

## نقش معلمان در زمینه بهداشت روانی در مدارس ابتدایی: نتایج یک مطالعه مداخله‌ای

محمدحسین کاوه\*: دانش‌آموخته دکتری آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران  
دکتر داود شجاعی‌زاده: دانشیار، گروه خدمات بهداشتی، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران  
دکتر داود شاه محمدی\*\*: استادیار، گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، انستیتو روانپزشکی تهران  
دکتر حسن افتخار اردبیلی: استاد، گروه خدمات بهداشتی، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران  
دکتر عباس رحیمی: استادیار، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران  
دکتر جعفر بوالهروی: دانشیار، گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، انستیتو روانپزشکی تهران

فصلنامه پایش

سال دوم شماره دوم بهار ۱۳۸۲ صص ۹۵-۱۰۳

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۱/۱۰/۱۵

### چکیده

هدف اصلی این مطالعه، تعیین تأثیر مداخله آموزشی بر آگاهی، نگرش و عملکرد معلمان در زمینه سلامت روانی دانش‌آموزان بوده است. منظور از عملکرد، شناسایی و ارجاع دانش‌آموزان دارای علائم و نشانه‌های اختلال در سلامت روانی است. از بین معلمان پایه چهارم در دبستان‌های دولتی شهر حرم آباد در استان لرستان در سال تحصیلی ۸۱-۱۳۸۰، ۶۴ نفر به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای دو مرحله‌ای با انتخاب تصادفی ساده برگزیده شده بودند که از این افراد ۵۷ نفر در مطالعه مشارکت کردند. کارگاه آموزشی به مدت ۳ روز برای معلمان گروه مورد (۲۷ نفر) برگزار گردید. اطلاعات پژوهش در سه مرحله شامل قبل و بعد از کارگاه آموزشی و در پایان فعالیت‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های خود اجرا (در گروه‌های مطالعه) و مدارک مربوط به ارجاع دانش‌آموزان و گزارش‌های روان‌شناسان جمع‌آوری گردید. داده‌ها نیز در نرم‌افزار آماری SPSS و با استفاده از روش‌های آمار غیر پارامتری پردازش و تحلیل شده‌اند.

۵۱ درصد مشارکت‌کنندگان زن، ۴۲ درصد دارای مدرک تحصیلی دیپلم، ۳۵ درصد فوق دیپلم و ۲۳ درصد کارشناس بودند. اکثر آنها در دوره آموزشی بهداشت روانی تا قبل از این پروژه شرکت نداشته‌اند. یافته‌های قبل از مداخله آموزشی نشان داد که معلمان در هر دو گروه از آگاهی ضعیفی درباره اختلالات روانی-عاطفی کودکان برخوردارند. ولی بعد از مداخله آموزشی افزایش بارز در نمرات آگاهی و نگرش معلمان در گروه مورد مشاهده گردید این در حالی بود که هیچ تغییر بارزی در این متغیرها در گروه شاهد مشاهده نشد. همچنین معلمان گروه مورد در طی این پروژه ۱۰۶ دانش‌آموز را شناسایی و به مرکز مشاوره ارجاع کردند که روان‌شناسان وجود اختلال را در ۷۹ نفر از آنان تأیید نمودند. در همین مدت معلمان گروه شاهد تنها ارجاع ۲ دانش‌آموز را گزارش دادند. تحلیل یافته‌ها در بیشتر موارد حاکی از سطوح بالاتر آگاهی، نگرش و عملکرد معلمان زن و افرادی است که دارای تحصیلات دانشگاهی بوده‌اند.

این مطالعه نشان داد که معلمان آموزش دیده از پتانسیل قابل توجهی برای شناسایی و ارجاع دانش‌آموزان نیازمند خدمات سلامت روانی و در مجموع مشارکت در ارائه این خدمات در مدارس برخوردارند. از این رو، برنامه ریزی برای ارتقای سطح دانش، نگرش و درنهایت توسعه مشارکت معلمان در بهداشت روانی مدارس، اقدامی مفید بلکه ضروری برای دانش‌آموزان بسیاری است که در خطر آسیب‌های روان‌شناختی قرار دارند.

**کلیدواژه‌ها:** معلم، آگاهی، نگرش، عملکرد، بهداشت روانی مدارس

\*نویسنده اصلی: خیابان انقلاب اسلامی، خیابان قدس، خیابان پورسینا، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، گروه

خدمات بهداشتی، صندوق پستی: ۱۴۱۵۵-۶۴۴۶

تلفن: ۶۱۱۲۵۳۳ و ۸۹۵۱۳۹۱

E-mail: m\_h\_kaveh@yahoo.com

\*\*قبل از انتشار این مقاله، دعوت حق را لبیک گفتند.

#### مقدمه

اختلالات عاطفی و روان شناختی از عوامل مهم و رو به تزاید ابتلا، ناتوانی و کاهش کیفیت زندگی در تمام جوامع هستند. طبق تخمین سازمان جهانی بهداشت از هر چهار نفر یکی یا به عبارت دیگر ۲۵ درصد جمعیت جهان از اختلالات روانی، رفتاری و عصبی رنج می‌برند [۱ و ۲]. در ایران، بر اساس طرح مطالعاتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۷۸، میزان شیوع اختلال روانی به صورت کلی در جمعیت بالای ۱۵ سال کشور ۲۱ درصد گزارش گردیده است [۳]. در مطالعه‌های دیگر، میزان شیوع بیماری‌های روانی شناسایی شده در جمعیت روستای تحت پوشش خانه‌های بهداشت ایران ۱۲/۶ در هزار و بیماری‌های شدید روانی ۱/۱۵ در هزار گزارش گردیده است [۴].

