

世卫组织饮食、身体活动与
健康全球战略：

国家监测和 评价实施情况的 框架



世界卫生组织

WHO Library Cataloguing-in-Publication Data

WHO global strategy on diet, physical activity and health: a framework to monitor and evaluate implementation.

1.Exercise. 2.Life style. 3.Health promotion. 4.Chronic disease - prevention and control. 5.National health programs - organization and administration. I.World Health Organization.

ISBN 978 92 4 559730 8

(NLM classification: QT 255)

致谢:

本文件是 Dirk Meusel 和 Christiane Höger (德国德累斯顿科技大学临床药理学院医学系)、Carmen Pérez-Rodrigo 和 Javier Aranceta (西班牙毕尔巴鄂公共卫生厅)、Nick Cavill (英国牛津大学)、Timothy Armstrong、Vanessa Candeias、Ingrid Keller、Leanne Riley、Christophe Roy 和 Colin Tukuitonga (瑞士日内瓦世界卫生组织) 共同工作的结果。

世卫组织全球信息库小组、实施饮食、身体活动与健康全球战略的专家虚拟网络以及“饮食、身体活动与健康全球战略：监测和评价实施情况的框架”国际讲习班 (2008 年 5 月) 的参与人员提供了意见。对所有的贡献表示感谢。

世界卫生组织还感谢在 2006 年 4 月通过电子协商过程提供意见的各机构和组织。

本文件得到西班牙卫生部以及西班牙食品安全和营养机构的财政支持并反映了它们在继续开展关于监测和评价饮食和身体活动相关政策与规划的合作工作方面表示的兴趣。非常感谢它们慷慨的行为。

© 世界卫生组织, 2009 年

版权所有。世界卫生组织出版物可从 WHO Press, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (电话: +41 22 791 3264; 传真: +41 22 791 4857; 电子邮件: bookorders@who.int) 获取。要获得复制或翻译世界卫生组织出版物的许可 – 无论是为了出售或非商业性分发, 应向世界卫生组织出版处提出申请, 地址同上 (传真: +41 22 791 4806; 电子邮件: permissions@who.int)。

本出版物采用的名称和陈述的材料并不代表世界卫生组织对任何国家、领地、城市或地区或其当局的合法地位, 或关于边界或分界线的规定有任何意见。地图上的虚线表示可能尚未完全达成一致的大致边界线。

凡提及某些公司或某些制造商的产品时, 并不意味着它们已为世界卫生组织所认可或推荐, 或比其它未提及的同类公司或产品更好。除差错和疏忽外, 凡专利产品名称均冠以大写字母, 以示区别。

世界卫生组织已采取一切合理的预防措施来核实本出版物中包含的信息。但是, 已出版材料的分发无任何明确或含蓄的保证。解释和使用材料的责任取决于读者。世界卫生组织对于因使用这些材料造成的损失不承担责任。

目录

概要	2
背景	3
国家级的实施框架	5
监测和评价	8
指标	9
制定国家指标时应考虑的问题	10
关键指标：过程和产出	12
关键指标：结果	23
按国情调整指标	25
结论	26
参考文献	27
更多信息来源	29
附件 1: 国家级监测和评价活动的国家范例	30
附件 2: 正在开展的监测和检查工作	33
附件 3: 马德里讲习班	34

概要

目的

本文件提出了一种措施，以便衡量世卫组织饮食、身体活动与健康全球战略在国家级的实施情况，并为此目的建议了一个框架和若干指标。

提供的指标旨在作为简便和可靠工具的范例供会员国结合其本国实情酌情使用。

各项指标也意图考虑到现有以及计划的饮食和身体活动监测与检查活动。

在西班牙卫生部支持下编写的本文件是 2006 年世卫组织出版的文件《饮食、身体活动与健康全球战略：监测和评价实施情况的框架》的最新版本。

对象

建议的框架和指标旨在协助各国卫生部、其它政府部门和机构以及各利益攸关方监测其在促进健康饮食和身体活动领域内各项活动的进展情况。

结构

本文件描述了饮食、身体活动与健康全球战略的实施框架并包括一系列表格，根据饮食、身体活动与健康全球战略的建议提出具体指标。附件包括不同国家在实施监测和评价活动时所使用方法的范例、全球级现有监测和检查活动的清单以及主要参考文献。

背景

慢性病负担

慢性病包括心血管病、糖尿病、肥胖症、某种类型的癌症和慢性呼吸道疾病等，占每年 5800 万死亡人数的 60%。这等于说，2005 年全球有 3500 万人死于此类疾病 (1)。

非传染病造成的死亡中，80%将发生在低收入和中等收入国家。2005 年各区域的估算数据显示，非传染病造成的死亡在世卫组织非洲区域的所有死亡人数中约占 23%，在美洲区域约占 78%，在东地中海区域约占 52%，在欧洲区域约占 86%，在东南亚区域约占 54%，在西太平洋区域约占 78% (2-7)。这更突出地说明非传染病的负担在世卫组织所有区域中都很高，无论其整体经济情况如何。

费用不高和经济有效的干预措施可预防 80%的心脏病、中风、二型糖尿病和 40%的癌症 (1)。强有力的科学证据表明健康的饮食和充分的身体活动是预防非传染病及其高危因素的关键要素 (8)。

世界卫生大会关于饮食、身体活动与健康 的决议(2004 年)

世卫组织饮食、身体活动与健康全球战略于 2004 年 5 月 22 日在第五十七届世界卫生大会上获得通过 (9)。

世界卫生大会决议认可饮食、身体活动与健康全球战略(WHA57.17)，敦促会员国“*加强现有结构或建立新的结构，通过卫生和其它有关部门实施战略，以监测和评价其有效性并指导资源投资和管理，从而减少非传染病的患病率及与不健康饮食和缺乏身体活动有关的危险*”；[...]并“*为此目的，根据国家情况确定：[...] (d) 可衡量的过程和产出指标，使能准确监测和评价所采取的行动和对查明的需求作出迅速反应*” [...]

此外，饮食、身体活动与健康全球战略中建议世卫组织“*建立监测系统并制定饮食习惯和身体活动模式的指标。*”

世界卫生大会关于预防和控制非传染病的 决议(2008 年)

在2008年5月，第六十一届世界卫生大会认可了关于预防和控制非传染病的一项决议和行动计划 (WHA 61.14) (10)。该决议和行动计划敦促会员国：

- 为防控非传染病以及降低可变危险因素，制定和实施一项全球政策和计划；
- 促进采取各种干预措施，以减轻非传染病共有的主要可变危险因素：使用烟草、不健康饮食、缺乏体力活动和有害使用酒精；
- 监测非传染病及其决定因素，评价国家、区域和全球层面的进展；
- 使用现有世卫组织工具，加强关于危险因素、发病率和按死因分类死亡率的监测系统和标准化数据收集；
- 按照例行程序，提供非传染病趋势方面的数据和信息，以及根据年龄、性别和社会经济群体分类的风险因素情况；并提供国家战略和计划的实施进展情况；

- 实施世界卫生组织饮食、身体活动与健康全球战略推荐的行动。

此外，该决议及其行动计划强调“非传染病及其决定因素的监测活动，可对相关倡导、政策制定和全球行动打下基础。监测不仅限于非传染病的规模和数据的根据，也包括评价干预措施的效果和影响以及评价所取得的进展。”

世界卫生组织在实施饮食、身体活动与健康全球战略方面的作用

在饮食、身体活动与健康全球战略文件中确立并由会员国商定了世界卫生组织在实施饮食、身体活动与健康全球战略方面的作用和职责。

根据这些职责，饮食、身体活动与健康全球战略的实施将采用三个主要途径：

- 通过世界卫生组织区域和国家办事处在国家级直接实施。
 - 为会员国提供指导、技术支持和工具。
 - 酌情在适当的时候与各利益攸关方建立伙伴关系。
-

本文件的目标

本文件的目标是：

- 与现有监测和检查行动协调，在监测和评价与饮食和身体活动相关的国家政策及计划方面向会员国提供指导。
 - 协助会员国确认具体和相关的指标，以便衡量与饮食和身体活动相关的政策和计划在国家级的实施情况。
-

对世界卫生组织 2006 年出版物的更新

作为对 2006 年文件《饮食、身体活动与健康全球战略：监测和评价实施情况的框架》的后续工作，于 2007 年 10 月 3-4 日在西班牙马德里举行了一次国际能力建设讲习班。有关这一讲习班的信息请见本文件结尾处的附件 3。

目前的文件保持了 2006 年出版时的结构和目标，并包括马德里讲习班的内容和讨论情况的细节。关于监测和评价活动以及监测系统的表格信息也包括在附件 1 和附件 2 中。

