بحث بعنوان

تقييم الممارسة الإكلينيكية لنموذج العلاج المعرفي السلوكي لدى أخصائي العمل مع الأفراد مع أطفال الروضة ذوي سلوك التنمر

Evaluation of The Clinical Practice of The Cognitive-Behavioral Therapy Model to Social Case Worker with Individuals with Kindergarten Children with Bullying Behavior

إعداد

الدكتورة/ **شيرين محمود محمد أحمد يوسف**

مدرس خدمة الفرد

المعهد العالي للخدمة الاجتماعية بالإسكندرية

ملخص الدراسة:

هدفت الدراسة الراهنة تقييم الممارسة الإكلينيكية لنموذج العلاج المعرفي السلوكي لدى أخصائي العمل مع الأفراد مع أطفال الروضة ذوي سلوك التنمر، وقد تمثلت أدوات الدراسة في صحيفة البيانات الأولية لأسر أطفال الروضة ذوي سلوك التنمر وصحيفة البيانات الأولية للأخصائيين الاجتماعيين ومقياس تقييم الممارسة الإكلينيكية لنموذج العلاج المعرفي السلوكي لدى أخصائي العمل مع الأفراد مع أطفال الروضة ذوي سلوك التنمر، وقد طبقت الدراسة على عينة من الأسر قوامها (٩٢) أسرة كمستقبلين للخدمة وعينة من الأخصائيات الاجتماعيات قوامها (٦٢) كمقدمين للخدمة وقد توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج وهي ممارسة الأخصائيات الاجتماعيات لنموذج العلاج المعرفي السلوكي مع أطفال الروضة ذوي سلوك التنمر بمستوى مرتفع وتطبيق الأخصائيات لأساليب واستراتيجيات وأدوار ومهارات النموذج مع الأطفال ذوي سلوك التنمر بمستوى مرتفع من الممارسة.

الكلمات المفتاحية: التقييم – الممارسة الإكلينيكية – العلاج المعرفي السلوكي – أطفال الروضة – التنمر.

Study Summary

The current study aimed to evaluate the clinical practice of the cognitive behavioral therapy (CBT) model among social case worker with individuals in kindergartens with bullying behavior. The study tools included a preliminary data sheet for families of kindergarten children with bullying behavior, a preliminary data sheet for social workers, and a scale to evaluate the clinical practice of the CBT model among specialists working with individuals in kindergartens with bullying behavior. The study was applied to a sample of 92 families as service recipients and a sample of 62 social workers as service providers. The study reached a set of results: social workers practiced the CBT model with kindergarten children with bullying behavior at a high level, and the specialists applied the model's methods, strategies, roles, and skills with children with bullying behavior at a high level of practice.

Keywords: Evaluation - Clinical Practice - Cognitive Behavioral Therapy - Kindergarten Children - Bullying.

أولاً– مشكلة الدراسة:

يرجع الاهتمام بمرحلة الطفولة إلى قدم الحياة الإنسانية، حيث يعتبر الاهتمام والعناية بالأطفال من الأمور التي شغلت وما زالت تشغل بال جميع الأفراد في المجتمع (السمالوطي، إقبال الأمير، ٢٠٠٣م، ص ٤٤). وذلك لما لمرحلة الطفولة من أهمية كبيرة في حياة الفرد والمجتمع، ومن ثم وجب علينا أن نهتم بالنمو النفسي والاجتماعي والعقلي والخلقي السليم للأطفال، حيث إن تشكيل الطفل وتنشئته بشكل سليم يؤدي إلى كمال شخصيته في المستقبل (القرني، محمد بن سالم، ٢٠١١م، ص ١٥٤).

لذلك يعد الاهتمام المتزايد بمشكلات الطفولة ظاهرة واضحة بين التخصصات في شتى المجالات وإن اختلفت في طرق وأساليب هذا الاهتمام، إلا أنها تتفق في نوعيته وذلك لتأكيد قدرتها على المشاركة في تنمية مجتمعها (توفيق، محمد نجيب، ٢٠٠٢م، ص ١٥٣).

لذلك يعد الاهتمام بالمشكلات الطلابية حاجة ملحة، وبشكل خاص في مرحلتي الطفولة والمراهقة، حيث إن الأحداث المتسارعة أدت إلى زيادة صعوبة الحياة، وظهور العديد من المشكلات المتعلقة بشكل خاص بسلوكيات الطلاب غير المرغوبة (الصبحين، علي موسى وآخرون، ٢٠٢٠م، ص ٣٥٥).

وتشيع ظاهرة التنمر بين الأطفال في أعمار مبكرة، حيث إنها تحدث بنسبة أعلى في مرحلة الطفولة المبكرة عنها في السنوات اللاحقة، وتتميز هذه المرحلة بتشكيل وتكوين الشخصية الفردية بجميع جوانبها، حيث يعد سلوك التنمر نوع من العدوان تجاه الآخرين سواء كان بصورة جسدية أو لفظية أو اجتماعية (الجروانـي، هالة إبراهيم وآخرون، ٢٠٢٣م، ص ٧) حيث لا تتضمن السلوكيات العدوانية لدى الطفل الإيذاء الجسدي فقط ولكن الأمر يصل إلى التحرش العام والتحرش اللفظي بالإضافة إلى أنماط متنوعة من الإذلال المتمثلة في الشتائم وأنماط السخرية الاجتماعية والشخصية (Saana Juvonen, Sandra Gralam, 2006, p. 231).

ويترتب على سلوك التنمر الكثير من الآثار النفسية والاجتماعية السلبية سواء على القائم بالتنمر (المتنمر) أو الضحية، فالمتنمر يفشل في تعلم كيف يوجهه ويتحكم في انفعالاته وكيف يتواصل بفاعلية مع الآخرين التي تمثل إحدى المهارات الحياتية الهامة، كما قد يتعرض للحرمان في البيئة الأكاديمية (خوخ، حنان، ٢٠١٢م، ص ٣٧١).

ومن هنا تظهر أهمية بيئة الروضة كأحد البيئات الاجتماعية التي تؤثر على نمو الطفل وتعمل على تشكيل شخصيته وتعديل سلوكياته غير المرغوبة، فهي تقوم بتوفير الظروف المناسبة للنمو الجسمي والانفعالي والعقلي والاجتماعي بشكل سليم (قناوي، هدى محمد، عبد المعطي، حسن مصطفى، ٢٠٠١م، ص ١٤٦).

لذلك فإن إدراك أن التنمر كسلوك يبدأ في سن مبكرة أمر بالغ الأهمية حيث أن سلوكيات التنمر لدى الأطفال غالبًا ما تنبئ بمشاكل مستقبلية خطيرة، فالتنمر الذي يمارسه الطفل في هذه المرحلة يعرف بالتنمر التمهيدي، والذي بدوره يؤثر على مستوى سلوك تنمر الطفل في المستقبل إذا لم يتم التعامل معه (Emily, L., & Melissa, T., 2014, p. 271).

ومع تعقد الظروف المجتمعية تنتشر هذه الظاهرة بين الطلاب وبالأخص في مرحلة الطفولة فقد أوضح تقرير صادر عام ٢٠١٩ عن منظمة الأمم المتحدة للتربية والعلم والثقافة (اليونسكو) بأن ما يقرب من طفل واحد لكل ثلاثة (٣٢٪) تقريبًا على مستوى العالم كان ضحية للتنمر في يوم واحد (Richard Armitage, 2021, p. 20).

وقد أيدت العديد من الدراسات مدى انتشار التنمر كسلوك بين الأطفال كدراسة (Lena Pateraki, 2001, p. 167). حيث أجريت الدراسة على ١٣١٢ من تلاميذ المرحلة الابتدائية وقد أوضح ٥٢,٦٪ من الأطفال أنهم تعرضوا للتنمر وأن ٨,٤٪ كانوا من المتنمرين. كما دعمت نتائج دراسة (Vivian Khamis, 2015, p. 137 – 146) حيث أسفرت النتائج عن انتشار سلوك التنمر بين الأطفال وذلك من خلال تعرض ٦٦٥ طفل عينة الدراسة للتنمر بشكل منتظم كما أوضحت النتائج أن التنمر الأكثر شيوعًا كان للإيذاء الجسدي يليه الرفض والنبذ. وكذلك دراسة (Jessica, H., and others, 2014, p. 1520 – 1534)، حيث أكدت على شيوع التنمر بين الأطفال إما بشكل عرضي أو بشكل مزمن.

كما أن التنمر لا ينحصر في ثقافة أو مجموعة عرقية معينة، بل هو موجود في كل الأقطار المتقدمة والنامية على حد سواء، فعلى سبيل المثال يوجد (١٥٪) في اليابان، (١٧٪) في أستراليا، (٢٠٪) في إنجلترا وكندا (الصبحين، علي موسى، ٢٠٢٠م، ص ٣٦٠).

وعلى الرغم من اختلاف نسب انتشار سلوك التنمر بين التلاميذ على مستوى العالم إلا أن الباحثين اتفقوا على مظاهر واضحة لذلك السلوك تتمثل في العدوان اللفظي والتحرش والعزلة والرفض الاجتماعي وأن الذكور أكثر استخدامًا لسلوك التنمر الجسدي واللفظي بينما الفتيات أكثر استخدامًا لسلوك التنمر الاجتماعي (Cetin, B. & Beker, A., 2011, p. 2261). لذلك يتطلب الأمر لتعديل هذا النمط الشاذ من السلوك بصورة جيدة التأثير في عملية الإدراك في كونها مستقبلة للأمور وأيضًا من الناحية التي تشمل التفكير والإحساس ليظهر السلوك الجديد على هيئة سلوك متعلم جديد (Norman, L.M McMaster, 1997).

وتعد خدمة الفرد كطريقة من أكثر طرق الخدمة الاجتماعية اهتمامًا بدراسة المشكلات الفردية واقتراح المداخل والنماذج العلاجية لمواجهتها بما تمتلكه من العديد من الأساليب العلاجية والنماذج والنظريات التي أثبتت فعاليتها في التعامل مع العديد من المشكلات (حسن، سامية جمال أحمد، ٢٠٢٢م، ص١٥٧).

ويعد العلاج المعرفي السلوكي من المداخل العلاجية الأكثر ملائمة في التعامل مع المشكلات السلوكية للأطفال نظرًا لما يتضمنه من أساليب وفنيات وتكنيكات علاجية تعمل على تعديل السلوكيات الخاطئة وتدعيم السلوكيات والأفكار الإيجابية (الحروب، شادي محمد شاكر، ٢٠١٧م). حيث يقوم هذا الأسلوب العلاجي على نظرية التعلم الاجتماعي لباندورا، فيقوم المعالج بتحديد السلوكيات غير المرغوبة لدى الفرد، ثم يعمل على تعديلها من خلال التدريب في المواقف المختلفة (الدسوقي، مجدي محمد، ٢٠٠٦م، ص ٦٣) وذلك من خلال إيجاد تفسير لمشكلة العميل عن طريق مساعدته في إحداث تعديل في العمليات المعرفية مما يؤدي إلى إحداث تعديل في السلوك الفعلي للعميل (خليل، عرفات زيدان، ٢٠٠١م).

وقد دعمت نتائج الدراسات فعالية ونجاح استخدام العلاج المعرفي السلوكي في تعديل السلوكيات اللاسوية أو السلوك المشكل بشكل عام كما في دراسة (المغربي، الطاهرة محمود محمد، ٢٠٢٠م) حيث أوضحت نتائج الدراسة نجاح البرنامج المعرفي السلوكي في تنمية السلوك الإيجابي بأبعاده الثلاثة (التعاون والتعاطف والإيثار) لدى الأطفال في عمر ٤ إلى ٦ سنوات.

كما أسفرت نتائج دراسة (الغامدي، عادل بن عوض، ٢٠٢١م) عن فاعلية برنامج معرفي سلوكي في خفض سلوك العنف والعدوان لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد وقد نجح البرنامج في خفض أبعاد السلوك العدواني وهي العدوان اللفظي والعدوان المادي، كما أوضحت

دراسة (مبارك، هناء فايز، ٢٠١١م) فاعلية ممارسة العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من أعراض اضطراب الانتباه لدى الأطفال كما أسفرت دراسة (إبراهيم، إيمان محمد، ٢٠٠٦) فاعلية ممارسة العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من السلوك العدواني لدى الأطفال الأيتام وكذلك أثبتت نتائج دراسة (عبد الحكيم، نيفين صابر، ٢٠٠٩م) مدى نجاح البرنامج المعرفي السلوكي في تعديل السلوك اللاتوفقي للأطفال المعرضين للانحراف.

لذلك يعد العلاج المعرفي السلوكي من أهم النماذج المهنية التي تعالج سلوك التنمر، حيث أكد على أن الفرد يكون لديه اعتقادات غير عقلانية ترتبط بالعدوان، حيث تسهم هذه الاعتقادات في ظهور سلوكيات عدائية ويعتقد البعض أن هذه السلوكيات العدائية تزيد من تقدير الذات لدى الفرد (الراجحي، تامر الشرباصي محمد، ٢٠٢٢م، ص ٣٩٩).

كما أكدت العديد من الدراسات على فاعلية استخدام العلاج المعرفي السلوكي في خفض مستوى السلوك التنمري لدى الأطفال فقد أكدت دراسة (حامد، أحمد قناوي، ٢٠٢٠م) على قدرة العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد على الحد من ظاهرة التنمر المدرسي وقد طبقت الدراسة على طلاب المرحلة الإعدادية، كما أوضحت دراسة (أبو السعود، نورا، ٢٠٢٠م) فاعلية استخدام العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من التنمر المدرسي وقد طبقت الدراسة على تلاميذ المرحلة الابتدائية، كما أكدت دراسة (الغزيوي، عبد الحفيظ فرج، ٢٠٢١) على أن استخدام العلاج المعرفي السلوكي أدى إلى التخفيف من مظاهر سلوك التنمر المادي واللفظي والاجتماعي لدى تلاميذ المرحلة الأساسية.

ومما لا شك فيه أن المشكلات السلوكية بصفة عامة وسلوك التنمر بصفة خاصة يتطلب تدخلاً مهنيًا من قبل الخدمة الاجتماعية بصفة عامة وخدمة الفرد بصفة خاصة، ومن هنا يأتي دور الأخصائي الاجتماعي في مساعدة التلاميذ في مجال رياض الأطفال على إشباع حاجتهم وحل مشكلاتهم السلوكية (دسوقي، ممدوح محمد، ١٩٩٩م، ص ٣٨١).

وتعتمد في ذلك طريقة العمل مع الأفراد على مداخلها المتعددة والتي يتناسب استخدامها وفقًا لنوعية العملاء وكذلك وفقًا لطبيعة مشكلات العملاء (عثمان، عبد الفتاح، ٢٠١٦م، ص ٢٤٥). كما تؤمن الطريقة بأن ممارستها لكي تكون فعالة ومؤثرة لابد أن تستند على أساس معرفي منظم يحدد من خلال قيم المهنة والمجتمع، لذلك لابد أن يتفهم ممارسيها هذا الأساس

المعرفي ويكون لديهم المهارة في الاستخدام الأمثل للتكنيكات والأساليب العلاجية المناسبة لعملائها (علي، إسماعيل علي، ٢٠١١م، ص ١٧).

لذلك تتطلب المشكلات السلوكية غير السوية تدخلاً مهنيًا من الأخصائي الاجتماعي قائم على المعرفة بالاتجاهات العلاجية وكيفية تطبيقها في العمل مع الحالات الفردية ذات السلوكيات غير السوية، مثل التنمر طبقًا لذلك فالأخصائي الاجتماعي الذي يعتمد على ممارسة العلاج المعرفي السلوكي لتعديل السلوك التنمري لدى الأطفال لابد أن يمتلك القدرات والخبرات والمهارات اللازمة لتطبيق فنيات وأساليب هذا المدخل العلاجي بالأخص مع هذه المرحلة من العملاء التي تتطلب شكلاً خاصًا من التعامل.

ومن هنا تتمثل مشكلة الدراسة في:

تحديد مستوى ممارسة أخصائي العمل مع الأفراد لأساليب واستراتيجيات وأدوار ومهارات نموذج العلاج المعرفي السلوكي مع أطفال الروضة ذوي سلوك التنمر.

ثانيًا- أهمية الدراسة:

١- تأتي أهمية الدراسة من أهمية المرحلة وهي مرحلة الطفولة والتي تعد من أهم المراحل التي يمر بها الفرد لتأثيرها على باقي المراحل حيث أنها مرحلة تكوين الشخصية وتدعيم السلوكيات والقيم الإيجابية بها.

٢- أصبحت مشكلة التنمر في هذه المرحلة ذات أبعاد أعمق ولها تأثيرات سلبية أقوى سواء على الطفل المتنمر أو الضحية.

٣- الوقوف على موقف الممارسة الإكلينيكية لدى أخصائي العمل مع الأفراد وتوضيح نقاط القوة والضعف في مستوى ممارسة المهنة للعلاج المعرفي السلوكي.

٤- قلة الدراسات والبحوث في حدود علم الباحثة التي تناولت مشكلة التنمر في مرحلة الطفولة واستخدام الأخصائيين الاجتماعيين لمدخل العلاج المعرفي السلوكي كأحد المداخل الإكلينيكية في الطريقة.

