

世卫组织讨论文件 (2021 年 8 月 19 日版本)

关于在生命全程内预防和管理肥胖的建议草案，包括潜在目标

关于肥胖症的主要分析

1. 肥胖症是由可能损害健康的过度肥胖所决定的一种复杂的多因素非传染性疾病¹。肥胖症也是冠心病、高血压和中风、某些类型的癌症、2 型糖尿病、胆囊疾病、血脂异常、骨关节炎和痛风以及包括睡眠呼吸暂停在内的肺部疾病等众多非传染性疾病的关键风险因素之一。肥胖症是 2 型糖尿病最重要的可变风险因素。此外，肥胖症患者也经常会出现精神卫生问题以及不同程度的身体机能限制，即与肥胖症相关的残疾²，并遭受社会偏见和歧视³。导致肥胖症的根本原因和决定因素有很多。其中包括遗传学、生物学、获得卫生保健的机会、精神卫生、饮食、社会文化因素、经济学、环境和商业利益等因素。

2. 体质指数是按体重（公斤）/身高平方（平方米）来计算肥胖情况的一个替代标志。定义肥胖症的体质指数分类因婴儿、儿童和青少年的年龄和性别而各不相同。就成年人而言，肥胖症的定义是体质指数大于或等于 30 公斤/平方米。体质指数在 25 至 29.99 公斤/平方米之间也与疾病风险增加有关，被称为肥胖症前期。考虑到超重，公认连续风险包括体质指数大于 25.00 千克/平方米的成年人。就 5 至 19 岁儿童而言，肥胖症的定义是体质指数年龄比超出世卫组织生长参考中位数两个标准差以上。就 5 岁以下儿童而言，超重的定义是身高体重比超出世卫组织儿童生长标准中位数两个标准差。

3. 从全球来看，超重和肥胖症的流行率以及受影响的人数在所有年龄组都有所增加，并将在未来十年内继续上升⁴：

	2000 年	2020 年	2030 年
5 岁以下超重儿童	(5.4%) 3330 万	(5.7%) 3890 万	(x%) 3980 万
5-19 岁肥胖症患者	待定	(x%) 1.5 亿	(x%) 2.54 亿
超重成人	待定	(x%) 19 亿	待定
成人肥胖症患者	待定	(x%) 60 万	待定

¹ 《国际疾病分类》第十一次修订本代码 5B81。

² 国际功能、残疾和健康分类-肥胖症：一份基于国际功能、残疾和健康分类旨在解决肥胖症中的残疾问题的多学科问卷。《欧洲物理康复医学杂志》，2018 年；54(1):119-21。

³ 世卫组织肥胖症咨询（1999 年：瑞士日内瓦）和世界卫生组织。（2000 年）。《肥胖症：全球流行病的预防和管理：世卫组织咨询报告》。世界卫生组织。<https://apps.who.int/iris/handle/10665/42330>

⁴ 估计数即将更新。将在下一版文件中提供。

4. 以下令人担忧的趋势正在出现：

- 在受超重影响的 5 岁以下儿童中，有近一半生活在亚洲，超过四分之一生活在非洲。
- 在太平洋、东地中海、加勒比海和美洲的几个国家，5 至 19 岁儿童的肥胖症流行率约为 20%或更高⁵。
- 在成年人中，中等收入国家肥胖症流行率增长最快，尤其是东南亚和非洲。预计到 2025 年，将有五分之一的成年人患有肥胖症，并且所有国家都无法实现目标。
- 在世界上大部分人口所生活的国家，因超重和肥胖症而致死的成年人多于因体重不足而致死的成年人⁶。

5. 童年和青少年时期的超重和肥胖与日后的身体健康状况差有关。预防和控制儿童和青少年超重非常重要，原因有很多：^{7,8}

- 减肥和减肥后的体重维持很难实现⁹，因此，在童年和青少年时期体重增加过多很可能导致成年后的超重和肥胖¹⁰。
- 童年和青少年时期超重会直接影响他们的健康，并且与 2 型糖尿病和心血管疾病等各种非传染性疾病风险增加和早期发病相关^{11,12,13,14}。
- 儿童和青少年肥胖会产生不良的心理社会后果，影响他们的受教育程度和生活质量，包括因污名化和欺凌引起的后果^{15,16}。

⁵ 《非传染性疾病风险因素的共同作用》。《1975 至 2016 年体质指数、体重不足、超重和肥胖症的全球趋势：对涉及 1.289 亿儿童、青少年和成人的 2416 项基于人口的测量研究的汇总分析》。《柳叶刀》，2017 年；390(10113)：2627-2642。

