

EM/RC68/7

ش م/ل إ 7/68

أيلول/سبتمبر 2021

اللجنة الإقليمية لشرق المتوسط

الدورة الثامنة والستون

البند 3 (د) من جدول الأعمال المؤقت

## التصديّ للسكري بوصفه أحد تحديات الصحة العامة في إقليم شرق المتوسط

### الملخص التنفيذي

السكري هو أحد تحديات الصحة العامة والسريرية العالمية والمعقدة والمتعددة العوامل، وقد بلغ معدلات وبائية، وتزايد آثاره الاجتماعية والاقتصادية. فقد تضاعف معدل انتشار السكري على مستوى العالم في العشرين سنة الماضية، حتى أصبح يُشكّل جزءاً مهماً من عبء الأمراض غير السارية الذي يُثقل كاهل النُظُم الصحية.

وفي إقليم منظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط، يعتبر السكري قضية مهمة من قضايا الصحة العامة، إذ يصيب 55 مليون نسمة من السكان البالغين الذين تتراوح أعمارهم بين 20 و79 سنة. وتكشف مقارنةً لانتشار السكري بين السكان البالغين عن زيادة هائلة، تتفاوت حدتها بين البلدان، في معدل انتشار السكري بعد سن الأربعين، الأمر الذي سيؤثر على النُهج التي تعتمدها البلدان للتخفيف من حدة الانتشار المتزايد لهذا المرض.

ويُعدُّ السكري أحد الأسباب الرئيسية للإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية والعمى والفشل الكلوي وبتر الأطراف السفلية، وهو ما يسبب الوفاة المبكرة والإعاقة، ويزيد تكاليف الرعاية الصحية، ويعرقل التنمية، ويعوق قدرة البلدان على تحقيق أهداف التنمية المستدامة المتعلقة بالصحة. وتحسين التدبير العلاجي للسكري أمرٌ بالغ الأهمية للوقاية من مضاعفاته. فالعديد من بلدان الإقليم لا يسير على الطريق الصحيح لتحقيق الغاية 3.4 من أهداف التنمية المستدامة بشأن خفض الوفيات المبكرة الناجمة عن الأمراض غير السارية (أمراض القلب والأوعية الدموية والسرطان والسكري والأمراض التنفسية المزمنة) بمقدار الثلث بحلول عام 2030 مقارنةً بعام 2015.

وإدراكاً منها لهذا التحدي، وضعت بلدان عديدة من بلدان إقليم شرق المتوسط خططاً وطنية لمواجهة السكري. ومع ذلك، ورغم الالتزام المتجدد وإدماج السكري بشكلٍ أفضل باعتباره جزءاً من السياسات والاستراتيجيات والخطط الصحية الأوسع نطاقاً المتعلقة بالأمراض غير السارية وحزم منافع التغطية الصحية الشاملة، كانت الإجراءات الوطنية الرامية إلى وضع استجابات شاملة ومتكاملة للحد من الإصابة بالسكري والسمنة وعوامل الخطر الأخرى المرتبطة بالأمراض غير السارية (مثل تعاطي التبغ واتباع نظام غذائي غير صحي وزيادة الوزن والخمول البدني)، ووقفها وعكس اتجاهاتها، متفاوتة وغير كافية في جميع أنحاء الإقليم لاحتواء المرض.

وفضلاً عن ذلك، أدى التعطل الكلي أو الجزئي للخدمات الصحية الخاصة بالسكري خلال جائحة كوفيد-19 إلى تفاقم الوضع. فقد أبرزت جائحة كوفيد-19 مواطن الضعف في النُظُم الصحية القطرية، وأكدت الحاجة

إلى استعادة خدمات السكري والاستمرار في تقديمها وتعزيزها بوصفها جزءاً من مجموعة الخدمات الصحية الأساسية المُدرجة في الخطط الاستراتيجية الوطنية للتأهب والاستجابة لكوفيد-19. وينطبق ذلك خاصةً على البلدان التي تشهد أزمات إنسانية حادة ومستمرة و/ أو طويلة الأمد، وتقل بها بالفعل فرص الحصول على رعاية السكري.

واستفادةً من الزخم الذي تحقق هذا العام من خلال الاحتفال بالذكرى المئوية لاكتشاف الأنسولين وتدشين الميثاق العالمي للمنظمة بشأن داء السكري واعتماد جمعية الصحة العالمية الرابعة والسبعين قراراً بشأن السكري، تحث المنظمة البلدان على اتخاذ سلسلة من الإجراءات للوقاية من السكري وتحسين تديره علاجياً لمنع المضاعفات. وتدعو هذه الورقة التقنية إلى اتباع نهج أكثر تركيزاً وذي طابع عملي أكبر تجاه السكري، وتعرض الورقة جسامه وباء السكري وأثاره الصحية والاجتماعية والاقتصادية في إقليم شرق المتوسط، وتعطي لمحة سريعة عن التقدم المحرز في الوقت الحالي والتحديات القائمة، وتدعو إلى زيادة الالتزام بالتصدي للسكري. وتحدد الورقة أيضاً، من خلال مسوِّدة مقترحة لإطار عمل إقليمي، الخطوات العريضة لمجموعة من التدخُّلات والمؤشِّرات ذات الأولوية التي ينبغي على جميع الحكومات النظر فيها عند توسيع نطاق الاستجابات الوطنية للوقاية من السكري ومكافحته.

## المقدمة

1. داء السكري مرض خطير يحدث على المدى الطويل عندما لا يستطيع الجسم إنتاج الأنسولين أو إنتاج ما يكفي منه، أو لا يستطيع استخدام الأنسولين الذي ينتجه بفعالية. ويُشكِّل السكري أحد التحديات الرئيسية للصحة العامة في القرن الحادي والعشرين، وقد بلغ معدلات وبائية على مستوى العالم، الأمر الذي يضع عبئاً ثقيلاً على الصحة العامة والتنمية الاجتماعية والاقتصادية. فقد ارتفع معدل الانتشار العالمي للسكري بين البالغين، الذين تزيد أعمارهم على 18 سنة، من 4.7% في عام 1980 إلى 8.5% في عام 2014 (1). واليوم، يعيش أكثر من 420 مليون شخص في جميع أنحاء العالم مع داء السكري المُشخَّص. ومن المقدَّر أن يرتفع هذا العدد إلى 570 مليون بحلول عام 2030 وإلى 700 مليون بحلول عام 2045، إذا لم تُتخذ تدابير وقائية فعالة (2). ويؤثر السكري على جميع الفئات العمرية، بغضِّ النظر عن الموقع الجغرافي ومستوى الدخل. ويعيش أكثر من 1.1 مليون طفل ومراهق تقل أعمارهم عن 20 سنة مع النمط الأول من السكري (3)، في حين أن 3 من كل 4 مرضى بالسكري تتراوح أعمارهم بين 20-64 سنة (سن العمل)، ويصاب بالسكري 1 من كل 5 أشخاص تزيد أعمارهم على 65 سنة.

2. ومنذ عام 2000، زاد معدل الانتشار العالمي المُوحد حسب السن للسمنة بين البالغين (18 سنة فأكثر) بنسبة 50%، وزاد معدل الانتشار الأولي بين الأطفال (5 سنوات- 19 سنة) أكثر من الضعف من 2.9% في عام 2000 إلى 6.8% في عام 2016 (4). وتثير الزيادة السريعة في معدلات سمنة الأطفال والمراهقين خاصةً القلق، حيث تُساهم في الاتجاه المتزايد لظهور السكري في مرحلة الشباب (قبل سن الأربعين) وفي الإصابة مبكراً بالأمراض غير السارية الأخرى.

3. وتعد مضاعفات السكري أحد العوامل الرئيسية التي تسهم في زيادة الوفيات والمراضة المرتبطة بهذا المرض. وتنقسم هذه المضاعفات عادة إلى فئتين رئيسيتين، هما: مضاعفات الأوعية الدموية الكبيرة، ومضاعفات الأوعية الدموية الدقيقة. وتشمل مضاعفات الأوعية الدموية الكبيرة أمراض القلب والسكتة الدماغية، في حين تتضمن مضاعفات الأوعية الدموية الدقيقة اعتلالات الشبكية والكلى والأعصاب. ويزيد خطر الإصابة بالنوبات القلبية والسكتة الدماغية بمقدار الضعفين إلى ثلاثة أضعاف لدى البالغين المصابين بالسكري، ويتسبب السكري أو ارتفاع ضغط الدم أو كلاهما فيما يزيد على 80% من أمراض الكلى في مراحلها النهائية على مستوى العالم. ويرتفع معدل انتشار أمراض الكلى في مراحلها النهائية الناجمة عن السكري إلى 10 أضعاف بين المصابين بالسكري مقارنة بغير المصابين به. ويعتبر اعتلال الشبكية السكري أحد الأسباب الرئيسية للعمى، إذ يتسبب السكري في 2.6% من حالات العمى على مستوى العالم، ويزيد الاعتلال العصبي من خطر الإصابة بقرحات القدم والعدوى والحاجة إلى بتر الأطراف في النهاية. وتحسين التدبير العلاجي السريري للسكري أمرٌ بالغ الأهمية للوقاية من المضاعفات الخطيرة.

4. وتزايد الوفيات المرتبطة بمرض السكري في العالم. ففي المتوسط، يقلل السكري متوسط العمر المتوقع لدى الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين 40 و60 سنة بمقدار 4-10 سنوات، ويزيد السكري وحده خطر الوفاة بأمراض القلب والأوعية الدموية والكلى والسرطان بمقدار 1.3-3.0 مرات. وقد أُدرج السكري ضمن أعلى 10 أسباب للوفاة في عام 2019، بعد زيادة كبيرة بلغت 70% منذ عام 2000. ورغم ما يشهده العالم من انخفاض في الخطر السنوي للوفاة بأحد الأمراض غير السارية الرئيسية بين الفئات العمرية من 30 إلى 70 سنة، فقد زادت الوفيات المبكرة الناجمة عن السكري بنسبة 5% بين عامي 2000 و2016. ووفقاً للمرصد الصحي العالمي التابع للمنظمة، كان السكري هو السبب المباشر لوفاة ما يقرب من مليوني شخص على مستوى العالم في عام 2019.

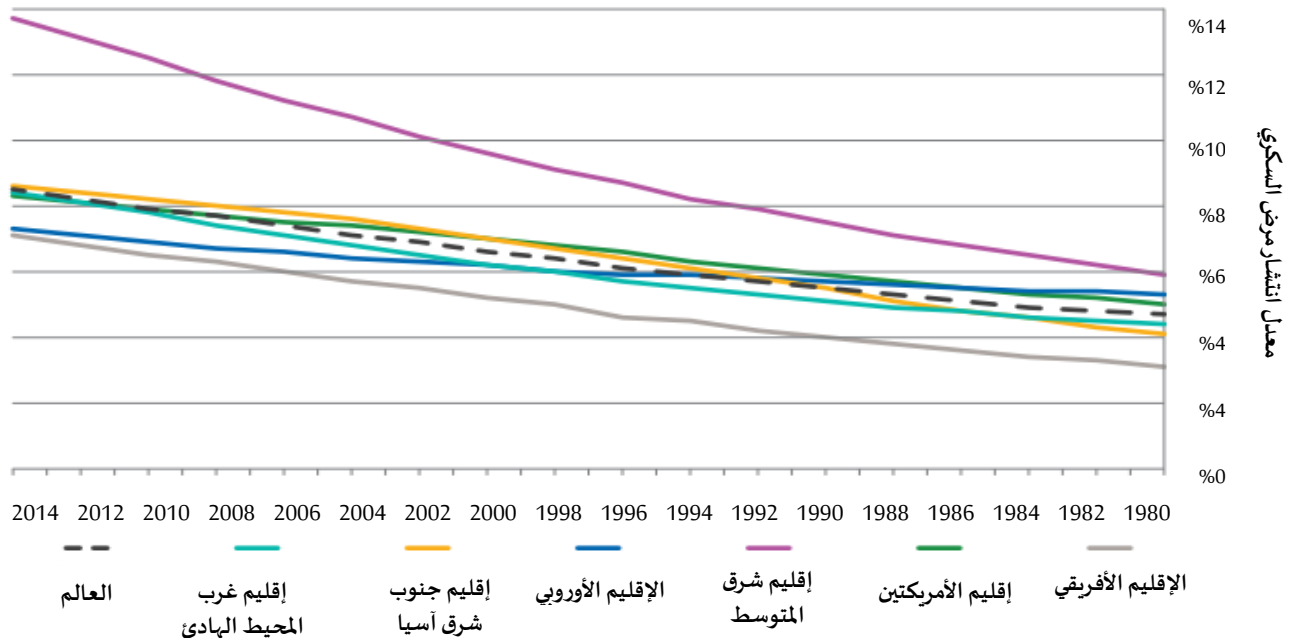
5. أيضاً يتزايد الإنفاق الصحي على مرض السكري في جميع أنحاء العالم. ووفقاً للاتحاد الدولي لمكافحة السكري، قُدِّر الإنفاق الصحي العالمي على السكري في عام 2019 بمبلغ 760 مليار دولار أمريكي، ومن المتوقع أن يصل هذا الإنفاق إلى 825 مليار دولار أمريكي بحلول عام 2030، وإلى 845 مليار دولار أمريكي بحلول عام 2045 (5).

6. ويضع ارتفاع معدل انتشار السكري ضغوطاً على قدرة البلدان على ضمان الحصول على الأدوية الأساسية والرعاية المناسبة بانتظام وبتكلفة ميسورة. وازداد الوضع سوءاً بسبب الاضطرابات الكلية أو الجزئية في خدمات التدبير العلاجي للسكري ومضاعفاته خلال جائحة كوفيد-19. فقد أبرزت الجائحة مواطن الضعف في النُظُم الصحية القطرية، وأكّدت الحاجة إلى استعادة خدمات السَّكَّري والاستمرار في تقديمها وتعزيزها بوصفها جزءاً من مجموعة الخدمات الصحية الأساسية المُدرجة في الخطط الاستراتيجية الوطنية للتأهب والاستجابة لكوفيد-19. وينطبق ذلك خاصةً على البلدان التي تشهد أزمات إنسانية حادة ومستمرة و/أو طويلة الأمد، وتقل بها بالفعل فرص الحصول على رعاية السكري.

