

بسمه تعالی



انستیتو تحقیقات تغذیه‌ای و صنایع غذایی کشور

معاونت پژوهشی

کاربرگ پیشنهاد طرح پژوهشی

۱- مشخصات کلی طرح

عنوان طرح به فارسی:		" تعیین وضعیت و طراحی و آزمون مداخله آمادگی اجتماعی برای پیشگیری از چاقی کودکان در مدارس ابتدایی شهر تهران "	
عنوان طرح به انگلیسی:		Assessing and designing and intervention of community readiness for child obesity prevention in primary schools of Tehran city	
نام مجری /مجری های طرح و تعلق سازمانی:			
ردیف	نام و نام خانوادگی	تعلق سازمانی	
۱	دکتر نسرین امیدوار	عضو هیئت علمی گروه تغذیه جامعه، دانشکده علوم تغذیه و صنایع غذایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی	
۲	دکتر پریسا امیری	عضو هیئت علمی مرکز تحقیقات تعیین کننده های سلامت غدد درون ریز و متابولیسم، پژوهشکده علوم غدد درون ریز و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی	
۳	مهدیه نیکنام	دانشجوی دکترای علوم تغذیه، گروه تغذیه جامعه، دانشکده علوم تغذیه و صنایع غذایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی	
طول مدت اجرای طرح:		۲۵ ماه	
تاریخ تقریبی شروع طرح:		۹۵/۱۱	
بودجه مورد نیاز انجام طرح تحقیقاتی: (بودجه ای که مجموعاً از طرف انستیتو به منظور اجرای طرح پرداخت خواهد شد).		۱۲۰۰۰۰۰۰۰ ریال	
مجموع نیروی انسانی:		۵۰۴۰۰۰۰۰ ریال	
جمع هزینه های خدمات (شامل هزینه های آزمایشات، مسافرت، تکثیر و تایپ و سایر هزینه ها)، و کالاهای مصرفی:		۶۹۶۰۰۰۰۰ ریال	
هزینه خرید کالاهای سرمایه ای:		۰ ریال	
نام سازمان /سازمان های دیگر که بخشی از بودجه به وسیله آن /آنها پرداخت می شود:		۰ ریال	
نام سازمان /سازمان های دیگر که بخشی از خدمات و مواد به وسیله آن /آنها تأمین می شود:		۰ ریال	

محل انجام طرح: مدارس ابتدایی شهر تهران

محل انجام آزمایشات: -----

کل بودجه مورد نیاز برای انجام طرح: ۱۲۰۰۰۰۰۰۰ ریال

نوع پژوهش:

☐ پایه‌ای ☒ کاربردی ☐ توسعه‌ای ☐ نظام سلامت (HSR)

(در صورتیکه طرح دارای دامنه کاربرد دو یا چند بعدی است، به طور

همزمان تمامی جنبه‌ها را مشخص کنید.)

در صورت تصویب به عنوان پایان نامه دانشجویی:

☐ مقطع کارشناسی ارشد ☒ مقطع دکترا

نوع مطالعه: ترکیبی متوالی (کیفی - کمی)

در صورتیکه طرح سفارش مستقیم نهاد اجرایی یا صنعت است نام سفارش دهنده ذکر شود:

نوع طرح از نظر درجه نوآوری:

☒ نوآورانه ☐ توسعه دانش حاضر ☐ تایید دانش حاضر

مصرف کنندگان اصلی نتایج این پژوهش: وزارت آموزش و پرورش (دفتر بهداشت و تغذیه) و دانش آموزان نیمه دوم دوره ابتدایی

تعداد مقالات علمی پژوهشی پیش‌بینی شده حاصل از انجام این طرح:

داخلی: ۱ نمایه‌شده در ISI و Pubmed: ۲

۲- اسامی و مشخصات گروه پژوهش

عنوان طرح: " تعیین وضعیت و طراحی و آزمون مداخله آمادگی اجتماعی برای پیشگیری از

چاقی کودکان در مدارس ابتدایی شهر تهران"

*مجریان طرح

ردیف	نام و نام خانوادگی	(E-mail) و تلفن همراه	شماره شناسنامه صادره از - و کد ملی	رشته/گرایش تخصصی	**نوع همکاری	امضا
۱	دکتر نسرين اميدوار	omidvar.nasrin@gmail.com ۰۹۱۲۵۳۳۰۱۹۱	۳۱۷- کرج ۰۳۲۱۲۶۱۸۶۰	دکترای علوم تغذیه	مجری اصلی	
۲	دکتر پریسا امیری	parisaamiri@yahoo.com		دکترای آموزش بهداشت	مجری اصلی	
۳	مهديه نيکنام	ma_niknam@yahoo.com	۲۳۹۱۷۰۶۰۲۲	دانشجوی دکترای علوم تغذیه	مجری اصلی	

آدرس مجریان طرح:

۱- دکتر نسرين اميدوار: تهران- شهرک غرب- بلوار فرحزادی- خیابان شهيد حافظی- پلاک ۴۶- انستیتو تحقیقات تغذیه کشور،

دانشکده علوم تغذیه و صنایع غذایی، دانشگاه علوم پزشکی شهيد بهشتی- گروه تغذیه جامعه

۲- دکتر پریسا امیری: تهران- بزرگراه شهيد چمران خیابان یمن- خیابان شهيد اعرابی جنب بیمارستان آیت الله طالقانی-

پژوهشکده علوم غدد درون ریز و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی شهيد بهشتی- مرکز تحقیقات تعیین کننده های سلامت

۳- مهديه نيکنام: تهران- شهرک غرب- بلوار فرحزادی- خیابان شهيد حافظی- پلاک ۴۶- انستیتو تحقیقات تغذیه کشور،

دانشکده علوم تغذیه و صنایع غذایی، دانشگاه علوم پزشکی شهيد بهشتی- گروه تغذیه جامعه

مشاوران طرح

ردیف	نام و نام خانوادگی	E-mail	تلفن همراه	رشته/گرایش تخصصی	**نوع همکاری	امضا
۱	دکتر ناصر کلانتری	nkalantari1334@gmail.com		پزشک متخصص کودکان	متخصص کودکان	
۲	دکتر حسن عینی زیناب	Hassan.eini@sbmu.ac.ir	۰۹۱۴۸۴۹۲۳۲۱	دکترای جامعه شناسی	مشاور جامعه شناسی	
۳	دکتر فرید زائری	fzayieri@gmail.com	۰۹۱۲۵۲۷۷۴۸۸	دکترای آمار	مشاور آمار	

- در صورتی که محل کار مجری خارج از انستیتو و دانشکده باشد، کارنامه فعالیتهای پژوهشی (CV) ضمیمه گردد.

۳- محتوای علمی پژوهش

۳-۱- مساله پژوهش (شامل اهمیت، ضرورت و پرسش پژوهش)

اپیدمی چاقی و اضافه وزن در قرن بیست و یکم از مهمترین مشکلات مربوط به حوزه سلامت و بهداشت عمومی است که به عنوان پنجمین عامل مرگ و میر در دنیا شناخته شده است (۱). براساس برآوردهای موجود، سالانه درجهان، بیش از ۲/۶ میلیون نفر بر اثر ابتلا به بیماری های مرتبط با چاقی، جان خود را از دست می دهند (۱). براساس داده های آزمون بررسی تغذیه و سلامت ملی (۲۰۰۹-۲۰۱۰)^۱، در حدود ۳۲٪ کودکان سنین ۲ تا ۱۹ سال در آمریکا دارای چاقی و یا اضافه وزن می باشند (۲). شیوع گسترده چاقی و اضافه وزن در همه گروه های سنی، جنسی، نژادی و اقتصادی- اجتماعی در دنیا بسیار نگران کننده است که نیازمند توجه جدی و اقدامات پیشگیرانه است (۳).

چاقی و اضافه وزن در دوران کودکی و نوجوانی با افزایش خطر بیماری های مزمن و مرگ زودرس در سنین بزرگسالی همراه است (۴). حمیدی و همکاران در مطالعه خود یافتند که ۸۱/۹٪ کودکان چاق و ۷۵/۴٪ کودکان دارای اضافه وزن، حداقل یکی از عوامل خطر ابتلا به بیماری ها قلبی عروقی را دارا می باشند (۵). بعلاوه ابتلا به چاقی در سنین کودکی و نوجوانی، بروز اثرات روانی مخربی مانند کاهش اعتماد به نفس، اضطراب، افسردگی و تصویر بدنی ضعیف را بدنبال دارد (۶-۸). به دلیل شیوع بالای چاقی و هزینه های سنگین ناشی از چاقی و بیماری های مرتبط با آن، توسعه و اجرای برنامه های پیشگیری از چاقی به یکی از اولویت های اساسی حوزه بهداشت و سلامت در بسیاری از کشورها تبدیل شده است (۹).

پروژه مونیکای^۲ سازمان بهداشت جهانی^۳ که با هدف کنترل بیماری های قلبی و عروقی در ایران و در سال ۱۹۹۸ انجام شد، نشان داد که ایران یکی از ۷ کشور دارای بیشترین نسبت چاقی است (۱۰). در مطالعه حاتمی و همکاران شیوع اضافه وزن و چاقی در نوجوانان سنین ۱۰ تا ۱۸ ساله تهرانی به ترتیب ۱۴/۴٪ و ۶/۳٪ اعلام شد (۱۱). مطالعه دیگری در ایران شیوع اضافه وزن و چاقی در نوجوانان ایرانی را به ترتیب

^۱ National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES)

^۲ WHO MONIKA

^۳ World Health Organization

۲۳/۱٪ و ۸/۳٪ گزارش داد (۱۲). مطالعه کاسپین^۴ با در نظر گرفتن شیوع چاقی در ۳۰ استان کشور نشان داد که شیوع بالایی از چاقی شکمی و عمومی در بین دانش آموزان پسر ۶ تا ۱۸ ساله وجود دارد (۱۳).

نتایج اغلب مطالعات انجام شده در کشورهایی مانند ایران و هند، نشان داده‌اند که شیوع چاقی در کودکان ۱۰ تا ۱۲ سال (مرحله پیش از بلوغ) در مقایسه با سنین ۶ تا ۸ سالگی بطور قابل توجهی بالاتر است. مشاهدات نشان می‌دهند که BMI^۵ بالاتر و وزن‌گیری بیشتر در اواخر دوران کودکی (۱۰ تا ۱۲ سالگی) با افزایش بیشتر خطر چاقی عمومی و شکمی در بزرگسالی در ارتباط است (۱۲ و ۱۴). از این رو کاهش شیوع چاقی و اضافه وزن در کودکان و نوجوانان، بویژه در دوران پیش از بلوغ، باید به عنوان یک موضوع جدی مورد توجه قرار گیرد که این نیازمند اقدامات جدی و شناسایی عوامل خطرزای ایجاد کننده آن است (۱۵).

چاقی حاصل برهمکنش پیچیده بین عوامل فیزیولوژیک فردی، رفتارهای خورانش، فعالیت فیزیکی، عوامل فرهنگی، محیطی، اجتماعی و اقتصادی است و این پیچیدگی به این معناست که توصیه های ساده ای مانند کاهش انرژی دریافتی و افزایش مصرف انرژی اغلب در درمان و پیشگیری از چاقی ناموفقند (۱۶). شواهد نشان می‌دهند که تمرکز تنها بر تغییر رفتارهای شخصی در مداخلات پیشگیری از چاقی سبب غفلت از نقش تأثیر گذار محیط و هنجارهای اجتماعی، سازمان ها، قوانین و سیاست ها بر چاقی می‌شود (۱۷-۱۹). بدین دلیل روند جدید تحقیقات در آمریکا و دیگر کشورهای پیشرفته بر استفاده از استراتژی‌های مبتنی بر جامعه جهت پیشگیری از چاقی حمایت می‌کند و گرایش به سمت برنامه های جامعه محور در حال افزایش است (۲۰). توصیه های مبتنی بر جامعه به ویژه برای کودکان که فاقد کنترل و یا حداقل کنترل بر فاکتورهای اجتماعی و محیطی هستند، حائز اهمیت است (۲۱). در یک مطالعه مروری سیستماتیک که در سال ۲۰۱۳ با هدف بررسی تاثیر برنامه های پیشگیری از چاقی کودکان مبتنی بر جامعه انجام شد، شواهد از نتایج مثبت این برنامه ها در پیشگیری از چاقی و اضافه وزن حمایت کرد (۲۲). در یک مطالعه کیفی در سال ۲۰۱۴ در آمریکا، دیدگاه والدین در مورد بهترین راه پیشگیری از چاقی کودکانشان مورد مطالعه قرار

⁴ CASPIAN IV Study

⁵ Body Mass Index

گرفت. در این مطالعه والدین به نقش موثر برنامه های مبتنی بر جامعه در کنترل و پیشگیری از چاقی تأکید کردند (۲۳). با این حال بسیاری از پروژه های انجام شده با هدف فوق با شکست مواجه شده اند و در بسیاری از کشورها تنها بهبود اندکی در عوامل مرتبط با چاقی صورت گرفته است (۲۴-۲۵).

به دلایل متعددی ایجاد، اجرا و حفظ برنامه های پیشگیری در جوامع کوچک و بزرگ، کار آسانی نیست. در جوامع مختلف گرایشات متنوعی وجود دارد، در یک مکان یک رفتار می تواند به عنوان یک مشکل شناخته شود و در مکان دیگری همان رفتار می تواند به عنوان یک رفتار همیشگی و معمول، پذیرفته شده باشد (۲۴). متغیرهای اقتصادی و اجتماعی، سبک زندگی و رژیم غذایی در یک جامعه می تواند بسته به محل اقامت، موقعیت شغلی و سکونت در شهر یا روستا بسیار متفاوت باشد. منابع همچنین از جامعه ای به جامعه دیگر متفاوت است. یک گروه می تواند غنی و پر انرژی باشد و گروه دیگری می تواند در حال کشمکش برای جذب منابع و توجه باشد (۲۶). بعلاوه جوامع سیالند و همیشه در حال تغییرند و آنان آماده چیزهای مختلف در زمان های کاملاً متفاوت هستند. در نتیجه یک نقطه شروع برای توسعه یک برنامه پیشگیری در یک مکان می تواند بسیار متفاوت از یک نقطه شروع برای یک برنامه پیشگیری مشابه در مکان دیگری باشد و تشخیص نقطه شروع یک نکته کلیدی برای موفقیت و پایداری هر گونه برنامه پیشگیری است (۲۵). بعلاوه در نظر گرفتن این نکته نیز حائز اهمیت است که هر جامعه توانایی متفاوتی جهت اجرا و حفظ برنامه های پیشگیرانه دارد و در صورتی که یک جامعه، برای یک تغییر آمادگی لازم را نداشته باشد، حتی بهترین ایده ها در دستیابی به موفقیت ناکام خواهد ماند (۲۴-۲۵) و با توجه به وسعت، آرایش قومی، فرهنگی، و جغرافیایی جوامع مختلف در یک کشور، این جای تعجب نیست که یک برنامه پیشگیری در یک جامعه خوب کار می کند در حالی که ممکن است در جامعه دیگری کوچکترین تاثیری نداشته باشد (۲۶). بعبارتی دیگر آمادگی یک فاکتور مهم است و هر جامعه ای نیازمند آگاهی از سرمایه ها، فعالیت ها، محدودیت ها، مشخصات و ویژگی های فرهنگی، ارزش ها و اعتقادات خود جهت تدوین و اجرای برنامه هایی است که هم راستا با ویژگی های جامعه شناختی خود باشد که بتواند نیازهای آن جامعه را برطرف سازد (۲۷-۲۸). از این

رو یک راه موثر جهت تضمین موفقیت در اجرا و حفظ برنامه های پیشگیری از چاقی مبتنی بر جامعه، تعیین سطح آمادگی آن جامعه برای معرفی و پذیرش آن تغییرات است (۲۵).

آمادگی اجتماعی که به درجه آمادگی جوامع مختلف برای پذیرش و اقدام در مورد یک مشکل و یا یک موضوع گفته می شود، در جوامع مختلف متفاوت است و نقطه شروع و استراتژی های ورود به یک برنامه پیشگیری را مشخص می کند. اما پر واضح است که داشتن درک درستی از سطح آمادگی یک جامعه در مورد یک موضوع و یا مشکل خاص در مدت زمان کوتاه، کار دشواری است و نیازمند ابزاری برای تعیین آمادگی است (۲۵ و ۲۸). مدل آمادگی اجتماعی^۶، در واقع یک ساختار مبتنی بر عمل و تئوری، جهت تعیین سطح آمادگی و تدوین استراتژی های مناسب برای افزایش سطح آمادگی اجتماعی در رابطه با یک موضوع خاص و ارزیابی برنامه های در حال پیشرفت فراهم می کند (۲۹-۳۰). در واقع این مدل، با در نظر گرفتن منابع و محدودیت های جامعه و تهیه یک ابزار کاربردی متمرکز بر تلاش های جامعه سبب افزایش حداکثر کارایی و به حداقل رساندن یاس و ناامیدی از برنامه های پیشگیرانه مبتنی بر جامعه و ایجاد یک چشم انداز محرک و پایدار و نیز حرکت به سوی آن چشم انداز می گردد (۲۸). به عبارت دیگر، مدل آمادگی اجتماعی به ما نشان می دهد که کجا هستیم و چه کاری باید انجام دهیم (۳۱).

اولین بار در سال ۲۰۰۵ این مدل به عنوان یک روش مبتکرانه در حوزه بهداشت و سلامت، برای تعیین سطح آمادگی یک جامعه جهت توسعه و اجرای برنامه های پیشگیری از چاقی مورد استفاده قرار گرفته است (۲۵). تجربیات موفق از بکارگیری این مدل در برنامه های پیشگیری از چاقی از کشورهای آمریکا و انگلستان بدست آمده است (۲۰ و ۲۹). پروژه SaludABLEOmaha (۲۰۱۱-۲۰۱۳) با هدف پیشگیری از چاقی در جمعیت لاتین تبار ساکن اوماهای آمریکا، از مدل آمادگی اجتماعی استفاده کرد و توانست از طریق تعیین سطح آمادگی آن جامعه و تدوین استراتژی های مناسب با سطح آمادگی تعیین شده، سطح آمادگی جامعه را به طور قابل توجهی افزایش دهد و دانش اجتماعی و جو اجتماعی مطلوبی را جهت مقابله با چاقی ایجاد نماید (۲۹). در مطالعه دیگری در آمریکا از این مدل برای انتخاب جامعه مناسب برای اجرای

^۶ Community Readiness Model (CRM)

یک برنامه وسیع پیشگیری از چاقی استفاده شد (۳۲). در مطالعه ای در سال ۲۰۱۳ در انگلیس، سطح آمادگی اجتماعی برای مقابله با رفتارهای مرتبط با چاقی دختران پیش از سنین نوجوانی تعیین شد و توانست تجربیات ارزنده ای را برای برنامه های پیشگیری از چاقی مبتنی بر جامعه در اختیار محققین قرار دهد (۲۰). در ایران، برنامه ای با هدف پیشگیری از چاقی کودکان مبتنی بر جامعه انجام نشده است و به مسئله آمادگی جامعه در پذیرش و اجرای برنامه ها و تدوین استراتژی های برنامه بر اساس میزان آمادگی اجتماعی، نه تنها در موضوع چاقی بلکه در سایر موضوعات مرتبط با حوزه بهداشت و سلامت، توجه نشده است.

با توجه به روند رو به رشد و نگران کننده چاقی در کودکان کشور و اهمیت ویژه کنترل چاقی در کودکان سنین پیش یا ابتدای نوجوانی (۱۰ تا ۱۲ سال یا نیمه دوم دوره ابتدایی) و نظر به اهمیت ویژه انجام برنامه های پیشگیرانه چاقی مبتنی بر جامعه و تعیین سطح آمادگی جامعه برای برنامه های پیشگیری از چاقی مطالعه حاضر با هدف تعیین وضعیت و طراحی و آزمون مداخله آمادگی اجتماعی برای پیشگیری از چاقی کودکان در مدارس ابتدایی شهر تهران پیشنهاد شده است.

۳-۲- چارچوب نظری مطالعه

۳-۲-۱- مدل آمادگی اجتماعی

۳-۲-۱-۱- تاریخچه مدل آمادگی اجتماعی

مری آن پنتز^۷، مدیر پروژه پیشگیری میدوست^۸، اولین بار مفهوم آمادگی اجتماعی را ارائه کرد. در مقاله ای که در کنفرانس کنتاکی برای تحقیقات پیشگیری در سال ۱۹۹۱ توسط وی ارائه شد، این محقق توضیح داد که شروع یک پروژه پیشگیری غیرمحمول است، مگر در صورتی که یک جامعه آماده باشد و اگر پروژه ای علیرغم این واقعیت شروع شود، به شکست می انجامد. این سخنرانی سبب شد که اساتید دانشکده مرکز سه قومیتی^۹ (که از سال ۱۹۶۴ در دانشگاه ایالتی کلرادو قرار دارد و به عنوان آزمایشگاهی برای مطالعه

⁷ Mary-Ann Pentz

⁸ Midwest

⁹ Tri-Ethnic Center

موضوعات و مشکلات اجتماعی است) دور هم جمع شوند و تجربیاتشان را با تمرکز بر روی سوالات آمادگی اجتماعی بیان کنند، که در نهایت منجر به ایجاد مدل آمادگی اجتماعی در سال ۱۹۹۵ میلادی توسط اوتینگ^{۱۰} و همکاران در آن مرکز شد (۲۶).

در سال های اخیر تلاش های موازی به سمت ایجاد مدل آمادگی اجتماعی انجام شده است. برای مثال تعدادی از دانشمندان پیشگیری به این نکته اشاره کردند که جوامع در تمایل و اشتیاق شان برای امتحان استراتژی های جدید پیشگیرانه بسیار متفاوتند. این نویسندگان در مورد بسیاری از مسائل مربوط به آمادگی اجتماعی بحث کردند اما نتوانستند یک نظریه جامع که نشان دهند این مسائل مربوط به یک مدل زمینه ای کلی است، تدوین کنند (۳۳).

مدل آمادگی اجتماعی، بر اساس اصول آمادگی فردی برای تغییر پایه گذاری شده است (۳۱). از اوایل ۱۹۸۰ پروچسکا و دی کلیمنته، بر روی یک مدل فراگیر آمادگی فردی تغییر رفتار کار کردند. سر انجام این دو دانشمند در سال ۱۹۹۲، مدل فرایند تغییر رفتار (TTM)^{۱۱} را مطرح کردند. در واقع این مدل، آمادگی فرد را برای انجام یک رفتار جدید مورد ارزیابی قرار می دهد و به تعیین استراتژی های مناسب برای اعمال تغییرات کمک می کند. مدل فرایند شامل ۵ سطح آمادگی فردی برای تغییر است: ۱- پیش تفکر ۲- تفکر ۳- پیش آمادگی ۴- عمل ۵- حفظ عمل (۳۴).

