

# گزارش از کمیته بین المللی پایان دادن به چاقی دوران

## کودک، سازمان جهان بهداشت





گزارشے از کمیتهی بین المللی پایان دادن به  
چاقے دوران کودکے، سازمان جهانی بهداشت

**عنوان و نام پدیدآور:** گزارشی از کمیته‌ی بین‌المللی پایان دادن به چاقی دوران کودکی، سازمان جهانی بهداشت/ [سازمان بهداشت جهانی]: مترجمین رویا کلیشادی، زهرا عبدالهی؛ [برای] پژوهشکده پیشگیری اولیه از بیماری‌های غیرواگیر.

**مشخصات نشر:** اصفهان: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان اصفهان، ۱۳۹۷.

**مشخصات ظاهری:** ۵۵ ص: مصور (رنگی)، نمودار (رنگی)، نقشه (رنگی)؛ ۲۹×۲۲ س.م.

**شابک:** 978-964-524-639-4

**وضعیت فهرست نویسی:** فیبا

**یادداشت:** عنوان اصلی: Report of the Commission on Ending Childhood Obesity, 2016. کتابنامه: ص. ۱۹۳ - ۲۰۰؛ همچنین به صورت زیرنویس.

**موضوع:** چاقی در کودکان/ Obesity in children / چاقی در نوجوانان / Obesity in adolescence

**شناسه افزوده:** کلیشادی، رویا، ۱۳۳۹ - مترجم/ Kelishadi, Roya / عبدالهی، زهرا، ۱۳۳۵ - مترجم/ سازمان بهداشت جهانی / World Health Organization / دانشگاه

علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان اصفهان / Isfahan University of Medical sciences & Health Services / دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

استان اصفهان. پژوهشکده پیشگیری اولیه از بیماری‌های غیرواگیر / Isfahan University of Medical sciences & Health Services . Research Institute for

Primordial Prevention of Non Communicable Disease

**رده بندی کنگره:** ۱۳۹۷ ۴۲۴۴/ RJ399

**رده بندی دیویی:** 618/92398

**شماره کتابشناسی ملی:** 5181564

## گزارشی از کمیته‌ی بین‌المللی پایان دادن به چاقی دوران کودکی، سازمان جهانی بهداشت



**مترجمین:** دکتر رویا کلیشادی، دکتر زهرا عبدالهی

**ناشر:** انتشارات دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

**صفحه آرایشی:** نجمه کاویانی

**تعداد صفحات:** ۶۱ صفحه

**قطع:** رحلی

**نوبت چاپ:** اول، پاییز ۱۳۹۶

**تیراژ:** ۱۰۰۰ نسخه

شابک: ۹۷۸-۹۶۴-۵۲۴-۶۳۹-۴

آدرس: دانشگاه علوم پزشکی اصفهان - صندوق پستی: ۳۱۹-۸۱۷۴۵

تلفن: ۰۳۱-۳۷۹۲۳۰۶۸

نمابر: ۰۳۱-۳۶۶۸۷۸۹۸

<http://publications.mui.ac.ir>

# فهرست

۱	واژه‌نامه و تعاریف
۲	چکیده
۴	پیشنهادها
۸	اقدامات و مسئولیت‌ها
۱۰	اهداف
۱۶	اصول راهنما
۱۹	اهداف راهبردی
۴۳	نظارت و پاسخگویی
۴۵	نتیجه‌گیری
۴۶	ضمیمه ۱: کمیته‌ی بین‌المللی پایان دادن به چاقی کودکان
۴۸	منابع



# واژه‌نامه و تعاریف

**نمایه توده‌ی بدنی (BMI):** نسبت وزن (کیلوگرم) به قد (متر به توان ۲)

**نمایه توده‌ی بدنی برای سن (BMI for age):** استاندارد شده برای کودکان

**کودکان:** افراد کمتر از ۱۸ سال<sup>۱</sup>.

**شیرخواران:** کمتر از ۱۲ ماه

**غذای سالم:** غذاهای موجود در رژیم‌های غذایی سالم که باید به اندازه‌ی مناسب مصرف شوند<sup>۲</sup>.

**چاقی:** از تولد تا قبل از ۵ سالگی: قد به نسبت وزن، ۳ انحراف معیار بیش از میانه استانداردهای رشد کودک

ارائه شده از سوی سازمان جهانی بهداشت و از ۵ سالگی تا قبل از ۱۹ سالگی نمایه توده‌ی بدنی برای سن، ۲

انحراف معیار بیش از میانه الگوی مرجع رشد ارائه شده از سوی سازمان جهانی بهداشت<sup>۳</sup>.

**محیط زمینه‌ساز چاقی:** محیطی که دریافت انرژی بالا و رفتار کم تحرک را ترویج می‌کند. در چنین محیطی

غذاهای ناسالم که اغلب ارزان بوده و به سهولت در دسترس هستند تبلیغ و عرضه می‌شوند و فرصت‌های تحرک

و فعالیت بدنی برای افراد جامعه فراهم نیست<sup>۴</sup>.

**اضافه وزن:** از تولد تا پیش از ۵ سالگی: وزن برای قد بیشتر از ۲ انحراف معیار بالای میانه‌ی استاندارد رشد

کودک ارائه شده از سوی سازمان جهانی بهداشت<sup>۳</sup>.

**از ۵ سالگی تا ۱۹ سالگی:** نمایه توده برای سن، بیشتر از ۱ انحراف معیار بالای میانه‌ی منحنی رشد ارائه

شده از سوی سازمان جهانی بهداشت<sup>۴</sup>.

**غذای ناسالم:** غذاهای سرشار از چربی‌های اشباع شده، اسیدهای چرب ترانس، قندهای آزاد یا نمک (غذاهای

با چگالی انرژی بالا و فقیر از نظر مواد مغذی).

**کودکان خردسال:** افراد دارای سن کمتر از ۵ سال.

<sup>1</sup> Convention on the rights of the child, treaty series, 1577: 3(1989): part 1, article 1 defines a child as every human being below the age of eighteen years unless the law applicable to the child, majority is attained earlier. The World Health Organization (WHO) defines adolescents as those between 10 and 19 years of age. The majority of adolescents are, therefore, included in the age-based definition of "child" adopted by the convention on the rights of the child, as a person under the age of 18 years.

<sup>2</sup> <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs394/en/>.

<sup>3</sup> [http://www.who.int/childgrowth/standards/technical\\_report/en/](http://www.who.int/childgrowth/standards/technical_report/en/).

<sup>4</sup> [http://www.who.int/nutrition/publications/growthref\\_who\\_bulletin/en/](http://www.who.int/nutrition/publications/growthref_who_bulletin/en/). The new curves are closely aligned with the WHO child growth standards at 5 years, and the recommended adult cut-offs for overweight and obesity at 19 years. They fill the gap in growth curves and provide an appropriate reference for the 5-19 year age group.

چاقی کودکان در بسیاری از کشورها به درجه‌ی هشدار دهنده‌ای رسیده و این جوامع را در معرض چالشی فوری و جدی قرار داده است. اهداف توسعه‌ی پایدار که از سوی سازمان ملل متحد در سال ۲۰۱۵ تعیین شده‌اند، پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیر واگیر را به عنوان اولویت‌های اساسی خود، معرفی کرده است. در میان عوامل خطرزای بیماری‌های غیر واگیر، چاقی به عنوان نگرانی اصلی معرفی شده که بر روی سلامتی اثر منفی گذاشته و باعث کاهش امید به زندگی می‌شود.

شیوع چاقی دوران شیرخواری، کودکی و نوجوانی در سراسر جهان رو به افزایش است. با اینکه فراوانی آن ممکن است در بعضی مناطق ثابت مانده باشد، تعداد بیشتری از کودکان دارای اضافه وزن و چاقی در کشورهایی با درآمد پایین یا متوسط نسبت به کشورهای با درآمد بالا وجود دارند. چاقی می‌تواند سلامت کودک، دستیابی به امکانات آموزشی و کیفیت زندگی او را تحت تأثیر قرار دهد. احتمال چاقی در بزرگسالی و افزایش بروز بیماری‌های مزمن در کودکان چاق بیشتر است.

اقدامات انجام شده جهت مقابله با چاقی کودکان کند و مقطعی بوده‌اند. کمیته‌ی بین‌المللی جهت پایان دادن به چاقی دوران کودکی در سال ۲۰۱۴ شکل گرفت تا کاستی‌ها و نقایص موجود در اقدامات و راهبردها را بازبینی و مشخص کند. این کمیته از طریق مشورت با بیش از یکصد کشور عضو سازمان جهانی بهداشت و بازبینی و بررسی تقریباً ۱۸۰ نظر اینترنتی [به ضمیمه ۱ مراجعه شود] مجموعه‌ای از راهکارها در حیطه‌های مختلف را برای مقابله با چاقی کودکی و نوجوانی ارائه کرده است.

بسیاری از کودکان امروزه در محیط‌هایی زندگی می‌کنند که آنها را به اضافه وزن و چاقی سوق می‌دهد. این محیط شامل عدم تعادل انرژی ناشی از تغییر در نوع غذا، سهولت دسترسی، قیمت ارزان، تبلیغات جذاب و همچنین کاهش فعالیت فیزیکی به همراه صرف زمان زیاد برای سرگرمی‌های بی‌حرکت، می‌باشد. پاسخ رفتاری و بیولوژیکی یک کودک به محیط‌های مشوق چاقی می‌تواند حتی پیش از تولد شکل گیرد و تعداد زیادی از کودکان را در معرض رفتارهای غذایی ناسالم و کم تحرکی قرار داده و آنها را در معرض چاقی قرار دهد.

هیچ مداخله‌ای به تنهایی نمی‌تواند با روند فزاینده و سریع چاقی مقابله کند. چاقی دوران کودکی و نوجوانی نیاز به در نظر گرفتن زمینه‌های محیطی و همچنین سه دوره‌ی بحرانی زندگی یعنی دوره‌ی پیش و حین بارداری؛ نوزادی و ابتدای کودکی و سنین مدرسه و نوجوانی را دارد. به علاوه، برخورد مناسب با کودکانی که هم اکنون چاق هستند برای سلامت خودشان و حتی فرزندان‌شان در آینده بسیار مهم است.

پیشگیری از چاقی و درمان آن نیازمند رویکرد همه جانبه‌ی دولت‌ها می‌باشد که در آن سیاست‌های همه‌ی بخش‌ها به نحوی تنظیم شوند که سلامت را به عنوان یک اصل مهم در نظر گرفته و با عوامل آسیب زنده به آن مقابله نمایند و در نتیجه به ارتقای سلامت و بهداشت جامعه و نیز تحقق اصل برابری آن در جامعه کمک کند.

این کمیته، مجموعه‌ای جامع و یکپارچه از پیشنهادها را برای کنترل چاقی دوران کودکی تدوین کرده است. برای اجرای صحیح این مجموعه، دولت‌ها بایستی نظارت و رهبری کامل را داشته باشند و تمامی گروه‌های دخیل در سلامتی جامعه مسئولیت اخلاقی خود را در کاستن خطر ابتلا به چاقی در کودکان بشناسند. پیشنهادها جهت کنترل و درمان چاقی در کودکان و نوجوانان در قالب محورهای پیش‌رو ارائه شده‌اند.



## افزایش مصرف غذاهای سالم





## پیشنهادها

اجرای برنامه‌های جامع که مصرف غذاهای سالم را تشویق و مصرف غذاهای ناسالم و نوشیدنی‌های شیرین (پر شکر) توسط کودکان و نوجوانان را کاهش دهد.

۱,۱ حصول اطمینان از ارائه و انتشار اطلاعات تغذیه‌ای کافی و متناسب با شرایط محیطی برای کودکان و بزرگسالان و ارائه‌ی دستورالعمل‌های آموزشی مناسب و در دسترس برای همه‌ی طبقات جامعه با زبان و بیانی ساده و قابل فهم.

۱,۲ وضع مالیات قابل توجه بر روی نوشیدنی‌های قنددار و شیرین.

۱,۳ اجرای مقرراتی در مورد بازار فروش مواد غذایی و نوشیدنی‌های موجود برای کودکان و نوجوانان تا از قرار گرفتن آنها در معرض فروش و نیز تبلیغات این مواد غذایی ناسالم کاسته شود.

۱,۴ درج مشخصات مواد مغذی و برچسب‌گذاری، تا مواد غذایی و نوشیدنی‌های ناسالم شناسایی شوند.

۱,۵ برقراری همکاری لازم بین کشورهای عضو برای کاهش تأثیر واردات مواد غذایی خارجی و نوشیدنی‌های ناسالم.

۱,۶ پایه‌گذاری یک سیستم استاندارد برچسب‌گذاری جهانی مواد غذایی.

۱,۷ ارائه‌ی تفسیر مناسب از محتوای مواد غذایی بر روی برچسب بسته‌بندی آن به طوری که باعث آموزش عمومی هر دو گروه بزرگسالان و کودکان و افزایش دانش تغذیه‌ای ایشان شود.

۱,۸ فراهم کردن محیط تغذیه‌ای سالم و بهداشتی در اماکنی مانند مدارس، محیط‌های نگهداری از کودکان و مؤسسات ورزشی کودکان.

۱,۹ افزایش دسترسی به غذای سالم در جوامع محروم.



## اجرای برنامه‌های جامع که باعث تشویق فعالیت جسمی و کاهش کم تحرکی در کودکان و نوجوانان می‌شود.

۲.۱ راهنمایی و آموزش کودکان و نوجوانان، والدین، پرستاران، معلمان و کارشناسان بهداشت، راجع به اندازه‌ی طبیعی بدن، فعالیت جسمی، خواب و استراحت و محدود کردن سرگرمی‌های نشسته (مانند تماشای تلویزیون، استفاده از تلفن همراه و بازی‌های رایانه‌ای).

۲.۲ حصول اطمینان از وجود امکانات کافی و در دسترس برای فعالیت جسمی همه‌ی کودکان (حتی آنهایی که معلولیت جسمی دارند) در محیط مدرسه و همچنین در مکان‌های عمومی به همراه پیش‌بینی فضاهای ورزشی تفکیک شده برای دختران و پسران در موارد لازم.



## ادغام و تقویت اطلاع‌رسانی در خصوص پیشگیری از بیماری‌های غیر واگیر با آموزش مستمر مراقبت پیش، حین بارداری و بعد از آن، برای کاهش خطر ابتلا به چاقی دوران کودکی.

۳.۱ شناسایی و رسیدگی به قند خون بالا و پر فشاری خون در حاملگی.

۳.۲ پایش و کنترل روند وزن‌گیری در دوران بارداری.

۳.۳ تمرکز بیشتر بر روی تغذیه‌ی مناسب در آموزش و مشاوره به مادران و پدران آینده پیش و در طی دوران بارداری.

۳.۴ راهنمایی و آموزش به منظور کسب حمایت کافی برای تشویق تغذیه‌ی مناسب، رژیم‌های غذایی سالم و فعالیت جسمی و همچنین خودداری از مصرف دخانیات و قرار گرفتن در معرض دود آن، عدم مصرف الکل و مواد مخدر و همچنین خودداری از قرار گرفتن در معرض سموم و آلاینده‌های محیطی.



## آموزش و حمایت از رژیم غذایی سالم، خواب و فعالیت جسمی مناسب در سال‌های ابتدایی کودکی برای اطمینان از دستیابی به رشد مناسب کودکان و ترویج عادت‌های سالم زندگی

- ۴,۱ وضع و اعمال مقررات، مانند استفاده از کد بین‌المللی بازاریابی برای جایگزین‌های شیر مادر و سایر تصمیمات مجمع جهانی بهداشت.
- ۴,۲ اطمینان از آموزش کامل مراحل شیردهی موفق در تمامی مراکز زایمان.
- ۴,۳ آگاهی‌بخشی در مورد فواید شیردهی برای مادر و فرزند از طریق برنامه‌های آموزش به والدین و جامعه.
- ۴,۴ حمایت از مادران برای شیردهی، از طریق وضع مقررات مانند مرخصی زایمان، فراهم آوردن تسهیلات و فرصت مناسب برای شیردهی در محل کار.
- ۴,۵ تصویب مقررات برای بازاریابی و فروش مواد غذایی و نوشیدنی‌های مکمل، منطبق با توصیه‌های سازمان جهانی بهداشت برای محدود کردن مصرف غذاها و نوشیدنی‌های سرشار از چربی، قند و نمک توسط شیرخواران و خردسالان.
- ۴,۶ آموزش مراقبان کودک جهت خودداری از دادن مواد غذایی مضر (مانند شیرهای شیرین شده با شکر و آمیبوه‌های تجاری و مواد غذایی با چگالی انرژی بالا و ارزش ناچیز غذایی) به شیرخواران و کودکان برای پیشگیری از افزایش بیش از حد وزن.
- ۴,۷ راهنمایی و آموزش کارکنان نظام سلامت به منظور تشویق جامعه به مصرف طیف گسترده‌ای از غذاهای سالم.
- ۴,۸ راهنمایی و آموزش کارکنان نظام سلامت در ارتباط با رژیم غذایی، حجم مناسب هر وعده‌ی مواد غذایی برای این گروه سنی.
- ۴,۹ اطمینان از ارائه‌ی مواد غذایی، نوشیدنی‌ها و میان‌وعده‌های غذایی سالم در مکان‌ها و مؤسسات رسمی مراقبت از کودکان.
- ۴,۱۰ اطمینان از وجود آموزش مناسب در خصوص تغذیه‌ی سالم و درک صحیح از آن در برنامه‌های آموزشی مراکز و مؤسسات رسمی مراقبت از کودکان.
- ۴,۱۱ اطمینان از وجود فعالیت جسمی کافی در برنامه‌ی روزانه‌ی مراکز و مؤسسات مراقبت از کودکان.
- ۴,۱۲ ارائه‌ی راهنمایی و آموزش در مورد زمان مناسب خواب، انجام فعالیت‌های نشسته و کم‌تحرك و ترویج فعالیت جسمی یا بازی‌های پر تحرك برای گروه سنی ۲-۵ سال.
- ۴,۱۳ جلب حمایت عمومی جامعه برای مراقبان کودک و مراکز نگهداری از کودکان در جهت ترویج سبک زندگی سالم برای کودکان خردسال.



