

## ارزیابی نقش معلمان در ارائه خدمات سلامت روان

دکتر محمد حسین کاوه<sup>۱</sup>، دکتر داود شجاعی زاده<sup>۱</sup>، دکتر داود شاه محمدی<sup>۲</sup>، دکتر حسن افتخار اردبیلی<sup>۱</sup>، دکتر عباس رحیمی<sup>۳</sup> و دکتر جعفر بوالهروی<sup>۲</sup>

### چکیده

یک پنجم، با احتمالاً بیشتر، از کودکان و نوجوانان دنیا از اختلالات خفیف تا شدید روانی رنج می‌برند. از آنها تنها ۲۰٪، یا حتی کمتر، خدمات سلامت روان مورد نیاز را دریافت می‌کنند. به دلایل بسیار مدرسه جایگاه اساسی برای سازماندهی و ارائه خدمات سلامت روان به است. پژوهش نشان داده است که مدارس و معلمان در ارتقای سلامت روان، شناسایی کودکان در معرض خطر اختلالات روان شناختی و ارجاع آنان برای دریافت کمکهای تخصصی، نقشهایی اساسی دارند. این مطالعه، با پیشنهاد راهکاری برای سازماندهی خدمات سلامت روان در مدارس، برای ارزیابی نقش معلم به عنوان گام اول در آن راهکار، طراحی و اجرا گردیده است. هدف اصلی مطالعه، تعیین تأثیر مداخله آموزشی بر آگاهی، نگرش، خود-کارآمدی و عملکرد معلمان در زمینه بهداشت روان دانش آموزان بوده است.

در این مطالعه مداخله ای، ۵۷ نفر از معلمان مدارس ابتدایی دولتی شهر خرم آباد در استان لرستان ایران، مشارکت داشتند. کارگاه آموزشی به مدت ۳ روز برای معلمان گروه مداخله (۲۷ نفر) برگزار گردید. سپس آنان نزدیک به ۴/۵ ماه به فعالیت (شامل اجرای رفتارهای الف و ب) پرداختند. اطلاعات پژوهش در سه مرحله: قبل و بعد از کارگاه آموزشی و در پایان فعاليتها با استفاده از پرسشنامه های خود اجرا از معلمان و دانش آموزان جمع آوری گردید. داده ها در نرم افزار آماری SPSS و با استفاده از روشهای آمار غیر پارامتری پردازش و تحلیل شدند.

مقایسه نتایج قبل و بعد از مداخله آموزشی افزایشهای بارزی را در آگاهی، نگرش، قصد و عملکرد معلمان در گروه مداخله نشان داد. در گروه شاهد تغییرات بارزی در ارتباط با متغیرهای مورد مطالعه مشاهده نگردید. معلمان گروه مداخله در طی این پروژه ۱۰۶ دانش آموز را شناسایی و به مرکز مشاوره ارجاع کردند؛ روان شناسان وجود اختلال را در ۷۹ نفر از آنان تأیید نمودند. در همین مدت معلمان گروه شاهد تنها ارجاع ۲ دانش آموز را گزارش دادند. سطح آگاهی دانش آموزان، معیار اصلی عملکرد معلمان در آموزش بهداشت روان، در گروه مداخله به طور بارز افزایش یافته بود؛ اما این شاخص در گروه شاهد تغییر بارزی را نشان نداد. همچنین نتایج حاکی از آگاهی، نگرش و عملکرد بالاتر معلمان زن نسبت به معلمان مرد بوده است.

این پژوهش به خوبی نشان داده است که معلمان آموزش دیده از پتانسیل قابل توجهی برای مشارکت در ارائه خدمات سلامت روان در مدارس برخوردارند. از این رو پیشنهاد می شود برنامه ریزی کارگاه های آموزشی برای گسترش گام اول راهکار ارائه شده برای سازماندهی خدمات، یعنی توسعه مشارکت معلمان، انجام پذیرد.

**واژگان کلیدی:** معلم، آگاهی، نگرش، قصد، عملکرد، سلامت روان مدارس

<sup>۱</sup> گروه خدمات بهداشتی، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، صندوق پستی ۶۴۴۶-۱۴۱۵۵، تهران، ایران.

<sup>۲</sup> انستیتو روان پزشکی تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران، زنده یاد دکتر داوود شاه محمدی در جریان بازدید از مراحل پروژه این مقاله در حادثه سانحه هوایی درگذشت، روحش شاد باد.

<sup>۳</sup> گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، صندوق پستی ۶۴۴۶-۱۴۱۵۵، تهران، ایران.

نتایج برخی از بررسی‌های همه گیر شناسی در ایران عبارت است از: میزان شیوع اختلالات سلوکی و هیجانی در دانش آموزان دبستانی شهر شیراز ۱۷/۸ (بهره بردار ۱۳۷۷)، میزان شیوع اختلالات رفتاری در دانش آموزان شهر یاسوج، در دختران ۲۴/۴٪ و در پسران ۲۹/۶٪ (زاده باقری ۱۳۷۳، نوری ۱۳۷۳) به نقل از منابع، رقم ۳۹٪ را برای دانش آموزان مبتلا به مشکلات عاطفی - رفتاری در ایران ذکر کرده است. اختلالات روانی - عاطفی هزینه های سنگینی را در ابعاد مختلف سلامتی، کیفیت زندگی، رفاه اجتماعی، و اقتصادی بر جوامع تحمیل می کنند. ابتلای کودکان و نوجوانان، که حدود یک سوم جمعیت کشور را تشکیل می دهند و پیشرفت، توسعه، و سلامت نسل آینده نیز به آنها وابسته است، اهمیت بیشتری دارد. شواهد و دلایل، سازماندهی خدمات سلامت روان در مدارس را به عنوان راهبرد اساسی برای ارتقای سلامت دانش آموزان و در نهایت کل جامعه مورد تأکید قرار می دهند. در واقع، مدرسه فرصتی بی همتا و جایگاهی اساسی برای بهبود زندگی و ارتقای سلامت روان کودکان و نوجوانان است (Taylor L. 2000، هندرن، ارلی و بیرل ۱۳۷۷، Mohit A. and Seif El Din A. 1998، کاوه ۱۳۷۲). برای بسیاری از کودکان و نوجوانان، مدارس عمده ترین کانال برای دریافت خدمات بهداشت روانی هستند؛ بیش از سه چهارم کودکانی که خدمات سلامت روانی دریافت می کنند، در آموزش و پرورش مشغول تحصیل می باشند. و برای بسیاری از آنان، مدرسه تنها منبع مراقبت محسوب می شود (UCLA 2003).

