

ورقة مناقشة لمنظمة الصحة العالمية

(نسخة مؤرخة في 19 آب/أغسطس 2021)

مسودة توصيات للوقاية من السمنة وإدارتها خلال دورة الحياة، بما في ذلك الغايات المحتملة

التحليل الأساسي للسمنة

1- السمنة مرض معقد متعدد العوامل غير معدٍ يُعرف بالبدانة المفرطة التي يمكن أن تضر بالصحة.¹ والسمنة هي أيضاً أحد عوامل الخطر الرئيسية للإصابة بالعديد من الأمراض غير السارية مثل أمراض القلب التاجية وارتفاع ضغط الدم والسكتة الدماغية وأنواع معينة من السرطان، وداء السكري من النوع 2، وأمراض المرارة، وشذوذ شحميات الدم، وهشاشة العظام والنقرس وأمراض الرئة، بما في ذلك انقطاع النفس أثناء النوم. والسمنة هي أهم عامل خطر قابل للتعديل للإصابة بمرض السكري من النوع 2. وبالإضافة إلى ذلك، غالباً ما يعاني المصابون بالسمنة من مشاكل صحة نفسية جنباً إلى جنب مع درجات مختلفة من القيود الوظيفية، مثل الإعاقة المرتبطة بالسمنة،² كما يعانون من التحيز الاجتماعي والتعامل والتمييز.³ وتنشأ السمنة من عدد من العوامل والمحددات الجذرية، ومن بينها: الوراثة، وعلم البيولوجيا، والحصول على الرعاية الصحية، والصحة النفسية، والنظام الغذائي، والعوامل الاجتماعية والثقافية، والاقتصاد، والبيئات، والمصالح التجارية، من بين أمور أخرى.

2- ويعد مؤشر كتلة الجسم (BMI) مؤشراً بديلاً على البدانة محسوبة على أساس الوزن (كجم)/الطول² (م). وتختلف فئات مؤشر كتلة الجسم لتعريف السمنة حسب العمر والجنس لدى الرضع والأطفال والمراهقين. أما بالنسبة للبالغين، فتُعرف السمنة بمؤشر كتلة الجسم أكبر من أو يساوي 30 كجم/م². ومؤشر كتلة الجسم الذي يتراوح من 25 إلى 29.99 كجم/متر² يرتبط أيضاً بزيادة خطر الإصابة بالأمراض ويشار إليه باسم ما قبل السمنة. ويُشار إلى سلسلة المخاطر هذه بتعبير زيادة الوزن، التي تشمل البالغين الذين يزيد مؤشر كتلة جسم لديهم عن 25.00 كجم/متر². وبالنسبة للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 5 أعوام و 19 عاماً، تُعرف السمنة بزيادة مؤشر كتلة الجسم للعمر بأكبر من انحرافين معياريين عن المتوسط المرجعي للنمو الذي تطبقه منظمة الصحة العالمية. وبالنسبة للأطفال دون سن الخامسة، يُستخدم مؤشر زيادة الوزن الذي يُعرف بأنه زيادة الوزن مقابل أكبر من انحرافين معياريين عن المتوسط المعياري لنمو الطفل الذي تطبقه المنظمة.

3- وعلى الصعيد العالمي، سجل معدل انتشار زيادة الوزن والسمنة وعدد الأفراد المصابين بهما زيادةً في جميع الفئات العمرية وسيستمر في الارتفاع خلال العقد المقبل:⁴

2030	2020	2000	
الأطفال دون سن 5 سنوات الذين يعانون من زيادة الوزن (×) 39.8 مليون	الأطفال دون سن 5 سنوات الذين يعانون من زيادة الوزن (×) 38.9 مليون	الأطفال دون سن 5 سنوات الذين يعانون من زيادة الوزن (×) 33.3 مليون	
الأطفال من 5 سنوات إلى 18 سنة الذين يعانون من السمنة (×) 254 مليون	الأطفال من 5 سنوات إلى 18 سنة الذين يعانون من السمنة (×) 150 مليون	يُحدد لاحقاً	
البالغون الذين يعانون من زيادة الوزن (×) يُحدد لاحقاً	البالغون الذين يعانون من زيادة الوزن (×) 1.98 مليون	يُحدد لاحقاً	
البالغون الذين يعانون من السمنة (×) يُحدد لاحقاً	البالغون الذين يعانون من السمنة (×) 0.6 مليون	يُحدد لاحقاً	

1 التصنيف الدولي للأمراض، المراجعة الحادية عشرة، الرمز 5B81.

2 ICF-OB: a multidisciplinary questionnaire based on the International Classification of Functioning, Disability and Health to address disability in obesity. Eur J Physical Rehab Med. 2018;54(1):119-21

3 مشاورات منظمة الصحة العالمية بشأن السمنة (1999: جنيف، سويسرا) ومنظمة الصحة العالمية. (2000). السمنة: الوقاية من هذا الوباء العالمي ومكافحته: تقرير مشاورات منظمة الصحة العالمية. منظمة الصحة العالمية. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42330>

4 التقديرات قيد التحديث. وسترد في الإصدار التالي من الورقة.

4- هناك اتجاهات مقلقة آخذة في الظهور، هي التالية:

- يعيش ما يقرب من نصف الأطفال دون سن الخامسة المصابين بزيادة الوزن في آسيا ويعيش أكثر من ربعهم في أفريقيا.
- بلغ معدل انتشار السمنة بين الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 5 أعوام و19 سنة حوالي 20% أو أكثر في العديد من البلدان في إقليم المحيط الهادئ وشرق البحر الأبيض المتوسط ومنطقة البحر الكاريبي والأمريكتين.⁵
- تزداد معدلات السمنة بين البالغين بسرعة أكبر في البلدان المتوسطة الدخل، وبالأخص في جنوب شرق آسيا وأفريقيا. ومن المتوقع أن يعاني واحد من كل خمسة بالغين من السمنة بحلول عام 2025، حيث أن جميع البلدان ما زالت بعيدة عن تحقيق الغايات المنشودة.
- يعيش معظم سكان العالم في بلدان تؤدي فيها زيادة الوزن والسمنة إلى وفاة عدد أكبر من البالغين مقارنة بنقص الوزن.⁶

5- زيادة الوزن والسمنة في مرحلة الطفولة والمراهقة يرتبطان بعواقب صحية ضارة في وقت لاحق من العمر. وتعدّ الوقاية من الوزن الزائد ومكافحته عند الأطفال والمراهقين أمراً مهماً لأسباب كثيرة.^{7،8}

- من الصعب تحقيق⁹ فقدان الوزن والحفاظ على الوزن الجديد (9)، ومن ثم فمن المحتمل أن يؤدي اكتساب الوزن الزائد في مرحلة الطفولة والمراهقة إلى زيادة الوزن والسمنة في مرحلة البلوغ.¹⁰
- تؤثر زيادة الوزن في مرحلة الطفولة والمراهقة على صحة الأطفال والمراهقين تأثيراً مباشراً وترتبط بمخاطر أكبر وظهور مبكر لأمراض غير سارية مختلفة، مثل مرض السكري من النوع 2 وأمراض القلب والأوعية الدموية.^{11،12،13،14}
- السمنة لدى الأطفال والمراهقين لها عواقب نفسية واجتماعية سلبية وتؤثر على تحصيلهم التعليمي وعلى نوعية حياتهم، بما في ذلك بسبب الوصم والتمييز.^{15،16}
- من المرجح جداً أن يظل الأطفال المصابون بالسمنة يعانون من السمنة في فترة البلوغ كذلك، كما أنهم معرضون أيضاً لخطر الإصابة بالعديد من الأمراض غير السارية في مرحلة البلوغ.

