مجله علوم تغذیه و صنایع غذایی ایران
سال بیستم، شماره ۵، ویژه‌نامه زمستان ۱۴۰۴، صفحات ۴۰-۳۳

خلاصه سیاستی

تحلیل گذار سیاستی در کنترل مصرف شکر در شهر تبریز: خلاصه سیاستی مبتنی بر مدل جریان‌های چندگانه کینگدون

سمیرا حسینی[۱]، فاطمه محمدی نصرآبادی [۲]، آتنا جمالزهی[۳]

۱. دانشجوی دکترای تخصصی سیاست های غذا و تغذیه، دانشکده تغذیه و علوم غذایی ، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

۲. استاد گروه تحقیقات سیاست گذاری و برنامه ریزی غذا و تغذیه، انستیتو تحقیقات تغذیه ای و صنایع غذایی کشور، دانشکده علوم تغذیه و صنایع غذایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران. پست الکترونیکی:f.mohammadinasrabadi@sbmu.ac.ir, f_mohammadi_2001@yahoo.com

۳. دانشجوی دکترای تخصصی سیاست های غذا و تغذیه، دانشکده علوم تغذیه و صنایع غذایی، دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی، تهران، ایران

چکیده

زمینه و هدف: مصرف بیش از حد شکر افزوده به عنوان یکی از عوامل اصلی بروز بیماری‌های غیرواگیر، به بحرانی جدی در شهر تبریز تبدیل شده است. این پژوهش با هدف تحلیل فرآیند شکل‌گیری و ورود مسئله کاهش مصرف شکر به دستور کار سیاست‌گذاران، بر اساس چارچوب نظری جریان‌های چندگانه کینگدون انجام شده است.

مواد و روش ها: این تحقیق با استفاده از چارچوب جریان‌های چندگانه کینگدون، به تحلیل تقارن جریان‌های مسئله، راهکار و سیاست در تبریز (۱۳۷۹-۱۴۰۲) می‌پردازد تا چگونگی شکل‌گیری فرصت‌های سیاستی و نقش کلیدی کارآفرینان سیاستی را در حوزه مورد نظر تبیین نماید.

یافته‌ها: در جریان مسئله، جهش نرخ دیابت (از ۸,۲% به ۱۰,۹%) و افزایش بستری‌های بیمارستانی جوانان، مسئله را به یک فوریت عمومی تبدیل کرده است. در جریان سیاست، راهکارهای فنی نظیر مالیات بر محصولات پرشکر و اصلاح محیط غذایی مدارس تدوین شد. در جریان سیاسی، هم‌سویی اسناد بالادستی با مطالبه‌گری نهادهای مدنی، اراده لازم برای اقدام را فراهم آورد. در نهایت، ائتلافی از نخبگان دانشگاهی و مدیران شهری به عنوان کارآفرینان سیاستی، با اتصال این سه جریان در بازه ۱۳۹۹ تا ۱۴۰۱، پنجره سیاستی را برای تغییرات ساختاری گشودند.

نتیجه‌گیری: موفقیت در کاهش مصرف شکر در تبریز نیازمند هماهنگی بین‌بخشی میان شهرداری، آموزش و پرورش و نهادهای بهداشتی است. اجرای گزینه‌هایی نظیر وضع مالیات ۲۰ درصدی و محدودیت تبلیغات، در کنار توانمندسازی محلی، می‌تواند به عنوان الگویی ملی برای کنترل بیماری‌های غیرواگیر مورد استفاده قرار گیرد.

واژگان کلیدی: کاهش مصرف شکر، مدل جریان‌های چندگانه کینگدون، بیماری‌های غیرواگیر، سیاست‌گذاری سلامت، پنجره سیاستی

بیان مسئله

در دو دهه گذشته (۲۰۲۰-۲۰۰۰)، نگرانی‌های فزاینده‌ای در سطح جهان نسبت به پیامدهای منفی مصرف بیش از حد شکر افزوده بر سلامت عمومی شکل گرفته است(۱). سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۵، مصرف بالای شکر در مواد غذایی فرآوری‌شده را عامل اصلی افزایش خطر ابتلا به بیماری‌های غیرواگیر از جمله دیابت نوع ۲، چاقی، بیماری‌های قلبی-عروقی و پوسیدگی دندان معرفی کرد. بر همین اساس، این سازمان در رهنمود سال ۲۰۱۶ توصیه نمود که سهم شکر افزوده نباید بیش از ۱۰ درصد از کل انرژی مصرفی روزانه باشد و برای دستیابی به مزایای بیشتر، بهتر است این میزان به کمتر از ۵ درصد کاهش یابد(۲). در پی افزایش آگاهی عمومی، اجرای سیاست‌های بازدارنده مانند مالیات بر نوشیدنی‌های شیرین در انگلستان (۲۰۱۹) و همچنین توسعه جایگزین‌های کم‌کالری، روند مصرف شکر در برخی کشورهای توسعه‌یافته از جمله آمریکا، انگلستان و کانادا کاهش یافته است؛ به‌گونه‌ای که بر اساس آمار CDC آمریکا، میانگین مصرف شکر افزوده در بزرگسالان آمریکایی از ۱۴,۵ درصد در سال‌های ۲۰۰۳ تا ۲۰۰۴ به

