

رویکردهای چند جانبه در ارتقاء فعالیت بدنی در جامعه

محمد متین خدیوی^۱، رضا خدیوی^۲

مقاله مروری

چکیده

مقدمه: بی تحرکی همراه با اضافه وزن از عوامل خطر تحمیل بیشترین بار بیماری در ایران بوده‌اند. هدف این مقاله، تبیین رویکردهای چندگانه جهت افزایش تحرک بدنی در شهروندان ایرانی می‌باشد.

روش‌ها: این تحقیق بصورت یک مطالعه مروری نقلی با بررسی کتب رفرنس در حوزه سلامت عمومی و تغییر سبک زندگی و مقالات منتشره تا سال ۲۰۲۵ در پایگاه‌های علمی Google Scholar, PubMed, Sciece Direct, IranDoc, ISC تدوین گردید.

یافته‌ها: ارتقاء فعالیت بدنی، مستلزم یک رویکرد چند جانبه می‌باشد. سیاست‌گذاری جهت تأمین مالی لازم جهت حمایت از بسته خدمتی تحرک بدنی از طریق تخصیص بودجه به مراکز خدمات جامع سلامت دولتی و همچنین بازخرید بسته‌ی فعالیت بدنی توسط سازمان‌های بیمه‌گر، می‌تواند به افزایش میزان برخورداری بیماران (بخصوص بیماران با مشکلات متعدد) و یا افراد دارای اضافه وزن دارای محدودیت‌های اجتماعی-اقتصادی از بسته‌ی خدمتی فعالیت بدنی توسط کارشناسان مجرب، در داخل مراکز خدمات جامع سلامت دولتی و یا باشگاه‌های ورزشی خصوصی کمک نماید. علاوه بر این، توانمندسازی تیم ارائه‌دهنده‌ی خدمات سلامت اولیه در امر مشاوره ورزشی، انجام معاینه، غربالگری و ارائه‌ی خدمات مشاوره تحرک بدنی توسط یک تیم چند رشته‌ای و با رویکرد اجتماعی-اکولوژیک و با انجام مراحل A5 مشتمل بر: «ارزیابی، توصیه، توافق، حمایت و سازماندهی»، می‌تواند باعث افزایش متابعت شهروندان از خدمات مشاوره فعالیت بدنی گردد.

نتیجه‌گیری: ادغام بسته خدمتی فعالیت بدنی در نظام ارائه‌ی خدمات سلامت اولیه، می‌تواند به طور قابل توجهی به افزایش فعالیت بدنی در افراد جامعه کمک نماید.

واژگان کلیدی: ادغام؛ بازخرید؛ بیمه؛ تیم ارائه دهنده‌ی خدمات سلامت؛ ورزش

ارجاع: خدیوی محمد متین، خدیوی رضا. رویکردهای چند جانبه در ارتقاء فعالیت بدنی در جامعه. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۴۰۴؛ ۴۳ (۸۴۱): ۱۶۴۱ - ۱۶۵۲.

مقدمه

بیماری‌های غیرواگیر، چالش جدی برای نظام سلامت ایران است. شاخص بار بیماری‌ها ناشی از بیماری‌های غیر واگیردار در سال ۲۰۱۹ در ایران به رقم ۱۵/۵ میلیون DALY (۱۸/۱ - ۱۳/۲ UI ۹۵٪) رسید که ۴۴/۲ درصد بیشتر از سال ۱۹۹۰ است. بیماری ایسکمی قلب علت اصلی نرخ‌های DALY استاندارد شده سنی در سال‌های ۱۹۹۰ و ۲۰۱۹ بود. علل اصلی بعدی شامل سکته مغزی، دیابت، کمردرد و اختلالات افسردگی بودند که بیشترین تغییر ۳۰ ساله در بیماری دیابت با افزایش تقریباً دو برابری مشاهده شد (۱). بر اساس نتایج این گزارش، عوامل خطر شایع در تحمیل بیشترین بار بیماری‌ها به شهروندان ایرانی عبارت بودند از: پرفشاری خون، اضافه وزن، بی‌تحرکی، استعمال سیگار، قند

خون بالا و کلسترول خون بالا (۲).

در راستای ارتقاء عدالت در دسترسی و برخورداری از خدمات سلامت بخصوص خدمات تخصصی در بیمارستان‌ها، حفاظت مالی از شهروندانی که بدنبال بستری شدن در بیمارستان‌ها و یا دریافت خدمات سلامت گران قیمت، دچار هزینه‌های کمرشکن سلامت می‌شدند و بهبود اثربخشی خدمات سلامت، دو مرحله اصلاح نظام سلامت کشور، در مرحله اول تحت عنوان: «طرح بیمه روستائیان و یا طرح پزشک خانواده» و مرحله‌ی دوم تحت عنوان: «طرح تحول در نظام سلامت»، به اجرا گذاشته شد که بر افزایش پوشش بیمه سلامت و حفاظت مالی شهروندان و در عین حال، توسعه و نوسازی مراکز خدمات جامع سلامت و بیمارستان‌ها، افزایش تعرفه خدمات پزشکی و تشخیصی (با

۱- دانشجو، گروه آموزشی تربیت بدنی و علوم ورزشی، دانشکده‌ی تربیت بدنی و علوم ورزشی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

۲- استاد، گروه پزشکی اجتماعی و خانواده، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

نویسنده‌ی مسؤول: رضا خدیوی؛ استاد، گروه پزشکی اجتماعی و خانواده، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

Email: khadivi@med.mui.ac.ir

کشورهای جنوب شرقی آسیا (۱۷ درصد) و افریقا (۲۷/۵ درصد) گزارش شده است (۹).

بر اساس گزارش تحقیق ملی ارزیابی عوامل خطر بیماری های غیرواگیر در ایران در سال ۲۰۲۱ بر روی جمعیت ۲۷۸۷۴ نفری بالای ۳۰ سال، میانگین شیوع تحرک ناکافی (فعالیت های بدنی کمتر از ۶۰۰ واحد معادل متابولیک کار در هفته) معادل ۵۱/۳ درصد (۵۱/۹۸-۶۲-۵۰ درصد) بود. فراوانی تحرک بدنی ناکافی به ترتیب ۴۱/۹۳ درصد (۴۰/۸۸-۴۲/۹۸ درصد) در مردان و ۵۷/۸۷ درصد (۵۸/۷۵-۵۶/۹۹ درصد) در زنان گزارش شده است.

استان یزد، بالاترین شیوع تحرک بدنی ناکافی به مقدار ۶۳/۴۵ درصد و استان آذربایجان غربی کمترین شیوع ۳۹/۵۳ درصد را نشان داد. در بین هر دو جنس، میزان تحرک بدنی ناکافی در شهروندان ساکن مناطق شهری در مقابل مناطق روستایی (۱/۳۱-۱/۳۱)، ۱/۴۴ : adjusted OR] متاهلین در مقابل مجردین (۱/۱۶-۱/۵۳)، ۱/۳۳ : adjusted OR] و افراد طبقه اقتصادی ۳ در مقابل طبقه ۱ (۱/۳۰-۱/۳۰) : adjusted OR : ۱/۱۵] به طور قابل توجهی بالاتر بود (۱۰).

در جمعیت زنان ایرانی، سطح تحصیلات بالاتر، درآمد خانواده بیشتر و خودکارآمدی ($P < ۰/۰۱$)، $SPC = ۰/۳۷۲$ ، ضریب مسیر استاندارد شده] تأثیر مثبت معنی دار بر روی تمایل به فعالیت فیزیکی داشته است ولی تعداد فرزندان بیشتر، شاغل بودن و وضعیت رفتارهای ادراک شده ($P < ۰/۰۵$)، $SPC = -۰/۱۷۹$ ، تأثیرات بین فردی و $P = -۰/۶۳$ (SPC) بطور معنی داری، تأثیر منفی بر روی تمایل به تحرک بدنی داشته است (۱۱، ۱۲).

شیوع بی تحرکی فیزیکی در بین دانش آموزان ۱۸-۶ ساله ایرانی بطور متوسط ۲۳/۴۸ درصد (۱۳/۸۴ درصد پسران و ۳۳/۴۲ درصد دختران)، گزارش شده است. میزان فراوانی بی تحرکی در جنس دختران حدود ۲/۴۱ برابر بیشتر بود. شانس بی تحرکی فیزیکی در کودکان و نوجوانان با افزایش سن (۱/۱۰-۱/۰۷، CI: ۹۵ درصد، OR: ۱/۰۸) و در مقاطع تحصیلی بالاتر، افزایش می یافت به گونه ای که میزان فراوانی کودکان دارای تحرک بدنی کافی از مقدار ۸۱/۲۳ درصد در مقطع ابتدایی به مقدار ۷۵/۵۱ درصد در مقطع دبیرستان متوسطه اول و نهایتاً به مقدار ۶۹/۵۸ درصد در مقطع دبیرستان متوسطه دوم، کاهش یافته بود (۱۳).

در اجرای سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط در کشور جمهوری اسلامی ایران (۱۴)، برنامه پالیوت بسته های خدمات سلامت اساسی غیرواگیر (PEN Package) of essential Non-communicable Disease) مبتنی بر مراقبت از بیماری های قلبی-عروقی و عوامل خطر آنها از جمله خطرسنجی حوادث قلبی-عروقی به اجرا گذاشته شد. تمرکز اصلی این پروژه که در کشور ما تحت عنوان ایرپن (Ira-PEN) نام گذاری شده است، بر

هدف افزایش انگیزه پزشکان در ارائه خدمات پزشکی) تمرکز داشت (۳). در ارزیابی های اولیه، این مداخلات در عین افزایش عدالت در دسترسی برای شهروندان به شکل بالارفتن میزان بستری شدن در بیمارستان ها، باعث افزایش هزینه های سازمان بیمه سلامت ایران و دانشگاه های علوم پزشکی گردید (۴، ۵). ولی بر اساس تحقیق بزرگ انجام شده که در سال ۱۳۹۸ در مجله Lancet به چاپ رسید، اجرای دو مرحله اصلاح نظام سلامت بر روی کاهش بار بیماری ها در ایران تأثیر قابل توجهی نداشته است (۱).

