

## تأثیر آموزش مدیریت والدین در کاهش رفتار امتناع از مدرسه رفتن دانش آموزان دبستانی

خوشدوی ابراهیم‌زاده\*<sup>۱</sup>، منصور آگشته<sup>۲</sup>، فاطمه زینالپور<sup>۳</sup>، صفورا اشرف‌زاده<sup>۴</sup>

۱. دانشجوی دکترای روان‌شناسی، دانشکده ادبیات، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران

۲. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

۳. دانشجوی دکترای روان‌شناسی عمومی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد واحد ارومیه، ارومیه، ایران

۴. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد واحد ارومیه، ارومیه، ایران

تاریخ پذیرش: ۹۶/۰۹/۰۴

تاریخ دریافت: ۹۶/۰۵/۲۰

## چکیده

**زمینه و هدف:** امتناع از مدرسه باعث آشفتگی کودک، خانواده و همچنین وقفه در تحول اجتماعی و تحصیلی می‌شود بنابراین هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش مدیریت والدین در کاهش رفتار امتناع از مدرسه رفتن دانش آموزان دبستانی بود.

**روش:** این مطالعه نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه بود. به این منظور از میان والدین دانش آموزان پایه‌های اول، دوم و سوم دبستان‌های دولتی شهر ارومیه در سال تحصیلی ۹۵-۱۳۹۴ با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای ۳۵۱ نفر انتخاب شدند و به مقیاس تجدیدنظرشده امتناع از مدرسه نسخه والدین کارنی (۲۰۰۲) پاسخ دادند. در مرحله بعد ۳۹ نفر از والدین که هم نمره امتناع از رفتن به مدرسه کودکان بالا بود و هم تمایل به شرکت در این پژوهش را داشتند انتخاب شدند. از این میان به‌طور تصادفی ۲۰ نفر در گروه آموزش آزمایش و ۱۹ نفر در گروه گواه جایدهی شده‌اند. برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل کوواریانس یک‌متغیره استفاده شد.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که مداخله آموزش مدیریت والدین توانسته است نشانه‌های ترس و امتناع از مدرسه رفتن در کودکان را به طور معناداری کاهش دهد ( $p < 0/01$ ).

**نتیجه‌گیری:** بنابراین با توجه به نتایج پژوهش حاضر می‌توان از آموزش مدیریت والدین به عنوان روشی مؤثر برای کاهش ترس و امتناع از مدرسه رفتن کودکان استفاده کرد.

**کلیدواژه‌ها:** آموزش مدیریت والدین، امتناع از مدرسه رفتن، کودکان دبستانی

\* نویسنده مسؤل: خوشدوی ابراهیم‌زاده، دانشجوی دکترای روان‌شناسی، دانشکده ادبیات، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران.

تلفن: ۰۴۴-۳۳۴۸۱۹۳۰

ایمیل: Ebrahimzade113@gmail.com

## مقدمه

با اینکه مقداری ترس و اضطراب از مدرسه رفتن در میان کودکان شایع است، اما این ترس در برخی از آنها تا حدی شدید است که منجر به امتناع از مدرسه<sup>۱</sup> می‌گردد. امتناع از مدرسه باعث آشفتگی کودک، خانواده و همچنین وقفه در تحول اجتماعی و تحصیلی می‌شود. علاوه بر این، این کودکان در معرض ابتلا به اختلال‌های اضطرابی همچون ترس از مکان‌های باز، اختلال‌های سازش‌یافتگی و مشکلات شغلی قرار دارند (۱). اصطلاح رفتار امتناع از مدرسه در مورد کودکان ۵ تا ۱۷ ساله‌ای به کار برده می‌شود که از مدرسه رفتن امتناع می‌ورزند، معمولاً هنگام مدرسه رفتن قشقرق راه می‌اندازند و وقتی هم به مدرسه می‌روند در ساعات درسی مدرسه را ترک کرده و از حضور در مدرسه خیلی ناراحت‌اند. این کودکان دائماً التماس می‌کنند دیگر مدرسه نروند که این امر منجر به اختلال در زندگی روزمره کودک یا خانواده می‌شود (۲ و ۳).

رفتار امتناع از مدرسه ۵ تا ۲۸ درصد از کودکان مدرسه را تحت تأثیر قرار می‌دهد که شیوع آن در دختران و پسران برابر است (۴). کودکان و نوجوانان به چهار دلیل اساسی رفتار امتناع از مدرسه را از خود بروز می‌دهند: (الف) اجتناب از وضعیت‌ها یا فعالیت‌هایی که عاطفه منفی (مثلاً اضطراب، ترس، و افسردگی) ایجاد می‌کنند؛ (ب) گریز از وضعیت‌ها یا موقعیت‌هایی که در آنها ارزیابی‌های آزاردهنده صورت می‌گیرد (مثل امتحان شفاهی، امتحان کتبی، و ارزیابی همسالان)؛ (ج) جلب توجه (برای مثال کسب منافع ثانویه اضطراب جدایی)، و (د) تقویت‌های محسوس (مثل پوسه زدن با دوستان، دیر از خواب بیدار شدن، بازی‌های ویدیویی یا کامپیوتری، تماشای تلویزیون، ورزش و غیره (۶-۴)). طبق نظر کارنی و اسپر<sup>۲</sup> دو مؤلفه اول بر اساس تقویت منفی شکل می‌گیرند زیرا این رفتارها بر اساس اجتناب از موقعیت‌های

ناخوشایند شکل می‌گیرند (مانند اضطراب و فوبی مدرسه)، درحالی‌که دو مؤلفه بعدی بر اساس تقویت مثبت شکل می‌گیرند، زیرا رفتارهای بیرون از مدرسه به وسیله توجه و پاداش تقویت می‌شود (به نقل از ۵).