⁶ 《世界肥胖症》。《肥胖症流行率》。可访问：<https://www.worldobesity.org/about/about-obesity/prevalence-of-obesity>

⁷ 《终止儿童肥胖委员会对儿童肥胖症的证据的审议：终止儿童期肥胖症的科学和证据问题特设工作小组的报告》。世界卫生组织；日内瓦：2016 年。

⁸ 《终止儿童肥胖委员会对儿童肥胖症的证据的审议：终止儿童期肥胖症的科学和证据问题特设工作小组的报告》。世界卫生组织；日内瓦：2016 年。

⁹ MacLean P, Higgins J, Giles E, Sherk V, Jackman M. 《脂肪组织在减肥后体重恢复中的作用》。《肥胖综述》，2015 年；16:45-54。

¹⁰ Singh AS, Mulder C, Twisk JW, van Mechelen W, Chinapaw MJ. 《对儿童超重进入成年期的追踪：对文献资料的系统性审查》。《肥胖综述》，2008 年；9:474-488。

¹¹ Must A, Jacques PF, Dallal GE, Bajema CJ, Dietz WH. 《超重青少年的长期发病率和死亡率》。《1922 至 1935 年哈佛大学增长研究的后续研究》。《新英格兰医学杂志》，1992 年；327:1350-1355。

¹² Abdullah A, Wolfe R, Stoelwinder JU. 《患肥胖症的年数以及全因死亡率和特定原因死亡率的风险》。《国际流行杂志》，2011 年；40:985-996。

¹³ Park M, Falconer C, Viner R, Kinra S. 《儿童肥胖对成年期发病率和死亡率的影响：一次系统性审查》。《肥胖综述》，2021 年；13:985-1000。

¹⁴ Palma Dos Reis CR, Serrano F, Fonseca MJ, Martins AT, Campos A, McMahon GM, et al. 《疾病的胎儿起源：关于先兆子痫与儿童肥胖相关性的前瞻性队列研究》。《健康与疾病发展起源》。2021 年 3 月 2 日：1-7.doi: 10.1017/S2040174421000027. 提前刊登摘要。PMID: 33650483。

¹⁵ Caird J, Kavanagh J, O'Mara-Eves A. 《超重会影响学业吗？一次系统性审查》。《健康教育杂志》，2014 年；73:497-521。

¹⁶ Quek YH, Tam WW, Zhang MW, Ho R. 《探索儿童和青少年肥胖与抑郁症之间的关系：一项荟萃分析》。《肥胖综述》，2017 年；18:742-754。

- 肥胖儿童成年后很可能仍然肥胖，并且在成年后也有患各种非传染性疾病的风险。
- 残疾儿童患肥胖症的风险更大，尤其是智力残疾儿童。

6. 成年人超重和肥胖与全因死亡率增加有关，相比没有残疾的成年人，残疾成年人超重或肥胖的比例更高。肥胖症患者患严重 COVID-19 疾病的风险也比没有肥胖症的人高四倍¹⁷。

7. 肥胖症患者经常遭受污名化和偏见，甚至在卫生保健专业人员中也是如此，而这反过来又会影响到他们获得的支持和治疗¹⁸。超重和肥胖症还会影响个人的终身受教育程度和在劳动力市场的就业结果，并为卫生保健系统、家庭、雇主和整个社会带来沉重负担^{19,20,21}。

8. 肥胖症和肥胖症相关疾病的成本正在增加。据估计，高体质指数为全球卫生服务带来的总成本为每年 9900 亿美元，占全部医疗支出的 13% 以上²²。肥胖症还会导致生产力下降、残疾、寿命缩短和生活质量下降等间接成本。在经合组织国家，目前估计直接和间接医疗成本之和约占国内生产总值的 3.3%²³。

9. 在已确认的肥胖症流行国家，因城市化、快餐供应的便利性和缺乏身体活动场所等社会决定因素，导致社会经济地位较低的群体肥胖症流行率更高。在低收入和中等收入国家，肥胖症流行率最高的首先是城市社会经济地位较高的群体，但迅速扩展到更广泛的社会阶层，包括城市和农村。肥胖症的预防和管理将会减少不平等^{24,25}。

世卫组织关于肥胖症的早期研究

10. 1997 年的一份专家协商报告得出结论，认为全世界肥胖症流行的根本原因是久坐不动

¹⁷ Izcovich A、Ragusa MA、Tortosa F、Lavena Marzio MA、Agnoletti C 等人。《COVID-19 患者的疾病严重程度和死亡率的预后因素：一次系统性审查》。《公共科学图书馆期刊》，2020 年；15(11): e0241955

