DOI: 10.48305/jims.v44.i871.1322

مجله دانشکده پزشکی اصفهان | سال چهل و چهارم/شماره‌ی ۸۷۱/هفته‌ی سوم شهریور ۱۴۰۵

تاریخ دریافت: ۱۴۰۵/۰۱/۱۵ | تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۲/۲۹ | تاریخ چاپ: ۱۴۰۵/۰۶/۲۳

راهبردهای عملیاتی مداخلات مرحله محور در ارتقای سلامت تغذیه‌ای افراد میانسال

صاحب‌جان ترکیان[۱]، زهرا حیدری[۲]، فرشته زمانی علویجه[۳]

خلاصه سیاستی

خلاصه اجرایی

رفتارهای تغذیه‌ای سالم، از مؤلفه‌های مهم پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر و ارتقای سلامت عمومی است؛ با این حال شواهد مطالعه مقطعی نشان داد آمادگی افراد برای تغییر رفتار یکسان نیست و تحت تأثیر ویژگی‌های فردی و زمینه‌ای قرار دارد. بر این اساس، طراحی مداخلات یکسان و عمومی برای همه افراد، پاسخگوی تفاوت‌های موجود در آمادگی برای تغییر نخواهد بود. خلاصه سیاستی حاضر با توجه به یافته‌های پژوهش، بر ضرورت به‌کارگیری رویکردهای مرحله‌محور، هدفمند و متناسب با وضعیت هر فرد تأکید می‌کند. نتایج نشان می‌دهد متغیرهایی مانند سن، جنسیت، تحصیلات، وضعیت اشتغال، وضعیت تاهل، مصرف دخانیات، میزان خواب و شاخص‌های بدنی از جمله (Body Mass Index) BMI و دور کمر با مراحل تغییر رفتارهای تغذیه‌ای ارتباط دارند و این موضوع می‌تواند مبنای شناسایی گروه‌های نیازمند مداخله قرار گیرد. در چنین شرایطی، نظام سلامت بایستی مداخلات شخصی‌سازی‌شده را مبنا قرار دهد و ارزیابی آمادگی برای تغییر را در مراقبت‌های اولیه در نظر بگیرد. اجرای این رویکرد مستلزم آموزش کارکنان؛ مداخله همزمان روی رفتارهای پر خطر مانند تغذیه، خواب و مصرف دخانیات؛ ثبت منظم نتایج ارزیابی در پرونده سلامت و تمرکز بر گروه‌های پرخطر شامل افراد با BMI بیشتر، سیگاری و دارای خواب ناکافی است. در مجموع، این خلاصه سیاستی پیشنهاد می‌کند سیاستگذاران حوزه سلامت با اولویت دادن به مداخلات آموزشی مرحله‌محور و استفاده از داده‌های غربالگری، زمینه را برای بهبود رفتارهای تغذیه‌ای سالم در افراد میانسال فراهم کنند.

واژگان کلیدی: میانسال؛ تغذیه؛ پیشگیری؛ ارتقای سلامت؛ مدل فرانظری؛ خلاصه سیاستی

ارجاع: ترکیان صاحب‌جان، حیدری زهرا، زمانی علویجه فرشته. **راهبردهای عملیاتی مداخلات مرحله محور در ارتقای سلامت تغذیه‌ای افراد میانسال.** مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۴۰۵؛ ۴۴ (۸۷۱): ۱۳۲۲- ۱۳۲۶.

