

فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی

سال دهم شماره ۳۹ پاییز ۱۳۹۴

اثربخشی اصلاح رفتار شناختی بر کاهش رفتار امتناع از مدرسه رفتن در دانش‌آموزان دختر: مطالعه تک‌آزمودنی

شهرام واحدی^۱

پریناز منصوری^۲

چکیده

دانش‌آموزان در مدرسه ممکن است با شرایط آزاردهنده متعددی روبه‌رو شوند که باعث ایجاد ترس و اضطراب در آن‌ها می‌گردد و این مسئله تمایل آنها را به حضور در مدرسه کاهش می‌دهد، تحقیق حاضر به منظور بررسی اثربخشی اصلاح رفتار شناختی بر کاهش رفتار امتناع از مدرسه رفتن دانش‌آموزان دختر انجام گردید. در این پژوهش چهار دانش‌آموز دارای رفتار امتناع از مدرسه بر اساس مقیاس تجدیدنظرشده امتناع از مدرسه (فرم دانش‌آموز SRAR-C) و مصاحبه ساختار یافته انتخاب شدند. با استفاده از طرح تک‌آزمودنی ABA، طی ۸ جلسه آموزش اصلاح رفتار شناختی قرار گرفتند و طی دو هفته پس از مداخله نیز همچنان مورد مشاهده قرار گرفته و با داده‌های خط پایه براساس تحلیل بصری (سطح، روند و تغییرپذیری)، درصد داده‌های غیرهمپوش با استفاد از شاخص PAND و ضریب اثر مقایسه گردید. نتایج نشان داد که اصلاح رفتار شناختی، رفتار امتناع از مدرسه را به‌طور معنی‌دار کاهش داد. می‌توان نتیجه گرفت که به‌کارگیری اصلاح رفتار شناختی در کاهش رفتار امتناع از مدرسه مؤثر است.

واژگان کلیدی: رفتار امتناع از مدرسه؛ دانش‌آموزان؛ اصلاح رفتار شناختی

Email: vahedi117@yahoo.com

۱- دانشیار روانشناسی تربیتی، دانشگاه تبریز

۲- دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی، دانشگاه تبریز

مقدمه

دانش‌آموزان در دوران تحصیلی‌شان هیجانات بسیار مختلفی را تجربه می‌کنند (نقل از پکرون، گوئتز، تیتز و پرری، ۲۰۰۲). در این میان، امتناع از مدرسه یک مشکل استرس‌زا برای بسیاری از کودکان، خانواده‌ها و کارکنان مدرسه به حساب می‌آید. رفتار امتناع از مدرسه با بسیاری از اختلالات اضطرابی و خلقی همپوشی دارد، بنابراین شناسایی این مشکلات در مراحل اولیه و اتخاذ تدابیر درمانی مناسب برای جلوگیری از مشکلات بعدی حائز اهمیت است (فرمونت، ۲۰۰۳).

همچنین یکی از سازه‌های بسیار مهمی که توسط متخصصان سلامت روانی و تربیتی در طول قرن گذشته، مطالعه شده است رفتار امتناع از مدرسه یا اجتناب دانش‌آموز از حضور یافتن در مدرسه و یا دشواری ماندن در کلاس در طی روز می‌باشد (کرنی و سیلورمن، ۱۹۹۶). رفتار امتناع از مدرسه واژه بسیار گسترده‌ای است که بسیاری از مشکلات رفتاری مربوط به دانش‌آموزان (شامل غیبت مشکل‌دار، گریز، هراس از مدرسه، و امتناع از مدرسه به دلیل اضطراب) را تحت پوشش قرار می‌دهد. به عبارتی، آن دسته از دانش‌آموزانی که زمان زیادی از مدرسه را از دست می‌دهند، آنهایی که ساعاتی از یک روز مدرسه را از دست می‌دهند؛ پیوسته در آمدن به مدرسه تأخیر دارند؛ رفتارهای اشتباه و ناسازگاری‌های متعددی را صبحگاهان، در تلاش برای غیبت از مدرسه انجام می‌دهند؛ ترس افراطی از حضور در مدرسه را تجربه می‌کنند و نیز آنهایی که به طور مداوم از والدین می‌خواهند که برای آنها جهت حضور نیافتن در مدرسه اجازه بگیرند، را شامل می‌گردد (کرنی، ۲۰۰۳؛ نقل از کرنی ۲۰۰۷).

برنستاین و گارفینکل^۳ (۱۹۸۶) پیشنهاد کردند که دانش‌آموزان دارای رفتار امتناع از مدرسه را، می‌توان به دانش‌آموزانی با اختلال خلقی، دانش‌آموزانی با اختلال اضطرابی، و افرادی که هر دو نوع اختلال را دارند و همین‌طور افرادی که هیچ‌کدام از این اختلالات

1- Pekrun, Goetz, Titz & Perry
3- Bernstein & Garfinkel

2- Fremont

را ندارند، تقسیم نمود (کرنی، ۲۰۰۷).

در راهنمای تشخیص آماری اختلال‌های روانی؛ ویرایش چهارم (DSM-IV انجمن روانپزشکی آمریکا^۱، ۱۹۹۴) که اغلب در سنجش اختلالات روانی مورد استفاده قرار می‌گیرد، برای رفتار امتناع از مدرسه تشخیص خاصی وجود ندارد، و دانش‌آموزان با رفتار امتناع از مدرسه اغلب به عنوان اختلال اضطراب جدایی، اختلال اضطراب منتشر، هراس اجتماعی، هراس خاص یا اختلال سازگاری توأم با اضطراب تشخیص داده می‌شوند (کینگ، هینه، تونگه، گلونه و اولندیک^۲، ۲۰۰۱). تحقیق لاست و استراسوس (۱۹۹۰) نیز پیش بینی کرد که بسیاری از دانش‌آموزان با رفتار امتناع از مدرسه، بیش از یک نوع اختلال روانی را نشان می‌دهند (هینه و سایرین، ۲۰۰۱؛ نقل از چانگ و همکاران، ۲۰۰۹).

برخلاف دانش‌آموزانی که از مدرسه فرار می‌کنند، دانش‌آموزان امتناع‌کننده از مدرسه، آشفتگی هیجانی متعددی را در رابطه با حضور در مدرسه دارند که ممکن است شامل اضطراب، داد و بیداد کردن، افسردگی یا علایم جسمانی باشد، در امتناع از مدرسه والدین از غیبت فرزندشان آگاهند و دانش‌آموز اغلب تلاش دارد که والدین را قانع کند که به او اجازه ماندن در منزل را بدهند، این دانش‌آموزان رفتارهای ضداجتماعی معنی‌دار مثل بزهکاری ویژه نوجوانی را نشان نمی‌دهند، در طول ساعات مدرسه معمولاً در منزل می‌مانند، برای انجام تکالیف مدرسه تمایل نشان می‌دهند و با تکمیل تکالیف در خانه موافقت می‌کنند (فرمونت، ۲۰۰۳).

آغاز امتناع از مدرسه ممکن است، ناگهانی یا تدریجی باشد و شامل غیبت تمام وقت، گاه به گاه یا دائمی باشد. این مشکل می‌تواند در طول زندگی یک دانش‌آموز در سطوح متفاوتی رخ دهد (کینگ و اولندیک^۳، ۱۹۸۹). برطبق بررسی‌های انجام شده، رفتار امتناع از مدرسه یک طیف سنی از ۵ سالگی تا نزدیک اواسط نوجوانی رخ می‌دهد (رینه، ۲۰۰۳).

1- DSM-IV, American Psychiatric Association 2- King, Heyne, Tonge, Gullone & Ollendic
3- King & Ollendic

کرنی (۱۹۶۵) نیز میانگین سنی امتناع از مدرسه را بین ۹ و سالگی ۱۰ پیش‌بینی نموده است. بدیهی است که امتناع از مدرسه به‌ویژه در گروه‌های سنی ۵-۷ ساله، ۱۰-۱۲ ساله و ۱۳-۱۴ ساله شایع است (بلاگ و یول، ۱۹۸۴؛ اولندیک و مایر، ۱۹۸۴؛ و هرسو، ۱۹۷۷). هندرون و کرنی^۱ (۲۰۱۱) در یک بررسی جامع، شیوع امتناع از مدرسه را در بین جوانان با نرخ ۲/۸٪ گزارش نمودند (ایگر، گوستلو و آنگولد^۲، ۲۰۰۳)؛ درحالی‌که سایر پژوهشگران نیز گزارش کردند که شیوع امتناع کنندگان از مدرسه ۲۸ تا ۳۵ درصد می‌باشد (کرنی^۳، ۲۰۰۱؛ نقل از پینا، زر، گونزالس و اورتیز^۴، ۲۰۰۹).

پژوهش‌ها حاکی از این مسئله است که رفتار امتناع از مدرسه به‌عنوان یک مشکل شایع ناشی از انتقال تجربه شده برای ساعت اول از خانه به موقعیت مدرسه و از مدرسه‌ی ابتدایی به مدرسه راهنمایی می‌باشد (نقل از رینه، ۲۰۰۳).

مک دونالد و شپرد^۵ (۱۹۷۶)، تظاهرات بدنی و روان‌شناختی این مشکل را علایمی مثل افزایش ضربان قلب و تنفس، سرگیجه و عرق کف دست‌ها، اسهال، بی‌خوابی، سردرد و بی‌حوصلگی ذکر می‌کنند (نقل از رینه، ۲۰۰۳).

