

## بررسی وضعیت سلامت روان و عوامل مرتبط با آن در میان دبیران دبیرستانهای شهرهای سنندج و بیجار

**دکتر مدیر آراسته**

استادیار گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی کردستان، بیمارستان قدس (مؤلف مسؤول)  
m\_araste2007@yahoo.com

### چکیده

**زمینه و هدف:** با توجه به ارتباط تنگاتنگ معلمان با دانش‌آموزان و نقش آنها در ارتقای سلامت روان، شناسایی کودکان در معرض خطر اختلالات روان شناختی و ارجاع آنان برای دریافت کمک‌های تخصصی، بررسی سلامت روانی در این قشر جامعه ضروری بنظر می‌رسد. لذا این مطالعه با هدف تعیین وضعیت سلامت روان و عوامل مرتبط با آن در میان معلمان دبیرستانهای شهرهای سنندج و بیجار طراحی و اجرا گردید.

**روش بررسی:** این مطالعه یک مطالعه توصیفی-تحلیلی (مقطعی) بود. حجم نمونه به میزان ۱۳۹۱ نفر برابر با جامعه آماری بود که به صورت سرشماری وارد مطالعه شدند. پس از مراجعه به مدارس و توضیح هدف مطالعه برای معلمان و اخذ رضایت آنها جهت شرکت در مطالعه، داده‌ها با استفاده از پرسشنامه استاندارد سلامت عمومی (GHQ 28) و پرسشنامه محقق ساخته، تکمیل و جمع‌آوری گردید. در کل میزان پاسخدهی در نمونه‌ها ۶۰٪ بود و نهایتاً با توجه به ناقص بودن تعدادی از پرسشنامه‌ها اطلاعات ۷۱۰ فرد مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. تجزیه و تحلیل داده‌های بدست آمده پس از ورود به رایانه با کمک نرم افزار آماری SPSS انجام شد و توزیع فراوانی مطلق و نسبی گروهها تعیین شد و جهت تحلیل داده‌ها از آزمون آماری مجذور کای استفاده گردید.

**یافته‌ها:** شیوع عدم سلامت روان در میان افراد مورد مطالعه ۳۳/۵٪ بوده که به تفکیک در سنندج ۳۴٪ و در بیجار ۳۲/۹٪ بود. همچنین میزان عدم سلامت روان در جنس مذکر و مؤنث به ترتیب ۳۴/۷٪ و ۳۲/۱٪ بود. در بین عوامل مرتبط با سلامت روان فقط بین تعداد اعضای خانواده با عدم سلامت روان رابطه معنی‌داری دیده شد، به گونه‌ای که بیشترین شیوع عدم سلامت روان مربوط به تعداد اعضای خانواده ۲ نفر با ۵۳/۲٪ و کمترین شیوع مربوط به تعداد اعضای خانواده ۴ نفر با ۲۷/۷٪ بود ( $p < 0/001$ ).

**نتیجه‌گیری:** نظر به شیوع بالای عدم سلامت روان در میان معلمان در این مطالعه، طراحی مطالعات وسیعتر در این زمینه در سطح استان و انجام اقدامات مداخله‌ای برای ایجاد وضعیت زندگی مناسبتر برای معلمان و رفع مشکلات آنها و ایجاد امنیت و رضایت شغلی در این قشر و شناخت فاکتورهای استرسزا در آنها با انجام مطالعات آتی، ضروری به نظر می‌رسد.

**کلید واژه‌ها:** سلامت روان، معلمان، دبیرستان، سنندج، بیجار

وصول مقاله: ۸۶/۱۰/۲ اصلاح نهایی: ۸۶/۱۰/۲۹ پذیرش مقاله: ۸۶/۱۱/۱

### مقدمه

معنوی برخوردار است. بر اساس یافته‌های موجود اختلالات روانی به عنوان یکی از

سلامت روانی افراد در پیشبرد اهداف ملی و آرمانی جوامع از بیشترین اهمیت از لحاظ صرفه جویی در هزینه‌های مادی و

مطالعات متعددی در زمینه ارزیابی سلامت روان و استرس‌های شغلی در معلمان انجام شده است (۸-۱۱).