## إقليم شرق المتوسط

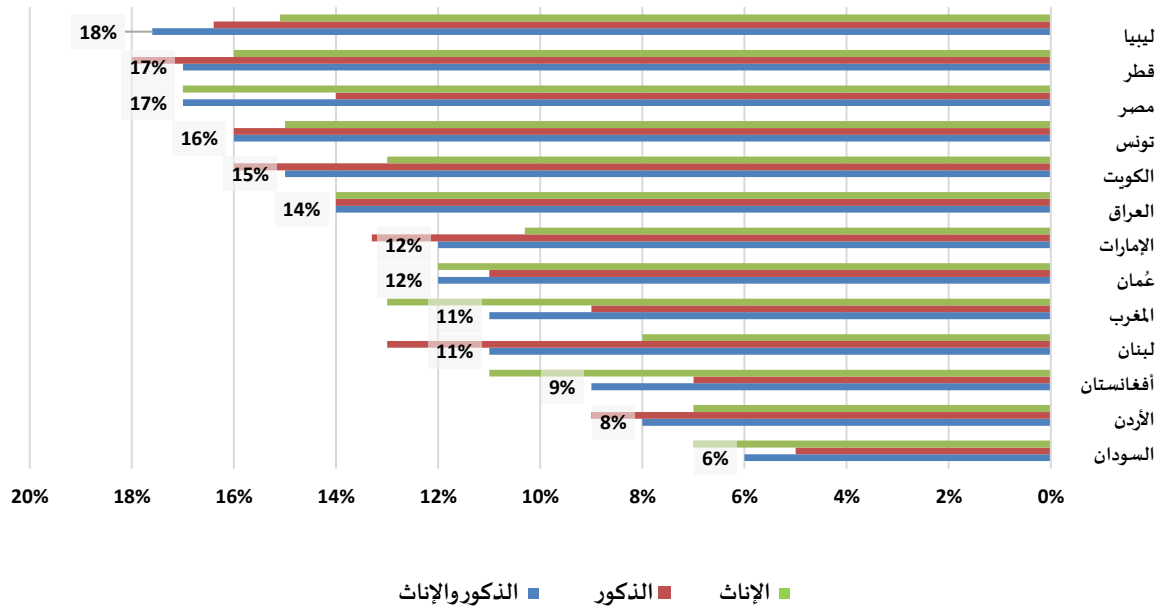
7. يُعد إقليم شرق المتوسط واحدًا من أكثر أقاليم المنظمة تضررًا بالاتجاه المثير للقلق المتمثل في زيادة انتشار السكري، بعد أن شهد الإقليم واحدة من أعلى الزيادات وأكثرها حدة في معدل انتشار السكري المعدل حسب السن، من حوالي 6% في عام 1980 إلى ما يقرب من 13.7% في عام 2014 (الشكل 1) (6). ففي عام 2019، أصيب بالسكري 55 مليون شخص (12.8%) من السكان البالغين الذين تتراوح أعمارهم بين 20 و79 سنة في الإقليم (7). وما لم تُتخذ إجراءات، فمن المتوقع أن يرتفع هذا العدد إلى 108 ملايين بحلول عام 2045، وهو ثاني أعلى زيادة بين أقاليم المنظمة على الصعيد العالمي. ويعيش مع النمط الأول من السكري ما يقرب من 150 ألف طفل ومراهق دون سن العشرين في الإقليم، ونُشخص حالات جديدة لما يقرب من 20 ألف طفل ومراهق كل عام (7). ومع توفير إمدادات مستمرة من الأنسولين، والتثقيف وتقديم الدعم، وتوفير معدات اختبار غلوكوز الدم، يستطيع المصابون بالسكري من النمط الأول أن يعيشوا حياة صحية.

8. وقد أُجريت في بلدان الإقليم مسوحات وطنية باستخدام النهج التدريجي لترصُّد عوامل الخطر المرتبطة بالأمراض غير السارية، ومسوحات الفحوصات الطبية لتقدير معدل انتشار الأمراض غير السارية واتجاهاتها وعوامل الخطر المرتبطة بها على المستوى الوطني. ويوضح الشكل 2 النسبة المئوية للسكان الذين يعانون من ارتفاع نسبة الغلوكوز في الدم أثناء الصيام، أو يتناولون أدوية في الوقت الحالي لعلاج ارتفاع نسبة الغلوكوز في الدم وفقًا للقيمة المحددة من المنظمة ( $\leq 7.0$  مليمول/لتر) بين السكان الوطنيين في بعض بلدان الإقليم خلال الفترة 2009-2019. وقد أبلغت بلدان عديدة عن أرقام وطنية أعلى من المتوسطات المقدرة عالميًا (9.3%) وإقليميًا (12.8%)، ومنها مصر والعراق والكويت وليبيا وتونس وقطر (7).



الشكل 1. الاتجاهات السائدة في معدل انتشار السكري، 1980-2014، حسب إقليم منظمة الصحة العالمية ( $\leq 7.0$  مليمول/لتر أو بدون أدوية، الموحد حسب السن من عمر 18 سنة فأكثر)

المصدر: تقرير عالمي عن السكري. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2016.



## الشكل 2. النسبة المئوية للذين يعانون من ارتفاع نسبة تركيز الغلوكوز في الدم أثناء الصيام، أو يتناولون أدوية في الوقت الحالي لعلاج ارتفاع الغلوكوز في الدم\* بين سكان البلدان المُختارة في إقليم شرق المتوسط حسب نوع الجنس، في الفترة 2009-2019\*\*

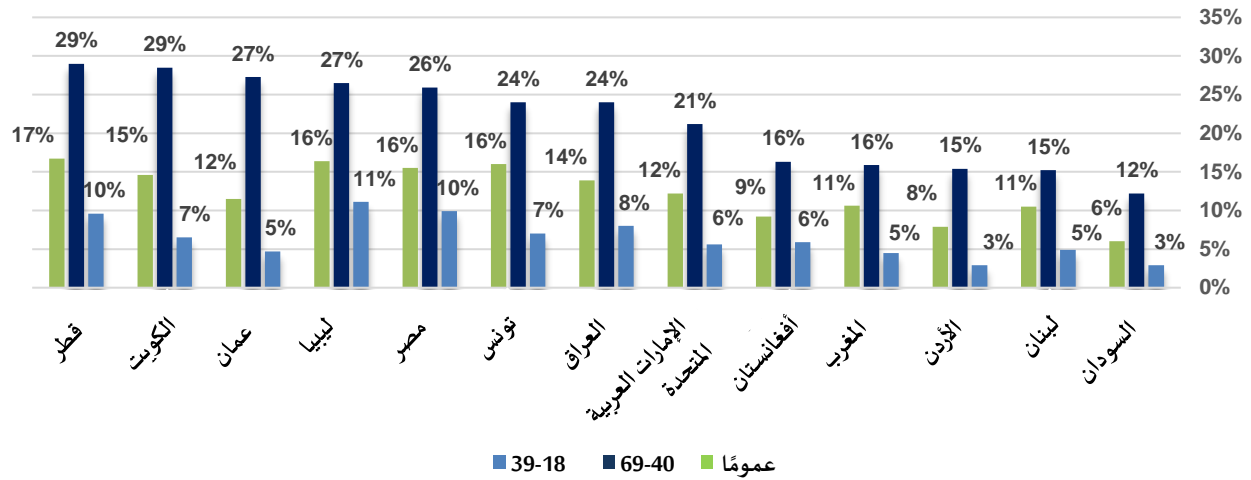
ملاحظات: \* يُعرف ارتفاع نسبة الغلوكوز في الدم بأنه وصول قيمة البلازما في الأوردة إلى  $7.0 \leq$  مليمول/ لتر. \*\* بيانات مستمدة من مسوحات النهج التدريجي للترصد في البلدان: أفغانستان (2018)، مصر (2017)، العراق (2015)، الأردن (2019)، الكويت (2014)، لبنان (2017)، ليبيا (2009)، المغرب (2017)، عُمان (2012)، قطر (2012)، السودان (2016). استُخدم الفحص الصحي الوطني التونسي (2016) وتقرير المسح الصحي الوطني لدولة الإمارات العربية المتحدة (2017-2018) بوصفهما مصدرين يحتويان على بيانات معادلة لبيانات مسح النهج التدريجي للترصد في تونس والإمارات العربية المتحدة.

المصدر: التقارير القطرية للنهج التدريجي للترصد. البيانات والتقارير. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2021. (<https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/surveillance/data>).

9. ووفقاً للبيانات المستمدة من مسوحات النهج التدريجي للترصد، يختلف معدل انتشار ارتفاع نسبة الغلوكوز في الدم أو عدد الذين يتناولون أدوية لعلاج ارتفاع نسبة الغلوكوز في الدم اختلافاً كبيراً مع التقدم في العمر، كما هو موضح في الشكل 3. وتقارن البيانات بين معدل الانتشار في السكان البالغين الذين تقل أعمارهم عن أو تزيد على 40 سنة في بلدان إقليم شرق المتوسط. وهناك زيادة كبيرة في معدل الانتشار بعد سن 40، بدرجات تتفاوت كثافتها بين البلدان، الأمر الذي سيُثري مختلف النهج التي تعتمد عليها البلدان من أجل التخفيف من حدة الانتشار المتزايد للسكري.

10. ويرجع انتشار وباء السكري في المقام الأول إلى التحول الديموغرافي، إلى جانب زيادة استهلاك الأغذية غير الصحية، وتعاطي التبغ، وزيادة معدلات انتشار السمنة، وتراجع مستويات النشاط البدني. فمدخنو التبغ، على سبيل المثال، أكثر عرضة من غير المدخنين للإصابة بالسكري من النمط 2 بنسبة تتراوح بين 30-40%. أما الأطفال والمراهقون الذين تتراوح أعمارهم بين 5-19 سنة، فقد زاد معدل انتشار زيادة الوزن وزيادة هائلة، إذ ارتفع من 7.4% في عام 1975 إلى 27.4% في عام 2016. وارتفع معدل انتشار زيادة الوزن والسمنة معاً بين البالغين من 23.5% في عام 1975 إلى 31.8% في عام 2016 (8). ومع ذلك، ففي الوقت الذي يتزايد فيه الاتجاه

في بعض بلدان الإقليم، توجد علامات تشير إلى تباطؤ هذه الزيادة أو حتى انخفاض معدل الانتشار في البلدان التي تعاني من أعلى معدلات الانتشار (8).



### الشكل 3. معدل انتشار ارتفاع نسبة الغلوكوز في الدم أو الذين يتناولون أدوية لعلاج ارتفاع نسبة الغلوكوز في الدم \* بين من تقل أعمارهم على 40 سنة في بلدان إقليم شرق المتوسط (2009-2019) \*\*

ملاحظات: \* يُعرف ارتفاع نسبة الغلوكوز في الدم بأنه وصول قيمة البلازما في الأوردة إلى  $7.0 \leq$  ملليمول/ لتر. \*\* بيانات مستمدة من مسوحات النهج التدريجي للترصد في البلدان: أفغانستان (2018)، مصر (2017)، العراق (2015)، الأردن (2019)، الكويت (2014)، لبنان (2017)، ليبيا (2009)، المغرب (2017)، عُمان (2012)، قطر (2012)، السودان (2016). وقد استُخدم الفحص الصحي الوطني التونسي (2016) وتقرير المسح الصحي الوطني لدولة الإمارات العربية المتحدة (2017-2018) بوصفهما مصدرين يحتويان على بيانات معادلة لبيانات مسح النهج التدريجي للترصد في تونس والإمارات العربية المتحدة.

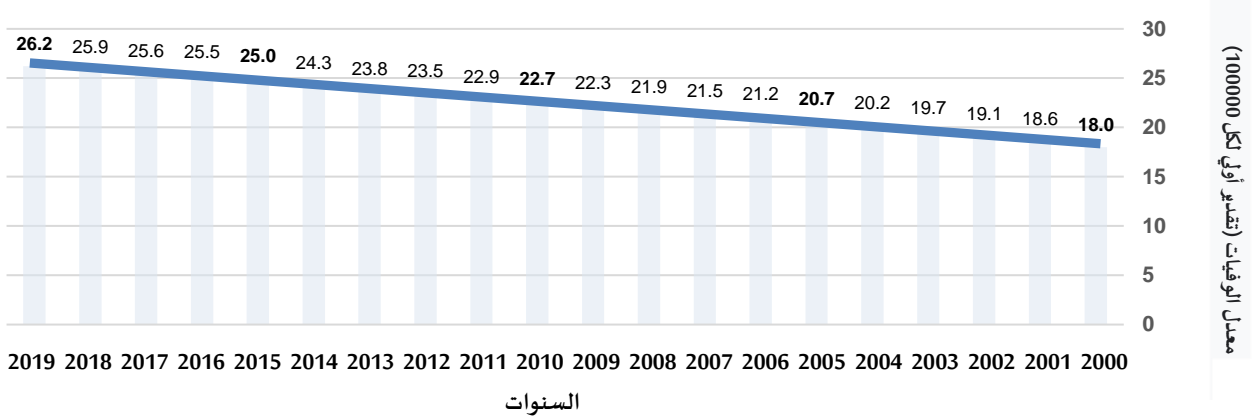
المصدر: التقارير القطرية للنهج التدريجي للترصد. البيانات والتقارير. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2021. (<https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/surveillance/data>)

11. ويُعدُّ داء السكَّري في الوقت الحاضر من بين الأسباب الرئيسية للأمراض الكلى في مراحلها الأخيرة في الإقليم، ويسهم إسهامًا كبيرًا في الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية (9)، التي تشكِّل مجتمعةً السبب الأكبر للمراضة والوفيات لدى المتعاشين مع السكَّري. وتبين الاستعراضات المنهجية أن الخطر النسبي للإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية لدى المصابين بالسكري مقارنةً بغير المصابين به يتراوح بين 1.6 و 2.6، ويرتفع أكثر بين الأشخاص الأصغر سنًا ويزيد قليلًا بين النساء (7). ويعتبر السكري أيضًا من الأسباب الرئيسية لتقرُّحات القدمين وبتَر الأطراف السفلية. ويؤدي تزامن هذه الحالات المرضية إلى إضعاف جودة الحياة بشدة، وتقليل الإنتاجية، والتسبب في معاناة كبيرة. فالمصابون بالسكري أكثر عرضة لبتَر الأطراف السفلية غير الرضحي من عامة الناس بمقدار يتراوح بين 7 مرات و 30 مرة، وهو ما يمثل أكثر من نصف جميع حالات بتَر الأطراف السفلية.