¹⁸ Phelan SM、Burgess DJ、Yeazel MW、Hellerstedt WL、Griffin JM、van Ryn M（2015 年）。《肥胖症污名化和患者护理》。《肥胖综述》，16: 319-326。https://doi.org/10.1111/obr.12266

¹⁹ Muller-Riemenschneider F、Reinhold T、Berghofer A、Willich SN。《欧洲肥胖症的健康经济负担》。《欧洲流行病期刊 2008》；23:499-509。

²⁰ 世界卫生组织。（2016 年）。终止儿童肥胖委员会的报告。世界卫生组织。<https://apps.who.int/iris/handle/10665/204176>

²¹ Shekar M、Popkin B 编辑，2020 年。《肥胖症：迫在眉睫的全球挑战带来的健康和经济后果》。《人类发展观点系列》。华盛顿特区：世界银行。doi:10.1596/978-1-4648-1491-4。

²² 世界肥胖症联合会（2017 年）。《肥胖后果的成本》。<https://www.worldobesity.org/resources/resourcelibrary/calculating-the-costs-of-the-consequences-of-obesity>。

²³ 经合组织（2019 年）。《肥胖症的沉重负担：预防经济学》。《经合组织卫生政策研究》，经合组织出版：巴黎：<https://doi.org/10.1787/888934007202>。

²⁴ 世界卫生组织。（2016 年）。《终止儿童肥胖委员会对儿童肥胖症的证据的审议：终止儿童期肥胖症的科学和证据问题特设工作小组的报告》，瑞士日内瓦。世界卫生组织。<https://apps.who.int/iris/handle/10665/206549>

²⁵ Wilkinson TM。《肥胖症、公平和选择》。《医学伦理学杂志》。2019 年 5 月；45(5):323-328。

的生活方式和高脂肪高热量的饮食，这两种情况都是由于城市化和工业化增加以及传统生活方式消失而导致社会和社区行为模式发生的变化。该报告建议：(a)采用公共卫生方法来预防和管理人口中的超重和肥胖问题，即提高社区的知识和技能，减少人口在有利于肥胖的环境中的暴露机会；(b)在社区环境中采取综合卫生保健服务方法，预防和管理风险人群的超重和肥胖风险。

11. 除其他干预措施外，《2002年专家咨询报告》还突出了以下两点的重要性：(1)提倡纯母乳喂养，确保摄入适当的微量营养素，以促进婴幼儿的最佳线性生长；(2)限制摄入高热量、缺乏微量营养素的食物（如包装食品），限制含糖饮料的摄入，限制看电视，倡导积极的儿童和青少年生活方式。此外，《报告》还强调了一些其他措施，包括限制儿童参与营销氛围浓厚的活动、为选择健康的食物提供必要的信息和技能、改善环境以加强学校和社区的身体活动以及增加家庭互动的机会（例如在家吃饭）。《报告》指出，在营养不良流行的国家，旨在控制或预防营养不良的营养规划需要结合体重来评估身高，以防止向年龄体重比较低但身高体重比正常的儿童提供过多的热量。这些建议在《2004年世卫组织饮食和身体活动战略》中得到体现²⁶。在该报告发表后，出现了一些关于肥胖症复杂驱动因素的额外证据，包括肥胖症对孕产妇和胎儿健康的作用、精神卫生、睡眠和其他因素在肥胖风险中的作用、代谢变化对持续减轻体重的影响以及一些临床治疗方案的发展。

12. 2012年《孕产妇和婴幼儿营养全面实施计划》²⁷确定了到2025年儿童超重率不增加的全球目标。降低儿童不健康体重增加风险的主要干预措施包括：(1)解决儿童营养不健康问题，以改善营养状况和生长模式，(2)增进社区了解和社会规范，(3)解决儿童参与食品营销问题，(4)影响食品体系和食品环境，以及(5)改善社区营养。

13. 终止儿童肥胖委员会2016年报告为解决儿童肥胖问题提出了一套全面的一揽子综合建议，其中包括：(1)实施综合规划，促进儿童和青少年摄入健康食品，减少不健康食品和含糖饮料的摄入；(2)实施促进儿童和青少年参加身体活动和减少久坐行为的综合规划；(3)将非传染性疾病预防指导与当前孕前和产前护理指导结合起来并予以加强，以降低儿童肥胖的风险；(4)为婴幼儿的健康饮食、睡眠和身体活动提供指导和支持，以确保儿童适当成长和养成健康的习惯；(5)实施综合规划，促进建设健康的学校环境、增加学龄儿童和青少年的健康和营养素养以及身体活动；(6)为患有肥胖症的儿童和青少年提供基于家庭的、多成分、生活方式类体重管理服务。

