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 نهران
دکتر جعفر بوالهری: دانشیار، گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، انستیتو روانپزشکی تهران

فصلنامه پایش
سال دوم شماره دوم بهار ۱۳۸۲ صص ۱۰۳-۹۵
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 دانش آموزان بوده است. منظور از عملکرد، شناسایی و ارجاع دانش آموزان دارای علایم 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 نمونه گیری 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 دانش آموزان و گزارش‌های روان شناسان جمع آوری گردید. داده‌ها نیز در نزم افزار آماری SPSS و با استفاده از روش‌های آمار غیر پارامتری پردازش و تحلیل شده‌اند.

۵۱ درصد مشارکت کنندگان 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 دانش آموز را شناسایی و به مرکز مشاوره ارجاع کردند که روان شناسان 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 دانش آموزان نیازمند خدمات سلامت روانی و در مجموع مشارکت در ارایه 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 دانش آموزان بسیاری است که در خطر آسیب‌های روان شناختی 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 نحقیقات بهداشتی، گروه خدمات بهداشتی، صندوق پستی: ۶۴۴۶-۱۴۱۵۵
تلفن: ۸۹۵۱۳۹۱ و ۶۱۱۲۵۳۳
E-mail: m_h_kaveh@yahoo.com
**قبل از انتشار این مقاله، دعوت حق را لبیک گفتند.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-07-04]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1382.2.2.2.3]

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[۱و۲]. 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 مطالعه‌ای 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 تصورعمومی، 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، علایم 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 کودکِ 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 درتمام 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 دانش آموزان و در نهایت کل جامعه است. در واقع، مدرسه فرصتی بی همتا و جایگاهی اساسی برای بهبود زندگی و ارتقای سلامت روانی کودکان و نوجوانان است[۷،۱۴،۱۵ و ۱۶]. برای بسیاری از کودکان و نوجوانان، مدارس عمده‌ترین کانال برای دریافت خدمات بهداشت روانی هستند وبرای بسیاری از آنان، مدرسه تنها منبع مراقبت محسوب می‌شود[۱۷]. عواقب بی توجهی 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[۱۹،۲۰ و ۲۱]. در این رویکرد، شناخت موقعیت و پتانسیل‌های ارزشمند معلمان و بهره گرفتن 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

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-07-04]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1382.2.2.2.3]

نحـو مؤثـری ایفـای نقش نماید[۱۸، ۲۲ و۲۳]. در نتیجه معلم بـیش از هر متخصص دیگر مدرسه، در موقعیت شناسایی دانش آمـوزان، ارتباط روزانه با آنها و ایجاد یک رابطه مبتنی بر اعتماد و احتـرام مـتقابل قـرار دارد. بنابـراین معلم در خط اول تماس دانـش‌آمـوزان بـا بـرنامه‌هـای بهداشت و مشاوره روان شناختی مدرسه است. چنین موقعیت ممتازی به معلم امکان می‌دهد که در فعالـیت‌هـای بهداشـت روانـی مـدارس به نحو مؤثری ایفای نقـش نماید. دو نقش مهم در این زمینه آموزش بهداشت روانی و شناسایی و ارجاع دانش‌آموزان مشکل‌دار است[۱۶و۲۲].

بـا تـوجه بـه واقعـیت‌هـای مذکـور و بـر اسـاس تحلیلی از وضـعیت و منابع موجود، نویسندگان، مطالعه حاضر را به منظور ارزیابـی نقـش معلمـان در شناسـایی و ارجـاع دانـش آمـوزان، طراحـی و اجرا نموده‌اندکه هدف اصلی آن، تعیین تأثیر مداخله آموزشـی بر آگاهی، نگرش و عملکرد معلمان در زمینه بهداشت روانی دانش‌آموزان بوده است.