بر خلاف تصور عمومی، ناخوشی‌های روانی - عاطفی مشکل شایع‌تر یا محدود به جمعیت بالغ و بزرگسال کشورها نیست. کودکان و نوجوانان بیش از سایر جمعیت آسیب پذیر، اما بسیار کمتر از بزرگسالان از حمایت و مراقبت‌های لازم برخوردارند. تقریباً ۲۱ درصد از کودکان و نوجوانان در طی یک سال، علائم و نشانه‌های اختلال روان شناختی را بر طبق معیارهای DSM-IV تجربه می‌کنند، اما کمتر از ۲۰ درصد آنان از خدمات سلامت روانی بهره‌مند می‌شوند [۵، ۶ و ۷]. وضعیت در کشورهای در حال توسعه نیز نگران کننده و احتمالاً در برخی مناطق وخیم‌تر است. علاوه بر کودکانی که طبق معیارهای DSM-IV اختلال روان شناختی قابل تشخیص دارند، تعداد زیادی کودک در معرض خطر آسیب‌های آینده یا به خاطر مشکل رفتاری، فشار عاطفی یا روانی نیازمند یاری وجود دارند، اما هنوز به مرحله‌ای نرسیده‌اند که معیارهای مذکور در مورد آنها صدق کند. این در حالی است که در جمعیت‌های کم درآمد درصد کودکانی که در خطر مشکلات روانی قرار دارند بیش از ۵۰ درصد است [۸].

در ایران بررسی‌های همه‌گیرشناسی متعددی به صورت پراکنده در مناطق مختلف و بیشتر در جمعیت دانش آموزی انجام گرفته است. به‌عنوان نمونه میزان شیوع اختلالات سلوکی و هیجانی در دانش‌آموزان دبستانی شهر شیراز ۱۷/۸ درصد [۹].

میزان شیوع اختلالات رفتاری در دانش‌آموزان شهر یاسوج، در دختران ۲۴/۴ درصد و در پسران ۲۹/۶ درصد [۱۰] گزارش گردید و نوری به نقل از منابعی رقم ۳۹ درصد را برای دانش‌آموزان مبتلا به مشکلات عاطفی - رفتاری در ایران ذکر کرده است [۱۱].

ابتلای کودکان و نوجوانان، که حدود یک سوم جمعیت کشور را تشکیل می‌دهند و پیشرفت، توسعه و سلامت نسل آینده نیز به آنها وابسته است، اهمیت بسیار دارد. بنابراین در تمام جوامع، به‌ویژه ممالک در حال توسعه، به رویکردهای فعال‌تر، مؤثرتر و جامع‌تر ارایه خدمات بهداشت روانی نیاز است تا همه قشرهای جامعه، به‌ویژه کودکان و نوجوانان در محیط‌های طبیعی خود مثل مدارس و محل‌های کار از این خدمات برخوردار گردند [۱۲ و ۱۳]. دلایل بسیاری وجود دارد که سازمان‌دهی خدمات سلامت روانی در مدارس، راهبرد اساسی برای ارتقای سلامت دانش‌آموزان و در نهایت کل جامعه است. در واقع، مدرسه فرصتی بی‌همتا و جایگاهی اساسی برای بهبود زندگی و ارتقای سلامت روانی کودکان و نوجوانان است [۱۴، ۱۵ و ۱۶]. برای بسیاری از کودکان و نوجوانان، مدارس عمده‌ترین کانال برای دریافت خدمات بهداشت روانی هستند و برای بسیاری از آنان، مدرسه تنها منبع مراقبت محسوب می‌شود [۱۷]. عواقب بی‌توجهی یا توجه ناکافی به سلامت روان در نظام آموزشی مدارس را می‌توان در روی آوردن جوانان به مصرف سیگار و مواد، خشونت، ترک تحصیل، شکست تحصیلی، خودکشی و ... مشاهده کرد [۱۶ و ۱۸].

برای این که مدارس وضعیت یادگیری و سلامت دانش‌آموزان را بهبود دهند، باید ضمن بازنگری، اصلاح و سازمان‌دهی مجدد برنامه‌های خود، با شناسایی منابع و تعریف مجدد نقش‌ها شرایط لازم را برای توسعه سلامت روانی دانش‌آموزان فراهم نمایند. همچنین زیرساخت‌هایی را برای مشارکت و همکاری لازم بین عوامل مدرسه، خانواده‌ها و منابع جامعه بنا گذارند [۲۰، ۱۹ و ۲۱]. در این رویکرد، شناخت موقعیت و پتانسیل‌های ارزشمند معلمان و بهره‌گرفتن از آنها عامل مهم بلکه ضروری در اثربخشی برنامه‌های تربیتی و

بهداشتی است. تماس طولانی و موقعیت نافذ روان شناختی، به معلم کمک می‌کند تا در فعالیتهای بهداشت روانی مدارس به نحو مؤثری ایفای نقش نماید [۱۸، ۲۲ و ۲۳]. در نتیجه معلم بیش از هر متخصص دیگر مدرسه، در موقعیت شناسایی دانش آموزان، ارتباط روزانه با آنها و ایجاد یک رابطه مبتنی بر اعتماد و احترام متقابل قرار دارد. بنابراین معلم در خط اول تماس دانش آموزان با برنامه‌های بهداشت و مشاوره روان شناختی مدرسه است. چنین موقعیت ممتازی به معلم امکان می‌دهد که در فعالیتهای بهداشت روانی مدارس به نحو مؤثری ایفای نقش نماید. دو نقش مهم در این زمینه آموزش بهداشت روانی و شناسایی و ارجاع دانش آموزان مشکل دار است [۱۶ و ۲۲].

