

مدیریت ورزشی _ زمستان ۱۳۹۸
دوره ۱۱، شماره ۴ ص: ۸۰۷ - ۷۸۷
تاریخ دریافت: ۰۷ / ۰۷ / ۹۷
تاریخ پذیرش: ۰۲ / ۱۰ / ۹۷

تدوین استراتژی‌های توسعه سلامت با رویکرد فعالیت‌های بدنی و ورزشی

محمدحسین میرزا راه کوشکی^۱ - علی زارعی^{۲*} - عباس خدایاری^۳

۱. دانشجوی دکتری مدیریت ورزشی، دانشکده تربیت بدنی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، کرج، ایران ۳.
دانشیار، گروه مدیریت ورزشی، دانشکده تربیت بدنی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز، تهران، ایران ۳.
دانشیار، گروه مدیریت ورزشی، دانشکده تربیت بدنی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، کرج، ایران

چکیده

هدف از این پژوهش، تدوین استراتژی‌های توسعه سلامت با رویکرد فعالیت‌های بدنی و ورزشی بود. جامعه آماری پژوهش شامل مدیران ارشد و کارشناسان مرتبط وزارت ورزش، وزارت بهداشت و استادان آشنا به موضوع بود. روش تحقیق از نوع آمیخته (ترکیب کیفی و کمی) بود، به این صورت که پس از مطالعات کتابخانه‌ای، از طریق مصاحبه با خبرگان آگاه از موضوع و توزیع پرسشنامه‌های نیمه‌باز، قوت‌ها، ضعف‌ها، فرصت‌ها و تهدیدهای نظام سلامت با رویکرد تربیت بدنی و مشخص شد. در مرحله کمی، پاسخگویان با تعیین ضریب اهمیت و رتبه هر عامل، موقعیت راهبردی نظام سلامت با رویکرد فعالیت بدنی را مشخص کردند که در منطقه WT (تدافعی) قرار داشت. سپس با تشکیل شورای راهبری و با استفاده از روش توفان مغزی، راهبردها مشخص شد. دانش‌افزایی عمومی از طریق رسانه‌ها، حمایت محیط‌های کاری از ورزش، تشویق پزشکان به تجویز فعالیت‌های ورزشی، ارائه تسهیلات به سرمایه‌گذاران ورزشی، رعایت استانداردهای ورزشی مدراس و دانشگاه‌ها، توسعه مراکز پایش و مشاوره سلامت شهروندان، به‌کارگیری نیروی متخصص ورزشی در مراکز و خانه‌های سلامت شهر و روستاها، تعیین نقش هر یک از ارگان‌های دولتی در حوزه ورزش، تعیین سهم ورزش از اعتبارات مالی طرح تحول نظام سلامت، طراحی شهری با رویکرد شهر سالم، جلوگیری از جهت‌گیری مدیریت ورزش ارگان‌های دولتی به ورزش قهرمانی و حرفه‌ای، تشکیل معاونت سلامت در وزارت ورزش و به‌کارگیری نظام اطلاعاتی و نظارتی از جمله راهبردهای توسعه سلامت با رویکرد فعالیت‌های بدنی و ورزشی بود.

واژه‌های کلیدی

استراتژی بازاریابی، انگیزه‌های حمایت ورزشی، بازاریابی از طریق ورزش، صنعت ورزش، ورزش قهرمانی.

مقدمه

سلامت، حق اساسی و دارایی و سرمایه ارزشمند برای تمامی سطوح و طبقات اجتماع است. تمامی کشورها از سلامت به عنوان اساسی‌ترین حق مردم کشور خود نام برده‌اند و حکومت‌ها حفظ و ارتقای آن را جزء مهم‌ترین تلاش‌های زندگی روزمره‌شان محسوب کرده‌اند، به طوری که بسیاری از دولتمردان در برنامه‌های انتخاباتی خود، این مسئله را به عنوان یک اصل عنوان می‌کنند. سلامت مطلوب، در واقع پیش‌نیاز اصلی توسعه پایدار به حساب می‌آید. همچنین قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، ضمن محوری شمردن سلامت کامل و جامع انسان، بهداشت و درمان را از جمله نیازهای اساسی می‌شناسد و دولت را مکلف کرده است تا تمامی منابع، امکانات و ظرفیت‌های خود را برای تأمین، حفظ و ارتقای سطح سلامت افراد کشور بسیج کند (۱).

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به نیابت از دولت این وظیفه را بر عهده دارد. با توجه به تعریف سازمان بهداشت جهانی که سلامت عبارت است از آسایش کامل جسمی، روانی، اجتماعی و نه صرفاً نبود بیماری (به تازگی بعد معنوی هم اضافه شده)، کاملاً واضح است که دستیابی به این هدف بسیار بزرگ و گسترده از عهده وزارت بهداشت خارج است و به تنهایی نمی‌تواند حتی مسیر را برای رسیدن به این هدف هموار کند. پس ضروری است سایر وزارتخانه‌ها، ساختارها و نهادهای موجود در کشور، آن را کمک و همراهی کنند. برای نیل به هدف سلامت باید سه محور اصلی را دنبال کند (۲):

۱. مردم بیمار نشوند (پیشگیری اولیه)؛

۲. بیماران سریع و صحیح درمان شوند (پیشگیری ثانویه)؛

۳. بیماران غیرقابل درمان رنج کمتری متحمل شوند (پیشگیری ثالثیه). (۲)

کشورهای پیشرفته در امر سلامت، بیشترین فعالیت‌های سلامت خود را در محور اول متمرکز می‌کنند و بیشترین سود سرمایه‌گذاری را نیز به دست می‌آورند. متأسفانه کشورهای در حال توسعه به دلیل اجبار و نداشتن برنامه و تقاضای غیرمنطقی مردم بیشتر درگیر محور دوم، آن هم به صورت ناقص‌اند. نگاهی ساده به آمار تقاضاهای غیرمنطقی برای سزارین و داروها حجم این فاجعه را نشان می‌دهد. با توجه به هزینه بالای مراقبت‌های بهداشتی لزوم تغییر رویکرد درمانی به رویکرد پیشگیری از بیماری بیشتر مورد تأکید قرار گرفته است و در همین زمینه، سازمان جهانی بهداشت بر اهمیت ارتقای سلامت با تأکید بر سبک زندگی سالم تأکید کرده است (۳).

امروزه الگوی بیماری‌ها تغییر کرده و بیماری‌های ناشی از الگوی شیوه زندگی ناسالم، به صدر فهرست دلایل مرگ‌ومیر انتقال یافته است (۴). بنابر پیش‌بینی سازمان جهانی بهداشت، ۷۰ تا ۸۰ درصد از مرگ‌ومیر کشورهای توسعه‌یافته و ۴۰ تا ۵۰ درصد از مرگ‌های کشورهای در حال توسعه، به علت بیماری‌های مرتبط با سبک زندگی است (۵). سازمان جهانی بهداشت معتقد است که با تغییر و اصلاح سبک زندگی، می‌توان با بسیاری از عوامل خطر سازی که مهم‌ترین عوامل مرگ‌ومیرند، مقابله کرد (۶). یکی از اهداف تعیین‌شده سازمان جهانی بهداشت تا سال ۲۰۲۰ ارتقای سبک زندگی سالم در افراد جامعه است. بر این اساس، کشورها باید راهبردهای مؤثر در بهبود زندگی فردی و اجتماعی را در دستور کار خود قرار دهند (۷).

به تعبیر بسیاری از صاحب‌نظران، یکی از مشکلات عمده سبک زندگی در قرن حاضر، نداشتن تحرک بدن است. استفاده از وسائط نقلیه ماشینی، پیشرفت در فناوری ساخت وسایل خانگی، فراگیر شدن رایانه و امور مربوط به آن و بسیاری از موارد مشابه دیگر، سبب شده که زمان بیشتری به‌صورت نشسته و بی‌تحرک صرف شود (۸). در مورد مضرات زندگی این‌چنین، سخن‌ها بسیار رفته است. از احتمال دوبرابر ابتلا به بیماری‌های قلبی و عروقی نسبت به افراد پرتحرک گرفته تا انواع از کارافتادگی‌ها و ناتوانی‌های دوران سالمندی و مرگ‌های غیرمترقبه و زودرس. شاید فواید فعالیت بدنی منظم بر بیشتر افراد پوشیده نباشد که از آن جمله می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: افزایش طول عمر، بالا بردن سطح سلامت و بهداشت تن و روان، پیشگیری یا حداقل کمک به روند درمان بیماری‌هایی چون فشار خون بالا، بیماری‌های عروق کرونر، چربی خون بالا، ازدیاد وزن بی‌رویه، یوکی استخوان، برخی از انواع دیابت، سکنه‌های مغزی، افسردگی بالینی و حتی برخی سرطان‌ها (۹).