## تدوین و اجرای برنامه‌های جامع برای ترویج محیط آموزشی سالم با آموزش بهداشت، تغذیه‌ی سالم و فعالیت جسمی برای کودکان سنین مدرسه و نوجوانان

- ۵.۱ تعیین استاندارد برای وعده‌های غذایی عرضه شده در مدارس یا مواد غذایی و نوشیدنی‌هایی که در بوفه‌ی مدارس فروخته می‌شوند بر اساس دستورالعمل‌های تغذیه‌ی سالم.
- ۵.۲ منع فروش و عرضه‌ی غذاهای ناسالم مثل نوشیدنی‌های شیرین شده با شکر و غذاهای پر کالری و فاقد ارزش غذایی در محیط مدرسه.
- ۵.۳ اطمینان از دسترسی به آب آشامیدنی سالم در مدارس و مراکز ورزشی.
- ۵.۴ ادغام مباحث مربوط به تغذیه، بهداشت و دانش و تندرستی در برنامه اصلی آموزشی مدارس.
- ۵.۵ ارتقای دانش و مهارت‌های تغذیه‌ای والدین و مربیان بهداشت مدارس.
- ۵.۶ برگزاری کلاس‌های آموزش تهیه غذا برای کودکان، والدین و مراقبان کودک.
- ۵.۷ در نظر گرفتن برنامه مناسب تربیت بدنی در برنامه‌ی آموزشی مدرسه و تأمین پرسنل و تجهیزات لازم برای آن.



## ارائه‌ی خدمات خانواده‌محور و مبتنی بر سبک زندگی سالم جهت کنترل وزن کودکان و نوجوانان دارای اضافه وزن

- ۶.۱ طراحی و پشتیبانی از خدمات مناسب کنترل وزن برای کودکان و نوجوانانی که دچار اضافه وزن یا چاقی هستند. این خدمات می‌باید خانواده‌محور شامل جنبه‌های تغذیه، فعالیت جسمی و حمایت روانی، اجتماعی باشد و توسط تیم‌هایی با تخصص‌های مختلف و با استفاده از منابع کافی به عنوان بخشی از پوشش کلی مراقبت‌های سلامت ارائه شود.

# اقدامات و مسؤلیت‌ها جهت اجرایی کردن توصیه‌ها

## اقدامات و مسؤلیت‌ها برای:

### ■ سازمان جهانی بهداشت

- الف به رسمیت شناختن یک رویکرد مبتنی بر اقدامات در طول زندگی جهت پایان دادن به چاقی کودکی در تمام حوزه‌های فنی مربوطه در ستاد مرکزی، دفاتر منطقه‌ای و کشوری سازمان جهانی بهداشت
- ب طراحی چارچوبی برای اجرای توصیه‌های کمیته‌ی بین‌المللی پایان دادن به چاقی کودکی با مشورت کشورهای عضو
- ج تقویت ظرفیت‌های لازم به منظور حمایت فنی از اقدامات اجرایی جهت کاهش فراوانی چاقی دوران کودکی در سطوح ملی، منطقه‌ای و جهانی
- د حمایت از مؤسسات بین‌المللی، دولت‌ها و گروه‌های مرتبط در تقویت تعهدات موجود برای حصول اطمینان از اجرای اقدامات مربوط به پایان دادن به چاقی کودکی در سطوح ملی، منطقه‌ای و جهانی
- ه پیشبرد و ترویج تحقیقات مشترک در زمینه‌ی پایان دادن به چاقی دوران کودکی با تأکید بر رویکرد مبتنی بر اقدامات در طول زندگی
- و ارائه‌ی گزارش در مورد پیشرفت‌های به دست آمده در زمینه‌ی پایان دادن به چاقی کودکی

### ■ سازمان‌های بین‌المللی

- الف همکاری جهت تقویت ظرفیت‌ها و حمایت از کشورهای عضو جهت برخورد با مشکل چاقی کودکی

### ■ کشورهای عضو

- الف مسؤلیت‌پذیری، راهبری و تعهد سیاسی جهت مقابله با چاقی دوران کودکی در بلندمدت
- ب هماهنگ کردن اقدامات تمام نهادها و مؤسسات دولتی مسئول سیاست‌های سلامت از جمله آموزش و پرورش، غذا، کشاورزی، بازرگانی و صنعت، توسعه، اقتصاد، ورزش، ارتباطات، برنامه‌ریزی شهری و محیط زیست، امور اجتماعی، حمل و نقل و تجارت
- ج گردآوری داده‌های مربوط به نمایه توده‌ی بدنی کودکان بر حسب سن، از جمله گروه‌های سنی که در حال حاضر تحت پایش نیستند و تعیین اهداف ملی برای پیشگیری و کنترل چاقی دوران کودکی
- د ارائه‌ی دستورالعمل‌ها، توصیه‌ها یا سیاست‌های مناسب جهت مشارکت بخش‌های مربوطه از جمله بخش خصوصی جهت اجرای برنامه‌ها با هدف کاهش چاقی کودکی

## ■ سازمان‌های غیر دولتی (مردم نهاد)

- الف مطرح نمودن پیشگیری از چاقی دوران کودکی از طریق فعالیت‌های حمایتی و انتشار و اشاعه‌ی اطلاعات مربوطه
- ب ایجاد انگیزه در مصرف کنندگان برای تقاضا از دولت جهت حمایت از سبک زندگی سالم و ارائه‌ی محصولات سالم توسط صنعت غذا و نوشیدنی‌های غیر الکلی و منع تبلیغات مواد غذایی ناسالم و نوشیدنی‌های شیرین شده برای کودکان
- ج مشارکت در ایجاد و اجرای راهکارهای پایش و پاسخگویی

## ■ بخش خصوصی

- الف حمایت از تولید و تسهیل دسترسی به مواد غذایی و نوشیدنی‌های غیر الکلی که تشکیل دهنده‌ی رژیم غذایی سالم باشند
- ب تسهیل دسترسی و شرکت در فعالیت‌های جسمی

## ■ مؤسسات خیریه سلامت

- الف پذیرفتن معضل چاقی دوران کودکی به عنوان عامل تهدید کننده‌ی سلامت و موفقیت تحصیلی کودک و توجه بیشتر به این موضوع مهم
- ب بسیج کردن منابع مالی برای حمایت از تحقیقات، ایجاد ظرفیت و عرضه‌ی خدمات

## ■ مراکز و مؤسسات آموزش عالی (آکادمیک)

- الف مطرح کردن اهمیت پیشگیری از چاقی کودکی از طریق اشاعه‌ی اطلاعات و گنجاندن آن در برنامه‌های آموزشی
- ب پرداختن به شکاف‌های دانش موجود جهت حمایت از اجرای سیاست‌های مقابله با چاقی کودکی
- ج حمایت از فعالیت‌های مرتبط با پایش و پاسخگویی

از نظر کمیته‌ی بین‌المللی سازمان جهانی بهداشت، پایان دادن به چاقی دوران کودکی، بزرگ‌ترین مانع در برابر پیشرفت مؤثر اقدامات برای کاهش چاقی دوران کودکی، عدم تعهد سیاسی و ناکارآمدی دولت‌ها و سایر عناصر تأثیرگذار برای در دست گرفتن زمام امور و راهبری در انجام اقدامات ضروری و بنیادی است.

دولت‌ها باید نظام‌های قدرتمند پایش و پاسخدهی ایجاد نمایند تا بتوانند شیوع چاقی دوران کودکی را رصد نمایند. این سیستم‌های جمع‌آوری اطلاعات برای سیاست‌گذاری و بررسی تأثیرات و میزان و اثربخشی مداخلات ضروری هستند.

این کمیته سعی دارد تا بر اهمیت و ضرورت غلبه بر موضوع پیچیده‌ی چاقی دوران کودکی تأکید کند. سازمان جهانی بهداشت، سازمان‌های بین‌المللی و کشورهای عضو و همچنین بخش‌های غیر دولتی، همگی نقش بسیار حیاتی در پیشبرد این هدف داشته و می‌باید نسبت به این امر که تمام بخش‌ها در همکاری با یکدیگر در جهت رسیدن به یک نتیجه‌ی مثبت متعهد باقی می‌مانند، اطمینان دهند.

# اهداف کمیته‌ی بین‌المللی پایان دادن به چاقی دوران کودکی

اهداف فراگیر کمیته‌ی پایان دادن به چاقی دوران کودکی، ارائه‌ی توصیه به دولت‌ها جهت سیاستگذاری در پیشگیری از بروز چاقی نوزادان، کودکان و نوجوانان و همچنین شناسایی و درمان چاقی در آنها است.

این اهداف در راستای کاهش خطر بیماری و مرگ و میر ناشی از بیماری‌های غیر واگیر، کاهش اثرات روانی- اجتماعی منفی چاقی هم در دوران کودکی و هم در بزرگسالی و همچنین کاهش خطر ابتلا به چاقی در نسل آینده تدوین شده‌اند.

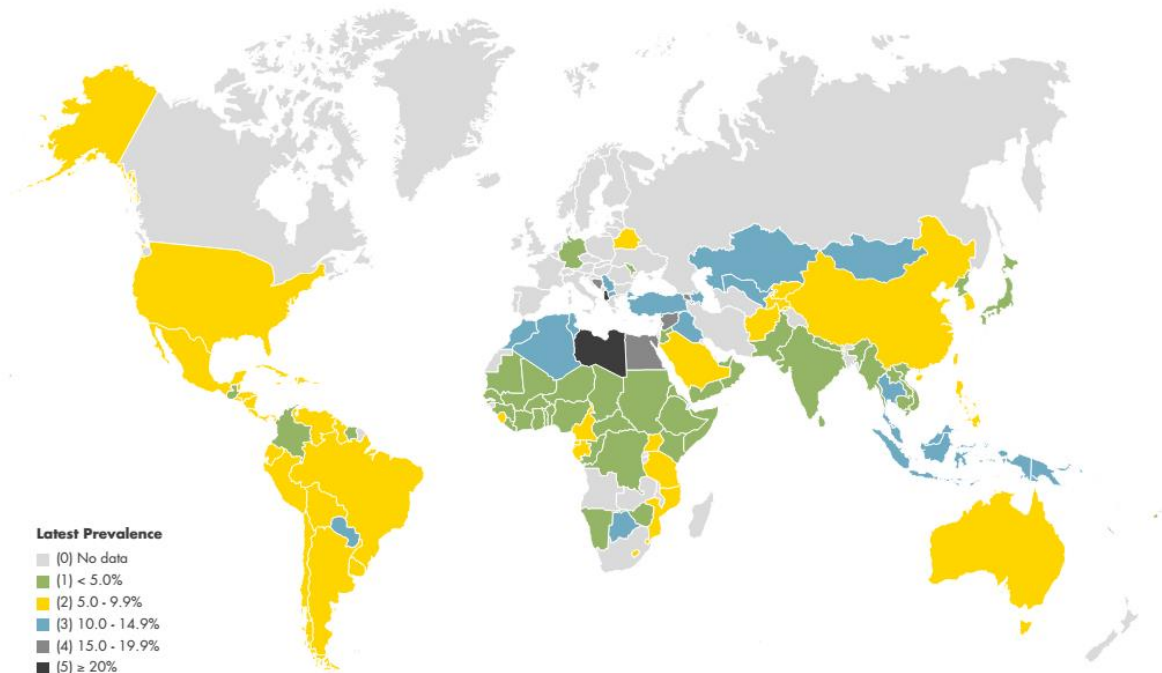


همه‌گیری چاقی باعث خنثی نمودن بسیاری از دستاوردهای بهداشتی و سلامتی می‌شود که تاکنون باعث ارتقای سلامت و افزایش طول عمر در کشورهای مختلف جهان شده‌اند. در سال ۲۰۱۴، طبق برآوردها، ۴۱ میلیون کودک زیر پنج سال دچار اضافه وزن یا چاقی بوده‌اند (۱) [نسبت کودکان دارای مقادیر Z-score وزن برای قد بیش از ۲ انحراف معیار برای اضافه وزن و بیش از ۳ انحراف معیار برای چاقی، از میانه‌ی استاندارد رشد سازمان جهانی بهداشت (۲)]. شکل ۱، شیوع اضافه وزن را در کودکان زیر ۵ سال در سرتاسر دنیا نشان می‌دهد. در آفریقا، تعداد کودکان دچار اضافه وزن یا چاقی از سال ۱۹۹۰ تقریباً دو برابر شده است و از ۵/۴ میلیون به ۱۰/۳ میلیون افزایش یافته است. در سال ۲۰۱۴، از مجموع کودکان زیر ۵ سال دارای اضافه وزن، ۴۸ درصد در آسیا و ۲۵ درصد در آفریقا زندگی می‌کردند (۱). شیوع چاقی دوران شیرخواری، کودکی و نوجوانی ممکن است در برخی مناطق ثابت شده باشد، ولی بر اساس مقادیر مطلق، تعداد کودکان دارای اضافه وزن یا چاقی در کشورهای کم درآمد و با درآمد متوسط بیشتر از کشورهای پر درآمد است (۳). شکل ۲ شیوع اضافه وزن را برحسب منطقه سازمان جهانی بهداشت و گروه‌بندی درآمدی بانک جهانی نشان می‌دهد. داده‌های مربوط به شیوع اضافه وزن در کودکان و نوجوانان بزرگتر درحال بررسی و تأیید هستند و در سال ۲۰۱۶ توسط سازمان جهانی بهداشت منتشر شدند. تاکنون، روند پیشرفت در مقابله با چاقی دوران کودکی آهسته و ناکافی بوده است (۴).

تعداد بیشتری از کودکان، حتی از قبل از تولد، در مسیر ابتلا به چاقی قرار دارند. کودکانی که نمایه توده‌ی بدنی برای سن آنها با مقادیر اضافه وزن و چاقی فاصله دارد هم ممکن است در معرض خطر چاقی قرار داشته باشند. توصیه‌های ارائه شده در این گزارش به نیازهای این کودکان هم پرداخته است. تغذیه ناکافی در اوایل دوران کودکی می‌تواند با تغییر الگوی تغذیه و تحرک، کودک را به طور ویژه‌ای در معرض خطر چاقی قرار دهد.

بسیاری از کشورها در حال حاضر دچار بار مضاعف اختلالات تغذیه‌ای هستند و به طور همزمان از یکسو با افزایش فراوانی چاقی دوران کودکی و از سوی دیگر با مشکل تغذیه ناکافی و کوتاهی قد تغذیه‌ای مواجه هستند. در اغلب موارد، چاقی دوران کودکی در این کشورها کمتر به عنوان یک مشکل بهداشت عمومی شناخته می‌شود و به لحاظ فرهنگی یک کودک چاق، کودک سالم محسوب می‌شود.

