



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



مؤسسة قطر
Qatar Foundation
لإطلاق قدرات الإنسان
Unlocking human potential

وزارة الصحة العامة
Ministry of Public Health
دولة قطر • State of Qatar



السمنة لدى الأطفال في دولة قطر

مقترح سياسة وطنية
من خلال نهج متعدد القطاعات



الدكتورة صدرية الكوهجي
مها العاكوم
مشاعل مهنا النعيمي
عبدالله سعيد المهندي
فهد المسلماني
سيلفي معلوف

الاستشهاد المرجعي المقترح لهذا التقرير: صدرية الكوهجي،
مها العاكوم، مشاعل مهنا النعيمي، عبدالله سعيد المهندي، فهد
المسلماني، سيلفي معلوف. السمنة لدى الأطفال في دولة قطر:
مقترح سياسة وطنية من خلال نهج متعدد القطاعات. الدوحة -
قطر: مؤتمر القمة العالمي للابتكار في الرعاية الصحية (ويش)،
وزارة الصحة العامة (2023).

الرقم المعياري الدولي: 978-1-913991-34-0

السمنة لدى الأطفال في دولة قطر

مقترح سياسة وطنية
من خلال نهج متعدد القطاعات



جدول المحتويات

03	تمهيد
04	ملخص تنفيذي
08	نظرة عامة
12	المشاركة متعددة القطاعات والنهج القائم عليها
15	المقاربات المعنية بمعالجة السمنة لدى الأطفال
19	نموذج مفصل لمعالجة السمنة لدى الأطفال في قطر
21	مجالات وسياسات التدخل المقترحة
46	الخاتمة
52	شكر وتقدير
54	الملحق رقم (1): تعريفات السمنة لدى الأطفال
55	الملحق رقم (2): تحديث بالبلدان المشاركة في المقارنة المعيارية
58	المراجع

تمهيد



بلغت السممنة اليوم معدلاتٍ وبائيةٍ في سائر أرجاء العالم، وأضحت، نظرًا لما تكتنفه من تداعياتٍ طبيةٍ خطيرة، تحديًا بارزًا على أجندة الصحة العامة. على الصعيد العالمي، تُعتبر السممنة مسؤولةً عن 4.7 مليون حالة وفاة مبكرة كل سنة، وذلك بحسب نتائج دراسة "عبء المرض العالمي". وفي وقتنا الراهن، يعاني أكثر من مليار شخص في شتى أنحاء العالم من السممنة، 39 مليونًا منهم من فئة الأطفال. فقد تضاعفت معدلات السممنة لدى الأطفال في أجزاء متفرقة من العالم على مدار العقود الثلاثة المنصرمة وحدها. أما في دولة قطر، فنجد أن نسبة انتشار السممنة لدى الأطفال في الفئة العمرية ما بين 5 و14 عامًا تبلغ 27.7 بالمئة. قد تتطور السممنة لدى الأطفال وتستمر حتى مرحلة البلوغ، ومن الممكن أن يتسبب ذلك في حدوث مضاعفات صحية خطيرة، مثل الإصابة بمرض السكري من النوع الثاني، ومرض الكبد الدهني غير الكحولي، وارتفاع ضغط الدم، وانقطاع النفس أثناء النوم، وغيرها من الأمراض. وعليه، لا بدّ من تضافر جهودنا واتخاذ إجراءات عاجلة للتصدي لهذه المعضلة.

إن الطبيعة متعددة العوامل للمرض تستلزم منا اتخاذ إجراءات متعددة القطاعات. فالتصدي لمعضلة السممنة لدى الأطفال، وتعقيدها، يعني أصلًا أنه يتعين على الحكومات إدراك حقيقة أنه لن يتسنى تحقيق أي أثر ملموس دون تضافر جهود مختلف القطاعات. ففي دولة قطر، على سبيل المثال، تم إبرام العديد من التعهدات على المستوى الوطني بهدف خفض معدلات السممنة، وذلك من خلال استراتيجيات التنمية الوطنية والاستراتيجيات الوطنية للصحة في الدولة. وعلى غرار العديد من دول العالم، كانت قلة التنسيق وقلة التضافر كفيلاّن بإعاقة تلك الجهود الرامية لإحداث التقدم المنشود في علاج السممنة لدى الأطفال، فضلًا عن ضعف مستوى التعاون بين القطاعات. ومن ثمّ، فلا مناص أمام الحكومات من تولي دفة القيادة والشروع بصورة فعالة في تنفيذ التوصيات ذات الصلة بالسممنة، واتخاذ التدابير اللازمة لتحسين النتائج الصحية.

في ضوء ما سبق، يحدونا الأمل في أن يكون هذا التقرير بمثابة نقطة انطلاقٍ عملية من خلال إطار العمل القابل للتنفيذ الذي يقترحه على صانعي السياسات لمواجهة التحديات المرتبطة بالسممنة لدى الأطفال في دولة قطر واتخاذ إجراءات تعاونية للتصدي لها.

سلطانة أفضل

الرئيس التنفيذي
مؤتمر القمة العالمي للابتكار في
الرعاية الصحية (ويش)
مؤسسة قطر
دولة قطر

هدى عامر الكثيري

مدير إدارة التخطيط الاستراتيجي والأداء
وزارة الصحة العامة
دولة قطر

ملخص تنفيذي

تعد السمّنة مشكلة صحية عامة مقلقة للغاية وتؤثر على البلدان المتقدمة والنامية، على حدٍ سواء. فعلى مدار العقود القليلة الماضية، وصل انتشار السمّنة لدى الأطفال إلى معدلات وبائية. ولا يقتصر الأمر على المرض ذاته، بل تصاحبه سلسلة من التبعات الخطيرة، منها الاضطرابات الاجتماعية خلال مرحلة الطفولة، إلى جانب زيادة فرص الإصابة بعدد من الأمراض الأخرى غير الانتقالية إبان مرحلة البلوغ، مثل ارتفاع ضغط الدم، والسكري من النوع الثاني، وأمراض القلب والأوعية الدموية. كما أن الأطفال الذين يعانون من زيادة في الوزن هم أكثر عرضة للإصابة بالسمّنة في مرحلة البلوغ. وقد شهدت العقود الثلاثة المنصرمة تضاعفًا في انتشار نسبة السمّنة لدى الأطفال، حيث يعاني نحو 340 مليون طفل حول العالم ما بين 5 و19 عامًا من زيادة الوزن أو السمّنة في وقتنا الراهن. وبحسب النتائج التي تمخضت عنها دراسة "عبء المرض العالمي" في عام 2019، تبيّن وجود علاقة بين الإصابة بزيادة الوزن أو السمّنة ووقوع أكثر من 5 ملايين حالة وفاة¹. ولقد أسفرت هذه المؤشرات عن ظهور التزامات دولية للحدّ من السمّنة، وكان من صورها أن صادقت الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية على هدف الحيولة دون زيادة معدلات السمّنة لدى الأطفال بحلول عام 2025.

تتأثر السمّنة بعوامل قابلة للتعديل ويمكن الوقاية منها بدرجة كبيرة. وفي حين أن الإصابة بالسمّنة ليست مسألة حتمية، فهي تُعزى إلى الخيارات التي نتخذها على مستوى المجتمع، في المقام الأول وقبل كل شيء، وعلى مستوى الأفراد في المقام الثاني. لذا، فإن تفادي الإصابة بالسمّنة، أو الوقاية منها، يكمن، في غالب الأحيان، في السياسات التي تتجاوز نطاق الرعاية الطبية. ومن شأن السياسات والإجراءات المتعددة القطاعات أو المشتركة بين قطاعات مختلفة أن تضع بين أيدينا رؤية استراتيجية لمعالجة هذه المعوّقات الاجتماعية التي تشكّل تهديدًا على الصحة. ففي مجال الصحة، يُقصد بالعمل متعدد القطاعات اتخاذ إجراءات قائمة على الأدلة من جانب قطاعات مختلفة، نحتاج إليها مجتمعًا للارتقاء بصحة الأفراد. وبشكل أساسي، تعدّ السياسات الوقائية جزءًا لا يتجزأ من سلسلة الخدمات التي تشملها التغطية الصحية الشاملة، كما أنها تعمل على توفير الدعم اللازم لتحفيز مزيد من النتائج الصحية الإيجابية على المستوى المجتمعي من خلال الخدمات والتدخلات الصحية الناجحة.

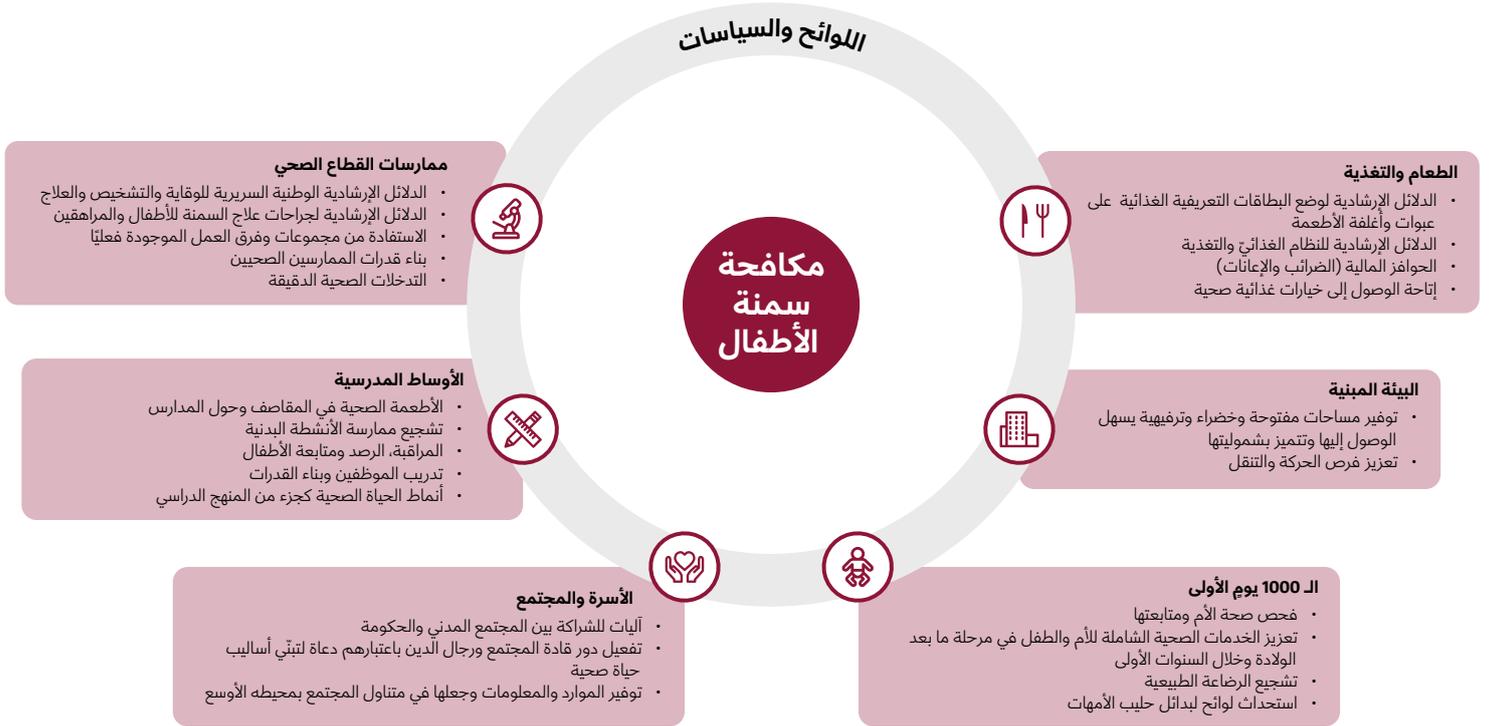
وتتميز إجراءات السياسة التي تُعنى بالصحة والرعاية الصحية بكونها قابلة للتكيف مع المقاربات المسماة 'الصحة في جميع السياسات'. وتستند هذه المقاربات إلى باقة من الدراسات التي أجريت على مدار عقود طويلة على إجراءات العمل متعدد القطاعات وعلى الممارسات القائمة على الأدلة في مجال الصحة العامة. وعادةً ما تغطي سياسات الوقاية والتعزيز في قطاع الصحة أربع آليات رئيسية، هي:

- الإجراءات المالية (مثل الضرائب والإعانات).
- القوانين واللوائح.
- التغييرات التي تطرأ على البيئة المبنية (الحضرية).
- تفعيل دور المجتمع وحملات التثقيف التعليمية.

يغطي هذا التقرير هذه الآليات ضمن سياق أوسع لنموذج مفصل متعدد القطاعات نوصي به لعلاج السمنة لدى الأطفال في دولة قطر. كما يطرح التقرير عددًا من التوصيات بشأن السياسات لتوجيه المساعي الرامية إلى وضع تدخلات فعّالة من شأنها تعزيز السلوكيات وأنماط الحياة الصحية.

كما يقترح التقرير نموذجًا يأخذ بعين الاعتبار مستويات ست رئيسية لإصلاح السياسات. وعليه، يولي النموذج المشار إليه اهتمامًا واضحًا بالعوامل المؤثرة، بما في ذلك العوامل الفردية والشخصية، والبيئة الغذائية، والبيئة المحيطة المبنية، والمحددات السلوكية (الشكل رقم 1). وتعدّ توصيات السياسة الواردة في الجدول رقم (1) بمثابة الأساس المعوّل عليه في تكوين شراكات بين الشركاء المعنيين على اختلاف قطاعاتهم. ومن ثم، فإن هذه التوصيات والشراكات لها أهمية خاصة في السياقات التي تتطلب إبرام أوجه للتعاون والتنسيق بين مختلف الجهات في دولة قطر. يعرض الجدول رقم (3) في الخاتمة تصوّرًا مفصّلًا حول هذه التوصيات، مع عرض مقترح للجهات الفاعلة والجدول الزمني المقترحة.

الشكل رقم (1): مقترح نموذج السياسة المشتركة بين القطاعات الذي يستهدف السمنة لدى الأطفال في قطر



الجدول رقم (1): قائمة بالسياسات المقترحة

البيئة المبنية	ممارسات القطاع الصحي	الطعام والتغذية
<ul style="list-style-type: none"> اعتماد "المبادئ والمعايير التخطيطية الخاصة بتطوير المناطق المفتوحة والخدمات الترفيهية والرياضية" لدولة قطر وتنفيذها. تشجع هذه الدلائل على ممارسة النشاط البدني لجميع الأفراد، بغض النظر عن الجنس أو مستوى القدرة. توفير المرافق والمعدات التي يسهل الوصول إليها بهدف تعزيز فرص ممارسة الأنشطة البدنية لدى الأطفال والمراهقين كافة. توسيع نطاق برنامج "لكل القدرات" وإتاحة التدريبات والمعارف اللازمة للموظفين المعنيين بالتعامل مع الأطفال لدعم الأطفال من مختلف القدرات. وضع دلائل إرشادية تخص أماكن تقديم الطعام والوصول إلى الأطعمة الصحية وغير الصحية في المتاجر والمحلات. مراجعة استراتيجيات تقسيم المدن الحالية وبحث سبل وضع مناطق عازلة بين المدارس ومنافذ الوجبات السريعة ومحلات السوبر ماركت ضمن محيط محدد. زيادة الأماكن المخصصة للمشبي ومسارات ركوب الدراجات وتحسينها من خلال سدّ فجوات المسارات وربطها بالأماكن العامة. 	<ul style="list-style-type: none"> الاستفادة من فرق ومجموعات العمل الحالية لدى الشركاء المعنيين على مختلف قطاعاتهم في دعم عملية إعداد دلائل إرشادية قائمة على الأدلة و'ممارسات جيدة' تستهدف الوقاية من السمنة، ورصدها وعلاجها. تنفيذ الدلائل الإرشادية الوطنية المعنية بالإدارة السريرية ورصدها وتبوع أثرها في الحيلولة دون حدوث السمنة لدى الأطفال وعلاجها. وضع دلائل إرشادية سريرية على المستوى الوطني تُعنى بجراحات البدانة لدى الأطفال والمراهقين باعتبارها ملأدًا أخيرًا؛ وإعداد آلية لمراجعة هذه الدلائل الإرشادية وتحديثها كل خمس سنوات. توسيع خدمات علاج السمنة وتعزيز مستوى التكامل مع مقدمي الخدمات الصحية الأولية. تعزيز عملية فحص السمنة وعوامل الخطر المرتبطة بها على مستويات الرعاية الأولية. إعداد برامج شاملة للتدريب وبناء القدرات على المستوى الوطني بحيث تستهدف الممارسين الصحيين. تمكين التدخلات الصحية الدقيقة للمساعدة في تحديد الأفراد المعرضين لمخاطر عالية ومن ثمّ وقايتهم من سمنة الأطفال وتقديم العلاجات الملائمة لهم كلٌّ بحسب حالته. 	<ul style="list-style-type: none"> إعداد إطار عمل لسياسة "وضع البطاقات التعريفية الغذائية على واجهة العبوات والأغلفة الغذائية" في دولة قطر، بحيث يتبنى أحد أنظمة التحذير الخاصة بالمواد الغذائية، تمهيدًا للحصول على تفويض بتطبيقه. وضع دلائل إرشادية للتحكم في الإعلانات المرؤجة للأطعمة والمشروبات غير الصحية والحدّ منها في جميع المنصات التي تستهدف الأطفال والمراهقين. تطوير دلائل إرشادية لتلبية عرض المنتجات الغذائية في منافذ البيع والمنصات الرقمية، مع منح الأولوية للخيارات الصحية والحدّ من إتاحة الأطعمة غير الصحية في متناول الأطفال. مواصلة نشر "الدلائل الإرشادية للتغذية لدولة قطر" بصيغتها المحدثة وتطوير برامج للدعوة لتبنيها. اعتماد الدلائل الإرشادية الوطنية للمطاعم والمقاهي وألات البيع الذاتي، تمهيدًا لإقرارها والتحقق من الامتثال لمتطلباتها، مع التركيز على الأطعمة/المنتجات الطازجة. وضع حدّ أدنى من المعايير للأطعمة المستوردة وإنشاء هيكل حوكمة للرقابة عليها. تقييم تأثير سياسة الضريبة الانتقائية المعمول بها حاليًا في قطر وبحث سبل توسيعها بناءً على توصيات وزارة الصحة العامة. توسيع نطاق الدلائل الإرشادية الضريبية لتشمل فرض ضرائب على المنتجات غير الصحية، مثل الأطعمة المعبأة مسبقًا أو الأطعمة والمشروبات التي تحتوي على نسب عالية من الدهون، أو الملح أو السكر، أو كلها مجتمعة. البحث عن آليات جديدة لإتاحة الأغذية الصحية، بما في ذلك الفواكه والخضروات، بتكلفة معقولة. تشجيع مبادرات الزراعة في المناطق الحضرية، مثل المزارع المجتمعية، بغرض زيادة نسبة الوصول إلى المنتجات الطازجة في المناطق الحضرية.

- تحسين الدلائل الإرشادية للمقصف المدرسي والترويج لتبنيها في جميع المدارس.
- وضع دلائل إرشادية للتغذية تُعنى بالأطعمة التي يحضرها الأطفال من منازلهم، مع التركيز على خيارات الأطعمة الصحية التي تتفق مع "الدلائل الإرشادية للتغذية لدولة قطر".
- ترسيخ دعائم البرنامج الوطني لمخططات النمو في مدارس دولة قطر لرصد السممنة ومتابعتها في جميع المدارس والمؤسسات، والحثّ على توفير قنوات مناسبة للإبلاغ والتواصل بين أولياء الأمور ومقدمي الرعاية.
- تعزيز السياسات المدرسية المعنية بالتنمر لتشتمل على السممنة وزيادة الوزن باعتبارهما من الدواعي المحتملة لوقوعه.
- تدريب موظفي المدارس على التعرف على التنمر الناجم عن زيادة الوزن ومن ثمّ التعامل معه وتوفير الموارد اللازمة لدعم الطلاب المتضررين.
- تطوير مواد تعليمية مناسبة لكل مستوى دراسي حول أنماط الحياة الصحية ليتم دمجها في المنهج الدراسي.
- تدريب المعلمين والمرشدين على الدوافع المتسببة في السممنة وعلى كيفية استخدام أساليب لغوية وصور مجازية غير مؤذية.
- إعداد برامج لتعزيز الصحة النفسية وتقديم المشورة للطلاب، مثل برامج اليقظة الذهنية ومجموعات دعم الأقران.
- دمج "خطة العمل الوطنية للتغذية والنشاط البدني" في دولة قطر بصيغتها المحدثة في الأوساط المدرسية ووضع البرامج الداعمة لهذه الخطة.
- توسيع نطاق وصول المؤسسات التعليمية إلى المبادرات الرياضية والأنشطة البدنية عالية الجودة.
- الشراكة مع المنظمات المجتمعية والنوادي الرياضية لتوفير فرص متنوعة وجذابة للرياضات والأنشطة البدنية للطلاب خارج ساعات الدوام المدرسي.
- إعداد نموذج للمدرسة المجتمعية يحقق الاستفادة من الأصول المدرسية والموارد المجتمعية، وذلك بالتعاون مع المنظمات المحلية ومزودي خدمات الأعمال ومقدمي الرعاية الصحية.
- تعزيز ممارسات فحص السممنة لدى الأمهات بغية تحديد النساء والأطفال حديثي الولادة المعرّضين للخطر، ومن ثمّ الشروع في تثقيفهم ووضعهم تحت المتابعة الدقيقة.
- توفير الحد الأدنى من المستشارين والمتخصصين في مجال رعاية صحة الأم والطفل لكل 100.000 نسمة.
- إصدار تفويض يمكّن جميع المستشفيات من تقديم الدعم الملائم قبل الولادة وبعدها وتوفير المشورة للحوامل والأمهات الجدد.
- دراسة إمكانية إبرام شراكة مع مقدمي الرعاية الصحية في القطاع الخاص بهدف تسهيل الوصول إلى الخدمات الصحية للأطفال دون سن الخامسة وتوسيع نطاقها.
- تعزيز الخطوات الرامية إلى الحصول على اعتماد المبادرة الصديقة للطفل في شتى مرافق الرعاية الصحية.
- ضمان توظيف العدد الكافي من مستشاري الرضاعة المعتمدين في جميع وحدات المخاض والولادة مواصلة الحملات الوطنية الرامية إلى الترويج للرضاعة الطبيعية، ودعمها بتوفير رعاية منزلية مستمرة للأمهات.
- مواصلة الحملات الوطنية الرامية إلى الترويج للرضاعة الطبيعية، ودعمها بتوفير رعاية منزلية مستمرة للأمهات.
- تقديم الدعم اللازم للأمهات العاملات لحملهن على الرضاعة الطبيعية بشكل حصري لمدة لا تقل عن ستة أشهر، وذلك من خلال المساعدة على تمديد إجازات الأمومة واستحداث غرف مريحة مخصصة للرضاعة في أماكن العمل والأماكن العامة كافة.
- سنّ قانون وطني ينظّم عملية تسويق المنتجات البديلة لحليب الأم.

تعريف السمنة لدى الأطفال

تُعرّف السمنة بأنها تراكم غير طبيعي أو مفرط للدهون، الذي يشكّل خطرًا على صحة الفرد. وتعدّ أكثر الطرق شيوعًا في تصنيف زيادة الوزن أو السمنة لدى البالغين هي حساب مؤشر كتلة الجسم. أما بالنسبة للأطفال دون الخامسة، فغالبًا ما يتم حساب نسبة السمنة استنادًا إلى معايير نمو الطفل الصادرة عن منظمة الصحة العالمية.² كما يُنظر إلى الأطفال في الفئة العمرية ما بين 5 سنوات و 19 سنة باعتبارهم مصابين بالسمنة في حال تجاوز المقاييس الخاصة بهم، وانحرافها عن معدل معيارين إثنين من المعايير المرجعية للنمو الصادرة عن منظمة الصحة العالمية. وبدورها، وضعت كل من منظمة الصحة العالمية، ومراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها (المركز الأمريكي لمكافحة الأمراض والوقاية منها) وفرقة العمل الدولية المعنية بالسمنة تعريفات لزيادة الوزن والسمنة لدى الأطفال والمراهقين (الملحق رقم 1).³ وفي حين أن هناك اختلافات طفيفة بين التعريفات العالمية الدقيقة للسمنة، إلا أن هناك إجماعًا كبيرًا على حدوث السمنة لدى الأطفال عند تجاوز وزن الطفل المسار الصحي للوزن مع عدم تناسب وزنه مع التغيرات التي تطرأ على طولته، ما يشكّل تبعات سلبية على صحته بصورة عامة.⁴

ترتبط السمنة لدى الأطفال ارتباطًا وثيقًا بخطر محدد وهو زيادة فرص الإصابة بها في مرحلة البلوغ، فضلًا عن الوفاة المبكرة والإعاقة. ومن المرجح أن يعاني الأطفال المصابون بالسمنة من صعوبات في التنفس، وارتفاع ضغط الدم، ومقاومة الأنسولين التي قد تؤدي بدورها إلى الإصابة بمرض السكري، وزيادة خطر الإصابة بالكسور، وأمراض القلب.⁵ تعد السمنة وحدها مسؤولة عن ثلثي الإصابات بمرض السكري في قطر. لذا فإن الوقاية من السمنة من شأنه أن يحول دون معظم الإصابات بمرض السكري.⁶ ومما لا شك فيه أن الوصمة المرتبطة بالسمنة وزيادة الوزن قد تخلف طائفة واسعة من الآثار النفسية والعاطفية لدى الفرد، مثل القلق، وتدني مستوى تقدير الذات، والصورة غير المرغوبة للجسد، والعزلة الاجتماعية، والتوتر، إلى جانب اضطرابات في الأكل، والأفكار الانتحارية.⁷ وقد تواترت أنباء عن تعرّض الأطفال المصابين بالسمنة لمستويات أكبر من خطر التعرّض للتنمر في مدارسهم، مقارنةً بغيرهم ممن لا يعانون من المرض.^{8,9} وبالتالي، يمكن أن تؤثر السمنة أيضًا على التحصيل التعليمي لدى الطفل، الأمر الذي قد يؤوّل إلى انخفاض مستويات الدخل في مرحلة البلوغ، ويخيّم بظلاله على نوعية حياة المصابين بشكل عام.⁵

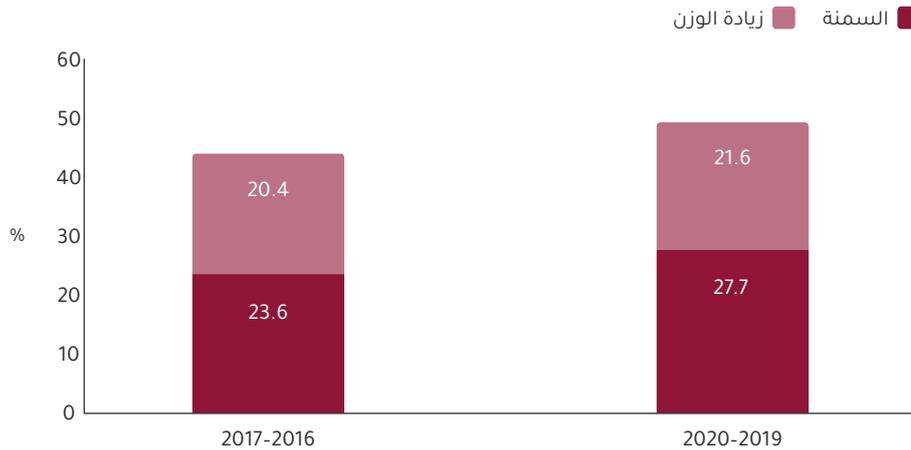
معدل انتشار السمنة لدى الأطفال

على الرغم من اقتران معضلة السمنة لدى الأطفال خلال حقبة ما بالبلدان ذات الدخل المرتفع، إلا أن مؤشرات زيادة الوزن والسمنة أخذت أيضًا في الارتفاع في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط، لا سيما في المناطق الحضرية منها. ولقد تضاعفت معدلات انتشار السمنة لدى الأطفال في شتى أنحاء العالم خلال العقود الثلاثة الماضية، حيث توّضح المؤشرات إلى إصابة نحو 340 مليون طفل

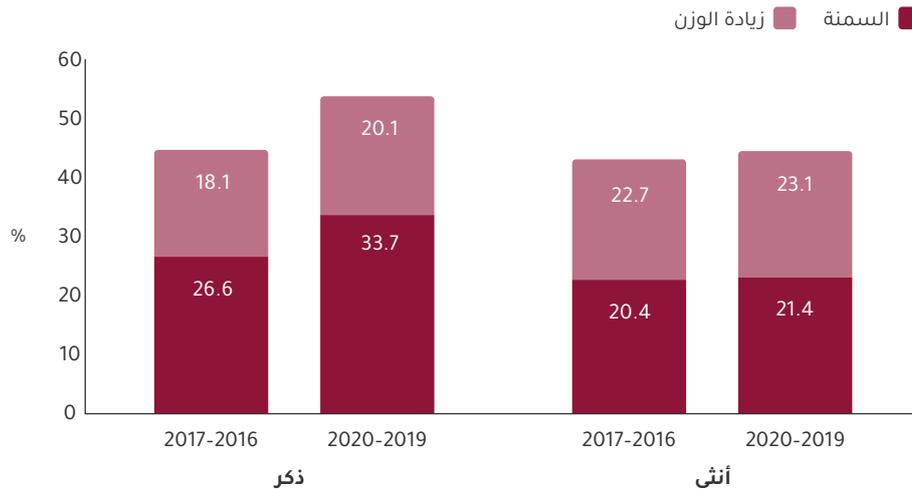
(ما بين 5 سنوات و19 سنة) بزيادة الوزن أو السمنة.⁵ كما تواجه العديد من البلدان، في وقتنا الراهن، لا سيما ذات الدخل المنخفض أو المتوسط، 'عبئًا مزدوجًا' جزاء المرض، وذلك في إطار مساعيها الرامية إلى توجيه مواردها المحدودة نحو البرامج الصحية في محاولة منها لإدارة الأمراض الانتقالية وغير الانتقالية المرتبطة بنقص الوزن، وسوء التغذية، والسمنة وزيادة الوزن.⁹ علاوة على ما سلف، وبينما يرتبط نقص التغذية في العادة بنقص الوزن، تشير دلائل متزايدة إلى إمكانية إصابة الأطفال بالسمنة وسوء التغذية في آن واحد. فوفرة الأطعمة التي تحتوي على نسب عالية من الدهون والسكر والملح، مع ارتفاع نسب طاقتها وقلّة المغذيات الدقيقة في مكوناتها، قد تؤدي إلى الإصابة بنقص التغذية وزيادة الوزن في الوقت ذاته.¹⁰ لذا من المؤسف أن تكون الأغذية الفقيرة بالمغذيات والمليئة بالسعرات الحرارية متاحة بأشكال متنوعة مثل رقائق البطاطس والحلوى وألواح الوجبات الخفيفة وما إلى ذلك، ويتم تسويقها خصيصًا لجذب الأطفال وإجبار الوالدين على "شراؤها".

