

رویکردهای نوین در مدیریت ورزشی

دوره ۸، شماره ۲۸، بهار ۱۳۹۹

ص ص: ۲۳-۳۹

تدوین برنامه عملیاتی توسعه نظام سلامت با رویکرد تربیت بدنی و ورزش

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 ۲. دانشیار،

دانشکده تربیت بدنی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز، تهران، ایران ۳. دانشیار، دانشکده تربیت بدنی، دانشگاه آزاد

اسلامی واحد کرج، کرج، ایران

(تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۰۳/۲۶، تاریخ تصویب: ۱۳۹۸/۰۶/۱۲)

چکیده

هدف از تحقیق حاضر، تدوین برنامه عملیاتی توسعه نظام سلامت با رویکرد تربیت بدنی و ورزش، جهت اجرای استراتژی‌های مدون حاصل از تحقیق است. روش استفاده شده توصیفی است و این تحقیق با توجه به موضوع در حیطه مطالعات استراتژیک و از لحاظ هدف از نوع تحقیقات کاربردی است. جامعه آماری تحقیق مدیران ارشد، کارشناسان آگاه به فعالیت‌های تربیت بدنی حوزه ستادی وزارت بهداشت و مدیران تربیت بدنی دانشگاه‌های علوم پزشکی بود. نمونه آماری تحقیق ۹۴ نفر بودند که به علت محدود بودن جامعه آماری به صورت هدفمند انتخاب شدند. ابزار تحقیق، پرسشنامه‌های باز و بسته بود. روایی پرسشنامه توسط چند تن از استادان و پایایی پرسشنامه بسته با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ و با ضریب ۰/۹۳ تأیید شد. برای اولویت‌بندی قوت‌ها، ضعف‌ها، فرصت‌ها و تهدیدها از آزمون فریدمن و از ماتریس ارزیابی هریک از عوامل داخلی و خارجی، جهت تعیین جایگاه استراتژیک توسعه نظام سلامت با رویکرد تربیت بدنی و ورزش، استفاده شد. یافته‌های تحقیق پس از تجزیه و تحلیل و تشکیل ماتریس ارزیابی هریک از عوامل داخلی و خارجی، نشان داد که جایگاه استراتژیک توسعه نظام سلامت با رویکرد تربیت بدنی و ورزش در منطقه تدافعی (WT) قرار داشت و استراتژی‌های لازم جهت حفظ و ارتقای سلامت از طریق ورزش تدوین شد. سپس در جلسات راهبردی، برنامه‌های عملیاتی، جهت اجرای استراتژی‌های ارائه شده، تدوین شد. نتایج نشان داد برای اینکه برنامه استراتژیک به‌طور مؤثری اجرا شود، باید به فعالیت‌های قابل درک در سطح عملیاتی تبدیل شود. با این حال، در مراحل بعد این برنامه‌ها باید با انتخاب الگوی مناسب، چگونگی، زمان، مسئول و منابع مورد نیاز آنها مشخص و در برنامه‌های سالیانه لحاظ شوند.

واژه‌های کلیدی

برنامه عملیاتی، نظام سلامت با رویکرد تربیت بدنی، وزارت بهداشت.

مقدمه

پفر (۲۰۰۲) برنامه‌ریزی استراتژیک را فرایند ایجاد و توسعه رویه‌ها و عملیات ضروری برای دستیابی به آینده تعریف می‌کند. وی بین برنامه‌ریزی بلندمدت که به صورت واکنشی است و برنامه‌ریزی استراتژیک که سازمان را مجاز به خلق آینده‌اش می‌کند، تفاوت قائل می‌شود. از دیدگاه مک کون^۲ برنامه‌ریزی استراتژیک فرایندی برای بازسازی و انتقال سازمانی است. به نظر وی در برنامه‌ریزی بلندمدت اهداف و پیش‌بینی‌ها براساس فرض ثبات سازمانی است، درحالی‌که در برنامه‌ریزی استراتژیک، نقش سازمان در محیط آن بررسی می‌شود. برنامه‌ریزی استراتژیک موجب می‌شود تا سازمان فعالیت‌ها و خدماتش را برای برآوردن نیازهای در حال تغییر محیط تطبیق دهد. این برنامه‌ریزی نه تنها چارچوبی برای بهبود برنامه‌ها ارائه می‌کند، بلکه چارچوبی برای ساختاردهی مجدد برنامه‌ها، مدیریت و همکاری‌ها و نیز برای ارزیابی پیشرفت سازمان در این زمینه‌ها ارائه می‌کند (۱۱). بدون انجام برنامه‌ریزی، کنترل مؤثر، ممکن نیست. بنابراین لزوم برنامه‌ریزی را می‌توان در دلایلی چون تعیین مسیر، کاهش تأثیر تغییرات، به حداقل رساندن ضایعات و اضافات و ایجاد استانداردهایی برای تسهیل کنترل چیست‌و‌جو کرد (۲). امروزه سازمان‌ها و مؤسسات اداری، به‌حدی پیچیده شده‌اند که بدون برنامه‌ریزی‌های دقیق امکان ادامه حیات آنها ممکن نیست. سازمان‌های ورزشی نیز از این مقوله مستثنا نیستند. برنامه‌ریزی در سازمان‌های ورزشی همانند هر سازمان دیگری مهم‌ترین وظیفه مدیریت به‌شمار می‌رود (۱)، در ضمن سازمان‌هایی که از برنامه‌ریزی استراتژیک بیشتر استفاده می‌کنند، معتقدند که برنامه‌ریزی استراتژیک سبب کنترل بیشتر روی سازمان،

بهبود عملکرد مالی و استفاده مؤثر از منابع، ایجاد چارچوبی معتبر برای تصمیم‌گیری، کسب بازخورد و ارزیابی دقیق از میزان پیشرفت سازمان، وحدت و یکپارچگی سازمان با ایجاد یک دیدگاه مشترک و توسعه کار گروهی می‌شود (۱۲).

بوید (۲۰۰۵) معتقد است که مرحله نهایی در آماده کردن برنامه استراتژیک، تدوین برنامه عملیاتی است. برنامه عملیاتی شامل پیش‌بینی عملیات برای نیل به اهداف معین با توجه به امکانات و محدودیت‌ها و خطوط کلی ترسیم‌شده در برنامه‌ریزی استراتژیک است (۳). به‌منظور اجرای مؤثر برنامه استراتژیک، باید این استراتژی‌های تدوین‌شده به خط‌مشی‌های جزئی و فعالیت‌هایی تبدیل شود که در سطح عملیاتی قابل درک و فهم باشد. برنامه عملیاتی دید بلندمدت را به فعالیت کوتاه‌مدت تبدیل می‌کند. این برنامه اولویت‌های استراتژیک، اهداف و استراتژی‌ها را در مجموعه‌ای از دستورالعمل‌های کاری روشن و شفاف شکل می‌دهد.

حمیدی و همکاران (۱۳۸۷) با هدف تدوین اهداف کلان، سیاست‌ها و راهبردهای ورزش دانشجویی کشور، طی یک مطالعه مفصل استراتژی‌ها و برنامه‌های عملیاتی ورزش دانشجویی دانشگاه‌های سراسری کشور را ارائه کرده‌اند که یکی از برنامه‌های عملیاتی ارائه‌شده در این مطالعه تعیین فعالیت‌ها و اختیارات اجرایی قابل واگذاری به بخش‌های خصوصی بود (۷). کمیسیون ورزش استرالیا برای برنامه‌ریزی استراتژیک سازمان‌های ورزشی این کشور مدلی را پیشنهاد کرده که شامل چهار مرحله به شرح زیر است:

مرحله اول- پیش از برنامه‌ریزی: در این مرحله مجموعه‌ای از اطلاعات از طریق گزارش و ارزیابی عملکرد

1 . Pfeiffer

2 . McCune

پروژه‌های عملیاتی سالانه و چارچوب اجرا پرداخته می‌شود (۹).

مرحله چهارم - ارزیابی استراتژی:

سازمان بهداشت جهانی (۲۰۱۸) در شیوه‌نامه اجرایی با عنوان برنامه عملیاتی فعالیت‌های بدنی بر افراد فعال‌تر برای دنیای سالم‌تر^۱ ۲۰۱۸ - ۲۰۳۰

تدوین برنامه‌های عملیاتی فعالیت بدنی کشورهای عضو سازمان بهداشت جهانی برای سال‌های ۲۰۳۰ - ۲۰۱۸ را در چهار حوزه استراتژیک به رشته تحریر آورده و از همه کشورهای عضو خواسته است با تدوین برنامه عملیاتی متناسب با برنامه‌ریزی‌های راهبردی خود در جهت فعالیت بیشتر مردم برای دنیای برتر برنامه‌ریزی خود را اعلام کنند و دولت‌ها ملزم به اجرای عملیاتی آن در کشور خود هستند، هماهنگی و یکسان‌سازی برنامه ملی فعالیت بدنی کشورهای عضو و پایش و ارزیابی این فعالیت‌ها به‌طور سالیانه که با ارائه نتایج و پیشنهادهای آن به سازمان بهداشت جهانی همراه است. در این شیوه‌نامه چارچوب کلی فعالیت‌های بدنی در چهار هدف استراتژیک و ۲۰ برنامه عملیاتی چندبعدی که هر کدام به‌عنوان یک مؤلفه مهم و مؤثر از یک واکنش مبتنی بر جمعیت، تمرکز بر افزایش فعالیت بدنی و کاهش رفتار بی‌ثمر پایه‌گذاری و نقش ویژه خود را ایفا می‌کند. در ترکیب آنها، رویکرد مورد نیاز برای ایجاد یک جامعه فعال در کل سیستم خلاصه می‌شود که به‌طور ذاتی سرمایه‌گذاری‌های سیاست در فعالیت‌های جسمانی را به‌عنوان بخشی منظم از زندگی روزمره ارزش‌گذاری و اولویت‌بندی می‌کند. چهار هدف استراتژیک عبارت‌اند از: ایجاد جوامع فعال، محیط‌های فعال، افراد فعال و ایجاد سیستم‌های فعال.

