مجله‌ی غدد درون‌ریز و متابولیسم ایران
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی شهید بهشتی
دوره‌ی شانزدهم، شماره‌ی ۴، صفحه‌های ۲۶۹ ـ ۲۶۲ (مهر ـ آبان ۱۳۹۳)

مقاله‌ی پژوهشی

آموزش ناکارآمد و فرآیند چاقی در نوجوانان تهرانی: یک مطالعه‌ی کیفی

سارا جلالی فراهانی[۱]، دکتر پریسا امیری[۲]، دکتر فضل اله غفرانی‌پور[۲]، دکتر فضل اله احمدی[۳]، دکتر فرهاد حسین پناه[۴]، دکتر حیدرعلی هومن[۵]

۱) مرکز تحقیقات تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت غدد درون‌ریز و متابولیسم، مرکز تحقیقات پیشگیری و درمان چاقی، پژوهشکده‌ی علوم غدد درون‌ریز و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، ۲) گروه آموزش بهداشت، دانشکده‌ی علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، ۳) گروه پرستاری، دانشکده‌ی علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، ۴) مرکز تحقیقات پیشگیری و درمان چاقی، پژوهشکده‌ی علوم غدد درون‌ریز و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، ۵) گروه روانشناسی، دانشگاه شهید بهشتی، **نشانی مکاتبه‌ی نویسنده‌ی مسئول:** تهران، ولنجک، مرکز تحقیقات تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت غدد درون‌ریز و متابولیسم، مرکز تحقیقات پیشگیری و درمان چاقی، پژوهشکده علوم غدد درون‌ریز و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، دکتر پریسا امیری؛
e-mail: amiri@endocrine.ac.ir

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف تبیین نارسایی‌های آموزشی در زمینه‌ی ترویج سبک زندگی سالم و پیشگیری از چاقی از دیدگاه نوجوانان و مادران انجام شد. مواد و روش‌ها: مطالعه‌ی حاضر با رویکرد نظریه‌ی مبتنی بر زمینه صورت گرفت. در کل ۵۲ نوجوان و ۱۶ مادر در این پژوهش شرکت کردند. جمع‌آوری داده‌ها از دو منطقه‌ی شمالی و جنوبی شهر تهران و با برگزاری ۲۳ مصاحبه فردی و ۱۲ بحث گروهی متمرکز با نوجوانان دارای اضافه وزن و مادرانی که دارای کمینه یک نوجوان چاق بوده‌اند، صورت گرفت. تمام مصاحبه‌ها و بحث‌های گروهی ضبط شده و بلافاصله پس از اتمام پیاده شدند. فرآیند آنالیز داده‌ها به طور همزمان و با استفاده از روش اشتراوس و کوربین صورت پذیرفت. یافته‌ها: بر اساس یافته‌های بررسی حاضر، آموزش ناکارآمد در قالب دو مفهوم کلی "ساختار آموزشی تک بعدی مدارس" و "آموزش همگانی ناکارآمد" تبیین شد. ساختار آموزشی تک بعدی مدارس با ویژگی‌های "درس محوری" و "فشردگی برنامه‌های آموزشی" و آموزش همگانی ناکارآمد با چهار زیر طبقه‌ی "ضعف محتوا"، "فقدان برنامه‌های جامع آموزشی"، "شیوه‌ی نامناسب ارایه‌ی پیام" و "پیام‌های متناقض" تبیین شد. نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر، ساختار آموزشی تک بعدی مدارس و آموزش همگانی ناکارآمد مهم‌ترین مصادیق ناکارآمدی آموزش در جامعه‌ی ما می‌باشد که نقش مهمی در اتخاذ رفتارهای مرتبط با چاقی و در نهایت افزایش وزن نوجوانان تهرانی دارد. یافته‌های به دست آمده از این بررسی می‌تواند در برنامه‌ریزی‌های ارتقا سلامت با هدف ترویج سبک زندگی سالم و پیشگیری از چاقی در کودکان و نوجوانان موثر باشد.

واژگان کلیدی: آموزش، نوجوانان، چاقی، مطالعه‌ی کیفی، تهران
دریافت مقاله: ۹۳/۲/۲ـ دریافت اصلاحیه: ۹۳/۳/۱۷ ـ پذیرش مقاله: ۹۳/۳/۳۱

مقدمه

شیوع بالای اضافه وزن و چاقی در کودکان و نوجوانان یکی از مشکلات بهداشتی قرن حاضر در بسیاری از کشورهای در حال توسعه است.[۱] یافته‌های مطالعه‌ی کلیشادی و همکاران روی کودکان و نوجوان ۶ تا ۱۸ سال از ۲۳ استان کشور که در سال ۲۰۰۸ میلادی منتشر شد، نشان داد حدود ۱۵٪ از کودکان و نوجوانان ایرانی به اضافه وزن و چاقی مبتلا هستند.[۲] هم‌چنین، بر اساس دیگر مطالعه‌ی صورت گرفته توسط کلیشادی و همکاران روی ۱۳۴۸۶ دانش‌آموز (۶ تا ۱۸ سال) از ۳۰ استان کشور که در سال ۲۰۱۳ میلادی منتشر شد، شیوع اضافه وزن و چاقی در

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-02-02]

کودکان و نوجوانان ایرانی به ترتیب ۹/۷٪ و ۱۱/۹٪ بود که در مقایسه با مطالعه‌ی پیشین روند افزایشی داشت.[۳]

افزایش شیوع اضافه وزن و چاقی در نوجوانی با بروز بیماری‌هایی نظیر دیابت، بیماری‌های قلبی ـ عروقی، اختلالات چربی خون و برخی سرطان‌ها مرتبط است.[۴] علاوه بر اثرات نامطلوب چاقی بر سلامت جسمانی، چاقی در کودکان و نوجوانان با برخی از مشکلات روان‌شناختی و اجتماعی مانند: تبعیض، عزت نفس پایین، افسردگی، نارضایتی از اندام، مواجهه با برچسب‌های منفی و انزوای اجتماعی مرتبط است که می‌تواند بر سلامت روانی ـ اجتماعی نوجوانان تاثیر نامطلوب داشته باشد.[۵] هم‌چنین، نشان داده شده کیفیت زندگی در کودکان و نوجوانان دارای اضافه وزن و چاق پایین‌تر از همتایان آن‌ها با وزن طبیعی است.[۶] از این رو مبارزه با چاقی از سنین کودکی و نوجوانی یکی از اولویت‌های بهداشتی جوامع می‌باشد.