ثالثًا– أهداف وفروض الدراسة:

يتحدد الهدف الرئيس للدراسة في: " تقييم الممارسة الإكلينيكية لنموذج العلاج المعرفي السلوكي لدى أخصائي العمل مع الأفراد مع أطفال الروضة ذوي سلوك التنمر ":

وينبثق من هذا الهدف الرئيس الأهداف الفرعية التالية:

١. تحديد مستوى ممارسة أخصائي العمل مع الأفراد لأساليب نموذج العلاج المعرفي السلوكي مع أطفال الروضة ذوي سلوك التنمر.
٢. تحديد مستوى ممارسة أخصائي العمل مع الأفراد لاستراتيجيات نموذج العلاج المعرفي السلوكي مع أطفال الروضة ذوي سلوك التنمر.
٣. تحديد مستوى ممارسة أخصائي العمل مع الأفراد لأدوار نموذج العلاج المعرفي السلوكي مع أطفال الروضة ذوي سلوك التنمر.
٤. تحديد مستوى ممارسة أخصائي العمل مع الأفراد لمهارات نموذج العلاج المعرفي السلوكي مع أطفال الروضة ذوي سلوك التنمر.
٥. التوصل إلى آليات مقترحة لتطوير الممارسة الإكلينيكية لنموذج العلاج المعرفي السلوكي لدى أخصائي العمل مع الأفراد مع أطفال الروضة ذوي سلوك التنمر.

- **فروض الدراسة:**

(١) **الفرض الأول للدراسة:** " من المتوقع أن يكون مستوى الممارسة الإكلينيكية لنموذج العلاج المعرفي السلوكي لدى أخصائي العمل مع الأفراد مع أطفال الروضة ذوي سلوك التنمر مرتفعاً ":

ويمكن اختبار هذا الفرض من خلال الأبعاد التالية:

١. مستوى أساليب نموذج العلاج المعرفي السلوكي.
٢. مستوى استراتيجيات نموذج العلاج المعرفي السلوكي.
٣. مستوى أدوار نموذج العلاج المعرفي السلوكي.
٤. مستوى مهارات نموذج العلاج المعرفي السلوكي.

(٢) **الفرض الثاني للدراسة:** " توجد فروق جوهرية دالة إحصائياً بين استجابات الأسر والأخصائيين الاجتماعيين بالنسبة لتحديدهم لمستوى ممارسة أخصائي العمل مع الأفراد لأساليب نموذج العلاج المعرفي السلوكي مع أطفال الروضة ذوي سلوك التنمر ".

(٣) **الفرض الثالث للدراسة:** " توجد فروق جوهرية دالة إحصائياً بين استجابات الأسر والأخصائيين الاجتماعيين بالنسبة لتحديدهم لمستوى ممارسة أخصائي العمل مع الأفراد لاستراتيجيات نموذج العلاج المعرفي السلوكي مع أطفال الروضة ذوي سلوك التنمر ".

(٤) **الفرض الرابع للدراسة:** " توجد فروق جوهرية دالة إحصائياً بين استجابات الأسر والأخصائيين الاجتماعيين بالنسبة لتحديدهم لمستوى ممارسة أخصائي العمل مع الأفراد لأدوار نموذج العلاج المعرفي السلوكي مع أطفال الروضة ذوي سلوك التنمر ".

(٥) **الفرض الخامس للدراسة:** " توجد فروق جوهرية دالة إحصائياً بين استجابات الأسر والأخصائيين الاجتماعيين بالنسبة لتحديدهم لمستوى ممارسة أخصائي العمل مع الأفراد لمهارات نموذج العلاج المعرفي السلوكي مع أطفال الروضة ذوي سلوك التنمر ".

(٦) **الفرض السادس للدراسة:** " توجد فروق جوهرية دالة إحصائياً بين استجابات الأسر والأخصائيين الاجتماعيين بالنسبة لتحديدهم لمستوى الممارسة الإكلينيكية لنموذج العلاج المعرفي السلوكي لدى أخصائي العمل مع الأفراد مع أطفال الروضة ذوي سلوك التنمر ككل".

رابعًا – مفاهيم الدراسة:

١ – التقييم:

يعد التقييم عملية ضرورية وملائمة لكل نواحي النشاط الإنساني فهو عملية طبيعية يحتاج إليها كل شخص في حياته العامة والخاصة فكل منا يحتاج لأن يحاسب نفسه من آن لآخر ليعرف أخطاءه ليتجنبها ويعرف أساليب سلوكه السوية فيدعمها (فهمي، محمد سيد، ٢٠٠٢م، ص ١٢٩).

ويشير مصطلح التقييم لغويًا إلى تحديد مدى قيمة الشيء، الذي جاء من الفعل يقيم أي تحديد مدى قيمة شيء معين (المعجم الوجيز، ٢٠٠٦م، ص ١٠).

وفي مهنة الخدمة الاجتماعية يشار إلى التقييم أحيانًا بالتقدير إلى مدى تحقق التدخل أو البرنامج أغراضه وأهدافه (السكري، أحمد شفيق، ٢٠٠٠م، ص ١٨٦). حيث يسمح التقييم بتحديد القيمة الفعلية للتغيرات التي تصاحب الجهود المبذولة في العمل مع الفرد والجماعة والمجتمع، فهو بمثابة الكشف عن مدى تحقيق الأهداف والقيم التي يهدف إليها الأخصائي الاجتماعي من عمله المهني (بدوي، أحمد، ١٩٨٢م، ص ١٤٢).

كما يعرف التقييم بأنه تحديد القيمة الفعلية للجهود التي تبذل لقياس مدى قربها أو بعدها من الهدف أو الأهداف المقصودة (عز، هناء، ٢٠٠٦م، ص ٦٥٤).

ويشير معجم مصطلحات العلوم التربوية إلى مفهوم التقييم على أنه حكم قيمي مبني على الملاحظة واختيار الأداء أو أية بيانات أخرى مباشرة أو غير مباشرة (الشريفي، شوقي السيد، ٢٠٠٠م، ص ٨٨).

فهو بمثابة وسيلة لتطوير برامج ونظريات الممارسة، كما هو بمثابة التغذية العكسية للخطط المستقبلية، حيث يسهم في التعرف على قدرة البرنامج والأنساق على تحقيق أهدافها، كما يعد وسيلة للتعرف على مدى كفاءة ومدى فعالية برامج الممارسة (الطماوي، ٢٠١٤م، ص ١٢١٦).

وتعرف الباحثة التقييم إجرائيًا وفقًا للدراسة الحالية على أنه:

١- عملية جوهرية تهدف إلى تحديد واقع ممارسة الأخصائيين الاجتماعيين لنموذج العلاج المعرفي السلوكي مع أطفال الروضة المتنمرين

٢- تحديد إلى أي مدى يستخدم الأخصائيون الاجتماعيون في ممارستهم المهنة مع أطفال الروضة ذوي سلوك التنمر أساليب واستراتيجيات وأدوار ومهارات العلاج المعرفي السلوكي.

٣- تحديد جوانب القوة والضعف في ممارسة أخصائي العمل مع الحالات الفردية مع أطفال الروضة ذوي سلوك التنمر لفنيات العلاج المعرفي السلوكي.

٢- مفهوم الممارسة الإكلينكية:

تعتبر الممارسة الإكلينيكية للخدمة الاجتماعية مجال متخصص في ممارسة الخدمة الاجتماعية تم الاعتراف به رسميًا عن طريق الجمعية القومية للأخصائيين الاجتماعيين بأمريكا سنة ١٩٨٧م، وتستمر ممارسة الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية في التطور نتيجة للمتغيرات الاجتماعية والسياسية، وكنتيجة للتطور المعرفي والتقدم العلمي (حبيب، جمال شحاتة، ٢٠٢٣م، ص ٢٢).

وتتبنى الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية أساسًا علميًا في الممارسة، فهي تتبع المنهج العلمي الذي يمكنها من تحديد أي التدخلات المهنية أنسب مع أي فئة من العملاء وفي أي مجال وتحت أي ظروف، وهي بذلك توفر النموذج الأمثل لتوظيف البحث ونتائجه في الممارسة المهنية مع عملاء المهنة (عبد اللاه، عبد اللاه، ٢٠١٥م، ص ٥٠).

وتشير كلمة (ممارسة) في اللغة الإنجليزية إلى عادة أو تقليد أو طريقة لفعل شيء معين أو هي تكرار لأداء فعل لاكتساب مهارة، وبمعنى آخر هي نوع من الاحتراف يأتي نتيجة لتكرار الممارسة فهي تطبيق عملي لافتراضات نظرية (بدوي، ١٩٩١م، ص ٣٢٣) كما يشير قاموس الخدمة الاجتماعية إليها بأنها التطبيق العلمي للافتراضات النظرية وهي طريقة اختبار صحة أو خطأ تلك الافتراضات، وتقتضي الممارسة تحقيق أهداف الفرد (السكري، ٢٠٠٠م، ص١٦٧).

ويشير مصطلح إكلينكي إلى الفحص الذاتي للمريض لتشخيص الحالة. ولقد استعار هذا المصطلح علومًا كثيرة ولقد ظهر مصطلح الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية لوصف العمليات التأثيرية العلاجية للأفراد والجماعات والمجتمعات وليؤكد شرعية المهنة في خدماتها العلاجية للعملاء (السنهوري، عبد المنعم يوسف، ٢٠٠٩م، ص ١٨٦).

وتعرف الباحثة الممارسة الإكلينيكية في الدراسة الراهنة على أنها:

التطبيق العملي المتخصص في التدخل المهني مع الحالات الفردية من الأطفال ذوي سلوك التنمر المعتمد على القاعدة العلمية والمهارية والقيمة لفنيات العلاج المعرفي السلوكي.

٣- مفهوم العلاج المعرفي السلوكي:

يُعد العلاج المعرفي السلوكي من أكثر العلاجات التي يستخدمها الأخصائيون الاجتماعيون وغيرهم من المعالجين الذين يتعاملون مع الأفراد بشكل خاص، حيث أنه علاجًا ناتجًا عن تكامل السلوك والتفكير والعواطف (Mariam Alnuaimi, 2020, p. 9).

ويعالج العلاج المعرفي السلوكي بشكل مباشر الطريقة التي يفكر بها الأفراد ويتصرفون بها، ويحتاج الأطفال بشكل خاص إلى تنمية طرق التفكير لنهج السلوك المناسب لذلك يقدم العلاج المعرفي السلوكي نهجًا معينًا لتعزيز السلوك السوي (Arthur Freeman, 2007) وتمثل الفكرة الرئيسية للعلاج المعرفي السلوكي في أن استجاباتنا السلوكية والوجدانية تتأثر كثيرًا بمعارفنا، التي تحدد الكيفية التي تستقبل بها الأشياء وقدرتها بمعنى أن التقييم المعرفي للموقف هو المسئول عن أداء سلوكنا (هوفمان، ٢٠١٢م، ص ١٠٥).

فإذا كانت هذه الأفكار صحيحة وعقلانية قادت إلى مشاعر سوية وسلوكيات سوية، لذلك ينظر إلى المشكلة على أنها عرض لما لدى العميل من أفكار وتصورات عن نفسه وعن ما يحيط به من أشخاص وظروف ويتحدد الهدف الأساسي للعلاج في تعديل المفاهيم والأفكار غير المطابقة للواقع لدى العميل (زيدان، علي حسين، ٢٠٠٥م، ص ٤٠). ويؤكد العلاج المعرفي

السلوكي بدرجة كبيرة على تكنيكات معرفية معينة يتم تصميمها لإحداث تغييرات في التفكير، وبالتالي إحداث تغيرات في السلوك ويتضمن العلاج المعرفي السلوكي للأطفال عادة سلسلة من الإجراءات القائمة على أداء السلوك، ويركز عادة على الأسرة والمدرسة في العلاج (الدسوقي، مجدي محمد، ٢٠١٤م، ص ٦٣). وفي بداية الأمر يعتمد العلاج المعرفي السلوكي على تغيير البصيرة الذاتية للعميل التي من شأنها أن تتحكم في الأنماط السلوكية لديه وينتقل العمل إلى السلوك السوي المراد تثبيته عليه (James, F. Boswell, 2007, p. 32) ويطلق على هذه العملية إعادة الهيكلة المعرفية ومن خلالها يساعد المعالج العميل في تحديد أوجه التفكير المرتبط بالموقف الإشكالي وسبل الخروج منه (التعرف على التفكير غير المقيد) وطرح الأسئلة على العميل وذلك لاكتساب منظور أوسع في التفكير (Park Square, 2017).

ويعتمد العلاج المعرفي السلوكي على افتراض مؤداه أن السلوك التكيفي يمكن تغييره وأن هناك تفاعل بين أفكار الفرد ومشاعره فالتوجه الأساسي في هذا العلاج يتجه نحو فهم الأنماط السلوكية للفرد والمصاحبة لها في النواحي المعرفية (العطية، أسماء عبد الله، ٢٠٠٨م، ص ٦).

وهناك مجموعة من المبادئ يلتزم بها الأخصائي عند ممارسة العلاج المعرفي السلوكي وهي:

- العميل والمعالج يعملان معًا في تقييم المشكلات والتوصل إلى حلول.
- المعرفة لها دور أساسي في معظم التعلم الإنساني.
- المعرفة والوجدان والسلوك تربطهم علاقة متبادلة على نحو سلبي.
- الاتجاهات والتوقعات والأنشطة المعرفية لها دور أساسي في إنتاج وفهم كل السلوك.
- إن العمليات المعرفية تندمج معًا في نماذج سلوكية (محمد، عادل عبد الله، ٢٠٠٠م، ص ٢٣).

مفاهيم العلاج المعرفي السلوكي:

أوضح رأفت عبد الرحمن أن العلاج المعرفي السلوكي عبارة عن نموذج للتدخل المهني مع الأفراد والأسر والجماعات الصغيرة يرتكز على افتراضات ذات صبغة معرفية (محمد، رأفت عبد الرحمن، ٢٠١٣م، ص ٢٧٩). كما عرف على أنه نمط من التدخل المهني يركز على الواقع والحاضر متضمنًا تعديل الأفكار والدوافع لتعديل السلوك من خلال العمل على تعديل مدركات العميل وأهدافه من خلال البدائل المناسبة لأفكاره الخاطئة (علي، ٢٠٠٣م، ص ٤٠٥).

كذلك يعرف العلاج المعرفي السلوكي على أنه كف الأفكار السلبية النشطة وفي نفس الوقت تدعيم وتعزيز الأفكار الملائمة في الواقع من خلال العمل الفعلي والأنشطة الفعالة (السيد، شيماء محمد، ٢٠١٩م، ص ٢٧٣).

كما تم تعريفه على أنه المدخل الذي ينطوي على تقييم وتغيير السلوكيات والأفكار والمشاعر ويشدد على مشاركة متساوية بين الأخصائي الاجتماعي والعميل في تغيير عمليات التعلم أو السلوكيات (حبيب، جمال شحاتة، ٢٠٢٣م، ص ٢٤٥).

ويقصد بالعلاج المعرفي السلوكي في الدراسة الحالية:

أحد الأنماط العلاجية التي يستخدمها الأخصائي الاجتماعي كمعالج مع الحالات الفردية من خلال تعديل مجالها المعرفي الخاطئ عن التنمر وذلك لتعديل سلوكها التنمري وإحداث انطفاء لهذا السلوك واستبداله بأنماط سلوكية إيجابية لدى الأطفال في مرحلة الروضة.

٤- مفهوم أطفال الروضة:

تعتبر روضة الأطفال كل مؤسسة تربوية قائمة بذاتها وكل فصل أو فصول ملحقة بمدرسة رسمية وكل مؤسسة تقبل الأطفال بعد سن الرابعة، وخاضعة لخطط وزارة التربية والتعليم وإشرافها الإداري والفني (العزب، هاني السيد، ٢٠٢٠م، ص٢٠)، كما عرف عثمان مؤسسة رياض الأطفال على أنها مؤسسة تربوية تقوم ببرامج وأنشطة ترفيهية تستهدف من ذلك إكساب طفل الروضة مهارات التعلم الذاتي وتحمل المسئولية والاعتماد على النفس، وإكساب السلوك الصحي السليم للطفل من أجل صحته وصحة المجتمع الذي يعيش فيه (عثمان، علي عبد التواب، ٢٠١٦م، ص ٢٣).

أما عن مرحلة رياض الأطفال فقد أوضحت دراسة الطاهرة بأنها الفترة العمرية بين عمر ثلاث سنوات ونهاية عمر خمس سنوات. وهي مرحلة تتسم بعدة خصائص منها: اكتساب المفاهيم الاجتماعية، واتساع العلاقات الاجتماعية لتشمل أشخاص خارج نطاق الأسرة وظهور عدد من مظاهر السلوك الوجداني والاجتماعي (المغربي، الطاهرة محمود محمد، ٢٠٢٠م، ص ٤٥).

ويعرف طفل الروضة على أنه طفل يتراوح عمره ما بين (٤ – ٦) سنوات (أبو المجد، أحمد محمد، ٢٠١١م، ص ٢٢٣).

وتقصد الباحثة بطفل الروضة في الدراسة الراهنة:

- كل طفل يبدأ عمره من ثلاث سنوات إلى ٥ سنوات.
- لديه سمات انفعالية اتجاه الآخرين من الأطفال.

- يمارس أحد أشكال التنمر على أقرانه (لفظي – جسدي – اجتماعي).

٥- مفهوم التنمر:

قد يختلف السياق الثقافي لفهم التنمر حول العالم، ولكن ينظر إليه عمومًا على أنه تأكيد القوة من خلال العدوان، حيث يتضمن التنمر استهداف لضحية أضعف وبشكل متكرر ومتعمد، بوسائل اجتماعية أو عاطفية أو جسدية (Marityn & Douglas, 2010, p. 315).

وقد برزت أهمية التنمر خلال العقود الثلاثة الماضية. ففي أوائل ثمانينات القرن الماضي بدأ البحث والنظر إلى سلوك التنمر والذي كان في ذلك الوقت لفظيًا وجسديًا وعلائقيًا، حتى بدأ يأخذ أشكال أكثر تطورًا ليشمل التنمر الإلكتروني (Jessica, L., 2016, p. 9).