وفي الآونة الأخيرة، استقصت دراسة بحثية استرجاعية مقارنة اتجاهات السمنة لدى الأطفال في دولة قطر على مدار العامين الدراسيين 2016-2017 و 2019-2020. خلصت الدراسة إلى أن معدلات زيادة الوزن والسمنة لدى الأطفال في الفئة العمرية ما بين 5 و14 عامًا ارتفعت من 44 بالمئة خلال العام الدراسي 2016-2017 إلى 49.3 بالمئة خلال العام الدراسي 2019-2020، منها نسبة 27.7 بالمئة للسمنة ونسبة 21.6 بالمئة لزيادة الوزن (الشكل رقم 2).¹¹ وفي فئة الطلبة الذكور، ارتفعت السمنة بشكل حادّ لتقفز من 26.6 بالمئة إلى 33.7 بالمئة (الشكل رقم 3).¹¹ وارتفعت أيضًا معدلات زيادة الوزن والسمنة بين الطالبات، ولكن بمعدل أبطأ.¹¹ كما كشفت الدراسة عن زيادة معدلات السمنة بين جميع الجنسيات في دولة قطر، مع زيادة أكبر بين الطلاب القطريين (الشكل رقم 4).¹¹

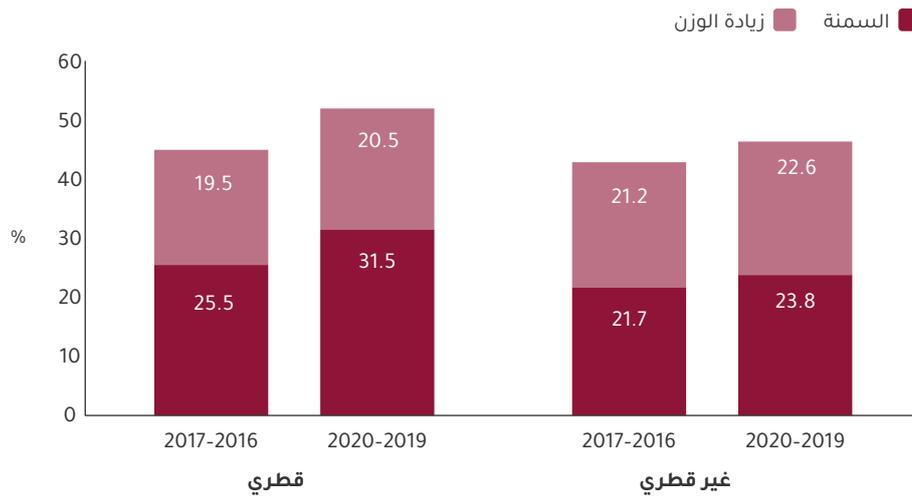
الشكل رقم (2) المعدل الإجمالي للسمنة في دولة قطر



الشكل رقم (3) معدلات السمنة بين الجنسين



الشكل رقم (4) معدلات السمنة بين الجنسيات





كوفيد-19 وسمنة الأطفال

بالرغم من النجاح الواسع الذي حققته العديد من الإجراءات الاحترازية التقييدية التي فرضتها البلدان حول العالم بسبب تفشي جائحة كوفيد-19 في احتواء انتشار الفيروس، لا يمكن تجاهل التداعيات السلبية غير المباشرة لذلك على الصحة.

فقد أدت الاستجابة لجائحة كوفيد-19 إلى إحداث تغييرات كبرى في نمط الحياة، بما فيها التباعد الاجتماعي والبقاء في المنزل. وأدى إغلاق المدارس بالنسبة للعديد من الأطفال في دول العالم إلى عدم مقدرتهم في الحصول على الطعام المغذي، وممارستهم للأنشطة البدنية، وضعف تواصلهم الاجتماعي مع الآخرين. وكان من بين التبعات المحتملة للإغلاقات الصحية تهديد رفاه الأطفال وتعريض صحتهم للخطر. وعليه، ترافق انتشار الجائحة مع ارتفاع معدلات السمنة لدى الأطفال من مختلف الفئات العمرية،^{12,13} بل يبدو كذلك أن الفوارق الموجودة أصلاً (بين مجموعات الأقليات وتلك المتعلقة بالوضع الاجتماعي الاقتصادي) قد تفاقمت هي الأخرى.¹³ بل من المرجح أيضاً أن يؤدي ارتفاع مستويات السمنة لدى الأطفال إلى تفاقم أوجه عدم المساواة على المدى الطويل نظراً لارتفاع تكاليف الإنفاق الصحي ونسبة البطالة، الناجمة عن هذه الأمراض.

ففي دراسة أجريت في المملكة العربية السعودية، تبين أن تقريبا 40 بالمئة من الأطفال والمراهقين عانوا من صعوبات في الحفاظ على نظام غذائي صحي أثناء تفشي كوفيد-19. وتبين كذلك أن تناول الكربوهيدرات البسيطة والأطعمة المقلية والمشروبات الغازية قد زاد خلال تلك الفترة.¹⁴

وعلى نفس الشاكلة، أجريت دراسة في دولة قطر لتقييم تأثير الحجر الصحي على النظام الغذائي والنشاط البدني والنوم والوقت الذي يقضيه الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 5 سنوات و12 سنة أمام الشاشات. كشفت بيانات 144 من المشاركين في الدراسة أن 4.5 بالمئة فقط من الأطفال كانوا يشاركون في نشاط بدني مدته 60 دقيقة على الأقل يومياً، مقارنةً بما نسبته 25.6 بالمئة قبل الحجر الصحي.¹⁵ تبين كذلك حدوث زيادة كبيرة في العدد الإجمالي للوجبات اليومية، مع زيادة واضحة في استهلاك الأطعمة غير الصحية. كما أظهرت دراسة أخرى متعددة القطاعات،¹⁵ أجريت بين شهري يونيو وأغسطس 2022 لتقييم تأثير إغلاق المدارس الحكومية بسبب الجائحة على العادات الغذائية والنشاط البدني للأطفال والمراهقين في دولة قطر، اتجاهات مماثلة: إذ كشفت عن انخفاض كبير في تناول الخضروات مقابل زيادة في الاستهلاك الإجمالي للأطعمة المقلية والأطعمة السريعة والحلويات والمشروبات الغازية.¹⁶

يُوصى بإجراء المزيد من الدراسات حول التأثير الصحي للإغلاقات الصحية على المديين القصير والطويل، وأن تراعي السلطات والهيئات المختصة هذه النتائج عند تطبيق أي قيود مستقبلية لاحتواء انتشار الوباء.

المشاركة متعددة القطاعات والنهج القائم عليها

اتسمت المساعي الرامية إلى علاج السممة لدى الأطفال بالبطء في إحراز التقدم، وشابها، في كثير من الأحيان، التناقض وعدم الاتساق. ففي عام 2014، أنشأت منظمة الصحة العالمية 'اللجنة المعنية بالقضاء على سممة الأطفال' بهدف مراجعة الثغرات الموجودة في الاستراتيجيات والتفويضات، تمهيداً للبناء عليها ومعالجتها. وصفت اللجنة في تقرير نشرته عام 2016 مرض السممة لدى الأطفال بأنه "قد يصل إلى نسب تنذر بخطر محقق في العديد من البلدان ويشكل تحدياً عاجلاً وخطيراً"¹⁷. وبعد مشاورات مع أكثر من مئة دولة عضو في منظمة الصحة العالمية، والحصول على ما يقرب من 180 تعليقاً عبر الإنترنت، وضعت اللجنة مجموعة من التوصيات الشاملة والمتكاملة لإحراز النجاح المنشود في معالجة السممة لدى الأطفال والمراهقين. تهدف التوصيات المقترحة إلى معالجة السممة والحيلولة دون الإصابة بها، وتؤكد على الحاجة لوجود نهج حكوميّ شامل يفرض القضايا الصحية على أجندة جميع القطاعات.¹⁷ كما أقرت اللجنة بأن غياب الإرادة السياسية وإحجام الحكومات عن تولي زمام الأمور واتخاذ التدابير اللازمة يعدّان من المعوّقات التي تحول دون التنفيذ الفعّال لتلك التوصيات والمساهمة في خفض نسبة السممة لدى الأطفال.

وبالحديث عن دولة قطر، قطعت الدولة على نفسها عهداً بخفض معدلات السممة من خلال استراتيجيات التنمية الوطنية في نسختيها الأولى والثانية،^{18,19} واللّاتي اعتبرن زيادة الوزن والسممة من التحديات التي تكتنف صحة الطفل.²⁰ وقد حددت وزارة الصحة العامة أهدافاً وطنية في استراتيجيتها الوطنية للصحة (2011-2016) (2018-2022) واستراتيجية قطر للصحة العامة (2017-2022) واللّاتي يستهدفن معالجة السممة. وبناء على هذه الأهداف تم تطوير وتنفيذ خطة العمل الوطنية للتغذية والنشاط البدني في قطر منذ عام 2011 لتعزيز الأنظمة الغذائية الصحية وزيادة النشاط البدني بهدف وقف ارتفاع معدلات السممة.^{19,20} كما وضعت هذه الاستراتيجيات قضية الحفاظ على صحة السكان هدفاً تنشدن الوصول إليه من خلال زيادة معدلات الأنشطة البدنية والحدّ من السلوكيات التي تنطوي على الخمول وقلة النشاط، بما يؤدي في نهاية المطاف إلى تقليل معدلات السممة. وتتبنى استراتيجية التنمية الوطنية الثانية مقارنةً 'الصحة في جميع السياسات' باعتبارها أحد مكوناتها الجوهرية، وهي مقارنة ذات آلية متكاملة للتنسيق عبر مختلف القطاعات بهدف التعامل مع مشكلات السياسات المعقدة.²¹ وشهد شهر أكتوبر 2019 الاعتماد الرسمي لـ "التزام الدوحة بمدينة صحية، وأطفال أصحاء ومستقبل صحي"، وذلك على هامش ندوة مدينة صحية للأطفال²² التي انعقدت في مدينة الدوحة. تضمنت الوثيقة الشاملة سلسلة تعهداتٍ قطعها جميع المشاركين لجعل الدوحة مدينةً صحية للأطفال. استهدفت هذه الرؤية التحويلية تنفيذ ذلك من خلال توفير القيادة الاستراتيجية لتعزيز مزيد من ترابط السياسات، وإشراك أصحاب المصلحة، وتحفيز تنفيذ نهج قائم على إشراك كافة قطاعات الحكومة وكافة فئات المجتمع واعتماد الصحة في جميع السياسات، وعلى الإنصاف واتباع نهج يشمل الحياة بأكملها. وعلاوة على ذلك، أبدت الجهات المعنية الرئيسية في دولة قطر (بما فيها الوزارات، والمعاهد البحثية، والجامعات، والمدارس، والمستشفيات، والمؤسسات المختلفة) استعدادها للانخراط في هذا المجال، واعتمدت تدخلاتٍ ضيّقة النطاق لخفض معدلات السممة. ورغم ذلك، ما

يزال يتعين على تلك الجهود أن تسفر عن تحقيق انخفاض ملحوظ في معدلات السمّة لدى الأطفال بشكل عام، ناهيك عن ضرورة تضافر الجهود في عملية مراقبة البيانات وتقييمها.

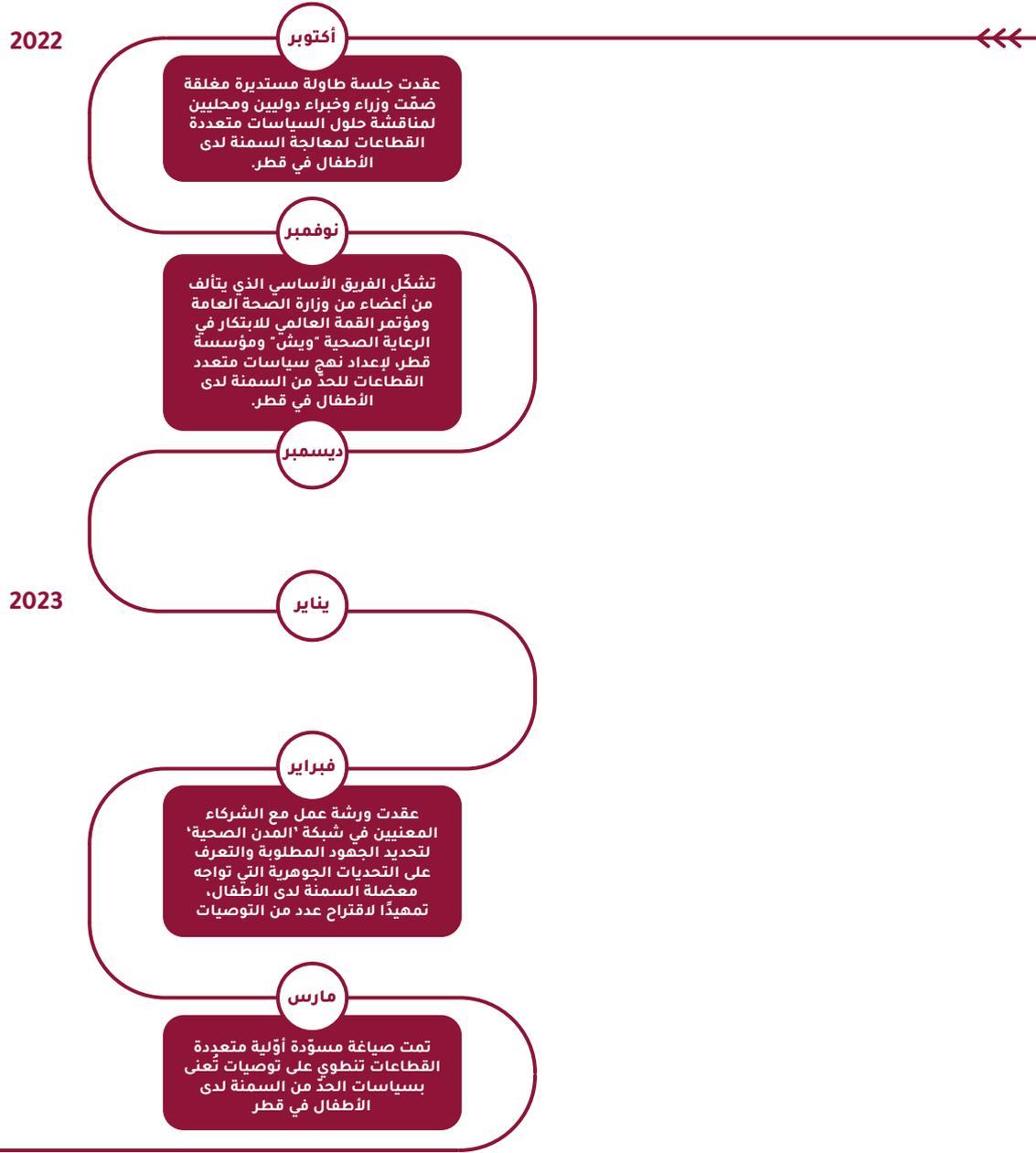
ونظرًا للطبيعة متعددة العوامل للسمّة، تتبين أهمية تبني نهج متعددة القطاعات للأنشطة والسياسات المتعلقة بالوقاية من السمّة لدى الأطفال في تحسين النتائج الصحية بشكل عام. قد تكون بعض برامج الوقاية من زيادة الوزن والسمّة فعّالة، إلا أنها تميل إلى تكثيف الموارد وغالبًا ما تثمر عن تأثيرات محدودة. أما نهج السياسات التي توسّع من انتشار المبادرات وثيقة الصلة بالسمّة لتمتد عبر مختلف القطاعات، فيمكن أن تثمر عن تأثيرات طويلة الأمد.²⁵⁻²³ وللتعامل مع الطبيعة المعقدة لمشكلة السمّة لدى الأطفال في قطر، فإننا نتبنى في تقريرنا هذا نهجًا متكاملًا متعدد القطاعات. وإدراكًا منّا أن مسؤولية معالجة السمّة لا يمكن أن تقع على كاهل جهة أو مؤسسة بعينها، فإن التقرير يركّز على النتائج المستخلصة من أفضل الممارسات الدولية، واضعًا في الحسبان أنه لن يتسنى تعظيم نتائج التأثير ما لم تتضافر الجهود عبر مختلف القطاعات وفيما بينها.

يعدّ اعتماد منظمة الصحة العالمية جميع مناطق البلديات الثمانية في دولة قطر باعتبارها مدنًا صحية، وحصول مؤسسة قطر على جائزة 'مدينة تعليمية صحية' وإحراز جامعة قطر جائزة 'جامعة صحية'²⁶، يعدّ ذلك تأكيدًا على التزام دولة قطر بالارتقاء الدائم بصحة شعبها وتوفير البيئات المادية والاجتماعية المواتية لسكان أصحاء. ومن جانبها، تدرك مبادرة 'المدن الصحية' التابعة لمنظمة الصحة العالمية، طبيعة المحددات المرتبطة بالصحة والحاجة إلى إرساء دعائم العمل الممتد عبر منظمات القطاع العام والخاص والتطوعي والمجتمعي. والحصول على لقب 'مدينة صحية' ليس الهدف النهائي، بل هو جزء من عملية تحسين مستمر. ومن ثمّ، تقدم شبكة 'المدن الصحية' مجتمعًا نابضًا بالحياة من المهنيين في مختلف المجالات، ممن يمكن الاستفادة منهم في توفير منصة للتعاون متعدد القطاعات ووضع سياسات وبرامج شاملة لمواجهة التحديات المرتبطة بالسياسات وتلبية المتطلبات اللازمة للصحة على المستوى الوطني، ومن بينها السمّة لدى الأطفال.

يمثّل هذا التقرير ثمرة نقاش في رحاب طاولة مستديرة عُقدت ضمن فعاليات مؤتمر القمة العالمي للابتكار في الرعاية الصحية (ويش 2022) وضمت بين جنباتها جمعًا غفيرًا من الخبراء وصانعي السياسات والممارسين، المحليين والدوليين، من أجل استقصاء الحلول الممكنة للتصدي للمشكلة المعقدة ذات القطاعات المتعددة الكامنة في ارتفاع معدلات السمّة لدى الأطفال في دولة قطر. وعلى إثر ذلك النقاش، تم تشكيل فريق أساسي يتكون من ممثلين عن وزارة الصحة العامة، ومؤسسة قطر، ومؤتمر القمة العالمي للابتكار في الرعاية الصحية "ويش"، ليضطلع الفريق بمهمة وضع نهج متعدد القطاعات للسياسات للحدّ من السمّة لدى الأطفال في دولة قطر. أجرى الفريق بحثًا حول أفضل الممارسات الدولية وراجع الدراسات السابقة التي تناولت مشكلة السمّة لدى الأطفال، وذلك بهدف اقتراح إطار عمل مصمم خصيصًا يناسب احتياجات دولة قطر. بعد ذلك، عُقدت ورشة عمل مع أعضاء شبكة 'المدينة الصحية' بغرض تحديد التدخلات الحالية والمستقبلية للحدّ من سمّة الأطفال. خلال الورشة، عرض المشاركون بعض التحديات الجوهرية التي تعترض مسار تنفيذ التدخلات والتوصيات المقترحة.

وعليه، تم إعداد تقرير السياسة هذا بالتعاون مع الأطراف المشاركة في ورشة العمل والتي اشتملت على تمثيل عالي المستوى من مختلف القطاعات وقد تمت مراجعة السياسات والتوصيات المقترحة وتم اعتمادها من قبل العديد من أصحاب المصلحة، بما في ذلك وزارة الصحة العامة. يوضح الشكل رقم (5) الجدول الزمني لإعداد هذا التقرير.

الشكل رقم (5): الجدول الزمني لورش العمل والمناقشات المفضية إلى إعداد هذا التقرير



المقاربات المعنية بمعالجة السمنة لدى الأطفال

نظرًا لزيادة معدلات إصابة الأطفال بالسمنة، عمدت العديد من البلدان إلى إجراء تدخلات وتجريب برامج مختلفة في محاولةٍ منها لخفض تلك المعدلات. وفي عام 2018، قامت وزارة الصحة العامة بدولة قطر، بدعم من شركة Policy Wisdom، بإجراء مقارنة معيارية اشتملت على عدد من دراسات الحالة في خمسة بلدان، هي: فنلندا وهولندا، وماليزيا، والأردن، وسنغافورة. يُعزى اختيار هذا البلدان لارتباطها بسياق دولة قطر من حيث المناخ، أو نمط الحياة، أو عادات الأكل، أو الثقافة، أو الدين.²¹ استقصت الدراسة التدخلات والبرامج التي تتبناها كل دولة بهدف خفض معدلات السمنة على أراضيها، تمهيدًا للبناء عليها في طرح مقترحات لبرامج وسياسات تُعنى بالتدخلات اللازمة في سياق دولة قطر.

أظهرت دراسات الحالة التي شملها البحث الذي أجرته وزارة الصحة العامة أن سمنة الأطفال مشكلة معقدة، وحددت عوامل ثلاثة رئيسة لها، وهي: الاستهلاك المفرط للأطعمة والمشروبات غير الصحية، ونقص النشاط البدني، والخمول وقلة الحركة. وتُعزى هذه الدوافع إلى تحديات فردية، وعائلية، ومجتمعية، وهي في الوقت ذاته ذات طبيعة اعتيادية، ونفسية، وسلوكية، وفسولوجية، وثقافية. ومن ثم، فإن أيّ جهود للتصدي للسمنة لدى الأطفال يجب أن تأخذ المنعطف ذاته، بحيث تعمل على أوجه متعددة وتستهدف التحديات على المستويات كافة.

ولقد أكدت أفضل الممارسات الدولية أنه نظرًا لما تتسم به سمنة الأطفال من كونها معضلة صحية عامة معقدة، فمن الأفضل أن تتم معالجتها من خلال نهج شامل يبني من خلال سياسات الصحة العامة المتكاملة²⁷ أو نهج 'الصحة في جميع السياسات'.²¹ ويعني ذلك تحقيق التكامل بين القطاعات وتضافر الجهود بين القطاعات المعنية بالقضايا الصحية وغير المعنية بها، بغية التصدي للمشكلات المعقدة المرتبطة بالسياسات والتي لن تفضي في نهاية المطاف إلى تحسين النتائج الصحية فحسب، بل سينعكس أثرها على المحصلات المنشودة في مجالات أخرى، مثل التعليم، والبيئات الاجتماعية والأسرية، وغيرها.

كما كشفت نتائج المقارنة المعيارية النقاب عن تبني ثلاث من دراسات الحالة المشمولة بالمقارنة - وهي مدينة أمستردام وفنلندا وسنغافورة - لنهج 'الصحة في جميع السياسات'.²¹ ومع أن الأردن لم تُصنف الطابع المؤسسي على نهج 'الصحة في جميع السياسات' رغم التوصيات الصادرة عن منظمة الصحة العالمية، إلا أن دراسة الحالة الأردنية تظهر أدلة واضحة على توافر برامج مجتمعية تتجاوز في مداها التركيز على محاربة زيادة الوزن والسمنة لتشمل غيرهما من الأمراض غير الانتقالية.

وبصرف النظر عن التدخل قصير المدى، ففي ماليزيا، تضمنت جميع دراسات الحالة نهجًا طويل المدى، تميّز بقابليته للتكيف وتناوله جوانب متعددة من العوامل الثلاثة الرئيسية المتسببة في معضلة السمنة لدى الأطفال. كما استخدمت جميع دراسات الحالة قنوات متعددة للتنفيذ، إلا أنها أكدت في الوقت ذاته على الدور الذي تقوم به المدارس باعتبارها ذات تأثير محوري في تنفيذ البرنامج المنشود في كل دولة. فعلى سبيل المثال، أدخلت البلدان الخمسة المعنية بالمقارنة سياسات بشأن الوجبات

الصحية في المدارس. ففي مدينة أمستردام، وفنلندا وسنغافورة، تم فرض حظر على الوجبات السريعة ووضع قيود على أنواع الأطعمة المسموح ببيعها في المدارس. وبالنسبة لماليزيا والأردن، كان هناك تشديد على الأطعمة والوجبات الصحية في المقاصف المدرسية.

ولقد أسفرت جميع التدخلات التي استقصتها المقارنة المعيارية عن تأثيرات إيجابية، بدرجات متفاوتة، حيال خفض معدلات السمنة لدى الأطفال وتحسين سلوكيات الأكل الصحي والارتقاء بأنماط الحياة، فضلاً عن زيادة نسب الوصول إلى منافذ الطعام الصحي. يُذكر أن هذه التأثيرات تعاضمت في البلدان التي أطلقت خططاً طويلة الأمد ووضعت استراتيجيات محددة الأهداف، وهي: أمستردام والأردن وفنلندا وسنغافورة. وقد لوحظ انخفاض معدلات السمنة في هذه البلدان، على الرغم من ركود معدلات التغيير أحياناً في بعضها (كما هو الحال في مدينة أمستردام، على سبيل المثال). تشير هذه المحصلات إلى أن التغيير يستغرق وقتاً، وأن هناك ثمة عوامل أخرى بمقدورها المساهمة في تسريع وتيرة التقدم أو إبطائها. لذلك، يتعين وجود آلية مرنة للرصد والتقييم تستطيع التأقلم مع التغيرات والعوامل التي قد تؤثر على التدخلات التي تقوم بها الدول للتصدي للسمنة. يعرض الملحق رقم (2) تحدياً للمقارنة المعيارية التي أجرتها وزارة الصحة العامة.



إدراج الرؤى السلوكية في السياسات

بالرغم من الأهمية البالغة للتثقيف الصحي والمبادئ التوجيهية الغذائية، إلا أن القرارات المتعلقة باستهلاك الأغذية لا يتم اتخاذها دومًا، بصورة مستمرة أو مقصودة، على أساس معرفة أنها صحية أو غير صحية. فغالبًا ما تكون اختيارات الطعام غريزيةً، أو عبارة عن استجاباتٍ شبه 'آلية' للبيئة المحيطة. واليوم بتنا نشهد تزايدًا في تصميم البيئات الحضرية الحديثة، معظمها، بطريقةٍ تشجّع على استهلاك الأطعمة الغنية بالسعرات الحرارية. فأكشاك الطعام وآلات البيع الذاتية، التي تبيع الأطعمة غير الصحية، ومشاهدة إعلانات الحلويات والمشروبات السكرية، أمثلة على الكيفية التي يواجه بها الأطفال في كثير من الأحيان ضغوط الأقران، في الوعي أو غير الوعي، لتناول الأطعمة التي تحتوي على سعرات حرارية كبيرة.

هذا التفاعل بين البيئة الغذائية ونفسية الطفل هو على الأرجح من أكبر العوامل التي تساهم في سمنة الأطفال، والاعتراف بهذه العلاقة خطوة حاسمة نحو وضع سياسات أكثر فعالية للحد من السمنة.²⁸

وكي نتصدى للبيئة المسببة للسمنة، ونحد من العبء العالمي لسمنة الأطفال، نحن بحاجة إلى عدد من الأدوات السياسية.²⁹ فقد ثبت أن السياسات التي تستند إلى الرؤى السلوكية فعالة في تحسين النظام الغذائي للأطفال؛ إذ كشفت المراجعات المنهجية أن استخدام الرؤى السلوكية كان فعالاً في تعديل النتائج المتعلقة بالنظام الغذائي لدى الأطفال بنسبة تصل إلى 74 بالمئة من جميع أشكال التدخلات.

والرؤى السلوكية مصطلح واسع يشتمل على البحث في السلوك البشري في سياق مختلف التخصصات، مثل علم النفس وعلم الاجتماع والاقتصاد والعلوم العصبية. وعليه، لو اعتمدت الرؤى السلوكية على مجموعة من الأطر النظرية من الاقتصاد السلوكي والعلوم الاجتماعية الأخرى، فسيكون بمقدورها أن توفر فهمًا أكثر شمولاً للعوامل التي تؤثر على سلوك الإنسان، أي توفير فهم لكيفية اتخاذ البشر لخياراتهم، مع مراعاة تجاربهم والعوامل الخارجية التي تؤثر عليهم.³⁰

الطريقة الأخرى التي تتبناها الرؤى السلوكية هي نظرية التحفيز، التي تهدف إلى التأثير على السلوك من خلال إدخال تغييراتٍ طفيفة على البيئة دون تقييد الخيارات المتاحة تقييدًا فعالاً. في هذه الحالة، يتم تقليل التحيزات المعرفية في عملية صنع القرار، ما يسهل تكييف سلوكيات المصلحة الذاتية، كتناول الطعام الصحي أو ممارسة النشاط البدني.³¹

وقد تبين أن التغييرات الطفيفة، مهما كانت صغيرة، فعالة للغاية في تيسير تغيير السلوك تغييرًا إيجابيًا. ففي ولاية نيو مكسيكو بالولايات المتحدة الأمريكية، كشف تعديل بسيط أدخل على تصميم عربات التسوق عن زيادة في مبيعات الأطعمة الصحية.³² حيث قام الباحثون بوضع خط أصفر اللون باستخدام شريط لاصق على امتداد عرض عربة التسوق وثبتوا علامة تطلب من المتسوقين وضع الفواكه والخضروات أمام الخط الأصفر وبقيت المشتريات خلفه. نتج عن هذا التعديل زيادة نسبتها 12.4 بالمئة في مبيعات الفواكه والخضروات.³²

أما في دولة قطر، وفي إطار الإرث الذي تركه المشروع الصحي لكأس العالم في عام 2022، تعاونت دولة قطر مع منظمة الصحة العالمية والاتحاد الدولي لكرة القدم (فيفا) معًا في استخدام منهجيات الرؤى السلوكية لتحفيز المشجعين على انتقاء خيارات صحية عبر توفير بيئات وخيارات غذائية صحية. ويشير مصطلح 'البيئة الغذائية' هنا إلى الظروف المكانية والاقتصادية التي تؤثر على التفضيلات والخيارات الغذائية للأفراد. فوجود بيئات غذائية صحية يمكّن الناس من تبني ممارسات غذائية صحية والحفاظ عليها. حرص التعاون بين الجهات الثلاث على أن يتضمن حوالي 30 بالمئة من بنود قائمة الطعام في استادات المونديال وحوالي 20 بالمئة منها في مناطق احتفالات المشجعين، على بطاقات تعريفية غذائية بحسب معايير منظمة الصحة العالمية.³³ كما تم استخدام تقنيات الرؤى السلوكية لجعل الخيارات الصحية في قوائم الطعام تبدو الخيارات الأسهل والأكثر جاذبية. وأخيرًا، تم توجيه رسائل بشأن الطعام الصحي إلى المشجعين عبر وسائل الإعلام.³³

بوجه عام، أكثر التدابير الواعدة والأوفر حطًا بالنجاح هي التي اشتملت على استخدام الحوافز، وتغيير الحقائق المفترضة، وتعديل البيئات المكانية.³⁴ فمجرد توفير المعلومات ثبت أنه أقل التدابير فعالية. ولذلك، هناك حاجة لإجراء المزيد من البحوث حول الرؤى السلوكية، بحيث تركز على توفير الأدلة بشأن استدامة نتائجها. ولتوجيه السياسات بصورة أفضل، لا بدّ أن تغطي التدخلات القادمة عينات أكبر حجمًا وتكون مدة الدراسات أطول بهدف تتبّع أي اختلافات جوهرية في الخصائص الاجتماعية والسكانية، وتسجيل المعدل الإجمالي لاستدامة التغيير السلوكي. كما يجب تسجيل نسبة الفعالية من حيث التكلفة، وبالتالي هناك ضرورة لتوثيق وتحليل تكلفة مختلف أشكال التدخلات.

