المكايدة الأسرية وتقدير الذات بوصفهما منبئين بالخجل لدى عينة من الأطفال المصابين بالتبول الليلي اللاإرادي[1]

د/ منار محمد عكاشة محمد [2]

مدرس علم النفس الإكلينيكي

كلية الآداب – جامعة القاهرة

ملخص

هدف البحث الحالي إلى الكشف عن دور كل من المكايدة الأسرية وتقدير الذات في التنبؤ بالخجل لدى عينة من الأطفال المصابين بالتبول الليلي اللاإرادي. تكونت العينة من (٦٠) طفلًا وطفلة (٣٠ من الذكور، و ٣٠ من الإناث)، من المشخصين بالتبول الليلي اللاإرادي، ممن تراوح المدى العمري لهم (٨–١٢) سنة، بمتوسط عمر (١٠,١٧ ± ١,٥٣) سنة للذكور، ومتوسط عمر (١٠,٢٣ ± ١,٤٣) سنة للإناث. تضمنت أدوات البحث الحالي المقابلة المبدئية لجمع البيانات الأساسية، واختبار الفهم من مقياس وكسلر للذكاء– الطبعة الرابعة من إعداد وتقنين عبد الرقيب البحيري، ومقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي (إعداد عبد العزيز الشخص)، ومقياس المكايدة الأسرية (إعداد الباحثة)، ومقياس تقدير الذات (إعداد كوبر سميث CooperSmith، ترجمة وتعديل الباحثة)، ومقياس الخجل (إعداد كروزير Crozier,1995، ترجمة وتعديل الباحثة). أظهرت النتائج وجود ارتباط موجب بين مكايدة الأشقاء والدرجة الكلية للخجل ومكونيه الانفعالي والسلوكي لدى الذكور. كما تبين وجود ارتباط سالب بين الدرجة الكلية لتقدير الذات (ومكونيه تقدير الذات الاجتماعي وتقدير الذات المنزلي) والدرجة الكلية للخجل ومكونه السلوكي فقط، أما تقدير الذات المدرسي؛ فقد تبين ارتباطه سلبيًا بالدرجة الكلية للخجل ومكونيه لدى الذكور، أما فيما يتعلق بالإناث، فقد تبين وجود ارتباط سالب بين تقدير الذات الاجتماعي والدرجة الكلية للخجل ومكونه السلوكي فقط، ووجود ارتباط سالب بين تقدير الذات المدرسي والدرجة الكلية للخجل ومكونيه. كما اتضح أن أكثر المتغيرات المنبئة بمتغير الخجل لدى الذكور هو مكايدة الأشقاء، وتقدير الذات

[1] تم استلام البحث في ٢٠٢٥/٦/٢٧ وتقرر صلاحيته للنشر في ١٤/ ٨ / ٢٠٢٥

[2] ت: ٠١٠٢٧٠٧٨٢٩ **Email: manarokasha2022@gmail.com**

الاجتماعي، في حين كانت أكثر المتغيرات المنبئة بمتغير الخجل لدى الإناث هي تقدير الذات المدرسي، وتقدير الذات الاجتماعي. كذلك، تبين أن الذكور أكثر تعرضًا لمكايدة الآباء، وأن الإناث أكثر خجلًا من الذكور خاصة من الناحية الانفعالية.

الكلمات المفتاحية: مكايدة أسرية – تقدير الذات – خجل – تبول ليلي لاإرادي.

مقدمة

هدف البحث الحالي[1] إلى الكشف عن دور كل من المكايدة الأسرية[2] وتقدير الذات[3] في التنبؤ بالخجل[4] لدى عينة من الأطفال المصابين بالتبول الليلي اللاإرادي[5].

يعتبر التبول الليلي اللاإرادي اضطرابًا شائعًا يصيب الأطفال، ويرتبط بعدم القدرة على التحكم في المثانة، وهو أمر متوقع بناءً على عمر الطفل أو مرحلة نموه، ويؤثر على حياة كل من الأطفال وأولياء أمورهم بسبب العبء الذي يفرضه عليهم في الحياة اليومية (Tonkaz et al.,2023; Kilicoglu et al., 2014). وتشمل الصعوبات التي تواجهها عملية العلاج الإحباط والخجل الذي يشعر به الطفل بعد كل نوبة تبول لاإرادي، والاستيقاظ بشكل متكرر أو إيقاظه من قِبل أحد أفراد الأسرة أثناء الليل من أجل تحقيق الجفاف الليلي، والاستجابة المتأخرة للعلاج رغم الالتزام بالنصائح المهنية، وفي وجود هذه الصعوبات، يمكن أن تتفاقم كل نوبة سلس البول إلى أزمة لا يمكن السيطرة عليها داخل الأسرة ويمكن أن تؤثر على الوالدين (Hadir et al.,2023).

ويتنشر التبول اللاإرادي في مجموعة متنوعة من البلاد الأوروبية والإفريقية والآسيوية، وكذلك في الولايات المتحدة، ويبلغ معدل انتشار التبول اللاإرادي (٥% –١٠%) بين الأطفال بعمر خمس سنوات، و(٣% –٥%) بين الأطفال بعمر عشر سنوات، وحوالي (١%) بين الأفراد الذين تبلغ أعمارهم ١٥ سنة أو أكثر (American Psychiatric Association,2013,357). ويُلاحظ أن

---

[1] يتبنى البحث الحالى ترجمة المكايدة وليس التنمر، حيث أن هذا المصطلح اعتمده مجمع اللغة العربية كبديل للتنمر، فقد ورد ذكره في القرآن الكريم في عدة آيات " ﴿ قَالَ يَا بُنَيَّ لَا تَقْصُصْ رُؤْيَاكَ عَلَىٰ إِخْوَتِكَ فَيَكِيدُوا لَكَ كَيْدًا ۖ إِنَّ الشَّيْطَانَ لِلْإِنسَانِ عَدُوٌّ مُّبِينٌ﴾ {سورة يوسف الآية رقم ٥}، و "إِنَّهُمْ يَكِيدُونَ كَيْدًا ﴿١٥﴾ وَأَكِيدُ كَيْدًا ﴿١٦﴾ فَمَهِّلِ الْكَافِرِينَ أَمْهِلْهُمْ رُوَيْدًا ﴿١٧﴾ {سورة الطارق} صدق الله العظيم.

[2] Family Bullying.

[3] Self – Esteem.

[4] Shyness.

[5] Nocturnal Enuresis.

التبـول الليلـي الـلاإرادي أكثـر شـيوعًا بـثلاث مـرات مـن التبـول النهـاري (Al-Zaben &Sehlo,2015)، كمـا أنـه أكثـر شـيوعًا لـدى الـذكور (American Psychiatric Association,2013,357). وينتشر التبول الليلي الأولي بحوالي (٢٠%) من الأطفال في سن خمس سنوات، ومع ذلك، اختلفت معدلات الانتشار في جميع أنحاء العالم بسبب الاختلافات الاجتماعية والديموجرافية والمنهجية في الدراسات، فمن خلال دراسة أجريت في اسطنبول بتركيا، تبين أن (١٦,٢%) من (٤٥٠) طفلاً ممن تراوحت أعمارهم بين (٥ و ١٣) عامًا مصابون بالتبول اللاإرادي (Durmaz et al.,2017)، كما أن التبول اللاإرادي أكثر انتشارًا بين العائلات التي لديها تاريخ من التبول اللاإرادي، والعائلات ذات المستويات الاجتماعية والاقتصادية والتعليمية المنخفضة (Hadir et al.,2023)، وقد تبين من دراسة دياز وآخرين (2021) ,.Díaz et al لدى عينة من أطفال المدارس الابتدائية والثانوية في أستوريا أعمار (٦ و١٠ و١٣ عامًا) أن إجمالي عدد الأطفال الذين تبولوا في الفراش (١٠٢) طفلًا (٥,٥٢%)، وهو ما يتوافق مع معدل انتشاره لديهم (٢,٨٢%) وفقًا للدليل التشخيصي والإحصائي الخامس، وكان أكثر شيوعًا لدى الذكور منه لدى الإناث (٢,٨: ١)، مع انتشار النوع الأولي (٨١,٢%). وفي دراسة بريطانية كبيرة، أوضح آباء الأطفال في عمر سبع سنوات أن (٧,٨%) يعانون من التبول اللاإرادي أثناء النهار، و(١٥,٥%) يعانون من التبول الليلي اللاإرادي، كما تبين من دراسة أخرى أن التبول اللاإرادي أثناء النهار أكثر شيوعًا لدى الإناث منه لدى الذكور (Shoham,2021).

وقد أوضحت الدراسات أن انتشار التبول الليلي اللاإرادي عند الأطفال في سن الخامسة بلغ معدل انتشاره (٢٠%)، وينخفض إلى (٦%) عند الأطفال الذين تبلغ أعمارهم (١١) عامًا. ومع ذلك، وجد الباحثون أن توقعات الأسرة فيما يتعلق بتحمل المسئولية، ومهارات ضبط النفس تزداد مع تقدم الطفل في العمر، وهذا الموقف يزيد من الضغط على الطفل، ويُعتقد أن زيادة الضغوط مع تقدم العمر تؤدي إلى نتائج غير مواتية لصورة الطفل الذاتية وتطوره الاجتماعي (Kilicoglu et al., 2014)، كما أن الغسيل الإضافي، والتكلفة، والرائحة، وإسناد الوالدين لأسباب التبول اللاإرادي إلى عوامل يمكن التحكم فيها (خاصة سلوك الطفل) يسبب الشعور بالإزعاج، وبالتالي الإجراءات العقابية من جانب الوالدين، مما يؤدي إلى معاقبة الأطفال المصابين بالتبول اللاإرادي بشكل متكرر. وقد وجد أن ما يصل إلى ثلث الآباء والأمهات يعاقبون أطفالهم على التبول اللاإرادي، وقد يؤدي ذلك إلى زيادة شدة المشكلة ويكون له تأثير نفسي سلبي على الأطفال المصابين بالتبول اللاإرادي (Kilicoglu et al., 2014; Al-Zaben &Sehlo, 2015).

مشكلة الدراسة:

نالت قضية المكايدة اهتمامًا كبيرًا بسبب انتشارها وآثارها قصيرة وطويلة المدى التي تلحقها بالمتضررين بشكل مباشر، وتوصف المكايدة بأنها إساءة متعمدة للموقف يفرضها فرد على فرد آخر أو مجموعة تتسم باختلال في القوة مع وجود هدف من الإيذاء وتكرار نوع الانتهاك، وقد تمت دراسة المكايدة من حيث أشكاله وأسبابه وآثاره (توفيق وطه والحديبي، ٢٠٢١ أ؛ عطية والنجار، ٢٠٢٢؛ Mawlod et al.,2024).

واختلفت إحصاءات ومعدلات انتشار المكايدة في العائلات بشكل كبير نتيجة للتناقضات في الدراسات السابقة من حيث تعريف المكايدة أو العدوان أو العنف أو الصراع، بالإضافة إلى أنه غالبًا ما تُستخدم هذه المصطلحات بالتبادل (Delara,2020)، ووفقًا لليونيسف، يتعرض ما بين (١٣% و٦١%) من الأطفال حول العالم للمكايدة الجسدية، ويتعرض ما بين (٢٠% و٦٠%) للمكايدة الانفعالية أو النفسية؛ ويتعرض ما بين (٣% و٣٦%) للمكايدة الجنسية، أما المكايدة الرقمية، فإنه يزداد مع استخدام الإنترنت، ولكن لا يوجد معدل واضح (Varlık,2024).

وقد تحدث المكايدة من قِبل أفراد الأسرة، أو الأقران في المدرسة، أو غيرهم من أفراد المجتمع، ومن خلال الاطلاع على الإنتاج البحثي، تم العثور على إشارتين فقط إلى مكايدة الوالدين على وجه التحديد، حيث وصف بعض الباحثين مكايدة الوالدين بأنها عبارة عن التجنب والسخرية وإلقاء اللوم بشكل غير لائق، وفي دراسة ديلارا عام ٢٠١٦، ذكر (٢٣%) من المشاركين أنهم تعرضوا للمكايدة من قبل الوالدين من خلال السخرية والتحقير والشتائم، وقد أشارت دراسة مبكرة أجراها بعض الباحثين عام ١٩٩١ إلى أن (٦٣%) من الآباء في الولايات المتحدة أقروا بإهانة أطفالهم الذين تقل أعمارهم عن (١٨) عامًا وشتمهم، كما توصل آخرون عام ٢٠٠٣ إلى أن ما يزيد عن (٩٠%) من الآباء في الولايات المتحدة أقروا باستخدام شكل واحد أو أكثر من أشكال العدوان النفسي بانتظام، وتحديدًا تسمية أطفالهم بأسماء مهينة (Delara,2020).

أما فيما يتعلق بالأشقاء، فالمكايدة بين الأشقاء حادث شائع في مرحلة الطفولة والمراهقة داخل الأسر في جميع أنحاء العالم. وفقًا لدراسة منهجية، يتعرض ما يقرب من (٥٠%) من الأطفال للمكايدة بين الأشقاء كل شهر، ويتعرض (١٦-٢٠%) منهم للمكايدة بين الأشقاء عدة مرات في الأسبوع، وعلى الرغم من أن الآباء أو الباحثين يعتبرون عادةً المكايدة بين الأشقاء ظاهرة طبيعية أو غير ضارة، إلا أن هناك أدلة كافية تدعم أن المكايدة بين الأشقاء يمكن أن تتنبأ بعدد من المشكلات الداخلية والخارجية في مرحلة الطفولة أو مرحلة المراهقة، والتي تشمل الاكتئاب والقلق وسلوك إيذاء

الذات وحتى الانتحار (Wolke et al., 2015,7; Qing et al.,2022). وقد تبين من مراجعة بعض الدراسات أن ما يصل إلى (٥٠%) منهم كانوا متورطين في المكايدة مرة واحدة على الأقل شهريًا، كذلك، أجرى بعض الباحثين مقابلات مع (٢٧) زوجًا من الأشقاء، وحددوا من رواياتهم أن (٧٨%) منهم تعرضوا للمكايدة (Delara,2020). وتراوحت تقديرات انتشار المكايدة بين الأشقاء من (١٥% إلى ٥٠%) للوقوع ضحية، ويمكن أن تبدأ المكايدة بين الأشقاء لدى الأطفال الصغار (الذين تراوحت أعمارهم عادةً بين سنتين وخمس سنوات)، وهو شائع بين سن ست وتسع سنوات، ويمكن أن تنطوي المكايدة بين الأشقاء على مكايدة ثنائية الاتجاه بين الأشقاء، حيث يكون كلا الطرفين مكايدًا وضحية، وقد وُجد أن الخصائص الهيكلية للأسرة (مثل ترتيب الميلاد، وعدد الأشقاء، ونوع الطفل) هي أقوى المؤشرات على انخراط الأشقاء في المكايدة، كما يمكن أن تكون المكايدة أكثر احتمالية بين الأشقاء المتقاربين في العمر (Hoetger et al., 2015; Royal Australian College of General Practioners,2022,154)، وقد توصلت ديلارا (Delara (2020 إلى أن المكايدة الأسرية في مرحلة الطفولة تؤدي إلى تدني تقدير الذات، والشعور بالخجل، واضطرابات الأكل، والمشكلات السلوكية ومشكلات العلاقات.

ولا يُفصح عديد من الأطفال عن تعرضهم للمكايدة من قِبل أولياء أمورهم لعدة أسباب، منها الشعور بالخجل الشديد من التحدث عن تجاربهم وعدم الثقة بقدرة الكبار على مساعدتهم (Sawyer et al.,2011)، ويمكن أن يُسبب تعرض الأطفال للمكايدة المتكررة القلق، والاكتئاب، وانخفاض تقدير الذات وانخفاض التحصيل الدراسي (زيدان، ٢٠٢١؛ قاسم، ٢٠٢٢؛ Calafati,2013; Beliz,2016 ,6; Cook, 2010; Al-Habies, 2021; Ahmed et al., 2022; Lefta,2023; Mustofa et al., 2023; Varlık,2024). وعند النظر إلى المكايدة بين الأشقاء بشكل عام بغض النظر عن الدور، أوضح بعض الدراسات أن المكايدة بين الأشقاء تحدث بشكل أكثر تكرارًا من المكايدة بين الأقران (Brett et al.,2023).

ومع تطور مفهوم الذات، يبدأ الأطفال في الشعور بالذات في سن الثانية حتى يحصلون على مفهوم ذاتي أكثر استقرارًا، وخلال هذا التطور، في حوالي سن الثالثة، يبدأ الأطفال في تطوير القدرة على تقييم الذات فيما يتعلق بالاختلافات بينهم وبين الأطفال الآخرين وفهم الأخلاق والمعايير الاجتماعية، كما يُعتقد أن الأطفال يبدأون في الشعور بالخجل فقط عندما يصلون إلى القدرة المعرفية لفهم أنفسهم كأشياء للتأمل ويكون لديهم نضج اجتماعي لفهم وتطبيق الحوارات الاجتماعية وقواعد السلوك. وجدت دراسة طولية متسلسلة أجراها عالمان أن العار يتراجع من مرحلة المراهقة إلى منتصف مرحلة البلوغ، ليصل إلى أدنى نقطة حول سن ٥٠ عامًا، ثم يكبر، وهذا الاختلاف له تأثير

على تقدير الذات (Budiarto&Helmi,2021).

وقد وجد جيلبرت وبروكتر Gilbert&Procter (2006) أن انخفاض تقدير الذات يزيد من تعرض الفرد لظروف المزاج السلبية مثل الخجل. وبالمثل، افترض باحثون آخرون أن المستويات العالية من الخجل ترتبط بانخفاض تقدير الذات بسبب العيوب والنقائص الناشئة عن تجارب الخجل التي تعكس انخفاض تقدير الذات، كما أشارت الأبحاث التي أجريت على الخجل إلى ارتباطه المرتفع بانخفاض تقدير الذات، وقد تساهم الشكوك حول قدرة المرء على المساهمة بشكل فعال في اللقاءات الاجتماعية والاعتقاد بأنه سيخضع لتقييم سلبي من قبل الآخرين في السلوك المثبط والقلق الاجتماعي الذي يميز الخجل؛ وقد يؤدي الانسحاب الاجتماعي والسلوكيات الدفاعية المرتبطة بالتقييمات الذاتية السلبية بدورها إلى انخفاض تقدير الذات أو تشكيل بيئة اجتماعية توفر فرصًا قليلة للتجارب المجزية أو تعزز الثقة بالنفس (Crozier,1995; Hancock, 2008).

وقد أظهرت العديد من الدراسات أن معظم الأطفال الذين يعانون من سلس البول يظهرون اضطرابات نفسية، مما يعرض تقديرهم لذاتهم للخطر (Mota,2020)، كما يعانون من القلق والشعور بالذنب وعدم الرغبة في الذهاب للمدرسة، مما يؤثر على أدائهم المدرسي (Sirimongkolchaiyakul et al.,2025).

كما أظهرت الدراسات الوبائية أن (٢٠-٣٠%) من الأطفال الذين يعانون من التبول اللاإرادي الليلي يعانون من مشكلات سلوكية، وهي أعلى بمقدار (٢-٤) مرات من تلك الموجودة لدى الأطفال الذين لا يتبولون. أضف إلى ذلك، فإن معدل المشكلات السلوكية لدى الأطفال الذين يعانون من التبول الليلي اللاإرادي قابل للمقارنة بمعدل المشاكل النفسية الاجتماعية لدى مجموعات الأمراض المزمنة الأخرى لدى الأطفال، حيث يؤثر التبول الليلي اللاإرادي الأولي سلبًا على الحالة الوجدانية للطفل، وعلاقاته الاجتماعية، وتقديره لذاته، والأنشطة اليومية، وقدرات الطفل على مغادرة المنزل مع الأسرة والأصدقاء والأقارب. كما أن هؤلاء الأطفال دائمًا تحت الضغط في المجتمع لأنهم يشعرون بالخجل ويحاولون إخفاء الاضطراب، كما يرتبط التبول الليلي اللاإرادي بعدم الراحة، ويمكن أن يؤدي إلى اضطرابات خطيرة في الحياة الأسرية والمكايدة وانخفاض تقدير الذات، مما يسبب الخجل وتدهور الصحة النفسية، وكلما تقدم الطفل في العمر، زاد خطر الوصمة والعزلة الاجتماعية (Oztorun et al., 2022; Tai et al., 2021; Dik&Rahnama,2024)، كما تبين من خلال دراسة أندريد سا وآخرين Andrade Sá et al., (2016) التي أجريت على (٨٧) طفلاً ممن يعانون من التبول اللاإرادي أحادي الأعراض (٣٥ أنثى، و٥٢ ذكر)، وقد تراوحت أعمارهم بين (٦ إلى ١٥) عامًا بمتوسط عمر وانحراف معياري (٩,٣ ± ٢,٣ سنة)، وكان لدى ٦٧ منهم تاريخ عائلي من

التبول اللاإرادي، تبين من النتائج تعرض جميع الأطفال لنوع ما من العقاب اللفظي، وكان الأطفال الذين لديهم تاريخ عائلي من التبول اللاإرادي أكثر عرضة للعقاب بالاعتداء الجسدي من أولئك الذين ليس لديهم تاريخ عائلي، كما وُجدت العقوبة أكثر بثلاث مرات لدى الإناث منها لدى الذكور.