مدیریت سبک زندگی همچنان سنگ بنای کاهش خطر ابتلا به بیماری های قلبی-عروقی، از جمله دستیابی و حفظ سطح بهینه ی عوامل خطر است. استراتژی های پیشگیرانه اولیه از بیماری های قلبی-عروقی را می توان با استفاده از رویکرد «ABCDE» در نظر گرفت که شامل آسپرین/درمان ضد پلاکت (A)، فشارخون/درمان فشارخون بالا (B)، کلسترول/درمان دیس لیپیدمی (C)، رژیم غذایی و تغذیه (D) و ورزش و فعالیت بدنی (E) می شود. به عنوان مثال، مطالعات متعدد نشان می دهند که تقریباً ۲۰ تا ۴۰ درصد خطر مرگ و میر ناشی از حوادث قلبی-عروقی متعاقب افزایش سطح فعالیت بدنی، کاهش می یابد. فعالیت بدنی منظم به تعادل فشارخون و گلوکز خون، تعادل وزن، کاهش لیپوپروتئین های با دانسیته پایین، کاهش پروتئین واکنشی C، بهبود عملکرد دستگاه قلبی-ریوی، بهبود سلامت عضلات و استخوان ها، بهبود عملکرد شناختی و کیفیت خواب، کاهش خطر پوکی استخوان و شکستگی استخوان ران، افزایش حساسیت به انسولین در محدوده سالم و پیشگیری از سرطان ها (سرطان سینه، روده بزرگ، آندومتر، مری، کلیه، ریه، معده و مثانه)، بیماری های روانی و نهایتاً کاهش بار بیماری های ناشی از بیماری های غیرواگیر کمک می کند (۶).

ورزش و تحرک بدنی، یک راه حل ایمن برای پیشگیری و درمان بسیاری از بیماری های غیرواگیر است. ترکیب تجویز ورزش در مراقبت های معمول در محیط های بستری و سرپایی، کیفیت زندگی و سطح آمادگی جسمانی افراد سالم و همچنین بیماران را بهبود می بخشد (۷).

بر اساس راهنمای بالینی سازمان جهانی بهداشت، همه ی افراد مسن (۶۵ سال به بالا) باید حداقل ۱۵۰ دقیقه فعالیت هوازی با شدت متوسط در حداقل ۳ تا ۴ جلسه در هفته که هر جلسه تقریباً ۴۰ دقیقه طول می کشد، یا ۷۵ دقیقه فعالیت هوازی با شدت زیاد را در طول هفته به همراه تقویت عضلات و تمرینات تعادلی چند جزئی ۲ روز یا بیشتر در هفته، انجام دهند (۸).

فراوانی بی تحرکی:

از نظر فراوانی، بیشترین میزان بی تحرکی بدنی در کشورهای قاره آمریکا (۴۳/۳ درصد) و منطقه ی خاورمیانه (۴۳/۲ درصد) در مقایسه با

کاری واقعی، کمبود وقت برای مشاوره، فشارهای کاری و نگرانی‌های مربوط به کار اضافی و نبود زیرساخت‌های لازم، همگی کارآیی کلینیک را در زمینه‌ی تجویز ورزش به بیماران مختل می‌کنند. برخی از موانع دسترسی مربوط به مکان، هزینه‌های جلسات ورزشی و شیوه‌ی بازپرداخت آنها و همزمانی برنامه‌های ورزشی با روزهای درمان بیماران نیز دخیل بوده‌اند (۱۷، ۱۸).

ب- موانع در برابر فعالیت بدنی از دیدگاه خود بیماران

ب-۱. در زمان مشاوره بیماران و یا افراد دارای اضافه وزن، عمدتاً موانع زیر را دلیل بی‌تحرکی خود اظهار می‌دارند:

- کمبود وقت، خستگی، محدودیت‌های خانوادگی، اولویت داشتن سایر مسائل زندگی، کمبود محل‌های ایمن، دسترسی محدود به فضای باز جهت فعالیت بدنی به دور از ترافیک، دوری ورزشگاه از محل زندگی، گران بودن کلاس‌های تحرک بدنی. بیماران ممکن است نسبت به افزایش فعالیت بدنی مردد باشند. همچنین اگر بیماران در محیطی زندگی می‌کنند که دیگران فاقد تحرک بدنی کافی هستند، انگیزه‌ی بیماران نسبت به تحرک بدنی تحت تأثیر منفی قرار می‌گیرد و یا از تحرک بدنی بصورت تنها، لذت نمی‌برند.

ب-۲. موانع اجرای نسخه‌ی ورزش تجویز شده

از دیدگاه بیماران، دلایل رایج عدم پایبندی به نسخه ورزش تجویز شده شامل موارد زیر می‌گردد: عوامل فیزیکی، روانی و اجتماعی مانند: بستری مجدد در بیمارستان، پیشرفت بیماری، عوارض جانبی اسکلتی، کمبود علاقه، انگیزه، دانش و/یا اعتماد به نفس، از دست دادن جلسات توسط بیمار، ترک تحصیل به دلیل مشکلات سلامتی.

رویکردهای سازمان جهانی بهداشت برای افزایش تحرک بدنی

با توجه به اینکه علل کمبود فعالیت بدنی، متنوع هستند، بسته به شرایط و گروه جمعیتی مورد نظر، رویکردهای متفاوتی را ایجاد می‌کند. طبق منشور تونتو، ۷ رویکرد برای افزایش فعالیت بدنی و کاهش زمان بی‌تحرکی از طرف سازمان جهانی بهداشت ابلاغ گردیده است که شامل موارد زیر می‌شود:

۱- اصلاح سیاست‌ها و سیستم‌های حمل و نقل با هدف ترویج حمل و نقل فعال با اولویت دادن به پیاده‌روی، دوچرخه سواری و حمل و نقل عمومی، ۲- اصلاح زیرساخت‌ها و مقررات طراحی شهری به گونه‌ای که از فعالیت بدنی پشتیبانی نمایند، ۳- ارتقای آگاهی و دانش افراد جامعه نسبت به فعالیت بدنی و تغییر هنجارهای اجتماعی، ۴- ترویج فعالیت بدنی در طول زندگی و در محیط‌های کار، مدارس و یا محیط‌های اجتماعی، ۵- افزایش دسترسی و برخورداری از برنامه‌های ورزشی برای افراد در سنین و جنسیت‌های مختلف، با توانایی‌های بدنی متفاوت و در طیف‌های اجتماعی- اقتصادی مختلف، ۶- ادغام فعالیت بدنی در سیستم‌های مراقبت‌های بهداشتی اولیه (۶).

اصلاح سبک زندگی شهروندان و کاهش عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر استوار بود. در جریان این طرح، افراد بالای ۳۰ سال بصورت فعال فراخوان می‌شدند و ضمن انجام غربالگری از نظر عوامل خطر حوادث قلبی- عروقی، افراد با خطر بالای رخداد حوادث قلبی- عروقی به روش Goal Setting، تحت مشاوره اصلاح سبک زندگی (از قبیل: بهبود متابعت از دستورات دارویی، اصلاح الگوی تغذیه، ترک مصرف دخانیات و تحرک بدنی) در سطح مراکز خدمات جامع سلامت، قرار می‌گرفتند. نتایج اولیه آن پروژه حاکی از موفقیت‌آمیز بودن این بسته‌ی خدمتی در کاهش بروز موارد سکته قلبی و مغزی، کاهش مرگ در اثر این حوادث و یا کند شدن روند روبه رشد مرگ در اثر این حوادث و همچنین کاهش فراوانی بسیاری از عوامل خطر این بیماری‌ها، نمایان شده است (۱۵، ۱۶).

با عنایت به نتایج اولیه طرح پابلوت ایران در کشور، نویسندگان این مقاله سعی نموده‌اند بر اساس تجربه‌های سایر کشورها، رویکردهای اجرایی چند جانبه جهت ارتقا کمی و کیفی فعالیت بدنی در بین شهروندان اعم از افراد دارای اضافه وزن و یا بیماران دارای بیماری‌های غیرواگیر بخصوص بیماران دارای شرایط پیچیده را در چند بخش: موانع در برابر گسترش فعالیت بدنی، رویکردهای سازمان جهانی بهداشت برای افزایش تحرک بدنی، تحلیل سیاست ادغام بسته خدمتی تحرک فیزیکی در نظام ارائه‌ی خدمات سلامت اولیه، عوامل سدکننده در برابر ادغام بسته خدمتی تحرک بدنی، رویکردهای ممکن جهت فائق آمدن بر چالش‌های سدکننده در برابر ادغام بسته خدمتی تحرک بدنی در نظام سلامت، تبیین نمایند.

موانع در برابر گسترش فعالیت بدنی در بین افراد جامعه

الف - موانع تجویز ورزش توسط پزشکان سطح اول

ارائه‌ی خدمات

متأسفانه، اکثر پزشکانی که به طور سنتی (از نظر دارویی یا پزشکی) برای مدیریت بیماری‌های غیرواگیر آموزش دیده‌اند، در دانشکده‌های پزشکی یا مؤسسات مراقبت‌های بهداشتی مرتبط با خود، آموزش گسترده‌ای در زمینه‌ی تجویز ورزش ندیده‌اند. در ایالات متحده آمریکا تنها ۳۲ درصد از بیماران در طول ویزیت پزشک، در مورد ورزش یا مزایای ادامه فعالیت بدنی مشاوره دریافت کرده‌اند.