²⁶ 世界卫生组织。（2004年）。《饮食、身体活动与健康全球战略》。世界卫生组织。

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/43035>

²⁷ 世界卫生组织。（2014年）。《孕产妇和婴幼儿营养全面实施计划》。世界卫生组织。

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/113048/WHO_NMH_NHD_14.1_chi.pdf?sequence=5&isAllowed=y 和世界卫生组织。（2014年）。《全球营养目标 2025：儿童超重政策简报》。世界卫生组织。 <https://apps.who.int/iris/handle/10665/149021>

14. 这项作为以下原则和建议奠定了基础。旨在扩大证据基础和制定更多政策办法和服务提供模式的工作目前正在进行中。

一般原则

15. 肥胖症的预防和管理需要消耗健康且热量平衡的饮食和足够的身体活动。世卫组织成人和儿童糖摄入指南²⁸建议游离糖的摄入量低于总热量的 10%，并且可以低于 5%。世卫组织《儿童、青少年、成人和老年人身体活动和久坐行为指南》²⁹建议儿童和青少年每周至少进行 60 分钟中等至剧烈强度的身体活动，成人应至少进行 150 至 300 分钟中等强度有氧身体活动；或至少 75 至 150 分钟的剧烈强度有氧身体活动；或者一周内相当于中等强度和剧烈强度身体活动的组合。

16. 预防和管理超重和肥胖的行动需要在具体领域或行动中采取包容和系统性方法，包括：

- 全政府和全社会的方法，并采取充分的保障措施以防止利益冲突以及积极吸收处境危险和边缘化人群的代表。
- 一种生命全程的方法，如果从幼儿期开始，采取有父母参与的初级预防措施可能会产生最佳效果³⁰。
- 提供健康促进、疾病预防、诊断、治疗、康复和管理等完整连续的护理服务的综合卫生服务。

17. 决策者需要确保政策能够有效加强性别和社会经济公平，并与地球健康保持一致。采取注重人权的方法对于加强行动理由和指导决定和决策都很重要。

18. 超重和肥胖与特定健康状况存在因果联系，可能会导致某些身体机能受到长期限制或残疾，而且也可能导致特定风险人群出现某种状况（例如社会经济状况、残疾状况）。

建议各国政府采取的行动

19. 在肥胖因果关系链的不同层面采取多部门和有影响的行动和战略，因为只有通过影响卫生、食品系统、社会保障、建筑环境和身体活动、卫生知识普及和教育等领域的公共政策，才能实现肥胖症的预防和管理；并为预防和管理所有年龄组的肥胖症制定全面和循证的国家行动计划，同时考虑到监管机制和法律框架。

²⁸ 世界卫生组织。（2015 年）。《指南：成人和儿童糖分摄入量》。世界卫生组织。

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/149782>

²⁹ 世界卫生组织。（2020 年）。《世卫组织关于身体活动和久坐行为的指南》。世界卫生组织。

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/336656>。许可协议：CC BY-NC-SA 3.0 IGO

³⁰ Wilkinson TM。《肥胖症、公平和选择》。《医学伦理学杂志》。2019 年 5 月；45(5):323-328。

卫生保健

20. 作为全民健康覆盖的组成部分，通过实施健康促进、疾病预防、诊断、治疗和肥胖症管理，提供完整连续的护理服务。应特别注意识别并纳入在获得基本卫生服务和具体肥胖症管理服务方面可能遇到障碍的风险和边缘化人群。

21. 将肥胖症管理纳入初级保健的核心任务。医疗福利计划应包括覆盖一系列肥胖症预防和管理服务，并且提供有保证的财务保障。

22. 作为产前保健的一部分，向孕妇提供饮食和体重咨询，同时提供身体活动咨询和戒烟服务，并测量孕期体重增加情况。

23. 作为国家工作重点之一，实施旨在支持初级卫生保健工作者识别和管理儿童超重或肥胖的世卫组织指南³¹，特别是：

- a) 测量所有被送到初级卫生保健机构的婴儿和 5 岁以下儿童的体重和身高，以便根据世卫组织儿童生长标准确定他们的身高体重比和营养状况^{32,33}。将儿童的体重与其身高/身高标准进行比较是评估消瘦和超重的有效方法。
- b) 向父母和看护者提供营养和身体活动方面的咨询，包括在头 6 个月提倡和支持纯母乳喂养，并持续使用母乳喂养至 24 个月或更长的时间³⁴。
- c) 为肥胖儿童的管理制定适当的管理计划。如果受过充分培训，初级卫生保健或转诊诊所或地方医院一级的卫生工作者可以做到这一点。