در مطالعه انجام شده در برزیل شیوع اختلالات سایکولوژیک مینور بر طبق پرسشنامه خود اظهاری ۴۱/۵٪ بود که قویاً با سابقه و فشار کاری در ارتباط بود (۸). در مطالعه دیگری نیز عدم سلامت روان در ۴۴٪ معلمان گزارش شد که تحت تأثیر عواملی همچون مطالبات شغلی و فشار کاری بود. در آن مطالعه شیوع اختلالات روانی در معلمان با فشار کاری زیاد، ۱/۵ برابر معلمان با فشار کاری کم بود (۹). در مطالعه دیگری نیز که در شیلی به روش پرسشنامه‌ای انجام شد مشکلات عاطفی احتمالی تشخیص داده شده در ۲۸/۶٪ معلمان دیده شد و ۳۲٪ نیز سابقه مشکلات روانی را در طول عمر می‌دادند. در آن مطالعه تعداد ساعات کار و جنس به عنوان ریسک فاکتور مشکلات سلامت روان ذکر شده بود (۱۰). مطالعه انجام شده در استرالیا با استفاده از پرسشنامه GHQ<sup>۱</sup> میزان شیوع ۱۷٪ در اختلالات حاد روانپزشکی را در معلمان نشان داد که خیلی بیشتر از ۹٪ جامعه عمومی بود (۱۱).

اما برخی مطالعات دیگر نیز نتایج متناقضی را نشان داده است، مثلاً در مطالعه ایتون و همکاران که بر روی گروه‌های شغلی مختلف انجام شد، شیوع کلی افسردگی ۳-۵٪ در

مهمترین و معنی‌دارترین اجزای بار کلی بیماری‌ها می‌باشد و پیش‌بینی می‌شود که در سال ۲۰۲۰ سهم اختلالات روانی و عصبی از بار کلی بیماری‌ها ۵۰ درصد افزایش یافته و از ۱۰/۵ درصد کنونی به ۱۵ درصد کل بار درمانی بیماری‌ها برسد (۱).

مطالعات متعددی بر روی سلامت روان در جمعیت‌های عمومی در کشورهای مختلف انجام شده است. در ایالات متحده شیوع عدم سلامت روان ۲۶/۲٪ در جمعیت کلی ارزیابی شده است (۲). این رقم در انگلستان ۱۶/۵٪ بوده است (۳)، در مطالعه WHO در ۱۴ کشور توسعه یافته و در حال توسعه این برآورد در کلمبیا ۱۷/۸٪، فرانسه ۱۸/۴٪، آلمان ۹/۱٪، ایتالیا ۸/۲٪، لبنان ۱۶/۹٪، ژاپن ۸/۸٪ و چین ۴/۳٪ بوده است (۴). در کشور ما نیز بر اساس مطالعه دکتر نور بالا و همکاران میزان شیوع عدم سلامت روان در مناطق روستایی ۲۱/۳٪ و در مناطق شهری ۲۰/۹٪ ذکر شده است (۵). در استان کردستان نیز در مطالعه انجام شده در سال ۷۸ بر روی جمعیت عمومی شیوع عدم سلامت روان ۳۵/۷٪ ذکر شده است (۶).

با توجه به نقش حساس و تعیین کننده معلمان مدارس در پیشبرد اهداف آموزش و پرورش و نیز ارتباط تنگاتنگ آنها با دانش‌آموزان و نقش آنها در ارتقای سلامت روان، شناسایی کودکان در معرض خطر اختلالات روان شناختی و ارجاع آنان برای دریافت کمک‌های تخصصی بررسی سلامت روانی در این قشر جامعه ضروری بنظر می‌رسد (۷).

<sup>۱</sup> - General Health Questionnaire

شدند. پس از مراجعه به مدارس و توضیح هدف مطالعه برای معلمان و اخذ رضایت آنها جهت شرکت در مطالعه، داده‌ها با استفاده از پرسشنامه استاندارد سلامت عمومی (GHQ) (28) و پرسشنامه محقق ساخته، تکمیل و جمع‌آوری گردید. پرسشنامه GHQ از جمله شناخته شده‌ترین ابزارهای غربالگری اختلالات در روانپزشکی است که به صورت فرمهای ۲۱، ۲۸، ۳۰ و ۶۰ سوالی در دسترس می‌باشد که در این پژوهش از فرم ۲۸ سوالی که توسط آقایان گلبرگ و هیلیر تدوین شده است (۱۸) و مقیاسهای آن شامل اختلال جسمانی سازی، اضطراب، اختلال کارکرد اجتماعی و افسردگی می‌باشد، استفاده شد. دو روش نمره‌گذاری برای این پرسشنامه وجود دارد. یکی روش سنتی Bimodal است که گزینه‌ها به صورت (۰-۱-۱-۰) نمره داده می‌شوند که حداکثر نمره آزمودنی با این روش برابر با ۲۸ است و روش دیگر نمره دهی لیکرت است که گزینه‌ها به صورت (۰-۱-۲-۳) نمره داده می‌شوند که حداکثر نمره آزمودنی با این روش ۸۴ خواهد بود که در این مطالعه از روش لیکرت استفاده شد. در کلیه مراحل طرح محرمانه بودن اطلاعات هر فرد مورد توجه قرار گرفت.