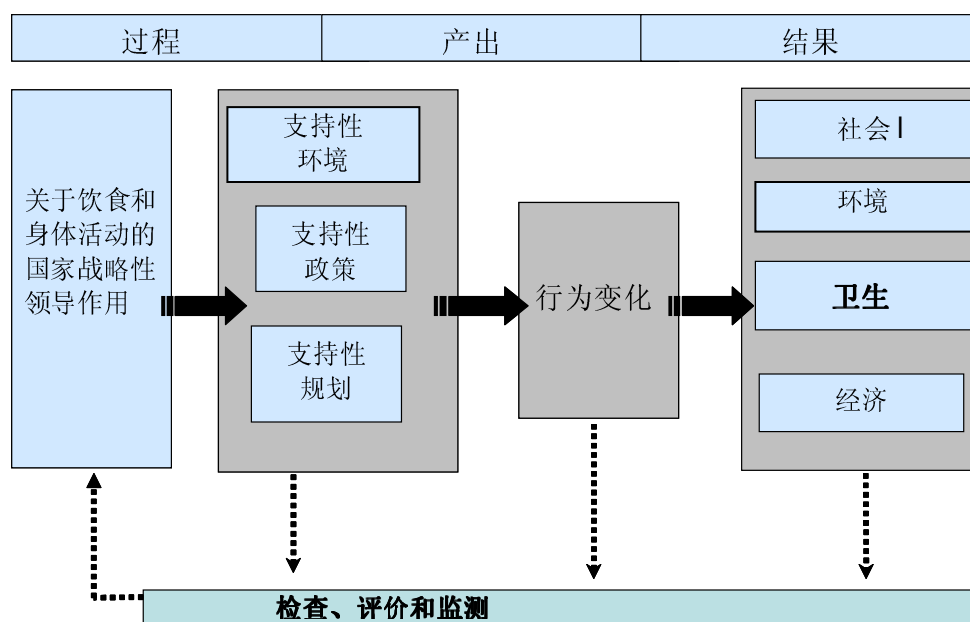
国家级的实施框架

引言

饮食、身体活动与健康全球战略不是一项国家规划，而是一种综合工具，用以指导会员国作出努力预防慢性病，并特别提出了促进健康饮食和身体活动的若干具体行动要点。

以下模型意图供国家使用。其目的是解释政策和规划及其实施如何影响人群的行为变化并产生较长期的社会、卫生和经济效益。模型显示如何把适当的监测和评价指标纳入改变行为的过程。

图解模型



对建议框架的解释

根据本模型，卫生部通过发展和实施支持性的环境、政策和规划，可在饮食和身体活动方面发挥国家战略性领导作用。在此过程中，一切有关的利益攸关方（例如，其它部委和有关政府机构、非政府组织以及私立部门组织等）都必须参与。

实施支持性政策可促进变化过程，从而导致期望的行为。通过人口健康状况以及众多社会、环境和经济方面，可监测和评价这种变化产生的结果。

在整个过程中，需要继续开展研究、检查、评价和监测，以便向有关的机构提供关于所作修订的反馈。

框架内的行动领域

以下表格根据活动的层面和类型把饮食、身体活动与健康全球战略对会员国的建议分成不同的行动领域。

行动领域	说明
国家战略性领导作用	会员国为提供领导和协调行动可开展的活动，包括核准国家计划和筹措资金。
支持性环境	对创建使健康选择成为更便利方案的环境具有影响力的活动。
支持性政策	会员国或机构在国家或地方级制定的政策，通过其有效实施将能推动和促进健康饮食与身体活动。
支持性规划	为高效率地实施各级政策由一个或多个利益攸关方开展的活动。
检查、监测和评价	为处理和了解所采取行动的影响并指导今后活动而建立的机制。

对实施工作进行计划

根据会员国的重点，可通过各种机制并由所有利益攸关方在国家级实施饮食、身体活动与健康全球战略的政策建议。还可通过预防慢性病和以前确立的其它有关政策（例如食品、营养和健康促进）并通过利用为此目的已存在的多部门工作组实施饮食、身体活动与健康全球战略。

在实施之前，必须评估任何现有进行中的行动和规划、结构和机构（包括现有的非政府组织和私立部门）以及任何现有障碍（可包括立法和预算优先事项）。在适当时，应当在现有和新政策之间争取做到一致和发挥充分的协同作用。

世卫组织现有的工具

世卫组织有各种已发表的工具，可用于支持实施饮食、身体活动与健康全球战略：

- 全球慢性病预防和管理报告(1)。
- 关于饮食、营养和预防慢性病的技术报告(8)。
- 关于预防肥胖症的技术报告(11)。
- 关于制定和使用以食品为基础的饮食准则的技术报告(12)。
- STEPS 和 GSHS 监测和检查工具(13, 14)。
- 世卫组织全球信息库(15)。
- 世卫组织粮农组织在国家级促进食用水果和蔬菜的框架(16)。
- 以人群为基础提高身体活动水平的措施指南(17)。
- 世卫组织关于减少人群盐摄入量和关于向儿童推销食品和非酒精饮料的技术会议报告(18, 19)。
- 世卫组织世界经济论坛关于在工作场所预防非传染病的联合活动的报告(20)。
- 注重于饮食和身体活动的学校政策框架(21)。

部门间合作

预防和控制非传染病的决议和行动计划突出地说明，对非传染病造成的全球威胁作出有效的公共卫生反应，需要强大的国家和国际伙伴关系(10)。此外，已认识到由于非传染病的主要决定因素处在卫生部门之外，所以合作工作和伙伴关系必须是部门间的，并必须在“上游”起作用，以便确保对与非传染病有关的卫生结果产生积极影响。

理想的情况是，饮食、身体活动与健康全球战略的许多建议需要通过部门间合作予以实施。德国等某些国家选择为实施饮食、身体活动与健康全球战略形成多部门的平台。巴西、挪威、波兰、西班牙和瑞士等另一些国家起草了国家饮食和身体活动战略，用于在其本国指导实施工作。

监测和评价

引言

监测和评价是系统的过程，用以评估现有活动的进展并确认任何制约以便尽早采取纠正行动。这种过程衡量规划期望结果的有效性和效率(22)。

监测可提供在某一特定时间所发生情况的简要描述。这是一种定期的持续管理活动，通过可靠的记录，定期向管理人员提供信息。评价可提供更深入的分析，说明一项政策、计划或规划是否达到了其预期目标(23)。

对实施工作进行计划，从一开始就需要考虑到监测和评价以及预算。决策者需要考虑把政策、计划或规划总预算的 10%左右分配用于评价活动(24)。

国家专家

国家的监测和评价专家需要成为任何从事饮食、身体活动与健康全球战略实施工作的多部门工作组的一部分，并应带头制定和执行评价活动。

采取的步骤

在安排对促进健康饮食和身体活动的各项活动进行监测和评价时，尤其是作为饮食、身体活动与健康全球战略实施工作的一部分时，建议采取如下步骤。

在确认指标之前，需要规定实施工作的具体目标和实现这些目标过程中的里程碑。

步骤	行动
1	确保在国家级为实施饮食、身体活动与健康全球战略制定的任何计划或战略都包括监测和评价，并包括预算项目。理想的情况是，多部门工作组应当在国家和亚国家级领导饮食、身体活动与健康全球战略的实施工作。
2	确认现有监测和评价活动以及主管机构，并在相关情况下确保现有数据可对政策和规划实施工作提供信息或有用。
3	在以下指标表格的帮助下，确认适当的指标以监测过程、产出和结果。
4	以前后一致的方式反复开展监测和评价活动，以便对实施活动进行任何修正或调整。良好的做法是在开展任何活动之前先收集基线数据，并在随后晚些时候开展后续收集工作。
5	如果可行，定期反复开展评价活动，以便确立监测制度。

指标

引言

确认指标作为一种变数以帮助衡量变化和促进了解过程所在之处，其发展方向及其距离有关目标有多远。指标是用以在监测和评价健康促进干预活动过程中解答问题的衡量标尺。需要根据确立指标的目的来指导所用指标的选定。

指标类型

根据建议的框架，确定了三类指标：

指标类型	目的
过程指标	用于衡量变化过程中的进展。这些指标用于调查如何开展工作，而不是所产生的结果。举例说明，可以是在一个会员国内建立关于营养和身体活动的专家咨询委员会。
产出指标	用于衡量作为过程结果产生的产出或产品。例如，出版一份战略文件或发起一项国家规划。除了行动计划和规划，产出指标也可包括在不同的地方改善社会和物质环境以支持采用更健康的行为，例如提高水果和蔬菜或自行车安全通道的可得性。
结果指标	用于衡量行动的最终结果。可以是短期结果，例如增加知识；中期结果，例如改变行为；或长期结果，例如降低心血管病发病率。

本文件中考虑的三类指标分成两组：核心指标和扩展指标。

核心指标包括在实施国家健康饮食和身体活动规划时需要分析的最关键项目。扩展指标包括会员国为加强和充实其现有检查、评价和监测系统可考虑使用的更多指标。

监测系统应尽可能包括人口和社会经济因素。用于调查人群组之间差异和不公平现象的因素包括年龄、性别、民族、教育、职业、收入和地理位置(25)。

对进展的衡量

为了衡量进展情况，从一开始就必须确立要实现的明确的总目标和具体目标。

如果国家资源和能力许可，建议的核心指标应当被视为要实现的最低指标。此外，这些指标将使世卫组织能够监测会员国在实施关于促进健康饮食和身体活动的国家战略方面的进展情况。

当国家资源和能力使之有可能发展更加全面和具有信息价值的系统以监测和评价在发展和实施关于饮食和身体活动的国家活动方面的进展情况时，会员国应当考虑使用扩展指标。

制定国家指标时 应考虑的问题

引言

在考虑本国实情的同时审查其饮食、身体活动与健康全球战略实施工作的结构和内容时，会员国应考虑的问题列举如下。

与国情相关的问题

- 文化、规范和主导规律、饮食和身体活动趋势以及关于如何理解、描述和促进饮食与身体活动的国家特征。
 - 现有性别问题、少数民族、司法和法律结构。
 - 卫生服务基础设施的现状。
 - 在地方、地区和国家各级使用不同指标是否有意义。
 - 在农村和城市环境中使用不同指标是否有意义。
 - 关于不安全食品 and 食品趋势的现有信息。
 - 食品安全、食品分发和供应的现有基础设施。
 - 现有疾病负担。
 - 确保实施的政策对最弱势群体没有不良影响。
 - 经济因素、人口特征和社会发展。
 - 食品与健康之间的联系。
 - 经济和就业基础的类型。
 - 食品和饮料市场营销在本国的特征和模式。
 - 每一个国家内部的交通模式以及现有交通基础设施。
 - 参与体育和娱乐的模式。
 - 现有体育和娱乐设施。
 - 媒体和通讯渠道的利用。
 - 对政府和所提供信息的信任与理解。
-