با توجه به واقعیت‌های مذکور و بر اساس تحلیلی از وضعیت و منابع موجود، نویسندگان، مطالعه حاضر را به منظور ارزیابی نقش معلمان در شناسایی و ارجاع دانش آموزان، طراحی و اجرا نموده‌اند که هدف اصلی آن، تعیین تأثیر مداخله آموزشی بر آگاهی، نگرش و عملکرد معلمان در زمینه بهداشت روانی دانش آموزان بوده است.

### مواد و روش کار

این پژوهش از نوع مداخله‌ای (تجربی) است و جمعیت مورد مطالعه در آن آموزگاران پایه چهارم شاغل در دبستان‌های دولتی شهر خرم آباد بوده‌اند. نمونه‌ها شامل دو گروه مورد و شاهد و در هر گروه ۳۲ آموزگار بودند که به روش خوشه‌ای دو مرحله‌ای با انتخاب تصادفی ساده انتخاب گردیدند. ۷ نفر از معلمان به دلایلی از خارج شدند. از این رو تعداد نهایی به ۲۷ نفر در گروه مورد و ۳۰ نفر در گروه شاهد کاهش یافت. قابل ذکر است که با به کار بردن فرمول حجم نمونه برای مقایسه دو میانگین، تعداد ۲۲ معلم در هر گروه برآورد گردیده بود [۲۴].

متغیرهای اصلی مطالعه مطابق با اهداف طرح عبارت بودند از: آگاهی، نگرش و عملکرد معلم. برای سنجش آگاهی، از تعدادی پرسش باز استفاده گردید. در این پرسش‌ها از معلمان درخواست شد تا تعدادی از اختلالات عاطفی، روانی یا رفتاری شایع در کودکان مدرسه‌ای را نام ببرند، برای هر مورد تعریف ارائه نموده و بالآخره علایم و نشانه‌های مهم مربوط به هر اختلال را بنویسند. جمع نمرات پرسش‌ها ۲۱ بود. برای

سنجش نگرش نیز پرسش‌هایی مبتنی بر مقیاس افتراق معنایی آزگود طراحی گردید. مقیاس مذکور شامل چهار جفت صفت دو قطبی (لذت بخش / ناخوشایند، مطلوب / نامطلوب، ارزشمند / بی‌ارزش، مثمر ثمر / بی‌ثمر) است. در میان دو قطب هر جفت صفت، اعداد از ۱ تا ۵ قرار داشتند (این اعداد هنگام پردازش اطلاعات به ۲- تا ۲+ تغییر یافتند).

روش اصلی برای سنجش رفتار «شناسایی و ارجاع» نیز، تعداد دانش آموزان ارجاع شده به روان شناس بر اساس اطلاعات مستند بوده است. موارد ارجاع شده توسط سه نفر با مدرک کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی در مرکز مشاوره معاینه و بررسی می‌گردیدند. سعی بر این بوده است که معلمان و کارشناسان از نام یکدیگر مطلع نباشند. همچنین در صورت نیاز به اطلاعات بیشتر، انتقال پرسش‌های مکتوب مشاور و دریافت پاسخ از معلم توسط رابط انجام گرفته است. هر چند شرایط فرهنگی، بعد مسافت و موانع دیگر رعایت دقیق این تدابیر را با مشکلات و محدودیت‌هایی همراه می‌ساخت.

به منظور حفظ پایایی و جلوگیری از تورش بین مصاحبه کنندگان (کارشناسان)، طی جلسه‌ای قبل از آغاز کار هماهنگی‌های لازم بین آنان به عمل آمد. از طرف دیگر با توجه به واقعیت‌های مربوط به توانایی‌های معلمان، سطح عملکرد مورد انتظار از معلم این بوده است که با شناخت علایم و نشانه‌های اختلال در سلامت روان شناختی، دانش آموزان مشکل دار را به کارشناس ارجاع نماید. از کارشناس نیز در راستای اهداف طرح خواسته شده تا به این پرسش پاسخ دهد که آیا دانش آموز واقعاً مشکلی در سلامت روان دارد؟ به عبارت دیگر آیا معلم توانسته است دانش آموز مشکل دار را غربالگری نماید؟ با این وصف احتمال بروز تورش کم بوده است. داده‌های پژوهش با استفاده از پرسشنامه‌های خود-اجرا در گروه‌های شاهد و مورد و نیز مدارک گزارش‌های روان شناسان مربوط به دانش آموزان ارجاع شده توسط معلمان، طی سه مرحله قبل و بعد از مداخله آموزشی و پس از اتمام فعالیت‌ها جمع آوری گردیده‌اند. در این مطالعه، استفاده از روش‌های کمی در گردآوری و تحلیل اطلاعات، محور کار بوده است. در عین حال علاوه بر ارائه اطلاعات اصلی، یافته‌هایی نیز در جریان اجرا و پایش مطالعه، از طریق مشاهده و گفت و گو با

مشارکت کنندگان به دست آمد. این یافته‌ها علاوه بر کمک به تفسیر برخی داده‌ها، اجرای پژوهش‌های کیفی مرتبط را پیشنهاد می‌دهند.

