مجله‌ی غدد درون‌ریز و متابولیسم ایران
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی شهید بهشتی
دوره‌ی هجدهم، شماره‌ی ۶، صفحه‌های ۴۱۱ ـ ۴۰۳ (بهمن ـ اسفند ۱۳۹۵)

مقاله‌ی پژوهشی

تبیین سیاست‌های اولویت‌دار جمهوری اسلامی ایران در پیشگیری از چاقی کودکان

دکتر سیروس چوبند مولائی[۱]، دکتر شهرام علمداری[۱]، دکتر محمد کریم شهرزاد[۲]، دکتر حسین دلشاد[۳]، دکتر پریسا امیری[٤]

۱) مرکز تحقیقات پیشگیری و درمان چاقی، پژوهشکده علوم غدد درون‌ریز، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی،۲) گروه غدد بیمارستان شهدای تجریش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، ۳) مرکز تحقیقات غدد، پژوهشکده علوم غدد درون‌ریز، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، ٤) مرکز تحقیقات تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت غدد درون‌ریز و متابولیسم، پژوهشکده‌ی علوم غدد درون‌ریز و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، **نشانی مکاتبه‌ی نویسنده‌ی مسئول:** تهران، ولنجک، خیابان یمن، خیابان پروانه، پلاک ۲٤
پژوهشکده غدد دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی دکتر شهرام علمداری؛
e-mail: alamdari@endocrine.ac.ir

چکیده

مقدمه: چاقی کودکان پیش زمینه‌ی مهمی برای ابتلا به چاقی در بزرگسالی و عواقب آن است بنابراین پیشگیری و کنترل چاقی در کودکان امری ضروری و لازم است. با توجه به محدودیت در منابع، لازم است مناسب‌ترین و مقرون به صرفه‌ترین برنامه‌ها و سیاست‌های پیشگیرانه تدوین و به کار گرفته شوند. مواد و روش‌ها: پس از مرور مطالعات مرتبط، برنامه‌ها و سیاست‌های کشورهای دیگر، توصیه‌های سازمان‌های بین‌المللی و با در نظر گرفتن اسناد بالا دستی، هشت شاخص اولویت‌بندی و بیست سیاست پیشنهادی برای پیشگیری از چاقی کودکان استخراج و در قالب پرسش‌نامه به ذینفعان انتخاب شده تقدیم گردید تا به روش دلفی سیاست‌های اولویت‌دار را مشخص کنند. یافته‌ها: سه معیار اولویت‌بندی با بالاترین وزن عبارت بودند از: ۱) کارایی ۲) قابلیت اجرا ۳) نابرابری. پنج سیاست اولویت‌دار عبارت بودند از: ۱- ارتقاء آموزش همگانی، به خصوص برای انتخاب غذاهای سالم ۲ - افزودن دروس مربوط به تغذیه‌ی سالم و پیشگیری از چاقی در کلاس‌های مادران در خانه‌های بهداشت، مهدکودک‌ها و آموزش و پرورش۳- مهندسی مجدد مدیریت ورزش و فعالیت فیزیکی در مدارس و جامعه ۴- کنترل بیشتر بر تبلیغات مواد غذایی و نوشیدنی‌های ناسالم و پرکالری ۵- تشویق و تسهیل فعالیت فیزیکی بیشتر با تغییر برنامه‌ریزی و مهندسی مجدد سیاست‌های حمل و نقل عمومی و ایجاد معابر ایمن برای ترددهای شهری عابران پیاده. نتیجه‌گیری: سیاست‌های به دست آمده می‌تواند به همراه نظرات سایر ذینفعان برای انتخاب سیاست‌های اولویت‌دار کشوری و اتخاذ راهبردها و برنامه‌های عملیاتی برای مقابله با چاقی کودکان مورد استفاده قرار گیرد.

واژگان کلیدی: چاقی، کودکان، سیاست، پیشگیری، اولویت، ایران
دریافت مقاله: ۹۵/۸/۱۷ـ دریافت اصلاحیه: ۹۵/۹/۲۰ ـ پذیرش مقاله: ۹۵/۱۰/۲۰

مقدمه

روند فزاینده‌ی شیوع چاقی در جهان طی ۳۰ سال اخیر[۱-۳] و افزایش عوارض آن به شکل بیماری‌های مزمن، بار اقتصادی و اجتماعی زیادی را به جوامع بشری تحمیل کرده و به عنوان اپیدمی قرن حاضر و یکی از مهم‌ترین معضلات سیستم‌های سلامتی، خود را مطرح کرده است[٤،٥] و این اپیدمی جهانی در کشورهای در حال توسعه و به خصوص در کودکان از شدت و سرعت بالاتری برخوردار است[٤،٦] و سلامت و پیشرفت جوامع را به شدت مورد تهدید قرار داده است. چاقی کودکان مشکلی قابل پیشگیری بوده و راه حل آن افزایش فعالیت فیزیکی و تغذیه سالم است، اما تغییر رفتار فردی اشخاص کار آسانی نیست و سیاست‌های جامع و هماهنگ با مشارکت و همکاری بخش‌های مختلف برای مقابله با چاقی کودکان نیاز است.[٤] سیاست‌هایی که امکان انتخاب‌های سالم تغذیه‌ای و دسترسی آسان به امکانات ورزشی و افزایش فعالیت‌های فیزیکی را در محیط زندگی برای همگان فراهم سازد، از بیشترین تاثیرگذاری

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2024-09-21]

برای پیشگیری از چاقی کودکان برخوردارند.[۷] شواهد روبه افزایشی از موثر بودن مداخلات مختلف برای پیشگیری از چاقی کودکان در دست است،[۸-۱۰] ولی نمی‌توان تا کامل و قطعی شدن این شواهد منتظر ماند و باید اقدامات عملی به ویژه در زمینه‌ی سیاست‌گذاری برای مقابله با این معضل به عمل آورد و با توجه به محدودیت منابع مالی در سیستم‌های بهداشتی و به ویژه در کشورهای در حال توسعه، لازم است مناسب‌ترین و مقرون به صرفه‌ترین سیاست‌های این حوزه برای کشورمان همراه با اولویت هر سیاست مشخص شود و پژوهش حاضر قصد دارد با تبیین سیاست‌های اولویت‌دار جمهوری اسلامی ایران، در پیشگیری از چاقی کودکان سیاست‌گذاران را برای تعیین راهبردها و برنامه‌های عملیاتی یاری رساند.

