

مطالعه کیفی آموزش بهداشت روانی مطلوب در مدارس دوره متوسطه

زهرا حدیدی^۱، فائزه ناطقی*^۲ و محمد سیفی^۳

Received: 26/02/2019

صفحات: ۴۳۳-۴۰۶

دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۱۲/۰۷

Accepted: 06/02/2020

پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۱۱/۱۷

چکیده

پژوهش حاضر نظر هدف کاربردی؛ از نظر روش جمع‌آوری داده‌ها اکتشافی و از نظر نوع داده، کیفی است. جامعه آماری پژوهش، شامل مدیران مدارس، متخصصان برنامه‌ریزی درسی و متخصصان بهداشت روان استان همدان بود. حجم نمونه با استفاده از اصل اشباع و روش نمونه‌گیری غیرتصادفی هدفمند ۳۰ نفر تعیین شد. ابزار گردآوری داده‌ها مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته بود. با توجه به سوالات پژوهش از روش تجزیه و تحلیل کیفی مبتنی بر شناسایی مؤلفه‌ها استفاده شد. بدین صورت که برای شناسایی مؤلفه‌های بهداشت روان در آموزش بهداشت روانی در دوره متوسطه اول از فرآیند دلفی فازی و اجماع نظر خبرگان حول مؤلفه‌ها استفاده شد. یافته‌ها نشان داد از میان ۴۰ مؤلفه شناسایی شده، تعداد ۳۱ مؤلفه در چهار بعد سلامت جسمی و رفتاری، اضطراب و روحیات فردی، کنش ورزشی اجتماعی و افسردگی و ناامیدی بر بهداشت روان دانش‌آموزان متوسطه اول مؤثر تشخیص داده شدند. بنابراین تدوین برنامه درسی بر مبنای ۳۱ عامل مؤثر شناسایی شده می‌تواند بهداشت روان دانش‌آموزان متوسطه دوم را تا حد بالایی بهبود بخشد.

کلید واژگان: بهداشت روان، دوره اول متوسطه، دلفی فازی، برنامه‌ریزی درسی

۱. دانشجوی دکتری برنامه ریزی درسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اراک

* نویسنده مسئول:

۲. استادیار گروه علوم تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اراک

۳. استادیار گروه علوم تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اراک

Email: fn1345@gmail.com

مقدمه

بهداشت روانی یکی از مسائلی می‌باشد که امروزه از اهمیت بسیاری برخوردار است. این اصطلاح به توانایی ادامه‌ی یک زندگی فعال و انعطاف‌پذیر در مقابله با فشارهایی که در زندگی رخ می‌دهد، اشاره دارد (Azimi, 2018). اما در میان تعاریف متفاوت ارائه شده، تعریف سازمان بهداشت جهانی جامع‌تر و کامل‌تر می‌باشد در این تعریف آمده است که بهداشت روانی برابر با سلامت بدنی، روانی، اجتماعی، خشنودی و شاد زیستن می‌باشد که در آن افراد قادرند توانایی‌های خود را شکوفا ساخته، با فشارهای روانی روزمره مواجه شده و بر آنها فایز شوند، به طور مولد کار و کوشش کنند و با ویژگی‌های بیان شده در جامعه‌ی خود مشارکت نمایند. دوران، نوجوانی به عنوان یکی از مراحل بسیار مهم و بحرانی فرایند رشد و تحول انسان محسوب می‌شود و از این دوران به عنوان دوران بحران، طوفان، استرس، دوره زایش دوباره، هویت‌طلبی و جزآن یاد کرده‌اند (Hamdan, Valeriano, 2016) مشخصه نوجوانی بلوغ است. بلوغ یک فرایند و تغییر فیزیکی است که با نوجوانی که یک فرایند و تغییر روان‌شناختی است، متفاوت می‌باشد. در شرایط مطلوب این دو فرایند همزمان روی می‌دهند؛ ولی وقتی که بلوغ و نوجوانی هم زمان روی ندهد (که اغلب چنین است) نوجوان ناچار است با این عدم توازن که خود یک استرس اضافی است، مدارا کند. نکته بسیار مهم این است که بسیاری از آسیب‌های روانی در دوران بزرگسالی در واقع ادامه مشکلات دوران کودکی و نوجوانی است. اگر دوره‌ی نوجوانی بدون مشکل سپری شود، نوجوان به بزرگسالی سالم تبدیل خواهد شد و نقش بزرگسالی را خوب ایفا خواهد کرد؛ اما اگر در این رهگذر دشواری‌هایی به وجود آید و بهداشت روانی نوجوان از جاده‌ی اصلی انحراف پیدا کند به بیراهه کشیده خواهد شد (Astin & Lee, 2018).

اخیراً شمار زیادی از نوجوانان از مسائل عاطفی و روانی رنج می‌برند و این احتمال وجود دارد که خیلی از آنها اغلب مشکلات را از دوران کودکی با خود به همراه داشته باشند. (Rafael, 2013) گزارش داد که اضطراب و افسردگی، همراه با اختلال انطباقی از مسائل عمده سلامت روان هستند که در دوران نوجوانی رخ می‌دهد. چه بسیار افرادی که در همان مراحل ابتدائی تحصیلات دبیرستانی به دلیل استرس‌های روانی و متعاقب آن ابتلای به بیماری‌های روانی از تحصیل کناره گرفته‌اند و یا عده‌ای پس از ورود به دانشگاه به دلیل مشکلات روانی که از سال‌های قبل داشته‌اند دچار کاهش بازده فکری و عملی شده و یا پس از فراغت از تحصیلات، سلامت روانی آن‌ها به خطر افتاده است. اهمیت پرداختن به جنبه‌های سلامت روانی کاملاً مشخص است، سازمان بهداشت جهانی و بسیاری از کشورها به این نتیجه رسیده‌اند که فراموش کردن و غافل شدن از بهداشت روان یکی از خطاهای بزرگ نظام‌های بهداشتی است و هر برنامه‌ی بهداشتی بدون در نظر آوردن

رفاه روانی جامعه با شکست مواجه خواهد شد (Astin & Lee, 2018). جهت تأمین سلامت روان جامعه، دستیابی به اطلاعات صحیح بر اساس تحقیقات علمی یکی از مهم‌ترین جنبه‌های توفیق در این زمینه است. توجه ویژه به جمعیت نوجوان به ویژه دانش‌آموزان به عنوان آینده‌سازان جامعه از عوامل اساسی توسعه پایدار و همه‌جانبه است. به علاوه توجه به مسایل و مشکلات عدیده فراروی نوجوانان و چاره‌اندیشی برای حل آنها از وظایف اساسی نظام آموزش و پرورش است. آموزش و پرورش باید ضمن تربیت دانش‌آموزان و آماده‌سازی آنان برای پذیرش مسئولیت‌های آینده، اقدام به پرورش سلامت عاطفی و اجتماعی هماهنگ با باورها و ارزش‌های فرهنگی، اجتماعی، خانوادگی، دینی و تاریخی نماید تا از طریق تحقق استقلال فرد، هویت او را که در این دوران در حال شکل‌گیری است، در جهت رسیدن به کمال رهنمون سازد. رشد شناختی نوجوان نیز بسته به جنس میزان اعتماد به نفس، نیازهای ارتباطی، نحوه جدایی از والدین و استحکام روان شناختی فرد، برای هر نوجوان به طور جداگانه‌ای شکل می‌گیرد. نکته بسیار مهم این که، بسیاری از آسیب‌های روانی در دوران بزرگسالی در واقع ادامه مشکلات دوران کودکی و نوجوانی است (Cho et al, 2017).

خطر اصلی مرحله نوجوانی را می‌توان تداوم حالت سردرگمی و مهلت خواهی نوجوان، عدم تصمیم‌گیری در زمینه‌های مهم مانند مذهب، جنس، سیاست، شغل، امور شخصی و نظایر آن و دست نیافتن به ظرفیت‌ها و توانمندی‌های روان‌شناختی خود دانست. داوم این منزلت سلامت روانی نوجوان را تهدید کرده و واکنش‌های بیمارگونه در این موارد مشاهده می‌شود. مشکلات سلامت‌روان در نوجوانی یا ناشی از ادامه مشکلات روانی از دوران کودکی است و با آغاز یک بیماری جدید است. این مشکلات، به طور کلی، شامل حساسیت در روابط بین فردی، تنهایی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری و مسائلی در ارتباط با خودکشی هستند (McDonnel et al, 2016).

افسردگی و سایر اختلالات روانی، منجر به اختلال در عملکرد تحصیلی، شغلی، روابط اجتماعی و بین فردی می‌شود. افرادی که به دلایلی دچار آشفتگی‌های هیجانی هستند و بهداشت روانی آنها تضعیف شده است به شیوه‌های متفاوت آشفتگی‌های خود را بروز می‌دهند. این افراد اغلب دارای مشکلاتی از قبیل خود پنداره ضعیف، افت تحصیلی، طرد اجتماعی و ناتوانی در برقراری ارتباط با همسالان و عدم پایبندی به قوانین اجتماعی هستند، این مشکلات روانی - اجتماعی تأثیری مستقیم بر فرایند یادگیری آنها می‌گذارد (EsteinHausen, 2016).