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-10-30]

[DOI: 10.66224/nsft.20.5.7]

۱۲,۶ درصد در سال‌های ۲۰۱۷–۲۰۱۸ کاهش پیدا کرده است. در مقابل، آمارهای وزارت بهداشت ایران طی سال‌های ۲۰۱۰ تا ۲۰۲۰ نشان‌دهنده روند صعودی و نگران‌کننده شیوع چاقی و دیابت نوع ۲ در کشور است. این وضعیت در استان آذربایجان شرقی نمود آشکارتری دارد؛ به‌طوری که نرخ چاقی بزرگسالان در این استان از ۲۴,۳ درصد در سال ۲۰۱۰ به ۳۲,۷ درصد در سال ۲۰۲۰ افزایش یافته است(۳). همچنین، طبق گزارش مرکز بهداشت استان در سال ۲۰۲۱، شیوع دیابت نوع ۲ در جمعیت شهر تبریز از ۸,۲ درصد در سال ۲۰۱۵ به ۱۰,۹ درصد در سال ۲۰۲۰ رسیده که بیانگر جهشی قابل‌توجه در مدت زمانی کوتاه است. شهر تبریز به‌عنوان یکی از کلان‌شهرهای صنعتی و فرهنگی ایران، طی دو دهه اخیر با تغییرات چشمگیری در الگوی مصرف غذایی مواجه بوده است(۴). یکی از مهم‌ترین چالش‌های این منطقه، پیوند عمیق ذائقه غذایی سنتی با مصرف گسترده شیرینی‌ها و خوراکی‌های پرقند است. مصرف مداوم شیرینی‌های سنتی پرکالری مانند قرابیه، نوقا، راحت‌الحلقوم، حلوا و باقلوا، در کنار نوشیدنی‌های شیرین، به‌عنوان بخشی از هنجار فرهنگی و اجتماعی، نقش مستقیمی در افزایش سرانه مصرف شکر و در نتیجه تشدید خطر ابتلا به بیماری‌های غیرواگیر در این شهر ایفا می‌کند. با توجه به این واقعیت‌ها، ضرورت کاهش مصرف شکر در شهر تبریز به‌عنوان یک اولویت بهداشتی و سیاست‌گذاری احساس می‌شود. این پژوهش در تلاش است تا با تمرکز بر شهر تبریز، علل مصرف بالای شکر و راهکارهای کاهش آن را بررسی کند و در نهایت، پیشنهاداتی متناسب با بافت فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی این شهر ارائه دهد.

تعیین دستور کار (Agenda Setting) بر اساس چارچوب جریان‌های سه‌گانه کینگدون (Kingdon)

فرایند وارد شدن یک مسئله خاص به دستور کار سیاست‌گذاران، همواره تحت تأثیر عوامل چندبعدی و پویایی است که در الگوی سه‌جریانی جان کینگدون (۵) (Kingdon, ۱۹۹۵) به خوبی شناخته و تبیین شده است. با بهره‌گیری از این چارچوب، فرایند ظهور مسئله کاهش مصرف شکر به عنوان یک مسئله عمومی–سیاسی در شهر تبریز طی دو دهه گذشته (۲۰۰۰-۲۰۲۳) مورد تحلیل قرار گرفت(۶).