وقتی از دید جامعه‌شناختی کلان به این مقوله نگریسته شود، می‌توان به‌سادگی نتیجه گرفت زمانی که ورزش در سطح عامه مردم ترویج و نهادینه شود، سبب افزایش سلامت و نشاط جامعه، کاهش هزینه‌های سنگین دارو و درمان، بهبود بهره‌وری نیروی کار، ارتقای سطح تحصیلی دانش‌آموزان، کاهش بسیاری از بزهکاری‌ها و نابسامانی‌های اجتماعی همچون اعتیاد و نیز مطرح شدن در سطح جهانی خواهد شد. بر همین اساس، دو بیانیه مشترک سازمان بهداشت جهانی (WHO) و فدراسیون بین‌المللی پزشکی ورزشی (FIMS)، ضمن اعلام این مطلب که تقریباً نیمی از جمعیت جهان فاقد فعالیت فیزیکی و تحرک مناسباند، از کلیه دولت‌ها خواسته شده تا به‌عنوان بخشی از سیاست‌های سلامت خود، برنامه‌های فعالیت فیزیکی و آمادگی جسمانی در سطح جامعه را مورد حمایت و تشویق قرار دهند (۸).

شواهد و نتایج مطالعات پزشکی نشان می‌دهد، شرکت در فعالیتهای بدنی به‌عنوان بخشی از سبک زندگی سالم مؤثرترین و پایدارترین شیوه برای جلوگیری از افزایش بیماری‌های غیرواگیر است. بهبود وضعیت سلامتی عمومی از طریق افزایش موقعیت‌ها و فرصت‌های شرکت در فعالیتهای ورزشی، منافع اقتصادی بسیاری بزرگی را به‌دست می‌دهد. این امر به‌ویژه در مورد کشورهای درحال توسعه که منابع مالی مربوط به بخش سلامتی بیشتر در جهت پیشگیری از بیماری‌ها هزینه می‌شود، مصداق می‌یابد (۱۰). در استرالیا پیش‌بینی شده است که اگر تعداد شرکت‌کنندگان در ورزش‌های ملایم و مؤثر ۱۰ درصد افزایش یابد، سالانه ۶۰۰ میلیون دلار استرالیا در بودجه این کشور صرفه‌جویی می‌شود. هزینه مستقیم مراقبت بهداشتی چهار بیماری ناشی از کم‌تحركی قلبی-عروقی، سکت، دیابت و سرطان روده بزرگ، ۳۰۶ میلیون دلار استرالیا در هر سال برآورده شده است. در نیویورک نتیجه یک بررسی نشان داد که ۵۹ درصد از بزرگسالان این شهر غیرفعال‌اند. برآورد شده است که کل هزینه ناشی از این بی‌فعالیتی، سه میلیارد دلار است که بر مالیات‌دهندگان و کارمندان تحمیل می‌شود (۱۱). در ایالات متحده آمریکا که عدم تحرک جسمانی ۷۵ میلیارد دلار به هزینه‌های پزشکی در سال ۲۰۰۰ اضافه کرد، برآورد شده است صرف کردن یک دلار آمریکا برای فعالیت جسمانی موجب صرفه‌جویی ۳ دلار و ۲۰ سنت در هزینه‌های پزشکی خواهد شد. از این‌رو، ورزش علاوه بر منافع مثبت و سازنده برای افراد، منافع اقتصادی بسیاری برای کسب‌وکارها، جوامع و ملت‌ها نیز در پی دارد (۱۲).

همان‌طور که سلامتی حق اساسی بشر است، ورزش را نباید به‌عنوان مقوله‌ای لوکس یا شکلی از سرگرمی در نظر گرفت. دسترسی و مشارکت در ورزش نیز حق انسانی و بشری است و برای حفظ سلامتی و ادامه زندگی برای همه افراد در تمامی سنین ضروری و اساسی است. ورزش از بازی و فعالیتهای بدنی گرفته تا ورزش‌های سازمان‌یافته رقابتی، همه و همه نقش مهمی در جوامع ایفا می‌کنند (۱۲). بی‌شک ورزش و فعالیت فیزیکی منظم و مستمر، از ارکان پی‌ریزی زندگی و اجتماع سالم است، از این‌رو باید تمامی اقشار جامعه (صرف‌نظر از سن و جنس و توانایی)، از فرهنگ، امکانات مناسب و زمان کافی برای پرداختن به ورزش برخوردار باشند. در کشورهایی مانند استرالیا، چین، کانادا و ایالات متحده آمریکا، از مدت‌ها قبل روی ورزش همگانی مطالعه و سرمایه‌گذاری شده است که خود موجب نیل به نتایج اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و درمانی درخشانی شده است (۸).

«توسعه ورزش» عبارت است از: «فرایندی که به‌واسطه آن فرصت‌ها و موقعیت‌ها، سیستم‌ها و ساختارهای مناسب و ثمربخش فراهم می‌گردد که به‌واسطه آن مردم قادر خواهند بود در همه حوزه‌ها یا

در حوزه‌های خاص ورزشی یا فعالیت‌های تفریحی شرکت کنند و اجرای فعالیت‌های ورزشی را تا سطوح موردنظر و مطلوب خود بهبود بخشند و ارتقا دهند» (۱۳).

رابطه مستقیم بین کاهش فعالیت‌های بدنی و افزایش بیماری‌ها ایجاب می‌کند دولت‌ها و سیاستگذاران در همه سطوح و در تمامی بخش‌ها ورزش را به‌عنوان اولویت در سیاست‌های خود در نظر بگیرند. برنامه‌ها باید به‌گونه‌ای تنظیم شود که شعار «ورزش برای همه» محقق شود و برنامه‌های فعالیت‌های بدنی باید به‌طور مناسب طراحی و با مقوله‌های فرهنگی مرتبط شوند. این برنامه‌ها باید گروه‌هایی را که منافع سلامت‌بخش ورزش بیشتر شامل حال آنان می‌شود و در عین حال از موقعیت‌های کمتری برای شرکت در فعالیت‌های ورزشی برخوردارند، پوشش دهد. در این زمینه می‌توان به زنان، معلولان، جوانان و افراد مسن اشاره کرد که موقعیت‌های کمتری برای شرکت در فعالیت‌های ورزشی دارند (۱۲).

امروزه با توجه به هزینه بالای مراقبت‌های بهداشتی لزوم تغییر رویکرد درمانی به رویکرد پیشگیری از بیماری بیشتر مورد تأکید قرار گرفته است. از طرفی رابطه مستقیم بین کاهش فعالیت‌های بدنی و افزایش بیماری‌ها ایجاب می‌کند دولت‌ها و سیاستگذاران در همه سطوح و در تمامی بخش‌ها ورزش را به‌عنوان یک اولویت در سیاست‌های خود در نظر بگیرند. برنامه‌ها باید به‌گونه‌ای تنظیم شود که شعار «ورزش برای همه» محقق شود (۱۲). پیت^۱ (۲۰۰۹) در پژوهشی با عنوان «برنامه ملی فعالیت بدنی برای ایالات متحده» اظهار کرده که فعالیت بدنی به فرایند برنامه‌ریزی ملی نیاز دارد که سیاست‌ها، اقدامات و ابتکارات مورد نیاز را معرفی کند. بنابراین برنامه استراتژیک ملی فعالیت بدنی در این زمینه طراحی شد که نقش بخش‌های مختلف سلامت عمومی، آموزش، بخش خصوصی، رسانه‌ها، مراقبت سلامت و ورزش در آن مشخص شده است (۱۴). دولت اسکاتلند (۲۰۰۸) برنامه اجرایی بهبود رژیم غذایی، افزایش فعالیت بدنی و مهار چاقی از سال ۲۰۰۸ تا ۲۰۱۱ را با عنوان «تغذیه سالم و زندگی فعال» تدوین کرد. این برنامه ابتدا روندها و عادات در اسکاتلند را بررسی کرده است. در ادامه به طراحی استراتژی‌ها، اهداف و مقاصد پرداخته و سپس برنامه‌های عملیاتی را برای پنج گروه خردسالان، مدارس و کودکان، محیط‌های کاری و بزرگسالان، سالمندان و جوامع تدوین کرده است (۱۵). وزارت سلامت کانادا (۲۰۱۵) در گزارشی با عنوان «مردم

فعال و مکان‌های فعال: استراتژی فعالیت بدنی بریتیش کلمبیا» اهداف اصلی را در دو مقوله مردم فعال و مکان‌های فعال تدارک دیده است (۱۶). وزارت سلامت و کیفیت زندگی موریس^۱ (۲۰۱۱) برنامه ملی فعالیت بدنی را برای سال‌های ۲۰۱۱ تا ۲۰۱۴ تنظیم کرده است (۱۷).

