

پویاسازی سالمندی: راهکارهای سیاستی مبتنی بر شواهد برای افزایش تحرک سالمندان

زهره فتحیان دستگردی^۱، زهرا مردانی^۲، محمد جواد طراحی^۳

خلاصه سیاستی

خلاصه اجرایی

با افزایش سریع جمعیت سالمند در ایران و شیوع زیاد، کم تحرکی در این گروه سنی، نیاز به سیاست‌ها و برنامه‌های کاربردی برای ارتقای فعالیت بدنی بیش از پیش احساس می‌شود. در این خصوص، مطالعه‌ی مداخله‌ای با طراحی یک برنامه‌ی آموزشی مبتنی بر نظریه‌ی شناختی اجتماعی در شهر اصفهان نشان داد که مداخلات ساختاریافته می‌توانند به طور معنی‌داری رفتار سالمندان را تغییر دهند. این برنامه که طی ۶ جلسه آموزشی اجرا شد، با تمرکز بر تقویت خودکارآمدی، حمایت اجتماعی، انتظارات و ارزش پیامد، موفق به افزایش معنادار میانگین فعالیت بدنی در گروه مداخله گردید. با توجه به این که خودکارآمدی و حمایت اجتماعی نقش کلیدی در موفقیت برنامه داشته‌اند، هزینه‌های اجرایی برنامه‌ها در مقایسه با صرفه‌جویی در هزینه‌های درمانی ناشی از کاهش بیماری‌های مرتبط با کم‌تحرکی کاملاً توجیه‌پذیر است. بر این مبنای راهبردهای سیاستی پیشنهاد شد: از جمله این که برای اجرای گسترده‌ی این برنامه، ادغام آن در نظام سلامت اولیه به عنوان گزینه نخست پیشنهاد می‌شود که می‌تواند با استفاده از ساختار موجود مراکز بهداشتی، پوشش وسیعی داشته باشد. توسعه‌ی همکاری‌های بین‌بخشی با سازمان‌هایی مانند شهرداری و بهزیستی به عنوان مکمل این برنامه می‌تواند از امکانات و فضاهای موجود برای فعالیت بدنی بهره‌برد. همچنین توانمندسازی خانواده‌ها به عنوان حامیان اصلی سالمندان می‌تواند تداوم مشارکت آنان را تضمین کند. اجرای موفق این برنامه علاوه بر بهبود کیفیت زندگی سالمندان، سالانه می‌تواند از بسیاری از بیماری‌های مرتبط با کم‌تحرکی پیشگیری کرده و بار اقتصادی نظام سلامت را کاهش دهد. این سند با ارائه‌ی راهکارهای عملیاتی، چارچوب مناسبی برای سیاست‌گذاران حوزه‌ی سالمندی فراهم می‌آورد تا با بهره‌گیری از آن، گام‌های مؤثری جهت دستیابی به سالمندی فعال و سالم بردارند.

واژگان کلیدی: فعالیت بدنی؛ سالمندان؛ خلاصه سیاستی

ارجاع: فتحیان دستگردی زهره، مردانی زهرا، طراحی محمد جواد. پویاسازی سالمندی: راهکارهای سیاستی مبتنی بر شواهد برای افزایش تحرک سالمندان. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۴۰۴؛ ۴۳ (۸۱۱): ۳۸۴-۳۸۱.

توصیف مسأله

افزایش جمعیت سالمندان در جهان و به ویژه در ایران، به عنوان پیامد بهبود شرایط بهداشتی و کاهش مرگ و میر، چالش‌های جدیدی را در حوزه‌ی سلامت عمومی ایجاد کرده است (۱). سالمندی با کاهش تدریجی عملکرد جسمی و روانی همراه است که منجر به شیوع بیماری‌های مزمن، کاهش کیفیت زندگی و وابستگی به دیگران می‌شود. در این بین، فعالیت بدنی منظم به عنوان یکی از مؤثرترین راهکارها برای حفظ سلامت و استقلال سالمندان معرفی شده است. با این حال، مطالعات نشان می‌دهند که بیشتر سالمندان ایرانی از کم تحرکی رنج می‌برند (۲، ۳). با وجود تأیید نقش فعالیت بدنی در پیشگیری از بیماری‌ها و بهبود کیفیت زندگی سالمندان، سیاست‌های فعلی اغلب فاقد مداخلات هدفمند و نظریه محور برای ترغیب این گروه سنی به

