



سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط در جمهوری اسلامی ایران در بازه‌زمانی ۱۳۹۴ تا ۱۴۰۴

کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر
تیرماه ۱۳۹۴



مسئولان امور پزشکی و دارویی
کشور باید اطمینان خاطر پیدا
کنند که در سراسر کشور هیچ یک
از مردم بر اثر نبود پزشک و دارو
دچار درد ورنج نخواهند بود. درمان
باید در اختیار همه مردم باشد و
این کاری است که دولت و وزارت
بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
باید آن را محقق کنند



تحقق مطلوب سند چشم انداز
بدون توسعه نظام سلامت
امکان پذیر نیست؛ اگر خواهان
توسعه یافتگی هستیم باید
ابتدا جامعه ای سالم داشته
باشیم و مهم ترین پایه و اساس
توسعه یافتگی، توسعه سلامت
انسانی و توسعه علم و دانش و
فناوری است

بیانیه رئیس کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر



دکتر سید حسن قاضی زاده هاشمی
وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
رئیس کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر

بیماری‌های مزمن و غیرواگیر اصلی‌ترین عوامل مرگ‌ومیر و ناتوانی در دنیای امروز به شمار می‌روند. عبارت بیماری‌های غیرواگیر به مجموعه‌ای از بیماری‌ها اطلاق می‌شود که اساساً توسط یک عفونت حاد ایجاد نمی‌شوند، اثرات مرتبط با سلامت آنها دراز مدت بوده، و عموماً نیاز به درمان و مراقبت طولانی مدت دارند. عمده این بیماری‌ها عبارتند از انواع سرطان‌ها، بیماری‌های قلبی-عروقی، دیابت و بیماری‌های مزمن دستگاه تنفسی. بسیاری از بیماری‌های غیرواگیر می‌توانند با کنترل عوامل خطر همچون مصرف دخانیات، مصرف الکل، عدم فعالیت جسمی کافی، و رژیم‌های غذایی نامناسب پیشگیری و کنترل شوند. بیماری‌های مزمن و غیرواگیر تنها به عوامل فوق‌الذکر محدود نشده و می‌توانند موارد دیگری همچون سوانح و حوادث، و اختلالات روحی روانی را نیز شامل شوند. با تصور طیف وسیع بیماری‌های غیرواگیر و گستردگی این شرایط اهمیت توجه به این دسته از انواع بیماری‌ها دوچندان می‌شود.

شیوع و بروز چشم‌گیر بیماری‌های غیرواگیر خصوصاً در دهه‌های اخیر سبب بروز نگرانی‌هایی در سیستم‌های سلامت کشورهای جهان و دست‌اندرکاران نظام سلامت در دنیا شده است. سازمان ملل متحد و سازمان جهانی بهداشت از جمله ارگان‌هایی هستند که تا کنون برنامه‌های مدونی برای پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر در جهان تنظیم کرده و در جهت ارتقا سلامت در این بخش در تلاش هستند. گواه این امر انجام نشست‌ها و تدوین دستورالعمل‌ها و نظام‌نامه‌هایی است که بیماری‌های غیرواگیر را هدف قرار می‌دهند. در این زمینه می‌توان به تلاش‌های مشترک این ارگان‌ها با موسسات و مراکز پژوهشی همچون موسسه IHME اشاره کرد که پروژه بررسی بار جهانی بیماری‌ها را بر عهده داشته است. در مجموع می‌توان چنین نتیجه گرفت که بحث بیماری‌های غیرواگیر محدود به یک کشور یا یک منطقه نبوده و معضلی است که نظام سلامت همه کشورهای جهان با آن دست به‌گریبان هستند.

چنین برآورد می‌شود که بیماری‌های غیرواگیر سالانه سبب ۳۵ میلیون مرگ در دنیا می‌شوند که این رقم چیزی در حدود ۶۰ درصد از کل مرگ‌های جهان را شامل می‌شود. از آمار یادشده چیزی در حدود ۸۰ درصد آن در کشورهای در حال توسعه اتفاق می‌افتد که این امر نیاز به توجه بیش از پیش به مقوله بیماری‌های غیرواگیر را در کشورهای در حال توسعه و خصوصاً کشور ما دوچندان می‌کند. استراتژی جهانی سازمان جهانی بهداشت کنترل تنها چهار بیماری غیرواگیر را در اولویت قرار می‌دهد که این چهار بیماری عبارتند از: بیماری‌های قلبی-عروقی، انواع سرطان‌ها، دیابت، چاقی و بیماری‌های تنفسی مزمن. با این حال باید در نظر داشت که این اولویت بندی نباید اذهان سیاست‌گذاران حوزه سلامت را از سایر بیماری‌های مزمن و غیرواگیر همچون اختلالات روانی، بیماری‌های اسکلتی-عضلانی، بیماری‌های دهان و دندان و سوانح و حوادث دور کند.

با گذشت زمان افراد در معرض عوامل محیطی و اجتماعی متعددی قرار می‌گیرند که آنها را در نهایت به سوی شیوه زندگی ناسالم و غیر ایمن سوق می‌دهند. اگرچه کنترل عوامل خطر همچون مصرف دخانیات، عدم فعالیت بدنی مناسب، رژیم غذایی نامناسب و... می‌تواند نقش بسزایی در پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر ایفا کند، اما در این بین نباید از نقش مداخلاتی همچون فعالیت‌های مرتبط با ارتقا سطح دانش افراد جامعه و تغییر نگرش آنان نسبت به عوامل خطر غافل شد. از آنجایی که بخش اعظم بار بیماری‌ها در کشور ما به بیماری‌های غیرواگیر مربوط می‌شود، باید در نظر داشت که پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر می‌تواند یکی از موثرترین راهکارها جهت کاهش بار بیماری‌هایی باشد که به نظام سلامت کشور تحمیل می‌شوند.

کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر مجموعه‌ای متشکل از خبرگان نظام سلامت کشور در حوزه بیماری‌های غیرواگیر بوده که با هدف کاهش بار بیماری‌های غیرواگیر در کشور تشکیل شده است. امید است با اتکال به خداوند منان و همت و تلاش متخصصین حوزه سلامت در بخش بیماری‌های غیرواگیر شاهد رسیدن هرچه سریع‌تر نظام سلامت کشور به هدف غایی خود یعنی کاهش شیوع، بروز، و مرگ‌ومیر ناشی از بیماری‌های غیرواگیر در کشور عزیزمان باشیم.

در این‌جا لازم می‌دانم از همکاری صمیمانه اعضای محترم کمیته خصوصاً معاونان محترم وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و اعضای محترم مرکز تحقیقات بیماری‌های غیرواگیر، پژوهشگاه علوم غدد و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی تهران تشکر کنم.

روند تهیه و تدوین سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط در کشور

دکتر باقر لاریجانی
نایب رئیس کمیته ملی
پیشگیری و کنترل
بیماری‌های غیرواگیر

به دلیل افزایش روند مرگ‌ومیر ناشی از بیماری‌های غیرواگیر به خصوص در کشورهای در حال توسعه، سازمان جهانی بهداشت از دو دهه پیش بیماری‌های غیرواگیر را جزو اولویت‌های بهداشتی کشورهای در حال توسعه اعلام کرده است. در حال حاضر بیماری‌های غیرواگیر علل اصلی مرگ و میر و ناتوانی در جهان هستند به طوری که بخش قابل ملاحظه‌ای از بار جهانی بیماری‌ها را به خود اختصاص می‌دهند. این در حالی است که بار بیماری‌های غیرواگیر در کشورهای با درآمد پایین و متوسط به طور قابل توجهی نسبت به کشورهای پیشرفته بیشتر است. چهار بیماری عمده غیرواگیر شامل بیماری‌های قلبی-عروقی، سرطان، بیماری‌های مزمن ریوی و دیابت مستقیماً به سه عامل خطر اصلی قابل پیشگیری شامل مصرف سیگار، تغذیه نامناسب و عدم فعالیت بدنی مناسب وابسته هستند. افزایش روز افزون شیوع این بیماری‌ها، خسارات اقتصادی بزرگی را به کشورهای تحمیل می‌کند. علت این افزایش، زمینه‌سازی مساعدی است که در اثر افزایش ریسک فاکتورهای این بیماری‌ها در سالین گذشته به وجود آمده است. تغییر شیوه زندگی سبب شده است که برخی از عوامل خطر مهم از جمله مصرف دخانیات، عدم فعالیت بدنی مناسب، رژیم غذایی نامناسب، سوانح و حوادث، تعداد مبتلایان به فشار خون و چربی و قند خون بالا در جامعه افزایش یابد و این خود زنگ خطری است برای افزایش مرگ‌ومیر و ناتوانی‌های ناشی از بیماری‌های غیرواگیر که در حال حاضر گریبان گیر کشورهای در حال توسعه است.

همانطور که پیش‌تر نیز اشاره شد دلیل عمده این وضعیت می‌تواند تغییراتی باشد که در سال‌های اخیر در شیوه زندگی مردم ایجاد شده است و شاید بتوان یکی از علل ایجاد این تغییرات را علاوه بر مقتضیات زندگی کنونی، در آگاهی و نحوه عملکرد مردم دانست. در بسیاری از موارد، عدم آگاهی کافی از عوامل خطر و عدم به کارگیری تمهیدات لازم و ضروری سبب شده است تا این عوامل روز به روز افزایش یابند. بنابراین شناخت عوامل خطر، سیاست‌گذاری در چگونگی مقابله و در نهایت کاهش روند روز افزون آنها می‌تواند تأثیر به‌سزایی در کاهش بیماری‌های غیرواگیر داشته باشد. چنین به نظر می‌رسد که بیماری‌های مزمن و غیرواگیر هم در کشورهای پیشرفته و هم در کشورهای در حال توسعه، در بین بزرگسالان اهمیت بیشتری می‌یابند. هم‌اکنون بیماری‌های قلبی-عروقی و سرطان‌ها در رأس علل مرگ‌ومیر در کشورهای پیشرفته قرار دارند و بخش زیادی از همه مرگ‌ها را شامل می‌شوند. در بسیاری از کشورهای شیوع و بروز بیماری‌های غیرواگیر و مزمن روند صعودی داشته و انتظار می‌رود که این روند همچنان ادامه پیدا کند. یکی از دلایل این افزایش می‌تواند افزایش امید به زندگی در بسیاری از کشورها باشد که در نتیجه آن شمار افراد مسن و در نتیجه احتمال ابتلا به انواع بیماری‌های غیرواگیر و مزمن بیش‌تر می‌شود. دلیل دیگر آن است که الگوهای زندگی و رفتاری مردم به سرعت دگرگون می‌شود و این دگرگونی فرد را مستعد ابتلا به انواع بیماری‌های غیرواگیر می‌کند.

در حال حاضر اهمیت توجه به بیماری‌های غیرواگیر در دنیا و به خصوص در کشورهای در حال توسعه بیش از پیش نمایان بوده و کشور ما نیز از قاعده مستثنی نیست. ضرورت توجه همه جانبه به بیماری‌های غیرواگیر مسئولان امر را بر آن داشت تا با تشکیل کمیته‌ای ملی با عنوان «کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر جمهوری اسلامی ایران» با تمرکز بر بحث بیماری‌های غیرواگیر در جهت پیشگیری و کنترل هرچه بیشتر این دسته از بیماری‌ها و عوامل خطر مرتبط با آنها تلاش کرده و فعالیت‌های موجود در این زمینه را به نحو مقتضی جهت دهد. امید است با توکل بر خداوند منان و تلاش بی‌وقفه اعضای کمیته شاهد تغییرات چشمگیری در وضعیت پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر در کشور باشیم. در چارچوب اهداف نه‌گانه پیشنهادی سازمان بهداشت جهانی به هدف کنترل بیماری‌های مرگ‌ومیر ناشی از بیماری‌های غیرواگیر تا سال ۲۰۲۵ میلادی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور با تکیه بر دانش نیروهای متخصص خود در معاونت‌های مختلف از خردادماه سال جاری اقدام به تهیه و تدوین سند حاضر نموده است. سندی که نه تنها اهداف نه‌گانه سازمان بهداشت جهانی را نشانه گرفته بلکه اهداف دیگری را نیز با توجه به اولویت‌های موجود کشور در بحث بیماری‌های غیرواگیر تعریف نموده است. نسخه اول سند حاضر به‌عنوان سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط در جمهوری اسلامی ایران در نشست کمیته فنی دفتر منطقه‌ای سازمان بهداشت جهانی در بیروت مورد بحث و بررسی قرار گرفت و پس از بازگشت اعضای محترم کمیته به تهران بر اساس نظرات کارشناسان اصلاحات لازم روی آن صورت گرفته شد. در اینجا لازم میدانم از همکاری صمیمانه اعضای محترم معاونت‌های مختلف وزارت بهداشت، و نیز پژوهشگران مرکز تحقیقات بیماری‌های غیرواگیر دانشگاه علوم پزشکی تهران که ما را در تهیه و تدوین سند حاضر یاری کردند تقدیر و تشکر نمایم.

نظر حسن روحانی رئیس محترم جمهور درباره ضرورت
و اهمیت تهیه و تدوین سند ملی پیشگیری و کنترل
بیماری‌های غیرواگیر جمهوری اسلامی ایران

نظر علی لاریجانی رئیس محترم مجلس شورای اسلامی
در باره ضرورت و اهمیت تهیه و تدوین سند ملی پیشگیری و
کنترل بیماری‌های غیرواکسیر جمهوری اسلامی ایران

نظر مارتا چن رئیس محترم سازمان جهانی بهداشت
در باره ضرورت و اهمیت تهیه و تدوین سند ملی پیشگیری و
کنترل بیماری‌های غیرواگیر جمهوری اسلامی ایران

«در شرایط اقتصادی و سیاسی موجود تلاش خواهیم کرد تا بر نتایجی تمرکز کنیم که همگی بر ضرورت وجود آنها خصوصا در مقابله با چالش‌های مرتبط با سلامت واقف هستیم.»



آماده‌سازی سند حاضر بدون نکات با ارزش و حمایت‌های دکتر علاء الوان مدیر دفتر منطقه‌ای سازمان بهداشت جهانی در خاورمیانه و همکارانشان امکان‌پذیر نبود.

اعضای کمیته و دبیرخانه ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر

دکتر سیدحسن قاضی‌زاده هاشمی؛ وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و رئیس کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر جمهوری اسلامی ایران

دکتر باقر لاریجانی؛ معاون آموزشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و نایب‌رئیس کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر جمهوری اسلامی ایران

دکتر علی اکبر سیاری؛ معاون بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و عضو کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر جمهوری اسلامی ایران

دکتر رضا ملک‌زاده؛ معاون تحقیقات و فن‌آوری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و عضو کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر جمهوری اسلامی ایران

دکتر رسول دیناروند؛ رئیس سازمان غذا و دارو، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و عضو کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر جمهوری اسلامی ایران

دکتر محمد حاجی آقاجانی؛ معاون درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دکتر سید علی صدرالسادات؛ معاون توسعه مدیریت و منابع وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و عضو کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر جمهوری اسلامی ایران

دکتر محسن اسدی لاری؛ مدیر کل امور بین‌الملل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و عضو دبیرخانه ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر جمهوری اسلامی ایران

دکتر فرشاد فرزادفر؛ رئیس مرکز تحقیقات بیماری‌های غیرواگیر پژوهشگاه علوم غدد و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی تهران و عضو دبیرخانه ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر جمهوری اسلامی ایران

دکتر حمیدرضا جمشیدی؛ عضو دبیرخانه ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر جمهوری اسلامی ایران

دکتر علی اکبر حق‌دوست؛ رئیس دانشگاه علوم پزشکی کرمان و عضو دبیرخانه ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر جمهوری اسلامی ایران

دکتر علیرضا دلآوری؛ عضو دبیرخانه ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر جمهوری اسلامی ایران

دکتر احمد کوشا؛ معاون فنی معاونت بهداشت و رئیس اداره بیماری‌های غیرواگیر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و عضو دبیرخانه ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر جمهوری اسلامی ایران

دکتر رامین حشمت؛ عضو دبیرخانه ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر جمهوری اسلامی ایران

دکتر امیرحسین تکیان؛ عضو دبیرخانه ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر جمهوری اسلامی ایران

دکتر نیلوفر پیکری؛ عضو دبیرخانه ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر جمهوری اسلامی ایران

اعضای شورای عالی سلامت



اسحاق جهانگیری
معاون اول رئیس جمهور



معصومه ابتکار
رئیس سازمان حفاظت محیط زیست



علی جنتی
وزیر فرهنگ و ارشاد اسلامی



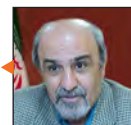
محمود حجتی
وزیر جهاد کشاورزی



عبدالرضا رحمانی فضلی
وزیر کشور



علی طیب نیا
وزیر امور اقتصاد و دارایی



محمود گودرزی
وزیر ورزش و جوانان



محمدباقر نوبخت
معاون رئیس جمهور و سخنگوی دولت



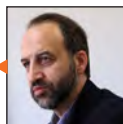
عباس آخوندی
وزیر راه و شهرسازی



حمید چیت چیان
وزیر نیرو



علی ربیعی
وزیر تعاون، کار و رفاه اجتماعی



محمود سرافراز
رئیس سازمان صدا و سیما



علی اصغر فانی
وزیر آموزش و پرورش



محمدرضا نعمت زاده
وزیر صنعت، معدن و تجارت



جمهوری اسلامی ایران

تفاهم نامه همکاری بین بخشی وزارتخانه های همکار و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در راستای پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط

ماده ۱- مقدمه و ضرورت تفاهم نامه

امروزه با تغییرات سریع و شگرف اجتماعی ناشی از روند توسعه و بویژه افزایش سن جمعیت، سهم بیماری های غیرواگیر مانند بیماری های قلبی و عروقی و سرطان ها از میزان مرگ و بار مالی ناشی از مشکلات سلامت با سرعت چشمگیری رو به فزونی است. مهم ترین این بیماری ها اغلب عوامل زمینه سازی دارند که در صورت مواجهه به موقع و موثر با آنها می توان از بروز چند بیماری غیرواگیر پیشگیری نمود. تحرک بدنی ناکافی، مصرف دخانیات، آلاینده های محیطی، تغذیه ناسالم و پرفشاری خون از آن جمله اند. همچنین درمان این بیماری ها در مراحل ابتدایی تر و پیش از این که به عوارض ناتوان کننده ختم شوند، اثر چشمگیری بر حفظ سلامت مردم دارد. براساس آمارهای جهانی بیماری های غیرواگیر در حال حاضر مسئول بیش از ۵۳٪ بار بیماری ها بوده و انتظار می رود تا سال ۲۰۲۰ عامل سببی ۶۰٪ بار بیماری ها و ۷۳٪ تمام موارد مرگ باشند که ۸۰٪ مرگ ناشی از بیماری های غیرواگیر در کشورهای در حال توسعه رخ خواهند داد. پیش بینی می شود این میزان در کشور ما نیز چنین الگویی داشته و بیش از ۷۶٪ کل بار بیماری ها به این نوع از بیماری ها اختصاص یابد. مقابله با همه گیری بیماری های غیرواگیر و عوامل خطر آنها، ماهیتاً نیازمند مداخلات گسترده، موثر و فعال تمامی سازمان ها و وزارتخانه های مرتبط در درون و برون بخش سلامت است.

نظر به اهمیت موضوع و ضرورت انسجام مبادی تصمیم گیری، اجرا و نظارت و ارزیابی کلیه فعالیت ها، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اقدام به تشکیل «کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط» نموده است. این کمیته وظیفه برنامه ریزی، اولویت بندی و پایش و ارزیابی کلیه اقدامات مرتبط با کنترل بیماری های غیرواگیر و عوامل خطر آنها را در قالب یک سند جامع ملی و در راستای تعهدات قانونی نظام جمهوری اسلامی ایران در سطح ملی و بین المللی بر عهده دارد. همچنین «شورای عالی سلامت و امنیت غذایی» با هدف تامین سلامت شهروندان به عنوان محور توسعه سالم در افق بین بخشی و از دستاوردهای برنامه های توسعه چهارم و پنجم موظف به تصویب سیاست های اجرایی بین بخشی سلامت در راستای تأمین، حفظ و ارتقای عادلانه سلامت، فراهم شدن شرایط دسترسی و برخورداری آحاد جامعه از سید غذایی سالم و مطلوب و بهبود کیفیت و شیوه زندگی مردم شده است. این شورا با کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط همکاری خواهد نمود تا اهداف عمده ای را در برنامه های بین بخشی برای مبارزه با بیماری های غیرواگیر دنبال کند. این اهداف که از تعهدات بین المللی جمهوری اسلامی ایران در قالب «سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط» با آنها می باشند به شرح زیر هستند:

- کاهش ۲۵٪ از خطر مرگ های زودرس ناشی از بیماری های غیرواگیر
- کاهش ۲۰٪ از میزان تحرک بدنی ناکافی
- کاهش ۱۰٪ از مصرف الکل
- کاهش ۳۰٪ از میزان مصرف نمک سدیم

- کاهش ۳۰٪ از شیوع استعمال دخانیات
- کاهش ۲۵٪ از شیوع پرفشاری خون
- جلوگیری از افزایش بیشتر چاقی و دیابت جمعیت
- دسترسی ۱۰۰٪ جمعیت به داروهای مناسب و فناوری‌های پایه و ضروری برای درمان بیماری‌های غیرواگیر
- دسترسی حد اقل ۷۰٪ به دارو و مشاوره لازم برای پیشگیری از بیماری‌های قلبی-عروقی و حملات عروق مغزی
- میزان صفر اسیدهای چرب ترانس در روغن‌های خوراکی و محصولات غذایی

بر همین اساس و در راستای نیل به اهداف فوق، این تفاهم‌نامه بین عالی‌ترین مقامات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (که از این به بعد «وزارت بهداشت» نامیده می‌شود) و وزارت آموزش و پرورش برای اجرای اقدامات سلامت محور با هدف پیشگیری و ارتقای مداخلات کنترلی بیماری‌های غیرواگیر مبادله می‌گردد.

ماده ۲- هدف تفاهم‌نامه

تسهیل و تسریع دستیابی به شاخص‌های ارتقا یافته در زمینه پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر از طریق اقدامات سلامت محور در زمینه‌های مورد توافق در حوزه‌های مشترک دو سازمان طرف تفاهم‌نامه

ماده ۳- تعهدات طرفین

الف) وزارت بهداشت

- ۱- تعیین انتظارات و همکاری‌های مورد نیاز از طرف دیگر تفاهم‌نامه حاضر و طرح موثر آن در جلسات کمیته‌های مشترک
- ۲- معرفی و تشویق اقدامات سلامت محور دستگاه و افراد موثر در سطح جامعه در گزارشات سالانه
- ۳- همکاری، هدایت و تسهیل فرآیند تدوین سیاست‌ها و مداخلات سلامت محور مرتبط با بیماری‌های غیرواگیر در مجموعه سازمانی طرف دیگر تفاهم‌نامه
- ۴- تدارک آموزش فنی لازم و مرتبط مورد نیاز کارکنان معرفی شده از سوی طرف دیگر تفاهم‌نامه برای تدوین و اجرای مداخلات
- ۵- پایش عملیات تفاهم شده با همکاری طرف دیگر تفاهم‌نامه و گزارش نتایج به «شورای عالی سلامت و امنیت غذایی» و «کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط»

ب) وزارت متبوع

اجرای الزامات مندرج در تفاهم‌نامه در جهت رسیدن به اهداف کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر

ماده ۴- شرایط اجرای تفاهم‌نامه

طرفین تفاهم‌نامه حداکثر یک ماه پس از انعقاد آن کمیته‌ای مشترک از کارشناسان ذیربط و دارای صلاحیت تشکیل می‌دهند. برای عملیاتی کردن تعهدات و به منظور تعیین اقدامات عینی و ملموس سلامت محور، ضروری است کمیته کاری با تشکیل جلسات با توالی حداکثر ماهانه تشکیل جلسه داده و برنامه عملیاتی لازم را تنظیم کند. صورتجلسه بلافاصله به «شورای عالی سلامت و امنیت غذایی» و «کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط» ارسال می‌گردد. جلسات مشترک برای اجرایی کردن برنامه عملیاتی با حضور مدیران کل و کارشناسان مرتبط از هر دو طرف و نیز نماینده تام‌الاختیار سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی برگزار خواهد شد. محل تامین مالی اقدامات سلامت محور در هر برنامه عملیاتی، ردیف‌های بودجه‌ای دستگاه و منابع تخصیصی ویژه سازمان مدیریت برای برنامه‌های سلامت محور خواهد بود. بر این اساس لازم است نماینده بودجه دستگاه در جلسات مشارکت داشته باشد. مسئول حسن اجرای این برنامه بالاترین مقام دستگاه می‌باشد.

اسحاق جهانگیری

..... معاون اول رئیس جمهور

معصومه ابتکار

..... رئیس سازمان حفاظت محیط زیست

علی جنتی

..... وزیر فرهنگ و ارشاد اسلامی

محمود حجتی

..... وزیر جهاد کشاورزی

عبدالرضا رحمانی فضلی

..... وزیر کشور

علی طیب نیا

..... وزیر امور اقتصاد و دارایی

محمود گودرزی

..... وزیر ورزش و جوانان

محمدباقر نوبخت

..... معاون رئیس‌جمهور و سخنگوی دولت

عباس آخوندی

..... وزیر راه و شهرسازی

حمید چیت‌چیان

..... وزیر نیرو

علی ربیعی

..... وزیر تعاون، کار و رفاه اجتماعی

محمود سرافراز

..... رئیس سازمان صدا و سیما

علی اصغر فانی

..... وزیر آموزش و پرورش

محمد رضا نعمت‌زاده

..... وزیر صنعت، معدن و تجارت

سیدحسین قاضی‌زاده هاشمی

..... وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

خلاصه مطالب ۲۰

فصل یک

۲۲-۲۹

۱,۲. نگاهی کلی به وضعیت بیماری‌های غیرواگیر در جهان ۲۴
 ۱,۳. چه کسی در معرض ابتلا به چنین بیماری‌هایی قرار دارد؟ ۲۶
 ۱,۴. عوامل خطر ۲۷
 ۱,۵. بیماری‌های غیرواگیر چه اثرات اجتماعی و اقتصادی ای دارند؟ ۲۷
 ۱,۶. پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر ۲۷
 ۱,۷. پاسخ سازمان جهانی بهداشت ۲۹

فصل دو

۳۰-۳۵

۲,۱. بیماری‌های غیرواگیر اصلی در ایران ۳۴
 ۲,۲. سایر بیماری‌های غیرواگیر بر اهمیت ۳۹

فصل سه

۳۶-۶۵

۳,۱. عوامل خطر اصلی (رفتاری) بیماری‌های غیرواگیر ۵۰
 ۳,۲. سایر عوامل خطر زای بیماری‌های غیرواگیر ۶۲

فصل چهار

۶۶-۷۷

۴,۱. مقدمه ۶۸
 ۴,۲. زمینه ۶۸
 ۴,۳. چرا مطالعه NASBOD مورد نیاز است؟ ۶۹
 ۴,۴. ساختار NASBOD ۶۹
 ۴,۵. تعاریف ۶۹
 ۴,۶. نمونه‌ای از نتایج ۷۰

شناسنامه

سند ملی پیشگیری و کنترل
 بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر
 مرتبط در جمهوری اسلامی ایران
 در بازه زمانی ۱۳۹۴ تا ۱۴۰۴

اطلاعات تماس دبیرخانه:
 تهران، بلوار فرحزادی، خیابان
 ایوانک، شهرک قدس، وزارت
 بهداشت درمان و آموزش پزشکی

تلفن: ۰۸۰-۹۸۲۱۸۸۳۶۳۵۶۰+

تهیه سند: کمیته ملی پیشگیری و کنترل
 بیماری‌های غیرواگیر





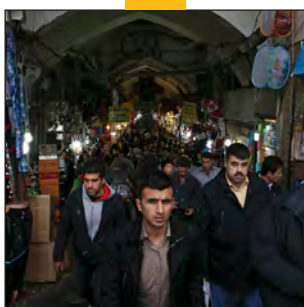
۲۲



۳۰



۴۶



۶۶



۷۸

فصل پنج

۲۸-۸۵

- ۴,۷. عملکردها ۷۴
- ۴,۸. پیامدهای مربوط به سیاست گذاری ۷۶
- ۴,۹. نتیجه گیری ۷۶
- بررسی اهداف سازمان جهانی بهداشت ۸۱

فصل شش

۸۶-۹۳

- ۶,۱. مقدمه ۸۸
- ۶,۲. چارچوب مفهومی فعالیت های کمیته ۸۸
- ۶,۳. همکاران کمیته ۸۸
- ۶,۴. اهداف کمیته ۸۹
- ۶,۵. برنامه عمل کمیته ۹۰

فصل هفت

۹۴-۱۶۳

- ۷,۱. مداخلات درون بخشی کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر ۱۱۰
- ۷,۲. مداخلات بین بخشی کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر ۱۵۱

فصل هشت

۱۶۴-۱۱۷

- ۸,۱. مقدمه ۱۶۶
- ۸,۲. عوامل موثر بر بیماری های غیرواگیر در جمهوری اسلامی ایران ۱۶۶
- ۸,۳. آیا «برنامه پزشک خانواده (FP)» یک سیستم موثر برای کاهش خطر ابتلا به ۱۶۸
- ۸,۴. ادغام آموزش پزشکی و سلامت در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جمهوری اسلامی ایران ۱۷۰
- ۸,۵. طرح تول نظام سلامت: فرصتی دیگر در جهت رسیدن به اهداف سند ۱۷۱
- ۸,۶. نتیجه گیری ۱۷۱

منابع

۱۷۲-۱۷۴

خلاصه مطالب

ایران به عنوان یکی از کشورهای با درآمد متوسط در منطقه مدیترانه شرقی در دهه‌های اخیر به دستاوردهای قابل توجهی دست پیدا کرده است. از جمله پیشرفت‌های ایران در حوزه سلامت کاهش سریع میزان مرگ و میر مادران و کودکان و افزایش امید به زندگی است. ولی با این وجود بار بیماری‌های غیرواگیر و همچنین بار مالی منتسب به این بیماری‌ها موجب گردیده که نظام سلامت کشور، بیماری‌های غیرواگیر را به عنوان تهدیدی جدی در نظر بگیرد. به منظور کاهش بار بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر منتسب به آن‌ها، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بر آن شد تا سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر را تهیه و تدوین نماید. تاکید اصلی این سند بر بیماری‌های قلبی، عروقی، سرطان‌ها، دیابت و بیماری‌های تنفسی و همچنین سوانح و حوادث و بیماری‌های روانی که به طور ویژه در کشور ایران مطرح است، می‌باشد. در این سند ملی، استراتژی‌های مشخص پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر به صورت استراتژی‌های کارآمد بسط داده شده است. در این راستا وزارت بهداشت ایران نه هدف سازمان جهانی بهداشت را در نظر گرفته و آن‌ها را با شرایط ایران تنظیم نموده و سه هدف مختص ایران را به آن اضافه نموده است. در این سند کلیه ذی‌نفعان داخلی و خارجی وزارت بهداشت شامل معاونت‌های مختلف وزارت بهداشت و وزارتخانه‌های ذینفع، سازمان‌های دولتی که همکاران اصلی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر می‌باشند، در نظر گرفته شده‌اند. نکته قابل توجه این است که این سند ملی توسط رئیس جمهور، رئیس مجلس، رئیس سازمان جهانی بهداشت، معاون رئیس جمهور و ذی‌نفعان اصلی این حوزه شامل سازمان حفاظت محیط زیست، وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی، وزارت جهاد کشاورزی، وزارت کشور، وزارت امور اقتصاد و دارایی، وزارت ورزش و جوانان، وزارت نیرو، وزارت رفاه و تامین اجتماعی، وزارت آموزش و پرورش، وزارت صنعت، معدن و تجارت و سازمان صدا و سیما مورد تایید قرار گرفته و بدین ترتیب موجب منحصر به فرد شدن این سند در کشورهای منطقه شده است و توسط ذینفعان درون بخشی و برون بخشی در سطوح مختلف مورد پذیرفته شده است. در این چکیده، کلیه فصل‌های سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر به طور خلاصه به ترتیب ذیل ارائه گردیده است.

کلیات بیماری‌های غیرواگیر در جهان

بیماری‌های غیرواگیر (NCDs) که همچنین به عنوان بیماری‌های مزمن نیز شناخته می‌شوند، از فردی به فرد دیگر منتقل نمی‌شوند. این بیماری‌ها مدت زمان طولانی ادامه می‌یابند و عموماً دارای پیشرفت کند هستند. چهار نوع اصلی از بیماری‌های غیرواگیر عبارتند از بیماری‌های قلبی-عروقی (مانند حملات قلبی و سکته مغزی)، سرطان‌ها، بیماری‌های مزمن تنفسی (مانند بیماری‌های مزمن انسداد ریوی و آسم)، و دیابت. بیماری‌های غیرواگیر در حال حاضر به شکلی نامتناسب کشورهای کم‌درآمد و با درآمد متوسط را تحت تاثیر قرار داده‌اند و نزدیک به سه چهارم از مرگ‌های ناشی از بیماری‌های غیرواگیر - ۲۸ میلیون مرگ - در این کشورها رخ می‌دهد.

بیماری‌های غیرواگیر در ایران

بیش از ۷۶٪ کل بار بیماری‌ها در ایران به بیماری‌های غیرواگیر اختصاص دارد. پایه پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر، شناسایی عوامل خطر اولیه و عمده آنها و پیشگیری و کنترل این عوامل است که هدف از این کار، جلوگیری از وقوع همه‌گیری‌ها و همچنین، کنترل آنها تا حد امکان، در محل بروز است. بیماری ایسکمیک قلبی، درد کمر، سوانح جاده‌ای، اختلال افسردگی ماژور و سکته مغزی دارای بیشترین بار در سال ۲۰۱۰ در ایران بوده‌اند که این الگو بیش از آن که شبیه الگوی بیماری‌ها در کشورهای در حال توسعه باشد؛ به الگوی بیماری‌ها در کشورهای توسعه یافته شباهت دارد.

عوامل خطر مرتبط با بیماری‌های غیرواگیر در ایران

همانند میزان DALY، بیشترین میزان مرگ نیز در بین ۵ عامل خطر، مربوط به عوامل تغذیه است که در تمامی سال‌های مورد بررسی، کشور

ایران از نظر عامل تغذیه و فعالیت فیزیکی کم و ناکافی در مقایسه با جهان همواره مقدار بیشتری داشته است. در مورد عوامل خطر استعمال دخانیات و مصرف سیگار ایران در مقایسه با جهان میزان کمتری دارد. عوامل تغذیه در ایران و جهان تا سال ۱۹۹۵ دارای روند صعودی است و پس از آن روند به صورت نزولی می‌شود. عوامل خطر فعالیت فیزیکی کم و ناکافی، استعمال دخانیات و مصرف سیگار در ایران و جهان دارای روند نزولی هستند. همچون DALY میزان مرگ نیز به واسطه مصرف الکل روندی نسبتاً یکنواخت در ایران و جهان دارد هرچند این میزان در ایران نسبت به متوسط جهانی کم‌تر است.

مطالعه ملی بار بیماری‌ها (NASBOD)

مطالعه ملی و منطقه‌ای بار بیماری‌ها، صدمات، و عوامل خطر (NASBOD) تلاشی سیستماتیک برای برآورد میزان آسیب‌های سلامت ناشی از بیماری‌ها، آسیب‌ها و عوامل خطر است که برای اولین بار در سطح ملی و پس از آن در سطح منطقه‌ای انجام گرفت و در آن از روش‌ها و تعاریفی مشابه با روش‌ها و تعاریف به کار گرفته شده در مطالعه جهانی بار بیماری‌ها در سال ۲۰۱۰ استفاده شد. سیاست‌گذاران سلامت در سطوح ملی و منطقه‌ای، مدیران بخش سلامت، پژوهشگران، و شهروندان می‌توانند به طور مستقیم از برآوردهای بدست آمده در مطالعه NASBOD سال ۲۰۱۳ استفاده کنند. مطالعه NASBOD ۲۰۱۳ تصویری کلی از وضعیت سلامت گروه‌های جمعیتی در سراسر کشور فراهم می‌کند تا با کمک آنها بار بیماری‌های مختلف و توزیع آنها به صورت یکجا مورد مقایسه قرار گیرد. این مقاله به دنبال آن است که انگیزه‌های لازم برای انجام این مطالعه، طراحی، تعاریف، معیارها، و چالش‌های به وجود آمده به دلیل محدودیت در دسترسی به داده‌ها را شرح دهد.

تحلیل اهداف سازمان جهانی بهداشت

سازمان بهداشت جهانی ۹ هدف را به منظور پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر تدوین نموده است. با در نظر گرفتن آمار و اطلاعات موجود در ایران می‌توان چنین نتیجه گرفت که در صورت ۱۰۰ درصد اجرایی شدن تمامی اهداف ۲ تا ۹، به هدف اول (کاهش ۲۵ درصدی در مرگ به دلیل بیماری‌های قلبی عروقی، سرطان‌ها، دیابت و بیماری‌های مزمن تنفسی در گروه سنی ۳۰ تا ۷۰ سال در سال ۲۰۲۵ نسبت به سال ۲۰۱۰) دست پیدا نخواهیم کرد. بنابراین ضروری به نظر می‌رسد که این اهداف را با توجه به جامعه ایرانی تنظیم کرد.

تشکیل و مداخلات کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر

همانطور که از عنوان کمیته پیداست، این کمیته با هدف پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر و با حضور برخی از اعضای هیات دولت و نیز وزیر و معاونین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و جمعی از متخصصین حوزه سلامت در کشور جمهوری اسلامی ایران تشکیل شده است. کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر با در نظر گرفتن اهداف سازمان بهداشت جهانی اهداف دیگری را نیز به عنوان اهداف اختصاصی تدوین نموده و با چشم اندازی ۱۰ ساله به سوی دستیابی به این اهداف قدم برخواهد داشت. فعالیت‌های کمیته در این خصوص به دو بخش درون بخشی و بین بخشی تقسیم می‌شود که در سند حاضر به تفصیل مورد بحث قرار می‌گیرند.

فرصت‌ها و چالش‌های پیش رو

ساختار نظام سلامت در ایران به گونه‌ای است که به خودی خود فرصت‌هایی را برای رسیدن هرچه سریع‌تر به اهداف کمیته در بطن خود نهفته دارد. سیستم پزشکی خانواده به عنوان یکی از اقدامات اخیر وزارت بهداشت در جهت ارتقا سطح سلامت در جامعه روستایی و نیز ادغام بخش آموزش پزشکی با خدمات بهداشتی و درمانی در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از جمله فرصت‌های فوق‌الذکر هستند که در بخش نهایی سند حاضر مورد بحث و بررسی قرار می‌گیرند.



Insulin aspart Injection
(DNA origin)
10 mL, 100 units/mL (U-100)
Important: see insert
Keep in a cold place
Avoid freezing.
Rx only

Alcohol Prep
CURIT®
5150

کلیات بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط

- بیماری‌های غیرواگیر سالانه سبب مرگ و میر حدود ۳۸ میلیون نفر در جهان می‌شوند.
- چیزی در حدود سه چهارم مرگ‌های مرتبط با بیماری‌های غیرواگیر در جهان (۲۸ میلیون) در کشورهای در حال توسعه اتفاق می‌افتد.
- شانزده میلیون از مرگ‌های مرتبط با بیماری‌های غیرواگیر در جهان پیش از ۷۰ سالگی اتفاق می‌افتند که از این میزان ۸۲٪ مربوط به کشورهای با درآمد کم و متوسط است.
- بیماری‌های قلبی-عروقی بیشترین میزان مرگ و میر مرتبط با بیماری‌های غیرواگیر در جهان را شامل می‌شوند؛ به طوری که بیش از ۱۷ میلیون نفر در سال به واسطه این بیماری‌ها کشته می‌شوند.
- مصرف سیگار، عدم تحرک فیزیکی، سو مصرف الکل و رژیم غذایی ناسالم از مهم‌ترین عوامل خطر مرتبط با ابتلا به بیماری‌های غیرواگیر هستند.



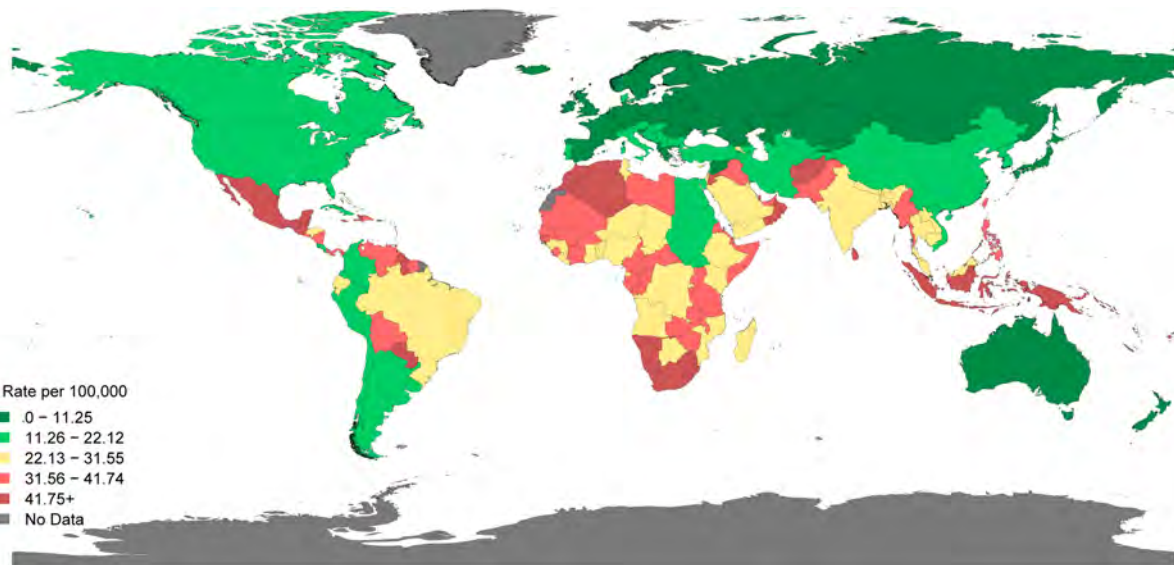
۱,۱. نکات کلیدی

- بیماری‌های غیرواگیر (NCDs) سالانه سبب مرگ و میر ۳۸ میلیون نفر در جهان می‌شوند.
- تقریباً سه چهارم مرگ و میرهای ناشی از بیماری‌های غیرواگیر - ۲۸ میلیون - در کشورهای کم‌درآمد و با درآمد متوسط رخ می‌دهد.
- شانزده میلیون مرگ ناشی از بیماری‌های غیرواگیر قبل از سن ۷۰ سالگی رخ می‌دهد؛ ۸۲ درصد از این مرگ و میرهای «زودرس» مربوط به کشورهای کم‌درآمد و متوسط است.
- عمده‌ترین دلیل مرگ و میر ناشی از بیماری‌های غیرواگیر بیماری‌های قلبی-عروقی محسوب می‌شوند که عامل ۱۷,۵ میلیون مرگ در سال هستند، و پس از آنها، سرطان (۸,۲ میلیون)، بیماری‌های تنفسی (۴ میلیون)، و دیابت (۱,۵ میلیون) قرار دارند.
- این چهار گروه از بیماری‌ها، عامل ۸۲٪ از کل مرگ و میرهای ناشی از بیماری‌های غیرواگیر محسوب می‌شوند.
- مصرف دخانیات، عدم فعالیت بدنی، مصرف الکل، و رژیم غذایی ناسالم همگی خطر مرگ ناشی از بیماری‌های غیرواگیر را افزایش می‌دهند.

۱,۲. نگاهی کلی به وضعیت بیماری‌های غیرواگیر در جهان

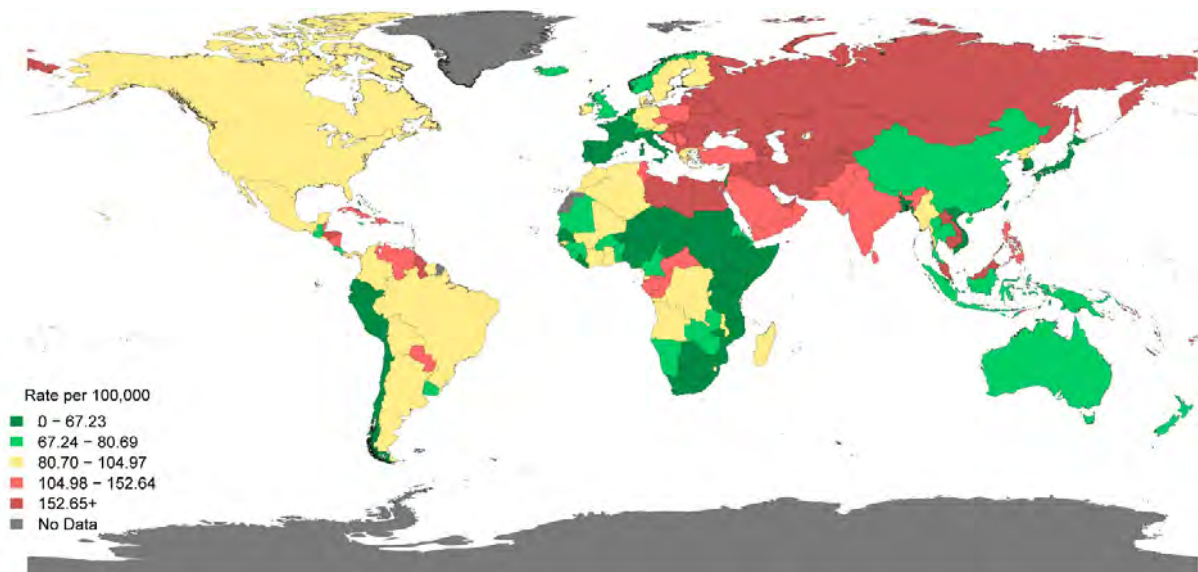
بیماری‌های غیرواگیر (NCDs) که همچنین به‌عنوان بیماری‌های مزمن نیز شناخته می‌شوند، از فردی به فرد دیگر منتقل نمی‌شوند. این بیماری‌ها مدت زمان طولانی ادامه می‌یابند و عموماً دارای پیشرفت کند هستند. چهار نوع اصلی از بیماری‌های غیرواگیر عبارتند از بیماری‌های قلبی-عروقی (مانند حملات قلبی و سکته مغزی)، سرطان‌ها، بیماری‌های مزمن تنفسی (مانند بیماری‌های مزمن انسداد ریوی و آسم)، و دیابت. بیماری‌های غیرواگیر در حال حاضر به‌شکلی نامتناسب کشورهای کم‌درآمد و با درآمد متوسط را تحت تاثیر قرار داده‌اند و نزدیک به سه چهارم از مرگ‌های ناشی از بیماری‌های غیرواگیر - ۲۸ میلیون مرگ - در این کشورها رخ می‌دهد.

شکل شماره ۱,۱ نرخ مرگ و میر در اثر دیابت به ازای ۱۰۰,۰۰۰ نفر جمعیت را در سال ۲۰۱۰ میلادی کشورهای مختلف دنیا نشان می‌دهد. در این تصویر کشورهای با طیف رنگی سبز کم‌ترین میزان مرگ و میر در اثر دیابت را در دنیا دارا هستند. کشورهای با رنگ زرد در حد متوسط و مشوره‌های با طیف رنگی قرمز دارای بیشترین مرگ و میر در اثر این بیماری در دنیا هستند. شایان ذکر است که آمار و ارقام یادشده نتایج حاصل از مطالعه بار جهانی بیماری‌ها است که در سال ۲۰۱۳ میلادی منتشر شده و به‌عنوان منبعی قابل اعتبار در این گزارش مورد استناد قرار گرفته است. بر اساس شکل زیر چنین به نظر می‌رسد که میزان مرگ و میر در اثر دیابت در جهان الگویی وابسته به سطح درآمد کشورها را دنبال می‌کند.



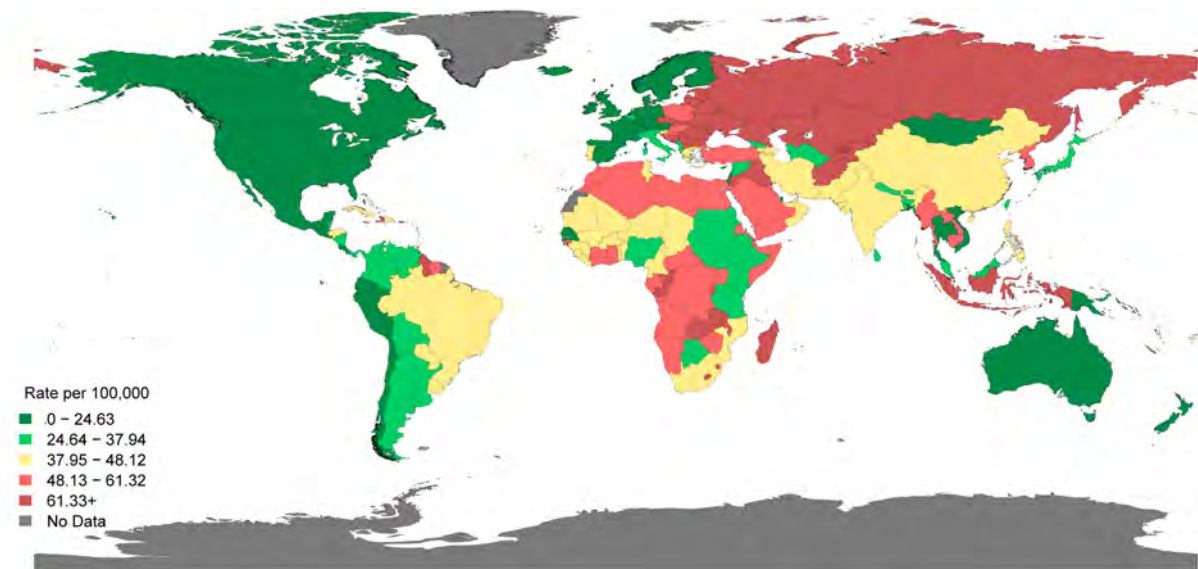
شکل ۱,۱: نرخ مرگ و میر در ۱۰۰,۰۰۰ نفر جمعیت بر اثر دیابت در سال ۲۰۱۰ در جهان

شکل شماره ۱,۲ میزان مرگ و میر در ۱۰۰,۰۰۰ نفر جمعیت را بر اثر بیماری ایسکمیک قلب در سال ۲۰۱۰ در جهان نشان می‌دهد. همچون شکل ۱,۱ در این شکل نیز طیف سبز نشان دهنده میزان مرگ و میر کم‌تر و طیف قرمز مرگ و میر بیشتر در اثر این بیماری را در جهان نشان می‌دهد. با توجه به شواهد موجود شاید بتوان الگویی منطقه‌ای برای مرگ و میر در اثر بیماری ایسکمیک قلب در جهان متصور شد؛ بدین صورت که قاره آفریقا دارای کم‌ترین میزان، آمریکا دارای نرخ متوسط و کشورهای اروپایی دارای بیشترین نرخ مرگ و میر در اثر این بیماری در جهان هستند.



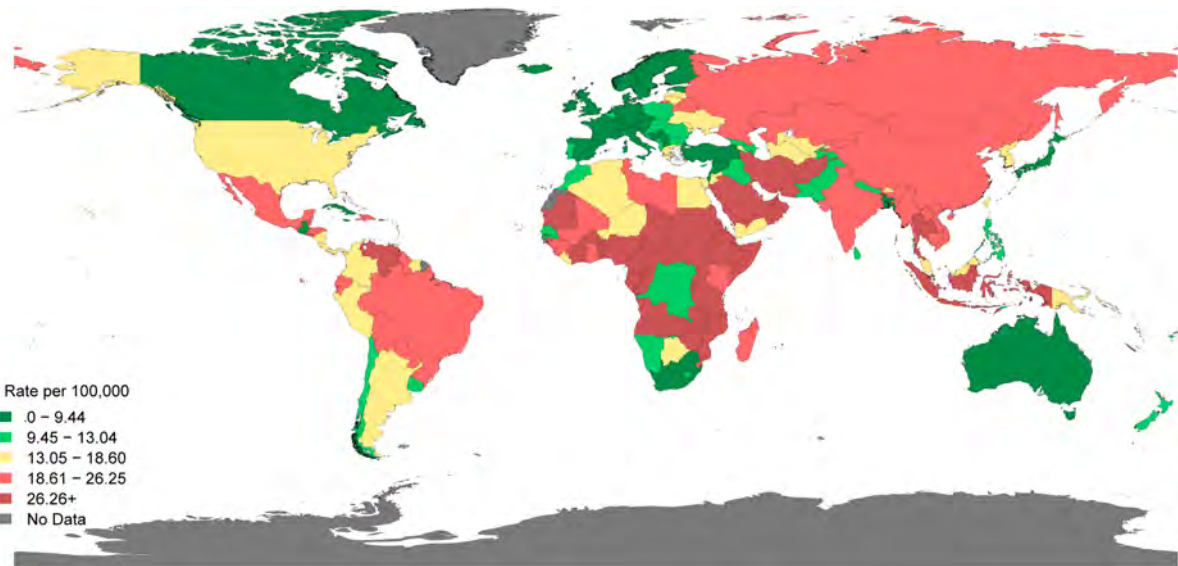
شکل ۱,۲: نرخ مرگومیر در ۱۰۰,۰۰۰ نفر جمعیت بر اثر بیماری ایسکمیک قلب در سال ۲۰۱۰ در جهان

در شکل ۱,۳ میزان مرگومیر در اثر سکته مغزی در ۱۰۰,۰۰۰ نفر جمعیت در سال ۲۰۱۰ در کشورهای جهان نشان داده شده است. همچون اشکال گذشته طیف رنگ سبز کمترین میزان مرگومیر و رنگ قرمز بیشترین میزان آن را در اثر سکته مغزی در جهان نشان می دهد. بر این اساس میزان مرگومیر در اثر سکته مغزی در امریکای شمالی، اروپای غربی و استرالیا کم تر از سایر کشورها است. این در حالی است که کشورهای اروپای شرقی و مرکزی بیشترین نرخ مرگومیر در اثر این بیماری را به خود اختصاص می دهند.



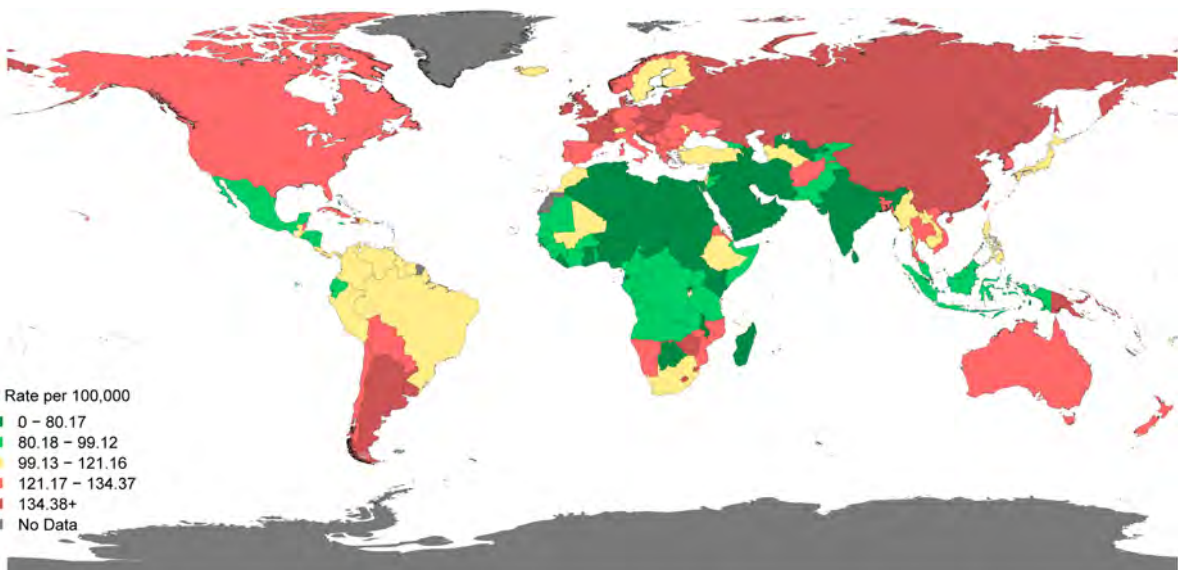
شکل ۱,۳: نرخ مرگومیر در ۱۰۰,۰۰۰ نفر جمعیت بر اثر سکته مغزی در سال ۲۰۱۰ در جهان

در شکل شماره ۱,۴ میزان مرگومیر بر اثر سوانح جاده ای در کشورهای مختلف دنیا در ۱۰۰,۰۰۰ نفر جمعیت در سال ۲۰۱۰ میلادی نشان داده شده است. بر این اساس بیشترین میزان مرگومیر در اثر این عامل مربوط به قاره آفریقا بوده و آمریکای جنوبی، روسیه و کشورهای شرق آسیا در رتبه بعدی هستند. این در حالی است که کشورهای غرب اروپا، کانادا و استرالیا کمترین میزان مرگومیر در اثر تصادفات جاده ای را به خود اختصاص داده اند.



شکل ۱,۴: نرخ مرگومیر در ۱۰۰,۰۰۰ نفر جمعیت بر اثر سوانح جاده‌های در سال ۲۰۱۰ در جهان

شکل شماره ۱,۵ میزان مرگومیر بر اثر انواع سرطان در سال ۲۰۱۰ میلادی در جهان را نشان می‌دهد. در رابطه با سرطان چین به نظر می‌رسد که مرگومیر این بیماری نیز الگویی منطقه‌ای را دنبال می‌کند. این بدان معناست که بیشترین نرخ مرگومیر مربوط به اروپا و آسیای شرقی بوده و آمریکای شمالی و استرالیا در رتبه‌های بعدی قرار دارند. در این بین کشورهای آفریقایی و خاور میانه پایین‌ترین میزان مرگومیر بر اثر سرطان را نسبت به سایر مناطق دنیا در اختیار دارند.



