وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة محند أكلي البويرة
كلية العلوم الإنسانية والإجتماعية
قسم علم النفس وعلوم التربية

تقدير الذات لدى الطفل المتبول لاراديا في مرحلة الطفولة المتأخرة (9- 12) سنة

{ دراسة عيادية لخمس حالات }

مذكرة التخرج لنيل شهادة ماستر في علم النفس العيادي

من إعداد الطالبان :

- براهيمي سليمان .
- نجاري جميلة .

تحت إشراف الأستاذة :

أشروف كبير سليمة

السنة الجامعية: 2016 - 2017

بسم الله الرحمان الرحيم

بسم الله الرحمان الرحيم

<< اللهم لا تؤاخذنا إن نسينا أو أخطئنا >>

(البقرة- الآية 286)

كلمة الشكر

نشكر الله عزّ وجل الذي وفّقنا وسدد خطانا لإنهاء هذا العمل المتواضع.

نشكر كل الأساتذة الذين لم يبخلوا علينا بالعلم والمعرفة طوال سنين التعلم

ونخص بالذكر الأستاذة المحترمة " أشروف كبير سليمة " التي كانت ولا تزال المثل الأعلى

خلقا وعملا ونصيحة

نشكر كل الذين ساعدونا في إنجاز هذا العمل من قريب أو بعيد سواء كانوا أساتذة

أو زملاء أطباء أو مختصين نفسانيين.

سليمان --- جميلة

إهـداء

إلى من أرضعانا حلاوة الإيمان

" الوالدان الكريمان "

إلى من علمونا معنى الحنان والحرمان

" الإخوان "

إلى من جسدوا فينا الصداقة والعرفان

" الأقران "

إلى من فطّمتنا أناملهم حِكم الدارين

" الأساتذة الكرام "

نهدي هذا الإنجاز الذي نأمل أن يكون منبعا من منابع المعرفة

" لكل ساع إلى البنيان "

سليمان --- جميلة

الـفــهـــرس

مقدمة ..... أ - ب

الجانب النظري

الفصل الأول: الإطار العام للإشكالية

1- إشكالية البحث..... **7**
2- فرضية البحث.....8
4- أهمية البحث..... 9
5- الهدف من البحث..... 10
6- تحديد المفاهيم الأساسية..... 11

الفصل الثاني: اضطراب التبول اللاإرادي

تمهيد

1-تعريف اضطراب التبول اللاإرادي.....16
2- أسباب اضطراب التبول اللاإرادي.....17
3- الآثار النفسية الناتجة عن اضطراب التبول اللاإرادي.....20
4- الأشكال الإكلينيكية للاضطراب التبول اللاإرادي.....21
5- الحالة الفيزيولوجية لاضطراب التبول اللاإرادي.....22
6- شروط اكتساب النظافة.....26
7- سن اكتساب النظافة.....27
8- شخصية المتبول لاإراديا.....27
9- النظريات المفسرة للاضطراب التبول اللاإرادي.....28
10- تشخيص اضطراب التبول اللاإرادي.....30
11- طرق الوقاية من اضطراب التبول اللاإرادي.....32
12- علاج اضطراب التبول اللاإرادي.....33

خلاصة

الفصل الثالث : مرحلة الطفولة المتأخرة

تمهيد
1- تعريف مرحلة الطفولة المتأخرة.....39
2- العوامل المؤثرة في النمو 39
3- مظاهر النمو في مرحلة الطفولة المتأخرة.....43
4- مميزات مرحلة الطفولة المتأخرة.....49
5- المؤسسات الإجتماعية العاملة على تكوين شخصية الطفل في مرحلة الطفولة المتأخرة..49
6- النظريات المفسرة لمرحلة الطفولة المتأخرة.....54
خلاصة

الفصل الرابع : تقدير الذات

تمهيد
1- تعريف الذات.....60
1-1- مراحل نمو الذات.....60
1-2- مكونات الذات.....62
1-3- أبعاد الذات.....62
2- تعريف تقدير الذات.....63
2-1- اهمية تقدير الذات.....65
2-2- مستويات تقدير الذات.....66
2-3- التناولات النظرية لتقدير الذات.....68
2-4- تكون تقدير الذات عند الطفل.....72
2-5- الحاجات النفسية وتقدير الذات.....74
2-6- المرض وأثره على تقدير الذات.....75

الخلاصة

الفصل الخامس: الدراسة الميدانية

تمهيد
1- منهج الدراسة.....81
2- الدراسة الإسطلاعية.....81
3- مجموعة البحث.....82
4- مجال البحث.....82
5- كيفية اختيار مجموعة البحث.....83
6- وسائل جمع البيانات.....84

الفصل السادس

عرض النتائج ومناقشتها

تمهيد
1- عرض وتحليل الحالات 89
1-1- الحالة الأولـــى (س – ر) 90
1-2- الحـــالة الثـــانية (أ – ح) 95
1-3- الحـــالة الثـــالثة (أ – ن).....100
1-4- الحالة الـــرابعة (ع – ش).....105
1-5- الحالة الخامسة (أ – ص).....110
2- التحليل العام للحالات ومناقشتها.....115
الخاتمة.....117
توصيات

المراجع

الملاحق

قائمة الأشكال:

الأشكـــــال	عنـــوان الشكـــــل	الصفحة
الشكل (01)	رسم تخطيطي للكليتين	23
الشكل (02)	رسم تخطيطي يمثل أعضاء الجهاز البولي	24
الشكل (03)	يمثل رسم تخطيطي يمثل المثانة	25

قائمة الجداول:

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
جدول رقم (01)	المعطيات الخاصة لكل حالة	82
جدول رقم (02)	مستويات تقدير الذات	86
جدول رقم (03)	المقاييس الفرعية لمقياس كوبر سميث	86
جدول رقم (04)	المقاييس الفرعية لمقياس كوبر سميث للحالة الأولى	92
جدول رقم (05)	المقاييس الفرعية لمقياس كوبر سميث للحالة الثانية	97
جدول رقم (06)	المقاييس الفرعية لمقياس كوبر سميث للحالة الثالثة	102
جدول رقم (07)	المقاييس الفرعية لمقياس كوبر سميث للحالة الرابعة	107
جدول رقم (08)	المقاييس الفرعية لمقياس كوبر سميث للحالة الخامسة	112

مـــقدمـــــة:

يولد الطفل وهو لا يتحكم في عملية الإفراز البولي إذ يكرر التبول في الليل أو النهار أو الحالتين معا ، ويتجلى دور الوالدين هنا في فرض طريقة أو طرق معينة لتدريب ابنهم على اكتساب قواعد النظافة فيشيران يوميا وبإلحاح إلى المكان والزمان المناسب لهذه العملية .

وعادة ما يحدث التبول اللاإرادي نهاري أو ليلي في الفراش أو في الملابس بعد السن العادي لاكتساب النظافة الكاملة ، بمعنى قدرة التحكم في وظيفة عضلات المثانة والذي يحدد بخمس سنوات في المجتمعات الغربية ، حيث يحدث الاضطراب بصفة متكررة على الأقل مرتين في الأسبوع وبصفة مستمرة تقدر بثلاث أشهر ، كما قد يتسبب في الشعور بالقلق وفي اضطراب النشاط الوظيفي للطفل ، أما في مجتمعنا فيجب مراعاة الوسط الاجتماعي الذي يعيش فيه الطفل وكذا الطرق التربوية المنتهجة لتحديد قواعد النظافة ، كما يمكن اعتبار أن هذا الأخير قد اكتسب طرق التحكم في مثانته وعمليات الإخراج؛ وعادة ما يصاحب هذا الاضطراب الإعتقاد السائد مع الأيام يزول ولذا يستهان به لكن لن يزول فما هو إلا عرض لمشاكل نفسية. ومن بين الأسباب المؤدية للتبول اللاإرادي والمتعلقة بصفة أكبر بالمحيط الأسري للطفل (معاملة والدي غير سوية – الغيرة – الحرمان العاطفي) ، ومن بين انعكاساته على ذات الطفل وكذا محيطه وخصوصا في مرحلة حرجة مثل الطفولة المتأخرة التي تعد كمدخل للمراهقة تتجلى لنا أهمية التطرق لهذا الموضوع ، ويعد أخطر انعكاس لهذا الاضطراب الذي يصيب تقدير الذات.

ويعد اختيار هذا الموضوع كونه من المشاكل الشائعة في مجتمعنا ، حيث يعاني الطفل المتبول من مشاكل متنوعة اجتماعية منها وانفعالية ترتبط ارتباطا وثيقا بتقدير سلبي للذات والإحساس بالضيق والصراعات الأسرية نتيجة هذه الظاهرة ، وتتجلى أهداف موضوع الدراسة في معرفة ما إذا كان اضطراب التبول اللاإرادي يؤثر على تقدير الذات لدى طفل المرحلة المتأخرة وللإجابة على هذه الإشكالية عملنا على عرضه كبحث نظري وتطبيقي بحيث تم عرض هذا الموضوع وفق خطة محكمة اشتملت على مقدمة وجانب نظري وآخر ميداني إضافة إلى خاتمة.

فيما يخص الجانب النظري يتكون من أربعة فصول ، تناولنا في الفصل الأول الإطار العام للدراسة ، وذلك بطرح الإشكالية والفرضيات ، إضافة إلى تحديد المفاهيم للمتغيرات الأساسية للدراسة {{ التبول اللاإرادي ، مرحلة الطفولة المتأخرة ، تقدير الذات }} ، مع التطرق إلى أهمية الدراسة وأهدافها والفصل الثاني خصصناه لدراسة اضطراب التبول اللاإرادي ، أما الفصل الثالث

فتناولنا من خلاله مرحلة الطفولة المتأخرة ، أما الفصل الرابع خصصناه لتقدير الذات . فيما يخص الجانب التطبيقي فيتكون من فصلين ، الفصل الخامس يضمن منهجية الدراسة الميدانية وتم التطرق إلى المنهج المستخدم في الدراسة ووصف خصائص العينة بالإضافة إلى الدراسة الاستطلاعية ، ووسائل جمع البيانات التي استخدمناها في هذه الدراسة أما الفصل السادس فمن خلاله عرضنا وحللنا وناقشنا النتائج المتوصل إليها ، بالإضافة إلى خاتمة ، كما أوردنا بعض الاقتراحات التي خلصت إليها دراستنا بالإضافة إلى الصعوبات وإدراج المراجع والملاحق.

الجانب النظري

الفصل الأول: الإطار العام للإشكالية

1- إشكالية البحث

2- فرضية البحث

4- أهمية البحث

5- الهدف من البحث

6- تحديد المفاهيم الأساسية للبحث.

1- الإطار العام لإشكالية البحث :

يعد اضطراب التبول اللاإرادي من أكثر الاضطرابات شيوعا لدى الأطفال وهي ظاهرة مرضية تسبب الإزعاج لكل من الأمهات والأطفال ، ويلاحظ 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)؛ ويلاحظ أن 10 % من الأطفال يستمرون في التبول بعد سن الخامسة أو يفقدون القدرة على التحكم في مثانتهم في نهاية السنة الثانية وحتى سن الرابعة ، وإذا عاودوا استمر الطفل في التبول اللاإرادي سواء ليلي أو نهاري بعد ذلك تطلب الأمر التشخيص الدقيق والتدخل العلاجي المناسب (الزغول ، 2006) . وتجدر الإشارة إلى أن نسبة ضئيلة من هذه الاضطرابات ترجع إلى عوامل جسدية ناتجة عن مرض أو إصابات معينة شريطة أن تكون الحالة حادة وشديدة ، فبعض الأبحاث العلمية أكدت أن اضطراب التبول اللاإرادي إذا لم يكن هناك مشكل عضوي فهو راجع إلى مظاهر خارجية لحالات التوتر والصراع النفسي الداخلي الذي يعاني منه الطفل والتي تؤدي إلى اختلال جزئي في شخصيته دون أن تفصله عن الواقع ولكن تبقى مترابطة ومتكاملة وقادرة على الاستبصار في سلوكه إلى حد كبير وهذا ما ذهبت إليه بعض الدراسات حيث تناولت اضطراب التبول اللاإرادي في مرحلة الطفولة ونخص بالذكر الطفولة المتأخرة ما بين (9 – 12) سنة التي تعد مرحلة أساسية في نمو الفرد والتي عبرها يتم الانتقال إلى مرحلة المراهقة أين يكون هناك استعداد للعب ادوار الراشدين .(القذافي ، 1977).

وقد ثبت أن الآباء لهم دور كبير في تشكيل انفعالات الطفل ؛ فالأم العصبية تعلم الطفل العصبية والتهور والأم الهادئة تعلمه مجابهة الحياة دون انفعالية وعصبية ، والمتسلطة تصبح مصدر ثابت لمضايقة الطفل فيقاومها في كل شيء عكس الأم المحبة المرنة يحبها الطفل ويخضع لاقتراحاتها بسرور (مجدي ، 2005). واضطراب التبول اللاإرادي قد يقود إلى سوء العلاقة بين الوالدين والطفل ، ويظهر ذلك في تغير المعاملة الوالدية اتجاه الطفل ، بحيث نجدهم يتعاملون معه بقسوة التي قد تصل الى حد العقاب البدني ، وكذا مقارنته بأقرانه ، التشهير به أمام الآخرين ورفض تنظيف وتغيير الفراش والملابس ، وهذا ما يجعل الطفل محرجا أمام ذاته وغيره باعتباره وحدة نفسية وجسمية تِثر كل واحدة على الأخرى فتكون ذاته مهددة بالاضطراب وهذا ما أشارت إليه الباحثة (منصوري ، 1993) ؛ وكذا دراسة الباحثان روزنهان وسليجمان (1984) وضحا أن

التبول اللاإرادي قد يقود إلى سوء العلاقة بين الوالدين والطفل من جهة وبين الطفل والأقران من جهة أخرى ، وأنها مشكلة تزداد تعقيدا بنتائجها الاجتماعية التي تعمل على خلق أرضية خصبة لمشكلات نفسية أكثر تعقيدا وأكثر خطورة (روزنهان وسليجمان ، 1984).

كل هذه الانعكاسات السلبية للتبول اللاإرادي (من مقارنة – تشهير – قسوة – عقاب) قد يؤثر على مستوى تقدير الذات لدى المصاب ؛ وبما أن تقدير الذات هو المحرك الأساسي للسلوكات وعلى أساسه تتحقق الصحة النفسية ، لأن العلاقة الجيدة مع الذات هي أساس الصحة النفسية وبالتالي فإن من الضروري الكشف عما إذا تسبب هذه الانعكاسات السلبية أضرارا للتبول اللاإرادي على مستوى تقدير الذات لدى الطفل ، بخصوص هذه المرحلة الحرجة التي تعد كمدخل إلى أهم أزمة بيولوجية ونفسية واجتماعية يواجهها الفرد خلال حياته متمثلة في مرحلة المراهقة ومنه تشكلت تساؤلات دراستنا فيما يلي:

هل يعاني الطفل المتبول لا إراديا في مرحلة الطفولة المتأخرة (9 – 12 سنة) من مستوى تقدير الذات ؟

2- فرضية البحث:

يعاني الطفل المتبول لا إراديا في مرحلة الطفولة المتأخرة (9 – 12 سنة) من تقدير منخفض للذات.

3- أهمية البحث :

هناك الكثير من الأسباب التي أدت بنا إلى إختيار هذا الموضوع والإهتمام بجوانبه :

1- إهمال شريحة كبيرة من الأولياء لهذه الحالة واكتفائهم بالإنتظار حتي تختفي لوحدها .

2- إكتفائهم بالفحص العضوي لطفلهم الذي يعاني من التبول اللاإرادي لتاكدهم من سلامة الأجهزة العضوية سواءا الجهاز البولي أو الجهاز الكلوي وبعدم وجود إظطراب لها .

3- إنخفاض في نسبة إدراك الأباء لحالة التبول اللاإرادي على أنه إظطراب سببه الرئيسي نفسي وحله يكمن لدى المختص النفسي .

4- تردد وتخوف بعض الولياء من إصطحاب أطفالهم للفحص النفسي بسبب تلك الخلفية التي تردد لدى هؤلاء إتجاه هذا الفحص .

5- نقص التوعية عن الإظطرابات النفسية العميقة والمهمة التي قد تبرز من هذا الإظطراب كما تخفض مستوى تقدير الذات ومن ثم إظطراب الشخصية إذا ما لازم هذا الإظطراب الطفل مما قد يؤدي إلى نمو شخصية باتولوجية مرضية مستقبلا لدى الطفل .

6- أحاديث الأمهات حول هذا الإظطراب ، أين نجدهن ينصحن بعضهن باستعمال أساليب تقليدية مع أطفالهن كعقاب لهم حتي يمتنعون عن التبول بعد ذلك .

7- ملاحظتنا لسلوك الأباء مع أطفالهم الذي قد يتعرض عند إدراك الأم خاصة بانه قد تبول إلى أقصى وأعنف العقوبات وهو الضرب .

8- ما لاحظناه ونحن صغارا في المدرسة الإبتدائية ، من الملاحظات التي يتلقاها الطفل الذي تصدر منه رائحة البول سواءا من المعلم الفرد الراشد أو من قبل زملاء القسم مما يسمح دون شك بعد ذلك من تنمية شعور كبير بالإحتقار مما قد يدفع به إلى العزلة .

4- الهــدف من البحث :

الكشف عن تأثير التبول اللارادي ومعانات الطفل

أهـداف البحـث متعـددة ومتنوعـة نظرا لأهمية وخطورة الحالة إذ من خلال هذه الدراسة نهـدف إلى معـرفة العـلاقة الموجودة بين التبول اللاإرادي وتقدير الذات ، وهذا باستعمال **المقـابلة العيـادية نصف مـوجهة ومقياس كوبر سميث** . التعرف ولو على المستوى الشخصي وكيفية رفع مستوى تقدير الذات عند الأطفـال المتبـولين لاإراديا وهذا باثارة انتباه الأولياء والمختصين الى أهمية الإعتناء بهذه الفئة وتوفير لهم كل العنـاية اللازمة لتدارك الحالة في أوانها .

- معرفة مدى تأثير التبول اللارادي على تقدير الذات لدى الأطفال .
- لفت انتباه الأولياء لخطورة هذا الاضطراب اذا لم يعالج وتفهم الطفل المتبول لاراديا والعناية به وعرضهم على الأخصائي النفسي.
- التعرف على الاساليب والأسباب التي تؤدي الى ضهور اضطراب التبول لاراديا لدى أطفال مرحلة الطفولة المتأخرة.
- معرفة انعكاسات التبول اللارادي على المعاملة الوالدية.
- اثراء المكتبة الوطنية ببحوث ودراسات علمية حول ظاهرة التبول اللارادي.

7- تحـديد المفاهيم الأساسية :

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:

7-1- مفهوم التبول اللاإرادي :

7-1-2- التعريف الاصطلاحي:

7-1-1- عرفه **بيقـــن زيـــور** (Biguen Zyor) بأنه تبول يحدث دون إرادة الطفل بشكل متكـــرر أو متقطـع بعـد سن التحكم في التبول وذلك أثناء النوم .محمد السيد أبو النيل ،(1996) .

7-1-2- عرفه **ميشـــو** (Michaux) – (1967) بأنــه إصــدار لاإرادي للبول عند الأطفال الذين سنهم الأربع (04) سنوات ، سن اكتساب معظم الأطفـال للنظافة (ميشو – (1967) .

7-1-3- عرفه **أجيروجيرا** (**AJURIGUERA**) – (1975) بأنه النقص في ضبط إصدار البول يكون إما ليلي أو نهاري لاإراديا ويلاحظ خاصة بعد اجتياز سن النضــج الفسيولوجي أي ثلاث (03) سنوات . (أجيروجيرا –(1975) .

7-2- التعريف الإجرائي :

هـو استمرار عدم القدرة على ضبط المثانة ، وهي عملية عادية بسيطة لاإرادية تحدث دون خلـل فـي الجهــاز البولــي وتكـون مشكلة عنـدما يتجاوز الطفل سن الثالثة (03) من العمر. بعد 36 شهر يصبح الطفل قادرا على التحكم في البول و يمكنه الاستغناء عن الراشد خلال النهار وفى الليل نظيفا إلا أن اكتساب التحكم في المثانة كليا لا يكون إلا بطريقة تدريجية إلى سن 6 – 7 سنوات .(دوشي،(1968)).

7-5- تحديد مفهوم تقدير الذات :

7-5-1- التعريف الاصطلاحي:

7-5-1-1- عـرفه **بــورن** (BORN) علــى أنــه الحكـم أو التقييــم الذي نضعه لأفعالنا ورغباتنا وتتركز هذه الأحكام على القيم التي يعيش فيها الفرد ويؤمـن بها ويتبناها (جويدة ألبسير – (1994 – 1995) .

7-5-1-2- وعرفه **دونالد** (DONALD) بأنه درجة تقبل الفرد لــذاته . (ليلى عبد الحميد – (1985)

7-5-1-3- وعرفته **ليلـى عبـد الحميد** (1985) على أن تقدير الذات هو مفهوم انفعالي للذات يعكس الثقة بالنفــس ، ويعتمــد علــى الموقف الذي يجد فيه الفرد نفسه زيادة إلى المواقف السابقة وتأثير الآخرين الهامين في حياته . (ليلى عبد الحميد –(1985) .

7-5-1-4- حسب الباحث " روزنبرغ " Rosenberg (1679) فهو اتجاه الفرد نحو نفسه وتقديره العالي نحو ذاته يعني شعوره بأهمية نفسه واحترامه لذاته في صورتها التي هي عليها (د. صالح محمد علي أبو جادو –(1998).

7-5-1-5- ويقول **إبــراهيم أبــو زيد** (1987) عندمــا نتكلــم على تقدير الذات فإننا نرجع الحكم الشخصي للفرد عند الاستحقاق أو عدم الاستحقاق الذي يتم التعبير عنه في الاتجاهات التي يحملها اتجاه نفسه . (أبراهيم أبو زيد –(1987) .

7-6- التعريف الإجرائي :

هي الدرجة التي يتحصل عليها الطفل من خلال مقياس كوبر سميث لتقدير الذات .

7-7- مفهوم الطفولة المتأخرة:

7-7-1- التعريف الاصطلاحي: هي مرحلة الإتقان للخبرات والمهارات اللغوية والحركات العقلية السابق اكتسابها، وبهذا ينتقل الطفل تدريجيا من مرحلة الكسب إلى مرحلة الإتقان. د.سهير كامل احمد – (1994).

2-7-7- التعريف الإجرائي:

الطفولة المتأخرة هي المرحل الابتدائية الأخيرة من مرحلة الطفولة، يطلق البعض على هذه المرحلة " ما قبل المراهقة " لأنها تعتبر فترة إعداد وتمهيد لمرحلة المراهقة، وهي المرحلة العمرية الممتدة ما بين] 9 – 12 [سنة.

الفصل الثاني: اضطراب التبول اللاإرادي

تمهيد

1-تعريف اضطراب التبول اللاإرادي

2- أسباب اضطراب التبول اللاإرادي

3- الآثار النفسية الناتجة عن اضطراب التبول اللاإرادي

4- الأشكال الإكلينيكية للاضطراب التبول اللاإرادي

5- الحالة الفيزيولوجية لاضطراب التبول اللاإرادي

6- شروط اكتساب النظافة

7- سن اكتساب النظافة

8- شخصية المتبول لاإراديا

9- النظريات المفسرة للاضطراب التبول اللاإرادي

10- تشخيص اضطراب التبول اللاإرادي

11- طرق الوقاية من اضطراب التبول اللاإرادي

12- علاج اضطراب التبول اللاإرادي

خلاصة

تمهيـــد:

يعاني الأطفال خلال مراحل نموه من اضطرابات سلوكية عديدة ولعل أهمها هو اضطراب التبول اللاإرادي والذي يقصد به تكرار نزول البول لاإراديا من قبل الطفل في سن الرابعة فيما فوق أو عدم قدرة الطفل العادي على التحكم في عملية التبول في سن ينتظر فيه أن يكون قد تعود على ضبط جهازه البولي وللتعرف على هذا الاضطراب أكثر سيتم التطرق إليه في هذا الفصل بتعريفه – معدل انتشاره – النظريات المفسرة له – الأسباب – الأشكال الإكلينيكية التشخيص – طرق الوقاية والعلاج.

1- تعريف التبول اللاإرادي :

التعريف الغوي:

جاء في لسان العري التبول اللاإرادي من البول ، واللاإرادي هي الطوعي والمشيء.

يعد التبول اللاإرادي مشكلة متكررة بالنسبة لمن يعالجون مشكلات الأطفال ؛ سواءا في عيادات توجيه الأطفال أو في العيادات الخاصة فتعددت بذلك التعارف التي تعطى له نذكر منها:

1-1- تعريف دوشي (1968) (Duché) **:**

التبول هو عملية فعالة وكاملة لإصدار البول ويكون ذلك لاإراديا وكثيرا ما يتم خلال فترات النوم ، ومن الممكن إدخال التبول اللاإرادي النهاري في إطار التبول اللاإرادي حيث أن الطفل يبلل ثيابه وهو مستيقضا ، ممكن أن يكون واعيا ولكن ليس إراديا . (دوشي ، 1968) .

1-2- تعريف عماد الزغلول (2006):

يعرف اضطراب التبول اللاإرادي على انه عدم القدرة على التحكم بالمثانة مما يتسبب في انسياب البول على نحو لاإرادي ، وقد يأخذ أحد الشكلين هما التبول اللاإرادي الليلي أو التبول اثناء اللعب أو الجلوس او الوقوف ، ويعرف باضطراب التبول اللاإرادي النهاري. (الزغلول ، 2006)

وقد عرفه **زكريا الشربيني** (1994) على أنه عدم قدرة الطفل للسيطرة على مثانته فلا يستطيع التحكم في الإنسكاب . (الشربيني ، 1994).

1-3- تعريف مجدي عبد الله (2005):

يعرّف التبول اللاإرادي بأنه تصريف البول لاإراديا بعد سن الثالثة وهو غالبا ما يكون تبولا ليليا ، واحيانا اخرى يكون خلال النهار.(مجدي ، 2005) .

ويرى **محمود حمودة** أنه إفراغ البول المتكرر ليلا أو نهارا أو الملابس إراديا أو لاإراديا بعد السن الذي يتوقع عنده التحكم دون سبب عضوي . (محمود حمودة ، بدون سنة).

2- أسباب التبول اللاإرادي:

أشارت الدراسات في هذا المجال إلى عدد لا حصر له من الأسباب ، منها النفسية والجسمية التي تقف وراء هذا العرض .

2-1- الأسباب العضوية الفزيولوجية :

نجد الغالبية العظمى من الأطفال المتبولين لاإراديا أصحاء جسميا وعقليا إلا 13 % منهم يتبولون لاإراديا والسبب يكون عضوي أو فزيولوجي وقد حدد الباحثون أهم هذه الأسباب فيما يلي :

- أمراض الجهاز البولي مثل : التهاب المثانة أو التهاب قناة مجرى البول أو ضعف صمامات المثانة وربما التهاب الكليتين أو صغر حجم المثانة الوظيفي رغم حجمها الطبيعي .
- تشوه أو عدم اكتمال نمو الفقرات القطنية والعجزية أو تلف النخاع الشوكي أو أذى العمود الفقري وما حوله (أي التحامه بالجزء السفلي) .
- تهيجات المنطقة التناسلية مثل : التهاب فتحة البول الخارجية أو فتحة الشرج أو وجود ديدان تخرج من فتحة الشرج وتتجول في هذه المنطقة .
- تضخم لحمية خلف الأنف : حيث تسبب للطفل صعوبة في التنفس أثناء النوم مما يؤدي إلى الإجهاد لعدم الراحة ربما الأرق الذي يتسبب أيضا في حاجة أكثر إلى الراحة في الاستغراق في النوم ، كتعويض مما يؤدي إلى تفريغ المثانة أثناء هذا الاستغراق .
- فقر الدم ونقص الفيتامينات : يؤدي إلى ضعف عام وعدم التحكم في المثانة .
- مرض السكر والصرع والحساسية التي تؤدي إلى تبول لاإرادي .
- نقص كمية السوائل في الجسم مما يؤدي إلى تركيز البول وارتفاع نسبة الحموضة .

(الشربيني ، 1994).

2-2- الأسباب البيئية :

نجد منها اضطرابات البيئة الأسرية ، وعوامل بيئية أخرى مثل الظلام والخوف منه . وقد أوضحت نتائج البحوث الخاصة بعملية التنشئة الاجتماعية للأطفال أن أسلوب ضبط عملية الإخراج في الطفولة يرتبط بالبخل والحرص والترتيب والنظام في الكبر ، وقسوة الوالدين في التدريب على الإخراج تؤدي إلى ميل الأطفال الذكور إلى العدوان . (حامد عبد السلام ، 1995).

2-3- الأسباب الوراثية :

لوحظ أن أقارب الدرجة الأولى للأطفال المتبولين كانوا بوالين بنسبة 75 % كما تطابق حدوثه بين التوائم المتماثلة أكثر من عند غير المتماثلة ، إلاّ أن عامل التدريب في هذه الأسر والظروف النفسية والاجتماعية للطفل لا يمكن عزلها .

2-4- الأسباب التربوية :

نجد الأسلوب الذي يتعامل به الأطفال ويتعايشون معه ينعكس على ظهور بعض الاضطرابات منها التبول اللاإرادي وقد حددت فيما يلي :

- تقصير بعض الآباء في إكساب أطفالهم العادات الحسنة كتكوين عادة ضبط البول .
- سوء علاقة الطفل بأمه مما يجعل تدريب الطفل في ضبط المثانة أمر صعب .
- الوقوف ضد النمو العضوي والتسريع والتعجيل في تكوين عادة التحكم والسيطرة على البول .
- المبالغة في الحماية والتسامح عند حدوث الحالة، الذي سوف يفسره الطفل على أنه نوع من الإهمال.
- التفكك الأسري وفقدان الطفل للشعور بالأمن .
- الاهتمام المبالغ في التدريب على عملية الإخراج والتبول والنظافة أو إتباع أسلوب القسوة والضرب أو الحرمان.
- عدم الأعداد السابق للذهاب إلى المدرسة وتكوين فكرة مخيفة عن المدرسين لدى الطفل . (الشربيني ،1994).
- وجود زميل متفوق يزيد مشاعر الغيرة لدى الطفل .
- وفاة شخص عزيز على الأسرة ممن كانوا يعتانون بالطفل .
- عدم إدراك معظم الآباء أنه لا يجب ترك الطفل بعد المشي ليبول أينما يشاء وكيف ما يشاء .

2-5- الأسباب النفسية :

للأسباب النفسية دور كبير في ظهور حالة التبول اللاإرادي ، بحيث يجب أن تتوضح العلاقة المتبادلة بين الأسباب النفسية والأسباب العضوية ؛ فالتبول اللاإرادي في بعض صوره يفسر تفسيرا سيكوسوماتيا ، ومن أهم الأسباب النفسية التي تؤدي إلى التبول اللاإرادي لدى الأطفال نجد :

▪ النكوص إلى مراحل سابقة : سببه غيرة الطفل من مصدر أو فقدان الرعاية أو الاهتمام أو اشتراك طفل آخر في محبة والديه ومحبتهم له فيفقد الامتياز ، وبذلك يرجع إلى القيام ببعض السلوكات الصبيانية التي تعيد له اهتمام والديه به . (الظاهر الطيب ، 1996).