مواد و روش کار

ایـن پـژوهش از نـوع مداخلـه‌ای (تجربـی) است و جمعیت مورد مطالعه در آن آموزگاران پایه چهارم شاغل در دبستان‌های دولتـی شـهر خـرم آبـاد بوده‌اند. نمونه‌ها شامل دو گروه مورد و شـاهد و در هر گروه ۳۲ آموزگار بودند که به روش خوشه‌ای دو مـرحله‌ای بـا انـتخاب تـصادفی ساده انتخاب گردیدند. ۷ نفر از معلمـان بـه دلایلی از خارج شدند. از این رو تعداد نهایی به ۲۷ نفـر در گـروه مـورد و ۳۰ نفر درگروه 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: آگاهـی، نگـرش وعملکـرد معلـم. بـرای سـنجش آگاهـی، از تعـدادی پرسش باز استفاده گردید. در این پرسش‌ها از معلمان درخواسـت شد تا تعدادی از اختلالات عاطفی، روانی یا رفتاری شـایع در کـودکان مدرسه‌ای را نام ببرند، برای هر مورد تعریف ارایـه نمـوده و بالأخـره علایـم و نـشانه‌هـای مهم مربوط به هر اخـتلال را بنویـسند. جمـع نمـرات پرسـش‌هـا ۲۱ بـود. بـرای سنجش نگرش نیز پرسش‌هایی مبتنی بر مقیاس افتراق معنایی آزگـود طراحـی گردید. مقیاس مذکور شامل چهار جفت صفت دو قطبـی (لـذت بخـش/ ناخوشـایند، مطلـوب/ نامطلـوب، ارزشـمند/ بی‌ارزش، مثمر ثمر/ بی ثمر) است. در میان دو قطب هـر جفـت صفت، اعداد از ۱ تا ۵ قرار داشتند (این اعداد هنگام پردازش اطلاعات به ۲- تا ۲+ تغییر یافتند).

روش اصـلی بـرای سنجش رفتار « شناسایی و ارجاع» نیز، تعداد دانش‌آموزان ارجاع شده به روان شناس بر اساس اطلاعات مـستند بـوده اسـت. مـوارد ارجاع شده توسط سه نفر با مدرک کارشناسـی ارشد روان شناسی بالینی در مرکز مشاوره معاینه و بررسـی مـی‌گـردیدند. سـعی بـر ایـن بـوده است که معلمان و کارشناسان از نام یکدیگر مطلع نباشند. همچنین در صورت نیاز بـه اطلاعات بیشتر، انتقال پرسش‌های مکتوب مشاور و دریافت پاسـخ از معلـم توسـط رابط انجام گرفته است. هر چند شرایط فرهنگی، بعد مسافت و موانع دیگر رعایت دقیق این تدابیر را با مشکلات و محدودیت‌هایی همراه می‌ساخت.

بـه مـنظور حفظ پایایی و جلوگیری از تورش بین مصاحبه کنـندگان (کارشناسـان)، طـی جلـسه‌ای قـبل از آغـاز کـار هماهنگی‌های لازم بین آنان به عمل آمد. از طرف دیگر با توجه بـه واقعـیت‌هـای مـربوط به توانایی‌های معلمان، سطح عملکرد مـورد انـتظار از معلـم ایـن بـوده اسـت کـه با شناخت علایم و نـشانه‌هـای اخـتلال در سـلامت روان شـناختی، دانـش‌آموزان مـشکل‌دار را بـه کارشـناس ارجـاع نمایـد. از کارشـناس نیز در راسـتای اهـداف طـرح خواسـته شـده تـا بـه این پرسش پاسخ دهدکـه آیـا دانـش‌آمـوز واقعاً مشکلی در سلامت روان دارد؟ به عـبارت دیگـر آیـا معلـم توانـسته اسـت دانش‌آموز مشکل‌دار را غربالگری نماید؟ با این وصف احتمال بروز تورش کم بوده است.