شماره ۱,۵: نرخ مرگومیر بر اثر سرطان در ۱۰۰,۰۰۰ نفر جمعیت در سال ۲۰۱۰ در جهان

۱,۳. چه کسی در معرض ابتلا به چین بیماری‌هایی قرار دارد؟

همه گروه‌های سنی و همه مناطق تحت تاثیر بیماری‌های غیرواگیر قرار دارند. بیماری‌های غیرواگیر اغلب با گروه‌های سنی مسن‌تر در ارتباط هستند، اما شواهد نشان می‌دهد که ۱۶ میلیون از تمام مرگومیرهای نسبت داده شده به بیماری‌های غیرواگیر (NCDs) قبل از سن ۷۰ سالگی رخ می‌دهند. از میان این مرگ‌های «زودرس»، ۸۲٪ در کشورهای با درآمد کم و متوسط رخ داده است. کودکان، بزرگسالان و سالمندان همه در برابر عوامل خطری که باعث بروز بیماری‌های غیرواگیر می‌شوند آسیب پذیر هستند، که این خطرات می‌تواند یا از طریق رژیم غذایی

ناسالم، عدم فعالیت بدنی و قرار گرفتن در معرض دود سیگار به وجود آیند و یا ناشی از اثرات سو مصرف الکل باشند. این بیماری‌ها بوسیله نیروها و عواملی ایجاد می‌شوند که عبارتند از: افزایش سن، گسترش برنامه‌ریزی نشده و سریع شهرنشینی، و جهانشمول شدن شیوه‌های زندگی ناسالم. به عنوان مثال، جهانشمول شدن شیوه‌های زندگی ناسالم، مانند رژیم غذایی ناسالم، ممکن است در افراد به شکل فشار خون، افزایش قند خون، افزایش چربی خون، و چاقی خود را نشان دهد. این موارد تحت عنوان «عوامل خطر میانی» نامیده می‌شوند که می‌توانند به بیماری‌های قلبی-عروقی، که جز بیماری‌های غیرواگیر هستند، منجر شوند.

۱,۴ عوامل خطر

۱,۴,۱ عوامل خطر رفتاری قابل تغییر

همانطور که پیش‌تر نیز اشاره شد مصرف دخانیات، عدم فعالیت بدنی، رژیم غذایی ناسالم و مصرف الکل خطر ابتلا به بیماری‌های غیرواگیر را افزایش می‌دهد.

- تنباکو به عنوان عامل حدود ۶ میلیون مرگ در هر سال محسوب می‌شود (از جمله موارد ناشی از اثرات قرار گرفتن در معرض دود دست دوم)، و پیش‌بینی می‌شود این میزان به ۸ میلیون مرگ در سال ۲۰۳۰ افزایش یابد.
- حدود ۳,۲ میلیون مرگ سالانه را می‌توان به فعالیت بدنی ناکافی نسبت داد (۱).
- بیش از نیمی از ۳,۳ میلیون مرگ سالانه ناشی از نوشیدن مضر مشروبات جز بیماری‌های غیرواگیر محسوب می‌شوند.
- در سال ۲۰۱۰، تعداد ۱,۷ میلیون مرگ و میر سالانه ناشی از عوامل قلبی-عروقی به مصرف نمک/سدیم بیش از حد نسبت داده شده است (۲).

۱,۴,۲ عوامل خطر متابولیک/فیزیولوژیک

این رفتارها منجر به چهار تغییر کلیدی متابولیک/فیزیولوژیک می‌شوند که خطر ابتلا به بیماری‌های غیرواگیر را افزایش می‌دهند: فشار خون بالا، اضافه وزن/چاقی، قند خون (سطوح بالا از قند خون) و چربی بالا (سطوح بالا از چربی در خون). از نظر مرگ‌ومیرهای نسبت داده شده، عمده‌ترین عامل خطر متابولیک در سطح جهان فشار خون است (که ۱۸٪ از مرگ‌ومیرهای جهانی به آن نسبت داده می‌شوند) (۱) و پس از آن اضافه وزن و چاقی و قند خون بالا قرار دارند. کشورهای با درآمد کم و متوسط شاهد سریع‌ترین میزان افزایش در تعداد کودکان مبتلا به اضافه وزن هستند.

۱,۵ بیماری‌های غیرواگیر چه اثرات اجتماعی و اقتصادی ای دارند؟

بیماری‌های غیرواگیر تهدیدی برای دستیابی به اهداف توسعه هزاره سازمان ملل متحد و برنامه‌های توسعه‌ای پس از ۲۰۱۵ هستند. فقر با بیماری‌های غیرواگیر ارتباط نزدیکی دارد. پیش‌بینی شده است که افزایش سریع در بیماری‌های غیرواگیر، به ویژه از طریق افزایش هزینه‌های خانوار جهت دریافت مراقبت‌های بهداشتی، مانع از موفقیت طرح‌های کاهش فقر در کشورهای کم‌درآمد شود. افراد آسیب‌پذیر و محروم از نظر اجتماعی نسبت به افراد با موقعیت‌های اجتماعی بالاتر بیشتر مبتلا می‌شوند و زودتر می‌میرند، به ویژه به این دلیل که آنها بیشتر در معرض خطر محصولات مضر، مانند تنباکو و یا مواد غذایی ناسالم هستند، و به خدمات بهداشتی دسترسی محدود دارند.

در محیط‌های با کمبود منابع، هزینه‌های مربوط به مراقبت بهداشتی برای بیماری‌های قلبی-عروقی، سرطان‌ها، دیابت یا بیماری مزمن ریه به سرعت می‌تواند منابع خانگی را به پایان برساند، و خانواده را به سمت فقر بکشاند. هزینه‌های گزاف بیماری‌های غیرواگیر، از جمله درمان اغلب طولانی و گران قیمت و نیز از دست دادن نان آور خانواده، هر ساله میلیون‌ها نفر از مردم را به سمت فقر می‌کشاند، و روند توسعه را متوقف می‌سازد.

در بسیاری از کشورها، آشامیدن مشروبات الکلی و رژیم غذایی و شیوه زندگی ناسالم در هر دو گروه با درآمد بالا و پایین رخ می‌دهد. با این حال، گروه‌های با درآمد بالا می‌توانند به خدمات و محصولات دست پیدا کنند که آنها را از بزرگترین خطرات محافظت نماید در حالی که گروه‌های کم‌درآمد اغلب بضاعت مالی کافی را ندارند و نمی‌توانند به اینگونه محصولات و خدمات دسترسی داشته باشند.

۱,۶ پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر

برای کاهش تاثیر بیماری‌های غیرواگیر بر افراد و جامعه یک رویکرد جامع مورد نیاز است که تمامی بخش‌ها، از جمله بهداشت، امور مالی، امور خارجه، آموزش و پرورش، کشاورزی، برنامه‌ریزی و دیگر بخش‌ها را ملزم سازد تا برای کاهش خطرات مرتبط با بیماری‌های غیرواگیر با یکدیگر همکاری کنند، و همچنین مداخلات مربوط به پیشگیری و کنترل بیماری‌ها را ترویج نمایند.

یک شیوه مهم برای کاهش بیماری‌های غیرواگیر این است که روی کاهش عوامل خطر این بیماری‌ها تمرکز شود. راه‌حل‌های کم‌هزینه‌ای

وجود دارند که جهت کاهش عوامل خطر مشترک قابل تغییر (به طور عمده مصرف دخانیات، رژیم غذایی ناسالم، عدم فعالیت بدنی، و سو مصرف الکل) و نیز جهت به تصویر کشیدن اپیدمی‌های بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط با آنها استفاده می‌شوند.

راه‌حل دیگر برای کاهش بیماری‌های غیرواگیر، استفاده از مداخلات اساسی و با تاثیر بالا برای بیماری‌های غیرواگیر است که می‌توان آنها را از طریق رویکرد مراقبت‌های بهداشتی اولیه ارائه داده تا بدین وسیله تشخیص زودرس و درمان به موقع بیماری‌ها تقویت گردد. شواهد نشان می‌دهد که چنین مداخلاتی همانند یک سرمایه‌گذاری اقتصادی بسیار عالی عمل می‌کنند چرا که اگر این مداخلات سریعاً برای بیماران اجرا شوند، می‌توانند نیاز به درمان‌های پرهزینه‌تر را کاهش دهند. این اقدامات را می‌توان در سطوح مختلفی از منابع اجرا کرد. بیشترین تاثیر را می‌توان با ایجاد سیاست‌های جامعه سالم بدست آورد که این سیاست‌ها به ترویج پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر می‌پردازند و به منظور رسیدگی به نیازهای افراد مبتلا به اینگونه بیماری‌ها، سیستم‌های بهداشتی را جهت دهی مجدد می‌نمایند.

کشورهای کم‌درآمد به طور کلی برای پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر دارای ظرفیت پایین تری هستند. در مقایسه با کشورهای کم‌درآمد، کشورهای با درآمد بالا در حدود چهار برابر بیشتر احتمال دارد که خدمات مربوط به بیماری‌های غیرواگیر را تحت پوشش بیمه‌های درمانی ارائه دهند. کشورهای با پوشش نامناسب بیمه درمانی اغلب نمی‌توانند دسترسی فراگیر به مداخلات ضروری جهت بیماری‌های غیرواگیر را فراهم نمایند.



۱,۷. پاسخ سازمان جهانی بهداشت

تحت رهبری سازمان جهانی بهداشت، بیش از ۱۹۰ کشور در سال ۲۰۱۱ بر روی مکانیسم‌های جهانی کاهش بار بیماری‌های غیرواگیر قابل اجتناب از جمله بر روی «برنامه اقدام جهانی برای پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر ۲۰۱۳-۲۰۲۰» توافق کردند. این برنامه به دنبال این است که تا سال ۲۰۲۵ تعداد مرگ‌ومیرهای زودرس ناشی از بیماری‌های غیرواگیر را از طریق نه هدف داوطلبانه جهانی به میزان ۲۵٪ کاهش دهد. این نه هدف هر کدام بر روی بخشی از عواملی مانند مصرف دخانیات، سو مصرف الکل، رژیم غذایی ناسالم، و عدم فعالیت فیزیکی تمرکز می‌نمایند که این عوامل خطر بروز این بیماری‌ها در میان افراد را افزایش می‌دهند.

این برنامه یک منو از «بهترین گزینه‌ها» و یا مداخلات با تاثیر بالا و مقرون به صرفه را ارائه می‌نماید که این گزینه‌ها اهداف جهانی داوطلبانه نه گانه را محقق می‌سازند. بعضی از گزینه‌ها عبارتند از ممنوعیت تمام اشکال تبلیغات تنباکو و مشروبات الکلی، جایگزینی چربی‌های ترانس با چربی‌های اشباع نشده، ترویج و حمایت از تغذیه با شیر مادر، و جلوگیری از سرطان دهانه رحم از طریق غربالگری.

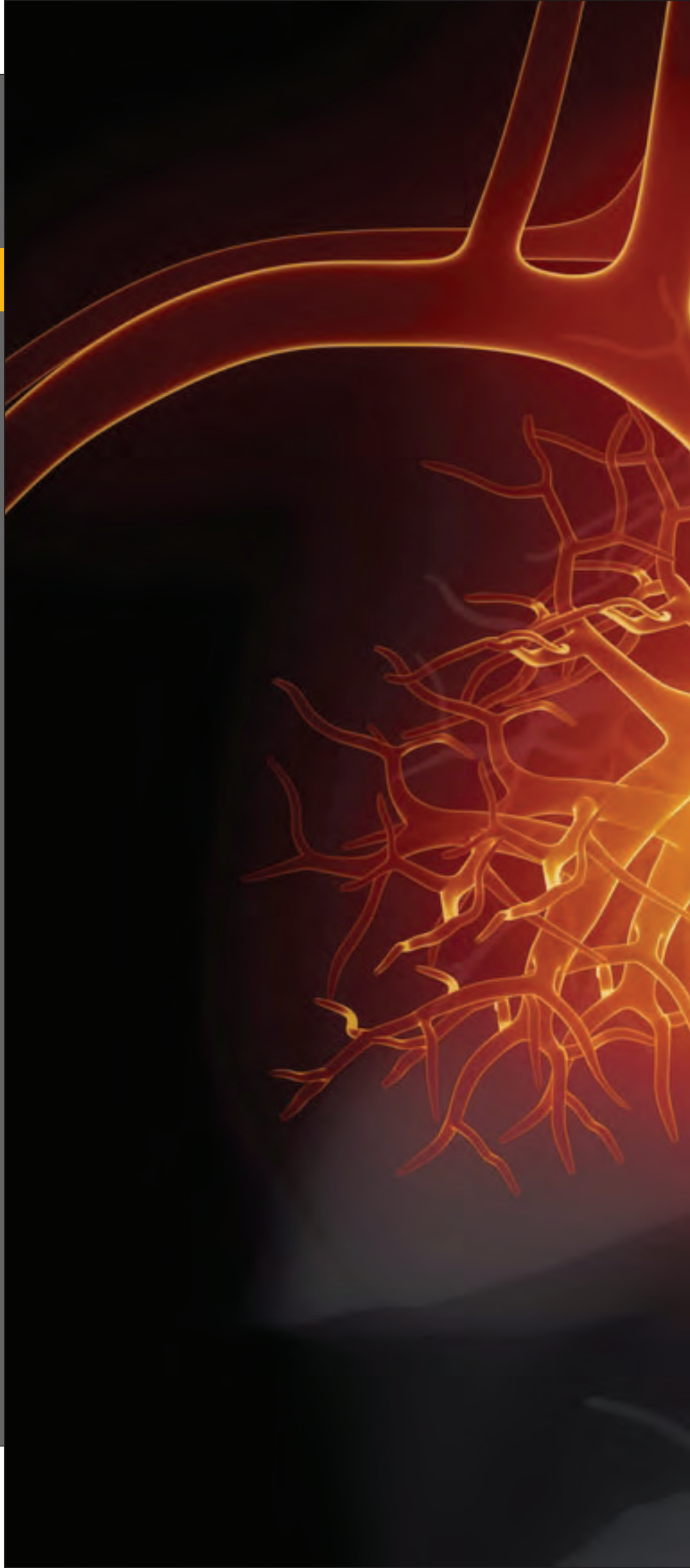
در سال ۲۰۱۵، کشورها شروع به تنظیم اهداف ملی نموده و میزان پیشرفت خود را در مقایسه با مقادیر پایه سال ۲۰۱۰ می‌سنجند، که این مقادیر پایه در «گزارش وضعیت جهانی بیماری‌های غیرواگیر ۲۰۱۴» آمده است. مجمع عمومی سازمان ملل سومین نشست مقامات ارشد در خصوص بیماری‌های غیرواگیر را در سال ۲۰۱۸ برگزار می‌نماید تا میزان پیشرفت ملل در رسیدن به اهداف داوطلبانه جهانی تا سال ۲۰۲۵ را ارزیابی نماید.



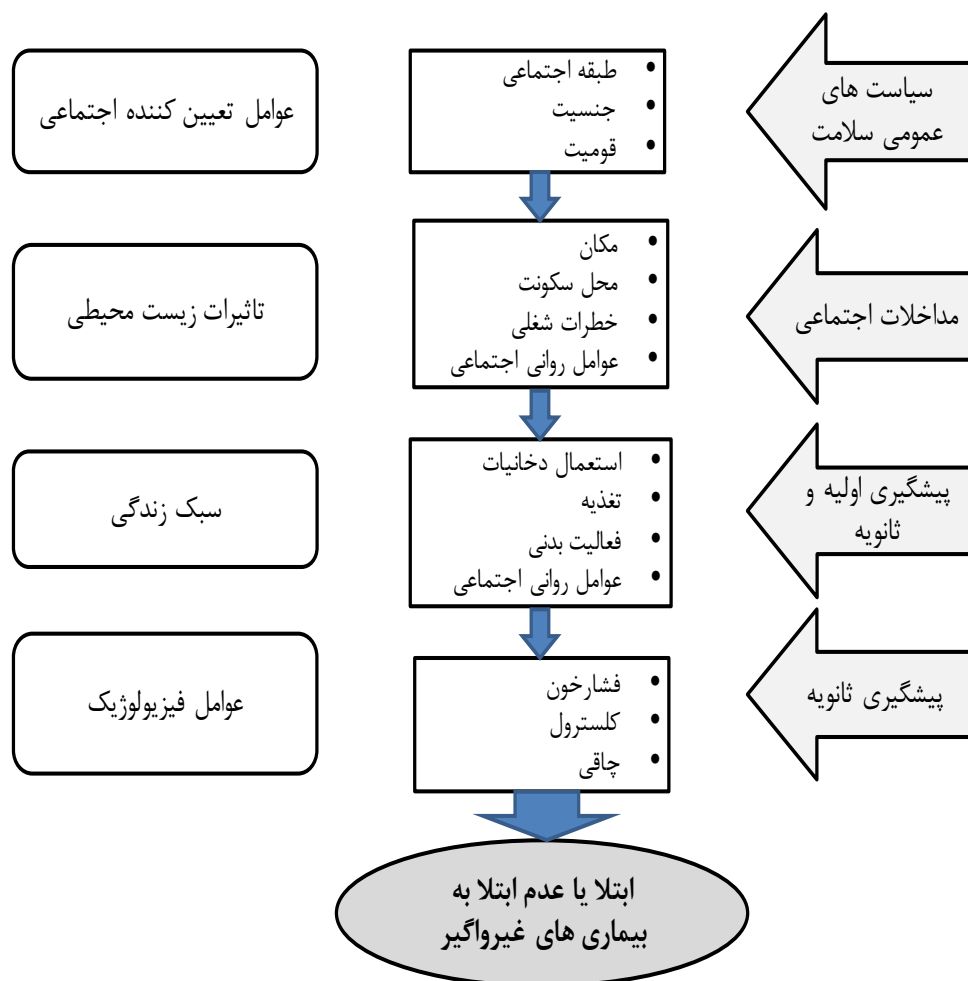


وضعیت بیماری‌های غیرواگیر در ایران

- پیشگیری اساسی بیماری‌های غیرواگیر منوط به شناخت جامع فاکتورهای خطر وابسته به آنها است.
- بیماری ایسکمیک قلب، کمر درد، سوانح جاده‌ای، افسردگی ماژور و سکته مغزی سبب تحمیل بیشترین بار در سال ۲۰۱۰ میلادی به سیستم بهداشت و درمان ایران بوده‌اند.
- بیماری‌هایی همچون گروه اسهال در سالیان اخیر به رده‌های پایین اهمیت منتقل شده‌اند.
- برخی معضلات دیگر مرتبط با سلامت همچون بیماری‌های مزمن کلیوی، خشونت و اختلالات روانی از دیگر عوامل مهم مرتبط با سلامت در بحث بیماری‌های غیرواگیر در ایران محسوب می‌شوند.

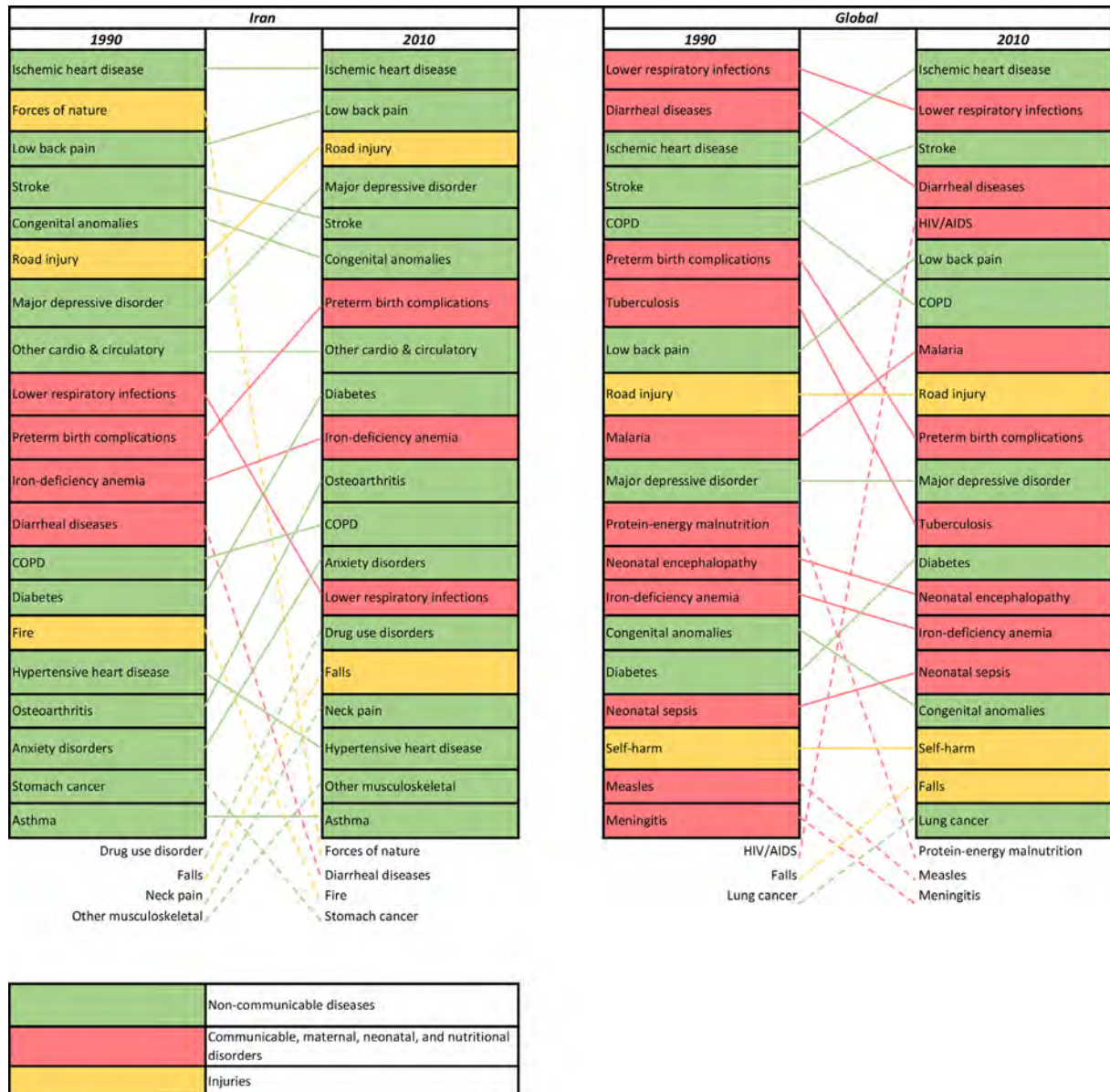


در حال حاضر، بیماری‌های غیرواگیر مسوول بیش از ۵۳٪ بار بیماری‌ها در سراسر جهان هستند و انتظار می‌رود تا سال ۲۰۲۰ این عوامل سبب ۶۰٪ کل بار بیماری‌ها و ۷۳٪ تمام موارد مرگ شوند که از این میزان مرگ، ۸۰٪ آنها در کشورهای در حال توسعه رخ می‌دهد. در این میان، بیش از ۷۶٪ کل بار بیماری‌ها در ایران به بیماری‌های غیرواگیر اختصاص دارد. پایه پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر، شناسایی عوامل خطر اولیه و عمده آنها و پیشگیری و کنترل این عوامل است که هدف از این کار، جلوگیری از وقوع همه‌گیری‌ها و همچنین، کنترل آنها تا حد امکان، در محل بروز است. عوامل تعیین‌کننده در ابتلای افراد به بیماری‌های غیرواگیر در شکل ۲,۱ به صورت شماتیک نشان داده شده‌اند.



شکل ۲,۱: عوامل تعیین کننده بیماری‌های غیرواگیر

بر اساس داده‌های حاصل از مطالعه «بار جهانی بیماری‌ها»، بیست بیماری با بیش‌ترین میزان DALY در سال‌های ۱۹۹۰ و ۲۰۱۰ در ایران و جهان در شکل ۲،۲ به تفکیک سال نشان داده شده‌اند.



شکل ۲،۲: DALY استاندارد شده سنی و جنسی ناشی از بیست بیماری در ایران و جهان طی سال‌های ۱۹۹۰ و ۲۰۱۰

از شکل ۲،۲ چنین استنتاج می‌شود که:

۱- در حال حاضر بیماری ایسکمیک قلبی، درد کمر، سوانح جاده‌ای، اختلال افسردگی مازور و سکتته مغزی دارای بیشترین بار در سال ۲۰۱۰ در ایران بوده‌اند که این الگو بیش از آن که شبیه الگوی بیماری‌ها در کشورهای در حال توسعه باشد؛ به الگوی بیماری‌ها در کشورهای توسعه یافته شباهت دارد.

۲- همانگونه که مشخص است؛ برخی از موارد مانند بیماری‌های گروه اسهال به رده‌هایی پایین تری منتقل شده‌اند. چنان که پیش‌تر نیز بیان شد؛ در بین تمامی بیماری‌های غیرواگیر، بیماری‌های قلبی عروقی، سرطان‌ها، دیابت و بیماری‌های مزمن ریوی، تهدیدهای جدی تری برای سلامت افراد تمامی مناطق دنیا هستند و به تخصیص منابع مالی دولتی و خصوصی فراوان در سرتاسر جهان نیاز دارند. بدین دلیل، سال‌هاست که این چهار بیماری جزو برنامه‌های عملی سازمان جهانی بهداشت قرار دارد. سایر بیماری‌های غیرواگیر که در درجات بعدی اهمیت قرار دارند؛ عبارتند از:

الف) اختلالات روانی (Mental)

ب) سوانح و حوادث

پ) خشونت

ت) ناتوانی‌ها از جمله کوری و کری

ث) بیماری‌های کلیوی، آندوکراین، نورولوژیک، هماتولوژیک، گاستروآنتروژیک، کبدی، عضلانی استخوانی، پوست، بیماری‌های دهان و دندان و ناهنجاری‌های ژنتیک

عوامل خطر اصلی رفتاری مربوط به بیماری‌های غیرواگیر را نیز استعمال دخانیات، رژیم غذایی ناسالم، کم‌تحرکی و مصرف الکل تشکیل داده و عوامل خطر متابولیک/فیزیولوژیک این بیماری‌ها عبارتند از: افزایش فشار خون، افزایش قند خون، افزایش کلسترول و چاقی/اضافه وزن.

لذا با توجه به موارد بالا، در این فصل به بیماری‌های غیرواگیر مهم در ایران و جهان پرداخته می‌شود و در فصل بعد، عوامل خطر اصلی و قابل اصلاح مورد بررسی قرار می‌گیرند.

۲.۱. بیماری‌های غیرواگیر اصلی در ایران

۲.۱.۱. بیماری‌های قلبی-عروقی

بیماری‌های قلبی-عروقی به دلیل مشکلات ایجاد شده در قلب و عروق خونی حاصل می‌شوند و بیماری‌های کرونری قلب (حمله‌های قلبی)، بیماری‌های عروقی مغز (سکته)، افزایش فشار خون (فشار خون بالا)، بیماری‌های عروقی محیطی، بیماری‌های رماتیسم قلبی، بیماری‌های مادرزادی قلب و نارسایی قلبی را شامل می‌شوند.

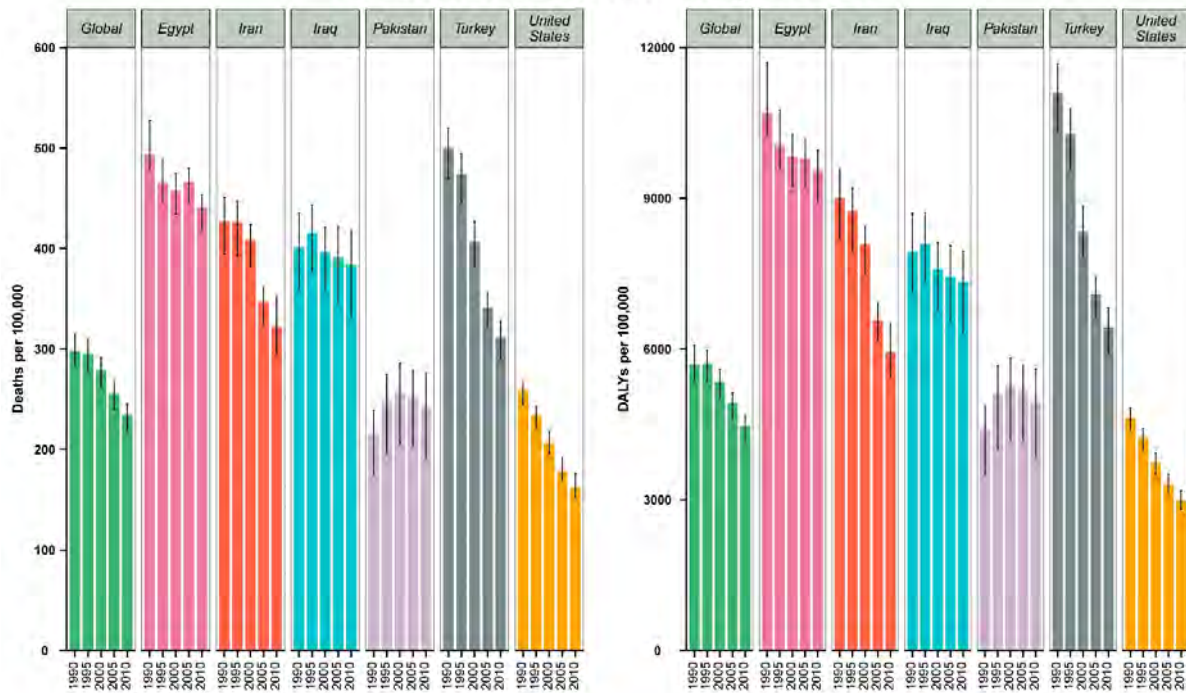
بیماری‌های قلبی-عروقی، اولین عامل مرگ در سراسر جهان هستند و سالانه، افراد بسیاری در اثر ابتلا به این بیماری کشته می‌شوند. در سال ۲۰۱۲، حدود ۱۷/۵ میلیون نفر در اثر ابتلا به این بیماری فوت کردند که ۳۱٪ تمامی مرگ‌ها در جهان را شامل می‌شود. از این میزان مرگ، ۷/۴ میلیون نفر به دلیل بیماری‌های کرونری قلب و ۶/۷ میلیون نفر در اثر سکته مغزی فوت کردند. ۳/۴ مرگ‌های ناشی از بیماری‌های کرونری قلب در کشورهای با درآمد کم تا متوسط رخ می‌دهد.

۱۶ میلیون مرگ زیر ۷۰ سال ناشی از بیماری‌های غیرواگیر بوده است که ۸۲٪ آنها در کشورهای با درآمد کم و متوسط روی داده و ۳۷٪ آنها به دلیل بیماری‌های قلبی-عروقی بوده است. اغلب بیماری‌های قلبی-عروقی با تغییر سبک زندگی و اتخاذ رفتارهای سالم همانند عدم مصرف دخانیات، رژیم غذایی سالم و پیشگیری از چاقی، انجام فعالیت بدنی و عدم مصرف الکل، قابل پیشگیری هستند. چنین امری با اتخاذ استراتژی‌های جامعه‌محور (Population-Wide) قابل انجام است. افرادی که دچار بیماری‌های قلبی-عروقی هستند یا افرادی که در معرض خطر بالای این بیماری هستند (به دلیل وجود یک یا چند عامل خطر همچون فشار خون بالا، دیابت، هایپرلیپیدی) نیاز به تشخیص فوری و کنترل بیماری از طریق مشاوره و درمان دارویی دارند.

در سال ۲۰۱۴، شیوع جهانی دیابت در بالغین بالاتر از ۱۸ سال، ۹٪ برآورد شده و در سال ۲۰۱۲، ۱/۵ میلیون مرگ به طور مستقیم در اثر دیابت رخ داده است. بیش از ۸۰٪ از موارد مرگ در کشورهای با درآمد کم و متوسط روی می‌دهد و بنابر پروژه‌های سازمان جهانی بهداشت، دیابت، هفتمین علت سببی مرگ در سال ۲۰۳۰ خواهد بود. رژیم غذایی سالم، انجام منظم فعالیت بدنی، حفظ وزن بدن در حد طبیعی و پرهیز از استعمال دخانیات می‌تواند از دیابت پیشگیری کند یا وقوع آن را به تاخیر بیندازد.

میزان مرگ و DALY در ۱۰۰/۰۰۰ نفر جمعیت بر اساس بیماری‌های قلبی-عروقی در سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ در جهان، ایران و ۵ کشور دیگر در شکل ۲،۳ نشان داده شده است. بر اساس این اطلاعات میزان مرگ در کشورهایی مانند پاکستان و ایالات متحده آمریکا کم‌تر از سایر کشورها و حتی کم‌تر از متوسط جهانی مرگ‌ومیر در اثر این بیماری گزارش شده است. در این بین ایران مرگ‌ومیری بیش از متوسط میزان جهانی را به خود اختصاص می‌دهد، هرچند این میزان به مرور زمان در سال‌های مورد مطالعه کاهش نشان می‌دهد. هرچند میزان DALY مرتبط با بیماری‌های قلبی-عروقی در کشورهایی همانند ترکیه و مصر بسیار بالاتر از متوسط جهانی و حتی ایران است، اما چنین به نظر می‌رسد که همانند نرخ مرگ، این میزان نیز در کشورهای پاکستان و آمریکا از متوسط جهانی کم‌تر است. ایران DALY کم‌تری نسبت به ترکیه و مصر دارد اما میزان آن همچنان بالاتر از متوسط جهانی است. همچون مرگ‌ومیر، میزان DALY ایران با گذشت زمان کاهش قابل ملاحظه‌ای نشان می‌دهد.

Cardiovascular and Circulatory Diseases



شکل ۲، ۳: میزان مرگ و DALY در ۱۰۰/۰۰۰ نفر جمعیت بر اساس بیماری‌های قلبی-عروقی در سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ در جهان، ایران و ۵ کشور دیگر

۲، ۱، ۲. سرطان‌ها

سرطان‌ها از جمله عوامل اصلی بیماری‌ها و مرگ‌ومیر در جهان هستند و در سال ۲۰۱۲، حدود ۱۴ میلیون مورد جدید و ۸/۲ میلیون مرگ ناشی از سرطان گزارش شده است. انتظار می‌رود که تعداد موارد جدید سرطان در طول دو دهه آتی حدود ۷۰٪ بیشتر شود. در سال ۲۰۱۲، پنج مورد از شایع‌ترین موارد سرطان در بین مردان عبارت بوده‌اند از ریه، پروستات، کولورکتوم، معده و کبد و پنج مورد از شایع‌ترین سرطان‌ها در بین زنان را پستان، کولورکتوم، ریه، دهانه رحم و معده تشکیل می‌دادند. حدود یک سوم از مرگ‌های ناشی از سرطان در اثر ۵ مشکل رفتاری رخ می‌دهند: شاخص توده بدنی بالا، مصرف کم میوه و سبزیجات، عدم فعالیت بدنی، مصرف سیگار و مصرف الکل. مصرف سیگار، مهم‌ترین عامل خطر زای سرطان محسوب می‌شود و حدود ۲۰٪ از مرگ‌های ناشی از سرطان در سرتاسر جهان به دلیل مصرف آن رخ می‌دهد. حدود ۷۰٪ مرگ‌های ناشی از سرطان ریه نیز به دلیل مصرف سیگار است. عفونت‌های ویروسی ایجاد کننده سرطان همانند HCV، HBV و HPV مسوول حدود ۲۰٪ مرگ‌های ناشی از سرطان در کشورهای با درآمد کم متوسط هستند و بیش از ۶۰٪ موارد جدید سرطان در هر سال، در آفریقا، آسیا، آمریکای مرکزی و جنوبی رخ می‌دهد. این مناطق، ۷۰٪ تمامی موارد مرگ ناشی از سرطان را به خود اختصاص می‌دهند. انتظار می‌رود که موارد سالانه سرطان از ۱۴ میلیون در سال ۲۰۱۲ به ۲۲ میلیون طی دو دهه آینده برسد. سرطان، یک واژه ژنتیک است که به گروه وسیعی از بیماری‌ها اطلاق می‌شود که می‌توانند بر هر بخشی از بدن تاثیر بگذارند. در سال ۲۰۱۲، شایع‌ترین سرطان‌هایی که منجر به مرگ شدند؛ عبارت بودند از:

- ریه (۱/۵۹ میلیون مرگ)
- کبد (۷۴۵/۰۰۰ مرگ)
- معده (۷۲۳/۰۰۰ میلیون)
- کولورکتال (۶۹۴/۰۰۰ مرگ)
- پستان (۵۲۱/۰۰۰ مرگ)
- مری (۴۰۰/۰۰۰ مرگ) (۱)

عوامل ایجاد کننده سرطان، در سه دسته تقسیم بندی می شوند:

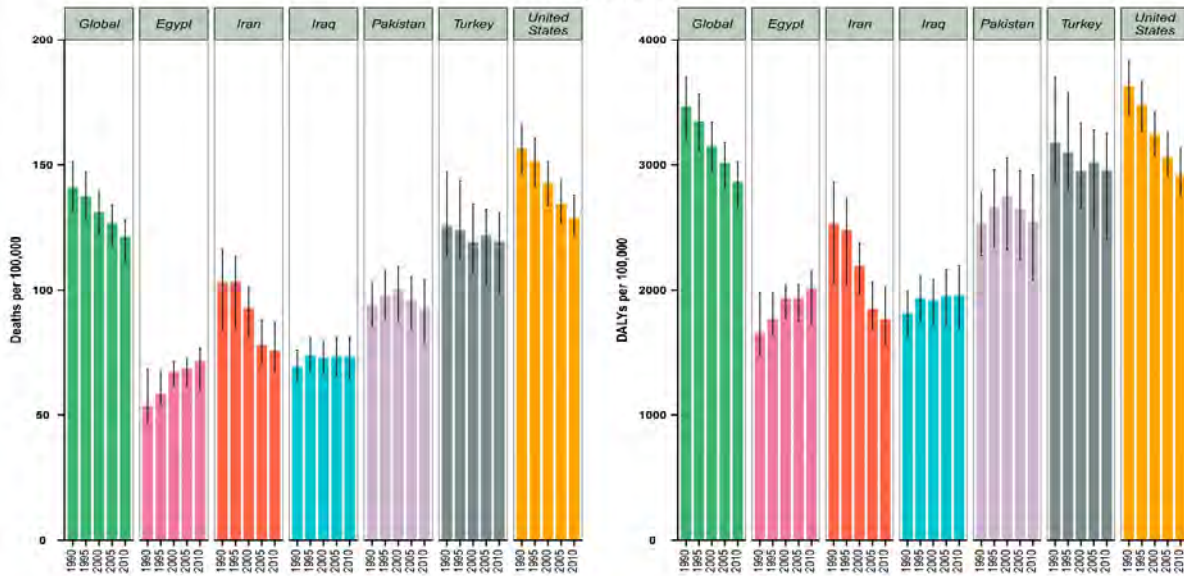
■ کارسینوژن های فیزیکی همانند پرتوهای ماورای بنفش و یونیزان
 ■ کارسینوژن های شیمیایی همانند آزبستوز، مواد موجود در دود سیگار، آفلاتوکسین و آرسنیک
 ■ کارسینوژن های بیولوژیک همانند عفونت های ناشی از ویروس ها، باکتری ها و میکروب های خاص
 سالمندی نیز یکی دیگر از عوامل بنیادی ایجاد سرطان است. شیوع سرطان به طور چشمگیری با افزایش سن، زیاد می-شود.
 از جمله عوامل خطر جهانی برای ایجاد سرطان می توان استفاده از سیگار، مصرف الکل، تغذیه ناسالم و عدم تحرک بدنی را نام برد. برخی از ویروس ها همانند هپاتیت (HBV) (B)، هپاتیت (HCV) (C) و برخی از انواع ویروس پاپیلوما ی انسانی (HPV)، خطر سرطان هایی مانند دهانه رحم را افزایش می دهد.

با افزایش آگاهی در مورد علل ایجاد کننده سرطان و مداخلات لازم برای پیشگیری و مدیریت بیماری ها می توان از سرطان پیشگیری کرد. با اجرای استراتژی های مبتنی بر شواهد برای پیشگیری از سرطان، تشخیص زودرس آن و مدیریت بیماران مبتلا به سرطان می توان سرطان را کاهش داد و کنترل نمود. در صورت تشخیص زودهنگام و درمان مناسب، بسیاری از سرطان ها احتمال بهبود دارند.
 بیش از ۳۰٪ مرگ های ناشی از سرطان با تغییر سبک زندگی و اجتناب از عوامل خطر اصلی، قابل پیشگیری هستند. این عوامل خطر عبارتند از:

- مصرف سیگار
 - اضافه وزن چاقی
 - رژیم غذایی ناسالم و مصرف کم میوه و سبزیجات
 - عدم فعالیت بدنی
 - مصرف الکل
 - عفونت مقاربتی HPV
 - عفونت HBV
 - مواجهه با اشعه های یونیزان و غیر یونیزان
 - آلودگی هوای شهر
 - دودهای داخل منزل ناشی از احتراق ناقص سوخت های جامد
- استعمال دخانیات مهم ترین عامل خطر برای سرطان است که حدود ۲۰٪ از کل مرگ های ناشی از سرطان و ۷۰٪ مرگ های ناشی از سرطان ریه در اثر عفونت با HBV و HPV رخ می دهد. سرطان ها در صورت پیشگیری و درمان زودرس، قابل کاهش هستند.
 استراتژی های پیشگیری از سرطان عبارتند از:
- پرهیز هر چه بیشتر از عوامل خطر ذکر شده در بالا
 - واکسیناسیون بر علیه ویروس پاپیلوما ی انسانی (HPV) و هپاتیت (HBV) (B)
 - کنترل خطرات شغلی
 - کاهش مواجهه با اشعه های غیر یونیزان نور خورشید (UV)
 - کاهش مواجهه با اشعه های یونیزان (شغلی یا تصویربرداری های تشخیص پزشکی)

بر اساس میزان مرگ و DALY به واسطه سرطان ها، بیشترین مقدار در بین مناطق مورد بررسی متعلق به کشور آمریکا است و کمترین میزان مرگ و DALY به ترتیب در کشورهای مصر و عراق مشاهده شده است. به طور کلی میزان مرگ و DALY در جهان روند نزولی داشته، که این روند در کشورهای ایران و آمریکا نیز مشهود است. این در حالی است که روند در کشورهای مصر و عراق بر اساس هر دو میزان به صورت صعودی است. هم چنین کشور پاکستان در ابتدا روند صعودی داشته و پس از آن روند نزولی پیدا کرده است و برخلاف آن کشور ترکیه در ابتدا روند نزولی داشته و پس از آن روند صعودی پیدا می کند (شکل ۴، ۲).

Neoplasms



شکل ۲، ۴: میزان مرگ و DALY در ۱۰۰/۰۰۰ نفر جمعیت بر اساس سرطان هادر سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ در جهان، ایران و ۵ کشور دیگر

۲، ۱، ۳. بیماری‌های مزمن ریوی

بیماری‌های مزمن ریوی مجموعه‌ای از بیماری‌ها هستند که موجب محدودیت در تبادل هوای ریه‌ها می‌شوند. بخش اعظم این بیماری‌ها را بیماری‌های انسدادی ریه یا COPD تشکیل می‌دهند. واژگان آشنای «برونشیت مزمن» و «آمفیزم» دیگر مورد استفاده قرار نمی‌گیرد بلکه در حال حاضر، در تشخیص، از واژه COPD استفاده می‌شود.

عوامل اصلی خطر بیماری‌های مزمن ریوی عبارتند از:

■ مصرف سیگار

■ آلودگی هوای داخل منزل (همانند استفاده از سوخت‌های زیستی مورد استفاده برای آشپزی و گرما)

■ آلودگی هوای محیط

■ گردوغبار و مواد شیمیایی شغلی (بخار، مواد محرک، دود)

بنابر آخرین برآوردهای سازمان جهانی بهداشت، در حال حاضر ۶۴ میلیون انسان به COPD مبتلا هستند و در سال ۲۰۰۵، سه میلیون نفر در اثر COPD جان باخته‌اند که در مجموع، ۵٪ تمامی مرگ‌های آن سال را شامل می‌شود. سازمان جهانی بهداشت پیش‌بینی می‌کند که COPD تا سال ۲۰۳۰ به سومین علت اصلی مرگ تبدیل شود. در هر حال، حتی در کشورهای توسعه یافته نیز جمع‌آوری داده‌های اپیدمیولوژیک دقیق در مورد COPD دشوار و گران قیمت است.

حدود ۹۰٪ موارد مرگ ناشی از COPD در کشورهای با درآمد کم تا متوسط روی می‌دهد. در گذشته، COPD در بین مردان شایع‌تر بود اما به دلیل افزایش مصرف سیگار در خانم‌های کشورهای پردرآمد و خطر بالاتر مواجهه آنان با آلودگی هوای داخل منزل (نظیر سوخت‌های زیستی مورد استفاده برای آشپزی و گرما) در کشورهای کم‌درآمد، در حال حاضر، این بیماری به‌طور مساوی روی زنان و مردان تاثیر دارد. در سال ۲۰۰۲، COPD، پنجمین علت مرگ محسوب می‌شد. برآورد می‌شود که طی ۱۰ سال آینده، مرگ‌های ناشی از COPD به بیش از ۳۰٪ افزایش یابد مگر آن که اقداماتی فوری برای کاهش عوامل خطر ساز این بیماری به‌ویژه مصرف الکل صورت گیرد. تخمین‌ها دال بر این است که COPD در سال ۲۰۳۰ به سومین عامل مرگ در جهان بدل شود. اهداف مدیریت COPD عبارتند از:

■ پیشگیری از پیشرفت بیماری

■ تسکین علائم

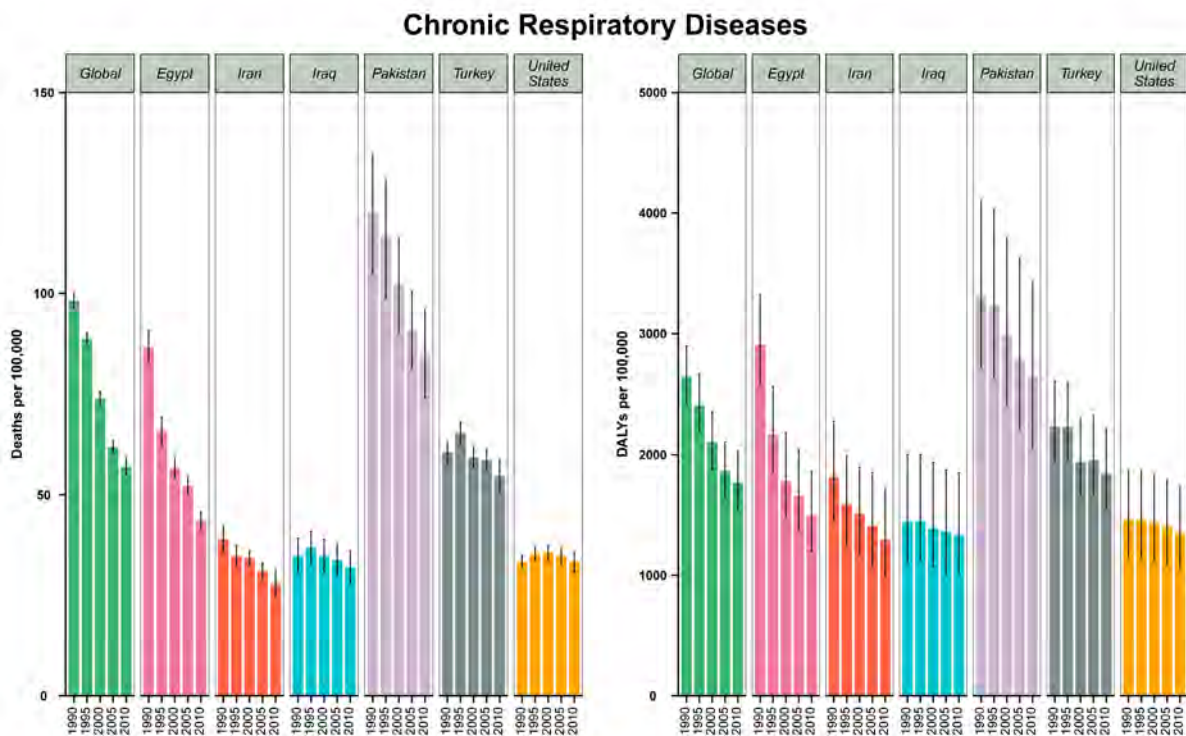
■ بهبود تحمل ورزش

■ بهبود وضعیت سلامت

■ پیشگیری و درمان عوارض

■ پیشگیری از شدت یافتن بیماری

براساس میزان مرگ و DALY به واسطه بیماری مزمن انسدادی ریوی، بیشترین مقدار در بین مناطق مورد بررسی متعلق به کشور پاکستان است و هم‌چنین کم‌ترین میزان در کشور ایران مشاهده شده است. به‌طورکلی میزان مرگ و DALY در جهان روند نزولی داشته، که این روند در کشورهای مصر و پاکستان نیز مشهود است. این روند نزولی به‌صورت خفیف‌تری در کشورهای ایران و عراق نیز وجود دارد. این در حالی است که روند در کشورهای آمریکا و ترکیه براساس هر دو میزان در ابتدا روند صعودی داشته و پس از آن روند نزولی پیدا کرده است (شکل ۲،۵).



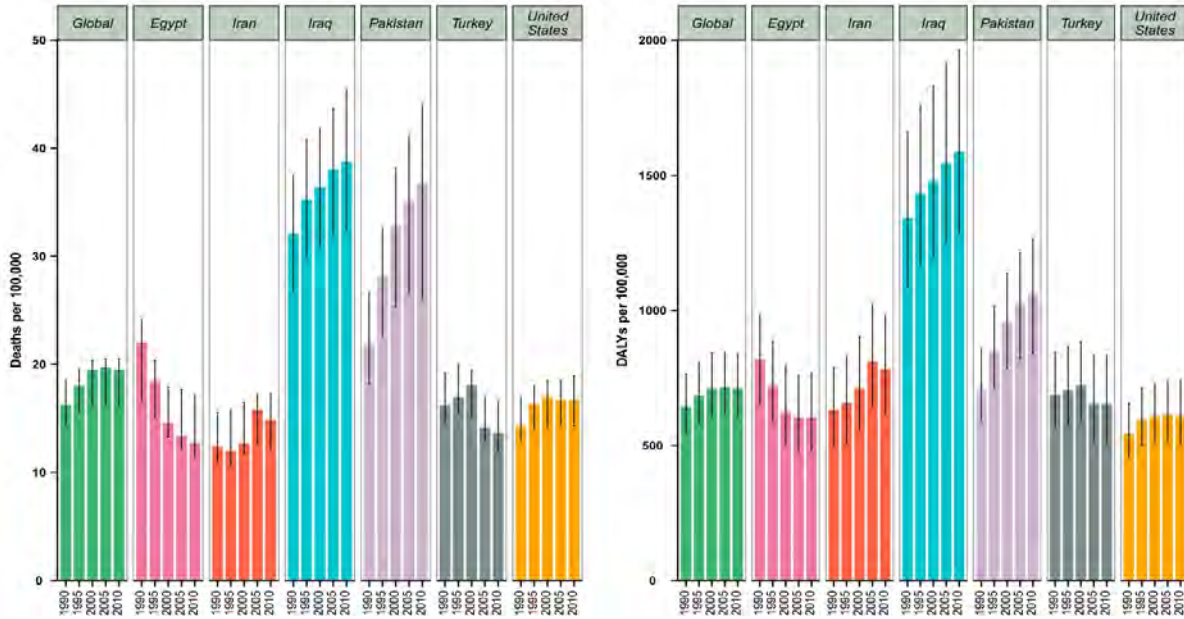
شکل ۲،۵: میزان مرگ و DALY در ۱۰۰/۰۰۰ نفر جمعیت بر اساس بیماری مزمن ریوی در سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ در جهان ایران و ۵ کشور دیگر

۲،۱،۴. دیابت

دیابت نوع دو، ۹۰٪ افراد مبتلا به دیابت در جهان را شامل می‌شود و عموماً در نتیجه افزایش وزن بدن و عدم تحرک بدنی رخ می‌دهد. دیابت موجب افزایش خطر ابتلا به بیماری قلبی و سکته مغزی می‌شود. مطالعه‌ای که در چند کشور انجام شد؛ نشان داد که ۵۰٪ از افراد مبتلا به دیابت در اثر بیماری قلبی عروقی فوت می‌کنند. هدف سازمان جهانی بهداشت این است که از اقدامات موثر برای مراقبت، پیشگیری و کنترل دیابت و عوارض آن در کشورهای با درآمد کم و متوسط پشتیبانی کند.

براساس میزان مرگ و DALY به واسطه بیماری دیابت، بیشترین مقدار در بین مناطق مورد بررسی مربوط به کشور عراق است. به‌طورکلی میزان مرگ و DALY در جهان روند صعودی داشته، که این روند در کشورهای عراق، پاکستان و آمریکا نیز مشهود است. این در حالی است که روند در کشور مصر براساس هر دو میزان به‌صورت نزولی است. به‌علاوه کشورهای ایران و ترکیه براساس هر دو میزان در ابتدا روند صعودی داشته و پس از آن روند نزولی پیدا کرده‌اند (شکل ۲،۶).

Diabetes Mellitus



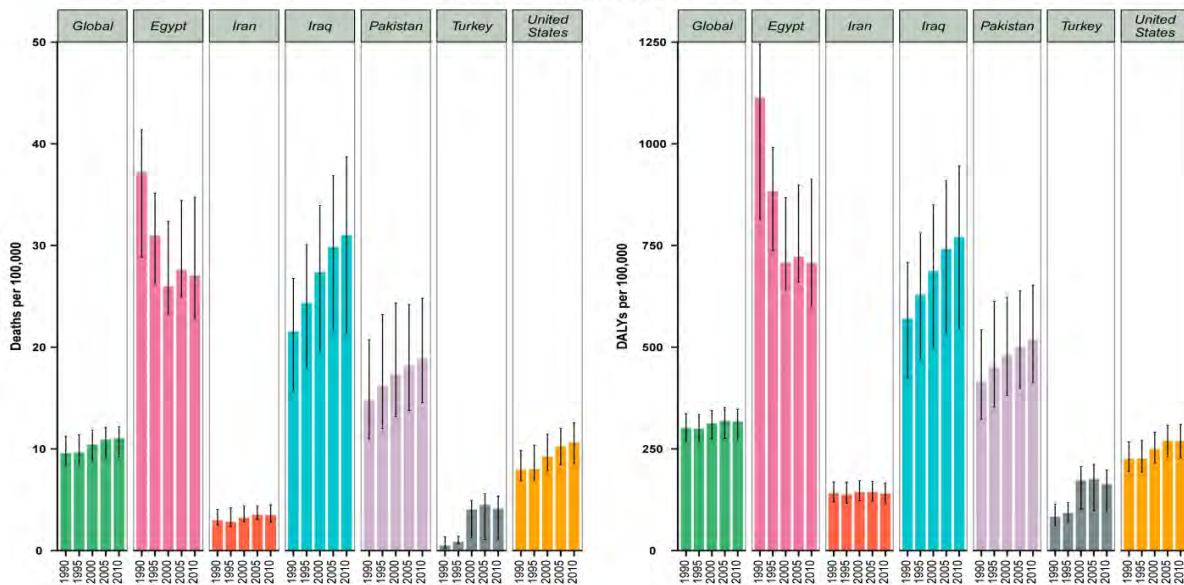
شکل ۲،۶: میزان مرگ و DALY در ۱۰۰/۰۰۰ نفر جمعیت بر اساس بیماری دیابت در سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ در جهان، ایران و ۵ کشور دیگر

۲،۲. سایر بیماری‌های غیرواگیر پر اهمیت

۲،۲،۱. بیماری‌های کلیوی

بر اساس میزان مرگ و DALY به واسطه بیماری‌های مزمن کلیوی، بیشترین مقدار در سال ۱۹۹۰ در بین مناطق مورد بررسی مربوط به کشور مصر است. این در حالی است که بر اساس اطلاعات سال ۲۰۱۰ بیشترین میزان مرگ و DALY مربوط به کشور عراق است. به‌طور کلی میزان مرگ و DALY در جهان روند صعودی خفیفی داشته، که این روند در کشور ایران نیز مشهود است. به علاوه کشورهای عراق، پاکستان و آمریکا دارای روند صعودی هستند. بر اساس هر دو میزان کشور ترکیه در ابتدا روند صعودی داشته و پس از آن روند نزولی پیدا کرده است (شکل ۲،۷).