▪ الشعور بالنقص : هو شعور الطفل بأنه غير مرغوب فيه من طرف والديه أو تربيته عبء ثقيل . فحسب الباحث **دوشي** (Duché) غالبا ما يصاحب هذا الشعور بالنقص تبول لاإرادي ناتج عن استجابة عصابية . (دوشي ، 1968) .

♦ وبرز أصحاب التفسيرات السيكودينامية أن التبول اللاإرادي صورة من العدوان السلبي (Passive Agression) ينشأ من الجاذبية الأديبية أو أنه ينتج عن النكوص (Régression) لمرحلة نمائية سابقة وذلك بسبب عامل المنافسة والغيرة من ولادة طفل أصغر واهتمام الأسرة به . (جمعة سيد يوسف ، 2000) .

♦ خوف الطفل : مثل الخوف من الكائنات الخيالية المرتبطة بالظلام ، والخوف من بعض الحيوانات والجثث أو شكل الموتى ، الخوف من الشجار داخل الأسرة أو الصور المرعبة في الأفلام .

♦ وربما جاء الخوف من فقدان الرعاية والاهتمام نتيجة وجود أو قدوم مولود جديد ، كذلك الخوف من فقدان عضوه الذكري (لدى الذكور) بعد اكتشاف الطفل غياب هذا العضو من الإناث - حسب مدرسة التحليل النفسي – يصبح تبوله تخفيفا من الصراع بتأكيد واستمرارية عدم فقدان عضوه الذكري . (سيد يوسف ، 2000).

♦ العدوانية : كالعداء للأم والأسرة ، حيث يبول الطفل كتمرد على الأم القاسية أو كرد على سوء العلاقة بين الأم والطفل (سيد يوسف ، 2000) ، فيبلل فراشه وملابسه فهو تعبير لاإرادي للعدوان . (عبد السلام ، 1995) .

♦ الشعور بالحرمان العاطفي : جراء الغياب أو الموت أو الانفصال مما يؤدي إلى حالة التبول اللاإرادي وهذا ما نجده في دور الأيتام والرعاية الاجتماعية .

2-6- الأسباب الاجتماعية والاقتصادية :

تتضارب الآراء حول العامل الاقتصادي والاجتماعي في ظهور التبول اللاإرادي عند الأطفال لكن ليس هناك أي دلالة تثبت ذلك ، وإلاّ فكيف نفسر ظهوره في الأسرة أو الأوساط الغنية التي كل الإمكانيات والمتطلبات المادية والثقافية ؟

3- الآثار النفسية الناتجة عن التبول اللاإرادي :

يشعر الطفل بنوع من الاكتئاب والعار والخزي والنقص تجاه الأفراد الذين يعيش معهم خاصة الأطفال الأصغر منه سنا وكذلك يلجأ إلى الانزواء والتهرب من الزوار ويشعر بنوع من الدونية وهذا ما أكدته الباحثة - **منصوري (1992)** – في رسالة ماجيستر – ولا قيمة له في الوسط الذي يعيش فيه ، ومن الأطفال يصابون بنوبة عصبية حادة فيلجأ إلى التحطيم والاعتداء والتخريب كتعبير عن النقمة .

تزداد هذه الأمور تعقيدا عندما يعتبرون أفراد أسرته أن هذه الحالة تعتبر مشكلة ويبدؤون بالتفتيش عن الحل ، فيلجأ ون إلى الجيران أو الأطباء أو إلى من يهتم بهذه المشكلة فتتضارب الأفكار عند الطفل المتبول ويشعر نفسه بنوع من الذنب ، ويفكر بأنه وضع أهله

في مأزق لا يمكن الخروج منه ، ومن أكثر ما يهدد صحة الطفل النفسية الشعورية بأنه أصبح طفلا لا يرغب فيه أحد من الآباء أو يعتقد أنه قد أصبح طفلا منبوذا ومن جراء هذا

يتحمل الأهل مسؤولية استمرارية التبول اللاإرادي والنتائج المترتبة عنه .(محمد أيوب ، 1994) .وقد أكد الباحث **أوفمان** (1960) (Hoffman) بقوله " أن العلاقات الوالدية تلعب دورا بارزا في فهم سلوك الطفل أو اضطرابات هذا السلوك . (خير الزراد ، 1998).

4- الأشكال الإكلينيكية للتبول اللاإرادي:

اضطراب التبول اللاإرادي أشكال عديدة نذكر منها :

4-1- التبول اللاإرادي الأولي : تطلق التسمية على الأطفال الذين يتبولون لاإراديا في الليل حيث يستمر دون توقف منذ الولادة إلي أن يتعد المرحلة الفيزيولوجية الملائمة لانقطاعه ،وهو أكثر انتشارا الأولي من غيره عند الأطفال حيث تصل نسبة التبول من 75 % إلى 80 %. (سولى ، 1985) .

4-2- التبول اللاإرادي الثانوي :تطلق هذه التسمية على الأطفال الذين قد اكتسبوا كيفية ضبط المثانة و التحكم فيها بعد سن الثالثة و نجد 60% يعانون منها و هم في سن الرابعة و2 % من الحالات تجاوزت الثامنة من العمر (سولي ،1985).

4-3-التبول اللاإرادي الليلي:و هو تبول يحدث في الليل وهو الغالب عند الأطفال حيث يحلمون أنهم داخل دورة المياه يمارسون التبول بطريقة عادية و تقدر نسبتهم بـ 66 % (الشربيني، 1994).

4-4-التبول اللاإرادي النهاري: وهو تبول يحدث في النهار عند الأطفال بطريقة لاإرادية جراء الارتباك، الخجل ، والتوتر ، وأثناء حدوثه نجد الطفل قد وضع يده على عضوه التناسلي أو ضم رجليه بسرعة وقت نزول البول ، ولكن دون جدوى ،ونجد غالبيتهم في المرحلة الأولى ابتدائي حوالي 2.5 % أي 5 % من حالات التبول اللاإرادي (الشربيني ، 1994).

4-5- التبول اللاإرادي الليلي النهاري: يحدث ليلا أثناء النوم ، وأيضا نهارا أثناء ساعات اليقظة (عبد المعطي ،2003).

4-6- التبول اللاإرادي المزمن : يظهر في التكرار غير المألوف لعملية التبول ، وانتكاس الحالة بعد الشفاء بحيث يتكرر التبول اللاإرادي لدى الأطفال و يستمر لديهم لفترات لاحقة (الزغول ،2006).

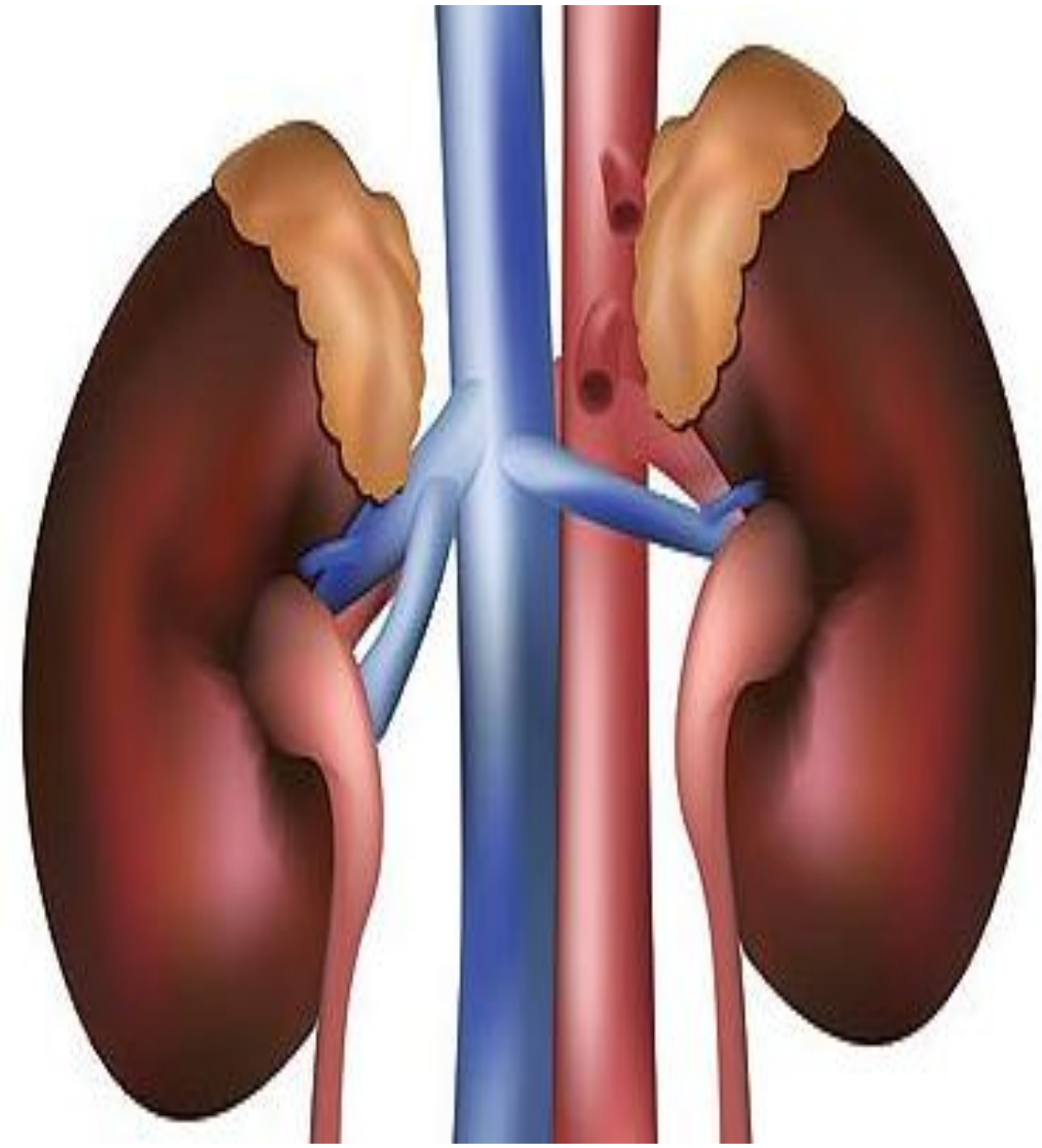
4-7- **التبول اللاإرادي المرافق للأحداث** : يحدث عند الأطفال الذين يعانون الخوف من الامتحانات ،أو فراق احد الوالدين ، أو مرض (الشربيني ، 1994).

4-8- التبول اللاإرادي غير المنتظم : وهي حالات متبعثرة متباعدة غير منتظمة الحدوث ،وقد يرتبط بالأحداث اليومية ،أو الليلية التي يمر بها الطفل ،هذا النوع نجده منتشر بكثرة عند الأطفال (عبد المعطي،2003).

5- الحالة الفيزيولوجية للتبول اللاإرادي :

تتطلب دراسة التبول اللاإرادي العودة إلى فيزيولوجية التبول العادي التي تقتضى معرفة دقيقة لبنية و وظيفة كل من الكليتين ، الحالبين ، المثانة ، وقناة الإحليل .

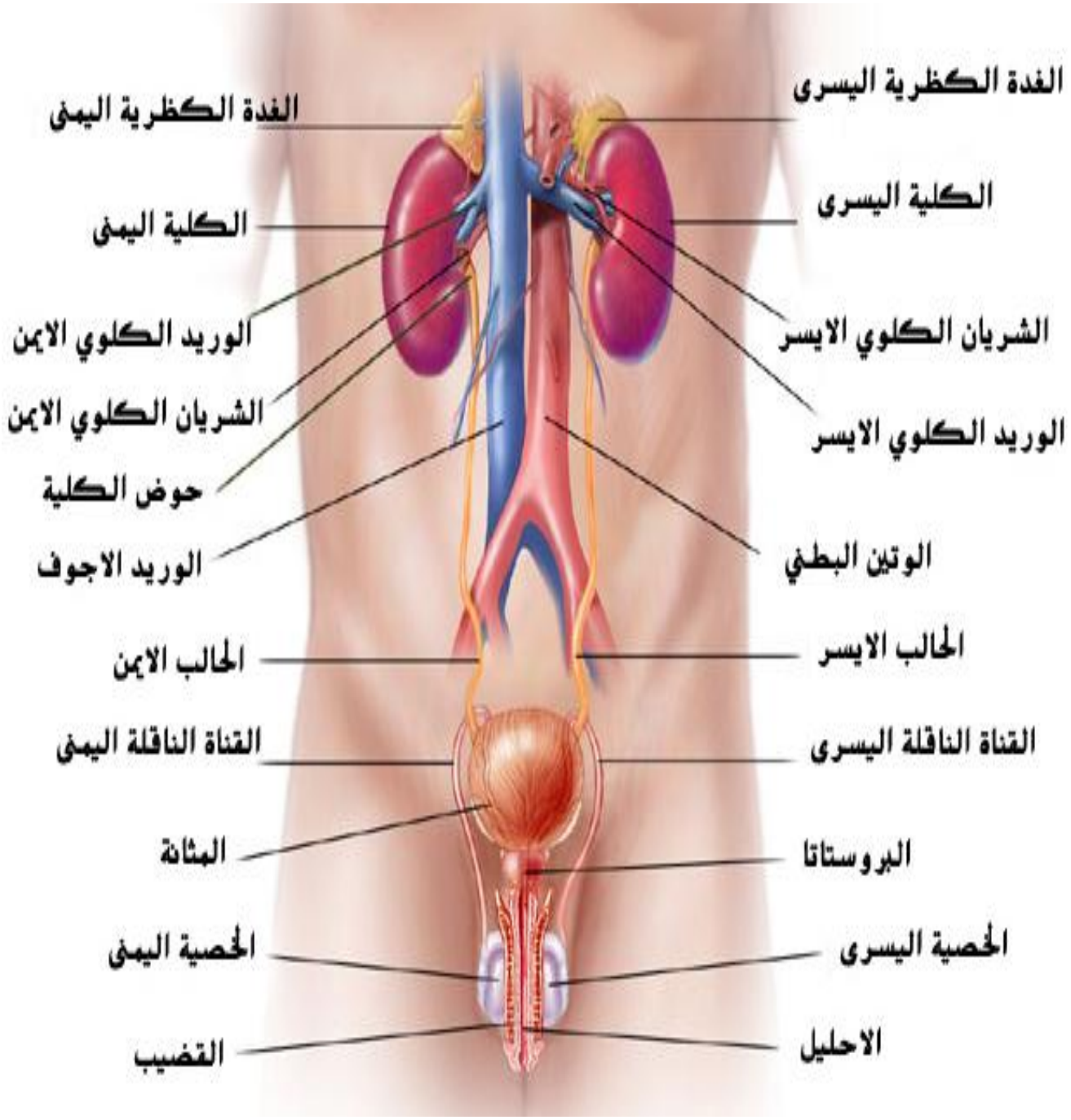
5-1- الكليتين : عضوان يقعان تحت الحاجب الحاجز على جانبي العمود الفقري ، وتعمل الكلية كمصفاة انتقائية للبروتين ، ومصفاة ذات عتبة لسكر العنب ، وملح الطعام ، وجهاز لطرح البول لذلك فهي تعمل على تخليص البدن من فضلاته الضارة ، والسامة من الجراثيم كما تعمل على تنظيم ضغط الدم ، وتسهر على حفظ تركيبه الكيمائي الثابت.



شكل رقم (01) يمثل رسم تخطيطي للكليتين

(www. Alriyadh.com)

2-5- الحالبان : قناتان تحرجان من الكليتين من مستوى السرة ثم يهبطان على جانبي العمود الفقري ، وتصبان في جيب متوسط يدعى المثانة ، ويتمثل دورهما الرئيسي في نقل البول من الكليتين إلى المثانة .

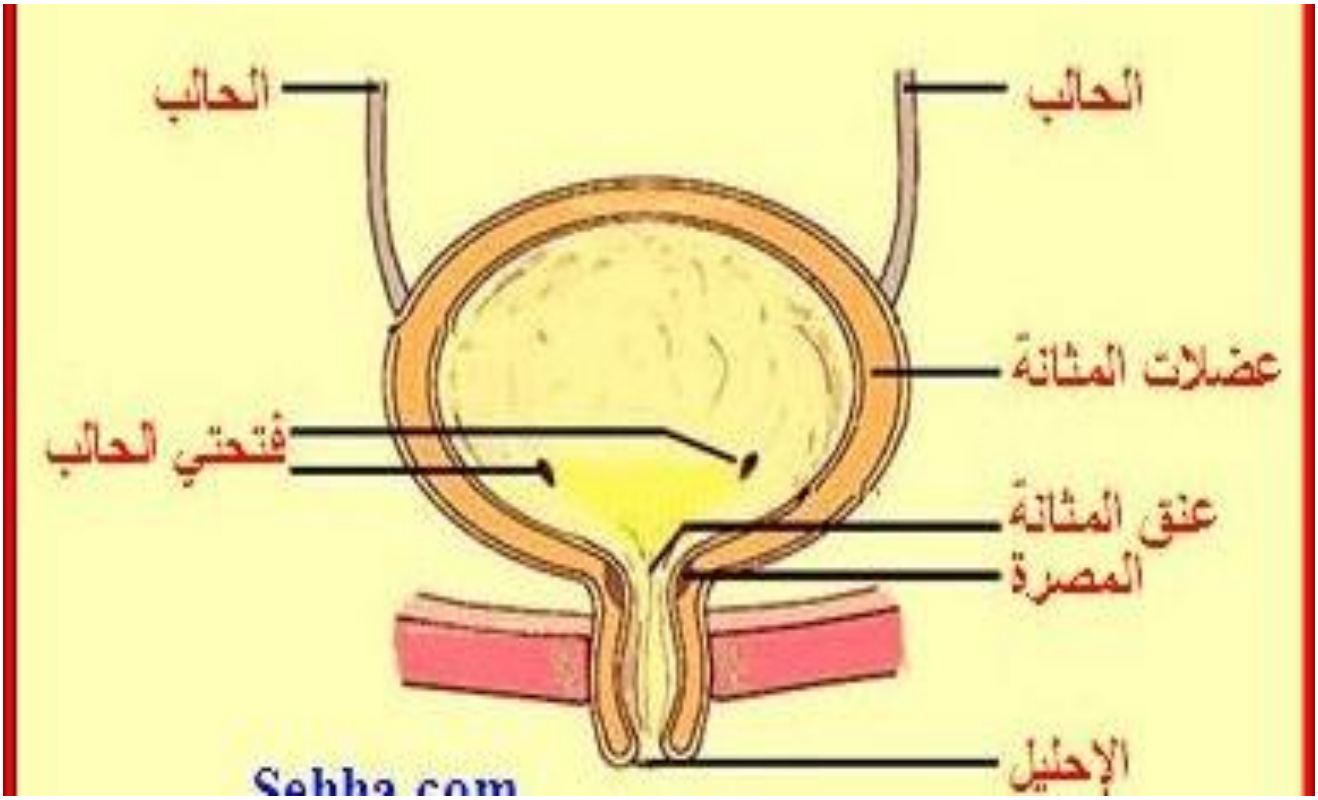


شكل رقم(02) يمثل رسم تخطيطي يمثل أعضاء الجهاز البولي

(www. babib.com)

5-3- المثانة : هو جيب ذو جدار عضلي مرن يتجمع فيه البول دون تسرب خارجي غير أن هذا التسرب يمكن أن يحدث عندما تكون هناك حاجة للتبول ،كما يمكن أن يحدث بفعل آمر خارج عن أي حاجة للتبول .

5-4- قناة الاحليل : هي قناة تخرج من الجهة السفلية من المثانة تنفتح الى الخارج لتطرح البول ،و هناك عضلة حمراء دائرية تدعى " المصرة الإحليلية " تحيط عمق الاحليل لا تفتح إلا عند الحاجة ليجري منها البول ،فتقلصها وهذه الوظيفة تستدعي قوة عضلية لينة على مستوى عنق الرحم و الصرة الاحليلية ، كما تستدعى تنسيقا كاملا ، وإدماجا تاما لنوعين مختلفين من النشاطات : النشاط الحشوي المستقل ، والنشاط النخاعي الدماغي ، وهكذا يتكون الجهاز البولي من الكليتين اللتين يتكون فيهما البول بفضل عملهما كمصفاة حيث تجمع الكلية مركبات البول الموجودة في الدم وتعمل المجاري البولية على نقل البول من الكليتين إلى الخارج بواسطة الحالب ،المثانة ، والإحليل.(منصوري،1992).



شكل رقم (03) يمثل رسم تخطيطي يمثل المثانة

(www. Sehha.com)

6 - شروط اكتساب النظافة :

التبول عملية بسيطة بالنسبة للطفل ، فهو يتبول متى شاء ذلك ، ولكن هذه العملية تستمر مع النمو إلى حد ، وتتطور القدرات العقلية ، والأنسجة التي تتحكم في أوقات التفريغ ، والتي تقوم به المثانة ، ولكن يكون هذا التحكم يجب أن يتوفر شرطين هما النضج ، والتدريب .

*التدريب : لكي يدرب الصغير على التحكم في عضلات المثانة هناك خطوات لابد أن يمر بها حتى يتم له تعلم العادة المطلوبة ، تبدأ بتعويده ألا يفرغ المثانة كلما أراد في أي مكان.نعلم أن هذا التفريغ الاعتياضي لا توافق عليه أمه ، وقد اثبت أن الطفل يفهم هذه التعليمات وتعلمه إلام على استخدام الوعاء ، واستمراره رباط شرطي بين المنبهات الداخلية (التوتر الحادث في المثانة والمستقيم). وبين المنبه الخارجي (الوعاء ودورة المياه).

والاستجابات الخاصة باستخدام الوعاء ، وكذلك علاقة الأم الحنون مع صغيرها ، وثقته بها يدعم الاستجابة المرغوب فيها ، وإذا ما بدا التدريب قبل الأوان باستخدام الشدة و الصعوبة يؤدي أولا إلى الشعور بالإحباط ، والضيق من الضغط المفروض عليه وينتج عنه نتائج لا يحمد عقباها بالنسبة للتدريب ،و نمو شخصية الصغير مستقبلا ، وكذا تؤدي إلي خلل في وظائف الفرد الجنسية .(الغليب ، بدون سنة).

*النضج: يعتمد ميكانيزم التحكم المثاني على نضج الجهاز العصبي الذي يسمح بالانتقال من السلوك الانعكاسي الاتوماتيكي إلي السلوك الإدراكي المتحكم .(جرجس ، بدون سنة). ويسمح هذا الاستعداد الجسمي بالقدرة على ممارسة الضبط الكافي على العضلة العاصرة للمثانة ومنعها من الارتخاء الطبيعي (سمية منصوري،1992).

7- سن اكتساب النظافة :

بالنسبة لجيزل "Gezel" فان سن اكتساب النظافة تكون كما يلي:

* من 15الى 24 شهر تنظيم الإرشادات البولية تدريجيا .
* في 24 شهر يكون الطفل نظيفا فى الليل.
* من 24 إلى 36 شهر لا يبلل فراشه ليلا شريطة أن يستيقظ مرة واحدة .
* بعد 36 شهر يصبح الطفل قادرا على التحكم في البول و يمكنه الاستغناء عن الراشد خلال النهار وفى الليل نظيفا إلا أن اكتساب التحكم في المثانة كليا لا يكون إلا بطريقة تدريجية إلى سن 6 – 7 سنوات .(دوشي،1968).

8 ـ شخصية المتبول لاإراديا :

بعد الدراسات التي أقيمت على شخصية الطفل المتبول لاإراديا توصل العلماء إلى أن هناك نمطين و هما :

*نمط عصبي هائج زائد النشاط : العامل الأساسي في حدوث التبول هو اضطراب حياته الانفعالية بسبب اضطراب مجال حياته .

* نمط لمفاوي خامل قليل النشاط : متميز بأنه عميق في نموه و غالبا ما لا يحس بامتلاء المثانة .(منصوري ،1981).

يرى قراري "Grary" أن جنس الذكور يصبحون غير منسجمين ،فعالين ،منعزلين ،منحرفين ،و غير تابعين ،و لهم حاجة ملحة للأمن ،أما بالنسبة للفتيات فهن يمتثلن للمعايير الاجتماعية في سلوكهن الظاهري ،و لكن هن بحاجة ملحة للاستقلالية حاجتهن للتنافس مع الذكور كما نجد الحصر ، التوتر،و الأحلام المزعجة و المخاوف.(دوشي،1968).

9ـ النظريات المفسرة لاضطراب التبول اللاإرادي:

حاولت العديد من النظريات النفسية تفسير اضطراب التبول اللاإرادي وعوامل نشأته من بينها

9-1ـ نظرية التحليل النفسي: يعطي أصحاب هذا الاتجاه التحليلي وعلى رأسهم فرويد "Freud أهمية كبرى للنضج الوجداني ،و أن الظاهرة ترجع إلى الصراعات الطفلية المبكرة والمكبوتة في اللاشعور وخبرات الطفل اللاشعورية التي أدت إلى اضطراب التبول اللاإرادي ، كما يروا أنه عبارة عرض يدل على معاناة الطفل من توترات، وخبرات مؤلمة حسب **اوتورنك** "Atorink" ولذلك فإن خبرات الطفل المؤلمة أثناء تدريبه على عملية ضبط البول لها أثر كبير في ظهور اضطراب التبول اللاإرادي ،يرى اريكسون " Eriksson" أن عملية التحكم في البول هي اختبار لإرادة الطفل واستقلاله ، وأساليب القسوة في تدريبه ورعايته فقد تتسبب في نشوء اضطرابات انفعالية وسلوكية لديه مثل القلق والتمرد ، أو العدوانية والتبول اللاإرادي وهناك من أصحاب التحليل النفسي من لهم رأي أخر حيث يقولون أن اضطراب التبول اللاإرادي عبارة عن تعبير رمزي للجنس وتشبه إلى حد بعيد عملية الاستمناء كدفاع ضد قلق الخصاء كأن يتفقد عضوه الذكري إذا كان ما يزال موجودا.(ميموني ،2005). وهذا يؤكده عالم التحليل النفسي **سيجموند**

فرويد الذي يرى أن الطفل أثناء قيامه بعملية التبول يجد نوعا من الإشباع الليبيدي وقد موقف نكوصي يدعو إلى جلب اهتمام الأم إلى ابنها المتبول أي النكوص إلى مرحلة مبكرة من النمو وهي المرحلة الشرجية التي تثبت عندها أو عبارة عن موقف عدوانيو معارضة خاصة عند انفصال الطفل عن أمه ،حيث يتبول الطفل لاإراديا في فراشه أو في ملابسه كعدوان مقصود على أمه.(الخطيب و الطراونة ،2003).

و نستنتج في الأخير مما سبق أن نظرية التحليل النفسي رغم اختلاف أراء علمائها في تفسيرهم لاضطراب التبول اللاإرادي إلا أن معظمهم يتفق على أن هذا الاضطراب يرجع إلى صراعات طفلية لاشعورية وأحيانا يكون موقف نكوصي عدواني ، وفي كلتا الحالتين هو جلب انتباه الأم وأحيانا أخري يفسر على أنه موقف جنسي .

9-2- النظرية السلوكية :

تركز النظرية السلوكية على أن أساليب التنشئة من خلال أساليب تدريب الطفل يمكن أن تكون مسؤولة عن اضطراب التبول اللاإرادي وذلك من خلال الإسراع في التدريب أو تأخيره (الزراد ، (2000).فالإسراع في تدريب الطفل على الإخراج يعمل على إفقاد الطفل ثقته بنفسه والتأخير بتدريبه يعمل على إفقاد الطفل الرغبة في الاستقلال والتعلم ، ويرجع السلوكيون اضطراب التبول اللاإرادي إلى عدم اكتساب مبدأ المنعكس الشرطي إذ يجب أن يؤدي امتلاء المثانة إلى تنبيه قشرة المخ فيستيقظ الفرد ليذهب للمرحاض ولكن المصاب باضطراب التبول اللاإرادي تمتلئ مثانته و يبدأ في تفريغها دون حدوث اليقظة وذلك لفشل إلام بإدخال مكانيزم إيقاظ الطفل بين امتلاء المثانة وحدوث الإفراغ وذلك على النحو الأتي :

- امتلاء المثانة --- ارتخاء عضلة المثانة --- حدوث عملية التبول.

- امتلاء المثانة --- إيقاظ الطفل --- ارتخاء عضلة المثانة --- حدوث عملية التبول.

و بالتالى يرى أصحاب هذه النظرية أن اضطراب التبول اللاإرادي يرجع إلى اضطراب في تعلم الطفل وتعلمه وهم يلقون المسؤولية على الأم وطرق تدريبها الخاطئة في تعليم الطفل عملية ضبط البول.(الخطيب والطراونة ،2003).

3-9- النظرية السيكوسوماتية :

يفسر العالم الأمريكي ألكسندر "Aleksandre " اضطراب التبول اللاإرادي على أنه عرض سيكوسوماتي يرجع إلى عوامل نفسية يشبع الطفل عن طريقها بعض الأهداف مثل جلب اهتمام الأم العدوان على الغير ، أو تحقيق اللذة والتخفيف من حدة الصراع ، فاضطراب التبول اللاإرادي حسب النظرية السيكوسوماتية ما هو إلا مشكل نفسي جسمي ، أي أن الطفل يبقي عاجزا أمام الصدمة التي واجهته ولم يستطيع التعبير عنها عن طريق الكلام ،فيتخذ جسمه كرد فعل اتجاه هذه الصدمة والتي تتجسد عن طريق انتهاج سلوك التبول اللاإرادي .(الخطيب والطراونة ، 2003).

10- تشخيص اضطراب التبول اللاإرادي:

بالرغم من تنوع وتعدد أدوات تشخيص أعراض اضطراب التبول اللاإرادي ، إلا أن أكثر استخداما ودقة هي الدليل التشخيصي الإحصائي للأمراض النفسية في طبعته الرابعة DSM IV ، لكي يكون تشخيص اضطراب الطفولة لابد من وجود قائمة متفق عليها بأسماء الاضطراب التي تحتل كل منها مرضا ، ومن أهم التصنيفات في مجال الطب النفسي نجد التصنيف المصري – تصنيف احمد عكاشة للاضطرابات والمشكلات التي تحدث في مرحلة الطفولة ؛ تصنيف منظمة الصحة العالمية الذي يرمز لها باختصار ICD والتصنيف الأمريكي الذي يرمز له DSM IV والمعروف باسم الدليل التشخيصي الإحصائي للأمراض النفسية في طبعته الرابعة (1994) الذي أورد المحاكاة التشخيصية التالية للتبول اللاإرادي .

