

دفتر بهبود تغذیه جامعه وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

وضعیت چاقی در دنیا:

در سراسر جهان، ۸۰۰ میلیون نفر با چاقی زندگی می کنند و تخمین زده می شود که یک میلیارد نفر در جهان تا سال ۲۰۳۰ با چاقی زندگی کنند.، از جمله ۱ نفر از هر ۵ زن و ۱ نفر از هر ۷ مرد، با چاقی زندگی خواهند کرد.

در منطقه مدیترانه شرقی WHO، اکثر کشورها تغییر تغذیه به سمت رژیم های غذایی ناسالم و سبک زندگی کم تحرک را تجربه کرده اند. تقریباً نیمی از بزرگسالان منطقه (۴۹٪)، بیش از یک چهارم (۲۶٪) از نوجوانان و نزدیک به ۶٪ از کودکان زیر ۵ سال تحت تأثیر اضافه وزن یا چاقی هستند.

بیماری های غیرواگیر عامل ۶۲ درصد از کل مرگ و میرها در منطقه هستند و رژیم غذایی ناسالم عامل اصلی آن است. اکثر کشورهای منطقه با بار مضاعف سوء تغذیه مواجه هستند که به موجب آن سوء تغذیه و اضافه وزن/چاقی در میان جمعیت وجود دارد. در سراسر منطقه، شیوه های غذایی ناسالم در کودکان، نوجوانان و بزرگسالان رایج است. کاهش عوامل خطر اصلی بیماری های غیرواگیر - (NCDs) مصرف دخانیات، عدم تحرک بدنی، رژیم غذایی ناسالم و استفاده از الکل - تمرکز کار WHO برای جلوگیری از مرگ و میر ناشی از بیماری های غیرواگیر است. بیماری های غیرواگیر - عمدتاً بیماری های قلبی و ریوی، سرطان ها و دیابت - بزرگترین قاتل های جهان هستند و سالانه ۳۸ میلیون مرگ و میر در آنها تخمین زده می شود. از این تعداد ۱۶ میلیون مرگ زودرس (زیر ۷۰ سال) است. اگر تأثیر جهانی عوامل خطر را کاهش دهیم، می توانیم تا حد زیادی تعداد مرگ و میرها را در سراسر جهان کاهش دهیم.

پیشگیری از بیماری های غیرواگیر موضوعی رو به رشد است: بار بیماری های غیرواگیر عمدتاً بر دوش کشورهای در حال توسعه است که ۸۲ درصد از مرگ های زودرس ناشی از این بیماری ها در آنها رخ می دهد. بنابراین مقابله با عوامل خطر نه تنها جان انسان ها را نجات می دهد. همچنین رونق عظیمی برای توسعه اقتصادی کشورها ایجاد خواهد کرد...

چشم انداز جهانی در حال تغییر

چاقی در سراسر جهان از سال ۱۹۷۵ تقریباً سه برابر شده است. در سال ۲۰۱۶، بیش از ۱.۹ میلیارد بزرگسال، ۱۸ سال و بالاتر، اضافه وزن داشتند. از این تعداد بیش از ۶۵۰ میلیون چاق بودند. ۳۹ درصد از بزرگسالان ۱۸ سال و بالاتر در سال ۲۰۱۶ اضافه وزن داشتند و ۱۳ درصد چاق بودند.

دفتر بهبود تغذیه جامعه وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

بیشتر جمعیت جهان در کشورهای زندگی می کنند که اضافه وزن و چاقی بیشتر از کمبود وزن باعث مرگ افراد می شود. ۳۹ میلیون کودک زیر ۵ سال در سال ۲۰۲۰ دارای اضافه وزن یا چاق بودند.

بیش از ۳۴۰ میلیون کودک و نوجوان ۵ تا ۱۹ ساله در سال ۲۰۱۶ دارای اضافه وزن یا چاق بودند. نرخ چاقی همچنان در حال افزایش است و تا سال ۲۰۳۰ پیش بینی می شود که تعداد افراد مبتلا به چاقی در سطح جهان از سال ۲۰۱۰ دو برابر شده است. در حالی که عدم پیشرفت در کاهش چاقی یک مسئله جهانی است، هر منطقه داستان خاص خود را دارد.

