جامعـــــة البطانة

عمادة البحث العلمي والنشر والترجمة

رفاعة - السودان

مجلة البطانة للعلوم التطبيقية العدد (11) يونيو 2021م ذوالقعدة 1442هـ

مجلة محكمة نصف سنوية تصدرها عمادة البحث العلمي والنشر والترجمة

- التبول اللاإرادي في أطفال مدارس الأساس:مفاهيم الآباء حوله وعلاقته ببعض المتغيرات الديموغرافية

د. إبتهال الأمين الطيب الأمين*

- تقييم مناطق السكن العشوائي دراسة الحالة (حلة محجوب- ودمدني)

جيهان بكري حسن علي

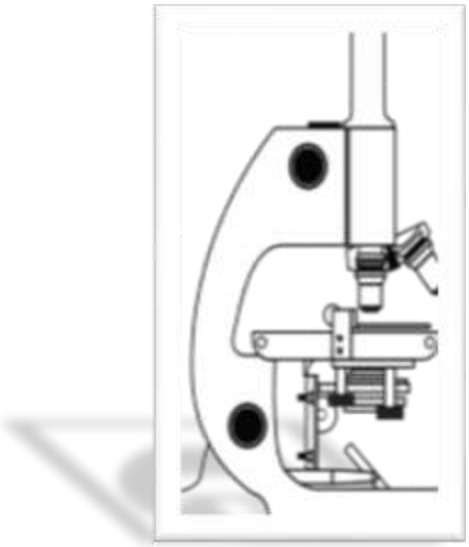
جامعـــــة البطانة

عمادة البحث العلمي والنشر والترجمة

رفاعة - السودان

مجلة البطانة للعلوم التطبيقية

العدد الحادي عشر(11) يونيو 2021م ذوالقعدة 1442هـ



UNIVERSITY OF AL-BUTANA
جامعة البطانة
عمادة البحث العلمي والنشر والترجمة
Deanship of Scientific Reserch, Publishing and Translation
2016

المراسلات

السيد / رئيس تحرير مجلة البطانة للعلوم التطبيقية

كلية الدرسات العليا والبحث العلمى– جامعة البطانة – رفاعة السودان

ص.ب : 200 رفاعة

تليفون - واتساب: 00249127376892

E. mail: albutanajournal @gmail.com

تصدر عن عمادة البحث العلمي والنشر والترجمة جامعة البطانة

هيئة تحرير المجلة

المشرف العام(مدير الجامعة):	أ.د. محمد خالد عبد الرحمن أحمد
رئيس هيئة التحرير:	د. محمد عبد الرحمن إدريس عبد الله
نائب رئيس هيئة التحرير والمقرر :	د. فضل محمد هارون محمد
أعضاء هيئة التحرير	د. الصديق أحمد محمد القرشي
	د. عبد الباقي أحمد دفع الله
	د.بلال محمد حمد الخير
	د.بسمات أحمد محمد
التصحيح والتدقيق اللغوي	د. صالح إدريس إبراهيم أحمد
	د. حمد النيل مختار الحسن أبوقناية
	د. أماني الطيب حسب الرسول محمد
السكرتارية:	أ.هاجر عبد القادر عوض سيد
النشر الالكتروني	أ. معتصم أحمد عبد الله

محتويات العدد الحادي عشر (11) يونيو 2021م – ذوالقعدة 1442هـ

الموضوع	الصفحات
دليل المؤلفين	ح
التبول اللاإرادي في أطفال مدارس الأساس:مفاهيم الآباء حوله وعلاقته ببعض المتغيرات الديموغرافية د. إبتهال الأمين الطيب الأمين*	142-129
تقييم مناطق السكن العشوائي دراسة الحالة (حلة محجوب- ودمدني) جيهان بكري حسن علي	161-143

بسم الله الرحمن الرحيم

مجلة البطانة للعلوم التطبيقية

شروط النشر في المجلة:

1.تقبل المجلة الأبحاث في جميع مجالات العلوم التطبيقية وتشمل البحوث الشاملة والبحوث القصيرة .

– يقدم البحث في نسختين ورقيتين في صورته الأولية ثم في قرص مدمج (CD) أو من خلال البريد الالكتروني للمجلة .

– يجب ألا تزيد عدد صفحات البحث عن 15 صفحة .

– يقدم الباحث أو الباحثون تعهداً موقعاً يفيد بأن البحث لم يسبق نشره ، وأنه غير مقدم للنشر، ولن يقدم للنشر في أي جهة أخرى حتى تنتهى إجراءات تحكيمه ونشره فى المجلة.

– يرفق الباحث ملخصين للبحث باللغتين العربية والانجليزية ويجب أن يكون موجزاً ومحتوياً على العناصر التالية: تقديم وأهمية البحث، أهداف البحث ، منهجية البحث و اهم النتائج والتوصيات و لا يزيد عدد كلماته عن 250– 300كلمة ، كما يجب أن تكون ترجمة الملخص الى اللغة الانجليزية صحيحة ومتخصصة ولن تقبل الترجمة الحرفية للنصوص عن طريق مواقع الترجمة على الانترنت ، وتذيل بكلمات مفتاحيه للبحث (5– 7 كلمات).

– يقدم البحث على مقاس الصفحة A4باستخدام خط 14 (Simplified Arabic) في البحوث باللغة العربية و باستخدام خط 12(Time New Romans) في البحوث باللغة الإنجليزية، ويكون تباعد الأسطر (1.5) سم، وتكون الهوامش (2.5) سم من جميع الجهات

– الباحث مسئول بالكامل عن صحة النقل من المراجع المستخدمة كما أن هيئة تحرير المجلة غير مسؤولة عن أية سرقة علمية تتم في هذه البحوث.

– لهيئة التحرير حق الفحص الأولى للبحث، وتقرير أهليته للتحكيم، أو رفضه ، وفى حالة قبول لجنة التحكيم له يخطر الباحث شفاهياً ، وريثما تتم بقية إجراءات النشر يخطر بكتاب رسمي، ثم يدرج البحث في قائمة الانتظار بحسب دوره، كما أن لها الحق فى تحديد أولوية نشر البحوث.

– تخضع الأبحاث المقدمة للمجلة للتحكيم ويتم اعتماد القبول النهائي بعد كل التعديلات التي ترد من المحكمين (على مرحلتين).

– يقبل البحث بشكل نهائي بعد أن يجري الباحث التعديلات التي يطلبها المحكمون

– يحق لهيئة التحرير إجراء التعديلات التي تراها ضرورية بغرض الصياغة أو المراجعة اللغوية .

– فى حالة قبول البحث للنشر تؤول حقوق النشر كافة إلى المجلة ، ولا يجوز نشره في أي منفذ نشر آخر ورقياً أو الكترونياً دون أذن كتابي من المشرف العام.

– يسدد الباحث الرسوم المقررة عند تسليم البحث، ولا يحق له استردادها في حالة استبعاد البحث وعدم نشره.

2. **كتابة البحث:** على الباحثين اتباع التعليمات المدونة أدناه ومراعاة الأمثلة بالضبط.

3. **عنوان البحث** يكون مختصرا ومعبرا عن محتويات البحث وتكتب أسماء الباحثين تحت العنوان مباشرة باستخدام بنط 14 تقيل (Simplified Arabic) في البحوث باللغة العربية و (Time New Romans, (points– 14 في بحوث اللغة الأجنبية وعناوين المراسلة للمؤلفين (المؤسسة الاكاديمية ،البريد الالكتروني للباحث الرئيس) باستخدام بنط 12 عادي (Simplified Arabic) حسب لغة البحث المقدم يكتب الاسم الأخير (أسم الشهرة) للباحث كاملاً وتختصر بقية الأسماء بالحروف الأولي لكل أسم عندما يكون الباحث ذكرا ويكتب الاسم الأول والأخير في حالة الأنثى .

4. **المقدمة** : وتوضح موضوع البحث وخلفيته وأهدافه .

5. **المواد وطرق البحث** :وتبين المواد التي استعملت في البحث وطرق البحث والإحصاء.

6. **النتائج** : نتائج التجارب في شكل ملاحظات هامة وبصيغة الفعل الماضي.

7. **المناقشة:** تبين أهمية النتائج ومنافعها العملية مقارنة بالبحوث السابقة والمماثلة . ويمكن تضمين المناقشة مع النتائج أو فصلها ،كما تضمن النتيجة الختامية للبحث .

8. **المراجع** :ترتب المراجع في نهاية البحث ترتيبا هجائيا للاسم الأخير للمؤلف وفقا لنظام هارفارد كالآتي :

1.8**بحوث بمجلات:** اسم الشهرة (الاسم الأخير) ،السنة، عنوان البحث ،اسم المجلة ، العدد ورقم الصفحات.

2.8 الكتب: اسم الشهرة (الاسم الأخير) سنة النشر ،عنوان الكتاب ،دار النشر –مكان النشر ورقم الصفحة.
عند استخدام مراجع عربية وغير عربية في قائمة المراجع ، تذكر المكتوب بنفس لغة البحث أولاً ثم لمراجع المكتوب باللغة الأخرى .

3.8 الأشكال والمعادلات الكيميائية والرياضية :

- الأشكال والمعادلات الكيميائية والرياضية يجب رسمها ووضعها في الأماكن المحددة لها .

- يجب أن تكون الأشكال والمعادلات الكيميائية والرياضية وحدات منفصلة لوحدها . كما يجب ترقيمها بالأرقام العربية .

9. البحوث القصيرة :

- تمنح الأفضلية للبحوث القصيرة المختصرة التي تحتوي علي نتائج .

- لا تحتوي البحوث القصيرة عادة علي خلاصة ولا يزيد عدد صفحاتها عن 5 صفحات مطبوعة (إضافة للجداول والأشكال والمراجع).

- من الممكن إتباع نفس التقسيمات التي تم ذكرها سابقاً .

- يجب إضافة العبارة (بحث قصير)تحت العنوان مباشرة .

10. استعراض البحوث :

- المقالات الاستعراضية يجب أن تكون شاملة ومتناوله لمعلومات حديثة خاصة بمواضيع بحثية معينة أو التي تحتوي علي مواضيع خاصة بتطورات تقنية حديثة .

- تبويب المقالات الاستعراضية يترك للمؤلف ولكن يفضل إتباع نفس التبويب الموضح سابقاً .

- مقالات الاستعراض عادة ما تتم الدعوة لها من هيئة التحرير ولكن يمكن قبولها من أشخاص آخرين .

- يجب إضافة (استعراض بحوث) تحت العنوان مباشرة .

11. المفاهيم الحديثة :

- المفاهيم الحديثة هي مساهمات تحتوي علي تحديث وابتكار أو طرق تقنية جديدة أو طرق تدريس لم يسبق صياغتها بطريقة علمية جديدة أو مفاهيم حديثة لم تكن قد أثبتت تجريبياً من قبل .

- يترك للكاتب تبويب تلك المفاهيم الحديثة مع الأخذ بعين الاعتبار كما ورد ذكره سابقاً.

12. توضيحات أخيرة :

- يطلب من المشاركين في البحوث إتباع التعليمات أعلاه حرفياً . حيث ذلك يسهل مهام المشارك وهيئة التحرير وكذلك المحكمين .

- يساعد إرسال البريد الالكتروني والفاكس والتلفونات الخاصة للمؤلفين في سرعة الاتصال .

- الشكر والعرفان علي المساعدات المالية أو بعض النصائح أو أي من أشكال المساعدات الأخرى التي قدمت للمؤلف في إجراء بحثه يجب وضعها في فقرة خاصة قبل المراجع مباشرة ، وتحت العنوان (الشكر و العنوان) .

13. المراسلات:

ترسل البحوث باسم السيد رئيس تحرير مجلة البطانة للعلوم التطبيقية، عمادة البحث العلمي والنشر والترجمة، جامعة البطانة، ص ب/200 رفاعة – السودان.