- التخلص المتكرر من البول في الفراش أو الملابس (إراديا أو لاإراديا) .
- يكون العمر الزمني 05 سنوات على الأقل .
- تكرار الحدث مرتين أسبوعيا لمدة ثلاثة أشهر على الأقل متتالية أو وجود قلق أو ضعف في العلاقات الاجتماعية إلا إذا كان السلوك يسبب عامل فزيولوجي أو أدوية مدرة للبول (مجدي ، 2005).
- أما الطبعة 10 المنقحة للدليل التشخيصي الإحصائي الدولي لتصنيف الأمراض النفسية والسلوكية ICD - 10 فقد أورد المعايير التشخيصية التالية للتبول اللاإرادي غير العضوي :

* العمر الزمني لا يقل عن 05 سنوات.

* التخلص اللاإرادي أو المتعمد في الفراش أو الملابس الذي يحدث على الأقل مرتين في الشهر عند الأطفال دون السابعة 07 أو على الأقل مرة في الشهر قي سن 07 فما فوق.

* أن لا يكون جراء نوبات الصرع أو سبب عضوي أو عصبي.

* أن لا يوجد دليل على مرض عصبي أخر يتماشى مع المحاكاة الأخرى التي حددها هذا الدليل (ICD 10).

* دوام الاضطراب ثلاثة 03 أشهر على الأقل ، وذلك يتطلب التشخيص للتحقق من الاضطراب العضوي أو الوظيفي ، فالعضوي يحدث في حال اليقظة أما الوظيفي يحدث في حالة النوم ليلا ، كما يجب تشخيص أعراض هذا الاضطراب اللجوء إلى :

- تحديد معدل تكرار البول - تحديد سن الطفل - إجراء فحص طبي .

- مقابلة الطفل : للتعرف على سلوكاته وتصرفاته المصاحبة للتبول اللاإرادي كالغيرة والهروب من المدرسة والخوف.

- مقابلة الوالدين : يهدف إلى جمع المعلومات عن حالة الطفل وبداية ظهور المرض وأوقاته وتأثيره على تصرفات الطفل وأساليبهم في المعاملة والظروف الأسرية المحيطة (عبد المعطي ، 2003).

- تطبيق الاختبارات السيكولوجية للوقوف على مستوى ذكاء الطفل ، واختبارات المخاوف والغيرة والاختبارات الإسقاطية CAT واختبار رسم العائلة للوقوف على الإحباطات والاضطرابات الأسرية المصاحبة للتبول اللاإرادي (الشربيني ، 1994) .

11- طرق الوقاية من التبول اللاإرادي :

- عدم العقاب البدني أو التوبيخ أو إعطاء الطفل شعورا بالخزي نتيجة لتبوله . (كاملة فرح ،1999).
- تخفيف توتر الطفل فدر المستطاع وإبداله بالاسترخاء ، والحديث المقنع .
- تخفيف صراع الوالدين بعضهما البعض حتى لا يشعر الطفل بالخوف فيتبول لاإراديا .(كاملة فرح ، 1999).
- عند تدريب الطفل على استعمال المرحاض يجب تجنب القسوة الشديدة لأن ذلك يجله يشعر بالذنب وأقل من غيره ، أو تسبب له القلق والخوف وبهذا فهو لا يتعلم أي سلوك جيد مثل السيطرة على مثانته .

- ينصح تأجيل موضوع التبول في الفراش إلى أن يتخلص من عادة التبول في ملابسه.(نيقرو لمان، 1999).

12- علاج التبول اللاإرادي:

مما لاشك فيه أن طريقة علاج التبول اللاإرادي تتوقف على العديد من المتغيرات مثل عمر الطفل وبقاء المشكلة ودرجة المترتبات النفسية والمستوى الاجتماعي والاقتصادي والتعليمي للأسرة ، ولهذا ارتأينا إلى ذكر بعض الأساليب العلاجية للتخلص من حالة التبول اللاإرادي منها :

12-1- العلاج الطبي :

يتم تحديد الأدوية المناسبة لعلاج التبول استنادا إلى نتائج الفحوص الطبية ، فمثلا هناك حبوب (les acidiants) التي ترفع من نسبة الحامض في البول ، منها مادة الحامض الفوسفوري (acide phosphorique) وينصح باحثون آخرون بالعلاج الهرموني الذي

يجب إسخدامه بكميات محددة ولمدة زمنية قصيرة ، وهناك أنواع أخرى من العلاج الطبي منها :

✯ الأدوية المضادة للتوتر المثاني المفرط ، مثل حبوب (belladone) .

✯ الأدوية التي تعالج ضعف المثانة وفتورها لزيادة قدرة المثانة على الضبط مثل حبوب sulfate (d'ephedrine) .

✯ المهدئات والمسكنات مثل مادة (gardinal) إلاّ أن الملاحظات بينت أن هذا النوع من الدواء يمكن أن يؤدي إلى النرفزة والعصابية . (منصوري ، 1992).

12-2- إرشاد الوالدين :

يحتاج الطفل المتبول لاإراديا إلى مساعدة والديه بموقعهما المشجع إذ بوسعهما أن يوضحا لطفلهما أنهما يعرفان أن هنالك أطفال عديدين يعانون من هذه الحالة ولكنهم جميعا استطاعوا في النهاية أن يتغلبوا عليها وأنهما واثقان على أنه هو أيضا سيتمكن في النهاية

من ذلك ،فيتغير كلاهما أسلوب التعامل مع الطفل ليصبح دورهما أشد فعالية كما لا يتهرب أي منهما من المسؤولية الملقاة عليه .

12-3- العلاج السلوكي :

يعتبر العلاج السلوكي من أفضل طرق العلاج ملائمة لعلاج التبول اللاإرادي ،وأشهر طريقة هي طريقة الجرس والوسادة ،أو ما يسمى بجهاز الإنذار البولي ،وطورت هذه الطريقة على يد موريرو، وماور"Mowrer Et Mower" منذ فترة طويلة اعتمادا على مبادئ والتشريط الكلاسيكي ، ويتكون هذا الجهاز من قطعة قماش ذات مواصفات خاصة (سرعة توصيل الكهرباء)توضع تحت سرير الطفل وهي موصلة بجرس متصل بدائرة كهربائية ،و عندما يبدأ الطفل في التبول يصل البول إلى الوسادة تغلق الدارة الكهربائية و يصدر الجرس صوتا عاليا يوقض الطفل من نومه فيتوقف عن التبول ثم يؤخذ إلى الحمام لإكمال عملية التبول إراديا وبتكرار هذه العملية تتكون الرابطة الشرطية وتترسخ حتى يصل الأمر إلى أن يستيقظ الطفل عند امتلاء المثانة وقبل سماع صوت الجرس ، وهنا يتم الاستغناء عن الجهاز وتكون المشكلة قد حلت.(سيد يوسف ،2000). ويستمر مدة العلاج بين شهر إلى ثلاثة (03) أشهر . (عبد المعطي ، 2003).

12-4- العلاج المعرفي : يعتمد هذا النوع من العلاج على توضيح الأمور السلبية والايجابية للسلوك المشكل أي نساعد الطفل على تغيير أفكاره وان تلك المشكلة يمكن التغلب عليها وذلك من خلال إيضاح الجانب الايجابي والسلبي لمشكلة التبول اللاإرادي . حيث أن نوضح للطفل ضرر التبول على جسده وعلى جهازه التناسلي والإصابة بالالتهابات والتقرحات والرائحة الكريهة ونوضح للطفل الناحية الايجابية عند التوقف عن التبول على نفسه ليزداد ثقته بنفسه ويحافظ على شكله الاجتماعي أمام أسرته وأقاربه والمجتمع كله

12-5- العلاج المعرفي- السلوكي :

ينطلق من مبادئ ونظريات علم النفس المعرفي والتعلم والتشريط للتغلب على التبول اللاإرادي أثناء النوم . ويتضمن التدريب على الاستيقاظ ليلا بشكل منتظم والتدريب على الاحتفاظ بالبول وضبط المثانة والتفريغ بشكل إرادي والتدريب على النظافة والترتيب وزيادة التعلم ومواصلة الممارسة والتدريب منعا للانتكاسة.

12-6- العلاج النفسي التربوي:

العلاج النفسي التربوي ليس كافي لعلاج اضطراب التبول اللاإرادي ، ويكون مفيدا في علاج المشكلات العصبية المتزامنة (المصاحبة له) ، والمصاعب الانفعالي مثل مشاعر الغيرة ، خفض مستوى الثقة بالنفس ، وتدريب الطفل على ضبط نفسه أطول فترة ممكنة وتعديل العادات غير الصحيحة التي يمارسها الآباء وكانت وراء اضطراب التبول اللاإرادي للطفل ، ويعتمد العلاج النفسي على اللعب ، الرسم ، إحداث تغيير في الطفل من خلال العلاقة بين المعالج والمريض وبين العلاج النفسي التدعيمي (عبد المعطي ، 2003) إضافة إلى العلاجات المساندة وتهدف إلى توعية الطفل ببدائية رد فعله وتوجيهه نحو مجالات تغييريه مناسبة لسنه ، ويحمل مسؤولية شفائه خاصة باستعمال يومية : أين يسجل " **0** " أمام الأيام التي يتبول فيها و" **1** " للأيام التي يتبول فيها ، هنا الطفل يتعلم الملاحظة الذاتية ومحاولة التعبير عن صعوباته (ميموني ، 2005) ، فيعتمد العلاج النفسي على تشخيص المشكلة ومعرفة أسبابها ، والتغلب على العوامل المسببة لهذا الإضطراب بإحدى طرق العلاج النفسي المناسبة لسن الطفل ولظروفه .(مجدي عبد الله ،2005) .

خلاصة الفصل:

مما لا شك فيه أن الوالدين يصعب عليهم تقبل اضطراب التبول اللاإرادي لدى أطفالهم فهم يكونون بذلك صورة سلبية عن المشكل ، وممارسة القسوة والعقاب سوف يزيد من عناء الوالدين وعناء الأطفال في حد ذاتهم ؛ فالطفل هو صورة لوالديه ، فالانعكاس السلبي لتلك الصورة سوف ينعكس حتما على التصور النفسي للطفل ، لذلك ينصح باتخاذ العلاج الوقائي منذ بداية الاضطراب وتجنب الوسائل العقابية (الوقاية خير من العلاج).

الفصل الثالث : مرحلة الطفولة المتأخرة (9 – 12) سنة

تمهيد

1- تعريف مرحلة الطفولة المتأخرة

2- العوامل المؤثرة في النمو

3- مظاهر النمو في مرحلة الطفولة المتأخرة

4- مميزات مرحلة الطفولة المتأخرة

5- المؤسسات الإجتماعية العاملة على تكوين شخصية الطفل في مرحلة الطفولة المتأخرة.

6- النظريات المفسرة لمرحلة الطفولة المتأخرة.

خلاصة الفصل

تمـهـــيد:

تعد مرحلة الطفولة المتاخرة مرحلة اساسية في نمو الفرد والتي عبرها يتم الانتقال إلى مرحلة المراهقة اين يكون هناك استعداد للعب ادوار الراشدين؛ حيث يكون معدل النمو فبها بطيئا والحاجة إلى النصح الوالدي نسيا وهذا لشيئ إلا لانه منشغلا بمجال آخر هو توسيع معارفه، فيتعلم الكثير عن من حوله ويكتسب القناعة والرضا ساعيا لاستقلالية التي تبقى بالنسبة له في الكبر عبارة عن ذكريات الطفولة .

1- تعريف مرحلة الطفولة المتاخرة :

1-1- التعريف اللغوي:

الطفل عامة بكسر الطاء هو الصغير من كل شيئ عينا كان ام حدثا، فالصغير من اولاد الناس والدواب والصغير من السحاب هو الطفل .

ويقال:" هو يسعى لي في اطفال الحوائج"أي صغارها وأنجبت طفلا يستوي فيه المذكر والمؤنث والجميع .

قال تعالى "او الطفل الذي لم يظهروا على عورات النساء" سورة النور" الاية "31 "

وقال تعالى "ثم نخرجكم طفلا" سورة الحج الاية "05".(اللفاني ، 1993).

1-2- التعريف الاصطلاحي:

هي مرحلة تقع ما بين(9 - 12) سنة وينظر اليها كثيرا من العلماء على انها الفترة الثانية المكملة لمرحلة الطفولة الوسطى وتاتي هذه المرحلة فيها قبل المراهقة وكانها مقدمة لها. (القذافي ، 1977).

2- العوامل المؤثرة في النمو:

يعد النمو عملية منتظمة ومتكاملة وهو خاضع لقوانين ومبادئ تشترك فيه كل الاجناس البشرية وعلى الآباء والأمهات والمدرسين والمربين ان يدركوا بان هذه القوانين والمبادئ لها علاقة بمرحلة الطفولة واي خلل في هذه الحاجات والقوانين تؤثر على نموه في المرحلة العمرية النمائية ومن اهم العوامل المؤثرة على نمو الطفل هي :

2-1- الوراثة:

هو انتقال الصفات الوراثية عن طريق الصبغيات او الكروموزومات من الاباء إلى البناء والاحفاد سواءا كانت مريضة او سليمة حيث لهذا العامل تاثير كبير على نمو الطفل وبه يتم التنبؤ بالخصائص الجسمية للطفل وذلك بمعرفه السائدة والمتنحية للوالدين.

2-2- البيئة:

يؤثر هذا العامل على الطفل منذ تلقيح البويضة وانتقالها في قنات فالوب حتى وصولها إلى رحم الام والانقسامات التي تمر بها ثم إلى الجنين ثم حروجه إلى الحياة ومنه تتدخل عوامل فرعية اخرى مادية واجتماعية وثقافية وحضارية للفرد فتؤثر على البيئة .

ان للبيئة دور كبير في بناء السلوك عند الطفل وطريقة تفكيره فان المستوى الثقافي للوالدين والحيات الاسرية الهادئة (المستقرة) والوضع الاقتصادي والتوجيه النفسي والتعاليم الدينية والقيم والعادات والحياة الاجتماعية العامة لها تاثير على تكوين شخصية الطفل تعد الاسرة هي الوسط الاجتماعي الاول ثم تاتي المدرسة والرفاق والعبادة ووسائل الاعلام. (المنسي ، 1998).

وهذا بدوره له عوامل فرغية متعددة نذكر منها:

2-2-1- الغذاء :

يعتبر من اهم العوامل البيئية المؤثرة على نمو الطفل كما ونوعا، فنوعية الغذاء مهمة لوجود عناصر لابد منها ان تتوفر فيه هي :

1. البروتينات التي يكمن دورها في بناء الخلايا.
2. النشويات بناء طاقة .
3. الاملاح والماء والفيتامينات بنية الجسم .
4. الدهنيات وعملية التعويض .

وهذا كله يلعب دورا في:

أ- إعادة بناء الخلايا التالفة .

ب- تزود الجسم بالطاقة لكل نشاط جسمي او عقلي .

ج- اكتساب المناعة ضد الامراض .

لذا نوع الغذاء وكميته مهم في المراحل الاولى للطفل اكثر من المراحل الأخرى ؛ اذ سوء التغذية تؤثر على المراحل المبكرة خاصة على خلايا الدماغ التي تكون في حالة نمو من حيث الحجم والوزن .

قد بينت دراسات قام بها **وليامز** و **ديفز** (1974) Wilaims et Deffez أن هناك فارق يمكن ان يصل إلى سبع درجات بين ذكاء العاديين والذين عانوا من نقص الوزن ذلك يعود إلى سوء التغذية في مراحل العمر الاولى.

ولا ننسى ان نخص بالذكر ان الغذاء هو احد الاسباب المؤدية إلى الاصابة بمرض فقر الدم في هذه المراحل النمائية. (عريفج ، 2000) .

2-2-2- الوضع الاجتماعي و الاقتصادي:

تحتاج الأم الحامل إلى مراجعة طبيبها بشكل دوري لمتابعة أوضاع الجنين والأحوال الصحية الخاصة بها، في بعض الأحيان تتعرض الأم إلى الإصابة بضغط الدم أو زيادة السكر في البول ورعاية الأم طبيا أثناء عملية الولادة و استكمال الفحوصات على الجنين والأم لمعرفة احتيتجاتها الفورية، و إعطائها بعض الحقن في حالة ولادة الطفل يكون دمه مخالفا لدم أمه من الزمر Rh، إذا كانت هذه الزمر عند الأم Rh وتكون عند الأب Rh إن مثل هذه الحقنة "anti D" التي تعطي في الساعات الأولى بعد الولادة لمنع تكوين أجسام مضادة في دم الأم، بالإضافة إلى أثر الحالة الإقتصادية والإجتماعية على التهيئة للمولود الجديد والتجهيزات الآزمة والعناية والتغذية وغير ذلك من الأمور .(عريفج ، 2000).

2-3- الغدد الصماء و افرازاتها:

إن لإفرازات الغدد الصماء في جسم الأطفال دور كبير على النمو، و الغدد إما أن تكون قنوية التي تصب افرازاتها مباشرة في الدم على شكل هرمونات تدعى بالغدد الصماء منها نجد: غدة البروستات- الغدة العرقية – الغدة الهاضمة – الغدة اللعابية – الغدة الدهنية، إذا اضطربت افرازات أحد الغدد أدى إلى اختلال توازن النمو و السلوك الإنساني.

تأثير افرازات (الهرمونات) الغدد الصماءعلى:

- وظائف الأعضاء المختلفة في الجسم.
- تنظيم عملية التغذية.
- تحديد شكل الجسم و أبعاده.
- تنظيم النشاط العقلي.
- تحديد السلوك الإجتماعي.

- تحديد التزان الإنفعالي.

2-3-1- الغدة الصنوبرية:

تقع في الرأس تحت المخ طولها بحد حبة الصنوبر وظيفتها الحقيقية غير معروفة ولكن ضمورها يؤدي إلى منع مظاهر البلوغ الجنسي، تجعل الطفل يظهر بخشونة المراهق.

2-3-2- الغدة النخامية:

تدعى أم الغدد مكانها في الرأس تقع تحت المنطقة السفلى للمخ تؤثر على نشاط كثير من الغدد، كما تؤثر على نمو الإنسان بوجه خاص، فإن نقص إفرازات هرمون النمو الذي يفرز من الجزء الأمامي للغدة، توقف نمو العظام يظهر الطفل على شكل قزم وإذا أفرط في افرازه يؤدي إلى العملقة ، وتظهر عليه أعراض الضعف العقلي و الجنسي.

ملاحظة: يمكن أن تقدر الآثار النفسية التي تترتب على اضطراب افرازات الغدة الصنوبرية لو ضعفت في السادسة (06) من العمر أمر يخل بتوازن الإنسان نفسيا واجتماعيا واضطراب النخامية أدت إلى القزمية أو العملقة وهذه الأعراض لها أثر بالغ على وضع الإنسان بين اقرانه. (عريفج، 2000).

2-3-3- الغدة الدرقية و جاراتها:

تتواجد في الرقبة، تعمل على تفكيك الغذاء و تمويه الطاقة, أما جاراتها تعمل على تنظيم نسبة الكالسيوم و الفسفور في الدم.

إن نقص افراز الغدة الدرقية يؤدي إلى أمراض مزمنة تخص بالذكر مرض فقر الدم ، في هذه الحالة ذكرنا في السابق أن الغدة الدرقية تعمل افرازاتها على تفكيك الغذاء وتمويه الطاقة تؤدي إلى نوع من أمراض فقر الدم ألا وهو مرض فقر الدم بنقص الحديد .

أما النقص في افراز هرمون "التيروكسين" مثلا يؤدي إلى توقف الطفل عن النمو في العرض مصاحب بأعراض الضعف العقلي وتأخر المشي والكلام وإذا كان افرازها مفرط يؤدي إلى الإفراط في نمو الطفل عرضا فهي احد اعراض مرض فقر الدم.

2-3-4-الغدةالتيموسية:

تقع في الصدر، يكون وزنها بحدود 10غ، حيث يزداد شيئا فشيئا حتى 30غ في العاشرة (10) من العمر، ثم تبدأ في الضمور حتى تصل إلى حجمها الأصلي كما كانت عليه في الولادة ولم تعرف وظيفتها الأصلية لحد الآن، و يتوقع أن يكون لها نفس الوظيفة للغدة الصنوبرية .

2-3-5- الغدة الكظرية:

تقع احداهما في الكلية اليسرى والأخرى فوق اليمنى مثلا تفرز هرمون **الأدرينالين** الذي يؤثر مباشرة على الجهاز العصبي فيعطيه القدرة على الأمر بمباشرة السلوك لمواجهة المشكلات أي أنه يولد تحفز لمواجهة الطوارئ، أما قشرة الكلية تفرز هرمون يتدخل في تكوين الكريات الحمراء الذي يدعى الأريتربويتين érythropoitine. (عريفج ، 2000).

2-3-6- الغدة التناسلية:

تتمثل عند الرجل الخصيتان وكل خصية مؤلفة من نوعين من الخلايا، الأولى تفرز الحيوانات المنوية والثانية تفرز الهرمون الذكري التي يسيطر على الملامح الذكرية، أما الأنثى تتمثل في المبيضان، فإن شرق المبيض تنتج البويضة التي تتحد مع الحيوان المنوي الذكري لينشأ الجنين، كما تلعب هذه الإفرازات على اظهار الأنثوي ، أما اللب يفرز الهرمون الذي يعمل على تطور البويضة المخصبة خلال فترة الحمل وادرار الحليب اللازم لتغذية المولود. (عريفج ، 2000) .

3- مظاهر النمو في مرحلة الطفولة المتأخرة:

تعتبر عملية النمو عند الطفل وحدة متكاملة و متفاعلة لا يمكن تقيبمها إلى مظاهر متعددة منها:

3-1- مظاهر النمو الحسي:

يقصد بها الحواس و هي: البصر ، السمع ، اللمس، الذوق ، الشم حيث دقة الحساسية الخاصة بالعضلات التفصيلية الدقيقة، قد تكون في هذه الفترة أكثر من الفترات السابقة، والأولاد أكثر من البنات القدرة على استخدام العضلات الكبرى، أما السمع فلا يبلغ أقصى قوته إلا في نهاية السنة التاسعة (09) من العمر والدخول في السنة العاشرة (10) على أن القدرة على تمييز المقامات الموسيقية تتقدم تقدما مطردا حتى السنة الحادية عشرة (11) أما العين فهي عضو

حسي غير مكتمل من ثم لم يكن من الملائم للطفل في هذه المرحلة أن يزاول أي عمل يتطلب تدقيق النظر، بل تجنب الطفل الذي لم يتجاوز بعد سن السابعة (07) مطالعة حروف صغيرة أو رسم دقيق ، وإلا ألحقنا على صحته الجسمية والعصبية والنفسية ضررا، عودة إلى أن كرة العين لم تبلغ بعد درجة النضج، تستطيع معها أداء فعل المطالعة بشكل كامل، أما التمييز الشمي والذوقي فهو مثل الراشد، وفيها يخص ادراكه الحسي، فقد تطور خصوصا الزمن كما يزول طول البصر وتزداد دقة السمع في الثاني عشرة سنة (12) من عمره. (عبد المنعم وحلمي المليجي ، 1973).

2-3- مظاهر النمو الفزيولوجي:

عندما تقترب الطفولة على النهاية يصل وزن المخ إلى 95% من نسبة وزن مخ الراشد وتقل ساعات النوم من 9 – 10 ساعات ويبدأ التمييز في وظائف الغدد التناسلية وقد يبدأ الحيض عند الإناث في نهاية المرحلة. (منسي ، 1998).

3-3- مظاهر النمو الحركي:

منذ التاسعة (09) من العمر نلمس في الطفل القدرة على التحكم في العضلات الدقيقة عضلات العين واللسان والأصابع، ومن ثم تزداد قابلية لمزاولة أوجه النشاطات المختلفة على نحو أتم من قدرة على التعبير اللغوي إلى القدرة على مزاولة الفنون البسيطة كالرسم والأشغال اليدوية ، فيزداد نشاطه الحركي والسيطرة التامة على الحركة. (العناني ، 2000) .

4-3- مظاهر النمو العقلي:

يتسم بالنمو السريع في الذكاء والتخيل والتذكر والانتباه، كما يبدأ التفكير بالتحول من التفكير الحسي إلى التفكير المجرد حسب تقييم الباحث **بياجي** Piaget.

1-4-3- الإدراك: يتمكن من فهم الزمان وتسلسل الوقائع في بعدها التاريخي قبل التاسعة (09) والعاشرة (10) من العمر. (سلامة، 1973).

3-4-2- الإنتباه: فيما بين السابعة (07) والحادية عشرة (11) من العمر تتزايد بسرعة قدرة الطفل على الإنتباه الإرادي، و لذا يجب علينا أن نمرن الطفل عندما يبلغ هذا السن على تثبيت انتباهه بمجهود إرادي متصل، ففي هذه الفترة يكون عرضة للتعب العضلي نظرا لأغراقهم في النشاط الجسمي، فهو بعيد حتى سن الحادية عشرة (11) عن التعب العقلي لأن هذا يدعى بالملل والكسل، ويكون التعب خاصة في دروس الحساب والقراءة والكتابة، ففيهما يزداد توتر عضلات العين والأصابع، وهي كما نعلم عضلات دقيقة يتطلب استخدامها مجهودا ليس بالقليل فالإفراط في النشاط العقلي ينجم عنه ضرر جسمي واضطراب انفعالي. وقد ترجع سرعة التعب العقلي إلى ضعف الصحة وإلى الحرمان من الهواء الطلق والنقص في الرياضة أو الإستمتاع بالنشاط الحر، وقبل البلوغ تلعب العوامل العقلية والإنفعالية دورا بارزا في حالات التعب والإجهاد. (عبد المنعم وحلمي المليجي ، 1973) .

3-4-3- الذاكرة: يتصل الإنتباه اتصالا وثيقا بالقدرة على الإحتفاظ بالمعلومات القديمة واسترجاعها، فالدرس الذي لا يستطيع التلميذ أن يحصر انتباهه فيه، يصعب عليه استرجاعه عند اللزوم، فيعتقد البعض أن الأطفال في سن الحادية عشرة (11) يمتازون بذاكرة آلية ممتازة مقارنة بالراشدين عموما.

قد أثبتت الإختبارات العقلية أن ذاكرة الطفل في سن التاسعة (09) أو العاشرة (10) أقل من ذاكرة الكبير و يزداد الفرق بينهما في عمليات التذكر التي يتطلب الإحتفاظ بالمعلومات لفترة طويلة، على أن الطفل بإرتفاع مستواه العقلي، و بنمو قدراته العقلية العليا، يكتشف في نفسه حوالي العاشرة (10) من عمره القدرة على التذكر المنطقي، ومن ثم يصبح متلهفا على استخدامه و يقل في التذكر الآلي.(عبد المنعم و حلمي المليجي ، 1973).

3-4-4- التخيل: يكون في حياة الطفل قبل الخامسة (05) تخيل ابداعي لا صلة له بواقع ماض أو حاضر، إنما هو ابداع لحياة وهمية بدافع من رغباته دون ضابط ودون سعي لغير اللذة ولكن هذا اللون من التخيل يقل في هذه المرحلة من النمو بسبب الهدوء الذي يطرأ على انفعال الطفل.

ويسبب كمون رغباته الفطرية وتدعم صلته بالواقع التجريبي، وحلول رغبة التحكم في الواقع محل رغبة الهروب من قيوده، وإذا لم نزود الطفل بفرص اشباع الإهتمامات الجديدةانغمس في

أحلام اليقظة أو ارتد إلى مصادر اللذة الطفلية، ولكن لا يعني هذا أن نحرمه من الخيال الحر تحريما كاملا فهو ضروري لصحته النفسية.(عبد المنعم وحلمي المليجي ، 1973).

3-4-5- التفكير: نستطيع القول أن الأطفال عموما بين السابعة (07) والحادية عشرة (10) قادرين على جميع أشكال التفكير ما عدا الإستدلال العلمي، و هذا يبين لنا ضرورة تعليم الطفل التفكير العلمي على أن نراعي بساطة مادته والبرهنة المنطقية مع مراعاة أن تكون خطوات البرهان محدودة والنظريات العلمية بسيطة . (عبد المنعم و حلمي المليجي، 1973).

3-5- مظاهر النمو الإنفعالي:

بعد أن كانت الطاقة الإنفعالية مركزة في دائرة الأسرة المحدودة تتجه إلى المحيط المدرسي اين تمس المعلم - الأقران، هنا ينمو لدى الطفل الشعور بالزمالة لأقرانه في الفصل أو اللعب وذلك يشعره بالثقة في نفسه وبالتالي ينمي لديه على نحو تدريجي، الثقة في غيره، هذه العلاقات الإجتماعية تصبح مصدرا يستند منه الطفل الأمن بعد أن كانت الأسرة مصدره الوحيد أي اتساع حياة الطفل الإجتماعية يصاحبه ازدياد في شعوره بالأمن وجرأة في استطلاع العالم الخارجي ومن ناحية أخرى يؤدي اتساع دائرة معارفه إلى توكيد الشعور بالأمن مما يطبع هذه الفترة بطابع الهدوء الإنفعالي . (عبد المنعم وحلمي المليجي ، 1973).

3-6- مظاهر النمو الإجتماعي:

يزداد احتكاك الطفل بجماعة الكبار واكتسابه معاييرهم واتجاهاتهم وقيمهم، كل حسب جنسه كما تتقدم وتطرد عملية التنشئة الإجتماعية، فيعرف المعايير والقيم، ويهتم بالتقييم الأخلاقي للسلوك يزداد تأثيره بجماعة الرفاق، ويقل تأثير الوالدين ويطرد نمو الإستقلال ويقل الإعتماد على الكبار، يتوحد الطفل مع الدور الجنسي المناسب ذلك يتضح مع الجماعات أو المؤسسات بحيث يفخر الطفل بفوز فريق مدرسته في مبارات أو مسابقات ويبتعد كل من الجنسين في صدقاته مع الآخر .(دبابنة – محفوظ ، 1998) .

3-7- مظاهر النمو الخلقي:

طفل التاسعة تحيط به ظروف ثقافية مواسية ويكون في صميمه صادقا أمينا، وأما طفل العاشرة (10) عند سؤاله عن بعض المشكلات والمناقشات يبدي إستعداد لإيضاحها وكثيرا ما يجهل الوالدين عما يتصنع به ابن العاشرة (10) من ادراك و ذكاء اجتماعي فيعاملانه في عمر الثامنة(08). (سلامة آدم ، 1973).

وفي أواخر هذه المرحلة ينمولدى الطفل إدراك لمفهوم الأمانة والصدق والتسامح، كما يزداد نمو ضميره والمحاسبة الذاتية، وبلا شك فإن الفروق الفردية بين نمو الأطفال يجعلهم مختلفين في النمو الخلقي. (منسي ، 1998) .

3-8- مظاهر النمو اللغوي:

تعتبر هذه المرحلة بمثابة مرحلة الجمل المركبة الطويلة وتتسم بالقدرة على التمييز الشفوي والتحريري والقدرة على القراءة، تمييز المترادفات واكتشاف الأضواء حيث في سن التاسعة (09) تقدر حصيلة الكلمات بحوالي 5000 كلمة .(العناني ، 2000).