از دیدگاه ارائه‌کنندگان خدمات سلامت، موانع اصلی برای ادغام بسته‌ی خدمتی تحرک بدنی در نظام ارائه‌ی خدمات سلامت اولیه شامل موارد زیر می‌باشد:

حمایت کم سازمانی (کمبود بودجه و منابع عمومی)، فقدان یک برنامه‌ی اجرایی دقیق، دسترسی محدود به برنامه‌های مناسب، نداشتن پیشینه تحصیلی، کمبود دانش مرتبط و صلاحیت‌های حرفه‌ای خاص در بین پزشکان در معقوله علوم ورزشی. علاوه بر این، در شرایط

که به دنبال ادغام بسته‌ی خدمتی تحرک بدنی در نظام ارائه خدمات سلامت اولیه کشور و حمایت مالی از این خدمات ورزشی مانند بازخرید توسط سازمان‌های بیمه‌گر، امکان برخورداری از خدمات مشاوره‌ای تحرک بدنی در مراکز خدمات جامع سلامت بخصوص در خانم‌ها و اقشار آسیب‌پذیر، بیش از پیش تسهیل خواهد شد. تخصیص بودجه به امر بازخرید بسته خدمتی مشاوره ورزشی، امکان بکارگیری نیروهای مجرب در زمینه مشاوره ورزشی در مراکز خدمات جامع سلامت را فراهم می‌شود. از طرف دیگر، در صورت باز خرید خدمات تحرک فیزیکی توسط سازمان‌های بیمه‌گر سلامت، امکان برخورداری شهروندان دارای اضافه وزن و یا بیماران نیازمند از بسته‌ی خدمتی تحرک بدنی توسط باشگاه‌های خصوصی نیز تسهیل خواهد شد. فرایند، به نحوی آغاز، توسعه یا تدوین، مذاکره، ابلاغ، اجرا و ارزیابی سیاست‌ها اشاره دارد.

حمایت مالی از بسته‌ی خدمتی تحرک بدنی توسط سازمان‌های بیمه‌گر و یا بودجه عمومی دولت، می‌بایست از تصویب در شورای عالی بیمه کشور، تخصیص بودجه در ردیف‌های اختصاصی دانشگاه‌های علوم پزشکی در کمیسیون‌های بودجه مجلس شورای اسلامی جهت پشتیبانی از تیم ارائه‌کننده خدمات سلامت اولیه و یا خرید خدمت از ارائه‌کنندگان خصوصی، آغاز گردد و با تدوین بسته‌ی خدمتی، تعیین عوامل اجرایی آن، چگونگی ارائه خدمت به بیماران و یا افراد دارای اضافه وزن، توانمندسازی تیم ارائه‌کننده خدمات، ثبت داده‌ها در پرونده‌ی الکترونیک گیرندگان خدمات سلامت و چگونگی نظارت بر فرایندها، تکمیل گردد.

بیماران مبتلا به بیماری‌های غیرواگیر باید با استفاده از پرسشنامه ارزیابی خطر سلامت یا سابقه‌ی پزشکی (شامل سابقه سلامت بیمار و خانواده، بیماری‌های همراه، بیماری‌های مزمن اضافی و درمان‌های مرتبط، و سابقه‌ی فعالیت بدنی و ورزش) و همچنین از نظر وجود عوامل خطر بیماری‌هایی همچون: قلبی- عروقی، ریوی، کلیوی و متابولیک و همچنین سایر شرایطی مانند بارداری و آسیب‌های ارتوپدی که نیاز به توجه ویژه هنگام تدوین نسخه ورزشی دارند، تحت ارزیابی قرار گیرند. همچنین باید اقدامات ارزیابی پزشکی دیگر، از جمله فشارخون، ضربان قلب و برخی از شاخص‌های آنتروپومتریک برای تعیین هرگونه مشکل سلامتی که در خطرات ابتلا به بیماری و/یا مرگ و میر نقش دارد، انجام شود. ارزیابی فعالیت بدنی باید در طول ویزیت‌های بالینی و به عنوان بخشی از برنامه‌ی درمانی، در روال‌های استاندارد معاینه‌ی پزشکی گنجانده شود. این توصیه نه تنها باید برای بیمارانی که در معرض خطر بالای عوارض مرتبط با ورزش هستند، در نظر گرفته شود؛ بلکه باید قبل از شرکت در یک برنامه‌ی ورزشی با شدت سبک تا متوسط، آزمایش ورزش منظم برای همه بیماران توصیه شود.

با عنایت به اینکه ادغام بسته خدمتی تحرک بدنی در نظام ارائه خدمات سلامت می‌تواند چندین راهکارهای پیشنهادی سازمان جهانی بهداشت را برای تحقق افزایش میزان فعالیت بدنی در بین آحاد شهروندان بطور همزمان تحت تأثیر قرار دهد، این قسمت مقاله در رابطه با تبیین سیاست ادغام بسته‌ی خدمتی تحرک بدنی در نظام ارائه خدمات سلامت، ارائه می‌گردد.

تحلیل سیاست ادغام بسته‌ی خدمتی تحرک فیزیکی در نظام ارائه خدمات سلامت اولیه

تحلیل ما از سیاست‌گذاری سلامت در زیر، مبتنی بر چارچوب سیاست‌گذاری مثلثی سلامت است که توسط وال و گیلسون توسعه داده شد. این چارچوب، چگونگی تأثیرپذیری اجرای سیاست از عناصر «محتوای سیاست»، «زمینه»، «فرایند» و همچنین «بازیگران» در فرایند سیاست‌گذاری تأکید دارد (۱۹).

محتوای سیاست ادغام بسته‌ی خدمتی تحرک فیزیکی در نظام ارائه خدمات سلامت اولیه، شامل: اهداف سیاست‌گذاری، سیاست‌های عملیاتی، قوانین، مقررات و دستورالعمل‌ها می‌شود (۲۰). این سیاست می‌تواند دارای اجزای زیر باشد:

الف- تصویب بازخرید بسته‌ی خدمتی تحرک بدنی توسط سازمان‌های بیمه‌گر و یا تخصیص از ردیف بودجه عمومی دولت به مراکز خدمات جامع سلامت. این حمایت مالی می‌تواند به افزایش انگیزه‌ی ارائه‌کنندگان برای ارائه‌ی بسته‌ی خدمتی مشاوره ورزشی به بیماران واجد خدمت و یا افراد دارای اضافه وزن، کمک شایانی نماید و در صورت امکان، شرایط لازم برای بکارگیری نیروی متخصص فعالیت‌های ورزشی در تیم ارائه خدمات سلامت اولیه را فراهم خواهد ساخت.

ب- تصویب بازخرید این بسته‌ی خدمتی توسط سازمان‌های بیمه‌گر می‌تواند به رفع یکی از مهم‌ترین موانع در برخورداری بیماران و یا شهروندان دارای اضافه وزن در سطوح اقتصادی اجتماعی پایین جامعه بیانجامد.

ج- تصویب این بسته‌ی خدمتی به عنوان وظیفه جاری تیم ارائه‌کننده خدمات سلامت اولیه، می‌تواند بستر لازم برای پیگیری و نظارت بر چگونگی ارائه‌ی این خدمت، ارزیابی تأثیر برنامه را نیز تسهیل نماید. زمینه‌ی این سیاست بر عوامل سیستمیک اجتماعی، اقتصادی، سیاسی، فرهنگی و سایر شرایط محیطی معطوف می‌گردد.

بر اساس مطالعات انجام شده، گرانی خدمات ورزشی باشگاه‌های خصوصی و در عین حال محدودیت‌های فرهنگی اجتماعی در مقابل تحرک بدنی برای خانم‌ها، از موانع اصلی در برابر تحرک بدنی خانم بخصوص در خانوارهای فقیر و آسیب‌پذیر می‌باشد. اعتماد بالای شهروندان به خدمات تیم سلامت و تماس نزدیک تیم سلامت با شهروندان (اعم از محیط زندگی، محیط کار، مدارس)، مولفه‌های هستند

تحرك بدنی با چالش‌هایی همچون: کمبود وقت، چگونگی بازخرید خدمت مشاوره تحرك بدنی، نبود پروتکل، مهارت کافی در امر مشاوره، دسترسی کم به ارائه‌کننده خدمات مشاوره تحرك بدنی و پیاده‌سازی غربال‌گری تحرك بدنی، روبرو می‌باشند.

وقتی پزشکان نسخه‌های ورزشی می‌نویسند، تمایل دارند فعالیت‌هایی را توصیه کنند که به طور خاص با آنها آشنا هستند. پیاده‌روی و پس از آن فعالیت‌های هوازی، تمرینات قدرتی و دوچرخه‌سواری، بیشترین شکل‌های فعالیت بدنی توصیه شده هستند و با تجربیات شخصی پزشکان در مورد ورزش مرتبط هستند. از طرف دیگر، اگرچه پزشکان گزارش دادند که باشگاه‌های ورزشی را محل مناسبی برای بیماران خود می‌دانند، اما کمتر از نیمی از پزشکان، باشگاه‌های ورزشی را توصیه می‌کنند.

با وجود اینکه بسیاری از پزشکان در سطح اول ارائه خدمات سلامت و همچنین اکثر دانشجویان پزشکی در ایالات متحده آمریکا، از مهارت و تبحر کافی در ارائه مشاوره مؤثر تحرك بدنی برخوردار نیستند. با این حال، تجویز ورزش یا توصیه‌های فعالیت بدنی برای بیماران مبتلا به بیماری‌های غیرواگیر در برنامه‌ی درسی دانشگاهی اکثر متخصصان پزشکی گنجانده نشده است (۱۸). بیشتر (۸۵ درصد) دانشجویان پزشکی کانادایی احساس می‌کنند که به اندازه کافی برای تجویز فعالیت بدنی آموزش ندیده‌اند و ۸۹ درصد درخواست آموزش اضافی در مورد استراتژی‌های مؤثر ارتقاء فعالیت بدنی داشتند. (۲۳)

در مطالعه‌ای که بر روی دانش، نگرش، عملکرد و موانع درک شده پزشکان شاغل در سطح اول ارائه خدمات سلامت در کشور هندوستان انجام شد، از مجموع ۱۰۲ پزشک، تنها ۲۹/۴ درصد آنان دانش خود را در مورد ترویج فعالیت بدنی «کافی» ارزیابی کردند، در حالی که ۸۱/۴ درصد، آموزش بیشتر در مورد توصیه‌های فعالیت بدنی را مورد نیاز می‌دانستند. از طرف دیگر، با وجود توصیه‌ی ورزش، تنها ۷/۸ درصد نسخه‌های کتبی فعالیت بدنی ارائه دادند (۲۴).