وبناء على ما سبق يمكن صياغة مشكلة الدراسة في شكل مجموعة من التساؤلات على النحو التالي:

١- هل توجد علاقة بين المكايدة الأسرية والخجل لدى الأطفال المشخصين بالتبول الليلي اللاإرادي (ذكورًا وإناثًا)، كل منهما على حدة ؟

٢- هل توجد علاقة بين تقدير الذات والخجل لدى الأطفال المشخصين بالتبول الليلي اللاإرادي (ذكورًا وإناثًا)، كل منهما على حدة ؟

٣- هل يسهم المكايدة الأسرية وتقدير الذات في التنبؤ بالخجل لدى الأطفال المشخصين بالتبول الليلي اللاإرادي (ذكورًا وإناثًا)، كل منهما على حدة ؟

٤- هل توجد فروق بين الذكور والإناث في كل من المكايدة الأسرية وتقدير الذات والخجل ؟

مبررات الدراسة

١- نظراً لانتشار المكايدة والوقوع ضحيةً له على نطاق واسع حول العالم، ومعاناة كلٍّ من المكايدين والضحايا، أولى الباحثون هذا الموضوع اهتمامًا بالغًا لشرح الآليات السببية للتطور والاستمرار، ووفقاً للنموذج البيئي المطبق على التنمر، فإن تفاعل الخصال الشخصية، والأسرية، والمدرسة، والأقران، والمجتمع المحلي قد يؤثرون جميعًا على المكايدة والوقوع ضحيةً لها، والتي تؤثر بدورها على خطر التوافق ومشكلات السلوك، ومع ذلك، لم يُدرَس دور الأسرة في المكايدة والوقوع ضحيةً لها بشكل كافٍ مقارنةً بالاهتمام الممنوح للمدارس وسياق الأقران (Nocentini et al., 2019).

٢- على الرغم من معدلات المكايدة بين الأشقاء، وآثارها السلبية في الصحة النفسية للأطفال، فإن هذا النوع من المكايدة لم يدرس بشكل كافٍ.

٣- ارتباط تقدير الذات والمكايدة بالصحة النفسية والجسمية للفرد، فقد أكدت عدة دراسات ارتباط تقدير الذات بالمكايدة، لكنها لم تهتم بدراسة تأثير هذين المتغير في علاقتهما بالخجل لدى أطفال التبول اللاإرادي على وجه التحديد.

٤- اهتمام عديد من الدراسات السابقة بالتبول اللاإرادي من ناحية العلاج المقدم له، لكنها أغفلت التركيز على المتغيرات النفسية والاجتماعية المحيطة به، والتقييم النفسي الإكلينيكي، وتوفير أدوات لفحصها.

مفاهيم الدراسة والأطر النظرية المفسرة

سيتم عرض مفاهيم البحث، وهي: المكايدة الأسرية، وتقدير الذات، والخجل، والتبول اللاإرادي، وذلك على النحو التالي:

أولًا: مفهوم المكايدة الأسرية

تعتبر المكايدة مفهومًا يصعب تعريفه من قبل العلماء، بل ويصعب إدراكه من قبل الفئات الأخرى غير الناطقة باللغة الإنجليزية، لعدم وجود ترجمة له في عديد من اللغات، هذا هو حال اللغة البرتغالية التي تستخدم كلمة "التنمر" كمصطلح جديد، على الرغم من بعض الجدل حولها، وبعض محاولات ترجمتها إلى كلمة "استفزاز"، ومن المشكلات الأخرى ذات الصلة الخلط بين المكايدة وأشكال أخرى من الإيذاء (Dutra,2023,5)، ولكن كما سبق أن أوضحنا أن هذا البحث يتبنى ترجمة المكايدة.

ويعتبر دان أولويس من أوائل الباحثين الذين اهتموا بسلوكيات المكايدة، وقد حدد أولويس (١٩٩٣) في تعريفه للمكايدة أن السلوكيات يجب أن تكون متكررة، كما أشار إلى أن المكايدة بين الأشقاء أصعب من المكايدة التي تحدث في المدرسة (Olweus,2010). كما تُعرَّف المكايدة بأنها "أي سلوك عدواني غير مرغوب فيه من قبل أحد الأقران أو الأشقاء، والذي ينطوي على اختلال ملحوظ أو مُتصوَّر في توازن القوة، ويتكرر عدة مرات" (Australian College of General Practioners,2022,153).

وتشمل تعريفات المكايدة ما يلي:

- حدوث المكايدة بقصد الضرر أو الازعاج.
- حدوث المكايدة بشكل متكرر.
- عدم التوازن في القوة بين المكايد والضحية (جابر وآخرون، ٢٠٢١؛ علي، ٢٠٢٢؛ توفيق وآخرون،٢٠٢١ ب).

فالمكايدة سلوك يتكرر تجاه الآخرين ويسبب أذى جسديًا أو نفسيًا، وعادةً ما يكون الشخص

المستهدف بهذا السلوك غير قادر على الدفاع عن نفسه (Alugbue,2024,15). كما أن الفرد يتعرض للمكايدة عندما يتعرض بشكل متكرر، لأفعال سلبية من جانب شخص أو أكثر، وقد تكون الأفعال السلبية سلوكيات جسدية أو لفظية بقصد إلحاق الأذى أو الإزعاج، ولا يُعد كيدًا عندما يتشاجر طفلان متقاربان في القوة البدنية والنفسية، أو يتشاجران أحيانًا، ولا بد من وجود اختلال في توازن القوى، ويجد الضحية صعوبة بالغة في الدفاع عن نفسه (McKinnon,2001,16).

وكما سبق ذكر أن المكايدة يمكن أن تحدث في إطار الأسرة أو المدرسة أو المجتمع بشكل عام، لكن نظرًا لاهتمام البحث الحالي بالمكايدة الأسرية فسيتركز الاهتمام على ما يرتبط به فقط. وفي إطار الحديث، تجدر الإشارة إلى أنه قد تكون الخلافات أو الشجارات تجربة مشتركة بين من لديهم أشقاء، ومع ذلك، لا تزال الدراسات البحثية تجد صعوبة في الاتفاق على تعريف واحد وواضح وموجز لسلوكيات الأشقاء، سواءً كانت عدوانية أو مكايدة أو تنافسًا، والتمييز بين التنافس بين الأشقاء والمكايدة بينهم قد يكون صعبًا، ويمكن تصنيفه على أنه مكايدة بين الأشقاء إذا أصبح من جانب واحد، ويتسم بالتكرار ومرتبطًا بآثار غير مرغوب فيها أو ضارة (Australian College of General Practioners,2022,154).

وقد أظهرت الدراسات السابقة نتائج متباينة حول الفروق بين الجنسين في مكايدة الأشقاء، حيث وجدت بعض الدراسات أن الإناث أكثر عرضة للمكايدة مقارنة بالذكور، في حين لم تجد بعض الدراسات الأخرى أية فروق بين الجنسين في مكايدة الأشقاء (Qing et al.,2022). وفي الوقت نفسه، يقوم العمر في التنمر بين الأشقاء بدور معقد، حيث غالبًا ما يختلف عمر الأشقاء الآخرون، فقد كان الأشقاء الأقرب في العمر أكثر عرضة للمكايدة، وكان الأبناء البكر أكثر عرضة لارتكاب المكايدة، وقد يعكس هذا اختلالًا في توازن القوة، فمن المفترض أن يتمتع الأبناء البكر بقوة اجتماعية أكبر، ولكن توجد بعض الاحتياجات المتضاربة لدى الأشقاء الأقرب عمرًا (Brett,2023).

تحدث المكايدة بين الأطفال الذين تراوحت أعمارهم بين (٥ و١٨) عامًا، وقد يتورط الأطفال في هذا النوع من المكايدة من خلال القيام بأحد الأدوار التالية: المكايدون، والضحايا، المكايدون/الضحايا، والمساعدون، والمعززون، والمدافعون، والمتفرجون المكايدون/مرتكبو المكايدة، فرديًا أو جماعيًا؛ حيث يعتبر المكايدون المعتدون الذين يضايقون ويعذبون فردًا أو مجموعة من الأفراد، أما الضحايا، فهم الذين يُنظر إليهم على أنهم أضعف من حيث القوة البدنية والحجم والمكانة الاجتماعية والسلطة والشعبية، وأما المكايدون/الضحايا فهم جناة وضحايا في آن واحد، وأما المساعدون فهم أتباع المكايد الذين يساعدون الضحايا ويمارسون العدوان ضدهم، وأما المعززون فهم

من ينتبهون للمكايد ويبتسمون أو يضحكون أثناء المكايدة، وأما المدافعون فهم من يساعدون الضحية على الشعور بالتحسن أو يتدخلون لوقف حادثة المكايدة، وأما المتفرجون فهم من يشهدون سلوكيات المكايدة (Dutra,2023,5; Ahmed et al., 2022).

ويُعد سلوك الأبوة والأمومة من العوامل داخل الأسرة الأكثر ارتباطًا بالمكايدة بين الأشقاء، ويرجع ذلك على الأرجح إلى عدم وجود مكان آمن للهروب من المكايدة (Wolke et al., . 2015,3) في الأسر متعددة الأطفال، تنطوي المكايدة بين الأشقاء على ديناميكيات قوة خفية، حيث غالبًا ما تكون أصوات الضحايا غير مسموعة سواء من قِبل أسرهم أو من قِبل مصادر خارجية، مما يؤدي إلى قمع وعنف مطول، مما يترتب عليه شعور ضحايا المكايدة بين الأشقاء بالعزلة وعدم وجود دعم من أسرهم (Wang&Yan,2025).

ويمكن أن تكون العلاقات بين الأشقاء داعمة وتعمل كحماية ضد الظروف الصعبة طوال الحياة ، ومع ذلك، ينخرط عديد من الأشقاء في سلوك المكايدة، وهو شكل شائع من أشكال العنف الأسري الذي يؤثر سلبًا على علاقات الأشقاء مع آثار سلبية مترتبة على رفاهية الفرد، ويمكن أن يؤدي السماح بالمكايدة وتشجيعه عن غير قصد من قبل الآباء الذين يعتقدون أنه سلوك طبيعي، أو مجرد تنافس بين الأشقاء، أو الذين يتبنونه كجزء من أسلوبهم في التربية (Delara,2020).

أنواع المكايدة

من خلال استقراء الإنتاج البحثي، تبين أن المكايدة لها عدة أنواع، هي: المكايدة البدنية (مثل الصفع، والركل، والدفع، واللكم، والرجم، والضرب، والبصق، وإتلاف الممتلكات)، والمكايدة اللفظية (مثل الشتائم، والمضايقة، والسخرية، والتهديد، والشتائم شفهية أو مكتوبة، وحركات اليد، والملاحظات المكتوبة المسيئة)، والمكايدة الجنسية، والمكايدة الإلكترونية. كما تنقسم المكايدة إلى المكايدة المباشرة (العلني) الذي يسهل ملاحظته، ويتضمن هجمات جسدية أو لفظية صريحة ضد الضحية مثل إيذاء طفل آخر جسديًا، أو مضايقته، أو شتمه، والمكايدة غير المباشرة (العلائقية) الذي يصعب ملاحظته، ويتضمن استخدام سلوكيات تؤثر سلبًا على علاقات الطفل بالآخرين McKinnon,2001,18; Boyle,2003,10; Cook,2010; Wolke et al., 2015,7;) Royal Australian College of General Practioners,2022,153; Qing et al.,2022; .(Dutra, 2023,14; Mustofa et al., 2023; Teixeira,2025

التمييز بين المكايدة والسلوك العدواني

وصف الباحثون المكايدة بأنها فئة فرعية منفصلة من السلوك العدواني، وبالتالي لا يمكن تصنيف جميع الأفعال العدوانية على أنها سلوكيات كيدية. عرّف دودج وكوي (١٩٨٩) المكايدة بأنها نوع فرعي من العدوان الموجه من الشخص، وهو وسيلة غير مبررة للتأثير على شخص آخر أو إكراهه. وبالتالي، يمكن تمييز المكايدة عن أشكال العدوان الأخرى (مثل العدوان العدائي أو التفاعلي) بطبيعتها القسرية وغياب الغضب أو الإحباط (McKinnon,2001,17). كما يرى بعض الباحثين أن المكايدة تختلف عن العدوان، فالمكايدة سلوك موجع ومتكرر ولا أحد يدافع عن الضحايا فيه، وبالتالي نجد مشاعر مؤلمة للضحية ومشاعر مريحة للمكايد، وتكون القوى فيه غير متوازنة، فهناك طرف قوي وطرف ضعيف، أما في العدوان تكون القوى متوازنة (جابر وآخرون، ٢٠٢١؛ توفيق وآخرون،٢٠٢١ ب).

التمييز بين المكايدة وإساءة المعاملة الوالدية

تُعرف الإساءة بأنها "أي سلوك يوجه للطفل بواسطة الوالدين أو مقدمي الرعاية يمكن أن يعيق أو يعرض نمو الطفل للخطر أو صحته النفسية أو الجسمية" (محمود، ٢٠١٥). وتصنف إساءة معاملة الأطفال إلى نوعين، هما: الإساءة الجسمية، والإساءة النفسية. وتشير الإساءة الجسمية إلى تعرض الطفل للضرب، والركل، والعض، والحرق، والارتجاجات الشديدة، أو أي شيء آخر يوقع الضرر بالطفل، أما الإساءة النفسية، فتتضمن الأفعال التي يقوم بها الوالدان، كحبس الطفل في مكان مظلم، أو التهديدات اللفظية والنبذ والتحقير، والتي يمكن أن تتسبب في ظهور الاضطرابات النفسية لدى الأطفال (وولف، ٢٠٠٥، ٣٥– ٣٩؛ أبو الخير، ٢٠١٤، ١٩–٢٣).

وترى الباحثة أن إساءة المعاملة الوالدية أسلوبًا من أساليب المعاملة الوالدية الخاطئة، وقد تكون هذه المعاملة لفظية أو جسمية أو انفعالية، كما يمكن القول بأن الإساءة تصدر من الوالدين فقط، وربما تحدث دون سبب واضح، أما المكايدة الأسرية فتشمل جميع أعضاء الأسرة وهم الأب والأم والأشقاء، وربما يكون نتيجة لأسباب معينة كمعاناة الطفل من اضطراب (كالتبول اللاإرادي محل الدراسة) أو إعاقة معينة أو سوء تصرف في موقف معين.

يتضح من العرض السابق تناول الباحثين للمكايدة الأسرية على أنها سلوك عدواني، لكن البحث الحالي يتناول المكايدة الأسرية على أنها السخرية والتهكم والإذلال والتهديد بإفشاء أمر الطفل الذي يعاني من التبول اللاإرادي، وكذلك تجنب النوم بجانبه، وذلك من قِبل أعضاء الأسرة، وهم الأب

والأم والأشقاء.

النظريات المفسرة لمفهوم المكايدة الأسرية

قامت عدة نظريات بتفسير مفهوم المكايدة الأسرية، منها نظرية التعلم الاجتماعي، ونظرية أنظمة الأسرة، ونظرية التحكم في الموارد، ونظرية الإدراك الاجتماعي (Delara,2020; Varlık,2024)، ونموذج تعويض العدوان، ونموذج برونفينبرينر والمكايدة (Bronfenbrenner,1994,39-40; Calafati,2013,15-16). ونظرًا لعدم إمكانية عرض جميع تلك النظريات، فسيتم عرض النظريات والنماذج المرتبطة بالبحث الحالي فقط.

١- نظرية التعلم الاجتماعي

افترضت نظرية باندورا أن الأطفال يتعلمون من بيئتهم، ويمكن للبيئة التي ينشأون فيها أن تُعزز سلوكياتهم، إيجابًا أو سلبًا، حيث ترى نظرية التعلم الاجتماعي أن تعلم السلوك لدى الأطفال يمكن أن يحدث من خلال الخبرة المباشرة أو المشاهدة غير المباشرة لسلوك الآخرين (Qing et al., 2022)، أي أن الأطفال يُقلّدون النماذج من حولهم، وإذا رأوا سلوكيات مكايدة من حولهم، فقد يتبنّونها (Varlık,2024)، وقد يكرر الأطفال الأفعال المناسبة وغير المناسبة التي يلاحظونها، لا سيما أفعال الأشخاص المهمين بالنسبة لهم (Delara,2020)، مثل العائلة والأصدقاء، وبما أن البيئة تُعزز سلوك المكايدة، فإنها تستمر، وقد يُمثل الطفل الذي يشاهد والده يكتسب السلطة والسيطرة من الآخرين لمجرد سلوكه العدواني أو تنمره نموذجًا يُحتذى به في أن المكايدة هي وسيلة للترهيب واكتساب السلطة والسيطرة لتحقيق ما يريده. قد يكون لدى الأطفال دافع فطري لاكتساب السلطة والسيطرة على إخوتهم أو أقرانهم لتأكيد هيمنتهم وإثبات قيمتهم الذاتية، وقد تُحفز سلوكيات المكايدة الحاجة إلى إظهار قيمة الذات لجذب الانتباه والثناء من الآخرين (Leo,2024,18). هذه النظرية ربما توجه انتباهنا إلى أن الأشقاء ربما يقلدون آباءهم وأمهاتهم وأشقاءهم في المكايدة.

٢- نظرية أنظمة الأسرة[1]

وفقًا لهذه النظرية، فإن أفراد الأسرة مترابطون ويمكن أن يؤثروا على بعضهم بعضا بطريقة متبادلة ومستمرة، ويُعد مناخ الأسرة البيئة الأساسية التي يتفاعل فيها الأطفال مع أشقائهم (Qing et al., 2022)، وباعتبار الأسرة البيئة الأساسية التي يتفاعل فيها الأشقاء، قد يكون لخصائص الأسرة بعض التأثير على معدلات المكايدة، منها تصنيف خصائص الأسرة بشكل عام إلى ثلاث فئات:

(1) Family Systems Theory.

العوامل البنائية، بما في ذلك تكوين الأسرة وعدد الأشقاء وأعمارهم ونوعهم؛ والعوامل الاجتماعية والاقتصادية، بما في ذلك دخل الأسرة وتعليم الوالدين ومهنتهم؛ وسلوك الأبوة والأمومة (Wolke et al.,2015,10). وتأتي نظرية الأنظمة العامة من مجموعة كبيرة من الأدبيات كمنظور نظري شائع الاستخدام عند دراسة ظاهرة المكايدة. وبشكل أكثر تحديدًا، تكوّن نظرية الأنظمة العائلية لبوين إطارًا للأنظمة العائلية لدراسة ديناميكيات الأسرة وأنماطها التي تنتقل عبر الأجيال. ويمكن لسلوكيات المكايدة التي تظهر في المدرسة أن تتبع من ذروة القضايا المعقدة داخل نظام الأسرة، ويسلط إطار النظم الأسرية الضوء على أوجه التشابه بين النظام المدرسي والبيئة المنزلية، كما هي الحال في حالة العلاقات بين الأشقاء (Cross&Barnes, 2014; Leo,2024,9).

٣- نظرية التحكم في الموارد[1]

تشير هذه النظرية إلى أن عدم التماثل في المجموعة الاجتماعية (على سبيل المثال، أنظمة الأسرة) قد يعزز السلوك التنافسي على الموارد الاجتماعية، وقد يثير الأشقاء غير المتماثلين في هيكل الأسرة، مثل العمر والحجم والنوع وترتيب الميلاد والقدرات وما إلى ذلك، صراعًا بين الأشقاء أو كيدًا بينهم من أجل الوصول إلى موارد. على سبيل المثال، عندما يولد شقيق جديد في الأسرة، قد يواجه الطفل المولود الأول خطر فقدان بعض موارد الوالدين، ثم يرتكب كيدًا بين الأشقاء من أجل استعادة موارد الوالدين. كما تشمل العوامل الاجتماعية والاقتصادية دخل الأسرة، وتعليم الوالدين، والمستوى الاجتماعي والاقتصادي للأسرة، حيث أظهرت الأبحاث أن المستوى الاقتصادي المنخفض كان مرتبطًا بتعرض الأشقاء للمكايدة، كما يشمل سلوك الوالدين بشكل أساسي عنف الوالدين وعنف الوالدين والطفل (Qing et al.,2022)، كما ذكر ماكويني، فإن الأفراد نتاج جيناتهم وبيئتهم. وبالتالي، فإن احتمالية تورط الطفل في المكايدة تتحدد وتتأثر بعوامل فردية، مثل النوع، والفروق العمرية، والشخصية، والسمات الجسدية، والإعاقات، والعرق، والدين، والتوجه الجنسي، والوضع الاجتماعي والاقتصادي، والمستوى التعليمي، والبيئات المدرسية، والجيران، ودعم الأقران، والسياق الأسري (Dutra, 2023,21).

