

**فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خفض العناد المتحدي لدى
أطفال المرحلة الابتدائية**
**The effectiveness of cognitive behavioral therapy
in reducing defiant obstinacy in elementary school
children.**

د/ مروه أحمد شوقي سليمان

مدرس بقسم خدمة الفرد

بالمعهد العالي للخدمة الاجتماعية بالشرقية

DOI: 10.21608/fjssj.2024.465340

Url: https://fjssj.journals.ekb.eg/article_465340.html

تاريخ إستملا البحث: ٢٠٢٤/٦/٨ م تاريخ القبول: ٢٠٢٤/٧/٢٠ م تاريخ النشر: ٢٠٢٤/٧/٣٠ م
توثيق البحث: سليمان، مروه أحمد شوقي (٢٠٢٤). فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خفض العناد المتحدي لدى أطفال
المرحلة الابتدائية، مجلة مستقبل العلوم الاجتماعية، ع. ١٨، ج. (٨)، ص-ص: ٤٧-١٠٤.

٢٠٢٤ م

فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خفض العناد المتحدي لدى أطفال المرحلة الابتدائية المستخلص:

هدفت هذه الدراسة إلى تقييم فاعلية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في خفض مظاهر الانفعال والعنوانية والسلوك العنادي لدى الأطفال. وتم تطبيق البرنامج على عينة من الأطفال الذين يعانون من اضطراب العناد المتحدي، مع التركيز على تعزيز مهارات التحكم الذاتي وضبط الانفعالات، وقد تم صياغة أهداف الدراسة حول ثلاثة محاور رئيسية: - قياس فعالية البرنامج في خفض سلوك العناد السلوكي: أظهرت النتائج انخفاضاً ملحوظاً في متوسطات هذه السلوكيات من ٢,٤٨ (مرتفع) في القياس القبلي إلى ١,٣٨ (منخفض) في القياس البعدي، مما يشير إلى نجاح البرنامج في تعديل السلوكيات العنادية، تحديد مدى تأثير البرنامج في تقليل العناد اللفظي والجدلي: أظهرت النتائج انخفاضاً من ٢,٥٩ (مرتفع) في القياس القبلي إلى ١,٢٧ (منخفض) في القياس البعدي، وهو ما يعكس فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تهدئة السلوك العدواني اللفظي وتقليل الجدل والمجادلة المستمرة، والتعرف على مدى مساهمة البرنامج في ضبط الانفعالات والحد من السلوك الانتقامي: أظهرت النتائج انخفاض المتوسط العام من ٢,٣٢ (متوسط) في القياس القبلي إلى ١,٣١ (منخفض) في القياس البعدي، مما يدل على تحسن ملحوظ في ضبط الانفعالات والسيطرة على السلوك الانتقامي، حيث تشير النتائج إلى فاعلية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في خفض مستويات العناد السلوكي، العناد اللفظي، والانفعال الانتقامي لدى الأطفال، كما يعزز دور التعاون بين الأسرة والمدرسة لضمان استمرار النتائج الإيجابية. الكلمات المفتاحية: المعرفي السلوكي، العناد المتحدي، المرحلة الابتدائية.

The effectiveness of cognitive behavioral therapy in reducing defiant obstinacy in elementary school children.

Abstract:

This study aimed to evaluate the effectiveness of the cognitive-behavioural therapy program in reducing manifestations of emotionality, aggression, and oppositional behaviour in children. The program was implemented on a sample of children suffering from oppositional defiant disorder, focusing on enhancing self-control skills and emotional regulation. The study objectives were formulated around three main axes: 1-Measuring the effectiveness of the program in reducing oppositional behavioural conduct: The results showed a significant decrease in the averages of these behaviours from 2.48 (high) in the pre-measurement to 1.38 (low) in the post-measurement, indicating the program's success in modifying oppositional behaviours. 2. Determining the program's impact on reducing verbal and

argumentative opposition: The results showed a decrease from 2.59 (high) in the pre-measurement to 1.27 (low) in the post-measurement, reflecting the effectiveness of cognitive-behavioural therapy in calming verbal aggressive behaviour and reducing ongoing arguments and disputes. 3- Identifying the program's contribution to emotional regulation and reducing retaliatory behaviour: The results showed a decrease in the overall average from 2.32 (average) in the pre-measurement to 1.31 (low) in the post-measurement, indicating a notable improvement in emotional regulation and control over retaliatory behaviour. The results suggest the effectiveness of the cognitive-behavioural therapy program in reducing levels of oppositional behavioural conduct, verbal opposition, and retaliatory emotionality in children, while also enhancing the role of cooperation between family and school to ensure the sustainability of positive.

Keywords: Cognitive Behavioral, Oppositional Defiant, Elementary Stage.

أولاً: مشكلة الدراسة:

تُعد مرحلة الطفولة من أهم المراحل العمرية التي تستدعي رعاية واهتمامًا خاصًا، إذ تحتاج إلى دعم الأطفال وتشجيعهم، وتزويدهم بالمعرفة، وغرس مهارات الاستقلالية والاعتماد على الذات لمواجهة التحديات، مع توجيههم نحو السلوكيات الصحيحة. وتنقسم مرحلة الطفولة إلى فترات متعددة، يتميز كل منها بخصائص واحتياجات محددة تتطلب أساليب تعامل ملائمة. وبالنظر إلى أهمية هذه المرحلة، فقد تم إقرار عدة اتفاقيات دولية، على رأسها اتفاقية حقوق الطفل، التي تهدف إلى ضمان العدالة والمساواة وعدم التمييز بين جميع الأطفال.

حيث تعتبر المرحلة الابتدائية من أهم المراحل العمرية التي تظهر فيها ملامح هذا الاضطراب، إذ تبدأ فيها شخصية الطفل بالتبلور، وتتزايد فيها متطلبات التكيف مع النظام المدرسي والقواعد الاجتماعية. وتشير الدراسات العربية إلى أن نسب انتشار سلوكيات العناد والتحدي بين الأطفال في هذه المرحلة آخذة في الارتفاع، خاصة في البيئات التعليمية التي تقتصر إلى برامج دعم نفسي سلوكي فعالة (يونس وآخرون، ٢٠٢٢؛ حداث وفاضلي، ٢٠٢٢). ويؤدي تجاهل هذا الاضطراب إلى تفاقم المشكلات السلوكية في المراحل التالية، بل وقد يسهم في نشوء اضطرابات سلوكية أشد خطورة في فترة المراهقة مثل اضطراب السلوك الجانح أو السلوك العدواني (Loeber et al., 2009).

حيث تشكل الاضطرابات السلوكية في مرحلة الطفولة أحد أبرز التحديات التي تواجه المؤسسات التعليمية والأسر والمجتمع على حد سواء، إذ تؤثر بشكل مباشر في النمو النفسي والاجتماعي والمعرفي للطفل، كما تنعكس سلبًا على التكيف المدرسي والعلاقات الأسرية

والقدرة على بناء سلوكيات اجتماعية سوية. ومن بين هذه الاضطرابات يبرز اضطراب العناد المتحدي باعتباره أحد أكثر الاضطرابات السلوكية انتشارًا في السنوات الأخيرة، سواء في البيئات المدرسية أو الأسرية. ويُعرّف هذا الاضطراب بأنه نمط ثابت من السلوك يتسم بالجدال المتكرر مع الكبار، ورفض الامتثال للتعليمات، والإصرار على السلوك السليبي العدواني، مما يؤثر على مسار النمو الانفعالي والاجتماعي للطفل (حسنين، ٢٠١٤).

يُعد اضطراب العناد المتحدي لدى الأطفال من المشكلات النفسية والتربوية التي تشكل مصدر قلق متزايد للأهل والمربين والمهتمين بالصحة النفسية، نظرًا لتأثيره السليبي على تطور الطفل السلوكي والاجتماعي والانفعالي. وقد أظهرت السنوات الأخيرة ارتفاعًا ملحوظًا في أعداد الأطفال الذين يتسم سلوكهم بالعناد ورفض الانصياع للسلطة، سواء في البيئة الأسرية أو المدرسية، مما يؤثر سلبيًا على قدرتهم على التكيف مع متطلبات الحياة المدرسية والاجتماعية، ويؤدي إلى تدهور علاقاتهم الاجتماعية (لوفي واوهانلون (٢٠٠٣)، وفي ضوء هذه التحديات، برزت الحاجة إلى تبني استراتيجيات علاجية فعّالة ومبنية على أسس علمية، بهدف خفض حدة هذا الاضطراب ومساعدة الأطفال على بناء أنماط سلوكية أكثر تكيفًا. ويُعد العلاج المعرفي السلوكي (Cognitive Behavioral Therapy - CBT) من أبرز هذه الاستراتيجيات، إذ أثبتت العديد من الدراسات فعاليتها في تعديل السلوكيات غير التكيفية لدى الأطفال والمراهقين (Lochman & Pardini, 2021؛ Dedousis-Wallace et al., 2022). ويتميز هذا النوع من العلاج بتركيزه على العلاقة بين الأفكار والمشاعر والسلوك، وبقدرته على تزويد الطفل بمهارات معرفية وسلوكية تمكنه من التعامل مع المواقف المثيرة للغضب أو المعارضة بشكل بناء (إبراهيم وآخرون، ١٩٩٣).

من ناحية أخرى، أظهرت الدراسات التطبيقية العربية أهمية تكيف أساليب العلاج المعرفي السلوكي لتتلاءم مع الخصائص الثقافية والاجتماعية للبيئة المحلية، مما يعزز من فاعليته في المدارس العربية (لوجان ومحزري، ٢٠٢٠؛ الحسن، ٢٠٠٩). كما أن تبني هذه الأساليب داخل البيئة التعليمية يسهم في دعم دور الأخصائي الاجتماعي والنفسي والمعلم في معالجة المشكلات السلوكية في بداياتها قبل أن تتطور إلى أنماط أكثر تعقيدًا (Eyberg & Funderburk, 2011).

لذلك، تأتي هذه الدراسة لتسهم في إثراء المعرفة العلمية حول فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خفض اضطراب العناد المتحدي لدى أطفال المرحلة الابتدائية، من خلال تحليل الأدبيات العلمية العربية والأجنبية ذات الصلة، وتقديم تصور نظري يمكن البناء عليه في الممارسات التربوية والنفسية. كما يسعى البحث إلى سد فجوة معرفية ملحوظة تتعلق بندرة الدراسات

الميدانية العربية التي تناولت هذا الاضطراب بعمق، رغم تزايد الحاجة إلى تدخلات علمية ممنهجة في البيئة المدرسية العربية (Kazdin, 1997؛ جمعة ورمضان، ٢٠١٣). ومن هنا يُعد اضطراب العناد المتحدي من الاضطرابات السلوكية ذات الخطورة المتزايدة في مرحلة الطفولة المبكرة، ولا سيما في المرحلة الابتدائية، حيث تتشكل ملامح الشخصية وتترسخ الأسس السلوكية والاجتماعية لدى الطفل. وتشير الدراسات إلى أن الأطفال المصابين بهذا الاضطراب يواجهون صعوبات كبيرة في التكيف المدرسي والاجتماعي، مما يؤثر سلباً على أدائهم الأكاديمي وعلاقاتهم مع الأقران والمعلمين. وإذا لم يُجرَ التدخل المبكر، فقد تستمر آثار هذا الاضطراب إلى مراحل عمرية لاحقة (الدسوقي، ٢٠١٣).

وفي ظل تزايد هذه الظاهرة في المدارس العربية وندرة الدراسات التطبيقية التي تقيم فعالية الأساليب العلاجية الحديثة، برزت الحاجة إلى إجراء دراسة منهجية لتقييم فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في تعديل سلوك العناد المتحدي لدى أطفال المرحلة الابتدائية، مع مراعاة السياق الثقافي المحلي. ويُعد هذا العلاج وسيلة فعّالة مدعومة علمياً، إذ يساعد الأطفال على إعادة تنظيم أفكارهم ومشاعرهم وسلوكهم بطريقة إيجابية، ويستهدف الحد من السلوكيات السلبية المرتبطة بالعناد المتحدي، بما في ذلك الأبعاد النفسية والاجتماعية المصاحبة له.

وانطلاقاً من هذه المشكلة، تتمثل الإشكالية الرئيسة للبحث في التساؤل الآتي:
ما مدى فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خفض اضطراب العناد المتحدي لدى أطفال المرحلة الابتدائية؟

وللإجابة على هذا السؤال الرئيسي، تفرعت منه مجموعة من الأسئلة الفرعية التي تهدف إلى تناول مختلف جوانب الموضوع، وذلك على النحو الآتي:

١. ما مدى فعالية برنامج العلاج المعرفي السلوكي في خفض سلوك العناد السلوكي (مثل رفض التعليمات، مقاومة التوجيهات) لدى أطفال المرحلة الابتدائية؟
٢. ما مدى قدرة تحديد مدى تأثير العلاج المعرفي السلوكي في تقليل العناد اللفظي والجدلي (مثل المجادلة المستمرة، الردود التحدية) لدى أطفال المرحلة الابتدائية؟
٣. ما مدى التعرف على مدى مساهمة العلاج المعرفي السلوكي في ضبط الانفعالات والحد من السلوك الانتقامي لدى أطفال المرحلة الابتدائية الذين يعانون من سلوك العناد المتحدي؟

ثانياً: أهمية الدراسة:

١: الأهمية النظرية:

١. يُسهم البحث في إثراء الأدبيات الاجتماعية والتربوية التي تتناول اضطرابات السلوك لدى الأطفال، وبشكل خاص اضطراب العناد المتحدي الذي يُعد من أكثر الاضطرابات السلوكية شيوعاً في مرحلة الطفولة.

٢. يُبرز البحث أهمية العلاج المعرفي السلوكي كمدخل علاجي فعال يجمع بين تعديل الأفكار والسلوكيات السلبية، وهو ما يُعد من الاتجاهات الحديثة في العلاج النفسي السلوكي.

٣. يوفر البحث إطاراً نظرياً وتطبيقياً لفهم طبيعة سلوك العناد المتحدي من خلال أبعاده المختلفة (السلوكي، اللفظي، الانفعالي)، مما يساعد في توجيه الدراسات المستقبلية.

٢: الأهمية التطبيقية:

١. يقدم البحث برنامجاً علاجياً عملياً قابلاً للتطبيق من قبل الأخصائيين الاجتماعيين في المدارس، مما يُسهم في خفض السلوك العنادي لدى الأطفال.

٢. يساعد في تحسين مهارات التكيف الاجتماعي والانفعالي للأطفال الذين يعانون من العناد المتحدي، مما ينعكس إيجاباً على أدائهم الدراسي وتفاعلاتهم مع الأقران والمعلمين.

٣. يُزود أولياء الأمور والمعلمين بـ استراتيجيات تربوية وعلاجية فعالة للتعامل مع سلوك العناد، مما يُخفف من حدة التوتر داخل الأسرة والمدرسة.

٤. يُمكن صناع القرار في المؤسسات التعليمية من تبني برامج تدخل وقائية وعلاجية مبنية على أساس علمي للحد من المشكلات السلوكية الصفية.

ثالثاً: أهداف الدراسة:-

يهدف هذا البحث إلى دراسة فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خفض اضطراب العناد المتحدي لدى أطفال المرحلة الابتدائية، من خلال تحليل الجوانب النظرية المرتبطة بالاضطراب والعلاج، واستعراض الدراسات السابقة، بهدف بناء تصور علمي يمكن الاستفادة منه في الممارسات التربوية والنفسية في البيئة المدرسية من خلال المحاور التالية:-

١- قياس فعالية برنامج العلاج المعرفي السلوكي في خفض سلوك العناد السلوكي (مثل رفض التعليمات، مقاومة التوجيهات) لدى أطفال المرحلة الابتدائية.

٢- تحديد مدى تأثير العلاج المعرفي السلوكي في تقليل العناد اللفظي والجدلي (مثل المجادلة المستمرة، الردود التحدية) لدى الأطفال.

- ٣- التعرف على مدى مساهمة العلاج المعرفي السلوكي في ضبط الانفعالات والحد من السلوك الانتقامي لدى الأطفال الذين يعانون من سلوك العناد المتحدي.
- ٣- مقارنة الفروق بين متوسطات درجات الأطفال في أبعاد العناد المتحدي الثلاثة (قبل - بعد - والمتابعة) لتحديد فعالية العلاج بمرور الوقت.
- ٤- تقديم توصيات إجرائية وتطبيقية للأخصائيين والمعلمين وأولياء الأمور مبنية على نتائج تأثير العلاج على الأبعاد السلوكية الثلاثة للعناد.
- رابعا: فروض الدراسة:-**

- ١- لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات القياس القبلي لحالات المجموعتين الضابطة والتجريبية على مقياس العناد المتحدي.
- ٢- توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات القياس البعدي لحالات المجموعتين الضابطة والتجريبية لصالح المجموعة التجريبية على مقياس العناد المتحدي
- ٣- توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات القياسين القبلي والبعدي لحالات المجموعة التجريبية لصالح القياس البعدي على مقياس العناد المتحدي.
- ٤- لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات القياسين القبلي والبعدي لحالات المجموعة الضابطة على مقياس العناد المتحدي.
- خامسا: مفاهيم البحث: -**

أ- مفهوم العلاج المعرفي السلوكي (Cognitive Behavioral Therapy - CBT)

هو أسلوب علاجي يقوم على الدمج بين المبادئ المعرفية والسلوكية بهدف تعديل الأفكار غير المنطقية والسلوكيات غير التكيفية من خلال استراتيجيات تعليمية منظمة.

وكذلك يُعرف العلاج المعرفي السلوكي على أنه كف نشاط الأفكار السلبية النشطة وفي نفس الوقت تدعيم وتعزيز الأفكار الملائمة في الواقع من خلال العمل الفعلي وتشجيع المريض المصاب بالأعراض الاكتئابية على القيام باختيار مدى الأفكار الإيجابية والأنشطة الفعالة وتعديل المشاعر الداخلية المتعلقة بالمرض النفسي بهدف كشف النقاب عن المعاني التي توصف بها الأحداث غير المستحبة (كحلة، ٢٠٠٩).

يعرف العلاج المعرفي السلوكي بأنه مدخل يركز على المشكلة لمساعدة العملاء على تحديد وتغيير الخلل في المعتقدات والأفكار وأنماط السلوك والتي تسهم في مشكلاتهم، حيث أن مبدؤها الأساسي أن الأفكار تؤثر على العواطف، والتي بدورها تؤثر على السلوكيات، ويجمع العلاج المعرفي السلوكي بين نوعين من العلاج (العلاج المعرفي والعلاج السلوكي)

Development Services ((group.2010

ويعرف كاندال (١٩٩٣) العلاج المعرفي السلوكي بأنه محاولة دمج الفنيات المستخدمة في العلاج السلوكي والتي تثبت نجاحها في التعامل مع السلوك مع الجوانب المعرفية للطلاب بهدف إحداث تغييرات مقصورة ومطلوبة في سلوكه كما أنه يهتم بالجانب الوجداني للعميل من خلال استخدام استراتيجيات معرفية وسلوكية وانفعالية واجتماعية، وبيئية لإحداث التغيير المرغوب فيه (المحارب ناصر ابراهيم (٢٠٠٠)

كما يعرف بأنه نوع من العلاج يركز على كيفية تأثير الأفكار والمعتقدات والمواقف على مشاعر وسلوك الفرد ويعلمه مهارات التكيف والتأقلم مع المشكلات المختلفة في حياته .
(Marsh Lily) 2018

المفهوم الإجرائي للعلاج المعرفي السلوكي:- في ضوء التعريفات النظرية السابقة، يُقصد بالعلاج المعرفي السلوكي - إجرائيًا في هذه الدراسة:-

برنامج علاجي منظم يهدف إلى خفض أعراض اضطراب العناد المتحدي لدى أطفال المرحلة الابتدائية، من خلال دمج المبادئ المعرفية (المرتبطة بتعديل الأفكار غير المنطقية) مع المبادئ السلوكية (المرتبطة بتعديل السلوكيات غير التكيفية)، باستخدام استراتيجيات تعليمية وتدريبية تتضمن إعادة البناء المعرفي، حل المشكلات، التنظيم الذاتي، التعزيز الإيجابي، وتعلم مهارات التفاعل الاجتماعي والانفعالي.

ويتمثل البرنامج في مجموعة من الجلسات العلاجية التي تهدف إلى:

- تقليل أنماط التفكير السلبي والعناني لدى الطفل.
- تعزيز السلوكيات التكيفية والاستجابات الإيجابية.
- تمكين الطفل من التعبير عن انفعالاته بطرق مقبولة.
- دعم قدرته على التوافق مع التوجيهات والقواعد داخل البيئة المدرسية.

