Iranian Journal of Health Education and Health Promotion
www.journal.ihepsa.ir
Original Article

Characteristics of a School-Based Program to Promote Physical Activity in Adolescents and Interventional Framework: a Qualitative Study

Mahdi Sepidarkish[1,2], Saharnaz Nedjat[2], Leila Haghjou[3], Leila Mounesan[3]
Fatemeh Shokri[4], Amir Almasi-Hashiani [1,2], Reza Majdzadeh[5,6]

1. Dept. of Epidemiology and Reproductive Health, Reproductive Epidemiology Research Center, Royan Institute for Reproductive Biomedicine, ACECR, Tehran, Iran.
2. Dept. of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
3. Center for Academic and Health Policy, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
4. Dept. of Health Services and Health Education, School of Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
5. Community Based Participatory Research Center, Knowledge Utilization Research Center and Epidemiology, Tehran, Iran
6. Dept. of Biostatistics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Article Information

Article history:

Received: 2015/11/23
Accepted: 2017/04/22
Available online: 2017/08/24

IJHEHP 2017; 5(2): 90-101

DOI: 10.30699/acadpub.ijhehp.5.2.90

Corresponding Author:

Dr Reza Majdzadeh
Community Based Participatory Research Center, Knowledge Utilization Research Center, Dept. of Epidemiology and biostatistics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
Tel: +21-22339929

Email:rezamajd@tums.ac.ir

Abstract

Background and Objective: Lack of exercise is inconsistent with healthy lifestyle. In recent years, it has increased in different age groups, particularly in children and adolescents. To implement any health program, we should have a deep understanding of the health program. This study aimed to recognize characteristics of a school-based program for promoting physical activity in adolescents from the perspective of experts and health authorities, as well as student and parent's overviews. Also, implementation and integration of this program was investigated by faculty members and connoisseurs' perspectives

Methods: The qualitative study was performed through in-depth interviews and Focus group discussion (FGD) on faculty members, experts of different ministries and students and parents. Overall, 24 experts, and 6 faculty members and connoisseurs participated in the study. Also, four FGD including students and parents, were held. The findings were examined using content analysis.

Results: The results were divided into two parts: A) Existing problems and characteristics of a school-based intervention program for promoting physical activity from the perspective of students, parents and experts of different ministries B) Implementation and integration of the program by faculty members and connoisseurs' perspectives. Totally, we identified 3 categories and 28 themes from section A, and 2 categories and 22 themes from section B. Problems such as management problems, shortage of human and financial resources, were detected as the current problems of schools. The findings emphasized on the importance of coordinated physical activity hours, using experts and talent detectors in schools with extra hours on Thursdays and the parents' engagement in children's activities. The results of the interviews with faculty members and health authorities led to identify a twentieth-stage framework for implementing the program.

Conclusion: The results indicated a severe lack of human and financial resources, and a coherent and systematic program to promote physical activity in schools. The identified framework can be used for implementing other health interventions.

KeyWords: Qualitative Research, Adolescents, School-Based Program, Physical Activity promotion

Copyright © 2017 Iranian Journal of Health Education and Health Promotion. All rights reserved.

How to Cite This Article:

Sepidarkish M, Nedjat S, Haghjou L, Mounesan L, Shokri F, Almasi-Hashiani A et al . Characteristics of a School-Based Program to Promote Physical Activity in Adolescents and Interventional FrameWork: a Qualitative Study . Iran J Health Educ Health Promot. 2017; 5(2):90-101

Sepidarkish, M., Nedjat, S., Haghjou, L., Mounesan, L., Shokri, F., Almasi-Hashiani, A., et al .(2017). Characteristics of a School-Based Program to Promote Physical Activity in Adolescents and Interventional FrameWork: a Qualitative Study . *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*,5(2):90-101

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-16]
[DOI: 10.30699/acadpub.ijhehp.5.2.90]

فصلنامهٔ علمی پژوهشی
آموزش بهداشت و ارتقای سلامت
تابستان ۱۳۹۶
2017;5(2):90-101
www.journal.ihepsa.ir
مقالهٔ پژوهشی

تبیین ویژگی‌های یک برنامهٔ مدرسه‌محور برای ارتقای فعالیت جسمانی نوجوانان و ارائهٔ چارچوب مداخله‌ای: یک مطالعهٔ کیفی

مهدی سپیدارکیش[۱،۲]، سحرناز نجات[۲]، لیلا حق‌جو[۳]، لیلا مونسان[۳]، فاطمه شکری[۴]، امیر الماسی حشیانی[۱،۲]، رضا مجدزاده[۵،۶]

۱. گروه اپیدمیولوژی و سلامت باروری، مرکز تحقیقات اپیدمیولوژی باروری، پژوهشکدهٔ زیست‌شناسی و علوم پزشکی تولیدمثل جهاد دانشگاهی، پژوهشگاه رویان، تهران، ایران
۲. گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکدهٔ بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۳. مرکز تحقیق و توسعه سیاست‌های دانشگاه، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۴. گروه خدمات بهداشتی و آموزش بهداشت، دانشکدهٔ بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
۵. مرکز پژوهش‌های سلامت مبتنی بر مشارکت جامعه، مرکز تحقیقات بهره‌برداری از دانش سلامت، تهران، ایران
۶. گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکدهٔ بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی، تهران، ایران

اطلاعات مقاله

تاریخچهٔ مقاله
دریافت: ۱۳۹۴/۰۹/۰۲
پذیرش: ۱۳۹۶/۰۲/۰۲
انتشار آنلاین: ۱۳۹۶/۰۶/۰۲

IJHEHP 2017; 5(2): 90-101

نویسندهٔ مسئول:
دکتر رضا مجدزاده
مرکز پژوهش‌های سلامت مبتنی بر مشارکت جامعه، مرکز تحقیقات بهره‌برداری از دانش سلامت، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکدهٔ بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
تلفن: ۰۲۱-۲۲۳۳۹۹۲۹
پست الکترونیک:
rezamajd@tums.ac.ir

چکیده

زمینه و هدف: کم‌تحرکی با شیوهٔ زندگی سالم مغایرت داشته و در گروه‌های سنی مختلف به‌ویژه نوجوانان روبه‌فزونی است. برای پیاده‌سازی هر برنامهٔ تندرستی باید درک عمیقی از زندگی آن برنامه داشت. هدف از این مطالعه شناسایی خصوصیات یک برنامهٔ مداخله‌ای مدرسه‌مدار برای ارتقای فعالیت جسمانی در نوجوانان از دیدگاه ذی‌نفعان اعم از کارشناسان و مسئولین امر سلامت دانش‌آموزی، دانش‌آموزان و والدین آنها است.

مواد و روش‌ها: مطالعه به‌صورت کیفی و از طریق مصاحبه و بحث گروهی متمرکز با دانش‌آموزان و والدین آنها و طیف‌های متفاوتی از کارشناسان وزارت‌خانه‌ها و صاحب‌نظران برنامه‌های بهداشتی در سطح کلان انجام پذیرفت. ۴ بحث گروهی متمرکز با دانش‌آموزان و والدین آنها، تعداد ۲۴ مصاحبه با کارشناسان وزارت‌خانه‌های درگیر در امر سلامت دانش‌آموزی و تعداد ۶ مصاحبه با صاحب‌نظران برنامه‌های بهداشتی در سطح کلان انجام شده و داده‌ها هم با روش تحلیل محتوا آنالیز شد.

یافته‌ها: نتایج این مطالعه به دو بخش تقسیم شد: الف) مشکلات موجود و خصوصیات یک برنامهٔ مداخله‌ای مدرسه‌مدار برای ارتقای فعالیت جسمی از دیدگاه دانش‌آموزان، والدین و کارشناسان وزارت‌خانه‌ها؛ ب) چگونگی اجرا و فرایند ادغام این برنامه در سیستم بهداشتی مدارس از دیدگاه سیاست‌گذاران و استادان. در مجموع در بخش الف ۳ گروه و ۲۸ تم و در بخش ب نیز ۲ گروه و ۲۲ تم شناسایی شد. مشکلات مدیریتی و کمبود منابع مالی و انسانی از مشکلات اصلی نظام فعلی مدارس عنوان شد. یافته‌های مطالعه بر اهمیت افزایش ساعت زنگ ورزش و هدفمندسازی آن، به‌کارگیری نیروی متخصص و استعدادیابی در مدارس، برگزاری کلاس‌های فوق‌برنامه در روز پنج‌شنبه و درگیرکردن والدین در فعالیت‌های جسمانی فرزندانشان تأکید می‌کرد. نتایج حاصل از مصاحبه با استادان و سیاست‌گذاران امر سلامت دانش‌آموزی منجر به شناسایی یک چارچوب بیست مرحله‌ای برای پیاده‌سازی برنامهٔ مداخله‌ای شد.