در حال حاضر همه‌ی افراد و به خصوص نوجوانان با تنیدگی‌های معناداری در خلال زندگی خویش مواجه می‌شوند. پاره‌ای از دگرگونی‌ها مانند رشد بدنی و تغییرات هورمونی و همچنین

تغییراتی که در شیوه‌های ارتباطی با والدین به وجود می‌آیند، به منزله‌ی بخشی از تحول به‌هنگارند (Azimi, 2018). پاره‌ای دیگر از تنیدگی‌ها مانند مشکلات تحصیلی، تغییر محل سکونت خانواده، تغییر در محیط مدرسه، مشاجره و جدایی والدین، فشار همسالان برای مصرف سیگار و مواد مخدر، تنبیه بدنی، بلایای طبیعی حاد و مزمن، جنبه‌ی شخصی‌تر دارند، نوجوانان با این عوامل تنیدگی‌زا به گونه‌های متفاوت برخورد می‌کنند. رشد سریع جمعیت، تحرک جغرافیایی و مهاجرت به شهرها و تغییرات ناشی از فن‌آوری به افزایش میزان طلاق و تکرر خانواده‌های تک والدینی منجر شده‌اند و دسترسی آسان به عوامل تهدید کننده‌ی زندگی نظیر مواد مخدر، به تضعیف نقش خانواده و ساختارهای فرهنگی، یعنی عواملی که معمولاً نقش حمایت از نوجوانان را بر عهده دارند منتهی شده است (Khalatbari & Azizzade, 2017). تحقیقات انجام شده در سطح جهانی نشان می‌دهد که برنامه‌های آموزش بهداشت، در صورتی که به چارچوب کلاس درس محدود شود، تأثیر اندکی بر سطح سلامتی جامعه دارد. مدیران و معلمان باید به وراى مدرسه فکر کنند. یعنی با کارکنان بهداشتی، رهبران اجتماعی و واحدهای ارائه دهنده خدمات اجتماعی همکاری تنگاتنگی داشته باشند. با اتخاذ چنین رویکردی پیام‌های بهداشتی (اعم از جسمی یا روانی) دریافت شده توسط دانش‌آموزان در سطح وسیعی در جامعه مورد استفاده قرار می‌گیرد و لذا می‌توان منتظر بهبودی واقعی در سلامت مردم بود. (Drfoos, 1994)

براساس آنچه که بیان گردید می‌توان اذعان داشت که نوجوانان گروه هدف مناسب برای آموزش بهداشت و برنامه‌های ارتقاء سلامت هستند (Pierce, 2011) از اینرو جای تردیدی نیست که کشورها بایستی در زمینه طراحی و توسعه برنامه‌های ملی خود بر سیاست‌های بهداشتی و ارتقای سلامت به منظور رشد و شکوفایی افراد و تغییر در روند رشد جامعه تأکید نمایند. این نکته‌ای است که در نظام آموزش و پرورش ایران هم مورد توجه جدی قرار گرفته است در قانون اساسی ایران به بهداشت و سلامت به عنوان حق هر ایرانی تأکید شده است که دولت موظف به برنامه‌ریزی برای تأمین و توسعه آن می‌باشد. لذا برنامه‌های آموزشی باید به گونه‌ای طراحی و تدوین شوند که منجر به افزایش سواد سلامت در فراگیران گردند.

بنابر این براساس نتایج تحقیقات می‌توان عنوان داشت که محتوا و سطح آموزش مؤلفه‌های بهداشتی و سلامت تا سطح مطلوب فاصله دارد. در این میان آنچه که مسلم است این است که به منظور پرکردن این شکاف می‌بایست ابتدا مشخص نمود که در هر دوره سنی فراگیران می‌بایست با کدامیک از مؤلفه‌های بهداشت روان آشنا گردند. یا به عبارتی آموزش کدامیک از این مؤلفه‌ها در دوره‌های مختلف آموزشی می‌بایست هدف قرار گیرد. لذا به منظور شناسایی این مؤلفه‌ها و در نتیجه طراحی برنامه‌هایی تأثیرگذار بر توان حفظ بهداشت روان و توانایی مقابله با عوامل آسیب‌زای

بر آن به ویژه در دوره نوجوانی تحقیق حاضر شکل گرفته است. در این تحقیق تلاش شده است پاسخی برای این سوال فراهم شود که ابعاد و مؤلفه‌های بهداشت روان مطلوب آموزش در دوره اول متوسطه کدامند؟

پیشینه پژوهش

با توجه به موضوع پژوهش به برخی از پژوهش‌های انجام شده در این بخش پرداخته است. در مطالعه‌ی Sarason (1990) مشکلات روانی دانش‌آموزان را نوعی اشتغال به خود^۱ می‌داند که با خودکم‌انگاری و تردید درباره توانایی‌هایشان مشخص می‌شود و غالباً به ارزیابی شناختی منفی، عدم تمرکز حواس، واکنش‌های فیزیولوژیک نامطلوب و افت عملکرد تحصیلی منجر می‌شود. نوجوانانی که احساس می‌کنند شناخت و تصویر مناسبی از خود دارند، کمتر از نظر روانی دچار اختلال می‌شوند. علاوه بر این دانش‌آموزان یاد شده می‌توانند شیوه‌های معقولانه‌تری را برای حل دشواری‌ها و مسایل خود بیابند.

عده‌ای دیگر از نظریه‌پردازان معتقدند تداخلات روانی با عادت‌های مطالعه‌ای نامناسب و ناکافی و نقایص توجهی، اضطراب خصیصه‌ای، ترس اجتماعی و هم‌چنین وجود سطح بالای اضطراب-امتحان با خطاهای شناختی افزون‌تر، افکار منفی بیشتر و پایین بودن عزت‌نفس، همبستگی دارد (Fransson (2011 در پژوهشی Khezry et al (2020) به این نتایج رسیدند که برخی از اهداف مهارت‌های زندگی دوره متوسطه مشمول مهارت‌های اجتماعی، بهبود مهارت‌های بین فردی، بهبود مهارت‌های ارتباطی، آشنایی دانش‌آموزان با شایستگی‌های اخلاقی و اجتماعی، سواد بهداشت جسمی، ارتقاء توانایی‌های روانی و کاهش خشم و اضطراب است و می‌توان از این الگوی برای رشد شخصیت سالم دانش‌آموزان، تأمین و حفظ بهداشت روانی استفاده نمود. در پژوهشی Taymouri et al (2020) نشان دادند که مدارس دوره ابتدایی دارای ۶ مؤلفه توسعه روابط انسانی، برنامه‌ریزی استراتژیک، رشد و یادگیری، آموزش و ارزشیابی، مدیریت و رهبری و محیط و جامعه هستند که در بحث نشانگرهای مدیریت و رهبری (مدیریت فضاهای بهداشتی، نظارت بر سلامت و بهداشت دانش‌آموزان، نظارت بر سلامت و بهداشت کارکنان) از مواردی است که باید مورد توجه قرار گیرد. همچنین در مطالعه‌ی Rajaei et al (2014) به این نتایج رسیدند که بیشترین میزان شیوع مشکلات رفتاری در دانش‌آموزان مربوط به پایه‌ی پنجم ابتدایی و کمترین میزان شیوع مربوط به

1. Self – preoccupation

پایه سوم می‌باشد که با توجه به یافته‌ها توجه بیشتر به فضای روانی مدارس و ایجاد محیطی سالم و ایمن توسط اولیای مدرسه ضروری است. یافته‌های پژوهش (Eghbali & Azimi (2020 نشان داد که میزان توجه به هر یک از مؤلفه‌های آموزش بهداشت و ارتقای سلامت در کتب درسی متفاوت است؛ در محتوای کتب دوره دوم ابتدایی به برخی از مؤلفه‌های آموزش بهداشت کمتر توجه است، در حالی که آموزش بهداشت و به تبع آن ارتقای سلامت مهم‌ترین عامل پیشرفت و ضامن بقای جامعه است. در مطالعه‌ای (Salehi Omran & Abedini Baltork (2010 در زمینه تحلیل محتوای مؤلفه‌های اطلاعات سلامت در کتاب‌های درسی دوره متوسطه به این نتایج رسیدند که کتاب‌های درسی باید بر آموزش‌های لازم جهت آموزش سلامت و بهداشت و ارتقای آن تأکید نمایند که متأسفانه در کتاب‌های درسی به برخی از مؤلفه‌های اطلاعات سلامت توجه چندانی نشده است. یافته‌های پژوهش (Azimi (2018 نشان داد برخی مؤلفه‌های اصلی نیازها در سطح کلان شامل عدم بیان صرف مشکلات بهداشتی در کتب درسی، ایجاد علاقه به مسائل آموزش بهداشت، تربیت معلمان متخصص و علاقمند به آموزش بهداشت، تدوین برنامه جامع آموزش بهداشت و ارتقای سلامت و تجدید نظر در محتوای کتاب‌های درسی و برخی مؤلفه اصلی نیازها در سطح مدارس شامل رعایت استانداردهای بهداشتی در محیط و ساختمان مدارس، آموزش بهداشت اولیاء در کنار دانش‌آموزان، علاقمند کردن دانش‌آموزان به آموزش بهداشت و ارتقای سلامت از طرق مختلف آموزش مفاهیم بهداشتی در خارج از کلاس است. در پژوهشی دیگر (Imani et al (2004 دریافتند تنها یک درصد از معلمان ابتدایی در مورد بهداشت محیط و نیازهای بهداشت جسمانی و روانی دانش‌آموزان اطلاعات مطلوبی دارند.