نمره برش در این مطالعه ۲۳ بود به این معنی که کسانی که نمره کمتر از ۲۳ بدست می‌آوردند به عنوان سالم و کسانی که نمره ۲۳ و بالاتر داشتند، مشکوک به اختلال روانی در نظر گرفته می‌شدند و همچنین برای تعیین هر کدام از این اختلالات به ازای

جمعیت بدست آمد که این شیوع در معلمان بیشتر از سایر گروهها نبود (۱۲). در مطالعه انجام شده در فرانسه بر روی معلمان که دارای گروه کنترل نیز بود، نتایج نشان داد که شیوع اختلالات روانپزشکی در طول عمر و همچنین میانگین امتیازات دیسترس سایکولوژیک در دو گروه تفاوت معنی‌داری نداشت. گرچه بعد از خنثی سازی متغیرهای مخدوش‌گر در دو گروه، ریسک بیشتری برای اختلالات اضطرابی در طول زندگی برای معلمان مرد دیده شد (۱۳).

همانگونه که ذکر شد مطالعات قبلی در زمینه سلامت روان معلمان نتایج متناقضی داشته‌اند. در تعداد بیشتری که بدون گروه کنترل بوده‌اند شیوع عدم سلامت روان در معلمان رقم بالایی ذکر شده است (۸-۱۱) و در گروه مطالعات دارای گروه کنترل نیز در برخی موارد شیوع عدم سلامت روان بیشتر از جامعه نرمال (۱۲) و در موارد دیگر تفاوت معنی‌داری نسبت به گروه کنترل ذکر نشده است (۱۳).

این مطالعه با هدف تعیین وضعیت سلامت روان و عوامل مرتبط با آن در میان دبیران دبیرستانهای شهرهای سنندج و بیجار طراحی و اجرا گردید.

### روش بررسی

این مطالعه یک مطالعه توصیفی-تحلیلی (مقطعی) بود. جامعه آماری شامل کلیه دبیران شاغل در دبیرستانهای شهرهای سنندج و بیجار در سال ۸۵ بود و حجم نمونه برابر ۱۳۹۱ نفر برابر با جامعه آماری بود که به صورت سرشماری وارد مطالعه

مؤنث به ترتیب ۳۴/۷٪ و ۳۲/۱٪ بود (جدول ۱).

هر ۷ سوال، کسانی که نمره کمتر از ۱۴ بدست می‌آوردند سالم و کسانی که نمره ۱۴ و بالاتر داشتند، مشکوک به اختلال مذکور در آن قسمت در نظر گرفته می‌شدند. در کل میزان پاسخدهی<sup>۱</sup> در نمونه‌ها ۶۰٪ بود و نهایتاً با توجه به ناقص بودن تعدادی از پرسشنامه‌ها اطلاعات ۷۱۰ فرد مورد بررسی قرار گرفت.

تجزیه و تحلیل داده‌های بدست آمده پس از ورود به رایانه با کمک نرم افزار آماری SPSS انجام شد و توزیع فراوانی مطلق و نسبی گروهها تعیین شد و جهت تحلیل داده‌ها از آزمون آماری  $X^2$  استفاده گردید.

### یافته‌ها

در کل از ۷۱۰ نمونه تحلیل شده ۵۵/۲٪ مرد و ۴۴/۸٪ زن بودند. ۴۳/۷٪ نمونه‌ها در بیچار و ۵۶/۳٪ در سنج مشغول فعالیت بودند. ۸۶/۴٪ در قسمت آموزشی و ۱۳/۵٪ در بخش دفتری فعال بودند. از نظر سابقه خدمت ۲۰/۷٪ کمتر از ۱۰ سال، ۵۴/۹٪ سابقه ۱۰-۱۹ سال و ۲۴/۴٪ نیز بالای ۲۰ سال سابقه خدمت داشتند. از نظر میزان درآمد ۱۳/۸٪ کمتر از ۲۰۰ هزار تومان، ۴۶/۲٪ درآمد ۲۰۰-۲۹۹ هزار تومان و ۴۰٪ درآمد بالای ۳۰۰ هزار تومان و بیشتر داشتند. شیوع عدم سلامت روان در میان افراد مورد مطالعه ۳۳/۵ درصد بود که به تفکیک در سنج ۳۴٪ و در بیچار ۳۲/۹٪ بود. همچنین میزان عدم سلامت روان در جنس مذکر و

جدول ۱: توزیع فراوانی سلامت روان بر حسب ویژگی های دموگرافیک در نمونه های مورد مطالعه