در کودکان کم سن‌تر علایم هشداردهنده مثل درد معده یا سرگیجه، گزارش می‌شود. کودکان سنین بالا یا نوجوانان معمولاً علایمی از جمله سردرد، گلودرد، رنگ پریدگی و مشکلات قلبی و عروقی را نشان می‌دهند. شدت این علایم ممکن است زمانی که دانش‌آموز در خانه است یا در طول روزهای آخر هفته و تعطیلات مدرسه کمتر شود (نقل از رینه، ۲۰۰۳).

تحقیقات پیش‌بینی می‌کنند که هیچ علت واحدی برای امتناع از مدرسه وجود ندارد، و علت ارائه شده، از دانش‌آموزی به دانش‌آموزی دیگر می‌تواند متفاوت باشد. اولندیک و مایر (۱۹۸۴) طیف وسیعی از عوامل مؤثر را در ارتباط با خانه و مدرسه یافته‌اند که ممکن است به رشد امتناع از مدرسه در کودکی، به‌عنوان پیامدی از عوامل بیولوژیکی و محیطی

1- Hendron, Marisa. Kearney, Christopher A.
3- Pina, Zerr, Gonzales & Ortiz
5- McDonald's & Shepard

2- Egger, Costello & Angold
4- Carroll, Herny, Henry & huizinga

آسیب‌پذیر، کمک کنند (رینه، ۲۰۰۳).

برخی متغیرهای جمعیتی نیز با رفتار امتناع از مدرسه می‌توانند در ارتباط باشند. به عنوان مثال، دانش‌آموزان با موقعیت اقتصادی-اجتماعی پایین، بیشتر مضطربند یا از عناصر اجتماعی مدرسه بیشتر می‌ترسند (معلمان و همسالان). در حالی که دانش‌آموزان با موقعیت اقتصادی-اجتماعی بالا، بیشتر از موقعیت‌های ارزیابی مثل نمره و امتحان می‌ترسند (ویسکوچیل، ۲۰۱۲).

رفتار امتناع از مدرسه به‌طور بالقوه می‌تواند یک مشکل جدی برای خانواده‌ها گردد و به پیامدهای کوتاه مدت و طولانی مدت منجر گردد. پیامدهای کوتاه‌مدت مهم آن می‌تواند شامل تکمیل نکردن تکالیف مدرسه و شکست تحصیلی، جدا افتادن از همسالان، مشکلات قانونی و اقتصادی، از دست دادن فرصت‌های شغلی و تعارض‌های خانوادگی مهم بین والدین و کارکنان مدرسه باشد. عواقب طولانی مدت آن نیز شامل احتمال ترک تحصیل، محرومیت اقتصادی، شغل نامناسب و مشکلات زناشویی، و نیاز به کمک‌های روانپزشکی در دوران بزرگسالی باشد (کرنی و بنس‌هاب، ۲۰۰۶).

بر مبنای مدل کرنی و سیلورمن^۲ (۱۹۹۶) دانش‌آموزان نوعاً برای یک یا چند شرایط عملکردی زیر، از مدرسه اجتناب می‌کنند: الف) اجتناب از محرک‌های مدرسه محوری که هیجان‌انگیز منفی را برمی‌انگیزد، ب) فرار از موقعیت‌های ارزیابی و یا موقعیت‌های اجتماعی آزاردهنده و ج) به خاطر جلب توجه افراد مهم و یا برای دستیابی به تقویت‌کننده‌های عینی خارج از مدرسه (نقل از بریل، ۲۰۰۹).

توجه به نیازهای فردی دانش‌آموزان دارای مشکلات امتناع از مدرسه می‌تواند از طریق راهبردهای چندگانه انجام‌گیرد از جمله مشاوره تحصیلی، روان‌درمانی، رویکرد شناختی رفتاری، خانواده‌درمانی، بازی‌درمانی، درمان دارویی و غیره (چانگ و همکاران، ۲۰۰۹).

1- Kearney & bensaheb
3- Brill, Lydia

2- Kearney & Silverman

تمامی این مداخلات روانی-اجتماعی، شناختی و رفتاری به دنبال افزایش حضور دانش‌آموز در مدرسه و کاهش اضطراب نوجوانی که در سن مدرسه قرار دارد و رفتار امتناع از مدرسه را از خود نشان می‌دهد هستند (آرموندا و همکارانش^۱، ۲۰۰۹).

همیو با این اهداف شناخت-رفتار درمانگری^۲ (CBT) دیدگاهی تعاملی ارائه می‌دهد و ترکیب سودمندی از مکتب‌های درمان شناختی و رفتاری ایجاد می‌کند. تعامل عواطف، رفتار، عوامل اجتماعی، شناخت، و عوامل محیطی در یک رویکرد درمانی جامع مورد بررسی قرار می‌گیرند از این رو شناخت-رفتار درمانگری هم با نظریه‌های پردازش اطلاعات و هم با نظریه‌های یادگیری اجتماعی همخوان است (کندال و بیکن^۳، ۱۹۸۸؛ نقل از خدایاری فرد و همکاران، ۱۳۸۵).

شواهد حاکی از آن است که رویکردهای شناختی-رفتاری در درمان اختلال‌های مختلف نوجوانان از جمله افسردگی، اختلال‌های اضطرابی، اختلال‌های خوردن، اختلال‌های منش و اختلال کنترل تکانه‌ها^۴، کارآیی زیادی دارد (بدروزین^۵، ۱۹۸۱؛ بلاک^۶، ۱۹۸۷؛ کلارک، لوینسون و هیپیز^۷، ۱۹۹۰؛ دی جیویس^۸، ۱۹۸۸؛ اسکورت و فیتز جرالده^۹، ۱۹۸۷؛ اسنایدر و وایت^{۱۰}، ۱۹۷۹؛ نقل از زارب، ۱۳۸۶).

در مورد امتناع از مدرسه، مداخلات شناختی-رفتاری از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. از دیدگاه بالینی، مداخلات شناختی، یکی از مهم‌ترین درمان‌های رفتار امتناع از مدرسه است. هدف درمان شناختی، ایجاد تغییر در عواطف و رفتار نوجوان و سوق دادن آنها به حضور در مدرسه است که این امر هم با کمک به نوجوان در اصلاح شناخت‌های ناسازگار انجام می‌گیرد (هینه و رولینگز^{۱۱}، ۲۰۰۲؛ نقل از هینه، ۲۰۰۶).

در مورد امتناع‌کنندگانی نیز که اضطراب زیادی دارند، رویکردی گام به گام برای

1- Armando

3- Kendall & Bacon

5- Bedrosian

7- Clorke, Lewinsohn, Hops

9- Schrodtt & Wright

11- Rollings

2- cognitive-behavioral treatment

4- Impulse Control

6- Block

8- DiGiuseppe

10- Snyder & White

مقابله با اضطراب ناشی از بازگشتن به مدرسه به کار گرفته می‌شود (مانند حضور در یک کلاس برای روز اول و روز بعد دو کلاس و غیره) و نوجوان مهارت‌های آرام‌سازی عضلانی و مهارت‌های مقابله شناختی آموخته شده را به کار می‌گیرد تا در برابر اضطراب ناشی از مراحل بعدی مقاومت کند. زمانی که اضطراب نوجوان خیلی زیاد باشد، قبل از برگشتن به مدرسه حساسیت‌زدایی تصویری (خیالی) انجام می‌شود. برخی از نوجوانان و خانواده‌هایشان ترجیح می‌دهند که آغاز حضور در مدرسه از همان روز اول بازگشت به مدرسه، به صورت تمام وقت باشد. این نوع بازگشتن به مدرسه در مقایسه با بازگشت تدریجی، استرس زیادتری را به دانش‌آموز وارد می‌کند. اما هدف از این کار هم کاهش احتمال بروز حس خجالت و شرمندگی نوجوان در توضیح دادن علت ترک زود هنگام مدرسه برای همسالان و سایرین می‌باشد (هینه، ۲۰۰۶).

از آنجایی که رفتار امتناع از مدرسه جز اختلالات اضطرابی محسوب می‌شود، احتمال می‌رود رویکرد اصلاح رفتار شناختی^۱ (CBM) در درمان امتناع از مدرسه نیز موفقیت‌آمیز باشد (زارب، ۱۳۸۶).

با توجه به اثرات آسیب‌زای رفتار امتناع از مدرسه بر رشد روان‌شناختی و تکامل نوجوانان و با توجه به محدود بودن تحقیقات در زمینه تأثیر CBM در درمان رفتار امتناع از مدرسه، بر آن شدیم تا این روش درمانی را با توجه به ویژگی‌های فرهنگی و بومی کشور بررسی کنیم.