وهو يميز بين المترادفات والأضداد، كما يميز بين الأسماء الدالة على اعلام أو اشياء وبين الأفعال الدالة على نشاط ذهني مثل الفهم او الأفعال الدالة على الحركة كالمشي ويستطيع التمييز بين الأفكار الأساسية في القصة التي يقرأها كما تلذ له القراءة الصامتة والميل إلى مشاركة في التعبير الشفوي بصورة واضحة، ويميل إلى التمثيل والوقف عند الفاصلة والإستفهام والتعجب، ويحب الشعر والحفض، على ان الفترة الأخيرة من هذه المرحلة يسيطر على الكتاب ويكتسب محصولا لغويا كافيا، وتنمو قدرته الحركية إلى حد يمكنه من السيطرة على قلم الحبر والرصاص ويميل إلى الكتابة الجميلة خاصة البنات، اما البنين متفوقون في الحساب، واما بالنسبة للمعاني الإجتماعية فإنه ناقصا فيها ولا يتم فهمها إلا في مرحلة المراهقة . (سلامة آدم 1973).

3-9- مظاهر النموالجنسي:

يكــون فيــه إعــداد الطفــل للــدخول عــالم الحــب الجنســي المتغــايرة أو الجنســية الغيريــة héterosexuality وهـي مـا يسيميه فرويد بطـور الكمـون الجنسـي Sexual latency يمتـد مـن السادسة إلى الثانية عشرة تقريبا وليس هذه المرحلة مرحلة ركود وسكون بل يتطور فيها الطفل تطورا محسوسا وأول مظهر منه تحريره من رابطة الأوصال الجسمانية، ولهذه المرحلة أهمية عميقة في تكوين الشخصية إذا تنصرف الوجدانيات إلى عالم السمو ويميل الطفل إلى الإيثار والتضحية وانكار الذات و يبدأ في ادراك معاني الإعتماد على النفس والمجازفة والشجاعة وتطبيق هذه المعاني في سلوكه اليومي .(القذافي ، 1997).

ويشير كثير من العلماء إلى تنوع نشاطات الطفل واتجاهاته وميوله في هذه المرحلة للأدوار الجنسية المتفق عليها اجتماعيا لكلا الجنسين والتي تتم بفعل التعلم عن طريق التنشئة الإجتماعية والثقافية ويلاحظ اختلاف أطفال هذه المرحلة في ملبسهم وفي ميولهم واتجاهاتهم، حيث يتجه الذكور إلى تكوين العصابات التي تعتبر عالما محرما على الكبار بينما تتجه الإناث إلى تكوين مجموعات يمنع دخولها على غير الأعضاء فيها فيستطيع الطفل في سن (5 – 7) بصورة عامة أن يرسم صورا متداخلة لمجموعة أشخاص، أما في سن تسع (09) فيستطيع الطفل تصوير الأعماق وفهم كثير من التفاصيل والظلال.

وقبيل انتهاء هذه المرحلة تبزع تباشير الصداقة الممزوجة بحب بريئ نقي طاهر، وقد يكون الطفل إمّا شخصا من الجنس الآخر أو من نفس الجنس يجب ألا تعتبر هذه المظاهر الغرامية مظاهر شاذة منحرفة، فقد ترتقي عواطف الطفل الكبير إلى أقصى حد من الإعلاء والتسامى وأما الشاذ فهو الذي لم يشعر في هذه السن بالحاجة إلى التعلق بصديق يضحي في سبيله ويخاطر لإرضائه. (يوسف ، 1998).

4- المميزات التي تنفرد بها مرحلة الطفولة المتأخرة :

تعتبر مرحلة الطفولة المتأخرة من أهم المراحل في نمو الفرد حيث يكون معدل النمو بطيئ وزيادة التمايز بين الجنسين ظاهر، بشكل واضح أين يمكن أن نميز بين ذكر وأنثى بالإضافة إلى ذلك نجد أن الطفل في هذه المرحلة يتمكن من تعلم المهارات اللازمة لشؤون الحياة كتعلم المعاييرالخلقية والقيم وتكوين الإتجاهات، والإستعداد لتحمل المسؤولية وضبط الإنفعالات وهذه المرحلة هي أنسب المراحل لعملية التطبيع الإجتماعي .

فيلاحظ في هذه المرحلة صعوبة كبيرة في التعرف على الطفل وهذا بسبب ستار السرية والكتمان التي يحيط بها الطفل علاقته بالجماعة ورغبته في المحافظة على أسرارها كما أن قيم الجماعة أهم لدى الطفل من تلك التي تلقاها عن والديه طوال الفترة السابقة، و من الأمور الغريبة الملاحظة أيضا أنه بقدر قوة العلاقات الإرتباطية التي تشد الطفل إلى أقرانه في فترة ما خلال هذه المرحلة إلاّ أن تلك العلاقات عادة ما تتسم بعدم الدوام لفترات طويلة و كثيرا ما يختفي عن ناظر والديه ليقضي بعض وقته مع رفاقه، أين يرد عليهما بكلمات قليلة << **ها هنا ، لا شيء** >> ، والتي لا تبوح بشيء حيث لا يجدي ذكاء الوالد أو صرامته في الوصول إلى أبعد من ذلك فالطفل يعتمد في هذه المرحلة على مجموعته أو (الشلة) في مساندته وحمايته في نفس الوقت الذي يبتعد فيه عن والديه طلبًا لحقه في ممارسة الشعور بالإستقلال ورغبته في الرفع من مستوى قدراته على اتخاذ القرارات وطمعا في امكانية التعلم من نظرائه غير أن هناك بعض المخاطر التي قد يقع فيها الطفل بسبب السرية و الكتمان. (القذافي ، 1997).

5-المؤسسات الإجتماعية العاملة على تكوين شخصية الطفل في مرحلة الطفولة المتأخرة:

تلعب المؤسسات الاجتماعية دور كبير في تكوين شخصية الطفل وتوجيهه إلى نمو سليم من كل النواحي سواءا من ناحية النضج والتكامل في شخصيته ، فتعمل على تحقيق ما يسمى بالصحة النفسية مما يستوجب تناولها بالدراسة لتبيان مدى اهميتها وعلاقتها بالطفل وهي:

1-5-الأسرة :

هـي المجتمـع الإنسـاني الأول الـذي يمـارس فيـه الطفـل أولـى علاقاتـه الإنسـانية ، والأنمـاط السلوكية التي يتعلمها ، ولها قيمة كبرى في حياته المستقبلية والتـي تتكون فـي أغلـب الأحيـان مـن الأب والأم والإخـوة، فالاسـرة هـي الوحـدة الاجتماعيـة الاولـى التـي ينشـأ فيهـا الفـرد ممـا يجعـل الطريقة التي يتفاعل أعضاؤها معه ونوع العلاقات التي يخبرها؛ تمثل النمـاذج التـي ستشكل وفقا لها تفاعلاته وعلاقاته الاجتماعية ويتأثر بها نموه الانفعالي والعاطفي لهذا كله أثر فـي سير عمليـة التنشئة الاجتماعية للفرد .(ابوجادو ، 2005).

يخضع الطفل خلال مراحل حياته للقوى الطبيعية والاجتماعية المحيطة بـه، ولمـا يولـد الطفـل فـي اسرته فإنه يولد ايضا في المجتمع، وعلى الطفل ان يتكيـف مـع الانمـاط الحياتيـة السـائدة فـي بيئتـه وألا اعتبره المجتمع شاذا في سلوكه؛ فالأسرة هي البيئة الأولى التي يتعلم فيها الطفل انماط الحيـاة حيث تعمل على تكوين العادات والتقاليد قصد تحقيق التوافق النفسي والاجتماعي بين دوافع الطفل ومتطلبـات بيئتـه، واتـزان انفعالاتـه وعواطفـه، وتهـيء لـه كـذالك التعامل مـع المؤسسـات الأخـرى وافراد بيئته. (مختار ،1992) .

2-5- الأم :

هو الشحص البالغ الذي يبدأ في التعامل معه منذ الأسـابيع الأولـى مـن ولادتـه ، فنجـده يحتـاج إليها لتوفر له كل العطف والحـب لإطـراد نمـوه العضـوي والنفسـي معـا وأن كثيـرا مـن مشكلات السلوك التي يبديها الطفل في مستقبل حياته ترجع إلى حرمانه من الحب وهو لايـزال فـي المهد والحـب هو العلاقـة الإنسـانية الأولـى فـي محيط الأسرة وهـو العامل الأول فـي تكـوين إتجاهـات موجبة نحو نفسه ونحو المجتمع بصفة عامة ، وحرمـان الصـغير منـه يـؤدي إلـى عدم قدرتـه فـي الغالب للتكيف مع الوسط ، كما يؤدي إلى تعلمـه الأنمـاط المنحرفـة أو المرضـية ، بحيـث يتوقـف إشباعه لتلك الحاجة على نوع الأمومة التي يتمتع بها الطفل لا على كثرة حنوها عليه وحمله بـين ذراعيها فالأمومة الرشيدة مبدأ وطريقة وعاطفة. (الغريب ، بدون سنة) .

3-5- الأب :

إن للأب دور كبير في التأثير على أبنائه لايقل أهمية على دور الأم ، ولذا يخطئ الأب كثيرا إذا أشغلته متاعب الحياة عن أسرته، ويقضي معظم وقته بعيدا عنهم تاركا الأمر للأم وحدها، لأن دوره يختلف عن دورها إلى حد ما، ولاتستطيع هي أن تعوض أبنائها النقص الذي ينشأ عن تغيبه عنهم أو عدم العناية والإشراف عليهم ومصاحبتهم ودوره ومعهم يتوقف على مدى نجاحه في بناء شخصية أبنائه وعلى نوع العلاقة التي ينجح في تكوينها معهم، ولهذا كانت الأبوة الراشدة لا تقاس بطول المدة التي يقضيها مع أبنائه ولا يحرص على توفير المال الازم لقضاء حاجياتهم المادية وإنما أيضا على إطراد نموالطفل وعلى شعوره بالأمن والرضا الناتج من تمتعه بمحبة والده ، كما يساعد على تكامل شخصيته هو وإستقراره النفسي كأب ، وتطرد علاقة الطفل بوالده كلما تقدم به العمر والأب عنصر بالغ الأهمية للطفل خاصة في سن العاشرة فهو مثله الأعلى وموضع ثقته. (الغريب ، بدون سنة) .

4-5- الإخوة :

إن صحبته لإخوته فيه تنفيس لبعض النزاعات التي لا يجد لها سبيل إلى الإشباع وعلى ذلك فهو ينطلق مع إخوته محاولا اللعب والتنافس الذي لا يتوفر، فإذا كان بإستمرار في صحبة والديه فينطلق في حديثه وفي حركاته وأعماله وتفكيره ، ولا يجد بيمهم من يخشى نقده أو أمره، ولا يخفى عليه ما لهذا الإنطلاق من أثر على صحته النفسية لأنه ينفس عن كثير مما يشعر به من توتر نتيجة ضغط عالم الواقع ووقوفه في سبيل تحقيق مطالبه ورغباته .

5-5- المدرسة :

تلعب المدرسة دور هام لايمكن تجاهله بالنسبة للطفل وترجع أهميتها في أن الطفل يتعامل فيها مع البالغين، لا ترتبط معهم علاقات القرابة التي تميز حياته العائلية، كما يتعامل فيها مع رفقاء من نفس السن يجد بينهم ما هو في حاجة إليه فيعلمهم ويتعلم منهم وكثيرا ما ينشأ عن ذلك تعديل في المبادئ والقيم التي إكتسبها في محيط الأسرة، وإن المجتمع المدرسي خير مساعد للصغير على الإستعداد للمجتمع الكبير. (الغريب ، بدون سنة) .

5-6- المعلم :

من أهم العوامل المؤثرة في تشكيل العلاقات الإنسانية بين أفراد المجتمع المدرسي، لا بل المجتمع الكبير حينما يحتل كل منهم مكانته في الحياة، هو الذي يحدد العلاقة بينه وبينهم وبين بعضهم البعض. (الغريب ،بدون سنة).

تتأثر الصحة النفسية للطفل بالأستاذ نظرا لإعتبار أن المعلم من النماذج الإنسانية الهامة التي يقصدها الطفل وكذا إتجاهات المعلم الموجبة وإستقراره النفسي يترك أثرا موجبا على الطفل فإذا كان المعلم متشائم، قلق، مضطرب إنعكس ذلك سلبا على الطفل.(شاذلي ، 2001).

5-7- الزملاء والرفاق :

إن علاقة الطفل بزملائه تعتبر من العلاقات الإجتماعية الهامة في حياته ولها تأثير كبير على تكيفه للوسط في المستقبل ، واهذا يقول الباحث **بيقن** (BYGUEN) << أن معظم ما يشعر به الفرد من توتر أثناء إحتكاكه بالمجتمع ينشأ من رغبة في الإنتقاء إلى جماعة أو طبقة معينة ويزداد توتره إذا لم تقبله هذه الطبقة كما يريد >>.

وكذلك تقوم المدرسة بدور كبير في هذه الناحية لأن الطفل يمارس أنواعا من العلاقات الإجتماعية في المدرسة، بين أفراد لا تربطه بهم علاقات القرابة التي تصبغ علاقاته الإجتماعية في الأسرة بصبغة معينة، وعلاوة على ذلك فإن طبيعة علاقته الإجتماعية المدرسية ما يضمن إستقرارها، ذلك لأنه متى ذهب ‘إلى المدرسة فإنه لايلبث أن يكتشف ان إنتمائه إلى جماعة ما على جانب كبير من الأهمية ن وأن إحتفاظه بمركزه فيها ضروري ومرضي خصوصا وأنه لايستطيع أن ينسحب منها إلى بيئته كما كان يفعل قبل إلتحاقه بالمدرسة، بل لابد من بقائه فيها سواء كان سعيدا في معاملاته مع زملائه أو تعسا. وفي هذا السن نجد أن الروابط الإنسانية ليست عميقة مثل صداقة المراهقة وغيرها وإنما يميز صداقات الطفولة بصفة خاصة أنها راقية لم يفسدها التحيز ولا تتأثر بالنظام الطبقي ولا المستوى الإقتصادي الإجتماعي ولا بالشكل واللون والدين، فيلعب إبن السيد مع إبن العبيد بدون شعور بالفوارق الإجتماعية. (الغريب ، بدون سنة) .

5-8- وسائل الإعلام والإتصال :

أصبح لوسائل الإتصال في المجتمع الحديث أهمية كبرى في التأثير على الأطفال وتوجيه السلوك، بل قد تبدأ أجهزة الراديو والتلفزيون قبل إلتحاق الطفل بالمدرسة وبالتأثير على فكره وتصرفاته فلهذين الجهازين سحر على الأطفال وقوة تأثير في تشكيل سلوكهم وتوجيههم والتأثير عليهم، ويبدوا أن قلة من الأطفال قد تأثروا بظاهرة العنف التي تشاهد في الروايات والتمثيليات التلفزيونية، أو ما يعرضه التلفزيون من مثيرات جنسية على الطفل، زيادة على ذلك لاننكر في الوقت نفسها التأثير الكبير لأمثال هذه المسلسلات على أنواع الملبس والسلوك والتعبير عن العاطفة ، قد بين الباحث **إحسان محمد الحسن** (1972) في دراسته عن آثار التلفزيون الإجتماعية والنفسية على الأطفال في العراق، أن الآثار التي يتركها الجهاز على عقول الأطفال لاتختلف عن الآثار المترتبة عن وسائل الإعلام الأخرى ، التي يتعرض لها الأطفال كالسينما والراديو والمجلات. وتبدوا أهمية التلفزيون في حياة الأطفال من خلال التجارب والتمثيليات والبرامج المختلفة، إذ تزوده بالمعلومات والمعارف والأخبار المحلية والعالمية ويقدم لها الكثير من عادات وتقاليد المجتماعات المختلفة .

وهكذا يتبين لنا أن تكوين شخصية الطفل عملية تتفاعل بدءا من تقليد الوالدين مرورا بتأثير رفاق السن من أبناء الجيرة وزملاء المدرسة إلى الخضوع للنظام المدرسي إضافة إلى تأثير وسائل الإعلام. (فرح ، 1993) .

6- النظريات المفسرة لمرحلة الطفولة المتأخرة :

توجد مجموعة كبيرة من الآراء والنظريات التي تناولت تفسير المرحلة المتأخرة من الطفولة، هذا لأهميتها والتي تعكس الإهتمام بالمستقبل ونجد منها النظرية التحليلية والبيولوجية وكذا الإجتماعية والمعرفية محاولة منها فهم هذه المرحلة وفتح مجال لدراسات أخرى مهمة في شأن الطفل .

6-1- الإتجاه التحليلي :

وقد وصف "فرويد" مرحلة الطفولة المتأخرة بأنها فترة كمون ، حيث يرى الأحداث والصدمات الإنفعالية التي يواجهها الطفل وفي مرحلته الأولى وهو وليد لا يمكنه من الإستمرار في نموه الطبيعي لأن وضائفه التناسلية عطلت مؤقتا ، ليتمتع بإستقرار نسبي وهدوء إنفعالي ويتوقف النشاط الجنسي متعلما الأخذ والعطاء وتحصيل المهارات والتوافق مع الأشخاص المحيطين به ، في هذه المرحلة يكون الأنا الأعلى للطفل خارج عن سيطرة الأسرة وهذا بكونه يخطوا خطوات الإنظمام إلى جماعات جديدة أهمها المدرسة فيتعلم النشاط الحركي والتفكير وترسيخ فيه القيم الأخلاقية والجمالية وتوجه الغريزة الجنسية إلى أعمال بناءة كما يرتبط بعالم الرفاق والجنس وينفصل عن الجنس الآخر. (فرح ، 1993).

6-2- الإتجاه البيولوجي :

لم يهتم الباحث ألبورت Albourt بهذه الفترة كمرحلة تتميز بهدوء الإنفعالات وكمون العريزة الجنسية أو بالجانب السلبي والمرضي للشخصية مثلما فعلت مدرسة التحليل النفسي، بل إهتم بالجانب الإيجابي والسليم فيها واعتبرها كمرحلة يشعر فيها الطفل بذاتيته وبصورته تتميز هذه المرحلة المتأخرة بقدرة الطفل على إنطلاق الذات واعتبارها عنصر فعال ويصاحب هذا الطور إلتحاق الطفل بالمدرسة وتكوين علاقات جديدة مع الرفاق وتأثر تفكيره بالمنهج الدراسي ، رغم ذلك توجد صعوبة في التوفيق بين معايير الأسرة والأصدقاء والمدرسة، لأن العالم الجديد منه أسلوب وسلوك غير الذي هو في الأسرة ويندمج في عالم الرفاق الذي لا تربطهم أية صلة القرابة ولا يزال يربط بين الواقعية والخيال ويبدي الكثير من ضروب إلى رفاقه و ولائه لهم وهذا ليحقق ذاته المفقودة التي كان يبحث عنها في السنوات السابقة ؛ فيري

الباحث ألبورت أن الشعور بالذات يرتبط بمدى توافق الطفل مع العالم الخارجي والأسرة والرفاق، بالرغم أن الذات عنصر فعال. (فرح ، 1993) .

3-6- الإتجاه الإجتماعي :

أما الباحث دوركايم Durkaim فقد رفض مسؤولية الأسرة في التربية الإجتماعية ، إذ أن العلاقات الأسرية بالنسبة له لاتقوم على العاطفة وحدها لأنها عاجزة على أن تكون أدات صالحة لإعداد الطفل للقيام بواجبه كمواطن وعضو في المجتمع .

وقد أبرز الباحث **دوركايم** دور المدرس والمدرسة في تكوين الطفل ، وهو بذلك يسقط تأثير السنوات الخمس الأولى (5) من عمر الطفل في تكوين الجانب الإجتماعي من الشخصية ويؤكد على أهمية فترة الطفولة المتأخرة، والتي تبدأمنذ إلتحاق الطفل بالمدرسة؛ فالمدرس هو أشبه برجل دين هو الذي يغرس المبادئ الغقلية في شخصية الطفل، من رأيه أن المدرسة هي المكان الملائم لتعويد الطفل على المبادئ العقلية و الأخلاقية ، إذ يسمح العمر العقلي للطفل بذلك، وهي المسؤولة عن المحافظة على الطابع القومي للشخصية أو التربية المدرسية تخضع أساسا لمبادئ العقل وتعبر عن فهم الجماعة لسلوك الفرد .

ولكن السؤال الذي غاب عن دوركايم حسب الناقدين له، ماذا عن الأطفال الذين يعيشون في مجتمعات تسودها الأمية والتخلف؟ هل تخلوا شخصية هؤلاء الأطفال من العناصر الإجتماعية والعقلية المكونة لشخصائهم ؟ بل يتمتعون بشخصية متكاملة مثل بقية الأطفال. (فرح ، 1993).

4-6- الإتجاه المعرفي :

إن الحديث عن علم النفس والطفل لا يكتمل إلاّ بذكر أعمال الباحث بياجي .

فقد أضاف بياجي Piagé فكرا جديدا لفهم نمو الطفل وقدم لنا معلومات وفيرة حول عملية المعرفة والتفكير عند الطفل .

إعتبر بياجي سن السابعة (07) بداية التفاعل الإجتماعي وبداية ظهور التفكير المنطقي فالمنطق عند الطفل مازال ضعيفا في بداية هذه المرحلة ومملوءا بالتناقضات ، لأنه يفتقر إلى ربط وتحليل وتركيب ومنطق العلاقات ، ولا يكتمل فهم الطفل لمبدأ العملية قبل العاشرة (10) بحيث يصبح قادرا على إدراك العلاقات ، ويكون تفكيره جلي لكنه قاصر على أن يتبصر عواقب أفعاله بالكامل، وفيها يبرز عدم الثبات وقلة التنظيم في تفكير الطفل، وقبل المدرسة يبدوا سلوكه منطقي أحيانا وغامضا أحيانا أخري عندما يخفق في إتباع نمط منطقي بسيط واضح، ووفقا لأرائه يكتسب الطفل نمط التفكير الثابت المتزن من خلال تنظيم التفكير في عواقب الأفعال ، وهذا التنظيم يمكن الطفل أن يسلك سلوكا ثابتا ومنطقيا وأن يتابع ما يتظمنه من أفكار فيكتسب مفهوم أولي عن الزمان والمكان والعدد والمنطق، وهي المفهومات الأساسية التي في إيطارها ينظم فهمنا للأحداث والموضوعات. (فرح ،1993) .

خلاصة الفصل:

ومما سبق في هذا الفصل يتبين لنا أن التحول ليس بالأمر الهين، فالبرغم من تطلع الطفل إلى سن الرشد فهو في قرارات نفسه يود الإستمتاع بالتبعية الطفلية و يخشى أن يفض علاقاته من ثم كانت هذه الفترة بالرغم مما يبدو عليها من النشاط الفائق والإقدام في غزو البيئة تخفى صراعا داخليا يضعف نفسية الطفل و يمهد للأزمة العقلية أزمة المراهقة.

وبالتالي فإهتمام الأسرة والمجتمع بالطفل هو اهتمام بالمستقبل والإهتمام بصحته هو خدمت في الحاضر و بناء و استثمار للمستقبل.

الفصل الرابع : تقدير الذات

تمهيد

1- تعريف الذات

2- مراحل نمو الذات

3- مكونات الذات

4- أبعاد الذات

6- اهمية تقدير الذات

7- مستويات تقدير الذات

8- التناولات النظرية لتقدير الذات

9- تكون تقدير الذات عند الطفل

10- الحاجات النفسية وتقدير الذات

11- المرض وأثره على تقدير الذات

خلاصة الفصل

تمهيد:

تعد دراسة الذات من الموضوعات المهمة التي مازالت تتصدر المراكز الأولى في البحوث النفسية والشخصية، فنحن نعيش في عصر محفوف بتغيرات سياسية واقتصادية وثقافية لها تأثيرها المباشر على الكائن البشري، فتزيد من معدلات الانعصاب والمشقة والضغط والتي يدورها ترفع في معدلات الاضطرابات البنفسبة والجسمية لتحول دون توافق الفرد السليم فتؤثر تأثيرا جوهريا على شخصيته مما يؤدي إلى خلل في أحد الأجهزة المهمة في الشخصية ألا وهي تقديره لذاته، وهذا ما نحاول دراسته في هذا الفصل. (قيولين ،1998) .

1-1- تعريف الذات:

1-1-1- التعريف اللغوي:

هو ما يصلح لأن يخبر ويعلم به ذات الشيء نفسه وعينه وجوهره، انا بالذات ، انا نفسي ليس احد غيري في ذاته وفي حد ذاته بطبيعته، الثقة بالذات بالنفس حد الذات المنجد الإعدادي ،(1986) .

1-1-2- التعريف الإصطلاحي:

عرفها الباحث **" روت ويلي "**(1961) Roth willie على انها الفكرة التي يحملها الفرد عن نفسه، أي الفرد من وجهة نظر الفرد نفسه. (محمد السيد ، 1998).

عرفها Byrns بأنها إدراك الفرد لنفسه، وبشكل خاص هو اتجاهاته ومشاعره ومعلوماته عن قدراته و مهاراته, و تقبله الاجتماعي. (صالح ،1998).

عرفها **روجرز** Rogers**:** بأنها عبارة عن أسلوب الفرد في النظر لنفسه وهي شعر الفرد بكيانه وجوده و وظيفته، أي فكرة الشخص عن نفسه كمصدر للفعل. (أبو زيد ، 1987).

عرفها الحفني بأنها تقدير الفرد لقيمته كشخص، ومفهوم الذات يحدد إنجاز الفرد الفعلي. (عبد المنسي، بدون سنة).

عرفها **مصطفى فهمي** (1987): بأنها النواة الرئيسية التي تقوم عليها شخصية الفرد وهي عامل أساسي في تكيفه الشخصي والإجتماعي, وهي تمثل فكر الشخص ونظراته بإعتباره مصدر للعقل . (فهمي، 1987).

2- مراحل نمو الذات:

ينمو الطفل فتنمو ذاته تدريجيا من مرحلة إلى أخرى، فالذات كالجسم لا تولد ناضجة بل تمر بعدة مراحل و هي:

2-1- مرحلة البروز:

تمتد من الميلاد ألى عامين (02 سنة) أين تبرز الذات من خلال سياقات التفرقة بين الذات و غير الذات و الخروج من العلاقة الإتحادية (أم طفل) فتخص الصورة الجسدية.

2-2- مرحلة الإثبات:

تمتد ابتداءا من عامين (02 سنة) إلى خمس (05) سنوات وتظهر بالإستعمال المتدرج لضمائر الشخصية والصفات الملكية والذي يدل – اضافة إلى تعريف بين الذات والآخرين – على الوعي الأكثر وضوحا بالذات الخاصة من خلال ما يدركه الطفل في نفسه كما يكون هدا الإثبات على فريق السلبية و معارضة الآخرين، مما يجعله يحس بقيمته الذاتية وبهده الطريقة تبنى القواعد لمفهوم الذات.

2-3- مرحلة التوسع و التشعب:

تمتد من (05) خمس سنوات إلى (12) سنة وهذا بتنوع وتعدد التجارب الجسمية والعقلية والإجتماعية التي يعيشها الطفل في هذه المرحلة، والأدوار التي يقوم بها من خلال تفاعل مع المحيط، فتتشكل صورة الذات الأولى و يثق في نفسه مما يسمح له بالإندماج في المجتمع.

2-4- مرحلة التفريق:

تبدأ من (12) سنة إلى (18) سنة أين يحدث النضج وكثرة التجارب والقرب من الرشد والإستقلالية فيكون مفهوم الذات أقرب إلى الثبات.

2-5- مرحلة الرشد:

تكون من (18) سنة إلى (60) سنة، حيث تكون الذات في استقرار وثبات بدون تغير (ليكوير ، 1978).

ملاحظة:

هناك من العلماء أمثال الباحث " روزنبرغ " Rosenberg وغيره من اهتموا بتطور مفهوم الذات على مدى الحياة ، وكذلك حسب المواقف التي يتعرض لها الفرد في حياته من نجاح و فشل في عمله و زواجه، و من خلال هذا يبدوا واضحا أن مرور الفرد بهذه المراحل تجعله أكثر قدرة على تمييز نفسه عن الآخرين. (ليكوير ، 1978).

3- مكونات الذات:

لكلمة الذات في علم النفس معنيان متمايزان:

فهي من ناحية " اتجاهات الشخص ومشاعره عن نفسه"، فيطلق عليها الذات كموضوع حيث أنه يعين اتجاهات الشخص ومشاعره ومدركاته وتقيمه لنفسه كموضوع، وبهذا المعنى تكون الذات فكرة الشخص عن نفسه، ومن ناحية أخرى " تعتبر مجموعة من العمليات السيكولوجية التي تحكم السلوك والتوافق " فيطلق عليها الذات كعملية، فالطات هي فاعل بمعنى أنها تتكون من مجموعة نشيطة من العمليات، كالتفكير والتذكر والإدراك وقد اتفق العلماء على أن مكونات الذات هي:

3-1- الذات المادية: تتكون من ممتلكات الفرد المادية، من الجسم والإسم .

3-2- الذات الإجتماعية: تتضمن نظرة زملائه ومحيطه إليه.

3-3- الذات الروحية والأنا الخالصة: تتكون من ملكات الفرد النفسية ونزعاته وميوله. (دويدار، 1992).

4- أبعاد الذات:

للذات أبعاد مختلفة متعددة إهتم الباحثون بها لهدف توضيح الذات وتفسير دورها ومدى تأثيرها و تفاعلها مع عامل تقدير الذات كبعد من أبعادها المتناول في الدراسة ومن هذه الأبعاد نجد:

4-1- صورة الذات:

عبارة عن تصور لشيء غائب مدرك سابق أو مبدع من الفكر، وللصورة طابع مجسد يقربها (norbert sillamy –1999).

4-2- تقبل الذات:

هي ان يرى الفرد نفسه او بالاحرى ذاته كما هي دون ان ينمي أو يعدل جانب من جوانبها، وبهذا يكون الفرد متقبلا لذاته. (علي بهادر ، 1983) .

4-3- تحقيق الذات:

هي محاولة الفرد اكتساب الأفضلية أي الرغبة في ان يكون الأفضل، ويرتبط مستوى الحاجة إلى تحقيق الذات بمدى التوافق بين مستوى الطموح لدى الفرد ومستوى قدراته وامكانياته. (سيد ، 1980) .

4-4- الشعور بالذات:

هو محاولة تقليد سلوكات ومن ثم تفسيرها في ذاته مما يؤكد له تقديره لذاته، فيرى الطفل الذات تنعكس في سلوك الآخرين نحوه وهذا ما يطلق عليه الباحث " كولي " kelly " بمفهوم مرآت الذات. (حسين ، 1982) .

4-5- تحقير الذات:

هو اذلال الذات وما يصاحبه من شعور بالنقص وحط الفرد من شأن نفسه او الإحساس السلبي او بالدونية. (الحفني ،1987).

4-6- تقدير الذات:

هو التحكم الشخصي للفرد عن الإستحقاق او عدم الإستحقاق الذي يتم التعبير عنه في الإتجاهات التي يحملها الفرد اتجاه نفسه .(سيد ،1980).

