل في حياة الإنسان ، حيث تمتد من سن الخامسة حتى بداية البلوغ ، ففي هذه المرحلة يكون الطفل قد اكتسب مجموعة من إدراكات الذات تضمن له التوجيه إلى أوساط أخرى وقد أطلق »Freud« على هذه المرحلة تسمية " مرحلة الكمون " أين يكون أنا الطفل قوي بشكل نسبي و يتوجه إلى تفضيل المجالات الأخرى غير الجنسية كالمدرسة وأصدقاء اللعب، وابتداء من 6 سنوات يجد الطفل نفسه بين أطفال من نفس عمره ، فيقارن نفسه بالآخرين وخصوصا تلاميذ قسمه و أصدقائه في الساحة أو في أماكن أخرى، فمن خلال تلك المقارنات يعيد تشكيل صورة ذاته ، هذه الأخيرة يراها تنعكس في سلوك الآخرين نحوه، و بهذا يستطيع الطفل أن يكون فكرة عن نفسه كالشعور بذاته ، تقديره لذاته أو مشاعر أخرى تخص الذات و بالتالي يكون تقديره لذاته حسب نظرة الآخرين له(R.Lecuyer1978) ، ففي المدرسة يختبر الطفل تأثير الجماعة التي تعزز مفهومه عن ذاته.

و يلعب المدرس دورا هاما في نمو الذات لدى الطفل و تنمو الذات الاجتماعية و يزداد شعور الطفل بقيمته ، كما يسعى الطفل إلى تعزيز صورته لدى الآخرين و تزداد القدرة على التعبير عن الذات مع النشاط العقلي و الاجتماعي .

4.4. مرحلة تمييز الذات 12 إلى سن 18 سنة :

إن مرحلة المراهقة مرحلة مهمة لكل التجارب، و تتصف بتمييز الذات وتكوين مفهوم شخصي و محدد للذات ، و المراهق كما يرى الكثير من العلماء من بينهم Zazou (1972 م)، و العالم (Jersild) و(Strang) أن هذه المرحلة هي مرحلة تمايز الذات و إعادة تنظيمها ، حيث تحدث تغيرات داخلية و خارجية تؤدي تأثر صورة الذات بشكل كبير وتصبح غير مستقرة ، و يظهر هذا في النضج الجسدي و التغيرات الفيزيولوجية التي تعمل على تغيير اتجاهات المراهق نحو نفسه و ذاته ، فعلى المراهق هنا أن يقبل هذه التغيرات ويتكيف معها، أي إعادة دمج الصورة الجسدية وبالتالي تقييم الذات وتأكيد هوية مرحلة المراهقة ابتداء من أول نماذج التمايز (الأبوين)، و هذا التخلي يحرمه من هويته و يجعله يحس بالفراغ ، و لسد هذا الفراغ يعمل على البحث عن جماعة أفراد من نفس بيئته ويعيشون في نفس المشاكل و هذا يجعله يحس بالأمان و الطمأنينة بما أن رفاقه الجدد يفهمونه ، فيندمج و يتماثل معهم ، وهنا يكو□ن المراهق هويته و يؤكد ذاته .

لذلك فإن التمايز الأول (الذات – اللاذات) يكون دائما متبوعا بتمايز ثاني وهو (الذات و الآخرين) ، و كل هذه التغييرات و التطورات توضح معنى الذات ، فحسب (Ericsson) هذه العوامل تحدث ما نسميه بأزمة الهوية ، كما تسمح هذه المرحلة بوصول المراهق إلى الإحساس بالذات المدمجة و بهوية مستقرة. **(سيد خير الله ، 1981م)** .

5.4.مرحلة الرشد من 18 سنة فما فوق :

كثيرة من النظريات التطورية أو النظريات الشخصية التي أثبتت أن النضج أو الرشد يكون على شكل استقرار ثابت بدون أي تغيير ، إلاّ أن هناك من الباحثين أمثال (Rosenberg) و غيره اهتموا بميدان التطور على مدى الحياة، إضافة إلى تطور مفهوم الذات ، يمكن أن تكون هناك إعادة صياغة فطرية بالمقارنة بمتغيرات أو عوامل، كالتكيف

مع وظيفته مثلا ، تنوع الإحساس المتعلق بالنجاح أو الفشل في عملية التكيف مع الزواج، الإحساس المتعلق بالفشل أو النجاح في عمله ، كل هذه الأمور تؤثر على مفهوم الذات كما أن تقديره لذاته يتأثر بإدراكه حول إمكانياته الجسدية و العقلية و التغيرات مع نسبة نجاحه أو فشله في مختلف الأدوار التي يلعبها.

إن مفهوم الذات في هذه المرحلة يتطور ليصل إلى مستوى التنظيم و التكوين كما يمكن أن يحدث له تغيير نتيجة لعدة متغيرات و ظروف الحياة ، وهنا يكون التركيز هو المحيط الخارجي أي يتحرر الفرد من التأمل الذات و النظرة الدائمة إلى ذاته، بل ينتقل من الحياة الداخلية إلى الحياة الخارجية ومنه تستقر الذات و تتكون اتجاهات الفرد .

من خلال ما سبق يبدو واضحا أن مرور الفرد بهذه المراحل المتتالية و المتعاقبة وبهذا الترتيب تجعله أكثر قدرة على تمييز نفسه على الآخرين. **(سيد خير الله، 1981م،96)**

من خلال كل ما سبق يخلص **الطالب الباحث** إلى أن نمو مفهوم الذات يتطور مع نمو الفرد، و يتم ذلك عن طريق الخبرات الشخصية التي يكتسبها هذا الأخير من ممارساته الحياتية و عمليات التفاعل الاجتماعي مع محيطه .

الفصل الثالث: التبول اللاإرادي

تمهيد

1. **تعريف التبول اللاارادي**
2. **أنواع التبول اللاإرادي**
3. **أسباب التبول اللاإرادي**
4. **تشخيص التبول اللاإرادي**
5. **فترات التبول اللاإرادي**
6. **اثر التبول اللاارادي عند الطفل والاسرة**
7. **بعض الأساليب المتبعة في علاج اضطراب التبول اللاارادي**

تمهيد

الأسر التي لديها أبناء يعانون من التبول اللاإرادي ينتابها كثير من مشاعر التوتر والقلق والضيق وكثير من المشكلات وعدم الرضا والمعاناة مما ينعكس على عدم قدرتهم على التعامل بنجاح مع هذا الاضطراب، ويظهر ذلك في مشاعرهم السلبية تجاه الأبناء الذين ينتابهم أيضاً مشاعر الخزى والخجل والانطواء فالاضطراب يشمل الأسرة جميعها ويزيد من تفاقم المشكلة الضغوط التي تمارس على الأهل؛ لوجود أطفال لديهم تبول لا ارادي ودون تقديم أساليب المساندة لهم والمساعدة في التخلص من هذا الاضطراب.

ولقد شغلت مشكلة التبول اللاارادي فكر الباحثين والعلماء من حيث مظاهره وطرق علاجهن حيث يمثل اضطرابا وظيفيا لدى الأطفال والمراهقين بعد سن الخامسة.

1. تعريف التبول اللاارادي:

***التبول في اللغة** : جاء في لسان العرب التبول اللاإرادي من البول: واحد الأبوال، بال الإنسان وغيره يبول بولا؛ واستعاره بعض الشعراء فقال: بال سهيل في الفضيخ ففسد والاسم البيلة كالجلسة والركبة.

وكثرة الشراب مبولة، بالفتح. والمبولة، بالكسر: كوز بال فيه.

(ابن منظور، 1990 ،ص 37).

***اللاإرادي:**

لا : نافية وهي من الحروف التي تعمل عمل كان فترفع المبتدأ وتنصب الخبر.

• وهي تستخدم لنفي وقوع الفعل.

• والإرادة من الفعل " رود " أي "شاء " والإرادة المشيئة ، والإرادي هي: الطوعي ، والمشيئي **(مختار الصحاح ، 588ن ص 263)**

ويرى الباحث أن اللاإرادي هو العمل الغير طوعي الخارج عن القدرة الفعلية للفرد.