توصیف مسأله

تغذیه‌ی سالم در پیشگیری از اضافه وزن چاقی و بسیاری از بیماری‌های نقش مهمی داشته و در شکل‌گیری و تثبیت رفتارهای سلامت اهمیت ویژه‌ای دارد (۱، ۲). در سال‌های اخیر، گرایش به مصرف غذاهای پرکالری و کم ارزش، کاهش مصرف گروه‌های غذایی مفید و افزایش شیوع اضافه وزن و چاقی در گروه‌های مختلف و افراد میانسال، حوزه‌ی سلامت را نیازمند تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی نموده است. پیامدهای عدم اقدام در سطح خدمات سلامت شامل افزایش هزینه‌های درمانی، کاهش کیفیت زندگی و تشدید بار بیماری‌های مزمن است (۳-۵)؛ از این‌رو سیاستگذاران سلامت نیازمند شواهدی هستند که نشان دهد چه گروه‌هایی در معرض آمادگی کمتر برای تغییر رفتارهای تغذیه‌ای قرار دارند و کدام ویژگی‌های فردی و اجتماعی با این آمادگی ارتباط دارد تا مداخلات آموزشی و حمایتی به شکل هدفمند طراحی شود.

مدل فرانظری الگویی علمی برای سنجش آمادگی افراد جهت تغییر رفتار است و با تفکیک افراد در مراحل پیش تفکر، تفکر، آمادگی، عمل و نگهداری امکان برنامه‌ریزی مرحله‌ای را فراهم می‌کند. شواهد نشان می‌دهد موفقیت مداخلات ارتقای سلامت زمانی بیشتر می‌شود که محتوا و شدت مداخله با مرحله‌ی تغییر و ویژگی‌های مخاطب متناسب باشد (۶، ۷)؛ با این حال در جمعیت میانسال ایرانی هنوز شناخت کافی از توزیع مراحل تغییر رفتارهای تغذیه‌ای و ارتباط آن با شاخص های آنتروپومتریک و عوامل دموگرافیک وجود ندارد. این کمبود شناختی موجب می‌شود بسیاری از برنامه های آموزشی به صورت یکسان برای همه اجرا شوند در حالی که نیازهای مردان و زنان افراد دارای اضافه

۱- کمیته تحقیقات دانشجویی، مرکز تحقیقات تغذیه و امنیت غذایی، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲- مرکز تحقیقات فیزیولوژی کاربردی، گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده‌ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۳- مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

نویسنده‌ی مسؤول: فرشته زمانی علویجه: مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

Email: fe.zamani@hlth.mui.ac.ir

وزن یا چاقی، در گروه‌های سنی و ویژگی‌های رفتاری مختلف یکسان نیست و هر گروه به راهبرد متفاوتی نیاز دارد (۵، ۸، ۹)؛ بنابراین مسأله اصلی مورد توجه این است که بدون شناسایی مرحله‌ی تغییر و تعیین عوامل مرتبط با آن طراحی مداخلات تغذیه‌ای در میانسالان مؤثر نخواهد بود و برای پیشگیری از ائتلاف و تداوم رفتارهای ناسالم به برنامه‌ی سیاستی و راهبردهای عملیاتی نیاز است.

روش اجرا

برای تدوین این خلاصه سیاستی، یافته‌ی اصلی مطالعه مقطعی مبنا قرار گرفت که نشان داد رفتارهای تغذیه‌ای سالم در افراد میانسال با آمادگی ایشان برای تغییر و با عوامل دموگرافیک و شاخص‌های آنتروپومتریک ارتباط دارد (۵). در این مرحله، شواهد مطالعه استخراج شد؛ به این صورت که داده‌های مربوط به ارتباط مراحل تغییر رفتارهای تغذیه ای با سن، جنسیت، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، وضعیت تأهل، مصرف دخانیات، میزان خواب، وزن، BMI (Body Mass Index) و دور کمر به گونه‌ای خلاصه شد که به صورت راهبردهای سیاستی قابل تحلیل باشد و در مرحله بعد، گزینه‌های سیاستی عملی با برگزاری نشست با خبرگان حوزه پیشنهاد شد. سپس برای هر گزینه، مزایا، الزامات اجرایی و موانع بالقوه مطرح شد. در ادامه جلسه درباره‌ی ذینفعان اصلی هر گزینه پیشنهادی و مواضع احتمالی ایشان، چالش‌ها و تسهیل‌کننده‌های هر یک و این که در چه محدوده زمانی قابلیت اجرا دارد مذاکره و پیشنهادات انجام شد. در نهایت درباره امکان اجرا، محدودیت‌ها و اولویت‌بندی گزینه‌ها تبیین و تفسیر ارائه شد.

