

[٣]

برنامج إرشادي معرفي سلوكي للأمهات لخفض أعراض
اضطراب التحدي المعارض لدى أطفالهن
بمرحلة ما قبل المدرسة

د. رانيا محمد على قاسم
كلية التربية للطفولة المبكرة
جامعة الفيوم

برنامج إرشادي معرفي سلوكي للأمهات لخفض أعراض اضطراب التحدي المعارض لدى أطفالهن بمرحلة ما قبل المدرسة

د. رانيا محمد على قاسم*

مقدمة البحث:

يمر الإنسان في نموه بعدة مراحل، أهمها مرحلة الطفولة التي تحتل أهمية خاصة في حياة الفرد. ففي تلك المرحلة العمرية المبكرة توضع البذور الأولى لشخصية الطفل ويتكون الإطار العام لشخصيته. ومن ثم نجد أن الآباء دائماً ما يسعون إلى تربية أطفالهم تربية سليمة، ويبدلون قصارى جهدهم لإتاحة كافة سبل الحياة الكريمة لهم. إلا أنه في بعض الأحيان قد يواجه الآباء بعض المشكلات التي تتعلق بظهور العديد من المشكلات السلوكية لدى أطفالهم والتي تصيبهم بالحيرة ولا يستطيعون إدارة هذا السلوك بطرق تربوية فعالة تساعد على الحد منه أو تعديله، كذلك لا يستطيع الآباء في بعض الأحيان التمييز بين متى يكون هذا السلوك ملائم لطبيعة المرحلة العمرية التي يمر بها الطفل ومتى يكون هذا السلوك سلوكاً مشكلاً - فعلى سبيل المثال - تترجع كثير من الأمهات من مشكلة العناد عند الأطفال إلا أن هذه المشكلة تكون طبيعية إذا كان الطفل في الثلاث سنوات الأولى من عمره، حيث يعد العناد سمة من سمات المرحلة النمائية للطفل فكثير من الأطفال يتسم سلوكهم خلال تلك المرحلة من العمر بالعناد والمعارضة رغبة في إشباع حاجتهم للاستقلال أو نتيجة الشعور بالتعب أو الحزن، وكذلك الحال بالنسبة للعناد في فترة المراهقة. المشكلة تكمن عندما يستمر سلوك العناد ويصبح مشكلة تسبب إزعاج للوالدين وتؤثر على علاقات الطفل بأقرانه ولا تكون ملائمة للمرحلة النمائية للطفل أو لمستوى عمره مقارنة بأقرانه، ويصبح سلوك الطفل مصدر للضغط النفسي على الوالدين وأيضاً على المعلمين. وهنا لا بد من الانتباه إلى اضطراب التحدي المعارض

* كلية التربية للطفولة المبكرة - جامعة الفيوم.

ما يتعرضون له من ضغوط تنجم عن عدم قدرتهم على إدارة المشكلة أو حلها. حيث يتسم هذا الاضطراب بعدم انصياع الطفل للقواعد والمجادلة وسرعة الغضب وتعمد إزعاج الآخرين؛ مما يسبب أزمة في حياة كلاً من الأب والأم وتولد لديهم مشاعر مختلطة من الحزن والألم والغضب في كثير من الأحيان، والأخطر من ذلك قد يتكون لدى الآباء مشاعر سلبية تجاه طفلهم وتحدث فجوة في علاقتهم بطفلهم. ويفتقد كثير من الآباء الوعي بكيفية التعامل مع طفلهم الذي يعاني من اضطراب التحدي المعارض، ومن ثم أصبح من المهم توفير مساعدة متخصصة وخدمات مناسبة تسمح للآباء بالتعرف على الطرق المثلى للتعامل مع أطفالهم من ذوي اضطراب التحدي المعارض. ولا يقتصر الأمر على ذلك بل تساعدهم تلك الخدمات أيضاً على المشاركة في وضع خطة علاجية لخفض حدة أعراض هذا الاضطراب والحد من تطوره في مراحل الطفل العمرية التالية. وقد حاول البحث الحالي إعداد برنامج إرشادي معرفي سلوكي بهدف إرشاد وتدريب الأمهات على الطرق والاستراتيجيات التي قد تساهم في خفض حدة أعراض اضطراب التحدي المعارض لدى أطفالهم في مرحلة الطفولة المبكرة.

مشكلة البحث:

إن تربية طفل مصاب بمرض اضطراب التحدي المعارض (ODD) يعد من الأمور الصعبة والمرهقة. فيعاني آباء وأمهات هؤلاء الأطفال كثيراً من العديد من الضغوط والمشكلات خلال تربيته لهم بل يصل الأمر أن كثير من الأمهات تعجز عن الوصول إلى حلول للمشكلات التي تواجهها مع طفلها كما تعجز عن إدارة الأزمة وفض الصراعات التي تدور بينها وبين طفلها خاصة في المواقف التي تتطلب اتباع القواعد أو الالتزام بأداء المهام، ويتربط على ذلك استخدام بعض الأساليب غير التربوية كالعقاب البدني مما يزيد المشكلة تعقيداً وباطلاع الباحثة على الأدبيات النظرية والدراسات التي تدور في فلك هذا الموضوع تبين أن أفضل البرامج

التي تساعد على الوقاية وتعديل سلوك الأطفال ذوي اضطراب التحدي المعارض هي التي يشترك فيها الآباء وأصبحت تلك البرامج في الآونة الأخيرة هي الأكثر استخداماً في خفض هذا الاضطراب. (Self- Brown, (Sanders, 1999), (2011).

كما كشفت نتائج دراسة (Sanders et al., 2017) على أهمية البرامج الإرشادية الموجهة للوالدين في تحسين علاقتهما بطفلهما مما ينعكس بالإيجاب على خفض حدة هذا الاضطراب. وتكمن المشكلة الرئيسية في هذا الاضطراب في أن عدم التدخل المبكر للحد من أعراض هذا الاضطراب قد يساعد على وقوع هؤلاء الأطفال في المراحل التالية فريسة لاضطراب المسلك، أو اضطرابات المزاج وقد ينطور إلى اضطراب الشخصية العدوانية المضادة للمجتمع (furquiza and Timmer,2012).

ومن ثم تبلورت مشكلة البحث الحالي في التساؤلات التالية:

- ١- ما فاعلية استخدام برنامج إرشادي معرفي سلوكي للأمهات في تخفيف أعراض اضطراب التحدي المعارض للأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة؟
- ٢- إلى أي مدى يمكن أن يستمر التحسن في تخفيف أعراض اضطراب التحدي المعارض للأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة؟

أهداف البحث:

يهدف البحث الحالي إلى: خفض أعراض اضطراب التحدي المعارض لدى أطفال مرحلة ما قبل المدرسة من خلال برنامج إرشادي مقدم لأمهاتهم.

أهمية البحث:

تحدد أهمية البحث من خلال جانبين مهمين ألا وهما:

أولاً الأهمية النظرية

تتمثل الأهمية النظرية للبحث فيما يلي:

- (١) إلقاء الضوء على اضطراب التحدى المعارض كأحد المشكلات السلوكية التي تؤثر علي الصحة النفسية للأطفال وعلى تفوقهم الأكاديمي وكذلك علاقاتهم الاجتماعية مع الأسرة والأقران.
- (٢) يتناول البحث تراثاً نظرياً يتضمن تعاريف لاضطراب التحدى المعارض والتشخيص الفارقي بينه وبين بعض الاضطرابات الأخرى مثل اضطراب المسلك واضطراب نقص الانتباه وكذلك النظريات المفسرة له.
- (٣) على الرغم من التأثيرات السلبية لهذا الاضطراب على التوافق النفسي والصحة النفسية لكل من الطفل والآباء وأهمية التدخل المبكر للحد من تلك الآثار السلبية لهذا الاضطراب على شخصية الطفل وصحته النفسية في المراحل العمرية التالية، إلا أن الدراسات العربية التي تناولت دراسة هذا الاضطراب في مرحلة الطفولة المبكرة تنسم بالندره في حدود-علم الباحثة-

ثانياً الأهمية التطبيقية:

- تصميم برنامج إرشادي معرفي سلوكي للأمهات تم إعداده على أساس علمي دقيق من شأنه أن يساهم في خفض أعراض اضطراب التحدى المعارض لدى الأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة، ويمكن الانتفاع به في مراكز الإرشاد الأسري والمؤسسات العلاجية.
- إعداد قائمة تقدير اضطراب سلوك التحدى المعارض من قبل الأمهات يمكن الاستفادة منها وتطبيقها في المزيد من البحوث التي تدور في فلك هذا الاضطراب.
- التقدم من خلال نتائج البحث بالتوصيات والمقترحات والاستراتيجيات اللازمة التي تساعد الآباء في التعامل مع أطفالهم مما يؤدي إلى خفض أعراض اضطراب التحدى المعارض وتجنب ما ينتج عنه من آثار سلبية في شخصية الطفل في المراحل العمرية التالية.
- ما يسفر عنه نتائج البحث يمكن أن يساهم في الارتقاء بالعملية التعليمية حيث يؤثر اضطراب التحدى المعارض على التحصيل الأكاديمي وعلى بعض العمليات المعرفية للطفل مثل الانتباه، وبالتالي أن خفض أعراض الاضطراب عند الأطفال ينعكس بالإيجاب على الارتقاء بالعملية التعليمية.

المصطلحات الإجرائية للبحث:

البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي:

يعرف بأنه "عملية مخططة ومنظمة خلال فترة زمنية تتضمن تقديم خدمات إرشادية لأمهات أطفال ذوي اضطراب التحدي المعارض بهدف إرشادهم لخفض أعراض هذا الاضطراب لدى أطفالهن، وتصحيح المفاهيم الذهنية الخاطئة لديهن التي قد تولد الاضطراب أو المشكلة، وكذلك تعديل الممارسات السلوكية والتربوية السلبية للأمهات ويرتكز البرنامج على العديد من أسس وفتيات ونظريات الإرشاد النفسي المعرفي السلوكي كما يتضمن مجموعة من المعلومات والمهارات والخبرات والعديد من الأنشطة المختلفة".

اضطراب التحدي المعارض: **Oppositional Defiant Disorder**

يعرفه الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية لإصدار الخامس

(DSM 5) بأنه:

نمط متكرر من نوبات اضطراب المزاج ويتضمن سرعة الغضب وسرعة الانفعال ومجادلة الآخرين والحقد وحب الانتقام، وتستمر هذه الأعراض لمدة ستة أشهر على الأقل (American Psychiatric Association, 2013).

ويعرف إجرائياً بأنه: الدرجة التي يحصل عليها الطفل وفق تقديرات أمهاتهم على قائمة ملاحظة اضطراب العناد والتحدي المستخدم في البحث.

إطار نظري ودراسات سابقة:

يعد اضطراب التحدي المعارض **Oppositional Defiant Disorder (ODD)** من الاضطرابات السلوكية التي أصبحت الأكثر شيوعاً في الآونة الأخيرة بين الأطفال والمراهقين، ولاسيما في مرحلة ما قبل المدرسة بنسبة تتراوح من ٤٪ إلى ١٦٪، ويكون أكثر شيوعاً بين الأولاد مقارنة بالفتيات في الأطفال الأكبر سناً ويتساوى ظهور هذا الاضطراب بين الفتيات والذكور في مرحلة ما قبل المدرسة والمرحلة الابتدائية (Nock et al., 2009 p.703) ويتسم هذا الاضطراب بنمط من السلوكيات العدائية والعصيان والتحدي وبعض أشكال السلوك التخريبي التي يوجهها

الأطفال تجاه القائمين على تربيتهم سواء الآباء أو المعلمين أو جماعة الأقران (Barkely,2009,P.133) (Steiner,2012,P.44). (Costin et al., 2011,P.123)

ويرى كلاً من Helfinger & Humphreys(2008) أن اضطراب التحدى المعارض قد يصاحبه بعض الاضطرابات النفسية الأخرى مثل اضطرابات المزاج واضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة والقلق والاكتئاب التي يجب ألا نتجاهلها. وقد أرجع كلاً من Egger and Angold(2006) نشأة اضطراب التحدى المعارض نتيجة عدم التوازن بين كل من أفكار الطفل وعواطفه مما يترتب عليه ظهور السلوك الذي يتسم بالتحدي وعدم رغبة الطفل في التعاون مع القائمين على تربيتهم أو إخوانهم أو أقرانهم. ويعرف اضطراب العناد والتحدي (ODD) وفق الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية، الإصدار الخامس (DSM 5) بأنه: نمط متكرر من نوبات اضطراب المزاج والغضب/ سرعة الانفعال، أو السلوك الجدلي/ التحدي، أو الانتقام الذي يستمر لمدة ستة أشهر على الأقل.