وقد تم تعريف التبول اللاإرادي في الدليل التشخيص الرابع dsm4 تكرار البول بطريقة غير طوعية أثناء النهار ، أو الليل في الملابس ، أو في الفراش هذا إذا ما حصل أكثر من مرتين في الشهر لدى الطفل في العمر ما بين خمس إلى ست سنوات ، أو مرة واحدة للأطفال الأكبر سنا. **(Kaplan and Sadok,1994)**

وقد تباين مفهوم التبول اللا إرادي من حيث العمومية والنوعية تباين الباحثين والمنظرين طبقا لاختلاف التخصصات والمدارس العلمية من هذه التعريفات ما يلي :

***التعريف الطبي:** " التبول اللاإرادي عبارة عن حالة انسكاب البول من المثانة بشكل لا إرادي ، وبصورة تكاد تكون مستمرة ، وذلك لدى طفل تجاوز في عمره الأربع سنوات واستمر

2. أنواع التبول اللاإرادي

لقد تم تحديدها على النحو التالي:

أ- **التبول اللاإرادي الأولي:** وهو عدم قدرة الطفل على ظبط عملية التبول لديه منذ الولادة، ونسب انتشار هذا الشكل من التبول اللاإرادي حول (80%) من حالات التبول كما وجدها العالم هلجرين B. Haligren

ب - التبول اللاإرادي الثانوي Secondary Enuresis : هذا الشكل من التبول يشير إلى أن الطفل تمكن من التحكم في تبوله ، وبشكل جيد، الفترة من الزمن ، ثم عاد للتبول ثانية (انتكاس Relapse) ونسبة هذا الشكل من التبول تختلف باختلاف الأعمار وهي تتراوح بين (20% - 58%)

ج- **التبول اللاإرادي الليلي المنعزل Nocturnal Enuresis :** وهذا الشكل من التبول اللاإرادي أكثر شيوعا لدى الأطفال ، وتصل نسبة هذا الشكل من بين حالات التبول اللاإرادي حوالي (65 %) من حالات التبول اللاإرادي .

د- التبول اللاإرادي النهاري المنعزل The diurnal enuresis : وهذا الشكل أقل شيوعا من الشكل السابق وتصل نسبة حوالي (3- 5 %) من حالات التبول اللاإرادي لدى الأطفال.

هـ- حالات التبول اللاإرادي الليلي والنهاري معا Nocturnal day enuresi

وتصل نسبة انتشار هذه الحالات حوالي (32 %) من بين حالات الدراسات السابقة .

3. أسباب التبول اللاإرادي :

مما لا شك فيه أن الكشف عن الأسباب الكامنة وراء حدوث عملية التبول اللاإرادي هي الخطة الأولى في علاج هذه الظاهرة.

أسباب فسيولوجية : تميل النظريات الحديثة لاعتبار التبول الليل اللاإرادي علامة على عدم نضج الجهاز العصبي ، وفشله في تكوين الفعل المنعكس الشرطي الناضج وهو اليقظة عند امتلاء المثانة ونظرا لفشل تكوين هذا الفعل المنعكس، تفرغ المثانة محتوياتها كلما امتلأت دون الحاجة لليقظة ويتجه بالطبع العلاج لإقامة وبناء هذا الفعل المنعكس .

ويعتمد مصير المرض ان لم يعالج على عمر المريض، فيشفى عادة 60% من الأولاد و 74 % من البنات تلقائيا فيتحسن النصف عند بلوغ سن 12، و 75% عند سن 14،ولكن لا يصح ترك الطفل يعاني من هذا المرض طوال هذه المدة حتى يشفى تلقائيا نظرا لم يتبع ذلك من اضطرابات في الشخصية وفقدان الثقة في الذات والانعزال وظهور علامات عصبية. **(احمد عكاشة، ص 669-670)**

4. تشخيص التبول اللاإرادي

للكشف عن التبول اللاإرادي يتم إتباع عدة خطوات كما يلي :

- **الفحص الكلينيكي :** ويتم عن طريقة البحث عن وجود أعراض و عوامل مرتبطة بظهور التبول اللاإرادي عند الطفل:

- معرفة النمط الأولي أو الثانوي للمرض وهذا مرتبط باكتساب الطفل للنظافة من عدمه.
- تكرار التبول الذي نتعرف عليه من خلال منحنيات متابعة الليالي الجافة و المبللة.
- وجود الاضطراب في تاريخ العائلة.
- ظهور أعراض مرتبطة بالمرض تكون غالبا : تبرز لاإرادي ، تعبير عن قلق ، صعوبات دراسية ، لكن هناك حالات لا يكون فيها التبول اللاإرادي مرتبطا بأي من هذه الأعراض.
- التعرف على مدى تعلم الطفل التحكم في عملية التبول من طرف والديه في السنوات

الثلاث الأولى .

موقف الوالدين من هذا الاضطراب والذي ينحصر بين القبول التام و الرفض التام الذي يصل إلى العقاب النفسي و الجسدي ، حتى موقف الطفل هام جدا .

لا يمكن إهمال البحث في الطرق العلاجية السابقة المستعملة ، حيث أن الكثير منها يثبت فعالية في التقليص من التبول اللاإرادي تكون آنية سرعان ما يزول مفعولها لتزداد حدة الاضطراب . **(ferrari,P Epelbaum, C 1993, pp 75-76)**

- **التشخيص الفارقي :**

التبول اللاإرادي ليس المرض الوحيد المرتبط بالجهاز البولي لذلك وجب إجراء تشخيص فارقي للتمييز بينه و بين الاضطرابات المشابهة و التي سنذكرها فيما يلي :

- **Pollakiuries** : هو تبول قليل دائم مسبوق بحاجة ملحة للتبول ، من أعراضه التهاب في الجهاز البولي يمكن ربطه بمسببات انفعالية.
- **Polyuries avec polydipsie** : هذا النوع يعلن عن وجود داء السكري كما قد يكون نتيجة هوس الشرب عند الطفل.
- **Incontinence urinaire** : شبق التبول هو انسياب البول بشكل قليل أو قطرات ،

له ثلاث أسباب رئيسية : **(C Vidailhet,D Sibertin Blan ,2008, p63)**

وجود عائق أسفل الجهاز البولي يعيق الخروج المستمر للبول و يحدث ما يشبه الانقباضات ، وجود تشوه في الجهاز البولي و هو سهل التشخيص عند الذكور وكذا انسداد في الجهاز البولي و هو شائع عند الإناث .

- **Mictions automatiques des vessies neurologiques**: تبول الي مرتبط بالآلية العصبية للمثانة متعلق برسائل عصبية حسية دافعة في مستوى أو قريب من

العضلات السيارة ، أو ما يسمى بتناذر ذيل الحصان . syndrome de la queue de cheval

- **Epilepsie morpheique a type de grand mal** : تحدث أثناء النوم العميق اليقضة و حتى النوم الخفيف .

(Bedwetting-me.org,18/09/2015 18 :56)

من خلال التشخيص الفارقي يتعرف المختصون على خصائص الأعراض المرضية المرتبطة بألية التبول و الفروقات الظاهرية و البيولوجية المشخصة لكل اضطراب و بالتالي فتحديد نوع المرض إن كان تبولا لاإراديا أو غيره من اضطرابات التحكم في العمليات الفيزيولوجية للجهاز البولي أساسي في تحديد الخطة العلاجية الفعالة و مدى نجاحها.

5. فترات التبول اللاإرادي :

تختلف فترات التبول اللاإرادي عند الأطفال والراشدين فمنهم من يعاني من هذه المشكلة ليلا و هي الحالة الأكثر شيوعا و التي تتميز بمسبباتها و حدتها عن التبول النهاري القليل الظهور مقارنة بسابقه ، ونادرا ما يقترن التبول اللاإرادي الليلي بالنهاري .

***التبول اللاإرادي الليلي** : وهو أن يبلل طفل في الخامسة من عمره أو أكثر فراشه اكثر من ليلتين في الشهر، وينتشر عند طفل من بين 5 أطفال بعمر الخمس سنوات وطفل من بين كل 10 أطفال بين 7- 10 سنوات . التبول اللاإرادي الليلي أكثر شيوعا عند الذكور ب 1.5-2 مرة من الإناث ، كما يشخص عند 0.5% عند البالغين الذين تتراوح أعمارهم بين 18- 64 عاما .

تلعب الوراثة دورا في التبول اللاإرادي ، فإذا كانت هذه المشكلة عند كلا الوالدين فاحتمال ظهورها عند أطفالها 77 % .

أما إذا كان التبول اللاإرادي الليلي عند أحدها فقط فنسبة حدوثه عند الأطفال 44 % والطفل الذي ليس لديه تاريخ مرضي في العائلة 15% .

***التبول اللاإرادي النهاري :** وهو شكل قليل الظهور عند الأطفال ويتمثل في عدم القدرة على التحكم في عملية التبول في النهار و نادرا ما يكون مقترنا بالتبول اللاإرادي الليلي ، كما قد يؤدي إلى سلوكات عدوانية أو انطواء عند الحالة نتيجة القلق و الخجل الذي يعيشه الطفل المتبول ، فالعوامل النفسية في هذه الحالة تميل إلى كونها نتائج لا مسببات للمشكلة .

6. اثر التبول اللارادي عند الطفل والاسرة

وينقسم إلى قسمين:

تأثير التبول اللاإرادي على الطفل Impact of Enuresis on children: ورد في تقرير عن الأطفال بأن التبول اللاإرادي يعد 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. **(الزراد، 1998، 45).**

كما قد أشارت العديد من الدراسات الأجنبية إلى أن 20–30% من الأطفال الذين يعانون من التبول اللاإرادي الليلي يظهرون مشاكل سلوكية ذات علاقة 2 إلى 4 مرات أعلى من الأطفال من دون تبول لاإرادي .

وأظهرت إحدى الدراسات السريرية أن المشاكل السلوكية لدى الأطفال الذين يعانون من التبول اللاإرادي الليلي الأولي ظهرت بمعدل أقل من (20)% من الحالات، أم الاضطراب التبول اللاإرادي الثانوي فغالبا ما يكون مسبوقا بأحداث حياتية حرجة، وظهرت المشكلات السلوكية لدى (75%) من حالات هؤلاء الأطفال .

