

A/NCD/INF./1

٣١ تشرين الأول/ أكتوبر ٢٠١٢

الاجتماع الرسمي للدول الأعضاء من أجل اختتام العمل
الخاص بإطار الرصد العالمي الشامل، بما في ذلك
المؤشرات، ومجموعة من الأهداف العالمية الاختيارية
للوفاة من الأمراض غير السارية ومكافحتها
جنيف، ٥-٧ تشرين الثاني/ نوفمبر ٢٠١٢
البند ٤ من جدول الأعمال المؤقت

مسودة إطار الرصد العالمي الشامل، بما في ذلك المؤشرات ومجموعة من الأهداف العالمية الاختيارية للوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها

مقدمة

١- تُعد الأمراض غير السارية في الوقت الحاضر السبب الرئيسي للوفاة في العالم. فمن بين الوفيات التي حدثت في العالم في عام ٢٠٠٨ والبالغ عددها ٥٧ مليون وفاة، نتجت ٣٦ مليون وفاة - أي الثلثين تقريباً - عن الأمراض غير السارية التي تمثلت في المقام الأول في الأمراض القلبية الوعائية والسرطانات وداء السكري وأمراض الرئة المزمنة. ويزداد العبء الإجمالي لتلك الأمراض بسرعة كبيرة في البلدان المنخفضة الدخل. ويحدث ربع إجمالي الوفيات المتعلقة بالأمراض غير السارية في العالم قبل سن الستين.

٢- وهناك نسبة كبيرة من الأمراض غير السارية يمكن الوقاية منها. فجميعها ينطوي على عوامل الخطر السلوكية القابلة للتغيير مثل تعاطي التبغ، والنظام الغذائي غير الصحي، والخمول البدني، وتعاطي الكحول على نحو ضار. وتؤدي عوامل الخطر هذه إلى فرط الوزن والسمنة وارتفاع ضغط الدم وارتفاع مستوى الكوليسترول. وفي حالة عدم اتخاذ الإجراءات اللازمة، ستبلغ تكلفة عبء الأمراض غير السارية تريليونات الدولارات من الموارد المهدرة خلال العقود الثلاثة القادمة. والتدخلات ذات الجدوى وعالية المردود للحد من عبء وأثر الأمراض غير السارية موجودة بالفعل، وفي إمكان العمل المستمر للوقاية من عوامل الخطر وتحسين الرعاية الصحية أن يمنع ملايين الوفيات المبكرة التي يمكن تجنبها.

٣- وتتناول خطة العمل الخاصة بالاستراتيجية العالمية للوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها عناصر رئيسية وهي: الترخد والوقاية والرعاية الصحية. ويستهدف الترخد رصد الأمراض غير السارية، وتحليل محدداتها الاجتماعية والاقتصادية والسلوكية والسياسية لتقديم الإرشاد بشأن السياسات والتدابير التشريعية والمالية.

٤- وقد تم التأكيد على أهمية التردد ورصد التقدم المُحرز في مجال الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها، خلال الاجتماع الرفيع المستوى للجمعية العامة بشأن الوقاية من الأمراض غير السارية (غير المعدية) ومكافحتها، الذي انعقد يومي ١٩ و ٢٠ أيلول/سبتمبر ٢٠١١ في نيويورك. واعتمدت الجمعية العامة القرار ٦٦/٢ الخاص بالإعلان السياسي للاجتماع الرفيع المستوى للجمعية العامة بشأن الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها في ١٩ أيلول/سبتمبر ٢٠١١. ويدعو الإعلان منظمة الصحة العالمية إلى تنفيذ ما يلي قبل نهاية عام ٢٠١٢:

- وضع إطار عالمي شامل للرصد يشمل مجموعة من المؤشرات ويمكن تطبيقه على الصعيد الإقليمي والقطري، بما في ذلك من خلال عملية شاملة لقطاعات متعددة، لرصد الاتجاهات وتقويم التقدم المُحرز في تنفيذ الاستراتيجيات والخطط الوطنية التي تتعلق بالأمراض غير السارية.
- إعداد التوصيات بشأن مجموعة من الأهداف العالمية الاختيارية للوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها.

٥- كما يحث الإعلان السياسي الدول الأعضاء على النظر في تحديد الأهداف والمؤشرات بناءً على الأوضاع الوطنية واستناداً إلى توجيهات منظمة الصحة العالمية.

٦- وقد اعترفت جمعية الصحة العالمية في المقرر الإجمالي ج ص ع ٦٥ (٨) بجملة أمور منها التقدم المُحرز من خلال التعاون الوثيق مع الدول الأعضاء عملاً بالفقرتين ٦١ و ٦٢ من الإعلان السياسي للاجتماع الرفيع المستوى للجمعية العامة بشأن الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها، وقررت أن تعتمد هدفاً عالمياً يتمثل في تقليص معدل الوفيات المبكرة الناجمة عن الأمراض غير السارية بنسبة ٢٥٪ بحلول عام ٢٠٢٥؛ وأعربت عن تأييدها الشديد لإنجاز أعمال إضافية بغرض التوصل إلى توافق الآراء حول الأهداف المتعلقة بعوامل الخطر الرئيسية الأربعة، وهي تعاطي التبغ والنظام الغذائي غير الصحي والخمول البدني وتعاطي الكحول على نحو ضار؛ وأحاطت علماً بالتأييد الكبير الذي أبدته الدول الأعضاء وغيرها من أصحاب المصلحة بخصوص خمسة أهداف عالمية طوعية تم النظر فيها حتى الآن وتشمل الأهداف المتعلقة بارتفاع ضغط الدم وتعاطي التبغ والملح/الصوديوم والخمول البدني؛ وأشارت إلى تأييد الدول الأعضاء وغيرها من أصحاب المصلحة لوضع أهداف خاصة بالسمنة ومدخول الدهون والكحول والكوليسترول وباستجابة النظم الصحية مثل إتاحة الأدوية الأساسية لمكافحة الأمراض غير السارية.

٧- وتعرض ورقة المناقشة المنقحة هذه التي طلبت جمعية الصحة في المقرر الإجمالي ج ص ع ٦٥ (٨) من المدير العام أن يعدها، إطاراً شاملاً للرصد يشمل مجموعة من المؤشرات وأمثلة من الأهداف العالمية الاختيارية، وتراعي القابلية للقياس وإمكانية التحقيق والجدوى واستراتيجيات المنظمة القائمة في هذا المجال. وهي تعتمد على ورقتي المناقشة السابقتين الصادرتين في عامي ٢٠١١ و ٢٠١٢.

الجزء ١: مسودة الإطار العالمي الشامل لرصد الأمراض غير السارية، بما في ذلك مجموعة من المؤشرات

٨- يفيد الرصد العالمي في إنكاء الوعي وتعزيز الالتزام السياسي بالعمل العالمي الذي يتسم بمزيد من القوة ويحظى بمزيد من التنسيق من أجل الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها.

١ بالصيغة المنشورة في موقع منظمة الصحة العالمية الإلكتروني في ٢٥ تموز/يوليو، والمتاحة في: www.who.int/nmh/events/2012/ncd_discussion_paper/en.

- ٩- وينبغي أن يتضمن إطار الرصد الشامل (انظر الشكل ١) الحصائل ذات الصلة (الوفيات والمرض)، وعوامل التعرض للمرض (عوامل الخطر)، وقدرات النظم الصحية واستجابتها، مع التركيز على الأولويات الواردة في الإعلان السياسي. وسيوفر إطار الرصد العالمي بما في ذلك مجموعة المؤشرات المقترحة تقييمات دولية قابلة للمقارنة تتناول اتجاهات الأمراض غير السارية على مر الزمن، وسيساعد على وضع الأسس المرجعية لأوضاع فرادى البلدان مقارنة بغيرها من البلدان التي تقع في الإقليم نفسه أو في الفئة الإنمائية نفسها.
- ١٠- فضلاً عن المؤشرات الواردة في هذا الإطار العالمي للرصد، يجوز للبلدان أن تضيف مؤشرات أخرى لرصد التقدم في تنفيذ الاستراتيجيات الوطنية للوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها، مع مراعاة الأوضاع الخاصة بكل بلد من البلدان.

الشكل ١: مسودة الإطار العالمي الشامل لرصد الأمراض غير السارية

الحصائل	عوامل التعرض	استجابة النظم الصحية
<ul style="list-style-type: none"> • إصابات السرطان حسب النوع • الوفيات المبكرة الناجمة عن الأمراض القلبية الوعائية أو السرطان أو السكري أو أمراض الجهاز التنفسي المزمنة 	<ul style="list-style-type: none"> • الكحول • مدخول الدهون • انخفاض مدخول الفواكه والخضروات • فرط الوزن والسمنة • الخمول البدني • ارتفاع غلوكوز الدم • ارتفاع ضغط الدم • ارتفاع الكوليسترول الكلي • مدخول الملح/الصوديوم • التبغ 	<ul style="list-style-type: none"> • تحري سرطان عنق الرحم • العلاج الدوائي للوقاية من النوبات القلبية والسكتات الدماغية • الأدوية والتكنولوجيات الأساسية للأمراض غير السارية • الرعاية الملطفة • سياسات التخلص جزئياً من الزيوت النباتية المهدرجة في سلسلة توريد الأغذية • سياسات الحد من تسويق الأغذية للأطفال • التطعيم ضد العدوى المسببة للسرطان

مؤشرات ترصد الأمراض غير السارية ضمن الإطار العالمي للرصد

- ١١- يعرض الجدول ١ مجموعة من مؤشرات الرصد العالمي للتقدم المحرز في الحد من أثر الأمراض غير السارية. والمؤشرات التي تغطي العناصر الثلاثة لإطار الرصد العالمي (الحصائل وعوامل التعرض للمرض واستجابة النظم الصحية)، مدرجة بالترتيب الألفبائي في كل عنصر من العناصر.

الجدول ١: مؤشرات ترصد الأمراض غير السارية

الحصائل:

- معدل الإصابة بالسرطان حسب نوع السرطان لكل ١٠٠ ٠٠٠ نسمة.
- احتمال الوفاة غير المشروط في سن يتراوح بين ٣٠ و ٧٠ عاماً بسبب الأمراض القلبية الوعائية والسرطان وداء السكري وأمراض الجهاز التنفسي المزمنة.

التعرض لعوامل الخطر:

- إجمالي (المسجل وغير المسجل) استهلاك الفرد (البالغ من العمر ١٥ عاماً أو أكثر) السنوي من الكحول بـلتر الكحول الصافي.
- متوسط نسبة الأحماض الدهنية المشبعة والأحماض الدهنية غير المشبعة المتعددة إلى إجمالي مدخول الطاقة، الموحد حسب السن لدى الكبار البالغين من العمر ١٨ عاماً أو أكثر.
- معدل الانتشار الموحد حسب السن للكبار (البالغين من العمر ١٨ عاماً أو أكثر) الذين يستهلكون يومياً أقل من خمس حصص إجمالية (٤٠٠ غرام) من الفواكه والخضروات.
- معدل الانتشار الموحد حسب السن لفرط الوزن والسمنة بين الكبار البالغين من العمر ١٨ عاماً أو أكثر وبين المراهقين (ويُعرّف فرط الوزن بأنه منسب كتلة الجسم الذي يزيد على ٢٥ كيلوغرام/م^٢ في حين تُعرّف البدانة بأنها منسب كتلة الجسم الذي يزيد على ٣٠ كيلوغرام/م^٢، وفي حالة المراهقين يحدد ذلك وفقاً لمعايير المنظمة المرجعية للنمو).
- معدل الانتشار الموحد حسب السن للكبار قليلي النشاط البدني البالغين من العمر ١٨ عاماً أو أكثر (ويُعرّف بأنه مزاول أقل من ١٥٠ دقيقة من النشاط المعتدل في الأسبوع أو ما يعادل ذلك).
- معدل الانتشار الموحد حسب السن لارتفاع مستوى الغلوكوز/ السكر في الدم بين الكبار البالغين من العمر ١٨ عاماً أو أكثر (ويُعرّف بأنه مستوى الغلوكوز في بلازما الدم مع الصيام البالغ ٧ مليمول/ لتر (١٢٦ مليغرام/ ديسيلتر) أو أكثر، أو مع تعاطي الأدوية لعلاج ارتفاع مستوى الغلوكوز في الدم).
- معدل الانتشار الموحد حسب السن لارتفاع ضغط الدم بين الكبار البالغين من العمر ١٨ عاماً أو أكثر (ويُعرّف بأنه ضغط الدم الانقباضي البالغ ١٤٠ مليمتر زئبق أو أكثر و/ أو ضغط الدم الانبساطي البالغ ٩٠ مليمتر زئبق أو أكثر).
- معدل الانتشار الموحد حسب السن لارتفاع مستوى الكوليسترول الكلي بين الكبار البالغين من العمر ١٨ عاماً أو أكثر (ويُعرّف بأنه مستوى الكوليسترول الكلي البالغ ٥ مليمول/ لتر أو ١٩٠ مليغرام/ ديسيلتر أو أكثر).
- المدخول المتوسط الموحد حسب السن من الملح (كلوريد الصوديوم) في اليوم لدى الكبار البالغين من العمر ١٨ عاماً أو أكثر.
- معدل الانتشار الموحد حسب السن لتدخين التبغ الحالي بين الأفراد البالغين من العمر ١٥ عاماً أو أكثر.

استجابة النظم الصحية:

- معدل انتشار النساء البالغات من العمر ٣٠-٤٩ عاماً اللاتي خضعن للفحص لتحري سرطان عنق الرحم مرة واحدة على الأقل.
- توفير العلاج الدوائي للوقاية من النوبات القلبية والسكتات الدماغية (ويشمل ذلك ضبط سكر الدم) والنصائح للأفراد البالغين من العمر ٤٠ عاماً أو أكثر المعرضين لخطر الإصابة بالأمراض القلبية الوعائية بنسبة ٣٠٪ أو أكثر خلال عشر سنوات (بما في ذلك الأفراد المصابون بالأمراض القلبية الوعائية بالفعل).
- إتاحة الأدوية الجينية الضرورية للأمراض غير السارية والتكنولوجيات الأساسية في مرافق القطاع العام والخاص.
- إتاحة الرعاية الملطفة المقدّرة حسب استهلاك المسكنات الأفيونية القوية المفعول (باستثناء الميثادون) المعادلة للمورفين لكل وفاة ناجمة عن السرطان.
- اعتماد سياسات وطنية تقضي فعلياً على الزيوت النباتية المهدرجة جزئياً في الإمدادات الغذائية وتستبدل بها بالأحماض الدهنية غير المشبعة المتعددة.
- اعتماد سياسات وطنية للحد من أثر تسويق الأغذية التي تحتوي على نسبة عالية من الدهون المشبعة أو الأحماض الدهنية المتحولة أو السكريات الحرة أو الملح للأطفال.
- التطعيم ضد العدوى المسببة للسرطان: فيروس الورم الحليمي البشري وفيروس التهاب الكبد B.