يُوصى بدراسة إدخال الرؤى السلوكية في كافة مستويات ومراحل تصميم السياسات والبرامج. ويُعتبر إطار إيست (Easy) (EAST) سهل، جذاب، اجتماعي، Timely (حسن التوقيت) طريقة مبسّطة لتطبيق مفهوم الرؤى السلوكية على عملية صنع السياسات وتمكين التغيير السلوكي الإيجابي.³⁵

1. سهل



مثلًا عبر جعل الخيار الصحي هو الوضع المفترَض، وتخفيف مشكلة عدم تقبل تناول الطعام الصحي، أو تبسيط واختصار الرسائل المتعلقة بالتغذية الصحية.

2. جذاب



مثلًا عبر لفت انتباه المستهلكين إلى خصائص محددة للمنتجات الغذائية، وتخصيص الرسائل لتشجيع ممارسة الأنشطة البدنية، وتوفير الحوافز للأفراد الذين ينتهجون سلوكيات معينة.

3. اجتماعي



مثلًا عبر تسليط الضوء على فكرة أن الكثير من الناس باتوا ينتهجون السلوكيات المرغوبة، واستخدام شبكات العلاقات الاجتماعية للسكان المستهدفين، أو تشجيع الناس على الالتزام علانيةً بانتهاج سلوكيات معينة.

4. حسن التوقيت



مثلًا عبر تحفيز الناس لانتقاء خيارات غذائية صحية حين يُرجح أنهم سيتوجهون نحو الخيارات الأسرع، وتسلط الضوء على الفوائد الفورية للطعام الصحي بدلًا من فوائده المستقبلية، أو دعم الناس في اعتماد نهج التخطيط المسبق لانتقاء الخيارات الأنسب.

المصدر: ³⁶Applying Behavioral Insights to Tackle Childhood Obesity in North Macedonia, UNICEF

نموذج مفصل لمعالجة السمنة لدى الأطفال في قطر

يوفر النموذج الاجتماعي البيئي إطارًا للتعرف على العوامل التي تؤثر على سلوكيات الأفراد وخياراتهم تجاه أنماط الحياة. كما يفسح المجال لرسم صورة شاملة للعوامل المعقدة التي تسهم في تكوين تلك السلوكيات، ومن ثمّ ينيّر المعنيين في عملية تطوير تدخلات فعّالة لتعزيز السلوكيات وأنماط الحياة الصحية.

يراعي النموذج المقترح عددًا من العوامل المختلفة، استهلالاً بالعوامل الفردية والشخصية، مروراً بالعوامل البيئية وانتهاءً بالأبعاد ذات الصلة بالسياسات. وفي إطار البعد الفردي، غالباً ما تستقصي الأبحاث المحددات السلوكية المتعلقة بأحداث الحياة الرئيسية والعادات والسلوكيات التي تنطوي على الخمول وقلة النشاط (مثل مشاهدة التلفاز أو ألعاب الفيديو) والتنقل.³⁷

يعرض الشكل رقم (6) مقترحاً لنموذج مفصل أعدّ خصيصاً لدولة قطر. تم ترتيب الأقسام التالية من هذا التقرير وفقاً لأجزاء النموذج المختلفة، وجرى تحليل كل جزء تبعاً للسياق القطري، ووضعت المعايير استناداً إلى البحوث والمراجعات التي استقصت التجارب الدولية. ومن ثمّ، قمنا بصياغة توصيات السياسة بناءً على قابلية تطبيق المقترحات في السياق القطري، مسترشدين بالرؤى التي استقيناها من الشركاء المعنيين والخبراء المحليين والدوليين.

الشكل رقم (6): مقترح نموذج السياسة المشتركة بين القطاعات الذي يستهدف السمنة لدى الأطفال في قطر



تتيح الـ 1000 يوم الأولى من حياة الطفل فرصة سانحة لإرساء دعائم بنية صحيّة، وتطور عصبيّ ونمو مثاليّ يمتد أثره على مدار سنوات الحياة. فالرضاعة الطبيعية، على سبيل المثال، لا تنحصر في كونها مجرد طريقة للتغذية، بل هي سلوك تعود ثمرته على صحة الأم والطفل ورفاهيتهما. وعلى النحو ذاته، يُعتبر النشاط البدني وعادات الأكل الصحية عنصريّين أساسيين للنموّ السليم والتطور القويم للأطفال والمراهقين، على السواء.³⁸ فالأطفال الذين ينخرطون في سلوكيات مفعمة بالنشاط والحيوية يُرجّح أن تزداد لديهم فرص المحافظة على أنماط نابضة بالحياة في منتصف مرحلة البلوغ وأواخرها، في حين أن الأطفال الذين يعيشون أنماط حياة تنسم بالخمول وقلة النشاط أكثر عرضة لاصطحاب هذا الخمول معهم إلى مرحلة البلوغ. ومن ثم، لا بدّ من مشاركة الأطفال والشباب في أنشطة بدنية منذ نعومة أظفارهم، وضرورة حثّهم على ارتياد وسائل التنقل النشطة (مثل المشي وركوب الدراجات) بصورة أكثر.³⁹ وعلاوة على ما سلف، يتعين على هاتين الفئتين الانخراط في 'أنشطة حرة' غير خاضعة لإشراف الكبار، والتي قد تشمل على اللعب في الخارج، واستكشاف المناطق المحيطة بهم، والمشاركة في الألعاب الرياضية أو الأنشطة البدنية الأخرى.³⁹ ويمكن أن توفر البيئة المدرسية مساحة ملهمة لتعزيز مثل هذه الأنشطة، وغرس الوعي اللازم وبناء السلوكيات المطلوبة للحصول على أنماط حياة مستدامة. وهنا، تُعتبر الدلائل الإرشادية والسياسات وبرامج التوعية الوطنية المعنية بالترويج لخيارات التغذية والأطعمة الصحية ذات أهمية بالغة في تمكين الأفراد من اتخاذ خياراتهم إزاء أنماط الحياة. وكذلك، يعدّ الوصول إلى خيارات الطعام الصحي والمساحات الخضراء والمفتوحة أمرًا حيويًا، مما يجعل من التخطيط الحضريّ مهمة جوهرية تمكّن من الوصول إلى الطبيعة وقضاء أوقات مثمرة فيها. وفي الوقت ذاته، تلعب الأسرة والمجتمع دورًا كبيرًا في تعزيز السلوكيات والخيارات التي يتبناها أطفالنا، لذا يجب النظر إلى كل منهما باعتبارهما عامليّ تمكين للحصول على صحة جيدة. أما بالنسبة للممارسات السريرية، فلا غنى عنها لضمان الحيلولة دون إصابة الأطفال بالسمنة في أسرع وقت ممكن، وتحديد المعرّضين للخطر وعلاج من تم تشخيص إصابتهم.

مجالات وسياسات التدخل المقترحة

دور الطعام والتغذية

تتأثر السياسات الغذائية التي تضطلع الحكومات بوضعها وتنفيذها على المستويين الوطني والإقليمي بعدة عوامل، من بينها التقاليد، والثقافة، والنظام السياسي، والدعم المقدم من الشركاء المعنيين (مثل قطاع الأعمال والمجتمع المدني). ومن خلال تضافر الجهود بين مختلف الأنظمة والتفاعل فيما بينها لتطبيق السياسات المقترحة، يتسنى تحقيق السلوك الأفضل وإحداث التغير البيئي المنشود مع مرور الوقت. وعليه، يتعين تصميم السياسات الغذائية على نحو يساهم في تغيير السياق أو البيئة التي تشهد سلوكيات أو أنماط غذائية غير مرغوب فيها. وبالتالي، يجب أن تتعامل هذه التغييرات البيئية مع النظام الغذائي بطريقة تساهم في إيجاد بيئات حافلة بالطعام الصحي وتشجع عليه، كي تتمكن من الحفاظ على التغييرات السلوكية المرغوبة.

في هذا الإطار، من المهام الصعبة للغاية تقديم قائمة شاملة بجميع السياسات الغذائية التي تنفذها البلدان في شتى أنحاء العالم بغية الحيلولة دون الإصابة بالسمنة. إلا أن التقرير الحالي يفسح مجالاً للتعرف بصورة أفضل على هذه الممارسات العالمية، وي طرح، في الوقت ذاته، عدداً من الأمثلة القائمة على الأدلة لممارساتٍ تكثرت بالنجاح وأخرى لم يحالفها الحظ، والوقوف على الأسباب في الحاليتين.

وضع البطاقات التعريفية الغذائية على عبوات وأغلفة الأطعمة

على الرغم من إتاحة المعلومات الغذائية على ظهر العبوات (بطاقة المعلومات الغذائية) على نطاق واسع وتوفيرها للمستهلكين، إلا أنه وفي غالب الأحيان يصعب فهم تلك المعلومات بصورتها الرقمية. وعليه، توصي منظمة الصحة العالمية بتبني أنظمة "وضع بطاقات التعريفية الغذائية على واجهة العبوات" لتكون واحدة من التدابير اللازمة لتشجيع الحصول على "أفضل المشتريات"، والتي تساهم في الحد من الانتشار المتزايد للأمراض غير الانتقالية.⁴⁰ ويكمن الهدف الرئيس لأنظمة وضع بطاقات التعريفية على واجهة العبوات والأغلفة الغذائية في دعم المستهلكين في اتخاذ خيارات أكثر استنارة ومراعاة للجوانب الصحية.^{41,42} وعلى الرغم من الاعتراف بهذه الأنظمة باعتبارها أداة قوية لتعزيز حقوق الإنسان والصحة العامة في إطار المساعي الرامية إلى التصدي للأوبئة غير الانتقالية على الصعيد العالمي، إلا أنه لا يوجد حتى هذه اللحظة اتفاق عالمي على نظام محدد لوضع هذه البطاقات التعريفية.

فأنظمة البطاقات التعريفية الغذائية تختلف فيما بينها في مقدار المعلومات الغذائية التي تقدمها للمستهلكين، وصيغتها ونوعها، ما حدا بالحكومات حول العالم لاستخدام مجموعة من المخططات المختلفة لهذه الأنظمة، وذلك على النحو المبين في الجدول رقم (2).

الجدول رقم (2): أنواع المخططات المستخدمة في أنظمة وضع البطاقات التعريفية الغذائية على عبوات الأطعمة

<ul style="list-style-type: none"> • مستويات عناصر التغذية مجتمعةً لإعطاء تقييم شامل لمدى ملاءمتها للصحة بشكل مطلق: • الحكم التقييمي الإيجابي فقط (على الأطعمة التي تحمل رمز "الاختيار الأفضل لك"): • لا تعدّ المنتجات مؤهلة لحمل رمز المصادقة إلا في حال استيفاء أحد معايير التغذية: • النقاط المؤهلة للمغذيات بشكل ثنائي (على سبيل المثال، إذا لَبِي المنتج المعيار المطلوب، فحينها يمكن وضع رمز المصادقة عليه) 	<p>رموز المصادقة والاعتماد (مثل: رمز المفتاح، ورمز الخيارات الصحية)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • مستويات عناصر التغذية مجتمعةً لإعطاء تقييم شامل لمدى ملاءمتها للصحة بشكل نسبي • الأحكام الإيجابية والسلبية مجتمعة (التقييم التوجيهي المتدرج للأغذية بشكل عام) • يمكن أن تظهر على المنتجات المؤهلة كافة: • النقاط المؤهلة للمغذيات بشكل متدرج (على سبيل المثال، عالي - متوسط - منخفض التغذية) 	<p>أنظمة المؤشرات الموجزة (مثل تقييم النجوم Health Star وتقييم (Nutri-Score)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • وضع المعلومات على المغذيات الفردية بشكل منفصل • المنتجات التي تتجاوز أحد المعايير المحددة للتغذية (الأحكام السلبية التي تحمل رمز "الخيار الأسوأ/الأخطر لك") • النقاط المؤهلة للمغذيات بشكل ثنائي (على سبيل المثال، إذا تجاوز المنتج الحد الأقصى، فحينها يجب وضع الملصق الرمز التحذيري عليه) 	<p>ملصقات الرموز التحذيرية الخاصة بالمغذيات (مثل الملصق التحذيري التشيلي)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • وضع المعلومات على المغذيات الفردية بشكل منفصل • الأحكام الإيجابية والسلبية مجتمعة (التقييم التوجيهي المتدرج للمغذيات) • النقاط المؤهلة للمغذيات بشكل متدرج (على سبيل المثال، عالي - متوسط - منخفض التغذية) 	<p>الملصق التفسيري الخاص بالمغذيات</p>

المصدر: منظمة الصحة العالمية.⁴⁰

يصعب على الأفراد فهم أنظمة البطاقات التعريفية الغذائية. لذا، تهدف أنظمة 'التحذير' أو 'إشارات المرور' بصورتها المبسطة المبيّنة على هذه الملصقات إلى توفير معلومات سهلة وواضحة للمستهلكين. ولقد أثبتت التدخلات الحكومية التي تفرض سياسة "وضع البطاقات التعريفية الغذائية على واجهة العبوات" فعاليتها في تمكين المستهلكين من اتخاذ خيارات صحية والحدّ من استهلاك المواد الغذائية غير الصحية. كما أظهرت الدراسات العلمية المقارنة أن وضع العلامات التحذيرية الخاصة بالمغذيات يعدّ أكثر الأنظمة فعالية عند مقارنتها بالأنظمة الأخرى، بما في ذلك أنظمة المصادقة والأنظمة التفسيرية التي توضّح الكميات التي يوصى بتناولها يوميًا، على سبيل المثال.⁴³

وتبيّن الأدلة البحثية المتاحة حاليًا أن جميع أشكال التسويق ذات تأثير مستمر على أولوية تفضيل الأطعمة، واختيارها وشراؤها لدى الأطفال والبالغين، سواءً من خلال الإعلان عنها، أو وضع تخفيضات عليها أو انتشار المنافذ المخصصة للأطعمة غير الصحية. وتتفاقم صعوبة اتخاذ خيارات غذائية صحية جزاء نقص الوعي اللازم حيال مكونات المواد الغذائية ووجود ملصقات معقدة يصعب فهمها، والتي غالبًا ما تصاغ بخطوط صغيرة، أو توضع على ظهر العبوات أو تحجبها الإعلانات. والخلاصة، أن وجود

ملصقات بسيطة توضّح السعرات الحرارية للعبوات ووضعها في الأماكن المحددة لانتقاء الأطعمة (نقاط لخيارات الأطعمة) في القسم المخصص للأطعمة المجهزة خارج المنزل من شأنه توفير معلومات أساسية تمكّن من اتخاذ خيارات صحية.

في عام 2013، ألقى أحد تقارير مؤتمر قمة "وبش"⁴⁴ الضوء على قضيتي وضع البطاقات التعريفية الغذائية على عبوات وأغلفة الأطعمة، وأشار إلى أن المستهلكين يواجهون صعوبة كبيرة في فهم محتوى السعرات الحرارية أو حسابها بدقة. وفي نسخة 2022 من المؤتمر، صدر تقرير سياسة يستهدف التصدي لهذه المشكلة تحت عنوان "إمكانات نظام وضع البطاقات التعريفية على مقدمة العبوات في قطر"⁴³، والذي يقدم بدوره توصيات بشأن السياسات المعنية بكيفية استفادة دولة قطر من التجارب العالمية والإقليمية في استكمال تنظيماتها الحالية وتبني نظام لسياسة وضع البطاقات التعريفية على واجهة عبوات الأطعمة معدّ خصيصاً للسياق القطري ويرمي إلى تقويض الأساليب التسويقية ذات الأهداف الموجهة والمضلّة في كثير من الأحيان، مما يفضي في نهاية المطاف إلى حماية حق الإنسان في الصحة الجيدة.

في نفس الإطار، شرعت البرازيل في عام 2022 في تنفيذ أحد الأنظمة المحسّنة لسياسة وضع بطاقات الغذائية التعريفية، على أن يُفرض بشكل إلزامي بحلول العام 2024. وبموجب اللائحة الجديدة، يتعين استخدام رموز بسيطة في البطاقات التعريفية ووضعها في واجهة عبوات الأطعمة لتنبيه المستهلك حيال المستويات العالية من السكر والدهون والملح.^{46,45} ويتميز هذا النظام بتصديده للصعوبات المرتبطة بقراءة البطاقات التعريفية ويكفل حق المستهلك في شفافية المعلومات، مما يمكّنه من اتخاذ قرارات غذائية واعية.⁴⁷ كذلك تخضع دول الاتحاد الأوروبي للمعايير والدلائل الإرشادية الدولية للأغذية الصادرة عن هيئة الدستور الغذائي. تُعنى الهيئة بدعم تطوير السياسات الوطنية والتجارة وتحديد إطار شامل لآلية وضع البطاقات التعريفية على العبوات الغذائية، كما تعمل في وقتنا الراهن على إعداد مجموعة من المبادئ التوجيهية لمساعدة المستهلكين على اتخاذ خيارات صحية. ومع كونها لا تقرّ مخطّطاً بعينه، إلا أن الهيئة تسعى إلى توفير إطار مرجعي شامل لتصميم سياسات وضع البطاقات التعريفية الغذائية وتنفيذها.⁴⁸

كما أوضح التقرير أن المملكة العربية السعودية والإمارات العربية المتحدة تعدّان الدولتان الوحيدتان من بين دول مجلس التعاون لدول الخليج العربية اللتان اتخذتا خطوات فعّالة لمعالجة هذه المشكلة عبر إدخال نظام "إشارات المرور" المخصص لوضع البطاقات التعريفية على عبوات التغذية.⁴⁸ تبنت المملكة العربية السعودية نظام "إشارات المرور" الذي يوضّح نسب الدهون المشبعة والسكريات والملح على العبوات. ويأتي هذا النظام باعتباره جزءاً من جهود الدولة المستمرة الرامية لتمكين المستهلك من اتخاذ خيارات صحية وخفض معدلات الإصابة بالسمنة وغيرها من الأمراض غير الانتقالية.⁴⁹⁻⁵¹ كما أدخلت الإمارات العربية المتحدة نظام "إشارات المرور" باعتباره السياسة المقررة لـ "وضع البطاقات التعريفية الغذائية" في البلاد. يستهدف النظام عرض نسب الدهون والسكريات والملح على الأطعمة المعبأة، ويعدّ جزءاً من البرنامج الوطني للسعادة وجودة الحياة.⁵² غير أن تنفيذ هذين النظامين في كلا البلدين يسري على أساس تطوعي، وبالتالي لا توجد في وقتنا الراهن آية أنظمة إلزامية لوضع الملصقات التحذيرية على واجهة العبوات في المنطقة.

يمكن تأطير السياسات المعنية بالبطاقات التعريفية الغذائية في أبسط صورها تحت إطار نهج حقوق الإنسان، مما يتطلب منح الأولوية لاعتماد التدابير التي تجعل من السهل على الأفراد اتخاذ قرارات صحية وتحثهم على الامتناع عن استهلاك الأطعمة مفرطة المعالجة والتي تسهم في تطور العديد من الأمراض وحدوث الوفيات المبكرة. وعليه، فإن من شأن تبني أحد المخططات المعنية بسياسة وضع البطاقات التعريفية الغذائية أو غيره من الأنظمة التحذيرية، مثل مخطط "إشارات المرور"، أن يفسح المجال لدولة قطر أمام الوفاء بالتزاماتها تجاه حقوق الإنسان، نظرًا لما تقدمه هذه الأنظمة من توعية للمستهلك حيال قراراته الغذائية واختياراته للأطعمة.

ولن يخلو اعتماد نظام لسياسة "وضع البطاقات التعريفية الغذائية على واجهة العبوات" من التحديات، بل يُرجح أن يلقي مقاومة من أرباب الصناعة، لا سيما ما يتعلق بالحجج التي تسوقها اللوائح المتعلقة بالتجارة الدولية وقانون الاستثمار. ومع ذلك، تقر منظمة التجارة العالمية بحق الدول في سنّ القوانين واتخاذ الإجراءات التي تراها ضرورية لحماية صحة مواطنيها والحفاظ على حياتهم. ومن ثم، لا ينبغي النظر إلى عملية اعتماد التدابير التي تفرض وضع ملصقات على المنتجات الغذائية غير الصحية على أنها تمثل عائقًا أمام التجارة.

التسويق الرقمي

أصبح التسويق الرقمي للأطعمة والمشروبات أكثر استهدافًا للأطفال، إذ تصمم شركات الأطعمة والمشروبات استراتيجياتها التسويقية معوّلة على التكتيكات التي تستهدف عاطفة الأطفال، مثل الرسومات الرائعة، والتصميمات البصرية، والرسوم المتحركة. وتشير الأبحاث إلى أن الأطفال الذين تقل أعمارهم عن ثماني سنوات ليست لديهم القدرة التامة على التمييز بين الخيال والواقع، مما يجعلهم ضحية للاستثمار العاطفي.⁵³

وفي إطار سعي مختلف البلدان للوفاء بالالتزامات التي قطعتها على عاتقها في مجال حقوق الإنسان -بموجب "اتفاقية حقوق الطفل"⁵⁴ و"العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية"⁵⁵ والتي تنص على احترام حقوق الأطفال في الخصوصية، والصحة، والمعلومات، والتعليم، وتوفير الغذاء الكافي، وتدعو إلى حمايتها والوفاء بها، يتعين على تلك البلدان أن تضع نصب عينيها الواقع العالمي الحالي الذي يشهد استخدام البيانات الشخصية الرقمية واستغلال وسائل التسويق الموجهة للأطفال. كما ينبغي ألا يقتصر دور هذه البلدان على مطالبة مقدمي الخدمات بالحدّ من جمع أيّة بيانات خاصة بالأطفال، أو معالجتها أو الاحتفاظ بها، بل يجب أن يمتد ليشمل حملهم على احترام حقوق الطفل وحمايتها والوفاء بها في سياق البيئة الرقمية.⁵⁶ كما يجب سنّ القوانين المتعلقة باستراتيجيات التسويق الرقمي للمنتجات الغذائية والمشروبات مفرطة المعالجة التي تحتوي على نسبة عالية من الملح والدهون والسكريات، بحيث تتجنب استهداف الأطفال. ومن الممكن تحقيق هذا الهدف من خلال وضع إرشادات تحدّ من (أو تحظّر) ظهور الأفراد أو الشخصيات العامة أو الرياضيين المشهورين في إعلانات الأطعمة غير الصحية أو الإعراب عن تأييدهم لها.

الدلائل الإرشادية للتغذية

شهد العقدان الماضيان مبادرةً عدد من البلدان في مختلف أنحاء العالم إلى إعداد باقة من الدلائل الإرشادية للتغذية بهدف زيادة منسوب الوعي العام بالاحتياجات الغذائية الأساسية وتسهيل التثقيف الغذائي عبر وسائط وسياقات متعددة. فقد قام أكثر من 60 بلدًا في قارات العالم المختلفة بوضع دلائلها الوطنية الإرشادية للتغذية.⁵⁶ والتي تقدم بشكل عام نصائح موثوقة للأطفال والكبار حول العادات الغذائية الإيجابية الداعمة للصحة والتي تحدّ من مخاطر ظهور الأمراض المزمنة الرئيسية. ومن ثمّ، تعدّ هذه الدلائل الركيزة الأساسية لبرامج التغذية الحكومية وبرامج التوعية الوطنية بالتغذية.

تنطوي أمثلة هذه الدلائل الإرشادية على الترويج لتناول الفاكهة والخضروات نظرًا لفوائدها الصحية، لا سيما المساعدة على تقليل مخاطر الأمراض المرتبطة بالتغذية والسمنة. لذا، نجد أن حملات الترويج للأنظمة الغذائية في بلدان مثل الولايات المتحدة وأستراليا والأرجنتين والبرازيل وتشيلي والمكسيك وكندا ونيوزيلندا، تحثّ المواطنين على زيادة الاستهلاك اليوميّ من الفواكه والخضروات.⁵⁷ ففي الولايات المتحدة، على سبيل المثال، يشجّع برنامج "5 كل يوم" الأفراد على تناول خمس وحدات على الأقل من الفواكه والخضروات بشكل يومي. وغالبًا ما تتولى الحكومات الوطنية والمحلية تمويل مثل هذه البرامج.

ولقد شهد عام 2015 نشر الدلائل الإرشادية للتغذية لدولة قطر بهدف تحقيق نمط حياة صحيّ شامل، والارتقاء بمستوى الصحة والتثقيف الغذائيّ والوقاية من الأمراض غير الانتقالية في البلاد.⁵⁸ وسلّطت هذه الدلائل الإرشادية الضوء على ثمانى توصيات، هي:

- تناول خيارات صحية من ست مجموعات غذائية
- الحفاظ على وزن صحي
- الحدّ من تناول السكر والملح والدهون
- الحرص على ممارسة النشاط البدني
- شرب كميات وافرة من الماء
- اتباع طرق آمنة ونظيفة في تحضير الطعام
- الحرص على الأكل الصحي مع مراعاة حماية البيئة
- رعاية الأسرة⁵⁸

تم مراجعة هذه الدلائل ونشر نسخة محدّثة منها.⁵⁹ ومع إطلاق النسخة المحدّثة، تم تعضيد هذه المساعي بحملات تثقيفية تستهدف حثّ المجتمع والآباء والأمهات والأطفال على قراءة هذه الرسائل، وفهمها واعتمادها، بغية اتخاذ خيارات غذائية أكثر مراعاة للصحة.

قائمة بالملصقات الغذائية للمطاعم والمقاهي والكافيتريات

أظهرت الدراسات أن مؤشر استهلاك الأفراد للسعرات الحرارية غالبًا ما يتجه نحو الزيادة عند تناولهم الطعام خارج المنزل. ويُعزى ذلك إلى أن الأطعمة التي يتم تقديمها في المطاعم والمنافذ تحتوي، في المتوسط، على نسب أعلى من قيم السعرات

الحرارية، وعلى ملح (الصوديوم) ودهون مشبعة، كما أنها تحتوي على نسب أقل من القيم الغذائية والألياف،⁶⁰ مقارنةً بالطعام الذي يعدّ في المنزل، وهو ما لا يدركه معظم المستهلكين.⁶¹ ففي الولايات المتحدة، يعتبر تناول الطعام خارج المنزل مصدر قلق للصحة العامة، حيث لوحظ أن الفرد يستهلك ثلث سعرته الحرارية من الطعام الذي يتم تجهيزه خارج المنزل.⁶² لذا، ترى المجموعات المعنية بالدفاع عن الصحة العامة أن التوسّع في سياسة وضع ملصقات التغذية لتشمل خيارات الأطعمة التي تقدم في المطاعم يعدّ من الأمور بالغة الأهمية.^{61,62} فمن شأن هذه السياسة أن تمكّن رواد المطاعم من اتخاذ قرارات مستنيرة إزاء تناول الطعام خارج المنزل، ناهيك عن دورها في التأثير على المحتوى الحراري للوجبات المقدمة في هذه المطاعم.⁶³

تم تطوير الدلائل الإرشادية للأطعمة والمشروبات في عام 2017 وكانت تستهدف في البداية الكافيتريات وآلات البيع في مرافق الرعاية الصحية. وتم بعد ذلك توسيع الدلائل الإرشادية لتكون مناسبة في أماكن العمل، وتهدف الدلائل الإرشادية إلى زيادة وتعزيز خيارات الأغذية والمشروبات الصحية في مرافق الرعاية الصحية وأماكن العمل. باستخدام الألوان الثلاثة لنظام إشارات المرور (الأحمر والأصفر والأخضر)، ليتمكن المستهلك من معرفة واتخاذ قرارات مستنيرة بشأن الأطعمة والمشروبات التي يقوم باختيارها.⁶⁴ استخدمت الدلائل نظام "إشارات المرور" (بالوانه الأحمر والأصفر والأخضر) بهدف تمكين المستهلكين من اتخاذ قرارات مستنيرة إزاء الأطعمة والمشروبات. فبموجب هذا النظام، تم حظر العناصر التي تدرج تحت الفئة الحمراء (أي التي تحتوي على نسب عالية من الملح والسكر والدهون) من آلات البيع الذاتي وتم تقييدها بنسبة 20% من مخزون الكافيتريات.⁶⁴

وتلعب وزارة التجارة والصناعة دورًا مهمًا في تشجيع عادات الأكل الصحية وحماية حقوق المستهلك. وثمة مثال على ذلك يتجسد في المبادرة التي أطلقتها الوزارة في عام 2017 وتلزم مزوّدي المواد الغذائية والموردين باستخدام اللغة العربية على عبواتها بشكل واضح، عند عرض أي منتجات أو سلع غذائية، وتفرض عليهم كذلك كتابة جميع المكونات والمعلومات ذات الصلة.⁶⁵ وفي عام 2018، أطلقت وزارة التجارة والصناعة بالتعاون مع وزارة الصحة العامة مبادرة لسنّ التنظيمات المتعلقة بآلية عرض المعلومات الغذائية لمنتجات الأطعمة. وتألّفت المبادرة من التزامين: أحدهما عام، وبموجبه يتعين على جميع المطاعم والمقاهي ومنافذ بيع الأطعمة أن تدرج في "وصف الطعام" بلد المنشأ وما إذا كانت الوجبة تتكون من لحم، أم دجاج، أم سمك، أم غير ذلك.⁶⁶ أما الالتزام الثاني فيوجب عرض عدد السعرات الحرارية على جميع الأطعمة والمشروبات المقدمة في المطاعم والمقاهي الحاصلة على وكالات تدير بموجبها أكثر من خمسة فروع في دولة قطر، إضافة إلى الأطعمة المقدمة في دور السينما.⁶⁷ كما تمثّل الهدف من مبادرة عرض السعرات الحرارية في تمكين المستهلك من معرفة الآثار الصحية السلبية المترتبة على الإفراط في استهلاك السكر والملح والدهون غير الصحية. تم تجربة هذه المبادرة لسنة أشهر، قبل فرضها وجعلها مطلبًا إلزاميًا.