⁵ NCD Risk Factor Collaboration. Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128·9 million children, adolescents, and adults. *Lancet* 2017;390(10113):2627-2642.

⁶ السمنة في العالم. معدل انتشار السمنة. متاح على الرابط: <https://www.worldobesity.org/about/about-obesity/prevalence-of-obesity>.

⁷ النظر في الأدلة على السمنة لدى الأطفال للجنة القضاء على السمنة لدى الأطفال: تقرير مجموعة العمل المخصصة للعلم والأدلة لإنهاء السمنة لدى الأطفال. منظمة الصحة العالمية؛ جنيف: 2016.

⁸ النظر في الأدلة على السمنة لدى الأطفال للجنة القضاء على السمنة لدى الأطفال: تقرير مجموعة العمل المخصصة للعلم والأدلة لإنهاء السمنة لدى الأطفال. منظمة الصحة العالمية؛ جنيف: 2016.

⁹ MacLean P, Higgins J, Giles E, Sherk V, Jackman M. The role for adipose tissue in weight regain after weight loss. *Obes Rev*. 2015;16:45-54

¹⁰ Singh AS, Mulder C, Twisk JW, van Mechelen W, Chinapaw MJ. Tracking of childhood overweight into adulthood: a systematic review of the literature. *Obes Rev*. 2008;9:474-488

¹¹ Must A, Jacques PF, Dallal GE, Bajema CJ, Dietz WH. Long-term morbidity and mortality of overweight adolescents. A follow-up of the Harvard Growth Study of 1922 to 1935. *N Engl J Med*. 1992;327:1350-1355

¹² Abdullah A, Wolfe R, Stoelwinder JU. The number of years lived with obesity and the risk of all-cause and cause-specific mortality. *Int J Epidemiol*. 2011;40:985-996

¹³ Park M, Falconer C, Viner R, Kinra S. The impact of childhood obesity on morbidity and mortality in adulthood: a systematic review. *Obes Rev*. 2012;13:985-1000

¹⁴ Palma Dos Reis CR, Serrano F, Fonseca MJ, Martins AT, Campos A, McMahon GM, Barros H. The fetal origins of disease: a prospective cohort study on the association of preeclampsia and childhood obesity. *J Dev Orig Health Dis*. 2021 Mar 2;1-7. doi: 10.1017/S2040174421000027. Epub ahead of print. PMID: 33650483

¹⁵ Caird J, Kavanagh J, O'Mara-Eves A. Does being overweight impede academic attainment? A systematic review. *Health Educ J*. 2014;73:497-521

¹⁶ Quek YH, Tam WW, Zhang MW, Ho R. Exploring the association between childhood and adolescent obesity and depression: a meta-analysis. *Obes Rev*. 2017;18:742-754

- الأطفال ذوو الإعاقة أكثر عرضة للإصابة بالسمنة، وخصوصاً الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية.

6- وترتبط زيادة الوزن والسمنة لدى البالغين بزيادة الوفيات الناجمة عن جميع الأسباب، مع ارتفاع نسبة البالغين ذوي الإعاقة الذين يعانون من زيادة الوزن أو السمنة مقارنة بالبالغين غير المصابين بإعاقة. والمصابون بالسمنة أكثر عرضة أيضاً لخطر الإصابة بمرض كوفيد-19 الوخيم أربعة أضعاف مقارنة بغير المصابين بالسمنة.¹⁷

7- وكثيراً ما يتعرض المصابون بالسمنة للوصم والتحيز، حتى بين المتخصصين في الرعاية الصحية، مما يؤثر بدوره على الدعم والعلاج الذي يتلقونه¹⁸. وتُخلّ زيادة الوزن والسمنة أيضاً بتحصيل الأفراد العلمي أثناء حياتهم وتتال أيضاً من حظوظهم في سوق العمل وتلقى أعباء كبيرة على أنظمة الرعاية الصحية والأسرة وأرباب العمل والمجتمع ككل.^{19، 20، 21}

8- وتستمر تكاليف السمنة والأمراض المرتبطة بها في التزايد، حيث تشير التقديرات إلى أن التكلفة الإجمالية لمؤشر كتلة الجسم المرتفع بالنسبة للخدمات الصحية على مستوى العالم تبلغ 990 مليار دولار أمريكي سنوياً، أي أكثر من 13% من إجمالي نفقات الرعاية الصحية.²² وتؤدي السمنة أيضاً إلى تكاليف غير مباشرة مثل ضعف الإنتاجية والإعاقة وسنوات العمر الضائعة وتدني نوعية الحياة. وتُقدّر تكاليف الرعاية الصحية المباشرة وغير المباشرة المجمعة حالياً بنحو 3.3% من إجمالي الناتج المحلي في دول منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي.²³

9- وفي البلدان التي ثبت فيها انتشار أوبئة السمنة، تكون معدلات الانتشار أعلى لدى الفئات التي تتدنى أوضاعها الاجتماعية والاقتصادية، تحت تأثير المحددات الاجتماعية المدفوعة بالتحضر، وتوفر الوجبات السريعة، ونقص الأماكن المخصصة للنشاط البدني. أما في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط، تكون معدلات الانتشار أعلى في البداية في أوساط الفئات التي تعيش أوضاعاً اجتماعية واقتصادية حضرية عالية، ولكن سرعان ما يتسع نطاقها ليصل إلى قطاعات أكبر في المجتمع، في المناطق الحضرية والريفية على السواء. ومن شأن الوقاية من السمنة وتدبيرها علاجياً أن يسهما في الحد من عدم الإنصاف.^{24، 25}

¹⁷ Izcovich A, Ragusa MA, Tortosa F, Lavena Marzio MA, Agnoletti C, et al. Prognostic factors for severity and mortality in patients infected with COVID-19: A systematic review PLoS One. 2020; 15(11): e0241955

¹⁸ Phelan SM, Burgess DJ, Yeazel MW, Hellerstedt WL, Griffin JM, van Ryn M. (2015), Obesity stigma and patient care. Obes Rev, 16: 319-326. <https://doi.org/10.1111/obr.12266>

¹⁹ Muller-Riemenschneider F, Reinhold T, Berghofer A, Willich SN. Health-economic burden of obesity in Europe. Eur J Epidemiol. 2008;23:499-509

²⁰ منظمة الصحة العالمية (2016). تقرير اللجنة المعنية بالقضاء على سمنة الأطفال. منظمة الصحة العالمية.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/204176>

