

السمنة

# العمل الاستراتيجي لمكافحة وباء السمنة

٢٠١٣ عمـل السـمنـة مـجمـوعـة تـقـرـير

الرئيس - شيريكى كومانيبىكا

الدكتورة كيمبرلى ليeman

السيدة آنا غارسيا



السمنة

# العمل الاستراتيجي لمكافحة وباء السمنة

تقدير مجموعه عمل السمنة ٢٠١٣

الرئيس - شيريكى كومانيبىكا

الدكتورة كيمبرلى ليمان

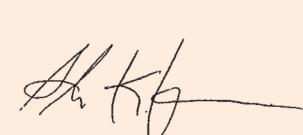
السيدة آنا غارسيا

# المحتويات

مقدمة بقلم اللورد دارزي والبروفيسورة شيريكي كومانبيكا	١
ملخص تنفيذي	٢
وباء السمنة	٣
الانتشار والمضاعفات الصحية	٤
الآثار الاقتصادية	٨
ارتفاع تكاليف علاج الأمراض غير السارية	٨
فاعلية التكاليف	٨
التهاولات الاقتصادية والاجتماعية	١٠
التحديات الرئيسية	١٢
الأسباب الاجتماعية والبيئية الناشئة خارج النظم الصحية أساساً	١٢
أسباب احتلال التوازن في النظام الغذائي	١٣
تأثيرات البيئة التي تحد من الحياة النشطة	١٥
منهجيات فعّالة واستراتيجيات أساسية	١٥
منهجيات فعّالة	١٥
تدخلات السياسات	١٥
الشراكات بين القطاعات	١٦
استراتيجيات أساسية	٢٠
معالجة عناصر النظام الغذائي التي تشجع الاستهلاك المفرط	٢٠
مبادرات تناول الطعام والنشاط البدني في المرافق	٢٣
توصيات لوزراء الصحة	٢٩
الإجراءات والأولويات المستقبلية	٣٤
الملحق ١ - شكر وتقدير	٣٥
الملحق ٢ - الوثائق الرئيسية	٣٦
المراجع	٣٧



البروفيسور اللورد دارزي



البروفيسورة شيريكي كومانبيكا



# مقدمة بقلم اللورد دارزي والبروفيسورة شيريكى كومانبيكا

السمنة عاملٌ رئيسيٌ في الأمراض غير السارية. ويشكل صعود هذا الوباء العالمي وعلاج الأمراض المرتبطة به تهديداً خطيراً للنظم الصحية والاقتصادات الوطنية. وفي حين أن الوفيات الناجمة عن الأمراض السارية آخذة في التناقص بشكل كبير عالمياً، من المتوقع أن تزيد الوفيات الناجمة عن الأمراض غير السارية بمعدل ٧٧ في المائة بين عامي ١٩٩٠ و ٢٠٢٠، أي من ٤٩,٧ مليون حالة وفاة سنوياً.

وانتشار السمنة وزيادة الشحوم في الجسم في يومنا هذا لا يعكسان الازدهار والتقدم بقدر ما يُشكّلان عاقبة وخيمة للتوسيع العماني والعولمة وزيادة تصنيع الأغذية. فهي تؤثر على أصحاب الدخل المرتفع، لكنها بالمقابل تؤثر على الأشد فقرًا والأكثر ضعفاً. كما تشهد دول كثيرة لا تزال تكافح لمعالجة المجاعة والجوع وسوء التغذية ارتفاعاً اليوم في زيادة الوزن والسمنة لدى الأطفال والكبار.

تبدو هذه المشكلة على المستوى الفردي بسيطة بشكلٍ خادع - سبب السمنة هو تناول الكثير من السعرات الحرارية وعدم صرف سعرات حرارية كافية. وفي الواقع، أصبحت صعوبة موازنة استهلاك الطاقة مشكلة سكانية، تنتهي على عوامل معقدة تتجاوز كثيراً قدرة الأفراد على السيطرة، كضغوط تسويق الأغذية، والتحول الحاصل في إمدادات الغذاء العالمية، وميكنة العمل والنقل، والتحولات المتزامنة في الأفضليات الثقافية وفي أنماط الغذاء والنشاط. ولعل إعلان الأمم المتحدة السياسي بشأن الأمراض غير السارية وبعدها الاستراتيجية العالمية للوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها، الصادرة عن منظمة الصحة العالمية، قد حدد مسار العمل على معالجة السمنة وغيرها من الأمراض المرتبطة بالنظام الغذائي. وقد اتفقت جمعية الصحة العالمية على أن الدول ينبغي أن تهدف إلى تحقيق نمو . في المائة في السمنة على الصعيد العالمي بحلول عام ٢٠٢٥، كجزء من هدفٍ أوسع للحد من الوفيات المبكرة بسبب الأمراض غير السارية بنسبة ٢٥ في المائة بحلول عام ٢٠٣٥.

يقرُّ هذا التقرير بتعقيد وباء السمنة، ويعتمد على إطار السياسات الموجهة نحو الوقاية بين «جميع السكان» المحدد في الاستراتيجية العالمية. ويُشدد هذا الإطار على السياسات والتغيرات البيئية لتحسين قدرة الأفراد على تحقيق والالتزام بأنماط نشاط بدني وغذائي تحسن الصحة. وباستعراض أدبيات ذات صلة ومقابلات مع مقدمي معلومات رئيسين، جمعنا أدلة على ابتكارات ناجحة وجديدة في جميع أنحاء العالم تدعم هذه التوجهات والاستراتيجيات الأساسية.

ومن التحديات المهمة أمام قادة الصحة أن حلول هذا الوباء تكمن خارج نطاق النظام الصحي. ويجري تشجيع وزارات الصحة على بناء شراكات مع قطاعات أخرى كالتعليم والعمل والزراعة والمالية. وضمن القطاع الصحي، لإعادة توزيع أصول النظام الصحي لمعالجة السمنة والأمراض غير السارية. ونأمل أن يقدم هذا التقرير الإلهام والدليل اللازم لمواجهة هذا التحدي.

**البروفيسور اللورد دارزي PC, KBE, FRS**  
الرئيس التنفيذي لمؤتمر ويش، مؤسسة قطر  
مدير معهد الابتكار في مجال الصحة العالمية التابع لجامعة  
إمبريال كوليدج في لندن

**البروفيسورة شيريكى كومانبيكا**  
جامعة بنسلفانيا ولجنة العمل الدولية للبدانة

# ملخص تنفيذي

## وباء السمنة

يموت قرابة ثلاثة ملايين شخص في العالم سنوياً بسبب مضاعفات السمنة. وتعتبر زيادة وزن الجسم سبباً مباشراً في زيادة خطر الإصابة بمرض السكري من النوع ٢، والسكتة الدماغية، وأمراض القلب، وبعض أنواع السرطان. وطوال السنوات الثلاثين الماضية، أصبحت السمنة وباء عالمياً ومساهمةً رئيسياً في ارتفاع معدلات الأمراض غير السارية - وهو اتجاه يهدد بالقضاء على ٥٠ عاماً من التحسن في متوسط العمر المتوقع. وتساهم السمنة لدى النساء أيضاً في زيادة خطر حدوث مضاعفات تهدد الحياة أثناء الحمل والولادة. وهي تؤثر سلباً على صحة أطفالهن في المستقبل عبر آذیات الحمل التي تؤدي إلى زيادة مخاطر السمنة ومرض السكري من النوع ٢ في وقت لاحق من الحياة. ويتفق الخبراء على أن السبب الأساسي لهذا الارتفاع السريع في معدلات السمنة هو كون الناس في أنحاء العالم يعيشون الآن في بيئات تجعل تناول الطعام غير الصحي والخمول البدني سهلاً ومرغوباً فيه. فالسمنة ليست نتاج فشل شامل مفاجئ لقوة الإرادة الفردية أو تحول جيني دراميكي.

## الآثار الاقتصادية

بيان إعلان الأمم المتحدة السياسي لعام ٢٠١١ بشأن الأمراض غير السارية أن قادة الدول في جميع أنحاء العالم يعترفون بأن عدم كبح الموجة القادمة من الأمراض المزمنة سيرتب ضغطاً هائلاً على أنظمتها الصحية واقتصاداتها الوطنية. إذ تؤثر السمنة سلباً على النمو الاقتصادي والتنمية وتخفض إنتاجية العمل والدخل، وتزيد النفقات الصحية. هناك تدخلات فعالة يمكن، مع مرور الوقت، أن تولد وفورات في التكاليف، ويطلب تفيذهما الالتزام والابتكار، لإيجاد حلول ملائمة للظروف الوطنية والتعامل مع تعقيد العوامل البنوية والثقافية التي تساهم في السمنة بين مختلف فئات السكان.

«السمنة» و«الوزن الزائد» مصطلحان طبيان يستخدمان لوصف مجالات وزن الجسم التي تعتبر غير صحية لطول معين. وتحدد هذه المجالات على أساس أبحاث تربط درجات بدأنة الجسم بزيادة خطر حدوث مضاعفات صحية وأمراض. وتقاس السمنة وزيادة الوزن باستخدام مؤشر كتلة الجسم، وكل بالغ يتراوح هذا المؤشر لديه بين ٢٥ و٣٩,٩ يكون زائد الوزن، أما إذا بلغ المؤشر ٣٠ فأكثر، فإنه يعتبر بدنياً.

ويستخدم تعريفاً الوزن الزائد والسمنة لدى الأطفال مؤشر كتلة الجسم حسب العمر وحسب الجنس الذي يأخذ في الحسبان التغيرات في الطول والوزن مع النمو والتطور.

## التحديات الرئيسية

إن الأفراد هم الذين يتحكمون في النهاية بنوعية طعامهم ومدى نشاطهم، ولكن هذه السلوكيات لا تأتي دائمًا نتيجة قرار فردي واعٍ؛ إذ تدفعنا غرائزنا نحو الأكل عندما يتواقر الغذاء، وهي تدفعنا بعيداً عن أداء الأعمال غير الضرورية. وليس مستغرباً، عندما تكون الأطعمة اللذيذة ذات السعرات الحرارية العالية وفيرة وقريبة وبأسعار مغيبة وتُعرض عبر حملات تسويق متطرفة، أن يستهلك الكثير من الناس أطعمة غير ملائمة لصحتهم على المدى الطويل. وفي الوقت نفسه، يصبح النشاط البدني للناس عموماً أقل بكثير من سابق عهده. فهم يتعرضون لبيئات آلية على نحو متزايد في البيت والمدرسة والعمل. ويزداد رواج وشعبية أنشطة ترفيهية تتطلب حداً أدنى من الجهد المبذول، كمشاهدة التلفزيون أو المباريات الرياضية أو الجلوس ساعات طويلة إلى الكمبيوتر، وهذه وصفة مثالية لزيادة الوزن والسمنة.

هناك حاجة إلى معالجات تعامل على نطاق واسع مع البيئة المادية والاقتصادية والاجتماعية وتعدم انتقال السكان نحو سلوكيات صحية أكثر. وجزء أساسي من الحل هو معالجة قطاعات خارج النظام الصحي، كالغذاء والزراعة والنقل والبيئة الصناعية (أي المباني وغيرها من معالم بيئات الحياة المادية التي يصنعها الإنسان) والعمل والتجارة والتعليم ووسائل الاتصال الجماهيري. فالجهات الفاعلة الحكومية وغير الحكومية في هذه القطاعات تعمل بشكل حاسم على إيجاد بيئة توجه سلوك الأفراد في الأكل والنشاط البدني، والذي يؤثر بدوره على مستويات المرض وتكليف الرعاية الصحية.

## منهجيات فعالة واستراتيجيات أساسية

### تدخلات السياسات والشراكات بين القطاعات

تضع الاستراتيجية العالمية لمنظمة الصحة العالمية بشأن النظام الغذائي والنشاط البدني والصحة، التي اعتمدتها جمعية الصحة العالمية في عام ٢٠٠٤، والاستراتيجية العالمية للوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها<sup>١٣-٢٠٢٠</sup> توصيات مبنية على الأدلة وأهدافاً محددة لمعالجة أزمة السمنة والأمراض غير السارية في جميع أنحاء العالم. وتشدد منهاجية «كامل السكان» في هذه الوثائق على السياسات والتغيرات البيئية التي تعمل على تحسين قدرة الأفراد على تحقيق أو الالتزام بأنمط نظام غذائي وبدني تحسن الصحة وتحافظ على مستويات وزن صحي. ويقر التركيز على الوقاية عبر إجراء تغييرات في البيئة والسياسات لأننا لا نستطيع حل المشكلة بالاعتماد فقط على التعليم والإرشاد الفردي أو على علاج أولئك الذين يُعانون من السمنة. فمنهاجية «كامل السكان» تقضي من وزراء الصحة العمل في جميع قطاعات الحكومة مع الوزارات ذات الصلة، وكذلك إقامة شراكات متعددة مع الأطراف المعنية من أجل معالجة مشكلة السمنة، وذلك باستخدام منهاجيتي «كامل الحكومة» و«الصحة في جميع السياسات». ولا يتطلب العمل بهذه الطريقة بالضرورة أموالاً جديدة، وهو في بعض الحالات يوفر الأموال المخصصة بإظهار كيف أن الاستثمار في العديد من القطاعات يمكن أن يدعم جهود الحد من السمنة. على سبيل المثال، يمكن لإجراءات سياسات السمنة تعزيز النمو الاقتصادي، ودعم البنية التحتية المستدامة بيئياً، وتوفير حواجز للإنتاج الزراعي، وإلهام المشروعات المعززة للصحة، وفي الوقت نفسه تخفيض نفقات الرعاية الصحية وتطوير القوى العاملة في الرعاية الصحية.

## **معالجة عناصر النظام الغذائي التي تشجع الإفراط في استهلاك السعرات الحرارية**

تمثل إجراءات السياسات الخاصة بإمدادات الغذاء – أي جانب استهلاك الطاقة من المعادلة – أولوية قصوى بشكل خاص، بسبب الزيادة الكبيرة في توافر السعرات الحرارية وتحسين القدرة على تحمل تكاليفها في العقود الأخيرة. بالإضافة إلى أن الخلل المحتمل في استهلاك السعرات الحرارية مقابل الإنتاج ليس متماثلاً. وبعبارة أخرى، من السهل نسبياً استهلاك طاقة زائدة عن الحاجة ولكن من الصعب أو من المستحيل في بعض الأحيان تخفيف أثرها عن طريق زيادة النشاط البدني بما يكفي لحرق الزائد ضمن الروتين اليومي العادي. ويطلب الحد من وباء السمنة العالمية أن تصبح الحكومة والمؤسسات الخاصة والصناعة والمجتمع المدني مسؤولين عن حماية الناس من القوى البيئية التي تزيد من فرط الاستهلاك المزمن للسعرات الحرارية. وتشير التحليلات الاقتصادية أن وباء السمنة مثل على فشل الأسواق في تحقيق نتائج صحية للمجتمع، وبالتالي يستدعي مبادرة وقيادة الحكومة في صياغة الحلول. ويمكن أن تلعب جماعات المجتمع المدني دور رقابياً، ما يعزز القدرة على فرض تطبيق التشريعات ذات الصلة.

## **تحسين بيانات تناول الطعام والنشاط البدني في السياسات المجتمعية الأساسية**

ينص دليل منظمة الصحة العالمية والوثائق التأسيسية كميثاق أونتاوا لتعزيز الصحة ١٩٨٦ وإعلان ألمانيا لعام ١٩٧٨، على أن استراتيجيات الوقاية القائمة على السكان تشمل العمل المجتمعي والتغيير المناخي والتأييد السياسي وتغيير السياسات، وكذلك إعادة توجيه النظام الصحي نحو الرعاية الصحية الأولية. ولا يمكن لتدخل وحيد أن يؤثر بمفرده في جميع العوامل في بيانات الغذاء والنشاط البدني التي تساهم في مرض السمنة. يجري تحديد أفضل الممارسات لمنع السمنة، وذلك بفضل الأدلة التجريبية على فاعلية التدخلات الشاملة قصيرة المدى في أماكن يمضي فيها الأطفال والبالغون أوقاتاً طويلة. وقد كان من الصعبربط إجراءات سياسات محددة بتغيرات طويلة المدى في مستويات السمنة أو زيادة الوزن لدى السكان؛ ويرجع ذلك جزئياً إلى أن المشكلة حديثة نسبياً ويجري وضع الحلول في فترة زمنية قصيرة. وتقدر التحليلات الاقتصادية مردود هذه التدخلات عندما يتسع نطاقها وعندما يدعمها تنفيذ سياسات حكومية مناسبة وداعمة. وكان هناك مؤخراً تقييم لإجراءات السياسات المنفذة فعالاً.

تغطي التدخلات متعددة المكونات في المدارس ومواقع العمل قطاعاً عريضاً من السكان. ويمكن أن تكون مجديّة التكاليف في مجموعة من الظروف الوطنية، إذا أعطيت وقتاً كافياً لتحقيق عوائد على الاستثمار، ويجب أن تكون أهدافاً رئيسية للتغيير. بالإضافة إلى ذلك تشكل الرعاية الأولية الفعالة أولوية عالمية طويلة المدى، ويمكن أن تكون محوراً لعمل السياسات الخاصة بالسمنة، لاسيما إذا تضافرت مع التدخلات في المدرسة وموقع العمل. ويوفر مكان الرعاية الأولية وصولاً أمثل لجميع أفراد المجتمع، ويمثل - بشرط ثقة المرضى بخبرة مقدمي الرعاية - فرصةً فريدة للتدخلات. ويتضمن نظام الرعاية الصحية على الدوام قوة عمل وقيوداً اقتصادية، لذلك يجب أن تكون طرق الفحص والمعالجة الفردية محفوظة لأولئك المعرضين لمخاطر كبيرة أو تضرروا بشدة من السمنة. وتنسجم هذه الاستراتيجية أيضاً مع الاعتراف الدائم بأن من الأفضل أن تتفاوت تحسينات الصحة العامة مع تدابير وقائية أخرى على نطاق السكان ككل مع التركيز على المعرضين لمخاطر كبيرة.