(16) التبول اللاإرادي في أطفال مدارس الأساس:مفاهيم الآباء حوله وعلاقته ببعض المتغيرات الديموغرافية

د. إبتهال الأمين الطيب الأمين*

.الأستاذ المشارك لطب وصحة الطفولة - كلية الطب جامعة أم درمان الإسلامية

***Correspondence:** bebotyb@gmail.com

Abstract:

Problem statements: Bedwetting is a common disorder that causes embarrassment and concern for the child and the parents together. Parents' concepts about the causes, treatment vary, as well as their reactions towards their children. **Objectives**: the aims of this study are to assess parental concepts and trends regarding children's bedwetting and the relation to demographic variables. **Methods:** This study involved parents of 386 children i*n Karari* locality in Sudan using well designed Likert scale questionnaire. **Results**: showed two-thirds of the parents believed that anxiety and drinking excessive fluids are the most common causes of bedwetting, 36% of them attributed it to the lack of female genital mutilation in females, while 30% related it to organic disorders. Regarding the management of this problem, 72% believed that the problem will be resolved with time, and 60% mandate the medical treatment; however, the actual percentage of those who visited a doctor in order to solve this problem was 32%. The trends of the parents vary between verbal abuse and feeling of discomfort. The study also found a statistically significant relationship between parents concepts and parenting relationship in favor of mothers, and also if the child is suffering from bedwetting actually, while there was no statistically significant relationship between parents concepts and the age of the parents, their level of education or between perceptions and Sex of the child. As observed in the study there was a high proportion of bedwetting among children in the study sample that reach 42%, and this requires extensive study involving a larger sample of children to highlight the real ratio and comparing it with the global proportions. We conclude that Bedwetting is a common problem in childhood that parents 'concepts and trends vary related to different demographic variables. Raising awareness and guiding parents are successful ways to deal with it**.**

Key words: *bedwetting, concepts, demographic variables, school children.*

المستلخص:

التبول اللاإرادي أضطراب شائع يسبب الإحراج والقلق للطفل والوالدين معًا. تختلف مفاهيم الوالدين حول الأسباب والعلاج وكذلك ردود أفعالهم تجاه أطفالهم. هدفت هذه الدراسة إلى تقييم المفاهيم والاتجاهات الأبوية فيما يتعلق بالتبول اللاإرادي للأطفال والعلاقة بالمتغيرات الديموغرافية. شملت هذه الدراسة آباء(386) طفلاً في محلية كراري في السودان باستخدام أستبيان مقياس ليكرت. النتائج: يعتقد ثلثا الآباء أن القلق وشرب السوائل بكثرة من أكثر أسباب التبول اللاإرادي شيوعًا ، وعزا 36٪ منهم ذلك إلى عدم ختان الإناث ، بينما ربط 30٪ ذلك باضطرابات عضوية. فيما يتعلق بعلاج هذه المشكلة ، يعتقد 72٪ أن المشكلة ستحل بمرور الوقت بينما رأي 60٪ أن العلاج الطبي هو الحل الأمثل رغم أن النسبة الفعلية للآباء الذين زاروا الطبيب لحل هذه المشكلة كانت 32٪. تنوعت اتجاهات الوالدين بين الإساءة اللفظية والشعور بعدم الراحة. كما وجدت الدراسة علاقة ذات دلالة إحصائية بين مفاهيم الوالدين والعلاقة الأبوية لصالح الأمهات ، وأيضاً ما إذا كان الطفل يعاني من التبول اللاإرادي فعلاً ، بينما لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين مفاهيم الوالدين وعمر الوالدين ، والمستوى التعليمي لهما أو بينها وجنس الطفل. كما لوحظ في الدراسة بأن هناك نسبة عالية من التبول اللاإرادي بين الأطفال في عينة الدراسة وصلت إلى 42٪ ، وهذا يتطلب دراسة مكثفة تشمل عينة أكبر من الأطفال لإبراز النسبة

الحقيقية ومقارنتها بالنسب العالمية. خلصت الدراسة التبول اللاإرادي مشكلة شائعة في الطفولة تختلف حولها مفاهيم واتجاهات الوالدين . رفع الوعي وتوجيه الوالدين من الطرق الناجحة للتعامل معها.

الكلمات المفتاحية: التبول اللاإرادي ،مفاهيم ، المتغيرات الديموغرافية ، أطفال المدارس

المقدمة :

يعتبرالتبول اللاإرادي أو سلس البول الليلي (nocturnal enuresis) من أكثر الإضطرابات شيوعاً في مرحلة الطفولة ، وهو يتمثل في عدم قدرة الطفل على التحكم في البول ليلاً أو نهاراً بصورة خارجة عن إرادته. ويعتبر مشكلة في كل طفل تجاوز عمره الخمس سنوات ، وهي السن التي يتوقع فيها أن يكتمل تحكم الطفل في عضلات المثانة وبذلك يتحقق فيها الجفاف الليلي والنهاري .وتعتبر هذه المشكلة من المشكلات التي تسبب قلقاً وحرجاً للوالدين خصوصاً الزيارات خارج المنزل أو عندما تكون شكوى من أحد المعلمين للطفل في المدرسة . وفي كثير من الأحيان يلجأ الوالدان لأساليب خاطئة في التفاعل مع الطفل كتعنيفه لفظياً أو جسدياً ، مما قد يتسبب في تأثر الطفل نفسياً فيفقد ثقته في نفسه وربما يستمر في التبول اللاإرادي . تتفاوت مفاهيم ووجهات نظر الآباء حول أسباب التبول اللاإرادي وطرق علاجه حسب متغيرات كثيرة منها تجارب الوالدين و مستواهم التعليمي ، كما تتفاوت ردات أفعالهم تجاه هذه المشكلة .

وعليه مما سبق يمكن صياغة مشكلة الدراسة في السؤال التالي :

ما هي مفاهيم الآباء حول التبول اللاإرادي في أطفال مرحلة الأساس بمحلية كرري بولاية الخرطوم وعلاقتها بالمتغيرات الديموغرافية ؟ ومن هذا السؤال تفرعت الأسئلة التالية :

1- ما هي مفاهيم الآباء حول مسببات التبول اللاإرادي في الأطفال ؟ .
2- ما هي مفاهيم الآباء حول علاج مشكلة التبول اللاإرادي في الأطفال ؟ .
3- ما هي ردات أفعال الآباء تجاه أطفالهم إذا كانوا ممن يعانون من التبول اللاإرادي ؟ .
4- ماهي العلاقة بين مفاهيم الآباء وبعض المتغيرات الديموغرافية

تهدف هذه الدراسة إلى الآتي :

أ. التعرف على مفاهيم الآباء حول أسباب التبول اللاإرادي في أطفال مرحلة الأساس بمحلية كرري بولاية الخرطوم .

ب.التعرف على مفاهيم الآباء حول علاج مشكلة التبول اللاإرادي في أطفال مرحلة الأساس بمحلية كرري بولاية الخرطوم .

ت.التعرف على ردات أفعال الآباء تجاه أطفالهم اللذين يعانون من التبول اللاإرادي .

ث.التعرف على علاقة مفاهيم الآباء حول التبول اللا إرادي في الأطفال وبعض المتغيرات الديموغرافية (علاقة المجيب بالطفل ، عمره ، مستواه التعليمي ،جنس الطفل ، وما إذا كان الطفل يعاني من التبول اللاإرادي أو لا).

تكمن أهمية هذه الدراسة في أنها تتناول مشكلة مهمة وهي التبول اللاإرادي في أطفال مرحلة الأساس ، ولعل التعرف على أبعاد هذه المشكلة ، ومفاهيم الآباء حولها ذا أهمية قصوى لمحاولة الوصول الى معرفة تفيد الباحثين والأطباء لتصحيح المفاهيم الخاطئة وعلاج جذور المشكلة . كما يمكن لمثل هذه الدراسة إثراء المكتبة العربية وذلك لملاحظة الباحثة قلة الدراسات العربية حول هذه المشكلة .

تتحدد هذه الدراسة بالمتغيرات التالية :

أ.الحد الزماني: فبراير 2016 .

ب.الحد المكاني : محلية كرري – ولاية الخرطوم –السودان .

ت.الحد البشري : عينة من آباء وأمهات الأطفال في مدارس الأساس بمحلية كرري .

كما وردت في هذه الدراسة بعض المصطلحات نعرفها في الآتي :

1. التبول اللاإرادي :تدفق البول من غير وعي فى الفراش أثناء النوم ليلاً أو نهاراً ويحدث بعد سن الخامسة مرتين على الأقل فى الأسبوع لمدة ستة أشهرطبقاً للدليل التشخيصي والاحصائي الرابع (DSM-IV-TR 2000) .
2. مفاهيم الآباء : المفهوم كما عرفه (أبو لبن) فكرة أو صورة عقلية تتكون من خلال الخبرات المتتابعة التي يمر بها الفرد سواء كانت مباشرة أم غير مباشرة .

ت.مرحلة الأساس :وتمتد إلى ثماني سنوات دراسية ، ويبدأ الإلتحاق بها من عمر السادسة، وذلك حسب ما جاء في التقرير الوطني عن تطور التعليم في السودان (2008) .

ث.محلية كرري : هي احدى محليات ولاية الخرطوم ، تقع في شمال منطقة امدرمان الكبرى وتتصف بالتعداد السكاني الكبير(750 ألف نسمة) وتتميز بالتنوع السكاني المتأثر بالهجرة للعاصمة

ويعرف التبول اللاإرادي طبقاً للدليل التشخيصي والاحصائي الرابع (DSM-IV-TR) والصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي American Psychiatric Association (2000) بأنه تدفق البول على الملابس والفراش حوالي مرتين في الأسبوع لمدة ثلاثة شهور متتالية ، وأن يكون التبول بعد سن خمس سنوات من عمر الطفل[1].ويصنف على وقت حدوثه إلى : التبول الليلي ، التبول النهاري ، التبول الليلي النهاري كما يمكن أيضاً تصنيفه على مدى استمراره إلى تبول لا إرادي أساسي وهو المرتبط بالتبول المستمر دون توقف منذ السنوات الأولى من عمر الطفل ، تبول لا إرادي ثانوي ويسمى أيضاً نكوصي وهذا يحدث بعد سيطرة وتحكم الطفل في التبول على الاقل ستة أشهر متتالية ، والتبول اللاإرادي غير المنتظم وفيه يتبول الطفل على نفسه مرة ثم يختفي لمدة طويلة ثم يعود للتبول اللاإرادي مرة ثانية ثم يختفي وهكذا كما ذكر كارولين (2003Carolyn) .

تتفاوت نسب حدوث التبول اللاإرادي من بيئة إلى أخري ومن شعب إلى آخر ففي السودان لم تحدد نسب ثابتة حتى الآن فدراسة رحيم (1986) بينت إرتفاع النسبة في السودان عن النسب العالمية ، بينما وضحت دراسة كريم الدين وآخرون (2013) بأن النسب اقل من النسب العالمية . و عموماً يرى أتلر وهيرون (2008 Utler& heron) أن نسبة حدوثه تتراوح بين 8% في عمر 4 سنوات لتصل إلى 1.5% في عمر التاسعة والنصف سنة .

تتباين أسباب التبول اللاإرادي من طفل لآخر ويمكن أن نجملها في الآتي:

1- أسباب وراثية : ويكون ذلك بإصابة أحد الوالدين أو كلاهما عند الطفولة بنفس المشكلة. فوجدت بعض الدراسات إصابة أحد الوالدين ترفع نسبة حدوث التبول اللاإرادي إلى 43% في طفلهما بينما الإثنان معاً إلى 77% كما ذكر فورسيث (Forsythe WI 1991) .

2- أسباب عضوية : وتكمن أهمية معرفة السبب في القدرة على العلاج المبكر، ومن أهمها العيوب الخلقية في الجهاز البولي ، إلتهابات الجهاز البولي ، زيادة كمية البول الناتجة عن أمراض أخرى مثل السكري وزيادة الكلس ،الأمراض العصبية مثل حالات الصرع ، تضخم اللوزتين ، والأعراض الجانبية لبعض الأدوية مثل مدرات البول وبعض أدوية القلب .

3- أسباب نفسية : كالخوف ، القلق ، وعدم الشعور بالأمان لفقد أحد الوالدين أو لولادة طفل جديد في الأسرة و أحياناً لأسباب تغيير جديد في حياة الطفل كالإنتقال الى مسكن جديد أو دخول المدرسة . أما الأسباب النفسية المزمنة كمتلازمة فرط الحركة وقلة التركيز ، فقد وردت في بعض الدراسات مثل دراسة فون قونتارد 2011c von gontard)) كأحد المسببات الرئيسة للمشكلة .

4- اضطرابات النوم : فالنوم الثقيل يعتبر من أهم مسببات المشكلة كما أثبتت دراسة روبرت (1993Robert M).

5- عدم نضج عضلات التحكم حول المثانة.

6- أسباب غير معروفة idiopathic)) .

تتعدد طرق علاج التبول اللاإرادي في الاطفال وتشمل الآتي:

1.العلاج السلوكي كتقليل شرب السوائل قبل النوم مع حث الطفل لشرب معظم احتياجه اليومي خلال ساعات النهار ، تفريغ المثانة قبل النوم ومشاركة الطفل في تغيير الفراش إذا اصابه البلل .

2.جهاز الإنذار : وهو جهاز إستشعار لرطوبة الملابس ، يصدر تحذيراً مع القطرات الأولى للبول عند نزوله .

3. العلاج التحفيزي : وذلك باستخدام جدول للمراقبة اليومية وتحفيز الطفل وتشجيعه إذا شارك في تغيير الفراش أو قام بنفسه لدخول الحمام قبل النوم.

4. العلاج الدوائي : وذلك باستخدام أدوية مضادة لإدرار البول في بعض الحالات مثل Desmopressin أو باستخدام بعض أدوية الإكتئاب لدورها في قلة تفريغ البول وتقليل التوتر المصاحب لهذه المشكلة وذلك كما ذكر موقع المعهد الوطني للتفوق الصحي والرعاية البريطاني (NICE guidelines) .

5. العلاج العشبي : يعتقد البعض أن استخدام بعض العلاجات العشبية كالقرفة والعلاجات الطبية البديلة كالعسل وزيت الزيتون قد تفيد في تقليل التبول اللا إرادي لدى الأطفال ، إلا أنه لا توجد دراسات تثبت مدى فاعليتها وصلاحيتها للعلاج .