مراحل آمادگی فردی شباهت های قابل مقایسه ای با آمادگی اجتماعی دارد هر چند مشکلاتی هم وجود دارد. مهمترین مشکل این است که جامعه، فرد نیست و گروه است. فرآیندهای گروهی و شرایط گروهی را نمی توان به راحتی به مراحل ۵ گانه فردی ترجمه کرد. برای مثال رهبری در آمادگی فردی جایگاهی ندارد. اما یک عنصر اساسی در آمادگی اجتماعی است (۲۶). به علاوه، هیچ گونه شباهت واقعی بین آمادگی فردی و اجتماعی، برای تثبیت یک برنامه وجود ندارد و در نهایت اینکه آمادگی فردی برای تغییر در رابطه با یک مشکل ویژه تک بعدی است، در صورتی که آمادگی اجتماعی چند بعدی است. علیرغم محدودیت های ذکر

¹⁰ Oetting

¹¹ Transtheoretical Model of behavior change

شده در استفاده از مدل پروچسکا و همکاران در آمادگی اجتماعی، آمادگی فردی برای تغییر در سطح یک جامعه، سهم اساسی دارد (۳۱).

از آنجایی که فرآیندهای تغییر در جوامع پیچیده تر از تغییرات فردی هستند، مدل آمادگی اجتماعی از دو سنت تحقیقی آمادگی روانی و توسعه اجتماعی (مدل تصمیم گیری نوآورانه^{۱۲} و فرآیند اقدام اجتماعی^{۱۳}) توسعه یافته است (۳۱). راجر^{۱۴} در سال ۱۹۸۳ پنج مرحله فرایند تصمیم گیری نوآورانه را منتشر کرد که مراحل آن شامل آگاهی، تغییر، تصمیم گیری، اجرا و تأیید بود. رویکرد اقدام اجتماعی وارن نیز مشابه این مراحل است که مراحل آن شامل تحریک علاقه، شناخت نیاز، شروع (تعریف مشکل و راه حل های جایگزین در بین اعضای جامعه، که اولین هدف برنامه های جدید است)، قانون گذاری (جایی که رهبران محلی می پذیرند که نیاز به اقدام وجود دارد)، تصمیم به عمل (توسعه برنامه های خاص که مجموعه گسترده ای از اعضای جامعه را درگیر می کند) و عمل یا اجرا است. در واقع این مراحل تصمیم گیری در جوامع، مفیدتر از مداخل پروچسکا و دیکلیمنته هستند اما باز هم نمی توانند همه مراحل آمادگی اجتماعی را تعریف کنند و به طور کامل طبیعت چند بعدی آن را نشان دهند (۲۶).

در طول این دوره و اندرسمن^{۱۵}، در حال کار بر روی ائتلاف اجتماعی بود و همچنین به سمت تئوری آمادگی حرکت می کرد. تمرکز وی بر روی استرس اجتماعی و استرس محیطی بود و این که چگونه این استرس ها، مانع انگیزش اجتماعی می شوند (۳۵). انگیزش اجتماعی^{۱۶} ساختاری مشابه با آمادگی اجتماعی دارد که از جو اجتماعی مشتق شده است. و اندرسمن و همکاران، بین جو فردی، جو مشترک و جو سازمانی تفاوت قائل شده اند. آنها بیان کردند که این فضاها محرک هایی برای عمل هستند و نشان داده اند که حس اجتماعی یک اثر محرک بر روی اقدامات محلی دارد (۳۶).

مرکز سه قومیتی تحقیقات پیشگیری، از سال ۱۹۷۴ بر روی پیشگیری از سوء مصرف مواد، خشونت و خودکشی متمرکز بودند. در زمان ارائه مقاله پنتز در کنفرانس کنتاکی، این مرکز به دنبال این بود که چنین

¹² Innovation descision-making model

¹³ Social action process

¹⁴ Roger

¹⁵ Wandersman

¹⁶ Community motivation

برنامه های پیشگیری را برای سرخپوستان بومی آمریکا، آمریکایی های مکزیکی تبار و جوامع بومی آلاسکا و همچنین جوامع روستاییان انگلیسی تبار شروع کند. هدف آنها مقابله با مشکلات اجتماعی از سوء مصرف مواد تا خشونت بود. آنها از قبل در مورد مشکلات اصلی جوامع پیشرفته و در حال توسعه آگاه بودند و به روشنی، نیاز فوری به یک تئوری اساسی آمادگی اجتماعی را احساس می کردند، آنها می خواستند موفق شوند و یاد بگیرند که چگونه آمادگی اجتماعی را برای پیشگیری افزایش دهند. اساس و شالوده مدل آمادگی اجتماعی به عنوان یک نظریه، به طور اولیه از تجربیات شان در دو مطالعه جداگانه آمد که به طور همزمان توسط آن مرکز انجام شده بود (۲۶ و ۳۱).

مطالعه اول شامل ایجاد و آزمایش برنامه های رسانه ای با هدف پیشگیری از سوء مصرف مواد و الکل در جوامع کوچک و مطالعه دوم شامل مشاوره و آموزش در حوزه های مهارتی به آمریکایی های مکزیکی تبار، سرخپوستان آمریکا و جوامع بومی آلاسکا بود. اولین کارگاه را برای آموزش اعضای تیم از ۱۰ جامعه مختلف که علاقه مند به پیشگیری از سوء مصرف مواد بودند، برگزار کردند. این آموزش ها شامل تکنیک های نیازسنجی، اطلاعات برنامه های پیشگیری و چگونگی انجام کمپین های رسانه ای بود. سپس آموزش دیدگان به جامعه خود برای شروع و یا بهبود تلاش های پیشگیری محلی با استفاده از کمپین رسانه ای برگشتند. اگر چه کمپین های رسانه ای در مطالعه پایلوت موفق بودند، اما نتیجه مطلوبی از این مطالعه به دست نیامد. کارآموزان از طریق آموزش، چیزهای زیادی در مورد برنامه های پیشگیری یاد گرفتند، اما هنگامی که به خانه های خود بازگشتند، اثرات محدودی بر روی جوامع خود داشتند. برخی خیلی موفق بودند و برخی چندان موفق نبودند. مصاحبه های پیگیری نشان داد که در برخی جوامع ماهیت مشکل به خوبی درک نشده است و اعضای محلی جامعه، آماده نبودند که سرمایه گذاری بیشتری بر روی آن برنامه ها داشته باشند. در این جوامع آموزش اعضا منجر به تغییر نشد. برای درک نتایج این پروژه اندازه گیری خامی از سطح مشارکت انجام گرفت و نتیجه مهمی که به دست آوردند، این بود که شروع و یا بهبود برنامه های پیشگیری در ابتدا نیازمند یادگیری این نکته است که چگونه می توان یک جامعه را برای مداخله آماده کرد و همچنین دریافتند که در کار با جوامع، جوامع در مراحل مختلف آمادگی برای مداخلات هستند. بعلاوه

تجربه آنان نشان داد که حتی اگر برنامه ای در جلب حمایت های مالی برای انجام مداخله ای موفق باشد، در صورتی که اعضای جامعه آن تغییر را نپذیرند و بر روی آن سرمایه گذاری نکنند، حتی بهترین ایده ها نیز با شکست مواجه خواهند شد. این دو تجربه منجر به شناخت نیاز به یک تئوری قوی و یک ابزار مفید برای درک آمادگی جامعه شد. چند ماه پس از آن اوتینگ، ترمن جامپر^{۱۷}، پلستو^{۱۸}، ادوارد^{۱۹} (که پس از آن نیز دانرمایر^{۲۰} به آنها پیوست) روی این موضوع تمرکز کردند (۳۱ و ۲۶).

۳-۲-۱-۲- توسعه مدل نظری آمادگی اجتماعی

محققین مرکز سه قومیتی می دانستند که برای تعیین آمادگی یک جامعه بایستی در ابتدا توصیفی از مراحل واقعی آمادگی اجتماعی وجود داشته باشد. دوم اینکه نیازمند روشی برای ارزیابی واقعی آمادگی جامعه بودند. در نهایت به این دلیل که آنها می خواستند جامعه را به مرحله ای برسانند که راه اندازی و حفظ یک برنامه پیشگیری میسر باشد نیازمند تدوین استراتژی هایی برای حرکت آن جامعه به سطوح بالاتر آمادگی هستند (۳۰-۳۱). مدل نظری آمادگی اجتماعی بر اساس فرضیات زمینه ای مختلفی تدوین شد، شامل:

- ۱- جامعه در سطوح مختلف آمادگی برای مقابله با یک مشکل خاص قرار دارد.
- ۲- مرحله آمادگی را می توان به درستی ارزیابی کرد.
- ۳- جوامع می توانند از طریق یک سری از مراحل به پیشرفت، اجرا، حفظ و بهبود برنامه های موثر دست یابند.
- ۴- این ضروری است که مرحله آمادگی را مشخص کنیم، زیرا مداخلاتی که جوامع را به سمت مراحل بالاتر سوق می دهد برای هر مرحله از آمادگی متفاوت است.
- ۵- همانند آمادگی شخصی، آمادگی اجتماعی مختص به مشکل است به این معنی که یک جامعه ممکن است در یک مرحله بالا از آمادگی برای مقابله با یک مشکل باشد و برای مشکل دیگری در مرحله پایین آمادگی قرار گرفته باشد (۳۱ و ۲۶).

¹⁷Jumper, Thurman

¹⁸ Plestev

¹⁹ Edwards

²⁰ Donnermeyer

خیلی زود مشخص شد که آمادگی اجتماعی بیشتر از ۵ مرحله مورد استفاده در مدل فرانظری تغییر رفتار است زیرا مراحل آمادگی در یک جامعه باید با پروسه های گروهی و سازمان های گروهی مقابله کند، ویژگی هایی که با آمادگی فردی مرتبط نمی باشد (۳۰).

مدیران مرکز سه قومیتی پیش نویس یک مدل را با شروع توصیف مراحل آمادگی و لیست ابعاد آمادگی اجتماعی ارائه دادند. در آن مرحله یک روش علمی برای اعتبارسنجی مراحل و ابعاد آمادگی مورد نیاز بود و آن روش مقیاس امتیاز بندی مرجع بود که از روان شناسی صنعتی گرفته و تعدیل شده بود (۳۷-۳۸). امتیازبندی مرجع یک تاریخچه طولانی از کاربرد خود دارد.

نات^{۲۱} در سال ۱۹۸۰ روش های مختلف برای توزین معیارهای تصمیم را با هم مقایسه کرد و دریافت که مقیاس امتیازبندی مرجع^{۲۲} یک رویکرد عالی ارزیابی است (۳۸). مایکل^{۲۳} و اوتینگ در سال ۱۹۸۲ روش امتیازبندی مرجع را برای ارزیابی ویژگی های روان درمانی تعدیل کردند و یک مدل چند بعدی خلق کردند که شامل مراحل توسعه است و در نتیجه می تواند به عنوان یک مشابه نزدیک برای روایی محتوا و روایی افتراقی مدل آمادگی اجتماعی بکار رود (۳۹).

اولین کار این بود که متخصصان، تعداد زیادی از رویدادهای شاخص و حساس را بنویسند، به عبارتی دیگر بیانات (عبارات) توصیفی که گرایشات و رفتارهای مرتبط با آمادگی اجتماعی را نشان می دهد. در مرحله بعد این بیانات توصیفی به افرادی که دارای تجربیات گسترده در امور مربوط به جامعه بودند، به صورت تصادفی ارائه شد. این متخصصان باید هر جمله و بیانیه را بر اساس توافق در بعد اختصاصی خود قرار می- دادند و روایی محتوا را انجام می دادند. در اولین گردش همان گونه که انتظار می رفت، ثابت شد که برخی از ابعاد مشخص شده، نامعتبر است و ارزیابان نمی توانند به صورت قابل اعتمادی بیانات را در ابعاد تعیین شده، قرار دهند. آن ابعاد دوباره تعریف شدند و با دیگر ابعاد ترکیب شدند و یا حذف شدند. همچنین همان گونه که انتظار می رفت عبارات محلی وجود داشت که نمی توانست به طور قابل اعتمادی بوسیله ارزیابان مختلف در یک بعد خاص قرار گیرند، این ها نیز حذف شدند و یا مورد بازبینی قرار گرفتند. پس از بازبینی ابعاد و

²¹ Nutt

²² Anchored rating scale

²³ Michaels

بیانات مرجع، این کار دوباره تکرار شد و این فرآیند با تکرارهای مختلف ادامه یافت تا اینکه ابعاد به طور واضح تعریف شد و ارزیابان توانستند بطور قابل اعتمادی عبارات مرجع را در آن بعد قرار دهند (۲۶). در مدل نظری ابتدایی ۵ بعد مشخص شد. (۱) تلاش های پیشگیری موجود (۲) دانش جامعه از تلاش های پیشگیرانه (۳) رهبری شامل رهبران منصوب و اعضای تاثیرگذار جامعه (۴) دانش در مورد مشکلات و (۵) حمایت های مالی برای پیشگیری. سپس در فرایند توسعه نظری، حمایت های مالی برای پیشگیری به منابع پیشگیری، جهت تأکید بر روی این موضوع که پول تنها منبع نیست، تغییر یافت. اعضای جامعه همچنین نقش مهمی در ایجاد و بازبینی مدل داشتند و پیشنهادهایشان بسیار گرانبها بود. برای مثال پس از تمرین در یک کارگاه که مدل ارائه شد، اعضای یک جامعه توصیه کردند که ضروری است بعد دیگری که که بتواند هویت اساسی یا ماهیت یک جامعه را مشخص کند، افزوده شود. از آنجا بود که بعد «جو اجتماعی» افزوده شد و به صورت مقدماتی مورد آزمون قرار گرفت (۲۶ و ۳۱).

در ابتدا ۸ مرحله آمادگی مشخص شد و سپس جوامع استفاده کننده از مدل پیشنهاد کردند که بازهم مرحله دیگری مورد نیاز است. مرحله دیگری قبل از مرحله تکذیب، جایی که یک مشکل خیلی فراگیر است و آن مشکل به شکل یک عادت در آمده است و از آنجا بود که این مدل، ۹ مرحله را در بر گرفت (۲۶ و ۳۰).

کار بعدی در توسعه مدل، تعریف درست و قابل اعتمادی از مراحل آمادگی بود که در این مرحله هم از متخصصین استفاده شد. مجموعه مقدماتی از مراحل آمادگی اجتماعی توصیف و تعریف شد. مجموعه از بیانات مرجع که برای یک بعد بخصوص انتخاب شده بودند، ترکیب و به هم آمیخته شدند و به ارزیابان متخصص ارائه شدند و از آنان درخواست شد که بیانات را بر روی زنجیره ایجاد شده بوسیله مراحل در یک مرحله یا هر جایی بین مراحل قرار دهند. اگر آن بیانیه مرجع نمی توانست به طور قابل اعتمادی در یک مرحله خاص قرار گیرد و یا می توانست بر روی بیش از یک بعد قرار گیرد، تعریف آن مرحله دوباره مورد بازبینی قرار می گرفت و آن بیانیه مرجع حذف و یا مورد بازبینی قرار می گرفت (۲۶ و ۲۸).

۳-۲-۱-۳- مولفه ها، ابعاد و مراحل آمادگی اجتماعی

پنج مولفه اصلی مدل آمادگی اجتماعی شامل موارد زیر می باشد (۳۱):

(۱) مجموعه‌ای از سوالات ارزیابی شامل سوالات باز در مورد نگرش‌ها، دانش، اعتقادات و ارزش‌ها و ...

در مورد یک موضوع خاص

(۲) انجام تعداد اندکی مصاحبه با پاسخ دهندگان کلیدی برای این ارزیابی

(۳) امتیاز بندی مصاحبه‌های تکمیل شده با استفاده از مقیاس‌های تعیین شده برای هر بعد از آمادگی

اجتماعی

(۴) محاسبه امتیاز آمادگی برای هر بعد با استفاده از امتیازهای مصاحبه‌ها

(۵) استفاده از امتیاز نهایی آمادگی برای توسعه یک برنامه عملیاتی

این مدل پیشنهاد می کند که جامعه دارای ۶ بعد اساسی است که به منظور دستیابی به یک تصویر واضح از

آن جامعه باید مورد ارزیابی قرار گیرد (۲۸ و ۳۱). این شش بعد عبارتند از :

(۱) تلاش‌های اجتماعی (برنامه‌ها، فعالیت‌ها و سیاست‌ها و غیره)

(۲) آگاهی اجتماعی از تلاش‌ها و برنامه‌ها

(۳) رهبری (شامل رهبران منصوب و افراد تأثیرگذار اجتماعی)

(۴) جو اجتماعی

(۵) دانش اجتماعی در مورد آن موضوع خاص

(۶) منابع مرتبط با موضوع (مردم، پول، زمان، فضا و غیره)

همچنین مدل آمادگی اجتماعی ۹ مرحله آمادگی را برای هر یک از ابعاد ۶ گانه مشخص می کند (جدول

۳-۱). نه مرحله آمادگی اجتماعی به شرح زیر است (۲۶ و ۲۹ و ۳۱).

مرحله ۱- عدم آگاهی

- جامعه هیچ دانشی در مورد فعالیت‌های محلی در مورد مشکل مذکور ندارد.

- رهبری معتقد است که موضوع در واقع موضوع نگران کننده ای نیست.

- جامعه معتقد است که موضوع سبب نگرانی نیست.

- اعضای جامعه در مورد آن موضوع اطلاعی ندارند.

- هیچ منبعی برای مقابله با آن موضوع وجود ندارد.

مرحله ۲- تکذیب/ مقاومت

- رهبری و اعضای جامعه معتقدند که این موضوع سبب نگرانی در جامعه شان نیست و یا آنها فکر

می کنند که نمی توانند و یا نباید با آن مقابله کنند.

- اعضای جامعه درک درست و یا اطلاع درستی درباره تلاش های در جریان ندارند.

- فقط تعداد کمی از اعضای جامعه در مورد آن موضوع اطلاع دارند و ممکن است که برداشت درستی

بین اعضای جامعه در مورد آن مشکل وجود نداشته باشد.

- اعضای جامعه و یا رهبران آن از استفاده از منابع در دسترس برای مقابله با آن مشکل حمایت نمی

کنند.

«ما نباید و یا نمی توانیم هیچ کاری در مورد آن انجام دهیم»

مرحله ۳- آگاهی مبهم

- تعداد کمی از اعضای جامعه حداقلی در مورد تلاش های محلی شنیده اند اما کمی در مورد آنها می

دانند.

- رهبری و اعضای جامعه معتقد است که این مسئله ممکن است یک نگرانی در جامعه باشد اما انگیزه

فوری برای مقابله با آن نشان نمی دهند.

- اعضای جامعه تنها دانش مبهمی در مورد موضوع دارند مثلاً آنها مقداری آگاهی دارند که این

موضوع می تواند یک مشکل باشد و اینکه چرا این مشکل ممکن است رخ دهد.

- منابع اندکی مشخص شده است که می تواند برای تلاش های بیشتر برای مقابله با آن موضوع مورد

استفاده قرار گیرد.

«احتمالاً باید کاری انجام داد اما چرا؟ ممکن است شخص دیگری کاری برای این موضوع انجام

دهد»

مرحله ۴- پیش برنامه ریزی

- برخی از اعضای جامعه حداقلی در مورد تلاش های محلی شنیده اند اما کمی در مورد آن می دانند.
 - رهبری و اعضای جامعه اذعان کرده اند که این موضوع سبب نگرانی در جامعه است و برای مقابله با آن باید کاری انجام داد.
 - اعضای جامعه دانش کمی در مورد آن موضوع دارند.
 - منابع محدودی می توان برای تلاش های بیشتر برای مقابله با آن موضوع وجود دارد.
- «این موضوع مهمی است چه کاری می توانیم انجام دهیم؟»

مرحله ۵- پیش آماده سازی

- اغلب اعضای جامعه حداقلی در مورد تلاش های محلی شنیده اند.
 - رهبری به طور فعال از ادامه یا بهبود تلاش های رایج و یا توسعه تلاش های جدید حمایت می کند.
 - گرایش در جامعه به سمتی است که ما درباره این موضوع نگرانیم و می خواهیم کاری در مورد آن انجام دهیم.
 - اعضای جامعه دانش اساسی در مورد علل، پیامدها، نشانه ها و علائم آن موضوع دارند.
 - مقداری منابع تعیین شده است که می تواند برای تلاش های بیشتر جهت مقابله با آن موضوع مورد استفاده قرار گیرد و اعضای جامعه یا رهبر به طور فعال برای حفظ این منابع تلاش می کنند.
- «من فردا با سرمایه گذار (بنیان گذار) ملاقات خواهم کرد»

مرحله ۶- شروع

- اغلب اعضای جامعه حداقلی در مورد تلاش های محلی دارند.
- رهبری نقش فعالی در برنامه ریزی، توسعه، و یا اجرای تلاش های جدید، تعدیل و یا افزایش آن دارد.
- گرایش در جامعه به سمتی است که این وظیفه ماست و برخی از اعضای جامعه جهت مقابله با آن موضوع درگیرند.

- اعضای جامعه دانش اساسی در مورد آن موضوع دارند و آگاهند که این مسئله به طور محلی رخ می‌دهد.
- منابع برای حمایت های بیشتر جهت مقابله با آن موضوع اختصاص داده شده است.
- «این مسئولیت ماست، ما اکنون در حال شروع برای انجام کاری جهت مقابله با آن موضوع هستیم»

مرحله ۷- تثبیت

- اغلب اعضای جامعه بیشتر از یک دانش پایه ای در مورد تلاش های محلی دارند، مثلاً نام، اهداف تلاش های خاص، مخاطب هدف، و دیگر اطلاعات اختصاصی برنامه را می دانند.
- رهبری به طور فعال در حفظ و یا بهبود بقای طولانی مدت تلاش ها برای مقابله با آن موضوع درگیر است.
- گرایش در جامعه به سمتی است که این وظیفه ماست و درگیری مستمر جامعه برای مقابله با آن موضوع وجود دارد.
- قسمت قابل توجهی از منابع اختصاص داده شده برای تلاش ها اغلب از منابعی است که انتظار می رود بتواند حمایت های مستمری را تامین نماید.
- «ما مسئولیت را بر عهده گرفته ایم»

مرحله ۸- تأیید/گسترش

- اغلب اعضای جامعه دانش قابل توجهی در مورد تلاش های رایج دارند شامل سطح تأثیرگذاری برنامه
- رهبری نقش مهمی در گسترش و بهبود تلاش ها ایفا می کند.
- اغلب اعضای جامعه به شدت از تلاش ها حمایت می کنند و سطح بالایی از مشارکت وجود دارد.
- اعضای جامعه بیشتر از یک دانش اساسی در مورد آن موضوع دارند و دانش قابل توجهی در مورد شیوع محلی و پیامدهای محلی آن دارند.