مواد و روش‌ها

پس از ۱) مرور جامع مطالعات گذشته و شواهد تاثیر مداخلات مرتبط با پیشگیری از چاقی کودکان،[۸-۱۰] ۲) ملاحظه توصیه‌های سازمان‌های بین‌المللی نظیر سازمان بهداشت جهانی[۴] و مدل کار گروه بین‌المللی چاقی[۱۱] و روش‌های سیاست‌گذاری در کشورهای موفق دنیا به ویژه در اتحادیه اروپا[۱۱] و بررسی سیاست‌ها و راهبردهای کشورهای مختلف جهان[۱۲] و ۳) با در نظر گرفتن قوانین بین‌المللی واسناد بالادستی کشور و به ویژه سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیر واگیر و۴) با بهره‌گیری از نظرات استادان راهنما و مشاور طرح و نظرات اساتید خبره به ویژه استادان شرکت‌کننده در پنجمین کنگره پیشگیری و درمان چاقی ایران، بیست سیاست جهت پیشگیری از چاقی کودکان و هشت شاخص اولویت‌بندی سیاست‌ها استخراج شد وبا طراحی پرسش‌نامه به روش دلفی از شرکت‌کنندگان در پژوهش خواسته شد تا به هر سیاست پیشنهادی امتیاز یک تا ده را بر اساس میزان اهمیت اختصاص دهند و همچنین وزن هر شاخص را مشخص کنند.

شرکت‌کنندگان در پژوهش ۲۰ نفر و شامل استادان، محققین، کارشناسان، مدیران و ذینفعان حوزه‌های مرتبط با چاقی کودکان بودند که بر اساس مطالعات پیشین به ویژه مطالعه اتحادیه اروپا[۱۱] و نظرات استادان راهنما و مشاور و مشورت با استادان خبره دیگر (نمونه‌گیری هدفمند) و همچنین نظرات شرکت‌کنندگان در مطالعه (نمونه‌گیری به روش گلوله برفی) و براساس شاخص‌های ورود در مطالعه دلفی شاخص‌ترین و مناسب‌ترین افراد انتخاب شدند. از مهم‌ترین معیارهای ورود به مطالعه‌ی دلفی به این موارد می‌توان اشاره کرد: ۱-داشتن اطلاعات و تجربیات مناسب در موضوع ۲-توانائی و علاقه برای مشارکت در مطالعه ۳-داشتن زمان کافی ٤-داشتن مهارت‌های ارتباطی مناسب

نظرات هر شرکت‌کننده‌ی حقوقی پس از بحث درون گروهی بین عوامل زیر مجموعه که غالبا چند ده نفر بودند، در پرسش‌نامه ثبت شد. روایی و پایایی پرسش‌نامه توسط گروه ۲۰ نفره شرکت‌کنندگان مورد ارزیابی قرار گرفت و اصلاح و بازنگری نهایی توسط دفتر بهبود تغذیه وزارت بهداشت و گروه آموزشی سیاست‌گذاری انستیتو تغذیه دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی انجام شد و متن نهایی دوباره مورد تایید همه نخبگان قرار گرفت. برای بررسی کمی روایی محتوا[۱۳] از دو شاخص: ۱) نسبت روایی محتوا (CVR^{i}) که ضرورت وجود یک گویه و۲) شاخص روایی محتوا (CVI^{ii}) که سادگی S، وضوح C و مرتبط بودن R گویه‌ها با هدف تحقیق را از دید متخصصان نشان می‌دهد، استفاده شد. و برای بررسی پایایی پرسش‌نامه و همچنین محاسبه اجماع از فرمول آلفای کرونباخ استفاده شد.[۱۴،۱۵] و معیار اجماع آلفای کرونباخ بالای ۰/۹ در نظر گرفته شد.[۱۶،۱۷] فرمول آلفای کرونباخ:

$$\alpha = \frac{K}{K-1}\left(1 - \frac{\sum_{i=1}^{K}\sigma_{Y_i}^2}{\sigma_X^2}\right)$$

برای رسیدن به اجماع، سه دور پرسش‌نامه‌ی دلفی بین شرکت‌کنندگان توزیع شد و پس از هر مرحله، نتایج تحلیل و جهت ارزیابی مجدد به شرکت‌کنندگان ارائه شد و سرانجام سیاست‌های اولویت‌دار به تایید همه شرکت‌کنندگان رسید. مطالعه‌ی حاضر با کد کمیته اخلاق IR.SBMU.RIES.REC.1395.219 مورد تایید کمیته اخلاق پژوهشکده علوم غدد درون‌ریز و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی قرار گرفته است

یافته‌ها

عناوین سیاست‌های پیشنهادی به شرکت‌کنندگان در پژوهش در جدول ۱ آمده است و پنج سیاست دارای بالاترین

i - content validity ratio
ii - content validity index

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2024-09-21]

اولویت، عبارت بودند از :۱- ارتقاء آموزش همگانی و فرهنگ‌سازی انتخاب غذاهای سالم (میانگین و انحراف معیار با آلفای کرونباخ ۰/۹۳ به ترتیب مساوی ۹/۸ و ۰/٤۲)، ۲- افزودن دروس مربوطه به تغذیه سالم و پیشگیری از چاقی در محتوای آموزشی کلاس‌های توجیهی مادران در خانه‌های بهداشت، مهدکودک‌ها و آموزش و پرورش (میانگین و انحراف معیار با آلفای کرونباخ ۰/۹۳ به ترتیب مساوی ۹/۲ و ۰/۷۸)، ۳- مهندسی مجدد مدیریت ورزش و فعالیت فیزیکی در مدارس و جامعه (میانگین و انحراف معیار با آلفای کرونباخ ۰/۹۳ به ترتیب مساوی ۸/۹ و۰/۸۷)، ٤- کنترل بیشتر بر تبلیغات مواد غذایی و نوشیدنی‌های ناسالم و پر کالری در کشور (میانگین و انحراف معیار با آلفای کرونباخ ۰/۹۳ به ترتیب مساوی ۸/۹ و۰/۹۹) و ٥- تشویق و تسهیل فعالیت فیزیکی بیشتر با تغییر برنامه‌ریزی و مهندسی مجدد سیاست‌های حمل و نقل عمومی و ایجاد معابر ایمن برای ترددهای شهری عابران پیاده (میانگین و انحراف معیار با آلفای کرونباخ ۰/۹۳ به ترتیب مساوی ۸/۱ و۰/۳۱)

فهرست و وزن شاخص‌های اولویت‌بندی سیاست‌ها در جدول ۲ آمده است و سه شاخص حایز بالاترین وزن، عبارت بودند از: ۱) میزان تاثیر سیاست پیشنهادی بر پیشگیری از چاقی (تاثیرگذاری)، ۲) قابل اجرا بودن سیاست پیشنهادی در خانواده‌های کم درآمد جامعه (نابرابری) و ۳) قابل اجرا بودن سیاست پیشنهادی در جامعه (قابلیت اجرا).