تتباين مفاهيم الآباء حول أسباب التبول اللاإرادي وطرق علاجه حسب نشأة الوالدين وبيئتهما ومستواهما التعليمي . فبعض الوالدين لا يشكل لهما التبول اللاإرادي مشكلة كبيرة لتكرر حدوثه في أكثر من طفل في الأسرة ، أو لملاحظتهما زوال المشكلة مع الزمن . بينما يسبب التبول اللا إرادي مشكلة وقلقاً لبعض الوالدين خاصة عندما يكون الطفل كبيراً في عمره وربما يربطا ذلك بمشكلة صحية أو نفسية خفية . وقد يترتب على هذه المفاهيم ردات أفعال مختلفة من الوالدين تجاه أطفالهم فقد يلجأ الوالد لتوبيخ الطفل وإذلاله على هذا الأفعال وربما يصل التعنيف إلى التعنيف الجسدي . بينما تربط بعض الأمهات حل هذه المشكلة مع عادات غير سليمة كختان الإناث ، أو تلجأ لحرمان الطفل من شرب السوائل لفترات طويلة تفادياً لحدوث المشكلة .أما عن ردات أفعال الأطفال المصابين بالمشكلة فإن القلق ،فقدان الثقة بالنفس ، الإنعزال ،التأخر الدراسي و تجنب الطفل للاصدقاء هي من ابرز الآثار عليهم كما وجدت دراسة بلاك ويل (1989 Blackwell) ذلك .

لم تتوصل الباحثة لأي دراسة سابقة تتناول تحديداً مفاهيم الآباء حول التبول اللا إرادي لدى الاطفال في السودان . رغم تناول العديد من الدراسات باللغة الانجليزية هذا الموضوع من ناحية مدى شيوعه وأ سبابه في المجتمع السوداني والمجتمعات الأخرى ومنها :

1. دراسة كريم الدين وآخرون (2013 (شملت الدراسة 816 طفل بمستشفى جعفر بن عوف للأطفال تراوحت أعمارهم بين 5 إلى 15 سنة ، وخلصت إلي قلة نسبة التبول اللاإرادي في أطفال السودان مقارنة بالنسب العالمية . كما خلصت الي وجود علاقة دالة إحصائياً في إصابة أحد أفراد الأسرة بنفس المشكلة عند الصغر ، أو وجود عامل نفسي أو عضوي مؤثر في الطفل . ولم تتوصل الدراسة إلى وجود علاقة دالة إحصائياً في المستوى المعيشي والمستوى التعليمي للوالدين لحدوث التبول اللاإرادي لدى أطفالهم.

2. وجدت دراسة رحيم (1986) ، والتي أجريت على 8462 طفل في الخرطوم (منطقة الحاج يوسف) تراوحت أعمارهم بين 3 إلى 15 سنة أن نسبة التبول اللإرادي في الأعمار حتى التسع سنوات أعلى من النسب المذكورة عالمياً .

3. وأجريت دراسةمحمد الحسن (2014) في قرية العريباب بولاية الجزيرة للتعرف على فاعلية برنامج الإرشاد النفسي في خفض التبول اللاإرادي لدى الأطفال وشملت الدراسة عينة من 38 أماً لأطفال يعانون من المشكلة ، وخلصت إلى وجود فروق في فاعلية البرنامج قبل وبعد تطبيقه ، كما لم تجد فروق ذات دلالة إحصائية في خفض التبول اللا إرادي ترجع لجنس الطفل أو تعليم الأم .

ومن الملاحظ أن الدراستين الأولى والثانية قد اختلفت نتائجها حول مدى شيوع المشكلة في أطفال السودان ، فبينما يرى كريم إنخفاض النسبة من النسب العالمية ، يرى رحيم إرتفاعها . وربما يكون ذلك لإختلاف عينة الدراسة فقد أجراها كريم في الأطفال المرضى في المستشفى وفي عينة قوامها 816 طفل ، أما رحيم فقد كانت عينته من أطفال أصحاء بلغ عددهم 8462 طفل إلا أنه شمل في دراسته أعماراً تقل عن خمسة سنوات والتي يعتبر التبول اللاإرادي فيها شائعاً وطبيعياً .

اجراءات الدراسة Material and Methods:

اتبعت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي(Descriptive Analytical Method) الذي يصف الظاهرة ثم يقوم بتحليلها ثم تفسيرها بناء على ما تم جمعه من بيانات.

مجتمع الدراسة (Research Area):ضمت الدراسة عينة من الآباء والأمهات لأطفال مرحلة الأساس اللذين تم إختيارهم عشوائياً من أربعة مدارس اساس بمحلية كرري وبلغ عددهم 386 طفل تراوحت أعمارهم بين 6 – 14سنة.

حجم العينة (Sample Size):تم حساب عينة الدراسة لتكون384 بعد تخصيص مجتمع الدراسة باستخدام المعادلة الاحصائية :

$$N=PQ(Z)^2/E^2$$

(حيث أن N حجم العينة ، P نسبة المجتمع المراد دراسته Q النسبة المكملة ، Z الدرجة المعيارية (1.96) ، E خطأ المعاينة (0.05) . تم توزيع416 إستبانة على ستة مدارس أساس(بنات وأولاد) تم إختيارها عشوائياً مع مراعاة توزيعها الجغرافي لتغطي مختلف المستويات المعيشية في المنطقة .كانت المحصلة386 إستبانة حيث أن 30 إستبانة تم استبعادها لعدم إكتمال بياناتها .

إجراء الدراسة (Study Technique) : اعتمدت الدراسة على الإستبانة (Questionnaire) كأداة لجمع البيانات والمعلومات المتعلقة بالدراسة، لأنها من أكثر أدوات البحث العلمي إستخداماً وشيوعاً في البحث الوصفي.إحتوت الإستبانة على متغيرات ديموغرافية تشمل علاقة المجيب بالطفل ،المستوى التعليمي للمجيب ،عمر المجيب ، جنس الطفل ، وما إذا كان الطفل يعاني من التبول اللاإرادي أو لا.وقد تم إستخدام مقياس ليكرت الثلاثي (أوافق ، محايد ، لا أوافق) ويحتوي على 17 عبارة تستطلع آراء الآباء حول أسباب التبول اللاإرادي ، طرق علاجه ، وردات أفعالهم تجاه أطفالهم المصابين بالمشكلة .

مقياس التبول اللا ارادى :

الصدق والثبات :للتأكد من الصدق والثبات لمقياس التبول اللا إرادى تم إجراء عينة استطلاعيه ، وبعد جمع البيانات وإدخالها إلي جهاز الحاسوب جاءت قيمة ألفاكرونباخ وهى قيمة الثبات = 0.639 . ثم بعد ذلك و بالنظر إلى إشارة معامل الارتباط بين درجات كل بند والدرجة الكلية للمقياس كمؤشر لإتساق البنود مع الدرجة الكلية للمقياس ،اتضح أن كل الارتباطات موجبة غير صفرية ولإيجاد قيمة الصدق قام تم إدخال قيمة الثبات تحت الجذر التربيعى وجاءت قيمة الصدق = 0.799 وهذا مما يدل أن المقياس ذو ثبات عالي وصالح للدراسة الحالية .

البراءة الأخلاقية (Ethical Approval) :تم أخذ الأذن من مدراء مدارس الأساس المشاركة في الدراسة بعد توضيح الغرض من الدراسة وإرشادات عن كيفية ملأ الإستمارة للآباء.

التحليل الاحصائي (Data Analysis) :تم التحليل عبر إدخال البيانات في برنامج التحليل الإحصائي الاصدار العشرون (SPSS version 20) .تم حساب الوسط الحسابي ، الإنحراف المعياري .باستخدام اختبار ت(T.Test) و عبر إختبار تحليل التباين الآحادي (ANOVA One way) تم إختبار ما اذا كانت هناك علاقة بين المتغيرات الديموغرافية وإفتراضات الدراسة.

النتائج والمناقشة:

مفاهيم الآباء حول التبول اللاإرادي (أسبابه ، طرق علاجه ، وردات أفعالهم) لأطفال مرحلة الأساس

كما موضح في الجدول (1) فإن السمة العامة لمفاهيم الآباء حول التبول اللاإرادي لأطفال مرحلة الأساس كانت بدرجة سلبية وهذا لإرتفاع القيمة المحكية عن الوسط الحسابي .

جدول رقم (1) يوضح نتيجة اختبار (ت)T test للعينة الواحدة

السمة	العدد	القيمة المحكية	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة (ت)	مستوى الدلالة	الاستنتاج
التبول اللا ارادى	386	34	33.8342	5.3886	385	-0.605	0.546	تتسم السمة العامة لمفاهيم الآباء حول التبول اللا إرادى بدرجة سلبية.

أما إذا تناولنا كل مفهوم على حدة فإننا نجد أن مفاهيم الآباء تباينت حول :

أسباب التبول اللاإرادي في الأطفال : كما موضح في الجدول (2) فقد بينت النتائج أن حوالي ثلثي الآباء يعتقدون أن شرب السوائل المفرطة والقلق هي من أهم مسببات هذه المشكلة ، ثم نجد أن 36% من الآباء يعتقدون أن عدم ختان الإناث يتسبب في التبول اللاإرادي ، بينما يعتقد 30% بوجود سبب وراثي ، هذا مع وجود 20%من الآباء كانوا يعانون من نفس المشكلة عند صغرهم .وأعتقد ثلث الآباء ان الأطفال اللذين يعانون من التبول اللاإرادي مصابين بمشكلة صحية . وعند مقارنة نسبة الآباء اللذين يعتقدون بوجود مشكلة صحية (30%) وبين دراسة (CFN,SN 2004) التي وجد فيها أن 86% من الوالدين المشاركين في الدراسة يعتقدون وجود مشكلة عضوية أو نفسية لحدوث التبول اللاإرادي ، نجد أن النسبة تقل هنا بكثير، وربما يكون هذا المسبب المباشر لقلة تردد الآباء على الأطباء لحل المشكلة. وبمقارنة النتائج ببعض الدراسات نجد دراسة فون قونتارد وجنسون (von Gontard & A Heron Joinson C 2011a) قد بينت أن نسبة 70% إلى 80% من الأطفال المصابين بالتبول اللاإرادي لهم أقارب كانوا يعانون من نفس المشكلة عند صغرهم . وأثبتت دراسة فيهان وآخرون (Feehan M, et al 1990) أن وجود مشكلة صحية يكون بصورة مرتفعة في الأطفال اللذين يعانون من التبول اللاإرادي الثانوي . أما جونسون وآخرون Joinson *et al*، 2007)) فوجدوا أن القلق الإجتماعي (social anxiety) يشكل 70% من الأسباب النفسية يليه الخوف المرضي (specific phobia) و الإكتئاب (depression) بنسب متساوية واخيراً يأتي قلق فراق الوالدين (separation anxiety) كأقل نسبة حدوث. أما المشاكل النفسية المزمنة كفرط النشاط الزائد (ADHD) فقد وصلت نسبة حدوثها إلى 17.6% بين المشاكل النفسية.

علاج التبول اللاإرادي في الأطفال : يوضح الجدول (2) مفاهيم الآباء حول طرق علاج التبول اللاإرادي، حيث يرى 72% من الآباء أن المشكلة ستزول مع تقدم العمر وهذا يوافق دراسة فون قونتارد (von Gontard 2006) بأن التبول اللاإرادي ينخفض مع التقدم في العمر فتتغير نسبة حدوثه من 20% في عمر أربعة سنوات ، 10% في عمر سبعة سنوات ، لتصل إلى 1-2% في عمر البلوغ . ويرى 60% من الآباء أن هناك علاج طبي للتبول اللاإرادي بينما يعتقد 19.9% بوجود علاج عشبي مثل عسل النحل .

وبالنظر لردات فعل الآباء كما موضح في جدول (2) نجد أن 59.8% من الآباء يشعرون بالحرج وعدم الارتياح ، 56.2% يتعاطفون مع أطفالهم ويشعرون أن أطفالهم المصابين بالمشكلة متأثرون نفسياً ، بينما يميل 29% من الآباء لتوبيخ أو تعنيف أطفالهم لفظياً عند حدوث التبول اللاإرادي .ونجد نسبة 32% من الآباء قد زاروا الأطباء بحثاً عن العلاج وهذه النسبة تتوافق مع إعتقاد 30% من الآباء بوجود مشكلة صحية كما ذكرنا آنفاً .

وبالمقارنة بين نتائج الدراسة والدراسات العالمية نجد أن دراسة (CFN,SN 2004)على الأطفال المصابين بالتبول اللاإرادي في هونج كونج قد أثبتت أن 89% من الأطفال يتجنبون الحديث عن المشكلة و25% يتجنبون النوم خارج منازلهم ، وبين 57% من الآباء بأنهم يعاقبون أطفالهم المصابين بالمشكلة،بينما يتفاوت شعور الوالدين بين الغضب والخجل والخوف من وجود مرض تجاه التبول اللاإرادي للأطفال.وقد وجدت بعض الدراسات مثل دراسة دوبسون (Dobson 1990) أن مشكلة التبول اللاإرادي يأتي في المرتبة الثانية بعد البكاء المتواصل في أسباب التعنيف الجسدي للأطفال .أما دراسة دايميتريو و آخرين (Dimitriou E ,et al 1976) فأثبتت أن هنالك علاقة وثيقة بين تكرار التبول اللاإرادي وتصرفات الوالدين السالبة والتعنيف للطفل الذي يعاني من المشكلة.

علاقة التبول اللاإرادي في أطفال مرحلة الأساس وبعض المتغيرات الديموغرافية

وهنا تستعرض الباحثة ما إذا وجدت علاقة بين التبول اللاإرادي و بعض المتغيرات الديموغرافية والتي تتمثل في هذه الدراسة في العلاقة الوالدية للشخص المجيب (الأم ، الأب ، أو شخص آخر) عمره ، مستواه التعليمي ، جنس الطفل ، وما إذا كان يعاني من التبول اللاإرادي. بالنظر للجدول (3) نجد أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية حول مفاهيم الآباء حول التبول اللاإرادي في أطفال مرحلة الاساس وإختلاف علاقة المجيب بالطفل (الأم ، الاب ، شخص آخر) وذلك لصالح الأمهات . وربما دلت هذه النتيجة على معاناة الأمهات بصورة أكبر من الأباء مع أطفالهن المصابين بالتبول اللاإرادي لقرب العلاقة بين الأم والطفل، وربما يدل ذلك أيضاً على مدى القلق الذي يصيب الأمهات من هذه المشكلة ومحاولتهن البحث عن العلاج أكثر من الآباء . وبالتالي تتشكل المفاهيم المختلفة عن الأسباب والعلاج كما تختلف ردات الأفعال .