4-7- مفهوم الذات: هو المجموع الكلي لكل ما يستطيع الإنسان ان له جسده، سيماته قدراته ممتلكاته، أسرته، أصدقائه، وأعدائه، ومهنته، وهويته، والكثير من ذلك. (دويدار ، 1992) .

ونحن في دراستنا هذه نهتم ببعد واحد من هذه الأبعاد وهو تقدير الذات الذي سنقدمه بنوع من التفصيل.

5- تعريف تقدير الذات:

ظهر مفهوم تقدير الذات في اواخر الخمسينات وسرعان ما اخذ مكانته المتميزة في كتابات الباحثين والعلماء منهم الباحث **" كوبر سميث "**Kooper Smith و **" روزنبرغ "** rozenberg .(الجمعية المصرية للدراسات النفسية ، 1987).

ويعتبر تقدير الذات من الأبعاد الهامة للذات الذي يعد بدوره متغير اساسي في الشخصية.

5-1- التعريف اللغوي:

5-1-1- تعريف كلمة التقدير لغة: هو القياس، قدّر الشيء بالشيء، يقدره، قدره، قاسه والتقدير على وجوه من المعاني: أحدهما التروية والتفكير في أمر وتهيئته، والثاني تقديره بعلامات يقطعه عليها، الثالث أن تنوي بصدقك، تقول: قدّرت أمركذا و كذا، أن نويته وعقدت عليه.(ابن منظور ،1997).

5-1-2- تعريف كلمة الذات لغة: الذات مأخوذة من ذان وهو مؤنث " ذو " وهي كل ما يصلح لأن يعلم ويعتبر به " ذات الشيء " نفسه وعلنه وجوهره " أنا بالذات " أنا نفسي ليس احد غيري في ذاته بطبيعته.(المنجد الإعدادي ، 1986).

كلمة الذات يعني soi الوعي Cansunce كذلك الشخص (1999، Sillamy Norbert).

5-1-3- تقدير الذات لغة: هو تقييم انجاز الفرد بالنسبة للمكانة الإجتماعية التي يشغلها سواءا كانت هذه المكانة مرتفعة او منخفضة؛ سواءا كان فردا يحصل على تقدير منخفض او مرتفع.

2-5-التعريف الإصطلاحي:

عرّفه **" جاكوبسون "** E.jakobson بأنه المغهوم الإنفعالي لقيمة الذات بتوظيف أو استثمار الطاقة الشبقية والتهديمية ، اقل تعديلا أو حيادية لتصورات الذات. (khadivi zand، 1976)

اما الباحث **" بورن "** Born عرفه على انه الحكم او التقييم الذي ضعه لأفعالنا ورغباتنا وترتكز على القيم التي يعيش فيها الفرد ويؤمن بها ويتبناه. (اولبسير، 1994)

ومن جهته عرفه الباحث **" زيلر "**(1978) Zeller : بأنه مجموعة المدركات التي يملكها الفرد عن قيمته الذاتية وهذه المدركات تكون مرتبطة ومتأخرة بمدركات وردود أفعال الأشخاص الآخرين الذين لهم مكانة معينة لدى الفرد، ويتطور تقدير الذات عن طريق عملية مقارنة اجتماعية تخص سلوك ومهارات الذات والأخرين. (ليكوير ،1978).

3-5- التعريف الإجرائي:

يشير مصطلح تقدير الذات إلى الجانب الانفعالي للذات فهو الحكم الذي يعطيه قدرتها على المجابهة باتجاه القبول أو الرفض انطلاقا من اتجاهاته الشخصية نحو نفسه واتجاهات المجتمع نحوه، وبالتالي فتقدير الذات هي النظرة الحقيقية التي يعطيها الفرد لنفسه سواءً ايجابية أو سلبية.

6- اهمية تقدير الذات:

يمثل تكيف السلوك الإيجابي نحو الذات عامل مهم وفعال في بناء الشخصية ولكن القليل جدا من الدراسات التي حاولت ان تتطرق إلى هذا السلوك خاصة التي ترجع إلى تقدير الذات، واستمر الحال على هذا المنوال إلى حوالي الستينات، ثم اقيمت دراسات حول هذا التكيف الإيجابي للذات واظهرت ان الأشخاص الذين يطلبون المساعدة النفسية ويصرحون دائما انهم يعانون من احاسيس عدم الكفاءة أي العجز والدونية (عقدة النقص) ، هم أشخاص قادرين على تحسين وضعياتهم ولديهم هجز في الأحاسيس الداخلية من أجل تحمل او تخفيض القلق (الحصر) الناتج من احداث الحياة اليومية، وقد اقيمت دراسات أخرى حول اهمية تقدير الذات في الحياة الشخصية والعلاقات الإجتماعية بينت أن الأشخاص الذين يعانون من تقدير ذات سلبي هم اقل كفاءة او جدارة في ادراك محاولات التأثير، والعكس عند من يمتلكون تقدير ذات مرتفع حيث يأتون بأفكار اكثر تأكيدا في شخصياتهم.

والأكثر اهمية هي النتائج التي اثبتت ان الإتجاهات حول السيطرة والرفض والعقاب الشديد عند الأطفال هي المسؤولة عن تحديد التقدير مما يمنعهم عن الفهم والحب والتشجيع في حياتهم، لأنهم يرغبون في أن يحبوا ويختلفوا ونادرا ما يظهرون العنف والسيطرة ولكن في هذه الحالة يكونون اقل منفعة وأقل اتصالا بالواقع فهم يظهرون سلوكا منحرفا. (كوبر سميث ، 1984).

7- مستويات تقدير الذات:

بذكر مشكل مستويات وتغيرات تقديرالذات، فتقدير الذات ينمو من قدرتنا على عمل الأشياء المطلوبة منا، فحسب الباحث " برودن " Broden (1971) فإن تقدير الذات يعطي للوعي الشعور بالأمن، ويسمح بتوظيف كل قدراته في التعرف على الأحداث وحل المشاكل.

ويضيف الباحث **" بيش "** Baech (1978) أن تقدير الذات هو متغير تبعا لمتغيرات الأحداث وردود أفعال الشخص واتجاهها .(1979، khadivi zand).

لهذا نجد علماء النفس يختلفون في التمييز بين مستويات تقدير الذا، فحسب الباحث **" كوبر سميث "** (1967) يشمل تقدير الذات على ثلاث (03) مستويات وهي:

- المستوى " أ " (A) هم أفراد أكثر نجاحا اجتماعيا وأكاديميا.
- المستوى " ب " (B) هم افراد متنوسطين تكون انجازرتهم متوسطة.
- المستوى " ج " (C) هم افراد ضعفاء اكادميا واجتماعيا وغالبا ما يعانون من ضغوط نفسية وعصبية واضطرابات سلوكية (محي الدين ، 1994).

أما الباحث **" روزنبرغ "** Rosenberg فقد أسفر أن هناك مستويين لتقدير الذات وهما المستوى المرتفع والمستوى المنخفض.

7-1- المستوى المرتفع لتقدير الذات:

يرى الباحث **" مورفال "** Morval (1972) أن الفرد ذو التقدير المرتفع للذات يتقبل أحاسيس الآخرين له بصفة إيجابية ويتميز بالمبادرة الفردية ويحب المشاركة في نشاطات ومناقشات الجماعة يظهر استقلالية كبيرة.

أما الباحثين **" كورمان "** Korman (1976) و **" كوهر "** Coher (1959) فيرون بدورهم ان الفرد ذو التقدير المرتفع للذات يميل إلى ممارسة السلطة الإجتماعية وقليل التأثر بالمؤثرات الخارجية من الفرد الذي يكون لديه تقدير منخفض (khadivi zandخادفي زاند، (1979)).

ومن جهة يرى الباحث **" زيم "**(1963) Zeim أن الأفراد ذوي التقدير المرتفع للذات لا يظهرون تبعية للأخرين بصفة كبيرة، إذ انهم قادرين على أنفسهم ويعتبرون أنفسهم أشخاص يستحقون الإحترام والتقدير . (العيزوزي ، 2001) .

وحسب الباحثان **" سلنقمان"**(1975) Seleingman و**" واينر"**(1978) Wiener فالفرد ذو تقدير مرتفع لا يتأثر بوضعيات الفشل حيث ينسب فشله إلى عوامل داخلية (الجهد) تحميه وتساعده على ابقاء مستواه في الأداء . (القوصي ،1975).

2-7- المستوى المنخفض لتقدير الذات:

تعتبر عدم الثقة بالنفس و القدرة على تحقيق النجاح و الكفاءة و الفشل من صفات الفرد الذي يقدر ذاته تقديرا منخفضا (سلبي).

حيث يرى الباحث **"روزنبرغ** (1965) والباحث **"شوتز"**(1958) Chrotez فيما يخص العلاقات الإجتماعية، أن الأفراد ذوي التقدسر المنخفض للذات يفضلون البقاء بعيدا عن النشاطات الإجتماعية، ونادرا ما يكونون مسيّرين خاضعين لقوانين صارمة و يتميزون بكونهم خجولين, و مفرطي الحساسية و متخوفون، محترسون ويفضلون الوحدة.

ويرى الباحث **"فركاش"** Farkach و **"كوهر"** Coher سنة (1966) أن الذين يمتازون بتقدير منخفض للذات يشاركون بصفة أقل في مجال الأراء و يوصفون بأنهم أقل تحطما ومن السهل التأثير عليه من الناحية العاطفية يقيمون بصعوبة علاقات مرضية مع الآخرين ولكنهم يرغبون أن يكتسبو محبة و تقبل الآخرين لهم. (1979، Khadivi Zand).

3-7- المستوى المتوسط لتقدير للذات:

وهناك تقدير متوسط للذات وهو يقع بين هذين النوعين من القسويين. (أبو زيد ، 1987)
أما بالنسبة لرواد النظرية التحليلية فتقدير الذات مرتبط بالعلاقة الموجودة بين الأنا والأنا الأعلى . إذا الصراع بينهما يؤدي إلى اضطراب الشخصية و بالتالي تقدير ذات منخفض أو علاقة مقبولة حسنة و بالتالي يتحقق التوازن و يتطور لديه تقدير ذات مرتفع.
يرى كل من إليس وباك أن الفرد الذي يفكر تفطيرا غير عقلاني ويعتقد على معطيات خاطئة مبنية على أساس معلومات غير كافية حتما فإنه سيقع في مشاكل واضطرابات نفسية من بينها تقدير واقي للذات على أن العكس إذا كان التفكير يعتمد على الواقع والنظرة الإيجابية للحياة فالنتائج تكون جيدة على مستوى تقدير الذات.

8- التناولات النظرية لتقدير الذات:

هناك عدة نظريات عملت على دراسة تقدير الذات ومحاولة تفسيره ودوره في شخصية الفرد ومن هذه النظريات:

8- 1- النظرية الإجتماعية :

رائدها الباحث" **زيلر** " الذي يرى أن تقدير الذات ما هو إلا البناء الإجتماعي للذات، و ينظر زيلر إلى تقدير الذات من زاوية نظرية المجال في الشخصية، و يؤكد أن تقييم الذات لا يحدث في معظم الحالات إلاّ في الإطار المرجعي الإجنماعي، و يصف **زيلر** تقدير الذات بأنه تقدير يقوم به الفرد لذاته ويشغل المنطقة الوسطى بين الذات والعالم الواقعي وعلى ذلك فعندما تحدث تغيرات في بيئة الشخص الإجتماعية فإن تقدير الذات هو العامل الذي يحدد نوعية التغيرات التي ستحدث في تقييم الفرد لذاته تبعا لذلك .
وتقدير الذات حسب الباحث زيلر مفهوم يرتبط بين تكامل الشخصية من ناحية وقدرة الفرد على أن يستجيب لمختلف المثيرات التي يتعرض لها من ناحية أخرى و لذلك فإنه افترض أن الشخصية التي تتمتع بدرجة عالية من التكامل، تخطي بدرجة عالية من الكفاءة في الوسط لإجتماعي الذي توجد فيه، إن تأكيد زيلر على العالم الإجتماعي جعله يسم مفهومه ويوافقه النقاد على ذلك بأنه تقدير ذات اجتماعي وقد ادعى أن المناهج أو المداخل الأخرى في دراسة تقدير الذات لم يعطي العوامل الإجتماعية حقها في نشأة ونمو تقدير الذات. (أبو جادو، 1988).

يرى الباحث زيلر ان تقدير الذات من منطلق إجتماعي أين يرتبط بقدرة الفرد على الإستجابة لمختلف المثيرات التي يتعرض لها من المجتمع باعتباره اجتماعي بطبعه فتقديره لذاته عبارة عن نقطة وسطية بينه وبين المجتمع الذي هو فيه.

8- 2- النظرية المعرفية:

من أهم روادها الباحثان **" روزنبرغ "** و **" كوبر سميث "** فالباحث **"روزنبرغ"** تدور أعماله في محاولته دراسة نمو وارتقاء سلوك تقييم الفرد لذاته وسلوكه من زاوية المعايير السائدة في الوسط الإجتماعي المحيط بالفرد وقدراتهم بصفة عامة بتقييم لذاتهم، وتوسع دائرة اهتمامه حيث شملت ديناميات تطور صورة الذات لذاته وعمل **" روزنبرغ "** على توضيح العلاقة بين تقدير الذات الذي يتكون في اطار الأسرة وأساليب السلوك الإجتماعي اللاحق للفرد واهتم بشرح وتفسير الفروق الموجودة في الجماعات فيما تقدير الذات مثل تلك الموجودة بين المراهقين الزنوج والبيض، والمتغيرات الحاصلة في تقدير الذات في مختلف الأعمار والمنهج المعتمد كان "مفهوم الإتجاه" بإعتباره أداة محورية تربط بين السابق واللاحق من الأحداث والسلوك و اعتبر تقدير الذات مفهوم يعكس اتجاه الفرد نحو نفسه.(الشناوي، 2001) .

أما الباحث **" كوبر سميث"** فقد ركز اعماله حول دراسة تقدير الذات عند الأطفال ما فبل الثانوية وعلى العكس من " رزونبرغ " الذي اعتبر الظاهرة احادية البعد أي اتجاه موضوعي نوعي فالباحث " كوبر سميث " يرى أنها ظاهرة معقدة تتضمن كل من عمليات تقييم الذات كما تتضمن ردود افعال واستجابة دفاعية، وهذه التقييمات تتسم بقدر كبير من العاطفة فالبنسبة له عبارة عن الحكم الذي يصدره الفرد عن نفسه متضمنا الإتجاهات التي يرى انها تصفه على نحو دقيق، ويقسم تعبير الفرد على تقديره لذاته إلى قسمين: التعبير الذاتي وهو ادراك الفرد لذاته ووصفه لها، والتعبير السلوكي ويشير إلى الأساليب التي تفصح عن تقدير الفرد لذاته والتي تكون متاحة للملاحظة الخارجية، كما يميز الباحث " كوبر سميث " بين نوعين من التقدير للذات وهما تقدير ذات حقيقي يوجد عند الأفراد الذين يشعرون بالفعل أنهم ذو قيمة، وتقدير الذات الدفاعي الذي يشعر به الأفراد الذين ليسوا ذو قيمة ولكن لا يستطيعون الإعتراف بهذا، وقد حدد أربع (04) كمحدادت لتقدير الذات وهي: النجاحات، القيم الطموحات، الدفاعات . قد وضح " كوبر سميث " رغم اننا لا نستطيع تحديد الأنماط الأسرية المميزة بين اصحاب

الدرجات العالية واصحاب الدرجات المنخفضة في تقدير الذات عند الأطفال، فإن هناك ثلاثة (03) من حالات الرعاية الوالدية تبدوا مرتبطة بنمو المستويات الأعلى من تقدير الذات وهي:

1- تقبل الأباء من طرف الأبناء.

2- تدعيم سلوك الأطفال الايجابي من طرف الأباء.

3- احترام مبادرة الأطفال وحريتهم في التعبير من طرف الأباء(شناوي ،2001) .

حسب " **روزنبرغ** " فتقدير الذات هو تقييم الفرد واتجاهه نحو نفسه انطلاقا من المعايير الإجتماعية والأسرية التي اكتسبها الفرد في مختلف مراحل عمره.

أما " **كوبر سميث** " فإنه ينظر إلى تقدير الذات بأنها عبارة عن ظاهرة معقدة لأنها تحتوي على الحكم الذي يصدره الفرد على نفسة والذي يعبر عنه عن طريق التعبير الذاتي بإدراكه لذاته، والتعبير السلوكي الذي يفصح به عن طريق الأساليب السلوكية الملاحظة ويميز بين التقدير الحقيقي الذي يشعر به الأفرد بأنهم ذو قيمة، والتقدير الدفاعي الذي يشعر به الأفراد بأنهم ليسوا ذو قيمة،و ما يحدد تقدير الذات بالنسبة إليه هي: النجاحات، القيم الطموحات والدفاعات.

3-8- النظرية التحليلية:

روادها الباحثين **" فرويد "** Freud و **" يونغ "** Yong و **" أدلر "** Adler .

يرى الباحث " فرويد "و " يونغ " و " أدلر " أن تقدير الذات مرتبط بعلاقة الأنا بالأنا الأعلى. فالأنا هو القسم الشامل على الشعور والحركة الإرادية والذي يتولى مهمة حفظ الذات والخاضع لمبدأ الواقع، والعامل على تحقيق التوافق مع المحيط وعلى حل الصراع بين الفرد والمحيط أما الأنا الأعلى فيعمل على تقويم سلوك الفرد والتحكم في طريقة إشباع حاجاته فيمثل الوالدين والمجتمع وله اساليب الكبت ويستعين بها الفرد خلال نموه في الطفولة الأولى.(فيوليت ، 1998).

وفي اغلب الأحيان يدخل الأنا الأعلى في صراع مع الأنا فيحاول ان يثير في الفرد الشعور بالإثم والتحريم وانتقادات الذات، وهو صراع يؤدي إلى اضطراب في الشخصية اين يكتسب الفرد نظرة سلبية عن ذاته منذ الطفولة فيكون عاجزا عن تحقيق اهدافه بسبب الكراهية التي يكنها عن نفسه، فلا تتجانس أحلامه ومشاعرة مع محيطه، وبالتالي يصبح عدوّ نفسه فيتولد ضغط سيكولوجي ينعكس على سلوكلته وتصرفاته، حيث يصعب عليه ادراك وفهم حب الأخرين ويظهر ذلك من خلال النشاطات والمناقشات الجماعية، فيفضل القوانين الصارمة، وتزيد حساسيته للنقد والعزل والتبعية، ويتولد لديه نقص في الإتزان الإنفعالي وعدم الثقة بالنفس، أما اذا كانت علاقة الأنا بالأنا الأعلى حسنة ومقبولة فإن التوازن يتحقق ويتطور لديه تقدير ذات مرتفع .(pieve fedida ، 1974).

وعليه فبالنسبة للنظرية التحليلية فتقدير الذات مرتبط بالعلاقة الموجودة بين الأنا والأنا الأعلى، لأن الصراع بينهما يؤدي إلى اضطراب الشخصية وبالتالي تقدير ذات منخفض او علاقة مقبولة حسنة مما يؤدي إلى تحقيق التوازن ويتطور لديه تقدير مرتفع.

4-8- النظرية السلوكية المعرفية:

من روادها الباحثان **" إليس "** Ellis و **" بيك "** Beck، الذين يعتبرون ان تقدير الذات عبارة عن تقييم الفرد لذاته ويعمل على المحافظة عليه، ويتمثل في مجموعة من الأفكار والمعتقدات التي يستدعيها الفرد عند مواجهة العالم المحيط به، ويؤكد **" إليس "** ان اساليب التفكير الخاطئ والأفكار والمعتقدات الخاطئة والسلبية عن الذات، تؤثر في سلوك الفرد تأثيرا سلبي مباشرا، فإذا كان نسق التفكير واقعيا والنظرة موضوعية فإن النتائج تعطي تقديرا مرتفعا للذات، أما إذا كان هذا النسق غير عقلاني فالإضطراب الإنفعالي متوقع ومصاحب لتقدير الذات المنخفض، وأكد **" إليس "** سنة (1961) ان الأفراد يتسببون لأنفسهم بالعصاب وذلك لأفكارهم غير العقلانية التي تؤثر على تقديرهم لذواتهم، فكلما كانت أفكارهم لا عقلانية كلما كان تقديرهم لذواتهم منخفض ومؤديا لسلوكات وإضطرابات نفسية تكيفية. أم الباحثا **" بيك "** (1976) فهو يرى أن المشكلا ت النفسية تحدث كنتيجة لإستجابات غير صحيحة على اساس معلومات غير كافية صائبة، ونتيجة لعدم التمييز بين الخيال والواقع والسلوك يمكن ان يكون مضطرب يؤدي إلى الفشل لأنه مبني على اتجاهات غير معقولة. (معتز سيد ،1997) .

يرى كل من الباحثين **" اليس "** و **" باك "** عاى ان الفرد الذي يفكر تفكيرا غير عقلاني ويعتمد على معطيات خاطئة مبنية عل اساس معلومات غير كافية ؛ حتما فإنه سيقع في مشاكل واضطرابات نفسية من بينها تقدير واطي للذات، على العكس اذا كان التفكير يعتمد عل الواقع والنظرة الإيجابية للحياة، فالنتائج تكون جيدة على مستوى تقدير الذات.

من خلال ما سبق من النظريات يتبين لنا أن كل نظرية اعتمدت على متغير من المتغيرات الهامة التي لا غنى للفرد عنها فنجد نظرية " زيلر " قد ركزت على المجتمع وأهميته في تحديد مستوى تقدير الذات، ونجد الباحثنن **" روزنبرغ "** و **" كوبر سميث "** قد تناولته من الناحية المعرفية والخبرة أما النظرية التحليلية فأشارت إلى أهمية الجانب الشعوري و الحاجة إلى التوازن النفسي.
في حين تؤكد السلوكية التعرفية على وجوب سلامة الفكر وأن أي خلل في مفاتيحه يؤدي إلى عدم التمييز بين الخيال والواقع.

وبالتالي فالفرد لا يمكنه أن يستغني عن التفكير أو الشعور أو العقل والمجتمع لأن أي خلل في هذا أو ذاك يؤدي إلى اضطراب في الشخصية وبالتالي يمس مستوى تقدير الذات.

9- تكوين تقدير الذات عند الطفل:

يتضح لنا هذا العرض الموجز حول تقدير الذات مدى أهمية دراسته في كل المراحل العمرية ليس فقط في مرحلة الرشد بل أيضا على مستوى الطفولة اذ ان جذور تقدير الذات في شكليها المنخفض والمرتفع تبدا في المراحل الأولى من حياة الانسان، فاذا شُكلت تشكيلا صحيحا اتسم الانسان في حياته المقبلة بتقدير موجب لذاته، وهذا يتطلب تكوين وبناء اساس

سليم لشخصية الفرد لا سييما في سنوات حياته المبكرة فقد قام كوبر سميث بدراسة على تقدير الذات وتطوره، حيث عمل على تصنيف عدد من التلاميذ من الذكور ممن تتراوح اعمارهم بين (10 – 12) سنة إلى فئات ثلاث : مرتفعي- متوسطي- منخفضي تقدير الذات

واستخلص في دراسته ان تقدير الذات الموجب لدى الابناء يتاثر وبدرجة كبيرة بتقدير الذات الموجب لدى الأباء والامر ذاته فيما يتعلق بتقدير ذات سالب.

ومن هذا المنطلق يتبين ان تقدير الذات للطفل اول ما يتكون داخل بيئته الاسرية وفمن خلال علاقاته بافراد اسرته ينمو تقديره لذاته.(فيوليت ، 1998).

ولا شك ان مكانة الطفل في الاسرة كمكانته في المدرسة يؤثران إلى حد كبير على شخصيته النامية، والتي يمكن أن تتضح سيماتها جزئيا في أن الطفل في الأسرة له دور محددا، وكذلك في المدرسة له دور التلميذ من ناحية أما من ناحية أخرى فإن نجاح الطفل في دوره ونظرة والديه والمدرسين والأقران يؤثر على هذا التقدير ويزداد تقدير الطفل لذاته عندذا يستطيع ان يعقد مقارنات بين قدراته وقدرات من هم في مثل سنه ويقومون بنفس دوره هذا التقييم الذي يستقيه أساسا من الكبار الذين يشكلون دلالة وأهمية لدى الطفل وهم الأباء- المدرسون – الأقران. وتجدر الإشارة إلى أن الأباء ليسوا الوحدين المسؤولين عن تكوين التقدير الإيجابي لذات الأبناء ولكن القيم الإجتماعية السائدة في المجتمع تؤثر عليهم بطريقة أو بأخرى إلى جانب المقارنات الإجتماعية وكذا لعب الأدوار الإجتماعية.(فيوليت ، 1998) .

كما ان الباحثة " سمية منصوري " (1993) في دراسة أقامتها حول كفالة الأطفال المتبولين لاإراديا تثبت بأن المدرسة والرفاق ووسائل الإعلام يلعب دورا هاما في تكوين الذات عند الطفل. (منصوري ، 1993).

فينمو تقدير الذات من قدرتنا على على عمل الأشياء المطلوبة منا خاصة تلك التي لم نكن متأكدين من قدرتنا على فعلها في المحل الأول والتقدير للذات يأتي غالبا من القدرة على فعل أشياء بطريقة أحسن من معظم الأفراد الآخرين، كما يحدد مستوى الطموح لكل شخص مدى تفسيره للنجاح أو الفشل ومن ثم الذي يمكن إضافته أو اخذه من تقديره لذاته. (ابو زيد ،1987).

10- الحاجات النفسية وتقدير الذات:

اهتم العلماء ومن بينهم الباحثين **" روجرز "** Rojers و **" هورني "** Horni و **" بيكر "** biker وغيرهم بالدراسات المتعلقة بشخصية الفرد وبالخصوص بعنصر مهم وهو الإتجاه المناسب للفرد نحو ذاته، وهذا الموضوع مهم إذ يعوض في الحاجات النفسية للفرد في حد ذاته؛ حيث يرى الباحث **" هياكو "** (1963) hayaco أن الغرض الأساسي لكل أنواع النشاط الإنساني هو محاولة لرفع تقدير الذات.

ويرى الباحث**" ماسلو "** Maslo ان الهوية ترتبط بتقدير الذات ومكونات الذات بعضها ببعض في شكل خاص يمثل الدرجة المختلفة من تكامل الأنا، وتتوقف درجة ونوع التكامل عند أي نقطة على المدى الذي تكون قدأشبعت فيه الحاجات السابقة في التنظيم، أي اشباع حاجات الحب وحاجات تقدير الذات.

أما الباحث **" بيكر"**(1971) Bicker فهو يرى أن دافع السيطرة عند الفرد ما هو إلاّ تعبيرا عن الحاجة لتقدير الذات.

أما الباحث **" بلماد "** Belmad فيقول: ان الحاجات النرجسية غير المشبعة تؤدي إلى تقدير ذات منخفض . لذا فان اغلب الباحثين يؤكدون على ان تقدير الذات السوي هو الذي يسمح للفرد بالتكيف وبالتالي يجلب له الإحساس بالأمن، ويسمح له بتوضيف طاقاته النفسية نحو معرفة حقائق الحياة. (khadivi zand ، 1979).

عليه فقد بينت دراسات **" كوبر سميث "** ان الطريقة التي يعامل بها الأباء الطفل تؤثر على تقديره لذاته، فوجد أن أباء الأطفال ذوي تقدير الذات المرتفع أكثر رغبة في مدح الطفل وأكثر دمقراطية والإهتمام بالطفل وأقل تصرفا باستخدام العقاب او التسامح، ونادرا ما يستخدمون أسلوب الحرمان من الحب كنوع من العقاب؛ أما اباء الأطفال ذوي تقدير منخفض فهم أقل رغبة في مدح الطفل وأقل ديمقراطية وإهتمام بالطفل ويتسمون بالذبذة في معاملته والإسراف في إستخدام العقاب أو التسامح. (عبد الحميد ،1985).

11- المرض وأثره على تقدير الذات:

لا يمكن أن نقول بأن الشخصية السوية هي الخالية من أي مشكل او إضطراب، لكن يمكن الإختلاف في الوسيلة المستعملة لمواجهة هذا الإضطراب. ماهي الميكانيزمات الواجب اتخاذها في هذه المواقف؟ فكلما زادت قدرة الفرد على ضبط ذاته ، كلما زادت قدرته على تحمل المسؤولية وتقديرها.

يرى الباحث **" ألبرت "** Albert بأن المرض عبارة عن عرقلة توقف إمداد الذات. ويواصل الباحث **" جونسن "** Jonsson بقوله " أن الفشل والظروف السيئة المهددة للفرد من الأسباب الرئيسية للقلق وأن القلق يرتبط بتقدير الذات، وإذا كان التهديد ينتج القلق، فالقلق يهدد بتقدير الذات".

أما الباحث **" كوبر سميث "** فهو يرى أن تقدير الذات يختلف تبعا للخبرات المختلفة التي يمر بها الفرد كالجنس – العمر وبعض الظروف الأخرى، فيعتبر الفرد نفسه جيدا في عمله متوسط كلاعب تنس وضعيف كموسيقي، فالتقدير الكلي للفرد هو مجموعة هذه المجالات طبقا لأهميتها الذاتية، فإذا ما وضع الباحث الفرد المصاب بمرض الربو في هذه الوضعية استنتجنا أنه مطالب بأن يكون في لياقة بدنية عالية وتحكما في الجسم لكي يستطيع أن ينجح في عمله كلاعب تنس، ولكن هذه الشروط لا تتوفر لديه بعد الإصابة بهذا المرض مما يدفعه إلى إختياررياضة أخرى تتماشى مع وضعيته الجديدة مما يؤدي به إلى احباطات عديدة، وإذا اخذ عامل السن أيضا استنتج انه مهم خاصة بعد الأربعين حيث يدرك الفرد أن قواه البدنية والعقلية بدات في التناقص مما قد يؤدي به إلى بعض الاضطرابات في حياة الفرد . كما ان فئة المصابين بالأمراض المزمنة والذين يتعدون عمر الاربعين يعيشون حياتهم وهم في خطر،فالجسد هو وسيلة التعبير والاصابة بالمرض يفقد الفرد هذه الوسيلة وعليه ان يستعمل مكانيزمات تجعله يبرز تغير سلوكه مع المجتمع، لأن الصورة الجسدية يعاد النظر فيها عند الإصابة بالمرض، حتى الهوية قد تحدث لها تغيرات خاصة إذا كان الفرد مصاب في هذه الفئة العمرية، هذا كله له يؤثير على تقدير الذات.

وبدورنا يمكن ان نستخلص ان الفئة المصابة بالأمراض المزمنة مثل الربو والداء السكري وفقر الدم وغيرها، يجب ان تتوفر لديها بعض الشروط للنجاح في وظيفة معينة والتي لا تتطلب جهدل جسديا واضحا، وأهم هذه الشروط مراعات الجانب الصحي لهذه الفئة لتفادي الوقوع في اضطرابات جسمية او نفسية.