12. وتتسم البيانات الإقليمية عن مضاعفات السكري الحادة والمزمنة بالندرة في العموم. فوفقًا لتحليل أُجري لدراسة العبء العالمي للأمراض بشأن أسباب العمى وضعف البصر في عام 2020 (لم يشمل البلدان ذات الدخل المرتفع)، كان اعتلال الشبكية السكري السبب الرئيسي الرابع لضعف البصر المعتدل أو الشديد والسبب الرئيسي الخامس للعمى في إقليم شرق المتوسط (10). وتشير الدراسات الفردية عن معدل انتشار

اعتلال الشبكية بين الذين شُخِّصت إصابتهم بالسكري في الإقليم إلى تفاوت واسع النطاق، يتراوح بين 10% وما يزيد على 60% (24.5% للإقليم كله) (11). وقد أفادَ استعراض منهجي وتحليل تلوي لمعدل انتشار اعتلال الكُليّة بين الذين شُخِّصت إصابتهم بالسكري في الإقليم، أن معدل الانتشار يبلغ 26% (12).

13. وعادة ما تكون بيانات الوفيات المرتبطة بالسكري في الإقليم غير متاحة أو غير دقيقة، وهو ما يبرز الحاجة إلى مواصلة العمل على تحسين تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية في بلدان الإقليم. ومع ذلك، تشير التقديرات إلى وجود ارتفاع مطرد في الوفيات الناجمة عن السكري على مدار العقدين الماضيين، كما هو مبين في الشكل 4، إذ تسبب السكري ومضاعفاته في وفاة نحو 418900 شخصٍ من البالغين الذين تتراوح أعمارهم بين 20 و79 سنة في عام 2019 (16.2% من الوفيات الناجمة عن جميع الأسباب)، مع وقوع أعلى نسبة (22.4%) في الفئة العمرية من 30 إلى 39 سنة. ووقع ما يقرب من 53.3% من جميع الوفيات الناجمة عن السكّري في الإقليم بين الذين تقل أعمارهم عن 60 سنة، وبذلك يأتي الإقليم في المرتبة الثانية بين أقاليم المنظمة من حيث وقوع أعلى نسبة وفيات مرتبطة بالسكّري بين من تقل أعمارهم عن 60 سنة. ووقعت معظم الوفيات التي تُعزى إلى السكري في البلدان المتوسطة الدخل، التي تمثل 86.7% من جميع الوفيات المرتبطة بالسكري في الإقليم (7).



#### الشكل 4. الوفيات بالسكّري في إقليم شرق المتوسط لكل 100 ألف نسمة، 2019-2000\*

ملحوظة: \* عدد الوفيات الناجمة عن السكري لكل 100 ألف نسمة من إجمالي سكان إقليم شرق المتوسط.

المصدر: عدد الوفيات الناجمة عن الأمراض غير السارية، حسب نوع المرض ونوع الجنس. المرصد الصحي العالمي. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/number-of-\(deaths-attributed-to-non-communicable-diseases-by-type-of-disease-and-sex](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/number-of-(deaths-attributed-to-non-communicable-diseases-by-type-of-disease-and-sex) Error! Hyperlink reference not valid.2019  
Data. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL>Population, total  
واشنطن العاصمة: Data. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL> (2019).valid.

14. ويسهم السكّري أيضًا في زيادة معدل الإصابة بغيره من الأمراض غير السارية الرئيسية وزيادة عبئها مثل أمراض الفم وربما السرطان. وتبين أن مرض السكري من النمط 2 وارتفاع مؤشر كتلة الجسم يرتبطان بزيادة خطر الإصابة بالعديد من أنواع السرطان الشائعة. ويرتبط ضعف ضبط الغلوكوز بعدة مشاكل تتعلق بصحة الفم، مثل البزوغ المبكر للأسنان أو عدوى اللثة. كذلك تؤثر صحة الفم السيئة على نوعية حياة الذين يعيشون بالسكّري، وهو ما يضر بالنظام الغذائي والتغذية الفعالين.

15. وثمة بيّنات على وجود علاقة متبادلة بين الاضطرابات النفسية والسكري، إذ يعاني ما يقرب من ثلث المصابين بالسكري من مشاكل نفسية و/أو اجتماعية تعوق قدرتهم على تدبيرهم العلاجي لمرض السكري بأنفسهم. فَمَن يعيشون بالسكري تزيد احتمالات إصابتهم بالاكتئاب مرتين إلى ثلاث مرات عن غير المصابين به، ولا يُشخّص بالاكتئاب ويُعالج منه سوى نسبة تتراوح بين 25-50% فقط من المصابين بالسكري. أيضًا يزيد خطر الإصابة بالسكري لدى الذين يعانون من اضطرابات نفسية (يتضاعف خطر الإصابة بالسكري لدى المصابين بالفصام والاضطراب الثنائي القطب، ويزيد مرة ونصف لدى المصابين بالاكتئاب) (15). وبالإضافة إلى ذلك، فإن التباين في التعرض لعوامل الخطر، مثل التدخين وتعاطي الكحول على نحو ضار وتناول نظام غذائي غير صحي والسلوك المرتبط بقلّة الحركة، يزيد خطر الإصابة بزيادة الوزن أو السمنة، وفي الوقت نفسه فإن التأثيرات العلاجية المنشأ لأدوية الاضطرابات النفسية (مع وجود ارتباط بين السكري وبعض الأدوية المضادة للذهان ومضادات الاكتئاب والليثيوم)، وعدم المساواة في الحصول على خدمات الرعاية الصحية، تؤديان إلى زيادة خطر الإصابة بالمضاعفات المرتبطة بالسكري والوفاة به. ويزداد الوضع تعقيدًا للمصابين في وقت واحد بالسكري واضطرابات نفسية، الذين غالبًا ما يواجهون صعوبات في الالتزام بالنصائح المتعلقة برصد حالة السكر في الدم وتدبيرها علاجيًا. فقد أظهرت البيّنات أن كثيرًا ممن يعيشون بالسكري يعانون من صعوبات نفسية كبيرة تسببت جائحة كوفيد-19 في تفاقمها (16).

16. أضف إلى ذلك أن السكري مرض مكلف، وغالبًا ما يتم تجاهل تأثيره الاقتصادي. فالمرض لا يؤثر ماليًا فقط على المصابين به، بل يؤثر أيضًا على المجتمع والنُظُم الصحية والاقتصادات الوطنية من خلال التكاليف الطبية المباشرة والتكاليف غير المباشرة، مثل فقدان الإنتاجية بسبب المرض والإعاقة والوفاة المبكرة وزيادة متطلبات الدعم الاجتماعي. وتكشف البيّنات المتاحة عن تفاوت بلدان الإقليم فيما بينها تفاوتًا كبيرًا فيما تنفقه على الرعاية الصحية بالسكري. وفي واقع الأمر، كشفت دراسة حديثة عن العبء الاقتصادي لداء السكري في إقليم شرق المتوسط<sup>1</sup> أن السكري يكلف الاقتصاد نحو 60 مليار دولار أمريكي سنويًا، وهو ما عادل 1.7% من الناتج المحلي الإجمالي للإقليم في عام 2019 (يتراوح بين 0.7% إلى 2.2% من الناتج المحلي الإجمالي للبلدان). وتبلغ التكلفة المباشرة 26 مليار دولار أمريكي (43%)، في حين تصل التكلفة غير المباشرة إلى 34 مليار دولار أمريكي (57%).

17. كما أن معظم بلدان الإقليم، لأسباب عديدة معقدة، ليست على المسار الصحيح لتحقيق الغاية 3.4 من أهداف التنمية المستدامة بشأن خفض الوفيات المبكرة الناجمة عن الأمراض غير السارية (مثل أمراض القلب والأوعية الدموية والسرطان والسكري والأمراض التنفسية المزمنة) بمقدار الثلث بحلول عام 2030 مقارنةً بعام 2015. ومن المهم إجراء تحليل لمدودية النُهج المختلفة، لا سيّما في بيئات البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل، من أجل فهم التدخلات المسندة بالبيّنات التي يمكن عمليًا تنفيذها بما يعود بالنفع على المصابين بالسكري في سياق معين، مع الأخذ في الاعتبار قدرات القوى العاملة والموارد المتاحة في البيئة التي تُنفَّذ فيها التدخلات. فالاستثمار في التدابير الرامية إلى الحد من المراضة المتعددة فعّالٌ من حيث التكلفة، والنُهج المتعددة الطرائق التي تشتمل على تدخلات سلوكية ودوائية وغيرها من المكونات، مثل دعم الأقران أو

<sup>1</sup> Elmusharaf K. Diabetes: economic burden of type 2 diabetes mellitus in Eastern Mediterranean Region, unpublished report 2021.



التكنولوجيا، تُعتبر نُهجًا واعدة، إلا أنها لا تزال في حاجة إلى دراسة منهجية توضح البرامج المتعددة المكونات الفعالة والمكونات الأكثر فائدة. كما أن تحقيق التغطية الصحية الشاملة وتوفير الصحة للجميع أمر بالغ الأهمية إذا أردنا التصدي لأوجه التفاوت وعدم المساواة في إتاحة الرعاية الصحية.

## السياسات والبرامج المعنية بالسكري في إطار الاستجابات الوطنية للوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها

18. سعى قرار جمعية الصحة العالمية ج ص ع 42-36 بشأن الوقاية من داء السكري ومكافحته، الذي اعتُمد في عام 1989، للمرة الأولى إلى وضع وباء السكري في صدارة مشهد السياسات الصحية العالمية. واستجابة لهذا القرار، حدثت عدة تطورات على الصعيد الإقليمي. فشُكلت فرقة عمل إقليمية معنية بالسكري في عام 1991، أعقبها تشكيل فريق استشاري إقليمي في عام 1992 ووضع خطة عمل إقليمية بشأن السكري في عام 1992. وكان المنشور المُعنون الوقاية من السكري ومكافحته: دعوة إلى العمل الذي نُشر في عام 1993، من أولى وثائق المنظمة (ضمن سلسلة تقنية) التي اقترحت وضع خريطة طريق إقليمية للوقاية من السكري ومكافحته. وأعقب ذلك إنشاء العديد من البرامج الوطنية لمكافحة السكري في الإقليم، التي ركزت على تحسين معايير الرعاية من خلال التثقيف ووضع برامج تدريبية.

19. وقد واكب إنشاء البرامج الوطنية لمكافحة السكري في الإقليم في تسعينيات القرن الماضي، إنشاء مراكز للسكري وعيادات متخصصة على المستوى الثالثي، واستُكملت هذه الخطوة في العديد من بلدان الإقليم بتقديم استشارات خاصة بالسكري أو إنشاء عياداته على مستوى الرعاية الصحية الأولية، كان الكثير منها بمنزلة أساس للتكامل التدريجي لخدمات الأمراض غير السارية. وفي حين انصب التركيز على توسيع نطاق تقديم الخدمات، أولي اهتمام أقل للتدابير الوقائية على مستوى السكان للوقاية من السكري وعوامل الخطر ذات الصلة.

20. ونظرًا لتزايد عبء الأمراض غير السارية، أطلقت المنظمة، في عام 2000، استراتيجيتها العالمية الأولى للوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها، التي شجعت على اتباع نهج أكثر تكاملاً للوقاية من الأمراض غير السارية الرئيسية الأربعة ومكافحتها (وهي أمراض القلب والأوعية الدموية، والسرطان، والأمراض التنفسية المزمنة، والسكري)، وأربعة عوامل خطر مهمة (هي تعاطي التبغ، وتعاطي الكحول على نحو ضار، والخمول البدني، واتباع نُظم غذائية غير صحية). وقد تلا هذه الوثيقة المهمة الاستراتيجية العالمية بشأن النظام الغذائي والنشاط البدني والصحة في عام 2004، ووضع جمعية الصحة العالمية وإقرارها لخطة العمل العالميتين الأولى والثانية لمكافحة الأمراض غير السارية، حيث غطت خطة العمل العالمية الأولى الفترة 2008-2013 (القرار ج ص ع 61-14)، في حين غطت خطة العمل العالمية الثانية الفترة 2013-2020 (القرار ج ص ع 66-10)، ثم مُدّدت في وقت لاحق حتى عام 2030 لتتماشى مع الجدول الزمني لأهداف التنمية المستدامة. وقد تعززت هذه الجهود بعقد الاجتماع الرفيع المستوى الأول للجمعية العامة للأمم المتحدة بشأن الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها في عام 2011، والاجتماعين الرفيعي المستوى التاليين في عامي 2014 و2018، بالإضافة إلى الإعلانات السياسية التي صدرت عن هذه الاجتماعات، وحددت مجموعة من الالتزامات والتوصيات للدول

الأعضاء والمنظمة والشركاء من أجل مواصلة توسيع نطاق الاستجابات الوطنية للوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها. وقد أدى إقرار الإعلان السياسي لعام 2018 بالمحددات البيئية (مثل تلوث الهواء) بوصفها أحد عوامل الخطر وبالصحة النفسية والحالات العصبية باعتبارها أمراض غير سارية إلى توسيع نطاق جدول أعمال الأمراض غير السارية من "4×4" (الأمراض وعوامل الخطر) إلى "5×5"، والدعوة إلى استجابات أكثر تكاملاً للأمراض غير السارية، بعيداً عن التركيز على الأمراض، كل مرض على حدة، بما فيها السكري.