دوران نوجوانی، دوره‌ی مهم انتقال از کودکی به بزرگسالی است. الگوهای رفتاری و سبک زندگی در این دوران شکل می‌گیرد که می‌توانند بر سلامت حال و آینده‌ی نوجوانان اثر بگذارند.[۷] در مداخلات پیشگیری از چاقی، آموزش رکنی اساسی است و اطلاع‌رسانی و آموزش، استراتژی محوری در اصلاح سبک زندگی و پیشگیری از رفتارهای مرتبط با چاقی در نوجوانان محسوب می‌شود.[۸] یافته‌های بررسی‌ها نشان داده‌اند مداخلات آموزشی منجر به ارتقا آگاهی، نگرش و عملکرد نوجوانان در زمینه فعالیت بدنی می‌شود.[۹،۱۰] تعدادی از پژوهش‌ها، موفقیت برنامه‌های آموزش تغذیه را در ارتقای آگاهی، بهبود نگرش و اصلاح رفتارهای غلط تغذیه‌ای نوجوانان ایرانی گزارش کرده‌اند.[۱۱-۱۳] با این وجود رژیم غذایی افراد می‌تواند بر آگاهی‌های تغذیه‌ای آنان منطبق نباشد. چنان‌چه نشان داده شده برخلاف این که درصد قابل توجهی از نوجوانان تهرانی از آگاهی خوب تغذیه‌ای برخوردار بودند، اما درصد پایینی از آن‌ها عملکرد تغذیه‌ای مناسبی داشتند.[۱۴] از این‌رو، اگرچه آموزش و اطلاع‌رسانی به منظور شکل‌گیری عادات غذایی سالم و الگوی مناسب فعالیت بدنی برای پیشگیری از معضل چاقی در سنین کودکی و نوجوانی ممکن است کافی نباشد، اما رکنی ضروری بوده و می‌تواند از اهمیت به سزایی برخوردار باشد.

با توجه به محدودیت بررسی‌های صورت گرفته در این زمینه، پژوهش کیفی حاضر با استفاده از رویکرد نظریه‌ی مبتنی بر زمینه و با هدف تبیین کاستی‌ها و نارسایی‌های آموزش در زمینه ترویج سبک زندگی سالم و پیشگیری از چاقی از دیدگاه نوجوانان چاق و دارای اضافه وزن و مادران آن‌ها انجام شد. شناخت کمبودها و نقایص آموزشی سبک زندگی سالم و رفع آن‌ها از راه توسعه‌ی مداخلات آموزشی، می‌تواند گامی موثر به منظور مبارزه با معضل چاقی در نوجوانان باشد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر در قالب مطالعه‌ی کیفی با رویکرد نظریه‌ی مبتنی بر زمینه انجام شد. در مجموع ۵۲ نوجوان و ۱۶ مادر در مطالعه‌ی حاضر شرکت کردند. برای جمع‌آوری داده‌ها ۲۳ مصاحبه فردی و ۱۲ بحث گروهی در فاصله زمانی دی ماه ۱۳۸۶ تا بهمن ۱۳۸۷ برگزار شد. از این میان ۲۱ مصاحبه فردی و ۷ بحث گروهی متعلق به گروه نوجوانان بوده، ۲ مصاحبه فردی و ۵ بحث گروهی متعلق به مادران بود. تعداد متوسط شرکت‌کنندگان در بحث‌های گروهی برای نوجوانان و مادران به ترتیب ۵ و ۳ نفر بود. هماهنگی و هدایت تمام مصاحبه‌ها و بحث‌های گروهی توسط پژوهش‌گر اصلی صورت گرفته و از سوی یک نفر همکار پشتیبانی می‌شد. مشارکت‌کنندگان افراد ۱۷-۱۵ سال دارای اضافه وزن یا چاق بودند که با هدف به دست آوردن دیدگاه‌ها در طیف گسترده‌ی اجتماعی ـ اقتصادی از دو منطقه‌ی شمالی و جنوبی شهر تهران (مناطق ۱ و ۱۲ آموزش و پرورش) انتخاب شدند. اضافه وزن و چاقی بر اساس معیارهای مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌های آمریکا (CDC) در خصوص نمایه‌ی توده‌ی بدن[i] نوجوانان با در نظر گرفتن صدک‌های اختصاصی سن و جنس تعیین شد. اضافه وزن و چاقی به ترتیب به عنوان نمایه‌ی توده‌ی بدن بالاتر از صدک‌های ۸۵ و ۹۵ منحنی استاندارد نمایه‌ی توده‌ی بدن تعریف گردید.[۱۵]

مطالعه توسط کمیته علمی تحقیق دانشگاه تربیت مدرس (TMU) تصویب شد. پیش از شروع مصاحبه‌ها و بحث‌های گروهی متمرکز از تمام شرکت‌کنندگان رضایت‌نامه‌ی کتبی آگاهانه و پیش از ضبط صدا اجازه‌ی صریح گرفته شد. پیش از انجام هر بحث گروهی، اهداف مطالعه و روش انجام

i -Body Mass Index

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-02-02]

پژوهش، توسط پژوهشگر برای مشارکت کنندگان توضیح داده شد و بر ضرورت حفظ داده‌ها و ناشناس ماندن افراد از سوی تیم تحقیق تاکید گردید. تمام مشارکت‌کنندگان برای شرکت در بررسی حاضر رضایت‌نامه کتبی را امضا نمودند. تمام مصاحبه‌ها در اتاقی جداگانه صورت گرفت. بحث‌های گروهی، متمرکز و با استفاده از راهنمای نیمه ساختاریافته انجام شد. به منظور این که پاسخ‌دهندگان بتوانند ادراک و تجربیات خود را به طور کامل توضیح دهند سوالات به شکل باز مطرح گردید. به عنوان نمونه در ابتدای مباحث پس از آشنای اولیه، از نوجوانان خواسته شد تا یک روز عادی از زندگی خود را در نظر گرفته و به این سوالات پاسخ دهند. طی بحث‌های گروهی متمرکز، یادداشت‌هایی در مورد علایم غیرکلامی و سوالاتی که از سوی مشارکت‌کنندگان مطرح گردید، نوشته شد. تمام مصاحبه‌ها ضبط شده، و در فاصله کمتر از ۴۸ ساعت پیاده شد. متون پیاده شده سطر به سطر مطالعه شد و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