## توصيات لوزراء الصحة

١. اجعل من السمنة قضية مهمة، وكن سفيراً للتغيير في قطاعات أخرى.
  - قِّيم الوضع الراهن، وَضُعْ أهدافاً مناسبة محلياً لإجراء تغييرات في النظام الغذائي والنشاط البدني.
  - أقِم شراكات بين مختلف الأطراف المعنية لمعالجة مشكلة السمنة باستخدام منهجية مشتركة بين القطاعات.
٢. أوجِد طرقةً مبتكرةً ومجديةً اقتصادياً لمعالجة القوى المعززة للبدانة في البيئة الغذائية، ونَعْلُم من نجاحات الدول المشابهة.
  - راجِع وعَدَل الإرشادات الغذائية الحكومية والمؤسسية. ضع معايير تغذية لبرامج الوجبات التي تمولها الحكومة. ضع مبادئ توجيهية للمشتريات العامة التي تدعم المزارعين المحليين وتنفرز إنتاج الفواكه والخضروات الطازجة.
  - ضع معايير وضع العلامات الغذائية، واستخدم تشريعات تسويق الأغذية لحماية الأطفال من الإعلان عن أطعمة غير صحيّة. طبّق معايير وضع العلامات على الأغذية المعلبة وقوائم المطاعم وتسويقه، موقع الشراء.
  - استخدم سياسات مالية وتجارية تدعم المستورادات الصحية والإنتاج الغذائي المحلي الصحي.
٣. نَفَذْ مشروعات خاصة بقطاعات محددة في واحدة على الأقل من المؤسسات المجتمعية الأساسية الثلاث، وغيرها من المؤسسات في السنوات المقبلة.
  - الرعاية الصحية.
  - المدارس.
  - مواقع العمل.

## أولوية العمل لوزراء الصحة

الشيء الأكثر أهمية الذي يمكن لوزير الصحة القيام به لمعالجة السمنة هو الدفاع عن قضية الحد من السمنة. ويتضمن ذلك زيادة التوعية على نطاق أوسع بمخاطر التفاف عن العمل وفرص العمل. ويمكن لوزارات الصحة، عبر إقامة شراكات بين أطراف معنية متعددة لوضع السياسات، أن تقوم بتبسيئة موارد ومعلومات قوية تقع عادة خارج نطاق اختصاصها، ويمكن أن تخلق بيئات سياسية واقتصادية واجتماعية داعمة لمكافحة السمنة على مستوى البلد ككل.

# وباء السمنة

## الانتشار والمضاعفات الصحية

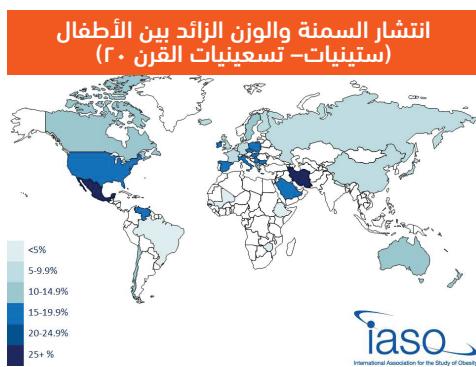
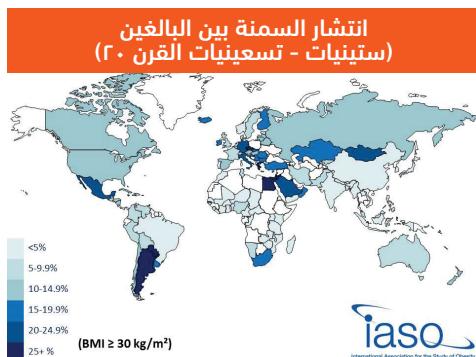
يموت قرابة ثلاثة ملايين شخص في العالم سنويًا بسبب مضاعفات السمنة. وتعتبر زيادة وزن الجسم سببًا مباشراً في زيادة خطر الإصابة بمرض السكري من النوع ٢، والسكته الدماغية، وأمراض القلب، وبعض أنواع السرطان. وطوال السنوات الثلاثين الماضية، أصبحت السمنة وباءً عالميًّا ومساهماً رئيسياً في ارتفاع معدلات الأمراض غير السارية – وهو اتجاه يهدد بالقضاء على ٥٠ عاماً من التحسن في متوسط العمر المتوقع.<sup>١</sup> وحتى في الدول ذات الدخل المنخفض والمتوسط، يتزايد انتشار السمنة بمعدل ينذر بالخطر؛ إذ يحول التوسيع العمري والعولمة الحياة اليومية للملايين في جميع أنحاء العالم – ولسوء الحظ – الكثير من هذه التغييرات إلى أنماط حياة غير صحية، ويساهم مباشرة في وباء السمنة. وهذا يضمن فعليًّا ارتفاع أو تزايد معدلات السمنة بشكل مطرد في البلدان الغنية والفقيرة على حد سواء.

يجعل وباء السمنة ومضاعفاته معدلات الوفيات الناجمة عن الأمراض غير السارية أعلى بكثير من الوفيات الناجمة عن الأمراض السارية. وسيكون لهذا الانتقال أكبر الأثر على المناطق النامية؛ حيث يعيش ٨٠ في المائة من سكان العالم، فقد انخفضت الوفيات الناجمة عن الأمراض السارية من ١٧,٢ إلى ١٠,٣ مليون سنويًا بين عامي ١٩٩٠ و ٢٠٢٠. وفي الفترة نفسها من المتوقع أن تزداد الوفيات بسبب الأمراض غير السارية بمعدل ٧٧ في المائة من ٤٩,٧ مليون إلى ٢٨,١ مليون وفاة سنويًا.<sup>٢</sup>

«السمنة» و«الوزن الزائد» مصطلحان طبيان يستخدمان لوصف مجالات وزن الجسم التي تعتبر غير صحية لطول معين. وتحدد هذه المجالات على أساس أبحاث تربط درجات بدأنة الجسم بزيادة خطر حدوث مضاعفات صحية وأمراض. وتقاس السمنة وزيادة الوزن باستخدام مؤشر كتلة الجسم، وكل بالغ يتراوح هذا المؤشر لديه بين ٢٥ و ٣٩,٩ يكون زائد الوزن، أما إذا بلغ المؤشر ٣٠ فأكثر، فإنه يعتبر بديناً.

ويستخدم تعريفاً للوزن الزائد والسمنة لدى الأطفال مؤشر كتلة الجسم حسب العمر وحسب الجنس الذي يأخذ في الحسبان التغيرات في الطول والوزن مع النمو والتطور.

**وتظهر الخرائط التاريخية لمعدلات السمنة في جميع أنحاء العالم الزيادة الوائلة في السمنة طوال العقود الأربع الماضية، وتوضح أن جميع المناطق تقربياً تعاني اليوم من تفاقم هذه المشكلة.**



لا توجد بيانات متوافرة للمناطق غير المطللة. لمزيد من التفاصيل حول المنهجية يمكن الاطلاع على [www.iaso.org](http://www.iaso.org)

\* بيانات الطفل لعام ٢٠٠٠ وما بعده: فيي عدد قليل من الدول، قد تكون سنة المسح في وقت سابق؛ وذلك بسبب عدم وجود بيانات بعد عام ٢٠٠٠ للأطفال على وجه التحديد.

## الآثار الاقتصادية

### ارتفاع تكاليف علاج الأمراض غير السارية

يعترف معظم وزراء الصحةاليوم بأن الموجة المقبلة من الأمراض غير السارية، إذا لم تواجه، ستضع ضغطاً هائلاً على مواردهم الوطنية. وتعتبر السيطرة على السمنة - كونها عامل خطر للإصابة بأمراض غير سارية أخرى - مهمة لمنع وإدارة تحديات مرض السكري وأمراض القلب والأوعية الدموية وسوء صحة الأمهات والسرطان. ومع زيادة انتشار السمنة، تنتشر المشكلات الصحية المرتبطة بها، وعلاج كثير منها مكلّف للغاية على المدى الطويل. وللتكاليف المرتبطة بعلاج الأمراض غير السارية آثار اقتصادية مباشرة وغير مباشرة. وتشير التقديرات العالمية إلى إنفاق ٨٦٣ مليار دولار على أمراض القلب والأوعية الدموية في عام ٢٠١٠، ويتوقع أن يصل هذا الرقم إلى ١٠٤٤ مليار دولار في عام ٢٠٣٠. ويعزى نحو ٥٥ في المائة من هذا الإنفاق مباشرة إلى الرعاية الصحية. وتشكل الإنتاجية الضائعة - وهي وسيلة أخرى تؤثر السمنة من خلالها على الاقتصاد الوطني - النسبة المتبقية البالغة ٤٥ في المائة. وفي عام ٢٠١٠، كلف السكري الاقتصاد العالمي ٥٠٠ مليار دولار، وربما يرتفع هذا الرقم إلى ٧٤٥ مليار دولار في عام ٢٠٣٠.<sup>٣</sup> ويمكن لمنع السمنة أن يوقف مقدار الزيادة في تكاليف السمنة والأمراض غير السارية.

ويعتبر تخفيض النفقات على الأمراض غير السارية مهمًا بالفعل بالنسبة للدول ذات الدخل المرتفع؛ حيث وباء السمنة أكثروضوحاً. أما بالنسبة للدول ذات الدخل المتوسط والمنخفض، التي بدأت لتوها معاناة أعباء السمنة، فمن الأهمية بمكان تجنب هذا الوباء، وإلا ستُنقل نظمها الصحية بالتكميل. وعليها - للتحكم بإنفاقها على الرعاية الصحية - التحكم بمعدل السمنة، خصوصاً مع انتقال المزيد من الدول نحو تغطية صحية شاملة.

إن إطلاق مبادرة للحد من عبء السمنة يوفر للبلد المعنى فرصة المواجهة بين أهدافه الاقتصادية والصحية. ومن المسلم بهاليوم على نطاق واسع ارتباط الصحة والثروة، وكون الحالة الصحية المواتية للسكان تعزز التنمية الاقتصادية والاجتماعية.<sup>٤</sup> في جميع المجتمعات، تؤثر السمنة سلباً على النمو الاقتصادي والتنمية، فهي تخفض إنتاجية العمل والدخل، مع زيادة النفقات الصحية. صحيح أن الزيادة في الاستهلاك يمكن أن تزيد الناتج المحلي الإجمالي في الاقتصادات النامية، لكن عندما يتعلق الأمر بالغذاء، هناك نقطة تصبح عندها تكاليف الإفراط في الاستهلاك ضارة بالنمو والازدهار طويلاً المدى.<sup>٥</sup>

### فاعلية التكاليف

في إعادة تنظيم الرعاية الصحية الأولية للحد من السمنة، ثمة خطوة أولى مهمة هي تحديد خدمات الوقاية وتعزيز الصحة حتى يمكن أخذها في الاعتبار في نظم تمويل الرعاية الصحية وإدراجها في الاعتبارات الشاملة لفاعالية التكاليف. ويمكن أن تكون حسابات فاعالية تكاليف الوقاية من السمنة والأمراض غير السارية وعلاجها مثيرة للجدل، الأمر الذي يعود في جانب منه إلى أن الاستنتاجات تختلف باختلاف تعريف فاعالية التكاليف وهل نحسب العائد على الاستثمار في المدى القصير أم الطويل (راجع نص «أطر زمنية للعائد على الاستثمار في الوقاية من السمنة وعلاجها»). وتعتبر التدخلات الخاصة بفئات الأطفال، كالمشروعات على مستوى المدارس وفرض قيود على تسويق الأغذية، خطوات فعالة في تغيير سلوكيات تناول الطعام والنشاط البدني، وربما لها فوائد فورية على جودة الحياة والوضع الوظيفي. ولكن هذه الاستثمارات في مراحل الحياة المبكرة لن تعطي ثمارها في الحد من الأمراض غير السارية وتكميل الرعاية الصحية المرتبطة بها أو الخسائر في الإنتاجية إلا عندما يستمر تطبيق هذه السلوكيات الصحية في سن الرشد. أما الاستثمارات في الوقاية والعلاج فتعطي عائدات أسرع لدى فئات البالغين من السكان. ولأخذ فكرة عن الوفورات

المحتملة، يمكن النظر في تقديرات الولايات المتحدة المنذرة بالخطر بأنه مقابل كل وحدة زيادة في مؤشر كتلة الجسم فوق النقطة الحرجية للسمنة، على الفرد أن يتوقع زيادة في نفقات الرعاية الصحية السنوية بمقدار ٨ في المائة<sup>٦</sup>. وبالمقابل يمكن لتخفيضات متواضعة في الوزن حتى لدى فرد يعاني من السمنة أن تؤدي إلى وفورات كبيرة. ويوضح هذا بشكل خاص لدى البالغين الأكبر سنًا؛ حيث تتطلب مضاعفات السمنة أكبر قدر من الاهتمام الطبي. وفي المناطق ذات الدخل المرتفع كأوروبا، يجري تخصيص مبالغ للسمنة تصل إلى ٦ في المائة من موازنات الرعاية الصحية<sup>٧</sup>. ويمكن الإنفاق على الاستثمارات في السياسات التي تشجع على تناول الطعام الصحي، كالغذاء الانتقائي والدعم الزراعي، من الوفورات الناجمة عن تخفيض تكاليف الرعاية الصحية المرتبطة بالسمنة.

### العائد على الاستثمار في الوقاية من السمنة وعلجها<sup>٨</sup>

يجب أن يكون الاستثمار في الوقاية من السمنة جهداً طويلاً الأمد، ولكن بعض المقاربات التي تؤتي ثمارها في المدى القصير مجده اقتصاديّاً. وتغيير السياسات على المستوى الوطني هو الحل الأكثر فاعلية وتنفيذه هو الأقل كلفة. فباستخدام البيانات القطرية في مجموعة من الاقتصادات، وجد اقتصاديو الصحة أن تدابير مالية من قبيل دعم الفواكه والخضروات وفرض ضرائب على المواد الغذائية الغنية بالسكر والدهون، تعطي أسرع العائدات. وتحقق سياسات كتنظيم الإعلان عن أغذية الأطفال وتطبيق نظام معياري لبطاقات الأغذية وفورات في التكاليف في غضون ٢٠ عاماً. كما يلزم بذل جهود على المدى الطويل، لأن الأمر يستغرق وقتاً طويلاً لتطهيل حلقات ردد الفعل التي تعزز السلوك المستقر وسوء التغذية، أو إنشاء حلقات جديدة تعزز السلوكيات الصحية. يجب التزام الواقعية عند تحديد موعد ظهور تأثير واضحة لهذا النوع من التغيير. وفي معظم الظروف يمكن للمستشار الفردي لإنقاص الوزن المقدمة لأولئك الذين لديهم بالفعل مرض مرتبط بالسمنة أن تكون مجده إذا قادت إلى نقص معتدل دائم في الوزن. ويفلل العلاج من تكاليف الرعاية الصحية في المدى القريب التي ترتبط بمضاعفات السمنة في وقت متقدم من العمر.

تركز الحوافز المالية الحالية التي تحفز الابتكار في السمنة على الجانب العلاجي؛ فهي تشمل الأجهزة الطبية والجراحة والأدوية التي يمكن أن تحسب على أنظمة الرعاية الصحية. وفي أميركا الشمالية وحدها، يصل حجم سوق منتجات إدارة السمنة وفقدان الوزن إلى ١٤٠ مليار دولار تقريرياً في عام ٢٠١٧<sup>٩</sup>. وقد تظهر هذه الطرق، لاسيما جراحة علاج السمنة، فاعلية في خفض مؤشر كتلة الجسم الفردي، لكنها بالمقابل تستنزف موارد أنظمة الرعاية الصحية. فجراحة علاج السمنة شكلٌ منتشر وعالٍ الخطورة من أشكال علاج إنقاص الوزن للأطفال والبالغين الذين يعانون من بدانة شديدة ويُظهرون مقاومةً للعلاجات الأخرى، وهي بالتأكيد أحد أكثر التدخلات فاعلية لإنقاص الوزن على المدى الطويل. وقد أصبحت متوفرة على نحو متزايد في الدول منخفضة ومتوسطة الدخل، كرّ على تنامي سوق السياحة الطبية<sup>١٠</sup>؛ ونظرًا لارتفاع التكاليف الطبية طويلة المدى المرتبطة بالسمنة وأمراضها، فإن هذه الطريقة تبرر تكلفتها العالية في بعض الظروف<sup>١١</sup>، لكن لا يمكن النظر إليها بوصفها حلاً فعالة لجميع السكان.