ويتسم هؤلاء الأطفال بقصور في مهاراتهم الاجتماعية، فهم أقل شعبية بين أقرانهم ولديهم عدد أقل من الأصدقاء الذي يتسمون بالسلوك الإيجابي والسلوك المرغوب اجتماعياً كما يعاني هؤلاء الأطفال أيضاً من قصور واضح في المهارات الأكاديمية.

وقد كشفت نتائج بعض الدراسات مثل دراسة كل من (Gohen et al., 1993;Speltzet al., 1999) أن هؤلاء الأطفال يعانون من قصور في المهارات اللغوية وكثيراً من القائمين على تربيتهم يفسرون هذا القصور تفسيراً خاطئاً فهم قد يعتبرون هذا القصور في المهارات اللغوية يرجع إلى عدم اهتمام الطفل أو انخفاض في مستوى الذكاء أو عدم امتثال للقواعد، كما يفسرونه أيضاً انه عناد من الطفل وعدم احترام وتحدي لهم، مثل هذا التصور والتفسير الخاطئ قد يسبب المزيد من إلقاء اللوم على الطفل مما يترتب عليه مزيد من التفاعلات السلبية يشوبها جو من الإحباط والتوتر ومزيد من الممارسات القهرية بين الطفل والقائمين على تربيته. وتختلف أعراض اضطراب التحدى المعارض من مرحلة عمرية إلى أخرى فعلى سبيل المثال، بالنسبة للأطفال الذين تقل أعمارهم عن خمس سنوات، يجب أن يحدث

السلوك في معظم الأيام، بالنسبة للأطفال من سن خمس سنوات أو أكثر، يجب أن يحدث السلوك مرة واحدة على الأقل في الأسبوع. ورغم أنه لم يتم التعرف على أسباب ظهور هذا الاضطراب إلى وقتنا الحالي إلا أن التراث النظري قد أشار إلى مجموعة من العوامل قد تتسبب في الإصابة به، ومن هذه العوامل مايلي:

عوامل بيولوجية:

قد ترجع أسباب هذا الاضطراب إلى عوامل وراثية مثل وجود تاريخ مرضي في العائلة من اضطرابات الصحة العقلية على سبيل المثال اضطراب السلوك التخريبي أو اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط والحركة أو اضطرابات المزاج). قد يولد هؤلاء الأطفال أيضاً بحالات مزاجية صعبة، أو قد يكون لديهم مستويات أقل من الكوريتزول مما يتسبب في سرعة الإثارة عند تعرضهم للإحباط وهذا ما يجعلهم أكثر عرضة للدخول في معارك لرفع تلك المستويات. كما كشفت نتائج بعض الدراسات على وجود علاقة بين تدخين الأمهات أثناء الحمل وتلوث البيئة وخاصة التلوث الناتج عن الرصاص باضطراب العناد والتحدي (Lochman,2005;Ford,2002).

عوامل بيئية:

أساليب المعاملة الوالدية الغير فعالة Ineffective parenting:

تختلف الحالة المزاجية للأطفال من طفل لآخر، فيكون هناك بعض الأطفال يسهل التعامل معهم، بينما يصعب رعاية والتعامل مع أطفال آخرين مما يجعل آباء هؤلاء الأطفال يستخدمون أساليب تربية تنسم بالقسوة أو عدم الاتساق أو الإهمال، وذلك نتيجة عدم درايتهم بالطرق التربوية الصحيحة التي يجب اتباعها مع هؤلاء الأطفال. ونتيجة لذلك، يواجه هؤلاء الأطفال صعوبة في ربط وفهم المواقف ولا يمكنهم قراءة الإشارات الاجتماعية للتصرف بطرق مناسبة اجتماعياً. (Sarwar,2016).

ولقد توصلت نتائج بعض الدراسات مثل دراسة (Taliba et al., 2011; Brook et al., 2014; Sarwar, 2016) إلى أن اضطراب التحدي المعارض لدى الأطفال يرتبط ارتباطاً وثيقاً بممارسات الأبوة التي تتسم بالعقاب البدني وبالتسلط. وكذلك أيضاً تلك التي تعتمد على عدم الاتساق أو الإفراط في التساهل وعدم قول -لا- للطفل. فالأساليب التربوية غير الفعالة ترتبط بسلوك العناد لدى الأطفال وتؤدي إلى اضطراب التحدي المعارض (عبد الرحمن، خليفة، ٢٠٠٣، ص.٢٣).

ضغوط الوالدين:

قد يرتبط ظهور هذا الاضطراب أيضاً لدى الأطفال الذين يعاني آباءهم من الإجهاد والضغوط الناجمة عن بعض المشكلات مثل (الطلاق، العنف الأسري، الاكتئاب، الفقر، إهمال أحد الوالدين دور الأبوة أو كلاهما، التوتر بين الوالدين) حيث تنعكس هذه الضغوط على هؤلاء الآباء فتجعلهم يواجهون صعوبات في إدارة سلوك أطفالهم داخل الأسرة أو يسيئون معاملة أطفالهم، فعوامل الضغوط هذه قد تتسبب في إصابة الطفل بصدمة يترتب عليها أن يصبح سلوك الطفل أكثر معارضة وتحدي.

ويفسر ذلك بأن الصدمة التي شعروا بها جعلتهم عرضة لعدم تنظيم عواطفهم أو سلوكهم (Steiner and Remsing, 2007).

محكات تشخيص اضطراب التحدي المعارض وفق الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الإصدار الخامس (DSM 5):

يصعب أحياناً ملاحظة الفرق بين الطفل قوي الإرادة أو الطفل الانفعالي والطفل المصاب باضطراب التحدي المعارض. فمن الطبيعي أن يظهر الطفل سلوكاً عنادياً في مراحل معينة من نموه، ولذلك لا يتم تشخيص مرض اضطراب التحدي المعارض في الأطفال الذين تقل أعمارهم عن ثلاث سنوات لأن نوبات الغضب المزاجية، هي سلوك شائع وملئ نمو هؤلاء الأطفال الصغار، ولكن بعد سن الثالثة، يصبح الأطفال أكثر قدرة على التعبير عن الإحباط لفظياً والتصرف بطرق

مقبولة اجتماعياً، لذلك، يتم تشخيص (ODD) بشكل أفضل في مرحلة ما قبل المدرسة (سليمان، ٢٠١٧، ص.٣) (Heflinger and Humphreys, 2008).

ولقد حدد الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية المعايير التالية لتشخيص اضطراب التحدي المعارض (DSM- 5):

الحالة المزاجية والعصبية للطفل وتتسم بما يلي:

- يفقد الطفل أعصابه بصورة متكررة وبسهولة.
- يكون الطفل سريع التأثر في كثير من الأحيان.
- يسهل مضايقته من قبل الآخرين.
- يشعر الطفل بالغضب من أنه الأمور.
- يشعر بالاستياء في كثير من الأحيان.

سلوك التحدي والجدال ويتسم بما يلي:

- يقوم الطفل بالجدال مع البالغين في كثير من الأحيان.
- يتحدى الطفل القائمين على تربيته في كثير من الأحيان
- يرفض الطفل الامتثال لطلبات وقواعد القائمين على تربيته.
- يزعج الطفل الآخرين أو يضايقهم عمداً.
- يلوم الطفل الآخرين في كثير من الأحيان على أخطائه، أو سوء سلوكه.

الانتقام ويتسم بما يلي:

- يكون حاقداً، أو لديه رغبة في الانتقام في كثير من الأحيان.
 - يظهر الطفل سلوك عدواني أو انتقامي مرتين في الستة أشهر السابقة للتشخيص.
- ويمكن أن يختلف اضطراب التحدي المعارض في شدته كما يلي:
- البسيط: حيث تحدث الأعراض في بيئة واحدة أو مكان واحد فقط، مثل المنزل أو المدرسة أو عند التعامل مع الأقران.
 - المتوسط: حيث تحدث الأعراض في بيئتين أو مكانين على الأقل.

• الشديد: حيث تحدث الأعراض في ثلاث بيئات أو أكثر.

وتتم ملاحظة تلك الأعراض عند بعض الأطفال لأول مرة أثناء تواجدهم بالمنزل، ولكن قد تظهر الأعراض في أماكن أخرى بمرور الوقت مثل، المدرسة، أو مع الأقران (American Psychiatric Association,2013; American Academy of child & Adolescent Psychiatry, 2013).

ومما سبق نجد أن سلوكيات الطفل المصاب باضطراب التحدي المعارض تتسم بنوبات متكررة من الغضب أو الانزعاج بسهولة، كما أنهم كثيري الجدل مع القائمين على تربيتهم خاصة الآباء، ونجدهم يرفضون إطاعة القواعد كما يكون لديهم رغبات ملحة في محاولة إزعاج الآخرين عمداً، ويعانون من فقدان الثقة بالذات، ودائماً ما يقعون باللوم على الآخرين عندما تحدث أي مشكلة، كما لديهم قدرة منخفضة على تحمل الإحباط، وهؤلاء الأطفال يبدون متسلطين ويبدلون محاولات عديدة للحصول على السلطة وفرض السيطرة على من حولهم، فهم لديهم القدرة على ملاحظة كيف يستجيب الآخرون لهم ومن ثم يضعون خطط لاستغلالهم اجتماعياً لتحقيق مطالبهم حتى ولو كانت غير منطقية، ويتسم سلوكهم بالسلبية ولا يستطيعون تحمل نتائج ما يترتب على سلوكياتهم السلبية.

ومن أبرز السلوكيات الشائعة التي تظهر في اضطراب التحدي المعارض في مرحلة ما قبل المدرسة العناد الشديد، كثرة المطالب، عدم الصبر، عدم القدرة على تكوين الصداقات ثم تطور السلوكيات تدريجياً وتصل إلى مرحلة التحدي مع القائمين على تربيتهم. (David et al.,2017: 102- 103)

ولقد أشارت الأكاديمية الأمريكية للطب النفسي للأطفال والمراهقين (American Academy of Child and Adolescent psychiatry (2009) أنه قد يتشابه اضطراب التحدي المعارض مع بعض الاضطرابات الأخرى مثل اضطراب المسلك، واضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط والحركة مما استلزم ضرورة توضيح التشخيص الفارقي بين أعراض اضطراب التحدي المعارض وبين اضطراب المسلك واضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط والحركة كما هو مبين في جدول (١)، (٢).

جدول (١)

التشخيص الفارقي بين اضطراب التحدي المعارض واضطراب المسلك

اضطراب المسلك (CD)	التحدى المعارض (ODD)
لا يتم تشخيصه في مرحلة الطفولة المبكرة	يتم تشخيصه في مرحلة الطفولة المبكرة
يتسم بالعصيان الشديد ومعارضة السلطة.	يتسم بالعصيان ومعارضة السلطة.
يظهر العداء من خلال العدوان الجسدي.	يظهر العداء من خلال إزعاج الآخرين عمدًا أو العدوان اللفظي.
السلوكيات ثابتة سواء داخل أو خارج المنزل.	السلوكيات قد تظهر أو لا تظهر في المنزل والمدرسة وفي بيئات المجتمع الأخرى.
ينتهك حقوق الآخرين.	لا ينتهك حقوق الآخرين
غالبًا ما يتم انتهاك القواعد المجتمعية المناسبة.	

يتضح من جدول (١) أن اضطراب المسلك أكثر حدة وخطورة من اضطراب التحدي المعارض فالطفل يتعمد إيذاء الآخرين وقد يتسبب في إشعال حرائق والقيام بالعديد من الأعمال التخريبية بينما يقتصر سلوك الطفل الذي يعاني من اضطراب التحدي المعارض على تعمد إزعاج الآخرين ومضايقتهم دون تهديد سلامة وأمن الآخرين إلا أنه يجب توخي الحذر حيث أن إهمال علاج هؤلاء الأطفال قد يؤدي إلى تحوله إلى اضطراب المسلك (Pardini and Fite,) (Rowe et al.,: 2010) (2010, 1140).

التشخيص الفارقي بين اضطراب التحدي المعارض واضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط والحركة:

أكد كل من (Ghanizadeh,2011) (Gadow and Nolan,2002) أنه على الرغم من أن هناك تشابه بين أعراض اضطراب التحدي المعارض واضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط والحركة إلا أنه يمكن التمييز بين الاضطرابين كما هو موضح في جدول (٢).