الضرائب الانتقائية

أثبتت الدراسات وجود صلة وثيقة بين استهلاك المشروبات المحلاة بالسكر وإصابة الأطفال وبالغين بالسمنة.⁶⁸ وعليه، فقد تسهم اللوائح والسياسات في تشكيل سلوكيات تناول الطعام واستهلاك المواد الغذائية لدى الأفراد.⁶⁹ كما أكدت الأبحاث أن فرض ضرائب على المشروبات المحلاة بالسكر ساهم في خفض معدلات شراء

الأسر لها، لا سيما عند تطبيق نظام يفرض ضرائب عالية عليها، ما أسفر عن خفض معدلات انتشار السمنة.^{71,70} تظهر هذه التأثيرات بشكل أوضح في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط، حيث يتأثر السلوك الشرائي للمجتمع بالتغيرات التي تطرأ على أسعار السلع الأساسية.⁷² مما حدا بالعديد من الدراسات إلى العمل على استكشاف مخطط مركب يقترح المزج بين ضريبة الإنتاج من ناحية ودعم منتجات الغذاء الصحي من ناحية ثانية.⁷³ من جهتها، فرضت دولة قطر ضريبة انتقائية على الأطعمة التي تعتبر ضارة بالصحة أو البيئة، بما في ذلك فرض 50% على المشروبات الغازية و100% على منتجات التبغ ومشتقاته ومشروبات الطاقة.⁷⁴ ويمكن توسيع الضريبة لتشمل غير ذلك من المنتجات غير الصحية، مثل الأطعمة المعبأة مسبقاً أو الأطعمة والمشروبات التي تحتوي على نسب مرتفعة من الدهون والسكريات والملح (الصوديوم)، أو كلها مجتمعة.

السياسات المقترحة للتغذية

- إعداد إطار عمل لسياسة "وضع البطاقات التعريفية الغذائية على واجهة العبوات" في دولة قطر، بحيث يتبنى أحد أنظمة التحذير الخاصة بالمواد الغذائية، تمهيداً للحصول على تفويض بتطبيقه.
- وضع دلائل إرشادية للتحكم في الإعلانات المروّجة للأطعمة والمشروبات غير الصحية والحدّ منها في جميع المنصات التي تستهدف الأطفال والمراهقين.
- تطوير دلائل إرشادية لآلية عرض المنتجات الغذائية في منافذ البيع والمنصات البيع الرقمية، مع منح الأولوية للخيارات الصحية والحدّ من إتاحة الأطعمة غير الصحية في تناول الأطفال.
- مواصلة نشر "الدلائل الإرشادية للتغذية لدولة قطر" بصيغتها المحدّثة وتطوير برامج للدعوة لتبنيها.
- اعتماد "الدلائل الإرشادية الوطنية للمطاعم والمقاهي وآلات البيع الذاتي"، تمهيداً لإقرارها والتحقق من الامتثال لمتطلباتها، مع التركيز على الأطعمة/المنتجات الطازجة.
- وضع حدّ أدنى من المعايير للأطعمة المستوردة وإنشاء هيكل حوكمة للرقابة عليها.
- تقييم تأثير سياسة الضريبة الانتقائية المعمول بها حالياً في قطر وبحث سبل توسيعها بناءً على توصيات وزارة الصحة العامة.
- توسيع نطاق الدلائل الإرشادية الضريبية لتشمل فرض ضرائب على المنتجات غير الصحية، مثل الأطعمة المعبأة مسبقاً أو الأطعمة والمشروبات التي تحتوي على نسب عالية من الدهون، أو الملح أو السكر، أو كلها مجتمعة.
- البحث عن آليات جديدة لإتاحة الأغذية الصحية، بما في ذلك الفواكه والخضروات، بتكلفة معقولة.
- تشجيع مبادرات الزراعة الحضرية، مثل المزارع المجتمعية، بغرض زيادة نسبة الوصول إلى المنتجات الطازجة في المناطق الحضرية.

دور ممارسات القطاع الصحي

الدلائل الإرشادية للممارسات السريرية

تقوم الدلائل الإرشادية للممارسات السريرية بدور الأطر العملية التي تطلع أطباء الأطفال ومقدمي الرعاية الصحية الآخرين على معيار الرعاية المتوقع لتقييم الأطفال الذين يعانون من زيادة الوزن أو السمنة وعلاجهم، إضافة إلى إدارة الأمراض المصاحبة للسمنة على نحو فعال. كما تكفل هذه الممارسات تحقيق الاتساق في معايير وجودة الرعاية المخصصة لإدارة السمنة، والوقاية منها، وعلاجها. وتستند هذه الممارسات إلى مراجعة متعمقة وشاملة للأدلة المتاحة، بما في ذلك التجارب الفعالة المضبوطة والمقارنة والدراسات الوبائية الطويلة عالية الجودة.⁷⁵ ويجب أن تتمثل أولى أولويات الأدلة الإرشادية في ضمان الوقاية من السمنة؛ أما عند الإصابة بها، فيتلخص دور الأدلة في اتخاذ إجراءات فورية لمعالجتها، أو عكس نتائجها، أو الحيلولة دون تفاقمها. كما يجب أن تستهدف هذه الأدلة تمكين الأطباء والمرضى وتحفيزهم على تحسين التدخلات السلوكية والارتقاء بنمط الحياة قبل الشروع في العلاجات الدوائية.

في الآونة الأخيرة، اتجهت الأنظار نحو الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال بعد إصدارها توصيات وإرشادات محدثة لعلاج السمنة لدى الأطفال. وتمثل هذه التوصيات أولى عتبات التغييرات المهمة في الإرشادات التي تبناها الأكاديمية لعلاج السمنة منذ 15 عامًا. وتركز الإرشادات على علاج السمنة بدلاً من الوقاية منها، كما تدعو إلى إدخال دعم غذائي شامل، وإجراء علاج سلوكي ودوائي، وفي حال تنامي مستوى السمنة، فإنها تحفز إجراء الجراحات الأيضية وجراحات البدانة للمراهقين ممن تزيد أعمارهم عن 13 عامًا.⁷⁶⁻⁷⁸

وينبغي النظر إلى جراحة البدانة باعتبارها ملاً أخيراً للمراهقين بعد سنّ البلوغ من الذين يعانون من مستويات مفرطة أو خطيرة من السمنة أو من الأمراض الشديدة المصاحبة لها، وذلك في حال فشل التدخلات في تغيير نمط الحياة، وشريطة استيفاء مجموعة من المعايير المحددة سلفاً.⁷⁹ كما يجب استخدام علاج شامل للسمنة يتضمن تدابير شاملة، مثل الدعم النفسي.

حددت دولة قطر السمنة لدى الأطفال باعتبارها أحد مجالات التركيز التي تتطلب جهداً متعدد التخصصات، مستندةً في ذلك إلى الاستراتيجية الوطنية للصحة (2018-2022)¹⁸ وإلى الأولوية التي منحتها لـ "الرعاية الصحية الدقيقة". تمخض ذلك عن صدور "الدليل الإرشادي السريري لعلاج السمنة في قطر" في عام 2019.⁸⁰ يغطي الدليل مجالات رئيسة عدة، منها العرض والتقييم السريري، والفحص، والاختبارات السريرية الموصى بها، وإدارة الرعاية الأولية، والمشاركة والوعي المدرسي، وإحالات الرعاية المتخصصة، والعلاج الدوائي، والمعايير المؤهلة لجراحة البدانة.⁸⁰

دور المتخصصين في الرعاية الصحية

يضطلع المهنيون العاملون في مجال الرعاية الصحية بمهمة بارزة، لا سيما عندما يتعلق الأمر بتثقيف المرضى الصغار ومقدمي الرعاية حول سبل تحسين التغذية، والحدّ من الوقت المخصص للشاشات، وزيادة مستويات الأنشطة البدنية. وغالبًا ما يتحلّى المهنيون بالقدرة على التعرف على الشباب المعرضين للخطر، تمهيدًا لتزويدهم

برفقة مقدمي الرعاية الصحية، بمصادر المعلومات الصحية الموثوقة الملائمة لكل حالة مَرضية. ووفقاً لمراجعة استقصائية بشأن الوقاية من السممة نُشرت عام 2019، تمثلت إحدى العوائق الرئيسية الماثلة أمام المهنيين الصحيين في مساعيهم الرامية إلى الوقاية من السممة في المعتقدات والتصورات التي يحملها أولئك المهنيون تجاه السممة، إضافة إلى العوائق العملية المشتملة على ضيق الوقت وقلة الموارد وغياب الأدلة الإرشادية السريرية.⁸³⁻⁸¹ فقد يفتقر المتخصصون إلى الثقة والمعرفة بشأن الطرق المناسبة لدمج الوقاية من السممة في وسائل الرعاية الصحية؛ بل قد ينتاب بعضهم شعورٌ بأن هذه الطرق لا تتناسب مع وظائفهم.⁸⁴ وعلى الرغم من إدراك أولئك المتخصصين للآثار الناجمة عن زيادة الوزن على الصحة العامة، فقد يكون لديهم تصورٌ عامٌ بمحدودية الدور المنوط بهم، لا سيما مع غياب الحافز من جانب المرضى لإدخال التغييرات اللازمة على أنماط حياتهم.⁸⁵

ومن خلال إمعان النظر في هذه العوامل، أظهرت الدراسات أن المرضى غالباً لا يتم إخبارهم بأنهم مصابين بزيادة الوزن، ولا تتم مناقشة العواقب الصحية المترتبة على ذلك حتى يتم تصنيف المرضى على أنهم مصابين بالسممة.⁸⁸⁻⁸⁶ لذلك، من المهم للغاية دعم مقدمي الرعاية الصحية وتمكينهم من القيام بدورهم في تحديد عوامل الخطر المبكرة للسممة (بما في ذلك العرض النفسي ونمط الحياة). ويلزم كذلك تزويدهم بالأدلة الإرشادية المطلوبة لإجراء التدخلات المناسبة. وبالحديث عن قطر، نجد أن الدولة تعقد ورش عمل سنوية في مجال 'تدريب المدربين' بغرض تدريب المتخصصين في مجال التغذية، والأطباء، والمرشدين الصحيين، وأطقم التمريض، على توحيد الرسائل المتعلقة بالتغذية في جميع أنحاء الدولة لضمان توافقها مع "الدلائل الإرشادية للتغذية لدولة قطر".⁸⁹

تنسيق قطاع الرعاية الصحية

ترتكز الخدمات الصحية في عملها على نظام معقد من الأفراد، والعمليات، والإعدادات، والأنشطة، والهياكل. وغالباً ما تتداخل هذه الأنظمة مع أنظمة أخرى، يعمل كلٌّ منها وفق ديناميكيات مختلفة بشكل مستمر. وبغية إيجاد حلول للمشكلات الصحية المتنوعة، فإن الأمر يتطلب تحديد الأسباب المختلفة، وتعيين نقاط التدخل المتعددة، وإدراك العواقب المتباينة التي قد تقع عن غير قصد.⁹⁰

في ديسمبر 2021، اجتمع فريق العمل الوطني المعني بالسممة، والذي تم إنشاؤه بإشراف من وزارة الصحة العامة ويضمّ ممثلين عن وزارة الصحة العامة، ومؤسسة حمد الطبية، ومؤسسة الرعاية الصحية الأولية، وجامعة قطر، وسدرة للطب، والجمعية القطرية للسكري، اجتمع لأول مرة لمناقشة التحدي الكامن في مرض السممة في دولة قطر. خرج الفريق بمسودة أولية تجمع معاً الإجراءات الرئيسية التي تم اتخاذها حتى وقتنا الراهن وتقتصر عدداً من التوصيات للمضي إلى الأمام.⁹¹

بدورها، قامت مؤسسة قطر بتشكيل 'فريق العمل المعني بالسممة لدى الأطفال' في عام 2022 بهدف جمع خبراء الصحة والممارسين الطبيين والقادة الوطنيين وصانعي السياسات، لتعزيز مستوى التنسيق واتخاذ خطوات جادة لعكس المؤشرات المتنامية لمرض السممة لدى الأطفال في دولة قطر. يتلخص دور الفريق في كونه هيئة استشارية تساعد على وضع إجراءات السياسات وتحديد الاستجابات عالية التأثير، والإشراف عليها. كما يقع في نطاق اختصاص الفريق تسليط الضوء

على قضية السمّنة لدى الأطفال في قطر من خلال تحليل اتجاهات بيانات السكان والأحياء، ودراسة المحددات الاجتماعية، والسمات الغذائية، والمحددات المظهرية والأنماط الجينية. ويهدف الفريق أيضًا إلى تحليل التدخلات الحالية (السريية والاجتماعية والسلوكية) لتحديد الفجوات والوقوف على فرص التعاون والمشاركة على مستوى السياسات.

وبين أروقة مؤسسة حمد الطبية، تم إنشاء 'المركز الوطني لعلاج السمّنة' بهدف تيسير سبل رعاية المصابين بالسمّنة من خلال توفير رعاية طبية شاملة متعددة التخصصات.⁹¹ يعدّ المركز واحدًا من أكبر المراكز من نوعها في العالم، حيث يستقبل ما يقرب من 20.000 زيارة مرضية سنويًا. تم تجهيز المركز على نحو يتيح تشخيص السمّنة وإدارتها والتعامل مع مضاعفاتها.⁹¹ وفي حين أن مثل هذا المركز المعدّ على أعلى مستوى من التجهيزات يعدّ قفزة كبيرة في رعاية المصابين بالسمّنة في قطر، إلا أن هناك فرصة لتوسيع نطاق عمله من خلال تضافر مزيد من الجهود مع قطاع الرعاية الصحية الأولية والقطاعات الأخرى ذات الصلة.

وللتغلب على التحديات الحالية المتعلقة بالسمّنة ومضاعفاتها الصحية، فمن الضرورة تحسين تنسيق العمليات داخل القطاع الصحي. ينطوي هذا التنسيق على تعزيز دور قطاع الرعاية الصحية الأولية في دولة قطر، وتطوير مسارات الإحالات السريية على نحو أكثر وضوحًا وفعالية، بما يضمن انتقال سلس للمرضى عبر مستويات نظام الرعاية الصحية. وهذا التحسين المستمر والتنسيق المتواصل للرعاية شرط لازم لتحسين نتائج علاج المرضى وتجربتهم الاستشفائية بشكل عام.

السياسات المقترحة لممارسات القطاع الصحي

- الاستفادة من فرق ومجموعات العمل الحالية لدى الشركاء المعنيين على مختلف قطاعاتهم في دعم عملية إعداد دلائل إرشادية قائمة على الأدلة و'ممارسات جيدة' تستهدف الوقاية من السمّنة وفحصها وعلاجها.
- تنفيذ الدلائل الإرشادية الوطنية المعنية بالإدارة السريية ورصدها وتتبع أثرها للوقاية من السمّنة لدى الأطفال وعلاجها.
- وضع دلائل إرشادية سريية على المستوى الوطني تُعنى بجراحات السمّنة لدى الأطفال والمراهقين باعتبارها ملاذًا أخيرًا. وإعداد آلية لمراجعة هذه الدلائل الإرشادية وتحديثها كل خمس سنوات.
- توسيع خدمات علاج السمّنة وتعزيز مستوى التكامل مع مقدمي الخدمات الصحية الأولية.
- تعزيز عملية فحص السمّنة وعوامل الخطر المرتبطة بها على مستويات الرعاية الصحية الأولية.

- إعداد برامج شاملة للتدريب وبناء القدرات على المستوى الوطني بحيث تستهدف الممارسين الصحيين.
- تمكين التدخلات الرعاية الصحية الدقيقة للمساعدة في تحديد الأفراد المعرضين لمخاطر عالية، ومن ثمّ وقايتهم من مرض السمّنة لدى الأطفال وتقديم العلاجات الملائمة لهم كلّ بحسب حالته.

دور البيئة المبنية

يُعرّف الزحف العمراني بشكل عام بأنه توسّع المساحات المبنية من الأرض. وفي بعض الأحيان، قد يتجاوز هذا النمو سرعة النموّ السكاني، مما يؤدي في غالب الأحوال إلى استنفاد موارد الأرض والطاقة بشكل غير مثالي.^{93,92} فبالإضافة إلى آثاره التي تنعكس على المناخ والأرض، يجلب الزحف العمراني معه مزيجًا من التحديات التي يعود وبألها على الصحة العامة للأفراد. وأبرز هذه التحديات تثبيط عزيمة السكان عن الحركة والمشّي؛ بل يمكن أن يعيق الزحف العمراني الأطفال عن ممارسة الأنشطة البدنية في الهواء الطلق جرّاء مخاوف تتعلق بسلامتهم.⁹⁴

التخطيط الحضري

يُعتبر التوسع الحضري واحدًا من أبرز العوامل البيئية المسبّبة للسمّنة.⁹⁵ وقد أظهرت الدراسات التي أجريت لتقييم الدوافع المحتملة لزيادة معدل انتشار السمّنة وجود علاقة وثيقة بين السمّنة والتوسع الحضري.⁹⁵ فالبيئات الاجتماعية غير الملائمة والمباني التي تقيد النشاط البدني يمكن أن تدفع الأطفال إلى تبني نمط حياة خامل لا يتسم بالنشاط. لذلك، صار من الضروري أن تراعي جهود التخطيط الحضري التداعيات المحتملة على الصحة العامة وما يرتبط بها من مخاطر الإصابة بالسمّنة.

وقد تُعزى معوّقات النشاط البدني إلى عدة عوامل، من بينها ضعف الربط بشبكات التنقل،⁹⁶ والاعتماد الكبير على السيارات، وقلة الحوافز لممارسة النشاط البدني.⁹⁷ وفي المقابل، نجد أن الأحياء المحفّزة على ممارسة المشي تشجّع على ممارسة النشاط البدني، مثل المشي أو ركوب الدراجات إلى أماكن العمل وغيرها من الأماكن، مثل المدارس، والحدائق، والمراكز الشبابية، ومراكز التسوق.⁹⁸

وفي عدد من الدراسات التي أجريت في المملكة المتحدة وأستراليا والولايات المتحدة، أكدت النتائج وجود علاقة قوية بين الإقامة في مناطق تحتوي على أماكن عامة مفتوحة تقع على مقربة شديدة من السكن وزيادة النشاط البدني وتحسّن الصحة لدى جميع الفئات العمرانية.⁹⁹ ومع ذلك، بيّنت الدراسات أن الوصول إلى الأماكن العامة المفتوحة يختلف تبعًا للطبقة الاجتماعية، وهو ما يعدّ جزءًا من سياق موضوع أوسع يطلق عليه 'الظلم البيئي'. وهناك أدلة على أن التوزيع الحالي للمساحات الخضراء، مثل المنتزهات، يصبّ في مصلحة الفئات الأعلى دخلًا وذوي البشرة البيضاء، على نحو غير متكافئ. وعليه، تختلف إمكانية الوصول إلى المنتزهات، وجودتها كذلك، باختلاف المستوى الاجتماعي والاقتصادي للأحياء السكنية.¹⁰⁰ وسيكون لهذه النتائج تأثيرات كبيرة على إصلاح السياسات، لا سيما في الأماكن ذات الدخل المنخفض.

وعلى الرغم من أن مناخ دولة قطر الحار والجاف، والذي قد يفرض بعض القيود على أوقات لعب الأطفال وقدرتهم على المشاركة في الأنشطة الخارجية، إلا أن دولة قطر حققت تقدماً ملحوظاً على مدار العقد الماضي في بنيتها التحتية. فقد ركزت استراتيجيات الدولة على بناء بيئات حضرية صحية، وإحداها "المبادئ والمعايير التخطيطية الخاصة بتطوير المناطق المفتوحة والخدمات الترفيهية والرياضية" التي وضعتها وزارة البلدية.¹⁰¹ لكن، وعلى الرغم من الدور المهم للبيئة المبنية، لا يمكنها أن تؤدي المطلوب لوحدها. فقد بينت العديد من التقارير أن الوصول إلى الطبيعة يعدّ عنصرًا حاسمًا لنمو أفراد أكثر صحةً ونشاطًا ووعيًا.¹⁰² ومن ثم، أتاحت قطر المحفزات على المشي والتنقل من خلال تطويرها لوسائل النقل العام، بما في ذلك المترو والترام، ومسارات ركوب الدراجات التي تم إنشاؤها في جميع أنحاء البلاد، والمنتزهات، والمساحات الخضراء، وغيرها. وتسهم هذه المبادرات في تعزيز أنماط حياة أكثر نشاطًا وتشجيع الأفراد على تغيير السلوكيات.

التصميم الحضري الشامل

تبيّن أن الأطفال الذين تتراوح أعمارهم ما بين عامين و15 عامًا ممن يعانون من أمراض مزمنة أو إعاقات، يكونون أكثر عرضة للإصابة بالسمنة من غيرهم. كما تبيّن أن هذا الاختلاف يزداد مع تقدم العمر¹⁰³ ومع تفاقم مستويات الاكتئاب.¹⁰⁴ وبالنسبة لهذه الفئة المحددة من السكان، فإن زيادة الوزن أو السمنة قد تزيد من خطورة الإصابة بمضاعفات ثانوية تتعلق بالحركة، والإجهاد عند ممارسة النشاط البدني، وتقرحات الفراش/الضغط، والآلام، والعزلة الاجتماعية، والاكتئاب. وفي حين أن خطر السمنة بين الأطفال والمراهقين ذوي الإعاقة قد ينجم عن خصائص وعوامل شخصية (مثل المضاعفات الجينية أو الأيضية، أو مستويات النشاط البدني أو النظام الغذائي)، يمكن أن تلعب العوامل البيئية، مثل تعذّر الوصول إلى الأحياء السكنية، دورًا جوهريًا في ذلك.¹⁰⁵ وعليه، يتعين على صانعي السياسات النظر إلى سهولة الوصول والتصميم الشامل باعتبارهما مكونين رئيسيين للتخطيط والتصميم الحضريين. ويتعين عليهم إبرام شراكات تعاونية مع المنظمات المجتمعية، وأولياء الأمور، والمدارس، ومقدمي الرعاية الصحية، لضمان وصول جميع الأطفال إلى الموارد المطلوبة.

يمكن تنفيذ البرامج الشاملة التي تستهدف الأطفال ذوي القدرات المختلفة على نحو يكفل توفير باقة شاملة من خيارات الأنشطة البدنية لجميع الأطفال. ففي مؤسسة قطر، يندرج برنامج "لكل القدرات" تحت المبادرات الداعمة للأشخاص من جميع القدرات والتي تستهدف مشاركتهم في الأنشطة الرياضية والتنموية. تشمل هذه الأنشطة على معسكرات متخصصة، ودروس في كرة القدم والسباحة مصممة خصيصًا لتلبية الاحتياجات الفردية للمشاركين. تتوافر هذه الأنشطة عبر مختلف أنحاء قطر (في المدينة التعليمية، وأكاديمية قطر-الخور وأكاديمية قطر-الوكرة)، بواقع خمسة أيام أسبوعيًا للأطفال والبالغين.¹⁰⁶ وما تزال هناك إمكانية لتوسيع نطاق البرنامج إلى المستوى الوطني، ما سيّيح فرصة أكبر لمشاركة مزيد من الأطفال الذين يعانون من السمنة أو زيادة الوزن من ذوي الاحتياجات الخاصة بغية الارتقاء بمستوى نشاطهم البدني.

الحصول على الأطعمة الصحية

أظهرت الدراسات إمكانية وجود تأثيرات كبيرة للبيئات والخيارات الغذائية المحلية على الأنماط الغذائية، إذ إن هناك أهمية كبرى للموقع الذي تشغله المتاجر الكبرى ومحلات البقالة وأسواق المزارعين، بخلاف منافذ الوجبات السريعة أو المتاجر الصغيرة التي تبيع الأطعمة المصنّعة والمأكولات التي تحتوي على نسب عالية من الدهون والسكريات. كما تُظهر الإحصاءات الصادرة عن الولايات المتحدة الأمريكية أن 23.5 مليون فرد ممن يعيشون في الأحياء الحضرية أو المدن الريفية يعانون من قلة وصولهم إلى الأطعمة الطازجة والصحية التي تباع بأسعار معقولة.¹⁰⁷ وتشير الإحصاءات كذلك إلى وجود ما يُعرف بالصحاري الغذائية (وهي مناطق ذات وصول محدود للفواكه الطازجة أو الخضروات، أو غيرهما من الأغذية الكاملة) في المناطق المحرومة اجتماعياً واقتصادياً أو أحياء الأقليات العرقية.¹⁰⁸⁻¹¹⁰

يعدّ الوصول إلى خيارات الطعام الصحي في بيئات معينة، مثل المدارس، أو حولها، أمراً بالغ الأهمية. فالعديد من الأطفال يعتمدون على مدارسهم في الحصول على وجبة واحدة على الأقل، مما حدا بعدد كبير من الأبحاث للتركيز على هذا المجال خلال السنوات القليلة الماضية.¹¹¹ على سبيل المثال، كشفت إحدى الدراسات التي أجريت في هولندا عن وجود عدد أكبر من منافذ الخيارات الغذائية غير الصحية (مثل المشروبات المحلاة بالسكر والوجبات الخفيفة التي تحتوي على نسبة عالية من الدهون أو السكريات) بالقرب من المدارس الثانوية في الأحياء ذات الأوضاع الاجتماعية والاقتصادية المنخفضة (بواقع 28.6 بالمئة)، مقارنةً بالأحياء ذات الأوضاع الاجتماعية والاقتصادية المرتفعة (11.5 بالمئة).¹¹² لذلك، فمن شأن سياسات التخطيط الحضري أن تفسح المجال أمام مخططي المدن للقيام بدور بارز في دعم الصحة العامة ورفاهية المجتمع. فعلى سبيل المثال، يمكن تحقيق هذا الهدف من خلال التأكيد على عدم إتاحة وصول الأطفال والشباب للأطعمة غير الصحية بالقرب من مدارسهم.

السياسات المقترحة التي تستهدف البيئة المبنية

- اعتماد "المبادئ والمعايير التخطيطية الخاصة بتطوير المناطق المفتوحة والخدمات الترفيهية والرياضية" لدولة قطر وتنفيذها. تشجّع هذه الدلائل على ممارسة النشاط البدني لجميع الأفراد، بغض النظر عن الجنس أو مستوى القدرة.
- توفير المرافق والمعدات التي يسهل الوصول إليها بهدف تعزيز فرص ممارسة الأنشطة البدنية لدى الأطفال والمراهقين كافة.
- توسيع نطاق برنامج "لكل القدرات" وإتاحة التدريبات والمعارف اللازمة للموظفين المعنيين بالتعامل مع الأطفال لدعم الأطفال من مختلف القدرات.
- وضع دلائل إرشادية تخص أماكن تقديم الطعام والوصول إلى الأطعمة الصحية وغير الصحية في المتاجر والمحلات.

- مراجعة استراتيجيات تقسيم المدن الحالية وبحث سبل وضع مناطق عازلة بين المدارس ومنافذ الوجبات السريعة ومحلات السوبر ماركت ضمن مسافة محددة.
- زيادة الأماكن المخصصة للمشبي ومسارات ركوب الدرجات وتحسينها من خلال سدّ الفجوات وربطها بالأماكن العامة.

دور الأوساط المدرسية

للمدرسة دورٌ حاسم في حياة الأطفال، إذ يعوّل عليها في تعليمهم وصياغة سلوكياتهم¹¹³ ومع قضاء الأطفال حوالي ثلث وقتهم في المدرسة، ووسطياً، تصبح المدرسة بيئةً مثالية لتعزيز العادات الصحية، سواءً بصورة مباشرة (من خلال التغذية والتربية البدنية) أو غير مباشرة (من خلال الطعام الذي يقدم داخل المدرسة أو يروّج له فيها). ويمكن أن تعزز التدخلات المدرسية من رغبة الأطفال في تناول الأطعمة الصحية ومن قبولهم لها، وبمقدورها أيضاً تشجيع عادات الأكل الصحي منذ سن مبكرة.

بيئات الطعام المدرسية

تضع بيئات الطعام المدرسية إطاراً لمعرفة "متى وأين يحصل الأطفال على الطعام والخيارات المتاحة على مدار اليوم الدراسي"¹¹⁴. وخلال السنوات القليلة المنصرمة، نفذت بعض دول مجلس التعاون لدول الخليج العربية مبادرات وبرامج تهدف إلى تعزيز البيئات الصحية في المدارس¹¹⁵⁻¹¹⁹. فعلى سبيل المثال، أصدرت المملكة العربية السعودية مؤخراً حظراً على بيع الوجبات السريعة في المقاصف المدرسية، بما في ذلك المشروبات الغازية ومشروبات الطاقة ورقائق البطاطس والشوكولاتة، وغيرها من المنتجات. كما وضعت المملكة إرشادات ومعايير واضحة ومحددة للأغذية والمشروبات المسموح بتناولها في المقاصف المدرسية، مع التأكيد على توفير الخيارات الصحية. يأتي هذا في إطار برنامج تحوّل القطاع الصحي -رؤية السعودية 2030¹²⁰ وبدورها، أصدرت مدينة دبي دلائل إرشادية للمدارس تنشد من خلالها تعزيز الثقيف الغذائي وغرس سلوكيات واستراتيجيات ملائمة للأكل الصحي¹¹⁹. تعدّ هذه الدلائل جزءاً من الأجندة الوطنية لدولة الإمارات العربية المتحدة 2021، والتي تركز على الحدّ من انتشار الأمراض غير الانتقالية في الدولة، مع الاهتمام بخفض نسبة السمنة، لا سيما بين الأطفال¹¹⁹.

وفي دولة قطر، وضعت لجنة المقاصف المدرسية التابعة لوزارة التربية والتعليم والتعليم العالي مجموعة من الدلائل الإرشادية للمقاصف المدرسية¹²¹ التي تطبق بشكل إلزامي في المدارس الحكومية وبشكل طوعي في المدارس الخاصة. تحظر هذه الدلائل الإرشادية بيع الشوكولاتة، والحلوى، ومشروبات الطاقة والمشروبات الغازية، إضافة إلى اللحوم المصنّعة والأطعمة الغنية بالملح والسكر والدهون. وفي الوقت ذاته، تحثّ هذه الدلائل على بيع السلطات والعصائر والفواكه والخضروات الطازجة. علاوة على ذلك، يمكن توسيع "الدلائل الإرشادية للمقاصف المدرسية" لتشمل أيضاً الأطعمة والمأكولات التي يجلبها الأطفال من منازلهم.