جمع‌آوری داده‌ها و تجزیه و تحلیل آن‌ها به طور همزمان و بر اساس نظریه مبتنی بر زمینه انجام شد. داده‌ها به صورت دستی و با استفاده از روش آنالیز مقایسه‌ای مستمر در سه مرحله‌ی کدگذاری باز، کدگذاری محوری و کدگذاری انتخابی صورت پذیرفت.[۱۶] طی فرآیند کدگذاری باز، متون پیاده شده‌ی مصاحبه‌ها، و همچنین یادداشت‌های مربوط به داده‌های غیرکلامی و سوالات مرتبط با موضوع شرکت‌کنندگان، چندین بار توسط پژوهشگر مطالعه گردید و مفاهیم اصلی در قالب کد در حاشیه برگه‌ها یادداشت شد. اختلافات کدگذاری از راه بحث با ۴ نفر مرورکننده مستقل رفع گردید. سپس کدهای اولیه دسته بندی شده، کدهای مشابه کنار هم قرار گرفته و طبقات تشکیل گردید. اشباع داده‌ها در هر طبقه بررسی و تایید شد. از روش‌های تحلیلی نظیر طرح سوال و انجام مقایسه برای شناخت ویژگی‌های هر مفهوم استفاده گردید. انجام مصاحبه و بحث گروهی با اشباع داده‌ها متوقف شد.

روایی داده‌ها از راه ارزیابی قابلیت پذیرش، قابلیت اعتماد، تطابق‌پذیری و انتقال‌پذیری صورت گرفت.[۱۷] به منظور پرهیز از پیش قضاوت و سوگیری در تجزیه و تحلیل یافته‌ها، از روش‌های bracketing استفاده شد. تماس طولانی پژوهشگر با مادران (در حدود ۱۳ ماه) کمکی موثر در افزایش قابلیت پذیرش داده‌ها بود. علاوه بر این برای افزایش قابلیت پذیرش اطلاعات، علاوه بر پژوهشگر اصلی، سایر اعضای تیم پژوهش (کمینه سه نفر) در مراحل تجزیه و تحلیل و تفسیر داده‌ها مشارکت فعال داشتند. افزون بر این در مطالعه‌ی حاضر، پس از کدگذاری هر مصاحبه نسخه‌ای کامل از آن شامل کدها و عبارات کلیدی به دست آمده به منظور ارزیابی سازگاری کدها با تجربیات مشارکت‌کنندگان، در اختیار تعدادی از آن‌ها قرار گرفت. بحث و بررسی تیم پژوهش در مورد یافته‌های متناقض و دستیابی به اجماع نهایی نیز از دیگر روش‌های تامین قابلیت پذیرش در بررسی حاضر بود. هم‌چنین، پژوهشگر متن پیاده شده‌ی مصاحبه‌ها و بحث‌های گروهی را به فاصله‌ی چند روز پس از کدگذاری اولیه دوباره خوانده، و کدگذاری کرده و یافته‌ها را با اولین کدگذاری مقایسه نمود. در صورت دستیابی به یافته‌های مشابه، ثبات و هماهنگی داده‌ها و در نتیجه قابلیت اعتماد آن‌ها تایید می‌شد. هم‌چنین، در این پژوهش بخشی از مصاحبه‌ها و کدهای داده شده توسط تعدادی از نوجوانان و مادرانی که در این مطالعه شرکت نداشتند، بررسی و تایید شد.

برای اطمینان از تطابق‌پذیری یافته‌ها، پژوهشگر مدارکی از تمام مراحل بررسی شامل از جمع‌آوری داده‌ها، تجزیه و تحلیل داده‌ها، و نیز مراحل و گام‌های انجام پژوهش را به صورت نظام‌مند فراهم نمود. این مدارک به منظور تایید تطابق‌پذیری در اختیار تعدادی از اساتید مجرب قرار گرفت. طی این فرآیند بیش از ۴۰٪ نسخه‌ها و کدها بازنگری شدند. در زمینه‌ی انتقال‌پذیری پژوهشگر تمام مراحل پژوهش را جمع‌آوری و ثبت نمود، از این رو امکان پی‌گیری گام به گام روش‌ها، تصمیم‌گیری‌ها و همچنین ارزیابی قابلیت انتقال داده‌ها و یافته‌ها به سایر موقعیت‌ها و گروه‌ها برای دیگر، پژوهش‌گران دیگر وجود دارد.

یافته‌ها

براساس تجربه‌های مشارکت‌کنندگان، مفهوم آموزش ناکارآمد با زیر طبقات ساختار آموزشی تک بعدی مدارس و آموزش همگانی ناکارآمد و تبیین شد.

۱. ساختار آموزشی تک بعدی مدارس

در بررسی حاضر مفهوم ساختار آموزشی تک بعدی مدارس با درس محوری (تمرکز صرف بر دروس نظری) و فشردگی برنامه‌های آموزشی تبیین شد. براساس تجربه‌های آزمودنی‌ها، رفتارهای مرتبط با چاقی در نوجوانان تا حد زیادی به دلیل عدم برخورداری آن‌ها از مهارت‌هایی مانند

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-02-02]

روش برنامه ریزی، حل مسئله و کنترل استرس و هیجان است که هر یک به نوعی میل و اراده‌ی آن‌ها را در زمینه‌ی اصلاح رفتار و کنترل وزن کاهش می‌دهد. مشارکت‌کنندگان در پژوهش حاضر، این مسئله را تا حد زیادی ناشی از عدم توجه به آموزش مهارت‌های مورد نیاز نوجوانان، در ساختار آموزشی مدارس دانستند. برخی از آن‌ها اذعان داشتند مدارس فقط ارایه‌ی تکلیف می‌کنند و راه‌های برنامه‌ریزی برای رسیدگی به امور را به آن‌ها آموزش نمی‌دهند:

"مدارس به جز اون چه که در کتاب‌های درسی اومده به چیز دیگه‌ای اهمیت نمی‌دهند. در صورتی که من فکر می‌کنم اگه راه‌های برنامه‌ریزی را بهمون یاد بدهند خیلی مهمه." (پسر ۱۷ ساله)

محوریت درس با بالاتر رفتن مقطع تحصیلی دانش‌آموزان پررنگ تر شده و در مقطع متوسطه به اوج خود می‌رسد. بر اساس تجربه‌های مشارکت‌کنندگان، در مقطع دبستان برنامه‌ریزی‌هایی برای فعالیت بدنی دانش‌آموزان هر چند مختصر وجود دارد که با رفتن به مقاطع بالاتر حذف می‌گردد. وجود کنکور در پایان مقطع متوسطه، عامل مهمی در راستای کاهش فعالیت‌های غیر درسی و تمرکز صرف روی درس خواندن است.