در راستای اهداف پژوهش سئوالات زیر مطرح و پیگیری شد:

۱. شناسایی ابعاد آموزش بهداشت روانی مطلوب در مدارس دوره متوسطه اول.
۲. شناسایی مؤلفه‌های آموزش بهداشت روانی مطلوب در مدارس دوره متوسطه اول.

روش شناسی پژوهش

با توجه به این که پژوهش حاضر به شناسایی مؤلفه‌های بهداشت روان جهت آموزش در دوره متوسطه اول می‌پردازد از نظر طرح و از حیث گردآوری داده‌ها پیمایشی و از نظر هدف کاربردی و توسعه‌ای و از منظر روش، کیفی و به روش دلفی فازی انجام شده است. جامعه آماری این پژوهش شامل جامعه آماری پژوهش را متخصصان در حوزه مدیریت آموزشی، برنامه ریزی درسی، سلامت روان و مراقبت های بهداشت استان همدان تشکیل داد. که تعداد آن ها بالغ بر ۲۸۰ نفر بود. روش نمونه گیری هدفمند بود که تا رسیدن به اشباع نظری ادامه یافت. و نهایتاً ۳۰ نفر در تحقیق شرکت داده شدند مورد مطالعه قرار گرفتند. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: ۱. دارا بودن حداقل ۱۵ سال سابقه و تجربه حرفه‌ای با مدیریتی در حوزه مدارس، سلامت روانی یا مراقبت بهداشتی و ۲. دارا بودن حداقل مدرک کارشناسی ارشد. معیارهای خروج نیز عبارت بود از ۱. متخصصانی که کمتر از ۱۵ سال سابقه حرفه‌ای یا مدیریتی در حوزه سلامت روانی داشتند و ۲. متخصصانی که مدرک تحصیلی کمتر از کارشناسی ارشد داشتند. اصولاً جهت تعیین میزان اهمیت شاخص‌ها و غربال مهم‌ترین شاخص‌های شناسایی شده در یک پژوهش علمی، می‌توان از تکنیک دلفی با رویکرد فازی استفاده کرد.

هسته‌ی اصلی روش دلفی نظرات خبرگان می‌باشد؛ لذا در ابتدا باید خبرگان را با توجه به معیارهایی که از دل پروژه بیرون می‌آید و با اهداف آن سازگاری دارد، انتخاب نماییم. برخی از ویژگی‌های اصلی برای انتخاب خبرگان به صورت زیر می‌باشد:

- با مسئله‌ی مورد بحث درگیر باشند.
 - اطلاعات مداوم از مسئله را برای همکاری داشته باشند.
 - دارای انگیزه برای شرکت در فرآیند دلفی باشند.
- وجود این احساس در آنها که شرکت در یک توافق گروهی برای خود آنها نیز سودمند می‌باشد.

یافته‌ها

در این پژوهش ابتدا جهت شناسایی مؤلفه‌های آموزش بهداشت روان در دوره اول متوسطه ضمن مطالعه کتابخانه‌ای و بررسی اسناد و مدارک و پژوهش‌های پیشین، اقدام به طراحی پرسشنامه اولیه نموده و با کمک صاحب‌نظران موضوع آن‌را بومی نموده و از طریق پرسش نامه نهایی که ابزار تکنیک دلفی فازی است به شناسایی دقیق‌تر و جامع‌تر ابعاد و مؤلفه‌های آموزش بهداشت روانی مطلوب در دوره اول متوسطه از نظر صاحب نظران پرداخته است .

مرحله اول فرآیند دلفی فازی به صورت زیر قابل ارائه می‌باشد.

جدول ۱. نتایج شمارش آراء مرحله اول

نظر خبرگان در مرحله اول	مؤلفه‌ها	ابعاد سلامت روان
۱-۱-۲۲	خود آگاهی هیجانی	سلامت جسمی و رفتاری
۲-۸-۱۸	انعطاف پذیری	
۲۴-۴-۱	هوشیاری	
۲۰-۱-۲	صبر و بردباری	
۱۷-۸-۱	مسئولیت پذیری	
۲۴-۴-۱	پذیرش احساس خود	
۱۵-۲-۷	شناسایی زمینه‌های آسیب‌پذیری خود	
۲۳-۵-۱	پرورش استعدادها و رغبت‌های خود	اضطراب و روحيات فردی
۱۰-۹-۲۰	مدیریت استرس و کنترل هیجان	
۱۴-۵-۱۱	ایمان	
۱۰-۷-۲	یقین	
۲۵-۱-۳	شناخت نسبت به خدا	
۲۵-۴-۱	شناخت نسبت به محیط	
۱۰-۷-۲	شناخت نسبت به خود	
۴-۲-۲۱	جرات ورزی	کنش‌ورزی اجتماعی
۳-۵-۱۷	اعتماد به نفس	
۱۲-۱۵-۲	عزت نفس	
۲۰-۲-۴	همدردی	
۲۷-۱-۱	خود کنترلی	
۱۲-۸-۳	درستکاری	
۱۴-۹-۲	ایجاد روحیه بخشنده‌گی	
۱۲-۱۲-۳	بخشش نسبت به دیگران	افسردگی و ناامیدی
۱-۱-۲۸	احترام به خود	
۱۵-۷-۶	شاد بودن	
۳-۸-۴	روحیه امید و امیدواری	
۲۷-۱-۱	قبول مرگ و معاد	
۲۸-۱-۱	عمل به باورهای مذهبی	
۲۵-۱-۳	جهت‌گیری مذهبی	
۱۳-۹-۳	کسب معنا در زندگی	
۱۰-۱۵-۳	امیدواری به خالق	
۸-۱۷-۳	رضایت از زندگی	
۲۲-۴-۲	شکر نمودن و شاکر بودن	

همراه با جمع آوری پرسشنامه ی فوق هشت پیشنهاد نیز به صورت زیر دریافت شد:

- ✓ برقراری روابط صمیمانه با دیگران:
- ✓ به موقع از دیگران کمک خواستن
- ✓ مهارت های تصمیم گیری
- ✓ مهارت حل مشکل
- ✓ تفکر انتقادی
- ✓ مسئولیت پذیری اجتماعی
- ✓ ذهن باز داشتن به افکار خود،
- ✓ خلاقیت

بر اساس نتایجی که از پرسشنامه های جمع آوری شده از ۳۰ خبره که در اجرای تحقیق همکاری داشته اند، میانگین هریک از عوامل؛ با توجه به رابطه ی زیر محاسبه می گردد:

$$A^i = (a_1^i, a_2^i, a_3^i, a_4^i) \quad i = 1, 2, \dots, n$$

$$A_m = (a_{m1}, a_{m2}, a_{m3}, a_{m4})$$

$$= \left(\frac{1}{n} \sum a_1^i, \frac{1}{n} \sum a_2^i, \frac{1}{n} \sum a_3^i, \frac{1}{n} \sum a_4^i \right) \quad (۲)$$

در رابطه ی بالا A^i بیانگر دیدگاه خبره ی i ام و A_m بیانگر میانگین دیدگاه های خبرگان است.

میانگین هریک از عوامل در جدول زیر آمده است:

جدول ۲. میانگین آراء پرسشنامه‌ی مرحله ی اول

میانگین نظر خبرگان در مرحله اول	مؤلفه‌ها	ابعاد سلامت‌روان
[۵,۹۰۸,۱۰۹,۲۰۹,۶]	خود آگاهی هیجانی	سلامت جسمی و رفتاری
[۱,۳۰۳,۴۰۳,۳۰۵,۱]	انعطاف‌پذیری	
[۵,۹۰۷,۴۰۸,۷۰۹,۵]	هوشیاری	
[۵,۶۰۷,۱۰۸,۶۰۹,۳]	صبر و بردباری	
[۵,۱۰۵,۹۰۶,۷۰۷,۹]	مسئولیت‌پذیری	
[۵,۳۰۶,۴۰۷,۸۰۹,۴]	پذیرش احساس خود	
[۵,۱۰۶,۳۰۷,۷۰۹,۳]	شناسایی زمینه‌های آسیب‌پذیری خود	
[۵,۸۰۷,۲۰۸,۱۰۹,۷]	پرورش استعدادها و رغبت‌های خود	
[۶,۱۰۷,۸۰۹,۱۰۹,۸]	مدیریت استرس و کنترل هیجان	
[۳,۷۰۴,۵۰۸,۷۰۸]	ایمان	
[۴,۷۰۵,۶۰۷,۱۰۷,۷]	یقین	
[۵,۲۰۶,۷۰۸,۴۰۹,۳]	شناخت نسبت به خدا	
[۴,۵۰۵,۶۰۶,۹۰۸]	شناخت نسبت به محیط	
[۴,۸۰۵,۶۰۷,۲۰۸,۹]	شناخت نسبت به خود	کنش‌ورزی اجتماعی
[۵,۲۰۷,۸۰۹,۱۰۹,۷]	جرات ورزی	
[۱,۱۰۲,۳۰۳,۵۰۵,۲]	اعتماد به نفس	
[۳,۹۰۴,۵۰۶,۶۰۷,۸]	عزت نفس	
[۶,۱۰۷,۴۰۸,۷۰۹,۷]	همدردی	
[۶,۷۰۲,۸۰۷,۹۰۵]	خود کنترلی	
[۴,۳۰۵,۷۰۶,۴۰۷,۹]	درستکاری	
[۴,۱۰۵,۶۰۶,۷۰۸,۷]	ایجاد روحیه بخشنده‌گی	
[۳,۹۰۵,۲۰۶,۷۰۸,۳]	بخشش نسبت به دیگران	
[۶,۱۰۷,۸۰۸,۷۰۹,۴]	احترام به خود	
[۰,۸۰۱,۴۰۲,۷۰۴,۶]	شاد بودن	
[۰,۷۰۱,۶۰۲,۸۰۴,۳]	روحیه امید و امیدواری	
[۵,۳۰۶,۴۰۷,۲۰۸,۷]	قبول مرگ و معاد	
[۵,۹۰۷,۱۰۸,۴۰۹,۳]	عمل به باورهای مذهبی	
[۵,۶۰۶,۸۰۷,۴۰۸,۷]	جهت‌گیری مذهبی	
[۳,۷۰۴,۷۰۵,۴۰۶,۳]	کسب معنا در زندگی	
[۴,۱۰۵,۲۰۶,۴۰۷,۷]	امیدواری به خالق	
[۴,۷۰۵,۴۰۶,۸۰۷,۵]	رضایت از زندگی	
[۵,۹۰۶,۸۰۷,۹۰۹,۱]	شکر نمودن و شاکر بودن	