کودکانی که مدرسه نمی‌روند با طیف وسیعی از مشکلات از جمله اختلال‌های اضطرابی، ترک تحصیل، اختلال رفتار هنجاری<sup>۳</sup>، اختلال هویت جنسی، بزهکاری، اختلال‌های خواب و سایر بیماری‌های روان (۳، ۹-۷)، مشکلات تحصیلی، خانوادگی و اختلاف با مسئولین مدرسه روبرو می‌شوند (۵). نشانگان بالینی رفتار امتناع از مدرسه دارای علائم درون‌نمود<sup>۴</sup> از جمله اضطراب تعمیم‌یافته، اضطراب اجتماعی، اختلال وحشت‌زدگی، ترس، افسردگی، انزوای اجتماعی، سرگردانی و مشکلات جسمانی به ویژه دل‌درد و سردرد و علائم برون‌نمود<sup>۵</sup> از جمله فرار از مدرسه یا خانه، پرخاشگری در کلاس، پرخاشگری جسمانی برای اجتناب از رفتن به مدرسه، سرپیچی کردن، سازش‌نیافتگی و امتناع از راه رفتن است. البته برخی از کودکان ترکیبی از نشانگان درون‌نمود و برون‌نمود را از خود بروز می‌دهند (۱۰ و ۱۱). این کودکان ممکن است دچار وحشت شبانه و ادراپی‌اختیاری نیز شوند و در موارد شدیدتر ممکن است بسیار افسرده شده و به خود آسیب برسانند و یا حتی اقدام به خودکشی کنند، به علاوه این مشکل برای سیستم آموزشی هزینه‌بردار است و زمان زیادی را به خود اختصاص می‌دهد (۱۲).

بدیهی است این مشکل، وضعیت بسیار ناراحت‌کننده‌ای برای تمام خانواده‌ها بوجود می‌آورد و با توجه به اهمیت این مسئله لازم است که عوامل این رفتار هرچه زودتر برطرف شوند. درمان‌های فعلی روان‌شناختی به‌طور نسبی موفق بوده‌اند، با این حال درمان‌های دقیق‌تری برای همه جنبه‌های این مشکل ضروری است (۳). به منظور پوشش دادن این جنبه‌ها، مداخلات شناختی-رفتاری انجام شد و حمایت‌های تجربی

4. Internalizing  
5. Externalizing

1. School refusal  
2. Kearney & Spear  
3. Conduct disorder

خوبی به دست آمد، به طوری که باعث شد ۸۸ درصد کودکان به طور معمول در مدرسه حضور یابند (۱۳). همچنین در پژوهشی که توسط براین و همکاران صورت گرفت، رفتاردرمانی دیالکتیک<sup>۱</sup> برای امتناع از مدرسه نتایج امیدوارکننده‌ای داشت (۱۴). طبق بررسی‌های صورت گرفته در مورد درمان شناختی- رفتاری نشان داد که کودکان سنین پایین‌تر از این درمان نتیجه نگرفته‌اند (۱۷-۱۵). که در تبیین این موضوع می‌توان گفت که اول اینکه امتناع از مدرسه در سنین پایین شدیدتر از سایر سنین است؛ دوم اینکه در کودکان سنین پایین‌تر امتناع از مدرسه با سبک تربیتی نادرست والدین همراه است و سبک تربیتی ناسالم شکست درمان را افزایش می‌دهد؛ و سوم اینکه تحول شناختی کودکان از جمله ظرفیت و مهارت‌های شناختی کودکان بر نتایج درمانی شناختی- رفتاری تأثیر می‌گذارد. از این رو می‌توان گفت که شیوه‌های درمانی مانند رفتاردرمانی شناختی و رفتاردرمانی دیالکتیک بیشتر برای کودکان بزرگ‌تر و نوجوانان کاربرد دارد. علاوه بر این موفقیت رفتاردرمانی شناختی نیازمند همکاری فعال بین کودک و درمانگر است با این حال رسیدن به میزان کامل همکاری ممکن نیست، زیرا برخی بیماران از شرکت در درمان امتناع می‌کنند (۱۸ و ۱۹). برخی کودکان اضطرابشان آنقدر شدید است که از شرکت در درمان که لازمه آن روبرو شدن با ترس هاست، امتناع می‌کنند (۲۰).