سالیانه به‌دست می‌آید که موضوعاتی همچون اطلاعات مالی و آماری مختلف و اطلاعات زمینه‌ای در مورد عملیات درونی و اثرات بیرونی سازمان را در برمی‌گیرد. همچنین از طریق گزارش سالیانه واقعیت‌ها و تصویرهایی درباره وضعیت موجود سازمان مانند نتایج ورزش قهرمانی، شرکت‌کنندگان، شاخص‌ها و حوزه‌های کلیدی مالی، ساختار سازمانی و نیروی انسانی فراهم می‌شود. این اطلاعات کمک می‌کنند که به‌طور هدفمندی وضعیت موجود سازمان توصیف شود.

مرحله دوم - تدوین استراتژی: در این مرحله به بررسی یا تدوین چشم‌انداز، رسالت، اهداف بلندمدت و کوتاه‌مدت و شاخص‌های کلیدی عملکرد برای تدوین برنامه استراتژیک پرداخته می‌شود که در آن از ذی‌نفعان یا مخاطبان اصلی سازمان کمک گرفته می‌شود. در این مرحله اقدامات زیر انجام می‌گیرد:

۱. بررسی استراتژی‌های قبلی و نتایج حاصل از آنها

۲. تحلیل SWOT

۳. تدوین استراتژی‌ها با استفاده از ماتریس SWOT

۴. اولویت‌بندی استراتژی‌ها

۵. تعیین شاخص‌های کلیدی عملکرد.

مرحله سوم - اجرای استراتژی: در این مرحله مشخص می‌شود که چه کاری، توسط چه کسی، چه موقع، کجا و چگونه انجام گیرد و منابع مالی مورد نیاز آن چیست. تدوین برنامه‌های عملیاتی سالیانه در این مرحله صورت می‌گیرد و در آن به موضوعاتی همچون مرتبط ساختن فعالیت‌ها با کل برنامه، اولویت‌های کوتاه‌مدت، نقش سازمان‌های مرتبط ساختن فعالیت‌ها با کل برنامه‌ها، اولویت‌های کوتاه‌مدت، نقش سازمان‌های مرتبط، امور مالی و بودجه‌های ماهیانه،

حسینی (۱۳۸۸) در مطالعه‌ای با هدف شناسایی استراتژی‌های استعدادیابی در ورزش قهرمانی کشور به تعیین استراتژی‌های توسعه ورزش قهرمانی کشور پرداخته و برنامه‌های عملیاتی پیشنهادی هر کدام از استراتژی‌ها را ارائه کرده است (۵). همچنین خسروی‌زاده (۱۳۸۷) برنامه‌های عملیاتی لازم برای تدوین برنامه استراتژیک کمیته ملی را تدوین کرده است و برای استراتژی توسعه و تعالی ورزش زنان، کمک به افزایش تعداد رشته‌های ورزشی مستعد کسب مدال زنان را پیشنهاد کرده است (۱۰). شورای راهبردی ورزش بین‌دانشگاهی کانادا (۲۰۰۹) برنامه راهبردی ورزش بین‌دانشگاهی را ارائه کردند که شامل دستورالعمل‌های استراتژیکی به تفکیک اهداف است (۲۷). استراتژی‌های فعالیت جسمانی و ورزشی دانشگاه کینگ استون (۲۰۰۹) شامل بهتر کردن سطح‌هایی از شرکت در ورزش و فعالیت جسمانی از طریق درک بهتر نیاز جامعه، تشخیص موانع مشارکت و برنامه‌های عملیاتی برای غلبه بر آنها و توسعه یک برنامه حمایتی متمرکز و همه‌جانبه به‌طور صحیح برای ورزشکاران و جذب افرادی با استعدادهای ورزشی در دانشگاه است. با توجه به تحقیقات نامبرده، کاملاً واضح است که بیشتر دانشگاه‌ها و مؤسسات عالی موفق دارای استراتژی‌ها و برنامه‌های عملیاتی جهت بهبود و توسعه بیشتر ورزش دانشجویی و فوق‌برنامه به‌منظور جذب هرچه بیشتر دانشجویان به ورزش و تفریحات سالم هستند (۲۲). یکی از مهم‌ترین اقدامات برای انجام رسالت و مأموریت وزارت بهداشت و درمان در استراتژی‌های توسعه نظام سلامت با رویکرد تربیت بدنی و ورزش و اثربخشی فعالیت‌های آن استفاده از برنامه‌ریزی استراتژیک است. برنامه‌ریزی استراتژیک به این سازمان کمک خواهد کرد تا بتواند موقعیت درونی سازمان را در

محیط متلاطم و متغیر، حفظ کند. مسئله اصلی دیگر این است که در حال حاضر ورزش به‌عنوان اصلی‌ترین عامل در جهت حفظ و ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری‌ها شناخته شده و جای خالی آن در پازل نظام سلامت کشور به چشم می‌خورد و متولی آن از نظر ساختار سازمانی مشخص نیست و همچنین حق‌السهم و وظایف سایر وزارتخانه‌ها و سازمان‌ها در توسعه نظام سلامت کشور با اقدامات پیشگیرانه مشخص نیست.

محقق با تحلیل نقاط قوت، ضعف، فرصت و تهدید در حوزه نظام سلامت با رویکردی ورزشی، چشم‌انداز، مأموریت و استراتژی‌های پیشگیرانه مناسب در توسعه نظام سلامت با رویکرد ورزش و تربیت بدنی را در حوزه سلامت طراحی و مشخص کند و تدوین برنامه عملیاتی تربیت بدنی و ورزش را متناظر با استراتژی‌های تدوین شده در زمینه سلامت مشخص سازد. از مزایای برنامه‌های عملیاتی یافته‌های این پژوهش شش گروه شامل خردسالان، دانش‌آموزان مدارس و کودکان، دانشجویان، کارکنان در محیط‌های کاری، بزرگسالان و سالمندان جامعه استفاده کنند. یافته‌های این تحقیق می‌تواند حس اعتمادبه‌نفس و مراقبت از خود در افراد جامعه را افزایش دهد و در جهت تغییر سبک زندگی سالم و فعال گام‌های اولیه را بردارد.

روشن‌شناسی 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 راهبری پژوهش چشم‌انداز، مأموریت، نقاط قوت، ضعف، فرصت‌ها، تهدیدها و استراتژی‌های توسعه سلامت با

بنابراین برای تعیین عوامل مؤثر بر استراتژی‌های توسعه نظام سلامت با تأکید بر ورزش در وزارت بهداشت در چهار بعد اولویت‌بندی شد که عبارت‌اند از: ۱. نقاط قوت با ۱۸ پرسش، ۲. نقاط ضعف با ۲۴ پرسش، ۳. فرصت‌ها با ۱۴ پرسش، ۴. و تهدیدها با ۲۰ پرسش که توسط پاسخگویان به پرسشنامه ارزش‌گذاری شد. بعد از جمع‌آوری پرسشنامه‌های نهایی‌شده از جامعه آماری، با استفاده از آزمون رتبه‌بندی فریدمن، پرسش‌های هر بخش رتبه‌بندی شدند، 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 کم‌ تحرکی مانند بیماری‌های قلبی عروقی و تنفسی، چاقی، پرفشار خونی، دیابت، دردها و ناهنجاری‌های اسکلتی-عضلانی، اختلالات روانی و سایر بیماری‌های غیرواگیر از طریق توسعه تحرک بدنی و فعالیت‌های ورزشی.

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 قوت، ۲۴ 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

در این مطالعه عوامل مؤثر بر تدوین استراتژی‌های توسعه نظام سلامت با تأکید بر ورزش در وزارت بهداشت با انجام مطالعات کتابخانه‌ای و مرور اسناد علمی موجود در این زمینه، مشورت با استادان محترم و رأی و نظر نهایی ایشان تمامی نقاط قوت، ضعف، فرصت و تهدید انتخاب شد.