یافته‌ها

گزینه‌های سیاستی و ارزیابی و ملاحظات اجرایی راهکارهای ارتقای سلامت تغذیه‌ای افراد میانسال در جداول ۱ و ۲ آورده شده است.

جدول ۱. گزینه‌های سیاستی و ارزیابی اجرایی راهکارهای ارتقای سلامت تغذیه‌ای افراد میانسال

گزینه‌های سیاستی	الزامات اجرایی	موانع اجرایی	مزایا	معایب
طراحی و اجرای مداخلات آموزشی مرحله محور بر اساس مدل فرانظری برای میانسالان	تدوین بسته آموزشی متناسب با مراحل تغییر، آموزش نیروی انسانی مراکز جامع خدمات سلامت، استفاده از پرسشنامه استاندارد برای طبقه‌بندی افراد به مراحل تغییر، ادغام آموزش در مراقبت‌های روتین	کمبود زمان کارکنان سلامت، محدودیت منابع انسانی، احتمال مقاومت در برابر آموزش‌های فرد محور، دشواری پیگیری مستمر	افزایش اثربخشی آموزش، متناسب‌سازی پیام‌ها با آمادگی فردی، ارتقای خودکارآمدی و احتمال تغییر پایدار رفتار	نیاز به زمان و نیروی انسانی بیشتر در مرحله اجرا، احتمال پیچیده شدن سازماندهی خدمات
اولویت‌دهی به گروه‌های پرخطر شامل افراد با BMI بیشتر، سیگاری و دارای خواب ناکافی	غربالگری منظم BMI، دور کمر و الگوی خواب، ثبت وضعیت مصرف دخانیات، ارجاع هدفمند به آموزش تغذیه‌ای و مشاوره رفتاری	برچسب‌زنی به گروه‌های خاص، محدودیت مشارکت برخی افراد در غربالگری، دشواری هماهنگ نمودن داده‌ها	تمرکز منابع بر افراد نیازمندتر، پیشگیری از ورود به مراحل نامطلوب، تغییر کاهش بار چاقی و رفتارهای پرخطر	امکان کاهش پذیرش مداخله در صورت اجرای کم توجه به کرامت فردی، نیاز به نظام پایش دقیق
ارزیابی مراحل تغییر رفتار و ثبت آن در پرونده سلامت و برنامه‌های مراقبت اولیه	به روزرسانی فرم‌های الکترونیک، آموزش کارکنان برای تفسیر نتایج، طراحی مسیر ارجاع در سطح مراکز سلامت	نیاز به زیرساخت اطلاعاتی، مقاومت سازمانی در برابر تغییر فرایندهای جاری، ناهماهنگی بین سطوح ارائه خدمت	تسهیل تصمیم‌گیری بالینی، امکان پایش جمعیتی، افزایش دقت در هدفمندی خدمات	هزینه راه‌اندازی اولیه، احتمال افزایش بار ثبت اطلاعات برای کارکنان

مداخله همزمان روی تغذیه، خواب و مصرف دخانیات	طراحی بسته های چندمؤلفه‌ای، استفاده از مشاوره کوتاه و ارجاع درون‌بخشی یا برون‌بخشی، همکاری بین واحدهای تغذیه، سلامت روان و ترک دخانیات	تعدد عوامل خطر و دشواری هماهنگی بین بخشی، محدودیت انگیزش مراجعان برای تغییر چند رفتار همزمان	اثرگذاری بیشتر نسبت به مداخلات تک بعدی، توجه به همپوشانی رفتارهای پرخطر، امکان بهبود سلامت عمومی	دشواری‌های اجرایی بیشتر، احتمال افت مشارکت در برنامه‌های طولانی‌تر