ويأخذ المتنمرون عدة أنماط في مرحلة الطفولة بالتحديد فهناك خمسة صفات رئيسية من الأطفال المتنمرون المتورطون في التنمر (المسيطرون – المتنمرون القلقون – ضحايا التنمر – المتنمرون التقليديون – والمتنمرون الاستفزازيون) وقد حددت دراسة (Kirsti and others, 1998, p. 76) أن الأطفال المتنمرون الذكور يتميزون بالسيطرة والتشويش في العمل والصرامة أما الأطفال المتنمرات من الإناث يتميزون بالوقاحة والهيمنة واستخدام الألفاظ النابية.

ويتخذ التنمر أشكالاً عديدة بدءًا من الأذى الجسدي المباشر (التنمر الجسدي) إلى السخرية والتهديدات اللفظية (التنمر اللفظي)، إلى الإقصاء والإذلال ونشر الشائعات (التنمر العلائقي أو الاجتماعي)، إلى التحرش الإلكتروني باستخدام الرسائل النصية أو عبر الإنترنت (التنمر الإلكتروني)، وعلى الرغم من أن التنمر الجسدي والإلكتروني غالبًا ما يكونان مصدر للقلق كبير، إلا أن التنمر الاجتماعي واللفظي هما الأكثر شيوعًا (Shelley & Susan, 2015, p. 295).

وغالبًا على اختلاف الثقافات والجنسيات توجد صفات أساسية بين الأطفال الذين يتنمرون على الآخرين وتتمثل في:

- أكبر وأقوى من المتوسط.
- عدواني.
- متسرع.
- منخفض التعاطف والتعاون وغير مبال بشكل عام (Ken Rigby, 2007, p. 53).

لذلك تعد مشكلة التنمر مشكلة صحية عامة وقد طور دانيال أولويس التعريف الأكثر شيوعًا للتنمر وعرضه على أنه "سلوك متعمد ومتكرر سلبي (غير سار أو مؤذ) من شخص أو أكثر موجه ضد شخص يجد صعوبة في الدفاع عن نفسه" (Reshmi Shetgirl, 2013, p. 3).

وعلى المستوى اللغوي عرف المعجم الوجيز (٢٠٠١م) التنمر بأنه: تنمر، يتنمر مصدر تنمر: أراد أن يخيف رفاقه فتنمر تشبه بالتنمر وحاول أن يقلد شراسته (المعجم الوجيز، ٢٠٠١م، ص ٦٣٥).

ووفقًا لمنظمة اليونسيف – مصر "التنمر هو أحد أشكال العنف الذي يمارسه طفل أو مجموعة من الأطفال ضد طفل آخر، أو إرغامه بطريقة متعمدة ومتكررة وقد يأخذ التنمر أشكالاً متعددة كالتهديد أو مهاجمة الطفل المتنمر عليه بدنيًا أو لظفيًا أو عزل طفل ما بقصد الإيذاء أو حركات وأفعال أخرى تحدث بشكل غير ملحوظ" (القرعيشي ومصطفى، ٢٠٢٣م، ص ٢٢).

كما عرفته نجلاء محمد روبي بأنه "كل سلوك يشتمل السخرية والإساءة تجاه الأطفال المختلفين في المظهر الجسمي عن الأطفال العاديين (روبي، نجلاء محمد، ٢٠٢٣م، ص ٤٠٦).

وقد صنف وونج التلاميذ المتنمرين إلى نمطين:

- المتنمر العدواني: ويتسم بالاندفاعية والرغبة في الإيذاء لفظيًا وجسديًا ويرى أنه عدوانيته تحقق ذاته.
- المتنمر السلبي: وهو الشخص الذي يدعم المتنمر ولا يبدأ بالأعمال العدوانية (القرعيشي، إيمان محمد، ٢٠٢٣م، ص ٣٢).

وقد اختصرت كندرا مفهوم التنمر في "أن التنمر عبارة عن عدوان جسدي أو نفسي طويل الأمد ضد شخص ما غير قادر على الدفاع عن نفسه" (Kendra, J. Garrett, 2001, p. 2).

كذلك تم تعريف السلوك التنمري على أنه: "سلوك مقصود لإلحاق الأذى الجسمي أو اللفظي أو النفسي، ويحصل من طرف قوي تجاه فرد ضعيف لا يتوقع أن يرد الاعتداء عن نفسه، ولا يبادل القوة بالقوة" (فرحان، علي موسى، ٢٠١٣م، ص ١٠).

وتعرف الباحثة التنمر في الدراسة الراهنة على أنه:

سلوك لاسوي لدى بعض الأطفال يوجهونه نحو أقرانهم الأضعف بهدف الإيذاء الجسدي أو النفسي بما يشبع ذاتهم الشخصية.

خامسًا– الإجراءات المنهجية للدراسة:

(١) منهجية الدراسة:

تعد هذه الدراسة من الدراسات التقويمية التي تستهدف تقييم الممارسة الإكلينيكية لنموذج العلاج المعرفي السلوكي لدى أخصائي العمل مع الأفراد مع أطفال الروضة ذوي سلوك التنمر. حيث يعتبر قياس الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي أحد أنواع التقويم ويتم بناء على نتائجه الحكم على مدى نجاحها ونسبة هذا النجاح، وكذلك معرفة الجوانب السلبية، وتقديم مقترحات لعلاجها. واعتمدت الدراسة على استخدام منهج المسح الاجتماعي الشامل لأسر أطفال الروضة ذوي سلوك التنمر بالحضانات التابعة لإدارة العامرية التعليمية وإدارة برج العرب التعليمية بمحافظة الإسكندرية وعددهم (٩٢) مفردة. وكذلك منهج المسح الاجتماعي الشامل للأخصائيين الاجتماعيين بالحضانات التابعة لإدارة العامرية التعليمية وإدارة برج العرب التعليمية بمحافظة الإسكندرية وعددهم (٦٢) مفردة. **وتوزيعهم كالتالي:**

جدول رقم (١) يوضح توزيع الأسر والأخصائيين الاجتماعيين مجتمع الدراسة

م	الإدارات التعليمية	عدد الحضانات	عدد الأسر	عدد الأخصائيين الاجتماعيين
١	إدارة العامرية التعليمية	٣٧	٣٦	٣٧
٢	إدارة برج العرب التعليمية	٢٥	٥٦	٢٥
	المجموع	٦٢	٩٢	٦٢
	عينة الصدق والثبات " خارج إطار مجتمع الدراسة "		١٠	١٠

(٢) أبعاد الدراسة ومصادرها:

الأبعاد الرئيسة	الأبعاد الفرعية	مصادر الأبعاد
تقييم الممارسة الإكلينيكية لنموذج العلاج المعرفي السلوكي لدى أخصائي العمل مع الأفراد مع أطفال الروضة ذوي سلوك التنمر	مستوى أساليب نموذج العلاج المعرفي السلوكي مستوى استراتيجيات نموذج العلاج المعرفي السلوكي مستوى أدوار نموذج العلاج المعرفي السلوكي مستوى مهارات نموذج العلاج المعرفي السلوكي	• وتحددت أهم مصادر تلك الأبعاد في الأدبيات النظرية الموجهة للدراسة، وكذلك الدراسات السابقة المرتبطة بالقضية البحثية للدراسة.

(٣) أدوات الدراسة:

تمثلت أدوات جمع البيانات في:

(٣-١) صحيفة البيانات الأولية لأسر أطفال الروضة ذوي سلوك التنمر، (إعداد الباحثة):

قامت الباحثة بتصميم صحيفة البيانات الأولية لأسر أطفال الروضة ذوي سلوك التنمر، **وتضمنت المحاور التالية:**

- نوع ولي الأمر - الحالة التعليمية لولي الأمر - وظيفة ولي الأمر
- عدد أفراد الأسرة - نوع الطفل - سن الطفل

(٣-٢) صحيفة البيانات الأولية للأخصائيين الاجتماعيين، (إعداد الباحثة):

قامت الباحثة بتصميم صحيفة البيانات الأولية للأخصائيين الاجتماعيين، **وتضمنت المحاور التالية:**

- النوع - السن
- المؤهل الدراسي - عدد سنوات الخبرة في مجال العمل

(٣-٣) مقياس تقييم الممارسة الإكلينيكية لنموذج العلاج المعرفي السلوكي لدى أخصائي العمل مع الأفراد مع أطفال الروضة ذوي سلوك التنمر:

١. قامت الباحثة بتصميم مقياس تقييم الممارسة الإكلينيكية لنموذج العلاج المعرفي السلوكي لدى أخصائي العمل مع الأفراد مع أطفال الروضة ذوي سلوك التنمر اعتماداً على التراث النظري الموجه للدراسة، وكذلك الدراسات السابقة إلى جانب الاستفادة من بعض المقاييس ذات الصلة بالقضية البحثية للدراسة.

٢. قامت الباحثة بتحديد الأبعاد التي يشتمل عليها مقياس تقييم الممارسة الإكلينيكية، والتي تمثلت في أربعة أبعاد رئيسة: (مستوى أساليب نموذج العلاج المعرفي السلوكي، ومستوى استراتيجيات نموذج العلاج المعرفي السلوكي، ومستوى أدوار نموذج العلاج المعرفي السلوكي، ومستوى مهارات نموذج العلاج المعرفي السلوكي). ثم تم تحديد وصياغة العبارات الخاصة بكل بعد، والذي بلغ عددها (٤٠) عبارة، مقسمة بالتساوي (١٠) عبارات لكل بعد.

٣. اعتمد مقياس تقييم الممارسة الإكلينيكية على التدريج الثلاثي لمقياس ليكرت، بحيث تكون الاستجابة لكل عبارة (دائماً، أحياناً، نادراً) وأعطيت لكل استجابة من هذه الاستجابات وزناً (درجة): **وذلك كما يلي:**

جدول رقم (٢) يوضح درجات مقياس تقييم الممارسة الإكلينيكية

الاستجابات	دائماً	أحياناً	نادراً
الدرجة	٣	٢	١

٤. **طريقة تصحيح مقياس تقييم الممارسة الإكلينيكية:**

تم بناء مقياس تقييم الممارسة الإكلينيكية وتقسيمه إلى فئات حتى يمكن التوصل إلى نتائج الدراسة باستخدام المتوسط الحسابي حيث 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 وهى الواحد الصحيح وذلك لتحديد الحد الأعلى لهذه الخلية, **وذلك كما يلي:**

جدول رقم (٣) يوضح مستويات أبعاد مقياس تقييم الممارسة الإكلينيكية

القيم	المستوى
إذا تراوحت قيمة المتوسط للعبارة أو البعد من ١ إلى ١.٦٧	مستوى منخفض
إذا تراوحت قيمة المتوسط للعبارة أو البعد من ١.٦٨ إلى ٢.٣٤	مستوى متوسط
إذا تراوحت قيمة المتوسط للعبارة أو البعد من ٢.٣٥ إلى ٣	مستوى مرتفع

٥. **صدق الأداة:**

(أ) **صدق المحتوي " الصدق المنطقي ":**

اعتمدت الباحثة في التحقق من صدق المحتوي " الصدق المنطقي " لمقياس تقييم الممارسة الإكلينيكية، على ما يلي:

- الإطلاع علي الأدبيات والأطر النظرية، والكتب العلمية، والدراسات والبحوث السابقة ذات الصلة بقضية الدراسة، ثم تحليلها وذلك للوصول إلي الأبعاد المختلفة والعبارات المرتبطة بهذه الأبعاد ذات الارتباط بالمشكلة البحثية وذلك لتحديد أبعاد تقييم الممارسة الإكلينيكية

لنموذج العلاج المعرفي السلوكي لدى أخصائي العمل مع الأفراد مع أطفال الروضة ذوي سلوك التنمر والمتمثلة في: (مستوى أساليب نموذج العلاج المعرفي السلوكي، ومستوى استراتيجيات نموذج العلاج المعرفي السلوكي، ومستوى أدوار نموذج العلاج المعرفي السلوكي، ومستوى مهارات نموذج العلاج المعرفي السلوكي).

- تم عرض مقياس تقييم الممارسة الإكلينيكية على عدد (٣) محكمين من أعضاء هيئة التدريس بكلية الخدمة الاجتماعية جامعة حلوان والمعهد العالي للخدمة الاجتماعية بالإسكندرية لإبداء الرأي في صلاحية الأداة 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 الأخر، وبناء على ذلك تم صياغة الأداة في صورتها النهائية، كما يمكن الاعتماد على نتائجها في تحقيق أهداف الدراسة واختبار صحة فروضها.

(ب) صدق الاتساق الداخلي:

اعتمدت الباحثة في حساب صدق الاتساق الداخلي لمقياس تقييم الممارسة الإكلينيكية على معامل ارتباط كل بعد في الأداة بالدرجة الكلية للأداة، وذلك بتطبيقه على عينة قوامها (١٠) مفردات من أسر أطفال الروضة ذوي سلوك التنمر وعدد (١٠) مفردات من الأخصائيين الاجتماعيين (خارج إطار مجتمع الدراسة)، وتبين أنها معنوية عند مستويات الدلالة المتعارف عليها، وأن معامل الصدق مقبول، وذلك **كما يلي:**

جدول رقم (٤) يوضح الاتساق الداخلي بين أبعاد مقياس تقييم الممارسة الإكلينيكية ودرجة الأداة ككل

الأبعاد		الأساليب	الاستراتيجيات	الأدوار	المهارات	أبعاد المقياس ككل
الأسر (ن = ١٠)	قيمة معامل (R)	٠.٧٨٢	٠.٩١٥	٠.٩٥١	٠.٨٦٨	١
	الدلالة	**	**	**	**	
	قوة معامل الارتباط	طردي قوي	طردي قوي	طردي قوي	طردي قوي	طردي تام

الأخصائيين الاجتماعيين (ن = ١٠)	قيمة معامل (R)	٠.٩٢١	٠.٩٨٧	٠.٩٦٩	٠.٩٧٧	١
	الدلالة	**	**	**	**	
	قوة معامل الارتباط	طردي قوي	طردي قوي	طردي قوي	طردي قوي	طردي تام

** معنوي عند (٠.٠١) * معنوي عند (٠.٠٥)

يوضح الجدول السابق أن:

توجد علاقة طردية دالة إحصائياً عند مستوى معنوية (٠.٠١) بين أبعاد مقياس تقييم الممارسة الإكلينيكية لكل بعد على حدة من ناحية وللأبعاد كلها من ناحية أخرى، ومن ثم تحقق مستوى الثقة في الأداة والاعتماد على نتائجها.

(ج) ثبات الأداة:

اعتمدت الباحثة في حساب ثبات مقياس تقييم الممارسة الإكلينيكية باستخدام معادلة سبيرمان – براون للتجزئة النصفية، حيث تم تقسيم عبارات كل بعد إلى نصفين، يضم القسم الأول القيم التي تم الحصول عليها من الاستجابة للعبارات الفردية، ويضم القسم الثاني القيم التي تم الحصول عليها من الاستجابة للعبارات الزوجية، وذلك بتطبيقه على عينة قوامها (١٠) مفردات من أسر أطفال الروضة ذوي سلوك التنمر وعدد (١٠) مفردات من الأخصائيين الاجتماعيين (خارج إطار مجتمع الدراسة)، وتبين أن معاملات الثبات للأبعاد تتمتع بدرجة عالية من الثبات، **وذلك كما يلي:**

جدول رقم (٥) يوضح نتائج ثبات مقياس تقييم الممارسة الإكلينيكية

الأبعاد		الأساليب	الاستراتيجيات	الأدوار	المهارات	أبعاد المقياس ككل
الأسر (ن = ١٠)	قيمة معامل (R)	٠.٨٥٦	٠.٩١٦	٠.٨٥٣	٠.٨١٠	٠.٩٢٩
	الدلالة	**	**	**	**	**
	قوة معامل الارتباط	طردي قوي	طردي قوي	طردي قوي	طردي قوي	طردي قوي
	قيمة معامل الثبات	٠.٩٢٢	٠.٩٥٦	٠.٩٢٠	٠.٨٩٥	٠.٩٦٣
	درجة الثبات	درجة عالية	درجة عالية	درجة عالية	درجة عالية	درجة عالية
الأخصائيين الاجتماعيين (ن = ١٠)	قيمة معامل (R)	٠.٨٢٦	٠.٩٨٠	٠.٨٥٠	٠.٩٤٥	٠.٩٩٠
	الدلالة	**	**	**	**	**
	قوة معامل الارتباط	طردي قوي	طردي قوي	طردي قوي	طردي قوي	طردي قوي
	قيمة معامل الثبات	٠.٩٠٥	٠.٩٩٠	٠.٩١٩	٠.٩٧٢	٠.٩٩٥
	درجة الثبات	درجة عالية	درجة عالية	درجة عالية	درجة عالية	درجة عالية

** معنوي عند (٠.٠١) * معنوي عند (٠.٠٥)

يوضح الجدول السابق أن:

معاملات الثبات لأبعاد مقياس تقييم الممارسة الإكلينيكية تتمتع بدرجة عالية من الثبات والدقة والموثوقية، وأصبحت الأداة في صورتها النهائية، وبذلك يمكن الاعتماد على نتائجها، كما أن نتائجها قابلة للتعميم على مجتمع الدراسة.

(٤) أساليب التحليل الكيفي والكمي:

تم جمع البيانات في الفترة من ٢٠٢٣/٤/١م إلى ٢٠٢٣/٥/١م، **واعتمدت 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،

ومعادلة سبيرمان – براون للتجزئة النصفية للثبات، ومعامل ارتباط بيرسون، واختبار (ت) لعينتين مستقلتين.