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

ضریب اهمیت	رتبه	ضریب رتبه*	محیط داخلی
۰/۰۲۳	۳/۵۶	۰/۰۸۴	وجود شبکه‌های بهداشتی و درمانی تا پایین‌ترین تقسیمات کشوری
۰/۰۲۹	۳/۵۹	۰/۱۰۷	وجود دانشگاه‌های علوم پزشکی در همه استان‌ها
۰/۰۲۹	۳/۵۹	۰/۱۰۳	وجود دانشکده‌ها و گروه‌های تربیت بدنی دانشگاه‌ها در همه استان‌ها
۰/۰۱۶	۳/۴۱	۰/۰۵۶	رشد کمی فارغ‌التحصیلان در حوزه تربیت بدنی و علوم ورزشی
۰/۰۲۶	۳/۶۸	۰/۰۹۵	رشد کیفی فارغ‌التحصیلان در حوزه تربیت بدنی و علوم ورزشی
۰/۰۲۵	۳/۵۹	۰/۰۹۰	وجود اسناد بالادستی نظیر طرح تحول سلامت
۰/۰۲۴	۳/۴۵	۰/۰۸۴	وجود سند پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر در وزارت بهداشت
۰/۰۲۸	۳/۴۵	۰/۰۹۶	وجود تشکیلات تربیت بدنی و ورزش در وزارتخانه‌ها و سازمان‌های خرد و کلان
۰/۰۲۳	۳/۵۰	۰/۰۸۱	وجود شورای عالی سلامت، مرکب از وزارتخانه‌های مرتبط با سلامت
۰/۰۳۰	۳/۵۵	۰/۱۰۷	دیدگاه مثبت مردم نسبت به ورزش به‌منظور شرکت در برنامه‌های ورزشی
۰/۰۲۴	۳/۵۲	۰/۰۸۵	افزایش جذابیت ورزش در بین جوانان به‌منظور حضور در میادین ورزشی

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

ضرب	رتبه	ضرب	محیط داخلی	نوع
اهمیت				
۰/۰۸۶	۳/۴۷	۰/۰۲۵	حضور وزارت بهداشت در شورای سیاست گذاری سلامت صداوسیما	قوتها
۰/۰۷۴	۳/۴۲	۰/۰۲۲	ایجاد شبکه سلامت در صداوسیما	
۰/۰۶۵	۳/۳۲	۰/۰۲۰	الزامات قانونی ورود بخش خصوصی برای سرمایه گذاری در ورزش (اصل ۴۴)	
۰/۰۷۷	۳/۵۰	۰/۰۲۲	تخصیص بودجه هدفمندی پارانه ها 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	ضعفها
۰/۰۸۳	۳/۴۲	۰/۰۲۴	ابلاغ نظام نامه فرهنگی ورزش کشور از سوی رئیس جمهور	
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 فعالیت های بدنی	
۰/۰۳۲	۱/۵۳	۰/۰۲۱	رویکرد غالب ورزش قهرمانی و حرفه ای 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	
۰/۰۲۶	۱/۲۹	۰/۰۲۸	درصد مشارکت پایین جامعه در فعالیت های بدنی و ورزشی	
۰/۰۳۷	۱/۶۹	۰/۰۲۲	محدود شدن باشگاه های ورزش همگانی به فضاهای کوچک زیرزمینی با امکانات کم	
۰/۰۳۴	۱/۴۷	۰/۰۲۳	کمبود اماکن ورزشی به ویژه 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	عدم وجود برنامه های بلندمدت در حوزه سلامت با رویکرد فعالیت بدنی و ورزش	
۰/۰۳۳	۱/۴۷	۰/۰۲۲	رویکرد غالب بیمار محوری در حوزه نظام سلامت	
۰/۰۲۹	۱/۴۴	۰/۰۲۷	عدم برنامه های سلامت محور 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 فعالیت های باشگاه های ورزشی عمومی	
۰/۰۲۶	۱/۸۲	۰/۰۱۴	عدم اعتبار بخشی و رتبه بندی باشگاه های ورزشی عمومی و خصوصی	
۰/۰۳۲	۱/۷۹	۰/۰۱۸	عدم اعتبار سنجی و رتبه بندی سازمان ها و مؤسسات دولتی در امر ورزش	
۰/۰۳۳	۱/۴۷	۰/۰۲۳	آمار بالای ناهنجاری های 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 دانش بنیان ورزش	
۰/۰۳۸	۱/۳۵	۰/۰۲۸	عدم توسعه سرمایه گذاری ورزش در سطوح پایه ورزش قبل از دبستان (مهد و خانواده)	
۰/۰۳۸	۱/۲۶	۰/۰۳۰	عدم توسعه سرمایه گذاری ورزش کشور در سطوح پایه ورزش دانش آموزی	
۰/۰۳۵	۱/۳۴	۰/۰۲۵	عدم توسعه سرمایه گذاری ورزش کشور در سطوح پایه ورزش دانشجویی	
۰/۰۳۶	۱/۳۱	۰/۰۲۷	سهم اندک ورزش در سبد هزینه خانوار ایرانی	
۲/۳۸		Σ=۱	جمع	

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

ضرب	رتبه	ضرب	محیط خارجی	نوع
اهمیت				
۰/۱۲۳	۳/۶۸	۰/۰۳۳	وجود تکلیف قانونی دولت به تأمین سلامت به عنوان حق همگانی	قوتها
۰/۰۹۹	۳/۳۵	۰/۰۲۹	وجود بخش تجاری غیردولتی علاقه مند به ورود در عرصه ورزش همگانی	
۰/۱۰۷	۳/۴۷	۰/۰۳۱	حمایت سازمان های بین المللی (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 فناوری های اطلاعات و ارتباطات (سامانه های اطلاعاتی و دسترسی به اینترنت)	
۰/۱۰۶	۳/۴۲	۰/۰۳۰	تأثیر فعالیت بدنی و ورزش در پیشگیری و درمان بیماری های غیرواگیر	
۰/۱۰۰	۳/۳۴	۰/۰۲۹	رشد رسانه ها (شبکه های تلویزیونی و رادیویی سلامت و ورزش، شبکه های مجازی)	
۰/۱۱۴	۳/۵۹	۰/۰۳۱	کم هزینه بودن فعالیت های ورزش همگانی متناسب با اقتصاد مقاومتی در ورزش	

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

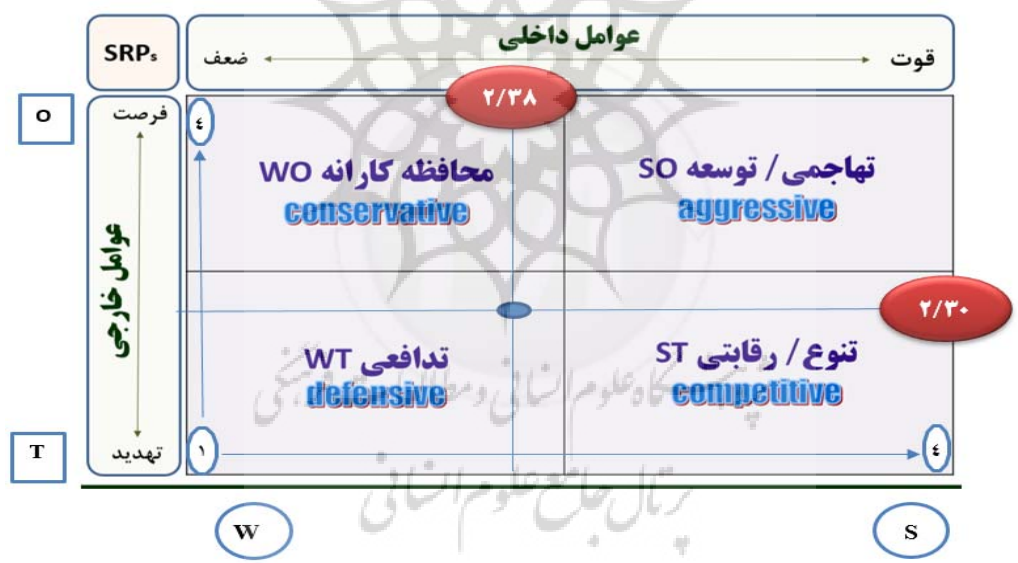
ضریب رتبه	ضریب اهمیت	محیط خارجی	رتبه	ضریب
۰/۱۲۶	۳/۶۱	۰/۰۳۵	تأکید قانون اساسی به تأمین و ارتقای سلامت جامعه (اصل های ۴۳ و ۲۹،۳)	۳۰
۰/۱۲۰	۳/۶۱	۰/۰۳۳	ابلاغ سیاست های کلی سلامت توسط رهبری به دولت در ۱۴ بند	۳۰
۰/۰۶۹	۳/۳۰	۰/۰۲۰	حکم اعتقادی، دینی رهبری در ورزش «امر به ورزش امر به معروف است»	۳۰
۰/۰۸۰	۳/۲۹	۰/۰۲۴	تصویب روز جهانی ورزش برای صلح، توسعه و سلامتی در سازمان ملل متحد	۳۰
۰/۰۴۸	۱/۳۲	۰/۰۳۶	تغییر هرم سنی در جهت سالخوردگی جامعه	۳۰
۰/۰۴۴	۱/۶۵	۰/۰۲۷	روند رو به رشد شهرنشینی، در سال های اخیر	۳۰
۰/۰۴۵	۱/۵۶	۰/۰۲۹	روند رو به رشد آپارتمان نشینی در سال های اخیر	۳۰
۰/۰۳۸	۱/۶۵	۰/۰۲۳	گسترش شبکه حمل و نقل غیرفعال	۳۰
۰/۰۳۹	۱/۶۲	۰/۰۲۴	کمبود مسیرهای پیاده روی، راه تندرستی در شهرها	۳۰
۰/۰۳۷	۱/۶۳	۰/۰۲۳	کمبود دوچرخه و مسیرهای با امنیت بالا برای ورزش در شهر (حمل و نقل فعال)	۳۰
۰/۰۴۹	۱/۶۰	۰/۰۳۰	مشخص شدن عوارض کم تحرکی و پیامدهای مثبت فعالیت بدنی در درازمدت	۳۰
۰/۰۵۴	۱/۳۵	۰/۰۴۰	کمبود هماهنگی های بین بخشی در سطوح کلان و خرد کشور (وزارت بهداشت، ورزش و جوانان، آموزش و پرورش، آموزش عالی و ...)	۳۰
۰/۰۴۹	۱/۲۴	۰/۰۳۹	عدم شایسته سالاری در انتخاب مدیران در سطح کلان ورزش و تأثیرات منفی آن	۳۰
۰/۰۵۰	۱/۴۵	۰/۰۳۴	سرانه بسیار کم فضای سبز و پارک ها به ویژه در شهرهای بزرگ	۳۰
۰/۰۴۹	۱/۳۵	۰/۰۳۶	آلودگی هوای کلان شهرها و کمبود اکسیژن کافی در فعالیت های ورزشی	۳۰
۰/۰۵۵	۱/۵۹	۰/۰۳۵	عدم بودجه مستقل و پایدار ورزشی در حوزه نظام سلامت	۳۰
۰/۰۳۸	۱/۵۹	۰/۰۲۴	ترافیک وسایل نقلیه، اتلاف وقت و هزینه برای شهروندان	۳۰
۰/۰۴۰	۱/۴۱	۰/۰۲۹	افزایش اماکن و فرهنگ قلیان کشی در بین جوانان و خانواده ها	۳۰
۰/۰۴۴	۱/۶۱	۰/۰۲۷	نوع تغذیه و ناآگاهی مردم	۳۰
۰/۰۴۱	۱/۷۹	۰/۰۲۳	عادات غلط زندگی (بیداری تا دیروقت و ...)	۳۰
۰/۰۴۶	۱/۴۷	۰/۰۳۱	استفاده غلط از فضای مجازی توسط خانواده ها و کم تحرکی ایجاد شده از آن	۳۰
۰/۰۳۵	۱/۷۰	۰/۰۲۱	نبود مراکز مشاوره تخصصی پزشکی ورزشی برای عموم مردم	۳۰
۰/۰۴۴	۱/۵۶	۰/۰۲۸	تأثیر تورم اقتصادی در معیشت مردم و کاهش اولویتهای مورد نیاز در سلامت	۳۰
۰/۰۴۷	۱/۵۶	۰/۰۳۰	تأثیر دخالت های سیاست در عرصه های مختلف ورزش	۳۰
۲/۳۰	Σ=۱		جمع	۳۰