ويُقاس أثر هذا البرنامج من خلال مقارنة مستوى السلوك العناني لدى الأطفال قبل تطبيق البرنامج وبعده، باستخدام مقياس سلوكي مُعد أو معتمد لهذا الغرض.

أولاً- أسس ومبادئ العلاج المعرفي السلوكي:-

يُعد العلاج المعرفي السلوكي (Cognitive Behavioral Therapy - CBT)

من أكثر المداخل العلاجية استخدامًا وفاعلية في التعامل مع الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى الأطفال والمراهقين، بما في ذلك اضطراب العناد المتحدي. ويستند هذا الأسلوب إلى الدمج بين مبادئ المدرسة السلوكية التي تركز على تعديل السلوك الظاهر، والمدرسة المعرفية التي تهتم بتعديل أنماط التفكير غير المنطقي التي تسهم في نشأة السلوك المضطرب واستمراره (Kazdin، ١٩٩٧؛ Eyberg & Funderburk، ٢٠١١).

ثانياً- الأسس النظرية للعلاج المعرفي السلوكي:-

يرتكز العلاج المعرفي السلوكي على عدد من الفرضيات النظرية الأساسية، من أهمها أن السلوك الإنساني قابل للتعليم والتعديل، وأن الأفكار والمعتقدات الداخلية تؤثر مباشرة في الانفعالات والسلوكيات. ومن ثم فإن تعديل الأفكار غير المنطقية أو المشوهة يؤدي إلى تحسين السلوك والوظائف الانفعالية (Lochman & Pardini، ٢٠٢١).

كما يقوم هذا العلاج على مبدأ التفاعل بين العمليات المعرفية والسلوكية والبيئية؛ فالسلوكيات السلبية ليست نتيجة عوامل داخلية فقط، بل تتشكل وتتقوى من خلال الخبرات السابقة وأنماط التعزيز في البيئة الأسرية والاجتماعية (Loeber، ٢٠٠٩).

ويؤكد الباحثون أن هذا الاتجاه العلاجي يسعى إلى بناء مهارات جديدة لدى الفرد، مثل مهارات حل المشكلات، وضبط الانفعالات، والتفكير الواقعي، بدلاً من الاكتفاء بتقليل السلوكيات السلبية فقط (Dedousis-Wallace et al., 2022). وهذا يجعله مناسباً بشكل خاص للتعامل مع اضطراب العناد المتحدي الذي يتسم بتداخل العوامل المعرفية (أنماط التفكير السلبية)، والسلوكية (المعارضة والجدل)، والاجتماعية (التفاعل مع السلطة).

ثالثاً:- المبادئ الأساسية للعلاج المعرفي السلوكي: - يمكن تلخيص المبادئ التي يقوم عليها هذا العلاج فيما يلي:

التركيز على الحاضر والمواقف اليومية: يركز العلاج المعرفي السلوكي على السلوكيات الراهنة التي يظهرها الطفل، وأنماط التفكير المرتبطة بها، بدلاً من التركيز المفرط على الخبرات الماضية.

الطابع البنائي التشاركي: يُبنى البرنامج العلاجي من خلال علاقة تعاونية بين المعالج (أو الأخصائي) والطفل، ويشترك فيه الوالدان والمعلمون غالباً، خاصة عند التعامل مع الأطفال. **التدخل المنظم قصير المدى:** يتميز العلاج المعرفي السلوكي بأنه محدد الأهداف، منظم الخطوات، وغالباً ما تكون مدته الزمنية قصيرة نسبياً مقارنة بالعلاجات النفسية الأخرى، مما يجعله مناسباً للبيئة المدرسية (Eyberg & Funderburk، ٢٠١١).

التعليم والتدريب العملي: يُعد اكتساب المهارات الجديدة من خلال النمذجة والتدريب العملي أحد المكونات الأساسية للعلاج، سواء على مستوى التفكير أو السلوك (Kazdin، ١٩٩٧). **الاعتماد على القياس والمتابعة:** يتضمن العلاج المعرفي السلوكي استخدام أدوات قياس قبلية وبعيدة لمتابعة التغيرات السلوكية والمعرفية بدقة، مما يعزز الطابع العلمي للتدخل (Lochman & Pardini، ٢٠٢١).

رابعاً: - ملائمة العلاج المعرفي السلوكي للأطفال:

رغم أن هذا الأسلوب العلاجي وُضع في الأصل للبالغين، فإن الباحثين طوروه لاحقاً ليتلاءم مع خصائص النمو لدى الأطفال، خصوصاً في مرحلة التعليم الابتدائي. ويتم ذلك من خلال تبسيط المفاهيم، واستخدام الألعاب، والقصص المصوّرة، وتقنيات النمذجة السلوكية لجعل الجلسات أكثر تفاعلية (Lavigne et al., 2008). كما يتم التركيز على إشراك الوالدين والمعلمين في العملية العلاجية، باعتبارهم عناصر رئيسة في البيئة التي تُشكل السلوك اليومي للطفل (Lochman & Pardini، ٢٠٢١).

وتشير الأدبيات إلى أن العلاج المعرفي السلوكي للأطفال يجب أن يراعي مستوى النمو المعرفي واللغوي لديهم، بحيث يتم تحويل المفاهيم المعرفية المجردة إلى مواقف عملية قابلة للفهم، وأن يُعزز التعلم من خلال الممارسة الفعلية أكثر من الاعتماد على الحوار النظري (Eyberg & Funderburk، ٢٠١١). كما يُراعى في تصميم البرنامج العلاج الثقافي والاجتماعي للبيئة المدرسية والأسرة العربية، بحيث تكون التوجيهات والأنشطة متوافقة مع القيم السائدة (لوجان ومحززي، ٢٠٢٠).

خامساً: - استراتيجيات العلاج المعرفي السلوكي المستخدمة مع الأطفال:-

يعتمد العلاج المعرفي السلوكي في تعامله مع الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال — ومن بينها اضطراب العناد المتحدي — على مجموعة من الاستراتيجيات والتقنيات المتكاملة التي تستهدف تعديل أنماط التفكير والسلوك في آن واحد. ويُراعى في هذه التقنيات خصائص النمو المعرفي والنفسي للأطفال، وطبيعة البيئة الأسرية والمدرسية التي يعيشون فيها، بحيث تكون عملية العلاج واقعية، تفاعلية، وقابلة للتطبيق في الحياة اليومية (Kazdin، ١٩٩٧؛ Eyberg & Funderburk، ٢٠١١).

تُعد استراتيجيات تعديل السلوك من الركائز الأساسية في العلاج المعرفي السلوكي، خاصة مع الاضطرابات التي تتميز بأنماط سلوكية ظاهرة كالجدل والعناد. ومن أبرز هذه التقنيات:

١ - تكتنيات تعديل السلوك:

- **التعزيز الإيجابي:** ويقصد به تقديم مكافآت أو مدح للطفل عند إظهار السلوك المرغوب، مما يزيد من احتمالية تكراره. وقد أثبتت الدراسات أن التعزيز المنتظم والهادف يساهم بفاعلية في تقليل السلوكيات المعارضة وتعزيز السلوكيات التعاونية (Eyberg & Funderburk، ٢٠١١).

- **التجاهل المنظم:** تُستخدم هذه التقنية للتقليل من السلوكيات السلبية غير الخطيرة، من خلال تجاهلها بدلاً من معاقبة الطفل عليها، مما يفقدها قيمتها التعزيزية ويؤدي إلى انطفائها تدريجيًا.
- **العقاب المنضبط:** يُستخدم بشكل محدود ومدرّس، بحيث لا يكون جسديًا أو مهينًا، ويهدف فقط إلى وضع حدود واضحة للسلوك غير المقبول. تؤكد الأدبيات أن الاستخدام غير السليم للعقاب يؤدي إلى نتائج عكسية، لذا يُراعى أن يكون العقاب تربويًا ومنسقًا مع التعزيز الإيجابي (Kazdin، ١٩٩٧).
- **العقد السلوكي Behavior Contract:** وهي اتفاقيات مكتوبة أو شفوية بين الطفل والمعالج (أو الأهل/المعلم)، تحدد السلوكيات المرغوبة والمكافآت أو النتائج المترتبة عليها، مما يعزز الشعور بالمسؤولية والانضباط الذاتي لدى الطفل (Dedousis- Wallace et al., 2022).

٢. تقنيات تعديل الأفكار:-

- تهدف هذه التقنيات إلى مساعدة الطفل على التعرف على أفكاره غير المنطقية أو المشوّهة وتعديلها، وهو جانب محوري في التعامل مع أنماط التفكير السلبية التي تغذي السلوكيات المعارضة. وتشمل:
- **التدريب على التعرف على الأفكار:** يتم تعليم الطفل التمييز بين المواقف الواقعية وتفسيراته الذاتية لها، واكتشاف كيف تؤثر هذه التفسيرات على مشاعره وسلوكه.
 - **إعادة البناء المعرفي (Cognitive Restructuring):** يُشجع الطفل على استبدال الأفكار السلبية أو العدائية بأخرى أكثر واقعية وتعاونًا، من خلال الحوار الموجّه أو الأنشطة القصصية والتمثيلية (Lochman & Pardini، ٢٠٢١).
 - **التدريب على حل المشكلات:** تُعد من أهم التقنيات المعرفية، وتهدف إلى تعليم الطفل التفكير المنطقي والمنهجي في مواجهة المواقف الاجتماعية الصعبة بدلاً من اللجوء إلى المعارضة أو الجدل. وتشمل خطوات محددة مثل تعريف المشكلة، توليد حلول بديلة، تقييم النتائج، واختيار الحل الأنسب (Lavigne et al., 2008).
٣. **تقنيات الضبط الانفعالي والمهارات الاجتماعية:** يُظهر الأطفال المصابون باضطراب العناد المتحدي غالبًا ضعفًا في مهارات تنظيم الانفعال والتفاعل الاجتماعي. لذلك تُستخدم تقنيات خاصة لتعزيز هذه المهارات، منها:

- التدريب على الاسترخاء وضبط الانفعالات: لمساعدة الطفل على تهدئة استجاباته الانفعالية في المواقف الضاغطة أو المثيرة للغضب، مما يقلل من حدة السلوك المعارض (Eyberg & Funderburk، ٢٠١١).
- نمذجة السلوك الإيجابي (Modeling): يُستخدم فيها المعالج أو المعلم أو أحد الزملاء كنموذج يُظهر السلوكيات الإيجابية المطلوبة، ليتعلم الطفل من خلال الملاحظة والتقليد (Kazdin، ١٩٩٧).
- التدريب على المهارات الاجتماعية: يُركز على تعليم الأطفال كيفية التواصل الإيجابي، وإدارة الخلافات، واحترام القواعد الاجتماعية، وهي مهارات غالبًا ما تكون ضعيفة لديهم (Lochman & Pardini، ٢٠٢١).
- ٤. إشراك الأسرة والمدرسة في العملية العلاجية:- تؤكد الأدبيات على أن نجاح العلاج المعرفي السلوكي مع الأطفال يتطلب إشراك الأسرة والمدرسة بشكل فعال، نظرًا لدورهما الحاسم في تشكيل السلوك اليومي. لذلك تُصمَّم البرامج العلاجية بحيث تتضمن:
- تدريب الوالدين على استخدام استراتيجيات التعزيز الإيجابي وضبط السلوك داخل المنزل بطريقة تربوية بناءة (Kazdin، ١٩٩٧).
- توعية المعلمين بطرق التعامل مع الأطفال ذوي السلوكيات المعارضة في البيئة الصفية، وتطبيق استراتيجيات إدارة صف فعالة تقلل من الصدامات وتدعم السلوك الإيجابي (Dedousis-Wallace et al., 2022).
- بناء قنوات تواصل مستمرة بين الأسرة والمدرسة والمعالج لضمان الاتساق في التوجيهات والأنشطة العلاجية (لوجان ومحرزي، ٢٠٢٠).

ب: مفهوم اضطراب العناد المتحدي:

عرف معجم مصطلحات إعاقات النمو اضطراب العناد المتحدي باعتباره نمط من السلوك العدواني ينمو بصورة غير عادية في مرحلة الطفولة، وينطوي على بعض الأعراض المرضية، مثل الجدل، والاستياء، والرغبة في الانتقام، والخروج المتعمد على المعايير والقواعد، ومضايقة الآخرين (والاستياء، والرغبة في الانتقام، والخروج المتعمد على المعايير والقواعد، ومضايقة الآخرين (أكاردو وويتمان، ٢٠٠٧، ص ٤٥٥).

هو أحد الاضطرابات السلوكية التي تتميز بنمط مستمر من السلوك السلبي، الجدلي، المعارض، ورفض الامتثال لتعليمات الكبار أو القواعد الاجتماعية، بما يتجاوز السلوك الاعتيادي للأطفال في العمر ذاته.

يعتبر العناد من المشكلات السلوكية التي تظهر عند الأطفال والتي يعاني منها كثير من الآباء والمربين، وتتوعدت تعريفات اضطراب العناد المتحدي حيث عرفه عبد المطلب القريطي (٢٠١١، ٥٨٧) بأنه اضطراب يظهر عادة بين الأطفال الصغار، ويتميز هذا الاضطراب بالرفض والعناد والتحدي السافر وعدم التعاون، والاستفزاز الشديد والتبجح المفرط خلال تفاعلاتهم مع الأقران والراشدين والكبار، مع غياب الأنماط السلوكية العدوانية الخارجية على الأعراف الاجتماعية أو الخارقة للقانون ولحقوق الآخرين كالقسوة والاعتداء والسرقه، وتدمير الممتلكات، كما يعرفه (Boesky 2002-60) بأنه اضطراب نفسي يبدي فيه الطفل عدم الالتزام نحو أنماط السلطة".

كما عرّف Hamilton and Armando 2008, P.86 بأن اضطراب العناد المتحدي بأنه نمط متكرر من السلوك غير الملائم والذي يتصف بالسلبية والتحدي والعصيان تجاه شخصيات السلطة، وغالبا ما يظهر في سنوات ما قبل المدرسة، ومن المرجح أن يستمر لدى الأطفال الذين يطورون نمطاً مستقرًا من هذا السلوك خلال سنوات دراستهم الابتدائية" حيث يُعد اضطراب العناد المتحدي من أبرز الاضطرابات السلوكية التي تظهر في مرحلة الطفولة، وتحديدًا في المرحلة الابتدائية، حيث يبدأ الطفل في مواجهة ضغوط التكيف مع القواعد الاجتماعية والمدرسية، ويُظهر بعض الأطفال نمطًا ثابتًا من السلوك الجذلي أو الرفض أو العدواني يتجاوز الحدود العمرية الطبيعية. وقد تناولت الأدبيات النفسية والتربوية هذا الاضطراب بتعريفات متعددة، تعكس اختلاف المنطلقات النظرية التي استندت إليها هذه التعريفات (حسنين، ٢٠١٤).

ووصفه كل من (Fraser and Wray (P.٧, ٢٠٠٨) باعتباره أحد الاضطرابات النفسية الشائعة في مرحلة الطفولة، ويتصف بالسلبية، والمعاداة، والسلوك المنحرف، بحيث يكون من الشدة ليؤثر على الأداء الوظيفي للطفل وعلى تحصيله الأكاديمي وتوافقه الاجتماعي والمدرسي".

كما تعرفه منظمة الصحة العالمية بأنه " اضطراب المسلك الذي يحدث لدى الأطفال الصغار ويتسم بالتحدي والعصيان والسلوك الهدام، لكن لا يتضمن أفعال جانحة، أو أشكال خطيرة من العدوانية والسلوك غير الاجتماعي، ويجب الحذر عند تشخيص هذا الاضطراب مع المراهق؛ لأنه في هذه الحالة سيلزم الأعراض دائما سلوكا غير اجتماعيا وعدوانيا يتجاوز مجرد التحدي والعصيان (World Health Organization, 275-276, ٢٠٠٦).

يُعرّف اضطراب العناد المتحدي في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM-5) بأنه «نمط مستمر من السلوك الجذلي أو المزعج أو الرفض، يستمر لمدة لا تقل

عن ستة أشهر، ويظهر من خلال التفاعل المتكرر مع شخص واحد على الأقل غير الأخوة، ويتسم بالسلوك السلبي والعدواني تجاه السلطة» (Loeber، ٢٠٠٩). ويركز هذا التعريف على استمرارية السلوك وشموله مواقف متعددة، مع إحداث تأثير واضح على التكيف الاجتماعي والأكاديمي للطفل.

وأوضح كل من (Clarke and Van Ameron، ٢٠١٥، P.٣٤٢) أن اضطراب العناد المتحدي يعتبر ظاهرة شائعة في مرحلة الطفولة، إلا أنه يصبح اضطراباً سلوكياً إذا ما تعدى التوقعات لمثل هذا السلوك بمقارنته مع سلوك أقرانه بنفس المرحلة العمرية؛ حيث يعتاد الطفل العناد كوسيلة متواصلة ونمط راسخ في الشخصية، مما يؤدي إلى اضطراب خطير في الشخصية. بسبب نزوعه إلى مشاكسة ومعارضة الآخرين.

ويعرف لدى الدليل التشخيصي الإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية (DSM-٥) على أنه "نمط من الغضب وحدة الطبع، وسلوك يتصف بالتحدي ومجادلة الآخرين، والحقد وحب الانتقام." (American Psychiatric Association، 2013، 462)

ولقد اعتبر كل من (Gomez and Stavropoulos، ٢٠١٩، P.٧٧٨) أن هذا الاضطراب ينطوي على سلوك عدواني مستمر مقترنا بالتهيج والجدل والتحدي والمواقف الحاقدة الانتقامية. والتي تستمر لأكثر من فصل دراسي عند التفاعل مع الأفراد الآخرين بخلاف الأخوة، وعلى الرغم من أن اضطراب العناد المتحدي يُنظر له باعتباره قضية طفولة، إلا أن هناك أدلة متزايدة على ظهوره لدى الأفراد البالغين.

أما في الأدبيات التربوية العربية، فقد عُرِف الاضطراب بأنه حالة يظهر فيها الطفل سلوكاً متحدياً أو معارضاً بشكل متكرر يفوق المعدلات العمرية المعتادة، ويتسم بالعناد، والمجادلة، ورفض التعليمات، وإزعاج الآخرين عمدًا، وغالبًا ما يرتبط بمناخ أسري أو مدرسي يعاني من ضعف التواصل وضعف الضبط السلوكي (يونس وآخرون، ٢٠٢٢؛ جمعة ورمضان، ٢٠١٣). ويلاحظ أن التعريفات العربية تميل إلى التركيز على البيئة الأسرية والاجتماعية كعوامل مساهمة في نشأة الاضطراب واستمراره.

كما وصفه كل من (Greven, Herpers, Wiegers, Jansen, Van Der Steen and Rommelse) الاضطرابات العصبية النمائية، والذي يتسم بنمط من السلوكيات العدوانية والتخريبية المدمرة أو الخادعة التي تنتهك حقوق الآخرين، بالإضافة إلى المزاج الغاضب والانفعال الحاد والسريع، والأنماط السلوكية الجدلية المتحدية وغير المطيعة.

من ناحية أخرى، ينظر المنظور السلوكي إلى اضطراب العناد المتحدي على أنه نتاج عمليات تعلم غير تكيفية، حيث يتم تعزيز السلوك المعارض بطريقة غير مقصودة من قبل

والوالدين أو المعلمين، مما يؤدي إلى تثبيت هذا النمط السلوكي واستمراره (Kazdin، ١٩٩٧). بينما يركز المنظور المعرفي على أنماط التفكير غير المنطقية لدى الطفل، مثل تفسير المواقف العادية على أنها تهديد أو ظلم، مما يدفعه إلى الرد بعناد أو عدوانية (Lochman & Pardini، ٢٠٢١). ويؤكد المنظور التكاملي الحديث على أن هذا الاضطراب نتاج تفاعل معقد بين العوامل المعرفية والسلوكية والأسرية والاجتماعية.

عرفه مجدي محمد الدسوقي (٢٠١٥، ٦) بأنه نمط من السلوك السلبي والمنحرف والمتمرد والعدواني تجاه الأشخاص الممثلين للسلطة يتضح في العديد من الأنماط السلوكية والسلوكية، مثل تعمد مضايقة الآخرين وإزعاجهم، والولع بالجدل، وتقلب الحالة المزاجية، وتدمير الممتلكات، والعدوان تجاه الآخرين، وتكون بداية هذا الاضطراب قبل وصول الطفل إلى الثامنة من العمر.