۱. جریان مسئله (Problem Stream)

پایش‌های سری زمانی نشان می‌دهد که شاخص‌های مرتبط با اختلالات متابولیک در تبریز طی سال‌های اخیر با شتابی غیرمتعارف روندی صعودی داشته‌اند و تفاوت اصلی این وضعیت با دوره‌های گذشته، تغییر محسوس در هرم سنی افراد آسیب‌دیده است؛ به‌گونه‌ای که چاقی مفرط، مقاومت انسولینی و زمینه‌های ابتلا به دیابت نوع ۲ دیگر محدود به بزرگسالان نیست و به‌صورت سیستماتیک در میان کودکان و دانش‌آموزان مقاطع ابتدایی نیز مشاهده می‌شود. این روند تا حد زیادی تحت تأثیر کاهش تحرک فیزیکی در نظام آموزشی، محدودشدن فضاهای حرکتی مدارس و همچنین اشباع محیط‌های آموزشی و پیرامون آن از نوشیدنی‌های قندی و خوراکی‌های پرشکر قرار دارد(۶). در کنار این مسئله، داده‌های پیمایش خانوار نشان می‌دهد که میزان مصرف قند پنهان و آشکار در میان شهروندان تبریزی از حدود ایمن توصیه‌شده توسط سازمان جهانی بهداشت فراتر رفته و به چندین برابر حد مجاز رسیده است؛ موضوعی که بیانگر نفوذ عمیق شیرینی‌های سنتی و محصولات قندی به الگوی تغذیه روزانه خانوارهاست(۷). با این حال، آنچه این روند آماری را به یک مسئله فوری و بحرانی در سطح سیاست‌گذاری تبدیل کرد، صرفاً افزایش شاخص‌های سلامت نبود، بلکه وقوع رویدادهای بالینی هشداردهنده در سطح شهر بود. افزایش ناگهانی بستری نوجوانان و جوانان به دلیل شوک‌های دیابتی و عوارض متابولیک حاد در مراکز درمانی اصلی تبریز، از جمله بیمارستان امام رضا، نگرانی گسترده‌ای را در میان مسئولان حوزه سلامت و افکار عمومی ایجاد کرد. این رویدادها نشان داد که پیامدهای ناشی از الگوی مصرف نامناسب شکر، از یک تهدید بلندمدت فراتر رفته و اکنون به خطری فوری برای سلامت نسل جوان و نیروی کار آینده شهر تبدیل شده است. هم‌زمان، بازتاب گسترده این بحران در رسانه‌های استانی و شبکه‌های اجتماعی، حساسیت عمومی نسبت به مسئله را به‌شدت افزایش داد(۸). رسانه‌ها با تمرکز بر هزینه‌های سنگین درمان، افزایش مصرف انسولین و داروهای مرتبط با چربی و دیابت، مسئله مصرف شکر را از یک موضوع صرفاً بهداشتی به یک چالش اقتصادی و اجتماعی برای خانوارها تبدیل کردند. در نتیجه این بازخوردهای رسانه‌ای و فشار افکار عمومی، مدیریت شهری و سیاست‌گذاران حوزه سلامت در تبریز ناچار شدند بپذیرند که الگوی مصرف شکر در این منطقه دیگر یک انتخاب فردی

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-10-30]
[DOI: 10.66224/nsft.20.5.7]

نیست، بلکه بحرانی ساختاری است که نیازمند مداخله فوری، سیاست‌گذاری حاکمیتی و برنامه‌های جامع اصلاح الگوی تغذیه در سطح جامعه است(۱۰).

۲. جریان سیاست (Policy Stream)

در چارچوب جریان‌های سه‌گانه سیاست‌گذاری، جریان سیاست در ارتباط با مصرف شکر در شهر تبریز از سوی نهادهای بین‌المللی، ملی و محلی به مجموعه راهکارها و ایده‌هایی اشاره دارد که برای کنترل و کاهش آن ارائه شده‌اند. در سطح بین‌المللی، سازمان جهانی بهداشت از سال ۲۰۱۵ با هدف پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر، کاهش مصرف قندهای آزاد به کمتر از ۱۰ درصد و در حالت مطلوب کمتر از ۵ درصد از کل انرژی دریافتی روزانه را به‌عنوان یک استاندارد جهانی مطرح کرد؛ رویکردی که بعدها در اسناد مرتبط با کنترل بیماری‌های غیرواگیر تثبیت شد و مبنای سیاست‌گذاری دولت‌ها قرار گرفت. هم‌زمان، در سطح محلی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز و مرکز بهداشت استان با توجه به ویژگی‌های فرهنگی و الگوی مصرف غذایی منطقه، مجموعه‌ای از راهکارهای عملیاتی را پیشنهاد کرده‌اند که بر آموزش تغذیه در مدارس، همکاری با صنایع غذایی برای تولید محصولات کم‌قند و تدوین استانداردهای رستوران و فروشگاه سالم تمرکز دارد(۱۱). این سیاست‌ها از نظر علمی با تجربیات موفق جهانی، مانند مالیات بر نوشیدنی‌های شیرین در مکزیک و بریتانیا و همچنین مشوق‌های صنعتی مالزی برای تولید محصولات کم‌قند، همخوانی دارند و نشان می‌دهند که ابزارهای مالی، آموزشی و نظارتی می‌توانند در اصلاح الگوی مصرف مؤثر باشند(۱۲). با این حال، اجرای موفق این سیاست‌ها در تبریز نیازمند هماهنگی میان شهرداری، آموزش و پرورش، نهادهای بهداشتی و صنایع غذایی، همچنین تأمین منابع مالی پایدار و حمایت سیاسی مدیریت شهری است؛ زیرا بدون همکاری بین‌بخشی و پشتوانه اجرایی، این راهکارها در حد اسناد و برنامه‌های نظری باقی خواهند ماند.