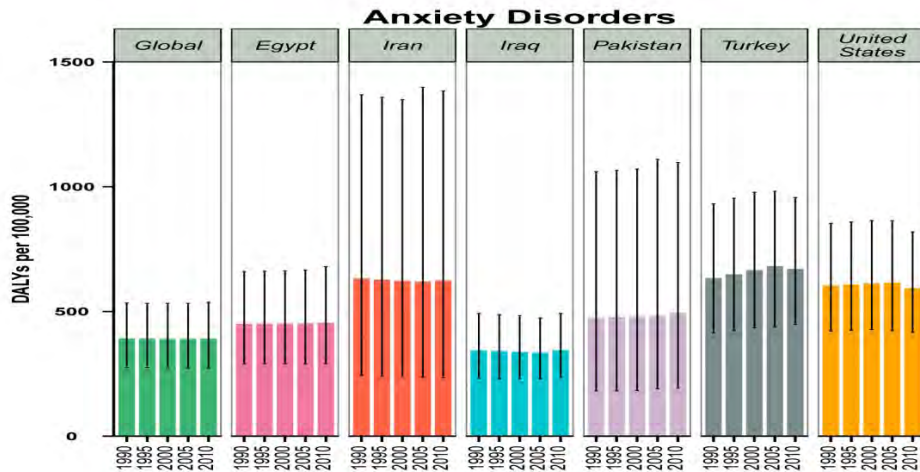
Chronic Kidney Diseases



شکل ۲،۷: میزان مرگ و DALY در ۱۰۰/۰۰۰ نفر جمعیت بر اساس بیماری‌های مزمن کلیوی در سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ در جهان، ایران و ۵ کشور دیگر

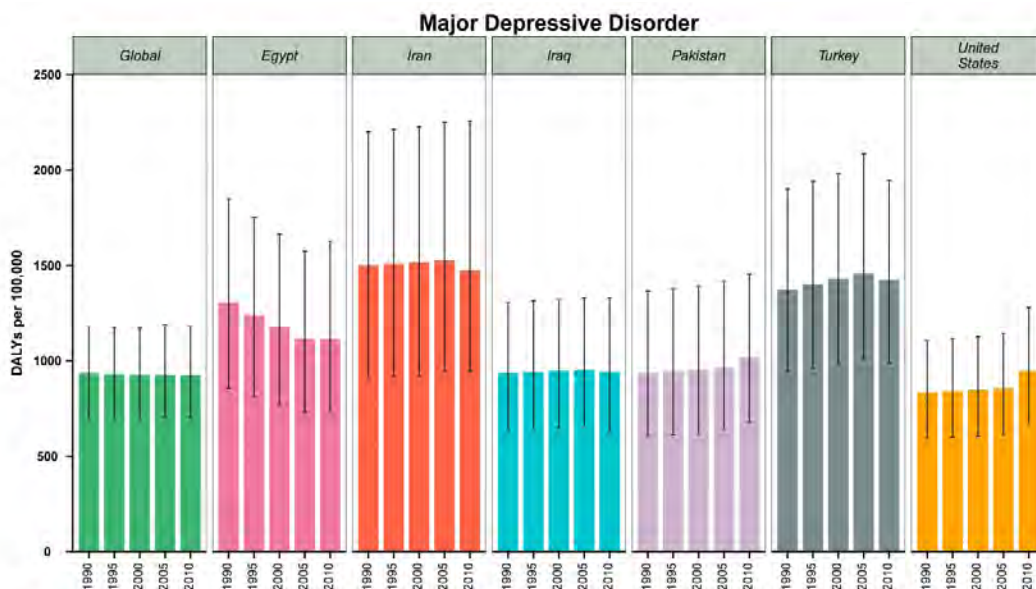
۲,۲,۲. بیماری‌های روانی

بر اساس میزان DALY به واسطه بیماری‌های مرتبط با اضطراب، بیشترین مقدار در بین مناطق مورد بررسی در کشور ترکیه و پس از آن در ایران مشاهده می‌شود. به‌طور کلی میزان DALY در جهان روند تقریباً ثابتی داشته، که این روند در کشور مصر، ایران، عراق و پاکستان نیز وجود دارد. به‌علاوه کشورهای ترکیه و آمریکا تا سال ۲۰۰۵ روند صعودی خفیفی داشته‌اند، این در حالی است که در سال ۲۰۱۰ این میزان کاهش پیدا کرده است (شکل ۲,۸).



شکل ۲,۸: میزان DALY در ۱۰۰/۰۰۰ نفر جمعیت در اثر اضطراب در سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ در جهان، ایران و ۵ کشور دیگر

بر اساس میزان DALY به واسطه اختلال افسردگی ماژور، بیشترین و کم‌ترین مقدار در بین مناطق مورد بررسی به ترتیب در کشورهای ایران و آمریکا مشاهده می‌شود. به‌طور کلی میزان DALY در جهان روند تقریباً ثابتی داشته، که این روند در کشورهای ایران، عراق، پاکستان و آمریکا نیز وجود دارد، که البته در سال ۲۰۱۰ این میزان در کشورهای پاکستان و آمریکا افزایش و در ایران کاهش یافته است. کشور ترکیه تا سال ۲۰۰۵ دارای روند صعودی است، این در حالی است که در سال ۲۰۱۰ این میزان کاهش پیدا کرده است. به‌علاوه کشور مصر دارای روند نزولی است (شکل ۲,۹).

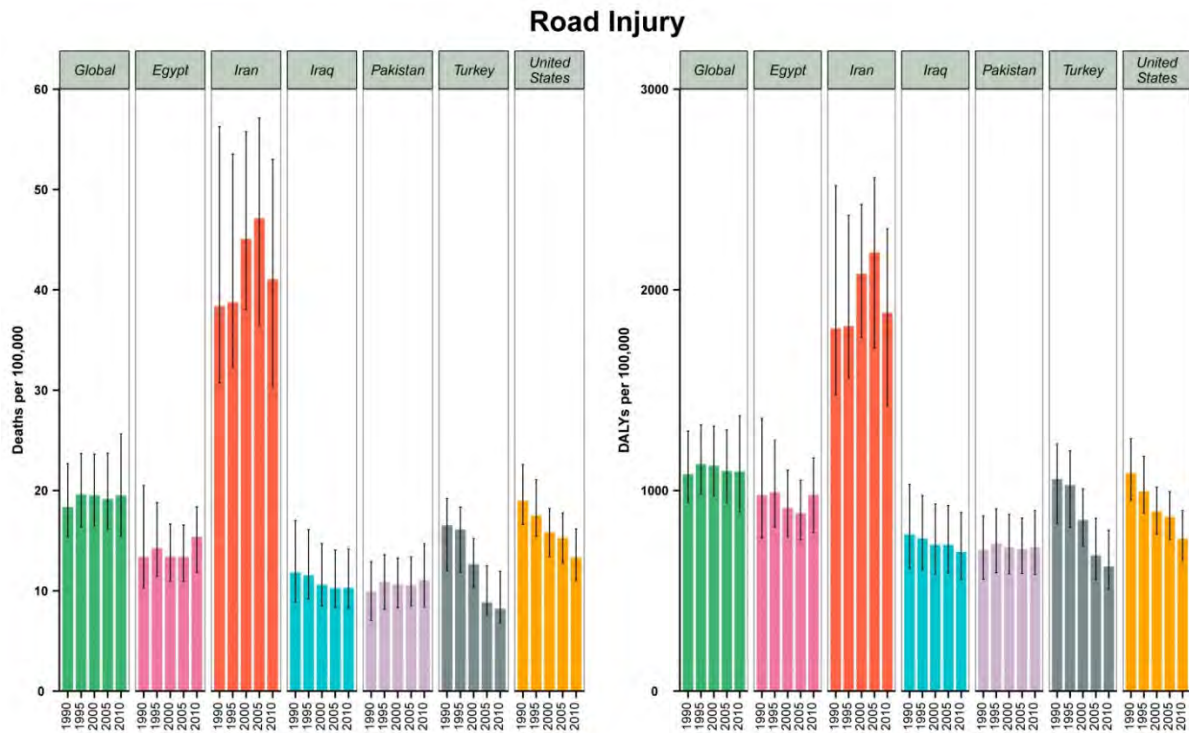


شکل ۲,۹: میزان DALY در ۱۰۰/۰۰۰ نفر جمعیت بر اساس اختلال افسردگی ماژور در سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ در جهان ایران و ۵ کشور دیگر

۲,۲,۳. سوانح و حوادث

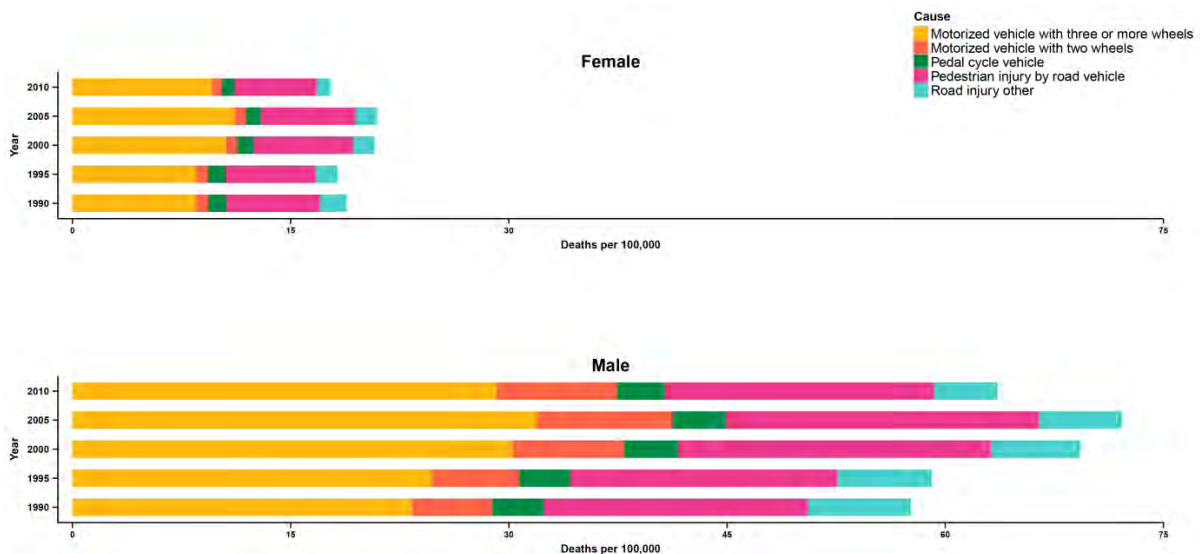
بر اساس میزان مرگ و DALY به واسطه سوانح جاده‌ای، بیشترین مقدار در بین مناطق مورد بررسی مربوط به کشور ایران است، که این روند در

سال‌های ابتدایی مطالعه به صورت صعودی و پس از آن به صورت نزولی است. به طور کلی میزان مرگ و DALY در جهان در سال‌های ابتدایی مطالعه به صورت صعودی روند صعودی خفیفی داشته، که این روند در کشور ایران نیز مشهود است. به علاوه کشورهای عراق، پاکستان و آمریکا دارای روند صعودی هستند. براساس هر دو میزان کشور ترکیه در ابتدا روند صعودی داشته و پس از آن روند نزولی پیدا کرده است (شکل ۲، ۱۰).



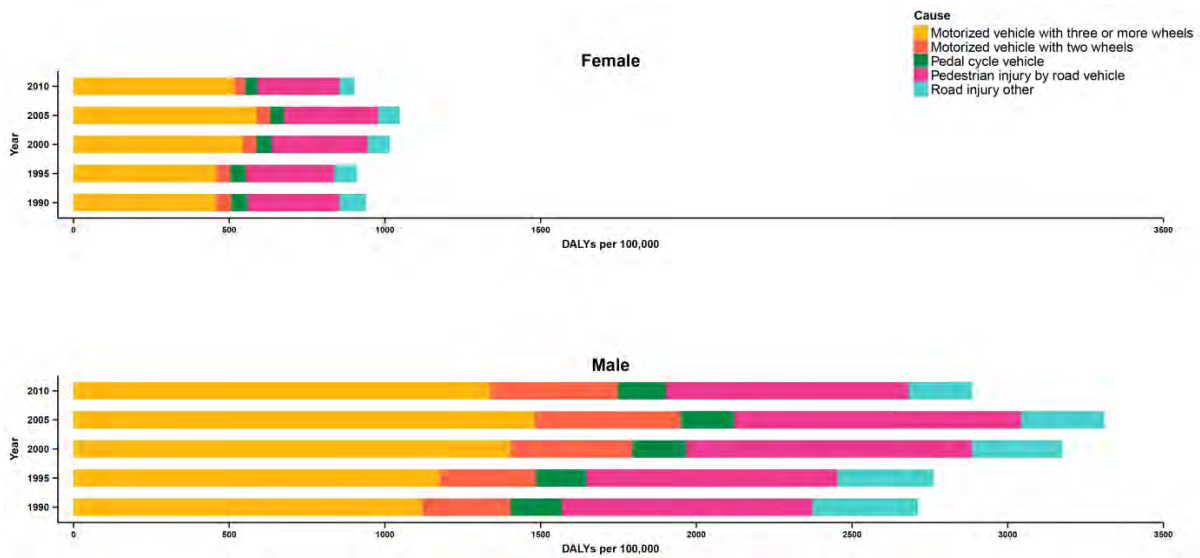
شکل ۲، ۱۰: میزان مرگ و DALY در ۱۰۰/۰۰۰ نفر جمعیت بر اساس سوانح جاده‌ای در سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ در جهان ایران و ۵ کشور دیگر

بیشترین میزان مرگ در سال ۲۰۰۵ به واسطه حوادث جاده‌ای برای هر دو جنس زن و مرد مشاهده شده است، که بیشترین سهم در میزان مرگ متناسب به سوانح جاده‌ای متعلق به وسایل موتوری با بیش از ۳ چرخ است (شکل ۲، ۱۱).



شکل ۲، ۱۱: میزان مرگ در ۱۰۰/۰۰۰ نفر جمعیت بر اثر سوانح جاده‌ای در سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ به تفکیک جنسیت در ایران

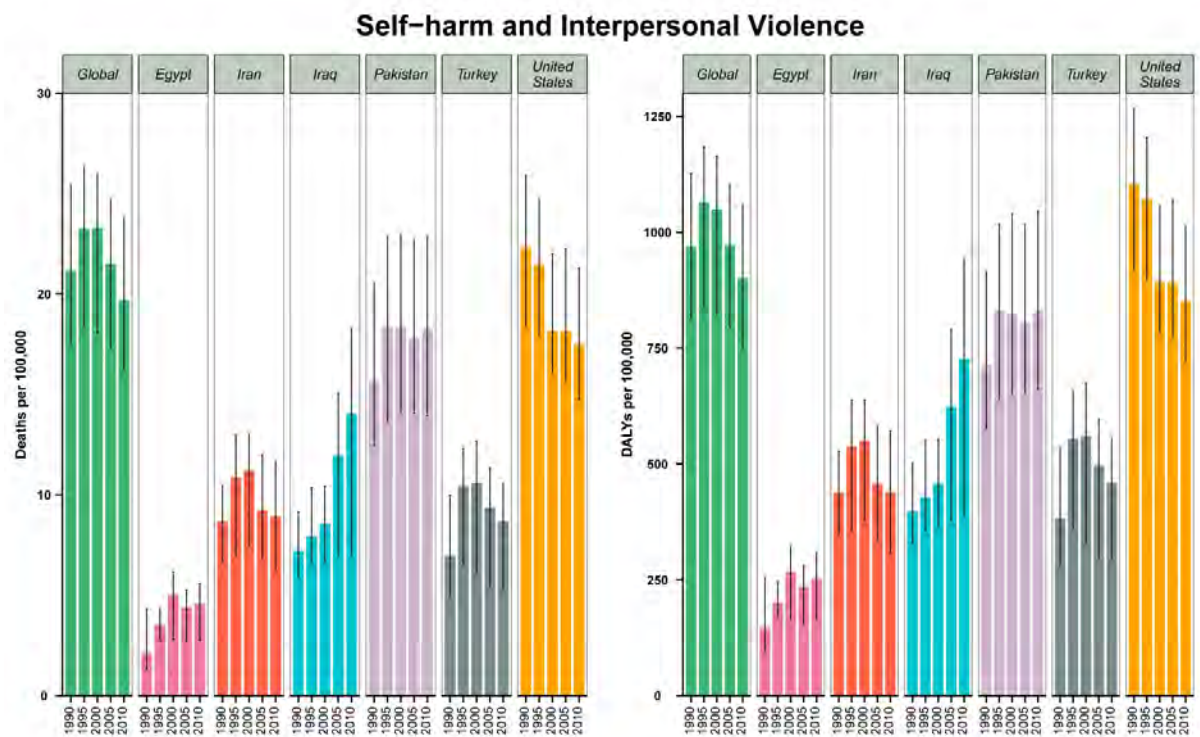
بیشترین میزان DALY همانند میزان مرگ، به واسطه حوادث جاده‌ای برای هر دو جنس زن و مرد در سال ۲۰۰۵ مشاهده شده است و در میزان DALY نیز سهم عمده سوانح جاده‌ای مربوط به وسایل موتوری با ۳ یا بیش از ۳ چرخ است (شکل ۱۲، ۲).



شکل ۱۲، ۲: میزان DALY در ۱۰۰/۰۰۰ نفر جمعیت بر اساس سوانح جاده‌ای در سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ بر اساس جنسیت در ایران

۲،۲،۴. خشونت

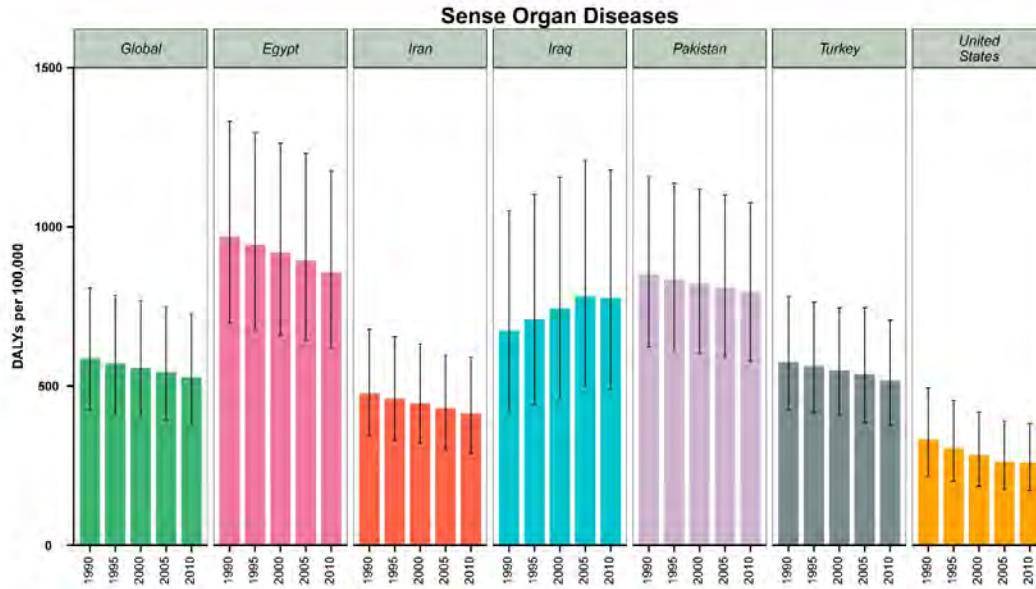
به‌طور کلی میزان مرگ و DALY به واسطه خودآزاری و خشونت فردی، در جهان بسیار بالا است و بیشترین این مقدار در بین مناطق مورد بررسی مربوط به کشور آمریکا است که دارای روند نزولی است. روند مرگ و DALY در کشور عراق بر خلاف کشور آمریکا به صورت صعودی است (شکل ۱۳، ۲).



شکل ۱۳، ۲: میزان مرگ و DALY در ۱۰۰/۰۰۰ نفر جمعیت بر اساس خودآزاری و خشونت فردی در سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ در جهان، ایران و ۵ کشور دیگر

۲,۲,۵. بیماری‌های ارگان حسی

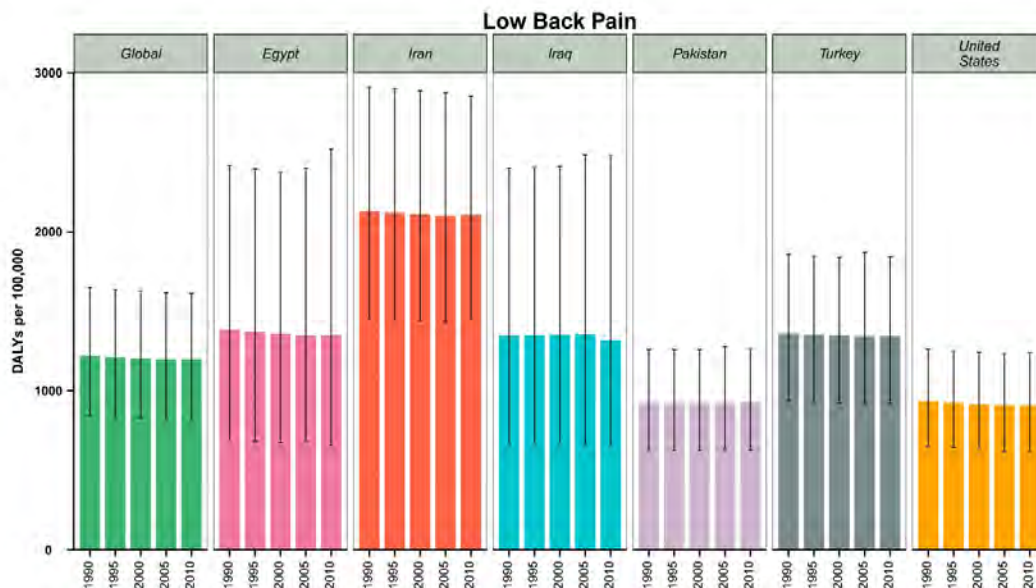
بر اساس میزان DALY به واسطه بیماری‌های ارگان حسی، بیشترین و کمترین مقدار در بین مناطق مورد بررسی به ترتیب در کشورهای مصر و آمریکا مشاهده می‌شود. به طور کلی میزان DALY در جهان روند نزولی داشته، که این روند در کشورهای مصر، ایران، پاکستان، ترکیه و آمریکا نیز وجود دارد و تنها کشور عراق در بین مناطق مورد بررسی روند صعودی داشته است (شکل ۱۴، ۲).



شکل ۱۴، ۲: میزان DALY در ۱۰۰/۰۰۰ نفر جمعیت بر اساس بیماری‌های ارگان حسی در سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ در جهان ایران و ۵ کشور دیگر

۲,۲,۶. درد کمر

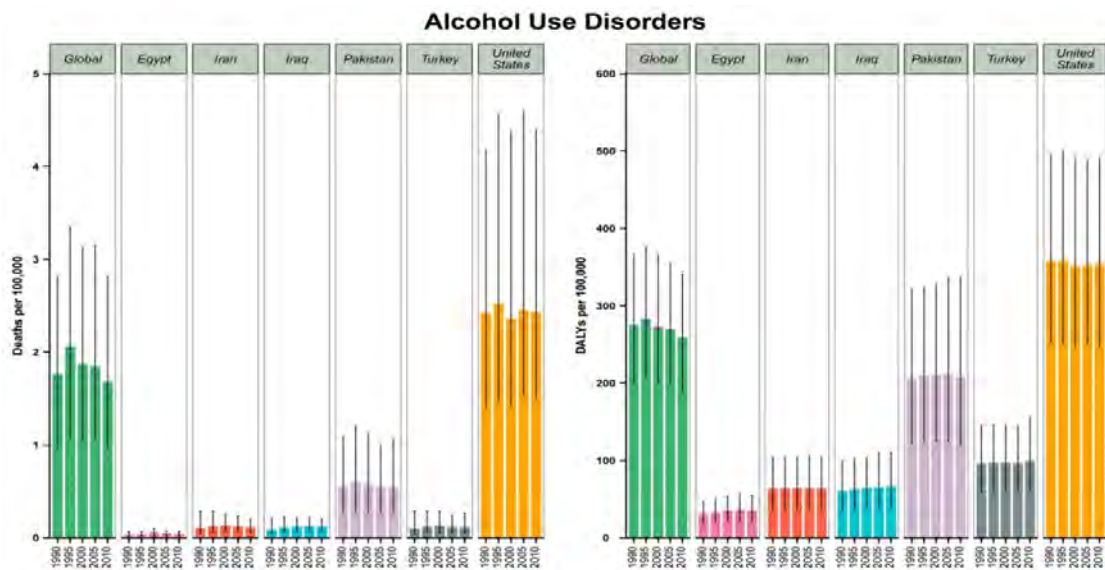
بر اساس میزان DALY به واسطه درد کمر، بیشترین مقدار در بین مناطق مورد بررسی مربوط به کشور ایران است. به طور کلی میزان DALY در جهان روند نزولی خفیفی داشته، که این روند در کشورهای مصر، ایران، ترکیه و آمریکا بیشتر به چشم می‌خورد و این روند در کشورهای عراق و پاکستان تقریباً به صورت ثابت در آمده است، البته در سال ۲۰۱۰ میزان DALY در کشور عراق کاهش نسبی داشته است (شکل ۱۵، ۲).



شکل ۱۵، ۲: میزان DALY در ۱۰۰/۰۰۰ نفر جمعیت بر اساس درد کمر در سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ در جهان، ایران و ۵ کشور دیگر

۲,۲,۷. بیماری‌های ناشی از مصرف الکل

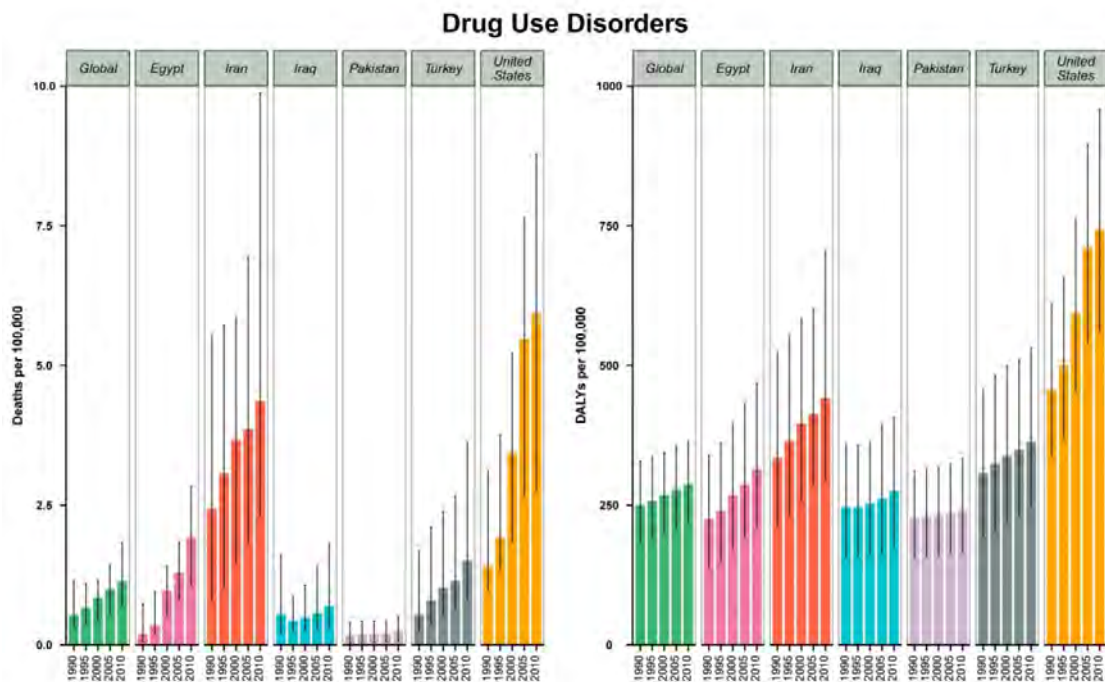
به‌طور کلی میزان مرگ و DALY به واسطه اختلال مصرف الکل، در جهان بسیار بالا است و بیشترین میزان در بین مناطق مورد بررسی مربوط به کشور آمریکا است. روند مرگ و DALY در جهان تا سال ۱۹۹۵ سعودی و پس از آن نزولی است (شکل ۱۶, ۲).



شکل ۲, ۱۶: میزان مرگ و DALY در ۱۰۰/۰۰۰ نفر جمعیت بر اساس اختلال مصرف الکل بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ بر حسب گروه‌های سنی در جهان، ایران و ۵ کشور دیگر

۲,۲,۸. بیماری‌های ناشی از مصرف مواد مخدر

بیشترین میزان مرگ و DALY به واسطه اختلال مصرف مواد مخدر، در بین مناطق مورد بررسی مربوط به کشور آمریکا است. به‌طور کلی میزان مرگ و DALY در جهان همانند تمامی کشورهای تحت بررسی به‌صورت صعودی است (شکل ۱۷, ۲).



شکل ۲, ۱۷: میزان مرگ و DALY در ۱۰۰/۰۰۰ نفر جمعیت بر اساس اختلال مصرف مواد مخدر بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ بر حسب گروه‌های سنی در جهان، ایران و ۵ کشور دیگر



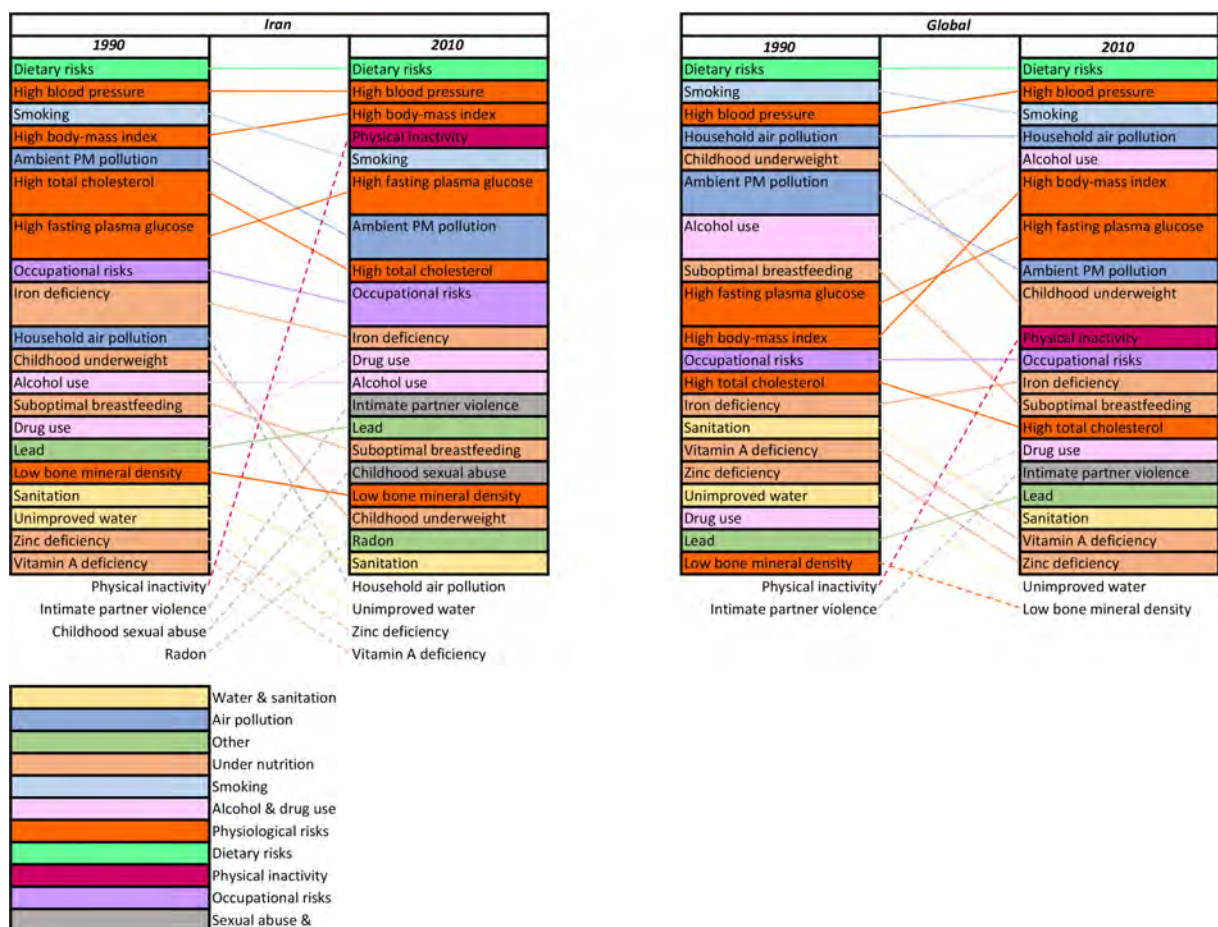


عوامل خطر مرتبط با بیماری‌های غیرواگیر در ایران

- در بحث عوامل خطر تغذیه‌ای و کمبود یا عدم فعالیت فیزیکی؛ ایران در مقایسه با متوسط جهانی از وضعیت نامساعد تری برخوردار است.
- در مقایسه با متوسط جهانی، عوامل خطری همچون مصرف سیگار و توتون در وضعیت بهتری قرار دارند.
- عوامل خطری همچون کمبود یا عدم فعالیت فیزیکی و مصرف سیگار روندی کاهشی در دنیا و نیز در ایران از خود نشان می‌دهند.
- بر اساس آمارهای موجود بیشترین میزان مرگ‌ومیر در سال ۲۰۱۰ به واسطه عوامل خطر مربوط به عوامل تغذیه‌ای رخ داده است.

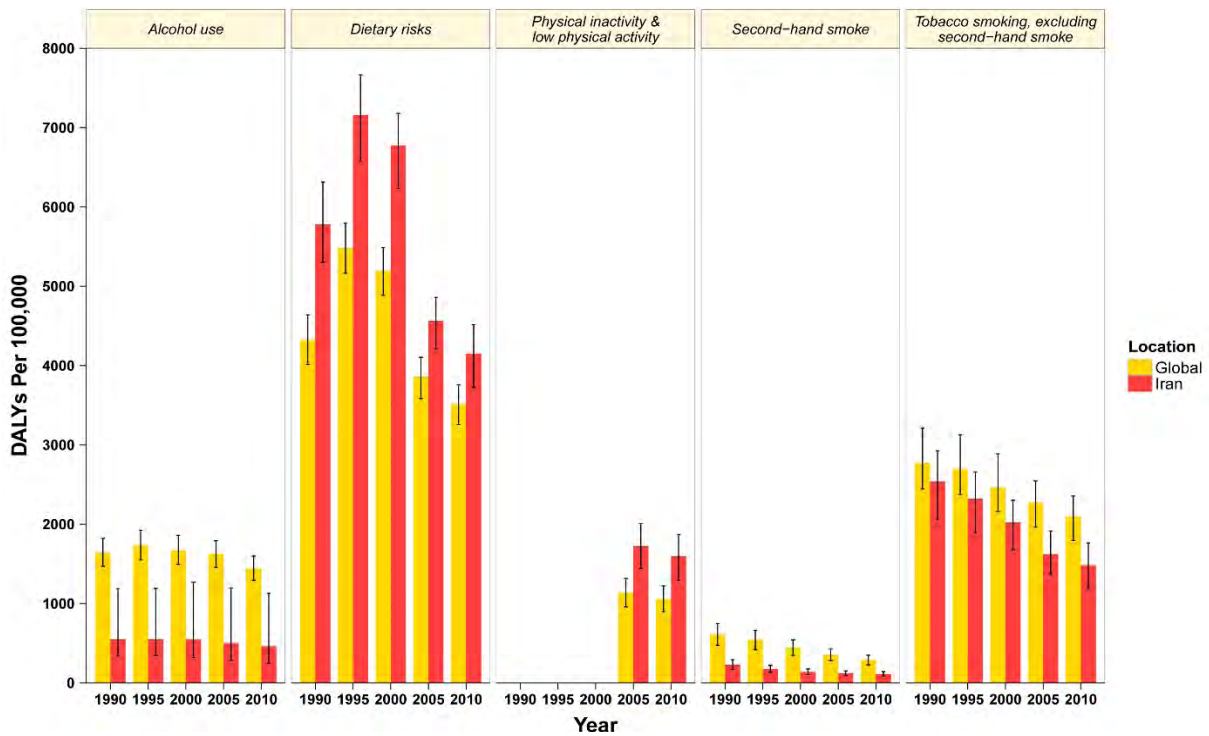


بیشت عامل خطر اصلی بیماری‌های غیرواگیر بر اساس DALY در سال‌های ۱۹۹۰ و ۲۰۱۰ میلادی در ایران و در دنیا در شکل ۳، ۱ نشان داده شده است.



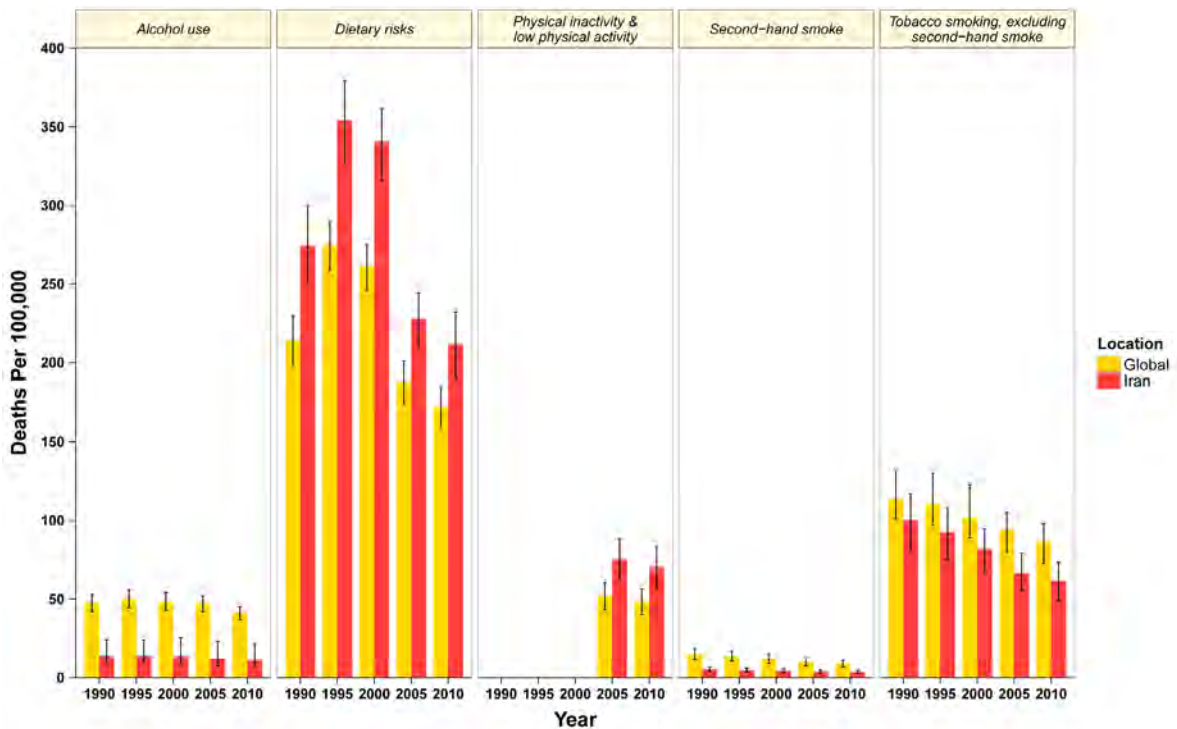
شکل ۳، ۱: DALY استاندارد شده سنی و جنسی ناشی از بیست عامل خطر در ایران و جهان در سال‌های ۱۹۹۰ و ۲۰۱۰

بیشترین میزان DALY در بین ۵ عامل خطر مربوط به عوامل تغذیه است که در تمامی سال‌های مورد بررسی ایران از نظر عامل تغذیه و فعالیت فیزیکی کم و ناکافی در مقایسه با جهان همواره مقدار بیشتری داشته است. در مورد عوامل خطر استعمال دخانیات و مصرف سیگار ایران در مقایسه با جهان میزان کمتری دارد. عوامل تغذیه در ایران و جهان تا سال ۱۹۹۵ دارای روند صعودی است و پس از آن روند به صورت نزولی می‌شود. عوامل خطر فعالیت فیزیکی کم و ناکافی، استعمال دخانیات و مصرف سیگار در ایران و جهان دارای روند نزولی هستند، در حالی که مصرف الکل در ایران و جهان روند نسبتاً ثابتی دارند (شکل ۳، ۲).



شکل ۳، ۲: میزان DALY در ۱۰۰/۰۰۰ نفر جمعیت بر اساس ۵ عامل خطر اصلی بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ در ایران و جهان

همانند میزان DALY، بیشترین میزان مرگ نیز در بین ۵ عامل خطر، مربوط به عوامل تغذیه است که در تمامی سال‌های مورد بررسی، کشور ایران از نظر عامل تغذیه و فعالیت فیزیکی کم‌ونا کافی در مقایسه با جهان همواره مقدار بیشتری داشته است. در مورد عوامل خطر استعمال دخانیات و مصرف سیگار ایران در مقایسه با جهان میزان کم‌تری دارد. عوامل تغذیه در ایران و جهان تا سال ۱۹۹۵ دارای روند صعودی است و پس از آن روند به صورت نزولی می‌شود. عوامل خطر فعالیت فیزیکی کم‌ونا کافی، استعمال دخانیات و مصرف سیگار در ایران و جهان دارای روند نزولی هستند. همچون DALY میزان مرگ نیز به واسطه مصرف الکل روندی نسبتاً یکنواخت در ایران و جهان دارد هر چند این میزان در ایران نسبت به متوسط جهانی کم‌تر است (شکل ۳، ۳).



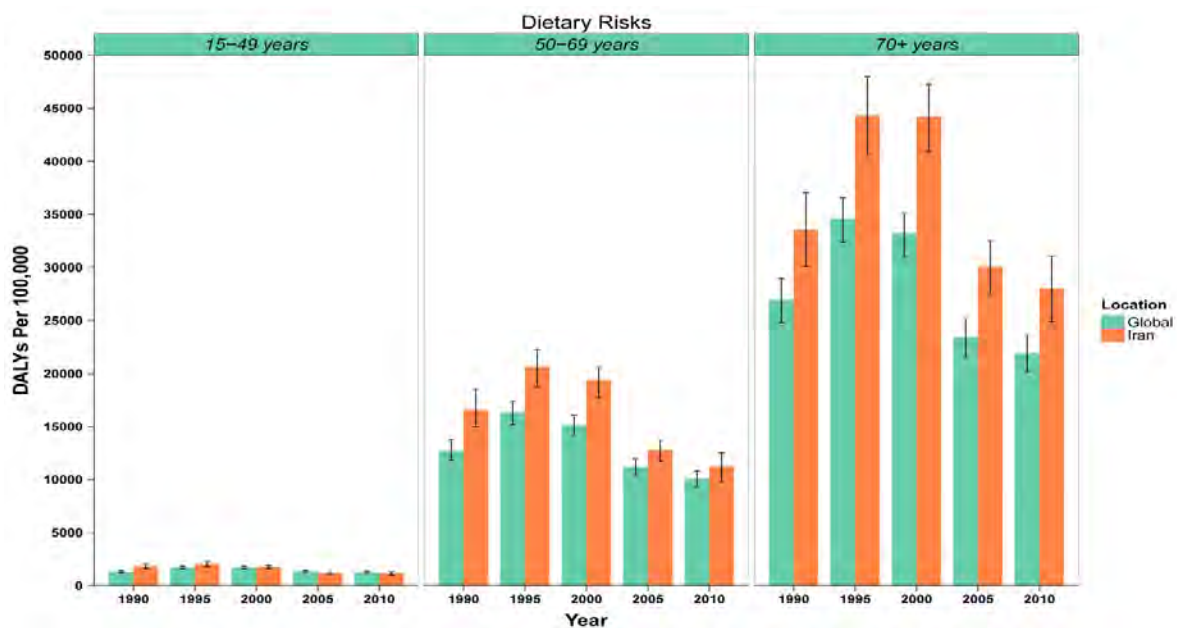
شکل ۳، ۳: میزان مرگ در ۱۰۰/۰۰۰ نفر جمعیت بر اساس ۵ عامل خطر اصلی بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ در ایران و جهان

۳,۱. عوامل خطر اصلی (رفتاری) بیماری‌های غیرواگیر

۳,۱,۱. رژیم غذایی ناسالم

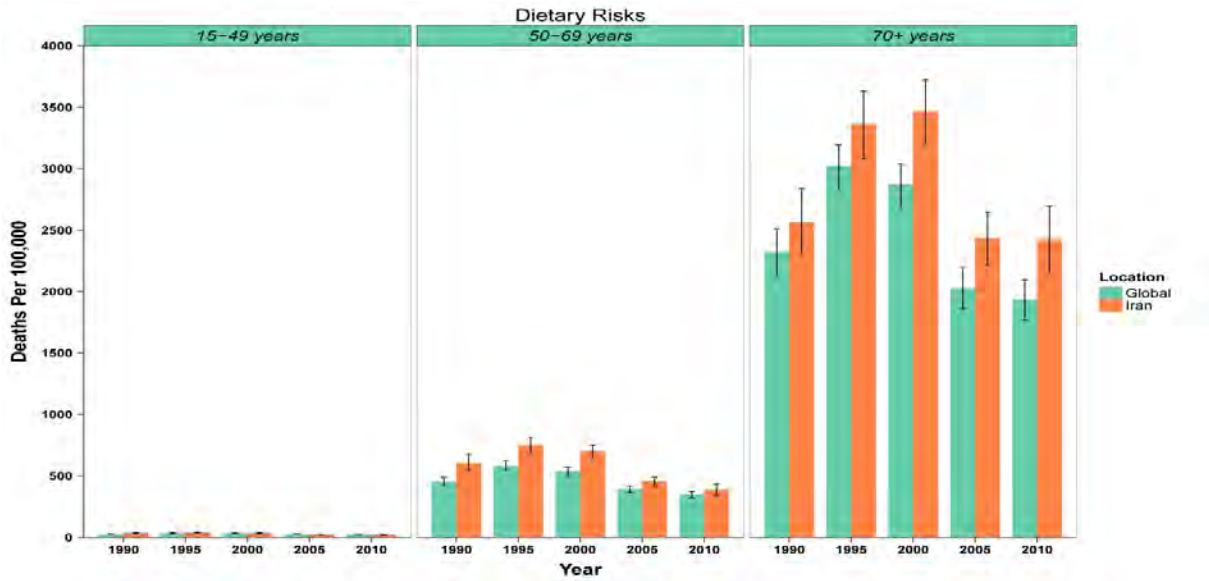
حدود ۸۰٪ جمعیت دنیا از ۵ واحد توصیه شده میوه و سبزی جات در طول روز استفاده نمی‌کنند. از جمله عادات تغذیه‌ای مورد پیشنهاد در سطح جهانی برای کنترل بیماری‌های غیرواگیر می‌توان به ۱۴ مورد اشاره نمود: غذاهای دریایی (اسیدچرب امگا۳)، عدم مصرف چربی ترانس، غلات کامل (کیفیت کربوهیدرات)، میوه و سبزیجات، عدم مصرف چربی‌های اشباع، مصرف آجیل و حبوبات، مصرف نمک کم‌تر (فشارخون)، اندازه‌های کوچک‌تر وعده‌های غذایی و مصرف کم نوشابه‌ها.

بیشترین میزان DALY مربوط به عوامل تغذیه در بین ۳ گروه سنی، مربوط به گروه سنی ۷۰ سال به بالا است که در تمامی سال‌های مورد بررسی در این گروه سنی ایران نسبت به جهان مقدار بیشتری داشته است. همچنین در ایران و جهان و در تمامی گروه‌های سنی، روند تا سال ۱۹۹۵ به صورت صعودی است و پس از آن به صورت نزولی درآمده است (شکل ۳,۴).



شکل ۳,۴: میزان DALY در ۱۰۰/۰۰۰ نفر جمعیت بر اساس عوامل خطر تغذیه‌ای بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ بر حسب گروه‌های سنی در ایران و جهان

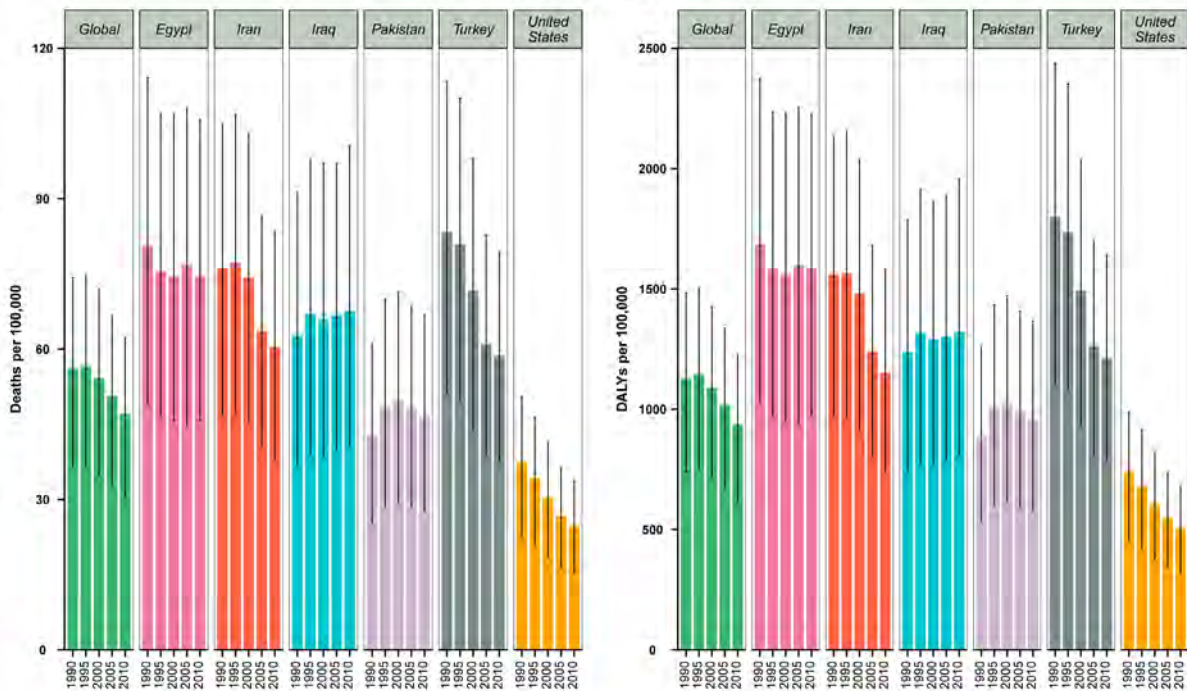
همانند میزان DALY، بیشترین میزان مرگ مربوط به عوامل تغذیه در بین ۳ گروه سنی، مربوط به گروه سنی افراد ۷۰ سال به بالا است که در تمامی سال‌های مورد بررسی در این گروه سنی ایران نسبت به جهان مقدار بیشتری داشته است. همچنین در جهان و در تمامی گروه‌های سنی، روند مذکور تا سال ۱۹۹۵ به صورت صعودی و پس از آن به صورت نزولی درآمده است. در ایران برای گروه‌های سنی ۱۵ تا ۴۹ و ۵۰ تا ۶۹ سال، تا سال ۱۹۹۵ و برای گروه سنی ۷۰ سال به بالا تا سال ۲۰۰۰ روند صعودی مشاهده می‌شود و پس از آن روند به صورت نزولی تغییر وضعیت پیدا می‌کند (شکل ۳,۵).



شکل ۳،۵: میزان مرگ در ۱۰۰/۰۰۰ نفر جمعیت بر اساس عوامل خطر تغذیه‌ای بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ بر حسب گروه‌های سنی در ایران و جهان

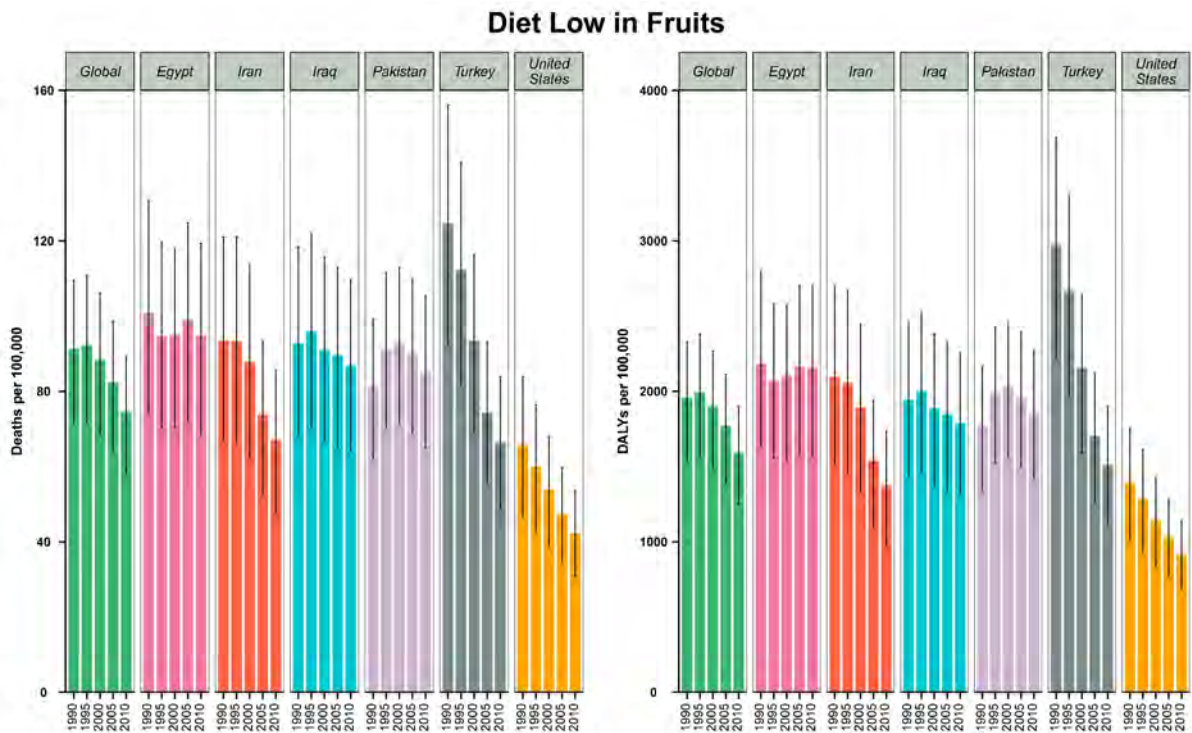
در بین کشورهای مورد مطالعه ایران دارای بیشترین نرخ مرگ‌ومیر بر اثر مصرف بالای سدیم در جهان است. این در حالی است که نرخ مرگ‌ومیر مصر، عراق و ترکیه به همراه ایران از متوسط میزان جهانی بالاتر است. بر اساس نتایج بدست آمده نرخ مرگ‌ومیر در اثر مصرف مقادیر بالای سدیم در ایالات متحده آمریکا کم‌تر از سایر کشورهای مورد مطالعه و حتی کم‌تر از متوسط میزان جهانی آن است. در بحث DALY نیز کشورهای مورد مطالعه و ایران الگویی مشابه الگوی مرگ‌ومیر را دنبال می‌کنند. شایان ذکر است که میزان DALY و مرگ‌ومیر ناشی از مصرف زیاد سدیم در ایران از سال ۲۰۰۰ میلادی به بعد کاهش چشم‌گیری نشان می‌دهد (شکل ۳،۶).

Diet High in Sodium



شکل ۳،۵: میزان DALY و مرگ در ۱۰۰/۰۰۰ نفر جمعیت بر اثر مصرف زیاد سدیم بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ در ایران و جهان

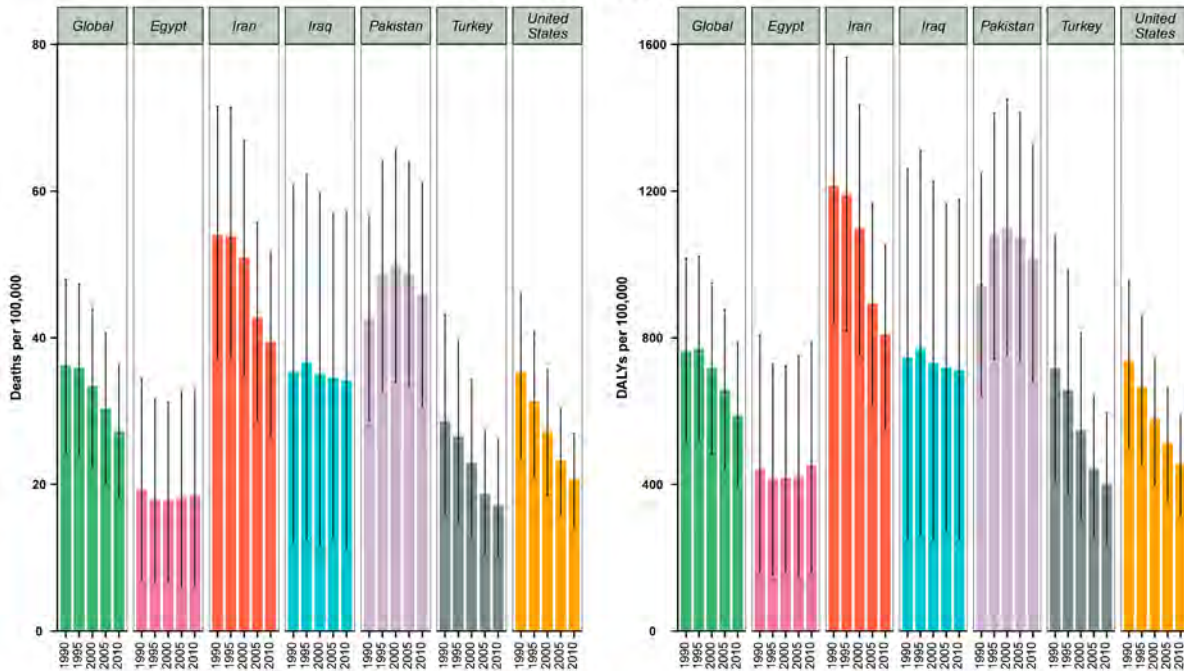
میزان مرگ و میر کشور ترکیه بر اثر کمبود مصرف میوه در سال ۱۹۹۰ در کشور ترکیه بیش تر از سایر کشورهای مورد مطالعه و بیش تر از متوسط میزان جهانی بوده است. این در حالی است که این میزان در سال های آتی کاهش چشم گیری در این کشور داشته است. میزان مرگ و میر ناشی از کمبود مصرف میوه در ایران الگویی مشابه دنیا داشته است، بدین صورت که تا سال ۱۹۹۵ شاهد افزایش و پس از آن کاهش چشم گیر در مرگ و میر هستیم. در رابطه با میزان DALY در بازه زمانی مورد مطالعه نیز الگوی تغییرات مشابه الگوی مرگ و میر بوده است. خوشبختانه میزان مرگ و DALY مرتبط با این موضوع در سال ۲۰۱۰ در ایران از متوسط جهانی آن پایین تر بوده است (شکل ۳،۶).



شکل ۳،۶: میزان DALY و مرگ در ۱۰۰/۰۰۰ نفر جمعیت بر اثر مصرف کم میوه بین سال های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ در ایران و جهان

در سال ۱۹۹۰ میزان مرگ و میر بر اثر مصرف اندک سبزیجات در ایران از سایر کشورهای مورد مطالعه و نیز از متوسط جهانی بسیار بالاتر بوده است. در بین کشورهای مورد مطالعه پاکستان بیشترین میزان مرگ و میر بر اثر عامل فوق را در سال های مورد مطالعه داشته است. با این وجود با گذر زمان کاهش قابل ملاحظه ای در نرخ مرگ و میر در ایران ملاحظه می شود اما در سال ۲۰۱۰ هنوز این میزان از متوسط جهانی خود بالاتر بوده است. در رابطه با DALY نیز شواهد الگویی مشابه با نرخ مرگ و میر بر اثر عامل فوق الذکر را نشان می دهد (شکل ۳،۷).