در ایران، در طرح تحول سلامت، صرف‌نظر از اینکه در چینش اعضای نشست‌ها و کارگروه‌ها، به متخصصان و دست‌اندرکاران ورزشی توجهی نشده است، رویکرد پزشکی و درمانی به سلامت رویکرد غالب بوده و رویکرد ارتقای سلامت و سبک زندگی سالم (از جمله ورزش) که تعیین‌کننده‌های اصلی سلامت‌اند، تا حدود زیادی نادیده گرفته شده‌اند. همچنین با مرور اسناد گذشته مشخص می‌شود نه تنها در سند نظام سلامت کنونی، بلکه در اسناد قبلی نیز هیچ جایگاهی برای ورزش و فعالیت‌های بدنی علی‌رغم پتانسیل‌های بی‌نظیر آن در توسعه سلامت (که قبلاً به آنها اشاره شد)، در نظر گرفته نشده است. از طرفی، تا کنون پژوهش‌های زیادی در خصوص چشم‌انداز، اهداف، سیاست‌ها و راهبردهای حوزه سلامت انجام گرفته و اسناد دولتی متعددی در این زمینه در دست است. در ورزش نیز پژوهش‌های زیادی با موضوع طراحی برنامه‌های استراتژیک برای انواع سازمان‌های ورزشی از جمله وزارت ورزش، کمیته ملی المپیک، فدراسیون‌های ورزشی، ادارات ورزش استان‌ها و غیره انجام گرفته است. اما پژوهشی که با ادغام این دو مقوله مرتبط با هم و با رویکرد استراتژی محور به سلامت و ورزش بپردازد، وجود ندارد. سیاستگذاران سلامت باید مانند کشورهای پیشرفته، ورزش را به‌عنوان عامل مهم ارتقای سلامت و مکانیسم پیشگیری و درمان مؤثر و کم‌هزینه بیماری‌ها (که البته ماهیت پیشگیری آن به مراتب بیشتر از ماهیت درمانی آن است) بپذیرند و از آن در جهت دستیابی به اهداف توسعه سلامت استفاده کنند. از این رو ضروری است، چگونگی دستیابی به اهداف توسعه نظام سلامت از طریق ورزش مشخص شود و این امر از طریق طراحی و تدوین استراتژی توسعه نظام سلامت با رویکرد تربیت بدنی و ورزش میسر می‌شود.

روش‌شناسی پژوهش

روش پژوهش حاضر از نوع آمیخته (ترکیب روش‌های کیفی و کمی) و براساس الگوی برنامه‌ریزی استراتژیک دیوید بود. در بخش کیفی پس از مرور مبانی نظری، مطالعات گذشته و اسناد بالادستی به انجام مصاحبه‌های کیفی با نخبگان آگاه به موضوع تا حد اشباع نظری و کدگذاری و تحلیل داده‌های کیفی پرداخته شد و با تشکیل شورای راهبردی پژوهش، چشم‌انداز، مأموریت، نقاط قوت، ضعف، فرصت‌ها، تهدیدها و استراتژی‌های توسعه سلامت با رویکرد ورزش استخراج شد. نمونه آماری پژوهش ۹۴ نفر شامل

مدیران ارشد و اعضای شورای راهبردی وزارت ورزش و جوانان، مدیران ارشد وزارت بهداشت و درمان، مدیران تربیت بدنی دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور و استادان مسلط به موضوع پژوهش با سابقه کار در این موضوع بود. در بخش کمی، پس از تجزیه و تحلیل مصاحبه‌ها، ۱۸ نقطه قوت، ۲۴ نقطه ضعف، ۱۳ فرصت و ۲۰ تهدید در حوزه ترکیبی ورزش و سلامت مشخص شد که برای تعیین ضریب اهمیت و رتبه در اختیار نمونه آماری قرار گرفتند و از طریق ماتریس‌های تجزیه و تحلیل داخلی و خارجی موقعیت راهبردی حوزه ورزش و سلامت مشخص شد. سپس با تشکیل کمیته راهبری و از روش توفان مغزی استراتژی‌های توسعه سلامت با رویکرد فعالیت بدنی و ورزش مشخص شدند.

یافته‌های پژوهش

با تجزیه و تحلیل داده‌های کیفی و کمی، چشم‌انداز، مأموریت، قوت‌ها، ضعف‌ها، فرصت‌ها، تهدیدها، موقعیت راهبردی و استراتژی‌های توسعه سلامت با رویکرد فعالیت بدنی و ورزش مشخص شد:

چشم‌انداز: جامعه‌ای تندرست، سالم و فعال با مشارکت بالا در فعالیت‌های بدنی و ورزشی؛

مأموریت: افزایش امید به زندگی در جامعه با بهبود شاخص‌های توده بدنی و آمادگی جسمانی و روانی جامعه و کاهش بیماری‌های ناشی از کم‌تحركی مانند بیماری‌های قلبی عروقی و تنفسی، چاقی، پرفشار خونی، دیابت، دردها و ناهنجاری‌های اسکلتی-عضلانی، اختلالات روانی و سایر بیماری‌های غیرواگیر از طریق توسعه تحرك بدنی و فعالیت‌های ورزشی.

جدول ۱، تجزیه و تحلیل محیط داخلی حوزه ترکیبی ورزش و سلامت را نشان می‌دهد.

جدول ۱. تجزیه و تحلیل محیط داخلی حوزه ترکیبی ورزش و سلامت

ضریب رتبه رتبه*	رتبه	ضریب اهمیت	محیط داخلی
۰/۰۸۴	۳/۵۶	۰/۰۲۳	وجود شبکه‌های بهداشتی و درمانی تا پایین‌ترین تقسیمات کشوری
۰/۱۰۷	۳/۵۹	۰/۰۲۹	وجود دانشگاه‌های علوم پزشکی در همه استان‌ها
۰/۱۰۳	۳/۵۹	۰/۰۲۹	وجود دانشکده‌ها و گروه‌های تربیت بدنی دانشگاه‌ها در همه استان‌ها
۰/۰۵۶	۳/۴۱	۰/۰۱۶	رشد کمی دانش‌آموختگان در حوزه تربیت بدنی و علوم ورزشی
۰/۰۹۵	۳/۶۸	۰/۰۲۶	رشد کیفی دانش‌آموختگان در حوزه تربیت بدنی و علوم ورزشی
۰/۰۹۰	۳/۵۹	۰/۰۲۵	وجود اسناد بالادستی مانند طرح تحول سلامت
۰/۰۸۴	۳/۴۵	۰/۰۲۴	وجود سند پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر در وزارت بهداشت
۰/۰۹۶	۳/۴۵	۰/۰۲۸	وجود تشکیلات تربیت بدنی و ورزش در وزارتخانه‌ها و سازمان‌های خرد و کلان
۰/۰۸۱	۳/۵۰	۰/۰۲۳	وجود شورای عالی سلامت، مرکب از وزارتخانه‌های مرتبط با سلامت
۰/۱۰۷	۳/۵۵	۰/۰۳۰	دیدگاه مثبت مردم نسبت به ورزش به‌منظور شرکت در برنامه‌های ورزشی
۰/۰۸۵	۳/۵۲	۰/۰۲۴	افزایش جذابیت ورزش در بین جوانان جهت حضور در میادین ورزشی
۰/۰۸۶	۳/۴۷	۰/۰۲۵	حضور وزارت بهداشت در شورای سیاستگذاری سلامت صداوسیما
۰/۰۷۴	۳/۴۲	۰/۰۲۲	ایجاد شبکه سلامت در صداوسیما
۰/۰۶۵	۳/۳۲	۰/۰۲۰	الزامات قانونی ورود بخش خصوصی برای سرمایه‌گذاری در ورزش (اصل ۴۴)
۰/۰۷۷	۳/۵۰	۰/۰۲۲	تخصیص بودجه هدفمندی یارانه‌ها به طرح تحول نظام سلامت
۰/۱۰۱	۳/۶۸	۰/۰۲۷	الزام وزارت بهداشت به اجرای نظام خدمات جامع سلامت با اولویت پیشگیری بر درمان
۰/۰۹۷	۳/۵۸	۰/۰۲۷	وجود سند راهبردی طرح جامع ورزش کشور
۰/۰۸۳	۳/۴۲	۰/۰۲۴	ابلاغ نظام‌نامه فرهنگی ورزش کشور از سوی رئیس‌جمهور