با توجه به مشکلات یادشده در شیوه‌های مذکور نیاز به درمانی مؤثر و درعین حال ساده به ویژه برای دانش‌آموزان سنین پایین ضروری به نظر می‌رسد؛ از این رو یکی از این برنامه‌ها، آموزش مدیریت والدین<sup>۲</sup> است. برنامه آموزش والدین روشی بسیار ارزشمند و چندبعدی است که توانایی مدیریت آشفتگی‌های رفتاری کودکان کوچک‌تر را دارد (۲۱). آموزش مدیریت والدین، مداخله‌ای روانی- اجتماعی است که در آن والدین روش‌هایی را یاد می‌گیرند تا رفتارهای اخلاص‌گراانه کودک را کاهش و رفتارهای اجتماعی را با

استفاده از تقویت مثبت و منفی افزایش دهند (۲۱ و ۲۲). عوامل مختلف مربوط به خانواده و والدین وجود دارد که موجب رشد و تداوم ترس و اختلال‌های اضطرابی می‌شوند (۲۳ و ۲۴)، برای مثال یافته‌های پژوهش لازاروس و همکاران (۲۵) نشان داد که رفتارهای چالش‌برانگیز والدین و سبک‌های تربیتی آنها با تداوم ترس و اضطراب کودکان ارتباط دارد؛ بنابراین امروزه بر نقش عوامل خانوادگی در سبب‌شناسی و درمان اختلال‌های اضطرابی کودکان و نوجوانان توجه ویژه‌ای شده است، به طوری که در ارائه برنامه‌های درمانی مختلف آموزش مدیریت والدین رواج بیشتری یافته است. کارنی و همکاران (۶ و ۲۶) و کازدین (۲۷) آموزش مدیریت والدین را یکی از انواع روش‌های مناسب مداخله‌ای برای درمان امتناع از مدرسه رفتن می‌دانند که هدف آن آموزش مهارت‌های ارتباطی و حل مسئله، آموزش شناخت عواطف و احساسات کودک، و آموزش شیوه‌های مدیریت به والدین است. نتایج فراتحلیل در ۷۷ مطالعه مربوط به آموزش مدیریت والدین نشان داد که این برنامه توانایی افزایش تعامل والد-کودک، مهارت‌های ارتباط عاطفی، ارتقاء سطح شناختی، تحصیلی و مهارت‌های اجتماعی کودک و همچنین مهارت‌های حل مسئله را دارد (۲۸). جنبه کلیدی درمان در این است که والدین نخست آموزش ببینند و سپس نحوه کاربرد این فنون را به کودک خود نیز بیاموزند و بهره‌گیری از آنها را در تمام وقت توصیه کنند که از این طریق بر جنبه‌های مختلفی از کارکرد والدینی و خانوادگی تأثیرگذار است. متأسفانه تاکنون در ایران اثربخشی آموزش مدیریت والدین بر درمان امتناع از مدرسه رفتن کودکان مورد پژوهش قرار نگرفته است به همین دلیل انجام این پژوهش می‌تواند خلأهای پژوهشی موجود را پر کند. حال این سؤال مطرح است که آیا آموزش مدیریت والدین با توجه به ویژگی‌ها و بافت خانوادگی و فرهنگی کشورمان، به کاهش رفتار امتناع از مدرسه رفتن کودکان می‌انجامد؛ بنابراین پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی

## 1. Dialectical Behavioral Therapy

## 2. Parent management training

آموزش مدیریت والدین در کاهش رفتار امتناع از مدرسه در دانش‌آموزان دبستانی در سنین پایین ( پایه اول، دوم و سوم) انجام شد.

## روش

**الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان:** جامعه آماری پژوهش، والدین دانش‌آموزان پایه‌های اول، دوم و سوم دبستان‌های دولتی شهر ارومیه در سال تحصیلی ۹۵-۱۳۹۴ بودند. برای گزینش نمونه از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای استفاده شد، به این صورت که تمامی مدارس ابتدایی شهر ارومیه به ۵ منطقه تقسیم و از هر منطقه ۱ دبستان و در نهایت از این ۵ مدرسه ۳ کلاس اول، دوم و سوم (در مجموع ۱۵ کلاس) به‌طور تصادفی انتخاب و تعداد ۳۵۱ نفر از والدین این دانش‌آموزان به ابزارمقیاس تجدیدنظرشده امتناع از مدرسه نسخه والدین کارنی پاسخ دادند. تعداد ۴۶ نفر از والدین نمره امتناع از مدرسه رفتن کودکان بالا بود که تعداد ۳۹ نفر از والدین مایل به همکاری شده که به‌طور تصادفی ۲۰ نفر در گروه آزمایش و ۱۹ نفر در گروه گواه جایدهی شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: مادران کودکان دارای نشانه‌های ترس و امتناع از مدرسه با تحصیلات حداقل دیپلم و سن ۲۵ تا ۴۵ سال. ملاک‌های خروج وجود اختلال روان‌شناختی در مادر، شرکت در برنامه آموزشی دیگر، و عدم حضور در بیش از یک جلسه آموزشی بود.