متغیرها	سلامت روان		سطح معنیداری	
	دارد	ندارد	نسبی	نسبی
گروه سنی	۲۰-۲۹ سال	۶۷	۲۶	۲۸
	۳۰-۳۹ سال	۲۷۸	۱۴۸	۳۴/۷
	۴۰-۴۹ سال	۱۱۲	۵۵	۳۲/۹
	۵۰ سال و بالاتر	۱۵	۸	۳۴/۸
جنس	مذکر	۲۵۶	۱۳۶	۳۴/۷
	مؤنث	۲۱۶	۱۰۲	۳۲/۱
رسته شغلی	آموزشی	۴۰۴	۱۹۴	۳۲/۴
	دفتری	۵۵	۳۹	۴۱/۵
سابقه خدمت	۰-۹ سال	۱۰۸	۳۹	۲۶/۵
	۱۰-۱۹ سال	۲۴۶	۱۴۴	۳۶/۹
	۲۰ سال و بیشتر	۱۱۸	۵۵	۳۱/۸
تحصیلات	دیپلم	۲۹	۱۶	۳۵/۶
	فوق دیپلم	۱۰۶	۵۹	۳۵/۸
	لیسانس	۳۰۳	۱۴۳	۳۲/۱
	فوق لیسانس	۲۹	۲۰	۴۰/۸
تعداد اعضای خانواده	یک نفر	۱۱	۷	۳۸/۹
	دو نفر	۳۷	۴۲	۵۳/۲
	سه نفر	۱۸۱	۷۴	۲۹
	۴ نفر	۱۸۳	۷۰	۲۷/۷
	۵ نفر و بالاتر	۵۸	۴۳	۴۲/۶
درآمد	کمتر از ۲۰۰ هزار تومان	۵۸	۳۹	۴۰/۲
	۲۰۰-۲۹۹ هزار تومان	۲۱۸	۱۰۶	۳۲/۷
	۳۰۰ هزار تومان و بیشتر	۱۹۱	۹۰	۳۲
شهر	سنندج	۲۶۴	۱۳۶	۳۴
	بیجار	۲۰۸	۱۰۲	۳۲/۹
تأهل	مجرد	۱۱	۷	۳۸/۹
	متأهل	۴۶۱	۲۳۱	۳۳/۴

1. Not Significant

در بین عوامل مرتبط با سلامت روان فقط بین تعداد اعضای خانواده با عدم سلامت روان رابطه معنی‌داری دیده شد. به گونه‌ای که بیشترین شیوع عدم سلامت روان مربوط به تعداد اعضای خانواده ۲ نفر با ۵۳/۲٪ و کمترین شیوع مربوط به تعداد اعضای خانواده ۴ نفر با ۲۷/۷٪ بود ( $p < 0/001$ ).

در این مطالعه بین میزان تحصیلات با سلامت روان ارتباط معنی‌داری بدست نیامد. افراد با سطح تحصیلات فوق لیسانس با ۴۰/۸٪ بیشترین و افراد با سطح تحصیلات لیسانس با ۳۲/۱٪ کمترین شیوع اختلالات روانی را دارا بودند. رسته آموزشی یا دفتری تأثیری بر سلامت روان افراد مورد مطالعه نداشت و بیشترین و کمترین شیوع در این قسمت مربوط به شغل دفتری ۴۱/۹٪ و آموزشی ۳۲/۴٪ بود.

در این مطالعه بین سن و سلامت روان نیز هیچگونه ارتباط معنی‌دار آماری مشاهده نشد. افراد بالای ۵۰ سال با ۳۴/۸٪ بیشترین و بین ۲۰-۲۹ سال با ۲۸٪ کمترین شیوع اختلالات روانی را دارا بودند.

درآمد و سابقه خدمت نیز بر سلامت روان افراد مورد مطالعه تأثیری نداشتند. فقط بیشترین شیوع اختلال روان در درآمد بالای ۳۰۰ هزار تومان با ۴۰٪ و از نظر سابقه خدمت بین گروه ۱۹-۱۰ سال با ۳۶/۹٪ مشاهده شد.

میانگین شیوع اختلالات جسمانی سازی، اضطرابی، کارکرد اجتماعی و افسردگی به ترتیب ۵/۸٪، ۶/۹٪، ۳/۸٪ و ۳/۸٪ در این مطالعه مشاهده گردید که بیشترین میزان شیوع

مربوط به اختلالات اضطرابی و کمترین شیوع مربوط به اختلالات کارکرد اجتماعی و افسردگی بود.

در این مطالعه جنسیت بر اختلال افسردگی تأثیرگذار بود به طوری که جنس مذکر با ۵/۴٪ بیشترین شیوع و جنس مؤنث با ۱/۹٪ کمترین شیوع این اختلال را داشتند ( $p < 0/01$ ).

همچنین بین میزان درآمد و اختلال افسردگی ارتباط معنی‌دار آماری مشاهده شد که بیشترین شیوع مربوط به درآمد ۳۰۰ هزار تومان و بالاتر با ۶/۸٪ و کمترین شیوع مربوط به میزان درآمد کمتر از ۲۰۰ هزار تومان با ۱٪ بود ( $p < 0/01$ ).