## التفاوتات الاقتصادية والاجتماعية

بما أن السمنة والأمراض غير السارية تؤثر وتتأثر بالقوى الاقتصادية، فإنها ترك آثاراً مهمة في مجال التفاوت الاقتصادي والاجتماعي.<sup>١٢</sup> فالعولمة والتوجه العماني يسببان تغيرات يومية في النشاط اليومي ويزيدان السمنة لدى الفئات ذات الدخل المنخفض، في الدول عالية الدخل ومنخفضة ومتوسطة الدخل على السواء؛ حيث تكون ظروف نقص التغذية محل قلق أكبر. وعلى الرغم من ارتباط المجموعة بالفقر ونقص الوزن، فإن السمنة أيضاً ترتبط بالفقر، وقد لا يبدوا هذا بديهيّاً، ولكن يمكن شرحه. فالحياة الحضرية تشهد تزايداً في الأطعمة والمشروبات ذات السعرات الحرارية العالية فضلاً عن ميكينة العمل والنقل. وفي ظروف كهذه تسمح زيادة الدخل على مستوى الأسرة وعلى المستوى الوطني اليوم بأنماط سلوكية – في الاستهلاك الغذائي وتغذية الطفل وقلة النشاط البدني – تؤدي إلى زيادة الوزن والسمنة، وغالباً ما تحدد في الواقع منزلة اجتماعية وقيمة ثقافية لهذه الأنماط. في البداية كانت الفئات الصاعدة هي التي تعاني من زيادة الوزن ثم السمنة مع ارتفاع دخولها. لكن في الوقت الحاضر، مع التوسيع العماني والاقتصاد الغذائي الجديد – الذي يمكن فيه للقراء نسبياً حتى شراء أطعمة ومشروبات ذات سعرات حرارية عالية تروجها الإعلانات بكثافة – تتحول السمنة إلى مرض مرتبط ارتباطاً وثيقاً بالفقر، وترتدي طابعاً مستعصياً بوضوح يتَّصف عادةً بكثير من الفروق الصحيَّة.<sup>١٣</sup>

ويوضح الشكل أدناه العلاقات بين السمنة والفقر في الدول ذات الدخل المنخفض والمتوسط. وفي سياق العولمة والتوجه العماني وانخفاض عدد الوفيات الناجمة عن الأمراض السارية، تحصل تغيرات في النظام الغذائي وإفراط في استهلاك السعرات الحرارية فضلاً عن انخفاض في النشاط البدني. لذلك تتطور السمنة والأمراض غير السارية، وهذه بدورها تؤدي إلى فقدان دخل الأسرة بسبب تدهور الحالة الصحية وتکاليف الرعاية الصحية والوفاة المبكرة. ويقلل ضياع الإنتاجية وزيادة تکاليف الرعاية الصحية من فرص تحقيق مكاسب اقتصادية على مستوى البلاد. وهناك «عبء مزدوج» – تعُيِّش الجوع مع السمنة والأمراض غير السارية وتحديات الصحة العامة – يقيِّد التنمية الاقتصادية بشدة ويعُقد تحقيق الإجماع بشأن سياسة الغذاء والتغذية.

**الشكل ١: الفقر يُساهم في الأمراض غير السارية والأمراض غير السارية تُساهم في الفقر**  
المصدر: تقرير الوضع العالمي لمنظمة الصحة العالمية



وفيما يتعلق بالتفاوت العالمي في السمنة، هناك فئة واحدة تبرّر القلق بشكل خاص هي النساء والفتيات في الدول ذات الدخل المنخفض والمتوسط والفتات الاجتماعية والاقتصادية الدنيا في الدول ذات الدخل المرتفع. فهوّلاته النساء يعانين عبء السمنة غير المناسب. وفي معظم المناطق، تتراجع السمنة لديهن مع زيادة التعليم (أو الدخل).<sup>١٣</sup> وفي كثير من المجتمعات، تكون النساء فئة محرومة ذات فرص محدودة في التعليم، وصوت سياسي غير مسموع، واستقلال اقتصادي ضعيف. ولذلك نرى أن قدرة النساء والفتيات أيضاً تكون أقل في الوصول إلى نظم غذائية صحّية كافية من الناحية التغذوية وفرص ممارسة الرياضة. والسمنة لدى النساء والفتيات دائمة. كما أنها تزيد لدى الأمهات أو النساء الحوامل من فرص إصابة أطفالهن بالسمنة ومضاعفاتها، ولها أيضاً تأثير سلبي على معدل وقيّات الأمهات، كما تزيد من مضاعفات الحمل والولادة.<sup>١٤</sup>

توضح اتجاهات السمنة الأخيرة في الولايات المتحدة الحاجة الماسة إلى تدخلات لمعالجة هذا الوباء لدى الفئات المحرومّة اجتماعياً في الدول ذات الدخل المرتفع. وقد شهدت عدة مدن انخفاضات كبيرة في معدلات بدانة الأطفال في السنوات الخمس الماضية، ولكن عند الفحص الدقيق للبيانات، اتضح أن سبب تلك الانخفاضات إلى حد كبير هو انخفاض معدلات السمنة لدى الأطفال الذين يعيشون ظروفًا أفضل. ففي تلك المدن، ظلت معدلات السمنة عند الأطفال ثابتة في المجتمعات الأقل حظًا. وبالتالي اتسعت الفجوة بين المجموعتين.<sup>١٥</sup> ويكون لدى الأشخاص في الفئات المدرومة اجتماعياً واقتصادياً خيارات أقل وغير مرغوبة في تناول الطعام الصحي وممارسة النشاط البدني. وبالإضافة إلى ذلك، يكون الأشخاص ذوو الموارد المحدودة نسبياً أكثر اعتماداً على الأوضاع في محيطهم المباشر، وبالتالي فإن نجاح تدخلات السياسات في إعادة تنظيم توازن الطاقة في المجتمعات الفقيرة، يقضي بأن تكون مهمة تحسين ظروف معيشتهم من الأولويات.

منهجية التقرير

استخدم البحث لإعداد هذا التقرير طرقاً متعددة للتعرف على وجهات نظر مبتكرة بشأن مشكلة السمنة وحلولها. وللتعرف على الاستراتيجيات الأساسية الممكن تطبيقها في ظروف بلدان مختلفة، استعنا بـمراجعات منهجية للأدلة التي ثبتت فاعلية تدخلات السمنة لدى الأطفال والكبار في مختلف الظروف. وأولينا اهتماماً خاصاً بتحديد نهج مستند إلى الأدلة للوقاية من السمنة ومكافحتها على نطاق واسع؛ لذلك قمنا بغربلة كمًّ كبير من الدراسات التجميعية والتحليلات التركيبية حول تدخلات السمنة والمنشورة في مجالات علمية أو على موقع إلكتروني لمرکز مراجعة الأدلة مثل مؤسسة كوشران والمعهد البريطاني للتميز السريري والمراکز الأمريكية لمكافحة الأمراض والوقاية منها. وقد ركّز هذا البحث الأولى على أحدث المؤلفات، اعتباراً من عام ٢٠١٠ فصاعداً، على دراسات تستخدم تدابير مؤشر كتلة الجسم كنتائج ذات أهمية وعلى دراسات الإجراءات التي يُمكِّن أن تتأثر بالسياسة المطينة.

وبإضافة إلى ذلك اعتمد بحثنا على خبرة وتجربة أشخاص من تخصصات أكاديمية وقطاعات مهنية ومناطق ودول متعددة، عبر مقابلات مع أعضاء في منتدى السمنة في مؤتمر القمة العالمي للابتكار في الرعاية الصحية (ويش) وغيرهم من مقدمي المعلومات الرئيسيين. واستخدمت المقابلات أيضاً للتعرف على التحديات الحالية التي تواجه معالجة مشكلة السمنة. وحددت المقابلات ومراجعة الأدبيات ذات الصلة أمثلة عينية، قمنا بعد ذلك بدراستها أكثر لإثبات تأثيرها على السمنة ومعرفة تكفلتها وقابليتها للتوسيع وتكميل هذه الأمثلة متن التقرير من خلال وصف مشروعات نفذت في ظروف ثقافية وسياسية خاصة، ويمكن لها أن تساعد القادة في تحديد التطبيقات ذات الصلة ببلدانهم.

## التحديات الرئيسية

**الأسباب الاجتماعية والبيئية الناشئة خارج النظم الصحية أساساً**

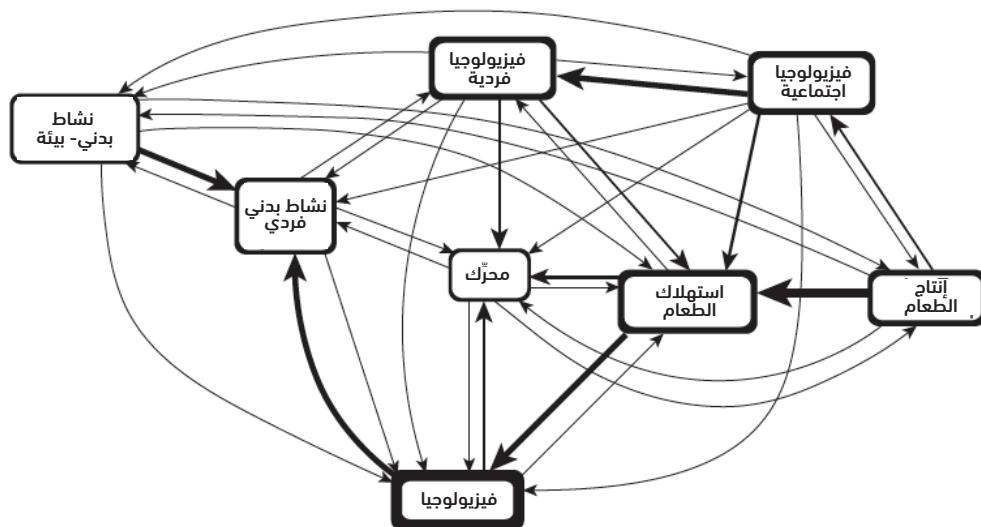
يتفق الخبراء على نقطة رئيسية هي أن تفشي السمنة بين جميع فئات السكان ليس مردّه فشلاً شاملًا مفاجئاً لقوة الإرادة لدى الأفراد أو تحول جيني كبير، وإنما هو نتيجة للتغيرات الحاكمة في بيئة المعيشة. وتلعب الجينات دوراً في السمنة، لكنها (باستثناء حالات نادرة) ليست العامل المحدد الأساسي. فلطالما كانت الجينات التي تهيئ الشخص للبدانة موجودة، وقد تفسر لماذا يكون بعض الناس أكثر عرضة لزيادة الوزن، ولكن وباء السمنة الناشئ في بضعة عقود وفي جميع دول العالم لا يمكن تفسيره إلا بالتغييرات في البيئة.<sup>17</sup>

وتطلب مكافحة السمنة في كافة قطاعات السكان تدخلات في إمدادات الغذاء والبنية التحتية التي تدعم النشاط البدني. ويخلق مشروع معالجة حالات السمنة، برعاية مكتب العلوم في حكومة المملكة المتحدة، خريطة نظم تبين المسارات الفيزيولوجية والسلوكية والاجتماعية الرئيسية المشاركة في نشوء السمنة: «خريطة النظم البصرية». وهي توضح أن جذور وباء السمنة تكمن في كثير من قطاعات المجتمع، ومعظمها بعيد عن أنظار وزراء الصحة؛ ولذلك يجب نشر تفويض وسلطة اتخاذ القرارات المتعلقة بها، المشكّلة عبد مجموعة من الجهات الفاعلة.

ويبيّن الشكل ٢ نسخة مبسطة للخريطة المذكورة. فـ«المحرك» الموجود في صلب هذا النظام يعكس، أنيقمة فعلية للتنظيم وادعو الفعا، المتعلقة ببنائنا، الغذاء والنشاط البدني، وثمانان الطاقة،

وهذه بدورها مرتبطة بعلم وظائف الأعضاء وعلم النفس الفردي. وتبين مسارات الخريطة مدى ارتباط هذه المتغيرات الفردية ببعضها وبالعوامل الاجتماعية والبيئية المترابطة – العوامل التي تخلق البيئات وتكيف السلوكيات المتعلقة بإنتاج الغذاء واستهلاكه وبالنشاط البدني.<sup>١٨,١٧</sup>

### الشكل ٢-١٣: خريطة مختصرة للنظم البصيرة (فاینگود وآخرون، ٢٠١٠).



عدد الاتصالات الفردية بين المتغيرات في كل مجموعة يظهر في ثمانية الخط الواصل، بينما يظهر عدد الاتصالات ضمن المجموعة في ثمانية حدود المجموعة.

### أسباب اختلال التوازن في النظام الغذائي

يحظى تركيز السياسات على إمدادات الغذاء، أي جانب مدحول الطاقة في المعادلة، بأولوية قصوى بسبب الزيادة الهائلة في توافر السعرات الحرارية بأسعار معقولة في العقود الأخيرة. يفاقمه ذلك محتمل بين استهلاك السعرات الحرارية وصرفها. فمن السهل نسبياً استهلاك طاقة زائدة عن الحاجة، ولكن من الصعب، بل من المستحيل، التعويض عن ذلك عبر زيادة النشاط البدني في الروتين اليومي بما يكفي لحرق الزائد. وسلوك الأكل لا يضبطه العقل الوعي على الدوام. فكما تبين خريطة النظم البصيرة، لا تتشكل ردود الفعل على توافر الأغذية وتسويتها من خلال العوامل المعرفية فقط، بل أيضاً وفق اعتبارات نفسية واجتماعية واقتصادية وعاطفية؛ ونظرًا لراحة وإغراء وفرة الأطعمة منخفضة التكلفة المصممة لتقديم المتنعة، يشارك الناس وجبة بعدوجبة ويوماً بعد يوم في صنع القرار الذي يركز على أكل فعال ومجاز في الوقت الحاضر، ويميل إلى تجاهل المضاعفات الصحية لسوء التغذية على المدى الطويل.

لقد تغيرت الصناعات الغذائية العالمية بسرعة في العقود الأخيرة نتيجة العولمة والتوسّع العماني والتقديم التكنولوجي والعلمي والطلب على السلع الاستهلاكية المريحة واللذيذة بتكلفة منخفضة. وثبت أن تسويق الأغذية فعال بشكل مخيف في قيادة سلوك المستهلك – التأثير في الأطفال قبل أن يتمكنوا من الكلام، ما يسبب تحولات ثقافية عابرة للحدود في الأذواق، ويعُدّ اتجاهات مقاييس المكانة الاجتماعية. وعلى الرغم من أن النظم الغذائية تحتوي على بعض المسببات الأكثر ضوضاءً لوباء السمنة، فإن تعقيدها والسلطة الراسخة لمصالح الشركات (غالباً ما يُشار إليها اليوم

باسم «الطعام الضخم») أحبط صناع السياسات بسبب خياراتهم المحدودة للعمل.<sup>١٩</sup> فالتكثيف الذي اعتمدته العديد من المدافعين في «لوم وفضح» صناعة المواد الغذائية لمساهمتها في مشكلة السمنة، ويتجاهل الواقع التي تقول: دون إعادة تشكيل الحوافز المالية الحالية، وفي غياب تشريعات حكومية إلزامية، فإن الشركات الفاعلة والمستهلكين على السواء يقعون في مصيدة قوى السوق نفسها. الدافع الذي لا هوادة فيه لزيادة الأرباح والدّسّة السوقية هو رد منطقى على الحوافز الحالية وعلى غياب الضوابط الناظمة.

وتتمثل السياسات المقترنة على نطاق واسع في فرض قيود على تسويق الأغذية للأطفال، على الرغم من أن جميع السكان فعلياً مستهدفون بالتسويق المكثف للأطعمة الغنية بالطاقة (بسبب محتواها من الدهون والسكر) والفقيرة بمحتوى الخضار والحبوب الكاملة. بيد أن تنفيذ سياسات متماسكة يواجه تحديات كبيرة، لأن مثل هذه القيود يهدد غالباً مصالح الحكومة والشركات على السواء.

### تشريعات تنظم الإعلانات الموجهة للأطفال

تبين تجربة كيبيلك فاعلية التشريعات التي تحمي الأطفال من تسويق الأغذية. فقد منعت هذه المقاطعة الكندية الناطقة بالفرنسية في معظمها كافة أشكال الإعلان التجاري للأطفال في عام ١٩٨٠. وتشير النمذجة الاقتصادية التي تستخدم بيانات المستهلك من ١٩٨٤ إلى ١٩٩٢ إلى أن هذه الخطوة خفضت استهلاك الوجبات السريعة بنسبة ١٣ في المائة لدى الأسر الناطقة بالفرنسية في كيبيلك (الأسر الناطقة بالإنجليزية لديها وصول أكبر إلى وسائل الإعلام الانكليزية من خارج المقاطعة، وبالتالي فهي أكثر عرضة لتسويق الأغذية). وهذا الانخفاض يعادل إلغاء ما بين ١١ و٢٢ مليون وجبة سريعة سنوياً. ونّمة درس مهم من تجربة كيبيلك هو أن هذا النوع من السياسات فعال فقط على المستوى الوطني؛ حيث تشمل التغييرات أغذية وسائل الإعلام، إن لم تكن وسائل الإعلام كافة التي تستهدف الأطفال. ويبدو أيضاً أن للسياسات المتعددة لتقليل الإعلان عن أغذية الأطفال في كوريا الجنوبية والمملكة المتحدة بعض التأثير على مستوى تأثيرهم.