تفاصيل المؤشرات

المؤشرات الخاصة بالحصائل

معدل الإصابة بالسرطان

١٢- المؤشر: معدل الإصابة بالسرطان حسب النوع لكل ١٠٠٠٠٠٠ نسمة.

١٣- الصلة بالصحة العمومية: يُعد السرطان السبب الرئيسي الثاني للوفيات الناجمة عن الأمراض غير السارية، والمسؤول عن ٧,٦ ملايين وفاة في عام ٢٠٠٨. ويحدث ما يزيد على ثلثي إجمالي الوفيات الناجمة عن السرطان في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل. ومن المتوقع أن تتزايد أهمية السرطان كسبب من أسباب المرضة والوفاة خلال العقود القليلة القادمة في جميع أقاليم العالم. وتُعد البيانات الخاصة بمعدلات الإصابة بالسرطان وبأنواع السرطان ضرورية لتخطيط برامج مكافحة السرطان. ويؤكد اختلاف أنواع السرطان على صعيد البلدان على الحاجة إلى مراعاة أنماط السرطان في أنشطة مكافحة السرطان مراعاة تامة، نظراً لأن الوقاية الأولية والكشف المبكر والتحري والعلاج قد يؤثر بقدر متفاوت على أنواع السرطان المختلفة.

١٤- اختيار المؤشر: يتتبع معدل الإصابة بالسرطان عدد الإصابات السنوية الجديدة الخاصة بموقع محدد أو بنوع محدد في فئة سكانية ما، وعادة ما يُعبّر عنه بعدد إصابات السرطان الجديدة لكل ١٠٠٠٠٠٠ نسمة.

١٥- إتاحة البيانات المرجعية والمسائل والمتطلبات المتعلقة بالقياس: يتم الحصول على بيانات السرطان من سجلات الإصابات السرطانية في الفئات السكانية، والتي تُجمَع وتُصنّف فيها المعلومات عن جميع حالات

السرطان الجديدة في فئة سكانية محددة، والتي توفر إحصاءات الإصابة والبقاء على قيد الحياة بغرض تقييم أثر السرطان ومكافحته. ولكن يظل هناك نقص ملحوظ في السجلات السكانية الجيدة النوعية للإصابات السرطانية في أفريقيا وآسيا وأمريكا اللاتينية، حيث لا يشمل الرصد سوى نسبة ١٪ و ٤٪ و ٦٪ بالترتيب من سكان تلك الأقاليم.

الوفيات المبكرة الناجمة عن الأمراض غير السارية

١٦- المؤشر: احتمال الوفاة غير المشروط في سن يتراوح بين ٣٠ و ٧٠ عاماً بسبب الأمراض القلبية الوعائية والسرطان وداء السكري وأمراض الجهاز التنفسي المزمنة.

١٧- الصلة بالصحة العمومية: من بين الوفيات البالغ عددها ٥٧ مليون وفاة التي حدثت في العالم في عام ٢٠٠٨، نتجت ٣٦ مليون (٦٣٪) وفاة عن الأمراض غير السارية. وحدث نحو ٨٠٪ من الوفيات الناجمة عن الأمراض غير السارية في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل (٢٩ مليون وفاة). وتمثلت الأسباب الرئيسية للوفيات الناجمة عن الأمراض غير السارية في عام ٢٠٠٨ في الأمراض القلبية الوعائية (١٧ مليون وفاة أي ٤٨٪ من جميع الوفيات الناجمة عن الأمراض غير السارية)، والسرطانات (٧,٦ ملايين وفاة أي ١٣٪ من جميع الوفيات الناجمة عن الأمراض غير السارية)، وأمراض الجهاز التنفسي، بما في ذلك الربو وداء الانسداد الرئوي المزمن (٤,٢ ملايين). كما تسبب داء السكري في ١,٣ ملايين وفاة أخرى.

١٨- اختيار المؤشر: يتم احتساب هذا المؤشر استناداً إلى معدلات الوفيات في الفئات العمرية المحددة لفئات الأسباب الأربع مجتمعة (وعادة ما يكون ذلك وفقاً لمجموعات عمرية تشمل خمس سنوات، مثل ٣٠-٣٥،...، ٦٥-٦٩). ويتيح أسلوب جدول الحياة احتساب احتمالات الوفاة بين الثلاثين والسبعين من العمر على وجه التحديد نتيجة لأي من هذه الأسباب وفي غياب مسببات الوفاة الأخرى.

١٩- ويمثل الحد الأدنى للسن في هذا المؤشر، وهو ٣٠ عاماً، النقطة من دورة الحياة التي تبدأ عندها احتمالات الوفاة بسبب الأمراض المزمنة الأربعة المختارة في الزيادة في معظم الفئات السكانية مقارنة بالمستويات البالغة التذني التي تخص الأعمار الصغيرة. أما الحد الأقصى وهو سبعون عاماً فقد اختير لهذين السببين:

(١) تحديد نطاق عمري يمكن اعتبار فيه أن هذه الوفيات الناجمة عن الأمراض المزمنة وفيات مبكرة بالفعل في معظم أقاليم العالم. ويبين الجدول ١ العمر المتوقع المُقدَّر في سن الثلاثين حسب الإقليم لعام ٢٠٠٩؛ ويشير إلى أن متوسط العمر المتوقع عند الوفاة لمن هم في سن الثلاثين يتجاوز بالفعل ٧٠ عاماً في جميع الأقاليم باستثناء الإقليم الأفريقي؛

(٢) يزداد عدم اليقين في تقدير معدلات الوفيات الناجمة عن أسباب محددة في الأعمار المتقدمة، وذلك نظراً لزيادة نسب الوفيات التي تُعزى إلى أسباب غير محددة، وزيادة مستويات الاعتلالات المزمنة، وزيادة معدلات الخطأ في تحديد السن عند الوفاة وفي مصادر البيانات السكانية.

٢٠- إتاحة البيانات المرجعية والمسائل والمتطلبات المتعلقة بالقياس: لا يمتلك سوى ثلثي البلدان تقريباً نظم لتسجيل الأحوال المدنية التي تسجل الوفيات بدرجة من الاكتمال تتيح تقدير معدلات الوفيات الناجمة عن جميع الأسباب. وكذلك فإنه نظراً لوقوع أخطاء في الإشهاد على الأسباب المحددة للوفاة وأخطاء خاصة بالترميز في عدد كبير من البلدان، يتعلق المؤشر المقترح بالاحتمال الإجمالي للوفاة الناجمة عن فئات الأمراض غير السارية الأربع الرئيسية التي تسبب في الوفاة. ويُعني ذلك عن الحاجة إلى التعامل مع تنوع ممارسات الترميز فيما يتعلق بداء السكري والأمراض القلبية الوعائية. وقد ترغب البلدان التي لديها بيانات عالية الجودة عن أسباب الوفاة

تصدر عن نظام كامل للتسجيل، في تحديد أهداف وطنية أدق تفصيلاً للأسباب المحددة المتعلقة بالأمراض غير السارية.

٢١- وتُعد المبادرات الوطنية لتعزيز نُظم تسجيل الأحوال المدنية والأسباب المحددة للوفاة أولوية رئيسية بالنسبة للعديد من البلدان. وينبغي تدريب الأطباء على أهمية استكمال شهادات الوفاة. وفي البيانات حيث تكثر الوفيات التي تحدث في عدم وجود طبيب، يمكن استخدام أساليب بديلة مثل التشريح الشفوي لاستكمال البيانات المجمعة من شهادات الوفاة. وسيطلب تحقيق الهدف العالمي الخاص بتوفر بيانات الوفيات العالية الجودة الاستثمار طويل الأجل في نُظم التسجيل المدني.

المؤشرات الخاصة بعوامل التعرض

الكحول

٢٢- *المؤشر: إجمالي (المسجل وغير المسجل) استهلاك الفرد (البالغ من العمر ١٥ عاماً أو أكثر) السنوي من الكحول بلتر الكحول الصافي.*

٢٣- *الصلة بالصحة العمومية: يُعد الحد من عبء المرض الذي يُعزى إلى تعاطي الكحول ضمن أولويات الصحة العمومية العالمية التي أكدت عليها الاستراتيجية العالمية للحد من تعاطي الكحول على نحو ضار. وتعرّف الاستراتيجية تعاطي الكحول على نحو ضار بأنه التعاطي الذي يتسبب في عواقب صحية واجتماعية ضارة لمن يتعاطى الكحول (التعاطي الضار)، وللمحيطين به وللمجتمع ككل، وكذلك أنماط التعاطي المرتبطة بزيادة احتمالات الحوادث الصحية السلبية (التعاطي الخطر). وتشير التقديرات إلى أن ٢,٣ ملايين وفاة سنوية، أي ٣,٨٪ من الوفيات في العالم، تُعزى إلى استهلاك الكحول، وتتسبب الأمراض غير السارية بما في ذلك السرطانات والأمراض القلبية الوعائية في ما يزيد على نصف هذه الوفيات. وترتبط مخاطر معظم الاعتلالات الصحية التي تُعزى إلى الكحول بالمستويات الإجمالية لاستهلاك الكحول، وليس هناك ما يشير إلى وجود عتبة تأثير فيما يتعلق بالسرطانات وفرط ضغط الدم.*

٢٤- *وتؤكد الاستراتيجية العالمية للحد من تعاطي الكحول على نحو ضار أن تعاطي الكحول على نحو ضار ومشكلات الصحة العمومية المرتبطة به تتأثر بالمستوى العام لاستهلاك الكحول في فئة سكانية معينة، وأنماط التعاطي والسياقات المحلية. وترتبط مستويات وأنماط استهلاك الكحول ببعضها البعض، حيث ترتبط الزيادة في الاستهلاك العام للكحول في فئة سكانية ما بزيادة معدل انتشار الاضطرابات الناجمة عن هذا التعاطي وأنماط التعاطي الضارة، ومن ناحية أخرى، فإن الحد من انتشار الإفراط في التعاطي في فئة سكانية ما يؤدي إلى تراجع المستوى العام لاستهلاك الكحول. وفي بعض البلدان يُعد ١٠-٢٠٪ من المفرطين في تعاطي الكحول مسؤولين عن ٨٠-٩٠٪ من إجمالي الكحول المستهلك في فئة من الفئات سكانية. وتشير البيانات المتاحة إلى أن مستويات استهلاك الكحول الإجمالية، المقاسة باستهلاك الفرد للكحول، مرتبطة بالحصائل الصحية الرئيسية ذات الصلة بالكحول.*

٢٥- *اختيار المؤشر: ويتصل معياران من معايير استهلاك الكحول بصلة خاصة بالوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها وهما المستوى العام لاستهلاك الكحول ونمط تعاطيه. وفيما يتعلق بالمستوى العام لاستهلاك الكحول في الفئات السكانية يُعد استهلاك الفرد البالغ مؤشراً تعترف به المنظمة وتقره وتجمع البيانات بشأنه وتحللها وتبلغ عنها في شكل سلاسل زمنية. ويرتبط مستوى الاستهلاك للفرد بمستويات تعاطي الكحول على نحو خطر وضار ويمكن اعتباره المقياس البديل الوحيد الذي يعول عليه للرصد العالمي لتعاطي الكحول على نحو ضار" كما تعرّفه الاستراتيجية العالمية للحد من تعاطي الكحول على نحو ضار. ويُعد معدل انتشار الإفراط في*

تعاطي الكحول من أن إلى آخر أفضل مؤشر لوصف نمط استهلاك الكحول المرتبط بالحصائل الصحية السلبية المتعددة. ولكن هناك تحديات منهجية مهمة في قياس الإفراط في تعاطي الكحول من أن إلى آخر بالاستناد إلى بيانات الإبلاغ الذاتي التي تتطوي على احتمال التحيز وتفاوت البيانات الواردة في المسوح المختلفة لأي فئة سكانية، فضلاً عن غياب البيانات على المستويين العالمي والإقليمي المتوفرة في شكل سلاسل زمنية بالنسبة لمعظم بلدان العالم، والتكاليف المرتفعة التي تترتب على جمع البيانات من البلدان على نحو موثوق فيه، وتحول هذه التحديات دون التوصية بهذا المؤشر كمؤشر رئيسي لأغراض الرصد في العالم. وقد تم النظر في المؤشرات التي تستند إلى معدلات الوفيات والمرضاة الناجمة عن استهلاك الكحول، مثل تشمع الكبد الناجم عن تعاطي الكحول أو إدمان الكحول أو الذهان الناجم عن تعاطي الكحول، ولكن لم يوصى بها نظراً للتحديات المهمة المتعلقة بالقياس ولغياب البيانات عن الاتجاهات في معظم الدول الأعضاء.

٢٦- *إتاحة البيانات المرجعية والمسائل والمتطلبات المتعلقة بالقياس*: وتتوفر البيانات عن إجمالي (المسجل وغير المسجل) استهلاك الفرد (١٥ عاماً أو أكثر) السنوي للكحول بلتر الكحول الصافي في ١٩٢ دولة من الدول الأعضاء، وتستند إلى بيانات المبيعات وبيانات التصدير والاستيراد الوطنية الحكومية والبيانات التي تصدرها دوائر صناعة الكحول ومنظمة الأغذية والزراعة، وعلى تقديرات الاستهلاك غير المسجل للكحول. ويستند تقدير التغيرات في الاستهلاك الإجمالي إلى التغيرات الموثقة في إجمالي استهلاك الكبار (البالغين من العمر ١٥ عاماً أو أكثر) من الكحول سنوياً للفرد بلتر الكحول الصافي. وفي البلدان التي يعادل فيها عدد السياح الذين يزورون البلاد سنوياً عدد السكان على الأقل، يؤخذ استهلاك السياح في الاعتبار عند قياس استهلاك الفرد للكحول. ومنذ عام ٢٠٠٤ تتوافر بيانات إجمالي (المسجل وغير المسجل) استهلاك الكحول لمعظم الدول الأعضاء وتحقق تقدم كبير في تحسين تقديرات الاستهلاك غير المسجل للكحول.

مدخول الدهون

٢٧- *المؤشر*: متوسط نسبة الأحماض الدهنية المشبعة إلى إجمالي مدخول الطاقة الموحد حسب السن لدى الكبار البالغين من العمر ١٨ عاماً أو أكثر.