٤- نموذج تعويض العدوان[2]

حاولت نظريات مختلفة تفسير الأسباب الكامنة وراء سلوكيات المكايدة، إحدى هذه النظريات هي "نموذج تعويض العدوان"، الذي ينص على أن المكايدة مدفوعة بانخفاض تقدير الذات لدى أولئك

(1) The Resource Control Theory.
(2) Aggression Compensation Model.

الذين يمارسونه. وفقًا لهذا النموذج، فإن المكايدة هي استجابة ضد نقاط الضعف والإخفاقات التي يدركها "المعتدي"، وعلى الرغم من أن عديدًا من الباحثين يقبلون هذا النموذج، فإن سيمون وآخرين عام ٢٠١٧ اكتشفوا من خلال دراساتهم أن العلاقة بين تقدير الذات والمكايدة معقدة، في حين وجد آخرون عكس ذلك، وبناءً على هذه النتائج، اقترح سيمون وآخرون "نموذج تعويض منقح" في الإصدار الجديد، لا يزال يُنظر إلى المكايدة على أنها نوع من التعويض، ولكن ما يدفع إلى الترهيب والعدوان ليس تدني تقدير الذات في حد ذاته، بل هو ميل أوسع نحو شخصية دفاعية، ويمكن قياس الشخصية الدفاعية بطرق مختلفة، بما في ذلك سمات مثل الأنانية الدفاعية والنرجسية وتقدير الذات الصريح المرتفع الذي يخفي انخفاض تقدير الذات الضمني، وفيما يتعلق بالعلاقة بين تقدير الذات والمكايدة، يُظهر تحليل الدراسات السابقة أن النتائج تُظهر وجود علاقة سالبة بين تقدير الذات واستمرار المكايدة، وقد أظهرت الدراسات أن ارتفاع تقدير الذات يرتبط بانخفاض في كون الفرد ضحية للمكايدة، حيث يتمتع الأفراد بقدرات أكبر وأفضل للتعامل مع هذه المواقف (Teixeira,2025).

تعليقًا على تلك النظريات، نجد أن نظرية باندورا تُركز على تعزيز السلوك أثناء عملية التعلم، وعلى الأنماط السلوكية الناتجة عن المشاهدة المباشرة وغير المباشرة، أما نظرية بوين لأنظمة الأسرة ونظرية التحكم في الموارد تتشابهان في أن كلتيهما أساسيتان لفهم العوامل المتعددة للأسرة المؤثرة في المكايدة، وتوفر كلتاهما منظورًا اجتماعيًا وثقافيًا عند دراسة من يعانون من سلوكيات المكايدة، أما نموذج تعويض العدوان، فيلفت الانتباه إلى أن المكايدة ربما تحدث بسبب انخفاض تقدير الذات، وفي الوقت نفسه ربما تحدث أيضًا بسبب تقديره المرتفع لذاته وشخصيته الأنانية، وتتبنى الباحثة هذا النموذج نظرًا لأنه يربط بين المكايدة وتقدير الذات.

ثانيًا: مفهوم تقدير الذات

يُعد تقدير الذات أحد الأبعاد المهمة للشخصية، فلا يمكن فهم الشخصية أو السلوك الإنساني دون الأخذ في الاعتبار مفهوم تقدير الذات، ذلك لأنها مؤثر إيجابي وسلبي على سلوك الفرد وإحساسه، وقدرته على التوافق مع الظروف المحيطة به (إسماعيل وإبراهيم وشاهين، ٢٠١٨؛ زيدان، ٢٠٢١).

واختلفت تعريفات تقدير الذات بين المتخصصين في علم النفس، أحد تعريفات تقدير الذات هو أنه منظور أو إدراك يمثل اعترافًا فرديًا بقيمته الذاتية أو قدراته، أو يتعلق بالتقييم الداخلي لفئات الذات، سواء أكانت إيجابية أو سلبية، أو أنه مجموعة من التقديرات الإيجابية والسلبية لممتلكات الفرد وبالمثل، يُعرَّف بأنه مجموعة من وجهات النظر الذاتية تجاه نفسه في المجالات الشخصية

والأكاديمية والاجتماعية والأسرية. كما يعتبر تقدير الذات مجموعة من المواقف والمعتقدات المستخدمة لمواجهة العالم المحيط، أو مجموعة من وجهات نظر الآخرين كما يدركها الفرد تجاه نفسه. وبناءً على ذلك، يتمتع الفرد الذي يؤمن بأهميته وقيمته بتقدير عالٍ للذات. وعلى النقيض، يشكك الفرد الذي يعاني من انخفاض تقدير الذات في كفاءاته، ويرفض ويقلل من شأن ذاته، ولا يشعر بالرضا عن نفسه (Al-Habies, 2021). وقد تم تصور تقدير الذات بطريقتين: أحادي البعد، حيث يُصدر المرء حكمًا شاملاً على الذات، ومتعدد الأبعاد، حيث يُجري المرء تقييمات خاصة بمجال الذات. في النموذج أحادي البعد، يشير تقدير الذات إلى تقييم الذات ككل الذي ينتج عنه الموافقة أو الرفض، ويشير أيضًا إلى مدى اعتقاد الفرد بأن الذات قادرة وناجحة ومهمة وجديرة بالاهتمام، ويمكن اعتبار تقدير الذات مجمل أفكار الفرد ومشاعره تجاه الذات، بما في ذلك المواقف السلبية والإيجابية (Tan,2002,9).

تقدير الذات لدى الأطفال

يستطيع الطفل في سن السادسة استخدام التعبيرات اللفظية للدلالة على العناصر المميزة لذاته ومدى تصوراته لما يتوقع منه من سلوك، كما أن لديه القدرة التنبؤية المرتبطة بالقدرة على تقويم الذات (عبيد وإمام والسيد ،٢٠٢٤). ففي مرحلة الطفولة المبكرة إلى الطفولة المتوسطة (من ٥ إلى ٧ سنوات)، يبدأ الأطفال في استخدام مهارات المقارنة الزمنية، حيث يقارنون أداءهم السابق بإنجازاتهم الحالية، بدلًا من إنجازات أقرانهم في العمر، كما يبدأون في إدراك أن عديدًا من العوامل الاجتماعية تقوم بتقييمهم، لكن هذه التقييمات لم يتم استيعابها بعد.

أما في مرحلة الطفولة المتوسطة إلى المتأخرة (من ٨ إلى ١١ سنة)، فيتمثل التقدم الرئيسي للأطفال في هذه المرحلة في القدرة على دمج التمثيلات الذاتية المجزأة أو المتعارضة سابقًا في صورة ذاتية أكثر تماسكًا، وهذا يؤدي إلى تقييمات ذاتية إيجابية وسلبية تسمح للأطفال بالحصول على تمثيلات ذاتية أكثر توازناً ودقة لقدراتهم وحدودهم، ويتم تنمية التصورات الذاتية الأكثر توازناً من خلال مهارات المقارنة الاجتماعية، والتي يبدأ الأطفال في استخدامها بمقارنة أدائهم بأداء الآخرين. ومع ذلك، فإن قدرة الأطفال على تقييم أدائهم فيما يتعلق بأداء الآخرين، قد تجعل تصوراتهم الذاتية أكثر عرضة للخطر، حيث قد يحكمون على أنفسهم على أنهم أقل كفاءة من أقرانهم. وهكذا، تبدأ التصورات الذاتية في الانخفاض في سن ١١ عامًا (Kaidar,2004,14-15). ويمكن للأطفال الصغار تقييم قدراتهم في مجالات مختلفة، لكنهم لا يستطيعون تحديد قيمتهم الذاتية، ويُعد تقدير الذات موضوعًا رئيسيًا يتعلق بكل من النجاح الأكاديمي والأداء الاجتماعي للأطفال، وكذلك

الاضطرابات النفسية التي يمكن إصابتهم بها، ويتسم الأطفال الذين يعانون من انخفاض تقدير الذات بمفهوم ذاتي غير مؤكد، ويفكرون في أنفسهم بشكل سيئ، ويختارون أحيانًا أهدافًا غير واقعية أو يتجنبون الأهداف تمامًا، ويبدو أنهم سلبيون بشأن المستقبل، ويتذكرون تجاربهم بشكل أكثر سلبية، ومزاجهم السلبي (Lefta,2023). وقد أظهرت نتائج بعض الدراسات أن الأطفال في سن الدراسة الابتدائية وما بعد الابتدائية الذين تعرضوا للمكايدة كضحايا أو مكايدين أو كليهما كان لديهم تقدير ذاتي منخفض مقارنة بالأطفال الذين لم يكايدوا أو يتعرضوا للمكايدة، وأنه كلما زاد تكرار تعرض الأطفال للمكايدة أو المكايدة للآخرين، انخفض تقديرهم لذواتهم (O'Moore&Kirkham,2001).

وقد تبنت الدراسة الراهنة تعريف تقدير الذات بمكوناته الأربعة لكوبرسميث، وهي:

- تقدير الذات العام: ويشير إلى إدراك الطفل لذاته من حيث قدرته على استيعاب الأمور التي تستجد في حياته، ورضاه عن نفسه.
- تقدير الذات الاجتماعي: ويعبر عن رؤية الطفل لذاته في ضوء سلوكيات المحيطين به واتجاهاتهم نحوه.
- تقدير الذات المنزلي: ويشير إلى تقدير الطفل لذاته من خلال سلوكيات أسرته معه من حيث تقبلهم له، والأخذ برأيه، ورغبته في الاستمرار معهم.
- تقدير الذات المدرسي: ويعني تقدير الطفل لذاته من خلال سلوكيات مدرسيه وزملائه في الفصل معه من حيث حبهم وتقديرهم له وثقتهم فيه ورغبتهم في الجلوس واللعب معه، وتشجيعه على التفوق في دراسته.

النظريات المفسرة لمفهوم تقدير الذات

فسرت عدة نظريات تقدير الذات، منها: نظرية كوبرسميث، ونظرية روزنبرج Rosenberg (Harter,2002,910)، ونظرية زيلر (من خلال: العبيدي، ٢٠١٩؛ القدسي وآخرين، ٢٠١٧; Hosogi et al., 2012; Ziller,1973,4-6)، ونظرية ماسلو (الجهنى وآخرين، ٢٠١٤)، ونظرية تحديد الهوية (Ridley,2000,9)، ونظرية التعلق، ونظرية الأرضية الآمنة، وسنكتفي بعرض نظرية كوبر سميث، ونظرية التعلق، ونظرية الأرضية الآمنة، لربطها بين متغيرات البحث الحالي، وذلك فيما يلي:

١- نظرية كوبرسميث[1]

عرّف كوبرسميث تقدير الذات بأنه "المواقف الإيجابية والسلبية تجاه الذات". واعتبر تقدير الذات تعبيرًا عن قبول الذات أو رفضها، ومقياسًا لمدى إيمان الفرد بموهبته ونجاحه، وبأن لحياته معنى وقيمة (Hosogi, 2012) ، وقد قام كوبرسميث بدراسة تقدير الذات في مرحلة الطفولة، وأكد على أنه مفهوم متعدد الجوانب (الجهني، ٢٠١٤)، وقسم كوبرسميث تعبير الفرد عن تقديره لذاته إلى قسمين، هما: التعبير الذاتي الذي يشير إلى إدراك الفرد لذاته ووصفه لها، والقسم الثاني هو التعبير السلوكي الذي يشير إلى الأساليب السلوكية التي تفصح عن تقدير الفرد لذاته، والتي تكون متاحة للملاحظة الخارجية، كما يميز كوبرسميث بين نوعين من تقدير الذات، هما تقدير الذات الحقيقي الذي يوجد عند الأفراد الذين يشعرون بأنهم ذوي قيمة، أما تقدير الذات الدفاعي فيوجد عند الأفراد الذين يشعرون أنهم غير ذوي قيمة (العبيدي، ٢٠١٩؛ القدسي وآخرون،٢٠١٧ ; Radiley, 2000, 7-8)، ويتكون تقدير الذات لديه من أربعة مكونات، هي: تقدير الذات العام، وتقدير الذات الاجتماعي، وتقدير الذات المنزلي، وتقدير الذات المدرسي (إسماعيل وإبراهيم وشاهين، ٢٠١٨).

٢- نظرية التعلق[2]

صاغ نظرية التعلق جون بولبي John Bowlby، ثم أضافت إليها وعدلتها ماري اينثورث Mary Ainsworth، وافترض أن الأطفال يكّونون رؤية داخلية للذات من خلال نوعية تجاربهم المبكرة مع والديهم أو مقدمي الرعاية، حيث يكّون معظم الأطفال علاقة تعلق آمنة مع والديهم تتسم بالثقة والدفء، ويشعر هؤلاء الأطفال بالكفاءة والثقة بالنفس وينظرون إلى العالم كمكان آمن للاستكشاف، بينما يكّون بعض الأطفال الآخرين علاقات تعلق غير آمنة نتيجة لعدم استجابة الوالدين أو مقدمي الرعاية لهم، ويُظهر هؤلاء الأطفال مشاعر انخفاض الكفاءة وانخفاض تقدير الذات وينظرون إلى العالم كمكان لا يمكن التنبؤ به ومخيف. ومن المرجح أن يتفاعل الأطفال الذين يعانون من تعلقات آمنة مع الآخرين أثناء المواقف الجديدة، في حين يُظهر الأطفال الذين يعانون من تعلقات غير آمنة أنماطًا من التثبيط السلوكي في المواقف غير المألوفة، وقد أظهر عديد من الدراسات التجريبية وجود تفاعل بين التعلق غير الآمن والخجل/التثبيط السلوكي (Jones, 2014; Tan, 2002,23).

---

(1) CoperSmith Theory.
(2) Attachment Theory.

٣- نظرية الأرضية الآمنة[1]

تشير "الأرض الآمنة" إلى مكان خالٍ من الأذى، أي تصور الطفل لأنواع التفاعلات الإيجابية بينه وبين والديه. وقد اهتمت نظرية الأرضية الآمنة بخصائص التفاعل بين الوالدين والطفل التي تؤدي إلى تقدير الذات والكفاءة السلوكية، حيث يرتبط انخفاض تقدير الذات بالخجل وبجميع أنواع السلوكيات الإشكالية في مرحلة الطفولة والمراهقة، بما في ذلك ضعف الأداء الأكاديمي، وتفترض هذه النظرية مساحة علاقاتية "آمنة" وإيجابية (أو "أرضية آمنة") ينشئها الآباء مع أطفالهم ولأجلهم، وتشرح أنواع التفاعلات التي تُنمّيها. على وجه التحديد، توضح النظرية خصائص استجابات الوالدين المُتصوّرة لثلاثة سياقات مختلفة لسلوك الطفل: سلوك الطفل الإيجابي، وسلوك الطفل السلبي الذي يمكن التحكم فيه، وسلوك الطفل السلبي المُخفّف (الأخطاء، والحوادث، أو السلوك المُخفّف من اللوم). تُعتبر خصائص استجابة الوالدين مرغوبة في إطار النظرية إذا كان من المتوقع أن تُطوّر شعورًا بالأرضية الآمنة، وبالتالي تؤثر بشكل إيجابي على تقدير الذات والكفاءة السلوكية، حيث يجب على الآباء تعليم أطفالهم أين توجد الأرض الآمنة من خلال تشجيعهم على البقاء ضمنها – والتفاعل بشكل إيجابي وإعطاء الفضل لسلوكيات الطفل الإيجابية، والتفاعل مع السلوكيات السلبية التي لا يمكن السيطرة عليها (أو المخففة) دون لوم، ويجب على الآباء أيضًا تعليم أطفالهم كيفية الوصول إلى هذه الأرضية الآمنة (Morgan,2006,2-6).

وتتبنى الدراسة الحالية نظرية كوبر سميث، وكذلك نظرية الأرضية الآمنة لأنهما يتكاملان في تناول العلاقة بين الطفل وأسرته، وتشير إلى ارتباط ذلك التفاعل بكل من تقدير الذات والخجل.

ثالثًا: الخجل

يشعر الأفراد بمشاعر متنوعة في تفاعلاتهم مع الآخرين وبيئاتهم، فهناك مشاعر أساسية كالسعادة والحزن والغضب، ومشاعر أعلى درجة كالخجل والذنب والإحراج. واقترح لويس أن المشاعر تتطور عبر مراحل، من الأساسية إلى العليا خلال مرحلة الرضاعة والطفولة المبكرة، حيث يشعر الأطفال في سن الثانية والثالثة بالخجل أو الذنب بمجرد أن تُمكّنهم مهاراتهم في تقييم الذات من تقييم أنفسهم وفقًا للمعايير أو القواعد الاجتماعية (Ohigashi,2023).

ويصعب قياس المفهوم الخجل بموضوعية، ومع ذلك عرّفه أسيندورف على أنه مفهوم متعدد الأوجه يتضمن أشكالًا مختلفة من التواضع، والتحفظ، والحذر، والكبت، والقلق، أو السلوكيات

---

(1) Theory of Safe Ground.

الانطوائية في المواقف الاجتماعية، واستُخدِم مصطلح الخجل للإشارة إما إلى خجل الحالة، أي حالة انفعالية في المواقف الاجتماعية، تتسم بسلوك خجول وأرجاع فسيولوجية كامنة، والتي قد تتراوح من عدم التثبيط الجريء إلى استجابة رهابية مثبط تمامًا، أو خجل السمة الذي يمثل سمة مزاجية أو شخصية قد تتراوح من الجرأة إلى الرهاب الاجتماعي (Stacy,2020,3-4, Macgowan et al., 2022).

كما اقترح بوس نوعين من الخجل وفرَّق بينهما، هما الخجل المصحوب بالخوف والخجل الواعي، فالخجل القائم على الخوف مزاجي بطبيعته ويتم التعبير عنه في المقام الأول على أنه تثبيط سلوكي في المواقف غير المألوفة، ويسود في السنوات الأربع إلى الخمس الأولى من الحياة قبل أن يطور الأطفال القدرة على اتخاذ منظور الآخرين أو إدراك أن الآخرين لديهم تصورات عنهم، أما الخجل الواعي للذات يرتقي بعد سن الخامسة (Waiker,2011,20; Croizer, 2002; Feng,2005,5)، كذلك، ميز الباحثون مؤخرًا بين ثلاثة أشكال من خجل الطفولة، هم: الخجل المزاجي، والخجل القلقي، والخجل المنظم؛ فقد يُظهر بعض الأطفال خجلًا مزاجيًا، أو حذرًا وكبحًا تجاه الغرباء يُعتقد أنه يظهر مبكرًا كجانب من جوانب المزاج؛ وقد يُظهر آخرون خجلًا قلقيًا، والذي غالبًا ما يحدث في سياقات الأقران المألوفة ويرتبط بالخوف من التقييم الاجتماعي السلبي، وهناك آخرون يعانون من الخجل المنظم (أو الانسحاب المنظم)، حيث يُظهر الأطفال سلوكًا غير حازم ومتواضع في محاولاتهم للتأقلم مع الآخرين (Stacy,2020,7; Pool &Willoughby,2024).

وقد دعمت الدراسات التجريبية وجود الوعي الذاتي من خلال اكتشاف أنه من مرحلة الطفولة المتوسطة فصاعدًا، توجد علاقة بين الخجل، وانخفاض تقدير الذات، وانخفاض الثقة بالنفس. وعند وضع عديد من الباحثين نماذج لشرح كيفية تطور الخجل، كانت الفكرة الأساسية فيها أن الأفراد الذين يعانون من القلق الاجتماعي يمتلكون صورًا ذاتية مشوهة وسلبية تتسم باعتقادات بأن الآخرين لديهم معايير صارمة لسلوكهم الاجتماعي، وتوقعات للتقييم الاجتماعي، ومعتقدات غير مشروطة عن الذات، ومن ثَم يفرض القلق الناتج قيودًا ضارة على قدرة الأطفال الخجولين على العمل في المواقف الاجتماعية، مثل سياق الصداقات أو في الفصل الدراسي (Waiker 2011,22; Jung et al.,2023).

ويتبنى البحث الحالي وصف كروزير للخجل لدى الأطفال كما سيتضح من خلال نظريته.