في إطار حملة "صحتك أولاً"، تم إطلاق مبادرة "المدارس الصحية" بهدف دعم الأطفال في مدارس مؤسسة قطر كافة من خلال تزويدهم بأفضل الوجبات الصحية خلال فترات استراحة الغداء. وقد قامت إحدى الجهات التابعة لمؤسسة قطر بوضع قائمة طعام صحية متعددة الأطباق، تُطهى في مطابخ داخلية. تهدف هذه المبادرة إلى خلق عادات غذائية صحية في سن مبكرة، مما قد يساهم في تحسين صحة جيل بأكمله. والحيلولة دون وقوع السمنة وأمراض القلب في السنوات المقبلة. وإلى جانب وجبات الغداء الصحية، توجد شواهد حول إقامة عروض تفاعلية وطلقات عن التغذية في كل مقصف مدرسيّ تابع لمؤسسة قطر، الأمر الذي يعزز من الرسالة الرامية إلى الحفاظ على الأكل الصحي. وفي المدارس الثانوية، يتعرف الطلاب على كيفية حساب مؤشر كتلة الجسم وعلى الفوائد الصحية التي تمنحها بعض الأطعمة. ومن أجل تشجيع الأطفال الصغار على تناول الطعام الصحي، ابتكرت مبادرة "صحتك أولاً" نظاماً للمكافأة، يتلقى الأطفال من خلاله طوابع في أحد الكتب عند اتخاذهم خياراً صحياً، وبعد تجميع عدد معين من الطوابع، يحصل هؤلاء الأطفال على شارة.

رفاهية الطالب

يوفر الوسط المدرسيّ بيئة لإطلاق التدخلات الوقائية من السمنة. فالممرضة المدرسية، على سبيل المثال، تمنحها وظيفتها فرصة سانحة للقيام بدور حيويّ في إدارة السمنة لدى الأطفال في المدارس¹²² وتشكيل سياسات مدرسية ذات صلة بأنماط الحياة الصحية وخيارات الغذاء المناسبة. كما نجد مثلاً آخر على أرض دولة قطر يتمثل في مشاركة المدارس، بالتعاون مع وزارة الصحة العامة، في البرنامج الوطني لمخططات النمو في دولة قطر، والذي يعمل على قياس النمو البدني للطلاب كافة.¹²³ كما يتم تدريب الممرضين والممرضات في المدارس على كيفية أخذ قياسات الجسم بدقة وعلى كيفية رسم القيم على مخططات قياس النمو البدني. وبناءً على النتائج، يحيل الممرضون الطلاب الذين يعانون من السمنة أو التقزم إلى أحد المراكز الصحية، علاوة على إبلاغ أسرهم بذلك. تتوافق هذه الممارسة مع الدراسات والأبحاث التي ترى أن هناك حاجة لإجراء تقييمات لمتابعة الطلاب الذين تم تشخيص إصابتهم بالسمنة أو زيادة الوزن.¹²⁴ تهدف هذه التقييمات إلى مساعدة المدارس على تحديد الطلاب المعرضين لخطر الإصابة بالسكري وغيره من التبعات الصحية الناجمة عن زيادة الوزن أو السمنة. ويجب إجراء مثل هذه التقييمات بشكل مهني يحترم خصوصية الأفراد، مما يساهم في تفادي سبل الضغط والتنمر التي قد يمارسها الأقران والتي قد تؤدي بالطلاب إلى الإصابة باضطرابات الأكل أو الاكتئاب.

تشير الدراسات إلى وجود علاقة ثنائية الاتجاه بين السمنة والاكتئاب؛^{125، 126} بل تم تشخيص زيادة الوزن باعتبارها أثراً جانبياً محتملاً لمعظم الأدوية المضادة للاكتئاب، حيث يزيد وزن واحد من كل أربعة مرضى بمقدار 4.5 كجم أو أكثر.¹²⁷ كما لوحظ أن النوم يعدّ أيضاً من العوامل الرئيسة للإصابة بالمرض، فالأفراد الذين لا يحصلون على كفايتهم من النوم أو يعانون من اضطرابات في النوم تزداد احتمالية إصابتهم بالسمنة وزيادة الوزن أكثر من أولئك الذين ينعمون بقسط وافر من النوم (7-8 ساعات كل ليلة).¹²⁸ ولذلك برزت العديد من الطرق الفريدة من نوعها التي يمكن للأخصائيين النفسيين المساهمة من خلالها في الأوساط المدرسية لمكافحة السمنة لدى الأطفال والحدّ من المشكلات المرتبطة بها.¹²⁹

على الجانب الآخر، لا تخفى أهمية تفعيل دور أولياء الأمور على مدار العملية برمتها، وذلك من خلال مشاركتهم نتائج الفحص وتزويدهم بمعلومات حول مؤشر كتلة الجسم لأطفالهم بعد رصدها على مخططات النمو.¹³⁰ فضلاً عن حثهم على الانخراط في برامج المتابعة أو التدخلات. ويمكن أحد التحديات التي قد تواجه أطقم التمريض المدرسي أثناء قيامهم بفحص مؤشر كتلة الجسم في عدم اقتناع أولياء الأمور بضرورة ارتفاع مؤشر كتلة الجسم لأطفالهم أو عدم إمامهم بتبعاتها.¹³¹ وبالإضافة إلى تزويد الطلاب بمواد التثقيف الصحي، يلزم تأسيس قنوات لإحالة الطلاب بالتعاون مع المراكز الصحية، كما يتعين على أطقم التمريض المدرسي إجراء متابعات دورية مع أولياء الأمور ومقدمي الرعاية الصحية لضمان تلقي الطلاب المعرّضين للخطر للرعاية المطلوبة. ثمة تحدٍ آخر يكمن في عدم إدخال بيانات نمو الأطفال بشكل يحقق التكامل بين المدارس الحكومية والخاصة ومؤسسة الرعاية الصحية الأولية. فبالنسبة للمدارس الحكومية، يتم رفع بيانات نمو الطلاب (وإاحتها) على نظام الرعاية الصحية الأولية، وذلك نظراً لانتساب أطقم التمريض المدرسي إلى مؤسسة الرعاية الصحية الأولية. وعلى الرغم من قيام أطقم التمريض في المدارس الخاصة بعمليات الإحالة عند الاقتضاء، إلا أن بيانات نمو الطلاب لا يمكن إدخالها في أنظمة الرعاية الصحية الأولية نظراً لعدم تحويل ممرضي المدارس الخاصة صلاحية الدخول إلى النظام. يدفعنا ذلك للتأكيد على أهمية تحقيق التكامل بين جميع أطقم التمريض المدرسي ومؤسسة الرعاية الصحية الأولية، بما يضمن توثيق بيانات نمو جميع الطلاب وتلقيهم الدعم اللازم. ومن ناحية ثانية، يمكن تعزيز الجداول المدرسية بجلسات لتوعية أولياء الأمور حيال المخاطر المترتبة على ارتفاع مؤشر كتلة الجسم وزيادة الوزن وأثرها على صحة أطفالهم.

النشاط البدني في المدارس

توصي المنظمات الصحية الدولية بأن يقضي الأطفال والمراهقون مدة 60 دقيقة أو أكثر يومياً في ممارسة نشاط بدني معتدل إلى مرتفع الشدّة، على أن يتسم بالمرح وأن يتناسب مع فئاتهم العمرية.¹³² يُذكر أن هذه التوصيات تعدّ جزءاً من الإرشادات المعتمدة في "الدلائل الإرشادية الوطنية للنشاط البدني في دولة قطر".¹³³ وقد تختلف خيارات النشاط البدني وتتنوع ما بين تمارين القوة (المقاومة) والأنشطة الهوائية.¹³⁴

هناك أدلة قوية على أن النشاط البدني المنتظم يرتبط بالعديد من الفوائد الصحية للأطفال، بما في ذلك خفض مؤشر كتلة الجسم،¹³⁵ وتحسين المهارات المعرفية للطلاب، وتقليل أعراض الاكتئاب والقلق. كما يميل الطلاب النشطون إلى تبني أنماط حياة نشطة في مرحلة البلوغ. وبغية تعزيز النشاط البدني بين الأطفال، يجب أن تعمل المدارس جنباً إلى جنب مع أولياء الأمور لضمان حصول الأطفال على فرص ممارسة النشاط البدني بشكل يومي.

تقترح التوصيات في دولة قطر، أن يحصل طلاب الصفوف الأول إلى التاسع على حصتي تربية بدنية أسبوعياً، وأن يحصل طلاب الصف العاشر وما يليه على حصّة واحدة في الأسبوع. وترى بعض الدول، مثل أستراليا وكندا، ضرورة حصول الطلاب على 30 دقيقة على الأقل من النشاط البدني يومياً أثناء الدوام المدرسي، والتي يمكن توفيرها من خلال فترات الراحة النشطة، وحصص التربية البدنية، والنوادي اللاصفية والفعاليات الرياضية الأخرى.^{137,136} وبالنسبة للـ30 دقيقة المتبقية من الـ60 دقيقة

الموصى بها، فيمكن استغلالها من جانب أولياء الأمور ومقدمي الرعاية خارج الدوام المدرسي، وذلك من خلال دعمهم لعدد من الأنشطة، مثل المشي، أو ركوب الدراجات، أو ممارسة إحدى الرياضات.¹³⁸

وعلى الرغم من وفرة الأدلة في هذا الصدد، إلا أن مقالاً نُشر في عام 2017 تناول استبيانياً ذاتي الإجابة كشف النقاب عن أن حوالي 75 بالمئة من طلاب المدارس في دولة قطر يخفقون في الوصول إلى المعدل اليومي الموصى به، وهو 60 دقيقة من النشاط البدني.¹³⁹ كما أوضح الاستبيان أن ما يقرب من 55 بالمئة من الأطفال ينخرطون في فترات مطوّلة في أنشطة مرتبطة بالخمول والجلوس الكثير (لأكثر من ساعتين)، مثل مشاهدة التلفاز وممارسة ألعاب الفيديو.¹⁴⁰ ومن خلال إمعان النظر في الفترة الزمنية القصيرة المخصصة للنشاط البدني عالي الشدة، نستخلص أنه من الضروري إعادة تقييم منهج التربية البدنية لأطفال المدارس الابتدائية في دولة قطر.¹⁴¹ ويعني ذلك في السياق المدرسي أن تتم زيادة عدد حصص التربية البدنية كل أسبوع، والتحقق من مشاركة جميع الطلاب في برامج النشاط البدني من خلال فرضها بشكل إلزامي، والنظر في خطة الدرس في كل حصة للتأكد من فعاليتها في تعزيز النشاط البدني لجميع الطلاب.

من جانبها، تقوم دولة قطر بإجراء مسح ذاتي سنوي للنشاط البدني يعمل على تعبئة السكان المسجلون. يجمع المسح بيانات عن مدة النشاط البدني الذي يمارسه المشاركون، وعن شدته ونوعه. ومن شأن هذا المسح أن يوفر الإرشادات اللازمة لتخطيط البرامج الرامية إلى تعزيز النشاط البدني.

التثقيف الصحي في المدارس

أظهرت الدراسات أن السممنة في مرحلة الطفولة مرتبطة بمحو الأمية الوالدين بالأمور الصحية، بينما ترتبط السممنة لدى المراهقين بشكل ملحوظ بمحو الأمية الصحية لديهم.¹⁴² وقد أشارت البحوث التي أجريت في العقد الماضي إلى أن تنفيذ مفهوم "المدارس المعززة للصحة" هو مفهوم واعد كإطار استراتيجي لتحقيق النتائج المرجوة من محو الأمية الصحية.¹⁴³ وقد أفادت منظمة الصحة العالمية بأن المدارس تمثل بيئة مثالية لتدخلات محو الأمية الصحية نظراً لأن الأطفال والمراهقين يتناولون عادةً ما بين ثلث إلى نصف طعامهم خلال اليوم الدراسي^{144,145} أبرزت الأبحاث الحديثة أهمية تعزيز محو الأمية الغذائية، خاصةً خلال مرحلة التعليم الثانوي، كوسيلة لغرس العادات الغذائية الصحية وتعزيز فهم الطلاب للمفاهيم المتعلقة بالصحة.¹⁴⁶ تشير الدراسات التي تبحث في تنفيذ استراتيجيات تعزيز الصحة في المدارس إلى أن برامج التغذية المتوافقة مع هذا النهج يمكن أن تؤدي إلى زيادة تناول الأطعمة الصحية بين المشاركين مثل الأطعمة التي تحتوي على نسبة عالية من الألياف والوجبات الخفيفة الصحية والماء والحليب والفواكه والخضروات.¹⁴³ في حين أظهرت الأبحاث الأولية في برامج وتدخلات محو الأمية الغذائية أن تلك التدخلات لها تأثيراً إيجابياً على محو الأمية الغذائية وأسلوب الطهي، إلا أن التحسينات المستمرة في العادات الغذائية طويلة الأجل كانت محدودة، وبالتالي هناك حاجة إلى مزيد من البحث في هذا المجال.^{147,148}

وفي دولة قطر، تم بذل العديد من الجهود بهدف تحسين محو الأمية الغذائية في المدارس. على سبيل المثال، تقوم إدارة تعزيز الصحة بوزارة الصحة العامة بإعداد ونشر العديد من المواد التوعوية التي تغطي مواضيع التغذية المختلفة والتي

تستهدف مختلف الفئات العمرية. فضلا عن تقديم ورش تفاعلية ومحاضرات للطلاب في المدارس. علاوة على ذلك، تم تطوير صفحة الكترونية لتكون بمثابة مكتبة الكترونية لزيادة وعي المجتمع المدرسي (أولياء الأمور والطلاب والمعلمين وكادر التمريض) حول الموضوعات الصحية المختلفة بما في ذلك التغذية. وسيتم إطلاق المكتبة الالكترونية قبل نهاية هذا العام. كما تقوم إدارة تعزيز الصحة بوزارة الصحة العامة حاليا بإعداد دليل غذائي للأطفال والمراهقين (6-19 سنة) وسيتم نشر محتوى هذا الدليل في المدارس.

السياسات المقترحة التي تستهدف الأوساط المدرسية

- تحسين الدلائل الإرشادية الخاصة بالمقصف المدرسي والترويج لتبنيها في جميع المدارس.
- وضع دلائل إرشادية للتغذية تُعنى بالأطعمة التي يحضرها الأطفال من منازلهم، مع التركيز على خيارات الأطعمة الصحية التي تتفق مع "الدلائل الإرشادية للتغذية لدولة قطر".
- ترسيخ دعائم البرنامج الوطني لمخططات النمو في مدارس دولة قطر لرصد السممة ومتابعتها في جميع المدارس والمؤسسات، والحثّ على توفير قنوات مناسبة للإبلاغ وللتواصل بين أولياء الأمور ومقدمي الرعاية.
- تعزيز السياسات المدرسية المعنية بالتنمر لتشتمل على السممة وزيادة الوزن باعتبارهما من الدواعي المحتملة لوقوعه.
- تدريب موظفي المدرسة على التعرف على التنمر الناجم عن زيادة الوزن، ومن ثمّ التعامل معه وتوفير الموارد اللازمة لدعم الطلاب المتضررين.
- تطوير مواد تعليمية مناسبة لكل مستوى دراسي حول أنماط الحياة الصحية ليتم دمجها في المنهج الدراسي.
- تدريب المعلمين والمرشدين المدرسيين على الدوافع المتسببة في السممة وعلى كيفية استخدام أساليب لغوية وصور مجازية غير مؤذية.
- إعداد برامج لتعزيز الصحة النفسية وتقديم المشورة للطلاب، مثل برامج اليقظة الذهنية ومجموعات دعم الأقران.
- دمج "خطة العمل الوطنية للتغذية والنشاط البدني في دولة قطر" بصيغتها المحدثة في الأوساط المدرسية ووضع البرامج الداعمة لهذه الخطة.
- توسيع نطاق وصول المؤسسات التعليمية إلى المبادرات الرياضية والأنشطة البدنية عالية الجودة.

- الشراكة مع المنظمات المجتمعية والنوادي الرياضية لتوفير فرص متنوعة وجذابة للرياضات والأنشطة البدنية للطلاب خارج ساعات الدوام المدرسي.
- إعداد نموذج للمدرسة المجتمعية يحقق الاستفادة من الأصول المدرسية والموارد المجتمعية، وذلك بالتعاون مع المنظمات المحلية ومزودي خدمات الأعمال ومقدمي الرعاية الصحية.

ال 1000 يوم الأولى

رعاية الأم والطفل

يُنظر لفترة ال 1000 يوم الأولى (استهلاكاً من الحمل وحتى الاحتفال بيوم ميلاد الطفل في عامه الثاني) على نطاق واسع بأنها الأكثر أهمية في تكوين الطفل ونموّه، حيث يمكن أن يظهر تأثير السلوكيات الصحية بشكل واضح. فعلى سبيل المثال، تحدث أكبر زيادة في وزن الطفل قبل بلوغه سن الخامسة. ووفقاً لمنظمة الصحة العالمية، ارتفع عدد الأطفال المصابين بالسمنة دون سن الخمس سنوات بمقدار عشرة ملايين ما بين عامي 1990 و2013، ليقفز من 32 مليون إلى 42 مليون مصاب.¹⁴⁹

وعلى مستوى الرعاية الأولية، قدمت مؤسسة الرعاية الصحية الأولية في دولة قطر خدمة عيادة رعاية الطفل التي تباشر عملها في جميع مراكز الرعاية الأولية. تتاح هذه الخدمة لجميع الأطفال دون سن الخامسة في قطر. واستناداً إلى المعايير الدولية، تنطوي الخدمة على حزمة شاملة من وسائل تعزيز الصحة والرعاية العلاجية، بما في ذلك برامج التحصين الروتينية (بتكليف من وزارة الصحة العامة)، وتقييم معالم النمو، والتقييم الغذائي، ومراقبة النمو، وغيرها من الوسائل. كما يشتمل البرنامج على إرشادات وممارسات لتوجيه الرضاعة الطبيعية، ويعمل أيضاً على تعزيز عملية إدخال التغذية التكميلية خلال السنة الأولى من عمر الطفل. ويتمثل الهدف من هذا البرنامج في تحسين الحالة الصحية العامة لهذه الفئة العمرية والحفاظ عليها.¹⁵⁰

بدورها، قامت وزارة الصحة العامة، بالتنسيق مع الشركاء المعنيين، بإعداد "الدلائل الإرشادية للتغذية للأم والطفل" بغية تعزيز صحة السيدات والحوامل والأمهات الجدد وأطفالهن منذ الولادة وحتى سن الخامسة. توفر هذه الدلائل توصيات للارتقاء بحالة السيدات والأمهات الصحية وتحسين تغذيتهن أثناء فترتي الحمل والرضاعة، حيث تقدم نصائح حيال الرضاعة الطبيعية، وإدخال التغذية التكميلية المناسبة بعد الشهر السادس من عمر الطفل، وغيرها من التوصيات الغذائية المهمة للأطفال الصغار.

وفي دولة قطر، قد يسهم تنفيذ السياسات الرامية لتعزيز الرعاية السابقة للولادة والارتقاء بمستوى التدخلات التي تعقب الولادة بشكل كبير في تحسين ممارسات الرضاعة الطبيعية في البلاد، وتحقيق الاتساق مع المعايير المقررة للوقاية من السمنة لدى الأمهات ورصد المخاطر ذات الصلة.

الرضاعة الطبيعية

الرضاعة الطبيعية نمط التغذية الطبيعي والأساسي الذي لا يرسخ وشائج رابطة عاطفية وجسدية بين الأمهات والأطفال فحسب، بل يمكن أن يسهم أيضًا في الحد من المشكلات الاجتماعية والسلوكية والمعضلات المتعلقة بالتمثيل الغذائي في مرحلتَي الطفولة والبلوغ، على حدّ سواء.¹⁵⁰ وقد أظهرت الدراسات أن الأطفال الرضّع الذين يعانون من أدنى مستوى من مخاطر الإصابة بالسمنة هم من تسنّى لهم الحصول على تغذية مباشرة من حليب أمهاتهم خلال الأشهر الثلاثة الأولى من حياتهم. ومع ذلك، لا تخلو الرضاعة الطبيعية من عدد من التحديات. فقد تتسبب سمنة الأمهات (اللواتي يزيد مؤشر كتلة أجسامهن عن 30) في تأخير بدء الرضاعة الطبيعية وتقليل مقدار الوقت المخصص لها.¹⁵¹ وقد تؤدي مضاعفات الرضاعة الطبيعية إلى زيادة نسبة حدوث الأمراض النفسية التي تعقب الولادة أو تفاقم حدّتها. ومن ثمّ، لا بدّ من تيسير وصول السيدات إلى خدمات الصحة النفسية لمرحلة ما بعد الولادة، على أن تتسم الأماكن المنوطة بتقديم هذه الخدمة بملاءمتها وموثوقيتها، باعتبارها جزءًا من الفحص الطبي الروتيني.¹⁵²

كشفت دراسة أجريت في دولة قطر خلال عام 2018، أن 24 بالمئة فقط من الأمهات يعتمدن حصريًا الرضاعة الطبيعية في تغذية أطفالهن خلال الأشهر الستة الأولى من أعمارهم.¹⁵³ لذا، تُعزى بعض التحديات التي تكتنف الأمهات المرضعات إلى نقص المعرفة اللازمة حول الرضاعة الطبيعية، وتوافر الحليب الاصطناعي وسهولة الحصول عليه، وعودة الأمهات المرضعات إلى العمل.¹⁵³ ولذلك كانت مسألة رعاية الأم بعد الولادة أحد مجالات التركيز في الاستراتيجية الوطنية للصحة في دولة قطر في نسختها الأولى (2011-2016)، والتي طرحت عددًا من التوصيات التي تروم إلى تحسين خدمات رعاية الوالدين ورعاية الأم بعد الولادة، والتشجيع على الرضاعة الطبيعية خلال الأشهر الستة الأولى، ووضع إرشادات غذائية لحديثي الولادة والرضّع والأطفال.¹⁵⁴ ثم استمرت الاستراتيجية الوطنية للصحة في دولة قطر في نسختها الثانية (2017-2022) على نفس المنوال وأولت اهتمامًا واضحًا بصحة الأم والطفل، وأوصت بإطلاق عدد من البرامج والمبادرات، بما في ذلك الحملات الوطنية لتعزيز الرضاعة الطبيعية.¹⁵⁵ علماً أن جهات تقديم الرعاية الصحية، العامة والخاصة، تنتشر بشكل جيد في جميع أنحاء البلاد وتوفر الوصول إلى خدمات الأمومة لقطاع عريض من السكان. إضافة إلى ذلك، أطلقت مؤسسة حمد الطبية، الجهة المسؤولة عن الرعاية الصحية العامة في البلاد، بوابةً إلكترونية تضمّ موارد وخدمات تتعلق بالحمل والرضاعة الطبيعية وصحة الأطفال حديثي الولادة والصغار.¹⁵⁶

أما بالنسبة للاستشاريين المتخصصين في الرضاعة الطبيعية فهُم أخصائيون حاصلين على اعتماد مهني صحي لتقديم الدعم اللازم للأمهات فيما يتعلق بالرضاعة الطبيعية. وغالبًا ما يقدم هؤلاء الاستشاريون خدماتهم للأمهات الجدد في المستشفيات خلال الـ 24 ساعة الأولى من حياة الطفل. كما يمكنهم مدّ يد العون للسيدات خلال فترة الحمل استعدادًا للولادة، أو في أيّ وقت على مدار رحلة الرضاعة الطبيعية.¹⁵⁷ ويستطيع هؤلاء الاستشاريون المساعدة في المسائل المتعلقة بوفرة حليب الأم، والألم الناجم عن الرضاعة، والوضعية المناسبة للإرضاع، وغيرها من المشكلات الشائعة.¹⁵⁸ وفي دولة قطر، اعتمد مركز صحة المرأة والأبحاث، عضو مؤسسة حمد الطبية، مبادئ "مبادرة المستشفيات الصديقة للطفل" التابعة لمنظمة الصحة العالمية، والتي تعدّ جزءًا من البرنامج المشترك بين منظمة الصحة

العالمية واليونيسف لحماية الرضاعة الطبيعية وتشجيعها ودعمها في المرافق المعنية بتقديم خدمات الأمومة وحديثي الولادة.¹⁵⁹ وفي إطار هذه المبادرة، يقدم مركز صحة المرأة والأبحاث خدمة عيادة الرضاعة بغرض دعم الأمهات اللاتي يعانين من مشكلات في الرضاعة الطبيعية.¹⁶⁰ تعمل العيادة حاليًا من الأحد إلى الخميس، من الساعة صباحًا وحتى الثالثة عصرًا.¹⁶⁰ ومع ذلك، فإن هناك حاجة ماسة إلى توسيع نطاق هذه الخدمات بما يضمن تحسين الوصول إليها بصورة أكبر. وبناءً على الأدلة المتوافرة، يجب إتاحة خدمات دعم الرضاعة الطبيعية على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع.¹⁶¹ إضافة إلى ذلك، يجب توفير 1.3 مستشار رضاعة يعمل بمعدل الدوام الكامل في مرافق الرعاية الثالثة (المتخصصة) ليقدم خدماته لكل 1000 مولود في العام في رعاية المرضى الداخليين. وفي حال سياق المرضى الداخليين في وحدة العناية المركزة لحديثي الولادة، يرتفع عدد الاستشاريين المطلوبين والعاملين بمعدل الدوام الكامل إلى نحو 4.3 أخصائي لكل 1000 رضيع.¹⁶²

يُذكر أن وزارة الصحة العامة تقوم، منذ عام 2016، بتنفيذ "مبادرة المستشفيات الصديقة للطفل" باعتبارها إحدى مبادرات "خطة العمل الوطنية للتغذية والنشاط البدني في دولة قطر"، والتي تنشد تعزيز تغذية الأم والطفل وخفض عدد الوفيات التي يمكن تلفيها والناجمة عن الأمراض غير الانتقالية المرتبطة بسوء التغذية وقلّة النشاط.¹⁶³

وفي الوقت ذاته، ينطوي تنفيذ "مبادرة المستشفيات الصديقة للطفل" على تدريب المتخصصين في الرعاية الصحية على الخطوات العشر المقررة في المبادرة وتهدف إلى تعزيز الرضاعة الطبيعية وتغطي جميع المستشفيات العامة والخاصة، بالإضافة إلى مراكز الرعاية التابعة إلى مؤسسة الرعاية الصحية الأولية، بما في ذلك تدريب المقيمين الوطنيين ومستشاري الرضاعة. كما أصدرت وزارة الصحة العامة قرارًا زاريًا يختصّ باعتماد المستشفيات الصديقة للطفل.

وعبر عيادات النساء والتوليد، واستشاري الرضاعة المعتمدين من منظمة الصحة العالمية، وفرق الرعاية المنزلية لمرحلة ما بعد الولادة والتي تعمل في جميع مراكز الرعاية الصحية الأولية في دولة قطر، تقدم مؤسسة الرعاية الصحية الأولية الدعم اللازم للرضاعة الطبيعية. ليس هذا فحسب، بل تبذل المؤسسة أيضًا جهودًا من أجل حصول مرافقها على اعتماد "المبادرة الصديقة للطفل".

السياسات المقترحة التي تستهدف الـ 1000 يوم الأولى

- تعزيز ممارسات فحص السمّنة لدى الأمهات بغية تحديد النساء والأطفال حديثي الولادة المعرضين للخطر، ومن ثمّ الشروع في تثقيفهم ووضعهم تحت المتابعة الدقيقة.
- توفير الحد الأدنى من المستشارين والمتخصصين في مجال رعاية صحة الأم والطفل لكل 100.000 نسمة.
- إصدار تفويض يمكن جميع المستشفيات من تقديم الدعم اللازم قبل الولادة وبعدها وتوفير المشورة للحوامل والأمهات الجدد.
- دراسة إمكانية إبرام شراكة مع مقدمي الرعاية الصحية في القطاع الخاص بهدف تسهيل الوصول إلى الخدمات الصحية للأطفال دون سن الخامسة، وتوسيع نطاقها.

- تعزيز الخطوات الرامية إلى الحصول على اعتماد "المبادرة الصديقة للطفل" في شتى مرافق الرعاية الصحية.
- ضمان توظيف العدد الكافي من استشاري الرضاعة المعتمدين في جميع وحدات المخاض والولادة.
- تقديم الدعم اللازم للأمهات العاملات لحملهن على الرضاعة الطبيعية بشكل حصري لمدة لا تقل عن ستة أشهر، وذلك من خلال المساعدة على تمديد إجازات الأمومة واستحداث غرف مريحة مخصصة للرضاعة في أماكن العمل والأماكن العامة كافة.
- مواصلة الحملات الوطنية الرامية إلى الترويج للرضاعة الطبيعية، ودعمها بتوفير رعاية منزلية مستمرة للأمهات.
- سنّ قانون وطني ينظم عملية تسويق المنتجات البديلة لحليب الأم.

دور الأسرة والمجتمع

ترتكز عملية تبني نهج متعدد القطاعات على تضافر الجهود بين القطاعات الحكومية الوطنية والمحلية، والأسر والمجتمعات، والمدارس، والمتخصصين في مجال الرعاية الصحية، وأرباب الصناعة، والأوساط الأكاديمية، على نحو يفضي إلى تحقيق النتائج المرجوة لعلاج السمنة لدى الأطفال. وفي ثنايا التقرير الحالي، نؤكد على أن قضية السمنة لدى الأطفال تعدّ 'مهمة منوطة بالجميع' ولا تقتصر على قطاعي الرعاية الصحية والاجتماعية فحسب.