- قسمت قابل توجهی از منابع اختصاصی انتظار می رود که بتواند حمایت های مستمر را تامین نماید و اعضای جامعه به دنبال حمایت های بیشتر برای اجرای تلاش های جدید هستند.

« برنامه رایج مان چقدر خوب است و چگونه می توان آن را بهتر ساخت »

مرحله ۹- سطح بالایی از مالکیت جامعه

- اغلب اعضای جامعه دانش قابل توجه و مفصلی از تلاش های محلی دارند.
 - رهبری به طور پیوسته در حال ارزیابی نتایج تلاش ها و در نتیجه تعدیل حمایت های مالی است.
 - اغلب بخش های اصلی جامعه دارای نقش های حمایتی و فعال هستند.
 - اعضای جامعه دانش مفصلی درباره این موضوع دارند و دانش قابل توجهی درباره شیوع محلی و پیامدهای محلی آن موضوع دارند.
 - منابع متنوع و اعتبارات مالی تضمین شده اند و تلاش ها به صورت مستمر ادامه دارند.
- «این تلاش ها بخش مهمی از بافت جامعه ما هستند»

جدول ۳-۱- مراحل آمادگی اجتماعی (۲۹)

تعریف	مراحل مدل آمادگی اجتماعی
موضوع عموماً به وسیله جامعه یا رهبران اجتماعی به عنوان یک مشکل دیده نمی شود و آن رفتار مورد پذیرش و قانونی است	۱- عدم آگاهی
اعتقاد به اینکه این موضوع به صورت محلی وجود ندارد و یا تغییر آن غیر ممکن است	۲- تکذیب
اعلب احساس می کنند که یک مشکل محلی وجود دارد اما انگیزه فوری برای انجام کاری در مورد آن وجود ندارد	۳- آگاهی مبهم
شناخت واضحی در مورد اینکه باید کاری انجام شود وجود دارد و ممکن است گروهی برای مقابله با آن موضوع تشکیل شده باشد، هرچند تلاش ها متمرکز و با جزئیات نیستند	۴- پیش برنامه ریزی
رهبران شروع به برنامه ریزی جدی می کنند، جامعه حمایت‌های متوسطی از تلاشها دارد	۵- آماده سازی
اطلاعات کافی در مورد تعدیل تلاش ها وجود دارد و فعالیت ها تحت اقدام هستند	۶- شروع
فعالیت به وسیله رهبران و تصمیم گیرندگان اجتماعی حمایت می شود، اعضا آموزش دیده اند و تجربه کافی دارند	۷- تثبیت
تلاش ها در محل وجود دارد، اعضای جامعه احساس می کنند که به آسانی به خدمات دسترسی دارند و آنها از گسترش برنامه حمایت می کنند و اطلاعات محلی به طور مرتب بروزرسانی می شود.	۸- تأیید و گسترش
دانش دقیق و مفصلی در مورد شیوع، علل و پیامدهای آن موضوع وجود دارد. برنامه های ارزیابی موثر انجام می شود و این مدل می تواند برای سایر مسائل مورد استفاده قرار گیرد.	۹- سطح بالایی از مالکیت جامعه

۳-۲-۱-۴- چگونگی ارزیابی آمادگی اجتماعی

با استفاده از مراحل که فهرست وار در زیر آمده است می توان میزان آمادگی اجتماعی برای مقابله با یک موضوع بخصوص را اندازه گیری کرد (۳۱). این مراحل عبارتند از

۱- تشخیص و شفاف سازی موضوع مورد نظر

۲- تشخیص و شفاف سازی جامعه مورد نظر

۳- آماده سازی سوالات مصاحبه

۴- انتخاب مصاحبه شوندگان کلیدی

۵- انجام مصاحبه ها و رونویسی مصاحبه های انجام شده

۶- امتیازبندی مصاحبه ها

پس از ارزیابی هر یک از این ابعاد توسط پرسشنامه معتبر کیفی نیمه ساختار یافته، امتیاز آمادگی در آن بعد، مرحله مورد نظر را تعیین می کند و سپس با گرفتن میانگینی از اعداد به دست آمده از هر یک از ابعاد، در نهایت امتیاز کل مرحله آمادگی اجتماعی در آن جامعه و برای آن موضوع خاص مشخص می شود. با گرفتن میانگینی از اعداد به دست آمده از هر یک از ابعاد، در نهایت امتیاز کل مرحله آمادگی اجتماعی در آن جامعه و برای آن موضوع خاص به دست می آید (۳۱).

۳-۳- هدف های پژوهش

۳-۳-۱- هدف کلی: تعیین وضعیت و طراحی و آزمون مداخله آمادگی اجتماعی برای پیشگیری از چاقی کودکان در مدارس ابتدایی شهر تهران

۳-۳-۲- اهداف اختصاصی

۳-۳-۲- مطالعه ۱- تبیین ابعاد و طراحی ابزار سنجش میزان آمادگی اجتماعی

اهداف اختصاصی بخش ۱-۱: شناسایی ابعاد مدل آمادگی اجتماعی و تبیین مدل نهایی برای برنامه های پیشگیری از چاقی کودکان به روش دلفی

اهداف اختصاصی بخش ۱-۲: طراحی و اعتبار سنجی پرسشنامه میزان آمادگی اجتماعی

- طراحی پرسشنامه سنجش آمادگی اجتماعی برای برنامه های پیشگیری از چاقی دانش آموزان نیمه دوم دوره مدارس ابتدایی شهر تهران

- اعتبار سنجی پرسشنامه سنجش آمادگی اجتماعی برای برنامه های پیشگیری از چاقی دانش آموزان نیمه دوم دوره ابتدایی شهر تهران

۳-۳-۲- مطالعه ۲- طراحی و آزمون مداخله

اهداف اختصاصی بخش ۱-۲: تعیین وضعیت آمادگی اجتماعی برای برنامه های پیشگیری از چاقی دانش آموزان نیمه دوم دوره ابتدایی مدارس منتخب شهر تهران

- تعیین امتیاز آمادگی اجتماعی برای برنامه های پیشگیری از چاقی دانش آموزان نیمه دوم دوره ابتدایی مدارس منتخب شهر تهران

اهداف اختصاصی بخش ۲-۲: طراحی و اجرای آزمایشی الگوی مقدماتی مداخله به منظور ارتقاء آمادگی اجتماعی برای برنامه های پیشگیری از چاقی در دانش آموزان نیمه دوم دوره ابتدایی مدارس منتخب

اهداف اختصاصی زیر مطالعه ۲-۳: ارزیابی تأثیر مداخله بر ارتقاء آمادگی اجتماعی برنامه های پیشگیری از چاقی در دانش آموزان نیمه دوم دوره ابتدایی مدارس منتخب

۳-۴- سوالات پژوهش

۳-۴-۱- آیا مدل آمادگی اجتماعی برای سنجش میزان آمادگی اجتماعی برنامه‌های پیشگیری از چاقی

دانش آموزان نیمه دوم دوره ابتدایی در یک جامعه ایرانی از اعتبار کافی برخوردار است؟

۳-۴-۲- آیا سطح کلی آمادگی اجتماعی برای برنامه‌های پیشگیری از چاقی برای دانش آموزان نیمه دوم

دوره ابتدایی شهر تهران بر حسب جنسیت متفاوت است؟

۳-۴-۳- آیا سطح آمادگی اجتماعی در ابعاد مختلف مدل نهایی، برای برنامه‌های پیشگیری از چاقی دانش

آموزان نیمه دوم دوره ابتدایی شهر تهران بر حسب جنسیت متفاوت است؟

۳-۴-۴- آیا الگوی مداخله برای ارتقاء سطح آمادگی اجتماعی برای برنامه‌های پیشگیری از چاقی دانش

آموزان نیمه دوم دوره ابتدایی مدارس شهر تهران بر حسب جنسیت و میزان آمادگی اجتماعی از ویژگی

های متفاوتی برخوردار است؟

۳-۴-۵- آیا الگوی مداخله برای ارتقاء سطح آمادگی اجتماعی برای برنامه‌های پیشگیری از چاقی دانش

آموزان نیمه دوم دوره ابتدایی مدارس شهر تهران مؤثر است؟

۳-۵- جنبه(های) نوآوری و دستاورد(های) ویژه طرح

با در نظر گرفتن اهمیت برنامه های پیشگیرانه چاقی مبتنی بر جامعه و مطالعه آمادگی اجتماعی برای برنامه های پیشگیری از چاقی در دانش آموزان نیمه دوم دوره ابتدایی، مطالعه حاضر می تواند گامی موثر در مسئله چاقی کودکان باشد و به روشن شدن موارد زیر کمک کند:

- تبیین و تایید ابعاد مدل آمادگی اجتماعی برای برنامه های پیشگیری از چاقی کودکان در یک جامعه ایرانی
- طراحی ابزار معتبر برای سنجش آمادگی اجتماعی برای برنامه های پیشگیری از چاقی کودکان در یک جامعه ایرانی
- تعیین و مقایسه سطح آمادگی اجتماعی برای برنامه های پیشگیری از چاقی دانش آموزان در مدارس ابتدایی منتخب شهر تهران بر حسب جنسیت
- طراحی و آزمون یک مداخله مقدماتی برای افزایش سطح آمادگی اجتماعی برای برنامه های پیشگیری از چاقی دانش آموزان در مدارس ابتدایی منتخب شهر تهران

۳-۶- تعریف ها و مفهومی های علمی ضروری در ارتباط با موضوع پژوهش

۳-۶-۱- آمادگی اجتماعی (Community readiness): درجه آمادگی یک جامعه برای پذیرش و اقدام در مورد یک مشکل و یا موضوع خاص است (۳۱).

۳-۶-۲- مدل آمادگی اجتماعی (Community readiness model): این مدل ابزاری را برای تعیین میزان آمادگی اجتماعی در مورد یک موضوع و یا مشکل فراهم می کند و به جامعه کمک می کند که در تلاش هایشان برای مقابله با انواع موضوعات و مشکلات، موفق تر باشند (۳۱).

۳-۷- سابقه تحقیقاتی عنوان و موضوع مورد پژوهش

۳-۷-۱- اپیدمیولوژی چاقی

- شیوع و روند جهانی چاقی و اضافه وزن

چاقی به عنوان یک مشکل بهداشت عمومی در سطح جهانی شناخته شده است (۴۰). در سال ۲۰۰۵ میلادی در حدود ۱/۱ میلیارد فرد بزرگسال در دنیا دارای اضافه وزن بوده اند (۴۱). در طول ۴۰ سال گذشته شیوع چاقی در حدود ۲۰٪ در جمعیت بزرگسال آمریکا افزایش یافته است (۲) در انگلستان نیز شیوع چاقی در طی ۳۰ سال گذشته ۳ برابر شده به گونه ای که در سال ۲۰۰۸ حدود ۲۵٪ جمعیت کشور را افراد چاق تشکیل می دادند (۴۱). شیوع و روند مشابهی از چاقی در دیگر کشورهای پیشرفته از جمله استرالیا و کانادا مشاهده شده است، هر چند به نظر می رسد که این کشورها چنین روندی را یک دهه دیرتر از آمریکا تجربه کرده اند (۴۲). داده های کشورهای اروپایی نیز نشان می دهد که بدون در نظر گرفتن شیوع چاقی یک انحراف پیوسته از محدوده سالم شاخص توده بدنی در این کشورها قابل مشاهده است (۴۳). از کشورهای حوزه مدیترانه شرقی شامل لبنان، امارات متحده عربی و قبرس نیز چنین روندهایی گزارش شده است (۴۰). در ایران نیز آخرین یافته های " بررسی ملی الگوی مصرف مواد غذایی و وضعیت تغذیه ای خانوار ۲۴" نشان داده است که ۳۲/۴٪ جمعیت بزرگسال دارای اضافه وزن هستند و این بررسی شیوع چاقی را در زنان و مردان ایرانی به ترتیب ۲۴/۱٪ و ۱۰٪ گزارش کرده اند (۴۴). همچنین نتیجه یک مطالعه طولی در یکی از مناطق ۲۲ گانه تهران نشان داد که چاقی در طول یک دوره ۴ ساله در مردان به میزان ۷/۶٪ و در زنان ۴/۳٪ افزایش یافته است، به گونه ای که در حدود ۴۰٪ مردان و ۲۰٪ زنان بزرگسال در سال ۲۰۰۲ چاق بوده اند (۴۵).

در یک مطالعه مرور سیستماتیک (۲۰۱۴) که شامل نتایج بیش از ۱۰۷ مطالعه ملی و زیر ملی بود، شیوع اضافه وزن و چاقی در بزرگسالان ایرانی به ترتیب ۲۷-۳۸/۵٪ و ۶-۱۲/۹-۲۵٪ گزارش داده شد (۴۶). در مرور سیستماتیک دیگری رحمانی و همکاران (۲۰۱۴)، شیوع چاقی در جمعیت بالای ۱۸ سال کشور را ۲۱/۷٪ گزارش کردند (۴۷).

– شیوع و روند جهانی چاقی و اضافه وزن در دوران کودکی

²⁴ The National Household Food Consumption and Nutritional Status Survey

شواهد کشورهای پیشرفته حاکی از افزایش هشدار دهنده چاقی در دوران کودکی است. هرچند شاخص ها و مقادیر مرجع متفاوتی برای چاقی و اضافه وزن کودکان تعریف شده است و این می تواند مقایسه بین و درون جمعیت ها را چالش برانگیز سازد، اما همه داده ها از روند روبه رشد چاقی در اغلب جوامع حمایت می کنند (۴۸-۵۰). در سال ۲۰۰۳ شیوع چاقی در کودکان سنین ۶-۱۱ سال در ایالات متحده آمریکا نسبت به چهار دهه گذشته بیش از دو برابر افزایش را نشان می داد (۴۸). تجزیه و تحلیل داده های مطالعه NHANES^{۲۵} در طول ۲۰ سال نشان داده است که شیوع چاقی در کودکان آمریکایی بطور پیوسته ای از سال ۱۹۸۸ افزایش یافته است (۲).

در اغلب کشورها از جمله انگلیس، کانادا، استرالیا و قبرس نیز چنین روندی گزارش شده است و نشان می- دهد که حداقل ۲۵٪ کودکان در این کشورها، چاق یا دارای اضافه وزن بوده اند (۵۱-۵۲). در ایران تقریباً از سال ۲۰۰۰ مسئله چاقی و اضافه وزن دوران کودکی به عنوان یک مشکل بهداشت عمومی شناخته شده است (۵۳). " بررسی ملی الگوی مصرف مواد غذایی و وضعیت تغذیه ای خانوار " در سال ۲۰۰۳ نشان داد که ۱۶/۳٪ کودکان ۵-۱۰ سال در استان تهران چاق هستند که این میزان ۲/۵ برابر میانگین ملی بود (۴۴). از آن به بعد این موضوع بیشتر مورد توجه قرار گرفت و مطالعاتی در سطح کشور شیوع چاقی و اضافه وزن در کودکان و نوجوانان استان ها و شهرهای مختلف را مورد بررسی قرار دادند.

جعفری عدلی و همکاران (۲۰۱۴) در یک مطالعه مرور سیستماتیک، شامل ۱۱ مطالعه ملی و ۹۶ مطالعه زیرملی، شیوع چاقی و اضافه وزن در افراد زیر ۱۸ سال را به ترتیب ۳/۲٪ و ۱۱/۹٪ گزارش دادند (۴۶). کلیشادی و همکاران نیز در همان سال روند و شیوع چاقی و اضافه وزن در کودکان و نوجوانان ایرانی را در یک متا آنالیز مورد بررسی قرار دادند. در این مطالعه، شیوع چاقی و اضافه وزن به ترتیب ۵/۱٪ و ۱۰/۸٪ نشان داده شد (۵۴).

۳-۷-۲-جنسیت در چاقی و اضافه وزن دوران کودکی

²⁵ The National Health and Nutrition Examination Survey

جنسیت یکی از عوامل تعیین کننده چاقی و اضافه وزن دوران کودکی است (۳). در مطالعه کاسپین ۴ که با هدف بررسی شیوع ملی چاقی عمومی و شکمی در بین کودکان و نوجوانان ۶-۱۸ ساله ۳۰ استان کشور انجام شد، شیوع بالاتری از چاقی عمومی و شکمی در کودکان و نوجوانان پسر نسبت به دختران مشاهده شد (۱۳). در مطالعه‌ای که در شهر تهران انجام شد، شیوع کمتر چاقی و بیشتر اضافه وزن در دختران زیر ۵ سال نسبت به پسران مشاهده شد (۵۵). یافته کلیشادی و همکاران در یک مطالعه مرور سیستماتیک و متآنالیز نشان داد که در طول دهه گذشته شیوع چاقی و اضافه وزن از روند نسبتاً یکنواختی برخوردار بوده است و دختران از شیوع کمتر چاقی و بیشتر اضافه وزن نسبت به پسران برخوردار بودند (۵۴).

در اکثر مطالعات انجام شده در سایر کشورهای در حال توسعه از جمله، اندونزی، عربستان، برزیل و هند شیوع بالاتر چاقی در زنان و دختران گروه‌های مختلف سنی را نشان داده است. هر چند نتایج مطالعات در برخی از کشورهای در حال توسعه مانند لبنان، مالزی و سریلانکا چنین نتیجه‌ای را نشان نمی‌دهد (۳ و ۵۶-۵۸).

با در نظر گرفتن شیوع متفاوت چاقی و اضافه وزن در بین پسران و دختران کودک و نوجوان، می‌توان چنین نتیجه‌گیری کرد، در برنامه‌های پیشگیری از چاقی بایستی جنسیت را به عنوان یک عامل تعیین کننده در نظر داشت.

۳-۷-۳- پیشگیری از چاقی

طیف وسیعی از مداخلات برای کمک به کودکان در جهت حفظ وزن سالم و کنترل چاقی و اضافه وزن دوران کودکی در سراسر جهان انجام شده است (۳). از سال ۲۰۰۴ سازمان بهداشت جهانی با همکاری کشورهای عضو این سازمان برای کاهش چاقی دوران کودکی از طریق اجرای "استراتژی جهانی رژیم غذایی، فعالیت فیزیکی و بهداشت" ^{۲۶} تلاش می‌کند. این استراتژی‌های جهانی، شیوع روبه رشد چاقی و بیماری‌های غیرواگیر و همچنین به طور ویژه‌ای الگوی فعالیت بدنی و رژیم غذایی را نشانه گرفته است (۵۹-۶۰).

²⁶ Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health (DPAS)

متعاقباً در سال ۲۰۰۸ این سازمان چارچوبی را برای کشورهای عضو خود برای کنترل و ارزیابی اجرای این استراتژی‌های جهانی ایجاد کرد و این سازمان به عنوان بخشی از تعهدات خود برای ارائه مشاوره‌های تخصصی به کشورهای عضو در اجرای این استراتژی‌ها، جلسه‌ای را در سال ۲۰۰۹ برای انواع استراتژی‌های پیشگیرانه مبتنی بر جمعیت برای چاقی دوران کودکی برگزار کرد. هدف کلی این نشست شناسایی اولویت‌ها برای استراتژی‌های مبتنی بر جمعیت جهت پیشگیری از چاقی دوران کودکی و تعیین قوانین و مسئولیت‌هایی برای انواع ذیربطان بود (۶۱).

از آنجایی که عوامل تعیین‌کننده چاقی بسیار پیچیده و متنوع اند یک مداخله تنها نمی‌تواند برای پیشگیری از چاقی دوران کودکی موثر باشد، اقدامات پیشگیرانه از چاقی دوران کودکی، نیازمند محیط‌های چندبعدی و ترکیب متنوعی از رویکردها و درگیری دامنه وسیعی از ذیربطان است (۶۲). مداخلات پایدار احتمالاً نیازمند سطوح مختلف مداخله - از شخص گرفته تا مدرسه و محیط‌های اجتماعی - برای تغییرات رفتاری است. بعلاوه مداخلات پیشگیری از چاقی باید توسط سیاست‌ها در همه سطوح - دولتی، ملی، منطقه‌ای و محلی - حمایت شود (۳ و ۶۲).

حمایت‌های محیطی یکی از مهمترین رویکردها در برنامه پیشگیری از چاقی دوران کودکی است. در نتیجه تأکید رویکرد جدید تحقیقات در کشورهای پیشرفته بر استفاده از محیط‌های مبتنی بر جامعه به عنوان یک استراتژی مهم برای پیشگیری از چاقی است (۲۱-۲۲) این تغییر جهت به سمت تمرکز بر جامعه توسط گزارش موسسه پزشکی^{۲۷} تحت عنوان "تسریع پیشرفت در پیشگیری از چاقی" که یک رویکرد جامع به مسئله چاقی کودکان دارد، نیز دیده شده است (۶۳). این تمرکز بر جامعه بویژه برای کودکان که عموماً فاقد کنترل و یا کنترل کمی بر روی فاکتورهای محیطی محل زندگی دارند، بسیار مهم است (۲۲).

اغلب مطالعات پیشگیری از چاقی مبتنی بر جامعه در دنیا، در مدرسه انجام شده است و بیشتر این مطالعات کودکان ۶-۱۲ سال را مورد مطالعه قرار داده اند (۲۱). به منظور جمع‌بندی شواهدی از مطالعات پیشگیری

²⁷ Institute of Medicine

از چاقی مبتنی بر جامعه و همچنین کسب تجربه برای توسعه مداخلات آینده، خلاصه ای از تعدادی از مطالعات مرور سیستماتیک در جدول ۳-۲ آورده شده است.