رشته‌های تخصصی نخبگان و ذینفعان شرکت‌کننده در پژوهش در جدول ۳ آمده است.

جدول ۱- عناوین سیاست‌های پیشنهادی به شرکت‌کنندگان در پژوهش

۱- ایجاد کمیته‌ای زیر نظر شورای عالی سلامت و امنیت غذایی برای پیشگیری از چاقی
۲- ارتقای آموزش همگانی و فرهنگ سازی انتخاب غذاهای سالم
۳- تشویق و تسهیل فعالیت فیزیکی بیشتر با تغییر برنامه‌ریزی و مهندسی مجدد سیاست‌های حمل و نقل عمومی و ایجاد معابر ایمن برای ترددهای شهری عابران پیاده
٤- مهندسی مجدد مدیریت ورزش و فعالیت فیزیکی در مدارس و جامعه
٥-تخصیص یارانه برای غذاهای سالم
٦- اطلاع‌رسانی کامل محتوای کالری، چربی، قند و نمک مواد غذایی با برچسب‌گذاری استاندارد مبتنی بر سهولت فهم و علم مخاطبین
۷- کنترل بیشتر بر تبلیغات مواد غذایی و نوشیدنی‌های ناسالم و پر کالری در کشور
۸- افزایش مالیات بر غذاهای ناسالم و پرکالری
۹- افزایش دسترسی به تجهیزات ورزش همگانی و کنترل و پایش میزان فعالیت فیزیکی جامعه
۱۰- کنترل دقیق‌تر برچسب‌های سلامت مواد غذایی
۱۱- کنترل دقیق‌تر بر محتوای غذاهای فرآوری شده و بازنگری استانداردهای ملی تولید مواد غذایی
۱۲- افزودن دروس مربوطه به تغذیه سالم و پیشگیری از چاقی در محتوای آموزشی کلاس‌های توجیهی مادران در خانه‌های بهداشت، مهد کودک‌ها، آموزش و پرورش
۱۳- ارائه مشوق‌ها برای تولید مواد غذایی فرآوری شده با محتوای سالم
١٤- کاهش دسترسی و اعمال کنترل بیشتر بر فروش مواد غذایی با میزان چربی و کربوهیدرات‌های تصفیه شده بالا و صیانت و ترویج غذاهای بومی سالم مطابق با فرهنگ و عادات غذایی مناطق مختلف کشور
۱۵- توسعه‌ی تحقیقات پیشگیری از چاقی با حمایت سازمان‌های کلیدی مانند وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، آموزش و پرورش، وزارت ورزش و جوانان، وزارت صنعت، معدن و تجارت، صدا و سیما، سازمان بهزیستی، سازمان نظام پزشکی، سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور و دیگر سازمان‌های دخیل
١٦- بازنگری سیاست‌های کشاورزی و سطح عرضه‌ی مواد غذایی و تدوین الگوی کشت مبتنی بر تامین مقادیر استاندارد مواد مغذی با در نظر گرفتن ظرفیت‌های زیست محیطی و اکولوژیک کشور و پایداری تولید
۱۷- تولید جایگزین‌های سالم برای چربی‌ها و قندها در صنایع غذایی
۱۸- ارتقای آموزش متخصصین تغذیه و حرف پزشکی مرتبط در خصوص پیشگیری از چاقی و تنظیم دستورالعمل‌های جامع نحوه مشاوره با افراد مبتلا به اضافه وزن و چاقی
۱۹- ارتقای کیفیت فهرست غذایی مراکز توزیع غذای دولتی و خصوصی و ارایه‌ی مشوق‌های لازم به مراکز تغذیه سالم و ایمن
۲۰- کنترل بیشتر بر تولید و توزیع داروهای موثر بر چاقی

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2024-09-21]

جدول ۲- فهرست و وزن شاخص‌های اولویت‌بندی سیاست‌ها

میزان تاثیر سیاست پیشنهادی بر پیشگیری از چاقی	۷
قابل اجرا بودن سیاست پیشنهادی در خانواده‌های کم درآمد جامعه	٤
قابل اجرا بودن سیاست پیشنهادی در جامعه	٤
میزان پایداری سیاست پیشنهادی در جامعه	۳
میزان پوشش بالای کودکان جامعه در اجرای سیاست پیشنهادی	۲
هزینه اجرای سیاست پیشنهادی در کشور	۲
میزان اثرات جانبی مفید سیاست پیشنهادی در جامعه	۲
میزان پذیرش سیاست پیشنهادی در دولت و جامعه	۲

جدول ۳- رشته‌های تخصصی و تعداد نخبگان و ذی نفع‌های شرکت‌کننده در پژوهش

۱	مدیران و کارشناسان حوزه سلامت و تربیت بدنی وزارت آموزش و پرورش و انجمن‌های اولیاء و مربیان (یک نماینده)
۲	مدیران وزارت ورزش و جوانان و متخصصین مدیریت ورزشی (یک نماینده)
۳	متخصصین طب ورزشی (یک نماینده)
٤	مدیران و کارشناسان حوزه رسانه و ارتباطات (یک نماینده)
٥	مدیران و کارشناسان مرتبط از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با تاکید بر دفتر بهبود تغذیه، بیماری‌های غیرواگیر و دارو و غذا (سه نماینده)
٦	مرکز تحقیقات تغذیه و غدد و سیاست‌گذاری تغذیه انستیتو تغذیه دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی (دو نماینده)
۷	فوق تخصص‌های غدد بزرگسالان و کودکان و فوق تخصص های گوارش بزرگسالان و کودکان، و متخصصین کودکان (چهار نماینده)
۸	متخصصین مدیریت خدمات بهداشتی درمانی (یک نماینده)
۹	متخصصین اقتصاد سلامت و برنامه‌ریزی اقتصادی (یک نماینده)
۱۰	متخصصین اقتصاد کشاورزی و برنامه‌ریزی اقتصاد کشاورزی از وزارت جهاد کشاورزی (یک نماینده)
۱۱	متخصصین روانشناسی اجتماعی و جامعه شناسی (یک نماینده)
۱۲	سازمان‌های مردم نهاد و شهرداری‌ها (یک نماینده)
۱۳	سازمان بهزیستی (یک نماینده)
۱٤	سازمان محیط زیست (یک نماینده)

