

الارتقاء إلى مستوى التحدي: الوقاية من السكري من النوع الثاني ومعالجته

تقرير منتدى السكري التابع لمؤتمر "ويش" ٢٠١٥

بروفيسور ستيفن كولاجيوري
د. جيمس كينت
د. تومي كينو
ستيفن ساذرلاند
ساين فويك



مؤتمر القمة العالمي للابتكار في الرعاية الصحية
World Innovation Summit for Health

الارتقاء إلى مستوى التحدي: الوقاية من السكري من النوع الثاني ومعالجته

تقرير منتدى السكري التابع لمؤتمر "ويش" ٢٠١٥

المحتويات

٠٣	مقدمة
٠٤	ملخص تنفيذي
٠٦	السكري: فئات صادمة
٠٩	لماذا يتعين على صناع السياسات التصرف؟
١٢	مواجهة التحديات
١٤	أهداف السياسات
١٥	تحسين معالجة مرضى السكري من أجل خفض معدلات حدوث المضاعفات
٢٤	إنشاء منظومة رصد فعالة بغية تحديد المعرضين للإصابة بالسكري من النوع الثاني ودعمهم
٢٨	وضعُ باقيةٍ متنوعة من التدخلات تساعد في إيجاد بيئة تركز على الوقاية
٣٩	خاتمة: الخطوات المقبلة بالنسبة لصناع السياسات
٤١	شكر وتقدير
٤٢	الملاحق
٤٨	المراجع

المقدمة

يُعدُّ ارتفاع نسبة الإصابة بالسكري في جميع أنحاء العالم أحد أكبر الكوارث الصحية التي يشهدها العالم. فقد ارتفعت معدلات الإصابة بالمرض ارتفاعًا خطيرًا على مدى العقود الماضية؛ إذ يبلغ عدد مرضى السكري اليوم ٣٨٠ مليون مريض، فضلًا عن أن السكري يؤدي أصلًا إلى الإصابة بأمراض القلب، والسكتة الدماغية، وبترا الأطراف، والفشل الكلوي، والعمى، والموت المبكر.

ويغرض هذا الوباء العالمي، الذي يغذّيه انتشار المدنية وما يرافقها من أنماط الحياة الغربية، عبثًا هائلًا على الأنظمة الصحية والاقتصادات الوطنية. ومع استمرار المعدلات الحالية للإصابة به، سيعاني عُشر البالغين في العالم منه في غضون عشرين عامًا، أي قرابة ٦٠٠ مليون شخص.

والسكري هو اضطرابٌ استقلابي ينتج عن انخفاض كمية الأنسولين والأثر الناتج من ذلك في جسم الإنسان. وتسعون في المائة من مرضى السكري مصابون بالسكري من النوع الثاني الذي كان في السابق نادرًا لدى الفئات العمرية الأصغر، ولكن معدلات الإصابة به ازدادت كثيرًا بين الأطفال مع ارتفاع معدلات السمنة. ولمّا كان السكري يحدث ببطء، فهو غالبًا ما يؤدي إلى حدوث مضاعفات قبل تشخيصه. وفي هذا الإطار، لا بدّ من القيام بتدخلات تستمر مدى الحياة، بما فيها تأمين ما يلزم من دعم طبي-وسياسي.

وليس هذا اعترافٌ بفشل أو يأسٍ وقنوط، وإنما دعوةٌ صريحةٌ لبذل المزيد من الجهود. فثمة كثيرٌ مما يمكن فعله، بل ويتعين القيام به؛ صحيحٌ أن العلاج الناجع لم يُكتشف بعد، إلا أن الوقاية من السكري ومن مضاعفاته أمرٌ ممكن. كما أن هناك إجماعًا صريحًا اليوم بشأن سبل معالجة السكري بالأدوية، والكشف عنه، والإدارة الذاتية وتغيير السلوك لدى المصابين به. وليس السؤال المطروح هنا ما الذي يجب القيام به، وإنما كيف يمكن القيام به.

ونحن نروم في هذا التقرير مساعدة صناع السياسات في الارتقاء إلى مستوى التحدي. وتحقيقًا لهذا الغرض، يصف التقرير ثلاثة أهداف للسياسات تقلل مجتمعةً من معدل انتشار السكري عبر تغيير السلوك، والحد من المضاعفات من خلال تحسين إدارة معالجته، ودعم المعرضين لخطر الإصابة به عبر الفحص والتدخلات. وقد عملنا جاهدين كي يكون كلٌّ من الأهداف الثلاثة مدعومًا بدراسات حالات عن مقارباتٍ مبتكرة، بحيث نقدم لصناع السياسات قائمةً بالأدوات العملية اللازمة لتحقيق المطلوب.

صحيحٌ أن السكري لم يصنّف بعد مرضًا مستعصيًا كالسرطان وأمراض القلب، إلا أن علينا أن نبدأ الآن بتغيير مساره والتغلب عليه.



Stefano Colagiuri

البروفيسور ستيفن كولاجيوري
أستاذ الصحة الاستقلابية في معهد السمّة والتغذية
والتمارين، جامعة سيدني



A. V. Dhar

البروفيسور اللورد دارزي أوف دينام
رئيس مجلس الإدارة التنفيذي لمؤتمر القمة العالمي
للابتكار في الرعاية الصحية "ويش"، مؤسسة قطر
مدير معهد الابتكار في مجال الصحة العالمية، إمبريال
كوليدج لندن

ملخص تنفيذي

يُعدّ السكري من النوع الثاني من أكبر التحديات العالمية التي تواجه صناع السياسات في الوقت الحاضر. فالإحصاءات المتعلقة بانتشاره وآثاره الصحية والاقتصادية صادمة.

وقد أقرت كلُّ من الجمعية العامة للأمم المتحدة ومنظمة الصحة العالمية والمنتدى الاقتصادي العالمي بهذا التحدي، ودعا جميعها إلى الالتزام بالوقاية من السكري وتحسين نوعية حياة المصابين به نظرًا لخطورته، والحاجة الماسة إلى معالجته، وشموليته.

- إنه خطِرٌ لسببين: أولهما هو أن عواقبه الصحية أسوأ مما هو معروف عمومًا، وتشمل ازدياد احتمال فقدان البصر وبتر الأطراف السفلية والفشل الكلوي والأزمات القلبية والسكتات الدماغية، وثانيهما هو التكاليف المباشرة وغير المباشرة التي تستنزف موازنات الرعاية الصحية وتؤثر على الإنتاجية، إذ تشير التقديرات إلى أنها تبلغ ٢ في المائة من الناتج المحلي الإجمالي في كثير من البلدان.
- ثمة حاجة ماسة إلى معالجته لأنَّ معدلات انتشاره في ازدياد، وعندما يقترن نمو معدله بازدياد طول المدة الزمنية التي يعيشها المصابون به يفرض مزيدًا من الأعباء على الناتج المحلي الإجمالي في معظم البلدان. ويصيب السكري من النوع الثاني قرابة ٣٥٠ مليون نسمة على مستوى العالم، وإذا استمرت الاتجاهات الحالية، فستبلغ نسبة المصابين به عام ٢٠٣٥ قرابة ١٠ في المائة من سكان العالم (٦٠٠ مليون نسمة تقريبًا).
- إنه شاملٌ لأنه يؤثر على الجميع دون استثناء، إذ سيزداد انتشاره في جميع الدول في السنوات القادمة. وعلى الرغم من أن الدول المتقدمة قد تسجل معدلات نمو أدنى، إلا أن تكاليف الرعاية الصحية فيها غالبًا ما تكون أعلى وبالتالي لا يمكنها تفادي الأعباء الاقتصادية الناجمة عن السكري. أما في الدول النامية، فالإنفاق على الرعاية الصحية أقل، ولكن انتشار السكري فيها أكبر. ويعيش حاليًا ٨٠ في المائة من مرضى السكري في بلدانٍ لا تنفق بمجموعها إلا ٢٠ في المائة من الموازنة العالمية المخصصة للرعاية الصحية.

وبما أن هذا التحدي تمَّ الاعتراف به على الصعيد العالمي، فقد باتت سبل مواجهته أكثر وضوحًا، إذ ثمة باقة واسعة ومتنامية من الأدلة عما هو مطلوب من أجل تحسين الرعاية الصحية لمرضى السكري، وتعزيز الفحوص الخاصة به، ووقاية المعرضين لخطر الإصابة به. ويمكن العثور على هذه المعلومات في الأدلة التوجيهية الصادرة عن منظمة الصحة العالمية، والاتحاد الدولي للسكري، وغيرها.

وإذا كان ما ينبغي فعله واضحًا، فنتساءل هنا عن سبل القيام بذلك؛ إذ لا يحظى السكري بأولوية تتناسب وآثاره الصحية والاجتماعية في خطط أو سياسات الحكومات. فهو ليس مرضًا عضالًا كالسرطان أو مرض القلب، وغالبًا ما يُبْحَس قدر عواقبه الصحية والاقتصادية. ويستدعي رصده وعلاجه والوقاية منه بفاعلية وجود أجهزة صحية تتولى الاهتمام بصحة السكان على مدى فترة طويلة من الزمن، وتبحث في سبل تعزيز أنماط العيش الصحية في جميع مناحي المجتمع، وتضطلع بدور إيجابي في تغيير السلوك. وينطوي مسار تنفيذ الوقاية من السكري على المدى البعيد على تنسيق إجراءات كثيرة بين شتى الأجهزة الحكومية وجماعات مناصرة المصابين به. وليس من السهل على معظم صناع السياسات المشاركة في هذه التدخلات نظرًا لصعوبة طبيعتها واتساع نطاقها.

وتقترح هذه الورقة البحثية ثلاثُ غاياتٍ أساسيةٍ بالنسبة لصناع السياسات:

١. تحسين معالجة مرضى السكري من أجل خفض معدلات حدوث المضاعفات

ثمة أدلة قوية عن الأساليب الناجعة في هذا المجال، إذ يمكن لصناع السياسات اليوم استخدام مقاربات شاملة قائمة على الأدلة بغية معالجة المرضى وفحصهم وثقيفهم وتعليمهم سبل التعامل مع السكري ذاتياً. وتدرس هذه الورقة البحثية أنماطاً مسؤولة لتقديم الرعاية الصحية، والابتكار في استخدام التقنيات بهدف تحسين التعامل الذاتي مع المرض، وطرق تحسين الرعاية الصحية للمرضى الذين يصعب الوصول إليهم.

٢. إنشاء منظومة رصد فعالة بغية تحديد المعرضين لخطر الإصابة بالسكري من النوع الثاني ودعمهم

يمكن لصناع السياسات اليوم الاعتماد على طرق معروفة وغير مكلفة مادياً في كشف الأشخاص الذين يرتفع عندهم خطر الإصابة بالسكري وأيضاً على قاعدة أدلة قوية للتدخلات، وتنظر هذه الورقة البحثية في سبل مبتكرة تُحسِّن فعالية التكاليف في الفحص باستخدام حوافز تلائم ظروفًا ثقافية مختلفة وتقاسم أعباء تكاليف الفحص مع أمراض أخرى.

٣. وضع باقة متنوعة من التدخلات تساعد في إيجاد بيئة تركز على الوقاية

يتعين على صناع السياسات، من أجل خلق بيئة تشجع على العيش الصحي وتقي من السكري، معالجة عوامل الخطر عوضاً عن التركيز على المرض فقط. ويتطلب ذلك طيقاً واسعاً من التدخلات لتغيير سلوك السكان، بدءاً من اللوائح البسيطة وانتهاءً بالتشريعات الصارمة. ويستدعي تعزيز هذه المبادرات بناء قضية واضحة تحث على التغيير والتنسيق على مختلف المستويات. لكن الأدلة على سبل تحقيق التغيير محدودة جداً لأنه لم توضع إجراءات تلائم كل ثقافة محلية بعد. وتدرس هذه الورقة البحثية جملةً من الطرق المبتكرة من أجل التأثير على السلوك في التغذية والنشاط البدني، وتقدم أمثلة على استراتيجيات العيش الصحي بالنسبة لأمراض متعددة وطرق مختلفة لتنسيق تنفيذ هذه الاستراتيجيات.

ويدرك صناع السياسات ضرورة العمل على مستوى العالم، ويعلمون أيضاً "ما الذي ينبغي فعله". ويكمن التحدي اليوم في ترجمة ذلك إلى "كيف يمكن فعله". وتقدم هذه الورقة البحثية التي تبحث في ٣٣ دراسة حالة أمثلة تساعد صناع السياسات على المضي في الاتجاه الصحيح.

السكري: حقائق صادمة

عُدَّ السكري أحد التحديات الصحية الجسام في عصرنا هذا، إذ تمتد آثاره لتطال كل البلدان. ويعرّف السكري بأنه اضطراب استقلابي يعجز الجسم فيه عن إنتاج الأنسولين بكمية كافية أو عن استخدامه بفاعلية. ويودي السكري بحياة ملايين البشر سنويًا. وعلى الرغم من كونه مرضًا عضالًا ومزمنًا ومكلفًا، إلا أن الوقاية منه ممكنة إلى حد كبير.

الإطار ١: عشر حقائق عن السكري

١. بدأت الإصابة بالسكري تتخذ أبعادًا عالمية ويمكن عزو ذلك إلى الارتفاع السريع في معدلات فرط الوزن الزائد والسمنة وقلة النشاط البدني.
٢. من المتوقع أن يرتفع العدد الإجمالي لوفيات السكري بنسبة تتجاوز ٥٠ في المائة في غضون السنوات العشر القادمة، وبنسبة تتجاوز ٨٠ في المائة في البلدان ذات الدخل فوق المتوسط.
٣. يتصف السكري من النوع الأول بقلّة إنتاج مادة الأنسولين، أمّا السكري من النوع الثاني فهو يحدث بسبب استخدام الجسم لتلك المادة على نحو غير فعال.
٤. إن السكري من النوع الثاني أكثر شيوعًا من النوع الأول. فهو يمثل قرابة ٩٠ في المائة من مجموع حالات السكري عالميًا.
٥. بدأت إصابة الأطفال بالسكري من النوع الثاني، وهي نادرة عادة، بالتزايد على مستوى العالم، إذ يشكل الأطفال والمراهقون المصابون به نصف عدد الحالات التي جرى تشخيصها حديثًا في بعض البلدان.
٦. ثمة نوع ثالث من السكري يُدعى السكري الحملي ويتصف بارتفاع نسبة السكر في الدم ويحدث أثناء الحمل.
٧. أودى السكري بحياة ١,١ مليون شخص عام ٢٠٠٥. ولكن آثاره الإجمالية أكبر بكثير لأنه غالبًا ما يُسجّل سبب وفاة مريض مصاب بالسكري منذ سنوات طويلة على أنه مرض قلبي أو فشل كلوي.
٨. تحدث ٨٠ في المائة من وفيات السكري في دول ذات دخل متوسط ومنخفض.
٩. يؤدي ضعف الوعي بالسكري، إضافةً إلى عدم الحصول على خدمات صحية كافية، إلى مضاعفات أخرى كفقدان البصر وبتر الأطراف والفشل الكلوي.
١٠. يمكن تقليل خطر الإصابة بالسكري من النوع الثاني إلى حد كبير بممارسة نشاط بدني متوسط الشدة طيلة ٣٠ دقيقة في معظم أيام الأسبوع واتباع حمية صحية.

المصدر: ملف الحقائق: عشر حقائق عن السكري، منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٣.

وفي ما يلي بعض الحقائق الصادمة عن السكري:

- تشير التقديرات إلى أن عدد البالغين المصابين بالسكري على مستوى العالم يتخطى ٣٨٠ مليون، من بينهم ١٨٠ مليون إصابة غير مشخصة بعد،^١ أي أن قرابة ٨,٣ في المائة من سكان العالم البالغين مصابون حالياً بالسكري. وتشير التقديرات إلى أنه بحلول عام ٢٠٣٥ سيرتفع معدل انتشار السكري على مستوى العالم ضمن الفئة العمرية (٢٠-٧٩) عاقاً إلى أكثر من ١٠ في المائة، ما يعني أن عدد المصابين به سيبلغ ٦٠٠ مليون نسمة تقريباً.
 - إن انتشار السكري من النوع الثاني بين الشباب آخذ في الارتفاع. وتفيد التقديرات بأن معدل نمو عدد مرضى السكري من الفئة العمرية (٢٠-٣٩) سيبلغ ١٩٪ بين عامي ٢٠١٣ و٢٠٣٥.^٢
 - يُتوقع أن يزداد إجمالي مرضى السكري مع ارتفاع أمد الحياة وتقدم السكان في العمر. ففي الولايات المتحدة على سبيل المثال، من المتوقع حالياً أن يعيش شخصٌ سُخِصت إصابته بالسكري وهو في الستين من عمره ١٨ عاقاً أخرى، بينما لم يكن هذا الرقم يتجاوز ١٣ عاقاً في الفترة من ١٩٨٥-١٩٨٩.^٣
- يمثل ازدياد انتشار السكري، والإصابة به في عمر أبكر، وطول عمر المصابين به، إضافة إلى ارتفاع معدل العمر المتوقع، عوامل من شأنها مضاعفة أثره. فمن المتوقع أن يرتفع إجمالي مرضى السكري ضمن الفئة العمرية (٢٠-٧٩) عاقاً بنسبة ٥٥ في المائة عام ٢٠٣٥، ليتجاوز ٥٩٠ مليون نسمة في العالم.
- ويعمل السكري تحدياً عاقاً وشاملاً، إذ يتوقع الاتحاد الدولي للسكري ازدياد انتشاره في جميع البلدان في السنوات المقبلة جراء التغييرات في أنماط التغذية والنشاط البدني وما يرتبط بهما من زيادة في الوزن،^٤ وقد شهدت السنوات الأخيرة ارتفاعاً كبيراً في معدلات السمنة، وبالتالي معدل انتشار السكري من النوع الثاني، في ظل ازدياد مستوى التمدن والثورة التكنولوجية، إذ إن أكثر من ٨٠ في المائة من المصابين به يعانون الوزن الزائد أو السمنة.