ارائه خدمات سلامت روان در مدارس در مقایسه با ارائه خدمات از طریق محیطهای سنتی (کلینیک ها و مطب ها)، مزایای متعددی دارد؛ از جمله مراقبتها در محیطی آشنا و غیرتهدید کننده ارائه می گردد، برای کارشناسان و حتی پزشکان این فرصت فراهم می شود که دانش آموزان را در محیط طبیعی و شرایط متعدد مشاهده و در طی زمان زیر نظر داشته باشند، امکان رجوع شخصی دانش آموز فراهم می شود، و ارائه متمرکز خدمات در محل تمرکز کودکان و نوجوانان موجب تقلیل هزینه ها و افزایش

شواهد اپیدمیولوژیک نشان می دهد که اختلالات عاطفی و روان شناختی از عوامل مهم و روبه تراید ابتلا، ناتوانی و کاهش کیفیت زندگی در تمام جوامع هستند. طبق تخمین سازمان جهانی بهداشت ۲۵٪ جمعیت جهان از اختلالات روانی، رفتاری و عصبی رنج می برند (داویدیان ۱۳۷۶، موری و لوپز ۱۳۷۶). براساس پیش بینی های انجام شده، سهم اختلالات روانپزشکی و عصبی از ۱۰/۵٪ در سال ۱۹۹۰ به حدود ۱۵٪ کل بار جهانی بیماریها در سال ۲۰۲۰، یعنی حدود ۵۰٪ افزایش می یابد. این افزایش در سهم نسبی، حتی از افزایش بیماریهای قلبی - عروقی نیز بیشتر است. تا آن سال خشونت ممکن است به رده دوازدهم و خودکشی به رتبه چهارم در فهرست عوامل ناتوانی صعود نمایند؛ در حالی که در سال ۱۹۹۰ به ترتیب در رتبه ۱۹ و ۱۷ قرار داشتند (موری و لوپز ۱۳۷۶). در ایران، بر اساس طرح مطالعاتی وزارت بهداشت در سال ۱۳۷۸، میزان شیوع اختلال روانی به صورت کلی در جمعیت بالای ۱۵ سال کشور ۲۱٪ گزارش گردیده است (وزارت بهداشت ۱۳۸۱).

بر خلاف تصور عمومی، ناخوشیهای روانی - عاطفی مشکل شایع تر 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 "یک پنجم کودکان و نوجوانان دنیا (۱۷ ساله و کمتر) از اختلالات خفیف تا شدید روانی رنج می برند (سازمان جهانی بهداشت ۱۳۷۹، هندرن، ارلی و بیرل ۱۳۷۷). 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 مرحله ای نرسیده اند که معیارهای مذکور در مورد آنها صدق کند. در جمعیتهای کم درآمد درصد کودکانی که در خطر مشکلات روانی قرار دارند بیش از ۵۰٪ است. (Olbrich S. 2002).

آموزش و پرورش ایجاب می نماید که برای پاسخ گویی به نیازهای دانش آموزان بویژه در مدارس ابتدایی راهکاری اندیشیده شود. مطالعه حاضر به عنوان گامی در جهت ساماندهی خدمات بهداشت روان در مدارس به ارزیابی نقش معلم، حول دو فعالیت، پرداخته است. این دو فعالیت (عملکرد) قابل انتظار از معلم عبارتند از: ۱- شناسایی و ارجاع دانش آموزانی که نشانه های اختلال در سلامت روان بروز می دهند؛ و ۲- آموزش بهداشت روان. اطلاعاتی که در این گام حاصل می شود، مبنای قضاوت و ارزشیابی پروژه خواهد بود؛ همچنین نتایج و یافته ها به اصلاح و تقویت این مرحله و پی ریزی مراحل بعدی خدمات سلامت روان در مدارس کمک می نماید. از این رو مطالعه حاضر با هدف اصلی تعیین تأثیر مداخله آموزشی بر آگاهی، نگرش، قصد، خود-کارآمدی و عملکرد معلمان در زمینه بهداشت روانی دانش آموزان در دبستانهای دولتی شهر خرم آباد استان لرستان در ایران طراحی و اجرا گردیده است. از آنجا که ارائه تمام یافته های مطالعه در محدوده این مقاله نمی گنجد، تنها یافته های مربوط به آگاهی و عملکرد ارائه خواهد شد.

### روش کار:

این پژوهش از نوع مداخله ای (تجربی) است. جمعیت مورد مطالعه در آن معلمان (آموزگاران) پایه چهارم شاغل در دبستانهای دولتی شهر خرم آباد بوده اند. نمونه ها شامل دو گروه مداخله و شاهد، در هر گروه ۳۲ آموزگار، بودند که از جامعه پژوهش انتخاب گردیده اند. نمونه گیری به روش خوشه ای دو مرحله ای با انتخاب تصادفی ساده انجام گردیده است. بدین صورت که واحد اولیه نمونه گیری مدارس و واحد ثانویه آموزگاران پایه چهارم دبستانها بودند. برای انتخاب افراد، ابتدا دبستانهای دولتی در دو ناحیه شهر خرم آباد به تفکیک دخترانه یا پسرانه بودن، بر اساس تعداد کلاسهای پایه چهارم آنها (۲، ۳، ۴ کلاسه یا بیشتر) و نیز تعداد دانش آموزان دبستانها مرتب گردید. سپس با روش نمونه گیری تصادفی منظم متناسب با سهم مربوط، مدارس انتخاب شدند. تا این مرحله در مجموع ۲۴ دبستان برگزیده

بهره وری می گردد (Bicham N.L. et al. 1998). اما چگونه؟

برای مدارس وضعیت یادگیری و سلامت دانش آموزان را بهبود دهند، باید ضمن بازنگری، اصلاح و سازماندهی مجدد برنامه های خود، با شناسایی منابع و تعریف نقشها شرایط لازم را برای مشارکت و همکاری لازم بین عوامل مدرسه، خانواده ها و منابع جامعه فراهم نمایند (Payton J.W. et al. 2000; Adelman H.S. and Taylor L. 2000; WHO 1998). در این میان، شناخت موقعیت و پتانسیل های ارزشمند معلمان و بهره گرفتن از آنها عامل مهم بلکه ضروری در اثر بخشی برنامه های تربیتی و بهداشتی است. معلم در خط اول تماس دانش آموزان با برنامه های بهداشت و مشاوره روان شناختی مدرسه است (گیسون و میشل ۱۳۷۷). تماس طولانی و موقعیت نافذ روان شناختی، به معلم کمک می کند تا در فعالیتهای بهداشت روان مدارس به نحو مؤثری ایضای نقش نماید. با این وصف معلم می تواند با کسب دانش و مهارتهای پایه و تکمیلی، نه چندان وسیع و تخصصی، در سطوح مختلف پیشگیری فعالیت نماید. نقش اولیه کارشناس مشاوره و روان شناسی، در مدرسه یا مرکز مشاوره، پذیرش، بررسی، و اجرای مداخلات روان شناختی برای دانش آموز ارجاع شده توسط معلم خواهد بود. او ممکن است بر حسب ضرورت تصمیم به ارجاع دانش آموز به متخصصان دیگر مثل روانپزشک بگیرد. نقش قابل انتظار از کارشناس این است که بازخورد و راهنمایی لازم را در اختیار معلم ارجاع دهنده قرار دهد. این کار به خود ارزشیابی و تقویت مشارکت معلم کمک می کند، همچنین موجب می شود که معلم بهتر بتواند به بهبودی دانش آموز کمک نماید. (Paternite C.E. and Flora R. 2000; Nakajima H. 1992; WHO/UNFPA/UNICEF 1999).

در حال حاضر، در دبیرستانها و تا حدودی نیز مدارس راهنمایی شهرها افرادی به عنوان کارشناس مشاوره به ارائه خدمت به دانش آموزان اشتغال دارند. اما دبستانها از وجود کارشناسان مشاوره برخوردار نیستند. محدودیت مراکز مشاوره و خدمات روان شناختی و کارشناسان آنها در سازمانهای

لازم را رعایت نمایند. همچنین به خود آنان نیز اطمینان داده شد که اطلاعات ابراز شده در پرسشنامه ها محرمانه خواهد ماند و تحلیل داده ها به طور کلی و بدون ذکر نام انجام می گردد.