²¹ Shekar M, Popkin B, eds. 2020. Obesity: health and economic consequences of an impending global challenge. Human Development Perspectives series. Washington, DC: World Bank. doi:10.1596/978-1-4648-1491-4

²² World Obesity Federation (2017) The costs of the consequences. <https://www.worldobesity.org/resources/resourcelibrary/calculating-the-costs-of-the-consequences-of-obesity>

²³ OECD (2019) The heavy burden of obesity: the economics of prevention. OECD Health Policy Studies, OECD Publishing: Paris. <https://doi.org/10.1787/888934007202>

²⁴ منظمة الصحة العالمية (2016). دراسة البيانات على السمنة في مرحلة الطفولة الصادرة عن لجنة القضاء على السمنة في مرحلة الطفولة: تقرير الفريق العامل المخصصة عن بيانات القضاء على السمنة في مرحلة الطفولة. جنيف، سويسرا. منظمة الصحة العالمية. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/206549>

²⁵ Wilkinson TM. Obesity, equity and choice. J Med Ethics. 2019 May;45(5):323-328

الأعمال السابقة بشأن السمنة التي اضطلعت بها منظمة الصحة العالمية

10- خلص تقرير مشاورات الخبراء لعام 1997 إلى أن الأسباب الأساسية لوباء السمنة في جميع أنحاء العالم هي أنماط الحياة التي تتسم بقلة الحركة والنظم الغذائية المشبعة بالدهون والكثيفة الطاقة، وكلاهما ناتج عن التغيرات التي تطرأ على المجتمع والأنماط السلوكية للمجتمعات المحلية جزاء زيادة التحضر والتصنيع واختفاء أنماط الحياة التقليدية. وأوصى التقرير بما يلي: (أ) استخدام نهج الصحة العامة للوقاية من زيادة الوزن والسمنة لدى السكان ومعالجتها، وتحديد تحسين معارف ومهارات المجتمع وتقليل تعرض السكان لبيئة تشجع على السمنة؛ و(ب) اعتماد نهج متكامل لخدمات الرعاية الصحية في الأوساط المجتمعية للوقاية من زيادة الوزن والسمنة ومعالجتها لدى الأفراد المعرضين لخطرهما.

11- وأبرز تقرير مشاورات الخبراء لعام 2002 أهمية ما يلي: (1) تشجيع الرضاعة الطبيعية الحصرية وضمان المدخول المناسب من المغذيات الدقيقة اللازمة لتعزيز النمو الخطي الأمثل للرضع وصغار الأطفال، و(2) تقييد تناول الأطعمة الغنية بالطاقة والأطعمة الفقيرة بالمغذيات الدقيقة (مثل المنتجات الغذائية المعبأة)، وتقييد تناول المشروبات المحلاة بالسكر، والحد من مشاهدة التلفزيون وتعزيز نمط الحياة النشط للأطفال والمراهقين، في جملة تدخلات أخرى. وبالإضافة إلى ذلك، سلط التقرير الضوء أيضاً على تدابير أخرى من بينها الحد من تعرض الأطفال لممارسات التسويق المكثفة، وتوفير المعلومات والمهارات اللازمة لاتخاذ خيارات غذائية صحية، وتعديل البيئة لتعزيز النشاط البدني في المدارس والمجتمعات، وخلق المزيد من الفرص من أجل التفاعل الأسري (مثل تناول وجبات عائلية). وفي البلدان التي ينتشر فيها نقص التغذية، أشار التقرير إلى ضرورة أن تتضمن برامج التغذية المصممة لمكافحة نقص التغذية أو الوقاية منه تقييماً للقائمة مع الوزن لمنع إعطاء أغذية غنية بالطاقة للأطفال ذوي الوزن المنخفض بالنسبة لأعمارهم فيما يعدّ وزنهم طبيعياً بالنسبة لطولهم. وقد وردت هذه التوصيات في استراتيجية²⁶ النظام الغذائي والنشاط البدني لمنظمة الصحة العالمية لعام 2004. وبعد نشر التقرير، ظهرت بيانات إضافية تتعلق بالعوامل المعقدة التي تقف وراء السمنة، بما في ذلك دورها في صحة الأم والجنين، ودور الصحة النفسية، والنوم، وعوامل أخرى بشأن مخاطر السمنة، وتأثير التغيرات الأيضية على فقدان الوزن المستمر، فضلاً عن التطورات في بعض خيارات العلاج السريري.

12- وحددت خطة التنفيذ الشاملة الخاصة بتغذية الأمهات والرضع وصغار الأطفال لعام 2012²⁷ غاية عالمية تقضي بعدم حدوث زيادة إضافية على معدلات زيادة الوزن عند الأطفال حتى عام 2025. وشملت التدخلات الرئيسية للحد من مخاطر زيادة الوزن غير الصحية في مرحلة الطفولة ما يلي: (1) معالجة مخاطر التعرض لزيادة الوزن في مرحلة مبكرة من الحياة لتحسين الحالة التغذوية وأنماط النمو، (2) تحسين فهم المجتمع المحلي والأعراف الاجتماعية، (3) التصدي لتعريض الأطفال لممارسات تسويق الأطعمة، و(4): التأثير على النظام الغذائي والبيئة الغذائية، و(5) تحسين التغذية في الأحياء السكنية.

13- وتضمن تقرير عام 2016 للجنة المعنية بالقضاء على سمنة الأطفال مجموعة شاملة ومتكاملة من التوصيات لمعالجة السمنة لدى الأطفال، شملت ما يلي: (1) تنفيذ برامج شاملة تعزز تناول الأطعمة الصحية وتقليل تناول الأغذية غير الصحية والمشروبات المحلاة بواسطة السكر في صفوف الأطفال والمراهقين؛ (2) تنفيذ برامج شاملة تشجع النشاط البدني وتحد من سلوكيات قلة الحركة لدى الأطفال والمراهقين؛ (3) دمج وتعزيز الإرشادات الخاصة بالوقاية من الأمراض غير السارية مع الإرشادات الحالية بشأن الرعاية في مرحلتي ما قبل الحمل والولادة، للحد من مخاطر سمنة الأطفال؛ (4) تقديم التوجيه والدعم بشأن النظام الغذائي الصحي والنوم والنشاط البدني في مرحلة الطفولة المبكرة لضمان النمو السوي للأطفال وإكسابهم العادات

²⁶ منظمة الصحة العالمية (2004). الاستراتيجية العالمية بشأن النظام الغذائي والنشاط البدني والصحة. منظمة الصحة العالمية. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43035>

²⁷ منظمة الصحة العالمية. (2014). خطة التنفيذ الشاملة الخاصة بتغذية الأمهات والرضع وصغار الأطفال. منظمة الصحة العالمية. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/113048> (2014). والغايات العالمية للتغذية 2025: موجز للسياسات المعنية بزيادة الوزن في مرحلة الطفولة. منظمة الصحة العالمية. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/149021>

الصحية؛ (5) تنفيذ برامج شاملة تعزز البيئات المدرسية الصحية وتذكي الوعي بالصحة والتغذية والنشاط البدني في صفوف الأطفال والمراهقين في سن الدراسة؛ (6) توفير خدمات قائمة على الأسرة ومتعددة المكونات ومستندة إلى نمط الحياة لمعالجة زيادة الوزن عند الأطفال والشباب الذين يعانون من السمنة.