. (Von Gontard et al., 1999, 665)

بالإضافة إلى ذلك، بينت دراسة بتلر وهرونHeron & Butler سنة (2008) أن الأطفال بعمر (9) سنوات مع تبول لاإرادي يعانون من الشعور بالذنب، الخجل، الخزي، وتجنب الأنشطة الاجتماعية. **(From: McKenzie, 2013, 19)**.

بالإضافة إلى ذلك قد يواجه الأطفال المتبولين لاإرادية 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 وهولماسHolmes& Pugner 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.

(Holmes& Pugner, 1997, 65).

كما أظهرت دراسة أجريت في هونغ كونغ أن (89.8)% الأطفال الذين يعانون من التبول اللاارادي لاإرادية تجنبوا الكلام حول المشكلة، (18.1)% أدعى أنه لا يعاني من هذه المشكلة وحاول إخفاء ملابسه المبللة، (27.72)% وتجنب البقاء ليلا 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 شيوعا عند الذكور من الإناث من وجهة نظر أمهاتهم، وأن أكثر المشكلات شيوعة لدى الأطفال الين 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 هوروود Horwood & Fergusson بأن الأطفال الأكبر الذين واصلوا تبليل الفراش أكثر معاناة من المشاكل السلوكية، فالأطفال الأكبر من (13) عاما أكثر معاناة من تشتت الانتباه أما الأكبر من (15) عامة أكثر معاناة من المشاكل السلوكية الداخلية. **(Marina et al., 2008, 75)**.

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

تأثير التبول اللاإرادي على عائلة الطفل Impact of Enuresis on children family : يعاني ذوي الأطفال المتبولين لاإراديا من ضغوطات كبيرة في العديد من النواحي الاقتصادية والاجتماعية والعاطفية والنفسية:

- **فمن الناحية الاقتصادية:** يبدل الطفل غيار أو غياران كل ليلة، فيحتاج إلى ملابس وشراشف إضافية وهذا يمكن أن يكلف العائلة بحدود (100)$ كل عام. وتكلف الحفائض بكل بساطة أكثر من (300)$ كل عام، أما الأدوية المستعملة لمشكلة التبول اللاإرادي فتكلف 4$ لكل حبة دواء، وكل ذلك يجمع مع مرور الوقت، إذ بينت دراسة أوربية أن الأسرة التي لديها طفل مصاب بالتبول اللاإرادي الليلي تدفع سنويا (1000) دولار إضافية مقابل الغسيل الإضافي وارتداء الحفاضات . **(زادة، 2008، 55)**.

أيضا يؤثر التبول اللاإرادي على العائلة من الناحية العاطفية والنفسية وبالتحديد الأمهات، بالإضافة إلى ما يرتبه عليها من واجبات يومية مسائية كتجهيز شرشف عازل،

حفاضات، الملابس والشراشف الإضافية، فضلا 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، فكنت ردود فعل الآباء العاطفية هي أن (71)% شعروا بالانزعاج، و(19)% شعروا بالغضب، و (11)% شعروا بالخجل، (77)% كافئوا الأطفال على الليالي الجافة، (57)% عاقبوا الأطفال على باللهم لفراشهم. **(Ng et al., 2004, 56)**

أما بالنسبة لمواقف الآباء الماليزيين (13)% من الآباء اعتبر التبول اللاإرادي مشكلة، (65)% من الآباء طلب نصائح عن معالجة هذه المشكلة.

(Kanaheswari et al., 2006, 608)

وفي دراسة أجريت في كراتشي حول التبول اللاإرادي في مدارس الأطفال ثبت بأن (98.9)% من الآباء قلقون حول مشكلة أبنائهم، ولكن (29.3)% طلبوا مساعدة طبية، (22)% من الآباء لم تهتم بمشكلة طفلها. **(Zaidi & Mithani, 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، 14،2002)**

وقد أشارت دراسة سابي وآخرون **(Sapi et al., 2009)** في البرازيل ودراسة كان وأخرون **(can et al., 2004)** في تركيا إلى تعرض الأطفال المتبولين لا إرادية إلى العنف الجسدي واللفظي.

(From: National Clinical Guideline Centre, 2010, 93)

كما استنتج دي ماكنوزل وآخرون De Miquelsanz et al سنة (1994) بأن التبول اللاإرادي الليلي يتعلق بالاتجاهات التربوية للآباء والعائلة نحو المتبول اللاإرادي (95 ,Heap, 2004). إن مثل هذه النظرات التأديبية والعقابية من قبل الأهل للأطفال المتبولين لاإرادية 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.

7. بعض الأساليب المتبعة في علاج اضطراب التبول اللاارادي

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 الذكرى) بنترات الفضة وذلك لجعل التبول مؤلمة، شكشكة القضيب أي ربط ضفدعة إلى العضو الذكري لتنقنق عندما يبول الطفل فيستيقظ (هذه الطريقة كانت تستخدم في نيجيريا) **(حمودة، 1991، 224)**.

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 (14) ليلة جافة متتالية. **(Glazener et al 3 ,2005.,)**.

فعندما يتم التوصل لهذا العدد من الليالي الجافة يتم إيقاف العلاج، ويصل للجفاف الكامل بدون تدخل علاجي (46)% إلى (90%) 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.

العلاج السلوكي: تؤكد جماعة العلاج السلوكي على أن التبول اللاإرادي عادة متعلمة خاطئة. **(الزراد، 1998، 134).**

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، فضلا 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.

***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 .

(الزعبي، 1994، 117).

وتستخدم أنظمة الجائزة التعزيز الإيجابي بشكل خاص، حيث يتم تحديد الهدف من وراء الجائزة مثل ذهاب الطفل للمرحاض أو البقاء جافة طوال الليل ويأخذ مكافأته عندما ينجز الهدف، والتعزيز الإيجابي الليالي 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 (1) مثال توضحى عن جدول تعزيزي (لوحة النجوم):

جدول رقم (1) جدول تعزيزي

ضع نجمة في كل يوم جاف واكتب الليالي الجافة الكلية لكل أسبوع

اليوم	الأسبوع 1	الاسبوع2	الأسبوع 3	الأسبوع 4
الجمعة				
السبت				
الاحد				
الاثنين				
الثلاثاء				
الأربعاء				
الخميس				
جمع الليالي الجافة				

يمكن للطفل أن يسجل ويلاحظ النجاحات، كما يمكن للجوائز التي تقدم للطفل أن وصل 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 جدا في علاج الأطفال الصغار بشكل خاص، ويمكن أن يتخذ كإجراء أولي للعلاج اضطراب التبول اللاإرادي.

اذ أظهرت دراسة فافا واخرون (1981)) ان نسبة النجاح باستخدام لوحة النجوم 80% مقابل 10% للعلاج باللعب لاطفال بلغ متوسط أعمارهم 8 سنوات خلال مدة معالجة بلغت (3) 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 الالتزام 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 تباعا قد يصبح من العوامل المحفزة البقاء الطفل جاف. **(Cendron, 1999, 1210)**

***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 **(Evans & Glazener, 2009, 3).**

***تدريب السلوك Positive Practice:** يهدف تدريب السلوك إلى تطوير استجابة بديلة لمشكلة التبول اللاإرادي بعد قيام الطفل بالتبليل. فمن أجل التمرن يستلقي الطفل بالسرير ويعد حتى الخمسين ويذهب لدورة المياه ويحاول التبول. وبعد كل تبليل يجب على الطفل أن يكرر ذلك عشرين مرة. بالنسبة للأطفال الصغار تم تخفيض عدد مرات تدريب السلوك إلى العشرة. إذ أظهرت دراسة بولارد ونتل بيكNettelbeck & Bollard في تحليلهم المكونات السرير الجاف أن نسبة النجاح باستخدام هذه الطريقة (83.30)%.

(Bollard &Nettelbeck, 1982,382)

***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. **(Evans & Glazener, 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 . **(Clinical Guideline Centre National 2010, 142)**

أيضا النقص في السوائل مثل الزيادة في السوائل إذ أن قلة السوائل قد تجعل تركيز فضلات الجسم عالية في البول، وقد يؤدي ذلك إلى تهييج المثانة، ومن ثم زيادة عدد مرات الرغبة بالتبول. **(بيتيت وآخرون، 2009، 74).**

وقد قدم محترفو الرعاية الصحية نشرة تحتوي على الكمية السائلة المرغوبة، وليس هناك معلل 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 و كمية الغذاء والمشروبات هذه الأمور تتفاوت جدة بين الأفراد، إذ قامت منظمة الصحة الوطنية الأمريكية ومسح التغذية بوضع وثيقة حددت من خلالها الكمية المتوسطة للماء حسب العمر والجنس

جدول رقم (2) يوضح كميات السوائل المناسبة لكل عمر وجنس منظمة الصحة الوطنية الأمريكية ومسح التغذية 1988. 1999 المشروبات الكلية الجنس

العمر	الجنس	المشروبات الكلية باليوم
4-8 سنوات	انثى	1000-1400 ml
	ذكر	1000-1400 ml
9-13 سنوات	انثى	1200-2100 ml
	ذكر	1400-2300 ml
14-18 سنة	انثى	1400-2500 ml
	ذكر	2100-3200 ml

.(Coates, 2012, 14)

توصيات للأطفال المتبولين للاإراديآ ولآبائهم أو لمن يقدم العناية لهم:

• كمية سوائل يومية كافية مهمة في علاج التبول اللاإرادي.