وباجراء اختبار (ف) لتحليل التباين الآحادي للفروق حسب المستوي التعليمي تبين أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة مفاهيم الآباء حول التبول اللاإرادي للأطفال ومستوى الآباء التعليمي . ونرى أن 65.5% من الآباء المشاركين في الدراسة جامعيين . وبالنظرلدراسة كريم وآخرون 2013 والتي لم تتوصل إلى وجود علاقة دالة إحصائياً في المستوى المعيشي والمستوى التعليمي للوالدين لحدوث التبول اللاإرادي لأطفالهم ، نجد ان هذا المتغير الديموغرافي لم يغير في نسبة حدوث التبول اللاإرادي أو في مفاهيم الآباء حوله رغم إفتراض الباحثة الأثر الكبير

في التعليم حول تصحيح المفاهيم العامة وبالتالي ردة الفعل ،وقد يبرهن هذا على ان هذه المشكلة من المشاكل المهملة ، ربما لحساسيتها في نظر الآباء أو لقلة الإهتمام بها .

كما تبين أيضاً عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مفاهيم الآباء حول التبول اللاإرادي ترتبط بعمر الآباء المشاركين في الدراسة واللذين كانت نسبة 63% من أعمارهم تتراوح بين 25 حتى 40 عاماً .

وبالنظر للجدول (4) بعد اجراء اختبار مان ويتني يتبين أنه لا توجد أي فروق إحصائية في درجة مفاهيم الآباء حول التبول اللاإرادي للاطفال وجنس الطفل . والجدير بالذكر ان مشكلة التبول اللاإرادي في الاطفال تزيد نسبتها عموماً في الذكور كما بينت بعض الدراسات والتي منها دراسة فون قونتارد (2006 von Gontard) حيث بين أن التبول اللاإرادي في الذكور يزيد بمقدار 1.5 – 2 أكثر من الإناث .

بالنظر للجدول (4) نجد أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مفاهيم الآباء وتعرض أطفالهم لمشكلة التبول اللاإرادي وهذا يدل على إختلاف المفاهيم تبعاً لملاحظة الآباء ومدى معاناتهم مع أطفالهم اللذين يتبولون لا إرادياً ومدى التجارب التى اكتسبها الآباء من معايشة المشكلة أو مدى إطلاعهم بحثاً عن حلول للمشكلة . والجدير بالذكر من الملاحظة للجدول (4) أن نسبة حدوث التبول اللاإرادي بين الأطفال اللذين شارك آبائهم في الدراسة كانت مرتفعة جداً مقارنة مع الدراسات العالمية ،إذ أنها بلغت 42.2% بصورة إجمالية بين الذكور والإناث وهذا يؤيد الدراسة التي اجراها رحيم (1986) ، على 8462 طفل في الخرطوم (منطقة الحاج يوسف) تراوحت أعمارهم بين 3 إلى 15 سنة أن نسبة التبول اللإرادي في الأعمار حتى التسع سنوات أعلى من النسب المذكورة عالميا.

جدول (2) مفاهيم الآباء حول أسباب التبول اللاإرادي في الأطفال

العبارة	أوافق	محايد	لا أوافق	المجموع
اشعر بان التبول اللا ارادى لدى طفلى ناتج عن مشكلة صحية	118 30.6%	69 17.9%	199 51.6%	386 100%
كنت اعانى من هذه المشكلة لدى الصغر	78 20.2%	58 15%	250 64.8%	386 100%
اعتقد بوجود سبب وراثي للتبول اللاارادي	119 30.8%	66 17.1%	201 52.1%	386 100%
شرب السوائل بكثرة يؤدى الى التبول اللا ارادى	267 69.2%	42 10.9%	77 19.9%	386 100%
شعور طفلي بالقلق يسبب التبول اللاارادى	255 66.1%	49 12.7%	82 21.2%	386 100%
عتقد ان الختان للاناث يقلل من هذه المشكلة	141 36.5%	108 28%	137 35.5%	386 100%
اعتقد ان الختان للذكور يقلل من هذه المشكلة	53 13.7%	94 24.4%	239 61.9%	386 100%
اللوزتين من اسباب التبول اللاارادي	59 15.3%	130 33.7%	197 51%	386 100%
اعتقد ان استمرار طفلى فى التبول اللا ارادى نوع من العناد	66 17.1%	58 15%	262 67.9%	386 100%
لابد من تقليل شرب السوائل لتفادى حدوث التبول اللا إرادى	210 54.4%	60 15.5%	116 30.1%	386 100%
اعتقد ان هناك علاج طبي للتبول اللا إرادى	234 60.6%	76 19.7%	76 19.7%	386 100%
اعتقد ان هناك علاج عشبي للتبول اللا إرادى	77 19.9%	119 30.3%	190 49.2%	386 100%
أشعر ان هذه المشكلة ستزول مع الزمن	279 72.3%	46 11.9%	61 15.8%	386 100%
اشعر بعدم الارتياح والحرج بسبب هذه المشكلة	231 59.8%	52 13.5%	103 26.7%	386 100%
اقوم بتوبيخ طفلى عند حدوث التبول اللاإرادى	112 29%	60 15.5%	214 55.4%	386 100%
اشعر بان طفلى متاثرا نفسياً من التبول اللا إرادى	217 56.2%	73 18.9%	96 24.9%	386 100%
زرت الطبيب من قبل لحل مشكلة التبول اللا إرادى لطفلى	126 32.6%	54 14%	206 53.4%	386 100%

جدول رقم (3) يوضح اختبار (ف) لتحليل التباين الأحادي للفروق حسب علاقة المجيب بالطفل.

علاقة المجيب بالطفل	العدد	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري
الام	246	34.3130	5.2988
الاب	109	32.6330	5.8794
شخص اخر	31	34.2581	3.4056
المجموع	386	33.8342	5.3886

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة(ف)	مستوى الدلالة	الاستنتاج
بين المجموعات	219.234	2	109.617	3.831	0.023	توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة مفاهيم الآباء حول التبول اللا إرادى للاطفال بمرحلة الاساس تبعاً لعلاقة المجيب بالطفل لصالح الام .
داخل المجموعات	10960.155	383	28.617			
المجموع	11179.389	385				

جدول (4) يوضح نتيجة اختبار مان ويتني لفروق حسب جنس المجيب وما اذا كان الطفل يعاني من التبول اللاارادي

الجنس	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة اختبار مان وتني	مستوى الدلالة	الاستنتاج
ذكور	225	189.66	42672.50	17247.500	0.423	لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة مفاهيم الآباء حول التبول اللا إرادى للأطفال بمرحلة الأساس تبعاً لجنس الطفل .
اناث	161	198.87	32018.50			
هل يعانى	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة اختبار مان وتني	مستوى الدلالة	الاستنتاج
نعم	163	205.88	33559.00	15993.00	0.051	توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة مفاهيم الآباء حول التبول اللا إرادى للأطفال بمرحلة الأساس تبعاً إلى ما إذا كان الطفل يعاني من التبول اللا ارادى أو لا.
لا	222	183.54	40746.00			

الخاتمة والنتائج :

خلصت الدراسة إلى تباين اعتقاد الآباء حول مسببات التبول اللاإرادي بين القلق ، الشرب المفرط للسوائل ، و الأسباب الصحية ، بينما أعتقد بعض الآباء وجود علاقة بينه وبين عدم ختان الإناث. أما بالنسبة لمفاهيم الآباء حول العلاج فإن معظم الآباء اعتقدوا أن المشكلة ستزول مع الزمن بينما اعتقد البعض في وجود علاج طبي للمشكلة . أما بخصوص ردات فعل الآباء فقد تباينت بين التعنيف اللفظي ، الخجل وعدم الإرتياح . كما بينت الدراسة وجود علاقة دالة إحصائياً بين مفاهيم الآباء والعلاقة الأبوية للطفل لصالح الأمهات ، وأيضاً إذا كان الطفل يعاني من التبول اللاإرادي فعليا ومفاهيم والديه، بينما نفت وجود أي علاقة دالة إحصائياً بين مفاهيم الآباء وأعمارهم ،ومستواهم التعليمي أو بين مفاهيمهم و جنس الطفل.كما لوحظ إرتفاع نسبة التبول اللاإرادي بين أطفال عينة الدراسة لتصل إلى 42% من الأطفال كنتيجة ثانوية وهذا يستدعي أجراء المزيد من الدراسات .

وأخيراً توصي الباحثة بإجراء دراسة واسعة تشمل عينة أكبر من الأطفال تمثل كافة بيئات السودان لإبراز النسبة الحقيقية لشيوع التبول اللاإرادي ومقارنتها بالنسب العالمية. كما توصي ايضاً برفع الوعي العام للآباء حول أسباب التبول اللاإرادي ، طرق علاجه ، وأهمية استشارة الطبيب في بعض الحالات وذلك عبر التثقيف الصحي في المدارس والتجمعات الأسرية أو عبر وسائل الإعلام ، وبتوزيع الكتيبات والمطويات التثقيفية للآباء، لتفادي الآثار السالبة التي تحدث جراء المفاهيم الخاطئة على نفسية الطفل اوفي إستمرار بعض الممارسات الضارة كختان الإناث أو استعمال بعض الأعشاب غير المعروفة التي قد تضر بصحة الطفل.

المصادر والمراجع :

1. احمد محمد الحسن . فاعلية برنامج إرشاد نفسي في خفض التبول اللاإرادي لدى الأطفال والمشكلات النفسية المصاحبة له – دراسة حالة أمهات المصابين ، قرية العريباب ،ولاية الجزيرة –السودان . دكتوراة الفلسفة 2014.

2. أبو لبن، وجيه المرسي؛ التربية الإسلامية وتنمية المفاهيم الدينية، الموقع التربوي للدكتور وجيه المرسي أبن لبن.

3. التقرير الوطني المقدم إلى المركز العالمي للتعليم ، جنيف 2008 . تطور التعليم في السودان .

4. محلية كرري . (http://www.karary.gov.sd/page)).

1. American Psychiatric Association, (2000): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4thed), Washington. DC: U.S.A.
2. Blackwell C (1989). A guide to the treatment of enuresis for professionals, Bristol, Enuresis Resource and Information Centre.
3. CFN NG, SN WONG (2004).for Hong Kong Childhood Enuresis Study Group. Primary Nocturnal Enuresis: Patient Attitudes and Parental Perceptions. HK J Paediatr (new series);9:54-58.
4. C.CarolynThiedke (2003) .Nocturnal Enuresis. American family physician; 67 (7):1499- 1506.
5. Dimitriou E, Kontas K, Logothetis (1976). Relationship between parental attitude towards the emotionally disturbed child and nocturnal enuresis. JBehav Neuropsychiatry. 8(1-12):76-7.
6. Dobson P (1990). Enuresis. Bedwetting – the last taboo. Nurs Stand;4:25-7.
7. Feehan M, Mc Gee R, Stanton W et al (1990). A 6 year followup of childhood enuresis: prevalence in adolescence and consequences for mental health. Journal of Paediatrics and Child Health, 26:75-79.
8. Forsythe WI, Butler R (1991). 50 years of enuretic alarms; areview of the literature. Arch Dis Child. 64:879–85.
9. https://www.nice.org.uk/guidance/CG111/chapter/Key-priorities-for-implementation.
10. Joinson C, Heron J, von Gontard A et al (2006). Psychological problems in children with daytime wetting. Pediatrics, 118:1985-1993
11. KarimEldin et al (2013). Characteristics and etiological factors of nocturnal enuresis in Sudanese children. Am. J. Med. Dent. Sci., (2): 40-4.
12. Rahim SI, Cederblad M (1986).Epidemiology of nocturnal enuresis in a part of Khartoum, Sudan. I. The extensive study. ActaPaediatr Scand. 75(6):1017-20.

13. Robert M, Averous M, BessettA ,et al (1993). Sleep polygraphic studies using cystomanometry in 20 patients with enuresis. Eur Urol. 1993; 24:97–102.
14. Utler RJ, Heron J (2008) The prevalence of infrequent bedwetting and nocturnal enuresis in childhood: A large British cohort. Scandinavian Journal of Urology and Nephrology 42:257-64.
15. vonGontard A, Moritz AM, Thome-Granz S et al (2011c). Association of attention deficit and elimination disorders at school entry – a population-based study. Journal of Urology, 186:2027-2032.
16. vonGontard A, Nevéus T (2006). Management of Disorders of Bladder and Bowel Control in Childhood. London: MacKeith Press
17. vonGontardA, Heron J, Joinson C (2011a). Family history of nocturnal enuresis and urinary incontinence – results from a large epidemiological study. Journal of Urology, 185:2303-2307.