جدول ۳. ماتریس تطبیقی SWOT و استراتژی های حاصل از آن

T1, T2, T3, T4, T5, T6, T7, T8, T9, T10, T11, T12, T13, T14, T15, T16, T17, T18, T19, T20	O1, O2, O3, O4, O5, O6, O7, O8, O9, O10, O11, O12, O13	
ج) راه اندازی و توسعه مراکز پایش و مشاوره سلامت شهروندان با تأکید بر آمادگی جسمانی و طراحی پرونده های سلامتی- ورزشی (S16, S10, S5, S4, S3, S1, T18, T16, T15, T7)	الف) دانش افزایی و ترویج فعالیت های ورزشی از طریق افزایش برنامه های علمی ورزشی صداوسیما و رسانه های مجازی (S13, S12, S11, S10, S9, S8, S7, S5, S4, S3, S1, T18, T16, T15, T7)	S1
چ) تأمین نیروی انسانی ماهر در حوزه ورزش و بیماری ها و به کارگیری حداقل یک نیروی متخصص ورزشی در هر یک از مراکز سلامت (S5, S4, S3, S1, T18, T16, T15, T1)	ب) تشویق و الزام حمایت محیط های کاری از فعالیت های بدنی و ورزشی (S9, S8, O1, O3, O4, O5, O9, O10, O11, O12, O13)	S2
ح) ارائه طرح ویژه، هدفمند و قانونمند ساختن سهم و نقش هر یک از ارگان های دولتی در افزایش مشارکت ورزشی به شورای عالی سلامت با موضوع تخصصی وحدت رویه مشارکت ورزشی (S16, S15, S14, S12, S9, S8, S7, S6, S3, S2, S1)		S3
		S4
		S5
		S6
		S7
		S8
		S9
		S10
		S11
		S12
		S13
		S14
		S15
		S16
		S17
		S18

ادامه 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	O1, O2, O3, O4, O5, O6, O7, O8, O9, O10, O11, O12, O13	
(خ) تعیین و تخصیص سهم ورزش از اعتبارات مالی طرح تحول نظام سلامت (T19, T12, T1, W24, W10, W5)	(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)	W1 W2 W3 W4 W5 W6 W7 W8 W9
(د) ارائه طرح ایران فعال با طراحی شهری با رویکرد شهر سالم و فعال توسط شهرداری‌ها به شورای عالی سلامت مطابق با استانداردهای سازمان بهداشت جهانی (T2, T3, T4, T5, T6, T10, T13, T16, W7, W8, W9)	(ت) ارائه تسهیلات به سرمایه‌گذاران علاقه‌مند در حوزه امکان ورزشی (وام، ساخت مشارکتی، حذف عوارض و مالیات و ...) (O2, O4, W8, W9)	W10 W11 W12 W13 W14 W15 W16
(ذ) ارائه طرحی ویژه جهت الزام مدیریت ورزش سازمان‌های دولتی به سمت ورزش‌های سلامت‌محور و منع جهت‌گیری آنها به سمت ورزش قهرمانی و حرفه‌ای مطابق با برنامه توسعه پنجم و ششم به شورای عالی سلامت (T2, T3, T4, T5, T6, T10, T13, T16, W3, W7, W9, W5, W6)	(ث) الزام وزارتین بهداشت، علوم و آموزش و پرورش به تدوین و رعایت استانداردهای ورزشی مدارس و دانشگاه‌ها به‌ویژه بهداشت محیط در حوزه فضاهای ورزشی و معلمان ورزش (W1, W2, W22, W23, W18, W3, O1, O10, O5, O3)	W17 W18 W19 W20 W21 W22 W23 W24
(ر) ایجاد ساختار تشکیلاتی معاونت تربیت بدنی و سلامت در وزارت بهداشت و پیشنهاد ایجاد همین ساختار در وزارت ورزش به شورای عالی سلامت (W2, W3, W4, W5, W6, W7, W11, W14, W18, T1, T8, T12, T15, T16, T20)	(ج) بازاریابی اجتماعی در ورزش با رویکرد بخش‌بندی مشتریان و توجه به اقشار آسیب‌پذیر (زنان، معلولان و ...) (W1, W2, W9, W11, W13, W18, W7, O1, O2, O3)	
(ز) طراحی و به‌کارگیری نظام اطلاعاتی و نظارتی پایش سلامت مرتبط با تحرک بدنی (W1, W7, W11, W16, W17, T7, T8)		



شکل ۱. تعیین موقعیت استراتژیک نظام سلامت و ورزش

ترتیب نظام سلامت و ورزش از لحاظ عوامل درونی دارای ضعف و از لحاظ عوامل بیرونی دارای تهدید است.

تعیین موقعیت استراتژیک نظام سلامت و ورزش در مجموع، با توجه به شکل ۱، جدول ۱ و همچنین ماتریس داخلی و خارجی، نتایج به‌دست‌آمده حاکی از آن است که توسعه نظام سلامت و ورزش از لحاظ موقعیت استراتژیک در منطقه WT (تدافعی) قرار دارد؛ به این

جدول ۴. برنامه‌های عملیاتی متناظر با استراتژی‌های توسعه نظام سلامت با رویکردهای تربیت بدنی و ورزش

استراتژی ۱ (WT1)
ایجاد ساختار تشکیلاتی معاونت تربیت بدنی و سلامت در وزارت بهداشت و پیشنهاد ایجاد همین ساختار در وزارت ورزش و شورای عالی سلامت (w3, w4, w5, w6, w7, w11, w14, w18, T1, T8, T12, T15, T16, T20)
برنامه عملیاتی متناظر

استراتژی ۲ (WT2)
ارائه طرحی ویژه جهت الزام مدیریت ورزش سازمان‌های دولتی به‌ویژه شهرداری‌ها به سمت ورزش‌های سلامت‌محور و منع جهت‌گیری آنها به سمت ورزش قهرمانی و حرفه‌ای مطابق با برنامه توسعه پنجم و ششم به شورای عالی سلامت (T2, T3, T4, T5, T6, T10, T13, T16, w3, w7, w9, w5, w6)
برنامه عملیاتی متناظر
۱. تغییر رویکرد شهرداری‌ها از سازمان‌های متصدی ورزش به سازمان‌های حامی و "حمایتی از ورزش همگانی" ۲. تعیین شرح وظایف سازمان‌های دولتی و شهرداری‌ها بر مبنای توسعه ورزش تربیتی و ورزش همگانی ۳. حمایت و توسعه فضاها و اماکن ورزشی مراکز آموزشی با اولویت آموزش و پرورش ۴. توسعه فضاها و زیرساخت‌های ورزشی در محلات و واگذاری آنها به باشگاه‌های ورزشی با هدف کاهش قیمت خدمات ورزشی و افزایش بهره‌وری اماکن ورزشی محلات ۵. بسترسازی برای استعدادیابی ورزشکاران مستعد جوان و نوجوان و معرفی به هیأت‌های ورزشی ذی‌ربط ۶. توسعه هیأت‌ها و خانه‌های ورزش محلات با محوریت مردم ۷. ساماندهی اتحادیه باشگاه‌های ورزشی محلات و مناطق با رویکرد ایجاد هم‌افزایی ۸. حمایت از باشگاه‌های محلی و مردم‌نهاد از طریق تأمین منابع انسانی یا بخشی از هزینه باشگاه‌ها ۹. تقویت مسابقات و جشنواره‌های ورزشی محلی با محوریت باشگاه‌ها و خانواده‌ها ۱۰. توسعه ظرفیت‌های داوطلبی در راستای توسعه ورزش محلات