• تتفاوت كمية السائل طبقا لدرجة حرارة البيئة وكمية الوجبات الغذائية ونوعيتها ومستوى نشاط الطفل.

• ينصح الأطفال وأبائهم أو من يقدم العناية لهم بتجنب تناول مشروبات تحتوي على مادة الكافي مثل الكولا، الشاي، أو الشوكولا الساخنة ، لأنها تؤدي إلى تهييج المثانة irritate the bladder لأنها تعتبر من مدرات البول، أما المشروبات الداكنة 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 (نموذجية 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 .

* **زيادة التعلم Over learning** : يتضمن زيادة التعلم إعطاء سوائل إضافية للطفل وقت النوم لكي تسبب إجهاد إضافي للعضلة الدافعة وقد تم اقتراح هذه الطريقة لزيادة سعة المثانة للطفل .. **(Abraham & Ronen, 1996, 79)**.

* **الإيقاظ الليلي night waking** : طريقة في العلاج السلوكي تعتمد على التعليم الشرطي **(العزة، 1999، 189)** وقد صمم هذا التدخل بحيث يساعد الطفل على الاستيقاظ بسهولة من النوم. **(بيترمان، 2009، 551)**.

ومن خلال هذه الطريقة قد يوقظ 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، وغالبا ما يعتل 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 أو يعطى الآباء مخطط بالأوقات العشوائية التي يجب أن يوقظ بها الطفل، هناك دليل يؤكد بأن الإيقاظ الليلي قد يخفض أو تزيل حوادث البلل الليلي على سبيل المثال دراسة بولارد ونتل بيك.

(Nettlebeck & Bollard, 1982, 388)،

وقد وجهت لهذه الطريقة عدة انتقادات، إذ لا تؤدي إلى تعليم الطفل التحكم في المثانة، كما أنها قد نديم سعة مثانة منخفضة من خلال محافظة الطفل على مثانة فارغة، بالإضافة إلى ذلك فإنها تعد من الطرق الصعبة بالنسبة للوالدين والطفل، وأخيرا فإنها لا تضمن بأن دماغ الطفل سيربط الإيقاظ مع إحساس إمتلاء المثانة بالبول خلال الليل .

* **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 المعالجة التبول اللاإرادي الليلي (Glazener et al., 2004, 3)، ولقد وجدت دراسة بنيت وأخرون Bennett et al سنة 1985 بأنه فقط 16،6% من المشاركين أنجز جفاف بولي ليلي من خلال هذا التدريب، بينما مجموعتا التدخل الأخريتين تتضمن جرس الإنذار وتدريب السرير الجاف كانت نسبة النجاح44،4% و 50% على التوالي (1985,310.**Bennett et al**)

***تدريب الاحتفاظ Retention control training** : أحدى طرق العلاج السلوكي، والتي يجب ألا تستعمل مع الأطفال الأصغر من 6 سنوات والهدف من هذا التدريب مساعدة الطفل على إدراك إحساس امتلاء المثانة ومد العضلة الدافعة للمثانة، بحيث تتكيف مع ضغوط وحجوم البول المتزايد. (**Fielding , 306,1980**)

* **العلاج الدوائي Pharmacological Therapy** تتألف العلاجات الدوائية من الديسموبريسينDesmopressin ، الإمبيراميين imipramine ، أوكسبيوتين Glazener & Oxybutynin (**Evans, 2002, 3**).

والتدخلات الدوائية علاج جذاب قصير الأمد، ويصبح ساري المفعول بسرعة .

.(Mikkelsen, 2007, 657)

ويعطي 60% من الأطفال الذين يعانون من مشكلة التبول اللاإرادي علاج دوائية من قبل الأطباء العامين . **(Houts et al., 1994, 73)**

ولا بد من الإشارة إلى أن الانتكاس شائع بالمعالجة الدوائية (Von , 1998, 449 Gontard)، ويتحسن غالبية الأطفال بالتدخلات السلوكية أكثر من التدخلات الدوائية .

(.Houts et al., 1994,737)

***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 الخضروات، 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 هذهللتبول اللاإرادي مثل عسل النحل والأطعمة الغنية بفيتامين ب المركب مثل خميرة الخبيز

(الجبالي، 2009، 290)

***الإرشاد Counseling:** يعتبر الإرشاد الفردي أو الأسري في بعض الأحيان أكثر ملائمة وفائدة للطفل الذي يعاني من التبول اللاإرادي، خصوصا 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 دورا في تصليح أو تحسين العلاقات العائلية .

(sanborn, 2002,13)

الجانب التطبيقي

الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد

1. منهج الدراسة

2. مجتمع الدراسة

3. أدوات الدراسة

4. الخصائص السيكو مترية لأداة الدراسة

5. الأساليب الإحصائية المستخدمة

تمهيد:

بعدما انتهينا من الجانب النظري الذي هو أساس لأي دراسة علمية مما يتضمنه من نظريات علمية وتراث معرفي مكتوب حول الظاهرة من طرف العلماء والمختصين في الجانب الميداني هو المحك للبحث العلمي، ويعمل على التأكيد من صحة تطبيق الاختبارات والفرضيات والوصول الى اهداف الدراسة اما بالتحقق أو النفي.

فالبحث الميداني هو دراسة يعدها الطالب تتكون من مهارات وشروط ومناهج وادوات لجمع البيانات وهو ما سيتضح في هذا الفصل.

1. منهج الدراسة:

المنهج الوصفي أحد أبرز المناهج المهمة المستخدمة في الدراسات العلمية و رسائل الماجستير والدكتوراة ، ومناهج البحث الوصفي بوجه عام تساهم في التعرف على ظاهرة الدراسة، ووضعها في إطارها الصحيح، وتفسير جميع الظروف المحيطة بها، ويعد ذلك بداية الوصول إلى النتائج الدراسية التي تتعلق بالبحث، وبلورة الحلول التي تتمثل في التوصيات والمقترحات التي يسوقها الباحث لإنهاء الجدل الذي يتضمنه متن البحث، واستخدام منهج معين في البحث يتطلب وقتًا وجُهدًا كبيرين في سبيل الوصول إلى جميع المعلومات والبيانات التي تتعلق بظاهرة البحث. فالمنهج الوصفي يعتمد على التركيز الدقيق على الوصف، حيث ظاهرة معينة استنادا الى وضع حالي

2. الحدود الزمانية والمكانية للدراسة

- الحدود الزمانية : دامت مدة إجرائنا للبحث حوالي شهرين، انطلاقا من 15 ديسمبر 2021 إلى غاية منتصف شهر فيفري 2022 .

الحدود المكانية : تم اجراء الدراسة في ابتدائية شريكي عبد القادر (البيضاء).

3.أدوات الدراسة

مقياس كوبر سميث: هو أداة واسعة الاستخدام في مجال البحوث العلمية وفي مجال الممارسة إذ أنه يتصف بالخصائص السيكومترية الأساسية للمقياس الجيد كالصدق الثبات والقدرة على التمييز، وقد مثل الهدف الأساسي لبناء هذا المقياس الاتجاه التقييمي للذات.

-وصف مقياس تقدير الذات : صمم هذا المقياس من طرف الباحث الأمريكي " كوبر سميث" سنة 1967 لقياس الاتجاه نحو الذات في المجالات الاجتماعية والأكاديمية والعائلية الشخصية ثم ترجمة الاختبار إلى اللغة العربية كما قام بتعديل بعض البنود من طرف الدكتور فاروق عبد الفتاح يتكون المقياس من عبارات سالبة وموجبة ويطلب من الشخص الذي يطبق عليه المقياس أن يضع علامة (+) داخل المربع الحامل للكلمة

(تنطبق) أو(تنطبق) ولا توجد إجابات صحيحة وأخرى خاطئة وإنما الإجابة الصحيحة هي التي يعبر بها الشخص عن شعوره (ليلى عبد الحفيظ،1985، ص 21) والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (03): البنود الموجبة والسالبة في مقياس تقدير الذات:

أرقام العبارات الموجبة	أرقام العبارات السالبة
20-19-14-9-8-5-4-1	**-15-13-12-11-10-7-6-3-2 24-23-22-21-18-17-16**

يمكن الحصول على درجات مقياس تقدير الذات لكوبر سميث بإتباع الخطوات التالية:

-في العبارات السالبة : إذا كانت إجابة *تنطبق تمنحه (0) ، اما إذا كانت إجابة*لا تنطبق تمنحه (1)

-في العبارات الموجبة : إذا كانت إجابة*تنطبق تمنحه (1) ، أما إذا كانت إجابة *لا تنطبق تمنحه (0)

-ويمكن الحصول على الدرجة الكلية للمقياس بجمع عدد التي حصل عليها كل فرد.