تفسیر اعداد داخل جدول به این صورت می‌باشد که میانگین نظرات خبرگان برای عامل اول اینگونه می‌باشد که بیشترین تأثیرگذاری از نظر خبرگان برابر با ۹,۶ و کمترین برابر است با ۵,۷ در صورتی که اکثر نظرات در بازه ی ۸,۱ تا ۹,۲ می‌باشند. با توجه به نظرات و نمودار اعداد فازی

دو زنگه ای که از نظر گذشت می توان بیان نمود که نظرات در قسمت تأثیرگذاری زیاد قرار می - گیرند. تفسیر اعداد برای سایر عوامل نیز به همین صورت می باشد.

مرحله ی دوم

تا این مرحله از تحقیق پرسشنامه ی اولیه توزیع شد و نظرات خبرگان در مورد هر یک از عوامل اندازه گیری شد و میانگین کل نظرات نیز محاسبه گردید. در قدم بعدی از فرآیند دلفی بایستی بازخورد نظرات را برای خبرگان ارسال نماییم، به این صورت که تفاوت نظرات هر یک از خبرگان را نسبت به میانگین نظرات برای هر فرد ارسال نماییم. با توجه به فازی بودن اعداد بایستی طبق رابطه ی زیر تفاوت از میانگین را برای هر یک از نخبگان محاسبه نماییم:

$$\begin{aligned} & (a_{m1} - a_1^{(i)}, a_{m2} - a_2^{(i)}, a_{m3} - a_3^{(i)}, a_{m4} - a_4^{(i)}) \\ & = \left(\frac{1}{n} \sum a_1^{(i)} - a_1^{(i)}, \frac{1}{n} \sum a_2^{(i)} - a_2^{(i)}, \frac{1}{n} \sum a_3^{(i)} - a_3^{(i)}, \frac{1}{n} \sum a_4^{(i)} - a_4^{(i)} \right) \end{aligned} \quad (3)$$

اینک می توان بر اساس نتایج حاصل از رابطه ی ۳، پرسشنامه ی دیگری تنظیم کرد که در آن اختلاف محاسبه شده مربوط به هر فرد خبره ثبت شده است. در این صورت بر اساس ارزیابی مجدد هر خبره از نظر قبلی خود، می توان نتایج جدیدی را بدست آورد. نتایج حاصل از این پرسشنامه جدید در جدول زیر ارائه شده است. لازم به ذکر است که عوامل پیشنهادی در ادامه ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج شمارش آراء پرسشنامه‌ی مرحله ی دوم

نظر خبرگان در مرحله دوم	مؤلفه‌ها	ابعاد سلامت روان	
۲۵-۲۰۰	خود آگاهی هیجانی	سلامت جسمی و رفتاری	
۴-۲-۱۳	انعطاف پذیری		
۲۶-۳۰۰	هوشیاری		
۲۷-۱۰۰	صبر و بردباری		
۶-۱۸-۲	مسئولیت پذیری		
۲۴-۵۰۰	پذیرش احساس خود		
۲۲-۴-۱	شناسایی زمینه‌های آسیب پذیری خود		
۱۷-۲-۷	پرورش استعدادها و رغبت‌های خود		
۶-۱۱-۷	مهارت‌های تصمیم‌گیری		
۲۸-۰۰-۲	خلاقیت		
۲۳-۵۰۰	مدیریت استرس و کنترل هیجان		اضطراب و روحیات فردی
۲۰-۳-۱	ایمان		
۲۵-۲-۲	یقین		
۲۴-۳-۱	شناخت نسبت به خدا		
۲۸-۰۰۰	شناخت نسبت به محیط		
۲۳-۵۰۰	شناخت نسبت به خود		
۲۳-۳-۲	مهارت حل مشکل		
۲۵-۰۰-۳	تفکر انتقادی	کنش‌ورزی اجتماعی	
۲۶۷-۱-۰	جرات ورزی		
۳-۱-۲۳	اعتماد به نفس		
۲-۲۴-۰	عزت نفس		
۲۰-۷-۲	همدردی		
۲۵-۲-۱	خود کنترلی		
۱۵-۸-۴	درستکاری		
۱۹-۴-۷	ایجاد روحیه بخشندگی		
۱۰-۱۷-۰	بخشش نسبت به دیگران		
۲۶-۰۰-۲	برقراری روابط صمیمانه با دیگران		
۲۵-۱-۳	به موقع از دیگران کمک خواستن		
۲۸-۰۰-۲	مسئولیت‌پذیری اجتماعی		
۲۵-۳-۰	احترام به خود		افسردگی و ناامیدی
۳-۱-۱۸	شاد بودن		
۱۰-۰-۲۵	روحیه امید و امیدواری		
۲۵-۲-۱	قبول مرگ و معاد		
۲۰-۸-۰	عمل به باورهای مذهبی		
۲۵-۲-۳	جهت‌گیری مذهبی		
۵-۱۹-۲	کسب معنا در زندگی		
۲-۲۰-۳	امیدواری به خالق		
۳-۱۹-۴	رضایت از زندگی		
۲۲-۶-۱	شکر نمودن و شاکر بودن		
۲۹-۰۰۰	ذهن باز داشتن به افکار خود		

حال با استفاده از رابطه ی ۲ میانگین نظرات را محاسبه می نماییم. نتایج میانگین نظرات خبرگان در جدول زیر ارائه شده است:

جدول ۴. میانگین آراء خبرگان در مرحله ی دوم

میانگین نظر خبرگان در مرحله دوم	مؤلفه ها	ابعاد سلامت روان
[۵,۹۰۷,۹۰۶,۹۰۷]	خود آگاهی هیجانی	سلامت جسمی و رفتاری
[۰,۵۱۱,۲۲,۴۰,۷]	انعطاف پذیری	
[۶,۴۰۷,۵۸,۷,۹,۶]	هوشیاری	
[۶,۳۰۷,۵۸,۷,۹,۶]	صبر و بردباری	
[۴,۳۰۵,۲۰۶,۷,۷,۴]	مسئولیت پذیری	
[۶,۲۰۷,۸۸,۴,۹,۶]	پذیرش احساس خود	
[۶,۴۰۷,۶۸,۷,۹,۵]	شناسایی زمینه های آسیب پذیری خود	
[۶,۴۰۷,۶۸,۷,۹,۵]	پرورش استعداد های و رغبت های خود	
[۳,۴۰۴,۵۰۷,۶,۴]	مهارت های تصمیم گیری	
[۶,۲۰۷,۵۸,۶,۹,۷]	خلاقیت	
[۶,۱۰۷,۱۰۹,۴,۹,۴]	مدیریت استرس و کنترل هیجان	
[۴,۸۰۵,۹۰۷,۶,۹]	ایمان	
[۵,۳۰۶,۷,۷,۴,۹,۲]	یقین	
[۴,۲۰۵,۴۰۶,۵,۸,۹]	شناخت نسبت به خدا	
[۵,۱۰۶,۷,۷,۶,۸,۷]	شناخت نسبت به محیط	
[۵,۹۰۶,۸,۷,۹,۹,۳]	شناخت نسبت به خود	
[۳,۴۰۴,۵۰۵,۲,۶,۶]	مهارت حل مشکل	
[۵,۷۰۶,۹۰۷,۸,۹,۴]	تفکر انتقادی	
[۵,۸۰۷,۸,۹,۶,۹,۹]	جرات ورزی	
[۱,۱۰۸,۲,۶,۲,۹]	اعتماد به نفس	
[۳,۳۰۴,۲,۵,۴,۶,۳]	عزت نفس	
[۶,۳۰۷,۴,۸,۵,۹,۶]	همدردی	
[۶,۶۰۷,۸,۸,۹,۹,۹]	خود کنترلی	
[۴,۲۰۵,۲,۶,۷,۷,۳]	درستکاری	
[۳,۸۰۴,۶,۵,۸,۶,۵]	ایجاد روحیه بخشندگی	
[۳,۲۰۴,۵,۵,۶,۷,۱]	بخشش نسبت به دیگران	
[۳,۵۰۴,۶,۵,۱,۶,۳]	برقراری روابط صمیمانه با دیگران	
[۳,۶۰۴,۶,۵,۷,۶,۳]	به موقع از دیگران کمک خواستن	
[۶,۷۰۷,۸,۸,۴,۹,۵]	مسئولیت پذیری اجتماعی	کنش ورزی اجتماعی
[۶,۲۰۷,۳,۸,۹,۹]	احترام به خود	
[۰,۷۰۱,۶,۳,۲,۳,۷]	شاد بودن	
[۱,۳۰۲,۶,۳۸,۵,۱]	روحیه امید و امیدواری	
[۶,۱۰۷,۸,۸,۶,۹,۵]	قبول مرگ و معاد	
[۶,۷۰۳,۸,۶,۹,۱]	عمل به باورهای مذهبی	
[۵,۹۰۶,۸,۸,۱,۹,۳]	جهت گیری مذهبی	
[۴,۶۰۵,۲,۶,۷,۷,۱]	کسب معنا در زندگی	
[۳,۷۰۴,۸,۵,۷,۶,۵]	امیدواری به خالق	
[۴,۲۰۵,۳,۶,۷,۷,۱]	رضایت از زندگی	

