

تقرير اللجنة المعنية بالقضاء على سمّة الأطفال

تقرير من المديرية العامة

تتشرف المديرية العامة بأن تحيل إلى جمعية الصحة العالمية التاسعة والستين تقرير اللجنة المعنية
بالقضاء على سمّة الأطفال (انظر الملحق).

الملحق

تقرير اللجنة المعنية بالقضاء على سمنة الأطفال

أهداف اللجنة

تتمثل الغايات الشاملة للجنة المعنية بالقضاء على سمنة الأطفال في تقديم توصيات بشأن السياسات إلى الحكومات لوقاية الرضع، والأطفال، والمراهقين من السمنة، ولتحديد حالات السمنة القائمة بالفعل في صفوف الأطفال والمراهقين ومعالجتها. أما أهداف هذه اللجنة فهي الحد من خطر الإصابة بالأمراض غير السارية، والتقليل من التأثيرات الاجتماعية النفسية السلبية للسمنة في مرحلتي الطفولة والمراهقة، وخفض خطر إصابة الجيل التالي بالسمنة.

المحتويات

٤	المسرد والتعاريف
٥	موجز تنفيذي
٨	الإجراءات والمسؤوليات المتعلقة بتنفيذ التوصيات
١١	مقدمة
١٥	المبادئ التوجيهية
١٧	الأغراض الاستراتيجية
١٧	معالجة مسألة البيئة المسمّنة والأعراف المتعلقة بها
١٧	الحد من خطر السمّنة بالتصدي للعوامل الحاسمة على مدار العمر
١٨	علاج الأطفال المصابين بالسمّنة لتحسين وضعهم الصحي حاضراً ومستقبلاً
١٨	الأدوار والمسؤوليات
١٨	التوصيات
٣٤	الرصد والمساءلة
٣٦	الاستنتاجات
٣٧	المراجع
٤٠	التذييل ١: اللجنة المعنية بالقضاء على سمّنة الأطفال
٤٢	التذييل ٢: أعضاء اللجنة

المسرد والتعاريف

الوزن بالكيلوغرام مقسوماً على مربع طول القامة بالمتر.	منسب كتلة الجسم (BMI)
منسب كتلة الجسم المعدل حسب السن والمقيس للأطفال.	منسب كتلة الجسم حسب السن
كل من لم يتجاوز الثامنة عشرة من العمر. ^١	الأطفال
كل من هو دون ١٢ شهراً من العمر.	الرضع
الأغذية التي تسهم في النظم الصحية إذا ما استُهلكت بمقادير مناسبة. ^٢	الأغذية الصحية
من الولادة إلى أقل من ٥ سنوات من العمر: نسبة الوزن إلى طول القامة تزيد بأكثر من ٣ انحرافات معيارية فوق قيمة متوسط معايير نمو الأطفال المعتمدة في منظمة الصحة العالمية. ^٣ من سن ٥ سنوات إلى أقل من ١٩ سنة من العمر: منسب كتلة الجسم بالنسبة للعمر يزيد بأكثر من انحرافين معياريين اثنين فوق قيمة المتوسط المرجعي للنمو المعتمد في منظمة الصحة العالمية. ^٤	السمنة
بيئة تشجع على مدخول عال للطاقة وسلوك متسم بقلّة الحركة. ويشمل ذلك الأغذية المتاحة، والرخيصة، والميسورة المنال، والمروّجة؛ وفرص النشاط البدني؛ والأعراف الاجتماعية فيما يتصل بالأغذية والنشاط البدني.	البيئة المسمّنة
من الولادة إلى أقل من ٥ سنوات من العمر: نسبة الوزن إلى الطول تزيد بأكثر من انحرافين معياريين اثنين فوق قيمة متوسط معايير نمو الأطفال المعتمدة في منظمة الصحة العالمية. ^٣ من سن ٥ سنوات إلى أقل من ١٩ سنة: منسب كتلة الجسم بالنسبة للعمر يزيد بأكثر من انحراف معياري واحد فوق قيمة المتوسط المرجعي للنمو المعتمد في منظمة الصحة العالمية. ^٤	فرط الوزن
الأغذية ذات المحتوى العالي من الدهون المشبعة، والأحماض الدهنية المفروقة، والسكريات الحرة، والملح (أي الأغذية الغنية بالطاقة والفقيرة بالمغذيات).	الأغذية غير الصحية
كل من هو دون الخامسة من العمر.	صغار الأطفال

١ اتفاقية حقوق الطفل، Treaty Series, 1577:3(1989): تعرّف المادة ١ من الجزء الأول من هذه الاتفاقية الطفل بأنه كل إنسان لم يتجاوز الثامنة عشرة، ما لم يبلغ سن الرشد قبل ذلك بموجب القانون المنطبق عليه. أما منظمة الصحة العالمية فتعرّف المراهقين بأنهم من تتراوح أعمارهم بين ١٠ سنوات و ١٩ سنة. وعلى هذا فإن غالبية المراهقين مدرجة في تعريف "الطفل" المستند إلى العمر الذي اعتمده اتفاقية حقوق الطفل والقائل بأنه شخص يقل عمره عن ١٨ سنة.

٢ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs394/en/>.

٣ http://www.who.int/childgrowth/standards/technical_report/en/.

٤ http://www.who.int/nutrition/publications/growthref_who_bulletin/en/ تتسق المنحنيات الجديدة اتساقاً وثيقاً مع معايير نمو الأطفال عند سن الخامسة المعتمدة في منظمة الصحة العالمية، ومع الحدود الفاصلة الموصى بها للبالغين فيما يتعلق بفرط الوزن والسمنة عند سن التاسعة عشرة. وهي تسد الفجوة القائمة في منحنيات النمو وتوفر مرجعاً مناسباً للفئة العمرية ٥ سنوات - ١٩ سنة.

موجز تنفيذي

١- وصلت ظاهرة سمنة الأطفال إلى معدلات تثير الذعر في العديد من البلدان، وهي تشكل تحدياً ملحاً وخطيراً. وتُدرج أهداف التنمية المستدامة، التي وضعتها الأمم المتحدة في عام ٢٠١٥، مسألة الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها في عداد الأولويات الأساسية. ومن بين عوامل الخطر المتعلقة بالأمراض غير السرية تثير السمنة القلق على وجه خاص حيث إن بمقدورها أن تبدد الكثير من الفوائد الصحية التي تسهم في زيادة متوسط العمر المتوقع.

٢- ويتصاعد انتشار سمنة الرضع، والأطفال، والمراهقين في مختلف أرجاء العالم. ومع أن المعدلات ربما أخذت في الاستقرار في بعض السياقات، إلا أن عدد الأطفال المعانين من فرط الوزن والسمنة في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل يزيد، من حيث الأرقام المطلقة، عما هو عليه في البلدان ذات الدخل المرتفع. ويمكن للسمنة أن تؤثر على الصحة المباشرة للطفل، وعلى تحصيله الدراسي، ونوعية حياته. ومن المرجح للغاية أن تستمر معاناة الأطفال ذوي السمنة من هذه الظاهرة عند بلوغهم سن الرشد إلى جانب تعرضهم لخطر الإصابة بالعلل المزمنة.

٣- واتسمت وتيرة التقدم على طريق معالجة سمنة الأطفال بالبطء وعدم الاتساق. وقد أنشئت اللجنة المعنية بالقضاء على سمنة الأطفال في عام ٢٠١٤ لاستعراض الولايات والاستراتيجيات القائمة، والبناء عليها، وسد فجواتها. وبعد التشاور مع أكثر من ١٠٠ دولة من الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية واستعراض نحو ١٨٠ تعليماً إلكترونياً (انظر الملحق ١) وضعت هذه اللجنة مجموعة من التوصيات الرامية لتحقيق النجاح في معالجة سمنة الأطفال والمراهقين في مختلف السياقات حول العالم.

٤- ويتزعزع العديد من الأطفال اليوم في بيئة مسمّنة تشجع على زيادة الوزن والإصابة بالسمنة. وترجع مشكلة اختلال الطاقة إلى التحولات في أنواع الأغذية، والتوافر، وخص الأسعار، والتسويق، وكذلك إلى انخفاض النشاط البدني، وانفاق المزيد من الوقت على الأنشطة الترويحية المتسمة بقلة الحركة والقائمة على الشاشات. ويمكن أن تُصاغ الاستجابات السلوكية والبيولوجية للطفل إزاء البيئة المسمّنة بعمليات تحدث حتى قبل ولادته، وهو ما يزيد بصورة أكبر من أعداد الأطفال السائرين على طريق الإصابة بالسمنة عندما يخضعون لنظام غذائي غير صحي ويعانون من قلة النشاط البدني.

٥- وليس هناك من تدخل أوجد قادر على كبح تصاعد وباء السمنة المتنامي. وتتطلب العناية بأمر سمنة الأطفال والمراهقين النظر في السياق البيئي وفي ثلاث فترات حرجة على مدار العمر وهي: الفترة السابقة للحمل وأثناء الحمل؛ وفترة الرضاعة والطفولة المبكرة؛ وفترة الطفولة المتقدمة والمراهقة. وبالإضافة إلى ذلك فإن من المهم معالجة الأطفال السمان بالفعل وذلك لمصلحتهم ولمصلحة ذريتهم.

٦- وتتطلب الوقاية من السمنة ومعالجتها اتباع نهج يشمل الحكومة ككل تراعي فيه السياسات في مختلف القطاعات، وبانتظام، والاعتبارات الصحية، وبتفادي الآثار الصحية الضارة، ومن ثم تنهض بالوضع الصحي للسكان وبالإنصاف الصحي.

٧- وقد أعدت اللجنة حزمة شاملة متكاملة من التوصيات لمعالجة سمنة الأطفال. وتدعو هذه الحزمة الحكومات إلى تسنم القيادة كما تتأشد كل أصحاب المصلحة الإقرار بمسؤوليتهم الأخلاقية بالعمل بالنيابة عن الأطفال للحد من خطر السمنة. وتُعرض التوصيات وفقاً للمجالات التالية.

التوصية ١: تنفيذ برامج شاملة تعزز مدخول الأغذية الصحية وتقلل من مدخول الأغذية غير الصحية والمشروبات المحلاة بالسكر في صفوف الأطفال والمراهقين.

- ١-١ ضمان إعداد وتعميم معلومات ومبادئ توجيهية تغذوية مناسبة ومحددة السياق موجهة إلى البالغين والأطفال على حد سواء، على أن تكون بسيطة، ومفهومة، وميسورة المنال لكل شرائح المجتمع.
- ٢-١ تطبيق ضريبة فعالة على المشروبات المحلاة بالسكر.
- ٣-١ تنفيذ مجموعة من التوصيات بشأن تسويق الأغذية والمشروبات غير الكحولية في صفوف الأطفال للحد من تعرض هؤلاء الأطفال والمراهقين إلى أنشطة تسويق الأغذية غير الصحية وسطوتها.
- ٤-١ وضع مواصفات المغذيات لتحديد الأطعمة والمشروبات غير الصحية.
- ٥-١ إرساء التعاون بين الدول الأعضاء للتقليل من أثر عمليات تسويق الأطعمة والمشروبات غير الصحية عبر الحدود.
- ٦-١ تنفيذ نظام عالمي موحد لتوسيم المغذيات.
- ٧-١ تطبيق نظام توسيم توضيحي على غلاف العبوات، على أن تدعمه أنشطة للتوعية العامة تهدف إلى تثقيف البالغين والأطفال على حد سواء بشؤون التغذية.
- ٨-١ مطالبة السياقات مثل المدارس، وسياقات رعاية الأطفال، والمرافق والأحداث الرياضية الخاصة بالأطفال، بإيجاد بيئات للأغذية الصحية.
- ٩-١ زيادة إتاحة الأغذية الصحية في المجتمعات المحرومة.

التوصية ٢: تنفيذ برامج شاملة تعزز النشاط البدني وتقلل السلوك المتسم بقلّة الحركة في صفوف الأطفال والمراهقين.

- ١-٢ توفير الإرشاد للأطفال والمراهقين، والآباء والأمهات، ومقدمي الرعاية، والمعلمين، والمهنيين الصحيين بشأن حجم الجسم الصحي، والنشاط البدني، وسلوكيات النوم، والاستخدام المناسب للتسلية القائمة على الشاشات.
- ٢-٢ ضمان توافر مرافق كافية في المباني المدرسية وفي الأماكن العامة للنشاط البدني خلال فترات الترويح عن النفس لكل الأطفال (بما في ذلك ذوو الإعاقة)، مع توفير مساحات مراعية لاحتياجات الجنسين، حسب الاقتضاء.

التوصية ٣: ضمان تعزيز الإرشادات بشأن الوقاية من الأمراض غير السارية وتكاملها مع الإرشادات الراهنة المتعلقة بالرعاية في فترة ما قبل الحمل والولادة، وذلك للتقليل من خطر سمنة الأطفال.

- ١-٣ تشخيص وإدارة فرط سكر الدم وفرط ضغط الدم الحَملي.
- ٢-٣ رصد وإدارة اكتساب الوزن الحَملي المناسب.
- ٣-٣ زيادة التركيز على التغذية المناسبة في الإرشادات والنصائح الموجهة إلى الأمهات والآباء المرتقبين قبل الحمل وأثناءه.

٤-٣ إعداد إرشادات ودعم واضحين لترويج التغذية الجيدة، والنظم الغذائية الصحية، والنشاط البدني، ولتفادي تعاطي التبغ، والكحول، والمخدرات، والمواد السامة، والتعرض لها.

التوصية ٤: توفير الإرشادات والدعم بشأن اتباع نظام غذائي صحي، والخلود إلى النوم، وممارسة النشاط البدني في المرحلة المبكرة من الطفولة لضمان ترعرع الأطفال على النحو المناسب واكتسابهم لعادات صحية.

- ١-٤ إنفاذ تدابير تنظيمية مثل "المدونة الدولية لقواعد تسويق بدائل لبن الأم" والقرارات اللاحقة لجمعية الصحة العالمية.
- ٢-٤ ضمان أن تمارس كل مرافق الأمومة بشكل كامل "الخطوات العشر للرضاعة الطبيعية الناجحة".
- ٣-٤ ترويج فوائد الرضاعة الطبيعية للأم والطفل على السواء عبر التوعية الواسعة للأمهات والآباء والمجتمع المحلي بشكل عام.
- ٤-٤ مساندة الأمهات في الرضاعة الطبيعية من خلال تدابير تنظيمية مثل إجازة الأمومة، وما يلزم من مرافق ووقت للإرضاع في مكان العمل.
- ٥-٤ وضع لوائح بشأن تسويق الأطعمة والمشروبات التكميلية بما يتماشى مع توصيات المنظمة للحد من استهلاك الرضع وصغار الأطفال للأطعمة والمشروبات الغنية بالدهون والسكر والملح.
- ٦-٤ توفير الإرشاد والدعم الواضحين لمقدمي خدمات الرعاية لتفادي فئات خاصة من الأغذية (مثل عصائر الفاكهة والألبان المحلاة بالسكر، أو الأغذية الغنية بالطاقة والفقيرة بالمغذيات) من أجل الوقاية من زيادة الوزن المفرط.
- ٧-٤ توفير الإرشاد والدعم الواضحين لمقدمي خدمات الرعاية لتشجيع استهلاك طائفة متنوعة واسعة من الأغذية الصحية.
- ٨-٤ توفير الإرشاد إلى مقدمي خدمات الرعاية بشأن ما هو مناسب من تغذية، ونظام غذائي، وحجم الحصة الغذائية لكل فئة عمرية.
- ٩-٤ ضمان تقديم الأغذية، والمشروبات، والوجبات الخفيفة الصحية فقط في المؤسسات أو السياقات الرسمية لرعاية الأطفال.
- ١٠-٤ ضمان إدراج التوعية والفهم الغذائيين في المناهج الدراسية للمؤسسات أو السياقات الرسمية لرعاية الأطفال.
- ١١-٤ ضمان إدراج النشاط البدني في الروتين اليومي والمناهج الدراسية للمؤسسات أو السياقات الرسمية لرعاية الأطفال.
- ١٢-٤ توفير الإرشاد بشأن ما هو مناسب من وقت للنوم، أو قلة الحركة، أو وقت مشاهدة التلفزيون، والنشاط البدني أو اللعب النشط للفئة العمرية بين سنتين وخمس سنوات.
- ١٣-٤ اجتذاب دعم المجتمع بأكمله للقائمين بالرعاية ولسياقات رعاية الأطفال بغية ترويج أنماط الحياة الصحية لصغار الأطفال.

التوصية ٥: تنفيذ برامج شاملة ترَوِّج لإيجاد بيئات مدرسية صحية، والتثقيف بالشؤون الصحية والتغذوية، وممارسة النشاط البدني فيما بين صفوف الأطفال والمراهقين الذين هم في سن الدراسة.

- ١-٥ إرساء معايير للوجبات التي تقدمها المدارس، أو الأطعمة أو المشروبات التي تُباع في المدارس، بما يلي المبادئ التوجيهية للتغذية الصحية.
- ٢-٥ إلغاء تقديم أو بيع الأغذية غير الصحية، مثل المشروبات المحلاة بالسكر، والأغذية الغنية بالطاقة والفقيرة بالمغذيات، في البيئة المدرسية.
- ٣-٥ ضمان الحصول على مياه صالحة للشرب في المدارس والمرافق الرياضية.
- ٤-٥ اشتراط إدراج التوعية التغذوية والصحية ضمن المناهج الدراسية الأساسية.
- ٥-٥ النهوض بالدراية التغذوية وبمهارات الأمهات والآباء ومقدمي الرعاية.
- ٦-٥ إتاحة صفوف إعداد الأطعمة للأطفال، وأمهاتهم وآبائهم، والقائمين على رعايتهم.
- ٧-٥ إدراج التربية الرياضية الممتازة في المناهج الدراسية وتوفير ما هو كاف ومناسب من موظفين ومرافق لدعم ذلك.

التوصية ٦: توفير خدمات أسرية متعددة المكوّنات لإدارة نمط الحياة والوزن في صفوف الأطفال والشباب المعانين من السمنة.

- ١-٦ إيجاد ودعم خدمات مناسبة لمراقبة وزن الأطفال والمراهقين مفرطي الوزن أو السمان على أن تكون مستندة إلى متابعة الأسرة، ومتعددة المكوّنات (بما في ذلك التغذية، والنشاط البدني، والدعم الاجتماعي النفسي) وأن تتولى تقديمها أفرقة متعددة المهن ومدربة كما ينبغي ولديها موارد مناسبة، في إطار التغطية الصحية الشاملة.