بر مبنای داده‌های این مطالعه بین هر کدام از اختلالات روانی (جسمانی سازی، اضطرابی، کارکرد اجتماعی و افسردگی) با تعداد اعضای خانواده ارتباط معنی‌دار آماری مشاهده گردید که در تمام موارد بیشترین شیوع مربوط به تعداد اعضای خانواده ۲ نفر با ۱۶/۵٪، ۱۶/۵٪، ۱۱/۵٪ و ۱۵/۲٪ بود و کمترین میزان شیوع در اختلال جسمانی سازی مربوط به تعداد اعضای ۵ نفر با ۱/۴٪، و در اختلال اضطرابی مربوط به اعضای ۱ نفر با ۰٪ و در اختلال کارکرد اجتماعی و افسردگی در تعداد اعضای ۴ نفر با ۲٪ و ۱/۲٪ بود ( $p < 0/01$ ).

همچنین بین سابقه خدمت و هر کدام از اختلالات جسمانی سازی، اضطرابی و افسردگی نیز ارتباط معنی‌داری وجود داشت که هر کدام از این اختلالات در افراد با سابقه ۱۹-۱۰ سال به ترتیب با ۸/۲٪، ۹/۲٪ و ۵/۶٪

از بیشترین شیوع برخوردار بودند و کمترین شیوع در اختلالات جسمانی سازی بین افراد با سابقه خدمتی ۲۰ سال و بالاتر با میزان ۲/۳٪ و در اختلالات اضطرابی و افسردگی بین

جدول ۲: توزیع فراوانی اختلالات روانی بر حسب شهر محل خدمت در نمونه‌های مورد مطالعه

نوع اختلال روانی	شهر	سنندج		بیجار		سطح معنیداری
		فراوانی	درصد نسبی	فراوانی	درصد نسبی	
اختلال جسمانی سازی	دارد	۲۴	۶	۱۷	۵/۵	NS
	ندارد	۳۷۶	۹۶	۲۹۳	۹۴/۵	
	جمع	۴۰۰	۱۰۰	۳۱۰	۱۰۰	
اختلال اضطرابی	دارد	۳۱	۷/۸	۱۸	۵/۸	NS
	ندارد	۳۶۹	۹۲/۲	۲۹۲	۹۴/۲	
	جمع	۴۰۰	۱۰۰	۳۱۰	۱۰۰	
اختلال کارکرد اجتماعی	دارد	۱۹	۴/۸	۸	۲/۶	NS
	ندارد	۳۸۱	۹۵/۲	۳۰۲	۹۷/۴	
	جمع	۴۰۰	۱۰۰	۳۱۰	۱۰۰	
اختلال افسردگی	دارد	۱۹	۴/۸	۸	۲/۶	NS
	ندارد	۳۸۱	۹۵/۲	۳۰۲	۹۷/۴	
	جمع	۴۰۰	۱۰۰	۳۱۰	۱۰۰	

### بحث

سنندج، ۳۳/۵٪ بود که این نتیجه در مقایسه با نتایج ملی بدست آمده بر روی جمعیت عمومی از

پژوهش دکتر نور بالا و همکارانش (۵) با شیوع ۲۱٪ از میزان شیوع بیشتری برخوردار بوده است. اما با رقم ذکر شده برای شیوع سلامت روان در جمعیت عمومی و افراد بالای ۱۵ سال استان کردستان که ۳۵/۷٪ ذکر شده است (۶) هماهنگی دارد.

در مقایسه با سایر مطالعات انجام شده بر روی معلمان شیوع بدست آمده در این مطالعه بیشتر از مطالعه انجام شده در استرالیا (۱۷٪) (۱۱) و کمتر از نتیجه بدست آمده در مطالعه انجام شده در برزیل که شیوع ۴۱/۵٪ را ذکر کرده است (۸) بوده و تا حدودی با نتیجه مطالعه انجام شده در شیلی (۲۸/۶٪) هماهنگی

سلامت روان یکی از مهمترین مباحث امروز در جوامع علمی و سیاسی می‌باشد. اهمیت موضوع سلامت روان به آن حد است که سازمان بهداشت جهانی شعار سال ۲۰۰۱ خود را به بهداشت روان اختصاص داد.

با توجه به ارتباط تنگاتنگ معلمان با دانش‌آموزان که گردانندگان چرخهای صنعتی و اجتماعی آینده کشورها می‌باشند، بررسی وضعیت سلامت روانی در این قشر ضروری به نظر می‌رسد. زیرا وجود عوامل تنش‌زا و مشکلات رفتاری در این افراد به راحتی می‌تواند در ایجاد استرس و معضلات رفتاری دانش‌آموزان مؤثر واقع شود.