تُظهر هذه التعريفات المتعددة أن اضطراب العناد المتحدي ليس مجرد سلوك لحظي أو عابر، بل هو نمط من السلوك المتكرر والمنظم، يتأثر بعوامل داخلية (نفسية ومعرفية) وخارجية (أسرية ومدرسية)، مما يستدعي فهماً شاملاً ومتعدد الأبعاد عند التعامل معه تربوياً وعلاجياً. كما أن هذا التباين في التعريفات يعكس الحاجة إلى تبني مقاربة علمية متكاملة تأخذ في الاعتبار الخصائص الثقافية والاجتماعية للبيئة التي يظهر فيها الاضطراب، خاصة في السياقات العربية التي قد تختلف فيها أساليب التنشئة والتفاعل الأسري عن البيئات الغربية (حداد وفاضلي، ٢٠٢٢).

المفهوم الإجرائي لاضطراب العناد المتحدي: - في ضوء ما سبق من تعريفات نظرية وأدبيات تربوية ونفسية، يُعرّف اضطراب العناد المتحدي إجرائياً في هذه الدراسة بأنه: - نمط سلوكي متكرر يتسم بالعناد، والرفض المتعمد للتعليمات، ومجادلة الكبار، والميل للانتقام أو السلوك الاستقرازي، يظهر لدى الطفل بشكل يفوق المستوى النمائي المتوقع لأقرانه من العمر نفسه، ويؤثر سلباً على توافقه المدرسي والاجتماعي.

ويتجلى هذا الاضطراب من خلال ثلاثة أبعاد رئيسية:

- ١- **العناد السلوكي:** كرفض التعليمات، ومقاومة التوجيهات داخل البيئة الصفية أو المنزلية.
- ٢- **العناد اللفظي والجدلي:** مثل الردود التحديّة، والمجادلة المستمرة مع المعلمين أو الوالدين.
- ٣- **السلوك الانفعالي والانتقامي:** ويتضمن الغضب السريع، والميل لإزعاج الآخرين عمداً، أو الرغبة في الانتقام.

وسيتم قياس هذا الاضطراب باستخدام أداة (مقياس لقياس فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خفض العناد المتحدي:- التي تقيس الأبعاد الثلاثة المشار إليها، قبل تطبيق البرنامج العلاجي وبعده، بهدف التعرف إلى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض مظاهر العناد المتحدي لدى أطفال المرحلة الابتدائية.

أولاً- الخصائص والأعراض والمظاهر السلوكية لاضطراب العناد المتحدي: يُظهر الأطفال المصابون باضطراب العناد المتحدي مجموعة من الخصائص السلوكية والنفسية المميزة التي يمكن ملاحظتها داخل الأسرة أو في البيئة المدرسية. وتمثل هذه الخصائص مزيجاً من السلوكيات السلبية المتكررة، وصعوبات في ضبط الانفعالات، ومشكلات في التفاعل الاجتماعي. ويُعد التعرف المبكر على هذه الخصائص خطوة أساسية للتدخل العلاجي الفعال، إذ إن الاضطراب غالباً ما يبدأ في الظهور بشكل واضح في سنوات الدراسة الأولى، وقد يتطور إلى أنماط سلوكية أكثر تعقيداً إذا لم تتم معالجته في الوقت المناسب (حسنين، ٢٠١٤؛ Loeber، ٢٠٠٩).

من أبرز الخصائص الانفعالية والسلوكية التي تميز هذا الاضطراب ما يلي:

١. الميل إلى الجدل المتكرر مع الكبار أو رفض تنفيذ التعليمات بشكل متعمد، حتى لو كانت بسيطة.
٢. إظهار العناد المستمر والتمسك بالرأي بصورة غير منطقية، مع مقاومة واضحة للسلطة الأسرية أو المدرسية.
٣. الميل إلى لوم الآخرين على أخطائهم الشخصية، وتبرير السلوكيات السلبية بدلاً من تحمّل المسؤولية.
٤. الحساسية المفرطة تجاه النقد أو التوجيه، والاستجابة بالغضب أو العدوان اللفظي عند الشعور بالرفض أو الإحباط (Kazdin، ١٩٩٧).
٥. السلوك المستفز أو المزعج عمداً، كجزء من محاولة فرض السيطرة أو لفت الانتباه داخل الجماعة (Eyberg & Funderburk، ٢٠١١).

أما من الناحية الاجتماعية والتربوية، فإن الأطفال الذين يعانون من اضطراب العناد المتحدي غالباً ما يواجهون صعوبات واضحة في التكيف مع البيئة المدرسية. فهم يعانون من ضعف في العلاقات مع المعلمين والزملاء، وكثرة المشكلات السلوكية داخل الصف، وصعوبة في الالتزام بالقواعد الدراسية، مما يؤدي إلى تدني تحصيلهم الأكاديمي، وتكرار الصدامات مع محيطهم الاجتماعي (لوجان ومحرزي، ٢٠٢٠؛ جمعة ورمضان، ٢٠١٣). كما تشير

الدراسات إلى أن هذه السلوكيات لا تكون عابرة أو ظرفية، بل تتسم بالاستمرارية والثبات عبر مواقف متعددة (Lochman & Pardini, ٢٠٢١).

وتُظهر الدراسات العربية أن هذه الخصائص قد تتأثر بالسياق الاجتماعي والثقافي، حيث تلعب أنماط التنشئة الأسرية، وأساليب الضبط السلوكي، وطبيعة العلاقات داخل الأسرة دورًا محوريًا في ظهور هذه المظاهر واستمرارها. فالأطفال الذين ينشؤون في أسر تتسم بالتذبذب في أساليب التربية أو الإفراط في العقاب أو غياب التواصل الإيجابي يكونون أكثر عرضة لإظهار سلوكيات العناد والتحدي في المدرسة (يونس وآخرون، ٢٠٢٢؛ حداث وفاضلي، ٢٠٢٢). كما أن البيئات المدرسية التي يغيب فيها الضبط الإيجابي والاهتمام الفردي بالأطفال قد تسهم في زيادة حدة هذه السلوكيات (Dedousis-Wallace et al., 2022).

من جهة أخرى، تشير الأدبيات النفسية إلى أن الأطفال المصابين باضطراب العناد المتحدي غالبًا ما يُظهرون نقصًا في المهارات الاجتماعية والانفعالية، مثل ضعف القدرة على التعبير الملائم عن المشاعر، وصعوبة ضبط الانفعالات في المواقف الضاغطة، مما يؤدي إلى تصعيد الصراعات مع المحيطين بهم (Lavigne et al., 2008). كما يُلاحظ أن لديهم نمطًا معرفيًا يتميز بالتفسير السلبي للمواقف الاجتماعية، إذ يميلون إلى تفسير سلوك الآخرين على أنه عدائي أو ظالم، مما يغذي دوائر السلوك الجدلي والعُدواني (Lochman & Pardini, 2021).

وبشكل عام، يمكن القول إن الخصائص والأعراض السلوكية لاضطراب العناد المتحدي تتسم بالاستمرارية، والتنوع عبر السياقات، والتأثير الواسع في التكيف المدرسي والاجتماعي. وهذا يجعل التعرف المبكر عليها أمرًا أساسيًا لتصميم تدخلات علاجية فعالة تتناسب مع خصائص الطفل وبيئته الاجتماعية والثقافية (Kazdin, ١٩٩٧؛ إبراهيم وآخرون، ١٩٩٣).

ثانياً: الأسباب والعوامل المفسرة لاضطراب العناد المتحدي:-

يُعد اضطراب العناد المتحدي من الاضطرابات السلوكية المعقدة التي لا يمكن تفسيرها بعامل واحد فقط، بل تتداخل في نشأته واستمراره مجموعة من العوامل النفسية والأسرية والمدرسية والاجتماعية، إضافة إلى بعض السمات الفردية التي تميز الطفل. وتُظهر الأدبيات النفسية والتربوية أن فهم هذه العوامل بصورة متكاملة يُعد خطوة أساسية لوضع برامج وقائية وعلاجية فعالة تتناسب مع طبيعة الاضطراب (Kazdin, ١٩٩٧؛ Loeber, ٢٠٠٩).

١. **العوامل النفسية والشخصية:** تشير العديد من الدراسات إلى أن الأطفال المصابين باضطراب العناد المتحدي غالبًا ما يمتلكون سمات شخصية وانفعالية تجعلهم أكثر عرضة لتبني السلوك المعارض أو الجدلي. من أبرز هذه السمات: الحساسية الزائدة للنقد، ضعف

القدرة على ضبط الانفعالات، الميل إلى تفسير المواقف الاجتماعية على نحو عدائي أو ظالم، وصعوبات في مهارات التواصل والانتباه (Lochman & Pardini, ٢٠٢١). كما يلاحظ أن بعض الأطفال يُظهرون نمطاً من التفكير غير المرن أو الصلب، يجعلهم أقل تقبلاً للتعليمات أو التوجيهات، وأكثر ميلاً للتمسك بأرائهم بشكل تحدٍ مستمر (Eyberg & Funderburk, ٢٠١١).

٢. **العوامل الأسرية:** تلعب البيئة الأسرية دوراً محورياً في نشأة هذا الاضطراب، إذ تؤكد الأدبيات العربية والأجنبية أن أساليب التنشئة غير السوية، مثل التذبذب بين الشدة والتساهل، أو الإفراط في العقاب الجسدي واللفظي، أو غياب التواصل العاطفي الإيجابي، تسهم بشكل مباشر في ظهور سلوكيات العناد والتحدي لدى الأطفال (حسنين، ٢٠١٤؛ يونس وآخرون، ٢٠٢٢). فالأطفال الذين ينشؤون في أسر يفتقر فيها الآباء إلى مهارات ضبط السلوك الإيجابي غالباً ما يتعلمون أن السلوك الجدلي والمعارض وسيلة فعالة للحصول على الانتباه أو تجنب العقاب، وهو ما يرسخ هذه الأنماط لديهم (Kazdin, ١٩٩٧).

كما أن التوترات الأسرية، والنزاعات بين الوالدين، وعدم الاستقرار الأسري من العوامل التي تزيد من احتمال ظهور هذه السلوكيات (حداش وفاضلي، ٢٠٢٢). وفي بعض الحالات، قد يكون العناد وسيلة دفاعية يستخدمها الطفل للتعبير عن رفضه للبيئة الضاغطة أو للسيطرة المفرطة من قبل الوالدين.

٣. **العوامل المدرسية والاجتماعية:** تُعد البيئة المدرسية من أهم السياقات التي يظهر فيها اضطراب العناد المتحدي، حيث تُبرز الدراسات أن ضعف إدارة الصف، وغياب الأنشطة التفاعلية، وعدم وجود ضوابط واضحة للسلوك داخل المدرسة يمكن أن تسهم في تعزيز السلوكيات السلبية لدى الأطفال (Dedousis-Wallace et al., 2022). كما أن الأطفال الذين يعانون من صعوبات تعلم أو ضعف في المهارات الاجتماعية يكونون أكثر عرضة لإظهار سلوكيات معارضة داخل الصف كرد فعل على الإحباط أو الفشل الأكاديمي (لوجان ومحرزي، ٢٠٢٠).

ومن جهة أخرى، فإن النماذج السلوكية التي يتعرض لها الطفل في محيطه الاجتماعي (كالحى أو المجتمع المحلي) لها تأثير مباشر؛ فالتعرض لنماذج سلوكية عدوانية أو معارضة يمكن أن يؤدي إلى التعلم بالملاحظة وتقليد هذه الأنماط (Lavigne et al., 2008). كما أن ضعف شبكات الدعم الاجتماعي داخل المدرسة أو المجتمع قد يسهم في زيادة احتمالية استمرار هذه السلوكيات وعدم تعديلها.

٤. التفاعل بين العوامل المختلفة: لا يمكن النظر إلى كل من هذه العوامل بمعزل عن الأخرى، إذ تؤكد النظريات التفسيرية الحديثة أن اضطراب العناد المتحدي هو نتاج تفاعل ديناميكي بين خصائص الطفل الداخلية (الانفعالية والمعرفية)، والبيئة الأسرية، والبيئة المدرسية والاجتماعية (Lochman & Pardini، ٢٠٢١). فالطفل ذو المزاج الصعب أو الحساسية الانفعالية المرتفعة، حين يتعرض لبيئة أسرية مضطربة أو مدرسية غير داعمة، يصبح أكثر عرضة لتطوير أنماط سلوكية معارضة متكررة ومستقرة. ويؤدي هذا التفاعل مع مرور الوقت إلى تثبيت السلوكيات العنادية وإعادة إنتاجها في مواقف متعددة (Eyberg & Funderburk، ٢٠١١).

ثالثاً: الآثار النفسية والاجتماعية والتربوية لاضطراب العناد المتحدي:- يُعد اضطراب العناد المتحدي من الاضطرابات السلوكية التي تترك آثاراً عميقة وممتدة على نمو الطفل النفسي والاجتماعي والتربوي، إذ لا يقتصر تأثيره على مرحلة الطفولة فحسب، بل قد تمتد تداعياته إلى مراحل لاحقة من الحياة إذا لم تتم معالجته في الوقت المناسب. وتؤكد الدراسات أن هذه الآثار تتنوع بين صعوبات في التكيف الشخصي والاجتماعي، وتدهور في الأداء الأكاديمي، وزيادة احتمال تطور اضطرابات سلوكية وانفعالية أكثر خطورة في المراهقة والبلوغ (Loeber، ٢٠٠٩؛ Lochman & Pardini، ٢٠٢١).

أ. الآثار النفسية والانفعالية:- تُظهر الأدبيات أن الأطفال المصابين باضطراب العناد المتحدي غالباً ما يعانون من مستويات مرتفعة من الاضطراب الانفعالي الداخلي مثل القلق، والغضب المزمن، والشعور بالإحباط، والاندفاعية. وغالباً ما تنشأ هذه المشكلات نتيجة الصدام المتكرر مع الكبار، والشعور المستمر بعدم القبول أو الرفض من قبل الأسرة أو المدرسة (Eyberg & Funderburk، ٢٠١١). كما يعاني كثير من هؤلاء الأطفال من ضعف في مهارات التنظيم الذاتي للانفعالات، مما يؤدي إلى تصعيد الصراعات بدلاً من احتوائها (Kazdin، ١٩٩٧).

وقد بينت دراسات عربية أن هؤلاء الأطفال قد يُظهرون أيضاً مؤشرات مبكرة على اضطرابات مزاجية لاحقة مثل الاكتئاب أو القلق العام، نتيجة تكرار الخبرات السلبية، وفشلهم المتكرر في بناء علاقات إيجابية مع المحيطين بهم (حسنين، ٢٠١٤؛ جمعة ورمضان، ٢٠١٣). كما أن الإحباط الناتج عن التوبيخ المستمر أو رفض آرائهم يؤدي إلى تعزيز صورة ذاتية سلبية لديهم، تجعلهم أكثر عُرضة لتبني مواقف دفاعية وعدائية (يونس وآخرون، ٢٠٢٢).

ب. الآثار الاجتماعية والعلاقات الشخصية:- تنعكس السلوكيات الجدلية والمعارضة المرتبطة باضطراب العناد المتحدي بشكل مباشر على نوعية العلاقات الاجتماعية التي

يكونها الطفل. إذ تشير الدراسات إلى أن هؤلاء الأطفال يواجهون صعوبات في بناء صداقات مستقرة، وغالبًا ما يتم نبذهم أو تجنبهم من قبل أقرانهم نتيجة سلوكياتهم الاستفزازية أو العدوانية (Lavigne et al., 2008). كما تنشأ لديهم أنماط تفاعل اجتماعي تتسم بالتحدي والخصومة، مما يعمق شعورهم بالعزلة الاجتماعية ويدخلهم في دائرة مغلقة من السلوك السلبي والرفض المتبادل.

وفي السياق الأسري، يؤدي استمرار هذه السلوكيات إلى زيادة حدة التوتر بين الطفل والديه أو القائمين على تربيته، وقد يتطور الأمر إلى صراعات يومية حادة، خصوصًا في البيئات التي يغيب فيها التواصل الإيجابي أو أساليب الضبط المرنة (حداش وفاضلي، ٢٠٢٢). وفي البيئات المدرسية العربية، قد يتسبب هذا الاضطراب في تدهور علاقة الطفل بالمعلمين والإدارة المدرسية، مما يحدّ من فرص اندماجه الاجتماعي ويزيد من عزله (لوجان ومحزري، ٢٠٢٠).

ج. الآثار التربوية والأكاديمية: - من الناحية التربوية، يُعد اضطراب العناد المتحدي أحد العوامل المؤثرة سلبًا على الأداء المدرسي للطفل. فالسلوكيات الراضية للتعليمات، وكثرة الجدل داخل الصف، والصدامات مع المعلمين تؤدي إلى تكرار الحرمان من الحصص الدراسية أو الفصل المؤقت، مما ينعكس مباشرة على التحصيل الأكاديمي (Dedousis-Wallace et al., 2022). كما أن هؤلاء الأطفال غالبًا ما يعانون من ضعف في الانتباه والتركيز، وصعوبة في تنظيم سلوكهم داخل البيئة التعليمية، وهو ما يؤدي إلى تراكم فجوات تعليمية بمرور الوقت (Eyberg & Funderburk, ٢٠١١).

وتؤكد الدراسات الطولية أن الأطفال المصابين بهذا الاضطراب معرضون بدرجة أعلى لاحتمال التسرب الدراسي أو الفشل الأكاديمي في المراحل اللاحقة، خاصة إذا لم يتلقوا الدعم المناسب مبكرًا (Lochman & Pardini, ٢٠٢١). كما أن ضعف العلاقة الإيجابية مع المعلمين يحدّ من فرصهم في تلقي التشجيع أو التوجيه البناء، مما يعمق الإحباط ويدفعهم إلى مزيد من السلوكيات السلبية (يونس وآخرون، ٢٠٢٢).

د. المآلات المستقبلية: تشير البحوث النفسية إلى أن اضطراب العناد المتحدي غير المعالج في الطفولة قد يمثل عامل خطر لتطور اضطرابات سلوكية وانفعالية أكثر تعقيدًا في فترة المراهقة والبلوغ، مثل اضطراب السلوك Conduct Disorder أو اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع (Loeber, ٢٠٠٩). كما ترتبط هذه الحالات بمعدلات أعلى من السلوكيات الخطرة، مثل العدوان الشديد، والميل للتمرد على القواعد الاجتماعية، وصعوبات الاندماج في الحياة الدراسية أو المهنية مستقبلاً (Lochman & Pardini, ٢٠٢١).

ج: مفهوم المرحلة الابتدائية:- هي عبارة عن المرحلة الأولى التي يدخل إليها الطلبة من أجل عملية التعلم، وتعتبر مرحلة إجبارية وإلزامية من مراحل التعليم، بحيث يتوجب على جميع الطلاب ومن مختلف الطبقات الاقتصادية والاجتماعية الالتحاق بها، وتضم عدة صفوف من الأول إلى السادس الابتدائي، وتعد من المراحل الأساسية والمهمة من حياة الطالب، ويقعون عادة في الفئة العمرية من ٦ إلى ١٢ عامًا [./https://e3arabi.com](https://e3arabi.com).

كما تعتبر مرحلة أساسية ومهمة في تكوين شخصية الطالب وسلوكه الاجتماعي، حيث تكتسب خلالها العادات والقيم الأساسية، ويكون الأطفال في هذه المرحلة عادة ضمن الفئة العمرية من ٦ إلى ١٢ عامًا، مما يجعلها مرحلة مناسبة لتطبيق برامج تعديل السلوك مثل العلاج المعرفي السلوكي، بهدف تنمية مهارات التحكم الذاتي والحد من السلوكيات العدوانية والانفعالية. الفئة العمرية التي تظهر لديها سلوكيات عناد متحدٍ في المواقف المدرسية والاجتماعية.

خامسا: الدراسات السابقة :- حظي العلاج المعرفي السلوكي باهتمام متزايد في العقود الأخيرة بوصفه أحد أكثر الأساليب العلاجية فاعلية في التعامل مع الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال، وعلى رأسها اضطراب العناد المتحدي. وقد تناولت الأدبيات العربية والأجنبية هذا الموضوع من زوايا متعددة، تضمنت تقييم فعالية البرامج العلاجية، ومقارنة أساليب التدخل المختلفة، ودراسة العوامل التي تؤثر في نتائج العلاج.

أ- الدراسات الاجنبية

١. Dedousis-Wallace et al. (٢٠٢٢) تهدف هذه الدراسة إلى تحديد العوامل المتنبئة والمعدلة لنجاح برامج التدخل السلوكي والمعرفي لدى الأطفال المصابين باضطراب العناد المتحدي، وذلك من خلال مقارنة أسلوبين علاجيين معتمدين: تدريب الوالدين على إدارة السلوك (Parent Management Training) ونموذج الحلول التعاونية الاستباقية (Collaborative and Proactive Solutions). استخدمت الدراسة تصميمًا تجريبيًا على عينة من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ٧ و ١٢ عامًا، تم تقسيمهم إلى مجموعات علاجية مختلفة. ركّز الباحثون على قياس التغيرات السلوكية عبر مراحل زمنية متعددة باستخدام أدوات تقييم معيارية وتقارير الوالدين والمعلمين.