جدول (٢)

اضطراب العناد والتحدى واضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط والحركة

اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط والحركة ADHD	اضطراب التحدى المعارض ODD
يتميز بالاندفاع أكثر من العدوانية	تتميز بالعدوانية، بدلاً من الاندفاع.
عادة ما يكون الإزعاج غير هادف.	يزعج الطفل الناس عمداً.
يتململ الطفل، ويجد صعوبة في التركيز، ويجد صعوبة في الجلوس ساكناً.	لا يجد الطفل صعوبة في التركيز أو الجلوس.
يتصرف الطفل في كثير من الأحيان دون التفكير فيما يترتب على تصرفاته.	يكون سلوك الطفل هادف، فهو يهدف إلى فرض السيطرة واستغلال الآخرين لتنفيذ مطالبه

ومما سبق نجد أنه قد يعاني بعض الأطفال من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط من صعوبة في التحكم في سلوكهم أو عواطفهم ولكن أهم ما يتسم به سلوك هؤلاء الأطفال هو الاندفاع بينما نجد الأطفال ذوي اضطراب التحدى المعارض دائماً يفكرون في الحجج والمبررات التي يتمردون ويكسرون بها القواعد.

النظريات المفسرة لاضطراب التحدى المعارض:

يمكن تفسير اضطراب التحدى المعارض في ضوء نظرية النمو النفسي الاجتماعي لإريكسون حيث يمر الأطفال في الفترة العمرية من (٣- ٦ سنوات) بمرحلة المبادرة مقابل الشعور بالذنب ويشعر الأطفال في تلك المرحلة بالرغبة في الاستقلال ويبدأ اختبار قدرته على رغبته في الاستقلال من خلال إصراره على القيام ببعض الأعمال بنفسه ورفضه لمساعدة الآخرين له، وتتسم حركته بالنشاط وتكثر أسئلته حول طبيعة الأشياء الموجودة من حوله، ونجد بعض الآباء لا يفهمون خصائص الطفل في تلك المرحلة ولا يكونون على دراية برغبته في الاستقلال ويلجئون إلى استخدام العنف والتوبيخ أو يثرون على الطفل مما يشعره بالغضب والإحساس بالذنب ويفقد الثقة في النفس، ويتولد لديه شعور الخوف من الفشل، وأكد أريكسون أن عدم إشباع حاجة الطفل للاستقلال في هذه الفترة قد يؤدي للعديد من المشكلات السلوكية تصل لحد التعرض للإصابة بالأمراض السيكوباتية في المستقبل (كامل، ٢٠١٢، ٧٧).

ولقد فسرت نظرية التعلم الاجتماعي الأعراض السلوكية لاضطراب التحدى المعارض بأنه سلوكيات مكتسبة نتيجة أساليب التعزيز السلبي التي قد يستخدمها القائمين على تربية الطفل، فلقد ترتب على استخدام التعزيزات السلبية زيادة سلوكيات اضطراب التحدى المعارض لدى الطفل لأن تلك المعززات تسمح للطفل بالحصول على مزيد من الاهتمام من الآباء والآخرين وكذلك الحصول على ما يريده.

ووفق نموذج "روتر" للتعلم الاجتماعي تلعب البيئة الاجتماعية دوراً في حدوث الاضطراب العقلي في المستقبل. كما يمكن تفسير هذا الاضطراب وفق نظرية "باندورا" للتعلم الاجتماعي أن الملاحظة هي المصدر الرئيسي للتعلم وأن الإنسان كائن اجتماعي يعيش مع مجموعات من الأفراد يتفاعل معهم ويؤثر ويتأثر بهم، فهو يلاحظ سلوكيات وعادات واتجاهات الأفراد الآخرين ويتعلمها بالملاحظة والتقليد، حيث يعتبر الفرد هؤلاء الآخرين بمثابة نماذج يتم الاقتداء بسلوكهم (Whittingham et al., 2014)، (الزغول، ٢٠١٠، ١٣٩).

وفى ضوء تلك النظرية نجد أن الأطفال قد يتعلمون سلوكيات الغضب والتحدى نتيجة مشاهدتهم للوالدين يظهرن تلك السلوكيات، بالإضافة إلى أن الطفل يجد صعوبة في إدراك متى يشعر بالانزعاج أو بالإحباط وكذلك في صعوبة التعبير عن تلك المشاعر للآخرين مما يدفعه إلى نوبات غضب عارمة.

و قد تؤدي الحالة المزاجية الصعبة التي يعاني منها أطفال ذوي اضطراب العناد والتحدى على دفع آبائهم لتغيير اتجاهاتهم نحوهم فلقد أكد (Jordan et al., 2016). (Kamphaus and Frick, 2005) أن للأطفال تأثيرات على الوالدين مساوية لتأثيرات الوالدين على الطفل فسمات الطفل وخصائصه المزاجية تساهم بشكل كبير في تشكيل الاتجاهات الوالدية تجاهه فكلاهما يؤثر ويتأثر بالآخر. وبالتالي فإن عدم دراية الآباء بمشكلة أطفالهم السلوكية وكيفية التعامل معهم قد يؤدي إلى تفاقم هذه المشكلة وتطورها، فقد توصلت نتائج دراسة عطية (٢٠٠٧) التي أجريت على (٧٩) طفل وطفلة من مرحلة ما قبل المدرسة، إلى أن حرمان الأطفال ذوي الخصائص المزاجية الصعبة من الدفاء العاطفي والتقبل يجعلهم أكثر عرضة للمشكلات السلوكية.

ومما سبق نجد أن الأسرة تعتبر عامل مشترك في نشأة اضطراب التحدى المعارض، فقد كشفت نتائج العديد من الدراسات مثل دراسة: (Sanders et al.,2006 ; Self- Brown,et al.,2011;Mhareri et al., 2012;Whittingham et al., 2014)

أن علاج اضطراب التحدى المعارض يعتمد بشكل أساسي على البرامج الإرشادية المقدمة للأسرة. فالبرامج الإرشادية التي تعتمد على تدخلات السلوكية في الأسرة وتقوم على مبادئ التعلم الاجتماعي والسلوكي المعرفي تعد من أكثر أنواع التدخلات فعالية لمساعدة الأطفال الذين يعانون من مشاكل سلوكية ومزاجية فلقد توصلت نتائج تلك الدراسات إلى أن البرامج الإرشادية التي قدمت للأمهات وآباء الأطفال الذين يعانون من اضطراب التحدى المعارض للفئة العمرية من (٤ : ١١) سنة ساعدت على خفض المشكلات السلوكية لدى أطفالهم كما ساعدت الآباء على التحكم في مشاعر الغضب التي يشعرون بها تجاه أطفالهم وبناء علاقة إيجابية تتسم بالدفء والثقة بينهم وبين أطفالهم.

ومن ثم حاول البحث الحالي إعداد برنامج ارشادي معرفي سلوكي لمساعدة أمهات هؤلاء الأطفال في خفض حدة أعراض اضطراب التحدى المعارض.

الإرشاد الأسري السلوكي:

الإرشاد الأسري هو أحد فروع علم النفس التطبيقية والذي يهتم بتقديم استشارات ومساعدة الأفراد على تحقيق فاعلية السلوك والتغلب على المشكلات وتحقيق تغييرات فعالة في العلاقات الأسرية أو الزوجية (عبد اللطيف، ٢٠٠٨، ص. ٤٤) فيساعد الإرشاد الأسري على حدوث تغييرات جذرية في توجهات الآباء تجاه أطفالهم وكذلك أساليب المعاملة الوالدية مما ينعكس على سلوك أطفالهم بالإيجاب. تعتمد برامج الإرشاد الأسري على ثلاث نظريات أساسية يبنى عليها الأساليب العلاجية والإرشادية:

نظرية الأشرط الكلاسيكي Classical Conditioning:

يعتبر الأشرط الكلاسيكي من أبسط أنواع التعلم حيث يمكن من خلاله إكساب مثير القدرة على استجابة معينة كان لا يستطيع استدعاءها قبل الأشرط.

وفي ضوء تلك النظرية يمكن تفسير الكثير من الاستجابات وخاصة تلك التي تتعلق بتعلم الانفعالات مثل المواقف التي تولد القلق أو الإحباط وما يترتب عليه من سلوكيات سلبية كالعدوان والعناد (Jodene et al.,: 2004, 500).

ويعتمد الأشرط الكلاسيكي على نوعين لتعديل السلوكيات غير المرغوبة:

- **الانطفاء Extinction:** ويعنى الامتناع عن الاستجابة بسبب توقف التدعيم ويتم ذلك من خلال عدم ملازمة المثير غير الشرطي للمثير الشرطي أي دون تدعيم، ومع التكرار عدة مرات يحدث انطفاء للاستجابة الشرطية مما يقلل ظهورها تدريجياً حتى تختفى.
- **الأشرط المضاد Counter Conditioned:** يتم فيه استبدال استجابة شرطية باستجابة شرطية أخرى جديدة متعارضة مع الاستجابة الأولى، مثال على ذلك يمكن جعل المثير الشرطي الذي يستدعي القلق يستدعي الاسترخاء والراحة، وذلك من خلال التدريب على الاسترخاء والراحة بتقديم مثير طبيعي يستدعي الاسترخاء والراحة في وجود المثير الشرطي الذي يستدعي القلق أي جعله مثير (محايد) ويتكرر عملية الاقتران قد يستدعي المثير الشرطي الاستجابة الشرطية المتعارضة الاسترخاء، ويوجد نوع آخر من الأشرط المضاد غير السار لتثبيت العادات غير المرغوب فيها وفي هذه الحالة يتم اقتران العادات السيئة بشيء منفر، وبذلك تصبح العادة السيئة أقل إغراءً (الزغول، ٢٠١٠، ٩١٠).

نظرية الأشرط الإجرائي Operant Conditioning:

ميز "سكنر" بين كل من السلوك الاستجابي والسلوك الإجرائي فهو يرى أن السلوك يكون استجابياً عندما يتكون من استجابات نتيجة لمثيرات محددة ومعروفة مسبقاً، ويكون السلوك إجرائي عندما يتكون من استجابات تنبعث من الكائن الحي دون أن تكون محكومة أو مضبوطة بمثيرات محددة ومعروفة على نحو مسبق. وتؤكد هذه النظرية على أن كلاً من السلوك السوي والسلوك الشاذ محكوم بالنتائج المترتبة عليه، وبالتالي أن العلاقة بين السلوك والبيئة هي التي تحدد التعلم، فنحن نتعلم كيف يؤثر سلوكنا في الأحداث البيئية، وتبنى هذه النظرية استراتيجيات التعزيز والعقاب والتجاهل لتعديل السلوك.

فالسلك الذي يعقبه تعزيز مادي أو معنوي يتكرر يتم تعلمه والسلك الذي يعقبه عقاب لا يتكرر ويقل احتمال تعلمه، ويؤدى التجاهل المخطط للسلك إلى وقف التعزيز عن السلك وبالتالي محوه (21- 19, Stephen and Baily, 2013).

نظرية باندورا للتعلم الاجتماعي Social Learning:

تعتمد نظرية باندورا على ان السلك الاجتماعي سلوك متعلم من خلال الملاحظة والتقليد والتعزيز من الاشخاص المهمين في حياة الطفل وفي مرحلة الطفولة المبكرة يكون الوالدين هما أقرب الأشخاص للطفل، وبالتالي فإن سلوك العدوان والعناد والغضب قد يكتسبه الطفل من خلال ملاحظة وتقليد الآخرين من حوله.

ومن ثم تستند برامج الإرشاد الأسري على تبصير الآباء بأهمية الانتباه لسلوكهم لأنهم نموذج وقدوة لأطفالهم خاصة عندما تكون بصدد معالجة مشكلات واضطرابات سلوكية لدى أطفالهم.

الإرشاد المعرفي السلوكي:

يعتبر الإرشاد المعرفي السلوكي اتجاهاً علاجياً حديثاً يعمل على الدمج بين الإرشاد المعرف وفنياته المتعددة والإرشاد السلوكي بما يتضمنه من فنيات ولقد ظهر هذا الاتجاه لتلافى أوجه الانتقادات التي كانت توجه للعلاج السلوكي حيث أن الإرشاد المعرفي يركز على تعديل العمليات المعرفية لدى الفرد والتي تؤثر بشكل مباشر في السلك الظاهر لديه.