حيث تؤكد دراسة **" زيلر "** أن تقدير الذات يزداد حتى سن الأربعين ثم يبدأ بالتناقص فالجسد لا يحمل في هذه السن نفس المعنى كالذي يحمله في سن ما قبل الأربعين، عندما يدرك الفرد أنه بلغ سنا متقدمة، تبدأ فيه تغيرات مرفولوجية وفزيولوجية، وأنه عاش حياته ودخل في مرحلة حيث بدأت قوته تتناقص والإصابة بالمرض هنا لم يكن لها نفس المدى عما هو عليه في مرحلة الشباب، ومن ثم يتضح أن سن الأربعين (40) حسب **" زيلر "** هي مرحلة حرجة مع وجود فرق بين الرجال والنساء. (عبد الحميد ، 1985).

أما عامل الجنس فإن أهمية الجانب الجمالي عند المرأة له أهمية قصوى والإصابة بصفة عامة تكون أكثر ضرر من الناحية النفسية على ما هي عند الرجل. (ليكوبير،1978).

خلاصة الفصل:

لتقدير الذات قيمة حقيقية وبعد مهم من ابعاد الذات يعيه الفرد في نفسه إذ أن للفرد متغيرات يحمل معلومات عنها وتقييمه لهذه المتغيرات يتوقف على تفاعله مع نفسه ومع المجتمع وكذا من استجاباته التي عاشها ويعيشها في كل فترات حياته، فاحترامه لذاته واحترام الأخرين له يمنحه نظرة ايجابية نحو ذاته وهذا يمكنه من ان يرى نفسه مهما ومحترما على العكس من الإحتقار والنبذ والعزلة والإحباط الذين يدعمون احتقار الفرد وتقديرها سلبي.

الجانب التطبيقي

الفصل الخامس: الدراسة الميدانية

تمهيد

1- منهج الدراسة

2- الدراسة الإسطلاعية

3- مجموعة البحث

4- مجال البحث

5- كيفية اختيار مجموعة البحث

6- وسائل جمع البيانات

فصـــــل

الـــــدراســـــة الميـــــدانيـــــة

تمهيد:

بعد تطرقنا في الجانب النظري عبر الفصول إلى كل ما يخص موضوع الدراسة سنتطرق في الجانب الميداني إلى الكشف عن مدى تأثير التبول اللاإرادي على تقدير الذات لدى أطفال المرحلة المتأخرة (9 – 12) سنة ، وذلك من خلال إتباع عدة خطوات منهجية والمتمثلة في تحديد المنهج الذي المستخدم في الدراسة ؛ والدراسة الاستطلاعية خصائص عينة البحث مكان إجراء البحث ، وأخيرا ذكر الوسائل المستخدمة في جمع البيانات.

1- منهج البحث:

إن اختيار المنهج المستخدم للدراسة يعتبر أمرا تحدده طبيعة مشكلة البحث الذي نريد دراستها والمنهج بصفة عامة هو الطريقة التي يسلكها الباحث للوصول إلى نتيجة معينة وبالتالي فإن لكل منهج خصائصه ومميزاته التي يستفيد منها كل باحث.

وقد اعتمدنا في دراستنا على المنهج العيادي (منهج دراسة حالة) الذي يعرفه **أندر راي** **André rey** على انه " تقنية منظمة لخدمة المشكل الذي يطرحه الفرد ، فالأمر يتعلق بفهم وشرح الحالة النفسية والسير النفسي للفرد " . andre rey (1979) ؛ كما يعرفه **دانيال لاقاش** **Daniel lagache** بأنه " تناول السيرة في منظورها الخاص ، وكذا التعرف على مواقف وتصرفات الفرد نحو وضعيات معينة ، محاولا بذلك إعطاء معنى لها للتعرف على بنيتها وتكوينها ، كما يكشف عن الصراعات التي تحركها ، ومحاولات الفرد لحلها " . (M - Reuchlin ، 1992)

ويقوم المنهج العيادي أساسا على دراسة حالة والتي يقصد بها الوعاء الذي ينظم ويقيم فيه الإكلينيكي كل المعلومات أو النتائج التي يحصل عنها الفرد.(مقدم ، 1993).

2- الدراسة الاستطلاعية:

هدف الدراسة الاستطلاعية اقتصرت على استطلاع الميدان من حيث تواجد مجموعة بحثنا وكذلك هل يمكن تطبيق وسائل البحث عليها ، إضافة إلى جمع اكبر قدر ممكن من المعلومات حول موضوع الدراسة الحالية لذلك في بداية بحثنا قمنا بدراسة استطلاعية في الميدان بتفحص الملفات الطبية وهي أول خطوة في البحث ، وقد توجهنا إلى المستشفى الولائي لولاية البويرة حيث اتصلنا بالنفساني المنسق في المؤسسة الصحية بدوره أرشدنا إلى رئيس مصلحة طب الأطفال في يوم 06 فيفري 2017 على الساعة العاشرة صباحا بغرض التأكد من توفر المجموعة ، فأتضح لنا أنها لا تتواجد بكثرة في مصلحة الاستشفاء وإنما توجه إلى مصلحة الفحص المتخصص للأطفال بغرض الكشف على الجانب العضوي وكذا المتوافدين إلى مكتب الفحص النفسي بغرض المتابعة النفسية لتقديم الدعم والعلاج النفسي .

وللتحقق من ذلك في هذه المصلحة اتصلنا بالنفسانية المتواجدة هناك ، والتي ساعدتنا على إيجاد مجموعة البحث بالشروط التي حددت.

3- مجموعة البحث :

تمثل مجموعة بحثنا في أطفال مرحلة الطفولة المتأخرة تعاني من اضطراب التبول اللاإرادي ، وهي تتكون من :

جدول رقم (01) يضم كل المعطيات الخاصة لكل حالة.

مميزاتها العينة	العمر (بالسنوات)	الجنس	المستوى الدراسي	نوع التبول
1 (س - ر)	09	أنثى	الرابعة ابتدائي	أولى متقطع
2 (أ – ح)	11	ذكر	الأولى متوسط	أولى مستمر
3 (أ - ن)	10	أنثى	الخامسة ابتدائي	أولى مستمر
4 (ع – ش)	11	أنثى	الأولى متوسط	ثانوي متقطع
5 (أ – ص)	10	ذكر	الخامسة ابتدائي	أولي متقطع

4- مجال البحث :

4-1- المجال المكاني :

قمنا بإجراء بحثنا في المؤسسة العمومية الإستشفائية " محمد بوضياف " المتواجدة في عاصمة ولاية البويرة والذي يستقبل عددا كبرا من المرضى سواء من داخل أو من خارج الدائرة تحتوي هذه المؤسسة الصحية على عدة أقسام وهي:

- قسم خاص بالفحوصات والاستعجالات.
- قسم خاص بالصيدلة والمخابر.
- قسم مخصص للإدارة.
- جناح الاستعلامات.
- جناح خاص بالأشعة.
- جناح خاص بالإنعاش الجراحي.

- جناح خاص بالإنعاش الطبي.
- جناح خاص بحفض الجثث.

- جناح خاص بمجموعة من الأقسام لمختلف الأمراض بالنسبة للراشدين ، وقسم خاص بالجراحة.
- جناح خاص بمجموعة من الأقسام المخصصة في علاج مختلف الأمراض الخاصة بالأطفال.
- جناح خاص بفحص الأطفال.
- القسم البيداغوجي يحتوي على قاعة المحاضرات ومكتبة ، وكذلك مطعم ونادي.

وتم إجراء بحثنا بالضبط في قسم الجناح الخاص بفحص الأطفال ، ويحتوي هذا الجناح على مكتب الأخصائية النفسانية والارطوفونية ومكتب الطبيب ، وقاعة خاصة بتقديم العلاج للمرضى (الوزن والطول والحقن) ، وغرفة خاصة بملفات المرضى (غرفة الأرشيف) وقاعة الحضن الإصطناعي.

4-2- المجال الزماني :

دامت مدة إجرائنا للبحث حوالي شهرين وعشرون (20) يوما، انطلاقا من 19 فيفري 2017 إلى غاية 11 ماي 2017 وهذا راجع إلى المواعيد التي يتخذها الأطفال لإجراء الفحوصات الطبية فيتطلب منا إجراء حصة أولى للمقابلة نصف موجهة وحصة ثانية لتطبيق المقياس وهذا للأمانة العلمية واحترام أخلاقيات المهنة.

5- كيفية اختيار مجموعة البحث:

مجموعة البحث عينة مقصودة ولاختيار أفرادها تم الاعتماد على بعض الشروط والمعايير:

1- أن يكون العمر يتراوح بين (09 – 12) سنة.

2- أن يكون كل فرد من أفراد العينة يعاني من اضطراب التبول اللاإرادي.

3- أن لا يكون اضطراب التبول اللاإرادي ناتج عن مرض عضوي.

4- أن لا تتناول الحالة للأدوية المدرة للبول.

6- المقابلة العيادية للبحث النصف الموجهة :

تعتبر المقابلة العيادية من بين التقنيات التي لا يمكن الاستغناء عنها عند القيام بأي بحث علمي في مجال تخصص علم النفس العيادي ، باعتبارها تسمح بالاقتراب من المفحوص وجمع مختلف المعلومات التي تساعد على فهم المشكل الحقيقي الذي يعاني منه ، وذلك من خلال مقابلات بين الفاحص والمفحوص في إطار زماني ومكاني معين حيث تعرفها الباحثة **شيلان** chiland " على أنها " علاقة ثنائية تستلزم حضور الفاحص والمفحوص ، ويمكن أن تدخل هذه التقنية في إطار علاقة مساعدة لما تتميز به من حث تركيزها على الشخص في فرديته ووحدته " ؛ حيث تميز الباحثة بين ثلاث أنواع من المقابلات : المقابلة الموجهة – المقابلة غير الموجهة والمقابلة النصف الموجهة.

المقابلة العيادية النصف الموجهة تتضمن محاور، وتوجه المقابلة في شكل أسئلة نصف مباشرة موجهة للمفحوص.(الخطيب والطراونة ، (2003)

وللإشارة بما أن المقابلات نع الطفل لا تجرى لوحدها بل عمدنا إلى إجراءها مع احد الأقارب.

وتمثلت محاور مقابلة دراستنا فيما يلي :

1- محور المعلومات الشخصية.

2- محور السوابق المرضية.

3- محور المستوى الاجتماعي.

4- محور العلاقات مع الأسرة.

5- محور التوافق الاجتماعي.

6- محور المرض والحياة الاجتماعية.

7- الوقائع النفسية – المعرفية.

2-6- مقياس تقدير الذات كوبر سميث Cooper Smith**:**

1-3-6– التعريف بالمقياس:

هو مقياس أمريكي الأصل صمم من طرف الباحث كوبر سميث "Cooper Smith" سنة 1967 لقياس الاتجاه نحو الذات في المجالات الاجتماعية، الأكاديمية، العائلية والشخصية.

يستخدم هذا المقياس في تقدير الشخص لنفسه بطريقة ذاتية، أي كما يري نفسه و كيف يدركه الآخرين.

ولقد كانت مقاييسه في الأول تحمل الطابع العام، ولم تحدد السلوك في المواقف المختلفة حسب الأشخاص والأعمار لهذا كانت بحاجة ماسة لبناء مقاييس ثابتة وصادقة لقياس تقديرا لذات ومنها ظهرت ثلاثة مقاييس هي :

1- مقياس الصورة القصيرة الخاصة بالمدرسة (8-14 سنة).

2- مقياس الصورة الخاصة بالمدرسة(8- 14 سنة).

مقياس الصورة الخاصة بالكبير (16سنة فما فوق) (ليلي عبد الحميد - (1981)).

2-3-6- إجراؤه و تحليله:

يتكون المقياس من 25 عبارة يقابل كل منها زوجان من الأقواس أسفل كلمتي " **تنطبق**" و"**لا تنطبق**" وعلي المفحوص أن يستجيب لكل عبارة بوضع علامة **x** بين القوسين الموجودين أسفل الكلمة ، التي يري أنها تنطبق عليه ، ولا توجد إجابات صحيحة وإجابات خاطئة.

يتضمن المقياس 9 عبارات موجبة إذا أجاب عنها المفحوص ب " **تنطبق**" تعطي درجة لكل منها ، أما إذا أجاب بـ " **لا تنطبق** " فلا تعطي درجات.

كما يتضمن المقياس 16 عبارة سالبة إذا أجاب عنها المفحوص بـ " لا تنطبق " فانه يعطي درجة كل منها ، إما إذا أجاب بـ " تنطبق " فلا يعطي درجات. و أقصى درجة يمكن الحصول عليها في المقياس هي 25 واقل درجة هي 0 .

و تحسب درجة الفرد في هذا المقياس من مجموع درجات العبارات. وتدل اعلي درجة علي اتجاه تقدير مرتفع ، و أدناها علي اقل اتجاه تقدير منخفض وأي إجابة تعتبر صحيحة , طالما هي تعبر عن شعوره الحقيقي.

يمكن تطبيق المقياس فرديا أو جماعيا ، في مدة زمنية غير محدودة ، علما أن الأفراد العاديين يستطيعون الانتهاء من الإجابة في زمن يتراوح بين (10- 18 دقيقة) وذالك بعد إلقاء التعليمة (فاروق عبد الفتاح موسى ومحمد أحمد الدسوقي- (1981)) وهو مقياس سهل الفهم ما يجعله قابلا للتطبيق في كل الثقافات و يجب علي الفاحص أثناء تطبيقه أن يتحاشى استخدام كلمة تقدير الذات حتى يمنع استجابات التحيز وتستخدم الصورة القصيرة في البحوث لتوفير المال والجهد (ليلي عبد الحميد (1981)).

جدول رقم (02) يوضح مستويات تقدير الذات:

مستويات الذات	الفئات
منخفض	20 – 40
متوسط	40 – 60
مرتفع	60 – 80

جدول رقم (03) يوضح المقاييس الفرعية لمقياس " كوبر سميث ":

المقاييس الفرعية	أرقام العبارات	المجموع
الذات العامة	1- 3- 4- 7- 10- 12- 13- 15- 18- 19- 24- 25	12
الذات الاجتماعية	5- 8- 14- 21	4
المنزل والوالدين	6- 9- 11- 16- 20- 22	6
العمل أو المدرسة	2- 17- 23	3

3-3-6- تعليمة المقياس:

فيما يلي مجموعة من العبارات حول نفسك ، اجب عنها **تنطبق** أو **لا تنطبق** علي كل العبارات التي تصفك كما تري نفسك ، اجب عن كل عبارة بصدق ، ليست هناك أجوبة صحيحة أو خاطئة (عبد الفتاح واحمد دسوقي ،1981).

ولقد قمنا في بحثنا بتطبيق المقياس بصورة فردية حيث كنا نكرر العبارة ونحرص على أن لا تبدو العبارات سلبية أو ايجابية عند القراءة كيي تتفادى التأثير علي استجابات المفحوص وهذا باستدعاء كل طفل على حدى إلى المكتب ونشرح له الغرض من تواجدنا معه. وهذا بعد إجرائنا المقابلة الأولى معه أولا ثم مع احد أقربائه. واستغرقت كل مقابلة من 30 إلى 40 دقيقة. ووجدنا صعوبة في الاستجابة من طرف أفراد العينة.

الفصل السادس

عرض النتائج ومناقشتها

تمهيد

1- عرض وتحليل الحالات

1-1- الحالة الأولـــى (س – ر)

1-2- الحـــالة الثـــانية (أ – ح)

1-3- الحـــالة الثـــالثة (أ – ن)

1-4- الحالة الـــرابعة (ع – ش)

1-5- الحالة الخامسة (أ – ص)

2- التحليل العام للحالات ومناقشتها

فصـــــل

عـــــرض النتـائـــج ومـنـــاقـشـتـــــها

الحـــالـة الأولـــى :

تقديم الحالة :

الحـالـــة (س – ر) البـــالغة مـــن العمر تسع (09) سنوات ، تلميذة في الابتدائية مستوى الرابعة (04) ابتدائي نتـــائجها المـــدرسية جيدة جـــدًا ، تتميز بالخجـل وقلة الحركة ، تحتل المرتبة الثانية في أسرتها المتكونة من أربع (04) بنات . تعيش مـع والديـــها (أقربـــاء مـن الدرجة الأولى) وهما دون مستوى تعليمي حيث يعمل الأب بنـاءا والأم مـــاكثة فـي البيت تعيش الأسرة في مسكن فردي حديث غير أجير ذو خمس (05) غـرف والمستوى المعيشي متوسط .

ليس للحالة سوابق مرضية عضوية أو نفسية معروفة ، نفس الشيء لباقي أسرتها ، تعاني الحالة من اضطراب التبول اللاإرادي الليلي (أولي متقطع) ، أجريت لها جميـع الفحـــوصات الطبية اللازمة التي أثبتت عدم وجود أي خلل عضـــوي يسبب هـــذه الحـــالة وهـــذا حسب الملف الطبي

عرض وتحليل المقابلة:

خلال مقابلتنا مع الأم تبين لنا أ، جميع أخوالها " ذكور " كانوا يعانون من حالة التبول الـلاإرادي إلى غاية سن الثالثة عشر (13) ، أما في أسرتها فالحالة هي الوحيدة التي تعاني من هذا الإضطراب.

أما فيما يخص الحمل كان عاديا مـرغوب فيـه وكـانت الفترة بدون حوادث أو صدمات ، أما الولادة فكانت طبيعية في أوانها إلاّ أنهـــا عسيرة حيث قـــالت الأم **" أَوْشَكْتْ أَنْمُوتْ وَالسَبَةْ لَوْزَنْ أَنْتَاعْ الطَفْلَةْ أَلِي يَتْعَدَى 4 كِيلُو "** ولكنهـــا لم تتعرض لأي مشكل ، بالنسبة للرضاعة فقد كانت طبيعية لمدة شهر ثم تابعتها بطريقة اصطناعية بسبب عدم توفر الحليب عند الأم ، لم يسبق للحالة أن أصيبت بمرض خطير لازمها المستشفى .

النمو الحسي الحركي عادي ، كل شيء في أوانه ، والتغذية جيدة إلاّ أن هـذا لـم يمنع من جعل العميلة تعاني ككل الأطفال من بعض المشاكـــل الصحية غيـــر الخطيرة والتي تمثلت في حالة فقر الدم .الحالة على علاقة جيدة مع الأم وأفـراد أسرتـــها وهـذا تبين من خلال المقابلة التي قمنا بها مع الحالة حيث أكدت لنا بقولها **" يَمَـــا مَاتَزْعَفْشْ مَنْ العَـــادَةْ هَـــذِي وَمَا تَوَبَخْنِيشْ ، سَاعَاتْ وِيـنْ تَقـــولْ لِـــي وَعْلاَشْ تْبُولِي فَلْفْرَاشْ ، وَعْلاَشْ خْتَكْ أَلصْغِيرَةْ مَا تْبُولْشْ وَانْتِ تْبُول "** وعنـــد العودة إلى المقابلة التي أجـــريناها مـــع الأم بدت لنا متسـامحة وترى أن الطريقة الوحيـدة لاكتساب النظـافة هـــي طريقة التسـامح حيث قـــالت **" رَاحْ تَتْخَلَى بَنْتِي عَلَى العَادَةْ هَذْي كِي تَكْبَرْ**

كِيمَـا خْوَالْهَا " واتضح أن الحالة ذات نـوم عميـق يصعب إيقاضها ليلا ، وعند سؤالنا عن العلاقة الموجودة بينها وبيـن إبنتها أضافت قـائلة **" أَنْحَبْهَا بَزَّافْ لاَ خَطَرْشْ شَاطْرَة أُوتَفْهَمْ خِيرْ مَنْ خَوَاتَتْهَا وَمَا تْسَمَطْشْ بَزَّافْ "** وكـذلك يظهـر لنـا هذا التجاوب الإيجابي من طرف الحالة حيث أنها لا ترضى بقول أي شيء يسيء إلى أمها .

ويبدوا أن الحالة لا تعاني من أية مضايقة في أسرتها ، حيث كانت ردود فعل الأسرة نحو هـذا الاضطراب هـو التسـامح واللامبالاة ، والشيء الذي يزعجها هي أختها الصغرى حسب قولها **" تْبُوجِي بَزَّافْ وَ تْحَبْ تْمَسْ حَوَايْجِ بَصَحْ أَنْحَبْهَا "** .

وقـد تسنى لنا إدراك إحساس الحالة وهي تعـاني من هـذا الاضطراب بقـولهـا **" كِي أَنُوضْ أَصْبَاحْ وَنَلْقَى فْرَاشِي مْشَمَخْ نْحَسْ بْضِيقْ كْبِيرْ فِي صْدْرِي وَنْحَسْ رُحِي زَعْفَانَة ، وَنْرُوحْ لَلْحَمَامْ أَنْدَوَشْ ، أَمْبَعْدْ أَنْرُوحْ لْمْسِيدْ "** وتضيف قائلة **" وَعْلاَشْ كِي أَنْبُولْ فَلْفْرَاشْ أَنْحَسْ رُوحِي رَانِي فَلْحَمَامْ ، وَ صْبَاحْ كِـي نَفْطَنْ أَنْحَسْ بَالتَشْمَـاخْ ، وَتَصْرَى لِـي هَذِ بَزَافْ كِي نَشْرَبْ المَاءْ فَالليلْ "** .

أمـا عـن الأصدقاء فقد ظهر لنا أن الحالة ليست اجتماعية نوعا ما لأنها لا تمتلك أصدقـاء كثر ولا تهتم بذلك حسب ملاحظتنا لها أظهرت لنا أنها كتومة وخجولة جدا وقليلة الكـلام لهـذا السبب عانينا في اكتساب ثقتها ، سألناها هل لـها صديـقات تلعب أو تدرس معهـن ، قالـت الحالة **" عَنْدِي ثَلاثْ صْحَابَاتْ نَمْشِي مَعَاهُمْ دَايْمَنْ "** فطلبنـا منهـا أن تسميهـم لنـا فقالت **" كريمة أمال وسعيدة بَرْكْ "** فأردنا أن نعرف هل تحب التحـدث عنهـن قليلا فأجـابت قائلة **" أَنَا نْحَبْهُمْ بَزَافْ أورَانَا قَاعْ شَاطْرَاتْ فَلْقْرَايَةْ "** وأضـافت **" وَنْحَبُوا نَقْرَاوْ كْثَرْ مَلِي نَلَعْبُوا"** فسألناها عن السبب فأجابت **" خَاطَرْشْ أَلِي يْحَبْ يَقْرَى مَا يَلْعَبْشْ بَزَافْ "** كما تبين لنا أنها أيضا تحب الدراسة كثيرا وتعتبرها مهمة جدا أكثر مـن أي شيء آخـر ، كـما تحب مدرستهـا وأساتذتهـا وهـذا يظهر فـي قولها **" أَنْحَبْ لَمْسِيدْ بَزَّافْ "** أما عن معلميها فهي تبدي عاطفة قوية لمعلم اللغة الفرنسية أكثر مـن معلـم اللغة العربية والسبب أنه يفهمهم ويحبهـم كثيـرا حسب قولـها **" أَنْحَبْ ألشِيخْ أَنْتَاعْ الفْرُنْسِي أَكثَرْ مَنْ نْتَاعْ العَرْبِيَةْ خَاطَرْشْ إِحَبْنَا بَزَّافْ "** وحـاولنـا أن نفهمها بأن معلم اللغة العربية يكن لهم نفس الإحساس أين عارضتنا على ذلك قائلة **" لاَ مَا يْحَبْنَاشْ خَاطَرشْ يَضْرَبْنَا بَزَّافْ " .**

بعد نهاية المقابلة التي أجريناها مع الحالة (س - ر) والتي دامت حوالي 35 دقيقة اشرنا لها بأن لنا موعد آخر معها أين يمكن أن نطبق مقياس بسيط يسمح لنا بالتعرف على تقديرها لذاتها فتقبلت الأمر بكل سرور.

عرض نتائج المقياس:

لقد قمنا بتطبيق المقياس على الحالة (س - ر) في المقابلة الثانية وقد دامت مدة تطبيقه حوالي 20 دقيقة وهذا لوجود صعوبة في فهم البنود بالنسبة للحالة فقمنا بتفسير بعض بنوده لها وقد تحصلنا على النتائج التي تبين بأن الحالة لها تقدير منخفض للذات حيث تحصلت على نسبة 36% من مقياس تقدير الذات.

أما المقاييس الفرعية لتقدير الذات التي من خلالها تبين لنا مستوى تقدير الذات العامة فهي تظهر في الجدول التالي:

جدول رقم (04) يمثل المقاييس الفرعية لتقدير الذات

المقاييس	أرقام العبارات	الدرجات الكلية للمقياس
الذات العامة	1+0+0+0+0+1+1+1+0+0+0+0+1	05
الذات الاجتماعية	0+0+1+1+0	02
المنزل والوالدين	0+1+0+0+0+1+0+0+0	01
العمل أو المدرسة	0+1+0	01
		09

$$\text{درجة تقدير الذات} = \frac{\text{مج}}{\text{عدد البنود}} \times 100$$

$$= \frac{09}{25} \times 100 = \%36$$

ومنه فالحالة لها تقدير منخفض للذات وهذا حسب ما استنتج في المقاييس الفرعية لتقدير الذات.

تحليل ومناقشة نتائج المقياس:

طبقنا المقياس على الحالة (س - ر) حسب التعليمة الخاصة بها وكان كلما أعطي إجابة تتبعها بشروحات وكانت النتائج انه تحصلت في الذات العامة علي درجة (05) من بين(12) وهذا يدل على انخفاض ذاتها العامة كذالك الأمر بالنسبة لذاتها الاجتماعية التي تحصلت فيها علي درجة (02) من (04) أما بالنسبة لذاتها المنزلية فهي جد منخفضة حيث تحصلت علي درجة واحدة فقط من بين (06) وهذا بالإجابة علي العبارة رقم(09) بـ**تنطبق** أي العائلة تراعي مشاعرها دائما أما العبارات الأخرى كلها فهي عبارات أجابت عليها استنادا إلى شعورها الذاتي بعدم اهتمام عائلتها بها وتنتظر منها الكثير مثل العبارة رقم (06)- (11) – (16) – (20) – (22) وبالتالي فالحالة تعاني من بعض الاضطرابات في المنزل وهذا ما تأكده العبارة رقم (06)، بالنسبة لذات المدرسية فالحالة قد تحصلت علي درجة واحدة (01) من بين (03) وهذا يعود إلي عدم وجود تشجيع من طرف الآخرين لها وهي تعاني من صعوبة التحدث مع الآخرين وهذا حسب العبارة رقم (02) و(23).

وبالتالي فالحالة لها تقدير منخفض للذات بنسبة 36%.

التحليل العام للحالة :

بعد المقابلة التي أجريناها مع الأم والحالة وكذا النتائج التي توصلنا إليها من خلال تطبيقنا لمقياس كوبر سميث توصلنا إلى أنها تتميز بتقدير منخفض للـذات والـتي تقـدره بسلوكات الرفض والإنكار والذي ظهر في الأم التي لا توبخها ولكن بطريقة غير مباشرة وفي بعض الأحيان تستفسر عن بولها في الفراش وهذا ما تبين في قولها **" يَمَـا مَاتَزْعَفْشْ مَنْ العَـادَةْ هَـذِي وَمَا تَوَبَخْنِيشْ ، سَاعَاتْ وِيـنْ تَقـُولْ لِـي وَعْلاَشْ تْبُولِي فَلْفْرَاشْ ، وَعْلاَشْ خْتَكْ ألصْغِيرَةْ مَا تْبُولْشْ وَانْتِ تْبُول"**

(س- ر) بنت تدرك مكانتها في الأسرة لأنها لا تتعرض إلى أي مضايقة وذلك ما تبين في ردود أفعال وتصرفات الأم بالتسامح واللامبالاة ولكن من جهة أخري مقارنتها بأختها الصغرى في قولها **" وَعْلاَشْ خْتَكْ ألصْغِيرَةْ مَا تْبُولْشْ وَانْتِ تْبُول "** وضف إلى ذلك إدراك الحالة بمعاناتها من التبول اللاإرادي وانزعاجها وإحساسها بضيق في صدرها وذلك تبين في قولها **" كِي أَنُوضْ أَصْبَاحْ وَنَلْقَى فْرَاشِي مْشَمَخْ نْحَسْ بْضِيقْ كْبِيرْ فِي صْدْرِي وَنْحَسْ رُوحِي زَعْفَانَة "** ، اما فيما يخص المدرسة والأصدقاء لا تملك اصدقاء كثر هذا يدل انها ليست اجتماعية نوعا ما ولم تجد صعوبة في ذكر اسماء صديقاتها أين ظهر ذلك في تصريحها **" عَنْدِي ثَلاثْ صْحَابَاتْ نَمْشِي مَعَاهُمْ دَايْمَنْ "** مضيفة **" كريمة ، أمال وسعيدة بَرْكْ "** .

نستخلص من خلال نتائج المقابلة العيادية ومن نتائج المقياس لتقدير الذات أن الحالة لها تقدير ذات منخفض وهذا راجع أولاً لمعاناتها من اضطراب التبول اللاإرادي وإحساسها بالنقص تجاه هذا الأخير ، فكل هذه العوامل أدت إلي تميزها بمستوي تقدير منخفض للذات عندها .

الحـــالـة الثـــانية :

تقديم الحالة :

الحالة (أ- ح) البالغ من العمر إحدى عشرة (11) سنة ، تلميذ ذو مستوى السنة الأولى متوسط (01) نتـائجه المـدرسية متوسطة ، يتميز بالنشاط والحيوية ، يحتل المرتبة الثانية في أسرته المتكونة من طفلين ، يعيش مـع والـديه وهما دون مستوى تعليمي ، يعمل الأب كحارس في مؤسسة عمومية والأم ماكثة في البيت . تعيش الأسـرة فـي مسكـن فـردي تقليدي غير أجير ذو ستة (06) غرف والمستوى المعيشي ضعيف .

ليس للحالة سوابق مرضية عضوية أو نفسية معـروفة ، نفس الشيء بالنسبة لباقي أفراد أسرته يعاني الحالة مـن اضطراب التبـول اللاإرادي الليلـي وهـو مـن النـوع (الأولي المستمر) أجـريت له جميع الفحوصات الطبية اللازمة التي أثبتت عدم وجود أي خلل عضوي يسبب هذه الحالة وهذا ما أكدته كل ملفاته الطبية .

عرض وتحليل المقابلة:

فيما يخص السوابـق الشخصية والعائلية للحالة فقد استنتجنا من خلال مقابلتنا مع الأم أنه يعاني منها الأخ الأكبر إلـى حـد بلـوغه سن الثانية عشر (12) أين تخلى عنها فجأة وكذا أعمامه أما فيما يخص الحمل كان عاديا مرغوبا فيه وكانت الفترة بدون حوادث ولا صدمـات ، والـولادة كانت في أوانها وتمت في المستشفى بدون أية مشاكل أما الرضاعة فهي طبيعية ودامت عام ونصف .

النمو الحسي الحركـي عـادي كل شيء في أوانه والتغذية جيدة ولم يعاني من أي مرض خطير أو انفصال عن العائلة باستثناء تردده على بيت جده لأمه .