الإطار ٢: الدول ذات أعلى معدلات انتشار السكري (٢٠١٤)

١. جزر مارشال	٣٧.١ في المائة
٢. ميكرونيزيا	٣٦.٣ في المائة
٣. توكيلا	٢٩.٦ في المائة
٤. كيريباتي	٢٦.٤ في المائة
٥. جزر كوك	٢٥.٥ في المائة
٦. بولينيزيا الفرنسية	٢٤.٤ في المائة
٧. المملكة العربية السعودية	٢٣.٩ في المائة
٨. فانواتو	٢٣.٧ في المائة
٩. ناورو	٢٣.٣ في المائة
١٠. الكويت	٢٣.١ في المائة

والأهم من ذلك هو وجود عامل وراثي أيضًا، وهذا يعني أن تغير العوامل البيئية يؤثر في بعض الناس أكثر من غيرهم، وبالتالي، يزداد انتشار السكري من النوع الثاني في صفوف الفئات المعرضة أكثر من غيرها للإصابة به.^٥

وليس الاستعداد الوراثي هو المسبب الوحيد لانتشار السكري، بل ثمة عوامل أخرى ترتبط بزيادة نمو الناتج المحلي الإجمالي. ويمثل ذلك تحديًا خاصًا في بعض بلدان الشرق الأوسط. وتشير توقعات الاتحاد الدولي للسكري إلى أن الإمارات العربية المتحدة وسلطنة عمان ودولة قطر ستسجل أعلى معدلات انتشار السكري بين عامي ٢٠١٣ و٢٠٣٥.^٦

لماذا يتعين على صناع السياسات التصرف؟

ينبغي لصناع السياسات أن يعالجوا تحدي السكري لسببين:

- أثره على الصحة.
- أثره على الاقتصاد.

الأثر على الصحة: تحدي المضاعفات

غالبًا ما يُبَيَّن قدر خطورة السكري على الصحة لأن تطور السكري من النوع الثاني بطيء عادةً، وغالبًا ما تكون مراحله الأولى بلا أعراض تقريبًا. وعلى الرغم من أن السكري ليس مرضًا عضالًا كالسرطان وأمراض القلب، إلا أن نتائجه على المدى البعيد شديدة الخطورة:^{٨٧}

- يزيدُ السكري احتمالَ الإصابة بمرض القلب التاجي بمقدار الضعف عند الرجل، وأربعة أضعاف عند المرأة.
- يضاعف احتمالَ الإصابة بالسكتة الدماغية ثلاث مرات.
- هو السبب الرئيسي للداء الكلوي بالمرحلة النهائية.
- يشكل اعتلالُ شبكية العين السكرية 0 في المائة من جميع حالات فقدان البصر في العالم.
- يزيد السكري احتمال بتر أحد الأطراف ٢٥ ضعفًا.

نتيجةً لهذه المضاعفات، يمكن للسكري من النوع الثاني إنقاص معدل العمر المتوقع حتى ١٠ سنوات.^٩ وتشير بيانات الاتحاد الدولي للسكري إلى وفاة قرابة 0 ملايين شخص (نصفهم تقريبًا دون سن الستين) عام ٢٠١٤ بالسكري والأمراض المرتبطة به.^{١٠}

الأثر على الاقتصاد

بلغت نسبة تكاليف الرعاية الصحية المباشرة للسكري ومضاعفاته قرابة ١١ في المائة من إجمالي تكاليف الرعاية الصحية عالميًا عام ٢٠١٤، أي ما يعادل ٦١٢ مليار دولار أمريكي، وهو مبلغ يزيد عن الناتج المحلي الإجمالي برمته لدول مثل نيجيريا أو السويد. وتعزى هذه التكاليف إلى انتشار السكري وارتفاع تكاليف الرعاية الصحية لمرضى السكري والتي يتكبدونها طوال حياتهم. ففي الولايات المتحدة على سبيل المثال، تزيد تكاليف الرعاية الصحية مدى الحياة لمرضى السكري بمعدل ٢,٣ ضعفًا عنها بالنسبة لغير المصابين به.^{١١}

وتواصل هذه التكاليف ارتفاعها بلا قيود لسببين مهمين؛

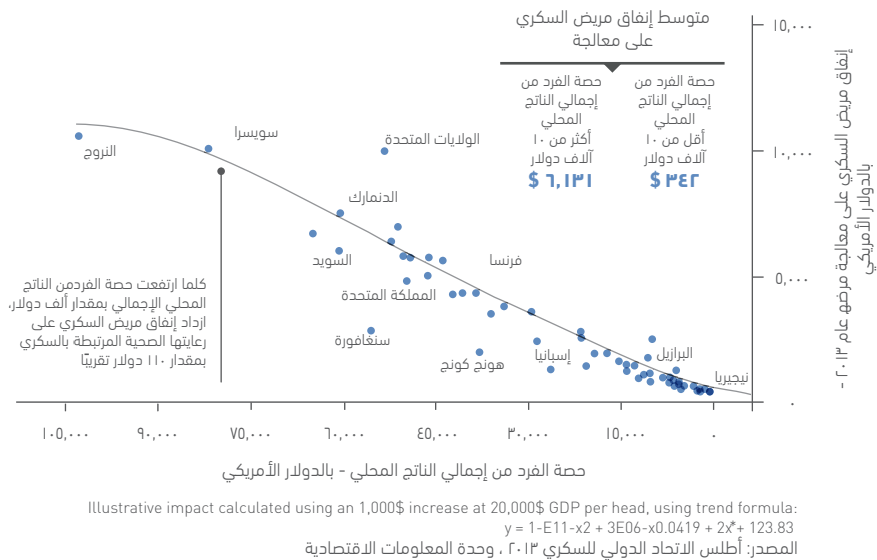
أولهما هو ازدياد انتشار السكري مع نمو الناتج المحلي الإجمالي. ويرجع ذلك جزئياً إلى العوامل البيئية التي ناقشناها آنفاً وإلى ارتفاع معدل العمر المتوقع المرتبط بنمو الثروة القومية. وتفيد توقعات الاتحاد الدولي للسكري إلى أن ازدياد الناتج المحلي الإجمالي للبلد بنسبة ١ في المائة يؤدي إلى زيادة عدد مرضى السكري فيه بنسبة ٠,٢ في المائة (انظر الشكل ١).

الشكل ١: مقارنة بين نمو الناتج المحلي الإجمالي المتوقع والنمو المتوقع في عدد مرضى السكري



السبب الثاني هو أن ارتفاع الناتج المحلي الإجمالي يرافقه ارتفاع في الإنفاق على الرعاية الصحية لمرضى السكري. ويبين الشكل ٢ متوسط الإنفاق على الرعاية الصحية لمرضى السكري مقارنةً بالناتج المحلي الإجمالي. وبالنسبة للدول التي تقل فيها حصة الفرد من الناتج المحلي الإجمالي عن ١٠ آلاف دولار، يبلغ متوسط إنفاق مريض السكري على معالجته مرضه ٣٤٢ دولاراً، أما في الدول التي تتجاوز فيها حصة الفرد من الناتج المحلي الإجمالي ٤٠ ألف دولار فيبلغ هذا المتوسط ٦,١٣١ دولاراً.

الشكل ٢: مقارنة بين حصة الفرد من الناتج المحلي الإجمالي وإنفاق مريض السكري على معالجة مرضه



ثمة ارتباط وثيق بين حصة الفرد من الناتج المحلي الإجمالي وإنفاق مريض السكري على مرضه، إذ كلما ارتفعت الأولى بمقدار ألف دولار، ازداد الثاني بمقدار ١١٠ دولارًا تقريبًا. وغالبًا ما يكون معدل انتشار السكري والإنفاق على الرعاية الصحية للمصابين به متدنيين في الدول النامية. ومن المتوقع في هذه الدول أن يزيد الإنفاق على السكري بسرعة مع نمو الناتج المحلي الإجمالي فيها.

وبالإضافة إلى التكاليف المباشرة للرعاية الصحية، لا بد من أخذ التكاليف غير المباشرة المترتبة على السكري في الحسبان كانهض الإنتاجية، والتقاعد المبكر، وزيادة متطلبات الدعم الاجتماعي. وغالبًا ما تكون هذه التكاليف مرتفعة كالتكاليف المباشرة إن لم تكن أعلى منها، وقد يتجاوز إجمالي التكاليف المباشرة وغير المباشرة في كثير من البلدان ٢ في المائة من الناتج المحلي الإجمالي.^{١٢}

وقد اعتُرف على نطاق واسع بالطابع الخطر والملحّ والشامل للسكري من النوع الثاني، إذ قرعت كل من الجمعية العامة للأمم المتحدة ومنظمة الصحة العالمية والمنتدى الاقتصادي العالمي جرس الإنذار (الشكل ٣).

الشكل ٣: ماذا يقول العالم عن السكري

اعترفت الجمعية العامة للأمم المتحدة في سبتمبر ٢٠١١ بالسكري بوصفه تحديًا عالميًا للصحة والتنمية... إذن، دعونا نلتزم ببذل **مزيد من الجهود المشتركة بهدف الوقاية من السكري** وتحسين نوعية حياة كل من يعاني منها، وخاصة الفقراء والمحرومين بان كي مون، الأمين العام للأمم المتحدة

كلف السكري الاقتصاد العالمي قرابة **٥٠٠ مليار دولار**، و من المتوقع أن يرتفع هذا الرقم إلى **٧٤٥ مليار دولار على الأقل عام ٢٠٣٠**. والنسبة الأكبر التي تتحملها الدول النامية من النفقات آخذة بالارتفاع أيضًا المنتدى الاقتصادي العالمي

تبنّت جمعية الصحة العالمية في دورتها السادسة والستين بالإجماع خطة العمل العالمية الطوعية بشأن الوقاية من الأمراض المعدية ومكافحتها. **ويحتل السكري اليوم مكانة بارزة في أجندة الصحة العالمية...** ومع ذلك، ينبغي ألا نضيع الفرصة، إذ يتعين على الحكومات وصناع السياسات والمختصين في مجال الرعاية الصحية وكل متضرر من المرض أن يستمروا في خوض هذه المعركة خطة العمل العالمية ٢٠١٣-٢٠٢٠-منظمة الصحة العالمية

المصدر: الأمم المتحدة: بيان الأمين العام بمناسبة اليوم العالمي للسكري ١٤ نوفمبر ٢٠١٢، وخارطة طريق الاتحاد الدولي للسكري نحو خطة التنمية المستقبلية في المنتدى الاقتصادي العالمي-الأعباء الاقتصادية العالمية الناجمة عن الأمراض غير المعدية

لكن هذا الإنذار برأي كثير من المراقبين لم يُترجم بنجاح إلى عمل، وثمة كثير مما يتحتم القيام به من أجل معالجة مسألتين تواجهان جميع الدول

- ضرورة خفض معدل المضاعفات المكلفة بتحسين عمليات فحص مرضى السكري وعلاجهم.
- الحاجة إلى وقف انتشار السكري من النوع الثاني عبر التركيز على الوقاية من خلال تغيير العوامل البيئية وأنماط العيش.

وفيما تتباين الوسائل والموارد المتاحة لتلبية هاتين الحاجتين بين بلد وآخر، ثمة مقاربات عامة سنناقشها في هذه الورقة البحثية.

مواجهة التحديات

نحن نعلم ما يُفضي للحلول الناجعة

ثمة مفارقة تكمن في السكري من النوع الثاني وهي استمرار تعاظم انتشاره وأثره على الرغم من أننا ندرك ما الذي ينبغي القيام به لمعالجته. فمجموعة الأدلة الخاصة بالوسائل الناجعة في معالجة السكري والوقاية منه كبيرة وآخذة في التوسع. ولا تهدف هذه الورقة البحثية إلى تكرار عرض هذه الوسائل بالتفصيل لأنه يمكن العثور على هذه المعلومات في مراجع أخرى كتلك الواردة أدناه:

التوجيه بشأن معالجة السكري من النوع الثاني

- الاتحاد الدولي للسكري: مبادئ توجيهية شاملة للسكري من النوع الثاني.
- منظمة الصحة العالمية: حزمة التدخلات الأساسية في الأمراض غير المعدية من أجل الرعاية الصحية الأولية في البلدان الفقيرة بالموارد.

التوجيه والمراقبة والوقاية لغائدة الفئات المعرضة لخطر السكري

- لي وآخرون: "فعالية تكاليف تدخلات الوقاية من السكري ومكافحته: مراجعة منهجية".
- مشروع إيميج: اتخذ إجراءات للوقاية من السكري – مجموعة أدوات إيميج للوقاية من السكري من النوع الثاني في أوروبا.

التوجيه بشأن إيجاد بيئة تقوم على الوقاية

- منظمة الصحة العالمية: خطة العمل العالمية للوقاية من الأمراض غير المعدية ومكافحتها.
- منظمة الصحة العالمية: إطار تنفيذ مجموعة التوصيات بشأن تسويق الأغذية والمشروبات غير الكحولية للأطفال.

التوجيه بشأن مناصرة المصابين بداء السكري والتواصل وتطوير السياسة الوطنية ذات الصلة

- الاتحاد الدولي للسكري: مجموعة أدوات المناصرة والتواصل.
- الاتحاد الدولي للسكري: دليل برامج السكري الوطنية.
- شبكة عمل السياسات الأوروبية بشأن السكري: مجموعة أدوات سياسة إسباند الخاصة بالسكري.

يتضمن الملحق 1 قائمة تفصيلية بالمراجع.

وتستمر المفارقة لأن معرفة ما الذي ينبغي فعله تختلف عن معرفة كيف ينبغي فعله. ونحن بحاجة إلى إيجاد سبل عملية للقيام بذلك.

تحدي إيجاد سبل عملية

يواجه صناع السياسات عددًا من التحديات عندما يسعون إلى تنفيذ التغييرات اللازمة لتحسين معالجة السكري والوقاية منه. وسنسلط الضوء على هذه التحديات أدناه ونناقشها بالتفصيل (انظر عنوان أهداف السياسات).

إصلاح الخدمات الصحية: تستدعي مراقبة السكري ومعالجته بفاعلية مراجعة النماذج التقليدية للرعاية الصحية. وخير نموذج هو الذي يتبنى مقاربة فاعلة تدعم صحة المريض على مدى طويل وتؤدي دورًا إيجابيًا في حثه على تغيير سلوكه. وهو ينطوي مثلًا على الاستعانة بمقدمي رعاية صحية غير تقليديين كالمرضى المتمرسين أو مدربي اللياقة البدنية الذين يديرون خدماتهم إلى جانب المتخصصين الرسميين في مجال الرعاية الصحية.

السكري مقابل تركيز أكبر على الصحة: من أجل كسب تأييد للوقاية من السكري من النوع الثاني، ينبغي إدراج منظور أوسع عن جميع الأمراض في السياسات بحيث يركز على عوامل الخطر المسببة للمرض وليس على المرض بحد ذاته. وتخلق هذه المقاربة برنامجًا للعمل أكثر إقناعًا وثباتًا، كما تدعو صناع السياسات إلى النظر في سلوك السكان بطريقة واسعة جدًا كأن يدرسوا مثلًا طرق ممارستهم للأنشطة البدنية أو السفر وأثر ذلك على الأطفال، ما يجعل تنفيذ هذه المقاربة صعبًا.

وزارة الصحة مقابل الوزارات الأخرى: تدير وزارة الصحة عددًا من عناصر الرعاية الصحية لمرضى السكري. ومع ذلك، تدعو الخطة الوقائية الأوسع إلى اتباع مقاربة مشتركة تشمل وزارات أخرى كالتربية والتعليم، والتخطيط، والنقل، والصناعة.

إطار زمني طويل: يستغرق كبح جماح السكري فترةً أطول من دورة برلمانية واحدة. ولذلك يجب التركيز على تطوير وترسيخ التزام بالعمل متناسق ومتعدد الأطراف ومفيد على المدى المتوسط.

مقاربة مخصصة: ليس ثمة حل يصلح لجميع الأوضاع، إذ تختلف التدخلات الملائمة من بلد لآخر تبعًا للثقافات المختلفة للبلدان ومدى امتلاكها لبيئة تركز على الوقاية. علاوة على ذلك، غالبًا ما تحتاج الحكومات إلى دعم كبير من المجتمع المدني قبل أن تقرر اتخاذ تدابير تشريعية ومالية مقيّدة ولكن ضرورية. ويستغرق الحصول على هذا الدعم وقتًا أطول في بعض البلدان.