فيؤكد (زغبوش، ٢٠٠٩، ٤٤) على أن الاضطرابات النفسية تعتمد على وجود معتقدات فكرية خاطئة يتبناها الفرد عن نفسه وعن العالم المحيط به ومن ثم يركز الإرشاد المعرفي على تصحيح المفاهيم الذهنية الخاطئة التي قد تولد الاضطراب أو المشكلة، بينما يركز الاتجاه السلوكي على تعديل السلك دون النظر إلى العمليات المعرفية لدى الفرد ومن ثم ظهر اتجاه الدمج بين الاتجاه السلوكي والمعرفي للتعامل مع مختلف الاضطرابات بأبعادها المعرفية، الانفعالية، السلوكية.

يعتمد الإرشاد السلوكي المعرفي على أربع محاور أساسية:

- الأساليب المعرفية: ويتمثل في رصد الأفكار السلبية ومناقشتها.
- الأساليب السلوكية: وتعتمد على أساليب المراقبة الذاتية للنشاطات السارة والمزججة وجداول النشاطات والواجبات المنزلية.
- الأساليب المعرفية السلوكية: وتتمثل في رصد الأفكار ومناقشة الأفكار السلبية، والتجارب السلوكية.
- الأساليب الوقائية: تحديد الافتراضات ومواجهة الافتراضات والتخطيط للمستقبل (مصطفى، ٢٠٠٩، ١٢٧).

ومما سبق نجد أن هذه الأساليب تساعد الأمهات في صياغة المشكلة وتحديد الأنماط المتكررة من السلوك التي تساعد على استمرارية المشكلة وكذلك المعتقدات والأفكار التي تساعد على استمرارية السلوك، ومناقشة الأفكار ومشاركة التجارب وتقديم الحلول، فالبرنامج السلوكي المعرفي سيساعد الأمهات على تعديل الأفكار الخاطئة والاتجاهات السلبية التي تشكلت تجاه أطفالهن، وكذلك الاستبصار بالأساليب التربوية والسلوكيات التي تزيد من ظهور السلوك المشكل لدى أطفالهن، فسيساعد البرنامج على تطوير المهارات الوالدية التي ستصبح أكثر اتساقاً وإيجابية وأقل إحباطاً لكل من الوالدين والطفل، كما سيساعد البرنامج على تزويد الأمهات بالصلاية النفسية بأنهن قادرات على حل المشكلة ولديهم الكفاءة على حلها.

ومن خلال الإطار النظري والدراسات السابقة للبحث تحددت فروض البحث

في ما يلي:

فروض البحث:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية في التطبيقين القبلي والبعدي على قائمة ملاحظة سلوك التحدي المعارض لطفل الروضة في اتجاه القياس البعدي.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية في التطبيقين البعدي والتتبعي على قائمة ملاحظة سلوك التحدي المعارض لطفل الروضة في اتجاه القياس التتبعي.

منهج البحث وإجراءاته:

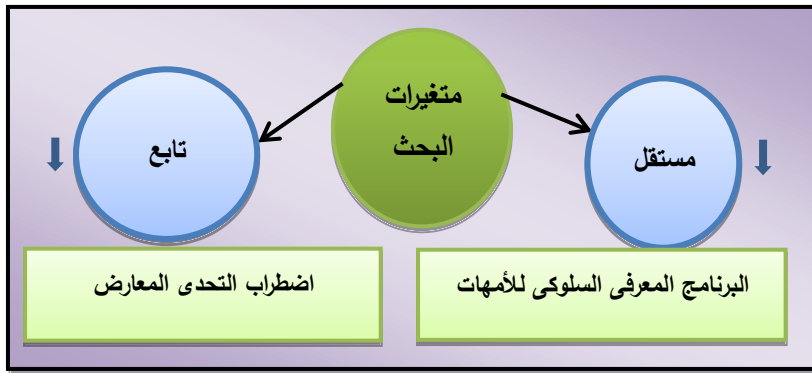
وفيما يلي عرض لمنهج البحث والإجراءات التي اتبعتها الباحثة لإجراء البحث من حيث العينة والأدوات المستخدمة ووصف لإجراءات البحث والتطبيق العملي والمعالجات الإحصائية:

أولاً: منهج البحث:

استخدمت الباحثة المنهج شبه التجريبي عند تطبيق البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي في البحث، وذلك باستخدام التصميم شبه التجريبي المعتمد على المجموعة الواحدة، والقياسين القبلي والبعدي لنتائج المجموعة، وقد تم اختيار هذا التصميم نظراً لطبيعة البحث الحالي الذي يهتم بالبرنامج الإرشادي المقدم للأمهات لمساعدتهن في خفض المشكلات السلوكية لاضطراب التحدى المعارض لدى أطفالهن.

ومن مميزات التصميم ذو المجموعة الواحدة أن التجانس بين الأفراد هو تجانس تام، حيث يناظر الفرد في المجموعة الواحدة نفسه قبل إدخال العامل التجريبي وبعده (منسي، كامل، ٢٠١٤، ٤٥٠).

ويمكن توضيح المتغيرات الأساسية للبحث علي النحو التالي:



شكل (١)

متغيرات تجربة البحث

وقد استخدمت الباحثة التصميم ذى المجموعة الواحدة ذات القياس (القبلي-

البعدي) لمجموعتي البحث، كما يتضح من جدول (٣):

جدول (٣)

التصميم التجريبي للبحث

مجموعات البحث	قبلي	المعالجات	بعدي
التجريبية	مقياس اضطراب التحدى المعارض (تقرير الأم)	البرنامج الإرشادي	اضطراب التحدى المعارض (تقرير الأم)

ثانياً: حدود البحث:

- الحدود البشرية: تمثلت عينة البحث في (١٠) طفل وطفلة وأمهماتهم.
- الحدود الجغرافية: تم تطبيق الدراسة الميدانية للبحث بمركز الطب النفسي في مصر الجديدة.
- الحدود الزمنية: تم تطبيق البحث على مدار ثلاث شهور بواقع (٢٤) جلسة بمعدل جلسان بالأسبوع في الفترة الزمنية من ٢٠١٨/٦ إلى ٢٠١٨/٩، و تراوحت مدة الجلسة من (٦٠) دقيقة إلى (٩٠) دقيقة، وبعض الجلسات استغرقت (١٢٠) دقيقة.

ثالثاً: عينة البحث:

أ- عينة التحقق من صلاحية أدوات البحث:

اشتمت الباحثة عينة مكونة من (٩٠) طفل وطفلة وتراوحت أعمارهم من (٥: ٦) سنوات من مراكز نفسية متعددة وذلك للتحقق من الخصائص السيكومترية لقائمة ملاحظة التحدى المعارض عينة البحث الأساسية: وتكونت عينة البحث في صورتها النهائية من (١٠) أطفال وأمهماتهم من مركز الطب النفسي بمصر الجديدة (محافظة القاهرة).

وقد أخذت عينة البحث بطريقة عمدية لتوافر عدد من الأطفال المشخصين باضطراب التحدى المعارض في الفئة العمرية من (٥: ٦ سنوات) المنوط بها البحث هذا من جانب ومن جانب آخر رغبة أمهات هؤلاء الأطفال في الاشتراك بالبرنامج

الإرشادي مما يعكس التزامهم بالحضور وتطبيق جلسات البرنامج مع أطفالهن، بالإضافة إلى ترحيب المركز بتطبيق البرنامج الإرشادي وتقديم كافة التسهيلات لإجراء الجانب التطبيقي للبحث.

كل هذه الأسباب دفعت الباحثة لاختيار هؤلاء الأطفال من هذا المركز. ويوضح جدول (٤) وصف لخصائص عينة الأمهات المشاركات في البرنامج الإرشادي.

جدول (٤)

بعض الخصائص الديموجرافية لعينة البحث
(أمهات الأطفال ذوي اضطراب التحدي المعارض)

م	السن	المؤهل	الوظيفة	عدد الأطفال
١	٢٧	ليسانس آداب	مرشد سياحي	٢
٢	٣٠	بكالوريوس إعلام	معدّه برامج	١
٣	٣٢	بكالوريوس اقتصاد وعلوم سياسية	عمل خاص	٢
٤	٣٣	بكالوريوس فنون جميلة	عمل خاص	٢
٥	٣٥	ليسانس حقوق	أعمال قانونية	١
٦	٣٧	بكالوريوس طب أسنان	طبيبة	٢
٧	٢٩	بكالوريوس علوم	أعمال حرة	٢
٨	٣٣	بكالوريوس ألسن	مجال الترجمة	٢
٩	٣١	بكالوريوس هندسة	لا تعمل	١
١٠	٣٦	فنون تطبيقية	أعمال حرة	٣

ب- شروط عينة البحث (الأطفال):

ولقد تحقق في العينة الشروط التالية:

- أن يتراوح عمر الأطفال من ٤ : ٦ سنوات.

- أن يتم تشخيصهم من ذوي اضطراب سلوك التحدي المعارض وفق الدليل التشخيصي DSM4 وتتراوح ما بين بسيطة ومتوسطة.
- خلو العينة من أي إعاقات.
- عدم تناول الأطفال أي عقاقير لاضطرابات المزاج.
- التزام الأمهات بالحضور في الوقت المخصص لجلسات البرنامج.

ج) التجانس بين أفراد العينة:

راعت الباحثة التجانس بين أطفال المجموعة التجريبية من حيث العمر الزمني ومعامل الذكاء ويوضح جدول (٥) وصفاً لعينة أطفال المجموعة من حيث العمر الزمني ودرجات الذكاء باستخدام ٢١٤.

جدول (٥)

دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية من حيث العمر الزمني والذكاء واضطراب التحدي المعارض باستخدام ٢١٤

(ن=١٠)

المتغيرات	٢١٤	مستوى الدلالة
العمر الزمني	٣	غير دالة
الذكاء	٣,٠٠	غير دالة
سلوك العناد والتحدي	٠.٧٥	غير دالة

يتضح من جدول (٥) عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية في القياس القبلي من حيث العمر الزمني والذكاء واضطراب التحدي المعارض مما يشير إلى تجانس أطفال عينة البحث.

ثالثاً: أدوات البحث:

- تم اختيار عينة البحث من مستوى اجتماعي واقتصادي فوق المتوسط وفقاً لمؤشرات المستوى الاجتماعي والاقتصادي المدونة في سجلات هؤلاء الأطفال في المركز.

- تم تقدير درجات الذكاء باستخدام مقياس ستانفورد بينيه الصورة الخامسة من قبل المركز الطبي.
 - قائمة تقدير سلوك اضطراب التحدي المعارض من (إعداد الباحثة): يقصد باضطراب التحدي المعارض في هذا البحث بأنه نمط متكرر من نوبات اضطراب المزاج والغضب وسرعة الانفعال، أو السلوك الجدلي/ التحدي، أو الانتقام الذي يستمر لمدة ستة أشهر على الأقل.
 - ولإعداد قائمة تقدير سلوك اضطراب التحدي المعارض صاغت الباحثة ٣٠ مفردة تقيس ثلاث ابعاد تشكل اضطراب التحدي المعارض:
 - اضطراب الحالة المزاجية: وتتمثل في فقدان الحالة المزاجية وسرعة الغضب والانفعال والاستياء.
 - السلوك الجدالي: ويتمثل في الجدل الشديد مع والديه او المعلمين ورفض القواعد والقاء اللوم على الآخرين.
 - حب الانتقام: ويتمثل في رغبة الطفل في إغاطة الآخرين ومضايقتهم عن عمد.
- وتمت صياغة العبارات استناداً للدليل التشخيصي للصحة العقلية 5-DSM وكذلك الأطر النظرية والدراسات السابقة التي دارت في فلك هذا الموضوع مثل (سليمان، ٢٠١٧) (Roweet al.,: 2010) (Shubina,2016):

الخصائص السيكومترية لقائمة تقدير اضطراب التحدي المعارض:

تم حساب الصدق في البحث الحالي بالطرق الآتية:

صدق المحكمين:

تم عرض القائمة في صورتها الأولية على عشرة محكمين من المتخصصين في مجال الصحة النفسية والطب النفسي وذلك للحكم على مضمون عبارات المقياس ومدى تمثيلها لما نقيسه. وتم إجراء معالجة إحصائية لكل عبارة من هذه العبارات، وذلك لحساب الصدق. وتراوحت نسبة اتفاق المحكمين على بنود المقياس ما بين (٧٠%، ١٠٠%) (ملحق رقم ٢).