"دوران دبستان و راهنمایی حداقل صبح‌ها یک ورزشی سر صف می‌کردند. الان که اومده دبیرستان دیگه اون ورزش صبحگاهی را هم نداره. اصلا تنها چیزی که در دبیرستان‌ها مهمه درس و کنکوره."(مادر)

بسیاری از مشارکت‌کنندگان، بی تحرکی نوجوانان را ناشی از زمان ناکافی ورزش در برنامه‌ی آموزشی مدارس، دانسته و اظهار داشتند همین زمان اندک نیز به دلیل بی توجهی اولیای مدارس، صرف کارهای دیگری از جمله رفع اشکالات درسی و برگزاری کلاس‌های جبرانی می‌شود:

"زنگ‌های ورزششون اغلب این ور و اون ور نشستند تعریف می‌کنند یا اجازه می‌گیرند و درس می‌خوانند. "(مادر)

"اگر مسئولین مدرسه جدی‌تر بگیرند؛ بچه‌ها ملزم می‌شوند به ورزش کردن ولی مسئله اینه که مدارس فقط درس بچه‌ها براشون مهمه به چیز دیگری توجه نمی‌کنند." (مادر)

علاوه بر این، مشارکت‌کنندگان استقبال اولیای مدرسه از انفعال و بی‌تحرکی نوجوانان در زنگ‌های تفریح را از جمله دلایل زمینه‌ساز رفتارهای مرتبط با چاقی می‌دانستند. آن‌ها بر این باور بودند که بی‌تحرکی و یک جا نشستن نوجوانان در زنگ‌های تفریح در بسیاری از موارد نه تنها با مخالفتی از سوی اولیای مدرسه روبرو نشده، بلکه در مواردی به توصیه‌ی آن‌ها صورت می‌گیرد:

"... تا زنگ تفریح می‌خوره بچه‌ها به جای این که راهی بروند یا یک فعالیتی بکنند می‌نشینند روی زمین، هیچ کدوم از ناظم‌ها هم منعی نمی‌کنند. خوب اینها همه ناخودآگاه باعث میل به بی تحرکی در انسان میشه." (مادر)

بر اساس اظهارات مشارکت‌کنندگان، نظام آموزشی موجود در بیشتر دبیرستان‌ها با ارایه‌ی برنامه‌های درسی فشرده و فاقد نظم بیش از پیش به القا اولویت تحصیل در ذهن نوجوانان کمک نموده، انگیزه‌ی آن‌ها را برای اتخاذ رفتارهای سالم کاهش می‌دهد. علاوه بر موارد یاد شده، امتحانات پیاپی و بدون برنامه‌ریزی مدارس نیز امکان هرگونه برنامه‌ریزی برای کنترل وزن را از نوجوانان سلب نموده، عاملی مهم در انگیزش آن‌ها برای اتخاذ رفتارهای مرتبط با چاقی بود.

"هر معلمی هم که میاد انتظار داره که درسشو بهش جواب بدی حجم درس‌ها هم واقعا زیاده، وقتی یک دور میخوانی تازه متوجه می‌شوی چه نکته‌هایی را هنوز بلد نیستی ." (پسر ۱۶ ساله)

"من اگه بخوام از قبل برنامه‌ریزی کنم نمیشه چون ممکنه یکشنبه این هفته تکالیفم یک ساعته تموم بشه و یکشنبه دیگه ۴ ساعت طول بکشه تا تموم بشه. بعد ممکنه امروز یک معلم بیاد بگه فردا امتحان می‌گیرم خوب من از اون هفته نمی‌تونم پیش‌بینی بکنم واسه همین برنامه‌ریزی فایده‌ای نداره." (دختر ۱۶ ساله)

۲. آموزش همگانی ناکارآمد

آموزش همگانی ناکارآمد با چهار زیر طبقه‌ی ضعف محتوا، فقدان برنامه‌های جامع آموزشی، شیوه‌ی نامناسب ارایه‌ی پیام و پیام‌های متناقض تبیین گردید. در بررسی حاضر، برخی از مشارکت‌کنندگان به ضعف محتوای برنامه‌های آموزش همگانی و انحصار آن‌ها به مسایل مربوط به تغذیه و فعالیت بدنی اشاره کرده و آن را از مهم‌ترین عوامل موثر بر چاقی نوجوانان می‌دانستند. به اعتقاد آن‌ها عدم لحاظ موضوعاتی مانند اهمیت پیشگیری از بیماری‌ها زمینه‌ی مساعدی را برای ابتلا به چاقی فراهم می‌آورد:

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-02-02]

"اصولا همه‌ی ما از کوچک و بزرگ تا مریض نشویم دنبالش نمی‌رویم. مثلا فرض کنید یک چیز ساده، تا زمانی که دندان درد نگیریم، نمی‌رویم پیش دندانپزشک در مورد چاقی هم همین‌طوره. برای جوان‌ها هم اونطور آموزشی وجود نداره که اهمیت قضیه رو درک کنند . "(مادر)

علاوه بر این بسیاری از مادران شرکت‌کننده در بررسی حاضر، به آگاهی ناکافی خانواده‌ها در مورد روش‌های غیرعلمی کاهش وزن و یا زمینه‌های شکل‌گیری رفتارهای مرتبط با چاقی اشاره کرده و ورود این موضوع را در برنامه‌های آموزش همگانی و رسانه‌ای ضروری می‌دانستند:

"آگاهی در مسایل عمیق‌تر نیست. مثلا تو همین مسایل رفتار درمانی که خیلی واجب است. ولی از نظر این که چه غذایی سالم است. چه فعالیت بدنی باید انجام بشه خوب تلویزیون و رادیو برنامه‌های خوبی دارند ولی من فکر می‌کنم خانواده‌ها اگه این علم را نداشته باشند که چطوری بچه‌هاشون رو به رفتارهای درست علاقه‌مند کنند سودی نداره." (مادر)