ادامه جدول ۱. تجزیه و تحلیل محیط داخلی حوزه ترکیبی ورزش و سلامت

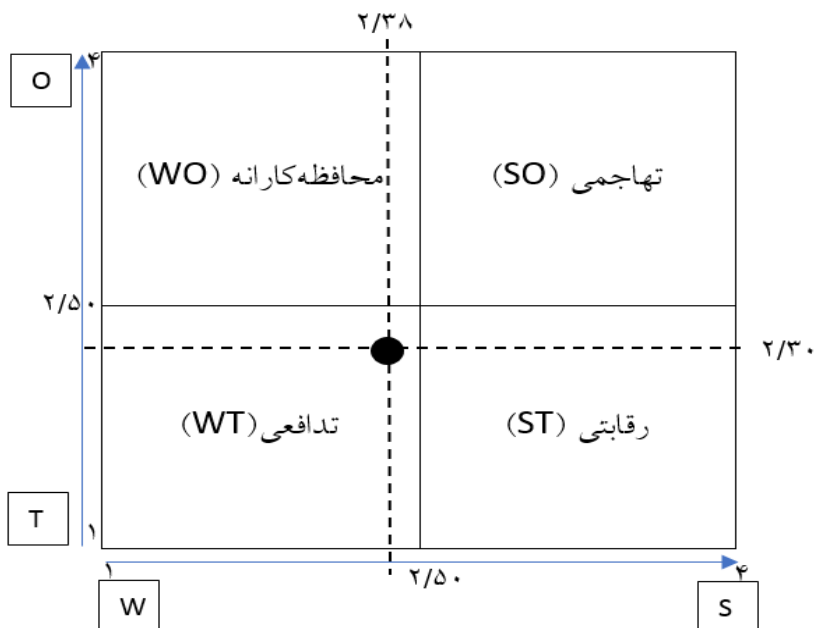
ضریب رتبه	رتبه	ضریب اهمیت	محیط داخلی
۰/۰۳۳	۱/۴۷	۰/۰۲۳	نظام اطلاعاتی ناکارآمد برای ثبت اطلاعات مرتبط با فعالیت بدنی و سلامت
۰/۰۳۱	۱/۲۶	۰/۰۲۵	رویکرد غالب درمانی در حوزه سلامت و اعتقاد کم به توصیه و تجویز فعالیت‌های بدنی
۰/۰۳۲	۱/۵۳	۰/۰۲۱	رویکرد غالب ورزش قهرمانی و حرفه‌ای در حوزه ورزش
۰/۰۲۹	۱/۵۶	۰/۰۱۸	ابهام نقش ساختاری معاونت ورزش همگانی در وزارت ورزش در ترویج ورزش
۰/۰۲۹	۱/۶۹	۰/۰۱۷	ضعف مالی فدراسیون ورزش همگانی در ترویج ورزش همگانی
۰/۰۲۹	۱/۵۸	۰/۰۱۸	ضعف ساختاری فدراسیون ورزش همگانی در ترویج ورزش همگانی
۰/۰۳۶	۱/۲۹	۰/۰۲۸	درصد مشارکت پایین جامعه در فعالیت‌های بدنی و ورزشی
۰/۰۳۷	۱/۶۹	۰/۰۲۲	محدود شدن باشگاه‌های ورزش همگانی به فضاهای کوچک زیرزمینی با امکانات کم
۰/۰۳۴	۱/۴۷	۰/۰۲۳	کمبود اماکن ورزشی به‌ویژه در شهرهای بزرگ
۰/۰۴۰	۱/۵۰	۰/۰۲۶	سهم اندک ورزش از بودجه کشور در حوزه فعالیت بدنی و ورزش
۰/۰۴۱	۱/۲۹	۰/۰۳۲	نبود برنامه‌های بلندمدت در حوزه سلامت با رویکرد فعالیت بدنی و ورزش
۰/۰۳۳	۱/۴۷	۰/۰۲۲	رویکرد غالب بیمارمحوری در حوزه نظام سلامت
۰/۰۳۹	۱/۴۴	۰/۰۲۷	نبود برنامه‌های سلامت‌محور با رویکرد ورزشی در حوزه نظام سلامت
۰/۰۳۷	۱/۴۱	۰/۰۲۶	نبود ساختار مرتبط با فعالیت بدنی و تحرک در وزارت بهداشت و درمان
۰/۰۲۷	۱/۷۶	۰/۰۱۵	عدم نظارت و ارزیابی مستمر بر فعالیت‌های باشگاه‌های ورزشی عمومی
۰/۰۲۶	۱/۸۲	۰/۰۱۴	عدم اعتباربخشی و رتبه‌بندی باشگاه‌های ورزشی عمومی و خصوصی
۰/۰۳۲	۱/۷۹	۰/۰۱۸	عدم اعتبارسنجی و ندی سازمان‌ها و مؤسسات دولتی در زمینه ورزش
۰/۰۳۳	۱/۴۷	۰/۰۲۳	آمار بالای ناهنجاری‌های بدنی در نوجوانان و جوانان
۰/۰۳۷	۱/۵۹	۰/۰۲۳	عدم ارتقای سهم ورزش در تولید ناخالص ملی
۰/۰۳۰	۱/۷۱	۰/۰۱۷	عدم رونق اقتصاد دانش‌بنیان ورزش
۰/۰۳۸	۱/۳۵	۰/۰۲۸	عدم توسعه سرمایه‌گذاری ورزش در سطوح پایه ورزش قبل از دبستان (مهد و خانواده)
۰/۰۳۸	۱/۲۶	۰/۰۳۰	عدم توسعه سرمایه‌گذاری ورزش کشور در سطوح پایه ورزش دانش‌آموزی
۰/۰۳۵	۱/۳۴	۰/۰۲۵	عدم توسعه سرمایه‌گذاری ورزش کشور در سطوح پایه ورزش دانشجویی
۰/۰۳۶	۱/۳۱	۰/۰۲۷	سهم اندک ورزش در سبد هزینه خانوار ایرانی
۲/۳۸		$\sum=1$	جمع

ضعف‌ها

جدول ۲، تجزیه و تحلیل محیط خارجی حوزه ترکیبی ورزش و سلامت را نشان می‌دهد.

جدول ۲. تجزیه و تحلیل محیط خارجی حوزه ترکیبی ورزش و سلامت

ضریب رتبه *رتبه	ضریب اهمیت	محیط خارجی	نوع تهدیدها
۰/۱۲۳	۳/۶۸	۰/۰۳۳	وجود تکلیف قانونی دولت به تأمین سلامت به عنوان حق همگانی
۰/۰۹۹	۳/۳۵	۰/۰۲۹	وجود بخش تجاری غیردولتی علاقه‌مند به ورود در عرصه ورزش همگانی
۰/۱۰۷	۳/۴۷	۰/۰۳۱	حمایت سازمان‌های بین‌المللی (WHO و سازمان ملل) از ترویج فعالیت و ارائه راهبردهای جهانی
۰/۱۰۵	۳/۴۴	۰/۰۳۰	افزایش آگاهی، اهمیت و جذابیت آمادگی جسمانی برای جوانان و سالمندان
۰/۰۹۱	۳/۳۴	۰/۰۲۷	اصل سوم قانون اساسی مبنی بر رایگان بودن آموزش و تربیت بدنی
۰/۱۵۶	۳/۶۳	۰/۰۴۳	رشد فناوری‌های اطلاعات و ارتباطات (سامانه‌های اطلاعاتی و دسترسی به اینترنت)
۰/۱۰۶	۳/۴۲	۰/۰۳۰	تأثیر فعالیت بدنی و ورزش در پیشگیری و درمان بیماری‌های غیرواگیر
۰/۱۰۰	۳/۳۴	۰/۰۲۹	رشد رسانه‌ها (شبکه‌های تلویزیونی و رادیویی سلامت و ورزش، شبکه‌های مجازی)
۰/۱۱۴	۳/۵۹	۰/۰۳۱	کم‌هزینه بودن فعالیت‌های ورزش همگانی متناسب با اقتصاد مقاومتی در ورزش
۰/۱۲۶	۳/۶۱	۰/۰۳۵	تأکید قانون اساسی به تأمین و ارتقای سلامت جامعه (اصل‌های ۳۲۹ و ۴۳)
۰/۱۲۰	۳/۶۱	۰/۰۳۳	ابلاغ سیاست‌های کلی سلامت توسط رهبری به دولت در ۱۴ بند
۰/۰۶۹	۳/۳۰	۰/۰۲۰	حکم اعتقادی، دینی رهبری در ورزش "امر به ورزش امر به معروف است"
۰/۰۸۰	۳/۲۹	۰/۰۲۴	تصویب روز جهانی ورزش برای صلح، توسعه و سلامتی در سازمان ملل متحد
۰/۰۴۸	۱/۳۲	۰/۰۳۶	تغییر هرم سنی در جهت سالخوردگی جامعه
۰/۰۴۴	۱/۶۵	۰/۰۲۷	روند رو به رشد شهرنشینی، در سال‌های اخیر
۰/۰۴۵	۱/۵۶	۰/۰۲۹	روند رو به رشد آپارتمان‌نشینی در سال‌های اخیر
۰/۰۳۸	۱/۶۵	۰/۰۲۳	گسترش شبکه حمل و نقل غیرفعال
۰/۰۳۹	۱/۶۲	۰/۰۲۴	کمبود مسیرهای پیاده‌روی، راه تندرستی در شهرها
۰/۰۳۷	۱/۶۳	۰/۰۲۳	کمبود دوچرخه و مسیرهای با امنیت بالا برای ورزش در شهر (حمل و نقل فعال)
۰/۰۴۹	۱/۶۰	۰/۰۳۰	مشخص شدن عوارض کم‌تحركی و پیامدهای مثبت فعالیت بدنی در درازمدت
۰/۰۵۴	۱/۳۵	۰/۰۴۰	کمبود هماهنگی‌های بین‌بخشی در سطوح کلان و خرد کشور (وزارت بهداشت، ورزش و جوانان، آموزش و پرورش، آموزش عالی و ...)
۰/۰۴۹	۱/۲۴	۰/۰۳۹	عدم شایسته‌سالاری در انتخاب مدیران در سطح کلان ورزش و تأثیرات منفی آن
۰/۰۵۰	۱/۴۵	۰/۰۳۴	سرانه بسیار کم فضای سبز و پارک‌ها به‌ویژه در شهرهای بزرگ
۰/۰۴۹	۱/۳۵	۰/۰۳۶	آلودگی هوای کلان شهرها و کمبود اکسیژن کافی در فعالیت‌های ورزشی
۰/۰۵۵	۱/۵۹	۰/۰۳۵	نبود بودجه مستقل و پایدار ورزشی در حوزه نظام سلامت
۰/۰۳۸	۱/۵۹	۰/۰۲۴	ترافیک وسایل نقلیه، اتلاف وقت و هزینه برای شهروندان
۰/۰۴۰	۱/۴۱	۰/۰۲۹	افزایش اماکن و فرهنگ قلیان‌کشی در بین جوانان و خانواده‌ها
۰/۰۴۴	۱/۶۱	۰/۰۲۷	نوع تغذیه و ناآگاهی مردم
۰/۰۴۱	۱/۷۹	۰/۰۲۳	عادات غلط زندگی (بیداری تا دیر وقت و ...)
۰/۰۴۶	۱/۴۷	۰/۰۳۱	استفاده غلط از فضای مجازی توسط خانواده‌ها و کم‌تحركی ایجادشده از آن
۰/۰۳۵	۱/۷۰	۰/۰۲۱	نبود مراکز مشاوره تخصصی پزشکی ورزشی برای عموم مردم
۰/۰۴۴	۱/۵۶	۰/۰۲۸	تأثیر تورم اقتصادی در معیشت مردم و کاهش اولویت‌های مورد نیاز در سلامت
۰/۰۴۷	۱/۵۶	۰/۰۳۰	تأثیر دخالت‌های سیاست در عرصه‌های مختلف ورزش
۲/۳۰	$\sum=1$		جمع