با این حال، در حالی که پیش بینی می شود قاره آمریکا بین سال های ۲۰۱۰ تا ۲۰۳۰ افزایش ۱.۵ برابری داشته باشد، انتظار می رود این تعداد در آفریقا تا سال ۲۰۳۰ سه برابر شود. از ۸ میلیون (۲۰۱۰) به ۲۷ میلیون مرد (۲۰۳۰) و ۲۶ میلیون (۲۰۱۰) به ۷۴ میلیون زن (۲۰۳۰).

شیوع اضافه وزن و چاقی در میان کودکان و نوجوانان ۵ تا ۱۹ ساله به طور چشمگیری از ۴ درصد در سال ۱۹۷۵ به کمی بیش از ۱۸ درصد در سال ۲۰۱۶ افزایش یافته است. این افزایش در بین پسران و دختران به طور مشابه رخ داده است: در سال ۲۰۱۶، ۱۸ درصد دختران و ۱۹ سال. درصد پسران اضافه وزن داشتند. در حالی که در سال ۱۹۷۵ کمتر از ۱ درصد از کودکان و نوجوانان ۵ تا ۱۹ ساله چاق بودند، بیش از ۱۲۴ میلیون کودک و نوجوان (۶ درصد دختران و ۸ درصد از پسران) در سال ۲۰۱۶ چاق بودند.

اضافه وزن و چاقی با مرگ و میر بیشتری در سراسر جهان نسبت به کمبود وزن مرتبط است. در سطح جهان افراد چاق بیشتر از افراد کم وزن هستند - این در هر منطقه ای به جز مناطق جنوب صحرای آفریقا و آسیا اتفاق می افتد.

این یافته ها نشان می دهد که کشورها نه تنها هدف ۲۰۲۵ سازمان بهداشت جهانی برای توقف افزایش چاقی در سطوح سال ۲۰۱۰ را از دست خواهند داد، بلکه تعداد افراد مبتلا به چاقی در حال دو برابر شدن در سراسر جهان است.

بیشترین تعداد افرادی که دچار چاقی هستند در کشورهای با درآمد کم و متوسط (LMICs) هستند که تعداد آنها در همه LMIC ها بیش از دو برابر شده و در کشورهای کم درآمد سه برابر شده است.

دفتر بهبود تغذیه جامعه وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

Table 2.9: Countries in the Eastern Mediterranean region with the highest and lowest estimated prevalence of obesity amongst women by 2030

10 Highest countries		10 Lowest countries	
Country	Prevalence 2030	Country	Prevalence 2030
Kuwait	52%	Afghanistan	12%
Jordan	52%	Pakistan	17%
Egypt	52%	Sudan	18%
Saudi Arabia	51%	Somalia	18%
Qatar	51%	Djibouti	24%
United Arab Emirates	50%	Yemen	31%
Libya	48%	Iran	42%
Palestine	48%	Morocco	42%
Iraq	45%	Oman	43%
Syrian Arab Republic	45%	Bahrain	43%

Source: NCD Risk Factor Collaboration (2017) and World Obesity Federation projections

Table 2.10: Countries in the Eastern Mediterranean region with the highest and lowest estimated prevalence of obesity amongst men by 2030

10 Highest countries		10 Lowest countries	
Country	Prevalence 2030	Country	Prevalence 2030
Qatar	42%	Afghanistan	5%
Kuwait	42%	Sudan	6%
Saudi Arabia	41%	Somalia	6%
Jordan	38%	Pakistan	9%
United Arab Emirates	37%	Djibouti	12%
Lebanon	36%	Yemen	18%
Palestine	35%	Tunisia	27%
Libya	33%	Morocco	28%
Bahrain	33%	Iran	28%
Oman	32%	Syrian Arab Republic	30%

Source: NCD Risk Factor Collaboration (2017) and World Obesity Federation projections