## التأثيرات البيئية التي تحد من الحياة النشطة

يساهم الخمول البدني مباشرة في الإصابة بالسمنة والأمراض غير السارية. ولدينااليوم مجموعة من الأدلة التي تظهر كيف يمكن تحسين مستويات النشاط السكاني عبر إدخال تغييرات على البيئة الصناعية، أي المباني وغيرها من معالم البيئة المعيشية المادية من صنع الإنسان التي تحكم خيارات النشاط البدني. ويبعد أن الطريقة الأكثر عملية لتشجيع زيادات معتدلة في نشاط السكان هي الاستثمار في نظم النقل النشط. وتضمن هذه المشروعات تخطيط استخدام الأراضي، وسياسات تطوير البنية التحتية، وحملات التسويق الاجتماعية لتشجيع المشي وركوب الدراجات واستخدام وسائل النقل العام. ويمكن أيضا إنشراك أنظمة تخطيط المدن والتصميم العمراني في الجهود الرامية إلى خلق أماكن آمنة وسهلة الوصول للعب والرياضة وأوقات الفراغ النشطة.<sup>١٣</sup> لقد استخدمت إرشادات التصميم النشط في مدينة نيويورك، على سبيل المثال، على مستوى البلدية لتشجيع إنشاء مبانٍ وشوارع ومساحات عمرانية أكثر صحة. ولدى الدول ذات الدخل المنخفض والمتوسط؛ حيث يجري حالياً تطوير نظم البنية التحتية الرئيسية للنقل، فرصة لإدماج ابتكارات التصميم الإستراتيجي التي تعزز الصحة والاستدامة البيئية عبر النقل النشط وخفض الاعتماد على السيارات. ويمكن أيضاً تشجيع أنماط الحياة النشطة والترفيه والأنشطة الرياضية من قبل مقدمي الرعاية الأولية، فضلاً عن المدارس وأصحاب العمل.

## منهجيات فعالة واستراتيجيات أساسية

ثمة شرط أساسي لعمل فعال وقائم على الأدلة هو تقييم انتشار السمنة في البلاد، وعوامل خطر الإصابة بها (كالاتجاهات في تناول الطعام الصحي والنشاط البدني)، والبنية التحتية والنظم ذات الصلة (كالتحقيق الصحي في المدارس والنقل العام). ويمكن لتقدير مستند إلى المعلومات التي تم جمعها أن يكون بمثابة نداء للحشد. فإذا اقترن مع أهداف ذات أولوية، فيمكنه أن يشكل نقاط تركيز المنهجيات والاستراتيجيات المبنية أدناه على المستويين القطري والم المحلي.

### منهجيات فعالة

#### تدخلات السياسات

يمكن إيجاد المحاولة العالمية الأولى لوضع توصيات مبنية على الأدلة لمعالجة الأزمة العالمية المتمثلة في السمنة والأمراض غير السارية عبر النظام الغذائي والنشاط البدني في الاستراتيجية العالمية لمنظمة الصحة العالمية بشأن النظام الغذائي والنشاط البدني والصحة، التي اعتمدت في جمعية الصحة العالمية في عام ٢٠٠٤. وأعقب النهج القائم على السكان المتعدد في الاستراتيجية بعد عقد من الزمن تقريباً قائمة محددة بالسياسات الموصى بها في الاستراتيجية العالمية للوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها ٢٠١٠-٢٠١٣. واعتمد أيضاً هدف عالمي لمكافحة السمنة في مايو ٢٠١٣، كجزء من إطار المراقبة العالمية للأمراض غير السارية. ووافقت الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية على تقليل معدل نمو الإصابة بالسمنة عالمياً حتى ينعدم بحلول عام ٢٠٢٠، كجزء من هدف أوسع للحد من الوفيات المبكرة بسبب الأمراض غير السارية بنسبة ٢٥ في المائة بحلول عام ٢٠٢٥.

تعترف الاستراتيجية العالمية وخطة العمل، إلى جانب إعلان الأمم المتحدة السياسي بشأن الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها، بالسمنة كمنتج ثانوي للتغيرات الاجتماعية والبيئية، وتحدد الحاجة الماسة إلى نهج يشمل «كامل السكان» في حل المشكلة. وتتركز استراتيجية كامل السكان على السياسات والتعديات البيئية التي تعمل على تحسين قدرة الأفراد على تحقيق أو الالتزام بنشاط بدني وغذائي يحسن الصحة ويساعد في الحفاظ على مستويات وزن صحي. وتبني التوصيات الواردة في هذا التقرير على دليل منظمة الصحة العالمية.

تشمل الإجراءات الموصى بها في الاستراتيجية العالمية تغييرات شخصية في عادات الأكل والنشاط البدني، بالإضافة إلى تغييرات في البيئات المادية والاقتصادية والاجتماعية تشجع أنماط السلوك الصحي وتعزز الحفاظ على توازن الطاقة المناسب. وتستهدف التوصيات الأفراد والحكومات على حد سواء. ويجري تشجيع الأفراد على استهلاك كميات محددة من الفواكه والخضروات والبقوليات والحبوب الكاملة والمكسرات للحد من استهلاك السكر والدهون، وكذلك القيام بمستويات مناسبة من النشاط البدني تناسب مع سنهm وحالتهم الصحية. كما يجري تشجيع الحكومات على وضع استراتيجيات وطنية لمعالجة النظام الغذائي والنشاط البدني وعوامل الخطر الأخرى الخاصة بالأمراض غير السارية. ومن التوصيات المحددة الخاصة بالسياسات: تحسين المرافق وزيادة فرص الأكل الصحي والنشاط البدني في أماكن العمل والمنزل والمدارس والمرافق المجتمعية. وتشجع وزارات الصحة على وضع أهداف وتنسيق وتسهيل الأعمال ذات الصلة لوزارات وجهات حكومية أخرى، من خلال التشريعات، وإنشاء البنية التحتية والبرامج الملائمة، وتوفير التمويل الكافي لرصد وتقييم الإجراءات المتخذة وإجراء الأبحاث المستمرة.

### **الشراكات بين القطاعات**

على قطاع الصحة مهمة قيادة الشراكات مع القطاعات الأخرى، في جهود مشترك لإشراك دوافع متعددة للظروف المحلية التي تؤثر على أنماط الحياة الفردية. وقد تشمل هذه القطاعات الأخرى: الأغذية والزراعة، والنقل، والبيئة الصناعية، والعمل، والتجارة، والتعليم، والرياضة، والاتصال الجماهيري. ويمكن أن تنفذ الشراكات أنشطة مثل وضع أهداف وطنية وتقديم المعايير وتنفيذها. فعلى سبيل المثال وضعت سلطنة عمان - التي تواجه تهديداً اقتصادياً طويلاً الأمد ناجماً عن ارتفاع سريع في معدلات مرض السكري - خطة لإدراج «الصحة في جميع السياسات» تحت عنوان رؤية الصحة لعام ٢٠٢٠، وتشمل جميع مجالات الحكومة في الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها (انظر الإطار أدناه). وتتنصص استراتيجية الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها ٢٠١٣-٢٠٤٣ في جنوب أفريقيا بشكل محدد على جمع قيادات من التجارة والتبادل التجاري والزراعة لتشكيل سياسات ضريبية تخفض تكلفة الأطعمة الغنية بالم المواد المغذية والألياف، وتزيد تكاليف الأطعمة المسبيحة للسمنة.

تحدد الاستراتيجية الوطنية الأولى لقطاع الرياضة في قطر (٢٠١٦-٢٠٢١) خططاً لحملة «قطر نشيطة» تهدف إلى تنفيذ الجمهوّر بأهمية الحياة الصحّية والنشطة، إنّ مستويات النشاط منخفضة لدى جميع السكان في قطر، وبالتالي ستشجع الحملة أنماط حياة نشطة للجميع، وسوف تشمل أيضاً جهوداً تستهدف خصيصاً الفئات ذات الأولوية المعرّضة للأمراض ذات الصلة بالفمول، كالمعوقين والنساء وكبار السن وذوي الحالات السريرية كالسمنة والسكري.

وتتطلّب إقامة شراكات بين القطاعات مهارة سياسية، لكنها تمّ بشكل أسلوب إذا شرحت بوضوح المنافع المشتركة المحتملة لمشروع معالجة السمنة. على سبيل المثال من أجل التنمية المستدامة الإيجابية، يوصي البنك الدولي بتبني تدابير لمكافحة السمنة على جميع المستويات، بما في ذلك السياسة التجارية.<sup>٧</sup> والواقع، بسبب ارتباط المسببات الرئيسيّة للبدانة بعوامل اجتماعية واقتصادية أساسية، يمكن أن تحقق الجهود المبذولة لمعالجة السمنة فوائد على نطاق واسع من الحماية البيئية، إلى تحسين الميزان التجاري، إلى تحقيق الاستدامة المالية على المدى الطويل. ويمكن للأعمال السياسات أيضاً تعزيز أشكال رياضة الأعمال، مثلًا في الألعاب الرياضية ومعدات التمارين وبيع الأطعمة الصحّية بالتجزئة، مع خفض نفقات الرعاية الصحّية في الوقت ذاته.

ويمكن أن تكون الشراكات بين القطاعات مهمة جدّاً في ضمان استخدام البرامج القائمة للموارد بحكمة لتحقيق أهداف النشاط الغذائي والبدني المرجوة. والفوائد هنا كبيرة خصوصاً عند معالجة التفاوت الذي يؤدي إلى ارتفاع مخاطر السمنة لدى الفئات المدرومة اجتماعياً. ويمكن أن يكون للسياسات الحكومية في الدول ذات الدخل المرتفع، مثلًا، تأثير مباشر على الفقراء وبعض الجماعات المهاجرة أو العرقية في مجالات مثل استهلاك الغذاء والسكن والعمل والمدارس. ويمكن أن يكون وضع مبادئ توجيهية لشراء الأغذية تنسجم مع المبادئ التوجيهية الغذائية مفيدة جدّاً في خلق برامج ناجحة للتغذية وتقديم الطعام في المدارس والمستشفيات وأماكن العمل. كذلك الأمر يستطيع صنّاع السياسات، عبر تطبيق المبادئ التوجيهية للتصميم النشط في المجتمعات السكنية ومواقع العمل ومشروعات البنية التحتية الكبرى، تشكيل أنماط النشاط لأجيال قادمة.

## **دراسة حالة: النظرة المستقبلية للنظام الصحي في ٢٠٥٠ (عمان) ٢٢-٢٣**

### **التعاون المشترك بين القطاعات لمواجهة تحدي الأمراض غير السارية**

حققت سلطنة عُمان، الدولة الخليجية العربية التي يبلغ عدد سكانها ٢,٨ مليون نسمة، تقدماً ملحوظاً في مجال الصحة العامة على امتداد السنوات الأربعين الماضية، وهي اليوم في طليعة الدول في مجال تخفيف معدل وفيات الأطفال وتغطية التطعيم (التمنيع) وزيادة متوسط العمر المتوقع ومكافحة الأمراض السارية وأداء النظام الصحي. وقد دعمت هذه الإنجازات بسلسلة من الخطط الخمسية الصحية في السلطنة، بدأت عام ١٩٧٦ وركزت على الرعاية الصحية الأولية والوقاية من الأمراض والمشاركة المجتمعية. وإذ تواجه البلاد العبة المتزايد للأمراض المزمنة (يختص علاج أمراض القلب والأوعية الدموية وحدها ٢١ في المائة من نفقات الرعاية الصحية الوطنية، وزاد إجمالي نفقات الرعاية الصحية بنسبة ٦٤ في المائة من ١٩٩٥ إلى ٢٠٠٠)، وتضاعف جهود التخطيط الخاصة بهذه الاستراتيجية وتوسيع إلى جهود مشترك واضح بين القطاعات ومتعدد الجهات.

وتهدف المرحلة المقبلة من التخطيط ليس فقط إلى وضع مجموعة من السياسات لوزارة الصحة، بل إلى وضع سياسة وطنية لتحسين الصحة. وعلى حدّ تعبير الدكتور علي طالب الهنائي، وكيل وزارة الصحة لشؤون التخطيط: «هذا يعني أن كل شخص أو وزارة (بما في ذلك الزراعة والبيئة والتعليم) سيكون له نوع من التأثير على الصحة وسيكون جزءاً من النظام الصحي». وطرح هذا التعاون الموسع الجديد في مؤتمر النظرة المستقبلية للنظام الصحي ٢٠٥٠ في عام ٢٠١٢، وانسجاماً مع ضرورة عمل وزارة الصحة كوسطاء مع القطاعات الأخرى، قام الوزير الهنائي ب زيارات لمجموعة الوزارات العُمانية الأخرى، وأنشأ لجنة مشتركة بين القطاعات من شأنها أن تساعدها في تطوير وتنفيذ الأفكار المتولدة في المؤتمر.

وسيجري تعزيز الجهود الجديدة المشتركة التي تبذلها سلطنة عُمان بالخطوات المهمة التي اتخذتها وزارة الصحة بالفعل لمواجهة الأمراض غير السارية، كاعتماد التوصيات الغذائية، وإنشاء برامج وطنية لفحص الأمراض غير السارية للعمانيين بعمر ٤٠ وما فوق، وإنشاء العيادات الجيدة. وسلطنة عُمان من الدول الموقعة على إعلان دبي لعام ٢٠١٢ بشأن الأمراض المزمنة غير السارية والسكنري في منطقة الشرق الأوسط، وقد اعتمدت الاستراتيجية العالمية بشأن النظام الغذائي والنشاط البدني والصحة وكيفيتها مع ظروفها المحلية.

إن وزارة الصحة متفائلة بقدرها على تقليل احتياجاتها من الرعاية الثلاثية والرباعية المكلفة. وتهدف عُمان من خلال النظرة المستقبلية للنظام الصحي ٢٠٥٠ إلى تحقيق الطموح الذي عبر عنه الدكتور لو فرانسيسكوتو بأن البلد يجب أن «تتخلص من مرضها» وتضمن بقاء جميع السكان العُمانيين بصحة جيدة.

تتطلب توصيات بيان إديليد ٢٠١٠ بشأن الصحة في جميع السياسات الصادر عن منظمة الصحة العالمية بصياغة سياسات رامية إلى تعزيز الصحة العامة التعاون بين جميع القطاعات والمستويات الحكومية، وكذلك مع الأطراف المعنية الرئيسية خارج الحكومة، كمجموعات العمل المجتمعي والقطاع الخاص، وعلى الرغم من أن هذا التعاون يوسع شبكة الجهات الفاعلة والموارد العاملة للحد من السمنة، يمكن أن تكون الشراكات بين القطاعين العام والخاص مثيرة للجدل عندما تشمل الصناعات التي تشارك مباشرة في إنتاج الأغذية أو تصنيعها أو تجارة التجزئة. وتتطلب البرامج التعاونية، لتكون ناجحة، مبادئ توجيهية واضحة وشفافة تضمن تحقيق توازن مناسب بين مصالح المساهمين من القطاعين العام والخاص. هناك مخاطر متصلة واضحة في السماح للصناعات ذات المصالح الشخصية بمساهمة كبيرة جدًا في عملية صنع السياسات. ففي نيوزيلندا مثلاً، فشلت الجهود المبذولة لتحسين وضع العلامات على المواد الغذائية وفرض قيود على التسويق الدعاية ووضع معايير للطعام المقدم في المدارس بسبب السماح بوصول الصناعة إلى عمليات السياسة.<sup>٨</sup>

ويمكن أن تعمل الشراكات بين القطاعات أيضًا على المستوى المحلي، لاسيما على شكل «تدخلات كامل المجتمع»، التي تعمل فيها شبكة واسعة من المشاركين معاً للحد من السمنة في مكان معين. تطور الشبكة الأوروبية <sup>٩</sup>إليود من دراسة لمدة ١٢ سنة في فرنسا قارنت معدلات السمنة في بلدين - واحدة نفذت منهاجية كامل المجتمع لمكافحة السمنة والأخرى لم تتخذ أي إجراء منسق. وتضمنت المناهجية تدخلات في المدارس ومشاركة أولياء الأمور والمجتمع المحلي ودعم البلدية للتغيرات البيئية كمرافق رياضية جديدة وتحفيظية إعلامية لهذه الجهود. وأدى هذا التدخل المنسق إلى انخفاض كبير في معدلات السمنة في مرحلة الطفولة ومعدلات أقل منها بكثير في بلدة المراقبة.<sup>١٠</sup> وإليود اليوم ناشطة في ٢٧٥ بلدة ومدينة أوروبية. وعلى مستوى أكثر توسيعًا نوعاً ما، شهدت حملة مماثلة على نطاق المجتمع المحلي في سمرفيل، ماساتشوستس، الولايات المتحدة، تحت عنوان «شكل سومرفيل» انخفاضاً في متوسط مؤشرات كتلة جسم الطفل بالمقارنة مع تلك الموجودة في منطقتين مماثلتين لا تشغّل مثل هذا البرنامج.<sup>١١</sup>

هناك طريقة واحدة لتعزيز التعاون والابتكار على المستوى المحلي هي مسابقات التمويل. على سبيل المثال يوفر برنامج المراكز الأمريكية لمنح تحويل المجتمع إلى مكافحة الأمراض والوقاية منها آلية للتمويل التنافسي للجمعيات المهتمة بتطوير مبادرات مناسبة تطبق المبادئ القائمة على الأدلة للوقاية من الأمراض على المستوى المحلي. وفي إنكلترا تستخدم مسابقة المدن السليمة آلية مماثلة لتشجيع التعاون بين مخططات المدن ومسؤولي الصحة والمجتمعات المجتمعية. وفي أستراليا خصصت الحكومة الوطنية ١ مليار دولار أسترالي على مدى ثمان سنوات لتحسين الأداء الاقتصادي الوطني عبر تعزيز الصحة المحلية. وولّد البرنامج أهدافاً محددة للولايات أو المقاطعات لتلقي مدفوعات أخرى ونقل جهود الوقاية من النظام الصحي لأن قدرًا كبيراً من التمويل ذهب إلى تعزيز الحكومات المحلية.