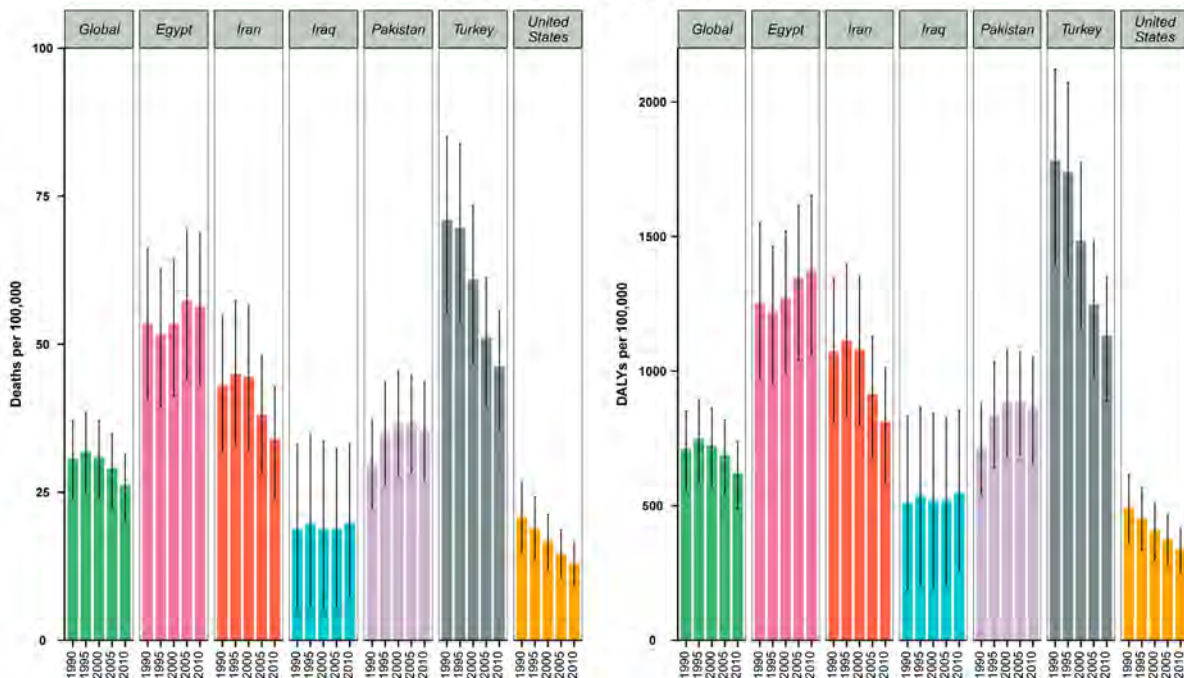
Diet Low in Vegetables



شکل ۳،۷: میزان DALY و مرگ در ۱۰۰/۰۰۰ نفر جمعیت بر اثر مصرف کم سبزیجات بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ در ایران و جهان

در بین کشورهای مورد مطالعه مصر و عراق روندی تصاعدی را در مرگ‌ومیر بر اثر کمبود مصرف غلات کامل از سال ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ نشان می‌دهند. این در حالی است که مصر و ترکیه بیشترین میزان مرگ را نسبت به کشورهای دیگر مورد مطالعه و نیز نسبت به متوسط جهانی نشان داده‌اند. در این بین ایران تا سال ۲۰۰۰ روندی تصاعدی و از آن پس کاهش چشمگیری در نرخ مرگ‌ومیر به واسطه این عامل داشته است. با این حال همچنان نرخ مرگ‌ومیر ایران از متوسط جهانی بالاتر است. همچون عوامل دیگر در سال‌های مورد مطالعه، DALY مرتبط با مصرف کم غلات کامل الگویی مشابه مرگ‌ومیر دنبال کرده است (شکل ۳،۸).

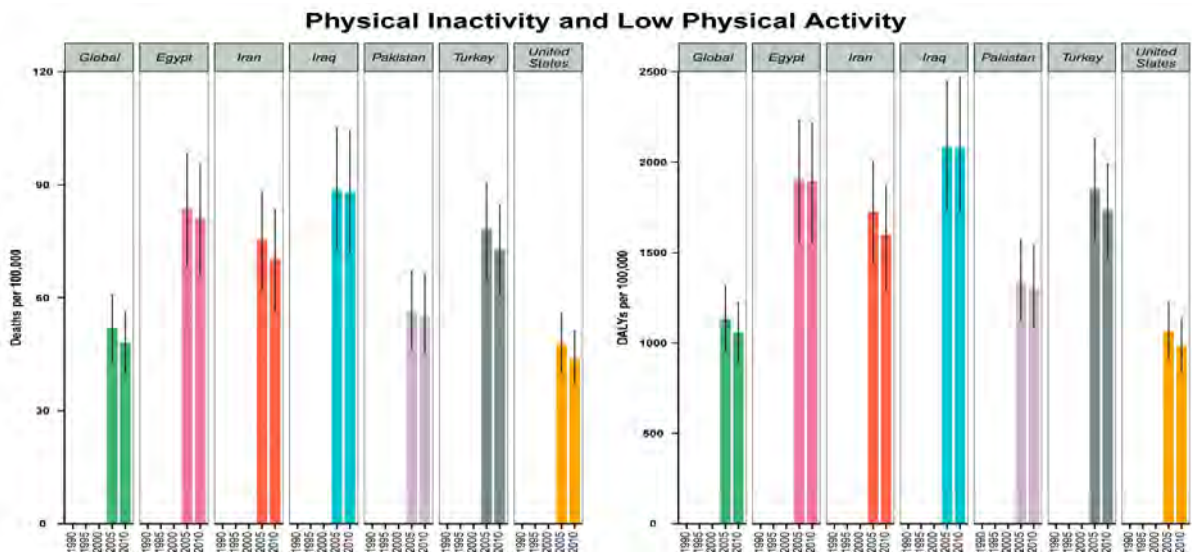
Diet Low in Whole Grains



شکل ۳،۷: میزان DALY و مرگ در ۱۰۰/۰۰۰ نفر جمعیت بر اثر مصرف کم غلات کامل بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ در ایران و جهان

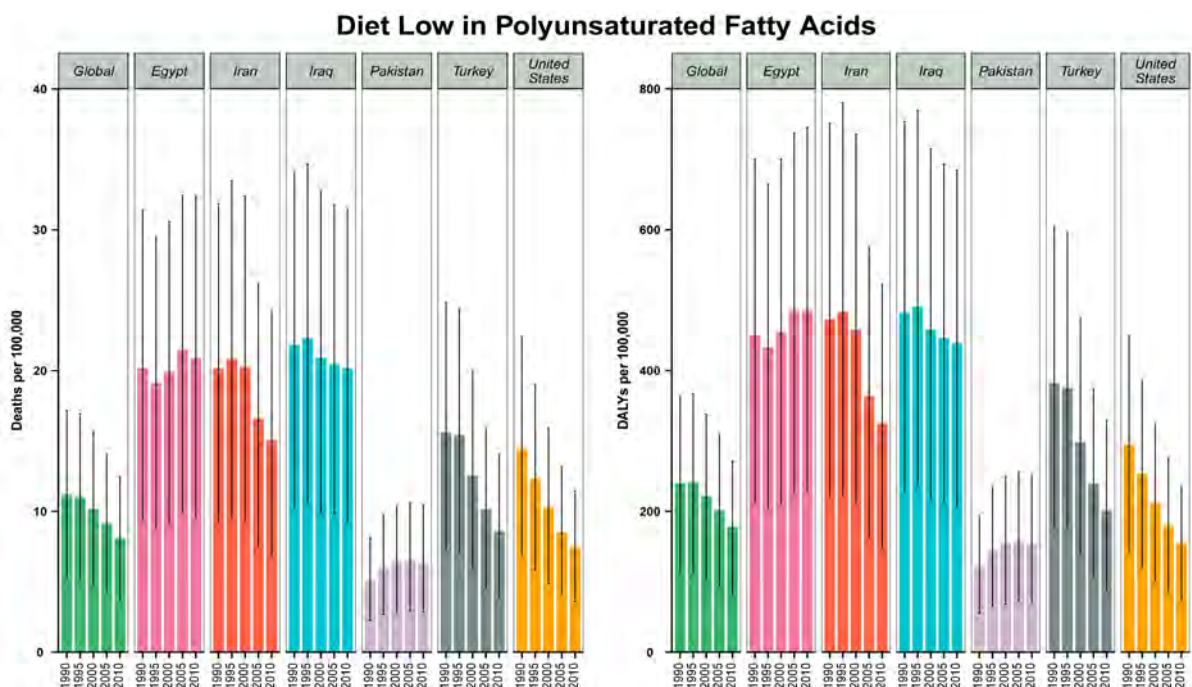
۳,۱,۲. فعالیت بدنی ناکافی

بیشترین و کمترین میزان مرگ و DALY مربوط به عامل خطر کمبود فعالیت بدنی، در بین مناطق مورد بررسی به ترتیب مربوط به کشورهای عراق و آمریکا است. به طور کلی میزان مرگ و DALY در جهان همانند تمامی کشورهای تحت بررسی به صورت نزولی است (شکل ۳,۶).



شکل ۳,۶: میزان مرگ و DALY در ۱۰۰/۰۰۰ نفر جمعیت بر اساس عامل خطر کمبود فعالیت بدنی بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ بر حسب گروه‌های سنی در جهان، ایران و ۵ کشور دیگر

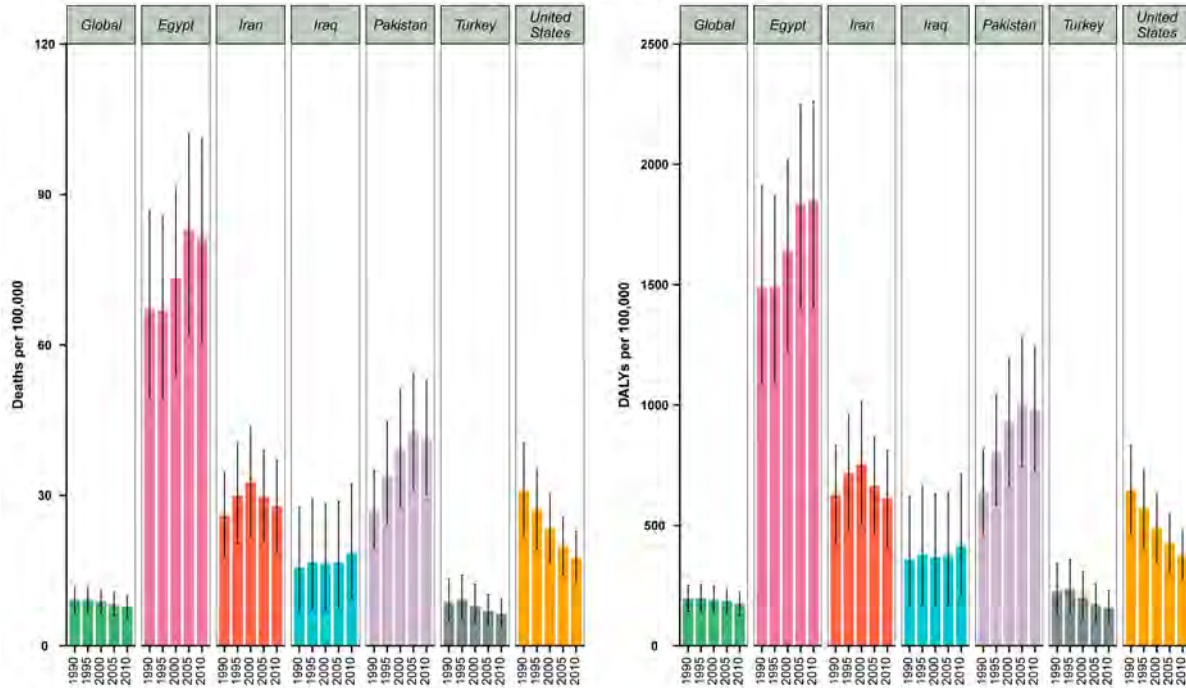
مصر، ایران و عراق بیشترین میزان مرگ و میر در اثر کمبود مصرف اسیدهای چرب غیر اشباع در سال‌های مورد مطالعه در بین کشورهای دیگر داشته‌اند. با این وجود باید در نظر داشت که این میزان طی سال‌های مطالعه کاهش چشمگیری در ایران نشان می‌دهد اما این روند در عراق و مصر تغییر چندانی نداشته است. در این بین پاکستان مرگ و میری حتی پایین‌تر از متوسط جهانی داشته که این امر در نوع خود جالب توجه و قابل تأمل است. همچون فاکتورهای دیگر در مورد مصرف اسیدهای چرب غیر اشباع نیز الگوی تغییرات DALY همچون مرگ و میر است (شکل ۳,۷).



شکل ۳,۷: میزان مرگ و DALY در ۱۰۰/۰۰۰ نفر جمعیت بر اساس عامل خطر کمبود مصرف اسیدهای چرب غیر اشباع بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ بر حسب گروه‌های سنی در جهان، ایران و ۵ کشور دیگر

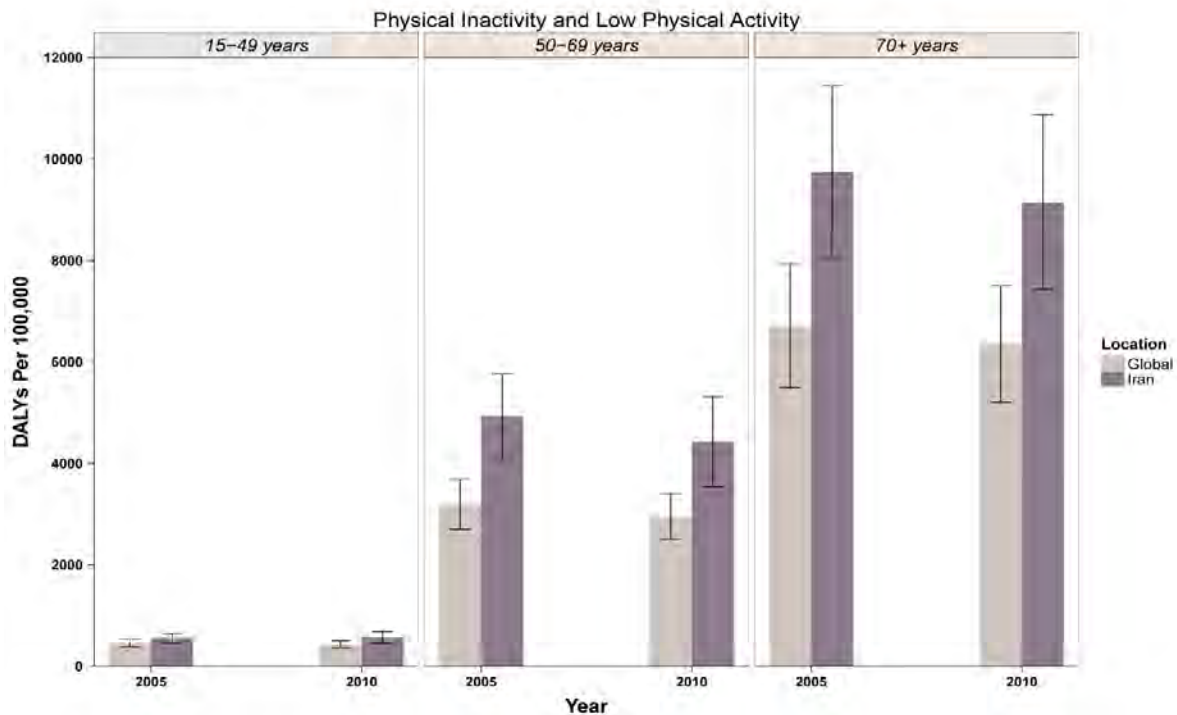
مرگ‌ومیر در اثر مصرف چربی‌های ترانس در مصر و پاکستان بیشترین میزان را در بین سایر کشورهای مورد مطالعه در بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ داشته است. پس از مصر و پاکستان بیشترین آمار مرگ در اثر این عامل مربوط به ایران است که تغییراتی افزایشی از سال ۱۹۹۰ تا ۲۰۰۰ داشته و پس از آن این روند کاهش نشان داده است. آمار مرگ‌ومیر همه کشورهای مورد مطالعه بجز ترکیه بالاتر از متوسط جهانی آن بوده است و سایر کشورها آماری بالاتر از متوسط جهانی داشته‌اند. الگوی تغییرات DALY در سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ نیز روندی مشابه مرگ‌ومیر در دنیا و در کشورهای مورد مطالعه نشان می‌دهد (شکل ۳، ۸).

Diet High in Trans Fatty Acids



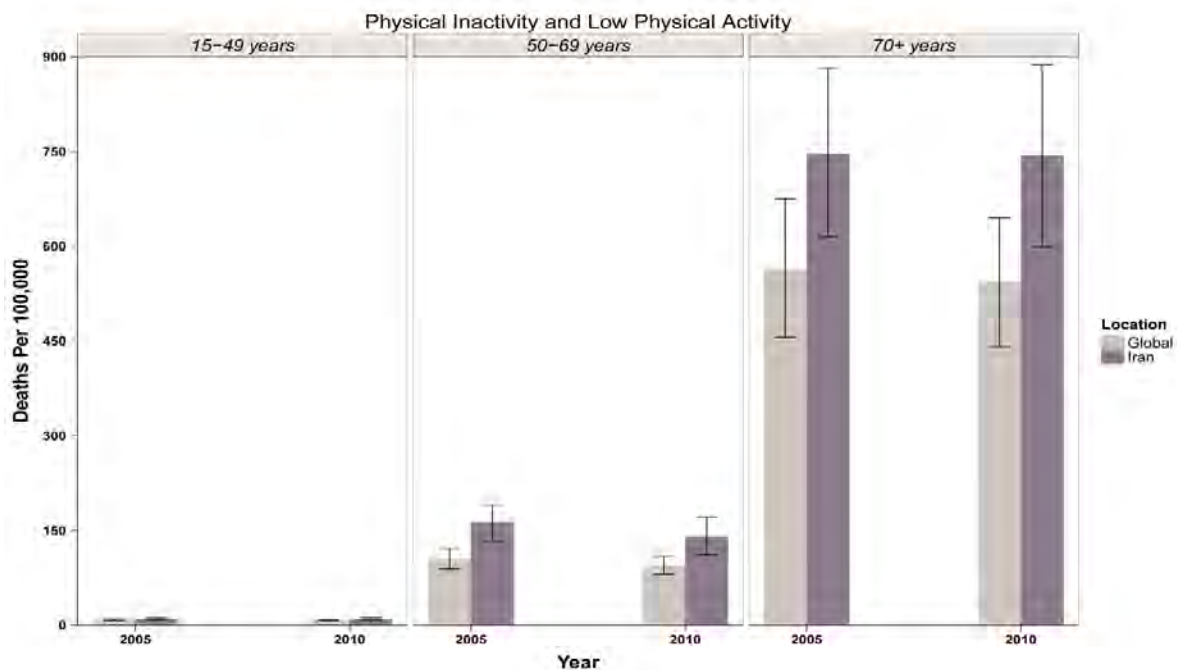
شکل ۳، ۸: میزان مرگ و DALY در ۱۰۰/۰۰۰ نفر جمعیت بر اساس عامل خطر از دیاد مصرف اسیدهای ترانس بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ بر حسب گروه‌های سنی در جهان، ایران و ۵ کشور دیگر

بیشترین میزان DALY مربوط به عامل خطر کمبود فعالیت بدنی در بین ۳ گروه سنی، مربوط به گروه سنی ۷۰ سال به بالا است که در تمامی سال‌های مورد بررسی در این گروه سنی ایران نسبت به جهان مقدار بیشتری داشته است. میزان DALY برای تمامی گروه‌های سنی در ایران نسبت به جهان بیشتر است. میزان DALY برای گروه‌های سنی ۵۰ سال و بالاتر در سال ۲۰۱۰ نسبت به سال ۲۰۰۵ کمتر است این در حالی است که در گروه سنی ۱۵ تا ۴۹ سال این میزان در سال ۲۰۱۰ نسبت به سال ۲۰۰۵ بیشتر است (شکل ۳، ۹).



شکل ۳،۹: میزان DALY در ۱۰۰/۰۰۰ نفر جمعیت بر اساس عامل خطر کمبود فعالیت بدنی در سال‌های ۲۰۰۵ و ۲۰۱۰ بر حسب گروه‌های سنی در ایران و جهان

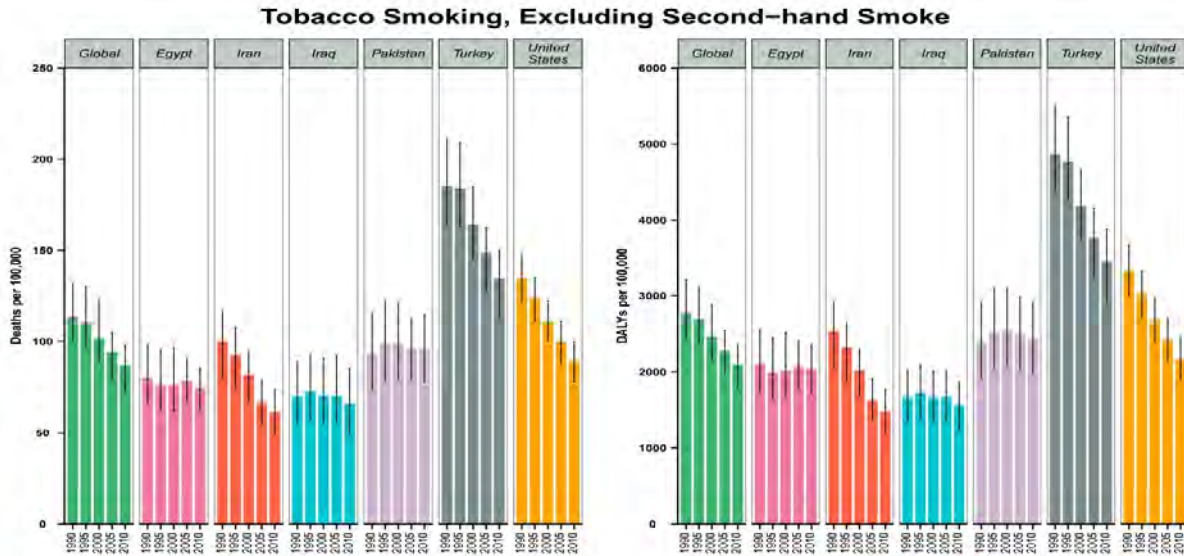
بیشترین میزان مرگ مربوط به عامل خطر کمبود فعالیت بدنی در بین ۳ گروه سنی، مربوط به گروه سنی ۷۰ سال به بالا است که در تمامی سال‌های مورد بررسی در این گروه سنی ایران نسبت به جهان مقدار بیشتری داشته است. میزان مرگ برای تمامی گروه‌های سنی در ایران نسبت به جهان بیشتر است. میزان مرگ برای گروه‌های سنی ۵۰ سال و بالاتر در سال ۲۰۱۰ نسبت به سال ۲۰۰۵ کمتر است (شکل ۳،۱۰).



شکل ۳،۱۰: میزان مرگ در ۱۰۰/۰۰۰ نفر جمعیت بر اساس عامل خطر کمبود فعالیت بدنی بین سال‌های ۲۰۰۵ تا ۲۰۱۰ بر حسب گروه‌های سنی در ایران و جهان

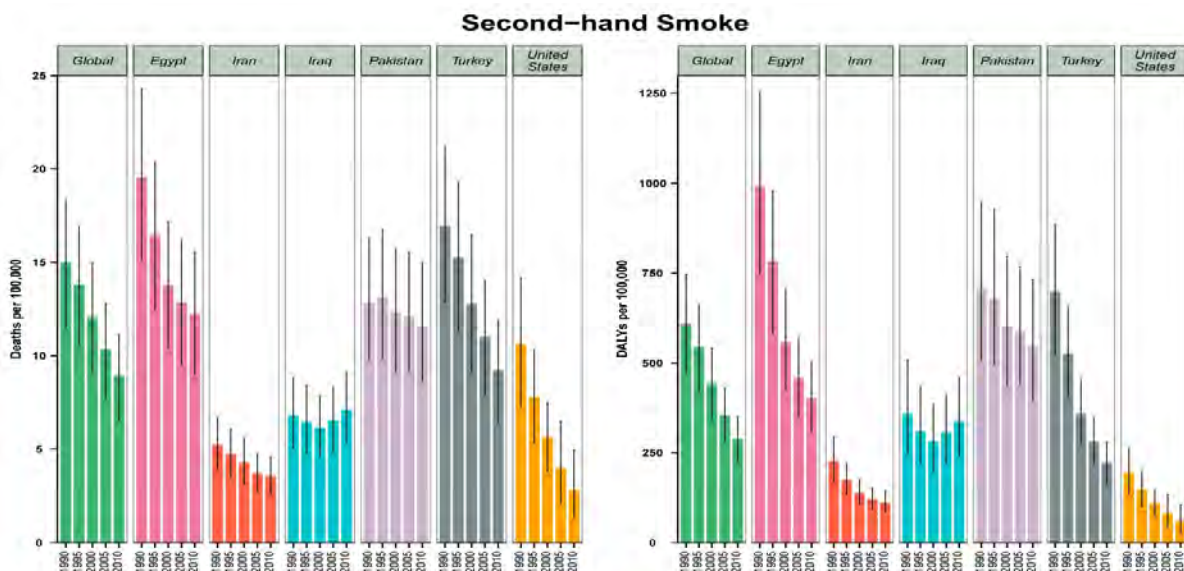
۳، ۱، ۳. استعمال دخانیات

استعمال دخانیات، هر ساله منجر به حداقل یک میلیون مرگ در دنیا می‌شود. در دنیا، حدود ۲۵۰ میلیون فرد سیگاری و به همان میزان، افرادی که تنباکوی جویدنی مصرف می‌کنند؛ وجود دارد که اغلب آنها از مواد سرطان‌زای دیگر نیز استفاده می‌کنند. بیشترین و کم‌ترین میزان مرگ و DALY مربوط به عامل خطر استعمال دخانیات (بدون احتساب غیرسیگاری‌های در معرض دود سیگار)، در بین مناطق مورد بررسی به ترتیب مربوط به کشورهای ترکیه و عراق است. به‌طور کلی روند میزان مرگ و DALY در کشورهای ایران، ترکیه و آمریکا همانند روند کلی در جهان به‌صورت نزولی است (شکل ۳، ۱۱).



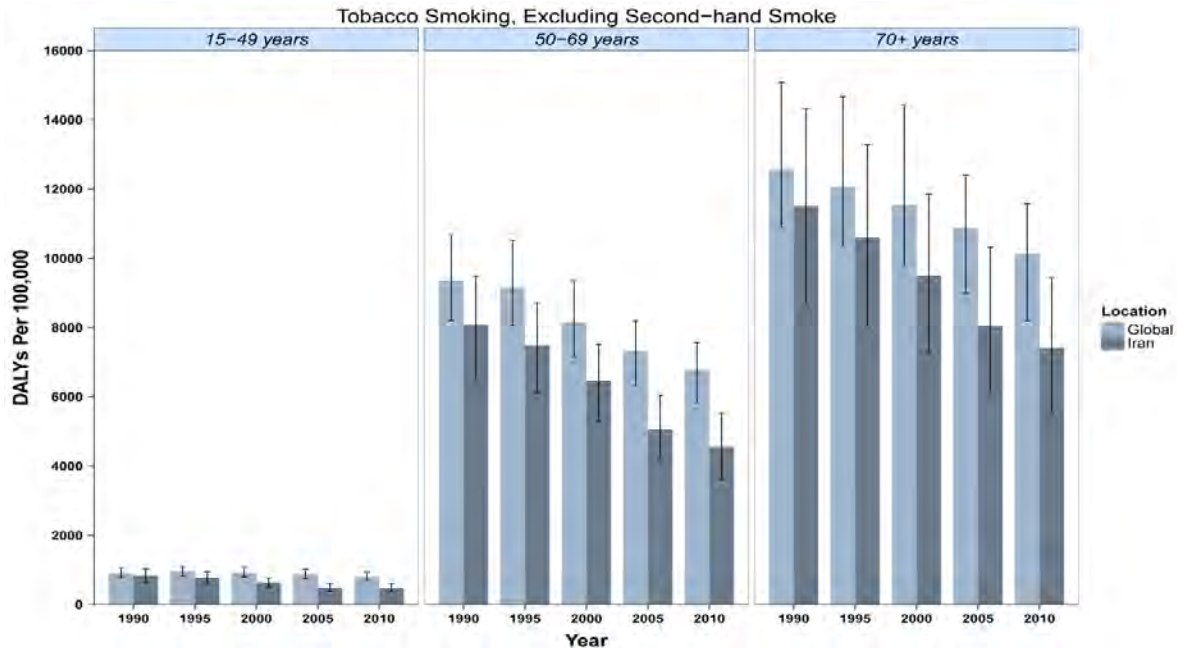
شکل ۳، ۱۱: میزان مرگ و DALY در ۱۰۰/۰۰۰ نفر جمعیت بر اساس استعمال دخانیات (بدون احتساب غیرسیگاری‌های در معرض دود سیگار) بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ در جهان، ایران و ۵ کشور دیگر

بیشترین میزان مرگ و DALY مربوط به غیرسیگاری‌های در معرض دود سیگار، در بین مناطق مورد بررسی مربوط به کشور مصر است. به‌طور کلی روند میزان مرگ و DALY در کشورهای مصر، ایران، پاکستان، ترکیه و آمریکا همانند روند کلی در جهان به‌صورت نزولی است (شکل ۳، ۱۲).



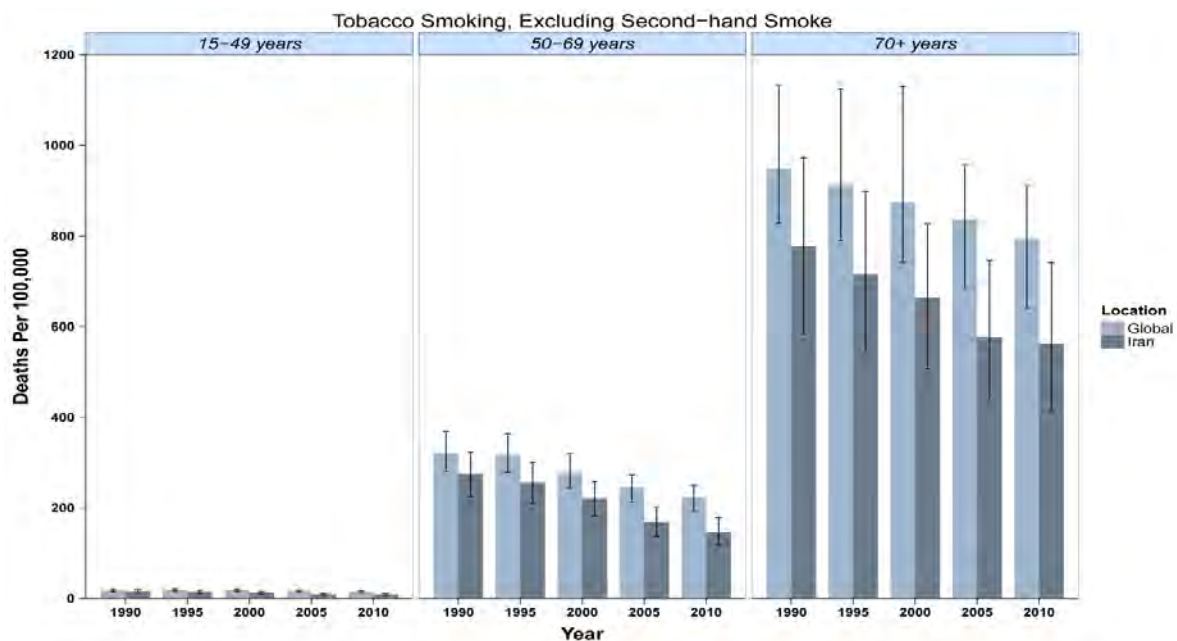
شکل ۳، ۱۲: میزان مرگ و DALY در ۱۰۰/۰۰۰ نفر جمعیت بر اساس غیرسیگاری‌های در معرض دود سیگار بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ در جهان، ایران و ۵ کشور دیگر

بیشترین میزان DALY مربوط به عامل خطر استعمال دخانیات (بدون احتساب غیرسیگاری‌های در معرض دود سیگار) در بین ۳ گروه سنی، مربوط به گروه سنی ۷۰ سال به بالا است که در تمامی سال‌های مورد بررسی در این گروه سنی ایران نسبت به جهان مقدار کمتری داشته است. میزان DALY برای تمامی گروه‌های سنی در ایران و جهان دارای روند نزولی است (شکل ۱۳، ۳).



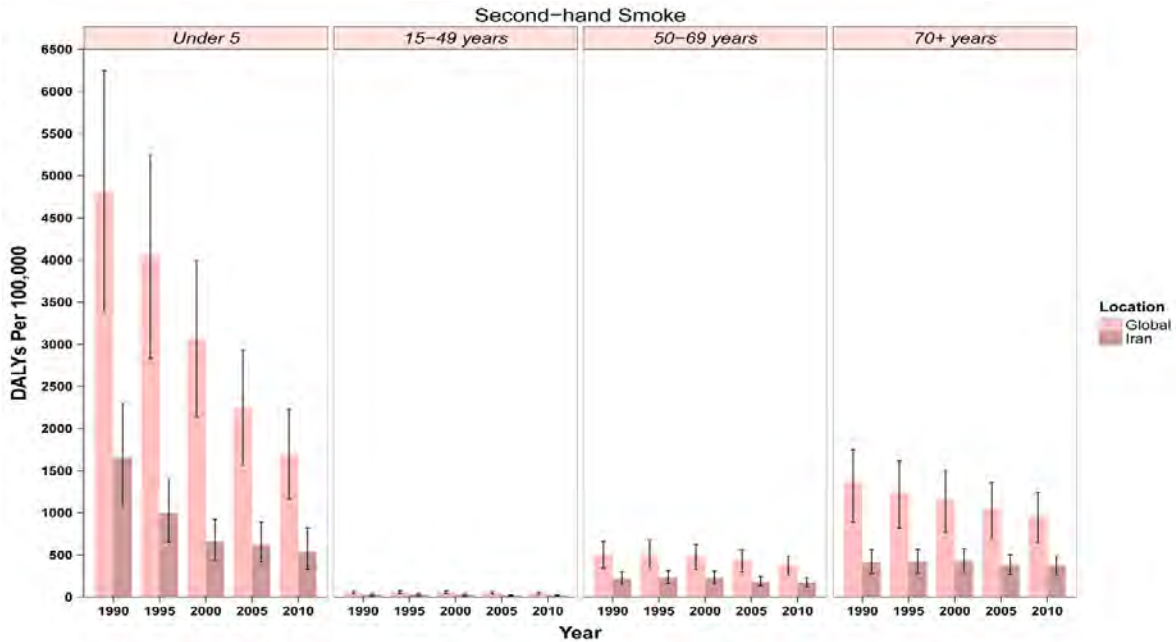
شکل ۱۳، ۳: میزان DALY در ۱۰۰/۰۰۰ نفر جمعیت بر اساس عامل خطر استعمال دخانیات (بدون احتساب غیرسیگاری‌های در معرض دود سیگار) بر حسب گروه‌های سنی بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ در ایران و جهان

بیشترین میزان مرگ مربوط به عامل خطر استعمال دخانیات (بدون احتساب غیرسیگاری‌های در معرض دود سیگار) در بین ۳ گروه سنی، مربوط به گروه سنی ۷۰ سال به بالا است که در تمامی سال‌های مورد بررسی در این گروه سنی ایران نسبت به جهان مقدار کمتری داشته است. میزان DALY برای تمامی گروه‌های سنی در ایران و جهان دارای روند نزولی است (شکل ۱۴، ۳).



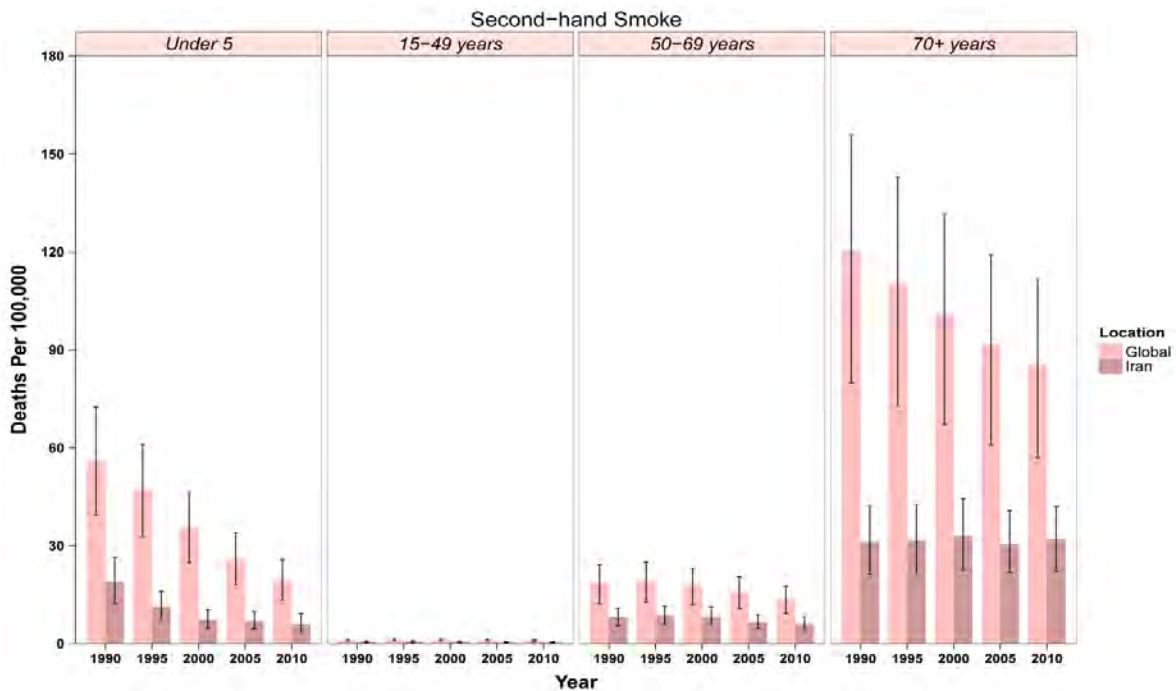
شکل ۱۴، ۳: میزان مرگ در ۱۰۰/۰۰۰ نفر جمعیت بر اساس عامل خطر استعمال دخانیات (بدون احتساب غیرسیگاری‌های در معرض دود سیگار) بر حسب گروه‌های سنی بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ در ایران و جهان

بیشترین میزان DALY مربوط به عامل خطر استعمال دخانیات در بین ۴ گروه سنی، مربوط به گروه سنی کمتر از ۵ سال است. در تمامی سال‌های مورد بررسی ایران نسبت به جهان مقدار کمتری داشته است. هم‌چنین میزان DALY برای تمامی گروه‌های سنی در ایران و جهان دارای روند نزولی است (شکل ۱۵، ۳).



شکل ۱۵، ۳: میزان DALY در ۱۰۰/۰۰۰ نفر جمعیت بر اساس عامل خطر استعمال دخانیات بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ بر حسب گروه‌های سنی در ایران و جهان

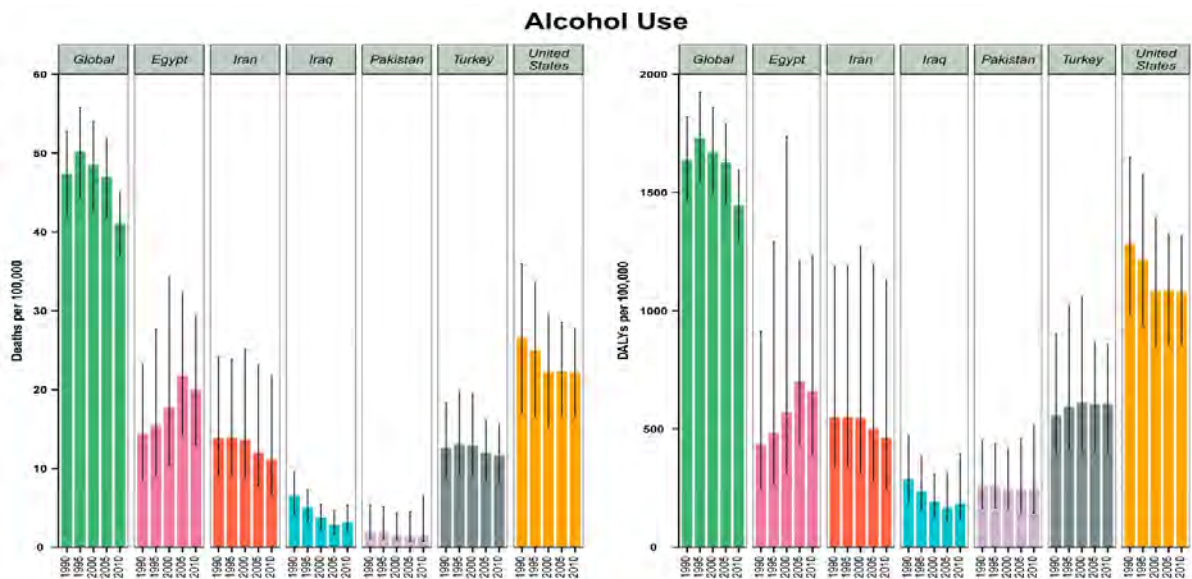
بیشترین میزان مرگ مربوط به عامل خطر استعمال دخانیات در بین ۴ گروه سنی، مربوط به گروه سنی ۷۰ سال به بالا است. در تمامی سال‌های مورد بررسی ایران نسبت به جهان مقدار کمتری داشته است. هم‌چنین میزان مرگ برای تمامی گروه‌های سنی در ایران و جهان دارای روند نزولی است (شکل ۱۶، ۳).



شکل ۱۶، ۳: میزان مرگ در ۱۰۰/۰۰۰ نفر جمعیت بر اساس غیرسیگاری‌های در معرض دود سیگار، بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ بر حسب گروه‌های سنی در ایران و جهان

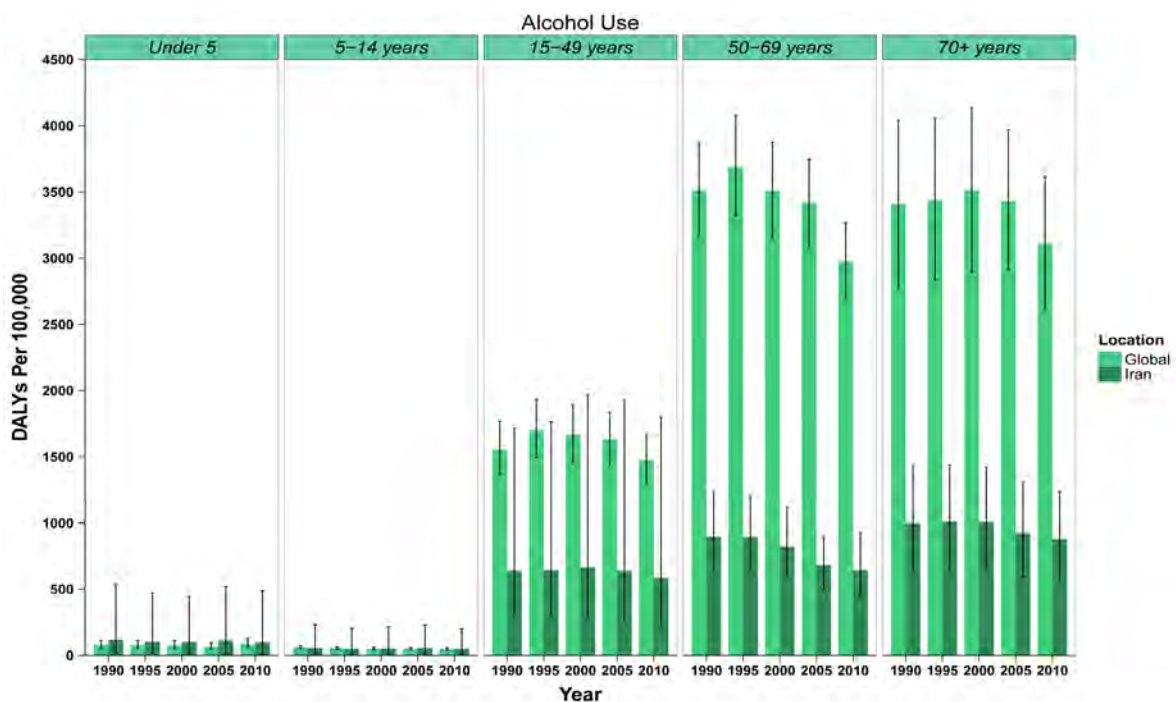
۳, ۱, ۴. مصرف الکل

زیان ناشی از مصرف الکل، از مشکلات پزشکی تا معضلات اجتماعی، فیزیولوژیک و اقتصادی و نیز سوانح و حوادث و خشونت گسترده است. بیشترین میزان مرگ و DALY مربوط به عامل خطر مصرف الکل، در بین مناطق مورد بررسی مربوط به کشور آمریکا است. به طور کلی روند میزان مرگ و DALY در جهان تا سال ۱۹۹۵ به صورت صعودی و پس از آن به صورت نزولی است (شکل ۱۷, ۳).



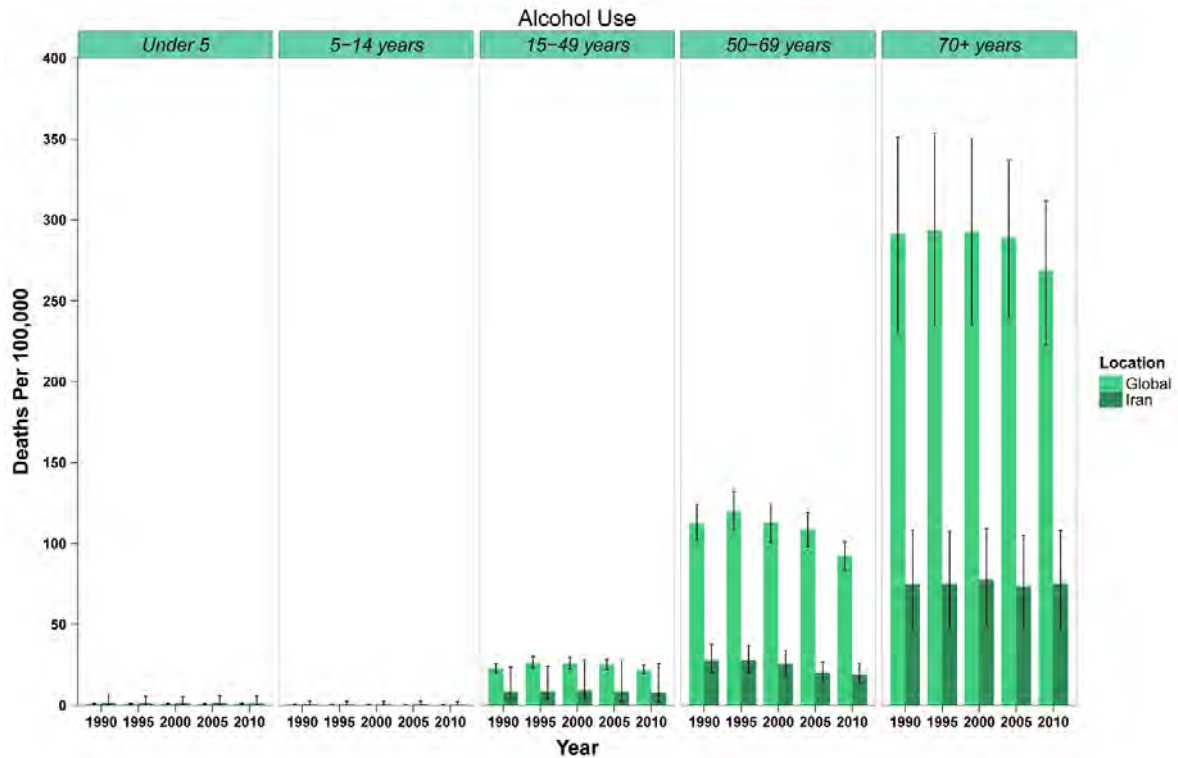
شکل ۳, ۱۷: میزان مرگ و DALY در ۱۰۰/۰۰۰ نفر جمعیت بر اساس عامل خطر مصرف الکل بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ بر حسب گروه‌های سنی در جهان، ایران و ۵ کشور دیگر

همانطور که از شکل ۳, ۱۸ پدید است میزان DALY مرتبط با مصرف الکل در همه گروه‌های سنی در دنیا از میزان آن در ایران بیشتر است. با این وجود باید در نظر داشت که هم در ایران و هم در دنیا میزان DALY مرتبط با مصرف الکل در دو گروه سنی نخست در کم‌ترین حالت و در سه گروه سنی دیگر در بیشترین حالت خود هستند. چنین به نظر می‌رسد که در دو گروه سنی نخست این میزان به واسطه اثرات غیر مستقیم و در سه گروه دیگر به واسطه اثرات مستقیم مصرف الکل ایجاد شده باشد (شکل ۱۸, ۳).



شکل ۳, ۱۸: میزان DALY مرتبط با مصرف الکل در سال ۲۰۱۰ در ایران و دنیا

شکل شماره ۳، ۱۹ میزان مرگ در اثر مصرف الکل را در سال ۲۰۱۰ در ایران و در دنیا نشان می‌دهد. از شواهد امر چنین پیداست که در گروه سنی بالاتر از ۷۰ سال میزان مرگ و میر ایجاد شده در اثر مصرف الکل هم در ایران و هم در دنیا بیشتر از سایر گروه‌های سنی است. این در حالی است که گروه سنی ۵۰ تا ۶۹ سال پس از افراد بالاتر از ۷۰ سال بیشترین میزان مرگ را در اختیار دارند. با توجه به شواهد موجود اهمیت توجه به گروه‌های مسن جامعه در مواجهه با پیامدهای مصرف الکل بیش از پیش نمایان می‌شود (شکل ۳، ۱۹).

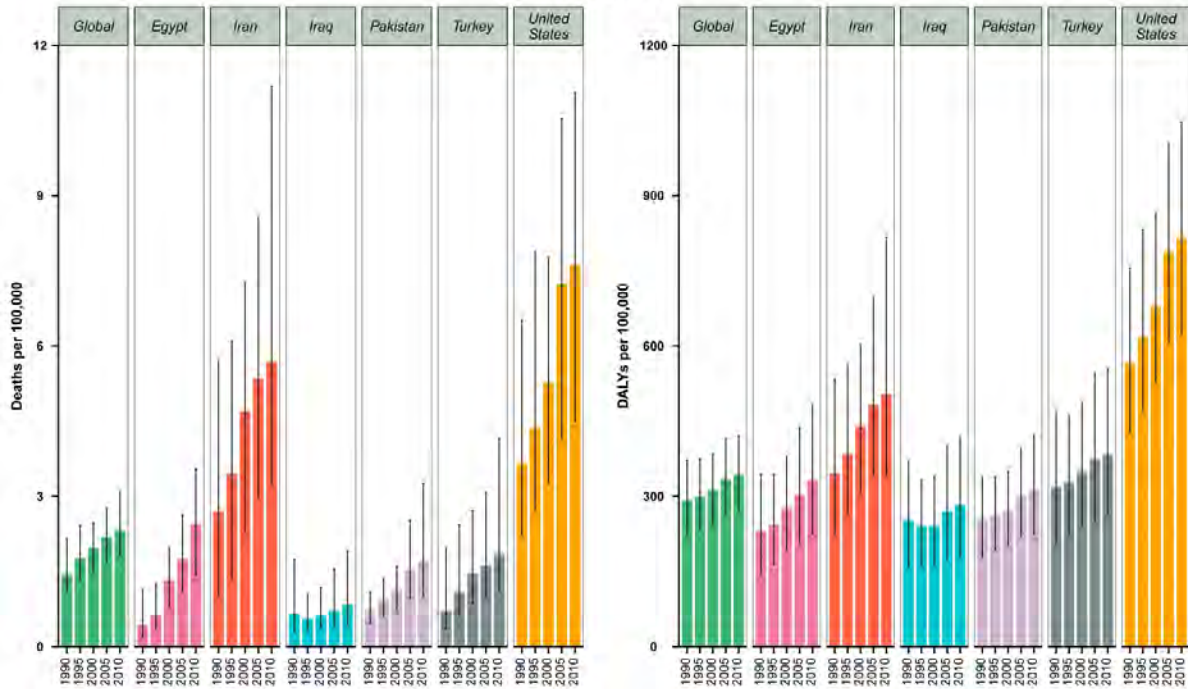


شکل ۳، ۱۹: میزان مرگ و میر مرتبط با مصرف الکل در سال ۲۰۱۰ در ایران و دنیا

۳، ۱، ۵. مواد مخدر

بیشترین میزان مرگ و DALY مربوط به عامل خطر مصرف مواد، در بین مناطق مورد بررسی مربوط به کشور آمریکا است. به طور کلی روند میزان مرگ و DALY در تمامی کشورهای مورد بررسی همانند جهان دارای روند صعودی است (شکل ۳، ۲۰).

Drug Use



شکل ۳،۲: میزان مرگ و DALY در ۱۰۰/۰۰۰ نفر جمعیت بر اساس عامل خطر مصرف مواد مخدر بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ بر حسب گروه‌های سنی در جهان، ایران و ۵ کشور دیگر

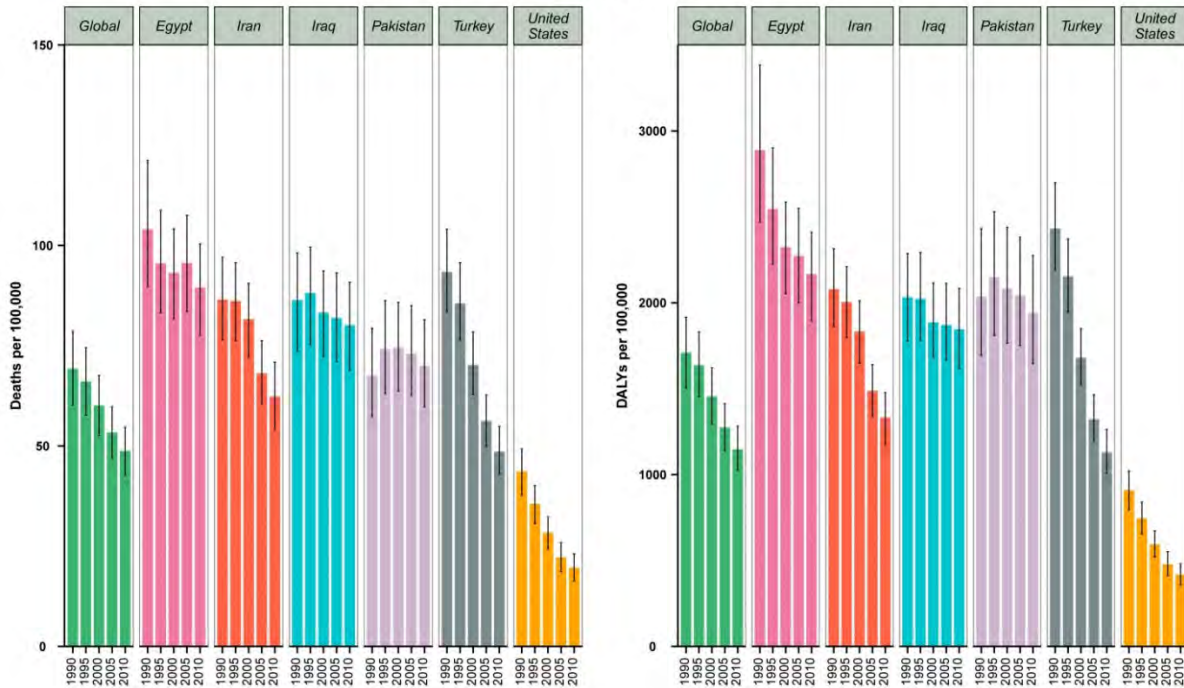
۳،۲. سایر عوامل خطرزای بیماری‌های غیرواگیر

۳،۲،۱. آلودگی هوا

بیشترین میزان مرگ و DALY مربوط به عامل خطر ذرات معلق محیطی، در بین مناطق مورد بررسی مربوط به کشور مصر است. به‌طور کلی روند میزان مرگ و DALY در کشورهای ایران، ترکیه و آمریکا همچون الگوی کلی جهان دارای روند نزولی است (شکل ۳،۲۱).



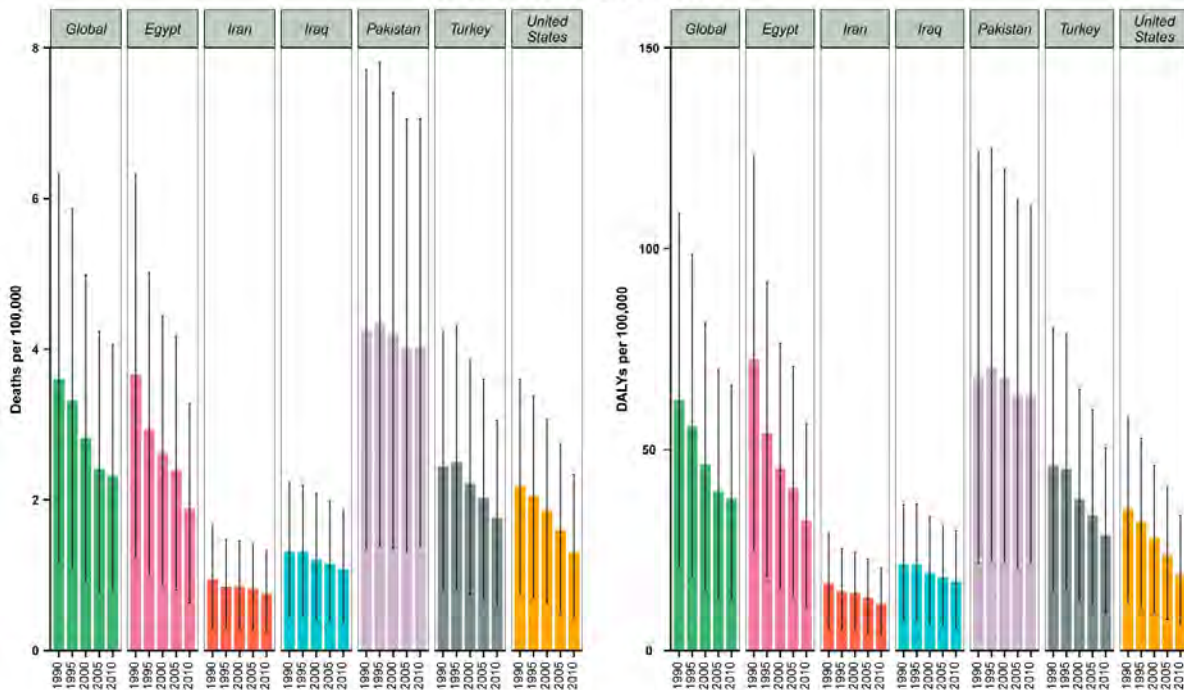
Ambient Particulate Matter Pollution



شکل ۳، ۲۱: میزان مرگ و DALY در ۱۰۰/۰۰۰ نفر جمعیت بر اساس عامل خطر آلودگی ذرات معلق محیطی بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ بر حسب گروه‌های سنی در جهان، ایران و ۵ کشور دیگر

بیشترین و کم‌ترین میزان مرگ و DALY بر اساس عامل خطر آلودگی ازن محیطی، در بین مناطق مورد بررسی به ترتیب مربوط به کشورهای پاکستان و ایران است. به‌طور کلی روند میزان مرگ و DALY در تمامی کشورهای مورد بررسی همانند جهان دارای روند نزولی است (شکل ۳، ۲۲).