ووفقاً لآراء السادة المحكمين تم التعديل في صياغة بعض العبارات وتألفت الصورة النهائية لقائمة تقدير ملاحظة الوالدين لسلوك اضطراب التحدى المعارض من ثلاثين عبارة موزعة على ثلاثة أبعاد. ملحق رقم (٣، ٤).

الصدق العاملي: التحليل العاملي الاستكشافي Factorial Validity:

وقد استخدمت الباحثة الصدق العاملي للتأكد من صدق مقياس العينة الحالية، فقامت الباحثة بتطبيق المقياس على عينة استطلاعية مكونة من (٩٠) طفلاً وطفله، تتراوح أعمارهم من (٤ - ٦) سنوات.

وباستخدام حزمة البرامج الإحصائية SPSS ٢١ أجرت الباحثة تحليلاً عاملياً بطريقة المكونات الأساسية، وبالإضافة إلى معيار الجذر الكامن تم دراسة الرسم البياني للجذور الكامنة.

وتبين أن العوامل التي تظهر في الجزء شديد الانحدار هي ثلاثة عوامل؛ حيث تم تدوير هذه العوامل تدويراً متعامداً باستخدام طريقة Varimax للوقوف على التركيب العاملي للمهام.

وقد أسفرت هذه الخطوة عن ظهور ثلاثة عوامل أو مكونات يتشبع كل منهم بعدد من البنود تبعاً للمحكات الثلاثة التالية:

- العامل الجوهري ما كان له جذر كامن ≤ 1.00 .
- محك التشبع الجوهري للبنود ≤ 0.4 .
- محك جوهرية العامل \leq ثلاثة تشبعات جوهرية.

وبالإبقاء على العوامل التي يزيد جذرها الكامن عن الواحد الصحيح تم استخراج ثلاثة عوامل تضمنت ٣٣.٤% من حجم التباين الكلي في درجات أفراد العينة؛ حيث كانت نسبة كل عامل من هذه العوامل على الترتيب ١٢.٧٦٥%، ١١.٦٤٥%، ٩.٣٩٥%.

ويوضح جدول (٦) الثلاثة عوامل التي كشف عنها التحليل العاملي وقيم التشبعات على هذه العوامل وقيمة الجذر الكامن لكل عامل ونسب التباين لهذه العوامل.

جدول (٦)

قيم التشبعات لمقياس اضطراب التحدى المعارض

عدد العوامل			رقم البند	عدد العوامل			رقم البند
٣	٢	١		٣	٢	١	
		٠.٦٥٠	٥			٠.٦٨١	١
		٠.٦٣٦	٦			٠.٦٥٦	٢
		٠.٦٢١	١٣			٠.٦٥٦	٣
		٠.٥٨٥	٤			٠.٦٥٢	٨
		٠.٧٠٠	٢١			٠.٥٨٣	١٢
		٠.٦٩٩	٢٢			٠.٥٦٧	١٠
		٠.٦٤١	١٩			٠.٥٥٩	١٥
٠.٧١١			٢٨			٠.٥٤٩	٩
٠.٦٧١			٢٥			٠.٥٢٩	٧
٠.٦٣٥			٢٦			٠.٥٢٠	١٤
٠.٦٢٠			٣٠			٠.٤٨٣	١١
٠.٦٠٦			٢٤		٠.٧٦٧		١٨
٠.٥٦٣			٢٩		٠.٧٤٧		١٧
٠.٥٤٧			٢٧		٠.٧٣١		١٦
					٠.٧١٠		٢٣
					٠.٧٠٢		٢٠
٢.٧٢					٣.٦٥	٥.٣٦٠	الجنر الكامن
٩.٣٩٥					١١.٦٤٥	١٢.٧٦٥	نسبة التباين
٣٣.٤							التباين الكلّي

يتضح من جدول (٦) أن العامل الأول قد تشبع عليه ١٥ بند تراوحت تشبعاتها بين ٠.٦٨١، ٠.٤٨٣ وهو الحالة المزاجية التي تتسم بالغضب والإثارة، وكانت هذه التشبعات جوهرية، وقد كانت هذه البنود تقيس بعد البدائل، وقد تشبع على العامل الثاني ثمانية بنود تراوحت تشبعاتها بين ٠.٧٦٧، ٠.٤٤١ وكانت هذه التشبعات جوهرية، وقد كانت هذه البنود تقيس بعد السلوك الجدالي، وقد تشبع على العامل الثالث سبعة بنود تراوحت تشبعاتها بين ٠.٧٦٧، ٠.٥٤٥ وكانت هذه التشبعات جوهرية، وقد كانت هذه البنود تقيس بعد حب الانتقام.

ثبات المقياس:

تم حساب الثبات بالطرق التالية:

- معامل ألفا كرونباخ:

تم حساب ثبات قائمة ملاحظة سلوك التحدى المعارض باستخدام معامل ألفا كرونباخ وقد وجد أن معامل ثبات ألفا للقائمة ككل (٠.٩٠) وهو معامل ثبات مرتفع وفقاً للمعايير القياسية.

- طريقة الاتساق الداخلي:

تم حساب معاملات الارتباط بين درجة كل المفردة وارتباطها بالدرجة الكلية للمقياس والتي تراوحت بين (٠.٣٢-٠.٧١) وكانت جميعها دالة عند مستوى دلالة (٠.٠١) مما يدل على تمتع قائمة الملاحظة بالاتساق الداخلي والثبات.

وصف قائمة ملاحظة اضطراب التحدى المعارض:

- بعد التحقق من الخصائص السيكومترية تتكون قائمة ملاحظة اضطراب التحدى المعارض في صورتها النهائية من ٣٠ عبارة تمثل وتجسد الأبعاد التي تتكون منها القائمة وتجسد التعريف الإجرائي للبحث اضطراب العناد والتحدى وهما:
- الحالة المزاجية المضطربة: وتتضمن فقدان الحالة المزاجية وسرعة الغضب والاستياء. وتمثلها العبارات من (١: ١٥).
 - السلوك الجدالي: ويتمثل في الجدال الشديد مع والديه أو المعلمين ورفض القواعد والقاء اللوم على الآخرين. وتمثلها العبارات من (١٦: ٢٣).

- **حب الانتقام:** ويتمثل في رغبة الطفل في إغاطة الآخرين ومضابقتهم عن عمد. وتمثلها العبارات من (٢٤: ٣٠).
- تم الإجابة عن هذه العبارات وفق مقياس متدرج تأخذ دائماً ثلاث درجات، وأحياناً درجتين، ونادراً درجة واحدة. من (١٧: ٣٠).
- تراوحت الدرجة الخام لكل طفل على قائمة تقدير اضطراب التحدي المعارض ما بين (٣٠: ٩٠).

تصحيح المقياس:

تم تقدير الدرجات وفق هذا المقياس بشكل متدرج حيث تأخذ العبارة التي تدل على اضطراب الحالة المزاجية (الاستثارة، الغضب، ...) السلوك الجدلي والعناد وسلوك حب الانتقام إذا كانت تتكرر بشكل دائم (٣) درجات وإذا كان هذا السلوك يظهر في بعض المواقف ولا يتكرر كثيراً يأخذ درجتين لا يحدث على الإطلاق درجة واحدة. وتشير الدرجة المرتفعة إلى اضطراب العناد والتحدي بينما تعتبر الدرجة المنخفضة مؤشراً لعدم وجود اضطراب العناد التحدي.

رابعاً: البرنامج الإرشادي للأمهات لخفض اضطراب التحدي المعارض لأطفالهن:

تحتل البرامج الإرشادية في مجال الأسرة مكانة هامة في التراث النظري والدراسات السابقة فيما يتعلق بتعليم وتدريب الوالدين وتزويدهم بالمعلومات في رعاية وتنشئة أطفالهم هذا من جانب ومن جانب آخر أصبحت هذه البرامج ركيزة أساسية في الخطط العلاجية للأطفال الذين يعانون من اضطرابات ومشكلات سلوكية.

فلسفة البرنامج:

تم اشتقاق فلسفة البرنامج من فلسفة المجتمع الذي يعيش فيه الطفل حيث أصبحت قيمة المجتمع تقاس بما يقدم للأطفال من أشكال متنوعة من الرعاية والتوجيه والتنمية مما ينعكس على المجتمع بالتقدم والتحضر. فمن خلال البرامج الإرشادية المقدمة للأسرة يتعلم الآباء طرق إشباع الاحتياجات النفسية لأطفالهن

وكيفية التغلب على مشكلاتهم السلوكية مما ينتج عنه إعداد مواطن صالح ينتفع به المجتمع الذي يعيش فيه.

الأسس النظرية والفلسفية التي يقوم عليها البرنامج:

اعتمد البحث على أسلوب الإرشاد الأسري الجماعي الذي يركز على فهم الإنسان بوصفه كائناً اجتماعياً، واستند البرنامج إلى المنهج الانتقائي في الإرشاد النفسي الأسري حيث يتيح هذا المنهج التنوع في استخدام أساليب واستراتيجيات مستمدة من نظريات متنوعة مثل التعلم الاجتماعي لباندورا والنظريات المعرفية والسلوكية لسكنر. وارتكزت فلسفة البرنامج على إقامة علاقات تعاونية بين الباحثة والأمهات المشاركات التي تركز على حل المشكلات أكثر من تصويب الأخطاء.

الأسس النفسية والتربوية للبرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي:

استندت الباحثة عند إعداد البرنامج الإرشادي إلى عدة أسس نفسية وتربوية من أهمها:

- أن التأثيرات السالبة لاضطراب التحدى المعارض يمكن تجنبها من خلال زيادة وعي الأمهات بالطرق والوسائل التي تساعد على إدارة سلوك أطفالهن في المواقف المختلفة.
- راعت الباحثة عند اختيار محتوى الجلسات الإرشادية المقدمة للأمهات أن تتضمن معلومات وتدريبات متنوعة لتعديل سلوك أطفالهن.
- تنمية الوعي والمعرفة بماهية اضطراب التحدى المعارض باستخدام الفنيات الإرشادية لتحسين اتجاهات الأمهات نحو أطفالهن وتنمية التوافق الإيجابي بينهما.
- استخدام استراتيجيات وفنيات تعدل من المفاهيم والأفكار الخاطئة الموجودة لدى أطفالهن وكذلك تعديل بعض الممارسات والسلوكيات الموجودة لدى الأمهات والتي تتسبب في زيادة حدة الاضطراب.
- تم مراعاة التدرج في زمن أنشطة جلسات البرنامج، بحيث تتناسب مع خصائص الأمهات، نظراً لأن كثيراً منهن كانت لديهن أعمال.

الأسس الإدارية:

حرصت الباحثة على توفير المناخ المناسب للتطبيق من حيث الوقت والمكان وإعداد الأدوات والوسائل اللازمة لتطبيق البرنامج، وشاركت الباحثة الأخصائية النفسية التي تعمل بالمركز في تطبيق البرنامج.

أهداف البرنامج: تقسم أهداف البرنامج إلى أهداف عامة وأهداف خاصة:

الهدف العام للبرنامج:

تزويد الأمهات بالمعلومات والاستراتيجيات والفنيات التي تساعد في خفض اضطراب التحدى المعارض لدى أطفالهن.

الأهداف الخاصة للبرنامج:

- زيادة وعى الأمهات بطرق التعامل وإدارة سلوك اطفالهن ذوى اضطراب التحدى المعارض.
- تزويد الأمهات بوسائل وطرق تساعد على زيادة الممارسات التربوية الإيجابية مع أطفالهن.
- تزويد الأمهات بالفنيات التي تساعد على تحسين التوافق بينهن وبين أطفالهن.
- تدريب الأمهات على استراتيجيات التعزيز وفنيات العقاب لخفض اضطراب التحدى المعارض لدى أطفالهن.
- مساعدة الأمهات على اكتساب مهارة حل المشكلات وتدريبهن على إكسابها لأطفالهن.

مصادر بناء محتوى البرنامج الإرشادي:

الإطار النظري والدراسات السابقة المرتبطة بموضوع البحث مثل: (Stormshak et al., 2000)، (Eckenrode et al.,: 2000)، (القاضى، ٢٠١٦)، (Ollendicket al.,2015).

الفنيات الإرشادية المتبعة:

المناقشة الجماعية، والحوار، والندوات، النمذجة، حل المشكلات لعب الدور، التعزيز، الواجب المنزلي.