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه حاکی از کمبود شدید منابع مالی و انسانی در مدارس و وجود نداشتن برنامه‌ای منسجم و نظام‌مند برای ارتقای فعالیت جسمانی در مدارس بود. می‌توان از چارچوب شناسایی‌شده برای پیاده‌سازی سایر مداخلات سلامت در مدارس نظیر بهبود وضعیت تغذیه استفاده کرد.

کلمات کلیدی: مطالعهٔ کیفی، برنامهٔ مدرسه‌محور، ارتقای فعالیت جسمانی، نوجوانان

کپی‌رایت ©: حق چاپ، نشر و استفادهٔ علمی از این مقاله برای مجلهٔ آموزش بهداشت و ارتقای سلامت محفوظ است.

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.30699/acadpub.ijhehp.5.2.90]

مقدمه

اهمیت فعالیت جسمانی به‌عنوان اساس و پایهٔ سلامت جسم و روان بر کسی پوشیده نیست (۱). تخمین زده می‌شود که نداشتن فعالیت جسمانی باعث ۱/۹ میلیون مرگ و ۱۹ میلیون از کارافتادگی (بر مبنای مقیاس دالی) در سراسر جهان باشد. کمبود فعالیت جسمانی در سراسر جهان حدود ۱۰ تا ۱۶ درصد از علل هریک از بیماری‌های دیابت و سرطان‌های پستان و کولورکتال و حدود ۲۲ درصد از علت بیماری ایسکمی قلبی و عروقی است (۲). براساس بررسی‌های انجام‌گرفته در ایران، بیش از ۷۰ درصد مردم فعالیت جسمانی کافی ندارند (۳). بی‌تحرکی یا کم‌تحرکی با شیوهٔ زندگی سالم مغایرت داشته و در گروه‌های سنی مختلف به‌ویژه کودکان و نوجوانان روبه‌فزونی است (۴). طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت، کم‌تحرکی یکی از ۷ عامل خطرساز سلامت کودکان و نوجوانان است. نوجوانان سرمایه‌های آینده و نیروی کار پویا در راه توسعهٔ هر کشور هستند. در حدود ۳۰٪ جمعیت جهان ۱۰ تا ۲۴ سال داشته، در کشور ما نیز حدود ۲۴ میلیون نفر یعنی حدود ۳۵/۴٪ از جمعیت را این گروه سنی تشکیل می‌دهند (۵). در واقع سبک زندگی پرتحرک در کودکان و نوجوانان از رفتارهای بهداشتی پیشگیری‌کننده محسوب می‌شود؛ چرا که نوجوانی دوره‌ای است که در آن بسیاری از باورها و عادات رفتاری شکل گرفته و تثبیت می‌شود. بنابراین عملکرد مناسب و در نهایت سلامت افراد در سایر دوره‌های زندگی تحت‌تأثیر داشتن سبک زندگی سالم در این دوران است (۶،۷).

بیش از ۹۰ درصد کودکان و نوجوانان نسبت چشمگیری از روز را در مدارس سپری می‌کنند و در هیچ مکان دیگری امکان چنین تماس مستمر و منظمی با کودکان و نوجوانان وجود ندارد؛ بنابراین مدارس می‌توانند از طریق ارتقای تغذیهٔ سالم و فعالیت جسمی دانش‌آموزان نقش مهمی در برنامه‌های ملی پیشگیری از چاقی کودکان ایفا کنند (۸).

برای پیاده‌سازی هر برنامهٔ تندرستی باید درک عمیقی از چرخهٔ زندگی آن برنامهٔ تندرستی داشته و اقدامات مناسب دربارهٔ هریک از مراحل تشکیل‌دهندهٔ آن داشت. همچنین برنامهٔ مداخله‌ای باید انتخاب شود که مؤثر بودن آن را شواهد موجود تأیید کند و از جنبه‌های مختلف (سیاسی، اقتصادی، فرهنگی و عقیدتی) با شرایط کشور سازگار بوده و قابلیت اجرا داشته باشد. برای دستیابی به این مهم باید از نظر صاحب‌نظران و کارشناسان امر سلامت کودکان و نوجوانان آگاهی یافته، نقطه‌نظرات آنها را نیز دربارهٔ هر یک از مراحل چرخهٔ برنامهٔ تندرستی در نظر گرفت. همچنین توجه به نظر جامعهٔ مخاطب برنامه‌های بهداشتی برای شناخت اجزای یک مداخله، جزیی اساسی در طراحی یک مداخلهٔ بهداشتی است (۹).

رویکرد کیفی در انجام پژوهش، شرایطی را که فرایندهای روانی و اجتماعی در آن روی می‌دهند و نیز درک شرایط اجتماعی که منشأ رفتارها هستند را بررسی و شناسایی می‌کند. همچنین تشریح متغیرهای اجتماعی مؤثر و مخفی را میسر می‌سازد که رفتار انسان در آن شکل می‌گیرد و با نگرش جامع و گسترده به تجزیه‌وتحلیل پدیده‌ها و مفاهیم می‌پردازد (۱۰). براساس جستجوی انجام شده در پایگاه داده‌های داخلی و خارجی، مطالعه‌ای کیفی دربارهٔ خصوصیات یک برنامهٔ مداخله‌ای مدرسه‌مدار برای ارتقای فعالیت جسمی در نوجوانان در کشور انجام نشده است و بیشتر مطالعات انجام‌شده پیرامون ارتقای فعالیت جسمانی با رویکرد کمّی بوده‌اند. با مرور مطالعات گذشته، نیاز به بررسی موشکافانه و کامل خصوصیات یک برنامهٔ مداخله‌ای کاملاً محسوس بود. باتوجه به توانایی‌های خاص پژوهش کیفی تصمیم گرفته شد؛ مطالعه‌ای برای شناسایی موانع اجرایی و خصوصیات یک برنامهٔ مداخله‌ای مدرسه‌مدار انجام شود. تا به ارتقاء فعالیت جسمانی در نوجوانان هم از دیدگاه کارشناسان و مسئولین امر سلامت دانش‌آموزی و هم از دیدگاه دانش‌آموزان و والدین آنها بپردازیم. چگونگی اجرا و فرایند ادغام این برنامه در سیستم بهداشتی مدارس نیز از دیدگاه صاحب‌نظران و استادان دانشگاه بررسی شد.

روش بررسی

این مطالعه به‌صورت کیفی در ۴ گروه انجام شد: ۱. دانش‌آموزان؛ ۲. والدین دانش‌آموزان؛ ۳. کارشناسان وزارت‌خانه‌ها؛ ۴. استادان و صاحب‌نظران برنامه‌های بهداشتی. برای تعریف زیرگروه‌هایی که مطالعه می‌شدند؛ سه موضوع در نظر گرفته شد: ۱. مخاطبین و ذی‌نفعان امر سلامت جسمانی دانش‌آموزان ۲. صاحب‌نظر بودن در زمینهٔ برنامه‌های بهداشتی مداخله‌ای در سطح کلان ۳. درگیر بودن در امر سلامت دانش‌آموزی. این زیرگروه‌ها در جدول ۱ معرفی شده‌اند.