باید توجه داشت بیماری های غیرواگیر عامل اصلی مرگ و میر جهانی هستند و مسئول بیش از ۷۰ درصد مرگ و میرها در سراسر جهان هستند. بیماری های غیرواگیر مسئول ۴۱ میلیون از ۵۷ میلیون مرگ و میر در سراسر جهان بودند که ۱۵ میلیون از آنها نارس (۳۰ تا ۷۰ سال) بودند. این بار در میان کشورهای با درآمد کم و متوسط، که ۷۸ درصد مرگ و میر ناشی از بیماری های غیرواگیر در جهان و ۸۵ درصد مرگ و میرهای زودرس در آنها اتفاق افتاده است، بیشترین میزان را دارد (۴). علاوه بر این، در سطح جهانی، بیماری های غیرواگیر مسئول ۱.۶۲ میلیارد DALY در سال ۲۰۱۹ بودند که از ۴۳.۲ درصد در سال ۱۹۹۰ به ۶۳.۸ درصد در سال ۲۰۱۹ افزایش یافته است. در سال ۲۰۱۹، تعداد تلفات EMR ناشی از CVD ها ۱,۴۶۴,۶۷۲ میلیون نفر، ۴۳۱,۳۱۲ هزار نفر بر اثر سرطان و ۱۸۶,۸۴۱ هزار نفر بر اثر دیابت جان خود را از دست دادند

افرادی که دارای چاقی هستند در صورت مثبت بودن تست کووید-۱۹ دو برابر بیشتر در بیمارستان بستری می شوند. در کودکان، چاقی تقریباً هر ۱۰ سال دو برابر می شود. تا سال ۲۰۳۰، این میزان به ۶۰ درصد خواهد رسید که بر ۲۵۰ میلیون کودک تأثیر می

دفتر بهبود تغذیه جامعه وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

گذارد. پیامدهای پزشکی چاقی زیاد است و تا سال ۲۰۲۵ بیش از ۱ تریلیون دلار هزینه خواهد داشت. برای درمان موثر این بیماری و توقف افزایش آن، ما به مراقبت های بهداشتی موثر و حمایت فرابخشی گسترده تری نیاز داریم.

WHO از همه می خواهد که با هم همکاری کنند زیرا این تنها راهی است که می توانیم درک، پیشگیری و درمان چاقی را بهبود بخشیم و پیشرفت کنیم. ما باید در تمام سطوح برای مبارزه با اپیدمی چاقی و رسیدگی به علل ریشه‌ای متعدد آن برای ایجاد آینده‌ای سالم‌تر اقدام کنیم.

با افزایش آگاهی و بهبود دسترسی به اطلاعات مناسب، می‌توانیم با این بیماری در حال حاضر و پس از کووید-۱۹ مبارزه کنیم، به‌ویژه در کشورهای کم‌درآمد و متوسط که در آن‌ها چاقی سریع‌ترین افزایش را دارد. چاقی را می‌توان با اتخاذ سبک زندگی سالم پیشگیری و درمان کرد. افزایش آگاهی مردم در مورد ارتباط بین سبک زندگی و چاقی، و عوارض چاقی، نه تنها می‌تواند بار را کاهش دهد، بلکه افراد را برای انتخاب سبک زندگی سالم، مانند داشتن فعالیت بدنی و انتخاب غذا و نوشیدنی سالم، توانمند می‌کند.

پیشگیری و درمان چاقی فقط کاهش وزن نیست، بلکه در مورد اتخاذ رفتارهای سالم تر برای مدیریت این بیماری و بهبود سلامت کلی است. حمایت از تغذیه مناسب برای کودکان برای پیشگیری و درمان چاقی کودکان به همان اندازه مهم است که در غیر این صورت تا بزرگسالی نیز ادامه می‌یابد. چاقی در کودکان بر سلامت جسمانی، رفاه اجتماعی و عاطفی و عزت نفس آنها تأثیر می‌گذارد. همچنین با عملکرد ضعیف تحصیلی و کیفیت پایین زندگی مرتبط است.

پیشگیری و کنترل چاقی امکان پذیر است اما باید در همه زمینه ها اقدام کرد. ما باید آگاهی را افزایش دهیم و دسترسی به اطلاعات مناسب را بهبود بخشیم تا از زندگی شادتر، طولانی تر و سالم تر برای همه در حال حاضر و در آینده پس از کووید-۱۹ اطمینان حاصل کنیم. نیاز به سیستم های بهداشتی وجود دارد که از طریق تقویت سیستم های بهداشتی و حرکت به سمت پوشش همگانی سلامت، به پیشگیری و درمان چاقی بپردازند. همچنین در زمینه پیشگیری هم از نظر آموزش عمومی و هم اقدامات سیاستی، کار زیادی باید انجام شود.