## استراتيجيات أساسية

بسبب شبكة معقدة من العوامل الاجتماعية والبيئية، تستهلك أعداداً متزايدةً من الناس سعرات حرارية زائدة، ويعيشون أنماط حياة مستقرة على نحو متزايد. وهناك إجماع عام بشأن ضرورة خلق استجابات مبتكرة من تصميم المجتمع المحلي للتحدي المتمثل في بناء عودة النشاط البدني في الحياة اليومية للناس الذين يعيشون في المناطق الحضرية. في الوقت نفسه يعمل صناع السياسات والباحثون على تطوير أدوات مبتكرة ومرتبطة بإعادة موازنة النظم الغذائية لدعم تعزيز الصحة والاستدامة البيئية والتنمية الاقتصادية – بدلاً من الإفراط في الإنتاج والاستهلاك. وتعتبر كذلك الاستراتيجيتين – زيادة النشاط البدني وخفض السعرات الحرارية – استجابات أساسية للسمنة يمكن تنفيذها عبر السياسات الوطنية والعمل المجتمعي. وكما وضّحنا سابقاً، من الأهمية بمكان التعاطي مع المسببات داخل النظام الغذائي التي تشجع عادات متوازنة في تناول الطعام، من أجل تحقيق توازن الطاقة لدى السكان. الغذاء أمر ضروري لبقاء الإنسان وللاقتصادات، وهذا يعني أن الجهود الرامية إلى تغيير طبيعة النظم الغذائية بحكم طبيعتها فريدة في تعقيدها الاجتماعي والاقتصادي والسياسي.

### معالجة عناصر النظام الغذائي التي تشجع الاستهلاك المفرط

يعني تراجع وباء السمنة العالمي أن الحكومة والمنظمات الخاصة والصناعة والمجتمع المدني يجب أن يكونوا مسؤولين عن حماية المستهلكين من العوامل البيئية التي تجعل الناس يأكلون كثيراً. وتتطلب أي استجابة للسمنة مساهمات المؤسسات الثقافية والأسر ووسائل الإعلام والمؤسسات الاجتماعية كالمدارس. ولكن في نهاية المطاف، حماية المستهلكين وضمان عمل الأسواق بكفاءة لتقديم خيارات تعزز الحياة الصحية بدلاً من أن تعرضها للخطر هي مسؤولية الحكومة. وبين التحليل الاقتصادي أن وباء السمنة يمثل مثالاً على فشل الأسواق في تحقيق نتائج صحية للمجتمع؛ لذلك يتبعن على الحكومات أن توفر المبادرة والقيادة في صياغة الحلول. ويمكن لمجموعات العمل المجتمعية القيام بدور رقابي، ودعم فاعلية التدابير التنظيمية.

وقد نجحت دول ومناطق عدّة في تنفيذ السياسات الرامية إلى تغيير البيئات الغذائية وتعزيز النظم الغذائية الصحية. وهذا يتطلب في بعض الأحيان تعاوناً بين القطاع الصحي والتجاري والزراعي – تجمع قد يوفر فرصة مثالية لاستخدام سلطة رفيعة المستوى لإحداث تغيير في الأنظمة. ويقدم البرنامج المحلي للتغذية المدرسية (انظر الإطار أدناه) مثالاً مبتكرًا على التعاون المشترك بين القطاعات من هذا النوع، الحاصل في التعليم والزراعة والمجتمع المحلي، وباستخدام سياسة المشتريات العامة والسياسة الزراعية لتعزيز الصحة.

## **دراسة حالة: البرنامج المحلي للتغذية المدرسية، البرازيل**

### **مشروع مشترك بين القطاعات لإعداد طلاب أصحاب واقتضاد محلي سليم**

توجد برامج الوجبات المدرسية في جميع الدول ذات الدخل المرتفع والمتوسط تقريباً، وكذلك في ٧٠ من أصل ١٠٨ دول ذات دخل منخفض ومتوسط، والعديد من الحكومات، منها أنغولا وغانأ ونيجيريا، لديها سياسة محددة هي أن جميع الأطفال الملتحقين بالمدارس العامة ينبغي أن يستفيدوا من التغذية المدرسية. يدعى برنامج التغذية المدرسية التابع لبرنامج الغذاء العالمي للأمم المتحدة إلى استخدام الأغذية المنتجة محلياً والتي تُشتري في المدارس، وبشكل خاص الاعتماد على صغار المزارعين المحليين. وبالشراكة مع قطاع التعليم والزراعة، يهدف برنامج التغذية المدرسية إلى تحسين رفاهة الأطفال وتشجيع الإنتاج الزراعي المحلي والتنمية، من خلال توفير سوق مستقرة وطويلة الأجل لصغار ملاك الأراضي. ويمكن أيضاً تسخير هذا الاستخدام للأغذية المنتجة محلياً لدعم الوقاية من السمنة، عبر التأكيد على قيمة المكونات الغذائية الكاملة والطارحة وغير المجهزة.

ويتراكم حجم برنامج التغذية المدرسية مع مرور الوقت. أولًا، يضع منظمو البرنامج أهداف شراء استراتيجية وبيدوون في اختبار ترتيبات الشراء مع صغار المزارعين، لكنهم لا يشترون سوى نسبة صغيرة من غذائهم من هؤلاء المزارعين، وبالتالي يحمون إمدادات الغذاء الحالية. وأنشاء المرحلة الثانية، تجري زيادة نسبة مشترياتهم من صغار المزارعين تدريجياً. ويرتفع حجم الاستثمارات إلى الحد الأقصى، وذلك أساساً لدعم مبادرات التنمية الزراعية والوصول إلى الأسواق. وفي المرحلة الثالثة، يجري شراء نسبة أكبر من المواد الغذائية من صغار المزارعين. وعند هذه النقطة، سيكون صغار المزارعين قد طوروا القدرة الكافية على توصيل الغذاء إلى المدارس في الوقت المحدد دون التضحية بالجودة أو الكمية.

منذ عام ١٩٨٨، يملك جميع الأطفال في البرازيل حقاً دستورياً في الحصول على وجبة مجانية يومياً في المدرسة. وقدّم هذا الحق بهدف الحد من سوء التغذية لدى الأطفال وتحسين معدلات الالتحاق بالمدارس. ومع ذلك خلال المراحل الأولى من المبادرة كانت نوعية الأغذية المقدمة من المدارس في كثير من الأحيان سيئة، تتكون من الأطعمة المجففة والمصنعة. وفي عام ٢٠٠٩ وضعت الحكومة لتصحيح هذا الوضع تعليمات بشأن الهيكل الإداري واستراتيجيات الشراء لبرامج التغذية المدرسية، وتقضى هذه التعليمات إنفاقاً ٣٠ في المائة من موازنة التغذية المدرسية الوطنية على العشاء مباشرة من المزارعين الأسريين في المنطقة المحلية التي تخدمها المدرسة.

في بلدية كامبيناس في ولاية ساو باولو، على سبيل المثال، يقدم البرنامج الخضروات والفواكه الطازجة كجزء من الوجبات المدرسية أربعة أيام في الأسبوع، وكوجبة خفيفة في اليوم الخامس، قبل برنامج التغذية المدرسية وتنفيذ السياسة الوطنية، كانت قائمة الطعام «صناعية»، تتضمن مواد كالأرز الحلو والتزييد أو المعكرونة وعصير الصويا. ولم تحظ هذه القائمة بشعبية لدى العديد من الأطفال، ولكن بعد تطبيق الترتيبات الجديدة، ارتفعت شعبيتها بين الطلاب إلى قرابة ٨٠ في المائة. تتكون وجبات الطعام من اللحم والسلطة أو حساء الدجاج والعصير الطازج، وتقدم مباشرة من قبل تجار الجملة على أساس عقود سنوية مع الحكومة البلدية. وقد تم تطوير هذا البرنامج أكثر ليشمل تدريب طبّاغي

المدرسة وترتيب القوائم لفحصها واعتمادها محلياً.

### **عوامل النجاح الرئيسية**

تحتفل الترتيبات المؤسسية الالزامية لتنفيذ برامج التغذية المدرسية من بلد إلى آخر، ويجب أن تأخذ في الاعتبار عوامل مختلفة، مثل نوع الحكومة والتشرعيات الحالية. ولكن في جميع الحالات، يجب وجود بعض الخصائص المؤسسية لينجح البرنامج. ومن هذه الخصائص:

- فريق عمل وزاري مشترك مسؤول عن تنفيذ المتطلبات المؤسسية ومتطلبات وضع السياسات، ومسؤول عن توفير الإرشادات والتوجيهات لإعداد البرنامج ككل.
- لجنة برنامج، تتألف من ممثلين حكوميين وغير حكوميين، مسؤولة عن تنسيق مختلف مكونات وأنشطة برنامج التغذية المدرسية ومراقبة وتقدير التقدم المحرز.
- وحدة تنفيذ مسؤولة عن تشغيل البرنامج بشكل يومي، بما في ذلك الشراء والصرف والخدمات اللوجستية.
- مستشارون فنيون للمساعدة في تصميم البرنامج وتنفيذه، وتقديم المساعدة الفنية في مجالات محددة من البرنامج أو باتكارات محددة في طريقة تشكيل البرنامج وتنفيذه.
- جهات منفذة محلية تدير أنشطة محددة (مثل الشراء، والتوزيع، وتقديم الطعام، وتجهيز الأغذية) عندما تقصر الحكومة المحلية إلى القدرة على الإشراف على تقديم الخدمات وتنفيذها.

## مبادرات تناول الطعام والنشاط البدني في المرافق

يتضمن علاج السمنة بنجاح ثلاثة جهود أساسية: تحول في الأعراف المجتمعية، والتعليم العام، وتهيئة بيئة تحتية تدعم أنماط الحياة المعززة للصحة. وتحقق تحسينات الصحة العامة بالشكل الأفضل عبر تدابير وفائية لدى كافة شرائح السكان إلى جانب تدابير محددة تستهدف أولئك المعرضين لأكبر خطر. وثمة تحدٌ رئيسي للقادرين تمثل في تحديد التدخلات المناسبة للمرافق المجتمعية الفردية، كالمدارس وأماكن العمل والنظم الصحية. وتمثل هذه المرافق، إلى جانب التعليم في مكان العمل، مجالاً رئيسياً لزيادة قدرة النظام الصحي.

تتمتع التدخلات المتعددة المكونات في المرافق بوصول كبير إلى السكان، وتدعى بـأبحاث ودراسات في ظروف متعددة، وتتوفر أساساً واقعياً للعمل. وقد تبيّن أن التدخلات في المدرسة وموقع العمل مجديّة في مجموعة من الظروف الوطنية إذا أتيحت لها الوقت لتحقيق عوائد على الاستثمار.<sup>٨</sup> وينبغي التعامل مع هذه الواقع كمرافق مستهدفة ذات أولوية من أجل التغيير.

ويرد في قائمة المراجع بنهاية هذا التقرير عدّة أبحاث ذات قيمة محتملة للقادرة أثناء تطويرهم لمبادرات تدخل في مجالين رئيسين: نظام الرعاية الصحية نفسه، والمدارس وأماكن العمل.

### الرعاية الصحية

لوضع إطار لإدخال التدابير الرامية إلى الوقاية من السمنة على نطاق السكان في نظم الرعاية الصحية، فإن مختلف الوثائق الأساسية لمنظمة الصحة العالمية متاحة، مثل إعلان ألمانيا، وبيان الدليل أوتawa لتعزيز الصحة، ومؤخراً، استراتيجية النظام الغذائي والنشاط البدني والصحة (إلى جانب الدليل المرتبط بها حول تنفيذ هذه الاستراتيجيات). ويوضح الدليل أن الوقاية من السمنة يجب أن تتجاوز التدابير القائمة على الرعاية الصحية؛ يتطلب النجاح تكامل عوامل أخرى، أبرزها الدعاية السياسية والتغيرات البيئية دعماً لأنماط الحياة الصحية.

مثلياً يمكن تحقيق الوصول إلى جميع أفراد المجتمع عبر الرعاية الأولية ومقدمي الرعاية الأولية. فالمرضى عموماً يعرفون مقدمي الرعاية لهم ويندون بخبراتهم، وهذا يمثل فرصة فريدة لتدخلات مثل الإرشاد السلوكي والإرشاد المتعلق بنمط الحياة. ولكن في معظم أنظمة الرعاية الصحية، تعني قيود التكلفة والقوى العاملة أن الفحص والعلاج الفردي محجوز لأولئك المعرضين لمخاطر عالية أو تضرروا بشدة من السمنة. وقد أبرزت أبحاث حديثة فاعلية تكاليف العلاج المخصص متعدد المكونات - وهو العلاج الذي يشمل مجموعة من العوامل التربوية والبيئية والسلوكية، مع القيام بأنشطة مثل التغذيف الغذائي، وتدريب الأثريوبيلك (القوة) ومارسسة الرياضة البدنية، والتدريب على تقنيات سلوکية، وتوجيهه غذائي معين. وهناك أيضاً ففورات محتملة عند فحص المرضى وإحالتهم من قبل طبيب إلى ممارسه الرياضة البدنية والإرشاد التغذوي في أحد المرافق المجتمعية خارج خدمة الرعاية الصحية. ثمة نوع آخر من استراتيجية فاعلية التكاليف هو حجز العلاج للمرضى البدينين الذين يظهرون أيضاً أعراض حالات صحية ذات صلة كارتفاع ضغط الدم أو السكري. لكن الخدمات الوقائية السريرية لهذا النوع تتطلب عادةً موارد جديدة أو إعادة تخصيص الموارد في سياق ليس فيه بعد تقدير كامل لهذه المسألة.

لم يَعُد أحد يشكُ في أن توافر العلاج الفعال والمتدرج للبدانة ذو أهمية كبيرة، بالنظر إلى زيادة انتشار المرض في حد ذاته وضرورة مكافحته والحد من الأمراض غير السارية المرتبطة به لدى أولئك الذين يُعانون أصلاً من السمنة. إن علاج مرض السكري وأمراض القلب والاختلالات الأخرى المرتبطة بالسمنة مكلف من حيث الأدوية والتكنولوجيا والموارد البشرية. وعلاج السمنة في حد

ذاتها بعملية جراحية لإنقاص الوزن مكلفة للغاية، وعالي المخاطر إذا لم يجر وفق معايير صارمة للجودة. أما بالنسبة للتطوير المخصص لنظام الرعاية الصحية الذي يركز بشكل متزايد على رعاية مرضي السكري والإجراءات القلبية وجراحة علاج السمنة، فسيثبت أنه استناداً غير مستدام للموارد، مع استمرار انتشار وباء السمنة.

## دراسة حالة: برنامج تفكير وتمرين وتغذية، افعل ذلك<sup>١١</sup>

### إحالات الأطفال إلى برنامج أسري مجتمعي

عندما تطلب الأسر في المملكة المتحدة الدعم في تغيير عادات الطعام وممارسات النشاط البدني لدى أطفالهم، يمكن أن يحصلوا على بعض المساعدة الإضافية خارج مكتب أطباء الأطفال الذين يمكنهم إدخال المرضى إلى برنامج تفكير وتمرين وتغذية، افعل ذلك. والبرنامج هو مشروع اجتماعي مستقل يعمل في المملكة المتحدة وأستراليا ونيوزيلندا والولايات المتحدة وكندا والشرق الأوسط، بالتعاون مع النظام الصحي لتلقي الحالات (بما في ذلك الحالات الذاتية) ومساعدة المرضى على تحقيق الأهداف الصحية.

في المملكة المتحدة، أجرى البرنامج تجربة عشوائية، هي عبارة عن تدخل أسري يديره غير متخصصين في بيئات مجتمعية متعددة. درّب فريق البرنامج العاملين على إعطاء دروس للأطفال والمرأهقين لتسعة أسابيع، طوال ستة أشهر، حول الحياة النشطة والأكل الصحي والتغير السلوكى. وحصل الأطفال الذين تلقوا الدروس أيضاً على بطاقة دخول مجانية لمدة ١٢ أسبوعاً إلى مسبح محلي.

سجل الأطفال الذين شاركوا في البرنامج تحسناً ملحوظاً في قياسات الخصر وممؤشر كتلة الجسم، وكذلك في تدابير الصحة القلبية الوعائية والحالة النفسية. واستمرت النتائج - بما في ذلك الفوائد في اللياقة القلبية الوعائية ومستويات النشاط البدني واحترام الذات - بعد ١٢ شهراً حتى.

كان هناك حضور كبير للأسر الموكلة بالبرنامج، وقالت الأسر المشاركة إنها احتاجت إلى دعم غير رسمي من البرنامج لمساعدتها على التصرف بناء على نصيحة طبيب الأسرة. (انظر الفيديو على العنوان التالي: [www.youtube.com/APwktjoF44A](https://www.youtube.com/APwktjoF44A)).

### عوامل النجاح الرئيسية

- أجبت الأسر البرنامج وشعرت بالراحة؛ ما أدى إلى ارتفاع نسبة الإنجاز بالنسبة للأطفال المسجلين.
- يسمح توحيد البرنامج بتنفيذ التدخل من قبل ممارسين مجتمعيين ليس لديهم خبرة سابقة في إدارة السمنة لدى الأطفال.
- وجود عدة مواقع مجتمعية جعل البرنامج في متناول الأسر في المنطقة بأسرها.