## ب) ابزار

مقیاس تجدیدنظرشده امتناع از مدرسه<sup>۱</sup>: این مقیاس دارای ۲۴ گویه و چهار خرده‌مقیاس الف: امتناع از مدرسه به دلیل

محرک‌های ناخوشایند در مدرسه، ب: امتناع به دلیل اجتناب از موقعیت‌های اجتماعی و ارزیابی، ج: امتناع به دلیل توجه بیش از حد والدین، و د: امتناع به دلیل مشوق‌های بیرون از مدرسه است که رفتار امتناع از مدرسه کودکان ۶ تا ۱۷ سال را ارزیابی می‌کند. والدین گویه‌ها را بر اساس طیف لیکرت ۷ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌کنند؛ تکمیل این پرسشنامه حدود ۵ تا ۱۰ دقیقه به طول می‌انجامد. این مقیاس در ابتدا در سال ۱۹۹۳ توسط کارنی و سیلورمن<sup>۲</sup> ساخته شد و دارای ۱۶ گویه بود که در نسخه تجدیدنظرشده به ۲۴ گویه افزایش پیدا کرده است و چهار خرده‌مقیاس را می‌سازد. کارنی روایی این ابزار را برای انواع خرده‌مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۶، ۰/۸۸ و ۰/۷۸ بدست آورد (۲۹). کیم<sup>۳</sup> در کره شمالی ضریب اعتبار آزمون را با استفاده از آلفای کرونباخ بین ۰/۵۰ تا ۰/۸۷ گزارش کرد (۳۰). در آمریکا نسخه والدین در سال ۲۰۱۱ توسط هایت و همکاران (۳۱) اجرا شد که آلفای کرونباخ برای چهار خرده‌مقیاس به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۷۵، ۰/۷۶ و ۰/۷۹ بود.

**ج) برنامه مداخله‌ای:** در این پژوهش از بسته آموزشی مدیریت والدین در درمان امتناع از مدرسه کارنی و همکاران بهره‌برده شد (۲۶). این برنامه در ۵ جلسه یک ساعته تشکیل شد. پژوهشگران با اقتباس از برنامه آموزشی استفاده‌شده در خارج از کشور (۶، ۲۶ و ۲۷)، قسمت‌های مرتبط و هماهنگ با اهداف این پژوهش را در قالب یک برنامه آموزشی بازطراحی نموده و در گام بعدی برنامه در اختیار دو نفر از متخصصان گروه روان‌شناسی قرار داده شد و ایرادها رفع گردید و سپس جلسات اصلی توسط روان‌شناس بالینی اجرا شد.

## جدول ۱: چارچوب کلی برنامه آموزش مدیریت والدین

جلسات	محتوای هر جلسه
اول	آشنایی والدین با اصول کلی: توصیف و اصول مدیریت رفتار، ایجاد رابطه درمانی و تشخیص موقعیت‌های پرانگیزنده ترس در کودک
دوم	بازسازی نسخه‌های والدین: وضع قوانین جدید در منزل با جزئیات روشن و قابل فهم برای کودک و اجتناب از نسخه‌های گیج کننده، ناقص و انتقادی
سوم	نظام پاداش و اقتصاد ژتونی: تعیین پاداش و نظارت بر اجرای دقیق قوانین و نادیده گرفتن شکایات جسمانی و دیدگاه‌های منفی کودک
چهارم	یادگیری اصول محرومیت: تعیین قوانین محرومیت در صورت امتناع از اجرای قوانین وضع شده
پنجم	آینده‌نگری: بررسی مشکلات احتمالی والدین مانند احساس گناه والدین و ترس از طرد شدن توسط کودک

شد در حالی که گروه کنترل چنین آموزشی را دریافت نکرد. سایر اصول مربوط به کدهای اخلاقی مطرح شده توسط انجمن روان‌شناسی آمریکا در این مطالعه به طور کامل رعایت شد.

## یافته‌ها

یافته‌های توصیفی نشان داد که دانش آموزان در دامنه سنی ۷-۱۰ سال قرار داشته و میانگین سنی آنها ۷-۶ سال بود. جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد دو گروه مورد مطالعه را در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون نشان می‌دهد.

**(د) روش اجرا:** جهت انتخاب افراد نمونه ابتدا مجوزهای لازم از کمیته علمی و اخلاقی آموزش و پرورش گرفته شد و بعد از بیان اهداف پژوهش، آزمودنی‌ها رضایت کتبی خود را برای حضور در پژوهش اعلام کردند و سپس از آنها خواسته شد که مقیاس تجدیدنظر شده امتناع از مدرسه را تکمیل کنند. در مرحله بعد والدینی که نمره امتناع از مدرسه رفتن کودکان بالا بود به طور تصادفی به دو گروه آزمایش و گواه تقسیم شدند. پس از آن مداخله آموزش مدیریت والدین به مدت ۵ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای به صورت فردی برای گروه آزمایش اجرا

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی نمرات پیش آزمون - پس آزمون در دو گروه آزمایش و گواه (تعداد: ۳۹ نفر)

گروه‌ها	پیش آزمون		پس آزمون	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
آموزش والدین	۷۲/۷۳	۶/۴۷	۵۶/۱۲	۹/۰۲
کنترل	۷۰/۲۳	۱۰/۲۵	۶۵/۳۷	۱۱/۸۱
کل	۱۴۲/۹۶	۲/۵۸۹	۱۲۱/۴۹	۲۰/۸۳

واریانس‌ها معنی‌دار نیست ( $\text{SIG} = ۰/۴۱۸$ ) و می‌توان نتیجه گرفت که واریانس‌ها همگون هستند. همچنین نتایج رگرسیون نشان داد که بین متغیرهای روابط خطی وجود دارد و همگن است و واریانس خطا برای متغیر مستقل یکسان است و همچنین خطاها توزیع نرمال دارند، بنابراین استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس مقدور است. نتایج تحلیل کوواریانس در جدول ۳ گزارش شد.