داده های پژوهش با استفاده از پرسشنامه های خود-اجرا برای معلمان در گروههای شاهد و مداخله و دانش آموزان، طی سه مرحله قبل و بعد از مداخله آموزشی و پس از اتمام فعالیتها جمع آوری گردیده اند. مداخله آموزشی شامل دو کارگاه آموزشی ۲ و ۱ روزه، با فاصله ۳ هفته بوده است. برای تحلیل داده های به دست آمده در این پژوهش، غالباً از روشهای آماری غیر پارامتری، شامل آزمونهای من ویتنی، ویلکاکسون، کروسکال والیس، و آنالیز رگرسیون استفاده شده است. 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، بویژه متغیرهای اصلی، رتبه ای هستند؛ 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 می شود (سیگل ۱۳۷۲، Munro B.H. 2001).

#### یافته ها:

در این مطالعه تعداد ۲۷ و ۳۰ معلم به ترتیب در گروههای مداخله و شاهد و در جمع ۵۷ نفر مشارکت کردند. آزمون آلفای کرونباخ برای سنجش ثبات درونی مقیاسهای مورد استفاده در مطالعه به کار گرفته شد؛ بر اساس آن ضریب آلفای محدود ۰/۷۴ به دست آمد. همچنین از شیوه دیگری به نام «Item-Total» استفاده گردید که ضرایب همبستگی بین هر بخش و کل مقیاس ها ۰/۳۳ تا ۰/۸۷ بود. مردان ۴۹٪ از کل افراد مورد مطالعه را تشکیل می دادند. این نسبت در گروههای مداخله و شاهد به ترتیب ۴۴/۴٪ و ۵۳٪ بود. نسبت دو جنس در گروههای مداخله و شاهد به لحاظ آماری تفاوت معناداری نداشتند ( $\chi^2 = 0/45$ ,  $p = 0/59$ )، ۴۲٪ مشارکت کنندگان مدرک تحصیلی دیپلم، ۳۵٪ کاردانی و

شدند. در مرحله بعد، اسامی این ۲۴ دبستان بر کارتهایی مشابه نوشته و پس از تفکیک (بر اساس ناحیه، جنس، تعداد کلاس) در کیسه هایی ریخته شد. آن گاه به طور تصادفی یکی به گروه آزمون و یکی به گروه گواه تخصیص یافتند. پنج نفر از معلمان به دلایلی در مرحله پیش آزمون و کارگاه آموزشی شرکت نکردند و از نمونه حذف گردیدند. از این رو تعداد نهایی به ۲۷ نفر در گروه مداخله 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 (محمد و همکاران، سال ۱۳۷۳). به منظور سنجش و مقایسه آگاهی دانش آموزان قبل و بعد از تدریس مطالب مورد نظر توسط معلم، تعداد ۱۰ نفر از دانش آموزان آن معلمان به صورت تصادفی منظم از روی دفتر اسامی که به ترتیب حروف الفبا نوشته شده انتخاب گردید.

متغیرهای اصلی در این بخش از مطالعه شامل آگاهی و عملکرد معلم می باشد. مراد از عملکرد (رفتار)، انجام دو فعالیت توسط معلمان است. اول، آموزش بهداشت روان و دوم شناسایی و ارجاع دانش آموزانی که علائم و نشانه های اختلالات عاطفی، روانی یا رفتاری را بروز می دهند. برای سنجش آگاهی، از تعدادی پرسش انشایی (باز) استفاده گردید. در آن پرسش ها از معلمان درخواست شد تا تعدادی از اختلالات عاطفی، روانی یا رفتاری شایع در کودکان مدرسه ای را نام ببرند؛ برای هر مورد تعریف ارائه نمایند؛ و بالاخره علائم و نشانه های مهم مربوط به هر اختلال را بنویسند. جمع نمرات پرسش ها ۲۱ بود. روش اصلی برای سنجش رفتار اول (شناسایی و ارجاع)، گزارش خود معلم از تعداد دانش آموزان ارجاع شده به روان شناس و مستند ساختن آن با مدارک موجود، و در مورد عملکرد دوم، اندازه گیری آگاهی دانش آموزان قبل و بعد از آموزش بهداشت روان توسط معلم، ملاک اصلی قضاوت بوده است. با توجه به ارتباط سلامت روان با فرهنگ جامعه و مسایلی مانند رفتار برچسب زنی، ضمن آگاه ساختن مشارکت کنندگان از مساله از آنان خواسته شد تا نکات

آنالیز انجام شده با آزمون کروسکال والیس برای مقایسه تغییر ایجاد شده در آگاهی معلمان گروه مداخله بر حسب مدرک تحصیلی آنان، تفاوت آماری معنا داری را نشان نداد ( $\chi^2 = 0/579, p < 0/75$ ).

در آغاز پروژه، قبل از مداخله آموزشی از معلمان سؤال شد: «تا کنون چند دانش آموز مشکل دار را شناسایی کرده اید؟» معلمان در گروه مداخله ۴۶ و در گروه شاهد ۴۹ نفر را ذکر کردند. آزمون من ویتنی تفاوت معنی داری را بین شاخصهای مرکزی این متغیر در دو گروه نشان نداد ( $Z = 1/214, p = 0/22$ ).

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 دانش آموزان مشکل دار شناسایی و ارجاع شده (۱۰۶ مورد) توسط آنان مشاهده گردید. ۵ یا ۶ دانش آموز 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. موارد ارجاع شده به مرکز مشاوره، توسط یکی از سه تن کارشناسان ارشد روان شناسی بالینی تحت معاینه و بررسی قرار گرفته اند. از میان ۱۰۶ نفر ارجاع شده توسط گروه مداخله، مشکل دار بودن ۷۹ دانش آموز تایید شده است. وضعیت ۲ دانش آموز ارجاع شده توسط گروه شاهد، نامشخص ماند. متوسط تعداد دانش آموزان ارجاع شده توسط معلمان زن (۴/۵۳) تا حدودی بیش از متوسط آن در معلمان مرد (۳/۱۷) و میانه های هر دو برابر با ۳ بود. آزمون آماری من ویتنی که بر مقایسه میانه ها استوار است، تفاوت بازرزی را بین دو جنس نشان نداد ( $Z = -1/082, p = 0/279$ ). مقایسه آماره های مربوط به مواردی که به تایید روان شناس مشکل دار بودند، نشان داد که در این قسمت میانگین و میانه ها در زنان به ترتیب ۳/۲ و ۳ و در مردان به ترتیب ۲/۵۸ و ۲ می باشد؛ آزمون مذکور این تفاوتها را معنی دار نشان نداد ( $Z = -1/495, p = 0/135$ ). در طی اجرای برنامه،

۲۳٪ مابقی کارشناسی داشتند. گروههای مداخله و شاهد به لحاظ مدرک تحصیلی تفاوت آماری معنا داری نداشتند. ( $\chi^2 = 0/54, p = 0/76$ ).