ولدعم الحد من السمنة ثمة نشاط أساسى للقطاع الصحى هو إصلاح تعليم العاملين في مجال الصحة: على وجه التحديد، زيادة التركيز على ممارسة الرعاية الصحية الأولية، مثل الوقاية من الأمراض غير السارية وعلاجها وعلى الشراكة مع المجتمع المحلي. من الناحية المثالية، سوف يربط مقدمو الرعاية الصحية المرضى بالموارد المجتمعية التي توفر تعليم تناول الطعام الصحي وممارسة الرياضة، وسوف يدعون للعمل على السمنة بتغيير ظروف المجتمع. ينبغي أيضاً أن يوسع تطوير القوى العاملة صفووف مقدمي الرعاية الصحية عبر إشراك العاملين في الصحة المجتمعية والشركاء المجتمعيين، كالمنظمات غير الحكومية. ويجب أن يتعامل التطوير المهني للعاملين الصحيين مع السمنة كمسألة سريرية وأن يدرب مقدمي الرعاية ليكونوا قادةً وداعاً في التصدي للمحددات الاجتماعية للصحة.<sup>٢٢</sup>

## دراسة حالة: العاملون الصحيون المجتمعيون في خايليتشا<sup>٣٠-٣٣</sup>

### العاملون الصحيون المجتمعيون يحثون على التحول في المجتمع، ولأنفسهم

خايليتشا هي بلدة في كيب فلاتس، خارج كيب تاون، في جنوب أفريقيا. ضمت العيادات الصحية في المنطقة، غير القادرة على تلبية احتياجات مرضاهما المزمنين، عاملين صحيين مجتمعين للمساعدة في الانتشار المرتفع جداً لارتفاع ضغط الدم في المنطقة. بدأ المشروع بالتركيز أولاً على الاحتياجات الصحية للعاملين الصحيين المجتمعيين، الذين كانوا هم أنفسهم عرضة لخطر الأمراض غير السارية. وفي الواقع ٩٧ في المائة منهم كانوا يعانون من السمنة. كان لدى العاملين الصحيين المجتمعيين - أسوة بزملائهم الأعضاء المجتمعيين - مفاهيم غير صحيحة حول أساليب وعلاج الأمراض المزمنة، وكانوا يفتقرن أيضاً إلى المعرفة بشأن التغذية وخطر تناول كميات كبيرة من الدهون. كما حدّت سهولة الحصول على مواد غذائية غير صحية رخيصة من قدرتهم على اتخاذ خيارات غذائية صحية.

جرى تنظيم برنامج تدريبي خاص للعاملين الصحيين المجتمعيين. وكمء من التجربة، صمموا تدخلات للوقاية الأولية من الأمراض غير السارية في خايليتشا. واستُقبلت أنشطتهم بالترحاب من قبل المجتمع المحلي. وأدخلوا جهود التوعية كنزهات في البلدة، وتنظيم مسرحية لنشر رسائل حول أساليب ارتفاع ضغط الدم والسكري والوقاية منها. وكانت التدخلات ذات صلة بأفراد المجتمع، ولقيت صدى لديهم؛ ونتيجة لذلك طلب أفراد المجتمع اجتماعات أسبوعية منتظمة؛ حيث يمكنهم الحصول على دعم الأقران ومعارفه المزيد عن عوامل الخطورة والتدابير الوقائية لارتفاع ضغط الدم والسكري. وهذا بدوره أدى إلى إنشاء نادي صحي، اسمه «Masiphakame ngempilo yethu» يعني «دعونا ندافع عن صحتنا».

في اليوم الأول للنادي، سجّل ثمانية مشاركين فقط (جميعهم إناث)، ولكن الأرقام زادت أسبوعياً. وبنهاية ثلاثة أشهر، تطّبع ٧٦ مشاركاً، وانضم كل أسبوع أعضاء جدد إلى النادي الصحي. ومن بين المشاركين ذكور وإناث تتراوح أعمارهم بين ٤٠-٦٠ عاماً. وكان لدى ٨٢ في المائة من المشاركين مؤشر كتلة الجسم أكبر من ٢٥، أي مصنفين في فئات زيادة الوزن إلى السمنة المفرطة. وبعد عامين من التدخل، انخفض عدد المشاركين الذين كانوا يعانون من السمنة. وقد أنشأ النادي جماعات دعم وشبكات أصدقاء (إرشاد) لمساعدة الناس في الحفاظ على عاداتهم الصحية الجديدة.

وحقق البرنامج نجاحاً بين العاملين الصحيين المجتمعيين أيضاً، مع تحسين معرفتهم بعلاج الأمراض غير السارية والوقاية؛ وقد أدى ذلك إلى انخفاض في عدد العاملين الصحيين المجتمعيين الذين يعانون من السمنة وزيادة في عدد الذين كان وزنهم الطبيعي (على الرغم من زيادة في الوزن الزائد). وأدى نظام الأصدقاء (الإرشاد) ومجموعات الدعم إلى زيادة مستويات النشاط البدني بين العاملين الصحيين المجتمعيين، كما هو الحال مع عامة السكان.

### عوامل النجاح:

- ساعد العاملون الصحيون المجتمعيون في تطوير تدخلات ذات صلة ثقافياً وممتعة للمجتمع المحلي.
- كان لدى العاملين الصحيين المجتمعيين دعم مؤسسي، مثل التدريب وإعادة التدريب، وإدارة البرنامج، والإشراف الداعم من العيادات.

### المدارس ورعاية الطفل

تشمل جهود علاج السمنة والوقاية منها في المدارس دور الحضانة عادةً مزجياً من التعليم وتغيير السلوك وبرامج التغذية المدرسية. وأثبتت التدخلات التي تجمع بين التغذية والنشاط البدني وتشمل مكونات مدرسية فاعليتها في الوقاية من السمنة.<sup>٣٦</sup> كما أن تحويل تدخلات السمنة إلى برامج ما بعد مدرسية قائمة مجدٍ اقتصادياً في الدول ذات الدخل المرتفع.<sup>٣٧</sup> يخلص استعراض للتدخلات المدرسية في الدول ذات الدخل المنخفض والمتوسط إلى أن البرامج متعددة المكونات يمكن أن تخفض وزن الجسم وتحسن سلوكيات النظام الغذائي والنشاط البدني.<sup>٣٨</sup> وقد بين تحليل منهجي لتدخلات السمنة في المدارس أن البرامج التي تتضمن مكونات تعديل السلوك والتغذية والنشاط البدني فعالة في علاج السمنة لدى الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ٦-١٢ سنة.<sup>٣٩</sup> بالإضافة إلى ذلك ينبغي أن يتضمن نهج شامل لتدخلات البيئة المدرسية مكون منظم للنشاط البدني، كما في برنامج أطفال أصحاب مجتمعات سليمة.

### دراسة حالة: (Gesunde Kinder in Gesunden Kommunen)/أطفال

#### أصحاب مجتمعات سليمة ٤٠-٤١

ترتبط مبادرة أطفال أصحاب مجتمعات سليمة المدارس بالمنظمات المجتمعية والأندية الرياضية لمساعدة الطلاب في الحصول على ٦-٩ دققيقة من النشاط البدني يومياً. ويشمل المشروع ٣٩ مدرسة ابتدائية في ١٢ بلدية على طول الحدود الألمانية الهولندية، مع امتدادات في جمهورية التشيك وإيطاليا وبولندا والمملكة المتحدة.

بدأ هذا الجهد بشبكات محلية أنشئت في كلٌّ من البلديات الائتمانية عشرة. ولهذه الشبكات «Runder Tisch» باللغة الألمانية و«Ronde tafel» بالهولندية مصدر تمويل مشترك ودعم إداري مركزي، ولكنَّ كلاً منها مفُوض بمشرف على مستوى البلدية الخاصة بها: ينسق/تنسق تنفيذ برامج التدخل في المدارس المحلية وعبر هيئات البلدية المسؤولة عن التعليم والصحة والعمل الاجتماعي والأنشطة البدنية.

يتلقى الطلاب ٢-٣ ساعات في التربية البدنية أسبوعياً، وساعة واحدة في تعليم الصحة والتغذية. ويعزز هذا المنهج بمشاركة منظمات وخبراء من الخارج. ويُشارك الطلاب أيضاً

في «باص المشي»، وهو مجموعة من الأطفال الذين يمشون إلى المدرسة مع واحد أو أكثر من الراشدين (يمكن أن يساعد توفير إشراف من شخص راشد في تقليل المخاوف المتعلقة بالسلامة للعائلات التي تعيش على بعد مسافة قصيرة سيراً على الأقدام؛ شاهد الفيديو على الرابط: [www.dailymotion.com/video/x9owgl\\_european-journal](http://www.dailymotion.com/video/x9owgl_european-journal) – خارج المدرسة، يحصل الطالب على ساعتين إضافيتين من النشاط البدني أسبوعياً عبر دروس صحية خاصة تقوم بها الأندية الرياضية المحلية.

على مدى 11 شهراً، أظهر تقييم 007 طفلاً زيادة كبيرة في مهام التحمل والتنسيق والسرعة والقوة (بما في ذلك رفع الأثقال، الرمي، الركض ٢٠ متراً، الوثب الطويل، الوثب السريع، الركض ستة دقائق)، وانخفضاً ملحوظاً في متوسط مؤشر كتلة الجسم، في ألمانيا انخفض عدد الأفراد الذين يندرجون ضمن فئات زيادة الوزن (السمنة) حسب مؤشر كتلة الجسم من 10 في المائة إلى ١٤,٦ في المائة، وفي السنة الأولى من تدخل مدته أربع سنوات، ٥ من ١٩ طفلاً يعاني من السمنة خرجنوا من هذه الفئة (انخفاض من ٧,٣ في المائة إلى ٤,٤ في المائة). وفي هولندا انخفض عدد هؤلاء من ١٢,٨ في المائة إلى ١٢ في المائة.

#### **عوامل النجاح الرئيسية**

- تكامل الأنشطة في النشاطات اليومية العادية لحياة الطالب.
- الشراكة من قطاعات متعددة والتعاون بين القطاعين العام والخاص.
- ارتفاع مستوى دعم البرنامج على مستوى السياسات، بما في ذلك من وزارات الصحة والتعليم.

## موقع العمل

بيّنت مراجعات منهجية للأبحاث حول تدخلات السمنة في موقع العمل أن البرامج التي تعالج النظام الغذائي والنشاط البدني نجحت في مساعدة المشاركيـن في إنقاص وزنهم والحفاظ على الوزن المفقود لمدة ستة شهور.<sup>٤٤,٤٥</sup> ويظهر تحليل العائد على الاستثمار أن هناك أيضاً أساساً مالية جيدة لاستثمار أصحاب العمل في تدخلات السمنة في موقع العمل.<sup>٤٦</sup>

ويمكن أن ينحدر القادة الوطنيون خطوات لتشجيع أصحاب العمل على تنفيذ برامج صحية في موقع العمل. على سبيل المثال ترتكز خطة العمل الوطنية للتغذية والنشاط البدني (٢٠١٦-٢٠١١) في قطر على موقع العمل كبيئة تدخل، إلى جانب المدارس والمجتمع المحلي. وتعتبر وزارة العمل والصحة المهنية شريكاً رئيسياً في هذه السياسة. ومن أهداف مبادرة موقع العمل وضع مبادئ توجيهية لممارسة النشاط البدني، وكذلك تناول الطعام الصحي في مكان العمل. وقد تكون القيادة رفيعة المستوى داخل موقع العمل مهمة أيضاً، كما يتضح من مثال داو.

### دراسة حالة: شركة داو للكيماويات (DOW)

#### يساعد الوضع الصحي لموقع العمل في تحقيق الحد الأدنى لنجاح صاحب العمل

تقـدم شركة داو للكيماويات في الولايات المتحدة خدمات صحـية لعمالها منذ قرابة ١٠٠ سنة، وتطـبـق برامج رسمية لتعزيز الصحة لأكثر من ٢٥ عاماً. يـيد أن الشركة لم تحـول اهتمامها إلى معالجة عوامل الخطر المرتبطة بالأمراض المزمنة كالسمنة إلا مؤخراً. مع ذلك يـيمـكن أن تكون السمنة مكلفة: يـأخذ الموظفون الذينـون إجازات مرضية أكثر من نظرائهم غير البـدينـين، وـهم أكثر عـرضـة مـرـتـين لـتجـربـة اـرـتفـاع مـسـتوـيات التـغـيـب عنـ العـملـ. فيـ جميع أنحاءـ الـولاـيـاتـ الـمـتـحـدةـ، تـكـلـفـ اـضـطـرـابـاتـ السـمـنـةـ أـصـحـابـ الـعـملـ سنـوـيـاً ماـ يـقـدـرـ بنـحوـ ٣٩,٣ـ يومـ عـملـ ضـائـعـ، وـ ٢٣٩ـ مـلـيـونـ يومـ نـشـاطـ مـحـدـودـ، وـ ٦٢,٧ـ زـيـارـةـ إـلـىـ الطـبـيبـ.

ولتنفيذ برنامـجـهاـ شـارـكـتـ دـاـوـ الـمعـهـدـ الـوطـنـيـ لـلـقـلـبـ وـالـرـئـةـ وـالـدـمـ، وـهـوـ مـكـوـنـاتـ المـعـاهـدـ الـوطـنـيـ لـلـصـحةـ، لـإـجـراءـ درـاسـةـ لـتـدـخـلـ مـدـدـهـ أـربعـ سـنـوـاتـ فـيـ ١٢ـ مـوـقـعـ عـملـ لـلـشـرـكـةـ فـيـ جـمـيعـ أـنـحـاءـ الـوـلـاـيـاتـ الـمـتـحـدةـ، وـاـخـبـرـواـ مـسـتوـيـينـ مـنـ التـدـخـلـاتـ فـيـ أـمـاـكـنـ التـصـنـيـعـ: (١) عـلـاجـ مـعـتـدـلـ أـدـخـلـ مـجـمـوعـةـ مـنـ التـغـيـراتـ الـبـيـئـيـةـ غـيرـ الـمـكـلـفـةـ تـرـكـزـ فـيـ الـمـقـامـ الـأـوـلـ عـلـىـ الـبـيـئـةـ الـمـادـيـةـ، (٢) عـلـاجـ مـكـثـفـ يـتـطـلـبـ مـسـتوـيـ أـعـلـىـ مـنـ الـالـتـزـامـ، وـخـاصـةـ مـنـ قـادـةـ الـمـوقـعـ.

وتـمـ تـقـديـمـ الـكـثـيرـ مـنـ أـنـوـاعـ الدـعـمـ لـلـمـوـظـفـينـ: اـرـتكـزـتـ كـلـهاـ عـلـىـ أـدـلـةـ عـلـمـيـةـ. وـشـمـلـتـ التـدـخـلـاتـ: مـرـكـزـ اـتصـالـ لـدـعـمـ إـدـارـةـ الـوـزـنـ، وـوـصـولـ إـلـىـ بـرـنـامـجـ مـراـقبـيـ الـوـزـنـ عـلـىـ إـلـيـزـرـنـتـ، وـاـسـتـشـارـةـ غـذـائـيـةـ، وـأـطـعـمـةـ صـحـيـةـ مـنـ آـلـاتـ الـبـيـعـ وـالـمـطـعـمـ فـيـ الـمـوـقـعـ، وـفـرـصـ لـمـارـسـاـتـ الـنشـاطـ الـبـدـنـيـ مـثـلـ مـبـادـرـةـ «ـمـسـارـاتـ الـمـشـيـ»ـ، وـرـسـائـلـ صـحـيـةـ هـادـفـةـ، وـمـكـافـآـتـ وـتـقـدـيرـ لـلـمـوـظـفـينـ، وـتـعـطـيـةـ مـتـمـيـزةـ لـلـخـدـمـاتـ الصـحـيـةـ ذـاتـ الـصـلـةـ. وـشـمـلـتـ الـأـوـضـاعـ «ـالـمـكـثـفـةـ»ـ أـيـضاـ تـدـريـباـ عـلـىـ تـحـدـيدـ الـأـهـدـافـ الـتـنـظـيمـيـةـ وـالـقـيـادـةـ وـنـهـجـ الـمـكـافـآـتـ (ـالتـقـدـيرـ).

بعدـ السـنـةـ الـأـوـلـىـ تـحـسـنـتـ أـوزـانـ الـمـوـظـفـينـ وـقـيـمـ مـؤـشـرـ كـتـلـةـ الـجـسـمـ لـدـيـهـمـ بـشـكـلـ مـلـحـوظـ، وـكـانـ هـنـاكـ تـحـسـنـ فـيـ ضـغـطـ الـدـمـ، وـبـعـدـ السـنـةـ الـثـانـيـةـ حـافـظـ الـمـوـظـفـونـ عـلـىـ

وزنهم الأساسي (في حين زاد وزن الموظفين في موقع المراقبة بمعدل ١,٣ رطلاً)،<sup>٦</sup>  
كيلو غرام) وـ٢٠، نقطة في مؤشر كتلة الجسم. وبالإضافة إلى ذلك، وجد الباحثون أن تغيير  
بيئة العمل الأساسية لتسهيل السلوكيات الصحية زاد وعي الموظفين بصحتهم وحسن  
تصوراتهم عن صاحب العمل.

عوامل النجاح الرئيسية

- استند التدخل إلى طرق إدارة السمنة التي أثبتت جدواها.

## توصيات لوزراء الصحة

تتجلى مشكلة السمنة بشكل مختلف حسب العوامل الإقليمية والوطنية والمحلية كالتركيبة السكانية والمواقف الثقافية والاقتصاد السياسي والبيئات الصناعية والبيئات الغذائية والنظم الصحية؛ ولذلك لا يمكن أن يكون هناك حلٌّ وحيد لهذه المشكلة يشمل الحالات كافة. بيد أن هناك موضعات مشتركة تنشأ من الخبرات العالمية حتى الآن تقدم توجيهاتً واضحةً لوضع جدول أعمال للبدانة وفق احتياجات كل بلد على حدة.

وتساعد عملية وضع أجندة عمل التي نضع خطوطها العريضة في تحقيق نهج منظم وفعال بشكل متزايد، عبر تحديد الخطوات العملية الملمسة التي يمكن أن تُستغل السياسات الوطنية والمؤسسات المحلية كدowافع من أجل التغيير. ويمكن للأماكن المؤسسة كالمدارس وأماكن العمل ومواقع الرعاية الصحية، عندما تجتمع، توفير تغطية شاملة للبيئات المحلية؛ حيث السلوكيات مشكلة ويمكن إظهار السلوكيات النموذجية.