الإجراءات والمسؤوليات المتعلقة بتنفيذ التوصيات

الإجراءات والمسؤوليات الملقاة على عاتق:

منظمة الصحة العالمية:

- (أ) إضفاء الطابع المؤسسي على نهج شامل يدوم طوال العمر للقضاء على سمنة الأطفال وذلك عبر كل المجالات التقنية المعنية في المقر الرئيسي للمنظمة ومكاتبها الإقليمية والقطرية.
- (ب) وضع إطار، بالتشاور مع الدول الأعضاء، لتنفيذ توصيات اللجنة.
- (ج) تعزيز القدرة على تقديم الدعم التقني للعمل على القضاء على سمنة الأطفال على المستويين العالمي والإقليمي والمستوى الوطني.
- (د) دعم الوكالات الدولية، والحكومات الوطنية، والجهات المعنية صاحبة المصلحة في الاعتماد على الالتزامات القائمة لضمان تنفيذ الإجراءات المتعلقة بالقضاء على سمنة الأطفال على المستويين العالمي والإقليمي والمستوى الوطني.

(هـ) تعزيز البحوث التعاونية بشأن القضاء على سمنة الأطفال مع التركيز على النهج الذي يمتد على مدار العمر.

(و) تقديم التقارير عن التقدم المحرز على طريق القضاء على سمنة الأطفال.

المنظمات الدولية:

(أ) التعاون على بناء القدرات ودعم الدول الأعضاء في التصدي لسمنة الأطفال.

الدول الأعضاء:

(أ) احتياز الملكية، وتوفير القيادة، وقطع الالتزامات السياسية بشأن معالجة سمنة الأطفال على المدى الطويل.

(ب) تنسيق مساهمات جميع القطاعات والمؤسسات الحكومية المسؤولة عن السياسات، بما في ذلك، وعلى سبيل المثال لا الحصر، ما يلي: التعليم؛ والأغذية والزراعة؛ والتجارة والصناعة؛ والتنمية؛ والشؤون المالية والإيرادات؛ والرياضة والاستجمام؛ والاتصالات؛ والتخطيط البيئي والعمراني؛ والنقل والشؤون الاجتماعية؛ والتبادل التجاري.

(ج) ضمان جمع بيانات منسب كتلة الجسم حسب السن فيما يتعلق بالأطفال، بما في ذلك الفئات العمرية غير المرصودة حالياً، وتحديد أهداف وطنية بشأن سمنة الأطفال.

(د) وضع مبادئ توجيهية، وتوصيات بشأن إجراءات السياسات التي تكفل الإشراف المناسب للقطاعات المعنية، بما في ذلك القطاع الخاص، حسب الاقتضاء، بغية تنفيذ التدابير الرامية إلى الحد من سمنة الأطفال، على النحو الوارد في هذا التقرير.

الجهات الفاعلة غير الدول

المنظمات غير الحكومية:

(أ) العمل على تسليط الأضواء على الوقاية من سمنة الأطفال من خلال جهود الدعوة ونشر المعلومات.

(ب) حفز المستهلكين على أن يطالبوا الحكومات بمساندة أنماط الحياة الصحية، وبأن توفر صناعة الأغذية والمشروبات غير الكحولية منتجات صحية، وألا تسوّق الأغذية غير الصحية والمشروبات المحلاة بالسكر في صفوف الأطفال.

(ج) الإسهام في وضع وتنفيذ آلية للرصد والمساءلة.

القطاع الخاص:

(أ) مساندة إنتاج الأغذية والمشروبات غير الكحولية التي تسهم في النظام الغذائي الصحي وتيسير الحصول عليها.

(ب) تيسير سبيل ممارسة النشاط البدني والمشاركة فيه.

المؤسسات الخيرية:

- (أ) الإقرار بأن سممة الأطفال تهدد صحتهم، وتحصيلهم الدراسي، ومعالجة هذه المسألة المهمة.
- (ب) تعبئة الأموال اللازمة لدعم البحوث، وبناء القدرات، وإيتاء الخدمات.

المؤسسات الأكاديمية:

- (أ) إبراز أهمية الوقاية من سممة الأطفال من خلال نشر المعلومات وإدراج هذه المسألة في المناهج الدراسية المناسبة.
- (ب) التصدي لفجوات المعرفة القائمة بتوفير البيّنات المؤيدة لتنفيذ السياسات.
- (ج) دعم أنشطة الرصد والمساءلة.

٨- وتمثل العقبة الكبرى أمام التقدم الفعال على طريق الحد من سممة الأطفال في الافتقار إلى الالتزام السياسي وعجز الحكومات والجهات الفاعلة الأخرى عن احتياز الملكية، وتسهم القيادة، واتخاذ التدابير الضرورية.

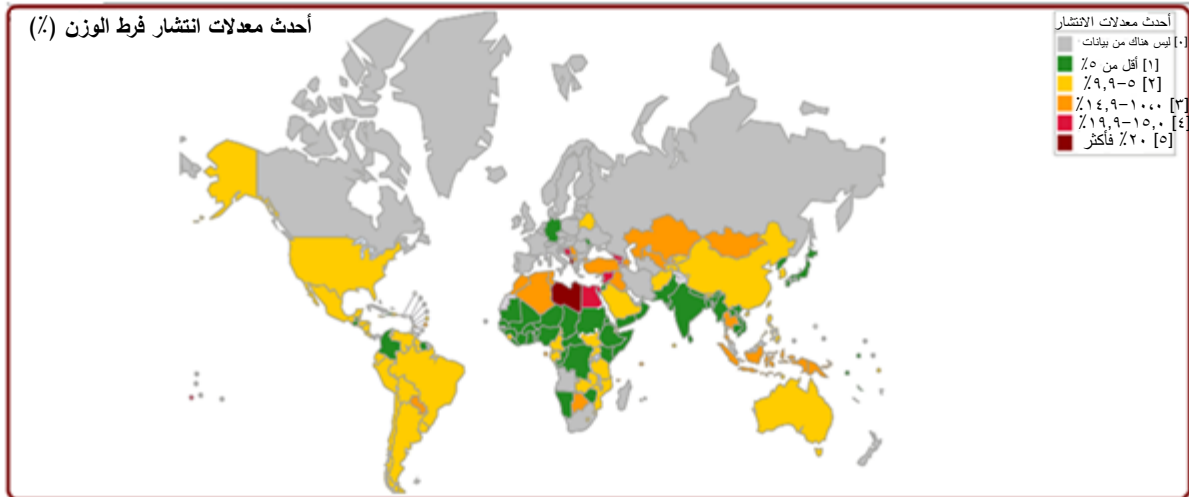
٩- ومن واجب الحكومات أن تستثمر في نظم متينة للرصد والمساءلة بغية تتبع انتشار سممة الأطفال. وتتسم هذه النظم بأهمية حيوية في توفير البيانات اللازمة لوضع السياسات وفي إتاحة البيّنات عن أثر التدخلات وفعاليتها.

١٠- وتود اللجنة أن تؤكد أهمية وضرورة معالجة المسألة المعقدة لسممة الأطفال. ولمنظمة الصحة العالمية، والمنظمات الدولية ودولها الأعضاء، وكذلك الجهات الفاعلة غير الدول، دور حاسم تضطلع به في تطويع الزخم وضمان بقاء كل القطاعات ملتزمة بالعمل معاً للوصول إلى خاتمة إيجابية.

مقدمة

١١- بمقدور وباء السمنة أن يبدد العديد من الفوائد الصحية التي تسهم في ظاهرة زيادة طول العمر الملاحظة في العالم. وفي عام ٢٠١٤ أشارت التقديرات إلى أن نحو ٤١ مليون طفل دون سن الخامسة كانوا يعانون من فرط الوزن أو السمنة (١) (أي ما يعرف على أنه نسبة الأطفال الذين تسجل لديهم قيم للفارق المعياري للوزن مقابل طول القامة تزيد على انحرافين معياريين و ٣ انحرافات معيارية على التوالي فوق قيمة متوسط معايير نمو الأطفال المعتمدة في منظمة الصحة العالمية (٢)). ويبين الشكل ١ معدل انتشار فرط الوزن لدى الأطفال دون سن الخامسة في مختلف أنحاء العالم. وفي أفريقيا، زاد عدد الأطفال المفرط الوزن والسمن بنحو الضعف تقريباً منذ عام ١٩٩٠، حيث ارتفع هذا العدد من ٥,٤ مليون طفل إلى ١٠,٣ مليون طفل. وفي عام ٢٠١٤ كانت نسبة ٤٨٪ من الأطفال المفرط الوزن دون سن الخامسة تعيش في آسيا و ٢٥٪ منهم في أفريقيا (١). وقد يكون معدل انتشار السمنة لدى الرضع والأطفال والمراهقين آخذاً في الاستقرار في بعض السياقات إلا أن عدد الأطفال المعانين من فرط الوزن والسمنة في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل يزيد، من حيث الأرقام المطلقة، عما هو عليه في البلدان ذات الدخل المرتفع (٣). ويبين الشكل ٢ معدل انتشار فرط الوزن حسب أقاليم منظمة الصحة العالمية وفئات الدخل المعتمدة في البنك الدولي. ويجري حالياً التحقق من البيانات المتاحة عن معدل الانتشار لدى كبار الأطفال والمراهقين التي ترمع المنظمة نشرها في عام ٢٠١٦. وقد اتسم التقدم المحرز حتى الآن في التصدي لسمنة الأطفال بالبطء وعدم الاتساق (٤).

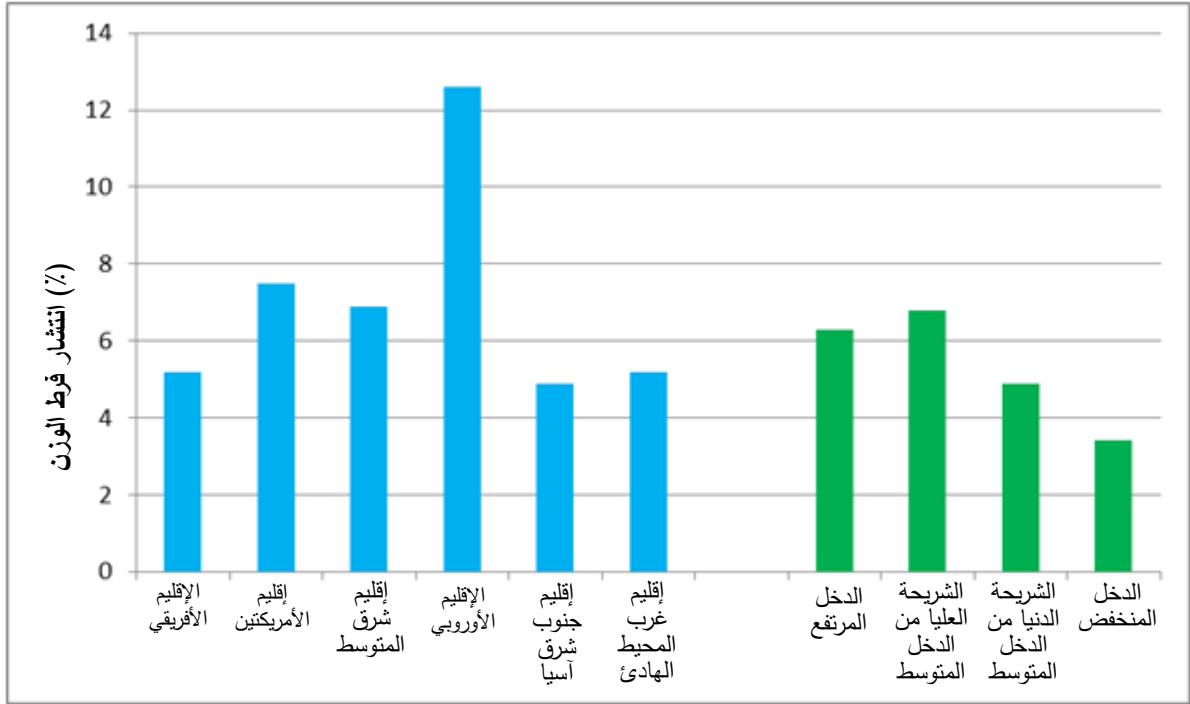
الشكل ١: معدل انتشار فرط الوزن المقيس حسب السن لدى الأطفال دون سن الخامسة، تقديرات قابلة للمقارنة، عام ٢٠١٤



الحدود والأسماء المعروضة والتسميات المستعملة في هذه الخريطة لا تعبر ضمناً عن أي رأي كان من جانب منظمة الصحة العالمية بشأن الوضع القانوني لأي بلد، أو أرض، أو مدينة، أو منطقة، أو لسلطات أي منها، أو بشأن تحديد حدودها أو تخومها. وتشكل الخطوط المنقوطة على الخرائط خطوطاً حدودية تقريبية قد لا يوجد بعد اتفاق كامل بشأنها. © منظمة الصحة العالمية ٢٠١٥.

المصدر: أداة التتبع (<http://www.who.int/nutrition/trackingtool>)

الشكل ٢: معدل انتشار فرط الوزن لدى الأطفال دون سن الخامسة حسب إقليم المنظمة وفئة الدخل وفقاً لتصنيف البنك الدولي، تقديرات قابلة للمقارنة، عام ٢٠١٤



المصدر: صندوق الأمم المتحدة للطفولة، ومنظمة الصحة العالمية، والبنك الدولي. التقديرات المشتركة بشأن سوء التغذية لدى الأطفال. (UNICEF, New York; WHO, Geneva; The World Bank, Washington, DC; 2015).

١٢- بل إن هناك عدداً أكبر من الأطفال، حتى من قبل الولادة، السائرين على طريق الإصابة بالسمنة. وقد يتعرض الأطفال الذين لم يبلغوا بعد عتبة منسب كتلة الجسم حسب السن، وفقاً للتعريف الحالي للسمنة أو فرط الوزن لدى الأطفال، لخطر متزايد للمعاناة من السمنة. وتتناول التوصيات الواردة في هذا التقرير كذلك احتياجات هؤلاء الأطفال. ويؤدي نقص التغذية في مرحلة الطفولة المبكرة إلى تعريض الأطفال إلى خطر مرتفع للغاية للإصابة بالسمنة عند تغيير أنماط الغذاء والنشاط البدني.

١٣- وتواجه الكثير من البلدان حالياً عبء سوء التغذية بكل أشكاله، مع ارتفاع معدلات سمنة الأطفال وكذلك معدلات نقص التغذية والتقرم في صفوفهم. ولا تحظى سمنة الأطفال في غالب الأحيان بإقرار كاف كمسألة من مسائل الصحة العمومية في تلك السياقات حيث إن الثقافة السائدة فيها تعتبر الطفل المفرط الوزن طفلاً سليماً في كثير من الأحيان.

١٤- وفي البلدان المرتفعة الدخل تسجل معدلات مخاطر سمنة الأطفال في صفوف الشرائح الاجتماعية الاقتصادية الدنيا. ومع أن العكس صحيح حالياً في معظم البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل فإن هذه البلدان تشهد نشوء نمط متغير. فضمن هذه البلدان فإن بعض الفئات السكانية الفرعية، مثل فئات أطفال المهاجرين والسكان الأصليين، معرضة بشدة لخطر المعاناة من السمنة (٥)، وهو ما يرجع إلى الوتيرة السريعة للتكيف الثقافي وإلى صعوبة الحصول على معلومات الصحة العمومية. ومع خضوع البلدان لتحولات اجتماعية واقتصادية سريعة، فإنها تواجه عبئاً مزدوجاً يجمع في آن معاً بين قلة التغذية والاكتساب المفرط للوزن (٦).

١٥- وتنشأ السمنة عن مجموعة من حالات تعرض الطفل لبيئة غير صحية (يطلق عليها غالباً اسم البيئة المسمّنة (١٧)) والردود السلوكية والبيولوجية غير الملائمة على تلك البيئة. وتتباين هذه الردود من فرد إلى آخر وهي تتأثر تأثراً شديداً بعوامل النمو أو العوامل التي يتعرض لها الفرد طوال العمر.

١٦- ويتزعزع العديد من الأطفال في الوقت الحاضر في بيئات تشجع اكتساب الوزن والسمنة. فنتيجة للعولمة والتوسع الحضري يتزايد التعرض أكثر فأكثر للبيئة المسمّنة في البلدان المرتفعة الدخل والبلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل على حد سواء وفي جميع الفئات الاجتماعية الاقتصادية. وقد أدت التغيرات في مدى توافر الأغذية وأنواعها، وانخفاض النشاط البدني اللازم لأغراض التنقل أو اللعب إلى اختلال التوازن في مستوى الطاقة. والأطفال هم عرضة للأغذية الشديدة التجهيز الغنية بالطاقة والفقيرة بالمغذيات التي تكون زهيدة الثمن وسهلة المنال. وتقلصت فرص ممارسة النشاط البدني، داخل المدارس وخارجها على السواء، وازداد الوقت المكرس لأنشطة الترفيه المعتمدة على الشاشة والمتسمة بقلة الحركة.

١٧- وتؤثر القيم والأعراف الثقافية على التصورات المتعلقة بوزن الجسم الصحي أو المرغوب، ولاسيما بالنسبة للرضع، وصغار الأطفال، والنساء. وفي بعض السياقات فإن ظاهرتي فرط الوزن والسمنة تغدوان من بين المعايير الاجتماعية المقبولة ومن ثم فإنهما تسهمان في إدامة البيئة المسمّنة.

١٨- ويمكن أن ينتقل خطر الإصابة بالسمنة من جيل إلى آخر نتيجة العوامل السلوكية و/ أو تلك البيولوجية. وتدوم التأثيرات السلوكية عبر الأجيال إذ يرث الأطفال الوضع الاجتماعي الاقتصادي، والقواعد والسلوكيات الثقافية، وسلوك الأسرة المتصل بالتغذية والنشاط البدني.

١٩- ويمكن أن تؤدي العوامل البيولوجية إلى زيادة خطر السمنة لدى الأطفال عبر مسارين عامين للنمو هما:

(١) مسار "عدم التوافق". ينشأ هذا المسار عن حالة سوء التغذية، غير الملحوظة أحياناً، خلال فترة النمو في المرحلة الجنينية ومرحلة الطفولة المبكرة نتيجة لسوء تغذية الأم أو قصور المشيمة على سبيل المثال. وللعمليات الكامنة آثار بيئية على الوظيفة الجينية (آثار التخلق المتوالي) والتي لا تُخلف بالضرورة تأثيرات جلية على المقاييس مثل الوزن عند الولادة (١). والأطفال الذين يكابدون نقص التغذية وكان وزنهم منخفضاً عند الولادة أو الذين يعانون من قصر القامة مقارنة بالسن (التقزم) هم أكثر عرضة بكثير لخطر الإصابة بفرط الوزن والسمنة في حال خضوعهم لنظم غذائية غنية بالطاقة واتسام أنماط حياتهم بقلة الحركة في مرحلة لاحقة من العمر. ولعل محاولات التصدي لنقص التغذية والتقزم في مرحلة الطفولة قد أسفرت عن ظهور عواقب غير مقصودة تتمثل في تعرض هؤلاء الأطفال لخطر السمنة.