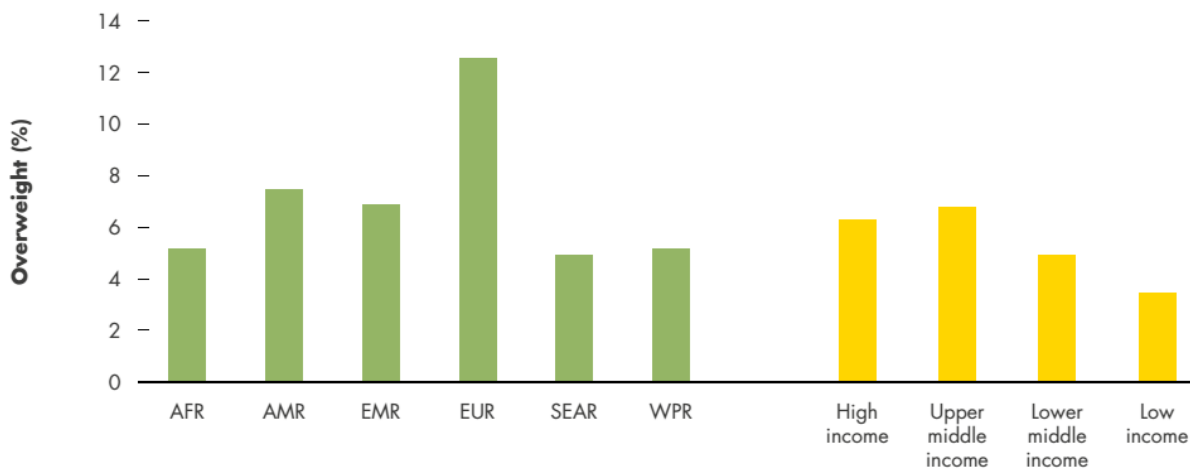
در کشورهای پر درآمد، خطر چاقی دوران کودکی در گروه‌های با رفاه اجتماعی - اقتصادی پایین‌تر بیشتر وجود دارد. هر چند در حال حاضر عکس این مطلب در بیشتر کشورهای کم درآمد و دارای درآمد متوسط صدق می‌کند، ولی تغییراتی در این الگو درحال شکل‌گیری است. در برخی کشورها، برخی زیرگروه‌های جمعیتی، مثل کودکان مهاجر و بومی، به علت تغییرات فرهنگی سریع و دسترسی کم به اطلاعات بهداشت عمومی، در معرض خطر بالای چاقی قرار دارند (۵). با بروز تغییرات سریع در الگوهای اقتصادی و تغذیه‌ای جوامع، به زودی شرایطی پیش خواهد آمد که هر دو طیف سوء تغذیه‌ی ناشی از تغذیه‌ی ناکافی و اضافه وزن به طور همزمان وجود خواهند داشت (۶).



The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area, or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement. All rights reserved. Copyright – WHO 2015.

Source: Tracking tool (<http://www.who.int/nutrition/trackingtool>)

شکل ۱: شیوع اضافه وزن استاندارد شده بر حسب سن در کودکان زیر ۵ سال، (برآوردهای قابل مقایسه، ۲۰۱۴)



AFR=African Region, AMR=Region of Americas, SEAR=South-East Asia Region, EUR=European Region, EMR=Eastern Mediterranean Region, WPR=Western Pacific Region.

Source: UNICEF, WHO, The World Bank. Joint Child Malnutrition Estimates. (UNICEF, New York; WHO, Geneva; The World Bank, Washington, DC; 2015).

شکل ۲: شیوع اضافه وزن در کودکان زیر ۵ سال، بر اساس منطقه‌ی سازمان جهانی بهداشت و گروه‌بندی درآمدی بانک جهانی، (برآوردهای قابل مقایسه، ۲۰۱۴)

چاقی از تداخل اثر مواجهه‌ی کودک با یک محیط ناسالم [محیط ایجاد کننده‌ی چاقی (۷)] و پاسخ‌های رفتاری و بیولوژیک ناکافی به آن محیط رخ می‌دهد. این پاسخ‌ها در بین افراد متفاوت هستند و تا حد زیادی تحت تأثیر عوامل تکاملی در طول زندگی قرار دارند.

امروزه بسیاری از کودکان در محیط‌هایی بزرگ می‌شوند که زمینه‌ساز بروز افزایش وزن و چاقی می‌شود. با گسترش پدیده‌ی جهانی شدن و شهرنشینی، قرار گرفتن در محیط مستعد کننده‌ی چاقی، هم در کشورهای پردرآمد و هم در کشورهای کم‌درآمد و با درآمد متوسط و همچنین در تمام گروه‌های اقتصادی- اجتماعی افزایش یافته است. تغییرات در نوع غذا و دسترسی به مواد غذایی به همراه کاهش فعالیت جسمی منجر به عدم تعادل انرژی شده است. کودکان بیش از پیش غذاهای فرآوری شده، پر کالری و فاقد مواد مغذی که ارزان و به راحتی در دسترس هستند را مصرف می‌کنند. فرصت برای فعالیت جسمی چه در مدرسه و چه خارج از آن کاهش پیدا کرده است و زمان بیشتری صرف فعالیت‌های تفریحی نشسته همچون بازی‌های رایانه‌ای می‌شود. ارزش‌ها و هنجارهای فرهنگی بر نحوه‌ی برداشت از وزن سالم یا مطلوب به ویژه در نوزادان، کودکان خردسال و زنان تأثیر دارند. در برخی مناطق، اضافه وزن و چاقی در حال تبدیل شدن به هنجارهای اجتماعی هستند و در دائمی شدن محیط مستعد کننده‌ی چاقی سهیم‌اند.

## ۱۰/۳ میلیون

در آفریقا، تعداد کودکان چاق یا دارای اضافه وزن از سال ۱۹۹۰ تقریباً دو برابر شده است و از ۵/۴ به ۱۰/۳ میلیون نفر افزایش یافته است.



خطر چاقی می‌تواند در نتیجه عوامل رفتاری یا بیولوژیک از یک نسل به نسل بعدی منتقل شود. تأثیر عوامل رفتاری با گذشت زمان پابرجا می‌ماند چون کودکان، وضعیت اجتماعی اقتصادی، هنجارها و رفتارهای فرهنگی و نیز عادات خانواده در رابطه با غذا و فعالیت بدنی را به ارث می‌برند.

عوامل بیولوژیک می‌توانند از طریق دو مسیر کلی تکاملی منجر به افزایش خطر چاقی در کودکان شوند:

**(الف) مسیر متناقض (mismatch).** این مسیر از سوء تغذیه که گاهی نامحسوس است در طول تکامل جنینی و اوایل دوران کودکی به علت تغذیه نامناسب مادر یا نارسایی جفت رخ می‌دهد. فرایندهای زمینه‌ای شامل تأثیرات محیطی بر عملکرد ژن (اثرات اپی‌ژنتیک) هستند که همیشه اثرات مشخصی روی شاخص‌هایی مانند وزن هنگام تولد ندارند (۸). کودکانی که از عدم تغذیه کافی رنج برده‌اند و با وزن پایین متولد شده‌اند یا نسبت به سن، قد کوتاهی دارند (stunted)، در صورت مصرف رژیم‌های غذایی پرکالری و سبک زندگی بی‌تحرک در مراحل بعدی زندگی، در معرض خطر بسیار بیشتری برای ابتلا به اضافه وزن و چاقی قرار دارند. تلاش‌ها جهت برخورد با عدم تغذیه کافی و کوتاهی قد در طول دوران کودکی ممکن است منجر به عواقب ناخواسته افزایش خطر چاقی در این کودکان شده باشد.

**(ب) مسیر تکاملی.** در این مسیر، مادر پیش از بارداری به چاقی یا دیابت مبتلا بوده یا در طی حاملگی به دیابت بارداری مبتلا می‌شود. این امر کودک را در معرض افزایش رسوب چربی به همراه بیماری متابولیک یا چاقی قرار می‌دهد. این مسیر ممکن است شامل فرایندهای اپی‌ژنتیک نیز باشد. تحقیقات اخیر حاکی از آن است که چاقی پدر نیز ممکن است در افزایش خطر چاقی احتمالاً از طریق مکانیسم‌های اپی‌ژنتیک در کودک سهمیم باشد (۹). تغذیه اولیه نامناسب نوزاد نیز بر تکامل زیستی نوزاد اثر می‌گذارد. مداخلات مناسب قبل از لقاح، در طول بارداری و در دوران نوزادی ممکن است از برخی از این اثرات پیشگیری کنند، اما ممکن است با عبور نوزاد از یک مرحله تکاملی خاص دیگر به راحتی امکان جبران وجود نداشته باشد. از آنجا که بسیاری از مادران باردار تا پایان سه ماهه اول به متخصص مراجعه نمی‌کنند، ترویج آگاهی نسبت به اهمیت رفتارهای سالم در نوجوانان، زنان و مردان جوان قبل از بارداری و در اوایل بارداری ضروری است.

**تعداد مطلق کودکان چاق و دارای اضافه وزن در کشورهای کم درآمد و دارای درآمد متوسط بیشتر از کشورهای پردرآمد است.**



اضافه وزن و چاقی، سطوح جدا کننده‌ی مطلق ندارند و حتی بسیاری از کودکانی که در دامنه‌ی طبیعی نمایه توده‌ی بدنی برای سن قرار دارند هم ممکن است در مسیر ابتلا به چاقی باشند. پیامدهای اضافه وزن و چاقی هم پیوسته وجود دارند و می‌توانند قبل از آنکه کودک به مرحله‌ی تعریف شده برای اضافه وزن و چاقی برسد روی کیفیت زندگی او اثر بگذارند. در محدوده‌ی توزیع نمایه توده‌ی بدنی، افراد در مقایسه با نسل‌های قبلی، میزان چربی بدنی بیشتر و توده‌ی عضلانی کمتری دارند (۱۰). الگوی ذخیره شدن چربی در بدن هم از لحاظ پیامدهای سلامتی اهمیت دارد (۱۱). برخی گروه‌های جمعیتی با وجود نمایه توده‌ی بدنی مشابه با گروه‌های دیگر، توده‌ی چربی بیشتر و توده‌ی عضلانی کمتری دارند. هرچند نمایه توده‌ی بدنی، ساده‌ترین ابزار برای شناسایی کودکان چاق یا دارای اضافه وزن است، اما همیشه در تشخیص کودکان دارای چربی شکمی یا چاقی شکمی مفید نیست، در حالیکه این کودکان بیشتر در معرض خطر مشکلات سلامتی هستند. با وجود دسترسی به روش‌های جدید مثل *dual-energy X-ray absorptiometry*، تصویربرداری رزونانس مغناطیسی (MRI) یا امپدانس بدن (bio-impedance) برای اندازه‌گیری توده‌ی چربی و توده‌ی عضلانی، در حال حاضر این روش‌ها در بررسی‌های جمعیتی قابل استفاده نیستند.

هیچ یک از این عوامل در کنترل کودک نبوده، بنابراین چاقی کودکی را نباید نتیجه‌ی انتخاب‌های آگاهانه‌ی سبک زندگی، به ویژه در کودکان خردسال دانست. با توجه به اینکه چاقی کودکی تحت تأثیر عوامل بیولوژیک و زمینه‌ای قرار دارد، دولت‌ها باید با فراهم کردن آموزش در زمینه‌ی بهداشت عمومی و تعیین چارچوب‌های قانونی عوامل خطر تکاملی و محیطی توجه نمایند تا از این طریق از تلاش‌های خانواده‌ها در راستای تغییر رفتار حمایت نمایند. والدین، خانواده‌ها، مراقبین و معلمان هم نقش مهمی را در ترویج رفتارهای سالم ایفا می‌کنند.

چاقی دارای پیامدهای جسمی و روانشناختی در طول دوران کودکی، نوجوانی و بزرگسالی می‌باشد. چاقی خود یکی از علل مستقیم بیماری‌ها در دوران کودکی است، از جمله مشکلات گوارشی، عضلانی اسکلتی و ارتوپدی، آپنه‌ی خواب، بیماری‌های قلبی-عروقی زود هنگام و دیابت نوع ۲ و همچنین بیماری‌های همراه با دو مورد آخر (۱۲). چاقی در دوران کودکی می‌تواند منجر به مشکلات رفتاری و عاطفی مثل افسردگی، همچنین روابط اجتماعی نامناسب و کاهش موفقیت تحصیلی شود (۱۳، ۱۴).

چاقی دوران کودکی یکی از عوامل پیش‌بینی کننده‌ی چاقی دوران بزرگسالی است، که هم برای فرد و هم برای جامعه پیامدهای سلامتی و اقتصادی شناخته شده‌ای دارد (۱۵، ۱۶). هرچند مطالعات طولی حاکی از آنند که رسیدن به نمایه توده‌ی بدنی مناسب در دوران بزرگسالی می‌تواند خطر بیماری و مرگ و میر را کاهش دهد (۱۷)، با این حال، چاقی در دوران کودکی تأثیر دائمی روی سلامت فرد در بزرگسالی می‌گذارد (۱۸).

مطالعاتی در مورد هزینه‌هایی که چاقی کودکی در طول عمر به همراه خواهد داشت در حال انجام هستند، هر چند این مطالعات بسیار کمتر از تحقیقاتی است که در زمینه‌ی بار اقتصادی چاقی بزرگسالی انجام شده است. تا امروز، مطالعات بیشتر به هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی پرداخته‌اند و سایر هزینه‌ها نادیده گرفته شده‌اند. از جمله هزینه‌ی ناشی از آغاز زود هنگام بیماری‌های دوران بزرگسالی و همینطور هزینه‌های اقتصادی ناشی از چاقی بزرگسالی که در ادامه‌ی چاقی دوران کودکی رخ می‌دهد (۱۹). شروع زود هنگام بیماری‌های غیر واگیر عملکرد تحصیلی و شغلی فرد در دوران زندگی را متأثر می‌کند و بار زیادی را به سیستم‌های مراقبت بهداشتی، خانواده، کارفرماها و به طور کلی جامعه وارد می‌کند (۲۰).

پیشگیری از چاقی دوران کودکی منجر به مزایای مهم اقتصادی برای نسل حاضر و نسل‌های بعدی می‌شود که در حال حاضر امکان برآورد دقیق آن وجود ندارد. از دیگر مزایای آن می‌توان به بهبود سلامت مادر، سلامت باروری و کاهش خطر ابتلا به چاقی برای تمام اعضای جامعه اشاره کرد که بیش از پیش نیاز به اقدام فوری را ایجاب می‌کند.

## چاقی کودکی زمینه‌ساز چاقی در بزرگسالی است که تبعات سوء اقتصادی و سلامتی برای فرد و جامعه در پی خواهد داشت.

# اصول راهنما

## کمیته بین‌المللی، اصول و استراتژی‌های زیر را تأیید می‌نماید:

**حق کودک برای سلامتی:** دولت و جامعه به لحاظ اخلاقی مسئول‌اند که به نمایندگی از طرف کودک برای کاهش خطر چاقی اقدام کنند. مقابله با چاقی دوران کودکی مبتنی بر پذیرش جهانی اصل برخورداری کودکان از زندگی سالم و همچنین بر پایه‌ی الزاماتی است که کشورهای عضو در چارچوب کنوانسیون حقوق کودکان تعهد نموده‌اند.<sup>۱</sup>

**تعهد و رهبری دولت‌ها:** در بسیاری کشورها نرخ چاقی دوران کودکی به میزان هشدار دهنده‌ای رسیده است و یک چالش فوری و جدی محسوب می‌شود. این افزایش را نمی‌توان نادیده گرفت و دولت‌ها باید مسئولیت این موضوع را در قبال کودکانی که متعهد به حمایت آنها هستند بپذیرند. عدم موفقیت در این زمینه، پیامدهای جدی اقتصادی، اجتماعی و پزشکی در بر خواهد داشت.

**رویکرد همه‌جانبه‌ی دولت‌ها:** پیشگیری و درمان چاقی نیازمند مشارکت کل دولت است به گونه‌ای که تمام بخش‌ها به صورت نظام‌مند، سلامت را در نظر بگیرند، از فعالیت‌های مضر برای سلامتی اجتناب کنند و سلامت جمعیت و عدالت در سلامت را بهبود دهند. سازمان آموزش و پرورش نقش بسیار مهمی را در آموزش بهداشت و تغذیه، افزایش فرصت‌ها برای فعالیت جسمی و پیشبرد محیط‌های سالم در مدارس بر عهده دارند. سیاست‌های حاکم بر کشاورزی و تجارت در کنار جهانی شدن سیستم غذایی بر میزان دسترسی و قدرت خرید و کیفیت در مقیاس ملی و منطقه‌ای مؤثر است. در سال ۲۰۰۶، کشورهای عضو سازمان جهانی بهداشت، قطعنامه‌ای تصویب کردند که به موجب آن تعاملات تجارت بین‌الملل و سلامت از طریق گفتگوی بین طرف‌های ذینفع مورد توجه قرار گیرد.<sup>۲</sup>

<sup>1</sup> Committee on the rights of the child: general comment NO.15 (2013) on the right of the child to the enjoyment of the highest attainable standard of health (art.24), para47; CRC/C/GC/15.

<sup>2</sup> Resolution WHA59.26 on international trade and health.

طراحی و برنامه‌ریزی شهری، برنامه‌ریزی حمل و نقل، همگی روی فرصت‌های فعالیت جسمی و دسترسی به غذای سالم تأثیر مستقیم دارند. ساختارهای دولتی بین‌بخشی می‌توانند به تسهیل هماهنگی، شناسایی منافع متقابل، همکاری و تبادل اطلاعات از طریق ساز و کارهای هماهنگ کننده بپردازند.