١) اجعل من السمنة قضية مهمة، وكن سفيراً للتغيير في قطاعات أخرى.

**قيّم الوضع الراهن، وضع أهدافاً مناسبة محلياً لإجراء تغييرات في النظام الغذائي والنشاط البدني.**

إن مراقبة الحالة الصحية للسكان هي الوظيفة الأساسية للصحة العامة. وبالإضافة إلى تتبع النتائج الصحية الرئيسية، يتيح هذا النوع من جمع البيانات التقييم المستمر لفاعلية تغيرات السياسات. وباعتماد المعايير الدولية لقياس نتائج السمنة، يصبح من الممكن تقييم التدخلات على نطاق أوسع، إقليمي أو عالمي.

ثمة خطوة أولى مهمة هي إعداد تقارير على المستوى القطري بشأن انتشار السمنة وعوامل الخطر المتعلقة بها (الاتجاهات في النظام الغذائي والنشاط البدني) وتقدير البنية التحتية والنظم ذات الصلة (اللتقييف الصحي في المدارس ووسائل النقل العام). وينبغي أن تكمل هذه المعلومات، لا

أن تحل محلّها بيانات موضوعية حول الوزن ومؤشر كتلة الجسم (الأوزان والأطوال المبلغ عنها ذاتيًّا ذات قيمة أقل بكثير؛ لأنها في كثير من الأحيان غير دقيقة، مثلاً عندما يطلب من الآباء الإبلاغ عن وزن وطول أطفالهم).

وستكون البيانات حول نتائج السمنة والمؤشرات المجتمعية والبيئية الرئيسية باللغة الأهمية لإرساء المساءلة وتتبع التقدم. ضع أهدافًا عملية للتحسين، كزيادة الحصول على الفواكه والخضروات وفرص ممارسة النشاط البدني وزيادة الثقة بين القطاعات.

### **أقم شراكات بين مختلف الأطراف المعنية لمعالجة مشكلة السمنة باستخدام منهجية مشتركة بين القطاعات.**

يمكن أن لا يكون هناك بروتوكول قياسي لإدارة ظهور وانتشار السمنة على مستوى السكان. وبعتبر إشراك قادة من قطاعات أخرى من الحكومة والمجتمع أمراً ضروريًّا لخلق تغييرات منهجية مستدامة من شأنها أن تساعد في الحد من السمنة لدى السكان. ويمكنك عبر الابتكار المحلي برعاية مركبة حشد عشرات ومئات، بل وألاف الشركاء للمساعدة في تحمل مكونات العمل الذي يتبعه القيام به على المستويات المحلية جدًّا.

ويفهم العمل المشترك بين القطاعات على أنه تغيير العلاقات بين القطاعات تدريجيًّا خلال أربع مراحل هي: تبادل المعلومات، والتعاون، والتنسيق، والتكمال.<sup>١</sup> ويطلب نجاح التعاون بين الأطراف المعنية إيجاد التوازن بين الحساسية للتغيرات السياقية في توزيع السلطة بين الأطراف المعنية، وإنشاء هيئات الدوافع التي تشكل صنع القرار في السياسات والممارسات.

#### **خطوات العمل:**

- تحديد وجمع القادة من مختلف القطاعات الحكومية ومجموعات الأطراف المعنية التي تعمل حالياً على مشكلة السمنة. يجب أن توفر المجتمعات الأولية فرصاً متكافئة لتبادل المعلومات، وينبغي أن تؤدي إلى وضع استراتيجيات للتعاون والتنسيق.
- تكريس المساءلة عن الجهود المنسقة - من الناحية المثالية، ينبغي أن يكون ذلك مهمة طرفٍ محايد.
- استخدام آليات الموازنة لتقاسم منافع الوفورات طويلة المدى في التكاليف والناتجة عن العمل المشترك بين القطاعات. وينبغي ألا تعتمد الجهات التعاونية - إلى أقصى حدٍ ممكن - على الموارد المخصصة للمهام الحالية للجهات الشركية.

## ٢) أوجَدْ طرِقاً مبتكرة ومجدية اقتصادياً لمعالجة القوى المعززة للبدانة في البيئة الغذائية، وتعلّم من نجاحات الدول المشابهة.

النظام الغذائي هو أحد المسبيبات الرئيسية لوباء السمنة، والحكومة فقط تملك القدرة على ضمان أن الأسواق تقدم مجموعة من الخيارات التي تعزز الحياة الصحية ولا تعيقها. وعلى الرغم من أن الحلول المالية للبدانة لا تحظى بشعبية لدى بعض الأطراف المعنية، إلا أنها الأقل تكلفة، فضلاً عن أنها التدابير الوحيدة التي تصل إلى ١٠٠ في المائة من السكان وتُولد وفورات في التكاليف في غضون عشرين سنة.<sup>٨</sup>

### خطوات العمل:

- راجع وعدل الإرشادات الغذائية الحكومية والمؤسسية. وضع معايير تغذية لبرامج الوجبات التي تموّلها الحكومة. وضُع مبادئ توجيهية للمشتريات العامة تدعم المزارعين المحليين وتحفز إنتاج الفواكه والخضروات الطازجة.
- ضُع معايير وضع العلامات الغذائية، واستخدم تشريعات تسويق الأغذية لحماية الأطفال من الإعلان عن أطعمة غير صحّية. طبق معايير وضع العلامات على الأغذية المعلبة وقوائم المطاعم وتسويق الشراء.
- استخدم سياسات مالية وتجارية تدعم المستورّدات الصحيّة والإنتاج الغذائي المحلي الصحي. وتشمل السياسات التي لديها القدرة على الحدّ من السمنة والأمراض غير السارية المرتبطة بها ما يلي:<sup>٩</sup>
  - دعم تطوير البنية التحتية التي توزّع الأطعمة الطازجة القابلة للتلف على سكان المناطق النائية.
  - تخفيض أو رفع الدعم عن السكر ومنتجات الألبان واللحوم إذا كان يدعم حاليًا الإفراط في استهلاك هذه المنتجات.
  - النظر في فرض ضرائب على الأطعمة الغنية بالسكر والدهون والفقيرة بالمواد الغذائية الأساسية.
  - دعم المزارع الصغيرة التي تخدم الأسواق المحلية، بقدر مساوٍ أو أكبر من دعم الشركات الكبيرة المنتجة للمواد الغذائية.
  - إلغاء حواجز تصدير الأطعمة ذات القيمة الغذائية العالية إذا كانت غالية الثمن أو في حال نقص عرضها محلياً.
  - دعم البحث والتطوير في مجال تجهيز الأغذية والتكنولوجيا الزراعية التي تُولد إمدادات غذائية أكثر صحة.

عند دراسة استجابات السياسة الزراعية والتجارية للبدانة، يتعيّن على صانعي السياسات النظر في ثلاثة أسئلة رئيسية: هي:<sup>١٠</sup>

١. هل السياسات الزراعية والتجارية الحالية منحازة لدعم الأهداف الغذائية؟
٢. أين وكيف يُمكن للسياسات الزراعية والتجارية التدخل للمساعدة في تحقيق الأهداف الغذائية؟
٣. ما المقاييس القائمة بين السعي إلى تقليل الأمراض غير السارية المرتبطة بالسمنة والسعى إلى تحقيق أهداف وطنية مهمة أخرى؟

### **٣) نَفْذُ مُشروعاتٍ خاصَّة بِقطاعاتٍ محددةٍ فِي واحِدةٍ عَلَى الأَقل مِنَ المؤسَّساتِ المجتمعية الأساسية الثلاث، وغَيرَهَا مِنَ المؤسَّساتِ فِي السُّنُواتِ الْمُقْبَلَةِ.**

يتطلب إجراء تغييرات على المؤسسات التعاون مع وزارات أخرى وربما أقل من مستويات الحكومة. وكما اعترف هذا التقرير، فإن بعض الدول بالفعل استثمرت بكثافة في حلول السمنة بينما قد تكون دول أخرى بدأت لتوها برؤية المشكلة تؤثر على سكانها: سيؤثر المستوى الحالي للتقدم في الطريقة التي تتناسب بواسطتها المبادرات الجديدة مع الظروف المحلية.

#### **نظم الرعاية الصحية**

تدعم الزيادة السريعة في معدلات السمنة في جميع أنحاء العالم لخدمات صحية وقائية وتدخلات لإدارة الوزن تتجاوز قدرة القوى العاملة الصحية في أي دولة؛ ولذلك فإن الطريق إلى الأمام هو توسيع الرعاية الصحية الأولية في المرافق المجتمعية، وزيادة عدد وأنواع مقدمي خدمات الرعاية الصحية، وتحسين التدريب وقدرات جميع العاملين في مجال الصحة للكشف عن السمنة أو معالجتها: بهذه الطريقة، يمكن تحفيز تطوير القوى العاملة مع تخفيض التكاليف المرتبطة بالسمنة في المستقبل. من الناحية المثالية، ستساعد هذه التعديلات على ضمان إدراج الوعي بالسمنة والوقاية منها في التدريب وممارسة من العاملين الصحيين المجتمعين، لاسيما أولئك الذين يتعاملون مع النساء والأطفال.

#### **خطوات العمل:**

- طبق الفحص السريري والإحالات إلى التدخلات المتعددة المكونات للراشدين والأطفال بعمر ١٨-٦ عاماً.
- وفر الوصول إلى البرامج المتعددة المكونات المعتمدة بشكل فردي لتغيير السلوك الصحي المتعلق بالنشاط البدني والتغذية (في حالة الأطفال ينبغي إدراج أسرهم). وهذا الوصول مهم خاصة للنساء قبل وبعد الولادة.
- وسّع شبكات المزودين عبر اعتماد نماذج مجتمعية والتعاقد مع مقدمي العلاج.
- عدل البرامج التدريبية للمهنيين الصحيين لتشمل الوقاية من السمنة والأمراض غير السارية ذات الصلة لدى البالغين والأطفال وتشخيصها وعلاجها.

#### **المدارس**

المدارس وأماكن رعاية الأطفال من بين أفضل الخيارات لتحقيق وفورات على المدى الطويل من خلال الوقاية. ومرحلة الطفولة أو المراهقة هي وقت من الأسهل فيه التغلب على السمنة على مستوى الفرد، ويمكن فيه الوصول إلى كثير من الذين يعانون من السمنة عبر دور الحضانة والمدارس.

المراهقون هم المععرضون جدًا للترويج الغذاء المُسبِّب للسمنة، ولدى المراهقات على وجه الخصوص مخاطر كبرى مرتبطة بقلة النشاط البدني بسبب الأنماط الاجتماعية والثقافية. ويفحص حجم الجسم والتمثيل الغذائي مدى الحياة أثناء هذه الفترة من النمو البدني. قد تكون سنوات المراهقة الفرصة الأخيرة للوصول إلى السكان المطبيعين بسهولة، وذلك يتيح عائدات قوية طويلة المدى.

والعمل على تعزيز صحة الأطفال والراهقين هو استجابة قابلة للحياة سياسياً، لأن الجمهور يدرك أن الشباب شريحة ضعيفة من السكان لا يمكن لهم على نتائج صحتهم.

### **خطوات العمل:**

- ضُغْطٌ ونَفْذٌ ببرامج مدرسية متعددة المكونات لتشجيع التغذية الجيدة والنشاط البدني. وينبغي أن تعالج مكونات المبادرات المدرسية العوامل التالية:<sup>٤٠</sup>

- النقل من وإلى المدرسة.
- البيئة الغذائية خارج المدارس مباشرة.
- المناهج الدراسية.
- بيئات الغذاء والنشاط البدني داخل المدارس.
- الخدمات الصحية.
- تعزيز صحة الموظفين.
- تقدير تحقيق التغيرات آنفة الذكر.

### **موقع العمل**

تشبه مواقع عمل الراشدين مدارس الأطفال في أنها توفر بيئات مغلقة، حيث يقضي الناس فيها وقتاً طويلاً، وفيها فرص مهمة للتدخل. سن الرشد هو وقت يكون فيه للسمنة أكبر تأثير سلبي على الإنتاجية، ومن المرجح الإصابة بالأمراض المشتركة، وبالتالي المساهمة في تكاليف الرعاية الصحية على قطاع الأعمال والقطاع العام.

ويمكن أيضاً أن يكون لمساعدة الراشدين على إنقاص وزنهم وتطوير عادات صحية معتدلة منافع مشتركة مهمة للأسر والأطفال. سن الرشد المتأخر أمر مهم لأن السمنة في السنوات الأخيرة من الحياة تضيف كثيراً إلى نفقات الرعاية الصحية في نهاية العمر. وفي هذه المرحلة، يمكن لفقدان ٥ في المائة من الوزن حتى تخفيف تلك التكاليف إلى حد كبير.

### **خطوات العمل:**

- أتّج الفحص الصحي في مكان العمل والإحالة إلى التدخلات العلاجية متعددة المكونات.
- اعمل مع كبار رجال الأعمال للقيام بمبادرات متعددة المكونات في مكان العمل:<sup>٤٠</sup>

- اربط البرامج الصحية بأهداف تجارية.
- اضمن دعم الإدارة واتصالاتها.
- قدم حواجز للمشاركة.
- أخلق بيئات مادية واجتماعية داعمة.
- ادّمج معايير الصحة والسلامة المهنية.

# الإجراءات والأولويات المستقبلية

الشيء الوحيد الأكثر أهمية الذي يمكن أن يقوم به وزير الصحة لمعالجة السمنة هو مناصرة القضايا والتوعية الأوسع نطاقاً - حول المخاطر والفرص المتاحة للعمل على حد سواء. وبأخذ زمام المبادرة في إقامة شراكات متعددة الأطراف لوضع السياسات، تستطيع وزارات الصحة حشد الموارد والمعلومات والسلطة التي تقع عادة خارج نطاق اختصاصها، وخلق بيئات داعمة مادية واجتماعية واقتصادية لمكافحة السمنة على المستوى القطري.

الحد من السمنة إنجاز في حد ذاته، لكنه يمكن أيضاً أن يؤدي إلى مكاسب موازية في مجالات أخرى ذات أولوية. وهذه المنافع الإضافية قد تكون حواجز مفيدة لقادة آخرين للتوقيع على أجندة عمل السمنة:

- تعزيز النمو الاقتصادي.
- تخفيض النفقات الصحية.
- حماية الفئات الضعيفة من السكان.
- إرساء بنية تحتية مستدامة بيئياً.
- تنمية الموارد البشرية المحلية لتعزيز الصحة.
- مشروعات ملهمة في تعزيز الصحة.

يمكن اتخاذ الإجراءات في قائمة التدقيق التالية: لزيادة وتيرة التقدم في الحد من السمنة في أقرب وقت ممكن :

- وضع جدول أعمال للبدانة، وتبليغ الرأي الذين يستطيعون التعبير عن الحاجة الملحة لهذه المسألة. محاولة لقياس مدى السمنة واتجاهاتها وأثارها على الصحة، ونفقات الرعاية الصحية، والإنتاجية الاقتصادية.
- إنشاء قائمة مختصرة بالأمثلة الناجحة التي قد تجند وتحفز الشركاء على الالتزام بأهداف قابلة للتنفيذ قصيرة وطويلة المدى.
- تحديد الموارد المتاحة وفرص الربح التي يمكن الاستفادة منها في هذا الجهد. إقناع الآخرين بوضع أولويات لأعمال التأزر.
- مراجعة بيانات الرصد والتقييم، من أجل التعرف على التقدم وتحسين التدخلات باستمرار.

# الملحق ا - شكر وتقدير

## أعضاء المنتدى

شيريكي كومانبيكا، جامعة بنسلفانيا ولجنة العمل الدولية للبدانة، الولايات المتحدة، رئيس المنتدى.

علي طالب الهنائي، وكيل وزارة الصحة لشؤون التخطيط، سلطنة عُمان.

ناريندرا أورا، المديرة التنفيذية، إنكلين ترست الدولية ومبادرة صحة الطفل بحوث التغذية، الهند.

جو آيفي بوفورد، رئيس أكاديمية نيويورك للطب، الولايات المتحدة.

ميشيل سيتشيني، منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية، فرنسا.

وليام ديتز، المدير السابق لشبعة التغذية والنشاط البدني والسمنة في مراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها، الولايات المتحدة.

ديان فاينوغود، رئيس مؤسسة سميث مايكيل، كندا.

كورينا هوكس، الرئيس المؤقت للسياسات والشؤون العامة، الصندوق الدولي لأبحاث السرطان العالمية، المملكة المتحدة.

نيكولاس هينكه، مدير شركة ماكينزي وشركاه، المملكة المتحدة.

فالح محمد حسين، الأمين العام المساعد لشؤون السياسات في المجلس الأعلى للصحة، قطر.

فيليب جيمس هون، أستاذ التغذية، كلية لندن للصحة والطب الاستوائي؛ رئيس الرابطة الدولية لدراسة السمنة، المملكة المتحدة.

تريشيا كنرلي، مدمرة مجموعة شركات ألينس بوتس، المملكة المتحدة.

جي شيانغ ما، نائب مدير المركز الوطني للسيطرة على الأمراض المزمنة وغير السارية والوقاية منها، الصين.

مارك ماكتاير، كبير مديري EMEA HEGA بوسطن العلمية، المملكة المتحدة.

راسيل نوغنت، وزارة الصحة العالمية، جامعة واشنطن، الولايات المتحدة.

فرهاد الرياحي، زميل المنتدى.

ديفيد ساندرز، مدير كلية الصحة العامة، جامعة ويسترن كيب، جنوب أفريقيا.

جافيد شيخ، أستاذ وعميد كلية طب وايل كورنيل في قطر.