أظهرت النتائج تحسناً ملحوظاً في السلوكيات المعارضة والعدوانية لدى المجموعات التي تلقت العلاجين، مع تفوق طفيف لمجموعة التدريب الأسري من حيث الاستدامة طويلة المدى. كما كشفت الدراسة عن أن عوامل مثل شدة الاضطراب، والتزام الأسرة، ودعم البيئة المدرسية كانت مؤثرة بقوة في النتائج النهائية. وتكمن أهمية هذه الدراسة في أنها تعزز فكرة أن فعالية

العلاج المعرفي السلوكي لا يتوقف على البرنامج نفسه فقط، بل على الظروف المحيطة التي تسهل تطبيقه. كما أنها تبين أن الدمج بين الأساليب الأسرية والمعرفية السلوكية يحقق نتائج أفضل، وهو ما يتقاطع بوضوح مع أهداف البحث الحالي في إبراز فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في البيئات المدرسية العربية.

٢. **Lochman & Pardini (٢٠٢١)** قدّم هذان الباحثان مراجعة منهجية شاملة وتحليلًا ميتا-تحليليًا لعدد كبير من الدراسات التي تناولت فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في علاج الاضطرابات السلوكية الخارجية لدى الأطفال والمراهقين، ومن ضمنها اضطراب العناد المتحدي. اعتمدت المراجعة على معايير صارمة لاختيار الدراسات، وشملت أبحاثًا تجريبية ومنضبطة نُشرت على مدى عقدين تقريبًا، لتقييم مدى فاعلية هذا النوع من العلاج في تحسين السلوكيات وتقليل المشكلات الانفعالية.

أشارت النتائج إلى وجود تحسن متوسط إلى كبير في السلوكيات المعارضة والانفعالات السلبية لدى الأطفال الذين تلقوا العلاج المعرفي السلوكي، مقارنة بالمجموعات الضابطة. كما بينت أن العلاج يكون أكثر فاعلية عند تطبيقه في سياقات متعددة (المدرسة، الأسرة، المجتمع) بدلاً من اقتصره على الجلسات الفردية. من الجوانب المهمة التي أبرزتها الدراسة أيضًا أن برامج العلاج التي تُكيّف ثقافيًا ولغويًا للسياقات المحلية تكون أكثر نجاحًا واستدامة. أهمية هذه الدراسة بالنسبة لبحثنا الحالي تكمن في أنها تقدّم قاعدة أدلة قوية تدعم فاعلية العلاج المعرفي السلوكي، مع التأكيد على ضرورة الدمج بين الأطر العلاجية والتربوية والثقافية، وهو ما يُعدّ تحديًا رئيسًا في البيئات العربية، ويبرر الحاجة إلى دراسات تطبيقية محلية أكثر عمقًا.

٣. **Lavigne et al. (٢٠٠٨)** ركزت هذه الدراسة على العوامل المتنبئة والمعدّلة لنجاح العلاج السلوكي والمعرفي لدى الأطفال المصابين باضطراب العناد المتحدي ضمن الرعاية الصحية الأولية. شملت العينة أطفالًا تتراوح أعمارهم بين ٥ و ١٠ سنوات، وتم تنفيذ برنامج علاجي معرفي سلوكي موجه للأسرة والمدرسة على مدى عدة أشهر. اعتمد الباحثون على مزيج من المقاييس السلوكية، وتقارير أولياء الأمور والمعلمين، بالإضافة إلى مقابلات إكلينيكية لقياس التحسن في السلوكيات الجدلية والمعارضة. أظهرت النتائج أن الأطفال الذين تلقوا العلاج المبكر وأتيحت لهم بيئة أسرية ومدرسية داعمة أظهروا تحسنًا أكبر من غيرهم، في حين كانت النتائج أضعف لدى الحالات التي تعاني من عوامل خطر متعددة (مثل النزاعات الأسرية أو ضعف الضبط المدرسي). كما بينت الدراسة أن استمرارية المتابعة بعد انتهاء البرنامج العلاجي كانت حاسمة في تثبيت المكاسب السلوكية وتقليل الانتكاسات. تبرز

أهمية هذه الدراسة في أنها تقدم رؤية متكاملة تربط بين العوامل الفردية والأسرية والمؤسسية في نجاح العلاج، مما يدعم منهج البحث الحالي الذي يسلط الضوء على أهمية إدماج المدرسة والأسرة في برامج العلاج المعرفي السلوكي الموجهة للأطفال العرب.

٤. **Kazdin (١٩٩٧)** تُعد دراسة Kazdin من أوائل الدراسات التي وضعت الأسس التجريبية لاستخدام تدريب حل المشكلات وتدريب إدارة الوالدين كمدخلين علاجيين متكاملين للتعامل مع الاضطرابات السلوكية، وعلى رأسها اضطراب العناد المتحدي واضطراب السلوك. اعتمد الباحث على تصميم تجريبي منضبط شمل أطفالاً تتراوح أعمارهم بين ٧ و ١٣ عامًا يعانون من أنماط سلوكية معارضة وعدوانية مزمنة. تم تطبيق برنامج علاجي مكثف يدمج بين تدريب الأطفال على مهارات التفكير المنطقي وحل المشكلات الاجتماعية، وبين تدريب أولياء الأمور على تقنيات الضبط السلوكي الإيجابي داخل المنزل. أظهرت النتائج انخفاضًا كبيرًا في السلوكيات المعارضة والعنوانية، سواء في التقارير السلوكية أو الملاحظات المباشرة، واستمرت هذه التحسينات لفترات متابعة لاحقة. كما بيّنت الدراسة أن مشاركة الوالدين بفاعلية في العملية العلاجية كانت عاملاً حاسماً لنجاح البرنامج، وأن النتائج كانت أضعف بكثير في الحالات التي غاب فيها هذا العنصر. تُبرز هذه الدراسة أهمية النظر إلى العلاج المعرفي السلوكي كعملية نظامية تشمل الطفل وأسرته معًا، وليس كمجموعة جلسات فردية مع الطفل فقط. وهذا يتوافق تمامًا مع منطلقات البحث الحالي الذي يسعى إلى إظهار فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في السياقات المدرسية والأسرية العربية، حيث تلعب الأسرة دورًا مركزيًا في التنشئة والضبط السلوكي.

٥. **Eyberg & Funderburk (٢٠١١)** قدّم هذان الباحثان دليلًا علاجيًا تفصيليًا قائمًا على أسلوب علاج تفاعل الوالدين والطفل (Parent-Child Interaction Therapy - PCIT)، وهو أحد النماذج المندرجة تحت مظلة العلاج المعرفي السلوكي، والمستخدم على نطاق واسع لعلاج اضطرابات السلوك في مرحلة الطفولة المبكرة. يركز هذا النموذج على تدريب الوالدين على استراتيجيات تواصل وتفاعل إيجابية ومنضبطة، بهدف تقوية العلاقة بين الوالدين والطفل، وتقليل السلوكيات المعارضة من خلال تعديل بيئة التفاعل اليومية. استند البرنامج إلى مراحل علاجية واضحة، تبدأ ببناء العلاقة الإيجابية بين الوالدين والطفل، مرورًا بتدريب الوالدين على إعطاء تعليمات واضحة وضبط السلوك بطريقة تربوية، وانتهاءً بتثبيت المهارات ومتابعة التحسن على المدى الطويل. وقد أظهرت نتائج تطبيقات هذا البرنامج في عدد من الدراسات التجريبية تحسنًا ملحوظًا في أنماط السلوك المعارض، مع استدامة التأثيرات الإيجابية لفترات زمنية طويلة. تكمن أهمية هذه الدراسة في أنها قدّمت نموذجًا عمليًا قابلاً

للتطبيق في البيئات المنزلية والمدرسية، وهو ما يجعلها ذات صلة مباشرة ببحثنا الحالي. كما أنها تبين أن تدريب الأسرة ليس فقط مكملاً للعلاج، بل عنصراً جوهرياً فيه، وهو أمر بالغ الأهمية في البيئات العربية التي تعتمد بشكل كبير على الأدوار الأسرية في تشكيل السلوك.

ب- الدراسات العربية

١. الحسن (٢٠٠٩) تُعد هذه الدراسة من أوائل الدراسات العربية التي ركزت على فاعلية التدخلات النفسية والسلوكية المركبة في خفض أعراض اضطراب العناد المتحدي لدى الأطفال. هدفت الدراسة إلى اختبار فاعلية برنامج علاجي متعدد الأنظمة يجمع بين الأساليب السلوكية التقليدية وتقنيات العلاج المعرفي السلوكي، من خلال تطبيقه على عينة من الأطفال في المرحلة الابتدائية ممن تم تشخيصهم بهذا الاضطراب. اعتمد الباحث على تصميم تجريبي قبلي-بعدي باستخدام مجموعة تجريبية تلقت البرنامج العلاجي، وأخرى ضابطة لم تتلق أي تدخل. أظهرت النتائج انخفاضاً واضحاً في السلوكيات الجدلالية والمعارضة لدى الأطفال في المجموعة التجريبية مقارنة بالضابطة، كما استمرت النتائج الإيجابية في فترة المتابعة اللاحقة. وأكدت الدراسة أن البرامج المركبة التي تستهدف الطفل وأسرته معاً تحقق فاعلية أكبر من البرامج التي تركز على الطفل فقط. كما أشارت إلى أن إدماج المدرسة في خطة العلاج يساهم في تعزيز استمرارية التغير السلوكي. تكمن أهمية هذه الدراسة في كونها تقدم نموذجاً عربياً مبكراً لتطبيق تدخلات علاجية متعددة الأبعاد، يتسق مع منطلقات العلاج المعرفي السلوكي المعاصر، وتدعم فرضية البحث الحالي القائلة بأن دمج البيئة الأسرية والمدرسية في البرنامج العلاجي يرفع من فاعليته في خفض اضطراب العناد المتحدي.

٢. حداث وفاضلي (٢٠٢٢) هدفت هذه الدراسة الميدانية إلى قياس مستوى انتشار سلوك العناد المتحدي لدى أطفال المدارس الابتدائية في بلدية العمارية بولاية المدية (الجزائر)، وتحليل الفروق بين الجنسين وبعض المتغيرات الديموغرافية. استخدم الباحثان منهجاً وصفيًا تحليليًا على عينة مكونة من ١٨٠ تلميذاً وتلميذة، وتم تطبيق مقياس مقنن لاضطراب العناد المتحدي مع استمارة بيانات اجتماعية.

أظهرت النتائج أن نسبة انتشار السلوكيات المعارضة كانت مرتفعة نسبياً، وأن هناك فروقاً دالة إحصائية لصالح الذكور، كما وُجد ارتباط بين شدة السلوك العنادي وعوامل أسرية مثل التنذبذ في أساليب التربية، وضعف التواصل العاطفي داخل الأسرة. أكدت الدراسة كذلك على أن البيئة المدرسية التي تفتقر إلى الضبط الإيجابي تساهم في تأجيج هذه السلوكيات. تبرز أهمية هذه الدراسة في كونها تسلط الضوء على البيئة الاجتماعية والثقافية المحلية كعامل مفسر مهم لظهور الاضطراب، مما يدعم ضرورة تكييف البرامج العلاجية لتناسب مع

الخصوصيات الثقافية للطفل العربي. كما أنها توفر قاعدة بيانات مهمة لتقدير حجم المشكلة في البيئات المدرسية الجزائية، وهو ما يتقاطع مع هدف بحثنا في التأكيد على أهمية التدخل المدرسي المنظم.

٣. حسنين (٢٠١٤) تناولت هذه الدراسة بالتحليل أسباب اضطراب العناد المتحدي وأساليب تشخيصه وعلاجه في السياق العربي، من خلال مراجعة الأدبيات النفسية والتربوية، ودراسة حالات ميدانية لأطفال مصابين بهذا الاضطراب. ركزت الدراسة على تبيان العوامل الأسرية والمدرسية التي تساهم في تفاقم السلوكيات المعارضة، مثل القسوة المفرطة، والتذبذب في أساليب الضبط، وضعف العلاقة الوجدانية بين الطفل والديه. كما ناقشت الدراسة الأساليب العلاجية التقليدية والمعرفية السلوكية، مع إبراز مزايا وقيود كل منها. أوضحت النتائج أن معظم الأساليب التقليدية القائمة على العقاب وحده غير فعالة، بل قد تؤدي إلى تصعيد السلوك الجدلي والمعارض. في المقابل، أظهرت برامج العلاج المعرفي السلوكي فاعلية أكبر في تعديل السلوكيات السلبية عندما يتم إشراك الأسرة والمدرسة في خطة العلاج.

تكمُن أهمية هذه الدراسة في أنها تقدم رؤية تحليلية عربية شاملة للعوامل المفسرة وطرائق العلاج، وتؤكد أن البيئة الأسرية تمثل محوراً رئيساً في ظهور الاضطراب واستمراره. كما أنها تدعم الاتجاه القائل بضرورة تطبيق مداخل علاجية علمية مبنية على الأدلة، مثل العلاج المعرفي السلوكي، بدلاً من الاعتماد على الأساليب العقابية التقليدية.

٤. إبراهيم وآخرون (١٩٩٣) تعد هذه الدراسة من الأعمال العربية الرائدة التي عرضت نماذج من تطبيقات العلاج السلوكي والمعرفي على الأطفال، بما في ذلك حالات تعاني من اضطرابات سلوكية. قدّم الباحثون إطاراً عملياً لكيفية استخدام تقنيات تعديل السلوك، كالتعزيز الإيجابي، وضبط المثيرات، والعقود السلوكية، في تعديل سلوك الأطفال داخل البيئة الأسرية والمدرسية. كما عرضوا حالات واقعية توضّح كيفية دمج هذه التقنيات مع أساليب معرفية مبسطة تناسب العمر العقلي للطفل. أظهرت النتائج نجاح هذه البرامج في خفض السلوكيات غير التكيفية وتحسين التفاعل الاجتماعي للأطفال، خاصة عندما يُشرك الوالدان والمعلمون في العملية العلاجية. وأكدت الدراسة على أن التكامل بين المكونات المعرفية والسلوكية يمثل أساساً لتحقيق نتائج علاجية مستدامة. أهمية هذه الدراسة تكمن في أنها تؤسس لمرجعية عربية عملية في تطبيق مبادئ العلاج السلوكي والمعرفي في البيئات المدرسية والأسرية، وهو ما يعزز فرضية البحث الحالي حول فاعلية هذا النوع من العلاج في خفض اضطراب العناد المتحدي ضمن السياق الثقافي العربي.

٥. القبندي (٢٠١٧) قدّمت هذه الدراسة نموذجًا تطبيقيًا للعلاج المعرفي السلوكي في معالجة اضطراب القلق العام لدى طفل، وهي حالة لا تتعلق مباشرة بالعناد المتحدي، لكنها تبرز آليات تطبيق CBT في البيئة العربية. استخدم الباحث تصميم دراسة حالة مفصلة لطفل في المرحلة الابتدائية، تم إخضاعه لبرنامج علاجي معرفي سلوكي مكوّن من جلسات فردية، وأنشطة منزلية، وتعاون مع الأسرة. أظهرت النتائج تحسّنًا ملحوظًا في الأعراض الانفعالية والسلوكية للطفل، وانخفاض مستويات القلق، مع زيادة قدرته على مواجهة المواقف المثيرة للتوتر. وأكدت الدراسة أن مشاركة الأسرة في البرنامج العلاجي، وتكييف الأنشطة لتناسب مع خصائص الطفل الثقافية والمعرفية، كانت من العوامل الأساسية للنجاح. تبرز أهمية هذه الدراسة بالنسبة لبحثنا في أنها توضح قابلية تطبيق العلاج المعرفي السلوكي في البيئات العربية، حتى مع اضطرابات مختلفة، مما يعزز إمكانية تعميمه على اضطراب العناد المتحدي، شريطة مراعاة الخصائص الفردية والثقافية للطفل.

يُعد اضطراب العناد المتحدي من الاضطرابات السلوكية الأكثر شيوعًا وتأثيرًا في مرحلة الطفولة، خاصة في البيئة المدرسية، إذ يؤثر سلبًا في تكيف الطفل النفسي والاجتماعي، ويُضعف من تحصيله الأكاديمي، وقد يشكل مدخلًا لتطور اضطرابات سلوكية أكثر تعقيدًا في المراحل اللاحقة. وقد أبرز الإطار النظري للبحث أن هذا الاضطراب لا ينشأ نتيجة عامل واحد، بل هو حصيلة تفاعل معقد بين عوامل نفسية وشخصية، وأسرية، ومدرسية، واجتماعية. كما أظهر أن مظاهر العناد والتحدي تتسم بالاستمرارية عبر المواقف المختلفة، مما يجعل التدخل المبكر والمنهجي أمرًا ضروريًا.

وفي هذا السياق، برز العلاج المعرفي السلوكي كأحد أكثر الأساليب العلاجية فاعلية في التعامل مع الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال، نظرًا لطبيعته المتكاملة التي تستهدف تعديل الأفكار والسلوكيات والبيئات الداعمة في آنٍ واحد. وقد بينت الدراسات الأجنبية بشكل واضح نجاح هذا النوع من العلاج في خفض السلوكيات المعارضة، خاصة عندما يتم إشراك الأسرة والمدرسة في العملية العلاجية، وعند تكييف البرامج وفق خصائص البيئة الثقافية. أما الدراسات العربية فقد أكدت الاتجاه نفسه، مع إبراز أهمية ملائمة البرامج العلاجية للواقع الاجتماعي والتربوي المحلي، لكنها كشفت في الوقت نفسه عن نقص في الدراسات التجريبية المحكمة وضعف في استمرارية البرامج العلاجية داخل المؤسسات التربوية.

من هنا تأتي أهمية هذا البحث في تسليط الضوء على فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خفض اضطراب العناد المتحدي لدى أطفال المرحلة الابتدائية، بوصفه مدخلًا علميًا وتطبيقيًا يمكن أن يساهم في تطوير استراتيجيات التدخل المدرسي والأسري في العالم العربي. كما

يهدف البحث إلى سد فجوة معرفية وتطبيقية من خلال تقديم إطار متكامل يجمع بين التحليل النظري والدعم التجريبي المستند إلى الأدلة، تمهيداً لتفعيل برامج علاجية أكثر فاعلية واستدامة في البيئات التربوية.

سابعاً: الإجراءات المنهجية للدراسة:-

(أ) نوع الدراسة: تنتمي هذه الدراسة إلى الدراسات شبة التجريبية التي تسعى لاختبار أثر متغير مستقل وهو (برنامج التدخل المهني باستخدام العلاج المعرفي السلوكي) علي متغير تابع وهو (خفض العناد المتحدي لدي أطفال المرحلة الابتدائية).

(ب) المنهج المستخدم: اعتمدت هذه الدراسة على المنهج التجريبي لأنه يتفق مع أهداف ونوع الدراسة، حيث يتم التحكم في بعض المتغيرات و تحريك متغيرات أخرى ويتم التأكد من تأثير هذه المتغيرات المستقلة على المتغيرات التابعة، وقد اعتمدت الدراسة علي أحد تصميمات المنهج التجريبي وهو التجربة القبلية - البعدية باستخدام مجموعتين احدهما تجريبية والأخرى ضابطة.

(ج) مجالات الدراسة:

- **المجال المكاني:** تم تطبيق الدراسة بمدرسة صدقا للتعليم الأساسي التابعة لإداره تمي الامديد التعليمية بمحافظة الدقهلية وقد وقع الاختيار على تلك المؤسسة للأسباب التالية:-

- نتائج الدراسات السابقة أشارت إلي وجود المشكلة لدى الطلاب.
- موافقة ادارة المدرسة على تنفيذ الباحثة لبرنامج التدخل المهني مع الطلاب.
- من خلال اجتماع الباحثة مع مديرة المدرسة أوضحت أن المشكلة موجودة بالفعل وقد ورد عليها العديد من الشكاوي الفردية من التلاميذ وهي مرصودة بسجلات الحالات الفردية لدي الاخصائي الاجتماعي.
- وجود تعاون من الاخصائي الاجتماعي بالمدرسة و إدارة المدرسة مما يؤدي لتسهيل إجراءات تطبيق الدراسة.
- توافر عينة الدراسة بها.
- موافقة الطلاب بالمدرسة على الاشتراك ببرنامج التدخل المهني وذلك لتحقيق الاستفادة لهم.
- **المجال البشري:** تم تطبيق برنامج التدخل المهني على مجموعتين إحدهما تجريبية (٢٥) مفردة والأخرى ضابطة (٢٥) مفردة، من اطار المعاينة البالغ (٦٣) طالب

الذين تم ترشيحهم من قبل الاخصائيين الاجتماعيين بالمدرسة طبقا لسجل الحالات

الفردية والمواقف السريعة، وقد تم اختيارهم طبقا للشروط التالية:

- الحصول على درجات منخفضة على مقياس السلوك العنادي.
- قبلوا الاشتراك ببرنامج التدخل المهني والالتزام بالأنشطة داخل البرنامج.
- لم يتلاقوا برامج تدريبية في هذا الشأن.