与政策相关的问题

- 具有针对饮食和身体活动的整体公共卫生计划或战略。
- 整体政治形势以及对饮食、身体活动和其它卫生问题给予的重视。
- 国家立法程序，包括关于针对儿童的市场营销、营养标签、食品和非酒精饮料的广告以及声称的健康效用等方面的立法。
- 对卫生部门的投资。
- 用于初级预防活动的可得资源和提供水平。
- 召集和协调多学科机制、委员会或专家咨询委员会的现有机构。
- 用于消费者行动和参与的现有渠道。
- 与政策制定和实施相关的性别和文化问题。
- 一般政策过程中的行动者，以及地方、地区、国家和国际级的合作机

制。

- 具有公立部门和私立部门之间的伙伴关系。
 - 具有关于社会公平性的国家政策。
 - 具有处理特定卫生相关问题的农业政策。
-

与场所相关的问题

- 地理环境、季节和气候。
 - 现有教育基础设施和识字水平。
 - 教育课程设置和规划。
 - 学校、工作场所和地方社区提供食物和饮料的机制。
 - 开展身体活动的安全性和可利用的场所。
 - 与上学和上班相关的性别问题。
 - 中小学、大学、地方社区、初级卫生保健、工作场所等的资金供应水平。
 - 教师、社区护士、卫生工作者等在饮食和身体活动方面的培训机会。
 - 教育和信息材料的现有来源。
-

与科学依据和数据可得性相关的各点

- 可用于监测、目标衡量和检查的系统，包括财力和人力资源。
 - 国家专家的建议。
 - 信息来源，例如成套数据，以及在本国可获得的证据。
 - 关于营养状况和饮食摄入的数据。
 - 身体活动水平和对体重超重及肥胖症的衡量。
 - 与饮食、营养和身体活动相关的死亡率和发病率数据。
 - 政府和私人的研究基金。
 - 研究与政策之间的关系，以及向决策者并由决策者提供信息的手段。
 - 国内关于饮食和身体活动现有的培训和学习机会。
-

指标的数据来源

指标的数据可以是新收集的（例如通过调查），或者从各种现有来源获取的。

对过程和产出指标进行评估所需的一大部分信息将来自卫生部门之外的其它部门（例如公共交通或农业与食品生产），因此与各有关利益攸关方沟通，对数据收集过程将是必不可少的。

举例说明，从国家或国际级不同部门可获得的信息包括：联合国粮食及农业组织的食物平衡表、食品进出口情况（例如，来自农业部或贸易与商业部）、公共交通的使用情况（例如，来自交通部）、食品和非酒精饮料的营养成份（例如，来自食品生产商）。

对所收集信息进行分析的能力是至关重要的，在数据质量、其目的和现有资源之间需要达成平衡。

关键指标： 过程和产出

引言

本部分包括列出过程和产出指标的一系列表格，供会员国在计划监测和评价过程时作为范例考虑。

表格包括以饮食、身体活动与健康全球战略所含向会员国提供的建议为基础制定的核心指标和扩展指标。

表 1 – 国家政策、战略和行动计划

行动领域	饮食、身体活动与健康全球战略（第 35 和 39 段） 所含向会员国建议的行动概要	
国家战略性 领导作用	鼓励制定并促进国家政策、战略和行动计划以改善饮食和鼓励身体活动。 应通过有效立法、适宜基础设施、实施规划、充足资金、监测和评价以及持续的研究提供支持。	
	与饮食、身体活动与健康全球战略所含向会员国建议的行动相关的核心指标	
	饮食和身体活动	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 公布关于饮食和身体活动的国家战略，或者现有国家计划中把饮食和身体活动确认为优先事项。 ▪ 公布关于饮食和身体活动的国家行动计划。 	
	与饮食、身体活动与健康全球战略所含向会员国建议的行动相关的扩展指标	
	饮食	身体活动
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 公布具体和可衡量的行动目标。 ▪ 发表文件规定每一行动的具体资金来源和时限。 ▪ 向不同的利益攸关方提供指导，说明如何根据国家促进健康饮食和身体活动的政策来实施活动。 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 具备立法以支持健康食品的可得性和可及性。 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 具备立法以支持获得身体活动。 	

表 2 – 国家协调机制

行动领域	饮食、身体活动与健康全球战略（第 37 和 38 段） 所含向会员国建议的行动概要	
国家战略性 领导作用	鼓励政府制定一个国家协调机制，在非传染病预防和健康促进综合计划的范畴内处理饮食和身体活动。卫生部对协调和促进其它部委和政府机构的贡献负有及其重要的责任。 会员国应建立机制以促进非政府组织、学术界、民间社会、社区、私立部门和媒体参与饮食、身体活动与健康有关的活动。 还应建立多部门和多学科的专家咨询委员会。	
	与饮食、身体活动与健康全球战略所含向会员国建议的行动相关的核心指标	
	饮食和身体活动	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 具有积极负责就制定和实施战略提供意见的专家咨询机制。 ▪ 具有监督、制定和实施政策或战略的国家协调机制（一个组织、委员会或其它机构）。 	
	与饮食、身体活动与健康全球战略所含向会员国建议的行动相关的扩展指标	
	饮食	身体活动
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 代表所有关键部门和学科的专家咨询机制。 ▪ 具有明确职责、责任系统和政策影响能力的专家咨询机制。 ▪ 具有侧重于饮食和身体活动的杰出学术中心。 ▪ 卫生部领导或主持的协调机制。 ▪ 包含所有关键部门（包括有关科学机构、非政府组织、学术界、民间社会、社区、私立部门和媒体）代表的协调机制。 ▪ 卫生部和/或其它部委内致力于饮食和身体活动工作的专职人员数量。 ▪ 协调机制每年的会议次数。 ▪ 具有系统确保协调机制工作的问责制和透明度。 		

表 3 – 国家饮食和身体活动准则

行动领域	饮食、身体活动与健康全球战略（第 39 段） 所含向会员国建议的行动概要	
	国家战略性 领导作用	鼓励政府考虑国家和国际来源的证据，制定国家饮食准则。 应根据全球战略的目的和目标以及专家建议为增进健康的身体活动制定国家准则。
与饮食、身体活动与健康全球战略所含向会员国建议的行动相关的核心指标		
饮食		身体活动
<ul style="list-style-type: none"> 具有公布的国家饮食准则。 		<ul style="list-style-type: none"> 具有公布的国家身体活动准则。
与饮食、身体活动与健康全球战略所含向会员国建议的行动相关的扩展指标		
饮食		身体活动
<ul style="list-style-type: none"> 具有传播饮食准则的明确机制。 获得国家饮食准则的目标人口百分比。 		<ul style="list-style-type: none"> 具有传播身体活动准则的明确机制。 获得国家身体活动准则的目标人口百分比。

表 4 – 国家预算

行动领域	饮食、身体活动与健康全球战略（第 48 段） 所含向会员国建议的行动概要	
	国家战略性 领导作用	应查明除国家预算外的各种资助来源，以协助战略的实施。因此，应将旨在促进健康饮食和身体活动的规划视作发展需要并应吸引国家发展计划的政策和财政支持。
与饮食、身体活动与健康全球战略所含向会员国建议的行动相关的核心指标		
饮食		身体活动
<ul style="list-style-type: none"> 具有明确和可持久的国家和/或亚国家预算用于饮食和营养活动。 		<ul style="list-style-type: none"> 具有明确和可持久的国家和/或亚国家预算用于身体活动行动。
与饮食、身体活动与健康全球战略所含向会员国建议的行动相关的扩展指标		
饮食		身体活动
<ul style="list-style-type: none"> 具有饮食行动的资源筹集计划。 已确认非政府来源（包括非政府组织和私立部门机构）的健康饮食行动预算。 涉及饮食相关政策、计划和活动的公共卫生行动在国家预算开支中所占的百分比。 		<ul style="list-style-type: none"> 具有身体活动行动资源筹集计划。 已确认非政府来源（包括非政府组织和私立部门机构）的体力活动行动预算。 涉及身体活动相关政策、计划和活动的公共卫生行动在国家预算开支中所占的百分比。

表 5 – 身体活动和交通

行动领域	饮食、身体活动与健康全球战略（第 42 段） 所含向会员国建议的行动概要
支持性 环境	<p>国家和地方政府应制定政策和提供奖励以确保步行、骑自行车和其它方式的身体活动既容易又安全；交通运输政策包括非机动车运输方式；劳动和工作场所政策鼓励身体活动；而且体育运动和娱乐设施体现“人人运动”的概念。</p> <p>战略应促进改变社会规范及增加社区了解和接受将身体活动纳入日常生活的必要性。应促进便利身体活动的环境，并建立支持性基础设施以增加获得和利用适当的设施。</p> <p>卫生部应带头与主要机构以及公立和私立部门利益相关方面结成伙伴关系，以便联合制定旨在促进身体活动的共同议程和工作计划。</p>
	与饮食、身体活动与健康全球战略所含向会员国建议的行动相关的核心指标
	身体活动
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 具有众多利益攸关方的国家和/或地区交通政策以促进步行或骑自行车等积极和安全的交通方式。 ▪ 具有国家或地区指导，用于制定促进身体活动的城市计划。 ▪ 具有多领域的身体活动政策（即涵盖前往工作场所或学校等地的有效交通以及休闲和工作期间各项活动的政策）。 ▪ 国家学校政策中规定向学校提供体育设施和设备。 ▪ 经常利用公共交通的成年人口百分比。 ▪ 卫生部和关键机构之间旨在制定促进身体活动的共同议程或联合工作计划的伙伴关系数量。
	与饮食、身体活动与健康全球战略所含向会员国建议的行动相关的扩展指标
	身体活动
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 能利用安全人行道的入口百分比。 ▪ 城市和农村每平方公里（或每 100 平方公里）所具备的自行车道公里数。 ▪ 具有把步行和骑自行车列为重点的正式交通计划的社区百分比。 ▪ 具有适当体育设施和设备的工作场所和学校百分比。 ▪ 具有“步行上学”安全道路的学校百分比。 	