تحديد الأولويات: يستغرق تنفيذ الخطة المكثفة لمعالجة السكري والوقاية منه وقتًا طويلًا ويستدعي توفر موارد كبيرة. ولتأمين ذلك، لا بد من جعل السكري من أولويات الجمهور والسياسيين. وهي ليست بالمهمة السهلة نظرًا للأولويات المتزامنة لهاتين الفئتين.

والآليات الأساسية موجودة، ما يسمح لصناع السياسات بإحداث التغييرات الضرورية. وعلى الرغم من أن الخطة قد تكون طويلة ومعقدة، إلا أنه يمكن تحليلها إلى سلسلة إجراءات كي يمضي صناع السياسات فيها قدمًا دون عوائق. ويمكن تقديم الدعم للجهود التي يبذلونها من خلال عدة ممارسات تمت البرهنة على أنها مبتكرة والواردة في هذه الورقة البحثية.

أهداف السياسات

نقترح ثلاثة أهداف رئيسية على صناع السياسات:

١. تحسين معالجة مرضى السكري من أجل خفض معدلات حدوث المضاعفات.
٢. إنشاء منظومة رصد فعالة بغية تحديد المعرضين للإصابة بالسكري من النوع الثاني ودعمهم.
٣. وضع باقة متنوعة من التدخلات تساعد في إيجاد بيئة تركز على الوقاية.

الشكل ٤: إطار تدخلات السكري

الهدف العام



تقليل المخاطر الفردية لمرض السكري من النوع ٢ ومضاعفاتها عن طريق زيادة المعرفة والمهارات والدعم والحصول على خدمات عالية الجودة، والحد من المخاطر البيئية

ثلاثة أهداف رئيسية لواضعي السياسات

١	٢	٣
تحسين معالجة مرضى السكري من أجل خفض معدلات حدوث المضاعفات	إنشاء منظومة رصد فعالة بغية تحديد المعرضين للإصابة بالسكري من النوع الثاني ودعمهم	وضع باقة متنوعة من التدخلات تساعد في إيجاد بيئة تركز على الوقاية

الخطوات الرئيسية أمام واضعي السياسات

ضمان حصول مرضى السكري على الأدوية والعلاج	إجراء فحوص تستهدف الأشخاص المعرضين لخطر كبير	توضيح أسباب ومبررات التغيير بما في ذلك النتائج الصحية والاقتصادية
إجراء فحص شامل لمرضى السكري	تنفيذ تدخلات قائمة على الأدلة لوقاية الأشخاص المعرضين لخطر كبير من الإصابة بالمرض	الالتزام بالأهداف والجداول الزمنية الطموحة
تقديم برامج شاملة لتثقيف المريض ومساعدته على معالجة مرضه ذاتياً		تحديد مسؤوليات القيادة وتنسيق المبادرات لخلق بيئة تركز على الوقاية

إجراءات مبتكرة

تجريب نماذج الرعاية المسؤولة في تقديم الرعاية الصحية	استخدام مقاربات مبتكرة لزيادة فعالية تكلفة واستيعاب برامج الفحص والوقاية	استخدام باقة كاملة من التدخلات الوقائية بدءاً بحملات المعلومات العامة والتوعية إلى الضغط والتشريعات
استخدام مبادرات مبتكرة لتحسين كفاءة المعالجة الذاتية		بناء تحالف بين مقدمي الرعاية الصحية لدعم مقاربة الصحة والعافية الوقائية
استخدام نماذج مبتكرة لتقديم رعاية صحية فعالة التكلفة		

تتحدد أولوية هذه الأهداف تبعًا لدرجة أهميتها بالنسبة لصناع السياسات الصحية. ومع ذلك، يتعين أن يبذل صناع السياسات جهودًا كبيرة لتنفيذها جميعًا.

وتدرس هذه الورقة البحثية كل هدف على حدة، وتفسر أهميته بالنسبة لصناع السياسات من أجل العمل في كل في مجال، وتحدد ما الذي ينبغي إنجازه، وتصف السبيل إلى إنجاح شتى الممارسات المبتكرة.

تحسين معالجة مرضى السكري من أجل خفض معدلات حدوث المضاعفات

تتمثل نقطة الانطلاق بالنسبة لصناع السياسات في ضمان إجراء تحسينات مستمرة على معالجة مرضى السكري، إذ تعزز هذه التحسينات نوعية حياتهم وتحد من معدلات حدوث المضاعفات. ويخفف هذا بدوره من الضغوط الموضوعة على النظام الصحي ويقلل من الإنفاق العام. وتُعدّ وزارة الصحة المسؤول الأول عن تحسين الرعاية الصحية لمرضى السكري. وتتمتع هذه الأنواع من التدخلات، وليس المبادرات الرامية إلى الوقاية من المرض، بالقدرة على توليد عائد سريع على الاستثمار.

وتوضح المبادئ التوجيهية السريرية الوطنية والعالمية الوسائل الأساسية لتحقيق هذه التحسينات. وهي تتضمن على أعلى المستويات ما يلي:

- الحصول على الأدوية والعلاج الطبي.
- دعم المريض لمعالجة مرضه ذاتيًا.
- إجراء فحوص بحثًا عن أي مضاعفات.

علاوة على ذلك، ثمة معايير للمناطق منخفضة الموارد، وبحوث عن فعالية تكاليف التدخلات، وتوجيهات وأدوات مساعدة لصناع السياسات.

ولوضع الرعاية الصحية لمرضى السكري على المسار الصحيح، قد يكون من الضروري إجراء تعديلات على أنظمة الرعاية الصحية التقليدية. ويمكن أن ينطوي ذلك على ما يلي:

- وضع حوافز لمقدمي الرعاية الصحية من أجل تحسين النتائج.
- تحسين كفاءة المعالجة الذاتية للمرض وفعالية تكاليفها.
- توفير تدخلات تستهدف المرضى الذين يصعب الوصول إليهم.

وتوضح دراسات الحالات أدناه كيف يمكن للابتكار إحداث هذه التغييرات.

وضع حوافز لمقدمي الرعاية الصحية من أجل تحسين النتائج

تستدعي معالجة السكري بفاعلية إيجاد نظام للرعاية الصحية يتمتع بالخصائص التالية: أن يراعي مجمل الاحتياجات الصحية للمريض، ويكون سابقاً في تقديم الدعم له قبل إصابته بالمرض، ويعمل بطريقة متناسقة لضمان حصوله على الرعاية الصحية المناسبة في الوقت المناسب لتحقيق أفضل النتائج الممكنة.

ولا يتمتع كثير من أنظمة الرعاية الصحية بهذه السمات، ويعجز بالتالي عن تقديم أفضل رعاية صحية ممكنة للمريض. فعلى سبيل المثال، سلط مشروع "حان الوقت لفعل المزيد" الضوء مؤخراً على ظاهرة "الجمود السريري" والتي لا يتمكن بسببها المرضى الذين جرى تشخيصهم حديثاً بالسكري من النوع الثاني من بدء العلاج فوراً، كما لا يتقدم علاج المرضى القدامى في الوقت المناسب.¹⁴

استخدام نماذج الرعاية الصحية المسؤولة

يتحدث تقرير صادر عن مؤتمر القمة العالمي للابتكار في الرعاية الصحية عام ٢٠١٣ عن نموذجٍ للرعاية الصحية قادر على تحسين النتائج بالنسبة للمريض. وهذا النموذج هو الرعاية الصحية المسؤولة، وهو مقارنةً لتقديم رعاية صحية توفّق بين الأهداف والحوافز والنتائج بالنسبة لجهات تسديد تكاليف العلاج ومقدمي الرعاية الصحية والمرضى.

وفي نظام الرعاية الصحية المسؤولة، تتقاسم مجموعة من مقدمي الرعاية الصحية مسؤولية تحقيق النتائج بالنسبة لفئة معينة من المرضى، وتُعرض عليها حوافز مختلفة كي تتفوق في ذلك. ويضم هذا النظام العناصر الخمسة التالية:

- المساءلة بالنسبة لفئة سكانية معينة.
- نتائج محددة تتعلق بالصحة والعافية.
- القياسات وعملية رصد النتائج والتعلم من الأخطاء.
- حوافز الأداء وربط تقاسم المخاطر بالنتائج المتفق عليها.
- التعاون بين مقدمي الرعاية الصحية لتوفير جميع جوانبها من أجل تحقيق النتائج.

و بمقدور صناع السياسات الشروع بإجراء تحسينات في أي من تلك المجالات تماشياً مع شروط النظام الصحي القائم في بلادهم. ومتى وُجدت هذه الخصائص الخمس وترسخت، يحصل المريض على رعاية صحية استباقية ومتكاملة وتلائم احتياجاته الخاصة. ثم يصبح النظام الصحي قادراً على تحديد التحديات الصحية فوراً والتركيز على التدخل المبكر والوقاية.

وقد ثبتت فعالية نموذج الرعاية الصحية المسؤولة في تحسين نتائج معالجة السكري (انظر دراسات الحالات أدناه). وتمثل سر نجاحه في وجود طيف واسع من الحوافز على مستوى المؤسسات والأفراد بهدف تغيير سلوك الطبيب.

دراسة الحالة ١: نظام جايزينجر للرعاية الصحية لمرضى السكري (الولايات المتحدة)^{١٤, ١٥, ١٦}

وَصَّحَ جايزينجر نظامًا يقدم رعايةً صحيةً متسقة وقائمة على الأدلة لمرضى السكري. وقد ساعدت هذه المقاربة في التوفيق بين مقدمي الرعاية الصحية التقليديين ومنحتهم حوافز من أجل تحقيق النتائج المرجوة. وتتضمن مزايا هذا النظام ما يلي:

- تحديد المقاييس من معايير الرعاية الصحية التي وضعتها جمعية السكري الأمريكية وغيرها من المعايير الأخرى. وتتضمن هذه المقاييس:
 - باقة متكاملة من تدابير معالجة السكري من أجل تقييم النتائج.
 - قياسات شهرية للأداء.
- استخدام سجلات صحية إلكترونية كأدوات من أجل جعل العيادات تتبنى هذه التدابير من خلال الإخطارات والتوجيهات.
- إعادة تصميم الرعاية الصحية بتشكيل فرق تتكون من مقدمي الرعاية الصحية وطاقم التمريض والطاقم الإداري.
- وضع حوافز مشتركة لأعضاء هذه الفرق كي تلبى جميع أهدافها.
- إحداث تغيير بتعديل العوامل المساعدة والحوافز بما يلائم كل كادر طبي على حدة.
- وضع حوافز واضحة للموظفين استنادًا إلى ملاحظات شهرية عن أدائهم، ومنح مكافآت فردية وجماعية لأعضاء فرق الرعاية الصحية.

تمثلت نتائج النظام الجديد في الحد من مخاطر اعتلال الشبكية، والسكتة الدماغية، واحتشاء العضلة القلبية خلال ثلاث سنوات. وعلى وجه التحديد:

- من أصل كل ٨٢ مريضًا خضعوا للعلاج، جرت الوقاية من حالة احتشاء واحدة للعضلة القلبية.
- من أصل كل ١٧٨ مريضًا خضعوا للعلاج، تمت الوقاية من حالة سكتة دماغية واحدة.
- من أصل كل ١٥١ مريضًا خضعوا للعلاج، جرت الوقاية من حالة واحدة لاعتلال الشبكية.

ويوضح نموذج جايزينجر كيف يمكن للرعاية الصحية المسؤولة تحسين النتائج من خلال فرق الرعاية الصحية التقليدية. كما يمكن لهذا النموذج أن يشجع أيضًا على اشتراك مقدمي غير تقليديين، لا سيما إن تضمن منح مقدم الرعاية الصحية رسمًا ثابتًا عن كل مريض بغض النظر عن العلاج المطلوب (انظر دراسات الحالات التالية).

دراسة الحالة ٢: مؤسسة ريو غراندي للرعاية الصحية المسؤولة (الولايات المتحدة)^{١٧}

تبنت هذه المؤسسة في معالجة السكري مقارنةً تتمحور حول المريض. فقد أنشأ مسؤولو الرعاية الصحية والذين مازالوا يعتمدون على الرعاية الطبية القائمة مركزًا للتوعية بالسكري يساعد فيه مستشار مختص بالسكري المرضى على فهم مرضهم، وكُلّف أخصائي تغذية بمهمة الاجتماع مع مرضى السكري أهملوا مرضهم وتنظيم نزهات سيرًا على الأقدام داخل المجتمع المحلي وانطلاقًا من المركز بالتعاون مع جمعية السكري المحلية. واستعانت بعض العيادات بمدربين في مجال الرعاية الصحية، كما أنشئ مركز اتصال للمرضى. وقد أسفرت هذه المقاربة عن ارتفاع امتثال المرضى بالمقاييس الخمسة الرئيسية للسكري من ٢٣ في المائة (المعدل الوطني) إلى ٤٣ في المائة، وعن تراجع حصة مرضى برنامج التأمين الاجتماعي الوطني "ميديكير" من التكاليف الطبية بنسبة ١٤ في المائة.

دراسة الحالة ٣: مشروع "عام من الرعاية الصحية" التجريبي الخاص بهيئة الخدمات الصحية الوطنية (المملكة المتحدة)^{١٨}

أطلقت هيئة الخدمات الصحية الوطنية في المملكة المتحدة نموذجًا تجريبيًا للرعاية الصحية لمرضى السكري تحت عنوان "عام من الرعاية الصحية". وتضمن هذا النموذج منح مقدم الرعاية الصحية الأولوية رسميًا ثابتًا عن كل مريض بغض النظر عن العلاج المطلوب من أجل تغطية كامل التكاليف الطبية للمريض. وقد أنفق بعض مقدمي الرعاية الصحية جزءًا من هذا التمويل على طرق غير تقليدية بهدف تحسين النتائج الصحية للمريض. وكمثال على ذلك، التحق رجال من البنغال مصابون بالسكري بدورة لتعلم الطهي في سبيل مساعدتهم في فهم كيفية تناول طعام صحي ومعالجة مرضهم بصورة أفضل.

وتُبين نماذج الرعاية الصحية المسؤولة كيف يمكن أن يحفز صناع السياسات ويشجعون مقدمي الرعاية الصحية من أجل توفير رعاية صحية متكاملة وتُركز على النتائج لمرضى السكري.

وثمة مقاربات أخرى تستخدم المدفوعات والحوافز بهدف تحسين النتائج. فعلى سبيل المثال، استُخدمت هيئة الخدمات الصحية الوطنية في إنجلترا نظام "الأجر حسب الأداء" في الرعاية الصحية الأولية في سبيل تحسين النتائج. وعلى الرغم من أن هذا النظام لا يعزز تصميم مسارات مبتكرة، إلا أنه يشجع مقدمي الرعاية الصحية الأولية على تحسين تشخيص السكري وتقديم الرعاية الصحية.

دراسة الحالة ٤: إطار النتائج النوعية (المملكة المتحدة)

وَضَعَت إنجلترا في ٢٠٠٤ نظامًا للحوافز تبعًا للأداء في الرعاية الصحية الأولية. ويمنح هذا النظام الطبيب العام مكافآت مالية عند تحقيق مجموعة أهداف خاصة بالنوعية وترتبط بعلاج الحالات المزمنة، وتنظيم الممارسات، وإيصال صوت المرضى. ويُمنح الطبيب العام نقاطًا عند القيام بسلسلة أنشطة وتحقيق نتائج محددة.

وقد أثبتت الدراسات فعالية هذا النظام في تحسين الرعاية الصحية لمرضى السكري. فعلى سبيل المثال، ارتفعت نسبة المرضى الذين يراقبون معدل السكر التراكمي في دمهم من ٣٨ إلى ٥٥ في المائة بين عامي ١٩٩٨ و٢٠٠٧. وبالمثل، ارتفعت نسبة المرضى الذين يراقبون ضغط دمهم من ٢٢ إلى ٥٢ في المائة. وكان للحوافز أثر واضح على تغيير السلوك، فقد تحسنت النتائج بوجود حوافز بسرعة أكبر منها عند عدم وجود هذه الحوافز. ويعود الفضل جزئيًا في نجاح هذا النظام في تحسين الرعاية الصحية السريرية إلى التغيير السريع (السنوي تقريبًا) في الأهداف، ما شجع على بذل جهود موافقة لإجراء التحسينات.^{٢٠}

تحسين كفاءة المعالجة الذاتية للمرض وفعالية تكاليفها

تُعَدّ المعالجة الذاتية للمرض حجر الزاوية في الرعاية الصحية لمرضى السكري لأنهم بذلك ينفقون الغالبية العظمى من وقتهم بعيدًا عن التأثير المباشر لنظام الرعاية الصحية. ومع ذلك، لا يراقب كثير من مرضى السكري حالتهم جيدًا. فمثلًا، وجدت أحدث دراسة أجرتها "مراكز مكافحة الأمراض واتقائها" في الولايات المتحدة أن نسبة السكر التراكمي لدى قرابة ربع المرضى في البلاد تتجاوز ٨ في المائة (تبلغ النسبة الطبيعية أدنى من ٦ في المائة).^{٢١} ويُعَدّ ذلك مؤشرًا مهمًا لأن البحوث أشارت إلى وجود صلة قوية بين مستويات السكر التراكمي ومعدل حدوث المضاعفات.^{٢٢}

وتعتمد المعالجة الذاتية على عاملين اثنين ألا وهما حاجة الناس إلى الحصول على التعليم والمهارات الملائمة لهم كي يتمكنوا من معالجة مرضهم ذاتيًا، وحاجتهم إلى الحصول على الحوافز المناسبة (أو عدم وجود مثبطات) لهم والتي ترغّبهم بمعالجة مرضهم ذاتيًا. وتبين دراسات الحالات التالية كيف يمكن تعديل هذين العاملين من أجل تعزيز فعالية المعالجة الذاتية.