آگاهی معلمان در زمینه بهداشت روانی دانش آموزان، قبل و بعد از مداخله اندازه گیری و مقایسه گردیده است. آماره های مربوط به این مقایسه در جدول شماره ۱ آمده است. چنانکه مشاهده می شود در مرحله قبل از کارگاه آموزشی مشارکت کنندگان در گروههای مداخله و شاهد از ۲۱ نمره (کل نمره آگاهی)، به ترتیب ۴/۶، ۴/۱۰۶، ۴/۶ نمره را کسب کرده اند. میانه در هر دو گروه یکسان و برابر با ۴ بود. در این مرحله (قبل از مداخله)، بر اساس آزمون من ویتنی گروههای مداخله و شاهد، به لحاظ آگاهی، تفاوت معنی داری با یکدیگر نداشتند ( $Z = 0/43, p = 0/66$ ). اما پس از مداخله، تغییر بازرزی در آگاهی معلمان در گروه مورد مشاهده گردید؛ بدین صورت که میانه آگاهی آنان از ۴، هنگام پیش آزمون، به ۱۶ در پس آزمون، یعنی ۱۲ نمره بالاتر ارتقا یافت. در حالی که این شاخص در گروه شاهد از ۴ هنگام پیش آزمون به ۴/۵ در پس آزمون، یعنی تنها به اندازه ۰/۵ نمره افزایش یافته بود. آزمون آماری ویلکاکسون تغییر ایجاد شده در آگاهی معلمان گروه مداخله را به طور بارز معنی دار نشان داده است ( $Z = -5/44, p < 0/001$ ). اما این آزمون تفاوت معنی داری را بین سطوح آگاهی قبل و پس از مداخله، در گروه شاهد نشان نداد ( $Z = 0/23, p = 1/19$ ). از طرف دیگر، شاخصهای مرکزی آگاهی دو گروه، مربوط به پس آزمونها، تفاوت بازرزی با یکدیگر داشتند (آزمون من ویتنی): ( $Z = -5/13, p < 0/001$ ).

تغییر ایجاد شده در آگاهی از طریق تفاضل نمره آگاهی قبل، از نمره آگاهی در مرحله بعد از آموزش محاسبه گردید. مقایسه بر حسب جنس نشان داد که اندازه تغییر آگاهی در زنان بیشتر از مردان بوده است (جدول شماره ۲)؛ بدین صورت که میانگین تغییر (تفاضل) در زنان (۱۲/۴)، نزدیک به ۵ نمره بیش از مردان (۷/۶) بود. آزمون آماری من ویتنی تفاوت معنی داری در شاخصهای مرکزی بین دو جنس نشان می دهد ( $Z = -2/4, p = 0/03$ ).

مشاهده می شود. بسیار بارز و معنی دار می باشد ( $p < 0/001$ )،  $Z = 6/23$ ) این نتایج در جدول شماره ۳ آمده است.

به منظور مقایسه عملکرد آموزشی معلمان در گروه مداخله بر حسب جنسیت و مدرک تحصیلی شاخص درصد پیشرفت آگاهی دانش آموزان با فرمول زیر محاسبه گردید:

$$100 \times \frac{\text{آگاهی قبل} - \text{آگاهی بعد}}{\text{آگاهی قبل}}$$

مقایسه بین دو جنس نشان داد که درصد پیشرفت (افزایش) آگاهی در دانش آموزان معلمان زن بیشتر از درصد مربوط به معلمان مرد بوده است. بدین نحو که آگاهی دانش آموزان دختر که معلمان آنها زن بودند به طور متوسط ۱۰۱/۵٪ و آگاهی دانش آموزان پسر با معلمان مرد ۵۲/۸٪ پیشرفت داشته است. میانه ها در گروه اول ۱۰۸/۸٪ و در گروه دوم ۵۱/۷٪ بوده است. آزمون آماری من ویتنی تفاوت بارزی را بین شاخصهای مرکزی درصد پیشرفت آگاهی دانش آموزان در دو جنس نشان داد ( $p = 0/001$ ،  $Z = 3/5$ ).

برای رتبه بندی معلمان در گروه مداخله بر حسب عملکرد آنان در آموزش بهداشت روان، صدکهای ۲۵، ۵۰ و ۷۵ مربوط به تفاضل آگاهی قبل و بعد در دانش آموزان آنها محاسبه گردید. نتایج نشان داد که ۶ نفر (۲۲/۲٪) عملکرد ضعیف و ۷ نفر (۲۶٪) عملکرد متوسط داشتند. از ۱۴ نفر باقیمانده نیمی عملکرد خوب و نیم دیگر بسیار خوب داشتند (جدول شماره ۴).

برای مقایسه معلمان زن و مرد با یکدیگر، تفاضل آگاهی قبل و بعد دانش آموزان را به دو طبقه پائین و بالای میانه (۵/۲) تقسیم کردیم. تحلیل داده ها نشان داد که تنها ۸/۳٪ از معلمان مرد در طبقه بالای میانه قرار داشتند در حالی که این طبقه ۸۶/۷٪ معلمان زن را شامل گردیده بود. آزمون فیشر تفاوت مشاهده شده را معنی دار نشان داد ( $p = 0/001$ ).

برخی یافته ها در سال تحصیلی بعد: در زمان اجرای طرح، پژوهشگران قصد خاصی برای ادامه کار در سال تحصیلی بعد نداشتند و با صراحت نیز سخنی به میان نیاوردند؛ لذا تصور اکثر معلمان نیز بر اتمام پروژه پژوهشی تا پایان همان سال بوده است. در مصاحبه با معلمان در سال تحصیلی

فعالتهای اجرایی پژوهش شامل معلمان مورد پایش قرار گرفته است. بخشی از پایش ها بیشتر جنبه کیفی داشت. از جمله یافته های حاصل از پایش برنامه این است که اکثر زنان در مقایسه با مردان، فعالتهای مورد انتظار را در مدت زمان کوتاهی پس از کارگاه آموزشی آغاز نمودند. این شامل هر دو رفتار مورد مطالعه می گردید. نیاز به خواستن، یادآوری کردن و یا بحث با معلمان مرد به طور بارزی بیش از معلمان زن بود.

چنانکه ذکر شد معیار اصلی برای قضاوت در مورد عملکرد معلمان در آموزش بهداشت روان، سنجش آگاهی دانش آموزان بوده است. در عین حال اطلاعات دیگری نیز در باره این عملکرد به دست آمده است. تا قبل از اجرای این مطالعه، ۵۲٪ از معلمان در گروه مداخله و ۷۳٪ از معلمان گروه شاهد هیچ موضوعی را در مورد بهداشت روان برای دانش آموزان تدریس نکرده بودند. همچنین در ۸۱٪ از افراد گروه مداخله و ۷۷٪ معلمان گروه شاهد برای درس انشای دانش آموزان از موضوعات مرتبط با بهداشت روان استفاده نشده بود. این ارقام بر اساس گزارش خودشان به دست آمده است. میانگین و میانه آگاهی دانش آموزان در گروه مداخله ۶۷/۲۷ و ۶۷ و این آماره ها در گروه شاهد ۶۳/۳۲ و ۶۷/۴ بودند. آزمون من ویتنی تفاوت معنی داری را نشان نداد ( $Z = -1/24$ ،  $p = 0/21$ ). پس از این که معلمان در گروه مداخله فعالتهای آموزشی مورد نظر را انجام دادند، میانگین و میانه آگاهی دانش آموزان به ۱۱/۹۳ و ۱۲/۵ افزایش یافت. این تغییر در آگاهی دانش آموزان گروه مداخله بر اساس آزمون ویلکاکسون معنی دار است ( $p < 0/001$ )،  $Z = 4/54$ )؛ در حالی که آگاهی دانش آموزان در گروه شاهد با تغییری اندک همراه بوده است. میانگین و میانه ها در آنان به ترتیب ۶/۶۳ و ۶/۵۵ بودند. آزمون ویلکاکسون تغییر واقع شده در شاخصهای مرکزی این گروه نسبت به قبل را معنی دار نشان داد ( $Z = 2/1$ ،  $p = 0/04$ ). تفاوت فاحش بین مقادیر  $Z$  و  $p$ ، مربوط به آگاهی هنگام پس آزمون، بین گروههای مداخله و شاهد قابل توجه است. تفاوتی که در اندازه های پس از مداخلات بین گروههای مداخله و شاهد

به حذف "item" از فهرست پرسشها منجر می گردد (Green L.W. and Lewis F.M. 1986).