داده‌هـای پـژوهش با استفاده از پرسشنامه‌های خود- اجرا در گـروه‌هـای شـاهد و مـورد و نیـز مـدارک گزارش‌های روان شناسان مربوط به دانش‌آموزان ارجاع شده توسط معلمان، طی سـه مـرحله قـبل و بعـد از مداخلـه آموزشـی و پـس از اتمام فعالـیت‌هـا جمـع آوری گـردیده‌اند. در این مطالعه، استفاده از روش‌های کمی در گردآوری و تحلیل اطلاعات، محور کار بوده است. در عین حال علاوه بر ارایه اطلاعات اصلی، یافته‌هایی نیز در جریان اجرا و پایش مطالعه، ازطریق مشاهده و گفت و گو با مشارکت کنندگان به دست آمد. این یافته‌ها علاوه بر کمک به

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-07-04]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1382.2.2.2.3]

تفسیر برخی داده‌ها، اجرای پژوهش‌های کیفی مرتبط را پیشنهاد می‌دهند.

مداخله آموزشی به‌صورت 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 به‌دست‌آمده 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، به‌ویژه 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 و۲۶].

یافته‌ها

آزمون آلفای کرونباخ برای سنجش ثبات درونی مقیاس‌های مورد استفاده در مطالعه به‌کار 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 میانه آن در گروه‌ها به ترتیب ۱۵ و ۱۴ سال بود (P=۰/۹۲) در مرحله قبل از کارگاه آموزشی مشارکت کنندگان در گروه‌های مورد و شاهد از ۲۱ نمره (کل نمره آگاهی)، به‌ترتیب ۴/۰۶ و ۴/۶ نمره را کسب کردند و میانه در هر دو گروه یکسان (۴) بود (P=۰/۶۶). اما پس از مداخله، میانگین و میانه 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<۰/۰۰۰۱).

میانه نمرات نگرش قبل از مداخله آموزشی درگروه‌های مورد و شاهد به ترتیب ۶ و ۵ بود. آزمون آماری من ویتنی تفاوت معنی‌داری را بین شاخص‌های مرکزی در دو گروه نشان نداد. پس از اجرای کارگاه آموزشی پیشرفت بارزی در نگرش‌های معلمان در گروه مورد مشاهده گردید، به‌طوری که شاخص میانه به ۸ ارتقا یافت. آزمون ویلکاکسون نیز تفاوت قبل و بعد را در این گروه معنی‌دار نشان داد (P=۰/۰۳۵). 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 معنی‌داری را در این زمینه نشان نداد. بر اساس آزمون من ویتنی نفاوت نمرات پس از مداخله بین گروه‌های مورد و شاهد معنی‌دار بود (P<۰/۰۰۰۱) (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱- مقایسه نگرش معلمان در گروه‌های مورد مطالعه نسبت به شناسایی و ارجاع دانش‌آموزان قبل و بعد از مداخله

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

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-07-04]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1382.2.2.2.3]

یافـته‌هـا بیانگـر نگـرش بالاتـری در زنـان نسبت به مردان بـودند. از طـرف دیگر بر اساس نتایج حاصل از مقایسه نگرش‌ها قـبل و بعـد از مداخلـه آموزشـی بر حسب جنس، نگرش اغلب مردان ارتقا یافته بود. به همین خاطر میانگین تغییر ایجاد شده در نگـرش (تفاضـل قبل و بعد) در مردان بیشتر از زنان بود. در واقـع نگـرش ضـعیف‌تـر مـردان بـه‌ویـژه نـسبت بـه رفتار الف (شناسایی و ارجاع دانش آموزان) قبل از مداخله آموزشی موجد این تفاوت بوده است.

میانگـین و میانه تغییر ایجاد شده در نگرش مردان در گروه مـورد، نـسبت بـه رفـتار الـف حدود ۲ بود اما در زنان به خاطر بالاتـر بـودن نگـرش اولـیه، تغییـر چندانـی مـشاهده نـشد (P=۰/۰۰۷).