مشاركة المجتمع المحلي والتدخلات الملائمة ثقافيًا

تقدم دراسة الحالة الخاصة ببرنامج ديزموند لمحطة عن هذا النظام الوطني الذي يصمم موادًا للمعالجة الذاتية تلبي احتياجات مختلف الفئات الثقافية.

دراسة الحالة ٥: برنامج ديزموند (المملكة المتحدة)

هو برنامج تعليمي لمرضى السكري من النوع الثاني يهدف إلى تمكين المشاركين، وتزويدهم بالمعارف والمهارات اللازمة لفهم مرضهم ومعالجته ذاتيًا.

وُضعت بعض المقررات والمواد الدراسية فيه خصيصًا بحيث تراعي الفروق الثقافية. فقد وُضعت للمرضى من المسلمين مثلًا أداة دُعيت "رمضان أكثر أمانًا"، كما أُعدت مقررات تراعي ثقافات المجتمعات الإفريقية وغيرها من الأقليات العرقية. أما في ما يتعلق بمجتمعات جنوب آسيا، فتُدرس المقررات باللغة البنجابية أو الغوجاراتية أو الأردية أو البنغالية ضمن المجتمع المحلي من جانب متخصصين في مجال الرعاية الصحية حصلوا على تدريب خاص للعمل مع ذلك المجتمع المحلي بالتحديد.

كان لتدخلات ديزموند عظيم الأثر: ^٣

- خسر المشاركون وزنًا أكبر مما فقدوه أقرانهم (وسطيًا ٢,٩٨ كغ مقارنة بـ ١,٨٦ كغ خلال ١٢ شهرًا).
 - أظهر المشاركون تحسّنًا ملحوظًا في فهمهم للسكري.
 - بلغ متوسط التوفير في جودة سنوات الحياة المعدّلة ٢٠٩٢ جنيه إسترليني.
- انتشر هذا البرنامج عالميًا، إذ أصبحت "جمعية السكري في غربي أستراليا" تُدرّس المقررات. كما حصل البرنامج على جائزة "التعليم العلاجي للمرضى" من الجمعية الأوروبية لدراسة مرض السكري.

دراسة الحالة ٦: برنامج "كن بصحة جيدة واستخدم جوالك" (السنغال)

تعمل منظمة الصحة العالمية والاتحاد الدولي للمواصلات السلوكية واللاسلوكية على نشر هذا البرنامج في كافة أرجاء السنغال. وهو يركز على دعم المعالجة الذاتية للمرض بطريقة ملائمة ثقافيًا، إذ يرسل رسائل نصية إلى مرضى السكري خلال شهر رمضان، مقدّمًا لهم نصائح من قبيل:

- اشرب لترًا واحدًا من الماء كل سحور قبل أن تبدأ بالصوم.
- احرص على عدم تناول وجبة دسمة، واحذر الأطعمة الغنية بالسكريات كالتمر.
- اطلب من طبيبك أن يعدل جرعة أدوية السكري وتوقيتها قبل أن تبدأ بالصوم.

دراسة الحالة ٧: معهد بايلور لصحة وعافية مرضى السكري (الولايات المتحدة)

يُعدّ إدماج المعالجة الذاتية للمرض في المجتمع المحلي وسيلة ناجعة لتحسين الفاعلية. وقد أنشئ معهد بايلور لصحة وعافية مرضى السكري، ومقره في مركز مجتمعي في دالاس بولاية تكساس، بالتعاون بين منظمة بايلور للرعاية الصحية وإدارة المنتزهات والاستجمام في دالاس. وهو يجمع بين الرعاية الصحية السريرية ومعالجة المرض، بما في ذلك التدخلات الخاصة بنمط الحياة والتي تستهدف السلوكيات غير الصحية. ويلتحق أعضاء المجتمع بالمعهد عبر زيارة طبيب ومستشار للسكري. ويقدم المركز لهم التعليم والمشورة، كما يمكّنهم من أداء أنشطة مجتمعية كالالتحاق بفصول اللياقة البدنية، ودراسة الكتاب المقدس، وتعلم حرف يدوية.

دراسة الحالة ٨: منظمة مايكروكلينك الدولية (الأردن)^{٢٥، ٢٤}

يُعدّ برنامج "العيادات المصغرة" مثالاً آخر عن استخدام المجتمعات المحلية لتحسين المعالجة الذاتية. وتمثل هذه العيادات المصغرة شبكات من مجموعات صغيرة من الناس يتبادلون مصادر المعلومات، والتقنيات، والدعم الاجتماعي. وهم يعتمدون على العلاقات الشخصية، عوضاً عن التواجد في مبنى أو مساحة عمل أخرى، من أجل تمكين المجتمعات المحلية وبناء القدرات المحلية. وقد أنشأت منظمة مايكروكلينك حتى تاريخه ١٥٠٠ عيادة مصغرة في أربع قارات.

ونفذت هذه المنظمة في الأردن برنامجاً جند مرضى مصابين بالسكري ودرّبهم كي يؤسسوا عياداتهم المصغرة. وقد حضر التدريب مجموعات صغيرة مكونة من شخصين إلى ثمانية أشخاص كي يتعلموا سبل معالجة مرضهم بصورة أفضل. كما حضر المشاركون جلسات مشتركة بغية ممارسة أنشطة بدنية، وتناول وجبات صحية، وتلقي تربية صحية، وأداء أنشطة اجتماعية. وشجّع أعضاء المجموعات على دعم بعضهم الآخر وتبادل معارفهم. وقد مُنحت كل عيادة مصغرة جهازاً لقياس سكر الدم.

كانت النتائج مثيرة للإعجاب:^{٢٦}

- أكمل ٨٣ في المائة من المشاركين الـ ٣١٥ الذين التحقوا بالبرنامج التدريب حتى النهاية.
- خسر كل مشارك مع نهاية البرنامج ٢,٩ كغ من وزنه في المتوسط.
- بعد مرور ٢٤ شهراً، بلغ متوسط الوزن الذي خسره كل مشارك ١,٦ كغ. علاوة على ذلك، انخفض مؤشر كتلة الجسم عند المشاركين بمقدار ٠,٤٣ نقطة، كما تراجع السكر التراكمي بنسبة مطلقة بلغت ٠,٩٧ في المائة عن نسب خط الأساس.

استخدام التقنيات الحديثة

تُوفّر وسائل الإعلام الاجتماعية وتكنولوجيا المعلومات الحديثة فرصًا لتحسين المعالجة الذاتية للمرض. وتتضمن التطورات المفيدة ما يلي:

- استخدام الألعاب لتحفيز مرضى السكري على معالجة مرضهم ذاتيًا.
- استعمال وسائل التواصل الاجتماعي والتقنيات الحديثة.

دراسة الحالة ٩: برنامج مايشوجر (النمسا والولايات المتحدة الأمريكية)^{٢٧}

يتكون هذا البرنامج الذي تأسس عام ٢٠١١ من مجموعة تطبيقات على الحاسوب والهواتف الذكية. وهو يضم الآن قرابة ١٥٠ ألف مستخدم، والتطبيقات مجانية، ولكن ثمة رسوم على توسيعها وتطويرها.

ويقدم هذا البرنامج حوافز من أجل تحسين معالجة المرض ذاتيًا عبر تقديم معالجة السكري كلعبة يتعين على اللاعب فيها ترويض وحش مرض السكري يوميًا، ويكسب اللاعب نقاطًا في كل مرة يسجل مستوى سكر الدم في التطبيق، ثم يمكن كسب نقاط إضافية بالإجابة على أسئلة اختبارية. ويمكن الهدف من وراء ذلك في تحسين التزام المرضى بمعالجة مرضهم ذاتيًا وتركيزهم عليها.

ويمكن للمستخدم وضع أهدافٍ وتحديات شخصية لنفسه، ويرسم مخططًا يُظهر تقدمه. كما يمكنه اللعب مع مستخدمين آخرين ومعرفة تقدمهم ونتائجهم وتبادل الصور معهم، ما يشكل عنصرًا من عناصر المنافسة الاجتماعية ويؤسس لشبكة مجتمعية داعمة يسعى فيها المستخدمون جاهدًا كي لا يخذلوا أنفسهم أو الآخرين.

وحصل البرنامج على علامة سي إي من السلطات الأوروبية كونه أداة طبية من الدرجة الأولى. وهو مسجل لدى إدارة الغذاء والدواء الأمريكية، كما وافقت عليه وزارة الصحة الكندية وإدارة السلع العلاجية في أستراليا. وقد أظهرت دراسة أجريت مدة ثلاثة أشهر، وإن كانت على نطاق ضيق، ازدياد عدد مرات اختبار المستخدم للسكر في دمه بنسبة بلغت ١٠ إلى ٢٠ في المائة.

دراسة الحالة ١٠: لعبة ديابيتس فوياجر (الولايات المتحدة)^{٢٨}

تعاونت مؤخرًا شركات نوفو نورديسك وأوكولس فيرتشوال رياليتي ومايكروسوفت كينكت على إنشاء لعبة الواقع الافتراضي "ديابيتس فوياجر" التي تأخذ المستخدم في رحلة إلى القلب والدماغ والأوعية الدموية في جسم مريض مصاب بالسكري. ثم يتعين على المستخدم إنهاء مهام صعبة تتعلق بمعالجة السكري، مثل تحقيق مستويات طبيعية للسكر التراكمي. وعلى الرغم من عدم استخدام البرنامج على نطاق واسع حتى الآن، إلا أنه يمثل مقارنةً إيجابيةً لإشراك المرضى وتثقيفهم، وإلا أصبحوا لا مبالين.

دراسة الحالة ١١: شركة جلوكو (الولايات المتحدة)^{٢٩}

تُعدّ التطبيقات الطبية مفيدةً للمرضى وللمقدمي الرعاية الصحية على حد سواء. فعلى سبيل المثال، تعرض شركة جلوكو أجهزةً تقرأ سكر الدم عند المريض وترسل القراءة إلى هاتفه النقال الذي يحوي تطبيقًا يفسر له هذه القراءات ويحدد أفضل سياق لنمط حياته، بما في ذلك النظام الغذائي ومدخول الأنسولين ومستويات النشاط البدني. ويخدم هذا النظام مقدمي الرعاية الصحية أيضًا، إذ يمكنهم استخدامه من أجل التواصل مع مرضاهم أو مراقبتهم وأيضًا من أجل التخطيط لإجراء تدخلات عند الضرورة.

دراسة الحالة ١٢: برنامج OurD # (المملكة المتحدة)^{٣٠}

تُوفر وسائل التواصل الاجتماعي فرصًا متزايدة للمرضى من أجل دعم بعضهم الآخر. فمثلًا، يستخدم برنامج OurD #، وهي منصة مجتمعية على الإنترنت، موقع تويتر بهدف توعية مريض السكري ودعمه. وهو يتيح للمريض إجراء دردشات أسبوعية على شبكة الإنترنت والولوج إلى مدونات تقدم له معلومات عن السكري. ويضم هذا الحساب قرابة ألفي متابع، وترسل شهرتًا ألف تغريدة تقريبًا باستخدام هذا التطبيق.

توفير تدخلات تستهدف المرضى الذين يصعب الوصول إليهم

يتمثل آخر التحديات التي تواجه صناع السياسات في تقديم رعاية فعالة كإجراء الفحوص في مناطق محدودة الموارد أو يصعب الوصول إليها. وتبين دراسة الحالة التالية سبل تحقيق ذلك باستخدام تقنيات حديثة.

دراسة الحالة ١٣: برنامج ريتيدياج (تشيلي)^{٣١}

يتيح نموذج ريتيدياج لمراكز الرعاية الصحية الأولية فحص مرضى السكري وتشخيص اعتلال شبكية العين السكرية بتكلفة منخفضة عبر استخدام صور للشبكية والتطبيق عن بعد. ويسمح برنامج حاسوبي وُضع خصيصًا لذلك الغرض للمتخصصين في مجال الرعاية الصحية بتحويل صور الشبكية إلى ملف بي دي إف وإرساله إلكترونيًا إلى مركز صحي ضخم كي يفحص فيه أطباء العيون الصور عن بعد. وفي غضون أول خمسة أشهر، تمكن ريتيدياج من دراسة حالة خمسة آلاف مريض بالسكري. وهو يستخدم التطبيق عن بعد والمعاناة عن بعد للتغلب على مسألة نقص أطباء العيون المدربين وصعوبة السفر إلى مجتمعات نائية. ويستهدف هذا البرنامج فئات سكانية محددة وله غرض محدد جدًا، إذ يقدم خدمة واحدة فقط تسمح باستخدام نموذج بسيط نسبيًا، وقد عدّه بنك التنمية للبلدان الأمريكية في ٢٠١٤ أحد أكثر الأفكار الإبداعية لأنه يحسن مستوى المعيشة في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي.

إنشاء منظومة رصد فعالة بغية تحديد المعرضين للإصابة بالسكري من النوع الثاني ودعمهم

يُعد إجراء فحوص للكشف عن مرض السكري أمرًا بديهيًا وضروريًا. ويمكن الوقاية من ٨٠ في المائة من حالات السكري من النوع الثاني بتغيير نمط الحياة أو العلاج بالأدوية،^{٣٢} ما يشكل فرصة سانحة لخفض عدد مرضى السكري وأعباء التكاليف الناجمة عنه. وقد تُبَت بأن فحص السكري أمرٌ مجد اقتصاديًا.^{٣٤،٣٣}

ومع ذلك، يصعب الوصول إلى بعض المجتمعات، وغالبًا ما تكون معدلات الخضوع إلى فحص السكري منخفضة حتى في المجتمعات التي يكون فيها هذا الفحص سهلًا وفي متناول الجميع. وثمة طيف واسع من الأدوات والمقاربات التي تدعم صناع السياسات في جهودهم المبذولة نحو زيادة معدلات الخضوع لفحص السكري، إذ يتعين عليهم جعل هذا الفحص أكثر سهولة وجاذبية للناس وبتكلفة معقولة. ويوضح هذا الفصل الطرق المبتكرة لتحقيق هذا الهدف.

تحسين فعالية فحص السكري

ثمة عدة مقاربات تهدف إلى تحسين معدلات الخضوع لفحص السكري، ومن بينها:

- تقديم حوافز للناس كي يخضعوا للفحص.
- استهداف مقدمي الرعاية الصحية كي يشجعوا على الخضوع للفحص.
- جعل إجراءات الفحص تراعي الظروف الثقافية.
- تقاسم التكاليف وحجم المصاعب بإجراء فحوص لأمراض أخرى في الوقت ذاته.
- استهداف السكان المعرضين كثيرًا للخطر.

يُفيد تقديم حوافز إلى مقدمي الرعاية الصحية في تحسين معدلات الخضوع للفحص. وغالبًا ما يتواصل الأطباء السريريون أثناء مجرى عملهم الاعتيادي مع مرضى معرضين كثيرًا للخطر، فيكونون بذلك في موقع قوي يتيح لهم التأثير عليهم. كما يتجاوب المريض إيجابيًا مع الحوافز طالما أنها تتفوق على الوقت والجهد والمتاعب وربما الأموال التي يتعين عليه إنفاقها من أجل الخضوع للفحص.

وتمثل دراسة الحالة التالية مبادرة للفحص بدأت بمعدلات خضوع متدنية جدًا ومخيبة للآمال قبل أن ترتفع في نهاية المطاف بفضل تقديم حوافز مالية كبيرة.

دراسة الحالة ١٤: برنامج وقاية (أبوظبي) ٣٦,٣٥

بدأ برنامج وقاية، وهو مبادرة للكشف عن مرض السكري ومعالجته في أبوظبي، بجهود دعائية واسعة النطاق استخدمت وسائل الإعلام والحملات المجتمعية. وقد حاول منظمو البرنامج القضاء على المثبطات الواضحة من خلال تقليص مدة الفحص إلى عشر دقائق وتجهيز شبكة مكونة من ٢٥ عيادة حكومية مكرسة لهذا الغرض تعمل خلال الفترات المسائية وعطلات نهاية الأسبوع.

وعلى الرغم من هذه الجهود المبدولة، بقيت معدلات الخضوع لهذا الفحص أدنى مما هو متوقع. ولوصول إلى المعدلات المطلوبة، وضع منظمو البرنامج حوافز إيجابية فربطوا الفحص بإصدار بطاقة صحية مجانية وشاملة (ثقة). ويمكن حتى لمن لا يرغب في الخضوع للفحص الحصول على هذه البطاقة، إذ بمقدوره الانسحاب من هذا البرنامج ورفض الشمول به.