سادسًا– نتائج الدراسة الميدانية ومناقشتها:

المحور الأول: وصف مجتمع الدراسة:

(أ) وصف أسر أطفال الروضة ذوي سلوك التنمر مجتمع الدراسة:

جدول رقم (٦) يوضح وصف أسر أطفال الروضة ذوي سلوك التنمر مجتمع الدراسة

(ن=٩٢)

المتغيرات الكمية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	نوع الطفل	ك	%
سن الطفل	٤	١	ذكر	١٧	١٨.٥
عدد أفراد الأسرة	٣	١	أنثى	٧٥	٨١.٥
نوع ولي الأمر	ك	%	المجمـوع	٩٢	١٠٠
ذكر	–	–	وظيفة ولي الأمر	ك	%
أنثى	٩٢	١٠٠	قطاع حكومي	٣٦	٣٩.١
المجمـوع	٩٢	١٠٠	قطاع خاص	١٢	١٣
الحالة التعليمية لولي الأمر	ك	%	أعمال حرة	٩	٩.٨
أمي	١٣	١٤.١	لا يعمل	٣٥	٣٨
يقرأ ويكتب	١٥	١٦.٣	المجمـوع	٩٢	١٠٠
مؤهل متوسط	٣٩	٤٢.٤			
مؤهل عالي	٢٥	٢٧.٢			
المجمـوع	٩٢	١٠٠			

يوضح الجدول السابق أن:

- متوسط سن أطفال الروضة ذوي سلوك التنمر (٤) سنوات، وبانحراف معياري سنة واحدة، مما يدل على أن سلوك التنمر يبدأ في مرحلة مبكرة وهي مرحلة ما قبل المدرسة وقد أيدت الدراسات انتشار ظاهرة التنمر بين الأطفال الأصغر سنًا عن المراحل الأخرى كما في دراسة (روبي، نجلاء محمد، ٢٠٢٣م) ودراسة (أحمد، سمر أمين، ٢٠٢٣م) حيث

أوضحت كلاً منها أن ظاهرة التنمر تشيع بين الأطفال في أعمار مبكرة عنها في السنوات اللاحقة.

- متوسط عدد أفراد أسر أطفال الروضة ذوي سلوك التنمر (٣) أفراد، وبانحراف معياري فرد واحد تقريباً، مما يشير إلى وجود نمط السلوك التنمري بشكل أكبر في الأسر منخفضة العدد وقد أكد على ذلك دراسة (بدران، علوي أحمد، ٢٠٢٢م) حيث أشارت نتائد الدراسة الديموجرافية أن متوسط عدد أفراد الأسر ذات الطفل التنمري كان (٣) أفراد في الغالبية العظمى من عينة الدراسة.
- أكبر نسبة من أطفال الروضة ذوي سلوك التنمر إناث بنسبة (٨١.٥٪)، بينما الذكور بنسبة (١٨.٥٪)، وقد يرجع ذلك لتفاوت أعداد التلميذات في الحضانات عينة الدراسة حيث إن النسبة العالية لتلاميذ الحضانات من البنات وليس البنين، وقد اختلفت نتائج الدراسة الحالية مع العديد من الدراسات حيث أشارت دراسة (دلالة، ميرنا علي، ٢٠٢٠م) ودراسة (Susan M. Swearer, 2012) ودراسة (Kris Boswoth, 1999) بعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مستوى السلوك التنمري لدى الذكور والإناث، وأشارت دراسة (الشهوبي، حسن سالم، ٢٠١٨م) ودراسة (الجهني، رجاء عبيد، ٢٠١٣م) ودراسة (أحمد، حنان أبو المعارف، ٢٠٢٠م) ودراسة (عبد الباقي، شيماء ثابت، ٢٠٢٢م) إلى أن الذكور في مرحلة رياض الأطفال أكثر استخدامًا لسلوك التنمر عن الإناث وخاصة التنمر الجسدي واللفظي.
- نسبة (١٠٠٪) من أولياء أمور أطفال الروضة ذوي سلوك التنمر إناث، ويرجع ذلك إلى طبيعة المرحلة العمرية للطفل حيث يكون أكثر التصاقًا بالأم ويعتمد عليها في معظم تدابير أموره ومن بينها المتابعة في الذهاب إلى الحضانة.
- أكبر نسبة من أولياء أمور أطفال الروضة ذوي سلوك التنمر حاصلين علي مؤهل متوسط بنسبة (٤٢.٤٪)، أي ما يقارب من نصف عينة الدراسة، يليه مؤهل عالي بنسبة (٢٧.٢٪)، ثم يقرأ ويكتب بنسبة (١٦.٣٪)، وأخيراً أمي بنسبة (١٤.١٪)، مما يشير إلى مستوى ثقافي متوسط.
- أكبر نسبة من أولياء أمور أطفال الروضة ذوي سلوك التنمر يعملون بالقطاع الحكومي بنسبة (٣٩.١٪)، ويعتبر ذلك أمر طبيعي حيث أن الغالبية من مفردات العينة ذوي مؤهل

متوسط، يليه لا يعملون بنسبة (٣٨٪)، وهي نسبة كبيرة جدًا، وقد تجدر الإشارة إلى أن ولي الأمر في هذه الدراسة يعبر عن الأم التي تتولى مسئولية الطفل المتنمر وليس الأب، وقد يفسر ذلك وجود نسبة عالية من الذين لا يعملون، ثم القطاع الخاص بنسبة (١٣٪)، وأخيراً أعمال حرة بنسبة (٩.٨٪).

(ب) وصف الأخصائيين الاجتماعيين مجتمع الدراسة:

جدول رقم (٧) يوضح وصف الأخصائيين الاجتماعيين مجتمع الدراسة

(ن=٦٢)

المتغيرات الكمية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	النوع	ك	%
السن	٤٦	٧	ذكر	–	–
عدد سنوات الخبرة	١١	٣	أنثى	٦٢	١٠٠
المؤهل الدراسي	ك	%	المجموع	٦٢	١٠٠
بكالوريوس خدمة اجتماعية	٥٤	٨٧.١			
دراسات عليا في الخدمة الاجتماعية	٨	١٢.٩			
المجموع	٦٢	١٠٠			

يوضح الجدول السابق أن:

- متوسط سن الأخصائيين الاجتماعيين (٤٦) سنة، وبانحراف معياري (٧) سنوات تقريباً، مما يشير إلى بلوغ الأخصائيين الاجتماعيين مرحلة النضج والتي تتيح لهم الحصول على كم مقبول من الخبرات المهنية التي تعمل على تدعيم أدائهم المهني وقد أيدت هذه المؤشرات نتائج دراسة (بادي، محمود المنتصر، ٢٠٢١م)، حيث أوضحت أن معظم أفراد العينة في الفئة العمرية من (٤٠ – ٥٠) وهي نسبة جيدة تعكس الحيوية والنشاط في العمل بالإضافة إلى تراكم الخبرات المهنية للأخصائيين الاجتماعيين.
- متوسط عدد سنوات خبرة الأخصائيين الاجتماعيين في مجال العمل (١١) سنة، وبانحراف معياري (٣) سنوات تقريباً، وتشير هذه المؤشرات إلى وجود الخبرة المهنية لدى الأخصائيين الاجتماعيين عينة الدراسة ما ينعكس على مستوى أدائهم المهني بالإضافة إلى وجود قدرات التعامل مع هذا النمط السلوكي من المشكلات وقد أكد على هذه

المؤشرات دراسة (عبد الونيس، أشرف رجب، ٢٠٢١م) ودراسة (محمد، نورا علي، ٢٠٢٠م) حيث أيدت كل منهما موضحة أن تخطي الأخصائيين الاجتماعيين فترة ١٠ سنوات خبرة في مجال العمل مع حالات التنمر يعكس القدرات المتميزة لديهم والخبرة في التعامل مع الطلاب.

- نسبة (١٠٠٪) من الأخصائيين الاجتماعيين إناث، ويعد هذا المؤشر طبيعي حيث أن المجال المكاني بالدراسة مطبق في الحضانات التي يتعين فيها أخصائيات اجتماعيات فقط بالإضافة إلى أن الأخصائيات الاجتماعيات أقدر في التعامل مع طبيعة العملاء في هذه المرحلة وهي مرحلة رياض الأطفال.
- أكبر نسبة من الأخصائيين الاجتماعيين حاصلين علي بكالوريوس خدمة اجتماعية بنسبة (٨٧.١٪)، يليه دراسات عليا في الخدمة الاجتماعية بنسبة (١٢.٩٪)، مما يشير إلى أن كل عينة الدراسة من الأخصائيين الاجتماعيين حاصلين على مؤهل عالي وجزء من هذه العينة تمسك بالتعلم المستمر في التخصص مما يزيد من كفاءته المهنية وتشير هذه المؤشرات إلى أن الأخصائيين الاجتماعيين عينة الدراسة مؤهلين للعمل في هذا المجال من حيث المؤهلات العلمية، بالإضافة إلى التزام المؤسسة وإيمانها بأهمية دور الأخصائي الاجتماعي في مجال رياض الأطفال وذلك للمساعدة في مواجهة مشكلات المرحلة وأيضًا بناء شخصية الطفل وقد أيدت الدراسات هذه المؤشرات فقد أوضحت دراسة (العجلاني، عمر بن علي، ٢٠٠٥م) أن المستوى العلمي يتيح فرصة التميز في الأداء المهني حيث إن الأخصائيين مؤهلين لذلك نتيجة المؤهلات العلمية، كما أيدت دراسة (دهيم، هشام عطية، ٢٠٢١م) أن وجود الأخصائي الاجتماعي ضروري للمساعدة في مواجهة مشكلات الطلاب وبناء شخصياتهم بشكل سوي.

المحور الثاني: أبعاد تقييم الممارسة الإكلينيكية لنموذج العلاج المعرفي السلوكي لدى أخصائي العمل مع الأفراد مع أطفال الروضة ذوي سلوك التنمر:

(١) مستوى أساليب نموذج العلاج المعرفي السلوكي:

(٢)

جدول رقم (٨) يوضح مستوى ممارسة أخصائي العمل مع الأفراد لأساليب نموذج العلاج المعرفي السلوكي مع أطفال الروضة ذوي سلوك التنمر

العبارات	الأسر (ن=٩٢)				الأخصائيين الاجتماعيين (ن=٦٢)			
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى	الترتيب	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى	الترتيب
يتعرف الأخصائي الاجتماعي على معتقدات الطفل حول طبيعة التنمر	٢.٥٢	٠.٥٤	مرتفع	٧	٢.٧٩	٠.٤١	مرتفع	٥
يشرح الأخصائي الاجتماعي للطفل أنماط التنمر كسلوك سلبي	٢.٧٨	٠.٤٤	مرتفع	٢	٢.٧٦	٠.٤٧	مرتفع	٦
يوضح الأخصائي الاجتماعي للطفل آثار سلوك التنمر	٢.٨٥	٠.٣٩	مرتفع	١	٢.٩	٠.٣	مرتفع	٢
يناقش الأخصائي الاجتماعي مع الطفل تأثير التنمر على علاقته بزملائه	٢.٧	٠.٤٦	مرتفع	٥	٢.٨٢	٠.٣٩	مرتفع	٤
يوضح الأخصائي الاجتماعي بالأمثلة للطفل أنواع سلوك التنمر	٢.٤٣	٠.٥٤	مرتفع	٩	٢.٥٢	٠.٥٤	مرتفع	٨
يساعد الأخصائي الاجتماعي الطفل على التحكم في مشاعر الخوف	٢.٣٩	٠.٥١	مرتفع	١٠	٢.٤٤	٠.٥٣	مرتفع	٩
يدرب الأخصائي الاجتماعي الطفل على الاسترخاء أثناء ممارسة التنمر	٢.٤٧	٠.٥٢	مرتفع	٨	٢.٣٧	٠.٥٨	مرتفع	١٠
يشارك الأخصائي الاجتماعي الطفل في تحديد عواقب التنمر	٢.٥٨	٠.٥	مرتفع	٦	٢.٦٨	٠.٥٧	مرتفع	٧
يساعد الأخصائي الاجتماعي الطفل على تحديد طرق التخلص من سلوك التنمر	٢.٧٥	٠.٤٤	مرتفع	٣	٢.٨٩	٠.٣٢	مرتفع	٣
يساعد الأخصائي الاجتماعي الطفل على تحديد أفضل الطرق لنبذ سلوك التنمر	٢.٧٣	٠.٤٧	مرتفع	٤	٢.٩٢	٠.٢٧	مرتفع	١
أساليب نموذج العلاج المعرفي السلوكي ككل	٢.٦٢	٠.٢٥	مستوى مرتفع		٢.٧١	٠.١٨	مستوى مرتفع	

يوضح الجدول السابق أن:

- مستوى **ممارسة أخصائي العمل مع الأفراد لأساليب نموذج العلاج المعرفي السلوكي مع أطفال الروضة ذوي سلوك التنمر كما تحدده الأسر** مرتفع حيث بلغ المتوسط الحسابي (٢.٦٢)، ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي: الترتيب الأول يوضح الأخصائي الاجتماعي للطفل آثار سلوك التنمر بمتوسط حسابي (٢.٨٥), يليه الترتيب الثاني يشرح الأخصائي الاجتماعي للطفل أنماط التنمر كسلوك سلبي بمتوسط حسابي (٢.٧٨), ثم الترتيب الثالث يساعد الأخصائي الاجتماعي الطفل على تحديد طرق التخلص من سلوك

التنمر بمتوسط حسابي (٢.٧٥), وأخيراً الترتيب العاشر يساعد الأخصائي الاجتماعي الطفل على التحكم في مشاعر الخوف بمتوسط حسابي (٢.٣٩).

- مستوى **ممارسة أخصائي العمل مع الأفراد لأساليب نموذج العلاج المعرفي السلوكي مع أطفال الروضة ذوي سلوك التنمر كما يحدده الأخصائيون الاجتماعيون** مرتفع حيث بلغ المتوسط الحسابي (٢.٧١)، ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي: الترتيب الأول يساعد الأخصائي الاجتماعي الطفل على تحديد أفضل الطرق لنبذ سلوك التنمر بمتوسط حسابي (٢.٩٢)، يليه الترتيب الثاني يوضح الأخصائي الاجتماعي للطفل آثار سلوك التنمر بمتوسط حسابي (٢.٩), ثم الترتيب الثالث يساعد الأخصائي الاجتماعي الطفل على تحديد طرق التخلص من سلوك التنمر بمتوسط حسابي (٢.٨٩)، وأخيراً الترتيب العاشر يدرب الأخصائي الاجتماعي الطفل على الاسترخاء أثناء ممارسة التنمر بمتوسط حسابي (٢.٣٧).

مما سبق عرضه أوضحت مؤشرات الجدول تطبيق الأخصائيين الاجتماعيين عينة الدراسة لأساليب العلاج المعرفي السلوكي مع أطفال الروضة ذوي سلوك التنمر بمستوى مرتفع مما يشير إلى مستوى مرتفع من تطبيق الأخصائيين للأساليب الإدراكية والأساليب الوجدانية والأساليب السلوكية لنموذج العلاج المعرفي وقد دعم هذه المؤشرات استجابات أولياء أمور الأطفال ذوي سلوك التنمر في مستوى أداء الأخصائيين الاجتماعيين مع أطفالهم في تطبيق أساليب نموذج العلاج المعرفي السلوكي مما يشير إلى جودة أداء الأخصائيين الاجتماعيين في تطبيق أساليب النموذج على المستوى المعرفي وعلى المستوى السلوكي، ويرجع ذلك إلى الإعداد الجيد في المستوى الأكاديمي واعتماد الأخصائيين الاجتماعيين على التعلم المستمر والاطلاع بجانب الخبرة في العمل، وقد أيدت العديد من الدراسات هذه المؤشرات فقد أوضحت نتائج دراسة (أبو العلاء، تركي بن حسن، ٢٠٢٠م) مستوى الأداء المرتفع لاستخدام أساليب العلاج المعرفي السلوكي لدى الأخصائيين الاجتماعيين مع الحالات الفردية من مدمني المخدرات، وكذلك دراسة (قاسم، أماني، ٢٠١٤م)، حيث أوضحت الدراسة نجاح استخدام الأساليب لنموذج العلاج المعرفي السلوكي في مواجهة مخاوف طالبات التدريب الميداني في التعامل مع ذوي الإعاقات المتعددة، ودراسة (يوسف، عبد الجابر السيد، ٢٠١٩م) أوضحت نتائجها أن مستوى تطبيق الأخصائيين الاجتماعيين عينة الدراسة لأساليب المدخل الروحي للحد من التنمر المدرسي كانت مرتفعة

وبنسبة (٨٠٪). كما أوضحت دراسة (المجولي، حنان شوقي، ٢٠٠٩م) فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في تحسين الاتجاهات السوسيوباتية لدى أطفال الروضة، كما أسفرت نتائج دراسة (حسن، أحمد محمود، ٢٠٢٠م) عن جودة مستوى مرتفع أداء الأخصائي الاجتماعي في تعديل مظاهر السلوك اللاتوافقي المرتبط بالتنمر المدرسي باستخدام العلاج المعرفي السلوكي.