24. 确保为所有年龄段的人公平提供和逐步实现体重管理服务，包括作为全民健康覆盖的一部分，确保肥胖症患者能够获得受过培训的卫生保健从业人员提供的体重测量和筛查、营养、身体活动、心理支持、咨询、药物治疗和手术服务。

25. 将肥胖症纳入多学科团队，以确保肥胖症患者能够获得足够的支持和治疗，包括肥胖症的共病。为所有想要/需要护理的人员提供公平的护理机会。

³¹ 世界卫生组织。（2017 年）。《指南：在初级卫生保健机构开展儿童营养评估和管理，以预防儿童因营养不良的双重负担而出现超重和肥胖》。世界卫生组织。<https://apps.who.int/iris/handle/10665/259133>。许可协议：CC BY-NC-SA 3.0 IGO

³² 世界卫生组织。（2006 年）。《世卫组织儿童生长标准：年龄身长/身高比、年龄体重比、身长体重比、身高体重比和年龄体重指数比：方法和发展》。世界卫生组织。<https://apps.who.int/iris/handle/10665/43413>

³³ de Onis M、Onyango AW、Borghi E、Siyam A、Nishida C、Siekmann J。（2007 年）。《为学龄儿童和青少年制定世卫组织生长参考》。《世界卫生组织公报》，85 (9), 660 – 667。世界卫生组织。<http://dx.doi.org/10.2471/BLT.07.043497>

³⁴ 世界卫生组织。（2017 年）。《指南：在提供产妇和新生儿服务的机构中保护、促进和支持母乳喂养》。世界卫生组织。<https://apps.who.int/iris/handle/10665/259386>。许可协议：CC BY-NC-SA 3.0 IGO

26. 确保医护人员接受过有关提供体重管理服务的培训并具备提供服务的能力，并将肥胖症纳入医疗培训。

食品系统

27. 通过采取以下行动，提高健康饮食的可及性和可负担性：

- a) 通过与《母乳代用品销售守则》及后续决议保持一致的规章制度，更好地保护母乳喂养（即第一食品系统），以此支持提高母乳喂养率；
- b) 制定更加连贯和有利的农业政策，促进安全和健康饮食的可持续生产，包括减少脂肪和糖的每日热量消耗，增加每天从全谷物、豆类、坚果、蔬菜和水果摄取的热量³⁵。这包括鼓励食品生产企业更换或修改产品配方。最终的成功必须与未加工或最低限度加工的食品消费量的增加联系起来；
- c) 通过强调全谷物、豆类、坚果、蔬菜和水果消费的财政和价格政策（税收和激励措施）重塑食品环境（包括数字环境³⁶），减少对脂肪、糖和盐/钠含量过高的产品的需求；
- d) 规范高脂、高糖和高盐/高钠食品和饮料的营销，包括数字营销；
- e) 建立营养标签制度，支持消费者了解食品的营养成分，并提供易于理解的信息（例如，在包装正面的营养标签或菜单标签中提供）以供消费者选择；
- f) 制定公共食品采购和服务政策，支持在学校以及在政府部门、儿童保育中心、养老院、医院、卫生院、社区中心、寄宿式护理机构、军事基地和监狱等其他公共机构采购、分发、销售和/或供应支持健康饮食的食品³⁷。

社会保障和福利

28. 制定有利于获取健康饮食和促进可持续性和社会经济公平的社会保障规划（包括现金转移）。此类规划还可通过将农业生态小规模生产者和食品系统经营者与规划联系起来以及在受益者和提供者之间建立良性的公平促进系统的方式，帮助缩小各食品系统之间的差距。

³⁵ 世界卫生组织。《肥胖症》。https://www.who.int/health-topics/obesity#tab=tab_3

³⁶ 世界卫生组织。欧洲区域办事处。（2021 年）。《数字食品环境：实况报道》。世界卫生组织。欧洲区域办事处。
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/342072>。许可协议：CC BY-NC-SA 3.0 IGO