كيفية تطبيق المقياس:

يمكن تطبيق المقياس فرديا كما يمكن تطبيقه جماعيا في مدة غير محددة علما أنه قد توجد مجموعة من الأفراد العاديين يستطيعون الإجابة في زمن يتراوح ما بين (10 إلى 18) دقيقة وذلك بعد إلقاء التعليمة، (كمال الدوسيقي، 1981، ص 47)

-**التعليمة** : فيما يلي مجموعة من العبارات تتعلق بمشاعرك إذا كانت العبارات تصف ما تشعر به عادة فضع علامة (+) في الخانة (تنطبق) أما إذا كانت العبارة لاتصف ما تشعر به عادة فضع (+) علامة في الخانة (لا تنطبق) علما أنه توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة وإنما الصحيحة هي التي تعبر عن شعورك الحقيقي.

طريقة التصحيح:

يتضمن هذا المقياس 17 سالبة وهي: (2-3-6-7-10-11-12-13-15-16-17-18-21-22-23-24)، إذا أجاب المفحوص بلا تنطبق فإنه يعطي درجة على كل منهما وإذا أجاب ب تنطبق فإنه لا يعطي درجات ويتضمن أيضا عبا ا رت موجبة وهي: (1-4-5-8-9-14-19-20) إذا أجاب عليها المفحوص تنطبق يعطي درجة على كل منهما أما إذا أجاب بلا تنطبق فلا يعطي درجة، وللحصول على الدرجة الكلية للمقياس تجمع عبا ا رت المقياس الصحيحة المحصل عليها ويضرب المجموع الكلي للدرجات الخام الصحيحة لكل حالة × 4

الجدول رقم (04): مستويات تقدير الذات

مستويات تقدير الذات	الفئات
درجات منخفضة لتقدير الذات	40-20
درجات متوسطة لتقدير الذات	60-40
درجات مرتفعة لتقدير الذات	80-60

جدول رقم (05): المقاييس الفرعية لمقياس كوبر سميث

المقاييس الفرعية	أرقام العبارات	المجموع
الذات العامة	15-17-16-25-24-23-22-21-13-12-11-10-7-6-3-2-18	12
الذات الاجتماعية	21-14-8-5	04
المنزل أو الوالدين	6-9-11-16-20-22	06
العمل أو المدرسة	2-17-23	03

الخصائص السيكومترية لمقياس كوبر سميث:

-**الصدق** : يعتبر المقياس صادقا إذا كان يقيس ما وضع لقياسه. (قاسم على الصراف، 2002، ص 100).

-**الثبات** : يعرفه *أناستازي Anastasi* بأنه الاتساق او الدقة والحصول على نفس النتائج عند تكرار التجربة على نفس الأفراد في نفس الظروف.

-**ثبات مقياس كوبر سميث** : تشير دراسات أجنبية عديدة أن معامل الثبات لمقياس تقدير الذات لكوبر سميت تراوحت ما بين 0.70 و 0.88(Estime DE SOI 1984, p15) .

صدق مقياس كوبر سميث: حسب الصدق الذاتي في البيئة الأجنبية وجد ان 90 % من عبارات المقياس لها معاملات ارتباط، في حين أن 10 % لم تكن لمعاملاتها دلالة إحصائية،

ويتبين من هذا التحليل أن عبارات المقياس تقيس جيدا تقدير الذات.

وتم التأكد من صدق المقياس في البيئة العربية عن طريق حساب معامل الارتباط بين درجات

المقياس على عينة عددها152 (طالب وطالبة، فبلغ صدق المقياس0.84 عند الذكور، و0.94 عند الإناث وبالنسبة للعينة الكلية فقد بلغ 0.88 (فاروق عبد الفتاح ومحمد دسوقي، 1981 ص 10 – 14).

اعتمدنا في دراستنا على مقياس كوبر سميث لتقدير الذات وتم استخدام التدريج الثنائي كما هو مؤسس أصلا في المقياس، حيث يتكون من 25 عبارة وتكون الإجابات في خانتين فقط ينطبق، لا ينطبق، وقد أعطيت درجة ينطبق (1)، ودرجة لا ينطبق (2).

4.الخصائص السيكو مترية لأداة الدراسة:

أ- صدق الأداة:

- **صدق المحتوى:** وبناءً على ما يراه الطالب من أهمية في مجال دراسته وذلك للتأكدّ من صدق المقياس، وتحديد مدى سلامة الصياغة اللغوية للفقرات ومدى مناسبة الفقرات للأبعاد المختلفة التي تنتمي إليها في كل مقياس في ضوء التعريفات الإجرائية قام الباحث بعرضه على أساتذة من حملة شهادة الدكتوراه والماجستير في علم النفس والقياس النفسي، من ذوي الاختصاص وقدر عددهم سبعة (7) وقام الباحث بمراجعة التعديلات والافتراضات التي أشار إليها المحكمون على أداة الدراسة انطلاقاً من أن الفقرات المقبولة التي بلغت نسبة الاتفاق عليها (90%)، واستبعاد العبارات الأقل من ذلك.

- **الاتساق الداخلي:** تم حساب صدق المقياس بطريقة الاتساق الداخلي من خلال حساب قيم معاملات الارتباط بين درجات كل بعد مع الدرجة الكلية للاختبار، وذلك على عينة التقنين والتي قوامها تلميذ وتشير النتائج إلى ما يلي:

ب- **ثبات الأداة:** قام البحث بحساب ثبات المقياس بطريقة ألفا كرو نباخ (alpha Cronbach)، بهدف معرفة مدى تجانس درجات المقياس، وكانت النتائج كالتالي:

جدول رقم (06): يوضح معامل ثبات استبيان بمعادلة ألفا كرو نباخα

محاور المقياس	عدد البنود	ثبات الابعاد
المجموع	**25**	**0,813**

المصدر: من اعداد الطالب على ضوء مخرجات برنامج SPSS نسخة 26

يتّضح من الجدول رقم (5): أنّ جميع قيم معاملات الارتباط لمجالات الاستبيان والدرجة الكلية للمقياس دالة إحصائيًا عند مستوى الدلالة (0.01) و(0.05)، وهذا يؤكدّ ثبات تجانس الأبعاد والفقرات، تم حساب معامل ألفا كرونباخ لقياس الثبات، حيث وجد أن قيمة ألفا كرونباخ لمقياس تقدير الذات تساوي 0,813 وهذا يدل على أن معامل الثبات لدى المقياس مرتفع ودال إحصائيا. ويمكن الوثوق به للقياس.

لأن معيار الصدق والثبات إذا كان يساوي أو أكبر من 0.7 فهذا دال ويمكن الوثوق به للقياس.

الفصل الخامس: عرض ومناقشة نتائج الدراسة

1. تحليل بيانات الدراسة
2. عرض وتحليل النتائج

1. تحليل بيانات الدراسة

الجدول رقم 08 يوضح توزيع أفراد العينة حسب الجنس

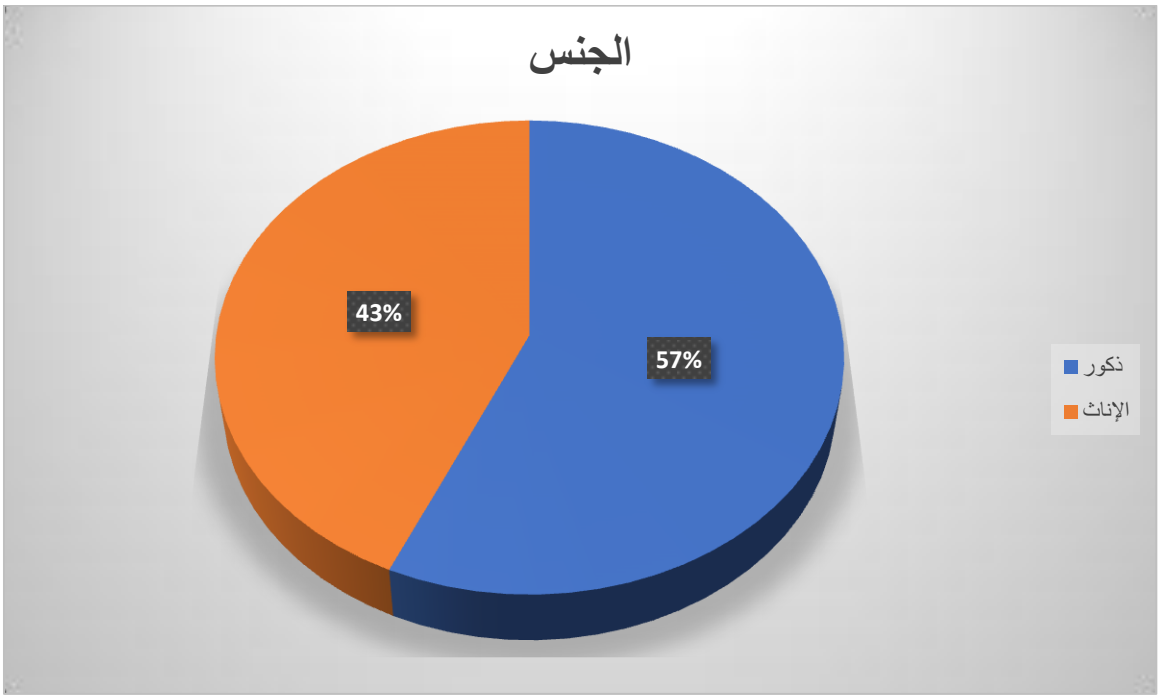
الجنس	التكرار	النسبة
ذكر	17	56,7
أنثى	13	43,3
المجموع	30	100,0

المصدر من إعداد الطالب على ضوء مخرجات برنامج Spss

التحليل:

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن نسبة الذكور أكبر من الاناث حيث بلغت نسبة الذكور 56.7%، أما الاناث بلغت نسبتهم 43.3%.