الحدود الإجرائية للبرنامج:

- **مكان تنفيذ البرنامج:** تم تنفيذ البرنامج بمركز الطب النفسي أ. د هشام عبد الرحمن بمصر الجديدة.
- **العينة:** تم تنفيذ البرنامج على عينة مكونة من (١٠) أمهات لأطفال ذوي اضطراب التحدى المعارض في مرحلة ما قبل المدرسة.
- **المدة الزمنية للبرنامج:** استغرق تطبيق البرنامج ما يقرب من ثلاثة أشهر من ٢٠١٨/٦ إلى ٢٠١٨/٩ بمعدل (٢٤) جلسة بمعدل جلستين بالأسبوع، وتراوحت مدة الجلسة من (٦٠) دقيقة إلى (٩٠) دقيقة، وبعض الجلسات استغرقت (١٢٠) دقيقة.
- **تحكيم البرنامج الإرشادي:** تم عرض البرنامج في صورته الأولية على خمسة من الأساتذة المحكمين في مجال علم النفس والصحة النفسية وذلك بهدف التحقق من ملائمة البرنامج لأفراد العينة وصحة الإجراءات التطبيقية للبرنامج ووفقاً لتعليمات المحكمين أجريت التعديلات المطلوبة ومن ثم تم إعداد الصورة النهائية للبرنامج الإرشادي. ويوضح جدول (٧) محتوى جلسات البرنامج ملحق رقم (٧)

جدول (٧)

يوضح محتوى جلسات البرنامج الإرشادي للأمهات لخفض اضطراب التحدى المعارض

رقم الجلسة	عنوان الجلسة	الهدف من الجلسة	الفنيات المستخدمة
١	التعريف بالبرنامج الإرشادي ونظام الجلسات.	- أن تتعرف الأمهات على الهدف من البرنامج ونظام الجلسات. - تكوين ألفة بين الباحثة والأمهات. - تكوين الألفة بين الأمهات بعضهم وبعض.	المحاضرة- المناقشة والحوار
٢، ٣، ٤	مرحلة الطفولة المبكرة خصائصها وأهم الاحتياجات التي يجب إشباعها	أن تحدد الأمهات أهم احتياجات الأطفال في تلك المرحلة العمرية المبكرة.	المحاضرة- المناقشة والحوار

رقم الجلسة	عنوان الجلسة	الهدف من الجلسة	الفنيات المستخدمة
٥، ٦، ٧	أساليب المعاملة الوالدية بين السواء واللاسواء.	- أن تحدد الأمهات أساليب المعاملة الوالدية. - أن تحدد الآثار المترتبة على اساليب المعاملة غير السوية	المحاضرة- المناقشة والحوار الواجب المنزلي- لعب الادوار العصف الذهني
٨	ما هو اضطراب التحدى المعارض؟	أن تحدد أعراض الاضطراب أن تتناقش في الضغوط النفسية التي تتعرض لها الأمهات.	المحاضرة- المناقشة والحوار
٩، ١٠، ١١	مهارات الاتصال الفعال	أن تكتسب الامهات مهارات الاتصال الفعال	المحاضر- لعب الادوار- الواجب المنزلي.
١٢، ١٣، ١٤، ١٥	إدارة سلوك الغضب	أن تكتسب الأمهات مهارات ادارة سلوك الغضب لدى اطفالهن	المحاضرة- المناقشة والحوار لعب الدور- النمذجة-الواجب المنزلي
١٦، ١٧، ١٨	إدارة سلوك العناد	أن تكتسب الأمهات مهارات تعديل سلوك العناد لدى اطفالهن.	المحاضرة- المناقشة والحوار لعب الدور- النمذجة-الواجب المنزلي
١٩	مهارت التفاوض	أن تكتسب الأمهات مهارات وفنون التفاوض مع أطفالها.	المحاضرة- المناقشة والحوار لعب الدور- النمذجة-الواجب المنزلي
٢٠	حل المشكلات	أن تكتسب الامهات فنون واستراتيجيات تنمية حل المشكلات لدى أطفالها	المحاضرة- المناقشة والحوار لعب الدور- النمذجة-الواجب المنزلي
٢١، ٢٢، ٢٣	استراتيجيات التعزيز	أن تطبق استراتيجيات التعزيز بالشكل الصحيح مع أطفالها	المحاضرة- المناقشة والحوار لعب الدور- النمذجة-الواجب المنزلي
٢٤	الجلسة الختامية	وتقييم العمل خلال هذه الجلسات وإنهاء البرنامج الإرشادي.	المناقشة والحوار

إجراءات البحث:

- قامت الباحثة باتباع الخطوات التالية لإجراء البحث:
- مراجعة الأطر النظرية والدراسات السابقة التي تدور في فلك الموضوع.
 - إعداد قائمة ملاحظة تقدير اضطراب التحدى المعارض والتحقق من الخصائص السيكومترية له.
 - إعداد البرنامج الإرشادي والتحقق من خصائصه السيكومترية وصلاحيته للتطبيق.
 - اختيار عينة البحث من الأطفال المترددين على مركز الطب النفسي.
 - تحقيق التجانس بين أفراد العينة التجريبية.
 - إجراء القياس القبلي على المجموعة التجريبية من خلال تطبيق قائمة اضطراب التحدى المعارض.
 - تطبيق البرنامج الإرشادي على أمهات المجموعة التجريبية.
 - إجراء القياس البعدي على المجموعة التجريبية من خلال تطبيق قائمة اضطراب التحدى المعارض.
 - إعادة تطبيق قائمة الملاحظة بعد شهر من إجراء القياس البعدي وذلك لإجراء القياس التتبعي.
 - المعالجة الإحصائية لبيانات البحث في القياس القبلي والبعدي والتتبعي.

نتائج البحث ومناقشتها:

استخدم البحث الإحصاء اللابارامترى للوصول إلى النتائج التالية، حيث يتميز هذا الأسلوب الإحصائي بمناسبته للعينات الصغيرة مثل عينة البحث الحالي وتتخلص نتائج البحث كما يلي:

أولاً الفرض الأول:

ينص الفرض الأول على أنه:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية في التطبيقين القبلي والبعدي على قائمة ملاحظة سلوك التحدى المعارض لطفل الروضة في اتجاه القياس البعدي.

وللتحقق من صحة الفرض، قامت الباحثة باستخدام اختبار ولكوكسن Wilcoxon لإيجاد الفروق بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على قائمة تقدير اضطراب التحدي المعارض كما يتضح في جدول (٨).

جدول (٨)

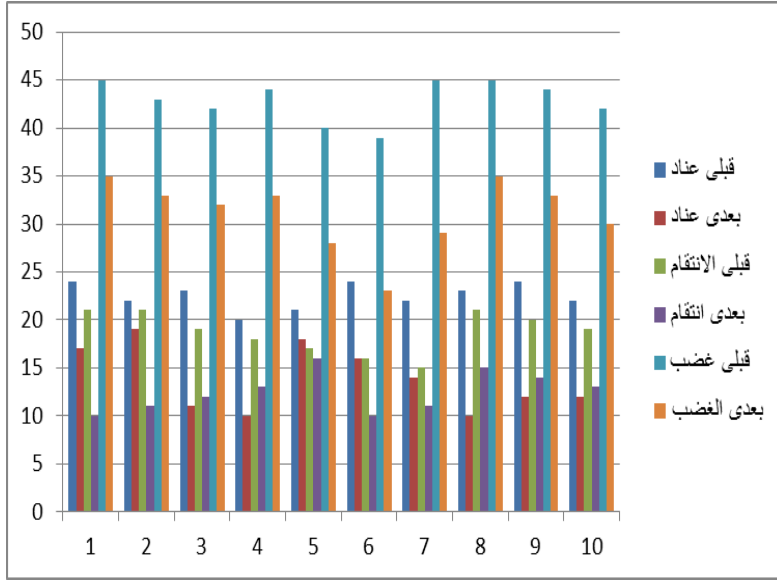
نتائج اختبار Wilcoxon لمعرفة دلالة الفروق بين القياس القبلي والبعدي لمقياس اضطراب التحدي المعارض للمجموعة التجريبية (ن=١٠)

الاختبار	اتجاه الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Z	الدلالة
الغضب	السالبة (القياس القبلي)	١٠	٥.٥٠	٥٥.٠٠	٢.٨١-	٠.٠١
	الموجبة (القياس البعدي)	٠	٠.٠٠	٠.٠٠		
	المتعادلة	٠				
	الكلية	١٠				
العناد	السالبة (القياس القبلي)	١٠	٥.٥٠	٥٥.٠٠	٢.٨٢-	٠.٠١
	الموجبة (القياس البعدي)	٠	٠.٠٠	٠.٠٠		
	المتعادلة	٠				
	الكلية	١٠				
الانتقام	السالبة (القياس القبلي)	١٠	٥.٥٠	٥٥.٠٠	٢.٨٢-	٠.٠١
	الموجبة (القياس البعدي)	٠	٠.٠٠	٠.٠٠		
	المتعادلة	٠				
	الكلية	١٠				

يتضح من جدول رقم (٨) السابق وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠.٠١) بين رتب درجات القياس القبلي والقياس البعدي للمجموعة التجريبية لصالح القياس البعدي، وهذا ما يؤكد على فاعلية البرنامج الإرشادي المستخدم في البحث الحالي في خفض أعراض اضطراب التحدي المعارض لأطفال ما قبل المدرسة، ويمثل شكل (٢) الفروق بين القياس القبلي والبعدي لاضطراب التحدي المعارض.

شكل (٢)

الفروق بين القياس القبلي والبعدي لاضطراب التحدي المعارض



ويتضح من شكل (٢) انخفاض اضطراب التحدي المعارض في القياس البعدي لدى الأطفال بعد تطبيق البرنامج الإرشادي على أمهاتهم.

كما قامت الباحثة بإيجاد نسبة التحسن بين القياسين القبلي والبعدي على قائمة تقدير اضطراب التحدي المعارض كما يتضح في جدول رقم (٩).

جدول رقم (٩)

يوضح نسبة التحسن بين القياسين القبلي والبعدي على قائمة تقدير اضطراب التحدي المعارض

المتغيرات	متوسط القياس القبلي	متوسط القياس البعدي	نسبة التحسن
الغضب	٢٥	٢٢.٥	%٥٠.١
العناد	٢٥	٢٢.٣٧	%٥٢.١
الانتقام	٢٥	٢٢.٥	%٥٠.١
الدرجة الكلية	٧٥	١٨٩.٢١٧	%٥١.٨

ويرجع تفسير ذلك إلى أهمية البرامج الإرشادية الموجهة للآباء في تحسن أعراض اضطراب التحدي المعارض لدى أطفال ما قبل المدرسة.

مناقشة وتفسير نتائج الفرض الأول:

إشارت النتائج في جدول (٨) إلى وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠.٠١) بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي لتطبيق البرنامج الإرشادي على قائمة تقدير اضطراب التحدي المعارض في اتجاه القياس البعدي.

مما يعني انخفاض أعراض اضطراب التحدي المعارض بعد تعرض أمهاتهم للبرنامج الإرشادي مما يؤكد على فاعلية البرنامج المستخدم في البحث الحالي:

وترجع الباحثة هذه النتائج إلى:

يعانى الأطفال ذوي اضطراب التحدي المعارض من اضطرابات في الحالات المزاجية تدفع آبائهم في كثير من الأحيان إلى استخدام أساليب تربية، تتسم بالقسوة أو الإهمال. ومن ثم ساهم البرنامج في تدريب الأمهات على استخدام الأساليب التربوية التي تتسم بالتقبل والدفء والاهتمام والديمقراطية، مما ساعد أطفالهم على قراءة الإشارات الاجتماعية للمواقف بطريقة مناسبة اجتماعية. ويتفق هذا مع آراء (Sarwar,2016) الذى أكد على أن عدم دراية الآباء بالأساليب والطرق التربوية الصحيحة قد يزيد من حدة أعراض اضطراب التحدي المعارض. واتفقت أيضاً مع نتائج دراسات كل من (Talib et a.l,2011;Brook et al., 2014) على أن اضطراب العناد والتحدى يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالممارسات التربوية التي تتسم بالعقاب البدني والتسلط وعدم الاتساق والاهمال وعدم قول-لا-ومن ثم تضمن البرنامج جلسات إرشادية للأمهات للتدريب على الأساليب التربوية الإيجابية وطرق تطبيقها مع أطفالهن كما زودهم البرنامج بالمعارف والمعلومات عن الآثار السلبية المترتبة على استخدام الاساليب التربوية التي تتسم بالعقاب أو التساهل والإهمال على زيادة حد أعراض اضطراب العناد والتحدى لدى أطفالهم.