با توجه به نتایج حاصل از این مطالعه شیوع اختلال روانی در میان دبیران شاغل در دبیرستانهای شهرهای بیجار و

بالا در کل کشور (۵) نشانگر بالاتر بودن شیوع عدم سلامت روان در جمعیت عمومی و معلمان می‌باشد، لذا نیاز به توجه هرچه بیشتر در مقوله سلامت روانی در سطح جوامع در حال توسعه‌ای همچون کشور ما و در مرتبه اولی‌تر در سطح استان کردستان ضروری به نظر می‌رسد. البته با توجه به اینکه مطالعه قبلی انجام شده در استان مربوط به چند سال قبل بود در صورتیکه در مطالعه حاضر از گروه کنترل جهت مقایسه با جمعیت عمومی استفاده می‌گردید، نتایج قویتری حاصل می‌شد که با توجه به محدودیت بودجه این کار امکان‌پذیر نبود.

در این مطالعه شیوع اختلالات روانی در میان مردان ۳۴/۷٪ و در میان زنان ۳۲/۱٪ بود که در مردان ریسک بیشتری برای ابتلا به اختلالات روانی وجود داشت. این نتیجه با مطالعات انجام شده در فرانسه هماهنگی دارد (۱۳) اما در مطالعه انجام شده در شیلی خانها به طور معنی‌داری در ریسک بیشتر اختلالات روانپزشکی قرار داشتند (۱۰) که با نتیجه مطالعه ما هماهنگی ندارد. این عدم همخوانی می‌تواند به دلیل تفاوت ساختار اجتماعی جوامع و فشار اقتصادی و اجتماعی بیشتر در کشور ما بر روی مردان باشد. همچنین می‌توان گفت زنان در حیطه شغل دبیری و آموزشی احساس امنیت و رضایت شغلی بیشتری دارند و در مواجهه با استرس‌های کمتری قرار می‌گیرند که این خود می‌تواند در کاهش خطر ابتلا به اختلالات روانی مؤثر باشد.

دارد (۱۰). اما مقایسه شیوع عدم سلامت روان در معلمان با نتیجه مطالعه انجام شده در استان بر روی جمعیت عمومی در سال ۷۸ (۶) نشان دهنده این موضوع است که اگرچه عدم سلامت روان در معلمان از رقم قابل توجهی برخوردار است، اما در مقایسه با جمعیت عمومی استان، درصد برابری را بخود اختصاص می‌دهد که این نتیجه با مطالعه انجام شده توسط ایتون و همکاران (۱۲) و همچنین مطالعه انجام شده در فرانسه (۱۳) که تفاوتی را برای شیوع اختلالات روانپزشکی در معلمان در مقایسه با جمعیت عادی گزارش نکرده‌اند هماهنگی دارد، اما با نتیجه مطالعه انجام شده در استرالیا که شیوع اختلالات روانپزشکی را در معلمان تقریباً دو برابر جامعه عادی ذکر کرده است (۱۱) هماهنگی ندارد. این در حالیست که در مطالعات انجام شده در کشورهای توسعه یافته هم در مطالعاتی که شیوع اختلالات روانپزشکی در معلمان بیشتر از جمعیت عادی بوده (۱۱) و هم در آنهایی که تفاوتی با جمعیت عادی نداشته است (۱۲، ۱۳) میزان شیوع کلی اختلال روانپزشکی در مقایسه با مطالعه حاضر و مطالعه انجام شده در جمعیت عمومی استان از رقم بسیار کمتری برخوردار بوده است. اما مطالعات انجام شده بر روی معلمان در کشورهای در حال توسعه تا حدود زیادی با مطالعه حاضر هماهنگی دارد (۸-۱۰). از سوی دیگر مقایسه آمار این مطالعه و مطالعه انجام شده بر روی جمعیت عمومی استان (۶) با مطالعه دکتر نور

بدست نیامد و همچنین سن با هیچکدام از اختلالات روانی نیز ارتباط معنی‌دار نداشت که با سایر مطالعات انجام شده هماهنگی دارد (۸-۱۳).

همچنین بین سطح تحصیلات و سلامت روان ارتباط معنی‌داری بدست نیامد و سطح تحصیلات با هیچ کدام از اختلالات روانی نیز ارتباط معنی‌داری نداشت. بیشترین شیوع اختلالات روانی مربوط به سطح تحصیلات فوق لیسانس ۴۰/۸٪ و کمترین مربوط به سطح تحصیلات لیسانس ۳۲/۱٪ بود. توجیه احتمالی این تفاوت را می‌توان به این صورت بیان نمود که افراد با سطح تحصیلات بالاتر بدلیل تصور و انتظار کار در سطوح بالاتر دچار استرس‌های گوناگون می‌شوند و این خود در افزایش خطر اختلال روان در آنها، مؤثر است.