رویکردهای ممکن جهت فائق آمدن بر چالش‌های سدکننده

در برابر ادغام بسته‌ی خدمتی تحرك بدنی در نظام سلامت

الف - مراقبت تیمی چند رشته‌ای

تجویز ورزش، می‌تواند به صورت زیر تعریف شود: دستورالعمل کتبی و ساختاریافته توسط کادر بهداشت و درمان مجرب و تحت نظارت که شامل عناصری از توصیه‌های ورزشی هستند که نوع، شدت، مدت و فراوانی ورزش را بیان می‌کنند. تجویز ورزش همچنین باید سلامت، توانایی ورزشی و عملکرد قلبی-ریوی بیمار را بر اساس معاینات پزشکی و نتایج درمان در نظر بگیرد. تجویز ورزش می‌تواند توسط فیزیولوژیست ورزشی بالینی و پزشکان متخصص ورزشی واجد شرایط در محیط‌های مختلف اجرا شود. شواهد موجود حاکی از آن

بازیگران، به افراد تأثیرگذار (مانند سیاست‌گذاران و تصمیم‌گیرندگان ارشد)، گروه‌ها و سازمان‌ها اشاره دارند.

اعضای کمیسیون‌های بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، اقتصادی و ورزش و جوانان مجلس شورای اسلامی، اعضای شورای عالی بیمه کشور، وزرای: کشور، اقتصاد و دارایی، تعاون، کار و رفاه اجتماعی، صنعت، معدن و تجارت، ورزش و جوانان، آموزش و پرورش و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونین مرتبط آنان، رئیس سازمان برنامه و بودجه، رئیس سازمان نظام پزشکی، رؤسای سازمان‌های بیمه‌گر در حوزه سلامت، رؤسای انجمن‌های پزشکی از قبیل: فیزیوتراپیست‌ها، مربیان ورزشی و متخصصی طب ورزشی، نمایندگان سازمان‌های مردم‌نهاد، شهرداران و معاونین اجتماعی-فرهنگی آنان، مسئولین کمیسیون بانوان مجلس شورای اسلامی، مسئولین بسیج سازندگی از افراد اصلی دخیل در برنامه‌ی کاهش عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر در کشور می‌باشند که ادغام بسته‌ی تحرك فیزیکی در نظام ارائه خدمات سلامت نیاز به تصمیم‌گیری آنان دارد. مسلماً مسئولین استانی و یا شهرستانی در سازمان‌های متناظر آنان در سطح استان‌ها و یا شهرستان‌ها مسئولیت پیاده کردن سیاست‌های مصوب شده را در حوزه تحت مسئولیت خود دارند (۱۴، ۲۱).

تبیین بسته‌ی خدمتی تحرك بدنی در چارچوب خدمات

سلامت اولیه

در راستای دستیابی به اهداف برنامه‌ی توسعه‌ی پایدار (Sustainable Development Goals) و تحقق پوشش همگانی سلامت (UHC (Universal Health Coverage)، دولت‌ها می‌بایست دستیابی و بهره‌مندی از خدمات سلامت اولیه را برای آحاد شهروندان خود فراهم سازند. تقویت مراقبت‌های بهداشتی اولیه با استفاده از تجویز ورزش، رویکردی کم‌خطر و مقرون‌به‌صرفه برای به حداکثر رساندن مزایای سلامتی در سطح جمعیت است. تجویز ورزش توسط پزشکان، یک اقدام مراقبت‌های سلامتی اضافی است که از این طریق، فرصتی فراهم می‌شود تا بیماران (یا افراد دارای اضافه وزن) برای انجام تحرك بدنی به عنوان بخشی از دستورالعمل پیشگیری و درمان بیماری آنان، توانمند گردند. افزایش برخورداری از خدمت فعالیت بدنی در زمان حاضر باعث می‌شود در سال‌های آینده میزان رخداد حوادث قلبی-عروقی، معلولیت‌ها، بستری شدن‌های مکرر ناشی از عود بیماری‌ها و یا غیبت‌های طولانی از کار کاهش یافته و به عنوان یک سرمایه‌گذاری مطمئن در حفظ و ارتقاء سلامت شهروندان تجلی یابد (۲۲).

عوامل سدکننده در برابر ادغام بسته‌ی خدمتی تحرك بدنی در

نظام ارائه خدمات سلامت

پزشک در سطح اول ارائه خدمات سلامت در موقع مشاوره

برای مشاوره فعالیت بدنی در هر بیمار را گسترش دهد. بسته به منابع موجود، تقسیم کار در تیم ارائه خدمات سلامت اولیه می‌تواند بطور مثال به گونه‌ای تنظیم گردد که مراقب سلامت آموزش دیده بتواند غربالگری روتین فعالیت بدنی را انجام دهد، پزشک سطح اول ارائه خدمات، نسخه‌ی ورزش را بنویسد، فیزیولوژیست یا مربی ورزشی، یک برنامه‌ی ورزشی فردی را اجرا کند و مشاور رفتاری، بیماران را پیگیری کند و افراد نیازمند را به منابع فعالیت بدنی محلی، ارجاع دهد.

افراد - خودنظارتی می‌تواند به بیماران کمک کند تا سطح فعلی فعالیت بدنی خود را ارزیابی کنند و تعیین هدف برای افزایش سطح فعالیت بدنی آنها را تسهیل کند. ابزارهای خودنظارتی فعالیت بدنی از گام‌شمارهای اولیه (توصیه به پیاده‌روی حداقل ۱۰۰۰۰ قدم در روز) گرفته تا برنامه‌های تلفن هوشمند و دستگاه‌های پوشیدنی که می‌توانند خواب و ضربان قلب را نیز کنترل کنند، متغیر است. استفاده از قابلیت‌های تلفن همراه، فرصت‌های متعددی برای برقراری ارتباط با دیگران در مورد فعالیت بدنی، جستجوی توصیه‌های پزشکی و نظارت بر اطلاعات سلامت شخصی فراهم می‌کند. این امر می‌تواند میزان زمان مورد نیاز برای نظارت بر بیمار را کاهش دهد و ارتباط بیمار و ارائه‌دهنده خدمات درمانی در مورد فعالیت بدنی را تسهیل کند. این دستگاه‌ها همچنین بازخورد فوری در مورد سطح فعالیت بدنی بیماران ارائه می‌دهند و از خودتنظیمی رفتارهای فعالیت بدنی آنها پشتیبانی می‌کنند و همچنین می‌توانند بیماران را برای پشتیبانی به جوامع آنلاین متصل کنند (۶، ۱۸).

سیستم‌های حمایتی خانواده‌ها، دوستان و همکاران

امروزه برای افزایش تحرک بدنی بخصوص در خانمها، تامین بسترهای لازم برای مشارکت خانمها بخصوص افراد فاقد پشتیبانی کافی و همچنین برای جلب مشارکت افراد فقیر از طریق ادغام تحرک بدنی در بسته‌های خدمت سلامتی عمومی، بیش از پیش در کانون توجه قرار گرفته‌اند (۱۱). لازم است در طی فرایند مشاوره، وضعیت عناصر حمایت‌گر از تحرک بدنی بیماران (مشتریان) و میزان تأثیر آنها بر عادت جدید فعالیت بدنی، مورد ارزیابی قرار گیرد. این سیستم‌های حمایتی (مثلاً خانواده، دوستان، همکاران و دیگران) ممکن است از عادات جدید فعالیت بدنی حمایت کنند (مثلاً پیوستن به بیمار در فعالیت‌های جدید، ارائه مراقبت از کودک برای اختصاص زمان بیمار برای ورزش کردن و یا کمک در تأمین فضاهای امن).

ابتکارات در سطح جامعه (مانند پیاده‌روی‌های تن به تن یا چالش‌های کاهش وزن) در پارک‌های محلی، حمایت سازمان‌ها و یا مدارس بزرگسالان و یا سایر گروه‌های اجتماعی در برگزاری کلاس‌های رایگان یا کم‌هزینه برای بزرگسالان نیز می‌تواند، باعث تشویق افراد جامعه به افزایش فعالیت بدنی، گردند.

است که مشاوره فعالیت بدنی موقعی مؤثرتر است که توسط مشاوران آموزش‌دیده‌ای ارائه شود و ارائه‌دهنده خدمات درمانی نیز بتواند به آنها ارجاع دهند. از طرف دیگر، مداخلات مطلوب، زمانی تأثیر واقعی خود را گذاشته‌اند که سطوح مختلف تغییر در سطوح فردی، اجتماعی و محیطی را، مورد هدف قرار داده‌اند. مشاوره فعالیت بدنی ادغام یافته، با رویکردی بر اساس سطوح مختلف اجتماعی - اکولوژیک در چارچوب نظام ارائه خدمات سلامت اولیه توسط پزشک سطح اول بصورت یک تجویز (یا یک توصیه مختصر) می‌تواند بیماران آماده برای انجام فعالیت بدنی را برای تغییر در سطوح جاری فعالیت بدنی تشویق نمایند.

در رویکرد اجتماعی - اکولوژیک، مشاوره فعالیت بدنی با انجام مراحل 5A مشتمل بر: ارزیابی، توصیه، توافق، حمایت و سازماندهی (Assess, Advise, Agree, Assist, and Arrange)، بیماران (مشتریان) در یک فرایند مشاوره رفتاری اختصاصی، ایمن و در قالب یک برنامه‌ی عملیاتی واقعی برای تغییر رفتار، هدایت می‌شوند.