التفرقة بين الخجل وسمة الانطواء

اتسع نطاق البحث في هذين البعدين من الشخصية بشكل كبير، ويعتبر الخجل مفهومًا مرتبطًا بالانطواء وليس مطابقًا له، وقد وصف هانز آيزنك (١٩٤٧) الأفراد الذين لديهم انبساط منخفض وعصابية مرتفعة بأنهم خجولون اجتماعيًا، وقد يفضل كل من الأطفال الانطوائيين والخجولين البقاء بمفردهم والانخراط في أنشطة اللعب الانفرادية؛ ومع ذلك، لا يُظهر على الطفل الانطوائي أية علامات قلق، ولا يواجه صعوبات في التفاعلات الاجتماعية، في حين يُظهر الطفل الخجول علامات قلق واضحة، ويواجه مشكلات عند التفاعل في المواقف الاجتماعية (Jones,2014)، وربما يعني ذلك أن الخجل يتم بشكل لاإرادي، أما الانطواء يتم بشكل اختياري؛ فالفرد الخجول يريد ويسعى ويحاول تكوين صداقات مع الآخرين، لكنه لا يتمكن من ذلك لأسباب مختلفة، بينما الفرد الانطوائي هو الذي يختار العزلة ولا يرغب في إقامة صداقات مع الآخرين، وليس لديه مشكلة في التفاعل مع الآخرين والاشتراك معهم في الأنشطة الاجتماعية (زيدان، ٢٠٠٨).

النظريات المفسرة لمفهوم الخجل

قامت عدة نظريات بتفسير الخجل، منها: النظريات الضمنية للخجل[1] (Zhao,2006)، ونظرية التجنب الاجتماعي (مرشد، ٢٠٠٣)، ونظرية الخجل والاجتماعية لتشيك وبوس (مرشد، ٢٠٠٣)، ونظرية انشغال البال الذاتي القلق لكروزير، ونموذج أسيندورف للتثبيط الاجتماعي. وفيما يلي عرض كل من نظرية انشغال البال الذاتي القلق لكروزير، ونموذج أسيندورف للتثبيط الاجتماعي:

١- نظرية إنشغال البال الذاتي القلق لكروزير[2]

قد قدم كروزير (٢٠٠١) Croizer وصفًا معبرًا للطريقة التي يرى بها الأفراد الخجولون أنفسهم بمجرد تطويرهم لقدراتهم على تقبل وجهات النظر، كما صرح كروزير قائلًا: "إنهم يذكرون أنهم خجولون ويشعرون بالحرج وعدم الارتياح، ولا يستطيعون التفكير فيما سيقولونه في المحادثة، ويصاحب تحفظهم نشاط عقلي مكثف، حيث يتدربون، لكنهم يُمنعون من تقديم المساهمات، ويفكرون في مدى عدم كفاءتهم ويخشون من تكوين انطباعات سلبية عن الآخرين (Xu,2004,3; Waiker, 2011,20)، وقد يُصنف الأطفال الهادئون على أنهم خجولون، وهي تسمية قد يتبنونها لأنفسهم، ويصبحون واعين باختلافهم عن الآخرين الذين يبدون لهم ثرثارين بطبيعتهم، وربما يعتقدون أنهم

(1) Implicit self-theories of shyness.
(2) Anxious Self-Preoccuption Theory.

يفشلون في تلبية توقعات الآخرين المهمين في مجتمع يُولي قيمة عالية للثقة الاجتماعية (Croizer,2002)، ويمكن تحليل الخجل إلى مكونات مختلفة، هي: المكون المعرفي (من حيث الوعي الذاتي الحاد، والتقييمات المتحيزة للمواقف، والإسناد الذاتي للصعوبات الاجتماعية)، والمكون الوجداني (القلق الذاتي والاستجابات الجسدية)، والمكون السلوكي (السلوكيات المكبوتة)، مع الأخذ في الاعتبار أنه ليس كل الأشخاص الخجولين يعانون من جميع هذه المكونات (Crozier,2005).

٢- نموذج أسيندورف للتثبيط الاجتماعي[1]

اقترح أسيندورف Asendorpf نموذجًا للتثبيط الاجتماعي قائمًا على فكرة الصراع التحفيزي بين الاقتراب والتجنب، فعندما يكون الأطفال متحمسين للاقتراب من فرد آخر، لكنهم يتجنبون القيام بذلك بسبب مشاعر الحذر، فإنهم يُعتبرون مثبطين اجتماعيًا. وهناك نوعان من التثبيط الاجتماعي، هما: التثبيط الاجتماعي مع الغرباء والتثبيط الاجتماعي بسبب المخاوف التقييمية الاجتماعية. ولاختبار هذا النموذج، قام أسيندورف في البداية بتقييم التثبيط الاجتماعي للأطفال تجاه الغرباء باستخدام كل من استخبارات تقرير الوالدين (على سبيل المثال، "طفلي خجول تجاه الأطفال الغرباء")، والملاحظات السلوكية في المختبر من خلال اشتراك الأطفال في مهمتين مختبريتين إحداهما تضمنت تفاعل واحد مع فرد غريب، والأخرى تضمنت جلسة لعب ثنائية مع فرد غريب، وبعد ذلك تم ترميز أوقات استجابة الأطفال في المهمتين، كما تم قياس التثبيط الاجتماعي الناتج عن مخاوف التقييم الاجتماعي باستخدام الملاحظات السلوكية في المختبر وفي الفصل الدراسي (Xu,2004,3; Stacy,2020,16-17).

وتعقيبًا على تلك النظريات، نجد أن نظرية انشغال البال الذاتي القلق (كروزير) ركزت على المكونات المعرفية (التقييم الذاتي السلبي)، الوجدانية (القلق)، والسلوكية (الكبح)، أما نموذج التثبيط الاجتماعي (أسيندورف) الذي حلل الصراع بين الدافع للاقتراب الاجتماعي والتجنب بسبب الحذر.

اضطراب التبول اللاإرادي

تتضمن اضطرابات قضاء الحاجة جميع اضطرابات الإخراج سواء إخراج البول أو الغائط بشكل غير مناسب، وعادة ما يتم تشخيصها لأول مرة في مرحلة الطفولة أو المراهقة. وعلى الرغم من وجود متطلبات الحد الأدنى للعمر لتشخيص كلا الاضطرابين، إلا أنها تستند إلى العمر الارتقائي

(1) Asendorpf Model of Social Inhibition.

وليس فقط على العمر الزمني. وعلى الرغم من أن هذه الاضطرابات تحدث عادةً بشكل منفصل، فإنه قد يتم ملاحظة حدوثها معًا أيضًا (American Psychiatric .Association,2013,355)

المحكات التشخيصية للتبول اللاإرادي

أ. التبول المتكرر في الفراش أو الملابس، سواء كان لاإراديًا أو متعمدًا.

ب. تكرار حدوث السلوك مرتين على الأقل في اليوم أسبوعيًا لمدة ثلاثة أشهر متتالية على الأقل، أو وجود مشكلة عيادية كبيرة أو ضعف في المجالات الاجتماعية أو الأكاديمية أو غيرها من المجالات المهمة في الأداء.

ج. لا يقل العمر الزمني عن خمس سنوات.

د. لا يُعزى السلوك إلى التأثيرات الفسيولوجية لمادة ما (مثل مدر البول، أو دواء مضاد للذهان)، أو حالة طبية أخرى (مثل مرض السكري، أو اضطراب النوبات).

ويمكن أن يكون التبول اللاإرادي ليليًا فقط؛ أي خروج البول فقط أثناء النوم ليلاً، أو نهارًا فقط؛ أي خروج البول أثناء ساعات الاستيقاظ، ويمكن أن يكون ليليًا ونهاريًا؛ أي مزيج من النوعين الفرعيين السابقين. ويعتبر النوع الفرعي الليلي فقط من التبول اللاإرادي، والذي يشار إليه أحيانًا باسم التبول اللاإرادي أحادي الأعراض[1]، هو النوع الفرعي الأكثر شيوعًا، وينطوي على سلس البول أثناء النوم ليلًا فقط، عادةً خلال الثلث الأول من الليل. وقد تم وصف نوعين من التبول اللاإرادي: النوع "الأولي[2]"، حيث لم يثبت لدى الفرد مطلقًا سلس البول، والنوع "الثانوي[3]"، حيث يتطور الاضطراب بعد فترة من التبول اللاإرادي الثابت (American Psychiatric Association,2013,355-356).

عوامل الخطر والتنبؤ

تسهم عدة عوامل في حدوث التبول اللاإرادي، وهي العوامل البيئية التي تتضمن التدريب المتأخر أو غير الكافي على استخدام المرحاض، والضغوط النفسية الاجتماعية، والعوامل الوراثية والفسيولوجية؛ حيث ارتبط سلس البول بتأخير في تطور الإيقاعات اليومية الطبيعية لإنتاج البول، مع كثرة التبول الليلي أو الشذوذ في حساسية مستقبلات الفازوبريسين المركزية، وانخفاض قدرات المثانة

(1) Monosymptomatic Enuresis.
(2) Primary Nocturnal Enuresis.
(3) Secondary Nocturnal Enuresis.

الوظيفية مع فرط نشاط المثانة. ويعتبر التبول الليلي اللاإرادي اضطرابًا وراثيًا غير متجانس، وقد ثبت إن خطر التبول الليلي اللاإرادي في مرحلة الطفولة أعلى بنحو (٣,٦) مرة في ذرية الأمهات المصابات بالتبول الليلي وأعلى بنحو (١٠,١) مرة في وجود التبول اللاإرادي لدى الأب (American Psychiatric Association,2013,356).

الدراسات السابقة

تصنف الدراسات السابقة إلى فئتين، هما:

الفئة الأولى: الدراسات التي اهتمت بالمكايدة الأسرية أو المفاهيم ذات الصلة به لدى أطفال التبول اللاإرادي.

الفئة الثانية: الدراسات التي اهتمت بتقدير الذات، وكذلك الخجل بشكل ضمني لدى أطفال التبول اللاإرادي.

وفيما يلي عرض تلك الفئات:

الفئة الأولى: الدراسات التي اهتمت بالمكايدة الأسرية أو المفاهيم ذات الصلة به لدى أطفال التبول اللاإرادي.

فيما يتعلق بالمكايدة الأسرية، يمكن عرض الدراسات التي اهتمت بدراسة العقاب اللفظي الذي تعرض له أطفال التبول اللاإرادي على اعتبار أنه جزء من التعريف المتبنى للمكايدة في البحث الحالي، وفي هذا الإطار نجد دراسة سابي وزملائه (Sapi et al., (2009 التي تبين من خلال نتائجها تعرض جميع الحالات للعقاب اللفظي، وأن المعتدي الرئيسي هو الأم (٨٧,٩٪)، وأنه كلما قل المستوى التعليمي للأم زادت شدة العقوبة، وذلك من خلال قيامهم بمقابلة (١٤٩) من الأطفال والمراهقين البرازيليين ممن تراوحت أعمارهم بين (٦ و ١٨) عامًا، ومشخصين بالتبول الليلي اللاإرادي الأولي.

كما تم الكشف عن معدلات أساليب العقاب التي يستخدمها الوالدان، وهي: الإهانة (٢٥٧ مريضًا بنسبة ٥١,٣%)، وحرمان الطفل من رغباته (١٢٠ مريضًا بنسبة ٢٣,٩%)، وإذلال الطفل في حضور أطفال آخرين (١١٣ مريضًا بنسبة ٢٢,٦%)، وذلك من خلال دراسة كارامان وآخرين (2013) Karaman، وذلك لدى مجموعة مكونة من (٥٠١) طفلًا (٣٠١ ذكرًا، و ٢٠٠ أنثى) ممن تم تشخيصهم بالتبول الليلي اللاإرادي في تركيا، تراوح المدى العمري لهم بين (٥-١٨)

سنة، بمتوسط عمر (٩,٣٩) سنة، تبين من النتائج أن تطبيق طريقة عقاب واحدة على الأقل على ٢٩١ (٥٨,١٪) من الأطفال المصابين بالتبول الليلي اللاإرادي.

وهدفت دراسة جوينسون وزملائه (Joinson et al., (2016 إلى الكشف عن العلاقة بين عوامل الخطر والتبول اللاإرادي، وذلك باستخدام بيانات (٨٧٦٩) طفلًا من دراسة أفون الطولية للآباء والأطفال من المملكة المتحدة، تم الكشف عما إذا كانت صعوبات المزاج (مقياس مزاج الطفل الصغير في عمر ٢٤ شهرًا، واستخبار النشاط الوجداني والاجتماعي في عمر ٣٨ شهرًا الذي يتضمن الخجل كمقياس فرعي له)، والمشكلات النفسية (مقياس روتر المُنقح للآباء لأطفال ما قبل المدرسة في عمر ٤٢ شهرًا) مرتبطة بالتبول اللاإرادي في سن المدرسة، فتبين من النتائج ارتباط صعوبات المزاج (التي تتضمن الخجل) والمشكلات النفسية في مرحلة الطفولة المبكرة بزيادة احتمالية التبول اللاإرادي في عمر (٤-٩) سنوات، كما ارتبطت مشكلات السلوك المبكرة (مثل فرط النشاط) بالتبول اللاإرادي المتكرر.

كذلك، أوضحت نتائج دراسة تونكاز وآخرين (Tonkaz et al., (2023 أن التبول اللاإرادي يمكن أن يكون له تأثير سلبي على ارتباط الأم بالطفل ومواقف الوالدين، حيث إن استخدام الأم للغة القاسية أو العقاب ردًا على فشل الطفل في تحقيق الجفاف الليلي قد يؤثر على الارتباط بين الأم والطفل، ويتسبب في شعور الطفل بمشاعر سلبية مثل الخجل والقلق والحرج والإحباط والشعور بالوحدة. وقد تكونت العينة من (٧٠) طفلاً تم تشخيصهم بالتبول الليلي اللاإرادي الأولي أحادي الأعراض ممن ينتمون إلى مرحلة الطفولة المتوسطة، و(٧٠) طفلاً لا يعانون من التبول اللاإرادي وأي اضطرابات نفسية، وكلتا المجموعتين بينهما تكافؤ من حيث النوع والعمر والبيانات الاجتماعية والديموجرافية.

أما دراسة ايريباس وزملائه (Ayribas et al.,(2023 فكانت عن التعلق غير الآمن وعلاقته بالتصور السلبي للذات لدى الأطفال المصابين بالتبول الليلي اللاإرادي. تكونت العينة من (٤١) طفلاً يعانون من التبول اللاإرادي الليلي و(٤٠) طفلاً من الأطفال الأصحاء المكافئين لهم من حيث العمر والنوع، وقد أظهرت النتائج أن الأطفال المصابين بالتبول اللاإرادي يعانون بشكل كبير من أنماط التعلق غير الآمنة وتصور الذات السلبي.

تعقيب على هذه الفئة من الدراسات:

١- كشفت الدراسات التي اهتمت بدراسة آثار العقاب اللفظي الذي تعرض له الأطفال المصابين بالتبول اللاإرادي في شعورهم بالخجل.

٢- ارتباط صعوبات المزاج (التي تتضمن الخجل) في مرحلة الطفولة المبكرة بالتبول اللاإرادي.
٣- تبين من خلال نتائج دراسة ايريباس وزملائه (2023),.Ayribas et al ارتباط أنماط التعلق غير الآمنة وتصور الذات السلبي لدى الأطفال المصابين بالتبول اللاإرادي، وربما يشير ذلك إلى تعرضه للمكايدة الأسرية بسبب مشكلته مما ينتج عنه انخفاض تقديره لذاته.
٤- ندرة الدراسات العربية التي تناولت دور المكايدة وخاصة المكايدة الأسرية في التنبؤ بالخجل لدى المصابين بالتبول اللاإرادي.

الفئة الثانية: الدراسات التي اهتمت بتقدير الذات لدى أطفال التبول اللاإرادي

أما عن تقدير الذات، فقد سعت دراسة كولير وآخرين (2002) ,.Collier et al إلى تقييم العلاقة بين تقدير الذات وصورتها لدى الأطفال المصابين بالتبول الليلي اللاإرادي، ودراستها في ضوء مختلف جوانب المتغيرات العيادية والديمجرافية، شملت العينة (١١٤) طفلاً، تم استخدام مقياس كوبرسميث لتقدير الذات، وأشارت النتائج إلى أن الأطفال الذكور الذين يعانون من التبول الليلي اللاإرادي الأولي هم الأكثر عرضة لانخفاض تقدير الذات.

في حين وجد ثينيوس وزملاؤه (2002) ,.Theunis et al أن الإناث لديهن تقدير ذات عام منخفض مقارنة بالذكور، وذلك من خلال دراستهم التي أُجريت على عينة مكونة من (٢٧ من الذكور، و٢٣ من الإناث) (٤١ من ٥٠) طفلًا منهم يعانون من التبول اللاإرادي الأولي، ممن تراوحت أعمارهم بين (٨-١٢) سنة بمتوسط عمر (٩,٨) سنة.

وقام هوكه وآخرون (2004) ,.Hoecke et al بدراسة المشكلات الداخلية (القلق والاكتئاب) وتقدير الذات لدى (٨٤) طفلًا من الأطفال الذين يعانون من التبول اللاإرادي (٦٣ ذكر، و٢١ أنثى)، ممن تراوحت أعمارهم من (٩ - ١٢) عامًا، منهم (٥٤ يعانون من التبول الليلي اللاإرادي، و٣٠ يعانون من التبول الليلي والنهاري معًا). وقد كشف تقرير الوالدين عن وجود مشكلات داخلية أكثر لدى الأطفال المصابين بسلس البول مقارنةً بمجموعة الأطفال الأصحاء الذين بلغ عددهم (٧٠) طفلًا (٣٦ ذكرًا، و٣٤ أنثى)، في حين لم يتبين أية فروق في تقدير الذات بين المجموعتين.

ودراسة جوينسون وآخرون (2007) ,.Joinson et al المشكلات النفسية المرتبطة بالتبول اللاإرادي والتبول المشترك (ليلاً ونهاراً) لدى الأطفال في المملكة المتحدة الذين تراوحت أعمارهم سبع سنوات ونصف، تضمنت عينة الدراسة مجموعة تضم أكثر من (٨٠٠٠) طفل مسجلين في دراسة أفون الطولية السكانية للآباء والأطفال. أكمل الآباء استخبارات بريدية لتقييم المشكلات النفسية الشائعة لدى الأطفال، وسئل الأطفال عن السلوك والصداقات والمكايدة وتقدير الذات. قورنت

معدلات المشكلات النفسية لدى الأطفال الذين يعانون من التبول اللاإرادي، والتبول اللاإرادي المختلط، والأطفال الذين لا يعانون من مشكلات التبول اللاإرادي، فوجد ارتفاعًا في معدل المشكلات النفسية التي أبلغ عنها الآباء لدى الأطفال الذين يعانون من التبول اللاإرادي والتبول اللاإرادي المزدوج مقارنَة بالأطفال الذين لا يعانون من هذه المشكلة.

ودراسة ناتالي وآخرون (2009) ,.Natale et al عن نوعية الحياة وتقدير الذات لدى الأطفال الذين يعانون من التبول اللاإرادي. فحصنا ٤٩ طفلاً متتالياً، تراوحت أعمارهم بين ٥ و١٣ عاماً، ممن يعانون من التبول اللاإرادي (٢٢) أو تأخير التبول (٢٧)، بالإضافة إلى ٣٢ طفلاً من مجموعة المقارنة، مُطابقين من حيث العمر والنوع. تم قياس نوعية الحياة الصحية والعامة باستخدام استخبارات عامة، كما تم قياس تقدير الذات باستخدام استخبار بيرس–هاريس. تبين من النتائج انخفاض نوعية الحياة الصحية بشكل ملحوظ في تقييم الوالدين، ولكن لم تنخفض في تقييم الطفل في مجموعة التبول اللاإرادي مقارنةً بمجموعة المقارنة (متوسط درجات الوالدين ٧٣ مقابل ٧٨، وللطفل ٧٦ مقابل ٧٦). يعاني الأطفال الذين يعانون من تأخير التبول من أدنى مستويات نوعية الحياة الصحية. كما انخفضت نوعية الحياة بشكل ملحوظ لدى الأطفال الذين يعانون من التبول اللاإرادي، بينما لم يختلف تقدير الذات. أما الأطفال الذين يعانون من اضطرابات خارجية، فعادةً ما يعانون من أدنى مستويات نوعية الحياة الصحية.

ودراسة كاناهيسواري (2012) Kanaheswari التي أظهرت نتائجها أن التبول الليلي لدى الأطفال يرتبط بتزايد المشكلات السلوكية وانخفاض تقدير الذات. وتكونت العينة من الأطفال الماليزيين الذين تراوحت أعمارهم بين (٦ و١٦) عامًا (٢٢ منهم يعانون من التبول اللاإرادي ممن تراوحت أعمارهم بين ٦ و٩ سنوات، و٤١ منهم يعانون من التبول اللاإرادي ممن تراوحت أعمارهم بين ١٠ و١٦ سنة)، وتكونت المجموعة الأخرى من الأطفال الأصحاء المكافئين لأطفال التبول في العمر والنوع. حُصِّلت درجات التقييم الذاتي باستخدام استخبار مكون من خمسة مجالات، هي: صورة الجسم، والمواهب والمهارات، والصحة النفسية، والعلاقة مع الأسرة، والعلاقة مع الآخرين. كانت درجات المعيار السلوكي متشابهة بين المصابين بالتبول اللاإرادي ومجموعة الأصحاء في الأعمار الصغرى، أما في الأعمار الأكبر كانت درجات المصابين بالتبول اللاإرادي أقل بشكل ملحوظ في كل من صورة الجسم، والعلاقة مع الآخرين ودرجات المعيار السلوكي مقارنة بالأصحاء.