استراتژی ۳ (WT3)
ارائه طرح ایران فعال با طراحی شهری با رویکرد شهر سالم و فعال توسط شهرداری‌ها به شورای عالی سلامت مطابق با استانداردهای سازمان بهداشت جهانی (W10, W1, W2, W9, W7, W11, W13, O1, O2, O3)
برنامه عملیاتی متناظر
۱. طراحی شهری (مبلمان شهری) با رویکرد ورزش و سلامت ۲. طراحی شهری (استانداردسازی) سخت‌افزاری، نرم‌افزاری، منابع انسانی، امکانات و با رویکرد ورزش و سلامت ۳. طراحی شهری با روش امتیازدهی هتلینگ شهری با رویکرد شهر سالم و فعال ۴. ایجاد یک مرکز ملی حمایت از رفت‌وآمد فعال ۵. تدوین استاندارد ادغام برنامه‌های افزایش فعالیت بدنی و ترویج ایده مسیره‌های ایمن پیاده‌روی یا دوچرخه‌سواری ۶. حمایت از ایده ساخت و گسترش خیابان‌های ویژه پیاده‌روی و دوچرخه‌سواری ۷. الزام ایجاد شرایط و امکانات رفت‌وآمد فعال در شهرهای جدید مانند طرح مسکن مهر ۸. ایجاد امکانات ویژه برای گروه‌های خاص مانند کودکان، سالمندان و معلولان در محیط‌های تفریحی و ورزشی ۹. جذب و استفاده از ایده‌های خلاق و نوآورانه و جذاب برای گسترش و توسعه نظام سلامت با ورزش ۱۰. طرح ایران فعال تهیه و نصب دستگاه‌های آنلاین و آفلاین ثبت اطلاعات افراد شرکت‌کننده در مراکز ورزش، مدارس، دانشگاه‌ها و کلیه دستگاه‌ها و ارگان‌های دولتی

استراتژی 4 (WT4)
طراحی و به کارگیری نظام اطلاعاتی و نظارتی پایش سلامت مرتبط با تحرک بدنی (w1, w7, w11, w16, w17, T7, T8)
برنامه عملیاتی متناظر
۱. طراحی و راه اندازی سامانه جامع آمار و اطلاعات الکترونیکی آنلاین و آفلاین توسعه نظام سلامت و ورزش و فعالیت بدنی در وزارت بهداشت (سایت، تلگرام، اینستاگرام، اپلیکیشن موبایل) ۲. طراحی و اجرای هوشمند و آنلاین (برخط) جهت ثبت اطلاعات فردی و ویژگی های فعالیت و وضعیت سلامتی و تندرستی (حسگرهای زیستی) در باشگاه ها و پارک ها و بوستان ها و اماکن ورزشی (باشگاه های هوشمند) ۳. تدوین معیارهای میزان فعالیت بدنی شامل فراوانی (F) تعداد جلسات، شدت، (I) زمان (D)، نوع فعالیت، برای مثال ۵ بار در هفته، با شدت متوسط، حداقل ۳۰ دقیقه در روز، با ترکیب از تمرینات و ورزش های هوازی، استقامتی و قدرتی، مکان و هزینه ها (رایگان و کم هزینه) و نحوه مشارکت ۴. تدوین نرم ها و شاخص های تندرستی و سلامتی جامعه برای ارزیابی اثربخشی برنامه ها و فعالیت بدنی آنان ۵. گنجاندن شاخص ها و معیارهای ورزش همگانی و فعالیت بدنی در سرشماری نفوس و مسکن (پنج ساله) و آمارگیری های تخصصی مرکز آمار استان ۶. تدوین شاخص های جمعیت ورزش همگانی عام و خاص بر اساس ویژگی های فردی (رده سنی، جنسیت، وضعیت سلامتی و توانایی، قومیت و نژاد و مذهب، سوابق ورزشی، میزان علاقه مندی به رشته های ورزشی، مکان فعالیت، هزینه صرف شده، نوع فعالیت در روز و هفته، زمان اختصاص یافته)، گروه های هدف (کودکان، زنان و سالمندان) پایگاه های اجتماعی (مدارس، دانشگاه ها، پادگان ها و غیره) ۷. تدوین پرسشنامه (خوداظهاری و سرشماری توسط آمارگران) استاندارد و دارای اعتبار و روایی بالای پیمایش ورزش همگانی برای آمارگیری از جمعیت های عام و خاص در فضاها و مکان های ورزشی و غیرورزشی (در ارتباط با ورزش همگانی، فعالیت بدنی، اوقات فراغت و تفریح و سرگرمی) ۸. استفاده از روش های آماری کمی و کیفی و تمامی ابزارها و مدل های آماری (اندازه گیری و محاسباتی و نرم افزارهای آماری) ۹. طرح تقسیم بندی کل کشور به بخش های عملیاتی برای اخذ آمارگیری محلی با همکاری مسئولان شورای شهر و شهرداری ها و شورای روستا و دهیاری ها ابلاغی از شورای عالی سلامت ۱۰. طرح ایران فعال تهیه و نصب دستگاه های آنلاین و آفلاین ثبت اطلاعات افراد شرکت کننده در مراکز ورزش، مدارس، دانشگاه ها و کلیه دستگاه ها و ارگان های دولتی ۱۱. طرح اجرای پایش سلامت و حرکات اصلاحی در پارک ها و مراکز خرید و مراسم دینی (نماز جمعه) و ۱۲. پایش سلامت جسمی دانش آموزان، دانشجویان (تهیه شناسنامه سلامت دانشجویان، اجرای تست های آمادگی جسمانی، انجام تست ناهنجاری های اسکلتی) هنگام ورود به مدرسه یا دانشگاه و مابین تحصیل و زمان فارغ التحصیلی دانش آموزان در مقاطع تحصیلی ابتدایی، راهنمایی و متوسطه و برای دانشجویان در زمان اتمام تحصیل ۱۳. طرح پایش و رصد مستمر فعالیت بدنی دستگاه های دولتی در شورای عالی سلامت ۱۴. تداوم تکمیل و پایش پرونده الکترونیک سلامت جسمانی دانشجویان با رویکرد رصد وضعیت جسمانی آنها در طول دوران تحصیل ۱۵. ارسال نتایج پایش عملیاتی سلامت جسمانی کلیه دستگاه های دولتی و مراکز آموزشی به معاونت تربیت بدنی و سلامت وزارت بهداشت ۱۶. تداوم تکمیل و ارسال نتایج پایش عملیاتی سلامت جسمانی دستگاه های دولتی به شورای عالی ورزش و رصد آن ۱۷. ایجاد مراکز هنجاریابی و کلینیک های حرکات اصلاحی به منظور پیشگیری از ناهنجاری های قامتی و ارزیابی وضعیت آمادگی جسمانی دانش آموزان دختر - پسر

استراتژی ۵ (WT5)
تعیین و تخصیص سهم ورزش از اعتبارات مالی طرح تحول نظام سلامت (T19, T12, T1, w24, w10, w5)
برنامه عملیاتی متناظر
۱. تحول و تعالی سازمان و ساختار مالی و اداری دستگاه‌های دولتی در توسعه نظام سلامت با رویکرد ورزش سهم مالی ورزش قهرمانی در کشور چه میزان است (جامعه آماری ورزشکاران نخبه و قهرمان و افراد محدود و اختصاصی است) سهم مالی ورزش سلامت‌محور در کشور چه میزان است (جامعه آماری کل مردم در کشور است) ۲. تخصیص ۱۰ درصد از سهم ورزش از اعتبارات طرح تحول سلامت به معاونت تربیت بدنی و سلامت دستگاه‌ها و مراکز دولتی ۳. طرح ایجاد تخصیص سرانه ورزشی از زمان کودکی تا بزرگسالی برای خانواده‌ها در بودجه سلامت و سبد کالای خانواده‌ها ۴. جلب حمایت‌های مالی دولت برای ایجاد ساختارها و سپس کسب درآمد از طریق ساختارهای ایجادشده ۵. نظام بخشی به فرایند جذب حامیان مالی ورزش با استفاده از مشوق‌های مالیاتی ۶. افزایش بودجه مدارس و دانشگاه‌ها برای تأمین منابع لازم برای اجرای برنامه‌های فعالیت بدنی (فضای مناسب، وسایل و تجهیزات ایمن و مربیان تربیت بدنی معتبر و باکیفیت) ۷. ارتقای سلامت و ثبات نظام مالی، حسابداری و بودجه‌ای مبتنی بر اقتصاد مقاومتی و توان خودکفایی و تداوم رو به رشد طرح، برنامه‌ها و فعالیت‌های بدنی و گسترش ورزش‌های همگانی به‌منظور بهبود مدیریت منابع و مصارف با هدف ارتقا کیفیت و بهره‌وری و تحقق اهداف و برنامه‌ها و فعالیت‌های عملیاتی مندرج در برنامه راهبردی توسعه نظام سلامت با رویکرد ورزش در معاونت سلامت و ورزش وزارت ورزش ۸. جذب اعتبارات مورد نیاز از محل سهم یک درصد هزینه ورزش از کل اعتبارات سازمان‌ها پیش‌بینی‌شده در قانون بودجه کشور توسط نهادهای سازمان‌های اجرایی