بويد سوينبورن، جامعة أوكلاند، نيوزيلندا.

## أكاديمية نيويورك للطب

كيمبرلي ليeman

آنا غارسيا

كارولين جير

جودي أباتانفو غراري

بيتر شافر

ويود مؤلفو التقرير أيضاً أن يشكروا إلى وارتلا، وتريسي ثورنلي، ونور اليوسعدي، وراسيل جاكسون ليتش على مساهماتهم في هذا التقرير.

## الملحق ٢ - الوثائق الرئيسية

المؤتمر الدولي لإعلان ألمَا آتا للرعاية الصحية الأولية

[www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf)

ميثاق أُوتاوا لتعزيز الصحة

[/www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en)

بيان أدبيلدي للصحة في جميع السياسات

[www.who.int/social\\_determinants/hiap\\_statement\\_who\\_sa\\_final.pdf](http://www.who.int/social_determinants/hiap_statement_who_sa_final.pdf)

نتائج مؤتمر باكو الثالث

[www.paco.aw/paco3docs/Principal/CONCLUSIONS%20OF%20PACO%20III.pdf](http://www.paco.aw/paco3docs/Principal/CONCLUSIONS%20OF%20PACO%20III.pdf)

الاستراتيجية العالمية ٢٠٠٤ بشأن النظام الغذائي والنشاط البدني والصحة

[www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy\\_english\\_web.pdf](http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf)

خطة العمل ٢٠١٣-٢٠٠٨ لل استراتيجية العالمية للوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها

[whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597418\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597418_eng.pdf)

报 告 文 件 从 全 球 角 度 看 待 症 症 状 和 非 感 染 性 疾 病 的 防 治

[whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240686458\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240686458_eng.pdf)

التحديات والفرص IOM من أجل التغيير في تسويق الأغذية للأطفال والشباب - إصدار ملخص ورشة

[www.iom.edu/Reports/2013/Challenges-and-Opportunities-for-Change-in-Food-Marketing-to-Children-and-Youth.aspx](http://www.iom.edu/Reports/2013/Challenges-and-Opportunities-for-Change-in-Food-Marketing-to-Children-and-Youth.aspx)

وضع الأغذية والزراعة: نظم غذائية لتحسين التغذية ٢٠١٣ (فاو)

[www.fao.org/docrep/018/i3301e/i3301e.pdf](http://www.fao.org/docrep/018/i3301e/i3301e.pdf)

عدد خاص بالطب في الغذاء الرئيسي ٢٠١٣

[www.ploscollections.org/article/browseissue.action?issue=info:doi/10.1371/issue.pcol.v07.i17](http://www.ploscollections.org/article/browseissue.action?issue=info:doi/10.1371/issue.pcol.v07.i17)

الاستراتيجية العالمية للوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها ٢٠١٣-٢٠٠٨

[http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA66/A66\\_R10-en.pdf](http://http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R10-en.pdf)

الصحة في جميع السياسات: اغتنام الفرصة، وتنفيذ السياسات

[www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0007/188809/Health-in-All-Policies-final.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/188809/Health-in-All-Policies-final.pdf)

بناء القدرات في علوم التغذية: إعادة النظر في مناهج أصحاب المهن الطبية

[www.nyas.org/Publications/Ebriefings/Detail.aspx?cid=d00a05a8-b1c3-4f55-93e9-4b7004381a64](http://www.nyas.org/Publications/Ebriefings/Detail.aspx?cid=d00a05a8-b1c3-4f55-93e9-4b7004381a64)

إثارة نقاش - الكتاب الأبيض: نظام الأغذية

[www.scpknowledge.eu/sites/default/files/knowledge/attachments/White-Paper.Kickbuschlo-na.HPS\\_.pdf](http://www.scpknowledge.eu/sites/default/files/knowledge/attachments/White-Paper.Kickbuschlo-na.HPS_.pdf)

جلب الزراعة إلى المائدة: كيف يمكن أن تلعب الزراعة والأغذية دوراً في الوقاية من الأمراض المزمنة

[www.thechicagocouncil.org/UserFiles/File/GlobalAgDevelopment/Report/Bringing\\_Agri-culture\\_To\\_The\\_Table.pdf](http://www.thechicagocouncil.org/UserFiles/File/GlobalAgDevelopment/Report/Bringing_Agri-culture_To_The_Table.pdf)

الوقاية من الأمراض المزمنة: استثمار بالغ الأهمية

[www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/full\\_report.pdf](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/full_report.pdf)

العمل المشترك بين القطاعات على الصحة: دليل إرشادي لصانعي السياسات

[www.who.int/kobe\\_centre/publications/ISA-booklet\\_WKC-AUG2011.pdf](http://www.who.int/kobe_centre/publications/ISA-booklet_WKC-AUG2011.pdf)

إرشادات التصميم الفعال

[centerforactivedesign.org/guidelines](http://centerforactivedesign.org/guidelines)

# المراجع

1. OECD Better Life Index. Available at: [www.oecdbetterlifeindex.org/topics/health/](http://www.oecdbetterlifeindex.org/topics/health/). Accessed October 18, 2013.
2. Kumanyika SK, Jeffery RW, Morabia A, Ritenbaugh C, Antipatis VJ. Obesity prevention: the case for action. A report of the public health approaches to the Prevention of Obesity Working Group of the International Obesity Task Force, 2000. *International Journal of Obesity*. 2002;26:425–436.
3. Bloom DE, Cafiero E, Jané-Llopis E, et al. *The global economic burden of noncommunicable diseases*. Harvard University Program on the Global Demography of Aging; 2012. Available at: [www.ideas.repec.org/p/gdm/wpaper/8712.html](http://www.ideas.repec.org/p/gdm/wpaper/8712.html). Accessed October 18, 2013.
4. *Our Common Future. Report of the World Commission on Environment and Development*. New York: Oxford University Press; 1987.
5. Egger G, Swinburn B, Amirul Islam FM. Economic growth and obesity: An interesting relationship with world-wide implications. *Economics & Human Biology*. 2012;10(2):147–153.
6. Algazy J, Gipstein S, Riah F, Tryon K. Why governments must lead the fight against obesity. *McKinsey Quarterly*. 2010;October.
7. Branca F, Nikogosian H, Lobstein T. The Challenge of Obesity in the WHO European Region and the strategies for response. Available at: [www.childhealthresearch.eu/research/add-knowledge/challenge%20of%20obesity%20in%20the%20EU%20and%20strategies%20for%20response.pdf](http://www.childhealthresearch.eu/research/add-knowledge/challenge%20of%20obesity%20in%20the%20EU%20and%20strategies%20for%20response.pdf). Accessed October 18, 2013.
8. Cecchini M, Sassi F, Lauer JA, Lee YY, Guajardo-Barron V, Chisholm D. Tackling of unhealthy diets, physical inactivity, and obesity: health effects, and cost-effectiveness. *Lancet*. 2010;376(9754):1775–1784.
9. Parmar A. North American Obesity Market to Swell to \$139.5B by 2017, Spells Opportunity for Device Makers. *Medical Device and Diagnostic Industry*. 2013. Available at: [www.mddionline.com/article/north-american-weight-lossobesity-management-market-swell-1395-billion-2017](http://www.mddionline.com/article/north-american-weight-lossobesity-management-market-swell-1395-billion-2017). Accessed October 25, 2013.
10. Nour NN. Obesity in resource-poor nations. *Reviews in Obstetrics and Gynecology*. 2010;3(4):180.
11. Maciejewski ML, Arterburn DE. Cost-effectiveness of bariatric surgery. *Journal of the American Medical Association*. 2013;310(7):742–743. doi:10.1001/jama.2013.276131.
12. Swinburn BA, Sacks G, Hall KD, et al. The global obesity pandemic: shaped by global drivers and local environments. *Lancet*. 2011;378(9793):804–814.
13. Malik VS, Willett WC, Hu FB. Global obesity: trends, risk factors and policy implications. *Nature Reviews Endocrinology*. 2013;9(1):13–27. doi:10.1038/nrendo.2012.199.
14. James WPT. The epidemiology of obesity: the size of the problem. *Journal of Internal Medicine*. 2008;263(4):336–352. doi:10.1111/j.1365-2796.2008.01922.x.
15. Wang Y, Baker JL, Hill JO, Dietz WH. Controversies regarding reported trends: Has the obesity epidemic leveled off in the United States? *Advances in Nutrition*. 2012;3(5):751–752.
16. Brownell KD, Horgen KB. *Food Fight The Inside Story of the Food Industry: America's Obesity Crisis, and What We Can Do About It*. McGraw-Hill; 2003.
17. Butland B, Jebb S, Kopelman P, et al. Foresight. Tackling obesities: future choices. Project report. 2007. Available at: [www.cabdirect.org/abstracts/20073277472.html](http://www.cabdirect.org/abstracts/20073277472.html). Accessed October 17, 2013.
18. Finegood DT, Cawley J. "The complex systems science of obesity." *Oxford Handbook of the Social Science of Obesity*. 2011:208.
19. Stuckler D, Nestle M. Big Food, Food Systems, and Global Health. *PLoS Medicine*. 2012;9(6):e1001242.
20. Global A. Investments that work for physical activity. *Health Promot*. 2010;17(2):5–15.

21. WHO. *Global Recommendations on Physical Activity for Health*. Geneva: WHO; 2010.
22. Al-Riyami A. Health Vision 2050 Oman: A Committed Step towards Reforms. *Oman Medical Journal*. 2012;27(3):190–191. doi:10.5001/omj.2012.43.
23. Al-Lawati JA, Mabry R, Mohammed AJ. Addressing the Threat of Chronic Diseases in Oman. *Preventing Chronic Disease*. 2008;5(3). Available at: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2483565/](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2483565/). Accessed October 22, 2013.
24. *Country Cooperation Strategy for WHO and Oman 2010–2015*. Geneva: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2010.
25. Ministry of Health: Sultanate of Oman - għejj il-ekoll minn-nadur. Available at: [www.moh.gov.om/en/nv\\_menu.php?o=about\\_moh/statement.php&SP=1](http://www.moh.gov.om/en/nv_menu.php?o=about_moh/statement.php&SP=1). Accessed October 24, 2013.
26. NCDs a growing challenge for Oman: MoH official - Oman. *Muscat Daily News*. Available at: [www.muscatdaily.com/Archive/Oman/NCDs-a-growing-challenge-for-Oman-MoH-official-23ya](http://www.muscatdaily.com/Archive/Oman/NCDs-a-growing-challenge-for-Oman-MoH-official-23ya). Accessed October 24, 2013.
27. Thow AM. Trade liberalisation and the nutrition transition: mapping the pathways for public health nutritionists. *Public Health Nutrition*. 2009;12(11):2150–2158.
28. Swinburn B, Wood A. Progress on obesity prevention over 20-years in Australia and New Zealand. *Obesity Reviews*. 2013. Available at: [www.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/obr.12103/abstract](http://www.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/obr.12103/abstract). Accessed October 27, 2013.
29. Romon M, Lommez A, Tafflet M, et al. Downward trends in the prevalence of childhood overweight in the setting of 12-year school-and community-based programmes. *Public Health Nutrition*. 2009;12(10):1735–42.
30. Economos CD, Hyatt RR, Goldberg JP, et al. A community intervention reduces BMI z-score in children: Shape Up Somerville first year results. *Obesity (Silver Spring Md.)*. 2007;15(5):1325–1336.
31. Sacher PM, Kolotourou M, Chadwick PM, et al. Randomized controlled trial of the MEND program: a family-based community intervention for childhood obesity. *Obesity (Silver Spring Md.)* 2010;18:S62.
32. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*. 2010;376(9756):1923–1958.
33. Puoane TR, Zulu J, Tsolekile L, Bradley H, Hughes G. *Promoting Healthy Lifestyles: Community Health Workers' Intervention Programme for Primary Prevention of Non-Communicable Diseases in Khayelitsha, an Urban Township in Cape Town*. Cape Town: University of the Western Cape School of Public Health; 2007:1–39.
34. Puoane TR. PURE-ifying research on chronic non-communicable diseases in South Africa. *Q Update Epidemiol South Afr Cent Epidemiol Model Anal*. 2013;(June):1–3.
35. Puoane TR, Tsolekile L, Igumbor EU, Fourie JM. Experiences in developing and implementing health clubs to reduce hypertension risk among adults in a South African population in transition. 2012. Available at: [www.hindawi.com/journals/ijht/2012/913960/abs/](http://www.hindawi.com/journals/ijht/2012/913960/abs/). Accessed August 30, 2012.
36. Bleich SN, Segal J, Wu Y, Wilson R, Wang Y. Systematic review of community-based childhood obesity prevention studies. *Pediatrics*. 2013;peds.2013–0886. doi:10.1542/peds.2013–0886.
37. Wang LY, Gutin B, Barbeau P, et al. Cost-effectiveness of a school-based obesity prevention program. *Journal of School Health*. 2008;78(12):619–624.
38. Verstraeten R, Roberfroid D, Lachat C, et al. Effectiveness of preventive school-based obesity interventions in low-and middle-income countries: a systematic review. *American Journal of Clinical Nutrition*. 2012;96(2):415–438.
39. Sbruzzi G, Eibel B, Barbiero SM, et al. Educational interventions in childhood obesity: A systematic review with meta-analysis of randomized clinical trials. *Preventive Medicine*.

2013. Available at: [www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0091743513000698](http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0091743513000698). Accessed October 27, 2013.
40. Naul R, Schmelt D, Dreiskaemper D, Hoffmann D, l'Hoir M. "Healthy children in sound communities"(HCSC/gkgk) – a Dutch-German community-based network project to counteract obesity and physical inactivity. *Family Practice*. 2012;29(suppl 1):i110–i116.
  41. Startseite - GK-GK - Willibald Gebhardt Institut e.V. Available at: [www.gkgk-online.de/startseite/](http://www.gkgk-online.de/startseite/). Accessed October 22, 2013.
  42. SANTE Sport Action NeTwork of Europe - EU projects - Healthy Children in Sound Communities. Available at: [www.isca-web.org/sante/euprojects/euprojects/healthychildreninsoundcommunities](http://www.isca-web.org/sante/euprojects/euprojects/healthychildreninsoundcommunities). Accessed October 22, 2013.
  43. Worksite Programs Combining Nutrition and Physical Activity are Recommended to Control Overweight or Obesity. 2005.
  44. Benedict MA, Arterburn D. Worksite-based weight loss programs: a systematic review of recent literature. *American Journal of Health Promotion*. 2008;22(6):408–416. doi:10.4278/ajhp.22.6.408.
  45. Baker KM, Goetzel RZ, Xiaofei P, et al. Using a return-on-investment estimation model to evaluate outcomes from an obesity management worksite health promotion program. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 2008;50(9):981–990.
  46. Goetzel RZ, Gibson TB, Short ME, et al. A multi-worksite analysis of the relationships among body mass index, medical utilization, and worker productivity. *Journal of Occupational, and Environmental Medicine*. 2010;52:S52.
  47. Pratt CA, Lemon SC, Fernandez ID, et al. Design characteristics of worksite environmental interventions for obesity prevention. *Obesity (Silver Spring Md.)* 2007;15(9):2171–2180.
  48. Goetzel RZ, Baker KM, Short ME, et al. First-year results of an obesity prevention program at The Dow Chemical Company. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 2009;51(2):125.
  49. DeJoy DM, Wilson MG, Padilla HM, et al. Process evaluation results from an environmentally focused worksite weight management study. *Health Education & Behavior*. 2012;39(4):405–418.
  50. Goetzel RZ, Roemer EC, Pei X, et al. Second-year results of an obesity prevention program at the Dow Chemical Company. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 2010;52(3):291.
  51. Solar O, Irwin A. *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. Geneva: WHO; 2010.
  52. Nugent R. Food and agriculture policy: issues related to prevention of noncommunicable diseases. *Food and Nutrition Bulletin*. 2004;25(2):200–207.
  53. Hawkes C. Promoting healthy diets and tackling obesity and diet-related chronic diseases: What are the agricultural policy levers? *Food and Nutrition Bulletin*. 2007;28(suppl2):312S–322S.
  54. WHO. *School policy framework: implementation of the WHO global strategy on diet, physical activity and health*. Geneva: WHO; 2008.
  55. Quintiliani L, Sattelmair J, Sorensen G. *The workplace as a setting for interventions to improve diet and promote physical activity*. Geneva: WHO; 2008.

# ملاحظات

# ملاحظات

# ملاحظات

# الشركاء الأكاديميون لمؤتمر القمة العالمي للابتكار في الرعاية الصحية

BILL & MELINDA  
GATES foundation

BROOKINGS

Carnegie  
Mellon  
University  
Qatar



GEORGETOWN UNIVERSITY  
School of Foreign Service in Qatar



HealthAffairs



Imperial College  
London  
Institute of  
Global Health Innovation



THE JOHN D. STOECKLE CENTER  
FOR PRIMARY CARE INNOVATION  
*Your Primary Care is Our Primary Concern*

JOHNS HOPKINS  
BLOOMBERG SCHOOL  
of PUBLIC HEALTH

THE LANCET



MASSACHUSETTS  
GENERAL HOSPITAL

SUPPORTED BY  
MAYOR OF LONDON



MIT Media Lab

NHS  
National Institute for  
Health Research

The New York  
Academy of Medicine  
*At the heart of urban health since 1847*

NORTHWESTERN  
UNIVERSITY  
IN QATAR



TEXAS A&M  
UNIVERSITY at QATAR



UCL  
UCL QATAR  
كلية لندن الجامعية قطر



Weill Cornell Medical College

كلية طب وابل كورنيل في قطر  
Weill Cornell Medical College in Qatar