14- ويرسي هذا العمل ركيزة المبادئ والتوصيات التالية. ويجري العمل حالياً على توسيع نطاق أساس البيئات واستحداث نهج سياساتية إضافية ونماذج لتقديم الخدمات.

المبادئ العامة

15- تقتضي الوقاية من السمنة ومعالجتها اتباع نظام غذائي صحي ومتوازن الطاقة ومستويات كافية من النشاط البدني. وتوصي المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية بشأن مدخول السكر للبالغين والأطفال²⁸ بأن يكون مستوى استهلاك السكريات الحرة أقل من 10٪ من إجمالي الطاقة، وربما أقل من 5٪. وتوصي المبادئ التوجيهية للمنظمة بشأن النشاط البدني وسلوكيات قلة الحركة للأطفال والمراهقين والبالغين وكبار السن²⁹ بأن يمارس الأطفال والمراهقون يومياً ما لا يقل عن 60 دقيقة النشاط البدني المتراوح بين النشاط المعتدل إلى بالغ الشدة على مدار الأسبوع وأن يمارس البالغون ما لا يقل عن 150 إلى 300 دقيقة من النشاط البدني الهوائي (أيروبيك) المعتدل الشدة؛ أو 75 إلى 150 دقيقة على الأقل من النشاط البدني الهوائي بالغ الشدة؛ أو ما يعادله من نشاط معتدل وبالعكس الشدة على مدار الأسبوع.

16- ويجب أن تعتمد إجراءات الوقاية من زيادة الوزن والسمنة ومعالجتهما نهجاً شاملة ومنهجية في مجالات أو إجراءات محددة، تشمل ما يلي:

- النهج الشاملة للحكومة كلها والمجتمع بأسره، مع ضمانات كافية ضد تضارب المصالح والجد في إدراج ممثلين عن السكان المعرضين للخطر والمهمشين.
- نهج دورة الحياة، حيث من المرجح أن تثمر الجهود الوقائية الأولية عن تأثيرات مثلى إذا بدأت في مرحلة الطفولة المبكرة بمشاركة الوالدين.³⁰
- الخدمات الصحية المتكاملة التي توفر سلسلة رعاية متواصلة، مثل تعزيز الصحة والوقاية من الأمراض والتشخيص والعلاج وإعادة التأهيل والتدبير العلاجي.

17- وينبغي أن يضمن مقررو السياسات أن بإمكان السياسات فعلياً تحسين المساواة بين الجنسين والمساواة الاجتماعية والاقتصادية واتساقها مع صحة كوكب الأرض. ويُعد نهج حقوق الإنسان نهجاً مهماً لتعزيز الأساس المنطقي للعمل وتوجيه السياسات والقرارات.

18- وهناك علاقة سببية بين زيادة الوزن والسمنة وظروف صحية معينة يمكن أن تؤدي إلى قيود طويلة الأجل على الأداء الوظيفي أو الإعاقة، ولكنها قد تكون أيضاً نتاج وضع فئات سكانية معينة معرضة للخطر (مثل الوضع الاجتماعي الاقتصادي، وحالة الإعاقة).

²⁸ منظمة الصحة العالمية (2015). "مبادئ توجيهية بشأن مدخول السكر في صفوف البالغين والأطفال". منظمة الصحة العالمية.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/336656>. ترخيص نسب المُصنّف -غير تجاري- الترخيص بالمثل 3.0

²⁹ منظمة الصحة العالمية (2020). المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية بشأن النشاط البدني وسلوكيات قلة الحركة

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/336656>. ترخيص نسب المُصنّف -غير تجاري- الترخيص بالمثل 3.0

³⁰ Wilkinson TM. Obesity, equity and choice. J Med Ethics. 2019 May;45(5):323-328.

الإجراءات الموصى بها للحكومات

19- تطبيق إجراءات واستراتيجيات متعددة القطاعات ومؤثرة على مختلف مستويات سلسلة مسببات للسمنة، حيث لا يمكن تحقيق الوقاية من السمنة ومعالجتها إلا من خلال التأثير على السياسات العامة في مجالات مثل الصحة والنظم الغذائية والحماية الاجتماعية والمنشآت والمرافق والنشاط البدني والوعي الصحي والثقافة الصحية ووضع خطط عمل وطنية شاملة مسندة بالبيانات بشأن الوقاية من السمنة ومعالجتها لدى جميع الفئات العمرية، مع مراعاة الآليات التنظيمية والأطر القانونية.

الرعاية الصحية

20- توفير رعاية مستمرة من خلال تعزيز الصحة والوقاية من الأمراض وتشخيص السمنة وتبديرها علاجياً، باعتبارها من مكونات التغطية الصحية الشاملة. ويجب إيلاء اهتمام خاص لتحديد وإدماج الفئات السكانية المعرضة للخطر والمهمشة التي قد تواجه عقبات في الحصول على الخدمات الصحية الأساسية وخدمات التبدير العلاجي للسمنة تحديداً.

21- إدراج التبدير العلاجي للسمنة ضمن المهام الأساسية للرعاية الأولية. وينبغي أن تتضمن برامج التأمين الصحي تغطية مجموعة من خدمات الوقاية من السمنة وتبديرها علاجي، مع توفير حماية مالية مضمونة.

22- تقديم المشورة بشأن التغذية والوزن للحوامل كجزء من الرعاية في مرحلة ما قبل الولادة، إلى جانب المشورة بشأن النشاط البدني والإقلاع عن تعاطي التبغ، وقياس زيادة الوزن أثناء الحمل.

23- تنفيذ المبادئ التوجيهية للمنظمة من أجل دعم العاملين في مجال الرعاية الصحية الأولية لتحديد الأطفال الذين يعانون من زيادة الوزن أو السمنة³¹ ومعالجتهم ضمن سياق الأولويات الوطنية، وعلى وجه التحديد:

(أ) قياس وزن وطول جميع الرضع والأطفال دون سن 5 سنوات عند زيارة مرافق الرعاية الصحية الأولية، من أجل تحديد وزنهم مقابل طولهم وحالتهم التغذوية وفقاً لمعايير نمو الطفل التابعة للمنظمة.^{32 33} فمقارنة وزن الطفل مع معايير الطول/الارتفاع هي طريقة فعالة لتقييم كل من الهزال وزيادة الوزن.

(ب) تقديم المشورة للوالدين ومقدمي الرعاية بشأن التغذية والنشاط البدني بما في ذلك الترويج للرضاعة الطبيعية الحصرية ودعمها في الأشهر الستة الأولى واستمرار الرضاعة الطبيعية حتى 24 شهراً أو أكثر.³⁴

(ج) وضع خطة مناسبة للتبدير العلاجي للأطفال المصابين بالسمنة. ويمكن أن يقوم بذلك عامل صحي في مرفق الرعاية الصحية الأولية إذا كان مدرباً تدريباً كافياً، أو في عيادة إحالة أو مستشفى محلي.