جدول ۲. تحلیل ذینفعان و ملاحظات اجرایی راهکارهای ارتقای سلامت تغذیه‌ای افراد میانسال

ذینفعان کلیدی	موضع احتمالی	چالش‌های ذینفعان	محدوده زمانی	تسهیل‌کننده‌ها
معاونت بهداشت، دانشگاه‌ها، مدیران مراکز جامع خدمات سلامت، کارشناسان تغذیه و آموزش سلامت افراد میانسال	معمولاً حمایتی به دلیل همسویی با ارتقای کیفیت خدمات	کمبود زمان آموزش تخصصی، تفاوت ظرفیت مراکز، نبود ابزار استاندارد برای اجرا	کوتاه‌مدت تا میان‌مدت	تدوین پروتکل یکسان، برگزاری کارگاه آموزشی، تولید محتوای ساده و کاربردی پایش دوره‌ای
کارکنان مراقبت‌های اولیه، پزشکان خانواده، مراجعان میانسال، بیمه‌ها	حمایتی مشروط، در صورت کاهش بار بیماری و هزینه	نگرانی از انگ اجتماعی، محدودیت پذیرش مداخله، کمبود نظام ارجاع فعال	کوتاه‌مدت	طراحی غربالگری هدفمند، آموزش محرمانگی، استفاده از پیام‌های غیرقضاوتی
واحد فناوری اطلاعات سلامت، کارشناسان آمار و اطلاعات، مدیران شبکه بهداشت	حمایتی، در صورت تسهیل کار و تصمیم گیری	هزینه به روزرسانی سامانه ها، نیاز به آموزش کاربران، احتمال افزایش خطای ثبت	میان‌مدت	افزودن فیلدهای ساده و استاندارد، آموزش حین کار، اجرای آزمایشی در چند مرکز
واحدهای تغذیه، سلامت روان، ترک دخانیات و مراقبت اولیه، سیاستگذاران بودجه‌ای	حمایتی، نیازمند هماهنگی بین‌بخشی	پراکندگی مسئولیت‌ها، دشواری هماهنگی، کمبود نیروی متخصص برای پیگیری چند رفتار	میان‌مدت تا بلندمدت	تشکیل تیم بین‌بخشی، تعریف شفاف مسئولیت، استفاده از مسیرهای ارجاع مشخص و بسته‌های آموزشی مشترک

بحث

در بررسی گزینه‌های سیاستی این سند که با هدف ارتقای سلامت تغذیه‌ای افراد میانسال ارائه گردید، گزینه‌ی طراحی و اجرای مداخلات آموزشی مرحله محور بر اساس مدل فرانظری مطرح شد. با توجه به این که داده‌های مطالعه‌ی مقطعی نشان داد بخش قابل توجهی از افراد میانسال در مراحل پیش تفکر و نگهداری قرار دارند و این یعنی آمادگی آنها برای تغییر همانند نیست، از این رو آموزش عمومی و یکسان برای همه افراد نمی‌تواند پاسخگوی نیازهای متفاوت آنان باشد. مزیت اصلی این گزینه آن است که مداخله را متناسب با مرحله تغییر هر فرد، تنظیم می‌کند و به جای تمرکز صرف بر انتقال دانش بر عمل و سپس نگهداری رفتار سالم تأکید دارد. چنین رویکردی با ماهیت تدریجی تغییر رفتار سازگار است و احتمال پذیرش پیام‌های آموزشی را افزایش می‌دهد. اجرای این گزینه نیازمند آموزش کارکنان مراکز جامع خدمات سلامت، طراحی بسته‌های آموزشی متناسب با مراحل تغییر، و استفاده از ابزارهای ساده و استاندارد برای شناسایی مرحله افراد است. مانع اصلی در اجرای آن، محدودیت زمان و نیروی انسانی در مراکز سلامت و همچنین احتمال ناآشنایی کارکنان با اصول مدل فرانظری است.