(٢) مسار النمو. يتصف هذا المسار ببدء فترة حمل الأم وهي تعاني من السمنة، أو من السكري قبلاً، أو بإصابة الأم بالسكري الحلمي. ويجعل ذلك الطفل مهياً لزيادة الرواسب الدهنية التي تقترن بالأمراض الاستقلابية والسمنة. وقد ينطوي هذا المسار أيضاً على عمليات التخلق المتوالي. وتشير بحوث أجريت مؤخراً إلى احتمال مساهمة سمنة الأب أيضاً في تعرض الطفل لخطر أكبر من الإصابة بالسمنة (٩)، وهو ما يعود على الأرجح إلى آليات التخلق المتوالي. وتؤثر تغذية الرضيع المبكرة غير الملائمة أيضاً في بيولوجيا نمو الطفل. ويحتمل أن تقي التدخلات الملائمة قبل الحمل وأثناء الحمل وفي فترة الرضاعة من بعض هذه الآثار، على أنه قد لا يكون من السهل عكس مسار تلك الآثار بعد مضي مرحلة حاسمة من مراحل النمو. وبما أن الكثير من النساء لا يقمن باستشارة العاملين المهنيين في مجال الرعاية الصحية حتى نهاية فترة الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل، فإن من الضروري تعزيز معرفة المراهقين والشباب بأهمية السلوك الصحي قبل الحمل وأثناء المراحل المبكرة من الحمل.

٢٠- ولا يمثل فرط الوزن والسمنة حدين مطلقين. ويسير العديد من الأطفال على طريق الإصابة بالسمنة حتى عندما يكونون ضمن المدى العادي لمنسب كتلة الجسم حسب السن. وتتسم العواقب الصحية الناجمة عن فرط الوزن والسمنة أيضاً بطابعها المتواصل ويمكن أن تؤثر في نوعية حياة الطفل قبل بلوغ الحدود الفاصلة لمنسب كتلة الجسم حسب السن. وعلى امتداد توزيع منسب كتلة الجسم هناك اتجاه لامتلاك الأفراد مقادير أكبر من الدهون البدنية ومقادير أقل من الكتلة العضلية الغثة بالمقارنة مع الأجيال السابقة (١٠). ويكتسي نمط الرواسب الدهنية في الجسم أيضاً أهمية من حيث الحصائل الصحية (١١). ولدى بعض الفئات السكانية فإن مقادير هذه الرواسب أكبر ومقادير الكتلة العضلية الغثة أقل مما هو قائم في صفوف الفئات الأخرى عند منسب كتلة الجسم ذاته. ومع أن منسب كتلة الجسم هو أيسر وسيلة لتحديد الأطفال المصابين بفرط الوزن والسمنة غير أنه لا يحدد بالضرورة الأطفال الذين يكتسبون في بطونهم رواسب دهنية تعرضهم لخطر أكبر للإصابة بمضاعفات صحية. وفي حين تتوفر منهجيات جديدة، مثل قياس امتصاص الأشعة السينية مزدوج الطاقة، أو التصوير بالرنين المغناطيسي، أو معاوقة الجسم، لقياس دهون الجسم والكتلة الغثة، إلا أن هذه المنهجيات تتجاوز حالياً نطاق الاستقصاءات السكانية.

٢١- ولا يتحكم الطفل في أي من العوامل السببية الأولية. ولذلك لا ينبغي بالتالي اعتبار سمنة الأطفال حصيلة خيارات طوعية لنمط الحياة، ولا سيما من جانب صغار الأطفال. ونظراً إلى تأثير سمنة الأطفال بعوامل بيولوجية وسياقية، فإن على الحكومات أن تتناول هذه المسائل من خلال تقديم التوجيه، والتثقيف، في مجال الصحة العمومية، ووضع أطر تنظيمية من أجل التصدي لمخاطر النمو والبيئة بهدف دعم جهود الأسر الرامية إلى تغيير السلوك. ويضطلع كل من الأمهات والآباء، والأسر، ومقدمي الرعاية، والمعلمين، بدور حاسم في تشجيع السلوك الصحي.

٢٢- وتتطوي السمنة على عواقب بدنية وصحية نفسية خلال مراحل الطفولة والمراهقة والبلوغ. والسمنة في حد ذاتها هي سبب مباشر للإصابة بحالات المراضة في مرحلة الطفولة التي تشمل المضاعفات المعوية المعوية، والعضلية الهيكلية، والمضاعفات المتعلقة بجراحة تقويم العظام، وانقطاع النفس النومي، والظهور المعجل للأمراض القلب والأوعية الدموية والسكري من النمط ٢، وكذلك حالات المراضة المصاحبة لهذين المرضين غير السارين الأخيرين (١٢). ويمكن أن تساهم السمنة في سن الطفولة في الاضطرابات السلوكية والانفعالية مثل الاكتئاب، كما قد تؤدي إلى الوصم وسوء التكيف الاجتماعي وانخفاض التحصيل الدراسي (١٣، ١٤).

٢٣- وبصفة حاسمة، تنتبأ سمنة الأطفال تنبؤاً شديداً بسمنة البالغين التي لها عواقب صحية واقتصادية معروفة على مستوى الفرد والمجتمع ككل (١٥، ١٦). وعلى الرغم من أن الدراسات الطولية تشير إلى أن تحسين منسب كتلة الجسم لدى البالغين يمكن أن يحد من خطر المراضة والوفيات (١٧)، فإن سمنة الأطفال تخلف بصمة دائمة على صحة البالغين (١٨).

٢٤- وتتوافر البيانات أكثر فأكثر بشأن تكاليف سمنة الأطفال طيلة العمر إلا أنها تظل شحيحة مقارنة بالبيانات المتصلة بالعبء الاقتصادي الناجم عن سمنة البالغين. وقد ركزت الدراسات حتى الآن على نفقات الرعاية الصحية في المقام الأول وأغفلت التكاليف الأخرى التي تشمل تكاليف الظهور المعجل للأمراض بالبالغين ونزوح سمنة الأطفال إلى الاستمرار في مرحلة البلوغ مع ما يصاحبها من تكاليف اقتصادية (١٩). ويعرقل الظهور المبكر للأمراض غير السارية التحصيل الدراسي لدى الفرد طيلة عمره، ويقلل من حصائل سوق العمل، ويلقي عبئاً كبيراً على نظم الرعاية الصحية، والأسرة، وأرباب العمل، والمجتمع ككل (٢٠).

٢٥- وستحقق تدابير الوقاية من سمنة الأطفال فوائد اقتصادية كبيرة ومتعددة الأجيال لا يمكن في الوقت الحالي تقديرها أو تحديدها بدقة. وتشمل الفوائد غير المباشرة أيضاً تحسين صحة الأم والصحة الإنجابية والحد من تعرض جميع أفراد الفئات السكانية للعوامل المسمنة مما يعطي المزيد من الحجج الداعمة لاتخاذ إجراءات عاجلة.

المبادئ التوجيهية

٢٦- تؤكد اللجنة المبادئ والاستراتيجيات التالية:

(١) **حق الطفل في الصحة:** تقع على عاتق الحكومة والمجتمع المسؤولية الأخلاقية عن اتخاذ الإجراءات باسم الطفل للحد من خطر المعاناة من السمنة. وتتفق تدابير التصدي لسمنة الأطفال مع القبول العالمي لحق الطفل في التمتع بالصحة والالتزامات التي تعهدت بها الدول الأطراف في اتفاقية حقوق الطفل.^١

(٢) **التزام الحكومة وقيادتها:** تصل معدلات سمنة الأطفال حالياً إلى مستويات تثير الذعر في العديد من البلدان، وتمثل تحدياً ملحاً وخطيراً. ولا يمكن تجاهل هذه المعدلات المتزايدة، ولا بد للحكومات من قبول المسؤولية الرئيسية عن التصدي لهذه المشكلة باسم الأطفال الملزمة أخلاقياً بحمايتهم. وسيوفر عدم اتخاذ الإجراءات اللازمة عن عواقب طبية واجتماعية واقتصادية جسيمة.

(٣) **اتباع نهج يشمل الحكومة ككل:** تتطلب تدابير الوقاية من السمنة وعلاجها اتباع نهج يشمل الحكومة ككل وتحرص في إطاره السياسات على امتداد كل القطاعات على مراعاة شؤون الصحة، وتجنب الآثار الصحية الضارة بشكل منهجي، مما يحسن الصحة السكانية ويعزز الإنصاف الصحي. ويؤدي قطاع التعليم دوراً حاسماً في توفير التنقيف التغذوي والصحي، بما يزيد من فرص ممارسة النشاط البدني ويعزز من البيئات المدرسية الصحية. وتؤثر سياسات الزراعة والتجارة، وعولمة النظام الغذائي، في القدرة على تحمل تكاليف الأغذية ومدى توفرها ونوعيتها على الصعيدين الوطني والمحلي. وقد اعتمدت الدول الأعضاء في المنظمة عام ٢٠٠٦ قراراً لبحث الترابط بين التجارة الدولية والصحة عبر الحوار بين مختلف أصحاب المصلحة.^٢ وتؤثر أنشطة التخطيط والتصميم الحضريين، وتخطيط النقل، برمتها تأثيراً مباشراً في فرص ممارسة النشاط البدني وإتاحة الأغذية الصحية. ويمكن أن تيسر الهياكل الحكومية المشتركة بين القطاعات التنسيق، وتحدد المصالح المتبادلة، ومجالات التعاون وتبادل المعلومات عبر آليات التنسيق.

(٤) **اتباع نهج يشمل المجتمع ككل:** يتطلب تعقيد مسألة السمنة نهجاً شاملاً يُشرك كل الجهات الفاعلة، بما في ذلك الحكومات، والأمهات والآباء، ومقدمي الرعاية، والمجتمع المدني، والمؤسسات الأكاديمية، والقطاع الخاص. ويستدعي الانتقال من السياسة إلى اتخاذ التدابير اللازمة لمعالجة مسألة سمنة الأطفال جهوداً منسقة وانخراطاً لكل قطاعات المجتمع على المستوى الوطني، والإقليمي، والعالمية. وبدون الملكية المشتركة والمسؤولية المتقاسمة فإن التدخلات الحسنة النية والفعالة من حيث التكاليف ستكون محدودة من حيث النطاق والأثر.

(٥) **الإنصاف:** ينبغي أن تضمن الحكومات التغطية المنصفة للتدخلات وخصوصاً لفائدة الفئات السكانية المستبعدة أو المهمشة أو الفئات المستضعفة الأخرى التي تكون شديدة التعرض لخطر سوء التغذية بكل أشكاله وكذلك الإصابة بالسمنة. وغالباً ما يصعب على هذه الفئات السكانية الحصول على الأغذية الصحية، والأماكن الآمنة لممارسة النشاط البدني، والخدمات الصحية الوقائية، وخدمات الدعم. وتفوّض السمنة وحالات المراضة المصاحبة لها التحسينات المحتملة في الرأسمال الاجتماعي والصحي وتزيد من أوجه الإجحاف.

١ لجنة حقوق الطفل: التعليق العام رقم ١٥ (٢٠١٣) بشأن حق الطفل في التمتع بأعلى مستوى صحي يمكن بلوغه (المادة ٢٤)، الفقرة ٤٧؛ الوثيقة CRC/C/GC/15.

٢ القرار ج ص ع ٥٩-٢٦ بشأن التجارة الدولية والصحة.

(٦) **الاتساق مع خطة التنمية العالمية:** تدعو أهداف التنمية المستدامة إلى القضاء على سوء التغذية بكافة أشكاله (الغاية ٢-٢) وإلى تخفيض الوفيات المبكرة الناجمة عن الأمراض غير السارية (الغاية ٣-٤). وتقوض السمنة التي تصيب الأطفال عافيتهم البدنية، والاجتماعية، والنفسية، وتندرج في عداد عوامل الخطر المعروفة للسمنة والأمراض غير السارية في صفوف البالغين. ويمكن تحقيق التقدم على طريق الأهداف المذكورة بمعالجة هذه المسألة.

(٧) **المساءلة:** لا بد من الالتزام السياسي والمالي لمكافحة سمنة الأطفال. وتدعو الحاجة إلى آلية وإطار متينين لرصد وضع السياسات وتنفيذها مما ييسر مساءلة الحكومات، والمجتمع المدني، والقطاع الخاص بشأن الالتزامات المقدمة.

(٨) **إدماج الجهود في نهج يمتد على مدار العمر:** إن إدماج جهود العناية بأمر سمنة الأطفال مع المبادرات الحالية للمنظمة وغيرها من المبادرات العالمية والإقليمية، عبر نهج يمتد على مدار العمر، سيعود بفوائد إضافية على الصحة في الأمد الأطول. وتشمل هذه المبادرات الاستراتيجية العالمية للأمين العام للأمم المتحدة بشأن صحة المرأة والطفل والمراهق،^١ ومبادرة كل امرأة، وكل طفل،^٢ وإعلان الاجتماع الرفيع المستوى للجمعية العامة بشأن الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها،^٣ وإعلان روما الصادر عن المؤتمر الدولي الثاني المعني بالتغذية.^٤ وهناك عدد من الاستراتيجيات وخطط التنفيذ الحالية للمنظمة وكالات الأمم المتحدة الأخرى التي تتصل بالنهوض بتغذية الأم والرضيع والطفل وصحة المراهق على الوجه الأمثل وترتبط ارتباطاً وثيقاً بالعناصر الرئيسية لنهج شامل للوقاية من السمنة. ويمكن الاطلاع على المبادئ والتوصيات المعنية في الوثائق التي تقدم التوجيه الشامل على مدار العمر.^٥ وينبغي أن تستند المبادرات الرامية إلى التصدي لسمنة الأطفال إلى هذه الوثائق لمساعدة الأطفال على إعمال حقهم الأساسي في الصحة والحد في الوقت ذاته من الأعباء الملقة على النظام الصحي.

١ <http://www.who.int/life-course/partners/global-strategy/global-strategy-2016-2030/en/>.

٢ <http://www.everywomaneverychild.org/>.

٣ http://www.who.int/nmh/events/un_ncd_summit2011/political_declaration_en.pdf.

٤ <http://www.fao.org/3/a-ml542e.pdf>.

٥ قرارات جمعية الصحة العالمية: القرار جص ع٥٣-١٧ بشأن الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها؛ والقرار جص ع٥٧-١٧ بشأن الاستراتيجية العالمية بشأن النظام الغذائي والنشاط البدني والصحة؛ والقرار جص ع٦١-١٤ بشأن توقي الأمراض غير السارية ومكافحتها: تنفيذ الاستراتيجية العالمية؛ والقرار جص ع٦٣-١٤ بشأن تسويق الأغذية والمشروبات غير الكحولية للأطفال؛ والقرار جص ع٦٥-٦ بشأن خطة التنفيذ الشاملة الخاصة بتغذية الأمهات والرضع وصغار الأطفال؛ والقرار جص ع٦٦-١٠ بشأن متابعة الإعلان السياسي للاجتماع الرفيع المستوى للجمعية العامة بشأن الوقاية من الأمراض غير المعدية (غير السارية) ومكافحتها؛ والقرار جص ع٦٨-١٩ بشأن حصيلة المؤتمر الدولي الثاني بشأن التغذية. والوثيقة المعنونة Meeting to develop a global consensus on preconception care to reduce maternal and childhood mortality and morbidity، منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٣؛ والوثيقة المعنونة The optimal duration of exclusive breastfeeding. Report of an expert consultation، منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠١؛ والوثيقة المعنونة Complementary feeding. Report of global consultation: summary of guiding principles، منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٢؛ والتوصيات العالمية للنشاط البدني المفيد للصحة، منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٢؛ والوثيقة المعنونة Population-based approaches to childhood obesity prevention، منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٠؛ وخطة عمل منظمة الصحة للبلدان الأمريكية/ المكتب الإقليمي للأمريكتين للوقاية من السمنة لدى الأطفال والمراهقين، الدورة الثالثة والخمسون لمجلس الإدارة والدورة السادسة والستون للجنة الإقليمية للأمريكتين التابعة للمنظمة، أكتوبر ٢٠١٤؛ وقرار اللجنة الإقليمية لأوروبا EUR/RC63/R4 المعنون "إعلان فيينا بشأن التغذية والأمراض غير السارية في سياق الصحة ٢٠٢٠"؛ وقرار اللجنة الإقليمية لغرب المحيط الهادئ WPR/RC63.R2 المعنون "تعزيز التغذية في إقليم غرب المحيط الهادئ".

(٩) **التغطية الصحية الشاملة^١ وعلاج السمنة:** تدعو الغاية ٣-٨ من أهداف التنمية المستدامة إلى تحقيق التغطية الصحية الشاملة عبر الخدمات الصحية المتكاملة التي تمكّن الناس من الاستفادة من سلسلة أنشطة تعزيز الصحة، والوقاية من الأمراض، والتشخيص، والعلاج، والإدارة طيلة العمر.^٢ وعلى هذا ينبغي اعتبار جهود الوقاية من فرط الوزن والسمنة، ومعالجة الأطفال السمان بالفعل، والأطفال مفرطي الوزن ممّن في طريقهم إلى الإصابة بالسمنة على أنها من عناصر التغطية الصحية الشاملة.

الأغراض الاستراتيجية

٢٧- ليس هناك من تدخل أوجد قادر على كبح تصاعد وباء السمنة المتنامي. ويقتضي التصدي الناجح لسمنة الأطفال معالجة أمر البيئة المسمّنة وكذلك العناصر الحاسمة على مدار العمر.