جدول شماره ۲ میانگین و انحراف استاندارد نمرات آزمودنی‌ها را در مرحله پیش آزمون و پس آزمون نشان می‌دهد. نتایج جدول بالا نشان می‌دهد که میانگین گروه آزمایشی در مرحله پس آزمون کاهش قابل ملاحظه‌ای داشته است. به منظور انجام تحلیل کوواریانس از بررسی پیش فرض همگنی واریانس‌ها استفاده گردید که نتایج آن در ادامه آمده است. نتایج آزمون لوین نشان می‌دهد مقدار  $F(۶/۵۱۴)$  به دست آمده برای آزمون لوین برای بررسی پیش فرض همسانی

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس برای مقایسه نمره کل گروه‌های آزمایش و گروه گواه در مرحله پس‌آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	سطح معنی‌داری	مجدور تا	توان آماری
گروه	۱۹۲۶/۷۲۱	۱	۱۱۲۰/۵۴۶	۱۱/۱۲۵	۰/۰۰۰۱	۰/۲۸۹	۰/۹۷۹
پیش‌آزمون	۳۱۴/۱۸۱	۱	۳۱۴/۱۸۱	۷۵/۳۲۶	۰/۰۰۰۱	۰/۷۵۶	۱/۰۰۰
خطا	۶۱/۲۳۴۱	۲۸	۸۱/۶۵۱				

همان‌طور که در جدول ۳ آمده است می‌توان گفت بین گروه گواه و گروه آزمایش در میزان علائم ترس از مدرسه تفاوت معنی‌داری وجود دارد در نتیجه آموزش مدیریت والدین باعث کاهش علائم و بهبود ترس از مدرسه در کودکان شده است. توان آماری به دست آمده (۰/۹۷۹) نشانگر کفایت حجم

نمونه و دقت آماری بسیار مطلوب و مقدار مجدور اتا (۰/۷۵۶) نشانگر اثربخشی مطلوب مداخله است. برای مشخص کردن تفاوت‌های درمانی بین گروه‌های آزمایش و گواه در مرحله پس‌آزمون از مقایسه‌های زوجی بونفرونی استفاده شد. نتایج مقایسه‌های زوجی در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴: مقایسه‌های زوجی بین گروه‌های درمانی و گروه گواه در مرحله پس‌آزمون

گروه	میانگین	تفاوت میانگین گروه‌ها	سطح معنی‌داری
آموزش مدیریت والدین	۵۶/۱۲		
گواه	۶۵/۳۷	-۹/۲۵	۰/۰۰۰۱

با توجه به نتایج به دست آمده در جدول ۴ بین گروه‌های آموزش والدین و گواه در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری ( $p < ۰/۰۰۰۱$ ) وجود دارد یعنی اثربخشی در گروه آموزش مدیریت والدین بالاتر از گروه گواه بوده است.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف از این پژوهش بررسی اثربخشی آموزش مدیریت والدین در کاهش رفتار امتناع از مدرسه رفتن دانش‌آموزان سنین پایین بود. به این منظور والدین دانش‌آموزان پایه‌های اول، دوم و سوم دبستان که نمره امتناع از مدرسه رفتن آنها بالا بود به‌عنوان نمونه انتخاب و تحت درمان قرار گرفتند. یافته‌های پژوهش حاضر بیانگر آن است که روش آموزش مدیریت والدین موجب بهبود ترس و امتناع از مدرسه رفتن کودکان می‌گردد. یافته‌های این پژوهش در کل فرضیه پژوهش را تأیید می‌کند و نشان می‌دهد که می‌توان از این روی آورد درمانی برای کاهش نشانه‌ها و درمان امتناع از مدرسه رفتن در کودکان

استفاده عملی کرد. یکی از نکات برجسته در این پژوهش بازشناسی احساسات ترس کودکان توسط والدین است. پژوهش کنونی نشان می‌دهد که روش آموزش مدیریت والدین می‌تواند با استفاده از آموزش روش‌های ارتباطی مناسب بین والدین و کودک مضطرب از یک سو نگرانی‌های آنها را درباره ترس کودکان از مدرسه را برطرف سازد و از سوی دیگر روش‌های جسارت و جرئت‌ورزی را به کودکان بیاموزد.