(17) تقييم مناطق السكن العشوائي دراسة الحالة (حلة محجوب- ودمدني)

جيهان بكري حسن علي

جامعة السودان للعلوم والتكنواوجيا، الخرطوم، السودان Jehanbakri21@gmail.com

المستخلص

تقدم هذه الورقة دراسة عن ابتكار طرق لتقييم الوضع الراهن لمناطق السكن العشوائي وتحلليله والخروج بنتائج وموشرات تساعد علي تطوير وتنظيم تلك المناطق. ولتحقيق هدف هذه الدراسة فقد اعتمد الباحث علي المنهج التحليلي من خلال دراسة ميدانية (استبيان) استهدفت سكان (حلة محجوب – ودمدني) بالاضافة الي التقارير والدراسات السابقة للادارات المسؤولة عن التخطيط والاسكان بالولاية وتمت الاستفادة من المنهج التحليلي في تحليل تلك الارقام والمعلومات الاحصائية التي تم الحصول عليها من العمل الميداني ووضعها في شكل جداول واشكال بيانية وتحليلها وتقييمها للخروج بنتائج وتوصيات تساعد في وضع تحليل شامل للوضع الراهن وهذا يساعد في معالجة وتنظيم تلك المنطقة. تهدف هذه الورقة الي تسليط الضوء على ظاهرة المساكن العشوائية واظهار الاهمية الكبيرة لممارسة نظام التقييم من قبل الجهات المسؤولة وكذلك ابراز اهمية نتائجه للمخططين ومتخذي القرار والسياسين عند التخطيط لتنظيم مناطق السكن العشوائي. ان ماتكشف عنه هذه الدراسة يقودنا الي استنتاجات وتوصيات تؤكد علي امكانية وضع طرق وموجهات علمية لتنظيم مناطق السكن العشوائي وذلك عن طريق تطبيق نظام التقييم وان يصبح نظام علمي يطبق في كل المناطق السكن العشوائي.

Abstract:

This paper presents a study on devising methods to assess the current situation of slum areas, analyzing it, and coming up with results and indicators that help in developing and organizing these areas. In order to achieve the goal of this study, the researcher relied on the analytical approach through a field study (questionnaire) targeting the population of (HILLAH MAHJUB - WADMADANI) in addition to the previous reports and studies of the departments responsible for planning and housing in the state. It should be based on field work and put it in the form of tables and graphs, analyzing and evaluating it to come up with results and recommendations that help in developing a comprehensive analysis of the current situation and this helps in addressing and organizing that area. This paper aims to shed light on the phenomena of informal housing and to show the great importance of the practice of the evaluation system by the responsible authorities, as well as highlighting the importance of its results for planners, decision-makers and politicians when planning to organize informal housing areas. What this study reveals is that it leads us to conclusions and recommendations that confirm the possibility of developing scientific methods and guidelines for organizing slum areas by applying the evaluation system and becoming a scientific system applied in all areas of slums.

الكلمات المفتاحية: استراتيجية الاسكان ، الوضع الراهن ، جودة الحياة والعمران، النمو السكاني ، الهجرة ، الخدمات الحضرية

المقدمـة:

تسعي هذه الدراسة الي لفت نظر الدولة اتجاه مناطق السكن العشوائي حيث قامت تلك المناطق علي عدم وجود بيئة سكنية سليمة ينقصها الحد الادني من الخدمات التي تضمن حياة انسانية كريمة وهذا يقودنا الى ضرورة تقييم اوضاع العمران والخدمات والسكان داخل تلك المناطق والسعي لايجاد استرتيجية جديدة مبنية علي نتائج دراسة الوضع الراهن ومقارنتها بالمعايير التخطيطية للمناطق السكنية وذلك لمحاولة تنظيم تلك المناطق والحد من اضرارها وانتشارها وهذا ماسيتناوله البحث بصورة متكاملة. وتكتسب الدراسة اهميتها في إنها تتناول موضوعاً يرتبط بالتخطيط العمراني السليم الذي يهدف لتوفير الخدمات الاساسية وتحسين صحة البيئة والمجتمع. تساعد نتائج مثل هذه الدراسات في معرفة طبيعة مشكلات المناطق العشوائية مما قد يفـيد في وضع البرامج والسياسات لتفادي المزيد من الآثار السلبية لظهور المساكن العشوائية ، كما يهدف البحث الى التوصل بالمعرفة والبحث الى إستراتيجية جديدة للتعامل مع المناطق العشوائية على ضوء تجارب بعض الدول العالمية والعربية ومحليا داخل الدولة والتوصل الي طرق لتقييم الوضع الراهن لتلك المناطق وتحلليله والخروج بنتائج وموشرات تساعد علي تطوير وتنظيم تلك مناطق السكن العشوائي.

المواد والطرق:

ان الامتداد المتزايد والمعقد لمناطق السكن العشوائي يقوي الاحتياج الي طرق وادوات مناسبة لتقييم جودة العمران في هذه المناطق فبرغم من توفر البيانات عن العمران في تلك المناطق الا انه لايوجد حتي الان معرفة عن قياس اوتقييم العمران والحياة في تلك المناطق. ولذلك من خلال هذا النظام المقترح لتقييم جودة الحياة والعمران في مناطق السكن العشوائي يتم تطوير وابتكار طرق علمية موجهة لقياس جودة الحياة والعمران داخل مناطق السكن العشوائي حيث يحتوي هذا النظام علي عناصر ومؤشرات يتم من خلالها تقديم تحليل شامل للوضع الراهن للمنطقة وكذلك تنبؤ بالوضع المستقبلي وبهذا نكون صورة شاملة عن منطقة الدراسة مم ايساعد صناع القرار والمخططين لاتخاذ القرار المناسب الذي يسهم في تحقيق التنمية والتطوير لمناطق السكن العشوائي (قناوي،2013م).

اشتراطات واجب توفرها في نظام التقييم:

1- ان تكون عناصر التقييم محددة وواضحة غيرمعقدة.
2- ان يتمتع بمعطيات قوية لكل مستويات التخطيط وصناع القرار.
3- ان يوضحالرتباط الوظيفي والمكاني للبيانات المجمعة.
4- ان يعكس واقع الحالة العمرانية.
5- ان يعطي نتائج منطقية ومحددة وسريعة افهم.

العوامل يجب مراعاتها عند عملية التقييم:

1- الخصائص الوظيفية للمسكن ومناطق العمل.
2- الخصائص العمرانية للمباني وقطع الاراضي.
3- استعمالات الاراضي وتاثيرها علي مناطق السكن والعمل.
4- نسبة المساحة المبنية والغير مبنية وتاثير العوامل البيئية عليها.

5- الامداد بالخدمات (بني تحتية-مرافق عامة).

6- الوضع الاقتصادي ومدي القدرة علي التطوير والتنمية.

القطاعات الاساسية لنظام التقييم:

يتكون النظام من ثلاث قطاعات رئيسية يتم من خلالها وضع تصور عن الاوضاع الراهنة وكذلك التنبؤ بالمستقبل لمناطق السكن العشوائي:

❖ **القطاع الاجتماعي:**

هو قطاع يصف تكوين مجتمع مناطق السكن العشوائي ويعتبر احد اهم القوي المؤثرة في عملية التقييم ومن خلال تحليل هذا القطاع يمكننا معرفة الاتي:

- حجم الاسرة ومعدل النمو السكاني وتاثيرهما علي المجتمع.
- الحالة التعليمية وتاثيرها علي سكان مناطق السكن العشوائي.
- معدلات العمالة والبطالة وتاثيرها علي التنمية العمرانية لتلك المناطق.
- معدلات الهجرة والعادات والتقاليد وتاثيراتهما علي البناء والتركيب السكاني.
- معرفة الوضع الحالي للخدمات والضغط الذي تشكله تلك المناطق عليها والتنبؤ بالوضع المستقبلي لها.

وتم اختيار عناصر القطاع الاجتماعي التي يمكن ان تؤثر بشكل مباشر علي البيئة العمرانية وجودتها في المناطق العشوائية وهي كالاتي:

1- النمو السكاني.
2- حجم الاسرة.
3-الحالة الاقتصادية (العمالة – البطالة).
4- التركيب العمري للسكان.
5- الحالة التعليمية.
6- الهجرة.

❖ **القطاع العمراني:**

هو قطاع يصف الاستخدامات الحالية والمستقبلية للاراضي والامتدادات العمرانية وتاثيرها علي التنمية والهيئة العمرانية ومن خلال تحليل هذا القطاع يمكننا معرفة الاتي:

- العلاقة بين مساحة الوحدة السكنية وقطعة الارض والوضع الاقتصادي لسكان مناطق السكن العشوائي.
- الاختلاط بين الاستخدامات المختلفة للاراضي.
- تاثير اساليب انشاء المباني وحالتها وارتفاعاتها علي التنمية والجودة العمرانية للمنطقة.
- معرفة اوضاع الملكية المختلفة للقطع وتاثيرها علي التنمية والتطوير العمرانى.
- معرفة الكثافة السكانية والبنائية وتاثيرها في تحقيق الجودة والتنمية العمرانية.

وتم اختيار عناصر القطاع العمراني التي يمكن ان تؤثر بشكل مباشر علي الصورة والبيئة العمرانية في المناطق العشوائية وهي كالاتي:

1- مساحة المباني.
5- قطع الاراضي.

2- ارتفاعات المباني.
3- حالات المباني.
4- استخدامات الاراضي.
6- احوال الملكية.
7- الكثافة السكانية.
8- الكثافة البنائية.

❖ **قطاع البني الاساسية والخدمات:**

هو قطاع يهتم بالبنيات الاساسية والخدمات التي تعتبر العصب المحرك لكل منطقة حضرية ومن خلال تحليل عناصر قطاع البنية الاساسية والخدمات يمكن معرفة الاتي:

- العلاقة بين عرض وحالة الشوارع وبين جودة العمران.
- امكانية الوصول الي محطات ووسائل المواصلات العامة.
- حالة الامداد بالكهرباء والماء والصرف الصحي ومدي تاثير العجز لهذا الامداد علي وضع المنطقة بيئيا وعمرانيا.
- مدي توفر الخدمات المختلفة(صحية-تعليمية- ترفيهية.....)ومدي نطاق تاثيرها ومدي امكانية الوصول اليها من المباني.

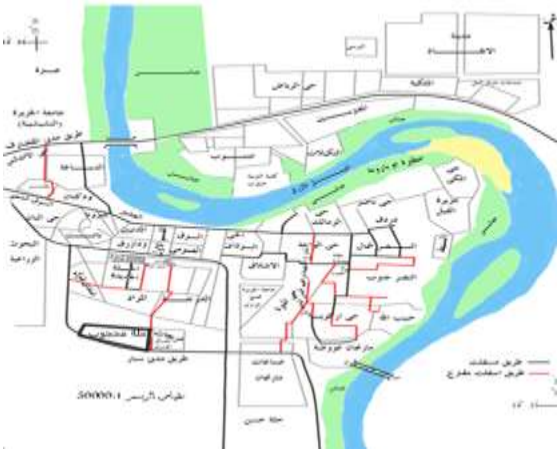
وتم اختيار عناصر قطاع البنية التحتية والخدمات التي بدونها لا تستطيع المنطقة العمرانية القيام بوظائفها وواجباتها المنوطة بها وهي كالاتي:

1- عرض الشوارع.
2- حالة الشارع.
3- امكانية الوصول ووسائل النقل.
4- الكهرباء.
5- الامداد بالمياه
6- الصرف الصحي.
7- الخدمات الامنية.
8- الخدمات التعليمية.
9- الخدمات الصحية.
10- المناطق المفتوحة والخضراء.

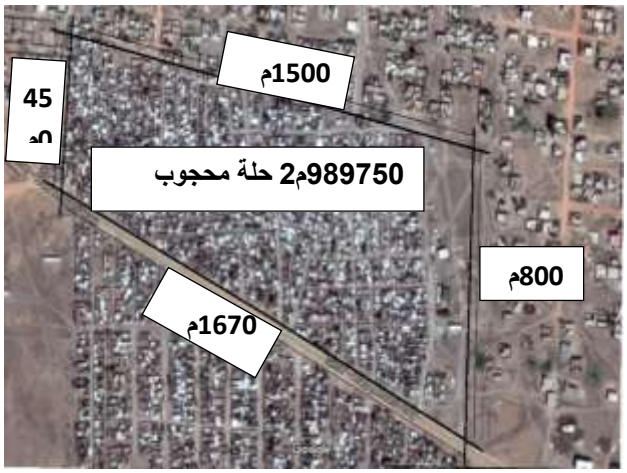
منطقة الدراسة (حلة محجوب- ودمدني):

تقع حلة محجوب في ولاية الجزيرة محلية ودمدني الكبري في الجزء الجنوبي لمدينة ودمدني في الجزء الشمالي الغربي للمنطقه الصناعية بركات وسابقا كانت تتبع لريفي المدينة عرب محلية جنوب الجزيرة ثم تبعت لقرية ود النعيم واخيرا تبعت لمحلية ودمدني الكبري مدينة ودمدني وتحيط المنطقه من الجهة الشمالية والشرقية احياء سكنية وجنوبا وغربا الخطة الاسكانية 2006م لمدينة ودمدني وتبلغ مساحتها حوالي ال7.000م2 بواجهة طولها 930م . وقد تكونت في عام 1925م وسميت سابقا بحلة عبد الحميد وذلك نسبة لمؤسسها عبد الحميد محمد ادم كان كن اوائل الوافدين للمنطقه وفي عام 1930م عند ظهور مشروع الجزيرة سميت بحلة محجوب نسبة لمحجوب ابكر من اوائل عمال مشروع الجزيرة واول من امتلك حواشه للزراعه ومن هنا بدا توافد السكان اليها من داخل وخارج الولاية للعمل بمشروع الجزيرة كعمال زراعيين وعمال بالمحالج والي غير ذلك من الاعمال الهامشية. وارتبط ظهور المستوطنه بقيام مشروع الجزيرة وذلك عام 1930م حيث جلبتهم الحكومة كعماله في المشروع (مزارعين وعمال محالج وغيرها) واعطتهم 10 فدان

للسكن والزراعه امتدادا لاراضي المشروع وكانوا في تلك الفترة لايزيدون عن 300 عامل من غير اسر . وبدأ اهالي العمال في التوافد من القري والولايات الاخري للاستيطان داخل المنطقه واتي البعض الاخر بحثا عن العمل وبعض السكان اجبرتهم الظروف المادية بسبب ارتفاع اسعار الايجارات في الاحياء المخططه مما جعلهم يلجؤن الى هذه المنطقة ، وكذلك ساهم نزوح السكان من ولايات دارفور وكردفان بسبب الحروب في زيادة الرقعة العشوائية في المنطقة. وفي عام 1986م قامت وزارة التخطيط العمراني بعمل مسح اجتماعي لهم وكانوا اصبحوا 555 اسرة اي حوالي 2,775 نسمة .