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.30699/acadpub.ijhehp.5.2.90]

جدول ۱. شناسایی موانع از طریق مطالعهٔ کیفی گروه‌ها، خصوصیات و چگونگی اجرای برنامهٔ مداخله‌ای مدرسه‌مدار برای ارتقای فعالیت جسمانی نوجوانان

زیرگروه‌ها	گروه‌ها یا افراد مصاحبه‌شده
مخاطبین برنامه	دانش‌آموزان پسر (۲ بحث گروهی) ـ دانش‌آموزان دختر (۱ بحث گروهی)- والدین دانش‌آموزان (۲ بحث گروهی)
کارشناسان سلامت دانش‌آموزی	کارشناسان وزارت بهداشت (۸ مصاحبه) ـ کارشناسان وزارت آموزش‌وپرورش (۱۰ مصاحبه) ـ کارشناسان وزارت ورزش و نوجوانان (۶ مصاحبه)
صاحب‌نظران در زمینهٔ برنامه‌های بهداشتی در سطح کلان	معاون سابق وزیر بهداشت درمان و آموزش پزشکی ـ مشاور وزیر بهداشت ـ مشاور سازمان جهانی بهداشت - معاونت بهداشت مدارس در وزارت بهداشت- استادان دانشگاه (در مجموع ۶ مصاحبه)

انتخاب افراد با نمونه‌گیری هدفمند انجام شد. برای استادان و سیاستگذاران در وزارت بهداشت و کارشناسان وزارت‌خانه‌ها (بهداشت، آموزش‌وپرورش، ورزش و نوجوانان) از روش مصاحبهٔ عمیق و برای دانش‌آموزان و والدین آنها از بحث متمرکز گروهی استفاده شد. مصاحبه با والدین در سرای محله‌های شهرداری مناطق ۵، ۲، ۶، ۱۷ تهران صورت گرفت و کارشناسان آموزش و پرورش از مناطق ۵، ۲، ۶ و ۸ شهر تهران انتخاب شدند. با حضور در وزارت ورزش و جوانان، با کارشناسان مربوط در این وزارت‌خانه‌ها مصاحبه شد. برای شناخت خصوصیات برنامهٔ مداخله‌ای، پس از انجام مصاحبه با استادان و سیاستگذاران وزارت، از فرد مصاحبه‌شده درخواست می‌شد تا استاد یا سیاستگذار دیگری را برای انجام مصاحبه معرفی کند. تعداد مصاحبه‌ها به صورتی بود که در هر گروه اشباع اطلاعات صورت پذیرد. در مجموع برای این مطالعه ۳۰ مصاحبهٔ فردی و ۵ بحث گروهی متمرکز انجام شد که هریک در حدود ۱ تا ۱/۳۰ ساعت به طول انجامید و در هر بحث ۶ تا ۱۰ نفر حضور داشتند.

یافته‌ها

تجزیه‌وتحلیل داده‌ها:

محتویات مصاحبه‌ها و بحث‌های گروهی متمرکز در جلسات را یکی از همکاران یادداشت‌برداری و با کسب اجازه از شرکت‌کنندگان ضبط می‌کرد. مصاحبه‌ها با استفاده از راهنمای پرسشگری انجام شد.

مصاحبه‌های انجام‌شده با استادان و کارشناسان، کلمه‌به‌کلمه پیاده شد. آنالیز داده‌ها با روش تماتیک و با استفاده از نرم‌افزار تحلیل داده‌های کیفی Open Code انجام شد و کدها و طبقه‌های مرتبط استخراج شدند. بدین ترتیب که ابتدا به متن هر مصاحبه به‌عنوان یک کل توجه شده، معنی بنیادی یا مفهوم عمدهٔ متن همچون یک کل در یک یا چند بند توصیف شد. کدها و طبقه‌های اولیه طراحی و پس از آنالیزهای مکرر طبقه‌ها و کدهای تکراری در یکدیگر ادغام شدند.

در زمان شروع هر مصاحبه و پس از شرح کلی دربارهٔ اهداف مطالعه، از تک‌تک شرکت‌کنندگان اجازهٔ شفاهی برای ضبط صدای آنها می‌گرفتند و به آنها توضیح داده می‌شد که در هر زمان از مصاحبه که صلاح بدانند ضبط صدا قطع خواهد شد. از ارائهٔ نتایج به‌نحوی که مرتبط با مشخصات فرد گوینده باشد هم اجتناب شد.

برای تأیید روایی داده‌ها، متن پیاده‌شدهٔ مصاحبه‌ها و بحث‌های گروهی را به فاصلهٔ چند روز پس از کدگذاری اولیه، دوباره خوانده و کدگذاری کردند. سپس نتایج با اولین کدگذاری مقایسه و در صورت دستیابی به یافته‌های مشابه، ثبات و هماهنگی داده‌ها و در نتیجه قابلیت اعتماد آنها تأیید شد. در مطالعهٔ حاضر بحث و بررسی تیم پژوهش دربارهٔ یافته‌های متناقض و دستیابی به اجماع نهایی نیز از دیگر روش‌های تأمین قابلیت پذیرش بود. همچنین پس از کدگذاری هر مصاحبه، نسخه‌ای کامل از آن، شامل کدها و عبارت‌های کلیدی به‌دست آمده برای ارزیابی سازگاری کدها با تجربه‌های مشارکت‌کنندگان، دراختیار تعدادی از آنها قرار گرفت (۱۱).

نتایج این مطالعه در دو بخش ارائه می‌شود: الف) مشکلات و خصوصیات یک برنامهٔ مداخله‌ای مدرسه‌مدار برای ارتقای فعالیت جسمانی از دیدگاه دانش‌آموزان، والدین و کارشناسان وزارت‌خانه‌ها؛ ب) چگونگی اجرا و فرایند ادغام این برنامه در سیستم بهداشتی مدارس از دیدگاه سیاستگذاران و استادان. در

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.30699/acadpub.ijhehp.5.2.90]

مجموع در بخش الف ۳ گروه و ۲۸ تم و در بخش ب نیز ۴ گروه و ۲۲ تم شناسایی شد که هریک، طبق جدول‌های ۲ و ۳ به تفکیک ارائه و شرح داده شده‌اند.

جدول ۲. دیدگاه کارشناسان وزارت‌خانه‌ها، دانش‌آموزان و والدین دربارهٔ موانع و راه‌کارهای اجرایی یک برنامهٔ مداخله‌ای مدرسه‌مدار برای ارتقای فعالیت جسمانی در نوجوانان

گروه	زیرگروه	کد
مشکلات مدیریتی	۱-۱ برنامه‌ریزی نامناسب ساعات فعالیت جسمانی	۱-۱-۱ کوتاه بودن زنگ ورزش
		۱-۱-۲ مستمرنبودن برنامه‌های فعالیت جسمانی
		۱-۱-۳ هدفمند نبودن زنگ ورزش
		۱-۱-۴ توجه بیشتر به سایر دروس
		۱-۱-۵ نبود برنامهٔ استعدادیابی در مدارس
		۱-۱-۶ وجود فوق‌برنامه صرفاً برای تیم ورزشی
		۱-۱-۷ توجه نکردن به کودکان با مشکلات ویژه
	۱-۲ نبود برنامه تغذیه در مدارس	۱-۲-۱ نبود برنامه تغذیه در مدارس
		۱-۲-۲ نبود غذاهای خانگی در بوفهٔ مدارس
کمبود منابع	۲-۱ کمبود منابع انسانی	۲-۱-۱ کمبود مربیان و معلمان تربیت‌بدنی
		۲-۱-۲ اهمیت نداشتن فعالیت بدنی نزد والدین و مسئولین مدارس
		۲-۱-۳ درگیر نبودن والدین در فعالیت‌های جسمانی فرزندانشان
	۲-۲ کمبود منابع مالی و تجهیزات	۲-۲-۱ کمبود فضای باز و پوشیده در مدارس
		۲-۲-۲ جمعیت بیش از حد دانش‌آموزان در مدارس
		۲-۲-۳ نبود امکانات تمامی رشته‌های ورزشی
		۲-۲-۴ مشکلات رفت‌وآمد به مکان‌های ورزشی خارج از مدارس
		۲-۲-۵ آلودگی هوا در کلان‌شهرها
راهکارهای افزایش فعالیت جسمانی	۳-۱ برنامه‌ریزی و مدیریت مناسب منابع انسانی	۳-۱-۱ استفاده از نیروی متخصص و تحصیلکرده
		۳-۱-۲ برگزاری کلاس‌های آموزشی مستمر برای والدین و دانش‌آموزان
		۳-۱-۳ درگیر کردن والدین در برنامه‌های آخرهفته
		۳-۱-۴ برگزاری مسابقات ورزشی با حضور والدین و دادن جوایز
		۳-۱-۵ استعدادیابی ورزشی و استفاده از دانش‌آموزان نخبهٔ ورزشی برای ترویج ورزش
	۳-۲ برنامه‌ریزی و مدیریت مناسب منابع مالی و تجهیزات	۳-۲-۱ استفاده از تجهیزات ورزشی متنوع در مدارس
		۳-۲-۲ افزایش ساعات زنگ ورزش
		۳-۲-۳ اختصاص روز پنج‌شنبه برای فوق‌برنامه
		۳-۲-۴ فوق برنامه در روز چهارشنبه در پایان کلاس‌ها
		۳-۲-۵ برگزاری اردوهای ماهانه
		۳-۲-۶ توزیع غذای سالم

بخش الف:

مشکلات مدیریتی که ۲ زیرگروه و ۹ تم داشت. اکثر شرکت‌کنندگان مشکلاتِ مدیریتیِ سیستم بهداشت مدارس را یکی از اصلی‌ترین موانعِ به‌کارگیری برنامهٔ مداخله‌ای می‌دانستند. ۴ شاخص اصلی مشکلات مدیریتی از نظر شرکت‌کنندگان مشکلات برنامه‌ریزی، سازمان‌دهی، بسیج منابع و امکانات و فرایند پایش بود. کوتاه بودن زنگ ورزش و هدفمند نبودنِ آن از نکاتی بود؛ که شرکت‌کنندگان برآن تأکید ویژه داشتند.