21. واستجابةً للإعلان السياسي للأمم المتحدة بشأن الأمراض غير السارية لعام 2011، وضعت المنظمة إطار عمل إقليمياً من أجل تنفيذ الإعلان السياسي للأمم المتحدة بشأن الأمراض غير السارية، أقرته اللجنة الإقليمية لشرق المتوسط في دورتها التاسعة والخمسين التي عُقدت في عام 2012. ويُشكّل إطار العمل الإقليمي، الذي يُحدّث بانتظام، خريطة طريق إقليمية لمكافحة الأمراض غير السارية، وينص على تدخلات ومؤشرات استراتيجية لتقييم التقدم الذي تحرزه البلدان في مجالات الحوكمة، والوقاية من عوامل الخطر وخفضها، والرعاية الصحية، والترصد والرصد.

22. وفي ضوء ما تقدم، يتزايد وعي بلدان إقليم شرق المتوسط بالحاجة إلى التصديّ بشكل أفضل لداء السكري بوصفه إحدى أولويات الصحة العامة، وتعكف البلدان أيضاً على إعداد استجابات أكثر تكاملاً تتضمن سياسات ومبادرات وبرامج مختلفة. فقد توفرت بيانات مهمة ومُدققة بشأن استجابات البلدان للسكري من خلال مسح المنظمة الخاص بالقدرات القطرية في مجال الأمراض غير السارية، وتقييم منتصف المدة الذي أُجري مؤخراً لتنفيذ خطة العمل العالمية الصادرة عن المنظمة بشأن الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها في الفترة 2013-2020 (انظر الجدول 1). فمن بين بلدان/أراضي الإقليم البالغة 22، أبلغت 17 منها أن لديها سياسة تنفيذية أو استراتيجية أو خطة عمل وطنية للسكري. واستناداً إلى الغايات العالمية الاختيارية التسع الخاصة بالأمراض غير السارية التي وضعتها المنظمة، وضعت 14 بلداً/أرضاً غايات وطنية محددة بإطار زمني للأمراض غير السارية، منها غايات لوقف ارتفاع معدلات الإصابة بالسكري و/أو السمنة. ويُعدّ الحفاظ على وزن صحي عاملاً مهماً في الوقاية من السكري، ويرتبط وقف السكري والسمنة ارتباطاً وثيقاً بالسياسات الاستراتيجية والخطط التي تتصدى للتّظُم الغذائية غير الصحية و/أو الخمول البدني، إلى جانب السياسات الأوسع نطاقاً للوقاية من مخاطر الأمراض غير السارية التي تتصدى لاستهلاك التبغ وتعاطي الكحول على نحو ضار.

## الجدول 1. قدرات بلدان/ أراضي إقليم شرق المتوسط على الوقاية من السكري والكشف عنه ومكافحته وتديره علاجياً، حسب مجموعة البلدان لعام 2019\*

وجود سجل وطني للسكري	توافر كل من الأنسولين والعوامل الفموية الخافضة لسكر الدم في مرافق الرعاية الأولية لقطاع الصحة العامة		توافر التكنولوجيات الأساسية للكشف المبكر عن السكري وتشخيصه			المبادئ التوجيهية/ البروتوكولات/ المعايير الوطنية المستندة بالبيانات المتاحة للتدبير العلاجي (التشخيص والعلاج) للسكري	وضع برامج راسية/ سياسات/ استراتيجيات/ وخطط عمل تتصدى لزيادة الوزن والسمنة	وضع برامج راسية/ سياسات/ استراتيجيات/ وخطط العمل تتصدى لزيادة الوزن والسمنة	وضع برامج راسية/ سياسات/ استراتيجيات/ وخطط عمل تتصدى للسكري	وضع فيه مستوى غلوكوز الدم للقياس مجموعة الغايات الوطنية المحددة زمنياً والمتعلقة بالأمراض غير السارية استناداً إلى الغايات العالمية الاختيارية التسع	الذي أجري حديثاً	المسح الوطني لعوامل الخطر	البلد	مجموعة البلدان*
	ميتفورمين	الأنسولين	اختبار الهيموغلوبين السكري	الاختبار الفموي لتحمل الغلوكوز	غلوكوز الدم									
✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✓	البحرين	المجموعة الأولى
✗	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	الكويت	
✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✓	عُمان	
✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	قطر	
✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	المملكة العربية السعودية	
✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	الإمارات العربية المتحدة	
5	6	6	6	6	6	6	6	6	4	6	6	6	الإجمالي	
%83	%100	%100	%100	%100	%100	%100	%100	%100	%67	%100	%100	%100		
✓	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✓	مصر	المجموعة الثانية
✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	جمهورية إيران الإسلامية	
✓	✓	✓	✗	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	العراق	
✓	✓	✓	✗	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	الأردن	
✗	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✗	✓	✓	✗	✓	لبنان	
✓	✓	✓	✗	✗	✓	✓	✗	✗	✗	✓	✗	✓	ليبيا	
✗	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	المغرب	
✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✗	✗	✗	✗	✓	الجمهورية العربية السورية	
✗	✓	✓	✗	✗	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✓	تونس	
✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✓	✗	✓	✓	✓	فلسطين	
7	10	10	6	5	10	9	6	7	6	9	7	10	الإجمالي	
%70	%100	%100	%60	%50	%100	%90	%60	%70	%60	%90	%70	%100		
✗	✓	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✓	✗	✓	أفغانستان	المجموعة الثالثة
✗	✓	✓	✗	✗	✓	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	جيبوتي	
✓	✗	✗	✗	✗	✓	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✓	باكستان	

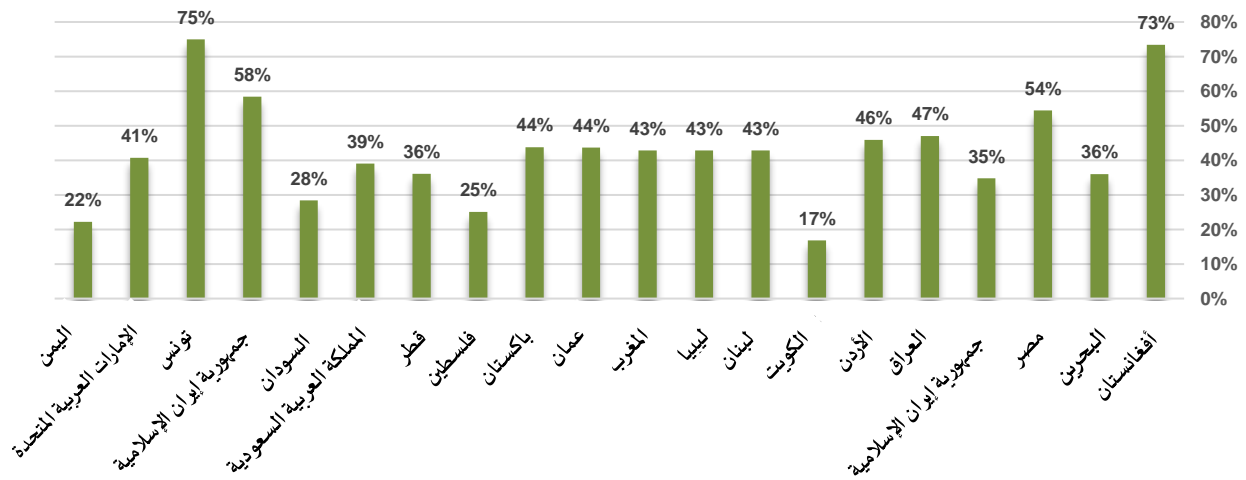
وجود سجل وطني للسكري	توافر كل من الأنسولين والعوامل الفموية الخافضة لسكر الدم في مرافق الرعاية الأولية لقطاع الصحة العامة		توافر التكنولوجيات الأساسية للكشف المبكر عن السكري وتشخيصه			المبادئ التوجيهية/ البروتوكولات/ المعايير الوطنية المسندة بالبيانات المتاحة للتدبير العلاجي (التشخيص والعلاج) للسكري	وضع برامج رأسية/ سياسات/ استراتيجيات/ خطط عمل/ تنصدي للخمول البدني	وضع برامج رأسية/ سياسات/ استراتيجيات/ خطط عمل/ تنصدي لزيادة الوزن والسمنة	وضع برامج رأسية/ سياسات/ استراتيجيات/ خطط عمل/ تنصدي للسكري	وخضع فيه مستوى غلوكوز الدم للقياس مجموعة الغايات الوطنية المحددة زمنياً والمتعلقة بالأمراض غير السارية استناداً إلى الغايات العالمية الاختيارية التسع ووضع سياسة تنفيذية/ استراتيجيات/ خطة عمل للسكري	الذي أُجري حديثاً	المسح الوطني لعوامل الخطر	البلد	مجموعة البلدان*
	ميتفورمين	الأنسولين	اختبار الهيموغلوبين السكري	الاختبار الفموي لتحمل الغلوكوز	غلوكوز الدم									
X	✓	✓	✓	✓	✓	X	X	X	X	X	X	X	الصومال	
X	✓	✓	X	X	✓	✓	X	X	X	✓	✓	✓	السودان	
X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	اليمن	
1	4	3	1	1	4	1	0	0	0	2	1	3	الإجمالي	
17%	%67	%50	17%	17%	%67	17%	%0	%0	%0	33%	17%	%50		
13	20	19	13	12	20	16	12	13	10	17	14	19	إقليم شرق المتوسط	
59%	%91	86%	59%	%55	%91	%73	%55	59%	%45	%77	%64	86%		

ملاحظات: \* تصنيف البلدان في إقليم شرق المتوسط حسب المجموعة: المجموعة الأولى: البحرين والكويت وعمان وقطر والمملكة العربية السعودية والإمارات العربية المتحدة؛ المجموعة الثانية: مصر وجمهورية إيران الإسلامية والعراق والأردن ولبنان وليبيا والمغرب وفلسطين والجمهورية العربية السورية وتونس؛ المجموعة الثالثة: أفغانستان وجيبوتي وباكستان والصومال والسودان واليمن.

المصدر: مسح القدرات القطرية لمكافحة الأمراض غير السارية الذي أجراه المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط، 2019.

23. وفقاً لمسح القدرات القُطرية، يتضح أن بلدان المجموعة الأولى<sup>1</sup> تمتلك أعلى قدرات الكشف عن السكري وتديبره علاجياً مقارنةً بمجموعات البلدان الأخرى في مجالات الحوكمة والتمويل والبنية التحتية والخدمات وغيرها من العوامل، الأمر الذي يمثل استثماراً سليماً واستجابة مناسبة من أجل التصدي للمعدلات المرتفعة بشكل لافت لانتشار السكري في هذه البلدان. ومع ذلك، وبالنظر إلى الزيادة الكبيرة في معدل انتشار السكري بعد سن الأربعين، قد يتطلب الأمر تغيير النهج المتبع في مكافحة السكري، مع التركيز أكثر على عوامل الخطر القابلة للتعديل في الفئات العمرية الأصغر، بغية منع حدوث المرض والحد منه في المقام الأول، وهو ما يستلزم تنفيذ تدخلات تستهدف السكان.

24. وعلى مستوى العالم، من كل اثنين من البالغين المصابين بالسكري، لا يعلم شخص واحد أنه مصاب بالسكري. ويعيش في البلدان النامية أربعة من كل خمسة بالغين مصابين بمرض السكري غير المُشخَّص. وتطبيقاً لتقديرات الاتحاد الدولي لمكافحة السكري، لم تُشخَّص حالة ما يقرب من 45% (24 مليون) من البالغين المصابين بالسكري الذين تتراوح أعمارهم بين 20 و79 سنة في بلدان إقليم شرق المتوسط (الشكل 5). وغالباً ما يُصاب الذين لا يدركون أنهم يعيشون بالسكري بتلف في عدد من الأعضاء وبمضاعفات مُتهكة/مكلفة قبل أن تُشخَّص حالاتهم. ومن ثم، ينبغي إدماج نهج للصحة والرفاه يمتد طيلة العمر<sup>2</sup> من السنوات الأولى من العمر حتى الشيخوخة في التدخلات السكانية التي تعالج أنماط الحياة والسلوكيات من أجل تصحيح الأسباب الأساسية للسكري.



الشكل 5. نسبة السكري غير المُشخَّص في بلدان إقليم شرق المتوسط (20-79 سنة)

المصدر: أطلس الاتحاد الدولي لمكافحة السكري، الإصدار التاسع. بروكسل: International Diabetes Federation; 2019. ([./https://www.diabetesatlas.org/en/resources](https://www.diabetesatlas.org/en/resources))

<sup>1</sup> لأغراض هذه الورقة، صُنِّقت بلدان الإقليم إلى ثلاث مجموعات عامة حسب الحصائل الصحية للسكان، وأداء النُظُم الصحية، ومستوى الإنفاق على الصحة: المجموعة الأولى تضم البلدان التي شهدت التنمية الاجتماعية والاقتصادية بها تقدماً كبيراً على مدار العقود الأربعة الماضية، مدعومة بارتفاع الدخل؛ أما المجموعة الثانية فتشمل البلدان المتوسطة الدخل غالباً، التي أرسدت بنية أساسية شاملة لتقديم خدمات الصحة العامة، لكنها تواجه شحاً في الموارد؛ في حين تضم المجموعة الثالثة البلدان التي تواجه قيوداً كبيرة في سبيل تعزيز الحصائل الصحية للسكان نتيجةً لنقص الموارد المتاحة لقطاع الصحة وعدم الاستقرار السياسي، والنزاعات، وغيرها من التحديات التنموية المعقدة. تضم المجموعة الأولى البحرين والكويت وعمان وقطر والمملكة العربية السعودية والإمارات العربية المتحدة. وتضم المجموعة الثانية مصر وجمهورية إيران الإسلامية والعراق والأردن ولبنان وليبيا والمغرب وفلسطين والجمهورية العربية السورية وتونس. وتشمل المجموعة الثالثة أفغانستان وجيبوتي وباكستان والصومال والسودان واليمن.