بنابراین هدف پژوهش حاضر پاسخ به این سؤال است که آیا اثربخشی اصلاح رفتار شناختی بر کاهش رفتار امتناع از مدرسه اضطراب محور دانش‌آموزان نوجوان مؤثر است؟

روش

به منظور بررسی تأثیر اصلاح رفتار شناختی بر کاهش علایم رفتار امتناع از مدرسه در دانش‌آموزان، از پژوهش آزمایشی، از نوع تک آزمودنی استفاده شد. در این پژوهش طرح

1- cognitive behavior modification

ABA استفاده شد. مرحله اول این طرح (A) که خط پایه و مرحله دوم (B) مرحله مداخله است. در مرحله اول رفتاری که قرار است تغییر کند در شرایط طبیعی مورد مشاهده قرار می‌گیرد و نتایج به شکل ثبت فراوانی یا ترسیم نمودار ثبت می‌شود سپس در مرحله دوم مداخله‌گر به اعمال روش تغییر رفتار بر رفتار هدف اقدام می‌کند و نتایج توسط خود آزمودنی‌ها به شکل فراوانی یا نمودار ثبت می‌شود، پس از اتمام مرحله مداخله، مرحله پیگیری (A) انجام می‌شود و نتایج مشاهدات این مرحله به دنبال مرحله دوم رسم می‌شود. گفتنی است طرح‌های تک آزمودنی فاقد گروه کنترل هستند، به طوری که افراد آزمون شده، هم نقش آزمودنی گروه آزمایش و هم آزمودنی گروه کنترل را ایفا می‌کند و اندازه‌گیری متغیر وابسته هم قبل از درمان و هم بعد از مداخله و نیز امکان کشف هر گونه اثر متغیر مستقل را به ما می‌دهد (محمودی و همکاران، ۱۳۸۹).

آزمودنی‌ها

از بین دانش‌آموزان دختر دوره راهنمایی شهر تبریز که در سال ۹۱-۹۲ مشغول به تحصیل بودند، دانش‌آموزانی که در طول سال تحصیلی گذشته بیش از ۱۰ جلسه به دلایلی غیرموجهه غیبت داشتند و نمره بالایی (به ترتیب ۳۴، ۵۰، ۴۵ و ۴۱) در گویه‌های مربوط به اضطراب و ترس، در آزمون SRAS-R کسب نمودند، براساس مصاحبه بالینی توسط محقق، ۴ نفر وارد جریان مداخله شد.

آزمودنی اول، زهرا در کلاس سوم راهنمایی مشغول به تحصیل بود در آزمون SRAS-R، نمره کل زهرا در مقایسه با نمرات سایر دانش‌آموزان بسیار بالا بود، نمره زهرا در گویه‌های مربوط به عملکرد اول و دوم از طبقه‌بندی عملکردی کرنی به ترتیب ۲۳ و ۱۱ بود، در مصاحبه‌ای هم که انجام شد، او علت غیبت‌هایش را، ترس‌ها و نگرانی‌های مربوط به چند موقعیت مربوط به مدرسه، بیان کرد و اظهار داشت که زمانی هم که به اجبار مدرسه، امکان غیبت کردن برایش فراهم نباشد، آن موقعیت‌ها را با اضطراب زیادی تحمل می‌کند، از جمله موقعیت‌های آزاردهنده برای او کلاس درس

ریاضی، علوم، پرسش شفاهی و ترس از صحبت کردن در جمع بود. زهرا از نظر رفتاری به گفته‌ی معلمان دختر مؤدبی بوده و از نظر سطح تحصیلی دانش‌آموز متوسطی بود.

آزمودنی دوم نیز براساس آزمون SRAS-R به ترتیب نمرات ۲۲ و ۲۸ را در گویه‌های مربوط به عملکرد اول و دوم از طبقه‌بندی عملکردی کرنی را کسب کرده بود. وی نیز ۱۲ جلسه غیبت بدون دلیل داشت، و از لحاظ تحصیلی جزو دانش‌آموزان بسیار زرتنگ محسوب می‌شد با این همه نمرات وی در درس دینی با دروس دیگر تفاوت چشمگیری داشت. در جلسه‌ی مصاحبه بیان کرد «چون در درس دینی همیشه کم می‌گیرم، از این درس تنفر دارم و تا آنجا که امکان داشته باشد، روزهایی را که درس دینی داشته باشیم، به مدرسه نمی‌روم» همین‌طور در پرسش شفاهی این درس اضطراب زیادی را گزارش کرد که این اضطراب باعث می‌شود همه مطالب را فراموش کند.

آزمودنی سوم، نیز در آزمون SRAS-R به ترتیب نمرات ۲۵ و ۲۰ را در آیتم‌های مربوط به عملکرد اول و دوم از طبقه‌بندی عملکردی کرنی را به دست آورد و ۱۲ جلسه غیبت غیرموجه نیز داشت. در مصاحبه بالینی آغازین از اضطراب زیادی که روزانه مجبور به تحمل آن بود، شکایت داشت؛ امتحانات کتبی به‌ویژه در دروس عربی، ریاضی و زبان از جمله موقعیت‌های آزار دهنده برای این دانش‌آموز بودند، همچنین این آزمودنی از نظر درسی دانش‌آموز ضعیفی بود.

آزمودنی چهارم، هم در آزمون SRAS-R به ترتیب نمرات ۳۱ و ۱۰ را در آیتم‌های مربوط به عملکرد اول، دوم، از طبقه‌بندی عملکردی کرنی را اخذ کرد و ۱۵ جلسه غیبت غیرموجه نیز داشت. وی به شدت اضطراب‌ها و نگرانی‌هایش که گاهی تا آنجا می‌رسید که او را مجبور می‌کرد با وجود آگاهی از عواقب غیبت، در خانه بماند، اشاره کرد. این آزمودنی، دانش‌آموز ساکتی بود و از نظر درسی هم در مقایسه با همسالانش در مدرسه نمونه دولتی ضعیف بود. موقعیت‌های آزاردهنده برای وی شامل پرسش‌های شفاهی، اشتباه کردن، معلم‌ها و امتحانات کتبی و تمسخر همکلاسی‌هایش بود.

ابزارهای اندازه‌گیری

مقیاس تجدیدنظرشده سنجش امتناع از مدرسه^۱ کرنی (۲۰۰۲): تنها ابزار اندازه‌گیری است که برای ارزیابی کودکان و نوجوانانی که رفتار امتناع از مدرسه رفتن را نشان می‌دهند، طراحی شده است.

نسخه اصلی مقیاس شامل ۱۶ گویه و نسخه تجدیدنظرشده شامل ۲۴ گویه است، طیف گویه‌ها نیز به صورت لیکرت می‌باشد و نمره مقیاس از هرگز (۰) تا همیشه (۶) تقسیم می‌شوند. نسخه اصلی مقیاس دربرگیرنده نتایج تابع شرطی با قابلیت اعتماد آزمون - باز آزمون مناسب (میانگین ۰.۶۸) و اعتبار همزمان است (کرنی، ۲۰۰۷).

در یک مطالعه مقدماتی میزان آلفای کرونباخ محاسبه شده برابر با ۰/۸۱ به دست آمده که نشانگر بالا بودن میزان پایایی این مقیاس می‌باشد.

مصاحبه ساختاریافته براساس DSM-IV: مصاحبه تشخیصی ساختار یافته‌ای که معمولاً برای سنجش کودکان با رفتار اجتناب از مدرسه به کار گرفته می‌شود مصاحبه ساختار یافته‌ی اختلالات اضطرابی بر اساس DSM-IV نسخه کودک و والد (ADIS^۲) براساس P/C:DSM-IV^۳ (سیلورمن و آلبانو،^۴ ۱۹۹۶) است. این ابزار قسمتی برای رفتار اجتناب از مدرسه دارد که شامل سوالاتی در مورد اضطراب مدرسه محور و محرکی که ممکن است به ترس یا اجتناب منجر گردد، شدت و فراوانی غیبت، می‌باشد، شواهد پژوهشی حاکی از آن است که ADIS براساس P/C:DSM-IV دارای روایی خوبی است (نقل از بریل، ۲۰۰۹).

شیوه اجرای برنامه‌های مداخله‌ای

پس از فراهم سازی هماهنگی اولیه با مدیران مدارس، ۴ نفر، از بین تمامی دانش‌آموزانی که نمرات‌شان در آزمون SRAS-R بالا بود، و در دفاتر انضباطی بیشتر از ۱۰ جلسه غیبت

1- School Refusal Assessment Scale-Revised 2- Anxiety Disorders Interview Schedule
3- ADIS for DSM-IV: Child/Parent 4- Silverman & Albano

آنها ثبت شده بود و این غیبت به دلیل سرماخوردگی یا بیماری خاص یا حوادث خاص نبود، انتخاب شد. دانش‌آموزانی اختلال سلوک داشتند از نمونه خارج شدند؛ مواردی هم که در طول مشاهده، غیبت‌شان بسیار زیاد بود، عملاً از مدرسه اخراج شدند و به این ترتیب امکان انتخاب نمونه‌های حاد از رفتار امتناع، در کل فراهم نشد و دانش‌آموزان انتخاب شده در این پژوهش رفتار امتناع‌شان هرچند برایشان مشکل آفرین شده بود، اما تا آن اندازه، که بتوانند به‌خاطر این ناراحتی، قوانین مدرسه را زیر پا بگذارند نبود. در نهایت براساس مصاحبه اختلالات اضطرابی بر اساس DSM-IV، ۴ نفر انتخاب شد، که به مدت دو هفته مورد مشاهده قرار گرفته و آزمون SRAS-R و سوال‌هایی که علایم عمومی اختلال‌های اضطرابی و ترس را می‌سنجید، توسط آزمودنی‌ها پر شد. ابتدا آزمونی نخست وارد جریان مداخله شد، همزمان با این مداخله آزمودنی‌های دوم، سوم و چهارم همچنان در شرایط طبیعی مورد مشاهده قرار گرفتند؛ پس از این‌که آزمودنی اول در جلسه‌ی سوم، کاهش چشمگیری از خود نشان داد، آزمودنی دوم، سوم و چهارم وارد جریان مداخله شدند، در دوره‌ی پیگیری نیز آزمودنی‌ها، پس از ۱ هفته اتمام مداخله، دوباره به مدت ۲ هفته پرسشنامه را پر کرده و به محقق تحویل دادند.