³¹ منظمة الصحة العالمية (2017). مبدأ توجيهي: تقييم الأطفال وتبديرهم علاجياً في مرافق الرعاية الصحية الأولية للوقاية من زيادة الوزن والسمنة في سياق العبء المزدوج لسوء التغذية (بالإنكليزية). منظمة الصحة العالمية. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259133>. ترخيص نسب المُصنّف - غير تجاري - الترخيص بالمثال 3.0.

³² منظمة الصحة العالمية (2006). معايير منظمة الصحة العالمية بشأن نمو الطفل: الطول/الارتفاع بالنسبة للعمر، والوزن بالنسبة للعمر، والوزن بالنسبة للطول، والوزن بالنسبة للارتفاع، ومؤشر كتلة الجسم بالنسبة للعمر: الأساليب والتطور (بالإنكليزية). منظمة الصحة العالمية. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43413>.

³³ de Onis M, Onyango AW, Borghi E, Siyam A, Nishida C, Siekmann J. (2007). Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. Bulletin of the World Health Organization, 85 (9), 660 - 667. World Health Organization. <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.07.043497>.

³⁴ منظمة الصحة العالمية (2017). إرشادات: حماية الرضاعة الطبيعية وتشجيعها ودعمها في المرافق التي توفر الخدمات للأمهات والمواليد. منظمة الصحة العالمية. ترخيص نسب المُصنّف - غير تجاري - الترخيص بالمثال 3.0. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259386>.

24- ضمان تقديم خدمات التدبير العلاجي للوزن على نحو منصف وتقديمها تدريجياً للأشخاص من جميع الأعمار، بما في ذلك في إطار التغطية الصحية الشاملة، وتمكين المصابين بالسمنة من الاستفادة من خدمات ممارسي الرعاية الصحية المدربين، وقياس الوزن وفحصه، والتغذية، والنشاط البدني والدعم النفسي والمشورة والعلاج الدوائي والجراحة.

25- دمج السمنة في أفرقة متعددة التخصصات لضمان حصول المصابين بالسمنة على الدعم والعلاج المناسبين، بما في ذلك للأمراض المصاحبة للسمنة. وإتاحة الرعاية بشكل منصف لكل من يريدونها أو يحتاجها.

26- ضمان تدريب العاملين في مجال الرعاية الصحية وتجهيزهم لتقديم خدمات التدبير العلاجي للوزن وإدراج السمنة في التدريب الطبي.

النظم الغذائية

27- تحسين إمكانية الحصول على النظم الغذائية الصحية والقدرة على تحمل تكلفتها من خلال اتخاذ الإجراءات التالية:

أ) دعم تحسين معدلات الرضاعة الطبيعية بتوفير حماية أفضل لها (أي النظام الغذائي الأول) من خلال اللوائح المتوافقة مع مدونة قواعد تسويق بدائل لبن الأم والقرارات اللاحقة؛

ب) إرساء سياسة زراعية أكثر تماسكاً وتمكيناً من أجل تشجيع النظم الغذائية الآمنة والصحية المنتجة على نحو مستدام، بما في ذلك تقليل عدد السعرات الحرارية المستهلكة يومياً من الدهون والسكريات، وزيادة عدد الحصص اليومية من الحبوب الكاملة والبقوليات والمكسرات والخضروات والفاكهة.³⁵ ويجب أن يرتبط النجاح في نهاية المطاف بزيادة استهلاك الأطعمة غير المصنعة أو المعالجة بالحد الأدنى؛

ج) إعادة تشكيل البيئة الغذائية (بما في ذلك البيئات الرقمية³⁶) من خلال السياسات الضريبية وسياسات التسعير (الضرائب والحوافز) التي تركز على استهلاك الحبوب الكاملة والبقوليات والمكسرات والخضروات والفاكهة وتقليل الطلب على المنتجات المفرطة الدهون والسكريات والملح / الصوديوم؛

د) تنظيم تسويق الأطعمة والمشروبات التي تحتوي على نسبة عالية من الدهون والسكريات والملح / الصوديوم بما في ذلك التسويق الرقمي؛

هـ) اعتماد توسيم التغذية لتعزيز فهم المستهلكين لمحتويات العناصر الغذائية في الأطعمة، وأيضاً من خلال توفير معلومات سهلة الفهم في لحظة الاختيار (على سبيل المثال من خلال وضع وسم التغذية على مقدمة العبوة أو توفير معلومات تغذية في قوائم الطعام)؛

و) تصميم سياسات المشتريات والخدمات الغذائية العامة، على نحو يدعم شراء و/أو توزيع و/أو بيع و/أو تقديم الأطعمة التي تدعم النظم الغذائية الصحية في المدارس والمؤسسات العامة الأخرى كالمكاتب الحكومية ومراكز رعاية الأطفال ودور رعاية المسنين والمستشفيات والمراكز الصحية والمراكز المجتمعية وأوضاع الرعاية السكنية والقواعد العسكرية والسجون.³⁷

³⁵ منظمة الصحة العالمية. السمنة. https://www.who.int/health-topics/obesity#tab=tab_3.

³⁶ World Health Organization. Regional Office for Europe. (2021). Digital food environments: factsheet. World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/342072>. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

³⁷ Raine KD, Atkey K, Dana L, Ferdinands A, Beaulieu D, Buhler S, et al. Healthy food procurement and nutrition standards in public facilities: evidence synthesis and consensus policy recommendations. Health Promot Chronic Dis Prev Can. 2018 Jan; 38(1): 6–17

الحماية الاجتماعية والرعاية

28- تصميم برامج الحماية الاجتماعية (بما في ذلك التحويلات النقدية) التي تسهل الحصول على النظم الغذائية الصحية وتشجع الاستدامة والعدالة الاجتماعية والاقتصادية. ويمكن أن تساعد مثل هذه البرامج أيضاً في تقليص الفجوات في جميع النظم الغذائية من خلال ربط صغار المنتجين الزراعيين ومشغلي النظم الغذائية بالبرامج وإنشاء نظام محمود يشجع الانصاف بين المستفيدين من الخدمات ومقدميها.

وعلاوة على ذلك، قد يتجنب الأشخاص المنحدرون من المجتمعات المحلية الفقيرة وضع الصحة في المقام الأول، لأن شمة شواغل أخرى في حياتهم، وقد يميلون إلى وضع أي طعام على موائدهم. كما أن أطفال الأسر التي تعيش في ظل أوضاع اجتماعية واقتصادية متدنية قد لا يتعرضون للأطعمة الصحية وبالتالي لا يرغبون في تناولها لأنهم لا يستطيعون مثلاً مذاق الفواكه والخضروات.

المنشآت والمرافق والنشاط البدني

28- إشراك الحكومات على مستوى المدن في تسهيل الحصول على النظم الغذائية الصحية، على سبيل المثال من خلال إنشاء أسواق للأغذية الطازجة ومن خلال سياسات تقسيم المناطق، وكذلك إشراكها في تشجيع النشاط البدني، من خلال دعم التنقل النشط مثلاً. ويعيش غالبية سكان العالم في بيئات يسود فيها انتشار الأطعمة العالية الطاقة الرخيصة والمتوفرة، بينما تقل فرص ممارسة النشاط البدني، مما يؤدي بالتالي إلى اكتساب وزن زائد.