وقد ارتفعت نسبة الخضوع للفحص كما كان متوقعًا لتبلغ ٩٤ في المائة من السكان. وتم تشخيص أكثر من ٩ آلاف حالة من حالات السكري من النوع الثاني، ويخضع الآن هؤلاء المرضى للعلاج.

إن هذه العملية شاملة وعظيمة الأثر، إذ يحصل كل من يخضع للفحص على معلومات مفصلة عن احتمال إصابته بالمرض ومعلومات عن سبل العيش بصورة صحية. ويحصل الذين تُشخص إصابتهم بالسكري على خطط معالجة تلائم كل واحد فيهم. وقد كانت مراقبتهم للسكري أفضل من مراقبة المرضى الذين قرروا عدم الخضوع لهذا الفحص، كما بلغ معدل المرضى الذين كانت نسبة السكر التراكمي عندهم أدنى من ٧,٥ في المائة قرابة ٤٢ في المائة مقارنة بـ ٢٤ في المائة.

ويعود أحد أسباب عدم خضوع كثير من الناس إلى هذا الفحص إلى محدودية نطاق خدماته. ويمكن الحل في جعله مريحًا وبسيطًا قدر الإمكان. وقد أظهرت إحدى المبادرات الأخيرة في دولة قطر فعالية كبيرة عبر الاستفادة من سلوك الناس الاعتيادي.

دراسة الحالة ١٥: فحص السكري خلال شهر رمضان (دولة قطر)

من الطرق البسيطة للفحص وخز الإصبع، ولكن سيئتها الرئيسية تتمثل في ضرورة أخذ عينة الدم أثناء الصيام لتحقيق نتائج دقيقة. ولذلك نُفذ برنامج للفحص في دولة قطر خلال شهر رمضان. كما اختير مكان ملائم للفحص بالقرب من أماكن صلاة الجمعة.

وضمن رعاة البرنامج من خلال مراعاة العادات المحلية تحقيق نسبة مرتفعة من الخضوع للفحص. فقد فحصوا أكثر من ألفي شخص في غضون ساعتين فقط، فضلًا عن تقديم معلومات ومشورة عن السكري.

وفي أستراليا، تغلب برنامج "لايف!" على ضيق نطاق خدمات الخضوع للفحص بتقديم باقة متنوعة من الطرق للناس من أجل الخضوع له والحصول على العلاج. علاوة على ذلك، امتد الفحص ليشمل احتمال الإصابة بأمراض القلب والسكتة الدماغية. وقد أسهمت هذه المقاربة الواسعة في تحقيق مزيد من الدعم للبرنامج الذي يعد مثاليًا جدًا عن مبادرات تقدم حوافز لمقدمي الخدمات بغية تشجيعهم على إيالة المرضى.

دراسة الحالة ١٦: برنامج "لايف!" (أستراليا)

أنشئ هذا البرنامج عام ٢٠٠٧ بتمويل من حكومة ولاية فيكتوريا وجمعية السكري الأسترالية. وتقدّم هذه المبادرة التي تغطي الولاية بأسرها تدخلات قائمة على الأدلة بهدف تغيير نمط حياة وسلوك الأفراد المعرضين كثيرًا للإصابة بالسكري من النوع الثاني وأمراض القلب والأوعية الدموية من أجل الحد من احتمال إصابتهم.

ويتمثل أحد الأهداف الرئيسية لهذا البرنامج في توعية السكان وتشجيعهم على المشاركة. وقد وُضعت مجموعة كبيرة من الحوافز والتدخلات المتناسقة لتحديد أولئك المعرضين لخطر الإصابة بالسكري:

- يمكن للأفراد الخضوع لاختبار مجاني على الإنترنت يحدد بسرعة وسهولة احتمال إصابتهم بالسكري ويدعوهم إلى الالتحاق بالبرنامج إذا اقتضى الأمر.
- تُستخدم آليات، كالحملات عبر وسائل الإعلام الاجتماعية والتسويق على مستوى الولاية وتُصب منصات في المناسبات العامة، بهدف تعزيز الوعي بالسكري وتذكير أولئك المعرضين للإصابة به بخطر ذلك وبأهمية تغيير نمط حياتهم.
- أنشئ خط ساخن لمن يرغب في فهم المخاطر بوضوح والمشاركة في دورات الوقاية.
- وُضعت حوافز مالية لمقدمي الرعاية الصحية بغية تشجيعهم على إيالة المرضى، إذ تحصل كل عيادة على ٢٠ دولارًا أستراليًا عن كل مريض تحيله و٣٠ دولارًا أستراليًا عند إكمال المريض للدورة التمهيدية.

كان الأثر إيجابيًا جدًّا:^{٣٧}

- أُحيل ٢٦ ألف مريض، ثم نُصح ١٩,٥٠٠ منهم باتباع دورة خطر الإصابة المرتفع.
- خسر المشاركون الذين أتموا ست جلسات ٢,٤ كغ من وزنهم و٣,٨ سم من محيط خصرهم في المتوسط.
- ارتفعت نسبة المشاركين الذين حققوا هدفًا في تناول غذاء صحي وممارسة نشاط بدني بين الجلستين الأولى والسادسة من ٣١ إلى ٦٥ في المائة ومن ١١ إلى ١٨ في المائة على التوالي.
- تُشير التقديرات إلى أن مخاطر إصابة المشاركين بالسكري انخفضت بنسبة ٢١ إلى ٣٩ في المائة، إضافة إلى تحقيق وفّرٍ وسطي في تكاليف الرعاية الصحية مدى الحياة قدره ١٠٨٧ دولارًا أستراليًا لكل شخص.

وكما هو مبين أعلاه، يمكن تحسين فعالية مبادرات فحص السكري بتقاسم الأعباء عبر فحص أمراض أخرى لأن ذلك يقلل من التكلفة الإجمالية، فضلًا عن أنه خيار أكثر جاذبية للسكان المستهدفين. وبيّن المثال التالي سبل استخدام ظروف ذات صلة من أجل وضع مقارنة للفحص تستهدف فئة سكانية بعينها.

دراسة الحالة ١٧: فحص السكري لدى مرضى السل (الصين)

يزيد السكري قابلية إصابة المريض بالسل، وتشير التقديرات إلى أنه يمكن عزو ١٠ في المائة من حالات السل في الصين إلى السكري. ومعدلات انتشار كلا المرضين آخذة بالارتفاع، ما يشكل تحديًا كبيرًا على الصحة العامة. وعقب إصدار منظمة الصحة العالمية لتوجيهاتها بشأن "الإطار التعاوني للرعاية الصحية لمرضى السل والسكري ومكافحتهم"، أطلقت الصين برنامجًا تجريبيًا ثنائي الاتجاه عقّد إلى فحص ٩ آلاف مريض بالسل ليجد أن ١٣ في المائة منهم مصابون بالسكري، وأن ٣ في المائة، أي قرابة ربع الذين تبينت إصابتهم بالسكري، لم يكونوا على علم بإصابتهم، وتُظهر تلك النسبة المرتفعة أن الفحص ثنائي الاتجاه طريقةً مجدية اقتصاديًا لتحديد مرضى السكري.^{٣٨}

وضعُ باقيةٍ متنوعة من التدخلات تساعد في إيجاد بيئة تركز على الوقاية

يمكن الإسهام بشكل كبير في إبطاء أو حتى إيقاف انتشار السكري من النوع الثاني عبر تغيير سلوك السكان بهدف جعل المجتمعات تهتم كثيرًا بصحتها وتمارس مزيدًا من الأنشطة البدنية وتتناول غذاءً صحيًا. وللتأثير على السكان وإحداث التغيير المطلوب في سلوكهم، ينبغي لصناع السياسات إيجاد بيئة تركز على الوقاية، أي تدعم الخيارات الصحية وتشجع السلوكيات الصحية. وتمتد فوائد ذلك متجاوزةً السكري إلى أمراض أخرى غير معدية، ومن بينها أمراض القلب والأوعية الدموية، وأمراض الجهاز التنفسي، وكثير من أنواع السرطان، والخرف.

وليس إنشاء بيئة كهذه بالأمر اليسير، إذ يواجه الناس يوميًا مئات الأمور التي تخربهم على اتخاذ خيارات ليست صحية سواء في المنزل أم العمل أم المدرسة وأثناء السفر أو التسوق أو الاستجمام. ويسهم في اتخاذ كل قرار طيف واسع من العوامل: المعلومات المتاحة، والحوافز، وضغط الأقران، والأعراف الاجتماعية.

الإطار ٣: الدروس المستفادة من مكافحة التدخين

يقدم تاريخ مكافحة التدخين بعض الدروس المفيدة من أجل إيجاد بيئة تركز على الوقاية. فلمعالجة قضية التدخين، استعان صناع السياسات بسلسلة متنوعة من التدخلات والمبادرات من أجل الحصول على أثر مستدام بدلًا من تقديم معلومات وتوجيهات عامة، ومروّرا بالضرائب، وانتهاءً بالتشريعات.

ويسلط نوفوتني ومامودو الضوء على خمسة محفزات رئيسية تُثبت فعاليتها في مكافحة التدخين:

- الاستعانة بالعلم من أجل توعية العامة وصناع السياسات بالمخاطر الصحية والتكاليف الاقتصادية، وأيضًا من أجل توجيه السياسات.
- إعداد استراتيجيات إعلامية لتوعية المستهلكين وحثهم على تغيير سلوكهم.
- إطلاق حملات مناصرة من أجل تحفيز التدخلات وإخضاع صناع القرار للمساءلة.
- اتخاذ إجراءات قانونية لوضع اللوائح.
- إقامة تعاون دولي بهدف ترسيخ التغيير عالميًا.

المصدر:

Progression of tobacco control policies: Lessons from the United States and Implications for Global Action, Novotny and Mamudu, 2008.

ويُعتبر بعض صناعات السياسات صعوبة هذه المهمة سببًا لعدم الخوض فيها، بيد أننا نرى بأن هذه المهمة لا يمكن تجنبها لأن أثر السكري أكبر من أن يتجاهله صناعات السياسات.

ويمكن استخلاص دروس مفيدة من مبادرات ناجحة لصحة السكان في مجالات أخرى كالسلامة على الطرق، ومكافحة الإيدز، والتدخين (الإطار ٣). وتُبين هذه المبادرات أهمية استخدام تدخلات متعددة من أنواع شتى باستخدام قنوات مختلفة بدءًا من تقديم معلومات وتوجيهات تؤثر على خيارات الناس، وانتهاءً بسن تشريعات تُقيّد الخيارات أو تلغيها كليًا. وينبغي لصناعات السياسات حشد دعم من الجهات المعنية في المجتمع وفئات المرضى والعمل مع مختلف الوزارات بغية التأثير على جميع جوانب حياة الناس.

واستنادًا إلى حملات الصحة العامة السابقة،^{٤١،٤٢،٤٣} استنبطنا مجموعة خطوات يجب أن يتخذها صناعات السياسات لأنها تساهم في إيجاد بيئة تركز على الوقاية.

توضيح أسباب ومبررات التغيير

لضمان استمرار الدعم السياسي والعام للعمل ضد السكري، من الأهمية بمكان إيجاد مسوّغات واضحة من أجل التغيير على أن تتضمن قاعدة أدلة تلفت أنظار صناعات السياسات إلى الآثار الصحية والاجتماعية والاقتصادية للسكري، فضلًا عن أهداف واضحة يمكن تحقيقها من أجل تحسين الوضع.

بناء قاعدة أدلة من أجل توعية العامة وصناعات السياسات بالمخاطر الصحية والتكاليف الاقتصادية، وأيضًا من أجل توجيه السياسات

تُعدّ الحقائق المتعلقة بمرض السكري – انتشاره، ومعدل نموه، وآثاره الصحية – صاعقة للغاية. ولحشد دعم حكومي يتجاوز وزارة الصحة، ينبغي ترجمة هذه الحقائق إلى تكاليف اقتصادية أو آثار على مستوى المعيشة. وخير مثال على ذلك هو مقارنة تبنتها أستراليا.

دراسة الحالة ١٨: مقارنة تركز على الخزينة (أستراليا)

ساعد تبني مقارنة تُركز على الخزينة أستراليا في منح الحكومة أولوية للأمراض غير المعدية. وتمثل "أولويات الصحة الوطنية" في أستراليا الأمراض ذات الأعباء الاجتماعية والاقتصادية الأكبر.

ووضعت الاستراتيجية الوطنية للصحة الوقائية في البلاد بهدف مواجهة عدة قضايا كالأزمات غير المعدية، ومن بينها السكري، وآثارها المضرّة بإنتاجية قوة العمل وقدرتها التنافسية. وقد أطلقت الاستراتيجية على المستوى الوطني، لكن نفذتها كل ولاية على حدة عبر إشراك مجلس الحكومات الأسترالية. وهي تركز على الحد من عوامل الخطر كالسمنة، والتدخين، والكحول بغية الحد من انتشار جميع الأمراض غير المعدية وأثرها السلبي على الاقتصاد.^{٤٤}

تحديد أهداف وغايات واضحة دعمًا لأسباب التغيير

لابد من وضع أهداف واضحة ومتفق عليها بهدف التشجيع على العمل. ويمكن أن تستند هذه الأهداف إلى غايات طويلة الأمد التزم بها معظم الدول، ولكن يجب تحقيقها على المدى المتوسط من أجل الإشارة إلى الحاجة الملحة لهذه المبادرة.

وتتضمن غايات منظمة الصحة العالمية بشأن الأمراض غير المعدية لعام ٢٠٢٥ ما يلي:^{٤٢}

- خفض معدل الوفيات الناجمة عن هذه الأمراض بنسبة ٢٥ في المائة.
- وقف انتشار السكري والسمنة.
- خفض معدل الخمول البدني بنسبة ١٠ في المائة على الأقل.
- توفير ٨٠ في المائة من التقنيات الأساسية والأدوية الضرورية بأسعار معقولة.
- تمكين ٥٠ في المائة من الناس المؤهلين من الحصول على العلاج بالأدوية والمشورة (بما في ذلك مراقبة نسبة سكر الدم).

إطلاق طائفة تدخلات لتغيير سلوك السكان

ثمة باقة متنوعة من التدخلات تشجع السكان على تغيير سلوكهم. وكما نعرف من الحملات السابقة الناجحة للصحة العامة، غالبًا ما تحقق التدخلات أكبر فعالية ممكنة إذا أُطلقت بالتعاقب بدءًا من المعلومات العامة والتوعية ومرورًا بالتدابير البسيطة (أو التوجيهات) وانتهاءً بالتدابير الصارمة، ومن بينها التشريعات.

وتغدو التدابير الصارمة كاللوائح والتدخلات المالية عظيمة الأثر متى وُضعت أسبابًا ومبررات ذات صلة سياسيًا من أجل التغيير وعند الحصول على دعم مجتمعي كبير في سبيل ذلك. ويمكن لصناع السياسات الاستفادة من عدة أمثلة على مبادرات تساعد في إيجاد بيئة تركز على الوقاية. ويتضمن الجدول ١ طائفة مختارة من هذه الأمثلة.