روش تحلیل داده‌ها

برای ارزیابی نتایج احتمالی حاصل از مداخله، روش تحلیل دیداری نمودارها، درصد تمامی داده‌های غیرهمپوش (PAND)^۱ و اندازه اثر مورد استفاده قرار گرفت. در تحلیل دیداری، تغییرات حاصل از مداخله براساس سطح، روند و تغییرپذیری مشاهدات، بررسی و تفسیر شدند.

برای تحلیل دیداری نمودار داده‌ها، پس از رسم نمودار برای هر آزمودنی، در مرحله اول با استفاده از میانگین داده‌های موقعیت خط پایه، مداخله و پیگیری، خط میانگین داده‌ها، موازی با محور X کشیده شد و یک محفظه ثبات روی خط میانگین قرار گرفت.

1- Percentage of All Non- Overlapping Data

محفظه ثبات یعنی دو خط موازی که یکی پایین و دیگری بالای خط میانگین رسم شود. فاصله و دامنه بین دو خط، میزان برون افتادگی یا تغییرپذیری سری داده‌ها را نشان می‌دهد. پس از آن برای بررسی روند داده‌ها، خط رگرسیون داده‌ها برای هر سه موقعیت پایه، مداخله و پیگیری ترسیم شد. علاوه بر آن برای بررسی توانایی خط روند در پیش‌بینی تغییرات از مجذور همبستگی بین نمره آزمودنی و مراحل ارزیابی (R^2) یا همان ضریب تعیین استفاده شد.

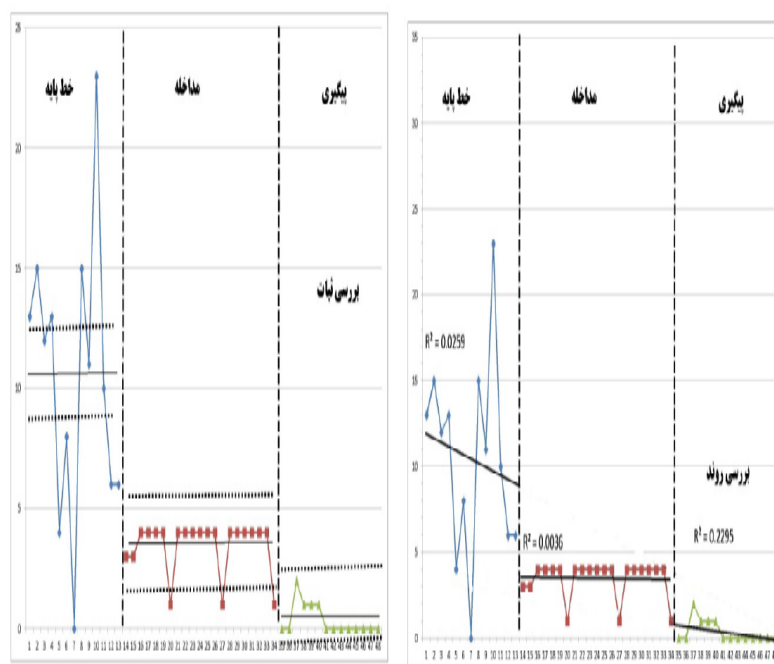
هم‌چنین شاخص PAND از طریق فرمول $(\phi = (PAND \times 2) - 1)$ قابلیت تبدیل به ضریب فای دارد، و ضریب فای نیز از طریق فرمول زیر به d کوهن تبدیل می‌شود.

$$d = \frac{2\phi}{\sqrt{1 - \phi^2}}$$

یافته‌ها

برای بررسی فرضیه تأثیر اصلاح رفتار شناختی در کاهش میزان امتناع از مدرسه‌ی دانش آموزان در دوره مداخله و دوره‌ی پیگیری در شکل‌های ۱ تا ۴ داده‌های تک تک دانش‌آموزان در میزان امتناع از مدرسه در سه مرحله خط پایه، مداخله و پیگیری نمایش داده شده‌اند. هم‌چنین شاخص PAND، ضریب فای و d کوهن برای هر دانش‌آموز و سپس برای کل گروه گزارش شده است.

برای بررسی ثبات و روند داده‌ها، در شکل ۱، خط میانگین، محفظه ثبات و خط روند (رگرسیون) و R^2 برای دانش‌آموزان در سه مرحله خط پایه، مداخله و پیگیری نشان داده شده است.



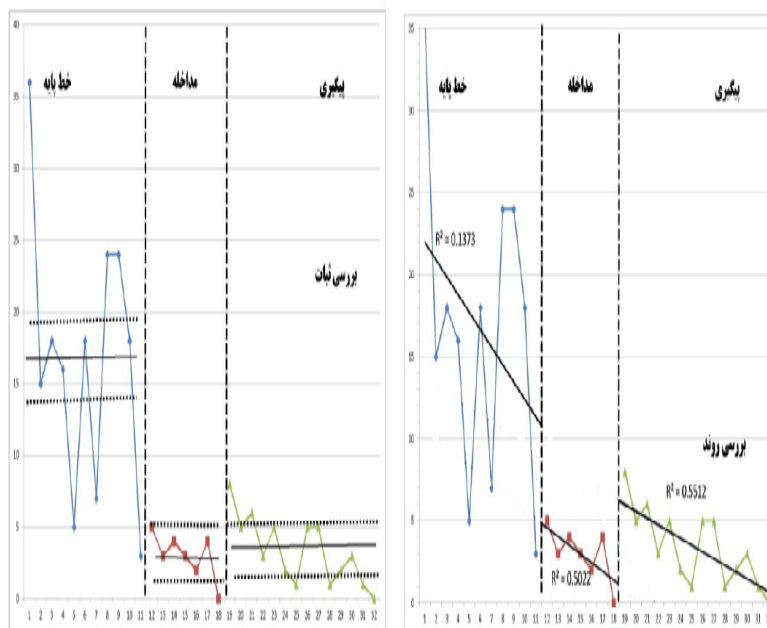
شکل (۱) بررسی ثبات و روند داده‌ها برای دانش آموز اول (زهرا)

با توجه به نتایج شکل ۱، ثبات در مرحله خط پایه را برای زهرا نشان می‌دهد که ۲۳ درصد نقاط داده داخل محفظه ثبات قرار گرفته‌اند. با توجه به این یافته می‌توان گفت که داده‌ها در این مرحله از ثبات برخوردار نیستند. در مرحله مداخله، ۸۶ درصد نقاط داده در داخل محفظه ثبات قرار گرفته‌اند که نشانگر وجود ثبات بالا در این مرحله است. در مرحله پیگیری نیز ۱۰۰ درصد نقاط داده در داخل محفظه ثبات قرار گرفته‌اند و می‌توان نتیجه گرفت که داده‌های این مرحله از ثبات کاملی برخوردارند.

بررسی روند تغییرات، شکل ۱ نشان می‌دهد که روند تغییرات در مرحله خط پایه برای دانش‌آموز نفر اول (زهرا) کمی کاهش نشان داد و ضریب تعیین آن ۰/۰۳ می‌باشد

که نشانگر همگن نبودن و عدم وجود ثبات در روند تغییرات می‌باشد. در مرحله مداخله روند تغییرات ثابت و ضریب تعیین آن برابر با $0/004$ می‌باشد که نشانگر یکنواخت بودن تغییرات است. در مرحله پیگیری روند تغییرات تاحدی کاهشی می‌باشد که ضریب تعیین $0/23$ بیانگر پایین بودن ثبات در روند تغییرات است.

با توجه به شکل ۱، مقدار همپوشی برای دانش آموز اول (زهرا) $0/06$ یا ۶ درصد و مقدار PAND نیز $0/94$ به دست آمد. ضریب فای متناظر با این مقدار $0/88$ و آماره d کوهن نیز $3/75$ می‌باشد که جزو اندازه‌های بالا محسوب می‌شود. با توجه به این یافته می‌توان گفت که اصلاح رفتار شناختی در کاهش میزان امتناع از مدرسه دانش آموز اول (زهرا) مؤثر بود.