تبين لنا ان علاقة الحالة مع الأم ، علاقة جيدة نوعا ما ، وهذا من خلال الحركات التي تقوم بها معه وكذا كلامها عليه حيث تقول **" مَاتْحَبَشْ نَضَرْبُوا لَخَطَرْشْ رَانِي كُونْتَرْ لِيدِي هَذِ بَصَحْ أَنْحَبْ أَنْعَيَّطْ بَرْكْ أَعْلِيهْ "** أمـا الحالة يرتـاح كثيرا مع والديه حيث يقول **" مَا نَقْدَرْشْ نْبَعَدْ عْلِيهُمْ لاَخَاطَرْشْ هُمَا لِي إِيدِرُولِي وَاشْ أَنْحَبْ "** أمـا بخصوص هـذا الاضطراب فهو منزعج كثيرا ويريد التخلص من ذلك بسرعـة بحيث يقـول **" رَانِي أَمْقَلَقْ بَزَّافْ وَنَزْعَفْ كِي أَنْفَكَرْ فِيهَ "** ويضيف قـائلا **" مَـاعْلاَبَالِيشْ وَعْـلاَشْ أَنْبُولْ إِبُرْتُو أَنْوضْ رَابِيدْ بَصَحْ كِيفُوت الحَالْ "** ولقـد وعـدنا بعدم التبول في الأيام القادمة ، أما بالنسبة لعائلته فلقد استقبلوا الأمر ؛ والحالة واعي جدا

بمشاكل أسرته مثل : الفقر – الراتب الشهري للوالد – السكن التقليدي القديم ، رغم صغر سنه حيث أدركنا هذا باستدراجه في الحديث وكذا أقوال أمه التي تقول أنه عميق جدا بشعوره وأحيانا يقول لها **" رَانَا فُقَرَاءْ يَاخْ يَا يَمَا بَصَحْ رَانَا سُعَدَاءْ "** ويحاول أن يشفق على أبيه الذي يشقى من أجل الأسرة الصغيرة .

للحالة أصدقاء كثيرون بما انه يتحرك كثيرا ويحب الضحك وهو يؤكد هذا بقوله **" مَانْحَسَشْ بَالوَقْتْ كِي أَنْكُونْ مَعَ صْحَابِي نَلْعَبْ "** ، ويبدوا أن أصدقائه لا يدرون بمشكلته لأن الحالة يقول **" صْحَابِي مَاعْلاَبَلْهُمْشْ بَلِي أَنْبُولْ خَاطَرْشْ مَانَخْرَجْشْ بَالرِيحَة أَنْتَاعْ البُولْ "** وكذلك معلمه حيث يقول **" مَانْبُولَشْ كِي أَنْرُوحْ لَمْسِيدْ ، أَنْبُولْ بَرْكْ فَالدَارْ "** كما أنه لا يبالي إذا ما عرفوا بذلك لأنه يعتبرهم يعانون من هذه الحالة مثله ولكن لا يريدون فقط إظهار ذلك أمامه فيقول **" رَاهُمْ قَاعْ هَكْذَا مَايْحَبُوشْ بَرْكْ إِبَيْنُو "** ويضيف قائلا **" وَاشْ رَاحْلِي المُهِمْ أَنْحَبْهُمْ وَايْحَبُونِي وَذْرْكَا كِي مْرَضْتْ رَاهُمْ قَاعْ يَسَقْسُو عَلِيَا "** نريد أن نعرف هل هم كثيرون أم قليلون فأجاب **" عَنْدِي بَزَّافْ وْلاَدْ حُومْتِ قَاعْ صْحَابِي "** وحسب ملاحظتنا له فهو صادق في تحدثه عن الأصدقاء ، لأن خفة روحه وضحكه الدائم يمكن أن يمتلك الكثير من الأصدقاء .

أما بخصوص المدرسة فيبدوا أنه يحبها كثيرا حيث يتحدث عنها بكل إفتخار قائلا **"حَبِيتْ نَقْرَا بَزَافْ بَاشْ نَخْرَجْ طْبِيبْ وَنَفْرَّحْ بَابَا وَيَمَا "** ، وعن معلمته يقول **" أَنْحَبْهَا خَطَرْشْ تْحَبْ تَفَهَمْنَا فِي لْقْرَيَا بَصَحْ تَحَبْ تَضْرَبْنَا ثَانِي وَانَا مَانْحَبَشْ تَضْرَبْنِي "** ويبدوا أن الحالة يحب مدرسته ، فعند الإقتراح عليه تغيير مدرسته رفض بشدة قائلا **" لاَلاَ أَنَا أَنْحَبْ نَقْعَدْ وِينْ رَانِي ذُرْكَا مَانْحَبَشْ أَنْبَدَلْ "** وسألناه عن السبب قال **" رَانِي مَوَالَفْ المَدْرَسَة أَنْتَاعِي وَنْحَبْهَا بَزَّافْ " .**

بدا لنا من خلال المقابلة أن الحالة (أ – ح) مرتاح إلينا رغم أنه يبدو خجلا، حيث استغرقت المقابلة معه حوالي 30 دقيقة ، وعند الانتهاء أخبرناه بأننا سوف نلتقي مرة ثانية وفيها يمكن أن نقدم له بعض الأسئلة في ورقة ويعمل على الإجابة عنها أين يمكن أن يجيب عنها بكل حرية دون إحراج ، وقد تقبل الأمر بكل بساطة.

عرض نتائج المقياس:

أجرينا المقياس على الحالة (أ – ح) في المقابلة الثانية والتي استغرقت من الوقت حوالي 20 دقيقة وهذا لكون الأسئلة التي يقرأها صعبة عليه للفهم فاضطررنا إلى توضيحها، وقد تحصل العميل على درجة 52% في مقياس تقدير الذات.

أما المقاييس الفرعية لتقدير الذات التي من خلالها تبين لنا مستوى تقدير الذات العامة فهي تظهر في الجدول التالي:

جدول رقم (05) يمثل المقاييس الفرعية لتقدير الذات

المقاييس	أرقام العبارات	الدرجات الكلية للمقياس
الذات العامة	0+0+1+1+1+0+0+0+1+1+0+0	05
الذات الاجتماعية	1+1+1+1	04
المنزل والوالدين	1+1+0+0+1+0	03
العمل أو المدرسة	1+0+0	01
		13

$$\text{درجة تقدير الذات} = \frac{\text{مج}}{\text{عدد البنود}} \times 100$$

$$= \frac{13}{25} \times 100 = \%52$$

ومنه للحالة تقدير متوسط للذات.

وهذا حسب ما استنتج من مجموع المقاييس الفرعية لتقدير الذات.

تحليل ومناقشة نتائج المقياس:

كانت في إجابة الحالة نوع من التردد والشك ومن خلال النتائج التي تظهر في الجدول نجد أنه تحصل على درجة 52% وبالتالي فتقديره لذاته متوسط، وهذا بناءا على النتائج المتحصل عليها في المقاييس الفرعية للاختبار، حيث له (05) من بين (12) في الذات العامة وهذا يعني أن الذات العامة منخفضة المستوى وهو يجيب في العبارة رقم (03) و(13) بـ**تنطبق**؛ هذا يدل على أنه لم يقبل نفسه كما هي بالعكس منه نجد الذات الاجتماعية مرتفعة جدا حيث تحصل على (04) من بين (04) وهذا يعني أنه اجتماعي جدا أما فيما يخص المنزل والوالدين وكذا المدرسة فقد تحصل على درجات منخفضة حيث الذات المنزلية تحصل على (03) من بين (06) ، أما في المدرسة فقد حصل على (01) من بين (03) وهذا لأنه يحب اللعب مع الأصدقاء أكثر من البقاء في المنزل ؛ أما بالنسبة للدراسة تدل نتائجه أنه يبالي بالدراسة .

تحليل عام للحالة ومناقشتها :

بعد المقابلة التي أجريناها مع الأم والحالة وكذا النتائج التي توصلنا إليها من خلال تطبيقنا لمقياس كوبر سميث توصلنا إلى أنه يمتاز بتقدير متوسط للذات والذي يقدر بحركاته الزائدة وحيويته وكذا حبه في اكتشاف كل ما هو جديد مما جعل منه طفلا محبوبا عند الكل سواء في المدرسة أو المنزل .

(أ- ح) طفل يدرك حاجات أسرته العادية من نوع السكن والراتب الشهري الضعيف مما جعله يقدر ذاته تقديرا متوسطا لأن ظروفه المنزلية لا تسمح له بالتصرف مثل بقية الأطفال مما جعله يشفق على والديه ويشجع نفسه على المثابرة والاجتهاد قائلا **" حَبِيتْ نَقْرَا بَزَافْ بَاشْ نْخْرَجْ طْبِيبْ وَنْفَرَحْ بَابَا وَيَمَا "** فهو يحاول أن يرضيهم دائما في الدراسة ليحقق لهم أمنيتهم المستقبلية والتي تتمثل في مهنة الطب ، فهو طفل طموح جدا رغم نتائجه المتوسطة وكذا واع جدا بالمسؤولية والقيم الاجتماعية حيث يقول **" يَمَا وَبَابَا يْتَعْبُو عْلِينَا بْزَافْ "** وكل ملامحه توحي نوعا ما بالحزن ؛ وأما علاقته في المدرسة تمتاز بالتماسك بمجرد التحدث عن الأصدقاء أشرق وجه الحالة وبدأ في الحديث دون توقف عنهم وحب اللعب معهم مما جعله يتغلب على حالته التي تسبب له حرجا في المنزل والمدرسة ونحن نعلم أن من مميزات الطفولة المتأخرة حسن وصلابة العلاقات الاجتماعية مع الأصدقاء حيث يقول العميل **" مَا نْحَسَشْ بَالوَقْتْ كِي نْكُونْ مَعَ صْحَابِي نَلْعَبْ "** ، وأيضا العلاقة بينهم تظهر في تساؤلهم عنه أثناء غيابه ، هذا بالإضافة إلى المدرسة التي يحبها كثيرا أين يظهر الشعور بالارتياح فيها والاشتياق عند الغياب عنها وبالتغاضي عن حالته فإن نموه الأخلاقي محكم وطريقته في التفكير حول الأسئلة التي تتعلق بالصواب والخطأ وفهمه للقوانين الاجتماعية جيدا.

إذن نستخلص من خلال نتائج المقابلة العيادية ومن نتائج المقياس لتقدير الذات أن الحالة له تقدير ذات متوسط وهذا راجع أولاً إلى علاقته الحسنة مع الأم التي يسودها نوع من التفهم والتقدير وضف إلى ذلك الأصدقاء الذين كانوا يترددون عليه أثناء غيابه عن المدرسة فهذه العوامل ساهمت في تميزه بتقدير متوسط للذات.

الحـــالـة الثـالثة :

تقديم الحالة :

الحالة (أ- ن) البــالغة من العمر عشر (10) سنوات ، تلميذة بالابتدائية ، مستـوى الخامسة (05) ابتدائي ، نتائجــها المدرسي جيدة ، تتميز بالذكاء وقلة الحركة ، تحتل المرتبة الثالثة في أسرتها المتكونة مـن خمسة (05) أطفـــال ؛ تعيش مع والديــها وهما ذو مستوى علمي عالى ، يعمل الأب كإطار في مؤسسة تربوية والأم ماكثة في البيت .

تعيش الأسرة في مسكن جماعي حديث على شكل عمـــارة واسعة ذات خمس (05) غرف وهو غير أجير ، المستوى المعيشي للأسرة متوسط .

ليس للحالة أي سوابق مرضية عضوية أو نفسية معروفة ، نفس الشيء بالنسبة لباقي أفراد أسرتها باستثناء الأب الذي يعاني من مرض الربو .

تعاني الحالة من اضطراب التبول اللاإرادي الليلي وهو مـن النوع الأولـي المستمر أجـريت لها جميع الفحوصات الطبية والتي أثبتت عدم وجود أي خلل يسبب هذه الحالة .

عرض وتحليل المقابلة:

أما فيما يخص السوابق المرضية للحالة فقد تبين لنا مـن خــلال مقابلتنا مع الجدة من الأب فإنها هي الوحيدة التي تعاني من هذا الاضطراب ؛ أما الحمل كان عادي ومرغوب فيه وكانت الفترة بدون حـوادث أو صدمــات ، الــولادة طبيعية تمت في المستشفى وكانت عسيرة بخلاف إخوتها الأخرين .

الرضاعة كانت طبيعية ، دامت عام ونصف ، أمــا النمــو النفســي الحركــي فهـو عـــادي كل شيء في أوانه ، لم تتعرض الحالة إلى أي مرض خطير أو انفصال عن العائلة أحيــانا أين تداول الذهاب إلى دار جدتها من الأم والبقاء معها .

تبدوا علاقة الأم مع الحالة علاقة يسدوها التوتر، فمن خلال المقــابلة التي أجرينـــاها مع الجــدة تبين لنا أن الأم تصرخ عليها وتضربها عندما تبول فـي الفــراش حيث تقـول الجدة **"أَنَا لِي أَنْقُولْهَا مَا تَعَيْطِيشْ عَلِيهَا ، كِي تَكْبَرْ تَتْخَلَى عَلَى الطْبِيعَة هَـذِ وَحَـدْهَا "** وعـند سؤالنا الحالة عن معاملة الأم لـها أجــابت قــائلة **" كِي أَنْبُولْ تْقُولِي مَانَغْسَلْشْ فْرَاشَكْ وَلاَ حْوَايْجَكْ ، كِي تْوَلِي مَلَقْرَايَةَ تَغْسْلِيهُمْ وَحْدَكْ بَاشْ هَاكْذَا مَا تْعَاوْدِهَاشْ "** .

تعاني الحالة من خوف كبير تجـاه أمـها ، خاصة عند تواجدها معها في دار جدها ، حيث تنهض العميلة خفية وتخفي ملابسها وفراشـها المبللين قبل أن تعرف الأم بذلك وتقول الحالة **" كِـي أَنْبُولْ تْقُولِ لِي الجَدَةْ خَلِيهُمْ أَنَـا نَغْسَلْهُـمْ وَمَـا تْقُولِيشْ قَاعْ لْيَمَكْ "** ، بخصوص الحالة اتضح لنا أنها تعاني من ضيق كبير وخاصة الوحيدة التي تعاني من هـذا الاضطراب ، فمن خـلال مقابلتنا مع الجدة أكدت لنا أن الحالة تبكي وتغضب بشدة لأن إخوتها ينادونها بـ**البوالة .**

أمـا الحالة فإنـها تقـول **" مَاشِي لاَفُوطْ أَنْتَاعِي أَنَا مَا نْحَسَشْ بْرُوحِي أَنْبُل ، غِير كِي أَنْوضْ أَصْبَاحْ لاَخَطَرْشْ رْقَادِي ثْقِيلْ "** وتنكـر تمـاما إزعـاج إخوتها لها في البيت وتقول **" مَا يْدِرُونْجَوْنِيشْ قَاعْ "** .

تظهر الحالة أنها قليلة الكلام والحركة وهي بذلك لا تملك كثيرا من الأصـدقاء حيث تقول **" عَنْدِي زُوجْ صَحَابَاتْ أَنْحَبْهُمْ بَزَّافْ وأَنا لِمَا نْخَـالَطْشْ بَزَّافْ "** وعـن أساتذتـها تقـول **" أَنْحَـبْ أَشِيخَة أَنْتَـاعْ الفْـرُنْسِي خَـاطَرْشْ تْقَصَرْ ، وَالشِيخَة أَنْتَاعْ العَرْبِيَة تْحَبْ تَضْرَبْ التَلاَمِيذْ أَنْتَاعْهَا "** .

مـن خـلال مقابلتنا للحالة استنتجـنا أنها قليلة الكـلام والحركة ولا تمتلك كثيرا من الأصدقاء ، فهي تتحدث عن صديقتين اثنتين فقط **حنـان وكـريمة** ولا تصاحبهما كثيرا ، أما الآخرين فلا تتحدث مع أحد سواءًا من أبناء الجيران والحـي أو مـن زملاء المدرسة حسب قولها **" عَنْدِي زُوجْ صَحَابَاتْ أَنْحَبْهُمْ وَأَنَا مَا نْخَالَطْهُمْشْ بَزَّافْ كريمة وحنان "** ، تبين لـنا أنها لا تحب الاندماج كثيرا مع الأصدقاء بسبب الخجل كما اننا عند عرضنا عليها أن نكـون أصدقـاء لـها قـالت بغرابة **" وَعْلاَشْ "** فقلنا لها **" خَاطَرْشْ أَنْحَبُوكْ وَنْحَبُوا نَهَدْرُو كِيفْ كِيفْ "**

أجـابت **" أَنَا مَاعَنْدِيشْ صْحَابْ أَنْتُمَا ثَانِي كِيمَا أَنَايَا "** فاستنتجـنا أن الحالة تريد أن يكون لها أصدقاء ولكن لا تعرف كيف السبيل إلى ذلك .

أما عن المدرسة فالحالة جد منضبطة تحب الدراسة والجـو المـدرسي فتقول **" نْحَبْ نَقْرَا وَنْجِيبْ نِقَاطْ مْلِيحَة "** وعن المناقشة بينـها وبين الزمـلاء قـالت **" كِي أَنْجِيبْ نِقَاطْ نْحَبْ الشِيخْ يَقْرَاهَا وَكِي نْجِيبْ نِقَاطْ مَـاشِي مْلِيحَة نَبْكِي وَنْحَسْ بَلِـي الذْرَارِي قَاعْ يَضْحْكُو عْلِيَا "** ، أمـا عـلاقتها مـع معلميـها فهي جيدة مع أستاذ اللغة الفرنسية أكثر من أستاذ اللغة العـربية وتؤكـد ذلك بقولها **" أَنْحَبْ الشيخ أَنْتَاعْ لْفْرُنْسِي خَاطَرْشْ إِقَصَرْ بَزّافْ وَأَنْتَاعْ العَرْبِية تْحَبْ تَضْرَبْ مَاعْلَبَلِيشْ وَعْلاَشْ "** .

عرض نتائج المقياس:

في المقابلة الثانية مع الحالة قمنا بتطبيق الاختبار، دامت فترة تطبيقه حوالي 22 دقيقة وهذا لوجود صعوبة في فهم البنود من طرف الحالة وقد دلت نتائج الاختبار أن الحالة (ا – ن) لها تقدير منخفض للذات وهذا بناء على ما تبين في النتائج حيث حصلت على نسبة 36% من مقياس تقدير الذات.

أما المقاييس الفرعية لتقدير الذات التي من خلالها تبين لنا مستوى تقدير الذات العامة فهي تظهر في الجدول التالي.

جدول رقم (06) يمثل المقاييس الفرعية لتقدير الذات

المقاييس	أرقام العبارات	الدرجات الكلية للمقياس
الذات العامة	1+0+1+0+0+1+1+0+0+1+0+1	05
الذات الاجتماعية	1+0+0+0	01
المنزل والوالدين	0+1+0+0+0+0	01
العمل أو المدرسة	1+0+1	02

$$\text{درجة تقدير الذات} = \frac{\text{مج}}{\text{عدد البنود}} \times 100$$

$$= \frac{09}{25} \times 100 = \%36$$

ومنه للحالة تقدير منخفض للذات.

وهذا حسب ما استنتج من مجموع المقاييس الفرعية لتقدير الذات.

تحليل و مناقشة نتائج المقياس:

كانت النتائج المتحصل عليها تؤكد على وجود تقدير منخفض للذات وهذا من خلال ما استنتجناه من المقاييس الفرعية لتقدير الذات، حيث تحصلت على درجة(05) من بين (12) في الذات العامة وهذا لأنها أجابت على خمس عبارات اختبار الذات العامة بـ**تنطبق** والأسئلة الأخرى بـ**لا تنطبق**. ومنها نجد العبارة رقم(03) التي تقول "**أود لو استطعت أن أغير أشياء في نفسي**"، كما أجابت على العبارة رقم (19) بـ**تنطبق** أين إذا ما بادرها شيء للقول تقوله، وبالتالي فذاتها العامة متوسطة، أما الذات الاجتماعية فهي منخفضة جدا حيث لها عبارة واحدة فقط موجبة وهي العبارة رقم(05). فيما يخص الذات المنزلية والمدرسية فنجد أن لها (01) من بين (06) وكذلك (02) من بين(03)، وهذا يدل على أن الحالة غير مرتاحة نفسيا في أسرتها ولا في مدرستها، حسب إجابتها على العبارة رقم(09) فقط بالموجبة، وباقي العبارات الأخرى فهي عبارات سالبة؛ كذلك المدرسة فهي تجيب على العبارة رقم(17) بالسالبة أين تشعر بالضيق من عملها غالبا.

تحليل عام للحالة:

من خلال المعطيات التي استنتجناها خلال المقابلة العيادية وكذا النتائج التي تحصلنا عليها من خلال مقياس تقدير الذات لكوبر سميث تبين لنا أن الحالة تعاني من تقدير ذات منخفض بنسبة 36% وهذا راجع إلى معاناتها من اضطراب التبول اللاإرادي ، .وهذا ما تأكد في المقياس من انخفاض الذات العامة وكذلك الذات المنزلية منخفضة جدا. والـتي تقـدر بقلة الحركــة والخجل في المدرسة أو المنزل .

(أ- ن) بنت لا تدرك مكانتها في الأسرة لأنها تتعرض للمضايقة وذلك ما تبين في ردود أفعال وتصرفات الأم بالمعاملة القاسية والتوبيخ هذا ما تبين في قول الجدة **"أَنَا لِي أَنْقُولْهَا مَا تَعَيْطِيشْ عَلِيهَا ، كِي تَكْبَرْ تَتْخَلَى عَلَى الطْبِيعَة هَـذِ وَحَـدْهَا "** وكذا تصريح الحالة **" كِي أَنْبُولْ تْقُولِي مَانَغْسَلْشْ فْرَاشَكْ وَلاَ حْوَايْجَكْ ، كِي تْوَلِي مَلَقْرَايةَ تَغْسْلِيهُمْ وَحْدَكْ بَاشْ هَاكْذَا مَا تْعَاوْدِهَاشْ "** وضف إلى ذلك إدراك الحالة بمعاناتها من التبول اللاإرادي وانزعاجها وتبرير ذلك في قولها **" مَاشِي لاَفُوطْ أَنْتَاعِي أَنَا مَا نْحَسَشْ بْرُوحِي أَنْبُل ، غِير كِي أَنْوضْ أَصْبَاحْ لاَخَطَرْشْ رْقَادِي ثْقِيلْ "** ، اما فيما يخص المدرسة والأصدقاء لا تملك أصدقاء كثر هذا يدل أنها ليست اجتماعية نوعا ما ولم تجد صعوبة في ذكر أسماء صديقاتها أين ظهر ذلك في تصريحها **" عَنْدِي زُوجْ صَحَابَاتْ أَنْحَبْهُمْ وَأَنَا مَا نْخَالَطْهُمْشْ بَزَّافْ كريمة وحنان "** .

نستخلص من خلال نتائج المقابلة العيادية ومن نتائج المقياس لتقدير الذات أن الحالة لها تقدير ذات منخفض وهذا راجع أولاً لمعاناتها من اضطراب التبول اللاإرادي والخجل وإحساسها بالنقص نتيجة المعاملة القاسية من طرف الأم ، فكل هذه العوامل أدت إلي تميزها بمستوي تقدير منخفض للذات عندها .

الحـــالـة الرابعـــة :

تقديم الحـــالة :

الحالة (ع- ش) البـــالغة من العمر إحدى عشرة (11) سنة ، تلميذة بالسنة الأولى متوسط نتائجـــها المدرسية متوسطة ، تحتل المرتبة الثالثة هي وأختها التوأم في أسرتها المتكونة مـن ستة (06) أفـــراد ؛ تعيش مع والديـــها وهما ذو مستوى تعليمي متوسط ، يمارس الأب مهنة حرة والأم تمارس مهنة كعون مصلحة في مؤسسة صحية .

تعيش الأسرة في مسكن جماعي حديث على شكل عمـــارة ذات ثلاث (03) غرف وهو غير أجير ، المستوى المعيشي للأسرة ضعيف .عرض وتحليل المقابلة:

من خلال المقابلة تبين لنا أن الحالة ليس له أي سوابق مرضية عضوية أو نفسية معروفة إلاّ آختها التوأم التي ولدت في صحة مضطربة ، نقص في الوزن وقلب مفتوح أين تعافت في سن دخول المدرسة في قولها **" أنا وأخت زدنا كيفكيف بصح أنا زدت مليحة واختي كانت ضعيفة وقلبها مفتوح اوبصح ذوركا برات كي دخلت اليكول "** أما باقي أفراد أسرتها في صحة جيدة .

تعاني الحالة من حالة التبول اللاإرادي الليلي وهو مـن النوع الأولـي المتقطع أجـريت لها جميع الفحوصات الطبية والتي أثبتت عدم وجود أي خلل من الجانب العضوي وذلك حسب الملف الطبي والتصوير الإشعاعي المعمق. .

و اضطراب التبول اللاإرادي بدأ عند الحالة في سن السادسة (06) اين اكتسبت سن النظافة في السنة الثالثة (03) وذلك حسب قول عمتها **" كي نحينلها ليكوش حبست ما تبولش في ثلث سنين بصح ولات كيكان عمرها ست سنين "** ؛ توقفت عن ذلك بعد عام واستمر ذلك إلى سن الثامنة أين عاودت من جديد ولا تزال لحد الآن وبفترات متفاوتة من مرتين إلى ثلاث مرات في الأسبوع وفي قليل من الأحيان أسبوع بأكمله وتتوقف أسبوع ، حسب قولها **" انبول مرتين حتى ثلث مرات في السمانة او ديفوا سمانة كومبلي انبول وانحبس سمانة " .**

أما الحمل كان عادي ومرغوب فيه ، وكانت الفترة صعبة بسبب التوأم ، الـولادة طبيعية تمت في المستشفى وكانت عسيرة.

الرضاعة كانت اصطناعية، دامت ثلاث سنوات، أمـا النمـو النفسـي الحركـي فهـو عـادي كل شيء في أوانه، لم تتعرض الحالة إلى أي مرض خطير أو انفصال عن العائلة أحيـانا أين تداول الذهاب إلى دار جدتها أو عمتها من الأب والبقاء معها .

تبدوا علاقة الأم مع الحالة علاقة توتر ، فمن خلال المقـابلة التي أجريناـاها مع العمة تبين لنا أن الأم تصرخ على الحالة وتضربها عندما تبول فـي الفـراش حيث تقول العمة **"أَنَا لِي أَنْقُولْهَا مَا تَعَيْطِيشْ عَلِيهَا ، كِي تَكْبَرْ تَتْخَلَى عَلَى الطْبِيعَة هَـذِ وَحَـدْهَا "** وعـند سؤالنا للحالة عن معاملة الأم لـها أجـابت قـائلة **" كِي أَنْبُولْ تْقُولِي أنتي موسخة انخليك تروحي هكذاك لليكول** ..... **بصح أنحب ماما بزاف "** .

تعاني الحالة من خوف كبير تجـاه أمـها ، ولكن تكن لها الحب وفي كل مرة تعاني من شيء تخبر أمها بذلك حسب قولها **" كي تقلقني حاجة نحكيها لماما ماعليش تضربني خاطرش في صلاحي ..... وانحبها بزاف ... بزاف "** إتضح لنا أن الحالة تعاني من ضيق كبير وخاصة أنها الوحيدة التي تعاني من هـذه الحـالة ، فمن خـلال مقابلتنا مع العمة أكدت لنا ان الحالة تبكي وتغضب بشدة لأن إخوتها ينادونها بـ**البوالة .**

أمـا الحالة فإنـها تقـول **" مَاشِي لاَفُوطْ أَنْتَاعِي أَنَا مَا نْحَسَشْ بْرُوحِي أَنْبُل ، غِير كِي أَنْوضْ أَصْبَاحْ نلقىْ فراشي مشمخ "** وتنكـر تمـاما إزعـاج إخوتها لها في البيت وتقول **" مَا يْدِرُونْجَوْنِيشْ قَاعْ "** .

تظهر الحالة أنها قليلة الكلام والحركة وهي بذلك لا تملك كثيرا من الأصـدقاء حيث تقول **" ماعَنْدِيش صَحَابَاتْ بَزَّافْ ..... "** وعـن أساتذتـها تقـول **" أَنْحَـبْ أَشِيوخَة انتاوعي "** مـن خـلال المقابلة استنتجنا أن الحالة قليلة الكـلام والحركة ولا تمتلك كثيرا من الأصدقاء ، فهي تتحدث عن صديقة واحدة فقط التي تجلس معها في القسم ، أما الآخرين فلا تتحدث مع أحد سواءًا من أبناء الجيران والحـي أو مـن زملاء المدرسة حسب قولها **" عَنْدِي صَحَبتي واحدة أَنْحَبْها وَأَنَا مَا نْخَالَطْش بَزَّافْ "** ، تبين لـنا أنها لا تحب الإندماج كثيرا مع الأصدقاء بسبب الخجل كما اننا عندما عرضنا عليها أن نكـون أصدقـاء لـها قـالت بغرابة **" وَعْلاَشْ "** فقلنا لها **" خَاطَرْشْ أَنْحَبُوكْ وَنْحَبُوا نَهَدْرُو كِيفْ كِيفْ "** أجـابت **" أَنَا مَاعَنْدِيشْ صْحَابْ ..... "** فاستنتجـنا أن الحالة تريد أن يكون لها أصدقاء ولكن لا تجد السبيل إلى ذلك .أما عن المدرسة فالحالة جد منضبطة تحب الدراسة والجـو المـدرسي فتقول **" نْحَبْ نَقْرَا وَ نِقَاطْ انتاوعي شوية "** .

عرض نتائج الاختبار:

في المقابلة الثانية مع الحالة قمنا بتطبيق المقياس، دامت فترة تطبيقه حوالي 20 دقيقة وقد دلت نتائج المقياس أن الحالة (ع – ش) لها تقدير متوسط للذات وهذا بناء على ما تبين في النتائج حيث حصل على نسبة 32% من مقياس تقدير الذات.

أما المقاييس الفرعية لتقدير الذات التي من خلالها تبين لنا مستوى تقدير الذات العامة فهي تظهر في الجدول التالي.

جدول رقم (07) يمثل المقاييس الفرعية لتقدير الذات

المقاييس	أرقام العبارات	الدرجات الكلية للمقياس
الذات العامة	0+0+1+0+0+1+1+1+0+0+0+0	04
الذات الاجتماعية	0+1+0+0	01
المنزل والوالدين	1+0+1+0+1+0	03
العمل أو المدرسة	0+0+0	00
		08

$$\text{درجة تقدير الذات} = \frac{\text{مج}}{\text{عدد البنود}} \times 100$$

$$= \frac{08}{25} \times 100 = \%32$$

ومنه للحالة تقدير منخفض للذات.

وهذا حسب ما استنتج من مجموع المقاييس الفرعية لتقدير الذات.