مداخله آموزشی به صورت دو کارگاه آموزشی ۲ و ۱ روزه، با فاصله ۳ هفته اجرا گردید. در طراحی و اجرای مداخله آموزشی نظریه ناهماهنگی شناختی و بخش‌هایی از نظریه عمل استدلالی مورد توجه بوده است. برای تحلیل داده‌های به دست آمده در این پژوهش، غالباً از روش‌های آماری غیر پارامتری استفاده گردید. برخی از دلایل این کار عبارت بودند از:

الف- اکثر اطلاعات مورد بررسی در این پژوهش اعداد واقعی نیستند. ب- مقیاس اکثر متغیرهای مورد مطالعه، به ویژه متغیرهای اصلی، رتبه‌ای هستند و ج- متغیرهای مورد بررسی در حوزه علوم اجتماعی و نه فیزیکی یا بیوشیمیایی قرار دارند، لذا برای چنین متغیرهایی به طور معمول روش‌های غیر پارامتری توصیه می‌شود [۲۵ و ۲۶].

#### یافته‌ها

آزمون آلفای کرونباخ برای سنجش ثبات درونی مقیاس‌های مورد استفاده در مطالعه به کار گرفته شد. بر اساس آن ضریب آلفا حدود ۰/۷۵۶ به دست آمد. مردان ۴۹ درصد از کل افراد مورد مطالعه را تشکیل می‌دادند. این نسبت در گروه‌های مورد و شاهد به ترتیب ۴۴/۴ و ۵۳ درصد بود که این تفاوت به لحاظ آماری معنادار نبود.

۴۲ درصد مشارکت کنندگان مدرک تحصیلی دیپلم، ۳۵ درصد کاردانی و ۲۳ درصد مابقی کارشناسی داشتند. گروه‌های

مورد و شاهد به لحاظ مدرک تحصیلی تفاوت آماری معنا داری نداشتند.

میانگین سابقه خدمت در گروه‌های مورد و شاهد ۱۵/۷ سال و میانگین آن در گروه‌ها به ترتیب ۱۵ و ۱۴ سال بود ( $P=0/92$ ) در مرحله قبل از کارگاه آموزشی مشارکت کنندگان در گروه‌های مورد و شاهد از ۲۱ نمره (کل نمره آگاهی)، به ترتیب ۴/۰۶ و ۴/۰۶ نمره را کسب کردند و میانگین در هر دو گروه یکسان (۴) بود ( $P=0/66$ ). اما پس از مداخله، میانگین و میانگین نمره آگاهی معلمان در گروه مورد به ترتیب به ۱۴/۳ و ۱۶ ارتقا یافت. در حالی که این ارقام در گروه شاهد ۴/۸ و ۴/۵ بود ( $P<0/001$ ).

میانگین نمرات نگرش قبل از مداخله آموزشی در گروه‌های مورد و شاهد به ترتیب ۶ و ۵ بود. آزمون آماری من ویتنی تفاوت معنی داری را بین شاخص‌های مرکزی در دو گروه نشان داد. پس از اجرای کارگاه آموزشی پیشرفت بارزی در نگرش‌های معلمان در گروه مورد مشاهده گردید، به طوری که شاخص میانگین به ۸ ارتقا یافت. آزمون ویلکاکسون نیز تفاوت قبل و بعد را در این گروه معنی دار نشان داد ( $P=0/035$ ). در حالی که در گروه شاهد، تغییر چندانی رخ نداد، بلکه اندکی نیز تنزل را نشان داد. به هر حال آزمون ویلکاکسون نیز هیچگونه تغییر معنی داری را در این زمینه نشان نداد. بر اساس آزمون من ویتنی تفاوت نمرات پس از مداخله بین گروه‌های مورد و شاهد معنی دار بود ( $P<0/001$ ) (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱- مقایسه نگرش معلمان در گروه‌های مورد مطالعه نسبت به شناسایی و ارجاع

#### دانش آموزان قبل و بعد از مداخله

گروه	زمان نگرش			قبل از مداخله			بعد از مداخله		
	میانگین	میانگین	انحراف معیار	میانگین	میانگین	انحراف معیار	میانگین	میانگین	انحراف معیار
مورد	۵/۶۷	۶	۲/۰۸	۶/۶	۸	۲/۱			
شاهد	۴/۵	۵	۳/۰۵	۴	۴	۲/۸۴			

یافته‌ها بیانگر نگرش بالاتری در زنان نسبت به مردان بودند. از طرف دیگر بر اساس نتایج حاصل از مقایسه نگرش‌ها قبل و بعد از مداخله آموزشی بر حسب جنس، نگرش اغلب مردان ارتقا یافته بود. به همین خاطر میانگین تغییر ایجاد شده در نگرش (تفاضل قبل و بعد) در مردان بیشتر از زنان بود. در واقع نگرش ضعیف‌تر مردان به‌ویژه نسبت به رفتار الف (شناسایی و ارجاع دانش آموزان) قبل از مداخله آموزشی موجد این تفاوت بوده است.

میانگین و میانه تغییر ایجاد شده در نگرش مردان در گروه مورد، نسبت به رفتار الف حدود ۲ بود اما در زنان به خاطر بالاتر بودن نگرش اولیه، تغییر چندانی مشاهده نشد ( $P=0/007$ ).

در پاسخ به این سؤال که تاکنون چند دانش‌آموز مشکل‌دار را شناسایی کرده‌اید؟ معلمان در گروه مورد ۴۶ و در گروه شاهد ۴۹ نفر را ذکر کردند که این تفاوت به لحاظ آماری معنی‌دار نبود. ضمن آن که هیچ‌کدام از دو گروه بنا به اظهار خودشان موردی را به مرکز مشاوره ارجاع نکرده بودند.