表 6 – 民间社会和非政府组织

行动领域	饮食、身体活动与健康全球战略（第 60 段） 所含向民间社会和非政府组织建议的行动概要	
支持性环境	<p>民间社会和非政府组织在影响个人行为以及与健康饮食和身体活动有关的组织和机构方面可发挥重要作用。它们可帮助确保消费者要求政府为健康的生活方式提供支持，并要求食品工业界提供健康的产品。</p> <p>如果与国家国际伙伴合作参与制定和实施促进健康饮食和身体活动的国家政策和规划，非政府组织就可有效地支持政府的战略。</p>	
	<p>与饮食、身体活动与健康全球战略所含向民间社会和非政府组织建议的行动相关的核心指标</p>	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 开展饮食和/或身体活动工作的非政府组织数量。 ▪ 非政府组织积极参与实施关于饮食和身体活动的国家政策。 ▪ 非政府组织为消费者开展的宣传活动数量。 ▪ 为制定和实施饮食与身体活动政策和计划而建立的国家协调机制或专家咨询委员会中有非政府组织的代表。 ▪ 由相关非政府组织参加的国家协调机制或专家咨询委员会会议数量。 	
	<p>与饮食、身体活动与健康全球战略所含向民间社会和非政府组织建议的行动相关的扩展指标</p>	
	<p>饮食</p>	<p>身体活动</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 具有非政府组织组成的促进提供健康食品的网络和行动小组。 ▪ 由非政府组织主办活动以促进饮食和/或身体活动（例如组织“运动有益健康”日）。 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 具有非政府组织组成的促进身体活动的网络和行动小组。 	

表 7 – 私营行业

行动领域	饮食、身体活动与健康全球战略（第 61 段） 所含向私立部门建议的行动概要	
支持性环境	<p>食品工业界、零售商、饮食公司、体育用品生产商、广告和娱乐界、保险和银行集团、制药公司和媒体均可作为负责任的雇主和健康生活方式的倡导者发挥重要作用。在实施旨在传播积极一致信息以促进综合努力并使之能鼓励健康饮食和身体活动的措施方面，它们都可成为与政府和非政府组织合作的伙伴。</p> <p>食品工业界的行动可通过以下方面加快在国家和全球取得健康成果：减少加工食品中脂肪、糖和盐的含量；减少每份食品的量；更多地引进创新、健康和富有营养的选择；向消费者提供充足的和可理解的产品与营养信息；以及检查当前的市场营销惯例。</p>	
	与饮食、身体活动与健康全球战略所含向私立部门建议的行动相关的核心指标	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 实施国家健康饮食和身体活动政策的公司数量。 ▪ 与有关政府部门一起参与饮食和/或身体活动相关活动的公司数量。 ▪ 根据国家准则参与饮食和身体活动教育运动的公司百分比。 ▪ 由工业界资助的国家促进健康饮食和身体活动项目的数量。 ▪ 促进健康饮食和身体活动的公立部门与私立部门之间伙伴关系的数量。 ▪ 根据国家政策和重点具有包括饮食和身体活动问题的企业社会责任政策并在国家有代表地位的公司百分比。 	
	饮食	身体活动
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 在国家有代表地位并提供完整营养标签的食品加工商百分比。 ▪ 具有向儿童推销食品和非酒精饮料方面的自我管制守则或其它管制机制。 ▪ 具有国家和/或国际营养政策的食品和非酒精饮料公司百分比。 ▪ 在向消费者提供健康和富有营养的选择方面已公布政策的食品和非酒精公司百分比。 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 在国家级支持身体活动促进宣传运动的私营公司百分比。
	与饮食、身体活动与健康全球战略所含向私立部门建议的行动相关的扩展指标	
	饮食	身体活动
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 全国消费者能获取的饱和脂肪和/或转脂肪酸和/或游离糖和/或盐含量有限的食品和/或非酒精饮料数量。 ▪ 在减少向消费者提供的每份食品的量方面已公布政策的食品和非酒精饮料公司数量。 ▪ 根据国家和/或国际立法使用健康声称的食品和/或非酒精饮料数量。 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 赞助体育赛事的食品和非酒精饮料公司百分比。 	

表 8 – 工作场所

行动领域	饮食、身体活动与健康全球战略（第 62 段） 所含向私立部门建议的行动概要	
支持性环境	工作场所是健康促进和疾病预防的重要环境。为减少接触危险，必须向人民提供机会以便在工作场所作出健康的选择。 工作场所应使之有可能作出健康的食品选择并支持和鼓励身体活动。	
	与饮食、身体活动与健康全球战略所含向私立部门建议的行动相关的核心指标	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 具有政策或规划在工作场所促进健康饮食和/或身体活动的工作场所数量。 ▪ 监测和/或评价其关于工作场所饮食和身体活动政策和/或规划的工作场所数量。 ▪ 对雇员开展健康风险评估并收集饮食、身体活动模式、体重指数和血压等相关信息的工作场所百分比。 	
	与饮食、身体活动与健康全球战略所含向私立部门建议的行动相关的扩展指标	
	饮食	身体活动
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 送餐标准符合国家饮食准则的工作场所百分比。 ▪ 提供健康快餐选择的工作场所。 ▪ 为雇员储藏食物和简单制备食物提供设施的工作场所百分比。 ▪ 出售水果和蔬菜的工作场所百分比。 ▪ 向雇员提供水果和蔬菜的工作场所百分比。 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 具备沐浴和更衣室设施的工作场所百分比。 ▪ 具备设施以开展身体活动的工作场所百分比。 ▪ 向雇员提供身体活动规划的工作场所百分比。 	

表 9 – 学校

行动类型	饮食、身体活动与健康全球战略（第 43 段） 所含向会员国建议的行动概要	
支持性环境	<p>学校政策和规划应支持采纳健康饮食和身体活动。它们应通过提供卫生信息、提高健康素养以及促进健康饮食、身体活动及其它健康行为保护儿童的健康。</p> <p>鼓励学校每天为学生提供体育教育。</p> <p>鼓励政府采取政策支持在校健康饮食和限制获取高盐、高糖和高脂产品。</p>	
	与饮食、身体活动与健康全球战略所含向会员国建议的行动相关的核心指标	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 具有侧重于饮食和身体活动的卫生教育课程标准。 ▪ 卫生部或教育部与交通部之间进行沟通以改善通往学校的步行和自行车通道。 ▪ 全国课程设置内每年注重于健康饮食和身体活动的卫生教育课时总量。 ▪ 中小学用于身体活动的总课时数。 ▪ 监测儿童身高和体重的学校百分比。 	
	饮食	身体活动
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 具有全国学校食品政策。 ▪ 具有符合国家饮食准则的学校餐饮营养标准。 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 具有关于身体活动和/或体育教育的全国学校政策。
	与饮食、身体活动与健康全球战略所含向会员国建议的行动相关的扩展指标	
	饮食	身体活动
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 具有学校食品政策的学校百分比。 ▪ 学校供餐符合饮食准则的学校百分比。 ▪ 学校具有营养教育和宣传规划。 ▪ 提供健康食物选择的学校百分比。 ▪ 限制获取高脂、高盐、高糖产品和自动售货机的学校百分比。 ▪ 提供水果和蔬菜规划的学校百分比。 ▪ 参加健康饮食培训课程的教师百分比。 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 公布学校身体活动政策的学校百分比。 ▪ 每天至少提供一小时身体活动的学校百分比。 ▪ 提供课外身体活动机会的学校百分比。 ▪ 具有安全的“步行上学”路经的学校百分比。 ▪ 使用社区娱乐设施的学校百分比。 ▪ 学校具有身体活动宣传规划。 ▪ 参加身体活动培训课程的教师百分比。 	

表 10 – 向儿童推销食品和非酒精饮料

行动领域	饮食、身体活动与健康全球战略（第 40 段） 所含向会员国建议的行动概要
支持性政策	政府应与消费者团体和私立部门（包括广告部门）一起工作以形成适宜的多部门措施处理对儿童的食品市场营销并处理诸如赞助、促销和广告等问题。
	与饮食、身体活动与健康全球战略所含向会员国建议的行动相关的核心指标
	饮食
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 具有限制向儿童推销食品和非酒精饮料的管制框架和/或自我管制机制。 ▪ 具有针对向儿童推销食品和非酒精饮料的独立监测系统或自我管制机制。
	与饮食、身体活动与健康全球战略所含向会员国建议的行动相关的扩展指标
	饮食 <ul style="list-style-type: none"> ▪ 在儿童收视高峰时段以儿童为目标的食品和非酒精饮料电视广告百分比。 ▪ 以儿童为目标的食品和非酒精饮料广告印刷品百分比。 ▪ 以儿童为目标的互联网食品和非酒精饮料广告百分比。

表 11 – 营养标签

行动领域	饮食、身体活动与健康全球战略（第 40 段） 所含向会员国建议的行动概要
支持性政策	政府可按法典营养标签准则(26)中的建议，要求提供主要营养方面的信息。任何健康声称必须在营养效益或危险方面不误导公众。
	与饮食、身体活动与健康全球战略所含向会员国建议的行动相关的核心指标
	饮食
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 建立关于食品和饮料营养标签与健康声称的咨询机制或协商。
	与饮食、身体活动与健康全球战略所含向会员国建议的行动相关的扩展指标
	饮食 <ul style="list-style-type: none"> ▪ 制定关于营养标签和健康声称的立法和/或规定。