جدول ۲-۳: ویژگی های مداخلات مرور سیستماتیک پیشگیری از چاقی دوران کودکی

نویسنده (تعداد مطالعات وارد شده)	نوع مطالعات	سن	محیط	پیامدها	یافته های اصلی
Wang Y, 2015 (147)	کارآزمایی بالینی شبه تجربی رویدادهای طبیعی	۲-۱۸ سال	مدرسه/خانه	رژیم غذایی/فعالیت فیزیکی یا هر دو	شواهد متوسطی از نقش تاثیرگذار مداخلات مبتنی بر مدرسه برای پیشگیری از چاقی کودکان حمایت می کند (۶۴)
Bleich SN, 2013 (9)	کارآزمایی بالینی تصادفی سازی شده و تصادفی سازی نشده	۲-۱۸ سال	مدرسه/جامعه/مهدکودک/مرکز بهداشت	رژیم و فعالیت فیزیکی	شواهد متوسطی به دست آمد که ترکیب رژیم و فعالیت فیزیکی همراه با مدرسه در پیشگیری از چاقی و اضافه وزن موثر است (۲۲)
Water E, 2011 (55)	کارآزمایی بالینی تصادفی سازی شده و تصادفی سازی نشده	۶-۱۲ سال	مدرسه/خانه/جامعه	چاقی، رفتارهای مرتبط با فعالیت فیزیکی و رژیم غذایی	مداخلات پیشگیری از چاقی اثرات مفیدی بر شاخص توده بدنی بویژه در کودکان ۶ تا ۱۲ سال دارد (۲۱)
Kesten JM, 2011 (30)	کارآزمایی بالینی تصادفی سازی شده و تصادفی سازی نشده و کوهورت	۷-۱۱ سال	مدرسه/خانه/جامعه	تغذیه، فعالیت فیزیکی، دانش و گرایش و رفتارهای مرتبط با سلامت	مداخلات نقش بالقوه ای بر کاهش عوامل خطرزای مرتبط با اضافه وزن و چاقی دوران کودکی دارد (۱۶)
Harris KC, 2009 (18)	کارآزمایی بالینی تصادفی سازی شده و تصادفی سازی نشده	۵-۱۸ سال	مدرسه	فعالیت فیزیکی در مدرسه	فعالیت فیزیکی در زنگ های ورزش به نظر نمی رسد که بتواند تغییر قابل توجهی ایجاد نماید. نوع، مدت و تناوب فعالیت فیزیکی متغیر است (۶۵)
Jaime PC, 2008 (18)	کارآزمایی بالینی تصادفی سازی شده و تصادفی سازی نشده	پیش دبستانی، دبستانی و نیمه اول متوسطه	مدرسه	مدرسه، ترکیب منوی غذایی، دسترسی یا فروش غذا و نوشیدنی ها در مدرسه، دریافت رژیم، شاخص توده بدنی	دستورالعمل غذایی و مداخلات در قیمت غذا برای بهبود محیط غذایی در مدرسه و دریافت های رژیمی موثر است. شاخص توده بدنی و اضافه وزن و چاقی تغییری نیافت (۶۶)

همه جوامع کوچک و بزرگ به طور فزاینده‌ای با مشکلات متعددی روبرواند، که این مشکلات تلاش‌های پیشگیرانه مبتنی بر جامعه را فرا می‌خواند. یک راه برای تعیین این که آیا جامعه می‌تواند به طور موفقیت آمیزی یک برنامه پیشگیری انجام دهد و آن را حفظ نماید، تعیین آمادگی اجتماعی برای اجرای آن برنامه است. مدل آمادگی اجتماعی مرکز سه قومیتی کلورادو (۱۹۹۵)، ابزار مفیدی را برای تعیین سطح آمادگی اجتماعی برای مداخلات پیشگیرانه جامعه محور جهت مقابله با محدوده وسیعی از مشکلات فراهم می‌کند (۳۱). این مدل که اولین بار برای پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر و الکل توسعه یافت از آن زمان تا کنون برای بسیاری از مشکلات دیگر اجتماعی از بهداشت و تغذیه گرفته (بیماری مقاربتی جنسی، اختلالات خوردن، سرطان و بیماری های قلبی، چاقی دوران کودکی) تا مسائل امنیت عمومی (سوء مصرف مواد، جرم و خشونت، سوء استفاده از زنان و کودکان)، از مسائل محیطی (کیفیت آب و هوا، دفع مواد زائد جامد، محل-های دفن زباله و بازیافت) تا مشکلات اجتماعی (بی‌خانمانی، فقر و بی‌سوادی) و مشکلات شخصی (افسردگی و خودکشی) مورد استفاده قرار گرفته است (۲۴).

در سال ۱۹۹۹ میلادی پلستد^{۲۸} و همکاران آمادگی اجتماعی برای پیشگیری از سوء مصرف مواد را در سه منطقه روستایی مورد مطالعه قرار دادند. در نهایت امتیاز آمادگی برای هر سه گروه مرحله ۳ آمادگی اجتماعی (آگاهی مبهم) را نشان داد. آنان دریافتند که از آنجایی که این روستاییان در مرحله ۳ آمادگی قرار دارند، نیازی به متقاعد کردن آنها به این که مصرف مواد معضلی است که جامعه آنان را تهدید می‌کند، نمی‌باشد (۶۷).

در مطالعه دیگری این محققین، میزان آمادگی اجتماعی برای پیشگیری از بیماری ایدز در این سه منطقه روستایی را مورد بررسی قرار دادند. آنان یافتند که تقریباً سه چهارم روستاییان متعلق به جوامع آمریکایی های مکزیکی تبار در مرحله ۲ آمادگی اجتماعی (تکذیب/ مقاومت) بودند، در حالی که آمریکایی های

²⁸ Plested

انگلیسی تبار و آفریقایی تبار در مرحله آگاهی مبهم قرار داشتند. این ارزیابی نشان داد که در مجموع نیاز مبرمی به افزایش آمادگی برای برنامه های پیشگیری از ایدز در این جوامع روستایی به ویژه برای آمریکایی-های مکزیکی تبار وجود دارد و از آنجا که این جوامع روستایی از سطح آمادگی متفاوتی برخوردارند، نیازمند برنامه های مختلفی برای افزایش آمادگی هستند (۳۰).

در مطالعه دیگری "مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری"^{۲۹} بر روی یک پروژه ارزیابی آمادگی اجتماعی در این جوامع روستایی برای پیشگیری از خشونت علیه شریک جنسی خود سرمایه گذاری کرد. نتیجه ارزیابی آنان نشان داد که بومیان آمریکایی و جوامع بومی آلاسکا در مرحله ۴ (پیش برنامه ریزی) قرار داشتند، اما آمریکایی های مکزیکی تبار در مرحله ۳ آمادگی قرار داشتند. همچنین آمریکایی های انگلیسی تبار در مرحله ۲ قرار داشتند و این به این معنا بود که این موضوع یعنی خشونت علیه شریک جنسی را مشکل محلی نمی دانستند و به آن کوچکترین توجهی نداشتند و کاری برای آن انجام نمی دادند (۳۰).

چند سال بعد این مدل توسط دانا شالالا^{۳۰} وزیر بهداشت و آموزش و رفاه ایالات متحده به عنوان یک بخش میانی یا واسطه تغییر اجتماعی معرفی شد به گونه ای که دو کتاب از پنج کتاب موسسه ملی سوء مصرف مواد به مدل آمادگی اجتماعی مربوط می شد (۲۶).

۳-۷-۵- آمادگی اجتماعی در برنامه های پیشگیری از چاقی دوران کودکی مبتنی بر جامعه

چاقی دوران کودکی نیز از جمله موضوعات اجتماعی است که نیازمند تلاش های پیشگیرانه مبتنی بر جامعه است. چندین مطالعه در آمریکا (۲۵ و ۲۹ و ۳۲)، انگلیس (۲۰) و استرالیا (۶۸) انجام شده است که از مدل آمادگی اجتماعی برای موضوع پیشگیری از چاقی کودکان استفاده کرده اند.

اولین بار در سال ۲۰۰۵ از مدل آمادگی اجتماعی برای برنامه های پیشگیری از چاقی کودکان در یونیون کانتری^{۳۱} یک حومه روستایی در اورگان^{۳۲} آمریکا استفاده شد. هدف آنان از استفاده از مدل آمادگی اجتماعی اجتماعی این بود که (۱) سطح آمادگی این منطقه را برای برنامه های پیشگیری از چاقی کودکان بسنجند (۲)

²⁹ Centers for Disease Control and Prevention

³⁰ Donna Shalalla

³¹ Union Country

³² Oregon

اعضای متخصص و یا تاثیرگذار جامعه در برنامه های تغذیه کودکان و فعالیت بندی را شناسایی کنند (۳) از این افراد برای ارائه استراتژی های مناسب با توجه به سطح آمادگی تعیین شده، استفاده کنند (۴) بتوانند اطلاعات کیفی در مورد نقاط قوت و موانعی که می توانند تسهیل کننده و یا ممانعت کننده از توسعه یک برنامه پیشگیری از چاقی است را شناسایی نمایند.

در نهایت از این مطالعه امتیاز آمادگی اجتماعی ۱/۶ بدست آمد، که متناظر با مرحله ۱ یا مرحله عدم آگاهی بود و یافته های آنالیز کیفی در تفسیر امتیازها مفید بود و توانست بینشی از نقاط قوت و ضعف جامعه در توسعه برنامه های پیشگیری از چاقی را فراهم کند. همچنین بر اساس یافته های آنها این مدل یک ابزار مفید و موثر برای شروع برنامه های پیشگیری از چاقی بود و یافتند که استفاده از این مدل سبب جلب توجه به سمت مشکل چاقی کودکان و جلب حمایت جامعه برای توسعه تلاش های همه جانبه پیشگیرانه، حتی قبل از اجرای استراتژی های موثر جهت افزایش آمادگی می شود (۲۵).

پروژه SaludABLE Omaha (۲۰۱۱-۲۰۱۳) با هدف پیشگیری از چاقی در جمعیت لاتین تبار ساکن اوهایو آمریکا، نیز از مدل آمادگی اجتماعی استفاده کرد و توانست از طریق تعیین سطح آمادگی آن جامعه و تدوین استراتژی های متناسب با سطح آمادگی تعیین شده، سطح آمادگی جامعه را به طور قابل توجهی افزایش دهد و دانش اجتماعی و جو اجتماعی مطلوبی را جهت مقابله با چاقی ایجاد نماید. در این مطالعه ابتدا میزان آمادگی اجتماعی مشخص شد و امتیاز به دست آمده مرحله ۳ آمادگی را نشان می داد. بر اساس این امتیاز آنان دو رویکرد اصلی برای افزایش آمادگی دنبال کردند. (۱) فعالیت جوانان و (۲) همکاری بین موسسات دولتی و خصوصی، که برای دستیابی به این دو رویکرد سه استراتژی اصلی را مورد استفاده قرار دادند. (۱) بازاریابی اجتماعی و رسانه های جمعی (۲) خدمات آموزشی در مدارس (۳) درگیری تجارت و جامعه. سپس ۲/۵ سال مداخله انجام دادند و مجدداً میزان آمادگی اجتماعی برای مقابله با چاقی و پذیرش سبک زندگی سالم را اندازه گیری کردند. در نهایت آنان توانستند میزان آمادگی را از مرحله ۳ یا همان آگاهی مبهم به مرحله ۵ یا آماده سازی ارتقاء دهند (۲۹).

سیلوا و همکاران^{۳۳} (۲۰۱۱) با رویکرد جدیدی از این مدل برای برنامه های پیشگیری از چاقی استفاده کردند. آنان می خواستند ۶ منطقه مناسب برای شروع برنامه های پیشگیری از چاقی را از بین ۱۰ منطقه در آمریکا که از سائز، وضعیت اجتماعی-اقتصادی، منابع و پتانسیل های مشابهی برای این برنامه ها برخوردار بودند، انتخاب کنند. آنان به این نتیجه رسیدند که با استفاده از این مدل و ارزیابی آمادگی اجتماعی برای برنامه های پیشگیری از چاقی در این ۱۰ منطقه آمریکا که در نیویورک، کارولینای شمالی، فلوریدا، ایلینویز، ماساچوست، تنسی و پنسیلوانیا قرار داشت، می توانند ۶ منطقه مناسب را انتخاب کنند. در نهایت امتیازهای بدست آمده از این ۱۰ منطقه بین ۲/۹۷-۵/۳۶ بود. که به طور میانگین عدد ۴/۲۸ یا مرحله ۴ آمادگی را نشان می داد. آنان امتیازهای بدست آمده آمادگی اجتماعی در ابعاد ۶ گانه را مورد تجزیه و تحلیل قرار دادند و در نهایت توانستند با مقایسه این امتیازها، ۶ منطقه که بهترین امتیاز آمادگی را بدست آورده بودند و دارای بهترین امتیاز در ابعاد رهبری و آگاهی بودند را انتخاب نمایند (۳۲).

کستن^{۳۴} و همکاران (۲۰۱۳) میزان آمادگی اجتماعی برای پیشگیری از چاقی در کودکان ۷-۱۱ ساله انگلیسی را اندازه گیری کرد. پس از تهیه پرسشنامه نیمه ساختار یافته این محققین مصاحبه شوندگان کلیدی را از طریق برگزاری چندین "گروه تمرکز" با دختران دوره پیش نوجوانی شناسایی کردند. سوالات پرسشنامه ها به طور جداگانه در مورد فعالیت فیزیکی و رفتارهای خوردن و آشامیدن سالم بود. آنان یافتند که آمادگی در این جامعه برای فعالیت فیزیکی بیشتر از رفتارهای خوردن و آشامیدن سالم است و کمترین امتیاز مربوط به بعد منابع و آگاهی جامعه در مورد موضوع بود. این مطالعه در نهایت آنان را به این نتیجه رساند که سطح آمادگی در یک جامعه انگلیسی برای مقابله با رفتارهای مرتبط با پیشگیری از چاقی و اضافه وزن در دختران سنین ۷-۱۱ سال به چه میزان است و اینکه آنان باید بیشترین مداخلات را با هدف افزایش آگاهی و دسترسی به منابع انجام دهند (۲۰).

³³ Silwa

³⁴ Kesten

سیریل^{۳۵} (۲۰۱۷) با هدف ارزیابی سطح آمادگی اجتماعی برای تعامل در برنامه های مبتکرانه پیشگیری از چاقی کودکی در جوامع محروم استرالیا، ۹۵ مصاحبه نیمه یاختر یافته را در میان ۴ جامعه محروم ویکتوریا^{۳۶} انجام دادند و امتیاز بدست آمده بین این جوامع را با هم مقایسه کردند. نتیجه مطالعه آنان نشان داد که این جوامع سطح پایینی از آمادگی برای شرکت در برنامه های پیشگیری را دارند و از دانش کافی در مورد چاقی کودکی و پیشگیری از آن برخوردار نیستند. این مطالعه نیاز به بهبود آمادگی اجتماعی برای مقابله با سطح پایین آگاهی در مورد چاقی کودکان در جوامع محروم استرالیا را به وضوح نشان می داد (۶۸).

در این مطالعات با چهار رویکرد مختلف از مدل آمادگی اجتماعی استفاده شده است:

۱- اولین و واضح ترین کاربرد آن تعیین امتیاز آمادگی برای برنامه های پیشگیری از چاقی کودکی برای اندازه گیری وضعیت آن جامعه بر اساس توانایی هایش در حمایت از این برنامه هاست.

۲- تعیین استراتژی های متناسب با سطح آمادگی برای شروع برنامه های جدید پیشگیری از چاقی کودکی

۳- ابزاری برای کمک به ارزیابی برنامه های موجود و در حال اجرا

۴- تعیین و حل مشکلات بالقوه محلی که می تواند در زمان معرفی برنامه های جدید، افزایش یابد.

در طی سال های کوتاهی این مدل همراه با روش ها و ابزارهای ایجاد شده توسط مرکز سه قومیتی یک جزء ضروری و پذیرفته شده در اجرای برنامه های پیشگیری شده است. اندازه گیری سطح آمادگی اجتماعی برای برنامه های پیشگیری در مورد یک موضوع خاص، می تواند به تعیین نقاط قوت و ضعف جامعه و موانع احتمالی حرکت کمک کند و اتخاذ اقدامات متناسب با سطح آمادگی اجتماعی و فرهنگ جامعه را میسر سازد.

³⁵ Cyril

³⁶ Victoria

در نظر گرفتن این نکته نیز ضروری است که هر چند مدل آمادگی اجتماعی یک رویکرد مبتنی بر تحقیق و یک رویکرد بسیار ارزشمند برای شروع تغییرات جامعه است، به خودی خود یک برنامه پیشگیری نیست و ابزاری برای ارائه راهکاری دقیق برای افزایش سطح آمادگی اجتماعی نیست (۲۴).

۴- طرح مطالعاتی (روش و نحوه اجرای تحقیق)

۴-۱- متغیرهای تحقیق

متغیر	نقش متغیر	نوع متغیر	مقیاس سنجش متغیر	اساس روش آزمون // ابزار سنجش	مکان انجام آزمایش
جنس دانش آموزان	مستقل	کیفی اسمی	زن/ مرد	مشاهده	شهر تهران
سن دانش آموزان	مستقل	کمی پیوسته	سال	پرسشنامه	شهر تهران
محل سکونت	مستقل	کیفی اسمی	منطقه شهری	پرسشنامه	شهر تهران
جنسیت سرپرست خانوار	مستقل	کیفی اسمی	زن/ مرد	پرسشنامه	شهر تهران
بعد خانوار	مستقل	کمی گسسته	نفر	پرسشنامه	شهر تهران
تحصیلات مادر	مستقل	کیفی رتبه‌ای	زیر دیپلم/ دیپلم/ کارشناسی / کارشناسی ارشد و دکتری	پرسشنامه	شهر تهران
شغل مادر	مستقل	کیفی رتبه‌ای	بعداً طبقه بندی خواهد شد	پرسشنامه	شهر تهران
تحصیلات پدر	مستقل	کیفی رتبه‌ای	زیر دیپلم/ دیپلم/ کارشناسی / کارشناسی ارشد و دکتری	پرسشنامه	شهر تهران
شغل پدر	مستقل	کیفی رتبه‌ای	بعداً طبقه بندی خواهد شد	پرسشنامه	شهر تهران
سن مادر	مستقل	کمی پیوسته	سال	پرسشنامه	شهر تهران
سن پدر	مستقل	کمی پیوسته	سال	پرسشنامه	شهر تهران
سابقه فرزند چاق	مستقل	کیفی اسمی	بلی/خیر	پرسشنامه	شهر تهران
آمادگی اجتماعی	وابسته	کمی پیوسته	امتیاز	پرسشنامه	شهر تهران
دانش در مورد چاقی کودکان	وابسته	کمی پیوسته	امتیاز	پرسشنامه	شهر تهران
فعالیت های پیشگیری از چاقی کودکان	وابسته	کمی پیوسته	امتیاز	پرسشنامه	شهر تهران
جو اجتماعی در مورد چاقی کودکان	وابسته	کمی پیوسته	امتیاز	پرسشنامه	شهر تهران
دانش در مورد فعالیت های پیشگیری از چاقی کودکان	وابسته	کمی پیوسته	امتیاز	پرسشنامه	شهر تهران
رهبری	وابسته	کمی پیوسته	امتیاز	پرسشنامه	شهر تهران
منابع	وابسته	کمی پیوسته	امتیاز	پرسشنامه	شهر تهران

۴-۵- روش ها

به منظور دستیابی به هدف کلی در مطالعه حاضر از روش مطالعه ترکیبی متوالی استفاده خواهد شد. بر این اساس، مطالعه حاضر شامل دو مطالعه اصلی خواهد بود که در قالب ۴ بخش انجام خواهد شد.

زیرمطالعه ۱: تبیین ابعاد و طراحی ابزار سنجش میزان آمادگی اجتماعی که شامل دو بخش زیر می باشد:

بخش ۱-۱: شناسایی ابعاد مدل آمادگی اجتماعی و تبیین مدل نهایی برای برنامه های پیشگیری از چاقی کودکان به روش دلفی

بخش ۲-۱: طراحی و اعتبار سنجی پرسشنامه سنجش میزان آمادگی اجتماعی

زیر مطالعه ۲: طراحی و آزمون مداخله که شامل دو بخش زیر می باشد:

بخش ۱-۲: تعیین وضعیت آمادگی اجتماعی برای برنامه های پیشگیری از چاقی در دانش آموزان نیمه دوم دوره ابتدایی مدارس منتخب شهر تهران

بخش ۲-۲: طراحی و اجرای آزمایشی الگوی مقدماتی مداخله به منظور ارتقاء آمادگی اجتماعی برای برنامه های پیشگیری از چاقی دانش آموزان نیمه دوم دوره ابتدایی مدارس منتخب

بخش ۳-۲: ارزشیابی تأثیر مداخله بر ارتقاء آمادگی اجتماعی برای برنامه های پیشگیری از چاقی دانش آموزان نیمه دوم دوره ابتدایی مدارس منتخب

۴-۵-۱- زیر مطالعه ۱- تبیین ابعاد و طراحی ابزار سنجش میزان آمادگی اجتماعی

بخش ۱-۱: شناسایی ابعاد مدل آمادگی اجتماعی و تبیین مدل نهایی برای برنامه های پیشگیری از چاقی کودکان به روش دلفی

بخش ۱-۱: جامعه مورد بررسی، حجم نمونه و روش نمونه گیری:

جامعه مورد بررسی: جامعه هدف این مطالعه دلفی را متخصصان حوزه های مختلف شامل علوم تغذیه، آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، اپیدمیولوژی، اطفال و غدد اطفال، روان شناسی سلامت، سیاست گذاری سلامت و جامعه شناسی تشکیل می دهند.

روش نمونه گیری: در مطالعه حاضر انتخاب شرکت کنندگان بر اساس مراحل پنج گانه ای که توسط Delbecq ارائه شده است انجام خواهد شد (۶۹). بر اساس این راهنما، در مرحله اول رشته ها و تخصص ها و سازمان های مرتبط و کمک کننده در رسیدن به پاسخ تحقیق مشخص خواهد شد. در مرحله دوم اسامی افرادی که در هر یک از تخصص ها و یا سازمان های لیست شده در مرحله قبل صلاحیت بیشتری برای شرکت در مطالعه دارند مشخص می شود. در مرحله سوم با افراد مشخص شده در مرحله قبل تماس گرفته می شود و از آنها خواسته می شود افراد بیشتری را برای شرکت در مطالعه معرفی کنند. در چهارمین مرحله بر اساس میزان صلاحیت شرکت در مطالعه به افراد شرکت کننده بالقوه که بر اساس تخصص و یا سازمان مربوطه طبقه بندی شده اند، در هر طبقه رتبه داده می شود و در مرحله پنجم با توجه به فهرست طبقه بندی و رتبه بندی شده از متخصصان از افراد شرکت کننده برای شرکت به مطالعه دعوت خواهد شد و تا جایی این کار را ادامه خواهد یافت که حجم نمونه مورد نظر تامین شود.

حجم نمونه: در خصوص حجم نمونه مناسب برای مطالعه دلفی در متون موجود توافق نظر وجود ندارد. Delbecq و همکاران توصیه می کنند که محققین باید به دنبال حداقل حجم نمونه کافی بوده و باید بیشترین تمرکز را روی بررسی نتایج در دوره های پیگیری مطالعه دلفی باشند (۶۹). این محققان پیشنهاد می کنند زمانی که شرکت کنندگان دارای زمینه کاری هموژن و مشابه هستند مشارکت حدودا ۱۰ تا ۱۵ نفر می تواند کافی باشد. نتایج مطالعه مروری Ludwig و همکاران حاکی ازین است که حجم نمونه اکثر مطالعات دلفی بین ۱۵ تا ۲۰ نفر است (۷۰).