الجدول ١: لمحة عامة عن التدخلات الوقائية

المقاربة	دراسات الحالات
المعلومات	<p>دراسة الحالة ١٩: معلومات قوائم الطعام في ولاية نيو ساوث ويلز (أستراليا): وضعت حكومة ولاية نيو ساوث ويلز برنامجًا تجريبيًا قرض على مطاعم الوجبات السريعة إدراج السعرات الحرارية (مقاسة بالكيلو جول) للأطعمة التي يقدمونها في قوائم الطعام، ودعمت هذه العملية معلومات على شبكة الإنترنت، ومقطع فيديو على موقع يوتيوب، وتطبيق على الهواتف الذكية. وخلال الفترة التجريبية للبرنامج، تراجع متوسط ما يشتريه كل زبون من السعرات الحرارية بنسبة ١٥ في المائة (من ٣,٣٥٥ إلى ٢,٨٣٦ كيلو جول) ^{٤٥} وقد انتهجت الولايات المتحدة في الآونة الأخيرة مسارًا مماثلًا، إذ فرضت إدارة الغذاء والدواء على المطاعم التي تنشر في ما لا يقل عن عشرين موقعًا عرض مقادير السعرات الحرارية للمواد الغذائية التي تحتويها قوائم الطعام. ^{٤٦}</p> <p>دراسة الحالة ٢٠: القيود على الإعلانات (كوريا الجنوبية): فرضت كوريا الجنوبية في ٢٠١٠ قيودًا على الإعلانات التلفزيونية الخاصة بالأطعمة الغنية بالطاقة ذات القيمة التغذوية المتدنية والتي تستهدف الأطفال أثناء ذروة ساعات مشاهدتهم للتلفاز. وقد أظهرت البحوث حدوث انخفاض كبير في السنة التالية في كل من الإنفاق الإعلاني وعدد الإعلانات الخاصة بهذه الأطعمة خلال ساعات الذروة وخارجها. ^{٤٧}</p>
التوجهات	<p>دراسة الحالة ٢١: المبادئ التوجيهية للتصميم النشط في مدينة نيويورك (الولايات المتحدة الأمريكية): نشرت مدينة نيويورك في ٢٠١٠ مبادئ توجيهية من أجل تزويد المهندسين المعماريين ومصممي المدن بمجموعة استراتيجيات تهدف إلى إنشاء مبان وشوارع ومساحات صحية. وقد أدرجت هذه المبادئ منذ نشرها في عقود الإنشاءات في المدينة وأيضًا في سياسات جعل السلالم في متناول الجميع. وتعمل إدارة النقل في المدينة على إنشاء شوارع صديقة للمشاة والمسنين، والتخفيف من الازدحام المروري، وإيجاد ممرات إضافية للدراجات الهوائية، وتحسين حركة الحافلات، وقد تمثلت النتيجة في زيادة استخدام الدراجات الهوائية ووسائل النقل العامة وانخفاض الوفيات الناتجة عن الحوادث المرورية والازدحام المروري.</p> <p>دراسة الحالة ٢٢: التدخلات الغذائية (تشيلي): وضعت تشيلي قيودًا تحظر على مطاعم الوجبات السريعة تقديم لعب مع وجبات الأطفال من أجل إزالة الرابط بين هذه اللعب والوجبات السريعة. كما وضعت السلطات نظامًا جديدًا يفرض وضع تحذير صريح على الأطعمة الغنية بالسكريات أو الأملاح أو السعرات الحرارية أو الدسم.</p>
تدخلات غير مالية	<p>دراسة الحالة ٢٣: الحيوية (جنوب أفريقيا): ينفذ هذا البرنامج الذي يقدم مكافآت على طريقة العيش الصحية بالتعاون مع شركات التأمين، إذ يحصل الأعضاء مقابل اتباعهم نمط حياة صحي على جوائز من قبيل حسوم على الاشتراك في النادي الرياضي وعلى شراء الأغذية الصحية أو منح نقاط من أجل تذاكر السفر أو السينما أو التسوق.</p>

حوافز ضريبية

دراسة الحالة ٢٤: الإعفاءات الضريبية (كندا)
تسمح هذه المبادرة لأولياء الأمور بالحصول على حسم ضريبي يصل إلى ٥٠٠ دولار كندي عن كل طفل دون سن ١٦ عامًا يلتحق ببرنامح مؤهل للنشاط البدني. وقد حصل أكثر من ١,٥ مليون مواطن على هذا الحسم. وتُظهر الدراسات ازدياد مشاركة الأسر ذات الدخل المنخفض والمرتفع في برامج الأنشطة البدنية.^{٤٨}

تعديلات حكومية على أسعار السلع أو الخدمات من أجل زيادة/خفض جاذبيتها نسبة إلى البدائل.

دراسة الحالة ٢٥: الضرائب الصغيرة (هنغاريا)
فرضت هنغاريا في ٢٠١١ ضريبة على المنتجات التي تُعدّ شديدة الملوحة أو الحلوة أو الغنية بالكافيين، وترافقت هذه الضريبة التي فرضت على المنتج أو أول موزع مع حملة للصحة العامة، وقد ارتفع متوسط تكلفة المنتجات الخاضعة للضريبة بنسبة ٢٧ في المائة ليتراجع استهلاك هذه المنتجات بنسبة ١٠-١٥ في المائة في غضون عام واحد فقط. وأنفقت الإيرادات المحصلة من هذه الضريبة على زيادة أجور الأطباء وطواقم التمريض وعلى برامج تنموية مثل بناء محطات جديدة للإسعاف.^{٤٩}

دراسة الحالة ٢٦: ضريبة السكر (المكسيك)
فرض مجلس الشيوخ المكسيكي في ٢٠١٣ ضريبة تعادل بيزو واحد تقريبًا على كل لتر من الصودا، وتشير التقديرات الأولية إلى فعالية هذه الضريبة. فقد انخفض استهلاك المشروبات السكرية بنسبة ١٠ في المائة في الأشهر الثلاثة الأولى من عام ٢٠١٤ مقارنة بالعام السابق وارتفع استهلاك المشروبات غير الخاضعة للضريبة (كالمياه المعلبة) بنسبة ٧ في المائة.^{٥٠}

التشريعات واللوائح

دراسة الحالة ٢٧: مجلس التعليم في ولاية مسيسيبي (الولايات المتحدة)
قرض قانون "الطلاب الأصحاء" الذي سنته ولاية مسيسيبي عام ٢٠٠٧ عددًا من الشروط على المدارس، ومن بينها الحد الأدنى للأنشطة البدنية والتعليم الصحي، وتنظيم خيارات المأكولات والمشروبات، وتعزيز خيارات الطلاب الصحية. ومُنحت المدارس حوافز مالية كي تشارك في تحدي بعنوان "مدارس أمريكية أكثر صحة" وتدريب موظفي خدمات الطعام على طهي طعام صحي. وقد انخفضت معدلات السمنة في صفوف الأطفال من ٤٣ في المائة عام ٢٠٠٥ إلى ٣٧ في المائة عام ٢٠١١. كما تضاغت نسبة المدارس التي لا تقدم أي أطعمة مغلية من ١٨ في المائة عام ٢٠٠٩ إلى ٣٨ في المائة عام ٢٠١٢.^{٥١}

القيود على الأنشطة أو السلع أو الخدمات، وشروط تصرف الأفراد أو الجهات بطريقة معينة.

وضع هياكل تضمن استدامة الرعاية الصحية

إن تكوين بيئة تركز على مسألة الوقاية من السكري هو أحد أهدافنا على المدى الطويل، ويتطلب الالتزام الجاد، قولاً وفعلًا. وضمنًا لذلك، يتعين على صانعي السياسات انتهاز مقاربة ترمي إلى حشد الدعم بهدف معالجة طيف واسع من الأمراض، وتنسيق مختلف التدخلات الطبية، وتحقيق التعاون الدولي.

إطلاق حملات مناصرة لعدة أمراض بهدف تحفيز التدخلات وإخضاع صناعات القرار للمساءلة

يستدعي إيجاد بيئة تُركز على الوقاية اتباع مقاربة تتجاوز السكري لتعالج عوامل الخطر المسببة له. وغالبًا ما تبدأ مجموعات المناصرة الصحية التقليدية بالتركيز على مرضٍ بمفرده، علمًا أن أثر هذه التجمعات يغدو أعظم إن اتحدت لتشكل تحالفًا فتستفيد جميعًا من البيئة التي تركز على الوقاية وتساعد معًا في حشد المجتمع المدني من أجل التغيير. ويمكن لهذه المقاربة المشتركة بعث رسائل أوضح، والتمتع بصوت أعلى، وبالتالي تصبح المناصرة أقوى. وفي ما يلي مثال على مقاربة التحالف.

دراسة الحالة ٢٨: التحالف الصحي الكاريبي

يهدف هذا التحالف إلى الحد من الوفيات والعجز الناجم عن الأمراض المزمنة التي تصيب سكان منطقة البحر الكاريبي. وهو يستخدم استراتيجيات المناصرة والضغط من أجل تغيير سلوك الحكومة والمقاولات الخاصة، والمنظمات غير الحكومية، والأوساط الأكاديمية، والشركاء الدوليين، والسكان.

كما يسهم التحالف في حملات التوعية بالصحة العامة ويساعد في إعداد برامج سكانية عن مكافحة التدخين، وزيادة الأنشطة البدنية، والتغذية، ومعالجة الأمراض وتشخيصها. وتزيد هذه الأنشطة وعي صناعات السياسات، وتزود عامة السكان بالمعارف والمهارات اللازمة للحد من خطر إصابتهم بأمراض مزمنة.

ويهدف معظم أنشطة هذا التحالف إلى تعبئة الناس وخلق جراك جماعي. ويتألف التحالف من أكثر من ٥٠ منظمة صحية غير حكومية قائمة في منطقة البحر الكاريبي، وما يزيد على ٥٥ منظمة غير ربحية، وأكثر من ٢٠٠ فرد وعضو في منظمات كاريبية وعالمية. ويمارس التحالف من خلال هذا الدعم القوي نفوذه على صناعات القرار والسياسات، فعلى سبيل المثال، حصلت عريضة إلكترونية تدعو إلى زيادة فحوص سرطان عنق الرحم ولقاحاته على أكثر من ١٣ ألف توقيع.

وتتضمن المجموعات الأخرى التي تناصر عدة أمراض التحالف الوطني للوقاية من أمراض الأوعية الدموية في أستراليا ومجموعة ريتشموند للمؤسسات الخيرية في المملكة المتحدة. وقد وسّعت هذه المقاربة واعتمدت في استراتيجيات وطنية تشمل عدة أمراض، وأبرزها استراتيجية "ونلايف" في فنلندا.

دراسة الحالة ٢٩: استراتيجية ونلايف (فنلندا)

أطلقت فنلندا في عام ٢٠٠٠ برنامجًا وطنيًا لمكافحة السكري أطلقت عليه اسم "ديهكو". ويركز هذا البرنامج على الوقاية من السكري من النوع الثاني، ودعم معالجته ذاتيًا وتحسين نوعية الرعاية المقدمة لمرضاه. وعلى الرغم من نجاحه، إلا أنه توقف عام ٢٠١١ كي يفسح المجال لاعتماد مقاربة متكاملة. وفي عام ٢٠١٢، وُجِّدَت جمعية الدماغ الفنلندية وجمعية السكري الفنلندية وجمعية القلب الفنلندية حملاتها ومشروعاتها لتعزيز الصحة في مبادرة واحدة مشتركة أطلق عليها اسم "مشروع ونلايف" الذي يهدف إلى تحسين الوقاية، وتعزيز التشخيص المبكر، والحد من المضاعفات، ودعم إعادة تأهيل المرضى في عدة أمراض. وتزيد هذه المقاربة التي تستهدف عدة أمراض العمل المشترك، وتقلل من ازدواجية الموارد والمصاريف. والأهم من ذلك أنها توفر معلومات وتنسيقًا واضحًا و متسقًا للجمهور وغيره من الجهات المعنية.

وعلى شاكلة تدابير مكافحة التدخين التي تستغرق سنوات عديدة كي يصبح أثرها فعالًا، يستغرق الأمر عدة دورات انتخابية لإيجاد بيئة تركز على الوقاية. ولا بد بالتالي من ضمان مواصلة الضغوط لفترة أطول من دورة برلمانية واحدة.

دراسة الحالة ٣٠: المجموعة البرلمانية لدعم السكري (أستراليا)

تأسست هذه المجموعة في البرلمان الاتحادي لأستراليا عام ٢٠٠٠ بهدف توعية أعضاء البرلمان وموظفيه بالسكري، مانحة إياهم توجيهات واضحة بضرورة معالجة هذا المرض وسبل القيام بذلك، وتتضمن أنشطة هذه المجموعة ما يلي:

- تنظيم نشاطات بارزة مثل استضافة فعالية لغسيل الكلى في مبنى البرلمان أو تنظيم حدث "الأطفال في البرلمان" والذي دُعي فيه أطفال مصابون بالسكري وأولياء أمورهم إلى البرلمان الوطني للحديث مع المشرعين.
- الشروع في مناقشات لتبادل الأفكار وزيادة المعارف بشأن السكري.
- التواصل مع القائمين على قطاع الرعاية الصحية والمجموعات غير الربحية والمنظمات البحثية والمتخصصين في مجال الرعاية الصحية للحصول على مشورتهم ودعمهم في نشر المعارف بشأن مرض السكري.

وتستهدف هذه المجموعة صناع السياسات بالتحديد بغية تأمين مزيد من الاهتمام والتمويل من أجل معالجة السكري. وقد جاءت النتائج إيجابية للغاية:

- عقب فعالية غسيل الكلى التي بُثت على الهواء مباشرة، تعهد رئيس الوزراء بتخصيص مبلغ وقدره ٢٣,٥ مليون دولار أسترالي لإنشاء مركز الزرع العالمي للتميز في البحوث.
- مُنحت مسومات على خدمات مساعدة، من قبيل طب الأقدام وبرامج تعليم طاقم التمريض، تتميز بفعاليتها في الحد من مضاعفات السكري.

- في عام ٢٠٠٨، خصصت الحكومة الفدرالية 0,5 مليون دولار أسترالي لتأمين حصول الأسر ذات الدخل المنخفض على تكنولوجيا مضخة الأنسولين بأسعار مدعومة.

- تمت الموافقة في ٢٠١٤ على تخصيص مبلغ قدره ٣٥ مليون دولار أسترالي لمواصلة البحوث الرامية إلى إيجاد علاج للسكري.

ضمت المجموعة البرلمانية في ذروتها ٣٠ في المائة من أعضاء البرلمان الاتحادي. كما أنشئت مجموعات برلمانية للسكري في عدة بلدان أخرى، ومن بينها المملكة المتحدة، والولايات المتحدة، ومالطا، وفنلندا، فضلاً عن مجموعة عالمية من خلال الاتحاد الدولي للسكري.

ومن المقاربات الأخرى التي استُخدمت تعيين "قيصر"، أي تعيين شخص عادةً ما يكون غير سياسي لتأييد قضية معينة في الحكومة. وقد خلُصت دراسة أجريت في المملكة المتحدة إلى أن اعتماد "القيصر" مفيد في ضمان الالتزام بتغيير السياسات وسلوك الناس.^{٥٢}

تفويض المسؤولية عن تنسيق مبادرات الوقاية

تُعدّ خطة الحياة الصحية معقدة للغاية لدرجة أنه من الضروري تفويض مسؤولية تنفيذها إلى جهة قادرة على العمل داخل الحكومة وخارجها.

ويمكن تنسيق التدخلات الوقائية أو تدخلات الحياة الصحية على مستوى واحد أو عدة مستويات وطنية أو إقليمية أو بلدية تبعاً لكل نظام محلي. وفي ما يلي أمثلة على التنسيق على مختلف المستويات.

دراسة الحالة ٣١: التنسيق الوطني – مراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها (الولايات المتحدة)^{٥٣}

تُعدّ هذه المراكز، وهي وكالة فدرالية تتبع لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية، الهيئة الوطنية للصحة العامة في الولايات المتحدة. وهي مسؤولة عن تعزيز وتنسيق الوقاية من السكري ومكافحته بطريقة غير مكلفة مادياً وقائمة على الأدلة. ولقسم "بحوث السكري الانتقالية" الذي تأسس في هذه المراكز عام ١٩٨٩ أربعة أهداف رئيسية:

- تحديد الأعباء الناجمة عن مرض السكري من خلال مراقبة الصحة العامة.
- إجراء بحوث تطبيقية انتقالية.
- الإشراف على برامج السكري الوطنية.
- تنسيق الاستراتيجيات الإعلامية وتقديم معلومات عامة.

ولا تنفذ هذه المراكز تدخلات مباشرة، بل تعمل من خلال شراكات، ومن بينها شراكات مع إدارات الصحة في الولايات، من أجل تنفيذ تدخلات قائمة على الأدلة. ومن خلال دورها في التنسيق والمراقبة، يمكن لهذه المراكز تكوين فكرة عامة استراتيجية عن التدخلات اللازمة لمعالجة السكري على المستوى الوطني. وخير مثال على هذا الدور التنسيقي هو البرنامج الوطني للوقاية من السكري:

- هو برنامج لتغيير نمط الحياة يقوم على الأدلة ويهدف إلى وقاية الأشخاص المعرضين بشكل كبير للإصابة بالسكري من النوع الثاني. وهو يوفر بنية تحتية تسهل التعاون بين الأجهزة الفدرالية وأجهزة حكومات الولايات، ومنظمات المجتمع المدني، وأرباب العمل، وشركات التأمين، والمتخصصين في مجال الرعاية الصحية، والأوساط الأكاديمية، وغيرها من الجهات المعنية.
- توافق المراكز على البرامج المحلية التي تلبى المعايير الوطنية. وثمة الآن أكثر من 500 منظمة مسجلة في "برنامج الاعتراف" الخاص بهذه المراكز، مع وجود بيانات عن أكثر من 10 ألف مشارك في البرامج.
- يعمل المشاركون في البرامج في إطار مجموعات، إذ يخضعون للتدريب على تغيير نمط الحياة. ويمتد التدريب مدة عام كامل يحضر المشاركون خلاله 16 جلسة أساسية (مرة واحدة أسبوعيًا) ثم ست جلسات لاحقة (مرة كل شهر). ويتعلم المشاركون ويمارسون استراتيجيات إدراج الأنشطة البدنية في حياتهم اليومية وتناول طعام صحي.
- أظهرت دراسة عن البرنامج أن إجراء تغييرات بسيطة على السلوك ساعد المشاركين في إنقاص وزنهم بنسبة 0 إلى 7 في المائة، ما خفض احتمال إصابتهم بالسكري من النوع الثاني بنسبة 08 في المائة.