(٣) مستوى استراتيجيات نموذج العلاج المعرفي السلوكي:

جدول رقم (٩) يوضح مستوى ممارسة أخصائي العمل مع الأفراد لاستراتيجيات نموذج العلاج المعرفي السلوكي مع أطفال الروضة ذوي سلوك التنمر

العبارات	الأسر (ن=٩٢)				الأخصائيين الاجتماعيين (ن=٦٢)			
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى	الترتيب	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى	الترتيب
يوضح الأخصائي الاجتماعي للطفل إيجابيات السلوك الإيجابي	٢.٩٩	٠.١	مرتفع	١	٣	٠	مرتفع	١
يساعد الأخصائي الاجتماعي الطفل في تحديد سلبيات سلوك التنمر	٢.٩٦	٠.٢١	مرتفع	٢	٢.٩٤	٠.٢٥	مرتفع	٣
يساعد الأخصائي الاجتماعي الطفل في شرح أفكاره بعد ترك سلوك التنمر	٢.٦٨	٠.٤٩	مرتفع	٦	٢.٦	٠.٥٣	مرتفع	٧
يشارك الأخصائي الاجتماعي الطفل في تحديد وسائل ترك سلوك التنمر	٢.٥٤	٠.٥٢	مرتفع	٨	٢.٥٦	٠.٥	مرتفع	٨
ينصت الأخصائي الاجتماعي لمقترحات الطفل في تعديل سلوك التنمر	٢.٦٤	٠.٥	مرتفع	٧	٢.٧٧	٠.٤٦	مرتفع	٦
يدعم الأخصائي الاجتماعي ثقة الطفل في نفسه	٢.٨٦	٠.٣٥	مرتفع	٤	٢.٩٨	٠.١٣	مرتفع	٢
يثني الأخصائي الاجتماعي على ممارسة الطفل لأنماط السلوك الإيجابي	٢.٨	٠.٤	مرتفع	٥	٢.٨٢	٠.٤٣	مرتفع	٥
يشارك الأخصائي الاجتماعي الطفل في كيفية التخطيط لنبذ السلوك التنمري	٢.٣٧	٠.٤٩	مرتفع	٩	٢.٤	٠.٥٦	مرتفع	٩
يشجع الأخصائي الاجتماعي الطفل على توثيق علاقاته بزملائه	٢.٨٧	٠.٣٤	مرتفع	٣	٢.٩٤	٠.٣١	مرتفع	٤
يحفز الأخصائي الاجتماعي الطفل لتكوين علاقات اجتماعية جديدة	٢.٨٦	٠.٣٥	مرتفع	٤	٣	٠	مرتفع	١
استراتيجيات نموذج العلاج المعرفي السلوكي ككل	٢.٧٦	٠.١٨	مستوى مرتفع		٢.٨	٠.١٣	مستوى مرتفع	

يوضح الجدول السابق أن:

- مستوى **ممارسة أخصائي العمل مع الأفراد لاستراتيجيات نموذج العلاج المعرفي السلوكي مع أطفال الروضة ذوي سلوك التنمر كما تحدده الأسر** مرتفع حيث بلغ المتوسط الحسابي (٢.٧٦)، ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي: الترتيب الأول يوضح الأخصائي الاجتماعي للطفل إيجابيات السلوك الإيجابي بمتوسط حسابي (٢.٩٩), يليه الترتيب الثاني يساعد الأخصائي الاجتماعي الطفل في تحديد سلبيات سلوك التنمر بمتوسط حسابي (٢.٩٦)، ثم الترتيب الثالث يشجع الأخصائي الاجتماعي الطفل على توثيق علاقاته بزملائه بمتوسط حسابي (٢.٨٧), وأخيراً الترتيب التاسع يشارك الأخصائي الاجتماعي الطفل في كيفية التخطيط لنبذ السلوك التنمري بمتوسط حسابي (٢.٣٧).
- مستوى **ممارسة أخصائي العمل مع الأفراد لاستراتيجيات نموذج العلاج المعرفي السلوكي مع أطفال الروضة ذوي سلوك التنمر كما يحدده الأخصائيون الاجتماعيون** مرتفع حيث بلغ المتوسط الحسابي (٢.٨)، ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي: الترتيب الأول يوضح الأخصائي الاجتماعي للطفل إيجابيات السلوك الإيجابي, ويحفز الأخصائي الاجتماعي الطفل لتكوين علاقات اجتماعية جديدة بمتوسط حسابي (٣)، يليه الترتيب الثاني يدعم الأخصائي الاجتماعي ثقة الطفل في نفسه بمتوسط حسابي (٢.٩٨)، ثم الترتيب الثالث يساعد الأخصائي الاجتماعي الطفل في تحديد سلبيات سلوك التنمر بمتوسط حسابي (٢.٩٤)، وأخيراً الترتيب التاسع يشارك الأخصائي الاجتماعي الطفل في كيفية التخطيط لنبذ السلوك التنمري بمتوسط حسابي (٢.٤).

مما سبق عرضه أوضحت مؤشرات الجدول المستوى المرتفع من تطبيق الأخصائيين الاجتماعيين عينة الدراسة لاستراتيجيات العلاج المعرفي السلوكي مع أطفال الروضة ذوي سلوك التنمر وذلك باستخدام الأخصائيين استراتيجيات البناء المعرفي والاستعراض المعرفي والمواجهة السلوكية والتدريب، وقد دعمت استجابات أولياء أمور الأطفال ذوي سلوك التنمر مستوى أداء الأخصائيين المرتفع في تطبيق استراتيجيات العلاج المعرفي السلوكي مع أطفالهم مما يشير إلى مستوى الأداء المرتفع في الممارسة الإكلينيكية لدى الأخصائيين الاجتماعيين مع أطفال الروضة ذوي سلوك التنمر ومهاراتهم في انتقاء الأسلوب العلاجي الأمثل في التعامل مع مشكلة التنمر لدى أطفال الروضة، وقد دعمت هذه المؤشرات نتائج دراسة (عبد المتجلي، منال مبروك،

٢٠١٣م)، حيث أوضحت فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من حدة المشكلات السلوكية لدى الفتيات المنحرفات وفاعلية أداء الأخصائي الاجتماعي في تطبيق أساليب واستراتيجيات النموذج، وكذلك دراسة (حامد، أحمد قناوي، ٢٠١٤م) التي أوضحت فاعلية نموذج العلاج المعرفي السلوكي في تعديل الأفكار الخاطئة لدى طلاب التعليم الفني وقدرة الأخصائي في استخدام استراتيجيات البناء المعرفي والاستعراض المعرفي وتعديل الأفكار اللاعقلانية لدى الطلاب، بالإضافة إلى دراسة (عبد الفتاح، يسرا محمد، ٢٠١٩م)، حيث أوضحت النتائج مدى قوة استراتيجيات وأساليب العلاج المعرفي السلوكي في خفض مستوى التنمر المدرسي وتعديل بعض الأفكار اللاعقلانية لدى طلاب المرحلة المتوسطة.

(٤) مستوى أدوار نموذج العلاج المعرفي السلوكي:

جدول رقم (١٠) يوضح مستوى ممارسة أخصائي العمل مع الأفراد لأدوار نموذج العلاج المعرفي السلوكي مع أطفال الروضة ذوي سلوك التنمر

العبارات	الأسر (ن=٩٢)				الأخصائيين الاجتماعيين (ن=٦٢)			
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى	الترتيب	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى	الترتيب
يعمل الأخصائي الاجتماعي على تزويد الطفل بالمعلومات المرتبطة بسلوك التنمر	٢.٨٢	٠.٣٩	مرتفع	٦	٢.٩٧	٠.١٨	مرتفع	٢
يقوم الأخصائي الاجتماعي بتوضيح سلبيات سلوك التنمر للطفل	٢.٩١	٠.٢٨	مرتفع	١	٢.٨٩	٠.٣٢	مرتفع	٥
يقدم الأخصائي الاجتماعي النصائح للطفل المرتبطة بضرورة ترك سلوك التنمر	٢.٨٨	٠.٣٣	مرتفع	٣	٢.٩٢	٠.٢٧	مرتفع	٤
يساعد الأخصائي الاجتماعي الطفل على مواجهة سلوك التنمر	٢.٨٩	٠.٣١	مرتفع	٢	٢.٩٤	٠.٢٥	مرتفع	٣
يساعد الأخصائي الاجتماعي الطفل على تعديل أفكاره عن التنمر	٢.٨	٠.٤	مرتفع	٧	٢.٨٥	٠.٣٦	مرتفع	٦
يساعد الأخصائي الاجتماعي الطفل على مواجهة مشكلاته السلوكية	٢.٧٧	٠.٤٢	مرتفع	٩	٢.٦٥	٠.٤٨	مرتفع	٩
يساعد الأخصائي الاجتماعي الطفل على تعديل سلوكياته السلبية	٢.٨٤	٠.٣٧	مرتفع	٥	٢.٨٢	٠.٣٩	مرتفع	٧
يزود الأخصائي الاجتماعي أسرة الطفل بمعلومات عن طرق التعامل الصحيح مع الطفل ذوي سلوك التنمر	٢.٢٩	٠.٥	متوسط	١٠	٢.٤٢	٠.٦٢	مرتفع	١٠
يساعد الأخصائي الطفل في التغلب	٢.٨	٠.٤٥	مرتفع	٨	٢.٧٤	٠.٤٤	مرتفع	٨

العبارات	الأسر (ن=٩٢)				الأخصائيين الاجتماعيين (ن=٦٢)			
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى	الترتيب	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى	الترتيب
على مشكلاته مع أسرته								
يدعم الأخصائي الاجتماعي علاقات الطفل بزملائه	٢.٨٨	٠.٣٩	مرتفع	٤	٢.٩٨	٠.١٣	مرتفع	١
أدوار نموذج العلاج المعرفي السلوكي ككل	٢.٧٩	٠.١٧	مستوى مرتفع		٢.٨٢	٠.١٢	مستوى مرتفع	

يوضح الجدول السابق أن:

- مستوى **ممارسة أخصائي العمل مع الأفراد لأدوار نموذج العلاج المعرفي السلوكي مع أطفال الروضة ذوي سلوك التنمر كما تحدده الأسر** مرتفع حيث بلغ المتوسط الحسابي (٢.٧٩)، ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي: الترتيب الأول يقوم الأخصائي الاجتماعي بتوضيح سلبيات سلوك التنمر للطفل بمتوسط حسابي (٢.٩١), يليه الترتيب الثاني يساعد الأخصائي الاجتماعي الطفل على مواجهة سلوك التنمر بمتوسط حسابي (٢.٨٩), ثم الترتيب الثالث يقدم الأخصائي الاجتماعي النصائح للطفل المرتبطة بضرورة ترك سلوك التنمر بمتوسط حسابي (٢.٨٨), وأخيراً الترتيب العاشر يزود الأخصائي الاجتماعي أسرة الطفل بمعلومات عن طرق التعامل الصحيح مع الطفل ذوي سلوك التنمر بمتوسط حسابي (٢.٢٩).
- مستوى **ممارسة أخصائي العمل مع الأفراد لأدوار نموذج العلاج المعرفي السلوكي مع أطفال الروضة ذوي سلوك التنمر كما يحدده الأخصائيون الاجتماعيون** مرتفع حيث بلغ المتوسط الحسابي (٢.٨٢)، ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي: الترتيب الأول يدعم الأخصائي الاجتماعي علاقات الطفل بزملائه بمتوسط حسابي (٢.٩٨), يليه الترتيب الثاني يعمل الأخصائي الاجتماعي على تزويد الطفل بالمعلومات المرتبطة بسلوك التنمر بمتوسط حسابي (٢.٩٧)، ثم الترتيب الثالث يساعد الأخصائي الاجتماعي الطفل على مواجهة سلوك التنمر بمتوسط حسابي (٢.٩٤), وأخيراً الترتيب العاشر يزود الأخصائي الاجتماعي أسرة الطفل بمعلومات عن طرق التعامل الصحيح مع الطفل ذوي سلوك التنمر بمتوسط حسابي (٢.٤٢).

مما سبق عرضه توضح مؤشرات الجدول قيام الأخصائيين الاجتماعيين عينة الدراسة بأدوارهم طبقًا لنموذج العلاج المعرفي السلوكي بمستوى مرتفع مع حالات أطفال الروضة ذوي سلوك التنمر، وقد دعمت استجابات أولياء أمور الطلاب بالتأكيد على قيام الأخصائيين الاجتماعيين بممارسة أدوار نموذج العلاج المعرفي السلوكي بمستوى مرتفع، وتشير هذه

المؤشرات إلى إتقان الأخصائيين الاجتماعيين لعملية انتقاء النموذج الملائم للتعامل مع حالات التنمر وإتقان أدواره باعتبارها الأنسب، وقد أوضحت دراسة (Daniel Tuelo Masilo, 2018) أن من أهم مؤشرات جودة الأداء المهني للأخصائيين الاجتماعين في الحد من التنمر قيامهم الدائم بالبحث عن أنسب النماذج العلاجية التي تعمل على الحد من هذه الظاهرة كما أكدت دراسة (آل معوض، إبراهيم محمد، ٢٠٢٢م) على أهمية الدور الذي يقوم به الأخصائي الاجتماعي في مواجهة العنف المدرسي، ومن أهم الأدوار زيادة الوعي بأهمية العلاقات الجيدة بين الطلاب وتفعيل التوجيه الإرشادي للطلاب ذوي سلوك العنف.

كما أوضحت دراسة (Zhengtao Lai, 2023, p. 132) أن تدخل الأخصائي الاجتماعي إحدى الوسائل الفعالة للوقاية من التنمر وعلاجه وخاصةً عندما يعتمد في أدائه المهني على النظرية المعرفية السلوكية. كذلك أكدت دراسة (Antonio Gozalez, 2012, p. 22) على وجود علاقة بين تطبيق الأخصائي الاجتماعي للقيم المهنية في أدواره واستخدام الأدوار المرتبطة بالعلاج المعرفي السلوكي مع الحالات ذات اضطراب السلوك.

كما توصلت دراسة (حسن، سامية جمال أحمد، ٢٠٢٢م) إلى أن ممارسة الأخصائي الاجتماعي لأدواره في مواجهة مخاطر التنمر الإلكتروني مع حالات الطلاب في المرحلة الإعدادية كانت ذات مستوى مرتفع وقد تمثلت هذه الأدوار في تبصير الطلاب بمخاطر التنمر –زيادة وعي الطلاب– تشجيع الطلاب على تفريغ المشاعر السلبية كما دعمت دراسة (الدريس، الجوهرة محمد، ٢٠١٤م) مؤشرات الدراسة الحالية حيث أوضحت اعتماد الأخصائيين الاجتماعيين في ممارسة أدوارهم على نموذج العلاج المعرفي السلوكي في التعامل مع المشكلات السلوكية لدى الطالبات وتحددت أهم الأدوار في مساعدة الطلاب على تعديل أفكارهم واتجاهاتهم حول المشكلات السلوكية كما شاركت دراسة (واضح، غنية، ٢٠١٥م) النتائج السابقة بالتأكيد على فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في تغيير أفكار حالة من المخاوف المدرسية بالاعتماد على الأدوار والاستراتيجيات الخاصة بالنموذج.

(٥) مستوى مهارات نموذج العلاج المعرفي السلوكي:

جدول رقم (١١) يوضح مستوى ممارسة أخصائي العمل مع الأفراد لمهارات نموذج العلاج المعرفي السلوكي مع أطفال الروضة ذوي سلوك التنمر

العبارات	الأسر (ن=٩٢)				الأخصائيين الاجتماعيين (ن=٦٢)			
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى	الترتيب	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى	الترتيب
ينصت الأخصائي الاجتماعي للطفل أثناء تعبيره عن ذاته بشكل جيد	٢.٩٥	٠.٢٣	مرتفع	١	٢.٩٨	٠.١٣	مرتفع	١
يوطد الأخصائي الاجتماعي علاقته المهنية مع الطفل ذوي سلوك التنمر	٢.٩٢	٠.٢٧	مرتفع	٢	٢.٩٧	٠.١٨	مرتفع	٢
يلاحظ الأخصائي الاجتماعي أي تغيير في سلوك الطفل	٢.٨٦	٠.٣٥	مرتفع	٥	٢.٩٤	٠.٢٥	مرتفع	٣
يعمل الأخصائي الاجتماعي على فتح قنوات الاتصال مع الأطفال ذوي سلوك التنمر	٢.٤٩	٠.٥	مرتفع	٨	٢.٦٨	٠.٤٧	مرتفع	٧
يعمل الأخصائي الاجتماعي على فتح قنوات الاتصال مع أسرة الطفل ذوي سلوك التنمر	٢.٤٥	٠.٥	مرتفع	٩	٢.٦	٠.٥٣	مرتفع	٩
يقيم الأخصائي الاجتماعي كل تغير في سلوك الطفل	٢.٨٥	٠.٣٦	مرتفع	٦	٢.٩	٠.٣	مرتفع	٥
يسجل الأخصائي الاجتماعي كل خطوات العمل مع الطفل ذوي سلوك التمر	٢.٨٥	٠.٣٦	مرتفع	٦	٢.٩٢	٠.٢٧	مرتفع	٤
يتقبل الأخصائي الاجتماعي الأطفال ذوي سلوك التنمر	٢.٩	٠.٣	مرتفع	٣	٢.٩٧	٠.١٨	مرتفع	٢
يتجنب الأخصائي الاجتماعي عقاب الأطفال ذوي سلوك التنمر	٢.٨٧	٠.٣٧	مرتفع	٤	٢.٦٣	٠.٥٨	مرتفع	٨
يستثمر الأخصائي الاجتماعي قدرات الطفل ذوي سلوك التنمر في إكسابه السلوك الإيجابي	٢.٥٩	٠.٥	مرتفع	٧	٢.٨٤	٠.٤١	مرتفع	٦
مهارات نموذج العلاج المعرفي السلوكي ككل	٢.٧٧	٠.٢٢	مستوى مرتفع		٢.٨٤	٠.١٤	مستوى مرتفع	

يوضح الجدول السابق أن:

- مستوى **ممارسة أخصائي العمل مع الأفراد لمهارات نموذج العلاج المعرفي السلوكي مع أطفال الروضة ذوي سلوك التنمر كما تحدده الأسر** مرتفع حيث بلغ المتوسط الحسابي (٢.٧٧)، ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي: الترتيب الأول ينصت الأخصائي الاجتماعي للطفل أثناء تعبيره عن ذاته بشكل جيد بمتوسط حسابي (٢.٩٥), يليه الترتيب الثاني يوطد الأخصائي الاجتماعي علاقته المهنية مع الطفل ذوي سلوك التنمر بمتوسط حسابي (٢.٩٢), ثم الترتيب الثالث يتقبل الأخصائي الاجتماعي الأطفال ذوي سلوك التنمر بمتوسط حسابي (٢.٩), وأخيراً الترتيب التاسع يعمل الأخصائي الاجتماعي على فتح قنوات الاتصال مع أسرة الطفل ذوي سلوك التنمر بمتوسط حسابي (٢.٤٥).
- مستوى **ممارسة أخصائي العمل مع الأفراد لمهارات نموذج العلاج المعرفي السلوكي مع أطفال الروضة ذوي سلوك التنمر كما يحدده الأخصائيون الاجتماعيون** مرتفع حيث بلغ المتوسط الحسابي (٢.٨٤)، ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي: الترتيب الأول ينصت الأخصائي الاجتماعي للطفل أثناء تعبيره عن ذاته بشكل جيد بمتوسط حسابي (٢.٩٨), يليه الترتيب الثاني يوطد الأخصائي الاجتماعي علاقته المهنية مع الطفل ذوي سلوك التنمر, ويتقبل الأخصائي الاجتماعي الأطفال ذوي سلوك التنمر بمتوسط حسابي (٢.٩٧), ثم الترتيب الثالث يلاحظ الأخصائي الاجتماعي أي تغيير في سلوك الطفل بمتوسط حسابي (٢.٩٤), وأخيراً الترتيب التاسع يعمل الأخصائي الاجتماعي على فتح قنوات الاتصال مع أسرة الطفل ذوي سلوك التنمر بمتوسط حسابي (٢.٦).