مشاوره‌ی فعالیت بدنی با ارزیابی اولیه توسط مراقبین سلامت یا پزشک شروع می‌شود و در نهایت با توانمندسازی بیماران (مشتریان) در تدوین چارچوب فعالیت‌های بدنی مناسب از نظر نوع، شدت، مدت و چگونگی انجام فعالیت بدنی، تشویق آنها به انجام درست و مستمر برنامه‌های ورزشی و نهایتاً ثبت داده‌های مربوطه، خاتمه پیدا می‌کند.

یک نسخه‌ی ورزشی مناسب برای بیماران را می‌توان با در نظر گرفتن موارد منع مصرف و محدودیت‌ها، ترجیحات، موانع و تسهیل‌کننده‌های مختلف برای ورزش و مزایای بالقوه مرتبط با آنها، چه فیزیولوژیکی، روانی - اجتماعی یا اقتصادی، تجویز نمود. مراحل بعدی، اهداف و مقاصد ورزش باید بر اساس ارزشمندترین پیامد برای بیماران (به عنوان مثال، مدیریت علائم و یا نشانه‌های بیماری‌ها، بهبود خلق و خو، بهبود آمادگی قلبی - تنفسی، کاهش سرعت از دست دادن توده‌ی عضلانی، بهبود کیفیت زندگی و خواب، کاهش وزن و یا خطر حوادث قلبی - عروقی) اولویت‌بندی گردند.

ب - رویکردهای چند سطحی برای غلبه بر موانع فعالیت بدنی

و مشاوره فعالیت بدنی

انجام تحرک بدنی در بین افراد جامعه بر حسب عوامل اجتماعی - اقتصادی (جنسیت، سن و گروه‌های نژادی/ قومیتی، سایر جنبه‌های فردی)، مؤلفه‌های اجتماعی، عوامل محیطی، عوامل جغرافیایی، متفاوت است. این عدم تناسب در فعالیت بدنی باعث شده است تا موقعیت اجتماعی - اکولوژیک بیماران مشتمل بر خانواده‌ی آنان، شغل و محیط کاری آنان، نظام ارائه خدمات سلامت و هم‌سایگان آنان در مشاوره تحرک بدنی مورد توجه جدی تر قرار بگیرد. با توجه به زمان محدود پزشکان سطح اول ارائه خدمات سلامت، استفاده از سایر اعضای تیم مراقبت اولیه می‌تواند بار پزشکان را کاهش داده و دامنه‌ی تخصص لازم

برای افرادی که سیستم حمایتی محلی ندارند یا دوستان و خانواده‌ای دارند که از آنها حمایت نمی‌کنند، گروه‌های حمایتی مجازی که از طریق وب‌سایت‌ها، برنامه‌ها و انجمن‌های تناسب اندام در دسترس هستند، به طور فزاینده‌ای محبوب می‌شوند.

جلب حمایت سایر سازمان‌های ارائه کننده خدمات سلامت

اجرای پیش‌هایی همچون: «ورزش دارو است» (۲۵) و یا «ورزش واکسن است» (۲۶)، می‌توانند انگیزه‌ی سایر دست‌اندرکاران بخش‌های دولتی، خصوصی و یا انجمن‌ها و تشکل‌های صنفی شاغل در حوزه‌ی سلامت و یا رفاه اجتماعی را جهت حمایت از برنامه‌های ورزشی، افزایش دهند.

در محل کار

مداخلات در محل کار ممکن است موانع زمانی یا مکانی را برای افزایش فعالیت بدنی روزانه شاغلین بزرگسال را کاهش دهد. منابع محل کار ممکن است شامل موارد زیر باشد: میزهای ایستاده یا تردمیل، جلسات پیاده‌روی، استراحت‌های کوتاه فعالیت در طول جلسات طولانی، پیاده‌روی در طول استراحت ناهار، کلاس‌های فعالیت تحت حمایت محل کار (مثلاً یوگا) و توصیه‌هایی برای استفاده از پله‌ها به جای آسانسور. برخی از محل‌های کار ممکن است به کارکنان خود اجازه استراحت ناهار طولانی، ساعات کاری انعطاف‌پذیر یا عضویت در باشگاه‌های ورزشی با تخفیف را بدهند تا توانایی‌های آنها برای ورزش قبل، حین یا بعد از کار بدون اضافه کردن زمان حمل و نقل اضافی یا هزینه‌های مرتبط با عضویت در باشگاه‌های ورزشی خارج از محل کار تسهیل شود (۱۸).

ج- بازخورد خدمت فعالیت بدنی برای ارائه‌کنندگان و

گنجاندن تجویز ورزش در برنامه‌های بیمه درمانی

تقبل سازمان‌های بیمه سلامت دولتی و خصوصی جهت بازخورد خدمت تجویز ورزش، سنگ بنای توسعه بلندمدت گسترش ورزش است. برای مثال، معاینات/آزمایش‌های پزشکی سرپایی مربوط به علائم بیمار و توانایی ورزشی، باید بخشی از تجویز ورزش توسط هر پزشک باشد و مداخلات پزشکی ورزشی بعدی باید طبق معمول بازپرداخت شوند. این امر در نهایت، هزینه‌های پزشکی ناشی از مصرف دارو و مراقبت‌های بستری در بیمارستان‌ها را کاهش می‌دهد (۲۷).

متولیان حوزه‌ی سلامت در کشور کانادا تأکید دارند متعاقب ادغام بسته‌ی خدمتی فعالیت بدنی در نظام ارائه‌ی خدمات سلامت، هزینه‌های پرداختی مشتریان/بیماران کاهش می‌یابد. از این طریق تعداد بیشتری از شهروندان با وضعیت اقتصادی-اجتماعی پایین از خدمات سلامت اولیه برای داشتن سبک زندگی فعال از نظر جسمی و روانی، بهره خواهند برد. حمایت مالی سازمان‌های بیمه‌گر از بسته خدمتی تحرک بدنی می‌تواند مشارکت بیشتر ارائه‌کنندگان خدمات مشاوره‌ای در حیطه‌های مختلف (پزشکان، متخصصان تغذیه، پرستاران و یا متخصص

ورزشی) را جلب نماید (۲۳، ۲۸). در کشور ایالات متحده آمریکا طبق قانون «محافظت بیماران و خدمات مقرون به صرفه»، مشاوره‌ی فعالیت بدنی بو سیله‌ی پزشکان در سطح اول ارائه‌ی خدمات سلامت تحت حمایت پارانه‌ای قرار گرفته است. دولت فدرال آمریکا با توجه به هزینه‌های سنگین ناشی از روند چاقی در آن کشور، به عنوان بزرگترین پرداخت‌کننده‌ی مراقبت‌های سلامت از طریق Medicare، Medicaid و TRICARE، در سال‌های اخیر حداقل دو قانون مصوب نموده است که انتظار می‌رود بر انگیزه‌های ارائه‌دهندگان خدمات سلامت برای افزایش دانش و مهارت خود جهت ارائه‌ی مشاوره تغذیه‌ای و ورزشی به بیماران‌شان تأثیر چشمگیر خواهد گذاشت: الف - قانون حفاظت از بیمار و مراقبت مقرون به صرفه و ب - قانون فناوری اطلاعات سلامت برای سلامت اقتصادی و بالینی (۱۸، ۲۹).

امروزه مراکز سازمان‌های بیمه‌ی مدیکید و مدیکر در آمریکا پوشش بیمه‌ای برای مشاوره تحرک بدنی در افراد چاق را نیز ارائه می‌کنند، البته این بازخورد منوط به ارائه خدمات مشاوره‌ای در مرکز شناخته شده توسط پزشکان، پرستاران و یا دستیاران پزشکان می‌باشد (۱۸).

در سال ۲۰۰۶، دولت استرالیا طرح‌های مدیریت بیماری‌های مزمن را که از طریق سازمان بیمه مدیکر تأمین مالی می‌شدند، معرفی کرد. مدیکر طرح بیمه سلامت تحت حمایت دولت استرالیا است که در راستای عدالت در سلامت خدمات مراقبت‌های بهداشتی رایگان یا پارانه‌ای را ارائه می‌دهد. این طرح پزشکان عمومی را قادر می‌سازد تا مراقبت‌های بهداشتی چند رشته‌ای را برای بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن برنامه‌ریزی و هماهنگ کنند. تحت این طرح، پزشکان عمومی می‌توانند ترتیبات مراقبت تیمی را ایجاد کنند که مستلزم همکاری پزشک عمومی با حداقل دو متخصص حرکات ورزشی دیگر از جمله فیزیولوژیست‌های ورزشی معتبر ارجاع دهند. بیماران می‌توانند برای حداکثر پنج ویزیت در هر سال تقویمی، تخفیف دریافت کنند. نتایج اولیه این طرح حاکی از آن است که فراوانی بیماران که در مناطق محروم‌تر زندگی می‌کنند، از خدمات متخصص ورزش که بوسیله‌ی پارانه دولتی حمایت می‌شود، به میزان بالاتری استفاده می‌کنند و هزینه‌های کمتری از جیب خود می‌پردازند (۳۰).

د- حمایت‌های سیاسی

مداخلات مبتنی بر سیاست می‌توانند از تلاش‌های پزشکان سطح اول خدمات سلامت برای مشاوره به بیماران در مورد فعالیت بدنی پشتیبانی کنند. به عنوان مثال، قانون محافظت از بیماران و خدمات قابل خرید در آمریکا، از برنامه‌های بهداشتی گروهی تحت حمایت کارفرمایان و بیمه‌های درمانی خصوصی می‌خواهد که خدمات بهداشتی پیشگیرانه را بدون تحمیل هزینه، پوشش دهند، محدودیت‌های اجتماعی در برابر ورزش سالمندان را کاهش دهند، خدمات اجتماعی به

سلامت در ایالات متحده آمریکا) اخیراً غربالگری فعالیت بدنی را در همه‌ی بیماران تحت پوشش خود به اجرا گذاشته است (۳۳).