«... زنگ ورزش نه مناسبه و نه هدفمند! شاید یک کودک با توجه به فیزیک بدنش در والیبال، بسکتبال یا هندبال موفق نباشه؛ ولی در بدمینتون، شنا یا ژیمناستیک موفق باشه و بتونه ادامه بده. فقط یک سری حرکات دیکته شده و روتین رو تو زنگ ورزش گذاشتن و هیچ استعدادیابی نمی‌شه» (والدین - شماره ۳) نبود برنامهٔ مدون و جامع برای تغذیهٔ مقاطع راهنمایی و دبیرستان از نکته‌هایی بود که کارشناسان و والدین بر آن تأکید داشتند. همچنین والدین معتقد بودند که نظارت نکردن بر بوفه‌های مدارس از مشکلات درخورِ توجه نظام تغذیهٔ مدارس است.

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.30699/acadpub.ijhehp.5.2.90]

«بوفه‌ها در مدارس اجاره داده می‌شن. طبیعتاً باید سود خودشونو ببرن و زیاد به سلامت فکر نمی‌کنن بلکه هر چیزی پرفروش‌تر باشه می‌فروشن» (کارشناس وزارت بهداشت - شماره ۱)

کمبود منابع که شامل ۲ زیرگروه و ۸ تم بود. شاید به جرأت بتوان گفت که کمبود شدید منابع مالی و انسانی مهم‌ترین مانع در راستای ارتقای فعالیت جسمانی و بهبود وضعیت تغذیه دانش‌آموزان است. کمبود منابع انسانی و متخصص در همهٔ سطوح آموزش‌وپرورش چه از نظر کیفیت و چه از نظر کمیت، از اساسی‌ترین تنگناهای رشد و توسعهٔ بهبود فعالیت جسمانی دانش‌آموزان است.

«ما اصلاً معلم ورزش نداریم. از اول سال تا حالا معلم ورزش اصلاً نیومده، به جای معلم ورزش معلم دینی گذشتن» (دانش‌آموز - شماره ۲).

«در مدرسهٔ ما حتی توپو هم اولیا برامون خریدن» (کارشناس- شماره ۱).

«مربی بهداشت نداریم که هیچ، مربی تربیت‌بدنی هم نداریم. فرضاً یک مربی بهداشت هم‌زمان برای دو سه یا حتی پنج مدرسه کار می‌کنن» (کارشناس - شماره ۲).

راهکارهای افزایش فعالیت جسمانی که شامل ۲ زیرگروه و ۱۱ تم بود. یافته‌های این تحقیق بر ضرورت و اهمیت افزایش ساعت زنگ ورزش و هدفمندسازی آن، به‌کارگیری نیروی متخصص و استعدادیابی در مدارس تأکید می‌کرد. با توجه به تعطیل بودن مدارس در روز پنج‌شنبه بیشتر دانش‌آموزان و والدین با انجام فعالیت‌های ورزشی به‌صورت اختیاری در این روز موافق بودند. همچنین به پیشنهاد کارشناسان وزارت‌خانه‌ها می‌توان والدین را در فعالیت‌های جسمانی فرزندانشان با انجام مسابقات ورزشی بین خانواده‌ها در روز پنج‌شنبه درگیر کرد. *«می‌دونین تو هر مدرسه، بچه‌هایی هستن که فعالیتای فیزیکی و ورزشایی رو در حد پیشرفته بلدن. از همونا به‌عنوان نیروی کاری استفاده کنیم. فرضاً کسی که ورزش رزمی بلده در قسمت کوچکی از مدرسه، به علاقمندان یاد بده. به این ترتیب، باقی دانش‌آموزا رو هم علاقمند می‌کنه»* (دانش‌آموز - شماره ۵).

«می‌تونن دو ساعت رو به آخر هفته انتقال بدن و قدری هم اضافه کنن. مثلاً ۳ ساعت در یک سالن ورزشی» (والدین - شماره ۴).

یکی از انتظاراتی که کارشناسان و والدین مطرح کردند؛ وجود نیروی انسانیِ متخصص در مدارس بود. *«مربی ورزش باید کارشناس روانشناسی نیز باشه نه به‌صورت حرفه‌ای ولی بدونه که صحبت و رفتارش چه تأثیری در آیندهٔ شخص می‌ذاره»* (والدین - شماره ۷).

استفاده از نیروی انسانی متخصص نقش ارزشمندی در شناسایی استعدادهای دانش‌آموزان برای رشته‌های ورزشی مختلف دارد و علاوه بر ارتقای سلامت جسمانی منجر به پیشرفت ورزش قهرمانی و حرفه‌ای نیز می‌شود.

«برای استعدادیابی یک نیروی اختصاصی گذاشته شه. در ۹۹٪ موارد معلم ورزش وقتی هم حضورداره کار خاصی نمی‌کنه فقط روی ورزش بچه‌ها نظارت می‌کنه و حضور و غیاب مختصری انجام می‌ده» (دانش‌آموز - شماره ۴).

برخی از والدین شرکت‌کننده در این مطالعه از افزایش ساعات ورزش و لطمه خوردن به پیشرفت تحصیلی فرزندانشان نگران بودند.

«من معتقدم اگر ساعت ورزش کم ولی هدفمند و به شکل آموزشی باشه خیلی بیشتر تأثیر داره تا روال فعلی که ساعت رو زیاد کنن» (والدین - شماره ۳).

شیوهٔ اصلاح تغذیه در مدارس از دیگر موضوعاتی بود که شرکت‌کنندگان به آن اشاره کردند. بیشتر دانش‌آموزان از توزیع غذاهای سنتی در مدارس استقبال کردند و راهکار آن را نیز ورود تدریجی این غذاها و حذف غذاهای بی‌ارزش می‌دانستند.

«می‌شه برای شروع فست‌فود رو یک هفته در میان کنن و بعد کم‌کم حذف کنن» (دانش‌آموز - شماره ۹).

هرچند تعدادی از والدین خواستار ممنوعیت مطلق توزیع غذاهایی با ارزشِ غذایی کم در مدارس بودند، ولی اکثریت آنها راهکار بهبود تغذیه را آموزش و تغییر نگرش و رفتار می‌دانستند.

«در دبستان باید برای نوع غذا اجبار باشه؛ ولی در سنین بالاتر که به بلوغ فکری می‌رسن می‌شه بهشون اختیار انتخاب داد» (والدین - شماره ۵).

بخش ب:

موانع ایجاد هماهنگی بین‌بخشی که شامل ۳ تم بود. این درون‌مایه بیانگر مشکلاتِ هماهنگی وزارت‌خانه‌ها وسازمان‌ها برای به‌کارگیری یک مداخله در سطح کلان و بین‌بخشی است. مشارکت‌کنندگان عواملی مثل تفاوت دیدگاه‌های سازمان‌ها در ارتباط با اجرای یک برنامه، وجود نهادهای حراستی در سازمان‌ها و جابه‌جایی مدیران ارشد و میانی و ناپایداری مدیریتی را منشأ ناهماهنگی می‌دانستند.