مما سبق عرضه توضح مؤشرات الجدول قيام الأخصائيين الاجتماعيين عينة الدراسة بتطبيق مهارات نموذج العلاج المعرفي السلوكي بمستوى مرتفع مع حالات أطفال الروضة ذوي سلوك التنمر وقد دعمت استجابات أولياء أمور الأطفال ذلك بالتأكيد على تطبيق مهارات النموذج أثناء تدخل الأخصائي الاجتماعي مهنيًا مع الأطفال ذوي سلوك التنمر وتشير هذه المؤشرات إلى مستوى مرتفع من قدرات الأخصائيين الاجتماعيين عينة الدراسة في تطبيق النموذج خاصةً مع الأطفال ذوي سلوك التنمر مما يجعل برامج التدخل المهني ذو كفاءة عالية، وقد اختلفت هذه المؤشرات مع نتائج دراسة (علي، نورا علي محمد، ٢٠٢٠م)، حيث أوضحت نتائج الدراسة وجود حاجة قوية لدى الأخصائيين الاجتماعيين العاملين مع أطفال الروضة في تخفيف مستوى التنمر لديهم في المعارف المرتبطة بالنماذج العلاجية بشكل عام وخاصةً حاجات في المعارف

المرتبطة بتطبيق مهارات إدارة الحالة ومهارة العلاقة المهنية واحترام الاختلافات بين الأطفال، أما عن الدراسات التي دعمت مؤشرات الجدول تمثلت في دراسة (إبراهيم، زيزي السيد، ٢٠١٨م)، حيث أشارت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية طردية بين تطبيق مهارات العلاج المعرفي السلوكي وعلاج بعض الاضطرابات النفسية. وكذلك أيدت دراسة (شاهين، محمد مصطفى، ٢٠١١م) حيث أوضحت الدراسة أن استخدام الأخصائي الاجتماعي لمهارات العلاج السلوكي المعرفي أدى إلى تحسن الكفاءة الاجتماعية لدى الأطفال والتي تمثلت في تحسن في سلوك المبادأة وتحسن في سلوك الاعتماد على الذات وتحسن في مستوى تعاون هؤلاء الأطفال مع زملائهم في دار الأيتام. وكذلك أيدت دراسة (سالم، أسماء عبد الرحمن، ٢٠٢٠م) مؤشرات الدراسة الحالية حيث أوضحت النتائج نجاح البرنامج القائم على العلاج السلوكي المعرفي في تدريب الطلاب ضحايا التنمر على بعض المهارات الاجتماعية التي أدت إلى خفض وتعديل سلوك ضحية التنمر. كما دعمت نتائج دراسة (سكران، ماهر عبد الرازق، ٢٠٠٦م) أيضًا حيث أشارت إلى أن استخدام المعالج وتطبيقه لمهارات العلاج المعرفي السلوكي أدى إلى تنمية المهارات الاجتماعية للأطفال وتحسن مستواها.

المحور الثالث: اختبار فروض الدراسة:

(١) اختبار الفرض الأول للدراسة: "من المتوقع أن يكون مستوى الممارسة الإكلينيكية لنموذج العلاج المعرفي السلوكي لدى أخصائي العمل مع الأفراد مع أطفال الروضة ذوي سلوك التنمر مرتفعاً ":

جدول رقم (١٢) يوضح مستوى الممارسة الإكلينيكية لنموذج العلاج المعرفي السلوكي لدى أخصائي العمل مع الأفراد مع أطفال الروضة ذوي سلوك التنمر ككل

الأبعاد	الأسر (ن=٩٢)				الأخصائيين الاجتماعيين (ن=٦٢)			
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى	الترتيب	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى	الترتيب
مستوى أساليب نموذج العلاج المعرفي السلوكي	٢.٦٢	٠.٢٥	مرتفع	٤	٢.٧١	٠.١٨	مرتفع	٤
مستوى استراتيجيات نموذج العلاج المعرفي السلوكي	٢.٧٦	٠.١٨	مرتفع	٣	٢.٨	٠.١٣	مرتفع	٣
مستوى أدوار نموذج العلاج المعرفي السلوكي	٢.٧٩	٠.١٧	مرتفع	١	٢.٨٢	٠.١٢	مرتفع	٢
مستوى مهارات نموذج العلاج	٢.٧٧	٠.٢٢	مرتفع	٢	٢.٨٤	٠.١٤	مرتفع	١

الأبعاد	الأسر (ن=٩٢)				الأخصائيين الاجتماعيين (ن=٦٢)			
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى	الترتيب	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى	الترتيب
المعرفي السلوكي								
أبعاد تقييم الممارسة الإكلينيكية ككل	٢.٧٣	٠.١٥	مستوى مرتفع		٢.٧٩	٠.١	مستوى مرتفع	

يوضح الجدول السابق أن:

- مستوى **الممارسة الإكلينيكية لنموذج العلاج المعرفي السلوكي لدى أخصائي العمل مع الأفراد مع أطفال الروضة ذوي سلوك التنمر ككل كما تحدده الأسر** مرتفع حيث بلغ المتوسط الحسابي (٢.٧٣)، ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي: الترتيب الأول مستوى ممارسة أخصائي العمل مع الأفراد لأدوار نموذج العلاج المعرفي السلوكي مع أطفال الروضة ذوي سلوك التنمر بمتوسط حسابي (٢.٧٩) وهو مستوى مرتفع, يليه الترتيب الثاني مستوى ممارسة أخصائي العمل مع الأفراد لمهارات نموذج العلاج المعرفي السلوكي مع أطفال الروضة ذوي سلوك التنمر بمتوسط حسابي (٢.٧٧) وهو مستوى مرتفع, ثم الترتيب الثالث مستوى ممارسة أخصائي العمل مع الأفراد لاستراتيجيات نموذج العلاج المعرفي السلوكي مع أطفال الروضة ذوي سلوك التنمر بمتوسط حسابي (٢.٧٦) وهو مستوى مرتفع, وأخيراً الترتيب الرابع مستوى ممارسة أخصائي العمل مع الأفراد لأساليب نموذج العلاج المعرفي السلوكي مع أطفال الروضة ذوي سلوك التنمر بمتوسط حسابي (٢.٦٢) وهو مستوى مرتفع.

- مستوى **الممارسة الإكلينيكية لنموذج العلاج المعرفي السلوكي لدى أخصائي العمل مع الأفراد مع أطفال الروضة ذوي سلوك التنمر ككل كما يحدده الأخصائيون الاجتماعيون** مرتفع حيث بلغ المتوسط الحسابي (٢.٧٩)، ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي: الترتيب الأول مستوى ممارسة أخصائي العمل مع الأفراد لمهارات نموذج العلاج المعرفي السلوكي مع أطفال الروضة ذوي سلوك التنمر بمتوسط حسابي (٢.٨٤) وهو مستوى مرتفع, يليه الترتيب الثاني مستوى ممارسة أخصائي العمل مع الأفراد لأدوار نموذج العلاج المعرفي السلوكي مع أطفال الروضة ذوي سلوك التنمر بمتوسط حسابي (٢.٨٢) وهو مستوى مرتفع, ثم الترتيب الثالث مستوى ممارسة أخصائي العمل مع الأفراد لاستراتيجيات نموذج العلاج المعرفي السلوكي مع أطفال الروضة ذوي سلوك التنمر بمتوسط حسابي (٢.٨) وهو مستوى

مرتفع, وأخيراً الترتيب الرابع مستوى ممارسة أخصائي العمل مع الأفراد لأساليب نموذج العلاج المعرفي السلوكي مع أطفال الروضة ذوي سلوك التنمر بمتوسط حسابي (٢.٧١) وهو مستوى مرتفع.

مما يجعلنا نقبل الفرض الأول للدراسة والذي مؤداه " من المتوقع أن يكون مستوى الممارسة الإكلينيكية لنموذج العلاج المعرفي السلوكي لدى أخصائي العمل مع الأفراد مع أطفال الروضة ذوي سلوك التنمر مرتفعاً ".

(٢) اختبار الفرض الثاني للدراسة: " توجد فروق جوهرية دالة إحصائياً بين استجابات الأسر والأخصائيين الاجتماعيين بالنسبة لتحديدهم لمستوى ممارسة أخصائي العمل مع الأفراد لأساليب نموذج العلاج المعرفي السلوكي مع أطفال الروضة ذوي سلوك التنمر ":

جدول رقم (١٣) يوضح دلالات الفروق المعنوية بين استجابات الأسر والأخصائيين الاجتماعيين بالنسبة لتحديدهم لمستوى ممارسة أخصائي العمل مع الأفراد لأساليب نموذج العلاج المعرفي السلوكي مع أطفال الروضة ذوي سلوك التنمر

(ن=١٥٤)

الأبعاد	مجتمع البحث	العدد (ن)	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة T	الدلالة	اتجاه الفروق
أساليب نموذج العلاج المعرفي السلوكي	الأسر	٩٢	٢.٦٢	٠.٢٥	-٢.٥٥١	*	١ <٢
	الأخصائيين	٦٢	٢.٧١	٠.١٨			

** معنوي عند (٠.٠١)　　* معنوي عند (٠.٠٥)

يوضح الجدول السابق أن:

توجد فروق جوهرية دالة إحصائياً عند مستوى معنوية (٠.٠٥) بين استجابات الأسر والأخصائيين الاجتماعيين بالنسبة لتحديدهم لمستوى ممارسة أخصائي العمل مع الأفراد لأساليب نموذج العلاج المعرفي السلوكي مع أطفال الروضة ذوي سلوك التنمر لصالح استجابات الأخصائيين الاجتماعيين. **مما يجعلنا نقبل الفرض الثاني للدراسة والذي مؤداه " توجد فروق جوهرية دالة إحصائياً بين استجابات الأسر والأخصائيين الاجتماعيين بالنسبة لتحديدهم لمستوى ممارسة أخصائي العمل مع الأفراد لأساليب نموذج العلاج المعرفي السلوكي مع أطفال الروضة ذوي سلوك التنمر ".**

(٣) اختبار الفرض الثالث للدراسة: " توجد فروق جوهرية دالة إحصائياً بين استجابات الأسر والأخصائيين الاجتماعيين بالنسبة لتحديدهم لمستوى ممارسة أخصائي العمل مع الأفراد لاستراتيجيات نموذج العلاج المعرفي السلوكي مع أطفال الروضة ذوي سلوك التنمر ":

جدول رقم (١٤) يوضح دلالات الفروق المعنوية بين استجابات الأسر والأخصائيين الاجتماعيين بالنسبة لتحديدهم لمستوى ممارسة أخصائي العمل مع الأفراد لاستراتيجيات نموذج العلاج المعرفي السلوكي مع أطفال الروضة ذوي سلوك التنمر

(ن=١٥٤)

الأبعاد	مجتمع البحث	العدد (ن)	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة T	الدلالة	اتجاه الفروق
استراتيجيات نموذج العلاج المعرفي السلوكي	الأسر	٩٢	٢.٧٦	٠.١٨	١.٧٥٥-	غير دال	–
	الأخصائيين	٦٢	٢.٨	٠.١٣			

** معنوي عند (٠.٠١) * معنوي عند (٠.٠٥)

يوضح الجدول السابق أن:

لا توجد فروق جوهرية دالة إحصائياً بين استجابات الأسر والأخصائيين الاجتماعيين بالنسبة لتحديدهم لمستوى ممارسة أخصائي العمل مع الأفراد لاستراتيجيات نموذج العلاج المعرفي السلوكي مع أطفال الروضة ذوي سلوك التنمر. **مما يجعلنا نرفض الفرض الثالث للدراسة والذي مؤداه " توجد فروق جوهرية دالة إحصائياً بين استجابات الأسر والأخصائيين الاجتماعيين بالنسبة لتحديدهم لمستوى ممارسة أخصائي العمل مع الأفراد لاستراتيجيات نموذج العلاج المعرفي السلوكي مع أطفال الروضة ذوي سلوك التنمر ".**

(٤) اختبار الفرض الرابع للدراسة: " توجد فروق جوهرية دالة إحصائياً بين استجابات الأسر والأخصائيين الاجتماعيين بالنسبة لتحديدهم لمستوى ممارسة أخصائي العمل مع الأفراد لأدوار نموذج العلاج المعرفي السلوكي مع أطفال الروضة ذوي سلوك التنمر ":

جدول رقم (١٥) يوضح دلالات الفروق المعنوية بين استجابات الأسر والأخصائيين الاجتماعيين بالنسبة لتحديدهم لمستوى ممارسة أخصائي العمل مع الأفراد لأدوار نموذج العلاج المعرفي السلوكي مع أطفال الروضة ذوي سلوك التنمر

(ن=١٥٤)

الأبعاد	مجتمع البحث	العدد (ن)	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة T	الدلالة	اتجاه الفروق
أدوار نموذج العلاج المعرفي السلوكي	الأسر	٩٢	٢.٧٩	٠.١٧	١.١٥٨-	غير دال	-
	الأخصائيين	٦٢	٢.٨٢	٠.١٢			

** معنوي عند (٠.٠١)　　* معنوي عند (٠.٠٥)

يوضح الجدول السابق أن:

لا توجد فروق جوهرية دالة إحصائياً بين استجابات الأسر والأخصائيين الاجتماعيين بالنسبة لتحديدهم لمستوى ممارسة أخصائي العمل مع الأفراد لأدوار نموذج العلاج المعرفي السلوكي مع أطفال الروضة ذوي سلوك التنمر. **مما يجعلنا نرفض الفرض الرابع للدراسة والذي مؤداه " توجد فروق جوهرية دالة إحصائياً بين استجابات الأسر والأخصائيين الاجتماعيين بالنسبة لتحديدهم لمستوى ممارسة أخصائي العمل مع الأفراد لأدوار نموذج العلاج المعرفي السلوكي مع أطفال الروضة ذوي سلوك التنمر ".**

(٥) اختبار الفرض الخامس للدراسة: " توجد فروق جوهرية دالة إحصائياً بين استجابات الأسر والأخصائيين الاجتماعيين بالنسبة لتحديدهم لمستوى ممارسة أخصائي العمل مع الأفراد لمهارات نموذج العلاج المعرفي السلوكي مع أطفال الروضة ذوي سلوك التنمر ":

جدول رقم (١٦) يوضح دلالات الفروق المعنوية بين استجابات الأسر والأخصائيين الاجتماعيين بالنسبة لتحديدهم لمستوى ممارسة أخصائي العمل مع الأفراد لمهارات نموذج العلاج المعرفي السلوكي مع أطفال الروضة ذوي سلوك التنمر

(ن=١٥٤)

الأبعاد	مجتمع البحث	العدد (ن)	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة T	الدلالة	اتجاه الفروق
مهارات نموذج العلاج المعرفي السلوكي	الأسر	٩٢	٢.٧٧	٠.٢٢	٢.٤١٩-	*	١ <٢
	الأخصائيين	٦٢	٢.٨٤	٠.١٤			

** معنوي عند (٠.٠١)　　* معنوي عند (٠.٠٥)

يوضح الجدول السابق أن:

توجد فروق جوهرية دالة إحصائياً عند مستوى معنوية (٠.٠٥) بين استجابات الأسر والأخصائيين الاجتماعيين بالنسبة لتحديدهم لمستوى ممارسة أخصائي العمل مع الأفراد لمهارات نموذج العلاج المعرفي السلوكي مع أطفال الروضة ذوي سلوك التنمر لصالح استجابات الأخصائيين الاجتماعيين. **مما يجعلنا نقبل الفرض الخامس للدراسة والذي مؤداه " توجد فروق جوهرية دالة إحصائياً بين استجابات الأسر والأخصائيين الاجتماعيين بالنسبة لتحديدهم لمستوى ممارسة أخصائي العمل مع الأفراد لمهارات نموذج العلاج المعرفي السلوكي مع أطفال الروضة ذوي سلوك التنمر ".**

(٦) اختبار الفرض السادس للدراسة: " توجد فروق جوهرية دالة إحصائياً بين استجابات الأسر والأخصائيين الاجتماعيين بالنسبة لتحديدهم لمستوى الممارسة الإكلينيكية لنموذج العلاج المعرفي السلوكي لدى أخصائي العمل مع الأفراد مع أطفال الروضة ذوي سلوك التنمر ككل ":

جدول رقم (١٧) يوضح دلالات الفروق المعنوية بين استجابات الأسر والأخصائيين الاجتماعيين بالنسبة لتحديدهم لمستوى الممارسة الإكلينيكية لنموذج العلاج المعرفي السلوكي لدى أخصائي العمل مع الأفراد مع أطفال الروضة ذوي سلوك التنمر ككل

(ن=١٥٤)

الأبعاد	مجتمع البحث	العدد (ن)	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة T	الدلالة	اتجاه الفروق
أبعاد تقييم الممارسة الإكلينيكية ككل	الأسر	٩٢	٢.٧٣	٠.١٥	-٢.٨٨٣	**	١ <٢
	الأخصائيين	٦٢	٢.٧٩	٠.١			

** معنوي عند (٠.٠١)　　* معنوي عند (٠.٠٥)

يوضح الجدول السابق أن:

توجد فروق جوهرية دالة إحصائياً عند مستوى معنوية (٠.٠١) بين استجابات الأسر والأخصائيين الاجتماعيين بالنسبة لتحديدهم لمستوى الممارسة الإكلينيكية لنموذج العلاج المعرفي السلوكي لدى أخصائي العمل مع الأفراد مع أطفال الروضة ذوي سلوك التنمر ككل لصالح استجابات الأخصائيين الاجتماعيين. **مما يجعلنا نقبل الفرض السادس للدراسة والذي**

مؤداه " توجد فروق جوهرية دالة إحصائياً بين استجابات الأسر والأخصائيين الاجتماعيين بالنسبة لتحديدهم لمستوى الممارسة الإكلينيكية لنموذج العلاج المعرفي السلوكي لدى أخصائي العمل مع الأفراد مع أطفال الروضة ذوي سلوك التنمر ككل".