در پاسخ به این سؤال که تاکنون چند دانش‌آموز مشکل‌دار را شناسـایی کرده‌اید؟ معلمان در گروه مورد ۴۶ ودر گروه شاهد ۴۹ نفر را ذکرکردند که این تفاوت به لحاظ آماری معنی‌دار نبود. ضمن آن‌کـه هـیچ‌کـدام از دو گروه بنا به اظهار خودشان موردی را به مرکز مشاوره ارجاع نکرده بودند.

پـس از ایـن که معلمان در گروه مداخله در برنامه آموزشی شـرکت کـردند، افـزایش قابـل توجهـی در تعـداد دانش‌آموزان مـشکل‌دار شناسـایی و ارجـاع شـده (۱۰۶ مـورد) توسـط آنان مـشاهده گـردید. ۵ یـا ۶ دانـش‌آمـوز شناسـایی‌شـده علی‌رغم پـی‌گیری‌ها به مرکز مشاوره مراجعه نکرده بودند. اما معلمان در گـروه شاهد که برنامه آموزشی برای آنان اجرا نشده بود، تنها ۲ نفـر را شناسـایی و ارجاع کرده بودند. البته لازم به ذکر است از مـیان ۱۰۶ نفـر ارجـاع شده توسط گروه مورد، مشکل‌دار بودن ۷۹ دانـش‌آمـوز توسط روان شناس تأئید شده است. وضعیت ۲ دانش آموز ارجاع شده توسط گروه شاهد نیز نامشخص ماند.

از طرفـی متوسـط تعـداد دانـش‌آمـوزان ارجاع شده توسط معلمـان زن (۴/۵۳) تـا حدودی بیش از متوسط آن در معلمان مـرد (۳/۱۷) و میانه‌های هر دو برابر با ۳ بود. آزمون آماری من ویتنـی که بر مقایسه میانه‌ها استوار است، تفاوت بارزی را نشان نداد (P=۰/۲۷۹).

مقایـسه آمـاره‌هـای مـربوط بـه مـواردی که به تأیید روان شـناس، مـشکل‌دار بـودند نیـز نـشان داد کـه در ایـن قـسمت میانگـین و مـیانه‌ها در زنان (به ترتیب ۳/۲ و ۳) بیش از مردان (بـه‌تـرتیب ۲/۵۸ و ۲) اسـت، امـا آزمون مذکور این تفاوت‌ها را معنی‌دار نشان نداد. (P=۰/۱۳۵).

از طـرف دیگر از جمله یافته‌های حاصل از پایش برنامه این اسـت که اکثر زنان در مقایسه با مردان،فعالیت‌های مورد انتظار را در مـدت زمان کوتاه‌تری پس از کارگاه آموزشی آغاز نمودند. در عـوض نـیاز 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. به‌طوری 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 دانش آموز 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 معنی دار نشان دادند.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-07-04]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1382.2.2.2.3]

جدول شماره ۲- آماره‌های مربوط به موارد ارجاع‌شده توسط معلمان و تأییدشده توسط روان‌شناس در گروه مورد بر حسب مدرک تحصیلی، دبستان‌های دولتی خرم‌آباد

مدرک تحصیلی	موارد ارجاع‌شده				موارد تأییدشده			
	فراوانی	میانگین	انحراف معیار	میانه	فراوانی	میانگین	انحراف معیار	میانه
دیپلمه(۱۲)	۲۶	۲/۱۷	۱/۳۴	۲/۵۰	۲۲	۱/۸۳	۱/۱۱	۲/۰۰
کاردان (۱۰)	۵۱	۵/۱۰	۲/۳۸	۴/۵۰	۳۸	۳/۸۰	۲/۳۹	۳/۵۰
کارشناس (۵)	۲۹	۵/۸۰	۵/۱۷	۴/۰۰	۱۹	۳/۸۰	۱/۷۹	۳/۰۰
کل (۲۷)	۱۰۶	۳/۹۳	۳/۰۷	۳/۰۰	۷۹	۲/۹۳	۱/۹۹	۳/۰۰