پس از این که معلمان در گروه مداخله در برنامه آموزشی شرکت کردند، افزایش قابل توجهی در تعداد دانش‌آموزان مشکل‌دار شناسایی و ارجاع شده (۱۰۶ مورد) توسط آنان مشاهده گردید. ۵ یا ۶ دانش‌آموز شناسایی شده علی‌رغم پی‌گیری‌ها به مرکز مشاوره مراجعه نکرده بودند. اما معلمان در گروه شاهد که برنامه آموزشی برای آنان اجرا نشده بود، تنها ۲ نفر را شناسایی و ارجاع کرده بودند. البته لازم به ذکر است از میان ۱۰۶ نفر ارجاع شده توسط گروه مورد، مشکل‌دار بودن ۷۹ دانش‌آموز توسط روان‌شناس تأیید شده است. وضعیت ۲ دانش‌آموز ارجاع شده توسط گروه شاهد نیز نامشخص ماند. از طرفی متوسط تعداد دانش‌آموزان ارجاع شده توسط معلمان زن (۴/۵۳) تا حدودی بیش از متوسط آن در معلمان مرد (۳/۱۷) و میانه‌های هر دو برابر با ۳ بود. آزمون آماری من

ویتنی که بر مقایسه میانه‌ها استوار است، تفاوت بارزی را نشان نداد ( $P=0/279$ ).

مقایسه آماره‌های مربوط به مواردی که به تأیید روان‌شناس، مشکل‌دار بودند نیز نشان داد که در این قسمت میانگین و میانه‌ها در زنان (به ترتیب ۳/۲ و ۳) بیش از مردان (به ترتیب ۲/۵۸ و ۲) است، اما آزمون مذکور این تفاوت‌ها را معنی‌دار نشان نداد. ( $P=0/135$ ).

از طرف دیگر از جمله یافته‌های حاصل از پایش برنامه این است که اکثر زنان در مقایسه با مردان، فعالیت‌های مورد انتظار را در مدت زمان کوتاه‌تری پس از کارگاه آموزشی آغاز نمودند. در عوض نیاز به خواستن، یادآوری کردن و یا بحث با معلمان مرد به طور بارزی بیش از آن در معلمان زن بود.

مقایسه عملکرد معلمان در شناسایی و ارجاع دانش‌آموزان نیازمند به خدمات سلامت روانی، بر حسب مدرک تحصیلی نیز انجام گرفته است (جدول شماره ۲).

چنان که مشاهده می‌گردد، میانگین دانش‌آموزان شناسایی و ارجاع شده توسط هر معلم و همچنین میانگین موارد تأیید شده ارتباط مستقیمی را با مدرک تحصیلی نشان می‌دهد. به طوری که این میانگین در دارندگان مدرک کاردانی بیش از دیپلمه‌ها و در افرادی که مدرک کارشناسی داشتند بیشتر از بقیه بود.

مقایسه میانه‌ها نیز نشان می‌دهد که نیمی از کاردان‌ها حداقل ۴/۵ نفر دانش‌آموز مشکل‌دار را شناسایی و ارجاع کرده‌اند، در حالی که موارد ارجاع شده توسط نیمی از دیپلمه‌ها حداکثر ۲/۵ است. همچنین میانه‌ها در معلمان با مدرک کارشناسی اندکی کمتر از کاردان‌ها ولی بیش از دیپلمه‌ها بود. آزمون غیر پارامتری کروسکال والیس و آزمون پارامتری آنالیز واریانس یک طرفه نیز هر دو تفاوت‌ها را معنی‌دار نشان دادند.

جدول شماره ۲- آماره‌های مربوط به موارد ارجاع شده توسط معلمان و تأیید شده توسط روان‌شناس در گروه مورد

بر حسب مدرک تحصیلی، دبستان‌های دولتی خرم‌آباد

موارد تأیید شده				موارد ارجاع شده			
میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار

۲/۰۰	۱/۱۱	۱/۸۳	۲۲	۲/۵۰	۱/۳۴	۲/۱۷	۲۶	دیلمه (۱۲)
۳/۵۰	۲/۳۹	۳/۸۰	۳۸	۴/۵۰	۲/۳۸	۵/۱۰	۵۱	کاردان (۱۰)
۳/۰۰	۱/۷۹	۳/۸۰	۱۹	۴/۰۰	۵/۱۷	۵/۸۰	۲۹	کارشناس (۵)
۳/۰۰	۱/۹۹	۲/۹۳	۷۹	۳/۰۰	۳/۰۷	۳/۹۳	۱۰۶	کل (۲۷)

### بحث و نتیجه‌گیری

از تعداد ۳۲ معلم مورد مطالعه، در نهایت ۲۷ و ۳۰ نفر به ترتیب در گروه‌های مورد و شاهد در مطالعه مشارکت نمودند. این تعداد در مقایسه با حداقل اندازه محاسبه شده برای گروه‌ها (۲۲ نفر) و نیز در وضعیتی که موافقت مدیران آموزش و پرورش با شرکت ۳۲ معلم در هر گروه به سختی حاصل شد، مناسب به نظر می‌رسد. ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس‌های مورد استفاده در پرسشنامه پژوهش ۷۵/۶ درصد به‌دست آمد. این در حالی است که به‌طور کلی رقمی برابر یا بزرگتر از ۰/۷ رضایت بخش محسوب می‌شود [۲۷]. گروه‌های مورد و شاهد به لحاظ متغیرهای جمعیت شناختی و زمینه‌ای مورد مطالعه تقریباً همگن بودند. نکته قابل توجه مدرک و رشته تحصیلی مشارکت‌کنندگان است، زیرا در این مطالعه برخی تفاوت‌ها در نتایج مطالعه بر حسب این متغیرها مشاهده گردیده است. ۲۴ نفر (۴۲ درصد) معلمان در گروه‌های مطالعه مدرک تحصیلی دیپلم داشتند که این مقدار به دلایل گوناگون بالا محسوب می‌شود.