معالجة مسألة البيئة المسمّنة والأعراف المتعلقة بها

٢٨- تشمل الأهداف الرئيسية لمعالجة المكونات البيئية النهوض بسلوكيات تناول الأطعمة الصحية والنشاط البدني لدى الأطفال. وهناك عدد من العوامل التي تؤثر على البيئة المسمّنة، وهو ما يشمل العوامل السياسية والتجارية (اتفاقات التجارة، والسياسات المالية والزراعية، والأنظمة الغذائية)؛ والبيئة القائمة (توافر الأغذية الصحية، والبنى التحتية والفرص المتاحة للنشاط البدني في الجوار)؛ والأعراف الاجتماعية (القواعد المتعارف عليها بشأن وزن الجسم وهيئته، والأعراف الثقافية فيما يتصل بتغذية الأطفال، والحالة المرتبطة بارتفاع كتلة الجسم في بعض الفئات السكانية، والقيود الاجتماعية المفروضة على النشاط البدني) والبيئة الأسرية (معارف وسلوك الوالدين فيما يتصل بالتغذية، ووضع الأسرة الاقتصادي، وسلوكيات الأسرة إزاء تناول الأطعمة).

الحد من خطر السمنة بالتصدي للعوامل الحاسمة على مدار العمر

٢٩- تتغير عوامل النمو من بيولوجيا وسلوك الأشخاص على حد سواء ابتداء من مرحلة ما قبل الولادة وخلال فترة الرضاعة، بحيث يترعرعون في ظل احتمالات أكبر أو أقل من خطر الإصابة بالسمنة. وترى اللجنة أنه لا غنى عن تناول كل من السياق البيئي والفترات الزمنية الثلاث الحاسمة طوال العمر، ألا وهي:

- (أ) قبل الحمل وأثناءه
- (ب) الرضاعة والطفولة المبكرة
- (ج) الطفولة المتقدمة والمراهقة.

٣٠- وتتحمل الحكومات المسؤولية الرئيسية عن ضمان عناية السياسات والتدابير بأمر البيئة المسمّنة وتوفير الإرشاد والدعم للنمو الأمثل في كل مرحلة من مراحل العمر. ويتركز الاهتمام على تلك الفترات الزمنية الحاسمة من العمر، يمكن أن تتصدى التدخلات لعوامل الخطر المحددة، كل على حدة أو كمجموعات على حد سواء. ويمكن إدماج مثل هذا النهج مع سائر عناصر برنامج العمل الخاص بصحة الأم والوليد والطفل والجهود الأوسع نطاقاً المبذولة للتصدي للأمراض غير السارية على امتداد جميع الفئات السكانية.

١ http://www.who.int/universal_health_coverage/en/.

٢ القرار A/67/L36 الصادر عن الجمعية العامة للأمم المتحدة بشأن الصحة العالمية والسياسة الخارجية.

علاج الأطفال المصابين بالسمنة لتحسين وضعهم الصحي حاضراً ومستقبلاً

٣١- عندما يعاني الأطفال بالفعل من فرط الوزن أو السمنة، تشمل الأهداف الإضافية خفض مستوى فرط الوزن، وتحسين حالات المراضة المصاحبة للسمنة وعوامل الخطر الناتجة عن فرط زيادة الوزن. ويختلف قطاع الصحة في كل بلد اختلافاً شديداً ويواجه تحديات مختلفة في تلبية الاحتياجات المرتبطة بخدمات علاج الأشخاص المصابين بالسمنة. على أنه ينبغي إدراج التدبير العلاجي لحالات الأطفال المعانين من فرط الوزن والسمنة ضمن خدمات فعالة مقدمة في إطار التغطية الصحية الشاملة.

الأدوار والمسؤوليات

٣٢- تقر اللجنة بأن نطاق التوصيات بشأن السياسات المحتملة للتصدي لسمنة الأطفال واسع ويتضمن عدداً من العناصر المستحدثة، بما في ذلك التركيز على بعد مدار العمر وعلى قطاع التعليم. وسيكون من الأساسي اتباع نهج متعدد القطاعات لإحراز تقدم مطرد.

٣٣- وينبغي للبلدان أن تقيس منسب كتلة الجسم حسب السن لتحديد معدلات انتشار سمنة الأطفال واتجاهاتها على المستوى الوطني والإقليمي والمحلي. كما يتعين عليها جمع بيانات عن التغذية، وسلوكيات تناول الأطعمة، والنشاط البدني لدى الأطفال والمراهقين في مختلف الفئات والسياقات الاجتماعية الاقتصادية. ومع أنه يجري بالفعل جمع بعض البيانات (٢١) فماتزال هناك فجوة واسعة فيما يتعلق بالأطفال دون سن الخامسة لابد من معالجتها. وتوفر هذه البيانات الإرشاد اللازم لوضع أولويات السياسات الملائمة ونتيح البيانات الأساسية التي يُستند إليها في قياس مدى نجاح السياسات والبرامج.

التوصيات

٣٤- أعدت اللجنة التوصيات والمبررات المتعلقة بها المعروضة أدناه عقب استعراض البيانات العلمية، وتقارير الأفرقة العاملة المخصصة المرفوعة إلى المدير العام لمنظمة الصحة العالمية، والمعلومات المرتدة من المشاورات الإقليمية والإلكترونية. كما جرى النظر في فعالية السياسات والتدخلات، ومردوديتها، والقدرة على تحمل تكاليفها وإمكانية تطبيقها.

التوصية ١: تنفيذ برامج شاملة تعزز مدخول الأغذية الصحية وتقلل من مدخول الأغذية غير الصحية والمشروبات المحلاة بالسكر في صفوف الأطفال والمراهقين.

٣٥- يمكن أن تكون المعلومات المتعلقة بالتغذية باعثة على الحيرة ومن ثم يصعب على الكثير من الناس فهمها. وبما أن قرار اختيار النظم الغذائية يرجع إلى الأفراد والأسر فإن الحاجة تدعو إلى تمكين السكان من القيام بخيارات ذات طابع صحي أمتن بشأن ما يتناولونه من أطعمة وما يقدمونه لأبنائهم من الرضع والأطفال. ومن المتعذر القيام بذلك ما لم يكن التعليم التغذوي شاملاً وموفراً على نحو مفيد، ومفهوم، وميسور المنال لكل أفراد المجتمع.

٣٦- وقد ساهمت الاتجاهات الأخيرة في إنتاج الأغذية وتجهيزها وتجارتها وتسويقها وبيعها بالتجزئة في زيادة الأمراض غير السارية المرتبطة بالنظام الغذائي. ويمكن أن يؤدي الأثر المحتمل للإصلاحات التجارية إلى إحداث تحول في النظم الغذائية والتغذية. ولابد من مراعاة الآثار على الصحة والإنصاف التي تخلفها الاتفاقات والسياسات الاقتصادية الوطنية والدولية (٢٢). وقد حلت الأغذية المجهزة الغنية بالطاقة والفقيرة بالمغذيات

والمشروبات المحلاة بالسكر، المتاحة بأحجام متزايدة وأسعار معقولة، محل الأغذية الطازجة الخاضعة للحد الأدنى من التجهيز ومياه الشرب في العديد من السياقات في وجبات المدارس والأسر. وساهم يُسر إتاحة الأغذية الغنية بالطاقة والمشروبات المحلاة بالسكر والتشجيع الضمني على "المضاهاة" عبر الحملات الترويجية التجارية في زيادة مدخول السعرات الحرارية لدى العديد من الفئات السكانية.

المبررات:

لا يكفي الاعتماد على بطاقات تعريف المغذيات أو نظم الترميز البسيطة مثل بطاقات أضواء حركة المرور أو تصنيفات النجوم الصحية. بل إن على جميع الحكومات أن تضطلع بدور ريادي في وضع وتعميم مبادئ توجيهية ملائمة للنظم الغذائية تستند إلى الأغذية وتتعلق بسياقات معينة للبالغين والأطفال. ومن الواجب توفير المعلومات اللازمة عبر وسائل الإعلام والمنافذ التثقيفية ورسائل الصحة العمومية بطرق تصل إلى كل شرائح المجتمع، بما يكفل تمكين المجتمع برمته من اتخاذ قرارات ذات طابع صحي أمثل.

ومع دخول الأطفال إلى المدارس ينبغي إدراج الدعاية الصحية والتغذية ضمن المناهج الدراسية الأساسية ودعم ذلك بيئة مدرسية معززة للصحة (انظر التوصية المتعلقة بالطفولة المبكرة، والأطفال في سن المدرسة، والمراهقين).

حظيت مسألة اعتماد تدابير مالية للوقاية من السمنة بقدر كبير من الاهتمام (٢٣)، ويجري تطبيق هذه التدابير في عدد من البلدان^١. وبصفة عامة، فإن مبررات تطبيق تدابير فرض الضرائب للتأثير في السلوك الشرائي قوية كما وتدعمها البيانات المتاحة (٢٤، ٢٥). وستتوفر بيانات إضافية مع رصد البلدان التي تفرض الضرائب على الأغذية غير الصحية و/أو المشروبات المحلاة بالسكر للتقدم المحرز بهذا الشأن^٢. وترى اللجنة عموماً أن هناك مبررات كافية لاعتماد ضريبة فعالة على المشروبات المحلاة بالسكر.

ومن المثبت بقوة أن استهلاك المشروبات المحلاة بالسكر يرتبط بزيادة خطر السمنة (٢٦، ٢٧). وقد تتباين أنماط الاستهلاك في السياقات المختلفة (٢٨) وتدعو الحاجة إلى مزيد من التفاصيل بشأن أنماط المدخول في صفوف الأطفال في شتى السياقات. والمستهلكون ذوو الدخل المنخفض وأبناؤهم هم الفئة الأشد تعرضاً لخطر السمنة في العديد من المجتمعات وهم الأكثر تأثراً

التوصيات:

١-١ ضمان إعداد وتعميم معلومات ومبادئ توجيهية تغذوية مناسبة ومحددة السياق موجهة إلى البالغين والأطفال على حد سواء، على أن تكون بسيطة، ومفهومة، وميسورة المنال لكل شرائح المجتمع.

٢-١ تطبيق ضريبة فعالة على المشروبات المحلاة بالسكر.

١ <http://www.wcrf.org/int/policy/nourishing-framework/use-economic-tools>.

٢ انظر البيانات الأولية المقدمة للنشر عن ضرائب الكسبيك المفروضة على المشروبات المحلاة بالسكر (<http://www.insp.mx/eppo/blog/3666-reduccion-consumo-bebidas.html>).

التوصيات:

المبررات:

بالأسعار. ويمكن للسياسات المالية أن تشجع هذه الفئة من المستهلكين على اتخاذ قرارات أشد اتساماً بالطابع الصحي (شريطة إتاحة خيارات صحية أقوى) إلى جانب توفيرها لإشارات تنقيفية وصحية عمومية غير مباشرة لكل السكان.

وتشير البيانات المتاحة إلى أن فرض الضرائب على منتجات مثل المشروبات المحلاة بالسكر هو أجدى تدبير للتنفيذ، كما وتدل البيانات على أن ذلك يخلّف أثراً على الاستهلاك.

وقد ينظر بعض البلدان في فرض الضرائب على الأغذية غير الصحية الأخرى، مثل الأغذية الغنية بالدهون والسكر. ويتطلب فرض الضرائب على الأغذية الغنية بالطاقة والفقيرة بالمغذيات إعداد مواصفات للمغذيات (٢٩) وتوحي النمذجة بأن ذلك قد يؤدي إلى تخفيض الاستهلاك.

هناك بيانات قاطعة على الصلة بين تسويق الأغذية غير الصحية والمشروبات غير الكحولية وبين سمنة الأطفال (٣٠، ٣١). وعلى الرغم من العدد المتزايد للجهود الطوعية التي تبذلها دوائر الصناعة، مازال التعرض لأنشطة تسويق الأغذية غير الصحية يمثل مشكلة رئيسية تتطلب تغييراً يوفر الحماية لجميع الأطفال على قدم المساواة. وينبغي بالتالي أن تشمل أي محاولة للتصدي لسمنة الأطفال الحد من تعرض الأطفال لأنشطة التسويق وسطوتها. كما يتعين أن تكون السياقات التي يتجمع فيها الأطفال والمراهقون (مثل المدارس والمرافق أو الأحداث الرياضية) وعروض الشاشات التي يشاهدونها أو يشاركون بها خالية من التسويق للأغذية غير الصحية والمشروبات المحلاة بالسكر. وتلاحظ اللجنة بقلق أن الدول الأعضاء لم تول عناية كبيرة للقرار جص ع٦٣-١٤ الذي اعتمد في عام ٢٠١٠م وطُلب فيه منها التصدي لهذه المشكلة. ويُسْتَهْدَفُ الآباء والأمهات ومقدمو الرعاية بصفة متزايدة في إطار تسويق الأغذية والمشروبات الغنية بالدهون والسكر الموجهة إلى الأبناء (٣٢).

هناك تباين واسع في أنواع الأعمال والمواقف والسلوك ضمن دوائر صناعة الأغذية والمشروبات غير الكحولية، وبيعها بالتجزئة، وتسويقها. وينبغي أن تخضع المبادرات الطوعية ذاتها لمبادئ توجيهية محددة من جانب الحكومات وخاضعة لتدقيق مستقل. وعلى الحكومات أن تحدد بارامترات واضحة وآليات للإنفاذ والرصد، وأن تنظر، عند الحاجة، في اعتماد نهج تنظيمية

٣-١ تنفيذ مجموعة من التوصيات بشأن تسويق الأغذية والمشروبات غير الكحولية بين صفوف الأطفال للحد من تعرض هؤلاء الأطفال والمراهقين لأنشطة تسويق الأغذية غير الصحية وسطوتها.

٤-١ وضع مواصفات المغذيات لتحديد الأطعمة والمشروبات غير الصحية.

١ القرار جص ع٦٣-١٤ بشأن تسويق الأغذية والمشروبات غير الكحولية للأطفال.

التوصيات:

المبررات:

وتشريعية. وينبغي أن توفر اللوائح التنظيمية الحماية المتساوية لجميع الأطفال بصرف النظر عن الفئة الاجتماعية والاقتصادية التي ينتمون إليها، وأن تكفل المساواة في المسؤولية لكبار المنتجين الإقليميين، ومتعددي الجنسيات، وصغار المنتجين وباعة التجزئة المحليين.

ولابد من توخي الوضوح في تحديد مجموعة المنتجات الصحية التي يمكن تسويقها، وإيلاء العناية لاستراتيجيات التسويق المباشرة وغير المباشرة، بما فيها استراتيجيات التسعير والترويج (بما في ذلك ترويج أحجام الحصص الغذائية) والإعلانات المضمّنة. وتتطلب هذه النهج تحديد الأغذية الصحية وغير الصحية باستخدام التوصيف المستقل للمغذيات. ويجب أن تأخذ هذه الاعتبارات أيضاً في الحسبان مسائل الأمن الغذائي حيثما يكون ذلك ملائماً على المستوى الوطني أو دون الوطني أو مستوى الفئة السكانية الفرعية.

يمكن أن يقدم إطار المنظمة لتنفيذ مجموعة التوصيات بشأن تسويق الأغذية والمشروبات غير الكحولية للأطفال (٣٣) إرشادات عملية إلى الدول الأعضاء بخصوص وضع السياسات وأطر الرصد والتقييم وتنفيذها.

وتقر اللجنة بأن المراهقين يستهلكون الكحول في بعض السياقات وأن تعاطي الكحول يسبب السمّة بصفة خاصة. ومع أن هذا يخرج عن نطاق عملها المحدد فإن اللجنة تلاحظ أنه يصعب جداً تسويق المنتجات الكحولية التي تستهدف المستهلكين من البالغين الشباب، تحديداً، دون تعريض مجموعات المراهقين دون السن القانونية للتسويق ذاته. ويثير تعرض الأطفال والشباب للتسويق الجذاب القلق بوجه خاص. وتدعو الحاجة إلى اتباع نهج تحوطي لحماية الشباب من أنشطة تسويق تلك المنتجات.

يمكن أن يدعم اعتماد نظام موحد لتوسيم الأغذية، وفقاً لما أوصت به لجنة دستور الأغذية الدولي (هيئة الدستور الغذائي)^١، جهود التوعية لاكتساب الدراية التغذوية والصحية في حال فرض هذا النظام على جميع الأغذية والمشروبات المعبأة.

يمكن تنمية العادات الغذائية الصحية منذ سن الرضاعة وأن تكون لها أبعاد بيولوجية وسلوكية على حد سواء. وهذا يتطلب فهم مقدمي الرعاية للعلاقة بين النظام الغذائي والصحة، وسلوكاً يشجع

٥-١ إرساء التعاون بين الدول الأعضاء للتقليل من أثر عمليات تسويق الأطعمة والمشروبات غير الصحية العابرة للحدود.

٦-١ تنفيذ نظام عالمي موحد لتوسيم المغذيات.

٧-١ تطبيق نظام توسيم توضيحي على غلاف العبوات، على أن تدعمه أنشطة للتوعية العامة تهدف إلى تثقيف

١ القرار جص ٥٦٤-٢٣ بشأن التقييم المشترك بين منظمة الأمم المتحدة للأغذية والزراعة ومنظمة الصحة العالمية لأعمال لجنة دستور الأغذية الدولي (هيئة الدستور الغذائي).

التوصيات:

البالغين والأطفال على حد سواء بشؤون التغذية.

المبررات:

ويقدم تنمية مثل تلك العادات الصحية. وبمقدور نظم توسيم الأغذية المتسمة بالبساطة وسهولة الفهم أن تدعم التوعية التغذوية وأن تساعد مقدمي الرعاية والأطفال على القيام بخيارات ذات طابع صحي أمتن.

٨-١ مطالبة السياقات مثل المدارس، وسياقات رعاية الأطفال، والمرافق والأحداث الرياضية الخاصة بالأطفال، بإيجاد بيئات توفر أغذية صحية.

ستتقوض الدراية والمعرفة المتعلقة بالتغذية والأغذية إذا كانت هناك رسائل متناقضة في السياقات التي يتجمع فيها الأطفال، والمدارس. وعلى مرافق رعاية الأطفال، والمرافق الرياضية أن تساند الجهود المبذولة للنهوض بتغذية الأطفال من خلال جعل الخيار الصحي هو الخيار الأسهل وبالامتثال عن توفير أو بيع الأغذية والمشروبات غير الصحية.

٩-١ زيادة إتاحة الأغذية الصحية في المجتمعات المحرومة.

لا يمكن تطبيق الدراية التغذوية والمعرفة بخيارات الأغذية الصحية إذا لم تكن هذه الأغذية ميسورة المنال أو زهيدة التكلفة. ويستلزم التأثير في البيئة الغذائية اعتماد نهج تعاوني لإنتاج الأغذية، وتجهيزها، وتيسير الحصول عليها، وإتاحتها، وخفض تكاليفها. وحيثما تكون إتاحة الأغذية الصحية محدودة فإن الأغذية المغالي في تجهيزها تمثل في الغالب الخيار البديل الوحيد المتاح والميسور التكلفة. وقد تم وضع عدد من مبادرات القطاعين العام والخاص لتعزيز السلوك الغذائي الأكثر اتساقاً بالطابع الصحي. وتشير البيانات المحدودة المتاحة إلى إمكانية تعزيز الخيارات المتسمة بطابع صحي أشد في صفوف المستهلكين (٣٤). ومن الواجب تشجيع مثل هذه المبادرات حيثما تكون مسندة بالبيانات.