به اعتقاد بسیاری از مادران، مخاطبین بیشتر برنامه‌های آموزشی رسانه‌ها در زمینه‌ی رفتارهای مرتبط با چاقی مادران و زنان می‌باشند. بنابراین به عقیده‌ی آن‌ها این استدلال که به دلیل این که مسئولیت طبخ غذا به عهده‌ی زنان و مادران بوده و به نوعی مدیریت امور منزل را بر عهده دارند، پس باید تنها مخاطب برنامه‌های تغییر شیوه‌ی زندگی باشند، نادرست می‌باشد و این گونه برنامه‌ها ناکارآمد هستند. مادران بر این باور بودند که درگیری مستقیم همه‌ی افراد خانواده در فرآیند آموزش توفیق بیشتری در اصلاح باورها و در نتیجه ایجاد انگیزه‌ی تغییر رفتار دارد:

"ببینید من فکر می‌کنم درسته که مادرها در واقع کسانی هستند که طبخ غذا و مدیریت داخلی خونه رو به عهده دارند، ولی من فکر می‌کنم آموزش باید برای همه افراد خانواده باشه یعنی باید حالت جامع و کامل باشه. الان همه آموزش‌ها متمرکز شده رو خانم‌ها." (مادر)

از سوی دیگر برخی مشارکت‌کنندگان، عمده‌ی برنامه‌های آموزشی موجود را مربوط به بزرگسالان و به نوعی دیرهنگام می‌دانستند. به اعتقاد آن‌ها عدم شروع آموزش همگانی از سنین کودکی شانس موفقیت را کاهش می‌دهد، زیرا برخی عادات از جمله عادات غذایی از دوران کودکی شکل گرفته و ایجاد انگیزه برای تغییر آن‌ها در دوران بزرگسالی غیر ممکن است:

"آموزش باید از سنین کودکی باشه، یعنی یک چیزهایی هست که ما تو بزرگسالامون دیگه نمی‌تونیم عوض کنیم، حالا چه فقط مادر خانواده رو درگیر پختن غذا، یا آموزش دادن به بچه بکنیم یا حتی پدر و سایر اعضای خانواده را. خیلی موثر نیست. یک سری آموزش‌ها باید از دوران بچگی، همان‌طور که حروف الفبا رو یاد می‌گیریم باید از بچگی داده بشه." (مادر)

"حتما از مهدکودک باید به بچه‌ها یاد بدهند که عادت بشه، وقتی بزرگ بشی دیگه خیلی سخته." (دختر ۱۶ ساله)

علاوه بر ضعف محتوا و فقدان برنامه‌های جامع آموزشی، مشارکت‌کنندگان این مطالعه به شیوه‌ی نامناسب ارایه‌ی پیام برنامه‌های آموزشی اشاره نموده و آن را از جمله دلایل ناکارآمدی این برنامه‌ها در اصلاح رفتارهای مرتبط با چاقی نوجوانان می‌دانند. براساس اظهارات آن‌ها استفاده از روش‌های ناکارآمد آموزشی مانند ایراد سخنرانی تاثیر چندانی بر اصلاح رفتارهای مرتبط با چاقی ندارد:

"خیلی از این کلاس‌ها هست که یک سری افراد چاق می‌روند و شرکت می‌کنند و بهشون می‌گویند این چیزها براتون خوبه، این چیزها بده، این چیزها مریضی میاره اینجوری می‌شین، اونجوری می‌شین، بعد هم خداحافظ شما. آن‌ها هم اینها رو شنیدند میآیند بیرون تموم میشه می‌روند خونه هاشون، فکر نمی‌کنم کسی زیاد اهمیت بده." (دختر ۱۷ ساله)

"اگر فیلمی بگذارند که افراد چاق را ببینیم و بعد دکتر توضیح بده که چه اتفاق‌هایی افتاده، چی شد که اینجوری شد و با خود اون افراد هم صحبت کنند که اصلا چی شد که چاق شدند؟ به چه مراحلی رسید و آخرش چی می‌شه؟ به نظرم بهتره تا اینکه یک نفر بیاد برامون صحبت کنه." (پسر ۱۷ ساله)

در پژوهش حاضر بسیاری از مشارکت‌کنندگان، به گرایش نوجوانان به مصرف خوراکی‌های پرکالری تحت تاثیر تبلیغات گمراه‌کننده‌ی موجود در جامعه اشاره می‌کردند. به اعتقاد آن‌ها، نوجوانان در معرض دریافت پیام‌های متناقض قرار دارند، از یک سو پیام‌هایی را پیرامون اهمیت رفتارهای سالم دریافت می‌کنند و از سوی دیگر فعالیت‌های تبلیغاتی مانند مصرف فست فودها، خوراکی‌های پرکالری و بازی‌های کامپیوتری آن‌ها را دچار سردرگمی می‌سازد.

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-02-02]

" تبلیغات خیلی مهمه. خیلی از این خوراکی‌هایی که می‌بینید بچه‌ها اولین بار از راه تبلیغات می‌شناسند و به سراغش می‌روند اصلا بچه‌ها رو گمراه می‌کنه." (مادر)

" آدم وقتی این پیتزا رو می‌بینه تو تلویزیون که اونجوری پنیرش کش میاد و قیافه اش اشتها برانگیزه خوب تشویق میشه حالا قبلش هر چقدر هم به غذاهای به قول شما سالم فکر کرده باشه دیگه فایده نداره." (پسر ۱۶ ساله)

"پسر من یه آدمی است که روش تبلیغات خیلی اثر می‌گذاره... من فکر می‌کنم اگر تبلیغاتی باشه که به بچه‌ها القا کنه که بهتر است لاغرتر و خوش فرم‌تر باشند، تاثیر زیادی داره." (مادر)

بحث

بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر، آموزش ناکارآمد در قالب دو مفهوم کلی ساختار آموزشی تک بعدی مدارس و آموزش همگانی ناکارآمد تبیین شد. ساختار آموزشی تک‌بعدی مدارس با ویژگی‌های درس محوری و فشردگی برنامه‌های آموزشی و آموزش همگانی ناکارآمد با چهار زیرطبقه‌ی ضعف محتوا، فقدان برنامه‌های جامع آموزشی، شیوه‌ی نامناسب ارایه‌ی پیام و پیام‌های متناقض تبیین گردید.