بحث و نتیجه‌گیری

از تعداد ۳۲ معلم مورد مطالعه، در نهایت ۲۷ و ۳۰ نفر به‌ترتیب 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 مشارکت کنندگان 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 (میانه آگاهی در زنان ۴ و در مردان ۲ بود). همچنین معلمان دارای مدرک دیپلم در مقایسه با معلمانی 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 و۲۸]. 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. میانه 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. به طور 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 بهره جسته‌اند و سعی بر ارایه راه حل عملی و معقول بوده است[۳۰ و۳۱]. تغییر نیافتن، بلکه افت اندک نگرش‌ها در گروه شاهد در مرحله دوم جمع آوری

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-07-04]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1382.2.2.2.3]

اطلاعـات از آنـان مـؤید ایـن چالش‌هاست. لذا کاهش نیافتن و بلکـه بهـبود نگـرش در گـروه مـورد را تا حد زیادی می‌توان به تأثیـر مداخلـه آموزشی نسبت داد. مشاهدات ما در گروه شاهد که جنبه کیفی دارند نیز از این مسأله حمایت می‌کند. به عنوان نمـونه تمایـل برخـی افـراد در آن گروه برای تکمیل پرسشنامه دوم تـا حـدی کمتـر از قـبل بـود. در مـواردی مجـدداً از آنـان خواسـته شـده اسـت تا موارد ناقص و بدون پاسخ پرسشنامه را تکمـیل نمایـند. احـتمال دیگـر ایـن است که مرحله دوم جمع آوری اطلاعـات بـرای برخـی از آنان پیامی تلویحی را به همراه داشـته اسـت. به این مضمون که احتمالاً در آینده‌ای نزدیک از آنهـا درخواست می‌شود تا فعالیت‌های ذکر شده در پرسش‌ها را عـلاوه بـر فعالـیت‌هـای معمـول خـود انجـام دهـند کـه البـته مشاهدات تا حد زیادی این تعبیر را تأیید می‌کنند.

همچنـین در ایـن مطالعه معلوم گشت که مداخله آموزشی مـی‌تواند عملکرد یا رفتار بهداشتی را بهبود بخشد. همانطور که در فـصل یافـته‌هـا ملاحظه شد، فراوانی دانش‌آموزان مشکل‌دار شناسـایی و ارجـاع شـده توسـط معلمان به مرکز مشاور به‌طور بـارزی پس از مداخله آموزشی افزایش یافته است. این وضعیت حتی اگر آمار ارایه‌شده توسط معلمان قبل از مداخله نیز واقعی و نـه برخاسته از حسی عامیانه بوده باشد، بهبود قابل توجهی را نـشان مـی‌دهـد. در مقایـسه با عملکرد معلمان در گروه شاهد، مـی‌تـوان ادعـا کـرد کـه مداخلـه آموزشی طراحی‌شده در این مطالعـه توانـسته است عملکرد افراد در گروه مورد را ارتقا دهد. مطالعـات دیگـر نیز نشان داده‌اند که معلمان آموزش دیده قادر خواهـند بود به نحو مؤثری در برنامه‌های بهداشت مدارس نقش ایفـا نمایـند. مطالعـه زکـی‌زاده در سـال ۱۳۷۲ نمونه‌ای از این مـوارد اسـت کـه نشان داده است معلمان آموزش دیده قادر به غربالگری شنوایی دانش‌آموزان هستند[۳۲]. در مطالعه‌ای دیگر نیـز قابلـیت‌هـای معلمـان پـس از گذراندن دوره آموزشی برای شناسـایی و ارجـاع مشکلات مربوط به مصرف نابجا یا سوء مواد در دانـش‌آمـوزان، و آمـوزش دادن مـورد تأیید قرار گرفته است [۳۳].