التوصية ٢: تنفيذ برامج شاملة تعزز النشاط البدني وتقلل السلوك المتسم بقلّة الحركة في صفوف الأطفال والمراهقين.

٣٧- تظهر بيانات حديثة تقلص النشاط البدني اعتباراً من سن الدراسة (٣٥). وفي عام ٢٠١٠ بلغت نسب المراهقين بين سن ١١ و١٧ سنة الذين لا يمارسون نشاطاً بدنياً كافياً ٨١٪ على المستوى العالمي. وكانت المراهقات أقل نشاطاً من المراهقين حيث وصلت نسبة الفتيات اللاتي لا يقمن بنشاط بدني يتراوح بين المعتدل والنشط لمدة ٦٠ دقيقة يومياً وفقاً لتوصيات المنظمة إلى ٨٤٪ بالمقارنة مع ٧٨٪ في صفوف الفتيان (٣٦). وياتت الآن قلّة النشاط البدني عُرفاً اجتماعياً يجري اتباعه بسرعة في معظم البلدان وأصبحت عاملاً مهماً في ظهور وباء السمنة. ويمكن أن يحد النشاط البدني من خطر الإصابة بالسكري، والأمراض القلبية الوعائية، والسرطانات (٣٧)، كما أنه يحسّن قدرة الأطفال على التعلم، وصحتهم النفسية، وعافيتهم. وتوحي بيانات حديثة بأن السمنة تحد بدورها من النشاط البدني مما يكوّن حلقة مفرغة قوامها ارتفاع مستويات الدهون في الجسم وتقلص النشاط البدني.

٣٨- ويمكن أن يسهم التخطيط والتصميم الحضريان في المشكلة وأن يشكل جزءاً من حلها على السواء. وتساعد زيادة توفير أماكن الترفيه والطرق الآمنة المخصصة للمشبي وركوب الدراجات تيسيراً للنقل النشط على جعل النشاط البدني وظيفية من وظائف الحياة اليومية.

٣٩- وقد يتأثر سلوك النشاط البدني على مدار العمر تأثراً شديداً بتجربة الطفولة. ويعود إنشاء مجتمعات آمنة تراعي النشاط البدني، وتسمح وتشجع على استخدام النقل النشط (المشي وركوب الدراجات وغير ذلك) والمشاركة في أنماط حياة نشطة وأنشطة بدنية، بالفائدة على جميع المجتمعات. ولا بد من إيلاء عناية خاصة لتحسين إتاحة فرص ممارسة النشاط البدني للأطفال المصابين بالفعل بفرط الوزن والسمنة، والأطفال المحرومين، والفتيات، والأطفال ذوي الإعاقة، ولمشاركتهم في ذلك النشاط.

الميررات:

ينبغي أن يدرك كل أفراد المجتمع، بما في ذلك الآباء والأمهات، أهمية النمو الكافي وكذلك عواقب الترسب المفرط للدهون في البدن على صحة وعافية الأطفال في الأجلين القصير والطويل. وتقر اللجنة بأن ذلك يتعارض في بعض الثقافات مع التصورات والممارسات التقليدية.

يعود النشاط البدني بفوائد صحية أساسية على الأطفال والمراهقين تشمل تعزيز لياقة الفرد العضلية وعمل القلب والجهاز التنفسي، وتخفيض سمنة الجسم، وتحسين صحة العظام. وينبغي أن تكون الإرشادات الخاصة بسيارات معينة عن سبل تطبيق التوصيات بشأن النشاط البدني وعن العدد المناسب للساعات التي ينبغي للأطفال تكريسها للنوم أو لمشاهدة التلفزيون (٣٨-٤٠)، مثلاً، جزءاً من أي أنشطة للتوعية بظروف المعيشة الصحية تتاح للأطفال أو مقدمي الرعاية.

وسيكون لتعزيز فرص ممارسة النشاط البدني الآمن والملائم تحت إشراف مدرب بالغ ومن دون إشرافه لاعتبارات نوع الجنس داخل المدارس وخارجها بما في ذلك النقل النشط (المشي وركوب الدراجات) آثار إيجابية صحية وسلوكية وتعليمية غير مباشرة على جميع الأطفال والمراهقين.

التوصية ٣: ضمان تعزيز الإرشادات بشأن الوقاية من الأمراض غير السارية وتكاملها مع الإرشادات الراهنة المتعلقة بالرعاية في فترة ما قبل الحمل والولادة، وذلك لتقليل من خطر سمنة الأطفال.

٤٠- تنطوي الرعاية المقدمة إلى المرأة قبل الحمل وأثناءه وبعده على آثار شديدة على صحة طفلها ونموه لاحقاً. وتتيح خدمات الرعاية الجيدة المقدمة في الوقت المناسب طوال هذه الفترات فرصاً مهمة للوقاية من انتقال

التوصيات:

١-٢ توفير الإرشادات للأطفال والمراهقين، ولوالديهم، ومقدمي خدمات الرعاية، والمعلمين، والمهنيين الصحيين بشأن حجم الجسم الصحي، والنشاط البدني، وسلوكيات النوم، والاستخدام المناسب لأجهزة التسلية المزودة بشاشات.

٢-٢ ضمان توافر مرافق كافية في المباني المدرسية وفي الأماكن العامة للنشاط البدني خلال فترات الترويح عن النفس لكل الأطفال (بما في ذلك ذوو الإعاقة)، مع توفير مساحات مراعية لاحتياجات الجنسين، حسب الاقتضاء.

المخاطر من جيل إلى جيل وتؤثر تأثيراً شديداً في صحة الطفل على مدار العمر^١. وتُظهر البيانات أن نقص تغذية الأم (سواء أكان هذا النقص شاملاً أم خاصاً بمغذيات معينة) وفرط وزن الأم أو سمنتها، وفرط اكتساب الوزن أثناء الحمل، وفرط سكر الدم لدى الأم (الذي يشمل السكري الحُملي)، والتدخين أو التعرض للمواد السامة، هي أمور قد تزيد احتمال المعاناة من السمنة في فترة الرضاعة والطفولة (٤١-٤٦). وثمة بيانات مستجدة تثبت أن وضع صحة الأب منذ أن حملت والدته به يمكن أن يؤثر أيضاً في تعرض طفله لخطر السمنة (٩). ومن الضروري أن تشمل الإرشادات بشأن أنماط الحياة الصحية نصائح للآباء المرتقبين أيضاً.

٤١- وتركز الإرشادات الحالية بشأن الرعاية المقدمة قبل الحمل وقبل الولادة على الوقاية من نقص تغذية الجنين. ونظراً إلى تغيّر حالات التعرض المسببة للسمنة فإن هناك حاجة إلى مبادئ توجيهية تتصدى لسوء التغذية في كل أشكاله (بما في ذلك فرط السعرات الحرارية) والخطر اللاحق للسمنة لدى الذرية. وتقي التدخلات الرامية إلى التصدي لعوامل الخطر المرتبطة بسمنة الأطفال أيضاً من حصائل الحمل الضارة الأخرى (٤٧) وتسهم بالتالي في تحسين صحة الأم والوليد. وتزيد حالات فرط الوزن والسمنة لدى الأم من خطر المضاعفات أثناء الحمل والمخاض والولادة (التي تشمل الإملاص)، بينما يزيد نقص تغذية الأم خطر انخفاض الوزن عند الولادة. وهذه العوامل يمكن أن تعرض الطفل لخطر أكبر فيما يتعلق بوفيات الرضع، وسمنة الأطفال، والإصابة بالأمراض غير السارية في سن البلوغ.

المبررات:

هناك حاجة إلى التحري والإدارة المناسبة لحالات الإصابة المسبقة بداء السكري وفرط ضغط الدم لدى الحوامل؛ وإلى التشخيص المبكر والتدبير العلاجي الفعال للسكري الحُملي وحالات فرط ضغط الدم والاكنتاب ومشاكل الصحة النفسية الناتجة عن الحمل؛ ونمط اكتساب الوزن أثناء الحمل (٤٨)؛ وضمان نظام غذائي جيد ونشاط بدني ملائم.

ينبغي أن تتناول التدخلات، التي تتضمن توجيهات متعلقة بجميع أشكال سوء التغذية، مسائل نقص التغذية والنظم الغذائية غير المتوازنة، بما في ذلك فرط التغذية وحالات العوز التغذوي المحدد (٤٩). وغالباً ما يجهل الشباب ماهية النظام الغذائي الصحي. ويبرز ذلك الحاجة إلى أن تضطلع الحكومات بدور قيادي في ضمان اكتساب الدراية التغذوية والغذائية.

تتوافر بيانات تشهد على التأثيرات المفيدة لبرامج التمرين المناسبة أثناء الحمل على منسب كتلة جسم الأم، واكتساب الوزن أثناء الحمل، وحصائل الولادة، والتي ترتبط بالخطر اللاحق لسمنة الأطفال (٥٠).

وهناك بيانات محدودة ولكنها متزايدة تفيد بأن وضع صحة الأب منذ أن حملت والدته به يمكن أن يؤثر في صحة المولود إلى حد ما (٩). وهذا يعني أن هناك أسباباً مباشرة تبرر استهداف سلوك الأب وصحته أيضاً.

التوصيات:

١-٣ تشخيص وإدارة فرط سكر الدم وفرط ضغط الدم الحُملي.

٢-٣ رصد وإدارة اكتساب الوزن الحُملي المناسب.

٣-٣ زيادة التركيز على التغذية المناسبة في الإرشادات والنصائح الموجهة إلى الأمهات والآباء المرتقبين قبل الحمل وأثنائه.

٤-٣ إعداد إرشاد ودعم واضحين لترويج التغذية الجيدة، والنظم الغذائية الصحية، والنشاط البدني، ولتفادي تعاطي التبغ، والكحول، والمخدرات، والمواد السامة، والتعرض لها.

١ لجنة حقوق الطفل: التعليق العام رقم ١٥ (٢٠١٣) بشأن حق الطفل في التمتع بأعلى مستوى صحي يمكن بلوغه (المادة ٢٤)، الفقرة ٥٣؛ الوثيقة CRC/C/GC/15.

التوصية ٤: توفير الإرشادات والدعم للنظام الغذائي، والنوم، والنشاط البدني في المرحلة المبكرة من الطفولة لضمان ترعرع الأطفال على النحو المناسب واكتسابهم لعادات صحية.

٤٢- تعتبر سنوات العمر الأولى حاسمة في تكوين سلوكيات التغذية الجيدة والنشاط البدني التي تحد من خطر الإصابة بالسمنة. ويعد الاقتصار على الرضاعة الطبيعية خلال الأشهر الستة الأولى من العمر، والذي يليه بدء استخدام الأغذية التكميلية المناسبة، عاملاً مهماً في الحد من خطر السمنة (٥١). وبمقدور التغذية التكميلية المناسبة المترافقة مع مواصلة الرضاعة الطبيعية الحد من خطر نقص التغذية وفرط ترسب الدهون في الجسم لدى الرضيع، وكلاهما من عوامل الخطر في سمنة الأطفال. وتشجيع تناول مجموعة متنوعة من الأغذية الصحية بدلاً من الأغذية غير الصحية الغنية بالطاقة والفقيرة بالمغذيات والمشروبات المحلاة بالسكر خلال هذه الفترة الحاسمة من العمر هو أمر يدعم النمو الأمثل. ويمكن لمقدمي الرعاية الصحية اغتنام فرص رصد النمو الروتيني لتتبع منسب كتلة الجسم حسب السن لدى الطفل وإسداء المشورة الملائمة إلى مقدمي الرعاية للمساعدة على وقاية الأطفال من الإصابة بفرط الوزن والسمنة.

المبررات:

تعتبر الرضاعة الطبيعية أمراً أساسياً لنمو الرضيع وتغذيته على أمثل وجه، وقد تعود أيضاً بالفوائد على المرأة لإدارة الوزن بعد الولادة.

نظراً إلى التغييرات الطارئة على نمط حياة المرأة ودورها فإن التمتع بالقدرة على الإرضاع خارج المنزل وعلى مواصلة الرضاعة الطبيعية لدى عودة الأم إلى العمل يكتسي أهمية حاسمة للتمكن من تطبيق التوصيات.

ومن الضروري وضع سياسات تحدد حقوق المرأة ومسؤوليات أرباب العمل، وأرسي بعض هذه السياسات بالفعل. غير أن حماية جميع الأمهات والرضع بصرف النظر عن الوضع الاجتماعي أو الاقتصادي تتطلب أن تكون هذه السياسات شاملة.

وتستهدف التوجيهات العالمية الراسخة لتغذية الرضع وصغار الأطفال نقص التغذية في المقام الأول. ومن المهم أيضاً أن تؤخذ في الاعتبار المخاطر الناشئة عن النظم غير الصحية لدى الرضع والأطفال.

التوصيات

٤-١ إنفاذ تدابير تنظيمية مثل "المدونة الدولية لقواعد تسويق بدائل لبن الأم"١ والقرارات اللاحقة لجمعية الصحة العالمية.٢

٤-٢ ضمان أن تمارس كل مرافق الأمومة بشكل كامل "الخطوات العشر للرضاعة الطبيعية الناجحة"٣.

٤-٣ ترويج فوائد الرضاعة الطبيعية للأم والطفل على السواء عبر التوعية الواسعة للأمهات والآباء والمجتمع المحلي بشكل عام.

٤-٤ مساندة الأمهات في الرضاعة الطبيعية من خلال تدابير تنظيمية مثل إجازة الأمومة، وما يلزم من مرافق ووقت للإرضاع في مكان العمل.٤

١ القرار جص ٣٤-٢٢ بشأن المدونة الدولية لقواعد تسويق بدائل لبن الأم.

٢ القرارات جص ٣٥-٢٦ وجص ٣٧-٣٠ وجص ٣٩-٢٨ وجص ٤١-١١ وجص ٤٣-٣ وجص ٤٥-٣٤ وجص ٤٧-٥ وجص ٤٩-١٥ وجص ٥٤-٢ وجص ٥٥-٢٥ وجص ٥٨-٣٢ وجص ٥٩-٢١ وجص ٦١-٢٠ وجص ٦٣-٢٣ بشأن تغذية الرضع وصغار الأطفال؛ والقرار جص ٦٥-٦ المتعلق بخطة التنفيذ الشاملة الخاصة بتغذية الأمهات والرضع وصغار الأطفال.

٣ WHO UNICEF Baby-Friendly Hospital Initiative, 1991, updated

(http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi_trainingcourse/en/), 2009

٤ منظمة العمل الدولية، اتفاقية حماية الأمومة رقم ١٨٣، عام ٢٠٠٠.

التوصيات

المبررات:

ومن الجلي أن هناك حاجة إلى وضع مبادئ توجيهية تتصدى لخطر نقص التغذية والسمنة على حد سواء في البلدان التي ينتشر فيها سوء التغذية بكل أشكاله (٣٢).

تقدم المبادئ التوجيهية الحالية بشأن التغذية التكميلية (٥٢) الإرشاد بخصوص توقيت بدء استخدام الأغذية التكميلية والتغذية المتجاوبة وكمية الأغذية اللازمة وأنواعها.

وتعتبر مواقف الأسرة إزاء الأغذية والتصورات بشأن وزن الجسم المثالي محددات مهمة لسلوك التغذية التكميلية ولا بد من أخذها في عين الاعتبار.

وتثبت بيّنات حديثة أن التجارب الحسية تبدأ داخل الرحم وتتواصل أثناء الرضاعة الطبيعية، وأن نكهة الأغذية التي تأكلها الأم تنتقل إلى رضيعها. وبمقدور ذلك إلى جانب التغذية التكميلية المناسبة أن يؤدي دوراً مهماً في إرساء تفضيل الأطعمة والتحكم في الشهية. وتشجع تنوع الأغذية الصحية في صفوف الأطفال من خلال تكرار التعرض الإيجابي للأغذية الجديدة (٥٣)، ومراقبتهم لمتعة مقدمي الرعاية وأفراد الأسر بالأغذية الصحية، والحد من التعرض للأغذية غير الصحية (التي قد تؤدي إلى تفضيل الأغذية والمشروبات الشديدة الحلاوة) تساعد كلها على تكوين عادات غذائية سليمة لدى الأطفال وأسرهم (٥٤).

وثمة بيّنات على ارتباط أنماط النوم الرديئة، وانخفاض النشاط البدني، والعدد المفرط من الساعات المقضية في اللعب بأجهزة التسلية المزوّدة بشاشات، بزيادة خطر إصابة الأطفال بالسمنة (٣٨-٤٠). وما زالت البيّنات التي تدعم التدخلات المبكرة للوقاية من السمنة في البلدان المرتفعة الدخل تستجد غير أنها تبدو واعدة جداً. وتدعم البيّنات التدخلات في سياقات ما قبل المدرسة ورعاية الطفولة لأطفال الفئة العمرية بين سنتين وخمس سنوات التي تُعنى بالتغذية المبكرة للأطفال، وأنماط النشاط، والتعرض لوسائل الإعلام، والنوم، وتساعد على النهوض بالسلوك الصحي ومسارات الوزن الصحي في هذه الفترة من العمر (٥٥).

٤-٥ وضع لوائح بشأن تسويق الأطعمة والمشروبات التكميلية، بما يتماشى مع توصيات المنظمة، للحد من استهلاك الرضع وصغار الأطفال للأطعمة والمشروبات الغنية بالدهون والسكر والملح.

٤-٦ توفير الإرشاد والدعم الواضحين لمقدمي خدمات الرعاية لتفادي فئات خاصة من الأغذية (مثل عصائر الفاكهة والألبان المحلاة بالسكر، أو الأغذية الغنية بالطاقة والفقيرة بالمغذيات) من أجل الوقاية من زيادة الوزن المفرط.

٤-٧ توفير الإرشاد والدعم الواضحين لمقدمي خدمات الرعاية لتشجيع استهلاك طائفة متنوعة واسعة من الأغذية الصحية.

٤-٨ توفير الإرشاد إلى مقدمي خدمات الرعاية بشأن ما هو مناسب من تغذية، ونظام غذائي، وحجم الحصص الغذائية لكل فئة عمرية.