۳. جریان سیاسی (Political Stream)

شواهد حاکی از آن است که جریان سیاسی در تبریز از مرحله ایستایی عبور کرده و اکنون در وضعیت آمادگی برای وضع مقررات بازدارنده در حوزه مصرف شکر و کنترل بیماری‌های غیرواگیر قرار دارد. این بلوغ سیاسی تحت تأثیر چند عامل اساسی شکل گرفته است. نخست، تغییر پارادایم در اسناد بالادستی کشور مانند سند تحول سلامت و سند چشم‌انداز ۱۴۰۴، که رویکرد حاکمیت را از درمان‌محوری به پیشگیری‌محوری تغییر داده و مدیریت عوامل خطر رفتاری را به ضرورتی اقتصادی و امنیتی تبدیل کرده است. این تغییر، زمینه قانونی لازم را برای اجرای سیاست‌های سخت‌گیرانه در اصلاح الگوی تغذیه فراهم کرده است(۱۲). دوم، از سال ۲۰۱۹ نوعی بیداری سیاستی در نهادهای محلی تبریز از جمله فرمانداری و شورای شهر ایجاد شده و پذیرش نقش تبریز به عنوان پایلوت طرح‌های سلامت شهری، نشان‌دهنده تمایل مدیران شهری برای تبدیل این کلان‌شهر به الگویی ملی در کنترل بیماری‌های غیرواگیر است. سوم، فعالیت سازمان‌های مردم‌نهاد، تشکل‌های والدین و رسانه‌های محلی باعث شده مسئله مصرف شکر از یک موضوع تخصصی به یک مطالبه عمومی تبدیل شود و این فشار اجتماعی، مسئولان را به سمت تصمیمات جدی‌تری مانند اصلاح بوفه مدارس سوق دهد. در نهایت، شکل‌گیری ائتلاف میان نخبگان دانشگاه علوم پزشکی تبریز و اعضای اثرگذار شورای شهر، به‌عنوان کارآفرینان سیاستی، نقش مهمی در تبدیل اراده سیاسی به سیاست‌های اجرایی ایفا می‌کند؛ به‌گونه‌ای که با پیگیری وضع عوارض بر محصولات پرشکر و محدودیت تبلیغات محیطی، تلاش می‌شود قدرت صنایع قند و شکر در برابر منافع سلامت عمومی کاهش یابد(۱۴).

هم‌ترازی جریان‌ها و باز شدن پنجره سیاستی (The Policy Window)

طبق نظریه جریان‌های چندگانه کینگدون، تحولات ساختاری مستلزم تلاقی سه جریان مستقل مسئله، جریان سیاست و جریان سیاسی در یک مقطع زمانی خاص است. در این راستا، بازه زمانی ۱۳۹۹ تا ۱۴۰۱ در شهر تبریز، مقطعی راهبردی تلقی می‌شود که طی آن با پیوند این جریان‌ها، پنجره سیاستی جهت مداخله در الگوی مصرف شکر گشوده شد. در جریان مسئله، مصرف بالای شکر و افزایش بیماری‌های غیرواگیر از یک چالش بهداشتی ساده به یک بحران چندبعدی اجتماعی و اقتصادی تبدیل شد. عبور مصرف سرانه شکر از استانداردهای هشدار و افزایش بستری‌های بیمارستانی در سنین پایین، حساسیت نهادهای تصمیم‌گیر را افزایش داد و مسئله را به یک فوریت عمومی تبدیل کرد. هم‌زمان، در جریان سیاست، جامعه تخصصی تبریز توانست راهکارهای فنی و اجرایی لازم را فراهم کند. دانشگاه علوم پزشکی تبریز با تدوین بسته‌های مداخله‌ای مانند اصلاح محیط غذایی مدارس و محدودیت تبلیغات