روش گردآوری داده ها: پس از انتخاب و دعوت از شرکت کنندگان و اعلام آمادگی آنها برای شرکت در مطالعه، دوره های مطالعه دلفی به ترتیب اجرا خواهد شد. پرسشنامه دوره اول، توسط پنلی متشکل از

متخصصین آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، علوم تغذیه، جامعه‌شناسی و اطفال طراحی خواهد شد. پرسشنامه دوره دوم و سوم بر اساس تحلیل داده‌های دوره قبلی طراحی می‌گردد. این پرسشنامه‌ها برای شرکت کنندگان ارسال خواهد شد و از شرکت کنندگان خواسته می‌شود که ظرف مدت یک هفته پرسشنامه را تکمیل و برای محققین ارسال نمایند.

در حالت ایده‌آل، دوره‌های روش دلفی باید تا جایی ادامه یابد که توافق بین شرکت کنندگان حاصل شود اما در عمل به دلیل محدودیت‌های زمانی و خسته شدن شرکت کنندگان این امر میسر نمی‌شود. معمولاً مطالعه دلفی به برگزاری ۲ تا ۴ دوره محدود می‌شود (شایع‌ترین شکل آن برگزاری ۳ دوره است) (۷۱). هیچ ایده و نظری کنار گذاشته نخواهد شد. همه بیانات و نظرات در دوره دوم استفاده خواهد شد و تا جای ممکن از جملات و کلمات شرکت کنندگان استفاده می‌شود. در دوره دوم شرکت کنندگان موافقت یا مخالفت خود را با این بیانات با استفاده از طیف لیکرت اعلام می‌کنند. نتایج دوره دوم برای دستیابی به توافق تحلیل خواهد شد. آیتم‌هایی که توافق بر سر آنها وجود نداشته مجدداً در دوره سوم به شرکت کنندگان ارائه خواهد شد (۷۱).

تحلیل داده‌ها: پرسشنامه دور اول مطالعه به صورت کمی و در صورت نیاز کیفی، تحلیل خواهد شد و میزان توافق افراد شرکت کننده در مورد تک تک آیتم‌های پرسشنامه محاسبه خواهد شد. مواردی که حداقل توافق مورد انتظار (۶۰ تا ۷۵ درصد) را کسب نکنند، برای طرح در دوره دوم انتخاب خواهند شد. نتایج دور دوم و سوم نیز به همین ترتیب تحلیل خواهد شد و بدین ترتیب مدل نهایی و بومی شده آمادگی اجتماعی استخراج می‌شود.

بخش ۱-۲: طراحی و اعتبار سنجی پرسشنامه سنجش آمادگی اجتماعی برای برنامه‌های

پیشگیری از چاقی دانش آموزان نیمه دوم دوره ابتدایی شهر تهران

این مرحله از مطالعه، یک مطالعه روانسنجی ابزار می‌باشد. در این مرحله، پرسشنامه آمادگی اجتماعی برای برنامه‌های پیشگیری از چاقی دانش آموزان طراحی و روایی آن در دانش آموزان نیمه دوم دوره ابتدایی دو منطقه متوسط شهر تهران مورد ارزیابی قرار می‌گیرد.

بخش ۱-۲- روش تحقیق، شرح عملیاتی و تفصیلی انجام کار:

طراحی پرسشنامه آمادگی اجتماعی: در این مطالعه ابزار ما پرسشنامه کیفی نیمه ساختار یافته‌ای است که سوالات اولیه این پرسشنامه بر اساس اجزای مدل نهایی آمادگی اجتماعی، نظر متخصصان و کتابچه راهنمای مدل (۳۱) تدوین خواهد شد. هر پرسشنامه، معمولاً غیر از سؤالات مربوط به ابعاد آمادگی اجتماعی، سوالاتی نیز در مورد متغیرهای اجتماعی و جمعیت شناختی خواهد داشت (پیوست ۲-۴) و در ابتدای پرسشنامه، یک مقدمه کوتاه در تشریح اهداف مطالعه گنجانده می‌شود (پیوست ۱)

تعیین روایی محتوا پرسشنامه سنجش آمادگی اجتماعی: روایی محتوا نشان می‌دهد که یک ابزار با چه دقتی جنبه‌های مختلف هر سازه را ارزیابی می‌کند. به عبارت دیگر روایی محتوا بیانگر این مسئله است که آیا سوالات مربوط به هر سازه واقعاً سازه مورد نظر را اندازه می‌گیرند یا پاسخ‌هایی که به سوالات داده می‌شود تحت تاثیر عواملی دیگری (به جز سازه مورد نظر) قرار می‌گیرد (۷۲). روایی محتوا با دو روش کمی و کیفی قابل ارزیابی است. اساس سنجش روایی محتوا با هر دو روش تحلیل قضاوت‌های پنلی از متخصصین در موضوع مورد نظر است (۷۳). تعیین تعداد متخصصین برای این مرحله تا حدودی دلخواهانه است. حداکثر تعداد نفرات مورد نیاز برای بررسی روایی محتوا تا کنون تعیین نشده است اما در مطالعات به ندرت بیش از ۱۰ نفر متخصص در سنجش روایی محتوا وارد شده‌اند (۷۴). در مطالعه حاضر قضاوت‌های ۵ تا ۱۰ نفر از متخصصان (بسته به میزان همکاری و دسترسی) در رشته‌های تغذیه، صنایع غذایی، جامعه‌شناسی و آموزش بهداشت تعیین کننده روایی محتوا خواهد بود. در روش کیفی نظرات متخصصین در خصوص دستور زبان، استفاده مناسب و صحیح از کلمات، ترتیب مناسب و درست کلمات در هر آیت، تکراری نبودن، وضوح عبارات و مفاهیم و امتیاز دهی صحیح در پرسشنامه اعمال خواهد شد (۷۵). به منظور سنجش روایی محتوا به روش کمی در مطالعات از دو شاخص استفاده شده است: ۱- نسبت روایی محتوا (CVR)^{۳۷} و ۲- نمایه روایی محتوا (CVI)^{۳۸}.

³⁷ Content Validity Ratio

³⁸ Content Validity Index

CVI در مطالعات به دو شکل قابل محاسبه است. در روش اول این نمایه برای تک تک آیتم های پرسشنامه محاسبه می شود که به آن I-CVI³⁹ گفته می شود. در روش دوم CVI برای کل پرسشنامه محاسبه شده و به طور خلاصه به آن S-CVI⁴⁰ گفته می شود. در روش اول از هیئت متخصصین خواسته می شود که نظر خود را در ارتباط با میزان مرتبط بودن (relevance) هر آیتم/سوال با سازه ی مورد نظر به صورت طیف لیکرت (۱: نا مرتبط، ۲: تا حدودی مرتبط ۳: مرتبط ۴: بسیار مرتبط) اعلام کنند. I-CVI با تقسیم تعدادی از متخصصین که به آیتم مورد نظر امتیاز ۳ و ۴ داده اند به تعداد کل متخصصین محاسبه خواهد شد. در خصوص مقادیر قابل قبول I-CVI، Lynn و همکاران پیشنهاد می کنند در صورتی که تعداد نفرات هیئت متخصصین ۵ نفر یا کمتر باشد مقدار I-CVI می بایست برابر ۱ باشد (به این معنی که در صورتی همه اعضا امتیاز ۳ یا ۴ به آیتم مورد نظر بدهند روایی محتوا آیتم تایید می شود). در صورتی که تعداد متخصصین بیشتر از پنج نفر باشد نیز مقادیر قابل قبول I-CVI بر اساس تعداد نفرات پنل متخصصین در مطالعه Lynn و همکاران آورده شده است (۷۶).

در خصوص S-CVI تعاریف مختلف و برداشت های مختلفی در خصوص نحوه محاسبه وجود دارد. در یک تعریف آمده است S-CVI عبارتست از "نسبت آیتم هایی از پرسشنامه که روایی محتوای آنها تایید شده است". با استناد به این تعریف در صورتی که در یک پرسشنامه ۱۰ آیتمی ۷ آیتم مقادیر قابل قبول I-CVI را کسب کرده باشند مقدار S-CVI برابر ۰/۷ خواهد بود. مقادیر قابل قبول برای S-CVI که با این تعریف محاسبه می شود ۰/۸ گزارش شده است. بر اساس تعریف دیگری S-CVI "عبارتست از میانگین مقادیر I-CVI آیتم های پرسشنامه". واضح است که مقادیر بدست آمده از دو روش مذکور الزاما برابر نخواهد بود (۷۵).

³⁹ CVI for item

⁴⁰ CVI for Scale

در مطالعه حاضر، به منظور سنجش روایی محتوی مقادیر I-CVI و S-CVI (با هر دو روش مذکور) محاسبه و در صورت لزوم به منظور افزایش روایی محتوی تغییراتی در پرسشنامه ایجاد خواهد شد. نسبت روایی محتوا (CVR) شاخص دیگری است که در برخی مطالعات به منظور کمی سازی روایی محتوی مورد استفاده قرار می گیرد (۷۶). نحوه محاسبه CVR به شکل زیر است:

$$CVR = [Ne - N/2] \div (N/2)$$

Ne: تعداد متخصصانی که امتیاز ۳ و ۴ را انتخاب نموده‌اند

N: تعداد کل متخصصان

بدلیل اینکه CVR به لحاظ مفهومی مشابه I-CVI است محاسبه هر دو شاخص ضروری به نظر نمی رسد،

لذا برای سنجش روایی محتوی در مطالعه حاضر به محاسبه I-CVI و S-CVI بسنده می کنیم.

تعیین روایی صوری پرسشنامه سنجش آمادگی اجتماعی: روایی صوری یا شکل پرسشنامه میزان متناسب

بودن، قابل فهم، ملموس و مرتبط بودن آیتم های پرسشنامه از منظر افرادی است که قرار است به

پرسشنامه پاسخ دهند (۷۷). به منظور سنجش روایی شکل در مطالعه حاضر پس از تدوین شکل اولیه

پرسشنامه، ۲ مدرسه ابتدایی (۱ دخترانه و ۱ پسرانه) در یک منطقه متوسط شهر تهران انتخاب و پرسشنامه

در اختیار تعدادی از افراد جمعیت مورد مطالعه (والدین دانش آموزان، معلمان و مربیان بهداشت) قرار

خواهد گرفت و در خصوص قابل فهم و ملموس بودن و متناسب و مرتبط بودن آیتم های پرسشنامه با

موضوع آمادگی اجتماعی در برنامه های پیشگیری از چاقی کودکان سوال خواهد شد. سپس بر اساس

بازخوردهای دریافتی، پرسشنامه مورد بازبینی و اصلاح قرار خواهد گرفت. پس از انجام این مرحله،

پرسشنامه، آماده اجرا جهت تعیین سطح آمادگی اجتماعی برای برنامه های پیشگیری از چاقی کودکان

است.

۴-۵-۲- زیر مطالعه ۲: طراحی و آزمون مداخله

بخش ۲-۱: تعیین وضعیت آمادگی اجتماعی برای برنامه های پیشگیری از چاقی دانش آموزان

نیمه دوم دوره ابتدایی مدارس منتخب شهر تهران

بخش ۲-۱: انتخاب مدارس و مصاحبه شوندگان کلیدی

روش نمونه‌گیری: از روش نمونه‌گیری تصادفی چند مرحله‌ای برای انتخاب مدارس ابتدایی استفاده خواهد شد. به این ترتیب که ابتدا با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای مناطق متوسط شهری به صورت تصادفی انتخاب شده سپس با روش نمونه‌گیری طبقه‌ای و سیستماتیک، مدارس ابتدایی دو منطقه متوسط شهر تهران انتخاب خواهند شد.

در این مطالعه، مصاحبه شوندگان کلیدی با روش نمونه‌گیری غیر تصادفی هدفمند انتخاب خواهند شد. منظور از مصاحبه شوندگان کلیدی، افرادی است که می‌توانند با دانش ویژه خود و درک و برداشتی که از موضوع مورد نظر دارند، بینش‌هایی را در مورد ماهیت آن موضوع ایجاد نمایند (۳۱). مصاحبه شوندگان کلیدی از بین اولیاء مدارس، مادران دانش‌آموزان و در صورت نیاز دانش‌آموزان نیمه دوم دوره ابتدایی انتخاب می‌شوند. در انتخاب مادران برای رعایت حداکثر تنوع، با مادران تأثیرگذار و مطلع از وضعیت و خط مشی مدرسه از گروه‌های مختلف سنی، سطوح مختلف تحصیلات، مادران دارای تجربه کودک چاق و مادران شاغل و خانه‌دار مصاحبه خواهد شد. برای انتخاب دانش‌آموزان نیز علاوه بر انتخاب دانش‌آموزان فعال و مطلع از خط مشی مدرسه، سعی می‌شود که برای رعایت حداکثر تنوع با دانش‌آموزان چاق و دارای وزن نرمال از پایه‌های مختلف تحصیلی و سطوح متفاوت اقتصادی-اجتماعی مصاحبه شود.

حجم نمونه: در این مرحله ۴ مدرسه ابتدایی دولتی (۲ مدرسه دخترانه و ۲ مدرسه پسرانه) دو منطقه متوسط شهر تهران انتخاب می‌شوند. همچنین تعداد مصاحبه شوندگان کلیدی بسته به موضوع و جامعه هدف متغیر است. اغلب اوقات انجام ۶ تا ۱۲ مصاحبه برای تعیین سطح آمادگی اجتماعی در هر جامعه کافی است (۳۱).

بخش ۲-۱: روش تحقیق، شرح عملیاتی و تفصیلی انجام کار:

انجام مصاحبه‌ها: پس از انتخاب مصاحبه شوندگان کلیدی، از پرسشنامه کیفی نیمه ساختار یافته‌ای که در بخش ۱-۲ تهیه شده است، برای انجام مصاحبه‌ها استفاده می‌شود. تخمین زده شده است که هر مصاحبه

بین ۶۰-۲۰ دقیقه طول می کشد. مصاحبه ها را می توان هم به صورت تلفنی و هم بصورت حضوری انجام داد.

در انجام مصاحبه به این نکات توجه می شود:

- در صورت امکان، مصاحبه ها به صورت حضوری انجام می شود، زیرا انجام مصاحبه ها به صورت حضوری، شانس بیشتری برای مصاحبه کننده جهت رویت حرکات بدن و واکنش های مصاحبه کننده ایجاد می کند و همچنین مصاحبه حضوری می تواند با گرفتن اطلاعات بهتر و کامل تری از مصاحبه شونده همراه باشد.
- مصاحبه گر باید در تمام مدت، بی طرف و منفعل می باشد.
- برای رسیدن به بیانات معتبری از آنچه که مصاحبه شونده در طول مصاحبه گفته است، با کسب اجازه از فرد پاسخ دهنده، مکالمات در طی مصاحبه ضبط می شود.
- قبل از مصاحبه مقداری در مورد موضوع مورد نظر و پروژه مربوطه، به فرد پاسخ دهنده اطلاعاتی داده خواهد شد، اما به هیچ عنوان سؤالات از قبل برای مصاحبه شونده فرستاده نمی شود، زیرا ممکن است آن فرد شروع به تحقیق در مورد موضوع مورد نظر کند و از قبل جواب هایی برای سؤالات آماده کند.
- در طول مصاحبه، مصاحبه شونده، برای گرفتن اطلاعات جزئی تر از طریق سوالات زیر ترغیب می شود:
- "می توانید لطفاً یک مثال در این مورد بیان کنید؟"
- "می توانید لطفاً بیشتر در مورد آنچه گفتید، صحبت کنید؟"
- "می توانید لطفاً منظور خود را از آن چه که گفتید بیان کنید؟"
- سعی می شود که مصاحبه شونده در طول مدت مصاحبه در مسیر مورد نظر حفظ شود تا بتواند به درستی به سوالات پاسخ دهد.

- عبارات فرد مصاحبه شونده برای اطمینان از برداشت درست خود، تکرار نمی شود. مثلاً چنین جملاتی تکرار نمی شود: "آیا شما گفتید که جامعه واقعاً به این موضوع اعتقادی ندارد و بنابراین برای متوقف کردن آن کاری انجام نمی دهید".
- مصاحبه گر قبل از انجام اولین مصاحبه با افراد دیگر تمرین می کند و اشکالات خود را برطرف می سازد.

رونویسی و امتیاز دهی مصاحبه ها: پس از انجام مصاحبه، مصاحبه ها عیناً و کلمه به کلمه، رونویسی خواهند شد. هر مصاحبه باید برای تعیین سطح آمادگی در هر یک از ابعاد مدل نهایی آمادگی اجتماعی، امتیاز بندی شود. دو نفر به طور مستقل و جداگانه این کار را انجام می دهند. امتیاز دهندگان باید از قبل بر فرایند امتیاز دهی، ابعاد مدل، مراحل آن و ... تسلط کافی داشته باشند. بعلاوه باید هر گونه شناسه‌ای مانند اسم، سن و ... که در مورد فرد مصاحبه شونده وجود دارد، قبل از امتیاز بندی حذف شود. قبل از شروع امتیاز دهی باید یک بار به طور کامل مصاحبه را گوش کرد، زیرا این کار یک آشنایی کلی در مورد مصاحبه، به فرد امتیاز دهنده می دهد.

برای امتیاز دهی باید رنگ های مختلف انتخاب شود و هر رنگ به یک بعد از ابعاد مدل اختصاص داده شود و برای هر فرد مصاحبه شونده، جملات شاخص مربوط به سوالات هر بعد (پیوست ۵) را با همان رنگ مربوطه در صفحه ای وارد کرد. سپس در یک صفحه خالی امتیاز بندی، امتیاز مربوط به هر بعد و برای هر مصاحبه را پس از توافق امتیازها بین دو فرد امتیاز دهنده نوشت.

از بعد آگاهی در مورد تلاش ها و برنامه ها آغاز می کنیم. از قبل باید مقیاس های مرجع در مورد بعد آگاهی از تلاش ها و برنامه ها (از طریق مطالعه کتابچه راهنمای مرکز سه قومیتی کلورادو) را بخوانیم تا با مفاهیم مرجع در این بعد آشنا شویم. بعد جملات مربوط به آن را می خوانیم و از جملات شاخص آن بعد استفاده می کنیم و براساس مقیاس امتیاز بندی مرجع که در کتابچه راهنما موجود است، امتیاز مربوط به آن را انتخاب می کنیم. برای ابعاد دیگر هم همین کار را انجام می دهیم. مجبور به استفاده از اعداد کامل نیستیم.

اگر فکر می کنیم جامعه ای از یک بیانیه فراتر رفته اما کاملاً به بیانیه‌ای که مرحله بالاتر را نشان می دهد، نرسیده است، می توان امتیازی را که بین دو سطح است، به این بعد اختصاص داد (۳۱).

محاسبه میانگین امتیاز در هر یک از ابعاد و امتیاز کلی آمادگی اجتماعی: وقتی که امتیازها (پس از توافق بین دو فرد امتیاز دهنده)، محاسبه شد، جدولی مانند جدول زیر، خواهیم داشت. فرض می کنیم ۶ نفر مصاحبه شونده داریم:

#۶	#۵	#۴	#۳	#۲	#۱	
۳	۴	۳	۲/۵	۴	۳	تلاش های اجتماعی
۳/۵	۳	۲/۵	۲	۴/۲۵	۳	آگاهی از تلاش ها و برنامه ها
۴	۲/۵	۳	۲	۳/۵	۳/۵	رهبری
۳	۴	۳/۲۵	۱/۵	۲/۵	۳/۵	جو اجتماعی
۳/۵	۳	۲/۵	۳	۲/۵	۲/۵	دانش اجتماعی در مورد موضوع
۳/۵	۴	۳	۲/۵	۳/۵	۲	منابع

برای مثال این جدول نشان می دهد که برای مصاحبه شونده شماره ۳، امتیاز رهبری ۲ است. با جمع زدن اعداد هر بعد و تقسیم کردن آن بر تعداد مصاحبه شوندگان، میانگین امتیاز در آن بعد محاسبه می شود. مثلاً:

میانگین	#۶	#۵	#۴	#۳	#۲	#۱	
۳/۰۴	۳/۵	۳	۳/۵	۲	۴/۲۵	۴	آگاهی از تلاش ها و برنامه ها

برای محاسبه امتیاز آمادگی اجتماعی کلی، میانگین امتیاز محاسبه شده برای هر بعد را با هم جمع می‌کنیم و بر تعداد ابعاد، تقسیم می‌کنیم.

میانگین	#۶	#۵	#۴	#۳	#۲	#۱	
۳/۲۵	۳	۴	۳	۲/۵	۴	۳	تلاش های اجتماعی
۳/۰۴	۳/۵	۳	۲/۵	۲	۴/۲۵	۳	آگاهی از تلاش ها و برنامه ها
۳/۰۸	۴	۲/۵	۳	۲	۳/۵	۳/۵	رهبری
۲/۹۵	۳	۴	۳/۲۵	۱/۵	۲/۵	۳/۵	جو اجتماعی
۲/۸۳	۳/۵	۳	۲/۵	۳	۲/۵	۲/۵	دانش اجتماعی در مورد موضوع
۳/۰۸	۳/۵	۴	۳	۲/۵	۳/۵	۲	منابع
۳/۰۳	امتیاز کلی آمادگی اجتماعی						

در نهایت جدولی مانند زیر خواهیم داشت:

مرحله آمادگی	سطح آمادگی	بعد
آگاهی مبهم	۳/۲۵	تلاش های اجتماعی
آگاهی مبهم	۳/۰۴	آگاهی از تلاش ها و برنامه ها
آگاهی مبهم	۳/۰۸	رهبری
تکذیب/مقاومت	۲/۹۵	جو اجتماعی
تکذیب/مقاومت	۲/۸۳	دانش اجتماعی در مورد موضوع
آگاهی مبهم	۳/۰۸	منابع
آگاهی مبهم	۳/۰۳	امتیاز کلی

پس از تکمیل امتیاز بندی همه مصاحبه‌ها، امتیاز هر یک از این ۴ مدرسه ابتدایی، در هر یک از ابعاد مدل نهایی و امتیاز کلی آمادگی اجتماعی برای برنامه های پیشگیری از چاقی دانش آموزان نیمه دوم دوره ابتدایی مشخص می‌شود. در انتها باید گزارشی در مورد این امتیازها، معانی آنها و تم های اصلی هر بعد

نوشته شود. در واقع امتیاز بندی این مصاحبه های کیفی، امکان مقایسه سطح آمادگی اجتماعی بین این مدارس بر اساس جنسیت را فراهم می کند.