س- کار تیمی اعضای ارائه‌کننده خدمات سلامت اولیه

یکی از موانع در برابر مشاوره تحرک بدنی در سطح اول ارائه خدمات سلامت، کمبود وقت کافی ارائه‌کنندگان خدمات برای ارائه‌ی یک مشاوره مؤثر می‌باشد. زمان ویزیت بیماران اصولاً کوتاه بوده و در پاسخ به مشکلات متعدد بیماران صرف می‌شود. نتایج یک مطالعه‌ی اخیر حاکی از آن بود که بکاربردن رویکرد 5A برای مشاوره تحرک بدنی، یک تأثیر مختصر بر روی زمان صرف شده ویزیت‌ها گذاشته است (۸۳ درصد کمتر از ۵-۶ دقیقه برای مشاوره تحرک بدنی زمان صرف شده است).

زمان کاری پزشک سطح اول ارائه‌ی خدمات سلامت را، می‌توان با برقراری پیوند بین نیروهای انسانی شاغل در نظام ارائه‌ی خدمات سلامت اولیه، بهینه مصرف نمود. ترکیب مشاوره مختصر اولیه توسط پزشک می‌تواند بو سیله‌ی ارجاع به سایر پرسنل توسعه پیدا کند، زیرا مشاوره‌ی مؤثر، مستلزم ویزیت‌ها و یا پیگیری‌های منظم می‌باشد. نتایج تحقیقات اخیر حاکی از آن است که ارجاع بیماران (مشتریان) برای مشاوره به یک متخصص ورزشی، باعث افزایش فعالیت بدنی در آنها شده است (۱۸).

متخصص (کارشناس) ورزشی جهت ارجاع بیماران (مشتریان) برای دریافت خدمت تحرک بدنی می‌تواند شامل افراد زیر باشد:

۱- مربی شخصی

یک مربی شخصی که متخصص تناسب اندام است و با افراد عمدتاً سالم برای دستیابی به اهداف ورزشی آنها کار می‌کند. کارشناس ورزش پزشکی باید دارای مدرک لیسانس در علوم ورزشی یا یک رشته مرتبط باشند و ۵۰۰ ساعت سابقه‌ی کار در طراحی و اجرای برنامه‌های ورزشی برای افراد ظاهراً سالم و/یا افراد پرخطر داشته باشند.

۲- فیزیولوژیست ورزشی

یک فیزیولوژیست ورزشی، یک متخصص سلامت است که از طریق ورزش به پیشگیری و درمان بعضی از بیماری‌ها در محیط‌های بالینی و یا غیربالینی از جمله بیمارستان‌ها و کلینیک‌های تخصصی در کنترل بیماری‌هایی همچون: بیماری‌های قلبی-عروقی (بخصوص توانبخشی قلبی)، ریوی، غدد و متابولیسم (مانند دیابت، چاقی) و سرطان‌ها همکاری نمایند. آنها ضمن ارزیابی مراجعین و/یا بیماران، بر اساس سابقه‌ی سلامت و ارزیابی فیزیکی، نسخه‌های ورزشی ارائه می‌دهند.

۳- فیزیوتراپیست

نقش اصلی یک فیزیوتراپیست، معاینه‌ی افراد و تدوین برنامه‌ای با استفاده از تکنیک‌های درمانی برای ارتقاء توانایی حرکت، کاهش درد، بازیابی عملکرد و جلوگیری از ناتوانی است. حرفه‌ی فیزیوتراپی

سالمندانی که دارای فعالیت جسمانی مستمر دارند، بصورت رایگان ارائه نمایند و یا سالمندان را به فعالیت فیزیکی الزام نمایند (۱۸، ۳۱).

در کشور ما نیز طبق بندهای ت و ت از ماده ۷۸ برنامه‌ی هفتم توسعه‌ی اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی کشور، بودجه‌ی لازم برای توسعه و حمایت از ورزش در کشور بخصوص در بین دانش‌آموزان تدارک شده است و با لحاظ نمودن معافیت مالیاتی اشخاص غیر دولتی، زمینه مشارکت آنان را در حمایت مالی از ورزش کشور، فراهم ساخته است. بر این اساس سازمان برنامه و بودجه، مکلف است (۲۷/۰ درصد) از کل (۹ درصد) مالیات بر ارزش افزوده را در طول اجرای برنامه برای ساماندهی امور جوانان و ترویج و تعمیم فعالیت بدنی و همگانی شدن ورزش اختصاص دهد. این مبلغ در ردیف‌های مربوط به وزارتخانه‌های ورزش و جوانان به میزان ۶۰ درصد و آموزش و پرورش به میزان (۴۰ درصد) در قوانین بودجه سنواری پیش‌بینی می‌شود. از طرف دیگر، معادل (۱۰۰ درصد) هزینه‌کرد اشخاص غیر دولتی در راستای توسعه‌ی کمی و کیفی زیرساخت‌های عمرانی، برگزاری و شرکت در رویدادهای ملی و بین‌المللی ورزشی، به عنوان اعتبار مالیاتی اشخاص یاد شده محسوب می‌گردد و در هر سال به میزان (۱ درصد) از مالیات بر درآمد اشخاص مذکور به صورت جمعی- خرجی پس از اعمال حساب نزد خزانه‌داری کل کشور، قابل کسر می‌باشد (۳۲).

ر- بهبود دسترسی ارائه‌کننده خدمات مشاوره‌ای به بیماران

در معرض خطر

مراکز ارائه‌ی خدمات سلامت اولیه یک محل ایده‌آل برای خدمات پیشگیرانه از قبیل مشاوره تحرک بدنی می‌باشند، زیرا دسترسی بالقوه به محل‌های جمعیت را فراهم می‌سازد. متعاقب ادغام منابع جامعه، ارائه‌کنندگان بالقوه قادر خواهند بود به افراد در معرض خطر بخصوص آنهایی که احساس نیاز برای دریافت منظم خدمات سلامت ندارند، دسترسی پیدا کنند.

ز- غربالگری روتین بیماران از نظر فعالیت بدنی در واحدهای

ارائه‌ی خدمات سلامت اولیه

غربالگری بیماران از نظر فعالیت بدنی، اولین اقدام در راستای مشاوره تحرک بدنی می‌باشد. ترکیب غربالگری فعالیت بدنی در نظام ارائه‌ی خدمات سلامت اولیه باعث خواهد شد یک فرصت برای پزشکان سطح اول جهت مشاوره فعالیت بدنی فراهم شود. علاوه بر این، جاری ساختن غربالگری فعالیت بدنی در فرایند ویزیت بیماران، باعث خواهد شد تا آنها بعداً فعالیت بدنی را به عنوان یک شاخص از سلامت خودشان مد نظر داشته باشند. اولین A از مجموع A ۵ در فرایند مشاوره تحرک بدنی، ارزیابی و غربالگری افراد از نظر فعالیت بدنی منظم در کنار سایر ارزیابی‌های حیاتی در زمان ویزیت در مطب می‌باشد. سازمان Kaiser Permanente (یکی از سازمان‌های بزرگ ارائه‌ی خدمات

همچنین می‌تواند شامل کار با بیماران به شیوه‌ای پیشگیرانه باشد، زیرا می‌تواند از طریق تدوین یک برنامه ورزشی به جلوگیری از دست دادن تحرک قبل از وقوع آن کمک کند و در عین حال، برای ترویج یک سبک زندگی فعال از نظر جسمی به بیماران کمک نمایند.

۴- مربی سلامت

یک مربی سلامت، یک کارشناس دارای گواهینامه (مثلاً علوم ورزشی یا تغذیه) است که در تغییر رفتار بیمار/مراجعه‌کننده آموزش دیده است. معمولاً، مربیان سلامت با مراجعه‌کنندگان در رابطه با سبک زندگی سالم مانند: دستیابی به فعالیت بدنی کافی، بهبود تغذیه، ترک سیگار و کاهش استرس تعامل دارند. هر چند مربیان سلامت در تشخیص بیماری‌ها دخالت ندارند، درمان تجویز نمی‌کنند یا مداخلات روانشناختی ارائه نمی‌دهند، ولی با این حال، می‌توانند با افراد همکاری کنند تا راهنمایی و رویکردهای افزایش انگیزه برای تغییر رفتار ارائه دهند. مربیان سلامت اغلب خودداشته‌اند هستند، اما می‌توانند در باشگاه‌های ورزشی، مراکز تناسب اندام و اجتماعی، در برنامه‌های سلامت شرکت‌ها نیز کار کنند و همچنین در برخی از مراکز مراقبت‌های سلامت به تیم ارائه‌دهنده‌ی خدمات سلامت اولیه ملحق شوند.

راهنماهای ارجاع

یک استراتژی ساده و مؤثر برای استفاده از زمان بالینی محدود برای مشاوره ورزشی، می‌تواند ارجاع بیماران به فهرستی از برنامه‌های اجتماعی ارائه شده در منطقه باشد. در واقع، بسیاری از ادارات و یا سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات سلامت، اطلاعات محلی را برای توسعه مجموعه منابع جمع‌آوری کرده‌اند. این مجموعه منابع می‌تواند به عنوان راهنماهای ارجاع برای ارائه اطلاعات تماس به بیماران به صورت الکترونیکی یا کاغذی مورد استفاده قرار گیرد. هنگامی که در طی یک ویزیت، راهنماهای ارجاع استفاده شوند، عموماً مؤثر بوده‌اند، زیرا ارائه پیشنهادت فعالیت خاص به بیماران در تسهیل تغییر رفتار مؤثرتر از ارائه توصیه‌های عمومی بود. علاوه بر این، با پیشرفت فناوری، این فرصت وجود دارد که از برنامه‌های تلفن هوشمند همراه، علاوه بر راهنماهای ارجاع برای ارائه توصیه‌های به‌روز و شخصی‌سازی شده استفاده شود (۲۰).