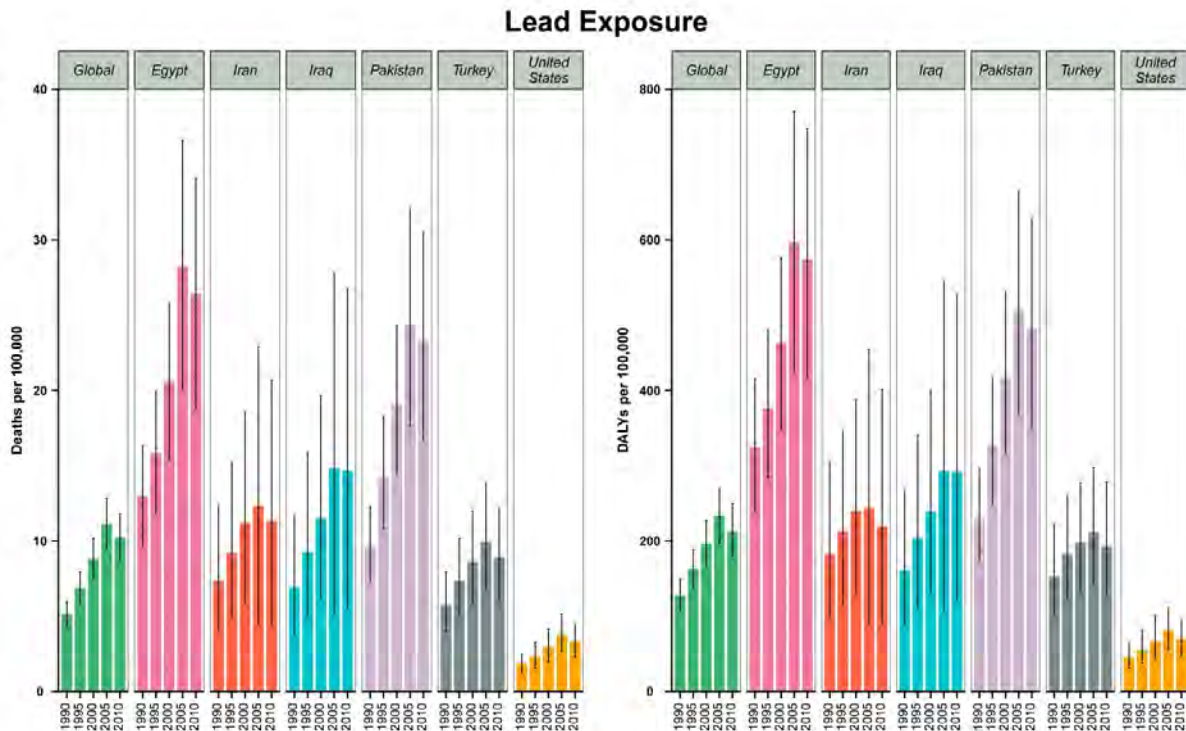
Ambient Ozone Pollution



شکل ۳، ۲۲: میزان مرگ و DALY در ۱۰۰/۰۰۰ نفر جمعیت بر اساس عامل خطر آلودگی ازن محیطی بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ بر حسب گروه‌های سنی در جهان، ایران و ۵ کشور دیگر

۳,۲,۲. سرب

بیشترین و کم‌ترین میزان مرگ و DALY براساس عامل خطر مواجهه با سرب، در بین مناطق مورد بررسی به ترتیب مربوط به کشورهای مصر و آمریکا است. به‌طور کلی روند میزان مرگ و DALY در تمامی کشورهای مورد بررسی همانند جهان دارای روند صعودی است (شکل ۳,۲۳).



شکل ۳,۲۳: میزان مرگ و DALY در ۱۰۰/۰۰۰ نفر جمعیت بر اساس عامل خطر مواجهه با سرب بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ بر حسب گروه‌های سنی در جهان، ایران و ۵ کشور دیگر

۳,۲,۳. عفونت‌ها و عوامل زیست محیطی

عفونت‌ها و عوامل زیست محیطی نیز خطر بیماری‌های غیرواگیر را افزایش می‌دهند. عفونت‌ها مسوول یک پنجم سرطان‌ها در کشورهای در حال توسعه هستند. برای مثال، پاپیلوما ویروس انسانی منجر به سرطان دهانه رحم در زنان می‌شود و موجب افزایش شمار سرطان دهان در زنان و مردان نیز می‌گردد. ویروس هپاتیت B و ویروس هپاتیت C موجب کارسینومای هپاتوسلولار می‌شوند و هلیکوباکتری پیلوری موجب سرطان معده می‌گردد. آلودگی هوای داخل خانه که ناشی از احتراق ناقص سوخت جامد است؛ یک عامل خطر مهم برای بیماری‌های مزمن تنفسی محسوب می‌شود. از جمله عوامل خطر محیطی و شغلی مهم برای بیماری‌های غیرواگیر می‌توان مواجهه با آزیست، گازهای ناشی از وسایط نقلیه و پرتوهای یونیزان و ماورای بنفش را نام برد.





۲۸,۰۰۰

۲۵,۰۰۰

۲۵,۰۰۰

ITEM NO: ST-018814
Qty: 15SET /CTN
N.W: 13 KGS
G.W: 15 KGS
Color: Black
MEAS: 37x34x33 CM
MADE IN P.R.C.

Welcome to Restaurant

فصل چهار

مطالعه ملی بار بیماری‌ها (NASBOD): روشی نوین برای محاسبه دقیق و معتبر آمار و اطلاعات مرتبط با سلامت در ایران

- در مطالعه ملی بار بیماری‌ها و عوامل خطر متناسب به آنها ۲۹۰ بیماری و ۶۷ عامل خطر مورد بررسی قرار می‌گیرد
- در مطالعه NASBOD اطلاعات اپیدمیولوژیک در سطح ملی و فراملی ارائه می‌گردد



۱, ۴. مقدمه

مطالعه ملی و منطقه‌ای بار بیماری‌ها، صدمات، و عوامل خطر (NASBOD) تلاشی سیستماتیک برای برآورد میزان آسیب‌های سلامت ناشی از بیماری‌ها، آسیب‌ها و عوامل خطر است که برای اولین بار در سطح ملی و پس از آن در سطح منطقه‌ای انجام گرفت و در آن از روش‌ها و تعاریفی مشابه با روش‌ها و تعاریف به کار گرفته شده در مطالعه جهانی بار بیماری‌ها در سال ۲۰۱۰ استفاده شد. سیاست‌گذاران سلامت در سطوح ملی و منطقه‌ای، مدیران بخش سلامت، پژوهشگران، و شهروندان می‌توانند به طور مستقیم از برآوردهای بدست آمده در مطالعه NASBOD سال ۲۰۱۳ استفاده کنند. مطالعه NASBOD ۲۰۱۳ تصویری کلی از وضعیت سلامت گروه‌های جمعیتی در سراسر کشور فراهم می‌کند تا با کمک آنها بار بیماری‌های مختلف و توزیع آنها به صورت یکجا مورد مقایسه قرار گیرد. این مقاله به دنبال آن است که انگیزه‌های لازم برای انجام این مطالعه، طراحی، تعاریف، معیارها، و چالش‌های به وجود آمده به دلیل محدودیت در دسترسی به داده‌ها را شرح دهد.

۲, ۴. زمینه

بانک جهانی برای دستیابی به یک ارزیابی مقایسه‌ای و جامع از بار بیماری‌ها در سال ۱۹۹۰، دور اول مطالعه GBD را در سال ۱۹۹۲ پایه‌ریزی کرد. این مطالعه در سراسر جهان و در هشت منطقه انجام شد.

روش‌ها، اقدامات و یافته‌های مطالعه GBD ۱۹۹۰ در سطح جهان مورد پذیرش قرار گرفت. محققان معتقد بودند که همه منابع اطلاعات بهداشتی حاوی اطلاعات مفیدی در مورد اپیدمیولوژی بیماری‌ها است و برای داده‌هایی که دارای سوگیری در انتخاب و یا اطلاعات هستند، با استفاده از چند روش ریاضی و آماری می‌توان برآوردهای معادل و فاقد سوگیری را به دست آورد که شامل اطلاعاتی در خصوص بروز، شیوع، مدت زمان، و مرگ‌ومیر برای تقریباً ۵۰۰ عارضه ناشی از بیماری‌ها، صدمات، و عوامل خطر خواهد بود.

بسیاری از بیماری‌ها، به عنوان مثال، بیماری‌های روانی و اختلالات حسی اندامی ممکن است سهم قابل توجهی در نتایج غیر کشته‌ها داشته باشند در حالی که دارای تعداد اندک و یا فاقد نتایج منجر به مرگ باشند. بنابراین شاخص‌های بقا و یا مرگ‌ومیر نمی‌توانند تصویری کلی از وضعیت سلامت مردم ارائه دهند. مطالعه بار بیماری‌ها نیازمند شاخصی برای ترکیب پیامدهای کشته و غیر کشته است. برای اندازه‌گیری بار بیماری‌ها، مطالعه GBD ۱۹۹۰ با استفاده از یک شاخص، هم مرگ‌ومیر زودرس (سال‌های زندگی از دست رفته به دلیل مرگ زودرس یا YLL) و هم ناتوانی (سال‌های زندگی سالم از دست رفته به دلیل معلولیت یا YLD، تعیین وزن ناتوانی بر اساس نظرات کارشناسان) را مورد سنجش قرار داد. مجموع دو جزء تحت عنوان DALYs شناخته می‌شود.

نقد اصلی که بر مطالعه GBD وارد شد مربوط به ساختار DALYs بود که بویژه مسئله انتخاب‌های اجتماعی مربوط به وزن سنی و نمره شدت معلولیت را در بر می‌گرفت.^۲

انتقادات وارده بر مطالعه GBD سال ۱۹۹۰، به ویژه در مورد ارزیابی وزن ناتوانی، باعث شد که به جای استفاده از نظر کارشناسان، ارزش‌گذاری‌های مبتنی بر جمعیت مورد استفاده قرار گیرد که این کار در مطالعه سال ۱۹۹۰ به کار گرفته شد. علاوه بر این، بهبود مجموعه داده‌های جمعیتی مانند پیمایش‌های ملی، سرشماری‌ها، ارزیابی‌ها، و پرونده‌های پزشکی الکترونیکی باعث شد که برآوردها بهتر شده و وابستگی و نیاز به مدل‌ها کاهش یابد. پیشرفت دیگری که در مطالعه GBD سال ۲۰۰۱، در مقایسه با مطالعه GBD سال ۱۹۹۰ به دست آمد شامل پیشرفت‌های متدولوژیک عمده‌ای بود که برای سنجش مقدار بار مرتبط با هر یک از عوامل خطر عمده استفاده می‌شد (۲۰). آخرین پیشرفت حاصل در مطالعه GBD سال ۲۰۰۱، کمی‌سازی عدم قطعیت در برآوردها بود.

در سال ۲۰۱۰ مطالعه GBD برآوردهایی برای سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ برای ۲۹۱ بیماری، ۶۷ عوامل خطر، ۱۶۷، عارضه بیماری در ۱۸۷ کشور از ۲۱ منطقه در سراسر جهان به تفکیک جنس و ۲۰ گروه سنی ارائه داد. مطالعه GBD ۲۰۱۰ توسط موسسه ارزیابی و سنجش بهداشت و با همکاری، دانشگاه هاروارد، کالج سلطنتی لندن، دانشگاه جان هاپکینز، دانشگاه کوئینزلند، دانشگاه توکیو، و سازمان بهداشت جهانی انجام

گرفت. در این دور جدید از GBD، تغییرات بسیاری در روش‌ها صورت گرفت و پیشرفت‌های زیادی در نتایج حاصل شد. در روش‌ها، روش جدید DISMOD مورد استفاده قرار گرفت است که نسخه‌ای با انعطاف بیشتر و با قابلیت‌های بیشتر است. همچنین چند تغییر اندک نیز در شاخص‌ها انجام گرفته است. به عنوان مثال در DALY جدید، وزن سنی و وزن تخفیف^۳ به کار گرفته نشده‌اند و وزن ناتوانی^۴ با استفاده از یک روش جدید برآورد شده است. در بخش نتایج، برآوردها برای طیف وسیع تری از بیماری‌ها و عوامل خطر، گروه‌های سنی، کشورها، و دوره‌های زمانی ارائه شده است. مطالعه بار بیماری‌ها در ایران برای اولین بار در سال ۲۰۰۳ انجام گرفت و بار بیماری‌ها برای ۲۱۳ بیماری برآورد شد اما این مطالعه موفق نشد که بار منتسب به عوامل خطر را برآورد نماید. مطالعه یاد شده از نوع مقطعی بوده و در سال ۲۰۰۳ در سطح ملی و در شش استان انجام گرفت. برآوردها بدون فاصله عدم اطمینان گزارش شدند و این مطالعه نتوانست بار منتسب به عوامل خطر را برآورد نماید. یک دهه پس از انجام اولین مطالعه بار بیماری‌ها در ایران، بار دیگر نیاز به ارزیابی بار بیماری‌ها و توزیع آنها به اندازه‌ای احساس شد که انگیزه لازم را در وزارت بهداشت ایجاد نمود تا دور جدیدی از مطالعه بار بیماری‌ها را تحت عنوان NASBOD ۲۰۱۳ انجام دهد. این دور از مطالعه با هدف ارائه برآوردهایی برای سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۳ در سطوح ملی و استانی انجام گرفت.

۴,۳ چرا مطالعه NASBOD مورد نیاز است؟

مطالعه NASBOD با هدف برآورد بار ۲۹۰ بیماری و صدمه و ۶۷ عامل خطر در سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۲ در سطوح ملی و استانی انجام گرفت. مطالعه NASBOD اطلاعاتی را فراهم می‌کند که می‌تواند به منظور بررسی پیشرفت در وضعیت سلامت در طول زمان در یک استان یا عملکرد نسبی در کل استان‌ها استفاده شود. در این مورد، مطالعه NASBOD باید، مانند میزان تولید و درآمد ملی، به عنوان یکی از شاخص‌های توسعه اقتصادی در نظر گرفته شود که این امر تا به حال سهم بزرگی در دانش اقتصادی در انگلستان داشته است. مطالعه NASBOD یک منبع اصلی است که می‌تواند برای شناسایی اولویت‌های ملی و محلی استفاده شود. بسیاری از مداخلات ملی در نظام سلامت ایران وجود دارند که می‌توانند مقرون به صرفه باشند و به مشکلات مربوط به سلامت در برخی از مناطق جغرافیایی، و نه در همه مناطق جغرافیایی محلی، پاسخ دهند. ارائه اطلاعاتی در خصوص توزیع بیماری‌ها و عوامل خطر در سطح محلی، می‌تواند به عنوان یک راهنما برای انتخاب مداخلاتی مورد استفاده قرار گیرد که مشکلات عمده بهداشتی در میان گروه‌های جمعیتی محلی را حل می‌نمایند. مراکز آموزش پزشکی و بهداشت عمومی در ایران امتیازهایی را برای دانشجویانی در نظر می‌گیرد که بر روی موضوعات تحقیقاتی خاص کار می‌کنند. با توجه به عدم دسترسی مناسب به داده‌ها، به خصوص به داده‌های حاصل از بررسی‌های ملی، و با توجه به عدم وجود یک سیستم ناوبری^۵ برای تحقیق در زمینه سلامت، بخش عمده‌ای از پتانسیل موجود برای استفاده از منابع تولید دانش به خوبی استفاده نشده است. مطالعه NASBOD دسترسی غیر بهینه و نامناسب به داده‌ها و نیز عدم وجود سیستم ناوبری برای تحقیقات سلامت در ایران را مورد توجه قرار می‌دهد.

۴,۴ ساختار NASBOD

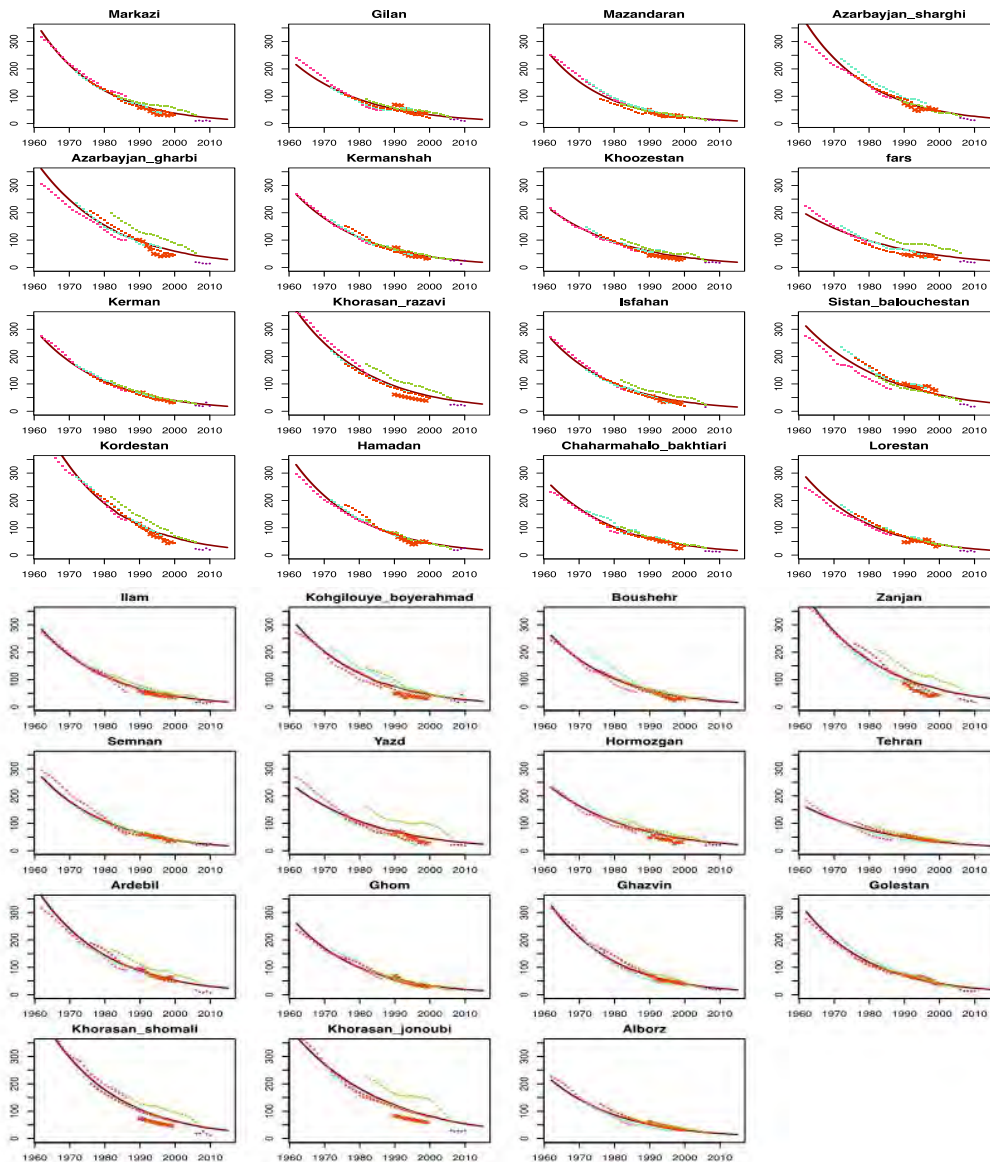
مطالعه NASBOD ۲۰۱۳ توسط معاونت بهداشت عمومی وزارت بهداشت سازماندهی و پشتیبانی می‌شود و توسط یک کمیته راهبری شامل محقق اصلی، سیاست‌گذاران ارشد وزارت بهداشت، مدیران فعال در وزارت بهداشت که تمرکز بیشتری بر روی بیماری‌ها دارند، و محققانی که تمرکز بیشتری بر روی سلامت جامعه دارند انجام می‌گیرد. کمیته ارزیابی خارجی شامل کارشناسان بین‌المللی و نماینده‌هایی از سازمان‌های بین‌المللی مانند بانک جهانی و سازمان بهداشت جهانی EMRO می‌باشد که این گروه‌ها توجه خاص به بار بیماری‌ها دارند. بخش اجرایی ساختار NASBOD شامل یک تیم اصلی است، که مسئول ارائه تعاریفی برای شاخص‌ها، استاندارد سازی فرآیندها، و پروتکل‌ها مانند پروتکل مرور نظام مند، آموزش تمام پژوهش‌گران درگیر در NASBOD، جستجو و جمع‌آوری داده‌ها، تلخیص داده‌ها، مدل سازی، تفسیر نتایج و ارائه گزارش‌ها است. علاوه بر این، تیم فنی نیز مسئول ارائه تعاریف عملی برای بیماری‌ها و عوامل خطر، و مشارکت در ایجاد دسترسی به مجموعه داده‌های نظرسنجی، تفسیر نتایج و تهیه گزارش‌ها است.

۴,۵ تعاریف

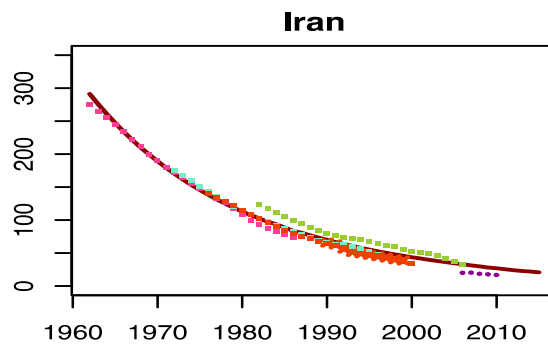
مطالعه NASBOD از DALY (سال‌های زندگی تعدیل شده با ناتوانی)، YLD (سال‌های از دست رفته از زندگی به علت ناتوانی)، YLL (سال زندگی از دست رفته)، و مرگ به عن وان شاخص‌هایی برای اندازه‌گیری نرخ و کسری از علل استفاده می‌کند تا با کمک آنها نتایج کشنده و غیر کشنده ناشی از بیماری‌ها، عوامل خطر و آسیب‌ها را به تصویر بکشد. مقادیر DALY، YLD و YLL بدون در نظر گرفتن وزن سنی و نرخ تنزیل برآورد شده تا به این شیوه برآوردها را با نتایج حاصل از GBD ۲۰۱۰ سازگار سازند (۲۸). محدودیت سنی برای هر دو جنس مذکر و مونث ۸۶ سال خواهد بود و YLD بر اساس شیوع بیماری‌ها، و نه بروز آنها، برآورد خواهد شد. همه شاخص‌ها برای هر دو جنس و ۲۰ گروه سنی در سطوح ملی و استانی مورد استفاده قرار خواهد گرفت.

۴,۶. نمونه‌ای از نتایج

نمونه‌ای از نتایج مطالعه ملی بار بیماری‌ها در پی می‌آید:
 به‌طور کلی میزان مرگ‌ومیر کودکان با گذشت زمان در حال کاهش است. به‌عنوان مثال استان‌های خراسان رضوی، آذربایجان شرقی و آذربایجان غربی دارای شیب تندتری نسبت به سایر استان‌ها هستند. (شکل ۱-۴)

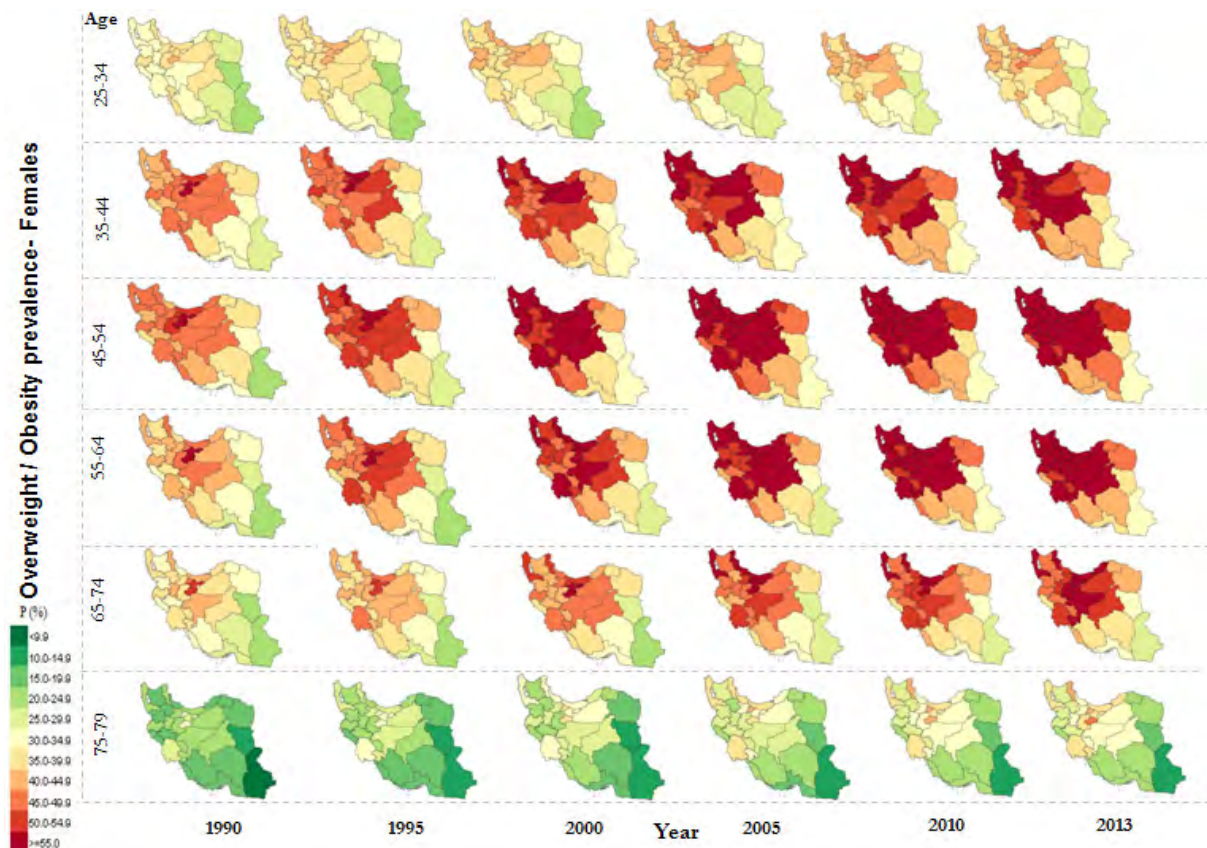


شکل ۱-۴: مرگ‌ومیر کودکان زیر ۵ سال در بازه زمانی ۱۹۶۰ تا ۲۰۱۳ در سطح استان‌ها



شکل ۴-۲: مرگومیر کودکان زیر ۵ سال در بازه زمانی ۱۹۶۰ تا ۲۰۱۳ در سطح ملی

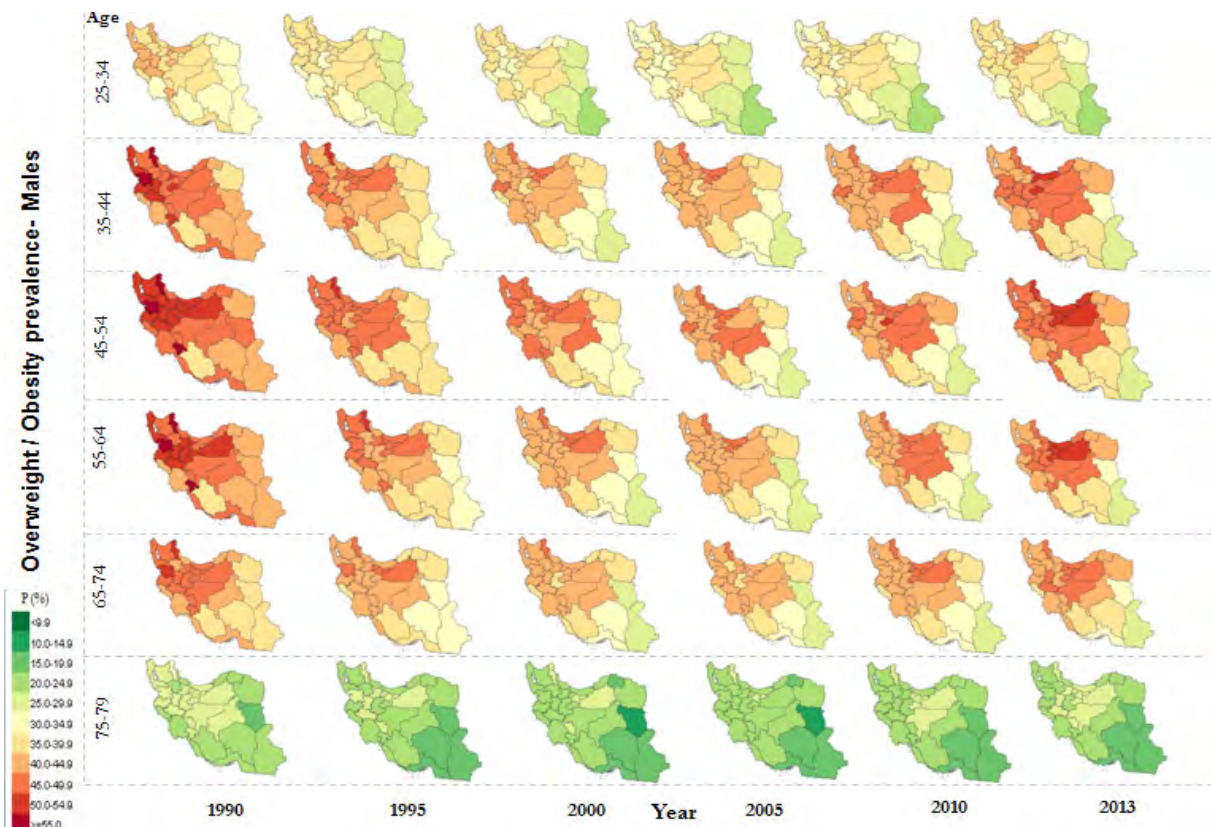
به طور کلی شیوع چاقی/اضافه وزن با گذشت زمان در حال افزایش است به طوری که سال ۲۰۱۳ زنان در گروه سنی ۴۵ تا ۵۴ سال بیشترین شیوع را به خود اختصاص می دهند و در مقابل کمترین میزان شیوع در زنان متعلق به گروه سنی ۷۵ تا ۷۹ سال در تمامی سال های مطالعه است. (شکل ۴-۳)



شکل ۴-۳: شیوع چاقی/اضافه وزن در زنان ایرانی در سال های ۱۹۹۰، ۱۹۹۵، ۲۰۰۰، ۲۰۰۵، ۲۰۱۰ و ۲۰۱۳ به تفکیک استان و گروه های سنی*

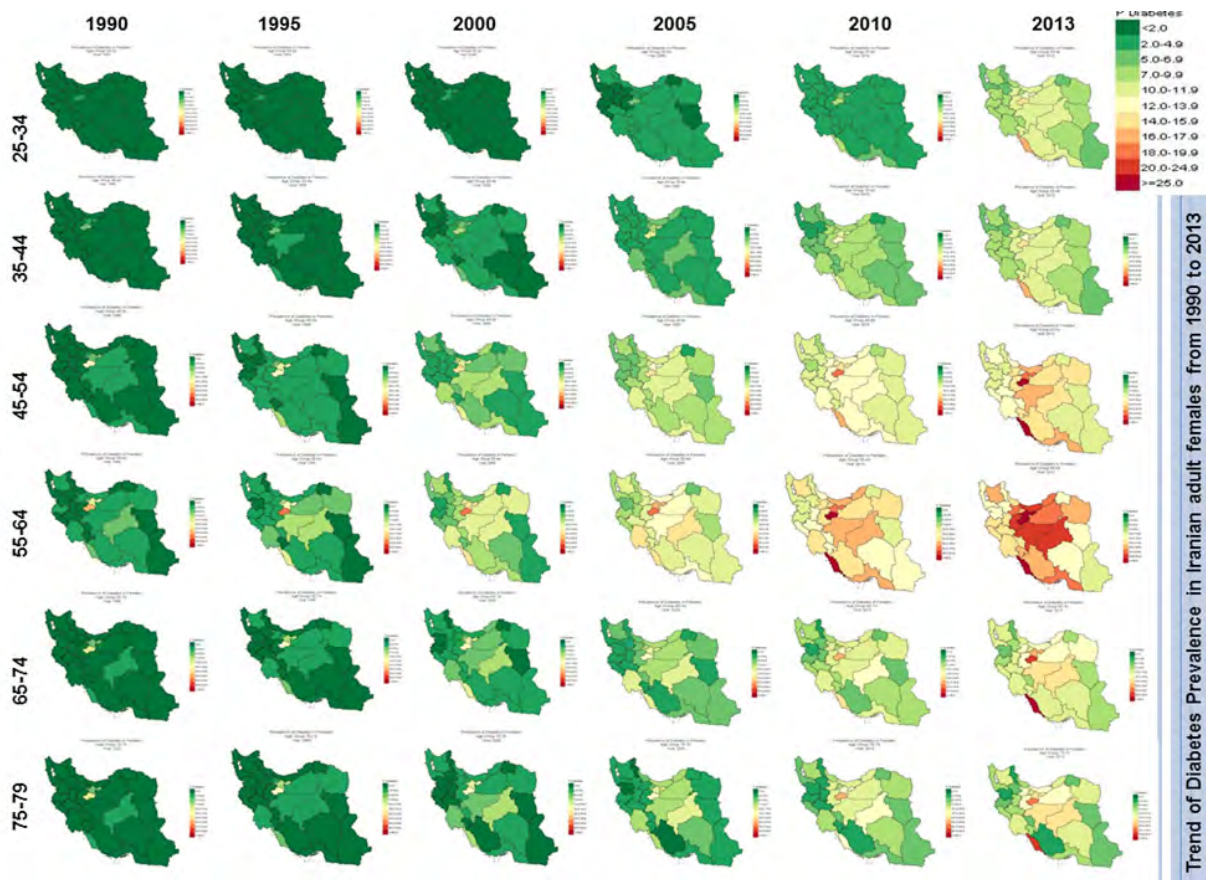
* جلالی نیا شیرین، بررسی روند شیوع چاقی و اضافه وزن و بار بیماری های قابل انتساب به شاخص توده بدنی و تحلیل نابرابری آن در جمعیت ایرانی ساکن در کشور جمهوری اسلامی ایران به تفکیک استان در بازه زمانی ۱۹۹۰-۲۰۱۰ و پیشنهاد مدل مناسب پیش بینی کننده (پایان نامه دکتری تخصصی (داده انتشار نیافته)، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۳۹۳)

شیوع چاقی/اضافه وزن با گذشت زمان به طور نسبی در حال کاهش است به طوری که بیشترین میزان شیوع متعلق به گروه سنی ۴۵ تا ۵۴ سال در سال ۱۹۹۰ است و در مقابل کمترین میزان شیوع در مردان متعلق به گروه سنی ۷۵ تا ۷۹ سال در تمامی سال‌های مطالعه است. (شکل ۴-۴)



شکل ۴-۴: شیوع چاقی/اضافه وزن در مردان ایرانی در سال‌های ۱۹۹۰، ۱۹۹۵، ۲۰۰۰، ۲۰۰۵، ۲۰۱۰ و ۲۰۱۳ به تفکیک استان و گروه‌های سنی

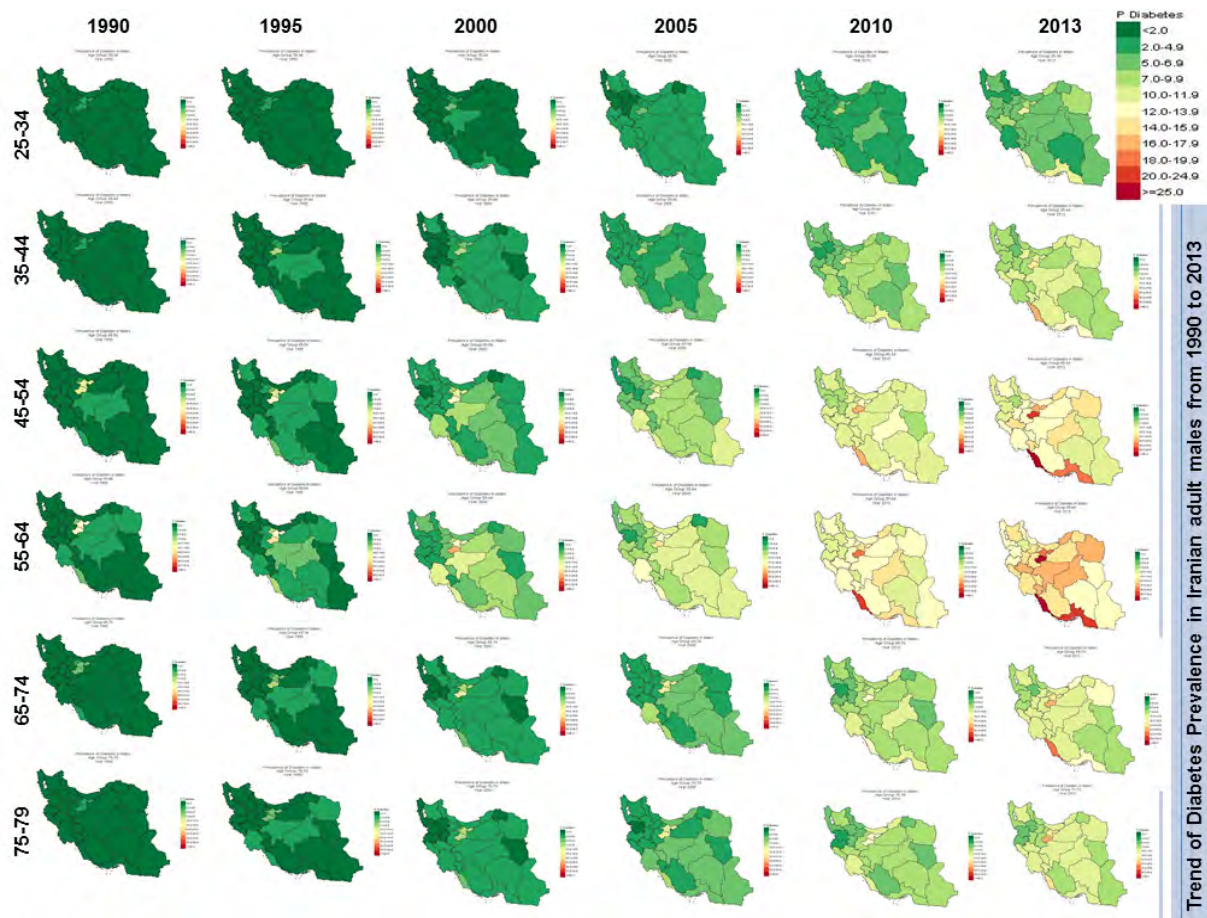
شیوع دیابت با گذشت زمان به طور نسبی در حال افزایش است به طوری که سال ۲۰۱۳ مردان در گروه سنی ۵۵ تا ۶۴ سال بیشترین میزان شیوع را به خود اختصاص داده اند و در مقابل کمترین میزان شیوع متعلق به گروه سنی ۲۵ تا ۳۴ سال در سال های ۱۹۹۰، ۱۹۹۵ و ۲۰۰۰ و گروه سنی ۳۵ تا ۴۴ سال در سال ۱۹۹۰ است. (شکل ۴-۵)



شکل ۴-۵: شیوع دیابت در زنان ایرانی در سال های ۱۹۹۰، ۱۹۹۵، ۲۰۰۰، ۲۰۰۵، ۲۰۱۰ و ۲۰۱۳ به تفکیک استان و گروه های سنی**

** پیکری نیلوفر، بررسی روند شیوع و بار بیماری های قابل انتساب به بیماری دیابت و تحلیل نابرابری آن در جمعیت ایرانی ساکن در کشور جمهوری اسلامی ایران به تفکیک استان در بازه زمانی ۱۹۹۰-۲۰۱۰ و پیشنهاد مدل مناسب پیش بینی کننده (پایان نامه دکتری تخصصی (داده انتشار نیافته)، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۳۹۳)

شیوع دیابت با گذشت زمان به طور نسبی در حال افزایش است به طوری که سال ۲۰۱۳ مردان در گروه سنی ۶۴ تا ۵۵ سال بیشترین میزان شیوع را به خود اختصاص داده‌اند و در مقابل کمترین میزان شیوع متعلق به گروه سنی ۲۵ تا ۳۴ سال در سال‌های ۱۹۹۰ و ۱۹۹۵ و گروه سنی ۳۵ تا ۴۴ سال در سال ۱۹۹۰ است. (شکل ۴-۶)



شکل ۴-۶: شیوع دیابت در مردان ایرانی در سال‌های ۱۹۹۰، ۱۹۹۵، ۲۰۰۰، ۲۰۰۵، ۲۰۱۰، ۲۰۱۳ و به تفکیک استان و گروه‌های سنی

۴,۷ عملکردها

عملکردهای زیر فرآیندهای اصلی مطالعه NASBOD هستند:

۴,۷,۱ استانداردها و مقررات

تیم مرکزی برای فرآیند انتخاب بیماری‌ها، عوامل خطر، و آسیب‌ها که بار آنها برآورد خواهد شد، و نیز برای جستجوی نظام مند و حقوق معنوی، استانداردهای لازم را تهیه خواهد کرد، بر اساس استانداردهای ارائه شده توسط تیم مرکزی، باید در پایگاه‌های داده ISI Web of Sciences، Scopus، و از میان تمام موتورهای جستجوی بین‌المللی و نیز در SID، IranMedex، و Iran.doc از میان تمام موتورهای جستجو داخلی تمام جستجوهای سیستماتیک انجام می‌شود. علت انتخاب این موتورهای جستجو این است که موارد یاد شده تقریباً همه مقالات منتشر شده در مورد بیماری‌ها، عوامل خطر، و توزیع صدمات در میان جمعیت عمومی در ایران را تحت پوشش دارند. استانداردهای مربوط به جستجوی عبارات نیز توسط تیم مرکزی تعیین می‌شود. جزئیات مربوط به جستجوی سیستماتیک و اصطلاحات مورد جستجو برای هر گروه از بیماری‌ها، عوامل خطر و آسیب‌ها در سایر مقالات منتشر شده در این خصوص توضیح داده شده است. استانداردهای دیگری که باید توسط تیم مرکزی تعیین شوند شامل استانداردهایی می‌شوند که مشخص خواهد کرد که چگونه تیم‌های

فنی با استفاده از لیست GBD و نظر کارشناسان بیماری‌هایی را انتخاب کنند که دارای بالاترین بار برای جمعیت ایرانی باشند. آخرین لیست از استانداردها مربوط به مسائل حقوق معنوی خواهد بود چرا که مطالعه NASBOD از طریق یک کار گروهی و با همکاری بیش از ۳۰۰ محقق شکل گرفته است. این استانداردها حقوق محققان را در گزارش‌ها و مطالب منتشر شده تعیین می‌کند.

۲،۷،۴. آموزش

مطالعه NASBOD نیازمند تخصص و دانش از رشته‌های مختلف است. از آنجا که بسیاری از محققان در مطالعه NASBOD با تمام مهارت‌های مورد نیاز آشنا نیستند، لازم است که کارگاه‌ها و دوره‌های مربوط به مهارت‌ها و تخصص‌های مورد نیاز برای مطالعه NASBOD طراحی و اجرا شود. به همین منظور کارگاه‌های آموزشی در خصوص مرور نظام‌مند با تمرکز بر بار بیماری‌ها، بررسی مقایسه‌ای ریسک، روش‌های دموگرافیک برای برآورد آمار مرگ‌ومیر بزرگسالان و کودکان، بار بیماری‌ها و DISMOD II، مدل‌سازی، مدل‌های تجزیه و تحلیل چند سطحی، مدل‌های فضایی و زمانی، مواجهه با نقص‌ها و طبقه‌بندی‌های نادرست در سیستم ثبت مرگ‌ومیر و سرطان، مدل‌های رگرسیون فرآیند گاوسی^۶، و سایر بسته‌های مورد نیاز R و Stata طراحی شده‌اند و به تدریج برای افراد نیازمند به شرکت در این کارگاه‌های آموزشی برگزار می‌شود.

۳،۷،۴. جمع‌آوری اطلاعات

مطالعه NASBOD از همه منابع داده ممکن که می‌توانند به برآورد میزان شیوع و بروز بیماری‌ها یا مرگ‌ومیر زودرس کمک کنند، استفاده می‌کند. منابع داده‌های موجود در ایران شامل تمام موارد زیر است: داده‌های منتشر شده، سیستم ثبت مرگ‌ومیر و سرطان، بررسی‌های ملی و محلی در بخش بهداشت و درمان که اغلب بر روی خطرات رفتاری، شیوه زندگی، و خطرات متابولیک در میان جمعیت عمومی متمرکز شده‌اند، مانند NCDSS ۲۰۰۵، ۲۰۰۹، و ۲۰۱۱، NHS ۱۹۹۱ و ۲۰۰۰، DHS ۲۰۰۰، مخارج خانوار، IHHP ۲۰۰۱ و ۲۰۰۷، TLGS ۲۰۰۱ تا به حال، MONICA ۲۰۰۳، و نظرسنجی ملی و محلی در میان بخش‌های غیر بهداشتی که عمدتاً بر فاکتورهای جمعیت‌شناختی، سرمایه انسانی، هزینه‌ها، و سایر متغیرهای کمکی متمرکز شده‌اند (مانند مطالعه مخارج خانوار). سرشماری یکی از منابع دیگر برای مطالعه NASBOD است که اطلاعات دموگرافیک مورد نیاز را فراهم می‌کند و شامل برخی از داده‌های مفید در خصوص سلامت است.

نظام اطلاعات سلامت در ایران از داده‌های بیمارستانی و بیماران سرپایی حمایت نمی‌کند و در نتیجه این داده‌ها به گونه‌ای هستند که برای مطالعه NASBOD مفید نمی‌باشند. تیم مرکزی یک پژوهش ملی بر روی داده‌های بستری را طراحی و اجرا کرده است تا اطلاعات مرتبط و معتبر از تمام ۸۶۳ بیمارستان (همه بیمارستان‌های موجود) در خصوص موارد پذیرش از سال ۱۹۹۶ تا سال ۲۰۱۱ را به دست آورد. جزئیات مربوط به بررسی داده‌های بیمارستانی در مقاله‌ای دیگر در همین شماره توضیح داده شده است. برای داده‌های سرپایی، مطالعه NASBOD یک نمونه از تمام نسخه‌های تجویز شده (۲۳ میلیون نمونه) در مدت ۵ سال گذشته استفاده می‌کند که این نمونه‌ها از سازمان غذا و دارو اخذ می‌شوند. سازمان غذا و دارو و می‌تواند تمام داده‌ها مربوط به خرید دارو از داروخانه‌ها در سطح شهرستان را نیز فراهم کند. منبع اطلاعاتی دیگر در سازمان غذا و دارو مربوط به بیماری‌های خاص است چرا که بیماران مبتلا به بیماری‌های خاص واجد شرایط برنامه انتقال پول نقد به‌عنوان یارانه برای داروی هستند.

۴،۷،۴. مواد و روش‌ها

برآورد YLL و YLD پیش نیاز برای برآورد DALY می‌باشند. شکل‌های ۱، ۲ و ۳ نشان دهنده تمام مجموعه داده‌ها، فرآیندها و محاسباتی می‌باشند که در مطالعه NASBOD برای تعیین YLL، YLD، و DALY متناسب به عوامل خطر استفاده می‌شوند. برای تخمین YLL، ما بیشتر بر روی نظام ثبت مرگ، که توسط وزارت بهداشت مدیریت می‌شود تکیه می‌کنیم؛ این سیستم میزان مرگ‌ومیر بر حسب سن، جنس، علت را مشخص می‌سازد. از آنجا که نظام ثبت مرگ تقریباً در تمام کشورهای در حال توسعه از درجه‌ای از نقص و طبقه‌بندی نادرست رنج می‌برد، تیم مرکزی تصمیم گرفت برای مسئله نقص و طبقه‌بندی نادرست در نظام ثبت مرگ راه‌حلی اتخاذ کند. برای توضیحات بیشتر در خصوص روش‌های به کار گرفته شده، جزئیات بیشتر در مطلبی دیگر ارائه شده است. از آنجا که نظام ثبت مرگ از سال ۲۰۰۴ مورد استفاده قرار گرفته است، ما نیاز داریم فقدان اطلاعات برای سال‌های ماقبل یعنی از سال ۲۰۰۳ تا سال ۱۹۹۰ را جبران نماییم.

ما در ادامه این مقاله به طور خلاصه مدل مورد استفاده برای محاسبه داده‌ها را توضیح خواهیم داد. برای YLD و نیز شیوع بیماری‌ها، عوامل خطر و صدمات، تیم مرکزی بر روی داده‌های منتشر شده، ثبت سرطان، بررسی‌های ملی و محلی، بررسی داده‌های بیمارستانی و منابع داده سرپایی تمرکز می‌کند. با این حال، به علت کمبود اطلاعات در سطوح ملی و محلی، تیم مرکزی نیاز دارد مسئله دسترسی نامطلوب به داده‌های مربوط به شیوع بیماری‌ها، عوامل خطر، و صدمات را نیز مورد توجه قرار دهد. بعد از استفاده از مدل برای محاسبه داده‌های از

دست رفته، YLD برای بیماری‌های موجود در فهرست NASBOD برآورد خواهد شد. با تجمیع مقادیر YLLs و YLDs می‌توان DALY ناشی از هر بیماری را به دست آورد.

ارزیابی مقایسه‌ای ریسک برای برآورد کسری از جمعیت مبتلا به هر جفت از عوامل خطر بیماری‌ها و DALY متناسب به هر جفت از این موارد استفاده می‌شود، و در نهایت مجموع همه DALY‌های نسبت داده شده به هر یک از عوامل خطر محاسبه می‌شود تا از این طریق بار نسبت داده شده به هر یک از عوامل خطر برآورد شود.^۷

روش‌های آماری برای نسبت دادن داده‌ها با جزئیات بیشتر در جایی دیگر بحث شده است. این روش‌ها شامل مدل‌های پیچیده رگرسیون هستند، که از داده‌های موجود، مدل‌های سن، مدل‌های سلسله‌مراتبی الگوی داده‌ها، الگوی زمانی و مکانی از داده‌ها، و متغیرهای کمکی استفاده می‌کنند تا داده‌های از دست رفته و ناقص را برآورد کنند. چالش‌های فنی موجود در هر روش در مطالعه NASBOD ممکن است برای افرادی که بر موضوعات کمی تمرکز دارند جالب باشد. متغیرهای کمکی مورد نیاز برای این مدل‌ها در طول فاز جمع‌آوری داده‌ها گردآوری می‌شوند و تخمین زده می‌شود که حدود ۸۴ متغیر کمکی در روش استناد داده‌ها ایجاد شود.

در مدل‌های اسنادی، ما دو متغیر وابسته استفاده شامل نرخ و کسر علت^۸ خواهیم داشت. ما با استفاده از چند متغیر کمکی این مدل‌ها را برای این دو متغیر وابسته و این دو روش (اتورگرسیون چند سطحی و فضا-زمانی) برازش می‌کنیم، که این کار به ایجاد صدها مدل می‌انجامد. مطالعه NASBOD قصد ندارد برخی از این مدل‌ها را که عملکردی بدتر از دیگر مدل‌ها دارند از مطالعه بیرون بیاورد. در عوض، تیم مرکزی همه این مدل‌ها را بر اساس عملکرد خود رتبه‌بندی می‌کند و با استفاده از رتبه هر مدل، برای آن یک وزن تعیین می‌کند. با استفاده از وزن‌های بدست آمده، همه نتایج حاصل از تمام مدل‌ها به‌عنوان ارزش انتسابی جمع می‌شوند.

۴,۷,۵. تفسیر نتایج

نتایج نهایی در تیم‌های فنی مورد بحث قرار می‌گیرند و در صورت نیاز پس از اصلاح مدل، در یک کنفرانس با موضوع مطالعه NASBOD با کارشناسان، اپیدمیولوژیست‌ها، پزشکان، و سیاست‌گذاران به اشتراک گذاشته می‌شود.

۴,۷,۶. انتشارات

نتایج آماده شده در خصوص بیماری‌ها، صدمات و عوامل خطر به شکل گزارشی برای وزارت بهداشت منتشر خواهد شد. ما همچنین تمامی مقالات را به شکل مقالات جداگانه و یا مجموعه‌ای از مقالات بر اساس حیطه مورد توجه بالینی، اپیدمیولوژیک و سیاست‌گذاری بهداشت در مجلات بین‌المللی و یا داخلی منتشر خواهیم کرد.

۴,۸. پیامدهای مربوط به سیاست‌گذاری

مطالعه NASBOD شکاف سلامت در جمعیت ایرانی و تفاوت‌های آن در بین استان‌ها را مورد توجه قرار داده است. مطالعه بار بیماری‌ها اطلاعات گسترده‌ای را در مورد بیماری‌ها، صدمات و عوامل خطر و توزیع آنها فراهم می‌کند، که می‌تواند سیاست‌گذاران را به سمت تخصیص بهتر منابع هدایت نماید. گام بعدی در حوزه پژوهش این است که هزینه هر بیماری، آسیب، و عامل خطر برای نظام سلامت برآورد شود و توزیع بار با توزیع هزینه‌ها مقایسه شود. این دو قطعه از اطلاعات همراه با ارزیابی عملکرد نظام سلامت همه شواهد مورد نیاز برای سیاست‌گذاری در نظام سلامت را فراهم می‌کند. کاربرد دیگر مطالعه NASBOD به پیامدهای آن در صنعت بیمه درمانی مربوط خواهد بود. آگاهی از توزیع بیماری‌ها و متوسط هزینه درمان فرصتی را برای برآورد حق بیمه در سطوح محلی فراهم می‌کند.

۴,۹. نتیجه‌گیری

مطالعه NASBOD یک تلاش سیستماتیک برای تعیین کمیت توزیع بیماری‌ها، صدمات و عوامل خطر است. مطالعه NASBOD یکی از مطالعات پیشرو در بین مطالعات بیماری‌ها است، که هدف آن برآورد بار بیماری‌ها، صدمات و عوامل خطر در سطوح محلی است. این مطالعه تقریباً تمام منابع داده‌های مربوط به مرگ‌ومیر، شیوع، بروز، و بار بیماری‌ها در ایران را جمع‌آوری می‌کند و آنها را در یک فرمت استاندارد قرار می‌دهد. همه برآوردهای محاسبه شده در مطالعه NASBOD همراه با فواصل عدم اطمینان مربوطه ارائه خواهند شد. بر اساس جستجوهای اولیه ما در منابع داده‌ها، این مطالعه با معضل دسترس نامطلوب به داده‌ها مواجه خواهد شد و نیاز دارد با استفاده از روش‌های آماری مشکل کمبود داده‌ها را جبران نماید. ما قویاً به وزارت بهداشت توصیه می‌کنیم که در آینده نزدیک یک رویکرد سیستماتیک برای ایجاد یک فرایند جمع‌آوری داده‌های جامع ایجاد نماید تا از این طریق این اطمینان حاصل شود که تمام اطلاعات مورد نیاز جهت سیاست‌گذاری تولید شده و در دسترس است. نگرانی دیگر تیم مرکزی NASBOD کیفیت داده‌های تولید شده است. نگرانی‌های عمده در خصوص کیفیت مطالعات ملی و



سیستم‌های ثبت اطلاعات، که باید توسط وزارت بهداشت مورد توجه قرار گیرند، عبارتند از: میزان قابل توجه اطلاعات ناقص در میان متغیرها در مجموعه داده، تناقضات در پرسش‌های موجود در مطالعات تکرار شده، نمونه برداری و وزن دهی نامناسب، قابلیت اطمینان پایین در نتایج به علت وجود استانداردها و نظارت نامطلوب، نبود معیار برای شهرستان‌ها و استان‌های تحت مطالعه، و نبود ثبات در روش نمونه‌گیری در میان جمعیت.

پی‌نوشت‌ها:

1. non-fatal outcomes of health
2. The main criticism of the GBD study focused on the structure of DALYs15-17 particularly the social choices pertaining to age weights and severity scores for disabilities.
3. age weight and discount weight
4. disability weights
5. navigating system
6. Gaussian Process Regression models
7. Comparative risk assessment will be used for estimating population attributable fraction for each diseases risk factor pair and the attributed DALY to each pair will be calculated and finally all those attributed DALY s to each risk factor will be summed to estimate the burden attributed to each risk factor.
8. rate and cause fraction



تحلیلی بر اهداف نه گانه سازمان جهانی بهداشت وامکان دستیابی به آن در جمعیت کشور جمهوری اسلامی ایران

تعداد مرگ به دلیل بیماری های قلبی عروقی، سرطان ها، دیابت و بیماری های مزمن تنفسی در هر دو جنس و در گروه سنی ۳۰ تا ۷۰ سال و در سال ۲۰۱۰ برابر ۷۵۱۵۰ مرگ است.