³⁷ Raine KD、Atkey K、Dana L、Ferdinands A、Beaulieu D、Buhler S 等人。《公共机构的健康食品采购和营养标准：证据综合和共识政策建议》。《加拿大健康促进慢性疾病预防杂志》。2018 年 1 月；38(1): 6–17。

此外，来自比较贫困社区的人们可无须将健康放在第一位，因为他们在生活中还有其他问题要考虑，他们可以选择他们将要食用的任何食品。另外，来自社会经济地位较低的家庭的儿童往往也没有机会接触健康食品，因此，不想食用健康食品，因为他们不喜欢水果和蔬菜的味道。

建筑环境和身体活动

29. 通过建立生鲜食品市场和实行分区政策等方式让城市一级的政府参与促进获得健康饮食的活动，并通过各种方式促进开展身体活动。在世界上大多数人口生活的环境中，高热量食品价格低廉且可随处获得，而参加身体活动的机会减少，从而导致体重过度增加。

30. 通过并实施世卫组织关于身体活动和久坐行为的指南和政策建议。世卫组织指南为不同年龄组和特定人群提供了关于保持健康需要多少身体活动的详细信息。

31. 实施世卫组织《2018-2030 年身体活动全球行动计划》中概述的建议政策行动。该行动计划就各国如何采取以下政策行动提出了建议：(1)根据生命全程的能力，通过增进对经常参加身体活动的多种好处的认识，形成积极的社会规范和态度；(2)营造支持性的环境，促进和保障所有人在城市和社区平等享有安全场所和空间以便能够进行经常性身体活动的权利；(3)确保在关键环境中充分和适当的规划和服务能够支持所有年龄和所有能力的人们作为个人、家庭和社区定期参加身体活动；(4)加强治理、数据系统和投资，以实施有效和协调一致的国际、国家和国家以下级别行动，增加身体活动，减少久坐行为。

卫生知识普及和教育

32. 制定、调整和实施《基于粮食的膳食指南》。除其他外，该指南也是促进理想的食品消费模式和改善营养状况的工具。《基于粮食的膳食指南》将关于饮食、营养与健康关系的科学指导转化为基于粮食的指导和信息，同时考虑到各自国家（或特定人口群体）的营养状况、食物供应情况、饮食习惯和文化背景。《基于粮食的膳食指南》还成为执行国家营养政策和规划的一种工具，并为粮食和农业政策提供指导³⁸。

33. 开展旨在倡导健康饮食和身体活动的运动，对塑造食品环境和引导人们的生活方式的其他行动予以补充³⁹。运动不能是应对肥胖症的唯一办法，因为这意味着肥胖症是个人选

³⁸ Herforth A、Arimond M、Álvarez-Sánchez C、Coates J、Christianson K、Muehlhoff E。《对基于粮食的饮食指南的全球审查》。Adv Nutr. 2019 Jul 1;10(4):590-605。

³⁹ 世界卫生组织。（2017 年）。《应对非传染性疾病：预防和控制非传染性疾病的“最合算措施”以及其它推荐干预措施》。世界卫生组织。<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259232/WHO-NMH-NVI-17.9-chi.pdf?sequence=8&isAllowed=y>。许可协议：CC BY-NC-SA 3.0 IGO

择的结果。从社会科学和健康人文学科中收集行为和文化见解，作为制定行为改变行动的一种工具，例如，开设旨在提高烹饪技能的课程。

统计数字

34. 建立监测系统，监测包括所有年龄组的个人体重、身高、饮食摄入和身体活动水平。

35. 监测不同部门的政策和规划执行情况，包括获得保健的机会、保健质量、卫生保健工作者的能力。

建议其他社会行为者采取的行动

民间社会

36. 鼓励各国政府制定雄心勃勃的国家应对措施，以促进健康饮食和身体活动，促进其实施，评估进展情况，扩大肥胖症患者或受肥胖症影响者的声音以及提高对他们的认识。

37. 动员公众增加对预防肥胖症政策的普遍需求，包括完善和精简公共信息，为每个人群确定有效的肥胖管理框架，加强媒体宣传，建立公民抗议和参与制度以及建立一个能够容纳肥胖症患者的政治环境，让变革力量进入各个组织和部门。

学术界

38. 巩固和扩大肥胖症因果关系以及个人、社区和社会层面应对措施的证据基础，并特别注意特定风险群体（即残疾人）证据的局限性。

食品系统中的经济经营者

39. 保证从生产到销售和推广的整个过程中供应健康饮食。食品加工企业、进口企业、出口企业和供应商可以调整其产品组合的配方，特别是那些面向儿童的食品（减少糖和盐），并且要缩小食品包装。所有企业都可以在其单位食堂提供健康饮食。