اندازه های مربوط به آگاهی معلمان، قبل از مداخله آموزشی، نشان داد که آگاهی آنان در حد ضعیفی قرار دارد. پائین بودن سطح آگاهی معلمان با موقعیت کلیدی آنان در بهداشت روان مدارس و آن چه از آنان انتظار می رود، سازگار نیست. از این رو آموزش برای توانمند ساختن معلمان برای ایفای مؤثر نقش، ضروری است (گیسون و میشل ۱۳۷۷، دهقان ۱۳۷۶، Cameron H. 1991). یافته های پژوهش مؤثر بودن کارگاه آموزشی را بر ارتقای آگاهی معلمان مورد تأیید قرار داده است (جدول شماره ۱). چنانکه ملاحظه گردید، افزایش آگاهی معلمان در گروه مداخله بسیار قابل توجه است؛ در حالی که در گروه شاهد تغییر بارزی رخ نداده است. مطالعات دیگر نیز مؤثر بودن مداخله آموزشی برنامه ریزی شده را بر افزایش سطح دانش معلمان مورد تأیید قرار داده اند (کاوه و همکاران ۱۳۷۸).

در این مطالعه معلوم گشت که مداخله آموزشی می تواند عملکرد یا رفتار بهداشتی را بهبود بخشد. همانطور که قبلاً ملاحظه شد، فراوانی دانش آموزان مشکل دار شناسایی و ارجاع شده توسط معلمان به مرکز مشاور به طور بارزی پس از مداخله آموزشی افزایش یافته است. مطالعات دیگر نیز نشان داده اند که معلمان آموزش دیده قادر خواهند بود به نحو مؤثری در برنامه های بهداشت مدارس نقش ایفا نمایند؛ مطالعه زکی زاده (۱۳۷۲) نمونه ای از این موارد است که نشان داده است معلمان آموزش دیده قادر به غربالگری شنوایی دانش آموزان هستند. در مطالعه کانتور و همکارانش (۱۹۹۳) نیز قابلیت های معلمان پس از گذراندن دوره آموزشی برای شناسایی و ارجاع مشکلات مربوط به مصرف نایجا یا سوء مواد در دانش آموزان، و آموزش دادن مورد تأیید قرار گرفته است. فراوانی موارد تأیید شده توسط روان شناس همبستگی مثبت و معنی داری با آگاهی معلمان ارجاع کننده پس از مداخله آموزشی داشت. از این استنتاج می شود که کارگاه آموزشی به مهارت آنان در شناسایی صحیح دانش آموزان مشکل دار کمک کرده است.

بعد، اطلاعات زیر در گروه مداخله به دست آمد که قابل توجه است:

مدرسه محل خدمت ۹ نفر از ۲۷ معلم گروه مداخله تغییر یافته بود؛ ۳ نفر از آنان از پایه چهارم ابتدایی به تدریس در پایه های دیگر مشغول بودند؛ یکی از مدارس قدیمی تخریب و دانش آموزان آن به مدارس دیگر فرستاده شده بودند؛ ۱۲ نفر از ۱۵ معلم زن مشارکت کننده، در سال دوم نیز فعالیتهای آموزش بهداشت روان را اجرا کردند؛ اکثر این فعالیتهای طریق تدریس محتوای آموزشی قبلی و درس انشا صورت گرفته بود و استفاده از پیام در سطح محدودتری انجام شده بود. در مقابل از بین معلمان مرد (۱۲ نفر)، تنها ۵ نفر به آموزش بهداشت روان مبادرت کرده بودند؛ سایرین فعالیتهای را ادامه نداده اند یا عملکرد ضعیفی داشتند. در ارتباط با شناسایی و ارجاع دانش آموزان مشکل دار، ۵ تن از زنان معلم اظهار داشتند که مواردی در بین دانش آموزان جدید خود شناسایی کرده اند. معرفی به مرکز مشاوره توسط ۲ نفر صورت گرفته بود.

#### بحث:

از تعداد ۳۲ معلم در هر کدام از گروههای مطالعه، در نهایت ۲۷ و ۳۰ نفر به ترتیب در گروههای مداخله 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 می رسد. ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاسهای مورد استفاده در پرسشنامه پژوهش ۰/۷۵/۶ به دست آمد. به طور کلی اندازه ای برابر با یا بزرگتر از ۰/۷ رضایت بخش محسوب می شود (Abramson J.H. and Abramson Z.H. 1999). اندازه های همبستگی بین هر "item" و "total score" ۰/۳۳ تا ۰/۸۷ بودند و این مقادیر در حد قابل قبولی قرار دارند. در منابع سطح معیار ۰/۲۵ تا ۰/۳۵ را به عنوان حدود مطلوب ذکر کرده اند که کمتر از آن

آموزش بهداشت روان را بیشتر تأیید و حمایت می کند؛ توجه، گوش دادن، ابراز علاقه و مشارکت در بحث کلاس هنگام تدریس مباحث بهداشت روان بیشتر بوده است. همچنین، دانش آموزان برای نگارش انشا در باره موضوعات مرتبط با سلامت روان علاقه بیشتری نشان می دادند.

رتبه بندی عملکرد معلمان گروه مداخله در آموزش بهداشت روان، نشان داد که در شرایط موجود مدارس، این مطالعه با نتایج قابل توجهی همراه بوده است. در واقع بیش از نیمی از مشارکت کنندگان عملکرد خوب و بسیار خوب داشته اند. چنین نتیجه ای با توجه به این که اکثر آنان قبلاً دوره آموزش بهداشت روان نگذرانده بودند و مداخله آموزشی نیز به خاطر محدودیتها بسیار موزج برگزار شده بود، مطلوب به نظر می رسد. روشن است که فراهم کردن برنامه های کوتاه مدت آموزش ضمن خدمت ضروری است و به نتایج کمی و کیفی گسترده تری منجر خواهد شد. همچنین باید توجه داشت که به منظور افزایش کارآیی و اثربخشی، آموزشهای ضمن خدمت باید برنامه ریزی شده و عمل گرا باشند (Cameron H. 1991).

### نتیجه گیری:

جمعیت کثیر دانش آموزان در مدارس و از طرف دیگر میزانهای فزاینده ابتلا به اختلالات روان در جامعه و به ویژه در کودکان و نوجوانان، ضرورت اتخاذ تدابیر پیشگیری کننده عملی، سریع، مؤثر و کارآمد را خاطر نشان می کنند. غفلت از این مهم، با عواقب وخیمی همچون آفت یا شکست تحصیلی، انصراف از تحصیل، اعتیاد، اختلالات روانی- اجتماعی و روی آوردن به بزهکاری، همراه خواهد بود. این معضلات سلامت، بهزیستی، رفاه و توسعه کل جامعه را به مخاطره می اندازند.