(خريطة رقم (1) توضح موقع المنطقة بالنسبة للمدينة- Google Earth) المصدر: المساحة ولاية الجزيرة 2010م)



(صورة رقم (1) توضح موقع حلة محجوب – المصدر: المساحة ولاية الجزيرة 2010م)

اولا : القطاع الاجتماعي:

1- النمو السكاني:من خلال الدراسة والبيانات الاحصائية تبين ان معدل النمو السكاني(نسبة المواليد) للمنطقة هو 4% سنويا.

(جدول رقم (1) يوضح تعداد السكان داخل حلة محجوب من عام (2008-2016) – المصدر: وزارة التخطيط العمراني بولاية الجزيرة)

العام	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
عددالسكان (نسمة)	7,982	8,151	8.324	8,700	8,931	9,256	9,553	9,946	11,843

2- التركيب العمري للسكان:

المنطقة	عدد السكان	عدد الاسر	الذكور		الاناث	
			نسبة%	عدد (نسمة)	نسبة%	عدد (نسمة)
حلة محجوب	12,800	1,829	47.94	6,178	52.06	6,631

جدول رقم (2) يوضح نسب وعددالسكان داخل حلة محجوب حسب النوع

حلة محجوب حسب النوع – المصدر:عمل ميداني

مخطط رقم (1) يوضح نسب وعددالسكان داخل

(المصدر:العمل الميداني)

3-حجم الاسرة:من خلال الدراسات والعمل الميداني تبين ان معدل افراد الاسرة داخل الحلة تتراوح بين 7 افراد للاسرة الواحدة.

المرحلة	النسبة		مجموع النسب%	الافراد		المجموع (نسمة)
	ذكور%	اناث%		ذكور	اناث	
التعليم (24-0)	29.75	30.76	60.51	3.819	3,948	7,767
العمل (59-25)	14.84	17.76	32.6	1,914	2,287	4,201
المعاش (79-60)	3.07	2.49	5.56	367	327	694
كبار السن (95+-80)	0.55	1.01	1.56	78	69	147
الجملة	47.94	52.06	100	6,178	6,631	12,800

مخطط رقم (2) يوضح نسب وعددالسكان داخل حلة محجوب حسب المراحل – المصدر:عمل ميداني

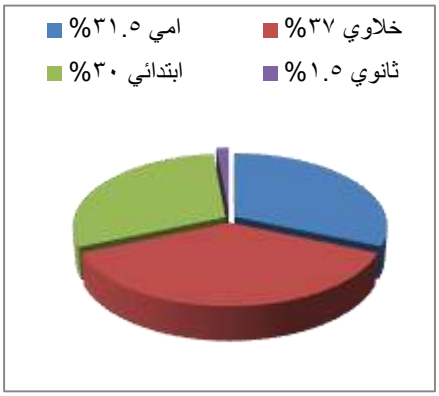
جدول رقم (3) يوضح نسب وعددالسكان داخل حلة محجوب حسب المراحل- المصدر:عمل ميداني)

4-الحالة التعليمية:

نوع التعليم	نسبة%	عدد(نسمة)
امي	31.5	4,032
خلاوي	37	4,736
ابتدائي	30	3,840
ثانوي	1.5	192
الحملة	%100	12,800

جدول رقم (4) يوضح نسبة ونوع التعليم داخل حلة محجوب حسب المراحل

المصدر:عمل ميداني



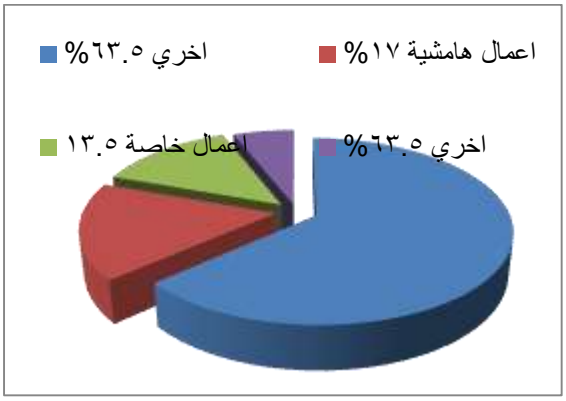
مخطط رقم (3) يوضح نسبة ونوع التعليم داخل حلة محجوب- (المصدر:عمل ميداني

5-الحالة الاقتصادية (العمالة – البطالة):

نوع العمالة	عمل عام(حكومي)		عمل خاص		اعمال هامشية	
	نسبة %	عدد (نسمة)	نسب ة%	عدد (نسمة)	نسبة %	عدد (نسمة)
حلة محجوب	6	768	13.5	1,728	17	2,176

جدول رقم (5)يوضح نوع ونسب واعداد العمالة داخل حلة محجوب

المصدر:عمل ميداني



مخطط رقم (4) يوضح نسبة انواع العمالة داخل حلة محجوب--المصدر:عمل ميداني

6-**الهجرة:** تيارات الهجره تؤدي الي اختلاف في عدد السكان وايضا اختلاف في التركيب العمري للسكان وتمثل زيادة ضغط علي الخدمات التي هي تعد غير كافية اساسا للسكان الاصليين. وتعتبر حلة محجوب هي النموذج الامثل لذلك لان اصل قيمها كان هو الهجرة من غرب كردفان ودارفور بسبب الحروب والمجاعة بقصد البحث عن الامان ومن ثم استقروا وبداوا في البحث عن فرص عمل وطريقة حياة افضل لهم وللاسره.

سكان المنطقة	السكان الاصليين		النازحين	
	نسبة%	عدد (نسمة)	نسبة%	عدد (نسمة)
حلة محجوب	67.3	8,614	32.7	4,186

جدول رقم (6)يوضح نسبة وعدد السكان داخل حلة محجوب حسب الهجرة

المصدر:عمل ميداني

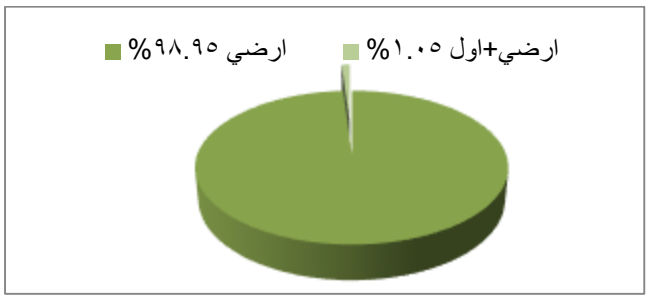
مخطط رقم (5) يوضح نسبة وعدد السكان- داخل حلة محجوب حسب الهجرة المصدر:عمل ميداني

ثانيا : القطاع العمراني:

1-مساحة المبني:تتراوح مساحة المباني داخل الحلة من 75 – 100 م للاسرة الواحدة ويمكن ان يكون داخل البيت الواحد اكثر من اسرة ممايجعل ان هنالك بعض المنازل تتراوح مساحة المباني داخلها من100-150 م.

2-ارتفاعات المباني:كل المباني داخل الحلة هي بارتفاع طابق ارضي فقط ويتراوح ارتفاع الطابق من 2-3م كاقصي ارتفاع ممكن للمباني داخل الحلة.

ارتفاع المباني	ارضي		ارضي+اول	
	نسبة%	عدد البيوت	نسبة%	عدد البيوت
حلة محجوب	98.95	1,810	1.05	19



(جدول رقم (6)يوضح اعداد المباني ونسبة ارتفاعها داخل حلة محجوب

المصدر:عمل ميداني)

(مخطط رقم (7) يوضح نسبة ارتفاع المباني داخل حلة محجوب- المصدر:عمل ميداني)

3-**حالات المباني:المباني في المناطق العشوائية** عادة تكون في حالة سيئة ومن ناحية اخري لاتطابق جودة العمران والقوانيين المطلوبة للبناء في تلك المناطق .من خلال الدراسات والعمل الميداني تبين انه حوالي 90% من المباني داخل الحلة في حالة سيئة.

حالة المباني	سيئة		جيدة	
	نسب %	عدد البيوت	نسب %	عدد البيوت
حلة محجوب	88	1,610	12	219

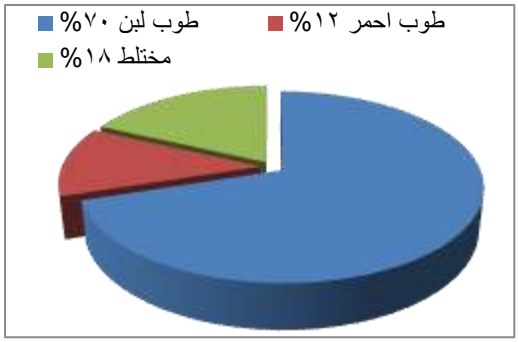
جدول رقم (8)يوضح حالة المباني داخل حلة محجوب – المصدر:عمل ميداني)

مخطط رقم (7) يوضح نسبة حالة المباني داخل حلة محجوب المصدر عمل ميداني)

4-**مواد الانشاء:اساليب الانشاء في المناطق العشوائية** تختلف وتتنوع علي حسب الحالة الاقتصادية للسكان (اسعار مواد البناء) وتوفر المواد.ولقد تبين من خلال الدراسات والزيارات الميدانية ان مواد البناء في المنطقة تم تصنيفها كالاتي:مباني بالطوب اللبِن (الجالوص) 70%ومباني طوب احمر 12% ومباني طوب لبن + طوب احمر 18%.

مواد الانشاء	طوب لبِن(جالوص)		طوب احمر		طوب لبن +طوب احمر	
	نسبة %	عدد البيوت	نسبة %	عدد البيوت	نسبة %	عدد البيوت
حلة محجوب	70	1,280	12	219	18	330

(جدول رقم (9)يوضح نوع مواد انشاء المباني داخل حلة محجوب – المصدر:عمل ميداني)

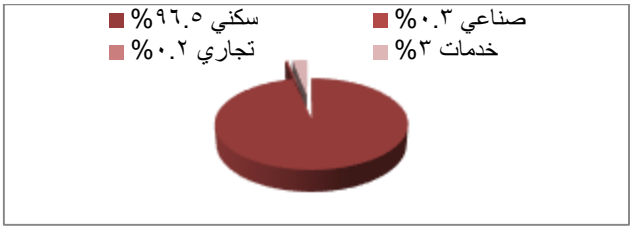


مخطط رقم (8)يوضح نوع مواد انشاء المباني داخل حلة محجوب – المصدر:عمل ميداني)

5-**استخدامات الاراضي:تختلف المناطق العشوائية** عن غيرها من المناطق المخططه أو مناطق الاسكان الحكومي بانها مكثفة ومختلطة فالمحلات والورش الحرفية والاسكان تتواجد معا بدون حدود فاصلة واضحة وعلي امتداد الشارع الرئيسي وهذا الاختلاط بين بين الاستعمالات الصناعية والسكنية له تاثيرات سلبية خطيرة علي الصحة العامة للمواطنين وعلي البيئة العمرانية للمنطقة .وان جميع نسب استعمالات الاراضي في الحلة لاتتناسب مع الاوضاع والمعايير العمرانية للمنطقة.

استخدامات الارض	نسبة%	المساحة م2
سكني	91.5	905,621
صناعي	0.3	2,969
تجاري	0.2	1,980
خدمات	8	79,180

جدول رقم (10)يوضح نسب استخدامات الارض داخل حلة محجوب – المصدر:عمل ميداني)



مخطط رقم (9)يوضح نسب استخدامات الارض داخل حلة محجوب – المصدر:عمل ميداني)

6-**قطع الاراضي:ومن خلال الدراسة والزيارات الميدانية** تبين ان مساحة قطع الاراضي تتراوح بين 100 – 150 م2.

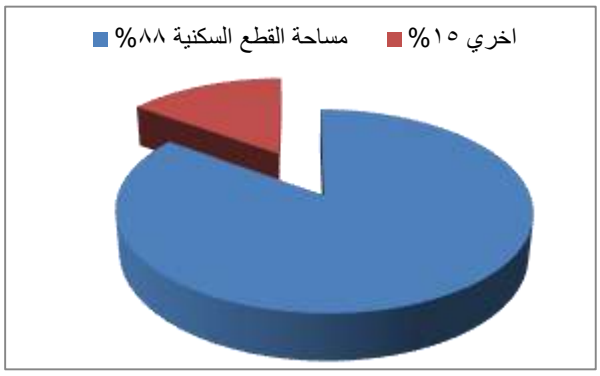
7-**احوال الملكية:ومن خلال الدراسة والزيارات الميدانية** تبين ان جميع القطع داخل حلة محجوب هي وضع يد ولايوجد لدي اي من السكان اوراق ثبوتية قانونية تثبت الملكية الشرعية للقطعة.