٤-٩ ضمان تقديم الأغذية، والمشروبات، والوجبات الخفيفة الصحية فقط في المؤسسات أو السياقات الرسمية لرعاية الأطفال.

٤-١٠ ضمان إدراج التوعية والفهم الغذائيين في المناهج الدراسية للمؤسسات أو السياقات الرسمية لرعاية الأطفال.

المبررات:

تدعم عدة استراتيجيات خاصة بهذه الفئة العمرية أيضاً الآباء ومقدمي الرعاية لضمان المشاهدة المناسبة للتلفزيون/ الشاشة، وتشجيع اللعب النشط، وإرساء سلوك التغذية الصحية والنظم الغذائية الصحية، وتعزيز روتين النوم الصحي ونماذج أنماط الحياة الصحية لمقدمي الرعاية والأسرة التي يفتدى بها (٥٥).

وتثبت البيّنات أن التدخلات الرامية إلى تحسين سلوك التغذية والحركة لدى الطفل هي الأكثر فعالية إذا كانت هذه التدخلات شاملة وتشرك مقدمي الرعاية والمجتمع بصفة عامة (٥٥). وتستلزم التغييرات والتحويلات المجتمعية تدخلات مدروسة ومنسقة تشمل دعم الآباء والأمهات وسائر مقدمي الرعاية لتمكينهم من المساهمة في التغييرات السلوكية الموصى بها.

التوصيات

٤-١١ ضمان إدراج النشاط البدني في الروتين اليومي والمناهج الدراسية للمؤسسات أو السياقات الرسمية لرعاية الأطفال.

٤-١٢ توفير الإرشاد بشأن ما هو مناسب من وقت للنوم، أو قلة الحركة، أو وقت مشاهدة التلفزيون، والنشاط البدني أو اللعب النشط للفئة العمرية بين سنتين وخمس سنوات.

٤-١٣ اجتذاب دعم المجتمع بأكمله للقائمين بالرعاية ولسياقات رعاية الأطفال بغية ترويج أنماط الحياة الصحية لصغار الأطفال.

التوصية ٥: تنفيذ برامج شاملة تروّج لإيجاد بيئات مدرسية صحية، والتثقيف بشؤون الصحة والتغذية، وممارسة النشاط البدني فيما بين صفوف الأطفال والمراهقين الذين هم في سن الدراسة.

٤٣- يواجه الأطفال في سن الدراسة والمراهقون تحديات خاصة في إطار التعليم الرسمي أو خارج المدارس. فهم شديدي التأثير بأنشطة تسويق الأغذية غير الصحية والمشروبات المحلاة بالسكر، وضغوط الأنداد وتصوراتهم بشأن مظهر الجسم المثالي. وقد يتمتع المراهقون بوجه خاص بحرية أكبر في اختيار الأغذية والمشروبات خارج المنزل. وفي الغالب يتقلص النشاط البدني أيضاً في هذه المرحلة من العمر.

٤٤- ومع أن عدداً كبيراً من الأطفال في سن الدراسة ليس منخرطاً، مع الأسف، في إطار التعليم الرسمي، فإن سنوات الدراسة الإلزامية تتيح نقطة دخول سهلة لإشراك هذه الفئة العمرية وغرس العادات الصحية للتغذية والنشاط البدني فيها من أجل الوقاية من السمنة على مدار العمر. وبالنظر إلى أن الحكومات في معظم البلدان تشرف على قطاع التعليم، فإن التعاون الفعال بين الصحة والتعليم يمكن أن يكفل أن تكون البيئات المدرسية بيئات صحية تعزّز فيها الدراية التغذوية والنشاط البدني على حد سواء. وضماناً للإنصاف فإن من الضروري إيلاء المزيد من العناية لوضع برامج تصل إلى الأطفال والمراهقين خارج إطار التعليم الرسمي.

٤٥- وهناك قاعدة بيّنات متنامية تدعم التدخلات لصالح الأطفال والمراهقين في السياقات المدرسية والمجتمع الأوسع نطاقاً كاستراتيجية للوقاية من السمنة (٢٣). وتشير التقييمات النوعية إلى أن تأثير هذه التدخلات في سلوك الوقاية من السمنة وحصائلها يرتبط بما يلي: (أ) نوعية التنفيذ؛ (ب) الصرامة التربوية للبرنامج ودمجه في مسار المناهج الدراسية الرئيسية (مثل القراءة والعلوم)؛ (ج) تعزيز مكانة الجهود المدرسية في سياق الجهود التعليمية والمجتمعية الأوسع نطاقاً.

٤٦- ومن الضروري العمل مع عدد من الجهات صاحبة المصلحة في إطار البرامج الرامية إلى تحسين التغذية والنشاط البدني لدى الأطفال والمراهقين كي تتكامل هذه البرامج بالنجاح. وقد كانت أنشطة الوقاية من السمنة وتعزيز الصحة من اختصاص وزارات الصحة تقليدياً. ومن بين العناصر الأساسية اللازمة للنجاح إدماج الأنشطة ضمن مبادرة مدرسية لتعزيز الصحة، مع انخراط نشط لقطاع التعليم. وسيُنظر إلى التدخلات التي ستُدْرَج في اليوم المدرسي أو المنهاج الدراسي حينها كجزء من مجالات اختصاص هذا القطاع. ويتمثل التحدي الأكثر ذكراً من حيث التنفيذ في التنافس مع مهمة المدارس الأساسية (٥٥). ومن الممكن أن يدمج ذلك التعليم دمجاً فعالاً في مسار المواضيع الرئيسية بدلاً من تخصيص وقت منفصل له عن طريق المشاركة الملائمة للمعلمين. وسيساعد التعاون وتبادل المعلومات، واستخدام النُهج المسندة بالبيّنات، على نحو يتكيف تكيفاً ملائماً مع السياق، وتقاسم الموارد بين وزارات التعليم والصحة على المضي قدماً بهذه الخطة.

٤٧- ولابد من إشراك الأطفال الأكبر سناً والمراهقين أيضاً في إعداد التدخلات التي تحد من سمنة الأطفال وتنفيذها (٥٦). ولن تُصاغ التدخلات على نحو يلبي احتياجاتهم الخاصة بحيث يُتاح لهم ولأناداهم المشاركة والانتفاع على الوجه الأكمل منها إلا عن طريق مساهمتهم النشطة في العملية.

المبررات:

تعد الأغذية الغنية بالطاقة والفقيرة بالمغذيات والمشروبات المحلاة بالسكر عوامل مهمة مسببة لوباء السمنة لدى الأطفال في سن الدراسة والمراهقين على الصعيد العالمي، إذ إنها تسبب فرط الوزن والسمنة وتديهما على حد سواء. ومن المفارقة القيام بتشجيع الأطفال وتوعيتهم بشأن السلوك الصحي، والسماح في الوقت ذاته ببيع أو تسويق الأغذية والمشروبات غير المناسبة ضمن المدارس. وسعيًا وراء وضع قواعد سلوكية أكثر اتساقاً بالطابع الصحي وجعل البيئة أقل تسبباً في السمنة، فإن من الضروري الحد من فرص الحصول على الأغذية غير الصحية والمشروبات المحلاة بالسكر أو توفيرها في أماكن تجمع الأطفال.

ويجب أن تترافق هذه الاستراتيجية مع تيسير وتعزيز فرص الحصول على الماء وعلى الأغذية ذات الطاقة المنخفضة كبديل عن المشروبات المحلاة بالسكر.

وقد يكون المستطاع إنشاء مناطق حول المدارس يقيد فيها بيع الأغذية والمشروبات غير الصحية، إلا أن اللجنة تقر بأن ذلك قد لا يكون ممكناً في عدد من السياقات.

يكتسي فهم دور التغذية في التمتع بالصحة الجيدة أهمية محورية لنجاح التدخلات الرامية إلى تحسين النظام الغذائي. وإذ يمثل المراهقون جيل الآباء القادم، فإنه لا يمكن المبالغة في تقدير أهمية المعارف الصحية والتغذية في مرحلة المراهقة. وفي الواقع، تتيح سنوات الدراسة والمناهج الدراسية الرئيسية فرصاً مهمة لإحراز التقدم. وينبغي إعداد أنشطة التوعية على مدار العمر في المدارس بمشاركة المدرسين وفقاً للمعايير التربوية وتضمينها في مواضيع المناهج الدراسية الأساسية.

التوصيات:

١-٥ إرساء معايير للوجبات التي تقدمها المدارس، أو الأطفعة أو المشروبات التي تُباع في المدارس، بما يلبي المبادئ التوجيهية للتغذية الصحية.

٢-٥ إلغاء تقديم أو بيع الأغذية غير الصحية، مثل المشروبات المحلاة بالسكر، والأغذية الغنية بالطاقة والفقيرة بالمغذيات، في البيئة المدرسية.

٣-٥ ضمان الحصول على مياه صالحة للشرب في المدارس والمرافق الرياضية.

٤-٥ اشتراط إدراج التوعية التغذوية والصحية ضمن المناهج الدراسية الأساسية.

٥-٥ النهوض بالدراسة التغذوية وبمهارات الأمهات والآباء ومقدمي الرعاية.

التوصيات:

٥-٦ إتاحة صفوف إعداد الأطعمة للأطفال، وأمهاتهم وآبائهم، والقائمين على رعايتهم.

المبررات:

وتتجاوز الدراية التغذوية الفعالة نطاق المعارف لتصل إلى التغيير السلوكي الفعلي. وهناك بيّنات تشهد على فعالية التدخلات الرامية إلى تحسين المعرفة والفهم في مجال التغذية غير أن تأثير هذه التدخلات في السلوك الغذائي هو أقل وضوحاً. ومن شأن ضم التدخلات الخاصة بالدراية التغذوية وخدمات المشورة التغذوية الواضحة والمحددة السياق المتاحة للأطفال ومقدمي الرعاية لهم إلى توفير معارف إضافية بشأن تحضير الأغذية في سياق بيئة مسمّنة محسنة أن يمكّن الأطفال والمراهقين وآباءهم/مقدمي الرعاية إليهم من اتخاذ قرارات أشد اتسماً بالطابع الصحي.

٥-٧ إدراج التربية الرياضية الممتازة^١ في المناهج الدراسية وتوفير ما هو كاف ومناسب من موظفين ومرافق لدعم ذلك.

يمكن للمشاركة المنتظمة في أنشطة التربية البدنية الجيدة وسائر أشكال النشاط البدني أن تحسّن مدى انتباه الطفل وتعزز تحكّمه وتطوره من الناحية الإدراكية (٥٧). ويمكن ذلك أن يتصدى للوصم والقوالب النمطية، ويحد من أعراض الاكتئاب، ويحسن الحاصلات النفسية والاجتماعية. ومن المهم أن تكون التربية البدنية المدرسية شاملة لكل الأطفال، على اختلاف قدراتهم، بدلاً من تركيزها على الأطفال الذين يحتمل أن يصبحوا رياضيين بارزين.

التوصية ٦: توفير خدمات أسرية متعددة المكوّنات لإدارة نمط الحياة والوزن في صفوف الأطفال والشباب المعانين من السمنة.

٤٨- عندما يعاني الأطفال بالفعل من فرط الوزن أو السمنة، تشمل الأهداف الإضافية خفض مستوى فرط الوزن، وتحسين حالات المراضة المصاحبة للسمنة وعوامل الخطر الناتجة عن فرط زيادة الوزن. ويختلف قطاع الصحة في كل بلد اختلافاً شديداً ويواجه تحديات مختلفة في تلبية الاحتياجات المرتبطة بخدمات معالجة الأشخاص المصابين بالسمنة. على أنه ينبغي إدراج إدارة حالات الأطفال المعانين من فرط الوزن والسمنة في خدمات فعالة مقدمة في إطار التغطية الصحية الشاملة.

٤٩- ومن المهم توفير خدمات الرعاية الصحية الأولية للكشف المبكر عن حالات السمنة والمضاعفات المرتبطة بها، مثل السكري، وتبديرها علاجياً. ويتيح رصد النمو المنتظم في مرافق الرعاية الصحية الأولية أو في المدارس فرصة لتحديد الأطفال المعرضين لخطر الإصابة بالسمنة. ويمكن أن تتسم النظم الغذائية المنخفضة الطاقة بالفعالية في إدارة حالات السمنة في الأمد القصير، إلا أن الحد من الخمول وزيادة النشاط البدني هما أمران يعززان من فعالية التدخلات. ولما تتوفر كتابات عن نماذج توفير الخدمات الصحية لمعالجة السمنة لدى الأطفال والمراهقين، غير أن من الجلي أن هذه الجهود لا يمكن أن تكون فعالة إلا إذا شاركت فيها الأسرة ككل أو البيئة المعنية بالرعاية.

١ التربية البدنية الجيدة: مبادئ توجيهية وضعتها منظمة الأمم المتحدة للتربية والعلم والثقافة (اليونسكو) لراسمي السياسات، باريس ٢٠١٥.

٥٠- وقد يمارس العاملون الصحيون وغيرهم التمييز ضد الأطفال المعانين من فرط الوزن والسمنة. وكل هذا الأشكال من التمييز غير مقبولة ويجب القضاء عليها (٥٨). ومن الضروري إيلاء احتياجات الصحة النفسية، بما فيها مشاكل الوصم والترهيب، عناية خاصة.

الميررات:

يُظهر استعراض البيّنات المتصلة بسمنة الأطفال أن التدخلات السلوكية الخاصة بأنماط الحياة والمركزة على الأسرة قد تأتي بحصائل إيجابية من حيث الوزن ومنسب كتلة الجسم والمقاييس الأخرى المتعلقة بسمنة الجسم. وينطبق ذلك على الأطفال والمراهقين (٥٩). وهذا النهج هو أساس جميع التدخلات العلاجية. وعلى الرغم من ذلك، أجريت دراسات قليلة جداً بهذا الصدد في البلدان ذات الدخل المنخفض والدخل المتوسط.

وقد تدعو الحاجة إلى اعتماد الخيارات الدوائية و/ أو الجراحية بالنسبة إلى الأطفال المعانين من السمنة المرضية في حال فشل جهود تغيير نمط الحياة (٦٠).

ومن الضروري توفير التدريب الملائم بشأن التغذية والنظام الغذائي والنشاط البدني وعوامل خطر الإصابة بالسمنة لأصحاب المهن الصحية وجميع الأشخاص الذين يقدمون الخدمات إلى الأطفال والمراهقين.

التوصيات:

١-٦ إيجاد ودعم خدمات مناسبة لمراقبة وزن الأطفال والمراهقين المفرطي الوزن أو السمان على أن تكون مستندة إلى متابعة الأسرة، ومتعددة المكوّنات (بما في ذلك التغذية، والنشاط البدني، والدعم الاجتماعي النفسي) وأن تتولى تقديمها أفرقة متعددة المهن ومدربة كما ينبغي ولديها موارد مناسبة، في إطار التغطية الصحية الشاملة.

الإجراءات والمسؤوليات المتعلقة بتنفيذ التوصيات

٥١- تدرك اللجنة أن التنفيذ الناجح للتوصيات يتطلب التزام عدد من الوكالات بتوفير المدخلات، والتركيز، والدعم. وتشمل الإجراءات والمسؤوليات ما يلي:

المبررات	الإجراءات
	منظمة الصحة العالمية:
من الضروري المحافظة على الزخم لمعالجة هذه المسألة المعقدة والبالغة الأهمية. ويمكن للمنظمة أن تدير الحوار الرفيع المستوى وتدعو إلى إجراءات ضمن منظومة الأمم المتحدة ومع الدول الأعضاء وفيما بينها، بغية البناء على الالتزامات المقدمة في إطار أهداف التنمية المستدامة، والإعلان السياسي للاجتماع الرفيع المستوى للجمعية العامة للأمم المتحدة بشأن الوقاية من الأمراض غير المعدية (غير السارية) ومكافحتها، وإعلان روما الصادر عن المؤتمر الدولي الثاني المعني بالتغذية، لتناول الإجراءات المفصلة في هذا التقرير من أجل وضع حد لسمنة الأطفال.	(أ) إضفاء الطابع المؤسسي على نهج شامل يدوم طوال العمر للقضاء على سمنة الأطفال وذلك عبر كل المجالات التقنية المعنية في المقر الرئيسي لمنظمة الصحة العالمية ومكاتبها الإقليمية والقطرية.
ويمكن للمنظمة، اعتماداً على وظيفتها المتصلة بوضع القواعد والمعايير على المستوى العالمي وعبر شبكة مكاتبها الإقليمية والقطرية، أن تقدم المساعدة التقنية من خلال وضع المبادئ التوجيهية والأدوات والمعايير أو الاستناد إليها لدعم توصيات اللجنة وسائر المهام المعنية للمنظمة على الصعيد القطري.	(ب) وضع إطار، بالتشاور مع الدول الأعضاء، لتنفيذ توصيات اللجنة.
وبمقدور المنظمة أن تعمم الإرشادات المتعلقة بالتنفيذ والرصد والمساءلة، وأن ترصد التقدم المحرز في مجال القضاء على سمنة الأطفال وتبلغ عنه.	(ج) تعزيز القدرة على توفير الدعم التقني للعمل على القضاء على سمنة الأطفال على المستويين العالمي، والإقليمي، والمستوى الوطني.
	(د) دعم الوكالات الدولية، والحكومات الوطنية، والجهات المعنية صاحبة المصلحة في الاعتماد على الالتزامات القائمة لضمان تنفيذ الإجراءات المتعلقة بالقضاء على سمنة الأطفال على المستويين العالمي، والإقليمي، والمستوى الوطني.
	(هـ) تعزيز البحوث التعاونية بشأن القضاء على سمنة الأطفال مع التركيز على النهج الذي يمتد على مدار العمر.
	(و) تقديم التقارير عن التقدم المحرز على طريق القضاء على سمنة الأطفال.

المنظمات الدولية:

يسمح التعاون بين المنظمات الدولية بما فيها وكالات الأمم المتحدة الأخرى بتعزيز إرساء علاقات الشراكة والشبكات على الصعيدين العالمي والإقليمي من أجل الدعوة، وتعبئة الموارد، وبناء القدرات، والبحث القائم على التعاون. ويمكن لفرقة عمل الأمم المتحدة المشتركة بين الوكالات والمعنية بالأمراض غير السارية أن تدعم الدول الأعضاء في التصدي لسمنة الأطفال.