表 12 – 食品和农业政策

行动领域	饮食、身体活动与健康全球战略（第 41 段） 所含向会员国建议的行动概要
支持性政策	国家食品和农业政策应与保护和促进公众健康一致。在需要的地方，政府应考虑促进采用健康饮食的政策。食品和营养政策还应包括食品安全和可持续的食品保障。应鼓励政府审查食品和农业政策对食品供应在卫生方面的潜在影响。
	与饮食、身体活动与健康全球战略所含向会员国建议的行动相关的核心指标
	饮食
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 通过合作过程决定制定支持健康饮食的国家食品和农业政策。
	与饮食、身体活动与健康全球战略所含向会员国建议的行动相关的扩展指标
	饮食 <ul style="list-style-type: none"> ▪ 具有食品控制立法以保护消费者健康。 ▪ 建立机制以审查和更新食品和营养政策。 ▪ 具有用于食品安全的监测机制。 ▪ 农业政策符合营养建议。 ▪ 具有针对水果和蔬菜生产和/或消费的特定补贴。 ▪ 具有符合国家饮食准则的地方或市级食品补贴和食品定价战略。

表 13 – 教育、宣传和公众意识

行动领域	饮食、身体活动与健康全球战略（第 40 段） 所含向会员国建议的行动概要
支持性规划	政府专家、非政府和基层组织及有关工业界应制定和传递连贯一致的明确信息。应通过若干渠道并以适合地方文化、年龄和性别的形式传播这些信息。 成人教育规划中应纳入健康素养。
	与饮食、身体活动与健康全球战略所含向会员国建议的行动相关的核心指标
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 具有明确的饮食教育和公众意识国家规划或宣传运动。 ▪ 具有明确的体育教育和公众意识国家规划或宣传运动。 ▪ 具有持久的机构支持以促进和实施国家饮食和身体活动准则。
	与饮食、身体活动与健康全球战略所含向会员国建议的行动相关的扩展指标
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 用于传播健康饮食和身体活动相关信息的渠道数量。 ▪ 健康饮食和身体活动宣传运动或信息达及的人口百分比或特定目标人群。 	

表 14 – 以卫生服务为基础的规划

行动领域	饮食、身体活动与健康全球战略（第 45 段） 所含向会员国建议的行动概要	
支持性 规划	与卫生服务工作人员的日常接触应包括就健康饮食和增加身体活动量的好处向病人和家庭提供实用建议，并结合向病人提供支持以帮助他们开始和维持健康行为。	
	与饮食、身体活动与健康全球战略所含向会员国建议的行动相关的核心指标	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 国家初级医疗计划中包括由一名合格的专业人员提供关于饮食和身体活动的咨询。 ▪ 提供饮食和身体活动咨询的政府卫生设施百分比。 ▪ 把饮食和身体活动相关内容纳入卫生专业人员的大学课程中。 	
	与饮食、身体活动与健康全球战略所含向会员国建议的行动相关的扩展指标	
	饮食	身体活动
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 获得初级医疗队提供的健康饮食建议的人口百分比。 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 获得初级医疗队提供的身体活动建议的人口百分比。 	

表 15 – 监测、研究和评价

行动领域	饮食、身体活动与健康全球战略（第 46 段） 所含向会员国建议的行动概要	
检查和 监测	政府应在监测、研究和评价方面进行投资。长期持续地监测主要危险因素是至关重要的。政府也许可依靠在国家 and 地区级已有的系统。需要建立有效机制以评价国家疾病预防和健康促进规划的有效性和成本效益以及其它部门的政策对健康的影响。在需要的地方，评价过程应包括关于把健康饮食和身体活动纳入更广泛的发展和减贫规划的促进规划的信息。	
	与饮食、身体活动与健康全球战略所含向会员国建议的行动相关的核心指标	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 具有特定的预算项目用于监测和评价饮食习惯和身体活动模式以及饮食、身体活动与健康全球战略的实施。 ▪ 具有检查和监测系统以衡量过程、产出和结果等各项指标。 ▪ 具有国家监测系统以衡量能量、食物和营养摄入、饮食习惯、身体活动模式和人体测量数据。 ▪ 利用有效、可靠和标准的工具，例如 GPAQ（全球身体活动调查表）、STEPS（世卫组织慢性病危险因素阶梯式监测方法）或 IPAQ（国际身体活动调查表）。 ▪ 非政府组织参与监测饮食、身体活动与健康全球战略实施进展情况，以及为实施国家饮食和身体活动规划而形成的伙伴关系数量。 	
	与饮食、身体活动与健康全球战略所含向会员国建议的行动相关的扩展指标	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 包括基线调查和后续评价的饮食和身体活动干预措施百分比。 ▪ 现有应用研究项目在以社区为基础的试点项目中所占的百分比，以及对不同政策和干预措施的评价。 ▪ 具有针对特定干预措施的成本效益计算。 	

关键指标： 结果

引言

以下表格列举了结果指标的范例。分别提出核心指标和扩展指标，并按短期、中期和长期指标进行组织。这种结构使会员国能够使用该表格在整个行动过程的不同时间监测和评价政策实施工作的影响。

表 16 – 核心结果指标（短期和中期）

结果指标	
核心指标 – 短期	
<ul style="list-style-type: none"> 意识到食用足够水果和蔬菜对健康有益的人口百分比。 意识到总脂肪，饱和脂肪、盐和糖摄入量过高对健康造成危险的人口百分比。 意识到身体活动（包括保持健康的体重）对健康有益的人口百分比。 记得关于健康饮食和身体活动的宣传运动或战略所提供信息的人口百分比。 	
核心指标 – 中期	
<ul style="list-style-type: none"> 在参加健康饮食和身体活动干预规划的目标人群中，体重过重和肥胖成人（即体重指数(BMI) ≥ 25 和 BMI ≥ 30）的百分比减少。 患高血压（即收缩压（SBP）≥ 140 和/或舒张压（DBP）≥ 90 毫米汞柱的成人百分比。 总胆固醇高（即≥ 5.2 mmol/l）的成人百分比。 	
饮食	身体活动
<ul style="list-style-type: none"> 每天食用少于 5 份水果和蔬菜的人口百分比，或者每天食用不足 400 克水果和蔬菜的成人比例。 	<ul style="list-style-type: none"> 身体活动水平过低（即每周< 600 MET* 最低限度）的成人百分比。 每天至少参加 60 分钟的身体活动的儿童百分比。 <p>(*MET = 代谢当量：一个MET定义为1 kcal/kg/h，相当于静坐时消耗的能量。MET还定义为按 ml/kg/min消耗的氧，一个MET等于静坐时消耗的氧，约为3.5 ml/kg/min)。</p>

表 17 – 扩展结果指标（中期）

结果指标	
扩展指标 – 中期	
饮食	身体活动
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 饮食中脂肪摄入量<每日消耗总能量 30% 的人口百分比。 ▪ 饮食中饱和脂肪摄入量<每日消耗总能量 10%的人口百分比。 ▪ 饮食中糖摄入量<每日消耗总能量 10%的人口百分比。 ▪ 饮食中氯化钠（纳/盐）摄入量<每日 5 克的人口百分比。 ▪ 完全母乳喂养达 6 个月的儿童百分比。 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 步行和骑自行车上班用时 10 分钟或以上的人口百分比。 ▪ 步行或骑自行车上学的儿童百分比。

表 18 – 核心结果指标（长期）

结果指标
核心指标 – 长期
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 体重过重或肥胖的成人、儿童和青少年基于人口的百分比。 ▪ 特定病因死亡率。 ▪ 特定病因发病率。

按国情调整 指标

引言

上文各表格列举了指标的一些范例。但是，会员国不妨制定自己的指标或更多的指标以衡量饮食、身体活动与健康全球战略的实施情况。在国家级对替代指标或额外指标作出决定时，需要解答某些问题以确保选择的指标最充分地适合具体情况。以下问题可用作为指导(27,28):

关于确定指标的问题

- 哪些指标与饮食、身体活动与健康全球战略的实施相关?
 - 能获得并能收集哪些数据，以便使指标具有可靠的来源?
 - 能对统计机构、卫生部及其它有关各方增加多少负担?
 - 在其确切定义水平上，哪些指标将符合方法论标准，例如：
 - 有效性 – 该指标是否衡量意图衡量的项目?
 - 可靠性 – 衡量结果是否能够再现?
 - 敏感性 – 衡量结果在空间或时间方面是否有足够的区别?
-

关于检查指标适宜性的问题

- 所建议指标的可靠数据是否能及时并现实地获取，或者指标是否体现为已存在的卫生数据?
 - 成套指标是否便于阅读和理解?
 - 各项指标是否相互一致?
 - 这些指标是否能理想地与其它国家或区域进行比较?
 - 是否可能为建议的指标找到可行的定义?
 - 如可能，这些指标是否考虑到国际组织的工作?
-

整体考虑

用于在国家级监测饮食、身体活动与健康全球战略实施情况的指标首先应当反映有关国家的文化背景。饮食习惯和身体活动水平与特定的生活方式密切相关，而后者在很大程度上是由文化背景决定的。监测饮食、身体活动与健康全球战略实施情况的一项指标可能在一个国家有用（例如，在以城市为主的环境中自行车道的总长度），但在另一国家中可能用处较少（例如，在以农村环境为主要特征的国家中）。

结论

监测和评价国家和亚国家级与饮食和身体活动相关的政策和规划的制定和实施情况将做到:

- 确保政策、计划或规划按计划实施;
- 推动正在进行的学习以及对所实施行动的持续改进;
- 协助决策者对现有政策、计划和规划（包括制定新的政策、计划和规划）作出决定;
- 提高向高层管理人员、政治家、捐助者、公民及所有其它有关各方进行报告方面的透明度和问责制。