**رویکرد تمام جامعه:** پیچیدگی موضوع چاقی نیازمند رویکردی جامع شامل تمام بخش‌ها از جمله دولت‌ها، والدین، مراقبین، جامعه‌ی مدنی، مؤسسات آکادمیک و بخش خصوصی می‌باشد. تبدیل سیاست به عمل جهت پرداختن به موضوع چاقی نیازمند تلاش هماهنگ و مشارکت تمام بخش‌های جامعه در سطوح ملی، منطقه‌ای و جهانی می‌باشد. بدون مشارکت در مسئولیت، مداخلات تأثیر محدودی خواهند داشت.

**عدالت:** دولت‌ها باید شرایطی فراهم کنند که گروه‌های محروم و آسیب‌پذیر جامعه که هم در معرض خطر تمام انواع سوء تغذیه و هم در معرض خطر ابتلا به چاقی هستند به صورت عادلانه تحت پوشش مداخلات قرار بگیرند. این گروه‌ها اغلب دسترسی کمی به مواد غذایی سالم، محل‌های مناسب برای فعالیت جسمی و خدمات پیشگیرانه و حمایتی سلامت دارند. چاقی و بیماری‌های ناشی از آن بهبودهای بالقوه در سرمایه‌ی سلامتی و اجتماعی را خنثی کرده و نابرابری را افزایش می‌دهند.

**همگامی با برنامه‌ی توسعه‌ی جهانی:** اهداف توسعه‌ی پایدار (SDG) نیازمند پایان یافتن تمام اشکال سوء تغذیه (هدف SDG ۲،۲) و کاهش مرگ زودرس ناشی از بیماری‌های غیر واگیر (هدف SDG ۳،۴) هستند. چاقی دوران کودکی روی سلامت جسمی، روانی و اجتماعی کودکان اثر می‌گذارد و یکی از عوامل خطر شناخته شده، چاقی بزرگسالی و بیماری‌های غیر واگیر است. پیشرفت در دستیابی به این اهداف از طریق مقابله با این مشکل حاصل خواهد شد.

**پاسخگویی:** تعهد سیاسی و مالی در مقابله با چاقی دوران کودکی ضروری است. یک چارچوب و مکانیسم قدرتمند برای پایش سیاست‌های تعیین شده و اجرای آنها و در نتیجه تسهیل پاسخگو بودن دولت‌ها، جامعه‌ی مدنی و بخش خصوصی در تعهداتی که دارند، لازم است.

**رویکرد دوران زندگی:** ادغام کردن مداخلات چاقی دوران کودکی با فعالیت‌های سازمان جهانی بهداشت و سایر اقدامات، با استفاده از یک رویکرد دوران زندگی، مزایای بیشتری برای سلامت در بلند مدت خواهد داشت. این اقدامات عبارتند از استراتژی جهانی سازمان ملل متحد برای سلامت زنان، کودکان و نوجوانان<sup>۱</sup>، برنامه‌ی همه‌ی زنان و کودکان<sup>۲</sup>، بیانیه‌ی سیاسی نشست مجمع عمومی در مورد پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیر واگیر<sup>۳</sup> و بیانیه‌ی دومین کنفرانس بین‌المللی رم در مورد تغذیه<sup>۴</sup>. در حال حاضر تعدادی برنامه‌های اجرایی و استراتژی‌های مربوط به سازمان جهانی بهداشت و سازمان ملل متحد در مورد بهینه‌سازی تغذیه‌ی مادر، نوزاد و کودک و سلامت نوجوانان وجود دارند که به صورت بخشی از یک رویکرد جامع جهت پیشگیری از چاقی عمل می‌کنند. اصول و توصیه‌های مرتبط می‌باید در اسنادی که توصیه‌های سلامتی برای تمام عمر را ارائه می‌کنند عرضه شده باشد<sup>۵</sup>. فعالیت‌های مربوط به چاقی دوران کودکی باید به این اقدامات اضافه شوند تا کودکان بتوانند حقوق خود در رابطه با سلامتی را بشناسند و در عین حال، بار وارده به نظام سلامت کاهش یابد.

**پوشش کامل سلامت و درمان چاقی<sup>۶</sup>:** اهداف ۳/۸ توسعه‌ی پایدار مستلزم دستیابی به پوشش سراسری سلامت از طریق خدمات یکپارچه‌ی سلامت است که افراد به انواعی از خدمات ارتقاء سلامت، پیشگیری از بیماری، تشخیص، درمان و مدیریت بیماری در طول دوران زندگی خود دست یابند<sup>۷</sup>. به این ترتیب، پیشگیری از چاقی و اضافه وزن و درمان کودکان چاق و کودکانی که دارای اضافه وزن هستند و مستعد ابتلا به چاقی می‌باشند، باید به عنوان بخشی از پوشش سراسری سلامت در نظر گرفته شود.

## بدون حس مسئولیت و تلاش مشترک، حتی مداخلات سودمند و مؤثر اثرات محدودی خواهند داشت.

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

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

3 [http://www.who.int/nmh/events/un\\_vcd\\_summit2011/political\\_declaration\\_en.pdf](http://www.who.int/nmh/events/un_vcd_summit2011/political_declaration_en.pdf).

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

5 WHA resolutions: WHA53.17 on Prevention and Control of Noncommunicable Diseases; WHA57.17 on the Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health; WHA61.14 on Prevention and Noncommunicable Diseases: Implementation of the Global Strategy; WHA63.14 on Marketing of Food and Non-Alcoholic Beverages to Children; WHA65.6 on the Comprehensive Implementation Plan on Maternal, Infant and Young Child Nutrition; and WHA66.10 on the Follow-Up to the Political Declaration of the High-Level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-Communicable Disease; WHA68.19 Outcome of the Second International Conference on Nutrition. Meeting to Develop a Global Consensus on Preconception Care to Reduce Maternal and Childhood Mortality and Morbidity, WHO, 2013; The optimal duration of exclusive breastfeeding. Report of an expert consultation. WHO, 2001; Complementary feeding. Report of global consultation: summary of guiding principles, WHO, 2012; Global recommendations on physical activity for health, WHO, 2012; Population-based approaches to childhood obesity prevention, WHO, 2016; PAHO/AMRO Plan of Action for the Prevention of Obesity in Children and Adolescents, 53<sup>rd</sup> Directing Council, 66<sup>th</sup> Session of the Regional Committee of WHO for the Americas, October 2014; Resolution EUR/RC63/R4 Vienna Declaration On Nutrition Andnoncommunicable Disease in the Context of Health 2020; WPR/RC63.R2 Scaling up Nutrition in the Western Pacific Region.

6 [http://www.who.int/universal\\_health\\_coverage/en/](http://www.who.int/universal_health_coverage/en/).

7 United Nations General Assembly Resolution A/67/L36 Global Health and Foreign Policy.



# اهداف راهبردی

هیچ مداخله‌ای به تنهایی نمی‌تواند گسترش اپیدمی چاقی را متوقف کند. مقابله‌ی موفقیت‌آمیز با چاقی دوران کودکی نیازمند اصلاح محیط ایجادکننده‌ی چاقی و همچنین پرداختن به عوامل مهم در طول زندگی می‌باشد.

## مقابله با محیط و عادات‌های

## ایجادکننده‌ی چاقی



اهداف اصلی در پرداختن به اجزاء محیط عبارتند از بهبود رفتارهای مربوط به غذا خوردن و فعالیت جسمی در میان کودکان. عواملی وجود دارند که روی محیط ایجادکننده‌ی چاقی تأثیر دارند از جمله عوامل سیاسی و بازرگانی (توافقات تجاری، سیستم‌های غذا و سیاست‌های کشاورزی و مالی)؛ زیرساخت‌های محیطی (فراهم شدن غذاهای سالم، زیرساخت‌ها و فرصت‌هایی برای فعالیت جسمی در مناطق مسکونی)؛ هنجارهای اجتماعی (هنجارهای مربوط به وزن بدن و ظاهر، هنجارهای فرهنگی در مورد تغذیه‌ی کودکان، توده‌ی بدنی بالاتر در برخی گروه‌های جمعیتی، محدودیت‌های اجتماعی در مورد فعالیت جسمی) و محیط خانواده (دانش تغذیه‌ای والدین و رفتارهای آنها، وضعیت اقتصادی خانواده و رفتارهای خانواده در زمینه‌ی غذا خوردن).

# کاهش خطر چاقی از طریق پرداختن به

## اجزاء مهم در دوران زندگی



عوامل تکاملی از قبل از تولد و در طول دوران کودکی، بیولوژی و رفتار افراد را تغییر می دهند، به گونه ای که خطر ابتلا به چاقی در افراد کمتر یا بیشتر می شود. کمیته ی بین المللی مبارزه با چاقی توجه به بستر محیطی در کنار سه دوره ی حیاتی در طول زندگی را مهم می داند. این سه دوره عبارتند از: قبل از لقاح و بارداری، نوزادی و اوایل دوران کودکی و سنین بالاتر در دوران کودکی و نوجوانی.

این یکی از مسئولیت های اولیه ی دولت هاست که باید سیاست ها و اقداماتی را در رابطه با محیط ترویج کننده ی چاقی انجام دهند و جهت تکامل مطلوب در هر مرحله از دوران زندگی، آموزش و حمایت لازم را به عمل آورند. با تمرکز بر روی این دوره های حساس دوران زندگی، از طریق مداخلات می توان به عوامل خطر خاص هم به تنهایی و هم در ترکیب باهم پرداخت. این رویکرد را می توان همراه با سایر اجزاء برنامه سلامت مادر- نوزاد- کودک و تلاش های گسترده تر جهت غلبه بر بیماری های غیر واگیر در کل جمعیت به کار برد.

# درمان

# کودکان

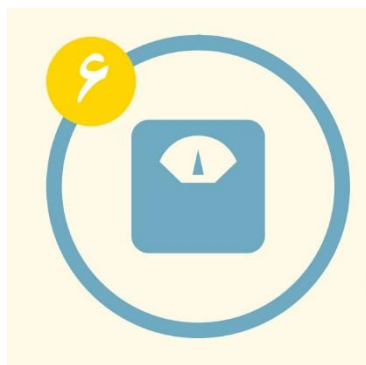
# چاق برای

# بهبود

# سلامت

# حال و

# آینده‌ی آنها



در مورد کودکان دارای اضافه وزن و چاق، اهداف دیگری هم وجود دارند از جمله کاهش مقدار اضافه وزن، بهبود بیماری‌های ناشی از چاقی و بهبود عوامل خطر منجر به اضافه وزن. بخش سلامت در هر کشور متفاوت است و در پاسخ به نیاز برای خدمات درمان افراد چاق با چالش‌های متفاوتی مواجه است. با این حال، مدیریت کودکان چاق یا دارای اضافه وزن باید از طریق خدمات مؤثر تحت پوشش سراسری سلامت صورت گیرد.

## نقش‌ها

## و مسئولیت‌ها

این کمیته بر این عقیده است که محدوده‌ی توصیه‌های بالقوه سیاست‌گذاری در زمینه‌ی مقابله با چاقی دوران کودکی گسترده است و حاوی تعدادی اجزاء منحصر به فرد مانند تمرکز بر طول دوران زندگی و تمرکز روی بخش آموزش و پرورش. یک رویکرد چندبخشی برای توسعه‌ی پایدار ضروری است. کشورها باید نمایه توده‌ی بدنی برای سن را اندازه‌گیری کنند تا شیوع و روندهای چاقی دوران کودکی را در سطوح محلی، منطقه‌ای و ملی مشخص کنند. همچنین اطلاعات مربوط به تغذیه، رفتارهای غذا خوردن و فعالیت بدنی کودکان و نوجوانان در گروه‌ها و شرایط اجتماعی-اقتصادی مختلف، باید جمع‌آوری شوند. هرچند مجموعه‌ای از اطلاعات جمع‌آوری شده‌اند (۲۱)، ولی هنوز شکاف قابل توجهی در مورد کودکان بالای ۵ سال وجود دارد که باید برطرف شود. این اطلاعات به طراحی اولویت‌های مناسب در سیاست‌گذاری و تعیین معیاری جهت سنجش موفقیت سیاست‌ها و برنامه‌ها کمک خواهند کرد.

## توصیه‌ها

توصیه‌ها و توضیحات همراه آنها، که در ادامه‌ی این مبحث آمده‌اند، توسط کمیته‌ی بین‌المللی پایان دادن به چاقی دوران کودکی و پس از مرور شواهد علمی موجود، گزارش‌های کارگروه‌ها به مدیر کل سازمان جهانی بهداشت و بازخورد به دست آمده از مشاوران منطقه‌ای و مشاوره‌های آنلاین ارائه شدند. اثربخشی، صرفه‌ی اقتصادی، عملی بودن از لحاظ مالی و کاربرد سیاست‌ها و مداخلات هم در نظر گرفته شده‌اند.



## اجرای برنامه‌های جامع جهت ترویج مصرف غذاهای سالم و کاهش دریافت غذاهای ناسالم و نوشیدنی‌های شیرین در کودکان و نوجوانان

اطلاعات مفصل تغذیه‌ای می‌تواند گیج‌کننده و برای بسیاری از افراد به سختی قابل فهم باشد. با توجه به انتخاب رژیم غذایی توسط افراد و خانواده‌ها، لازم است جوامع نسبت به انتخاب‌های سالم‌تر برای تغذیه‌ی شیرخواران و کودکان آگاه شوند. این موضوع تا زمانی که دانش تغذیه در سطح جامعه عمومی شود و به یک روش مفید، قابل فهم و قابل دسترس برای همه‌ی افراد جامعه ارائه شود، ممکن نیست.

روندهای اخیر در تولید، فرآوری، تجارت، بازاریابی و خرید و فروش مواد غذایی منجر به افزایش بیماری‌های غیر واگیر وابسته به رژیم غذایی شده است. تأثیر بالقوه‌ی اصلاحات تجاری می‌تواند در اصلاح الگوی غذایی و وضعیت تغذیه‌ای مؤثر باشد. تأثیر سیاست‌ها و توافق‌نامه‌های اقتصادی ملی و بین‌المللی بر روی سلامت و عدالت اجتماعی باید مورد توجه قرار گیرد (۲۲). غذاهای فرآوری شده، پر انرژی، فاقد مواد مغذی و نوشیدنی‌های شیرین شده و غذاهای با حجم زیاد و قیمت‌های مقرون به صرفه در وعده‌های غذایی بسیاری از خانواده‌ها و مدارس، جایگزین غذاهای تازه با حداقل فرآوری شده است. دسترسی آسان به مواد غذایی پر انرژی و نوشیدنی‌های شیرین شده و ترویج ضمنی اندازه‌های بزرگ‌تر هر پرس غذا و یا حجم بیشتر نوشیدنی‌ها منجر به افزایش کالری دریافتی در بسیاری از جوامع شده است.

### توضیحات

تکیه کردن بر برچسب‌های مواد مغذی و یا کدهای ساده مانند برچسب‌های سه رنگ (سبز، زرد و قرمز) و یا ستاره‌های رتبه‌بندی سلامتی، کافی نیست. همه‌ی دولت‌ها باید در طراحی و توزیع دستورالعمل‌های غذایی مناسب برای هر دو گروه کودکان و بزرگسالان مشارکت کنند. اطلاعات لازم باید از طریق رسانه‌ها، ابزارهای آموزشی و پیام‌های بهداشتی عمومی قابل دسترس برای همه‌ی اقشار جامعه باشد به طوری که تمام جامعه برای انجام انتخاب‌های سالم‌تر توانمند شوند.

وقتی بچه‌ها وارد مدرسه می‌شوند، آموزش بهداشت و تغذیه باید در برنامه‌های درسی گنجانده شود و محیط مدرسه باید از آن پشتیبانی و حمایت کند (توصیه‌های مربوط به کودکان و نوجوانان ملاحظه شود).

### توصیه

۱.۱ اطمینان از اینکه اطلاعات و دستورالعمل‌های تغذیه‌ای مناسب برای هر دو گروه سنی کودکان و بزرگسالان تهیه و با یک روش ساده، قابل فهم و در دسترس برای همه‌ی گروه‌ها در جامعه منتشر شود.

## توضیحات

اتخاذ تمهیدات مالیاتی برای پیشگیری از چاقی توجه زیادی را به خود جلب کرده (۲۳) و در تعدادی از کشورها در حال اجراست.<sup>۱</sup> به طور کلی استدلال‌های قوی برای تأثیر مالیات بر رفتارهای خرید و شواهد قوی در تأیید آن وجود دارد (۲۴، ۲۵). با اجرای قوانین مالیاتی بر غذاهای ناسالم و نوشیدنی‌های شیرین شده در کشورها، شواهد بیشتری هم به دست خواهد آمد.<sup>۲</sup> این کمیته معتقد است استدلال کافی برای تعیین مالیات بر نوشیدنی‌های شیرین شده وجود دارد.