آزمـون‌هـای آمـاری تفـاوت بـارز و معناداری را بین زنان و مـردان در انجـام رفـتار الـف (شناسـایی و ارجـاع کردن) نشان ندادنـد. در ایـن مطالعـه غربالگری جامع دانش آموزان به لحاظ اخـتلالات روانـی- عاطفی یا رفتاری صورت نگرفته است. با این وجـود مـشاهدات بـه نفـع ایـن قضاوت بودندکه معلمان زن در مقایـسه بـا معلمـان مرد از عملکرد نسبتاً بهتری در شناسایی و ارجـاع دانش‌آموزان مشکل‌دار برخوردار بودند. چنانکه قبلاً ذکر شـد، زنـان در مـدت زمـان کـوتاه‌تری پس از مداخله آموزشی فعالیت خود را آغاز کردند.

یافـته‌ها همچنین نشان دادند که عملکرد معلمان با مدرک تحـصیلی آنهـا ارتـباط دارد، بـه‌طوری که فراوانی دانش آموزان ارجـاع شده توسط آنان و نیز تأیید شده توسط روان شناس در معلمـان بـا تحصیلات عالی بیشتر از افراد دیپلمه بوده است. در واقـع چـنان که انتظار می‌رود توانایی معلمان با تحصیلات عالی در درک و کاربـرد آموخـته‌هـا بیـشتر از آنهایـی اسـت کـه از تحـصیلات کمتـر بـرخوردارند. فراوانـی موارد تأیید شده توسط روان شـناس همبـستگی مثـبت و معنی‌داری با آگاهی معلمان ارجـاع کنـنده پـس از مداخلـه آموزشـی داشـت. از ایـن نکـته استنتاج می‌شود که کارگاه آموزشی به مهارت آنان در شناسایی صحیح دانش‌آموزان مشکل‌دار کمک کرده است.

هـرچند پـژوهش حاضـر بـا محـدودیت‌هـا و احـتمالاً کاسـتی‌هایـی همـراه بـوده، ولـی نـشان داده اسـت که معلمان آمـوزش دیده از پتانسیل بالایی برای مشارکت در ارایه خدمات سـلامت روانـی در مـدارس برخوردارند. ضرب المثلی می‌گوید: یـک راه هـزار کیلومتـری بـا یـک قـدم شـروع می‌شود. ارتقای سـلامت روانی قابل تمثیل به این راه طولانی و پر فراز و نشیب اسـت، شـرایط، امکانـات و روش‌هـای جاری از وضعیت مطلوب فاصـله بسیار دارند، اما حرکت و تغییر اگرچه به اندازه یک گام، بهتـر از رکود و دست روی دست گذاشتن است. وگامی کوچک اما برنامه‌ریزی شده و مبتنی بر شواهد، می‌تواند نتایج ارزنده‌ای را ایجـاد نمایـد. البـته روشـن اسـت 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 توسـعه دانـش، نگـرش و مهارت‌های لازم در تمام معلمان برای ایفـای نقـش مؤثـر در ارایـه خـدمات سـلامت روانـی در مـدارس،کارگاه‌هـای آموزشـی مناسـب طرح‌ریزی و اجرا گردد. همچنـین پژوهش‌های بیشتری با استفاده از نظریه‌های مختلف

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-07-04]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1382.2.2.2.3]

(توصیفی، تغییر و سازمانی) برای تحلیل مشارکت معلمان در بهداشت روانی مدارس و طرح‌ریزی و ارزشیابی مداخلات مناسب پیشنهاد می‌گردد.

تشکر و قدردانی

مجریان 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:
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

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 لوپز، 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 تبلور، 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/peseacous 03.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.
۹- بهره بردار محمدجعفر، بررسی همه‌گیر شناسی اختلالات سلوکی و هیجانی در کودکان مدارس ابتدایی شهر شیراز، 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

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-07-04]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1382.2.2.2.3]

18- WHO. Promoting health through schools .Technical Report Series 870.WHO: Geneva,1998
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/UN1CEF. Programming for adolescent health and development. WHO: Geneva, 1999
۲۲- گیبسون ر، میشل، م، ترجمه و ویرایش باقرثنایی، مبانی 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، نهاپتیان وارتکس، 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، نشز آییژ، 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 معلمین 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

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-07-04]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1382.2.2.2.3]

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-07-04]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1382.2.2.2.3]