التدخلات على مستوى الأسرة

لوالدين دور مصيري في تهيئة بيئات صحية لأطفالهم، وهو ما أظهرته الأبحاث التي أكدت وجود علاقة وطيدة بين "ممارسات الوالدين والعادات الغذائية للبناء".¹⁶³ لذا، تلعب التدخلات على مستوى الأسرة دورًا كبيرًا في الحيلولة دون إصابة الأطفال بالسمنة¹⁶⁴ نظرًا لاستهدافها تغيير سلوكيات الأكل ونمط الحياة، ناهيك عن جعل الوالدين نماذج يحتذى بها الأبناء.¹⁶⁵ وقد تختلف هذه التدخلات من حيث الشكل والمدة، وقد تعقد مع الأطفال ومقدمي الرعاية في آنٍ معًا أو بشكل منفصل، اعتمادًا على الهدف المنشود من التدخل.¹⁶⁵

في المملكة المتحدة، على سبيل المثال، برنامج 'عائلات من أجل الصحة' هو برنامج للتدخلات على مستوى الأسرة مدته 12 أسبوعًا ومصمم لتقليل معدلات السمنة بين الأطفال الذين تتراوح أعمارهم ما بين 7 سنوات و13 سنة.^{166,167} تولى البرنامج إدارة عدد من البرامج الفرعية الموازية للأطفال المصابين بالسمنة وأولياء أمورهم، تناولت باقة من الموضوعات، مثل المهارات اللازم توافرها لدى الوالدين، ورفاهية الأطفال، ونمط الحياة الصحي.¹⁶⁷ وقد أظهر تقييم أجري قبل البرامج وبعدها حدوث انخفاض في معدلات مؤشر كتلة جسم الأطفال والسلوكيات التي تركز على الخمول، إضافة إلى حدوث تحسّن في عدد الخطوات التي يمشيها هؤلاء الأطفال يوميًا، وعادات الأكل بصفة عامة، ونوعية الحياة.¹⁶⁷

بدوره، أجرى معهد الدوحة الدولي للأسرة بحثًا حول رفاهية المراهقين في دولة قطر. تضمّن البحث، الذي سيُنشر هذا العام، مراجعةً لعادات الأكل والنشاط البدني لدى الأسر. وبمجرد نشره، سيكون من اللازم استخدام البيانات والنتائج التي تمخض عنها البحث في إعداد تدخلات على مستوى الأسرة تتناسب مع السياق القطري. وهذه مسألة مهمة نظرًا لما يمكن للأسرة القيام به من تشجيع الأطفال على تبني عادات الأكل الصحي أثناء الاجتماع على مائدة الطعام. كما سلّط البحث المذكور الضوء على أهمية قيام الأسرة بكل ممارسة نشاط بدني معين بوصفه طريقةً لتقوية الروابط الأسرية وتعزيز رفاهية الأطفال. ومن ثمّ، توفر هذه النتائج فرصة سانحة لإجراء باقة من التدخلات الأسرية في دولة قطر لتعزيز السلوكيات الصحية.

يمكن أن تشمل التدخلات آنفة الذكر على إنشاء مساحات آمنة (رقمية أو مادية) للعائلات للتعلّم من خلالها، والتعاون فيما بينها لإيجاد حلول مجدية، ومشاركة الدروس المستفادة من التجارب السابقة في التعامل مع مشكلة السمّنة لدى الأطفال؛ وإجراء تدخلات تشجّع العائلات على لمّ الشمل حول طاولة الطعام بغرض ترسيخ عادات الأكل الإيجابية؛ ونشر الوعي بين العائلات والمجتمعات حول مدى استعدادهم الوراثي للإصابة بالسمّنة وعوامل الخطر الأخرى. وكي يتسنى لنا تحقيق النجاح المطلوب، يمكن للتدخلات على مستوى الأسرة البناء على نتائج البحوث الحالية، وإشراك العائلات عند تصميم هذه التدخلات وتنفيذها، والاستفادة من وسائل الإعلام والتواصل العامة، بما في ذلك منصات التواصل الاجتماعي.

مشاركة منظمات المجتمع المدني

منظمات المجتمع المدني جهاتٌ فاعلة مهمة في حشد المجتمعات، ومناصرة القضايا، ودعم جهود مساءلة المؤسسات العامة والخاصة. كما يمكن أن تلعب دورًا مركزيًا بالغ الأهمية في التأثير على الأجنحة الاجتماعية، والسياسية، والأخلاقية للحكومات الوطنية وحثّها على الوفاء بالتزاماتها للقضاء على السمّنة لدى الأطفال.¹⁶⁸

تتميز منظمات المجتمع المدني بقدرتها على المساعدة على ضمان إتاحة برامج وسياسات التغذية، والتأكيد على كونها ممثلة لجميع الفئات وذات تأثير ملموس. وكي يتسنى لها تحقيق ذلك، فمن المهم أن يتم تعزيز قدرات هذه المنظمات وتحسين مستوى التنسيق فيما بينها حتى تتاح لها فرصة رصد المجرّيات بفعالية وضمان مساءلة مختلف الجهات إزاء الالتزامات التي تتعهد بها.¹⁶⁹ وينبغي كذلك على الحكومات أن تنظر في توفير فرص لمشاركة أعضاء المجتمع المدني بشكل رسمي في عمليات صنع السياسات وتنفيذها وتقييمها.

في الوقت الحالي، تطلب العديد من الحكومات حول العالم من منظمات المجتمع المدني المشاركة في عملية صنع القرار، أو تشجّعها على ذلك. ومن جانبها، تقدم منظمات المجتمع المدني خدمات تكميلية للخدمات التي توفرها الحكومة، لا سيما في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط. وبالنظر إلى المحددات الاجتماعية بعيدة المدى للصحة والتنمية المجتمعية، يعدّ تضامناً الجهود بين مجموعة فاعلة من الجهات المجتمعية والقطاعات والحدود الجغرافية أمرًا جوهريًا في صنع السياسات. ومع ذلك، فعلى الرغم من الضرورة الملحة لمشاركة منظمات المجتمع المدني ومن وفرة الأمثلة الناجحة عليها في شتى أنحاء العالم، إلا أن هناك مخاوف متزايدة حيال

طبيعة مثل هذه المبادرات، وتأثيراتها المختلفة والتكاليف المترتبة عليها، فضلاً عن عدد من التساؤلات حول معايير التقييم المعمول بها في وقتنا الراهن ومدى توافر البيانات التجريبية حول هذه المشاركة.

تجدد الإشارة هنا إلى وجود عدد من الطرق التي تستطيع منظمات المجتمع المدني من خلالها المشاركة في البحوث والسياسات والتأثير فيها. كما يمكن أن تتولى هذه المنظمات تقييم البحوث التي تجريها كيانات أخرى. أما في الحالات التي تؤثر فيها السياسات على المجتمعات المحرومة، فيمكن لمنظمات المجتمع المدني أن تتجاوز المعايير التقليدية للبحث والتقييم العلمي للفت الأنظار نحو الأوجه المحتملة لعدم المساواة والظلم المجتمعي. ويمكنها كذلك إجراء البحوث بأنفسها أو مشاركة المحصلات البحثية مع الجمهور.

يعدّ إنشاء منظمة مجتمع مدني عمليةً معقدة في دولة قطر. فمن أجل تسجيل المنظمة، يتعين استيفاء المؤسسين المحتملين العديد من المتطلبات المرهقة.¹⁷⁰ ونتيجة لذلك، لا يوجد سوى عدد قليل من منظمات المجتمع المدني التي تقدم إسهامات للنظام الصحي وصنع السياسات في الدولة. إحدى هذه المنظمات هي الجمعية القطرية للسكري، والتي تُعنى بتوفير برامج لتعزيز أنماط الحياة الصحية بشكل عام، وليس لمرضى السكري فحسب. كما تعمل الجمعية على تعزيز أنماط حياة تساهم بدور بارز في الوقاية من مرض السكري، وذلك من خلال برامج مخصصة للتغذية وممارسة التمارين الرياضية.¹⁷¹ ومن هذه البرامج 'مخيم البواسل' الذي يوفر "بيئة تعليمية آمنة وممتعة" للأطفال المصابين بداء السكري في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا. وعلى الرغم من أن المخيم يركز على إدارة مرض السكري، إلا أنه يوفر برامج وثيقة الصلة بالتغذية، مثل البرامج التي تتيح للمشاركين فرصة التعرف على كيفية حساب السعرات الحرارية وخيارات الطعام الصحي.¹⁷²

وفي الوقت ذاته، تنفذ الجمعية القطرية للسكري باقة من البرامج المصممة خصيصاً للأطفال والمراهقين المصابين بالسمنة. إحدى هذه البرامج هو 'معسكر الوقاية من مرض السكري' المعدّ للأطفال الذين يعانون من زيادة الوزن والسمنة، ممن هم معرّضون لخطر الإصابة بمرض السكري.¹⁷³ يقام هذا المخيم عادةً على مدار ثلاثة أيام في مواقع مختلفة من الدوحة، ويجوب العديد من مرافق الشباب التابعة للبلديات، مثل النوادي الرياضية. يتولى الإشراف على المعسكر طاقم من الممرضات وأخصائيي التغذية التابعين للجمعية القطرية للسكري، إضافة إلى متطوعين مهنيين من غير العاملين في مجال الصحة. كما يتضمن البرنامج أنشطة بدنية، مثل السباحة، وكرة القدم، إضافة إلى ورش عمل للتوعية بمرض السكري والأكل الصحي. ولا يهمل المخيم الجانب النفسي، إذ يقوم أيضاً بتقديم دعم نفسي ويعقد ورش عمل حول تعزيز الثقة بالنفس.¹⁷³

الاستفادة من الأوساط الدينية الإسلامية

يولي الإسلام اهتماماً بالغاً بصحة الأفراد ورفاهيتهم. ومن ثمّ، أجمع المسلمون على ضرورة أن ينعم المرء بحياة قويمه وصحية وفق أسس الشريعة الإسلامية.¹⁷⁴ وفي هذا الصدد، تشير الدراسات الخاضعة للمراجعة إلى أن التعاليم والمعتقدات في الدين الإسلامي تركز بشكل جوهريّ على العوامل المساهمة في تحسين أنماط

الحياة وعلى العادات الغذائية الصحية.¹⁷⁴ ومن ثمّ، خلصت الدراسات إلى أن التمسك بالتعاليم الإسلامية المرتبطة بالتغذية وأنماط الحياة يعدّ وسيلةً مجدية في الحدّ من خطر الإصابة بالأمراض.

بناءً على ما سلف، فإن تفعيل دور الأوساط الدينية الإسلامية والاستفادة منها في تعزيز التدخلات الرامية إلى الوقاية من مرض السمنة لدى الأطفال، يعدّ نهجاً فعّالاً وقابلاً للتطبيق.¹⁷⁵ كما أن التغاضي عن النصوص الإسلامية وعدم دمجها في الخطط والسياسات المعنية بتعزيز الصحة قد يعيق تحقيق النجاح المنشود في تنفيذ أية تدخلات في المجتمعات المسلمة.¹⁷⁶ ولتجنّب هذا، يمكن الاستفادة من الأوساط الدينية، كالمساجد ودور العبادة والمنظمات الإسلامية والمراكز الرياضية والشبابية وحلقات الدروس الدينية المخصصة للنساء، باعتبارها أماكن مجدية لتنفيذ التدخلات خارج الحيز المدرسي وتعزيز التدخلات الصحية القائمة على المجتمع.¹⁷⁵ ولا يخفى ما لهذه الأماكن من تأثير بارز في تشكيل خيارات الحياة التي يتبناها المجتمع في البلدان ذات الأغلبية المسلمة، مثل دولة قطر.¹⁷⁵ ومن ثمّ، يمكن الاستفادة من هذه الأماكن في تثقيف الأفراد وتشجيعهم على تبني أنماط حياة صحية، بما في ذلك تعزيز الأكل الصحي والنشاط البدني. وتشير الأدلة المتاحة إلى الدور الكبير للأوساط الدينية الإسلامية في الوصول إلى الشباب، والتأكيد على النشاط البدني باعتباره أكثر التدخلات الصحية رواجاً.¹⁷⁷ وعليه، فإن بالإمكان التعويل على هذه الأوساط في الدعوة إلى ممارسة الأنشطة البدنية وتبني أنظمة غذائية صحية، مع نشر التوصيات القائمة على الأدلة في هذا الشأن. إضافة إلى ذلك، ينبغي توجيه الجمهور، بما في ذلك الأطفال، والآباء، والأسر، والمجتمعات، نحو التعاليم الإسلامية الداعية إلى تبني حياة صحية.

السياسات المقترحة التي تستهدف الأسرة والمجتمع

- توسيع نطاق حملات الصحة العامة القائمة حالياً وإعداد حملات جديدة، إضافة إلى إتاحة الموارد الملائمة ثقافياً لتقديم التثقيف الصحي اللازم للمجتمع.
- إطلاق برامج وطنية للتثقيف في مجالي الصحة والتغذية، بحيث تستهدف أولياء الأمور ومقدمي الرعاية.
- الاستفادة من شبكات منظمات المجتمع المدني في توسيع نطاق حملات التوعية العامة حول السمنة عند الأطفال وتعظيم أثرها.
- تفعيل دور رجال الدين وقادة المجتمع والنماذج المحتذى بهم والمناصرين، وحثهم على المشاركة في الفعاليات المجتمعية ذات الصلة والتي من شأنها أن تعزز من العادات المفعممة بالنشاط والمحافظة على الصحة.

الخاتمة

ما تزال السمّنة واحدة من أكبر التحديات التي تكتنف الصحة العامة في عصرنا الراهن. ونظرًا للتعقيدات المرتبطة بها، صار لزامًا أن يتبع المعنيون نهجًا متعدد القطاعات يشمل 'كافة أطراف المجتمع' من أجل تحقيق الغاية النهائية المتمثلة في وضع حدّ فعّال لمرض السمّنة لدى الأطفال. ولذلك لا بدّ من وضع برامج شاملة يتم تنسيقها على جميع المستويات - بما في ذلك الأنظمة الغذائية، والتعليم، والصحة العامة، والتخطيط الحضري، والطب، والمجتمع، والآباء، والأفراد، والمستويات الوطنية. وكما هو موضح في ثنايا هذا التقرير، فإننا نقترح أن توجّه الحكومات، وقادة النظام الصحي، وصنّاع السياسات عبر مختلف القطاعات، عنايتّها نحو الإطار المقترح لمعالجة السمّنة لدى الأطفال في قطر. وفيما يلي سردٌ بالتوصيات الفردية للسياسة المقترحة في كل مستوى، وقد تم تصنيف هذه التوصيات تبعًا لمجالات التدخل، ونوع السياسة والإطار الزمني (حيث يشير مصطلح 'المدى القصير' إلى فترة الـ12 شهرًا القادمة، بينما يشير مصطلح 'المدى الطويل' إلى فترة تتراوح بين 12 شهرًا و36 شهرًا). كما يعرض الجدول مقترحًا حيال الكيانات المنوطة بقيادة كل مبادرة.

وستتطلب الخطوات التالية بذل الجهود لمناصرة السياسات المقترحة؛ وتحديد الأولويات تمهيدًا لتشكيل مجموعات العمل؛ واختبار التدخلات المطلوبة وتجريبها، وهي المهمة التي سيقع على عاتق الفريق الأساسي دعمها. وفي نهاية المطاف، سيتعين على جميع الأطراف العمل جنبًا إلى جنب عبر جهود منسّقة من أجل توسيع نطاق التأثيرات المنشودة على أكمل وجه.

الجدول رقم (3): السياسات، ومقترح الجهات الفاعلة والإطارات الزمنية المقترحة

مجال التدخل	السياسة المقترحة	مستوى السياسة	الجهة المسؤولة المقترحة	الإطار الزمني
الطعام والتغذية				
وضع البطاقات التعريفية الغذائية على عبوات وأغلفة الأطعمة	<ul style="list-style-type: none"> إعداد إطار عمل لسياسة "وضع البطاقات التعريفية الغذائية على عبوات الأطعمة" في دولة قطر، بحيث يتبنى أحد أنظمة التحذير الخاصة بالمواد الغذائية، تمهيدًا للحصول على تفويض بتطبيقه. 	دلائل إرشادية/لوائح	وزارة الصحة العامة/ وزارة التجارة والصناعة	المدى الطويل
التسويق الرقمي والإعلانات عبر وسائل الإعلام	<ul style="list-style-type: none"> وضع دلائل إرشادية للتحكم في الإعلانات المروجة للأطعمة والمشروبات غير الصحية، والحدّ منها في جميع المنصات التي تستهدف الأطفال والمراهقين. 	دلائل إرشادية/ لوائح	وزارة الاتصالات وتكنولوجيا المعلومات/ وزارة الصحة العامة	المدى الطويل
عرض المنتجات الغذائية في المنافذ	<ul style="list-style-type: none"> تطوير دلائل إرشادية لآلية وضع المنتجات الغذائية في منافذ البيع والمنصات الرقمية، مع منح الأولوية للخيارات الصحية والحدّ من إتاحة الأطعمة غير الصحية في متناول الأطفال. 	دلائل إرشادية/ لوائح	وزارة الاتصالات وتكنولوجيا المعلومات/ وزارة التجارة والصناعة/ وزارة الصحة العامة	المدى الطويل
الدلائل الإرشادية للتغذية	<ul style="list-style-type: none"> مواصلة نشر "الدلائل الإرشادية للتغذية لدولة قطر" بصيغتها المحدّثة ووضع برامج للدعوة لتبنيها. 	دلائل إرشادية/توعية	وزارة الصحة العامة	المدى القصير
	<ul style="list-style-type: none"> اعتماد الدلائل الإرشادية الوطنية للمطاعم والمقاهي وآلات البيع الذاتي، تمهيدًا لإقرارها والتحقق من الامتثال لمتطلباتها، مع التركيز على الأطعمة/المنتجات الطازجة. 	تشريع	وزارة التجارة والصناعة/ وزارة البلدية/ وزارة الصحة العامة	المدى القصير
	<ul style="list-style-type: none"> وضع حدّ أدنى من المعايير للأطعمة المستوردة وإنشاء هيكل حوكمة للرقابة عليها. 	تشريع	وزارة التجارة والصناعة/ وزارة الصحة العامة	المدى الطويل
الضريبة الانتقائية	<ul style="list-style-type: none"> تقييم تأثير سياسة الضريبة الانتقائية المعمول بها حاليًا في دولة قطر وبحث سبل توسيعها بناءً على توصيات وزارة الصحة العامة. 	تقييم	الهيئة العامة للضرائب/ وزارة التجارة والصناعة	المدى القصير
	<ul style="list-style-type: none"> توسيع نطاق الدلائل الإرشادية الضريبية لتشمل فرض ضرائب على المنتجات غير الصحية، مثل الأطعمة المعبأة مسبقًا أو الأطعمة والمشروبات التي تحتوي على نسب عالية من الدهون أو الملح أو السكر، أو جميعها. 	لوائح	الهيئة العامة للضرائب/ وزارة الصحة العامة/ وزارة التجارة والصناعة	المدى الطويل
تعزيز الوصول إلى الطعام الصحي	<ul style="list-style-type: none"> البحث عن آليات جديدة لإتاحة الغذاء الصحي، بما في ذلك الفواكه والخضروات، بتكلفة معقولة. 	حوافز مالية	وزارة التجارة والصناعة	المدى الطويل
	<ul style="list-style-type: none"> تشجيع مبادرات الزراعة الحضرية، مثل المزارع المجتمعية، بغرض زيادة نسبة الوصول إلى المنتجات الطازجة في المناطق الحضرية. 	تعزيز الوصول	وزارة البلدية/ وزارة البيئة والتغير المناخي	المدى الطويل

مجال التدخل	السياسة المقترحة	مستوى السياسة	الجهة المسؤولة المقترحة	الإطار الزمني
ممارسات القطاع الصحي				
الدلائل الإرشادية للممارسات السريرية	<ul style="list-style-type: none"> الاستفادة من فرق ومجموعات العمل الموجودة الحالية لدى الشركاء المعنيين على مختلف قطاعاتهم في دعم عملية إعداد دلائل إرشادية قائمة على الأدلة وممارسات جيدة للوقاية من السممة وفحصها وعلاجها. 	دلائل إرشادية	وزارة الصحة العامة	المدى القصير
		تقييم	وزارة الصحة العامة	المدى القصير
		دلائل إرشادية	وزارة الصحة العامة	المدى القصير
التنسيق بين قطاع الرعاية الصحية	<ul style="list-style-type: none"> تنفيذ الدلائل الإرشادية الوطنية المعنية بالإدارة السريرية ورصد أثرها في الحيلولة دون حدوث السممة لدى الأطفال وعلاجها. وضع دلائل إرشادية سريرية على المستوى الوطني تُعنى بجراحات السممة لدى الأطفال والمراهقين باعتبارها ملأداً أخيراً. وإعداد آلية لمراجعة هذه الدلائل الإرشادية وتحديثها كل خمس سنوات. 	تعزيز الوصول	وزارة الصحة العامة	المدى الطويل
		تحسين الجودة	وزارة الصحة العامة	المدى القصير
		توسيع خدمات علاجات السممة وتعزيز مستوى التكامل مع مقدمي الخدمات الصحية الأولية.	وزارة الصحة العامة	المدى الطويل
دور المتخصصين في الرعاية الصحية	<ul style="list-style-type: none"> تعزيز عملية فحص السممة وعوامل الخطر المرتبطة بها لدى مستويات الرعاية الأولية. إعداد برامج شاملة للتدريب وبناء القدرات على المستوى الوطني بحيث تستهدف الممارسين الصحيين. 	بناء القدرات	وزارة الصحة العامة	المدى الطويل
		دلائل إرشادية	وزارة الصحة العامة	المدى الطويل
		تمكين التدخلات الصحية الدقيقة للمساعدة في تحديد الأفراد المعرضين لمخاطر عالية ومن ثم وفايتهم من مرض السممة لدى الأطفال وتقديم العلاجات المتخصصة لهم كلٌّ بحسب حالته.	وزارة الصحة العامة	المدى الطويل
البيئة المبنية				
الأماكن الشاملة التي يسهل الوصول إليها لممارسة النشاط البدني (داخل المرافق وخارجها)	<ul style="list-style-type: none"> اعتماد "المبادئ والمعايير التخطيطية الخاصة بتطوير المناطق المفتوحة والخدمات الترفيهية والرياضية" لدولة قطر وتنفيذها. تشجع هذه الدلائل على ممارسة النشاط البدني لجميع الأفراد. بغض النظر عن الجنس أو مستوى القدرة. توفير المرافق والمعدات التي يسهل الوصول إليها بهدف تعزيز فرص ممارسة الأنشطة البدنية لدى الأطفال والمراهقين كافة. توسيع نطاق برنامج "لكل القدرات" وإتاحة التدريبات والمعارف اللازمة للموظفين المعنيين بالتعامل مع الأطفال لدعم الأطفال من مختلف القدرات. 	تعزيز الوصول	وزارة البلدية/ وزارة الرياضة والشباب	المدى الطويل
		تعزيز الوصول	وزارة البلدية/ وزارة الرياضة والشباب/ وزارة التربية والتعليم والتعليم العالي	المدى الطويل
		بناء القدرات	مؤسسة قطر/ وزارة الرياضة والشباب/ وزارة التربية والتعليم والتعليم العالي	المدى الطويل

مجال التدخل	السياسة المقترحة	مستوى السياسة	الجهة المسؤولة المقترحة	الإطار الزمني
الدلائل الإرشادية لمنافذ بيع الأطعمة وتخطيط المدن	<ul style="list-style-type: none"> وضع دلائل إرشادية تخص أماكن تقديم الأطعمة، والوصول إلى الأطعمة الصحية وغير الصحية في المتاجر والمحلات. 	دلائل إرشادية	وزارة التجارة والصناعة/ وزارة الصحة العامة	المدى القصير
	<ul style="list-style-type: none"> مراجعة استراتيجيات تخطيط المدن الحالية وبحث سبل وضع مناطق عازلة بين المدارس ومنافذ بيع الوجبات السريعة ومحلات السوبر ماركت ضمن مسافة محددة. 	تحسين الجودة	وزارة البلدية	المدى الطويل
التنقل على نطاق ضيق	<ul style="list-style-type: none"> زيادة الأماكن المخصصة للمشبي ومسارات ركوب الدراجات وتحسينها من خلال سدّ فجوات المسارات، وربطها بالأماكن العامة. 	البنية التحتية	وزارة البلدية	من المدى القصير إلى المدى الطويل
الأوساط المدرسية				
بيئات الطعام المدرسية	<ul style="list-style-type: none"> تحسين الدلائل الإرشادية الخاصة بالمقصف المدرسي والترويج لتبنيها في جميع المدارس. 	تحسين الجودة	وزارة التربية والتعليم والتعليم العالي/ وزارة الصحة العامة	المدى القصير
	<ul style="list-style-type: none"> وضع دلائل إرشادية للتغذية تُعنى بالأطعمة التي يحضرها الأطفال من منازلهم، مع التركيز على خيارات الأطعمة الصحية التي تتفق مع "الدلائل الإرشادية للتغذية لدولة قطر". 	دلائل إرشادية	وزارة التربية والتعليم والتعليم العالي/ وزارة الصحة العامة	المدى القصير
رفاهية الطالب	<ul style="list-style-type: none"> ترسيخ دعائم البرنامج الوطني لمخططات النمو في مدارس دولة قطر لرصد السمنة ومتابعتها في جميع المدارس والمؤسسات، والحثّ على توفير قنوات مناسبة للإبلاغ والتواصل بين أولياء الأمور ومقدمي الرعاية. 	الفحص والمتابعة	وزارة التربية والتعليم والتعليم العالي/ وزارة الصحة العامة	المدى الطويل
	<ul style="list-style-type: none"> تعزيز السياسات المدرسية المعنية بالتنمر لتشتمل على السمنة وزيادة الوزن باعتبارهما من الدواعي المحتملة لوقوعه. 	دلائل إرشادية	وزارة التربية والتعليم والتعليم العالي/ وزارة الصحة العامة	المدى القصير
	<ul style="list-style-type: none"> تدريب موظفي المدارس على التعرف على التنمر الناتج عن زيادة الوزن والسمنة، ومن ثمّ التعامل معه، وتوفير الموارد اللازمة لدعم الطلاب المتضررين. 	بناء القدرات	وزارة التربية والتعليم والتعليم العالي/ وزارة الصحة العامة	المدى القصير
	<ul style="list-style-type: none"> تطوير مواد تعليمية مناسبة لكل مستوى دراسي حول أنماط الحياة الصحية ليتم دمجها في المنهج الدراسي. 	بناء القدرات	وزارة التربية والتعليم والتعليم العالي/ وزارة الصحة العامة	المدى القصير
	<ul style="list-style-type: none"> تدريب المعلمين والمرشدين المدرسيين على الدوافع المتسببة في السمنة وعلى كيفية استخدام أساليب لغوية وصور مجازية غير مؤذية. 	بناء القدرات	وزارة التربية والتعليم والتعليم العالي/ وزارة الصحة العامة	المدى القصير

مجال التدخل	السياسة المقترحة	مستوى السياسة	الجهة المسؤولة المقترحة	الإطار الزمني
	<ul style="list-style-type: none"> إعداد برامج لتعزيز الصحة النفسية وتقديم المشورة للطلاب، مثل برامج اليقظة الذهنية ومجموعات دعم الأقران. 	التوعوية	وزارة التربية والتعليم والتعليم العالي/ وزارة الصحة العامة	المدى القصير
النشاط البدني	<ul style="list-style-type: none"> دمج "خطة العمل الوطنية للتغذية والنشاط البدني في دولة قطر" بصيغتها المحدثة في الأوساط المدرسية ووضع البرامج الداعمة لهذه الخطة. 	دلائل إرشادية	وزارة التربية والتعليم والتعليم العالي/ وزارة الصحة العامة	المدى الطويل
	<ul style="list-style-type: none"> توسيع نطاق وصول المؤسسات التعليمية إلى المبادرات الرياضية والأنشطة البدنية عالية الجودة. 	تعزيز الوصول	وزارة التربية والتعليم والتعليم العالي	المدى الطويل
	<ul style="list-style-type: none"> التشراكة مع المنظمات المجتمعية والنوادي الرياضية لتوفير فرص متنوعة وجذابة للرياضات والأنشطة البدنية للطلاب خارج ساعات الدوام المدرسي. 	تعزيز الوصول	وزارة التربية والتعليم والتعليم العالي/ وزارة الثقافة/وزارة الرياضة والشباب	المدى الطويل
	<ul style="list-style-type: none"> إعداد نموذج للمدرسة المجتمعية يحقق الاستفادة من الأصول المدرسية والموارد المجتمعية، وذلك بالتعاون مع المنظمات المحلية ومزودي خدمات الأعمال ومقدمي الرعاية الصحية. 	دلائل إرشادية	وزارة التربية والتعليم والتعليم العالي/ وزارة الرياضة والشباب	المدى القصير
ال 1000 يوم الأولى				
رعاية الأم والطفل	<ul style="list-style-type: none"> تعزيز ممارسات فحص السممنة لدى الأمهات بغية تحديد النساء والأطفال حديثي الولادة المعرّضين للخطر، ومن ثمّ الشروع في تثقيفهم ووضعهم تحت المتابعة الدقيقة. 	الفحص والمتابعة	وزارة الصحة العامة	المدى القصير
	<ul style="list-style-type: none"> توفير الحد الأدنى من الاستشاريين والمتخصصين في مجال رعاية صحة الأم والطفل لكل 100.000 نسمة. 	دلائل إرشادية	وزارة الصحة العامة	المدى الطويل
	<ul style="list-style-type: none"> إصدار تفويض يمكّن جميع المستشفيات من تقديم الدعم اللائم قبل الولادة وبعدها، وتوفير المشورة للحوامل والأمهات الجدد. 	التشريع	وزارة الصحة العامة	المدى الطويل
	<ul style="list-style-type: none"> دراسة إمكانية إبرام شراكات مع مقدمي الرعاية الصحية في القطاع الخاص بهدف تسهيل الوصول إلى الخدمات الصحية للأطفال دون سن الخامسة وتوسيع نطاقها. 	تعزيز الوصول	وزارة الصحة العامة	المدى القصير
	<ul style="list-style-type: none"> تعزيز الخطوات الرامية إلى الحصول على اعتماد "المبادرة الصديقة للطفل" في شتى مرافق الرعاية الصحية. 	تعزيز الوصول	وزارة الصحة العامة	المدى الطويل

مجال التدخل	السياسة المقترحة	مستوى السياسة	الجهة المسؤولة المقترحة	الإطار الزمني
الرضاعة الطبيعية	<ul style="list-style-type: none"> ضمان توظيف العدد الكافي من استشاري الرضاعة المعتمدين في جميع وحدات المخاض والولادة. 	مشاركة المعرفة	وزارة الصحة العامة	المدى القصير
	<ul style="list-style-type: none"> مواصلة الحملات الوطنية الرامية إلى الترويج للرضاعة الطبيعية، ودعمها بتوفير رعاية منزلية مستمرة للأمهات. 	التوعية/ دفع السلوك	وزارة التنمية الاجتماعية والأسرة/ وزارة العمل	المدى القصير
	<ul style="list-style-type: none"> تقديم الدعم اللازم للأمهات العاملات لحملهن على الرضاعة الطبيعية بشكل حصري لمدة لا تقل عن ستة أشهر، وذلك من خلال المساعدة على تمديد إجازات الأمومة واستحداث غرف مريحة مخصصة للرضاعة في أماكن العمل والأماكن العامة كافة. 	التشريع	وزارة التنمية الاجتماعية والأسرة/وزارة الصحة العامة	المدى القصير
	<ul style="list-style-type: none"> سنّ قانون وطني ينظم عملية تسويق المنتجات البديلة لحليب الأم. 	التشريع	وزارة التجارة والصناعة/ وزارة الصحة العامة	المدى الطويل
الأسرة والمجتمع				
التدخلات على مستوى الأسرة	<ul style="list-style-type: none"> توسيع نطاق حملات الصحة العامة القائمة حاليًا وإعداد حملات جديدة، إضافة إلى إتاحة الموارد الملائمة ثقافيًا لتقديم التثقيف الصحي اللازم للمجتمع. 	التوعية	وزارة الصحة العامة/ وزارة الثقافة/ وزارة التربية والتعليم والتعليم العالي/ وزارة التنمية الاجتماعية والأسرة	المدى الطويل
	<ul style="list-style-type: none"> إطلاق برامج وطنية للتثقيف في مجالي الصحة والتغذية، بحيث تستهدف أولياء الأمور ومقدمي الرعاية. 	بناء القدرات	وزارة التنمية الاجتماعية والأسرة/ وزارة الصحة العامة	المدى القصير
مشاركة منظمات المجتمع المدني	<ul style="list-style-type: none"> الاستفادة من شبكات منظمات المجتمع المدني في توسيع نطاق وأثر حملات التوعية العامة وتعظيم أثرها. 	التوعية	وزارة التنمية الاجتماعية والأسرة/ وزارة الصحة العامة	المدى الطويل
المناصرة	<ul style="list-style-type: none"> تفعيل دور قادة المجتمع ورجال الدين والنماذج المحترمة بها والمناصرين، وحثهم على المشاركة في الفعاليات المجتمعية ذات الصلة والتي من شأنها تعزيز من العادات المفعممة بالنشاط والمحافظة على الصحة. 	التوعية	وزارة الثقافة/وزارة الرياضة والشباب/وزارة الأوقاف والشؤون الإسلامية/ وزارة الصحة العامة	المدى القصير

شكر وتقدير

شارك في صياغة هذا التقرير كلُّ من الدكتورة صدرية الكوهجي، استشاري أول طب المجتمع بمؤسسة الرعاية الصحية الأولية ورئيس شبكة المدن الصحية والقائد الوطني لاستراتيجية الأطفال والمراهقين الأصحاء التابعة لوزارة الصحة العامة: ومها العاكوم، رئيس قسم السياسة والمحتوى في مؤتمر "ويش"، ومشاعل مهنا النعيمي، مدير قسم البرامج في مؤسسة قطر، وعبد الله سعيد المهندي، مدير المنتديات في مؤتمر "ويش"، وفهد المسلماني، مسؤول مشارك تطوير السياسات في مؤسسة قطر، وسيلفي معلوف، مدير قسم البرامج في مؤسسة قطر.