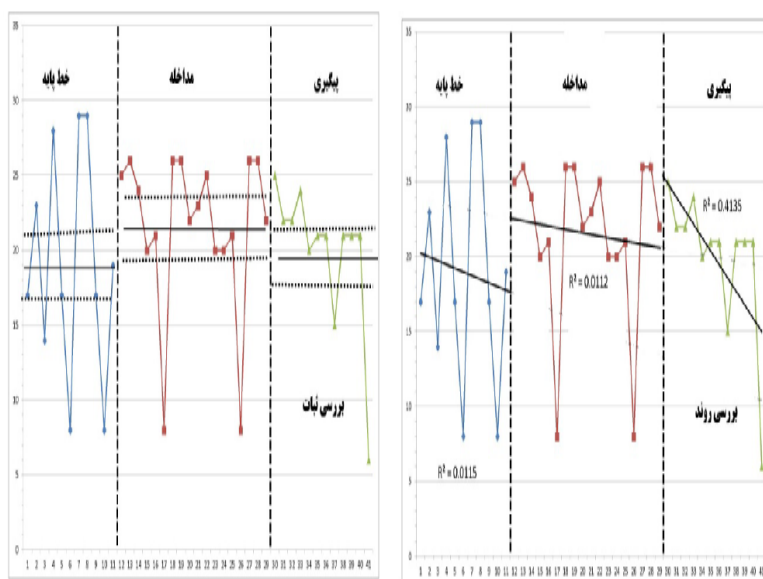


شکل (۲) بررسی ثبات و روند داده‌ها برای دانش آموز دوم (مهديه)

با توجه به شکل ۲، بررسی ثبات در مرحله خط پایه برای دانش‌آموز دوم (مهديه) نشان می‌دهد که ۴۵ درصد نقاط داده‌ها در داخل محفظه ثبات قرار گرفته‌اند. می‌توان گفت که داده‌های این مرحله از ثبات برخوردار نمی‌باشند. در مرحله مداخله، ۸۶ درصد داده‌ها در داخل محفظه ثبات قرار گرفته‌اند و می‌توان بیان نمود که داده‌های این مرحله از ثبات بالایی برخوردار هستند. در مرحله پیگیری نیز ۵۷ درصد داده‌ها در داخل محفظه ثبات قرار گرفته‌اند. می‌توان گفت که داده‌های این مرحله نیز ثبات متوسطی داشتند.

بررسی روند تغییرات در جدول ۲ نشان می‌دهد که در مرحله خط پایه برای دانش‌آموز دوم (مهديه)، روند تغییرات کاهشی می‌باشد و ضریب تعیین ۰/۱۴ نشانگر نامنظم بودن روند تغییرات است. در مرحله مداخله نیز روند تغییرات کاهشی و ضریب تعیین ۰/۵۰ نشانگر وجود ثبات متوسط در روند تغییرات می‌باشد. در مرحله پیگیری نیز روند تغییرات کاهشی می‌باشد که ضریب تعیین ۰/۵۵ بیانگر ثبات متوسط در روند تغییرات این مرحله است.

مقدار همپوشی برای دانش‌آموز دوم (مهديه) ۰/۱۱ یا ۱۱ درصد و مقدار PAND نیز ۰/۸۹ به‌دست آمد. ضریب فای متناظر با این مقدار ۰/۷۸ و آماره کوهن نیز ۲/۴۷ است که جزو اندازه‌های بالا محسوب می‌شود. با توجه به این یافته می‌توان گفت که اصلاح رفتارشناختی در کاهش میزان امتناع از مدرسه دانش‌آموز دوم (مهديه) مؤثر بوده است.



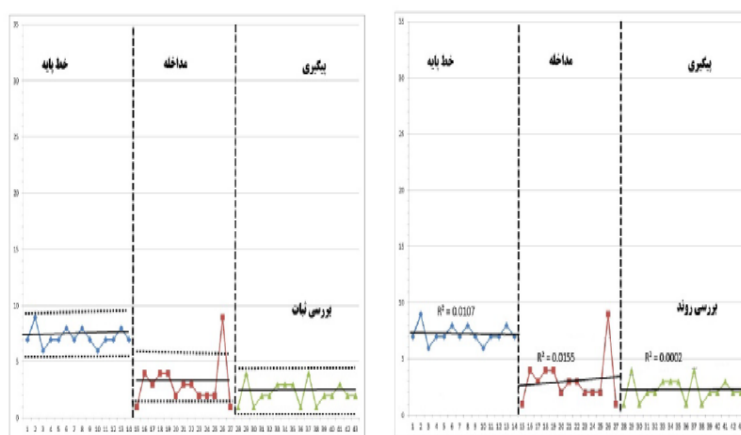
شکل (۳) بررسی ثبات و روند داده‌ها برای دانش‌آموز سوم (صادقی)

شکل ۳، تحلیل ثبات در مرحله خط پایه برای دانش‌آموز سوم (صادقی)، نشان می‌دهد که ۳۶ درصد داده‌ها در داخل محفظه ثبات (۲ عدد بالا و ۲ عدد پایین میانگین) قرار گرفته‌اند. این امر نشانگر عدم ثبات در داده‌های این مرحله می‌باشد. در مرحله مداخله نیز ۴۴ درصد داده‌ها در داخل محفظه ثبات قرار گرفته‌اند که نشانگر عدم وجود ثبات در این مرحله می‌باشد. همچنین در مرحله پیگیری نیز ۵۰ درصد نقاط داده‌ها در داخل محفظه ثبات قرار گرفته‌اند که نشانگر وجود ثبات متوسط در نقاط داده این مرحله می‌باشد.

بررسی روند تغییرات نشان می‌دهد که در مرحله خط پایه، روند تغییرات کمی کاهشی و ضریب تعیین $0/01$ نشانگر عدم وجود ثبات در روند تغییرات می‌باشد. در مرحله مداخله روند تغییرات کمی کاهشی و ضریب تعیین $0/01$ نشانگر عدم وجود ثبات

در روند تغییرات و نامنظم بودن آن می‌باشد. همچنین در مرحله پیگیری نیز روند تغییرات کاهشی می‌باشد که ضریب تعیین $0/41$ نشانگر وجود ثبات متوسط در روند تغییرات این مرحله می‌باشد.

مقدار همپوشی برای دانش‌آموز سوم (صادقی) $0/28$ یا 28 درصد و مقدار PAND نیز $0/72$ به دست آمد. ضریب فای متناظر با این مقدار $0/45$ و آماره کوهن $1/00$ است که جزو اندازه‌های بالا محسوب می‌شود. با توجه به این یافته می‌توان گفت که اصلاح رفتار شناختی در کاهش میزان امتناع از مدرسه دانش‌آموز سوم (مریم صادقی) مؤثر است.



شکل (۴) بررسی ثبات و روند داده‌ها برای دانش‌آموز چهارم (مریم)

نتایج شکل ۴، برای دانش‌آموز چهارم (مریم) نشان می‌دهد که در مرحله خط پایه ۱۰۰ درصد داده‌ها در داخل محفظه ثبات قرار گرفته‌اند و این نشانگر وجود ثبات کامل در داده‌ها می‌باشد. در مرحله مداخله، ۷۷ درصد داده‌ها در داخل محفظه ثبات قرار گرفته‌اند که نشانگر وجود ثبات متوسط در این مرحله است. در مرحله پیگیری نیز تمامی نقاط داده‌ها در داخل محفظه ثبات قرار گرفته‌اند که نشانگر وجود ثبات بسیار بالا در داده‌های این مرحله است.

بررسی روند تغییرات در شکل ۴ نشان می‌دهد که در مرحله خط پایه برای دانش‌آموز چهارم روند تغییرات به صورت مستقیم بوده و ضریب تعیین $0/01$ نشانگر عدم وجود ثبات در روند تغییرات می‌باشد. در مرحله مداخله روند تغییرات نیز ثابت و مستقیم بوده و ضریب تعیین $0/02$ نشانگر عدم وجود ثبات بالا در روند تغییرات و نامنظم بودن روند تغییرات می‌باشد. در مرحله پیگیری نیز روند تغییرات بازهم ثابت و یکنواخت می‌باشد که ضریب تعیین $0/01$ مبین این امر است.

مقدار همپوشی برای دانش‌آموز چهارم (مریم) $0/04$ یا 4 درصد و مقدار PAND نیز $0/96$ به دست آمد. ضریب فای متناظر با این مقدار $0/93$ و آماره کوهن $4/90$ می‌باشد که جزء اندازه‌های بالا محسوب می‌شود. با توجه به این یافته می‌توان گفت که اصلاح رفتار شناختی در کاهش میزان امتناع از مدرسه دانش‌آموز چهارم (مریم) مؤثر است.

نتایج تحلیل دیداری کاهش میزان امتناع از مدرسه دانش‌آموزان در روش اصلاح رفتار شناختی، جهت مقایسه و محاسبه اندازه اثر کل نشان داده شده است.

اندازه اثر روش اصلاح رفتار شناختی در کاهش میزان امتناع از مدرسه دانش‌آموزان در کل گروه

برای بررسی اندازه اثر روش اصلاح رفتار شناختی بر کل دانش‌آموزان، از درصد تمام نقاط داده غیرهمپوش PAND استفاده شد. همچنین این شاخص به ضریب فی تبدیل شده و سپس آماره d کوهن برای بررسی میزان اثر مورد محاسبه قرار گرفت.

نتایج تحلیل دیداری برای کل شرکت‌کنندگان نشان داد که تعداد کل مشاهدات در مرحله خط پایه و مداخله برای تمامی دانش‌آموزان 108 مشاهده می‌باشد. تعداد کل مداخلات 59 مداخله و تعداد مشاهده‌ها در مرحله خط پایه 49 عدد است. دانش‌آموز اول (زهرا)، 2 مشاهده همپوش در مرحله خط پایه با بالاترین‌ترین عدد مرحله مداخله یعنی 4 دارد. دانش‌آموز دوم (مهديه)، 2 مشاهده همپوش با بالاترین‌ترین عدد مرحله مداخله یعنی 5 دارد. دانش‌آموز سوم (صادقی)، 8 مشاهده همپوش با بالاترین‌ترین عدد مرحله مداخله یعنی 26 دارد و دانش‌آموز چهارم (مریم) 1 مشاهده همپوش با پایین‌ترین عدد

مرحله پایه یعنی ۶ دارد با توجه به این موارد، مجموع کل مشاهدات همپوش ۱۳ می‌باشد. با توجه به این مقادیر درصد مشاهدات همپوش ۱۲ درصد است. شاخص PAND نیز از کسر مقدار همپوشی از عدد یک به دست می‌آید و مقدار آن ۰/۸۸ می‌باشد. ضریب فای متناظر با این مقدار ۰/۷۶ و اندازه اثر d کوهن ۲/۳۳ است که جزو اندازه‌های اثر بالا می‌باشد. بنابراین می‌توان گفت که به طور کلی اصلاح رفتار شناختی در کاهش میزان امتناع از مدرسه دانش آموزان با رفتار امتناع از مدرسه مؤثر است.