ارقام مربوط به آگاهی معلمان، قبل از مداخله آموزشی، نشان داد که آگاهی آنان در حد ضعیفی قرار دارد. هر چند در این مرحله معلمان زن در مقایسه با مردان از سطح آگاهی بالاتری برخوردار بودند (میانگین آگاهی در زنان ۴ و در مردان ۲ بود). همچنین معلمان دارای مدرک دیپلم در مقایسه با معلمانانی که تحصیلات بالاتر داشتند، از آگاهی ضعیف‌تری برخوردار بودند. البته پایین بودن سطح آگاهی معلمان با موقعیت کلیدی آنان در زمینه بهداشت روانی مدارس و آنچه از آنان انتظار می‌رود، سازگار نیست. از این رو آموزش برای توانمند ساختن معلمان جهت ایفای مؤثر نقش، ضروری است [۲۲ و ۲۸]. از طرفی یافته‌های پژوهش مؤثر بودن کارگاه آموزشی را بر ارتقای آگاهی معلمان مورد تأیید قرار داده‌اند.

چنان که ملاحظه گردید، افزایش آگاهی معلمان در گروه مداخله بسیار قابل توجه است، در حالی که در گروه شاهد تغییر بارزی رخ نداده است. میانگین آگاهی قبل از مداخله آموزشی در هر دو گروه مورد و شاهد ۴ بود، اما این شاخص پس از مداخله آموزشی در گروه مورد به ۱۶ افزایش یافته است، در حالی که در گروه شاهد با افزایشی بسیار اندک به ۴/۵ رسیده است.

زنان در مقایسه با مردان از وضعیت مطلوب‌تری برخوردارند. به عبارت دیگر مقدار افزایش آگاهی در زنان به‌طور قابل توجهی بیش از مردان است. مقایسه آگاهی معلمان در گروه مورد بر حسب مدرک تحصیلی آنها، تفاوت معناداری را نشان نداده است. محتوای آموزشی انتخاب و سازمان‌دهی شده، شیوه تدریس کارگاهی و مشارکت دادن مخاطبان در فعالیت‌های یادگیری که مورد خواست پژوهشگران بوده را می‌توان دلایلی برای این یافته ذکر کرد. به‌طور کلی شیوه‌های فعال و تعاملی تدریس تا حد زیادی تفاوت‌های فردی در یادگیری را رفع می‌نمایند [۲۹].

از طرف دیگر هر چند مداخله آموزشی طراحی شده در این مطالعه توانسته بود نگرش معلمان را در گروه مورد نسبت به دو رفتار مورد انتظار ارتقا دهد، اما پژوهشگران در این مسیر با چالش‌هایی برای رفع تعارض‌ها و ابهام‌ها در مخاطبان مواجه بوده‌اند. در این راه از نظریه‌ها، به‌ویژه نظریه‌های هاولند و ناهماهنگی شناختی بهره‌جسته‌اند و سعی بر آرایه راه حل عملی و معقول بوده است [۳۰ و ۳۱]. تغییر نیافتن، بلکه افت اندک نگرش‌ها در گروه شاهد در مرحله دوم جمع‌آوری اطلاعات از آنان مؤید این چالش‌هاست. لذا کاهش نیافتن و بلکه بهبود نگرش در گروه مورد را تا حد زیادی می‌توان به تأثیر مداخله آموزشی نسبت داد. مشاهدات ما در گروه شاهد که جنبه کیفی دارند نیز از این مسأله حمایت می‌کند. به‌عنوان نمونه تمایل برخی افراد در آن گروه برای تکمیل پرسشنامه

دوم تا حدی کمتر از قبل بود. در مواردی مجدداً از آنان خواسته شده است تا موارد ناقص و بدون پاسخ پرسشنامه را تکمیل نمایند. احتمال دیگر این است که مرحله دوم جمع آوری اطلاعات برای برخی از آنان پیامی تلویحی را به همراه داشته است. به این مضمون که احتمالاً در آینده‌ای نزدیک از آنها درخواست می‌شود تا فعالیت‌های ذکر شده در پرسش‌ها را علاوه بر فعالیت‌های معمول خود انجام دهند که البته مشاهدات تا حد زیادی این تعبیر را تأیید می‌کنند.