بخش ۲-۲: طراحی و اجرای مقدماتی الگوی مداخله به منظور ارتقاء آمادگی اجتماعی برای برنامه های پیشگیری از چاقی دانش آموزان نیمه دوم دوره ابتدایی در مدارس منتخب

بخش ۲-۲: طراحی الگوی مداخله مقدماتی

بخش ۲-۲: روش تحقیق ، شرح عملیاتی و تفضیلی انجام کار:

تنظیم اهداف کلی: در واقع هدف کلی (اصلی) بیان مقاصد یا نتایجی است که انتظار (آرزو) داریم پس از انجام یکسری فعالیت های مرتبط به آنها دست یابیم. اولین کاری که باید در این مرحله انجام شود، این است که باید به توزیع امتیازها در هر یک از ابعاد آمادگی اجتماعی توجه کرد. آیا توزیع امتیازها در هر یک از ابعاد نسبتاً یکسان (مانند مثالی که در بالا ذکر شده است) است و یا از توزیع متفاوتی برخوردار است؟ مهم این است که هدف طوری تنظیم شود که بتواند سطح آمادگی اجتماعی را در بعدی که کمترین امتیاز را دارد و همچنین از اهمیت بالاتری برخوردار است، افزایش دهد (۳۱). مثلاً اگر امتیازها به صورت زیر باشد:

- تلاش های اجتماعی.....۳
- آگاهی از تلاش ها۲
- رهبری.....۲
- جو اجتماعی.....۲
- دانش در مورد موضوع.....۴
- منابع.....۳

با توجه به اینکه سه بعد آگاهی از تلاش های اجتماعی، رهبری و جو اجتماعی از کمترین امتیازها برخوردار است، بنابراین اهداف کلی و اختصاصی باید به گونه ای تنظیم شوند که بتواند سطح آمادگی در این ابعاد را افزایش دهد.

تنظیم اهداف اختصاصی و شناسایی مخاطب هدف: با اطلاعاتی که تا این مرحله جمع‌آوری شده است، می-

توان اهداف اختصاصی را جهت دستیابی به هدف کلی برنامه تنظیم کرد. در واقع یک هدف اختصاصی، عبارت واضح و روشنی از فعالیت های ویژه ای است که برای دستیابی به هدف کلی مورد نیاز است. اهداف اختصاصی باید امکان پذیر، قابل قبول، قابل انعطاف و قابل اندازه گیری باشد. در تنظیم اهداف اختصاصی، درک سطح آمادگی اجتماعی در هر بعد و شناسایی درست مخاطب هدف بسیار مهم است، زیرا باید اهداف متناسب با سطح آمادگی اجتماعی و مخاطب هدف برنامه تنظیم شود (۳۱). مثلاً اینکه این مخاطب به کدام گروه سنی، جنسی، طبقه اجتماعی- اقتصادی، سازمان و ... تعلق دارد. مخاطب هدف در این مطالعه می‌تواند اولیاء این مدارس، مادران دانش آموزان و دانش آموزان باشد که در زمان طراحی مداخلات با توجه به امکانات و شرایط، مخاطب هدف انتخاب خواهد شد.

شناسایی استراتژی ها و اقدامات و منابع: پس از تنظیم اهداف اختصاصی بر اساس هدف کلی و متناسب با

سطح آمادگی اجتماعی و مخاطب هدف، نوبت به آن می‌رسد که استراتژی (راهبرد) های مناسب شناسایی شود. استراتژی، رویکرد یک سیستم یا سازمان در تعیین اقدامات عملیاتی جهت دستیابی به اهداف یا آرمان تعیین شده است و یا به عبارتی دیگر جهت‌گیری یک سیستم یا سازمان در حرکت از وضع موجود به سمت وضعیت مطلوب آینده است. در واقع استراتژی ها بر اساس اهداف اختصاصی و منابع در دسترس تنظیم می‌شود. در واقع در این مرحله باید لیستی از استراتژی های مطلوب بر اساس اهداف اختصاصی مورد نظر و همچنین منابع در دسترس تهیه کرد و سپس بهترین استراتژی ها را براساس بودجه، زمان، نیاز جمعیت هدف، مهارت اعضاء و ... انتخاب کرد (۷۸). شناسایی منابع (حمایت‌های مالی، نیروی انسانی، محیط فیزیکی، ابزار، مهارت، ...) بسیار مهم است. امتیازهای آمادگی اجتماعی (بخش ۲-۱ مطالعه) می‌تواند به ما هم در شناسایی منابع و هم در شناسایی استراتژی ها کمک کند.

پس از تنظیم استراتژی‌ها، اقدامات عملیاتی بر اساس این استراتژی‌ها تنظیم می‌شود. مثال هایی از اهداف اختصاصی و استراتژی‌های متناسب با آن جهت افزایش سطح آمادگی اجتماعی در جدول زیر آورده شده است.

جدول ۴- ۱: برخی از اهداف و استراتژی های مطلوب مراحل آمادگی اجتماعی (۲۸ و ۳۱)

مرحله آمادگی اجتماعی	هدف اختصاصی	برخی از استراتژی های مطلوب
۱- عدم آگاهی	افزایش آگاهی در مورد موضوع	- دیدارهای چهره به چهره با رهبران و اعضای جامعه - تشکیل و یا تجدید گروه های کوچک اطلاع رسان - برقراری تماس های تلفنی با دوستان و حمایت کنندگان بالقوه
۲- تکذیب	افزایش آگاهی در مورد اینکه آن مسئله یا موضوع در جامعه وجود دارد	- ادامه دیدارهای چهره به چهره و تشویق و حمایت افرادی که قول همکاری داده اند - بحث های توصیفی در مورد رخدادهای محلی مربوط به موضوع - رویکردهای آموزشی/ توسعه برنامه های سلامت به صورت پوستر، بروشور و .. - نصب مقالاتی بر روی تابلو اعلانات در مدارس و محل های عمومی
۳- آگاهی مبهم	افزایش آگاهی در مورد اینکه جامعه می تواند کاری انجام دهد	- ارائه اطلاعات در رویدادهای اجتماعی محلی و گروه های اجتماعی غیر مرتبط - ارسال تیزر، پوستر و غیره - اقدام برای ارائه اطلاعات در مورد آن موضوع - مصاحبه ها با افرادی از جامعه به وسیله تلفن یا بصورت حضوری - شعار رسانه ای مانند: «جامعه ما می تواند جهان را تغییر دهد»
۴- پیش برنامه ریزی	افزایش آگاهی با ایده های محکم برای مبارزه	- معرفی اطلاعات در مورد موضوع از طریق ارائه های شفاهی و رسانه ای - ملاقات ها و توسعه حمایت از رهبران جامعه در مورد آن موضوع خاص - مرور تلاش های موجود در جامعه (برنامه ها، فعالیت ها و برنامه های آموزشی) - مرور تلاش های موجود در جامعه و ارزیابی درجه موفقیت آنها - برگزاری بحث های "گروه تمرکز"^{۴۱} جهت بحث در مورد موضوع و توسعه استراتژی ها
۵- آماده سازی	جمع آوری اطلاعات موجود برای کمک به تدوین استراتژی های برنامه	- انجام بررسی های اجتماعی - حمایت از یک گرایش اجتماعی برای شروع تلاش های خود - ارائه آمارهای دقیق محلی - تعیین و اطلاع رسانی در مورد هزینه هایی که آن مشکل برای جامعه دارد - استفاده از رهبران کلیدی و افراد تاثیرگذار برای صحبت با گروه هایی که در رسانه های جمعی شرکت می کنند
۶- شروع	تهیه اطلاعات خاص جامعه	- انجام آموزش های خدماتی به افراد حرفه ای و فوق حرفه ای - شرکت در نشست ها جهت به روز رسانی تلاش ها در حال انجام - انجام مصاحبه ها با مشتریان جهت تعیین شکاف های خدماتی و بهبود خدمات موجود - انجام تحقیقات اینترنتی و کتابخانه ای برای بدست آوردن منابع مورد نیاز

⁴¹Focus Group

• برنامه ریزی رویدادهای اجتماعی برای حفظ حمایت از موضوع • انجام آموزش هایی برای متخصصین اجتماعی • انجام آموزش هایی برای اعضای جامعه • معرفی برنامه های ارزیابی از طریق آموزش، مقالات و روزنامه ها • برگزاری نشست های فصلی جهت مرور پیشرفت ها و تعدیل استراتژی ها	تثبیت تلاش ها و برنامه ها	۷- تثبیت
• تهیه یک پروفایل ارزیابی خطر اجتماعی • انتشار یک فهرست راهنمای خدماتی برنامه ی محلی شده • حفظ یک پایگاه جامع از داده ها • آغاز تغییرات سیاسی از طریق جلب حمایت مسئولین محلی	گسترش و تقویت خدمات	۸- تأیید و گسترش
• درگیر کردن سرمایه گذاران محلی جامعه و درخواست حمایت های مالی از آنها • تهیه منابع مالی متعدد • ادامه آموزش های پیشرفته حرفه ای و فوق حرفه ای • ادامه ارزیابی ها در مورد موضوع و پیشرفت های به عمل آمده	حفظ حرکت و ادامه رشد	۹- سطح بالایی از مالکیت جامعه

طراحی الگوی مداخله مقدماتی: در این مرحله الگوی مداخله متناسب با امتیاز آمادگی اجتماعی مدارس،

نوع استراتژی تعیین شده، زمان و منابع در دسترس به صورت مقدماتی طراحی می شود. مداخلات تنها

برای ۲ مدرسه ابتدایی (۱ مدرسه پسرانه و ۱ مدرسه دخترانه)، طراحی می شود و برای ۲ مدرسه دیگر (۱

مدرسه پسرانه و ۱ مدرسه دخترانه) مداخله ای طراحی نمی شود

بخش ۲-۲: اجرای الگوی مداخله مقدماتی

در این بخش از مطالعه با یک رویکرد مداخله- کنترل، مداخلات طراحی شده در ۲ مدرسه ابتدایی به مدت

۴ ماه اجرا می شود. برای ۲ مدرسه دیگر مداخله ای اجرا نمی شود و این مدارس، بعنوان شاهدی برای

مداخلات هستند.

بخش ۲-۳: ارزشیابی تأثیر مداخله بر ارتقاء آمادگی اجتماعی برنامه های پیشگیری از چاقی در

دانش آموزان نیمه دوم دوره ابتدایی مدارس منتخب

در این مرحله از مطالعه تأثیر مداخله انجام شده بر افزایش سطح آمادگی اجتماعی برنامه های پیشگیری از

چاقی دانش آموزان نیمه دوم دوره ابتدایی ۲ مدرسه مداخله، مورد ارزشیابی قرار می گیرد. به عبارتی دیگر از

طریق مصاحبه‌های چهره به چهره و یا تلفنی با همان مصاحبه‌شوندگان کلیدی (بخش ۲-۱) و با استفاده از همان پرسشنامه ای که از قبل تهیه کرده‌ایم، آمادگی اجتماعی پس از ۴ ماه مداخله دوباره امتیاز بندی می‌شود. روش، قواعد و اصول همانند بخش ۲-۱ است. برای ۲ مدرسه کنترل نیز پس از گذشت ۴ ماه، از طریق مصاحبه با همان مصاحبه شوندگان کلیدی و همان پرسشنامه، امتیاز آمادگی اجتماعی برای برنامه‌های پیشگیری از چاقی دانش آموزان نیمه دوم دوره ابتدایی، محاسبه می شود و با امتیازات به دست آمده از ۲ مدرسه مداخله، مقایسه می‌شود و بدین گونه اثر بخشی مداخلات بر افزایش سطح آمادگی اجتماعی مورد ارزیابی قرار می گیرد.

۱- جدول زمان بندی برنامه تحقیق (شامل مهمترین مراحل طرح و تعیین زمان ارائه گزارش های پیشرفت)

ردیف	شرح هر یک از فعالیت های اجرایی طرح به تفکیک و ارائه گزارش پیشرفت	طول مدت (ماه)	ماه																							
			۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵	۱۶	۱۷	۱۸	۱۹	۲۰	۲۱	۲۲	۲۳	۲۴
۱	انتخاب و هماهنگی با متخصصین	۰/۵	←																							
۲	اجرای بخش ۱-۱	۲/۵		←																						
۳	تحلیل داده ها و تبیین مدل نهایی	۱/۵			←																					
۴	ارائه گزارش پیشرفت	-																								
۵	طراحی و اعتبار سنجی پرسشنامه	۱/۵				←																				
۶	ارائه گزارش پیشرفت	-																								
۷	هماهنگی با آموزش و پرورش	۰/۵				←																				
۸	شناسایی مدارس و مصاحبه شنوندگان کلیدی	۰/۵				←																				
۹	انجام مصاحبه ها	۳					←																			
۱۰	تحلیل و امتیاز بندی مصاحبه ها	۱						←																		
۱۱	ارائه گزارش پیشرفت	-																								
۱۲	طراحی مداخله	۱/۵					←																			
۱۳	انجام مداخلات	۴							←																	
۱۴	انجام مصاحبه ها	۲						←																		
۱۵	تحلیل و امتیاز بندی مصاحبه ها	۱							←																	
۱۶	نگارش گزارش	۲				←																				

																								پایانی	
←																							۱/۵	نوشتن مقالات	۱۷

۶- جدول بودجه بندی طرح

۶-۱- نیروی انسانی

ردیف	نوع فعالیت	عنوان شغل	تعداد افراد	ساعات مورد نیاز	حق الزحمه در ساعت (ریال)	جمع (ریال)
۱.	تکمیل پرسشنامه ها و انجام مصاحبه	کارشناس تغذیه و کارشناس ارشد تغذیه	۸	۲۵۰	۱۲۰۰۰۰	۳۰۰۰۰۰۰۰
۲.	استخراج داده ها و وارد کردن آنها به رایانه	کارشناس ارشد تغذیه	۴	۱۷۰	۱۲۰۰۰۰	۲۰۴۰۰۰۰۰
جمع (ریال)						۵۰۴۰۰۰۰۰

۶-۲- هزینه آزمایشات و خدمات تخصصی که توسط دیگر مؤسسات صورت می گیرد:

ردیف	موضوع آزمایش یا خدمات تخصصی	مرکز سرویس دهنده	تعداد کل دفعات	هزینه برای هر دفعه (ریال)	جمع (ریال)
۱.	-----				
۲.	-----				
جمع (ریال)-----					

۴-۶- فهرست وسایل و مواد مصرفی که باید خریداری شود :

ردیف	نام دستگاه و یا مواد	شرکت سازنده و یا فروشنده	کشور	آیا در ایران موجود است؟	تعداد لازم	قیمت واحد (ریال)	قیمت کل (ریال)
۱.	کاغذ	بعدا مشخص خواهد شد	ایران	بله	۱۰ بسته	۱۰۰۰۰۰	۱۰۰۰۰۰۰
۲.	خودکار	بعدا مشخص خواهد شد	ایران	بله	۲۵ عدد	۲۵۰۰۰	۶۲۵۰۰۰
۳.	زیر دستی پرسشگر	بعدا مشخص خواهد شد	ایران	بله	۵ عدد	۵۰۰۰۰	۲۵۰۰۰۰
۴.	غلط گیر	بعدا مشخص خواهد شد	ایران	بله	۱۰	۴۰۰۰۰	۴۰۰۰۰۰
۵.	پاکت	بعدا مشخص خواهد شد	ایران	بله	۹	۲۰۰۰۰	۱۸۰۰۰۰
۶.	کلاسور	بعدا مشخص خواهد شد	ایران	بله	۱۰	۱۰۰۰۰۰	۱۰۰۰۰۰۰
جمع (ریال)							۳۴۵۵۰۰۰

۶-۵- هزینه مسافرت (در صورت لزوم):

ردیف	مقصد	تعداد مسافرت در مدت اجرای طرح و منظور آن	نوع وسیله نقلیه	تعداد افراد	هزینه (ریال)
۱.	تهران	۱۲۷ ساعت مسافرت داخل شهری برای پرسشگری و مصاحبه ها	آژانس	۱	۱۳۵۰۰۰
جمع (ریال)					۱۷۱۴۵۰۰۰

۶-۶- هزینه های تکثیر و تایپ:

ردیف	نوع هزینه	هزینه (ریال)
۱	هزینه های تکثیر پرسشنامه ها برای مطالعه کیفی و مداخلات	۴۰۰۰۰۰۰
۲	هزینه های تایپ و پرینت و تکثیر پروپوزال و گزارش مرحله اول و دوم و سوم و چهارم	۷۰۰۰۰۰۰
۳	هزینه های تایپ و پرینت و تکثیر و صحافی گزارش نهایی در ۶ نسخه برای معاونت پژوهشی انستیتو تحقیقات تغذیه	۱۲۰۰۰۰۰۰
جمع (ریال)		۲۳۰۰۰۰۰۰

۶-۷- هزینه کتب نشریات و مقالات:

ردیف	نوع هزینه	هزینه (ریال)
۱.	هزینه چاپ مقالات	۲۶۰۰۰۰۰۰
۲.	سایر	-----
جمع (ریال)		۲۶۰۰۰۰۰۰

۶-۸- جمع هزینه های طرح :

ردیف	نوع هزینه	جمع (ریال)
۱.	جمع نیروی انسانی (جدول شماره ۱)	۵۰۴۰۰۰۰۰
۲.	جمع هزینه های آزمایشات و خدمات تخصصی (جدول شماره ۲)	-----
۳.	جمع هزینه های وسایل و مواد مصرفی (جدول شماره ۳)	۳۴۵۵۰۰۰
۴.	جمع هزینه های وسایل و مواد غیرمصرفی (جدول شماره ۴)	-----
۵.	جمع هزینه های مسافرت (جدول شماره ۵)	۱۷۱۴۵۰۰۰
۶.	جمع هزینه های تکثیر و تایپ (جدول شماره ۶)	۲۳۰۰۰۰۰۰
۷.	هزینه کتب نشریات و مقالات (جدول شماره ۷)	۲۶۰۰۰۰۰۰
	جمع کل (ریال)	۱۲۰۰۰۰۰۰۰

۶-۹- هزینه های طرح به تفکیک سال های اجرا:

جمع	جمع هزینه ها					هزینه
	سال اول	سال دوم	سال سوم	سال چهارم	سال پنجم	
۵۰۴۰۰۰۰۰	۳۰۰۰۰۰۰۰	۲۰۴۰۰۰۰۰	---	---	---	هزینه پرسنلی
-----	-----	-----	-----	-----	-----	هزینه های آزمایشات و خدمات تخصصی
۳۴۵۵۰۰۰	۲۵۴۰۰۰۰	۹۱۰۰۰۰	-----	-----	-----	هزینه های وسایل و مواد
۱۷۱۴۵۰۰۰	۱۰۰۰۰۰۰	۷۱۴۵۰۰۰	-----	-----	-----	هزینه های مسافرت
۲۳۰۰۰۰۰۰	۱۰۰۰۰۰۰۰	۱۳۰۰۰۰۰۰	-----	-----	-----	هزینه های تایپ و تکثیر
۲۶۰۰۰۰۰۰	-	۲۶۰۰۰۰۰۰	-----	-----	-----	هزینه کتب نشریات و مقالات
۱۲۰۰۰۰۰۰۰						جمع کل (ریال)

۷- فرم اظهارنامه پژوهشگر و ارزیابی اخلاق در پژوهش.

موضوع پژوهش: " تعیین وضعیت و طراحی و آزمون مداخله آمادگی اجتماعی برای پیشگیری از

چاقی کودکان در مدارس ابتدایی شهر تهران"

نام مجری/مجریان: دکتر نسرين اميدوار-دکتر پريسا اميري- مهديه نيکنام

محل اجرای پژوهش: مدارس شهر تهران

نظر کمیته اخلاق در پژوهش انستیتو	بله	خیر
..... ..	☒	☐
۱- آیا باورها، رفتارها، سنتهای جامعه و موازین شرعی رعایت شده است؟		
..... ..	☒	☐
۲- آیا در تمام مراحل عدم وجود مطالب زننده و غیر متعارف رعایت شده است؟		
..... ..	☒	☐
۳- آیا در بازنگری مدارک رعایت صداقت و امانت شده است؟		
..... ..	☒	☐
۴- آیا از منابع معتبر و مورد تأیید استفاده گردیده است؟		
..... ..	☒	☐
۵- آیا از جدیدترین روشهای پژوهش استفاده شده است؟		
..... ..	☒	☐
۶- آیا روشهای بکار رفته فاقد اثرات سوء جسمی و روحی هستند؟		
..... ..	☒	☐
۷- آیا رعایت آزادی فردی آزمودنی یا بیمار شده است؟		
..... ..	☒	☐
۸- آیا فرم رضایت آگاهانه تنظیم شده و به امضای افراد خواهد رسید؟ (یک نسخه از فرم مزبور را ضمیمه کنید)		
..... ..	☒	☐
۹- آیا ضرر و زیان ناشی از پژوهش کمتر از منافع آن است؟		
..... ..	☒	☐
۱۰- آیا خسارات ناشی از صدمات جسمی یا زیان مالی ناشی از پژوهش که ممکن است ناخواسته به افراد مورد بررسی وارد شود، جبران خواهد شد؟		
..... ..	☒	☐
۱۱- آیا حقوق افراد صغیر و یا کسانی که قییم لازم دارند حفظ شده است؟		
..... ..	☒	☐
۱۲- آیا قرار گرفتن تصادفی آزمودنی در گروه شاهد و استفاده از دارونما به اطلاع وی خواهد رسید؟	☐	☐
..... ..	☐	☐
۱۳- آیا با قرار گرفتن آزمودنی در گروه شاهد و یا تجویز دارونما، آزمودنی کماکان دارای حق بهره‌مندی از خدمات ضروری است؟	☐	☐
..... ..	☒	☐
۱۴- آیا اطلاعات مربوط به افراد مورد بررسی محرمانه باقی خواهد ماند؟		

..			
..... ..	☐	■	۱۵- آیا کلیه اهداف و روش های اجرای پژوهش و نوع مداخله احتمالی از پژوهش به کمیته اخلاق در پژوهش اعلام شده است؟
..... ..	☐	■	۱۶- آیا کلیه اطلاعات لازم در خصوص اهداف، روش های اجرای پژوهش، نوع مداخله احتمالی و نتایج حاصل از آن به اطلاع آزمودنی خواهد رسید؟
..... ..	☐	■	۱۷- آیا به آزمودنی در مورد حق انصراف و خروج از پژوهش آگاهی کافی داده خواهد شد؟

تاریخ

امضاء مجری/مجریان

- نظر نهایی کمیته اخلاق در پژوهش انستیتو در مورد رعایت اصول اخلاقی در پژوهش:

در جلسه مورخ..... کمیته اخلاق مورد تایید قرار گرفت

امضاء دبیر کمیته اخلاق در پژوهش انستیتو

۸- فهرست منابع

- 1) Obesity and overweight. World health organization. (Accessed in May 2014, 20, at <http://www.who.int/topics/obesity/en>).
- 2) Ogden CL, Carroll MD, Kit BK, Flegal KM. Prevalence of obesity trends in body mass index among US children and adolescents, 1999–2010. JAMA 2012; 307(5):483–90.
- 3) Stice E, Shaw H, Marti CN. A Meta-Analytic Review of Obesity Prevention Programs for Children and Adolescents: The Skinny on Interventions that Work. Psychol Bull 2006; 132(5):667-91.
- 4) Pratt CA, Boyington J, Esposito L, Pemberton VL, Bonds D, Kelly M, et al. Childhood obesity prevention and treatment research (COPTR): intervention addressing multiple influences in childhood and adolescent obesity. Contemp Clin Trials 2013; 36:406-413.
- 5) Hamid A, Fakhrzadeh, H, Moayyeri, A, Pourebrahim, R, Heshmat R, Noori M et al. Obesity and associated cardiovascular risk factors in Iranian children: A cross-sectional study. Pediatrics International: Official Journal of Japan Pediatric Society, 48(6), 566–571.
- 6) Consultation World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. World Health Organization technical report series. 2000. Available from: http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/.
- 7) Bambra CL, Hillier FC, Moore HJ, Summerbell CD. Tackling inequalities in obesity: a protocol for a systematic review of the effectiveness of public health interventions at reducing socioeconomic inequalities in obesity amongst children. Syst Rev 2012; 1:16.
- 8) Kopelman PG. Obesity as a medical problem. Nature 2000; 404(6778):635–43.
- 9) Wofford LG. Systematic review of childhood obesity prevention. J Pediatr Nurs 2008 Feb; 23(1):5-19.
- 10) Dobson AJ, Evans A, Ferrario M, Kuulasmaa KA, Moltchanov VA, Sans S, Tunstall-Pedoe H, Tuomilehto JO, Wedel H, Yarnell J: Changes in estimated coronary risk in the

1980s: data from 38 populations in the WHO MONICA Project. *Ann Med* 1998; 30(2):199–205.