در بخش تحلیل آماری، شاخص‌های میانگین و انحراف استاندارد برای هر ۴ دانش آموز در سه مرحله پایه، مداخله و پیگیری در جدول ۱ گزارش شده‌اند. همچنین از شاخص اندازه اثر تفاوت میانگین استاندارد شده^۱ (SMD) برای بررسی تأثیر روش اصلاح رفتار شناختی بر کاهش میزان امتناع از مدرسه دانش‌آموزان استفاده شده است. این شاخص بهترین روش کمی محاسبه اندازه اثر در تحقیقات آزمایشی تک موردی می‌باشد (کراتوچویل و همکاران،^۲ ۲۰۱۰). شاخص SMD از طریق فرمول زیر محاسبه می‌شود:

$$SMD = (M_t - M_b) / S_b$$

که در این فرمول، M_t میانگین مداخله، M_b میانگین خط پایه و S_b انحراف استاندارد خط پایه می‌باشند. مقادیر ۰/۲۰ نشانگر اثر اندک، ۰/۵۰ اثر متوسط و بیشتر از ۰/۸۰ اثر بالا می‌باشند.

با توجه به جدول ۱، میانگین مهدیه از مرحله خط پایه ۱۶/۷۳ تا مرحله مداخله ۳ کاهش چشمگیری داشته است ولی در مرحله پیگیری مقداری افزایش رخ داده است (۳/۳۶) انحراف استاندارد مرحله خط پایه ۹/۵۲ برای این دانش‌آموز نشانگر پراکندگی داده‌ها از میانگین و عدم وجود ثبات در داده‌هاست. در مرحله مداخله نیز انحراف معیار ۱/۶۳ نشانگر پراکندگی کم داده‌ها و وجود ثبات در داده‌های این مرحله می‌باشد. در مرحله پیگیری نیز انحراف معیار ۲/۳۴ نشانگر همگنی و ثبات متوسط در این مرحله

1- Standardized Mean Difference

2- Kratochwill et al

می‌باشد. همچنین برای مهديه اندازه اثر SMD $1/44-$ می‌باشد. این عدد نشان می‌دهد که اصلاح رفتار شناختی در کاهش میزان امتناع از مدرسه دانش‌آموز دوم (مهديه) اثر مثبتی داشته است.

جدول (۱) میانگین و انحراف استاندارد دانش‌آموزان در سه مرحله خط پایه، مداخله و پیگیری

دانش‌آموزان	خط پایه	مداخله	پیگیری
زهره	۱۰/۴۶	۳/۴۸	۱/۰۸
مهديه	۱۶/۷۳	۳	۱/۶۳
صادقی	۱۹	۲۱/۶۱	۵/۴۶
مریم	۷/۲۱	۳/۰۸	۲/۲۵
کل	۱۳/۳۵	۷/۷۹	۶/۴۷

علاوه بر این ۱، میانگین مریم صادقی از خط پایه ۱۹ تا مرحله مداخله $21/61$ افزایش یافته است. این مقدار در مرحله پیگیری تا حدی کاهش یافته است $19/92$ انحراف معیار مرحله خط پایه $7/69$ می‌باشد که نشانگر پراکندگی زیاد در داده‌ها است. انحراف معیار مرحله مداخله $5/46$ و پیگیری ۵ نیز نشان‌دهنده پراکندگی و عدم وجود ثبات در داده‌های این مراحل است. همچنین برای این دانش‌آموز اندازه اثر SMD $0/34$ می‌باشد. این عدد نشان می‌دهد که اصلاح رفتار شناختی در کاهش میزان امتناع از مدرسه دانش‌آموز سوم (مریم صادقی) اثر کمی داشته است.

میانگین مریم با توجه به جدول ۱ از مرحله خط پایه $7/21$ تا مرحله مداخله $3/08$ کاهش یافته است که نشانگر اثربخش بودن روش درمانی است. این کاهش در مرحله پیگیری نیز وجود دارد. $2/25$ انحراف معیار مرحله خط پایه $0/80$ نشانگر پراکندگی پایین داده و وجود ثبات در این مرحله می‌باشد. انحراف معیار مرحله مداخله $2/06$ می‌باشد که نشان می‌دهد داده از میانگین فاصله دارند. در مرحله پیگیری نیز انحراف معیار ۱ است که نشانگر ثبات بالا در داده‌های این مرحله می‌باشد. همچنین برای مریم اندازه اثر SMD برابر $5/16-$ است. این عدد نشان می‌دهد که اصلاح رفتار شناختی در کاهش

میزان امتناع از مدرسه دانش‌آموز چهارم (مریم) اثر مثبتی داشته است. شاخص SMD برای کل گروه نیز ۰/۹۳- به دست آمد به عبارتی روش اصلاح رفتار شناختی در کاهش میزان امتناع از مدرسه دانش‌آموزان اثر مثبتی داشته است.

میانگین مهديه از مرحله خط پایه ۱۶/۷۳ تا مرحله مداخله کاهش چشمگیری داشته است ولی در مرحله پیگیری مقداری افزایش رخ داده است (۳/۳۶) انحراف استاندارد مرحله خط پایه ۹/۵۲ برای این دانش‌آموز نشانگر پراکندگی داده‌ها از میانگین و عدم وجود ثبات در داده‌هاست. در مرحله مداخله نیز انحراف معیار ۱/۶۳ نشانگر پراکندگی کم داده‌ها و وجود ثبات در داده‌های این مرحله است. در مرحله پیگیری نیز انحراف معیار ۲/۳۴ نشانگر همگنی و ثبات متوسط در این مرحله می‌باشد. همچنین برای مهديه اندازه اثر SMD ۱/۴۴- می‌باشد. این عدد نشان می‌دهد که اصلاح رفتار شناختی در کاهش میزان امتناع از مدرسه دانش‌آموز دوم (مهديه) اثر مثبتی داشته است.

بحث

هدف از این پژوهش بررسی تأثیر اصلاح رفتار شناختی در کاهش علائم رفتار امتناع از مدرسه در دانش‌آموزان با رفتار امتناع از مدرسه بود. پژوهش انجام یافته نشان داد که اصلاح رفتار شناختی باعث کاهش اضطراب در دانش‌آموزان با رفتار امتناع از مدرسه شده و این امر هم منجر به کاهش غیبت و رفتار امتناع از مدرسه در دانش‌آموزانی که به دلیل اضطراب و ترس، از مدرسه رفتن امتناع در دوره مداخله گردد.

نتایج این پژوهش با مطالعاتی از جمله مطالعات اکبری پور، نشاط دوست و موسوی، ۲۰۰۹؛ نقل از نریمانی و همکاران، ۱۳۹۱؛ کینگ و همکاران، ۱۹۹۸؛ آرموندا و همکاران، ۲۰۰۹؛ برگ^۱، ۱۹۷۶؛ لاست و همکاران^۲، ۱۹۹۸؛ هیینه^۳، ۲۰۰۶؛ موفیت و سایرین^۴، ۲۰۰۳؛ و بسیاری دیگر که مدعی اثرگذاری اصلاح رفتار شناختی در کاهش رفتار امتناع در دانش‌آموزانی که با چنین مشکلی مواجه بودند، همخوانی دارد.

1- Berg
3- Heyne

2- Last et al
4- Moffitt et al

همچنین نتایج حاصل در دوره پیگیری نیز ادامه یافت که با مطالعات کینگ، تونگه، هینه، پریچارد، رولینگز^۱ و همکاران، ۱۹۸۸؛ همسو است.

در تبیین این همخوانی باید گفت در رویکرد شناختی- رفتاری بر نقش دو فرایند شناختی و رفتاری در شکل دهی و تداوم اختلال‌های روانی تأکید می‌شود. شناخت درمانی نیز بر این فرضیه استوار است که رفتار دارای کارکرد انطباقی است و بین احساس‌ها و تفکرهای فرد و رفتارهایش تعامل وجود دارد (جی ود، به نقل از جعفری، ۱۳۸۲). به عبارت دیگر انسان‌ها همزمان با فکر کردن، احساس و رفتار می‌کنند. پس برای تغییر دادن افکار، احساسات و رفتارهای ناکارآمد می‌توان از فنون شناختی، هیجانی و رفتاری، آن هم به صورت تعاملی و همزمان استفاده کرد (الیس، ۱۳۸۳).

انگاره اصلی در مدل‌های شناختی اختلال‌های هیجانی، این است که آنچه مسئول ایجاد هیجان‌های منفی از قبیل اضطراب، خشم و یا غمگینی است، خود رویدادها نیستند بلکه انتظار یا تفسیر افراد از آن رویدادهاست.