ارتباط بین مصرف نوشیدنی‌های شیرین و افزایش ریسک چاقی به خوبی اثبات شده است (۲۶، ۲۷). الگوهای مصرف ممکن است بسیار متفاوت باشند (۲۸) و جزئیات بیشتری در مورد الگوهای مصرف کودکان در موقعیت‌های مختلف مورد نیاز است. در بسیاری از جوامع، افراد کم درآمد و کودکان آنها بیشترین میزان خطر چاقی را دارند و بسیار تحت تأثیر قیمت‌ها می‌باشند. سیاست‌های مالی می‌تواند با آموزش‌های غیر مستقیم به افراد جامعه، این گروه از مصرف‌کنندگان را تشویق به انتخاب‌های سالم‌تر کند (به شرط آنکه جایگزین‌های سالم‌تر فراهم باشند).

شواهد نشان می‌دهد اعمال مالیات بر محصولات مانند نوشیدنی‌های شیرین امکان‌پذیر است و روی میزان مصرف تأثیر دارد. بعضی کشورها ممکن است بر مواد غذایی ناسالم دیگر مانند غذاهای پرچرب و شیرین، مالیات تعیین کنند. تعیین مالیات بر غذاهای پر کالری و فاقد مواد مغذی نیازمند تهیه‌ی برچسب‌های نشان دهنده‌ی میزان انرژی و مواد مغذی بر روی بسته‌های مواد غذایی (۲۹) می‌باشد و مدل‌سازی‌ها نشان داده که این کار می‌تواند مصرف را کاهش دهد.

در زمینه‌ی ارتباط بین بازاریابی مواد غذایی ناسالم و نوشیدنی‌های شیرین شده با چاقی کودکان شواهد قطعی وجود دارد (۳۰، ۳۱). علی‌رغم افزایش تلاش‌های داوطلبانه توسط صنایع، بازاریابی مواد غذایی ناسالم همچنان یک مسأله جدی نیازمند تغییر است تا از تمام کودکان به طور برابر محافظت شود. هرگونه تلاش برای کاهش چاقی کودکان شامل کاهش قدرت بازار فروش و عرضه و مواجهه‌ی کودکان با تبلیغات مواد غذایی ناسالم می‌باشد. مکان‌های تجمع کودکان و نوجوانان (مانند مدارس و مکان‌های ورزشی) باید عاری از تبلیغات مواد غذایی ناسالم و نوشیدنی‌های شیرین شده باشد. این کمیته با نگرانی به عدم موفقیت کشورهای عضو در توجه به قطعنامه WHA 63.14 امضا شده توسط مجمع بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۰ تأکید می‌کند<sup>۳</sup> و درخواست توجه به این موضوع را دارد. والدین و مراقبین کودکان، مخاطب اصلی بازاریابی مواد غذایی و نوشیدنی‌های پرچرب و شیرین هستند که کودکان را هدف قرار می‌دهند (۳۲).

بازاریابی غذاها و نوشیدنی‌های غیر  
الکلی برای کودکان به منظور کاهش  
مواجهه کودکان و کاهش بازار فروش  
مواد غذایی ناسالم.

<sup>1</sup> <http://www.wcrf.org/int/policy/nourishing-framework/use-economic-tools>.

<sup>2</sup> See preliminary data on Mexico tax on sugar-sweetened beverages which has been submitted for publication (<http://www.insp.mx/epppo/blog/3666-reduccion-consumo-bebidas.html>).

<sup>3</sup> WHA63.14 on the Marketing of Food and Non-alcoholic Beverages to Children.

### توضیحات

تنوع زیادی در شکل کسب و کار، نگرش و رفتارهای مرتبط با فروش و بازاریابی مواد غذایی و نوشیدنی‌های غیر الکی وجود دارد. حتی اقدامات داوطلبانه نیز باید از دست‌والعمل‌های تعیین شده توسط دولت پیروی کنند و مورد ممیزی مستقل قرار گیرند. دولت‌ها باید شاخص‌های واضح و مکانیسم‌های نظارتی را تعیین و در صورت لزوم رویکردهای مهارتی و قانونی را اتخاذ کنند. لازم است قوانین حمایت یکسانی از همه کودکان صرف نظر از طبقه‌ی اجتماعی و اقتصادی آنها فراهم گردد و برای تولیدکنندگان کوچک محلی، تولیدکنندگان منطقه‌ای، چند ملیتی و خرده‌فروشان به یک اندازه مسئولیت قائل شود.

اینکه تا چه حد محصولات سالم می‌توانند بدون محدودیت تبلیغ شوند باید مشخص شود و استراتژی‌های بازاریابی مستقیم و غیر مستقیم مانند قیمت‌گذاری، تخفیف (از جمله تخفیف‌های کمی در خرید، یکی بخر چندتا ببر)، نیز باید مدنظر قرار گیرند. این رویکردها نیازمند شناسایی محصولات غذایی سالم و ناسالم با استفاده از سیستم تعیین محتوای محصولات غذایی می‌باشند. در اینجا باید به مسائل مربوط به امنیت غذایی در سطوح ملی و پایین‌تر نیز توجه شود.

سازمان جهانی بهداشت مجموعه‌ای از توصیه‌ها را در زمینه‌ی بازاریابی غذا و نوشیدنی‌های غیر الکی برای بچه‌ها تعیین کرده است (۳۳) که فراهم کننده‌ی راهنمایی‌های عملی برای اعضا در زمینه‌ی توسعه و اجرای سیاست‌ها و نظارت و ارزیابی آنها می‌باشد. طبق گزارش کمیته، نوجوانان در برخی جوامع الکل مصرف می‌کنند که اساساً چاق کننده است. مواجهه‌ی کودکان و نوجوانان با بازار وسوسه‌انگیز این محصولات، از نگرانی‌های خاص جهانی است و رویکرد پیشگیرانه جهت محافظت از مواجهه نوجوانان با این محصولات مورد نیاز است.

سیستم استاندارد برچسب‌گذاری مواد غذایی که توسط کمیسیون<sup>۱</sup> (Codex Alimentarius) توصیه گردیده است در صورتی که برای همه‌ی غذاها و نوشیدنی‌های بسته‌بندی شده اجباری باشد، می‌تواند از تلاش‌ها جهت افزایش سطح دانش تغذیه و سلامت حمایت کند.

۱،۴ تهیه‌ی محتوای مواد مغذی در محصولات غذایی به منظور شناسایی مواد غذایی و نوشیدنی‌های ناسالم

۱،۵ ایجاد همکاری بین کشورهای عضو به منظور کاهش اثر تبلیغات برون‌مرزی مواد غذایی و نوشیدنی‌های ناسالم

۱،۶ اجرای یک سیستم استاندارد برچسب‌گذاری مواد غذایی

<sup>1</sup> WHA56.23 joint FAO/WHO evaluation of the work of the Codex Alimentarius Commission.

## توصیه‌ها

۱.۷ اجرای برچسب‌گذاری با توضیحات کافی در کنار آموزش عمومی بزرگسالان و کودکان از لحاظ دانش تغذیه‌ای

۱.۸ الزام مدارس، مکان‌های نگهداری کودکان و مکان‌های ورزشی جهت ایجاد محیط‌های غذایی سالم

۱.۹ افزایش دسترسی به مواد غذایی سالم در جوامع محروم

## توضیحات

عادات غذایی سالم می‌تواند از اوایل عمر شکل بگیرند و دارای جنبه‌های زیستی و رفتاری هستند. به این منظور، مراقبین باید ارتباط بین رژیم غذایی و سلامتی را درک نمایند تا بتوانند عادات غذایی سالم را ترویج کنند. برچسب‌های مواد غذایی ساده و قابل فهم می‌توانند در آموزش تغذیه مؤثر بوده و به مراقبین و کودکان در انتخاب‌های سالم‌تر کمک کنند.

اگر در محل‌های تجمع کودکان پیام‌های تغذیه‌ای متناقض وجود داشته باشد دانش و اطلاعات غذایی و تغذیه‌ای مخدوش و بی‌اثر خواهد شد. مدارس، محل‌های نگهداری کودکان و اماکن ورزشی با ایجاد و دسترسی راحت به انتخاب‌های سالم‌تر و عدم فروش مواد غذایی و نوشیدنی‌های ناسالم باید از تلاش‌ها جهت بهبود تغذیه کودکان حمایت کنند.

همچنین در صورت عدم دسترسی به انتخاب‌های غذایی سالم یا عدم توانایی مالی جهت تهیه این غذاها، نمی‌توان به آموزش‌های تغذیه‌ای در زمینه انتخاب‌های غذایی سالم عمل کرد. تأثیرگذاری بر محیط غذایی نیازمند یک رویکرد مشترک در زمینه تولید، فرآوری، دسترسی و ارزان بودن مواد غذایی است. در جایی که دسترسی به مواد غذایی محدود است، غذاهای فرآوری شده تنها گزینه‌های در دسترس و مقرون به صرفه هستند. تعدادی از طرح‌های بخش دولتی و خصوصی برای ترویج رفتارهای غذایی سالم ایجاد شده و شواهد نشان دهنده‌ی ظرفیت موجود برای ترویج انتخاب‌های سالم‌تر در بین مصرف‌کنندگان می‌باشد (۳۴). این اقدامات به ویژه زمانی که شواهد تأیید کننده‌ی آنها نیز وجود دارند باید ترویج شوند.





## اجرای برنامه‌های جامع جهت ترویج فعالیت جسمی و کاهش عادات و رفتارهای کم‌تحرک در کودکان و نوجوانان

شواهد جدید نشان می‌دهند که فعالیت جسمی کودکان با ورود به مدرسه کاهش پیدا می‌کند (۳۵). به طور کلی در سال ۲۰۱۰، ۸۱ درصد از کودکان ۱۱ تا ۱۷ سال، فعالیت جسمی کمی داشتند. دختران نوجوان نسبت به پسران کم‌تحرک‌تر بودند به طوری که، ۸۴ درصد دختران و ۷۸ درصد<sup>۱</sup> پسران روزی ۶۰ دقیقه فعالیت جسمی متوسط تا شدید توصیه شده توسط سازمان جهانی بهداشت را نداشتند (۳۶). کم‌تحرکی به سرعت در حال تبدیل شدن به یک هنجار اجتماعی در بسیاری از کشورهاست و یک عامل مهم در بروز اپیدمی چاقی است. فعالیت جسمی می‌تواند خطر دیابت، بیماری‌های قلبی-عروقی و سرطان‌ها را کاهش دهد (۳۷) و باعث بهبود توانایی یادگیری و سلامت ذهنی و جسمی کودکان شود. در مقابل شواهد جدید نشان می‌دهد که چاقی همراه با کاهش فعالیت جسمی باعث ایجاد یک چرخه‌ی معیوب از افزایش میزان چربی بدن و کاهش فعالیت جسمی می‌شود. طراحی و برنامه‌ریزی شهری این توانایی را دارد که هم در این مشکل سهیم باشد و هم فرصتی برای حل آن فراهم نماید. افزایش فضاهای تفریحی و مکان‌های امن برای پیاده‌روی و دوچرخه‌سواری به افزایش فعالیت جسمی در زندگی روزانه کمک می‌کند. فعالیت بدنی در طول زندگی می‌تواند به شدت تحت تأثیر تجربیات کودکی باشد. ایجاد مکان‌های امن برای فعالیت جسمی و همچنین تشویق به تحرک (مانند پیاده‌روی و دوچرخه‌سواری) و سبک زندگی فعال می‌تواند برای هر جامعه‌ای مفید باشد. توجه ویژه به دسترسی و مشارکت در فعالیت‌های بدنی برای کودکان مبتلا به اضافه وزن و چاقی، کودکان محروم، دختران و همچنین کودکان معلول نیاز است.

# ۸۱ درصد

**نوجوانان ۶۰ دقیقه فعالیت جسمی روزانه‌ی توصیه شده را انجام نمی‌دهند.**

<sup>۱</sup> <http://apps.who.int/gho/data/view.main.2482ADO?long=en>

## توصیه‌ها

۲،۱ راهنمایی کودکان و نوجوانان، والدین، مراقبین، معلمان و کارکنان حوزه‌ی سلامت در مورد اندازه‌ی بدنی مناسب، فعالیت جسمی، عادات مربوط به خواب و استفاده صحیح از سرگرمی‌های رایانه‌ای و برنامه‌های تلویزیون.

۲،۲ اطمینان از فراهم شدن تسهیلات کافی در مدارس و فضاهای عمومی برای فعالیت جسمی در طول اوقات فراغت برای تمام کودکان (از جمله کودکان دارای ناتوانی‌های مختلف)، از طریق فراهم آوردن اماکن تفکیک شده برای پسران و دختران در صورت لزوم.

## توضیحات

تمام اعضای جامعه، از جمله والدین، باید به اهمیت رشد کافی و پیامدهای انباشته شدن چربی بیش از حد در بدن در سلامت کوتاه مدت و بلند مدت کودکان واقف باشند. در برخی کشورها این در تضاد با سنت‌ها یا عقاید و افکار رایج در آن منطقه است.

فعالیت جسمی فواید اساسی برای سلامت کودکان و نوجوانان دارد از جمله افزایش تناسب عضلانی و قلبی-تنفسی، کاهش چربی بدنی و ارتقای سلامت استخوان.

راهنمایی افراد بر حسب موقعیت در مورد نحوه‌ی عملی کردن توصیه‌های فعالیت جسمی و تعداد ساعات مناسب برای خواب و تماشای تلویزیون در کودکان (۳۸-۴۰)، باید به عنوان بخشی از آموزش زندگی سالم برای کودکان و مراقبین ارائه شود.

افزایش فرصت‌ها برای فعالیت جسمی ایمن، مناسب برای دختران و پسران به صورت ساختاریافته یا بدون ساختار مشخص هم در خارج از مدرسه و هم در مدرسه (شامل راه رفتن و دوچرخه سواری)، آثار سودمندی بر سلامت، رفتار و وضعیت تحصیلی کودکان و نوجوانان خواهد داشت.

**فعالیت بدنی می‌تواند خطر دیابت، بیماری‌های قلبی-عروقی و سرطان‌ها را کاهش داده و توانایی یادگیری و سلامت ذهنی جسمی کودکان و نوجوانان را ارتقا بخشد.**



## ادغام و تقویت آگاهی بخشی در زمینه‌ی پیشگیری از بیماری‌های غیر واگیر با راهنمایی و مشاوره‌ی مستمر در مراقبت‌های قبل از بارداری و پیش از تولد در راستای کاهش خطر بروز چاقی دوران کودکی

مراقبت‌های قبل، در حین و پس از بارداری، تأثیرات مهمی بر روی سلامت و تکامل فرزندان در آینده دارد. مراقبت به موقع و با کیفیت مناسب در طول این دوران‌ها فرصت‌های مهمی را برای پیشگیری از انتقال خطر میان نسلی فراهم می‌کند و تأثیر زیادی روی سلامت کودک در طول دوران زندگی دارد<sup>۱</sup>. شواهد حاکی از آن است که تغذیه‌ی نامناسب مادر (چه به صورت کلی و چه به صورت کمبود ریزمغذی‌های خاص)، چاقی یا اضافه وزن مادر، افزایش وزن بیش از حد در دوران بارداری، قند خون بالای مادر (از جمله دیابت بارداری)، استعمال دخانیات و مواجهه با برخی سموم، می‌تواند احتمال چاقی در طول دوران شیرخواری و کودکی را افزایش دهند (۴۱-۴۶). شواهدی بدست آمده است که سلامت پدران در زمان لقاح نیز می‌تواند روی خطر چاقی در کودکان آنها مؤثر باشد (۹). بنابراین، سبک زندگی سالم نیازمند مشارکت پدرها نیز می‌باشد.

در حال حاضر، توصیه‌های مربوط به مراقبت قبل از بارداری و قبل از تولد به پیشگیری از سوء تغذیه‌ی جنینی تأکید دارند. با توجه به تغییر در عوامل مستعد کننده‌ی چاقی، دستورالعمل‌هایی لازم است تا تمام اشکال سوء تغذیه (از جمله مصرف کالری زیاد) و خطر چاقی نوزاد در آینده را مدنظر قرار دهند. مداخلات مربوط به مقابله با خطر چاقی کودکی همچنین از سایر پیامدهای نامطلوب بارداری هم جلوگیری می‌کنند (۴۷) و بنابراین در ارتقای سلامت مادر و نوزاد نقش دارند. اضافه وزن و چاقی مادر، خطر عوارض بارداری و زایمان (از جمله مرده‌زایی) را افزایش می‌دهند و تغذیه‌ی ناکافی مادر، خطر تولد نوزاد کم وزن را در نوزاد افزایش می‌دهد. این عوامل می‌توانند کودک را در معرض خطر مرگ و میر نوزادی و شیرخوارگی، چاقی دوران کودکی و بیماری‌های غیر واگیر در بزرگسالی قرار دهند.