٢٨- *المؤشر*: متوسط نسبة الأحماض الدهنية غير المشبعة المتعددة إلى إجمالي مدخول الطاقة الموحد حسب السن لدى الكبار البالغين من العمر ١٨ عاماً أو أكثر.

٢٩- *الصلة بالصحة العمومية*: ثمة روابط بين فرط مدخول الدهون وبين زيادة خطر الإصابة بالسمنة وأمراض القلب التاجية وبعض أنواع السرطان. ويرى الكثيرون أن زيادة استهلاك الأحماض الدهنية المشبعة يُعد من عوامل خطر الإصابة بالأمراض القلبية الوعائية. وفي عام ٢٠٠٢ أوصت مشاوررة الخبراء المشتركة بين منظمة الصحة العالمية ومنظمة الأغذية والزراعة بأنه يتحتم للوقاية من الأمراض غير السارية أن تقل نسبة استهلاك الأحماض الدهنية المشبعة عن ١٠٪ من إجمالي استهلاك الفرد من الطاقة. وفي الآونة الأخيرة أوصت منظمة الصحة العالمية بأن استهلاك الأحماض الدهنية المشبعة ينبغي أن يقل عن ١٠٪ من إجمالي استهلاك الفرد من الطاقة للحد من الأمراض القلبية الوعائية. ويشير تحليل منظمة الأغذية والزراعة لميزانيات الأغذية إلى أنه في عام ٢٠٠٨ كان مدخول الأحماض الدهنية المشبعة يتراوح بين ٢ و٣٥٪، وأنه تجاوز ١٠٪ من إجمالي الطاقة في أكثر من ٤٠ بلداً.

٣٠- ويشير تحليل الدراسات الأترابية والتجارب المعشاة المضبوطة إلى أن إحلال الدهون غير المشبعة المتعددة محل الأحماض الدهنية المشبعة المتساوية الكالوريات يحد من خطر الإصابة بالأمراض القلبية الوعائية. وتم احتساب انخفاض خطر الإصابة بأمراض القلب التاجية بنسبة ١٠٪ لكل زيادة بنسبة ٥٪ في الطاقة من الأحماض الدهنية غير المشبعة المتعددة.

٣١- *اختيار المؤشر:* ينبغي جمع البيانات عن نسبة مدخول الطاقة الإجمالي من الأحماض الدهنية المشبعة ومن الأحماض الدهنية غير المشبعة المتعددة، لرصد تحول أنماط الاستهلاك.

٣٢- *إتاحة البيانات المرجعية والمسائل والمتطلبات المتعلقة بالقياس:* تَبْلُغ معظم المسوح الغذائية للبلدان المرتفعة الدخل عن مدخول الأحماض الدهنية المشبعة (مثل: أستراليا وكندا وألمانيا واليابان ونيوزيلندا والمملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وأيرلندا الشمالية والولايات المتحدة الأمريكية). وأشار استعراض المسوح الغذائية الوطنية المتاحة إلى أن ما يزيد على ٦٠ بلداً قد جمعت بيانات غذائية تشمل المعلومات عن الأحماض الدهنية المشبعة. وفضلاً عن ذلك أُجري تحليل تلوي واسع النطاق في إطار مشروع العبء العالمي للأمراض وسيكون متاحاً في نهاية عام ٢٠١٢. وحيثما لم يتم الإبلاغ عن مدخول الأحماض الدهنية المشبعة، يمكن وضع الافتراضات حول الأحماض الدهنية المشبعة والأحماض الدهنية غير المشبعة المتعددة استناداً إلى المدخول الإجمالي من الدهون. وفي غياب قيم الأحماض الدهنية المشبعة في قواعد البيانات الخاصة بمكونات الأغذية، يمكن تقدير مدخول هذه الأحماض من خلال تقسيم إجمالي الدهون وفقاً للأغذية أو فئات الأغذية لاحتساب المحتوى من الأحماض الدهنية. فعلى سبيل المثال تُعد نسبة الأحماض الدهنية التي تحتوي عليها دهون منتجات الألبان متماثلة إلى درجة كبيرة في كل من الزبد والجبن والزبادي وما إلى ذلك، ولذا يمكن تقدير المحتوى من الأحماض الدهنية المشبعة والأحماض الدهنية غير المشبعة المتعددة في منتجات الألبان إذا ما عرف إجمالي المحتوى من الدهون. ويمكن الحصول على التقديرات بالطريقة نفسها بالنسبة للحوم والمكسرات والحبوب والزيوت.

انخفاض مدخول الفواكه والخضروات

٣٣- *المؤشر:* معدل الانتشار الموحد حسب السن للكبار (البالغين من العمر ١٨ عاماً أو أكثر) الذين يستهلكون يومياً أقل من خمس حصص إجمالية (٤٠٠ غرام) من الفواكه والخضروات.

٣٤- *الصلة بالصحة العمومية:* يُعزى نحو ١٦ مليون (١,٠٪) سنة من سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز و١,٧ ملايين (٢,٨٪) وفاة في العالم إلى قلة استهلاك الفواكه والخضروات. فالاستهلاك الكافي للفواكه والخضروات يحد من خطر الإصابة بالأمراض القلبية الوعائية وسرطان المعدة وسرطان القولون والمستقيم. وهناك بيّنات مقنعة تشير إلى أن ارتفاع مستويات استهلاك الأغذية ذات المحتوى الكبير من الطاقة مثل الأغذية المصنعة الغنية بالدهون والسكر، يعزز السمنة مقارنة بالأغذية ذات المحتوى المنخفض من الطاقة مثل الفواكه والخضروات.

٣٥- *اختيار المؤشر:* ويُنصح باستهلاك ٤٠٠ غرام على الأقل من الفواكه والخضروات يومياً كمدخول مستهدف للفئات السكانية من أجل الوقاية من الأمراض المزمنة الناجمة عن اختلال النظام الغذائي.

٣٦- *إتاحة البيانات المرجعية والمسائل والمتطلبات المتعلقة بالقياس:* يتم جمع البيانات عن قلة استهلاك الفواكه والخضروات في المسوح الخاصة بالسلوكيات التي تنطوي على مخاطر صحية ومسوح التغذية. وينبغي أن تسجل المسوح استهلاك الفواكه والخضروات باستخدام حجم موحد للحصة بمقدار ٨٠ غرام.

السمنة وفرط الوزن

٣٧- *المؤشر:* معدل الانتشار الموحد حسب السن للسمنة (المعرّفة بأنها منسب كتلة الجسم الذي يساوي أو يزيد على ٣٠ كغ/م^٢) بين الكبار البالغين من العمر ١٨ عاماً أو أكثر.

٣٨- المؤشر: معدل الانتشار الموحد حسب السن لفرط الوزن بين الكبار البالغين من العمر ١٨ عاماً أو أكثر وبين المراهقين (المعروف بأنه منسب كتلة الجسم الذي يساوي أو يزيد على ٢٥ كغ/م^٢ بالنسبة للكبار والمعروف وفقاً لمعايير المنظمة المرجعية للنمو بالنسبة للمراهقين).

٣٩- الصلة بالصحة العمومية: إن العلاقة بين الحصائل الصحية السيئة/ الوفيات الناجمة عن جميع الأسباب وبين السمنة مؤكدة تماماً. وعلى صعيد العالم يموت ٢,٨ ملايين شخص سنوياً على الأقل نتيجة لفرط الوزن أو السمنة؛ وينتج ما يقدر بنحو ٣٥,٨ مليون (٢,٣٪) سنة من سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز عن فرط الوزن أو السمنة. وفي عام ٢٠٠٨ كان ٩,٨٪ من الرجال و١٣,٨٪ من النساء في العالم يعانون من السمنة (بلغ لديهم منسب كتلة الجسم ٣٠ كغ/م^٢ أو أكثر)، مقارنة بنسبة ٤,٨٪ من الرجال و٧,٩٪ من النساء في عام ١٩٨٠. وكان ما يقدر بنحو ٢٠٥ مليون رجل و٢٩٧ مليون امرأة ممن تزيد أعمارهم عن عشرين عاماً يعانون من السمنة في عام ٢٠٠٨، أي ما يزيد إجماليه على ٥٠٠ مليون شخص بالغ في العالم.

٤٠- اختيار المؤشر: يُعد منسب كتلة الجسم مؤشراً بسيطاً للوزن مقابل الطول يُستخدم عادة لتصنيف فرط الوزن والسمنة بين البالغين. ويعرف هذا المنسب بأنه وزن الشخص بالكيلوغرام مقسوم على مربع الطول بالمتر (كغ/متر^٢). وتستخدم هذه المؤشرات تعريف منظمة الصحة العالمية لفرط الوزن والسمنة، حيث يشير منسب كتلة الجسم الذي يساوي أو يزيد على ٢٥ إلى "فرط الوزن" ويشير المنسب الذي يساوي أو يزيد على ٣٠ إلى "السمنة". ويُعد منسب كتلة الجسم أفضل مقياس لفرط الوزن والسمنة على مستوى الفئات السكانية، نظراً لأنه يُحتسب بالطريقة ذاتها للجنسين وللکبار في جميع الأعمار.

٤١- إتاحة البيانات المرجعية والمسائل والمتطلبات المتعلقة بالقياس: تتوفر البيانات عن معدل انتشار فرط الوزن والسمنة بين الكبار على نطاق واسع في الدول الأعضاء. وتُجمع البيانات من خلال مسح الفحوص الصحية و/ أو مسح التغذية التي تشمل القياسات البشرية (أي الطول والوزن). وتُجمع البيانات عن معدل انتشار فرط الوزن والسمنة بين المراهقين في المقام الأول من خلال المسوح الصحية الخاصة بالمدارس.

الخمول البدني

٤٢- المؤشر: معدل الانتشار الموحد حسب السن لنقص النشاط البدني بين الكبار البالغين من العمر ١٨ عاماً أو أكثر (ويعرف بأنه مزاولة النشاط البدني المعتدل لأقل من ١٥٠ دقيقة في الأسبوع أو ما يعادل ذلك).

٤٣- الصلة بالصحة العمومية: يُعد نقص النشاط البدني العامل الرئيسي الرابع من عوامل خطر التعرض للوفاة. فهناك ما يقرب من ٣,٢ ملايين وفاة و٣٢,١ مليون سنة من سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز (والتي تمثل ٢,١٪ من إجمالي سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز) سنوياً تُعزى إلى نقص النشاط البدني. ويتعرض الأفراد الذين لا يمارسون النشاط البدني على نحو كافٍ إلى زيادة بنسبة ٢٠ إلى ٣٠٪ في مخاطر الوفاة الناجمة عن جميع الأسباب مقارنة بالأفراد الذين يمارسون النشاط البدني المعتدل لمدة ٣٠ دقيقة في معظم أيام الأسبوع. وفي عام ٢٠٠٨ أشارت التقديرات إلى أن ٣١٪ من الأشخاص البالغين من العمر ١٥ عاماً أو أكثر لا يمارسون النشاط البدني على نحو كافٍ (٢٨٪ من الذكور و٣٤٪ من الإناث).

٤٤- اختيار المؤشر: تم اختيار "أقل من ١٥٠ دقيقة من النشاط المعتدل أسبوعياً" (أو ما يعادل ذلك) كقيمة حدية نظراً لوجود مجموعة كبيرة من البيانات العلمية التي تدل على أن الأشخاص الذين يبلغون هذه العتبة يتمتعون بمستويات أعلى من اللياقة الصحية، ويقل تعرضهم لخطر الإصابة بعدد من الاعتلالات الصحية

المسببة للعجز، وتقل معدلات إصابتهم بالأمراض غير السارية المزمنة المختلفة مقارنة بالأشخاص الذين لا يمارسون النشاط البدني.

٤٥- ويُحتسب هذا المؤشر استناداً إلى قيم انتشار نقص النشاط البدني المحدد وفقاً للسن. ويتم توحيد السن لضبط اختلاف البنية العمرية للسكان مع مرور الوقت ومن بلد إلى آخر. وقد اختير ١٨ عاماً كحد أدنى للسن مراعاةً لطبيعة البيانات العلمية ذات الصلة بالحصائل الصحية ومدى توفرها.

٤٦- *إتاحة البيانات المرجعية والمسائل والمتطلبات المتعلقة بالقياس:* يتم جمع البيانات عن أنماط النشاط البدني في المسوح الخاصة بالسلوكيات التي تتطوي على مخاطر صحية. وينبغي أن تسجل المسوح النشاط البدني في مجالات الحياة كافة بما في ذلك العمل/ المنزل والمواصلات ووقت الفراغ للسكان عموماً.

ارتفاع غلوكوز/ سكر الدم

٤٧- *المؤشر:* معدل الانتشار الموحد حسب السن لارتفاع مستوى الغلوكوز/ السكر في الدم بين الكبار البالغين من العمر ١٨ عاماً أو أكثر (ويُعرّف بأنه مستوى الغلوكوز في بلازما الدم مع الصيام البالغ ٧ مليمول/ لتر (١٢٦ مليغرام/ ديسيلتر) أو أكثر أو تعاطي الأدوية لعلاج ارتفاع مستوى الغلوكوز في الدم).

٤٨- *الصلة بالصحة العمومية:* يُعد داء السكري واختلال تحمل الغلوكوز واختلال سكر الدم مع الصيام ضمن فئات مخاطر الإصابة بالسكري والأمراض القلبية الوعائية في المستقبل. وفي عام ٢٠٠٨ كان داء السكري مسؤولاً مسؤولاً مباشرة عن ١,٣ ملايين وفاة. وفي عام ٢٠٠٨ كان معدل انتشار السكري في العالم (الذي يعرف في التقديرات بأنه مستوى الغلوكوز في بلازما الدم مع الصيام البالغ ٧ مليمول/ لتر (١٢٦ مليغرام/ ديسيلتر) أو أكثر أو تعاطي الأدوية لمعالجة ارتفاع مستوى الغلوكوز في الدم) يقدر بنحو ١٠٪.

٤٩- *اختيار المؤشر:* اختيرت قيم الغلوكوز في بلازما الدم مع الصيام كمؤشر نظراً لتوفرها على نطاق واسع في مسوح العينات الممثلة على الصعيد الوطني. وعلى الرغم من أن استخدام الهيموغلوبين الغليكوزيلاتي أصبح مقبولاً كاختبار صالح لتشخيص السكري، فلا يُنصح باستخدامه في رصد هذا الهدف نظراً لارتفاع تكلفته مقارنة بالأدوات التشخيصية الأخرى ولغياب التوحيد في قياساته على صعيد مختلف الفئات السكانية.