تک بعدی بودن ساختار آموزشی مدارس شامل درس محور بودن و تمرکز صرف بر دروس نظری، ضعف آموزش در زمینه‌ی مهارت‌های برنامه‌ریزی و شیوه‌های مطلوب کنترل استرس، بی‌توجهی و عدم اختصاص زمان کافی به فعالیت بدنی در محیط مدارس، از نقایص سیستم آموزشی است که به اعتقاد مشارکت کنندگان این بررسی بر رفتارهای مرتبط با افزایش وزن در نوجوانان تاثیر می‌گذارد. القا اولویت تحصیل توسط سیستم آموزشی مدارس و سختی و حجم زیاد دروس نظری با محدود کردن فعالیت بدنی به دلیل عدم توانایی و مهارت برنامه‌ریزی و محدودیت زمان موجبات افزایش وزن نوجوانان را فراهم می‌آورد. همسو با یافته‌های این مطالعه، Nollen و همکاران نیز در مطالعه‌ی خود به این مساله اشاره نموده‌اند که اگرچه سلامت دانش‌آموزان مساله مهمی در سیستم آموزش مدارس ایالات متحده است، ولی از جمله اولویت‌های مدارس محسوب نمی‌شود. براساس یافته‌های به دست آمده از بررسی مذکور، برقراری تعادل میان نیازها و مطالبات گوناگون در مدارس مشکل بوده و اولویت مدارس ایجاد زمینه‌های موفقیت دانشگاهی بود. سلامت جسم و روان نیز به دلیل این که با عملکرد بهتر دانشگاهی مرتبط بود، اهمیت داشت.[۱۸]

بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر، انحصار محتوای برنامه‌های آموزش همگانی به مسائل مربوط به تغذیه و فعالیت بدنی و عدم پرداختن به سایر موارد از جمله اهمیت پیشگیری از بیماری‌ها و عدم اطلاع‌رسانی در زمینه‌ی روش‌های نادرست کاهش وزن و عواقب آن‌ها از مصادیق ضعف محتوای برنامه‌های آموزش همگانی بود. پیش از این نیز فعالیت بدنی ناکافی و رژیم غذایی ناسالم، بارها در مداخلات مختلف کاهش وزن به عنوان رفتارهای مرتبط با چاقی مورد هدف قرار گرفته اند، با این وجود یافته‌های به دست آمده از این بررسی‌ها خیلی راضی‌کننده نبوده است.[۱۹] عدم توجه به سایر متغیرهای رفتاری زمینه‌ساز چاقی به عنوان عاملی موثر در عدم موفقیت مداخلات یاد شده بیان شده است.[۲۰]

بر اساس نظر مشارکت‌کنندگان، جامع نبودن برنامه‌ی آموزش همگانی و اختصاص آن به گروه‌های خاص مانند مادران و زنان، از دلایل ناکارآمدی آموزش همگانی بود. بررسی‌های پیشین نقش موثر حمایت اجتماعی والدین (پدر و مادر) را بر میزان فعالیت بدنی نوجوانان ایرانی نشان داده‌اند،[۲۱،۲۲] با در نظر گرفتن یافته‌های بررسی‌های پیشین و برای اطمینان از ثبات تغییرات سبک زندگی توسط کودکان و نوجوانان در محیط خانه، در برنامه‌های آموزشی به جای تمرکز بر فرد، تمام اعضای خانواده باید مشارکت داشته باشند. چنان‌چه در بررسی انجام شده توسط Kitscha و همکاران در کانادا نیز تمرکز برنامه‌های آموزش سبک زندگی بر فرد به جای خانواده، یکی از عوامل ممانعت‌کننده برای مراجعه برای پی‌گیری خدمات بالینی برنامه‌ی کاهش وزن بود،[۲۳] که لزوم مشارکت تمام اعضای خانواده را برای موفقیت بیشتر برنامه‌های مداخله‌ای نشان می‌دهد. هم‌چنین، به اعتقاد مشارکت‌کنندگان به دلیل شکل‌گیری عادات و رفتار از سنین کودکی، شروع آموزش همگانی از سنین پایین اهمیت زیادی در موفقیت برنامه‌های آموزشی دارد.

بر اساس یافته‌های بررسی حاضر، نامناسب بودن شیوه‌ی ارایه‌ی پیام برنامه‌های آموزشی مانند ایراد سخنرانی از جمله دلایل ناکارآمدی این برنامه‌ها در اصلاح رفتارهای مرتبط با چاقی نوجوانان است. پژوهش‌های پیشین کارآمدی بیشتر روش‌های ملموس آموزش از جمله

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-02-02]

آموزش‌های عملی و گروهی، و استفاده از روش‌های سمعی و بصری را در مقایسه با روش‌های معمول آموزشی مانند سخنرانی و استفاده از دستورالعمل‌ها نشان داده‌اند.[۲۸-۲۴] به عنوان نمونه در بررسی‌های متعددی که در ایالات متحده انجام شده، یکی از روش‌های کارآمد آموزشی که منجر به افزایش آگاهی و تغییر رفتار کودکان و نوجوانان در زمینه‌ی بهبود رفتارهای تغذیه‌ای و افزایش دریافت میوه و سبزیجات می‌شد، آموزش عملی در باغ بود.[۲۶-۲۴] در بررسی دیگری Brandt و همکاران تاثیر مثبت آموزش مهارت‌های لازم برای کنترل وزن را در نوجوانان ۱۷-۱۳ ساله‌ای که در یک اردوی ۵ روزه شرکت کرده بودند، نشان دادند. در بررسی آن‌ها آموزش‌ها در سه محور ۱- آموزش تغذیه، ۲- الگوسازی رفتار و ۳- فعالیت بدنی صورت پذیرفت. متوسط کاهش وزن مشارکت‌کنندگان پس از ۶ ماه ۳/۳ پوند بود. ارزیابی برنامه توسط مشارکت‌کنندگان حاکی از تاثیر مثبت محیط اقامتی اردو بود.[۲۷] موارد یاد شده نمونه‌هایی از روش‌های آموزشی موفق در راستای تغییر رفتار کودکان و نوجوانان بود که می‌توانند به عنوان الگوهای مناسبی برای ارایه‌ی پیام‌های آموزشی در این گروه سنی در نظر گرفته شوند. هم‌چنین، یافته‌های یک بررسی نظام‌مند که دربرگیرنده‌ی مداخله‌های آموزش بهداشت مرتبط با تغذیه در دانش‌آموزان ایرانی بود، نشان داد روش‌های مشارکتی مانند بحث گروهی و ایفای نقش و هم‌چنین، روش‌های سمعی و بصری مانند فیلم و تصویر کارآی بالایی در ارایه‌ی مطالب آموزشی به دانش‌آموزان دارند.[۲۸]