<sup>2</sup> للاطلاع على معلومات عن النهج الذي يمتد طيلة العمر، انظر: The implications for training of embracing a life course approach to health. جنيف: منظمة الصحة العالمية: 2000 ([https://www.who.int/ageing/publications/lifecourse/alc\\_lifecourse\\_training\\_en.pdf](https://www.who.int/ageing/publications/lifecourse/alc_lifecourse_training_en.pdf))

25. ولا يزال اعتماد وتنفيذ السياسات المتعلقة بالتغذية والنظام الغذائي الصحي استراتيجيةً بالغة الأهمية للتصدي للسكري والسمنة والنُّظْم الغذائية غير الصحية في الإقليم. وعقب اعتماد إطار العمل الإقليمي بشأن الأمراض غير السارية في عام 2012، اعتمدت اللجنة الإقليمية لشرق المتوسط إطار عمل إقليمياً للوقاية من السمنة في عام 2018 استناداً إلى أولويات السياسات التي سبق تحديدها من أجل التصدي للسمنة والسكري في الإقليم. وتوفر الاستراتيجية الإقليمية للتغذية في الفترة 2020-2030، التي أُعدت لاحقاً واعتمدت في عام 2019، المزيد من الإرشادات، وتتضمن الأهداف المحددة التالية المتعلقة بالوقاية من زيادة الوزن والسمنة والأمراض غير السارية المرتبطة بالنُّظْم الغذائية:

- تقليص معدل انتشار زيادة الوزن لدى الأطفال دون سن الخامسة إلى ما لا يزيد على 3%؛
- وقف ارتفاع معدلات الإصابة بالسكري والسمنة بين البالغين؛
- وقف ارتفاع معدلات زيادة الوزن في صفوف الأطفال والمراهقين في سن المدرسة (5-18 سنة)؛
- خفض متوسط مدخول السكان من الملح/الصوديوم بنسبة 30%؛
- القضاء تقريباً على الأحماض الدهنية المتحوّلة المنتجة صناعياً في إمدادات الأغذية.

26. وبالإضافة إلى ذلك، تُبرز استراتيجية التغذية للفترة 2020-2030 العديد من الإجراءات ذات الأولوية الموصى بها فيما يتعلق بالحد من النُّظْم الغذائية غير الصحية وتهيئة بيئات غذائية صحية، ومعظمها إجراءات فعالة جداً من حيث التكلفة وممكنة التطبيق في أي مكان (أفضل الصفقات في مجال الأمراض غير السارية). وتهدف هذه الإجراءات ذات الأولوية إلى:

- خفض مدخول الملح والسكر والدهون المُشَبَّعة تدريجياً عن طريق تحسين الجودة التغذوية للأطعمة من خلال برامج تقودها الحكومة لإعادة تركيب الأغذية؛
- فرض ضريبة على المشروبات المُحلّاة بالسكر، واستخدام الضرائب الأخرى وسائر أوجه الدعم المالي بهدف الترويج للنُّظْم الغذائية الصحية؛
- مراجعة برامج دعم المواد الغذائية، وإلغاء الدعم بالتدريج لجميع أنواع الدهون/الزيوت والسكريات؛
- تنفيذ معايير إلزامية لإدراج المكونات والبيانات التغذوية على ظهر العبوات، واتباع التوسيم المُبسَّط على واجهة العبوات في جميع الأغذية السابقة التعبئة.

27. فقد شهد العقد الماضي زيادة في الإجراءات الرامية إلى التصدي للنُّظْم الغذائية غير الصحية في جميع أنحاء الإقليم، حيث تواجه البلدان بشكل متزايد العبء المزدوج لسوء التغذية. وشملت هذه الإجراءات بذل الجهود لإعلام و تثقيف السكان بالنُّظْم الغذائية الصحية، بوسائل منها نشر مبادئ توجيهية عن الأكل الصحي. ومن أهم هذه الإجراءات أيضاً اتخاذ تدابير لتهيئة بيئات غذائية أكثر صحة، خصوصاً عن طريق تحسين الجودة التغذوية للأطعمة المُقدمة أو المُتاحة في المدارس، وتنفيذ تشريعات للقضاء تقريباً على الأحماض الدهنية المتحوّلة الصناعية، واتباع استراتيجيات لخفض الملح، وفرض ضرائب على المشروبات المُحلّاة بالسكر. كذلك لاقى تحديث بيانات مكونات الأغذية نجاحاً، شمل بيانات الأحماض الدهنية المتحوّلة والسكريات والملح في عدة بلدان.

28. ويلخص الجدول 2 وجود أو غياب مجموعة من السياسات والتدابير التي توصي بها المنظمة، من أجل الحدِّ من النُّظْم الغذائية غير الصحية في بلدان/ أراضي الإقليم. وكما هو مبين في الجدول، توجد معظم الثغرات في البلدان المنخفضة الدخل (بلدان المجموعة الثالثة)، فعلى سبيل المثال، وضعت 10 بلدان في الإقليم سياسات تتعلق بالأحماض الدهنية المُتحوّلة بحلول عام 2019، وتضطلع، على نحو متزايد، بتنفيذ تدابير تنظيمية محددة، في حين نفذت 13 بلدًا سياسات وطنية تُحد من استهلاك الملح تنفيذًا كاملاً أو جزئيًا. ومع ذلك، اعتمدت أربعة بلدان فقط سياسات تتعلق بجوانب تسويق الطعام للأطفال بحلول عام 2019، ولا يزال هذا المجال يفتقر إلى اتخاذ إجراءات ملموسة. وفرضت ثمانية بلدان ضرائب، بنسبة تقترب من 50%، على المشروبات الغازية أو المُحلاة بالسكر. وتُظهر البيّنات المعنية بتأثير ما يسمى بـ"الإثم" المُطبقة في عام 2017، أن معدل نمو أحجام المبيعات انخفض في عامي 2016 و2017 من 5.44% إلى 1.33% في المملكة العربية السعودية، ومن 7.37% إلى 5.93% في الإمارات العربية المتحدة، ومن 5.25% إلى 5.09% في البحرين. وفي قطر، نُقِّدت ضرائب الإثم في عام 2019، ولوحظ انخفاض في أحجام المبيعات من 3.78% إلى 2.45% بين عامي 2019 و2020. وفي عُمان، انخفضت المبيعات من 3.60% إلى 2.99% بين عامي 2018 و2019. وكانت الكويت آخر دولة من الدول الأعضاء في مجلس التعاون الخليجي التي طبقت ضرائب الإثم في عام 2020، وهو ما أدى إلى انخفاض معدل النمو في أحجام المبيعات من 6.31% إلى 5.4% بين عامي 2019 و2020.

29. وسيتعين على البلدان البناء على هذا التقدم المُحرز وتوسيع نطاق العمل عبر الإقليم، مع تكثيف الجهود المبذولة في المجالات التي تفتقر إلى إجراءات ملموسة من أجل تحقيق الأهداف العالمية والإقليمية المتفق عليها بشأن التغذية والأمراض غير السارية المرتبطة بالنُّظْم الغذائية. ورغم اضطلاع العديد من البلدان بتنفيذ أفضل الصفقات التي أقرتها المنظمة للوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها، مثل خفض كمية الملح في الطعام، وزيادة الضرائب المفروضة على التبغ والكحول، وتعزيز الوعي العام بالنُّظْم الغذائية والنشاط البدني، فإن عددًا قليلًا من البلدان قد وصل إلى مستوى التنفيذ الكامل لهذه الصفقات، أو حافظ على مستويات الاستثمار فيها. وفضلاً عن ذلك، وفي الوقت الذي وضعت فيه السياسات وأُنشئت البرامج، لم يوضَع سوى عددٍ قليل من أطر الرصد الواضحة أو الأهداف والمؤشرات المتفق عليها على الصعيد الوطني لتقييم تأثير هذه السياسات والبرامج على الوقاية من السكري ومكافحته. وعلاوة على ما سبق، لم يتمكّن حتى الآن أي بلد من بلدان الإقليم، التي حدّدت أهدافاً لوقف السكري، من خفض معدل انتشار هذا المرض.





30. ويجب الكشف المبكر عن السكري وتديبره علاجياً بطريقة صحيحة لاستكمال التدخلات الوقائية على مستوى السكان. فرغم إبلاغ معظم بلدان الإقليم عن تقديم خدمات لمرضى السكري، فإن السلسلة الكاملة للخدمات بدءاً من الوقاية من السكري إلى تشخيصه المبكر وعلاجه ورعاية المصابين به والتصدي لمضاعفاته، لا تُعالج بصراحة وشمول في حزم المنافع الصحية الوطنية وعلى مختلف مستويات الرعاية في بلدان كثيرة. وعلاوة على ذلك، ورغم اكتشاف الأنسولين قبل 100 سنة (في عام 1921) والأدوية الفموية الخافضة لسكر في الدم وتكنولوجيا التشخيص الأساسية لرصد الغلوكوز، فإن تكلفتها غير ميسورة في كثير من الأحيان ولا تُغطى بالكامل بالآليات الوطنية للدفع المُسبق أو التأمين، وهو ما يُعرض الناس لضائقة مالية، ولا سيما الفئات السكانية الفقيرة والضعيفة والمهمشة. وفي غياب التغطية التأمينية الكافية أو عدم توفير الدولة للأنسولين وسائر الأدوية لعلاج السكري، من الأرجح أن يتكبد من يعيشون بالسكري مصروفات طبية ضخمة، تتضمن نفقات صحية باهظة، مقارنة بما يدفعه غير المصابين بالسكري.

31. ورغم أن المنظمة لا توصي عمومًا بتحري السكرى في صفوف السكان، يجب أن تكون النظم الصحية قادرة على اكتشاف المعرضين لمخاطر مرتفعة للإصابة بالسكرى وغيره من عوامل الخطر المرتبطة بالقلب والأوعية الدموية مبكرًا، وفقًا للعبء الوطني وقدرات النظم الصحية. وفي هذا الصدد، وضعت بعض بلدان الإقليم (التي تنتهي أساسًا إلى المجموعة الأولى من البلدان المرتفعة الدخل) برامج لتحديد المعرضين لخطر الإصابة بالسكري، باستخدام تقييم مُكيّف للمخاطر. فقد وضعت قطر، على سبيل المثال، أهدافًا طموحة لفحص جميع السكان البالغين، وعملت على توفير خطط صحية مصممة خصيصًا لجميع الذين فُحصوا. غير أن معظم هذه البرامج قد استُحدثت مؤخرًا، ويتعين تقييم أدائها فيما بعد. ويفيد ما يستجد من بيانات أن التحديد المبكر للمعرضين لخطر الإصابة بالسكري يتيح فرصة للوقاية في الوقت المناسب والتشخيص والعلاج المبكرين، مثل العلاج بالأدوية وتقديم المشورة. ذلك أن السكري من النمط 2 تسبقه مدة طويلة من الخلل في مستوى الغلوكوز في الدم أثناء الصيام، وغالبًا ما يرتبط بالسمنة، التي تشكل عامل الخطر الرئيسي لتطور الإصابة بالسكري. وتتوفر الآن بيانات كافية تشير إلى أن التدخلات المكثفة المتعلقة بنمط الحياة (سواء اقترنت بالبدء المبكر في تناول الأدوية أم لا) فعالة في فقدان كثير من الوزن، ويمكنها إبطاء بداية الإصابة بالسكري أو تلافئها.

32. ويُشكّل ضعف التغطية الفعالة بالخدمات الصحية وتدني جودتها عامّةً (بما فيها خدمات السكري) أحد التحديات المهمة في إقليم شرق المتوسط، وتحديدًا رئيسيًا يعوق تحقيق التغطية الصحية الشاملة في الإقليم. فالسكري غير المنضبط له عواقب وخيمة على صحة الناس وعافيتهم، ويزيد كلاً من التكاليف المباشرة وغير المباشرة للسكري. وتُبرز البيانات المستمدة من مسوحات النهج التدريجي للترصد، التي استُكملت في الإقليم، الفجوة الكبيرة في علاج الذين شُخصت إصابتهم بالسكري. فالعقبات التي تحول دون التدبير العلاجي الأمثل لداء السكري متعددة، وتشمل جميع أركان النظام الصحي (الجدول 3). والمرضى المتعايشون مع السكري يحتاجون إلى رعاية طويلة الأمد تراعي ظروفهم الخاصة، وتتسم بالاستباقية والاستدامة. ومع ذلك، يمكن أن تتولى الرعاية الصحية الأولية تنظيم وتقديم الرعاية الصحية للكشف عن السكري ومضاعفاته وتديبرهما علاجياً في المراحل المبكرة. ومن شأن إزالة الحواجز بين مستويات الرعاية، وتحقيق قدر أكبر من التنسيق عبر

الطيف الكامل للخدمات طيلة العمر أن يؤديًا إلى اتباع نهج موجه لتلبية احتياجات الناس. فالتحكم الجيد في سكر الدم والحفاظ عليه هو حجر الزاوية في رعاية السكري. وقد وجدت الدراسات الإقليمية أن التدبير العلاجي للسكري دون المستوى الأمثل على جميع مستويات نظام الرعاية الصحية، مع وصول ما يقل عن 50% من مرضى السكري إلى المستويات المستهدفة من ضبط سكر الدم في أكثر بلدان الإقليم.