٥٠- *إتاحة البيانات المرجعية والمسائل والمتطلبات المتعلقة بالقياس:* جمع ما يزيد على ١٠٠ بلداً، تشمل العديد من البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل، البيانات عن مستوى الغلوكوز في الدم مع الصيام من خلال مسوح الفحوص الصحية الممثلة على الصعيد الوطني. وينبغي قياس الغلوكوز وليس الإبلاغ الذاتي عنه، وينبغي أخذ القياسات بعد أن يصوم الشخص لمدة ثمان ساعات على الأقل. وهناك طريقتان رئيسيتان لإجراء الفحص الكيميائي للدم وهما الكيمياء الرطبة والكيمياء الجافة. وتستخدم الكيمياء الجافة الدم الشعيري المسحوب من الإصبع من خلال اختبار تشخيصي سريع. أما الكيمياء الرطبة فتستخدم عينة من الدم الوريدي من خلال اختبار يُجرى في المختبر. ومعظم المسوح التي تُجرى على عينات سكانية ممثلة تستخدم اختبارات الكيمياء الجافة التشخيصية السريعة لجمع قيم الغلوكوز في الدم مع الصيام.

ارتفاع ضغط الدم

٥١- *المؤشر:* معدل الانتشار الموحد حسب السن لارتفاع ضغط الدم (والمعرّف بأنه ضغط الدم الانقباضي البالغ ١٤٠ مليمتر زئبق أو أكثر و/ أو ضغط الدم الانبساطي البالغ ٩٠ مليمتر زئبق أو أكثر) بين الكبار البالغين من العمر ١٨ عاماً أو أكثر.

٥٢ - *الصلة بالصحة العمومية*: يتسبب ارتفاع ضغط الدم في ما يُقدَّر بنحو ٧,٥ ملايين وفاة على الصعيد العالمي، أي ١٢,٨٪ من إجمالي الوفيات. وهو المسؤول عن ٥٧ مليون سنة من سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز، أي ٣,٧٪ من إجمالي هذه السنوات. ويُعد ارتفاع ضغط الدم أحد المخاطر الرئيسية للإصابة بأمراض القلب التاجية والسكتة الدماغية الإقفارية والنزفية. وعلى الصعيد العالمي بلغ معدل انتشار ارتفاع ضغط الدم بين البالغين من العمر ٢٥ عاماً أو أكثر ما يربو على ٤٠٪ في عام ٢٠٠٨.

٥٣ - *اختيار المؤشر*: يُحدد فرط ضغط الدم من المرحلة الأولى/ الدرجة الأولى في إطار العيادات عندما يساوي متوسط ضغط الدم ٩٠/١٤٠ أو أكثر وأقل من ١٠٠/١٦٠ بموجب قياسين أو أكثر يتم إجراؤهما في زيارتين أو أكثر في أيام مختلفة. ويرتبط علاج ضغط الدم الانقباضي وضغط الدم الانبساطي ليلبغا أقل من ٩٠/١٤٠ بالحد من المضاعفات القلبية الوعائية.

٥٤ - *إتاحة البيانات المرجعية والمسائل والمتطلبات المتعلقة بالقياس*: جمع عدد كبير من البلدان، ومن بينها العديد من البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل، البيانات عن قياسات ضغط الدم من خلال مسح الفحوص الصحية. وينبغي قياس ضغط الدم وليس الإبلاغ الذاتي عنه.

ارتفاع مستوى الكوليسترول الكلي

٥٥ - *المؤشر*: معدل الانتشار الموحد حسب السن لارتفاع مستوى الكوليسترول الكلي بين الكبار البالغين من العمر ١٨ عاماً أو أكثر (والمُعَرَّف بأنه مستوى الكوليسترول الكلي البالغ ٥ مليمول/ لتر أو ١٩٠ مليغرام/ديسيلتر أو أكثر).

٥٦ - *الصلة بالصحة العمومية*: تزيد مستويات الكوليسترول المرتفعة من خطر الإصابة بأمراض القلب والسكتة الدماغية. وعلى الصعيد العالمي، يُعزى ثلث حالات الإصابة بمرض القلب الإقفاري إلى ارتفاع مستوى الكوليسترول. وفي العموم تشير التقديرات إلى أن مستوى الكوليسترول المرتفع يتسبب في ٢,٦ ملايين وفاة (٤,٥٪ من إجمالي الوفيات) و ٢٩,٧ مليون سنة من سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز، أي ٢٪ من إجمالي هذه السنوات. ويُعد ارتفاع مستوى الكوليسترول سبباً رئيسياً من أسباب عبء المرض في البلدان المتقدمة والبلدان النامية على حد سواء لكونه عاملاً من عوامل خطر الإصابة بمرض القلب الإقفاري والسكتة الدماغية. وفي عام ٢٠٠٨ بلغ معدل انتشار ارتفاع الكوليسترول الكلي بين الكبار ٣٩٪ (٣٧٪ بين الذكور و ٤٠٪ بين الإناث). وعلى الصعيد العالمي، لم يطرأ سوى تغيير بسيط على متوسط الكوليسترول الكلي بين عامي ١٩٨٠ و ٢٠٠٨، حيث بلغ معدل تراجع أقل من ٠,١ مليمول/ لتر في العقد بالنسبة للرجال والنساء.

٥٧ - *اختيار المؤشر*: تستخدم منظمة الصحة العالمية ارتفاع الكوليسترول الكلي المُعَرَّف بأنه مستوى الكوليسترول الذي يعادل أو يزيد على ٥,٠ مليمول/ لتر أو ١٩٠ مليغرام/ديسيلتر، في المبادئ التوجيهية لتقدير خطر الإصابة بالأمراض القلبية الوعائية وتبديرها العلاجي.

٥٨ - *إتاحة البيانات المرجعية والمسائل والمتطلبات المتعلقة بالقياس*: هناك نحو ٥٠ بلداً لديها بيانات ممثلة على الصعيد الوطني عن ارتفاع مستويات الكوليسترول الكلي، وتشمل هذه البلدان العديد من البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل التي جمعت البيانات عن الكوليسترول الكلي من خلال مسح العينات الممثلة على الصعيد الوطني. وينبغي قياس قيم الكوليسترول وليس الإبلاغ الذاتي عنها. وهناك طريقتان رئيسيتان لإجراء الفحص الكيميائي للدم وهما الكيمياء الرطبة والكيمياء الجافة. وتستخدم الكيمياء الجافة الدم الشعيري المسحوب من الإصبع من خلال اختبار تشخيصي سريع. أما الكيمياء الرطبة فتستخدم عينة من الدم الوريدي من خلال اختبار يُجرى في المختبر. ومعظم المسوح التي تُجرى على عينات سكانية ممثلة تستخدم اختبارات الكيمياء الجافة التشخيصية السريعة لجمع قيم الكوليسترول.

مدخول الملح / الصوديوم

٥٩- المؤشر: متوسط مدخول الملح (كلوريد الصوديوم) الموحد حسب السن في اليوم لدى فئات السكان البالغين من العمر ١٨ عاماً أو أكثر.

٦٠- الصلة بالصحة العمومية: تُعد كمية ملح الطعام (كلوريد الصوديوم) المستهلكة محدداً مهماً لمستويات ضغط الدم وفرط ضغط الدم وإجمالي المخاطر المتعلقة بالأمراض القلبية الوعائية. وتوصي منظمة الصحة العالمية بمدخول ملح يقل عن ٥ غرامات (غرامان من الصوديوم تقريباً) للفرد في اليوم للوقاية من الأمراض القلبية الوعائية التي تُعد السبب الرئيسي للوفاة في العالم. ولكن البيانات الواردة من مختلف البلدان تشير إلى أن معظم الفئات السكانية تستهلك أكثر من كمية الملح التي يُوصى بها. وفي العديد من البلدان المرتفعة الدخل يتمثل مصدر نحو ٧٥٪ من الملح في النظام الغذائي في الأغذية المصنّعة والوجبات المجهزة خارج المنزل. وفي العديد من البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل يأتي معظم استهلاك الصوديوم من الملح المضاف في المنزل أثناء الطهي وعلى مائدة الطعام أو من خلال التوابل مثل صلصة السمك وصلصة الصويا. إن خفض مدخول ملح الطعام من المستويات العالمية الحالية البالغة ٩ - ١٢ غرام في اليوم إلى المستوى الذي يُنصح به أي أقل من ٥ غرامات في اليوم من شأنه أن يحدث أثراً كبيراً على ضغط الدم والأمراض القلبية الوعائية، وأن يمنع نحو ٢,٥ ملايين وفاة ناتجة عن النوبات القلبية والسكتات الدماغية في العالم سنوياً.

٦١- اختيار المؤشر: توصي منظمة الصحة العالمية بمدخول ملح يقل عن ٥ غرامات (غرامان من الصوديوم تقريباً) للفرد في اليوم للوقاية من الأمراض القلبية الوعائية التي تُعد السبب الرئيسي للوفاة في العالم. وتُعد استراتيجيات الحد من الملح ضمن "أفضل الخيارات" للوقاية من الأمراض غير السارية.

٦٢- إتاحة البيانات المرجعية والمسائل والمتطلبات المتعلقة بالقياس: لا تتوفر سوى بيانات وطنية محدودة عن قياسات مدخول الملح/الصوديوم، ولا تتوفر القيم المستمدة من العينات السكانية الممثلة سوى في بلدان قليلة معظمها من البلدان المرتفعة الدخل. ويجري حالياً إعداد التقديرات القطرية لمتوسط مدخول الملح/الصوديوم للفئات السكانية كجانب من جوانب تحديث دراسة العبء العالمي للأمراض وستكون متاحة في نهاية عام ٢٠١٢. كما يجري في الوقت الحاضر تنفيذ الكثير من العمل والتعاون الإقليمي من أجل وضع آليات الرصد بما في ذلك في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل. وعلى سبيل المثال توضع الآن من خلال أداة الأسلوب التدريجي لمنظمة الصحة العالمية حيال عملية الترخد وحدة خاصة بمدخول الصوديوم الغذائي ستشمل مسألتي تقدير مصادر الصوديوم وجمع عينات البول، ما سيسهل الإبلاغ عن هذا المؤشر في المستقبل. ويتمثل المعيار الذهبي لتقدير مدخول الملح في البول المجمع على مدار ٢٤ ساعة ولكن هناك طرق أخرى مثل اختبار عينات البول الفوري واستقصاء مدى تواتر تناول الأطعمة قد تكون أجدي إذا ما أُجريت على مستوى الفئات السكانية.

التبغ

٦٣- المؤشر: معدل الانتشار الموحد حسب السن لتدخين التبغ الحالي بين الأفراد البالغين من العمر ١٥ عاماً أو أكثر.

٦٤- الصلة بالصحة العمومية: تنشأ المخاطر الصحية الناتجة عن تعاطي التبغ عن الاستهلاك المباشر للتبغ عديم الدخان وتبغ التدخين على حد سواء، ومن التعرض للدخان على نحو غير مباشر. ولم يثبت وجود أي مستوى آمن لتعاطي التبغ. وجميع الأشخاص الذين يتعاطون التبغ في الوقت الحاضر (يوميًا أو من آن إلى آخر) معرضون لخطر مجموعة متنوعة من الحصائل الصحية السلبية على مدار حياتهم وبخطر الإصابة بالأمراض غير السارية في مرحلة الرشد. ويموت ستة ملايين شخص تقريباً من جراء تعاطي التبغ سنوياً، وهو

ما يمثل ٦٪ من إجمالي وفيات الإناث و ١٢٪ من إجمالي وفيات الذكور في العالم. ويُعزى ٦٠٠ ٠٠٠ وفاة من بين هذه الوفيات إلى تعرض غير المدخنين إلى الدخان غير المباشر في حين يُعزى أكثر من خمسة ملايين وفاة من بينها إلى التعاطي المباشر للتبغ. وتشير التقديرات إلى أن تدخين التبغ يسبب نحو ٧١٪ من الوفيات الناجمة عن سرطان الرئة، و ٤٢٪ من الوفيات الناجمة عن أمراض الجهاز التنفسي المزمنة، وما يقرب من ١٠٪ من الوفيات الناجمة عن مرض القلب الإقفاري. وفي عام ٢٠٠٨ كان معدل انتشار تدخين التبغ الحالي بين الكبار ٢٢٪ لكلا الجنسين (٣٦٪ للذكور و ٨٪ للإناث).

٦٥- *اختيار المؤشر:* على الرغم من أن التدخلات الخاصة بالتبغ ينبغي أن تتصدى للقضايا المتعلقة بالتبغ عديم الدخان وتبغ التدخين على حد سواء، فلا يمكن في الوقت الحاضر تحديد هدف واقعي سوى فيما يتعلق بتبغ التدخين فقط، حيث تتوفر بيانات عن الاتجاهات على مدار الزمن بالنسبة لتبغ التدخين تتيح تحليل الاتجاهات على نحو أفضل. ويشمل "تدخين التبغ" جميع أشكال التبغ الذي يُدخن.

٦٦- *إتاحة البيانات المرجعية والمسائل والمتطلبات المتعلقة بالقياس:* بموجب المادة ٢٠ من اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية بشأن مكافحة التبغ، ينبغي على البلدان وضع نظام وطني للترصد الوبائي لاستهلاك التبغ والحرص على تحديث البيانات الواردة من برامج الترصد. وقد وضعت المنظمة تحت إشراف النظام العالمي لترصد التبغ مجموعة من المؤشرات الخاصة بالتبغ والأسئلة المرتبطة بها والتي يمكن استخدامها على الصعيد العالمي في جميع المسوح. ورغم أن كل البلدان تجمع البيانات عن تبغ التدخين، فإنها لا تجمع كلها البيانات عن التبغ عديم الدخان. وفضلاً عن البلدان حيث يمثل التبغ عديم الدخان مشكلة كبرى بالفعل، يُشجّع جميع البلدان على رصد معدل انتشار التبغ عديم الدخان حيث تسعى دوائر صناعة التبغ إلى تسويق الدخان عديم التبغ في العالم بأسره على نحو متزايد. وقد تمحور التركيز العالمي حتى الآن حول رصد تبغ التدخين نظراً لأن نوعية وكمية البيانات الخاصة بتبغ التدخين على مر الزمن تُعدّ أكمل بكثير من البيانات الخاصة بالتبغ عديم الدخان.