أما نتائج دراسة البهنساوي والنجار (2015) Elbahnasawy&Elnagar، فقد أشارت إلى نتائج مختلفة وهي عدم وجود فرق كبير بين الذكور والإناث في تقديرهم الإيجابي لذواتهم. وقد تكونت العينة من (٧٠) طفلاً (٣٨ ذكر، و٣٢ أنثى) ممن يعانون من التبول الليلي اللاإرادي، وتراوح المدى

العمري لهم (٨-١٢) سنة. تم استخدام استخبار مقابلة لتقييم البيانات الديموجرافية الاجتماعية، ومعرفة الأطفال بالتبول اللاإرادي والتأثير النفسي للتبول اللاإرادي على الأطفال فيما يتعلق بالاكتئاب والعزلة الاجتماعية ومقياس تقدير الذات للأطفال.

وكذلك دراسة رينج وآخرين (2017) ,.Ring et al التي أشارت نتائجها إلى عدم وجود فروق بين الذكور والإناث في تقدير الذات، وذلك لدى عينة مكونة من (٣٣) طفلًا من الأطفال السويديين الذين يعانون من خلل في المثانة المصابين بالتبول الليلي اللاإرادي، ممن تراوحت أعمارهم بين (٦ و١٨) عامًا، وقد اُستخدِمت النسخة السويدية من مقياس نوعية الحياة (التي تتضمن تقدير الذات، مع الإشارة إلى أن هذا المقياس أول بند فيه هو أشعر بالخجل بسبب مشكلة التبول اللاإرادي).

كما تمت دراسة تقييم نوعية الحياة المتعلقة بالصحة (التي تتضمن تقدير الذات) لدى الأطفال الأتراك الذين يعانون من التبول اللاإرادي من قِبل إسكان وأوزكاين (2020) Iscan&Ozkayın، شملت الدراسة (١١٠) من الأطفال الذين يعانون من التبول اللاإرادي وأمهاتهم، و(١٢٠) طفلًا سليمًا وأمهاتهم. واستُخدمت النسخة الألمانية من مقياس نوعية الحياة، وأظهرت النتائج أن الأطفال الذين يعانون من التبول اللاإرادي لديهم درجات أقل في كل من تقدير الذات، والعلاقة الأسرية مقارنة بمجموعة المقارنة، أي أن أكثر المجالات تأثرًا هي تقدير الذات كما ظهر في الدراسة السابقة.

وبالمقياس الخاص بنوعية الحياة ذاته الذي يتضمن تقدير الذات، تمت دراسة رانجل وآخرين (2021) ,.Rangel et al عن التبول الليلي اللاإرادي، حيث تكونت العينة من (٣٩) طفلاً ممن يعانون من التبول اللاإرادي (من بينهم ٢٣ ذكرًا) و٤٩ طفلاً سليماً (٢٧ ذكرًا)، ممن تراوحت أعمارهم بين (٦ و١١) عامًا، وقد اتفقت نتائجها مع نتائج كل من البهنساوي والنجار Elbahnasawy&Elnagar (2015) ورينج وآخرين Ring et al.,2017، حيث تبين من النتائج عدم وجود فروق بين الذكور والإناث، بالإضافة إلى أن الأطفال المصابين بالتبول الليلي اللاإرادي أظهروا انخفاضًا في نوعية الحياة (متضمنة تقدير الذات) مقارنةً بغير المصابين به.

تعقيب على هذه الفئة من الدراسات:

يتضح من خلال عرض هذه الدراسات ما يلي:

١- تعارض نتائج بعض الدراسات فيما يتعلق بالفروق بين الذكور والإناث المصابين بالتبول اللاإرادي في تقدير الذات، فبعضها وجد أن الذكور أقل تقديرًا لذواتهم مقارنة بالإناث، وبعضها الآخر وجد أن الإناث أقل تقديرًا لذواتهن، وبعضها الثالث لم يجد فروقًا بين الذكور

والإناث في تقدير الذات.

٢- اعتماد عدد من هذه الدراسات على مقياس نوعية الحياة الذي يتضمن تقدير الذات كمكون من مكوناته، وفي الوقت نفسه يتضمن بندًا عن خجل الطفل من مشكلة التبول اللاإرادي التي يعاني منها، ولم يتم تناول تقدير الذات والخجل على نحو مستقل.

من خلال عرض تلك الدراسات يمكن صياغة فروض الدراسة على النحو التالي:

١- توجد علاقة بين المكايدة الأسرية والخجل لدى الأطفال المشخصين بالتبول الليلي اللاإرادي (ذكورًا وإناثًا)، كل منهما على حدة.

٢- توجد علاقة بين تقدير الذات والخجل لدى الأطفال المشخصين بالتبول الليلي اللاإرادي (ذكورًا وإناثًا)، كل منهما على حدة.

٣- يسهم المكايدة الأسرية وتقدير الذات في التنبؤ بالخجل لدى الأطفال المشخصين بالتبول الليلي اللاإرادي (ذكورًا وإناثًا)، كل منهما على حدة.

٤- توجد فروق بين الذكور والإناث في كل من المكايدة الأسرية وتقدير الذات والخجل.

منهج الدراسة

يتمثل منهج الدراسة الراهنة في المنهج الوصفي الارتباطي الفارقي؛ حيث سيتم تناول المتغيرات في الدراسة الراهنة بالوصف والتصنيف.

وصف عينة الدراسة

تكونت العينة[١] من (٦٠) طفلًا وطفلة (٣٠ من الذكور ، ٣٠ من الإناث)، من المشخصين بالتبول اللاإرادي، واتضح أن جميعهم ممن يعانون من التبول الليلي اللاإرادي. وقد تبين من التحليلات الاحصائية التكافؤ بين الذكور والإناث في كل من العمر، ومستوى الفهم، والمستوى الاجتماعي- الاقتصادي، ونوع المدرسة، والصف الدراسي، وعدد الأشقاء ، ومدة التبول، والتاريخ الوراثي.

١ تتوجه الباحثة بوافر الشكر والتقدير لكل من د. منى الرخاوي ود. محمد الرخاوي، وذلك لقيامهما بتسهيل مهمة الحصول على العينة، كما تتوجه بخالص الامتنان للسيدة العاملة بمركز الطب الوقائي الاجتماعي لمساعدتها في الحصول على العينة، كما تتوجه بخالص الشكر والتقدير والامتنان للأطفال الذين تعاملت معهم وكذلك أولياء أمورهم، لتعاونهم معها.

وقد روعي توافر عدة شروط في اختيار أفراد العينة، هي:

١- ألا تقل أعمار هؤلاء الأطفال عن ثمانية أعوام، وألا تزيد عن اثنى عشر عامًا.

٢- أن يكون مستوى الفهم حول المتوسط، وبناء عليه تم استبعاد الأطفال الذين تقل درجاتهم عن سبع درجات موزونة على اختبار الفهم من مقياس وكسلر للذكاء- الصورة الرابعة.

٣- ألا يكون الطفل الأوحد، وألا يكون لأب وأم منفصلين؛ أي أن يكون مقيمًا مع أسرته الكاملة التي تتكون من أم وأب وأشقاء.

٤- ألا يكون التبول اللاإرادي راجع لإعاقة ذهنية، أو بسبب أمراض صحية مثل السكري، وأن يستبعد الأطفال الذين لديهم أمراض الدم.

وفيما يلي الجداول التي توضح خصائص أفراد العينة:

جدول (١) قيم ت والدلالة الاحصائية لها للتكافؤ بين الذكور والإناث على بعض المتغيرات الدخيلة من حيث العمر، ومستوى الفهم، والمستوى الاجتماعي الاقتصادي

المجموعات / المتغيرات	الذكور (ن=٣٠)		الإناث (ن=٣٠)		ت	الدلالة
	م	ع	م	ع		
العمر	١٠,١٧	١,٥٣	١٠,٢٣	١,٤٣	٠,١٧	٠,٨٦
مستوى الفهم	٨,٤٣	٠,٨٦	٨,١٧	٠,٦٥	١,٣٥	٠,١٨
المستوى الاجتماعي الاقتصادي	١,٧٧	٠,٦٣	١,٦٠	٠,٦٧	٠,٩٩	٠,٣٢

يتضح من خلال الجدول السابق أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في كل من العمر، ومستوى الفهم، والمستوى الاجتماعي الاقتصادي الذي تم قياسه من خلال مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي (إعداد عبد العزيز الشخص، ٢٠١٣)، مما يدل على تكافئهم في هذه المتغيرات. وقد روعي أن يكون مستوى الفهم حول المتوسط لدى كل من الذكور والإناث، وذلك من خلال تطبيق اختبار الفهم من مقياس وكسلر للذكاء- الصورة الرابعة، وبناء عليه تم استبعاد الذين تقل درجاتهم عن سبع درجات موزونة على هذا الاختبار.

جدول (٢) توزيع أفراد العينة وفقًا لنوع المدرسة

المجموعات / المتغيرات	مدرسة حكومية	مدرسة خاصة	مدرسة تجريبية	معهد أزهري	كا٢	الدلالة
ذكور (ن=٣٠)	١٩ (٦٣,٣%)	—	٢ (٦,٧%)	٩ (٣٠%)	٤,٧٤	٠,١٩
إناث (ن=٣٠)	٢٢ (٧٣,٣%)	٢ (٦,٧%)	—	٦ (٢٠%)		
متوسط الرتب	٣١,٦٠	٤٥,٥٠	١٥,٥٠	٢٧,٥٠		

يتضح من الجدول السابق أن العينة تضمنت الأطفال الذين ينتمون إلى أربعة أنواع من المدارس بأعداد مختلفة، وقد تم تحقيق التكافؤ بين الذكور والإناث في ذلك من خلال اختبار كروسكال-والاس (وهو اختبار مماثل لتحليل التباين الأحادي المسئول عن متغير واحد بأكثر من مستويين في حالة الأعداد الصغيرة).

جدول (٣) توزيع أفراد العينة وفقًا للصف الدراسي

الفرقة الدراسية / المجموعات	الصف الثاني الابتدائي	الصف الثالث الابتدائي	الصف الرابع الابتدائي	الصف الخامس الابتدائي	الصف السادس الابتدائي	كا٢	الدلالة
ذكور (ن=٣٠)	٧ (٢٣,٣%)	٥ (١٦,٧%)	٦ (٢٠%)	٣ (١٠%)	٩ (٣٠%)	٤,٢٩	٠,٣٧
إناث (ن=٣٠)	٦ (٢٠%)	٢ (٦,٧%)	١٢ (٤٠%)	١ (٣,٣%)	٩ (٣٠%)		
متوسط الرتب	٢٩,٣٥	٢٤,٠٧	٣٥,٥٠	٢٣,٠٠	٣٠,٥٠		

يتضح من الجدول السابق أن العينة تضمنت أطفال التبول اللاإرادي الملتحقين بالصف الثاني الابتدائي حتى الصف السادس الابتدائي. وقد تم تحقيق التكافؤ بين الذكور والإناث في ذلك كما اتضح من خلال نتيجة اختبار كروسكال- والاس.

جدول (٤) توزيع أفراد العينة وفقًا لعدد الأشقاء

عدد الأشقاء / المجموعات	١	٢	٣	٤	م	ع
ذكور (ن=٣٠)	٨ (٢٦,٧%)	٨ (٢٦,٧%)	٧ (٢٣,٣%)	٧ (٢٣,٣%)	٢,٤٣	١,١٣
إناث (ن=٣٠)	١٠ (٣٣,٣%)	٩ (٣٠%)	٩ (٣٠%)	٢ (٦,٧%)	٢,١٠	٠,٩٦

يتضح من الجدول (٤) عدم وجود فرق بين متوسطي عدد أشقاء أطفال التبول اللاإرادي من الذكور والإناث، حيث أن قيمة "ت" (١,٢٣) ودلالتها (٠,٢٢).

جدول (٥) توزيع أفراد العينة وفقًا لنوع اضطراب التبول اللاإرادي

المتغيرات / المجموعات	أولي	ثانوي	كا٢	الدلالة
ذكور (ن=٣٠)	١٦ (٥٣,٣%)	١٤ (٤٦,٧%)	٠,٢٧	٠,٦٠ (غ.د)
إناث (ن=٣٠)	١٨ (٦٠%)	١٢ (٤٠%)		

يتضح من الجدول (٥) أن الأطفال المشخصين منهم من لديه تبول من النوع الأولي، ومنهم من لديه تبول من النوع الثانوي، وقد اتضح وجود تكافؤ بينهما في ذلك.

جدول (٦) توزيع أفراد العينة وفقًا للتاريخ الوراثي

المتغيرات / المجموعات	وجود تاريخ وراثي	عدم وجود تاريخ وراثي	كا٢	الدلالة
ذكور (ن=٣٠)	١٨ (٦٠%)	١٢ (٤٠%)	٠,٢٩	٠,٥٩ (غ.د)
إناث (ن=٣٠)	٢٠ (٦٦,٧%)	١٠ (٣٣,٣%)		

يتضح من الجدول (٦) أن الأطفال المشخصين منهم من لديه تاريخ وراثي، ومنهم من ليس لديه، وذلك من خلال طرح هذا السؤال في مقابلة جمع البيانات الأساسية، وقد تبين وجود تكافؤ بينهما في ذلك.

أدوات الدراسة

تضمنت أدوات الدراسة مقابلة مبدئية لجمع البيانات الأساسية التي احتوت على الأسئلة الخاصة بالنوع، والعمر، والسنة الدراسية، ونوع المدرسة، وعدد الأشقاء، ووقت حدوث التبول أي إذا ما كان نهاري أو ليلي أو كليهما، وزمن حدوثه؛ أي إذا ما كان أوليًا أو ثانويًا، ووجود عامل وراثي. وكذلك اختبار الفهم من مقياس وكسلر للذكاء– الطبعة الرابعة من إعداد وتقنين عبد الرقيب البحيري، وكذلك مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي (إعداد عبد العزيز الشخص، ٢٠١٣)، أما عن المقاييس الأساسية فهي:

(١) مقياس المكايدة الأسرية (إعداد الباحثة)

مر هذا المقياس بعدة خطوات، هي:

أ. تكون في صورته الأولية من (٣٤) بندًا مقسمين على أربعة مكونات، هي المكايدة البدنية (٩) بنود، والمكايدة اللفظية (٩) بنود، والمكايدة الاجتماعية (٩) بنود، والمكايدة الانفعالية (٧) بنود، وذلك بعد الاطلاع على مقياس التنمر الأسري إعداد أبو صالح والتاج (٢٠٢٢)، حيث تم الاعتماد عليه في المكونات الأربعة المذكورة فقط).

ب. تم تحكيم هذا المقياس من قِبل خمسة محكمين[١] بقسم علم النفس – جامعة القاهرة، لكن أبدى جميع المحكمين اعتراضهم عليه لأن معظم بنوده تتداخل مع مفهوم السلوك العدواني وكذلك مفهوم إساءة المعاملة الوالدية. كما فضّل الأساتذة المحكمون أن يتم تحديد الشخص، وعدم ذكر الأسرة في البنود بشكل عام، أي أن تكون هناك بنود خاصة بالمكايدة من قِبل الأب، وبنود خاصة بالمكايدة من قِبل الأم، وبنود خاصة بالمكايدة من قِبل الأشقاء.

ج. وبناءً على ذلك، قامت الباحثة بإعداد مقياس يعبر عن المكايدة بمفهومه المتبنى في البحث الحالي الذي يشير إلى التهكم والسخرية من مصادر مختلفة داخل الأسرة، فأصبح مكونًا من (٢٤) بندًا (تبدأ بجملة "بسبب مشكلة التبول اللاإرادي")، مقسمين بالتساوي على المكونات الثلاثة، لكل مكون (٨) بنود، حيث تضمن مكون مكايدة الأب البنود (١–٨)، وتضمن مكون مكايدة الأم البنود (٩–١٦)، وتضمن مكون مكايدة الأشقاء البنود (١٧–٢٤)، ويجاب عنها من

[١] تتوجه الباحثة بالشكر الجزيل للأساتذة الأفاضل أ.د/ شعبان جاب الله، وأ.د/ عزة عبد الكريم، وأ.د/ الطاهرة المغربي، ود. آمال دسوقي، ود. كاميليا سعد، وذلك لتفضلهم بتحكيم مقاييس البحث الحالي.

خلال خمسة بدائل (من ١ إلى ٥ درجات)، هي: لا يحدث أبدًا، يحدث نادرًا، يحدث أحيانًا، يحدث غالبًا، يحدث دائمًا.

(٢) مقياس تقدير الذات (إعداد كوبر سميث CooperSmith، ترجمة وتعديل: الباحثة)

مر هذا المقياس بعدة مراحل، هي:

أ. تم ترجمة هذا المقياس، وكان يتكون من (٣٦) بندًا موزعة على أربعة مكونات، هي: تقدير الذات العام (١٢) بند، وتقدير الذات الاجتماعية (٨) بنود، وتقدير الذات المنزلي (٨) بنود، وتقدير الذات المدرسي (٨) بنود.

ب. تم تحكيمه، وقد أشار السادة المحكمين إلى تعديل صياغة بعض البنود مثل بند "من الصعب جدًا أن أظل كما أنا" ليصبح "أنا غير راضٍ عن نفسي"، وبند "إذا كان لديّ شيء أقوله فأقوله" ليصبح "لا أتردد فيما أريد أن أقوله"، كما تم حذف بعض البنود غير الملائمة والبنود المكررة.

ج. فأصبح بعد تلك التعديلات مكون من (٣٢) بندًا لكل بُعد (٨) بنود، متضمنة ثمانية بنود عكسية أرقام (٣، ٧، ٨، ١٣، ١٦، ٢٠، ٢٥، ٢٨)، وقد تضمن مكون تقدير الذات العام البنود من (١-٨)، وتضمن تقدير الذات الاجتماعية البنود من (٩-١٦)، وتضمن تقدير الذات المنزلي البنود من (١٧-٢٤)، وتضمن تقدير الذات المدرسي البنود (٢٥-٣٢)، ويجاب عن هذا المقياس من خلال البدائل الخمسة ذاتها للإجابة السابق ذكرها.

(٣) مقياس الخجل (إعداد كروزير Crozier,1995، ترجمة وتعديل الباحثة)

تكونت الصورة النهائية لهذا المقياس وفق الخطوات التالية:

أ. تم ترجمة المقياس المكون من (٢٦) بندًا، متضمنًا الإجابة عنه من خلال ثلاثة بدائل (نعم، لا، لا أعرف)، لكن اضطرت الباحثة لحذف بعض هذه البنود لعدم ملاءمتها وإتاحتها لبعض الأطفال (مثل بند استمتع بتصوير نفسي).

ب. بعد ذلك، قدمته الباحثة للتحكيم مكونًا من مكونين، أحدهما الخجل الانفعالي (٩) بنود، والآخر الخجل السلوكي (٨) بنود، وقد أشار السادة المحكمون إلى تعديل صياغة بعض البنود، وحذف بند واحد للتكرار.

ج. أصبح مكون من (١٦) بندًا مقسمة بالتساوي للمكونين، حيث تضمن الخجل الانفعالي البنود (١-٨)، وتضمن الخجل السلوكي البنود (٩-١٦)، كما تضمنت بدائل الإجابة الخمسة المذكورة سابقًا.

الخصائص السيكومترية لمقاييس الدراسة:

تكونت العينة الاستطلاعية من (٣٠) طفل من الأطفال المشخصين بالتبول اللاإرادي (١٥ من الذكور، و١٥ من الإناث)، ممن تنطبق عليهم شروط العينة الأساسية ذاتها، وقد تراوح المدى العمري لهم (٨–١٢) سنة، بمتوسط عمري وانحراف معياري (١٠,٦٠ ± ١,٤٥) سنة للذكور، و(١٠,٧٣ ± ١,٤٨) سنة للإناث، وقد تم التأكد من فهم العينة لبنود المقاييس.