世卫组织编写了这份文件以协助会员国监测和评价本国在促进健康饮食和身体活动领域内的活动。这一工具包括一个框架，说明各项政策和规划及其实施工作能如何影响人群，从而导致行为、社会、卫生、经济和环境方面的变化，并提出如何把适当的监测和评价指标纳入变革过程。此外，本文件包括根据饮食、身体活动与健康全球战略各项建议制定的一系列指标表格。

文件中提出的各项指标，如恰当，应当被视为根据国家需要和现实情况进行调整之后可利用的范例。在根据国情进行调整时，需要考虑若干问题，包括与本国文化、宗教、性别政策、现有卫生政策、环境、科学依据和数据可得性等相关的问题。

参考文献¹

1. *Preventing chronic diseases: a vital investment*. Geneva, World Health Organization, 2005.
2. *Facing the facts: the impact of chronic disease in Africa*. Geneva, World Health Organization, 2005 (http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/media/afro.pdf).
3. *Facing the facts: the impact of chronic disease in the Americas*. Geneva, World Health Organization, 2005 (http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/media/amro.pdf).
4. *Facing the facts: the impact of chronic disease in the Eastern Mediterranean*. Geneva, World Health Organization, 2005 (http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/media/emro.pdf).
5. *Facing the facts: the impact of chronic disease in Europe*. Geneva, World Health Organization, 2005 (http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/media/euro.pdf).
6. *Facing the facts: the impact of chronic disease in South-East Asia*. Geneva, World Health Organization, 2005 (http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/media/searo.pdf).
7. *Facing the facts: the impact of chronic disease in the Western Pacific*. Geneva, World Health Organization, 2005 (http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/media/wpro.pdf).
8. *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a joint WHO/FAO expert consultation*. Geneva, World Health Organization, 2003 (WHO Technical Report Series, No. 916).
9. *Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health*. Geneva, World Health Organization, 2004.
10. *Prevention and control of noncommunicable diseases: implementation of the global strategy (WHA 61.14)*. Geneva, World Health Organization, 2008 (http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A61/A61_8-en.pdf).
11. *Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation*. Geneva, World Health Organization, 2000 (WHO Technical Report Series, No. 894).
12. *Preparation and use of food-based dietary guidelines. Report of a joint FAO/WHO consultation*. Geneva, World Health Organization, 1998 (WHO Technical Report Series, No. 880).
13. The WHO STEPwise approach to surveillance (STEPS). Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/chp/steps/en>).
14. Global school-based student health survey (GSHS). Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/school_youth_health/assessment/gshs/en).

¹ 电子出版物是 2008 年 9 月 21 日读取的。

15. The WHO Global InfoBase: WHO global comparable estimates [online database]. Geneva, World Health Organization (<http://infobase.who.int>).
16. *Fruit and vegetables for health. Report of a joint FAO/WHO workshop held 1–3 September 2004, Kobe, Japan.* Geneva, World Health Organization, 2005.
17. *A guide for population-based approaches to increasing levels of physical activity: implementation of the WHO Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health.* Geneva, World Health Organization, 2007 (<http://www.who.int/dietphysicalactivity/PA-promotionguide-2007.pdf>).
18. *Reducing salt intake in populations. Report of a WHO forum and technical meeting.* Geneva, World Health Organization, 2007 (http://www.who.int/dietphysicalactivity/reducingsaltintake_EN.pdf).
19. *Marketing of food and non-alcoholic beverages to children. Report of a WHO forum and technical meeting.* Geneva, World Health Organization, 2006 (<http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/Oslo%20meeting%20layout%207%20NOVEMBER.pdf>).
20. *Preventing noncommunicable disease in the workplace through diet and physical activity. WHO/World Economic Forum report of a joint event.* Geneva, World Health Organization, 2008 (http://www.who.int/dietphysicalactivity/WHOWEF_report_JAN2008_FINAL.pdf).
21. *School policy framework: implementation of the WHO Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health.* Geneva, World Health Organization, 2008.
22. *Integrated management of healthy settings at the district level. Report of an intercountry consultation, Gurgaon, India 7–11 May 2001.* Geneva, World Health Organization, 2002 (http://whqlibdoc.who.int/searo/2002/SEA_HSD_260.pdf).
23. *The programme manager's planning, monitoring and evaluation toolkit.* United Nations population fund (UNFPA) (<http://www.unfpa.org/monitoring/toolkit.htm>).
24. *Health promotion evaluation: recommendations to policy-makers. Report of the WHO European working group on health promotion evaluation.* World Health Organization, 1998.
25. Branca F, Nikogosian H, Lobstein T. Monitoring and evaluating policies and programmes. In: *The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007.
26. *Codex Alimentarius Commission. Codex guidelines on nutrition labelling.* CAC/GL 2–1985, (Rev. 1–1993).
27. *European Community Health Indicators (ECHI). Public Health Indicators for Europe: Context, selection, definition.* Final report by the ECHI project phase II, June 2005 (http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2001/monitoring/fp_monitoring_2001_fr_ep_08_en.pdf).
28. *Strategy on European Community Health Indicators (ECHI). Network of competent authorities on health information, Luxembourg, 5–6 July 2004.* Luxembourg, European Commission, 2004 (http://ec.europa.eu/health/ph_information/documents/ev20040705_rd09_en.pdf).

更多信息来源

- *A physically active life through everyday transport with a special focus on children and older people and examples and approaches from Europe.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2002.
- *Food and health in Europe: a new basis for action.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2002 (WHO Regional Publications European Series, No. 96).
- *Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study: international report from the 2001/2002 survey.* (Health Policy for Children and Adolescents, No. 4). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004.
- *Making way for a healthier lifestyle in Europe. Monitoring public health nutrition in Europe. List of indicators. Summary report – final version.* European Commission, 2003.
- *The first action plan for food and nutrition policy. WHO European Region 2000–2005.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2001.
- *The SuRF Report 2, Surveillance of chronic disease risk factors: country-level data and comparable estimates.* Geneva, World Health Organization, 2005.
- *The World Health Report 2002: reducing risks, promoting healthy life.* Geneva, World Health Organization, 2002.
- Epping-Jordan J et al. Preventing chronic diseases: taking stepwise action. *Lancet*, 2005, 366(9497):1667–1671.
- *Framework and tools for evaluating health surveillance systems.* Prepared by Health Surveillance Coordinating Committee (HSCC), Population and Public Health Branch Health Canada. Version 1.0. March, 2004.
- *EUROHIS. Developing common instruments for health surveys.* Nosikov A, Gudex C, eds. WHO Regional Office for Europe, IOS Press, 2003.
- *Tonga commitment to promote healthy lifestyles and supportive environment.* WHO Western Pacific Region, Healthy Islands, Secretariat of the Pacific Community. World Health Organization, 2003.
- *Assessment of national capacity for noncommunicable disease prevention and control. The report of a global survey.* Geneva, World Health Organization, 2001.

附件 1: 国家级监测和评价活动的国家范例

以下表格概述了目前正在开展的监测和评价饮食和身体活动相关政策和规划的制定和实施情况的国家活动范例。表格还列举了有关国家选定的指标，这些指标是在要求这些国家分析 2006 年饮食、身体活动与健康全球战略文件并将建议的指标与其本国正在实施的政策和规划联系起来时由这些国家选定的，因为认为与其国情相关。

巴西	
与饮食和身体活动相关的政策	在 1999 年，公布了国家饮食和营养政策。在 2006 年，公布了国家卫生促进与健康政策，其中优先强调的领域包括促进健康和安全的饮食与身体活动。这两项政策由卫生部的各秘书处和相关机构以及 27 个州府秘书处和市级政府进行实施。
负责监测和评价活动的机构	卫生部、国家卫生系统、卫生监测秘书处、巴西地理和统计研究所、BEMFAM（家庭福利协会）、国家癌症研究所。
监测和评价活动、工具以及数据来源的概要情况	<p>国家卫生系统通过以下方面开展监测活动：死亡率数据登记、强制性的疾病通知、服务提供和门诊保健、入院登记、初级医疗登记、人口营养状况、SISVAN（国家食品和营养监测系统）。</p> <p>巴西地理和统计研究所每年对家庭人口情况和预算开展调查。其中包括收集关于家庭用于饮食方面开支的信息。</p> <p>在 2002 – 2003 年，开展了一次家庭调查，其中包括收集关于饮食和身体活动模式以及人体测量数据方面的信息。2008 年正在开展另一项研究。</p> <p>在 2006 年，卫生部启动了通过电话监测非传染病高危因素的系统 – VIGITEL。VIGITEL 的目标是在巴西所有主要城市持续监测慢性病高危因素和保护性因素（包括饮食和身体活动）的出现频率和分布情况。</p> <p>自 1986 年以来，卫生部对妇女和五岁以下儿童的饮食与营养进行了四次调查。</p> <p>在 2007 年，卫生部与卫生问题各秘书处一起确定了指标以监测减少久坐的行为。除了上述活动之外，通过与地方系统的沟通、预算开支的控制以及与实施身体活动政策相关的互联网调查表评估，对过程和结果进行了评价。</p>
相关过程和产出指标的范例	<ul style="list-style-type: none"> - 在各州和各大城市的现有计划中，饮食和身体活动被确定为重点。 - 具有注重饮食和身体活动的杰出学术中心。 - 学校餐饮的营养标准符合国家饮食准则。 - 在电视、广播、媒体和互联网等领域内限制向特定年龄儿童推销食品和非酒精饮料并规定播放时间的管制机制。
相关结果指标的范例	<ul style="list-style-type: none"> - 减少惯于久坐的成人百分比*。 - 每天食用至少五份水果和蔬菜的成人百分比–(建议的水果和蔬菜每日食用量*)。 <p>* VIGITEL 使用的指标 (通过电话开展的非传染病调查)。</p>