چارچوب منطقه ای اقدام در زمینه پیشگیری از چاقی ۲۰۱۹-۲۰۲۳، نقشه راه کشورهای منطقه برای اجرای مناطق اقدام دهه اقدام سازمان ملل متحد در تغذیه، برای تسریع اقدامات در پیشگیری و کنترل چاقی است.

تعریف چاقی:

چاقی به عنوان حالتی از تجمع غیرطبیعی یا بیش از حد بافت چربی که منجر به خطراتی برای سلامتی می شود، تعریف می شود. شاخص توده بدنی (BMI) برای تعریف معیارهای چاقی مورد استفاده قرار گرفت. با این حال، مطالعات گزارش کرده اند که اگر مقدار آن کمتر از ۳۰ کیلوگرم بر متر مربع باشد، BMI ممکن است به طور دقیق توده چربی واقعی را پیش بینی نکند. علاوه بر این، مطالعات اخیر نشان داده است که چاقی شکمی به جای چاقی که به سادگی با BMI تعریف می شود، ارتباط بیشتری با بیماری های قلبی عروقی و متابولیک دارد. بر اساس مطالعات انجام شده در ایالات متحده و کانادا، افراد با شاخص توده بدنی طبیعی و چاقی شکمی در مقایسه با افرادی که بر اساس شاخص توده بدنی بدون چاقی شکمی به عنوان چاق طبقه بندی می شوند، خطر ابتلا به بیماری های قلبی عروقی بالاتری داشتند. مرگ و میر ناشی از بیماری عروق کرونر نیز بالاتر بود. در افراد با شاخص توده بدنی طبیعی و چاقی شکمی. ۷،۸ اگرچه تعیین کمیت چربی احشایی و زیر جلدی با توموگرافی کامپیوتری (CT) دقیق ترین روش تشخیصی برای چاقی شکمی است، استفاده از CT به دلیل هزینه بالا و خطر قرار گرفتن در معرض اشعه محدود است. از آنجایی که دور کمر با چربی احشایی ارتباط زیادی دارد و اندازه گیری و تفسیر آن آسان است، این به عنوان ابزار بالینی اساسی برای ارزیابی چاقی شکمی استفاده می شود. معیارهای تشخیصی متفاوتی باید برای نژادهای مختلف اعمال شود. در سال ۲۰۰۹، انجمن قلب آمریکا/موسسه ملی قلب، ریه و خون و انجمن بین المللی مطالعه چاقی، چاقی شکمی را در آسیایی ها به عنوان دور کمر ۹۰ سانتی متر برای مردان و ۸۰ سانتی متر برای زنان تعریف کردند. ۱۰ در حال حاضر در جنوب کره، معیارهای کمی متفاوت، دور کمر ≤ 90 سانتی متر برای مردان و ≤ 85 سانتی متر برای زنان، توسط انجمن کره ای برای مطالعه چاقی بر اساس داده های بررسی سلامت و تغذیه کره ملی (KNHANES) از سال ۱۹۹۸.۱۱ پیشنهاد شده است.

افرادی که با وجود چاقی شکمی بر اساس شاخص توده بدنی به عنوان دارای وزن طبیعی طبقه بندی می شوند، اغلب در مراقبت های اولیه به عنوان چاق شناخته نمی شوند و ممکن است چاقی خود را تایید نکنند. در نتیجه، این افراد ممکن است مدیریت چاقی شکمی را دریافت نکنند یا در برنامه هایی برای پیشگیری از بیماری های قلبی عروقی یا متابولیک در آینده شرکت نکنند. ۱۲ در مطالعه ای که بر روی ۹۴۴۷ نفر در استان جیلین چین انجام شد، ۵۵.۶ درصد از افراد دارای وزن طبیعی بدن و چاقی شکمی چاقی خود را تصدیق نکردند و تنها ۱۲.۷ درصد درصدد کاهش وزن بودند.