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-10-30]

[DOI: 10.66224/nsft.20.5.7]

محصولات پرشکر، امکان‌پذیری فنی سیاست‌ها را تقویت کرد. همچنین استفاده از تجربه‌های موفق جهانی مانند مالیات بر قند در انگلستان و نمونه‌های داخلی، باعث کاهش ریسک سیاسی اجرای این سیاست‌ها شد. در جریان سیاسی نیز، هم‌سویی اسناد بالادستی کشور با مطالبه‌گری نهادهای مدنی، والدین و رسانه‌ها، فضایی ایجاد کرد که در آن سلامت عمومی بر منافع اقتصادی صنایع قند و شکر اولویت یافت و زمینه پذیرش سیاست‌های مداخله‌ای فراهم شد. نقطه کلیدی این فرآیند، نقش کارآفرینان سیاستی بود که شامل ائتلافی از پژوهشگران علوم پزشکی، کارشناسان سلامت شهرداری، فعالان سازمان‌های مردم‌نهاد و مدیران آموزش و پرورش می‌شد. این افراد با استفاده از فرصت ایجاد شده در سال ۲۰۲۱ توانستند مسئله را به‌صورت ملموس و اجرایی برای مدیران شهری بازتعریف کرده و بحران افزایش بستری‌های بیمارستانی را به راهکارهایی مانند اصلاح بوفه مدارس و جلب حمایت شورای شهر پیوند دهند و در نتیجه سه جریان اصلی را به یکدیگر متصل کنند.

گزینه‌های سیاستی برای کاهش مصرف شکر در تبریز (Policy Options)

سه گزینه سیاستی کلیدی برای کاهش مصرف شکر در تبریز طراحی شده است. این گزینه‌ها بر اساس چارچوب ترتیبات تحویل، ترتیبات مالی و ترتیبات حکمرانی در جدول ۱ دسته‌بندی شده‌اند. جدول ۱ نشان می‌دهد که برای مقابله با افزایش مصرف مواد قندی در تبریز، سه گزینه سیاستی اصلی در حوزه‌های تحویل خدمات، مالی و حکمرانی پیشنهاد شده است. نخست، توانمندسازی کارکنان بهداشت محلی و آموزش مربیان سلامت در مدارس و مساجد که با هدف تقویت نظام پایش و آموزش اجرا می‌شود، اما نیازمند بودجه و همکاری فروشندگان مواد غذایی است. دوم، اعمال مالیات بر محصولات پرشکر مانند نوشیدنی‌های شیرین که می‌تواند مصرف را کاهش داده و برای نظام سلامت درآمد ایجاد کند، هرچند ممکن است با مخالفت صنایع غذایی و افزایش هزینه برای اقشار کم‌درآمد همراه باشد. سوم، محدودیت تبلیغات و برچسب‌گذاری اجباری محصولات پرشکر که با هدف افزایش آگاهی عمومی و کاهش مصرف، به‌ویژه در کودکان، طراحی شده است اما اجرای آن به نظارت مستمر و مقابله با مقاومت رسانه‌ها و تولیدکنندگان نیاز دارد. در مجموع، جدول ۱ تأکید می‌کند که موفقیت این سیاست‌ها به ایجاد تعادل میان حمایت نهادهای دولتی و مدیریت مقاومت صنایع وابسته بستگی دارد.

جدول ۲ نشان می‌دهد که اجرای سیاست‌های کاهش مصرف شکر در تبریز با چالش‌هایی در حوزه منابع انسانی، مسائل اقتصادی و نظارت رسانه‌ای روبه‌رو است. در بخش توانمندسازی بهداشتی، کمبود نیروی متخصص و مشارکت محدود داوطلبان از مهم‌ترین موانع محسوب می‌شود که استفاده از ظرفیت NGOهای سلامت و ایجاد مشوق‌های مالی می‌تواند به پایداری برنامه‌ها کمک کند. در سیاست‌های مالیاتی نیز خطر فرار مالیاتی صنایع و افزایش هزینه مواد غذایی وجود دارد؛ به همین دلیل، نظارت الکترونیک بر زنجیره فروش و ارائه معافیت‌های تشویقی برای تولیدکنندگان محصولات کم‌شکر پیشنهاد شده است. همچنین، در حوزه تبلیغات، گسترش تبلیغات محصولات پرشکر در فضای مجازی و همکاری ناکافی رسانه‌ها، اجرای محدودیت‌ها را دشوار کرده است که تدوین قوانین مشخص برای رسانه‌های دیجیتال و اعمال جریمه‌های بازدارنده می‌تواند اثربخشی سیاست‌ها را افزایش دهد. در مجموع، جدول ۲ تأکید می‌کند که ترکیب نظارت هوشمند و سیاست‌های تشویقی، عامل اصلی موفقیت اجرای این برنامه‌ها در تبریز است.