اعتبار پرسش‌نامه: میزان CVR پرسش‌نامه در جمع کل شرکت‌کنندگان عدد ۰/۸ استخراج شد که دال بر ضرورت به کارگیری همه سیاست‌های استخراج شده در پرسش‌نامه بود، زیرا برای تعداد ۲۰ نفر در جدول لاوشه (جدولی که از روی آن اعتبار محتوایی را مشخص می‌کنند) عدد ۰/٤۲ به بالا معتبر است. میزان CVI- R برای همه سیاست‌ها عدد ۰/۹ به دست آمد که دال بر ارتباط سیاست‌ها با هدف کلی پرسش‌نامه بود. میزان CVI-C برای ١٤ مورد از سیاست‌ها، بالای ۰/۹ بود که دال بر وضوح سیاست‌ها بود، ولی برای شش مورد دیگر عدد ۰/۷ تا ۰/۸ به دست آمد که با نظر نخبگان اصلاح شد و به ۰/۹ رسید. میزان CVI-S برای ١٦ مورد از سیاست‌ها عدد ۰/۹ بود و برای چهار مورد دیگر عدد ۰/۷ تا ۰/۸ به دست آمد که با نظر نخبگان اصلاح شد و به ۰/۹ رسید. شاخص اجماع که آلفای کرونباخ است، در دور اول دلفی۰/٤۳ ، در دور دوم ۰/٧٦ و در دور سوم به ۰/۹۳ رسید. میانگین و انحراف معیار نظرات نخبگان در مورد هر یک از سیاست‌ها به ترتیب اولویت از دور اول تا سوم دلفی در جدول ٤ نشان داده شده است.

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2024-09-21]

جدول ۴- میانگین و انحراف معیار انتخاب هر سیاست به ترتیب اولویت

ردیف	عنوان سیاست پیشنهادی	اولویت دور اول دلفی	اولویت دور دوم دلفی	اولویت دور سوم دلفی
۱	ارتقای آموزش همگانی و فرهنگ‌سازی انتخاب غذاهای سالم	۹/۰۰ (۱/۳۳)*	۹/۳۷ (۱/۸۹)	۹/۸۲ (۰/۴۲)
۲	افزودن دروس مربوطه به تغذیه‌ی سالم و پیشگیری از چاقی در محتوای آموزشی کلاس‌های توجیهی مادران در خانه‌های بهداشت، مهدکودک‌ها و آموزش و پرورش	۵/۸۱(۲/۸۹)	۸/۴۷ (۱/۵)	۹/۲۰ (۰/۷۸)
۳	مهندسی مجدد مدیریت ورزش و فعالیت فیزیکی در مدارس و جامعه	۵/۸۵(۱/۳۴)	۸/۱۷(۱/۷۷)	۸/۹۰(۰/۸۷)
٤	کنترل بیشتر بر تبلیغات مواد غذائی و نوشیدنی‌های ناسالم و پر کالری در کشور	۵/۸۵(۲/۳۶)	۷/۹۵(۱/۷۱)	۸/۹۱(۰/۹۹)
۵	تشویق و تسهیل فعالیت فیزیکی بیشتر با برنامه ریزی و مهندسی مجدد سیاست‌های حمل و نقل عمومی و ایجاد معابر ایمن برای ترددهای شهری عابران پیاده	٦/٤۲(۲/۲۳)	۸/۰٤(۱/۷۹)	۸/۱۳(۰/۳۱)
٦	افزایش دسترسی به تجهیزات ورزش همگانی و کنترل و پایش میزان فعالیت فیزیکی جامعه	٤/۷۲(۲/۲۵)	۷/۷۸(۳/٤۵)	۸/۱٤(۰/۷۳)
۷	ایجاد کمیته‌ای زیر نظر شورای عالی سلامت و امنیت غذایی برای پیشگیری از چاقی	۷/٤۲(۲/٦٦)	۷/٤۷(۲/۵۹)	۷/۹۲(۱/۱۹)
۸	کنترل دقیق‌تر بر محتوای غذاهای فرآوری شده و بازنگری استانداردهای ملی تولید مواد غذایی	٦/۰۵(۲/٤۱)	۷/۵۲(۲/۲۷)	۷/۸۳(۱/۲۲)
۹	توسعه‌ی تحقیقات پیشگیری از چاقی با حمایت سازمان‌های کلیدی، مانند وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، آموزش و پرورش، وزارت ورزش و جوانان، وزارت صنعت، معدن و تجارت، صدا و سیما، سازمان بهزیستی، سازمان نظام پزشکی، سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور و دیگر سازمان‌های دخیل	٤/۹۲ (۲/۱۹)	۷/۰۸(۲/۱۵)	۷/۷۳(۱/۱۵)
۱۰	ارایه‌ی مشوق‌ها برای تولید مواد غذایی فرآوری شده با محتوای سالم	۵/٤۲(۲/۰۸)	۷/۸۲(۱/٦٦)	۷/٦۳(۱/۵۷)
۱۱	ارتقای کیفیت فهرست غذایی مراکز توزیع غذای دولتی و خصوصی و ارائه مشوق‌های لازم به مراکز تغذیه سالم و ایمن	۵/۲۵(۲/٤۰)	۷/۳۰(۲/۰۵)	۷/۵۲(۰/۹۷)
۱۲	تخصیص یارانه برای غذاهای سالم	٦/۷۱(۲/۷۱)	۷/۳٤(۲/۲٦)	۷/٤۱(۱/٤)
۱۳	اطلاع‌رسانی کامل محتوای کالری، چربی، قند و نمک مواد غذایی با برچسب‌گذاری استاندارد مبتنی بر سهولت فهم و علم مخاطبین	۵/۱۲(۲/۱۷)	۷/۵۲(۲/۱۵)	۷/٤۲(۱/٤۲)
۱٤	ارتقای آموزش متخصصین تغذیه و حرف پزشکی مرتبط در خصوص پیشگیری از چاقی و تنظیم دستورالعمل‌های جامع نحوه مشاوره با افراد مبتلا به اضافه وزن و چاقی	۵/۹۵(۲/٦۸)	۷/۲۱(۲/۲۷)	۷/۳۲(۰/۹٤)
۱۵	افزایش مالیات بر غذاهای ناسالم و پر کالری	٦/٤۱(۳/۱۳)	۷/٦۵(۱/٦۱)	۷/۳۱(۱/۹)
۱٦	کنترل دقیق تر بر برچسب‌های سلامت مواد غذایی	٤/۸۵(۳/۲۸)	۷/۰۸(۲/۲۳)	۷/۱۲(۱/۱)
۱۷	کاهش دسترسی و اعمال کنترل بیشتر بر فروش مواد غذایی با میزان چربی و کربوهیدرات‌های تصفیه شده بالا و صیانت و ترویج غذاهای بومی سالم مطابق با فرهنگ و عادات غذایی مناطق مختلف کشور	٦/۲۱(۲/٤۸)	٦/۷۸(۲/۰٦)	۷/۱۲(۱/۱)
۱۸	تولید جایگزین‌های سالم برای چربی و قندها در صنایع غذایی	۵/۲۱(۲/٤۱)	٦/٦۰(۱/۹٤)	۷/۰۰(۱/۱۵)
۱۹	بازنگری سیاست‌های کشاورزی و سطح عرضه مواد غذایی و تدوین الگوی کشت مبتنی بر تامین مقادیر استاندارد مواد مغذی با در نظر گرفتن ظرفیت‌های زیست محیطی و اکولوژیک کشور و پایداری تولید	٦/۲۱(۲/٤۸)	٦/۸٦(۲/۲٤)	٦/۷۱(۰/۹٤)
۲۰	کنترل بیشتر بر تولید و توزیع داروهای موثر بر چاقی	٤/۵۵(۳/۵۹)	۵/۰٤(۳/۱٤)	٦/٤۲(۱/۷۷)