11) Hatami M, MohdTabi MN, Jamaluddin R, Abu Saad H, Djazayery A, Chamari M, et al. Dietary factors as the major determinants of overweight and obesity among Iranian adolescents. A cross-sectional study. *Appetite* 2014; 82:194-201.

12) Rashidi A, Mohammadpour-Ahramjani B, Karandish M, Vafa MR, Hajifaraji M, Ansari F, et al. Obese and female adolescents skip breakfast more than their non-obese and male peers. *Central European Journal of Medicine* 2007; 2(4), 481–487.

13) Esmaili H, Bahreynian M, Qorbani M, Esmaeel Motlagh M, Ardalan G, Heshmat R, et al. Prevalence of general and abdominal obesity in a nationally representative sample of Iranian children and adolescents: the CASPIAN-IV STUDY. *Iran J Pediatr* 2015; 25(3):e401.

14) Misra A, Shah P, Goel K, Hazra DK, Gupta R, Seth P, et al. The high burden of obesity and abdominal obesity in urban Indian schoolchildren: a multicentric study of 38,296 children. *Ann Nutr Metab* 2011; 58:203–211.

15) Gupta N, Goel K, Shah P, Misra A. Childhood obesity in developing countries: epidemiology, determinants, and prevention. *Endocrine Reviews* 2010; 33(1):48-70.

16) Kesten JM, Griffiths PL, Cameron N. A systematic review to determine the effectiveness of interventions designed to prevent overweight and obesity in pre-adolescent girls. *Obesity Rev* 2011; 12(12):997-1021.

17) Ayatollahi SM, Mostajabi F. Prevalence of obesity among schoolchildren in Iran. *Obes Rev* 2007; 8: 289–291.

18) McLeroy KR, Bibeau D, Steckler A, Glanz K. An ecological perspective on health promotion programs. *Health Educ Q* 1988; 15: 351–377.

19) Han JC, Lawlor DA, Kimm SY. Childhood obesity. *Lancet* 2010; 375: 1737–1748.

- 20) Kesten JM, Cameron N, Griffiths L. Assessing community readiness for overweight and obesity prevention in pre-adolescent girls: a case study. *BMC Public Health* 2013; 3:1205.
- 21) Waters E, Silva-Sanigorsky A, Burford BJ, Brown T, Campbell KJ, Gao Y, et al. Interventions for preventing obesity in children. *Sao Paulo Med J* 2014; 132(2):128-9.
- 22) Bleich SN, Segal J, Wu Y, Wilson R, Wang Y. Systematic review of community-based childhood obesity prevention studies. *Pediatrics* 2013; 132:e201.
- 23) Cowgill BO, Chung P, Thompson L, Elijah J, Lamb SH, Garcia V, et al. Parents views on engaging families of middle school students in obesity prevention and control in a multiethnic population. *Prev Chronic Dis* 2014; 11:130138.
- 24) Donnermeyer JF, Plested BA, Edwards RW, Oetting G, Littlethunder L. Community readiness and prevention programs. *J Community Dev Soc* 1997; 28(1).
- 25) Findbolt N. Application of the community readiness model for childhood obesity prevention. *Public Health Nurs* 2008; 24(6):565-570.
- 26) Edwards RW, Jumper-Thurman P, Plested BA, Oetting ER, Swanson L. Community readiness: research to practice. *J of Community Psychol*. 2000; 28(3):291–307.
- 27) Vine M, Hargreaves MB, Briefel RR, Orfield C. Expanding the role of primary care in the prevention and treatment of childhood obesity: a review of clinic and community-based recommendations and interventions. *J Obes* 2013; 2013:172035.
- 28) Jumper Thurman P, Plested B, Edwards RW, Foley R, Burnside M. Community readiness: the journey to community healing. *J Psychoactive Drugs* 2003; 35(1):27-31.
- 29) Fredrichs L, Brittin J, Robbins R, Steenson S, Stewart C, Fisher C, et al. SaludABLEOmaha: improving readiness to address obesity through healthy lifestyle in a Midwestern Latino community, 201-2013. *Prev Chronic Dis* 2015; 12:140328.

- 30) Oetting ER, Thurman-Jumper P, Plested B, Edwards W. Community readiness and health services. *Substance Use and Misuse* 2001; 36(6.7):825-843.
- 31) Plested BA, Edwards RW, Jumper-Thurman P. Community readiness for community change. Fort Collins (CO): Tri-Ethnic Center Community Readiness Handbook 2nd edition 2014.
- 32) Sliwa S, Goldberg JP, Clark V, Collins J, Edwards R, Hyatt RR, et al. Using the community readiness model to select communities for a community-wide obesity prevention intervention. *Prev Chronic Dis* 2011; 8(6):A150.
- 33) Aniskiewicz R, Wysong. Evaluation DARE: drug education and the multiple meaning of success. *Policy Studies Rev* 1990; 9: 727-747.
- 34) Glanz K, Rimer BK, Wiswanath K. Health behavior and health education, theory, research, and practice 4th edition 2008.
- 35) Hallman WK, Wandersman A. Attribution of responsibility and individual and collective with environmental treats. *J Social Issues* 1992; 48(4):101-118.
- 36) Chavis DM, Wandersman A. Sense of community in the urban environment: a catalyst for participation and community development. *American J Psychol* 1990; 18(1):55-81.
- 37) Jacobs R, Kafrey D, Zedeck S. Expectations of BARS. *Person Psychol* 1980; 33(3):595-640.
- 38) Nutt PC. Comparing methods for weighting decision criteria. *Omega, The Inter J Operations Res* 1980; 8:163-172.
- 39) Michaels LF. The development of an anchored rating scale for evaluating psychotherapy skills. Doctoral Dissertation, Colorado State University, Fort Collins, CO; 1982.

40) Kobes A, Kretschmert T, Timmerman G, Schreder P. Interventions aimed at preventing and reducing overweight/obesity among children and adolescents: a meta-synthesis. *Obes Rev* 2018;19.

41) Haslam DW, James WP. Obesity. *Lancet* 2005; 366(9492):1197-1243.

42) Global Prevalence of Adult Obesity.

<http://www.who.int/dietphysicalactivity/adultobesity.pdf> [2010].

43) International Obesity Task Force in collaboration with the European Association for the Study of Obesity. EU Platform on Diet, Physical Activity and Health 2005.

44) National Comprehensive study on Household Food Consumption Pattern and Nutritional Status in Iran, National Nutrition and Food Technology Research Institute, 2001-2003, Data file. 2009.

45) Azizi F, Azadbakht L, Mirmiran P. Trends in overweight, obesity and central fat accumulation among Tehranian adults between 1998-1999 and 2001-2002: Tehran lipid and glucose study. *Ann Nutr Metab* 2005; 49(1):3-8.

46) Jafari-Adli S, Jouyandeh Z, Qorbani M, Soroush A, Larijani B. Prevalence of obesity and overweight in adults and children in Iran; a systematic review. *J Diabetes Metab Disord* 2014; 13: 121.

47) Rahmani A, Sayehmiri K, Asadollahi K, Sarokhani D, Islami F, Sarokhani M. Investigation of prevalence of obesity in Iran: review and meta-analysis study. *Acta Med Iran* 2015; 53(10):596-607.

48) Deckelbaum RJ, Williams CL. Childhood obesity: the health issue. *Obes Res* 2001; 9 Suppl 4:239S-243S.

49) Kimm SY, Obarzanek E. Childhood obesity: a new pandemic of the new millennium. *Pediatrics* 2002; 110(5):1003-1007.

- 50) De OM, Blossner M. Prevalence and trends of overweight among preschool children in developing countries. *Am J Clin Nutr* 2000; 72(4):1032-1039.
- 51) World Health Organisation, Food and Agriculture Organization. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. 916 ed. Geneva: WHO; 2003.
- 52) Global childhood overweight. <http://www.who.org/database/index.asp> [2009].
- 53) Azizi F. Prevention of childhood obesity. *Int J Endocrinol Metab*. 2011; 9(1):246-247.
- 54) Kelishadi R, Haghdoust AA, Sadeghirad B, Khajehkazemi R. Trend in the prevalence of obesity and overweight among Iranian children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Nutrition* 2014; 4:393-400
- 55) Salehiniya H, Yazdani K, Barekati H, Asadi Lari M. The prevalence of overweight and obesity in children under 5 years in Tehran, Iran, in 2012: A Population-based study. *Res Cardiovas Med* 2016; 5(1):e30425.
- 56) Trends in obesity and energy supply in the WHO MONICA Project. Silventoinen K, Sans S, Tolonen H, Monterde D, Kuulasmaa K, Kesteloot H, et al. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2004 May; 28(5):710-8.
- 57) Bahardwaj S, Misra A, Khurana L, Gultai S, Virkram NK. Childhood obesity in Asian Indians: A burgeoning cause of insulin resistance, diabetes and sub-clinical inflammation. *Asia Pac J Clin Nutr* 17(suppl1):172-175.
- 58) Organization WH: Obesity and Overweight. Fact Sheet No. 311; 2006. Online Document at: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html Accessed September. 2010; 13.
- 59) Global strategy on diet, physical activity and health. Geneva, World Health Organization, 2004. Available at: http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf [accessed February 2012].

60) Global strategy on diet, physical activity and health: a framework to monitor and evaluate implementation. Geneva, World Health Organization, 2006.

61) Population-based prevention strategies for childhood obesity: report of a WHO forum and technical meeting, Geneva, 15–17 December 2009. Geneva, World Health Organization, 2010.

62) Teeters L, Heerman WJ, Schlundt D, Harris D, Barkin SL. Community readiness assessment for obesity research: pilot implementation of the Healthier Families programme. Health Research Policy and Systems 2018; 16:2

63) Institute of Medicine. Accelerating progress in obesity prevention: solving the weight of the nation. Washington, DC: Institute of Medicine 2012.

64) Wang Y, Cai L, Wilson RE, Weston C, Fawole O, et al. What childhood obesity prevention programmes work? A systematic review and meta-analysis. Obes Rev 2015; 16(7):547-65

65) Harris KC, Kuramoto LK, Schulzer M, Retallack JE. Effect of school-based physical activity interventions on body mass index in children: a meta-analysis. CMAJ 2009; 180(7):719-726.

66) Jaime PC, Lock K. Do schools based food and nutrition policies improve diet and reduce obesity? Prev Med 2009; 48(1):45-53.

67) Plested B, Smitham DM, Jumper-Thurman P, Oetting ER, Edwards RW. Readiness for drug use prevention in rural minority communities. Subst Use Misuse 1999; 34(4-5):521-544.

68) Cyril S, Polonsky M, Green J, Agho R, Renzaho A. Readiness of communities to engage with childhood obesity prevention initiatives in disadvantaged areas of Victoria, Australia. Aust Health Rev 2017; 16.

- 69) Delbecq AL, Van de Ven AH, Gustafson DH. Group techniques for program planning: A guide to nominal group and Delphi processes: Scott Foresman; 1975.
- 70) Ludwig B. Predicting the future: Have you considered using the Delphi methodology. Journal of extension. 1997;35(5):1-4.
- 71) Vidgen HA. Food literacy: what is it and does it influence what we eat? School of Exercise and Nutrition Sciences, Faculty of Health, Queensland University of Technology; 2014.
- 72) Clause C. Content Validity: Definition, Index & Examples. <http://study.com/academy/lesson/content-validity-definition-index-examples.html>. 2016
- 73) Zamanzadeh V, Ghahramanian A, Rassouli M, Abbaszadeh A, Alavi-Majd H, Nikanfar A-R. Design and implementation content validity study: development of an instrument for measuring patient-centered communication. Journal of caring sciences. 2015;4(2):165.
- 74) Safikhani S, Sundaram M, Bao Y, Mulani P, Revicki DA. Qualitative assessment of the content validity of the Dermatology Life Quality Index in patients with moderate to severe psoriasis. Journal of Dermatological Treatment. 2013 ;24(1):50-9.
- 75) Lynn MR. Determination and quantification of content validity. Nursing research. 1986; 35(6):382-6.
- 76) Polit DF, Beck CT. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. Research in nursing & health. 2006; 29(5):489-97.
- 77) Weiner IB, Craighead WE. The Corsini Encyclopedia of Psychology: John Wiley & Sons; 2010.
- 78) Introduction to health promotion program planning.3th ed. Toronto: Center for Health Promotion University. 2001 p.1-66.

پیوست شماره یک

برگه اطلاعاتی طرح پژوهشی

شماره مصاحبه.....

تاریخ مصاحبه.....

شرکت کننده گرامی

ضمن خوشامدگویی و تشکر از حضور شما در اینجا، اینجانب مهدیه نیکنام دانشجوی دکترای علوم تغذیه از دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی هستم که در حال انجام پایان نامه دکترای خود با عنوان " تعیین وضعیت و طراحی و آزمون مداخله آمادگی اجتماعی برای پیشگیری از چاقی کودکان در مدارس ابتدایی شهر تهران " می باشم. قبل از تصمیم گیری برای شرکت در تحقیق، لازم است که اطلاعاتی در خصوص شرکت در تحقیق و اهمیت آن، به اطلاع شما رسانده شود. این مصاحبه حدود ۴۵ دقیقه طول می کشد که در مورد تجارب شما درباره عوامل تسهیل کننده و باز دارنده های برنامه های پیشگیری از چاقی و تعیین کننده های انگیزه های اجتماعی این برنامه ها سؤال پرسیده خواهد شد. هیچ پاسخ درست و غلطی وجود ندارد و شما می توانید به برخی سوالات پاسخ ندهید. در صورت رضایت شما، مصاحبه با دستگاه ضبط خواهد شد. هدف از این مطالعه، افزایش درک ما از زمینه های اجتماعی تأثیر گذار بر موفقیت برنامه های پیشگیری از چاقی در کودکان نیمه دوم دوره ابتدایی (۱۰-۱۲ سال) شهر تهران است

فرم رضایت نامه آگاهانه برای شرکت کنندگان

اینجانب رضایت خود را مبنی بر شرکت در این پژوهش اعلام نموده و موارد ذیل مورد تأیید من هستند:

- من اطلاع دارم که هدف از این مطالعه، درک ابعاد تأثیر گذار بر موفقیت برنامه های پیشگیری از چاقی در کودکان نیمه دوم دوره ابتدایی شهر (۱۰-۱۲ سال) تهران است و محقق، روش انجام تحقیق و انتخاب من به عنوان شرکت کننده را برای من توضیح دادند.
- در صورت نداشتن تمایل برای ادامه همکاری در هر مرحله از پژوهش، اجباری برای ادامه مصاحبه وجود ندارد.
- اطلاعات شخصی من، محرمانه و محفوظ مانده و فقط نتایج کلی و گروهی تحقیق، منتشر خواهد شد.
- زمان تقریبی مصاحبه و ضبط مصاحبه به من اطلاع داده شد و این که ممکن است در آینده مصاحبه کوتاه دیگری در ادامه این مصاحبه با من انجام دهد و محقق توضیح داد که شرکت من در این مصاحبه، هیچ گونه هزینه ای برای من ندارد.

امضاء شرکت کننده

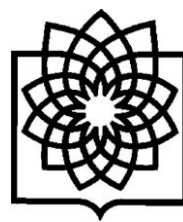
اینجانب مهدیه نیکنام دانشجوی دکترای علوم تغذیه دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی رضایت نامه فوق را در اختیار آقای/خانم گذاشته و متعهد هستم که تمام موارد ذکر شده در رضایت نامه را رعایت نمایم.

امضاء پژوهشگر



انستیتو تحقیقات

پیوست شماره دو
فرم اطلاعات اجتماعی و
جمعیت شناختی مصاحبه
شوندگان کلیدی
(ویژه اولیاء مدارس)



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی

تقدیر ای و صلح غذایی کشور

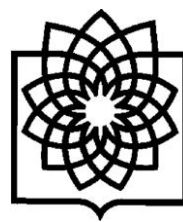
شهید بهشتی

تاریخ مصاحبه:		کد مصاحبه شونده:		نام مدرسه:	
نام و نام خانوادگی محاسبه شونده:					
آدرس مدرسه (شامل منطقه):		شماره تلفن:			
مدرسه:		☐ پسرانه		☐ دخترانه	
		تعداد دانش آموزان:			
۱- اطلاعات عمومی:					
الف- جنس:		۱- زن		۲- مرد	
ب- وضعیت تأهل:		۱- مجرد		۲- متأهل	
د- بعد خانوار: نفر					
ه- سابقه فرزند چاق:		☐ بلی		☐ خیر	
ژ- محل سکونت:					
۲- اطلاعات شغلی:					
الف) شغل در مدرسه:		ب) مدت زمان فعالیت در مدرسه کنونی:			
ج) سابقه کاری (سال):		د) شغل در مدارس قبلی:			



انستوت تخنات

پیوست شماره سه
فرم اطلاعات اجتماعی و
جمعیت شناختی مصاحبه
شوندگان کلیدی
(ویژه والدین)



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی

شهید بهشتی

تغذیه ای و صنایع غذایی کشور

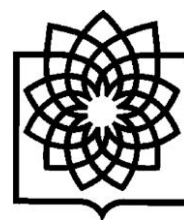
نام مدرسه:		تاریخ مصاحبه:	
نام و نام خانوادگی محاسبه شونده:		کد مصاحبه شونده:	
شماره تلفن:		آدرس مدرسه (شامل منطقه):	
۱- اطلاعات عمومی:			
الف- جنس:	۱- زن	۲- مرد	
ب- وضعیت تأهل:	۱- مجرد	۲- متأهل	
ج- جنسیت سرپرست خانوار:	۱- زن	۲- مرد	
د- بعد خانوار: نفر			
ذ- شغل:			
ه- سابقه فرزند چاق: ☐ بلی ☐ خیر			
ژ- محل سکونت:			
۲- تحصیلات و شغل والدین:			
الف) تحصیلات مادر:	۱- زیر دیپلم	۲- دیپلم و فوق دیپلم	۳- کارشناسی
ب) تحصیلات پدر:	۱- زیر دیپلم	۲- دیپلم و فوق دیپلم	۳- کارشناسی
ج) شغل مادر: سن مادر:			
د) شغل پدر: سن پدر:			
۳- ویژگی های کودک محصل			

BMI:	سن:	جنس:
------	-----	------



انستیتو تحقیقات

پیوست شماره چهار
فرم اطلاعات اجتماعی و
جمعیت شناختی مصاحبه
شوندگان کلیدی
(ویژه دانش آموزان)



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی

تقدیر ای و صنایع غذایی کشور

شهید بهشتی

نام مدرسه:		تاریخ مصاحبه:	
نام و نام خانوادگی محاسبه شونده:		کد مصاحبه شونده:	
شماره تلفن:		آدرس مدرسه (شامل منطقه):	
۱- اطلاعات عمومی:			
سن:	جنس:	BMI:	
ج- جنسیت سرپرست خانوار:	۱- زن	۲- مرد	
د- بعد خانوار:			
ذ- محل سکونت:			
۲- تحصیلات و شغل والدین:			
الف) تحصیلات مادر:	۱- زیر دیپلم	۲- دیپلم و فوق دیپلم	۳- کارشناسی
ب) تحصیلات پدر:	۱- زیر دیپلم	۲- دیپلم و فوق دیپلم	۳- کارشناسی
ج) شغل مادر:	سن مادر:		
د) شغل پدر:	سن پدر:		

پیوست شماره پنج- نمونه ای از پرسشنامه کیفی نیمه ساختار یافته سنجش میزان آمادگی اجتماعی
برای برنامه های پیشگیری از چاقی کودکان

تلاش های اجتماعی و دانش اجتماعی در مورد تلاش ها
آیا برنامه، فعالیت و یا خدماتی در این مدرسه برای مقابله با چاقی کودکان وجود دارد؟
آیا می توانید به طور مختصری این تلاش ها را توصیف کنید؟
برای چه مدتی این فعالیت ها در مدرسه شما انجام شده است؟
برای چه کسانی این تلاش ها برنامه ریزی شده اند؟
از امتیاز ۱ تا ۱۰ استفاده کنید. شرح دهید که آگاهی افراد (والدین، دانش آموزان، معلمان، مسئولین مدرسه و ...) از فعالیت های انجام شده در مدرسه، چگونه است؟ توضیح دهید. (امتیاز ۱ "عدم آگاهی" و امتیاز ۱۰ "بسیار آگاه")
سایر افراد (والدین، دانش آموزان، معلمان، مسئولین مدرسه و ...) چه چیزی در مورد این تلاش ها و فعالیت ها می دانند؟ (به عنوان مثال اهداف تلاش ها، شرکت کنندگان و ...)
نقاط قوت این تلاش ها چه هستند؟
نقاط ضعف این تلاش ها چه هستند؟
چه سیاست های رسمی و یا غیررسمی، اعمال و قوانین مرتبط با چاقی در این مدرسه وجود دارد؟ برای چه مدت زمانی؟
آیا در صورت هر گونه ارزشیابی از فعالیت هایی که در مدرسه برای مقابله با چاقی کودکان انجام می شود، اطلاعاتی دارید؟ اگر "بله"، از یک تا ۱۰ امتیاز دهید. این تلاش های ارزشیابی چقدر پیچیده و ماهرانه انجام شده است. (امتیاز ۱ "به هیچ وجه"، امتیاز ۱۰ "بسیار پیچیده")
چگونه نتایج ارزشیابی استفاده شده است (به عنوان مثال برای ایجاد تغییرات در برنامه ها)
رهبری
از امتیاز ۱ تا ۱۰ استفاده کنید. چاقی دوران کودکی به چه میزان نگرانی رهبران این مدرسه است؟ (امتیاز ۱ "به هیچ وجه" و امتیاز ۱۰ "نگرانی بزرگ")
چه کسانی رهبران و یا قهرمانان این مدرسه در مورد موضوع چاقی دوران کودکی هستند؟
چگونه رهبران در این موضوع دخیلند؟ (برای مثال آیا آنان در کمیته ای مشغولند و چند وقت یکبار در این جلسات شرکت می کنند)
آیا رهبران از تلاش ها و جلب خدمات بیشتر حمایت می کنند؟ لطفا توضیح دهید.