تحرک هستند. عوامل شناختی - اجتماعی مانند خودکارآمدی پایین، حمایت اجتماعی ناکافی، و باورهای نادرست درباره پیامدهای فعالیت بدنی، از موانع اصلی مشارکت سالمندان در فعالیت‌های فیزیکی محسوب می‌شوند. این در حالی است که برنامه‌های آموزشی مبتنی بر نظریه‌ی شناختی اجتماعی می‌توانند با تقویت این عوامل، تغییر رفتار پایدار را تسهیل کنند (۲-۴)؛ با توجه به روند پرشتاب سالمندی در ایران و بار اقتصادی ناشی از بیماری‌های مرتبط با کم تحرکی، توجه سیاست‌گذاران به طراحی و اجرای مداخلات آموزشی مبتنی بر شواهد، ضرورتی انکارناپذیر است. این خلاصه سیاستی با استناد به نتایج یک مطالعه‌ی نیمه تجربی در اصفهان، راهکارهای عملی برای بهبود فعالیت بدنی سالمندان ارائه می‌دهد و بر لزوم ادغام این برنامه‌ها در نظام سلامت کشور تأکید می‌کند.

۱- دانشیار گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده‌ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

۲- کارشناس ارشد سلامت سالمندی، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده‌ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

۳- استاد گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده‌ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

نویسنده‌ی مسؤول: زهره فتحیان دستگردی؛ دانشیار گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده‌ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

Email: Z_fathian@hlth.mui.ac.ir

روش اجرا

این خلاصه سیاستی بر مبنای یافته‌های مطالعه‌ی نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و گروه شاهد که در شهر اصفهان انجام شد نگارش شده است. جامعه‌ی پژوهش شامل سالمندان ۶۰ سال به بالای ساکن اصفهان با پرونده‌ی سلامت در سامانه سیب بود که از طریق نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند. ابتدا مناطق شهر بر اساس شاخص‌های اقتصادی-اجتماعی به پنج گروه تقسیم و یک خوشه (منطقه متوسط) به صورت تصادفی انتخاب شد. سپس دو مرکز بهداشتی (کوجان و بابوکان) به عنوان گروه مداخله و شاهد به روش تصادفی تعیین شدند. در هر مرکز ۴۴ سالمند (در مجموع ۸۸ نفر) با رعایت معیارهای ورود (مانند عدم ابتلا به بیماری‌های ناتوان کننده و قرار داشتن در مراحل اولیه تغییر رفتار) و کسب رضایت آگاهانه وارد مطالعه شدند. برنامه‌ی آموزشی مبتنی بر نظریه‌ی شناختی اجتماعی در ۶ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای برای گروه مداخله اجرا شد. چهار جلسه‌ی اول به آموزش سازه‌های نظریه

(خودکارآمدی، حمایت اجتماعی، انتظار و ارزش پیامد) با روش‌های سخنرانی، پرسش و پاسخ، و بحث گروهی اختصاص یافت. دو جلسه پایانی نیز شامل تمرینات عملی فعالیت بدنی متناسب با شرایط سالمندان بود. همچنین، برای تقویت حمایت اجتماعی، اعضای خانواده یا دوستان سالمندان در بخشی از جلسات مشارکت داده شدند و پیامک‌های آموزشی به آنان ارسال گردید. گروه شاهد، مداخله‌ای دریافت نکرد. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های استاندارد (PASE برای فعالیت بدنی و پرسشنامه‌های محقق ساخته برای سازه‌های شناختی) در دو مرحله قبل و سه ماه پس از مداخله جمع‌آوری و تحلیل شدند.

یافته‌ها

تحلیل گزینه‌های سیاستی، تحلیل ذینفعان و چارچوب اجرایی برنامه‌ی آموزشی مبتنی بر نظریه‌ی شناختی اجتماعی، برای بهبود میزان فعالیت بدنی سالمندان در جدول‌های ۱ و ۲ ارائه شده است.