الخصائص السيكومترية لمقياس المكايدة الأسرية

أولًا: صدق المقياس

تم حساب صدق مقياس المكايدة الأسرية من خلال صدق المحكمين كما سبق الإشارة إليه، وكذلك صدق ارتباط المكونات الفرعية بالدرجة الكلية له، وذلك على النحو التالي:

جدول (٧) ارتباط المكونات الفرعية لمقياس المكايدة الأسرية بالدرجة الكلية له لدى كل من الذكور والإناث

المجموعات / المقاييس	ذكور ن = (١٥)	إناث ن = (١٥)
مكايدة الأب	٠,٨٠	٠,٣٩
مكايدة الأم	٠,٦٧	٠,٨١
مكايدة الأشقاء	٠,٥٥	٠,٨٢

يتضح من الجدول (٧) تمتع المقياس بصدق المفهوم، كما تعكسه الارتباطات بين المكونات الفرعية والدرجة الكلية لدى كل من الذكور والإناث، ما عدا تنمر الأب لدى الإناث.

ثانيًا: ثبات المقياس

تم حساب ثبات مقياس المكايدة الأسرية بثلاث طرق، هي: الثبات بإعادة الاختبار، والثبات بألفا كرونباخ، والثبات بالقسمة النصفية، وذلك كما يلي:

جدول (٨) معاملات الثبات لمقياس المكايدة الأسرية بثلاث طرق هي: إعادة الاختبار، وألفا كرونباخ، والقسمة النصفية لمقاييس الدراسة لدى كل من الذكور والإناث

المجموعات / المقاييس	إعادة الاختبار		ألفا كرونباخ		القسمة النصفية	
	ذكور ن = (١٥)	إناث ن = (١٥)	ذكور ن = (١٥)	إناث ن = (١٥)	ذكور ن = (١٥)	إناث ن = (١٥)
مكايدة الأب	٠,٨٩	٠,٨٧	٠,٩٧	٠,٩٦	٠,٩٤	٠,٩٩
مكايدة الأم	٠,٩١	٠,٨٣	٠,٩٧	٠,٩٧	٠,٩٨	٠,٩٨
مكايدة الأشقاء	٠,٩١	٠,٨٣	٠,٩٦	٠,٩٥	٠,٩٨	٠,٩٧
الدرجة الكلية للمكايدة الأسرية	٠,٧٢	٠,٧١	٠,٩٢	٠,٩٣	٠,٩٨	٠,٩٨

يشير الجدول (٨) إلى تمتع مقياس المكايدة الأسرية بمعاملات ثبات معظمها مرتفعة لدى كل

الذكور والإناث، وذلك باستخدام الطرق الثلاثة لحساب الثبات.

الخصائص السيكومترية لمقياس تقدير الذات

أولًا: صدق المقياس

تم حساب صدق مقياس تقدير الذات من خلال صدق المحكمين كما سبق الإشارة إليه، وكذلك صدق ارتباط المكونات الفرعية بالدرجة الكلية له، وذلك على النحو التالي:

جدول (٩) ارتباط المكونات الفرعية لمقياس تقدير الذات بالدرجة الكلية لدى كل من الذكور والإناث

المجموعات / المقاييس	ذكور ن = (١٥)	إناث ن = (١٥)
تقدير الذات العام	٠,٨١	٠,٧٥
تقدير الذات الاجتماعي	٠,٣٣	٠,٥١
تقدير الذات المنزلي	٠,٨٣	٠,٤٨
تقدير الذات المدرسي	٠,٦٢	٠,٥٨

يتضح من الجدول (٩) تمتع المقياس بصدق المفهوم، كما تعكسه الارتباطات بين المكونات الفرعية والدرجة الكلية لدى كل من الذكور والإناث، ما عدا تقدير الذات الاجتماعي لدى الذكور.

ثانيًا: ثبات المقياس

تم حساب ثبات مقياس تقدير الذات بثلاث طرق، هي: الثبات بإعادة الاختبار، والثبات بألفا كرونباخ، والثبات بالقسمة النصفية، وذلك كما يلي:

جدول (١٠) معاملات الثبات لمقياس تقدير الذات بثلاث طرق هي: إعادة الاختبار، وألفا كرونباخ، والقسمة النصفية لمقاييس الدراسة لدى كل من الذكور والإناث

المجموعات / المقاييس	إعادة الاختبار		ألفا كرونباخ		القسمة النصفية	
	ذكور ن = (١٥)	إناث ن = (١٥)	ذكور ن = (١٥)	إناث ن = (١٥)	ذكور ن = (١٥)	إناث ن = (١٥)
تقدير الذات العام	٠,٨٨	٠,٨٢	٠,٧٦	٠,٦٥	٠,٧٧	٠,٥١
تقدير الذات الاجتماعي	٠,٨٤	٠,٧٣	٠,٧٥	٠,٤٨	٠,٩٥	٠,٢٠
تقدير الذات المنزلي	٠,٨٢	٠,٧٢	٠,٦٨	٠,٦٧	٠,٧٦	٠,٧٦
تقدير الذات المدرسي	٠,٨٢	٠,٨٦	٠,٨١	٠,٦٥	٠,٩٧	٠,٨٥
الدرجة الكلية لتقدير الذات	٠,٧٨	٠,٦٩	٠,٨٧	٠,٨٠	٠,٩٦	٠,٧٣

يتضح من الجدول (١٠) تمتع مقياس تقدير الذات بمعاملات ثبات مرتفعة وذلك لدى كل الذكور والإناث، عدا تقدير الذات الاجتماعي لدى الإناث بطريقة القسمة النصفية.

الخصائص السيكومترية لمقياس الخجل

أولًا: صدق المقياس

تم حساب صدق مقياس الخجل من خلال صدق المحكمين كما سبق الإشارة إليه، وكذلك صدق ارتباط المكونات الفرعية بالدرجة الكلية له، وذلك على النحو التالي:

جدول (١١) ارتباط المكونات الفرعية لمقياس الخجل بالدرجة الكلية لدى كل من الذكور والإناث

المجموعات / المقاييس	ذكور ن = (١٥)	إناث ن = (١٥)
الخجل الانفعالي	٠,٩١	٠,٩٤
الخجل السلوكي	٠,٩٠	٠,٨٩

يتضح من الجدول (١١) ارتفاع معاملات صدق الارتباطات بين المكونات الفرعية والدرجة الكلية لمقياس الخجل لدى كل من الذكور والإناث.

ثانيًا: ثبات المقياس

تم حساب ثبات مقياس الخجل أيضًا بثلاث طرق، هي: الثبات بإعادة الاختبار، والثبات بألفا كرونباخ، والثبات بالقسمة النصفية، وذلك كما يلي:

جدول (١٢) معاملات الثبات لمقياس الخجل بثلاث طرق هي: إعادة الاختبار، وألفا كرونباخ، والقسمة النصفية لمقاييس الدراسة لدى كل من الذكور والإناث

المجموعات / المقاييس	إعادة الاختبار		ألفا كرونباخ		القسمة النصفية	
	ذكور ن = (١٥)	إناث ن = (١٥)	ذكور ن = (١٥)	إناث ن = (١٥)	ذكور ن = (١٥)	إناث ن = (١٥)
الخجل الانفعالي	٠,٨٦	٠,٨٧	٠,٨٠	٠,٨٧	٠,٨٣	٠,٩٣
الخجل السلوكي	٠,٨٤	٠,٨٢	٠,٧١	٠,٧٠	٠,٨٥	٠,٧٤
الدرجة الكلية للخجل	٠,٨٢	٠,٨١	٠,٨٥	٠,٨٨	٠,٩٠	٠,٩٠

يشير الجدول (١٢) إلى تمتع مقاييس الدراسة بمعاملات ثبات معظمها مرتفعة لدى كل الذكور والإناث.

إجراءات الدراسة

تم التوجه إلى مركز الطب النفسي بالقصر العيني، وذلك لمقابلة مدير المركز، لتقديم طلب الاستعانة بالأماكن التي تستقبل الأطفال المصابين بالتبول اللاإرادي، وبناءً عليه توجهت الباحثة إلى مركز الطب الوقائي الاجتماعي، وبدأت التعرف على حالات الأطفال المشخصين به، وقد قامت الباحثة بإجراء مقابلتين معهم، حيث تم في المقابلة الأولى تطبيق كل من المقابلة المبدئية لجمع

البيانات الأساسية (وقد تم استبعاد من لم تنطبق عليهم الشروط أثناء تطبيقها)، واختبار الفهم من مقياس وكسلر للذكاء– الطبعة الرابعة (مع استبعاد الأطفال الذين تقل درجاتهم عن سبع درجات موزونة على اختبار الفهم)، ومقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي، ومقياس المكايدة الأسرية، ومقياس تقدير الذات، ومقياس الخجل. أما المقابلة الثانية، فكانت بعد أسبوع أو ثمانية أيام لإعادة تطبيق المقاييس الأساسية، وقد تم التطبيق بطريقة فردية، حيث كانت الباحثة تقوم بقراءة البنود على كل طفلة وطفلة بمفردهم، ثم يُجيب عن بنودها كل منهما.

التحليلات الاحصائية:

باستخدام برامج الحزمة الاحصائية في العلوم الاجتماعية (SPSS)، تم استخدام الأساليب الإحصائية الملائمة للإجابة عن تساؤلات الدراسة واختبار فروضها، وهي:

أ– الإحصاءات الوصفية "المتوسطات والانحرافات المعيارية، ومعاملات الالتواء".

ب– معامل الارتباط الخطي المستقيم لـ بيرسون.

ج– تحليل الانحدار المتعدد التدريجي.

د– اختبار "ت" لدلالة الفروق بين مجموعتين مستقلتين.

هـ– اختبار كروسكال– والاس (مماثل لتحليل التباين الأحادي المسئول عن متغير واحد بأكثر من مستويين في حالة الأعداد الصغيرة).

نتائج الدراسة

الفرض الأول الذي ينص على "توجد علاقة بين المكايدة الأسرية والخجل لدى الأطفال المشخصين بالتبول اللاإرادي (ذكورًا وإناثًا)، كل منهما على حدة".

لاختبار هذا الفرض، تم استخدام معامل ارتباط بيرسون، وكانت النتائج على النحو التالي:

جدول (١٣) معاملات الارتباط بين المكايدة الأسرية والخجل لدى كل من الذكور والإناث (ن=٦٠)

المجموعات / المتغيرات	الذكور ن = (٣٠)			الإناث ن = (٣٠)		
	الخجل الانفعالي	الخجل السلوكي	الدرجة الكلية للخجل	الخجل الانفعالي	الخجل السلوكي	الدرجة الكلية للخجل
مكايدة الأب	– ٠,٠٦	– ٠,٢١	– ٠,١٥	– ٠,٠٢	– ٠,٠٠٣	– ٠,٠١
مكايدة الأم	– ٠,٠٠٧	–٠,١٠	– ٠,٠٦	٠,١٠	٠,١٥	٠,١٣
مكايدة الأشقاء	*٠,٤٠	**٠,٤٨	**٠,٤٨	– ٠,٢٢	– ٠,٠٩	– ٠,١٨
الدرجة الكلية للمكايدة الأسرية	٠,٢٠	٠,١٣	٠,١٨	– ٠,٠٩	٠,٠٢	– ٠,٠٥

(**) دال فيما وراء ٠,٠١ (*) دال فيما وراء ٠,٠٥

يتضح من الجدول السابق ما يلي:

– بالنسبة للذكور، تبين وجود ارتباط موجب بين مكايدة الأشقاء والدرجة الكلية للخجل ومكونيه الانفعالي والسلوكي لديهم، كما تبين عدم وجود ارتباط بين الدرجة الكلية للمكايدة الأسرية ومكونيه تنمر الأب والأم والدرجة الكلية للخجل ومكونيه لديهم.

– بالنسبة للإناث، تبين عدم وجود ارتباط بين الدرجة الكلية للمكايدة الأسرية ومكوناته والدرجة الكلية للخجل ومكونيه لديهن.

الفرض الثاني القائل بأنه "توجد علاقة بين تقدير الذات والخجل لدى الأطفال المشخصين بالتبول اللاإرادي (ذكورًا وإناثًا)، كل منهما على حدة".

ولاختبار هذا الفرض، تم استخدام معامل ارتباط سبيرمان، وكانت النتائج على النحو التالي:

جدول (١٤) معاملات الارتباط بين تقدير الذات والخجل لدى كل من الذكور والإناث (ن=٦٠)

المجموعات / المتغيرات	الذكور ن = (٣٠)			الإناث ن = (٣٠)		
	الخجل الانفعالي	الخجل السلوكي	الدرجة الكلية للخجل	الخجل الانفعالي	الخجل السلوكي	الدرجة الكلية للخجل
تقدير الذات العام	٠,١٧	٠,٢٢	٠,٢١	٠,٠٨	– ٠,٠٦	٠,٠٣
تقدير الذات الاجتماعي	– ٠,٢٧	– **٠,٥١	– *٠,٤٢	– ٠,٣٠	– **٠,٥٠	– *٠,٤١
تقدير الذات المنزلي	– ٠,٣٥	– **٠,٥١	– **٠,٤٧	– ٠,١٣	– ٠,١١	– ٠,١٣
تقدير الذات المدرسي	– *٠,٤٢	– *٠,٣٩	– *٠,٤٤	– *٠,٤٥	– *٠,٤٠	– **٠,٤٧
الدرجة الكلية لتقدير الذات	– ٠,٣٢	– *٠,٤٤	– *٠,٤١	– ٠,١٣	– ٠,٠٢	– ٠,٠٧

(**) دال فيما وراء ٠,٠١ (*) دال فيما وراء ٠,٠٥

يتضح من الجدول السابق ما يلي:

– بالنسبة للذكور، تبين وجود ارتباط سالب بين الدرجة الكلية لتقدير الذات (ومكونيه تقدير الذات الاجتماعي وتقدير الذات المنزلي) والدرجة الكلية للخجل ومكونه السلوكي فقط، أما تقدير الذات

المدرسي فقد تبين ارتباطه سلبيًا بالدرجة الكلية للخجل ومكونيه. في حين لم يوجد ارتباط بين تقدير الذات العام وكل من الدرجة الكلية للخجل ومكونيه.

- أما فيما يتعلق بالإناث، فقد تبين وجود ارتباط سالب بين تقدير الذات الاجتماعي والدرجة الكلية للخجل ومكونه السلوكي فقط، ووجود ارتباط سالب بين تقدير الذات المدرسي والدرجة الكلية للخجل ومكونيه. ولم توجد علاقة بين الدرجة الكلية لتقدير الذات (ومكونيه تقدير الذات العام وتقدير الذات المنزلي) والدرجة الكلية للخجل بمكونيه الانفعالي والسلوكي.

الفرض الثالث: تسهم المكايدة الأسرية وتقدير الذات في التنبؤ بالخجل لدى الأطفال المشخصين بالتبول اللاإرادي (ذكورًا وإناثًا)، كل منهما على حدة.

لاختبار هذا الفرض، تم استخدام تحليل الانحدار المتعدد التدريجي، وذلك على النحو التالي:

جدول (١٥) نتائج تحليل الانحدار المتعدد التدريجي للمكايدة الأسرية وتقدير الذات في التنبؤ بالخجل لدى الذكور والإناث

الذكور (ن = ٣٠)						
المتغيرات	معامل الارتباط المتعدد (ر)	معامل التحديد أو مربع معامل الارتباط المتعدد ($ر^2$)	القيمة الثابتة	معامل الانحدار المعياري بيتا	قيمة ف	قيمة ت
مكايدة الأشقاء	٠,٦١	٠,٣٧	٠,٤٣	٠,٤٤	**٨,٠٤	****٢,٩٠
تقدير ذات اجتماعي			– ٠,٩٥	– ٠,٣٨		******٢,٤٨–
الإناث (ن = ٣٠)						
تقدير ذات مدرسي	٠,٦٣	٠,٤٠	– ١,٣٩	– ٠,٤٨	*٨,٩٤	***٣,٢١ –
تقدير ذات اجتماعي			– ١,٨٧	– ٠,٤٢		*****٢,٨٤ –

(*) دال فيما وراء ٠,٠٠١ (**) دال فيما وراء ٠,٠٠٢ (***) دال فيما وراء ٠,٠٠٣ (****) دال فيما وراء ٠,٠٠٧ (*****) دال فيما وراء ٠,٠٠٨ (******) دال فيما وراء ٠,٠٢

يتضح من الجدول السابق أن أكثر المتغيرات المنبئة بمتغير الخجل لدى الذكور هي مكايدة الأشقاء، وتقدير الذات الاجتماعي، حيث فسرت هذه المتغيرات حوالي (٣٧%) من التباين الذي يحدث في خجل هؤلاء الأطفال. كما يتضح أن أكثر المتغيرات المنبئة بمتغير الخجل لدى الإناث هي تقدير الذات المدرسي، وتقدير الذات الاجتماعي، حيث فسرت هذه المتغيرات حوالي (٤٠%) من التباين الذي يحدث في الخجل لديهن. كما تبين عدم إسهام باقي متغيرات المكايدة وتقدير الذات لدى كل من الذكور والإناث.

الفـرض الرابـع: توجد فروق بين الذكور والإناث في كل من المكايدة الأسرية وتقدير الذات والخجل.

وفيما يلي اختبار هذا الفرض باستخدام اختبار "ت" لدلالة الفروق بين مجموعتين مستقلتين، ولكن كخطوة مستقلة تم حساب الالتواء لاختبار اعتدالية التوزيع:

جدول (١٦) متوسطات الدرجات على مقاييس الدراسة وانحرافاتها المعيارية، ومعاملات الالتواء لدى الذكور والإناث، وكذلك قيم ت ودلالتها (ن=٦٠)

المجموعات / المتغيرات	الذكور (ن=٣٠)			الإناث (ن=٣٠)			قيم ت ودلالتها	
	م	ع	الالتواء	م	ع	الالتواء	قيم ت	دلالتها
مكايدة الأب	١٤,٢٠	٨,٢١	١,٠٢	١٠,٣٧	٥,٠٤	٣,٠٧	٢,١٨	٠,٠٣
مكايدة الأم	١٩,٧٣	١٠,٤٤	٠,١٣	١٧,٩٣	٨,٥٦	٠,٥٩	٠,٧٣	غ.د
مكايدة الأشقاء	٢٤,١٧	١١,٢٢	٠,٢٦	٢٣,٥٣	١٠,٢٧	٠,٤١	٠,٢٣	غ.د
الدرجة الكلية للمكايدة الأسرية	٥٨,١٠	١٩,٤٤	٠,٢٦	٥١,٨٣	١٦,٧٩	٠,٠٥	١,٣٤	غ.د
تقدير الذات العام	٢٢,٧٠	٢,٤٤	٠,١١	٢٣,٥٧	٢,٥٤	٠,١٨	١,٣٥	غ.د
تقدير الذات الاجتماعي	٢٣,٥٣	٤,٣٧	٠,٨٩	٢٤,٤٣	٢,٧٤	٢,٤٥	٠,٩٥	غ.د
تقدير الذات المنزلي	٢٤,٧٠	٣,٤٨	٠,٧٦	٢٦,٢٠	٢,٦٣	٠,٢٧	١,٨٨	غ.د
تقدير الذات المدرسي	٢٢,١٣	٣,٦٤	١,٥٨	٢٣,٥٣	٤,١٦	٠,٦٩	١,٣٩	غ.د
الدرجة الكلية لتقدير الذات	٩٣,٠٧	١١,٠٩	١,٢٦	٩٧,٧٣	٧,٣٩	٠,٠٣	١,٩٢	غ.د
الخجل الانفعالي	٢٢,٠٠	٦,٢٤	٠,٥٤	٢٧,٢٧	٧,٧٤	١,١٤	٢,٩٠	٠,٠٠٥
الخجل السلوكي	٢٠,٠٠	٥,٧٥	٠,١٥	٢١,١٣	٥,٢٩	٠,٠٣	٠,٧٩	غ.د
الدرجة الكلية للخجل	٤٢,٠٠	١٠,٩٦	٠,٢٧	٤٨,٤٠	١٢,٠٤	٠,٩٦	٢,١٥	٠,٠٣

يتضح من الجدول (١٦) وجود فروق بين الذكور والإناث في كل من مكايدة الأب، والخجل الانفعالي، والدرجة الكلية للخجل فقط، حيث تبين حصول الذكور على درجة أعلى مقارنة بالإناث في مكايدة الآباء، وأن الإناث حصلن على درجات أعلى مقارنة بالذكور في كل من الخجل الانفعالي، والدرجة الكلية للخجل، أما باقي المتغيرات فلم يظهر فيها أية فروق. كما تبين عدم وجود التواء، وهذا

يعني اعتدالية التوزيع.

مناقشة النتائج

مناقشة نتائج الفرض الأول الذي ينص على "توجد علاقة بين المكايدة الأسرية والخجل لدى الأطفال المشخصين بالتبول اللاإرادي (ذكورًا وإناثًا)، كل منهما على حدة".