## مراقبت‌های پیش، حین و پس از بارداری در مادران تأثیرات چشم‌گیری در رشد و تکامل آینده فرزندان خواهد داشت.

<sup>1</sup> Committee on the Rights of the Child: General comment NO. 15 (2013) on the right of the child to the enjoyment of the highest attainable standard of health (art.24), para 53; CRC/C/GC/15.

## توصیه‌ها

۳,۱ تشخیص و مدیریت قند خون بالا و پرفشاری خون

۳,۲ پایش و مدیریت افزایش وزن مناسب در بارداری

۳,۳ گنجاندن توصیه‌های غذایی مناسب در آموزش والدین قبل از بارداری و در طول بارداری

۳,۴ ارائه‌ی راهنمایی شفاف و حمایت از ترویج تغذیه‌ی خوب، رژیم‌های غذایی سالم و فعالیت جسمی و اجتناب از استفاده و قرار گرفتن در معرض تنباکو، الکل، مواد مخدر و سایر سموم

## توضیحات

پایش و مدیریت مناسب دیابت و پرفشاری خون در زنان باردار؛ تشخیص زودهنگام و مدیریت مؤثر دیابت بارداری و فشار خون بالای ناشی از بارداری، افسردگی و مسائل مربوط به سلامت روان؛ میزان افزایش وزن در بارداری (۴۸) و اطمینان از کیفیت رژیم غذایی و فعالیت جسمی مناسب، ضروری هستند.

مداخلاتی که شامل دستورالعمل‌های مربوط به همه‌ی اشکال سوء تغذیه هستند باید تغذیه‌ی ناکافی و رژیم‌های نامتعادل مانند تغذیه‌ی بیش از حد و فقر برخی مواد مغذی را نیز مورد توجه قرار دهند (۴۹). افراد جوان اغلب از اجزاء تشکیل دهنده‌ی رژیم غذایی ناسالم آگاهی ندارند. بنابراین دولت‌ها باید از بالا بردن اطلاعات غذا و تغذیه‌ای در جامعه اطمینان حاصل کنند.

شواهدی در مورد اثرات مفید ورزش مناسب در بارداری روی نمایه توده‌ی بدنی مادر، افزایش وزن بارداری و تولد نوزاد وجود دارند که با خطر چاقی کودک در آینده مرتبط هستند (۵۰).

شواهد محدود ولی رو به افزایشی وجود دارد که سلامت پدر قبل از بارداری و لقاح روی سلامت فرزند مؤثر است (۹). بنابراین سلامت و رفتارهای پدر نیز باید مورد توجه قرار گیرد.



## توصیه و حمایت از رژیم غذایی سالم، خواب و فعالیت جسمی کافی در اوایل دوران کودکی برای اطمینان از رشد مناسب کودک و ایجاد عادات سالم زندگی



سال‌های اول زندگی در شکل‌گیری تغذیه‌ی خوب و رفتارهای مناسب مربوط به فعالیت جسمی که خطر چاقی را کاهش می‌دهند بسیار اهمیت دارند. تغذیه‌ی انحصاری با شیر مادر در شش ماه اول زندگی، سپس شروع غذاهای تکمیلی مناسب، عامل مهمی در کاهش خطر چاقی است (۵۱). تغذیه‌ی تکمیلی مناسب همراه با ادامه‌ی تغذیه با شیر مادر، می‌تواند خطر تغذیه‌ی ناکافی و افزایش چربی بدنی را در شیرخواران کاهش دهد که هر دو از جمله عوامل خطر چاقی دوران کودکی هستند. تشویق به مصرف انواعی از غذاهای سالم به جای مواد غذایی پرکالری و فاقد مواد مغذی و نوشیدنی‌های شیرین در طول این دوران به رشد و تکامل کمک شایانی می‌کند. کارکنان بهداشتی می‌توانند از فرصت‌های موجود در حین پایش رشد جهت بررسی نمایه توده‌ی بدنی استفاده کرده و توصیه‌های مناسب را جهت پیشگیری از اضافه وزن و چاقی ارائه کنند.



## توصیه‌ها

۴,۱ اجرای اقدامات قانونی از جمله برنامه‌ی بین‌المللی بازاریابی جایگزین‌های شیر مادر<sup>۱</sup> و مصوبه‌های بعدی مجمع جهانی بهداشت<sup>۲</sup>

۴,۲ اجرای کامل ده گام برای تغذیه‌ی موفقیت‌آمیز با شیر مادر در تمام مراکز زایمانی<sup>۳</sup>

۴,۳ ترویج فواید تغذیه با شیر مادر برای مادر و کودک از طریق آموزش به والدین و جامعه

۴,۴ حمایت از مادران برای تغذیه‌ی نوزادان با شیر مادر از طریق راه‌های قانونی مثل مرخصی زایمان، فراهم کردن امکانات و زمان برای تغذیه‌ی کودک با شیر مادر در محیط کار<sup>۴</sup>

## توضیحات

تغذیه با شیر مادر، نقش محوری در رشد و تکامل و تغذیه مطلوب نوزاد داشته و ممکن است برای کنترل وزن پس از زایمان در زنان هم مفید باشد. با توجه به تغییرات در نقش‌ها و سبک‌های زندگی زنان، امکان تغذیه‌ی کودک با شیر مادر در خارج از منزل و یا هنگامی که مادر سرکار می‌رود ضروری هستند. اتخاذ سیاست‌هایی در مورد حقوق زنان و مسئولیت‌های کارفرمایان لازم‌اند هر چند برخی از این سیاست‌ها در حال حاضر هم وجود دارند. با این حال، جهت حمایت از تمام مادران و شیرخواران، صرف نظر از وضعیت اجتماعی یا اقتصادی، این سیاست‌ها باید جهانی شوند.



<sup>1</sup> WHA34.22 International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes.

<sup>2</sup> WHA35.26, WHA37.30, WHA39.28, WHA41.11, WHA43.3, WHA45.34, WHA47.5, WHA49.15, WHA54.2, WHA55.25, WHA58.32, WHA59.21, WHA61.20 and WHA63.23 on infant and Young Child Nutrition; WHA65.6 Comprehensive Implementation Plan on Maternal, Infant and Young Child Nutrition.

<sup>3</sup> WHO UNICEF Baby-Friendly Hospital Initiative, 1991, updated 2009

([http://www.who.int/nutrition/publications/infontfeeding/bfhi\\_trainingcourse/en/](http://www.who.int/nutrition/publications/infontfeeding/bfhi_trainingcourse/en/)).

<sup>4</sup> International Labour Organization, Maternity Protection Convention 183, 2000.

## توصیه‌ها

۴,۵ تنظیم مقررات در مورد بازاریابی غذاها و نوشیدنی‌های مکمل، مطابق با توصیه‌های سازمان جهانی بهداشت، برای محدود کردن مصرف غذاها و نوشیدنی‌های غنی از چربی، نمک و قند توسط شیرخواران و کودکان خردسال

۴,۶ ارائه‌ی دستورالعمل روشن به مراقبین کودک جهت اجتناب از مصرف برخی غذاهای خاص (مثل شیرها و آب‌میوه‌های شیرین شده و یا غذاهای پرکالری و بدون مواد مغذی) جهت پیشگیری از افزایش وزن بیش از حد

۴,۷ ارائه‌ی دستورالعمل روشن به مراقبین کودک جهت مصرف انواع مواد غذایی سالم و متنوع

## توضیحات

دستوالعمل جهانی برای تغذیه‌ی شیرخوار و کودک به طور عمده به موضوع عدم تغذیه‌ی کافی پرداخته است. در نظر داشتن خطرات ناشی از رژیم‌های غذایی ناسالم در دوران شیرخواری و کودکی نیز اهمیت دارد.

تدوین دستورالعمل‌هایی که به هر دو مسأله‌ی تغذیه‌ی ناکافی و خطر چاقی به طور همزمان می‌پردازند، برای کشورهایی که تمام انواع سوء تغذیه را دارند لازم است (۳۲). دستورالعمل‌های کنونی مربوط به تغذیه‌ی مکمل (۵۲) به زمان‌بندی شروع غذاها، تغذیه مؤثر، مقدار و نوع غذاهای مورد نیاز می‌پردازند.

نگرش‌های خانواده در مورد غذا خوردن و وزن ایده‌آل بدن از جمله عوامل مهم تعیین کننده‌ی رفتارهای تغذیه‌ی تکمیلی هستند و باید مدنظر قرار گیرند. شواهد اخیر نشان می‌دهند که تجربیات حسی در رابطه با غذا، در رحم آغاز می‌شوند و در طول دوران تغذیه با شیر مادر ادامه می‌یابند و اینکه طعم‌های غذاهایی که مادران مصرف می‌کنند به نوزادان آنها منتقل می‌شوند. این امر و تغذیه‌ی تکمیلی مناسب می‌توانند نقش مهمی را در ایجاد سلیقه‌های غذایی و کنترل اشتها ایفا کنند. تشویق به مصرف انواع غذاهای سالم در کودکان از طریق مواجهه‌ی مکرر و مثبت با غذاهای جدید (۵۳)، مشاهده‌ی مراقبین و اعضای خانواده هنگام خوردن غذاهای سالم و لذت بردن از غذا و محدود کردن مواجهه‌ی آنها با غذاهای ناسالم (که ممکن است منجر به علاقه به غذاها و نوشیدنی‌های خیلی شیرین شود)، همگی به شکل‌گیری عادات غذایی خوب در کودکان و خانواده‌های آنها کمک می‌کنند (۵۴).

# تغذیه با شیر مادر در رشد، تغذیه

## و تکامل مطلوب شیرخواران

### نقش اساسی دارد.

## توصیه‌ها

۴.۸ ارائه‌ی دستورالعمل به مراقبین در مورد تغذیه، رژیم غذایی و مقدار مناسب هر وعده برای این گروه سنی

۴.۹ اطمینان از توزیع غذاها، نوشیدنی‌ها و میان وعده‌های سالم در مؤسسات و مراکز مراقبت از کودک

۴.۱۰ اطمینان از وجود آموزش در زمینه‌ی غذا به عنوان بخشی از برنامه‌ی آموزشی رسمی مؤسسات و مراکز مراقبت از کودک

۴.۱۱ اطمینان از وجود فعالیت جسمی به عنوان یک فعالیت معمول روزانه در برنامه‌ی مؤسسات و مراکز مراقبت از کودک

۴.۱۲ ارائه‌ی دستورالعمل در مورد زمان مناسب خواب، زمان صرف شده برای فعالیت‌های نشسته یا تماشای تلویزیون یا کار با رایانه و زمان فعالیت بدنی یا بازی برای کودکان ۲ تا ۵ سال

۴.۱۳ مشارکت کل جامعه برای حمایت از مراقبین و مراکز مراقبت از کودک جهت ترویج سبک زندگی سالم برای کودکان خردسال

## توضیحات

شواهدی وجود دارد که الگوهای خواب نامناسب، فعالیت جسمی کم و زمان زیاد تماشای تلویزیون یا کار با رایانه یا بازی‌های دیجیتال با افزایش خطر چاقی در دوران کودکی همراه هستند (۳۸-۴۰). شواهد مربوط به حمایت از مداخلات زودهنگام جهت پیشگیری از چاقی در کشورهای پردرآمد، هنوز کم ولی امیدوار کننده هستند. شواهد حاکی از تأثیر مثبت مداخلات مربوط به تغذیه‌ی کودک، الگوهای فعالیت، مواجهه با رسانه‌ها و خواب در سنین پیش دبستانی و محیط‌های مراقبت از کودک برای کودکان ۲ تا ۵ سال هستند که به پیشبرد رفتارهای سالم و ایجاد چشم‌انداز وزنی سالم در آینده در این دوران زندگی کمک می‌کنند (۵۵).

چندین استراتژی در این گروه سنی از والدین و مراقبین حمایت می‌کنند تا از مدت محدود تماشای تلویزیون، زمان کافی برای بازی، ایجاد رفتارهای غذایی سالم، ترویج الگوهای خواب سالم و ایجاد الگوی سبک زندگی سالم توسط مراقبین و خانواده اطمینان حاصل کنند (۵۵). شواهد نشان می‌دهند که مداخلات مربوط به بهبود تغذیه‌ی کودک، خواب و فعالیت جسمی در صورتی که جامع باشند و مراقبین کودک و جامعه را به عنوان یک واحد کلی درگیر کنند، بیشترین اثربخشی را خواهند داشت (۵۵). تغییرات و گذرهای اجتماعی نیازمند مداخلات هماهنگ‌تر و پیچیده‌تری هستند، از جمله حمایت از والدین و سایر مراقبین برای کمک به آنها جهت سهیم شدن در تغییرات رفتاری توصیه شده است.







## اجرای برنامه‌های جامع جهت ترویج محیط‌های سالم در مدارس، آموزش تغذیه و سلامت و فعالیت جسمی در کودکان و نوجوانان

کودکان و نوجوانان چه در مدرسه و چه در خارج آن با چالش‌های خاصی روبرو هستند. آنها به شدت در معرض تبلیغات غذاهای ناسالم و نوشیدنی‌های شیرین شده، فشار همسالان و برداشت‌ها در مورد ظاهر بدنی ایده‌آل قرار دارند. به‌ویژه نوجوانان ممکن است دسترسی آزادانه‌تری به انتخاب‌های غذایی و نوشیدنی‌های خارج از خانه داشته باشند و فعالیت جسمی هم اغلب در این سنین کاهش پیدا می‌کند.

با وجود آنکه متأسفانه تعدادی از نوجوانان در سنین مدرسه از آموزش رسمی برخوردار نیستند ولی سال‌های مدرسه، زمان مناسبی فراهم می‌کنند که این گروه سنی درگیر فعالیت جسمی شوند و عادات غذایی سالم و فعالیت جسمی جهت پیشگیری از چاقی در آنها نهادینه شوند. با توجه به اینکه در اکثر کشورها، دولت، کنترل بخش آموزش را به عهده دارد، همکاری مؤثر بین نظام آموزش و سلامت می‌تواند به ایجاد محیط‌های سالم در مدارس و ترویج آموزش تغذیه و فعالیت جسمی در آن کمک کند.

به منظور تحقق شعار برابری و عدالت، همچنین باید برنامه‌هایی طراحی شوند که بتوانند کودکان خارج از سیستم آموزش رسمی را نیز در برگیرند.

شواهد فزاینده‌ای در حمایت از مداخلات طراحی شده برای کودکان و نوجوانان در محیط مدرسه و در جامعه به عنوان یک استراتژی پیشگیری از چاقی وجود دارد (۲۳). ارزیابی‌های کیفی حاکی از آنند که اثربخشی آنها در پیامدها و رفتارهای پیشگیری از چاقی به دلایل زیر می‌باشد:

الف) کیفیت اجرا؛ ب) دقت آموزشی برنامه و ادغام آن با برنامه درسی و ج) ادغام فعالیت‌های انجام شده در مدارس با تلاش‌های گسترده‌تر در سطح جامعه. برنامه‌های مربوط به بهبود تغذیه و فعالیت جسمی کودکان و نوجوانان، برای موفقیت، باید گروه‌های خاصی را درگیر نمایند. به این منظور بخش‌های سلامت و آموزش باید با هم همکاری کنند.

مهمترین چالشی که بیشتر به آن اشاره می‌شود این است که این برنامه‌ها با هدف اصلی مدارس تداخل ایجاد می‌کنند (۵۵). با همکاری آموزگاران می‌توان این برنامه‌ها را در قالب همان درس‌های اصلی ارائه کرد به جای آنکه لازم باشد زمان خاصی را برای آنها به طور جداگانه در نظر گرفت. کودکان و نوجوانان بزرگتر باید در طراحی و اجرای مداخلات مربوط به کاهش چاقی دوران کودکی مشارکت داشته باشند (۵۶). فقط از طریق همکاری خود آنهاست که مداخلات می‌توانند بر اساس نیازهای خاص آنها و همسالانشان به گونه‌ای طراحی شوند که بتوانند کاملاً مشارکت داشته و از آنها استفاده کنند.

## توصیه‌ها

## توضیحات

غذاهای پرکالری و فاقد مواد مغذی و نوشیدنی‌های شیرین شده از جمله عوامل اصلی سهیم در اپیدمی چاقی در کودکان و نوجوانان در دنیا هستند که باعث ایجاد و تداوم اضافه وزن و چاقی می‌شوند. نمی‌توان کودکان را از یک سو تشویق به رفتارهای سالم نمود ولی از سوی دیگر در مدارس، غذاها و نوشیدنی‌های ناسالم ارائه کرد. برای تثبیت هنجارهای رفتاری سالم و ایجاد محیطی که کمتر چاق کننده باشد، لازم است که ارائه‌ی غذاهای ناسالم و نوشیدنی‌های شیرین شده در محیط‌هایی که کودکان حضور دارند کاهش یابد.