体育、运动和娱乐行业的经济经营者

40. 加强推广和提供工作场所身体活动设施，增加健身房、俱乐部和娱乐中心的供应，推广可穿戴技术，以及支持为学校配备身体活动设施⁴⁰。

⁴⁰ Huang TTK、Cawley JH、Ashe M、Costa SA、Frerichs LM、Zwicker L 等人。《动员公众支持预防肥胖的政策行动》。《柳叶刀》，2015 年；385(9985):2422-31。

建议世卫组织采取的行动

编写指导文件和开发工具

41. 扩大指导范围，就所有年龄组的肥胖症预防和管理问题向卫生保健专业人员提供指导。
42. 将规范性和技术性指导文件转化为会员国可以采纳的业务活动和综合方法。
43. 倡导普遍实施世卫组织指导文件，以确保包括流离失所人口在内的所有人都有机会获得超重和肥胖症预防和护理服务。
44. 记录和传播各国政府在应对肥胖症方面采取的良好做法。
45. 让联合国儿童基金会和粮农组织等在此领域内有共同任务的其他联合国机构参与进来。
46. 必须强调卫生保健领域内的公平和人权原则。今后提出的建议应继续考虑卫生公平因素，例如，这些建议应考虑是否旨在直接或间接减少或防止社会和健康不平等，以及是否会促进性别平等和基于任何理由的不歧视。
47. 今后编写的指导文件应考虑为肥胖以及有特殊需要或因其他疾病导致残疾的儿童和青少年提供服务问题。这些因素可能包括对主流建议进行修改以及对工作人员如何实施修改后的建议进行培训。
48. 在今后的规范制定工作中，需要考虑到可能阻碍获得治疗的性别陈规定型观念以及性别因素和针对特定性别的因素。
49. 今后的指导文件需要继续根据受建议影响的人员的价值观和偏好来确定。必须考虑导致肥胖的环境和对待食物的文化态度（这些往往被儿童内化为主观规范）对儿童、青少年、他们的父母和看护人员的影响。此外，还有必要探讨这些利益攸关方在参与和坚持肥胖管理干预措施的动机方面以及在多个领域（财务、实践、营养知识水平和导致肥胖的环境）解决体重问题的局限性和限制方面的价值观和偏好。

服务提供商的能力建设

50. 为增加接受营养培训的卫生工作者数量以及提高他们的能力做出贡献。大多数卫生保健专业人员没有接受过有关解决患者饮食及营养相关问题的充分培训，从而降低了护理质量，错过了改善慢性病和改善急性疾病结果的重要机会。在很多国家，营养教育不是医生必须接受的培训⁴¹。增加接受过肥胖症治疗和管理培训的卫生保健专业人员的数量将会提高对肥胖症患者的护理水平和积极结果。能力建设重点应明确涉及当前服务供应方面的局限性（例如，在无法母乳喂养或因其他残疾相关因素限制了对健康饮食习惯的理解和采纳时，为残疾儿童的母亲提供指导）。

政策对话和执行支助

51. 与卫生部及其他相关政府实体开展战略和政策对话，说明采取行动的理由，并说明如何采用最适合本国国情且成本高效的循证政策工具。世卫组织将把工作重点和资源集中在一些超重和肥胖负担较重且证明愿意采取行动的重点国家。

52. 对采取政策和支持国家政策实施的情况进行监督。

拟议的目标

成果目标

53. 以下成果目标和指标已经获得世界卫生大会和联合国大会核准：

- a) 到 2025 年（相对于 2010 年基准），阻止 5 岁以下儿童⁴²、青少年和成年人⁴³肥胖症流行率上升。
- b) 到 2030 年（相对于 2015 年基准），结束一切形式的营养不良。
- c) “5 岁以下儿童超重”是可持续发展目标具体目标 2.2 的一项指标。5 岁以下儿童的目标已被延长到 2030 年，并在 2019 年 1 月向世界卫生大会提交了进展报告。儿童超重的目标是到 2030 年达到 3%或以下⁴⁴。

⁴¹ Kris-Etherton PM、Akaba SR、Douglas P、Kohlmeier M、Laur C、Lenders CM 等人。《营养在卫生专业人员教育和培训中的能力：一种新范式》。Adv Nutr. 2015 Jan 15;6(1):83-7. doi: 10.3945/an.114.006734。