بین میزان درآمد و سلامت روان ارتباط معنی‌داری وجود نداشت که در مطالعات قبلی نیز درآمد به عنوان ریسک فاکتور عدم سلامت روان ذکر نشده است (۹،۱۱،۱۳). ولی بین میزان درآمد و اختلال افسردگی در افراد مورد مطالعه ارتباط معنی‌داری وجود داشت ( $p < 0/01$ ) که بیشترین شیوع مربوط به درآمد ۳۰۰ هزار تومان و بالاتر (۶/۸٪) و کمترین شیوع ۱٪ مربوط به درآمد زیر ۲۰۰ هزار تومان بود. می‌توان گفت هرچه درآمد افراد بالاتر است خود نشانگر میزان بیشتر ساعات کاری و تحمل استرس‌های گوناگون، اضافه کاری و تلاش بیشتر برای بدست آوردن درآمد بالاتر است که این خود، فرد را در مواجهه با استرس‌های گوناگون قرار می‌دهد و در

در این مطالعه میانگین اختلالات (جسمانی سازی، اضطرابی، عملکرد اجتماعی و افسردگی) به ترتیب ۵/۸، ۶/۹، ۳/۸ و ۳/۸ درصد بود که اختلال اضطرابی بیشترین میزان و اختلال عملکرد اجتماعی و افسردگی کمترین میزان شیوع را دارا بودند. در مطالعه انجام شده در فرانسه نیز گرچه تفاوت معنی‌داری بین شیوع اختلالات روانی در بین معلمان و جامعه عادی ذکر نشده بود اما بعد از حذف عوامل مخدوش‌گر ریسک بیشتری برای اختلال اضطرابی برای معلمان مرد ذکر شده بود (۱۳) که با نتیجه مطالعه ما که اختلال اضطرابی بیشترین شیوع را به خود اختصاص داده است، هماهنگی دارد.

اگرچه بین جنس و عدم سلامت روانی کلی ارتباط معنی‌داری بدست نیامد ولی بین جنس و اختلال افسردگی ارتباط معنی‌داری دیده شد. ( $p < 0/01$ ) به گونه‌ای که در جنس مذکر شیوع افسردگی با ۵/۴٪، نسبت به جنس مؤنث با ۱/۹٪ بالاتر بود. این نتیجه می‌تواند با توجه به پائین بودن میزان استرس‌های شغلی در این شغل برای زنان و به دلیل اینکه هم از نظر درآمد و هزینه‌های زندگی مردان شاغل در این شغل وادار به انجام کارهای دیگری در کنار آن هستند و استرس بیشتری را متحمل می‌شوند قابل توجیه باشد. این نتیجه با مطالعه انجام شده در شیلی که شیوع در جنس مؤنث بیشتر ذکر شده است همخوانی ندارد (۱۰).

در این مطالعه بین سن و سلامت روان ارتباط معنی‌داری

عدم همکاری کل جامعه آماری با محقق بود که بخشی از آن ناشی از برخورد قسمتی از مطالعه با تعطیلی مدارس بود که سبب شد میزان پاسخگویی در نمونه‌های مورد مطالعه کاهش داشته باشد، و نکته دیگری نیز که باید مورد توجه قرار گیرد این است که ممکن است افرادی که با این مطالعه همکاری نداشته‌اند دارای میزان بالاتر عدم سلامت روان بوده باشند که جهت مشخص نشدن مشکل خود از شرکت در مطالعه امتناع نموده‌اند، لذا ممکن است درصد بدست آمده جهت شیوع عدم سلامت روان تحت تأثیر این موضوع نیز قرار گرفته باشد و نشانگر درصد واقعی این اختلال در جامعه آماری مورد مطالعه نباشد. همچنین محدودیتهای اعمال شده توسط آموزش و پرورش نیز در کاستن میزان پاسخگویی جامعه آماری مؤثر بود.

### نتیجه‌گیری

به نظر می‌رسد با توجه به شیوع بالای عدم سلامت روان در دبیران دبیرستانی در این مطالعه، انجام تحقیقات وسیعتر در سطح کل استان و مقایسه با وضعیت سلامت روان جمعیت کلی استان ضروری باشد. از سوی دیگر با توجه به جایگاه و اهمیت موقعیت اجتماعی معلمان، انجام اقدامات لازم برای ایجاد وضعیت زندگی مناسبتر در معلمان و رفع مشکلات آنها و ایجاد امنیت و رضایت شغلی و شناخت فاکتورهای استرس‌زا در آنها با انجام مطالعات آتی ضروری به نظر می‌رسد.

### تشکر و قدردانی

افزایش خطر اختلالات روانی تأثیر بسزایی دارد و نیز اینکه این افراد انتظارات بیشتری از خود و زندگی دارند که خود عامل خطر دیگری محسوب می‌شود.