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-10-30]

[DOI: 10.66224/nsft.20.5.7]

جدول ۱. گزینه‌های سیاستی کاهش مصرف شکر در تبریز

گزینه سیاستی	محور سیاستی	هزینه	معایب	مزایا	شرح اقدامات	پذیرش ذینفعان
توانمندسازی کارکنان بهداشت محلی	**ترتیبات تحویل** (تغییر در نظام ارائه خدمات)	۵۰ میلیارد ریال	- مقاومت فروشندگان مواد غذایی - نیاز به بودجه آموزشی	- افزایش آگاهی عمومی - کاهش بار کاری مراکز بهداشتی - تغییر رفتار مصرف‌کنندگان	- آموزش مربیان سلامت در مدارس و مساجد - نظارت بر عملکرد مراکز عرضه مواد غذایی - ایجاد سیستم پایش مصرف شکر در محلات	- وزارت بهداشت (موافق) - آموزش و پرورش (موافق) - اتحادیه صنایع غذایی (مخالف)
اعمال مالیات بر محصولات پرشکر	**ترتیبات مالی** (مکانیسم‌های اقتصادی)	۲۰۰ میلیارد ریال (درآمد سالانه)	- افزایش قیمت برای قشر کم‌درآمد - فشار بر صنایع غذایی	- کاهش مصرف محصولات مضر - درآمدزایی برای سلامت عمومی - حمایت از تولیدکنندگان سالم	- وضع مالیات ۲۰٪ بر نوشیدنی‌های شیرین - اختصاص درآمد مالیاتی به برنامه‌های سلامت - ارائه یارانه به محصولات کم‌شکر	- وزارت اقتصاد (موافق) - صنایع غذایی (مخالف) - عموم مردم (نظرات متفاوت)
محدودیت تبلیغات و برچسب‌گذاری اجباری	**ترتیبات حکمرانی** (قوانین و مقررات)	۳۰ میلیارد ریال	- مقاومت رسانه‌ها و تبلیغات‌چیان - نیاز به نظارت مستمر	- کاهش تقاضا در کودکان - شفافیت اطلاعاتی - حمایت از حقوق مصرف‌کننده	- ممنوعیت تبلیغات شیرینی‌جات در ساعات پربیننده - الزام به درج هشدار سلامت روی بسته‌بندی‌ها - جمع‌آوری محصولات غیراستاندارد	- سازمان استاندارد (موافق) - رسانه‌ها (مخالف) - تولیدکنندگان (مخالف)

جدول ۲.چالش‌های اجرا و راهکارهای مقابله

گزینه سیاستی	موانع اجرایی	راهکارهای اجرایی
توانمندسازی کارکنان بهداشت	- کمبود نیروی انسانی آموزش‌دیده - عدم تمایل داوطلبان محلی	- استفاده از ظرفیت بسیجیان و NGOهای سلامت - ایجاد مشوق‌های مالی برای مربیان
مالیات بر شکر	- فرار مالیاتی صنایع - تورم قیمت مواد غذایی	- نظارت الکترونیک بر فروش محصولات - معافیت مالیاتی برای محصولات کم‌شکر
محدودیت تبلیغات	- تبلیغات غیرمستقیم در فضای مجازی - عدم همکاری رسانه‌ها	- تدوین آیین‌نامه شفاف برای رسانه‌ها - جریمه متخلفان

اجرای گزینه‌های سیاستی کاهش مصرف شکر در تبریز((Implementation of the Policy Options

جدول ۳ نشان می‌دهد که اجرای سیاست‌های کاهش مصرف شکر در تبریز به‌صورت مرحله‌ای و با همکاری نهادهای مختلف طراحی شده است. در مرحله نخست، طی ماه‌های ۱ تا ۳، ساختارهای اجرایی و دستورالعمل‌های لازم توسط وزارت بهداشت و دانشگاه علوم پزشکی تدوین می‌شود. سپس در ماه‌های ۴ تا ۶، اجرای آزمایشی سیاست‌ها از طریق طرح‌هایی مانند مالیات بر شکر و مدارس بدون شکر در برخی مناطق آغاز می‌شود تا بازخوردها ارزیابی شوند. در

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-10-30]

[DOI: 10.66224/nsft.20.5.7]

مرحله گسترش سراسری، از ماه ۷ تا ۱۲، برنامه‌ها به کل شهر تعمیم یافته و محدودیت فروش و تبلیغات محصولات پرشکر همراه با کمپین‌های آموزشی اجرا می‌شود. در نهایت، پایش مستمر از طریق نظارت دوره‌ای دانشگاه علوم پزشکی و بررسی شاخص‌های سلامت شهروندان ادامه می‌یابد. جدول ۳ تأکید می‌کند که موفقیت این سیاست‌ها به اجرای تدریجی، هماهنگی بین‌بخشی و نظارت مداوم وابسته است.