كثيراً من آباء وأمهات أطفال اضطراب التحدي المعارض يعانون من مشاعر الإحساس بالذنب خاصة عندما تتتابه نويات غضب تجاه سلوكيات أطفالهن السلبية. وفي كثير من الأحيان يمتلكهم الشعور بالإحباط خاصة في المواقف التي لا يستطيعون فيها السيطرة على سلوكيات الطفل. ولقد تضمنت جلسات البرنامج

الإرشادي على آليات وفتيات متنوعة ساعدت على تدريب الأمهات على الاسترخاء واستخدام فنيات للسيطرة على مشاعر الغضب التي تتأبهم مما ساهم في تخفيف من شعور الأطفال بالصدمة نتيجة الحالة المزاجية لأمهاتهم تلك التي كانت تظهر في صورة سلوكاً أكثر تحدياً ومعارضة ويتفق هذا مع آراء Steiner and Remsing (2017) الذي أكد على أن الضغط الذي يسببه هؤلاء الأطفال على آبائهم قد يولد مشاعر واضطرابات انفعالية لدى آبائهم تصيبهم بصدمة تجعلهم أكثر عرضه لعدم تنظيم عواطفهم أو سلوكهم. كما يمكن أيضاً تفسير هذه النتيجة أن البرنامج الإرشادي ساعد على تزويد الأمهات بالجانب المعرفي عن طبيعة الاضطراب مما ساهم في تصحيح التفاعلات السلبية بين الأمهات وأطفالهن لم يقتصر إعدادهم البرنامج على تزويد الأمهات بالجانب المعرفي فقط بل تضمن البرنامج العديد من الطرق والاستراتيجيات اعتمدت على التعلم الاجتماعي والاشتراط الإجرائي ساهمت في إكساب الأمهات مهارات التفاوض التي تلعب دوراً هاماً في حل المشكلات التي تضمن صراعات سلبية ينتج عنها ظهور السلوكيات التي تتسم بالعناد والانتقام والغضب.

ساعدت جلسات البرنامج على تدريب الأمهات على إدارة السلوك وملاحظة سلوك أطفالهم وكيفية التعامل معهم في العديد من المواقف، وتحديد السلوكيات السلبية وطرق التعامل معها. تضمن البرنامج العديد من الفنيات مثل (لعب الأدوار والنمذجة والمناقشة والحوار) مما ساعدهم في التحكم في سلوك أطفالهن بطرق أكثر فعالية. فلقد ساهمت فنيات لعب الأدوار والنمذجة على تدريب الأمهات على طرق مواجهة نوبات الغضب والعناد لأطفالهن في مواقف التي تتسم بالضغط من جانب أطفالهن، كما تم تدريبهم على كيفية إصدار التعليمات والتوجيهات لأطفالهن، والاستراتيجيات التي ستساعدهم في وضع قواعد وتوجيهات لأطفالهن، ونظراً لصغر عمر الأطفال وللقيمة السيكلوجية للعب تضمن البرنامج العديد من الألعاب السيكلوجية التي يمكن أن تمارسها الأمهات مع أطفالهن تلك التي ساهمت بشكل كبير في خفض حدة الغضب عند الأطفال مثل لعبة (Balloon of angry and Mad game).

وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة (Enebrink,2012) التي أكدت على أن تدريب الوالدين على مهارات إدارة السلوك يساهم بشكل كبير في خفض الاضطرابات السلوكية لدى أطفالهم. كما تتفق أيضاً مع ما أكده (Adeusie et al.,2015) في أن تدريب الوالدين من خلال البرامج الإرشادية على مهارات إدارة السلوك يساعد في خفض حدة العناد والغضب لدى أطفالهم.

تضمن البرنامج تدريب الأمهات على آليات التعزيز الإيجابي للسلوك وأنواع التعزيز وطرق استبعاد السلوكيات السلبية، تضمن البرنامج تدريب الأمهات على مهارة حل المشكلات وتم تزويدهم بالعديد من الفنيات التي تساعد الأمهات في تدريب أطفالهم على طرق حل المشكلات ساعدت على خفض اضطراب العناد والتحدي وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة (Norcross et al.,2016) أن تدريب الأمهات على استراتيجية حل المشكلات يساعد على خفض الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال. أتاح البرنامج الفرص للأمهات لتطبيق الجلسات في المنزل من خلال الواجب المنزلي ثم يتاح لهم الفرصة لمناقشة العوائق التي تمت مواجهتها مع أطفالهم والعمل على إيجاد حلول لها ساعد في نجاح اكتساب الأمهات للمهارات التي تضمنها البرنامج مما ساهم في خفض أعراض اضطراب التحدي المعارض لدى أطفالهم.

لقد تضمن البرنامج بعض الجلسات التي كانت تهدف إلى تدريب الأمهات على الطرق التي تساعد في بناء اتصال إيجابي مع أطفالهن فلقد تضمن البرنامج جلسات تدريبية لمهارة التحدث والاستماع وطرق تشجيع الأطفال على طرح الأسئلة وكيفية ملاحظة سلوك أطفالهم والتركيز على النقاط الإيجابية وأهمية استخدام العبارات الإيجابية والبعد تماماً عن العبارات السلبية ساعدت على خلق علاقة دافئة بين الأمهات وأطفالهن كما ساهمت في بناء جسر من التواصل الإيجابي بينهم، مما انعكس على خفض حدة عرض الانتقام لدى هؤلاء الأطفال ويتفق هذا مع ما أكده (القاضي، ٢٠١٦) على أهمية دمج تدريب الوالدين على مهارات التواصل مع مهارات إدارة السلوك حيث يؤدي ذلك إلى خفض الاضطرابات السلوكية لدى أطفالهم.

وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة كل من (Sanders et al., 2006;Self- Brown et al.,: 2011;Mhareri et al., 2012;Whittingham et al.,2014)

على أن علاج اضطراب التحدى المعارض يعتمد بشكل أساسي على البرامج الإرشادية المقدمة للأسرة. فالبرامج الإرشادية التي تعتمد على تدخلات السلوكية في الأسرة وتقوم على مبادئ التعلم الاجتماعي والسلوكي المعرف تعد من أكثر أنواع التدخلات فعالية لمساعدة الأطفال الذين يعانون من مشاكل سلوكية ومزاجية.

ثانياً الفرض الثاني: ينص الفرض الثاني على أنه:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية في التطبيقين البعدي والتتبعي على قائمة ملاحظة سلوك التحدى المعارض لطفل الروضة في اتجاه القياس التتبعي.

وللتحقق من صحة ذلك الفرض، قامت الباحثة باستخدام اختبار ولكوكسن Wilcoxon لإيجاد الفروق بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على قائمة تقدير اضطراب التحدى المعارض في اتجاه القياس التتبعي كما يتضح في جدول (١٠)

جدول (١٠)

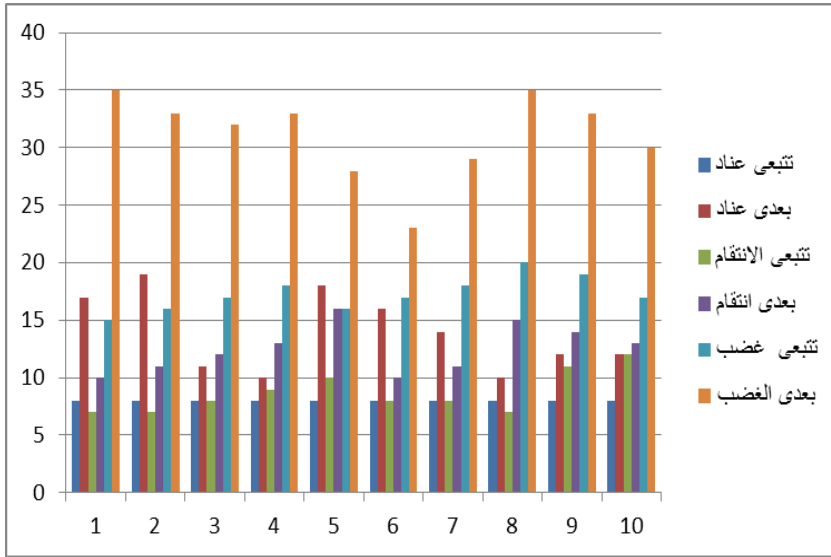
يوضح الفروق بين متوسطات رتب أطفال المجموعة التجريبية في القياس البعدي والتتبعي للبرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي (ن=١٠)

الاختبار	اتجاه الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Z	الدلالة
الغضب	السالبة (القياس البعدي)	١٠	٥.٥٠	٥٥.٠٠	٢.٨١-	٠.٠١
	الموجبة (القياس التتبعي)	٠	٠.٠٠	٠.٠٠		
	المتعادلة	٠				
	الكلية	١٠				
العناد	السالبة (القياس البعدي)	١٠	٥.٥٠	٥٥.٠٠	٢.٨٠-	٠.٠١
	الموجبة (القياس التتبعي)	٠	٠.٠٠	٠.٠٠		
	المتعادلة	٠				
	الكلية	١٠				
الانتقام	السالبة (القياس البعدي)	١٠	٥.٥٠	٥٥.٠٠	٢.٨١-	٠.٠١
	الموجبة (القياس التتبعي)	٠	٠.٠٠	٠.٠٠		
	المتعادلة	٠				
	الكلية	١٠				

يتضح من جدول رقم (١٠) السابق وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ٠.٠١ بين رتب درجات القياس البعدي والقياس التتبعي للمجموعة التجريبية لصالح القياس التتبعي. ويوضح شكل (٣) الفروق بين القياس البعدي والتتبعي لاضطراب التحدى المعارض

شكل (٣)

الفروق بين القياس البعدي والتتبعي لاضطراب التحدى المعارض



ويوضح شكل (٣) انخفاض اضطراب التحدى المعارض في القياس التتبعي بعد انتهاء البرنامج الإرشادي مما يدل على استمرار فعالية البرنامج حتى بعد انتهاء التطبيق

تفسير ومناقشة نتائج الفرض الثاني:

تشير نتيجة هذا الفرض إلى استمرار تأثير البرنامج الإرشادي بعد فترة انتهائه وتفسر هذه النتيجة في ضوء العديد من المتغيرات منها على سبيل المثال: شعور الأمهات بالتحسن والنجاح في خفض اضطراب التحدى المعارض وتحسن علاقتهن بأطفالهن، كان بمثابة معزز شجع الأمهات على استمرار تطبيق محتوى وفنيات البرنامج على أطفالهن على الرغم من انتهاء جلسات البرنامج التدريبي كما يشير

أيضاً إلى مدى استفادتهن من المحتوى العلمي للبرنامج الذي ساعد على مزيد من تحسن أطفالهن في القياس التتبعي.

• اعتماد البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي المستخدم في البحث على أربع محاور أساسية متمثلة في الأساليب المعرفية، الأساليب السلوكية، الأساليب المعرفية السلوكية، الأساليب الوقائية ساعدت الأمهات على التدريب على كيفية صياغة المشكلة وتحديد الأنماط المتكررة من السلوك التي تساعد على استمرارية المشكلة وكذلك المعتقدات والأفكار التي تساعد على استمرارية السلوك، ومناقشة الأفكار ومشاركة التجارب وتقديم الحلول، فالبرنامج السلوكي المعرفي ساعد الأمهات على تعديل الأفكار الخاطئة والاتجاهات السلبية التي تشكلت تجاه أطفالهن، وكذلك الاستبصار بالأساليب التربوية والسلوكيات التي تزيد من ظهور السلوك المشكل لدى أطفالهن مما ساهم بشكل كبير في تحسن أعراض الاضطراب في القياس التتبعي.

• ساعد البرنامج على تطوير المهارات الوالدية التي أصبحت أكثر اتساقاً وإيجابية وأقل إحباطاً لكل من الوالدين والطفل، كما ساعد البرنامج أيضاً على تزويد الأمهات بالصلابة النفسية بأنهن قادرات على حل المشكلة ولديهن الكفاءة على حلها مما انعكس ذلك على سلوكيات أطفالهن بالإيجاب في القياس التتبعي.