دراسة الحالة ٣٢: التنسيق الإقليمي – برنامج "تحركي يا ساو باولو" (البرازيل)^{٥٤}

يسعى هذا البرنامج إلى تعزيز النشاط البدني لدى سكان ولاية ساو باولو البالغ عددهم ٣٧ مليون نسمة. وقد تم تنسيقه من جانب مركز دراسات مختبر بحوث اللياقة البدنية في مدينة ساو كايتانو دو سول وبدعم مالي من الأمانة العامة للصحة في ولاية ساو باولو. ويتضمن الهيكل الإداري للبرنامج مجلسًا علميًا وآخر تنفيذيًا لضمان تمتع البرنامج بأساس علمي قوي.

ويهدف البرنامج إلى إبلاغ رسالته الأساسية المتمثلة في اعتماد نمط حياة ملؤها النشاط يتضمن ما لا يقل عن ٣٠ دقيقة من الأنشطة البدنية المعتدلة مدة 0 أيام في الأسبوع. وهو يستخدم المقاربات الثلاث التالية:

- **فعاليات ضخمة:** على سبيل المثال، تُعقد فعالية "تحركي أيتها الحشود" في آخر جمعة من أغسطس بهدف نشر رسالة البرنامج إلى أكثر من ٦ ملايين طالب عبر جلسات تعليمية وأنشطة طلابية في الحدائق العامة والساحات والأندية.
- **العمل مع الشركاء:** ينقذ أكثر من ٣٠٠ شريك مبادرات تتعلق بالأنشطة تحت شعار (تحرك)، مثل الحملات الصحية في مكان العمل أو فعاليات تنزیه الكلاب.
- **المشاركة مع البلديات:** وافقت السلطات المدنية على اتخاذ تدابير تعزز الصحة مثل تحسين الأرصفة، وإنشاء مزيد من الممرات للدراجات الهوائية وأماكن ترفيهية إضافية، وفتح أبواب المرافق الرياضية المدرسية أمام العامة في عطلة نهاية الأسبوع.

وقد كانت النتائج إيجابية للغاية. فبين عامي ٢٠٠٠ و٢٠٠٨، تراجعت نسبة الأفراد الخاملين من ١٠ إلى ٣ في المائة، فيما ارتفعت نسبة الأفراد النشطين للغاية من ٧ إلى ١٦ في المائة.

دراسة الحالة ٣٣: تنسيق المدينة: اعتنِ بنفسك يا نيويورك (الولايات المتحدة)^{٥٥}

أطلق عمدة مدينة نيويورك السابق مايكل بلومبيرج مقارنةً رفيعة المستوى من أجل تحسين الصحة والرفاه حملت اسم "اعتنِ بنفسك يا نيويورك". وهي خطة شاملة لتحسين صحة المدينة تحدد أولويات واضحة وأهداف يمكن قياسها. وقد نسقت إدارة الصحة في المدينة هذه الاستراتيجية، كما تشارك فيها باقة متنوعة من الشركاء في الحكومة والقطاعات الأخرى كما هو مبين في مجموعة مبادراتها:

- تقييد استخدام الدهون الصناعية غير المشبعة في الأطعمة التي تقدمها مطاعم المدينة.
- إطلاق برنامج باكس للصحة الذي يمنح السكان ذوي الدخل المنخفض قسائم بقيمة دولارين لشراء الفاكهة والخضراوات من جميع أسواق المزارعين في مدينة نيويورك. وقد تعاونت ٦٦ سوقًا للمزارعين لخدمة أحياء هي بأمس الحاجة إليها.
- إطلاق ألف عربة جواله لبيع الفاكهة والخضار فقط.
- زيادة وزارة النقل لطول ممرات الدراجات الهوائية بمقدار ٢٠٠ ميل بين عامي ٢٠٠٦ و٢٠٠٩. كما أنشأت المدينة ٢٠ موقفًا مغطى للدراجات الهوائية يتسع لـ ٣١٠٠ دراجة.
- تخصيص أماكن عامة للعب، إذ تُغلق مجموعة شوارع أمام السيارات أسبوعيًا أو حتى يوميًا لزيادة المساحة المخصصة للعب الأطفال وتعزيز الأنشطة البدنية.
- جعل المدارس تقدم فطورًا ووجبات صحية عقب وضع المعايير الصحية في المدينة.
- تحويل باحات المدارس إلى ملاعب عامة يستخدمها الجمهور خارج ساعات الدوام المدرسي كجزء من برنامج "تحويل الباحات إلى ملاعب عامة".

كان أثر ذلك عظيمًا. فقد شهدت مدينة نيويورك في السنوات الخمس الأولى لإطلاق البرنامج ارتفاع متوسط العمر المتوقع إلى أكثر من المتوسط الوطني، وتراجع عدد حالات الدخول إلى المستشفى دون داعٍ، وانخفاض الوفيات الناجمة عن أكثر الأسباب شيوعًا مثل أمراض القلب.

ويضعف التنسيق من هذا النوع الأثر التراكمي للمشروعات الفردية. فمن خلال تفويض مسؤولية التنسيق إلى منظمة قائمة، لا يعود هناك حاجة كي ينشئ واضعو السياسات أو السياسيون منظمة جديدة. ويجب أن تكون هذه المنظمة المختصة القائمة قادرة على اختيار وتنسيق مجموعة ملائمة من برامج التدخل التي تغطي نطاقًا شاملاً ويمكن المحافظة عليها على المدى المتوسط والبعيد وليس فقط خلال دورة انتخابية واحدة.

إقامة تعاون دولي لترسيخ التغيير عالميًا

يكتسب السكري بوصفه أحد الأمراض غير المعدية الأكثر انتشارًا في العالم أهمية متزايدة على الساحة الدولية. ويفقد الإطار العالمي للوقاية من الأمراض غير المعدية الذي أطلقته منظمة الصحة العالمية هذه الجهود.

ركزت الجهود الدولية تاريخيًا على التعليم وبناء القدرات، وهما الخطوتان الرئيسيتان اللازمتان لزيادة الاهتمام بالسكري من النوع الثاني والتركيز على معالجته. ولكن كما تبين من حالة التدخين، هناك المزيد مما ينبغي القيام به. فعولمة أسواق العالم وحركة السكان تعنيان بأن العمل نحو إيجاد بيئة تركز على الوقاية يستدعي وجود تعاون دولي مخصص بدءًا بتنسيق التشريعات وتوحيد التعريفات التجارية بشأن الطعام وانتهاءً بتبادل أفضل الممارسات في مجال الوقاية والعلاج.

خاتمة: الخطوات المقبلة بالنسبة لصناع السياسات

يُعدّ كبح جماح السكري ضرورة حتمية بالنسبة لصناع السياسات، ويوجد الآن التزام عالمي بتحسين الوقاية من السكري ورعاية مرضاه. ونحن ندرك أسباب ومبررات التغيير ونعلم ما المطلوب. وقد اتخذت هذه الورقة البحثية الخطوة التالية وفسرت كيف يمكن وضع هذه المعارف موضع التنفيذ.

وفي ما يلي أربع خطوات لمواجهة تحدي السكري استنادًا إلى ممارسات مبتكرة وردت في هذه الورقة البحثية:

التوصية	الإجراء
١. توضيح أسباب ومبررات التغيير.	<ul style="list-style-type: none">• استخدام قاعدة أدلة لتوعية الجمهور وصناع السياسات بالمخاطر الصحية، والتكاليف الاقتصادية، والحاجة إلى التصرف بشأن ذلك.• توضيح أهمية اتخاذ إجراءات على مستوى الحكومة ككل عبر شرح المنافع التي تعود على الاقتصاد والإنتاجية نتيجة لمعالجة السكري ومراقبته وإيجاد بيئة وقتانية على نطاق أوسع.• الالتزام بأهداف وجداول زمنية طموحة خاصة بالأهداف الرئيسية الثلاثة: معالجة السكري، ومراقبته، والوقاية منه.
٢. مواءمة الحوافز في نظام الرعاية الصحية من أجل تحسين النتائج بالنسبة لأولئك المعرضين لخطر الإصابة بالسكري من النوع الثاني أو المصابين به.	<ul style="list-style-type: none">• ضمان أن تصبح آليات الدفع في الرعاية الصحية تركز على النتائج وأن تقوم على قنح مقدم الرعاية الصحية رسقًا ثابتًا عن كل مريض بغض النظر عن العلاج المطلوب بهدف تحفيز الأول على:<ul style="list-style-type: none">- الاستثمار في الرعاية الصحية الوقائية والابتكار في تقديم الخدمات.- توجيه نماذج إشراك المجتمع والأقران في معالجة المرض ذاتيًا والوقاية منه.- استخدام تقنيات مبتكرة بغية تحسين الوقاية والرعاية الصحية.- وضع نظام للمراقبة غير مكلف مادّيًا من أجل تحديد الأشخاص الأكثر عرضة للإصابة بالسكري من النوع الثاني ودعمهم.
٣. وضع باقة متنوعة من التدخلات تساعد في إيجاد بيئة تركز على الوقاية.	<ul style="list-style-type: none">• إطلاق استراتيجيات إعلامية بهدف توعية المستهلكين.• استخدام توجيهات إيجابية وسلبية من أجل صث الناس على تغيير سلوكهم.• فرض ضرائب باعتبارها حافزًا أقوى، وسن تشريعات ولوائح من أجل إيجاد بيئة تركز مباشرة على الوقاية.

-
- ٤. وضع هياكل تضمن استدامة الرعاية الصحية.
 - تعزيز حملات المناصرة لعدة أمراض بهدف جعل الرسائل أبسط وأقوى، والتحفيز على القيام بتدخلات، ووضع صناع القرار موضع المساءلة.
 - تفويض المسؤولية عن قيادة حملات الوقاية وتنسيقها إلى جهة ملائمة مع منحها صلاحية العمل داخل الحكومة وخارجها.
 - إعداد استراتيجية وطنية بغرض تنسيق تنفيذ التدخلات الوقائية من السكري وغيره من الأمراض غير المعدية.
 - الاستفادة من التعاون الدولي من أجل إحداث مزيد من التغييرات عالمياً.
-

تزود هذه الإجراءات، إلى جانب المعايير والتدخلات المشار إليها في هذا التقرير، صناع السياسات بأساس قوي من أجل مواجهة التحدي العاجل للسكري من النوع الثاني.

شكر وتقدير

ترأس المنتدى المنبثق عن مؤتمر القمة العالمي للابتكار في الرعاية الصحية من أجل وضع هذه الورقة البحثية البروفيسور ستيفن كولاجيوري، أستاذ الصحة الاستقلابية في معهد السمنة والتغذية والتمارين الرياضية بجامعة سيدني.

وَضَع هذه الورقة البحثية البروفيسور ستيفن كولاجيوري، بالتعاون مع الدكتور جيمس كينت، والدكتور تومي كاينو، وستيفن ساذرلاند من مجموعة بوسطن الاستشارية، وسابين فويك من معهد الابتكار في مجال الصحة العالمية في إمبريال كوليدج لندن، ونود أن نعرب عن عميق شكرنا وامتناننا إلى أعضاء المجلس الاستشاري الذين أسهموا برؤاهم الفريدة في هذه الورقة البحثية:

عبد البديع أبو سمره، مؤسسة حمد الطبية.

عبد الله الحَمَق، الجمعية القطرية للسكري.

آن اولبرايت، مراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها في الولايات المتحدة.

علاء العلوان، منظمة الصحة العالمية.

إينيس باريش، البنك الدولي.

أندرو بوشل، شركة نوفارتيز.

ديزموند جونستون، إمبريال كوليدج لندن.

جان كلود ميانا، جامعة ياوندي.

جودي مويلان، جمعية السكري الأسترالية.

ديفيد باترسون، المنظمة الدولية لتطوير القانون.

شوكت ساديكوت، الاتحاد الدولي للسكري.

أديان ساندرز، عضو في برلمان المملكة المتحدة.

ليندا سيمينيريو، جامعة بيتسبيرج.

اللورد فيليامي تانجي، مستشفى فايولا.

جيانينج وينج، جمعية السكري الصينية، المستشفى التابع الثالث والمختبر الرئيسي لعلم السكري في مقاطعة جوانجدونج، وجامعة صن يات-سين للعلوم الطبية.

أجرى المقابلات التي استرشد بها هذا التقرير ستيفن ساذرلاند تحت إشراف الدكتور جيمس كنت من مجموعة بوسطن الاستشارية. ويوجه الرئيس والمؤلفون الشكر لجميع من أسهم في هذا التقرير، ومن بينهم صوفي نيكولز وجيسكا بريست، ويتحمل المؤلفون مسؤولية الأخطاء أو السهو.

فريق إدارة المنتدى المنبثق عن مؤتمر القمة العالمية للابتكار في الصحة "وِيش":

مدير المنتدى: ويل ووربورتون

رئيس تطوير المنتدى: ساره هندرسون

زميل المنتدى: سابين فويك

الملحق الأول: الموارد لصناع السياسات

التوجيه بشأن معالجة السكري من النوع الثاني

- American Diabetes Association (2014). Standards of medical care in diabetes
- Administration on Aging. Diabetes self-management (DSMT) toolkit
- Beaulieu et al. (2006). The business case for diabetes disease management .for managed care organizations
- Diabetes UK (2009). Improving supported self management for people with diabetes
- Health Navigator New Zealand (2013). Self management support toolkit
- Health Innovation Network (2014). Structured Education for Type 2 diabetes – .A toolkit for optimal delivery
- International Diabetes Federation (2012). Global guidelines for type 2 diabetes
- Institute for Healthcare Improvement (2014). Partnering in self-management .support: A toolkit for clinicians
- Joslin Diabetes Centre. Clinical guidance for adults with diabetes
- Li R et al. Cost-effectiveness of interventions to prevent and control diabetes .mellitus: A systematic review. **Diabetes Care**. 2010;33(8):1872–94
- National Peer Support Collaborative Learning Network (2014). Advocating .and planning for a behavioral health peer support program
- National Health and Medical Research Council, Australia (2009). National evidence .based guidelines relating to type 2 diabetes
- National Institute of Clinical and Healthcare Excellence, UK (2014). Type 2 diabetes. .The management of type 2 diabetes
- Robert Wood Johnson Foundation (2008). Building the business case for diabetes .self management
- Ryden L et al. European Society of Cardiology (ESCARDIO). Guidelines on diabetes, .pre-diabetes and cardiovascular diseases, an executive summary
- World Health Organization (2010). Package of essential noncommunicable (PEN) .disease interventions for primary health care in low resource settings
- World Health Organization. Global action plan for the prevention and control .of noncommunicable diseases 2013–2020

التوجيه بشأن المراقبة والوقاية لفائدة الفئات المعرضة لخطر الإصابة بالسكري

- Albright AL, Gregg EW (2013). Preventing type 2 diabetes in communities across the .US: The National Diabetes Prevention Program
- .Government of Australia (2010). AUSDRISK: Australian risk assessment tool
- Buijsse B et al. (2011). Risk assessment tools for identifying individuals at risk .of developing type 2 diabetes
- Canadian Task Force on Preventive Health Care. Recommendations on screening .for type 2 diabetes in adults. CMAJ. 2012;184:1687
- DiabetesUK. Evidence-based nutrition guidelines for the prevention and management .of diabetes 2013
- European Policy Action Network on Diabetes (2011). The ExpAND policy toolkit .on diabetes
- FINDRISC: Finnish risk assessment tool (more information: Lindstrom J, Tuomilehto J. The diabetes risk score: a practical tool to predict type 2 diabetes risk. Diabetes (Care. 2003;26:725–731
- Hoerger TJ et al. Screening for type 2 diabetes mellitus: a cost-effectiveness analysis. .Ann Intern Med. 2004;140(9):689–699
- Li R et al. Cost-effectiveness of interventions to prevent and control diabetes mellitus: A systematic review. Diabetes Care. 2010;33(8):1872–94
- National Institute of Clinical and Healthcare Excellence, UK (2012). Preventing type 2 .diabetes – risk identification and interventions for individuals at high risk: guidance
- Norris SL (2005). Long-term effectiveness of weight-loss interventions in adults with .pre-diabetes: A review
- Paulweber B et al. A European evidence-based guideline for the prevention .of type 2 diabetes
- IMAGE (2010): Take action to prevent diabetes: A toolkit for the prevention of type 2 .diabetes in Europe
- Taylor J (2011). A pragmatic review of risk identification and interventions to prevent .type 2 diabetes in high risk adults in disadvantaged and vulnerable groups

التوجيه بشأن إيجاد بيئة تقوم على الوقاية

- Institute for Government (2013). Mindspace: Influencing behavior through public policy.
- Magnussen R, Patterson D (2014). The role of law and governance reform in the global response to non-communicable diseases.
- Pan American Health Organization (2010). Compilation of legislation for the English-speaking Caribbean countries and territories on prevention and control of obesity, diabetes and cardiovascular diseases.
- UK Cabinet Office (2010). Applying behavioral insight to health.
- World Health Organization (2010). A framework for implementing the set of recommendations on the marketing of foods and non alcoholic beverages to children.
- World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020.
- World Health Organization (2014). Population-based approaches to childhood obesity prevention.