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.30699/acadpub.ijhehp.5.2.90]

جدول ۳. نتایج حاصل از مصاحبه با استادان و مجریان دانشگاهی و غیردانشگاهی

گروه	زیرگروه	تم
موانع ایجاد هماهنگی بین‌بخشی		۱-۱ متفاوت بودن برنامه‌ها و دیدگاه‌های سازمان‌ها
		۱-۲ جابه‌جایی مدیران وزارت‌خانه‌ها و سازمان‌ها
		۱-۳ وجود نظام‌های مراقبتی و حراستی در هر سازمان
ویژگی‌های برنامهٔ مداخله‌ای ارتقای فعالیت جسمانی	۱-۲ راهکار ایجاد هماهنگی بین‌بخشی و مشخص کردن اجزای مداخله	۱-۲-۱ شناسایی جایگاه منطقی مجریان و سیاستگذاران نظام سلامت
		۱-۲-۲ ایجاد ارتباط غیررسمی با کارشناسان و مدیران سازمان‌ها
		۱-۲-۳ تفهیم اهمیت درک برنامه به سیاستگذاران بخش‌های مختلف
		۱-۲-۴ برقراری ارتباط بین مدیران سازمان‌ها
		۱-۲-۵ شناسایی و تحلیل ذی‌نفعان به‌گونه‌ای دقیق و منظم
		۱-۲-۶ تشکیل تیم مشترک رهبری و تیم مشترک کارشناسان
		۱-۲-۷ جمع‌آوری شواهد ملی و محلیِ در دسترس
		۱-۲-۸ تشکیل شورای عالی بین‌بخشی با ریاست رئیس‌جمهور
		۱-۲-۹ نوشتن یک پروپوزال مشترک و فرستادن به شورای عالی بین‌بخشی
		۱-۲-۱۰ نوشتن سیاست‌های کلی برنامه از سوی شورای عالی بین‌بخشی
		۱-۲-۱۱ ایجاد دبیرخانهٔ فعالیت جسمانی برای تعیین شاخص و پایش برنامه
		۱-۲-۱۲ شناسایی منابع و پتانسیل‌های هر سازمان
		۱-۲-۱۳ شناسایی موازی‌کاری‌های سازمان‌ها
		۱-۲-۱۴ انعطاف‌پذیربودن برنامه
		۱-۲-۱۵ شفاف بودن نقش هر سازمان
		۱-۲-۱۶ تعریف مداخله‌ای شفاف و با جزئیات
	۲-۲ اجرای برنامه و پایش آن	۲-۲-۱ ابلاغ برنامه به وزارت‌خانه‌ها از طریق شورای عالی
		۲-۲-۲ انجام مطالعه پایلوت در چند استان
		۲-۲-۳ لزوم برنامه‌ریزی خاص استان با مطلعین محلی
		۲-۲-۴ تعیین حداقل‌ها برای انجام مداخله
		۲-۲-۵ ادغام برنامه در برنامه‌های کنونی
		۲-۲-۶ پایش مستمرِ برنامه از طریق دبیرخانه

«ناپایداری سیاسی و تغییرات مداوم مدیران در نظام بهداشت باعث شده که مداخلات بهداشتی عقیم مانده و به نتیجه‌ای نرسن» (شرکت‌کنندهٔ شماره ۱).

موازی بودن وزارت‌خانه‌ها و تبعیت نکردن آنها از یکدیگر نیز از مشکلاتی بود که تمام شرکت‌کنندگان به آن اشاره کردند.

«مشکل اینجاست که هر وزارت‌خانه سلسله مراتب، نظام اداری و اهداف خودش رو داره و حتی در بسیاری از مواقع دو وزارت‌خانه یک هدف رو با دو ادبیات متفاوت بیان می‌کنن» (شرکت‌کنندهٔ شماره ۳).

«فرضاً وقتی وزارت‌خانه از صدا و سیما دعوت می‌کنه، اگه نخواد بیاد و نخواد همکاری کنه چون تکلیف قانونی مستقیمی برای پاسخگوییش نذاشتن، همانجا متوقف می‌شه؛ اما وزارت‌خانه‌ها چون درسطح برابر با هم قرار دارن معمولاً مستقیماً به هم جوابگو نیستن. برای یافتن راه حل این روش رو پیش گرفتن که تعدادی شورای عالی طراحی کنن» (شرکت‌کنندهٔ شماره ۶).

همچنین وابستگی برنامه‌ها به افراد و تصمیم‌گیری سلیقه‌ای به جای سیستم محور بودن آنها نیز از دیگر موانع ایجاد هماهنگی بین‌بخشی عنوان شد.

ویژگی‌های برنامهٔ مداخله‌ای ارتقای فعالیت جسمانی که شامل ۲ زیرگروه و ۲۲ تم بود. تمامی شرکت‌کنندگان بر تحلیل ذی‌نفعان به‌طور دقیق و منظم به‌عنوان یکی از اصلی‌ترین عوامل اجرای برنامه، قبل از انجام هر اقدامی توصیه کردند.

«ابتدا نوعی تحلیل ذی‌نفعان دقیق و منظم می‌خوایم تا بفهمیم چه کسی باید حضور داشته باشه. تیم مذکور رهبری داستان را حداقل در دو مقطع می‌تونه بر عهده بگیره و هر دو

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.30699/acadpub.ijhehp.5.2.90]

مقطع باید هم‌زمان اتفاق بیفته وگرنه انرژی خیلی زیادی می‌بره که یکی از آنها دیگری رو راضی کنه. هم در حوزهٔ سیاست‌گذاری باید از ابتدا تیم درگیر باشه که قاعدتاً شامل افراد سطح بالاتر می‌شه و ثانیاً قسمت برنامه‌ریزی و جلسات بین کارشناسان! هر دو لِول باید به شکل مناسب و هم‌زمان درگیر بشن» (شرکت‌کنندهٔ شماره ۲).

شرکت‌کنندگان براین عقیده بودند که لازمهٔ اجرای یک برنامهٔ مداخله‌ای، تشکیل شورایی بین‌بخشی با حضور مدیران و کارشناسان همهٔ وزارت‌خانه‌های ذینفع، با ریاست رئیس‌جمهور است. باور شرکت‌کنندگان این بود که تمامی مراحل یک مداخله، از شناسایی بهترین شواهدِ در دسترس تا پایش و کنترل کیفی آن باید با حضور تیم متشکل از ذی‌نفعان انجام شود. *«دبیرخانه و ستاد اجرایی آن، یا در خارج از سه وزارتخانهٔ مذکور یا داخل یکی از آنها ولی به‌گونه‌ای که اشراف اجرایی بر بقیه داشته و به او پاسخگو باشن»*. (شرکت‌کنندهٔ شماره ۵).

مشارکت‌کنندگان معتقد بودند که تیم مشترک ذی‌نفعان، بررسی شواهد را انجام داده و نهایتاً برنامهٔ تفصیلی مداخله‌ای نوشته شود. برای تضمین اجرای صحیح و پایش آن، دبیرخانه‌ای تشکیل و به‌گونه‌ای منظم گزارش پیشرفت برنامه را به هیئت وزیران و رئیس‌جمهور ارائه دهد.

«شرط شکل‌گیری تیم بین‌بخشی اینه که اولاً همهٔ سطوح لازم بخوان، ثانیاً بتونن و ثالثاً ملزم باشن مداخله کنن. فاز متقاعد کردن و جلب موافقت را همیشه باید از سطوح پایین شروع کنید و به‌سراغ ساختار بخش‌های همکار و آدم‌های کلیدی برین و ارتباطات خود را از پیش با آنها برقرار سازین! به اصطلاح آنها را بپزید و دیدگاه‌ها و منافعشان را تأمین کنین. سپس با کمک آنها سطوح سیاستگذاری را با هم مرتبط کنین. یعنی شما وزیر خود را قانع کنید و اونا هم وزیر خودشونو!» (شرکت‌کنندهٔ شماره ۴).

«پروسه می‌تونه اینطور طی شه که یک پروپوزال ابتدایی مشترک تهیه بشه، به شورای عالی سلامت بره و تأیید بشه، ابلاغیه‌های هر سه سازمان به صدور برسه و بعدش آنها با هم به طراحی پایلوت بپردازن» (شرکت‌کنندهٔ شماره ۱).

مصاحبه‌شوندگان تأکید داشتند که منابع و وظایف هر وزارت‌خانه و سازمان به‌طوردقیق و با جزئیات کامل در برنامه مداخله‌ای لحاظ شود. همچنین تعریف شاخص و تعیین زمانِ دسترسی به آن نیز از نکات درخور توجه برای صاحب‌نظران بود.

«دربارهٔ همکاری بین‌بخشی پرسیدین. یعنی سه نقطه دارید: وزیر بهداشت، وزیر آموزش‌وپرورش و وزیر ورزش! چه کسی می‌تونه این نقاط را به هم وصل کنه؟ رئیس جمهور! باید شورایی تشکیل شود به نام "شورای فعالیت‌های بدنی" دبیرخانه هم داشته باشه. اون شورا مصوبات را به تصویب می‌رسونه و ابلاغ می‌کنه. به استان هم که میره، یک نمایندهٔ وزیر بهداشت داریم، یک نمایندهٔ آموزش‌وپرورش، یک نمایندهٔ ورزش! چه کسی بالای سر اینها قرار می‌گیره؟ استاندار! اون باید بیاد و اینها رو هماهنگ کنه تا کار انجام بشه» (شرکت‌کنندهٔ شماره ۵).