8-**الكثافة السكانية:**من خلال دراسة البيانات الاحصائية تبين ان الكثافة السكانية للمنطقة هي 375 فرد/الفدان.

9-**الكثافة البنائية:**من خلال الدراسة والبيانات الاحصائية تبين ان نسبة القطع السكنية من المساحة الكلية تمثل نسبة 85% وان نسبة المباني داخل القطعة السكنية تمثل نسبة 90% وبالتالي الكثافة البنائية تمثل نسبة القطع السكنية من المساحة الكلية علي نسبة المباني داخل القطعة السكنية وهي 6.75.

نسبة مساحة السكن من المساحة الكلية	نسب ة%	المساحة 2م	نسب ة%	المساحة 2م
	85	841,288	15	148,462
نسبة مساحة المبني من قطعة الارض	نسب ة%	المساحة 2م	نسب ة%	المساحة 2م
	90	135	10	15

(جدول رقم (11)يوضح نسب المباني من القطع ومن المساحة الكلية من لحلة محجوب- المصدر:عمل ميداني)



مخطط رقم (10)يوضح نسبة مساحة السكن المساحة الكلية الحلة محجوب- المصدر:عمل ميداني)

ثالثا : قطاع البنية الاساسية والخدمات:

1-عرض وحالة الشوارع:تكون بعرض يتراوح من 3-5م للشوارع الداخلية للحلة وهي غير مرصوفة ومتعرجة وغير منتظمة واحيانا تكون ذات نهايات مغلقه ويوجد شارع معبد واحد وهو شارع مدني – سنار بعرض 40 م ويقع جنوب الحلة ويعتبر هو الشارع الذي يربط الحلة بمركز المدينة .

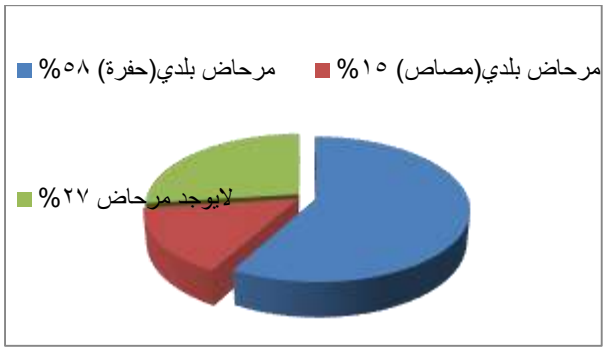
2-امكانية الوصول ووسائل النقل:يوجد في الجزء الجنوبي من الحلة شارع سنار وهو يعتبر الشارع الاساسي الذي يربط الحلة بقلب المدينة ويوجد به خط مواصلات دائم وهنالك شارع سباق الخيل شمال الحلة وهو يربط الحلة بحي الواحة والدرجة.

3-الامداد بالمياه:لاتوجد خطوط مياه قانونية موصلة ولكن هنالك بعض البيوت وصلوا من الحي المجاور بالعون الزاتي وحديثا تم حفر بيارة بالجهة الجنوبية للقرية وهي حاليا تغطئ 70% من المنازل ولكن بكفاءة ضعيفة.

4-الصرف الصحي:قديما لم يكن هنالك صرف صحي منفرد انما كانوا يعتمدون علي الخلاء ولاحقا حمامات عامة في اطراف الحلة وحديثا مع تطور الجيل الجديد تم عمل حمامات تقليدية في معظم المنازل وهي عبارة عن حفرة تحفر بعمق معين ثم تقفل بااعواد من الخشب اوتبني بالطوب. تعاني الحلة من عدم وجود صرف لمياه الامطار وذلك نسبة لان مستوي القرية منخفض عن مستوي الشارع الرئيسي بعدل 1-1.5م وايضا نسبة لان هنالك مناطق لاتوجد بها مخارج للمياه ولذلك ينعدم التصريف الطبيعي داخل الحلة.

نسبة المراحيض	مرحاض بلدي(حفرة)		مرحاض بلدي(مصاص)		لايوجد مرحاض	
	نسبة %	عدد البيوت	نسبة %	عدد البيوت	نسبة %	عدد البيوت
حلة محجوب	58	1,061	15	274	27	494

جدول رقم (12)يوضح نسب وانواع المراحيض داخل حلة محجوب – المصدر:عمل ميداني)



مخطط رقم (11)يوضح نسبة انواع المراحيض داخل حلة محجوب – المصدر:عمل ميداني)

5-**الكهرباء:**توجد كهرباء واصلة كل المنازل داخل الحلة ولكنها غير قانونية وبطريقة عشوائية وغير منظمة مما يسبب مشاكل دائمة في توصيل الكهرباء للقرية.

6-الخدمات التعليمية:

المرحلة	النسبة		مجموع النسب %	الافراد		مجموع الافراد (نسمة)
	ذكور %	اناث %		ذكور	اناث	
الروضة (5-0)	7.24	7.08	14.32	929	908	1,837
الابتدائي (14-6)	13.26	12.88	26.14	1,702	1,653	3,355
الثانوي (19-14)	5.24	5.77	11.01	673	741	1,414
الجامعة (24-20)	4.01	5.03	9.04	515	646	1,161
الجملة	29.75	30.76	60.51	3,819	3,948	7,767

جدول رقم (12)يوضح نسب مراحل للتعليم حسب سكان حلة محجوب – المصدر:عمل ميداني

مخطط رقم (13) يوضح نسب مراحل للتعليم حسب سكان حلة محجوب– المصدر:عمل ميداني

اولا : رياض الاطفال :يوجد روضة اطفال واحدة داخل الحلة تسع حوالي 100طفل ولكنها غير مؤهلة ولاتوجد فيها مباني ولا بيئة صحية مناسبة للاطفال.

ثانيا : مدارس الاساس :يوجد مدرسة واحدة في الجزء الشرقي من الحلة ولكنها غير مؤهلة ونشات بالعون الذاتي وهي غير مكتملة مكونة من3 فصول مختلطة وتدرس من (اولي–ثالثه)ولايوجد بها اي خدمات او مكاتب ولاتحتوي علي سور.

ثالثا : مدارس الثانوي والمعاهد العليا:لاتوجد داخل الحلة مدارس ثانوية او معاهد عليا.

7-الخدمات الامنية:لايوجد اي نوع من انواع الرقابة الامنية داخل الحلة.

8-الخدمات الصحية:الخدمات الصحية داخل الحلة متردية جدا وتكاد تنعدم وهنالك وحدة غيار واحدة غير مؤهلة ولاتحتوي علي كوادر طبية ومع كل هذا محدودة العمل .

9-الخدمات الدينية : تحتوي الحلة علي مسجد كبير و3 زوايا صغيرة وخلوه لتعليم القران الكريم وعلوم الحديث ولكنها غير مؤهلة ونشات بالعون الذاتي.

10-الخدمات التجارية : يوجد سوق واحد يغطي الاحتياجات اليوميه ويسمي سوق نص الحلة كما توجد عدد 4 طواحين وفرنين وعدد من الحلات التجاريه (حدادين – نجارين ..الخ).

11-المناطق المفتوحة والخضراء:تنعدم الميادين والمتنفسات داخل الحلة وتعتبر البيئة الداخلية للحلة ملوثة وغير صحية لان القرية تعاني من مشاكل في التهوية لذلك معظم اطفال القرية مصابين بالامراض الصدرية وايضا لايوجد اي اهتمام بالنظافة وجمع النفايات انما يتم الخلص منها في الشوراع مما يخلق تلوث بيئي داخل الحلة ينتج منه انتشار الامراض مثل (الكوليرا – الملاريا – التيفويد ....الخ) .

النتائج :

من النتائج المباشرة التي توصلت اليها الدراسة تتمثل في الاتي:

- ادي الفشل في استراتيجية قطاع الاسكان وغياب الرقابة والاشراف الي تفاقم مشكلات السكن العشوائي وساعد علي انتشارها بصورة واسعة واصبحت صعب السيطرة عليها وكذلك القصور في تنفيذ مشاريع معالجة السكن العشوائي الناتج من حاجتها الي امكانيات مادية هائلة انعكس ذلك علي مستوي المشاريع المنفذة التي ركزت علي الكم دون الانتباه الي الجانب الاجتماعي والخدمي مما ادي الي استمرارية المشكلة.

- اتجهت دول العالم المتقدم الي استخدام طرق واستراتيجيات تهدف الي معالجة واعادة تاهيل مناطق السكن العشوائي فاصبح ذلك اساس لضرورة استنباط اليات وموجهات تخطيطية جديدة مما شجع الباحثين الي ابتكار طرق واساليب علمية جديدة تسهم في حل ومعالجة تلك المناطق.

- اثبتت السياسات والدراسات الميدانية لمشاريع معالجة واعادة تخطيط مناطق السكن العشوائي المنفذة سابقا ان هنالك نقص في الدراسات الاولية للوضع الراهن لتلك المناطق والذي يؤدي بدوره الي خلل في الدراسة النهائية للمنطقة وبالتالي خلل واضح في المعالجة وادي ذلك الي ضرورة ابتكار طرق لتقييم الوضع الراهن تساعد في تكوين صورة واضحة عن تلك المناطق وذلك للخروج بمشروع متكامل ومتناسق مع الوضع الراهن وكذلك اتاحة امكانية الاستفادة من تلك الدراسات في تقليل تكلفة ووقت تنفيذ المشروع.

- اثبتت التجربة والدراسات الميدانية ان هنالك ثلاثة عناصر اساسية لتقييم ودراسة الوضع الراهن داخل كل منطقة وهي الجانب الاجتماعي ، الجانب الخدمي والجانب العمراني.

- لفت انتباه المنفذين واصحاب القرار الي ضرورة دراسة وتقييم الوضع الراهن للمناطق السكن العشوائي وخلق نموذج تقيمي شامل وموحد يغطي الجوانب الاجتماعية والخدمية والعمرانية لتلك المناطق ويحلل النموذج جيدا للخروج بنتائج مباشرة تساعد في سهولة وشمولية تنفيذ مشاريع معالجة واعادة التخطيط للتلك المناطق.

مناقشة النتائج:

اولا: مناقشة النتائج الخاصة بالقطاع الاجتماعي:

1-هناك زيادة كبيرة جدا في عدد السكان داخل المنطقة وذلك يرجع لزيادة نسبة النمو السكاني التي تبلغ 4%سنويا والتي تعد كبيرة جدا مقارنة بنسبة النمو المتوازنة للمناطق الحضرية والتي تبلغ 2-2.5% سنويا التي نتجت نسبة لزيادة الكثافة السكانية التي تبلغ 375 فرد/الفدان وزيادة نسبة الهجرة للمنطقة التي تبلغ 32.7% وذلك نسبة لعوامل كثيرة تم الاشارة اليها في الفصل السابق.

2-هنالك خلل واضح في التركيب السكاني للمنطقة وذلك لارتفاع فئة <18 سنة والتي تبلغ 51.47% وذلك يجعل من المنطقة تحتاج الي نسبة كبيرة من الخدمات التعليمية و الصحية وانخفاض فئة <18سنة والتي تبلغ 41.64% وهي الفئةالقادرة علي العمل والتنمية وبالتالي ارتفاع نسبة العمالة والتي تعود بالنهوض بالاقتصاد المحلي للمنطقة وبدوره يسهم في رفع الاقتصاد القومي للدولة ككل.

3-ارتفاع نسبة الغير متعلمين داخل الحلة التي تبلغ 68.5% وذلك يدل علي عدم وجود خدمات تعليمية تكفي حاجة السكان داخل المنطقة حيث حسب التركيب السكاني للحلة فان نسبة الافراد في سن التعليم هي 60.51% ونسبة الفعلية للمتعلمين هي 31.5% اي ان هنالك نسبة 29.01% من السكان في سن التعليم غير متعلمين وذلك للاسباب تم الاشارة اليها سابقا.

4-ارتفاع نسبة العمالة التي تبلغ نسبة 36.5% وكان ذلك خصما علي نسبة التعليم وذلك لانه نسبة العمالة <18 سنة تبلغ نسبة 13.5% علما بان نسبة العمالة حسب التركيب السكاني للمنطقة تبلغ نسبة 32.6%.

ثانيا: مناقشة النتائج الخاصة بالقطاع العمراني:

1-جميع القطع داخل المنطقة هي وضع يد وليس لها اي اوراق تثبت الشرعية القانونية للقطع كما ان اقل مساحة يمكن تملكيها وتسجيلها قانونيا هي 200م بينما مساحة القطع داخل المنطقة تتراوح بين 100-150م وهي اقل من الحد القانوني لتسجيل ملكية الاراضي.

2-الحالة الانشائية للمباني في المنطقة سيئة جدا حيث ان نسبة المباني المبنية من الطوب اللبن (الطوب الاخضر) تبلغ 70% ونسبة المباني المبنية بالطوب الاحمر تبلغ 12% والمباني المبنية من الطوب الاحمر + الطوب اللبن تبلغ 18%.