در این مطالعه بین تعداد اعضای خانواده و سلامت روان ارتباط معنی‌داری وجود داشت ( $p < 0/01$ ) و بیشترین شیوع اختلال روان در تعداد اعضای ۲ نفر با ۵۳/۲٪ و کمترین شیوع در تعداد اعضای ۴ نفر با ۲۷/۷٪ دیده شد. بین تعداد اعضای خانواده و اختلالات روانی نیز ارتباط معنی‌داری وجود داشت که باز هم بیشترین شیوع مربوط به تعداد اعضای ۲ نفر بود. که می‌توان علت این مساله را به این صورت بیان نمود که یا این افراد در ابتدای زندگی مشترک هستند و این خود باعث ایجاد استرس‌های گوناگونی برای فرد می‌باشد و نیز اینکه عدم وجود فرزند خود می‌تواند یک استرسور مهم با توجه به فرهنگ جامعه، برای این افراد باشد که عامل افت سلامت روان آنها باشد و یا اینکه افت سلامت روان در آنها خود یک استرسور مهم در مورد تصمیم‌گیری برای بچه‌دار شدن است. مطالعات قبلی اشاره‌ای به ریسک فاکتور بودن تعداد افراد خانواده برای عدم سلامت روان ننموده‌اند (۱۳-۸) اما با توجه به نتایج مطالعه حاضر به نظر می‌رسد تعداد افراد خانواده نیز باید به عنوان یک ریسک فاکتور مد نظر قرار گیرد.

یکی از محدودیتهای عمده این مطالعه که می‌تواند تعمیم نتایج مطالعه را محدود نماید

مشاور آماری محترم طرح آقای سیروس شهسواری و تمامی معلمان زحمتکش شهرهای سنندج و بیجار که اجرای تحقیق بدون همکاری آنان میسر نبود کمال تشکر و قدردانی بعمل می‌آید.

این مطالعه با حمایت مالی مدیریت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کردستان اجرا شده است. بدینوسیله از زحمات خانم دکتر مهشید پارسامنش به خاطر همکاری صمیمانه در اجرای طرح و همچنین

## References

1. Wu SY, Wang MZ, Li J, Zhang XF. Study of the intervention measures for the occupational stress to the teachers in the primary and secondary schools. *Wei Sheng Yan Jiu* 2006; 35: 213-6.
2. Ronald CK, Kristin DM, David RW. The prevalence, distribution, and mental health correlates of perceived discrimination in the United states. *Journal of health and social behavior* 1999; 40: 208-230.
3. Tamsin F, Robert G, Howard M. The british child and adolescent mental health survey 1999: The prevalence of DSM-IV Disorders. *Journal of the American academy of child & adolescent psychiatry* 2003; 42: 1203-1211.
4. Goldman RD, Fisher LJ, Hawthorne G. WHO survey of prevalence of mental health disorders. *JAMA* 2004; 292: 2467-8.
5. Noorbala AA, Bagheri Yazdi SA, Yasamy MT, Mohammad K. Mental health survey of the adult population in Iran. *Br J Psychiatry* 2004; 184: 70-3.
۶. غلامرضا خیرآبادی، فایق یوسفی. بررسی سلامت روان افراد بالای ۱۵ سال استان کردستان و عوامل مرتبط با آن (طرح تحقیقاتی پایان یافته).
۷. کاوه محمدحسین، شجاعی‌زاده داود، شاه محمدی داود، افتخار اردبیلی حسن، رحیمی عباس، بواله‌ری جعفر. ارزیابی نقش معلمان در ارائه خدمات سلامت روان. *مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی*، سال اول، شماره ۴، ۱۳۸۱، صفحه: ۱۴-۱.
8. Delcor NS, Araujo TM, Reis EJ, Porto LA, Carvalho FM, Oliveira e Silva M, and et al. Laubor and health conditions of private school teachers in Vitoria da Conquista, Bahia, Brazil. *Cad Saude Publica* 2004; 20: 187-296.
9. Porto LA, Carvalho FM, Oliveira NF, Silvany Neto AM, Araujo TM, Reis EJ, and et al. Association between mental disorders and work-related psychosocial factors in teachers. *Rev Saude Publica* 2006; 40: 818-26.
10. Claro S, Bedregal P. Mental health status of teachers in 12 schools of Puente Alto, Santiago, Chile. *Rev Med Chil* 2003; 131: 159-67.
11. Finaly-Jones R. Factors in the teaching environment associated with severe psychological distress among school teachers. *Aust N Z J Psychiatry* 1986; 20: 304-13.
12. Eaton WW, Anthony JC, Mandel W, Garrison R. Occupations and the prevalence of major depressive disorder. *J Occup Med* 1990; 32: 1079-87.
13. Viviance KM, Christine SD, Carmen RS, Elena N, Christine CC. Do teachers have more problems? Results from a French cross-sectional survey. *BMC Public Health* 2006; 6: 101-13.