* میانگین (انحراف معیار)

بحث

به طور کلی، شرایط اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جوامع، نظیر فقر و تحصیلات، تاثیرات بالقوه بیشتری را روی سلامت جوامع می‌گذارند، بنابراین، مداخلات تاثیرگذار این حوزه، نیازمند تغییرات اساسی وسیع و طولانی‌مدت با مشارکت بخش‌های مختلف نظیر بخش‌های آموزش، حمل و نقل و کشاورزی و ذینفعان مختلف علاوه بر نظام‌های بهداشتی کشورها است. و پس از آن تغییر در شرایط محیط زندگی افراد به گونه‌ای که امکان انتخاب‌های تغذیه‌ای سالم و

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2024-09-21]

امکان دسترسی آسان‌تر به شرایط افزایش فعالیت جسمانی را برای آحاد مردم فراهم کند از بالاترین امکان موفقیت برخوردار است و سرانجام مداخلات بالینی برای درمان و کنترل چاقی، افراد کمتری را به نسبت دو مورد بالا تحت پوشش قرار می‌دهد و از سودمندی کمتری برخوردار است.[۷] پنج سیاست با بالاترین اولویت در مطالعه حاضر، عبارت بودند از: ۱) **ارتقاء آموزش همگانی و فرهنگ‌سازی انتخاب غذاهای سالم**: آموزش همگانی بهداشت یکی از ارکان اصلی روش‌های ترویج و تشویق سلامتی بود و بر مبنای این آموزش‌ها ظرفیت اطلاعاتی فرد به گونه‌ای افزایش می‌یابد تا قادر باشد در مورد اقدامات و رفتارهای مرتبط با سلامتی تصمیمات درستی را اتخاذ کند[۱۸] و هم‌چنین منطبق بر مدل سلامتی "انتخاب توسط مصرف‌کنندگان" نیز می‌باشد[۱۱] که بر مبنای آن، تغییر آزادانه و دلخواه در روش زندگی مصرف‌کنندگان برای رسیدن به اهداف بهداشتی و سلامتی بسیار مهم است و از آنجا که یکی از اجزای مهم اپیدمی چاقی، یعنی میزبان، را مورد توجه قرار می‌دهد[۱۹] و هم‌چنین به دلیل این که یکی از مهم‌ترین عوامل بازدارنده سلامتی در افراد چاق، نداشتن آگاهی و بینش صحیح از این عامل خطر و عواقب بعدی آن است[۲۰] و شاید به دلیل امید کمتر سیاست‌گذاران و ذینفعان و حتی مدیران از این که حکومت‌ها بتوانند اقدامات لازم و کافی برای تغییر محیط زندگی‌شان را انجام دهند، باعث انتخاب این گزینه به عنوان اولین اولویت شده باشد. اما، آموزش به تنهایی، برای مقابله با این معضل کافی نخواهد بود و تغییرات در محیط اجتماعی، اقتصادی و سیاست‌های مناسب، یعنی مجموعه‌ای که تحت عنوان روش‌های ترویج و تشویق سلامتی از آن یاد می‌شود، نیز باید مورد توجه قرار گیرند.[۹،۱۰،۲۱] به علاوه، لازم است به این مطلب نیز توجه شود که اگر روش‌های ترویج و تشویق به وسیله‌ی آموزش، در دسترس اقشار کم درآمد جامعه نباشد، خود می‌تواند به عاملی برای افزایش نابرابری و شکاف طبقاتی تبدیل شود و هم‌چنین اگر این آموزش‌ها برای اصلاح سبک زندگی، منجر به موفقیت در فرد نشوند، ممکن است باعث احساس ناتوانی و سرخوردگی در او بشوند.[۱۱]

۲) **افزودن دروس مربوط به تغذیه‌ی سالم و پیشگیری از چاقی در محتوای آموزشی کلاس‌های توجیهی مادران در خانه‌های بهداشت، مهدکودک‌ها، آموزش و پرورش**: همانند اولویت اول نشان‌دهنده اهمیت آموزش افراد در اصلاح رفتارهای مرتبط با سلامتی و در راستای مدل دوره زندگی است[۴] و مداخلات پیشگیری از چاقی کودکان که در مدارس انجام شده‌اند، از موفق‌ترین مداخلات این حوزه هستند.[۸-۱۰] این مداخلات آموزشی اگر بخواهند اثر بخشی طولانی داشته باشند باید در مقاطع مختلف تحصیلی و پیوسته و هماهنگ با آموزش شاغلین بهداشت و با مشارکت خانواده‌ها انجام شوند و مباحث تغذیه و فعالیت فیزیکی مناسب را شامل شوند.[۱۰،۲۲]