دربارهٔ نیاز به مطابقت برنامه با توجه به منابع و امکانات شهرستان‌ها، پیشنهادهای مطرح شده در ۳ گروه زیر تقسیم شدنی بودند:

۱. اجرای برنامهٔ مداخله‌ای از طریق برنامهٔ مدارس مروج سلامت که در سطح کشور درحال اجرا است.
۲. الحاق دستورالعمل تطبیقی به‌همراه پروتکل اجرایی برنامهٔ مداخله‌ای.
۳. سپردن کار در هر استان به استانداری.

«یک برنامهٔ خوب ملی، دستورالعمل تطبیقیش رو همراه با خودش داره یا گاهی آدم‌های فعال در محیط این‌قدر برجسته‌ن که خودشون از عهدهٔ چنین تطبیقی بر میان» (شرکت‌کنندهٔ شمارهٔ ۲).

«هم به‌دلیل تنوع امکانات و هم بستر فرهنگی، یک مدل واحد برای تمام اندازه‌ها مناسب نیست. مناسب‌تر است که به دسته‌بندی بپردازین و روی ظرفیت محلی حساب کنیم. یعنی به جای این که مدل ما را انجام بدن، خودشان دربارهٔ مدل بیندیشن و اونو تولید کنن» (شرکت‌کنندهٔ شماره ۳).

«فرضاً ۵ استان انتخاب می‌کنین. اونجا در هر دانشگاهی، کارشناسانی داریم که معمولاً بومی هستن. با ایشان می‌نشینین و حرف می‌زنین. حداقل‌ها را گروه کارشناسی تعیین می‌کنه. هم کارشناسان آموزش‌وپرورش آنجا هستند و هم ما! خیرین، استانداری و غیره و ذلک نیز به شما خط می‌دن. کسی که در آن استان یا شهر خاص زندگی می‌کنه کاملاً با ریسورس‌ها آشناست در نتیجه نگرانی ندارین و حداقل‌ها و حداکثرها را برایتان توضیح می‌دهد» (شرکت‌کنندهٔ شماره ۱).

بحث

هدف این مطالعه شناسایی موانع اجرایی و خصوصیات برنامهٔ مداخله‌ای مدرسه‌مدار برای ارتقای فعالیت جسمانی نوجوانان و همچنین چگونگی اجرا و فرایند ادغام این برنامه در سیستم بهداشتی مدارس بود.

در سال‌های اخیر فعالیت جسمانی کودکان و نوجوانان کاهش چشمگیری داشته و به‌جای آن دیدن تلویزیون و بازی‌های رایانه‌ای و استفاده از اینترنت بیشتر شده است (۱۲). میزان فعالیت

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.30699/acadpub.ijhehp.5.2.90]

پیشنهادیِ نوجوانان روزانه یا دستِ کم ۵ روز در هفته، دستِ‌کم ۶۰ دقیقه با شدت متوسط تا شدید توصیه شده است (۱۳). مطالعات مختلف نشان داده‌اند که میزان فعالیت کودکان و نوجوانان برای حفظ سلامتی کمتر از حد استاندارد است (۱۴،۱۵).

نتایج در مطالعه‌ای که برگرفته از طرح قلب سالم اصفهان بود، نشان داد که حدود ۴۰ درصد دانش‌آموزان مقطع راهنمایی و دبیرستان در دو استان اصفهان و مرکزی کمتر از ۲ ساعت در هفته در مدرسه ورزش منظم انجام می‌دادند (۱۶). همچنین در مطالعهٔ Taymoori و Lubans (۲۰۰۸) در ایران نشان داده شد که فقط ۳۶ درصدِ دختران نوجوان فعالیت‌های جسمانی دارند (۱۷).

تغییر سلیقهٔ غذایی و گرایش نوجوانان به غذاهای پرکالری و فاقد ارزش غذایی نیز در سال‌های اخیر روند افزایشی داشته است (۱۸). مطالعات نشان می‌دهد که رفتارهای غلط تغذیه‌ای در ایران بسیار شایع است (۱۹). برمبنای پژوهش‌های انجام‌شده، آگاهی تغذیه‌ای نوجوانان در زمینهٔ جوانب مختلف این مهم عمدتاً در سطوح پایین یا متوسط قرار دارد (۲۰).

از دیدگاه دانش‌آموزان، والدین و کارشناسانِ وزارت‌خانه‌ها مهم‌ترین دلایل کمبود فعالیت جسمی در دانش‌آموزان وجود مشکلات مدیریتی و کمبود شدید منابع انسانی و مالی در مدارس است. در مطالعات قبلی نیز به کمبود منابع انسانی، متخصص و فضا برای انجام فعالیت‌های فیزیکی اشاره شده بود. در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۱۱ در کانادا انجام شد؛ علاوه بر دسترسی نداشتن به منابع، نبودِ حمایت اجتماعی از موانع مهم کمبود فعالیت جسمی در دانش‌آموزان بود (۲۱). همچنین در مطالعه‌ای کمّی ـ کیفی که در سال ۲۰۰۷ در شهر اصفهان انجام شده بود عدم وجود اماکن ورزشی ایمن اصلی‌ترین مانعِ فعالیت جسمی در دانش‌آموزان شناخته شد (۲۲).

شرکت‌کنندگان اهمیت نداشتن فعالیت جسمانی نزد مسئولین مدرسه و کمبود آگاهی والدین را مانع مهمی برای ارتقای فعالیت جسمانی دانستند که این یافته نیز در مطالعهٔ شهر اصفهان تأیید شده بود (۲۲).

والدین و کارشناسان توجه بیشتر به سایر دروس و در مرتبهٔ دوم بودنِ فعالیت جسمانی را از مهم‌ترین عواملِ بازدارندهٔ ایجاد زندگی سالم می‌دانستند و دلیل اصلی آن را وجود آزمون‌های پذیرشی و کنکور عنوان کردند. در مطالعهٔ Amiri نیز اولویت درسی از موانع فردی اصلاح شیوهٔ زندگی در نوجوانان شناخته شده بود (۱۰).

مشکلات رفت‌وآمد به محیط‌های ورزشی خارج از مدرسه از نکاتی بود که والدین به آن توجه داشتند. در مطالعه‌ای که در کارولینای شمالی انجام شد، والدین مسافت طولانی، هزینه و مسائل امنیتی را از موانع اساسی نبود فعالیت جسمانی در فرزندانشان می‌دانستند (۲۴).

از یافته‌های چشمگیر این مطالعه، شناسایی آلودگی هوا به‌عنوان یکی از موانع مهم در انجام فعالیت جسمانی به‌ویژه در کلان شهرها و شهرهای صنعتی است. براساس گزارش سازمان هواشناسی، تهران در ۱۰ سال گذشته در مهرماه فقط ۵ روز هوای پاک داشته است. همچنین در سال ۱۳۹۰، هوای شهر تهران ۲۱۵ روز ناسالم گزارش شده است. البته این مشکل مختص به شهر تهران نبوده و سایر کلان شهرها و همچنین شهرهای مرزی نیز با این مشکل مواجه بوده‌اند. در مطالعه‌ای که در شهر بریستول انگلستان در سال ۲۰۱۲ انجام شده بود، والدین دانش‌آموزان بدی آب‌وهوا را یکی از موانع اصلی ارتقای فعالیت جسمانی فرزندانشان عنوان کرده بودند (۲۵).

استفاده از نیروی متخصص و وجود وسایل ورزشی در مدارس از مشوق‌های راهکارهای اصلی افزایش فعالیت جسمانی شناخته شدند که این یافته‌ها در مطالعات قبلی نیز تأیید شده بودند (۲۶). درگیر کردن والدین در فعالیت‌های ورزشی فرزندانشان و انجام مسابقات مدرسه‌ای با حضور والدین از دیگر یافته‌های این مطالعه بود که هم والدین و هم دانش‌آموزان بر آن اتفاق‌نظر داشتند. در مطالعه‌ای که در ۴ کشور اروپایی (۲۰۱۱) انجام شد، وجود برنامه‌های مشترک بین بچه‌ها و والدینشان را مناسب‌ترین راه افزایش فعالیت جسمانی شناختند و انجام این راهکار را از طریق فعالیت‌های پیاده‌روی، دوچرخه‌سواری و مسابقات ورزشی و کارگاه‌های تغذیه می‌دانستند (۲۷). در مرور منظمی که برای شناسایی ارتباطات محیطی در افزایش فعالیت جسمانی نوجوانان انجام شد، نتایج نشان داد که پدران در دوران بچگی، نقش مهمی در ارتقای فعالیت جسمانی فرزندانشان دارند که این ارتقای فعالیت هردو جنس را در بر می‌گرفت؛ در حالی که فعالیت مادران در ارتقای فعالیت دخترانشان نقش اساسی‌تری را بازی می‌کرد (۲۸).