با وجود برخی محدودیتها، این پژوهش به خوبی نشان داده است که معلمان آموزش دیده از پتانسیل بالایی برای مشارکت در ارائه خدمات سلامت روان در مدارس برخوردارند؛ به عبارت دیگر گامی کوچک اما برنامه ریزی شده و مبتنی بر شواهد، می تواند نتایج ارزنده ای را ایجاد

بر اساس اطلاعات به دست آمده از خود معلمان، در طی حدود ۴ ماه قبل از آغاز این پروژه، عملکرد آنان در آموزش بهداشت روان ضعیف بوده است. اغلب آنان موضوعی را در تدریس معمول خود یا به صورت عنوانی در درس انشا به کار نبرده بودند. تنها عده قلیلی از این دو طریق، آن هم حداکثر یک تا دو موضوع، عملکرد آموزشی داشتند. بدون در نظر گرفتن کیفیت، کمیت موضوعات و عبارتهای پیشنهادی توسط معلمان در جریان کارگاه آموزشی برای استفاده در فعالیتهای آموزش بهداشت روان، نیز با عملکرد گذشته همخوانی دارد. چنین عملکردی با تربیت جامع یا کل نگر فاصله بسیار دارد؛ فاصله برنامه درسی آشکار از وضعیت مطلوب و از طرف دیگر تأثیرات گسترده برنامه درسی پنهان، به نگرانی از یادگیری، سلامت، و نحوه زندگی محصولات نظام آموزشی دامن می زند. کیفیت ارتباطات کلامی و غیر کلامی معلم، کم و کیف برنامه درسی و عوامل محیط فیزیکی مدرسه، همگی پیامهایی را به کودکان و نوجوانان منتقل می کنند (ملکی ۱۳۷۶، Read D.A. 1997، ملکی ۱۳۷۹، Naidoo J. and Wills J. 2000). برای چالش موفقیت آمیز با فراز و نشیبهای زندگی، توسعه یادگیری همه جانبه و معنادار، بهزیستی، و توسعه فردی و اجتماعی، تربیت کل نگر ضرورتی آشکار است. و در فرایند تربیت کل نگر، معلمان باید فکور، خلاق، نوآور، خود-آگاه، فعال، پژوهنده و دلسوز باشند (دهقان ۱۳۷۶، یونسکو ۱۳۷۰، وازی ۱۳۷۰).

بر اساس نتایج به دست آمده مربوط به افزایش آگاهی دانش آموزان، آموزش بهداشت روان توسط معلمان تأثیر بارزی در یادگیری دانش آموزان در این زمینه دارد. این در حالی است که محتوا، موضوعات انشا و پیامهای تنظیم شده برای آموزش بهداشت روان جنبه رسمی و اجباری نداشتند. و تقریباً تمام دانش آموزان از انجام مرحله دوم آزمون آگاهی، مطلع نبودند. مطالعه پری و همکاران (۱۹۹۰) نیز نشان داده است که ایفای نقش معلمان در آموزش بهداشت مدارس، تأثیر بارزی بر ارتقای آگاهی دانش آموزان دارد. علاوه بر گزارشهای معلمان، مشاهدات ما در جریان پایش فعالیتهای شامل تعامل با دانش آموزان و پرسش از آنان، اثربخشی



(وقت و انرژی) سطح دوم و پس از آن بیشتر صرف مددجویانی شود که بیش از سایرین به خدمات سلامت روان نیازمندند. همچنین کارشناس یا مرکز مشاوره فرصت می یابند با خانوادها و در صورت لزوم منابع دیگر، جامعه کار کنند. فواید این کار در نهایت به اثر بخشی فعالیتها منجر می شود که معلم نیز در آن نقش دارد و از آن بهره مند می شود. قابل ذکر است که توقع استقرار کامل چنین راهکاری و بالاتر از آن پاسخگویی به مشکلات روانی-عاطفی و ارتقای سلامت روان دانش آموزان در کوتاه مدت و با منابع محدود واقع-بینانه به نظر نمی رسد. چرا که تغییر همیشه چالش بر انگیز و کم و بیش با مشکلات و موانعی همراه است. تغییر در سازمانها پیچیده تر است و نیاز به منابع و زمان دارد؛ علاوه بر عوامل درون فردی، عوامل بین فردی و سازمانی نیز فرایند تغییر را با چالش مواجه می سازد. (طیسی و همکاران ۱۳۸۰، ایران نژاد پاریزی و ساسان گهر ۱۳۷۵، کریمی ۱۳۷۹، Jick T., Palank C.L. 1991). از این رو باید با آینده نگری و ترسیم چشم اندازی وسیع، ضمن شناخت و تحلیل واقع بینانه ای از موقعیت، گامهای مناسب برای ساماندهی استقرار نظام خدمات سلامت روان در مدارس طرح ریزی و اجرا گردد (Medonald G. 2000; National Institute of Health).

### تشکر و قدردانی :

مجریان از تمام عزیزانی که در اجرای این پژوهش آنها را یاری داده اند و به ثمر بخشی آن کمک کرده اند صمیمانه سپاسگزاری می نمایند؛ این بزرگواران عبارت بودند از: ریاست و معاونان سازمان آموزش و پرورش استان لرستان؛ مدیریتهای نواحی یک و دو آموزش و پرورش شهرستان خرم آباد؛ آقایان علی فرهادی و علی سپهوند، کارشناسان ارشد روان شناسی؛ معاونت آموزشی و پژوهشی وقت دانشگاه علوم پزشکی لرستان؛ مدیران و معلمان مشارکت کننده در پروژه.

نماید. میسر نشدن برگزاری کارگاه آموزشی بیش از ۳ روز به منظور کار بیشتر با معلمان در زمینه روشهای تدریس نمونه ای از محدودیتها بود. در جریان این پروژه ۲۷ معلم آموزش دیدند که تعداد قابل توجهی به انجام فعالیتها (بیشتر آموزش بهداشت روان) در سال بعد نیز ادامه داده اند. در زمان اجرای طرح بیش از ۸۰۰ دانش آموز، هرچند با کیفیتهای متفاوت، مطالبی را آموختند. ۷۹ دانش آموز مشکل دار و به عبارت واقعی نیازمند خدمات سلامت روان شناسایی شدند؛ که این برآوردی را، اگرچه کمتر از آن چه هست، از وسعت مساله ارائه داده است. ادامه فعالیتها (آموزش بهداشت روان) توسط معلمان در سال تحصیلی بعد، بسیار امیدوار کننده است. این در حالی صورت گرفته است که پژوهشگران از ادامه طرح در سال بعد سخنی نگفته بودند؛ اطلاعات به دست آمده، هر چند به وسعت اطلاعات در مراحل اصلی پروژه نبوده، علاقه و ادامه فعالیتهای آموزشی در تعداد قابل توجهی از معلمان را نشان داده است. یکی از دلایلهای ممکن این است که مدیریت آموزش و پرورش با فراهم کردن عوامل مشوق و برانگیزاننده مناسب و حتی محدود می تواند به توسعه این فعالیتها کمک کند.

در حال حاضر در سطح شهرها مراکز مشاوره و خدمات روان شناختی و در برخی مدارس (غالباً دبیرستانها) کارشناسان مشاوره به ارائه خدمات به دانش آموزان می پردازند. در این مطالعه به نقش معلم و تا حدودی ارتباط او با مرکز مشاوره پرداخته شده است. لذا محققین با در نظر گرفتن نقش خانواده و امکانات ارائه خدمات بهداشت روان موجود در جامعه، الگویی نظری و اولیه را برای انجام مطالعات و کارآزمایی ها مطابق تصویر شماره ۱ پیشنهاد می دهند. تا در صورت مناسب بودن و کارآیی در نظام آموزش و پرورش مورد استفاده قرار گیرد. در واقع، در این الگو، سطح بندی خدمات و برقراری نظام ارجاع پیشنهاد گردیده است. چنین سطح بندی در صورتی که از طریق مطالعات مناسب مورد تأیید قرار گیرد با سطح بندی خدمات در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه قابل مقایسه است. به نظر می رسد این چنین سطح بندی موجب می شود که منابع

جدول ۱ - میانگین، میانه و انحراف معیار نمرات آگاهی معلمان در دبستانهای دولتی خرم آباد، قبل و بعد از کارگاه آموزشی، به تفکیک گروههای مطالعه - ۱۳۸۱