بحث و نتیجه گیری

یافته های تحقیق نشان می دهد، جایگاه سلامت و فعالیت‌های ورزشی در موقعیت مخاطره‌آمیز قرار گرفته است و از وضعیت مطلوب بسیار فاصله دارد. بنابراین لزوم توجه به ایجاد راهکارها و کم کردن فاصله بین وضع موجود و مطلوب در بخش سلامت از طریق ورزش با ایجاد برنامه‌ای راهبردی امری ضروری است. از طرفی با عنایت به شرایط نامطلوب و نگران‌کننده بخش سلامت و ورزش برای عموم در کشور و کمبود برنامه‌های راهبردی مدت‌دار و تأثیرگذار و از طرف دیگر آپیدمی عدم اجرای طرح‌ها و استراتژی‌های مصوب و کمبود نیروی انسانی متخصص در بدنه تصمیم‌گیری و اجرایی ورزش کشور که بی‌شک عدم توسعه سلامت پایه و ورزش کشور را نیز به‌دنبال دارد. این پژوهش با هدف پاسخگویی به این پرسش اساسی انجام گرفته است که استراتژی‌های توسعه نظام سلامت با رویکرد تربیت بدنی و ورزش چیست؟ و چگونه می‌توان از طریق ورزش شاخص‌های جسمانی سلامت را ارتقا داد؟ و راهبردهای مناسب برای آن چیست و متولی آن کیست؟ در این تحقیق، با توجه به مطالعات صورت‌گرفته سعی شد ضمن بررسی عوامل کلیدی اثرگذار بر توسعه نظام سلامت از طریق ورزش با تبیین راهبردهای مناسب، یک چارچوب بنیادی برای توسعه نظام سلامت از طریق ورزش در کشور فراهم شود، امید است نتایج این تحقیق مورد استفاده

سیاست‌گذاری‌های ارگان‌های ارشد نظام، نهاد ریاست جمهوری، وزارت بهداشت درمان و وزارت ورزش و سایر دستگاه‌های ذی‌ربط واقع شود. در جلسات کمیته راهبردی مقرر شد که توسعه نظام سلامت با تأکید بر ورزش و تربیت بدنی از راهبردهای ST، SO و WO نیز استفاده کند که در مجموع از ۱۴ استراتژی تعیین‌شده، ۵ راهبرد مربوط به (WT)، ۳ راهبرد مربوط به (ST)، ۴ راهبرد مربوط به (WO) و ۲ راهبرد مربوط به (SO) است. با توجه به نتایج به‌دست‌آمده، مهم‌ترین قوت‌ها و ضعف‌های توسعه نظام سلامت و ورزش با استفاده از آزمون رتبه‌ای فریدمن اولویت‌بندی شد. همچنین کمیته راهبردی به‌منظور بهره‌مندی از مزایای حاصل از این نوع راهبردها، آنها را در برنامه استراتژی خود گنجانیده است، امید است با استفاده از این راهبردها و برنامه عملیاتی ارائه‌شده موقعیت راهبردی توسعه نظام سلامت با تأکید بر ورزش و تربیت بدنی در کشور ارتقا یابد و پازل ورزش در حوزه سلامت گنجانیده شود. تعیین استراتژی مناسب و به‌تبع آن تجزیه و تحلیل صادقانه عوامل داخلی و پیش‌بینی عوامل خارجی تضمین‌کننده موفقیت و بهره‌وری مطلوب یک سازمان است. در ضمن به‌منظور اجرای مؤثرتر، باید برنامه‌های استراتژیک به فعالیت‌های قابل درک در سطح عملیاتی تبدیل شوند (۱۴). با وجود این در مراحل بعد این برنامه‌ها باید با انتخاب الگوی مناسب،

چگونگی، زمان، مسئول و منابع مورد نیاز آنها مشخص و در برنامه‌های سالیانه لحاظ شوند.

استراتژی‌های WT و برنامه‌های عملیاتی آن

سازمان‌هایی که استراتژی‌های WT را به اجرا درمی‌آورند، حالت تدافعی به خود می‌گیرند، به‌طوری‌که هدف این سازمان‌ها کم کردن نقاط ضعف داخلی و پرهیز از تهدیدات ناشی از محیط خارجی است. سازمانی که دارای نقاط ضعف داخلی است و با تهدیداتی در محیط خارج روبه‌روست، در موضع ضعیفی قرار دارد و در واقع هدف چنین سازمانی کاهش ضعف‌های داخلی و تهدیدهای خارجی است تا بتواند به تدریج خود را به موقعیت‌های بهتر برساند، یعنی موقعیتی که در آن بتواند از استراتژی‌های ST، WO و به‌خصوص SO استفاده کند. در این بخش پنج استراتژی بنابه اولویت QSPM به ترتیب جذابیت استراتژی‌ها WT1-1، WT2-4، WT3-7، WT4-9، WT5-14، ارائه شد. ده برنامه عملیاتی متناظر با استراتژی اول WT1-1، ایجاد ساختار تشکیلاتی معاونت تربیت بدنی و سلامت در وزارت بهداشت و پیشنهاد ایجاد همین ساختار در وزارت ورزش به شورای عالی سلامت تدوین شد:

۱. ایجاد ساختارهای مدیریتی در حوزه نظام سلامت و ورزش از بالاترین تا پایین‌ترین سطح هرم ورزش؛
۲. تعریف مأموریت سازمانی وزارت ورزش بر مبنای دو مقوله (ورزش + سلامت) و حذف امور جوانان از وزارت ورزش؛
۳. تدوین برنامه استراتژیک بلندمدت و ایجاد نظام مستمر نظارت و ارزیابی برنامه‌ها و فعالیت‌های ورزشی در بازه زمانی خاص؛
۴. تصویب تکالیف و انتظارات بین بخشی در شورای عالی سلامت و ابلاغ به کارگروه‌های تخصصی استانی.

نتایج مطالعه روی ۲۴ کشور جهان، نشان داد که در مورد کشورهای در حال توسعه در ۶۰ درصد موارد سیاست‌های ورزشی در حد شعار و روی کاغذ باقی می‌ماند. همچنین در این مطالعه مشخص شد که فاصله آنچه قانون تعیین کرده و آنچه اجرا می‌شود، فراوان است. در سطح

جهان ۸۶ درصد کشورها جایگاه ویژه‌ای برای ورزش و فعالیت بدنی لحاظ کرده‌اند. اما تنها ۴۳ درصد کشورها به‌طور جدی و عملی این جایگاه را پذیرفته‌اند (۸). 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 است، ولی معاونت ورزش همگانی در وزارت ورزش منحل شده و در حال حاضر با معاونت فرهنگی وزارتخانه ادغام 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 نظیر فری‌زی، دارت، داژبال و ... است و گرفتار برگزاری رقابت‌های ورزشی یا فستیوال‌های ورزشی یک‌روزه شده است. از طرفی فدراسیون ورزش همگانی به‌عنوان یک فدراسیون از ۵۰ فدراسیون ورزشی نمی‌تواند اهمیت ورزش همگانی را در بخش سلامت منعکس کند. از این‌رو پیشنهاد می‌شود معاونت ورزش همگانی وزارت ورزش در قالب معاونت تربیت بدنی و سلامت در وزارت ورزش ایجاد 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. برنامه عملیاتی WT1-1 در مطالعه حاضر با مطالعات لوپس و واتانف (۲۰۰۸) و جوادپور و سمیع‌نیا (۱۳۹۲) که به‌منظور تدوین برنامه‌های عملیاتی متناظر با استراتژی گسترش مشارکت نهادهای عمومی و مردمی در توسعه ورزش همگانی صورت گرفت، همخوانی دارد.

در استراتژی دوم (WT2) ارائه طرحی ویژه جهت الزام مدیریت ورزش سازمان‌های دولتی به‌ویژه شهرداری‌ها به سمت ورزش‌های سلامت‌محور و منع جهت‌گیری آنها به

سمت ورزش قهرمانی و حرفه‌ای مطابق با برنامه توسعه پنجم و ششم به شورای عالی سلامت

گیرجینوف^۱ (۲۰۰۱) بیان می‌کند دولت‌ها خواسته یا ناخواسته به دنبال گسترش ورزش قهرمانی‌اند تا همگانی. یکی از دلایل توجه دولت‌ها به ورزش قهرمانی درآمد مالی آن است (۲۰). به عقیده مجدآرا و همکاران (۱۳۹۷) تغییر رویکرد شهرداری‌ها از سازمان‌های متصدی ورزش به سازمان‌های حامی و چترگونه و ساماندهی، نظارت، برنامه‌ریزی و اجرای فعالیت‌های ورزشی در جهت توسعه و تعمیم ورزش‌های همگانی در مقیاس عملکرد جغرافیایی محلات، مناطق شهری با رعایت ساختار سنتی و جنسیتی با اولویت اقشار کم‌درآمد از جمله راهکارهای مناسب در جهت مشارکت در ورزش همگانی است. در همین پژوهش بیان شد شهرداری‌ها به واسطه برخورداری از پیوندهای مردمی و ساختارهای خرد محلی، بهترین نهادها برای اعمال برنامه‌های ورزش همگانی و سلامت‌محورند (۷).