33. من ثم، أعدت المنظمة مجموعة من التدخلات العالية المردود ذات الأولوية (أفضل الصفقات)، بالإضافة إلى أدوات وحزم لتقديم رعاية ذات جودة مقبولة في مواقع الرعاية الصحية الأولية، منها حزمة المنظمة للتدخلات الأساسية للأمراض غير السارية في مجال الرعاية الصحية الأولية، والحزمة التقنية للتدبير العلاجي لأمراض القلب والأوعية الدموية "هارتس". وكلها تدخلات مُجدية يمكن اعتمادها في معظم بلدان الإقليم، ولكنها تتطلب استجابة شاملة ومتسقة من جانب النظام الصحي. أما حزمة التدخلات الأساسية للأمراض غير السارية، فتوفر مجموعة من الدلائل والبروتوكولات السريرية، ودلائل الرعاية الذاتية، وقائمة للتحقق من جاهزية المرافق من أجل تحسين التدبير العلاجي لمخاطر السكري وأمراض القلب والأوعية الدموية ومكافحتها. فأطلقت جمهورية إيران الإسلامية نسخة اعتمدها من هذه الحزمة وأطلقت عليها اسم الحزمة الإيرانية للتدخلات الأساسية في مجال الأمراض غير السارية "IraPEN"، ترمي إلى تحقيق أهداف محددة للوقاية من الأمراض غير السارية الأربعة الشائعة ومكافحتها، ومنها السكري. وتدعم حزمة هارتس وزارات الصحة، بمشاركة الجهات صاحبة المصلحة المحلية وبدعم تقني من المنظمة، لإدماج أفضل الممارسات العالمية في مجال الوقاية من أمراض القلب والأوعية الدموية ومكافحتها في الخدمات الصحية القائمة، مع التركيز على الرعاية الصحية الأولية، لتحقيق أهداف منها تحسين مكافحة السكري وارتفاع ضغط الدم وتعزيز الوقاية الثانوية. ويجري تنفيذ مبادرة هارتس الآن في الأردن والمغرب والسودان واليمن. ولتقييم فعالية التدبير العلاجي للسكري ومكافحته، يجب أن يكون هناك نظام للرصد والتقييم يشمل الرصد المنتظم للبارامترات الكيميائية الحيوية، والمضاعفات التي تحدث بسبب السكري. وعلاوة على ذلك، ينبغي استكمال المبادرات باتباع نُهج تشمل جميع فئات السكان للوقاية الفعالة من السكري.

### الجدول 3. العقبات الرئيسية أمام التدبير العلاجي الأمثل للسكري

- عدم حصول الجميع على الأدوية الأساسية ووسائل التشخيص الضرورية والتكنولوجيات الصحية الأساسية الجيدة والمأمونة والفعالة والميسورة التكلفة
  - نقص العاملين الصحيين المؤهلين، مع عدم كفاية التعليم والتدريب والإشراف الداعم لتنمية المعارف والمهارات
  - تفتت نُظُم الرعاية الصحية والمسارات السريرية وهياكل الأفرقة، لا سيما على مستوى الرعاية الأولية، وهو ما يعوق العمل المتكامل بين التخصصات المتعددة للكشف عن السكري ومضاعفاته والوقاية منهما وتدبيرهما علاجياً، مع القدرة على تنفيذ إحالات مناسبة
  - البنية التحتية المحدودة، التي تشمل المراكز المتخصصة للتدبير العلاجي لمرضى السكري المحتاجين إلى خدمات أكثر تقدماً (مرضى السكري من النمط 1، أو مرضى السكري في سن الشباب، أو المرضى الذين يعانون أمراضاً متعددة في وقت واحد)
  - المشاركة المحدودة من المصابين بالسكري، وقلة الاستثمارات في تعزيز الرعاية الذاتية وتحسين التواصل بين المرضى ومقدمي الخدمات
  - الافتقار إلى سجلات طبية (إلكترونية) للمرضى، أو التطوير المحدود لهذه السجلات من أجل الجمع المنهجي لبيانات الرعاية الروتينية السريرية للسكري وعوامل الخطر ذات الصلة به
- المصدر: (4).

34. يُعتبر إقليم شرق المتوسط مسرحًا لعدة صراعات كبرى وماوى لمعظم لاجئي العالم. ولمواجهة انقطاع الإمدادات والحد من خطر التفاقم الحاد للحالات وزيادة مضاعفاتها بين المصابين بالأمراض غير السارية، أعدت المنظمة مجموعة أدوات طارئة للأمراض غير السارية، من أجل توفير الاحتياجات المؤقتة من الأدوية لما يقرب من 10 آلاف شخصٍ لثلاثة أشهر، مع التركيز على أدوية الأمراض غير السارية الأكثر شيوعًا، ومنها الأنسولين والأدوية الفموية الخافضة لسكر الدم والإمدادات الخاصة بتشخيص السكري (17). ومنذ عام 2017، جرى توفير أكثر من 7500 وحدة من مجموعة الأدوات الصحية للأمراض غير السارية أو نشرها أو تجهيزها مُسبقًا في أفغانستان والعراق وليبيا وفلسطين والجمهورية العربية السورية واليمن، وفي مركز الخدمات الإنسانية في دبي التابع للأمم المتحدة والمنظمة. ويتزايد أيضًا استخدام مجموعة الأدوات الصحية للأمراض غير السارية في شتى أنحاء العالم في مختلف السياقات الإنسانية، بما فيها استخدامها في إطار الاستجابة لجائحة كوفيد-19. وقد استُخدمت مجموعة الأدوات، في بعض البلدان، في محاولة أولى لإدماج خدمات الأمراض غير السارية في مستوى الرعاية الصحية الأولية، ومن ثم، سد الفجوة بين العمل الإنساني والتنمية.

35. ووفقًا لمسح أُجري بهدف التقييم السريع لتقديم خدمات الأمراض غير السارية في الإقليم خلال جائحة كوفيد-19، أبلغ أكثر من نصف البلدان التي شملها المسح (53%) عن انقطاع جزئي أو كلي في خدمات علاج ارتفاع ضغط الدم والرعاية العاجلة للأسنان، وأفادت 48% من البلدان باضطراب في خدمات الرعاية الملطفة، و47% منها بتعطل خدمات الربو وإعادة التأهيل، و42% من البلدان بتعطل خدمات علاج السكري والتدبير العلاجي للسرطان، و26% باضطراب في خدمات الطوارئ للأمراض القلب والأوعية الدموية. وبالإضافة إلى ذلك، طُلب من البلدان تحديد الخدمات المتعلقة بالأمراض غير السارية المدرجة في قائمة الخدمات الصحية الأساسية في خطط استجابتها لجائحة كوفيد-19. وكانت خدمات معالجة أمراض القلب والأوعية الدموية (68%)، والسرطان (68%)، والسكري (68%)، والأمراض التنفسية المزمنة (58%)، هي الخدمات الأكثر شيوعًا التي تضمنتها خطط الاستجابة لجائحة كوفيد-19. ومع ذلك، وصل إدراج خدمات الأمراض غير السارية في قائمة الخدمات الصحية الأساسية إلى أدنى مستوياته في بلدان المجموعة الثالثة: فلم يبلغ سوى ربع هذه البلدان (25%) عن إدراجها لبعض الخدمات في هذه القائمة. وكما لوحظ خلال جائحة كوفيد-19 وحالات الطوارئ الأخرى في الإقليم وخارجه، لم يُولَ اهتمام كافٍ بالأمراض غير السارية في إطار التأهب لحالات الطوارئ والاستجابة لها. ورغم الاضطراب الشديد والمُوثق في خدمات الأمراض غير السارية خلال جائحة كوفيد-19، لا تزال هناك حاجة إلى وضع نُهج شاملة لحماية الخدمات الصحية الأساسية والحفاظ على مواصلة تقديمها واستعادتها، بما فيها الخدمات المقدمة للمتعايشين مع السكري. وفي العديد من البلدان الهشة والبلدان التي تشهد حالات طوارئ ممتدة، لا تحظى جميع الخدمات الصحية الأساسية بالأولوية، ولا توجد آليات للحماية المالية. ولذلك فإن المحتاجين إلى رعاية مزمنة، وبعضهم يحتاج إلى الحصول باستمرار على الأدوية الأساسية مثل الأنسولين، غالبًا ما يتعرضون أكثر من غيرهم لخطر الإصابة بالمضاعفات والوفاة.

36. والعاملون الصحيون هم العمود الفقري للنظم الصحية الوطنية، ويُشكل تدريبهم ومهاراتهم أهمية بالغة لمجموعة الخدمات اللازمة لتقديم رعاية فعالة لمرضى السكري. ورغم ما يشكله نقص القوى العاملة الصحية

من عقبات أمام إتاحة خدمات السكري وإمكانية الحصول عليها في الإقليم، فمن الضروري ضمان الحد الأدنى من معايير تقديم خدمات السكري عبر سلسلة متصلة من الرعاية على جميع مستوياتها من خلال التركيز على تطوير/ تعزيز الموارد البشرية والقدرة المؤسسية، خاصة على مستوى الرعاية الصحية الأولية. ولما كان تطوير القوى العاملة الصحية يتطلب التخطيط الاستراتيجي وتوفير موارد إضافية حتى تواجه العبء المتزايد الذي تفرضه الأمراض غير السارية والسكري، فمن الممكن فعل الكثير من أجل تحقيق أقصى استفادة من وظائف القوى العاملة الصحية وتعظيم أدائها. فقد طرأت، في أنحاء كثيرة من العالم، تغييرات متعددة في علاج المتعايشين مع السكري ورعايتهم، وهو ما سمح لمجموعة واسعة من مقدمي الرعاية الصحية بالمساهمة ضمن فريق متعدد التخصصات. ويمكن أن يساهم الممرضون والممرضات والقابلات وأخصائيو التغذية والأخصائيون النفسيون والمعلمون الصحيون مساهمة إيجابية في الرعاية التي يقدمها الأطباء العامون والأطباء الأخصائيون. وبصرف النظر عن العديد من المبادرات الوطنية المهمة لإصلاح القطاع الصحي التي تؤثر على نماذج تقديم الخدمات، لا تزال رعاية السكري في الإقليم تركز على الأطباء، وتولي اهتمامًا أقل بإشراك العاملين الصحيين المساعدين وتدريبهم، بوسائل منها توسيع نطاق عمل العاملين الصحيين الذين لا يزالون في الخدمة. ولا يُستفاد إلى الآن استفادة كاملة من طواقم التمريض الذين يشكلون المجموعة الكبرى من مقدمي الرعاية الصحية ونقطة الاتصال الأولى، كما أن دورهم القيادي، في إطار نهج متعدد التخصصات لرعاية مرضى السكري، في تحسين الحصول على الرعاية وتنسيقها وتمكين الأفراد والمجتمع، لم يُستغل كاملاً.

37. ويُعتبر التدبير العلاجي الذاتي والتثقيف العلاجي لمرضى السكري جزءًا مهمًا من النجاح في الوقاية من مضاعفات السكري أو تأخيرها. وغالبًا ما يتمتع المتعايشون مع السكري بخبرة كبيرة، وإذا ما مُكِّنوا وثُقِّفوا على النحو المناسب، فمن الممكن أن يصبحوا خبراء رئيسيين في حاليهم الصحية. ويمكن أن تؤثر المشاركة الشاملة والهادفة من المتعايشين مع السكري وأسرهم على تصميم خدمات صحية تركز على الناس، ووضع المزيد من سياسات السكري الأوسع نطاقًا، التي تُمكنهم وتُعزز قدرتهم على الرعاية الذاتية والالتزام بالعلاج وجني حصائله. ومع ذلك، لا يزال الاستبعاد والوصم وضعف الوعي الصحي وعدم وضوح الاستحقاقات وغياب منصات للحكومة تشكل عوامل تُحد المشاركة الهادفة للمتعايشين مع السكري في معظم أنحاء الإقليم. وهناك مبادرات عديدة تركز على الرعاية الذاتية والمشاركة المجتمعية في بلدان مجلس التعاون الخليجي وجمهورية إيران الإسلامية والمغرب، يمكن الاستفادة منها ومواصلة توسيع نطاقها.

38. وتُحدث ابتكارات الصحة الرقمية، مثل تطبيقات المحمول الصحية الخاصة بالسكري والتطبيب عن بعد والأجهزة القابلة للارتداء أو الزرع والذكاء الاصطناعي لدعم فحص اعتلال الشبكية السكري، ثورة في مجال الوقاية من السكري ورعاية مرضاه. وتُعتبر مبادرة استخدام تكنولوجيا الهاتف المحمول في مجال الصحة مبادرة عالمية، تقودها المنظمة والاتحاد الدولي للاتصالات، من أجل دعم البلدان في استخدام التكنولوجيا للوقاية من مختلف الحالات الصحية وتديريها علاجيًا. وبعد تحديد السكري باعتباره أحد الحالات ذات الأولوية التي يجب التصدي لها، وُضِع برنامج (mDiabetes) الذي يستفيد من تكنولوجيا المحمول في مجال الصحة للوقاية من السكري وتديريه علاجيًا. كذلك أُعد ونُشر كتيب إرشادي يقدم محتوى برنامجيًا مسندًا بالبيانات لكي يدعم البلدان في وضع برامجها المعنية باستخدام تكنولوجيا المحمول في مكافحة السكري (18). فشرعت

الآن عدة بلدان في الإقليم، منها مصر والسودان وتونس، في تنفيذ برنامج محمول لمكافحة السكري. واستُخدم العديد من التقنيات والطرائق في مبادرات استخدام تكنولوجيا المحمول في مكافحة السكري في هذه البلدان، منها الرسائل النصية والرسائل الصوتية التفاعلية ومقاطع الفيديو القصيرة. ويركز محتوى هذه الاتصالات أساساً على التوعية بالسكري والسلوكيات الوقائية المتعلقة بنمط الحياة وتثقيف المرضى بشأن حالاتهم الصحية وتدريبها العلاجي ذاتياً والالتزام بتناول الأدوية المقررة والوقاية من المضاعفات. وتُعد حملة رمضان عبر الهواتف النقالة نسخة خاصة من البرنامج المحمول لمكافحة السكري خلال شهر رمضان المبارك، وأُرسلت فيها إلى المشتركين رسائل عن الصيام وغيره من الممارسات خلال الشهر الكريم.