斐济

与饮食和身体活动相关的政策	<p>卫生部制定了 2004–2008 年国家非传染病战略计划，饮食和身体活动是其中的一项重点。在日本国际合作署的帮助下，卫生部在 2007 年 6 月制定了国家食品和营养政策。非传染病专题小组制定了一份国家身体活动指南。</p> <p>国家的政策被纳入斐济国家健康促进政策。公共服务委员会还制定了健康工作场所政策，其中包括身体活动和营养。该政策于 2008 年 1 月经内阁认可，现在适用于所有政府工作场所。</p>
负责监测和评价活动的机构	卫生部和分区管理小组、斐济医学院、塔斯马尼亚大学孟席斯人口健康研究中心。

	国家非传染病委员会的指导委员会在国家级协调监测和评价及其它活动，但下属部门可自由开展自己的监测工作。
监测和评价活动、工具以及数据来源的概要情况	<p>各省负责监测和评价本省的活动。</p> <p>通过每月、每季度和每年向地区社区卫生首席医务官提交活动报告，对饮食和身体活动相关规划开展常规监测。编写和报告的情况供每月召集的社区卫生执行委员会进行评价。使用的工具包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> 负责该规划的每名地区护士提交的非传染病及其高危因素筛检/健康促进报告表； 在西部地区试用的快速调查表和绿色处方； 国家非传染病 STEPS 调查(世卫组织 STEPS 规划)以及各规划管理人员、专题小组和主任提交的其它报告。 <p>随后的非传染病 STEPS 调查将于 2009 年开展。</p>
相关过程和产出指标的范例	<ul style="list-style-type: none"> - 具有具体供资来源和已公布时间安排的国家饮食和身体活动文件。 - 具有用于饮食和身体活动的资源筹集计划。 - 非政府组织为促进饮食和身体健康组织的活动。 - 具有在工作场所促进健康饮食和身体活动规划的工作场所数量。
相关结果指标的范例	<ul style="list-style-type: none"> - 意识到身体活动效益的人口百分比。 - 意识到总脂肪、饱和脂肪、盐和糖摄入量过高对健康造成危险的人口百分比。 - 在参与健康饮食和身体活动干预规划的目标人群中，体重过重和肥胖成人的百分比减小。
菲律宾	
与饮食和身体活动相关的政策	饮食和身体活动相关政策被纳入：国家卫生目标(2005–2010 年)、国家非传染病综合战略计划(2006–2010 年)、第 958 号总统公告（宣布 2005–2015 年为健康生活方式 10 年）、2005–2010 年非传染病综合预防和控制规划以及菲律宾中期营养行动计划。
负责监测和评价活动的机构	卫生部（地区和国家各级、国家流行病学中心）、国家营养理事会、科学和技术部食品营养和研究机构。
监测和评价活动、工具以及数据来源的概要情况	<p>向地区卫生发展中心报告当地规划活动。卫生部的规划协调人在国家级对报告进行汇总。类似的程序用于国家营养理事会实施的规划。</p> <p>每隔 5 年，科学和技术部食品营养和研究机构与各利益攸关方合作，开展国家营养调查以及国家营养和健康调查。这些调查利用标准化的人体测量、生物化学、临床和营养评估技术，确定并重新评估与生活方式和营养相关的高危因素和疾病在 4 岁及以上菲律宾人中的流行情况。</p> <p>卫生部国家流行病学中心每隔 3-5 年开展以学校为基础的全球健康调查。该调查监测青少年中非传染病相关行为因素的流行率，例如身体活动、饮食行为和体重过重等。</p> <p>还对死亡率和发病率统计数据（包括来自癌症登记处的数据）进行分析以确定非传染病的趋势。</p>
相关过程和产出指标的范例	<ul style="list-style-type: none"> - 制定和传播国家身体活动准则。 - 公布并向各伙伴和利益攸关方传播国家非传染病预防和控制战略计划（包含饮食和身体活动计划）。 - 建立国家协调机制以监督非传染病综合预防和控制工作的实施（包含饮食和身体活动计划） - 制定和传播国家身体活动准则。
相关结果指标的范例	<ul style="list-style-type: none"> - 每天至少食用五份水果和蔬菜的成年人口百分比增加。 - 定期从事身体活动的人口百分比增加。

- 体重过重或肥胖的成年人口百分比减小。

瑞典

与饮食和身体活动相关的政策	在 2003 年公布了涉及营养和身体活动的国家公共卫生政策。 在 2004 年公布了北欧身体活动建议。 关于通过饮食和身体活动增进健康和生活质量的北欧行动计划于 2006 年 7 月获得批准。
负责监测和评价活动的机构	瑞典国家公共卫生研究所、瑞典统计局、福利和健康理事会、国家食品管理局、瑞典农业理事会。
监测和评价活动、工具以及数据来源的概要情况	瑞典国家公共卫生研究所监测国家公共卫生政策的目标并在四年一度的国家报告中提交其结果。 平等卫生条件是关于瑞典卫生和生活条件的一份年度调查，其中包括关于饮食和身体活动的问题。 瑞典国家公共卫生研究所向各市级政府提供关于各种健康决定因素的基本公共卫生统计数据。其它政府机构（见上文）也提供关于人口健康的官方统计数据。 以社区为基础的瑞典学校儿童身体活动、生活方式和自尊心研究是分析年轻人与身体活动水平、自尊心、饮食习惯、身高体重、民族和社会经济条件之间关系的一次调查。 通过国家旅行调查收集关于年龄为 6-84 岁的瑞典人口每天行动和较长旅行的数据。
相关过程和产出指标的范例	- 具有立法支持身体活动，包括体育法律以及交通政策和基础设施。 - 具有明确和可持久的国家预算用于身体活动行动。 - 限制获取高脂、高盐和高糖产品以及自动售货机的学校百分比。 - 在儿童收视高峰时段以儿童为目标的电视食品和非酒精饮料广告的百分比。
相关结果指标的范例	- 每天积极从事中等强度的身体活动至少达 30 分钟的成人百分比。 - 身体活动水平过低的儿童和青少年百分比。 - 每天食用不足五份水果和蔬菜的成人百分比，或每天食用少于 400 克水果和蔬菜的成人比例。 - 饮食中糖摄入量<每日总消耗能量 10%的人口百分比。

泰国

与饮食和身体活动相关的政策	已公布国家饮食准则、国家饮食和营养政策以及国家身体活动政策。“泰国人无大肚子”是在全国各省的主要区县中利用健康促进俱乐部、中学和政府机构的干预措施，控制 15 岁以上人口的腰围和体重指数的一个国家规划。
负责监测和评价活动的机构	公共卫生部、旅行和体育部、卫生检查署、政策和计划局、省卫生厅、教育部、地区卫生中心和营养部门、卫生部门、卫生系统研究所和国家统计局。
监测和评价活动、工具以及数据来源的概要情况	定期开展全国营养调查，收集关于饮食习惯和体重指数的信息。 公共卫生部卫生司还开展全国调查以评价 6 岁以上泰国人每日的身体活动水平和缺少身体活动的水平以及业余时间的利用情况。 公共卫生部还通过卫生检查署收集关于体重、身高和腰围的数据，以便监测“泰国人无大肚子”规划。
相关过程和产出指标的范例	- 在工作场所开展活动促进健康饮食和身体活动的工作场所数量。 - 在学校开展活动促进健康饮食和身体活动的学校数量。 - 意识到总脂肪、饱和脂肪、盐和糖摄入量过高对健康造成危险的人口百分比。
相关结果指标的范例	- 腰围过大（即妇女超过 80 厘米，男子超过 90 厘米）的成人百分比。 - 体重过重或肥胖儿童和青少年（体重与身高相比）的百分比。 - 完全母乳喂养达 6 个月的儿童百分比。 - 每天食用超过 400 克水果和蔬菜的成人百分比。

附件 2：正在开展的监测和检查工作

正在开展的工作

以下表格概括了在高危因素监测和检查领域内正在开展的全球或区域行动范例。

监测系统	负责机构	说明
STEPS 世卫组织慢性病危险因素阶梯式监测方法	世卫组织总部和各区 域办事处	在国家级收集可比和可持久的慢性病高危因素信息的系列程序，所有国家可由此制定包含关于其特定环境中高危因素的优质信息的监测系统。 STEPs 方法由以下部分组成：第一步 – 收集可通过调查表从一般民众获得的高危因素信息；第二步 – 通过为研究作为人体生理特性的高危因素所必须的简单身体测量，获得客观数据；以及第三步 – 对生理特性进行进一步的客观测量，包括血样以衡量血脂和血糖水平 (www.who.int/chp/steps/en/)。
GSHS 以学校为基础的全球学生健康调查	世卫组织总部和各区 域办事处	该合作监测项目旨在帮助各国衡量和评估 13-15 岁青少年在 10 个关键领域内的行为风险因素和保护性因素。这种以学校为基础的低费用调查使用自我管理的调查表以获得关于饮食行为和身体活动等学生生活方式的数据。非洲、亚洲和美洲的若干国家已实施 GSHS 或正在实施过程中 (www.who.int/school_youth_health/assessment/gshs/)。
HBSC 学龄儿童健康行为	世卫组织欧洲区域办 事处与各国研究机构 合作	在若干国家开展的跨国研究调查。该调查寻求对青少年的健康，包括其在社会背景中的健康行为和生活方式，进行新的深入观察。该调查针对 11、13 和 15 岁的青少年 (www.euro.who.int/youthhealth/hbsc/20030130_2/)。
世卫组织全球信息库	世卫组织总部	世卫组织全球信息库是一个数据储存库，它收集、储存和显示所有世卫组织会员国关于慢性病及其高危因素的信息。 于 2002 年制定该信息库，以便使公共卫生专业人员能更方便地获取国家级慢性病高危因素数据，并提供可追踪的来源和完整的调查方法。该数据储存库目前存有来自 9500 次调查的超过 50 万项数据，代表了 186 个国家。 信息库的在线工具每天获得世界各国卫生部以及寻找高危因素数据信息的研究人员和新闻记者的约 16 000 次点击 (http://www.who.int/infobase/report.aspx)。
ECHI 欧洲共同体卫生指标	欧盟委员会	该项目旨在为今后的卫生监测系统创建一个样品。迄今已完成两个阶段包括清点整个欧洲联盟的数据来源和方法，分析各领域的的数据需求，确定各项指标和保证质量，为国家工作提供技术支持，在欧洲联盟一级收集数据，报告并分析和宣传结果 (ECHI, 2005 年) (http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2001/monitoring/fo_monitoring_2001_frep_08_en.pdf)。