[۶,۷,۵,۸,۹,۶,۷]	شکر نمودن و شاکر بودن	
[۵,۹,۶,۸,۷,۹,۶,۳]	ذهن باز داشتن به افکار خود	

تا این مرحله از تحقیق دو مرتبه پرسشنامه‌ها بین خبرگان توزیع شد و نظرات آنها جمع‌آوری شد و در این بین خبرگان پرسشنامه‌ی دوم را با علم به نظرات اکثریت پر نمودند. حال جهت بررسی اینکه آیا نظرات به اجماع رسیده است یا خیر؟ یا به عبارت دیگر به منظور ارزیابی نظرات به این صورت که نظرات در میزان اثرگذاری عوامل به اجماع رسیده اند یا خیر؛ از طریق رابطه‌ی زیر تفاوت میانگین‌ها را محاسبه می‌نماییم:

$$(۴) \quad S(A_{m2}, A_{m1}) = \frac{1}{4} [a_{m21} + a_{m22} + a_{m23} + a_{m24}] - [a_{m11} + a_{m12} + a_{m13} + a_{m14}]$$

حال چنانچه این اختلاف میانگین از حد آستانه‌ی ۰,۲ کمتر شود، فرآیند متوقف می‌شود و در نتیجه خبرگان به اجماع رسیده‌اند. نتایج تفاوت میانگین‌ها در جدول زیر ارائه شده است:

جدول ۵. تفاوت میانگین آراء مرحله ی اول دوم

اختلاف میانگین نظر خبرگان در مرحله اول و دوم	مؤلفه ها	ابعاد سلامت روان	
۰.۰۷	خود آگاهی هیجانی	سلامت جسمی و رفتاری	
۰.۳۲	انعطاف پذیری		
۰.۱۷	هوشیاری		
۰.۳۷	صبر و بردباری		
۰.۵	مسئولیت پذیری		
۰.۸	پذیرش احساس خود		
۰.۹۵	شناسایی زمینه های آسیب پذیری خود		
۰.۳	پرورش استعداد های و رغبت های خود		
-	مهارت های تصمیم گیری		
-	خلاقیت		
۰.۲	مدیریت استرس و کنترل هیجان		اضطراب و روحیات فردی
۱.۳۵	ایمان		
۰.۸۷۵	یقین		
۱.۱۵	شناخت نسبت به خدا		
۰.۷۷	شناخت نسبت به محیط		
۰.۸۵	شناخت نسبت به خود		
-	مهارت حل مشکل		
-	تفکر انتقادی		
۰.۳۲۵	جرات ورزی	کنش ورزی اجتماعی	
۱.۰۷	اعتماد به نفس		
۰.۹	عزت نفس		
۰.۰۲	همدردی		
۰.۴۵	خود کنترلی		
۰.۲۲	درستکاری		
۱.۱	ایجاد روحیه بخشندگی		
۰.۹۲	بخشش نسبت به دیگران		
-	برقراری روابط صمیمانه با دیگران		
-	به موقع از دیگران کمک خواستن		
	مسئولیت پذیری اجتماعی	افسردگی و نا امیدي	
۰.۱۵	احترام به خود		
۰.۰۷	شاد بودن		
۰.۸۵	روحیه امید و امیدواری		
۱.۱	قبول مرگ و معاد		
۰.۰۷	عمل به باورهای مذهبی		
۰.۴	جهت گیری مذهبی		
۰.۸۷	کسب معنا در زندگی		
۱.۵	امیدواری به خالق		
۰.۲۷	رضایت از زندگی		
۰.۷۷	شکر نمودن و شاکر بودن		

-	ذهن باز داشتن به افکار خود	
---	----------------------------	--

همانگونه که مشاهده می شود اختلاف میانگین ها بیشتر از ۰,۲ می باشد لذا می توان گفت تا این مرحله از فرآیند دلفی فازی، توافق آراء حاصل نشده است.

مرحله ی سوم

در ادامه تفاوت نظرات هر خبره با میانگین نظرات را برای وی ارسال می نماییم و مجدداً از وی نظرخواهی انجام می شود. این فرآیند باید تاجایی ادامه یابد که توافق آراء حاصل شود. نتایج شمارش نظرات در مرحله ی سوم به صورت زیر می باشد.

جدول ۶. نتایج شمارش آراء در مرحله ی سوم

نظر خبرگان در مرحله سوم	مؤلفه ها	ابعاد سلامت روان	
۲۸-۰-۰	خود آگاهی هیجانی	سلامت جسمی و رفتاری	
۰-۴-۱۸	انعطاف پذیری		
۲۷-۳-۰	هوشیاری		
۲۶-۱-۰	صبر و بردباری		
۱-۱۹-۷	مسئولیت پذیری		
۲۹-۲-۰	پذیرش احساس خود		
۳۰-۰-۰	شناسایی زمینه های آسیب پذیری خود		
۲۷-۲-۰	پرورش استعدادها و رغبت های خود		
۲۶-۳-۰	مهارت های تصمیم گیری		
۲۹-۱-۰	خلاقیت		
۲۷-۰-۰	مدیریت استرس و کنترل هیجان		اضطراب و روحیات فردی
۲۶-۳-۰	ایمان		
۲۸-۰-۰	یقین		
۲۵-۱-۰	شناخت نسبت به خدا		
۲۹-۰-۰	شناخت نسبت به محیط		
۲۴-۳-۰	شناخت نسبت به خود		
۲۸-۱-۰	مهارت حل مشکل		
۲۸-۰-۰	تفکر انتقادی		
۲۸-۱-۰	جرات ورزی	کنش ورزی اجتماعی	
۰-۳-۲۱	اعتماد به نفس		
۰-۲۵-۳	عزت نفس		
۲۶-۲-۰	همدردی		
۲۹-۰-۰	خود کنترلی		
۶-۲۱-۰	درستکاری		
۵-۱۹-۰	ایجاد روحیه بخشنندگی		
۵-۲۰-۰	بخشش نسبت به دیگران		
۲۴-۰-۱	برقراری روابط صمیمانه با دیگران		
۲۸-۰-۰	به موقع از دیگران کمک خواستن		
۲۶-۲-۰	مسئولیت پذیری اجتماعی	افسردگی و ناامیدی	
۲۹-۰-۰	احترام به خود		
۰-۶-۱۵	شاد بودن		
۰-۱-۲۴	روحیه امید و امیدواری		
۲۹-۰-۰	قبول مرگ و معاد		
۲۶-۰-۰	عمل به باورهای مذهبی		
۲۶-۲-۰	جهت گیری مذهبی		
۰-۲۴-۱	کسب معنا در زندگی		
۱-۲۰-۲	امیدواری به خالق		
۲-۲۷-۰	رضایت از زندگی		
۲۸-۱-۰	شکر نمودن و شاکر بودن		

۲۷-۰۰۰	ذهن باز داشتن به افکار خود
--------	----------------------------

تا این مرحله از تحقیق سه پرسشنامه توزیع شد و نظرات خبرگان جمع‌آوری گردید، در جدول فوق نتایج شمارش آراء خبرگان را ارائه کردیم. در جدول زیر نیز میانگین نظرات خبرگان را به صورت اعداد فازی ارائه می‌کنیم:

جدول ۷. میانگین آراء در مرحله سوم

میانگین نظر خبرگان در مرحله اول	مؤلفه‌ها	ابعاد سلامت روان
[۵,۷,۹,۹,۱,۹,۷]	خود آگاهی هیجانی	سلامت جسمی و رفتاری
[۰,۷,۱,۳,۲,۱,۴,۶]	انعطاف‌پذیری	
[۶,۲,۷,۴,۸,۷,۹,۸]	هوشیاری	
[۶,۵,۷,۳,۸,۸,۹,۷]	صبر و بردباری	
[۶,۴,۳,۶,۵,۴,۴,۳]	مسئولیت‌پذیری	
[۶,۴,۷,۵,۸,۳,۹,۵]	پذیرش احساس خود	
[۶,۳,۷,۶,۸,۵,۹,۶]	شناسایی زمینه‌های آسیب‌پذیری خود	
[۶,۷,۷,۵,۸,۶,۹,۵]	پرورش استعدادها و رغبت‌های خود	
[۳,۶,۴,۸,۵,۳,۶,۷]	مهارت‌های تصمیم‌گیری	
[۶,۴,۷,۵,۸,۷,۹,۷]	خلاقیت	
[۶,۳,۷,۴,۸,۶,۹,۳]	مدیریت استرس و کنترل هیجان	اضطراب و روحیات فردی
[۴,۳,۵,۵,۸,۴,۹,۱]	ایمان	
[۵,۵,۶,۶,۷,۹,۹,۲]	یقین	
[۴,۵,۵,۴,۶,۴,۸,۷]	شناخت نسبت به خدا	
[۵,۴,۶,۸,۷,۷,۹]	شناخت نسبت به محیط	
[۵,۴,۶,۶,۷,۸,۹,۴]	شناخت نسبت به خود	
[۳,۲,۴,۳,۵,۴,۶,۸]	مهارت حل مشکل	
[۵,۸,۶,۵,۸,۱,۹,۵]	تفکر انتقادی	
[۵,۶,۷,۳,۹,۵,۹,۹]	جرات ورزی	
[۱,۲,۱,۹,۲,۵,۲,۸]	اعتماد به نفس	
[۳,۵,۴,۳,۵,۳,۶,۷,۰]	عزت نفس	کنش‌ورزی اجتماعی
[۶,۵,۷,۸,۸,۴,۹,۷]	همدردی	
[۶,۵,۷,۶,۸,۶,۹,۸]	خود کنترلی	
[۴,۵,۵,۳,۶,۶,۷,۶]	درستکاری	
[۳,۶,۴,۷,۵,۵,۶,۴]	ایجاد روحیه بخشندگی	
[۳,۳,۴,۴,۵,۸,۶,۹]	بخشش نسبت به دیگران	
[۳,۲,۴,۵,۵,۳,۷,۵]	برقراری روابط صمیمانه با دیگران	
[۳,۷,۴,۴,۵,۳,۶,۹]	به موقع از دیگران کمک خواستن	
[۶,۴,۷,۹,۸,۵,۹,۷]	مسئولیت‌پذیری اجتماعی	
[۶,۳,۷,۴,۸,۵,۹,۳]	احترام به خود	
[۰,۶,۱,۷,۳,۴,۳,۹]	شاد بودن	
[۱,۴,۲,۵,۳,۷,۵]	روحیه امید و امیدواری	
[۶,۵,۷,۵,۸,۷,۹,۴]	قبول مرگ و معاد	
[۶,۳,۷,۲,۸,۵,۹,۳]	عمل به باورهای مذهبی	
[۶,۱,۷,۸,۳,۹,۴]	جهت‌گیری مذهبی	

[۴,۴,۵,۲,۶,۷,۷]	کسب معنا در زندگی
[۳,۶,۴,۵,۵,۸,۶,۵]	امیدواری به خالق
[۴,۵,۵,۳,۶,۸,۷,۲]	رضایت از زندگی
[۶,۸,۷,۸,۸,۷,۹,۶]	شکر نمودن و شاکر بودن
[۶,۱,۶,۹,۷,۸,۹,۵]	ذهن باز داشتن به افکار خود

تا این مرحله از فرآیند دلفی فازی، طی سه مرتبه پرسشنامه بین خبرگان توزیع شد و نتایج جمع‌آوری شد، همراه با توزیع پرسشنامه‌های مرحله‌ی دوم تفاوت نظر خبرگان از میانگین آراء نیز برای هر فرد خبره ارسال شد تا آن فرد از اکثریت آراء مطلع شود و نظرات خود را با توجه به آن تعدیل نماید. پس از این مرحله مشاهده کردیم که با توجه به اختلاف میانگین‌های نظرات بین مرحله‌ی اول و مرحله‌ی دوم نظرات به اجماع نرسیدند. لذا برای بار سوم اقدام به توزیع پرسشنامه‌ها بین خبرگان کردیم و تفاوت نظرشان را نیز با میانگین آراء برای آنان ارسال نمودیم. سپس پرسشنامه‌ها جمع‌آوری شد و تعداد آراء شمارش شد و میانگین آنها نیز در جدول فوق قابل رویت می‌باشد. حال به منظور سنجش این مطلب که آیا خبرگان در نظرات خود به اجماع رسیده اند یا خیر، تفاوت میانگین آراء در مرحله‌ی دوم و سوم را مطابق رابطه‌ی ۴ محاسبه نمودیم که نتایج آن در جدول زیر قابل مشاهده می‌باشد. چنانچه این اختلاف کمتر از ۰,۲ باشد می‌توان بیان نمود که توافق آراء انجام شده است و فرآیند دلفی به پایان رسیده است.

جدول ۸. تفاوت میانگین آراء خبرگان در مراحل دوم و سوم

تفاوت آراء مرحله دوم و سوم	مؤلفه‌ها	ابعاد سلامت روان	
۰،۱۷	خود آگاهی هیجانی	سلامت جسمی و رفتاری	
۰،۰۲	انعطاف پذیری		
۰،۰۲	هوشیاری		
۰،۰۵	صبر و بردباری		
۰،۰۲	مسئولیت پذیری		
۰،۰۷	پذیرش احساس خود		
۰،۰۵	شناسایی زمینه‌های آسیب پذیری خود		
۰،۰۷	پرورش استعدادها و رغبت‌های خود		
۰،۰۷	مهارت‌های تصمیم گیری		
۰،۰۷	خلاقیت		
۰،۱	مدیریت استرس و کنترل هیجان		اضطراب و روحیات فردی
۰	ایمان		
۰،۱۵	یقین		
۰	شناخت نسبت به خدا		
۰،۲	شناخت نسبت به محیط		
۰،۱۷	شناخت نسبت به خود		
۰	مهارت حل مشکل		
۰،۰۲	تفکر انتقادی		
۰،۲	جرات ورزی	کنش‌ورزی اجتماعی	
۰،۰۲	اعتماد به نفس		
۰،۱۵	عزت نفس		
۰،۱	همدردی		
۰،۱۷	خود کنترلی		
۰،۱۵	درستکاری		
۰،۱۲	ایجاد روحیه بخشندگی		
۰	بخشش نسبت به دیگران		
۰،۰۱	برقراری روابط صمیمانه با دیگران		
۰،۰۲	به موقع از دیگران کمک خواستن		
۰،۰۲	مسئولیت‌پذیری اجتماعی		
۰،۰۲	احترام به خود		افسردگی و ناامیدی
۰،۱	شاد بودن		
۰،۰۵	روحیه امید و امیدواری		
۰،۰۲	قبول مرگ و معاد		
۰،۰۷	عمل به باورهای مذهبی		
۰،۱۷	جهت‌گیری مذهبی		
۰،۰۷	کسب معنا در زندگی		
۰،۰۷	امیدواری به خالق		
۰،۱۲	رضایت از زندگی		
۰،۰۲	شکر نمودن و شاکر بودن		
۰،۱	ذهن باز داشتن به افکار خود		