39. لم تتسبب جائحة كوفيد-19، وما نجم عنها من تعطُّل هائل في الخدمات، إلا في زيادة الطلب على الصحة الرقمية. فقد دفع ذلك العديد من البلدان إلى إعادة النظر في نماذج تقديم الخدمات التقليدية القائمة على الاتصال المباشر وجهاً لوجه بين المرضى والأطباء، والنشر السريع للتكنولوجيا الرقمية ونماذج الرعاية الجديدة من أجل مواجهة التحديات المختلفة التي فرضتها الجائحة. وجمعت المنظمة مؤخراً بعض الأمثلة على ابتكارات الصحة الرقمية التي نُقِّدَت في الإقليم من باب التخفيف من وطأة الجائحة (19). فعلى سبيل المثال، استُخدمت منصة مبادرة استخدام تكنولوجيا الهاتف المحمول في مجال الصحة Be He@lthy, Be Mobile لتثقيف المتعاشين مع السكري بالمخاطر المرتبطة بالإصابة بمرض كوفيد-19 من خلال مجموعة من الرسائل المرسلة إلى المشتركين.

40. وقد حظيت برامج التكنولوجيات المحمولة لمكافحة السكري، التي نُقِّدَت وقُيِّمَت في الإقليم، بمستويات عالية من الاستخدام والقبول بين مستخدميها، ومع ذلك، ورغم هذه التجارب الواعدة، كان تنفيذ وتقييم هذه البرامج متفاوتاً في أنحاء الإقليم، واقتصر أساساً على البلدان المرتفعة الدخل، مثل البلدان الأعضاء في مجلس التعاون الخليجي، التي يشكل بها التحوُّل الصحي الرقمي جزءاً من برنامج أوسع للحكومة الإلكترونية. وفي بلدان أخرى، ينفذ القطاع الخاص على وجه الخصوص تدخلات الصحة الرقمية، في ظل توفر الحد الأدنى من الأطر التنظيمية والتشريعية التي تحكم تنفيذ هذه التدخلات. كذلك يشكل التمويل تحدياً للبرامج القائمة في العديد من البلدان، التي تحتاج إلى توسيع نطاقها والاستمرار فيها.

41. ويجب أن يكون رصد وتقييم عبء السكري جزءاً من نظام ترصد الأمراض غير السارية، الذي يرصد حصائل الأمراض غير السارية (الوفاة والمراضة)، والتعرض لعوامل الخطر، والمحددات الاجتماعية، والاستجابات الوطنية، مع التركيز على استجابة نظام الرعاية الصحية. وترصد حالياً عدة بلدان في الإقليم عوامل الخطر التي تؤدي إلى الإصابة بالأمراض المزمنة باستخدام النهج التدريجي للترصد، وهو أسلوب موحد لجمع البيانات عن الأمراض غير السارية وعوامل الخطر ذات الصلة وتحليلها ونشرها. بيد أن نقص البيانات وقلة البحوث، إلى جانب الحاجة إلى رصد البرامج وتقييمها، لا يزال كل ذلك يشكِّل عائقاً كبيراً يحد من رسم السياسات المسندة بالبيانات واتخاذ القرارات المستنيرة في الإقليم. ولا تُتاح سوى بيانات قليلة وبحوث محدودة عن الاتجاهات الوبائية في السكري (معدل الانتشار/ الإصابة المُصنَّفة حسب السن والجنس ونوع مضاعفات داء السكري)، والعبء الاقتصادي، والتغطية الفعالة للتدخلات. لذلك، فمن المهم للغاية تعزيز ترصد السكري وعوامل الخطر المرتبطة به من خلال تنفيذ إطار الرصد العالمي الخاص بالأمراض غير السارية الذي

وضعت المنظمة، الذي يشمل رصد حالات التعرُّض (عوامل الخطر) والحصائل (المرضة والوفيات) والاستجابات الصحية الوطنية (القدرات والتدخلات)، ومن المهم كذلك النهوض بالبحوث بغية رصد عبء المرض وتقييم فعالية التدخلات الفردية والتدخلات التي تشمل جميع فئات السكان من أجل الوقاية من السكري والسمنة ومكافحتهما.

## الرؤية وخريطة الطريق بُغية التصدي للسكري باعتباره أحد تحديات الصحة العامة في إقليم شرق المتوسط

42. يجد مجتمع الصحة العامة اليوم نفسه في منعطف حرج من حيث التصدي للتهديد المتنامي الذي يشكله السكري، قبل الاجتماع الرفيع المستوى المقبل (الرابع) للجمعية العامة للأمم المتحدة بشأن الأمراض غير السارية في عام 2025، والموعد النهائي لتحقيق غايات أهداف التنمية المستدامة في عام 2030. ومن ثم، يتعين على الدول الأعضاء الإبلاغ عن الغايات العالمية الاختيارية الخمس التي وضعتها المنظمة بشأن السكري لعام 2025، وهي:

- تحقيق انخفاض نسبي بمقدار 25٪ في المعدل الإجمالي للوفيات الناجمة عن أمراض القلب والأوعية الدموية والسرطان والسكري وأمراض الجهاز التنفسي المزمنة، ووقف زيادة معدلات الإصابة بالسكري والسمنة.
- حصول 50% على الأقل من الأشخاص المؤهلين على العلاج بالأدوية (ومنها أدوية ضبط مستوى السكر في الدم) والمشورة الطبية من أجل الوقاية من النوبات القلبية والسكتات الدماغية.
- إتاحة التكنولوجيات والأدوية الأساسية الميسورة التكلفة، بما فيها الأدوية الجينية، اللازمة لعلاج الأمراض غير السارية الرئيسية (ومنها السكري) بنسبة 80٪ في مرافق القطاعين العام والخاص على السواء.
- تحقيق انخفاض نسبي بمقدار 30٪ في معدل الانتشار الحالي لتعاطي التبغ لدى البالغين 15 سنة أو أكثر.

43. وانطلاقاً من الزخم الذي تحقق هذا العام بالاحتفال بالذكرى المئوية لاكتشاف الأنسولين، وإطلاق المنظمة للميثاق العالمي بشأن داء السكري، وقرار جمعية الصحة العالمية الرابعة والسبعين، ج ص ع 4-74، الذي اعتُمد مؤخراً بشأن السكري، تُتاح أمام الدول الأعضاء في إقليم شرق المتوسط والمنظمة والجهات صاحبة المصلحة الإقليمية الأخرى فرصة لتوسيع نطاق الاستجابات الوطنية للسكري، وضمان ترابط السياسات والجهود الرامية إلى التصدي للسكري واتساقها وتماسكها مع خرائط الطريق الإقليمية ذات الصلة، مثل إعلان صلالة بشأن التغطية الصحية الشاملة لعام 2018 وإطار العمل الإقليمي بشأن الأمراض غير السارية. ويتعين على الحكومات أن تتدرج في تغطية الأشخاص من خلال سياسات وتدابير تشريعية وتنظيمية عالية المردود والتأثير تهدف إلى الحدّ من عوامل الخطر المرتبطة بالأمراض غير السارية، وأن توفر الخدمات الصحية والأدوية واللقاحات والتكنولوجيات الصحية من أجل الوقاية من السكري ومضاعفاته والتعري عنهما وتشخيصهما مبكراً وعلاجهما.

44. ويحدد إطار العمل الإقليمي المُقترح للوقاية من السكري ومكافحته في إقليم منظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط مجموعة من التدخلات التي يجب أن تنظر فيها جميع الحكومات بُغية تكثيف جهودها واتخاذ إجراءات مُنسقة لمكافحة هذا المرض في الإقليم، مع التركيز على التدخلات الاستراتيجية، ومنها التدخلات التي تُركّز على السكان والأفراد، التي من شأنها أن تحقق أسرع تقدّم وأعلى عائد على الاستثمار في المجالات الأربعة، وهي الحوكمة، والوقاية والتدبير العلاجي، والترصد، والبحوث (انظر الملحق).

45. ويتمثل الغرض الرئيسي من إطار العمل الإقليمي في توجيه القادة ومنتخذي القرارات إلى ما يلي:

- وضع استراتيجية/ خطة عمل تنفيذية وطنية متعددة القطاعات، تكون مموّلة ومقدرة التكاليف، تشمل جميع مجالات الوقاية من السكري ومكافحته وتديره علاجياً، في إطار خطة وطنية للأمراض غير السارية، مع تحديد غايات ومؤشرات وطنية محددة زمنياً للوقاية من السكري والسمنة ومكافحتهما بما يتلاءم مع الظروف الوطنية،
- تنفيذ تدخلات سكانية عالية المردود للحد من عوامل خطر الإصابة بالسكري (تعاطي التبغ واتباع نُظْم غذائية وأنماط حياة غير صحية)، ستُسهم في خفض الوفيات المبكرة،
- تعزيز النظام الصحي لتلبية احتياجات الرعاية الصحية الخاصة بالمتعاشين مع السكري على نحو أكثر فعالية وإنصافاً، وإدماج السكري في حزمة للمنافع، تشمل إتاحة وسائل التشخيص والأدوية الأساسية الجيدة والمأمونة والناجعة والميسورة التكلفة، مثل الأنسولين والأدوية الفموية الخافضة لسكر الدم وغيرها من الأدوية والتكنولوجيات الصحية المرتبطة بالسكري، وفقاً للسياق والأولويات الوطنية،
- تعزيز التدبير العلاجي للسكري، ورصد وتقييم الاستجابة له ولعوامل الخطر ذات الصلة، من خلال التأكد من توافر مبادئ توجيهية كافية في البلدان للتدبير العلاجي لداء السكري في مراكز الرعاية الصحية الأولية ونُظْم للترصد والرصد على المستوى القطري، بما فيها المسوحات، تُدمج في نُظْم المعلومات الصحية الوطنية القائمة، ومن خلال تحديد المجالات ذات الأولوية لبحوث السكري.

## الخاتمة

46. أبرزت جائحة كوفيد-19 ضعف المتعاشين مع السكري وغيره من الأمراض غير السارية، وكشفت عن أوجه ضعف النُظْم الصحية، وشدت على الحاجة إلى استعادة خدمات الأمراض غير السارية والحفاظ على مواصلة تقديمها وتعزيزها ضمن مجموعة الخدمات الصحية الأساسية التي تعطلت بسبب الجائحة. وبالنظر إلى عبء السكري والأمراض غير السارية في إقليم شرق المتوسط، فإن التعافي من مرض كوفيد-19 يجب أن يسير جنباً إلى جنب مع الإسراع بخطى حثيثة في تنفيذ خطة عمل الأمراض غير السارية.

47. وقد استعرضت هذه الورقة التقنية العبء الإقليمي الحالي، والاستجابات والتحديات، واقترحت مجموعة من السُّبُل للمضي قُدماً من أجل توسيع نطاق الجهود الوطنية والإقليمية التي تتناول الوقاية من السكري ومكافحته باعتباره تحدياً من تحديات الصحة العامة. والدورة الثامنة والستون للجنة الإقليمية لشرق المتوسط مدعوة إلى النظر في مسودة إطار العمل الإقليمي للوقاية من السكري ومكافحته في إقليم منظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط بُغية اعتماده أو تنقيحه.

## المراجع

1. Report of expert and stakeholder consultations on the WHO Global Diabetes Compact .  
جنيف: (https://apps.who.int/iris/handle: 340322/10665/World Health Organization; 2021)
2. The WHO Global Diabetes Compact: Uniting around a common agenda for diabetes .  
جنيف: World Health Organization ;2021 (<https://www.who.int/docs/default-source/world-diabetes-day/global-diabetes-compact-final.pdf>)
3. IDF diabetes atlas, 8th edition .  
بروكسل: International Diabetes Federation ;2017 (<https://www.diabetesatlas.org/en/resources>)
4. Annex 11. Major obstacles to achieving the diabetes-related targets in the WHO global action plan on the prevention and control of NCDs (2013–2030). In: Sixty-fourth World Health Assembly, Geneva, 24–31 May 2021. Consolidated report by the Director-General (A74/10 World Health Organization; 2021 : جنيف: (([https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA74/A74\\_10Rev1-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA74/A74_10Rev1-en.pdf)
5. Williams R, Karuranga S, Malanda B, Saeedi P, Basit A, Besançon S. Global and regional estimates and projections of diabetes-related health expenditure: Results from the International Diabetes Federation Diabetes Atlas, 9th edition. *Diabetes Res Clin Pract.* 2020 .2020.108072.Apr;162:108072. doi:10.1016/j.diabetes
6. تقرير عالمي عن السكري. جنيف: World Health Organization ;2016 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241565257>)
7. أطلس الاتحاد الدولي لمكافحة السكري، الإصدار التاسع. بروكسل: International Diabetes Federation ;2019 (<https://www.diabetesatlas.org/en/resources>)
8. Al-Jawaldeh A, Hammerich A, Doggui R, Engesveen K, Lang K, McColl K. Implementation of WHO recommended policies and interventions on healthy diet in the countries of the Eastern Mediterranean Region: from policy to action. *Nutrients.* 2020 Nov 30;12(12):3700. .12123700doi:10.3390/nu
9. Koye DN, Magliano DJ, Nelson RG, Pavkov ME. The global epidemiology of diabetes and kidney disease. *Adv Chronic Kidney Dis.* 2018 Mar;25(2):121–132. .2017.10.011.doi:10.1053/j.ackd
10. GBD 2019 Blindness and Vision Impairment Collaborators; Vision Loss Expert Group of the Global Burden of Disease Study. Causes of blindness and vision impairment in 2020 and trends over 30 years, and prevalence of avoidable blindness in relation to VISION 2020: the Right to Sight: an analysis for the Global Burden of Disease Study. *Lancet Glob Health.* 2021 .7-30489(20)Feb;9(2):e144-e160. doi:10.1016/S2214-109X
11. Khandekar R. Screening and public health strategies for diabetic retinopathy in the Eastern Mediterranean region. *Middle East Afr J Ophthalmol.* 2012;19(2):178–84. .9233.95245-0974/10.4103:doi