دفتر بهبود تغذیه جامعه وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

چه چیزی باعث چاقی و اضافه وزن می شود؟

علت اصلی چاقی و اضافه وزن عدم تعادل انرژی بین کالری مصرف شده و کالری مصرف شده است. در سطح جهانی وجود داشته است:

- افزایش مصرف غذاهای پرانرژی که سرشار از چربی و قند هستند.
- افزایش عدم تحرک بدنی به دلیل ماهیت بی تحرک فزاینده بسیاری از اشکال کار، تغییر شیوه های حمل و نقل و افزایش شهرنشینی.
- تغییرات در الگوهای رژیم غذایی و فعالیت بدنی اغلب نتیجه تغییرات محیطی و اجتماعی مرتبط با توسعه و فقدان سیاست‌های حمایتی در بخش‌هایی مانند بهداشت، کشاورزی، حمل‌ونقل، برنامه‌ریزی شهری، محیط زیست، پردازش مواد غذایی، توزیع، بازاریابی و آموزش است.

عوارض شایع اضافه وزن و چاقی برای سلامتی چیست؟

افزایش BMI یک عامل خطر اصلی برای بیماری های غیرواگیر است مانند:

- ✓ بیماری های قلبی عروقی (عمدتاً بیماری قلبی و سکته مغزی) که علت اصلی مرگ و میر در سال ۲۰۱۲ بود.
- ✓ دیابت؛
- ✓ اختلالات اسکلتی عضلانی (به ویژه آرتروز - یک بیماری دژنراتیو بسیار ناتوان کننده مفاصل)؛
- ✓ برخی از سرطان ها (از جمله آندومتر، سینه، تخمدان، پروستات، کبد، کیسه صفرا، کلیه و روده بزرگ)
- ✓ خطر ابتلا به این بیماری های غیرواگیر با افزایش BMI افزایش می یابد.
- ✓ چاقی دوران کودکی با شانس بیشتری برای چاقی، مرگ زودرس و ناتوانی در بزرگسالی همراه است. اما علاوه بر افزایش خطرات آینده، کودکان چاق مشکلات تنفسی، افزایش خطر شکستگی، فشار خون بالا، نشانگرهای اولیه بیماری های قلبی عروقی، مقاومت به انسولین و اثرات روانی را تجربه می کنند.

عوامل موثر در شیوع چاقی:

۱۱- مصرف نوشیدنی های شیرین شده:

دفتر بهبود تغذیه جامعه وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

مصرف نوشیدنی های شیرین شده با شکر (SSBs) به شدت با مرگ و میر ناشی از چاقی و بیماری های مزمن متعدد مرتبط است. در سال ۲۰۱۲، حدود ۵۰۰۰۰ مرگ ناشی از بیماری قلبی و دیابت نوع ۲ در میان بزرگسالان ایالات متحده با مصرف نوشیدنی های شیرین مرتبط بود. یک مطالعه نشان داد که بزرگسالانی که دو وعده یا بیشتر از نوشیدنی های شیرین در روز می نوشند، در مقایسه با افرادی که کمتر از یک وعده در ماه نوشیدنی های شیرین می نوشند، ۳۱ درصد بیشتر در معرض خطر مرگ ناشی از بیماری قلبی هستند. مصرف ۱ نوشیدنی شیرین در روز خطر ابتلا به دیابت نوع ۲ را تا ۲۶ درصد در میان بزرگسالان افزایش می دهد. مصرف نوشابه با تقریباً دو برابر خطر پوسیدگی دندان در کودکان مرتبط است.

در سه دهه اخیر شیوع چاقی در کودکان و نوجوانان در آمریکا سه برابر شده است. یکی از عواملی که ممکن است در افزایش چاقی و دیابت نقش داشته باشد، افزایش شدید مصرف نوشیدنی های شیرین شده با شکر (SSB) است. در حال حاضر، SSB ها بزرگترین دسته از مواد غذایی هستند. دریافت کالری در کودکان هستند. با شواهد رو به رشدی که SSBs را به چاقی و دیابت T2 در کودکان و نوجوانان مرتبط می کند، منطق کافی برای کشف روش های محدود کردن دسترسی به SSB، از جمله سیاست های غذایی مدرسه، برنامه های مداخله مبتنی بر مدرسه، و مالیات وجود دارد. طبق بررسی ها به طور میانگین یک قوطی ۳۳۰ میلی لیتری نوشابه های گازدار حاوی ۴۰ گرم شکر و آبمیوه شیرین نزدیک ۴۵ گرم شکر است.