جدول ۱: تحلیل گزینه‌های سیاستی برای بهبود میزان فعالیت بدنی سالمندان با اجرای برنامه‌ی آموزشی مبتنی بر نظریه‌ی شناختی-اجتماعی

گزینه‌های سیاستی	الزامات اجرایی	موانع اجرایی	مزایا	معایب
ادغام برنامه در نظام سلامت	- تخصیص بودجه ویژه - آموزش مربیان و کارکنان بهداشت - توسعه‌ی زیرساخت‌های آموزشی	- مقاومت حوزه بهداشتی در پذیرش مداخلات جدید - کمبود نیروی متخصص	- افزایش فعالیت بدنی سالمندان - کاهش هزینه‌های درمانی ناشی از کم تحرکی - نیاز به زمان برای مشاهده نتایج بلندمدت	- هزینه‌های اولیه زیاد
همکاری بین‌بخشی	- ایجاد کمیته‌های مشترک - تدوین تفاهم‌نامه‌های همکاری - برگزاری کارگاه‌های مشترک	- هماهنگی دشوار بین سازمان‌ها - اختلاف در اولویت‌گذاری‌ها	- استفاده از منابع موجود (پارک‌ها، مراکز سالمندی) - افزایش پوشش برنامه‌ها	- طولانی شدن فرایند تصمیم‌گیری
استفاده از فناوری (اپلیکیشن‌های آموزشی)	- طراحی اپلیکیشن کاربرپسند - آموزش سالمندان و خانواده‌ها - پشتیبانی فنی	- دسترسی محدود سالمندان به فناوری - مشکلات سواد دیجیتال	- کاهش هزینه‌های اجرایی - دسترسی همیشگی به محتوا	- عدم استقبال سالمندان مسن‌تر
آموزش خانواده‌ها به عنوان تسهیل‌گر	- برگزاری جلسات آموزشی برای خانواده‌ها - ارائه مشوق‌های مشارکتی	- عدم تمایل خانواده‌ها به درگیری در برنامه‌ها - مشغله‌های روزمره	- تقویت حمایت اجتماعی - افزایش تعهد به برنامه‌ها	- نیاز به بروزرسانی مستمر

جدول ۲: تحلیل ذینفعان و چارچوب اجرایی برنامه‌ی آموزشی مبتنی بر نظریه‌ی شناختی اجتماعی برای بهبود میزان فعالیت بدنی سالمندان

گزینه‌های سیاستی	ذینفعان کلیدی	موضع احتمالی	چالش‌های ذینفعان	چارچوب زمانی	اقدامات تسهیل‌کننده
ادغام برنامه در نظام سلامت	- وزارت بهداشت - مراکز بهداشتی	- حمایت با شرط تخصیص بودجه	- محدودیت بودجه - ترس از افزایش حجم کار	۳-۲ سال	- ارائه‌ی گزارش‌های پایلوت موفق - جلب حمایت سیاستگذاران با داده‌های اقتصادی-سلامتی
همکاری بین‌بخشی	- شهرداری - بهزیستی - دانشگاه‌ها	- تمایل با شرط تقسیم مسئولیت	- رقابت بر سر منابع - تفاوت در مأموریت سازمان‌ها	۲-۱ سال (فاز آزمایشی)	- تعریف پروژه‌های مشترک با مزایای مشخص برای هر سازمان
استفاده از فناوری	- شرکت‌های فناوری - NGOهای سلامت	- اشتیاق برای مشارکت در پروژه‌های نوآورانه	- سودآوری پایین در کوتاه‌مدت	۲-۱ سال	- مشارکت دادن ذینفعان در طراحی اپلیکیشن
آموزش خانواده‌ها	- انجمن‌های خانواده‌ها - مددکاران اجتماعی	- حمایت با شرط کاربردی بودن برنامه	- عدم آگاهی از مزایای مشارکت	۶ ماه (اجرای مقدماتی)	- ارائه‌ی مشوق‌های ملموس (مثل خدمات رایگان بهداشتی) - تبلیغات محلی

نتیجه‌گیری و اولویت‌بندی گزینه‌های سیاستی

اجرای برنامه‌ی آموزشی مبتنی بر نظریه‌ی شناختی- اجتماعی برای افزایش فعالیت بدنی سالمندان، با وجود مزایای اثبات شده آن، با چالش‌ها و موانع متعددی روبرو است که نیازمند توجه ویژه سیاستگذاران است. در بررسی گزینه‌های مختلف سیاستی، ملاحظات اجرایی خاصی وجود دارد که بایستی مدنظر قرار گیرد.