- Zeighami S, Shaabani S, Moheb M, Pakfetrat M, Azarchehry SP, Dehghankhalili S, et al. .12  
Prevalence of nephropathy among type two diabetes patients in Eastern Mediterranean  
.Region: a systematic review and meta-analysis. In review for Systematic Reviews
- Garrett C, Doherty A. Diabetes and mental health. Clin Med (Lond). 2014 Dec;14(6):669–72. .13  
.669-6-14.doi:10.7861/clinmedicine
- Atlanta, GA: Centers for Disease Control and .[موقع إلكتروني]. Diabetes and mental health .14  
(<https://www.cdc.gov/diabetes/managing/mental-health.html>) 2021 ;Prevention
- Vancampfort D, Correll CU, Galling B, Probst M, De Hert M, Ward P, et al. Diabetes mellitus in .15  
people with schizophrenia, bipolar disorder and major depressive disorder: a systematic  
review and large scale meta-analysis. World Psychiatry, 12, 198-206. 2016;15(2):166–174.  
.20309.doi:10.1002/wps
- Hillson R. COVID-19: psychological issues for people with diabetes and health care staff. .16  
.2278.Practical Diabetes. 2020;37(3):101–104. doi:10.1002/pdi
- Slama S, Lee J, Aragno M, Laroche S, Hogerzeil H. The development of the non-communicable .17  
diseases emergency health kit. East Mediterr Health J. 2018;24(1):92–98.  
.2018.24.1.92/10.26719:doi
- World Health : جنيف .Be He@lthy, Be Mobile. A handbook on how to implement mDiabetes .18  
2016 ;Organization and International Telecommunication Union  
[https://www.who.int/publications/i/item/mobile-health-for-diabetes-prevention-and-  
\(management-\(mdiabetes](https://www.who.int/publications/i/item/mobile-health-for-diabetes-prevention-and-(management-(mdiabetes)
- Cairo: WHO Regional Office for .[موقع إلكتروني]. 19-Digital innovation stories during COVID .19  
the Eastern Mediterranean; 2021 ([http://www.emro.who.int/noncommunicable-  
\(diseases/publications/success-stories.html](http://www.emro.who.int/noncommunicable-(diseases/publications/success-stories.html)

## الملحق. إطار عمل للوقاية من السكري ومكافحته في إقليم منظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط

المؤشرات	التدخلات الاستراتيجية	في مجال الحكومة	في مجال الوقاية
<p>• خطة عمل وطنية تنفيذية ممولة ومحددة التكاليف، تشمل جميع مجالات الوقاية من السكري ومكافحته ضمن استراتيجية/ سياسة/ خطة عمل وطنية متعددة القطاعات بشأن الأمراض غير السارية</p> <p>• وضع غايات ومؤشرات وطنية محددة زمنياً للوقاية من السكري والسمنة ومكافحتها تتلاءم مع الظروف الوطنية</p>	<p>• إنشاء لجنة فرعية وطنية للوقاية من السكري ومكافحته تابعة للجنة الوطنية للأمراض غير السارية، مع النظر في أن تتضمن هذه اللجنة الفرعية الجهات الفاعلة غير الدول، والقطاع الخاص والمجتمع المدني، والمشاركة الهادفة للمتعايشين مع السكري</p> <p>• إعداد خطة عمل للوقاية من السكري ومكافحته، في إطار استراتيجية/ سياسة/ خطة عمل وطنية متعددة القطاعات بشأن الأمراض غير السارية</p> <p>• تعزيز/ وضع برامج للسكري تتمتع ببنية أساسية وقدرات كافية لتشغيل البرنامج بفعالية</p> <p>• تحديد ووضع مجموعة أساسية من التدخلات المتكاملة (السكانية والفردية) للوقاية من السكري ومكافحته في إطار حزمة منافع التغطية الصحية الشاملة استناداً إلى إرشادات منظمة الصحة العالمية/ الإرشادات الوطنية</p> <p>• ضمان تخصيص ميزانية وطنية كافية للوقاية من السكري ومكافحته، وتحديد آليات تمويل للحد من الإنفاق من الأموال الخاصة</p> <p>• إجراء تقييم دوري للقدرات الوطنية المعنية بالوقاية من السكري ومكافحته، ووضع آلية لرصد تنفيذ خطة وطنية لمكافحة السكري بمشاركة القطاعات الأخرى غير القطاع الصحي</p> <p>• ضمان أن يتمتع المتعايشون مع السكري بحقوق الإنسان والحقوق الاجتماعية ذاتها التي يتمتع بها غير المصابين به، بغض النظر عن العرق أو الانتماء الإثني أو نوع الجنس أو السن</p>		<p>• مكافحة جائحة السمنة، مع إيلاء اهتمام خاص للوقاية من سمنة الأطفال</p> <p>• زيادة توافر الأغذية الأفضل للصحة وزيادة الطلب عليها، والحد من توافر الأغذية غير الصحية وتقليل الطلب عليها، بطرق منها التنفيذ المستمر للتثقيف الموجّه، مثل توسيم واجبة العيوات، والحد من تناول الأغذية غير الصحية الغنية بالسكر والمشروبات المحلاة، والأحماض الدهنية المتحولة، والأحماض الدهنية المشبعة من خلال إعادة تركيب الأغذية، وفرض ضرائب الإثم وغيرها من التدابير التنظيمية</p> <p>• تهيئة بيئات داعمة لتعزيز أنماط الحياة الصحية، بما في ذلك في المدارس والجامعات وأماكن العمل الداعمة</p>
<p>• التدابير الأربعة للحد من الطلب التي وضعتها اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية بشأن مكافحة التبغ (مثل فرض الضرائب، وسياسات حظر التدخين، ووضع الملصقات التحذيرية، وحظر الإعلان أو برامج الإقلاع عن التدخين)</p> <p>• التدابير الأربعة لتقليل النظم الغذائية غير الصحية (مثل تعزيز فقدان الوزن، والنظم الغذائية المنخفضة الملح، وزيادة تناول الفواكه والخضروات والحبوب الكاملة)</p> <p>• حملة وطنية للتوعية العامة بالوقاية من السكري ومكافحته و/ أو السلوك الصحي مرة واحدة على الأقل في السنة</p>			

المؤشرات	التدخلات الاستراتيجية	في مجال التدبير العلاجي
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• الحد من تعرُّض الأطفال وغيرهم لتسويق الأغذية والمشروبات الكثيفة الطاقة والفقيرة بالمغذيات، والإعلان عنها والترويج لها ورعايتها (مثلاً من خلال مدونات قواعد السلوك الخاصة بالإعلان الطوعي أو الإلزامي)، وتعزيز أنماط الحياة والنمو في المراحل الأولى من العمر، ويشمل ذلك التشجيع على الرضاعة الطبيعية</li> <li>• تسريع وتيرة تنفيذ اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية بشأن مكافحة التبغ، والتصديق على بروتوكول القضاء على الاتجار غير المشروع في منتجات التبغ</li> <li>• إذكاء الوعي بمرض السكري، وتحفيز التغيير السلوكي من خلال حملات التثقيف والحملات عبر وسائل التواصل الاجتماعي لتشجيع الناس على الحفاظ على الوزن الصحي، وزيادة مستويات نشاطهم البدني وحملات التغذية الصحية (الحملات الوطنية للتثقيف و/ أو التسويق الاجتماعي).</li> <li>• تنفيذ أفضل الصفقات للحدِّ من تعاطي الكحول على نحو ضار</li> </ul>	
<p>إدماج السُّكري بالكامل في حزم منافع التغطية الصحية الشاملة، مع بيّنات موثقة على إدماجه على مستوى الرعاية الصحية الأولية</p> <p>مبادئ توجيهية/ بروتوكولات/ معايير وطنية مُسندة بالبيّنات للكشف المبكر عن السكري والتدبير العلاجي له في الرعاية الصحية الأولية، اعترفت بها/ اعتمدها الحكومة أو السلطة المختصة</p> <p>التقييم الدوري لمدى توافر الأنسولين والأدوية الفموية الخافضة لسكر الدم ومستلزمات التشخيص بتكلفة ميسورة، والإبلاغ عن ذلك بانتظام (باستخدام منهجية المنظمة/ الهيئة الدولية للعمل في مجال الصحة أو غيرها من أدوات التقييم الموحدة الأخرى)</p> <p>النسبة المئوية من البالغين 18 سنة فما فوق، الذين تزيد لديهم نسبة الغلوكوز في الدم على 7.0 مليمول/لتر</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• إدماج الوقاية من داء السُّكري وعوامل الخطر ذات الصلة بأمراض القلب والأوعية الدموية، والكشف المبكر عنها وعلاجها في الرعاية الصحية الأولية، مع الاسترشاد بالحزم الوطنية/ حزم المنظمة الموجودة</li> <li>• تحديد المُعرَّضين لخطر الإصابة المرتفع بالسكري من النمط 2 والمؤهلين للوقاية الأولية، باستخدام حالات الخطر وتقييمات المخاطر، بالإضافة إلى البيانات المستمدة من برامج التحري ونظم ترصد السكان</li> <li>• تنفيذ وتقييم نجاعة التدخلات المنظمة الخاصة بنمط الحياة (النظام الغذائي والنشاط البدني) +/- التداوي للوقاية الأولية من السكري من النمط 2</li> <li>• تنفيذ أفضل الصفقات في مجال الرعاية الصحية للتدبير العلاجي للسكري والوقاية من مضاعفاته من خلال فرق الرعاية الأولية</li> <li>• تطوير القدرات البشرية والمؤسسية للكشف المبكر عن المضاعفات المرتبطة بالسكري والوقاية منها والتدبير العلاجي لها (القدم السكري واعتلال الشبكية وأمراض الكلى المزمنة)</li> <li>• إنشاء مراكز/ عيادات متخصصة ومتعددة التخصصات للسكري من أجل التدبير العلاجي للحالات المعقدة (مثل السكري من النمط 1 والإصابة بالسكري في سن الشباب</li> </ul>	

المؤشرات	التدخلات الاستراتيجية	في مجال الترصُّد والبحث
تنفيذ مسح النهج التدريجي للترصد على مستوى وطني مُمَثِّل للبالغين كل 3-5 سنوات، ليشمل مؤشرات التغطية والمكافحة باستخدام تقنيات التشخيص المناسبة	<p>والحالات المرضية المتعددة)، مع القدرة على تنفيذ إحالات وإحالات عكسية مناسبة من/ إلى مستوى الرعاية الصحية الأولية</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• تنمية/ تعزيز الموارد البشرية والقدرة المؤسسية لضمان الحد الأدنى من معايير تقديم خدمات السكري على امتداد سلسلة الرعاية، ومنها الحصول على الدعم النفسي والاجتماعي والرعاية الذاتية من أجل الكشف المبكر عن المضاعفات المرتبطة بالسكري والوقاية منها والتدبير العلاجي لها، والرعاية الملطفة وإعادة التأهيل</li> <li>• ضمان توافر الأنسولين والأدوية الفموية الخافضة لسكر الدم ومستلزمات التشخيص ذات الجودة وبتكلفة ميسورة</li> <li>• ضمان استمرارية رعاية مرضى السكري أثناء حالات الطوارئ الإنسانية، باستخدام مجموعة الأدوات الطارئة الخاصة بالأمراض غير السارية التي أطلقتها المنظمة وغيرها من الأدوات التي تدعم تقديم رعاية مأمونة وفعالة لمرضى السكري، مع تحسين الحصول على الأنسولين والأدوية الخافضة لسكر الدم ومستلزمات التشخيص ذات الجودة وبتكلفة ميسورة</li> <li>• الإشراف الهادف للمتعايشين مع السكري</li> </ul>	
مجموعة من المؤشرات الموحدة على مستوى المرافق المنفذة على مستوى الرعاية الصحية الأولية (في القطاعين العام والخاص) لعلاج السكري والتغطية بخدماته ومكافحته من أجل رصد وتقييم فجوات العلاج والحصائل السريرية في إطار نظام ترصد الأمراض غير السارية	<ul style="list-style-type: none"> <li>• تعزيز/ تنفيذ ترصد عوامل خطر الأمراض غير السارية بهدف تقييم السكان المُعرَّضين للخطر (معدل الانتشار)، والتغطية بخدماته ومكافحة السكري، باستخدام تقنيات التشخيص المناسبة في صفوف الفئات السكانية المستهدفة</li> <li>• إنشاء نظام للرصد والتقييم من أجل تقييم فعالية التدبير العلاجي للسكري ومكافحته، بما في ذلك الرصد المنتظم للبارامترات الكيميائية الحيوية، والمضاعفات التي تحدث بسبب السكري</li> <li>• إعداد/ توسيع نطاق السجلات الطبية الإلكترونية للمرضى من أجل الجمع المنهجي للبيانات الروتينية عن الرعاية السريرية للسكري وعوامل الخطر ذات الصلة باستخدام آليات للتعريف الوطني الخاص</li> <li>• إعداد سجلات للسكري بهدف رصد وتحسين جودة رعاية مرضى السكري</li> <li>• ربط سجلات السكري بسجلات الوفيات والأمراض الأخرى</li> <li>• تعزيز البحوث بغية تقييم فعالية التدخلات الفردية والسكانية من أجل الوقاية من السكري والسمنة ومكافحتهما</li> </ul>	