المؤشرات الخاصة باستجابة النظم الصحية

تحري سرطان عنق الرحم

٦٧- *المؤشر:* معدل انتشار النساء البالغات من العمر ٣٠-٤٩ عاماً اللاتي خضعن للفحص لتحري سرطان عنق الرحم مرة واحدة على الأقل.

٦٨- *الصلة بالصحة العمومية:* في عام ٢٠٠٨ كان هناك ما يقدر بنحو ٥٣٠ ٠٠٠ حالة من حالات سرطان عنق الرحم و ٢٧٠ ٠٠٠ وفاة ناجمة عن هذا المرض، وقد وقع ما يزيد على ٨٠٪ من هذه الوفيات في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل. ويُعد سرطان عنق الرحم أكثر أنواع السرطانات التي تصيب النساء انتشاراً في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل. أما في البلدان المرتفعة الدخل فقد أدى إجراء الفحص لتحري عن سرطان عنق الرحم على نطاق واسع إلى انخفاض كبير في الوفيات الناجمة عنه خلال العقود الثلاثة الأخيرة.

٦٩- ومن الممكن تجنب ما يزيد على ٩٥٪ من عبء سرطان عنق الرحم من خلال برامج الفحص الجيدة النوعية والتطعيم ضد فيروس الورم الحليمي البشري ١٦ و ١٨، حيث يمثل هذا الأخير العامل المسبب لنحو ٧٠٪ من حالات سرطان عنق الرحم. وقد خلصت الوكالة الدولية لبحوث السرطان إلى وجود بيّنات كافية على أن الفحص لتحري الإصابة بسرطان عنق الرحم في إمكانه أن يحد من الوفيات الناجمة عن هذا النوع من السرطان بنسبة ٨٠٪ أو أكثر بين النساء اللاتي يخضعن لهذا الفحص. وبفضل التطورات الأخيرة في التكنولوجيات المُطوّعة لظروف شح الموارد أصبح الفحص لتحري الإصابة بالآفات السابقة للسرطان وعلاجها ذو جدوى ومردود عالٍ بالنسبة لجميع البلدان. وقد يؤدي الكشف والعلاج المبكران للآفات السابقة للسرطان إلى تحسن

هائل في معدلات البقاء على قيد الحياة، وهما يكتسيان أهمية خاصة في البلدان النامية حيث إتاحة علاج السرطان الباهظ التكلفة محدودة.

٧٠- وفي ظروف توفر الموارد، يُعد التحري السيتولوجي (لُطاخة "بابانيكولاو") الفحص الأوسع انتشاراً. ومن بين فحوص التحري المختلفة ذات الجدوى في ظروف شح الموارد، أثبت اختبار فيروس الورم الحليمي البشري والفحص البصري بحمض الخليك فعاليتها في الحد من الوفيات الناجمة عن سرطان عنق الرحم. ويمتاز اختبار فيروس الورم الحليمي بحساسية أشد وقابلية أعلى لتكرار النتائج وقيمة تنبؤية سلبية أفضل مقارنة بالتحري السيتولوجي والفحص البصري بحمض الخليك. ولكن تكلفته في الوقت الحالي تحول دون استخدامه على نطاق واسع.

٧١- *اختيار المؤشر:* يستهدف الفحص لتحري سرطان عنق الرحم اكتشاف التغيرات السابقة للسرطان التي تؤدي إلى الإصابة بالسرطان في حالة عدم علاجها. وفي ظروف شح الموارد يتألف الجمهور المستهدف من النساء البالغات من العمر ٣٠ إلى ٤٩ عاماً نظراً لأن سرطان عنق الرحم نادراً ما يصيب النساء اللاتي تقل أعمارهن عن ٣٠ عاماً وهو أوسع انتشاراً بين النساء اللاتي تزيد أعمارهن على ٤٠ عاماً. ويؤدي فحص النساء الأصغر سناً إلى اكتشاف العديد من الآفات التي لا يحتمل أن تتحول إلى سرطانات، ويتسبب في الإفراط في العلاج، ولذا فهو ليس عالي المردود. وينبغي أن تبدأ البرامج الجديدة بفحص النساء البالغات من العمر ٣٠ عاماً أو أكثر، وألا تشمل النساء الأصغر سناً إلا بعد تغطية الفئة الأشد تعرضاً للإصابة بالمرض. وإذا كان في وسع امرأة أن تخضع للفحص مرة واحدة طيلة عمرها، توصي المنظمة بأن السن الأمثل لذلك هو من ٣٥ إلى ٤٥ عاماً.

٧٢- *إتاحة البيانات المرجعية والمسائل والمتطلبات المتعلقة بالقياس:* تتوفر البيانات المرجعية القابلة للمقارنة عن تغطية الفحوصات في ربع البلدان تقريباً. ولكنها في معظمها تستند إلى البرامج وليس إلى بيانات سكانية مستمدة من عينة ممثلة على الصعيد الوطني. وقد تكون البيانات متاحة من خلال مسح العينات السكانية الممثلة على الصعيد الوطني، ولكن صلاحية نتائج الفحص المبلغ عنه ذاتياً لم تؤكد بعد في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل.

العلاج الدوائي للوقاية من النوبات القلبية والسكتات الدماغية

٧٣- *المؤشر:* توفير العلاج الدوائي للوقاية من النوبات القلبية والسكتات الدماغية (ويشمل ذلك ضبط سكر الدم) والنصائح للأفراد البالغين من العمر ٤٠ عاماً المعرضين لخطر الإصابة بالأمراض القلبية الوعائية بنسبة ٣٠٪ أو أكثر خلال عشر سنوات (بما في ذلك المصابين بالأمراض القلبية الوعائية بالفعل).

٧٤- *الصلة بالصحة العمومية:* إن التدخلات القائمة على السكان لن تكون وحدها كافية للوقاية من النوبات القلبية والسكتات الدماغية بين الأشخاص المعرضين لخطر الإصابة بها بنسبة ٣٠٪ أو أكثر على مدى عشر سنوات. فالأشخاص المعرضون لمثل هذا المستوى من الخطر عادة ما لا ترتفع لديهم مستويات عوامل الخطر المتعددة مثل التدخين وارتفاع ضغط الدم وارتفاع مستوى الكوليسترول و/ أو السكري سوى ارتفاعاً متواضعاً. وللوقاية من النوبات القلبية والسكتات الدماغية بين هذه الفئة، ينبغي الحد من مخاطر الأمراض القلبية الوعائية من خلال تقديم النصائح والعلاج المناسب القائم على الأدوية. وتشير الخبرات التاريخية للبلدان المرتفعة الدخل التي شهدت انخفاضاً في معدل الوفيات الناجمة عن الأمراض القلبية الوعائية إلى أن ٥٠٪ تقريباً من هذا الانخفاض يمكن أن يُعزى إلى الحد من مخاطر هذه الأمراض عن طريق العلاج بما في ذلك الوقاية الثانوية. ويوفر نهج الخطر المطلق الذي يتم رصده من خلال هذا المؤشر، الوسيلة الأعلى مردوداً لتحقيق هذا الهدف.

٧٥- فإذا ما نفذ نهج الخطر الإجمالي للأمراض القلبية الوعائية من خلال نهج الرعاية الصحية الأولية، فمن المقدر أن يخفض عبء الأمراض القلبية الوعائية بمقدار الثلث على الأقل.

٧٦- *اختيار المؤشر:* توصي المنظمة بالعلاج الدوائي للوقاية من النوبات القلبية والسكتات الدماغية ومكافحتها حيث يتسم بالجدوى وقوة الأثر ويسر التكلفة حتى في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل. ويُعد هذا النهج أعلى مردوداً وأرخص ثمناً من التدخلات التقليدية التي تتصدي لعامل واحد من عوامل الخطر مثل ارتفاع ضغط الدم أو فرط كوليسترول الدم، وهو أحد "أفضل الخيارات" في مجال التدخلات.

٧٧- *إتاحة البيانات المرجعية والمسائل والمتطلبات المتعلقة بالقياس:* تتوفر في الوقت الحاضر البيانات عن مدى تغطية العلاج بالأدوية للأشخاص الذين تحدد أنهم معرضون للمخاطر، وذلك في البلدان المرتفعة الدخل وفي عدد قليل من البلدان المتوسطة الدخل. ويتطلب تحديد البيانات المرجعية لهذا المؤشر الحصول على المعلومات عن الأحداث القلبية الوعائية والعلاج بالأدوية عند جمع الدول الأعضاء للبيانات عن عوامل الخطر (ضغط الدم وسكر الدم وكوليسترول الدم) من مسوح العينات السكانية الممثلة الموجودة بالفعل والمخطط لها. ويمكن استخدام جداول توقع المخاطر لمنظمة الصحة العالمية/الجمعية الدولية لمكافحة فرط ضغط الدم أو استخدام أداة وطنية لتوقع المخاطر لأخذ البيانات الخاصة بعوامل الخطر والمعلومات عن العلاج في الاعتبار عند تحديد مدى تغطية الأشخاص المعرضين لخطر الإصابة بأزمة قلبية أو سكتة دماغية بنسبة ٣٠٪ أو أكثر على مدى عشر سنوات بالعلاج المناسب.

الأدوية الضرورية للأمراض غير السارية والتكنولوجيات الأساسية لعلاج الأمراض غير السارية الرئيسية

٧٨- *المؤشر:* إتاحة التكنولوجيات الأساسية والأدوية الجينية الضرورية اللازمة لعلاج الأمراض غير السارية الرئيسية في مرافق القطاع العام والخاص، بما في ذلك مرافق الرعاية الصحية الأولية. وينبغي أن تشمل قائمة الحد الأدنى ما يلي: الأدوية - على الأقل أسبرين، وستاتين، وأحد مثبطات الإنزيم المحول للأنجيوتنسين، وثيازيد مدر للبول، وأحد محصرات قنوات الكالسيوم الممتدة المفعول، وميتفورمين، وإنسولين، وموسع قصبي، وستيرويد مستنشق. التكنولوجيات - على الأقل جهاز لقياس ضغط الدم، وميزان، وأجهزة قياس سكر الدم وكوليسترول الدم وأشرطة الاختبار، وأشرطة تحليل البول لقياس الزلال.

٧٩- *الصلة بالصحة العمومية:* في ظل عدم توفر الأدوية الفعالة ووسائل التشخيص ومعدات الرصد الأساسية في مرافق الرعاية الصحية لعلاج الأمراض غير السارية سيُعاني المرضى من الآثار الضارة للمرض على المدى القصير وعلى المدى الطويل. وقد أُبلغ مؤخراً عن نقص الأدوية في العديد من البلدان المرتفعة الدخل وتم تحسين نُظم الإبلاغ لجمع مثل هذه البيانات وبثها بسرعة. وقد أبلغت منظمة الصحة العالمية عن البيانات الصادرة عن ٢٧٧٩ مرفقاً في ٤٠ بلداً نامياً وأشارت إلى أن متوسط إتاحة أدوية الأمراض غير السارية الجينية يبلغ ٣٦٪ في القطاع العام و٥٥٪ في القطاع الخاص. وقد أسفرت مسوح "تقييم توفر الخدمات والتأهب" في سيراليون وزامبيا عن نتائج مشابهة للعناية.

٨٠- *اختيار المؤشر:* توصي منظمة الصحة العالمية بالعلاج الدوائي للأشخاص شديدي التعرض بما في ذلك مرضى السكري للوقاية من النوبات القلبية والسكتات الدماغية ومضاعفات السكري ومكافحتها. ويمكن هذه المجموعة من التكنولوجيات والأدوية من تنفيذ "أفضل خيارات" التدخلات في الرعاية الطبية الأولية.

٨١- *إتاحة البيانات المرجعية والمسائل والمتطلبات المتعلقة بالقياس:* جميع البلدان المرتفعة الدخل لديها نُظم قائمة للإبلاغ عن توفر أدوية الأمراض غير السارية. ويمكن استخدام هذه المصادر لتوليد البيانات عن توفر هذه

الأدوية. وقد أُجريت العديد من مسوح توفر الأدوية وتسعيها في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل ونتائج هذه المسوح متاحة.

٨٢- وغالباً ما ستختلف المبادئ التوجيهية الوطنية بشأن العلاج اختلافاً طفيفاً من بلد إلى آخر، ولذا ينبغي تعديل قائمة الأدوية التي ستخضع للتقييم لتناسب ظروف كل بلد من البلدان. ومع ذلك وكما اتضح من مسوح أخرى فإن توافر الأدوية عموماً يمكن مقارنته على مر الزمن وعلى صعيد البلدان. ولكي تكون الأدوية التي ستخضع لتقييم مدى توفرها محددة ومتسقة قد ينبغي تعديلها لمراعاة المبادئ التوجيهية الوطنية.

الرعاية الملطفة

٨٣- المؤشر: إتاحة الرعاية الملطفة المقدره حسب استهلاك المسكنات الأفيونية القوية المفعول المعادلة للمورفين (باستثناء الميثادون) لكل وفاة ناجمة عن السرطان.

٨٤- الصلة بالصحة العمومية: في كل عام يتطلب عشرات ملايين المصابين بالأمراض غير السارية الرعاية الملطفة للحد من معاناتهم، أو لضمان أفضل نوعية ممكنة للحياة حتى الوفاة عندما يصبح العلاج للشفاء اختياراً غير مطروح. ورغم أن الرعاية الملطفة تُعد جزءاً لا يتجزأ من الخدمات الصحية بالنسبة للعديد من الأمراض غير السارية، لا يتاح للأغلبية العظمى من المرضى الحصول على مثل هذه الرعاية ويضطرون إلى تحمل المعاناة غير الضرورية نتيجة لذلك. وقد أقر الإعلان السياسي للاجتماع الرفيع المستوى للجمعية العامة بشأن الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها الحاجة إلى الرعاية الملطفة للمصابين بالأمراض غير السارية.

٨٥- اختيار المؤشر: يُعد هذا المؤشر مقياساً بديلاً فعالاً لقياس تطور الرعاية الملطفة لجميع الأمراض التي تهدد الحياة بما في ذلك الأمراض غير السارية.