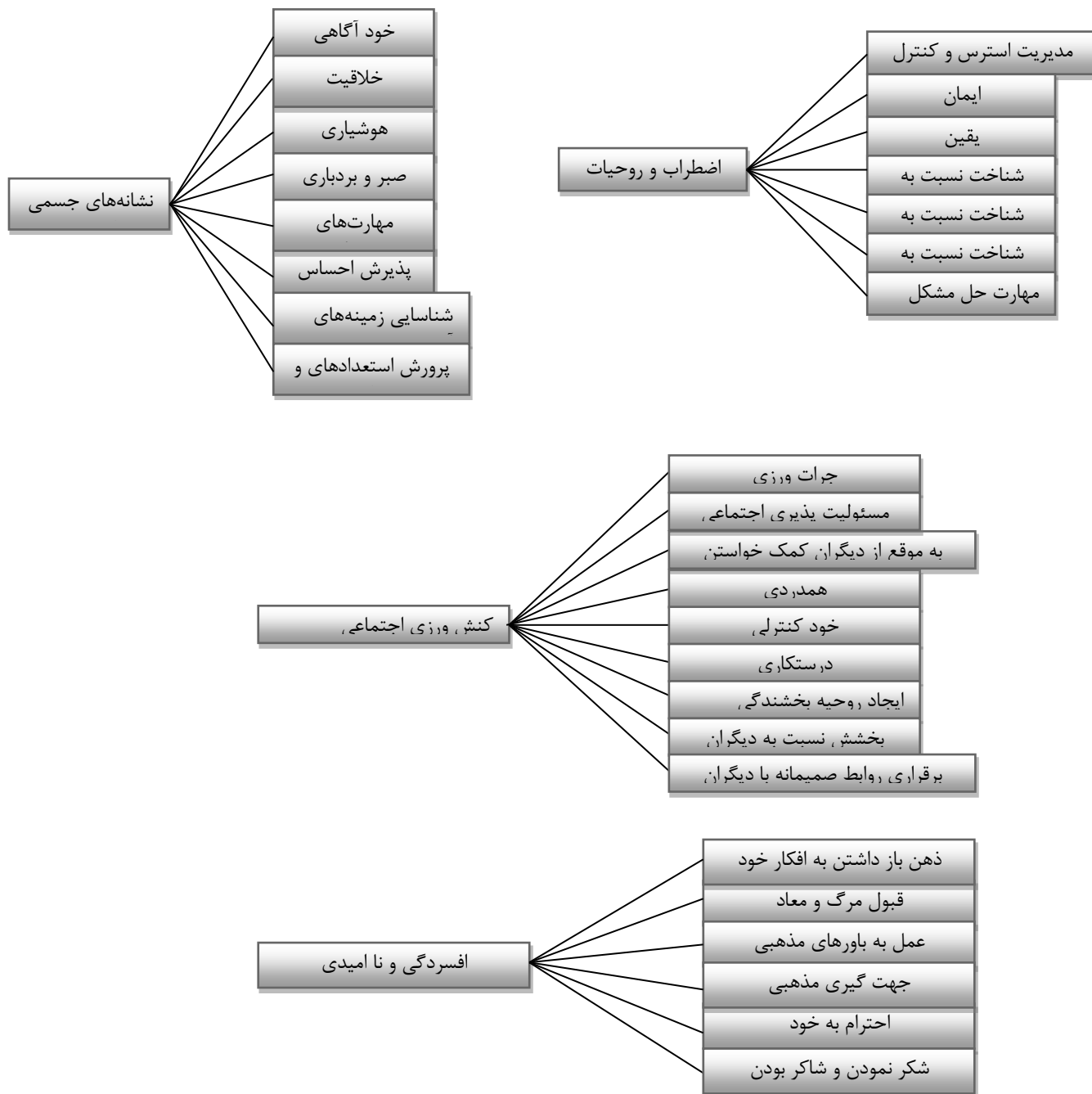
همچنانکه ملاحظه می شود اختلاف میانگین ها در جدول کمتر از ۰,۲ می باشد. لذا فرآیند دلفی متوقف می شود و می توان گفت که در پایان این مرحله توافق آراء حاصل شده است. جدول زیر وضعیت قبول تأثیرگذاری مؤلفه های شناسایی شده در ابعاد چهارگانه بر برنامه درسی سلامت روان ارائه شده است.

جدول ۹. تأثیر عوامل شناسایی شده بر الگوی برنامه درسی بهداشت روان

تأثیرگذاری	مؤلفه ها	ابعاد سلامت روان
تأثیرگذار	خود آگاهی هیجانی	سلامت جسمی و رفتاری
بی تأثیر	انعطاف پذیری	
تأثیرگذار	هوشیاری	
تأثیرگذار	صبر و بردباری	
بی تأثیر	مسئولیت پذیری	
تأثیرگذار	پذیرش احساس خود	
تأثیرگذار	شناسایی زمینه های آسیب پذیری خود	
تأثیرگذار	پرورش استعدادها و رغبت های خود	
تأثیرگذار	مهارت های تصمیم گیری	
تأثیرگذار	خلاقیت	
تأثیرگذار	مدیریت استرس و کنترل هیجان	اضطراب و روحيات فردی
تأثیرگذار	ایمان	
تأثیرگذار	یقین	
تأثیرگذار	شناخت نسبت به خدا	
تأثیرگذار	شناخت نسبت به محیط	
تأثیرگذار	شناخت نسبت به خود	
تأثیرگذار	مهارت حل مشکل	
تأثیرگذار	تفکر انتقادی	
تأثیرگذار	جرات ورزی	کنش ورزی اجتماعی
بی تأثیر	اعتماد به نفس	
بی تأثیر	عزت نفس	
تأثیرگذار	همدردی	
تأثیرگذار	خود کنترلی	
تأثیرگذار	درستکاری	
تأثیرگذار	ایجاد روحیه بخشندگی	
تأثیرگذار	بخشش نسبت به دیگران	
تأثیرگذار	برقراری روابط صمیمانه با دیگران	
تأثیرگذار	به موقع از دیگران کمک خواستن	
تأثیرگذار	مسئولیت پذیری اجتماعی	
تأثیرگذار	احترام به خود	افسردگی و نا امیدي
بی تأثیر	شاد بودن	
بی تأثیر	روحیه امید و امیدواری	
تأثیرگذار	قبول مرگ و معاد	

تأثیرگذار	عمل به باورهای مذهبی	
تأثیرگذار	جهت‌گیری مذهبی	
بی تأثیر	کسب معنا در زندگی	
بی تأثیر	امیدواری به خالق	
بی تأثیر	رضایت از زندگی	
تأثیرگذار	شکر نمودن و شاکر بودن	
تأثیرگذار	ذهن باز داشتن به افکار خود	

با توجه به نتایج بدست آمده ۳۱ مؤلفه برای سلامت‌روان دانش‌آموزان دوره اول متوسطه در قالب چهار بعد نشانه‌های جسمی و رفتاری، اضطراب و روحیات فردی، کنش‌ورزی اجتماعی و افسردگی و ناامیدی شناسایی شدند که در ادامه مدل مفهومی مؤلفه‌های سلامت‌روان دانش‌آموزان دوره متوسطه اول به صورت جداگانه برای هریک از ابعاد ارائه می‌گردد.



شکل ۱. مؤلفه‌ها و ابعاد استخراجی از تکنیک دلفی فازی

بحث و نتیجه‌گیری

با شناخت عوامل مؤثر در پیدایش بیماری‌های روانی و رعایت بهداشت روانی می‌توان از بروز برخی ناهنجاری‌ها جلوگیری کرد. اگر والدین و مربیان بتوانند با آگاهی و شناخت خود، مشکلات نوجوانان را حل نمایند، زندگی مفید و سازگاری را برای آنان به ارمغان خواهند آورد. در چنین شرایطی، مشکلات آموزشی کاهش یافته و با افزایش قدرت یادگیری، تفکر و سازگاری در نوجوانان، رشد نموده و از کج روی‌های آنان کاسته خواهد شد. (Cho et al, 2017) بیان می‌دارند که سلامت‌روان نیازمند به یک برنامه و آموزش همگانی دارد که هر فرد به خصوص فرد نوجوان بایستی با آگاهی از آن در بهداشت روان خویش کوشا باشد.

در پژوهش Mukolo & Wallston, (2017) نیز بر این نکته تأکید دارند که با آموزش بهداشت‌روان به نوجوانان می‌توان بسیاری از ناهنجاری‌های این دوره سنی را کنترل نمود. اما در حقیقت آنچه که در برنامه درسی دوران متوسطه و حتی دانشگاه مشاهده می‌شود، کمتر اثری از آموزش‌های سلامت روان دیده نمی‌شود، در صورتی که با ارائه آموزش‌های مدون و در چارچوب مناسب می‌توان از ناهنجاری‌های این سنین کم نمود (Goodarzi et al, 2006). لذا تحقیق حاضر نیز به منظور پر کردن این خلا انجام گرفت؛ در این تحقیق سعی گردید که با شناسایی مؤلفه‌های بهداشت‌روان مطلوب طرح در برنامه‌های درسی دوره متوسطه قدم مثبتی جهت اصلاح برنامه‌های درسی در مسیر ارتقاء سطح بهداشت‌روان نوجوانان بر داشته شود. نتایج این پژوهش نشان داد که عوامل خودآگاهی هیجانی، جرات‌ورزی، احترام به خود و مدیریت استرس و کنترل هیجان، عوامل ایمان، یقین، شناخت نسبت به خدا، شناخت نسبت به محیط، شناخت نسبت به خود، قبول مرگ و معاد، عمل به باورهای مذهبی و جهت‌گیری مذهبی، همدردی، هوشیاری، خودکنترلی، صبر و بردباری، شکر نمودن و شاکر بودن، پذیرش احساس خود، شناسایی زمینه‌های آسیب‌پذیری خود، پرورش استعدادها و رغبت‌های خود، تفکر انتقادی، مسئولیت‌پذیری اجتماعی، ذهن باز داشتن به افکار خود، خلاقیت از نظر خبرگان تأثیر زیادی بر بهداشت‌روان دانش‌آموزان دوره اول متوسطه دارد. در مقابل از نظر خبرگان عواملی نظیر انعطاف‌پذیری، شاد بودن، اعتماد به نفس، روحیه امید و امیدواری، عوامل کسب معنا در زندگی، امیدواری به خالق، رضایت از زندگی و عزت نفس، عامل مسئولیت‌پذیری از نظر خبرگان تأثیر کمتری بر بهداشت‌روان دانش‌آموزان دوره اول متوسطه دارند. نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر با نتایج پژوهش پژوهشی Khezry et al (2020) در زمینه پرداختن به برخی از مولفه‌ها همخوان است و علت همخوان بودن آن است که در پژوهشی Khezry et al (2020) به این نتایج رسیدند که برخی از اهداف مهارت‌های زندگی دوره متوسطه مشمول بهبود مهارت‌های اجتماعی، بهبود مهارت‌های بین فردی، بهبود مهارت‌های ارتباطی، آشنایی