بر اساس نرخ رشد سال ۲۰۰۶ نسبت به سال ۱۹۹۶ و ۱۹۸۶ به ترتیب تعداد ۱۰۷۶۰۲ و ۱۰۳۲۳۹ مرگ به دلیل بیماری های قلبی عروقی، سرطان ها، دیابت و بیماری های مزمن تنفسی در گروه سنی ۳۰ تا ۷۰ سال در سال ۲۰۲۵ رخ خواهد داد.

در صورت ۱۰۰ درصد اجرایی شدن تمامی اهداف ۹ تا ۲۹، تعداد ۲۰۴۷۵ مرگ کاهش پیدا خواهد کرد.



برای بررسی هدف اول سازمان جهانی بهداشت یعنی ۲۵٪ کاهش در مرگ ناشی از بیماری‌های قلبی عروقی، سرطان‌ها، دیابت و بیماری‌های مزمن تنفسی در گروه سنی ۳۰ تا ۷۰ سال، پیش‌بینی جمعیت و نسبت مرگ به واسطه بیماری‌های ذکر شده به تفکیک گروه‌های سنی در سال ۲۰۲۵ الزامی است.

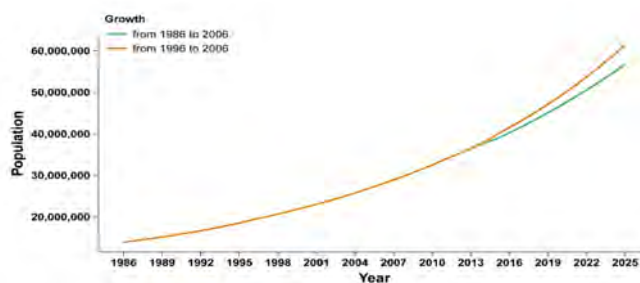
بدین منظور از اطلاعات جمعیتی که از سرشماری عمومی نفوس و مسکن در سال‌های ۱۹۸۶، ۱۹۹۶ و ۲۰۰۶ بدست آمده و با استفاده از معادله ۱-۵ میزان رشد محاسبه شد.

$$Growth = \left(\frac{Pop_{present}}{Pop_{past}} \right)^{1/n} - 1$$

در این رابطه $Pop_{present}$ و Pop_{past} به ترتیب نشان دهنده جمعیت در سال انتهایی و ابتدایی بازه و n نشان دهنده تعداد سال در این بازه است. بدین ترتیب نرخ رشد سال ۲۰۰۶ نسبت به سال ۱۹۹۶ و سال ۲۰۰۶ نسبت به سال ۱۹۸۶ محاسبه شد. سپس با استفاده از ۲ میزان رشد بدست آمده و جایگذاری در معادله ۲-۵، جمعیت برای سال ۲۰۲۵ پیش‌بینی شد.

$$Pop_{future} = Pop_{present} \times (1 + Growth)^n$$

همانطور که در شکل ۱-۵ قابل ملاحظه است، بین جمعیت پیش‌بینی شده برای سال ۲۰۲۵ براساس این ۲ نرخ رشد تفاوت زیادی وجود ندارد.



شکل ۱-۵: جمعیت پیش‌بینی شده برای گروه سنی بالای ۳۰ سال

برای محاسبه میزان مرگ احتیاج به نسبت بیماری‌های ذکر شده در هدف اول نسبت به کل بیماری‌ها است. بنابراین با استفاده از ضرایب معادله رگرسیونی ۳-۵ این نسبت برای سال ۲۰۲۵ پیش‌بینی شد.

$$\frac{\text{Number of Deaths}}{\text{Total Number of Deaths}} = \beta_0 + \beta_1 \text{Year}$$

در این معادله Number of Deaths و $\text{Total Number of Deaths}$ به ترتیب تعداد مرگ به دلیل بیماری‌های قلبی عروقی، سرطان‌ها، دیابت و بیماری‌های مزمن تنفسی و تعداد مرگ به دلیل کل بیماری‌ها را نشان می‌دهند. با فرض اینکه تعداد مرگ به تفکیک گروه‌های سنی و جنسی در سال ۲۰۲۵ ترکیبی همانند سال پایه داشته باشد، با استفاده از معادله ۴-۵ میزان مرگ به دلیل بیماری‌های ذکر شده در هدف اول محاسبه می‌شود.

$$y = \frac{\text{Number of Deaths}}{\text{Total Number of Deaths}} \times Pop \times m$$

که در این رابطه m نشان دهنده نرخ مرگ در هر گروه سنی و جنسی است. در این گزارش از اطلاعات مطالعه بار جهانی بیماری‌ها (GBD) که توسط IHME^۱ انجام شده برای محاسبه مرگ استفاده شده است.

سال	مقدار	نرخ رشد	تعداد مرگ
۲۰۱۰	کل	-	۷۵۱۵۰
	%۷۵	-	۵۶۳۶۲
۲۰۲۵	کل	۲۰۰۶ نسبت به ۱۹۹۶	۱۰۷۶۰۲
		۲۰۰۶ نسبت به ۱۹۸۶	۱۰۳۲۳۹

جدول ۱-۵: تعداد مرگ در سال‌های ۲۰۱۰ و ۲۰۲۵

با توجه به جدول ۱-۵ تعداد مرگ به علت بیماری‌های ذکر شده در هدف اول در سال ۲۰۱۰ در هر دو جنس و در گروه سنی ۳۰ تا ۷۰ سال برابر ۷۵۱۵۰ نفر است. این در حالی است که اگر ۲۵٪ کاهش در تعداد مرگ در سال ۲۰۲۵ اتفاق بیفتد، این میزان باید به ۵۶۳۶۲ مرگ کاهش پیدا کند. طبق پیش‌بینی انجام شده برای سال ۲۰۲۵ و براساس نرخ رشد سال ۲۰۰۶ نسبت به ۱۹۹۶ تعداد ۱۰۷۶۰۲ مرگ برای گروه سنی ذکر شده پیش‌بینی شده است. بنابراین تا سال ۲۰۲۵ باید ۵۱۲۴۰ مرگ کاهش پیدا کند. به علاوه براساس نرخ رشد سال ۲۰۰۶ نسبت به ۱۹۸۶ تا سال ۲۰۲۵ باید ۴۶۸۷۷ مرگ کاهش پیدا کند.

بررسی اهداف ۲ تا ۹ سازمان جهانی بهداشت:

حال سوال اصلی این است که با اجرای اهداف ۲ تا ۹ سازمان جهانی بهداشت که در ذیل آورده شده، آیا به این میزان کاهش دست پیدا خواهیم کرد؟

- ۱۰٪ کاهش در مصرف الکل
- ۱۰٪ کاهش در میزان فعالیت فیزیکی ناکافی
- ۳۰٪ کاهش در مصرف سدیم/نمک
- ۳۰٪ کاهش در استعمال دخانیات
- ۲۵٪ کاهش در فشار خون بالا
- عدم افزایش میزان چاقی و دیابت
- دستیابی به پوشش ۵۰ درصدی در دارو درمانی و مشاوره
- دستیابی به پوشش ۸۰ درصدی در تکنولوژی‌ها و داروهای ضروری برای بیماری‌های غیرواگیر اصلی

با این فرض که ۱۰٪ کاهش در مصرف الکل باعث ۱۰٪ کاهش در میزان مرگ به علت این عامل خطر می‌شود و برای سایر اهداف نیز همین شرایط فرض شود تعداد مرگ کاهش یافته به علت کاهش در عوامل خطر الکل، فعالیت فیزیکی کم، مصرف سدیم، استعمال دخانیات، فشار خون بالا، چاقی و دیابت در گروه سنی ۳۰ تا ۷۰ سال برابر ۱۹۳۲۳ مرگ است (جدول ۲-۵). ذکر این مطلب ضروری است که در محاسبه‌ی مرگ‌های کاهش یافته به علت عامل‌های خطر، تعداد کل مرگ‌های منتسب به هر عامل خطر (بیماری‌های واگیر، بیماری‌های غیرواگیر و سوانح و حوادث) در محاسبات وارد شده و بنابراین در واقع تعداد مرگ به علت ۴ بیماری ذکر شده در هدف اول کمتر از مقدار گزارش شده خواهد بود.

در مورد عامل‌های خطر توجه به این نکته ضروری است که درصد کاهش در آن‌ها به هیچ وجه باعث همان میزان درصد کاهش در میزان مرگ به واسطه‌ی آن عامل خطر نمی‌شود. با این حال در این گزارش با این فرض تحلیل انجام شده است. هم‌چنین برای عامل خطر استعمال دخانیات با توجه به اینکه این عامل خطر اثر تجمعی دارد؛ فردی که مدت زمان طولانی استعمال دخانیات داشته با فردی که پس از گذشت مدت کوتاهی، استعمال دخانیات را قطع می‌کند شانس یکسانی برای مواجهه با بیماری‌های مرتبط با این عامل خطر ندارد. در حالی که در این تحلیل فرض شده بدون توجه به مدت زمان استعمال دخانیات کلیه افراد پس از عدم استعمال، با بیماری‌های مرتبط با این عامل خطر مواجه نخواهند شد.

هدف هشتم سازمان جهانی بهداشت رسیدن به سطح پوشش حداقل ۵۰ درصدی در دارو درمانی و مشاوره است. طبق مطالعه انجام شده توسط فرزادفر و همکاران سطح پوشش دیابت و فشارخون در جامعه ایرانی به ترتیب ۳۹٫۲٪ و ۳۵٫۷٪ محاسبه شده است. دستیابی به سطح پوشش ۵۰ درصدی در دیابت و فشارخون باعث ۵۲۱٫۱ تعداد کاهش در مرگ می‌شود (جدول ۳-۵).

هدف نهم سازمان جهانی بهداشت که بیان‌کننده دستیابی به پوشش ۸۰ درصدی در تکنولوژی‌ها و داروهای ضروری برای درمان بیماری‌های

غیرواگیر اصلی در دو سطح خصوصی و دولتی است. در حال حاضر در جامعه روستایی و شهری این میزان دسترسی وجود دارد.

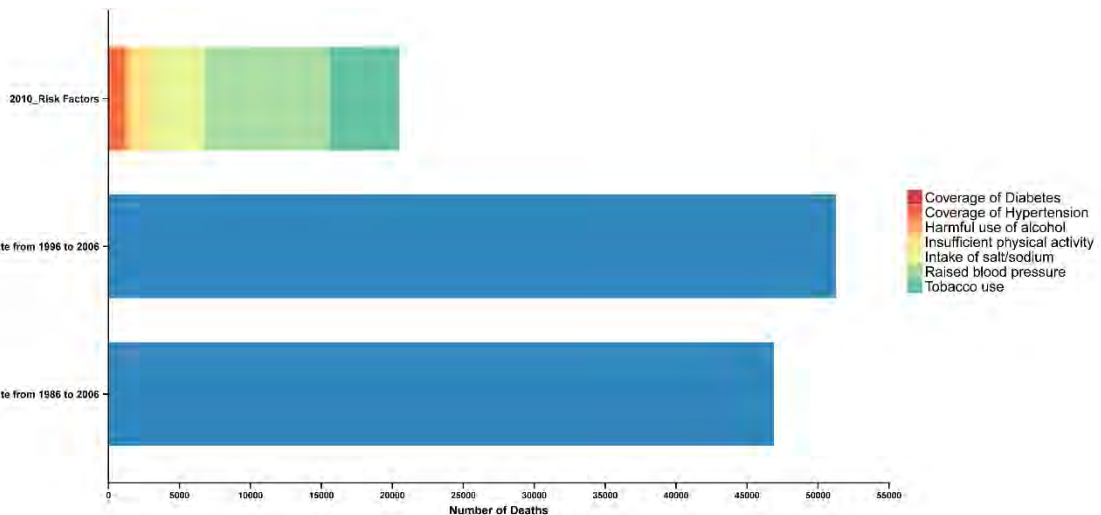
هدف	عامل خطر	مقدار	تعداد مرگ		
			زن	مرد	هر دو
دوم	مصرف الکل	کل	۹۲۷	۲۰۲۰	۲۹۴۷
		کاهش ۱۰ درصدی	۹۳	۲۰۲	۲۹۵
سوم	فعالیت فیزیکی ناکافی	کل	۵۸۲۷	۱۰۴۴۶	۱۶۲۷۳
		کاهش ۱۰ درصدی	۵۸۳	۱۰۴۵	۱۶۲۸
چهارم	مصرف سدیم/نمک	کل	۴۰۶۳	۸۳۱۶	۱۲۳۷۹
		کاهش ۳۰ درصدی	۱۲۱۹	۲۴۹۵	۳۷۱۴
پنجم	استعمال دخانیات	کل	۱۸۹۹	۱۴۳۵۱	۱۶۲۵۰
		کاهش ۳۰ درصدی	۵۷۰	۴۳۰۵	۴۸۷۵
ششم	فشار خون بالا	کل	۱۲۳۳۷	۲۲۹۱۰	۳۵۲۴۷
		کاهش ۲۵ درصدی	۳۰۸۴	۵۷۲۷	۸۸۱۱
هفتم	میزان چاقی	کل	۹۹۷۷	۱۲۸۹۱	۲۲۸۶۸
		بدون کاهش	-	-	-
		کل	۴۶۵۷	۶۷۱۲	۱۱۳۶۹
	دیابت	بدون کاهش	-	-	-

جدول ۲-۵: تعداد مرگ در سال ۲۰۱۰ به علت عوامل خطر

هدف	جنسیت	سطح پوشش	
		فشارخون	قندخون
هشتم	زن	۳۶۵	۲۹
	مرد	۷۰۴	۵۴
	هر دو	۱۰۶۹	۸۳

جدول ۳-۵: تعداد کاهش در مرگ با افزایش سطح پوشش در سال ۲۰۱۰

طبق هدف اول سازمان جهانی بهداشت براساس نرخ رشد سال ۲۰۰۶ نسبت به ۱۹۹۶ احتیاج به ۵۱۲۴۰ کاهش در تعداد مرگ است، در حالیکه اگر کلیه اهداف ۲ تا ۹ اجرا شوند، ۲۰۴۷۵ مرگ کاهش پیدا خواهد کرد. بنابراین براساس نرخ رشد سال ۲۰۰۶ نسبت به ۱۹۹۶ و سال ۲۰۰۶ نسبت به ۱۹۸۶ به ترتیب تعداد ۳۰۷۶۵ و ۲۶۴۰۲ مرگ باقی می ماند که حتی با اجرایی شدن ۱۰۰ درصد اهداف بدون کاهش باقی مانده اند (شکل ۲-۵). پس می توان نتیجه گرفت که با اجرای اهداف ۲ تا ۹ نمی توان به هدف اول (دستیابی به ۲۵٪ کاهش نسبی در سال ۲۰۲۵) دست یافت. لازم به ذکر است که محقق شدن ۱۰۰ درصدی اهداف ۲ تا ۹ نیز نکته قابل توجهی است، که در بهترین شرایط نیز ممکن است نتوان به طور ۱۰۰ درصد به این اهداف جامه عمل پوشاند. در هر حال، نباید از نظر دور داشت که از آن جایی که بسیاری از بیماری های غیرواگیر با تغییر در سبک زندگی افراد، قابل کاهش هستند؛ تمرکز بر پیشگیری از این بیماری ها و عوامل خطر مرتبط با آن ها امری است حیاتی. بنابراین ضروری به نظر می رسد که اصلاحاتی در اهداف انجام داد، با این شرح که ۲۵ درصد کاهش در نظر گرفته شده در هدف اول را به مقدار کمتری تغییر داد و یا از سویی دیگر درصد کاهش در عوامل خطر و درصد پوشش دارو درمانی و مشاوره را افزایش داد و این اهداف را با توجه به جامعه ایرانی تنظیم کرد.



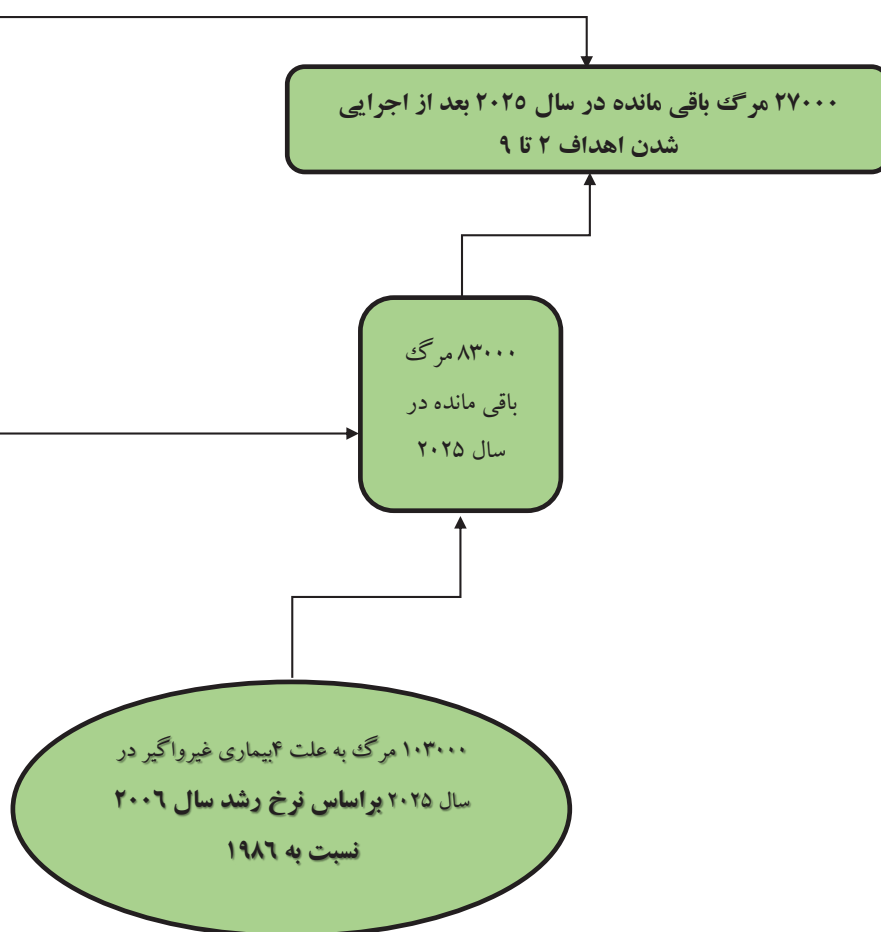
شکل ۲-۵: کاهش در تعداد مرگ برای گروه سنی ۳۰ تا ۷۰ سال در دو جنسیت با در نظر گرفتن نرخ رشد سال ۲۰۰۶ نسبت به سال ۱۹۹۶ و ۱۹۸۶ جدول ۴-۵ مقادیر گزارش شده برای کشور ایران در سال ۲۰۱۰ و مقادیر مورد انتظار برای سال‌های ۲۰۱۸ و ۲۰۲۵ را نشان می‌دهد. مقادیر پایه برای اهداف ۲، ۳، ۶ و ۷ از گزارش وضعیت جهانی بیماری‌های غیرواگیر ۲۰۱۴ استخراج شده است. هم‌چنین برای محاسبه‌ی میانگین میزان دریافتی نمک/سدیم دریافتی متاآنالیز انجام شد. به‌علاوه میزان شیوع مصرف دخانیات در افراد بالای ۱۵ سال از مطالعه step سال ۲۰۰۹ بدست آمده است. در نهایت میزان پوشش تکنولوژی‌ها و داروهای ضروری برای بیماری‌های غیرواگیر از مطالعه SARA^۲ استخراج شد.

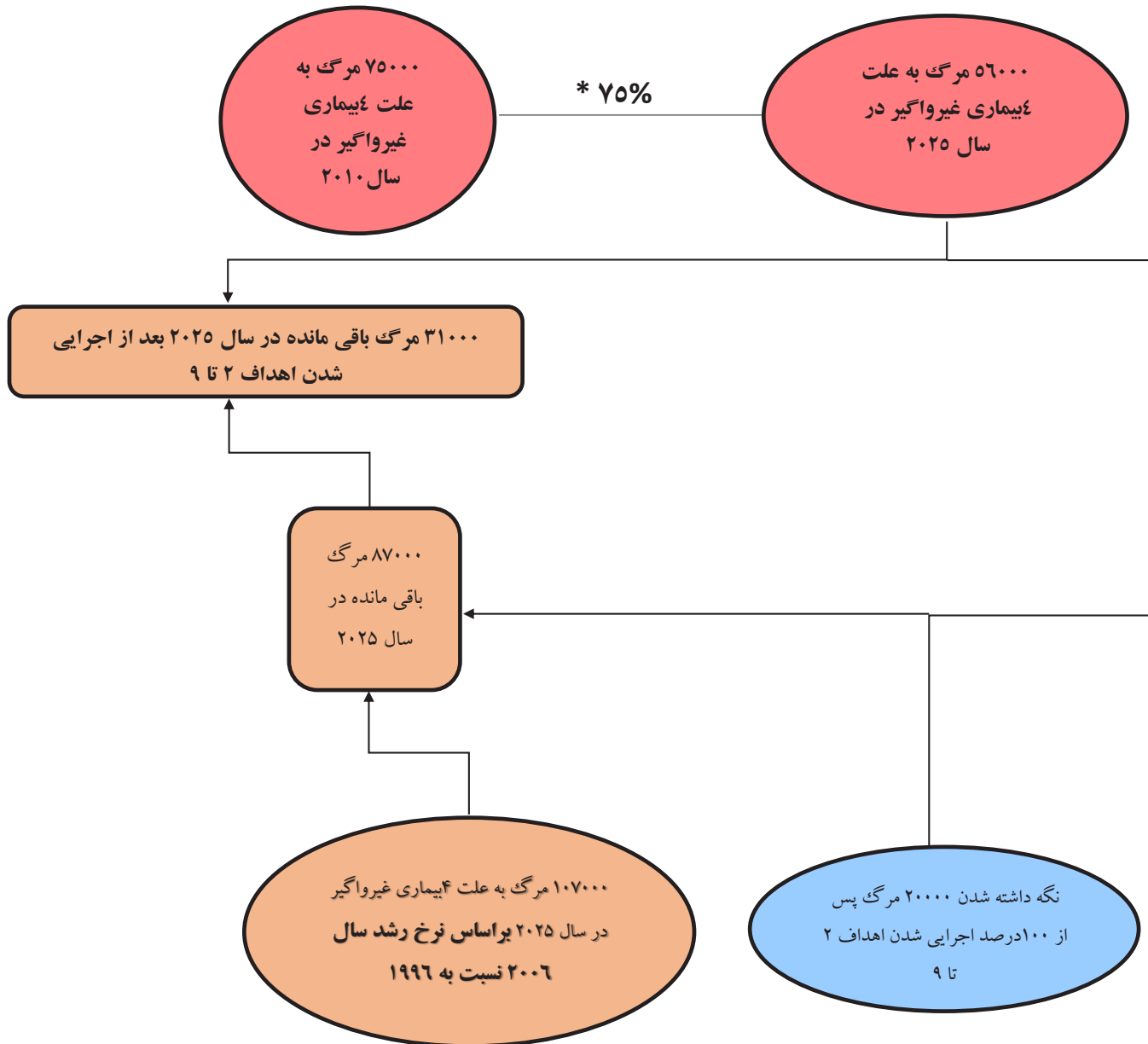
سال			هدف
۲۰۲۵	۲۰۱۸	۲۰۱۰ (سال پایه)	
۱۳,۶٪	۱۵,۷٪	۱۸,۱٪	۱-۲۵٪ کاهش نسبی در مرگ ناشی از بیماری‌های قلبی عروقی، سرطان‌ها، دیابت و بیماری‌های مزمن تنفسی
۰,۲۷٪	۰,۳٪	۰,۳٪	۲- حداقل ۱۰٪ کاهش نسبی در مصرف الکل
۳۰,۲٪	۳۱,۷٪	۳۳,۵٪	۳-۱۰٪ کاهش نسبی در شیوع فعالیت فیزیکی ناکافی
۷g/day	۸.4g/day	10g/day	۴-۳۰٪ کاهش نسبی در میانگین دریافتی نمک/سدیم
۷,۶٪	۹,۱٪	۱۰,۸٪	۵-۳۰٪ کاهش نسبی در شیوع مصرف دخانیات در افراد بالای ۱۵ سال
۱۹,۲٪	۲۲,۲٪	۲۵,۶٪	۶-۲۵٪ کاهش نسبی در شیوع فشار خون
۱۱,۵٪	۱۱,۵٪	۱۱,۵٪	۷-۰٪ افزایش در میزان دیابت
۲۳,۹٪	۲۳,۹٪	۲۳,۹٪	۷-۰٪ افزایش در میزان چاقی
۵۰٪	۴۴,۲٪	۳۷,۵٪	۸-۵۰٪ پوشش دارو درمانی و مشاوره
۸۰٪	۷۵,۳٪	۷۰٪	۹-۸۰٪ پوشش تکنولوژی‌ها و داروهای ضروری برای بیماری‌های غیرواگیر

پی‌نوشت‌ها:

1. Institute for Health Metrics and Evaluation
2. Global Status Report on non-communicable diseases 2014
3. Service Availability and Readiness Assessment

فلوچارت ۱-۵: بررسی کلی اهداف نه گانه سازمان جهانی بهداشت







فصل شش

شکل گیری کمیته
ملی پیشگیری و
کنترل بیماری های
غیر واگیر و عوامل
خطر مرتبط در
جمهوری اسلامی
ایران

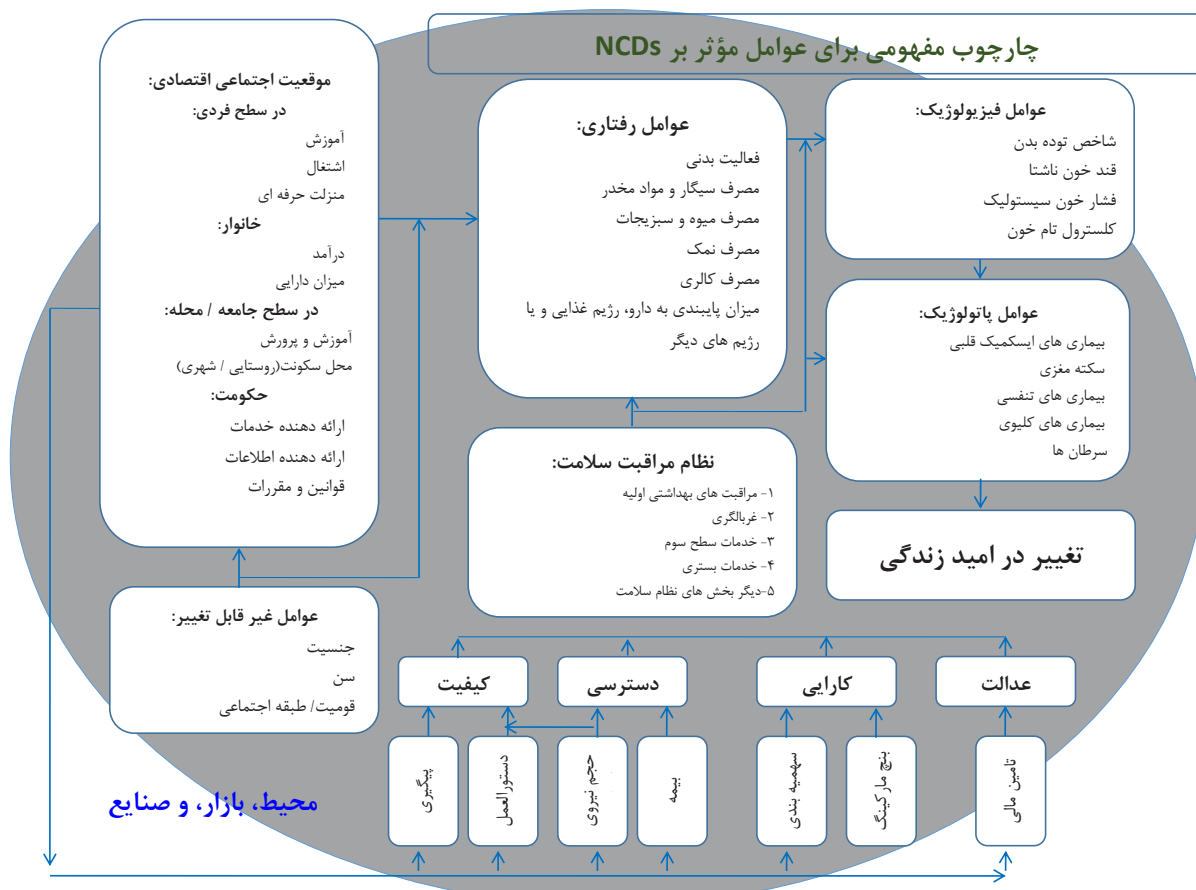


۶,۱. مقدمه

برنامه ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط در جمهوری اسلامی ایران، برنامه راهبردی کشور جمهوری اسلامی ایران برای پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط است که به مدت ۱۰ سال (تا سال ۲۰۲۵)، راهبردهای وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را برای پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط مشخص می‌کند. برای اجرای برنامه مذکور، کمیته‌ای با نام کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر تشکیل شده است که برای اجرای وظایف قانونی وزارت بهداشت و با هدف یکپارچگی در سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی و نظارت بر تمامی فعالیت‌ها در زمینه بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط در جمهوری اسلامی ایران تشکیل شده است. تشکیل این کمیته مطابق با وظایف وزارت بهداشت است. کمیته ملی، یک کمیته سیاست‌گذاری، نظارتی، علمی و برنامه‌ریزی است که دارای زیرکمیته‌های لازم برای اجرای وظایف خود است و در تمام زمینه‌های کنترل بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط فعالیت می‌کند و به عنوان مرجع تصمیم‌گیری وزارت بهداشت در این مورد در نظر گرفته می‌شود. به دلیل اهمیت این گروه از بیماری‌ها و با توجه به تعهد بین‌المللی جمهوری اسلامی ایران به اقدام برای کنترل بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط در کشور، این کمیته با ریاست وزیر محترم بهداشت و درمان شکل گرفته است. این کمیته با کمک تجربه‌های ارزشمند جهانی و نیازهای واقعی کشور در حوزه بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط، سند ملی کنترل بیماری‌های غیرواگیر را که عمدتاً ناظر بر سیاست‌های کلان و راهبردهای اصلی کنترل بیماری‌های غیرواگیر و در عین حال ناظر بر حسن اجرای برنامه‌ها و راهبردها و سیاست‌های درون و برون بخشی است تدوین نمود.

۶,۲. چارچوب مفهومی فعالیت‌های کمیته

چارچوب مفهومی فعالیت‌های کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر به ترتیب در شکل زیر آمده است:

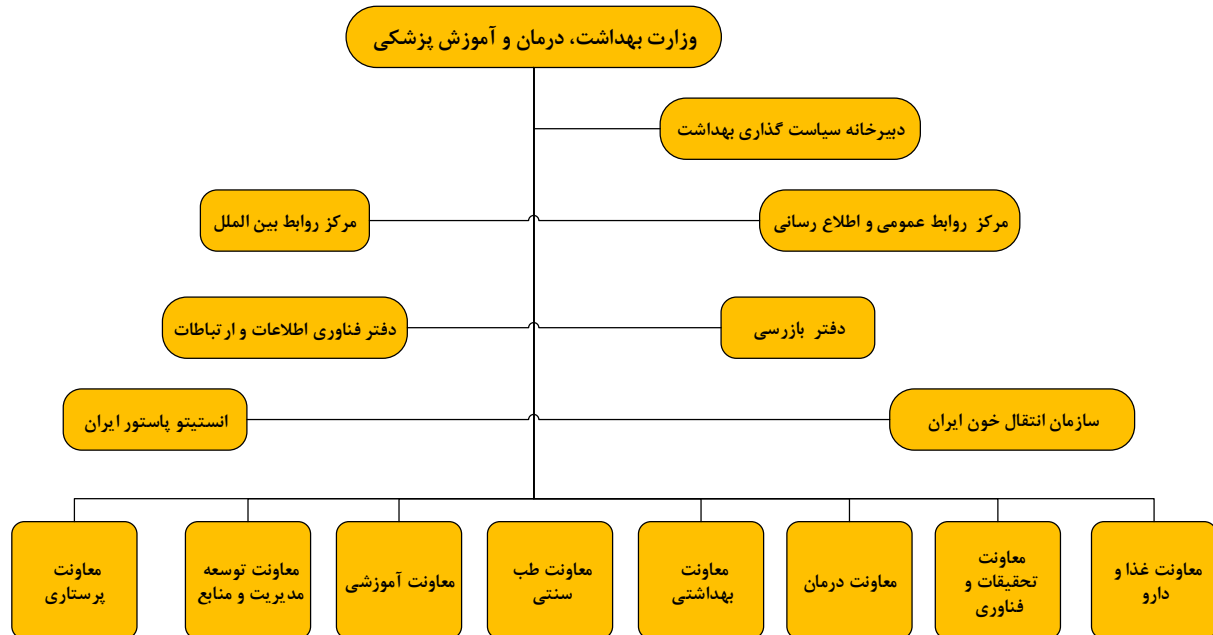


۶,۳. همکاران کمیته

همکاران کمیته ملی، به دو دسته کلی تقسیم می‌شوند که عبارتند از: معاونت‌ها، سازمان‌ها و اداره زیرمجموعه وزارت بهداشت و سایر وزارت خانه‌ها، سازمان‌ها و نهادها.

۱.۳.۶. معاونت‌ها، سازمان‌ها و ادارات زیرمجموعه وزارت بهداشت

معاونت بهداشتی- معاونت درمان- معاونت غذا و دارو- معاونت آموزشی- معاونت تحقیقات و فن آوری- معاونت توسعه مدیریت و منابع- روابط عمومی- شورای سیاست گذاری- موسسه ملی تحقیقات سلامت- هیئت امنای دانشگاه‌ها



۲.۳.۶. سایر وزارتخانه‌ها، سازمان‌ها و نهادها

آموزش و پرورش- وزارت صنایع- وزارت رفاه- صدا و سیما- وزارت ورزش و جوانان- وزارت راه و ترابری- وزارت بازرگانی- وزارت جهاد کشاورزی- نیروی انتظامی- مجلس شورای اسلامی- ستاد مشترک نیروهای مسلح- قوه قضائیه- مجمع تشخیص مصلحت نظام- سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی- وزارت نیرو- وزارت نفت- شهرداری‌ها

۴.۳.۶. اهداف کمیته

این کمیته با هدف کلی کاهش ۲۵ درصدی میزان مرگ و میر ناشی از بیماری‌های غیرواگیر تا سال ۲۰۲۵ تشکیل شد که این درصد به توصیه سازمان جهانی بهداشت برای تمامی کشورها در نظر گرفته شده است. اما پر واضح است که اهداف ملی باید بر اساس شرایط کشور تعیین شوند و درصد پیشرفت هر یک از اهداف زیر بنا به مقتضیات و امکانات ملی تعیین شود. این اهداف عبارتند از:

- ۱- کاهش مرگ زودرس ناشی از بیماری‌های غیرواگیر
- ۲- کاهش میزان عدم تحرک بدنی
- ۳- کاهش در مصرف سدیم
- ۴- کاهش استعمال دخانیات
- ۵- کاهش مصرف الکل
- ۶- کاهش در فشار خون بالا
- ۷- عدم افزایش میزان چاقی و دیابت
- ۸- افزایش پوشش دارودرمانی و مشاوره
- ۹- افزایش پوشش تکنولوژی‌ها و داروهای ضروری برای بیماری‌های غیرواگیر

۵، ۶. برنامه عمل کمیته

برنامه عمل مورد نظر « کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط در جمهوری اسلامی ایران » برای پیشگیری و کنترل این بیماری‌ها و عوامل خطر مرتبط، شش فعالیت را در بر می‌گیرد:

۱- اولویت دادن به بیماری‌های غیرواگیر در سطح ملی و ادغام پیشگیری و کنترل این بیماری‌ها در سیاست‌های تمامی بخش‌های دولت (افزایش اولویت بیماری‌های غیرواگیر)

۲- استقرار و تقویت سیاست‌ها و برنامه‌های ملی برای پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر (تقویت برنامه‌های ملی)

۳- ترویج مداخلات برای کاهش عوامل خطر اصلی مشترک و قابل اصلاح بیماری‌های غیرواگیر همانند: مصرف دخانیات، رژیم غذایی ناسالم، عدم تحرک بدنی، و مصرف زیان بار الکل (کاهش عوامل خطر)

۴- افزایش پژوهش‌ها برای پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر (اولویت بندی پژوهش‌ها)

۵- افزایش همکاری‌ها برای پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر (تقویت همکاری‌ها)

۶- پایش بیماری‌های غیرواگیر و عوامل تعیین کننده آنها و ارزشیابی پیشرفت در سطح ملی (پایش روند بیماری‌های غیرواگیر)

۷- تهیه و تدوین سند استانی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر در کشور

انتظار می‌رود که همگام با انجام این ۷ فعالیت، دستاوردهای زیر محقق شوند:

۱- کشیدن نقشه بروز اپیدمی بیماری‌های غیرواگیر و تحلیل عوامل تعیین کننده اجتماعی، اقتصادی، رفتاری و سیاسی آنها به عنوان اساس ارابه راهنمایی در مورد اقدامات سیاسی، قانون گذاری، مالی و برنامه‌ای که برای حمایت و پایش پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر، مورد نیاز هستند.

۲- کاهش میزان مواجهه افراد و جمعیت‌ها با عوامل خطر قابل اصلاح مشترک برای بیماری‌های غیرواگیر (همانند مصرف سیگار، رژیم غذایی ناسالم، عدم تحرک بدنی و مصرف زیان بار الکل) و عوامل تعیین کننده آنها و نیز تقویت ظرفیت افراد و جمعیت‌ها برای اتخاذ انتخاب‌های سالم‌تر و پیگیری الگوهای سبک زندگی‌ای که موجب تامین سلامت آحاد جامعه می‌شوند.

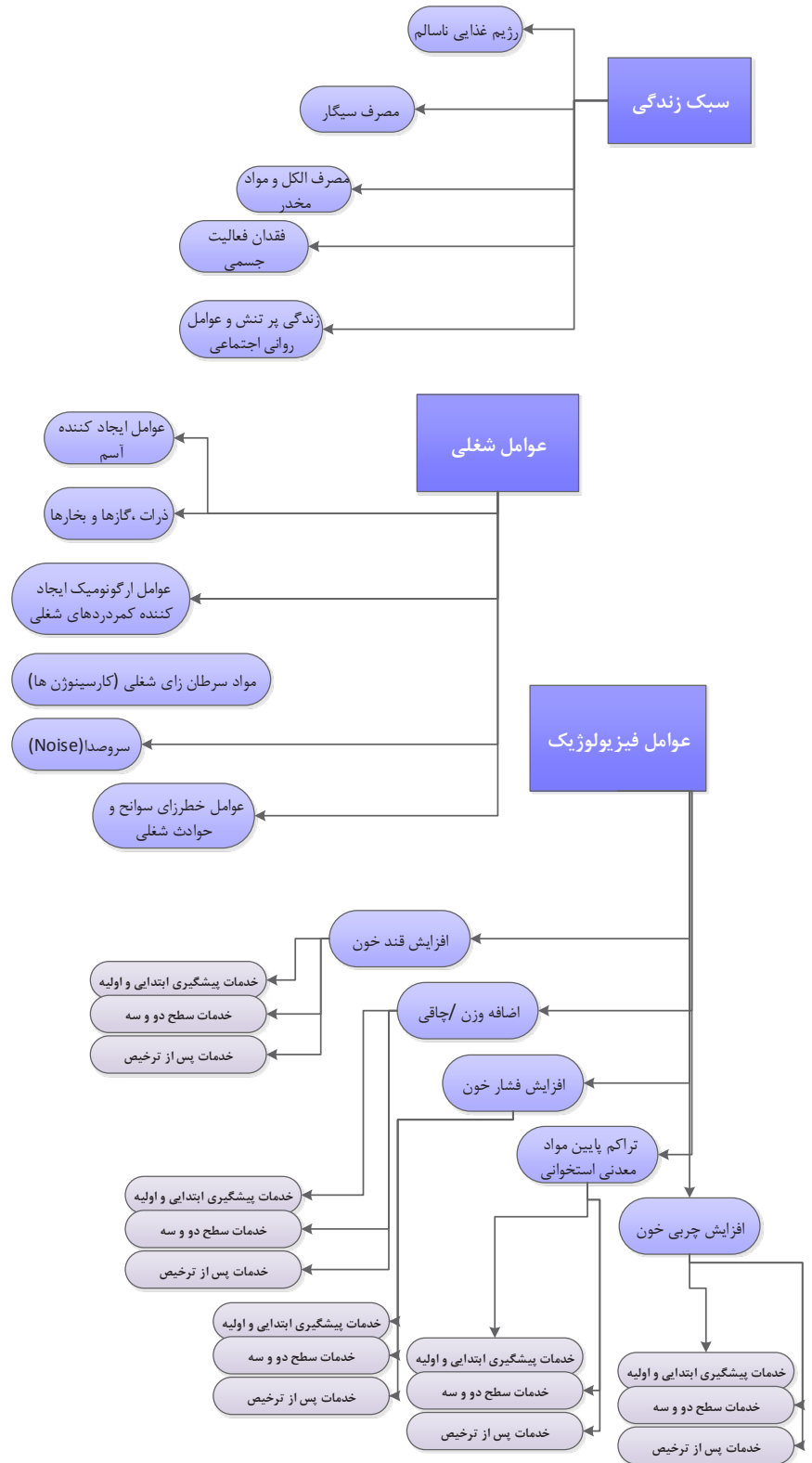
۳- تقویت مراقبت‌های سلامت از افراد مبتلا به بیماری‌های غیرواگیر به کمک ایجاد هنجارها، استانداردها و دستورالعمل‌های مبتنی بر شواهد در مورد هزینه-اثر بخش بودن مداخلات و جهت گیری مجدد (Reorientation) نظام سلامت برای پاسخگویی به نیاز موجود برای مدیریت موثر بیماری‌های مزمن.





مداخلات کمیته ملی بیماری های غیر واگیر

- شهرداری ها
- آموزش و پرورش
- وزارت صنایع
- وزارت رفاه
- صدا و سیما
- سازمان مدیریت و برنامه ریزی
- قوه قضائیه
- وزارت ورزش و جوانان
- وزارت راه و ترابری
- وزارت بازرگانی
- وزارت جهاد کشاورزی
- نیروی انتظامی
- مجلس شورای اسلامی
- ستاد مشترک نیروهای مسلح
- مجمع تشخیص مصلحت نظام
- وزارت نیرو
- وزارت نفت



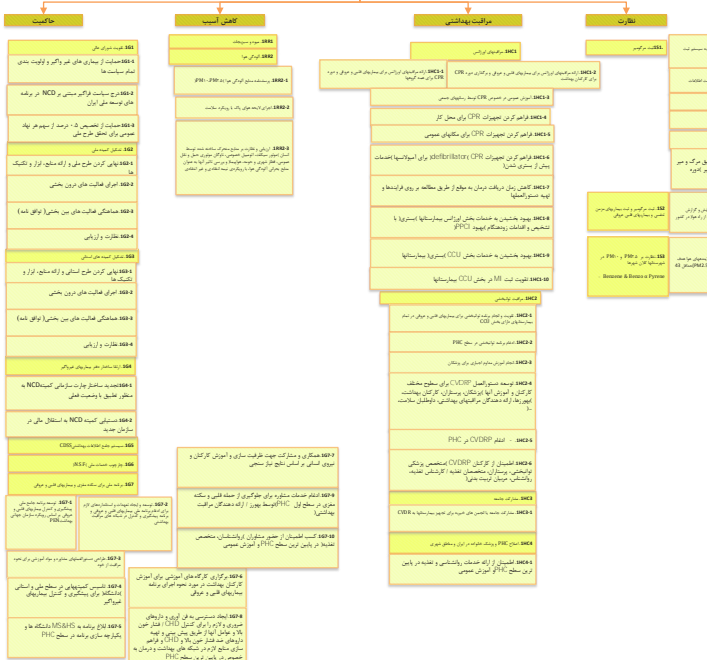


فصل هفت

مداخلات
درون بخشی
و برون بخشی
کمپته ملی
پیشگیری و
کنترل بیماری های
غیر واگیر



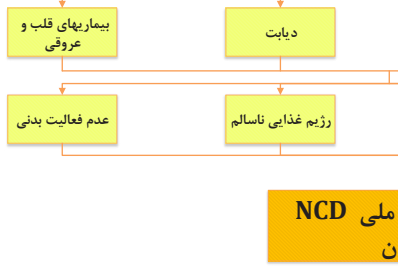
1. کاهش نسبی 25 درصدی خطر مرگموردی ناشی از بیماری‌های قلبی و عروقی میان سالکان دیجیتال با بیماران بدون سیستم



2. به سفر ریسک‌ناقص استعدادهای جزئی براساس در روزهایی های خوابی و محصولات غذایی

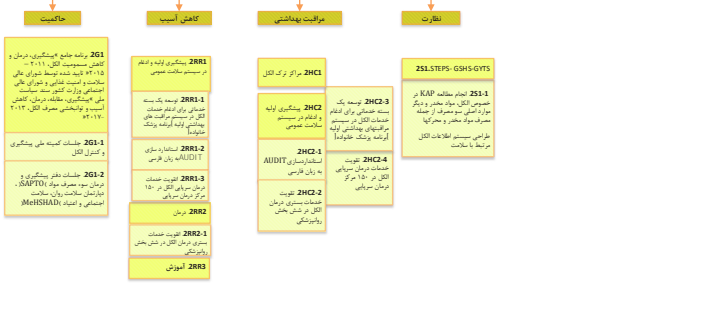


بیماری‌های غیر واگیر تا ۲۰۲۵

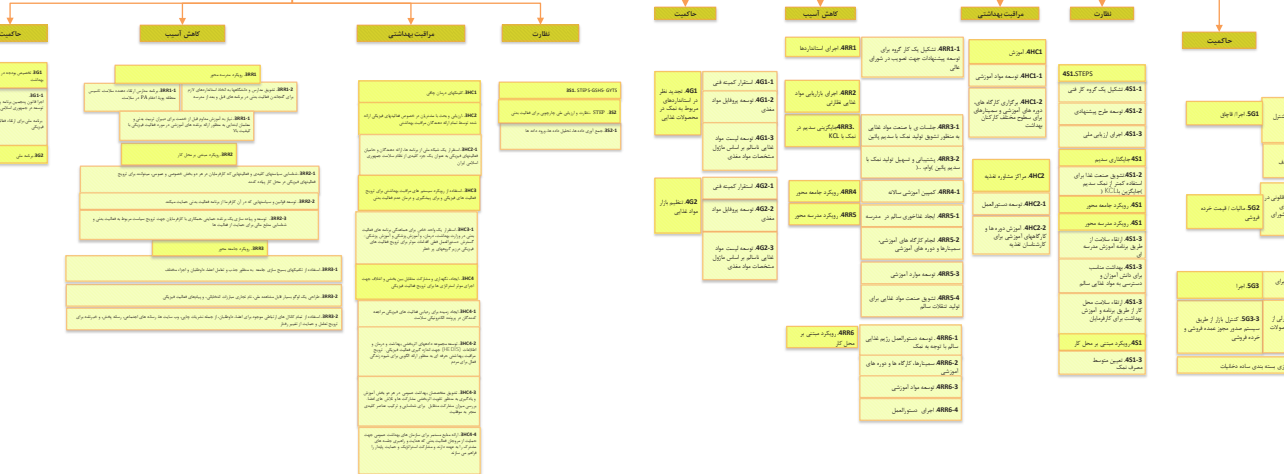


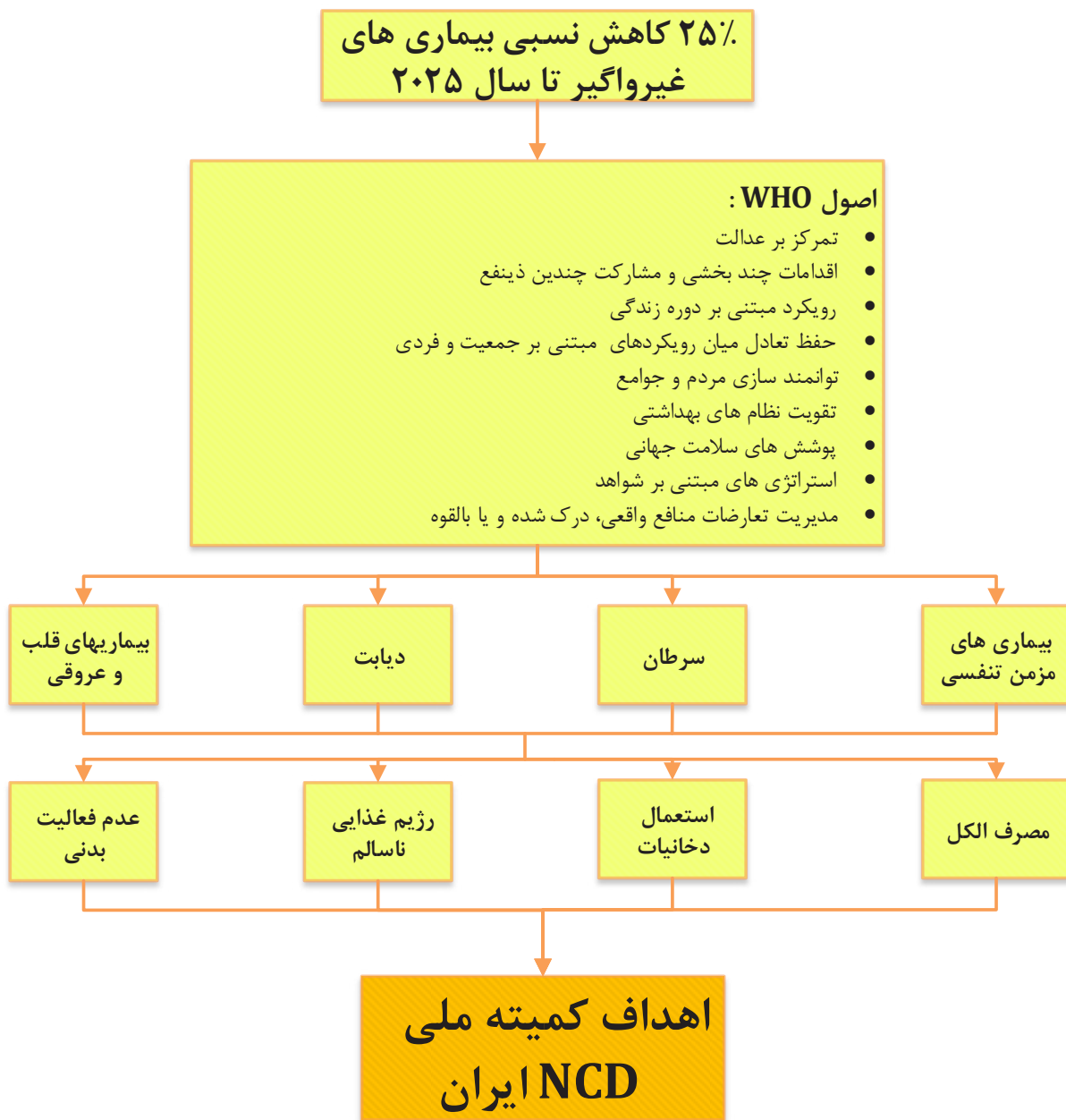
ته ملی NCD ایران

3. کاهش نسبی ۱۰٪ مصرف الکل



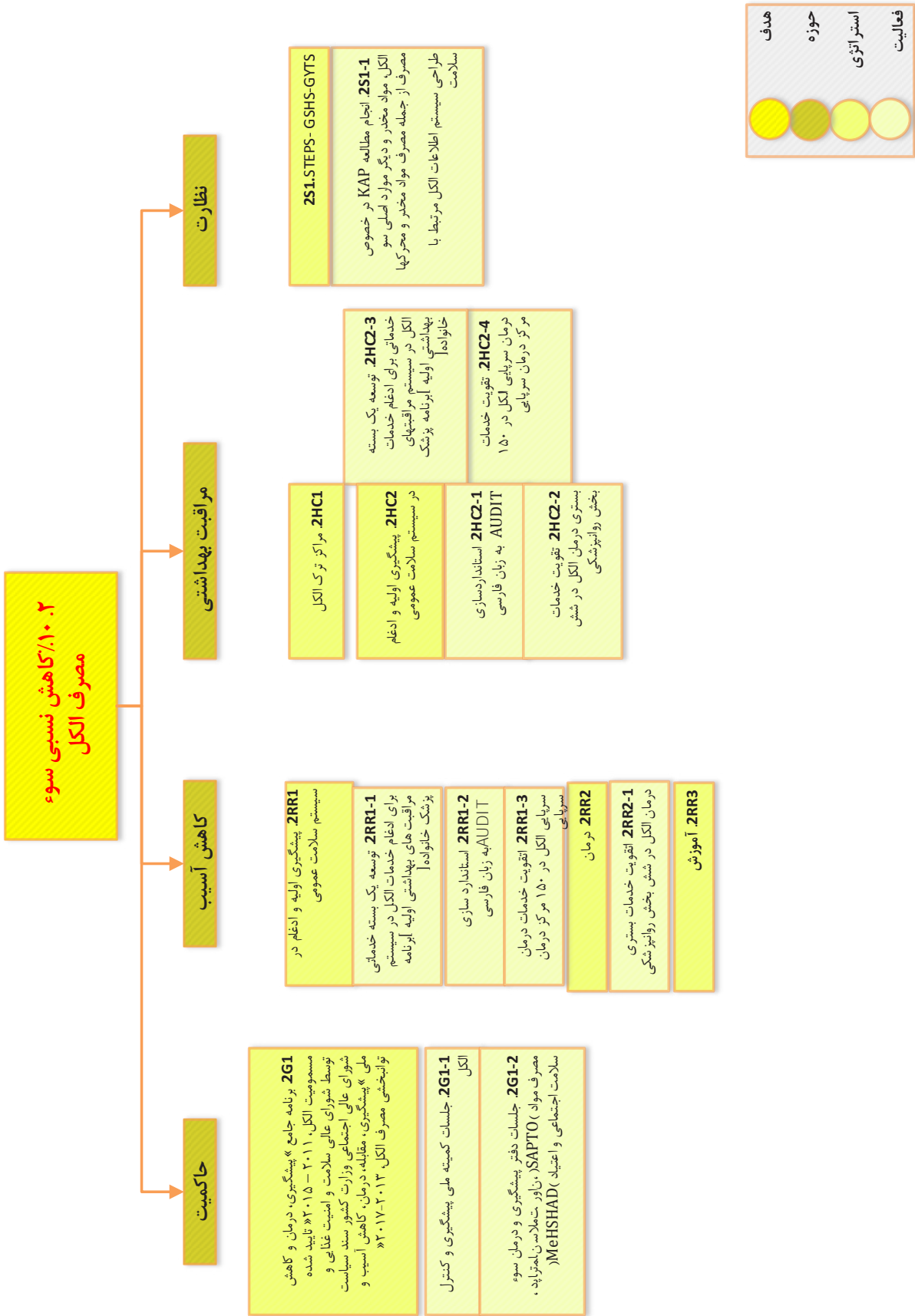
4. کاهش نسبی میزان بروز کماخت دیجیتال توسط محصولات



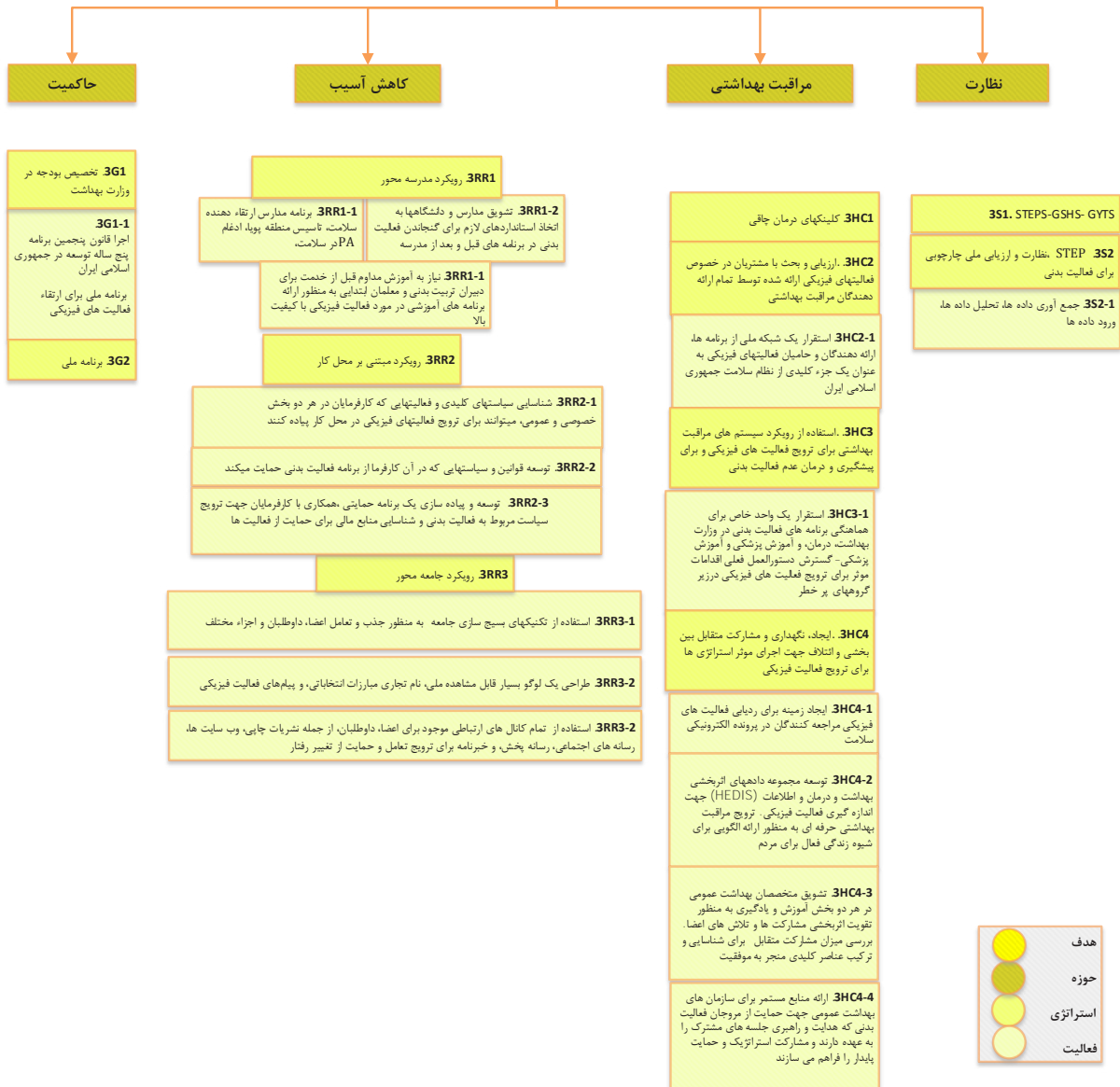


۱. کاهش نسبی ۲۵ درصدی خطر مرگومیر زودرس ناشی از بیماریهای قلبی و عروقی، سرطان، دیابت، یا بیماریهای مزمن تنفسی