٨٦- إتاحة البيانات المرجعية والمسائل والمتطلبات المتعلقة بالقياس: يتم بالفعل جمع البيانات المطلوبة سنوياً. وتصدر منظمة الصحة العالمية تقديرات لعدد الوفيات الناجمة عن السرطان. كما تصدر الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات سنوياً البيانات عن استهلاك العقاقير المخدرة التي تبلغ عنها البلدان، بما في ذلك المسكنات الأفيونية القوية المفعول. ومعادل المورفين هو مقياس لتوحيد جرعات المسكنات الأفيونية القوية المفعول وإتاحة دمج ومقارنة الأدوية الأفيونية المختلفة. وتستند هذه المعادلة إلى نسب الجرعات اليومية المحددة (جرعات فموية باستثناء في حالة الفنتانيل الذي يُعطى بطريق الأدمة) وفقاً لما أورده مركز التعاون لمنهجية الإحصاءات الدوائية التابع لمنظمة الصحة. ونظراً لاستعمال الميثادون على نطاق واسع كبديل للعلاج بالأدوية الأفيونية وقلة استعماله نسبياً في علاج حالات الألم المعتدل إلى الحاد، يستخدم معادل المورفين من غير الميثادون أيضاً في بعض الأحيان. ويُقترح استعمال القيمة المعادلة للمورفين من غير الميثادون لتجنب تشويه النتائج باحتساب استهلاك الميثادون كدواء علاجي.

السياسات الرامية للتخلص من الأحماض الدهنية المتحوّلة المنتجة صناعياً

٨٧- المؤشر: السياسات الوطنية التي تقضي فعلياً على الزيوت النباتية المهدرجة جزئياً في الإمدادات الغذائية وتُستبدل بها الأحماض الدهنية غير المشبعة المتعددة.

٨٨- الصلة بالصحة العمومية: تؤثر الأحماض الدهنية المتحوّلة سلباً على شحوم الدم وعلى استقلال الأحماض الدهنية، والوظائف والالتهابات البطانية، وبذا تزيد من خطر الإماتة بالسكري من النمط الثاني والأمراض القلبية الوعائية. وتزيد الأحماض الدهنية المتحوّلة من مخاطر أمراض القلب التاجية من خلال تأثيرها

السلبى على الشحوم المصلية، وترفع مستويات البروتين الشحمي منخفض الكثافة، وتخفيض مستويات البروتين الشحمي مرتفع الكثافة في الدم، على نحو يفوق أثر الدهون المشبعة. وبصفة خاصة يؤثر استهلاك الأحماض الدهنية المتحوّلة التي تحتوي عليها الزيوت المهدرجة جزئياً تأثيراً سلبياً على عوامل خطر الأمراض القلبية الوعائية المتعددة ويسهم إسهاماً كبيراً في مخاطر أحداث أمراض القلب التاجية ويتسبب في زيادتها. وكذلك فإن الأحماض الدهنية المتحوّلة تؤدي إلى تفاقم مقاومة الإنسولين، ولاسيما بين الأشخاص المعرضين لعوامل الخطر (مثل غلوكوز الدم المرتفع أو فرط الوزن والسمنة أو الخمول البدني).

٨٩- وتوصي منظمة الصحة العالمية بوضع حد لاستهلاك الأحماض الدهنية المتحوّلة. وفي عام ٢٠٠٢ أوصت مشاوررة الخبراء المشتركة بين منظمة الصحة العالمية ومنظمة الأغذية والزراعة بأنه يتحتم للوقاية من الأمراض غير السارية أن تقل نسبة استهلاك الأحماض الدهنية المتحوّلة عن ١٪ من إجمالي استهلاك الفرد من الطاقة. وفي عام ٢٠٠٧ أقرت عملية تنقيح المستندات العلمية لمنظمة الصحة العالمية أن الأحماض الدهنية المتحوّلة ينبغي أن تُعد مضافات غذائية صناعية ليست لها فوائد مثبتة، وأنها تمثل خطراً مؤكداً على صحة الإنسان.

٩٠- *اختيار المؤشر: يُعد إجمال الأحماض الدهنية غير المشبعة المتعددة محل الأحماض الدهنية المتحوّلة المنتجة صناعياً ضمن "أفضل الخيارات" للوقاية من الأمراض غير السارية.*

٩١- *إتاحة البيانات المرجعية والمسائل والمتطلبات المتعلقة بالقياس: سيتم جمع بيانات تتبع السياسات وتنفيذ البرامج المتعلقة بهذا المؤشر بصفة منتظمة من خلال استنقص القدرات القطرية الخاصة بالأمراض غير السارية لمنظمة الصحة العالمية واستعراض السياسات التغذوية العالمية الذي أجرته المنظمة.*

تسويق الأغذية المحتوية على نسبة عالية من الدهون المشبعة أو الأحماض الدهنية المتحوّلة أو السكريات الحرة أو الملح للأطفال

٩٢- *المؤشر: اعتماد سياسات وطنية للحد من أثر تسويق الأغذية التي تحتوي على نسبة عالية من الدهون المشبعة أو الأحماض الدهنية المتحوّلة أو السكريات الحرة أو الملح للأطفال.*

٩٣- *الصلة بالصحة العمومية: تشير البيانات المستخلصة من الاستعراضات المنهجية لمدى تسويق الأطعمة للأطفال وطبيعته وآثاره، إلى كثافة الدعاية وانتشار أشكال أخرى لتسويق الأطعمة للأطفال في جميع أنحاء العالم. ويخص معظم هذا التسويق الأطعمة ذات النسب المرتفعة من الدهون أو السكر أو الملح. وتوضح البيانات أيضاً أثر الدعاية التليفزيونية في تفضيل الأطفال لأطعمة معينة وطلبات شرائها وأنماط استهلاكها. وهناك أشكال أخرى من الرسائل التسويقية تُستخدم تدريجياً كمكمل للدعاية التليفزيونية، وتركز على بناء العلامات التجارية وبناء العلاقات مع المستهلكين. وقد أصبح تسويق الأطعمة للأطفال في الوقت الحاضر ظاهرة عالمية تميل إلى التعددية والتكامل، باستخدام رسائل متعددة توصّل من خلال قنوات متعددة.*

٩٤- *اختيار المؤشر: في أيار / مايو ٢٠١٠ وأثناء انعقاد جمعية الصحة العالمية الثالثة والستين، اعتمدت الدول أعضاء مجموعة من التوصيات الخاصة بتسويق المأكولات والمشروبات غير الكحولية للأطفال (القرار جص ٦٣-١٤). ويتمثل الغرض الأساسي من التوصيات في توجيه الجهود التي تبذلها الدول الأعضاء في رسم السياسات الجديدة و/ أو تعزيز السياسات القائمة بشأن رسائل تسويق الأطعمة للأطفال للحد من أثر تسويق الأطعمة الغنية بالدهون المشبعة والأحماض الدهنية المتحوّلة والسكريات الحرة والملح للأطفال. وقد بدأ عدد من البلدان في تنفيذ القرار جص ٦٣-١٤ بالفعل، ومن بينها أيرلندا وماليزيا وأسبانيا والسويد والمملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وأيرلندا الشمالية.*

٩٥- إتاحة البيانات المرجعية والمسائل والمتطلبات المتعلقة بالقياس: في القرار ج ص ع ٦٣-١٤ (الفقرة الفرعية ٢(٣)) تحث جمعية الصحة الدول الأعضاء على إنشاء نظام لرصد وتقييم تنفيذ التوصيات الخاصة بتسويق الأغذية والمشروبات غير الكحولية للأطفال. وسيتم جمع بيانات تتبع السياسات وتنفيذ البرامج المتعلقة بهذا المؤشر بصفة منتظمة من خلال استقصاء القدرات الخاصة بالأمراض غير السارية لمنظمة الصحة العالمية واستعراض السياسات التغذوية العالمية الذي أجرته المنظمة.

التطعيم ضد العدوى المسببة للسرطان

٩٦- المؤشر: التطعيم ضد العدوى المسببة للسرطان: فيروس الورم الحليمي البشري وفيروس التهاب الكبد B.

٩٧- الصلة بالصحة العمومية: في عام ٢٠٠٨ كان هناك ما يقدر بنحو ٦٩٤ ٠٠٠ وفاة ناجمة عن سرطان الكبد على مستوى العالم (٤٧٧ ٠٠٠ من الرجال و٢١٧ ٠٠٠ من النساء) ونظراً لارتفاع معدل وفاة المصابين به (يبلغ المعدل الإجمالي للوفيات بالنسبة للإصابة ٠,٩٣)، يُعد سرطان الكبد السبب الثالث الأكثر شيوعاً للوفاة الناجمة عن السرطان في العالم. ويُعد فيروس التهاب الكبد B سبباً رئيسياً من أسباب سرطان الكبد حيث يتسبب في ٥٤٪ من حالات سرطان الكبد في العالم (٥٩٪ من حالات سرطان الكبد في البلدان النامية). فضلاً عن ذلك يؤدي فيروس التهاب الكبد B إلى تشمع الكبد، وتشير التقديرات إلى وفاة ٦٠٠ ٠٠٠ شخص سنوياً من العدوى المزمنة بهذا الفيروس التي تنتج في المقام الأول عن تشمع وسرطان الكبد. ويتعرض الأشخاص المصابون بالعدوى المزمنة بفيروس التهاب الكبد B إلى احتمال الوفاة المبكرة بنسبة ١٥-٢٥٪ بسبب التشمع الناتج عن الفيروس وبسبب سرطان الكبد. ويتوفر لقاح آمن وفعال للوقاية من العدوى المزمنة بهذا الفيروس، وتوصي منظمة الصحة العالمية بإضافته إلى البرامج الوطنية لتطعيم الرضع. وتتمثل الاستراتيجية الرئيسية لتحقيق الهدف في تطعيم جميع الرضع بثلاث جرعات من لقاح التهاب الكبد B، على أن تُعطى الجرعة الأولى خلال أربع وعشرين ساعة من الولادة.

٩٨- ويصاب نحو نصف مليون امرأة بسرطان عنق الرحم سنوياً. وينتج سرطان عنق الرحم عن أنواع معينة من فيروسات الورم الحليمي البشري، ويُعد أوسع أنواع السرطانات التي تصيب النساء انتشاراً في البلدان النامية. وقد تم اعتماد لقاحين لفيروس الورم الحليمي البشري للاستخدام في العديد من البلدان. وقد برهنت نتائج التجارب السريرية على أن كلا اللقاحين آمن وفعال في الوقاية من العدوى بنوعين من فيروسات الورم الحليمي البشري التي تتسبب في معظم حالات سرطان عنق الرحم وآفات عنق الرحم السابقة للسرطان.

٩٩- اختيار المؤشر: تُصنف منظمة الصحة العالمية الوقاية من سرطان الكبد عن طريق التطعيم ضد فيروس التهاب الكبد B ضمن "أفضل الخيارات". وكذلك ففي إمكان التطعيم ضد فيروس الورم الحليمي البشري أن يكون عالي المردودية إذا ما توفر بتكلفة تقل عن ١٠ دولارات دولية لكل فتاة مطعّمة.

١٠٠- إتاحة البيانات المرجعية والمسائل والمتطلبات المتعلقة بالقياس: يتم الحصول على البيانات عن فيروس الورم الحليمي البشري وفيروس التهاب الكبد B من مسح الانتشار التي تُجرى لرصد تغطية برامج التمنيع الوطنية. ويوفر مسح التمنيع الذي تجريه منظمة الصحة العالمية واليونيسيف وقواعد بيانات برامج التمنيع الوطنية، البيانات عن التغطية الخاصة بعدد كبير من البلدان.

الجزء ٢: الأهداف العالمية الاختيارية

١٠١- يشتمل الجدول ٢ على أمثلة من الأهداف العالمية الاختيارية التي ينبغي أن تنتظر فيها الدول الأعضاء خلال الاجتماعات السنوية للجان الإقليمية على النحو المطلوب في المقرر الإجرائي ج ص ع ٦٥ (٨). وسيشير تحقيق مجموعة مختارة من هذه الأهداف بحلول عام ٢٠٢٥ إلى إحراز تقدم كبير في مجال الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها.

١٠٢- وسيوفر عدد محدود من الأهداف الأساس اللازم لاحتياجات الرصد على الصعيد العالمي. وتحت الفقرة ٦٣ من الإعلان السياسي الدول الأعضاء على النظر في تحديد الأهداف الوطنية استناداً إلى الظروف الوطنية وبناءً على الإرشادات التي قدمتها المنظمة، وتقييم ما تحرزه من تقدم في مجال الوقاية من الأمراض غير السارية وعوامل الخطر الخاصة بها ومحدداتها ومكافحتها، والذي سيسهم أيضاً في تحقيق هذه الأهداف العالمية.

معايير اختيار المؤشرات والأهداف ضمن إطار الرصد العالمي

١٠٣- تم تقييم الأهداف الممكنة التحقيق المدرجة أدناه وفقاً للمعايير التالية:

- (١) الصلة الوثيق بالوبائيات والصحة العمومية.
- (٢) الاتساق مع الاستراتيجيات الرئيسية، ولاسيما أولويات الاستراتيجية العالمية للوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها وخطة العمل، والإعلان السياسي، وإطار منظمة الصحة العالمية لأولويات النظم الصحية لرصد عوامل التعرض للمرض والحصائل واستجابة النظم الصحية.
- (٣) إتاحة تدخلات ذات فعالية وجدوى ومسددة بالبيانات في مجال الصحة العمومية.
- (٤) توفر البيئات الدالة على إمكانية التحقيق على المستوى القطري بما في ذلك في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل.
- (٥) توفر أدوات لجمع البيانات الواضحة وإمكانية تحديد البيانات المرجعية ورصد التغيرات على مر الزمن.

١٠٤- ولاحتمساب هذه الأهداف تم تقييم الأداء التاريخي للمئين العاشر للبلدان الأعلى مرتبة للمساعدة على تحديد مستوى الإنجاز الذي يُعد ممكناً. وستحدد المنظمة البيانات المرجعية الموحدة حسب السن لعام ٢٠١٠ بالنسبة لجميع الأهداف استناداً إلى البيانات المتاحة وأساليب التقدير لسد الثغرات في البيانات، مثل الثغرات التي أشار إليها التقرير العالمي عن وضع الأمراض غير السارية ٢٠١٠. أما الأهداف المؤقتة لعامي ٢٠١٥ و٢٠٢٠ فستُحدد عندما يتم اتفاق الدول الأعضاء على الأهداف العالمية النهائية. وينبغي تحقيق الأهداف بحلول عام ٢٠٢٥، وهي مدرجة بالترتيب الأبجائي ضمن كل عنصر من عناصر إطار الرصد العالمي.

١ الأهداف الخاصة بمعدل الانتشار موحدة حسب السن لتجنب تأثر معدل الوفيات أو معدل الانتشار نتيجة لاختلاف توزيع الأعمار بين الفئات السكانية وعلى مر الزمن، وسيكون الإبلاغ عن جميع المؤشرات في المستقبل موحداً حسب السن. ففي غياب هذا التوحيد لن يتضح إذا ما كان اختلاف النسب أو معدلات الانتشار يُعزى إلى عامل السن أم إلى غيره من العوامل.