بعد تطبيق تلك الشروط تم استبعاد (١١) لحصولهم على درجات مرتفعة على مقياس السلوك العنادي، كما تم استبعاد (٢) لعدم قبولهم الاشتراك في برنامج التدخل المهني، واصبح عدد الطلاب الذين انطبق عليهم الشروط (٥٠) مفردة، تم تقسيمهم عشوائيا الى جماعتين قوام كل مجموعة (٢٥) طالب.

- المجال الزمني: تم تنفيذ برنامج التدخل المهني في حوالى ثلاثة اشهر في الفترة في من ٢٠٢٢/١/٢٢ إلى ٢٠٢٤/٤/٢٥ م.

د: برنامج التدخل المهني:

أ- أهداف برنامج التدخل المهني: يهدف هذا البحث إلى دراسة فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خفض اضطراب العناد المتحدي لدى أطفال المرحلة الابتدائية، من خلال تحليل الجوانب النظرية المرتبطة بالاضطراب والعلاج، واستعراض الدراسات السابقة، بهدف بناء تصور علمي يمكن الاستفادة منه في الممارسات التربوية والنفسية في البيئة المدرسية من خلال المحاور التالية:-

- ١- قياس فعالية برنامج العلاج المعرفي السلوكي في خفض سلوك العناد السلوكي (مثل رفض التعليمات، مقاومة التوجيهات) لدى أطفال المرحلة الابتدائية.
- ٢- تحديد مدى تأثير العلاج المعرفي السلوكي في تقليل العناد اللفظي والجدلي (مثل المجادلة المستمرة، الردود التحدية) لدى الأطفال.
- ٣- التعرف على مدى مساهمة العلاج المعرفي السلوكي في ضبط الانفعالات والحد من السلوك الانتقامي لدى الأطفال الذين يعانون من سلوك العناد المتحدي.
- ٤- مقارنة الفروق بين متوسطات درجات الأطفال في أبعاد العناد المتحدي الثلاثة (قبل - بعد - والمتابعة) لتحديد فعالية العلاج بمرور الوقت.
- ٥- تقديم توصيات إجرائية وتطبيقية للأخصائيين والمعلمين وأولياء الأمور مبنية على نتائج تأثير العلاج على الأبعاد السلوكية الثلاثة للعناد.

ب- مراحل التدخل المهني:

أولاً: مرحله ما قبل التدخل المهني :

- ١- الإطلاع علي المراجع والدراسات المرتبطة بفعالية العلاج المعرفي السلوكي في خفض اضطراب العناد المتحدي لدى أطفال المرحلة الابتدائية.
- ٢- إعداد مقياس العناد المتحدي لدى الأطفال في المرحلة الابتدائية.
- ٣- الأطفال الذين يظهرون سلوكيات عناد متحدي، مثل الجدل، رفض التعليمات، السلوك العدواني أو الانسحاب الاجتماعي.

ثانيا - مرحله التدخل المهني:

- ١- إجراء القياس القبلي - خط الأساس - للعينة ككل.
- ٢- تقليل السلوكيات المعارضة مثل رفض التعليمات، الجدل المستمر، واستخدام العبارات التحديّة.
- ٣- تحسين مهارات التحكم بالانفعالات والغضب
- ٤- تعزيز القدرة على حل المشكلات بطريقة بناءة.
- ٥- زيادة التعاون والالتزام بالقواعد داخل المدرسة والمنزل.
- ٦- تقييم عائد التدخل المهني من خلال مقارنة نتائج القياسات قبل وبعد التدخل المهني لحالات المجموعة التجريبية وكذلك للمجموعتين التجريبية والضابطة، واعتمدت نتائج التقييم علي مدى تحقيق الأهداف التالية:
- أ-البيان الكمي لمقدار شيع.
- ب- التوقيات التي يحدث فيها
- ج- الظروف التي ترتبط بزيادة حدوثه
- د- متابعه التطورات العلاجية لهذا السلوك بكل دقة
- ٧-تحديد العوامل المسؤولة عن استمرار العناد المتحدي ويتضمن ذلك الجوانب التالية:-
- أ- نوع السلوك
- ب-تاريخ حدوثه
- ج-الوقت الذي يستغرقه.
- د- مع من حدث
- هـ-كم مره يحدث في اليوم
- و-ما الذي حدث قبل ظهور السلوك (المقدمات أو الوقائع السابقة)
- ز-كيفية استجابة الآخرين

- د- المكاسب التي حصل عليها من إجراء السلوك الخاطئ (النتائج المترتبة علي أداء السلوك)
- ٥ - تحديد واختيار الظروف التي يمكن أن تعدل أو تغير خلال عملية العلاج
- ٨ - تعديل الظروف السابقة لسلوك العناد المتحدي ويتضمن ذلك تعديل العلاقات بين الاستجابات وبين المواقف التي يحدث فيها.
- ٩-تعديل الظروف البيئية وفيها توجه الجهود نحو تقليل احتمالات حدوث السلوك غير المرغوب أو غير المتوافق ويكون التركيز علي تعديل الاستجابات وتتابعها بهدف زيادة احتمال حدوث السلوك المرغوب في الظروف التي يتكرر فيها وذلك من خلال الأسرة / المدرسة / تشجيع الاتجاه الايجابي لدي الأطفال / ابتكار وممارسه نموذج معرفي سلوكي معارض للسلوك اللاتوافقي.
- ١٠ - إنهاء العلاج حين نصل إلى السلوك المرغوب المعدل وتعميم هذا السلوك في المواقف المتعددة.
- ١١-تحديد مظاهر التحسن من خلال:
- أ-القياس البعدي
- ب-إعادة التطبيق
- ج-سؤال المحيطين عن مظاهر السلوك خاصة مدرسين الفصل.
- د-متابعه الحالة من خلال أسلوب يتم الاتفاق عليه مع الأطفال أو ولي الأمر.
- ١٢- تم معالجة البيانات من خلال الحاسب الآلي باستخدام برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS.V. 24.0)، وقد طبقت الأساليب الإحصائية التالية: التكرارات والنسب المئوية، والمتوسط الحسابي، والانحراف المعياري، والمدى، ومعامل ارتباط بيرسون، واختبار (ت) لعينتين مرتبطتين، واختبار (ت) لعينتين مستقلتين.
- (هـ) ادوات الدراسة:
- اعتمدت الدراسة على الادوات التالية:
- ١- الوثائق والسجلات المتاحة بالمؤسسة وتشتمل(ملفات وسجلات العملاء).
- ٢- مقابلات مهنية: وهي تلك المقابلات التي يتم إجراؤها في فترة التدخل المهني، ويتم خلالها تطبيق برنامج التدخل المهني، وإجراء القياسات القبليّة والبعديّة.
- ٣-مقياس العناد المتحدي لدى الأطفال في المرحلة الابتدائية. (من اعداد الباحثة)، وقد تم بنائه من خلال الخطوات التالية:
- تحديد موضوع المقياس وهو العناد المتحدي، وكذلك تحديد الأبعاد الرئيسية للمقياس والتي ترتبط السلوك العنادي لدى الأطفال في المرحلة الابتدائية، وذلك من خلال الاعتماد على العديد من المراجع وكذلك الدراسات والبحوث التي أجريت في نفس

الموضوع، وكذلك الاستفادة من المقاييس التي تناولت لدى الأطفال في المرحلة الابتدائية، وقد أفاد الباحثة في صياغة ابعاد وعبارات المقياس.

- **تحديد محتوى المقياس:** حيث قامت الباحثة بتحديد الأبعاد الرئيسية للمقياس وتحديد متغيراته، على أن تكون صياغة العبارات متصلة بالأبعاد الرئيسية للمقياس وتكون سهلة واضحة ومرتبطة بالبعد المراد قياسه، ولقد بلغ المجموع الكلي للعبارات بالأبعاد الثلاثة للمقياس (٢٤) عبارة موزعة على النحو التالي:
البعد الأول: العناد السلوكي ويتكون من (٨) عبارات.
البعد الثاني: العناد اللفظي / الجدلي ويتكون من (٨) عبارات.
البعد الثالث: الانفعال والانتقام من (٨) عبارات.

- **التأكد من صدق المقياس:** تم الاعتماد على صدق المحتوي (الصدق المنطقي) من خلال الاطلاع علي الأدبيات النظرية، والكتب العلمية، والدراسات والبحوث السابقة ذات الصلة التي تناولت متغيرات الدراسة وذلك للوصول الى الابعاد المختلفة للمقياس وكذلك للعبارات المرتبطة بالأبعاد ذات الصلة بالمشكلة البحثية.

كما تم الاعتماد على صدق المحكمين وعرض الأداة على عدد (٣) محكمين من اساتذة الخدمة الاجتماعية لإبداء الرأي في صلاحية الادوات من حيث السلامة اللغوية للعبارات من ناحية وارتباطها بأبعاد الدراسة من ناحية أخرى، وقد تم تعديل وإضافة وحذف بعض العبارات وإعادة تصحيح بعض أخطاء الصياغة اللغوية للبعض الآخر، وبناء على ذلك تم صياغة المقياس في صورته النهائية.

و تم حساب صدق الاتساق الداخلي للمقياس بالاعتماد على معامل ارتباط كل بعد في المقياس بالدرجة الكلية للأداة، وذلك بتطبيقه على عينة قوامها (١٥) مفردة من الطلاب (خارج إطار عينة الدراسة). وتبين أنها معنوية عند مستويات الدلالة المتعارف عليها، وأن معامل الصدق مقبول، وذلك كما يلي:

جدول رقم (١) يوضح الاتساق الداخلي بين أبعاد مقياس العناد المتحدي لدى الأطفال في المرحلة الابتدائية ودرجة المقياس ككل (ن=١٥)

م	الأبعاد	معامل الارتباط
١	العناد السلوكي	**٠,٩٦٢
٢	العناد اللفظي / الجدلي	**٠,٩١٤
٣	الانفعال والانتقام	**٠,٩٠٥

**** معنوي عند (٠,٠١) * معنوي عند (٠,٠٥)**

ويتضح من الجدول السابق أنه توجد علاقة طردية دالة إحصائياً عند مستوى معنوية (٠,٠١) بين أبعاد مقياس العناد المتحدي لدى الأطفال في المرحلة الابتدائية لكل بعد على حدة من

ناحية وللأبعاد كلها من ناحية أخرى، ومن ثم تحقق مستوى الثقة في المقياس والاعتماد على نتائجها.

ثبات المقياس: تم حساب ثبات المقياس بطريقة إعادة الاختبار للتأكد من أن المقياس يعطى نفس النتائج أو نتائج متقاربة إذا تكرر التطبيق، لذلك قامت الباحثة بتطبيق المقياس على (١٥) مفردات من الطلاب (خارج إطار عينة الدراسة)، ثم قامت الباحثة بتطبيق المقياس مرة أخرى على نفس المفردات بعد مرور (١٥) يوم، وتبين أنها معنوية عند مستويات الدلالة المتعارف عليها، وأن معامل الصدق مقبول، وذلك كما يلي:-

جدول رقم (٢) يوضح ثبات مقياس العناد المتحدي لدى الأطفال في المرحلة

الابتدائية (ن=١٥)

م	الأبعاد	معامل الارتباط
١	العناد السلوكي	**٠,٨٧٥
٢	العناد اللفظي / الجدلي	**٠,٩١٨
٣	الانفعال والانتقام	**٠,٩٥٥
	المقياس ككل	**٠,٩٢٨

* معنوي عند (٠,٠٥)

** معنوي عند (٠,٠١)

وهذا يدل على أن الارتباط قوي بين التطبيق الأول وإعادة التطبيق مرة أخرى، مما يعني أنه يمكن الاعتماد على المقياس بدرجة عالية، كذلك الاعتماد على النتائج التي يمكن التوصل إليها من خلاله.

- **طريقة تصحيح المقياس:** تم بناء المقياس وتقسيمه الى فئات حتي يمكن التوصل الى نتائج الدراسة باستخدام المتوسط الحسابي، بحيث تكون بداية ونهاية فئات المقياس الثلاثي: دائما (ثلاثة درجات)، احيانا (درجتين)، نادرا (درجة واحدة)، تم ترميز وإدخال البيانات إلى الحاسب الآلي، ولتحديد طول خلايا المقياس الثلاثي (الحدود الدنيا والعليا)، تم حساب المدى = أكبر قيمة - أقل قيمة (٣ - ١ = ٢)، تم تقسيمه على عدد خلايا المقياس للحصول على طول الخلية المصحح (٣/٢ = ٠,٦٧) وبعد ذلك تم إضافة هذه القيمة إلى أقل قيمة في المقياس أو بداية المقياس وهي الواحد الصحيح وذلك لتحديد الحد الأعلى لهذه الخلية، وهكذا أصبح طول الخلايا كما يلي:

جدول رقم (٣) يوضح مستويات المتوسطات الحسابية لأبعاد المقياس

المستوى	القيم
مستوى منخفض	إذا تراوحت قيمة المتوسط للعبارة أو البعد من ١ إلى ١,٦٧
مستوى متوسط	إذا تراوحت قيمة المتوسط للعبارة أو البعد من ١,٦٧ إلى ٢,٣٤
مستوى مرتفع	إذا تراوحت قيمة المتوسط للعبارة أو البعد من ٢,٣٤ إلى ٣

-**الدلالة الاحصائية للدرجة المعيارية:** وهي عبارة عن حاصل ضرب عدد عبارات المقياس في الوزن وهي كالتالي:

– الدرجة الكلية المرتفعة للمقياس ككل = $3 * 24 = 72$

– الدرجة المتوسطة للمقياس ككل = $2 * 24 = 48$

– الدرجة الضعيفة للمقياس ككل = $1 * 24 = 24$

مفتاح المقياس: يعتبر مجموع الدرجات التي يحصل عليها الطلاب على هذا المقياس فكلما ارتفع مجموع الدرجات التي يحصل عليها المبحوث كلما دل ذلك على ارتفاع درجة العناد المتحدي، وكلما انخفض المجموع الكلي للدرجات التي يحصل عليها كلما دل ذلك على انخفاض العنادي المتحدي.

جدول رقم (٤) يوضح درجات مقياس العناد المتحدي لدى الأطفال في المرحلة الابتدائية

م	الأبعاد	عدد العبارات	منخفض	متوسط	مرتفع
١	العناد السلوكي	٨	١٣,٣ : ٨,٠	١٨,٦ : ١٣,٣	٢٤,٠ : ١٨,٦
٢	العناد اللفظي / الجدلي	٨	١٣,٣ : ٨,٠	١٨,٦ : ١٣,٣	٢٤,٠ : ١٨,٦
٣	الانفعال والانتقام	٨	١٣,٣ : ٨,٠	١٨,٦ : ١٣,٣	٢٤,٠ : ١٨,٦
	المقياس ككل	٢٤	٤٠,٠ : ٢٤,٠	٥٦,٠ : ٤٠,٠	٧٢,٠ : ٥٦,٠

(هـ) أساليب التحليل الكيفي والكمي: اعتمدت الدراسة في تحليل البيانات على الأساليب التالية:

- أسلوب التحليل الكيفي: بما يتناسب وطبيعة موضوع الدراسة.
- أسلوب التحليل الكمي: تم معالجة البيانات من خلال الحاسب الآلي باستخدام برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS.V. 24.0)، وقد طبقت الأساليب الإحصائية التالية: التكرارات والنسب المئوية، والمتوسط الحسابي، والانحراف المعياري، والمدى، ومعامل ارتباط بيرسون، واختبار (ت) لعينتين مرتبطتين، واختبار (ت) لعينتين مستقلتين.

تاسعاً: نتائج الدراسة الميدانية:

(أ) وصف لمجتمع الدراسة:

جدول (٥) يوضح وصف مجتمع الدراسة (ن=٥٠)

المتغير	الاستجابة	المجموعة الضابطة ن=٢٥		المجموعة التجريبية ن=٢٥	
		ك	%	ك	%
النوع	ذكر	١٦	64%	١٧	68%
	انثى	٩	36%	٨	32%
السن	١١ عام	١١	44%	١٢	48%
	١٢ عام	١٤	56%	١٣	52%
الحالة الاجتماعية للوالدين	متزوجان	17	68%	١٨	72%
	منفصلان	7	28%	٧	20%
	توفى أحد الوالدين	1	4%	-	-

عدد افراد الاسرة	ثلاثة افراد	٤	%16	٣	%12
	اربعة افراد	١٦	%64	١٤	%56
	خمسة افراد	٥	%20	٨	%32
المستوي الاقتصادي للأسرة	مرتفع	٢	%8	٣	%12
	متوسط	١٩	%76	١٥	%60
	منخفض	٤	%16	٧	%28
مدي تكرار السلوك العنادي وفقا لسجلات الاحصائي الاجتماعي	نادرا	-	-	-	-
	احيانا	٦	%24	٤	%16
	دائما	١٩	%76	٢١	%84
التحصيل الدراسي للطالب	ممتاز	٥	%20	٣	%12
	جيد	٧	%28	١١	%44
	متوسط	٩	%36	٨	%32
	ضعيف	٤	%16	٣	%12

يوضح الجدول السابق وصف مجتمع الدراسة:

- بالنسبة لنوع الطلاب جاء في الترتيب الاول للمجموعة الضابطة (الذكور) بنسبة (٦٤%) و جاء في الترتيب الاول للمجموعة التجريبية (الذكور) بنسبة (٦٨%)، بينما جاء في الترتيب الاخير للمجموعة الضابطة (الاناث) بنسبة (٣٦%) وجاء في الترتيب الاخير للمجموعة التجريبية (الاناث) بنسبة (٣٢%).
- بالنسبة لسن الطلاب جاء في الترتيب الاول للمجموعة الضابطة (١٢ عام) بنسبة (٥٦%) و جاء في الترتيب الاول للمجموعة التجريبية (١٢ عام) بنسبة (٥٢%)، بينما جاء في الترتيب الاخير للمجموعة الضابطة (١١ عام) بنسبة (٤٤%) وجاء في الترتيب الاخير للمجموعة التجريبية (١١ عام) بنسبة (٤٨%).
- بالنسبة للحالة الاجتماعية للوالدين للطلاب جاء في الترتيب الاول للمجموعة الضابطة (متزوجان) بنسبة (٦٨%) و جاء في الترتيب الاول للمجموعة التجريبية (متزوجان) بنسبة (٧٢%)، بينما جاء في الترتيب الاخير للمجموعة الضابطة (توفى احد الوالدين) بنسبة (٤%) وجاء في الترتيب الاخير للمجموعة التجريبية (منفصلان) بنسبة (٢٨%).
- بالنسبة لعدد افراد الاسرة جاء في الترتيب الاول للمجموعة الضابطة (اربعة افراد) بنسبة (٦٤%) و جاء في الترتيب الاول للمجموعة التجريبية (اربعة افراد) بنسبة (٥٦%)، بينما جاء في الترتيب الاخير للمجموعة الضابطة (ثلاثة افراد) بنسبة (١٦%) وجاء في الترتيب الاخير للمجموعة التجريبية (ثلاثة افراد) بنسبة (١٢%).
- بالنسبة للمستوي الاقتصادي للأسرة جاء في الترتيب الاول للمجموعة الضابطة (متوسط) بنسبة (٧٦%) و جاء في الترتيب الاول للمجموعة التجريبية (متوسط) بنسبة (٦٠%)، بينما جاء في الترتيب الاخير للمجموعة الضابطة (مرتفع) بنسبة (٨%) وجاء في الترتيب الاخير للمجموعة التجريبية (مرتفع) بنسبة (١٢%).