SSB ها به دلیل محتوای قند افزوده زیاد، سیری کم و جبران ناقص بالقوه کل انرژی که منجر به افزایش مصرف انرژی می شود، به افزایش وزن کمک می کنند علاوه بر این، به دلیل مقادیر بالای کربوهیدرات های قابل جذب سریع مانند شکل های مختلف شکر و شربت ذرت با فروکتوز بالا، شیرین کننده های اولیه مورد استفاده در SSB و مقادیر زیاد مصرف شده، SSB ها ممکن است T2DM را افزایش دهند. خطر T2DM مربوط به SSB مستقل از چاقی است. SSB ها به بار گلیسمی بالای رژیم غذایی کمک می کنند که منجر به التهاب، مقاومت به انسولین و اختلال در عملکرد سلول های بتا می شود.

یک مطالعه کوهورت بزرگ اخیر نشان داد که یک کودک چاق با خطر ۴ برابری بیشتر برای تشخیص T2DM در سن ۲۵ سالگی نسبت به کودکی که وزن طبیعی دارد، مواجه است.

بر اساس داده های نظرسنجی ملی از ایالات متحده آمریکا، مصرف SSB ها از اوایل دهه ۲۰۰۰ به طور متوسط کاهش یافته است، اما سطح مصرف همچنان بالاست. بین سال های ۲۰۱۱ و ۲۰۱۴، تخمین زده شد که بزرگسالان ایالات متحده روزانه ۱۴۵ کیلوکالری از SSB ها مصرف می کنند که معادل ۶.۵ درصد کالری روزانه است. در جمعیت ایالات متحده، مصرف بالاتری در میان جوانان و بزرگسالان جوان، در میان افراد سیاهپوست غیر اسپانیایی و در میان مردان و زنان اسپانیایی تبار در مقایسه با سایر

دفتر بهبود تغذیه جامعه وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

جمعیت‌شناختی‌ها گزارش شده است. این روند مصرف با تفاوت در چاقی و شیوع بیماری‌های مزمن دنبال می‌شود. روندهای مشابه کاهش مصرف SSB در سایر کشورهای با درآمد بالا مشاهده شده است. در مقابل، مصرف SSB ها در بسیاری از کشورهای با درآمد کم و متوسط (LMIC) در حال افزایش است، زیرا شهرنشینی گسترده و توسعه اقتصادی باعث افزایش دسترسی به این نوشیدنی‌ها شده است.

یافته‌های حاصل از مطالعات کوهورت توسط تجزیه و تحلیل قبلی ما از تعاملات ژن-SSB پشتیبانی می‌شود. با استفاده از داده‌های سه گروه بزرگ، متوجه شدیم افرادی که یک یا چند وعده SSB در روز مصرف می‌کنند، خطر ژنتیکی قوی‌تری برای داشتن BMI و چاقی بالا دارند. این خطر در افرادی که کمتر از یک وعده در ماه مصرف می‌کردند دو برابر بود. این یافته نشان می‌دهد که افراد دارای استعداد ژنتیکی برای چاقی در مقایسه با افراد بدون استعداد ممکن است بیشتر مستعد ارتباط نامطلوب بین مصرف SSB و افزایش وزن باشند.

فعایت بدنی:

ثابت شده است که فعایت بدنی منظم به پیشگیری و مدیریت بیماری‌های غیرواگیر (NCDs) مانند بیماری قلبی، سکته مغزی، دیابت و چندین سرطان کمک می‌کند. همچنین به جلوگیری از فشار خون بالا، حفظ وزن بدن سالم کمک می‌کند و می‌تواند سلامت روان، کیفیت زندگی و رفاه را بهبود بخشد. فعایت بدنی به تمام حرکات اشاره دارد. راه‌های رایج برای فعال بودن عبارتند از پیاده روی، دوچرخه سواری، دوچرخه سواری، ورزش، تفریح فعال و بازی، و می‌تواند در هر سطحی از مهارت و برای لذت بردن برای همه انجام شود.