الشكل رقم 01 يوضح توزيع أفراد العينة حسب الجنس



المصدر من إعداد الطالب على ضوء مخرجات برنامج Spss

الجدول رقم 09 يوضح توزيع أفراد العينة حسب مؤشر السن

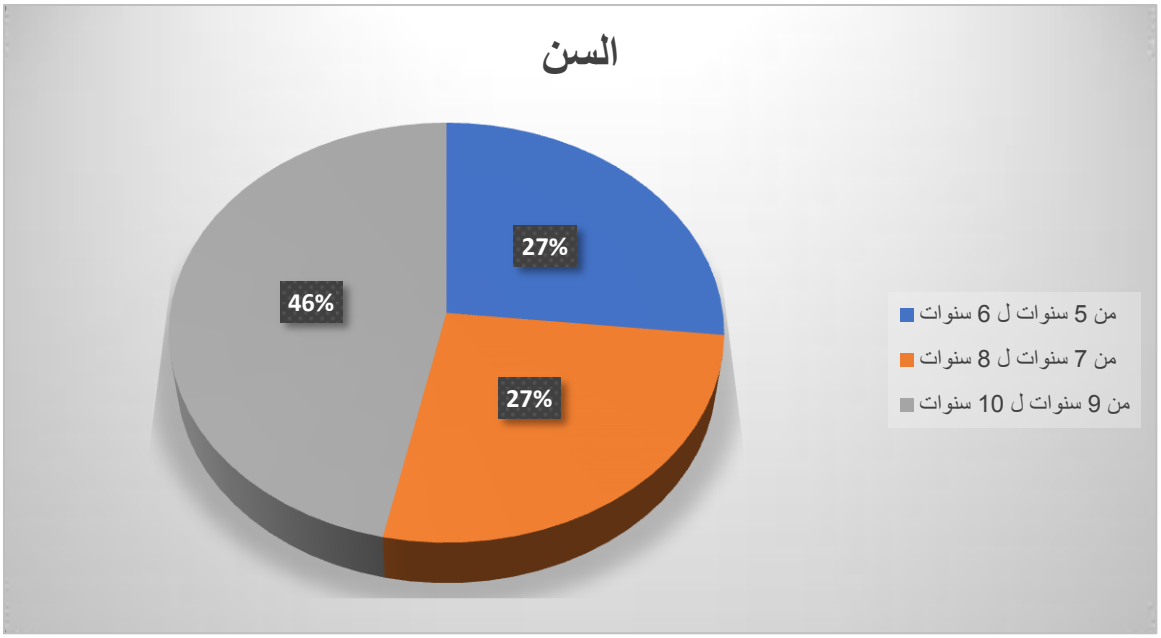
السن	التكرار	النسبة
من 5 سنوات ل 6 سنوات	8	26,7
من 7 سنوات ل 8 سنوات	8	26,7
من 9 سنوات ل 10 سنوات	14	46,7
المجموع	30	100,0

المصدر من إعداد الطالب على ضوء مخرجات برنامج Spss

التحليل:

من خلال الجدول الموضح نرى أن نسبة الأطفال الذين تتراوح أعمارهم ما بين 9 سنوات إلى 10 سنوات هم أكبر نسبة قدرت ب 46.7% من المجموع الكلي، في حين نجد أن النسبة 26.7% هي للذين تتراوح أعمارهم من 5 إلى 6 سنوات وكذلك من 7 إلى 8 سنوات.

الشكل رقم 02 يوضح توزيع أفراد العينة حسب مؤشر السن



المصدر من إعداد الطالب على ضوء مخرجات برنامج Spss

الجدول رقم 10 يوضح الحالة الاجتماعية للوالدين

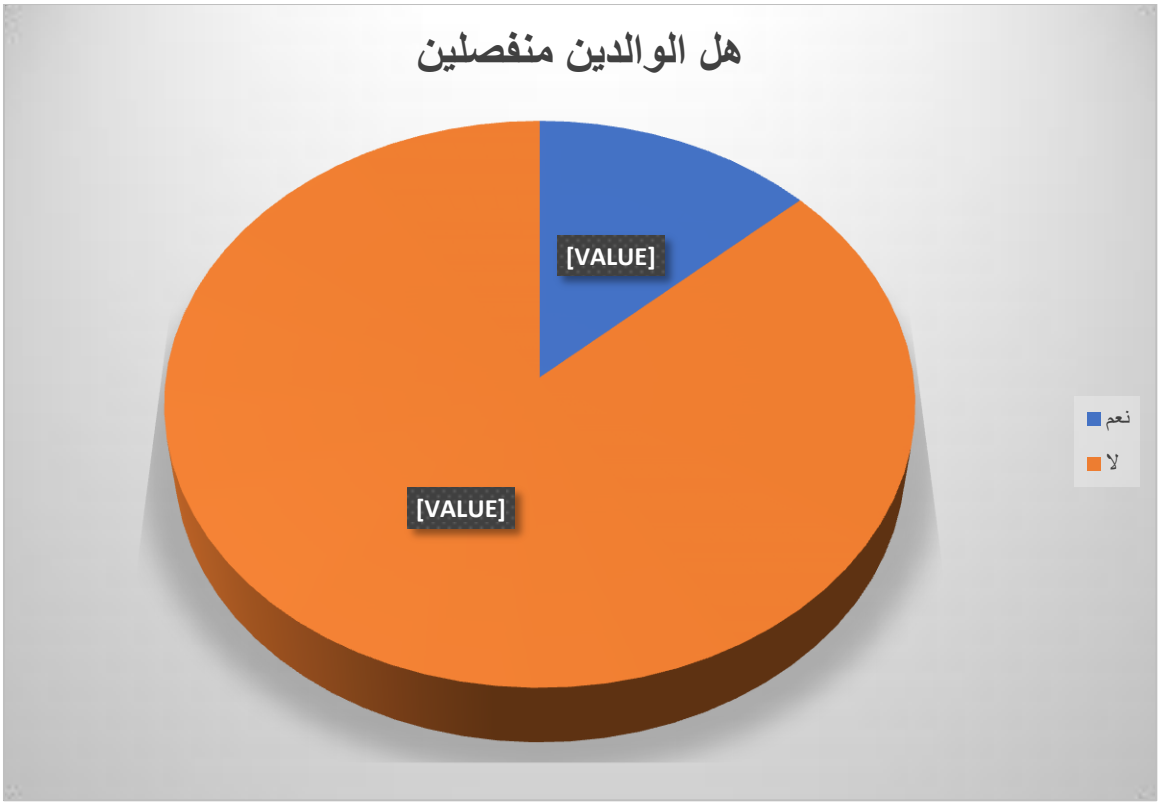
هل الوالدين منفصلين	التكرار	النسبة
نعم	4	13,3
لا	26	86,7
المجموع	30	100,0

المصدر من إعداد الطالب على ضوء مخرجات برنامج Spss

التحليل:

من خلال الجدول نلاحظ أن الحالة الاجتماعية للوالدين غالبيتها مستقرة الحال وذلك من خلال النسبة الأكبر والمقدرة ب 86.7%، أما الحالة الاجتماعية للأطفال الذين آبائهم منفصلين 13%.