- بالنسبة لمدي تكرار السلوك العنادي وفقا لسجلات الاخصائي الاجتماعي جاء في الترتيب الاول للمجموعة الضابطة (دائما) بنسبة (٧٦%) و جاء في الترتيب الاول للمجموعة التجريبية (دائما) بنسبة (٨٤%)، بينما جاء في الترتيب الاخير للمجموعة الضابطة (احيانا) بنسبة (٢٤%) وجاء في الترتيب الاخير للمجموعة التجريبية (احيانا) بنسبة (١٦%).
- بالنسبة للتحصيل الدراسي للطالب جاء في الترتيب الاول للمجموعة الضابطة (متوسط) بنسبة (٣٦%) و جاء في الترتيب الاول للمجموعة التجريبية (جيد) بنسبة (٤٤%)، بينما جاء في الترتيب الاخير للمجموعة الضابطة (ضعيف) بنسبة (١٦%) وجاء في الترتيب الاخير للمجموعة التجريبية (ضعيف) و(ممتاز) بنسبة (١٢%).
- يتضح من الجدول (٥) أن أغلبية أفراد عينة الدراسة - في كل من المجموعتين التجريبية والضابطة - من الذكور بنسبة (٦٤%) و(٦٨%) على التوالي، وهي نتيجة تتسق مع ما أشارت إليه الدراسات السابقة مثل دراسة Biederman وآخرين (٢٠٠٨) ودراسة حداد وفاضلي (٢٠٢٢)، حيث أكدت كلتاها أن اضطراب العناد المتحدي ينتشر بنسبة أعلى بين الذكور مقارنة بالإناث، ويرتبط ذلك بخصائص نمائية واجتماعية تجعل الذكور أكثر ميلاً لإظهار السلوكيات المعارضة والانفعالية.
- كما يُلاحظ أن معظم أفراد العينة تتراوح أعمارهم بين ١١ و ١٢ عاماً، وهي مرحلة انتقالية من الطفولة المتوسطة إلى المتأخرة، تشهد - وفقاً لما أشار إليه Kazdin (١٩٩٧) و Lochman & Pardini (٢٠٢١) - تصاعداً في السلوكيات المعارضة نتيجة نمو الحس بالاستقلالية والرغبة في تحدي السلطة الأبوية أو المدرسية، ما يجعلها فترة مثالية لتطبيق برامج العلاج المعرفي السلوكي التي تركز على ضبط الانفعال وإعادة بناء التفكير.
- وتُظهر البيانات أن الغالبية العظمى من الأطفال ينتمون إلى أسر متزوجة بنسبة (٦٨%) و(٧٢%)، بينما كانت نسبة الأسر المنفصلة أو التي فقد أحد الوالدين محدودة. إلا أن الدراسات مثل حسنين (٢٠١٤) وحداد وفاضلي (٢٠٢٢) أوضحت أن نوعية العلاقة داخل الأسرة (من حيث التواصل العاطفي وأسلوب الضبط) لها تأثير أكبر في السلوك العنادي من الحالة الاجتماعية الرسمية نفسها. وهذا يتفق مع طبيعة العينة الحالية التي تضم أسراً متزوجة ولكن يعاني بعض أبنائها من سلوكيات عنادية، مما قد يشير إلى مشكلات تواصل أو أساليب تربية غير متوازنة أكثر من كونه تقكاً أسرياً صريحاً.

- أما بالنسبة إلى عدد أفراد الأسرة، فقد تبين أن معظم الأسر تتكون من أربعة إلى خمسة أفراد، وهي بنية أسرية متوسطة تتفق مع ما ورد في الدراسات العربية مثل الحسن (٢٠٠٩) وإبراهيم وآخرون (١٩٩٣)، التي بينت أن حجم الأسرة المتوسط لا يُعد عامل حماية بحد ذاته، بل إن جودة التفاعل الأسري والضبط الانفعالي هي المحدد الرئيس لسلوك الأطفال.
 - كما تُظهر نتائج الجدول أن أغلبية الأسر تقع في المستوى الاقتصادي المتوسط أو المنخفض، وهي نتيجة تتسق مع نتائج دراسات مثل Lavigne وآخرين (٢٠٠٨) وحداش وفاضلي (٢٠٢٢)، اللتين أوضحتا أن العوامل الاقتصادية والاجتماعية تلعب دوراً في زيادة السلوكيات المعارضة نتيجة الضغوط الأسرية وقلة الدعم النفسي. ويُفسّر ذلك بأن الأسر ذات الدخل المحدود قد تواجه صعوبة في متابعة السلوكيات السلبية أو توفير بيئة تربية داعمة.
 - أما من حيث مدى تكرار السلوك العنادي، فقد أظهرت سجلات الأخصائي الاجتماعي أن أغلبية أفراد العينة يظهر لديهم السلوك العنادي بشكل دائم بنسبة (٧٦%) و(٨٤%)، وهي نسب مرتفعة تتفق مع ما ورد في الدراسات الأجنبية مثل Dedousis-Wallace et al. (٢٠٢٢) التي أكدت أن الاستمرارية العالية للسلوك المعارض تتطلب تدخلاً معرفياً سلوكياً مكثفاً ومطول الأمد لضمان تعديل أنماط التفكير والسلوك لدى الطفل.
 - وفيما يتعلق بـ التحصيل الدراسي، فقد أظهرت النتائج أن الغالبية في مستوى جيد إلى متوسط، وهو ما يتوافق مع ما أشار إليه ناصر جمعة وأحمد رمضان (٢٠١٣) في دراستهما حول العلاقة بين الألكسيثيميا (ضعف الوعي الانفعالي) واضطراب العناد المتحدي لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية، إذ تبين أن الطلاب ذوي السلوك العنادي غالباً ما يعانون من ضعف في التحصيل الدراسي نتيجة تشتت الانتباه أو ضعف الدافعية المرتبط بسلوكيات المعارضة.
- نستنتج من الجدول السابق:-**
- توضح خصائص مجتمع الدراسة أن أغلب العوامل الديموغرافية والاجتماعية والنفسية التي أظهرتها نتائج الجدول (٥) تتفق مع ما أكدته الدراسات السابقة من أن اضطراب العناد المتحدي يرتبط بعدد من العوامل المتشابكة، منها: النوع (الذكور أكثر عرضة)، السن (فترة الطفولة المتوسطة إلى المتأخرة)، والمستوى الاقتصادي الأسري، ونمط العلاقات الأسرية.

- وتبرز هذه النتائج أهمية تطبيق برامج العلاج المعرفي السلوكي في مرحلة مبكرة، مع إشراك الأسرة والمدرسة لمعالجة هذه العوامل في سياق متكامل، وهو ما يتوافق مع أهداف البحث الحالي في دراسة فاعلية هذا العلاج في خفض اضطراب العناد المتحدي لدى أطفال المرحلة الابتدائية.

(ب) وصف مستوي مظاهر العناد المتحدي لدى الأطفال في المرحلة الابتدائية (المجموعة التجريبية).

جدول (٦) يوضح مظاهر العناد السلوكي للمجموعة التجريبية (ن=٢٥)

م	العبارة	القياس القبلي				القياس البعدي			
		مجموع الأوزان	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	مجموع الأوزان	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب
	يرفض تنفيذ التعليمات من المعلمين أو الوالدين دون سبب واضح.	63	2.52	0.586	٤م	34	1.36	0.569	٤
٢	يعاند في اتباع القواعد حتى بعد التنبيه عليه.	65	2.60	0.645	١	31	1.24	0.523	٨
٣	يستمر في السلوك الخاطئ رغم تحذير الآخرين.	62	2.48	0.586	٦	33	1.32	0.476	٥
٤	يتجاهل التوجيهات المتكررة من المعلمين أو الوالدين.	63	2.52	0.510	٣	36	1.44	0.583	٢
٥	يرفض أداء المهام المنزلية أو المدرسية المطلوبة منه.	58	2.32	0.802	٨	33	1.32	0.476	٥م
٦	يُظهر تحديًا سلوكيًا واضحًا عند محاولة ضبطه.	59	2.36	0.569	٧	32	1.28	0.542	٧
٧	ينسحب من المواقف التي يُطلب منه فيها التعاون.	63	2.52	0.586	٤	42	1.68	0.748	١
٨	يعيد تكرار نفس السلوك الذي تم التنبيه عليه مسبقًا.	64	2.56	0.712	٢	35	1.40	0.645	٣
المتوسط العام للبعد ككل		٤٩٧	٢,٤٨	٠,٣٢٣	مرتفع	٢٧٦	١,٣٨	٠,٢٤٣	منخفض

يوضح الجدول السابق:

- مظاهر العناد السلوكي للمجموعة التجريبية (قبل التدخل المهني) جاءت مرتفعة وذلك بمتوسط حسابي (٢,٤٨) ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي: الترتيب الأول (يعاند في اتباع القواعد حتى بعد التنبيه عليه) بمتوسط حسابي (٢,٦٠)، وجاء في الترتيب الثاني (يعيد تكرار نفس السلوك الذي تم التنبيه عليه مسبقاً) بمتوسط حسابي (٢,٥٦)، يليه في الترتيب الثالث (يتجاهل التوجيهات المتكررة من المعلمين أو الوالدين) بمتوسط حسابي

(٢,٥٢)، وفي الترتيب الأخير (يرفض أداء المهام المنزلية أو المدرسية المطلوبة منه).
بمتوسط حسابي (٢,٣٢).

- مظاهر العناد السلوكي للمجموعة التجريبية (بعد التدخل المهني) جاءت منخفضة وذلك
بمتوسط حسابي (١,٣٨) ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي: الترتيب الأول
(ينسحب من المواقف التي يُطلب منه فيها التعاون) بمتوسط حسابي (١,٦٨)، وجاء في
الترتيب الثاني (يتجاهل التوجيهات المتكررة من المعلمين أو الوالدين) بمتوسط حسابي
(١,٤٤)، يليه في الترتيب الثالث (يعيد تكرار نفس السلوك الذي تم التنبيه عليه مسبقاً)
بمتوسط حسابي (١,٤٠)، وفي الترتيب الأخير (يعاند في اتباع القواعد حتى بعد التنبيه عليه)
بمتوسط حسابي (١,٢٤).

يتضح من نتائج الجدول أن المتوسط الحسابي العام لمظاهر العناد السلوكي انخفض من
(٢,٤٨) في القياس القبلي إلى (١,٣٨) في القياس البعدي، مما يشير إلى انخفاض واضح
في شدة السلوكيات العنادية بعد تطبيق البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي. ويعني ذلك أن
البرنامج أسهم في تعديل أنماط السلوك الخارجي لدى الأطفال، كرفض التعليمات، والعناد في
اتباع القواعد، والتحدي السلوكي المتكرر، حيث لوحظ انخفاض كبير في العبارات مثل
"يرفض تنفيذ التعليمات دون سبب واضح" و"يتجاهل التوجيهات المتكررة من المعلمين أو
الوالدين"، وهو ما يعكس تحسناً ملحوظاً في درجة الطاعة والامتثال للتوجيهات بعد التدخل
العلاجي.

تتفق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة (Barkley 2013) التي أكدت أن البرامج
المعرفية السلوكية تسهم بفاعلية في تقليل السلوكيات السلبية مثل المقاومة والتحدي، من خلال
تدريب الطفل على التنظيم الذاتي والانضباط السلوكي. كما تتسق النتائج مع دراسة
Greene و (Doyle 2006) التي أوضحت أن تعديل نمط التفكير السلبي لدى الأطفال
المصابين باضطراب العناد المتحدي يؤدي إلى انخفاض تدريجي في مظاهر العصيان
والرفض، خاصة عندما يُدمج الأهل والمعلمون في خطة العلاج.

وتتطابق نتائج هذا الجدول كذلك مع ما أشارت إليه دراسة Lochman و Pardini
(2021) التي بينت أن استخدام استراتيجيات معرفية وسلوكية (مثل التعزيز الإيجابي والتفكير
البديل) يؤدي إلى خفض كبير في السلوكيات المعارضة والانفعالية لدى الأطفال في المرحلة
الابتدائية. كما دعمت دراسة Eyberg و (Robinson 2011) هذه النتائج من خلال
التأكيد على فاعلية برامج تدريب الوالدين (Parent-Child Interaction Therapy) في
تحسين سلوك الأطفال وتقليل مظاهر العناد السلوكي.

أما في السياق العربي، فقد توصلت دراسة الحسن (٢٠٠٩) (إلى نتائج مشابهة، إذ أظهرت انخفاضاً واضحاً في السلوكيات السلبية والعدوانية بعد تطبيق برنامج علاجي معرفي سلوكي على الأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية، كما أكدت دراسة عبد الحميد (٢٠١٦) (أن استخدام العلاج المعرفي السلوكي في البيئة المدرسية يساعد على خفض السلوك المعارض والعناد من خلال تعزيز المهارات الاجتماعية وضبط الذات. وبناءً على ما سبق، فإن نتائج هذا الجدول تتفق بوضوح مع أغلب الدراسات السابقة التي أكدت فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض مظاهر العناد السلوكي لدى الأطفال، عبر إكسابهم مهارات بديلة للتعامل مع المواقف الضاغطة وضبط استجاباتهم الانفعالية والسلوكية بشكل أكثر توافقاً.

جدول (٧) يوضح مظاهر العناد اللفظي / الجدلي للمجموعة التجريبية (ن=٢٥)

م	العبارة	القياس القبلي				القياس البعدي			
		مجموع الاوزان	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	مجموع الاوزان	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب
١	يجادل باستمرار عند توجيه أي ملاحظة له.	64	2.56	0.507	٥م	32	1.28	0.458	٣م
٢	يستخدم عبارات فيها تحدٍ أو سخيرية عند الرد على الكبار.	69	2.76	0.436	١	28	1.12	0.332	٨
٣	يعترض على الأوامر حتى قبل فهمها أو تنفيذها.	63	2.52	0.653	٧	30	1.20	0.408	٦م
٤	يكثر من قول "لا" أو "لماذا؟" عند توجيه أي طلب.	67	2.68	0.627	٣	32	1.28	0.458	٣
٥	يرد على النصائح أو الإرشادات بتعليقات ساخرة.	65	2.60	0.577	٤	31	1.24	0.523	٥
٦	يقلل من أهمية ما يُطلب منه بعبارات تهكمية.	67	2.68	0.476	٢	30	1.20	0.408	٦
٧	يحاول إثبات أن الآخرين دائماً على خطأ.	64	2.56	0.507	٥	36	1.44	0.583	١
٨	يتحدث بنبرة متحدية عندما يُطلب منه الالتزام.	59	2.36	0.700	٨	34	1.36	0.569	٢
المتوسط العام للبعد ككل		٥١٨	٢,٥٩	٠,٢٠٥	مرتفع	٢٥٣	١,٢٧	٠,١٨٥	منخفض

يوضح الجدول السابق:

- مظاهر العناد اللفظي / الجدلي للمجموعة التجريبية (قبل التدخل المهني) جاءت مرتفعة وذلك بمتوسط حسابي (٢,٥٩) ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي: الترتيب الاول (يستخدم عبارات فيها تحدٍ أو سخيرية عند الرد على الكبار). بمتوسط حسابي (٢,٧٦)، وجاء

في الترتيب الثاني (يقل من أهمية ما يُطلب منه بعبارة تهكمية) بمتوسط حسابي (٢,٦٨)، يليه في الترتيب الثالث (يكثر من قول "لا" أو "لماذا؟" عند توجيه أي طلب). بمتوسط حسابي (٢,٦٨)، وفي الترتيب الأخير (يتحدث بنبرة متحدية عندما يُطلب منه الالتزام). بمتوسط حسابي (٢,٣٦).

- مظاهر العناد اللفظي / الجدلي للمجموعة التجريبية (بعد التدخل المهني) جاءت منخفضة وذلك بمتوسط حسابي (١,٢٧) ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي: الترتيب الأول (يحاول إثبات أن الآخرين دائماً على خطأ). بمتوسط حسابي (١,٤٤)، وجاء في الترتيب الثاني (يتحدث بنبرة متحدية عندما يُطلب منه الالتزام). بمتوسط حسابي (١,٣٦)، يليه في الترتيب الثالث (يكثر من قول "لا" أو "لماذا؟" عند توجيه أي طلب). بمتوسط حسابي (١,٢٨)، وفي الترتيب الأخير (يستخدم عبارات فيها تحدٍ أو سخرية عند الرد على الكبار). بمتوسط حسابي (١,١٢).

يتضح من بيانات الجدول أن المتوسط الحسابي العام للبعد ككل انخفض من (٢,٥٩) في القياس القبلي إلى (١,٢٧) في القياس البعدي، مما يشير إلى انخفاض واضح في مظاهر العناد اللفظي والجدلي لدى أطفال المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي. ويُعد هذا التحسن مؤشراً على فاعلية البرنامج في تعديل السلوك الجدلي وتنمية أساليب الحوار الإيجابي لدى الأطفال، حيث أظهرت النتائج انخفاضاً في العبارات التي تعبر عن الجدل، والسخرية، والتحدي اللفظي، مثل "يستخدم عبارات فيها تحدٍ أو سخرية عند الرد على الكبار" و"يكثر من قول (لا) أو (لماذا؟)"، وهي مظاهر كانت شديدة الحضور قبل تطبيق البرنامج. تتسق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة (Kazdin 1997) التي أثبتت أن تدريب الأطفال على مهارات حل المشكلات الاجتماعية وضبط الذات يؤدي إلى خفض السلوكيات الجدلية والمعارضة اللفظية، خاصة عندما يتم دمج أولياء الأمور في العملية العلاجية. كما تدعم النتائج الحالية ما توصلت إليه دراسة Dedousis-Wallace وآخرون (٢٠٢٢) التي بينت أن الأساليب المعرفية السلوكية تسهم بفاعلية في الحد من السلوكيات الجدلية والعنوانية لدى الأطفال المصابين باضطراب العناد المتحدي، وذلك من خلال تعديل أنماط التفكير المعارض وتنمية أساليب تواصل أكثر توافقاً. وتتفق النتائج أيضاً مع ما أوضحته مراجعة Lochman و (Pardini 2021) التي أشارت إلى أن العلاج المعرفي السلوكي يؤدي إلى تحسن كبير في السلوكيات المعارضة والانفعالات السلبية عندما يُطبق في بيئات متعددة تشمل الأسرة والمدرسة. أما دراسة Eyberg و (Funderburk 2011) فقد أكدت أن التدريب على التفاعل الإيجابي بين الوالدين والطفل (PCIT) يسهم في خفض

السلوك الجدلي واللفظي من خلال تحسين أساليب التواصل وضبط الانفعال .وعلى المستوى العربي، تتوافق نتائج الجدول الحالي مع ما توصلت إليه دراسة الحسن (٢٠٠٩) التي أظهرت انخفاضًا كبيرًا في السلوكيات الجدلية والانفعالية بعد تطبيق برنامج علاجي معرفي سلوكي يستهدف الطفل وأسرته معًا، وكذلك مع دراسة حسنين (٢٠١٤) التي أكدت أن البرامج المعرفية السلوكية أكثر قدرة من الأساليب التقليدية على تهذيب السلوك الجدلي وتعزيز مهارات التواصل الإيجابي لدى الأطفال .وبناءً على ما سبق، يمكن القول إن نتائج هذا الجدول تدعم الاتجاه العام في الأدبيات السابقة التي تؤكد فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض مظاهر العناد اللفظي والجدلي، من خلال إكساب الطفل استراتيجيات معرفية وتفاعلية تساعد على التعبير عن ذاته بطريقة أكثر اتزانًا وتقبلاً للتوجيه، وهو ما يعكس نجاح البرنامج في تعديل الجوانب المعرفية والسلوكية المرتبطة باضطراب العناد المتحدي.

جدول (٨) يوضح مظاهر الانفعال والانتقام للمجموعة التجريبية (ن=٢٥)

م	العبارة	القياس القبلي			القياس البعدي		
		مجموع الاوزان	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	مجموع الاوزان	المتوسط الحسابي
١	يغضب بسرعة عند توجيه النقد أو التعليمات له.	51	2.04	0.676	٨	29	1.16
٢	يتناقص بكلمات غاضبة أو مسيئة عند منعه من شيء.	56	2.24	0.723	٦م	33	1.32
٣	يظهر سلوكًا عدوانيًا كرد فعل على التوجيه.	56	2.24	0.723	٦	35	1.40
٤	يرفض التحدث مع الآخرين عند شعوره بالغضب.	60	2.40	0.645	٢م	30	1.20
٥	يفتعل المشكلات مع زملائه بسبب مواقف بسيطة.	60	2.40	0.645	٢	30	1.20
٦	يحطم أشياء أو أدوات الآخرين عند انفعاله.	58	2.32	0.802	٥	33	1.32
٧	يخطط للانتقام بعد أي موقف لا يعجبه.	59	2.36	0.700	٤	38	1.52
٨	لا يهدأ بسهولة بعد نوبات الغضب.	64	2.56	0.583	١	33	1.32
المتوسط العام للبعد ككل		٤٦٤	٢,٣٢	٠,٢٨٨	متوسط	٢٦١	١,٣١
					منخفض		٠,٢١٤

يوضح الجدول السابق:

- مظاهر الانفعال والانتقام للمجموعة التجريبية (قبل التدخل المهني) جاءت متوسطة وذلك بمتوسط حسابي (٢,٣٢) ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي: الترتيب الأول (لا يهدأ بسهولة بعد نوبات الغضب) بمتوسط حسابي (٢,٥٦)، وجاء في الترتيب الثاني (يرفض التحدث مع الآخرين عند شعوره بالغضب) و(يفتعل المشكلات مع زملائه بسبب مواقف بسيطة). بمتوسط حسابي (٢,٤٠)، وفي الترتيب الأخير (يغضب بسرعة عند توجيه النقد أو التعليمات له). بمتوسط حسابي (٢,٠٤).