الدول الأعضاء:

تقع على عاتق الحكومات المسؤولية النهائية في ضمان انطلاقة صحية لمواطنيها على درب الحياة. وعليه، لا ينبغي تفسير الاضطلاع بدور نشط في التصدي لسمنة الأطفال على أنه تدخل في الخيارات الشخصية، إذ إنه بالأحرى امتلاك الدولة لخاصية الأمور في نمو رأس مالها البشري. ومن الجلي أن المشاركة النشطة للوكالات الحكومية المتعددة تعد أمراً ضرورياً للتصدي لسمنة الأطفال على نحو فعال. وهناك ميل يمكن فهمه إلى اعتبار السمنة مشكلة تخص قطاع الصحة. إلا أن الوقاية من سمنة الأطفال تتطلب تنسيق مساهمات جميع القطاعات والمؤسسات الحكومية المسؤولة عن السياسات. ويجب على الحكومات وضع نهج ملائمة تشمل الحكومة ككل من أجل التصدي لسمنة الأطفال. فضلاً عن ذلك، يتعين على الحكومات الإقليمية والمحلية إدراك التزاماتها وتسخير الموارد والجهود لضمان الاستجابة المنسقة والشاملة على هذه المسألة.

يمكن للحكومات باستخدام هذه البيانات أن تحدد غايات ومعالم متوسطة متصلة بالسمنة ومتسقة مع الغايات العالمية المتعلقة بالتغذية والأمراض غير السارية التي حددتها جمعية الصحة العالمية. وينبغي لها أن تدرج في أطر الرصد الوطنية الخاصة بها المؤشرات الدولية المنققة عليها والمرتبطة بحصائل السمنة (لتنبع التقدم المحرز في تحقيق الغايات الوطنية) وتنفيذ برامج النظام الغذائي والنشاط البدني (بما في ذلك تغطية التدخلات) وبيئة السياسات المتعلقة بالسمنة (بما في ذلك الترتيبات والقدرات والاستثمارات المؤسسية في مجال الوقاية من السمنة ومكافحتها). ويتعين الاضطلاع بالرصد إلى أقصى حد ممكن عبر آليات الرصد القائمة.

(أ) التعاون على بناء القدرات ودعم الدول الأعضاء في التصدي لسمنة الأطفال.

(أ) احتياز الملكية، وتوفير القيادة، وقطع الالتزامات السياسية بشأن معالجة سمنة الأطفال على المدى الطويل.

(ب) تنسيق مساهمات جميع القطاعات والمؤسسات الحكومية المسؤولة عن السياسات، بما في ذلك، وعلى سبيل المثال لا الحصر، ما يلي: التعليم؛ والأغذية والزراعة؛ والتجارة والصناعة؛ والتنمية؛ والشؤون المالية والإيرادات؛ والرياضة والاستجمام؛ والاتصالات؛ والتخطيط البيئي والعمراني؛ والنقل والشؤون الاجتماعية؛ والتبادل التجاري.

(ج) ضمان جمع بيانات منسب كتلة الجسم حسب السن فيما يتعلق بالأطفال، بما في ذلك الفئات العمرية غير المرصودة حالياً، وتحديد أهداف وطنية بشأن سمنة الأطفال.

(د) وضع مبادئ توجيهية، وتوصيات بشأن إجراءات السياسات التي تكفل الإشراك المناسب للقطاعات المعنية، بما في ذلك القطاع الخاص، حسب الاقتضاء، بغية تنفيذ الإجراءات الرامية إلى الحد من سمنة الأطفال، على النحو الوارد في هذا التقرير.

هناك عدة طرق تمكّن الجهات الفاعلة غير الدول من الاضطلاع بدور مهم وداعم في مواجهة التحدي الذي تطرحه سمّنة الأطفال. وكما يتبين من هذا التقرير، تتأثر سمّنة الأطفال تأثراً شديداً بالسلوكيات المتعلقة بالأغذية والنشاط البدني والتغذية، وبالبيئة المدرسية والاجتماعية، وبالمواقف الثقافية بشأن مظهر الجسم، وبسلوك البالغين، وبتصرفات القطاع الخاص.

على الرغم من أن الحكومة هي التي تتولى أمر وضع إطار السياسات، فإن أنشطة إعداد حملات التوعية والمعلومات التغذوية، وتنفيذ البرامج، ورصد الجهات الفاعلة ومساءلتها بشأن الالتزامات المقدمة، هي من المهام التي تتقاسمها الحكومة مع المجتمع المدني في بعض البلدان.

ويمكن أن تشرك الحركات الاجتماعية أفراد المجتمع وتتيح منصة للدعوة والعمل.

الجهات الفاعلة غير الدول

المنظمات غير الحكومية:

(أ) العمل على تسليط الأضواء على الوقاية من سمّنة الأطفال من خلال جهود الدعوة ونشر المعلومات.

(ب) حفز المستهلكين على أن يطالبوا الحكومات بمساندة أنماط الحياة الصحية، وبأن توفر صناعة الأغذية والمشروبات غير الكحولية منتجات صحية، وألا تسوّق الأغذية غير الصحية والمشروبات المحلاة بالسكر في صفوف الأطفال.

(ج) الإسهام في وضع وتنفيذ آلية للرصد والمساءلة.

القطاع الخاص:

(أ) مساندة إنتاج الأغذية والمشروبات غير الكحولية التي تسهم في النظام الغذائي الصحي وتيسير الحصول عليها.

(ب) تيسير سبيل ممارسة النشاط البدني والمشاركة فيه.

ليس القطاع الخاص بالكيان المتجانس إذ إنه يشمل قطاع الإنتاج الغذائي الزراعي، ودوائر صناعة الأغذية والمشروبات غير الكحولية، وبيع التجزئة، وشركات خدمات الأغذية، ومصنعي السلع الرياضية، وشركات الإعلان والترفيه، ووسائل الإعلام. ومن المهم بالتالي أن تؤخذ في الاعتبار هذه الكيانات التي تتصل أنشطتها اتصالاً مباشراً أو غير مباشر بسمّنة الأطفال إيجابياً أو سلبياً. ومن الضروري أن تتخرب البلدان بصورة بناءة مع القطاع الخاص لتشجيع تنفيذ السياسات والتدخلات.

وتدرك اللجنة أن هناك عدداً من مبادرات القطاع الخاص التي يمكن لها أن تخلف أثراً إيجابياً على سمّنة الأطفال. ومن الضروري تشجيع هذه المبادرات حيثما تكون مسندة بقاعدة من البيانات. ويكتسي التعاون الدولي أهمية حيوية إذ إن العديد من الشركات تعمل على الصعيد العالمي. على أنه يجب الاهتمام أيضاً بالكيانات والحرفيين على المستويين المحلي والإقليمي. وقد سبق أن أدت علاقات التعاون مع دوائر الصناعة إلى بعض الحصائل المشجعة فيما يتصل بالنظام الغذائي والنشاط البدني. ويمكن تسريع وتيرة تحقيق المكاسب الصحية

على نطاق العالم عبر مبادرات دوائر صناعة الأغذية الرامية إلى الحد من محتويات الدهون والسكر والملح وأحجام وجبات الأغذية المجهزة، وزيادة إنتاج الخيارات الابتكارية والصحية والمغذية.

وترى اللجنة أن من الممكن إحراز تقدم حقيقي عن طريق المشاركة البناءة القائمة على الشفافية والمساءلة مع القطاع الخاص.

المؤسسات الخيرية:

تمتع المؤسسات الخيرية بموقع فريد يتيح لها الإسهام بشكل كبير في الصحة العمومية العالمية والمشاركة أيضاً في أنشطة الرصد والمساءلة.

(أ) الإقرار بأن سمنة الأطفال تهدد صحتهم، وتحصيلهم الدراسي، ومعالجة هذه المسألة المهمة.

(ب) تعبئة الأموال اللازمة لدعم البحوث، وبناء القدرات، وإيتاء الخدمات.

المؤسسات الأكاديمية:

يمكن أن تساهم المؤسسات الأكاديمية في التصدي لسمنة الأطفال عبر الدراسات عن عوامل الخطر والمحددات البيولوجية والسلوكية والبيئية، وعن فعالية التدخلات في كل مجال من هذه المجالات.

(أ) إبراز أهمية الوقاية من سمنة الأطفال من خلال نشر المعلومات وإدراج هذه المسألة في المناهج الدراسية المناسبة.

(ب) التصدي لفجوات المعرفة القائمة بتوفير البيانات المؤيدة لتنفيذ السياسات.

(ج) دعم أنشطة الرصد والمساءلة.

الرصد والمساءلة

٥٢- إن أكبر خطر محقق بالتقدم الفعال المتصل بسمنة الأطفال هو الافتقار إلى الإرادة السياسية وعجز الحكومات والجهات الفاعلة الأخرى عن احتياز الملكية، وتسهم القيادة، واتخاذ الإجراءات اللازمة. ويتيح نهج يشمل المجتمع ككل أفضل فرصة للتصدي لسمنة الأطفال. ويمكن للحكومات والجهات الفاعلة الأخرى ولاسيما المجتمع المدني، أن تخضع بعضها بعضاً وكيانات القطاع الخاص للمساءلة من أجل ضمان اعتماد السياسات والامتثال للمعايير. ولا بد أن تترافق الالتزامات المتينة بنظم تنفيذ قوية وآليات مساءلة محددة المعالم.

٥٣- وتقع على عاتق الحكومات المسؤولية الأولى عن وضع الإطار السياسي والتنظيمي للوقاية من سمنة الأطفال وتبديدها علاجياً على المستوى القطري. ويجب بدء المساءلة بالتالي من خلال اعتماد سياسات مجدية تقدم الإرشادات الواضحة بشأن الإجراءات اللازمة والإطار الزمني للقيام بذلك.

٥٤- وينبغي للحكومات أن تمنح الأولوية للاستثمار في بناء نظم متينة ذات مؤشرات معينة لقياس سمنة الأطفال والمحددات ذات الصلة بها (مثل اللياقة والتغذية) بطريقة معيارية. وهذه مسألة تكتسي أهمية حاسمة لبيان حجم المشكلة، وتوفير البيانات لتحديد الغايات الوطنية وتوجيه عمليات وضع السياسات. وبمقدور نظم الرصد الراسخة أن توفر البيانات التي تدل على تأثير التدخلات وفعاليتها في الحد من انتشار سمنة الأطفال.

٥٥- وتدرك اللجنة أن الحكومات لا ترغب في زيادة عبء التبليغ. ويوجد حالياً عدد من آليات الرصد التي يمكن للبلدان الاستناد إليها ودمجها في إطار وطني شامل لرصد سمنة الأطفال. وتشمل هذه الآليات الإطار العالمي لرصد الأمراض غير السارية^١ والإطار العالمي لرصد تغذية الأمهات والرضع وصغار الأطفال^٢.

٥٦- وتشمل القيادة الاستراتيجية الوطنية إنشاء هياكل لتصريف الشؤون على نطاق طائفة من القطاعات تعتبر ضرورية لإدارة وضع القوانين والسياسات والبرامج وتنفيذها. كما تعتبر القيادة الوطنية ضرورية لإدارة المشاركة مع الجهات الفاعلة غير الدول، مثل المنظمات غير الحكومية، والقطاع الخاص، والمؤسسات الأكاديمية للتنفيذ الناجح للبرامج، والأنشطة، والاستثمارات.

٥٧- ويستلزم تطبيق نهج يشمل الحكومة ككل إنشاء سلسلة واضحة من المسؤولية والمساءلة، وخضوع المؤسسات المعنية المكلفة بمهام إعداد التدخلات أو تنفيذها للمساءلة عن أداء هذه المهام.

٥٨- ويمكن للمجتمع المدني أن يضطلع بدور حاسم في ممارسة الضغط الاجتماعي والمعنوي والسياسي على الحكومات للوفاء بالتزاماتها (٦١). ويشكل القضاء على سمنة الأطفال الآن جزءاً من برنامج عمل المجتمع المدني في مجال الدعوة والمساءلة.

٥٩- وتقر اللجنة بالدور الهام الذي يمكن أن يضطلع به القطاع الخاص في معالجة مسألة سمنة الأطفال، إلا أن الأمر يتطلب في غالب الأحيان استراتيجيات إضافية للمساءلة، بما في ذلك آليات قانونية، وسوقية، وإعلامية (٦٢). وينبغي النظر في مبادرات القطاع الخاص (بما في ذلك باعة التجزئة، ومصنعو الأغذية، والخدمات الغذائية، وشركات التأمين) المدعومة بقاعدة بيانات مستقلة. ويتعين تحديد مخاطر تضارب المصالح، وتقييمها، وإدارتها على نحو شفاف ومناسب. وعليه فإن مدونات قواعد السلوك وعمليات تقييم الامتثال الخاضعة للتدقيق المستقل والمنفذة في ظل الإشراف الحكومي تتسم بالأهمية.

٦٠- وباستطاعة الحكومات استخدام ما تتمتع به من سلطة للتنظيم في تحسين البيئة الغذائية، وإنفاذ المعايير التنظيمية، وتنفيذ المعايير المعترف بها دولياً مثل مدونة المنظمة الدولية لقواعد تسويق بدائل لبن الأم^٣ ومجموعة توصيات المنظمة بشأن تسويق الأغذية والمشروبات غير الكحولية للأطفال^٤. ويمكن أن تكون سجلات النتائج أدوات مفيدة لضمان المساءلة. ومع أن هذه الأمثلة لا تشمل جميع آليات المساءلة الممكنة فإن النتائج المثلى ستتحقق باستخدام مزيج من أدوات المساءلة واستراتيجياتها.

١ الوثيقة ج ٨/٦٦ بشأن الإطار العالمي لرصد الأمراض غير السارية.

٢ الوثيقة ج ٩/٦٨ بشأن المؤشرات الخاصة بالإطار العالمي لرصد تغذية الأمهات والرضع وصغار الأطفال.

٣ القرار ج ص ٣٤-٢٢ بشأن المدونة الدولية لقواعد تسويق بدائل لبن الأم.

٤ القرار ج ص ٦٣-١٤ بشأن تسويق الأغذية والمشروبات غير الكحولية للأطفال.

٦١- وقد لاحظت اللجنة التأثير المهم الذي يمكن أن تخلّفه التجارة على البيئة المسمّنة. وهذا ما هو عليه الحال بوجه خاص في الدول الجزرية الصغيرة التي تعتمد اعتماداً شديداً على الأغذية المستوردة والتي يحدد فيها المستورد أساساً طبيعة الإمدادات الغذائية وأسعارها. وتقر اللجنة بتعقيد التجارة الدولية ولاسيما تجارة المنتجات الغذائية والزراعية، غير أنها تحث الدول الأعضاء والجهات المشاركة في ترتيبات التجارة الدولية على التماس السبل اللازمة لمعالجة مسائل التجارة المؤثرة في سمنة الأطفال.

الاستنتاجات

٦٢- تقوض السمنة التي تصيب الأطفال عافيتهم البدنية، والاجتماعية، والنفسية، وتدرج في عداد عوامل الخطر المعروفة للسمنة والأمراض غير السارية في صفوف البالغين. وثمة حاجة ملحة إلى العمل الآن للنهوض بصحة الجيلين الحالي والقادم. وتقر اللجنة بأن نطاق التوصيات بشأن السياسات المحتملة للتصدي لسمنة الأطفال واسع ويتضمن عدداً من العناصر المستحدثة. على أن إحراز تقدم مطرد يتطلب اتباع نهج متعدد القطاعات من خلال حزمة شاملة ومتكاملة من التدخلات التي تتناول البيئة المسمّنة، وأبعاد هذا النهج الممتد طوال العمر، وقطاع التعليم. وهذا يستدعي التزاماً وقيادة من جانب الحكومة، واستثمارات طويلة الأجل، ومشاركة المجتمع بأكمله لحماية حقوق الأطفال في التمتع بمستوى جيد من الصحة والعافية. وترى اللجنة أن من الممكن إحراز تقدم حقيقي إذا ما التزمت جميع الجهات الفاعلة بالعمل معاً لتحقيق الهدف الجماعي المتمثل في القضاء على سمنة الأطفال.

المراجع

1. UNICEF, WHO, World Bank. Levels and trends in child malnutrition: UNICEF-WHO-World Bank joint child malnutrition estimates. UNICEF, New York; WHO, Geneva; World Bank, Washington DC: 2015.
2. WHO Multicentre Growth Reference Study Group. WHO child growth standards based on length/height, weight and age. *Acta Paediatr.* 2006;Suppl 450:76–85.
3. Ng M, Fleming T, Robinson M, Thomson B, Graetz N, Margono C, et al. Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet.* 2014;384:766–81.
4. Roberto CA, Swinburn B, Hawkes C, Huang TTK, Costa SA, Ashe M, et al. Patchy progress on obesity prevention: emerging examples, entrenched barriers, and new thinking. *Lancet.* 2015;385:2400–9.
5. Taveras EM, Gillman MW, Kleinman K, Rich-Edwards JW, Rifas-Shiman SL. Racial/ethnic differences in early-life risk factors for childhood obesity. *Pediatrics.* 2010;125:686–95.
6. Food and Agriculture Organization. The double burden of malnutrition. Case studies from six developing countries. *Food and Nutrition Paper.* 2006;84:1–334.
7. Lake A, Townshend T. Obesogenic environments: exploring the built and food environments. *J R Soc Promot Health.* 2006;126:262–7.
8. Hanson MA, Gluckman PD. Early developmental conditioning of later health and disease: physiology or pathophysiology? *Physiological reviews.* 2014;94:1027–76.
9. McPherson NO, Fullston T, Aitken RJ, Lane M. Paternal obesity, interventions, and mechanistic pathways to impaired health in offspring. *Ann Nutr Metab.* 2014;64:231–8.
10. Tanamas SK, Lean ME, Combet E, Vlassopoulos A, Zimmet PZ, Peeters A. Changing guards: time to move beyond body mass index for population monitoring of excess adiposity. *QJM.* 2015;Nov 1.
11. Eastwood SV, Tillin T, Dehbi HM, Wright A, Forouhi NG, Godsland I, et al. Ethnic differences in associations between fat deposition and incident diabetes and underlying mechanisms: the SABRE study. *Obesity.* 2015;23:699–706.
12. Lobstein T, Jackson-Leach R. Estimated burden of paediatric obesity and co-morbidities in Europe. Part 2. Numbers of children with indicators of obesity-related disease. *International Journal of Pediatric Obesity.* 2006;1:33–41.
13. Pizzi MA, Vroman K. Childhood obesity: effects on children's participation, mental health, and psychosocial development. *Occup Ther Health Care.* 2013;27:99–112.
14. *Pediatr Res* Miller AL, Lee HJ, Lumeng JC. Obesity-associated biomarkers and executive function in children. *Pediatr Res.* 2015;77:143–7.
15. Litwin SE. Childhood Obesity and Adulthood Cardiovascular Disease: Quantifying the Lifetime Cumulative Burden of Cardiovascular Risk Factors. *J Am Coll Cardiol.* 2014;64:1588–90.
16. Nader PR, O'Brien M, Houts R, Bradley R, Belsky J, Crosnoe R, et al. Identifying risk for obesity in early childhood. *Pediatrics.* 2006;118:e594–e601.
17. Juonala M, Magnussen CG, Berenson GS, Venn A, Burns TL, Sabin MA, et al. Childhood adiposity, adult adiposity, and cardiovascular risk factors. *N Engl J Med.* 2011;365:1876–85.
18. Kelsey MM, Zaepfel A, Bjornstad P, Nadeau KJ. Age-related consequences of childhood obesity. *Gerontology.* 2014;60:222–8.
19. Finkelstein EA, Graham WC, Malhotra R. Lifetime direct medical costs of childhood obesity. *Pediatrics.* 2014;133:854–62.
20. Muller-Riemenschneider F, Reinhold T, Berghofer A, Willich SN. Health-economic burden of obesity in Europe. *Eur J Epidemiol.* 2008;23:499–509.
21. Global reference list of 100 core health indicators. Geneva: World Health Organization, 2015.

22. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization, 2008.
23. Hawkes C, Smith TG, Jewell J, Wardle J, Hammond RA, Friel S, et al. Smart food policies for obesity prevention. *Lancet*. 2015;385:2410–21.
24. Using price policies to promote healthier diets. Copenhagen, Denmark: World Health Organization Regional Office for Europe, 2014.
25. Arantxa Colchero M, Popkin BM, Rivera JA, Noh SW. Beverage purchases from stores since the start of the Mexican sugar-sweetened beverage excise tax: a year out. *BMJ*. 2016;352:h6704.
26. Ebbeling CB, Feldman HA, Chomitz VR, Antonelli TA, Gortmaker SL, Osganian SK, et al. A randomized trial of sugar-sweetened beverages and adolescent body weight. *N Engl J Med*. 2012;367:1407–16.
27. de Ruyter JC, Olthof MR, Seidell JC, Katan MB. A trial of sugar-free or sugar-sweetened beverages and body weight in children. *N Engl J Med*. 2012;367:1397–406.
28. Popkin BM, Hawkes C. Sweetening of the global diet, particularly beverages: patterns, trends, and policy responses. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2015.
29. Powell LM, Chiqui JF, Khan T, Wada R, Chaloupka FJ. Assessing the potential effectiveness of food and beverage taxes and subsidies for improving public health: a systematic review of prices, demand and body weight outcomes. *Obesity Reviews*. 2013;14:110–28.
30. Hastings G, Stead M, McDermott L, Forsyth A, MacKintosh AM, Rayner M, et al. Review of research on the effects of food promotion to children – final report. Report to the Food Standards Agency. Glasgow: University of Strathclyde, Centre for Social Marketing, 2003.
31. McGinnis JM, Gootman JA, Kraak VI. Food marketing to children and youth. Threat or opportunity? Washington, DC: Institute of Medicine, National Academies Press; 2006.
32. Lobstein T, Jackson-Leach R, Moodie ML, Hall KD, Gortmaker SL, Swinburn BA, et al. Child and adolescent obesity: part of a bigger picture. *Lancet*. 2015;385:2510–20.
33. A framework for implementing the set of recommendations on the marketing of foods and non-alcoholic beverages to children. Geneva: World Health Organization, 2012.
34. An R, Patel D, Segal D, Sturm R. Eating better for less: a national discount program for healthy food purchases in South Africa. *American journal of health behavior*. 2013;37:56–61.
35. Tremblay MS, Gray CE, Akinroye K, Harrington DM, Katzmarzyk PT, Lambert EV, et al. Physical activity of children: a global matrix of grades comparing 15 countries. *Journal of physical activity & health*. 2014;11:S113–25.
36. Global recommendations on physical activity for health. Geneva: World Health Organization, 2010.
37. Food, nutrition, physical activity, and the prevention of cancer: a global perspective. Washington, DC: World Cancer Research Fund, American Institute of Cancer Research, 2007.
38. LeBlanc AG, Spence JC, Carson V, Connor Gorber S, Dillman C, Janssen I, et al. Systematic review of sedentary behaviour and health indicators in the early years (aged 0–4 years). *Appl Physiol Nutr Metab*. 2012;37:753–72.
39. Miller AL, Lumeng JC, LeBourgeois MK. Sleep patterns and obesity in childhood. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes*. 2015;22:41–7.
40. Taveras EM, Gillman MW, Pena MM, Redline S, Rifas-Shiman SL. Chronic sleep curtailment and adiposity. *Pediatrics*. 2014;133:1013–22.
41. Yu Z, Han S, Zhu J, Sun X, Ji C, Guo X. Pre-pregnancy body mass index in relation to infant birth weight and offspring overweight/obesity: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2013;8:e61627.
42. Eriksson JG, Sandboge S, Salonen MK, Kajantie E, Osmond C. Long-term consequences of maternal overweight in pregnancy on offspring later health: findings from the Helsinki Birth Cohort Study. *Ann Med*. 2014;46:434–8.

43. Okubo H, Crozier SR, Harvey NC, Godfrey KM, Inskip HM, Cooper C, et al. Maternal dietary glycemic index and glycemic load in early pregnancy are associated with offspring adiposity in childhood: the Southampton Women's Survey. *Am J Clin Nutr*. 2014;100:676–83.
44. Poston L. Maternal obesity, gestational weight gain and diet as determinants of offspring long term health. *Best practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2012;26:627–39.
45. Oken E, Levitan EB, Gillman MW. Maternal smoking during pregnancy and child overweight: systematic review and meta-analysis. *Int J Obes (Lond)*. 2008;32:201–10.
46. Janesick A, Blumberg B. Endocrine disrupting chemicals and the developmental programming of adipogenesis and obesity. *Birth defects research Part C, Embryo today: reviews*. 2011;93:34–50.
47. Temel S, van Voorst SF, Jack BW, Denktas S, Steegers EA. Evidence-based preconceptional lifestyle interventions. *Epidemiologic Reviews*. 2014;36:19–30.
48. Institute of Medicine and National Research Council. *Weight gain during pregnancy: Reexamining the guidelines*. Washington DC: National Academies Press; 2009.
49. Hanson MA, Bardsley A, De-Regil LM, Moore SE, Oken E, Poston L, et al. The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) recommendations on adolescent, preconception, and maternal nutrition: "Think Nutrition First". *Int J Gynecol Obstet*. 2015;131:S213–S53.
50. Choi J, Fukuoka Y, Lee JH. The effects of physical activity and physical activity plus diet interventions on body weight in overweight or obese women who are pregnant or in postpartum: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Prev Med*. 2013;56:351–64.
51. Horta BL, Loret de Mola C, Victora CG. Long-term consequences of breastfeeding on cholesterol, obesity, systolic blood pressure and type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr Suppl*. 2015;104:30–7.
52. *Guiding principles for complementary feeding of the breastfed child*. Washington, DC: Pan American Health Organization and World Health Organization, 2002.
53. Mennella JA, Nicklaus S, Jagolino AL, Yourshaw LM. Variety is the spice of life: strategies for promoting fruit and vegetable acceptance during infancy. *Physiol Behav*. 2008;94:29–38.
54. Liem DG, Mennella JA. Sweet and sour preferences during childhood: role of early experiences. *Developmental psychobiology*. 2002;41:388–95.
55. Waters E, de Silva-Sanigorski A, Hall BJ, Brown T, Campbell KJ, Gao Y, et al. Interventions for preventing obesity in children. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2011:CD001871.
56. *School policy framework. Implementation of the WHO global strategy on diet, physical activity and health*. Geneva: World Health Organization, 2008.
57. Rasberry CN, Lee SM, Robin L, Laris BA, Russell LA, Coyle KK, et al. The association between school-based physical activity, including physical education, and academic performance: a systematic review of the literature. *Prev Med*. 2011;52 Suppl 1:S10–20.
58. Dietz WH, Baur LA, Hall K, Puhl RM, Taveras EM, Uauy R, et al. Management of obesity: improvement of health-care training and systems for prevention and care. *Lancet*. 2015;385:2521–33.
59. Oude Luttikhuis H, Baur L, Jansen H, Shrewsbury VA, O'Malley C, Stolk RP, et al. Interventions for treating obesity in children. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2009:CD001872.
60. Spear BA, Barlow SE, Ervin C, Ludwig DS, Saelens BE, Schetzina KE, et al. Recommendations for treatment of child and adolescent overweight and obesity. *Pediatrics*. 2007;120:S254–S88.
61. Huang TTK, Cawley JH, Ashe M, Costa SA, Frerichs LM, Zwicker L, et al. Mobilisation of public support for policy actions to prevent obesity. *Lancet*. 2015;385:2422–31.
62. Swinburn B, Kraak V, Rutter H, Vandevijvere S, Lobstein T, Sacks G, et al. Strengthening of accountability systems to create healthy food environments and reduce global obesity. *Lancet*. 2015;385:2534–45.

التذييل ١

اللجنة المعنية بالقضاء على سمنة الأطفال

٦٣- يتزايد انتشار السمنة في صفوف الرضع، والأطفال، والمراهقين يوماً بعد يوم في الكثير من البلدان، وتُسجل أسرع معدلات الزيادة في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل. وبدون القيام بتدخل ما فإن الرضع وصغار الأطفال السمان سيظلون يعانون من السمنة خلال مراحل الطفولة، والمراهقة، والبلوغ.

٦٤- وترتبط سمنة الأطفال بطائفة واسعة من المضاعفات الصحية وبزيادة مخاطر الظهور المبكر للاعتلالات، بما في ذلك السكري ومرض القلب. وثمة العديد من الأسباب والحلول المحتملة لهذه المشكلة. على أنه، وعلى غرار كل استراتيجيات الصحة العمومية، فإن هناك الكثير من التحديات التي تعترض طريق التنفيذ. ولا يمكن إعداد التوصيات الفضلى وتنفيذها في مختلف أرجاء العالم إلا من خلال توليفة من الشراكات المجتمعية، والمساندة الحكومية، والبحوث العلمية.

٦٥- وبغية التوصل إلى استجابة شاملة تتسم بوفرة المعلومات وحسن الصياغة فقد أنشأت المديرية العامة لمنظمة الصحة العالمية لجنة رفيعة المستوى المعنية بالقضاء على سمنة الأطفال، ومؤلفة من خمسة عشر عضواً بارعاً ولامماً ينتمون إلى مجموعة متنوعة من الميادين ذات الصلة. وكلفت اللجنة بمهمة إعداد تقرير توافقي يحدد النهج ومجموعات التدخلات الأشد فعالية على الأرجح في التصدي لسمنة الأطفال والمراهقين في سياقات متنوعة حول العالم. واستعرضت اللجنة الولايات والاستراتيجيات القائمة بشأن الوقاية من سمنة الأطفال، واستفادت منها، وعالجت ما فيها من ثغرات. وحظي عمل اللجنة بمساندة فريقين عاملين مخصصين معنيين بالقضاء على سمنة الأطفال أحدهما يتعلق بالعلوم والبيئات، والآخر بالتنفيذ، والرصد، والمساءلة.

٦٦- وعقدت اللجنة أربعة اجتماعات، وأجرت، كجزء من طرق عملها، مشاورات إقليمية مع الدول الأعضاء، بالإضافة إلى عقد جلسات استماع مع الجهات الفاعلة غير الدول. وعُقد الاجتماع الأول في جنيف يومي ١٧ و ١٨ تموز/ يوليو ٢٠١٤، واستعرضت فيه اللجنة تقرير الاجتماع الأول للفريق العامل المخصص المعني بالعلوم والبيئات وقامت بوضع طريقه عمله.

٦٧- وخلال الاجتماع الثاني، المنعقد في جنيف يومي ١٣ و ١٤ كانون الثاني/يناير ٢٠١٥، استعرضت اللجنة التقرير الثاني للفريق العامل المخصص المعني بالعلوم والبيئات والتقرير الأول للفريق العامل المخصص المعني بالتنفيذ، والرصد، والمساءلة، وأعدت "التقرير المرحلي للجنة المعنية بالقضاء على سمنة الطفولة". وعرض هذا التقرير المبررات المتعلقة بمعالجة سمنة الأطفال وأكد ضرورة تولي الحكومات زمام القيادة في التصدي لهذه المسألة. وأبرز التقرير المرحلي خيارات السياسات المحتملة للعناية بأمر البيئة المسمّنة، والحد من خطر السمنة بتناول العناصر الحاسمة لنهج يمتد طوال العمر، والتدبير العلاجي لحالات الأطفال الذين يعانون من السمنة للنهوض بصحتهم في الوقت الحالي وفي المستقبل.

٦٨- كما شكل التقرير المرحلي الأساس لمشاورة على شبكة الإنترنت بين ١٦ آذار/مارس و ٥ حزيران/يونيو ٢٠١٥. ووردت تعليقات على هذا التقرير من واحد وثمانين كياناً، بما في ذلك الدول الأعضاء، والمنظمات غير الحكومية، والمؤسسات الخيرية، والهيئات الأكاديمية، والباحثون، والقطاع الخاص، والأفراد.

- ٦٩- كما عقدت اللجنة سبع مشاورات إقليمية مع الدول الأعضاء:
- ٢٢-٢٣ تشرين الأول/أكتوبر ٢٠١٥ في أكرا، بغانا، لبلدان الإقليم الأفريقي؛
- ٢٦-٢٨ آب/أغسطس ٢٠١٥ في مكسيكو سيتي، بالمكسيك، لبلدان إقليم الأمريكتين؛
- ٢٨-٢٩ أيلول/سبتمبر ٢٠١٥ في نيودلهي، بالهند، لبلدان إقليم جنوب شرق آسيا؛
- ٢٨-٢٩ تشرين الأول/أكتوبر ٢٠١٥ في فاليتا، بمالطة، لبلدان الإقليم الأوروبي؛
- ٢-٣ تموز/يوليو ٢٠١٥ في القاهرة، بمصر، لبلدان إقليم شرق المتوسط؛
- ٢٤-٢٥ آذار/مارس ٢٠١٥ في مانيل، بالفلبين، للبلدان القارية في إقليم غرب المحيط الهادئ؛
- ٢٧-٢٨ تموز/يوليو ٢٠١٥ في أوكلاند، بنيوزيلندا، للبلدان والأراضي الجزرية في إقليم غرب المحيط الهادئ.
- ٧٠- وعقدت اللجنة اجتماعها الثالث في ٢٢ و٢٣ حزيران/يونيو ٢٠١٥ في منطقة هونغ كونغ الإدارية الخاصة، بجمهورية الصين. وخلال هذا الاجتماع استعرضت اللجنة التعليقات الواردة من الدول الأعضاء بشأن البند ١٣-٣ من جدول أعمال جمعية الصحة العالمية، والمعلومات المرتدة المستخلصة من المشاورات على شبكة الإنترنت وكذلك المشاورة الإقليمية وجلسات الاستماع المعقودة مع البلدان القارية في إقليم غرب المحيط الهادئ. وتلقت اللجنة أيضاً من المديرية العامة لمنظمة الصحة العالمية تقرير الاجتماع الثاني للفريق العامل المخصص المعني بالتنفيذ، والرصد، والمساءلة، إلى جانب تحديث للبيانات صادر عن الفريق العامل المخصص المعني بالعلوم والبيئات.
- ٧١- وخلال الاجتماع الثالث أعدت اللجنة مسودة تقريرها الختامي الذي فصّلت فيه اتجاهات السياسات المحتملة لتتنظر فيها الدول الأعضاء. وشكلت هذه المسودة الأساس للمشاروات الإقليمية لإقليم الأمريكتين، وإقليم جنوب شرق آسيا، والإقليم الأفريقي، والإقليم الأوروبي. كما نُشر التقرير على شبكة الإنترنت من أيلول/سبتمبر حتى تشرين الثاني/نوفمبر ٢٠١٥ التماساً لتعليقات أصحاب المصلحة المعنيين؛ وتم تلقي واستعراض ٩٨ تعليقا.
- ٧٢- وبعد فترة المشاورات عقدت اللجنة اجتماعها الرابع في جنيف في ٣٠ تشرين الثاني/نوفمبر و١ كانون الأول/ديسمبر ٢٠١٥ لاستعراض التعليقات الواردة، ودراسة تقارير الفريقين العاملين المخصصين، وإعداد تقريرها الختامي. وسيُرفع هذا التقرير الختامي للجنة المعنية بالقضاء على سمنة الأطفال إلى المديرية العامة لمنظمة الصحة العالمية في كانون الثاني/يناير ٢٠١٦.

التذييل ٢

أعضاء اللجنة

الدكتورة سانيا نشتر (رئيسة مشاركة) مؤسسة منظمة Heartfile باكستان	السير جورج أيني مدير فخري منظمة الصحة للبلدان الأمريكية
السيدة بولا رادكليف رياضية ووالدة المملكة المتحدة	الدكتور كونستانس تشان هون يي مديرة شؤون الصحة إدارة شؤون الصحة منطقة هونغ كونغ الإدارية الخاصة الصين
الأستاذة هدى رشاد أستاذة ومديرة بحوث مركز البحوث الاجتماعية الجامعة الأمريكية في القاهرة مصر	السير بيتر غلامان (رئيس مشارك) كبير المستشارين العلميين لرئيس وزراء نيوزيلندا ولمعهد ليغينس في جامعة أوكلاند نيوزيلندا
الأستاذة ك. سرينات ردي رئيس مؤسسة الصحة العمومية في الهند مجمع معهد دراسات التنمية الصناعية الهند	السيد أدريان غور مؤسس ورئيس تنفيذي شركة Discovery Group جنوب أفريقيا
الدكتور جاك روج رئيس فخري اللجنة الأولمبية الدولية سويسرا	السيدة بتي كينغ سفيرة سابقة البعثة الدائمة للولايات المتحدة الأمريكية لدى مكتب الأمم المتحدة والمنظمات الدولية الأخرى في جنيف
السيدة ساتشيتا شرستا مناصرة لقضايا الشباب نيبال	السيدة نانا أويي ليتور وزيرة شؤون الجنسين والطفل والحماية الاجتماعية غانا
الدكتور كولين توكويتونغا مدير عام أمانة جماعة المحيط الهادئ كاليدونيا الجديدة	الدكتور ديفيد نابارو منسق حركة تعزيز التغذية والممثل الخاص للأمين العام للأمم المتحدة المعني بالأمن الغذائي والتغذية ومنسق فرقة العمل الرفيعة المستوى

= = =