در جلسات درمانی، دو سطح مختلف در تفکر اختلال یافته، قابل تشخیص بود: (۱) افکار خودآیند منفی^۲ که عبارتند از افکار و یا تصاویر ذهنی که هنگام مضطرب شدن فرد در موقعیت‌های خاص خود را نشان می‌دهند ۲- فرض‌ها و قواعد ناکارآمد^۳ که عبارتند از باورهای کلی که افراد درباره خود و جهان دارند. گفته می‌شود که این اعتقادات فرد را آماده می‌سازند که موقعیت‌های خاصی را به روایی بیش از حد منفی و ناکارآمد، تعبیر کنند. نظر بر آن است که این فرض‌ها و قواعد از تجارب اولی یادگیری، برمی‌خیزند و تا زمانی که به وسیله رویداد خاص مرتبط با آن‌ها فعال نگشته‌اند، راکد باقی می‌مانند (سالکووس و هاوتون، ۱۳۷۶).

همچنین در پژوهش حاضر بخشی از جلسات درمانی صرف تشخیص علائم ترس و اضطراب دانش‌آموزان شد زیرا همان‌گونه که بک (۱۹۷۶) استدلال می‌کند در حالت‌های

1- King, Tonge, Heyne, Pritchard, Rollings & etc 2- Negative automatic thoughts
3- Dysfunctional assumptions & rules

اضطرابی، افراد، مرتباً خطر متعلق به موقعیتی خاص را بیش از آن چه در واقعیت وجود دارد، برآورد می‌کنند. این گونه بیش برآوردها به‌طور خودکار و به‌طور غیرارادی «برنامه اضطراب» را فعال می‌سازند. موقعی که ترس از یک سو ادراک برمی‌خیزد پاسخ‌هایی که به‌وسیله برنامه اضطرابی فعال می‌شوند، تناسبی با موقعیت ندارند. این پاسخ‌ها به‌جای آن که نقش مفیدی را برعهده بگیرند، اغلب به عنوان خاستگاه‌های دیگری از ترس، تعبیر می‌شوند و این خود، به یک دور باطلی می‌انجامد که گرایش به تداوم و تشدید واکنش اضطراب دارد (نقل از سالکووس و هاوتون، ۱۳۷۶).

راهبرد مورد استفاده معمول، پرسیدن سؤال‌هایی بود که می‌تواند افکار منفی و برانگیزاننده اضطراب را رد کنند. این سؤال‌ها شامل چالش احتمالی از یک موقعیت ترساننده، سؤال کردن چنانچه فرد به‌طور طبیعی می‌داند سایرین به چه چیزی می‌اندیشند. یا در نظر گرفتن پیامد یا نتیجه واقعی‌تری از یک موقعیت تمرینی که یک نمونه از انواع متعدد این سؤال‌ها برای به‌کارگیری آنها در شرایط مختلف مهم خواهد بود. درمان‌گر شناختی-رفتاری در مشارکت با دانش‌آموز، در نقش تربیتی و آموزشی به او کمک می‌کند تا باورهای غلط خود را بشناسد و روش‌هایی را برای تغییر این باورها پیشنهاد می‌کند. علاوه بر آن درمانگر به مراجع تکلیف می‌دهد تا روش‌های جدید حل مشکل خود را مورد آزمون قرار دهند. چرا که هدف اصلی در رویکرد شناختی-رفتاری در گروه و به‌صورت انفرادی از بین بردن خطاها و سوگیری‌ها در تفکر است تا افراد بتوانند کارآمدتر عمل کنند.

در رویکرد شناختی-رفتاری بر کیفیت رابطه بین مراجع و درمانگر تأکید زیادی در نهایت تلاش گردید که به‌طور خلاقانه و فعالی مراجعان در فرایند "پرسش‌های سقراطی"^۱ قرار گیرند. درمان شناختی تا حدود زیادی به‌عنوان یک الگوی روانی آموزشی در سراسر درمان تداوم می‌یابد. در پایان فرایند درمان، مراجعان اطلاعاتی را می‌آموزند که آنان را قادر می‌سازد به‌طور کارآمد با هرگونه بازگشتی مقابله نمایند (نوابی‌نژاد، ۱۳۸۳؛ نقل از همتی، ۱۳۹۱).

1- Socratic questioning

به‌علاوه راهکارهایی مثل آرامش عضلانی به دانش‌آموزان آموزش داده شد با توجه به این‌که انواعی از روش‌های آرامش عضلانی در درمان‌های شناختی رفتاری به‌کار می‌رود باید گفت آرامش عضلانی به‌کار رفته در این پژوهش شامل انقباض یک دقیقه‌ای عضلات مختلفی از بدن (دست‌ها، بازوها، شانه‌ها، گردن، صورت و بینی، پیشانی، فک، معده، ساق‌ها و پاها) و سپس رهاسازی آن‌ها و فکر کردن به آرامش حاصل از آن بود، که این تکنیک روزانه دوبار توسط آزمودنی‌ها به عنوان تکلیف در منزل انجام می‌شد.

به‌نظر ولپه، آرام‌سازی به معنی فعالیت فیزیولوژیکی متضاد با تنش در برنامه شرطی‌سازی تقابلی او می‌تواند به‌عنوان یک پاسخ ایده‌آل به‌کار گرفته شود (برنستین و بورکووک، ۱۳۸۰).

همچنین، تنفس عمیق یا تنفس دیافراگمی نیز به دانش‌آموزان آموخته شد تا از این تکنیک در کنار آرامش عضلانی بهره‌گیرند زیرا یکی از بهترین صورت‌های آرمیدگی و آگاه کردن ذهن و بدن برای زندگی موفقیت‌آمیز، تمرین‌های تنفسی است. به این دلیل که افراد معمولاً زمانی که هیجان زده‌اند، درست نفس نمی‌کشند. این درست نفس نکشیدن، هم علت بروز اختلال هیجانی است و هم معلول اختلال هیجانی (الیس، ۱۳۸۳).

همان‌طور که ویسکوچیل (۲۰۱۲) ترکیبی از آرام‌سازی عضلانی پیش‌رونده و تنفس عمیق دیافراگمی را معمولاً ترجیح می‌داد.

در نهایت پس از تسلط دانش‌آموز بر ریلکسیشن و تنفس دیافراگمی، از پایین‌ترین موقعیت آزاردهنده در هرم امتناع و اضطراب دانش‌آموز، شروع به حساسیت زدایی کرده و تا بالاترین موقعیت هرم پیش رفتیم در این روش از دانش‌آموز می‌خواستیم که هر آنچه را که در این موقعیت‌ها، از رخ دادن آن دچار ترس و اضطراب می‌شود دقیقاً مانند یک سناریو، تجسم کند در اثنای این تجسم نیز هرگاه علایمی از ترس و اضطرابشان را مشاهده کردند بلافاصله صحنه‌ای را که به آن می‌اندیشیدند، تبدیل به یکی از

صحنه‌های بسیار خوشایندشان از جمله صحنه کنار دریا، آبشار و... کنند و شروع به ریلکس کردن آن بخش از بدنشان که دچار تنش شده نمایند، تنفس عمیق بکشند و خودشان را آرام نمایند و سپس دوباره به تجسم آن صحنه که منجر به تنش گردیده نمایند تا زمانی که آن صحنه را بدون اضطراب و ترس بتوانند تحمل کنند.

اگرچه به‌کارگیری روش آرام‌سازی پیش‌رونده در برنامه‌های درمانی ویژه، هنوز جای بسیاری برای تحول و پیشرفت دارد، اما در شرایط فعلی از این روش بیشتر در موارد زیر استفاده می‌شود ۱- در روش حساسیت‌زدایی منظم ولپه، به‌عنوان پاسخ‌نا سازگار با اضطراب ۲- در حساس‌سازی پنهان^۱ برای تقویت تمرکز توجه ۳- در آرام‌سازی افتراقی^۲، به‌عنوان یک ابزار مناسب کاهش تنش در طی روز ۴- در فنون کاهش اضطراب^۳ به‌عنوان یک پاسخ خوشایند شرطی شده تکمیلی برای علامت پایان‌بخش به اضطراب. در سایر روش‌های درمانی نیز روش آرام‌سازی به‌عنوان یکی از پایه‌های درمان، کم و بیش به‌کار گرفته می‌شود (سالکووس^۴ و هاوتون، ۱۳۷۶).

همان‌گونه که جوزف ولپی هم پیشنهاد کرد، به‌طور کلی می‌توان از طریق ارائه همزمان محرک‌های اضطراب‌انگیز و محرک‌هایی که پاسخ معارض با اضطراب (بازدارنده متقابل) در اورگانیزم ایجاد می‌کنند، ترس را کم ساخت، به شرطی که پاسخ معارض، قوی‌تر از اضطراب باشد. برای حصول اطمینان از این‌که بازدارنده، قوی‌تر از اضطراب است، محرک‌های اضطراب‌انگیز به‌طور تدریجی و به‌صورت سلسله‌مراتبی، از کم به زیاد، ارائه می‌شوند. ولپی درکار تعمیم این یافته‌ها به انسان، به سه نوع پاسخ عمده رسید که ممکن بود در نقش بازدارنده‌های متقابل، عمل کنند. پاسخ‌های جانبی، پاسخ‌های جرأت‌آمیز و آرامش عضلانی پیش‌رونده^۵. متداول‌ترین این پاسخ‌ها، شکل تعدیل‌یافته و کوتاه‌شده روش آرامش جکوبسون^۶ بود که به‌نظر ولپی از لحاظ همبسته‌های نوروفیزیولوژیک، اثری مشابه غذا خوردن را دارا است. در روش ولپی، ابتدا

1- Overt sensitization
3- Anxiety Relief Techniques
5- Progressive muscular relaxation

2- Differential Relaxation
4- Cue_Word
6- Jacobson

به بیمار آرامش داده می‌شود و بعد، از او خواسته می‌شود که به‌طور گام به گام طبق سلسله مراتبی^۱ که تنظیم شده است، در معرض موقعیت‌های ترسناک قرار گیرد: زیرا در این حالت آرامش، موجب بازداری متقابل پاسخ ترس می‌شود. ولپی ابتدا از رویارویی عینی (واقعی)^۲ استفاده می‌کرد، اما بعد، ارائه ذهنی را جایگزین آن کرد. این تغییر به علت قابلیت کنترل بیشتر، و سهولت کاربرد روش ذهنی، صورت گرفت. این روش به روش حساسیت‌زدایی منظم^۳ شهرت یافت (نقل از سالکووس و هاوتون، ۱۳۷۶).