گزینه‌ی دوم، اولویت‌دهی به گروه‌های پرخطر شامل افراد با BMI بالاتر، افراد سیگاری و افراد با خواب ناکافی است. یافته‌های مطالعه‌ی مقطعی نشان داد این گروه‌ها بیشتر در مراحل اولیه تغییر قرار دارند و در مقایسه با سایرین آمادگی کمتری برای رفتارهای تغذیه‌ای سالم دارند. مزیت این گزینه آن است که منابع محدود نظام سلامت را به افرادی اختصاص می‌دهد که بیشترین نیاز را دارند و بیشترین احتمال سود از مداخله در مورد آنها وجود دارد. این رویکرد می‌تواند از گسترده شدن چاقی، اضافه وزن و رفتارهای ناسالم پیشگیری کند و به هدفمندتر شدن برنامه‌های سلامت کمک کند. اجرای این گزینه مستلزم غربالگری منظم شاخص‌های آنتروپومتریک، ثبت وضعیت مصرف دخانیات و بررسی الگوی خواب در مراجعه‌های ارزیابی سلامت است. در این زمینه، امکان مقاومت برخی افراد در برابر غربالگری یا ارائه اطلاعات دقیق و همچنین خطر برچسب‌زنی چالش مهمی است. اگر پیام‌های آموزشی به گونه‌ای طراحی شوند که حالت داوری یا سرزنش داشته باشند، احتمال مشارکت کاهش می‌یابد.

گزینه‌ی مهم دیگر، ارزیابی مراحل تغییر رفتار و ثبت آن در پرونده‌ی سلامت و برنامه های مراقبت اولیه است. این گزینه از آن جهت اهمیت دارد که نقطه شروع مداخله را زمان شناسایی فرد در نظام سلامت قرار داده و شرایطی ایجاد می‌کند پیش از آنکه رفتار ناسالم تثبیت شود، وضعیت آمادگی فرد برای تغییر سنجیده شود. مزیت اصلی این رویکرد آن است که غربالگری به ابزاری برای تصمیم‌گیری رفتاری و آموزشی تبدیل شود. از نظر اجرایی، لازم است

در فرم‌های غربالگری، بخشی برای سنجش مرحله تغییر قرار داده شود و کارکنان مراکز جامع خدمات سلامت برای تفسیر آن آموزش دریافت کنند. با این حال اگر ابزار غربالگری ساده و مختصر نباشد، احتمال دارد در عمل مورد استفاده قرار نگیرد.

گزینه‌ی چهارم شامل طراحی مداخلات چندمولفه‌ای و بین بخشی است که تغذیه، خواب، مصرف دخانیات و سایر عوامل سبک زندگی را همزمان مدنظر قرار دهد. مزیت این گزینه آن است که رفتارهای سلامت را به شکل مستقل در نظر نمی‌گیرد و به ارتباط بین آنها می‌پردازد. در بسیاری موارد، بهبود رفتار، بدون توجه به رفتارهای همزمان، اثر پایدار ندارد. برای مثال اگر فردی الگوی خواب مناسبی نداشته باشد یا مصرف دخانیات را ادامه دهد، احتمال موفقیت در اصلاح تغذیه کاهش می‌یابد. از نظر اجرایی، این گزینه نیازمند همکاری واحدهای مختلف مانند تغذیه، سلامت روان و ترک دخانیات است. مانع اصلی آن، دشواری هماهنگی بین بخشی و احتمال کاهش تمرکز مراجعان در مواجهه با چند توصیه همزمان است. به همین دلیل این سیاست بایستی به صورت هدفمند و برای افراد دارای چند عامل خطر و نه عمومی به کار رود.