الشكل رقم 04 يوضح الحالة الاجتماعية للوالدين



المصدر من إعداد الطالب على ضوء مخرجات برنامج Spss

الجدول رقم 11 يوضح الحالة الصحية لدى الأطفال

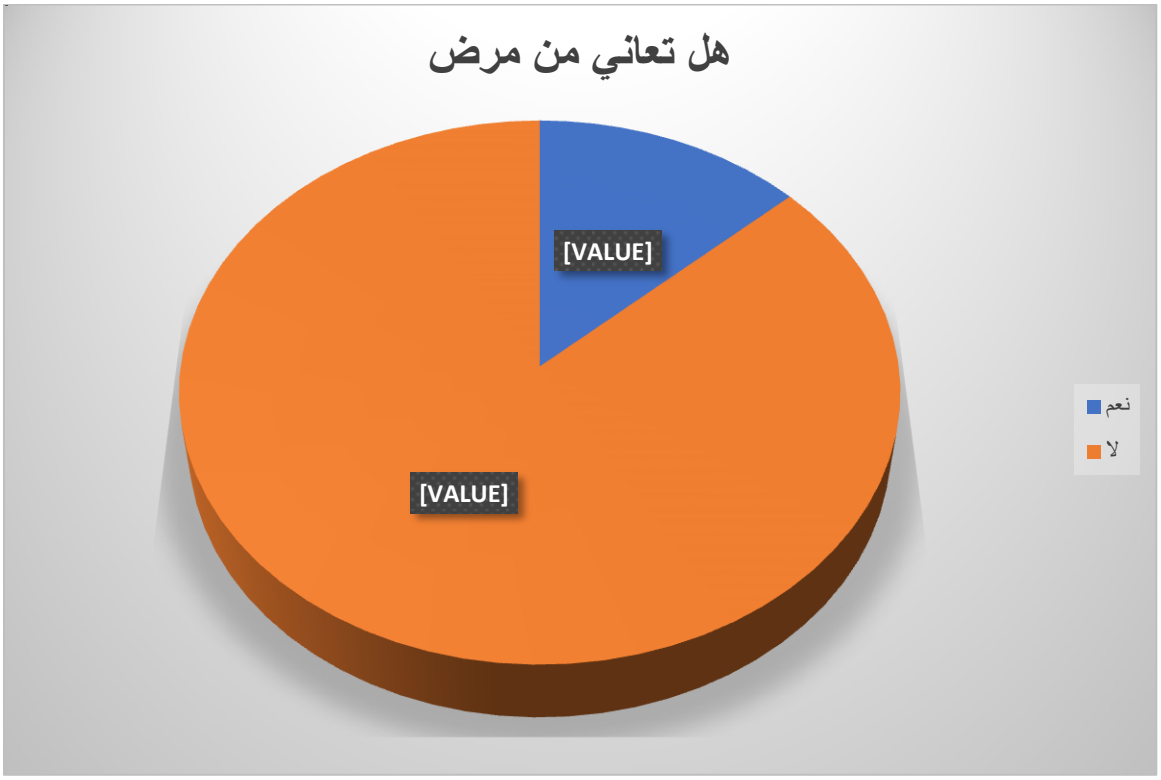
هل تعاني من مرض	التكرار	النسبة
نعم	4	13,3
لا	26	86,7
المجموع	30	100,0

المصدر من إعداد الطالب على ضوء مخرجات برنامج Spss

التحليل:

من خلال ما هو موضح في الجدول نرى أن غالبية الأطفال لا يعانون من مرض معين وذلك بنسبة 86.7% أما الأطفال الذين يعانون من مرض معين بلغت نسبتهم 13.3%.

رقم 05 يوضح الحالة الصحية لدى الأطفال



المصدر من إعداد الطالب على ضوء مخرجات برنامج Spss

2. عرض وتحليل النتائج:

***الفرضية العامة:**

الجدول رقم 12 ملخص لمعطيات البحث (مقياس كوبر سميث لتقدير الذات)

الحالات	الجنس	السن	درجة تقدير الذات كوبر سميث
1	أنثى	من 5 سنوات إلى 6 سنوات	36
2	أنثى	من 7 سنوات إلى 8 سنوات	31
3	أنثى	من 9 سنوات إلى 10 سنوات	34
4	أنثى	من 5 سنوات إلى 6 سنوات	28
5	أنثى	من 5 سنوات إلى 6 سنوات	30
6	أنثى	من 7 سنوات إلى 8 سنوات	39
7	أنثى	من 5 سنوات إلى 6 سنوات	26
8	أنثى	من 7 سنوات إلى 8 سنوات	25
9	أنثى	من 9 سنوات إلى 10 سنوات	26
10	أنثى	من 7 سنوات إلى 8 سنوات	28
11	أنثى	من 9 سنوات إلى 10 سنوات	30
12	أنثى	من 9 سنوات إلى 10 سنوات	31
13	أنثى	من 9 سنوات إلى 10 سنوات	33
14	ذكر	من 5 سنوات إلى 6 سنوات	25
15	ذكر	من 7 سنوات إلى 8 سنوات	33
16	ذكر	من 9 سنوات إلى 10 سنوات	41
17	ذكر	من 5 سنوات إلى 6 سنوات	35
18	ذكر	من 7 سنوات إلى 8 سنوات	30
19	ذكر	من 5 سنوات إلى 6 سنوات	28
20	ذكر	من 9 سنوات إلى 10 سنوات	25
21	ذكر	من 7 سنوات إلى 8 سنوات	22
22	ذكر	من 5 سنوات إلى 6 سنوات	35
23	ذكر	من 7 سنوات إلى 8 سنوات	39

24	ذكر	من 9 سنوات إلى 10 سنوات	29
25	ذكر	من 9 سنوات إلى 10 سنوات	27
26	ذكر	من 9 سنوات إلى 10 سنوات	26
27	ذكر	من 9 سنوات إلى 10 سنوات	30
28	ذكر	من 9 سنوات إلى 10 سنوات	38
29	ذكر	من 9 سنوات إلى 10 سنوات	38
30	ذكر	من 9 سنوات إلى 10 سنوات	38

***عرض ومناقشة الفرضية الأولى:**

الجدول رقم 13 يوضح المتوسط الحسابي والانحراف المعياري للفرضية الأولى

يوجد فروق في تقدير الذات لدى الأطفال المتبولين وفقا لمتغير السن.	السن	التكرار	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
	من 5 سنوات ل 6 سنوات	08	1.38	0.518
	من 7 سنوات إلى 8 سنوات	08	1.13	0.354
	من 9 سنوات إلى 10 سنوات	14	1.21	0.426

المصدر: من اعداد الطالب على ضوء مخرجات برنامج SPSS نسخة 26

التحليل:

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن المتوسط الحسابي لدى الأطفال من 5 سنوات إلى 6 سنوات يقدر ب 1.38 والانحراف المعياري 0.518، أما الأطفال من 7 سنوات إلى 8 سنوات قدر ب 1.13 وانحراف معياري ب 0.354، أما الأطفال من 9 سنوات إلى 10 سنوات بلغ متوسطهم الحسابي 1.21 والانحراف المعياري 0.426.

الجدول رقم (14) يوضح اختبار T الفروق الإحصائية في تقدير الذات لدى الأطفال المتبولين وفقا لمتغير السن..

متغيرات الدراسة	T	SIG	F	DF	الدلالة الاحصائية
يوجد فروق في تقدير الذات لدى الأطفال المتبولين وفقا لمتغير السن.	.788	,173	2.001	25	0.05 غير دال احصائيا

المصدر: من اعداد الطالب على ضوء مخرجات برنامج SPSS نسخة 26

التحليل:

نلاحظ من الجدول المحصل عليه أن قيمة (T) بلغت القيمة788, والقيمة المجدولة 173, عند درجة الحرية 25 بمستوى الدلالة الإحصائية 0.05 أي أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تقدير الذات لدى الأطفال المتبولين وفقا لمتغير السن.

وبهذا ترفض الفرضية H1 القائلة بأنه: يوجد فروق في تقدير الذات لدى الأطفال المتبولين وفقا لمتغير السن.

وتقبل الفرضية البديلة H0 القائلة بأنه: لا يوجد فروق في تقدير الذات لدى الأطفال المتبولين وفقا لمتغير السن.

من خلال النتائج المحصل عليها يمكن القول بان اضطراب التبول اللاإرادي من المشاكل التي يعاني منها الطفل في حياته مما يعني عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية لدى تقدير الذات لدى الأطفال الذيم يعانون من التبول للاإرادي تعزى إلى متغير السن ومن خلال ما سبق فان اضطراب التبول اللاإرادي لا يفرق بين السن في حالة الاضطراب لذا كانت النتائج بعدم وجود فروق في السن في حالة الاصابة وهنا الامر طبيعي فلكل طفل مصاب بظاهرة التبول اللاإرادي لديه شخصية من خلال الاسرة واهتمامها به.

***عرض ومناقشة الفرضية الثانية:**

الجدول رقم 15 يوضح المتوسط الحسابي والانحراف المعياري للفرضية الثانية

	الجنس	التكرار	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
توجد فروق ذات دلالة إحصائية لدى تقدير الذات لدى الأطفال الذين يعانون من التبول اللاارادي تعزى الى متغير الجنس.	ذكر	17	1.00	0.000
	أنثى	13	1.15	0.376

المصدر: من اعداد الطالب على ضوء مخرجات برنامج SPSS نسخة 26

التحليل:

من خلال الجدول نلاحظ أن المتوسط الحسابي لدى الذكور بلغ 1.00 والانحراف المعياري 0.00، بينما الاناث بلغ متوسطهم الحسابي 1.15 والانحراف المعياري 0.376. أي أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية لدى تقدير الذات لدى الأطفال الذين يعانون من التبول اللاارادي تعزى الى متغير الجنس.

الجدول رقم (16) يوضح اختبار T الفروق الإحصائية في تقدير الذات لدى الأطفال المتبولين وفقا لمتغير الجنس.