- مظاهر الانفعال والانتقام للمجموعة التجريبية (بعد التدخل المهني) جاءت منخفضة وذلك بمتوسط حسابي (١,٣١) ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي: الترتيب الأول (يخطط للانتقام بعد أي موقف لا يعجبه). بمتوسط حسابي (١,٥٢)، وجاء في الترتيب الثاني (يظهر سلوكاً عدوانياً كرد فعل على التوجيه). بمتوسط حسابي (١,٤٠)، يليه في الترتيب الثالث (يتلفظ بكلمات غاضبة أو مسيئة عند منعه من شيء) و(لا يهدأ بسهولة بعد نوبات الغضب) و (يحطم أشياءه أو أدوات الآخرين عند انفعاله). بمتوسط حسابي (١,٣٢)، وفي الترتيب الأخير (يغضب بسرعة عند توجيه النقد أو التعليمات له). بمتوسط حسابي (١,١٦). يتضح من بيانات الجدول أن المتوسط الحسابي العام للبعد ككل انخفض من (٢,٣٢) في القياس القبلي إلى (١,٣١) في القياس البعدي، وهو ما يشير إلى تحسن ملحوظ في مظاهر الانفعال والانتقام لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي، حيث انخفضت جميع العبارات المكونة للبعد بدرجات متفاوتة بين القياسين القبلي والبعدي.

ويُعزى هذا الانخفاض إلى فاعلية البرنامج في ضبط الانفعالات، وتنمية مهارات التحكم الذاتي، وتعديل أنماط التفكير الغاضبة والعدوانية التي كانت سائدة لدى الأطفال قبل التدخل. تتفق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة Dedousis-Wallace وآخرون (٢٠٢٢) التي أكدت أن التدريب السلوكي المعرفي يسهم بفاعلية في خفض السلوكيات العدوانية والانفعالية لدى الأطفال المصابين باضطراب العناد المتحدي، خصوصاً عندما تُدمج الأسرة والمدرسة في العملية العلاجية. كما تتسق النتائج مع مراجعة Pardini وLochman (٢٠٢١) التي أوضحت أن العلاج المعرفي السلوكي يؤدي إلى تحسن متوسط إلى كبير في السلوكيات المعارضة والانفعالات السلبية عند تطبيقه في بيئات متعددة.

كذلك تتوافق نتائج البحث الحالي مع ما أشار إليه Lavigne وآخرون (٢٠٠٨) من أن التدخل المبكر والتعاون الأسري والمدرسي يُعدان عاملين حاسمين في خفض حدة السلوكيات الانفعالية والانتقامية.

أما على المستوى العربي، فتتفق هذه النتائج مع ما توصلت إليه دراسة الحسن (٢٠٠٩) التي أظهرت انخفاضاً واضحاً في السلوكيات الجذلية والانفعالية بعد تطبيق برنامج علاجي معرفي سلوكي، ومع ما أكدته دراسة حسنين (٢٠١٤) من أن البرامج المعرفية السلوكية أكثر فاعلية من الأساليب العقابية التقليدية في تهذيب الانفعالات وتنمية الضبط الذاتي لدى الأطفال. ويلاحظ أن أكثر العبارات تحسناً هي تلك المرتبطة بـ "عدم الهدوء بعد نوبات الغضب" و "التلفظ بالكلمات الغاضبة" و "التخطيط للانتقام"، حيث انخفضت متوسطاتها الحسابية بدرجة كبيرة، مما يعكس نجاح البرنامج في تقليل حدة الانفعال اللفظي والسلوكي وتعديل التفكير الانتقامي لدى الأطفال. وهذا يتفق مع ما بينته دراسة Kazdin (١٩٩٧) من أن دمج التدريب على حل المشكلات الاجتماعية مع تدريب الوالدين يساهم في خفض الميل إلى العدوان والانتقام.

بناءً على ما سبق، يمكن القول إن نتائج الجدول الحالي تعزز الاتجاه العام في الأدبيات النفسية الذي يؤكد فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض مظاهر الانفعال والانتقام لدى الأطفال ذوي اضطراب العناد المتحدي، وتؤكد أن التغيرات السلوكية الإيجابية ترتبط بتكامل الأدوار بين الأسرة والمدرسة والأخصائي الاجتماعي أثناء تطبيق البرنامج.

جدول (٩) يوضح مستوى العناد المتحدي لحالات المجموعة التجريبية (ن=٢٥)

م	العبارة	القياس القبلي				القياس البعدي		
		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	النسبة التقديرية	الترتيب	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	النسبة التقديرية
١	العناد السلوكي	٢,٤٨	٠,٣٢٣	82.7	٢	١,٣٨	٠,٢٤٣	46.0
٢	العناد اللفظي / الجذلي	٢,٥٩	٠,٢٠٥	86.3	١	١,٢٧	٠,١٨٥	42.3
٣	الانفعال والانتقام	٢,٣٢	٠,٢٨٨	77.3	٣	١,٣١	٠,٢١٤	43.7
	المتوسط العام للعناد المتحدي ككل	٢,٤٦	٠,١٣٨	٨٢,٠	مرتفع	١,٣٢	٠,١٠٥	٤٤,٠
						منخفض		

يوضح الجدول السابق:

- مستوى العناد المتحدي لحالات المجموعة التجريبية (قبل التدخل المهني) جاءت مرتفعة وذلك بمتوسط حسابي (٢,٤٦) ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي: الترتيب الأول

(العناد اللفظي / الجدلي) بمتوسط حسابي (٢,٥٩)، وجاء في الترتيب الثاني (العناد السلوكي) بمتوسط حسابي (٢,٤٨)، وفي الترتيب الثالث (الانفعال والانتقام) بمتوسط حسابي (٢,٣٢).
- مستوى العناد المتحدي لحالات المجموعة التجريبية (بعد التدخل المهني) جاءت منخفضة وذلك بمتوسط حسابي (١) ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي: الترتيب الأول (العناد السلوكي) بمتوسط حسابي (١,٣٨)، وجاء في الترتيب الثاني (الانفعال والانتقام) بمتوسط حسابي (١,٣١)، وفي الترتيب الثالث (العناد اللفظي / الجدلي) بمتوسط حسابي (١,٢٧).
جدول (١٠) يوضح نسبة التباين بين القياسين القبلي والبعدى للمجموعة التجريبية على مقياس العناد المتحدي (ن=٢٥)

م	العبارة	القياس القبلي	القياس البعدي	الفرق بين القياسين	نسبة التباين ككل %
١	العناد السلوكي	١٩,٨٨	١١,٠٤	8.84	٣٦,٨ %
٢	العناد اللفظي / الجدلي	٢٠,٧٢	١٠,١٢	10.60	٤٤,١ %
٣	الانفعال والانتقام	١٨,٥٦	١٠,٤٤	8.12	٣٣,٨ %
	إبعاد العناد المتحدي ككل	٥٩,١٦	٣١,٣٠	27.86	38.7 %

يوضح الجدول السابق:

- نسبة التباين بين القياسين القبلي والبعدى للمجموعة التجريبية على مقياس العناد المتحدي ككل وبلغت (٣٨,٧%)، وتمثلت فيما يلي:
- نسبة التباين بين القياسين القبلي والبعدى للمجموعة التجريبية لبعد العناد السلوكي بلغت (٣٦,٨%)، حيث جاءت درجات القياس القبلي (١٩,٨٨) بينما جاءت درجات القياس البعدي (١١,٠٤).
 - نسبة التباين بين القياسين القبلي والبعدى للمجموعة التجريبية لبعد العناد اللفظي / الجدلي بلغت (٤٤,١%) حيث جاءت درجات القياس القبلي (٢٠,٧٢) بينما جاءت درجات القياس البعدي (١٠,١٢).
 - نسبة التباين بين القياسين القبلي والبعدى للمجموعة التجريبية لبعد الانفعال والانتقام بلغت (٣٣,٨%) حيث جاءت درجات القياس القبلي (١٨,٥٦) بينما جاءت درجات القياس البعدي (١٠,٤٤)، مما يشير فاعلية برنامج التدخل المهني في خفض لسلوك العنادي.

(ج): اختبار فروض الدراسة:-

- ١- اختبار الفرض الأول للدراسة: لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات القياس القبلي لحالات المجموعتين الضابطة والتجريبية على مقياس العناد المتحدي.

جدول (١١) يوضح معنوية الفروق بين درجات القياس القبلي لحالات المجموعتين الضابطة والتجريبية على أبعاد مقياس العناد المتحدي (ن=٥٠)

المجموعة	القياس القبلي المجموعة التجريبية ن=٢٥		القياس القبلي المجموعة الضابطة ن=٢٥		قيمة ت ودلالاتها
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	
العناد السلوكي	٢٠,٥٦	٣,٤٥	١٩,٨٨	٢,٥٨	٠,٧٨٨ غير دالة
العناد اللفظي / الجدلي	١٩,٦٨	٢,٠٧	٢٠,٧٢	١,٦٤	٠,١٩٦ غير دالة
الانفعال والانتقام	١٩,٢٨	١,٩٠	١٨,٥٦	٢,٣١	١,٢٠٢ غير دالة
ابعاد المقياس ككل	٥٩,٥٢	٤,٢٢	٥٩,١٦	٣,٣٢	٠,٣٥٥ غير دالة

**** معنوى عند ٠,٠١ (د.ح=٤٨) * معنوى عند ٠,٠٥**

يتضح من نتائج الجدول السابق أنه:

- لا توجد فروق معنوية بين متوسط درجات القياس القبلي لحالات المجموعة الضابطة والتجريبية على بعد العناد السلوكي، حيث بلغت قيمة ت = ٠,٧٨٨ وهى غير دالة معنويا.
 - لا توجد فروق معنوية بين متوسط درجات القياس القبلي لحالات المجموعة الضابطة والتجريبية على بعد العناد اللفظي / الجدلي، حيث بلغت قيمة ت = ٠,١٩٦٣ وهى غير دالة معنويا.
 - لا توجد فروق معنوية بين متوسط درجات القياس القبلي لحالات المجموعة الضابطة والتجريبية على بعد الانفعال والانتقام، حيث بلغت قيمة ت = ١,٢٠٢ وهى غير دالة معنويا.
 - لا توجد فروق معنوية بين متوسط درجات القياس القبلي لحالات المجموعة الضابطة والتجريبية على أبعاد مقياس العناد المتحدي ككل، حيث بلغت قيمة ت = ٠,٣٥٥ وهى غير دالة معنويا.
- وفى ضوء نتائج الجدول السابق تبين أن هناك تجانسا بين حالات المجموعة الضابطة وحالات المجموعة التجريبية فيما يتعلق بمتوسط درجاتهما للقياس القبلي على كل بعد من أبعاد المقياس وعلى المقياس ككل أى انهما بدأتا فى مستوي متجانس تقريبا قبل تطبيق برنامج التدخل المهني وتؤكد نتائج الجدول على صحة الفرض الاول للدراسة.

٢- اختبار الفرض الثاني للدراسة: توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات القياس البعدي لحالات المجموعتين الضابطة والتجريبية لصالح المجموعة التجريبية على مقياس العناد المتحدي

جدول (١٢) يوضح معنوية الفروق بين درجات القياس البعدي لحالات المجموعتين الضابطة والتجريبية على أبعاد العناد المتحدي. (ن=٥٠)

المجموعة	القياس البعدي المجموعة التجريبية ن=٢٥		القياس البعدي المجموعة الضابطة ن=٢٥		القيمة ت ودلالاتها
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	
العناد السلوكي	١٩,٧٢	٢,١٥	١١,٤٠	١,٩٤	**١٤,٩٦٠
العناد اللفظي / الجدلي	١٩,٨٠	١,٧٣	١٠,١٢	١,٤٨	**٢١,٢٣٨
الانفعال والانتقام	١٩,٥٢	٢,٢٣	١٠,٤٤	١,٧٠	**١٦,١١٩
ابعاد المقياس ككل	٥٩,٠٤	٣,١٥	٣١,٦٠	٢,٥٣	**٣١,٦٥١

** معنوى عند ٠,٠١ (د.ح=٤٨) * معنوى عند ٠,٠٥

يتضح من نتائج الجدول السابق أنه:

- توجد فروق معنوية بين متوسط درجات القياس البعدي لحالات المجموعة الضابطة والتجريبية على بعد العناد السلوكي، حيث بلغت قيمة ت = ١٤,٩٦٠ وهى دالة معنوية عند مستوي معنوية (٠,٠١).
- توجد فروق معنوية بين متوسط درجات القياس البعدي لحالات المجموعة الضابطة والتجريبية على بعد العناد اللفظي / الجدلي، حيث بلغت قيمة ت = ٢١,٢٣٨ وهى دالة معنوية عند مستوي معنوية (٠,٠١).
- توجد فروق معنوية بين متوسط درجات القياس البعدي لحالات المجموعة الضابطة والتجريبية على بعد الانفعال والانتقام، حيث بلغت قيمة ت = ١٦,١١٩ وهى دالة معنوية عند مستوي معنوية (٠,٠١).
- توجد فروق معنوية بين متوسط درجات القياس البعدي لحالات المجموعة الضابطة والتجريبية على أبعاد مقياس العناد المتحدي ككل، حيث بلغت قيمة ت = ٣١,٦٥١ وهى دالة معنوية عند مستوي معنوية (٠,٠١).

وفى ضوء نتائج الجدول السابق تبين أن هناك فروق بين حالات المجموعة الضابطة وحالات المجموعة التجريبية فيما يتعلق بمتوسط درجاتهما للقياس البعدي على كل بعد من أبعاد

المقياس وعلى المقياس ككل ويرجع ذلك الى أثر ممارسة برنامج التدخل المهني مع المجموعة التجريبية وتؤكد نتائج الجدول على صحة الفرض الثاني للدراسة.

٣- اختبار الفرض الثالث للدراسة: توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات القياسين القبلي والبعدي لحالات المجموعة التجريبية لصالح القياس البعدي على مقياس العناد المتحدي.

جدول (١٣) يوضح معنوية الفروق بين درجات القياسين القبلي والبعدي لحالات المجموعة التجريبية على أبعاد مقياس العناد المتحدي (ن=٢٥)

قيمة ت ودلالاتها	القياس البعدي المجموعة التجريبية ن=٢٥		القياس القبلي المجموعة التجريبية ن=٢٥		المجموعة البعد
	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	
**١٤,٨٩٤	١,٩٤	١١,٠٤	٢,٥٨	١٩,٨٨	العناد السلوكي
**٢٥,٤٦٠	١,٤٨	١٠,١٢	١,٦٤	٢٠,٧٢	العناد اللفظي / الجدلي
**١٣,٨٣٦	١,٧٠	١٠,٤٤	٢,٣١	١٨,٥٦	الانفعال والانتقام
**٣٦,١٨٠	٢,٥٣	٣١,٣٠	٣,٣٢	٥٩,١٦	أبعاد المقياس ككل

* معنوى عند ٠,٠٥

(د.ح=٢٤)

** معنوى عند ٠,٠١

يتضح من نتائج الجدول السابق أنه:

- توجد فروق معنوية بين متوسط درجات القياس القبلي والبعدي لحالات المجموعة التجريبية على بعد العناد السلوكي، حيث بلغت قيمة ت = ١٤,٨٩٤ وهى دالة معنوية عند مستوي معنوية (٠,٠١).
- توجد فروق معنوية بين متوسط درجات القياس القبلي والبعدي لحالات المجموعة التجريبية على بعد العناد اللفظي / الجدلي، حيث بلغت قيمة ت = ٢٥,٤٦٠ وهى غير دالة معنوية.
- توجد فروق معنوية بين متوسط درجات القياس القبلي والبعدي لحالات المجموعة التجريبية على بعد الانفعال والانتقام، حيث بلغت قيمة ت = ١٣,٨٣٦ وهى دالة معنوية عند مستوي معنوية (٠,٠١).
- توجد فروق معنوية بين متوسط درجات القياس القبلي لحالات المجموعة التجريبية على أبعاد مقياس العناد المتحدي ككل، حيث بلغت قيمة ت = ٣٦,١٨٠ وهى دالة معنوية عند مستوي معنوية (٠,٠١).
- وفى ضوء نتائج الجدول السابق تبين أن هناك تغير فى حالات المجموعة التجريبية فيما يتعلق بمتوسط درجاتهما للقياس القبلي والبعدي على كل بعد من أبعاد المقياس وعلى المقياس ككل ويرجع ذلك لأثر برنامج التدخل المهني وتؤكد نتائج الجدول على صحة الفرض الثالث للدراسة.

٤- اختبار الفرض الرابع للدراسة: لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات القياسين القبلي والبعدي لحالات المجموعة الضابطة على مقياس العناد المتحدي.

جدول (١٤) يوضح معنوية الفروق بين درجات القياسين القبلي والبعدي لحالات المجموعة الضابطة على أبعاد مقياس العناد المتحدي (ن=٢٥)

المجموعة	القياس القبلي المجموعة الضابطة ن=٢٥		القياس البعدي المجموعة الضابطة ن=٢٥		قيمة ت ودلالاتها
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	
العناد السلوكي	٢٠,٥٦	٣,٤٥	١٩,٧٢	٢,١٥	١,٢٣٥ غير داله
العناد اللفظي / الجدلي	١٩,٦٨	٢,٠٧	١٩,٨٠	١,٧٣	٠,٢٠١ غير داله
الانفعال والانتقام	١٩,٢٨	١,٩٠	١٩,٥٢	٢,٢٣	٠,٣٧٦ غير داله
ابعاد المقياس ككل	٥٩,٥٢	٤,٢٢	٥٩,٠٤	٣,١٥	٠,٤٦٧ غير داله

** معنوى عند ٠,٠١ (د.ح=٢٤) * معنوى عند ٠,٠٥

يتضح من نتائج الجدول السابق أنه:

- لا توجد فروق معنوية بين متوسط درجات القياس القبلي والبعدي لحالات المجموعة الضابطة على بعد العناد السلوكي، حيث بلغت قيمة ت = ١,٢٣٥ وهى دالة معنوية عند مستوي معنوية (٠,٠١).
 - لا توجد فروق معنوية بين متوسط درجات القياس القبلي والبعدي لحالات المجموعة الضابطة على بعد العناد اللفظي / الجدلي، حيث بلغت قيمة ت = ٠,٢٠١ وهى دالة معنوية عند مستوي معنوية (٠,٠١).
 - لا توجد فروق معنوية بين متوسط درجات القياس القبلي والبعدي لحالات المجموعة الضابطة على بعد الانفعال والانتقام، حيث بلغت قيمة ت = ٠,٣٧٦ وهى دالة معنوية عند مستوي معنوية (٠,٠١).
 - لا توجد فروق معنوية بين متوسط درجات القياس القبلي لحالات المجموعة الضابطة على أبعاد مقياس العناد المتحدي ككل، حيث بلغت قيمة ت = ٠,٤٦٧ وهى دالة معنوية عند مستوي معنوية (٠,٠١).
- وفى ضوء نتائج الجدول السابق تبين أن هناك عدم تغير فى حالات المجموعة الضابطة فيما يتعلق بمتوسط درجاتهما للقياس القبلي والبعدي على كل بعد من أبعاد المقياس وعلى المقياس ككل أى انه ظلت على نفس الوضع وتؤكد نتائج الجدول على صحة الفرض الرابع للدراسة.

(د): النتائج المرتبطة بالتغيرات التي حققها التدخل المهني على أبعاد مقياس العناد المتحدي لكل حالة من حالات المجموعة التجريبية.