ويُعرب المؤلفون عن جزيل شكرهم للخبراء التالية أسماؤهم تقديراً لإسهاماتهم الجلييلة في إعداد التقرير:

- **الدكتورة حنان عبد الرحيم**، جامعة قطر
- **الدكتورة هبة الله علي**، وزارة البلدية
- **الدكتور نصر أحمد**، وزارة الصحة العامة
- **البروفسور عبدالبديع أبو سمرة**، وزارة الصحة العامة
- **آمنة البوعينين**، وزارة الثقافة
- **مريم البوعينين**، وزارة التربية والتعليم والتعليم العالي
- **الدكتورة زيمينا غارزون فيلالبا**، جامعة سان فرانسيسكو دي كيتو، الإكوادور
- **غالية الهيل**، مؤتمر "ويش"
- **عيسى الحرمي**، وزارة الرياضة والشباب
- **الدكتورة مديحة كمال**، سدرية للطب
- **الدكتور سوريشبابو كوكو**، وزارة الصحة العامة
- **لمى ملص**، وزارة الصحة العامة
- **رولا ملص**، وزارة الصحة العامة
- **الدكتورة خلود المطاوعة**، وزارة الصحة العامة
- **هيفاء المري**، وزارة التجارة والصناعة
- **فاطمة العبيدي**، وزارة التربية والتعليم والتعليم العالي
- **خالد النعمة**، معهد الدوحة الدولي للأسرة
- **هند التميمي**، وزارة الصحة العامة
- **ايونا سكاروني**، وزارة الصحة العامة

كما يتوجه المؤلفون بخالص الامتنان والتقدير لفريق العمل المعني بالسمنة لدى الأطفال في قطر الذي تستضيفه مؤسسة قطر، على ملاحظاتهم وتعليقاتهم.

وأخيرًا، نتقدم بأسمى آيات الشكر والجرّافان لسعادة الشخة هند بنت حمد آل ثاني، نائب رئيس مجلس الإدارة والرئيس التنفيذي لمؤسسة قطر، وسعادة الدكتورة حنان محمد الكواري، وزيرة الصحة العامة، على توجيهاتهما ورؤيتهما التي ساهمت في إعداد هذا التقرير الخاص بالسياسات.

ويتحمل المؤلفون وحدهم المسؤولية الكاملة عن الآراء الواردة في هذا التقرير، والتي لا تمثل بالضرورة وجهات نظر أو قرارات أو سياسات المؤسسات التي يعملون فيها. كما يتحمل المؤلفون مسؤولية أي خطأ أو سهو ورد في التقرير.

الملحق رقم (1): تعريفات السمنة لدى الأطفال

التعريف	المنظمة
<p>معايير نمو الطفل الصادرة عن منظمة الصحة العالمية (من الولادة وحتى 5 سنوات):</p> <ul style="list-style-type: none">• مصاب بالسمنة: مؤشر كتلة الجسم < 3 انحرافات معيارية أعلى من متوسط معيار النمو الصادر عن المنظمة• مصاب بزيادة الوزن: مؤشر كتلة الجسم < انحرافين معياريين أعلى من متوسط معيار النمو الصادر عن المنظمة• مصاب بنقص الوزن: مؤشر كتلة الجسم > انحرافين معياريين أقل من متوسط معيار النمو الصادر عن المنظمة	منظمة الصحة العالمية
<p>معايير النمو الصادر عن منظمة الصحة العالمية في سنة 2007 (من 5 سنوات وحتى 19 سنة):</p> <ul style="list-style-type: none">• مصاب بالسمنة: مؤشر كتلة الجسم < انحرافين معياريين أعلى من متوسط معيار النمو الصادر عن المنظمة• مصاب بزيادة الوزن: مؤشر كتلة الجسم < انحراف معياري واحد أعلى من متوسط معيار النمو الصادر عن المنظمة• مصاب بنقص الوزن: مؤشر كتلة الجسم > انحرافين معياريين أقل من متوسط معيار النمو الصادر عن المنظمة	المركز الأمريكي لمكافحة الأمراض والوقاية منها
<p>مخططات النمو الصادرة عن المركز الأمريكي لمكافحة الأمراض والوقاية منها: بالنسبة للأطفال في المرحلة العمرية ما بين سنتين و19 سنة، يتم تقييم مؤشر كتلة الجسم وفق النسب المئوية الخاصة بالعمر والجنس:</p> <ul style="list-style-type: none">• مصاب بالسمنة: 95%• مصاب بزيادة الوزن: من 85% وحتى >95%• الوزن الطبيعي: من 5% وحتى >85%• مصاب بنقص الوزن: >5% <p>بالنسبة للأطفال من الولادة وحتى عمر سنتين، يستخدم المركز نسخة معدلة من معايير منظمة الصحة العالمية.</p>	فرقة العمل الدولية المعنية بالسمنة
<ul style="list-style-type: none">• لتقييم الإصابة بزيادة الوزن والسمنة لدى الأطفال، تستخدم الفرقة نطاقًا دولية فاصلة لمؤشر كتلة الجسم تعتمد على عمر الطفل وجنسه في الفئة العمرية ما بين سنتين و18 سنة• تتوافق النقاط الفاصلة مع مؤشر كتلة الجسم لفرد بالغ تم تشخيص إصابته بزيادة الوزن عند 25 نقطة وبالسمنة عند 30 نقطة.	

الملحق رقم (2): تحديث بالبلدان المشاركة في المقارنة المعيارية

الدولة	التفاصيل
هولندا ¹⁷⁸	<p>اسم البرنامج: نهج أمستردام للوزن الصحي الإطار الزمني: 2012 (وما يزال مستمرًا)</p> <p>الوصف: يهدف البرنامج إلى التصدي لمرض السمنة لدى الأطفال في أمستردام ومعالجته. ويتميز البرنامج بكونه طويل المدى (20 عامًا)، ويتبنى نهج النظام الكامل (الصحة في جميع السياسات) وتتولى الحكومة المحلية قيادته. ويرتكز البرنامج على نهج قوائمه دورة الحياة بأكملها، حيث يؤكد على أهمية الوقاية من السمنة في سن مبكرة ويدعو إلى الحفاظ على نمط حياة صحي على الدوام.</p> <p>تأثير البرنامج حتى وقتنا الراهن:</p> <ul style="list-style-type: none">• فرضت أمستردام حظرًا على تسويق المنتجات غير الصحية للأطفال في الفعاليات الرياضية.¹⁷⁹• صار الأطفال والشباب يستهلكون مشروبات تحتوي على كميات أقل من السكر.¹⁸⁰• يحصل المواليد على فترة رضاعة أطول.¹⁸⁰• شارك أكثر من 25,000 طفل في برامج "Jump-in"¹⁸¹.• حظي أولياء الأمور بمشاركة أكبر في أنشطة برنامج نهج أمستردام للوزن الصحي، حيث شارك أكثر من 1,200 من أولياء الأمور في مرحلة ما قبل المدرسة. كما تم توفير 8 أسواق صحية وأكثر من 1,734 استشارة حول الأكل الصحي، وتشخيص أكثر من 1,500 حالة إصابة (شديدة) بالسمنة (يتم علاج ثلثهم في الوقت الحالي) واستهداف 11 حيًا سكنيًا في إطار الأحياء التي يركز عليها برنامج نهج أمستردام للوزن الصحي.¹⁸¹• حدث انخفاض في معدل زيادة الوزن والسمنة بين الأطفال في الفئة العمرية ما بين سنتين و18 سنة من 21 بالمئة خلال عام 2012 ليصبح 18.7 بالمئة خلال عام 2017.¹⁸¹• بشكل عام، انخفضت معدلات السمنة لدى الأطفال بشكل ملحوظ بين الأسر ذات الوضع الاجتماعي والاقتصادي المتوسط لتهبط من 17.1 بالمئة إلى 15.9 بالمئة. كما شهدت الأسر التي يربعاها آباء متعلمون أو آباء من ذوي الدخل المرتفع، أو آباء من كلتا الفئتين، معدلات أقل من الإصابة بالسمنة وزيادة الوزن في مرحلة الطفولة.¹⁸⁰• ورغم ذلك، حدث ركود في نسبة الانخفاض في معدلات السمنة وزيادة الوزن، إلا أنها ما تزال أقل من المعدلات التي واكبت بدء البرنامج في عام 2012.¹⁸⁰• لوحظ ارتفاع في معدلات زيادة السمنة والوزن بين الأطفال في سن ما قبل المدرسة في عام 2017، لتقفز من 8.8 بالمئة في عام 2012 إلى 9.6 بالمئة في عام 2017.¹⁸⁰

الوصف: الجمعية الملكية للتوعية الصحية هي منظمة غير هادفة للربح، تسعى إلى تعزيز الرفاهية العامة للمجتمعات المحلية من خلال زيادة الوعي الصحي وتمكين الأردنيين من تبني أنماط الحياة والسلوكيات الصحية. تطلق الجمعية العديد من التدخلات الصحية وتدخلات السلامة القائمة على المجتمع، بالشراكة مع المؤسسات العامة والخاصة ومنظمات المجتمع المدني.¹⁸²

تأثير البرنامج حتى وقتنا الراهن:

- التحقت 102 مدرسة ببرامج 'المدرسة الصحية'، انضم 76 منها إلى مسار المدرسة الصحية، بينما ما يزال 26 منها على مسار المدرسة المعززة للصحة.
- تم تدريب أكثر من 155 مرشدًا صحيًا و102 مديراً على المعايير الصحية خلال العام الأكاديمي 2019-2020¹⁸³
- تمت إضافة 50 مدرسة جديدة إلى مبادرة 'أجيال سليمة'، التي تركز على رفع مستوى الوعي بين الطلاب الذين تتراوح أعمارهم بين 9 سنوات و11 سنة حول العادات الصحية وخيارات الطعام، مما يعني استهداف أكثر من 21.500 طالب وتدريب 180 معلمًا.
- استفاد 57.000 طالب من الوجبات الصحية التي يقدمها برنامج 'المطبخ الصحي'، وتمكنت 285 مدرسة من تنفيذ المطابخ الصحية من خلال الشراكات التي أبرمتها مع المطابخ المجتمعية.
- ارتبطت حملات التوعية بالتغذية التابعة لبرنامج 'المطبخ الصحي' بتحقيق زيادة قدرها 10 بالمئة في تناول الفاكهة والخضروات بشكل يومي، و16 بالمئة في معرفة الغذاء الصحي وتحديده، وتحسن بنسبة 20 بالمئة في معرفة أهمية الماء للجسم مقارنة بالعصائر والمشروبات الغازية.

الوصف: في عام 2009، وصلت معدلات السمنة في فنلندا إلى 17 بالمئة بين الأطفال في سن الخامسة، واستجابة لذلك، قامت الدولة في عام 2010 بتجريب برنامج يستهدف إدخال ساعة واحدة من النشاط البدني في المدارس يوميًا، ثم تم تعميم البرنامج على النطاق الوطني في عام 2012.

تأثير البرنامج حتى وقتنا الراهن:

- في عام 2011، وصلت نسبة الأطفال الذين يعانون من زيادة الوزن أو السمنة في الصفين الأول والخامس إلى 14 بالمئة و16 بالمئة، على الترتيب.
- بحلول عام 2015، انخفضت معدلات زيادة الوزن والسمنة إلى 8.7 بالمئة بين طلاب الصف الأول و8.2 بالمئة بين طلاب الصف الخامس.
- اعتمدت 31 بالمئة من المدارس الفنلندية البرنامج في عام 2015، وفي عام 2016، أعلنت الحكومة أنها تعتزم توسيع البرنامج ليشمل الكليات ومؤسسات التعليم الثانوي الأخرى (للأطفال الذين تزيد أعمارهم عن 16 عامًا).
- بحلول عام 2017، بات أكثر من 80 بالمئة من الأطفال الفنلنديين الذين تقل أعمارهم عن 16 عامًا جزءًا من شبكة 'مدارس على طريق التغيير'.

الوصف: تدرج التجربة الماليزية تحت إطار التجارب المعشاة المنضبطة مفردة التعمية single-blind RCT، حيث يتم إلزام الأطفال الذين تتراوح أعمارهم ما بين 7 سنوات و11 سنة بأنظمة غذائية محددة ومراقبتهم.¹⁸⁴

تأثير البرنامج حتى وقتنا الراهن:

- تمكن 27 بالمئة من الأطفال المشتركين في مجموعة التدخل من الحفاظ على أوزانهم أو إنقاصها خلال ستة أشهر، مقارنةً بالأطفال المشتركين في مجموعة المراقبة الذين لم يحرزوا أي تغييرات تُذكر.

الوصف: يهدف البرنامج إلى تعزيز تبني نمط حياة صحي في سنغافورة.¹⁸⁵ تم إعداد البرنامج بغية "تحسين نمط حياة الشعب السنغافوري من الناحيتين البدنية والاجتماعية، إضافة إلى الارتقاء بمستوى رفايته".¹⁸⁵ وفي أعقاب إطلاقه، انبثقت العديد من البرامج من رحم البرنامج الرئيسي. ويأتي ذلك في إطار تصدي البلاد لمرض السمنة لدى الأطفال. ثقة مثالين على هذه البرامج المنبثقة نجدهم في برنامج 'وازن وتناغم' [Trim and Fit] (وهو برنامج ذو أهداف محددة جرت فعالياته بين عامي 1992 و2007) وبرنامج 'الطعام الصحي'.

تأثير البرنامج حتى وقتنا الراهن:

- برنامج 'وازن وتناغم': تمخّص البرنامج عن حدوث انخفاض في معدلات السمنة بين الأطفال في الفئات العمرية 11-12 سنة و15-16 سنة. حيث انخفضت معدلات السمنة لدى الأطفال في سنّ 11-12 سنة إلى 14.6 بالمئة في عام 2000، مقارنةً بنسبة 16.6 بالمئة في عام 1992. وبالنسبة للأطفال الذين في سنّ 15-16 سنة، فقد انخفضت معدلات السمنة إلى 13.1 بالمئة في عام 2000، مقارنةً بنسبة 15.5 بالمئة في عام 1992. وفي عام 2006، انخفضت معدلات الطلاب الذين يعانون من زيادة الوزن لتصل إلى نسبة 9.5 بالمئة، مقارنةً بنسبة 11.7 بالمئة في عام 1993. وبدوره، عزز البرنامج أيضًا من مستوى اللياقة البدنية لدى الأطفال، حيث زادت نسبة الأفراد الذين اجتازوا الاختبار النهائي للياقة لتصل إلى 80.8 بالمئة مع نهاية البرنامج في عام 2006، مقارنةً بنسبة 60.1 بالمئة في عام 1993.¹⁸⁶
- برنامج 'الطعام الصحي': منذ انطلاق البرنامج، ازدادت وفرة خيارات الأطعمة والمشروبات الصحية وتحسّن الوصول إليها بمقدار عشرة أضعاف، حيث قفزت العلامات التجارية الصحية لتصل إلى أكثر من 300 علامة، وارتفع عدد نقاط الوصول ليزيد عن 2,600 نقطة.¹⁸⁷

1. Chong B, et al. Trends and Predictions of Malnutrition and Obesity in 204 Countries and Territories: An Analysis of the Global Burden of Disease Study 2019. *EClinicalMedicine*. March 2023; 57, 101850.
2. WHO. Child Growth Standards. Geneva: World Health Organization. Available at: www.who.int/tools/child-growth-standards/standards [Accessed 2 November 2022].
3. Obesity Prevention Source. Defining Childhood Obesity. Harvard: TH Chan School of Public Health; 8 April 2016. Available at: www.hsph.harvard.edu/obesity-prevention-source/obesity-definition/defining-childhood-obesity [Accessed 12 May 2023].
4. Childhood Obesity Foundation. What Is Childhood Obesity? Who Is at Risk? 24 October 2019. Available at: <https://childhoodobesityfoundation.ca/what-is-childhood-obesity> [Accessed 12 May 2023].
5. WHO. Obesity and Overweight. World Health Organization; 9 June 2021. www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight [Accessed 12 May 2023].
6. Awad SF, O'Flaherty M, El-Nahas KG et al. Preventing type 2 diabetes mellitus in Qatar by reducing obesity, smoking, and physical inactivity: mathematical modeling analyses. *Population Health Metrics* 17, 20 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12963-019-0200-1>
7. World Obesity Federation. *Addressing Weight Stigma and Misconceptions about Obesity in Europe: Considerations for Policymakers*. n.d. Available at: https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/wof-files/Weight_Stigma_Briefing_FINAL.pdf [Accessed 3 May 2023].
8. Bacchini D, et al. Bullying and Victimization in Overweight and Obese Outpatient Children and Adolescents: An Italian Multicentric Study. *PLOS ONE*. November 2015; 10(11), e0142715.
9. Devaux M, Vuik S. The relationship between childhood obesity and educational outcomes. In: *The Heavy Burden of Obesity: The Economics of Prevention*. OECD; 2019. Available at: www.oecd-ilibrary.org/sites/641a2e79-en/index.html?itemId=/content/component/641a2e79-en [Accessed 12 May 2023].
10. WHO. The Double Burden of Malnutrition: Policy Brief. World Health Organization; 17 May 2017. Available at: www.who.int/publications/i/item/WHO-NMH-NHD-17.3 [Accessed 12 May 2023].
11. Al-Thani MH, et al. School children growth monitoring program in the state of Qatar: Observations from two survey rounds in 2016–17 and 2019–20. *Public Health Challenges*. January 2023; 2, e52.
12. MA, S. The COVID-19 pandemic: an unprecedented tragedy in the battle against childhood obesity. *PG* - 477-482 LID - <https://doi.10.3345/cep.2020.01081>.
13. Lancker WV and Parolin Z. COVID-19, school closures, and child poverty: A social crisis in the making. *Lancet Public Health*. April 2020; 5(5), 243–244.

14. Alshehri, L. M. & Al Agha, A. E. Impact of Covid-19 Lockdown on the Unhealthy Dietary Habits and Physical Activity of Children and Adolescents Living in the Kingdom of Saudi Arabia. *Ann. Med. Health Sci. Res.* 0, (2021).
15. Al-Mulla, N. A. & Mahfoud, Z. R. The Impact of the COVID-19 Lockdown “Home Quarantine” on the Physical Activity and Lifestyle of Children in Qatar. *Front. Public Heal.* 10, 1-11 (2022).
16. Abed Alah, M. et al. A Sociodemographic Analysis of the Impact of COVID-19-Related Schools’ Closure on the Diet and Physical Activity of Children and Adolescents in Qatar. *J. Epidemiol. Glob. Health* 13, 248–265 (2023).
17. Nishtar S, et al. Ending Childhood Obesity: A Time for Action. *The Lancet*. February 2016. 387(10021), 825–27.
18. Ministry of Public Health, Qatar. *National Health Strategy 2018-2022: Our Health Our Future*. January 2018. Available at: <https://andp.unescwa.org/sites/default/files/2020-10/National%20Health%20Strategy%202018-2022.pdf> [Accessed 13 November 2023].
19. Supreme Council of Health, Qatar. *National Health Strategy 2011–2016: Caring for the Future*. Available at: <https://extranet.who.int/nutrition/gina/sites/default/filesstore/QAT%202013%20National%20Health%20Strategy%20%28Executive%20Summary%29%20page%2053.pdf> [Accessed 13 November 2023].
20. Planning and Statistics Authority. National Development Strategy. n.d. Available at: www.psa.gov.qa/en/nds1/pages/default.aspx [Accessed 12 May 2023].
21. Ministry of Public Health. Case Studies of Successful Childhood Obesity Policies Around the World. n.d. Available at: <https://hiap.moph.gov.qa/EN/Documents/Library/Policy%20Framework.pdf> [Accessed 12 May 2023].
22. Qatar Ministry of Public Health. The Doha Commitment to a Healthy City, Healthy Children and Healthy Future. October 2019. <https://hiap.moph.gov.qa/EN/Documents/Library/The%20Doha%20Commitment%20Multilingual.pdf>.
23. Gortmaker SL, et al. Changing the Future of Obesity: Science, Policy, and Action. *The Lancet*. August 2011; 378(9793), 838–47.
24. Nishtar S, et al. Ending Childhood Obesity: A Time for Action. *The Lancet*. February 2016; 387(10021), 825–27.
25. WHO. *Population-Based Approaches to Childhood Obesity Prevention*. Geneva: World Health Organization. 2012. Available at: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/80149/9789241504782_eng.pdf [Accessed 2 April 2023].
26. Qatar News Agency. Municipality Ministry: All Qatari Municipalities Certified As Healthy Cities Culmination of Efforts to Improve Quality of Life. 8 October 2022. Available at: www.qna.org.qa/en/News-Area/News/2022-10/08/0024-municipality-ministry-all-qatari-municipalities-certified-as-healthy-cities-culmination-of-efforts-to-improve-quality-of-life [Accessed 5 April 2023].
27. Hendriks A-M, et al. Towards Health in All Policies for Childhood Obesity Prevention. *Journal of Obesity*. April 2013; 1-12.
28. UNICEF. *Applying Behavioural Insights to Tackle Childhood Obesity in Macedonia*.

29. WHO. Report of the Commission on Ending Childhood Obesity: Implementation Plan: Report by the Secretariat. Geneva: World Health Organization (WHO). 27 March 2017. Available at: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA70/A70_31-en.pdf [Accessed 30 March 2023].
30. Bauer JM and Reisch LA. Behavioural Insights and (Un)healthy Dietary Choices: A Review of Current Evidence. *J. Consum. Policy*; 42, 3–45 (2019).
31. Hallsworth M. et al. *Applying Behavioural Insights: Simple Ways to Improve Health Outcomes*. World Innovation Summit for Health. 1–44 (2016).
32. Payne CR, Niculescu M., Just DR, and Kelly MP. Shopper marketing nutrition interventions: Social norms on grocery carts increase produce spending without increasing shopper budgets. *Prev. Med. Reports* 2, 287–291 (2015).
33. World Health Organization and Ministry of Public Health Qatar. *Healthier food and healthier food environments at sports events: An action guide for sports event organizers*. (2023).
34. Chambers T, Segal A, and Sassi F. Interventions using behavioural insights to influence children’s diet-related outcomes: A systematic review. *Obes. Rev.* 22, e13152 (2021).
35. Hallsworth M. et al. *Applying Behavioural Insights: Simple Ways to Improve Health Outcomes*. World Innovation Summit for Health. 1–44 (2016).
36. UNICEF. *Applying Behavioural Insights to Tackle Childhood Obesity in Macedonia*.
37. Cleveland Clinic. Benefits of Breastfeeding. Last reviewed 3 October 2022. Available at: <https://my.clevelandclinic.org/health/articles/15274-benefits-of-%20breastfeeding#:~:text=Breastfeeding%20is%20also%20a%20special,in%20both%20childr%20en%20and%20adults> [Accessed 12 May 2023].
38. Tandon PS, et al. The Relationship between Physical Activity and Diet and Young Children’s Cognitive Development: A Systematic Review. *Preventive Medicine Reports*. April 2016; 3, 379–90.
39. Marshall SJ, et al. Relationships between media use, body fatness and physical activity in children and youth: A meta-analysis. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*. 2004; 28(10), 1238–1246.
40. Farrand C. *Front-of-Pack Food Labelling Policies in the WHO European Region*. World Health Organization European Office for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases; 20 January 2021. Available at: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/thailand/ncds/ppt_clare_fopl1_final-presentation_cf.pdf?sfvrsn=388ab823_3 [Accessed 5 April 2023].
41. WHO. *Nutrient Profiling: Report of a WHO/IASO Technical Meeting, London, United Kingdom 4-6 October 2010*. Geneva: World Health Organization; 2011. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/336447> [Accessed 12 May 2023].
42. WHO. New WHO tool aim to protect children from unhealthy food marketing. World Health Organization; 14 March 2023. Available at: <https://www.who.int/europe/news/item/14-03-2023-new-who-guidelines-aim-to-protect-children-from-unhealthy-food-marketing> [Accessed April 5, 2023].

43. Constantin A, AlJuburi G, Cabrera O. *The potential of a front-of-package labeling system for Qatar*. Doha, Qatar: World Innovation Summit for Health 2022.
44. World Innovation Summit for Health. *Strategic Action To Combat The Obesity Epidemic*. Doha, Qatar: World Innovation Summit for Health; 2013.
45. Global Health Advocacy Incubator. Brazil Implements Front-of-Package Warning Labels. 5 December 2022. Available at: www.advocacyincubator.org/featured-stories/2022-11-08-brazil-implements-front-of-package-warning-labels [Accessed 12 May 2023].
46. Fonseca F. Brazil Approves New Regulations for Food Labeling. United States Department of Agriculture, Foreign Agricultural Service; and Global Agricultural Information Network. 21 October 21, 2020. Available at: https://apps.fas.usda.gov/newgainapi/api/Report/DownloadReportByFileName?fileName=Brazil%20Approves%20New%20Regulations%20for%20Food%20Labeling_Sao%20Paulo%20ATO_Brazil_10-11-2020 [Accessed 3 April 2023].
47. Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor. Understanding The Labels. Alimentando Políticas; 2022. https://alimentandopoliticas.org.br/wp-content/uploads/2022/10/Fact_sheet_Rotulagem_Ing.pdf [Accessed 30 March 2023].
48. World Obesity Federation. *Implementing Front-of-Pack Nutrition Labelling Regulations: Considerations for European Policymakers*. n.d. Available at: https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/wof-files/FOPL_Briefing_21Nov.pdf [Accessed 3 May 2023].
49. Al-Jawaldeh A, et al. Improving Nutrition Information in the Eastern Mediterranean Region: Implementation of Front-of-Pack Nutrition Labelling. *Nutrients*. January 2020; 12(2), 330.
50. WHO. Government Guidance of Saudi FOPL Traffic Light. World Health Organization; May 2018. Available at: <https://extranet.who.int/nutrition/gina/en/node/53608> [Accessed 12 May 2023].
51. Vision 2030. Health Sector Transformation Program. n.d. Available at: www.vision2030.gov.sa/v2030/vrps/hstp [Accessed 12 May 2023].
52. Al-Jawaldeh A, et al. Improving Nutrition Information in the Eastern Mediterranean Region: Implementation of Front-of-Pack Nutrition Labelling. *Nutrients*. January 2020; 12(2), 330
53. Valkenburg PM, Cantor J. The Development of a Child into a Consumer. *Journal of Applied Developmental Psychology*. January 2001; 22(1), 61–72.
54. OHCHR. Convention on the Rights of the Child. Office of the High Commissioner for Human Rights; n.d. Available at: www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-child [Accessed 12 May 2023].
55. OHCHR. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. Office of the High Commissioner for Human Rights; n.d. Available at: www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights [Accessed 12 May 2023].