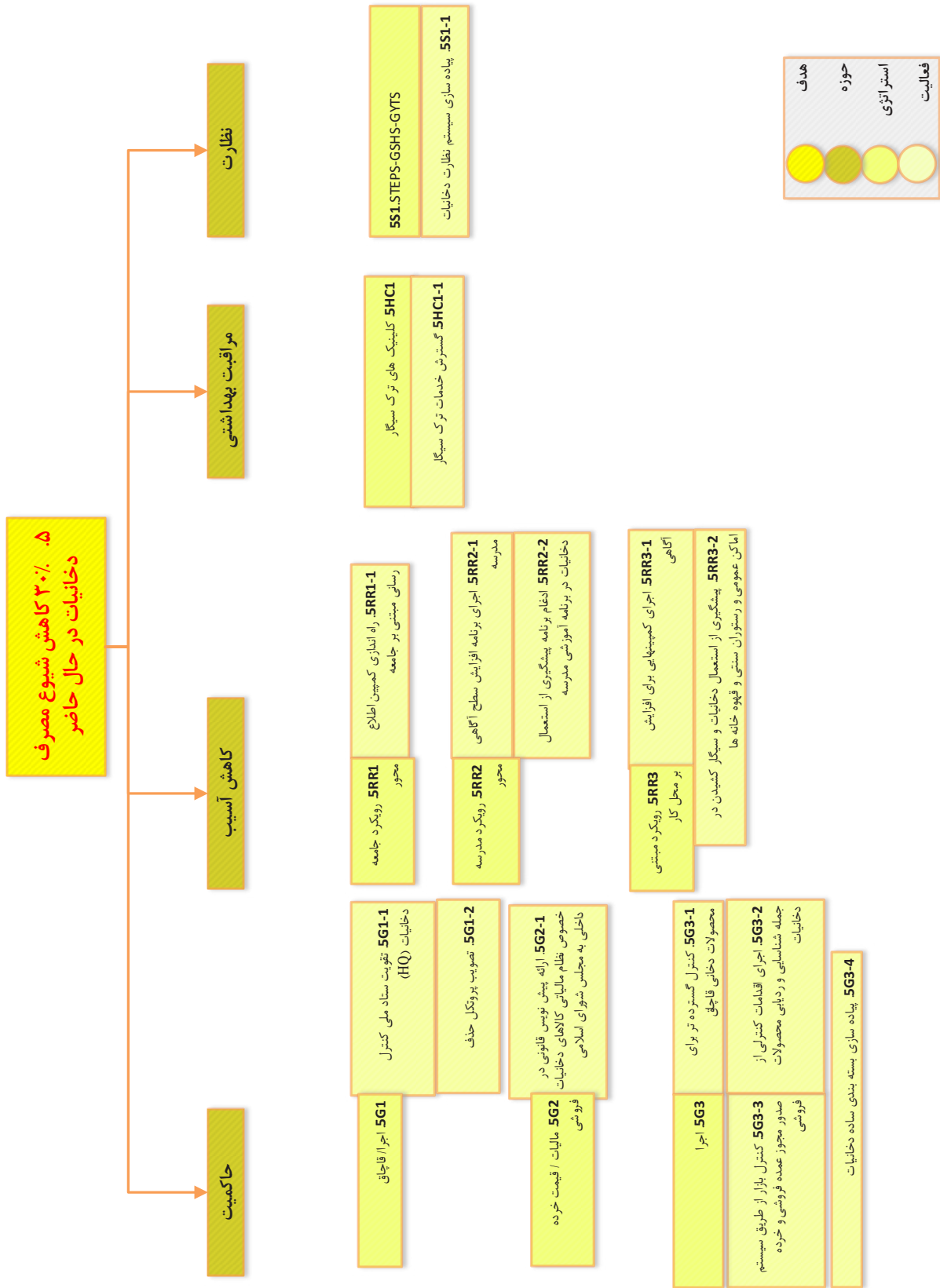




۳. ۲۰٪ کاهش نسبی میزان شیوع فعالیت بدنی کم







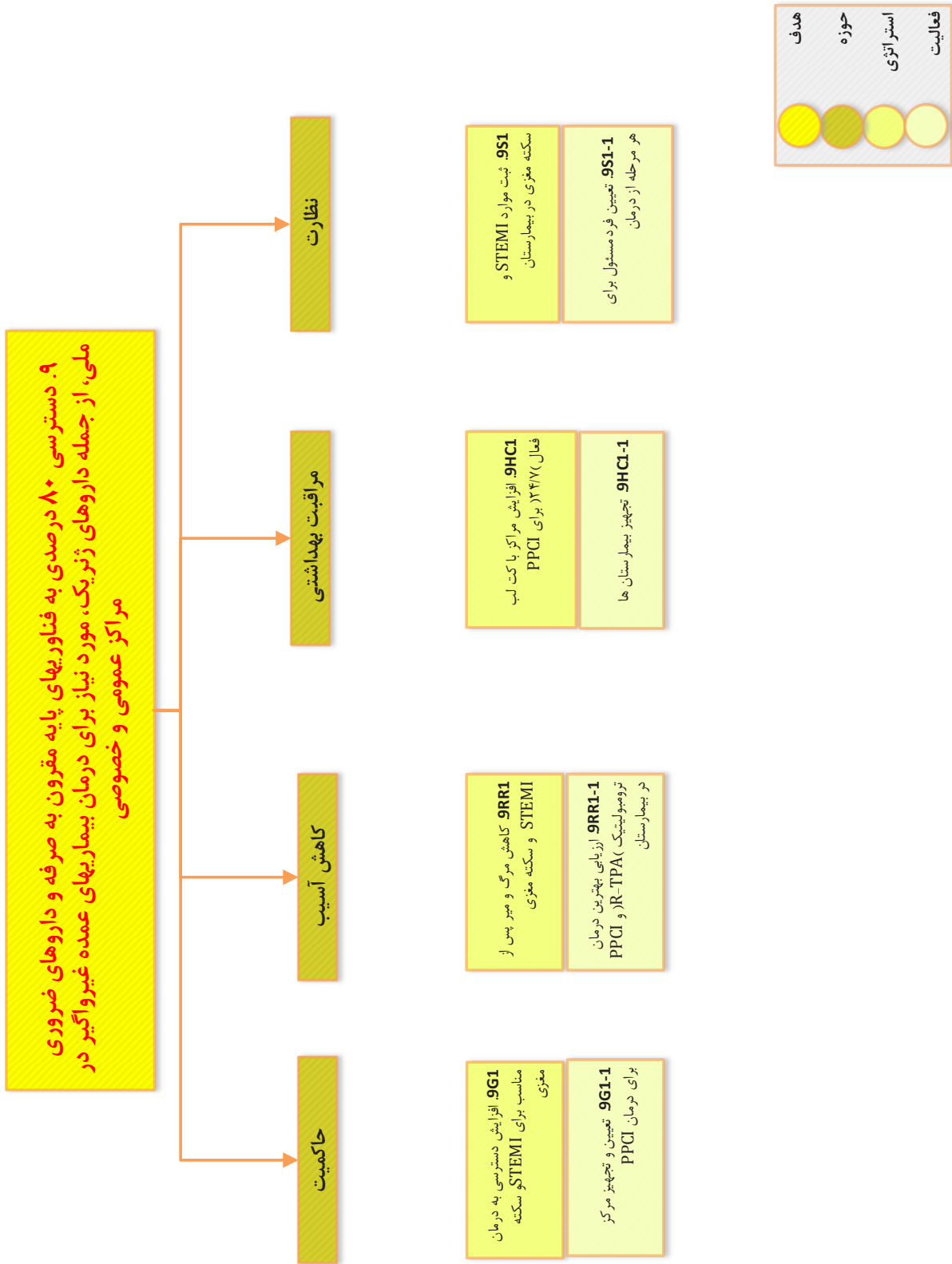


۷. توقف افزایش دیابت و چاقی

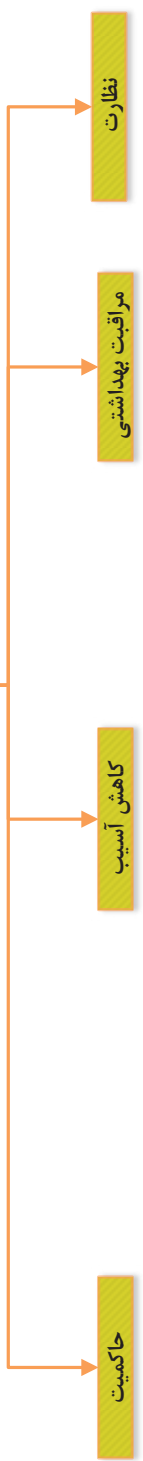


۸. دریافت خدمات دارو درمانی و مشاوره برای جلوگیری از حمله قلبی و سکته مغزی توسط +۷٪ افراد





۱۰. به صفر رساندن اسیدهای چرب ترانس در روغن های خوراکی و محصولات غذایی



حکمیت	کاهش آسیب	مراقبت بهداشتی	نظارت
10G1-1: محدود کردن واردات روغن پالم	10RR1: رویکرد جامعه محور	10HCl-1: آموزش	10S1: بررسی مصرف مواد غذایی
10G1-2: افزایش واردات روغن خوراکی با کیفیت بالا	10RR2: رویکرد مدرسه محور	10HCl-1: توسعه مواد آموزشی	10S1-1: تشکیل یک کمیته فنی
10G1-3: مالیات بر روغن با SFA و TFA بالا		10HCl-2: انجام کارگاه های آموزشی، دوره های آموزشی و سمینارهای برای سطوح مختلف کارکنان بهداشت	10S1-2: ارائه پروپوزال
10G1-4: تولید محلی روغن دانه		10HC2: مراکز مشاوره تغذیه	
10G1-5: حمایت از صنعت روغن به منظور بهبود تکنولوژی	10RR3: رویکرد مبتنی بر محل کار	10HC2-1: توسعه دستورالعمل	
10G2-1: ایجاد کمیته فنی		10HC2-2: دوره ها و کارگاههای آموزشی برای کارشناسان تغذیه	
10G2-2: برچسب مواد غذایی (بشکل راهنمایی)			
10G3-1: تشکیل یک گروه کاری			
10G3-2: تعیین گروه های آسیب پذیر برای دریافت یارانه			
10G4-1: تشکیل یک گروه کاری برای ایجاد لیستی از محصولات غذایی که تبلیغات آنها باید محدود شود			
10G1: اجرا به وسیله شورای عالی			
10G2: استانداردها			
10G3: هدفمند سازی یارانه روغن			
10G4: بازاریابی مواد غذایی نظارتی			

هدف:

حوزه:

استراتژی:

فعالیت:



در این فصل مداخلات کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیره تفکیک اهداف و نیز حیطه مداخله، نوع فعالیت‌ها، گروه‌های ذینفع، نتیجه، شاخص‌های ارزیابی، منابع و دوره‌ی زمانی و در دو بخش مداخلات درون بخشی و مداخلات بین بخشی در جداول زیر مورد بررسی قرار می‌گیرند.

۷.۱. مداخلات درون بخشی کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر

کلیه منابع مورد نیاز اجرای این سند شامل نیروی انسانی، تجهیزات و منابع مالی مورد نیاز محاسبه و محل تامین تا شهریور ۱۳۹۴ مشخص خواهد شد.

اهداف	حیطه	استراتژی‌ها	فعالیت‌ها	گروه‌های ذینفع	نتیجه مطلوب	شاخص‌های ارزشیابی	منابع	دوره زمانی
۱- کاهش نسبی ۲۵ درصدی خطر مرگ‌ومیر روزدرس ناشی از بیماری‌های قلبی، عروقی، سرطان، دیابت، یا بیماری‌های مزمن تنفسی	حاکمیت	تقویت شورای عالی	<ul style="list-style-type: none"> حمایت از بیماری‌های غیرواگیر و اولویت بندی تمام سیاست‌ها درج سیاست فراگیر مبتنی بر NCD در برنامه‌های توسعه ملی ایران دفاع برای تخصیص ۰.۵ درصد از سهم هر نهاد عمومی برای تحقق طرح ملی 	گروه‌های ذینفع	<ul style="list-style-type: none"> برگزاری جلسات حداقل سه ماهه در شورا ۶۰ درصد از تمام تصمیم‌گیری‌های انجام شده در خصوص بیماری‌های غیرواگیر باشد 	<ul style="list-style-type: none"> گزارش دستاوردهای نتایج مورد نظر به کمیته ملی بیماری‌های غیرواگیر، ارزیابی مثبت از تعهد سهامداران به اهداف مورد نظر در طرح ملی 	<ul style="list-style-type: none"> بودجه برای: <ul style="list-style-type: none"> ایجاد دبیرخانه M & E جلب حمایت کارکنان تجهیزات 	در حال انجام
		تشکیل کمیته ملی	<ul style="list-style-type: none"> تهایی کردن طرح ملی ارائه منابع، ابزار و تکنیک‌ها اجرای فعالیت‌های درون بخشی همه‌گی فعالیت‌های بین بخشی (موقتانه) نظارت و ارزیابی 		<ul style="list-style-type: none"> تصویب طرح ملی ۱۰۰٪ تنامل با ذینفعان داخلی / بین بخشی (بر اساس لیست موجود در طرح ملی) گزارش سه ماهه از اجرای طرح ملی ارزیابی تراکی از طرح ملی در سال ۲۰۱۸، ۲۰۲۱ و ۲۰۲۵ گزارش سالانه وضعیت ملی، منابع انسانی و منابع دیگر برای طرح ملی محک فعالیت‌های استانی برای ترویج اقدامات برتر در اجرای طرح ملی و گزارش نتایج به شکل سالانه 	<ul style="list-style-type: none"> انتصاب حسابرس داخلی مستقل انتصاب حسابرس مستقل خارجی 	<ul style="list-style-type: none"> بودجه برای: <ul style="list-style-type: none"> منابع، ارائه ابزارها و تکنیک‌ها منابع برای اجرای فعالیت‌های درون بخشی منابع برای همه‌گی فعالیت‌های بین بخشی منابع برای حسابرسی داخلی و خارجی 	

			<ul style="list-style-type: none"> بودجه برای: <ul style="list-style-type: none"> منابع ارائه ابزارها و تکنیک‌ها منابع برای اجرای فعالیت‌های درون‌بخشی منابع برای هماهنگی فعالیت‌های بین‌بخشی منابع برای حساسی داخلی و خارجی 	<ul style="list-style-type: none"> انتصاب حسابرسان مستقل انتصاب حسابرسان مستقل خارجی 						
			<ul style="list-style-type: none"> تعمیم طرح ملی ۱۰۰٪ تعامل با ذینفعان داخلی / بین‌بخشی (بر اساس لیست موجود در طرح ملی) گزارش سه ماهه از اجرای طرح ملی ارزایی تراکی از طرح ملی در سال ۲۰۱۸، ۲۰۲۱ و ۲۰۲۵ گزارش سالانه مالی، منابع انسانی و منابع دیگر وضعیت برای طرح ملی محکم فعالیت‌های استانی برای ترویج اقدامات برتر در اجرای طرح ملی و گزارش نتایج به شکل سالانه ایجاد یک دفتر ملی بیماری‌های غیرواگیر که در داخل قادر به رسیدگی به الزامات برنامه ملی NCD است 							
			<ul style="list-style-type: none"> پهود HR - دسترس، و موفقیت آاره در سلسله مراتب وزارت بهداشت 							
			<ul style="list-style-type: none"> بودجه برای: <ul style="list-style-type: none"> HR - تامین مالی مورد نیاز مداخلات 							

<p>تا پایان سال ۲۰۲۵</p>	<p>- تخصیص بودجه</p>	<p>اهداف برنامه ملی بیماری‌های قلبی، عروقی - درصد مشاوران مورد نیاز (روانشناسان، تغذیه...) - درصد کارکنان آموزش دیده - درصد داروهای عرضه شده - تعداد کارگاه‌های برگزار شده - میزان مرگ‌ومیر ناشی از بیماری‌های قلبی، عروقی</p>	<p>اهداف دستورالعمل‌های ملی (تا ۲۰۱۷) - شبکه بهداشت و درمان - آماده‌سازی برنامه ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های قلبی، عروقی بر اساس رویکرد سازمان جهانی بهداشت (PEN تا ۲۰۱۷) - ایجاد تجهیزات و استانداردهای لازم برای اقدام برنامه یکپارچه ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های قلبی، عروقی در شبکه مراقبت‌های بهداشتی (تا ۲۰۱۷) - آماده‌سازی دستورالعمل‌های مشاوره و مراقبت از خود - مشاوره اقدام یافته برای جلوگیری از حمله قلبی و سکته مغزی در سطح اول PHC (توسط بهوز / ارائه‌دهندگان مراقبت بهداشتی) (۲۰۱۷) - کاهش نسبی خطر مرگ زودرس ناشی از بیماری‌های قلبی، عروقی (کاهش نسبی ۲۵ درصدی در مرگ‌ومیر کلی تا سال ۲۰۲۵، رسیدن به ۱۲۵ درصد تا ۲۰۱۹ و ۱۲۸ درصد تا سال ۲۰۱۵)</p>	<p>معاونت اقامات - تونبخشی وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی - معاونت سلامت وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی (مرکز مدیریت بیماری‌های غیرواگیر، مرکز توسعه شبکه بهداشت، مرکز سلامت جمعیت و خانواده دفتر آموزش و ارتقا سلامت) - معاونت توسعه و نیروی انسانی وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی - معاونت آموزش وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی - سازمان غذا و دارو</p>	<p>توسعه برنامه جامع ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های قلبی، عروقی بر اساس رویکرد سازمان جهانی بهداشت (PEN توسعه و ایجاد تجهیزات و استانداردهای لازم برای اقدام برنامه ملی بیماری‌های قلبی، عروقی و برنامه پیشگیری و کنترل در شبکه‌های مراقبت بهداشتی - طراحی دستورالعمل‌های مشاوره و مواد آموزشی برای نحوه مراقبت از خود - تأسیس کمیته‌هایی در سطح ملی و استانی (دانشگاه) برای پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر (از جمله بیماری‌های قلبی، عروقی) - ابلاغ برنامه به MS&HS دانشگاه‌ها و یکپارچه‌سازی برنامه در سطح PHC - برگزاری کارگاه‌های آموزشی برای آموزش بیماری‌های قلبی، عروقی - ایجاد دسترسی به فناوری و داروهای ضروری و لازم را برای کنترل CHD / فشار خون بالا و عوامل آنها از طریق پیش بینی و تهیه داروهای ضد فشار خون بالا و CHD و فراهم سازی منابع لازم در شبکه‌های بهداشت و درمان به خصوص در پایین‌ترین سطح PHC - ارتقای خدمات مشاوره برای جلوگیری از حمله قلبی و سکته مغزی در سطح اول PHC (توسط بهوز / ارائه‌دهندگان مراقبت بهداشتی) - کسب اطمینان از حضور مشاوران (روانشناسان، متخصص تغذیه) در پایین‌ترین سطح PHC - آموزش عمومی</p>	<p>برنامه ملی برای سکته مغزی و بیماری‌های قلبی، عروقی</p>		
--------------------------	----------------------	---	--	--	--	---	--	--

<p>تا پایان سال ۲۰۲۰</p>		<p>نرخ مرگومیر ناشی از حوادث قلبی، عروقی (AMI) سکنه مغزی) - درصد بیماران قلبی، عروقی</p>	<p>مراقبت بهداشتی به موقع و کاهش مرگومیر ناشی از بیماری‌ها و حملات قلبی، عروقی (AMI) سکنه</p>	<p>- معاونت اقدامات توانبخشی وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی</p>	<p>بیماری‌های قلبی، عروقی - ارائه مراقبت‌های اورژانس برای بیماری‌های قلبی، عروقی و دوره CPR برای همه گروه‌ها</p>	<p>مراقبت‌های اورژانس</p>	<p>مراقبت بهداشتی</p>	
		<p>(IHD, CAD, MI, سکته مغزی...) که مراقبت بهداشتی به موقع دریافت می‌کنند - متوسط زمان دریافت خدمات به موقع به دلیل حوادث قلبی، عروقی (AMI) سکنه مغزی) قبل از مراجعه و در هنگام حضور در بیمارستان - درصد آمولانس‌های مجهز به defibrillator - درصد کارکنان آموزش دیده - نرخ آگاهی مردم - متوسط سن مرگ ناشی از حملات قلبی، عروقی (AMI) سکنه مغزی) - درصد بیماری‌هایی که بعد از تشخیص داروهای ضروری دریافت می‌کنند</p>	<p>مغزی) (حداقل ۸۰٪ از بیماران مراقبت به موقع دریافت می‌کنند؛ با افزایش ۲۰ درصدی در هر سال؛ - آمولانس مجهز به defibrillator (هر سال ۲۰ درصد) - کارکنان بهداشت آموزش دیده (هر سال ۲۰ درصد) - جمعیت آموزش دیده (هر سال ۱۰ درصد از گروه‌های هدف) - موارد ناشی از حملات قلبی، عروقی (AMI) سکنه مغزی) - بیماری‌هایی که پس از تشخیص داروهای ضروری را دریافت می‌کنند (حداقل ۹۰٪) - افزایش متوسط سن مرگ ناشی از حملات قلبی، عروقی (AMI) سکنه مغزی) (۲۰٪ در هر سال) - کاهش مرگومیر ناشی از حملات قلبی، عروقی (AMI) سکنه مغزی) (حداقل ۸۰٪ کاهش مرگومیر در ماه اول بعد از بروز حوادث قلبی، عروقی (AMI) سکنه مغزی)؛ ۲۰٪ کاهش در هر سال)</p>		<p>(برسپل، کارکن، دانشجویان، سربازان، نظامیان...) - ارائه مراقبت‌های اورژانس برای بیماری‌های قلبی، عروقی و برگزاری دوره CPR برای کارکنان بهداشت - آموزش عمومی در خصوص CPR توسط رسانه‌های جمعی - فراهم کردن تجهیزات CPR - فراهم کردن تجهیزات CPR محل کار - فراهم کردن تجهیزات CPR مکان‌های عمومی - فراهم کردن تجهیزات CPR (defibrillator) برای آموزش خدمات پیش از بستری شدن) - کاهش زمان دریافت درمان به موقع از طریق مطالعه بر روی فرایندها و تهیه دستورالعمل‌ها - بهبود بخشیدن به خدمات بخش اورژانس بیمارستان‌ها (بستری) با تشخیص و اقدامات زودهنگام (بهبود PPCI) - بهبود بخشیدن به خدمات بخش CCU (بستری) بیمارستان‌ها - تقویت ثبت MI در بخش CCU بیمارستان‌ها - سرطان‌ها - دیابت - بیماری‌های مزمن تنفسی</p>			

تا پایان سال ۲۰۲۰	<ul style="list-style-type: none"> - تخصص بودجه برنامه‌ریزی برای توانبخشی بیماری‌های قلبی، عروقی - برنامه ملی برای CVD R - دستور العمل‌هایی برای CVD R - نیروی انسانی آموزش دیده 	<ul style="list-style-type: none"> - نرخ مرگ‌ومیر ناشی از بیماری‌های قلبی، عروقی (MI, CAD, IHD) - درصد بخش‌های توانبخشی مجهز در بیمارستان - درصد کارکنان آموزش دیده - درصد مشارکت بیماران قلبی، عروقی در برنامه توانبخشی در سطوح مختلف شبکه بهداشت و درمان - درصد عود MI و سکنه مغزی (در یک ماه بعد) - درصد بیمارستان‌های دارای نیروی انسانی مورد نیاز برای بخش توانبخشی 	<ul style="list-style-type: none"> - اقدام برنامه توانبخشی در سطح PHC (تا ۲۰۱۷) - اقدام برنامه توانبخشی در بیمارستان‌های دارای بخش CVD - تجهیز بیمارستان‌ها برای توفیت و یا ایجاد بخش توانبخشی (هر سال ۲۰ درصد) - بیمارستان‌های دارای کارکنان آموزش دیده (حداقل ۸۰٪، ۲۰٪ افزایش در هر سال) - کارکنان آموزش دیده در سطوح مختلف بهداشت (بیمارستان‌ها، PHC (هر سال ۲۰ درصد) - مشارکت بیماران در برنامه توانبخشی (حداقل ۸۰٪، ۲۰٪ افزایش در هر سال) - کاهش موارد مرگه MI و سکنه مغزی در یک ماه بعد (حداقل ۸۰٪، هر سال ۲۰ درصد) 	<ul style="list-style-type: none"> - معاونت اقامات - توانبخشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - سازمان بیمه درمانی - معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (مرکز مدیریت بیماری‌های غیر واگیر) - زیر کمیته توانبخشی بیماری‌های قلبی، عروقی 	<ul style="list-style-type: none"> - بیماری‌های قلبی، عروقی - توفیت و انجام برنامه توانبخشی برای بیماری‌های قلبی، عروقی در تمام بیمارستان‌های دارای بخش CCU - اقدام برنامه توانبخشی در سطح PHC - توسعه دستورالعمل CVD R برای سطوح مختلف کارکنان و آموزش آن‌ها (پزشکان، پرستاران، کارکنان بهداشت، اپه‌ورزها، ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی، داوطلبان سلامت...) - انجام آموزش مداوم اجباری برای پزشکان - اقدام CVD R در PHC - اطمینان از کارکنان CVD R (متخصص پزشکی توانبخشی، پرستاران، متخصصان تغذیه / کارشناسان تغذیه، روانشناس، مربیان تربیت بدنی) 	<ul style="list-style-type: none"> - سرطانات‌ها - دیابت - بیماری‌های مزمن تنفسی - مشارکت جامعه یا انجمن‌های خیریه برای تجهیز بیمارستان‌ها به CVD R 	<ul style="list-style-type: none"> - مشارکت جامعه - اصلاح PHC و پزشک خانواده در مناطق ایران و شهری 	نظارت
تا پایان سال ۲۰۲۵		<ul style="list-style-type: none"> - درصد بیمارستانی تجهیز شده - بوسه مشارکت جامعه 	<ul style="list-style-type: none"> - کمک انجمن‌های خیریه برای تجهیز بیمارستان‌ها به CVD R (حداقل ۲۰٪) 					

تا پایان سال ۲۰۲۰	- سیستم الکترونیکی - فرم ثبت HIS در بیمارستان‌ها	- کیفیت سیستم ثبت مرگ‌ومیر (درصد ثبت نام به موقع و درصد داده‌های ثبت شده معتبر و صحیح) - درصد پزشکان آموزش دیده فعال در سیستم ثبت مرگ‌ومیر	- ثبت به موقع (حداقل ۹۰ درصد از داده‌ها) - ثبت دقیق و صحیح اطلاعات ثبت (حداقل ۹۰ درصد از داده‌ها) - رجیستری مرگ‌ومیر بیماری‌های غیرواگیر بصورت فعال (نظارت بر ۴ دسته عمده از بیماری‌های غیرواگیر) (۱۰۰٪) - پزشکان آموزش دیده (حداقل ۱۰٪ در هر سال)	- معزیت اقدامات توانبخشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (مرکز مدیریت بیماری‌های غیرواگیر، مرکز توسعه شبکه بهداشت، مرکز سلامت جمعیت و خانواده) - سازمان ثبت علائم جهانی - کمیته بیماری‌های غیرواگیر	- بیماری‌های قلبی، عروقی - گسترش سیستم نظارت NCDRF به سیستم ثبت مرگ‌ومیر بیماری‌های غیرواگیر - ساخت سیستم‌های الکترونیکی برای ثبت اطلاعات - تقویت رجیستری معمول داده - تقویت سیستم رجیستری MI - آموزش پزشکان برای ثبت دقیق مرگ‌ومیر بر اساس دستورالعمل ثبت مرگ‌ومیر (دوره آموزش اجباری)	ثبت مرگ‌ومیر ثبت بیماری‌های مزمن تنفسی و بیماری‌های قلبی، عروقی	نیازت بر - نظارت بر PM2.5 و PM10 در شهرستان‌ها کلان شهرها - Benzene & Benzene α Pyrene ^۲	حیطه	حاکمیت	۲ - حداقل ۱۰ درصد
دو ساله			برای پیاده‌سازی و ارزیابی یک سیستم نظارت مناسب بیماری‌های منتقله از راه هوا جهت شناسایی و ارزیابی تاثیر آلودگی هوا بر سلامت	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی دپارتمان محیط زیست، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	ایجاد یک سیستم شناسایی، نظارت، پیش و گزارش مرگ‌ومیر مرتبط با استنشاق هوا (بیماری منتقله از راه هوا) در کشور	ایجاد ایستگاه نظارت و ارزیابی برای آلاینده‌های هوا هدف (PM2.5, PM10, Benzene, Benzene α Pyrene) حداقل ۳۳ شهرستان با بیش از ۳۰۰ هزار نفر جمعیت		منابع	در دسترس بودن سند سیاست ملی	
دوره زمانی ۲۰۱۱-۲۰۱۵			رسیدن به پروفایل ملی آلودگی هوا از طریق کاهش میزان قرار گرفتن در معرض خطر	وزارت بهداشت وزارت رفاه	جستار کمیته ملی پیشگیری و کنترل الكل جلسات دفتر پیشگیری و درمان سوء مصرف	طرح جامع "پیشگیری، درمان و کاهش	حیطه	حاکمیت	۲ - حداقل ۱۰ درصد	

			<p>سازمان بهزیستی ستاد کنترل و مبارزه با مواد مخدر صداوسیما پلیس سیستم قضایی</p>	<p>مواد (SAPTO)، دپارتمان سلامت روان، سلامت اجتماعی و اعتیاد (MEHSHAD)</p>	<p>مسمومیت الکل، ۲۰۱۱ - ۲۰۱۵ تأیید شده توسط شورای عالی سلامت و امنیت غذایی و شورای عالی اجتماعی وزارت کشور سند سیاست ملی "پیشگیری" مقاله، درمان، کاهش آسیب و توانبخشی مصرف الکل، ۲۰۱۳ - ۲۰۱۷</p>	<p>کاهش مضرات استفاده از الکل</p>	
<p>۲۰۱۱- ۲۰۱۵</p>		<p>در دسترس بودن بسته استاندارد برای PHC و وضعیت عمومی سلامت</p>	<p>وزارت بهداشت دانشگاههای علوم پزشکی بخش خصوصی</p>	<p>توسعه یک بسته خدماتی برای اقدام خدمات الکل در سیستم مراقبت‌های بهداشتی اولیه [برنامه پزشک خانواده] استاندارد سازی AUDIT به زبان فارسی</p>	<p>پیشگیری اولیه و اقدام در سیستم سلامت عمومی</p>	<p>کاهش آسیب</p>	
<p>۲۰۱۱-</p>		<p>در دسترس بودن بسته استاندارد برای</p>	<p>وزارت بهداشت</p>	<p>توسعه یک بسته خدماتی برای اقدام خدمات</p>	<p>تقویت خدمات درمان سرپایی الکل در شش مرکز درمان سرپایی تقویت خدمات بستری درمان الکل در شش بخش روانپزشکی</p>	<p>درمان تخصصیات پیشگیری اولیه و</p>	<p>مراقبت</p>

۲۰۱۵			PHC و وضعیت عمومی سلامت در دسترس بودن برنامه‌های درهانی استاندارد در بخش‌های خدمات سرپایی و بستری برای بیماران	دانشگاه‌های علوم پزشکی بخش خصوصی ستاد کنترل و مبارزه با مواد مخدر سازمان بهزیستی	الکل در سیستم مراقبت‌های بهداشتی اولیه [برنامه پزشک خانواده] استاندارد سازی AUDIT به زبان فارسی تقویت خدمات درمان سرپایی الکل در ۱۵۰ مرکز درمان سرپایی تقویت خدمات بستری درمان الکل در شش بخش روانپزشکی	ادغام در سیستم سلامت عمومی	بهداشتی	
۲۰۱۱- ۲۰۱۵		STEPS- GSHS- CVTS	بهبود جمع آوری روئین داده‌ها و نظرسنجی در خصوص شاخص‌های مصرف الکل مرتبط با سلامت	وزارت بهداشت دانشگاه‌های علوم پزشکی بخش خصوصی ستاد کنترل و مبارزه با مواد مخدر سازمان بهزیستی	انجام مطالعه KAP در خصوص الکل، مواد مخدر و دیگر موارد اصلی سو مصرف از جمله مصرف مواد مخدر و محرک‌ها طراحی سیستم اطلاعات الکل مرتبط با سلامت	نظارت و ارزیابی ملی	نظارت	

اهداف	حیطه	استراتژی‌ها	فعالیت‌ها	گروه‌های ذینفع	نتیجه مطلوب	شاخص‌های ارزیابی	منابع	دوره زمانی
۳- ۲۰ درصد کاهش میزان شیوع فعالیت بدنی کم	حاکمیت	تخصیص بودجه در وزارت بهداشت برنامه ملی	<ul style="list-style-type: none"> ▶ اجرا قانون پنجمین برنامه پنج ساله جمهوری اسلامی ایران، ▶ توسعه در ارتقاء فعالیت‌های ▶ برنامه ملی برای ارتقاء فعالیت‌های ▶ فیزیکی 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ عمدتاً دولتی ▶ وزارت ▶ آموزش و پرورش ▶ وزارت ▶ بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ▶ وزارت عالی ▶ آموزش عالی ▶ صنعت ▶ وزارت ورزش و جوانان ▶ رسانه ▶ وزارت راه و شهرسازی 	همه‌گی بین بخشی جهت ارتقاء فعالیت بدنی، تخصصی بوده،	<p>تعداد جلسات برای سازماندهی و تشکیل جلسات کمیته مشورتی - وجود فرآیند مناسب برای ارائه دستورالعمل مربوط به فعالیت بدنی، - وجود یک مکانیسم مشاوره تخصصی با مسئولیت فعال به منظور توسعه و پیاده‌سازی برنامه عملیاتی - وجود مکانیسم هماهنگی (یک سازمان، کمیته و یا دیگر اعضا) برای نظارت بر توسعه و پیاده‌سازی برنامه ملی.</p> <p>- مکانیسم مشاوره کارشناسی با نمایندگان از تمام بخش‌های رشته‌ها کلیدی</p> <p>- مکانیسم مشاوره تخصصی با دستورالعمل روشن، قدرت پاسخگویی و توانایی برای اعمال نفوذ در سیاست</p> <p>- وجود مراکز دانشگاهی عالی برای تمرکز بر رژیم غذایی و فعالیت فیزیکی</p> <p>- مکانیسم هماهنگ سازی با رهبری و با ریاست وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی</p> <p>- وجود بودجه ملی و / یا محلی روشن و پایدار برای اجرای اقدامات مربوط به فعالیت بدنی</p> <p>- وجود طرح تسخیر سازی منابع برای اقدامات مربوط به فعالیت بدنی</p>	تعداد موارد آموزش فعالیت فیزیکی استاندارد در مدارس و دانشگاه‌ها، تعداد موارد آموزش معلوم قبل از خدمت برای مربیان تربیت بدنی و	۲۰۱۵- ۲۰۲۰
	حیطه	رویکرد مدرسه محور	<p>برنامه مدارس ارتقاء دهنده سلامت، تأسیس منطقه پویا، اقدام P۸ در سلامت، تشویق مدارس و دانشگاه‌ها به اتخاذ استانداردهای لازم برای گنجاندن فعالیت بدنی</p>	آموزش، بهداشت، رسانه	دستورالعمل‌های استاندارد برای فعالیت بدنی در مدارس، افزایش پیاده روی / جوهرچه سواری در مسیر مدرسه به خانه و بالعکس،			

	<p>معلمان ابتدایی، ارائه امکانات، تجهیزات، و کارکن آموزش دیده برای تدریس تربیت بدنی با کیفیت بالا برنامه نویسی فعالیت‌ها تعداد کودکانی که هر روزه پیاده به مدرسه می‌آیند تعداد کودکان فعال به مدت + ۶۰ دقیقه در روز</p>	<p>کاهش اضافه وزن و چاقی، افزایش تحریر و وزن و چاقی، افزایش تحریرات و امکانات تربیت بدنی و ورزش در محل کار</p>	<p>وزارت صحت، معدن، و تجارت، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی</p>	<p>در برنامه‌های قبل و بعد از مدرسه نیاز به آموزش مداوم قبل از خدمت برای دبیران تربیت بدنی و معلم ابتدایی به منظور ارائه برنامه‌های آموزشی در مورد فعالیت فیزیکی با کیفیت بالا</p>	<p>رویکرد مبتنی بر محل کار</p>	
	<p>- تعداد سیاست‌های ترویجی و قوانینی برای کارفرمایان در هر دو خصوصی و عمومی، جهت پیاده‌سازی و ترویج فعالیت‌های فیزیکی در محل کار - تعداد شرکت‌های اجرا کننده سیاست ملی فعالیت بدنی. - تعداد شرکت‌های درگیر در اقدامات مربوط به فعالیت بدنی در بخش‌های دولتی مربوطه. - درصد شرکت‌های درگیر در آموزش رژیم غذایی و فعالیت بدنی مطابق با دستورالعمل‌های ملی. - تعداد پروژه‌های ملی ترویج فعالیت‌های فیزیکی حمایت شده با بودجه بخش صنعت. - تعداد موارد مشارکت بخش دولتی و خصوصی جهت ترویج فعالیت‌های فیزیکی. - درصد مشارکت ملی شرکت‌ها جهت به عهده گرفتن یک سیاست با مسئولیت اجتماعی که شامل یک بید</p>	<p>فعالیت بیش از ۵۰ درصد در محل کار، افزایش تجهیزات و امکانات تربیت بدنی و ورزش در محل کار</p>	<p>وزارت صحت، معدن، و تجارت، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی</p>	<p>شناسایی سیاست‌های کلیدی و فعالیت‌هایی که کارفرمایان در هر دو بخش خصوصی و عمومی، می‌توانند برای ترویج فعالیت‌های فیزیکی در محل کار پیاده کنند توسعه قوانین و سیاست‌هایی که در آن کارفرما از برنامه فعالیت بدنی حمایت می‌کند. توسعه و پیاده‌سازی یک برنامه حمایتی. همکاری با کارفرمایان جهت ترویج سیاست مربوط به فعالیت بدنی. شناسایی منابع مالی برای حمایت از فعالیت‌ها</p>	<p>رویکرد مبتنی بر محل کار</p>	

	<p>از فعالیت بدنی، بوده و در راستای سیاست‌ها و اولویت‌های ملی باشد.</p> <p>- درصد شرکت‌های خصوصی حمایت‌کننده از ترویج فعالیت بدنی در سراسر کشور.</p> <p>- درصد شرکت‌های مواد غذایی و آشامیدنی غیر الکی که از روپادهای ورزشی حمایت می‌کنند</p>		<p>شهرداری، وزارت بهداشت، وزارت ورزش و جوانان، شورای عالی استانی،</p>	<p>استفاده از تکنیک‌های بسیج‌سازی جامعه به منظور جذب و تعامل اعضا، داوطلبان و اجزاء مختلف.</p> <p>- استفاده از تمام کانال‌های ارتباطی موجود برای اعضا، داوطلبان، از جمله نشریات چاپی، وب سایت‌ها، رسانه‌های اجتماعی، رسانه پخش، و خبرنامه برای ترویج تعامل و حمایت از تغییر رفتار</p> <p>استفاده از استراتژی‌ها افزایش یافته است، مانند برنامه‌های فرهنگی مناسب، موند، و کانال‌های ارتباطی، برای رسیدن به جمعیت‌های خاص، - توسعه یک لوگو بسیار قابل مشاهده ملی، نام تجاری سبازات انتخاباتی، و پیام‌های فعالیت فیزیکی است.</p> <p>Develop - راهنمای سبک و راهنمای آموزشی بر استفاده از رسانه‌های جمعی پیام‌ها و آرم‌های ملی و نام تجاری گروه‌های ذینفع. کاربران در ایجاد این آرم‌ها باشد.</p>	<p>رویکرد جامعه محور</p>
	<p>- نسبت افرادی که قبل و بعد از مداخله با جمله زیر موافقت: "من وقت پیاده رفتن به محل کار را ندارم"</p> <p>• تعداد سازمان‌های مردم‌نهاد فعال در فعالیت‌های فیزیکی.</p> <p>- مشارکت فعال سازمان‌های مردم‌نهاد در اجرای سیاست‌های ملی فعالیت بدنی.</p> <p>- میزان اطلاع رسانی در خصوص فعالیت‌ها برای مصرف‌کنندگان توسط سازمان‌های مردم‌نهاد.</p> <p>- وجود یک برنامه ملی روئین برای تربیت بدنی و آگاهی عمومی.</p> <p>- وجود حمایت‌های نهادی پایدار برای ترویج و اجرای دستورالعمل‌های ملی فعالیت بدنی.</p> <p>- تعداد کانال‌های مورد استفاده برای برقراری ارتباط و پیام رسانی در خصوص فعالیت بدنی.</p> <p>- درصد جمعیت کلی با جمعیت مورد هدف برای اطلاع رسانی در خصوص</p>				

	<p>فعالیت بدنی و با پیام رسانی.</p> <ul style="list-style-type: none"> - تعداد برنامه‌های درسی برای ارتقاء فعالیت بدنی. - تعیین گروه‌های هدف مختلف برای برنامه‌های آموزشی. - تعداد پیام‌های کلیدی مربوط به ترویج فعالیت‌های فیزیکی برای سلامت. - تعداد مواد و کانال‌های ارتباطی، برای رساندن پیام به یک گروه جمعیتی خاص 	<p>دسته بندی وضعیت بدنی مراجعه کننده در مراکز مراقبت بهداشتی</p>	<p>وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی</p>	<ul style="list-style-type: none"> - استقرار یک واحد خاص برای هماهنگی برنامه‌های فعالیت بدنی در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - گسترش دستورالعمل فعلی اقدامات موثر برای ترویج فعالیت‌های فیزیکی در زیر گروه‌های پر خطر. - استقرار یک شبکه ملی از برنامه‌ها، ارائه‌دهندگان و حامیان فعالیت‌های فیزیکی به عنوان یک جزء کلیدی از نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران. - کسب اطمینان از اینکه تمام سازمان‌های حرفه‌ای مراقبت بهداشتی اعضای خود را به ارزیابی فعالیت‌های فیزیکی مراجعه کنندگان ترموئیک می نمایند. - ایجاد زمینه برای ردیابی فعالیت‌های فیزیکی مراجعه کنندگان در پرونده الکترونیکی سلامت. - توسعه مجموعه داده‌های اریختنی بهداشت و درمان و اطلاعات (HEDIS) جهت 	<p>- استفاده از رویکرد سیستم‌های مراقبت بهداشتی برای ترویج فعالیت‌های فیزیکی و برای پیشگیری و درمان عدم فعالیت بدنی.</p>	<p>مراقبت بهداشتی</p>	
	<ul style="list-style-type: none"> - تعداد مراکز PFA - حضور مراکز هماهنگی برنامه‌ها برای ارتقاء فعالیت بدنی در وزارت بهداشت. - تعداد مراکز مشاوره فعالیت فیزیکی. - اجرای طرح حمایت از ارتقاء فعالیت فیزیکی. - راه‌اندازی سیستم گزارش‌دهی برای برنامه ملی ارتقاء فعالیت بدنی. - وجود یک مرکز بهداشت برای حمایت و ارتقاء فعالیت فیزیکی - پژوهش در خصوص ارتقاء فعالیت بدنی. - تعداد مداخلات کم هزینه و مبتنی بر شواهد - ادغام سیستم ارزیابی فعالیت فیزیکی در خدمات بهداشتی و درمانی - وجود نظام ارجاع برای مشکلات 						

۲۰۱۵	تصویب پروتکل حذف تجارت غیر قانونی دخانیات	همکاری بین المللی جهت افزایش کنترل تجارت غیر قانونی دخانیات	مجلس شورای اسلامی ستاد ملی کنترل دخانیات	تصویب پروتکل حذف			در سنین ۱۵ سال به بالا
۲۰۱۶	تصویب پروتکل حذف تجارت غیر قانونی دخانیات ۶۰٪ از قیمت خرده فروشی مشمول مالیات خواهد شد	کاهش مصرف دخانیات - کاهش دسترسی به محصولات دخانی ۸۵٪ از قیمت خرده فروشی مشمول مالیات خواهد شد	مجلس شورای اسلامی - ستاد ملی کنترل دخانیات - شورای عالی سلامت و امنیت غذایی - وزارت امور اقتصاد و دارایی	ارائه پیش نویس قانونی در خصوص نظام مالیاتی کالاهای دخانیات داخلی به مجلس شورای اسلامی	مالیات / قیمت خرده فروشی		
۲۰۲۵	۱۰٪ کاهش نسبی دخانیات قاچاق	کاهش دخانیات قاچاق	- ستاد ملی کنترل دخانیات - ستاد ملی مبارزه با قاچاق - وزارت صنعت	- کنترل گسترده تر برای محصولات دخانی قاچاق - اجرای اقدامات کنترلی از جمله شناسایی و ردیابی محصولات دخانیات	اجرا		
۲۰۱۶	صادر مجوز برای تمام فروشندگان دخانیات	کاهش سطح محصولات قاچاق دخانیات در بازار	- ستاد ملی کنترل دخانیات - وزارت صنعت	کنترل بازار از طریق سیستم صدور مجوز عمده فروشی و خرده فروشی			
۲۰۱۶	بسته بندی محصولات دخانیات در قالب ساده	کنترل بهتر دخانیات غیر قانونی در مرز و سطح بازار	- ستاد ملی کنترل دخانیات - سازمان ملی استاندارد	پیاده سازی بسته بندی ساده دخانیات			

		حذف تبلیغات، ترویج و حمایت مالی از دخانیات	اجرای جامع ممنوعیت تبلیغات دخانیات	- وزارت صنعت - ستاد ملی کنترل دخانیات - تمامی مراکز مرتبط	ممنوعیت تمام اشکال تبلیغات، ترویج و حمایت از دخانیات				
۲۰۱۶		- دانش، عمل، و نگرش - شیوع دخانیات	- افزایش دانش در مورد اثرات سوء بهداشتی دخانیات - کاهش مصرف دخانیات	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی صلواتسپه‌ای جمهوری اسلامی ایران	- راهاندازی کمپین اطلاع رسانی مبتنی بر جامعه	رویکرد جامعه محور		کاهش آسیب	
۲۰۱۵-۲۰۲۵		- دانش، عمل، و نگرش - شیوع دخانیات	- افزایش دانش در مورد اثرات سوء بهداشتی دخانیات - ادغام برنامه پیشگیری از استعمال دخانیات در برنامه درسی مدارس ابتدایی	وزارت آموزش و پرورش و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	- اجرای برنامه افزایش سطح آگاهی مدرسه - ادغام برنامه پیشگیری از استعمال دخانیات در برنامه آموزشی مدرسه	رویکرد مدرسه محور			
		- دانش، عمل، و نگرش - شیوع دخانیات	- افزایش دانش در مورد اثرات سوء بهداشتی دخانیات	- ستاد ملی کنترل دخانیات - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - شوراهای صنفی - شورای عالی سلامت و امنیت غذایی	- اجرای کمپین‌هایی برای افزایش آگاهی	رویکرد مبتنی بر محل کار			
۲۰۱۶		پوشش ۱۰۰ درصدی محل‌های عمومی تعریف شده، به جز جای خانه‌های مجاز	پیشگیری از سیگار کشیدن و استعمال دخانیات در مکان‌های عمومی	- ستاد ملی کنترل دخانیات	پیشگیری از استعمال دخانیات و سیگار کشیدن در اماکن عمومی و رستوران سنتی و قهوه‌خانه‌ها				
۲۰۲۵		پوشش ۱۰۰٪ محل‌های عمومی تعریف شده							

دوره زمانی	منابع	شاخص‌های ارزشیابی	نتیجه مطلوب	گروه‌های ذینفع	فالیته‌ها	استراتژی‌ها	حاکمیت	اهداف
۲۰۱۶				وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی آموزش بهداشت معاونت بهداشت مرکز توسعه شبکه سناد ملی کنترل دخانیات	گسترش خدمات ترک سیگار	کلینیک‌های ترک سیگار	مراقبت بهداشتی	
۲۰۱۶		ادغام سؤالات استاندارد دخانیات در بررسی‌های ملی مربوطه STEP	سیستم نظارت و کنترل بهبود یافته دخانیات	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مرکز ملی آمار	پیاده‌سازی سیستم نظارت دخانیات	نظارت و ارزیابی ملی	نظارت	
تا پایان سال ۲۰۱۷	- دستورالعمل کنونی فشار خون بالا - تخصیص بودجه	- تعداد جلسات کمیته بیماری‌های قلبی، عروقی - توسعه دستورالعمل فشار خون بالا	- جلسه کمیته بیماری‌های قلبی، عروقی (۲ بار در سال) - تجدید نظر و توسعه دستورالعمل فشار خون بالا (تا ۲۰۱۷)	- معاونت سلامت وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی (مرکز مدیریت بیماری‌های غیرواگیر) - معاونت اقدامات درمانی وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی - کمیته بیماری‌های قلبی، عروقی - کمیته بیماری‌های غیرواگیر - سازمان غذا و دارو	- برگزاری جلسات کمیته ملی علمی / قلبی بیماری‌های قلبی، عروقی (کمیته فرعی فشار خون بالا) - توسعه دستورالعمل پیشگیری و کنترل موضعی فشار خون بالا (امن) - صدور برنامه درسی جدید برای دانشگاه‌های پزشکی	تربیتی دستورالعمل‌های پیشگیرانه و تشخیصی	حاکمیت	۱- ۲۵ درصد کاهش شیوع فشار خون بالا
تا پایان سال ۲۰۱۸	-	- توسعه برنامه درسی دانشجویان پزشکی	- تجدید نظر در برنامه درسی دانشجویان پزشکی (تا پایان سال ۲۰۱۸)	معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (مرکز مدیریت بیماری‌های غیرواگیر) - کمیته بیماری‌های قلبی، عروقی - کمیته بیماری‌های غیرواگیر - وزارت بهداشت و		بازنگری برنامه درسی دانشجویان پزشکی برای قادر ساختن آنها برای مدیریت فشار خون بالا		

تا پایان سال ۲۰۱۶		تعداد محصولات غذایی با کاهش استاندارد نمک	تعداد محصولات غذایی با توجه به نمک	درمان و آموزش پزشکی معاونت آموزش		استقرار کمیته فنی	استراتژی‌های حاکمیت کاهش نمک (تجدید نظر در مورد نمک استاندارد در محصولات غذایی)	کاهش آسیب	
تا پایان سال ۲۰۱۶		تعداد تبلیغات محصولات غذایی ناسالم	فهرست مموغ مواد غذایی ناسالم آگهی شده و تجدید نظر سالانه بر اساس ماده ۳۷ پنججین برنامه پنج ساله توسعه	دپارتمان تغذیه، ISIRI، FDA موسسه ملی تغذیه، وزارت صحت، معدن، و تجارت، صلاوسیمهای جمهوری اسلامی ایران، وزارت دارایی		توسعه پروفاایل مواد مغذی - توسعه لیست مواد غذایی ناسالم بر اساس مازول مشخصات مواد مغذی	تنظیم بازار مواد غذایی		
۲۰۱۵-۲۰۲۰		تعداد جلسات سازماندهی و تشکیل جلسات کمیته مشورتی - ارائه راهنمای برای گروههای هدف مختلف - فرایند مناسب برای ارائه دستورالعمل در خصوص فعالیت بدنی	افزایش سطح PA	صرفا دولتی - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - وزارت آموزش عالی - وزارت ورزش و جوانان - وزارت راه و شهر رسانه سازای		اجرا چهارمین قانون برنامه پنج ساله توسعه در جمهوری اسلامی ایران برنامه ملی برای ارتقاء PA	استراتژی حاکمیت فعالیت‌های فیزیکی تخصیص بودجه در وزارت بهداشت برنامه ملی		
تا پایان سال ۲۰۱۶			تجدید نظر در قانون اجرای استانداردهای اجباری نمک	- شورای عالی بهداشت و امنیت غذایی		تشکیل یک گروه کار برای ارائه پیشنهادات خود به شورای عالی	همه استراتژی‌های حاکمیت کاهش نمک		
تا پایان سال ۲۰۱۶			تولید و استفاده کمتر از نمک سدیم در محصولات غذایی	- FDA		تشویق صنایع غذایی برای استفاده کم تر از نمک سدیم (جایگزینی با KCL)	- جایگزاری سدیم		

				<p>بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (مرکز مدیریت بیماری‌های غیرواگیر)</p> <p>- بیماری‌های قلبی، عروقی کمیته</p> <p>- کمیته بیماری‌های غیرواگیر</p>		آموزش عمومی موثر		
تا پایان سال ۲۰۲۰	<p>- تخصیص بودجه</p>	<p>- درصد تحصیل / افراد آموزش دیده (گروه هدف)</p> <p>- درصد آگاهی مردم</p>	<p>- آموزش مردم (گروه هدف) در مراکز بهداشتی درمانی (حداقل ۲۰٪/۵٪ در هر سال)</p> <p>- افزایش آگاهی مردم در مورد فشار خون بالا (حداقل ۲۰٪/۵٪ از مردم به آگاه شوند، در هر سال)</p>	<p>- رسانه‌های جمعی</p> <p>- معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (مرکز مدیریت بیماری‌های غیرواگیر)</p> <p>- بیماری‌های قلبی، عروقی کمیته</p> <p>- کمیته بیماری‌های غیرواگیر</p>	<p>- آموزش در مراکز بهداشتی درمانی بر اساس دستورالعمل‌های مکوب و بر اساس بسته‌های آموزشی و متناسب با برنامه‌های مختلف بر اساس نیازهای گروه‌های هدف</p> <p>- آموزش توسط رسانه‌های جمعی بر اساس دستورالعمل‌های مکوب و بر اساس بسته‌های آموزشی و متناسب با برنامه‌های مختلف بر اساس نیازهای گروه‌های هدف</p>	آموزش مداوم بر اساس مداخلات جمعیت	نظارت	
تا پایان سال ۲۰۲۵	<p>- تخصیص بودجه</p> <p>- پرسنل حرفه‌ای</p> <p>- مداخلات مبتنی بر شواهد</p>	<p>- اولویت دادن به تحقیقات در خصوص فشار خون بالا و عوامل خطر آن</p> <p>- اولویت دادن به مداخلات در خصوص فشار خون بالا و عوامل خطر آن</p> <p>- تعداد مطالعات انجام شده در خصوص فشار خون بالا</p> <p>- تعداد مداخلات ارزیابی شده (و یا درصد مداخلات ارزیابی شده)</p> <p>- بررسی میزان شیوع فشار خون بالا</p>	<p>- فهرست اولویت بندی تحقیقات در خصوص فشار خون بالا و عوامل خطر آن (به روز شده در هر سال)</p> <p>- فهرست مداخلات اولویت بندی شده در خصوص فشار خون بالا و عوامل خطر آن (به روز شده در هر سال)</p> <p>- نظارت و ارزیابی روند پیشرفت مداخلات بر اساس پیش بینی‌ها (هر دو سال)</p> <p>- رتبه بندی بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر آنها (هر دو سال)</p> <p>- رسیدن به هدف کاهش ۲۵ درصدی شیوع فشار خون تا پایان</p>	<p>- معاونت تحقیق و فناوری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی</p> <p>- معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (مرکز مدیریت بیماری‌های غیرواگیر)</p> <p>- کمیته بیماری‌های قلبی، عروقی کمیته</p> <p>- کمیته بیماری‌های غیرواگیر</p>	<p>- تقویت سیستم نظارت بیماری‌های غیرواگیر RFRs</p> <p>- اولویت دادن به تحقیقات مورد نیاز برای پیشگیری و کنترل فشار خون بالا</p> <p>- اولویت دادن به تحقیقات مورد نیاز برای ارزیابی مداخله جمعیت بر اساس فشار خون بالا</p> <p>- ساخت سیستم الکترونیکی برای ثبت داده</p> <p>- تقویت ثبت داده‌های معمول</p> <p>- تدوین نظارت و ارزیابی شاخص‌های این برنامه در بخش بهداشت و درمان</p> <p>- تجزیه و تحلیل و نظارت بر تفسیر و نتایج ارزیابی در سطوح ملی و استانی برای ارائه بازخورد به سطوح مختلف شبکه بهداشت و درمان</p> <p>- اولویت بندی هزینه - اثربخشی مداخلات</p>	آموزش مداوم بر اساس مداخلات جمعیت	نظارت	

تا پایان سال ۲۰۲۰	سیستم الکترونیکی - فرم ثبت	کیفیت سیستم ثبت: - درصد داده‌های ثبت شده به موقع - درصد داده‌های ثبت شده متبیر	۲۰۲۵ - به موقع بودن زمان ثبت (حداقل ۹۰٪ از داده‌ها، ۲۰٪ افزایش در هر سال) - داده‌های ثبت شده صحیح و متبیر (حداقل ۹۰ درصد از داده‌ها) - ثبت داده‌های بیماری‌های غیرواگیر مهم (تا پایان سال ۲۰۲۰) - تقویت ثبت مرگ بیماری‌های غیرواگیر (تا پایان سال ۲۰۲۰)	معاونت اقدامات توانبخشی وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی - معاونت سلامت وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی (مرکز مدیریت بیماری‌های غیرواگیر، مرکز توسعه شبکه بهداشت، مرکز سلامت جمعیت و خانواده) - سازمان ثبت علائم حیاتی - کمیته بیماری‌های غیرواگیر - کمیته بیماری‌های قلبی، عروقی	برای تشخیص زود هنگام و درمان بیماری‌های قلبی، عروقی بازدید کنندگان - استفاده از تجربیات موفق پیشگامان - تقویت سیستم نظارت بیماری‌های غیرواگیر RFI (برای نظارت بر فضاخر خون بالا و عوامل خطر و عوارض ناشی از آن) - توسعه سیستم نظارت بیماری‌های غیرواگیر (به ویژه بیماری‌های قلبی، عروقی) - تقویت سیستم ثبت مرگ‌ومیر بیماری‌های غیرواگیر (به ویژه بیماری‌های قلبی، عروقی) - ساخت سیستم الکترونیکی برای ثبت داده - تقویت ثبت داده‌های معمول - تقویت و توسعه سیستم ثبت M1 و دیگر بیماری‌های قلبی، عروقی	ثبت بیماری‌های قلبی، عروقی		
-------------------	-------------------------------	--	---	--	---	----------------------------	--	--