فوق برنامه‌های روزانه و فوق برنامه در روز پنج‌شنبه، جذاب کردن جنبه‌های آموزشی و افزایش ساعات زنگ ورزش از راهکارهای افزایش فعالیت جسمانی عنوان شد که هم دانش‌آموزان دختر و هم پسر به آن اشاره کردند. در مطالعه‌ای که در کارولینای جنوبی (۲۰۱۳) انجام شده بود؛ انجام فعالیت‌های ورزشی به‌صورت انتخابی، همراه با بازی و سرگرمی از مشوق‌های

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.30699/acadpub.ijhehp.5.2.90]

کلیدی ارتقای فعالیت جسمانی بیان شده بود (۲۹). همچنین این یافته با یافته‌های چند مطالعهٔ دیگر هم‌خوانی داشت (۳۰،۳۱).

انجام فعالیت‌های ورزشی به‌صورت گروهی و استفاده از دانش‌آموزان نخبهٔ ورزشی برای ترویج ورزش در محیط مدرسه از مواردی بود که دانش‌آموزان خواستار آن بودند. دانش‌آموزان در سایر مطالعات هم درخواستِ انجام فعالیت‌های ورزشی به‌صورت تیمی را بیان کرده بودند (۲۶).

در زمینهٔ چگونگی اجرای برنامهٔ مداخله‌ای در نظام سلامت مدارس می‌توان ماحصل یافته‌های منبعث از مصاحبه با صاحب‌نظران و سیاستگذاران عرصهٔ سلامت نوجوانان را به‌صورت الگوریتمی برای تهیه و پیاده‌سازی برنامهٔ بهداشتی ارتقای فعالیت جسمانی نشان داد. مراحل و گام‌ها می‌تواند به‌صورت زیر انجام شود:

تشکیل تیم در وزارت بهداشت (متشکل از کارشناسان و مدیران) ۲. شناسایی ذی‌نفعان ۳. درگیری تمام بخش‌ها ۴. ایجاد ارتباط غیررسمی با کارشناسان سایر سازمان‌ها ۵. متقاعدسازی و توانمندسازی کارشناسان سازمان‌ها و وزارت‌خانه‌ها ۶. برقراری ارتباط با مدیران سازمان‌ها توسط کارشناسان همان سازمان‌ها ۷. نزدیک کردن دیدگاه افراد در بخش‌های مختلف ۸. تشکیل تیم مشترک رهبری و تیم مشترک کارشناسان (تمامی سازمان‌ها) ۹. تعیین وضعیت کنونی دربارهٔ فعالیت جسمانی و جمع‌آوری شواهد ملی و جهانی ۱۰. تعریف مداخله‌ای شفاف با توجه به شواهد و حداقل امکانات ۱۱. مشخص کردن ریزِ مداخلات و تأیید اثربخشی آن در یک یا چند مدرسه ۱۲. تشکیل شورای عالی بین‌بخشی با ریاست رئیس جمهور با رهبریت چند وزارت‌خانه‌ای ۱۳. ایجاد دبیرخانهٔ دائمی ارتقای فعالیت فیزیکی در دانش‌آموزان ۱۴. نوشتن پروپوزال مشترک و فرستادن به شورای‌عالی بین‌بخشی ۱۵. نوشتن سیاست‌های کلی برنامه از سوی شورای‌عالی ۱۶. شناسایی سیاست‌های کلی برنامه ۱۷. شناسایی منابع و پتانسیل هر سازمان و شناسایی موازی‌کاری‌ها ۱۸. تأیید پروپوزال توسط شورای‌عالی و ابلاغ برنامه به وزارت‌خانه‌ها ۱۹. تعیین شاخص‌ها و انجام یک سیستم پایش ۲۰. انجام پایلوت مداخله در یک یا چند استان (می‌توان مداخله را از طریق برنامه‌هایی انجام داد که در دست هستند) ۲۱. مداخله در هر استان با نظر مطلعین محلی و مسئولین همان منطقه.

با توجه به اینکه برای پیاده‌سازی برنامه در کل کشور باید حداقل منابع و امکانات را در نظر گرفت، لیستی از مداخلات پیشنهادی با در نظر گرفتن حداقل منابع ذکر می‌شود که از مصاحبه‌ها و بحث‌های گروهی استخراج شد (جدول ۴).

چارچوب مراحل ذکرشده برای چگونگی اجرای برنامه مداخله‌ای شباهت‌های زیادی با برنامه‌های مداخله‌ای برای سایر مشکلات سلامتی دارد و این چارچوب می‌تواند جهت اجرای هر برنامهٔ مداخله‌ای به‌کار گرفته شود. کمیتهٔ ملی فعالیت جسمانی کشور کویت ۱۰ مرحله را جهت انجام برنامه مداخله‌ای فعالیت جسمانی در نظر گرفته است که تقریبا تمامی مراحل مشابه یافته‌های مطالعهٔ حاضر است (۳۲). در برنامهٔ کشور کویت توجه به وجود حمایت قوی رسانه‌ای از مواردی است که در برنامهٔ ما به آن اشاره نشده است. وجود نظام تصمیم‌گیری از بالا به پایین در کشور کویت از دیگر مواردی است که مصاحبه‌شوندگان در مطالعهٔ ما روی آن اتفاق‌نظر نداشتند و تعدادی از صاحب‌نظران رویکردِ از پایین به بالا را مناسب نظام مداخله‌ای می‌دانستند. شاید مهمترین رکن در گام‌های برنامه، وجود یک دبیرخانهٔ ملی فعالیت جسمانی باشد. وجود این کمیته منجر به ایجاد تعهد نسبت به انجام طرح در همهٔ سازمان‌ها و وزارت‌خانه‌ها می‌شود. یکپارچگی، ایجاد هماهنگی بین‌بخشی در سطوح مختلف دولت و جلوگیری از دوباره‌کاری‌ها از دیگر مزایای وجود این نهاد است.

شاید محدودیت اصلی این مطالعه که در سایر مطالعات کیفی نیز وجود دارد؛ کم تعدادی حجم نمونه باشد که سبب تعمیم‌پذیر نبودن نتایج مطالعه به سایر جمعیت‌ها است. انجام بحثِ گروهی با دانش‌آموزان دبیرستانی، نبود دانش‌آموزانِ مقطع دبستان و راهنمایی در مطالعه و سختی برقراری ارتباط با دانش‌آموزان از دیگر محدودیت‌های این مطالعه بود. از نقاط قوت این مطالعه می‌توان به انجام مصاحبه و نظرسنجی از طیف وسیعی از کارشناسان درگیر در نظام سلامت مدارس اشاره کرد.

جدول۴. حداقل منابع لازم برای اجرای برنامه

۱-کلاس‌های آموزشی (چند جلسه در هفته)
۲-کلاس‌های آموزشی برای والدین(ماهانه)
۳-افزایش ساعات ورزش به ۲ جلسه در هفته (۴ ساعت)
۴-برگزاری کلاس‌های فوق برنامه در روز پنج‌شنبه
۵-استفاده از زنگ تفریح برای ورزش (بازی‌های گروهی)

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.30699/acadpub.ijhehp.5.2.90]

۶-استفاده از دانش‌آموزان نخبهٔ ورزشی برای ترویج ورزش
۷-جذاب‌ترکردن جنبه‌های آموزشی با وسایل کمک آموزشی
۸-دعوت از والدین و استفاده از مسابقات با حضور والدین و بچه‌ها (دادن جایزه)
۹-برگزاری کلاس فوق‌برنامه در روز چهارشنبه پس از پایان کلاس‌ها
۱۰-اردوهای ماهیانه یا هفتگی
۱۱- توزیع نکردن فست‌فود و موادغذایی با ارزش پایین
۱۲-توزیع غذاهای خانگی با تنوع

نتیجه‌گیری

مطالعهٔ حاضر اطلاعات منحصربه‌فرد و مفیدی پیرامون مشکلات و موانع اجرای برنامهٔ ارتقای فعالیت جسمانی نوجوانان و همچنین چگونگی ادغام این برنامه در نظام سلامت نوجوانان ارائه کرد. نتایج این مطالعه حاکی از کمبود شدید منابع مالی و انسانی در مدارس و وجود نداشتن برنامه‌ای منسجم و نظام‌مند برای ارتقای فعالیت جسمانی در مدارس بود. همچنین شناسایی مراحل و چگونگی پیاده‌سازی برنامه‌های بهداشتی در نظام سلامتی مدارس از دیگر دستاوردهای ارزشمند این مطالعه بود که می‌تواند همچون چارچوبی برای ادغام و پیاده‌سازی سایر برنامه‌های مداخله‌ای سلامت مدارس نیز به‌کار رود.