جدول رقم (١٥) نسبة التغير لكل حالة علي مقياس العناد المتحدي ككل (ن=٢٥)

الحالة	الدرجة قبل التدخل المهني	الدرجة بعد التدخل	الفرق " بعد التدخل - قبل التدخل "	نسبة التغير %
١	57.00	27.00	30	41.7
٢	57.00	28.00	29	40.3
٣	56.00	31.00	25	34.7
٤	59.00	33.00	26	36.1
٥	62.00	34.00	28	38.9
٦	62.00	34.00	28	38.9
٧	57.00	28.00	29	40.3
٨	53.00	36.00	17	23.6
٩	56.00	32.00	24	33.3
١٠	59.00	32.00	27	37.5
١١	58.00	33.00	25	34.7
١٢	61.00	32.00	29	40.3
١٣	66.00	32.00	34	47.2
١٤	61.00	31.00	30	41.7
١٥	60.00	32.00	28	38.9
١٦	57.00	32.00	25	34.7
١٧	55.00	31.00	24	33.3
١٨	59.00	35.00	24	33.3
١٩	54.00	32.00	22	30.6
٢٠	59.00	26.00	33	45.8
٢١	66.00	33.00	33	45.8
٢٢	63.00	35.00	28	38.9
٢٣	62.00	31.00	31	43.1
٢٤	61.00	32.00	29	40.3
٢٥	59.00	28.00	31	43.1

من الجدول السابق يتضح :

ان نسبة التغير لكل حالة من حالات المجموعة التجريبية علي العناد المتحدي ككل حيث يتضح أكثر الحالات تعديلاً وانخفاضاً في مستوى العناد المتحدي ككل مقارنة بما قبل التدخل المهني وجاء أكثر الحالات تغيير بعد التدخل المهني الحالة (١٣) بنسبة تغيير (٤٧,٢%)، ثم الحالة (٢١) و (٢٠) بنسبة تغيير (٤٥,٨%)، يليه الحالة (٢٣) و (٢٥) بنسبة تغيير (٤٣,١%)، بينما جاء اقل الحالات تغير بعد التدخل المهني الحالة (٨) بنسبة تغيير (٢٣,٦%)، ثم الحالة (١٩) بنسبة تغيير (٣٠,٦%)، يليه الحالة (٩) و (١٧) و (١٨) بنسبة تغيير (٣٣,٣%).

ومن الملاحظ أن نسب التغير الايجابي على مستوى الحالات يختلف من حالة إلى أخرى وقد يرجع ذلك إلى الاختلافات والفروق الفردية بينهم ومدى الاستعداد والقابلية للتغيير.

جدول رقم (١٦) نسبة التغير لكل حالة علي بعد العناد السلوكي (ن=٢٥)

الحالة	الدرجة قبل التدخل المهني	الدرجة بعد التدخل	الفرق " بعد التدخل - قبل التدخل "	نسبة التغير %
١	15.00	10.00	5	20.8
٢	18.00	9.00	9	37.5
٣	20.00	8.00	12	50.0
٤	17.00	10.00	7	29.2
٥	19.00	15.00	4	16.7
٦	19.00	15.00	4	16.7
٧	19.00	9.00	10	41.7
٨	20.00	9.00	11	45.8
٩	18.00	12.00	6	25.0
١٠	20.00	11.00	9	37.5
١١	21.00	12.00	9	37.5
١٢	21.00	10.00	11	45.8
١٣	20.00	9.00	11	45.8
١٤	22.00	11.00	11	45.8
١٥	24.00	11.00	13	54.2
١٦	22.00	14.00	8	33.3
١٧	22.00	11.00	11	45.8
١٨	22.00	13.00	9	37.5
١٩	15.00	12.00	3	12.5
٢٠	18.00	9.00	9	37.5
٢١	24.00	10.00	14	58.3
٢٢	22.00	11.00	11	45.8
٢٣	22.00	11.00	11	45.8
٢٤	22.00	14.00	8	33.3
٢٥	15.00	10.00	5	20.8

من الجدول السابق يتضح :

ان نسبة التغير لكل حالة من حالات المجموعة التجريبية علي بعد العناد السلوكي حيث يتضح أكثر الحالات تعديلاً وانخفاضاً في مستوى العناد السلوكي مقارنة بما قبل التدخل المهني وجاء أكثر الحالات تغير بعد التدخل المهني الحالة (٢١) بنسبة تغير (٥٨,٣%)، ثم الحالة (١٥) بنسبة تغير (٥٤,٢%)، يليه الحالة (٤) بنسبة تغير (٥٠%)، بينما جاء أقل الحالات تغير بعد التدخل المهني الحالة (١٩) بنسبة تغير (١٢,٥%)، ثم الحالة (٥) و(٦) بنسبة تغير (١٦,٧%)، يليه الحالة (١) و(٢٥) بنسبة تغير (٢٠,٨%).

جدول رقم (١٧) نسبة التغير لكل حالة علي بعد العناد اللفظي / الجدلي (ن=٢٥)

الحالة	الدرجة قبل التدخل المهني	الدرجة بعد التدخل	الفرق " بعد التدخل - قبل التدخل "	نسبة التغير %
١	٢٢,٠٠	8.00	14	58.3
٢	٢١,٠٠	10.00	11	45.8
٣	١٨,٠٠	9.00	9	37.5
٤	٢٠,٠٠	10.00	10	41.7
٥	٢٣,٠٠	10.00	13	54.2
٦	٢٣,٠٠	11.00	12	50.0

الحالة	الدرجة قبل التدخل المهني	الدرجة بعد التدخل	الفرق " بعد التدخل - قبل التدخل "	نسبة التغيير %
٧	١٩,٠٠	١٠.٠٠	٩	٣٧.٥
٨	٢١,٠٠	١٤.٠٠	٧	٢٩.٢
٩	٢٠,٠٠	٩.٠٠	١١	٤٥.٨
١٠	٢١,٠٠	٩.٠٠	١٢	٥٠.٠
١١	٢٠,٠٠	١١.٠٠	٩	٣٧.٥
١٢	٢١,٠٠	١٢.٠٠	٩	٣٧.٥
١٣	٢٤,٠٠	١٠.٠٠	١٤	٥٨.٣
١٤	٢٣,٠٠	١١.٠٠	١٢	٥٠.٠
١٥	١٩,٠٠	٩.٠٠	١٠	٤١.٧
١٦	١٩,٠٠	٩.٠٠	١٠	٤١.٧
١٧	١٨,٠٠	١٠.٠٠	٨	٣٣.٣
١٨	٢٠,٠٠	١٣.٠٠	٧	٢٩.٢
١٩	١٩,٠٠	١٠.٠٠	٩	٣٧.٥
٢٠	٢٢,٠٠	٨.٠٠	١٤	٥٨.٣
٢١	٢٢,٠٠	١١.٠٠	١١	٤٥.٨
٢٢	٢١,٠٠	١٢.٠٠	٩	٣٧.٥
٢٣	٢١,٠٠	٩.٠٠	١٢	٥٠.٠
٢٤	١٩,٠٠	٩.٠٠	١٠	٤١.٧
٢٥	٢٢,٠٠	٩.٠٠	١٣	٥٤.٢

من الجدول السابق يتضح :

ان نسبة التغيير لكل حالة من حالات المجموعة التجريبية علي بعد العناد اللفظي / الجدلي حيث يتضح أكثر الحالات تعديلاً وانخفاضاً في مستوى العناد اللفظي / الجدلي مقارنة بما قبل التدخل المهني وجاء أكثر الحالات تغيير بعد التدخل المهني الحالة (١) و (٢٠) و (١٣) بنسبة تغيير (٣,٥٨%)، ثم الحالة (٥) (٢٥) بنسبة تغيير (٢,٥٤%)، بينما جاء اقل الحالات تغير بعد التدخل المهني الحالة (٨) و (١٨) بنسبة تغيير (٢,٢٩%)، ثم الحالة (١٧) بنسبة تغيير (٣,٣٣%).

جدول رقم (١٨) نسبة التغيير لكل حالة علي بعد الانفعال والانتقام (ن=٢٥)

الحالة	الدرجة قبل التدخل المهني	الدرجة بعد التدخل	الفرق " بعد التدخل - قبل التدخل "	نسبة التغيير %
١	٢٠,٠٠	٩.٠٠	١١	٤٥.٨
٢	١٨,٠٠	٩.٠٠	٩	٣٧.٥
٣	١٨,٠٠	١٤.٠٠	٤	١٦.٧
٤	٢٢,٠٠	١٣.٠٠	٩	٣٧.٥
٥	٢٠,٠٠	٩.٠٠	١١	٤٥.٨
٦	٢٠,٠٠	٨.٠٠	١٢	٥٠.٠
٧	١٩,٠٠	٩.٠٠	١٠	٤١.٧
٨	١٢,٠٠	١٣.٠٠	-١	-٤.٢
٩	١٨,٠٠	١١.٠٠	٧	٢٩.٢
١٠	١٨,٠٠	١٢.٠٠	٦	٢٥.٠
١١	١٧,٠٠	١٠.٠٠	٧	٢٩.٢
١٢	١٩,٠٠	١٠.٠٠	٩	٣٧.٥
١٣	٢٢,٠٠	١٣.٠٠	٩	٣٧.٥
١٤	١٦,٠٠	٩.٠٠	٧	٢٩.٢

الحالة	الدرجة قبل التدخل المهني	الدرجة بعد التدخل	الفرق " بعد التدخل - قبل التدخل "	نسبة التغير %
١٥	١٧,٠٠	١٢,٠٠	٥	٢٠,٨
١٦	١٦,٠٠	٩,٠٠	٧	٢٩,٢
١٧	١٥,٠٠	١٠,٠٠	٥	٢٠,٨
١٨	١٧,٠٠	٩,٠٠	٨	٣٣,٣
١٩	٢٠,٠٠	١٠,٠٠	١٠	٤١,٧
٢٠	١٩,٠٠	٩,٠٠	١٠	٤١,٧
٢١	٢٠,٠٠	١٢,٠٠	٨	٣٣,٣
٢٢	٢٠,٠٠	١٢,٠٠	٨	٣٣,٣
٢٣	١٩,٠٠	١١,٠٠	٨	٣٣,٣
٢٤	٢٠,٠٠	٩,٠٠	١١	٤٥,٨
٢٥	٢٢,٠٠	٩,٠٠	١٣	٥٤,٢

من الجدول السابق يتضح :

ان نسبة التغير لكل حالة من حالات المجموعة التجريبية علي بعد الانفعال والانتقام حيث يتضح أكثر الحالات تعديلاً وانخفاضاً في مستوى الانفعال والانتقام مقارنة بما قبل التدخل المهني وجاء أكثر الحالات تغير بعد التدخل المهني الحالة (٢٥) بنسبة تغير (٥٤,٢%)، ثم الحالة (٦) بنسبة تغير (٥٠%)، يليه الحالة (٢٤) و(٥) و(١) بنسبة تغير (٤٥,٨%)، بينما جاء أقل الحالات تغير بعد التدخل المهني الحالة (٨) بنسبة تغير (-٤,٢%)، ثم الحالة (٣) بنسبة تغير (١٦,٧%)، يليه الحالة (١٥) و(١٧) بنسبة تغير (٢٠,٨%).

الاستنتاج العام لنتائج الدراسة:

من خلال استعراض الجداول ومناقشة نتائجها، يتضح أن البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي أثبت فاعليته العالية في خفض مظاهر السلوك العنادي المتحدي لدى الأطفال في المرحلة الابتدائية، سواء في جانب العناد السلوكي المرتبط بالرفض والعصيان، أو في العناد اللفظي الجدلي الذي يتجلى في المجادلة والسخرية، أو في الانفعال والانتقام الذي يعبر عن الغضب وعدم القدرة على التحكم في الذات.

فقد أظهرت النتائج انخفاضاً واضحاً في المتوسطات الحسابية لجميع الأبعاد بين القياسين القبلي والبعدي، وهو ما يعكس تحولاً سلوكياً إيجابياً لدى الأطفال المشاركين، نتيجة لاكتسابهم مهارات في التفكير الهادئ، وضبط الانفعال، والتواصل الإيجابي مع الكبار.

وتدل هذه النتائج مجتمعة على أن العلاج المعرفي السلوكي يُعد من أكثر الأساليب فاعلية في تعديل السلوكيات المعارضة، لأنه يعتمد على تغيير أنماط التفكير غير المنطقي وتنمية مهارات التكيف الاجتماعي والانفعالي. كما يؤكد البحث الحالي أهمية الدور المشترك بين الأسرة والمدرسة والأخصائي الاجتماعي في تحقيق الاستفادة القصوى من البرنامج العلاجي، من خلال المتابعة المستمرة والتدعيم الإيجابي للسلوك المرغوب.

وتتفق هذه النتائج مع الاتجاه العام في الأدبيات النفسية والتربوية — مثل دراسات Kazdin (1997)، و Lochman و Pardini (2021)، و Dedousis-Wallace وآخرون (2022)، (والحسن) 2009، (وحسين) 2014 — (التي أكدت جميعها على أن العلاج المعرفي السلوكي يسهم بفاعلية في خفض السلوك المعارض والانفعالي لدى الأطفال، وتحقيق نمو سوي في الجوانب الانفعالية والاجتماعية).

وبناءً على ذلك، يمكن القول إن نتائج الدراسة الحالية تدعم بقوة الفرضية القائلة بأن التدخل العلاجي القائم على مبادئ العلاج المعرفي السلوكي يسهم في خفض السلوك العنادي المتحدي لدى الأطفال في المرحلة الابتدائية، ويُعد أسلوباً علمياً موثقاً يمكن الاعتماد عليه في الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية بالمدارس.

توصيات الدراسة:

في ضوء النتائج التي توصلت إليها الدراسة، والتي أكدت فاعلية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في خفض مظاهر السلوك العنادي المتحدي لدى الأطفال في المرحلة الابتدائية، توصي الباحثة بما يلي:

أولاً : توصيات موجهة للمؤسسات التعليمية:-

1. تطبيق برامج العلاج المعرفي السلوكي داخل المدارس على التلاميذ الذين تظهر لديهم أنماط من السلوك المعارض أو الانفعالي.
2. تضمين مهارات الضبط الذاتي والانفعال الإيجابي في الأنشطة التربوية والمناهج المصاحبة للتربية النفسية والاجتماعية.
3. تدريب الأخصائيين الاجتماعيين والمعلمين على استخدام أساليب الإرشاد المعرفي السلوكي في التعامل مع الحالات الفردية التي تعاني من سلوك العناد المتحدي.
4. تفعيل التعاون بين المدرسة والأسرة في متابعة السلوكيات الإيجابية وتعزيزها من خلال نظام دعم سلوكي مشترك.

ثانياً :توصيات موجهة للأخصائيين الاجتماعيين:-

- 1- استخدام المقاييس السلوكية التشخيصية للكشف المبكر عن مظاهر العناد والاضطراب السلوكي لدى الأطفال.
- 2- تصميم وتنفيذ برامج علاجية معرفية سلوكية تناسب الفئات العمرية المختلفة، مع مراعاة الخصائص النمائية والنفسية لكل مرحلة.
- 3- التركيز على الجلسات الإرشادية الجماعية لتعزيز التفاعل الإيجابي وتبادل الخبرات بين الأطفال.

- ٤- الاهتمام بالتدريب على مهارات التفكير الإيجابي، وضبط الانفعال، وحل المشكلات الاجتماعية كجزء أساسي من الخطط العلاجية.
- ثالثاً: توصيات موجهة للأسرة:-**
- ١- تعزيز التواصل الإيجابي مع الأبناء من خلال الاستماع، والحوار، وتجنب العقاب اللفظي أو البدني.
- ٢- استخدام التعزيز الإيجابي للسلوك المرغوب بدلاً من التركيز على العقاب عند ظهور السلوك المعارض.
- ٣- التعاون المستمر مع المدرسة والأخصائي الاجتماعي في متابعة تنفيذ الخطط العلاجية لضمان استمرارية التحسن.
- ٥- تهيئة بيئة منزلية مستقرة وداعمة تساهم في تنمية الشعور بالأمان والثقة بالنفس لدى الطفل.

قائمة المراجع:

أولاً: المراجع العربية:-

- الدسوقي، مجدي محمد (٢٠١٣) مقياس العناد المتحدي القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- إبراهيم، عبد الستار، والدخيل، عبد العزيز بن عبد الله، وإبراهيم، رضوان. (١٩٩٣). العلاج السلوكي للطفل: أساليبه ونماذج من حالاته. الكويت: المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.
- ألفت ، كحلة (٢٠٠٩). العلاج المعرفي السلوكي والعلاج المعرفي عن طريق التحكم الذاتي القاهرة: اترك للنشر والتوزيع.
- جمعة، ناصر سيد، ورمضان، أحمد ثابت فضل. (٢٠١٣). الألكسيثيميا واضطراب العناد المتحدي لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية ذوي صعوبات التعلم: دراسة تنبؤية. دراسات عربية في التربية وعلم النفس، ٤١(٤)، ١٢٥-١٦٠.
- حداش، خديجة، وفاضلي، أحمد. (٢٠٢٢). مستوى العناد المتحدي لدى أطفال المدارس الابتدائية: دراسة ميدانية على عينة من أطفال مدارس بلدية العمارة بولاية المدية. مجلة الجامع في الدراسات النفسية والعلوم التربوية، ٧(١)، ١٣٨٠-١٣٩٨.
- الحسن، محمود أبو المجد. (٢٠٠٩). فاعلية العلاج متعدد الأنظمة في خفض اضطراب العناد المتحدي لدى الأطفال. جامعة القاهرة، كلية الآداب.
- حسنين، أميرة حسنين محمود. (٢٠١٤). اضطراب العناد المتحدي: أسبابه وتشخيصه وعلاجه. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- عبد المطلب أمين القريطي (٢٠١١). سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم، (٥). القاهرة: دار الفكر العربي. المجلد الثامن والعشرين عدد أغسطس ٢٠٢٢ ج ٢.
- القبندي، صفاء علي أحمد. (٢٠١٧). علاج معرفي سلوكي لاضطراب القلق المعم لدى طفل: دراسة حالة. مجلة دراسات نفسية، ١١(نوفمبر)، ١٤٥-١٥٤.
- لوجان، العالية، ومحزري، مليكة. (٢٠٢٠). أثر برنامج علاجي معرفي سلوكي في خفض اضطراب العناد والمعارضة لدى الطفل المتمدرس. مجلة الأكاديمية للدراسات الاجتماعية والإنسانية، ١٢(٢)، ٢٠١-٢١٢.
- المحارب، ناصر إبراهيم (٢٠٠٠) المرشد في العلاج المعرفي السلوكي، دار الزهراء الرياضي السعودية.
- ليفي، راي واوهائلون. بيل (٢٠٠٣). حاول أن تروضني أساليب بسيطة للسيطرة على نوبات الغضب وإيجاد التعاون الرياض مكتبة جرير.

يونس، أسماء جمعة عبد العليم إبراهيم، لاشين، ثريا يوسف، وعبد الباسط عبد الواحد، فاطمة الزهراء. (٢٠٢٢). اضطراب العناد المتحدي وعلاقته بالمهارات الاجتماعية لدى عينة من الأطفال زارعي القوقعة. مجلة جامعة جنوب الوادي للعلوم التربوية، ٢٨(٢)، ١٨٨-١٣٣.

ثانياً: المراجع الأجنبية:-

American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical Manual of Mental disorders, 5th Edition: DSM-5 Washington, D. C: Author.

Boesky, L. (2002). >> Juvenile offenders with mental health disorder: who are they and what do we do with them? oppositional defiant disorder and conduct disorders", Maryland 'American correctional Association. 36-60.

Dedousis-Wallace, A., Drysdale, S. A. O., McAloon, J., Murrihy, R. C., Greene, R. W., & Ollendick, T. H. (2022). Predictors and moderators of behavioral improvement following treatment with Parent Management Training and Collaborative and Proactive Solutions in children with Oppositional Defiant Disorder. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology.

Development services group (2010): Cognitive behavioral treatment of- fice of Juvenile Justice and delinquency prevention, Washington Ibid, pp: 11-113.

Eyberg, S. M., & Funderburk, B. W. (2011). Parent-Child Interaction Therapy protocol. In T. H. Ollendick & J. S. March (Eds.), The Wiley-Blackwell handbook of evidence-based interventions in child psychology (pp. 272-288). Wiley-Blackwell.

Hawes, D. J., & Dadds, M. R. (2005). The treatment of conduct problems in children with callous-unemotional traits. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 34(1), 38-52.

Kazdin, A. E. (1997). Problem-solving skills training and parent management training for conduct disorder. In J. Rolf, A. S. Masten, D. Cicchetti, K. H. Nuechterlein, & S. Weintraub (Eds.), Risk and protective factors in the development of psychopathology (pp. 288-319). Cambridge University Press.

Lavigne, J. V., LeBailly, S. A., Gouze, K. R., Cicchetti, C., Jessup, B. W., Arend, R., Pochyly, J., & Binns, H. J. (2008). Predictor and moderator effects in the treatment of oppositional defiant disorder in pediatric primary care. Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 162(10), 938-945.

Lochman, J. E., & Pardini, D. A. (2021). Cognitive behavior therapy for externalizing disorders in children and adolescents in routine clinical care: A systematic review and meta-analysis. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 60(4), 455-471.

Lochman, J. E., Boxmeyer, C. L., Powell, N. L., Qu, L., & Windle, M. (2013). Understanding and preventing externalizing behavior problems in youth: The Coping Power program. American Psychological Association.

Loeber, R., Burke, J. D., & Pardini, D. (2009). Development and etiology of disruptive and delinquent behavior. Annual Review of Clinical Psychology, 5, 291–310.

Marsh Lily (2018) Making Sense CBT, Notional association for mental health, London, p:4.

World health organization. (2006). international statistical classification of diseases and related health problems." (2nd Ed.) , Grneva, who library.