

راهنمای 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) و 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 شخصی‌سازی شده 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 فرآیندی؛ خلاصه سیاستی

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

اجتماعی با این آمادگی ارتباط دارد تا مداخلات آموزشی و حمایتی به

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

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

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

نویسنده‌ی مسؤول: فرشته زمانی علویجه: مرکز تحقیقات فیزیولوژی کاربردی، گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده‌ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

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

شکل هدفمند طراحی شود.

مدل فراتر از الگوی 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 شاخص‌های آنترپومتریک و عوامل دموگرافیک وجود ندارد. این کمبود شناختی موجب می‌شود بسیاری از برنامه‌های آموزشی به صورت یکسان برای همه اجرا شوند در حالی که نیازهای مردان و زنان افراد دارای اضافه 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 اتلاف و تداوم رفتارهای ناسالم به برنامه‌ی سیاستی و راهبردهای عملیاتی نیاز است.

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 آنترپومتریک ارتباط دارد (۵). در این مرحله، شواهد مطالعه استخراج شد؛ به این صورت که داده‌های مربوط به ارتباط مراحل تغییر رفتارهای تغذیه‌ای 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.

روش اجرا

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 فراتر از الگوی میانسالان	تدوین بسته آموزشی متناسب با مراحل تغییر، آموزش نیروی انسانی مراکز جامع خدمات سلامت، استفاده از پرسنل خدمات سلامت، 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، تمرکز منابع بر افراد نیازمندتر، امکان کاهش پذیرش مداخله محدودیت مشارکت برخی افراد در پیشگیری از ورود به مراحل غربالگری، دشواری هماهنگی نمودن داده‌ها	پیشگیری از ورود به مراحل نامطلوب، تغییر کاهش بار چاقی و رفتارهای پرخطر	در صورت اجرای کم توجه به کرامت فردی، نیاز به نظام پایش دقیق

ارزیابی مراحل تغییر رفتار و ثبت به روزرسانی فرم‌های الکترونیک، آموزش نیاز به زیرساخت اطلاعاتی، تسهیل تصمیم‌گیری بالینی، هزینه راه‌اندازی اولیه، احتمال آن در پرونده سلامت و برنامه‌های کارکنان برای تفسیر نتایج، طراحی مسیر مقاومت سازمانی در برابر تغییر فرایندهای جاری، ناهماهنگی بین سطوح ارائه خدمت مراقبت اولیه ارجاع در سطح مراکز سلامت

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

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

ذینقشان کلیدی	موضع احتمالی	چالش‌های ذینقشان	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 غیرقضائتی
واحد فناوری اطلاعات سلامت، کارشناسان آمار و اطلاعات، مدیران شبکه بهداشت	حمایتی، در صورت تسهیل کار و تصمیم‌گیری	هزینه به روزرسانی سامانه‌ها، 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 آنروپومتریکی، ثبت وضعیت

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 مستقیماً 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 حوزه 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 دانشکده بهداشت و معاونت تحقیقات و فناوری این دانشگاه با کد مصوب ۱۴۰۳۲۹۳ به انجام رسیده است. بدین وسیله 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-Aleman 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

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 حل تغییر رفتار و ثبت آن در پرونده‌ی سلامت و برنامه‌های 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، و 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

- 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. Heidarpour 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-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 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.

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

Sahebjan Torkian¹, Zahra Heidari², Fereshteh Zamani-Alavijeh³

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- Social Determinants of Health Research Centre, Department of Health Education and Health Promotion, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

3- Department of Biostatistics and Epidemiology, Applied Physiology Research Center, Cardiovascular Research Institute, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Corresponding Author: Fereshteh Zamani-Alavijeh, Department of Biostatistics and Epidemiology, Applied Physiology Research Center, Cardiovascular Research Institute, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran; Email: fe.zamani@hlth.mui.ac.ir