شکل ۱. موقعیت استراتژیک حوزه ترکیبی ورزش و سلامت

با توجه به شکل ۱ مشخص می‌شود که موقعیت استراتژیک حوزه ترکیبی ورزش و سلامت در منطقه تدافعی است.

جدول ۳، ماتریس تطبیقی SWOT و استراتژی‌های حاصل از آن را نشان می‌دهد.

جدول ۳. ماتریس تطبیقی SWOT و استراتژی‌های حاصل از آن

T1, T2, T3, T4, T5, T6, T7, T8, T9, T10, T11, T12, T13, T14, T15, T16, T17, T18, T19, T20	01, O2, 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09, 010, 011, 012, 013	
(ج) راه‌اندازی و توسعه مراکز پایش و مشاوره سلامت شهروندان با تأکید بر آمادگی جسمانی و طراحی پرونده‌های سلامتی-ورزشی (T7, T15, T16, T18, S1, S3, S4, S5, S10, S16)	الف) دانش‌افزایی و ترویج فعالیت‌های ورزشی از طریق افزایش برنامه‌های علمی ورزشی صداوسیما و رسانه‌های مجازی (S5, S7, S8, S9, S10, S11, S12, S13, S18, O1, O4)	S1 S2 S3 S4 S5 S6 S7
(چ) تأمین نیروی انسانی ماهر در حوزه ورزش و بیماری‌ها و به‌کارگیری حداقل	ب) تشویق و الزام حمایت محیط‌های کاری از فعالیت‌های بدنی و ورزشی (S8, S9, O1, O3)	S8 S9 S10

<p>یک نیروی متخصص ورزشی در هر یک از مراکز سلامت (T1، T15، T16، T18، S1، S3، S4، S5، S16)</p> <p>ح) هدفمند و قانونمند ساختن سهم و نقش هر یک از ارگان‌های دولتی در افزایش مشارکت ورزشی (S1، S2، S3، S6، S7، S8، S9، S12، S14، S15، S16، S17، T1، T8، T9، T12، T19، T20)</p>	<p>(o4، o5، o9، o10، o11)</p>	<p>S11 S12 S13 S14 S15 S16 S17 S18</p>
<p>خ) تعیین و تخصیص سهم ورزش از اعتبارات مالی طرح تحول نظام سلامت (w5، w10، w24، T1، T12، T19)</p> <p>د) طراحی شهری با رویکرد شهر سالم و فعال توسط شهرداری‌ها (T2، T3، T4، T5، T6، T10، T13، T16، T7، W8، W9)</p> <p>ذ) جلوگیری از جهت‌گیری مدیریت ورزش شهرداری‌ها به سمت ورزش قهرمانی و حرفه‌ای (T2، T3، T4، T5، T6، T10، T13، T16، w3، w7، w9، w5، w6)</p> <p>ر) تشکیل معاونت سلامت در وزارت ورزش و تغییرات ساختاری متناسب در سطوح استان‌ها و شهرستان‌ها (w2، w3، w4، w5، w6، w7، w11، w14، w18، T1، T8، T12، T15، T16، T20)</p> <p>ز) طراحی و به‌کارگیری نظام اطلاعاتی و نظارتی پایش سلامت مرتبط با تحرک بدنی (w1، w7، w11، w16، w17، T7، T8)</p>	<p>پ) برگزاری دوره‌های آموزشی ورزش و سلامت برای پزشکان و تشویق آنان به ترویج و تجویز فعالیت‌های ورزشی (w2، w7، w12، w13، w14، w24، o4، o7، o9)</p> <p>ت) ارائه تسهیلات به سرمایه‌گذاران علاقه‌مند در حوزه اماکن ورزشی (وام، ساخت مشارکتی، حذف عوارض و مالیات و ...) (o2، o4، w8، w9)</p> <p>ث) الزام وزارت علوم و آموزش و پرورش به تدوین و رعایت استانداردهای ورزشی مدراس و دانشگاه‌ها به ویژه در حوزه فضاهای ورزشی و معلمان ورزش (w21، w22، w23، w18، w3، o1، o10، o3، o5)</p>	<p>W1 W2 W3 W4 W5 W6 W7 W8 W9 W10 W11 W12 W13 W14 W15 W16 W17 W18 W19 W20 W21 W22 W23 W24</p>

بحث و نتیجه‌گیری

مسئله اصلی پژوهش این بود که راهبردهای توسعه سلامت با رویکرد ورزش و تربیت بدنی چیست که در نهایت این راهبردها احصا شد:

دانش‌افزایی و ترویج فعالیت‌های ورزشی از طریق افزایش برنامه‌های علمی ورزشی صداوسیما و رسانه‌های مجازی: این راهبرد بر توسعه فردی مردم ایران تأکید دارد، به گونه‌ای که جنبش و حرکت می‌بایست به بخشی از برنامه زندگی روزانه مردم تبدیل شود. برای تحقق این امر فرهنگ‌سازی نیاز است که از طریق آموزش مستمر و مادام‌العمر و فراگیر از طریق رسانه‌های جمعی و سازمانی می‌تواند فراهم شود. با توجه به نقش فعالیت‌های بدنی در پیشگیری و درمان بیشتر بیماری‌های غیرواگیر، صداوسیما می‌تواند از وجود شبکه‌های تلویزیونی و رادیویی ورزش و سلامت استفاده کند و با آگاهی‌بخشی عمومی و تشویق مردم به ورزش، موجبات ارتقای سلامتی جامعه را فراهم آورد. همچنین تشکیلات تربیت بدنی و ورزش که در بیشتر ارگان‌های عمومی، دولتی و حتی خصوصی از جمله شهرداری‌ها، مدارس، دانشگاه‌ها، نیروهای نظامی و ... وجود دارند، می‌توانند با انواع رسانه‌های واقعی و مجازی که در اختیار دارند، به حوزه ترویج و آگاهی‌بخشی سلامتی با رویکرد زندگی فعال وارد شوند. در این زمینه رشد کمی و کیفی متخصصان علوم تربیت بدنی نیز بسیار حائز اهمیت است که می‌توانند در تولید، تأیید و توزیع محتوای پیام‌های ورزشی مؤثر باشند. روش‌شناسی ارتباطی (۱۳۸۶) نشان داد که رسانه‌ها اثر معناداری بر نهادینه شدن ورزش همگانی در کشور دارند که این اثر حدود ۳۷ درصد است (۱۸). بی‌شک، دسترسی بیشتر افراد به اینترنت در ایران و رواج رسانه‌های نوظهور و مجازی در دهه اخیر، این نتایج را تغییر داده است.