56. Council of Europe. Recommendation CM/Rec(2018)7 of the Committee of Ministers to Member States on Guidelines to Respect, Protect and Fulfil the Rights of the Child in the Digital Environment. 4 July 2018. Available at: <https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=09000016808b79f7> [Accessed 12 May 2023].
57. Brock TC, et al. Food Policy Approaches to Obesity Prevention: An International Perspective. *Current Obesity Reports*. February 2014; 3(2), 171-82
58. FAO. Food-Based Dietary Guidelines - Qatar. Food and Agricultural Organization of the United Nations; n.d. Available at: www.fao.org/nutrition/education/food-based-dietary-guidelines/regions/countries/qatar/en/#:~:text=The%20Qatar%20food%20guide%20is,groups%20on%20a%20daily%20basis [Accessed 29 March 2023].
59. Ministry of Public Health, Qatar. *Qatar Dietary Guidelines, 2nd edition, 2022* (first published 2015). Available at: https://www.moph.gov.qa/_layouts/15/download.aspx?SourceUrl=/Admin/Lists/PublicationsAttachments/Attachments/238/QDG2En_Digital.pdf [Accessed 13 November 2023].
60. Lin B-H, Guthrie JF. *Nutritional Quality of Food Prepared at Home and Away From Home, 1977-2008*. United States Department of Agriculture Economic Research Service. Economic Information Bulletin 105; December 2012. <https://doi.org/10.22004/ag.econ.142361>.
61. Burton S, et al. Attacking the Obesity Epidemic: The Potential Health Benefits of Providing Nutrition Information in Restaurants. *American Journal of Public Health*. July 2006; 96(9), 1669-75.
62. Cohn E, et al. Calorie Postings in Chain Restaurants in a Low-Income Urban Neighborhood: Measuring Practical Utility and Policy Compliance. *Journal of Urban Health-Bulletin of the New York Academy of Medicine*. February 2012; 89(4), 587-97.
63. Finkelstein EA. Performance Standards for Restaurants: A New Approach to Addressing the Obesity Epidemic. RAND; 1 December 2011, Available at: www.rand.org/content/dam/rand/pubs/conf/proceedings/CF300/CF313/RAND_CF313.pdf. [Accessed 12 May 2023].
64. Gichuki CW. New Guidelines for Foods & Beverages at Health Facilities. *Qatar Tribune*; 1 March 2017. Available at: www.qatar-tribune.com/article/51203/FIRSTPAGE/New-guidelines-for-foods-beverages-at-health-facilities [Accessed 12 May 2023].
65. MOCI. The Ministry of Economy and Trade reaps the results of the 'Arabization' initiative launched last year to oblige suppliers to use the Arabic language in all its dealings with consumers. 20 May 2018. Accessed April 18, 2023. www.moci.gov.qa/mec_news/%D9%88%D8%B2%D8%A7%D8%B1%D8%A9-%D8%A7%D9%84%D8%A7%D9%82%D8%AA%D8%B5%D8%A7%D8%AF-%D9%88%D8%A7%D9%84%D8%AA%D8%AC%D8%A7%D8%B1%D8%A9-%D8%AA%D8%AD%D8%B5%D8%AF-%D9%86%D8%AA%D8%A7%D8%A6%D8%AC-%D9%85%D8%A8 [Accessed 18 April 2023].
66. *The Peninsula*. Restaurants to Display More Info on Menus. *The Peninsula*, June 10, 2018. <https://thepeninsulaqatar.com/article/10/06/2018/Restaurants-to-display-more-info-on-menus>.

- 67.** Ministry of Commerce and Industry. MOCI launches an initiative to regulate organize the display of data for menus of meals and drinks in restaurants and cafes. 9 June 2018. Available at: www.moci.gov.qa/mec_news/%d9%88%d8%b2%d8%a7%d8%b1%d8%a9-%d8%a7%d9%84%d8%a7%d9%82%d8%aa%d8%b5%d8%a7%d8%af-%d9%88%d8%a7%d9%84%d8%aa%d8%ac%d8%a7%d8%b1%d8%a9-%d8%aa%d8%b7%d9%84%d9%82-%d9%85%d8%a8%d8%a7%d8%af%d8%b1%d8%a9-%d8%aa-2/ [Accessed 18 April 2023].
- 68.** Itria A, et al. Taxing Sugar-Sweetened Beverages as a Policy to Reduce Overweight and Obesity in Countries of Different Income Classifications: A Systematic Review. *Public Health Nutrition*. July 2021; 24(16), 5550–60.
- 69.** Ahmed HM. Obesity, Fast Food Manufacture, and Regulation: Revisiting Opportunities for Reform. *Food and Drug Law Journal*. January 2009; 64(3), 565–75.
- 70.** Thow AM, et al. A Systematic Review of the Effectiveness of Food Taxes and Subsidies to Improve Diets: Understanding the Recent Evidence. *Nutrition Reviews*. September 2014; 72(9), 551–65.
- 71.** Ruopeng A. An R. Effectiveness of Subsidies in Promoting Healthy Food Purchases and Consumption: A Review of Field Experiments. *Public Health Nutrition*. July 2013; 16(7), 1215–28.
- 72.** Itria A, et al. Taxing Sugar-Sweetened Beverages as a Policy to Reduce Overweight and Obesity in Countries of Different Income Classifications: A Systematic Review. *Public Health Nutrition*. July 2021; 24(16), 5550–60.
- 73.** Carbonell JG, et al. Taxation of Unhealthy Consumption of Food and Drinks: An Updated Literature Review. *Hacienda Publica Espanola*; January 2013; 207(4), 119–40. <http://dx.doi.org/10.7866/HPE-RPE.13.4.5>.
- 74.** General Tax Authority. Excise Tax. FAQ. n.d. Available at: <https://gta.gov.qa/en/faq-excise-tax> [Accessed 12 May 2023].
- 75.** Hampl SE, et al. Executive Summary: Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Treatment of Children and Adolescents With Obesity. *Pediatrics*. 2023;151(2):e2022060641.
- 76.** Gumbrecht J, Howard J. Updated Obesity Treatment Guidelines for Children and Teens Include Medications, Surgery for Some Young People.” CNN; 11 January 2023. Available at: <https://edition.cnn.com/2023/01/09/health/childhood-obesity-treatment-guidelines-wellness/index.html> [Accessed 12 May 2023].
- 77.** Reinehr T, Dieris B. New Clinical Practice Guideline for Evaluation and Treatment of Children and Adolescents with Obesity: Paradigm Shifts. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*. February 2023; 11(4), 222–23.
- 78.** Curley C. Criticism Emerges Over New AAP Guidelines for Childhood Obesity. Healthline; 20 January 2023. Available at: www.healthline.com/health-news/childhood-obesity-new-guidelines-recommend-surgery-nutrition-therapy#Effective-obesity-treatments-but-with-barriers [Accessed 12 May 2023].

79. World Obesity Federation. The Management and Treatment of Obesity in Children and Youth: A Briefing for European Policymakers. n.d. Available at: https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/wof-files/CHOTreatment_Briefing.pdf [Accessed 3 May 2023].
80. Ministry of Public Health Qatar. National Clinical Guideline: The Management of Obesity in Children. 2019. Available at: https://www.moph.gov.qa/_layouts/download.aspx?SourceUrl=/Admin/Lists/ClinicalGuidelinesAttachments/Attachments/74/The%20Management%20of%20Obesity%20in%20Children.pdf [Accessed 25 May 2023].
81. Schauer GL, et al. A Qualitative Inquiry about Weight Counseling Practices in Community Health Centers. *Patient Education and Counseling*. October 2014; 97(1), 82-87.
82. Kable A, et al. Nurse Provision of Healthy Lifestyle Advice to People Who Are Overweight or Obese. *Nursing & Health Sciences*. December 2015; 17(4), 451-59.
83. Pearce C, et al. Obesity Prevention and the Role of Hospital and Community-Based Health Services: A Scoping Review. *BMC Health Services Research*. July 2019; 19(1).
84. Robson D, et al. Mental Health Nursing and Physical Health Care: A Cross-Sectional Study of Nurses' Attitudes, Practice, and Perceived Training Needs for the Physical Health Care of People with Severe Mental Illness. *International Journal of Mental Health Nursing*. October 2013; 22(5), 409-17.
85. Kemper KA. Stratifying Patients for Weight Loss Counseling. *The Nurse Practitioner*. August 2010; 35(8), 33-38. <https://doi.org/10.1097/01.npr.0000383950.56477.a5>.
86. Durant N, et al. Patient Provider Communication about the Health Effects of Obesity. *Patient Education and Counseling*. April 2009; 75(1), 53-57. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.09.021>.
87. Lutfiyya MN, et al. Primary Prevention of Overweight and Obesity: An Analysis of National Survey Data. *Journal of General Internal Medicine*. March 2008; 23(6), 821-23. <https://doi.org/10.1007/s11606-008-0581-5>.
88. Post RM. The Influence of Physician Acknowledgment of Patients' Weight Status on Patient Perceptions of Overweight and Obesity in the United States. *Archives of Internal Medicine*. February 2011; 171(4). <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2010.549>.
89. Gulf Times. "MoPH Conducts Trainers Workshop on Dietary Guidelines." July 3, 2022. Accessed June 5, 2023. <https://www.gulf-times.com/story/720397/moph-conducts-trainers-workshop-on-dietary-guidelines> [Accessed 12 May 2023].
90. Wutzke S. Systems Approaches for Chronic Disease Prevention: Sound Logic and Empirical Evidence, but Is This View Shared Outside of Academia? *Public Health Research & Practice*. July 2016; 26(3).
91. Tackling Obesity in Qatar: A Roadmap for a Healthier Future. Open Gulf, n.d.
92. Bhatta B. Urban Sprawl Measurement from Remote Sensing Data. *Applied Geography*. December 2010; 30(4), 731-40. <https://doi.org/10.1016/j.apgeog.2010.02.002>.

93. Congdon P. Obesity and Urban Environments. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. February 2019; 16(3), 464.
94. Ewing R, et al. Relationship between Urban Sprawl and Physical Activity, Obesity, and Morbidity. *American Journal of Health Promotion*. September 2003; 18(1), 47–57. <https://doi.org/10.4278/0890-1171-18.1.47>.
95. Pirgon O, Aslan N. The Role of Urbanization in Childhood Obesity. *Journal of Clinical Research in Pediatric Endocrinology*. September 2015; 7(3), 163–67.
96. Ellis G, et al. Connectivity and Physical Activity: Using Footpath Networks to Measure the Walkability of Built Environments. *Environment and Planning B: Planning and Design*. January 2016; 43(1), 130–51.
97. Lopez R. Urban Sprawl and Risk for Being Overweight or Obese. *American Journal of Public Health*. September 2004; 94(9), 1574–79. <https://doi.org/10.2105/ajph.94.9.1574>.
98. World Innovation Summit for Health. *Playing the long game: A framework for promoting physical activity through sports mega-events*. Doha, Qatar: World Innovation Summit for Health; 2022.
99. Congdon P. Obesity and Urban Environments. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. February 2019; 16(3), 464.
100. Wolch J, et al. Urban Green Space, Public Health, and Environmental Justice: The Challenge of Making Cities ‘Just Green Enough.’ *Landscape and Urban Planning*. May 2014; 125, 234–44.
101. Ministry of Municipality. *Open Space, Recreation and Sport Facilities Development Guidelines*. n.d. Available at: www.mm.gov.qa/QatarMasterplan/Downloads-qnmp/Regulation/English/Group3-Guideline/035_Open%20Space%20and%20Sport%20facilities%20%20Development%20Guidelines%20Dec%202017.pdf [Accessed 12 May 2023].
102. World Innovation Summit for Health. *Protecting Health In Dry Cities: From Evidence To Action*. World Innovation Summit for Health. Doha, Qatar: World Innovation Summit for Health; 2020.
103. Gatineau M. Obesity and Disability Children and Young People. Public Health England; March 2014. Available at: www.blackpooljsna.org.uk/Documents/Developing-Well/PHE-obesity-and-disability-child-and-young-people-19-02-14.pdf [Accessed 12 May 2023].
104. Liou TH, et al. Physical Disability and Obesity. *Nutrition Reviews*. October 2005; 63(10), 321–31.
105. Rimmer JH, et al. Obesity and Secondary Conditions in Adolescents with Disabilities: Addressing the Needs of an Underserved Population. *Journal of Adolescent Health*. September 2007; 41(3), 224–29. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2007.05.005>.
106. Akoum ME, et al. Road to Success: Lessons from the Qatar Foundation Ability Friendly Program. *BMJ Innovations*. April 2022; 9(2), 109–15.
107. Congdon P. Obesity and Urban Environments. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. February 2019; 16(3), 464.

- 108.** Hendrickson D, et al. Fruit and Vegetable Access in Four Low-Income Food Deserts Communities in Minnesota. *Agriculture and Human Values*. October 2006; 23(3), 371-83. <https://doi.org/10.1007/s10460-006-9002-8>.
- 109.** Jiao J, et al. How to Identify Food Deserts: Measuring Physical and Economic Access to Supermarkets in King County, Washington. *American Journal of Public Health*. September 2012; 102(10), e32-39.
- 110.** Walker R, et al. Disparities and Access to Healthy Food in the United States: A Review of Food Deserts Literature. *Health & Place*. September 2010; 16(5), 876-84. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2010.04.013>.
- 111.** Abarca-Gómez L, et al. Worldwide Trends in Body-Mass Index, Underweight, Overweight, and Obesity from 1975 to 2016: A Pooled Analysis of 2416 Population-Based Measurement Studies in 128.9 Million Children, Adolescents, and Adults. *The Lancet*. December 2017; 390(10113), 2627-42.
- 112.** Timmermans J, et al. 'Obesogenic' School Food Environments? An Urban Case Study in The Netherlands. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. March 2018; 15(4), 619.
- 113.** Carter RT. The Impact of Public Schools on Childhood Obesity. *JAMA*. November 2002; 288(17), 2180. <https://doi.org/10.1001/jama.288.17.2180-jms1106-6-1>.
- 114.** Welker EB, et al. The School Food Environment and Obesity Prevention: Progress Over the Last Decade. *Current Obesity Reports*. April 2016; 5(2), 145-55.
- 115.** Ministry of Health. School-Based Health Awareness Program. Ministry of Health Saudi Arabia. n.d. Available at: www.moh.gov.sa/en/Ministry/Projects/School-Health-Program/Pages/default.aspx [Accessed 29 March 2023].
- 116.** WHO. Health-Promoting Schools Initiative in Oman: A WHO Case Study in Intersectoral Action. World Health Organization (WHO), 2013. Available at: https://applications.emro.who.int/dsaf/EMROPUB_2013_EN_1587.pdf [Accessed 29 March 2023].
- 117.** UNESCO. Bahrain National School Health Program. n.d. Available at: https://healtheducationresources.unesco.org/sites/default/files/resources/bahrain_national_school_health_programme_en.pdf [Accessed 29 March 2023].
- 118.** Abu Dhabi Education Council, Abu Dhabi Food Control Authority and Health Authority—Abu Dhabi. Policy - School Canteen Guidelines of the Emirate of Abu Dhabi. Global database on the Implementation of Nutrition Action (GINA), World Health Organization, 2011. Available at: <https://extranet.who.int/nutrition/gina/en/node/63350> [Accessed 25 May 2023].
- 119.** Dubai Municipality. Guidelines and Requirements for Food & Nutrition in Schools in Dubai. January 2017. Available at: www.dm.gov.ae/wp-content/uploads/2020/11/Guidelines-and-Requirements-for-Food-and-Nutrition-in-Schools-in-Dubai.pdf [Accessed 29 March 2023].
- 120.** Ministry of Health and Ministry of Education. Guidelines for School Canteens. Ministry of Health and Ministry of Education of Saudi Arabia. Available at: www.moh.gov.sa/Ministry/About/Health%20Policies/031.pdf [Accessed 29 March 2023].

- 121.** Ministry of Education. A Guide for School Canteen Supervisors AY2018/2019. n.d. Available at: <https://www.edu.gov.qa/ar/Deputy/sharedservicesaffairs/healthandsafety-dept/Documents/FilesLibrary/2-GuidetoSchoolCafeteriaSupervisors.pdf> [Accessed 29 March 2023].
- 122.** Quelly SB. Characteristics Associated with School Nurse Childhood Obesity Prevention Practices. *Pediatric Nursing*. 2017; 43(4), 193–99.
- 123.** Al-Thani MH, et al. School children growth monitoring program in the state of Qatar: Observations from two survey rounds in 2016–17 and 2019–20. *Public Health Challenges*. January 2023; 2(1).
- 124.** Schantz S, Bobo N. School Program for Screening Students at Risk for Diabetes. *NASN School Nurse*. July 2009; 24(4), 150–54. <https://doi.org/10.1177/1942602x09337517>.
- 125.** Zhang J. The Bidirectional Relationship between Body Weight and Depression across Gender: A Simultaneous Equation Approach. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. July 2021; 18(14), 7673.
- 126.** Pan A, et al. Bidirectional Association between Depression and Obesity in Middle-Aged and Older Women. *International Journal of Obesity*. April 2012; 36(4), 595–602.
- 127.** Bonvissuto D. Antidepressants and Weight Gain: What to Know. WebMD; 20 November 2007. Available at: www.webmd.com/depression/features/antidepressants-weight-gain [Accessed 12 May 2023].
- 128.** Hart CN, et al. Sleep and Obesity in Children and Adolescents. *Pediatric Clinics of North America*. June 2011; 58(3), 715–33. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2011.03.007>.
- 129.** Larrier YI, et al. College Students: Mental Health Problems and Treatment Considerations. *Journal of School Counseling*. 2011; 9(3), 1–31.
- 130.** Murphy M, Polivka BJ. Parental Perceptions of the Schools' Role in Addressing Childhood Obesity. *Journal of School Nursing*. February 2007; 23(1), 40–46. <https://doi.org/10.1177/10598405070230010701>.
- 131.** Bonde AH, et al. School Nurses' Experiences With Motivational Interviewing for Preventing Childhood Obesity. *Journal of School Nursing*. January 2014; 30(6), 448–55.
- 132.** CDC. Physical Activity Guidelines for Americans. 2nd ed. United States Centers for Disease Control and Prevention; 2008. Available at: <https://www.cdc.gov/healthyschools/physicalactivity/guidelines.htm> [Accessed 12 May 2023].
- 133.** Aspetar. Qatar National Physical Activity Guidelines, 2nd ed. 2021. Doha, Qatar: Aspetar Orthopaedic and Sports Medicine Hospital; 2021. Available at: https://www.aspetar.com/AspetarFILEUPLOAD/UploadCenter/637736948034432931_QATAR%20NATIONAL%20PHYSICAL%20ACTIVITY%20GUIDELINES_ENGLISH.pdf [Accessed 29 March 2023].
- 134.** Piercy KL, et al. The Physical Activity Guidelines for Americans. *JAMA*. November 2018; 320(19), 2020.

- 135.** Kühr P, et al. Three Times as Much Physical Education Reduced the Risk of Children Being Overweight or Obese after 5 Years. *Acta Paediatrica*. March 2020; 109(3), 595–601.
- 136.** WHO. WHO Guidelines on Physical Activity and Sedentary Behaviour. Geneva: World Health Organization (WHO); 25 November 2020. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128> [Accessed 12 May 2023].
- 137.** Active Healthy Kids Australia. REBOOT! Reimagining Physically Active Lives: 2022 Australian Report Card on Physical Activity for Children and Young People. 2022. Available at: www.activehealthykids.org/wp-content/uploads/2022/03/Australia-report-card-long-form-2022.pdf [Accessed 2 April 2023].
- 138.** Tremblay MS, et al. Canadian 24-Hour Movement Guidelines for Children and Youth: An Integration of Physical Activity, Sedentary Behaviour, and Sleep. *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism*. June 2016; 41(6), sup. 3, S311–27.
- 139.** Zimmo L, et al. School-Time Physical Activity among Arab Elementary School Children in Qatar. *BMC Pediatrics*. March 2017; 17(76).
- 140.** Alkhateib MA, et al. Influence of Sedentary Lifestyle on Body Weight in Qatari School Children. *Qatar Foundation Annual Research Forum Proceedings*, Qatar Foundation Annual Research Forum. October 2012; Issue 1. <https://doi.org/10.5339/qfarf.2012.BMP127>.
- 141.** Zimmo L et al. School-Time Physical Activity among Arab Elementary School Children in Qatar. *BMC Pediatrics*. March 2017; 17(1).
- 142.** Chari, R., Warsh, J., Ketterer, T., Hossain, J. & Sharif, I. Association between health literacy and child and adolescent obesity. *Patient Educ. Couns.* 94, 61–66 (2014).
- 143.** Wang, D. & Stewart, D. The implementation and effectiveness of school-based nutrition promotion programmes using a health-promoting schools approach: a systematic review. *Public Health Nutr.* 16, 1082–1100 (2013).
- 144.** Regan, A., Parnell, W., Gray, A. and Wilson, N. New Zealand children's dietary intakes during school hours. *Nutr. Diet.* 65, 205–210 (2008).
- 145.** World Health Organization. *School policy framework : implementation of the WHO global strategy on diet, physical activity and health.* (2008).
- 146.** St Leger, L. Schools, health literacy and public health: possibilities and challenges. *Health Promot. Int.* 16, 197–205 (2001).
- 147.** Brooks, N. & Begley, A. Adolescent food literacy programmes: A review of the literature. *Nutr. Diet.* 71, 158–171 (2014).
- 148.** Vaitkeviciute, R., Ball, L. E. & Harris, N. The relationship between food literacy and dietary intake in adolescents: a systematic review. *Public Health Nutr.* 18, 649–658 (2015).
- 149.** Al-Thani M, et al. Obesity and Related Factors Among Children and Adolescents in Qatar. *International Journal of Basic Science in Medicine*. December 2017; 2(4), 161–65.

- 150.** PHCC. Well Baby Clinic. Primary Health Care Corporation, n.d. Available at: <https://www.phcc.gov.qa/en/Clinics-And-Services/Child-And-Adolescent-Health/Well-Baby-Clinic> [Accessed 12 May 2023].
- 151.** Jevitt C, et al. Lactation Complicated by Overweight and Obesity: Supporting the Mother and Newborn. *Journal of Midwifery & Women's Health*. November 2007; 52(6), 606–13. <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2007.04.006>.
- 152.** Rivi V, et al. Mind the Mother When Considering Breastfeeding. *Frontiers in Global Women's Health*. September 2020; 1(3).
- 153.** Hendaus MA, et al. Breastfeeding Rates and Barriers: A Report from the State of Qatar. *International Journal of Women's Health*. August 2018; 10, 467–75.
- 154.** Supreme Council of Health. National Health Strategy 2011-2016. WHO. Accessed March 30, 2023. <https://extranet.who.int/nutrition/gina/sites/default/filesstore/QAT%202011%20National%20Health%20Strategy.pdf>.
- 155.** Ministry of Public Health. Qatar Public Health Strategy 2017-2022. Ministry of Public Health, Qatar; n.d. Available at: https://extranet.who.int/ncdccc/Data/QAT_B3_QPHS%202017-2022.pdf Accessed 30 March 2023].
- 156.** Hamad Medical Corporation. Maternal and Child Health. Available at: www.hamad.qa/EN/your%20health/Maternal-and-Child-Health/Pages/default.aspx [Accessed March 30, 2023].
- 157.** El Akoum M. How Can a Lactation Consultant Help in Breastfeeding Struggles? *Doha News*. 7 August 2022. Available at: <https://dohanews.co/how-can-a-lactation-consultant-help-in-breastfeeding-struggles> [Accessed 8 April 2023].
- 158.** Cleveland Clinic. Lactation Consultant: When To See One & What To Expect. Last updated 30 November 2021. <https://my.clevelandclinic.org/health/articles/22106-lactation-consultant> [Accessed 8 April 2023].
- 159.** *The Peninsula*. MoPH Organizes Workshop on Baby-Friendly Hospital Initiative. *The Peninsula*. 13 October 2022. Available at: <https://thepeninsulaqatar.com/article/13/10/2022/moph-organizes-workshop-on-baby-friendly-hospital-initiative> [Accessed 2 May 2023].
- 160.** Women's Wellness and Research Center. Lactation Clinic. Hamad Medical Corporation; n.d. Available at: <https://www.hamad.qa/EN/Hospitals-and-services/WWRC/Maternity%20Care/Postnatal%20Support/Pages/Lactation-Clinic.aspx> [Accessed 8 April 2023].
- 161.** Riordan J. *Breastfeeding and Human Lactation*. Sudbury: Jones and Bartlett; 2004.
- 162.** Mannel R, Mannel RS. Staffing for Hospital Lactation Programs: Recommendations From a Tertiary Care Teaching Hospital. *Journal of Human Lactation*. November 2006; 22(4), 409–17. <https://doi.org/10.1177/0890334406294166>.
- 163.** Endevelt R, et al. An Intensive Family Intervention Clinic for Reducing Childhood Obesity. *Journal of the American Board of Family Medicine*. May 2014; 27(3), 321–28. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2014.03.130243>.

- 164.** Berge JM, Everts J. Family-Based Interventions Targeting Childhood Obesity: A Meta-Analysis. *Childhood Obesity*. April 2011; 7(2), 110-21. <https://doi.org/10.1089/chi.2011.07.02.1004.berge>.
- 165.** Wang X, et al. Family-based Interventions for Preventing Overweight or Obesity among Preschoolers from Racial/Ethnic Minority Groups: A Scoping Review. *Obesity Science & Practice*. November 2021; 8(3), 371-86.
- 166.** Robertson W, et al. Two-Year Follow-up of the 'Families for Health' Programme for the Treatment of Childhood Obesity. *Child Care Health and Development*. March 2012; 38(2), 229-36. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2011.01237.x>.
- 167.** Robertson W, et al. Pilot of 'Families for Health': Community-Based Family Intervention for Obesity. *Archives of Disease in Childhood*. May 2008; 93(11), 921-28. <https://doi.org/10.1136/adc.2008.139162>.
- 168.** Busse H, et al. What Is the Role of Civil Society in Multisectoral Nutrition Governance Systems? A Multicountry Review. *Food and Nutrition Bulletin*. March 2020; 41(2), 244-60.
- 169.** WHO. Report of the Commission on Ending Childhood Obesity: Implementation Plan: Report by the Secretariat. Geneva: World Health Organization (WHO); 27 March 2017. Available at: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA70/A70_31-en.pdf [Accessed 30 March 2023].
- 170.** CIVICUS. The State of Qatar: Submission to the UN Universal Periodic Review. 19th Session of the UPR Working Group. CIVICUS: World Alliance for Citizen Participation; 16 September 2013. Available at: www.civicus.org/images/CIVICUS_GCHR_Joint_Qatar_UPR_Submission.pdf [Accessed 6 April 2023].
- 171.** Qatar Diabetic Association. Prevention by Nutrition. Available at: <https://qda.org.qa/prevention-by-nutrition> [Accessed 6 April 2023].
- 172.** Qatar News Agency. Qatar Diabetes Association Launches 23rd Annual Al Bawasil Camp. 21 December 2022. Available at: www.qna.org.qa/en/News-Area/News/2022-12/21/0028-qatar-diabetes-association-launches-23rd-annual-al-bawasil-camp [Accessed 6 April 2023].
- 173.** Selmi SM, et al. A Program for Obese Youth At-Risk for Diabetes in Qatar. *Avicenna*. March 2015; 2015(1).
- 174.** Jabbaripour P, et al. The Role of Islamic Lifestyle and Healthy Nutrition in Accordance with the Recommendations of Islam and the Holy Quran by Focusing on the Risk of Cancer Incident. *Journal of Community Medicine and Health Solutions*. November 2020; 1(1), 018-022.
- 175.** Dogra SA, et al. Delivering a Childhood Obesity Prevention Intervention Using Islamic Religious Settings in the UK: What Is Most Important to the Stakeholders? *Preventive Medicine Reports*. April 2021; 22, 101387.
- 176.** Dogra SA. Living a Piety-Led Life beyond Muharram: Becoming or Being a South Asian Shia Muslim in the UK. *Contemporary Islam*. October 2019; 13(3), 307-24.
- 177.** Rai K, et al. A Scoping Review and Systematic Mapping of Health Promotion Interventions Associated with Obesity in Islamic Religious Settings in the UK. *Obesity Reviews*. June 2019; 20(9), 1231-61.

- 178.** UNICEF, City of Amsterdam, EAT. The Amsterdam Healthy Weight Approach: Investing in Healthy Urban Childhoods: A Case Study on Healthy Diets for Children. United Nations Children's Fund (UNICEF); November 2020. www.unicef.org/media/89401/file/Amsterdam-Healthy-Weight-Approach-Investing-healthy-urban-childhoods.pdf [Accessed 30 March 2023].
- 179.** Amsterdam Healthy Weight Programme. Amsterdam Will Become the Healthiest City for Children! Time to Get Tough! Part 1. Amsterdam Healthy Weight Programme 2018-2021 Multiannual Programme. City of Amsterdam; December 2017. Available at: https://assets.amsterdam.nl/publish/pages/967207/summary_amsterdam_healthy_weight_programme_2018-2021-wcag.pdf [Accessed 30 March 2023].
- 180.** Amsterdam Healthy Weight Programme. Weight and Lifestyle of Children in Amsterdam. City of Amsterdam; July 2019. Available at: https://assets.amsterdam.nl/publish/pages/967207/eng-factsheet_amsterdam_weight_and_lifestyle_-_july-2019.pdf [Accessed 12 May 2023].
- 181.** Amsterdam Healthy Weight Programme. Amsterdam Will Become the Healthiest City for Children! Time to get tough! Part 1. Amsterdam Healthy Weight Programme 2018-2021 Multiannual Programme. City of Amsterdam. December 2017. Available at: https://assets.amsterdam.nl/publish/pages/967207/summary_amsterdam_healthy_weight_programme_2018-2021-wcag.pdf [Accessed 30 March 2023].
- 182.** Royal Health Awareness Society. About Us. Available at: https://rhas.org.jo/Contents/About_RHAS.aspx#.ZCU8McJByUI [Accessed 30 March 2023].
- 183.** The Royal Health Awareness Society. Annual Report 2020: A Year of Resilience. n.d. Available at: <https://rhas.org.jo/documents/EN-2020.pdf> [Accessed 12 May 2023].
- 184.** Wafa SW, et al. The Malaysian Childhood Obesity Treatment Trial (MASCOT). *Malaysian Journal of Nutrition*. August 2011; 17(2), 229-36. www.researchgate.net/publication/221804243_The_Malaysian_childhood_obesity_treatment_trial_MASCOT.
- 185.** Thulaja NR. National Healthy Lifestyle Programme." Singapore Infopedia; 2017. Available at: https://eresources.nlb.gov.sg/infopedia/articles/SIP_339_2005-01-06.html [Accessed 12 May 2023].
- 186.** Soon G, et al. Obesity Prevention and Control Efforts in Singapore: 2008 Case Study. 2008. Seattle: The National Bureau of Asian Research, Center for Health and Aging; 2008. Available at: www.nbr.org/wp-content/uploads/pdfs/publications/obesity-prevention-and-control-efforts-in-singapore-2008-case-study.pdf [Accessed 7 April 2023].
- 187.** Health Promotion Board. Healthier Dining Programme. Singapore Government; n.d. Available at: <https://hpb.gov.sg/healthy-living/food-beverage/healthier-dining-programme/about-the-healthier-dining-grant> [Accessed March 30, 2023].



/MOPHQatar



/MOPHQatar



/MOPHQatar



www.moph.gov.qa