این استراتژی باید فراگیر شود و دسترسی به غذاهای با میزان انرژی کمتر و همچنین دسترسی به آب آشامیدنی به عنوان جایگزین نوشیدنی‌های شیرین شده افزایش یابد.

شاید بتوان در اطراف مدارس نیز فروش غذاها و نوشیدنی‌های ناسالم را محدود کرد ولی ممکن است در برخی جوامع این امکان وجود نداشته باشد.

درک نقش تغذیه در سلامت برای موفقیت مداخلات مربوط به بهبود رژیم غذایی ضروری است. از آنجا که نوجوانان، نسل آینده‌ی والدین می‌باشند، اهمیت دانش تغذیه و سلامت در طول دوران نوجوانی را نمی‌توان نادیده گرفت. در حقیقت سال‌های مدرسه، فرصت‌های مهمی برای پیشرفت را فراهم می‌کنند. آموزش دوران زندگی در مدارس باید بر اساس معیارهای آموزشی و در قالب دروس اصلی توسط معلمان ارائه شوند.

دانش تغذیه‌ای مؤثر شامل تغییر رفتار نیز هست. هرچند شواهدی در مورد اثربخشی مداخلات در بهبود دانش تغذیه‌ای وجود دارد، ولی در مورد اثرات این مداخلات روی رفتارهای غذایی، اطلاعات کمتری وجود دارد.

ادغام مداخلات آموزش تغذیه و توصیه‌های تغذیه‌ای مناسب به کودکان و والدین آنها و ارائه‌ی اطلاعات بیشتر در مورد شیوه‌های آماده‌سازی غذا با هدف بهبود محیط مستعد کننده‌ی چاقی باعث می‌شود تا کودکان، نوجوانان و والدین آنها بتوانند انتخاب‌های غذایی سالم‌تری داشته باشند.

مشارکت مستمر در تربیت بدنی و سایر فعالیت‌های جسمی می‌تواند دوره‌ی توجه کودک و کنترل شناختی و پردازش شناختی را بهبود دهد (۵۷). این موضوع می‌تواند ساختارهای قدیمی را به چالش کشیده، علائم افسردگی را کاهش دهد و برآیندهای روانی-اجتماعی را بهبود دهد. مهم است که ورزش در مدارس، تمام کودکان با تمام توانایی‌ها را شامل شود و فقط روی گروهی از افراد خاص متمرکز نباشد.

۵,۱ تعیین استانداردهایی برای

وعده‌های غذایی ارائه شده در مدارس یا غذاها و نوشیدنی‌های قابل فروش در مدارس بر اساس دستورالعمل‌های تغذیه‌ی سالم

۵,۲ حذف فروش غذاهای ناسالم مثل

نوشیدنی‌های شیرین شده و غذاهای پرکالری و فاقد مواد مغذی در محیط مدرسه

۵,۳ اطمینان از دسترسی به آب آشامیدنی

در مدارس و مراکز ورزشی

۵,۴ ادغام آموزش تغذیه و سلامت با

برنامه‌ی درسی

۵,۵ بهبود دانش تغذیه و مهارت‌های

والدین و مراقبین کودک

۵,۶ ارائه‌ی کلاس‌های آموزش

تهیه‌ی غذا برای کودکان، والدین و مراقبین آنها

۵,۷ قرار دادن برنامه‌ی فعالیت جسمی

در برنامه‌ی آموزشی<sup>۱</sup> مدارس و تأمین نیرو و امکانات لازم برای این کار

<sup>1</sup> UNESCO Quality physical education (QPE). Guidelines for policy-makers, Paris 2015.



## ارائه‌ی خدمات خانواده‌محور و چند جانبه‌ی کنترل وزن کودکان و نوجوانان چاق با اصلاح سبک زندگی

وقتی کودکان اضافه وزن دارند یا چاق هستند، اهداف خدمات ارائه شده عبارتند از کاهش میزان اضافه وزن، بهبود بیماری‌های مربوط به چاقی و کاهش عوامل خطرزای مربوط به اضافه وزن. بخش بهداشت و درمان در هر کشور با چالش‌های مختلفی برای خدمات درمانی افراد چاق مواجه است. اگرچه کنترل کودکان دارای اضافه وزن و چاقی باید از طریق خدمات مؤثر تحت پوشش سراسری سلامت صورت گیرد.

خدمات مراقبت‌های اولیه بهداشتی برای شناسایی زودهنگام و کنترل چاقی و عوارض مرتبط با آن مانند دیابت اهمیت دارند. پایش منظم رشد در مراکز مراقبت‌های اولیه بهداشتی یا در مدارس، امکان شناسایی کودکان با ریسک چاقی را فراهم می‌کند. رژیم غذایی کم کالری می‌تواند در کنترل چاقی در کوتاه مدت مؤثر باشد اما کاهش کم تحرکی و افزایش فعالیت جسمی به اثربخشی مداخلات کمک می‌کند. شواهد کمی از مدل‌های ارائه‌ی خدمات جهت درمان چاقی در کودکان و نوجوانان وجود دارد، اما واضح است این تلاش‌ها تنها با مشارکت مؤثر همه‌ی اعضای خانواده و یا محیط‌های مراقبتی مؤثر است.

کارکنان بهداشتی و دیگران ممکن است درباره کودکان با اضافه وزن و چاقی تبعیض قائل شوند. همه‌ی این موارد تبعیض غیر قابل پذیرش است و باید حذف شود (۵۸). سلامت روانی کودکان نیاز به توجه ویژه دارد.

### توصیه‌ها

۶.۱ ایجاد و پشتیبانی از خدمات کنترل وزن مناسب برای کودکان مبتلا به اضافه وزن و چاقی که شامل خدمات متعدد از جمله تغذیه، فعالیت جسمی و حمایت‌های روانی- اجتماعی است که توسط تیم‌های چند تخصصی با منابع و آموزش‌های لازم به عنوان بخشی از پوشش سراسری سلامت و به صورت خانواده‌محور اجرا می‌شوند.

### توضیحات

بررسی شواهد موجود از چاقی کودکان نشان می‌دهد، مداخلات خانواده‌محور بهبود سبک زندگی می‌تواند منجر به نتایج مثبت در وزن، نمایه توده‌ی بدنی و شاخص‌های چاقی شود. این مسأله در هر دو گروه کودکان و نوجوانان وجود دارد (۵۹). این رویکرد پایه و اساس همه‌ی مداخلات درمانی است، اگرچه که مطالعات کمی در کشورهای با درآمد پایین و متوسط انجام شده است. در مورد کودکان با چاقی بیمارگونه، در صورت عدم موفقیت در اصلاح سبک زندگی، اقدامات دارویی و حتی جراحی ممکن است ضروری باشد (۶۰).

کارکنان بخش سلامت و همه‌ی افرادی که به کودکان و نوجوانان خدمت ارائه می‌کنند، نیاز به آموزش‌های مناسب در زمینه‌ی تغذیه و رژیم غذایی، فعالیت جسمی و عوامل خطرزای چاقی دارند.

## اقدامات و مسئولیت‌ها برای اجرای توصیه‌ها

طبق نظر کمیته‌ی بین‌المللی پایان دادن به چاقی دوران کودکی، اجرای موفقیت‌آمیز فعالیت‌ها نیازمند همکاری، تمرکز و پشتیبانی تعدادی از سازمان‌ها است. اقدامات لازم و مسئولیت‌ها بخش‌های زیر را درگیر می‌کنند:

### اقدامات

- الف نهادینه کردن رویکردی جامع برای تمام دوران‌های زندگی به منظور پایان دادن به چاقی کودکان در تمام سطوح فنی مربوطه در سطح، منطقه‌ای و کشوری
- ب ایجاد چارچوبی برای پیاده‌سازی توصیه‌های کمیته‌ی بین‌المللی با مشورت کشورهای عضو
- ج تقویت ظرفیت پشتیبانی فنی از اقدامات پایان دهنده به چاقی کودکان در سطوح جهانی، منطقه‌ای و ملی
- د حمایت از سازمان‌های بین‌المللی و دولتی جهت اطمینان از اجرایی شدن اقدامات پایان دهنده به چاقی کودکان در سطوح جهانی، منطقه‌ای و ملی

### توضیحات

رسیدگی به این مسأله‌ی پیچیده و مهم ضروری است. سازمان جهانی بهداشت می‌تواند گفتگوهایی در چارچوب تشکیلات سازمان ملل متحد و همچنین بین کشورهای عضو در جهت انجام تعهدات اهداف توسعه‌ی پایدار و پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیر واگیر، در جهت انجام اقداماتی برای پایان دادن به چاقی کودکان ترتیب دهد.

سازمان جهانی بهداشت در هر دو سطح جهانی و دفاتر منطقه‌ای و کشوری می‌تواند با ارائه همکاری‌های فنی، تدوین و اصلاح دستورالعمل‌ها و برقراری استانداردها، از توصیه‌های کمیته‌ی بین‌المللی و همچنین دیگر دستورات مربوطه در سطوح کشوری حمایت کند.

سازمان جهانی بهداشت می‌تواند دستورالعمل‌هایی جهت اجرا و پایش برنامه‌ی پایان دادن به چاقی کودکان منتشر کند و بر روند آن نظارت و نسبت به پیشرفت آن گزارش دهد.

## اقدامات

- ه پیشبرد و ترویج تحقیقات مشترک برای مقابله با چاقی دوران کودکی با تأکید بر رویکرد مداخلات در همه‌ی دوران‌های زندگی
- و گزارش پیشرفت فعالیت‌ها در زمینه‌ی پایان چاقی دوران کودکی
- ز همکاری جهت ایجاد ظرفیت و پشتیبانی از کشورهای عضو در مقابله با چاقی دوران کودکی

## توضیحات

همکاری بین سازمان‌های بین‌المللی از جمله مؤسسات سازمان ملل متحد می‌تواند باعث ایجاد مشارکت منطقه‌ای و جهانی و شبکه‌هایی جهت حمایت، بسیج منابع، ظرفیت‌سازی و تحقیقات مشترک شود. کارگروه بین‌بخشی مقابله با بیماری‌های غیر واگیر سازمان ملل متحد می‌تواند از کشورهای عضو در مدیریت چاقی دوران کودکی پشتیبانی نماید.

## اقدامات

## کشورهای عضو

- الف در دست گرفتن کار، رهبری کردن و تعهد سیاسی برای مقابله با چاقی دوران کودکی در بلند مدت
- ب هماهنگی تمام بخش‌های دولتی و مؤسسات مجری سیاست‌ها از جمله آموزش، سازمان‌های مرتبط با غذا و کشاورزی، بازرگانی و صنعت، توسعه، ورزش و تفریحات، ارتباطات، برنامه‌ریزی شهری، محیط زیست، حمل و نقل، امور اجتماعی و تجارت

## توضیحات

دولت‌ها باید اطمینان حاصل کنند که شهروندان زندگی خود را همراه با سلامتی آغاز می‌کنند. بنابراین، رسیدگی دولت‌ها به چاقی دوران کودکی نباید مغایر با آزادی و حق انتخاب افراد تلقی گردد، بلکه باید به عنوان مسئولیت دولت برای توسعه‌ی سرمایه‌ی انسانی جامعه دیده شود. مشخص است که برای رسیدگی مؤثر به چاقی دوران کودکی، مشارکت فعال مؤسسات مختلف دولتی لازم است. به‌طور عمده به چاقی به عنوان مشکل مربوط به بخش سلامت نگاه می‌شود ولی با این حال، پیشگیری از چاقی دوران کودکی نیازمند همکاری تمام بخش‌ها و مؤسسات دولتی مسئول اتخاذ سیاست‌ها است. دولت‌ها باید رویکردهایی با مشارکت کل دولت برای برخورد با مشکل چاقی دوران کودکی اتخاذ کنند. به علاوه، دولت‌های محلی و منطقه‌ای باید به تعهدات و الزامات خود واقف بوده و منابع و تلاش‌ها را در جهت پاسخ هماهنگ و جامع به این مشکل به کار گیرند.

## اقدامات

- ج اطمینان از جمع‌آوری اطلاعات در زمینه‌ی نمایه توده‌ی بدنی در همه‌ی گروه‌های سنی و تعیین اهداف ملی برای مقابله با چاقی دوران کودکی
- د تدوین دستورالعمل‌ها، توصیه‌ها و سیاست‌ها در بخش‌های مربوطه از جمله بخش خصوصی، برای اجرای اقداماتی که در این گزارش در زمینه‌ی کاهش چاقی کودکان آمده است

## توضیحات

با استفاده از این اطلاعات، دولت‌ها می‌توانند اهدافی در زمینه‌ی چاقی و نقاط عطف مربوط به تغذیه و بیماری‌های غیر واگیر تعیین شده در اجلاس جهانی بهداشت، وضع کنند. این اهداف باید در چارچوب نظارت ملی منطبق بر شاخص‌های بین‌المللی برای پیامدهای چاقی (جهت اجرایی شدن روند دستیابی به اهداف ملی)، اجرایی شدن برنامه‌های غذای سالم و فعالیت جسمی (شامل پوشش‌دهی به مداخلات)، فضای مربوط به سیاست کنترل چاقی (شامل مدیریت سازمانی و سرمایه‌گذاری در زمینه‌ی پیشگیری و کنترل چاقی) باشد. نظارت باید از طریق مکانیسم‌های موجود در بهترین سطح ممکن انجام شود.

راه‌های زیادی وجود دارد که نقش آفرینان غیر دولتی بتوانند در چالش چاقی کودکان نقشی مهم و حمایت‌کننده ایفا کنند. طبق این گزارش، خطر چاقی کودکان به شدت تحت تأثیر مواد غذایی، فعالیت جسمی، رفتارهای غذایی، فضای جامعه و مدرسه، نگرش فرهنگی به تصویر بدنی، رفتار بزرگسالان و همچنین عملکرد بخش خصوصی است.

## اقدامات

- الف مطرح کردن موضوع پیشگیری از چاقی دوران کودکی از طریق تلاش‌های داوطلبانه و انتشار اطلاعات علمی
- ب ترغیب مردم جهت مطالبه از دولت‌ها برای حمایت از سبک زندگی سالم مبنی بر تولید محصولات سالم در صنعت غذا و نوشیدنی‌های غیر الکلی و همچنین عدم فروش مواد غذایی ناسالم به کودکان و نوجوانان

## توضیحات

اگرچه سیاست‌گذاری‌ها توسط دولت‌ها انجام می‌گیرد، در برخی کشورها توسعه‌ی اطلاعات تغذیه‌ای و کمپین‌های آموزشی، اجرای برنامه‌ها و نظارت بر اجرای تعهدات، ممکن است وظیفه‌ای مشترک بین دولت و نهادهای مدنی باشد.

حرکت‌های اجتماعی می‌تواند منجر به همراهی اعضای جامعه و ایجاد زمینه‌ای برای حمایت و اجرای مداخلات شود.

سازمان‌های غیر دولتی  
(مردم نهاد)

ج کمک به توسعه و اجرای راهکارهای نظارتی و پاسخگویی

الف حمایت از تولید و تسهیل دسترسی به غذا و نوشیدنی‌های سالم برای فراهم نمودن یک رژیم غذایی سالم

ب تسهیل دسترسی و مشارکت در فعالیتهای جسمی

## توضیحات

بخش خصوصی یک نهاد همگن نیست بلکه شامل بخش کشاورزی، تولید محصولات غذایی، صنعت غذا، فروشندگان، بخش‌های تهیه‌ی غذا، تولید کنندگان کالاهای ورزشی و رسانه‌هاست. بنابراین توجه به این بخش‌ها که فعالیتهای آنها به طور مستقیم یا غیر مستقیم، ارتباط مثبت یا منفی با چاقی کودکان دارند اهمیت دارد. لازم است کشورها در زمینه‌ی اجرای سیاست‌ها و مداخلات با بخش خصوصی تعامل سازنده داشته باشند.

فعالیت‌های بخش‌های خصوصی که توانایی تأثیر بر چاقی کودکان را دارند، باید مورد حمایت قرار گیرند. به دلیل فعالیت جهانی بسیاری از شرکت‌ها، همکاری‌های بین‌المللی اساسی است. اگرچه توجه به نهادها و صنعتگران محلی و منطقه‌ای نیز ضروری است. همکاری و تعامل با صنایع در حال حاضر منجر به نتایج خوبی در زمینه‌ی رژیم غذایی و فعالیت جسمی شده است. اقداماتی در صنعت غذایی جهت کاهش میزان چربی، شکر، نمک و حجم غذاهای فرآوری شده و افزایش تولید محصولات سالم و مغذی می‌تواند منجر به تسهیل دستیابی به سلامت جهانی شود. پیشرفت واقعی با تعامل شفاف، سازنده و پاسخگو با بخش خصوصی ایجاد می‌شود.