در مطالعات اندکی هم اثربخشی روش آموزش مدیریت والدین بر امتناع از مدرسه رفتن مورد بررسی قرار گرفته و نتایج این پژوهش‌ها کاهش معناداری در امتناع از مدرسه رفتن کودکان را نشان داده است (۵، ۶، ۲۶ و ۲۷). نتایج حاصل از این پژوهش نیز با یافته‌های این پژوهش‌ها همسو است و اثربخشی آموزش مدیریت والدین بر امتناع از مدرسه رفتن را به تأیید رسانده است. در ارتباط با این که چرا مداخله تأثیرگذار

خود تأثیری نگذارند که ترس و اضطراب او را بهتر بفهمند و راه‌های مؤثری را یاد بگیرند تا بتوانند به فرزندشان راه و رسم کنار آمدن با وضعیت ترسناک را یاد بدهند. والدین گاهی با تقویت یا تنبیه ترس فرزند خود یا توقعات بیش از حد یا کمتر از حد، به ترس فرزندشان دامن می‌زنند. در این مورد والدین از فنون آموزش و مدیریت رفتار یا تعاملات والد-کودک استفاده می‌شود. همچنین مشکلات شخصی والدین مثلاً افسردگی یا اضطراب آنها نیز در درمان کودک تداخل می‌کند. روان‌شناسان بالینی باید این معضلات را تشخیص دهند و به والدین کمک کنند تا آنها را رفع کنند (۲۷).

این پژوهش با محدودیت‌هایی همراه بود از جمله می‌توان گفت حجم نمونه به اندازه‌ای نبود که ویژگی‌های بالینی و جمعیت‌شناختی هر دو گروه را بتوان مقایسه کرد و تعمیم نتایج آن با محدودیت همراه است. بر اساس نظر کارنی و اسپیر (۵) درمان امتناع از مدرسه اختصاصی است و باید متناسب با کودکان مختلف، شکل، درمان و فنون تغییر کند؛ برای نمونه تشخیص اختلال اضطراب خاص در کنار امتناع از مدرسه و همچنین سن، طول مدت، و شدت غیبت از مدرسه پاسخ به درمان را تغییر می‌دهد. بر این اساس پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های آینده با نمونه‌های بیشتری این متغیرها را بررسی نمایند. در مطالعه حاضر فقط یک روش مداخله‌ای یعنی آموزش مدیریت والدین مورد استفاده قرار گرفته است، بنابراین پیشنهاد می‌شود روش مداخله‌ای دیگر مانند دارودرمانی یا شناختی-رفتاری نیز در پژوهش‌های آتی انجام گیرد تا امکان مقایسه مداخلات فراهم گردد. همچنین دانش‌آموزان ابتدایی یکی از گروه‌هایی هستند که دچار ترس از مدرسه رفتن هستند، در نتیجه پیشنهاد می‌شود مداخلاتی از این قبیل بر روی این گروه‌ها نیز اجرا شود. به درمانگران و پژوهش‌گران پیشنهاد می‌شود با به‌کارگیری برنامه آموزش مدیریت والدین در مراکز درمانی و مشاوره‌ای از تداوم اختلال و آسیب‌پذیری کودکان جلوگیری کنند. در پایان توصیه می‌شود مسئولان و متولین امر آموزش و پرورش، روی آورد

بوده است، می‌توان گفت اولاً بازگشت به مدرسه باید اولویت اول درمان باشد که برنامه‌های آموزش مدیریت والدین برای این هدف مناسب است، به طوری که وارد کردن والدین در درمان، بازگشت به مدرسه را تسهیل و تسریع می‌کند؛ بنابراین، با توجه به عوامل دخیل در سبب‌شناسی و تداوم رفتار امتناع از مدرسه بهترین شرایط درمانی برای کودکان سنین پایین درمان تعاملات والد-کودک است. در این شیوه آموزش‌های لازم به والدین داده می‌شود تا به کودکان کمک کنند که تغییر شناخت‌های سازش‌نیافته را بدون استفاده از دستورالعملی خاص اجرا کنند؛ بنابراین روی آورد خاص و نظام‌مند شناختی-رفتاری که برای بازگشت مجدد به مدرسه در درمان کودکان سنین بالا استفاده می‌شود لازم نیست (۲۶).

اثربخشی آموزش مدیریت والدین در کاهش رفتار امتناع از مدرسه رفتن کودکان را این‌گونه می‌توان تبیین کرد که برنامه‌های آموزش والدین عمدتاً بر درمان سازش‌نیافته کودکان و خردسالان متمرکز است. در این برنامه، والدین هستند که برنامه‌های خواب یا برنامه معکوس کردن عادت را اجرا می‌کنند و رفتار خود و محیط را تغییر می‌دهند تا فرزندشان مهارت‌های جدید را بهتر یاد گرفته و رفتار منفی خود در ارتباط با محرک‌های مدرسه را کاهش دهد. بسیاری از برنامه‌های آموزش والدین بر تعلیم فنون مدیریت رفتار متمرکزند، مثلاً اظهار نظرهای انعکاسی می‌تواند تحول زبانی و حرمت خود کودک را تقویت کند، همچنین یادگرفتن راه و رسم استفاده از مدیریت وابستگی‌ها توسط والدین نیز حرمت خود کودک را مثبت می‌کند که تمامی این موارد باعث می‌شود کودک در محیط مدرسه و در ارتباط با دانش‌آموزان دیگر، ترس کمتری را تجربه کنند (۳۲). همچنین در تبیین اثربخشی آموزش مدیریت والدین در کاهش رفتار امتناع از مدرسه رفتن می‌توان گفت پدر و مادر در درمان امتناع از مدرسه رفتن کودکان نقش مهمی بازی می‌کنند، زیرا بهترین موقعیت را برای آموزش و تقویت پاسخ‌های انطباقی به فرزندان خود دارند. والدین معمولاً وقتی روی رفتار فرزند

مداخله‌ای به‌هنگام را مهم تلقی نموده و راهکارهای اجرایی شدن آن را با توجه به پیامدهای مهمی که دارد، در کشور عملی نماید.