با توجه به شرایط اجرای سیاست در نظام سلامت، اولویت‌بندی گزینه‌ها به این صورت قابل پیشنهاد است. در اولویت نخست، در نظر گرفتن رویکرد مرحله‌محور در پروتکل‌های غربالگری و مراقبت اولیه قرار می‌گیرد، زیرا این گزینه پایه سایر مداخلات است و امکان شناسایی نیاز واقعی افراد را فراهم می‌کند. در اولویت دوم، شخصی‌سازی آموزش و مداخله بر اساس آمادگی فرد برای تغییر قرار دارد، چون مستقیما به بهبود اثربخشی برنامه‌ها منجر می‌شود. در اولویت سوم، اولویت‌دهی به گروه‌های پرخطر برای تخصیص منابع و خدمات توصیه می‌شود تا مداخلات در جایی متمرکز شوند که بیشترین نیاز وجود دارد. در اولویت چهارم نیز مداخلات چندمولفه‌ای و بین‌بخشی بایستی به صورت هدفمند و تکمیلی اجرا شود.

نتیجه‌گیری

نتیجه‌گیری نهایی این است که سیاست مؤثر در حوزه‌ی ارتقای رفتارهای تغذیه‌ای سالم در میانسالان نباید بر آموزش عمومی و یکسان تکیه کند. با توجه به یافته‌های مطالعه مقطعی که اذعان نمود افراد از نظر آمادگی برای تغییر رفتار تغذیه‌ای ناسالم، تفاوت‌های فردی و اجتماعی وجود دارد توصیه می‌شود سیاست‌ها مرحله محور، هدفمند و قابل پایش باشند. از گزینه‌های سیاستی مطرح شده در سند، در نظر گرفتن مرحله تغییر رفتار در غربالگری و مراقبت اولیه، شخصی‌سازی مداخلات و اولویت‌دهی به گروه‌های پرخطر، مهم‌ترین محورهای سیاستی هستند. ایجاد شبکه داده و طراحی مداخلات چندمولفه‌ای نیز به عنوان زیرساخت و مکمل می‌توانند ثبات و اثرگذاری برنامه‌ها را افزایش دهند. برای کارآمدی این سیاست‌ها به آموزش نیروی انسانی، قابلیت استفاده ابزارها، هماهنگی سازمانی و استفاده از داده‌های واقعی در تصمیم‌گیری نیاز است.

تشکر و قدردانی

این مقاله منتج از طرح تحقیقاتی مقطع دکترا رشته آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت می‌باشد که در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به تصویب رسیده و با حمایت مالی کمیته تحقیقات دانشجویی دانشکده‌ی بهداشت و معاونت تحقیقات و فناوری این دانشگاه با کد مصوب ۱۴۰۳۲۹۳ به انجام رسیده است. بدین‌وسیله از زحمات کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان تقدیر و تشکر می‌شود.

References

1. Khoshkchali A, Torkian S, Ahmadi H, Manochehri MJ. Change of the pattern of red and white meat consumption among households during the COVID-19 lockdown in Isfahan Province, Iran, in 2021: A cross-sectional study [in Persian]. J Health Syst Res 2026; 21(4): 437-44.
2. Sameh Salari S. The role of nutrition in human biological and cultural evolution [in Persian]. Iranian Archaeological Research 2025 .
3. Nebot-Valenzuela E, Aparicio VA, Morán LJ, Flor-Alemany M, Fernández-Bergés D, Nestares T, Felix-Redondo FJ. Food group intake and Mediterranean Diet adherence among a representative sample of Spanish middle-aged and older adults. Are we still on track? The HERMEX study. Nutr Metab Cardiovasc Dis 2026; 36(5): 104415.
4. Seago ER, Rego ML, Davy BM, Katz B. Differential association of ultraprocessed food categories with risk of developing cognitive impairment in middle-aged and older adults in a longitudinal panel study. Am J Clin Nutr 2025; 121(5): 965-71.
5. Torkian S, Zamani F, Heidari Z. Assessment of nutrition and health behavior changes in middle-aged adults: A cross-sectional study based on new technologies at different stages of SOC change. [Thesis]. Isfahan University of Medical Sciences; 2026. [in Persian]
6. Heidarpoor P, Saeedi F. Effect of a foot care program based on the transtheoretical model on improving foot care behaviors and self-efficacy in adults with type 2 diabetes [in Persian]. Iran J Health Educ Health Promot 2025; 13(3): 64-76 .
7. Ebrahimi S, Salehnezhad AS, Peyman N. Application of health education models and theories to promote physical activity in Iran: A systematic review [in Persian]. J Health Syst Res 2025; 21(3): 269-84 .
8. Asadolahi A, Sajjadi SH, Nikaeen Z, Zarei A. Designing a model of physical activity for middle-