附件 3：马德里讲习班

目标 作为出版《世卫组织饮食、身体活动与健康全球战略：监测和评价实施情况的框架》的后续活动，于 2007 年 10 月 3-4 日在西班牙马德里举办了一次国际能力建设讲习班。讲习班的目标是：

1. 向会员国介绍和宣传饮食、身体活动与健康全球战略框架；
2. 鼓励会员国使用该文件，并根据本国特征和政策进行调整；
3. 回顾和分享关于监测和评价国家饮食和身体活动政策的国家经验。

目的 本文件是马德里国际讲习班的总结报告。

讲习班日程 西班牙食品安全和营养机构总裁 Félix Lobo 博士宣布讲习班开始并欢迎所有与会人员来到马德里。Lobo 博士概述了西班牙的非传染病负担，总结了西班牙营养、身体活动和预防肥胖症战略的制定过程以及战略实施过程中的里程碑，并强调需要把监测和评价纳入与饮食和身体活动相关的所有政策和规划中。Lobo 博士在结束讲话时说，这次国际讲习班不但是加强西班牙食品安全和营养机构与世卫组织之间现有合作的良好机会，而且是所有与会会员国讨论其监测和评价活动的宝贵机会。

在 Lobo 博士的开幕词之后，世卫组织东南亚区域办事处（印度）区域非传染病顾问 Jerzy Leowski 博士作了开幕式发言。Fernando Artalejo 教授当选为主席。

第一天包括发言以及随后的全体会议讨论。在第二天，形成了三个工作小组以讨论使用框架文件的国家监测和评价活动。

表 1 列出参加每一工作小组的人员。根据以下概述的主题确定了每个小组的讨论方向。

表 1 – 参加每一工作小组的人员

	第 1 组	第 2 组	第 3 组
主持人	Nick Cavill 先生(世卫组织临时顾问)	Vanessa Candeias 女士(世卫组织总部)	Trudy Wijnhoven 女士(世卫组织欧洲区域办事处)
报告员	Jerzy Leowski 博士(世卫组织东南亚区域办事处)	Melanie Cowan 女士(世卫组织总部)	Fernando Rodriguez-Artalejo 教授(西班牙)
参加人员	Praveena Ali 博士(斐济) F. Prescilla L Cuevas 博士(菲律宾) Sopon Mekthon 博士(泰国) Rakesh Srivastava 博士(印度)	Anne Gabriel 博士(塞舌尔) Enrique Jacoby 博士(世卫组织美洲区域办事处) Deborah Carvalho Malta 博士(巴西) Tito Pizarro 博士(智利) Joyce Nato 博士(世卫组织肯尼亚)	Jonathan Back 博士(欧盟委员会) Zuzana Brazdova 博士(捷克共和国) Juan Manuel Ballesteros 博士(西班牙) João Breda 博士(葡萄牙) Marián Dal-Re 博士(西班牙) Napoleón Perez Farinós 博士(西班牙) Gunnar Johansson 博士(瑞典) Murielle Mendez 博士(比利时) Enrique Regidor 博士(西班牙) Carmen Perez Rodrigo 博士(西班牙) Benoit Salanave 博士(法国) Gregorio Varela 博士(西班牙) Carmen Villar 博士(西班牙)

工作会议：支持性环境、政策和规划

按照饮食、身体活动与健康全球战略框架中建议的结构，每一工作小组讨论了如何在国家级使用建议的指标，其中分为以下三个类别：

- 1) 支持性环境
- 2) 支持性政策
- 3) 支持性规划

工作会议：场所

在考虑以场所为出发点处理每个国家的国家饮食和身体活动政策时，各工作小组讨论了如何利用饮食、身体活动与健康全球战略框架建议的指标在以下场所监测和评价各项活动：

- 1) 学校
- 2) 工作场所

工作会议：利益攸关方的交互作用

考虑到每个国家的国家饮食和身体活动政策从众多利益攸关方出发采取的措施，各工作小组讨论了评价不同利益攸关方之间交互作用以及通过众多利益攸关方促进健康饮食和身体活动的结果方面的最适当方式。

还讨论了如何使用饮食、身体活动与健康全球战略框架中建议的指标来监测和评价以下方面的活动：

- 1) 民间社会和非政府组织
- 2) 私立部门
- 3) 其它

工作会议：有国家针对性的行动计划

在最后的工作会议上，各小组对制定和随后实施有国家针对性的行动计划以监测和评价饮食和身体活动的政策进行了讨论。此外，还就如何把框架文件中建议的指标纳入今后的监测和评价行动开展了讨论。

作为工作会议的结束，各小组编写了报告，并随后将其提交全体会议。

结论

参加讲习班的大多数国家认为饮食、身体活动与健康全球战略文件：

- 是一种有用的工具，有益于提高关于需要把监测和评价纳入与饮食和身体活动相关的政策和规划的认识；
- 是支持会员国活动的实用指导；
- 提供了一套综合性指标，可直接和/或很容易经过调整用于国家政策和规划；
- 提供了也适用于监测和评价区域和国家级活动的指标。

文件中需要进一步注意的与监测和评价相关的领域：

- 财政政策
- 城市计划
- 能力建设和人力资源
- 以社区为基础的干预措施
- 边缘人群
- 城乡环境中干预措施的差异

与会者强调，不同指标的数据不但可来自传统的调查和调查表，而且可来自各种其它现有并可能不常规的来源（例如，公共交通使用者的登记记录、与非政府组织或私立部门的交互活动、农业生产或贸易活动的登记记录，等等）。

参加讲习班的所有国家表示它们将把适当的指标纳入目前和今后的监测和评价活动。

与会人员名单

Dr Praveena Ali	Principal Medical Officer Lautoka Health Centre Western Health Service Fiji
Prof Fernando Rodríguez Artalejo (Chairperson)	Department of Preventive Medicine and Public Health Faculty of Medicine University of Madrid Spain
Dr Jonathan Back	Health and Consumer Protection Directorate-General European Commission Belgium
Dr Juan Manuel Ballesteros	Technical Adviser Spanish Food Safety and Nutrition Agency Spain
Dr Zuzana Brazdova	Department of Preventive Medicine Masaryk University of Brno Czech Republic
Dr João Breda	Coordinator of the Platform Against Obesity Directorate General for Health Portugal
Ms Vanessa Candeias (rapporteur)	Technical Officer Surveillance and Population-based Prevention Unit World Health Organization Geneva Switzerland
Dr Deborah Carvalho Malta	Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis Secretaria de Vigilância em Saúde Ministry of Health Brazil
Mr Nick Cavill	Consultant Cavill Associates United Kingdom
Ms Melanie Cowan (rapporteur)	Technical Officer Surveillance and Population-based Prevention Unit World Health Organization Geneva Switzerland
Ms Frances Prescilla L. Cuevas	Chief Health Program Officer National Center for Disease Prevention and Control Department of Health Philippines
Dr Marián Dal-Re	Technical Adviser Spanish Food Safety and Nutrition Agency Spain
Dr Napoleón Pérez Farinós	Coordinator of Monitoring and Evaluation Spanish Food Safety and Nutrition Agency Spain
Dr Anne Gabriel	Director and Focal Person Noncommunicable Diseases Ministry of Health Seychelles Seychelles
Dr Jerzy Leowski	Regional Adviser Noncommunicable Diseases World Health Organization Regional Office for South-East Asia New Delhi India

Dr Enrique Jacoby	Regional Advisor on Healthy Eating and Healthy Living World Health Organization Regional Office for the Americas Washington USA
Prof Gunnar Johansson	Professor of Food and Nutrition Swedish National Institute of Public Health Sweden
Dr Sopon Mekthong	Deputy Director-General Department of Health Ministry of Public Health Thailand
Ms Murielle Mendez	Ministerium der Deutschsprachigen Gemeinschaft Abteilung Beschäftigung Gesundheit und Soziales Belgium
Dr Enrique Regidor	Ministry of Health and Consumer Affairs Spain
Dr Carmen Perez Rodrigo	Community Nutrition Unit Bilbao Department of Public Health Spain
Dr Tito Pizarro	Head of the Nutrition Department Ministry of Health Chile
Dr Benoit Salanave	Unité de Surveillance et d'Epidémiologie Nutritionnelle (USEN) InVS – Université de Paris France
Dr Rakesh Srivastava	Director-General Health Services Ministry of Health and Family Welfare Government of India India
Dr Joyce Nato	Office of the WHO Representative for Kenya Kenya
Dr Gregorio Varela	Department of Nutrition San Pablo-CEU University of Madrid Campus Montepíncipe Spain
Dr Carmen Villar	Spanish Food Safety and Nutrition Agency Spain
Ms Trudy Wijnhoven	Technical Officer World Health Organization Regional Office for Europe Copenhagen Denmark

ISBN 978 92 4 559730 8



9 789245 596325