الجدول ٢: أمثلة الأهداف العالمية الاختيارية (مع المؤشرات ومصادر البيانات)

الأهداف الخاصة بالحصائل	المؤشر	مصدر (مصادر) البيانات
١- الوفيات المبكرة الناجمة عن الأمراض غير السارية		
خفض المعدل الإجمالي للوفيات الناجمة عن الأمراض القلبية الوعائية والسرطان وداء السكري وأمراض الجهاز التنفسي المزمنة بنسبة ٢٥٪	احتمال الوفاة غير المشروط في سن يتراوح بين ٣٠ و ٧٠ عاماً بسبب الأمراض القلبية الوعائية والسرطان وداء السكري وأمراض الجهاز التنفسي المزمنة	نظام التسجيل المدني مع إصدار شهادات طبية تشير إلى سبب الوفاة، أو المسوح التي تسجل التشريح الشفوي
الأهداف الخاصة بعوامل التعرض		
٢- الكحول		
تحقيق انخفاض نسبي بمقدار ١٠٪ في إجمالي استهلاك الكحول (بما في ذلك تعاطي الكحول على نحو خطر وضار)	إجمالي استهلاك الكحول (المسجل وغير المسجل) للفرد (البالغ من العمر ١٥ عاماً أو أكثر) سنوياً بـ لتر الكحول الصافي	الإحصاءات الرسمية ونظم الإبلاغ عن بيانات الإنتاج والاستيراد والتصدير والمبيعات والضرائب
٣- مدخول الدهون		
تحقيق انخفاض نسبي بمقدار ١٥٪ في متوسط نسبة الأحماض الدهنية المشبعة إلى إجمالي مدخول الطاقة، بهدف تحقيق المستوى الموصى به أي أقل من ١٠٪ من إجمالي مدخول الطاقة	متوسط نسبة الأحماض الدهنية المشبعة إلى إجمالي مدخول الطاقة الموحد حسب السن في الكبار البالغين من العمر ١٨ عاماً أو أكثر	المسح الوطني
٤- السمنة		
وقف زيادة معدل انتشار السمنة	معدل الانتشار الموحد حسب السن للسمنة بين الكبار البالغين من العمر ١٨ عاماً أو أكثر	المسح الوطني (الشامل للقياسات)
٥- الخمول البدني		
تحقيق انخفاض نسبي بمقدار ١٠٪ في معدل انتشار نقص النشاط البدني	معدل الانتشار الموحد حسب السن لنقص النشاط البدني بين الأشخاص البالغين من العمر ١٨ عاماً أو أكثر	المسح الوطني
٦- ارتفاع ضغط الدم		
تحقيق انخفاض نسبي بمقدار ٢٥٪ في معدل انتشار ارتفاع ضغط الدم	معدل الانتشار الموحد حسب السن لارتفاع ضغط الدم بين الكبار البالغين من العمر ١٨ عاماً أو أكثر	المسح الوطني (الشامل للقياسات)
٧- ارتفاع مستوى الكوليسترول		
تحقيق انخفاض نسبي بمقدار ٢٠٪ في معدل انتشار ارتفاع مستوى الكوليسترول الكلي	معدل الانتشار الموحد حسب السن لارتفاع مستوى الكوليسترول الكلي بين الكبار البالغين من العمر ١٨ عاماً أو أكثر	المسح الوطني (الشامل للقياسات)

مصدر (مصادر) البيانات	المؤشر	الأهداف الخاصة بعوامل التعرض
٨- مدخول الملح / الصوديوم		
المسح الوطني (الشامل للقياسات)	متوسط استهلاك الملح اليومي للكبار (١٨ عاماً أو أكثر) الموحد حسب السن	تحقيق انخفاض نسبي بمقدار ٣٠٪ في متوسط مدخول الملح بين السكان، بهدف تحقيق المستوى الموصى به أي أقل من ٥ غرامات في اليوم.
٩- التبغ		
المسح الوطني	معدل الانتشار الموحد حسب السن لتدخين التبغ الحالي بين الأشخاص البالغين من العمر ١٥ عاماً أو أكثر	تحقيق انخفاض نسبي بمقدار ٣٠٪ في معدل انتشار تدخين التبغ الحالي
مصدر (مصادر) البيانات	المؤشر	الأهداف الخاصة باستجابة النظم الصحية
١٠- العلاج الدوائي للوقاية من النوبات القلبية والسكتات الدماغية		
المسح الوطني	توفر العلاج الدوائي للوقاية من النوبات القلبية والسكتات الدماغية (ويشمل ذلك ضبط سكر الدم)، والنصائح للأفراد البالغين من العمر ٤٠ عاماً أو أكثر المعرضين لخطر الإصابة بالأمراض القلبية الوعائية بنسبة ٣٠٪ على مدى عشر سنوات (بما في ذلك المصابون بالأمراض القلبية الوعائية بالفعل)	حصول ٥٠٪ من الأشخاص المستحقين للعلاج بالأدوية للوقاية من النوبات القلبية والسكتات الدماغية على الأدوية والنصائح
١١- الأدوية الضرورية للأمراض غير السارية والتكنولوجيات الأساسية لعلاج الأمراض غير السارية الرئيسية		
بيانات المرافق	إتاحة التكنولوجيات الأساسية والأدوية الجنيسة الضرورية لعلاج الأمراض غير السارية الرئيسية في مرافق القطاع العام والخاص، بما في ذلك مرافق الرعاية الصحية الأولية	إتاحة التكنولوجيات الأساسية والأدوية الجنيسة الضرورية لعلاج الأمراض غير السارية الرئيسية بنسبة ٨٠٪ في مرافق القطاع العام والخاص

تفاصيل الأهداف التي يتعين تحقيقها بحلول عام ٢٠٢٥

١٠٥- فيما يلي وصف كامل لكل هدف من الأهداف المقترحة، والسبب المنطقي لتحديده، والطريقة التي يمكن بها تحقيقه. وقد تم تحديد فئات الأهداف التالية استناداً إلى المقرر الإجرائي لجمعية الصحة العالمية (جصع ٦٥(٨))، وهي "هدف معتمد" و"أهداف معززة تعزيزاً قوياً" و"الأهداف المصحوبة بدعم مواصلة التطوير".

الهدف المعتمد

الوفيات المبكرة الناجمة عن الأمراض غير السارية

١٠٦- الهدف: تحقيق انخفاض نسبي بمقدار ٢٥٪ في المعدل الإجمالي للوفيات الناجمة عن الأمراض القلبية الوعائية والسرطان وداء السكري وأمراض الجهاز التنفسي المزمنة.

١٠٧- تحديد الهدف: يستند الهدف المقترح بتحقيق انخفاض نسبي بمقدار ٢٥٪ خلال فترة الخمسة عشر عاماً ما بين ٢٠١٠ و ٢٠٢٥ إلى تحليل الاتجاهات التاريخية للإنجازات التي تتعلق بهذا المؤشر خلال العقود الأخيرة. ولتحديد هذا الهدف تم تحليل البيانات الواردة من ٨١ دولة عضواً استوفت لديها بيانات الأحوال المدنية المسجلة على مدى ١٥ عاماً على الأقل في الفترة ١٩٨٠-٢٠١٠ معايير الجودة التي تتعلق بمدى الاكتمال وتحديد سبب الوفاة. وتم احتساب متوسط معدل الانخفاض السنوي للاحتمال غير المشروط للوفاة نتيجة للأسباب الأربعة في سن يتراوح بين ٣٠ و ٧٠ عاماً (لكلا الجنسين معاً) لكل بلد من البلدان، من البيانات المتاحة التي تخص فترة الثلاثين عاماً، واحتساب المئين الرابع والعشرين الأعلى للبلدان البالغ عددها ٨١ بلداً. وبناءً على الافتراض المتحفظ ومفاده أن الدول الأعضاء الأخرى التي ليست لديها مثل هذه البيانات التاريخية العالية الجودة ستقل جميعها عن هذا المستوى، فإن هذا المئين يقابل المئين العاشر للدول الأعضاء كافة، ويجسد انخفاضاً سنوياً بنحو ٢٪ في المتوسط. ولذا فقد تحدد لفترة الخمسة عشر عاماً من عام ٢٠١٠ إلى عام ٢٠٢٥ هدف تحقيق انخفاض نسبي بمقدار ٢٥٪ (إجمالي الانخفاض السنوي بنسبة ٢٪ على مدى ١٥ عاماً).

الجدول ٣- العمر المتوقع المقدر واحتمال الوفاة بين سن الثلاثين والسبعين بالتحديد، في عام ٢٠٠٩ حسب الإقليم

احتمال الوفاة (%) بين سن الثلاثين والسبعين تحديداً	السن المتوقع عند الوفاة	متوسط العمر المتوقع في سن الثلاثين (أعوام)	
١٨	٨١,٠	٥١,٠	البلدان المرتفعة الدخل
			البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل
٥٤	٦٥,٥	٣٥,٥	الإقليم الأفريقي
٢٦	٧٧,٢	٤٧,٢	إقليم الأمريكتين
٣٩	٧١,٥	٤١,٥	إقليم جنوب شرق آسيا
٣٩	٧٢,٠	٤٢,٠	الإقليم الأوروبي
٣٦	٧٢,٥	٤٢,٥	إقليم شرق المتوسط
٢٧	٧٥,٩	٤٥,٩	إقليم غرب المحيط الهادئ

المصدر: جداول الحياة لمنظمة الصحة العالمية لعام ٢٠٠٩ (الإحصاءات الصحية العالمية ٢٠١١).

١٠٨- إمكانية التحقيق: برهنت الخبرات التاريخية لأفضل البلدان أداءً في الفترة ١٩٨٠-٢٠١٠ على إمكانية تحقيق انخفاض كبير في معدل الوفيات الناجمة عن الأمراض غير السارية وأن الهدف المقترح قابل للتحقيق. وفي إمكان التدخلات الخاصة بالوقاية والعلاج المعروفة بأنها من "أفضل الخيارات" أن تسفر عن انخفاض كبير في معدل الوفيات الناجمة عن فئات المرض الأربع الرئيسية. وعلى سبيل المثال:

(١) تشير تقديرات منظمة الصحة العالمية إلى أن المخاطر السلوكية والغذائية الخمسة الرئيسية، وهي ارتفاع منسوب كتلة الجسم، وانخفاض مدخول الفواكه والخضروات، والخمول البدني، وتعاطي التبغ وتعاطي الكحول، تُعد مسؤولة عن ٣٠٪ من الوفيات الناجمة عن السرطان.

(٢) وتشير تقديرات المنظمة إلى أن ثمانية عوامل خطر، وهي تعاطي الكحول على نحو ضار، وتعاطي التبغ، وارتفاع ضغط الدم، وارتفاع منسوب كتلة الجسم، وارتفاع مستوى الكوليسترول، وارتفاع غلوكوز الدم، وانخفاض مدخول الفواكه والخضروات، والخمول البدني، تُعد مسؤولة عن ٦١٪ من الوفيات الناجمة عن الأمراض القلبية الوعائية. وفي الإمكان تحقيق المزيد من تراجع معدل الوفيات من

خلال تدخلات الخدمات الصحية الموجهة للأشخاص المعرضين بشدة للإصابة بالأمراض القلبية الوعائية والمرضى الذين تعرضوا لأحداث قلبية وعائية وخيمة.

(٣) ويمكن الوقاية من نحو ٦٠٪ من حالات السكري التي تبدأ في مرحلة الكهولة بتغيير نمط المعيشة ويمكن تحقيق المزيد من انخفاض معدل الوفيات من خلال التشخيص والعلاج.

(٤) ويُعزى نحو ٦٠٪ من الوفيات الناجمة عن أمراض الجهاز التنفسي المزمنة إلى تدخين التبغ أو التعرض للدخان الصادر عن اشتعال القود الصلب داخل المنازل.

الأهداف المعززة تعزيزاً قوياً

ارتفاع ضغط الدم

١٠٩- الهدف: تحقيق انخفاض نسبي بمقدار ٢٥٪ في معدل انتشار ارتفاع ضغط الدم (ويُعرف بأنه ضغط دم انقباضي يعادل ١٤٠ أو أكثر و/ أو ضغط دم انبساطي يعادل ٩٠ أو أكثر).

١١٠- تحديد الهدف: تستند نسبة الانخفاض المقترحة إلى الخبرات التاريخية للفترة ١٩٨٠-٢٠١٠ فيما يتعلق بالانخفاض النسبي الذي تحقق في المنين العاشر الأعلى للبلدان.

١١١- إمكانية التحقيق: ينبغي تحقيق هذا الهدف عن طريق التدخلات للحد من استعمال الملح؛ وتعزيز النظم الغذائية الصحية بما في ذلك زيادة استهلاك الفواكه والخضروات والحد من مدخول الدهون المشبعة؛ والجهود للحد من فرط الوزن والسمنة؛ والفحص لتحري الإصابة بفرط ضغط الدم واكتشافه وعلاجه.

تدخين التبغ

١١٢- الهدف: تحقيق انخفاض نسبي بمقدار ٣٠٪ في معدل انتشار تدخين التبغ الحالي.

١١٣- تحديد الهدف: تم تحديد نسبة الانخفاض المقترحة استناداً إلى نسب انخفاض معدل انتشار التدخين الذي ثبتت إمكانية تحقيقه في بعض البلدان المرتفعة والمتوسطة الدخل التي نفذت برامج قوية لمكافحة التبغ. واستُخدمت البيانات التي وردت في تقرير منظمة الصحة العالمية عن وباء التبغ العالمي لتحليل اتجاهات معدلات انتشار التدخين في الدول الأعضاء التي نجحت في تنفيذ التدابير المختارة على أعلى مستوى للحد من الطلب. ويشير هذا التحليل إلى أن هذه البلدان المرتفعة والمتوسطة الدخل قد حققت انخفاضاً سنوياً مطلقاً بنسبة ١٪ تقريباً في معدل انتشار التدخين. ويترجم هذا الإنجاز إلى انخفاض نسبي ٣٠٪ بحلول عام ٢٠٢٥ والذي يُعد بناءً على ذلك هدفاً ذا جدوى وقابلاً للتحقيق.

١١٤- إمكانية التحقيق: ينبغي تحقيق هذا الهدف من خلال التنفيذ الكامل لاتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية بشأن مكافحة التبغ ولاسيما التدابير التي تتخذ على أعلى مستوى للحد من الطلب مثل الضرائب المفروضة على منتجات التبغ، وفرض استخدام ملصقات التحذيرات الصحية ذات الصور الكبيرة، وإصدار التشريعات الخاصة ببيئة خالية من الدخان، وحظر جميع أنواع إعلانات التبغ والترويج له ورعايته.