۳) **مهندسی مجدد مدیریت ورزش و فعالیت فیزیکی در مدارس و جامعه**: افزایش فعالیت فیزیکی از کلیدهای اصلی پیشگیری از چاقی کودکان است و شواهدی از موثر بودن اقدامات منجر به افزایش فعالیت‌های فیزیکی در کنار سایر اقدامات، به ویژه برای مداخلات در سطح مدارس وجود دارد.[۱۰،۲۳] توصیه‌ی سازمان بهداشت جهانی برای بچه‌های ۵ تا ۱۷ سال، انجام روزانه‌ی ۶۰ دقیقه فعالیت فیزیکی متوسط تا شدید است[۲۴] و فعالیت فیزیکی طیف وسیعی از اقدامات را از جمله بازی‌ها، نمایش و اقدامات هنری، ورزش، سفرها، جابجایی و تفریحات را در محیط خانواده، مدرسه، کار و جامعه می‌تواند شامل شود و حکومت‌ها باید ضمن تشویق به افزایش فعالیت فیزیکی، محیط را ایمن و مناسب برای این اقدامات سازند.[۲۵]

۴) **نظارت بیشتر بر تبلیغات مواد غذایی و نوشیدنی‌های ناسالم و پر کالری در کشور**: صنایع غذایی، هر سال بودجه زیادی را صرف تبلیغات غذاهای با ارزش غذایی پایین و مضر می‌کنند و با گسترش رسانه‌هایی نظیر رادیو، تلویزیون، رایانه، صفحات بازی و تلفن‌های همراه که ساعت‌های زیادی از اوقات فراغت بچه‌ها را به خود اختصاص می‌دهند، تاثیر این تبلیغات بر تغذیه‌ی بچه‌ها وآنچه والدین را به خریدن آن تشویق می‌کنند و به دنبال آن چاقی کودکان افزایش یافته است و بچه‌های سنین پایین‌تر، به ویژه زیر شش سال که قدرت تشخیص کمتری دارند، بیشتر در معرض این آسیب قرار دارند. بنابراین محدودیت تبلیغات غذاهای غیر مفید، با اصلاح شرایط محیطی، افراد را قادر می‌سازد به راحتی غذاهای سالم را انتخاب کنند و صنایع غذایی را به تولید غذاهای سالم تر تشویق کنند.[۲۶،۲۷]

۵) **تشویق و تسهیل افزایش فعالیت فیزیکی با تغییر برنامه‌ریزی و مهندسی مجدد سیاست‌های حمل و نقل عمومی و ایجاد معابر ایمن برای ترددهای شهری عابران**

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2024-09-21]

پیاده: این سیاست نیز در سطح محیط اثر می‌کند و هدف ان تشویق بچه‌ها به داشتن تردد و حمل و نقل سالم و فعال همانند رفت و آمد به مدرسه به وسیله‌ی دوچرخه و سرگرمی‌های مناسب و پرتحرک نظیر بازی در پارک یا خیابان است و در صورتی که زیر ساخت‌های لازم نظیر پیاده‌روها یا محوطه‌های مناسب وجود نداشته باشد نیازمند سرمایه‌گذاری اقتصادی قابل توجهی خواهیم بود.[۱۱]

شاخص اجماع (آلفای کرونباخ) از ۰/۴۳ در دور اول به ۰/۷۶ در دور دوم و در نهایت به ۰/۹۳ در دور سوم (یعنی معیار اجماع) رسید که این روند افزایش هم گرایی می‌تواند ناشی از تشویق نخبگان برای مطالعه، پژوهش و همفکری با کارشناسان و یا ذینفعان دیگر (از نقاط قوت روش دلفی) و یا تنها متاثر از نظر مجموع شرکت‌کنندگان باشد.

در مقایسه با مطالعه‌ی مشابهی که در اتحادیه اروپا در سال ۲۰۰۵ برای به دست آوردن پنج اولویت سیاست‌گذاری پیشگیری از چاقی انجام شد[۱۱] و در جدول ۵ آمده است، سه اولویت از پنج اولویت کشورمان با ۱۴ کشور اروپائی مشابه و دو اولویت متفاوت بود.

جدول ۵- مقایسه سیاست‌های اولویت‌دار پیشگیری از چاقی کودکان در ایران و۱۴ کشور اروپائی

ایران	۱۴ کشور اروپائی
ارتقای آموزش همگانی و فرهنگ‌سازی انتخاب غذاهای سالم	آموزش بهداشت و غذا در برنامه درسی مدارس
افزودن دروس مربوط به تغذیه‌ی سالم و پیشگیری از چاقی در محتوای آموزشی کلاس‌های توجیهی مادران در خانه‌های بهداشت، مهدکودک‌ها و آموزش و پرورش	کنترل فروش مواد غذایی در مکان‌ها و موسسات عمومی مانند بیمارستان‌ها و مدارس، کنترل عرضه و فروش تنقلات چرب، شیرینی‌ها و نوشیدنی‌های پرشکر
مهندسی مجدد مدیریت ورزش و فعالیت فیزیکی در مدارس و جامعه	کنترل تبلیغات غذاها و نوشیدنی‌ها
کنترل بیشتر بر تبلیغات مواد غذایی و نوشیدنی‌های ناسالم و پرکالری در کشور	تعیین یارانه‌هایی برای غذاهای سالم به جهت بهبود الگوی مصرف غذایی افراد جامعه
تشویق و تسهیل فعالیت فیزیکی بیشتر با برنامه‌ریزی و مهندسی مجدد سیاست‌های حمل و نقل عمومی و ایجاد معابر ایمن برای ترددهای شهری عابران پیاده	تغییر برنامه‌ریزی و سیاست‌های حمل و نقل، تشویق فعالیت بدنی بیشتر