• كما يمكن تفسير ذلك أيضاً في ضوء أن فنيات البرنامج الإرشادي المستخدم والتي أدت إلى خفض اضطراب التحدى المعارض لدى الأطفال في القياس البعدي، ساعدت أيضاً على استمرار التحسن خلال فترة المتابعة وكانت لها تأثيرات إيجابية في بقاء أثر التدريب لدى الأمهات بعد انتهاء البرنامج.

• احتفاظ الأمهات بدليل التدريب المتضمن المعارف والفنيات التي تتعلق بالتدريب كانت بمثابة مرشد للأمهات بعد انتهاء فترة التدريب، وكذلك إتاحة الباحثة لهم كافة فرص التواصل لإمدادهم بالمعلومات والمساعدات كانت من الإيجابيات التي ساعدت على استمرار التحسن في فترة المتابعة.

• اهتمام البرنامج بالمناقشات الجماعية في كل جلسة عن الواجبات المنزلية التي كانت بمثابة تدريبات تطبيقية للأمهات مع أطفالهن في المنزل ساعدت على تعميم المهارات والسلوكيات المكتسبة (القاضي، ٢٠١٦).

- ان اضطراب التحدى المعارض من الاضطرابات التي تسعى كثير من الأمهات في محاولة إيجاد حلول لها ومن ثم برامج تعديل السلوك مع الأخصائي لا تحقق النتيجة المرجوة وبالتالي ساعد البرنامج الإرشادي هؤلاء الأمهات على السيطرة على سلوك أطفالهن مما كان دافعاً لاستمرار استخدام فنيات البرنامج واستمرار التحسن لدى أطفالهن.

التوصيات:

- ضرورة توعية آباء الأطفال ذوى اضطراب التحدى المعارض بماهية الاضطراب وبأساليب التربية الإيجابية التي يجب اتباعها لأن الأساليب التربوية السلبية يترتب عليها زيادة حدة الاضطراب وقد يؤدي إلى تطور الاضطراب إلى اضطراب المسلك.
- تدريب القائمين على تربية الطفل على المهارات والفنيات التي تساعد على إقامة تواصل إيجابي فعال مع أطفالهن.
- توعية المعلمات باضطراب التحدى المعارض وتدريبهم على استراتيجيات التعامل معهم حيث يؤدي هذا الاضطراب إلى قصور في المهارات الأكاديمية لدى هؤلاء الأطفال.
- الاهتمام بالبرامج الإرشادية وبالنشرات الإرشادية لمساعدة آباء هؤلاء الأطفال في الحد من اضطراب التحدى المعارض وتلافى وقوع الأطفال فريسة اضطراب المسلك.

البحوث المقترحة:

- فى ضوء ما توصل إليه نتائج البحث يقترح البحث الحالى إجراء البحوث التالية:
- الكشف المبكر عن اضطراب التحدى المعارض للأطفال في مرحلة ما قبل المدرسه.
- البروفيل النفسي للأطفال الروضه ذو اضطراب التحدى المعارض.

• فعالية برنامج إرشادي قائم على تنمية التنظيم الذاتي في خفض اضطراب التحدي المعارض

• فعالية برنامج ارشادي للمعلمات في تنمية مهارة الضبط الذاتي للاطفال ذو اضطراب التحدي المعارض في مرحلة ما قبل المدرسة.

• فعالية برنامج لتنمية الكفاءة الذاتية للأمهات اطفال ذوى اضطراب التحدي المعارض وأثره على خفض اعراض الاضطراب لدى اطفالهم.

المراجع:

- محمود أبو المجد (٢٠١٧). "فاعلية العلاج متعدد الانظمة في خفض اضطراب العناد المتحدي لدى الاطفال"، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية. جامعة جنوب الوادي، قنا، مصر.
- عماد الزغول (٢٠١٠). نظريات التعلم فلسطين، رام الله: دار الشروق.
- خالد القاضي (٢٠١٦). "فاعلية برنامج قائم على إدارة الوالدين لسلوك أطفالهم في خفض اضطراب المسلك لدى هؤلاء الأطفال". مجلة الإرشاد النفسي، (٤٦)، ١- ٧٤.
- محمد خياط، ملوح السليحات (٢٠١٢). فاعلية برنامج تدريبي سلوكي معرفي في خفض طلبية كلية الأميرة رحمة الجامعية، مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات التربوية والنفسية، (٢٠)، ٢٤-٣٥.
- اسماعيل زغبوش (٢٠٠٩). العلاج النفسي المعرفي. عمان، الأردن: علم الكتاب الحديث
- جهاد سليمان (٢٠١٧). مستوى اضطراب المعارضة والتحدى لدى الطلبة ذوي صعوبات التعلم والطلبة العاديين، مجلة العلوم التربوية، يناير، الأردن.
- جمال عطية (٢٠٠٧). "اساليب المعاملة الوالدية كمتغير وسيط بين الخصائص المزاجية والمشكلات السلوكية لدى أطفال الروضة". المؤتمر السنوي الرابع عشر. مركز الإرشاد النفسي جامعة عين شمس.
- أحمد عبد اللطيف (٢٠٠٨). الإرشاد الزوجي والأسري. عمان، الأردن: دار الشروق.
- عبد الرحمن (محمد)، خليفة (منى). (٢٠٠٣). تدريب الأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية على المهارات النمائية دليل الآباء والمعالجين، القاهرة: دار الفكر العربي.
- سهير كامل (٢٠١٢). اضطرابات الطفولة المبكرة. خبراء التربية. الرياض.
- محمود منسي، سهير كامل (٢٠١٤). مناهج البحث في التربية وعلم النفس. الرياض: دار الزهراء للنشر والتوزيع.
- عيد مصطفى (٢٠٠٩). العلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب، برنامج علاجي فصلي، ط١، القاهرة: ايتراك للطباعة والنشر والتوزيع،
- خالد القاضي. فاعلية برنامج قائم على إدارة سلوك الوالدين لإطفالهم في خفض أعراض اضطراب المسلك، مجلة الإرشاد النفسي، مركز الإرشاد النفسي. (٤٦) ٢، ابريل.
- American Academy of child& Adolescent Psychiatry (2013). "Oppositional Defiant Disorder, a guide for families" Retrieved from <http://www.acap.org>.
- American Psychiatric Association (2013). "Diagnostic and statistical manual of mental disorders", 5th Edition: DSM- 5. Washington.

- Barkley A.(2009)."Perspectives on oppositional defiant disorder, conduct disorder and psychopathic features". Journal Child Psychology psychiatry. 50(1- 2): 133- 142
- .Bower, J. (2013). "Oppositional Defiant Disorder", Retrieved from: [http://www.encyclopedia.com/topic/Oppositional Defiant Disorder](http://www.encyclopedia.com/topic/Oppositional%20Defiant%20Disorder). ASPA.
- Brook, D. W., Brook, J. S., Rosen, Z., De la Rosa, M., Montoya, I. D., & Whiteman, M. (2014)."Early risk factors for violence in Colombian adolescents". American Journal of Psychiatry(160(8),1470- 1478.
- Cohen NJ, Menna R, Vallance DD, Barwick MA, Im N, Horodezky NB.(1998). "Language, social cognitive processing, and behavioral characteristics of psychiatrically disturbed children with previously identified and unsuspected language impairments". Journal of Child Psychology and Psychiatry. ;39: 853–864.
- David, F., Elkin, S., Miller, S. (2015). Treating Disruptive Disorders: A Guide to psychological, pharmacological, and combined Therapies, Routledge, Editors: George Kapalka, 99- 119.
- Egger, H.,Angold, A. (2006). "Common emotional and behavioral disorder in preschool children". Child Psychology Psychiatry. (47) 313- 337.
- Eckenrode J, Zielinski D, Smith E. (2001). "Child maltreatment and the early onset of problem behaviors: can a program of nurse home visitation break the link"? Journal of Psychopathology.;13(4): 873890.
- Furquiza AJ, Timmer S.(2012). "Parent- child interaction therapy: Enhancing parent child relationships" Journal of Psychosocial Intervention.21(2): 145- 156.

- Gadow,K., Nolan, E.(2002). "Differences between preschool children with, ODD, ADHD Symptoms", Child psychology psychiatry,43(2): 191-201.
- Ghanizadeh ,A.(2011). "Overlap of ADHD and oppositional defiant disorder DSM- IV derived criteria",Iranian medicine,14(3): 179- 82
- Heflinger, A., Humphreys, K. (2008). "Identification and treatment of children with Oppositional Defiant Disorder. A case study of One state's public service systems." Psychological services, 5(2), 139- 152
- Jordan, A., Thomas, H., Dunsmor, J., Greene (2016). "Perceived Parent–Child Relations, Conduct Problems, and Clinical Improvement Following. The Treatment of Oppositional Defiant Disorder" Child Family,25(5),1623- 1633.
- Jodene,R., Mark,B., Dominic, P. (2004). "Increasing Implicit Self-Esteem Through Classical Conditioning" ,Psychological science, 15(7),498- 502.
- Kamphaus RW, Frick PJ. (2005). Clinical assessment of children and adolescent personality and behavior. Allyn & Bacon: Boston.
- Mohareri, F., Soltanifar, A., Khalesi, H., Islami, N. (2012). "Investigating the effect of teaching triple- p to mothers on improving relationships between parents and adolescent children", Journal of Medical School, Mashhad University of Medical Sciences, 55(2). 116- 123.
- Nock, M., Kazdin, A., Hiripi, E., Kessler, R. (2009). "Lifetime prevalence, correlates, and persistence of oppositional defiant disorder: Results from the National co morbidity Survey replication". Journal of Child Psychology and psychiatry. 48(7) 703- 713.
- Ollendick ,TH, Greene RW, Austin KE.,(2015). "Parent Management Training and Collaborative

& Proactive Solutions: A Randomized Control Trial for Oppositional Youth". *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 591- 604. doi: 10.1080/15374416.2015.1004681

- Pardini, A., & Fite, J. (2010). "Symptoms of conduct disorder ,Oppositional defiant disorder, attention deficit/ hyperactivity disorder, and callous- unemotional traits as unique predictors of psychosocial maladjustment in boys: Advancing an evidence base for DSM- V". *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(11), 1134-1144.
- Rowe R, Costello EJ, Angold A, Copeland WE, Maughan B. (2010). "Developmental pathways in oppositional defiant disorder and conduct disorder" *Journal of Abnormal Psychology*. November: 726- 738. doi: 10.1037/a0020798.
- Sarwar, S. (2016). "Influence of Parenting Style on Children's Behaviour", *Journal of Education and Education development*, 3(2), 222- 244.
- Sanders ,MR. (1999). "Triple p- positive parenting program: Towards an empirically validated multilevel parenting and family support strategy for the prevention of behavior and emotional problems in children". *Clinic Child Family Psychology*, 2: 71-90.
- Sanders, M. R., Baker, S., & Turner, K. M. (2012). "A randomized controlled trial evaluating the efficacy of Triple P
- Online with parents of children with early- onset conduct problems". *Behaviour Research and Therapy*, 50(11), 675- 684.
- Self- Brown. S., Fredrick. K., Binder. S., Whitaker. D., Lutzker. J., Edwards. A., & Blankenship. J. (2011). "Examining the need for cultural

- adaptations to an evidence- based Parent Training Program targeting the prevention of Child Maltreatment". Children and Youth. Services Review, 33(7): 1166- 1172.
- Stormshak EA, Bierman KL, McMahon RJ, Lengua LJ.(2000). "Parenting Practices and Child Disruptive Behavior Problems in Early Elementary School". Journal of Clinical Child Psychology. February: 17- 29. doi: 10.1207/s15374424jccp2901_3.
 - Shupina. I. (2016). "Counseling and therapy of patient with behavior disorder Using the cognitive-behavioral" approach, Procedia- social and behavioral science, 217, 1008: 1018.
 - Speltz ML, McClellan J, DeKlyen M, Jones K. (1999). "Preschool boys with oppositional defiant disorder: Clinical presentation and diagnostic change". Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 38: 838-845.
 - Steiner , R.(2012). " Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with oppositional defiant disorder". Journal of the American. Academy of Child & Adolescent 46(1): 41- 126.
 - Talib, M. B. A., Abdullah, R., & Mansor, M. (2011). "Relation sheep between parenting style and children's behavior problems". Asian social acience, 7(12).195.
 - Whittingham, K., Sofronoff, K., Sheffield, J., & Sanders, M. (2014). "Erratum to: Stepping Stones Triple P: An RCT of a Parenting Program with Parents of a Child Diagnosed with an Autism Spectrum Disorder". Journal of abnormal child psychology, 7(42), 131- 142.