cognitive behavioral processes (transitional model) in the use of nutrients in overweight middle-aged women [in Persian]. J Sch Public Health Inst Public Health Res 2019; 17(2): 145-60.

aged Iranian women [in Persian]. Sport Physiology & Management Investigations 2022; 14(3): 185-202.

9. Namazi N, Naini A, Mostafavidarani F, Boroumandfar Z. Investigation of stage of change and behavior and

DOI: *10.48305/jims.v44.i871.1322*

Journal of Isfahan Medical School **Vol. 44, No. 871, 3rd Week, September 2026**

Received: 04.04.2026 Accepted: 19.05.2026 Published: 14.09.2026

Operational Strategies for Stage-Based Interventions in Promoting Nutritional Health Among Middle-Aged Adults

Sahebjan Torkian[1], Zahra Heidari[2], Fereshteh Zamani-Alavijeh[3]

Policy Brief

Executive Summary

Healthy dietary behaviors are among the key components of preventing noncommunicable diseases and promoting public health. However, evidence from a cross-sectional study showed that individuals' readiness to change behavior is not uniform and is influenced by personal and contextual characteristics. Accordingly, designing identical and generalized interventions for all individuals cannot address differences in readiness for change. This policy brief emphasizes the need to adopt stage-based, targeted, and tailored interventions appropriate to each individual's condition. The findings indicate that variables such as age, sex, education, employment status, marital status, tobacco use, sleep duration, and anthropometric indicators including BMI and waist circumference are associated with stages of change in dietary behaviors, and this can serve as a basis for identifying groups in need of intervention. In such a context, the health system should adopt personalized interventions and incorporate readiness to change assessment into primary care. Implementing this approach requires staff training; simultaneous intervention on high-risk behaviors such as diet, sleep, and tobacco use; systematic recording of assessment results in health records; and a focus on high-risk groups, including individuals with higher BMI, smokers, and those with insufficient sleep. Overall, this policy brief suggests that health policymakers should prioritize stage-based educational interventions and the use of screening data to create conditions for improving healthy dietary behaviors among middle-aged adults.

Keywords: Middle-Aged Adults, Nutrition, Prevention, Health Promotion, Transtheoretical Model, Policy Brief

Citation: Torkian S, Heidari Z, Zamani-Alavijeh F. **Operational Strategies for Stage-Based Interventions in Promoting Nutritional Health Among Middle-Aged Adults.** J Isfahan Med Sch 2026; 44(871): 1322- 26.

1- Student Research Committee, Nutrition and Food Security Research Center, Department of Health Education and Health Promotion, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
2- Department of Biostatistics and Epidemiology, Applied Physiology Research Center, Cardiovascular Research Institute, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
3- Social Determinants of Health Research Centre, Department of Health Education and Health Promotion, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
Corresponding Author: Fereshteh Zamani-Alavijeh, Social Determinants of Health Research Centre, Department of Health Education and Health Promotion, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran; Email: fe.zamani@hlth.mui.ac.ir