29- اعتماد وتنفيذ المبادئ التوجيهية للمنظمة وتوصيات السياسة العامة بشأن النشاط البدني وسلوكيات قلة الحركة. وتتص المبادئ التوجيهية للمنظمة على معلومات مفصلة عن مختلف الفئات العمرية وعن فئات سكانية محددة حول مقدار النشاط البدني المطلوب للتمتع بصحة جيدة.

30- تنفيذ الإجراءات السياساتية الموصى بها والواردة في خطة العمل العالمية للمنظمة بشأن النشاط البدني للفترة 2018-2030. وتقدم خطة العمل توصيات حول كيف يمكن للبلدان: (1) إنشاء معايير ومواقف اجتماعية إيجابية من خلال تعزيز المعرفة بالفوائد المتعددة للنشاط البدني المنتظم، وفقاً لمستوى القدرات الشخصية طوال دورة الحياة؛ (2) تهيئة بيئات داعمة تشجع وتحمي حقوق الناس كافة في الاستفادة المنصفة من الأماكن والمساحات الآمنة في مدنها ومجتمعاتهم حيث يمكنهم ممارسة نشاط بدني منتظم؛ (3) ضمان برامج وخدمات كافية ومناسبة في مختلف الأماكن الأساسية لدعم الأشخاص على اختلاف أعمارهم وقدراتهم في ممارسة نشاط بدني منتظم كأفراد وأسر ومجتمعات؛ (4) تعزيز الحوكمة ونظم البيانات والاستثمارات لتنفيذ إجراءات دولية ووطنية ودون وطنية فعالة ومنسقة ترمي إلى زيادة النشاط البدني وتقليل سلوكيات قلة الحركة.

التعليم والتثقيف الصحي

31- وضع وتكييف وتنفيذ مبادئ توجيهية تغذية قائمة على الأغذية، حيث تشكل، في جملة أمور أخرى، أدوات تعزز أنماط الاستهلاك الغذائي المرغوبة وتحسن العافية التغذوية. وتتمثل مهمة المبادئ التوجيهية التغذوية القائمة على الأغذية في ترجمة الإرشادات المستندة إلى العلم بشأن النظام الغذائي والتغذية والعلاقة الصحية إلى إرشادات ورسائل قائمة على الأغذية تراعي حالة التغذية في البلدان المعنية (أو الفئات السكانية المحددة)، ووفرة الأغذية فيها والعادات الغذائية والسياقات الثقافية. ويُستفاد من المبادئ التوجيهية المذكورة أيضاً كأداة لتنفيذ سياسات وبرامج التغذية الوطنية وتوجيه سياسات الأغذية والزراعة.³⁸

Herforth A, Arimond M, Álvarez-Sánchez C, Coates J, Christianson K, Muehlhoff E. A global review of food-based dietary guidelines. Adv Nutr. 2019 Jul 1;10(4):590-605.

32- تنفيذ حملات ترويجية للنظم الغذائية الصحية والنشاط البدني، استكمالاً للإجراءات الأخرى الرامية إلى تهيئة البيئة الغذائية وتوجيه أنماط المعيشة.³⁹ ولا يمكن أن تكون الحملات الاستجابة الوحيدة للسمنة، لأن ذلك يعني أن السمنة ناتجة عن خيارات فردية. ويمكن استنباط أفكار سلوكية وثقافية من العلوم الاجتماعية والعلوم الإنسانية المعنية بالصحة كأداة لتصميم إجراءات تغيير السلوك، من خلال برامج تحسين مهارات الطهي، على سبيل المثال.

الإحصاءات

33- إنشاء نظم للترصد، بما في ذلك ترصد الوزن والطول والمدخل الغذائي ومستويات النشاط البدني للأفراد من جميع الفئات العمرية.

34- رصد تنفيذ السياسات والبرامج في مختلف القطاعات، بما في ذلك إتاحة الرعاية وجودتها وقدرات العاملين في مجال الرعاية الصحية.

الإجراءات الموصى بها للجهات الفاعلة الأخرى في المجتمع

المجتمع المدني

35- تشجيع الحكومات على إعداد استجابات وطنية طموحة لتعزيز النظم الغذائية الصحية والنشاط البدني، والمساهمة في تنفيذها، وتقييم التقدم المحرز، وإعلاء أصوات الأشخاص المصابين بالسمنة أو المتأثرين بها والتوعية بشأنهم.

36- تعبئة الجمهور لزيادة الطلب الشعبي على سياسات الوقاية من السمنة، بما يشمل تنقيح المعلومات العامة وتبسيطها، وتحديد أطر فعالة بشأن السمنة لكل فئة معينة من السكان، وتعزيز أنشطة الدعوة بواسطة وسائط الإعلام، وترسيخ الاحتجاجات والمشاركة المدنية في هذا الشأن، وتطوير بيئة سياسية متقبلة من خلال إدماج دعاة التغيير في مختلف المؤسسات والقطاعات.

الأوساط الأكاديمية

37- تعزيز وتوسيع نطاق قاعدة البيانات بشأن أسباب السمنة وعواقبها، والاستجابات على المستوى الفردي وعلى مستوى المجتمعات المحلية والمجتمعات ككل، مع ملاحظة القيود التي تعترض البيانات بالنسبة لفئات معينة معرضة للسمنة (مثل الأشخاص ذوي الإعاقة).

العوامل الاقتصادية في نظام الغذاء

38- ضمان الوصول إلى النظم الغذائية الصحية، من الإنتاج إلى التوزيع والترويج. ويمكن للمصنعين والمستوردين والمصدرين والموردين إعادة صياغة حافظات أعمالهم، لا سيما تلك التي تتضمن منتجات مخصصة للأطفال (تقليل السكريات والملح) وتقليل أحجام الحصص. ويمكن لجميع الشركات تقديم وجبات صحية في مقاصف أماكن العمل.

³⁹ منظمة الصحة العالمية. (2017). Tac kling NCDs: 'best buys' and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases ("أفضل الخيارات" وسائر التدخلات الموصى بها للوقاية من الأمراض السارية ومكافحتها).

License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259232>

المشغلون الاقتصاديون في قطاعات الرياضة والتمارين الرياضية والترفيه

39- تعزيز الترويج للنشاط البدني وتوفيره في أماكن العمل، وتحسين الانضمام إلى الصالات الرياضية والنادي ومراكز الترفيه، وتعزيز التكنولوجيات القابلة للارتداء، ودعم تجهيز المدارس⁴⁰.

الإجراءات الموصى بها لمنظمة الصحة العالمية

إعداد الإرشادات والأدوات

40- توسيع نطاق الإرشادات الموجهة للعاملين المهنيين في الرعاية الصحية بشأن الوقاية من السمنة وتدبيرها علاجياً في جميع الفئات العمرية.

41- ترجمة الإرشادات المعيارية والتقنية إلى أنشطة تشغيلية وُهّج متكاملة يمكن أن تعتمد عليها الدول الأعضاء.