ش- اعمال یک برنامه‌ی درسی رسمی تجویز ورزش در

سیستم آموزش پزشکی

نتایج مطالعات حاکی از آن بود که پزشکانی که آموزش تجویز فعالیت بدنی را قبلاً دیده‌اند و اعتماد به نفس بالایی در مشاوره فعالیت بدنی دارند، انگیزه‌ی بیشتری برای تجویز فعالیت بدنی داشتند. از طرف دیگر، شروع مکالمه‌ی پزشکان سطح اول به همراه تجویز روش‌های مختلف ورزش و فعالیت بدنی و نحوه‌ی ساختاربندی مداخله ورزشی متناسب با نیازهای هر بیمار، می‌تواند تأثیر قابل توجه‌ای بر انگیزه‌ی بیماران به افزایش فعالیت بدنی داشته است. بر این اساس، بهتر است،

آموزش تجویز ورزش در مراحل مختلف آموزش پزشکی ادغام شود. ممکن است نیاز به گنجاندن دروس اجباری تخصصی و انجام ارزیابی تجویز ورزش در آزمون‌های نهایی پزشکان برای اخذ مدرک وجود داشته باشد. از آنجایی که توسعه و اجرای استانداردهای حرفه‌ای مستلزم رعایت استانداردهای رفتاری و مهارت‌های بالینی اصلی باشد، لذا نیاز است که مهارت‌های ارتباطی پزشکان توسعه یابد تا آنها بتوانند بیماران را در سناریوهای تغییر رفتار (استمرار ورزش در زندگی روزمره و حفظ رفتارهای مرتبط با سلامت شخصی بیماران)، حمایت نمایند. از طرف دیگر، مفهوم‌سازی و اجرای یک دوره‌ی آموزش تجویز ورزش برای فراهم کردن توانایی ارزیابی، مشاوره و ارجاع بیماران برای فعالیت بدنی و ورزش برای مراقبین سلامت نیز ضروری است (۱۸).

بر اساس مدل آموزشی پزشکی ادغام یافته در نظام سلامت کشور انگلیس تحت عنوان متخصصان مراقبت‌های بهداشتی در حال حرکت، موضوعات پیشگیری و ارتقای فعالیت بدنی در محیط بالینی، در سه حوزه‌ی اصلی آموزش پزشکی: آموزش کارشناسی، آموزش کارشناسی ارشد و توسعه‌ی حرفه‌ای مداوم پزشکان، ادغام شدند. مداخلات شامل: مواد آموزشی کارشناسی مارییچی، آموزش الکترونیکی، منابع آموزشی کارشناسی ارشد و آموزش حضوری همتا به همتا است. نتایج این ادغام آموزش پزشکی حاکی از آن بود که متعاقب همکاری بین سازمان‌های بهداشت عمومی انگلستان و ورزش انگلستان، آموزش حضوری برنامه‌ی فعالیت بدنی به ۱۷۱۰۵ متخصص مراقب سلامت ارائه شده است و مطالب آموزشی را در تقریباً سه چهارم دانشکده‌های پزشکی انگلستان گنجانده‌اند و بر بیش از ۹۵۰۰۰ ماژول آموزش الکترونیکی که طی دو سال و نیم تکمیل شده‌اند، نظارت داشته‌اند (۲۰، ۳۴).

انجمن پزشکی ورزشی آمریکا نیز برای جبران کمبود منابع درسی، سه برنامه‌ی درسی در سطح پزشکی عمومی، دوره رزیدنتی و فلوشیپ پزشکی ورزشی تدوین نمود که هر کدام شامل حوزه‌های یادگیری عمومی و حوزه‌های یادگیری ویژه از قبیل: درک درست از نقش تحرک بدنی در پیشگیری از بیماری‌ها، چگونگی اصلاح رفتار مشتریان، ارزیابی اولیه بیمار و یا گیرنده‌ی خدمت ورزشی، بودند. مهم‌ترین مؤلفه‌ی یادگیری مخاطبین این برنامه، توانایی و مهارت آنان در تجویز نسخه‌ی ورزشی بسته به شرایط افراد سالم دارای اضافه وزن و بخصوص در بیماران دارای بیماری‌های زمینه‌ای مانند: بیماری‌های قلبی، ریوی، کلیوی، عضلانی-اسکلتی، اختلالات خونی، در زمان حاملگی می‌باشد که لازم است ضمن شناخت موانع تحرک بدنی در بیماران، چگونگی کمک به بیماران جهت فائق آمدن بر موانع فعالیت بدنی را به تعداد مندرج در برنامه‌ریزی مخصوص هر دوره، انجام دهند. این وظایف بطور مستمر توسط مربی آنها ارزیابی شده و در فرایند فارغ‌التحصیلی آنها مدنظر قرار می‌گیرد (۳۵).

فعالیت بدنی در بیماران و کمبود وقت متخصصان مراقبت‌های سلامت برای ترویج فعالیت بدنی، موانع اصلی انجام تحرک بدنی در بیماران بستری اعلام شده است. برای افزایش سطح فعالیت بدنی بیماران بستری، لازم است دانش کافی برای بیماران و تسهیلات بیشتری برای متخصصان مربوطه تأمین گردد (۳۸).

نتیجه‌گیری

ارغام بسته خدمتی تحرک بدنی در نظام ارائه خدمات سطح اول و تخصیص بودجه لازم به مراکز دولتی و یا تخصیص بودجه به سازمان‌های بیمه‌گر جهت بازخرید این خدمت می‌تواند به افزایش فعالیت بدنی در بیماران (مشتریان) فقیر گردد.

استراتژی‌های مبتنی بر کار تیمی در مراکز ارائه خدمات سلامت اولیه، در عین حالی که از فرصت پزشک ارائه دهنده خدمات سطح اول، استفاده بهینه خواهد شد، با ارجاع بیماران (مشتریان) به کارشناس مربوطه و در چارچوب راهنماهای استاندارد، ضمن افزایش میزان تجویز نسخه‌های ورزشی، متابعت از دستورات و تثبیت رفتار بهداشتی، ارتقا خواهد یافت.

مربیان شخصی، فیزیولوژیست‌های ورزشی، فیزیوتراپیست‌ها و مربیان سلامت می‌توانند اعضای تیم ارائه‌دهنده بسته خدمتی تحرک بدنی باشند.

توانمندسازی تیم ارائه‌کننده خدمات سطح اول و دانشجویان پزشکی و پیراپزشکی در مورد مشاوره تحرک بدنی بصورت مستمر، می‌تواند ضمن افزایش انگیزه‌ی آنان در ارائه‌ی بسته خدمت به نیازمندان، شانس تغییر رفتار و استمرار آن را در بیماران/مشتریان، بهبود ببخشد (۲۰).

لازم است توجه گردد که آموزش ارائه‌کنندگان خدمات سلامت در سطح اول بهتر است بر اساس الگوی «توسعه‌ی حرفه‌ای مستمر» طراحی و اجرا گردد تا بتواند بر روی رفتار مشتریان اثرگذار باشد. در مدل آموزش «توسعه‌ی حرفه‌ای مستمر» از الگوهای تغییر رفتار مشتمل بر «ظرفیت- فرصت‌ها، انگیزه و رفتار» استفاده می‌شود. انجام مشاوره‌ها بصورت مصاحبه‌ی انگیزشی و در عین حال توانمندسازی بیماران برای تغییر رفتار از طریق خود نظارتی، تعیین هدف و حمایت اجتماعی، می‌تواند به افزایش میزان فعالیت بدنی بیماران، بیانجامد (۳۶).

در فرایند آموزش تحرک بدنی، رعایت نکات زیر نیز حائز اهمیت هستند: اول: اجرای برنامه‌های آموزشی در محیط‌های ارتقا دهنده سلامت مانند: مدرسه، محیط کار و مراکز خدمات جامع سلامت مؤثرتر هستند، زیرا گروه‌های هدف بیشتر در دسترس می‌باشند.

دوم، مداخلات آموزشی که بر اساس الگوی شناخته شده علمی به اجرا گذاشته شده اند، نتایج چشمگیرتری به دنبال داشته‌اند.

سوم، جهت تغییر رفتار مداوم و طولانی‌مدت، ضروری است روش‌های آموزشی، مدت مداخله، متغیرهای محیطی و هزینه‌ها به گونه‌ای تنظیم گردند که رفتار در فرد درونی شود. به نظر می‌رسد مداخلاتی که مبتنی بر الگوی مراحل تغییر انجام می‌شود، نسبت به سایر الگوهای آموزشی، تأثیرگذاری بیشتری در تغییر رفتار دارند.

چهارم، افرادی که بیشترین تغییر رفتار را نشان دادند، در ابتدا از سطح خودکارآمدی بالاتری برای انجام فعالیت برخوردار بودند (۳۷).