تعیین شرح وظایف سازمان‌های دولتی و شهرداری‌ها بر مبنای توسعه ورزش تربیتی و ورزش همگانی و تغییر رویکرد شهرداری‌ها از سازمان‌های متصدی ورزش به سازمان‌های حامی و "چتر" حمایتی از ورزش همگانی و حمایت و توسعه فضاها و اماکن ورزشی مراکز آموزشی با اولویت آموزش و پرورش، از جمله برنامه‌های عملیاتی است که برنامه عملیاتی استراتژی چهارم (WT2) اتخاذ شده در این تحقیق با مطالعات اجرایی غفرانی و همکاران (۱۳۸۸) و حسینی و همکاران (۱۳۹۶) و مجدآرا و همکاران (۱۳۹۷) همسویی دارد.

استراتژی سوم (WT3) ارائه طرح ایران فعال با طراحی شهری با رویکرد شهر سالم و فعال توسط شهرداری‌ها به شورای عالی سلامت مطابق با

استانداردهای سازمان بهداشت جهانی است. ده برنامه عملیاتی متناظر برای ارائه بهتر و حمایت استراتژی تدوین شده است.

۱. طراحی شهری (مبلمان شهری) با رویکرد ورزش و سلامت؛ ۲. طراحی شهری (استانداردسازی) سخت‌افزاری، نرم‌افزاری، منابع انسانی، امکانات و.. با رویکرد ورزش و سلامت؛ ۳. طراحی شهری با روش امتیازدهی هتلینگ شهری با رویکرد شهر سالم و فعال؛ ۴. ایجاد یک مرکز ملی برای حمایت از رفت‌وآمد فعال، نمونه‌های از برنامه‌های عملیاتی هستند که با استراتژی توسعه ورزش و دولت هلند در برنامه ملی پیشگیری «همه‌چیز برای سلامتی» و با برنامه و اهداف عملیاتی استراتژی توسعه ورزش کشور سوئد (۲۰۲۰) همخوانی دارد. همچنین با برنامه عملیاتی وزارت سلامت کانادا (۲۰۱۵) که در گزارشی با عنوان «مردم فعال و مکان‌های فعال: استراتژی فعالیت بدنی بریتیش کلمبیا» و اهداف اصلی آن و با دولت ایرلند (۲۰۱۳) در سند استراتژی توسعه ورزش در ایرلند (۲۰۲۵ - ۲۰۱۳) که با شعار ایرلند را فعال کنیم - Get Ireland Active است، همخوانی دارد.

این سند یک چارچوبی است برای بهبود سلامت و تندرستی برای سال‌های ۲۰۲۵-۲۰۱۳ 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 دربرگیرنده علل و عواملی است که مردم را به استفاده از حمل‌ونقل غیر موتوری (مانند پیاده‌روی و دوچرخه‌سواری) ترغیب می‌کند (گاوین^۲ و همکاران، ۲۰۰۵).

استراتژی چهارم WT4 " طراحی و به کارگیری نظام اطلاعاتی و نظارتی پایش سلامت مرتبط با تحرک بدنی" است.

اتقیا (۱۳۸۰) ناکارآمدی واحد تحقیق و توسعه در بخش ورزش همگانی را از دلایل عدم توسعه آن در کشور می داند. همچنین برخی تحقیقات نقش دسترسی به اطلاعات و مطالعه و بررسی را در مشارکت در ورزش و توسعه آن مهم می دانند. برای مثال، ورزش اسکاتلند (۲۰۰۸) در تحقیقی نشان داد مشکل دسترسی به اطلاعات از موانع مشارکت در ورزش بود.

۱. طراحی و راه اندازی سامانه جامع آمار و اطلاعات الکترونیکی آنلاین و آفلاین توسعه نظام سلامت و ورزش و فعالیت بدنی در وزارت بهداشت (سایت، تلگرام، اینستاگرام، اپلیکشن موبایل) (۲۹).

۲. طراحی و اجرای هوشمند و آنلاین (برخط) جهت ثبت اطلاعات فردی و ویژگی های فعالیت و وضعیت سلامتی و تندرستی (حسگرهای زیستی) در باشگاه ها و پارک ها و بوستان ها و اماکن ورزشی (باشگاه های هوشمند)؛

۳. تدوین معیارهای میزان فعالیت بدنی شامل فراوانی (F) تعداد جلسات، شدت، (I) زمان (D)، نوع فعالیت، برای مثال ۵ بار در هفته، با شدت متوسط، حداقل ۳۰ دقیقه در روز، با ترکیب از تمرینات و ورزش های هوازی، استقامتی و قدرتی، مکان و هزینه ها (رایگان و کم هزینه) و نحوه مشارکت؛

۴. پایش سلامت جسمی دانش آموزان، دانشجویان (تهیه شناسنامه سلامت دانشجویان)؛ ۵. طرح پایش و رصد مستمر فعالیت بدنی دستگاه های دولتی در شورای عالی سلامت. و... از مهم ترین برنامه های عملیاتی در این بخش بودند که با «برنامه عملیاتی اونتاریو برای تغذیه سالم و زندگی فعال»، وزارت ارتقای سلامت کانادا (۲۰۰۶) و دپارتمان سلامتی و خدمات انسانی ایالات متحده (۲۰۰۸) و دپارتمان سلامتی هنگ کنگ (۲۰۱۰) «برنامه

عملیاتی ارتقای تغذیه سالم و مشارکت در فعالیت بدنی در هنگ کنگ» و با سند «استراتژی برای توسعه ورزش» ایرلند (۲۰۰۵-۱۹۹۷) و (۲۰۰۹ تا ۲۰۱۹) همخوانی دارد.

استراتژی پنجم (WT5) تعیین و تخصیص سهم ورزش از اعتبارات مالی طرح تحول نظام سلامت است. در اسناد بالادستی سلامت مانند طرح تحول سلامت جایگاهی برای تحرک و فعالیت بدنی دیده نشده است. حتی در سند پیشگیری از بیماری های غیرواگیر تنها اشاره مختصری به این عامل شده و درخور اهمیت موضوع به آن پرداخته نشده است. این غفلت در سیاست گذاری های کلان، در حوزه تأمین مالی فعالیت های بدنی جامعه چند برابر شده است. افزایش هزینه های مراقبت بهداشتی که به چالش بزرگی در تصمیم گیری های کلان سلامت محور بدل شده اند، بر یک نیاز قوی برای ترویج ورزش و فعالیت بدنی مبتنی بر علوم پزشکی و تربیت بدنی تأکید دارند. عدالت در مشارکت مالی یکی از اهداف ذاتی نظام سلامت است، زیرا فی نفسه پیامد مطلوبی محسوب می شود. همچنین عدالت در مشارکت مالی، دسترسی به مراقبت سلامتی و پیامدهای سلامتی را بهبود می بخشد. هدف عدالت در مشارکت مالی در چارچوب WHO بر ارزیابی عملکرد کلی نظام های سلامت قرار دارد (قالیباف، ۱۳۸۹). به نظر آندرف (۲۰۰۱) در کشورهای در حال توسعه رابطه عمیقی بین سطح توسعه اقتصادی و سطح توسعه ورزش وجود دارد. بر این اساس دولت های مختلف بودجه معینی را برای توسعه ورزش همگانی در کشور خود اختصاص داده اند. دولت مرکزی کانادا حدود ۴۰ تا ۵۰ میلیون دلار به توسعه ورزش همگانی اختصاص داده است و دولت روسیه نیز با پرداخت ۷۰ درصد یارانه به خانواده ها، آنها را در استفاده از اماکن ورزشی و تفریحی کمک می کند (آفرینش خاکی و دیگران، ۱۳۸۴). هفت

سلامت وزارت بهداشت و ارتقای جایگاه تربیت بدنی در مراکز دولتی و آموزشی به عنوان یک ساختار و سازمانی حرفه‌ای و قابل اعتماد در سطح کشور و نیز بهبود تصویر وزارت ورزش و وزارت بهداشت در سلامت جامعه الزامی است.

برنامه عملیاتی متناظر با استراتژی پنجم (WT5) تدوین شد.

۱. تحول و تعالی سازمان و ساختار مالی و اداری دستگاه‌های دولتی در توسعه نظام سلامت با رویکرد ورزش.
۲. تخصیص ۱۰ درصد از سهم ورزش از اعتبارات طرح تحول سلامت به معاونت تربیت بدنی و سلامت دستگاه‌ها و مراکز دولتی.