جو اجتماعی
از امتیاز ۱ تا ۱۰ استفاده کنید. نگرانی در مورد چاقی کودکان در این مدرسه به چه میزان است؟ توضیح دهید. (امتیاز ۱: "به هیچ وجه" و امتیاز ۱۰: "نگرانی زیاد")
درک و برداشت افراد (والدین، دانش آموزان، معلمان، مسئولین مدرسه و ...)، از موضوع چاقی و اضافه وزن دوران کودکی چگونه است؟ موانع اصلی برای مقابله با این موضوع در این مدرسه چیست؟ (برای مثال رقابت برای منابع، ساختارهای منطقه ای مدارس و ...)
چه تعدادی از اعضای این مدرسه (والدین، دانش آموزان، معلمان، مسئولین مدرسه و ...)، از گسترش تلاش ها برای مقابله با موضوع چاقی کودکان حمایت می کنند؟ (هیچ کدام، کمی، برخی، تعداد زیادی، اغلب)
دانش در مورد موضوع
آگاهی اعضای این مدرسه (والدین، دانش آموزان، معلمان، مسئولین مدرسه و ...)، در مورد چاقی کودکان چگونه است؟ آیا آنان با نشانه ها، عوارض چاقی، و یا اثرات آن بر سلامت کودکان هستند؟ (از امتیاز ۱ تا ۱۰ استفاده کنید.)
چه نوع اطلاعاتی در این مدرسه در مورد چاقی کودکان در دسترس است؟
چه داده های محلی در مورد چاقی کودکان در این مدرسه موجود است؟
چگونه افراد این اطلاعات را در این مدرسه به دست می آورند؟
منابع برای فعالیت های پیشگیری از چاقی کودکان
کودکان مبتلا به چاقی اولین بار برای کمک در این مدرسه به چه کسی مراجعه می کنند؟ چرا؟
سرمایه گذاری کسب و کار محلی و افراد (والدین، دانش آموزان، معلمان، مسئولین مدرسه و ...) در مورد تلاش های حمایتی برای مقابله با این موضوع چگونه است؟ (برای مثال با زمان افراد داوطلب، نحوه کمک مالی و یا فضا و ...)
میزان تلاش رهبران و اعضای این مدرسه برای سرمایه گذاری جهت مقابله با چاقی کودکان (برای مثال کسب حمایت مالی، جلب دواطلبین برای مقابله با چاقی کودکان، جلب متخصصین و آموزش اعضای جامعه برای کسب مهارت و ...) به چه میزان است؟
آیا شما از هر گونه پیشنهاد و یا برنامه های عملیاتی ارائه شده جهت سرمایه گذاری برای مقابله با چاقی کودکان، آگاه هستید؟ اگر "بله" لطفا توضیح دهید.

پیوست شماره شش - مقیاس های امتیازبندی مرجع برای امتیازبندی هر یک از ابعاد مدل آمادگی

اجتماعی

۱- دانش اجتماعی در مورد تلاش ها

سطح	توصیف
۱	اعضای جامعه هیچ دانشی در مورد تلاش های محلی با هدف مقابله با مشکل ندارند.
۲	تنها تعداد کمی از اعضای جامعه دانش اندکی در مورد تلاش های محلی با هدف مقابله با مشکل دارند. اعضای جامعه برداشت نادرست و یا دانش اشتباهی درباره تلاش ها دارند.
۳	حداقل برخی از اعضای جامعه در مورد تلاش های محلی شنیده اند.
۴	حداقل برخی از اعضای جامعه در مورد تلاش های محلی شنیده اند و با هدف تلاش ها آشنايند.
۵	حداقل برخی از اعضای جامعه در مورد تلاش های محلی شنیده اند و با هدف تلاش ها آشنايند. حداقل برخی از اعضای جامعه می دانند این تلاش ها برای چه کسی است و چگونه انجام می شود.
۶	بسیاری از اعضای جامعه در مورد تلاش های محلی شنیده اند و با هدف تلاش ها آشنايند. حداقل برخی از اعضای جامعه می دانند که این تلاش ها برای چه کسانی است و چگونه انجام می شود.
۷	بسیاری از اعضای جامعه در مورد تلاش های محلی شنیده اند و با هدف این تلاش ها آشنايند. می دانند که این تلاش ها برای چه کسانی است و چگونه انجام می شود. تعداد کمی از اعضای جامعه در مورد تاثیرپذیری تلاش های محلی می دانند.
۸	بسیاری از اعضای جامعه در مورد تلاش های محلی شنیده اند و با هدف تلاش ها آشنايند. بسیاری از اعضای جامعه می دانند که این تلاش ها برای چه کسانی است و چگونه انجام می شود. برخی از اعضای جامعه در مورد تاثیرپذیری تلاش های محلی می دانند.
۹	بسیاری از اعضای جامعه دانش گسترده ای در مورد تلاش های محلی دارند، در مورد اهداف تلاش ها و کسانی که تلاش ها برای آنها انجام می شود و اینکه چگونه کار می کند، می دانند. بسیاری از اعضای جامعه در مورد اثربخشی این تلاش های محلی می دانند.

۲- رهبری

سطح	توصیف
۱	رهبری معتقد است که این موضوع یک نگرانی نیست
۲	رهبری معتقد است که این موضوع می تواند یک نگرانی در جامعه باشد، اما او فکر می کند که نمی تواند و یا نباید با آن مقابله نماید.
۳	حداقل برخی از رهبران معتقدند که این موضوع می تواند یک نگرانی در این جامعه باشد. آن موضوع ممکن است یک اولویت به نظر نرسد و آنها انگیزه قوی و فوری برای عمل و مقابله با آن ندارند.
۴	حداقل برخی از رهبران معتقدند که این موضوع یک نگرانی در این جامعه است و برخی از تلاش ها برای مقابله با آن لازم است. تنها تعداد کمی از رهبران ممکن است در توسعه، بهبود و یا اجرای تلاش ها مشارکت کنند.
۵	حداقل برخی از رهبران در توسعه، بهبود یا اجرای تلاش ها مشارکت می کنند. ممکن است عضو گروهی باشند که جهت حمایت این تلاش ها فعالیت می کنند و یا از تخصیص منابع برای آن تلاش ها حمایت می کنند.
۶	حداقل برخی از رهبران نقش مهمی در توسعه، بهبود یا اجرای تلاش ها دارند. احتمالا در هدایت گروه ها یا سخنرانی های بی پرده عمومی به نفع تلاش ها دارند.
۷	حداقل برخی از رهبران نقش مهمی در تضمین و یا بهبود تداوم طولانی مدت تلاش ها برای مقابله با آن موضوع دارند (برای مثال از طریق تخصیص طولانی مدت منابع مالی)
۸	حداقل برخی از رهبران نقش مهمی در گسترش، و بهبود تلاش ها از طریق ارزشیابی و تعدیل، جستجوی منابع جدید و /یا کمک به توسعه و اجرای تلاش های جدید دارند.
۹	حداقل برخی از رهبران به طور مداوم در حال مرور نتایج ارزشیابی تلاش ها هستند و منابع مالی را متناسب با نتایج تعدیل می کنند.

۳- جوامع اجتماعی

سطح	توصیف
۱	اعضای جامعه معتقدند که این موضوع سبب نگرانی نیست.
۲	اعضای جامعه معتقدند که این موضوع ممکن است سبب نگرانی در این جامعه باشد، اما فکر نمی کنند که می توانند و یا باید کاری برای مقابله با آن انجام دهند.
۳	برخی از اعضای جامعه معتقدند که این موضوع ممکن است یک نگرانی در جامعه باشد اما یک اولویت به نظر نمی رسد. آنها هیچ انگیزه ای برای مقابله از خود نشان نمی دهند.
۴	برخی از اعضای جامعه معتقدند که این موضوع در جامعه سبب نگرانی است و برخی از انواع تلاش ها برای مقابله با آن لازم است. اگرچه برخی ممکن است به طور منفعلانه ای از تلاش ها حمایت کنند، تنها تعداد کمی ممکن است در توسعه، بهبود و یا اجرای تلاش ها مشارکت کنند.
۵	حداقل برخی از اعضای جامعه در توسعه و بهبود و یا اجرای تلاش ها مشارکت می کنند، احتمالاً در جلسات گروهی که برای مقابله با آن موضوع فعالیت می کنند شرکت می نمایند.
۶	حداقل برخی از اعضای جامعه نقش مهمی در توسعه، بهبود و یا اجرای تلاش ها ایفا می کنند. احتمالاً عضو گروهی هستند و یا بی پرده به نفع آن موضوع صحبت می کنند. و/یا انواع دیگر تلاش های محرک را انجام می دهند.
۷	حداقل برخی از اعضای جامعه نقش مهمی در تضمین و یا بهبود تداوم طولانی مدت تلاش ها دارند (برای مثال حمایت برای افزایش مالیات) گرایش در جامعه این است که "ما مسئولیت داریم".
۸	اکثر اعضای جامعه به طور جدی از تلاش ها و نیاز به این تلاش ها حمایت می کنند. سطح مشارکت بالاست. « ما نیاز به تداوم تلاش هایمان و کسب اطمینان از این موضوع هستیم که تاثیر کاری که داریم انجام می دهیم چگونه است».
۹	اکثر جامعه حمایت بالایی از تلاش ها دارند. اعضای جامعه خواهان پاسخگویی هستند.

۴- دانش در مورد موضوع

سطح	توصیف
۱	اعضای جامعه دانشی در مورد موضوع ندارند.
۲	تنها تعداد کمی از اعضای جامعه دانش کمی در مورد موضوع دارند. در بین بسیاری از اعضای جامعه درک نادرستی در مورد موضوع وجود دارد. (مثلا این که چگونه و کجا رخ می دهد، چرا نیازمند مقابله با آن هستیم).
۳	حداقل برخی از اعضای جامعه در مورد موضوع شنیده اند در بین برخی از اعضای جامعه ممکن است درک نادرستی در مورد موضوع وجود داشته باشد. اعضای جامعه ممکن است تا حدی از اینکه این موضوع به صورت محلی رخ می دهد، آگاه باشند.
۴	حداقل برخی از اعضای جامعه کمی در مورد علل، پیامدها و علائم می دانند. حداقل برخی از اعضای جامعه از اینکه این موضوع به صورت محلی رخ می دهد آگاه هستند.
۵	حداقل برخی از اعضای جامعه مقداری در مورد علل، پیامدها و علائم می دانند. حداقل برخی از اعضای جامعه از اینکه این موضوع به صورت محلی رخ می دهد آگاه هستند.
۶	حداقل برخی از اعضای جامعه مقداری در مورد علل، پیامدها و علائم می دانند. حداقل برخی از اعضای جامعه مقداری دانش در مورد اینکه چقدر این موضوع به صورت محلی رخ می دهد و چه اثراتی بر جامعه می گذارد، دارند.
۷	حداقل برخی از اعضای جامعه مقدار زیادی در مورد علل، پیامدها و علائم می دانند. حداقل برخی از اعضای جامعه دانش زیادی در مورد اینکه چقدر این موضوع به صورت محلی رخ می دهد و چه اثراتی بر جامعه می گذارد دارند.
۸	اغلب اعضای جامعه مقداری در مورد علل، پیامدها و علائم می دانند. حداقل برخی از اعضای جامعه مقداری دانش زیادی در مورد اینکه چقدر این موضوع به صورت محلی رخ می دهد و چه اثراتی بر جامعه می گذارد دارند.
۹	اغلب اعضای جامعه دانش مفصلی در مورد موضوع دارند. اطلاعات مفصلی در مورد علائم، علل و پیامدها دارند. اغلب افراد جامعه دانش مفصلی در مورد اینکه چقدر این موضوع به صورت محلی رخ می دهد و چه اثراتی بر جامعه می گذارد، دارند.

۵- منابع مرتبط با موضوع

سطح	توصیف
۱	منابع در دسترس برای تلاش های (بیشتر) موجود نیست.
۲	منابع محدودی موجود است که می تواند برای تلاش های بیشتر مورد استفاده قرار گیرد. هیچ اقدامی برای تخصیص این منابع به موضوع صورت نمی گیرد. منابع مالی برای هر گونه تلاش های رایج، پایدار و مستمر نیست.
۳	منابع کمی (مانند یک اتاق جلسه، داوطلبان، متخصصین محلی یا منابع مالی و دیگر حمایت ها) که می تواند برای تلاش های بیشتر مورد استفاده قرار گیرد، موجود است. هیچ گونه اقدام و یا اقدامات کمی برای تخصیص این منابع صورت می گیرد.
۴	مقداری منابع شناسایی شده است که می تواند برای تلاش های بیشتر مورد استفاده قرار گیرد. برخی از اعضای جامعه یا رهبران به دنبال استفاده از این منابع برای مقابله با آن موضوع هستند.
۵	منابع محدودی شناسایی شده است که می تواند برای تلاش های بیشتر برای مقابله با آن موضوع مورد استفاده قرار گیرد. برخی از اعضای جامعه یا رهبران به طور فعال برای تضمین این منابع فعالیت می کنند. برای مثال آنها ممکن است به دنبال جذب منابع یا داوطلب باشند.
۶	منابع جدیدی به دست آمده و/یا برای حمایت بیشتر برای مقابله با موضوع اختصاص داده شده است.
۷	بخش قابل توجهی از منابع تخصیصی برای تلاش ها، از منابعی هستند که انتظار می رود بتوانند حمایت های مستمر و پایداری را تامین کنند.
۸	بخش قابل توجهی از منابع تخصیصی برای تلاش ها از منابعی هستند که انتظار می رود بتوانند حمایت های مستمر و پایداری را جلب کنند. اعضای جامعه به دنبال حمایت های بیشتر برای اجرای تلاش های جدید هستند.
۹	منابع متنوع و حمایت ها تضمین شده اند و انتظار می رود که تلاش ها مستمر باشند و حمایت اضافی برای تلاش های جدید موجود است.

نکات مهم

- ۱- اینجانب نسرین امیدوار به عنوان مجری مسئول طرح، با آگاهی کامل از مفاد دستورالعمل پژوهشی انستیتو، مسئولیت کلیه مراحل اجرایی، قانونی و حقوقی، اداری و مالی طرح را می‌پذیرم و نشانی خود را برای انجام تمامی مکاتبات اداری و مالی طرح به این شرح اعلام می‌کنم:
تهران- شهرک غرب- بلوار فرحزادی- خیابان شهید حافظی- پلاک ۴۶- انستیتو تحقیقات تغذیه کشور، دانشکده علوم تغذیه و صنایع غذایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی- گروه تغذیه جامعه
- ۱- آدرس فارسی: (نام گروه) انستیتو تحقیقات تغذیه‌ای و صنایع غذایی کشور، دانشکده علوم تغذیه و صنایع غذایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.
نشانی انگلیسی:
Department of community nutrition, National Nutrition and Food Technology Research Institute, Faculty of Nutrition Sciences and Food Technology, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
- ۲- یک نسخه از مقاله حاصل از طرح، قبل از submission جهت کنترل موارد مورد نظر انستیتو به معاونت پژوهشی تحویل گردد.
- ۳- یک نسخه از مقاله پس از چاپ جهت حفظ در سوابق، به معاونت پژوهشی ارائه گردد (حتی پس از اتمام مدت اجرای قرارداد و اخذ تسویه حساب نهایی).
- ۴- بر اساس دستورالعمل وزارت بهداشت چنانچه طرح تحقیقاتی، پایان نامه نیز باشد، در متن مقاله حاصله، این موضوع تصریح شود.
- ۵- جمله زیر در متن مقاله حتماً باید ذکر شود:
«این مقاله حاصل طرح پژوهشی (نام طرح) می‌باشد که انستیتو تحقیقات تغذیه‌ای و صنایع غذایی کشور بودجه اجرای آن را تأمین کرده است.»
- ۶- ثبت کارآزمایی بالینی در سایت <http://www.irct.ir/fa> قبل از درخواست پیش پرداخت اول انجام شود.
- ۹- پرداخت حسن انجام کار منوط به احراز شرایط زیر می‌باشد:
الف - اتمام به موقع طرح
ب - نمره گزارش نهایی

نام و امضای مجری مسئول:

نام و امضای مجریان به همراه درج آدرس/شماره شناسنامه/صادره از/کد ملی:

۱- دکتر نسرین امیدوار: تهران- شهرک غرب- بلوار فرحزادی- خیابان شهید حافظی- پلاک ۴۶- انستیتو تحقیقات تغذیه کشور، دانشکده علوم تغذیه و صنایع غذایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی- گروه تغذیه جامعه/ ۳۱۷/کرج/۰۳۲۱۲۶۱۸۶۰

۲- دکتر پریسا امیری: تهران- بزرگراه شهید چمران خیابان یمن- خیابان شهید اعرابی جنب بیمارستان آیت الله طالقانی- پژوهشکده علوم غدد درون ریز و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی- مرکز تحقیقات تعیین کننده های سلامت

۳- مهدیه نیکنام: تهران- شهرک غرب- بلوار فرحزادی- خیابان شهید حافظی- پلاک ۴۶- انستیتو تحقیقات تغذیه کشور، دانشکده علوم تغذیه و صنایع غذایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی- گروه تغذیه جامعه/ ۹۴۹/ممسنی/۲۳۹۱۷۰۶۰۲۲

برگه اطلاعاتی طرح پژوهشی

عنوان طرح: " تعیین وضعیت و طراحی و آزمون مداخله آمادگی اجتماعی برای پیشگیری از

چاقی کودکان در مدارس ابتدایی شهر تهران "

کد طرح:

نام سازمان مسئول اجرای طرح: انستیتو تحقیقات تغذیه کشور، دانشکده علوم تغذیه و صنایع غذایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

نام سازمان پشتیبان اجرای طرح: انستیتو تحقیقات تغذیه کشور، دانشکده علوم تغذیه و صنایع غذایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

هدف از اجرای طرح به زبان ساده:

با توجه به اهمیت موضوع چاقی در کودکان و هزینه ها و بیماری های ناشی از آن، برنامه های پیشگیری از چاقی از اهمیت بالایی برخوردار است. تعیین سطح آمادگی اجتماعی برای برنامه های پیشگیری از چاقی در مدارس ابتدایی و طراحی مداخلاتی برای افزایش این آمادگی در مدارس ابتدایی دو منطقه متوسط شهر تهران که هدف پژوهش حاضر است، باید در بحث پیشگیری از چاقی مورد توجه قرار گیرد. در این مطالعه، در صورت تمایل شما برای شرکت در آن، از شما رضایت نامه کسب شده و اطلاعات عمومی و آمادگی اجتماعی برای برنامه های پیشگیری از چاقی کودکان نیمه دوم دوره ابتدایی از طریق پرسشنامه هایی پرسیده خواهد شد. هیچگونه خطری شما را تهدید نخواهد کرد. لازم به ذکر است که این اطلاعات به صورت کاملاً محرمانه نگه داری خواهد شد و در حفظ اطلاعات مربوط به آن رعایت امانت خواهد شد. همچنین، شما، آزادی کامل در تمایل به شرکت یا عدم شرکت در این طرح پژوهشی را دارید. چنانچه یافته هایی به دست آید که بتواند برای تأمین، حفظ و ارتقاء سلامت شما سودمند باشد، به طریق مقتضی در اختیار شما قرار گیرد. بدیهی است مداخلات در زمینه پیشگیری، درمان یا پیگیری آن موارد به عهده پژوهشگر نیست.

لازم به ذکر است که این مطالعه رایگان است و کلیه هزینه های لازم توسط مجری طرح تأمین خواهد شد و نیاز به پرداخت هزینه ای توسط شما نمی باشد. در این مطالعه فقط تعدادی سوال از شما پرسیده خواهد شد و مداخلات طراحی شده، ضرر و زیانی را متوجه شما نخواهد کرد. اما در صورت بروز مشکل، جبران خسارت های احتمالی ناشی از طرح، متناسب و مطابق با قوانین موجود، تضمین می گردد. منافعی که انجام این تحقیق برای شما دارد شامل شناسایی سطح آمادگی اجتماعی در مدارس ابتدایی و طراحی مداخلاتی برای افزایش سطح آمادگی اجتماعی برنامه های پیشگیری از چاقی دوران کودکی و شناسایی عوامل مرتبط با این سطح آمادگی در مدارس ابتدایی دو منطقه متوسط شهر تهران است که می تواند به پیشگیری از چاقی کودکان کمک نماید. از اطلاعات (داده های طرح) در پژوهش های بعدی در صورت نیاز استفاده خواهد شد.

مشخصات مجری یا مجریان طرح

- دکتر نسرين اميدوار، دکترای علوم تغذیه، نشانی: شهرک غرب- بلوار فرحزادی- خیابان شهید حافظی- پلاک ۴۶، انستیتو تحقیقات تغذیه

کشور، دانشکده علوم تغذیه و صنایع غذایی، گروه تغذیه جامعه، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

- دکتر پریسا امیری، دکترای آموزش بهداشت، نشانی: تهران- بزرگراه شهید چمران خیابان یمن- خیابان شهید اعرابی جنب بیمارستان آیت الله طالقانی- پژوهشکده علوم غدد درون ریز و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی- مرکز تحقیقات تعیین کننده های سلامت

- مهدیه نیکنام، دانشجوی دکترای علوم تغذیه، نشانی: شهرک غرب- بلوار فرحزادی- خیابان شهید حافظی- پلاک ۴۶، انستیتو تحقیقات تغذیه کشور، دانشکده علوم تغذیه و صنایع غذایی، گروه تغذیه جامعه، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

افراد مسئول پاسخگویی به سؤالات آزمودنی در مورد موضوع و روش اجرای تحقیق، حقوق آزمودنی و موارد اضطراری:

- دکتر نسرین امیدوار، نشانی: شهرک غرب- بلوار فرحزادی- خیابان شهید حافظی- پلاک ۴۶ تلفن: ۲۲۳۵۷۴۸۴