در مورد گزینه «ادغام برنامه در نظام سلامت»، اصلی‌ترین چالش مربوط به محدودیت‌های بودجه‌ای و مقاومت نظام‌های بهداشتی در برابر تغییرات است. نظام‌های سلامت معمولاً با حجم زیاد وظایف مواجه هستند و اضافه شدن برنامه‌های جدید ممکن است با مقاومت کارکنان مواجه شود. همچنین، نیاز به آموزش نیروی انسانی متخصص و توسعه زیرساخت‌های آموزشی، هزینه‌های اولیه قابل توجهی را تحمیل می‌کند. با این حال، مزایای بلندمدت این گزینه از جمله کاهش هزینه‌های درمانی و بهبود کیفیت زندگی سالمندان، توجیه‌پذیر است. گزینه «همکاری بین‌بخشی» با چالش‌های هماهنگی بین سازمانی مواجه است. تفاوت در مأموریت‌ها، اولویت‌ها و شیوه‌های کاری سازمان‌های مختلف مانند وزارت بهداشت، شهرداری و بهزیستی ممکن است باعث طولانی شدن فرایند تصمیم‌گیری و اجرا شود. همچنین، رقابت بر سر منابع موجود می‌تواند اثربخشی این همکاری‌ها را کاهش دهد. با این وجود، استفاده مشترک از منابع و امکانات موجود می‌تواند پوشش برنامه را به طور قابل توجهی افزایش دهد. «استفاده از فناوری و اپلیکیشن‌های آموزشی»، با وجود مزایای متعدد، موانع مهمی مانند محدودیت دسترسی سالمندان به فناوری و مشکلات سواد دیجیتال این گروه سنی پیش‌رو دارد. بسیاری از سالمندان مسن‌تر ممکن است با فناوری‌های جدید آشنا نباشند یا به آنها دسترسی نداشته باشند. همچنین، نیاز به بروزرسانی مستمر محتوا و پشتیبانی فنی، هزینه‌های جاری برنامه را افزایش می‌دهد. «آموزش خانواده‌ها به عنوان تسهیل‌گر»، اگرچه راهکار مؤثری برای افزایش حمایت اجتماعی است، اما به مشارکت فعال خانواده‌ها وابسته است. مشغله‌های روزمره و عدم آگاهی کافی خانواده‌ها از مزایای برنامه ممکن است باعث کاهش مشارکت آنان شود. همچنین، موفقیت این گزینه به شدت به میزان تعهد خانواده‌ها بستگی دارد که ممکن است در بلندمدت کاهش یابد.

با توجه به تحلیل‌های انجام‌شده، اولویت‌بندی گزینه‌های سیاستی به این صورت پیشنهاد می‌شود: «ادغام برنامه در نظام سلامت» به عنوان اولویت اصلی، زیرا که پایه و اساس اجرای برنامه را فراهم می‌کند و اثرات گسترده‌تری دارد. این گزینه اگرچه هزینه‌بر است، اما نتایج بلندمدت آن در بهبود سلامت عمومی و کاهش هزینه‌های درمانی قابل توجه است. «همکاری بین‌بخشی» به عنوان اولویت دوم، زیرا با استفاده از منابع و امکانات موجود سازمان‌های مختلف، می‌تواند پوشش برنامه را افزایش دهد. برای موفقیت این گزینه، تشکیل کمیته‌های مشترک و تعریف دقیق مسئولیت‌ها ضروری است. «آموزش خانواده‌ها» به عنوان اولویت سوم، با توجه به این که تقویت حمایت اجتماعی، نقش کلیدی در تداوم مشارکت سالمندان دارد. اجرای پیلوت‌های کوچک با مشوق‌های ملموس می‌تواند اثربخشی این گزینه را افزایش دهد. «استفاده از فناوری» به عنوان مکمل برنامه‌های دیگر پیشنهاد می‌شود، بر این اساس که با وجود مزایا، محدودیت‌های جدی در دسترسی و استفاده سالمندان از فناوری وجود دارد. این گزینه می‌تواند برای نسل‌های آینده سالمندان که با فناوری آشنا تر هستند، موثرتر باشد.