تشویق و الزام حمایت محیط‌های کاری از فعالیت‌های بدنی و ورزشی: در سال‌های اخیر محیط کار اهمیت زیادی یافته و به عنوان مکانی مناسب برای فعالیت‌های ارتقا دهنده سلامت مورد توجه قرار گرفته است. یافته‌های پژوهش قهرمان تبریزی و رضوی محمودآبادی (۱۳۹۴) نشان داد که سه علت اصلی عدم مشارکت کارکنان ادارات دولتی در فعالیت‌های ورزشی، به ترتیب نبود ورزش‌های مختلف مورد علاقه در سطح سازمان، نبود امکانات و تسهیلات ورزشی در سطح ادارات دولتی و عدم برنامه‌ریزی مناسب برای ورزش کارکنان است (۱۹). قره (۱۳۸۳) در پژوهش خود بیان می‌کند که آمادگی جسمانی، به عنوان یکی از شرایط ترفیع کارکنان براساس یک مصوبه قانونی اجباری شود و همچنین هر کارمند و خانواده او تحت پوشش فعالیت‌های ورزشی فوق برنامه هر سازمان دولتی قرار گیرند. همچنین پیشنهاد می‌کند که با عنایت به اینکه اکثریت شایان توجهی از اقشار مردم کشور در سازمان‌های دولتی انجام وظیفه می‌کنند،

شرایطی فراهم شود که در هر روز هر کارمند حداقل نیم ساعت از اماکن ورزشی سازمان خود (در صورت موجود بودن) استفاده کند و اگر چنین امکاناتی وجود نداشته باشد، از امکانات ورزشی نزدیک به سازمان خود استفاده کند. در بعضی کشورهای دنیا از جمله کشورهای چین و ژاپن به کارکنان و کارگرانی که در یکی از رشته‌های تخصصی ورزشی دارای مدارج و فعالیت مستمر باشند، مزایای رفاهی و خدماتی مناسبی تخصیص داده شده و این روش منطقی اشتیاق روزافزون در سایر کارکنان به فعالیت‌های ورزشی را فراهم ساخته است (۲۰).

برگزاری دوره‌های آموزشی ورزش و سلامت برای پزشکان و تشویق آنان به ترویج و تجویز فعالیت‌های ورزشی: اطلاع از فواید بهداشتی فعالیت‌های بدنی و ورزشی مطلوب برای زیرگروه‌های خاص به متخصصین پزشکی ورزشی اجازه می‌دهد تا مشوق یک شیوه زندگی فعال باشند و افراد را در جهت تبعیت از شیوه زندگی فعال راهنمایی کنند. در سند پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر (۱۳۹۴) ارائه مشاوره در مورد فعالیت بدنی از طریق برنامه پزشک خانواده به عنوان فعالیت کلیدی برای کاهش شیوع فعالیت بدنی کم مطرح شده است (۲۱). براساس یافته‌های ابراهیمی‌پور و همکاران (۱۳۹۶) مهم‌ترین انگیزه بانوان از مشارکت در ورزش، توصیه و تجویز پزشک است. به نظر می‌رسد تا زمانی که افراد دچار مشکل نشوند (امراض و بیماری) و احساس نیاز به ورزش پیدا نکنند (تجویز پزشک)، اقدامی برای مشارکت در ورزش نخواهند کرد (۲۲). آصفی (۱۳۹۲) نقش گروه‌های مرجع را در تمایل افراد به ورزش کردن مهم دانسته و از پزشکان به عنوان یکی از گروه‌های مرجع یاد کرده است (۲۳).

ارائه تسهیلات به سرمایه‌گذاران علاقه‌مند در حوزه اماکن ورزشی (وام، ساخت مشارکتی، حذف عوارض و مالیات و ...): نتایج پژوهش سید عامری و قربان بردی (۱۳۹۱) نشان داد که راهکارهای ارائه شده در زمینه اماکن و تأسیسات ورزشی بیشترین نقش را در جذب و افزایش مشارکت شهروندان در برنامه‌های ورزش همگانی و تفریحی داشت (۲۴). از طرفی با توجه به شرایط اقتصادی حال حاضر ایران، ناتوانی دولت در تأمین امکانات ورزشی، لزوم مشارکت بخش خصوصی را می‌طلبد. تقریباً در همه کشورهای بخش خصوصی به کمک دولت می‌آید؛ نکته جالب اینکه فعالیت همه آنها تحت نظارت دولت است و در مواردی که با منافع عمومی در ارتباط باشد، نظارت دولت بیشتر می‌شود تا به هدایت این بخش‌ها برای توسعه ورزش در بین تمام اقشار مردم منجر شود. شهبازی (۱۳۹۲) نیز به کارگیری توان مالی بخش خصوصی را یکی از راهکارهای توسعه ورزش همگانی برشمرد و اظهار کرده است که ترغیب بخش خصوصی به

مدیریت اماکن و برنامه‌های ورزشی برای عموم مردم سبب می‌شود فرصت‌های جذاب و متنوع برای ورزش و فعالیت بدنی فراهم آید (۲۵).

الزام وزارت علوم و آموزش و پرورش به تدوین و رعایت استانداردهای ورزشی مدارس و دانشگاه‌ها به‌ویژه در حوزه فضاها و ورزشی و معلمان ورزش: از مؤلفه‌های بسیار مهم در برنامه‌های ورزش همگانی و ارتقای فعالیت بدنی در جامعه، مدارس و دانشگاه‌ها هستند. این مکان‌ها از طریق کلاس‌های تربیت بدنی و فوق برنامه، سبک زندگی فعال و سالم را به نوجوانان و جوانان می‌آموزند. دابینز^۱ و همکاران (۲۰۱۷) معتقدند که عادت به فعالیت بدنی و ورزش در کودکی و نوجوانی اغلب در دوران بزرگسالی نیز ادامه می‌یابد. تحقیقات زیادی نشان داده‌اند که تجارب مدارس با مشارکت آینده افراد در ورزش و فعالیت بدنی ارتباط دارد (۲۶). از جمله برگر^۲ و همکاران (۲۰۰۸) در تحقیقی نشان دادند مدارس بر مشارکت در فعالیت ورزشی مؤثرند. همچنین دریافتند اندازه مدرسه بر مشارکت در ورزش نوجوانان تأثیرگذار است (۲۷).

راه‌اندازی و توسعه مراکز پیش و مشاوره سلامت شهروندان با تأکید بر آمادگی جسمانی و طراحی پرونده‌های سلامتی-ورزشی: شناخت و آگاهی از وضعیت سلامتی خود هم از لحاظ جسمی و هم از لحاظ روحی علاوه بر رضایت فردی، به سلامت محیط و جامعه منجر می‌شود. از این رهگذر، متخصصان امروزه روش‌ها و آزمون‌هایی را طراحی و توصیه کرده‌اند که فرد به راحتی می‌تواند به وضعیت سلامتی خود پی ببرد و در جهت حفظ و نگهداری آن تلاش کند. از جمله اهداف مرکز تندرستی و مشاوره ورزشی می‌توان به ارزیابی ویژگی‌های آنترپومتریک، ارزیابی‌های ساختار قامتی و اسکلتی، شناسایی و اصلاح ناهنجاری‌های عملکردی، ارزیابی‌های فیزیولوژیک، ارزیابی‌های آمادگی جسمانی، ارائه برنامه‌های تمرینی و نهادینه کردن ورزش علمی در بین جامعه اشاره کرد. در این زمینه، حمایت از راه‌اندازی و توسعه مراکز پیش و مشاوره تندرستی ورزشی با به کارگیری روش‌های علمی توسط متخصصان تربیت بدنی واجد شرایط می‌تواند اعتماد مردم را به انجام فعالیت‌های ورزشی سالم تقویت کند و آگاهی، نگرش و رفتار ورزشی مردم را بهبود بخشد.

تأمین نیروی انسانی ماهر در حوزه ورزش و بیماری‌ها و به کارگیری حداقل یک نیروی متخصص ورزشی در هر یک از مراکز سلامت: یکی از نقاط قوت نظام سلامت در ایران وجود مراکز و پایگاه‌های