تبين من نتائج هذا الفرض وجود ارتباط موجب بين مكايدة الأشقاء والدرجة الكلية للخجل ومكونيه الانفعالي والسلوكي لدى الذكور، وعدم وجود ارتباط بين الدرجة الكلية للمكايدة الأسرية ومكونيه مكايدة الأب والأم والدرجة الكلية للخجل ومكونيه لديهم. أما لدى الإناث، فقد تبين عدم وجود ارتباط بين الدرجة الكلية للمكايدة الأسرية ومكوناته والدرجة الكلية للخجل ومكونيه لديهن.

وعند مقارنة تلك النتيجة، نجد أنها تتفق مع نتائج دراسة تونكاز وآخرين Tonkaz et al., (2023) التي أوضحت أن التبول اللاإرادي يمكن أن يكون له تأثير سلبي على ارتباط الأم بالطفل ومواقف الوالدين، حيث إن استخدام الأم للغة القاسية أو العقاب ردًا على فشل الطفل في تحقيق الجفاف الليلي قد يؤثر على الارتباط بين الأم والطفل، ويتسبب في شعور الطفل بمشاعر سلبية مثل الخجل والقلق والحرج والإحباط والشعور بالوحدة.

وعند محاولة تفسير هذه النتيجة من خلال نظرية التعلق، يتبين أن التعلق غير الآمن يرتبط بظهور الخجل لدى الأطفال، وإذا حاولنا تطبيق تلك النظرية على النتيجة الخاصة بهذا الفرض، فربما ينتج التعلق غير الآمن من خلال سخرية أولياء الأمور من الأطفال الذين يعانون من التبول اللاإرادي عندما تحدث المشكلة، وبما أن أولياء الأمور ملتزمون بتعليمات المتخصصين بالمجال من حيث عدم السخرية من أطفالهم، لعلمهم بأن ذلك يؤثر على حالة أطفالهم فيترتب على ذلك التعلق الآمن ومن ثَّم عدم وجود علاقة بين كل من مكايدة الوالدين والخجل لدى أطفالهم الذين يعانون من التبول اللاإرادي. أما الأشقاء، فقد تبين من خلال الحوار مع الأطفال ومرافقيهم (سواء كان الأب أو الأم) أن الأشقاء مستمرون في المكايدة رغم توجيه الوالدين لهم بعدم التعرض لشقيقهم أو شقيقتهم الذين يعانون من التبول اللاإرادي بأي طريقة للمكايدة سواء كانت سخرية أو تهديد بإفشاء حالتهم أو إظهار السأم وعدم الرغبة في النوم بجانبهم أو الايماءات التي تلمح بمشكلتهم، الأمر الذي يترتب عليه وقوعهم في حرج أمام المحيطين بهم، ومن ثَمَ شعورهم بالخجل.

كما يمكن الاستعانة بنظرية الأرضية الآمنة التي اهتمت بخصائص التفاعل بين الوالدين والطفل، والتي تؤدي إلى تقدير الذات والكفاءة السلوكية، ومن ثَمَ الخجل وبجميع أنواع السلوكيات

الإشكالية في مرحلة الطفولة، حيث أن كون الوالدين يتفاعلان بشكل إيجابي مع الطفل عندما تصدر عنه مشكلة التبول من خلال محاولة لومه لومًا خفيفًا ومساعدته على التعافي من تلك المشكلة وتحفيزه على ذلك، فهذا يؤدي إلى تكوين علاقة بين هذا الطفل ووالديه والتي تؤدي بدورها إلى الحفاظ على الطفل من وقوعه في المشكلات النفسية والتي من بينها الخجل.

مناقشة نتائج الفرض الثاني القائل بأنه "توجد علاقة بين تقدير الذات والخجل لدى الأطفال المشخصين بالتبول اللاإرادي (ذكورًا وإناثًا)، كل منهما على حدة".

تبين من نتائج الفرض الثاني وجود ارتباط سالب بين الدرجة الكلية لتقدير الذات (ومكونيه تقدير الذات الاجتماعي وتقدير الذات المنزلي) والدرجة الكلية للخجل ومكونه السلوكي فقط، أما تقدير الذات المدرسي، فقد تبين ارتباطه سلبيًا بالدرجة الكلية للخجل ومكونيه. في حين لم يوجد ارتباط بين تقدير الذات العام وكل من الدرجة الكلية للخجل ومكونيه، وذلك بالنسبة للذكور. في حين تبين وجود ارتباط سالب بين تقدير الذات الاجتماعي والدرجة الكلية للخجل ومكونه السلوكي فقط، ووجود ارتباط سالب بين تقدير الذات المدرسي والدرجة الكلية للخجل ومكونيه. ولم توجد علاقة بين الدرجة الكلية لتقدير الذات (ومكونيه تقدير الذات العام وتقدير الذات المنزلي) والدرجة الكلية للخجل بمكونيه الانفعالي والسلوكي، وذلك لدى الإناث.

وعند الرجوع للإنتاج البحثي، نجد أن كوبرسميث أوضح من خلال نظريته أن الأفراد الذين لديهم تقدير ذات يشعرون بأنهم ذوي قيمة، مما يشير إلى أن الأطفال الذين لديهم تقدير ذات مرتفع ربما لا يظهر عليهم علامات الخجل. ويُلاحظ أن هؤلاء الأطفال (ذكورًا وإناثًا) يتأثرون بتقدير المحيطين بهم سواء الأقارب أو الجيران أو أقرانهم ومدرسيهم بالمدرسة، وبالتالي يظهر ذلك في سلوكياتهم حيث يتجنبون التجمعات فلا يذهبون للرحلات التي تقيمها مدارسهم، ويحبون الجلوس بمفردهم. أما فيما يتعلق بالذكور، نجد أن تقدير الذات المنزلي قد ارتبط بالخجل لديهم فربما يرجع ذلك لمكايدة الآباء عليهم عند ظهور مشكلة التبول لديهم مما قد يؤثر على تقديرهم لذواتهم في المنزل، ومن ثَم ظهور سلوكيات الخجل لديهم.

وقد دعمت الدراسات التجريبية وجود الوعي الذاتي من خلال اكتشاف أنه من مرحلة الطفولة المتوسطة فصاعدًا، توجد علاقة بين الخجل، وانخفاض تقدير الذات. وعند وضع عديد من الباحثين نماذج لشرح كيفية تطور الخجل، كانت الفكرة الأساسية فيها أن الأفراد الذين يعانون من القلق الاجتماعي يمتلكون صورًا ذاتية مشوهة وسلبية تتميز باعتقادات بأن الآخرين لديهم معايير صارمة لسلوكهم الاجتماعي، وتوقعات للتقييم الاجتماعي، ومعتقدات غير مشروطة عن الذات، ومن ثَم

يفرض القلق الناتج قيودًا ضارة على قدرة الأطفال الخجولين على العمل في المواقف الاجتماعية، مثل سياق الصداقات أو في الفصل الدراسي (waiker,2011,22). كما وجد جيلبرت وبروكتر Gilbert&Procter (2006) أن انخفاض تقدير الذات يزيد من تعرض الفرد لظروف المزاج السلبية مثل الخجل.

مناقشة نتائج الفرض الثالث: تسهم المكايدة الأسرية وتقدير الذات في التنبؤ بالخجل لدى الأطفال المشخصين بالتبول اللاإرادي (ذكورًا وإناثًا)، كل منهما على حدة.

اتضح من النتائج الخاصة بهذا الفرض أن أكثر المتغيرات المنبئة بمتغير الخجل لدى الذكور هي تنمر الأشقاء، وتقدير الذات الاجتماعي، حيث فسرت هذه المتغيرات حوالي (٣٧%) من التباين الذي يحدث في خجل هؤلاء الأطفال. كما يتضح أن أكثر المتغيرات المنبئة بمتغير الخجل لدى الإناث هي تقدير الذات المدرسي، وتقدير الذات الاجتماعي، حيث فسرت هذه المتغيرات حوالي (٤٠%) من التباين الذي يحدث في الخجل لديهن.

وكما تبين من الإنتاج البحثي أن معدل المشكلات السلوكية لدى الأطفال الذين يعانون من التبول اللاإرادي الليلي قابل للمقارنة بمعدل المشاكل النفسية الاجتماعية لدى مجموعات الأمراض المزمنة الأخرى لدى الأطفال، حيث يؤثر التبول الليلي اللاإرادي الأولي سلبًا على الحالة الوجدانية للطفل، وعلاقاته الاجتماعية، وتقديره لذاته، والأنشطة اليومية، وقدرات الطفل على مغادرة المنزل مع الأسرة والأصدقاء والأقارب. كما أن هؤلاء الأطفال دائمًا تحت الضغط في المجتمع لأنهم يشعرون بالخجل ويحاولون إخفاء الاضطراب، كما يرتبط التبول الليلي اللاإرادي بعدم الراحة، ويمكن أن يؤدي إلى اضطرابات خطيرة في الحياة الأسرية والمكايدة وانخفاض تقدير الذات، مما يسبب الخجل وتدهور الصحة النفسية، وكلما تقدم الطفل في العمر، زاد خطر الوصمة والعزلة الاجتماعية (Oztorun et al., 2022; Dik&Rahnama, 2024). وقد توصلت ديلارا Delara (2020) أن المكايدة الأسرية في مرحلة الطفولة تؤدي إلى تدني تقدير الذات، والشعور بالخجل، كما أن هناك أدلة كافية تدعم أن المكايدة بين الأشقاء يمكن أن يتنبأ بعدد من المشكلات الداخلية والخارجية في مرحلة الطفولة (Wolke et al., 2015,7; Qing et al.,2022).

وبالنظر إلى نتيجة هذا الفرض، يمكن ملاحظة أن تقدير الذات الاجتماعي عامل مشترك لدى كل من الذكور والإناث في تنبئه بالخجل لديهم، ويشير ذلك إلى مدى أهمية تقدير المحيطين بهؤلاء الأطفال، وذلك يتفق مع ارتقاء تقدير الذات لدى الأطفال، حيث يهتم الأطفال في هذه المرحلة بتقييم المحيطين لهم، من حيث استمتاعهم بحديثهم معهم وتقدير آرائهم والأخذ بها. لكن هؤلاء الأطفال

يختلفون فيما بينهم، حيث نجد أن مكايدة الأشقاء هو المتغير الذي يتنبأ بالخجل، وذلك يعني أن لمعاملة الأشقاء دورًا جوهريًا لدى الذكور، وعلى الجانب الآخر نجد أن تقدير الذات المدرسي؛ أي تقدير زملاء الفصل والمدرسين له دور كبير في شعور الإناث بالخجل من عدمه.

مناقشة نتائج الفرض الرابع الذي ينص على أنه توجد فروق بين الذكور والإناث في كل من المكايدة الأسرية وتقدير الذات والخجل.

أظهرت نتائج هذا الفرض وجود فروق بين الذكور والإناث في كل من مكايدة الأب، والخجل الانفعالي، والدرجة الكلية للخجل فقط، حيث تبين أن الذكور أكثر تعرضًا لمكايدة الآباء، وأن الإناث أكثر خجلًا من الذكور خاصة من الناحية الانفعالية، أما باقي المتغيرات فلم يظهر فيها أية فروق.

وعند النظر إلى تلك النتائج، نجد اتفاقها مع نتائج دراسة البهنساوي والنجار (Elbahnasawy &Elnagar,2015)، فقد أشارت إلى نتائج مختلفة وهي عدم وجود فرق كبير بين الذكور والإناث في تقديرهم الإيجابي لذواتهم، ودراسة رينج وآخرين (Ring et al., (2017 التي لم توجد فروق بين الذكور والإناث في تقدير الذات، ودراسة رانجل وآخرين (Rangel et al.,(2021 التي تبين من خلالها النتيجة ذاتها.

على الجانب الآخر، نجد أن نتائج هذا الفرض تعارضت مع نتائج دراسة كولير وآخرين Collier et al., (2002) التي أشارت نتائجها إلى أن الأطفال الذكور الذين يعانون من التبول الليلي اللاإرادي هم الأكثر عرضة لانخفاض تقدير الذات، ونتائج دراسة ثينيوس وزملائه Theunis et al., (2002) التي أشارت نتائجها إلى أن الإناث لديهن تقدير ذات عام منخفض مقارنة بالذكور.

وبالنسبة لمكايدة الأب مع الذكور خصيصًا ربما بسبب نظرتهم إليهم على أنهم رجال المستقبل الذين سيستندون عليهم، واعتقادهم أن فعل التبول اللاإرادي يقلل من شأنهم ولا يتماشى مع نموهم الارتقائي. وربما يرجع عدم وجود فروق في تنمر الأشقاء بين الذكور والإناث إلى أن كلتا المجموعتين تتعرضا للتنمر من قِبل الأشقاء على حد سواء، وهذا ما أفصح عنه كل من الذكور والإناث أثناء إجاباتهم عن بنود مقياس المكايدة، وكما تم ذكر أن المكايدة بين الأشقاء قد يحدث بشكل معتاد في الحياة اليومية بصرف النظر عن معاناة أحد الأشقاء من أي اضطراب، وذلك يشير إلى أن المكايدة بين الأشقاء قد يحدث بدرجة أكبر عندما يعاني أحدهم من أي مشكلة أو اضطراب. أما فيما يتعلق بعدم ظهور فروق بين الذكور والإناث في مكايدة الأم، فربما يرجع ذلك إلى التزام الأم بالتعليمات التي يمليها عليهم الأطباء والمتخصصين بالمركز، والتي تتضمن مراعاة ظروف هؤلاء الأطفال، وعدم إظهار أي أرجاع سلبية بعد حدوث التبول من شأنها مضايقته والتحقير من شأنه أو

معايرته بهذا الأمر، واعتبار هذا الأمر مجرد مشكلة وسيأخذ وقته وسيشفى منه، والتعامل معه بلطف ومحاولة مساندته ومساعدته فيما يتعلق بالإجراءات الطبية.

أما عن عدم وجود فروق في تقدير الذات، فجدير بالإشارة هنا أن نتيجة الدراسة الحالية ليست الوحيدة التي توصلت لذلك، حيث قد توصلت نتائج دراسة البهنساوي والنجار Elbahnasawy& Elnagar (2015)، إلى تلك النتيجة من قبل، وهي دراسة أُجريت على الأطفال المصريين كما هي الحال في الدراسة الحالية. وربما تُفسر هذه النتيجة في ضوء سببين، أولهما هو أن بنود مقياس تقدير الذات عامة وليست مرتبطة بمشكلة التبول في حد ذاتها، وثانيهما ربما يكون عدد أفراد العينة هو الذي أدى إلى عدم ظهور فروق، فربما زيادة العدد تؤدي إلى إبراز الفروق بين المجموعات.

وأما عن الخجل، فنجد أن النتيجة الخاصة به تتفق مع ما أشارت إليه بعض النظريات إليه وهو وجود فروق بين الذكور والإناث في النواحي الوجدانية (الانفعالية)، حيث يتسم الإناث بالخصال الانفعالية مقارنة بالذكور الذي يغلب عليهم الجوانب العقلانية. كما يمكن تفسير تلك النتيجة في إطار طبيعة تربية الإناث في المجتمع المصري الذي يحرص فيه الآباء والأمهات على تعليم بناتهن بعض الأمور التي من شأنها تعزيز الخجل لديهن، من قبيل خفض صوتهن أثناء الحديث وعدم الاختلاط بالغرباء وخاصة الذكور منهم، وإقناعهن بأن الأنثى التي تتسم بالاحترام هي الأنثى التي يحمر وجهها خجلًا في المواقف التي تستدعي تحدثها أما الآخرين أو مقابلتهم.

المراجع

أبو الخير، فداء (٢٠١٤). معدلات انتشار الاضطرابات النفسية والانحرافات السلوكية لدى الأطفال والمراهقين الأردنيين المساء معاملتهم والمقيمين في دور الإيواء وغير المقيمين فيها. رسالة دكتوراه **(غير منشورة)**، جامعة القاهرة، كلية الآداب.

أبو صالح، إخلاص، التاج، هيام (٢٠٢٢). التنمر الأسري الواقع على ذوي صعوبات التعلم واستراتيجيات مواجهته من وجهة نظر الأمهات في ضوء بعض المتغيرات. رسالة ماجستير **(منشورة)**، جامعة عمان العربية.

أحمد، جمال، حسن، نيفين، شاهين، هيام (٢٠١٧). مفهوم الذات وعلاقته بقلق المستقبل لدى عينة من الأطفال الذين يعانون من التبول اللاإرادي. **مجلة دراسات الطفولة**، ٢٠ (٧٥)، ١٨٥ – ١٩١.

إسماعيل، مروة، إبراهيم، أسماء، شاهين، هيام (٢٠١٨). أثر برنامج لتنمية الذاكرة العاملة كمدخل لتنمية تقدير الذات لدى الأطفال ذوي صعوبات التعلم. **مجلة البحث العلمي في التربية**، ١٩ (٥)، ٧٧ – ٩٩.

توفيق، هبة، طه، محمد، الحديبي، مصطفى (٢٠٢١أ). الخصائص السيكومترية لمقياس التنمر لدى أطفال المرحلة الابتدائية. **مجلة كلية التربية**، ١٨ (١٠٥)، ٦٤٢ – ٦٦٨.

توفيق، هبة، طه، محمد، الحديبي، مصطفى (٢٠٢١ب).التنمر لدى أطفال المرحلة الابتدائية في ضوء النوع. **مجلة كلية التربية**، ١٨ (١٠٥)، ٦٦٩ – ٦٩٤.

جابر، مروة، فارس، سماح، خليفة، أسماء (٢٠٢١). التنمر وعلاقته بتقدير الذات لدى أطفال الطفولة المبكرة. **مجلة بحوث ودراسات الطفولة**، ٣ (٦)، ٨٠١ – ٨٣٤.

الجهني، رجاء (٢٠١٤). تقدير الذات والتنمر لدى عينة من التلاميذ ذوي النشاط الزائد. **مجلة**

البحث العلمي في التربية، ١٥، ١٨٣- ٢٠١.

الشخص، عبد العزيز (٢٠١٣). مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة: دليل المقياس. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

زيدان، سهام (٢٠٢١). التنمر وأثره على تقدير الذات لدى عينة من أطفال المرحلة الابتدائية وتعبيرهم عنه بالرسوم. **المجلة العلمية لجمعية إمسيا التربية عن طريق الفن**، ٢٥، ٤٦- ٧٥.

زيدان، عصام (٢٠٠٨). أثر الالتحاق بجلسات تحفيظ القرآن الكريم في خفض مستوى المخاوف والخجل لدى التلاميذ في مرحلة الطفولة المتأخرة. **مجلة دراسات عربية**، ٧ (٣)، ٥٩١ – ٦٣٦.

عبيد، معتز، امام، أميرة، السيد، هايدي (٢٠٢٤). الخصائص السيكومترية لمقياس تقدير الذات لدى عينة من أطفال متلازمة أرلن. **مجلة الإرشاد النفسي**، ٧٩ (٥)، ٤٥- ٦٣.

العبيدي، عفراء (٢٠١٩). الصحة النفسية وعلاقتها بتقدير الذات لدى عينة من أطفال الشوارع في مدينة بغداد. **المجلة العربية للعلوم التربوية والنفسية**، ١٠ ، ١٧٧- ٢٠٢.

عطية، نيبال، النجار، سناء (٢٠٢٢). فاعلية برنامج إرشادي لتنمية وعي الوالدين بأساليب التواصل مع أبنائهم المراهقين للحد من التنمر الأسري. **مجلة البحوث في مجالات التربية النوعية**، ٨ (٤٣)، ١٠٤٣- ١١٤٥.

علي، سماح (٢٠٢٢). التنمر وعلاقته بالحب الوالدي المدرك لدى عينة من الأطفال. **مجلة البحث العلمي في الآداب**، ١٦(٢٣)، ١-٤٢.

قاسم، مروان (٢٠٢٢). العلاقة بين جودة الحياة والتنمر الأسري في البيئة الاجتماعية لقطاع غزة: دراسة ميدانية من وجهة نظر طلاب جامعة الأزهر غزة. **مجلة رماح للبحوث والدراسات**،

القدسى، نيللى، السيد، عزيزة، عبدالهادي، شاهيناز، إبراهيم، أسماء (٢٠١٧). أنماط تعلق الطفل بوالديه وعلاقتها بتقدير الذات لدى الأطفال في مرحلة الطفولة الوسطى. **مجلة البحث العلمي في الآداب**، ٤ (١٨)، ٢٩٥ – ٣٣٠.

محمود، إيمان (٢٠١٥). تفاعل بعض أشكال ادمان الانترنت وبعض أساليب إساءة المعاملة الوالدية كما يدركها الأبناء على التفكير الخلقي لدى المراهقين. **المجلة المصرية للدراسات النفسية**، ٢٥ (٨٦)، ٨٥-١٢٣.

مرشد، ناجي (٢٠٠٣). فعالية برنامج إرشادي للتدريب على المهارات الاجتماعية في خفض الخجل لدى الأطفال. **مجلة كلية التربية بالزقازيق**، ٤٥، ٨١ – ١١٣.