جدول ۳. برنامه زمان‌بندی و مراحل اجرایی طرح جامع کاهش مصرف شکر در تبریز

مرحله اجرا	نهاد مسئول	اقدامات کلیدی	سازوکار مشارکت	زمان‌بندی
آماده‌سازی	وزارت بهداشت + دانشگاه علوم پزشکی	- تشکیل کارگروه ویژه کاهش مصرف شکر - تدوین دستورالعمل‌های اجرایی	کمیته راهبری ملی	ماه ۱-۳
اجرای آزمایشی	سازمان مالیاتی + آموزش و پرورش	- اجرای محدود مالیات بر شکر در منطقه ۱ تبریز - راه‌اندازی طرح "مدارس بدون شکر" در ۱۰ مدرسه نمونه - گنجاندن آموزش تغذیه در مدارس - نظارت بر بوفه‌ها	تفاهم‌نامه همکاری	ماه ۴-۶
گسترش سراسری	شهرداری تبریز+ وزارت صنعت و صنایع غذایی	- تعمیم مالیات به تمام مناطق شهر - اجرای برنامه‌های آموزشی در تمام مراکز عمومی و نصب بنرهای آموزشی - محدودیت فروش در پارک‌ها - کاهش تدریجی شکر در محصولات - مشارکت در کمپین‌ها	کارگروه محلی سلامت	ماه ۷-۱۲
پایش مستمر	دانشگاه علوم پزشکی	- نظارت ماهانه بر بر اجرای برچسب‌گذاری و فروش محصولات شیرین - پایش دوره‌ای شاخص‌های سلامت	جلسات Quarterly	مستمر

نتیجه گیری

شهر تبریز به دلیل پیوند عمیق فرهنگی با مصرف شیرینی‌جات سنتی، با بحران جدی در حوزه بیماری‌های غیرواگیر و افزایش نگران‌کننده نرخ دیابت و چاقی، به‌ویژه در میان نسل جوان، روبرو است. تحلیل‌های مبتنی بر مدل کینگدون حاکی از آن است که در بازه زمانی ۱۳۹۹ تا ۱۴۰۱، با تلاقی بحران‌های بالینی عینی، تدوین راهکارهای فنی توسط نخبگان دانشگاهی و بلوغ اراده سیاسی در نهادهای محلی، پنجره سیاستی برای اصلاح این الگوی مصرف گشوده شده است. برای عبور از این وضعیت، اجرای ترکیبی از سیاست‌های اقتصادی (مانند مالیات ۲۰ درصدی بر محصولات پرشکر)، نظارتی (محدودیت تبلیغات و برچسب‌گذاری) و آموزشی (توانمندسازی شبکه بهداشت محلی) ضروری است. موفقیت نهایی این طرح در تبریز مستلزم گذار از مرحله برنامه‌ریزی به اجرای مرحله‌بندی شده، تقویت هماهنگی بین‌بخشی میان شهرداری، آموزش و پرورش و نهادهای بهداشتی، و همچنین مدیریت هوشمند مقاومت ذینفعان و صنایع غذایی است.

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-10-30]

[DOI: 10.66224/nsft.20.5.7]