1. Dobbins
2. Berger

بهداشت و درمان تا پایین ترین سطوح تقسیمات کشوری یعنی شهرها و روستاهاست. از طرفی، در سال‌های اخیر تعداد دانش‌آموختگان رشته تربیت بدنی به‌طور چشمگیری افزایش یافته است (حدود ۱۰۰ هزار نفر). این رشد کمی، به‌تبع رشد کیفی دانش‌آموختگان تربیت بدنی را نیز به‌همراه داشته است، به‌گونه‌ای که بسیاری از پایان‌نامه‌های تحصیلی روی ورزش و نقش آن در پیشگیری و درمان بیماری‌های مختلف مانند دیابت، پرفشار خونی، افسردگی و ... متمرکز شده‌اند و جزئیات روش‌های تمرینی مناسب برای به حداکثر رساندن این نقش را شناسایی کرده‌اند. به‌نظر می‌رسد با ترکیب این دو قوت یعنی استفاده از دانش‌آموختگان تربیت بدنی در مراکز و خانه‌های بهداشت شهری و روستایی می‌توان تهدیدهایی مانند سبک زندگی غیرفعال، کمبود آگاهی عمومی مردم از ورزش و نبود مراکز مشاوره ورزشی را کاهش داد. هدفمند و قانونمند کردن سهم و نقش هر یک از ارگان‌های دولتی در افزایش مشارکت ورزشی: تجربیات موجود در ایران و دیگر کشورها نشان داده است که یک نهاد خاص با امکانات گسترده و توانمندی فراوان به‌تنهایی نمی‌تواند موجب افزایش مشارکت مردم در ورزش شود، زیرا ورزش محصول اجتماعی و فرآورده بین‌بخشی و خروجی کل جامعه است. بنابراین یکی از دلایل عمده ناکارایی برنامه‌های فعلی تک‌نهادی بودن، جزیره‌ای عمل کردن و نداشتن مدل و نقشه نظام‌مند کلی‌نگر در این حوزه است (۲۸). توسعه ورزش و همگانی شدن آن در کشوری با هشتاد میلیون نفر جمعیت نیازمند عزم ملی است و امری زمان‌بر است که با برنامه‌های کوتاه‌مدت و نمایشی تناسبی ندارد. شاید بتوان گفت سایر راهبردها ریشه در این راهبرد دارند، زیرا اجرای راهبردهای معرفی‌شده نیازمند توسعه عقلایی سازمانی و مدیریتی ورزش همگانی است و عدم اجرای این راهبرد شانس تحقق سایر راهبردها را هم کم‌رنگ می‌سازد. اجرای راهبرد مذکور می‌تواند روحیه برنامه‌محوری و تفکر عقلایی را در سازمان‌های ورزشی مرتبط جاری سازد؛ موجب برقراری توازن در استفاده از منابع بین ورزش همگانی و قهرمانی و جلوگیری از اسراف منابع موجود در ورزش و همچنین موازی‌کاری‌ها در سازمان‌های ورزشی شود و در نهایت به اعتمادسازی در بین مردم نسبت به عملکرد سازمان‌های ورزشی بینجامد.

تعیین و تخصیص سهم ورزش از اعتبارات مالی طرح تحول نظام سلامت: طبق اصل سوم قانون اساسی دولت باید کلیه امکانات خود را به‌منظور تأمین تربیت بدنی رایگان به‌کار گیرد. متأسفانه با اینکه نزدیک به نیمی از مرگ‌ومیرها در ایران ناشی از بیماری‌هایی است که از کم‌حرکی ناشی می‌شوند (۱۱)، در اسناد بالادستی سلامت مانند طرح تحول سلامت جایگاهی برای تحرک و فعالیت بدنی دیده نشده است. حتی در سند پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر تنها اشاره مختصری به این عامل شده و درخور

اهمیت موضوع به آن پرداخته نشده است. این غفلت در سیاستگذاری‌های کلان، در حوزه تأمین مالی فعالیت‌های بدنی جامعه چند برابر شده است. با توجه به بودجه کم ورزش کشور، که آن هم بیشتر صرف ورزش قهرمانی و تغذیه فدراسیون‌های ورزشی می‌شود، لازم است از محل اعتبارات سلامت، با هدف پرداختن مردم به فعالیت‌های بدنی، بودجه جداگانه‌ای برای ورزش در نظر گرفته شود.

طراحی شهری با رویکرد شهر سالم و فعال توسط شهرداری‌ها: تحقیقات نشان داده‌اند، افرادی که در محیط‌های دوستدار فعالیت زندگی می‌کنند، تمایل بیشتری به انجام فعالیت بدنی در محیط خویش دارند. محیط دوستدار فعالیت، محیطی است که امکان فعالیت بدنی را از طریق فعالیت‌های روزمره یا ورزش‌های برنامه‌ریزی‌شده به افراد می‌دهد. مواردی چون پیاده‌روهای عریض و تمیز، مسیرهای دوچرخه‌سواری، مکان‌های ورزشی مانند زمین فوتبال یا بسکتبال و محیط‌های طبیعی و زیبا در شکل‌گیری این محیط و افزایش تمایل شهروندان به فعالیت مؤثرند. در کشورهای آمریکا و کانادا، محققان ارتباطات جدیدی میان ویژگی‌های محیط شهری و احتمال استفاده مردم از حمل‌ونقل فعال پیدا کرده‌اند. شاخصی به نام قابلیت حرکت فعال در برگیرنده علل و عواملی است که مردم را به استفاده از حمل‌ونقل غیرموتوری (مانند پیاده‌روی و دوچرخه‌سواری) ترغیب می‌کند (۲۹). زندگی فعال، روشی از زندگی است که فعالیت بدنی را به‌عنوان بخش ضروری زندگی ارزشمند می‌داند و از طریق ادغام فعالیت بدنی در زندگی روزمره مانند پیاده‌روی، دوچرخه‌سواری تا محل کار، باغبانی و غیره مشخص می‌شود. ویکر^۱ و همکاران (۲۰۱۲) در بررسی عوامل مشارکت ورزشی ساکنان مونیخ دریافتند که در دسترس بودن استخرهای شنا، پارک‌ها و اماکن ورزشی عاملی مهم برای شرکت ساکنان در فعالیت‌های ورزشی است. علاوه بر این برنامه‌ریزی مناسب باشگاه‌های ورزشی خصوصی منبع بسیار خوبی برای افراد طبقه بالای جامعه و برنامه‌ریزی مناسب توسط شهرداری‌ها منبع مناسبی برای افراد طبقه پایین جامعه است که در نهایت موجب مشارکت هرچه بیشتر آنان در ورزش می‌شود (۳۰).

جلوگیری از جهت‌گیری مدیریت ورزش شهرداری‌ها به سمت ورزش قهرمانی و حرفه‌ای: گیرجینوف^۲ (۲۰۰۱) بیان می‌کند دولت‌ها خواسته یا ناخواسته به دنبال گسترش ورزش قهرمانی‌اند تا همگانی. صرف‌نظر از محیط درونی یک کشور و نظام آن، جاذبه‌های ورزش قهرمانی، بازاریابی و جذب تماشاچیان موجب می‌شود که این ورزش مورد توجه بیشتر سازمان‌ها و ارگان‌های مختلف دولتی قرار گیرد (۳۱).

-
1. Wicker
 2. Girginov

وینتر^۱ (۲۰۰۱) با ارائه آماری، سرمایه‌گذاری بی‌نتیجه روی ورزش قهرمانی را به‌جای پرداختن به سلامت جامعه (ورزش همگانی) بیهوده دانسته است (۳۲). حسینی و همکاران (۱۳۹۶) معتقدند که اولویت شاخص‌ها و اصول در الگوی حکمروایی خوب شهری در حیطه ورزش قهرمانی و ورزش همگانی با هم متفاوت است. آنها بیان کردند شهرداری تهران باید با تدوین راهکارهایی براساس اصول حکمروایی خوب، شبکه‌سازی و ایجاد مشارکت شهروندی، از ظرفیت‌های ایجادشده در شهر تهران مانند ۳۵۴ سرای محله، ۳۵۴ خانه ورزش، امکانات و فضاهای ورزشی ایجادشده و منابع طبیعی شهر تهران، حداکثر بهره‌برداری را کرده و این اصول را در زمینه ورزش همگانی، پیاده‌سازی کند تا قدم‌های مؤثری در جهت توسعه ورزش همگانی در شهر تهران برداشته شود (۳۳).

تشکیل معاونت سلامت در وزارت ورزش و تغییرات ساختاری متناسب در سطوح استان‌ها و شهرستان‌ها: ایران، از نظر نزدیکی قانونی و واقعیت‌های عملی و اجرایی در ورزش و تربیت بدنی وضعیت مناسبی ندارد؛ به‌گونه‌ای که در اصل سوم قانون اساسی، تربیت بدنی رایگان به‌عنوان یک حق شناخته شده، ولی معاونت ورزش همگانی در وزارت ورزش منحل شده است؛ البته در زمان وجود هم به‌جای ترویج فرهنگ و فراهم کردن شرایط ورزش همگانی، درگیر اداره فدراسیون‌های ورزشی بود که جذابیت‌های قهرمانی کمتری داشتند. از طرفی، فدراسیون ورزش همگانی نیز بیشتر از آنکه متولی ورزش همگانی کشور باشد، متولی رشته‌های ورزشی بدون سرپرست مانند فریبزی، دارت، داژبال و ... است و گرفتار برگزاری رقابت‌های ورزشی یا فستیوال‌های ورزشی یک‌روزه شده است. همچنین فدراسیون ورزش همگانی به‌عنوان یک فدراسیون از ۵۰ فدراسیون ورزشی نمی‌تواند اهمیت ورزش برای همه را منعکس کند. از این رو پیشنهاد می‌شود معاونت ورزش همگانی وزارت ورزش در قالب معاونت سلامت وزارت ورزش احیا شود تا از طریق این نامگذاری، در فلسفه وجودی آن نیز بازنگری شود و به اهداف بزرگ و واقعی در حوزه ورزش و سلامتی نزدیک شود.