وولف، ديفيد (٢٠٠٥). *الإساءة للطفل:* **مترتباتها على نمو الطفل واضطرابه النفسي (ترجمة: جمعة سيد يوسف)**. القاهرة: المجلس الأعلى للثقافة.

ترجمة المراجع العربية

Abu Al-Khair, Fidaa (2014). Prevalence of psychological disorders and behavioral deviations among abused Jordanian children and adolescents residing in and outside shelters. PhD thesis (**Unpublished**), Cairo University, Faculty of Arts.

Abu Saleh, Ikhlas, and Al-Taj, Hiam (2022). Family bullying of people with learning disabilities and coping strategies from the mothers' perspectives in light of some variables. Master's thesis (**Published**), Amman Arab University.

Ahmed, Jamal, Hassan, Nevin, and Shaheen, Hiam (2017). Self-concept and its relationship to future anxiety in a sample of children suffering from bedwetting. **Journal of Childhood Studies**, 20

(75), 185-191.

Ismail, Marwa, Ibrahim, Asmaa, and Shaheen, Hiam (2018). The effect of a working memory development program as an approach to developing self-esteem in children with learning disabilities. **Journal of Scientific Research in Education**, 19 (5), 77-99.

Tawfiq, Hiba, Taha, Muhammad, Al-Hudaibi, Mustafa (2021a). Psychometric Properties of the Bullying Scale for Primary School Children. **Journal of the College of Education**, 18 (105), 642-668.

Tawfiq, Hiba, Taha, Muhammad, Al-Hudaibi, Mustafa (2021b). Bullying among Primary School Children in Light of Gender. **Journal of the College of Education**, 18 (105), 669-694.

Jaber, Marwa, Fares, Samah, Khalifa, Asmaa (2021). Bullying and Its Relationship to Self-Esteem in Early Childhood Children. **Journal of Childhood Research and Studies**, 3 (6), 801-834.

Al-Jahni, Rajaa Obaid Hamid (2014). Self-Esteem and Bullying in a Sample of Hyperactive Students. **Journal of Scientific Research in Education**, 15 183-201.

Zidan, Siham (2021). Bullying and its impact on self-esteem among a sample of primary school children and their expression of it through drawings. **The Scientific Journal of the Emsia Association for Education through Art**, 25, 46-75.

Zidan, Issam (2008). The effect of attending Quran memorization sessions in reducing the level of fear and shyness among students in late childhood. **Journal of Arab Studies**, 7 (3), 591-636.

Obaid, Moataz, Imam, Amira, and Al-Sayed, Heidi (2024). Psychometric properties of the self-esteem scale among a sample of children with Arlen syndrome. **Journal of Psychological Counseling**,

79 (5), 45-63.

Al-Obaidi, Afraa (2019). Mental health and its relationship to self-esteem among a sample of street children in Baghdad. **The Arab Journal of Educational and Psychological Sciences**, 10, 177-202.

Atiya, Nepal Al-Najjar, Sanaa (2022). The Effectiveness of a Counseling Program to develop Parents' Awareness of Methods of Communicating with Their Adolescent Children to Reduce Family Bullying. **Journal of Research in the Fields of Qualitative Education**, 8 (43), 1043-1145.

Ali, Samah (2022). Bullying and Its Relationship to Perceived Parental Love among a Sample of Children. **Journal of Scientific Research in the Arts**, 16 (23), 1-42.

Qassem, Marwan (2022). The Relationship between Quality of Life and Domestic Bullying in the Social Environment of the Gaza Strip: A Field Study from the Perspective of Students at Al-Azhar University, Gaza. Ramah. **Journal of Research and Studies**, 64, 269-304.

Al-Qudsi, Nelly, Al-Sayed, Aziza, Abdel-Hadi, Shahinaz, Ibrahim, Asmaa (2017). Patterns of Child Attachment to Parents and Their Relationship to Self-Esteem among Middle Childhood Children. **Journal of Scientific Research in the Arts**, 4 (18), 295-330.

Mahmoud, Iman (2015). The Interaction of Some Forms of Internet Addiction and Some Parental Abuse Methods as Perceived by Children on Moral Thinking in Adolescents. **The Egyptian Journal of Psychological Studies**, 25 (86), 85-123.

Murshid, Nagi (2003). The Effectiveness of a Social Skills Training Program in Reducing Shyness in Children. **Journal of the**

Faculty of Education, Zagazig University, 45, 81-113.

Wolf, David (2005). **Child Abuse: Its Consequences for Child Development and Psychological Disorder** (Translated by: Jumaa Sayed Youssef). Cairo: Supreme Council of Culture.

References **المراجع الأجنبية**

Ahmed, G., Metwaly, N., Elbeh, K., Galal, M., & Shaaban, I. (2022). Risk factors of school bullying and its relationship with psychiatric comorbidities: A literature review. *The Egyptian Journal of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery*, 58 (16), 1–11.

Al-Habies, F. (2021). Relationship between self-esteem and bullying behavior of individuals addicted to stimulants and sedatives post-treatment and aging. *Periodicals of Engineering and Natural Sciences*, 9 (3), 632-640.

Alugbue, C. (2024). Bullying of elementary schoolchildren with autism. *Dissertation Manuscript*, National University School of Psychology.

Al-Zaben, F., & Sehlo, M. (2015). Punishment for bedwetting is associated with child depression and reduced quality of life. *Child Abuse & Neglect*, 43, 22-29.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Washinton,DC: Author.

Andrade Sá, C., Gusmão Paiva, A., Bezerra de Menezes, M., Fajardo de Oliveira, L., Gomes, C., Avarese de Figueiredo, A., & Bessa Jr., J. (2016). Increased risk of physical punishment among enuretic children with family history of enuresis. *Journal of Urology*, 195 (4 Pt 2), 1227-1230.

Ayribas, B., Toprak, T., Degirmentepe, R., & Ozay Ozgur, M. (2023). Insecure attachment and its relationship with negative self-

perception in children with nocturnal enuresis. *Journal of Pediatric Urology*, 19 (24), e1-24.e7.

Beliz, A. (2016). Understanding bullying in the context of family dynamics. *Published Doctoral Dissertation*, California School of Professional Psychology, Los Angeles, Alliant International University.

Bowen, M. (1986). *Theory in the practice of psychotherapy. In Recent Advances in Research on the Ecology of Human Development* (pp. 1-15). Springer-Verlag Berlin Heidelberg.

Boyle, J. (2003). Bullying and self-esteem. *Published Master's thesis*, Rowan University.

Brett, H., Jones Bartoli, A., & Smith, P. (2023). Sibling bullying during childhood: A scoping review. *Aggression and Violent Behavior*, 72, 101862.

Bronfenbrenner, U. (1994). The ecological models of human development. In M. Gauvain & M. Cole (Eds.), *Readings on the development of children* (2nd ed., pp. 37-43). New York: Freeman.

Budiarto, Y., & Helmi, A. (2021). Shame and self-esteem: A meta-analysis. *Europe's Journal of Psychology*, 17(2), 131–145.

Calafati, T. (2013). Teachers' and principals' perceptions of contexts and conditions that maintain bullying in elementary schools. *Doctoral* Dissertation, Ontario Institute for Studies in Education, University of Toronto.

Collier, J., Butler, R., Redsell, S.,& Evans (2002). An investigation of the impact of nocturnal enuresis on children's self-concept. *Scandinavian Journal of Urology and Nephrology*, 36 (3), 204-208.

Cook, C., Williams, K., Guerra, N., Kim, T., & Sadek, S. (2010). Predictors of bullying and victimization in childhood and adolescence: A meta-analytic investigation. *School Psychology Quarterly*, 25 (2), 65–83.

Cross,D., & Barnes,A. (2014) Using Systems Theory to Understand and Respond to Family Influences on Children's Bullying Behavior: Friendly Schools Friendly Families Program. *Theory Into Practice*, 53 (4), 293-299.

Crozier, W. (1995). Shyness and self-esteem in middle childhood. *British Journal of Educational Psychology*, 65, 85-95.

Crozier, W. (2002). Investigate the link between shyness and behavioral inhibition. *The Psychologist*, 15 (9), 460-463.

Crozier, W. (2005). Measuring shyness: Analysis of the Revised Cheek and Buss Shyness Scale. *Personality and Individual Differences*, 38 (8), 1947–1956.

Delara, E. (2020). Family bullying in childhood: Consequences for young adults. *Journal of Interpersonal Violence*, 37 (3-4), 2206–2226.

Díaz, E., Suárez, V., Alcántara-Canabal, L., & Castanón, C. (2021). Assessment of nocturnal enuresis diagnostic criteria. *Anales de Pediatría*, 95, 101-107.

Dik, P., & Rahnama, M. (2024). Diagnosis and treatment of nocturnal enuresis throughout the ages. *Continence Reports*, 12, 100064.

Durmaz, O., Kemer, S., Mutluer, T., & Butun, E. (2017). Psychiatric dimensions in mothers of children with primary nocturnal enuresis: A controlled study. *Journal of Pediatric Urology*, 13 (1), 62.e1-62.e6.

Dutra, F. (2023). Parenting style in victims of bullying in childhood and

adolescence. Master's thesis, NOVA Medical School, University Lisbon.

Elbahnasawy, H., & Elnagar, M. (2015). Psychological impact of nocturnal enuresis on self-esteem of school children. *American Journal of Nursing Research*, 3 (1), 14-20.

Feng, X. (2005). Shyness and children's adaptation in China. *Doctoral dissertation*, University of Connecticut.

Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13 (6), 353–379.

Hadir,S., Idam, H., Madjidanem, P., Kyal, N., Lmidmani, F., & El Fatimi, A. (2023) Nocturnal Enuresis in Children: Caregiver's Burden and Psychological Health. ICS 2023 *Toronto Abstracts*, 7 (1), 100783.

Hancock, A. (2008). Assessing the relationship between bullying, shyness, and self-esteem. *Cognita*, 17, 29–32.

Harter, K. (2002). The Socialization of Shame in Children with Learning Disability: Parenting Behaviors that influence Children's Shame. *Published Doctoral dissertation*, Department of Psychology, University of North Carolina.

Hoecke, E., Hoecke,P., Braet,C.,& Walle,J. (2004). An assessment of internalizing problems in children with enuresis. *The Journal of Urology*,171, 2580–2583.

Hoetger,L., Hazen, K.,& Brank,E. (2015). All in the Family: A Retrospective Study Comparing Sibling Bullying and Peer Bullying. *Journal of Family Violence*, 30,103–111.

Hosogi, M., Okada, A., Fujii, C., Noguchi, K., & Watanabe, K. (2012).

Importance and usefulness of evaluating self-esteem in children. *Biopsychosocial Medicine,* 6 (9), 1-6.

Iscan, B., & Ozkayın, N. (2020). Evaluation of health-related quality of life and affecting factors in child with enuresis. *Journal of Pediatric Urology,* 16, 195.e1–195.e7.

Joinson, C., Heron, J., Emond, A.,& Butler,R. (2007). Psychological Problems in Children with Bedwetting and Combined (day and night) Wetting: A UK Population-Based Study. *Journal of Pediatric Psychology*, 32 (5), 605–616.

Joinson, C., Sullivan, S., Gontard, A., &, Heron, J. (2016). Early childhood psychological factors and risk for bedwetting at school age in a UK cohort. *European Child Adolescent Psychiatry*, 25,519–528.

Jones, K., Schulkin, J., & Schmidt, L. (2014). Shyness: Subtypes, psychosocial correlates, and treatment interventions. *Psychology, 5* (3), 44367.

Jönson Ring, I., Neveus, T., Markström, A., Arnrup, K., & Bazargani, F. (2017). Nocturnal enuresis impaired children's quality of life and friendships. *Acta Paediatrica,* 106 (5), 806–811.

Jung, S., Poole, K.,& Schmidt, L. (2023). Children's shyness, emotional intelligence, and internalizing behaviors. *Personality and Individual Differences* 211, 112242.

Kaidar, I. (2004). Predictors of self-esteem in children with and without attention-deficit/hyperactivity disorder. *Published Doctoral dissertation*, University of Toronto, Ontario Institute for Studies in Education.

Kanaheswari, Y., Poulsaeman, V., & Chandran, V. (2012). Self-esteem in 6-to 16 year-olds with monosymptomatic nocturnal enuresis.

Journal of Paediatrics and Child Health, 48 (10), E178–E182.

Karaman, M. I., Koca, O., Kucuk, E. V., Ozturk, M. I., & Akyuz, M. (2013). Methods and rates of punishment implemented by families to enuretic children in Turkey. *International Brazilian Journal of Urology, 39* (3), 402-407.

Kilicoglu, A., Mutlu, C., Bahali, M., Adaletli, H., Gunes, H., Duman Metin, H., Ipek Toz, H., & Uneri O. (2014). Impact of enuresis nocturna on health-related quality of life in children and their mothers. *Journal of Pediatric Urology Company*, 10, 1261-1266.

Leo, M. (2024). Parents' perspectives of sibling bullying: A qualitative inquiry. *Published Doctoral dissertation*, Texas Woman's University, Denton, Texas.

Macgowan, T., Colonnesi, C., Nikoli, M.,& Schmidt, L. (2022). Expressions of shyness and theory of mind in children: A psychophysiological study. *Cognitive Development*, 61, 101138.

Mawlod, K., Kakamd, K., & Ahmed, J. (2024). Bully victimization and self-esteem among students with communication disorders. *Middle East Current Psychiatry*, 31 (83).

McKinnon, J. E. (2001). An examination of bullying from a group-dynamic perspective: The third party role of peers in bullying incidents. *Published Doctoral Dissertation*, Waterloo, Ontario, University of Waterloo, Canada.

Morgan, W. (2006). Finding safe ground: An interactive theory of the development of self-esteem and behavioral competence within the parent-child relationship. *Published Doctoral Dissertation*, Purdue University.

Mota, D., Matijasevich, A., Santos, S., Petresco, S., & Mota, L. (2020).

Psychiatric disorders in children with enuresis at 6 and 11 years old in a birth cohort. *Jornal de Pediatria*, 96 (3), 318–326.

Mustofa, D., Permata, A., Apriliah, A., & Akbar, D. (2023). The correlation between bullying experience and self-esteem levels among students. *Journal of Psychology and Social Sciences*, 1 (2), 51–61.

Nocentini, A., Fiorentini, G., Di Paola, L., & Menesini, E. (2019). Parents, family characteristics and bullying behavior: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior,* 45, 41–50.

Ohigashi, S., Sakata, C., Kuroshima, H., & Moriguchi, Y. (2023). Psychophysiological responses of shame in young children: A thermal imaging study. *PLoS ONE,* 18 (10), e0290966.

O'Moore, M., & Kirkham, C. (2001). Self-esteem and its relationship to bullying behaviour. *Aggressive Behavior,* 27 (4), 269-283.

Oztorun, Y., Beser, N., Oztorun, K., et al. (2022). Evaluating the social anxiety depression levels and accompanying psychosocial problems in children diagnosed with enuresis. *Cureus*, 14 (8), 1-15.

PooleWilloughby,T. (2024). Children's shyness and early stages of emotional face processing. *Bilogical Pychology*, 187, 108771.

Qing, Z., Ma, Y., & Liu, X. (2022). Prevalence and associated family factors of sibling bullying among Chinese children and adolescents. *Frontiers in Psychology,* 13, Article 1-9.

Rangel, R., Seabra, C., Ferrarez, C., Soares, J., Choi, M., Cotta, R., et al. (2021). Quality of life in enuretic children. *International Brazilian Journal of Urology*, 47 (3), 535–541.

Ridley,K. (2000). Predicting Children's Self-Esteem from Parental Self – Esteem, Race, Social Class Status and Racial Preference. *Published Doctoral Dissertation*, Adelphi University.

Royal Australian College of General Practitioners. (2022). *Abuse and violence - Working with our patients in general practice*. Healthy Australia.

Sapi, M. C., Vasconcelos, J. S., Silva, F. G., et al. (2009). Assessment of domestic violence against children and adolescents with enuresis. *Journal of Pediatr*, 85, 433.

Sawyer, J.-L., Mishna, F., Pepler, D., & Wiener, J. (2011). The missing voice: Parents' perspectives of bullying. *Children and Youth Services Review*, 33, 1795–1803.

Shoham, D. A., Wang, Z., Lindberg, S., & Chu, H. (2021). School toileting environment, bullying, and lower urinary tract symptoms (LUTS) in a population of adolescent and young adult girls: Preventing Lower Urinary Tract Symptoms (PLUS) analysis of Avon Longitudinal Study of Parents and Children (ALSPAC). *Urology*, 151, 86–93.

Sirimongkolchaiyakul, O., Sutheparank, C., & Amornchaicharoensuk, Y. (2025). Effect of nocturnal enuresis on school-age children and their families in Thailand: A cross-sectional study. *Pediatrics& Neonatology*, xx(x), 1–5.

Stacy, T. (2020). Temperamental shyness, effortful control, and psychosocial adjustment in Chinese children. *Published Master's thesis*, University of Hawai'i Repository.

Tai, T., Tai, B., Chang, Y., Huang, K. (2021).The Importance of Understanding Parental Perception When Treating Primary Nocturnal Enuresis: A Topic Review and an Institutional Experience. *Research and Reports in Urology*, 13, 679 - 690.

Tan, S. (2002). The role of temperament in the relation between parenting and young children's self-esteem. *Published Doctoral dissertation*, Claremont Graduate University.

Teixeira, C. M., Martins, I., Babo, M., & Mendes, V. (2025). Bullying and self-esteem in adolescents / Bullying autoestimaem adolescents. *PsychTech & Health Journal*, 8 (2), 37–50.

Theunis, M., Hoecke, E., Paesbrugge, S., & Hoebeke, P. (2002). Self-image and performance in children with nocturnal enuresis. *European Urology*, 41(6), 660-667.

Tonkaz, G., Deliaga, H., Cakir, A., & Tonkaz, G. (2023). An evaluation of parental attitudes and attachment in children with primary monosymptomatic nocturnal enuresis: A case-control study.

Varlık, S. (2024). The silent shadow in primary school: The invisible face of bullying. *Children and Youth Services Review*, 166, Article 107924.

Waiker, M. (2011). The impact of shyness on loneliness, social anxiety, and school liking in late childhood. *Published Doctoral dissertation*, Morgridge College of Education, University of Denver.

Wang, P., & Yan, Y. (2025). The cycle of sibling bullying: Exploring the links between sibling bullying victimization, external support, and parent–child decision-making in multichild families. *Child & Family Social Work* Early *View*, Wiley Online Library.

Wolke, D., Tippett, N., & Dantchev, S. (2015). Bullying in the family: Sibling bullying. *The Lancet Psychiatry*, 2 (3), 320-323.

Xu, Y. (2004). Understanding shyness in Chinese children: Temperament, physiological reactivity, and psychosocial adjustment *Published Doctoral dissertation*. Faculty of The Graduate School, University of Southern California.

Zhao, J. (2006). Implicit self-theories of shyness: Predictors and correlates in preadolescence. *Published Master's thesis*, Brock University, Canada.

Family Bullying and Self–Esteem as Predicting Shyness among Children with Nocturnal Enuresis

Manar Mohammed Okasha

Lecturer of Clinical Psychology

Faculty of Arts - Cairo University

Abstract

The present research aimed to explore role of both family bullying and self-esteem in predicting shyness among children with nocturnal enuresis. The sample consisted of (60) children (30 males and 30 females), whose age ranged from (8-12) years, with a mean age of (10.17 ± 1.53) years for males, and a mean age of (10.23 ± 1.43) years for females. The current research tools included a basic data form, a comprehension test from the Wechsler Intelligence Scale - Fourth Edition, prepared and standardized by Abdul Raqib Al-Buhairi, a socio-economic level scale (prepared by Abdul Aziz Al-Shakhs), a family bullying scale (prepared by the researcher), a self-esteem scale (prepared by Cooper Smith, translated and modified by the researcher), and a shyness scale (prepared by Crozier, 1995, translated by the researcher). The results showed a positive association between sibling bullying and the total shyness score, as well as its emotional and behavioral components, among males. A negative association was also found between the total self-esteem score (and its two components: social self-esteem and home self-esteem) and the total shyness score and its behavioral component only. School self-esteem was negatively associated with the total shyness score and its two components among males. For females, a negative association was found between social self-esteem and the total shyness score and its behavioral component only, and a negative association was found between school self-esteem and the total shyness score and its two components. The most predictive variables for shyness among males were sibling bullying and social self-esteem, while the most predictive variables for shyness among females were school self-esteem and social self-esteem. Furthermore, it was found that males are more exposed to parental bullying, and that females are shyer than males, especially emotionally.

Key Words: Family Bullying – Self-Esteem – Shyness - Nocturnal Enuresis.