همچنین در این مطالعه معلوم گشت که مداخله آموزشی می‌تواند عملکرد یا رفتار بهداشتی را بهبود بخشد. همانطور که در فصل یافته‌ها ملاحظه شد، فراوانی دانش‌آموزان مشکل‌دار شناسایی و ارجاع شده توسط معلمان به مرکز مشاور به‌طور بارزی پس از مداخله آموزشی افزایش یافته است. این وضعیت حتی اگر آمار ارایه‌شده توسط معلمان قبل از مداخله نیز واقعی و نه برخاسته از حسی عامیانه بوده باشد، بهبود قابل توجهی را نشان می‌دهد. در مقایسه با عملکرد معلمان در گروه شاهد، می‌توان ادعا کرد که مداخله آموزشی طراحی‌شده در این مطالعه توانسته است عملکرد افراد در گروه مورد را ارتقا دهد. مطالعات دیگر نیز نشان داده‌اند که معلمان آموزش دیده قادر خواهند بود به نحو مؤثری در برنامه‌های بهداشت مدارس نقش ایفا نمایند. مطالعه زکی‌زاده در سال ۱۳۷۲ نمونه‌ای از این موارد است که نشان داده است معلمان آموزش دیده قادر به غربالگری شنوایی دانش‌آموزان هستند [۳۲]. در مطالعه‌ای دیگر نیز قابلیت‌های معلمان پس از گذراندن دوره آموزشی برای شناسایی و ارجاع مشکلات مربوط به مصرف نایجا یا سوء مواد در دانش‌آموزان، و آموزش دادن مورد تأیید قرار گرفته است [۳۳].

آزمون‌های آماری تفاوت بارز و معناداری را بین زنان و مردان در انجام رفتار الف (شناسایی و ارجاع کردن) نشان ندادند. در این مطالعه غربالگری جامع دانش‌آموزان به لحاظ اختلالات روانی - عاطفی یا رفتاری صورت نگرفته است. با این وجود مشاهدات به نفع این قضاوت بودند که معلمان زن در مقایسه با معلمان مرد از عملکرد نسبتاً بهتری در شناسایی و ارجاع دانش‌آموزان مشکل‌دار برخوردار بودند. چنانکه قبلاً ذکر

شد، زنان در مدت زمان کوتاه‌تری پس از مداخله آموزشی فعالیت خود را آغاز کردند.

یافته‌ها همچنین نشان دادند که عملکرد معلمان با مدرک تحصیلی آنها ارتباط دارد، به‌طوری که فراوانی دانش‌آموزان ارجاع شده توسط آنان و نیز تأیید شده توسط روان‌شناس در معلمان با تحصیلات عالی بیشتر از افراد دیپلمه بوده است. در واقع چنان که انتظار می‌رود توانایی معلمان با تحصیلات عالی در درک و کاربرد آموخته‌ها بیشتر از آنهایی است که از تحصیلات کمتر برخوردارند. فراوانی موارد تأیید شده توسط روان‌شناس همبستگی مثبت و معنی‌داری با آگاهی معلمان ارجاع‌کننده پس از مداخله آموزشی داشت. از این نکته استنتاج می‌شود که کارگاه آموزشی به مهارت آنان در شناسایی صحیح دانش‌آموزان مشکل‌دار کمک کرده است.

هرچند پژوهش حاضر با محدودیت‌ها و احتمالاً کاستی‌هایی همراه بوده، ولی نشان داده است که معلمان آموزش دیده از پتانسیل بالایی برای مشارکت در ارایه خدمات سلامت روانی در مدارس برخوردارند. ضرب المثلی می‌گوید: یک راه هزار کیلومتری با یک قدم شروع می‌شود. ارتقای سلامت روانی قابل تمثیل به این راه طولانی و پر فراز و نشیب است، شرایط، امکانات و روش‌های جاری از وضعیت مطلوب فاصله بسیار دارند، اما حرکت و تغییر اگرچه به اندازه یک گام، بهتر از رکود و دست روی گذاشتن است. وگامی کوچک اما برنامه‌ریزی شده و مبتنی بر شواهد، می‌تواند نتایج ارزنده‌ای را ایجاد نماید. البته روشن است که تغییر به‌ویژه زمانی که گستره آن یک سازمان را درگیر می‌سازد، با موانع و چالش‌هایی مواجه است.

لذا بر اساس نتایج به‌دست آمده، پیشنهاد می‌شود به‌منظور توسعه دانش، نگرش و مهارت‌های لازم در تمام معلمان برای ایفای نقش مؤثر در ارایه خدمات سلامت روانی در مدارس، کارگاه‌های آموزشی مناسب طرح‌ریزی و اجرا گردد. همچنین پژوهش‌های بیشتری با استفاده از نظریه‌های مختلف (توصیفی، تغییر و سازمانی) برای تحلیل مشارکت معلمان در بهداشت روانی مدارس و طرح‌ریزی و ارزشیابی مداخلات مناسب پیشنهاد می‌گردد.

### تشکر و قدردانی

مجربان بر خود فرض می‌دانند از تمام عزیزانی که در اجرای این پژوهش آنها را یاری داده‌اند و به ثمربخشی آن کمک کرده‌اند صمیمانه سپاسگزاری نمایند. این بزرگواران عبارت بودند از:

- ۱- داویدیان هاراطون، بحثی کوتاه درباره اولویت‌های بهداشت روانی در جمهوری اسلامی ایران، فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی، گروه علوم بهداشتی و تغذیه، تهران، ۱۳۷۶
- ۲- موری کریستوفر، جی لویز، آلن دی، ترجمه پژمان شادپور، بار جهانی بیماری‌ها، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران، ۱۳۷۶
- ۳- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سیمای سلامت، دانشگاه‌های علوم پزشکی گیلان، لرستان، مازندران و ...، نشر تلبور، تهران، ۱۳۸۱
- ۴- محیط احمد، شاه محمدی داود، بوالهری جعفر، ارزشیابی کشوری بهداشت روانی، اندیشه و رفتار، ۱۳۷۶، ۳، ۱۵-۵
- 5- American Psychological Association. Elementary and secondary school counseling. Accessed in: [www.apa.org/ppo/issues/peseacous03.html](http://www.apa.org/ppo/issues/peseacous03.html)
- ۶- سازمان جهانی بهداشت، ترجمه زنده‌یاد دکتر داود شاه محمدی، بهداشت روان گرداگردجهان، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران، ۱۳۸۰
- ۷- هندرن رابرت، ارلی جان، بیرل روانا، ترجمه ربابه نوری قاسم آبادی، کارینه طهماسیان، پروانه محمدخانی، برنامه‌های بهداشت روانی مدارس، سازمان بهزیستی کشور، معاونت امور فرهنگی و پیشگیری، تهران، ۱۳۷۷
- 8- Olbrich S. Childrens mental health, current challenges and a future direction. Accessed in: [www.healthinschools.org/mhs.asp](http://www.healthinschools.org/mhs.asp).
- ۹- بهره بردار محمدجعفر، بررسی همه‌گیر شناسی اختلالات سلوکی و هیجانی در کودکان مدارس ابتدایی شهر شیراز،
- 18- WHO. Promoting health through schools .Technical Report Series 870.WHO: Geneva,1998

ریاست و معاونان سازمان آموزش و پرورش استان لرستان، مدیریت‌های نواحی یک و دوی آموزش و پرورش شهرستان خرم آباد: آقایان علی فرهادی و علی سپهوند، کارشناسان ارشد روان شناسی، دکتر حمیدرضا کدخدایی، مدیران و معلمان مشارکت کننده در پروژه.

### منابع

- پایان‌نامه کارشناسی ارشد، روان‌شناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران، ۱۳۷۷
- ۱۰- زاده‌باقری قادر، بررسی همه‌گیر شناسی اختلالات رفتاری در دانش‌آموزان دبستانی شهر یاسوج، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، روان‌شناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران، ۱۳۷۳
  - ۱۱- نوری سیدمحمدرضا، بهداشت مدارس، چاپ دوم، انتشارات واقفی، مشهد، ۱۳۷۳
  - 12- Weist MD, Christodulu KV. Expanded school mental health programs: advancing reform and closing the gap between research and practice. *Journal of School Health* 2000; 70: 195-208
  - 13- Karen W, Roy D, Hamilton I. ABC of mental health: community mental health services. *British Medical Journal* 1997; 314: 1817-20
  - 14- Taylor L. Achieving Coordinated Mental Health programs in schools. *Journal of School Health* 2000; 40 :169-71
  - ۱۵- کاوه محمد حسین، بررسی مقایسه‌ای تأثیر آموزش بهداشت فردی توسط معلمان و مادران بر آگاهی و عملکرد دانش‌آموزان مقاطع سوم و چهارم ابتدایی شهر شیراز، پایان‌نامه کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ۱۳۷۲
  - 16- Mohit A., Seif el Din A. Mental health promotion for school children. WHO/EMRO. Alexandria (Egypt), 1998
  - 17- U.C.L.A. About mental health in schools: center for mental health in schools. Accessed in: <http://www.smhp.psych.ucla.edu/aboutmhinschools.htm>
  - 19- Payton JW. Social and Emotional Learning: A framework for promoting mental health and reducing risk behavior in children



- and youth. Journal of school Health, 2000; 70: 179-85
- 20- Adelman H S, Taylor L. Promoting mental health in schools in the midst of school reform. Journal of School Health 2000; 70: 171-8
- 21- WHO /UNFPA/UNICEF. Programming for adolescent health and development. WHO: Geneva, 1999
- ۲۲- گیسون ر، میشل، م، ترجمه و ویرایش باقرثناپی، مبنای مشاوره و راهنمایی، انتشارات بعثت، تهران، ۱۳۷۷
- 23- Nakajima H. Implementing comprehensive school health education, promoting programmes. HYGIE 1992; 11: 3-5
- ۲۴- محمد کاظم، ملکافضلی حسین، نهپتیان وارتمس، روش‌های آماری و شاخص‌های بهداشتی، جلد اول، چاپ هفتم، مؤلفین، تهران، ۱۳۷۱
- ۲۵- سیگل سیدنی، ترجمه یوسف کریمی، آمار غیر پارامتری برای علوم رفتاری، چاپ دوم، انتشارات دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ۱۳۷۲
- 26- Munro, B.H. Statistical methods for health care research. 4th Edition, Lippincott: USA, 2001
- 27- Abramson JH, Abramson Z H. Survey methods in community medicine. 5 th Edition, Churchill Livingstone: China, 1999
- 28- Cameron H. Effect of inservice training on implementation of health curriculum. Journal of School Health 1991; 61: 114-22
- ۲۹- احدیان محمد، آقازاده محرم، راهنمای روش‌های نوین تدریس، نشر آبیژ، تهران، ۱۳۷۸
- ۳۰- کریمی یوسف، روان‌شناسی اجتماعی، چاپ هشتم، انتشارات ارسباران، تهران، ۱۳۷۹
- ۳۱- بدار لوک، دزیل ژوزه، لامارش لوک، روان‌شناسی اجتماعی، ترجمه حمزه گنجی، نشر ساوالان، تهران، ۱۳۸۱
- ۳۲- زکی‌زاده منیژه، بررسی تأثیر آموزش بر نحوه غربالگری شنوایی توسط معلمان در مقایسه با مراقبین بهداشت مدارس ابتدایی شهرساری، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، آموزش پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ۱۳۷۲
- 33- Kantor GK. Project Impact: teaching the teachers to intervene in student substance abuse problems. Consultation on School Mental Health Programs(workshop), Islamabad: Pakistan, 1993