3-استخدام الارض داخل المنطقة مختلط حيث انه حسب المعايير التخطيطية للمناطق السكنية فيتم توزيع الاستخدامات كالاتي 15% للخدمات و35-40% للشوارع والميادين 45-50% للسكن اما في المنطقة فالتوزيع كالاتي 3.5% للخدمات و 5% للشوارع والميادين و 91.5% للسكن وهنالك خلل واضح في توزيع الاستخدامات داخل المنطقة.

4-ارتفاع عدد الاسر وعدد افراد الاسرة الواحدة داخل القطعة السكنية يؤثر سلبا علي التركيب السكاني ويرفع نسبة الكثافة السكانية 375 فرد/الفدان التي بدورها ترفع نسبة الكثافة البنائية الداخلية 5-7افراد/الغرفة الواحدة وبالتالي ترفع تبعا لها نسبة الكثافة البنائية العامة للمنطقة 6.75 وينتج عن ذلك خلل في نسبة المباني الي نسبة السكان التي تؤدي الي الانحرافات السلوكية وذلك للتلوث السمعي والبصري الناتج من انعدام الخصوصية داخل المسكن للاسرة الواحدة.

ثالثا: مناقشة النتائج الخاصة بقطاع البنية الاساسية والخدمات:

1-تعاني المنطقة من نقص حاد في الخدمات الاساسية(البنية التحتية) :

-اولا: الطرق:

عرض الشوارع داخل المنطقة اقل من المعيار المطلوب لتصميم الشوارع حسب الجدول(2-2-1) حيث اوضح انه اقل عرض للشوارع الداخلية هي 8 م وحسب الدراسات والزيارات الميدانية تبين ان عرض الشوارع داخل المنطقة يتراوح من 3-5م وهنالك ايضا سوء في حالة الشوارع حيث انها غير مرصوفة وغيرمنتظمة ومتعرجة وذات نهايات في اغلب الاحيان مغلقة.

-ثانيا : الصرف:

ينعدم فيها الصرف السطحي وذلك نسبة لعدم وجود مناسيب طبيعية او مصارف صناعية لتصريف مياه الامطار وايضا لان الشوارع تكون في معظم الاحيا مغلقة وذلك خلق بيئة داخلية ملوثة ومصدر لجلب الامراض والاوبئة ولذلك اكثر من نصف سكان المنطقة يعانوا من الامراض الوبائية مثل(التايفويد- الانفلونزا-الكوليرا-والحمي الصفراء).

تعاني من مشاكل في الصرف الصحي حيث ان هنالك 27% من البيوت داخل المنطقة لايوجد لديهم حمامات وانما يعتمدون في قضاء حاجتهم علي الخلاء او الحمامات العامة وهي عبارة عن حمامات لاتملك ادني معايير الصحة ممايساعد علي التلوث البيئي وانتشار الامراض.

-ثالثا: امداد المياه:

هنالك نقص في امداد المياة حيث ان هنالك 30%من البيوت لم تصلها المياه وذلك لان المنطقة تعتمد في امدادها للمياه علي بئر ارتوازية عملت بالجهد الزاتي للسكان وهي تغطي 70% من البيوت ولكن بكفاءة ضعيفة وذلك نسبة لانها غير مطابقة للمعايير المطلوبة لعمل الاباء الارتوازية

-رابعا : امداد الكهرباء:

الكهرباء واصلة جميع البيوت داخل المنطقة ولكنها بطريقة غير قانونية وذلك قد يسبب خطر كبير علي السكان وتؤثر علي الاقتصاد القومي للمنطقة والدولة لانها من غير مقابل مادي .

-خامسا : وسائل النقل والمواصلات:

لاتوجد داخل المنطقة اي وسيلة نقل او موصلات وذلك لضيق الشوارع الداخلية وعدم مطابقتها للمعايير المطلوبة لتصميم الشوارع حيث تعتمد الحلة علي شارع مدني – سنار الذي يقع في الجزء الجنوبي منها ونسبة لانه شارع سفري ولائي فان تواجد المواصلات فيه يعيق حركة السير ويمثل خطر علي سكان المنطقة.

2-تعاني المنطقة من خلل في الخدمات التعليمية :

-اولا: رياض الاطفال :

هنالك روضة واحدة داخل المنطقة وتسع 50طفل فقط وهي غير مطابقة للمعايير التخطيطية والتصميمية لرياض الاطفال وغير كافية لحاجة السكان حيث تبلغ نسبة الاطفال في سن الروضة 14.32% اي 1,837طفل وحسب المعايير التخطيطية التي تم الاشارة اليها في الجدول(2-1-3) فان الروضة تخدم نطاق 400م بمساحة 5م2لكل طفل فاذا قسمنا عدد الاطفال في سن الروضه/النطاق التخديمي للروضة فانه ينتج عدد الرياض الواجب توفيرها.

400/1,837 = 4.5 اي انه يجب توفير 5 رياض للاطفال داخل المنطقة .

-ثانيا : مدارس الاساس :

هنالك مدرسة واحدة مختلطة بها ثلاثة صفوف فقط بسعة 100 طالب لكل طفل وهي غير مكتملة وغير مؤهلة وغير مطابقة للمعايير التخطيطية للمدارس ولاتكفي حوجة السكان حيث تبلغ نسبة الطلاب في سن مدرسة الاساس 26.14% اي 3,355 طالب مقسمة علي حسب النوع الي 13.26% ذكوراي 1,702 طالب و12.88% اناث اي 1,653 طالبة وحسب المعايير التخطيطية التي تم

الاشارة اليها في الجدول(2-1-4) فان مدرسة الاساس تخدم نطاق 1,000-1,200م بمساحة 5-8م2 لكل طالب فاذا قسمنا عدد الطلاب في سن مدرسة الاساس/النطاق التخديمي للمدرسة فانه ينتج عدد المدارس الواجب توفيرها

بالنسبة للذكور 1,200/1,702 = 1.4 وبالنسبة للاناث 1,200/1,653 = 1.3 اي انه يجب توفيرمدرستين اساس للذكور وللاناث داخل المنطقة .

-ثالثا : مدارس الثانوي :

لاتوجد مدرسة ثانوية داخل المنطقة حيث تبلغ نسبة الطلاب في سن مدرسة الثانوي 11.01% اي 1,414 طالب مقسمة علي حسب النوع الي 5.24% ذكور اي 673 طالب و5.77% اناث اي 741 طالبة وحسب المعايير التخطيطية التي تم الاشارة اليها في الجدول(2-1-5) فان مدرسة الثانوي تخدم نطاق 2,000-3,000م بمساحة 8- 10م2 لكل طالب فاذا قسمنا عدد الطلاب في سن المدرسة الثانوية /النطاق التخديمي للمدرسة فانه ينتج عدد المدارس الواجب توفيرها .

بالنسبة للذكور 3,000/673 = 0.22 وبالنسبة للاناث 3,000/741 = 0.24 اي لا يجب توفيرمدارس ثانوي داخل المنطقة

3-لايوجد اي نوع من انواع الخدمات الامنية داخل المنطقة وبالرجوع الي المعايير التخطيطية للخدمات الامنية ومقارنتها بعدد السكان يتضح ان المنطقة تحتاج حسب عدد السكان الي نقطة امن وحسب المعايير التخطيطية فان نقطة الامن تخدم نطاق 1,000-1,200م بمساحة 0.06م2 لكل فرد.

4-تعاني المنطقة من نقص شديد ويكاد يكون انعدام للخدمات الصحية حيث انه توجد نقطة غيار واحدة ولكنها غير مؤهلة وغير مكتملة ولاتحتوي علي القدر الكافي من الكوادر الطبية ومع هذا كله فهي تعمل يوم واحد في الاسبوع وهي لا تكفي حوجة السكان وبالرجوع الي المعايير التخطيطية للخدمات الصحية ومقارنتها بعدد السكان يتضح ان المنطقة تحتاج الي مركز صحي وحسب المعايير التخطيطية التي تم الاشارة اليها في الجدول (2-1-8) فان المركز الصحي يخدم نطاق 1,000-1,500م بمساحة 0.5 لكل فرد.

5-المنطقة تخلو تماما من المناطق المفتوحة (المتنفسات) والمناطق الخضراء ولذلك نسبة كبيرة من سكان المنطقة يعانون من الامراض الصدرية وهذا نسبة لعدم توفر التهوية والاضاءة الطبيعية الجيدة حيث انه حسب المعاييرالتخطيطية للمناطق السكنية يجب توفير نسبة 15% للمناطق المفتوحة والخضراء وذلك لدخول الهواء وتجديده وايضا كمتنفسات حتي يتمكن للسكان ممارسة عاداتهم وتقاليدهم ومكان امن للعب الاطفال.

الخلاصة:

وبناء على ما سبقت الاشارة إليه فإن مسألة قيام العشوائيات التي تشهدها معظم دول العالم ليست ظاهرة عابرة او مؤقتة يمكن حلها بقدر كبير من السهولة واليسر وانما تشكل مجموعة من القضايا التي ينبثق عنها كم هائل من المشكلات الاجتماعية والاقتصادية

والبيئية والعمرانية والأمنية وغيرها. كما ان من الصعب تناول مسالة تنظيم مناطق السكن العشوائي دون النظر الي تجارب الدول العالمية والعربية ودراسة سياسة الدولة اتجاه قضية الاسكان بوجه عام ومناطق السكن العشوائي بصورة خاصة تم الدراسة الميدانية والعلمية لتلك المناطق وتقييم وضعها الراهن وذلك بهدف الوصول الي صورة متكاملة لاوضاع العمران والخدمات والسكان داخل تلك المناطق وتغيير نظرة المجتمع اليهم. والسعي لايجاد استرتيجية جديدة مبنية علي نتائج دراسة الوضع الراهن ومقارنتها بالمعايير التخطيطية للمناطق السكنية وذلك لمحاولة تنظيم تلك المناطق والحد من اضرارها وانتشارها

قائمة المصادر:

المراجع العربية :

1.البطران، عايدة 1995، الاسكان العشوائي في مصر، الحلول والبدائل المقترحة لحل مشكلة أمن العشوائيات، ورقة بحث قدمت في المؤتمر (25) الديموجرافي – القاهرة .

2. فضيل، أحمد 1998، تجربة ولاية الخرطوم لمعالجة السكن العشوائي ، المعهد العربي لإنماء المدن ، الرياض، المملكة العربية السعودية.

3. مارتيني، عمر وصفي 1997، الانفجار السكاني والتوطين العشوائي في مدينة حلب منذ بداية القرن العشرين وحتى الوقت الحاضر ، المؤتمر العاشر لمنظمة المدن العربية ، 1994، المعهد العربي لإنماء المدن – الرياض.

4. المحيسن، عبدالله وعمر خطاب 1998، تحليل دراسة مظاهر مشكلة العشوائيات في الكويت، المؤتمر العاشر لمنظمة المدن العربية، حمرية مكناس 20 – 22 ابريل 1998م ، المعهد العربي لإنماء المدن، الرياض.

5.العبادي ، عبد الله علي ،1974م ، تخطيط المدن في السودان ، الخرطوم.

6..قناوي ، عبد الرحيم قاسم ،2013م، العشوائيات مشاكل وحلول ،جمهورية مصر،مكتبة الانجلو المصرية.

7.علام،احمدعلام وقشوة،محمد ابراهيم ،2007،قوانين التخطيط العمراني وتنظيم المباني،جمهورية مصر، مكتبة الانجلو المصرية.

8. الخضيم،احمد،1996م، التخطيط الاقليمي ، جمهورية مصر ، القاهرة.

9. علام،احمدعلام وشديد،يحي عثمان والمهدي،ماجد محمد ،1997م،تجديد الاحياء ،جمهورية مصر،مكتبة الانجلو.

10. خطاب،سعيد علي،1993م، المناطق المتخلفة عمرانيا وتطويرها(السكن العشوائي)،دار الكتب العلمية للنشر والتوزيع ،جمهورية مصر ، القاهرة.

11. محمد، محمود يوسف ،2003م، العشوائيات والتجارب العالمية والعربية ،جمهورية مصر، القاهرة.

12. العراقي واخرون ، 1986 ، التخطيط، جمهورية مصر ، القاهرة.

- المراجع الانجليزية :

1- Dr Sharaf Eldin Ibrahim Bannage (H1993). The Khartoum Peace and the Displace in Sudan-Khartoum.
2- Dewaal, A. (2009). Urbanization and the future of Sudan. In Assail.
3- Berry (1977). The Human Consequences of Urbanization -Macmillan Press ltd. London. Im.
4- Yuwanti, Potter, Rob, (1992). Urbanization in the Third World, Oxford University Press, London.
5- Dr Krupesh Chauhan (2005). Urban Plan,Institue of Town Planners, India Journal 2-2, 40 April-June 2010.
6- Regional Evaluation Methodology of Urban & Regional Plan. No. (1970)
7- Studies Review, No, 4P. 151-165, In:Lichfied, N.,et al, (1975).
8- Eegenoglu, notate (2015) March Urban Design (city and Urban Infrastructures).
9- UN-habitat (2003). United Nations Human Settlement Programme (The Challenge of Slum), Global Report oN Human Settlement 2003.
10- Abdalle, Mahasin Zien. Al-ABIDEN (1990). Issues and Problems of Squatter Settlements in Greater Khartoum, Ph. D, Khartoum University.
11- Mathy, Kosta (1980). The British Squqatter Movement Selfhelp Houssing and short life cooperatives Ekistics, No.307, JulyAugust (1984).
12- Augusm, G. (1978). Habitat Human Settlement in Urban Age, Pergment ltd: Oxford, In: Ibrahim, I, M, (1992).