دانش‌آموزان با شایستگی‌های اخلاقی و اجتماعی، سواد بهداشت جسمی، ارتقاء توانایی‌های روانی و کاهش خشم و اضطراب است و می‌توان از این الگوی برای رشد شخصیت سالم دانش‌آموزان، تأمین و حفظ بهداشت روانی استفاده نمود. همچنین یافته‌های به دست آمده از پژوهش حاضر با نتایج پژوهش Salehi Omran, Abedini Baltork, (2010) در زمینه برخی از مولفه‌های اطلاعات سلامت همخوانی دارد. Salehi Omran, Abedini Baltork, (2010) در زمینه تحلیل محتوای مؤلفه‌های اطلاعات سلامت در کتاب‌های درسی دوره متوسطه به این نتایج رسیدند که کتاب‌های درسی باید بر آموزش‌های لازم جهت آموزش سلامت و بهداشت و ارتقای آن تأکید نمایند که متأسفانه در کتاب‌های درسی به برخی از مؤلفه‌های اطلاعات سلامت توجه چندانی نشده است. همچنین با برخی از یافته‌های پژوهش Azimi(2018) همخوانی دارد. نتایج پژوهش Azimi(2018) نشان داد برخی مؤلفه‌های اصلی نیازها در سطح کلان شامل عدم بیان صرف مشکلات بهداشتی در کتب درسی، ایجاد علاقه به مسائل آموزش بهداشت، تربیت معلمان متخصص و علاقمند به آموزش بهداشت، تدوین برنامه جامع آموزش بهداشت و ارتقای سلامت و تجدید نظر در محتوای کتاب‌های درسی و برخی مؤلفه‌های اصلی نیازها در سطح مدارس شامل رعایت استانداردهای بهداشتی در محیط و ساختمان مدارس، آموزش بهداشت اولیاء در کنار دانش‌آموزان، علاقمند کردن دانش‌آموزان به آموزش بهداشت و ارتقای سلامت از طرق مختلف آموزش مفاهیم بهداشتی در خارج از کلاس است.

علاوه بر آنچه که بیان گردید از دیگر نتایج این تحقیق می‌توان به این نکته اشاره نمود که برخی از عوامل همچون درستکاری، ایجاد روحیه بخشندگی و بخشش نسبت به دیگران، تأثیرگذاری، روابط صمیمانه با دیگران، به موقع از دیگران کمک خواستن، مهارت‌های تصمیم‌گیری و مهارت حل مشکلات از نظر خبرگان تأثیر متوسطی بر بهداشت روان دانش‌آموزان دوره اول متوسطه دارند، بنابراین در نهایت ۳۱ عامل بر بهداشت روان دانش‌آموزان دوره اول متوسطه تأثیر دارند که در طراحی برنامه‌های درسی این دوره می‌بایست هدف قرار گیرند. نتایج به دست آمده با نتایج پژوهش پژوهش Mohamadi et (2016) در برخی از موارد همخوان است. در پژوهشی Mohamadi et al. (2016) بیان نمودند در بیشتر نظام‌های بهداشتی و سلامت روانی، چهارچوب مفهومی شاخص‌ها به طور جامع مبتنی بر چهار بعد زیر به کار می‌رود: وضعیت سلامت، عوامل سلامت روانی، عملکرد نظام سلامت روانی و ویژگی‌های جامعه و سیستم سلامت روانی است که هر کدام شامل زیرمؤلفه‌هایی است.

در یک جمع‌بندی می‌توان گفت از آن جا که سلامتی یکی از نعمت‌های بی‌کران الهی است که بر انسان ارزانی گشته است. انسان برای سالم نگه داشتن خود باید تلاش نماید به خصوص در عصر کنونی که زندگی ماشینی رایج شده است. در این ارتباط پیش از رخ دادن هر گونه بیماری، لازم است آموزش‌هایی داده شود تا افراد سالمی در جامعه حضور داشته باشند. و در این میان رسیدن به سلامت بهتر در آینده‌ی کشور، تنها به وسیله‌ی آجرهای طلایی درمان و فناوری‌های پرهزینه امکان‌پذیر نخواهد شد؛ بلکه انقلاب اساسی در سلامت، از راه آموزش و ارتقای آن حاصل خواهد شد.

با توجه به نتایج بدست آمده پیشنهاد می‌شود وزارت آموزش و پرورش برنامه‌های درسی را مبتنی بر تقویت مؤلفه‌های بهداشت روان برای دانش‌آموزان قرار دهد.

از سوی دیگر توصیه می‌شود برنامه‌ریزی درسی در زمینه سلامت و بهداشت روان دانش‌آموزان بر اساس پژوهش‌های هدفمند صورت گیرد و برنامه مدونی در جهت تقویت سلامت روان دانش‌آموزان از سال‌های ابتدایی آموزش آغاز شود.

در خصوص محدودیت‌های پژوهش می‌توان به محدود بودن خبرگانی که هم در بحث بهداشت روان و هم برنامه‌ریزی درسی تخصص داشته باشند اشاره نمود. ضمن اینکه استفاده از طیف دیگری از خبرگان می‌تواند این احتمال را به وجود آورد که به دنتایج متفاوتی دست یابیم.

منابع

- Astin, A., & Lee, C. (2018). Current practices in the evaluation and training of college Curriculum. In C.B.T. Lee (Ed.), *Improving College Teaching*. Washington, D.C.: *American Council on Education*, 296-311.
- Azimi, M. (2018). Explaining the experience of education and health education professionals in school health education With existing health crisis crises and health promotion in schools, with emphasis on identifying needs. *Journal of Medicine and Cultivation*, 26(4), 285. [Persian]
- Azimi, M., & Eghbali, A. (2020). *Content Analysis of Health Education and Health Promotion Components in the Second-Cycle Textbooks of Elementary Schools Based on Underlying Health Concepts with Emphasis on Education*. *sjsph*. 18(1), 93-110. [Persian]
- Cho, J., Zhu, Z., & xie, H.Y. (2017). Relationship between mental health and psychological well-being, *Journal of intellectual capital*, 5(1), 195-262.
- Drfoos, J. G. (1994). *Ful- Service Schools: a revolution in health and Social Services for Children, Youth and Families*. San Francisco: *Josser-Bass*.

- EsteinHausen, R. (2016). Investigating the relationship between experienced dimensions of intimacy and marital adjustment and mental health. *Issues in Accounting Education*, 28-43
- Fransson, A. (2011). On qualitative differences in learning: IV-Effects of intrinsic motivation and extrinsic test anxiety on process and outcome, *British Journal of Educational Psychology*, 47(3), 244-257.
- Goodarzi, M. A., & Moeini Rudbali, Z. (2006). The relationship between coping styles and mental health in high school students. *Daneshvar Raftar Scientific-Research Monthly*. 13(19), 32-23. [Persian]
- Hamdan, G., & Valeriano, Jr. (2016). "The relationship between general health and psychological well-being of students at the University of Jordan", PH.D dissertation, Texas Tech University. U.S.A.
- Imani, M., Rakhshani, F., & Hosseini Tabatabaei, M. T. (2004). *Knowledge about students' health needs among teachers of Zahedan primary schools. Journal of Sharif Physician*, 6(3): Fall. [Persian]
- Khalatbari, M., & Azizzade, M. (2017). Comparison of the effect of life skills training program and mental pressure coping strategies on girls' *mental health*. 11(1), 23-34. [Persian]
- Khezry, F., Ghaderi, M., Abdollahy, F. (2020). Designing the ideal model of life skills for high school talented centers. *Journal of School Administration*, 8(1), 370-390. [Persian]
- McDonnel, R., Chapell, M. S., Blanding, Z. B., Silverstein, M. E., Takahashi, M., & Newman, B., Gubi. (2016). Test Anxiety and Academic Performance in Undergraduate and Graduate Students. *Journal of Educational Psychology*, 97(2), 268-279.
- Mohamadi, K., Ahmadi, K., Fathi Ashtiani, A., Azad Fallah, P., & Ebadi, A. (2016). Dimensions of conceptual framework of mental health indicators. *Journal of Behavioral Sciences Research*. 11(5). [Persian]
- Mukolo, H., & Wallston, M. R. (2017). The Relationship between Positive Psychological Characteristics and Psychological Well-being. *Journal of Science Education and Technology*, 2(1), 359-370.
- Pierce, J., Cohen, A., Chamber, J., & Meader, R. (2011). Gender differences in death anxiety and religious orientation among US highschool and college students. *Men Heal Rel Cul*, 10(2):143-50.
- Rajaei, A., Amin Yazdi, Seyyed A., Hossein Kareshki, Seyyed J., & Karimian N. (2014). Mental health status of elementary school students in Mashhad–northeast of Iran. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 16(1(61)), 84-94. [Persian]
- Salehi Omran, E., & Abedini Baltork, M. (2010). *Content Analysis of Health Information Components in School Textbooks. Journal of Health Information Management*, 8 (4). [Persian]

- Sarason, I. G., & Sarason, B. R. (1990). *Test anxiety*. In Leitenberg H. (Editor), *Handbook of social and evaluative anxiety*. New York: Plenum Press.
- Taymouri, Seyyed R., Abbaspour, A., Rahimian, H., & Abdollahi H. (2020). Identification and Prioritization of Key Performance Indicators in Elementary Schools. *Journal of School Administration*, 7(4), 1-34. [Persian]