۳. افزایش بودجه مدارس و دانشگاه‌ها برای تأمین منابع لازم برای اجرای برنامه‌های فعالیت بدنی (فضای مناسب، وسایل و تجهیزات ایمن و مربیان تربیت بدنی معتبر و باکیفیت برنامه عملیاتی این پژوهش با برنامه عملیاتی (کمیسون ورزش استرالیا، ۱۹۹۸) و وزارت سلامت کانادا (۲۰۱۰) و با تأمین مالی برنامه ملی فعالیت بدنی آمریکا (۲۰۰۹) همخوانی دارد و با مطالعات صفاری و قره (۱۳۹۵)، امینی انابد (۱۳۹۰) و غفرانی (۱۳۸۸) همسوست. در تحقیق حاضر نیز این رویکردها مدنظر قرار گرفت و طی جلساتی که قبلاً ذکر شد، بعد از تجزیه و تحلیل محیط داخلی و خارجی اقدام به تدوین استراتژی‌ها و سپس برنامه عملیاتی شد.

در مطالعه حاضر تجزیه و تحلیل SWOT نشان داد که توسعه نظام سلامت با رویکرد تربیت بدنی و ورزش از لحاظ موقعیت استراتژیک در ماتریس داخلی و خارجی، در منطقه استراتژی مخاطره‌آمیز (WT) قرار دارد و با توجه به این یافته اقدام به تدوین استراتژی‌های مرتبط با این جایگاه و در نهایت ارائه برنامه‌های عملیاتی مربوطه شد که از مهم‌ترین برنامه‌های عملیاتی ارائه شده در این مطالعه اینکه اولاً حمایت از کاربردی کردن پژوهش‌ها و پایان‌نامه‌های دانشجویان کارشناسی ارشد و دکتری در حوزه توسعه نظام سلامت و ورزش و برگزاری همایش‌ها و هم‌اندیشی‌های علمی تخصصی به منظور بررسی مشکلات و مسائل طرح تحول نظام سلامت با رویکرد تربیت بدنی و ورزش توسط مراکز تحقیقات و پژوهشی، ثانیاً ایجاد شورای عالی سلامت و ورزش در دبیرخانه مرکزی شورای عالی

منابع و مأخذ

۱. اتقیا، ناهید. (۱۳۸۰) بررسی تحلیلی سابقه، اهداف و استراتژی‌های ورزش همگانی در ایران.
۲. اعرابی، محمد؛ آقازاده، هاشم؛ چگینی، هوشنگ. (۱۳۸۹). دستنامه برنامه‌ریزی استراتژیک، چ سوم، دفتر پژوهش‌های فرهنگی.
۳. آرشوانک، چارلز. (۱۳۷۰). مبانی تصمیم‌گیری استراتژیک. ترجمه عباس منوریان. مرکز آموزش مدیریت دولتی.
۴. آفرینش خاکی، اکبر؛ تندنویس، فریدون؛ احمد، سید امیر. (۱۳۸۴). «مقایسه دیدگاه‌های اعضای هیأت علمی، مربیان، ورزشکاران و مدیران در مورد چگونگی توسعه ورزش همگانی»، نشریه علوم حرکتی و ورزش، ۱ (۱): ص ۱-۲۲.
۵. برایسون، جان. ام. (۱۳۸۱). برنامه‌ریزی استراتژیک. ترجمه عباس منوریان، چ دوم، مرکز آموزش مدیریت دولتی.
۶. جوادی‌پور، محمد؛ سمیع‌نیا، مونا. (۱۳۹۲). «ورزش همگانی در ایران و تدوین چشم‌انداز، استراتژی و برنامه‌های آینده». نشریه پژوهش‌های کاربردی در مدیریت ورزشی. ش ۲۴، ص ۳۰-۲۱.
۷. حسینی، سید شاهو. (۱۳۸۸). «تدوین استراتژی استعدادیابی در ورزش قهرمانی کشور»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شمال.
۸. حمیدی، مهرزاد؛ الهی، علیرضا؛ اکبری یزدی، حسین. (۱۳۸۷). تدوین اهداف کلان، سیاست‌ها و راهبردهای ورزش دانشجویی کشور. وزارت علوم، تحقیقات و فناوری. پژوهشکده تربیت بدنی و علوم ورزشی.
۹. مجد آرا، علی؛ شجاع، رضا؛ محمدی رئوف، مصطفی (۱۳۹۷). گفتمان ورزش همگانی در نظام بین‌الملل. انتشارات فدراسیون ورزش‌های همگانی.
۱۰. قالیباف، محمدباقر. (۱۳۸۹). نگاهی راهبردی به نظام ورزش در کشور از برنامه پیشرفت و عدالت. تهران: نشر نگارستان حامد.
۱۱. خبیری، محمد؛ حمیدی، محسن. (۱۳۹۰). «تحلیل سوات فدراسیون ملی ورزش‌های دانشگاهی جمهوری اسلامی ایران و فرایند کنترل و ارزیابی آن قبل از اجرا». سومین همایش بین‌المللی علمی- ورزشی دانشگاه‌های آسیا تهران.
۱۲. خسروی‌زاده، اسفندیار. (۱۳۸۷). «شناسایی استعدادها و ورزشی دانش‌آموزان ابتدایی، گامی اساسی در جهت پیشبرد ورزش قهرمانی». مجموعه مقالات دومین کنگره علمی ورزشی مدارس با تأکید بر ورزش دوره ابتدایی. تهران: تربیت بدنی وزارت آموزش و پرورش.
13. Boyd, Patrick, Forging Future Success: A Strategic Planning Guide for Fijies National Sport Federations ,Fiji Association of Sports and National Olympic Committee, 2005. www.fijiolympiccommittee.com
14. Bronas, G; Leon, S. Lifestyle modifications for its prevention and management. American Journal of Lifestyle Medicine, 2009, 3.6: 425-439.
15. Canadian Interuniversity Sport. 2009. Mission Statement Canadian interuniversity sport. [Www.cisport.ca/e/pol_proc/documents/02_20_Programs. Pdf](http://Www.cisport.ca/e/pol_proc/documents/02_20_Programs.Pdf).
16. Department of Culture, Arts and Leisure House of Sport Northern Ireland ،The Northern Ireland Strategy for Sport & Physical Recreation 2009 – 2019
17. Departement of Health&Human Services. USA 2018, “ 2018 Physical Activity Guidelines Advisory Committee Scientific Report https://health.gov/paguidelines/second-edition/report/pdf/pag_advisory_committee_report.pdf

18. Gauvin, Lisa and et al. (2005) "From Walkability to Active Living Potential – An "Eco metric" Validation Study", American Journal of Preventive Medicine 28, No. 2.
19. Girginov Vassil, (2001). Strategic relation and sport policy making: the case of aerobic union and school sports federation, Bulgaria journal of Sport management, 15, 173, b 194.
20. 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.
21. Kingston University. Kingston University sport and physical activity strategy. 2009- 2013. <http://www.kingston.ac.uk/sport/contactus/sports-strategy/documents/sports-strategy.pdf>
22. Ministry of Health Promotion. (2006). "Ontario's Action Plan for Healthy Eating and Active Living". Printed by the Queen's Printer for Ontario.
23. Ministry Of Health. (2015). "Active People, Active Places: British Columbia Physical Activity Strategy". Province Of British Columbia, Canada.
24. Mozafari, AM; Ghare, MA. Status of sport for all in Iran and selected countries. Sport and motion Sciences, 2005; 3:151-171.
25. Pate, R. (2009). "A National Physical Activity Plan for the United States". Journal of Physical Activity and Health, 6 (Supple 2), 157–158.
26. Scottish Government. (2008). "Healthy Eating, Active Living: An action plan to improve diet, increase physical activity and tackle obesity (2008-2011)". Produced for the Scottish Government by RR Donnelley.
27. Sport Scotland. (2008). Sports Participation in Scotland, Research Digest no. 110, www.sportscotland.org.uk.
- World Health Organization (WHO) "Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century". People, 2017.
28. World Health Organization 2016. "Physical activity strategy for the WHO European Region 2016–2025 "ISBN 978 92 890 5147 7 http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0014/311360/Physical-activity-strategy-2016-2025.pdf.

Designing Health System Development Action Plan with a Physical Education and Sport Approach

Mohammad Hossein Mirza Rahkoushki¹ - Ali Zarei^{*2} - Abbas Khodayari³

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

(Received:2019/06/16;Accepted:2019/09/03)

Abstract

The aim of this study was to design health system action plan development with a physical education and sport approach to implementing the codified strategies derived from this research. The research method was descriptive and applied in terms of objectives. The statistical population was included senior managers, knowledgeable experts in physical education activities of the headquarters of the Ministry of Health and physical education managers of medical universities. The statistical sample was 94 subjects who were chosen purposefully due to the limited statistical population. The research tools were open and closed questionnaires. The validity of the questionnaire was verified by some of the professors and the reliability of the closed questionnaire was confirmed by Cronbach's alpha test and coefficient (0.93). To prioritize strengths, weaknesses, opportunities, and threats, the Friedman test and the evaluation matrix of the internal and external factors were used to determine the strategic position of health system development with a physical education and sport approach. After analyzing and formulating the evaluation matrix of the internal and external factors, finding indicated that the strategic position of development of the health system with a physical education and sport approach was in the defensive zone (WT) and the strategies necessary to keep up and upgrade Health was developed through exercise. Then, according to the strategies at the strategic meetings, to implement the proposed strategies operational plans were developed. In order for an effective strategic plan to be implemented, it must become an operationally understandable activity. However, at a later stage, these programs should be identified by selecting the appropriate model, how, time, responsibility, and resources they need and be included in annual programs.

Keywords

Operational program, health system with a physical education approach, ministry of health.

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