تحليل و مناقشة نتائج المقياس:

كانت النتائج المتحصل عليها تؤكد على وجود تقدير منخفض للذات وهذا من خلال ما استنتجنها من المقاييس الفرعية لتقدير الذات، حيث تحصلت على درجة (04) من بين (12) في الذات العامة، وهذا لأنها أجابت على أربع عبارات اختبار الذات العامة بـ**تنطبق** والأسئلة الأخرى بـ**لا تنطبق**. ومنها نجد العبارة رقم(03) التي تقول "**أود لو استطعت أن أغير أشياء في نفسي**"، كما أجابت على العبارة رقم (19) بـ**تنطبق** أين إذا ما بادرها شيء للقول تقوله، وبالتالي فذاتها العامة منخفضة ، والذات الاجتماعية فهي أيضا منخفضة جدا حيث لها عبارة واحدة فقط موجبة وهي العبارة رقم(05). فيما يخص الذات المنزلية فنجد أن لها (03) من بين (06) وكذلك الذات المدرسية (00) من بين (03)، وهذا يدل على أن الحالة غير مرتاحة نفسيا في أسرتها ولا في مدرستها، حسب إجابتها على العبارة رقم(09) فقط بالموجبة، وباقي العبارات الأخرى فهي عبارات سالبة؛ كذلك المدرسة فهي تجيب على العبارة رقم(17) بالسالبة أين تشعر بالضيق من عملها غالبا.

تحليل عام للحالة:

من خلال المعطيات التي استنتجناها خلال المقابلة العيادية وكذا النتائج التي تحصلنا عليها من خلال مقياس تقدير الذات لكوبر سميث تبين لنا أن الحالة تعاني من تقدير ذات منخفض بنسبة 32% وهذا راجع إلى معاناتها من اضطراب التبول اللاإرادي ، وكذا بسبب علاقتها مع أمها التي تتسم بالتوترويظهرهذا من خلال تصريحها **" كِي أَنْبُولْ تْقُولِي أنتي موسخة انخليك تروحي هكذاك لليكول** ...." ، وكذلك تصريح العمة في قولها **"أَنَا لِي أَنْقُولْهَا مَا تَعَيْطِيشْ عَلِيهَا ، كِي تَكْبَرْ تَتْخَلَى عَلَى الطْبِيعَة هَـذِ وَحَـدْهَا "** ، ورغم هذه المعاملة التي تتلقاها من الأم إلا أنها تكن لها كل الحب ويظهر ذلك في قولها **" كي تقلقني حاجة نحكيها الماما ماعليش تضربني خاطرش في صلاحي ..... وانحبها بزاف ... بزاف "** اتضح لنا أنها تعاني من ضيق كبير وخاصة الوحيدة التي تعاني من هـذا الاضطراب ، فمن خـلال المقابلة مع العمة أكدت لنا أنها تبكي وتغضب بشدة بسبب مناداتها بـ**البوالة** من طرف إخوتها .

نستخلص من خلال نتائج المقابلة العيادية ومن نتائج المقياس لتقدير الذات أن الحالة لها تقدير ذات منخفض وهذا راجع أولاً لمعاناتها من اضطراب التبول اللاإرادي وكذا المعاملة القاسية التي تتلقاها من طرف الأم ، فكل هذه العوامل أدت إلي تميزها بمستوي تقدير منخفض للذات عندها .

الحـــالـة الـــخامسة :

تقديـم الحـــــالة :

الحالة (أ– ص) البالغ من العمر عشر (10) سنوات ، تلميذ بالابتدائية مستوى الخامسة (05) أساسي ، نتـــائجه المـــدرسية ضعيفة جـدا ، يتميز بالخـجل وقلة التركيز ، يحتل المرتبة الأولى في أسرته المتكونة من فردين ، يعيش مع والـديه ، وهما ذو مستوى تعليمي متوسط ، حيث يعملان كممرضين في المستشفى .

تعيش الأسرة في مسكن فـردي حـديث علـى شكـل بيـت صغير ذات غرفتين وهو أجير المستوى المعيشي ضعيف .

ليس للحالة سوابق مرضية عضـــوية أو نفسية معـروفة ، نفس الشـــيء لبـاقي أفراد أسرته.

يعاني الحالة من حالة التبول اللاإرادي الليلي من النوع الأولي المتقطع ، أجـريت له جميع الفحوصات الطبية التي أثبتت عدم وجود أي خلل عضوي يسبب هذه الحالة .

عرض وتحليل المقابلة:

فيما يخص السوابق الشخصية والعائلية للحالة فقد إستنتجنا من خلال مقابلتنا مع الأم أن الحالة هو الوحيد الذي يعاني من هذا الإضطراب كما تبين لنا من الأم أنها عانت خـــلال فترة الحمل من عدة صدمات مثل الضرب من طرف زوجها وكذا التعب والانتفاخ ؛ الـــولادة تمت في المستشفى بطريقة قيصرية ، أما الرضاعة كانت طبيعية لمـدة ستة (06) أشهر أما الفطام فقد كان متأخرا في أربع (04) سنوات بطرقة تدريجية .

النمو الحسي الحركي عادي ، كل شيء في أوانه والتغذية جيدة ، لم يعـاني مـن أي مرض خطير واتضح من خلال المقابلة مع الأم أن علاقة الحالة مع أمه عـــلاقة وطيـدة ، حيث تأثر الحالة من الانفصال العائلي منذ ميلاده إلى بلوغه الثالثة من العمر بسبب عمل أمه كمناوبة في الليل ، ثم أدخل إلى دار الحضانة أين التحق بأمه وصار متمسك جـدا بـها عكـس أبيه الذي لا يذكره أبدا ويضربه كثيرا بسب عدوانيته ، وهذا مـا أكده لـنا الحـــالـة بقـوله **" مَا نْحَبَشْ بَابَا لاَخَطَرْشْ يَضْرَبْنِي وْمَاعْلاَبَالُوشْ بيَا وْمَاتْقُولْشْ رَانِـي وْلِيدُو قَـاعْ "** ويضيف قائلا **" أَنْحَبْ يَامَا بَزَّافْ خَطَرْشْ تْخَافْ عْلِيَا "** أمـا بخصوص هـذه الحـالة فـإنه يتجاهلها ويضفي على نفسه نوع من التستر والتهرب من الواقع .

أمــا عــن الأم فتقــول **" حَرْتْ فِيهْ إِيدِيرْهَا زْكَارَة ، خَاطَرْشْ كَايَنْ يَامَاتْ وِينء أَصْبَاحْ كِي إِنُــوضْ عَلى السَبْعَة بَـاش يْرُوح لَمْسِيدْ نَلْــقَاه مَا بَالءشْ بَصَحْ أَنْخَلِيهْ فَلْفْرَاشْ كِي أَنْوَلِي نَلْقَاهْ بَالْ ، أَنْقُولُو عْلاَهْ إِيقُولْ مَاشِي ضُرْكَ ، بُلْتْ فَاللِيلْ "** .

طبيعة الحــالــة كتوم جدا وكثير الملاحظة ، لــذلك فهــو لا يمتلك إلا صديقا واحـدا وهو غني حسب قول الحالة في المقابلة **" مَا عَنْدِيشْ صْحَابْ غِيرْ وَاحَدْ بَرْكْ نَلْعَبْ مْعَاهْ وَنْرُوحْ لْدَارْهُمْ وْيَدِينَا بَابَاهْ فَالطُمُوبِيلْ وْحَبيتْ بَابَا إِكُونْ هَاكْذَاكْ "** ، أما الأم فقد أخبرتنا بأنها تجده دائما في الفناء لا يلعب مع أحد في قولها **" نلقاه دايمن يلعب واحدوا في الساحة... "** ، وكم يفرح عندما تأتي إلى المدرسة لتأخذه حسب قولها **" إِيقُولْ لِي يَمَا حَبِيتْ أَجِي كُلْ يُومْ تديني لَدَارْ "** ، وأمــا المــدير والمعــلمة يقــولان أنه غير عادي مقارنة بالتلاميذ الأخرين .

عرض نتائج المقياس:

في المقابلة الثانية مع الحـــالــة قمنا بتطبيق المقياس، دامت فترة تطبيقه حوالي 25 دقيقة وقد دلت نتائج الاختبار أن (أ – ص) له تقدير منخفض للذات وهذا بناء على ما تبين في النتائج حيث حصل على نسبة 36% من مقياس تقدير الذات.

أما المقاييس الفرعية لتقدير الذات التي من خلالها تبين لنا مستوى تقدير الذات العامة فهي تظهر في الجدول التالي.

جدول رقم (08) يمثل المقاييس الفرعية لتقدير الذات

المقاييس	أرقام العبارات	الدرجات الكلية للمقياس
الذات العامة	1+0+1+0+0+1+1+0+0+1+0+1+0+0+0	05
الذات الاجتماعية	1+0+0+0	01
المنزل والوالدين	0+1+0+0+0+0	01
العمل أو المدرسة	1+0+1	02
		09

$$\text{درجة تقدير الذات} = \frac{\text{مج}}{\text{عدد البنود}} \times 100$$

$$= \frac{09}{25} \times 100 = 36\%$$

ومنه للحـــالــة تقدير منخفض للذات.

وهذا حسب ما استنتج من مجموع المقاييس الفرعية لتقدير الذات.

تحليل و مناقشة نتائج المقياس:

كانت النتائج المتحصل عليها تؤكد على وجود تقدير منخفض للذات وهذا من خلال ما استنتجناه من المقاييس الفرعية لتقدير الذات، حيث تحصل على درجة (05) من بين (12) في الذات العامة، وهذا لأنه أجاب على خمس عبارات اختبار الذات العامة بـ**تنطبق** والأسئلة الأخرى بـ**لا تنطبق**. ومنها نجد العبارة رقم(03) التي تقول "**أود لو استطعت أن أغير أشياء في نفسي**"، كما أجاب على العبارة رقم (19) بـ**تنطبق** أين إذا ما بادره شيء للقول يقوله، وبالتالي فذاته العامة متوسطة، أما الذات الاجتماعية فهي منخفضة جدا حيث له عبارة واحدة فقط موجبة وهي العبارة رقم (05). فيما يخص الذات المنزلية والمدرسية فنجد أن له (01) من بين (06) وكذلك (02) من بين(03)، وهذا يدل على أن الحـــالــة غير مرتاح نفسيا في أسرته ولا في مدرسته، حسب إجابته على العبارة رقم(09) فقط بالموجبة ، وباقي العبارات الأخرى فهي عبارات سالبة؛ كذلك المدرسة فهو يجيب على العبارة رقم (17) بالسالبة أين يشعر بالضيق من عمله غالبا.

تحليل عام للحالة:

من خلال المعطيات التي استنتجناها خلال المقابلة العيادية وكذا النتائج التي تحصلنا عليها من خلال مقياس تقدير الذات لكوبر سميث تبين لنا أن الحـــالــة يعاني من تقدير ذات منخفض بنسبة 36% وهذا راجع إلى معاناته من سوء المعاملة من طرف الأب في قوله " **مَا نْحَبَشْ بَابَا لاَخَطَرْشْ يَضْرَبْنِي وْمَاعْلاَبَالُوشْ بيَا وْمَاتْقُولْشْ رَانِــي وْلِيدُو قَــاعْ** " ويضيف قائلا " **أَنْحَبْ يَامَا بَزَّافْ خَطَرْشْ تْخَافْ عْلِيَا** " وهذا ما ظهر من خلال المقابلة ، ونجد كذلك انعدام التواصل الأبوي وكذا علاقته مع الأصدقاء التي تظهر بأنه ليس اجتماعي أين ظهر ذلك في تصريحه " **مَا عَنْدِيشْ صْحَابْ غِيرْ وَاحَدْ بَرْكْ نَلْعَبْ مْعَاهْ وَنْرُوحْ لْدَارْهُمْ وْيَدِينَا بَابَاهْ فَالطُمُوبِيلْ وْحَبيتْ بَابَا إِكُونْ هَاكْذَاكْ** " إضافة إلى قول أمه " **نلقاه دايمن يلعب واحدوا في الساحة...** " ، وكم يفرح عندما تأتي إلى المدرسة لتأخذه حسب قولها " **إِيقُولْ لِي يَمَا حَبِيتْ أَجِي كُلْ يُومْ تديني لَدَارْ** "

نستخلص من خلال نتائج المقابلة العيادية ومن نتائج المقياس لتقدير الذات أن الحـــالــة له تقدير ذات منخفض وهذا راجع إلى معاناته من اضطراب التبول اللاإرادي وكذا المعاملة القاسية التي يتلقاها من طرف الأب ، وهذه العوامل أدت إلى تميزه بتقدير ذات منخفض.

التحليل العام للحالات ومناقشتها:

لقد ارتكزت هذه الدراسة على الفرضية التي مفادها أن اضطراب التبول اللاإرادي يؤثر على تقدير الذات لدي أطفال الرحلة المتأخرة ،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 إلي سوء العلاقة مع العائلة التي تتميز بعدم التفهم لحالتهم ومواجهته بأسلوب قاسي الذي يصل في بعض الأحيان إلي حد العقاب البدني .فنجد الحالة (أ- ن) إلي 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 متقطع أي سبق وأن تمكنت من التحكم في مثانتها ثم عادت وفقدت هذه القدرة بسبب المعاملة القاسية التي تتلقاها من طرف أمها.

بناءا علي النتائج المتوصل إليها من خلال تطبيق مقياس كوبر سميث ل ليلي عبد الحميد للتعرف علي 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 للتبول اللاإرادي تأثير علي تقدير الذات لدي أطفال مرحلة الطفولة المتأخرة.

وهذا ما أكدته العديد من الدراسات والباحثين ونجد منها **دراسة الباحث وينر** (1982) (Weiner) : الذي بين في دراسته أن التبول اللاإرادي غالبا ما يقود إلى الانسحاب الاجتماعي والتقدير الواطي للذات - القلق – العدوان ؛ وضف إلى ذلك **دراسة روزنهان و سليجمان** (1984) (Rosenhan et Seligman) أين وضحا في دراستهما أن التبول اللاإرادي قد يقود إلى

سوء العلاقة بين الـوالدين والطفل من جهة ، وبين الطفل والأقران من جهة أخرى ويؤكدان كذلك أنها مشكلة تزداد تعقيدا بنتائجها الاجتماعية التي تعمل على خلق أرضية خصبة لمشكلات نفسية أكثر تعقيدا وأشد خطورة كالقلق والتقدير الواطي للذات والعدوان والمخاوف والانسحاب الاجتماعي. (سمية منصوري ، 1993) .

الخـــاتمـــة:

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 تمثلت موضوع دراستنا في الكشف عن مستوى تقدير الذات لدى الأطفال المتبولين لاإراديا في مرحلة الطفولة المتأخرة (9 – 12) سنة ومنه تم طرح التساؤل التالي : هل يعاني الطفل المتبول لا إراديا في مرحلة الطفولة المتأخرة (9 – 12 سنة) من مستوى تقدير الذات ؟ وكإجابة للتساؤل صيغنا الفرضية التالية يعاني الطفل المتبول لا إراديا في مرحلة الطفولة المتأخرة (9 – 12) سنة من تقدير منخفض للذات ؛ وباستعمال المنهج العيادي على مجموعة بحثنا قوامها خمس (05) حالات ، وبالاعتماد على تحليل المقابلة النصف موجهة ونتائج مقياس كوبر سميث لتقدير الذات توصلنا إلى تقبل فرضية دراستنا.

وهذه النتائج التي توصلنا إليها تفتح باب للبحث أكثر في هذا الموضوع خاصة في المجال النفسي الذي يبحث على الشمل بجميع معانات الطفل وحقوقه. وتكون على النحو التالي :

1- بناء برامج إرشادية موجهة للأطفال والأولياء معا تهدف إلى التعامل الجيد مع هذا الإضطراب.

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

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

صعوبات البحث:

يواجه الباحث أثناء القيام بالبحث في موضوع من المواضيع كثيرا من العقبات، لاسيما الباحث الذي يتناول موضوعا جديدا لم يتطرق إليه الكثير من الباحثين أمثاله بحيث يعاني من قلة الدراسات التي تناولت موضوع بحثه بالدراسة، وكذا طريقة معالجة هذا الموضوع.

لذلك حاولنا إثراء تقديمنا لبحثنا بالإطلاع على بعض الدراسات التي تخدم مشكلة بحثنا إلا أننا تلقينا صعوبات عديدة سواء في الجانب النظري أو التطبيقي.

1. قلة المراجع التي تخص اضطراب التبول اللاإرادي .
2. قلة الدراسات التي تناولت موضوع البحث.
3. صعوبة في إيجاد مجموعة البحث.
4. عدم توفر الجو الملائم لإجراء المقابلة وتطبيق المقياس.

النصـائــح والإرشـــادات:

من خلال ما تم التوصل إليه يمكن رسم بعض الاقتراحات التي من شأنها أن تقي أبنائنا وتخلصهم من مشكلة التبول اللاإرادي والتي يمكن إدراجها فيما يلي:

- عدم اللجوء إلى العلاج الطبي إلا في حالة ما إذا كان السبب وراء التبول اللاإرادي عضوي لأنه في حالة ما إذا كان نفسي وعولج بالعقاقير فستنتكس الحالة وتصبح أصعب من ذي قبل.
- تدريب الوالدين للطفل على ضبط مثانته ومراقبته مع الابتعاد عن الصرامة في التدريب والتحلي بالمرونة والتفهم.
- عدم التعجيل بتدريب الطفل على الإخراج دون مراعاة نضجه الفزيولوجي لأن ذلك يشعره بالعجز ويفقده ثقته بنفسه.
- تجنب أساليب المعاملة الوالدية غير السوية كأسلوب الحماية الزائدة والتسلط وتبني أسلوب المعاملة السوية.
- تعليم الطفل وإكسابه قدرة التعبير عن نفسه وعن مشاكله وانفعالاته.
- الابتعاد عن عقاب الطفل والتشهير به أو الاستهزاء والعمل على رفع ثقته بنفسه.
- ضرورة التأكد من أن السبب ليس عضوي.

قـائـمـــة المـراجـع

قـــائـــمـــة الـــمـــــراجـــــــع:

1- فاروق عبد الفتاح موسى ومحمد احمد الدسوقي (1981) " اختبار كوبر سميث لتقدير الذات " كلية التربية – جامعة الزقازق – مكتبة النهضة المصرية.

2- أنيقرو لمان – ترجمة سعيد حسني العزة (1999) " سيكولوجية الطفولة والمراهقة مشكلاتها واسبابها وطرق حلها " – عمان – الأردن .

3- حنان عبد الحميد العناني (2000) **" طرق دراسة الطفل "** – عمان - الطبعة الأولى .

مالك جرجس " مشاكل الصحة النفسية للأطفال " الدار العربية للكتاب (بدون سنة)

4- أحمد حامد الخطيب وحسن الطراونة.(2003)"التبول اللاإرادي أسبابه وطرق علاجه"، عمان ،الأردن دار الوائل،ط.1

5- رمزية الغريب (بدون سنة)"العلاقات الإنسانية في حياة الصغير ومشكلاته اليومية"، مكتبة الأنجلو مصرية.

6- رمضان محمد القذافي.(1997)"علم النفس النمو والمراهقة"،الإسكندرية،بدون طبعة.

4- سامي سلطي عريفج.(2000)"سيكولوجية النمو دراسة للأطفال ما قبل المدرسة"، دار الفكرللطباعة والنشر ،الطبعة الأولى.

7- السيد خير الله (1980)"علم النفس النظري النظرية والتطبيق"،دار النهضة العربية ،بيروت بدون طبعة.

8- عبد الحميد اللفاني (1993)"تثقيف الطفل منشأ المعارف"،الإسكندرية،بدون طبعة.

9- عبد الحميد محمد الشاذلي (2000-2001)"الصحية النفسية وسيكولوجية الشخصية" الإسكندرية ، بدون طبعة.

10- عبد الرحمن العيساوي .(بدون سنة)"البحث العلمي في الفكر الإسلامي والفكر الحديث" دار الراتب الجامعية.

9- عبد الرحمان محمد السيد.(1998)"دراسات في الصحة النفسية" دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع ،القاهرة،بدون طبعة.

11- عبد الفتاح دويدار.(1992)"سيكولوجية العلاقة بين مفهوم الذات والاتجاهات"، دار النهضة العربية للطباعة والنشر ، بيروت ، بدون طبعة.

12- عبد المنعم المليجي وحلمي المليجي.(1973)"النمو النفسي"، بيروت ، الطبعة الرابعة.

13- عماد عبد الرحمن الزغول.(2006)"الاضطرابات الانفعالية والسلوكية عند الأطفال" الأردن ، دار الشروق للنشر والتوزيع،ط.1

14- فيوليت فؤاد إبراهيم.(1998)"دراسات في سيكولوجية النمو"، مكتبة زهراء الشرق القاهرة بدون طبعة.

15- ليلى عبد الحميد عبد الحافظ.(1985)"كراسة التعليمات ،مقياس تقدير الذات للكبار والصغار" ، مكتبة النهضة المصرية ، القاهرة ، بدون طبعة.

15- مجدي عزيز إبراهيم.(1989)"مناهج البحث العلمي في العلوم التربوية والنفسية" القاهرة بدون طبعة.

16- محمد الشناوي وآخرون.(2001)"التنشئة الاجتماعية للطفل" ، دار الصفا للنشر والتوزيع ،عمان الأردن،الطبعة الأولى.

17- محمد سعيد فرح.(1993)"الطفولة والثقافة والمجتمع" ، الإسكندرية.

18- محمد سلامة ،ادم توفيق حداد.(1973) "علم النفس الطفل"، مديرية التكوين المهني،الطبعة الأولى.

19- يوسف مراد.(1958)"دراسات في التكامل النفسي" ، مصر ، الطبعة الأولى.

20- صالح محمد على أبو جادو.(2005)"سيكولوجية التنشئة الاجتماعية" ، عمان الأردن ، دار الميسرة للنشر و التوزيع،ط .6

21- فيصل محمد خير الزراد.(2000)"التبول اللاإرادي لدي الأطفال بيروت،لبنان ، دار النفائس للنشر والتوزيع،ط .2

22- مجدي أحمد عبد الله.(2005)"الاضطرابات النفسية للأطفال والأعراض والأسباب التشخيص والعلاج " ، مصر دار المعرفة الجامعية ، لم تذكر الطبعة.

23- بدرة معتصم ميموني .(2005)"الاضطرابات النفسية والعقلية عند الطفل والمراهق" الجزائر ، الديوان الوطني للمطبوعات الجامعية الطبعة الثانية.

24- حسن مصطفي عبد المعطي (2003) "منهج البحث الإكلينيكي"أسسه وتطبيقاته " ، مكتبة القاهرة الطبعة الأولى.

25- حسن منسي.(1998)"علم النفس الطفولة " ، الأردن الطبعة الأولى .

26- حنان عبد الحميد العناني(2000)"طرق دراسة الطفل " ، عمان ، الطبعة الأولى.

27- عبد العزيز القوصي.(1975)" أسس الصحة النفسية " – مكتبة النهضة المصرية – القاهرة – ط 1 –

28- معتز السيد عبد الله (2000) " بحوث في علم النفس الاجتماعي والشخصية "– المجلد الثاني – دار الغريب للطباعة والنشر – القاهرة.

29- محمد سلامة - أدم توفيق حداد (1973)" علم النفس الطفل "– مديرية التكوين المهني – الطبعة 1 –

30- ميشيل دبابنة – نبيل محفوظ (1998)" سيكولوجية الطفولة " – الأردن – بدون طبعة-

31- رمضان محمد القذافي (1997) " علم النفس النمو والمراهقة " – الإسكندرية – بدون طبعة.

32- محي الدين مختار (1992) " محاضرات في علم النفس الاجتماعي "– ديوان المطبوعات الجامعية – الجزائر – بدون طبعة- .

33- زكريا الشربيني (1994)" المشكلات النفسية عند الأطفال " – دار الفكر العربي – القاهرة - بدون طبعة –

34- أنيقرو لمان – ترجمة سعيد حسني العزة (1999)" سيكولوجية الطفولة والمراهقة مشكلاتها واسبابها وطرق حلها " – عمان – الأردن .

35- د. جمعة سيد يوسف :(2000) " الإضطرابات السلوكية وعلاجها " القاهرة.

36- كاملة فرح شعبان : (1999) " الصحة النفسية للطفل " دار الصفاء للنشر والتوزيع – عمان – الطبعة الأولى .

37- محمد أحمد الزغبي (2001): الأمراض النفسية والمشكلات السلوكية والدراسية عند الأطفال – دار زهران للنشر والتوزيع – اليمن – السعودية –

38- عبد الفتاح دويدار (1999): سيكولوجية العلاقة بين مفهوم الذات والاتجاهات – دار النهضة العربية – بيروت – بدون طبعة.

39- محمود السيد أبو النيل : (1996) " الأمراض السيكوسوماتية " المجلد الأول في الصحة النفسية - دار النهضة العربية بيروت – الطبعة الثانية .

40- محمود حمودة : (1991) " الطفولة والمراهقة المشكلات النفسية والعلاج " الإسكندرية – بدون طبعة .

الـــرســائـــــل:

41- جويدة أولبصير.(1995) :المهارات الاجتماعية وأثرها في ظهور السلوك الجانح،رسالة ماجيستر في علم النفس العيادي،الجزائر.

42- سمية منصوري.(1992-1993):الكفالة النفسية للأطفال المتبولين لاإراديا باستخدام العلاج المعرفي السلوكي،ماجستير في علم النفس العيادي،جامعة الجزائر.

43- العيزوزي ربيع (2001) " علاقة التحكم وتقدير الذات بأصل الإعاقة الحركية السفلى " دراسة مقارنة بين ذوي الإعاقة المكتسبة وذوي الإعاقة الخلقية عند الراشدين – رسالة ماجيستر في علم النفس الاجتماعي.

القـــوامـيس:

44- الجمعية المصرية للدراسات النفسية (1987).

45- قاموس ابن منظور لسان العرب(1997) - دار الصفاء للطباعة والنشر-الطبعة 06-.

المـراجـــع باللـغـة الأجـنـبيـــة :

46- AJURIAGUIRA « manuel de psychiatrie de l’enfant » èdition P.U.F (1975) .

47- DUCHE « énurisie » édion P.U.F paris (1968) .

48- DUCHE « psychiatrie de l'enfant » P.U.F. (1974) ..

49- MICHELE SOULE « troite de psychiatrie de l'enfant et de la doless- ent » 1ere édition (1985) .

50- MOHAMED MEHDI KHADIVI – ZAND « l'image de soi et les reactions a la frustruction chez les bonne et les mouvais éleves » thése de doctora . paris (1979) .

المـواقـــع الإلـكتـرونـيـــة :

www.babib.com

www.alriyadh.com

www.sshha.com

قائمة الملاحق

ملحق رقم (01)

دليل المقابلة النصف الموجهة

الجزء الأول:

ا-**المعلومات الشخصية:**

- الاسم: - الجنس:

- السن:

- المستوى التعليمي:[أمي ، ابتدائي ، متوسط ، ثانوي].

- المهنة:

ب- السوابق المرضية:

- سوابق جراحية.

- حالات مرضية عصبية: نفسية[اكتئاب ، قلق ، محاولات انتحار]

- سوابق مرضية عضوية [أمراض معدية ، وراثية]

ج- السوابق العائلية:

1- الوالدين:

- الحالة الصحية لكل منهما

- العلاقة بين الوالدين [جيدة، سيئة]

- حالات الوفاة

- الطلاق

2- المستوي الاجتماعي: و تم تحديده من خلال:

- نوعية السكن:[عمارة واسعة، عمارة ضيقة، سكن تقليدي، فيلا، بدون سكن]

3- الإخوة :

- ترتيبك في العائلة

- عدد الإخوة

- الحالة الصحية للإخوة

4- العلاقة مع العائلة: [جيدة جدا، جيدة، متوسطة، سيئة، سيئة جدا]

5- معلومات عن الشخصية و التوافق الاجتماعي:

- سمات الشخصية: انطوائي، انبساطي

- العلاقات مع الآخرين:

أ- الجنس الذكر: متوسطة ، جيدة ، ضعيفة.

ب- الجنس أنثي: متوسطة ، جيدة ، ضعيفة.

ج- الأصدقاء: متوسطة ، جيدة ، ضعيفة.

د- الأقارب

- **المرض والحياة الاجتماعية:**

- ما تأثير اضطراب التبول على مستقبلك ؟

- هل يزعجك علم الآخرين بحالتك؟

- هل تشعر بالضيق عندما تتحدث عن اضطراب التبول أمام الآخرين؟

<u>الجزء الثاني</u>: الوقائع النفسية- المعرفية.

- هل أنت راض عن حياتك؟ غير راضي كثيرا،غير راضي- نوعا ما، راضي - راضي جدا

- ما هو تصورك عن نفسك و أنت تعاني من اضطراب التبول ؟ جيد، مقبول، غير مقبول متوسط ، سيئ؟

- هل الأشياء تسير علي النحو الذي تريده ؟

- إطلاقا ، نادرا، نوعا ما ، إلي حد ما

- هل تثق بقدراتك الذاتية ؟ [نادرا ، غالبا ، دائما]

<u>ملحق رقم (01)</u>

<u>مقياس كوبر سميث</u>

الصورة الخاصة بالمدرسة

ترجمة

الدكتورة ليلي عبد الحميد عبد الحافظ

من فضلك دون:

الاسم:..... العمر:.....

اسم المدرسة:..... الجنس:.....

الصنف:..... التاريخ:.....

تعليمات:

فيما يلي مجموعة من العبارات تتعلق بمشاعرك، إذا كانت العبارة تصف ما تشعر به عادة ضع علامة " x " داخل المربع في خانة " ينطبق " إذا كانت العبارة لا تصف ما تشعر به فضع العلامة " x " داخل المربع في خانة " لا ينطبق".

ليست هناك إجابات صحيحة وأخري خاطئة، وإنما الإجابة الصحيحة هي التي تعبر بها عن شعورك الحقيقي.

رقم	العبارات	ينطبق	لا ينطبق
01	لا تضايقني الأشياء عادة		
02	أجد من الصعب علي أن أتحدث أمام مجموعة من الناس		

03	أود لو استطعت أن أغير أشياء في نفسي		
04	لا أجد صعوبة في اتخاذ قراراتي		
05	يسعد الآخرون بوجودهم معي		
06	أتضايق بسرعة في المنزل		
07	احتاج لوقت طويل لكي اعتاد علي الأشياء الجديدة		
08	أنا محبوب بين أشخاص من نفس سني		
09	تراعي عائلتي مشاعري عادة		
10	استسلم بسهولة		
11	تتوقع عائلتي مني الكثير		
12	من الصعب جدا أن أظل كما أنا		
13	تختلط الأشياء كلها في حياتي		
14	يتبع الناس أفكاري عادة		
15	لا اقدر نفسي حق تقديرها		
16	أود كثيرا لو اترك المنزل		
17	اشعر بالضيق من عملي غالبا		
18	مظهري ليس وجيها مثل معظم الناس		
19	إذا كان عندي شيء أقوله فأقوله عادة		
20	تفهمني عائلتي		
21	معظم الناس محبوبون أكثر مني		
22	اشعر عادة كما لو كانت عائلتي تدفعني لعمل الأشياء		
23	لا القي تشجيع عادة في ما أقوم به من الأعمال		
24	ارغب كثيرا أن أكون شخصا آخر		
25	لا يمكن للآخرين الاعتماد علي		