با این حال، برآوردهای جهانی فعلی نشان می‌دهد که از هر چهار بزرگسال، یک نفر و ۸۱ درصد از نوجوانان فعایت بدنی کافی انجام نمی‌دهند. علاوه بر این، با توسعه اقتصادی کشورها، سطوح عدم تحرک افزایش می‌یابد و به دلیل تغییر الگوهای حمل‌ونقل، افزایش استفاده از فناوری برای کار و تفریح، ارزش‌های فرهنگی و افزایش رفتارهای بی‌تحرک می‌تواند به ۷۰ درصد برسد. افزایش سطوح بی‌تحرکی تأثیرات منفی بر سیستم‌های بهداشتی، محیط زیست، توسعه اقتصادی، رفاه جامعه و کیفیت زندگی دارد. بی‌تحرکی از طریق هزینه‌های پنهان و فزاینده مراقبت‌های پزشکی و از دست دادن بهره‌وری جامعه را تحت فشار قرار می‌دهد. برآوردها از سال ۲۰۱۶ نشان می‌دهد که عدم تحرک بدنی ۵۴ میلیارد دلار برای نظام سلامت هزینه داشته و ۱۴ میلیارد دلار خسارت اقتصادی به دنبال داشته است. برآوردها از کشورهای پردرآمد و همچنین کشورهای با درآمد کم و متوسط (LMICs) نشان می‌دهد که بین ۱ تا ۳ درصد از هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی ملی به عدم فعایت بدنی نسبت داده می‌شود.

دفتر بهبود تغذیه جامعه وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

فعالیت بدنی:

- در سطح جهانی، از هر ۴ بزرگسال، ۱ نفر از مقدار توصیه شده جهانی فعالیت بدنی را انجام نمی دهد.
- اگر جمعیت جهان فعال تر بود، می توان از مرگ ۵ میلیون نفر در سال جلوگیری کرد
- افرادی که به اندازه کافی تحرک ندارند، در مقایسه با افرادی که به اندازه کافی فعال هستند، ۲۰ تا ۳۰ درصد بیشتر در معرض خطر مرگ هستند.
- بیش از ۸۰ درصد از جمعیت نوجوان جهان فعالیت بدنی کافی ندارند.
- باید حداقل ۱۵۰ تا ۳۰۰ دقیقه در هفته فعالیت بدنی هوازی با شدت متوسط انجام دهد یا حداقل ۷۵-۱۵۰ دقیقه فعالیت بدنی هوازی با شدت شدید در هفته . یا ترکیبی معادل از فعالیت با شدت متوسط و شدید در طول هفته
- همچنین باید فعالیت های تقویت عضلانی را با شدت متوسط یا بیشتر انجام دهید که تمام گروه های عضلانی اصلی را در ۲ روز یا بیشتر در هفته درگیر می کند، زیرا این کارها مزایای سلامتی بیشتری دارند.
- بیش از یک چهارم جمعیت بزرگسال جهان (۱.۴ میلیارد بزرگسال) به اندازه کافی فعال نیستند
- در سراسر جهان، از هر ۳ زن، ۱ نفر و از هر ۴ مرد، ۱ نفر فعالیت بدنی کافی برای حفظ سلامتی انجام نمی دهند.
- سطح عدم تحرک در کشورهای با درآمد بالا در مقایسه با کشورهای کم درآمد دو برابر بیشتر است.
- از سال ۲۰۰۱ تاکنون هیچ بهبودی در سطح جهانی فعالیت بدنی مشاهده نشده است
- فعالیت ناکافی به میزان ۵ درصد (از ۳۱.۶ درصد به ۳۶.۸ درصد) در کشورهای پردرآمد بین سال های ۲۰۰۱ و ۲۰۱۶ افزایش یافته است.

1- WHO

2- CDC

3- Unhealthy Dietary Habits and Obesity: The Major Risk Factors Beyond Non-Communicable Diseases in the Eastern Mediterranean Region

4- <https://www.worldobesity.org/news/one-billion-people-globally-estimated-to-be-living-with-obesity-by-2030>

5- Sugar-Sweetened Beverage Reduction Policies: Progress and Promise

6- Sugar-Sweetened Beverage, Obesity, and Type 2 Diabetes in Children and Adolescents: Policies, Taxation, and Programs

7- The role of sugar-sweetened beverages in the global epidemics of obesity and chronic diseases