متغيرات الدراسة	T	SIG	F	DF	الدلالة الاحصائية
يوجد فروق في تقدير الذات لدى الأطفال المتبولين وفقا لمتغير الجنس.	.882	,071	3.510	25	0.05 غير دال احصائيا

المصدر: من اعداد الطالب على ضوء مخرجات برنامج SPSS نسخة 26

التحليل:

نلاحظ من الجدول المحصل عليه أن قيمة (T) بلغت القيمة882, والقيمة المجدولة 071, عند درجة الحرية 25 بمستوى الدلالة الإحصائية 0.05 أي أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تقدير الذات لدى الأطفال المتبولين وفقا لمتغير الجنس.

وبهذا ترفض الفرضية H1 القائلة بأنه: يوجد فروق في تقدير الذات لدى الأطفال المتبولين وفقا لمتغير الجنس.

وتقبل الفرضية البديلة H0 القائلة بأنه: لا يوجد فروق في تقدير الذات لدى الأطفال المتبولين وفقا لمتغير الجنس.

من خلال النتائج المحصل عليها يمكن القول بان اضطراب التبول اللاإرادي من المشاكل التي يعاني منها الطفل في حياته وهو الأمر الذي له مجموعة من الأسباب الشخصية للطفل والاسباب الاسرية وغيرها من الاسباب الاخرى المؤدية إلى مثل هذا الاضطراب في حين أن الطفل يتعامل مع هذا الاضطراب على حسب المعاملة التي يتلقاها من الأسرة من خلال

المتابعة الاسرية والعلاج وتحليل الاسباب و التقدم الى الأخصائي في هذا المجال ليكون تقدير الذات باعتبار أن مفهوم الذات هو النواة التي تقوم عليها الشخصية، والتي توفر المعنى الإدراك الفرد لنفسه من النواحي الجسمية والعقلية والاجتماعية، وتعرف الذات هو مصطلح نفسي يعبر عن مفهوم افتراضي يشمل جميع الأفكار والمشاعر والاتجاهات التي يكونها الفرد عن نفسه وهنا نتكلم عن الطفل الذي لديه اضطراب التبول اللارادي ومنه جاءت النتائج حسب الدراسة تقدير الذات مرتفع وهذا يعود إلى الأسباب التي ذكرت سابقا فيما يخص الاسرة والمتابعة .

الخاتمة

تعد العلاقة الجيدة مع الذات والتفكير الإيجابي تجاه الذات أهم ركيزة للصحة النفسية وأن أي خطر يهدد هذه العلاقة سيؤثر حتما على مستوى هذه الأخيرة ، ويعد التبول اللاإرادي أحد مهددات هذه العلاقة الجيدة مع الذات لما له من انعكاسات سلبية على مستوى تقدير المصاب به لذاته وبالخصوص في مرحلة هامة وحرجة المتمثلة في الطفولة المتأخرة التي تعد كمدخل لفئة عمرية جديدة وهي المراهقة.

ومنه تمثل موضوع دراستنا في الكشف عن مستوى تقدير الذات لدى الأطفال الذين يعانون من التبول اللاإرادي خاصة الليلي .

ومن النتائج التي توصلنا إليها تفتح باب للبحث أكثر في هذا الموضوع خاصة في المجال النفسي الذي يبحث على الشمل بجميع المعاناة الطفل وحقوقه.

وتكون على النحو التالي:

– بناء برامج إرشادية موجهة ل طفال والأولياء معا تهدف إلى التعامل الجيد مع هذا الإضطراب.

– دور السند الاجتماعي في التقليل من حدة هذا الإضطراب على نفسية الطفل .

–دراسات تهتم بتبيان مآل اضطراب التبول اللاإرادي إذ لم يتم التكفل به.

– تشكيل سلوك الاستيقاظ الذي يكون في البداية برعاية الوالدين لابراز الرابطة الوجدانية بين الحالات والوالدين

قائمة المراجع

قائمة المراجع

1. ابن منظور، 1990، لسان العرب، الطبعة الأولى، المجلد الثالث، دار الفكر، بيروت
2. أحمد الزعبي، الارشاد النفسي، الطبعة الأولى، دار الحكمة اليمانية، صنعاء، اليمن، 1994 .
3. احمد عكاشة، الطب النفسي المعاصر، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة، 1992
4. البحيري عبد الرقيب، إساءة معاملة الطفل، الأسباب والاستراتيجيات لتدخل العلاجي، مجلة الرسالة التربوية المعاصرة، العدد الثالث، 2002،
5. بيترمان ، فرانس، علم نفس الأطفال الاكلينيكي (نماذج من الاضطرابات النفسية في سن الطفولة والمراهقة، ترجمة سامر جميل رضوان، العين، دار الكتاب الجامعي، 2009،
6. بينيت واخرون، مايو كلينيك حول تدبير سلس البول والبراز، تدابير عملية التكم بالمثانة والامعاء، ترجمة حسان احمدة قميحة، بيروت، الدار العربية للعلوم، 2006
7. حامد عبد السلالم زهران، الصحة النفسية والعلاج النفسي، عالم الكتب، القاهرة، 1997.
8. حمودة، محمد، الطفولة والمراهقة (المشكلات النفسية والعلاج)، القاهرة، دار النشر المطبعة الفنية، 1991،
9. زادة، كريم علي، المقارنة اليوروديناميكية للسلس البولي الليلي، رسالة ماجيستير غير منشورة، كلية الطب البشري، جامعة دمشق، سوريا، 2008،
10. الزراد، فيصل، التبول اللاارادي لدى الأطفال، بيروت، دار النفائس، 1998،
11. سامية دملج المصري ، التبول اللاارادي طريقة علاجية تكاملية، التربية، مجلة فصيلة محكمة، الدوحة، قطر ،2002.
12. العزة، سعيد حسني، نظريات الارشاد والعلاج النفسي، عمان، مكتبة دار الثقافة، 1999،
13. فيصل محمد خير الزراد، التبول اللاارادي لدى الأطفال، دار النفائس للنشر والتوزيع، 1994.

14. محمد عبد الرحمن العيسوي، موسوعة علم النفس الحديث، دار الراتب الجامعية، بيروت، 2001

15. مختار حمزة، أسس علم النفس الاجتماعي، دار البيان لعربي، جدة، 1982

المراجع باللغة الجنبية

16. - Coates, C. (2012). enuresis: ERIC's guide for parents, www.eric.org.uk.

17. - Rajigah, L. S. (1996(. Treatment of choice for nocturnal enuresis: Review and recommendations, Journal of Psychological Practice, 2(2), 33-42.

18. - Carr, A. (1999). The handbook of child and adolescent clinical psychology- A contextual approach, (2nd ed.), London, England.

19. Bedwetting-me.org,18/09/2015 18 :56)

20. 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.

21. Bollard, J., & Nettelbeck, T. A. (1982). A component analysis of dry-bed training for treatment for enuresis, Behaviour Research and Therapy, 20(4), 383390.

22. 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.

23. C Vidailhet,D Sibertin Blan ,2008, Développement du contrôle sphinctérien et ses troubles

24. Cendron, Marc. (1999): Primary nocturnal enuresis- Current, American Family Physician, 59(5), 1205-1214.

25. Du Mars, R. C. (1999). Treating primary nocturnal enuresis: The counselor's role, College Student Journal, 33(2), 211-216. 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].

26. ferrari,P Epelbaum, C 1993, Psichiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Flammorion, Paris,

27. 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.

28. 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

29. 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.

30. 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.

31. 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.

32. 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.

33. Liu et al., 2000- Byrd et al., 1996- von Gontard and Neveus 2006

34. Marina M. Rocha, Noel J. Costa, Edwiges F. M. Silvares (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.

35. 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.

36. Mercer, R. (2004). Seven Steps to nighttime dryness- A practical guide for parents of children with enuresis, Brookeville Mediam, Ashton, Maryland

37. 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.

38. 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.

39. 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].

40. NG, CFN, WONG, SN (2004). Primary Nocturnal Enuresis: Patient ttitudes and Parental Perceptions- for Hong Kong Childhood Enuresis Study Group, HK J Paediatr (new series) ,9:54-58.

41. Paediatric Society of New Zealand2005

42. Patrick C. Friman and Kevin M. J., (2006). Behavioral Treatment for Nocturnal Enuresis, Journal of Early Intensive Behavioral Intervention, 2.3, 259-267.

43. Pugner K, Holmes J.)1997). Nocturnal enuresis- economic impacts and selfesteem preliminary research results, Scand J Urol Nephrol Supple, 183:65-69.

44. Robert Dehin 18:00 ,29/09/2015 www.passeportsante.net, Enurésie)

45. 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.

46. Ronen, T., & Abraham, Y. (1996). Retention control training in the treatment of younger versus older enuretic children, Nursing Research, 45(2), 78-82.

47. Sanborn, Kimberly (2002). Nocturnal Enuresis in Children, Master of Science Degree, School Guidance and Counseling, University of Wisconsin – Stout.

48. 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.

49. Von Gontard, A.; Plück, J., Berner, W.; Lehmkuhl, G. (1999). Clinical behavioural problems in day and night wetting children". Pediatric Nephrology. 13. 662-667.

50. Yates, A. J. (1970). Behavior Therapy: New York, NY: Wiley.