⁴² 世界卫生组织《孕产妇和婴幼儿营养全面实施计划》。

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/113048/WHO_NMH_NHD_14.1_chi.pdf?ua=1

⁴³ 世界卫生组织。（2013 年）。《2013-2020 年预防和控制非传染性疾病全球行动计划》。世界卫生组织。

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/94384>

⁴⁴ 世界卫生组织和联合国儿童基金会。《世卫组织/儿基会讨论文件：将 2025 年孕产妇和婴幼儿营养目标延长到 2030 年》，世卫组织和儿基会，日内瓦和纽约，2017 年。https://cdn.who.int/media/docs/default-source/nutritionlibrary/global-targets-2025/discussion-paper-extension-targets-2030.pdf?sfvrsn=4c75b190_5

中期成果目标

54. 确立中期成果目标和过程目标可有利于扩大行动规模。中期成果目标与肥胖症发展因果路径上的关键步骤有关。目标可能与饮食质量和身体活动水平有关。拟议的中期成果目标包括：

- a) 在成人和儿童中，世卫组织建议将游离糖的摄入量降低到总热量摄入量的 10% 以下（本目标是基于世卫组织在 2015 年发布的成人和儿童糖摄入量指南中提出的一项强烈建议）。
- b) 将头 6 个月的纯母乳喂养率至少提高到 50%（这是世界卫生大会核准的六项全球营养目标之一）⁴⁵。
- c) 到 2030 年，全球成年人和青少年缺乏身体活动的流行率相对降低 15%（本目标已在 2010 年世界卫生大会上确定，并在世卫组织《促进身体活动全球行动计划》中进行了更新）。

过程目标

55. 过程目标与世卫组织建议的政策以及将会导致中期成果（饮食和身体活动）和最终成果（肥胖流行率）出现预期变化的服务的有效覆盖有关。拟议的过程目标包括：

56. 扩大初级卫生保健服务的覆盖范围，将儿童和青少年肥胖症的诊断和管理纳入其中。

- a) 将营养和饮食专业人员的密度提高到每 10 万人 10 人的最低水平。理由：指标已被纳入全球营养监测框架，并在营养状况信息系统中进行了报告⁴⁶。2016-2017 年基准：2.2/100000。
- b) 提高通过法规控制向儿童销售食品和非酒精饮料的国家比例。通过全球营养政策审查和非传染性疾病国家能力调查收集指标。基准：47 个国家（营养行动实施情况全球数据库）。
- c) 在学校各年级提供高质量体育活动（至少 x 小时/周）的国家数量增加。

⁴⁵ 世界卫生组织。（2014 年）。《孕产妇和婴幼儿营养全面实施计划》。世界卫生组织。

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/113048>

⁴⁶ 营养状况信息系统：全球营养监测框架概况（who.int）

建议执行委员会采取的行动

57. 请执行委员会通过对各国政府、其他社会行为者和世卫组织提出的各项建议（第 18 至第 47 段）以及拟议的目标（第 48 至第 50 段），并建议第七十五届世界卫生大会核准这些建议和目标。

= = =

免责声明

保留所有权利。

本世卫组织讨论文件并不代表世界卫生组织的官方立场。它是探讨相关方对本主题所持看法的一种工具。对国际伙伴的提及仅为建议，不构成或暗示对本讨论文件的任何认可。

世界卫生组织不保证本讨论文件中包含的信息是完整和正确的，并且不应因使用本文件而发生的一切损害负责。本讨论文件中包含的信息可以免费使用和复制并用于教育和其他非商业及非宣传之目的，但对这些信息的任何转载必须附有对世界卫生组织作为信息来源的鸣谢。对信息的任何其他用途都需要得到世界卫生组织的许可，并且应直接向世界卫生组织（地址：20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland, obesity@who.int）提出使用申请。

本讨论文件中采用的名称和陈述的材料并不意味着世界卫生组织对任何国家、领地、城市或地区或其当局的合法地位或对其边界或分界线的划定表达任何意见。对特定企业或某些厂商产品的提及并不意味着它们因为优于未提及的其他类似性质的产品而得到世界卫生组织认可或推荐。除错误和遗漏外，专有产品的英文名称以首字母大写加以区分。

世界卫生组织已为核实本讨论文件中所载的信息采取了一切合理的预防措施。不过，本讨论文件的分发不附任何明示或暗示保证。对所载信息的解释和使用责任在于读者。在任何情况下，世界卫生组织均不对因为使用这些信息而造成的任何损害负责。

©世界卫生组织，2021 年。保留所有权利。

适用以下版权声明：www.who.int/about/copyright