التوجيه بشأن مناصرة المصابين بداء السكري والتواصل وتطوير السياسة الوطنية ذات الصلة

- Economic Intelligence Unit (2007). The silent epidemic: An economic study of diabetes in developed and developing countries.
- International Diabetes Federation (2010). A guide to national diabetes programmes.
- International Diabetes Federation (2008). The policy puzzle: Is Europe making progress?
- International Diabetes Federation (2013). IDF Diabetes Atlas. Sixth Edition.
- International Diabetes Federation (2010). Global healthcare expenditure on diabetes in 2010 and 2030.
- International Diabetes Federation. Advocacy and communications toolkit.
- (United Nations Declaration on diabetes (2011).
- World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020.
- World Economic Forum (2011). The Global economic burden of non-communicable diseases.

الملحق الثاني: ملخص دراسات الحالات

رقم الصفحة	ملخص	الدولة	مثال على الحالة
تحسين معالجة مرضى السكري من أجل خفض معدلات حدوث المضاعفات			
١٧	مقاربة الرعاية الصحية المسؤولة لمرضى السكري	الولايات المتحدة	١. نظام جايزينجر للرعاية الصحية لمرضى السكري
١٨	مقاربة الرعاية الصحية المسؤولة لمرضى السكري - إدماج مقدمي رعاية صحية غير تقليعيين	الولايات المتحدة	٢. مؤسسة ريو غراندي للرعاية الصحية المسؤولة
١٨	الاستعانة بمقدمي رعاية صحية غير تقليعيين في مجال الرعاية الصحية لمرضى السكري	المملكة المتحدة	٣. مشروع "عام من الرعاية الصحية" التجريبي الخاص بهيئة الخدمات الصحية الوطنية
١٩	برنامج لتقديم حوافز استنادًا إلى مبدأ "الأجر حسب الأداء" من أجل تعزيز الرعاية الصحية لمرضى السكري	المملكة المتحدة	٤. إطار النتائج النوعية
٢٠	تعليم المرضى المخصص لفئات ثقافية معينة	المملكة المتحدة	٥. برنامج ديزموند
٢٠	استخدام تكنولوجيا الهاتف النقال من أجل دعم المعالجة الذاتية للمرض خلال شهر رمضان	السنغال	٦. برنامج "كن بصحة جيدة" واستخدم جوالك
٢١	تقديم المعالجة الذاتية المجتمعية	الولايات المتحدة	٧. معهد بابلور لصحة وعافية مرضى السكري
٢١	دعم الأقران من المرضى المتمرسين من أجل المعالجة الذاتية للمرض	الأردن	٨. منظمة ميكروكلينك الدولية
٢٢	تطبيق على الهاتف الجوال يدعم المعالجة الذاتية	دولي	٩. برنامج مايشوجر
٢٢	برنامج يدعم التوعية بشأن السكري	الولايات المتحدة	١٠. برنامج ديابيتس فوياجر
٢٣	أجهزة طبية وتطبيقات على الهاتف المحمول من أجل تحسين المعالجة الذاتية	الولايات المتحدة	١١. شركة جلوكو
٢٣	مجتمع لوسائل الإعلام الاجتماعية يدعم مرضى السكري	المملكة المتحدة	١٢. برنامج OurD #
٢٣	استخدام التطبيق عن بعد من أجل تشخيص مشاكل الشبكة لدى مرضى السكري	تشيلي	١٣. برنامج ريتيدياج

رقم الصفحة	ملخص	الدولة	مثال على الحالة
إنشاء منظومة رصد فعالة بغية تحديد المعرضين للإصابة بالسكري من النوع الثاني ودعمهم			
٢٥	برنامج لفحص السكري ورعاية مرضاه.	أبو ظبي	"١٤. برنامج وقاية
٢٥	مقاربة للرفع من معدل الخضوع للفحص.	دولة قطر	١٥. فحص السكري خلال شهر رمضان
٢٦	برنامج لفحص المعرضين للإصابة بالسكري ومعالجتهم	أستراليا	١٦. برنامج لايف
٢٧	برنامج يفحص السكري لدى مرضى السل	الصين	١٧. فحص السكري والسل
وضع باقة متنوعة من التدخلات تساعد في إيجاد بيئة تركز على الوقاية			
٢٩	تحديد الأسباب والمبررات الاقتصادية لاتخاذ إجراءات بشأن الأمراض غير المعدية.	أستراليا	١٨. مقارنة تركز على الخزينة
٣١	إدراج معلومات عن السرعات الحرارية على قوائم الوجبات السريعة.	أستراليا	١٩. معلومات قوائم الطعام في ولاية نيو ساوث ويلز
٣١	فرض قيود على إعلانات أطعمة الأطفال الغنية بالطاقة وذات القيمة التغذوية المتدنية.	كوريا الجنوبية	٢٠. القيود على الإعلانات
٣١	المبادئ التوجيهية لتصميم المدينة بهدف إيجاد بيئة صحية.	الولايات المتحدة	٢١. المبادئ التوجيهية للتصميم النشط في مدينة نيويورك
٣١	سن لوائح وتشريعات تعزز نمط الحياة الصحية.	تشيلي	٢٢. التدخلات الغذائية
٣١	برنامج يقدم مكافآت مقابل اتباع نمط حياة صحية.	جنوب أفريقيا	٢٣. الحيوية
٣٢	مَنح إعفاءات ضريبية مقابل تسجيل الأطفال في برامج للياقة البدنية.	كندا	٢٤. الإعفاءات الضريبية
٣٢	مبادرة لفرض ضرائب على الأطعمة غير الصحية.	هنغاريا	٢٥. الضرائب الصغيرة
٣٢	مبادرة لفرض ضرائب على المأكولات والمشروبات الغنية بالسكر.	المكسيك	٢٦. ضريبة السكر
٣٢	سن تشريعات تعزز تناول طعام صحي وممارسة أنشطة بدنية في المدارس.	الولايات المتحدة	٢٧. مجلس التعليم في ولاية مسيسيبي
٣٣	تحالف المنظمات المناصرة للحد من الأمراض غير المعدية	منطقة الكاريبي	٢٨. التحالف الصحي الكاريبي
٣٤	استراتيجية وطنية تستهدف السكري وأمراض القلب والدماغ.	فنلندا	٢٩. استراتيجية وتلايف

رقم الصفحة	ملخص	الدولة	مثال على الحالة
٣٤	مجموعة ضغط مكونة من عدة منظمات من أجل مكافحة السكري.	أستراليا	٣٠. المجموعة البرلمانية لدعم السكري
٣٥	مثال على التنسيق الوطني لبرنامج السكري.	الولايات المتحدة	٣١. التنسيق الوطني: مراكز مكافحة الأمراض واتقائها
٣٦	مثال على تنسيق برنامج الحياة الصحية على مستوى الولاية.	البرازيل	٣٢. التنسيق الإقليمي: تحركي يا ساو باولو
٣٧	مثال على تنسيق برنامج الحياة الصحية على مستوى المدينة.	الولايات المتحدة	٣٣. تنسيق المدينة: اعتن بنفسك يا نيويورك

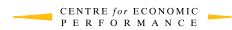
- International Diabetes Federation (IDF). IDF Diabetes Atlas, 6th edn. 2014 update. Brussels: IDF, 2014. .1
- International Diabetes Federation (IDF). IDF Diabetes Atlas, 6th edn. Brussels: IDF, 2013. .2
- Gregg EW et al. Trends in lifetime risk and years of life lost due to diabetes in the USA, 1985–2011 – a modelling study. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*. 2014;2(11):867–874. .3
- Chan JM, Rimm EB, Colditz GA et al. Obesity, fat distribution, and weight gain as risk factors for clinical diabetes in men. *Diabetes Care*. 1994;17:961–969. .4
- The World Health Organization (WHO). Genetics and Diabetes. Available at: www.who.int/genomics/about/Diabetis-fin.pdf .0
- International Diabetes Federation (IDF). IDF Diabetes Atlas, 6th edn. Brussels: IDF, 2013. .7
- American Diabetes Association. Data references are from 2003–2011. Available at: www.diabetes.org .V
- Van Dieren S et al. The global burden of diabetes and its complications: an emerging pandemic. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*. 2010;17(Suppl 1):S1–S3. .A
- Diabetes UK. Diabetes in the UK 2010: Key statistics on diabetes. Available at: www.diabetes.org.uk/documents/reports/diabetes_in_the_uk_2010.pdf .9
- International Diabetes Federation (IDF). IDF Diabetes Atlas, 6th edn. Brussels: IDF, 2013. .10
- American Diabetes Association. The cost of diabetes. Available at: www.diabetes.org/advocacy/news-events/cost-of-diabetes.html .11
- The Economist Intelligence Unit (EIU). The silent epidemic: An economic study of diabetes in developed and developing countries. London: EIU, 2007. .12
- Strain D et al. Time to do more for diabetes: Clinical inertia and how to beat it. *Diabetes Voice*. 2014;59(3):36–39. .13
- Weber, V et al. Employing the electronic health record to improve diabetes care: a multifaceted intervention in an integrated delivery system. *J Gen Intern Med*. 2008;23(4):379–82. .14
- Bloom F et al. Redesign of a diabetes system of care using an all-or-none diabetes bundle to build teamwork and improve intermediate outcomes. *Diabetes Spectrum*. 2010;23(3):165–169. .10

- Lin, D et al. Improved patient outcomes in 3 years with a system of care for diabetes. Washington: Institute of Medicine, 2012. .17
- Pena J. Improving diabetes care through an accountable care organization. Available at: <http://medicaleconomics.modernmedicine.com/medical-economics/news/improving-diabetes-care-through-accountable-care-organization?page=0,1> .18
- Year of Care Partnerships/National Health Service (NHS). Thanks for the Petunias: A guide to developing and commissioning non-traditional providers to support the self management of people with long term conditions. London: NHS, 2011. .18
- Campbell S et al. Effects of pay for performance on the quality of primary care in England. *New England Journal of Medicine*. 2009;361:368-78. .19
- Gallagher N et al. Increase in the pharmacological management of type 2 diabetes with pay-for-performance in primary care in the UK. *Diabetic Medicine*. 2014. (To be published). .20
- Centers for Disease Control and Prevention. A1c distribution among adults with diagnosed diabetes, United States, 1988-1994 to 1999-2006. Available at: www.cdc.gov/diabetes/statistics/a1c/a1c_dist.htm .21
- Manley S. Haemoglobin A1c: a marker for complications of type 2 diabetes: The experience from the UK Prospective Diabetes Study (UKPDS). *Clinical Chemistry and Laboratory Medicine*. 2005;41(9):1182-1190. .22
- Gillet M et al. Delivering the diabetes education and self management for ongoing and newly diagnosed (DESMOND) programme for people with newly diagnosed type 2 diabetes: cost effectiveness analysis. *BMJ*. 2010;341:c4093. .23
- Microclinic International in Jordan. Available at: [/http://microclinics.org/projects/middle-east/jordan](http://microclinics.org/projects/middle-east/jordan) .24
- World Diabetes Foundation. National micro-clinic and training project. Available at: www.worlddiabetesfoundation.org/projects .25
- Zoughbie D et al. Long-term bodyweight and glucose management effects of the Microclinic Social Network Health Behavioral Program in Amman, Jordan: 2-year results. Consortium of Universities for Global Health 5th annual conference. 2014 May 10. .26
- MySugr. Available at: <http://mysugr.com> .27
- Pogoreic, D. Oculus + Kinect + Novo Nordisk = A diabetes education game set in a virtual patient's body. Available at: <http://medcitynews.com/2014/05/oculus-kinect-novo-nordisk-virtual-trip-diabetics-body> .28
- Glooko. Improving diabetes outcomes. Available at: <https://glooko.com/> .29
- OurDiabetes #OurD. Available at: www.our-diabetes.org.uk .30
- RetiDiag. Available at: www.retidiag.cl .31

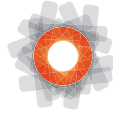
- International Diabetes Federation (IDF). Diabetes misconceptions. Available at: www.idf.org/worlddiabetesday/toolkit/gp/diabetes-misconceptions .٣٢
- Gillies CL, Lambert PC, Abrams KR et al. Different strategies for screening and prevention of type 2 diabetes in adults: cost effectiveness analysis. *BMJ*. 2008;336:1180–90. .٣٣
- Khunti K, Gillies CL, Taub NA et al. A comparison of cost per case detected of screening strategies for type 2 diabetes and impaired glucose regulation: Modelling study. *Diabetes Research and Clinical Practice*. 2012;97(3):505–513. .٣٤
- Health Authority of Abu Dhabi. Weqaya Programme. Available at: [/https://weqaya.haad.ae](https://weqaya.haad.ae) .٣٥
- Health Authority of Abu Dhabi. Weqaya mHealth case study. 2011. Available at: www.who.int/tobacco/mhealth/weqaya.pdf .٣٦
- Dunbar JA et al. Scaling up diabetes prevention in Victoria, Australia: Policy development, implementation and evaluation. *Diabetes Care*. 2014;37:934–942. .٣٧
- Mullins J. China registers success with TB-diabetes screening initiative. *The Lancet*. 2012;380(9842):635–6. .٣٨
- Novotny T, Mamudu H. Progression of tobacco control policies: Lessons from the United States and implications for global action. Health, Nutrition and Population Discussion Paper prepared for the World Bank consultation Taxes for tobacco control: Improving effectiveness at country level. Washington (DC): World Bank, 2007. .٣٩
- West, R. What lessons can be learned from tobacco control for combating the growing prevalence of obesity? *Obesity Reviews*. 2007;8(Suppl 1):145–150. .٤٠
- Wipfli H, Samet J. Moving beyond global tobacco control to global disease control. *Tobacco Control*. 2012;21:269–272. .٤١
- National Preventative Health Taskforce. Australia: The healthiest country by 2020. National Preventative Health Strategy. Canberra: Commonwealth of Australia, 2008. .٤٢
- The World Health Organization (WHO). Noncommunicable diseases global monitoring framework 2013. Geneva: WHO, 2013. .٤٣
- National Preventative Health Taskforce. Australia: The healthiest country by 2020. National Preventative Health Strategy. Canberra: Commonwealth of Australia, 2008. .٤٤
- New South Wales Food Authority (NSWFA). Evaluation of kilojoule menu labelling. Silverwater: NSW Government, 2013. .٤٥
- US Food and Drug Administration (FDA). How many calories? Look at the menu! Available at: www.fda.gov/downloads/ForConsumers/ConsumerUpdates/UCM424562.pdf .٤٦

- Soyoung Kim et al. Restriction of television food advertising in South Korea: impact on advertising of food companies. *Health Promotion International*. 2012;28(1):17–15. **.E٧**
- Reach DM. Fitness tax credits: costs, benefits, and viability. *Northwestern Journal of Law and Social Policy*. 2012;4(2);Article 4. **.E٨**
- Ecorys. Food taxes and their impact on competitiveness in the agri-food sector – Annexes to the Main report. Rotterdam: Ecorys, 2014. **.E٩**
- Instituto Nacional de Salud Pública. Preliminary results of the effects of tax in Mexico on sugar-sweetened beverages and energy dense non-staple foods. Available at: www.insp.mx/epppo/blog/preliminares-refresco-alimentos.html **.O٠**
- Center for Mississippi Health Policy. Assessing the impact of the Mississippi Healthy Students Act: Year four report. Jackson: Center for Mississippi Health Policy, 2013. **.O١**
- Levitt R, Solesbury W. Policy Tsars: Here to stay but more transparency needed. London: Kings College London, 2012. **.O٢**
- Centers for Disease Control and Prevention. Available at: www.cdc.gov **.O٣**
- Matsudo SM et al. The Agita São Paulo Program as a model for using physical activity to promote health. *Pan American Journal of Public Health/Revista Panamericana de Salud Pública*. 2003 October;14(4):265–72. **.O٤**
- New York City Health (NYC Health). Take Care New York. Five year progress report. New York: NYC Health, 2013. Available at: www.nyc.gov/html/doh/downloads/pdf/tcny/tcny-5year-report2013.pdf Additional information available at: www.nyc.gov/html/doh/html/about/tcny-background.shtml; www.fphny.org/whatsnew/healthbucks; www.nyc.gov/html/doh/html/living/greencarts.shtml; www.nyfarmersmarket.com/ **.O٥**

شركاء " ویش "



McKinsey&Company



Maternal Health Task Force



NORTHWESTERN UNIVERSITY IN QATAR



NHS National Institute for Health Research



PHILIPS



جامعة قطر QATAR UNIVERSITY



قطر للبترول Qatar Petroleum



الصندوق القطري لرعاية البحث العلمي Qatar National Research Fund عضو في مؤسسة قطر Member of Qatar Foundation



تحدي 22 Challenge 22 اللجنة القطرية للترويج للابتكار في مجالتي التوصيل والتسليم Supreme Committee for Delivery & Logistics



Member of Qatar Foundation



UCL QATAR



ATM | TEXAS A&M UNIVERSITY at QATAR



المجلس الأعلى للصحة Supreme Council of Health



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



vquqatar | virginia commonwealth university in qatar جامعة فيرجينيا كومونولث في قطر



جامعة كالغاري في قطر UNIVERSITY OF CALGARY IN QATAR

wise

world innovation summit for education مؤتمر القمة العالمي للابتكار في التعليم

مؤسسة قطر an initiative of Qatar Foundation

ملاحظات

www.wish.org.qa