هم‌چنین دو اولویت اول در پژوهش حاضر، اولویت‌های آموزشی و فرهنگ‌سازی بود که این موارد روی اصلاح رفتارهای فردی متمرکز بود و اگرچه به اصلاح مشکل به نحو اصولی‌تری می‌پردازند ولی زمان طولانی‌تری برای اثرگذاری نیاز دارند، در حالی که در بین کشورهای اروپایی توجه بیشتری به سیاست‌های تغییر در شرایط محیط زندگی و سیاست‌های زود بازده‌تر شده است، نظیر کنترل قیمت خوراکی‌ها، نظارت بر تبلیغات غذاها، برچسب‌گذاری اطلاعات غذایی و یارانه برای غذاهای سالم، که می‌توانند تحت نظارت نهادهای حاکمیتی باشند و این تفاوت در اولویت‌ها ممکن است به دلایل زیر باشد:

الف) تفاوت بین شرایط کشورمان، که جزء کشورهای در حال توسعه می‌باشد، و کشورهای اروپایی که اکثرا کشورهایی توسعه یافته با درآمد سرانه بالا هستند و تفاوت در سطح سواد، میزان پوشش خدمات بهداشتی و آموزش تغذیه‌ی سالم و میزان فراهم‌آوری امکانات ورزشی و به کارگیری شدن این آموزش‌ها در برنامه درسی مدارس، ممکن است منجر به وجود تفاوت در نتایج پژوهش حاضر با کشورهای اروپائی شده باشد

ب) تفاوت در ذینفعان شرکت‌کننده در پژوهش به گونه‌ای که ذی‌نفع‌هایی نظیر دانش‌آموزان، مصرف‌کنندگان و تولیدکنندگان مواد غذایی وارد پژوهش حاضر نشدند و علل عدم حضور این دسته از ذینفعان عبارت بودند از: ۱) نبود سازمان‌های مشخص که نظرات مسئولین آن نماینده و معرف جمعیت بزرگ و متنوع ذینفعان فوق باشد و نیاز به حضور تعداد قابل توجهی از جمعیت فوق در پژوهش، ۲) مشکلات طراحی مطالعاتی که هم‌زمان گروه‌های متنوع و غیر همگن، نظیر ذینفعان فوق را در خود جای دهد و امکان کمتر برای دیده شدن نظرات گروه‌هایی نظیر دانش‌آموزان در سایه حضور نخبگان و مسئولین، ۳) محدودیت‌های مالی و زمانی و پرسنلی برای انجام مطالعه روی جمعیت‌های بزرگ‌تر با پراکندگی جغرافیایی بالاتر و ٤) تفاوت در طراحی

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2024-09-21]

مطالعه و نوع پرسش‌نامه برای گروه‌های فوق و اطمینان پایین‌تر از صحت پاسخ‌های حاصل و احتمال کمتری که بتوانند مراحل پژوهشی به روش دلفی را به درستی تکمیل کند.

نقاط قوت مطالعه‌ی حاضر عبارت بودند از: الف) اولین پژوهش برای تدوین سیاست‌های اولویت‌دار جمهوری اسلامی در پیشگیری از چاقی کودکان که به شکل علمی و ساختاریافته و با حضور استـــادان، پژوهش‌گـــران، کارشناسان، سیاست‌گذاران، ذینفعان و مسئولین بخش‌های مختلف مرتبط با چاقی کودکان و با همکاری دفتر بهبود تغذیه وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در کشور انجام شده. ب) امکان به کارگیری سیاست‌های استخراج شده برای طراحی مداخلاتی جهت کاهش سرعت پیشروی روند چاقی در کودکان و پ) کلیه مواردی‌که به عنوان نقاط قوت روش دلفی ذکر می‌شود. محدودیت‌های مطالعه‌ی ما عبارت بودند از: الف) عدم شرکت کلیه‌ی ذینفعان، به خصوص مواردی هم‌چون دانش‌آموزان و مصرف‌کنندگان مواد غذایی که به دلیل ملاحظات ذکر شده میسر نشده، ب) تبدیل و معادل‌سازی شاخص‌ها و سیاست‌های مورد استفاده در زمینه‌ی پیشگیری از چاقی دوران کودکی در سایر کشورهای جهان به سیاست‌ها و راهبردهای کاربردی در ایران، ممکن است به دلیل زمینه‌های فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی متفاوت جامعه ایرانی با جوامع غربی به طور کامل و دقیق ممکن نشده باشد. و پ) کلیه‌ی مواردی که به عنوان نقاط ضعف روش دلفی ذکر می‌شود.

به طور خلاصه، روند نگران‌کننده‌ی افزایش شیوع چاقی کودکان نیازمند اقدامات فوری است و برای طراحی این اقدامات باید ابتدا سیاست‌های اولویت‌دار جمهوری اسلامی برای پیشگیری از چاقی کودکان مشخص شود و بر مبنای آن برنامه‌ها و در نهایت سازوکارهای عملیاتی با اهداف عینی، شفاف، قابل دسترسی و اندازه‌گیری، طراحی و اجرا شود و مطالعه‌ی حاضر تلاشی در جهت تبیین این سیاست‌ها و البته عمدتاً از نگاه صاحب‌نظران، مدیران و سیاست‌گذاران است.

سپاسگزاری: مطالعه‌ی حاضر در قالب پایان‌نامه‌ی دکترای فوق تخصصی غدد در پژوهشکده غدد دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی با شماره ۳۵۳ م انجام شده است و نویسندگان مراتب تقدیر و تشکر خود را از کلیه‌ی استادان، محققین، مدیران و ذی‌نفع‌های شرکت‌کننده در پژوهش اعلام می‌کنند.