42- الدعوة إلى التنفيذ الشامل لإرشادات المنظمة لضمان حصول جميع الأشخاص على خدمات الوقاية والرعاية المتعلقة بزيادة الوزن والسمنة، بما في ذلك فئات النازحين.

43- توثيق وتعميم الممارسات الجيدة التي اعتمدتها الحكومات بشأن التصدي للسمنة.

44- إشراك وكالات الأمم المتحدة الأخرى ذات المهام المشتركة في هذا المجال، مثل اليونيسف ومنظمة الأغذية والزراعة.

45- ومن المهم التأكيد على مبدأ الإنصاف وحقوق الإنسان في مجال الرعاية الصحية. وينبغي أن تستمر التوصيات المستقبلية في مراعاة اعتبارات الإنصاف في مجال الصحة، بما يشمل مثلاً التوصيات التي تهدف إلى الحد بشكل مباشر أو غير مباشر من التفاوتات الاجتماعية والصحية أو منعها، والتي تشجع المساواة بين الجنسين وعدم التمييز لأي سبب من الأسباب.

46- ويجب أن تتضمن التوجيهات المستقبلية اعتبارات لتقديم الخدمات للأطفال والمراهقين المصابين بالسمنة والذين لديهم أيضاً احتياجات خاصة أو إعاقات ناتجة عن حالات مرضية أخرى. وقد تشمل هذه الاعتبارات تعديلات لتعميم التوصيات وتدريب الموظفين على كيفية تنفيذ التوصيات المعدلة.

47- وسيلزم النظر في القوالب النمطية الجنسانية التي قد تعوق الحصول على العلاج وكذلك الاعتبارات المتعلقة بالنوع الاجتماعي ونوع الجنس في إطار سنّ القواعد والمعايير في المستقبل.

48- ويجب أن تستمر صياغة الإرشادات المستقبلية حسب قيم وأفضليات المتأثرين بالتوصيات. وسيكون من المهم النظر في كيفية تأثير البيئات المسببة للسمنة والمواقف الثقافية تجاه الطعام، والتي غالباً ما يستوعبها الأطفال كمعايير ذاتية، على الأطفال والمراهقين وآبائهم وأمهاتهم ومقدمي الرعاية لهم. وبالإضافة إلى ذلك، سيكون من الضروري تقصي قيم وتفضيلات أصحاب المصلحة هؤلاء فيما يتعلق بدوافعهم للمشاركة والالتزام بالتدخلات الخاصة بمعالجة السمنة، فضلاً عن القيود والعراقيل التي تواجه التصدي لمشاكل الوزن في مختلف المجالات (المالية، والعملية، وعلى مستويات المعرفة التغذوية وفيما يتعلق بالبيئة المسببة للسمنة).

⁴⁰ Huang TTK, Cawley JH, Ashe M, Costa SA, Frerichs LM, Zwicker L, et al. Mobilisation of public support for policy actions to prevent obesity. Lancet. 2015;385(9985):2422-31.

بناء قدرات مقدمي الخدمات

49- المساهمة في زيادة عدد العاملين الصحيين المدربين في مجال التغذية ونوعية قدراتهم. فمعظم مهنيي الرعاية الصحية لم يتلقوا تدريباً مناسباً للتعامل مع القضايا المتعلقة بالنظام الغذائي والتغذية مع مرضاهم، مما يحدّ من جودة الرعاية ويفوت فرصاً مهمة للتخفيف من حدة الأمراض المزمنة وتحسين الحاصل بشأن الأمراض الحادة. ولا تشترط الكثير من البلدان حصول الأطباء على تدريب مخصص في مجال التغذية.⁴¹ وستؤدي زيادة عدد مهنيي الرعاية الصحية المدربين على علاج السمّة وتدريبها علاجياً إلى تحسين مستوى الرعاية والحاصل الإيجابية للأشخاص المصابين بالسمّة. وينبغي أن تتناول أولويات بناء القدرات بشكل صريح القيود المفروضة على تقديم الخدمات الحالية (على سبيل المثال، إعداد إرشادات لمهات الأطفال ذوي الإعاقة عندما تكون الرضاعة الطبيعية غير ممكنة أو إذا وُجدت عوامل أخرى مرتبطة بالإعاقة تحد من فهم وتطبيق ممارسات الأكل الصحي).

حوار السياسات ودعم التنفيذ

50- الانخراط في الحوارات الاستراتيجية والسياساتية مع وزارات الصحة وغيرها من الكيانات الحكومية ذات الصلة، وإثبات مسوغات اتخاذ الإجراءات واستخدام أدوات السياسة المستتيرة بالبيّنات والفعالة من حيث التكلفة على النحو الأكثر ملاءمة للسياق القطري. وستركز منظمة الصحة العالمية جهودها ومواردها على عدد من البلدان ذات الأولوية التي تنوء بعبء زيادة الوزن والسمّة، والتي تظهر استعدادها للعمل في هذا الشأن.

51- رصد اعتماد السياسات ودعم تنفيذ السياسات القطرية.

الغايات المقترحة

النتائج المنشودة

52- أقرت جمعية الصحة العالمية والجمعية العامة للأمم المتحدة المؤشرات والغايات المنشودة التالية:

(أ) وقف ارتفاع معدلات السمّة لدى الأطفال دون 5 سنوات من العمر،⁴² ولدى المراهقين والبالغين⁴³ بحلول عام 2025 (مقارنةً بخط الأساس لعام 2010).

(ب) إنهاء جميع أشكال سوء التغذية "بحلول عام 2030 (مقارنةً بخط الأساس لعام 2015).

(ج) زيادة الوزن عند الأطفال دون سن الخامسة هي مؤشر للهدف 2-2 من أهداف التنمية المستدامة. وبالنسبة للأطفال دون سن الخامسة، مُدّدت مهلة الغايات حتى عام 2030 وعُرضت على جمعية الصحة العالمية في يناير 2019. والغاية المتعلقة بزيادة الوزن لدى الأطفال هي نسبة 3٪ أو أقل بحلول عام 2030.⁴⁴

⁴¹ Kris-Etherton PM, Akaba SR, Douglas P, Kohlmeier M, Laur C, Lenders CM, et al. Nutrition competencies in health professionals' education and training: a new paradigm. Adv Nutr. 2015 Jan 15;6(1):83-7. doi: 10.3945/an.114.006734

⁴² منظمة الصحة العالمية، خطة التنفيذ الشاملة الخاصة بتغذية الأمهات والرضع وصغار الأطفال. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/113048/WHO_NMH_NHD_14.1_eng.pdf?ua=1&endorsed=resolution_WHA_65.6_Microsoft Word - A65_R1_COV+PRELIMS-en.docx \(who.int\)](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/113048/WHO_NMH_NHD_14.1_eng.pdf?ua=1&endorsed=resolution_WHA_65.6_Microsoft Word - A65_R1_COV+PRELIMS-en.docx (who.int))

⁴³ منظمة الصحة العالمية (2013). خطة العمل العالمية للوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها للفترة 2013-2020. منظمة الصحة العالمية. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/94384>