با وجود شواهد فراوان مبنی بر تأثیر مثبت فعالیت بدنی مناسب بر روند بهبودی بیماران بستری در بیمارستان‌ها، فعالیت بدنی هنوز به عنوان بخش ساختاری مراقبت از بیماران در بیمارستان‌ها دیده نمی‌شود و در روال‌های روزانه‌ی فعلی اولویت ندارد. عدم آگاهی از اهمیت

References

1. Farzadfar F, Naghavi M, Sepanlou SG, Moghaddam SS, Dangel WJ, Weaver ND, et al. Health system performance in Iran: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet* 2022; 399(10335): 1625-45.
2. Forouzanfar MH, Sepanlou SG, Shahrzad S, Dicker D, Naghavi P, Pourmalek F, et al. Evaluating causes of death and morbidity in Iran, global burden of diseases, injuries, and risk factors study 2010. *Arch Iran Med* 2014; 17(5): 304-20.
3. Moradi-Lakeh M, Vosoogh-Moghaddam A. Health sector evolution plan in Iran; equity and sustainability concerns. *Int J Health Policy Manag* 2015; 4(10): 637-40.
4. Khadivi R, Sadeghi-Dehcheshme M. The hospital performance indices after implementing the universal health coverage in the Iran. *Social Determinants of Health* 2020; 6: e38-e.
5. Khadivi R, Rezayatmand M, Bank H, Etesampor A, Ghasemi N. The comparison of direct health expenditures of selected insurance organizations of Isfahan Province and Isfahan University of Medical Sciences, Iran, before and after Health Care Reform in Years 2013 and 2015 [in Persian]. *Health Information Management* 2019; 15(6): 274-80.
6. Detels R, Abdool Karim Q, Baum F, Li L, Leyland AH. *Oxford textbook of global public health*. New York, NY: Oxford University Press; 2015.
7. Tao D, Awan-Scully R, Cole A, Gao Y, Ash GI, Gu Y, et al. Integration of exercise prescription into medical provision as a treatment for non-communicable diseases: A scoping review. *Front Public Health* 2023; 11: 1126244.
8. Bull FC, Al-Ansari SS, Biddle S, Borodulin K, Buman MP, Cardon G, et al. World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. *Br J Sports Med* 2020; 54(24): 1451-62.
9. Hallal PC, Andersen LB, Bull FC, Guthold R, Haskell W, Ekelund U. Global physical activity levels:

- surveillance progress, pitfalls, and prospects. *Lancet* 2012; 380(9838): 247-57.
10. Nejadghaderi SA, Ahmadi N, Rashidi M-M, Ghanbari A, Noori M, Abbasi-Kangevari M, et al. Physical activity pattern in Iran: findings from STEPS 2021. *Front Public Health* 2023; 10: 1036219.
 11. Tavakoly Sany SB, Vahedian Shahroodi M, Hosseini Khaboshan Z, Orooji A, Esmaeily H, Jafari A, et al. Predictors of physical activity among women in Bojnourd, north east of Iran: Pender's health promotion model. *Arch Public Health* 2021; 79(1): 178.
 12. Hoseini R, Hoseini Z, Pourahmadi D, Kamangar A. Demographic, cultural, and health correlates of physical activity and sports participation among adults in Kermanshah province, Iran. *BMC Public Health* 2025; 25(1): 1867.
 13. Kelishadi R, Qorbani M, Djalalinia S, Sheidaei A, Rezaei F, Arefirad T, et al. Physical inactivity and associated factors in Iranian children and adolescents: the Weight Disorders Survey of the CASPIAN-IV study. *J Cardiovasc Thorac Res* 2017; 9(1): 41-8.
 14. Peykari N, Hashemi H, Dinarvand R, Haji-Aghajani M, Malekzadeh R, Sadrolsadat A, et al. National action plan for non-communicable diseases prevention and control in Iran; a response to emerging epidemic. *J Diabetes Metab Disord* 2017; 16: 3.
 15. Pouramini AR, Kafi F, Khadivi R. The changes in cardiovascular disease risk factors after the implementation of the package of essential non-communicable disease control. *J Cardiovasc Thorac Res* 2024; 16(3): 179-83.
 16. Ayat SA, Rostami S, Khadivi R. The incidence and mortality rates due to stroke and myocardial infarction following implementing the package of essential non-communicable diseases; A historical cohort study. *J Cardiovasc Thorac Res* 2022; 14(3): 191-6.
 17. Loprinzi PD, Beets MW. Need for increased promotion of physical activity by health care professionals. *Prev Med* 2014; 69: 75-9.
 18. AuYoung M, Linke SE, Pagoto S, Buman MP, Craft LL, Richardson CR, et al. Integrating physical activity in primary care practice. *Am J Med* 2016; 129(10): 1022-9.
 19. Behzadifar M, Ghanbari MK, Ravaghi H, Bakhtiari A, Shahabi S, Doshmangir L, et al. Health policy analysis in Eastern Mediterranean region using a health policy triangle framework: Historical and ethical insights from a systematic review. *J Prev Med Hyg* 2022; 63(2): E351-E373.
 20. Rippe JM. *Lifestyle Medicine*. 3rd Edition ed: Taylor & Francis Group; 2019. p. 1405.
 21. Albert FA, Crowe MJ, Malau-Aduli AE, Malau-Aduli BS. Physical activity promotion: a systematic review of the perceptions of healthcare professionals. *Int J Environ Res Public Health* 2020; 17(12): 4358.
 22. Van Weel C, Kidd MR. Why strengthening primary health care is essential to achieving universal health coverage. *CMAJ* 2018; 190(15): E463-E6.
 23. Pellerine LP, O'Brien MW, Shields CA, Crowell SJ, Strang R, Fowles JR. Health care providers' perspectives on promoting physical activity and exercise in health care. *Int J Environ Res Public Health* 2022; 19(15): 9466.
 24. Mohanty S, Ganesh GS, Epari V. Knowledge, attitudes, practices, and perceived barriers of physicians in promoting physical activity in Urban Odisha, India. *J Family Med Prim Care* 2025; 14(7): 2920-6.
 25. Thompson WR, Sallis R, Joy E, Jaworski CA, Stuhr RM, Trilk JL. Exercise is medicine. *Am J Lifestyle Med* 2020; 14(5): 511-23.
 26. Chen A. On childhood obesity prevention: "Exercise is medicine" vs. "exercise is vaccine". *Journal of Sport and Health Science* 2012; 1(3): 172-3.
 27. Tao D, Awan-Scully R, Ash GI, Gu Y, Pei Z, Gao Y, et al. Health policy considerations for combining exercise prescription into noncommunicable diseases treatment: a narrative literature review. *Front Public Health* 2023; 11: 1219676.
 28. Mounesan L, Sepidarkish M, Hosseini H, Ahmadi A, Ardalan G, Kelishadi R, et al. Policy brief for promoting physical activity among Iranian adolescents [in Persian]. *J Isfahan Med Sch* 2013; 31(233): 5.
 29. Levy MD, Loy L, Zatz LY. Policy approach to nutrition and physical activity education in health care professional training. *Am J Clin Nutr* 2014; 99(5 Suppl): 1194S-201S.
 30. Craike M, Wiesner G, Enticott J, Bennie JA, Biddle SJ. Equity of a government subsidised exercise referral scheme: a population study. *Soc Sci Med* 2018; 216: 20-5.
 31. Goodarzi A, Elahi A, Akbari Yazdi H. Laws and regulations, the missing link in the development and promotion of physical activity in the Iranian elderly. *Majlis and Rahbord* 2023; 30(114): 315-49.
 32. The Seventh Five-Year Development Plan of the Islamic Republic of Iran (2024-2028). Research Center of the Islamic Consultative Assembly of Iran; 2025. p. 41.
 33. Cunningham C, O'Sullivan R. Healthcare professionals' application and integration of physical activity in routine practice with older adults: a qualitative study. *Int J Environ Res Public Health* 2021; 18(21): 11222.
 34. Brannan M, Bernardotto M, Clarke N, Varney J. Moving healthcare professionals—a whole system approach to embed physical activity in clinical practice. *BMC Med Educ* 2019; 19(1): 84.
 35. Asif I, Thornton JS, Carek S, Miles C, Nayak M, Novak M, et al. Exercise medicine and physical activity promotion: core curricula for US medical schools, residencies and sports medicine fellowships: developed by the American Medical Society for Sports Medicine and endorsed by the Canadian Academy of Sport and Exercise Medicine. *Br J Sports Med* 2022; 56(7): 369-75.
 36. Netherway J, Smith B, Monforte J. Training healthcare professionals on how to promote physical activity in the UK: A scoping review of current trends and future opportunities. *Int J Environ Res Public Health* 2021; 18(13): 6701.
 37. Ebrahimi S, Salehnezhad AS, Peyman N. Application of health education models and theories to promote physical activity in Iran: a systematic review [in Persian]. *Jf Health Sys Res* 2025; 21(3): 269-84.
 38. De Klein K, Valkenet K, Veenhof C. Perspectives of patients and health-care professionals on physical activity of hospitalized patients. *Physiother Theory Pract* 2021; 37(2): 307-14.

Multiple Approaches to Promoting Physical Activity in Society

Mohammad Matin Khadivi¹, Reza Khadivi²

Review Article

Abstract

Background: Physical inactivity, along with overweight, is a risk factor for the highest burden of disease in Iran. This article aims to explain the multiple approaches required for promoting physical activity (PA) in Iranian citizens.

Methods: This study was conducted as a narrative review study that conducted by reviewing reference books and articles published until 2025 in the field of public health and lifestyle modification in scientific databases such as ISC, IranDoc, Google Scholar, PubMed, Science Direct.

Findings: Promoting PA requires a multifaceted approach. Policymaking for sustainable financing to support the PA package through budget allocation to government comprehensive health centers, as well as the purchasing of the PA package by insurance organizations, can increase the utilization rate of the PA service package delivered by experienced experts among patients (especially those with multiple conditions) or overweight individuals with socioeconomic limitations, either within government comprehensive health centers or private sports clubs. In addition, empowering the primary health care team in PA counseling, and performing examination, screening, and delivering PA counseling services through a multidisciplinary team with a socioecological approach, utilizing the 5A steps ("Assess, Advise, Agree, Assist, and Arrange"), can increase citizens' adherence to PA counseling services.

Conclusion: Integrating a PA service package into the primary health care delivery system can substantially promote the PA level in society.

Keywords: Delivery of health care; Integrated; Health care team; Exercise; Reimbursement; Insurance

Citation: Khadivi MM, Khadivi R. Multiple Approaches to Promoting Physical Activity in Society. J Isfahan Med Sch 2026; 43(841): 1641-52.

1- Student, Department of Physical Education and Sport Sciences, Faculty of Physical Education and Sport Sciences, Isf.C, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

2- Professor, Department of Community and Family Medicine, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

Corresponding Author: Reza Khadivi, Professor, Department of Community and Family Medicine, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran; Email: khadivi@med.mui.ac.ir