بعد			قبل			گروه (تعداد)
میانگین	انحراف معیار	میانه	میانگین	انحراف معیار	میانه	
۱۶	۵/۶	۱۴/۳	۴	۲/۹	۴/۰۶	مداخله (۲۷)
۴/۵	۳/۶	۴/۸	۴	۳/۳۴	۴/۶	شاهد (۳۰)
۷	۶/۶	۹/۳	۴	۳/۱۳	۴/۳	کل (۵۷)

جدول ۲ - تغییر ایجاد شده در آگاهی معلمان مورد مطالعه در دبستانهای خرم آباد، بر حسب جنس در گروه مداخله، براساس میانگین، میانه و انحراف معیار

تغییر آگاهی (تفاضل قبل و بعد)			جنس (تعداد)
میانگین	انحراف معیار	میانه	
۷/۶	۳/۹	۶/۶۵	مرد (۱۲)
۱۲/۴	۳/۴	۱۲/۳	زن (۱۵)
۱۰/۳	۴/۳	۱۰/۷	کل (۲۷)

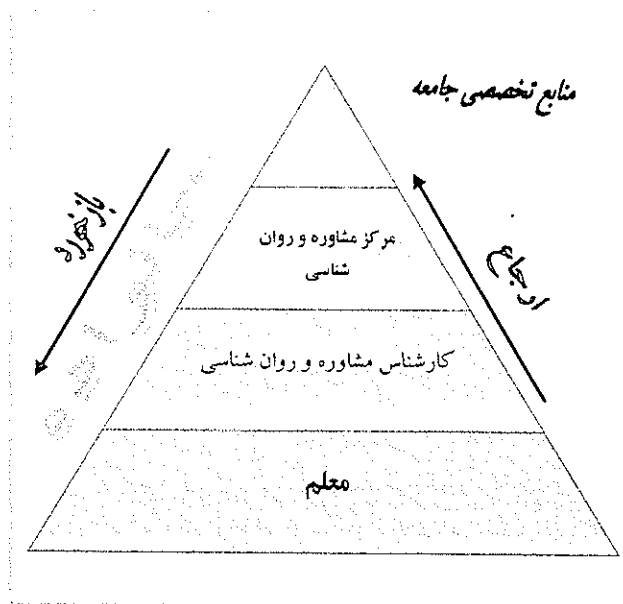
جدول ۳ - مقایسه آماره های مربوط به آگاهی دانش آموزان در گروههای مطالعه قبل و بعد از مداخله آموزشی

بعد			قبل			گروه (تعداد)
انحراف معیار	میانگین	میانه	انحراف معیار	میانگین	میانه	
۲/۱۳	۱۲/۵	۱۱/۹۳	۰/۹۴	۶/۷	۶/۷۲	مداخله (۲۷)
۱/۴۹	۶/۵۵	۶/۶۳	۱/۱۳	۶/۴	۶/۳۲	شاهد (۳۰)

جدول ۴ - توزیع فراوانی معلمان در گروه مداخله بر حسب رتبه آنان در آموزش بهداشت روان، بر اساس میزان

تغییر ایجاد شده در آگاهی دانش آموزان آنها. دبستانهای دولتی خرم آباد ۱۳۸۱

رتبه	مقیاس: اندازه تغییر در نمره آگاهی دانش آموزان	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی	فراوانی نسبی تراکمی
بسیار خوب	$\geq 6/80$	۶	۲۲/۲	۲۲/۲
خوب	۶/۸۰ تا ۵/۲۰	۸	۲۹/۶	۵۱/۸
متوسط	۵/۲۰ تا ۳/۴۰	۷	۲۵/۹	۷۷/۸
ضعیف	$\leq ۳/۴۰$	۶	۲۲/۲	۱۰۰



شکل ۱ - الگوی پیشنهادی برای سازماندهی خدمات بهداشت روان در مدارس شهرها

## منابع:

- ایران نژادپاریزی، مهدی و ساسان گهر، پرویز ۱۳۷۵. سازمان و مدیریت، از تئوری تا عمل، چاپ سوم، تهران، مؤسسه بانکداری ایران، بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران.
- زاده باقری، قادر ۱۳۷۳. بررسی همه گیر شناسی اختلالات رفتاری در دانش آموزان دبستانی شهر یاسوج. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی. تهران: انستیتو روان پزشکی تهران.
- بهره بردار، محمد جعفر ۱۳۷۷. بررسی همه گیر شناسی اختلالات سلوکی و هیجانی در کودکان مدارس ابتدایی شهر شیراز. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، تهران: انستیتو روان پزشکی تهران.
- داویدیان، هاراطون ۱۳۷۶. بحشی کوتاه درباره اولویتهای بهداشت روانی در جمهوری اسلامی ایران. (جزوه منتشر شده). تهران: فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی، گروه علوم بهداشتی و تغذیه.
- دهقان، داریوش (مترجم) ۱۳۷۶. تربیت معلم، تعریفی نو برای آسیای نوین. گزارش همایش بین المللی بانکوک در سال ۱۹۹۵. تهران: پژوهشکده تعلیم و تربیت.
- زکی زاده، منیژه ۱۳۷۲. بررسی تأثیر آموزش بر نحوه غربالگری شنوایی توسط معلمان در مقایسه با مراقبین بهداشت مدارس ابتدایی شهر ساری. پایان نامه کارشناسی ارشد آموزش پرستاری، تهران: دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده علوم پزشکی.
- سازمان جهانی بهداشت ۱۳۷۹. بهداشت روان گرداگرد جهان. ترجمه زنده یاد دکتر داود شاه محمدی. تهران: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
- سیگل، سیدنی ۱۳۷۲. آمار غیر پارامتری برای علوم رفتاری. ترجمه یوسف کریمی. چاپ دوم. تهران: انتشارات دانشگاه علامه طباطبایی.
- طییبی، سید جمال الدین. عبادی فرد آذر، فرید. تورانی، سوگند. خالصی، نادر. ۱۳۸۰. مدیریت کیفیت فراگیر در نظام بهداشت و درمان. تهران: جهان رایانه.
- کاوه، محمد حسین ۱۳۷۲. بررسی مقایسه ای تأثیر آموزش بهداشت فردی توسط معلمان و مادران بر آگاهی و عملکرد دانش آموزان مقاطع سوم و چهارم ابتدایی شهر شیراز. پایان نامه کارشناسی ارشد آموزش بهداشت. تهران: دانشگاه تربیت مدرس.
- کاوه، محمدحسین و همکاران ۱۳۷۸. بررسی مقایسه ای سه الگوی آموزش بهداشت از طریق مشارکت معلمان، مادران و دانش آموزان بر آگاهی و رفتار دانش آموزان در دبستانهای دولتی شهر خرم آباد. طرح پژوهشی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان. مدیریت پژوهشی.
- کریمی، یوسف ۱۳۷۹. روان شناسی اجتماعی، ویرایش سوم. چاپ هشتم. تهران: انتشارات ارسباران.
- گیسون، رابرت و میشل، ماریان ۱۳۷۷. مبانی مشاوره و راهنمایی. ترجمه و ویرایش باقر ثنائی. تهران: انتشارات بعثت.
- محمد، کاظم. ملک افضلی، حسین و نهایتیان، وارثکس ۱۳۷۳. روشهای آماری و شاخصهای بهداشتی. جلد اول. چاپ هشتم. تهران: مؤلفین.
- ملکی، حسن ۱۳۷۹. برنامه ریزی درسی (راهنمای عمل). چاپ سوم. تهران: انتشارات مدرسه.
- ملکی، حسن ۱۳۷۶. صلاحیتهای حرفه معلمی. تهران: انتشارات مدرسه.
- موری، کریستوفر جی و لویز، آلن دی ۱۳۷۶. بار جهانی بیماریها. ترجمه پ. شادپور. تهران: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
- نوری، سید محمد رضا ۱۳۷۳. بهداشت مدارس. چاپ دوم. مشهد: انتشارات واقفی.
- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۱۳۸۱. سیمای سلامت. دانشگاههای علوم پزشکی گیلان، لرستان، مازندران، ... تهران: نشر تپلور.
- هندرن، رابرت. ارلی، جان و بیرل، روانا ۱۳۷۷. برنامه های بهداشت روان مدارس. ترجمه قاسم آبادی، طهماسیان و محمد خانی. تهران: سازمان بهزیستی کشور، معاونت امور فرهنگی و پیشگیری.
- یونسکو ۱۳۷۰. آموزش و پرورش برای آینده. ترجمه ع. ا. نصیری و ا. صفرپور. تهران: مرکز تحقیقات آموزشی، سازمان پژوهش و برنامه ریزی آموزشی، وزارت آموزش و پرورش.