مدخول الملح / الصوديوم

١١٥- الهدف: تحقيق انخفاض نسبي بمقدار ٣٠٪ في متوسط مدخول الملح بين السكان، بهدف تحقيق المستوى الموصى به أي أقل من ٥ غرامات في اليوم (غرامان من الصوديوم تقريباً).

١١٦- **تحديد الهدف:** توصي منظمة الصحة العالمية باستهلاك أقل من خمسة غرامات في اليوم للكبار البالغين من العمر ١٨ عاماً أو أكثر للوقاية من الأمراض القلبية الوعائية. وتستند نسبة الانخفاض المقترحة إلى توصية منظمة الصحة العالمية للوقاية من الأمراض القلبية الوعائية التي تنص على تشجيع جميع الأفراد على الحد من مدخول الملح اليومي بنسبة الثلث على الأقل. واستناداً إلى البيانات المتاحة، يقدر مدخول الملح الغذائي بنحو ٩ إلى ١٢ غرام يومياً.

١١٧- **إمكانية التحقيق:** ينبغي تحقيق هذا الهدف بتنفيذ التدخلات الخاصة بخفض مدخول الملح بما في ذلك الحملات الإعلامية لتعريف المستهلكين وتمكينهم من الاختيارات المستنيرة، والحد من المحتوى من الملح في الأطعمة المصنعة بتغيير تركيبة الأغذية. وقد نفذ عدد محدود من البلدان استراتيجيات الحد من الملح/الصوديوم وتبين البيانات الواردة من تلك البلدان (مثل فنلندا والمملكة المتحدة) إمكانية الحد من مدخول الملح اليومي بنسبة ٣٠٪ خلال ٧ إلى ١٠ أعوام. وهناك العديد من البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل التي تنفذ أو تعتزم تنفيذ استراتيجيات الحد من الملح/الصوديوم في المستقبل القريب.

الخمول البدني

١١٨- **الهدف:** تحقيق انخفاض نسبي بمقدار ١٠٪ في معدل انتشار نقص النشاط البدني.

١١٩- **تحديد الهدف:** تستند نسبة الانخفاض المقترحة إلى نسب انخفاض نقص النشاط البدني التي ثبتت إمكانية تحقيقها في البلدان التي نفذت تدخلات الصحة العمومية الفعالة وذات الجدوى التي ترمي إلى الترويج للنشاط البدني لدى الكبار. وتشمل الأمثلة على المستوى القطري البلدان المرتفعة والمتوسطة الدخل على حد سواء. وتحظى كندا بأطول تاريخ للعمل الوطني لمكافحة الخمول البدني وتشير بيانات الفترة من ١٩٨١ إلى ٢٠٠٢ إلى زيادة معدلات المشاركة من ٢١ إلى ٤٢٪ أي زيادة بمقدار ٢١٪ خلال هذه الفترة. وفي البرازيل تشير بيانات رصد النشاط البدني في الفترة ٢٠٠٢ و ٢٠٠٨ إلى زيادة كبيرة في الإجراءات التي ترمي إلى زيادة النشاط البدني في مختلف السياقات أدت إلى انخفاض نقص النشاط البدني بين الكبار بنسبة ٦٪. وقد تكرر الأثر نفسه في سنغافورة وتايلند. وتدل هذه الأمثلة على أن حجم التغيير الذي يمكن أن يتحقق من خلال الإجراءات الوطنية يناهز ١٪ سنوياً.

١٢٠- **إمكانية التحقيق:** يُعد الترويج للنشاط البدني من خلال وسائل الإعلام ضمن التدخلات الرئيسية لتحقيق هدف الحد من نقص النشاط البدني. وفضلاً عن ذلك يمكن الترويج للنشاط البدني من خلال تنفيذ المبادئ التوجيهية الوطنية الخاصة بالنشاط البدني، والسياسات الوطنية التي تضمن إتاحة وسلامة أنشطة المشي وركوب الدراجات وممارسة الرياضة، وغيرها من أنواع السياسات العامة على صعيد القطاعات مثل قطاع النقل والتعليم والرياضة والتصميم الحضري. وتشمل الأماكن التي يمكن الترويج فيها للنشاط البدني المدارس وأماكن العمل كما يمكن الترويج له على مستوى المجتمع المحلي.

الأهداف المصحوبة بدعم مواصلة التطوير

السمنة

١٢١- **الهدف:** عدم زيادة معدل انتشار السمنة.

١٢٢- **تحديد الهدف:** يتسم الهدف المقترح بالطموح. وأوضح استعراض البيانات القطرية في الفترة ١٩٨٠-٢٠١٠ أن معدل الانتشار العالمي للسمنة قد تضاعف في تلك الفترة، وهو ما يشير إلى الحاجة الملحة إلى العمل العالمي.

١٢٣- إمكانية التحقيق: ينبغي تحقيق هذا الهدف من خلال حافظة شاملة من الإجراءات لضمان تحقيق التوازن الأمثل للطاقة عن طريق التحفيز على اتباع النظم الغذائية الصحية وممارسة النشاط البدني منذ المراحل المبكرة من الحياة. ولم تثبت بعد بوضوح قاعدة بيانات التدخلات ذات الجدوى والتي يمكن التوسع في نطاقها والتي نجحت في عكس الاتجاهات القائمة. وفي أيار / مايو ٢٠١٢ اعتمدت جمعية الصحة العالمية القرار جص ع٦-٦٥، هدفاً عالمياً يتمثل في عدم زيادة معدل فرط الوزن لدى الرضع والأطفال دون الخامسة من العمر بحلول عام ٢٠٢٥. وتشير البيانات إلى أن فرط الوزن والسمنة ينزعان إلى الاستمرار طيلة دورة العمر، وأن وضع حد لزيادة معدلات فرط الوزن لدى الرضع والأطفال الصغار واتخاذ الإجراءات للوقاية من فرط الوزن والسمنة لدى الأطفال والمراهقين لازماً لتحقيق الهدف الخاص بالكبار بحلول عام ٢٠٢٥.

مدخول الدهون

١٢٤- الهدف: تحقيق انخفاض نسبي بمقدار ١٥٪ في متوسط نسبة الأحماض الدهنية المشبعة إلى إجمالي مدخول الطاقة، بهدف تحقيق المستوى الموصى به أي أقل من ١٠٪ من إجمالي مدخول الطاقة.

١٢٥- تحديد الهدف: يستند هدف تحقيق انخفاض بنسبة ١٥٪ إلى نسب الانخفاض المطلق في الطاقة من الأحماض الدهنية المشبعة وبالغلة ٣ إلى ٩٪، التي أسفرت عنها استراتيجيات السكان المتعددة الجوانب والممتدة على فترات تتراوح بين ٥ و ٣٠ عاماً. ففي فنلندا انخفض مدخول الأحماض الدهنية المشبعة من ٢٢٪ في عام ١٩٧٢ إلى ١٣٪ في عام ٢٠٠٧ من خلال زيادة استهلاك الحليب منزوع الدسم بدلاً من الحليب كامل الدسم، واستخدام السمن النباتي (المرغارين) القليل الدهون المصنوع من زيت الشلجم واستهلاك الألبان قليلة الدسم. وخفضت أيسلندا استهلاك الدهون المشبعة ولاسيما من الحليب ومنتجات الألبان، والزبد، ولحم الضأن، وأسفر ذلك عن خفض نسبة الطاقة من الشحوم من ٤٠ إلى ٣٦٪. وفي موريشيوس حدث انخفاض بنسبة ٣,٥٪ من مدخول الطاقة من الأحماض الدهنية المشبعة نتيجة لتغيير نوع زيت الطهي الشائع الاستخدام من زيت النخيل إلى زيت فول الصويا. وفي بولندا أسفر إلغاء الدعم الحكومي لإنتاج الزبد وشحم الخنزير في بداية تسعينيات القرن الماضي عن التحول إلى استهلاك الزيوت النباتية وأدى إلى خفض مدخول الأحماض الدهنية المشبعة بنسبة ٧٪ وزيادة نسبة الدهون غير المشبعة المتعددة إلى الدهون المشبعة من ٣٣,٠ في عام ١٩٩٠ إلى ٥٦,٠ في عام ١٩٩٩.

١٢٦- إمكانية التحقيق: ينبغي تحقيق هذا الهدف من خلال وضع السياسات الرامية إلى زيادة استهلاك المنتجات ذات المحتوى المنخفض من الأحماض الدهنية المشبعة، والسياسات الرامية إلى تغيير مدخول الدهون الغذائية من الأحماض الدهنية المشبعة إلى الأحماض الدهنية غير المشبعة المتعددة.

الكحول

١٢٧- الهدف: تحقيق انخفاض نسبي بمقدار ١٠٪ في الاستهلاك الإجمالي للكحول (بما في ذلك تعاطي الكحول على نحو خطر وضار).

١٢٨- تحديد الهدف: يتسق هدف تحقيق انخفاض بنسبة ١٠٪ في إجمالي استهلاك الكحول مع الإنجازات الموثقة في عدد كبير من البلدان. ووفقاً لبيانات منظمة الصحة العالمية فإنه في الفترة ١٩٩٠-٢٠٠٥ خفض ٤٦ بلداً استهلاك الكحول المقاس باستهلاك الفرد المسجل، بما في ذلك الأرجنتين وكندا وشيلي وفرنسا وإيطاليا ونيوزيلندا وسويسرا. وخلال هذه الفترة خفض ١٧ بلداً في أوروبا استهلاكها من الكحول في نطاق يتراوح بين ١٣ و ٤٧٪ من الانخفاض النسبي. وهناك ٧٠ بلداً زاد فيها استهلاك الفرد خلال الفترة ١٩٩٠-٢٠٠٥، وتتراوح الزيادة بين ١٠٪ زيادة نسبية وبين الزيادة المضاعفة في المستويات الإجمالية لاستهلاك الكحول. ويُعد عكس هذا

الاتجاه المتزايد الهدف المشروع للبلدان التي تشهد زيادة مستمرة في استهلاك الكحول. ومن المقدر أن يسفر الانخفاض النسبي بمقدار ١٠٪ في إجمالي استهلاك الكحول عن تجنب ٤٣ ٠٠٠ وفاة على صعيد العالم و ٦٧٠ ٠٠٠ سنة من سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز والناجمة عن الأمراض غير السارية فقط، وذلك بين الكبار البالغين من العمر ١٥ إلى ٦٤ عاماً. وإذا ما أضيفت الاضطرابات العصبية النفسية إلى هذه التقديرات، ستزيد أعداد الوفيات وسنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز التي سيتم تجنبها زيادة كبيرة، وسيضاعف عدد ما سيتم تجنبه من هذه السنوات أكثر من ثلاث مرات.

١٢٩- *إمكانية التحقيق*: ينبغي تحقيق هذا الهدف من خلال تطبيق وإنفاذ السياسات الفعالة وعالية المردود الخاصة بالكحول والإجراءات المنسقة التي تلائم جميع أصحاب المصلحة المعنيين، بما يتماشى مع الاستراتيجية العالمية للحد من تعاطي الكحول على نحو ضار.

ارتفاع مستوى الكوليسترول الكلي

١٣٠- *الهدف*: تحقيق انخفاض نسبي بمقدار ٢٠٪ في معدل انتشار ارتفاع مستوى الكوليسترول الكلي (ويُعرّف بأنه ٥ مليمول/لتر أو ١٩٠ مليغرام/ديسيلتر أو أكثر).

١٣١- *تحديد الهدف*: تستند نسبة الانخفاض المقترحة إلى الخبرات التاريخية للفترة ١٩٨٠-٢٠١٠ فيما يتعلق بالانخفاض النسبي الذي تحقق في المئين العاشر الأعلى للبلدان.

١٣٢- *إمكانية التحقيق*: ينبغي تحقيق هذا الهدف عن طريق تعزيز النظم الغذائية الصحية بما في ذلك زيادة استهلاك الفواكه والخضروات والحد من مدخول الدهون المشبعة؛ والجهود للحد من فرط الوزن والسمنة؛ وتعزيز زيادة النشاط البدني، والفحص لتحري الإصابة بفرط ضغط الدم واكتشافه وعلاجه.

توفر الأدوية الجنيسة الضرورية للأمراض غير السارية والتكنولوجيات الأساسية لعلاج الأمراض غير السارية الرئيسية

١٣٣- *الهدف*: إتاحة التكنولوجيات الأساسية والأدوية الجنيسة الضرورية لعلاج الأمراض غير السارية الرئيسية بنسبة ٨٠٪ في مرافق القطاع العام والقطاع الخاص.

١٣٤- *تحديد الهدف*: استُخدم هدف الإتاحة بنسبة ٨٠٪ في الخطة الاستراتيجية المتوسطة الأجل لمنظمة الصحة العالمية للفترة ٢٠٠٨-٢٠١٣ واستراتيجية برنامج الأدوية الأساسية للفترة ٢٠٠٨-٢٠١٣.

١٣٥- *إمكانية التحقيق*: تحقق بالفعل هدف الإتاحة بنسبة ٨٠٪ في العديد من البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل بالنسبة للقاحات ومضادات الفيروسات القهقرية وأدوية السل والملاريا. وفي ظل توفر الإرادة السياسية والتمويل الكافي يمكن تحقيق الإتاحة الشاملة للأدوية الأساسية الجنيسة للأمراض غير السارية.

العلاج الدوائي للوقاية من النوبات القلبية والسكتات الدماغية

١٣٦- *الهدف*: حصول ٥٠٪ من الأشخاص المستحقين للعلاج بالأدوية للوقاية من النوبات القلبية والسكتات الدماغية على الأدوية والنصائح.

١٣٧- تحديد الهدف: تشير الخبرات التاريخية للبلدان المرتفعة الدخل التي شهدت انخفاضاً في معدل الوفيات الناجمة عن الأمراض القلبية الوعائية إلى أن ٥٠٪ تقريباً من الانخفاض يمكن أن يُعزى إلى الحد من مخاطر هذه الأمراض من خلال العلاج بما في ذلك الوقاية الثانوية.

١٣٨- إمكانية التحقيق: ينبغي تحقيق هذا الهدف عن طريق تعزيز الرعاية الأولية للكشف المبكر عن الأشخاص المصابين بالأمراض القلبية الوعائية وعلاجها والأشخاص المعرضين تعرضاً شديداً للإصابة بها باستخدام داء السكري وفرط ضغط الدم كنقاط دخول.

= = =