**تشکر و قدردانی:** این پژوهش به طور مستقل انجام شده است و با هماهنگی و مجوز مدیران مدارس ابتدایی دولتی شهر

ارومیه در سال ۱۳۹۵ و رضایت کتبی تمامی دانش‌آموزان و والدین آنها صورت گرفته است. بدین ترتیب از همکاری صمیمانه تمامی والدین شرکت‌کننده و تمامی افرادی که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند تقدیر و تشکر می‌کنیم.

**تضاد منافع:** این پژوهش برای هیچ‌یک از نویسندگان تضاد منافی نداشته است.



## References

1. Kearney CA. School absenteeism and school refusal behavior in youth: A contemporary review. *Clin Psychol Rev.* 2008; 28(3): 451-471.
2. Park MH, Yim HW, Park S, Lee C, Lee CU, Hong SC, et al. School refusal behavior in South Korean first graders: A prospective observational community-based study. *Psychiatry research.* 2015; 227(2):160-165.
3. Egger HL, Costello JE, Angold A. School refusal and psychiatric disorders: a community study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2003; 42(7): 797-807.
4. Kearney CA. Identifying the function of school refusal behavior: A revision of the school refusal assessment scale. *J Psychopathol Behav Assess.* 2002; 24(4): 235-45.
5. Kearney CA, Spear M. Treating school refusal behavior. Washington, DC: American Psychological Association. 2014: 83-88.
6. Kearney CA, Chapman G, Cook LC. Moving from assessment to treatment of school refusal behavior in youth. *Int J Behav Consult Ther.* 2005; 1(1): 46-51.
7. Ebrahimzade Kh, Agashteh M, Berenjkari A, Badfar A. The effectiveness of parent management training comparing with drug therapy on reducing anxiety in preschool children. *Iranian journal of pediatric nursing.* 2017; 3(4): 41-48. [Persian].
8. Terada S, Matsumoto Y, Sato T, Okabe N, Kishimoto Y, Uchitomi Y. School refusal by patients with gender identity disorder. *Gen Hosp Psychiatry.* 2012; 34(3): 299-303.
9. Hochadel J, Frölich J, Wiater A, Lehmkuhl G, Fricke-Oerkermann L. Prevalence of sleep problems and relationship between sleep problems and school refusal behavior in school-aged children in children's and parents' ratings. *Psychopathology.* 2014; 47(2): 119-26.
10. Hella B, Bernstein GA. Panic disorder and school refusal. *Child Adolesc Psychiatr Clin.* 2012; 21(3):593-606.
11. Kearney CA. School refusal behavior in youth: A functional approach to assessment and treatment. Washington, DC: American Psychological Association; 2001.159-172.
12. Wray A, Thomas A. School refusal and home education. *Journal of Unschooling and Alternative Learning.* 2013; 7(13):64-85.
13. King NJ, Tonge BJ, Heyne D, Pritchard M, Rollings S, Young D, et al. Cognitive-behavioral treatment of school-refusing children: A controlled evaluation. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1998; 37(4): 395-403.
14. Chu BC, Rizvi SL, Zendegui EA, Bonavitacola L. Dialectical behavior therapy for school refusal: Treatment development and incorporation of web-based coaching. *Cogn Behav Pract.* 2015; 22(3):317-330.
15. Walter D, Hautmann C, Rizk S, Petermann M, Minkus J, Sinzig J, et al. Short term effects of inpatient cognitive behavioral treatment of adolescents with anxious-depressed school absenteeism: an observational study. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2010; 19(11): 835-844.
16. Sauter FM, Heyne D, Westenberg PM. Cognitive behavior therapy for anxious adolescents: Developmental influences on treatment design and delivery. *Clin Child fam Psychol Rev.* 2009; 12(4):310-335.
17. Bernstein GA, Hektner JM, Borchardt CM, Mcmillan MH. Treatment of school refusal: one-year follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2001; 40(2):206-213.
18. Krebs G, Heyman I. Treatment-resistant obsessive-compulsive disorder in young people: assessment and treatment strategies. *Child Adolesc Ment Health.* 2010; 15(1):2-11.
19. Walkup JT, Albano AM, Piacentini J, Birmaher B, Compton SN, Sherrill JT, et al. Cognitive behavioral therapy, sertraline, or a combination in childhood anxiety. *New England Journal of Medicine.* 2008; 359(26): 2753-2766.