طراحی و به‌کارگیری نظام اطلاعاتی و نظارتی پایش سلامت مرتبط با تحرک بدنی: هر جنبه از مدیریت در عصر پیشرفته امروز، به‌شدت به اطلاعات وابسته است، به‌طوری‌که کرد کلونین می‌گوید: «وقتی نتوانید چیزی را اندازه‌گیری کنید، نمی‌توانید آن را کنترل کنید و چیزی را که نتوانید کنترل کنید، نمی‌توانید مدیریت کنید». یافته‌های تحقیق کشگر (۱۳۹۴) نشان داد که راه‌اندازی سیستم اطلاعات

مدیریت در سازمان‌های ورزشی و واحدهای تابعه می‌تواند در افزایش اثربخشی برنامه‌های تفریحی تأثیر چشمگیری داشته باشد. از دیدگاه وی، اطلاعات ناکافی، امکان سنجش اثربخشی برنامه‌های تفریحی سازمان ورزش شهرداری را با مشکل جدی مواجه ساخته است.

در نهایت، با توجه به راهبردها و پیامدهای ارائه‌شده می‌توان از فراهم شدن وجود فرصت‌های برابر برای تک‌تک افراد جامعه ایرانی، فارغ از سن، جنسیت، توانایی اقتصادی، طبقه اجتماعی، مهارت و معلولیت به‌منظور شرکت منظم در ورزش که همانا فلسفه عبارت ورزش برای همه است، اطمینان حاصل کرد.

منابع و مأخذ

1. Council Policy and Health Reform. Document of primary health care promotion policy [Online]. Available from: URL: http://selection.behdasht.gov.ir/uploads/291_1664_Primary_Health_Care_Services_Policy.pdf [In Persian].
2. Azizi F, Hatami, H, Janghorbani M. [Epidemiology and control of common diseases in Iran] Tehran, Eshtiagh Publications; 2000 [In Persian].
3. Mohammadi Zeidi I, Pakpour Hajiagha A, Mohammadi Zeidi B. Reliability and Validity of Persian Version of the Health-Promoting Lifestyle Profile. J Mazandaran Univ Med Sci. 2012; 21 (1):102-113 [In Persian].
4. Amirkhani MA. Students' Health Status Based on Harmful Behavioral Health. Medical Sciences University of Esfahan. 2008 [In Persian].
5. Bronas, G; Leon, S. Lifestyle modifications for its prevention and management. American Journal of Lifestyle Medicine, 2009, 3.6: 425-439.
6. Kwagyan, J; Randall, S. Cardiovascular Diseases, Obesity, and Lifestyle Changes. In: Lifestyle in Heart Health and Disease. 2018. p. 3-10.
7. World Health Organization (WHO) "Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century". People, 2017.
8. Leutholtz, B; Ripoll, I. Exercise and disease management. CRC Press, 2011.
9. Daugbjerg, S; Kahlmeier, S; Racioppi, F; Martin-Diener, E; Martin, B; Oja, P; Bull, F. Promotion of physical activity in the European region: content analysis of 27 national policy documents. Journal of Physical Activity and Health, 2009, 6.6: 805-817.
10. World Health Organization (WHO). Global strategy on diet, physical activity and health: a framework to monitor and evaluate implementation. 2006.
11. Ghofrani, M. designing sport for all and championship sport strategic plan of Sistan and Balouchestan province. Doctoral dissertation in sport management, University of Tehran, p: 10 [In Persian].
12. United Nations. Inter-Agency Task Force on Sport for Development and Peace. Sport for development and peace: Towards achieving the millennium development goals. United Nations Publications, 2003.

13. Sotiriadou, K; Shilbury, D; Quick, S. The attraction, retention/transition, and nurturing process of sport development: Some Australian evidence. *Journal of sport management*, 2008, 22.3: 247-272.
14. Pate, R. A national physical activity plan for the United States. *Journal of Physical Activity and Health*, 2009, 6.Supplement 2: S157.
15. Scottish Government. "Healthy Eating, Active Living: An action plan to improve diet, increase physical activity and tackle obesity (2008-2011)". 2008.
16. Ministry Of Health. (2015). "Active People, Active Places: British Columbia Physical Activity Strategy". Province Of British Columbia, Canada.
17. Ministry Of Health and Quality of life. "National Action Plan on Physical Activity 2011-2014". Republic of Mauritius.
18. Roshandel, T. explane the status of mass media in institutionalizing the public sports. *Harkat*, 33: 165-177 [In Persian].
19. Ghahreman Tabrizi, K; Mahmoodabadi Razavi, MJ. Identification and Prioritization of Barriers to Participation of staff of Public Offices in Kerman Province with a Coherent Approach of Multi-Criteria Analysis and Kopland. *Journal of sport management*, 2015; 7(1):83-98 [In Persian].
20. Mozafari, AM; Ghare, MA. Status of sport for all in Iran and selected countries. *Sport and motion Sciences*, 2005; 3:151-171 [In Persian].
21. Ministry of health and medical education of Iran. Document of Prevention of non-transmissible diseases. 2015 [In Persian].
22. Ebrahimipour, T; Ramezanejad, R; Amirinejad, S. explaining of commitment model to women participation of Mazandaran province in sport for all. *Research in educational sport*. 2018; 5(3):93-110 [In Persian].
23. Asefi, AA. Identifying and modeling of factors affecting sport for all in Iran. Doctoral Dissertation in sport management, University of Tehran [In Persian].
24. seyeyed ameri, M., mohammad alegh, G. Determining techniques to attract and increase citizen,s participation in sport for all and recreational sport programs (evidence from Urmia). , 2013; 2(4): 23-34 [In Persian].
25. Shahbazi, M., Shaabani Moghaddam, K., Safari, M. Barriers and Solutions to the Sport for all in Iran. *Majlis and Rahbord*, 2014; 20(76): 69-97 [In Persian].
26. Dobbins, M; DeCorby, K; Robeson, PH; Tirilis, D. School-based physical activity programs for promoting physical activity and fitness in children and adolescents aged 6-18. *Cancer*, 2017.
27. Berger, IE; O'Reilly, N; Parent, MM; Séguin, B; Hernandez, T. Determinants of sport participation among Canadian adolescents. *Sport Management Review*, 2008, 11.3: 277-307.
28. Ehsani, M; Saffari, M; Amiri, M; Kouzechian, H. Designing the Model of Sport for all in Iran. *Sport management studies*, 2015; 27(6):87-108 [In Persian].

29. Gauvin, L; Richard, L; Craig, CL; Spivock, M; Riva, M; Forster, M; Gagné, S. From walkability to active living potential: an “ecometric” validation study. *American journal of preventive medicine*, 2005; 28(2):126-133.
30. Wicker, P; Hallmann, K; Breuer, C. Micro and macro level determinants of sport participation. *Sport, Business and Management: An International Journal*, 2012; 2(1):51-68.
31. Girginov, V. Strategic relations and sport policy making the case of aerobic union and school sports federation Bulgaria. *Journal of sport Management*, 2001; 15(3):173-194.
32. Vinther, P. No Money No Sport. *Olympic Message*, 2001; 42:65-68.
33. Hosseini, S. Studying Tehran Municipality Behavior with regard to Public Sports by Principles of Good Urban Governance. *Scientific Journal of Organizational Behavior Management in Sport Studies*, 2017; 4(16): 21-36 [In Persian].
34. Kashgar, s. Indicator determination and effectiveness measurement of citizen recreational sport programs. *Journal of sport management and action behavior*. 2015; 11(22):113-132 [In Persian].

Designing Health Development Strategies with a Physical and Sport Activities Approach

Mohammad Hossein Mirza Rahkoushki¹ - Ali Zare'i^{2*} - Abbas Khodayari³

1.Ph.D. Student of Sport Management, Faculty of Physical Education, Islamic Azad University, Karaj Branch, Karaj, Iran
2.Associate Professor, Department of Sport Management, Faculty of Physical Education, Islamic Azad University, Central Tehran Branch, Tehran, Iran
3.Associate Professor, Department of Sport Management, Faculty of Physical Education, Islamic Azad University, Karaj Branch, Karaj, Iran.

(Received: 2018/09/29; Accepted: 2018/12/23)

Abstract

The aim of this study was to design health development strategies with a physical and sport activities approach. The statistical population included top managers and experts of Health and Sport ministries and professors who had studied these issues. The research method was mixed (a combination of qualitative and quantitative). In qualitative phase, strengths, weaknesses, opportunities and threats of health system with a physical education approach were identified by library studies, interviews with knowledgeable experts and semi-open questionnaires. In the quantitative phase, respondents determined the rate and impact factor of each factor and identified the strategic status of health system with a physical education approach which was located in WT (defense) area. Then, strategies were determined by organizing a strategic council and using brainstorming method. The health development strategies with a physical and sport activities approach were as follows: increasing public awareness by media, supporting sport through workplaces, encouraging doctors to prescribe sport activities, providing facilities for sport investors, adhering to the sport standards at schools and universities, developing centers for monitoring and counseling citizens' health, using sport specialists in the health centers in cities and rural areas, determining the role of each government body in the field of sport, determining share of sport in health budget, urban design with a healthy city approach, preventing the sport management orientation of governmental organizations towards the championship and professional sports, forming the deputy of health in the Ministry of Sport and using the information and monitoring systems.

Keywords

Health, health system, physical activity, sport activity, strategic plan.

* Corresponding Author: Email: dr_alizarei@yahoo.com ; Tel: +989121481374