المحور الرابع: الآليات المقترحة لتطوير الممارسة الإكلينيكية لنموذج العلاج المعرفي السلوكي لدى أخصائي العمل مع الأفراد مع أطفال الروضة ذوي سلوك التنمر:

من خلال استعراض التراث النظري الموجه للدراسة ونتائج ودلالات الإطار الميداني للدراسة، يمكن التوصل إلى آليات مقترحة لتطوير الممارسة الإكلينيكية لنموذج العلاج المعرفي السلوكي لدى أخصائي العمل مع الأفراد مع أطفال الروضة ذوي سلوك التنمر، **وذلك كما يلي:**

الآليات المقترحة	إجراءات التنفيذ		الفترة الزمنية للتنفيذ	جهات التنفيذ المقترحة	المخرجات المستهدفة
١- لتطوير ممارسة أخصائي العمل مع الأفراد لأساليب نموذج العلاج المعرفي السلوكي	(١-١)	تعزيز قدرات الأخصائي في تحديد وتغيير أنماط التفكير السلبي لدى العميل	٣ شهو	المعهد العالي للخدمة الاجتماعية ومؤسسة رياض الأطفال	تنمية قدرات الأخصائي الاجتماعي على تطبيق أساليب CBT
	(١-٢)	تعزيز قدرات الأخصائي في مساعدة العميل على مواجهة المخاوف بشكل تدريجي			
	(١-٣)	تعزيز قدرات الأخصائي في استبدال أفكار العميل السلبية بأخرى إيجابية			
	(١-٤)	تعزيز قدرات الأخصائي على ممارسة المواقف الاجتماعية مع العميل (لعب الدور)			
	(١-٥)	تعزيز قدرات الأخصائي على وضع أهداف علاجية واقعية قابلة للتحقيق			
	(١-٦)	تعزيز قدرات الأخصائي على ممارسة التعزيز الإيجابي والسلبي وفقًا لسلوك العميل			
٢- لتطوير ممارسة أخصائي العمل مع الأفراد لاستراتيجيات نموذج العلاج المعرفي السلوكي	(٢-١)	تعزيز قدرة الأخصائي في تحديد الأفكار اللاعقلانية لدى العميل واستبدالها	٣ شهور	المعهد العالي للخدمة الاجتماعية ومؤسسة رياض الأطفال	تنمية قدرات الأخصائي الاجتماعي في تطبيق استراتيجيات CBT
	(٢-٢)	تعزيز قدرة الأخصائي في تقليل الاستجابات العاطفية السلبية			
	(٢-٣)	تعزيز قدرة الأخصائي في تطوير مهارات العميل في حل المشكلة			
	(٢-٤)	تعزيز قدرة الأخصائي في تنفيذ فنيات الاسترخاء لدى العميل			
	(٢-٥)	تعزيز قدرة الأخصائي في تدريب العميل على بناء علاقات صحية			
	(٢-٦)	تعزيز قدرة الأخصائي في زيادة الوعي باللحظة دون إصدار أحكام			
٣- لتطوير	(٣-١)	تنمية أداء الأخصائي الاجتماعي في العمل الفريقي	٣ شهور	المعهد	العمل مع الأفراد

الآليات المقترحة	إجراءات التنفيذ		الفترة الزمنية للتنفيذ	جهات التنفيذ المقترحة	المخرجات المستهدفة
ممارسة أخصائي العمل مع الأفراد لأدوار نموذج العلاج المعرفي السلوكي	(٣-٢)	تنمية قدرة الأخصائي على تقييم المخاطر للعميل		العالي للخدمة الاجتماعية ومؤسسة رياض الأطفال	
	(٣-٣)	تنمية قدرة الأخصائي على ممارسة العمل التعاوني مع العميل			
	(٣-٤)	تنمية قدرة الأخصائي على إعداد التقرير النفسي الاجتماعي			
	(٣-٥)	تنمية قدرة الأخصائي على تقديم الخدمات الإرشادية للعميل			
	(٣-٦)	تنمية قدرة الأخصائي على إعداد التقارير المرتبطة بالعملاء			
٤- لتطوير ممارسة أخصائي العمل مع الأفراد لمهارات	(٤-١)	تنمية مهارات الأخصائي الاجتماعي في التسجيل	٣ شهور	المعهد العالي للخدمة الاجتماعية ومؤسسة رياض الأطفال	تطوير الجانب التطبيقي من الأداء المهني لأخصائي ال عمل مع الأفراد في تطبيق نموذج العلاج المعرفي السلوكي
	(٤-٢)	تنمية مهارات الأخصائي في بناء الثقة مع العميل			
	(٤-٣)	تنمية مهارات الأخصائي التعاطفية			
	(٤-٤)	تنمية مهارات الاستماع الفعال الجيد لدى الأخصائي			
	(٤-٥)	تنمية قدرات الأخصائي على التفكير النقدي			
	(٤-٦)	تنمية مهارات الأخصائي في الاتصال اللغوي وغير اللغوي			

سابعًا- النتائج النهائية للدراسة:

أثبتت الدراسة الراهنة أن:

- مستوى الممارسة الإكلينيكية لنموذج العلاج المعرفي السلوكي لدى أخصائي العمل مع الأفراد مع أطفال الروضة ذوي سلوك التنمر مرتفعًا، حيث إن مستوى ممارسة أخصائي العمل مع الأفراد لأساليب نموذج العلاج المعرفي السلوكي مع أطفال الروضة ذوي سلوك التنمر مرتفعًا ومستوى ممارسة أخصائي العمل مع الأفراد لاستراتيجيات نموذج العلاج المعرفي السلوكي مع أطفال الروضة ذوي سلوك التنمر مرتفعًا ومستوى ممارسة أخصائي العمل مع الأفراد لأدوار نموذج العلاج المعرفي السلوكي مع أطفال الروضة ذوي سلوك التنمر مرتفعًا ومستوى ممارسة أخصائي العمل مع الأفراد لمهارات نموذج العلاج المعرفي السلوكي مع أطفال الروضة ذوي سلوك التنمر مرتفعًا.

- لا توجد فروق جوهرية دالة إحصائيًا بين استجابات الأسر والأخصائيين الاجتماعيين بالنسبة لتحديدهم لمستوى ممارسة أخصائي العمل مع الأفراد لأساليب نموذج العلاج المعرفي السلوكي مع أطفال الروضة ذوي سلوك التنمر.
- لا توجد فروق جوهرية دالة إحصائيًا بين استجابات الأسر والأخصائيين الاجتماعيين بالنسبة لتحديدهم لمستوى ممارسة أخصائي العمل مع الأفراد لاستراتيجيات نموذج العلاج المعرفي السلوكي مع أطفال الروضة ذوي سلوك التنمر.
- لا توجد فروق جوهرية دالة إحصائيًا بين استجابات الأسر والأخصائيين الاجتماعيين بالنسبة لتحديدهم لمستوى ممارسة أخصائي العمل مع الأفراد لأدوار نموذج العلاج المعرفي السلوكي مع أطفال الروضة ذوي سلوك التنمر.
- لا توجد فروق جوهرية دالة إحصائيًا بين استجابات الأسر والأخصائيين الاجتماعيين بالنسبة لتحديدهم لمستوى ممارسة أخصائي العمل مع الأفراد لمهارات نموذج العلاج المعرفي السلوكي مع أطفال الروضة ذوي سلوك التنمر.
- توجد فروق جوهرية دالة إحصائيًا عند مستوى معنوية (٠,٠١) بين استجابات الأسر والأخصائيين الاجتماعيين بالنسبة لتحديدهم لمستوى الممارسة الإكلينيكية لنموذج العلاج المعرفي السلوكي لدى أخصائي العمل مع الأفراد مع أطفال الروضة ذوي سلوك التنمر ككل لصالح استجابات الأخصائيين الاجتماعيين.

المراجع:

١- السمالوطي، إقبال الأمير (٢٠٠٣م): الاتجاهات المعاصرة في الخدمة الاجتماعية المدرسية، القاهرة، مؤسسة الكوثر للطباعة والنشر.

٢- القرني، محمد بن سالم (٢٠١١م): فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في تحسين مستوى التوافق النفسي لدى بعض الأطفال المساء إليهم، مجلة كلية التربية، جامعة الأزهر، الجزء (١١)، العدد (١٤٥).

٣- توفيق، محمد نجيب (٢٠٠٢م): الخدمة الاجتماعية مع الأسرة والطفولة والمسنين، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.

٤- الصبحين، علي موسى وآخران (٢٠٢٠م): عرض كتاب سلوك التنمر عند الأطفال والمراهقين مفهومه، أسبابه، وعلاجه، مجلة البحوث الأمنية، كلية الملك فهد الأمنية، المجلد (٣٠)، العدد (٧٧).

٥- الجرواني، هالة إبراهيم وآخرون (٢٠٢٣م): احمي طفلك من التنمر لتنمية بعض المهارات المعرفية للطفل بطيء التعلم، الإسكندرية، دار الطباعة الحرة.

6- Jaana Juvonen, Sandra Gralam (2006): Bullying among young adolescents: The strong, the weak, and the troubled, Journal of the American Academy of Pediatries, U.S.A.

٧-خوخ، حنان (٢٠١٢م): التنمر المدرسي وعلاقته بالمهارات الاجتماعية لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية بمدينة جدة بالمملكة العربية السعودية، كلية التربية، جامعة الملك عبد العزيز، مجلة العلوم التربوية والنفسية، العدد (٤).

٨-قناوي، هدى محمد، عبد المعطي، حسن مصطفى (٢٠٠١م): علم نفس النمو الأساس والنظريات، القاهرة، بستان المعرفة للطباعة والنشر.

9- Emily, A., & Melissa, T. (2014): Bullying among young children: strategies for prevention, New York, Early Childhood Educj, Vol (42).

10- Richard Armitage (2021): Bullying in children, Impact on child health, BMJ, Paediatricsopen, U.K.

11- Lena Pateraki (2001): Bullying among primary school children in Athens, Greece, J. Educational psychology, Greece, Vol (21), No (2).

12- Vivian Khamis (2015): Bullying among school-age children in the greater Beirut area, American university of Beirut, Faculty of Arts & Sciences, Beirut.

13- Jessica, H. Schroeder, and others (2014): Shedding light on a pervasive problem: A review of research on bullying experience among children with autism in spectrum disorders, Jatism Der Disord (44) Canada.

١٤-الصبحين، علي موسى (٢٠٢٠م): عرض كتاب سلوك التنمر عند الأطفال والمراهقين مفهومه، أسبابه، علاجه، مرجع سبق استخدامه.

15- Cetin, B., & Peker, A. (2011): Cyber victim and bullying scale: A study of validity and reliability. Computers & Education, 57 (4).

16- Norman, L., McMaster (1997): Quit smoking from AHPO – Behavioral cognitive approach, Australian, Journal of clinical Hypnotherapy and Hypnosis, Vol. 18 (2).

١٧- حسن، سامية جمال أحمد (٢٠٢٢م): تصور مقترح لتفعيل دور أخصائي خدمة الفرد لمواجهة مخاطر التنمر الإلكتروني لدى طلاب المرحلة الإعدادية، مجلة كلية الخدمة الاجتماعية للدراسات والبحوث الاجتماعية، جامعة الفيوم، العدد (٢٩).

١٨- الحروب، شادي محمد شاكر (٢٠١٧م): فاعلية برنامج في معالجة المشكلات السلوكية الأكثر شيوعًا بين أطفال مرحلة الروضة، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الشرق الأوسط، كلية العمارة والتصميم، الأردن.

١٩- الدسوقي، مجدي محمد (٢٠٠٦م): اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد "الأسباب – التشخيص – الوقاية والعلاج"، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.

٢٠- خليل، عرفات زيدان (٢٠٠١م): العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد والتخفيف من حدة المشكلات الاجتماعية والنفسية للطالبات المجتمعات بالمدن الجامعية، بحث منشور في المؤتمر العلمي الرابع عشر للخدمة الاجتماعية، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، المجلد الثالث.

٢١- المغربي، الطاهرية محمود محمد (٢٠٢٠م): فاعلية برنامج معرفي سلوكي في تنمية السلوك الإيجابي لدى الأطفال من عمر ١٤ إلى ٦ سنوات، رابطة الأخصائيين النفسيين المصريين، المجلد (٣٠)، العدد (١).

٢٢- الغامدي، عادل بن عوض (٢٠٢١م): فاعلية برنامج معرفي سلوكي في خفض سلوك العنف والعدوان لدى أطفال اضطراب التوحد، جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية، مجلة العلوم التربوية، العدد (٢٦).

٢٣- مبارك، هناء فايز (٢٠١١م): ممارسة العلاج المعرفي السلوكي المرتكز على المهارات في التخفيف من أعراض اضطراب الانتباه لدى الأطفال، جامعة حلوان، كلية الخدمة الاجتماعية، المؤتمر العلمي الدولي الرابع والعشرون للخدمة الاجتماعية، مجلد (٤).

٢٤- إبراهيم، إيمان محمد (٢٠٠٦م): العلاقة بين ممارسة العلاج المعرفي السلوكي وتخفيف السلوك العدواني للأطفال الأيتام، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان.

٢٥- عبد الحكيم، نيفين صابر (٢٠٠٩م): ممارسة العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد لتعديل السلوك اللاتوافقي للأطفال المعرضين للانحراف، مجلة الآداب، العدد (٢٦).

٢٦- الراجحي، تامر الشرباصي (٢٠٢٢م): فعالية العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من السلوك التنمري لدى جماعات تلاميذ المرحلة الإعدادية، مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية، الجزء (٢)، العدد (٥٧).

٢٧- حامد، أحمد قناوي (٢٠٢٠م): ممارسة العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد للحد من ظاهرة التنمر المدرسي لدى طلاب المرحلة الإعدادية، مجلة كلية الخدمة الاجتماعية للدراسات والبحوث الاجتماعية، العدد (١٨)، الجزء الأول، الفيوم.

٢٨- أبو السعود، نورا (٢٠٢٠م): فعالية برنامج التدخل المهني بطريقة العمل مع الجماعات للتخفيف من التنمر المدرسي لطلاب المرحلة الابتدائية، مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية، كلية الخدمة الاجتماعية، الفيوم.

٢٩- الغزيوي، عبد الحفيظ فرج (٢٠٢١م): التدخل المهني للخدمة الاجتماعية باستخدام العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من مظاهر سلوك التنمر لدى تلاميذ مرحلة التعليم الأساسي، مجلة كلية التربية، العدد (٢٠)، جامعة الزاوية.