20. Garcia AM, Sapyta JJ, Moore PS, Freeman JB, Franklin ME, March JS, et al. Predictors and moderators of treatment outcome in the pediatric obsessive compulsive treatment study (POTS I). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2010; 49(10): 1024-1033.
21. Drugli MB, Larsson B, Fossum S, Mørch WT. Five-to six-year outcome and its prediction for children with ODD/CD treated with parent training. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2010; 51(5):559-566.
22. Eyberg SM, Nelson MM, Boggs SR. Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with disruptive behavior. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2008; 37(1):215-237.
23. Wood JJ, Piacentini JC, Southam-Gerow M, Chu BC, Sigman M. Family cognitive behavioral therapy for child anxiety disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2006; 45(3): 314-321.
24. Victor AM, Bernat DH, Bernstein GA, Layne AE. Effects of parent and family characteristics on treatment outcome of anxious children. *J Anxiety Disord*. 2007; 21(6):835-848.
25. Lazarus RS, Dodd HF, Majdandžić M, de Vente W, Morris T, Byrow Y, Bögels SM, Hudson JL. The relationship between challenging parenting behaviour and childhood anxiety disorders. *J Affect Disord*. 2016; 190:784-791.
26. Kearney CA, LaSota MT, Lemos-Miller A, Vecchio J. Parent training in the treatment of school refusal behavior. In: Briesmeister JM, Schaefer CE, editors. *Handbook of parent training: Helping parents prevent and solve behavior problems*. 3th ed. New Jersey: John Wiley & Sons; 2007, pp: 164-193.
27. Kazdin, A.E. Problem-Solving Skills Training and Parent Management Training for Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder. In: Weisz JR, Kazdin AE, editors. *Evidence-Based Psychotherapies for Children and Adolescents*. 2th ed. New York: Guilford Press; 2010, pp: 159-178.
28. Kaminski JW, Valle LA, Filene JH, Boyle CL. A meta-analytic review of components associated with parent training program effectiveness. *J Abnorm Child Psychol*. 2008; 36(4):567-589.
29. Kearney CA. Confirmatory factor analysis of the school refusal assessment scale-revised: Child and parent versions. *J Psychopathol Behav Assess*. 2006; 28(3): 139-144.
30. Kim G. A validation study of the school refusal assessment scale for Korean adolescents. *Korean J. Play Ther*. 2010; 13: 121-39.
31. Haight C, Kearney CA, Hendron M, Schafer R. Confirmatory analyses of the school refusal assessment scale-revised: Replication and extension to a truancy sample. *J Psychopathol Behav Assess*. 2011; 33(2): 196-204.
32. Puliafico AC, Comer JS, Pincus DB. Adapting parent-child interaction therapy to treat anxiety disorders in young children. *Child Adolesc Psychiatr Clin*. 2012; 21(3): 607-619.

## Effect of Parent Management Education on Reducing School Refusal Behavior of Primary School Students

Khoshdavi Ebrahimzade<sup>\*1</sup>, Mansour Agashteh<sup>2</sup>, Fateme Zeynalpour<sup>3</sup>, Safoura Ashrafzadeh<sup>4</sup>

1. Ph.D. Student of Psychology, Faculty of Literature, Urmia University, Urmia, Iran

2. M.A. in Psychology, Faculty of Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran

3. Ph.D. Student of Psychology, Faculty of Humanities, Islamic Azad University, Urmia Branch, Urmia, Iran

4. M.A. in Psychology, Faculty of Humanities, Islamic Azad University, Urmia Branch, Urmia, Iran

Received: August 11, 2017

Accepted: November 25, 2017

### Abstract

**Background and Purpose:** School refusal disturbs the child, the family, as well as delays in social and academic development. Therefore, the purpose of this study was to investigate the effectiveness of parental management education in reducing the refusal behavior of elementary school students.

**Method:** This semi-experimental study was a pre-test-post-test with control group. For this purpose, from parents of students in the first, second and third grades of primary schools of Urmia in the academic year of 2015-2016, 351 students were selected using a multi-stage cluster sampling method. The participants completed *school refusal assessment scale, revised* (SRAS-R). In the next stage, 39 parents who had both child with high school refusal rates and willingness to participate in the study were selected. Of these, 20 parents were randomly assigned to the experimental group and 19 were in the control group. One-way covariance analysis was used to analyze the data

**Results:** The results showed that the intervention in parental management training has been able to significantly reduce the fear and refusal rates of school attendance in children ( $p < 0.01$ ).

**Conclusion:** Therefore, according to the results of this study, parent's management education can be used as an effective way to reduce fear and refusal of school among children.

**Keywords:** Parent management training, school refusal, school children

---

**Citation:** Ebrahimzade K, Agashteh M, Zeynalpour F, Ashrafzadeh S. Effect of parent management education on reducing school refusal behavior of primary school students. Quarterly Journal of Child Mental Health. 2018; 4(4): 71-80.

---

**\*Corresponding author:** Khoshdavi Ebrahimzade, Ph.D. Student of Psychology, Faculty of Literature, Urmia University, Urmia, Iran.  
Email: Ebrahimzade113@gmail.com      Tel: (+98) 044- 33481930