References

1. Malik VS, Hu FB. The role of sugar-sweetened beverages in the global epidemics of obesity and chronic diseases. Nature Reviews Endocrinology. 2022;18(4):205-18.
2. Organization WH. Noncommunicable diseases country profiles 2018. 2018.
3. Newens K, Walton J. A review of sugar consumption from nationally representative dietary surveys across the world. Journal of Human Nutrition and Dietetics. 2016;29(2):225-40.
4. Forde H, Penney TL, White M, Levy L, Greaves F, Adams J. Understanding marketing responses to a tax on sugary drinks: a qualitative interview study in the United Kingdom, 2019. International Journal of Health Policy and Management. 2022;11(11):2618.
5. Kingdon, J. (2010). Agendas, Alternatives and Public Policy. 2010 (2nd ed.). New York: Pearson.
6. Khanmohammadi S, Karimi K, Sadri M, Ebrahimpur M, Payab M, Azadnajafabad S, et al. Prevalence and determinants of general and abdominal obesity and overweight among older Iranian adults using 2016 and 2021 STEPS surveys. Scientific Reports. 2025;15(1):40041.
7. Fouly H, Fouad Arief A, Hassen SG. Current Predictors of Quality of Life among Pregnant Women in Assiut City. Egyptian Journal of Health Care. 2025;16(2):865-76.
8. Soleimanzadeh M, Ghorbani R, Pourmohammadi M, Mahmoudzadeh H, Ebrahimpour A. A Social Practice Perspective on Consumption of Agricultural Land in the West of Tabriz (From the Preparation of the First Master Plan of Tabriz City in 1970 Until Now). Geography and Environmental Sustainability. 2024;14(2):33-47.
9. Golabi M. A Study on Contemporary Residential Architecture in Tabriz (2000-2019). of the book: New Approaches in Contemporary Architecture and Urbanism. 2020:45.
10. Brown JS. Healthy public policy: factors driving the regional agenda: Durham University; 2012.
11. Kharazmi HA, Vakili R, Yazdanparast A, Dehghani N. The prevalence of type 2 diabetes (T2D) among Iranian children and adolescents: a literature review. Health Providers. 2025;5(1):1-10.
12. Ghergherechi R, Tabrizi A. Prevalence of impaired glucose tolerance and insulin resistance among obese children and adolescents. Therapeutics and clinical risk management. 2010:345-9.
13. Saghafi-Asl M, Mirmajidi S, Asghari Jafarabadi M, Vahid F, Shivappa N, Hébert JR, et al. The association of dietary patterns with dietary inflammatory index, systemic inflammation, and insulin resistance, in apparently healthy individuals with obesity. Scientific Reports. 2021;11(1):7515.
14. Secretariat of the High Council for Health and Food Security. Policy Brief on Reducing [Sugar] Consumption. 2015.

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-10-30]

[DOI: 10.66224/nsft.20.5.7]

Policy Brief:

Analysis of Policy Transition in Controlling Sugar Consumption in Tabriz: A Policy Brief Based on Kingdon's Multiple Streams Framework

Hosseini S[1], Mohammadi -Nasrabadi M[2], Jamalzahi A[3]*

1.School of Nutrition and Food Sciences, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

2.Corresponding author: Professor, Food and Nutrition Policy and Planning Research Department, National Nutrition and Food Technology Research Institute, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran. Email: Iran f.mohammadinasrabadi@sbmu.ac.ir, f_mohammadi_2001@yahoo.com

3.Ph.D. Candidate in Food and Nutrition Policy, Faculty of Nutrition sciences and food Technology, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Abstract

Background and Objective: Excessive consumption of added sugar has become a critical crisis in Tabriz, serving as one of the primary drivers of non-communicable diseases (NCDs). This study aims to analyze the process of agenda-setting and how the issue of reducing sugar consumption entered the policymakers' agenda, utilizing Kingdon's Multiple Streams Framework (MSF).

Methodology: Utilizing Kingdon's Multiple Streams Framework, this study analyzes the convergence of the problem, policy, and politics streams in Tabriz between 2000 and 2023 (1379–1402 AH). It explains how policy windows were opened and examines the pivotal role of policy entrepreneurs within this domain.

Findings: In the problem stream, a sharp spike in diabetes prevalence (from 8.2% to 10.9%) alongside rising hospitalizations among youth transformed the issue into a public emergency. In the policy stream, technical solutions—such as taxing high-sugar products and reforming school food environments—were developed. In the politics stream, the alignment of high-level national strategy documents with the advocacy of civil society organizations generated the necessary political will for action. Ultimately, a coalition of academic elites and municipal managers acted as policy entrepreneurs; by coupling these three streams between 2020 and 2022 (1399–1401 AH), they opened a policy window for structural reforms.

Conclusion: Successfully reducing sugar consumption in Tabriz demands intersectoral coordination among the municipality, the Ministry of Education, and healthcare authorities. Implementing policy options such as a 20% tax on sugar-sweetened products and imposing advertising restrictions, paired with local empowerment, can serve as a national model for controlling non-communicable diseases.

Keywords: Sugar Reduction, Kingdon's Multiple Streams Framework (MSF), Non-Communicable Diseases (NCDs), Health Policy, Policy Window.

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-10-30]

[DOI: 10.66224/nsft.20.5.7]