- Abramson J.H. and Abramson Z.H. (1999) Survey Methods in Community Medicine. China: Churchill Livingstone.
- Adelman H.S. and Taylor L. (2000) Promoting Mental Health in schools in the midst of school Reform. *J.School Health*, 70(5): 171-8.
- Adelman H.S. and Taylor L. (2002) Impediments to Enhancing Availability of Mental Health in schools fragmentation, overspecialization counterproductive competition, and Marginalization. accessed at :<http://smhp.psych.ucla.edu>.
- Bickham N.L., Pizarro L.J., Warner B.S., Rosenthal B. and Weist M.D. (1998) Family Involvement in Expanded school Mental Health *J. School Health*, 68(10):425-428.
- Cameron H. (1991) Effect of Inservice Training on Implementation of Health Curriculum. *J School Health*, 61(3).
- Green L.W. and Lewis F.M. (1986) Measurement and Evaluation in Health Education and Health Promotion. USA: Mayfield Pub. Co.
- Jick T. Implementing change . accessed at internet: [www.nsba.org/](http://www.nsba.org/)
- Kantor G.K., Cuadill B.D. and Ungerleider S. (1993) Project Impact: Teaching the Teachers to intervene in student substance abuse problems. *Consultation on School Mental Health Programs(workshop)*. Islamabad, Pakistan, 14-17 November.
- Macdonald G. (2000) Anew evidence framework for health promotion practice. *Health Education J.*, 59: 3-11.
- Mohit ,A. and Seif el Din .A.(1998) *Mental Health Promotion for school children* .Alexandria (Egypt): WHO/EMRO.
- Munro B.H. (2001) *Statistical Methods for Health care Research*.4th edition.USA: lippincott.
- Naidoo J. and Wills J. (2000) *Health Promotion, Foundation for Practice*. 2<sup>nd</sup> edition. UK: RCN.
- National Institute of Health. Theory at Glance, a Guide for Health Promotion Practice. Accessed at: <http://rex.nci.nih.gov/NCL-Pub-Interface/theory.htm>
- Nakajima H. (1992) Implementing comprehensive school Health education, promoting programmes . *HYGIE*,XI(3).
- Olbrich S. (2003) Childrens Mental Health, Current challenges and a future direction. accessed at internet: [www.healthinschools.org/mhs.asp](http://www.healthinschools.org/mhs.asp).
- Palank C.L. (1991) Determinant of Health – promotive behavior. *Nurs .clinic of N. Am.*, Vol (6).
- Paternite C.E and Flora R. (2000) Involving Educators in School Mental Health through action – oriented initiatives. Paper session presented at *the fifth national Conference on Avancing School – Based Mentol Health Programs* . Atlanta : GA, sept , 22, 2000.
- Payton J.W., Wardlaw D.M., Graczyk P.A., Blood worth M.R., Tompsett C.J. and Weissberg R.P. (2000) Social and Emotional Learning : A framework for promoting Mental Health and reducing risk behavior in children and youth . *J. school Health*, 70(5):179-185.
- Perry C.L., Stone E.J., Parcel G.S., Ellison R.C., Nader P.R., Webber L.S. and Luepker R.V. (1990) School-based cardiovascular Health promotion: the Child and Adolescent Trial for cardiovascular Health *J.School Health*, 60(8).
- Read D.A. (1997) *Health Education:A cognitive-Behavioral Approach* . USA: Jones and Bartlett pub.
- Taylor L. (2000) Achieving Coordinated Mental Health programs in schools *J.Sch.Health*, 40 (5):169-171.
- UCLA (2003) About Mental Health in schools .UCLA : center for Mental Health in schools .This article accessed at internet: [www.smhp.psych.ucla.edu/aboutmhinschools.htm](http://www.smhp.psych.ucla.edu/aboutmhinschools.htm).
- WHO (1998) Promoting Health through Schools. *Technical Report series* 870. Geneva: WHO.
- WHO (2000) Global School contest for mental Health. article accessed at internet.
- WHO/UNFPA/UNICEF (1999) *Programming for Adolescent Health and Development*. Geneva:WHO.

## ORGANIZING MENTAL HEALTH SERVICES IN SCHOOLS: ASSESSING TEACHERS' ROLES

Kaveh MH.,<sup>1</sup> Ph.D; Shojaezadeh D.,<sup>1</sup> Ph.D; Shahmohammadi D.,<sup>2</sup> MD; Eftekhar Ardebili H.,<sup>1</sup> MD; Rahimi A.,<sup>3</sup> Ph.D; Bolharij J., MD.

Approximately 21% of children and adolescents experience signs and symptoms of a DSM-IV disorder during the course of a school year, yet fewer than 20% of those needing mental health services actually receive any. Research suggests that schools and teachers can help promote mental health, detect children at risk, and refer them for psychiatric assistance. This study aims to determine the effects of an educational intervention on teachers' knowledge, attitude, self-reliance and practice.

This study was carried out in 24 State-run elementary schools in the city of Khorramabad in Lorestan province, Iran, during the academic years 2001 – 3.

Of the 64 teachers initially selected, 57 agreed to participate in the study; 27 of these were placed in the intervention group and the remaining 30 in the control group.

The intervention group attended a 3-day workshop. Self – administered questionnaires were filled before and after the workshop, and at the end of the project data were collected from teachers and students. Statistical analysis was done by the SPSS package, using mainly nonparametric tests.

49% of the participants were men, 42% had a high school diploma and others had university degrees. Findings showed significant improvements in teachers' knowledge, attitude, and practice in the intervention group. No such improvement was observed in controls. Teachers in the intervention group were able to identify and refer 106 suspected cases, of whom 79 had a mental disorder confirmed by a psychiatrist. Within the same period, only 2 cases had been referred by the control group. Students' knowledge, the main criteria of teachers' practice in mental health education, had significantly improved in the intervention but not in the control group. Results suggest that female teachers had higher KAP levels than their male colleagues.

The study confirms that trained teachers have the capabilities required for participating in School – Based Mental Health Services. It also appears that schools are indeed a crucial place for helping children in need of mental health services.

**Key words:** *Teachers, knowledge, School Mental Health, Attitude, Intention, Practice*

<sup>1</sup> Department of Public Health Services, School of Public Health and Institute of Public Health Research Tehran University of Medical Sciences.

<sup>2</sup> Tehran Institute of Psychology, Iran University of Medical Sciences.

<sup>3</sup> Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health and Institute of Public Health Research Tehran University of Medical Sciences.