سیاستگذاران حوزه‌ی سلامت باید توجه داشته باشند که موفقیت برنامه نیازمند ترکیب هوشمندانه این گزینه‌ها با در نظر گرفتن شرایط محلی و منابع موجود است. اجرای مرحله‌ای برنامه، با شروع از اولویت‌های اصلی و سپس توسعه به سایر گزینه‌ها، می‌تواند احتمال موفقیت را افزایش دهد. همچنین، پایش و ارزیابی مستمر برنامه برای شناسایی و رفع موانع اجرایی ضروری است.

تشکر و قدردانی

این مقاله منتج از پایان‌نامه‌ی مقطع کارشناسی ارشد رشته سلامت سالمندی با کد ۳۴۰۱۵۲۷ می‌باشد که در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به تصویب رسیده و با حمایت مالی دانشگاه به انجام رسیده است. بدین وسیله از زحمات پرسنل مراکز خدمات جامع سلامت شرکت‌کننده در طرح و سالمندان شرکت‌کننده تقدیر و تشکر می‌شود.

References

- Samouei R, Keyvanara M, Daei A. Population aging management from the perspective of the health field of Iran and other countries: A scoping review. J Educ Health Promot 2024; 13(1): 401.
- Seefeldt V, Malina RM, Clark MA. Factors Affecting Levels of Physical Activity in Adults. Sports Medicine. 2002;32(3):143-68.
- Mardani Z, Tarrahi MJ, Dastgerdi ZF. The educational intervention based on social cognitive theory to promote physical activity participation in older adults: a quasi-experimental study. Sport Sci Health 2025; 21: 1187-95.
- Khavoshi N, Tol A, Shojaeizade D, Shamshiri A. Effect of educational intervention on the lifestyle of elderly people referred to clinical centers of Eslamshahr, Iran: application of health belief model [in Persian]. J Nurs Edu 2015; 3(4): 19-28.

Aging Mobilization: Evidence-Based Policy Strategies for Increasing Elderly Mobility

Zohreh Fathian-Dastgerdi¹, Zahra Mardani², Mohammad Javad Tarrahi³

Policy Brief

Executive Summary

With the rapid increase in the elderly population in Iran and the high prevalence of inactivity in this age group, the need for policies and programs to promote physical activity is increasingly felt. An intervention study by designing an educational program based on social cognitive theory in Isfahan city showed that structured interventions can significantly change the behavior of the elderly. This program, which was implemented over 6 training sessions, focused on strengthening self-efficacy, social support, expectations, and outcome value, and succeeded in significantly increasing the average physical activity in the intervention group. Given that self-efficacy and social support played a key role in the success of the program, the implementation costs of the programs are fully justified compared to the savings in medical costs resulting from the reduction of diseases related to inactivity. Based on this, policy strategies were proposed. Among other things, for the widespread implementation of this program, its integration into the primary health system is proposed as the first option, which can have a wide coverage by using the existing structure of health centers. Developing inter-sectoral cooperation with organizations such as the municipality and welfare as a complement to this program can take advantage of the existing facilities and spaces for physical activity. Also, empowering families as the main supporters of the elderly can ensure their continued participation. In addition to improving the quality of life of the elderly, the successful implementation of this program will prevent many diseases related to inactivity annually and reduce the economic burden on the health system. By providing operational solutions, this document provides an appropriate framework for policymakers in the field of aging to take effective steps to achieve active and healthy aging.

Keywords: Physical activity, Aged, Policy brief

Citation: Fathian-Dastgerdi Z, Mardani Z, Tarrahi MJ. **Aging Mobilization: Evidence-Based Policy Strategies for Increasing Elderly Mobility.** J Isfahan Med Sch 2025; 43(811): 381-4.

1- Associated Professor, Department of Health Education and Health Promotion, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2- MSc, Department of Health Education and Health Promotion, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

3- Professor, Department Statistics and Epidemiology, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Corresponding Author: Zohreh Fathian-Dastgerdi, Associated Professor, Department of Health Education and Health Promotion, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran; Email: Z_fathian@hlth.mui.ac.ir