براساس اظهارات مشارکت‌کنندگان تبلیغات نقش مهمی در رفتارهای مرتبط با افزایش وزن دارند. برخی تبلیغات حاوی پیام‌های نامناسب بوده که با تشویق نوجوانان به بی‌تحرکی و مصرف غذاهای ناسالم موجبات افزایش وزن آن‌ها را فراهم می‌آورند. همسو با این نظرات در پژوهش حاضر، بر اساس مطالعه‌ی کیفی دیگری که روی کودکان استرالیایی و والدین آن‌ها انجام شده بود، دریافت پیام‌های متناقض درباره‌ی انتخاب‌های مرتبط با رفتارهای غذایی و فعالیت بدنی توسط کودکان، منجر به سر در گمی آن‌ها و عدم توانایی آن‌ها برای اتخاذ سبک زندگی سالم می‌گردید.[۲۹]

امینی و همکاران نیز نشان دادند فراوانی و مدت زمان پخش تبلیغات مواد غذایی طی پخش برنامه‌های کودک و نوجوان قابل توجه بوده و بیشترین تبلیغات مواد غذایی مربوط به انواع پفک و پس از آن کیک، بیسکویت و نوشابه بود. هم‌چنین آگهی‌های پخش شده از محتوای مناسب برخوردار نبوده و پیام‌های گمراه‌کننده و یا فاقد اعتبار علمی درصد قابل توجهی (۳۷٪) از آگهی‌های پخش شده را در بر می‌گرفت.[۳۰] در همین راستا نتیجه‌ی پژوهش Dixon و همکاران در استرالیا نشان داد تغییر محتوای تبلیغات غذایی شامل تشویق غذاهای مغذی و عدم تبلیغ غذاهای ناسالم به تعدیل و پشتیبانی از رفتارهای غذایی سالم کمک می‌نماید.[۳۱] در بررسی انجام شده در ایالات متحده Veerman و همکاران نیز نشان دادند محدود کردن مواجهه‌ی کودکان با تبلیغات غذاهای پرکالری می‌تواند تلاشی برای سالم‌تر نمودن رژیم غذایی کودکان باشد، یافته‌های آنان نشان داد در غیاب تبلیغات غذایی ناسالم در تلویزیون، شیوع چاقی کودکان کاهش می‌یابد.[۳۲] از این رو نظارت بیشتر بر آگهی‌های تبلیغاتی مواد غذایی توسط مسئولین و تلاش برای انتقال پیام‌های بهداشتی صریح می‌تواند گامی موثر به منظور اصلاح رفتارهای غذایی ناسالم در کودکان و نوجوانان باشد.

از نقاط ضعف پژوهش حاضر می‌توان به محدود شدن مشارکت‌کنندگان به نوجوانان شهر تهران اشاره نمود که امکان تعمیم‌پذیری یافته‌های آن را به سایر نقاط کشور مخدوش می‌سازد. هم‌چنین، با توجه به تفاوت‌های موجود در زندگی شهری و روستایی، توصیه می‌شود بررسی‌های آینده روی فراهم آوردن دیدگاه‌های نوجوانان ساکن در حواشی شهرها و روستاها متمرکز شوند. با این وجود بررسی حاضر اولین مطالعه‌ای بود که دیدگاه نوجوانان تهرانی و مادران آن‌ها را در رابطه با آموزش، اطلاع‌رسانی و رفتارهای مرتبط با چاقی بررسی نمود. از این رو یافته‌های این پژوهش می‌تواند داده‌های ارزنده‌ای را در راستای بهبود کاستی‌های موجود در آموزش و اطلاع‌رسانی به منظور اصلاح رفتارهای مرتبط با چاقی در اختیار مسئولین و سیاست‌گذاران بهداشتی قرار دهد.

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-02-02]