سپاسگزاری

نویسندگان این مقاله از تمامی کارشناسان، استادان، دانش‌آموزان و والدینی که ما را در انجام این مطالعه یاری و مساعدت کردند، صمیمانه تشکر می‌کنند.

تعارض در منافع

بین نویسندگان تعارضی در منافع گزارش نشده است.

References

1. Powell KE, Pratt M. Physical Activity and Health. BMJ. 1996;313(7050):126-7.
2. Guilbert JJ. The world Health Report 2002 - reducing risks, promoting healthy life. Educ Health (Abingdon). 2003;16(2):230.
3. World Health Organization. Health and Development through Physical Activity and Sport. 2003. Availabe from: http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/WHO_NMH_NPH_PAH_03.2.pdf
4. Quelyn J, Clemen M, Cynthia As, Bernaix LW, Covington NK, Carr TR. Obesity and Physical Activity in College Woman: Implication for clinical practice. J Am Acad Nurse Pract. 2004;16:291.
5. Kelishadi R, Ardalan G, Gheiratmand R, Gouya MM, Razaghi EM, Delavari A et al.; CASPIAN Study Group. Association of Physical Activity and Dietary Behaviours in Relation to the Body Mass Index in a National Sample of Iranian Children and Adolescents: CASPIAN Study. Bull World Health Organ. 2007;85(1):19-26.
6. Kelishadi R, Razaghi EM, Gouya MM, Ardalan G, Gheiratmand R, Delavari A et al.; CASPIAN Study Group. Association of physical activity and the metabolic syndrome in children and adolescents: CASPIAN Study. Horm Res. 2007;67(1):46-52.
7. Miilunpalo S. Evidence and theory based promotion of health-enhancing physical activity. Public Health Nutr. 2001;4(2b 2B):725-8.
8. Story M, Kaphingst KM, French S. The Role of Schools in Obesity Prevention. Future Child. 2006;16(1):109-42.
9. Green LW, Kreuter MW. Health program planning: an educational and ecological approach. New York: McGraw-Hill; 2005.
10. Amiri P, Ghofranipoure F, Ahmadi F, Hooman H, Hossinpanah F, Jalali-Farahani S. Personal Barriers to Life Style Modification in Overweight/Obese Adolescents: A Qualitative Study. Majallah-i Ghudad-i Darun/Riz va Mitabulism-I Iran. 2010;11:521-9.
11. Danaee-fard H, Mozaffari Z. Improving the Reliability and Validity in management qualitative Research: Abating the audit strategy research. Journal of Management researches 2009;1:131-62.
12. Gordon-Larsen P, McMurray RG, Popkin BM. Determinants of Adolescent Physical Activity and Inactivity Patterns. Pediatrics. 2000;105(6):e83.
13. Timmons BW, Naylor P-J, Pfeiffer KA. Physical Activity for Preschool Children-how much and how? Can J Public Health. 2007;32(S2):S122-S34.
14. Strong WB, Malina RM, Blimkie CJ, Daniels SR, Dishman RK, Gutin B et al. Evidence based physical activity for school-age youth. J Pediatr. 2005;146(6):732-7.
15. Neumark-Sztainer D, Story M, Hannan PJ, Tharp T, Rex J. Factors Associated with Changes in Physical Activity: a cohort study of inactive adolescent girls. Arch Pediatr Adolesc Med. 2003;157(8):803-10.

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.30699/acadpub.ijhehp.5.2.90]

16. Dorreh F, Kelishadi R, Kahbazi M, Rabiei K, Heidari S, Baghaei AM. Physical Activity Level among Children of Markazi and Isfahan Provinces, 2000. Arak Medical University Journal (Rahavard Danesh). 2004;7(26):33-26.

17. Taymoori P, Lubans RD. Mediators of Adolescent Girls. Psychol Sport Exerc. 2008;9:605-19.

18. Kelishadi R, Ardalan G, Gheiratmand R, Sheikholeslam R, majdzadeh SR, Delavari A, et al. Do the dietary habits of our community warrant health of children and adolescents now and infuture? Caspian study. J Pediatr. 2005;15:97-109.

19. Rezaiepour A, Yousephei F, Mahmoodi M, Shakeri M. The Relationship of Nutritional Behaviors and Physical Activities of Adolescent Girls with their Perception of Parental Lifestyle. Journal of Nursing and Midewifery College, Tehran University of Medical Sciences (Hayat). 2007;13:17-25.

20. Esfarjani F, Golestan B, Derakhshani K, Rustai R, Rasuli B. Do the Adolescence Girls Have the Sufficient Biometric Parameters and Appropriate Knowledge among their Nutrition? Pejouhandeh Journal. 2005;3:183-9.

21. Bélanger M, Casey M, Cormier M, Filion AL, Martin G, Aubut S et al. Maintenance and Decline of Physical Activity during Adolescence: Insights from a Qualitative Study. Int J Behav Nutr Phys Act. 2011;8(1):117.

22. Kelishadi R, Ghatrehsamani S, Hosseini M, Mirmoghtadaee P, Mansouri S, Poursafa P. Barriers to Physical Activity in a Population-Based Sample of Children and Adolescents in Isfahan, Iran. Int J Prev Med. 2010;1(2):131-7.

23. Parisa A, Fazlollah G, Sara Jalali F, Fazlollah A, Farhad H, Heidar Ali H. Mothers Perceptions on Familial Correlates of Overweight and Obesity Related Behaviors in Adolescents: A qualitative Study. Iranian Journal of Endocrinology & Metabolism. 2010;12(2):145-52.

24. Moore JB, Jilcott SB, Shores KA, Evenson KR, Brownson RC, Novick LF. A Qualitative Examination of Perceived Barriers and Facilitators of Physical Activity for Urban and Rural Youth. Health Educ Res. 2010;25(2):355-67.

25. Bentley GF, Goodred JK, Jago R, Sebire SJ, Lucas PJ, Fox KR et al. Parents' Views on Child Physical Activity and their Implications for Physical Activity Parenting Interventions: a qualitative study. BMC Pediatr. 2012;12(1):180.

26. Allender S, Cowburn G, Foster C. Understanding Participation in Sport and Physical Activity among Children and Adults: a review of qualitative studies. Health Educ Res. 2002;21(6):826-35.

27. Van Lippevelde W, Verloigne M, De Bourdeaudhuij I, Bjelland M, Lien N, Fernández-Alvira JM et al. What do Parents Think about Parental Participation in School-Based Interventions on Energy Balance-Related Behaviours? a qualitative study in 4 countries. BMC Public Health. 2011;11(1):881.

28. Ferreira I, van der Horst K, Wendel-Vos W, Kremers S, van Lenthe FJ, Brug J. Environmental Correlates of Physical Activity in Youth - a review and update. Obes Rev. 2007;8(2):129-54.

29. Wright MS, Wilson DK, Griffin S, Evans A. A Qualitative Study of Parental Modeling and Social Support for Physical Activity in Underserved Adolescents. Health Educ Res. 2010;25(2):224-32.

30. McKenzie TL, Crespo NC, Baquero B, Elder JP. Leisure-time Physical Activity in Elementary Schools: analysis of contextual conditions. J Sch Health. 2010;80(10):470-7.

31. Hume C, Salmon J, Ball K. Children's Perceptions of their Home and Neighborhood Environments, and their Association with Objectively Measured Physical Activity: a qualitative and quantitative study. Health Educ Res. 2005;20(1):1-13.

32. Ramadan J, Vuori I, Lankenau B, Schmid T, Pratt M. Developing a National Physical Activity plan: the Kuwait Example. Glob Health Promot Educ. 2010;17(2):52-7.

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.30699/acadpub.ijhehp.5.2.90]