⁴⁴ World Health Organization and United Nations Children's Fund. 'WHO/UNICEF discussion paper: The extension of the 2025 maternal, infant and young child nutrition targets to 2030', WHO and UNICEF, Geneva and New York, 2017. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/nutritionlibrary/global-targets-2025/discussion-paper-extension-targets-2030.pdf?sfvrsn=4c75b190_5

الغايات المنشودة الوسيطة

53- قد يفيد تحديد الغايات المنشودة الوسيطة وغايات العملية في توسيع نطاق العمل. وترتبط الغايات المنشودة الوسيطة بخطوات رئيسية على المسار السببي لتطور السمنة. وقد ترتبط هذه الغايات بجودة النظام الغذائي ومستويات النشاط البدني. وتشمل الغايات المنشودة الوسيطة المقترحة ما يلي:

(أ) بالنسبة كل من البالغين والأطفال، توصي منظمة الصحة العالمية بتقليل مدخول السكريات الحرة إلى أقل من 10% من إجمالي مدخول الطاقة (يستند هذا الهدف إلى توصية قوية في المبادئ التوجيهية للمنظمة بشأن تناول السكريات لدى البالغين والأطفال الصادرة في عام 2015)

(ب) زيادة معدل الرضاعة الطبيعية الحصرية في الأشهر الستة الأولى حتى 50% على الأقل (وهي إحدى غايات التغذية العالمية الستة التي أقرتها جمعية الصحة العالمية).⁴⁵

(ج) تحقيق انخفاض نسبي بمقدار 15% في معدل الانتشار العالمي لقلة الحركة في أوساط البالغين والمراهقين بحلول عام 2030. (حددت جمعية الصحة العالمية هذه الغاية بالفعل في عام 2010 وجرى تحديثها في خطة العمل العالمية للمنظمة بشأن النشاط البدني).

غايات العملية

54- ترتبط غايات العملية بوجود السياسات التي أوصت بها المنظمة والتغطية الفعالة للخدمات التي من شأنها أن تحدث التغييرات المرغوبة في النتائج الوسيطة (النظام الغذائي والنشاط البدني) وفي النتائج النهائية (معدلات انتشار السمنة). وتتضمن غايات العملية المقترحة ما يلي:

(أ) زيادة تغطية خدمات الرعاية الصحية الأولية التي تشمل تشخيص وعلاج السمنة لدى الأطفال والمراهقين.
(ب) زيادة الكثافة المهنية بشأن التغذية والنظام الغذائي إلى مستوى لا يقل عن 10 / 100 000. ويكمن الأساس المنطقي لذلك في أن هذا المؤشر مُدرج بالفعل في الإطار العالمي لرصد التغذية ويُبلغ عنه في نظام معلومات التغذية.⁴⁶ وكان خط الأساس للفترة 2016-2017 هو: 2.2 / 100 000.

(ج) زيادة اعتماد اللوائح الخاصة بمراقبة تسويق الأغذية والمشروبات غير الكحولية للأطفال. ويُجمع هذا المؤشر من خلال استعراض سياسات التغذية العالمية واستقصاء القدرات القطرية في مجال الأمراض غير السارية. وخط الأساس هو: 47 دولة (قاعدة البيانات العالمية بشأن تنفيذ إجراءات التغذية).

(د) زيادة عدد البلدان التي تقدم فصول تربية بدنية جيدة في المدارس لجميع المراحل الدراسية (ما لا يقل عن 1 ساعة أسبوعياً).

الإجراء المطلوب من المجلس التنفيذي

⁴⁵ منظمة الصحة العالمية، خطة التنفيذ الشاملة الخاصة بتغذية الأمهات والرضع وصغار الأطفال. منظمة الصحة العالمية. World Health Organization. Comprehensive implementation plan on maternal, infant and young child nutrition. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/113048> (2014).

⁴⁶ (نظام معلومات التغذية) Nutrition Landscape Information System: GNMF Profile (who.int)

55- يرجى من المجلس التنفيذي اعتماد التوصيات الموجهة للحكومات والجهات الفاعلة الأخرى في المجتمع ومنظمة الصحة العالمية (الفقرات من 18 إلى 47)، فضلاً عن الغايات المقترحة (الفقرات من 48 إلى 50)، والتوصية بإقرارها في جمعية الصحة العالمية الخامسة والسبعين.

إخلاء المسؤولية

كل الحقوق محفوظة

لا تمثل ورقة المناقشة لمنظمة الصحة العالمية هذه موقفاً رسمياً لمنظمة الصحة العالمية. إنها أداة لاستكشاف وجهات نظر الأطراف المهتمة بالموضوع المعني. والإشارات إلى الشركاء الدوليين هي اقتراحات فقط ولا تشكل أو تتضمن أي تأييد من أي نوع لورقة المناقشة هذه .

ولا تتضمن منظمة الصحة العالمية أن المعلومات الواردة في ورقة المناقشة هذه معلومات كاملة وصحيحة ولن تكون مسؤولة عن أي أضرار يتم تكبدها نتيجة استخدامها. ويجوز استخدام المعلومات الواردة في ورقة المناقشة هذه ونسخها مجاناً للأغراض التعليمية وغيرها من الأغراض غير التجارية وغير الترويجية، شريطة أن يكون أي استنساخ للمعلومات مصحوباً بإقرار بأن المصدر هو منظمة الصحة العالمية. ويقتضي أي استخدام آخر للمعلومات الحصول على إذن من منظمة الصحة العالمية، ويجب توجيه الطلبات إلى منظمة الصحة العالمية على العنوان التالي: 20 Avenue Appia، 1211 Geneva 27، Switzerland، obesity@who.int.

ولا تتضمن التسميات المستخدمة وطريقة عرض المواد في ورقة المناقشة هذه التعبير عن أي رأي كان من جانب منظمة الصحة العالمية فيما يتعلق بالوضع القانوني لأي بلد أو إقليم أو مدينة أو منطقة أو لسلطاتها، أو بشأن ترسيم حدودها أو تخومها. ولا يتضمن ذكر شركات معينة أو منتجات جهات تصنيع معينة أنها معتمدة أو موصى بها من قبل منظمة الصحة العالمية تفضيلاً لها على الجهات الأخرى ذات الطبيعة المماثلة التي لم يرد ذكرها. وباستثناء الأخطاء والسهو، تميز أسماء المنتجات المملوكة لجهات مختلفة بأحرف كبيرة.

ولقد اتخذت منظمة الصحة العالمية جميع الاحتياطات المعقولة للتحقق من المعلومات الواردة في ورقة المناقشة هذه. ومع ذلك، تُوزع ورقة المناقشة هذه بدون أي ضمان من أي نوع، سواء أكان صريحاً أو ضمنياً. ويتحمل القارئ مسؤولية تفسير النص المعروض واستخدامه. ولن تكون منظمة الصحة العالمية مسؤولة بأي حال من الأحوال عن الأضرار الناشئة عن استخدامه.

© منظمة الصحة العالمية، 2021. جميع الحقوق محفوظة.

إشعار حق النسخ التالي ينطبق: www.who.int/about/copyright