References

1. Alwan A, editor. Global status report on noncom municable diseases 2010. Geneva: World Health Organ ization; 2011. Available from http://www.who.int/nmh/p ublications/ncd_report2010/en/
2. Stevens GA, Singh GM, Lu Y, Danaei G, Lin JK, Finucane MM, et al. Global Burden of Metabolic Risk Factors of Chronic Diseases Collaborating Group (Body Mass Index). National, regional, and global trends in adult overweight and obesity prevalences. Popul Health Metr 2012; 10: 22.
3. Ng M, Fleming T, Robinson M, Thomson B, Graetz N, Margono C, et al. Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. Lancet 2014; 384: 766-81.
4. World Health Organization, editor. Report of the first meeting of the ad hoc working group on science and evidence for ending childhood obesity: 18-20 June 2014, Geneva, Switzerland: WHO; 2014. Available from http://www.who.int/end-childhood-obesity/echo-final-report-august-2014.pdf
5. Dobbs R; McKinsey Global Institute, editor. Overcoming obesity: An initial economic analysis McKinsey Global Institute; 2014. Available from https://www.n oo.org.uk/news.php?nid=2733
6. Rahmanian M, Kelishadi R, Qorbani M, Motlagh ME, Shafiee G, Aminaee T, et al. Dual burden of body weight among Iranian children and adolescents in 2003 and 2010: the CASPIAN-III study. Arch Med Sci 2014; 10: 96-103.
7. Frieden TR, Dietz W, Collins J. Reducing childhood obesity through policy change: acting now to prevent obesity. Health Aff (Millwood) 2010; 29: 357-63.
8. Waters E, de Silva-Sanigorski A, Hall BJ, Brown T, Campbell KJ, Gao Y, et al. Interventions for preventing obesity in children. Cochrane Database Syst Rev 2011; (12): CD001871.
9. Wang Y, Wu Y, Wilson RF, Bleich S, Cheskin L, Weston C, et al. Childhood Obesity Prevention Programs: Comparative Effectiveness Review and Meta-Analysis [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2013 Jun. Available from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK148737/
10. Kelishadi R, Azizi-Soleiman F. Controlling childhood obesity: A systematic review on strategies and challenges. J Res Med Sci 2014; 19: 993-1008.
11. Lobstein T, Kestens M, Logstrup S, editors. Policy options to prevent child obesity: Stakeholder consultations carried out in the context of the project on children, obesity and associated chronic diseases; 2006. Available from www.5aldia.org/datos/60/PDF_5_436-9.pdf
12. World Health Organization, editor. Population-based prevention strategies for childhood obesity: report of a WHO forum and technical meeting, Geneva, 15-17 December 2009. Geneva: WHO; 2010. Available from www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/child-obesity-eng.pdf

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2024-09-21]

13. Cohen J, editor. Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences. 2nd ed. Hillsdale, New Jersey: Routledge; 1988.
14. Graham B, Regehr G, Wright JG. Delphi as a method to establish consensus for diagnostic criteria. J Clin Epidemiol 2003; 56: 1150-6.
15. Tavakol M, Dennick R. Making sense of Cronbach's alpha. Int J Med Educ 2011; 2: 53-5.
16. Bland JM, Altman DG. Cronbach's alpha. BMJ 1997; 314: 572.
17. Shrout PE, Fleiss JL. Intraclass correlations: uses in assessing rater reliability. Psychol Bull 1979; 86: 420-8.
18. Hou S-I. Theoretical Concepts, Effective Strategies and Core Competencies. Health Promot Pract, 2014; 15: 619-21.
19. Swinburn B, Egger G. Preventive strategies against weight gain and obesity. Obes Rev 2002; 3: 289-301.
20. Amiri P, Ghofranipour F, Ahmadi F, Hosseinpanah F, Montazeri A, Jalali-Farahani S, et al. Barriers to a healthy lifestyle among obese adolescents: a qualitative study from Iran. Int J Public Health 2011; 56: 181-9.
21. Kumanyika S, Jeffery RW, Morabia A, Ritenbaugh C, Antipatis VJ; Public Health Approaches to the Prevention of Obesity (PHAPO) Working Group of the International Obesity Task Force (IOTF). Obesity prevention: the case for action. Int J Obes Relat Metab Disord 2002; 26: 425-36.
22. Sharma M. Dietary education in school-based childhood obesity prevention programs. Adv Nutr. 2011; 2: 207S-16S.
23. Summerbell CD, Ashton V, Campbell KJ, Edmunds L, Kellt S, Waters E. Interventions for treating obesity in children. Cochrane Database Syst Rev 2003; (3): CD001872.
24. World Health Organization, editor. Global recommendations on physical activity for health. Geneva: WHO; 2010. Available from:URL:http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979_eng.pdf
25. World Health Organization, editor. Population-based approaches to childhood obesity prevention. Geneva: WHO; 2012. Available from : URL: www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/approaches/en/
26. American Psychological Association, editor. The impact of food advertising on childhood obesity, 2013. Washington, DC: APA; 2013. Available from: URL: http://www.apa.org/topics/kids-media/food.aspx
27. Institute of Medicine, Youth, and Families Board on Children, Food and Nutrition Board, Committee on Food Marketing and the Diets of Children and Youth; Kraak VI, Gootman JA, McGinnis JM. Food Marketing to Children and Youth: Threat or Opportunity? Washington, D.C: National Academies Press; 2006.

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2024-09-21]

Original Article

Policy Priorities of the I.R of IRAN for Childhood Obesity Prevention

Chobandmowlae S[1], Alamdari S[1], Shahrzad M[2], Delshad H[3], Amiri P[4]

[1]Obesity Research Center, Research Institute for Endocrine Sciences, &[2] Department of Endocrinology, Shohada Tajrish Hospital, & [3]Endocrine Research Center, Research Institute for Endocrine Sciences, & [4]Social Determinants of Endocrine Health, Research Institute for Endocrine Sciences, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, I.R. Iran

e-mail: Alamdari@endocrine.ac.ir

Received: 07/11/2016 **Accepted**: 09/01/2017

Abstract

Introduction: Childhood obesity is an important risk factor for adult obesity and its consequences, its prevention and control are hence vital; considering the limited health resources, the most appropriate policies should be implemented. Materials and Methods: After reviewing literature, taking into account national health policies and priorities, of other countries, international organization and guidelines of authorized officials, eight priority criteria and twenty policies for prevention of childhood obesity were extracted and submitted to selected stakeholders as questionnaires to determine policy priorities using the Delphi technique. Results: The three highest score priority criteria were efficacy, feasibility and inequality, Five high priority policies were: 1- Improving public health education in particular for healthy foods; 2- Adding obesity prevention and healthy diet disciplines/lessons to school teaching curriculum for mothers and kindergarten training courses; 3-Improving community and school physical activities and sports by revising management strategies; 4-Controling media regarding food and drink advertising and 5- Encouraging participation in physical activities by implementing revised policies for public transportation. Conclusion: The prioritised policis in addition to other stakeholder opinions can be used for selecting most appropriate strategies and action plans to combat childhood obesity.

Keywords: Obesity, Childhood, Policy, Prevention, Priority, IRAN

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2024-09-21]