٣٠- دسوقي، ممدوح محمد (١٩٩٩م): دراسات لمهارات خدمة الفرد الاجتماعية للأخصائيين الاجتماعيين بالمجال المدرسي في ضوء اتجاهات الممارسة الحديثة، مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة الفيوم، العدد (٦).
٣١- عثمان، عبد الفتاح (٢٠١٦م): خدمة الفرد في المجتمع النامي، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.
٣٢- علي، إسماعيل علي (٢٠١١م): المهارات الأساسية في خدمة الفرد، القاهرة، دار المعرفة الجامعية.
٣٣- فهمي، محمد سيد (٢٠٠٢م): طريقة العمل مع الجماعات بين النظرية والتطبيق، الإسكندرية، المكتب الجامعي الحديث.
٣٤- مجمع اللغة العربية (٢٠٠٦م): معجم الوجيز، القاهرة، هيئة المطابع الأميرية.
٣٥- السكري، أحمد شفيق (٢٠٠٠م): قاموس الخدمة الاجتماعية والخدمات الاجتماعية، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية.
٣٦- بدوي، أحمد (١٩٨٢م): معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية، بيروت، مكتبة لبنان.
٣٧- عز، هناء (٢٠٠٦م): تقويم برنامج تنمية المشروعات الصغيرة والحرفية من منظور طريقة تنظيم المجتمع، مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، العدد (١٩)، ج٢، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان.
٣٨- الشريفي، شوقي السيد (٢٠٠٠م): مصطلحات العلوم التربوية، الرياض، مكتبة العكبيان.
٣٩- الطملاوي، مانل (٢٠١٤م): المهارات المهنية لأخصائي خدمة الجماعة للعمل مع المدمنين المنتكسين، مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، العدد (٣٧)، مجلد (٤)، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان.
٤٠- حبيب، جمال شحاتة (٢٠٢٣م): الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية أسس نظرية وتطبيقات عملية، الإسكندرية، المكتب الجامعي الحديث.
٤١- عبد اللاه، عبد اللاه محمد (٢٠١٥م): المتطلبات المهنية لممارسة الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية كمؤشر لجودة الإعداد المهني لخريجي الخدمة الاجتماعية، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، العدد (٣٩).
٤٢- بدوي، أحمد زكي (١٩٩١م): معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية، بيروت، مكتبة لبنان.
٤٣- السكري، أحمد شفيق (٢٠٠٠م): قاموس الخدمة الاجتماعية والخدمات الاجتماعية، مرجع سبق استخدامه.
٤٤- السنهوري، عبد المنعم يوسف (٢٠٠٩م): خدمة الفرد الإكلينيكية نظريات واتجاهات معاصرة، الإسكندرية، المكتب الجامعي الحديث.
45- Mariam Alnuaimi (2020): The Role of the social worker IN Modifying the process of decision making through using cognitive behavioral therapy, Journal of Humanities and Social Science Studies, Vol (2), Issue (5).
46- Arthur Freeman and others (2007): Handbook of cognitive behavior group therapy with children and adolescents, Routledge, New York.
٤٧- هوفمان، شيفان، ج. (٢٠١٢م): العلاج المعرفي السلوكي المعاصر، ترجمة: مراد علي عيسى، القاهرة، دار الفجر للنشر والتوزيع.

٤٨- زيدان، علي حسين (٢٠٠٥م): خدمة الفرد نماذج ونظريات معاصرة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان.
٤٩- الدسوقي، مجدي محمد (٢٠١٤م): الإسهامات البيولوجية والاجتماعية والمعرفية المسئولة عن حدوث اضطراب العناء والتحدي– رؤية نفسية لتحصين الشباب من الاضطرابات السلوكية، المؤتمر السنوي السابع عشر، مركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس.
50- James, F. Boswell and others (2007): Insight in cognitive-behavioral therapy, Research gate, U.S.A.
51- Park Square (2017: Innovations in cognitive behavioral therapy strategic interventions for creative practice, Routledge, New York.
٥٢- العطية، أسماء عبد الله (٢٠٠٨م): الإرشاد السلوكي المعرفي لاضطرابات القلق لدى الأطفال، القاهرة، حورس الدولية للنشر والتوزيع.
٥٣- محمد، عادل عبد الله (٢٠٠٠م): العلاج المعرفي السلوكي أسس وتطبيقات، القاهرة، دار الكتب الحديثة.
٥٤- محمد، رأفت عبد الرحمن (٢٠١٣م): الخدمة الاجتماعية العيادية نحو نظرية للتدخل المهني مع الأفراد والأسر، القاهرة، المكتب الجامعي الحديث.
٥٥- علي، ماهر أبو المعاطي (٢٠٠٣م): الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية أسس نظرية ونماذج تطبيقية، القاهرة، مكتبة زهراء الشرق.
٥٦- السيد، شيماء محمد (٢٠١٩م): العلاج المعرفي السلوكي لدى الأطفال، كلية التربية، جامعة المنصورة، المجلة العلمية، مج (٥)، العدد (٣).
٥٧- حبيب، جمال شحاتة (٢٠٢٣م): الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية أسس نظرية وتطبيقات علمية، مرجع سابق استخدامه.
٥٨- العزب، هاني السيد محمد (٢٠٢٠م): مدخل إلى رياض الأطفال، كلية التربية للطفولة المبكرة.
٥٩- عثمان، علي عبد التواب محمد (٢٠١٦م): دور رياض الأطفال في توعية طفل الروضة بمفاهيم الثقافة الصحية من وجهة نظر المعلمات وأمهات الأطفال في ضوء بعض المتغيرات، مجلة كلية التربية، جامعة الأزهر، العدد (١٦٩)، الجزء الأول.
٦٠- الطاهرة، محمود محمد (٢٠٢٠م): فاعلية برنامج معرفي سلوكي في تنمية السلوك الإيجابي لدى الأطفال من عمر ٤ إلى ٦ سنوات، رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية، دراسات نفسية، المجلد (٣٠)، العدد (١).
٦١- أبو المجد، أحمد محمد (٢٠١١م): الموسيقى وأهميتها في علاج الاضطرابات السلوكية لدى أطفال الروضة، مجلة كلية التربية، جامعة بورسعيد، الجزء (١)، العدد (٩).
62- Marityn, Augusty & Douglas Vanderbit (2010): The effects of bullying, Elsevierl Ltd, U.S.A.
63- Jessica, L. Staples (2016): Understanding school social warers' roles in bullying prevention and intervention, master of social work, Catherine university, U.S.A.
64- Kirsti Kumpulainen and others (1998): Bullying and psychiatric symptoms among elementary school – age children, Journal of Child Abuse & Neglect, Vol (22), No (7), U.S.A.

65- Shelley Hymel & Susan, M. Swearer (2015): Four decades of research on school bullying: An introduction, university of Nebraska – Lincoln, U. K.
66- Ken Rigby (20007): Bullying in schools: and what to do about it, Australia, Acer press.
67- Reshmi Shetgirl (2013): Bulling and victimization among children, children's medical center, Dallas, TX.
٦٨- المعجم الوجيز (٢٠٠١م): معجم اللغة العربية، القاهرة، الهيئة المصرية العامة لشئون المطابع الأميرية.
٦٩- القرعيشي، إيمان محمد، مصطفى، محمد مصطفى (٢٠٢٣م): سيكولوجية التنمر الإلكتروني واللفظي، الإمارات، الدار العربية للنشر والتوزيع.
٧٠- روبي، نجلاء محمد (٢٠٢٣م): فاعلية برنامج إرشادي باللعب لتحسين المناعة النفسية لدى الأطفال المعرضين للتنمر من ٥ – ٧ سنوات، كلية التربية، جامعة أسيوط، مجلة دراسات الطفولة والتربية، العدد (٢٥).
٧١- القرعيشي، إيمان محمد، مصطفى، محمد مصطفى (٢٠٢٣م): سيكولوجية التنمر الإلكتروني واللفظي، مرجع سبق استخدامه.
72- Kendra, J. Garrett (2001): Reducing school – Based Bullying, Journal of School social work, Vol (12), No (1), U.S.A.
٧٣- فرحان، علي موسى (٢٠١٣م): سلوك التنمر عند المراهقين (مفهومه – أسبابه – علاجه)، الرياض، مطابع جامعة نايف العربية.
٧٤- روبي، نجلاء محمد (٢٠٢٣م): فاعلية برنامج إرشادي باللعب لتحسين المناعة النفسية لدى الأطفال المعرضين للتنمر من ٥ – ٧ سنوات، مرجع سبق استخدامه.
٧٥- أحمد، سمر أمين (٢٠٢٣م): دراسة تتبعية لأحد حالات التنمر في البيئة المدرسية في رياض الأطفال، كلية التربية، جامعة حلوان، مجلة دراسات تربوية واجتماعية، العدد (٢).
٧٦- بدران، علوي أحمد عبد الحافظ (٢٠٢٢م): مقاومة الطلاب المتنمرين عند التعامل مع الأخصائي الاجتماعي: دراسة وصفية من منظور العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة أسيوط، المجلة العلمية للخدمة الاجتماعية، الجزء (١)، العدد (١٨).
٧٧- دلالة، ميرنا أحمد (٢٠٢٠م): التنمر في المدارس: دراسة سوسيولوجية ميدانية لدى عينة من طلبة مرحلة التعليم الأساسي في محافظة ريف دمشق، مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية، المجلد (٤٢)، العدد (٤).
78- Susan, M. Swearer and others (2012): Understanding the bullying dynamic among students in special and general education, university of Nebraska – Lincoln, U.S.A.
79- Kris Bosworth and others (1999): Factors associated with bullying behavior in middle school students, Journal of Early Adolescence, Vol (19), No (3), U.S.A.
٨٠- الشهوبي، حسن سالم (٢٠١٨م): سلوك التنمر في ضوء بعض المتغيرات الديموجرافية لدى عينة من تلاميذ الشق الثاني للتعليم الأساسي بمدينة مصراتة، جامعة مصراتة، كلية التربية، المجلة العلمية، العدد (١١).

٨١- الجهني، رجاء عبيد (٢٠١٤م): تقدير الذات والتنمر لدى عينة من التلاميذ ذوي النشاط الزائد، كلية البنات، جامعة عين شمس، مجلة البحث العلمي في التربية، العدد (١٥).
٨٢- أحمد، حنان أبو المعارف (٢٠٢٠م): إساءة استخدام الألعاب الإلكترونية وعلاقته بسلوكيات التمنر لدى الأطفال في مرحلة رياض الأطفال في ضوء بعض المتغيرات الديموجرافية، كلية رياض الأطفال، جامعة الإسكندرية، مجلة الطفولة والتربية، العدد (٤٣).
٨٣- عبد الباقي، شيماء ثابت (٢٠٢٢م): التنمر لدى أطفال ما قبل المدرسة، دراسة في ضوء النوع، كلية التربية للطفولة المبكرة، جامعة بني سويف، مجلة بحوث ودراسات الطفولة، العدد (٧).
٨٤- بادي، محمود المنتصر (٢٠٢١م): مظاهر مقاومة الطلاب المتنمرين للعلاج كما يدركها الأخصائيون الاجتماعيون في ضوء نموذج حل المشكلة في خدمة الفرد، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة أسيوط، المجلة العلمية، المجلد (١)، العدد (١٥).
٨٥- عبد الونيس، أشرف رجب (٢٠٢١م): تصور مقترح من منظور المدخل الروحي في خدمة الفرد للحد من ظاهرة التنمر المدرسي، الجمعية العربية للتنمية البشرية والبيئية، مجلة مستقبل العلوم الاجتماعية، المجلد (٥)، العدد (٢).
٨٦- محمد، نورا علي (٢٠٢٠م): متطلبات تنمية الآداء المهني للأخصائيين الاجتماعيين للتخفيف من التنمر لدى أطفال الروضة دراسة من منظور العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة أسيوط.
٨٧- العجلاني، عمر بن علي (٢٠٠٥م): تقييم المهارات المهنية عند الأخصائيين الاجتماعيين، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الدراسات العليا، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.
٨٨- دهيم، هشام عطية (٢٠٢١م): دور الأخصائي الاجتماعي في مواجهة العنف المدرسي – دراسة مطبقة على مدارس المرحلة الإعدادية بمحافظة الدقهلية، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة الفيوم، مجلة جامعة الفيوم للعلوم التربوية والنفسية، المجلد (١٥)، العدد (٩).
٨٩- أبو العلا، تركي بن حسن (٢٠٢٠م): تقييم استخدام الأخصائيين الاجتماعيين للأساليب والتكنيكات العلاجية كنماذج الممارسة المهنية في خدمة الفرد مع مدمني المخدرات، مجلة جامعة أم القرى للعلوم الاجتماعية، المجلد (١٢)، العدد (٣).
٩٠- قاسم، أماني (٢٠١٤م): استخدام العلاج المعرفي السلوكي الجماعي لمواجهة مخاوف طالبات التدريب الميداني في التعامل مع ذوي الإعاقات المتعددة، مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، العدد (٣٧)، الجزء (٨)، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان.
٩١- يوسف، عبد الجابر السيد (٢٠١٩م): تصور مقترح من منظور المدخل الروحي في خدمة الفرد للحد من ظاهرة التنمر المدرسي: دراسة مطبقة على الأخصائيين الاجتماعيين العاملين بمدارس التعليم الفني، الهيئة المصرية العامة للأخصائيين الاجتماعيين، مجلة الخدمة الاجتماعية، المجلد (٤)، العدد (٦٢).
٩٢- المجولي، حنان شوقي (٢٠٠٩م): فعالية التدخل المبكر باستخدام العلاج المعرفي السلوكي في تحسين الاتجاهات السوسيوبائية لدى أطفال الروضة المساء إليهم، الجمعية المصرية للدراسات النفسية، المجلة المصرية للدراسات النفسية، المجلد (١٩)، العدد (٦٤).

٩٣- حسن، أحمد محمود (٢٠٢٠م): برنامج إرشادي انتقائي في خدمة الفرد لإكساب الأخصائي الاجتماعي مهارات التعامل مع المظاهر السلوكية اللاتوافقية المرتبطة بالتنمر المدرسي، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، مجلدة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، المجلد (٥٠)، العدد (٢).

٩٤- عبد المتجلي، منال مبروك (٢٠١٣م): ممارسة العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد للتخفيف من حدة المشكلات السلوكية للفتيات المنخرطات جنسيًا الرافضة أسرهن استلامهن، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، الجزء (٢)، العدد (٣٥).

٩٥- حامد، أحمد قناوي (٢٠١٤م): ممارسة العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد لتعديل الأفكار الخاطئة لدى طلاب التعليم الفني: دراسة مطبقة على عينة من المدرسة الفنية الصناعية بمدينة قنا، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، المجلد (٤)، العدد (٣٧).

٩٦- عبد الفتاح، يسرا محمد (٢٠١٩م): برنامج معرفي سلوكي لخفض التنمر المدرسي وبعض الأفكار اللاعقلانية لدى طلاب المرحلة المتوسطة، كلية التربية، جامعة عين شمس، مجلة كلية التربية، الجزء (٤)، العدد (٤٣).

97- Danial Tuelo Masilo (2018): Social work intervention to address the phenomenon of bullying amongst learners in the school setting, South African Journal of Education, Vol (38).

٩٨- آل معوض، إبراهيم محمد (٢٠٢٢م): دور الخدمة الاجتماعية في معالجة العنف المدرسي بمرحلة التعليم الثانوي بمدينة أبها، المجلة العلمية لنشر البحوث، الإصدار السادس.

99- Zhengtao Lai (2023): The role of school social work in preventing bullying in schools study based on cognitive-behavioral theory, Journal of Frontiers in Educational Research, Vol (7), Issue (9), China.

100- Antonio Gozalez (2012): Cognitive-behavioral therapy and social work values: A critical analysis, Journal of Social Work Critical Analysis, Journal of Social Work Values and Ethics, Volume (9), Number (2).

١٠١- حسن، سامية جمال أحمد (٢٠٢٢م): تصور مقترح لتفعيل دور أخصائي خدمة الفرد لمواجهة مخاطر التنمر الإلكتروني لدى طلاب المرحلة الإعدادية، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة الفيوم، مجلة كلية الخدمة الاجتماعية للدراسات والبحوث الاجتماعية، المجلد (٢)، العدد (٢٩).

١٠٢- الدريس، الجوهرة محمد (٢٠١٤م): إطار تصوري للعلاج المعرفي السلوكي من منظور خدمة الفرد للتعامل مع المشكلات السلوكية للطالبة الجامعية، الجمعية المصرية للأخصائيين الاجتماعيين، مجلة الخدمة الاجتماعية، العدد (٥٢).

١٠٣- واضح، غنية (٢٠١٥م): تطبيقات العلاج المعرفي السلوكي في حالة مخاوف مدرسية: دراسة حالة، مؤسسة كنوز الحكمة للنشر والتوزيع، مجلة الحكمة للدراسات التربوية والنفسية، العدد (٣٢).

١٠٤- علي، نورا محمد (٢٠٢٠م): متطلبات تنمية الأداء المهني للأخصائيين الاجتماعيين للتخفيف من التنمر لدى أطفال الروضة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة أسيوط، المجلة العلمية للخدمة الاجتماعية، المجلد (١٢)، العدد (٢).

١٠٥- إبراهيم، زيزي السيد (٢٠١٨م): مهارات العلاج المعرفي السلوكي في سياق الممارسة العلاجية والحياة اليومية، رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية، دراسات نفسية، المجلد (٢٨)، العدد (١١).

١٠٦- شاهين، محمد مصطفى (٢٠١١م): العلاقة بين ممارسة العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد وتنمية الكفاءة الاجتماعية للأطفال الأيتام، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، المؤتمر العلمي الدولي الرابع والعشرون للخدمة الاجتماعية، المجلد (١٣)، رقم المؤتمر (٢٤).
١٠٧- سالم، أسماء عبد الرحمن (٢٠٢٠م): تعديل سلوك الأطفال ضحايا التنمر في ضوء برنامج معرفي سلوكي مقترح، مجلة البحث العلمي في التربية، الجزء الرابع عشر، العدد (٢١).
١٠٨- سكران، ماهر عبد الرازق (٢٠٠٦م): استخدام العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد لتنمية المهارات الاجتماعية للأطفال، كلية التربية، جامعة طنطا، مجلة كلية التربية، العدد (٣٥).