## اقدامات

- ج پذیرش چاقی دوران کودکی به عنوان عامل تهدید کننده‌ی سلامتی و پیشرفت تحصیلی کودکان و در نتیجه اهمیت دادن به این موضوع
- د بسیج منابع مالی در جهت حمایت از پژوهش، ظرفیت‌سازی و ارائه‌ی خدمات

## توضیحات

بنیادهای خیریه جایگاه منحصر به فردی در کمک به سلامت عمومی در جهان دارند و می‌توانند در اقدامات نظارتی و پاسخگویانه نیز مشارکت داشته باشند.

## اقدامات

- الف مطرح نمودن موضوع پیشگیری از چاقی کودکان و نوجوانان از طریق انتشار و اشاعه‌ی اطلاعات و گنجاندن آن در برنامه‌های درسی
- ب توجه به شکاف‌های بین اطلاعات و شواهد موجود در جهت حمایت از اجرای سیاست‌ها
- ج حمایت از فعالیت‌های نظارتی و پاسخگویانه

## توضیحات

مؤسسات دانشگاهی می‌توانند از طریق مطالعه بر عوامل خطرزای بیولوژیکی، رفتاری و محیطی و همچنین بررسی میزان اثربخشی مداخلات در هر یک از این حوزه‌ها، در مقابله با چاقی دوران کودکی سهیم باشند.



# نظارت و پاسخگویی

مهمترین مانع در برابر پیشرفت اقدامات پیشگیری از چاقی کودکان و نوجوانان، فقدان تعهد سیاسی است و اینکه دولت‌ها و عوامل اجرایی دیگر قادر به مسئولیت‌پذیری، رهبری و اقدامات لازم در این زمینه نباشند. یک رویکرد اجتماعی جامع بهترین فرصت برای مقابله با چاقی کودکان و نوجوانان را فراهم می‌آورد. دولت‌ها و عوامل اجرایی دیگر به‌ویژه نهادهای مدنی، می‌توانند یکدیگر و دیگر نهادهای بخش خصوصی را در اطمینان از اتخاذ سیاست‌ها و مطابقت با استانداردها ملزم کنند. تعهدات قوی باید با سیستم‌های اجرایی قوی و مکانیسم‌های پاسخگویی مناسب همراه باشد.

دولت‌ها مسئول اصلی در سیاست‌گذاری‌ها جهت پیشگیری و کنترل چاقی کودکان و نوجوانان در سطح کشور هستند. بنابراین ابتدا باید پاسخگویی با تصویب سیاست‌های مربوط به اقدامات لازم و بازه‌ی زمانی مناسب برای انجام آنها آغاز شود.

دولت‌ها باید اولویت خود را در سرمایه‌گذاری در سیستم‌هایی با شاخص‌های خاص که چاقی کودکان و نوجوانان و عوامل مرتبط با آن مانند تناسب اندام و تغذیه را با روشی استاندارد ارزیابی می‌کنند، قرار دهند. این موضوع برای نشان دادن ابعاد مشکل، فراهم کردن اطلاعات جهت تعیین اهداف ملی و سیاست‌گذاری، حیاتی است. سیستم‌های نظارتی مناسب می‌توانند تأثیر مداخلات در کاهش شیوع چاقی کودکان و نوجوانان را نشان دهند.

در حال حاضر تعدادی مکانیسم‌های نظارتی وجود دارد که کشورها می‌توانند از آنها به صورت یک چارچوب جامع پایش ملی استفاده کنند. این مکانیسم‌ها شامل چارچوب پایش جهانی بیماری‌های غیر واگیر<sup>۱</sup> و چارچوب پایش جهانی وضعیت تغذیه‌ی مادران، شیرخواران و کودکان است.<sup>۲</sup>

رهبری استراتژیک ملی شامل ایجاد ساختارهای دولتی در بخش‌های مختلف ضروری در تصویب و اجرای قوانین، سیاست‌ها و برنامه‌ها می‌باشد. رهبری ملی همچنین در تعاملات بین عوامل اجرایی غیر دولتی، سازمان‌های غیر دولتی، بخش خصوصی و مؤسسات دانشگاهی جهت اجرای موفق برنامه‌ها، فعالیت‌ها و سرمایه‌گذاری‌ها ضروری است.

<sup>۱</sup> WHA66.10 Follow-up to the Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases.

<sup>۲</sup> WHA68(14) Maternal, infant and young child nutrition: development of the core set of indicators.

رویکرد تمام دولت مستلزم آن است که زنجیره‌ای شفاف از مسئولیت و پاسخگویی ایجاد شود و مؤسسات مربوطه وظیفه‌ی ایجاد و اجرای مداخلات را داشته باشند و برای عمل به این وظایف پاسخگو باشند.

جامعه‌ی مدنی می‌تواند در وارد کردن فشار اجتماعی، اخلاقی و سیاسی به دولت‌ها جهت انجام تعهدات نقش اساسی داشته باشد (۶۱).

پایان دادن به چاقی کودکان و نوجوانان اینک باید بخشی از دستور کار نهادهای مدنی برای تلاش و پاسخگویی باشد.

این کمیته نقش مهم بخش خصوصی در مقابله با چاقی کودکان را به رسمیت می‌شناسد، اما راهبردهای پاسخگویی دیگر شامل مکانیسم‌های مبتنی بر تجارت و رسانه‌ها (۶۲) هم ضروری هستند. اجزای مختلف بخش خصوصی (شامل فروشندگان، تولید کنندگان محصولات غذایی، خدمات غذایی و شرکت‌های بیمه) برای مقابله با چاقی کودکان باید مورد توجه قرار بگیرند. مخاطرات ناشی از تعارض منافع نیز باید به نحوی شفاف و مناسب مورد شناسایی، ارزیابی و مدیریت قرار گیرند. تعیین اصول رفتاری و ارزیابی مستقل از میزان پیروی از مقررات دولتی نیز اهمیت دارد.

دولت‌ها می‌توانند از نفوذ خود جهت بهبود فضای مواد غذایی، اجرای استانداردهای نظارتی، اجرای استانداردهای بین‌المللی مانند مقررات بین‌المللی سازمان جهانی بهداشت برای بازاریابی محصولات جایگزین شیر مادر<sup>۱</sup> و توصیه‌های سازمان جهانی بهداشت<sup>۲</sup> در فروش غذاها و نوشیدنی‌های غیر الکی به کودکان، استفاده کنند. کارت‌های امتیاز می‌توانند ابزاری مهم در تضمین مسئولیت‌پذیری باشند. در صورتی که این مثال‌ها تمام مکانیسم‌های پاسخگویی به مسئولیت‌ها را پوشش ندهد، نتایج مطلوب از ترکیبی از ابزارها و استراتژی‌های پاسخگویانه به دست خواهد آمد.

این کمیته به تأثیر مهم سیاست‌های تجاری بر محیط ایجاد کننده‌ی چاقی اشاره می‌کند. این موضوع به ویژه در کشورهای کوچک که به شدت وابسته به واردات مواد غذایی هستند و ماهیت عرضه و قیمت‌گذاری مواد غذایی تحت تأثیر جریان تجارت است، اهمیت دارد. کمیته به پیچیدگی مسأله تجارت بین‌المللی به ویژه در زمینه‌ی محصولات غذایی و کشاورزی اذعان دارد، اما خواستار رسیدگی به مسأله‌ی تجارت جهانی مؤثر بر چاقی کودکان از طرف کشورهای عضو می‌باشد.

**مهمترین خطر تهدید کننده‌ی موفقیت مقابله با چاقی دوران کودکی و نوجوانی، تعهدات سیاسی ناکافی است و اینکه دولت‌ها و سایر بازیگران از اعمال نقش خود در مسئولیت‌پذیری، رهبری و سایر اقدامات ضروری عاجز باشند.**

<sup>1</sup> WHA34.22 International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes.

<sup>2</sup> WHA63.14 Marketing of Food and Non-alcoholic Beverages to Children.

چاقی دوران کودکی و نوجوانی به سلامت جسمی، روانی و اجتماعی کودکان آسیب می‌زند و به عنوان عامل خطر چاقی بزرگسالان و بیماری‌های غیر واگیر محسوب می‌شود. نیاز فوری برای اقدام در جهت بهبود سلامتی این نسل و نسل بعدی وجود دارد. کمیته بین‌المللی پایان دادن به چاقی دوران کودکی اذعان می‌کند که دامنه‌ی توصیه‌ها برای مقابله با چاقی کودکان گسترده و شامل موارد جدید است. اگرچه تنها با یک رویکرد چند بخشی از طریق مداخلات مقابله‌کننده با محیط چاق‌کننده، اهمیت دوره‌ی زندگی و نهادهای آموزش و پرورش، این پیشرفت پایدار حاصل می‌شود. این امر مستلزم تعهد و رهبری دولت، سرمایه‌گذاری بلند مدت و تعامل کامل جامعه برای حمایت از حقوق کودکان جهت برخورداری از سلامت و تندرستی است. این کمیته معتقد است پیشرفت از طریق پایبندی همه‌ی نقش‌آفرینان به همکاری با هدف پایان دادن به چاقی کودکان حاصل می‌شود.

## کمیته پایان دادن به چاقی کودکان

امروزه در بسیاری از کشورهای جهان، شیوع چاقی در شیرخواران، کودکان و نوجوانان در حال افزایش است. بیشترین نرخ رشد چاقی کودکی را در کشورهای دارای درآمد کم یا متوسط می‌توان دید. در صورتی که هیچ مداخله‌ای صورت نگیرد، شیرخواران، کودکان یا نوجوانان چاق در طول سال‌های بعدی زندگی نیز چاق باقی خواهند ماند.

چاقی کودکی با طیف گسترده‌ای از بیماری‌ها یا خطر بروز زود هنگام آنها مانند بیماری قند (دیابت) یا مشکلات قلبی همراه است. بسیاری از ریشه‌ها و همچنین راه‌حل‌های بالقوه این مشکل برای ما روشن است، لیکن به مانند همه راهبردهای سلامت عمومی، چالش‌های فراروی مقابله با آن نیز بسیارند. تنها با تلفیقی از جلب مشارکت اجتماعی، کسب حمایت دولتی و پژوهش‌های علمی می‌توان به مجموعه‌ای از توصیه‌های قابل اجرا در جهت رفع این مشکل جهانی پرداخت. به منظور اطلاع‌رسانی و سامان‌بخشی بهتر در مواجهه با چاقی کودکان، دبیر کل سازمان جهانی بهداشت، هیأتی مرکب از پانزده شخصیت برجسته و سرشناس از حوزه‌های مختلف و البته مرتبط را با عنوان کمیته پایان دادن به چاقی کودکان تشکیل دادند.

وظیفه این کمیته تدوین گزارشی بود که با جامعیت کامل، رویکردهای و مجموعه مداخلاتی که متضمن حداکثر موفقیت در مواجهه با معضل چاقی کودکان و نوجوانان در شرایط گوناگون اجتماعی، اقتصادی و غیره در مناطق مختلف جهان باشد را فراهم و ارائه نماید.

این کمیته به بازبینی، اصلاح و ترمیم کاستی‌ها در ضوابط و راهبردهای پیشگیری از چاقی کودکان پرداخت. عملکرد این کمیته مورد حمایت دو گروه همکار برای پایان دادن به چاقی کودکان بود. گروه اول مسؤول جمع‌آوری شواهد و جنبه‌های علمی موضوع و گروه دوم مسؤول تدوین راهکارهای پیاده‌سازی، پایش و پاسخگویی بود.

کمیته، چهار نشست برگزار نمود و به عنوان بخشی از روش کار خود به انجام مشورت با کشورهای عضو در مناطق مختلف جهان پرداخت. به غیر از گفتگوهایی که با کشورهای عضو انجام گردید، کمیته نشست‌هایی هم با دیگر نقش‌آفرینان این عرصه برگزار کرد.

نخستین نشست در روزهای ۱۷ و ۱۸ ژوئیه ۲۰۱۴ در ژنو (سوئیس) برگزار گردید. در این نشست، کمیته به مرور گزارش اولین گروه همکار در خصوص شواهد و جنبه‌های علمی موضوع پرداخت و در نهایت روش کار کمیته در این جلسه تعیین گردید. در خلال نشست دوم که در تاریخ ۱۳ و ۱۴ ژانویه ۲۰۱۵ در ژنو برگزار گردید، کمیته به بررسی گزارش دوم گروه همکار در امور علمی و شواهد پرداخت.

نخستین گزارش گروه همکار در اجرا، پایش و پاسخگویی نیز مطرح گردید. جمع‌بندی این نشست، تنظیم گزارش اولیه کمیته پایان دادن به چاقی کودکان بود. این گزارش مبنایی برای مقابله با چاقی کودکان و ضرورتی برای دولت‌ها به منظور پذیرش مسئولیت و رهبری در مواجهه با این مشکل را فراهم نمود. گزارش اولیه گزینه‌های بالقوه تدوین سیاست‌های مؤثر در برابر شرایط و محیط‌هایی که به مشکل چاقی دامن می‌زنند، کاهش خطر چاقی از طریق مقابله با عوامل تأثیرگذار در طول زندگی و رسیدگی به کودکان چاق در جهت بهبود وضعیت سلامت حال و آینده آنها را به روشنی تبیین نمود.

گزارش اولیه همچنین مبنایی برای یک گفتگوی مشورتی آنلاین از تاریخ ۱۶ مارس تا ۵ ژوئن ۲۰۱۵ فراهم آورد. در این گفتگو، ۸۱ نهاد شامل کشورهای عضو، سازمان‌های غیردولتی، بنیادهای خیریه، دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی، پژوهشگران، بخش خصوصی و شخصیت‌های حقیقی به طرح دیدگاه‌های خود پیرامون گزارش اولیه پرداختند.

## کمیته همچنین هفت

### نشست مشورتی

### منطقه‌ای با کشورهای

### عضو برگزار نمود:

قاهره - مصر

۳/۲ ژوئیه

کشورهای حوزه شرق مدیترانه

مکزیکوسیتی - مکزیک

۲۸/۲۶ آگوست

کشورهای قاره آمریکایی

آکرا - غنا

۲۳/۲۲ اکتبر

کشورهای حوزه آفریقا

مانیل - فیلیپین

۲۵/۲۴ مارس

کشورهای حوزه اقیانوس آرام

اوکلند - نیوزلند

۲۸/۲۷ ژوئیه

کشورها و مناطق حوزه غرب اقیانوس آرام

دهلی نو - هندوستان

۲۹/۲۸ سپتامبر

کشورهای حوزه جنوب شرق آسیا

والتا - مالت

۲۹/۲۸ اکتبر

کشورهای حوزه اروپا

کمیته سومین نشست خود را در تاریخ‌های ۲۲ و ۲۳ ژوئن ۲۰۱۵ در هنگ کنگ برگزار نمود. در این نشست کمیته به مرور نظرات کشورهای عضو، پیرامون بند ۱۳-۳ از دستور کار شصت و هشتمین گردهمایی جهانی بهداشت پرداخت. نتایج مشورت‌های آنلاین، همچنین گفتگوهای منطقه‌ای و دیدگاه‌های کشورهای حوزه غرب اقیانوس آرام مورد تحلیل و بررسی قرار گرفت. کمیته همچنین گزارشی از دومین نشست گروه کاری اجرا، پایش و پاسخگویی و نیز گزارش تازه‌ای از شواهد از دفتر دبیرکل سازمان جهانی بهداشت دریافت نمود.

در سومین نشست، کمیته به تنظیم پیش‌نویس نهایی گزارش مبسوط خود پیرامون جهت‌گیری سیاست بالقوه برای کشورهای عضو اقدام نمود. این پیش‌نویس به عنوان مبنایی برای مشورت‌های منطقه‌ای در قاره آمریکا، جنوب شرق آسیا، آفریقا و اروپا قرار گرفت. این گزارش در فاصله سپتامبر تا نوامبر ۲۰۱۵ به طور آنلاین در اختیار اعضا قرار گرفت که منجر به ۹۸ مورد اظهار نظر توسط اعضا گردید. سپس نظرات دریافت شده مورد بررسی این کمیته قرار گرفت. پس از تکمیل مشورت‌ها، کمیته چهارمین نشست خود را در تاریخ ۳۰ نوامبر و اول دسامبر ۲۰۱۵ در ژنو (سوئیس) برگزار نمود. هدف از این نشست، بررسی گزارش‌های دو گروه کاری و تدوین گزارش نهایی آنها بود. این گزارش نهایی کمیته در زمینه‌ی پایان دادن به چاقی کودکی در ژانویه ۲۰۱۶ به دبیرکل سازمان جهانی بهداشت تقدیم شد.



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 glycaemic index and glycaemic 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, DeRegil 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.

چاقے دوران کودکے بہ سلامت جسمے، روانے و  
اجتماعے کودکان آسیب مےزند و بہ عنوان  
عامل خطر چاقے در بزرگسالے و بیماریهای  
غیر واگیر محسوب مےشود. نیاز فوری برای  
پیشگیری و کنترل چاقے و بهبود سلامتے نسل  
فعلے و نسل بعدی وجود دارد.