بالاخره در این برنامه اصلاح رفتار، تا حد امکان و تا آنجا که مقررات مدارس اجازه می‌داد و معلمان می‌توانستند همکاری کنند، موقعیت‌های اضطراب آور هرم امتناع و اضطراب برای دانش‌آموز در واقعیت تکرار می‌شد و دانش‌آموز با ترس‌هایش چندین بار درحالی که سعی در به‌کارگیری مهارت‌های آموخته شده در طول برنامه اصلاح رفتار داشت، مواجه می‌شد و در نهایت به این نتیجه می‌رسید که بسیاری از ترس‌هایش رخ نمی‌دهند و نگرانی‌هایش بی‌مورد هستند.

قابل ذکر است که بخشی از زمان مداخله و کل زمان پیگیری برای آزمودنی‌ها به ویژه صادقی همزمان با شروع امتحانات میان ترم و امتحانات ترم بود و با توجه به این که در هرم اضطراب و امتناع، دانش‌آموزان به نوعی هرکدام، به داشتن ترس و اضطراب، از یک یا چند موقعیت امتحانی اشاره داشتند، این بدین معنی است که دانش‌آموزان با وجود مواجه واقعی و متعدد با موقعیت‌های اضطراب‌آور هرم اضطراب و امتناع‌شان باز هم این روند صعودی را در کاهش میزان امتناع و اضطراب، همانند دوره مداخله، در زمان پیگیری نشان داده‌اند.

از جمله محدودیت‌های روبه‌رو شده در این پژوهش مثل تمامی طرح‌های تک آزمودنی باید گفت که با توجه به محدود بودن نمونه طرح، در تعمیم نتایج باید جانب احتیاط رعایت گردد. همچنین این پژوهش دارای دوره پیگیری کوتاه‌مدت (دو هفته) بود.

1- hierarchy
3- Systematic desensitization

2- In vivo exposure

و برخی از دبیران نیز همکاری لازم را با پژوهشگر نداشتند.

برای تحقیقات آتی پیشنهاد می‌شود که در صورت امکان پژوهشگر اولیای دانش‌آموز را برای حمایت از او در اجرای راهبردهای مربوط به اصلاح رفتار شناختی و افزایش انگیزه دانش‌آموز در ادامه دادن راهکارها و یا یادآوری آن‌ها، در برنامه اصلاح رفتارشناختی دخالت دهد و پیگیری در زمان بیشتری انجام گیرد.

همچنین پیشنهاد می‌شود پژوهشی مشابه در سایر شهرستان‌ها و بین جامعه‌های مختلف و گسترده آماری و نیز دیگر مقاطع تحصیلی انجام شود تا با بررسی‌های مقایسه‌ای بتوان بینش عمیق از چگونگی تأثیر متغیرهای فوق تحصیل کرد.

تاریخ دریافت نسخه اولیه مقاله: ۱۳۹۲/۰۹/۲۳

تاریخ دریافت نسخه نهایی مقاله: ۱۳۹۳/۰۶/۱۴

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۳/۱۰/۲۵

منابع

- الیس، آلبرت (۱۳۸۳). با آلبرت الیس مشاوره کنید. ترجمه مهرداد فیروز بخت، چاپ اول، تهران: مؤسسه چاپ و انتشارات آستان قدس رضوی.
- برنستین، داگلاس؛ بورکووک، تامس (۱۳۸۰). راهنمای آموزش آرام‌سازی روانی. ترجمه دکتر علی صاحبی، انتشارات: دانشگاه فردوسی مشهد.
- خدایاری فرد، محمد؛ شکوهی یکتا، محسن؛ افتخار اردبیلی، مهرداد؛ سهرابی، فرامرز؛ غباری بناب، باقر؛ فتی، لادن و همکاران (۱۳۸۵). تشخیص و درمان اختلالات روانشناختی کودک و نوجوان. چاپ: اول، تهران: انتشارات سیطرون.
- محمودی، محمد؛ گودرزی، محمدعلی؛ تقوی، سیدمحمد رضا؛ رحیمی، چنگیز (۱۳۸۹). بررسی اثربخشی درمان کوتاه‌مدت متمرکز بر فراشناخت بر علایم اختلال هراس اجتماعی، بررسی تک آزمودنی. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۲ (۳)، ۴۱-۶۳.
- نریمانی، محمد؛ حسن‌زاده، شهناز؛ ابوالقاسمی، عباس (۱۳۹۱). اثربخشی آموزش ایمن‌سازی روانی بر کاهش استرس، اضطراب و افسردگی دانش‌آموزان دختر مقطع پیش دانشگاهی. *مجله روانشناسی مدرسه*، ۱ (۳)، ۱۰۱-۱۰۷.
- همتی، کامل (۱۳۹۱). اثربخشی درمانی شناختی-رفتاری بر پرخاشگری و ابراز وجود دانش‌آموزان. *پایان‌نامه کارشناسی ارشد: دانشگاه تبریز*.
- زارب، م. ژانت (۱۳۸۶). ارزیابی و شناخت-رفتار درمانی نوجوانان. ترجمه محمد خدایاری فرد، یاسمین عابدینی، تهران: انتشارات رشد.
- هاوتون، کرک؛ سالکووس، کلارک (۱۳۷۶). رفتار درمانی شناختی (راهنمای کاربردی در درمان اختلال‌های روانی) (ج ۱). ترجمه دکتر حبیب‌الله قاسم‌زاده، تهران: انتشارات ارجمند.
- Armando A.P., Argero A.Z., Nancy A.G., & Claudio D.O. (2009). Psychosocial Interventions for School Refusal Behavior in Children and Adolescents. *Child Dev*
- Berg, I. (1976). School phobia in the children of agoraphobic women. *British Journal of Psychiatry*, 128, 86-89.

-
- Brill, L.D. (2009). School Refusal: Characteristics, Assessment, and Effective Treatment: A Child and Parent Perspective. PCOM, Psychology Dissertations. 17, 1-48.
- Chang, Wen-Ting. H., Ya-June. Su, Yu-Chiou. Tseng & Jui-Jung (2009). The Successful Intervention in Positive Behavioral Support Approach for Two Students with Special Needs with School Refusal. National Special Education Information Network, 6, 48-64 (chains)
- Fremont, W.P. (2003). School Refusal in Children and Adolescents. American Family Physician, 68(8), 1556-1560.
- Heyne, D. (2006). School refusal. In J. E. Fisher & W.T. O'Donohue (Eds.), Practitioner's guide to evidence based psychotherapy. (pp.600-619). New York: Springer.
- Kearney, C., A. & Bensaheb, A. (2006). School Absenteeism and School Refusal Behavior: A Review and Suggestions for School-Based Health Professionals. *Journal of School Health*, 76(1), 1-14.
- Kearney, C.A. (2007) Forms and functions of school refusal behavior in youth: an empirical analysis of absenteeism severity. *USA Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(1), 53-61.
- Kearney, Christopher A. (2007). Forms and functions of school refusal behavior in youth: an empirical analysis of absenteeism severity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48:1, 53-61
- Kearny, C.A., Bates, M. (2005). Addressing School Refusal Behavior: Suggestions for Frontline Professionals. *Children & Schools*, 27(4), 207-216.
- King, N.J., Tonge, B.J., Heyne, B.J., Pritchard, M., Rollings, S., Young, D., Myerson, N., & Ollenick, T.H. (1998) Cognitive-Behavioural Treatment of School-Refusing Children: acontrolled evaluation. *Journal of the American Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 395-403
- King, N.J., Tonge, B.J., Heyne, D., Pritchard, M., Rollings, S., Young, D., Myerson, N. & Ollendick, T.H. (1998). Cognitive-behavioral treatment of school-refusing children: A controlled evaluation. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37 (4), 395-403.
-

- Last, C.G., Hansen, C., & Franco, N. (1998). Cognitive-behavioral treatment of school phobia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 404-411.
- Moffitt C.E, Chorpita, B.F, Fernandez, S.N. (2003). Intensive cognitive-behavioral treatment of school refusal behavior. *Cognitive and Behavioral Practice*, 10:51-60.
- Rennie, W., R. (2003) School Refusal: A Case Study. Unpublished Thesis MA in Education (Research), *Australian Catholic University*.
- Viskochil, J. (2012). School Refusal Behavior: From Terminology to Treatment University of Utah. Available from <http://ed-psych.utah.edu>.