References

1. Kelishadi, R. Childhood overweight, obesity and the metabolic syndrome in developing countries. Epidemiol Rev 2007; 29: 62-76.
2. Kelishadi R, Ardalan G, Gheiratmand R, Majdzadeh R, Hosseini M, Gouya MM, et al. Thinness, overweight and obesity in a national sample of Iranian children and adolescents: CASPIAN Study. Child Care Health Dev 2008; 34: 44-54.
3. Kelishadi R, Ardalan G, Qorbani M, Ataie-Jafari A, Bahreynian M, Taslimi M, et al. Methodology and Early Findings of the Fourth Survey of Childhood and Adolescence Surveillance and Prevention of Adult Non-Communicable Disease in Iran: The CASPIAN-IV Study. Int J Prev Med 2013; 4: 1451-60.
4. Daniels SR. The consequences of childhood overweight and obesity. Future Child 2006; 16: 47-67.
5. Puhl RM, Latner JD. Stigma, obesity, and the health of the nation's children. Psychol Bull 2007; 133: 557-80.
6. Tsiros MD, Olds T, Buckley JD, Grimshaw P, Brennan L, Walkley J, et al. Health-related quality of life in obese children and adolescents. Int J Obes (Lond) 2009; 33: 387-400.
7. Centers for Disease Control and Prevention. Adolescent Health in the United States, 2007. 2008a. [Cited 11Aug 2008.] Available from URL: http://www.cdc.gov/node.do/id/0900f3ec801e457a.
8. Crowford D, Jeffery RW. Obesity prevention and public health: Drawing possible lessons for obesity prevention and control from the tobacco control experience. Oxford University Press 2005, p. 223.
9. Estebsari F. Effects of interventional educational program in physical activity. Payavard Salamat, 2008; 4: 56-63.
10. Estebsari F, Shojaeizadeh D, Mostafaei D, Farahbakhsh. Planning and evaluation of an educational program based on PRECEDE model to improve physical activity in female students. Hayat 2010; 16: 48-54.
11. Falahi E, Rashidi M, Ebrahimzadeh F, Karbasi Sh, Shokrollahi N. Effect of nutritional education on iron-deficiency anemia in high schools girls. Shahrekord University of Medical Sciences Journal 2010; 12: 37-45.
12. Shakerinejad GH A, Keykhaee B, Lorizadeh MR, Jarvandi F, Tavakoli E, Hajinajaf S. The Effect of Nutrition Education on Knowledge, Attitude and Practice of high school Females about Iron-Deficiency Anemia. Toloue Behdasht 2007; 6: 18-27.
13. Rahimikian F, Moshrefi M, Yavari P, Mehran A, Mirzaei Rozbahani M, Amelvalizadeh M. Effect of Simultaneous Educational Program for Mothers and Daughters on Osteoporosis Preventive Behaviors among girls. Hayat 2008; 14: 15-22.
14. Mirmiran P, Azadbakht L, Azizi F. Dietary behaviour of Tehranian adolescents does not accord with their nutritional knowledge. Public Health Nutr 2007; 10: 897-901.
15. Kuczmarski RJ, Ogden CL, Grummer-Strawn LM. CDC growth charts: United States, Advance Data, 2000; 314: 1-27.
16. Strauss A, Corbin J. Basics of qualitative research: grounded theory procedures and techniques. 5nd ed, Newbury park: Sage Publications, 2007.
17. Polit D, Beck CT. Essential of nursing research: Method, appraisal and utilization. 6th ed. Philadelphia LWW Co, 2006.
18. Nollen NL, Befort CA, Snow P, Daley CM, Ellerbeck EF, Ahluwalia JS. The school food environment and adolescent obesity: qualitative insights from high school principals and food service personnel. Int J Behav Nutr Phys Act 2007; 4: 18.
19. Flodmark CE, Marcus C, Britton M. Interventions to prevent obesity in children and adolescents: A systematic literature review. Int J Obes (Lond) 2006; 30: 579-89.
20. Baranowski T. Crisis and chaos in behavioral nutrition and physical activity. Int J Behav Nutr Phys Act 2006; 3: 27.
21. Taymoori P, Rhodes RE, Berry TR. Application of a social cognitive model in explaining physical activity in Iranian female adolescents. Health Educ Res 2010; 25: 257-67.
22. Shokrvash B, Majlessi F, Montazeri A, Nedjat S, Rahimi A, Djazayeri A, et al. Correlates of physical activity in adolescence: a study from a developing country. Glob Health Action 2013; 6: 20327.
23. Kitscha CE, Brunet K, Farmer A, Mager DR. Reasons for non-return to a pediatric weight management program. Can J Diet Pract Res 2009; 70: 89-94.
24. Heim S, Stang J, Ireland M. A garden pilot project enhances fruit and vegetable consumption among children. J Am Diet Assoc 2009; 109: 1220-6.
25. Parmer SM, Salisbury-Glennon J, Shannon D, Struempler B. School gardens: an experiential learning approach for a nutrition education program to increase fruit and vegetable knowledge, preference, and consumption among second-grade students. J Nutr Educ Behav 2009; 41: 212-7.
26. McAleese JD, Rankin LL. Garden-based nutrition education affects fruit and vegetable consumption in sixth-grade adolescents. J Am Diet Assoc 2007; 107: 662-5.
27. Brandt G, Maschhoff T, Chandler NS. A residential camp experience as an approach to adolescent weight management. Adolescence 1980; 15: 807-22.
28. Dehdari T, Khezeli M, Bakhtiyari M, Nilsaz M. Health Education Interventions on Student Nutrition: A Systematic Review. Journal of Health 2012; 3: 62-72.
29. Hesketh K, Waters E, Green J, Salmon L, Williams J. Healthy eating, activity and obesity prevention: a qualitative study of parent and child perceptions in Australia. Health Promot Int 2005; 20:19-26.
30. Amini M, Mohsenian rad M, Kimiagar M, Omidvar N. Which foods do TV advertisements entice our children to eat? Iranian Journal of Nutrition Sciences and Food Technology 2007; 2: 49-57.
31. Dixon HG, Scully ML, Wakefield MA, White VM, Crawford DA. The effects of television advertisements for junk food versus nutritious food on children's food attitudes and preferences. Soc Sci Med 2007; 65: 1311-23.
32. Veerman JL, Van Beeck EF, Barendregt JJ, Mackenbach JP. By how much would limiting TV food advertising reduce childhood obesity? Eur J Public Health 2009; 19: 365-9.

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-02-02]

Original Article

Inefficient Education and Process of Obesity in Tehranian Adolescents: a Qualitative Study

Jalali-Farahani S[1], Amiri P[2], Ghofranipour F[2], Ahmadi F[3], Hosseinpanah F[4], Hooman HA[5]

[1]Research center for Social Determinants of Endocrine Health & Obesity Research Center, Research Institute for Endocrine Sciences, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, [2]Department of Health Education, & [3]Department of Nursing, Tarbiat Modares University, [4]Obesity Research Center, Research Institute for Endocrine Sciences, & [5]Department of Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, I.R. Iran

e-mail: amiri@endocrine.ac.ir

Received: 22/04/2014 **Accepted**: 21/06/2014

Abstract

Introduction: This study aimed to determine inefficiencies in current educational programs for promoting of healthy lifestyles and prevention of obesity from the perspective of adolescents and mothers. Materials and Methods: This was a qualitative study conducted based on a grounded theory approach. To collect data, 23 personal interviews and 12 semi-structured focus group discussions were conducted with overweight/obese adolescents and mothers who had at least one overweight/obese child. To maximize the variation of participants' experiences with different socio-economic backgrounds, two demographically diverse areas from the north and south of Tehran were selected and followed with theoretical sampling. All the interviews and focus group discussions were audio recorded and transcribed verbatim. Data collection and analysis were done simultaneously, using the Strauss and Corbin analysis method. Results: In the current study, inefficient education was explored using two main themes including "Single dimensional curriculum of schools" and "Inefficient public education". The single dimensional curriculum of schools was found to be characterized by "lesson-based curriculum" and "burdensome educational programs" and the inefficient public education was characterized by "inappropriate content", "lack of comprehensive educational program", "inappropriate ways of messaging" and "contradictory messages". Conclusions: Based on the findings of this study, "single dimensional curriculum of schools" and "Inefficient public education" were the main correlates of inefficient education in our society, which led to obesity-related behaviors and consequently excessive weight gain in Tehranian adolescents. The results of this study may be effective in prioritizing and designing health promotion programs aimed at promoting healthy lifestyles and prevention of obesity in children and adolescents.

Keywords: Education, Adolescents, Obesity, Qualitative study, Tehran

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-02-02]