اهداف	حاکمیت	استراتژی‌ها	فالیته‌ها	گروه‌های ذینفع	نتیجه مطلوب	شاخص‌های ارزشیابی	منابع	دوره زمانی
۷ - توقف افزایش دیابت و چاقی		چاقی، ترازبندی و اجرای دستورالعمل‌های پیشگیری و تشخیص	<ul style="list-style-type: none"> - برگزاری جلسات کمیته ملی علمی / فنی بیماری‌های قلبی، عروقی - بازنگری در دستورالعمل پیشگیری چاقی، ارزیابی و درمان از طریق ایجاد رویکرد جدید به WHO PEN - تدوین سیاست‌هایی به منظور کنترل و محدود کردن تبلیغات و بازرگانی در نوشابه‌ها، پکرها و مواد غذایی ناسالم برای کودکان - طراحی و پیگیری اجرای قانون برچسب مواد غذایی (نوسم سیستم traffic light و با رنگ آمیزی به منظور نشان دادن خطر مواد غذایی مضر) - طراحی و پیگیری تصویب و اجرای قوانین و مقررات مربوط به بروز رسانی توله، آماده‌سازی و توزیع استانداردهای مواد غذایی (از مرصه تا منزل) - طراحی و پیگیری تصویب و اجرای قوانین و مقررات مربوط به محدودیت تبلیغاتی غذاهای مضر در رسانه‌های جمعی 	<ul style="list-style-type: none"> - معاونت سلامت وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی (مرکز مدیریت بیماری‌های غیرواگیر) - معاونت اقدامات درمانی وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی - کمیته بیماری‌های قلبی، عروقی - کمیته بیماری‌های غیرواگیر - سازمان غذا و دارو 	<ul style="list-style-type: none"> - برگزاری جلسات کمیته‌های بیماری‌های قلبی، عروقی (دو بار در سال) - تجدید نظر و توسعه دستورالعمل چاقی (تا سال ۲۰۱۷) - برچسب زدن مواد غذایی (حداقل ۸۰٪ از مواد غذایی) - به روز کردن قوانین و مقررات و استانداردها (حداقل ۸۰٪) - محدود کردن تبلیغات در خصوص غذاهای مضر در رسانه‌های جمعی (حداقل ۸۰٪ از تبلیغات غیر قانونی) - هدفمند کردن یا ارائه غذاهای سالم (حداقل ۲۰٪ از آنها) - کاهش و یا متوقف کردن شیوع چاقی 	<ul style="list-style-type: none"> - تعداد برگزاری جلسات کمیته‌های بیماری‌های قلبی، عروقی - توسعه دستورالعمل چاقی - درصد برچسب زدن به مواد غذایی - بررسی میزان شیوع اضافه وزن و چاقی 		تا پایان سال ۲۰۲۰
			<ul style="list-style-type: none"> - استقرار کمیته فنی - یک پارچه سازی برنامه‌های علمی برای بیماری فردی و عوامل خطر - تصویب طرح ادغام توسعه کمیته مشاوره ملی 	<ul style="list-style-type: none"> - کمیته عالی بیماری‌های غیرواگیر - معاونت سلامت وزارت بهداشت - دیارتمان بیماری‌های غیرواگیر - کمیته مشاوره ملی 	<ul style="list-style-type: none"> - برنامه علمی یکپارچه‌سازی 	<ul style="list-style-type: none"> - اجرای برنامه علمی یکپارچه‌سازی 		تا پایان سال ۲۰۱۵

تا پایان سال ۲۰۱۸		<ul style="list-style-type: none"> - درصد پوشش - تحلیل وضعیت - روند DM و دیگر عوامل خطر 	<ul style="list-style-type: none"> - شناسایی افراد با ریسک - مداخله - توقف یا به تاخیر انداختن پیشرفت بیماری‌های آشکار یا پنهان 	<ul style="list-style-type: none"> کمیته عالی بیماری‌های غیرواگیر معاونت سلامت وزارت بهداشت دفتر شبکه سلامت دیارتمن بیماری‌های غیرواگیر 	<ul style="list-style-type: none"> - پیاده‌سازی برنامه یکپارچه‌سازی در نظام سلامت 	<ul style="list-style-type: none"> اجرای موثر برنامه‌های یکپارچه‌سازی برای پیشگیری و کنترل دیابت، فشار خون بالا، چاقی و اضافه وزن و دیس لیپیدمی براساس جمعیت و هر یک از مداخلات 		
تا پایان سال ۲۰۱۸		<ul style="list-style-type: none"> - تعداد خانه‌های بهداشت و مراکز استاندارد در سطح ملی و استان 	<ul style="list-style-type: none"> - وجود امکانات بهداشتی کافی با تجهیزات استاندارد و نیروی انسانی - ارائه خدمات بهداشتی و درمانی استاندارد - پوشش بهداشتی مناسب به خصوص در مناطق دور افتاده و جوامع فقیر 	<ul style="list-style-type: none"> - کمیته عالی بیماری‌های غیرواگیر - معاونت سلامت وزارت بهداشت - دفتر شبکه سلامت 	<ul style="list-style-type: none"> - جهت گیری مجدد نظام سلامت برای پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر و عوامل اجتماعی زمینه‌ای - استخدام نیروی انسانی مورد نیاز آموزش 	<ul style="list-style-type: none"> تقویت ظرفیت نظام سلامت به خصوص در سطح مراکزهای اولیه 		
سالانه		<ul style="list-style-type: none"> • مقایسه بودجه مورد نیاز و تخصیص بودجه • درصد بودجه به دست آمده 	<ul style="list-style-type: none"> • اختصاص بودجه کافی 	<ul style="list-style-type: none"> • وزارت بهداشت • معاونت سلامت وزارت بهداشت • دیارتمن بیماری‌های غیرواگیر 	<ul style="list-style-type: none"> • محاسبه دقیق تأمین مالی • جمع آوری پول کافی برای پوشش جهانی 	<ul style="list-style-type: none"> افزایش و اولویت بندی تخصیص بودجه 		
سالانه		<ul style="list-style-type: none"> • درصد دستیابی به مواد موافقت نامه 	<ul style="list-style-type: none"> • همکاری مناسب بر اساس مواد موافقت نامه 	<ul style="list-style-type: none"> • وزارت بهداشت • شورای عالی بهداشت و امنیت غذایی • دیارتمن بیماری‌های غیرواگیر • دفتر آموزش بهداشت در وزارت بهداشت • دانشگاهها • بخش خصوصی • سازمان‌های مردم نهاد • رسانه‌های جمعی 	<ul style="list-style-type: none"> • همکاری • امضا موافقت نامه 	<ul style="list-style-type: none"> تعامل با بخش خصوصی غیر تخصصی بهداشت (اقدامات چند بخشی) 		

سالانه								
تا ژوئن ۲۰۱۷	<ul style="list-style-type: none"> بررسی خدمات نسبت به استاندارد 10 درصد افزایش نسبت به سال قبل 	<ul style="list-style-type: none"> ارائه خدمات استاندارد 	<ul style="list-style-type: none"> وزارت بهداشت معاونت سلامت وزارت بهداشت 	<ul style="list-style-type: none"> نیازسنجی تعریف تشخیص اولیه و داروهای ضروری 	<ul style="list-style-type: none"> تقویت نظام سلامت و استفاده بهینه از منابع مراقبت بهداشتی 			
تا ژوئن ۲۰۱۷	<ul style="list-style-type: none"> پوشش ۵۰ درصدی برای زن و مرد پوشش ۵۰ درصدی در مناطق فقیر پوشش ۵۰ درصدی برای حاشیه شهرها پوشش ۵۰ درصدی برای مناطق دور افتاده 	<ul style="list-style-type: none"> پوشش مناسب برای زن و مرد پوشش مناسب برای مردم فقیر پوشش مناسب برای حاشیه شهرها پوشش مناسب برای مناطق دور افتاده 	<ul style="list-style-type: none"> وزارت بهداشت معاونت سلامت وزارت بهداشت دبیرخانه بیماری‌های غیرواگیر سازمان غذا و دارو سازمان بهزیستی 	<ul style="list-style-type: none"> دسترسی راحت به سیستم بهداشتی 	<ul style="list-style-type: none"> ارائه فرصت علاقه برای تشخیص زود هنگام و مداخله مؤثر برای همه 			
تا ژوئن ۲۰۱۷	<ul style="list-style-type: none"> حداقل ۵۰٪ پروژه در هر دانشگاه درخصوص بیماری‌های غیرواگیر حداقل ۴۰ درصد از تمام موضوعات تحقیقاتی کارشناسی ارشد مربوط به بیماری‌های غیرواگیر 	<ul style="list-style-type: none"> شبکه تحقیقات و توسعه یافته‌های علمی و مستندات مفید برای ارائه برنامه بیماری‌های غیرواگیر اطلاعات مفید برای طراحی برنامه مداخله 	<ul style="list-style-type: none"> معاونت پژوهش وزارت بهداشت معاونت سلامت وزارت بهداشت دبیرخانه بیماری‌های غیرواگیر مراکز و موسسات تحقیقاتی دانشگاهها 	<ul style="list-style-type: none"> انجام تحقیقات کاربردی مناسب برای پایان نامه‌های دانشجویی 	<ul style="list-style-type: none"> انجام تحقیقات کاربردی در زمینه بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر آن 			
تا سال ۲۰۱۷	<ul style="list-style-type: none"> یکپارچه‌سازی برنامه ملی بیماری‌های قلبی، عروقی تعداد برگزاری جلسات کمیته‌های بیماری‌های قلبی، عروقی دستورالعمل‌های پیشرفته برای مشاوره و مواد آموزشی جهت مراقبت از خود دستورالعمل تغذیه پیشرفته بررسی میزان شیوع اضافه وزن و چاقی 	<ul style="list-style-type: none"> برنامه یکپارچه‌سازی بیماری‌های قلبی، عروقی توسعه دستورالعمل مشاوره و مواد آموزشی مراقبت از خود دستورالعمل تغذیه و توسعه 	<ul style="list-style-type: none"> سازمان غذا و دارو دبیرخانه تغذیه، وزارت صنعت، معدن، و تجارت، وزارت ورزش و جوانان معاونت سلامت وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی (مرکز مدیریت بیماری‌های 	<ul style="list-style-type: none"> برگزاری جلسات کمیته ملی علمی / فنی بیماری‌های قلبی، عروقی همکاری با کمیته فنی تغذیه تقویت اجرای بیماری‌های قلبی، عروقی برنامه ملی جامع پیشگیری و کنترل تقویت هماهنگی بین بخشی برای توسعه برنامه ملی همکاری بین بخشی برای کنترل بیماری‌های قلبی، عروقی (برای تصویب در شورای عالی سلامت) درخواست مشارکت و همکاری بخش خصوصی از مراجعه کنندگان 	<ul style="list-style-type: none"> چاقی؛ بازبینی و اجرای استانداردها همه استراتژی‌های حاکمیت در مورد مضرات استفاده از الکل 	<ul style="list-style-type: none"> کاهش آسیب 		

سالانه		<ul style="list-style-type: none"> • حداقل ۵ برنامه در رسانه‌های جمعی • ۱ تیزر • ۵ برنامه رادیو و تلویزیونی 	<ul style="list-style-type: none"> • راه‌اندازی حداقل یک کمیته ملی بین‌المللی در مورد دیابت و دیگر عوامل خطر 	<ul style="list-style-type: none"> • وزارت بهداشت • دپارتمان بیماری‌های غیر واگیر • دفتر آموزش بهداشت در وزارت بهداشت • رسانه‌های جمعی • وزارت آموزش و پرورش • شهرداری‌ها 	<ul style="list-style-type: none"> • دستورالعمل‌های مشاوره‌ای پیشرفته و مواد آموزشی مراقبت از خود برای پیشگیری و کنترل اضافه وزن و چاقی • دستورالعمل تغذیه‌ای پیشرفته برای پیشگیری و کنترل اضافه وزن و چاقی 	<ul style="list-style-type: none"> • تولید مواد آموزشی • آموزش پرورش 	<ul style="list-style-type: none"> • توزیع مواد سلامت و فرهنگی عمومی در رابطه با دیابت و دیگر CVها از طریق رفتارهای سالم و مراقبت از خود و اجتناب از قرار گرفتن در معرض عوامل خطر 		
تا ژوئن ۲۰۱۷		<ul style="list-style-type: none"> • بیش بینی ۵۰ درصد خطر در زندگی مردم در مناطق روستایی، شهرها و شهرستانهای با کمتر از ۵۰۰۰۰ جمعیت • شروع مداخله در ۵۰٪ از افراد با بیش از ۲۰ درصد ریسک • پیگیری حداقل حدود ۵۰٪ از افراد با بیش از ۲۰ درصد ریسک 	<ul style="list-style-type: none"> • پیش بینی خطر • مداخله بر اساس دستورالعمل PEN پیگیری 	<ul style="list-style-type: none"> • وزارت بهداشت • دپارتمان بیماری‌های غیر واگیر • دانشگاه‌ها 	<ul style="list-style-type: none"> • استفاده از نمودارهای پیش بینی خطر WHO/ISH • مداخله مناسب 	<ul style="list-style-type: none"> • همکاری • مشخص ثالث 	<ul style="list-style-type: none"> • پیشگیری اولیه از طریق ارزیابی و مدیریت خطر بیماری‌های قلبی، عروقی در جمعیت در معرض عوامل خطر 		
سالانه		<ul style="list-style-type: none"> • حداقل یک همکاری در انجام برنامه‌های مربوط به دیابت و دیگر برنامه‌های همکار در انجام 	<ul style="list-style-type: none"> • همکاری در برنامه‌های مربوط به دیابت و دیگر عوامل خطر 	<ul style="list-style-type: none"> • وزارت بهداشت • دپارتمان بیماری‌های 	<ul style="list-style-type: none"> • همکاری • مشخص ثالث 	<ul style="list-style-type: none"> • تعامل جامعه و توانمندسازی مردم 			

	<p>عوامل خطر در هر دانشگاه</p> <ul style="list-style-type: none"> • انتشار یک متن آموزشی برای اماکن مذهبی در مورد مدیریت دیابت و دیگر عوامل خطر در طول هر جلسه 	<ul style="list-style-type: none"> • همکاری در فعالیتهای اجتماعی و کمپین‌ها • آموزش عمومی 	<ul style="list-style-type: none"> • رسانه‌های جمعی • وزارت آموزش و پرورش • شهرداری‌ها • وزارت فرهنگ • مکان‌های مذهبی، مساجد... • سازمان‌های مردم‌نهاد، گروه‌ها و انجمن‌ها • بخش خصوصی 	<ul style="list-style-type: none"> • تحصیل - بازنگری در دستورالعمل پیشگیری از چاقی، - ارزیابی و درمان از طریق ایجاد رویکرد جدید به WHO PEN - تشویق مردم به داشتن ترازوی وزنی - ارائه تجهیزات ترازوی وزنی برای مکان‌های عمومی - ظرفیت‌سازی و حصول اطمینان از حضور کارشناس تغذیه / متخصص تغذیه در پایین‌ترین سطح PHC برای مشاوره و تجویز رژیم غذایی سالم - آموزش به مردم توسط رسانه‌های جمعی و کارکنان بخش سلامت برای شناسایی BMI - ارائه مشوق‌هایی به افراد چاق (ترازوی وزنی، نوار اندازه‌گیری، کتاب پخت‌وپز) در رویدادهای سلامت - اندازه‌گیری و غربالگری وزن در رویدادهای سلامت - مشاوره رژیم غذایی سالم در رویدادهای سلامت 	<p>برای مراقبت از خود</p>	<p>مراقبت بهداشتی</p>	
<p>تا پایان سال ۲۰۲۵</p>	<ul style="list-style-type: none"> - بررسی میزان شیوع اضافه وزن و چاقی - درصد دریافت مشاوره توسط متخصص تغذیه - درصد کاهش وزن در افراد چاق و داری اضافه وزن - درصد کنترل افراد چاق - درصد افراد دارای ترازوی وزنی در خانه - درصد افراد چاق که توسط متخصص تغذیه مشاوره دریافت کرده‌اند - درصد غربالگری وزن مراجعه‌کنندگان توسط کارکنان بهداشت (یک بار در سال) - درصد کودکان مدرسه‌ای چاق در هر سطح از غربالگری 	<ul style="list-style-type: none"> - کاهش اضافه وزن و چاقی (حداقل ۱۰٪ در هر سال) - دریافت مشاوره (حداقل ۸۰٪ از افراد چاق، ۲۰ درصد افزایش در هر سال) - افزایش استفاده از ترازوی وزنی (مراقبت از خود) (۱۰٪ در هر سال) - افزایش کاهش وزن در افراد چاق و اضافه وزن (۱۰٪ در هر سال) - افزایش کاهش وزن و حفظ وزن طبیعی در افراد چاق (مانند کنترل وزن) (۱۰٪ در هر سال) - دریافت مشاوره متخصص تغذیه - افراد چاق (حداقل ۵۰٪) - غربالگری وزن مراجعه‌کنندگان توسط کارکنان بهداشت (حداقل ۳۰٪ از مراجعه‌کنندگان یک بار در سال) - شناسایی کودکان چاق 	<ul style="list-style-type: none"> - معاونت اقدامات توانبخشی وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی - معاونت سلامت وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی - رسانه‌های جمعی (صداوسیما، ایران، مطبوعات، مجلات، روزنامه‌ها...) 	<ul style="list-style-type: none"> - بازنگری در دستورالعمل پیشگیری از چاقی، - ارزیابی و درمان از طریق ایجاد رویکرد جدید به WHO PEN - تشویق مردم به داشتن ترازوی وزنی - ارائه تجهیزات ترازوی وزنی برای مکان‌های عمومی - ظرفیت‌سازی و حصول اطمینان از حضور کارشناس تغذیه / متخصص تغذیه در پایین‌ترین سطح PHC برای مشاوره و تجویز رژیم غذایی سالم - آموزش به مردم توسط رسانه‌های جمعی و کارکنان بخش سلامت برای شناسایی BMI - ارائه مشوق‌هایی به افراد چاق (ترازوی وزنی، نوار اندازه‌گیری، کتاب پخت‌وپز) در رویدادهای سلامت - اندازه‌گیری و غربالگری وزن در رویدادهای سلامت - مشاوره رژیم غذایی سالم در رویدادهای سلامت 	<p>برای مراقبت از خود</p>	<p>مراقبت بهداشتی</p>	

					<ul style="list-style-type: none"> - چاب نمودار BMI - تشخیص و درمان چاقی و اضافه وزن از دوران کودکی در دوران کودکی - تشخیص و درمان چاقی و اضافه وزن در مدارس (توسط سیستم شناسایی سلامت دانش آموزی) - ترویج تغذیه انحصاری تا ۶ ماه و ادامه تغذیه با شیر مادر تا دو سالگی - غربالگری چاقی و اضافه وزن در PHC - ارائه مشاوره توسط متخصص تغذیه در پایین ترین سطح از PHC - اقدام برنامه غربالگری وزن در فعالیت‌های بهورزان - توسعه و نظارت و ارزیابی برنامه پیشگیری از اضافه وزن و چاقی در مدارس 					
سالانه		<ul style="list-style-type: none"> تعداد سمینارها کارگاه‌های آموزشی... <ul style="list-style-type: none"> • پیشگیری از بستری شدن در بیمارستان به دلیل هیپوگلیسمی یا هیپرگلیسمی • پیشگیری از ناتوانی (کوری، دیابت، قطع عضو په، MI، سکته مغزی و) 	<ul style="list-style-type: none"> آموزش ملایم بزرگسالان عمومی و ارائه دهندگان خدمات • توزیع دستورالعمل‌های ملی • همکاری با بانی مناسب 	<ul style="list-style-type: none"> وزارت بهداشت • دپارتمان بیماری‌های غیرواگیر • دانشگاه‌ها • انجمن‌های عملی • بخش خصوصی 	<ul style="list-style-type: none"> • وزارت بهداشت • دپارتمان بیماری‌های غیرواگیر • دانشگاه‌ها • وزارت صنعت، معدن، 	<ul style="list-style-type: none"> آموزش • تشخیص زودرس • مدیریت موثر هزینه‌ها بر اساس دستورالعمل‌های ملی 	<ul style="list-style-type: none"> ایجاد دسترسی به سیستم بهداشت ارائه داروهای ضروری و موثر 	<ul style="list-style-type: none"> ارائه خدمات پیشگیری، تشخیص زودرس و مدیریت موثر هزینه 		
تا ژوئن ۲۰۱۷		<ul style="list-style-type: none"> • ۱۰٪ پیشگیری از ناتوانی (کوری، دیابت، قطع عضو په، MI، سکته مغزی و) • بهبود ۱۰٪ در کیفیت زندگی و 	<ul style="list-style-type: none"> در دسترس بودن خدمات سلامت و داروها • جلوگیری از معلولیت • بهبود کیفیت زندگی و بهرهوری 							

		بهروری		تجارت، صنعت نفت و بهداشت			بهروری	
تا ژوئن ۲۰۱۷		<ul style="list-style-type: none"> درصد بهبود HbA1c در بیماران دیابتی درصد بهبود در بیماران پیش-دیابتی 	<ul style="list-style-type: none"> ارائه خدمات بهداشتی و درمانی استاندارد 	<ul style="list-style-type: none"> وزارت بهداشت دبیران بیماری‌های غیرواگیر دانشگاهها انجمن‌های علمی کمیته ملی مشاورتی 	<ul style="list-style-type: none"> به‌روزرسانی دستورالعمل‌ها تجهیز نظام سلامت با تجهیزات تشخیصی لازم 	<ul style="list-style-type: none"> استاندارد تشخیصی و بررسی روش‌ها و داروهای تجویز شده 	بهروری	
تا ژوئن ۲۰۱۷		<ul style="list-style-type: none"> - ارجاع تا ۹۰٪ از بیماران به سطوح بالاتر 	<ul style="list-style-type: none"> افزایش نرخ ارجاع بیماران به سطوح بالاتر 	<ul style="list-style-type: none"> وزارت بهداشت دبیران بیماری‌های غیرواگیر دانشگاهها بخش خصوصی 	<ul style="list-style-type: none"> پیاده‌سازی سیستم ارجاع و پیگیری در PHC همکاری موثر با سطوح بالاتر نظام سلامت (درمانگاه، بیمارستان‌ها، مراکز تسکین دهنده...) 	<ul style="list-style-type: none"> ارجاع و سیستم پیگیری کارآمد 		
سالانه		<ul style="list-style-type: none"> - همه شاخص‌های عملیاتی بر اساس برنامه ملی یکپارچه 	<ul style="list-style-type: none"> پیگیری و ارزیابی به موقع از برنامه ملی 	<ul style="list-style-type: none"> دبیران بیماری‌های غیرواگیر 	<ul style="list-style-type: none"> تعریف «پل بهداشت» شامل شاخص‌های مهم برنامه اقدام توزیع در تمام دانشگاهها درخواست پل 	<ul style="list-style-type: none"> تعریف نظارت و شاخص‌های ارزشی 		
سالانه		<ul style="list-style-type: none"> درصد داروهای تحت پوشش بیمه درصد روش‌های تشخیصی تحت پوشش بیمه درصد درمان تحت پوشش بیمه 	<ul style="list-style-type: none"> پوشش کامل بیماران در مورد دیابت و دیگر عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر 	<ul style="list-style-type: none"> شرکت‌های بیمه وزارت بهداشت 	<ul style="list-style-type: none"> پوشش بیمه 	<ul style="list-style-type: none"> پوشش بیمه برای همه خدمات PHC 		
سالانه		<ul style="list-style-type: none"> ۰٪ از قابل‌های فعال در هر خانه بهداشت و مرکز ملی بر اساس دستورالعمل درصد بیماران دارای سوخت و ساز مناسب بدن در هر خانه بهداشت و مرکز بر اساس دستورالعمل ملی 	<ul style="list-style-type: none"> انطباق بهتر بیمار به درمان خود - نظارتی موثر بیمار و خانواده آنها دستیابی به مدیریت بهتر مشکلات سلامتی 	<ul style="list-style-type: none"> وزارت بهداشت دبیران بیماری‌های غیرواگیر دانشگاهها سازمان‌های مردم‌نهاد شهرداری‌ها وزارت فرهنگ از طریق مکان‌ها و سفرهای مذهبی 	<ul style="list-style-type: none"> آموزش فراهم سازی مواد آموزشی مربوط به مراقبت از خود، تجهیزات و دستگاهها (گلوکومتر...) 	<ul style="list-style-type: none"> توانمندسازی بیماران و خانواده‌های آنها جهت مراقبت از خود 		

تا پایان سال ۲۰۱۷									
سالانه		درصد پرونده‌ها STEP	سیستم جمع آوری داده‌ها قابل اطمینان • پیوند تمام اطلاعات سلامت یک فرد با توجه به کد ملی	وزارت بهداشت • دپارتمان بیماری‌های غیرواگیر • دانشگاه‌ها	فراهم کردن کامپیوتر و اینترنت پر سرعت برای تمام سطوح از سیستم بهداشت و درمان • آموزش پرسنل برای ورود داده‌ها • تکمیل سیستم ثبت DM برای داده‌های مربوط به فشارخون بالا، چاقی، اختلال چربی خون و...	تقویت و ارتقای سیستم ثبت DM • جمع آوری اطلاعات سلامت قابل اعتماد از مردم از طریق سیستم سپاس			
دوره زمانی	منابع	شاخص‌های ارزشیابی	نتیجه مطلوب	گروه‌های ذینفع	فایده‌ها	استراتژی‌ها	حاجت	اهداف	
تا پایان سال ۲۰۱۸		ادغام برنامه ملی بیماری‌های قلبی، عروقی - درصد اطمینان از حضور مشاوران موردنیاژ (روانشناسان، تغذیه...) - درصد کارکنان آموزش دیده - درصد مواد مخدر عرضه شده - درصد اطمینان از حضور مشاوران موردنیاژ - درصد بیماران قلبی، عروقی دریافت کننده درمان دارویی و مشاوره - درصد اطمینان از وجود داروهای ضروری و فناوری‌های لازم برای درمان بیماری‌های غیرواگیر در بخش دولتی و خصوصی	آماده‌سازی برنامه ملی کنترل و پیشگیری از بیماری‌های قلبی، عروقی با رویکرد WHOPEN (تا ۲۰۱۷) - ایجاد تجهیزات و آماده‌سازی استانداردهای لازم برای ادغام برنامه ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های قلبی، عروقی در شبکه‌های مراقبت بهداشتی (تا ۲۰۱۷) - طراحی و توسعه دستورالعمل‌های مشاوره و تهیه مواد آموزشی مراقبت از خود	- معاونت اقامات توانبخشی وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی - معاونت سلامت وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی (مرکز مدیریت بیماری‌های غیرواگیر، مرکز توسعه شبکه بهداشت، مرکز سلامت جمعیت و خانواده دفتر آموزش و ارتقا سلامت) - کمیته بیماری‌های قلبی، عروقی	- توسعه برنامه جامع ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های قلبی، عروقی با رویکرد WHOPEN - توسعه و ایجاد تجهیز و آماده‌سازی استانداردهای ادغام برنامه ملی کنترل و پیشگیری بیماری‌های قلبی، عروقی ردر شبکه‌های مراقبت بهداشتی - توسعه دستورالعمل پیشگیری و کنترل بیماری‌های قلبی، عروقی - توسعه دستورالعمل‌های مشاوره و تهیه مواد آموزشی مراقبت از خود	توسعه و ادغام دستورالعمل‌های ملی		۸ - حداقل ۱۰ درصد دریافت خدمات دارو درمانی و مشاوره برای جلوگیری از حمله قلبی و سکته مغزی	

تا پایان سال ۲۰۲۰			<p>- یکجاچهارسازی دستورالعمل‌های ملی (تا ۲۰۱۷)</p> <p>- فهرست داروهای پیش بینی شده (تا ۲۰۱۷)</p> <p>- فهرست کارکنان بهداشت مورد نیاز (مشاور) (تا ۲۰۱۷)</p> <p>- درصد اطمینان از حضور مشاوران مورد نیاز (روانشناسان، تغذیه...) (۱۰٪ در هر سال)</p> <p>- کارکنان آموزش دیده (حداقل ۸۰٪)</p> <p>- داروهای عرضه شده (حداقل ۹۰٪)</p> <p>- بیماران قلبی، عروقی دریافت کننده درمان دارویی و مشاوره (حداقل ۵۰٪)</p> <p>- اطمینان از پوشش دسترسی به درمان دارویی و مشاوره برای پیشگیری از حملات قلبی و سکته برای افراد واجد شرایط (حداقل ۵۰٪ تا پایان ۲۰۲۵)</p> <p>- اطمینان از داروهای ضروری و فناوری‌های لازم برای درمان بیماری‌های غیرواگیر در بخش دولتی و خصوصی (حداقل ۸۰٪ تا پایان ۲۰۲۵)</p>	<p>کمیته بیماری‌های غیرواگیر</p> <p>معاونت اقدامات توانبخشی وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی</p> <p>معاونت سلامت وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی (مرکز مدیریت بیماری‌های شبکه بهداشت، مرکز توسعه سلامت جمعیت و خانواده دفتر آموزش و ارتقا سلامت)</p> <p>سازمان غذا و دارو</p> <p>وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی معاونت توسعه و نیروی انسانی</p> <p>وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی معاونت آموزش رسانه‌های جمعی</p>	<p>- آماده‌سازی دانشگاهها و اقدام برنامه در سطح PHC</p> <p>- برگزاری کارگاه به منظور آموزش کارکنان بهداشت در مورد نحوه پیاده‌سازی (NCVDPIC)</p> <p>- ایجاد دسترسی به فناوری‌های ضروری و داروهای لازم برای کنترل بیماری‌های قلبی، عروقی / فشار خون بالا و عوامل خطر آنها با توجه به پیش بینی‌های انجام شده و تهیه داروهای ضد فشار خون بالا و ارائه منابع لازم در تمامی سطوح به خصوص در پایین‌ترین سطح (PHC)</p> <p>- ادغام خدمات مشاوره برای جلوگیری از حمله قلبی و سکته مغزی در سطح اول PHC</p> <p>- اطمینان از وجود مشاوران (روانشناسان، متخصص تغذیه) در پایین‌ترین سطح PHC</p> <p>- استفاده از رسانه‌های جمعی برای آموزش عمومی</p> <p>- همکاری و شرکت در ظرفیت‌سازی و آموزش کارکنان و نیروی‌های انسانی از طریق نیازسنجی</p> <p>- هماهنگی درون‌بخشی و حمایت از قوانین مربوط به کاهش عوامل خطر</p>	<p>اجرای گایدلاین‌های ملی</p>	<p>در گرسدن بخش خصوصی</p> <p>مراقبت بهداشتی</p>
تا پایان سال ۲۰۲۰		<p>- تعداد موارد مشارکت بخش خصوصی (با درصد)</p>	<p>- کاهش بار هزینه‌های بهداشت در بیماری‌های قلبی، عروقی</p>	<p>- انجمن قلب ایران</p> <p>- انجمن آترواسکلروز</p>	<p>- تقویت هماهنگی درون‌بخشی همراه با توسعه</p>	<p>در گرسدن بخش خصوصی</p>	<p>مراقبت بهداشتی</p>

تا پایان سال ۲۰۲۰		<p>- درصد افراد بر اساس میزان خطر ($> ۱۰٪$، $۱۰٪ - ۲۰٪$، $\leq ۲۰٪$) - درصد افراد واجد شرایط دریافت کننده درمان بر اساس میزان خطر - درصد بروز حوادث بیماری‌های قلبی، عروقی (۸۱۱) سکته مغزی، مرگ) بیماران ذکر شده در بالا</p>	<p>- همکاری بین بخش خصوصی و سازمان‌های مردم‌نهاد و معاونت سلامت (مرکز مدیریت بیماری‌های غیرواگیر)</p>	<p>- معاونت سلامت (مرکز مدیریت بیماری‌های غیرواگیر) - سایر بیماری‌های قلبی، عروقی سازمان‌های مردم‌نهاد و موسسات عمومی</p>	<p>- معاونت سلامت وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی (مرکز مدیریت بیماری‌های غیرواگیر، مرکز توسعه شبکه بهداشت، مرکز سلامت جمعیت و خانواده) - معاونت اقدامات توانبخشی وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی</p>	<p>- شناسایی گروه‌های در معرض خطر ($۲۰٪$ و بیشتر) تا پایان سال ۲۰۲۰ - دریافت درمان بر اساس میزان خطر (مشاوره تیزبندی و استانتین) ($۵۰٪$ تا پایان سال ۲۰۲۰) - کاهش بروز حوادث قلبی، عروقی در گروه‌های هدف ($۵٪$ در هر سال) - کاهش عوامل خطر بیماری‌های قلبی، عروقی در گروه‌های هدف ($۵٪$ در هر سال)</p>	
			<p>- انجمن انورواسکولار - معاونت سلامت (مرکز مدیریت بیماری‌های غیرواگیر) - سایر بیماری‌های قلبی، عروقی سازمان‌های مردم‌نهاد و موسسات عمومی</p>	<p>- معاونت سلامت وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی (مرکز مدیریت بیماری‌های غیرواگیر، مرکز توسعه شبکه بهداشت، مرکز سلامت جمعیت و خانواده) - معاونت اقدامات توانبخشی وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی</p>	<p>برنامه همکاری درون‌بخشی ملی برای کنترل بیماری‌های قلبی، عروقی و (برای تصویب در شورای عالی سلامت) - جلب حمایت برای مشارکت و همکاری بخش‌های خصوصی - درگیر ساختن نمایندگان بخش خصوصی در کمیته‌های فرعی عوامل خطر بیماری‌های قلبی، عروقی - درگیر ساختن سازمان‌های مردم‌نهاد در برنامه‌ریزی‌ها (برای تصویب حدود و ظانف و تعهدات و برای مشارکت در اجرای برنامه) - ایجاد هماهنگی و حمایت با در نظر گرفتن سند سلامت مربوط به برنامه‌ریزی توسعه‌های همکاری درون‌بخشی با سازمان‌های غیر دولتی در خصوص ساخت/ ایجاد محیط زیست سالم (فضای سبز و زمین در اماکن کار در ادارات و کارخانه‌ها، مدارس، دانشگاه‌ها، مراکز درمانی و...) - تهیه و چاپ مطالب آموزشی</p>	<p>میزان خطر بیماری‌های قلبی، عروقی</p>	

<p>تا پایان سال ۲۰۲۵</p>		<p>- درصد بروز عوارض بیماری‌های قلبی، عروقی - میزان مرگ‌ومیر ناشی از بیماری‌های قلبی، عروقی در بیماران مبتلا - کیفیت زندگی</p>	<p>- کاهش عوارض بیماری‌های قلبی، عروقی (۵٪) کاهش عوارض بیماری‌های قلبی، عروقی در هر سال، - کاهش مرگ‌ومیر ناشی از بیماری‌های قلبی، عروقی (۲۵٪) - کاهش مرگ‌ومیر ناشی از بیماری‌های قلبی، عروقی تا سال ۲۰۲۵ - افزایش کیفیت زندگی در هنگام بروز بیماری‌های قلبی، عروقی</p>	<p>- سازمان بیمه - معاونت سلامت وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی (مرکز مدیریت بیماری‌های غیرواگیر، مرکز توسعه شبکه بهداشت، مرکز سلامت جمعیت و خانواده) - اقدامات معاونت توانبخشی وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی - سازمان بیمه</p>	<p>- بهبود مراقبت بهداشتی ارائه شده در سطوح دوم و سوم توسط حمایت و تقویت نظام ارجاع بیمار یابی در خانه‌های بهداشت، مراکز درمانی و بهداشتی و پایگاه‌های بهداشت با توجه به گروه‌های سنی ارجاع داده شده به خانه سلامت / مراکز - ارزیابی اولیه جمعیت تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی برای شناسایی عوامل خطر گروه‌های در معرض خطر - مدیریت منظم و مراقبت از بیماران شناسایی شده و ارجاع آنها به سطوح تخصصی در صورت لزوم - به‌روزرسانی و بومی سازی برنامه غربالگری، شناسایی بیماران، درمان و پیشگیری از بیماری‌های قلبی، عروقی و دستورالعمل‌ها و پروتکل‌های عوامل خطر - ایجاد رکورد و سیستم اطلاعات الکترونیکی برای مراقبت بهداشتی جهت ارائه خدمات پیشگیری و درمان بیماری‌های قلبی، عروقی - طراحی و اجرای برنامه‌ها جهت افزایش دسترسی به خدمات مشوره مورد نیاز (وب سایت، مشاوره تلفنی و...) - طراحی فنی و نظارت و ارزیابی مدیریتی از بالا به پایین و سیستم ارزیابی در سطوح مختلف نظام سلامت برای ارتقاء کیفیت برنامه پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر - طراحی و اجرای سیستم‌های ممیزی برای پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر - نظارت و ارزیابی روند بروز عوارض و مرگ‌ومیر ناشی از بیماری‌های قلبی، عروقی</p>	<p>بهبود کیفیت مراقبت‌های بهداشتی (خصوصی / عمومی، سرپایی / بستری)</p>
--------------------------	--	--	--	---	---	---

تا پایان سال ۲۰۲۰		<p>- درصد افرادی که دستگاه فشار خون دارند (ترجیحاً دستگاه‌های خودکار)</p> <p>- درصد مبتلایان به فشار خون بالا</p> <p>که از طریق مراقبت خانگی تشخیص داده شده‌اند.</p> <p>- درصد افرادی که دستگاه خودکار قند خون دارند</p> <p>- درصد مبتلایان به دیابت که از طریق مراقبت خانگی تشخیص داده شده‌اند</p> <p>- درصد افرادی که دستگاه چربی خون خودکار دارند</p> <p>- درصد مبتلایان به چربی خون بالا</p> <p>که از طریق مراقبت خانگی تشخیص داده شده‌اند</p> <p>- درصد افرادی که دستگاه کنترل وزن دارند</p> <p>- درصد کنترل بیماری فشار خون، گلوکز و چربی، وزن)</p>	<p>- استفاده از دستگاه‌های فشار خون (ترجیحاً دستگاه‌های اومتریک) در خانه (۵٪ افزایش در هر سال)</p> <p>- تشخیص زود هنگام فشار خون بالا (۵٪) از بیماران با فشار خون بالا از طریق مراقبت خانگی هر ساله مشخص شود)</p> <p>- استفاده از دستگاه‌های قند خون خودکار در خانه (۱٪ افزایش در هر سال)</p> <p>- تشخیص زود هنگام قند خون بالا (۵٪) از بیماران با فشار خون بالا از طریق مراقبت خانگی هر ساله مشخص شود)</p> <p>- استفاده از دستگاه‌های چربی خون خودکار در خانه (۱٪ افزایش در هر سال)</p> <p>- تشخیص زود هنگام از چربی خون بالا (۵٪) از بیماران به مراقبت خانگی هر سال مشخص شود)</p> <p>- استفاده از دستگاه‌های وزن در خانه (۱٪ افزایش در هر سال)</p> <p>- کنترل بیماری افزایش یافته (۵٪) در هر سال)</p>	<p>- معاونت سلامت وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی (مرکز مدیریت بیماری‌های غیرواگیر، مرکز توسعه شبکه بهداشت، مرکز سلامت جمعیت و خانواده)</p> <p>- رسانه‌های جمعی</p>	<p>- تهیه راهنمای مراقبت خانگی برای بیماری‌های قلبی، عروقی و عوامل خطر آن</p> <p>- غربالگری روئین و شناسایی موارد فشار خون، قند خون و چربی خون بالا از طریق مراقبت خانگی و مراقبت از خود با توجه به دستورالعمل</p> <p>- غربالگری روئین و موارد یافت شده چربی خون بالا را از طریق مراقبت خانگی و مراقبت از خود با توجه به دستورالعمل</p> <p>- کنترل فشارخون مطلوب‌خون قندخون چربی خون توسط بیماران با توجه به دستورالعمل</p>	مراقبت خانگی	
تا پایان سال ۲۰۲۰		<p>- درصد بروز بیماری‌های (بیماری‌های قلبی، عروقی، فشار خون بالا، چاقی...)</p> <p>- درصد بروز عوارض ناشی از بیماری‌های قلبی، عروقی</p> <p>- درصد عدم فعالیت</p> <p>- درصد مصرف سیگار</p> <p>- درصد ترک سیگار</p> <p>- درصد تغذیه سالم</p>	<p>- کاهش بروز بیماری‌های (بیماری‌های قلبی، عروقی، فشار خون بالا، چاقی... (۵٪) در هر سال)</p> <p>- کاهش عوارض ناشی از بیماری‌های قلبی، عروقی... (۱٪) در هر سال)</p> <p>- افزایش فعالیت بدنی... (۵٪) در هر سال)</p> <p>- کاهش مصرف سیگار... (۲٪) در هر سال)</p>	<p>- معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (مرکز مدیریت بیماری‌های غیرواگیر، مرکز توسعه شبکه بهداشت، مرکز سلامت جمعیت و خانواده)</p> <p>- رسانه‌های جمعی</p>	<p>- ارتقاء فرهنگ و سواد سلامت عمومی و بهداشتی در زمینه رفتارهای سالم و مراقبت از خود و اجتناب از قرارگرفتن در معرض عوامل خطر</p> <p>- توسعه و انشاع فرهنگ مراقبت از خود در تمام مراکز و واحدهای فعال در نظام سلامت</p> <p>- طراحی و اجرای برنامه مراقبت از خود در سطوح مختلف شبکه مراقبت بهداشتی و در سازمان‌های مختلف</p>	مراقبت از خود	

		<p>- افزایش ترک سیگار (۲۱٪) در هر سال - بهبود تغذیه سالم (۵۰٪) در هر سال</p>	<p>- افزایش ترک سیگار (۲۱٪) در هر سال - بهبود تغذیه سالم (۵۰٪) در هر سال</p>	<p>- افزایش ترک سیگار (۲۱٪) در هر سال - بهبود تغذیه سالم (۵۰٪) در هر سال</p>	<p>تقویت سیستم جمع آوری داده‌ها - تقویت سیستم گزارش دهی و مکاتبه کردن آن در سطح مختلف - تقویت کیفیت تحقیقات کاربردی بر روی بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر مربوطه - اجرای بررسی‌های ملی مربوط به بیماری‌های قلبی، عروقی و کیفیت مراقبت‌های بهداشتی برای عوامل خطر در دوره‌های زمانی مناسب - ترویج استفاده از داده‌ها و اطلاعات - طراحی و اجرای بررسی محلی با توجه به نتایج حاصل از تجربه و تحلیل داده‌های قلبی و با همکاری و مشارکت همه سازمان‌ها و گروه‌های ذینفع در جوامع داخلی - اولویت دادن به برنامه‌های مربوط به تحقیق درباره بیماری‌های غیرواگیر در دانشگاه‌ها و مراکز تحقیقاتی و با اختصاص بخشی از بودجه پژوهشی مراکز تحقیقاتی و دانشگاه‌ها برای تحقیق در مورد طرح‌های مربوط به بیماری‌های غیرواگیر</p>	
<p>تا پایان سال ۲۰۲۰</p>	<p>کیفیت مراقبت‌های بهداشتی</p>	<p>- بررسی‌های انجام شده (H.O.S) (۲۰۱۷) - بهبود کیفیت مراقبت‌های بهداشتی</p>	<p>معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (مرکز مدیریت بیماری‌های غیرواگیر، مرکز توسعه شبکه بهداشت، مرکز سلامت جمعیت و خانواده) - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی معاونت اقدامات درمانی (دفتر SDH)</p>	<p>تقویت سیستم جمع آوری داده‌ها - تقویت سیستم گزارش دهی و مکاتبه کردن آن در سطح مختلف - تقویت کیفیت تحقیقات کاربردی بر روی بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر مربوطه - اجرای بررسی‌های ملی مربوط به بیماری‌های قلبی، عروقی و کیفیت مراقبت‌های بهداشتی برای عوامل خطر در دوره‌های زمانی مناسب - ترویج استفاده از داده‌ها و اطلاعات - طراحی و اجرای بررسی محلی با توجه به نتایج حاصل از تجربه و تحلیل داده‌های قلبی و با همکاری و مشارکت همه سازمان‌ها و گروه‌های ذینفع در جوامع داخلی - اولویت دادن به برنامه‌های مربوط به تحقیق درباره بیماری‌های غیرواگیر در دانشگاه‌ها و مراکز تحقیقاتی و با اختصاص بخشی از بودجه پژوهشی مراکز تحقیقاتی و دانشگاه‌ها برای تحقیق در مورد طرح‌های مربوط به بیماری‌های غیرواگیر</p>	<p>کیفیت بررسی مراقبت‌های بهداشتی</p>	<p>نظارت</p>

		درصد TFA و SFA در روغن خوراکی و مواد غذایی	اسید چرب صفر در روغن خوراکی و مواد غذایی	هدفمند کردن پارانه‌ها	دپارتمان تغذیه، موسسه ملی تغذیه، وزارت صنعت، معدن و تجارت، وزارت نفت	FDA	دپارتمان تغذیه، ISIRI وزارت صنعت، معدن، و تجارت، صنعت نفت	راه‌اندازی کمیته‌های فنی	تشکیل یک گروه کاری - برای تعیین گروه‌های آسیب پذیر برای دریافت پارانه	دپارتمان تغذیه، وزارت آموزش و پرورش، اصلاحی ایران، وزارت فرهنگ، شهرداری‌ها	وزارت آموزش و پرورش، دپارتمان تغذیه، کمیته بیماری‌های غیرواگیر، دپارتمان آموزش بهداشت	دپارتمان تغذیه، موسسه ملی تغذیه، کمیته بیماری‌های غیرواگیر	دپارتمان تغذیه، موسسه ملی تغذیه	ملی و استانی	۲۰۱۸ سال	چرب بدون ترانس در روغن‌های خوراکی و مواد غذایی در حد صفر
		درصد آکاهی	بهبود دانش تغذیه‌ای در خصوص کاهش مصرف روغن	دپارتمان تغذیه، وزارت آموزش و پرورش، صلواتسپه‌ای جمهوری اسلامی ایران، وزارت فرهنگ، شهرداری‌ها	وزارت آموزش و پرورش، دپارتمان تغذیه، کمیته بیماری‌های غیرواگیر، دپارتمان آموزش بهداشت	کمیته‌های آموزشی - غذاهای مدرسه سالم	کمیته‌های آموزشی	رویکرد جامعه محور	کاهش آسیب							
		درصد آکاهی (KAP) در الگوی مصرف روغن و اثرات بهداشتی آن)	بهبود دانش تغذیه‌ای مصلحان و دانش آموزان	وزارت آموزش و پرورش، اصلاحی ایران، وزارت فرهنگ، شهرداری‌ها	وزارت آموزش و پرورش، دپارتمان تغذیه، کمیته بیماری‌های غیرواگیر، دپارتمان آموزش بهداشت	کمیته‌های آموزشی - غذاهای مدرسه سالم	کمیته‌های آموزشی	رویکرد مدرسه محور	کاهش آسیب							
		درصد پیاده‌سازی دستورالعمل‌ها در محل کار	قانون‌گذاری در خصوص موهالی غذایی سالم در محل کار	قانون‌گذاری در خصوص موهالی غذایی سالم در محل کار	قانون‌گذاری در خصوص موهالی غذایی سالم در محل کار	طراحی دستورالعمل رژیم غذایی سالم در خصوص روغن خوراکی	طراحی دستورالعمل رژیم غذایی سالم در خصوص روغن خوراکی	رویکرد مبتنی بر محل کار	نظارت							

دوره زمانی	منابع	شاخص‌های ارزیابی	نتیجه مطلوب	گروه‌های ذینفع	فعالیت‌ها	استراتژی‌ها	حیطه	اهداف
سالانه (ثقوبم هجری شمسی)		نرخ مرگ‌ومیر ناشی از تصادفات جاده‌ای	کاهش نرخ مرگ‌ومیر ناشی از تصادفات جاده‌ای	سازمان نگهداری جاده‌ها و سیستم حمل‌ونقل - سازمان تامین اجتماعی - وزارت کشور - نیروی انتظامی - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - همه مقامات مسئول در زمینهای ایمنی جاده:	- تهیه «بسته سلامت عمومی رانندگان حرفه‌ای» - جلسات برای ترویج ارتباط در بین سازمان‌های دولتی - بیمه رانندگان حرفه‌ای - تخصصی بودجه - تالیس یک مرکز رهبری برای هدایت فعالیت‌های ملی مربوط به ایمنی جاده	تخصیص بودجه مناسب اصلاح قوانین پیشگیرانه توجه ویژه به استاندارد در صنعت ترویج همکاری دو جانبه مدیریت یک‌پارچه ایمنی جاده	حاکمیت	%۲۰ کاهش نسبی در نرخ مرگ‌ومیر ناشی از تصادفات جاده‌ای
سالانه در طی دهه اقدام برای ایمنی جاده‌ها ۲۰۲۰-۲۰۱۱		تعداد مرگ تصادفات جاده‌ای	کاهش نرخ ترافیک جاده‌ای، کاهش نرخ مرگ‌ومیر جاده‌ای ترویج برنامه کاربران جاده امن از جمله: آموزش اولیه برای رانندگان ترویج و ارتقای ظرفیت					
		تعداد کمترین‌ها/ رویدادهای ملی و بین المللی						

سالانه	کاهش نرخ مرگومیر در جاده	کاهش ترافیک جاده‌ای	کاهش نرخ مرگومیر در جاده	سازمان نگهداری جاده‌ها و حمل‌ونقل	آزمایش سلامت راننده با استفاده از دستورالعمل‌های وزارت بهداشت	گسترش زیرساخت EMS	ارمیهات سلامت	بهبود مراقبت‌های بعد از تصادف	بهبود مراقبت بهداشتی
<p>در طی دهه اقدام برای ایمنی جاده‌ها ۲۰۱۱-۲۰۲۰</p>	<p>تعداد ایستگاه‌های EMS (زمینی، هوایی) تعداد ایستگاه‌های زمینی EMS در هر ۱۰۰ کیلومتر تعداد آمبولانس زمان پاسخ EMS پوشش EMS برای خدمات ترافیک جاده‌ای</p>	<p>بهبود کیفیت مراقبت پیش از بیمارستان بهبود عملکرد زمانی برای سیستم EMS پوشش قابل قبول برای جاده‌های روستایی</p>	<p>مراکز درمانی شفقی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تعمای اعضای جامعه</p>	<p>گسترش برنامه آمبولانس هوایی (طرح بهبود بهداشت و درمان) توسعه برنامه آمبولانس موتوری (طرح بهبود بهداشت و درمان)</p>	<p>بهبود مراقبت‌های بعد از تصادف</p>				

<p>تعداد دوره‌های آموزشی تعداد تکمیل‌های آموزش دیدیه</p>	<p>تعداد دوره کارشناسی دانشگاه‌های علوم پزشکی ارائه</p>	<p>تعداد پذیرفته و کارشناسی فارغ‌التحصیل تکمیل</p>	<p>تعداد ایستگاه‌های امداد و نجات تعداد ایستگاه‌های امداد و نجات در هر ۱۰۰ کیلومتر</p>	<p>تعداد وسایل تقلیه امداد و نجات</p>	<p>تعداد دوره‌های تخصصی طب اورژانس در دانشگاه‌های علوم پزشکی</p>	<p>تعداد بیمارستان‌های شرکت‌کننده در طرح تخصصی پزشکان متوسط تعداد پزشک معالج در هر شیفت شب</p>	<p>بهبود کیفیت مراقبت پیش از بیمارستان</p>	<p>ارائه دوره آموزش پزشکی چین خدمت برای تکمیل EMS</p>	<p>ارائه مراقبت‌های اورژانس به عنوان یک دوره کارشناسی</p>	<p>گسترش زیرساخت امداد و نجات (آتش نشانی)</p>	<p>گسترش رشته طب اورژانس</p>	<p>شرکت در طرح تخصصی پزشکان (طرح بهبود بهداشت و درمان)</p>	<p>بهبود کیفیت مراقبت پیش از بیمارستان</p>
--	---	--	--	---	--	--	--	---	---	---	------------------------------	--	--

		تعداد دوره‌های آموزشی			ارائه دوره آموزش پزشکی حین خدمت برای پزشکان عمومی و متخصصان			
		تعداد پزشکان آموزش دیده			پیاپی‌سازی رویکرد سیستم تروما			
		تعداد مراکز تروما			مراقبت رایگان از همه قربانین جاده‌ای مجروح بر اساس دستور کار رشد اجتماعی فرهنگی اقتصادی ۴ و ۵			
آغاز در سال ۲۰۰۷ و ادامه آن به شکل سالانه در طی دهه اقدام برای ایمنی جاده‌ها ۲۰۱۱- ۲۰۲۰		تعداد پذیرش رایگان برای قربانین جاده‌ای مجروح پرداخت از جیب برای خدمات ترافیک جاده‌ای	مراقبت رایگان	همه اعضای جامعه با تمرکز خاص بر کاربران جاده محروم که نمی‌توانند هزینه‌های مراقبت‌های پزشکی را تقبل نمایند	مراقبت رایگان از همه قربانین جاده‌ای مجروح بر اساس دستور کار رشد اجتماعی فرهنگی اقتصادی ۴ و ۵	ثبت مرگ‌ومیر آزمایشات رانندگی مواد مخدر تأمین و پشتیبانی سیستم‌های اطلاعاتی برای نظارت و ارزیابی	نظارت	
۲۰۱۶-۲۰۲۰		میزان مرگ‌ومیر جاده‌ای تعداد موارد گزارشات منتشر شده	کاهش نرخ مرگ‌ومیر جاده‌ای	وزارت بهداشت پلیس کمیسیون ایمنی جاده مرکز مدیریت اضطراری (وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی)	آزمایشات رانندگی مواد مخدر بانک اطلاعاتی جرمه‌های ترافیک، بر اساس ICD10			
					سیستم‌های دوربین مدار بسته سرعت سنج			
					پلیس راهنمایی و رانندگی، بانک اطلاعات پلیس			

۷، ۳. مداخلات بین‌بخشی کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر

دوره زمانی	منابع	شاخص‌های ارزشیابی	نتیجه مطلوب	گروه‌های ذینفع	فالیته‌ها	استراتژی‌ها	حیطه	اهداف
			این بخش پس از برنامه‌ریزی دقیق توسط تیم فنی مشترک تکمیل خواهد شد					
			تمامی بخش‌های درگیر در این سند	<ul style="list-style-type: none"> - اعضای هر یک از تفاهنامه‌های بین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و گروه‌های ذینفع مرتبط - برگزاری منظم، نشست‌های فنی برنامه‌ریزی شده - گزارش مداوم به مقامات تصمیم‌گیرنده - اجرای مطالعات ارزیابی داخلی و خارجی برنامه‌ریزی شده 	<ul style="list-style-type: none"> - گنجاندن اولویت‌های بیماری‌های غیرواگیر در دستور کار شورای عالی بهداشت - ایجاد کمیته ملی بیماری‌های غیرواگیر - ایجاد تیم‌های فنی مشترک بین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دیگر سازمان‌های درگیر - برنامه‌ریزی اقدام مشترک 	<ul style="list-style-type: none"> - کاهش نسبی ۵۰ درصدی خطر مرگ‌ومیر زودرس ناشی از بیماری‌های قلبی، عروقی، سرطان، دیابت، یا بیماری‌های مزمن تنفسی 		
			تمامی بخش‌های درگیر در این سند	<ul style="list-style-type: none"> ۱. وزارت آموزش و پرورش ۲. وزارت علوم و فناوری ۳. سازمان ملی صداوسیما ۴. وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی ۵. شورای سیاست‌گذاری انجمن جامعه مع وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی 	<ul style="list-style-type: none"> - اختصاص بودجه لازم برای اقدامات مربوطه در بودجه سالانه سازمان‌های درگیر - افزایش KASP عمومی در مورد عوامل خطر عمده بیماری‌های غیرواگیر از طریق: <ul style="list-style-type: none"> - کمپین‌های رسانای برنامه‌های معمول - برنامه‌های درسی - فعالیت‌های فوق برنامه 	<ul style="list-style-type: none"> - آموزش و ترویج بهداشت - تامین مالی پایدار طرح‌ها 	<ul style="list-style-type: none"> - کاهش آسیب 	
			وزارت کشاورزی	<ul style="list-style-type: none"> ۱- وزارت کشاورزی ۲- وزارت صنعت، معدن و تجارت ۳- وزارت دادگستری - سازمان تعزیرات ۴- شهرداری‌ها ۵- اصناف 	<ul style="list-style-type: none"> - کاهش قیمت میوه‌ها و سبزیجات از طریق: <ul style="list-style-type: none"> - ارائه مشوق‌های تولید - تسهیل دسترسی کشاورز به بازار - برگزاری مداوم جلسات آموزشی برای کشاورزان 	<ul style="list-style-type: none"> - افزایش میزان دسترسی 		

<p>۱. وزارت کشور ۲. وزارت نفت ۳. وزارت صنعت، معدن، و تجارت ۴. سازمان حفاظت محیط زیست ۵. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ع- شهرداری‌ها</p>	<p>۱. سازمان ملی استاندارد ۲. وزارت کشاورزی ۳. وزارت صنعت، معدن، و تجارت ۴. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی</p>	<p>۱. سازمان ملی استاندارد ۲. وزارت کشاورزی ۳. وزارت صنعت، معدن، و تجارت ۴. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی</p>	<p>۱. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۲. سازمان بیمه سلامت ملی ۳. وزارت صنعت، معدن، و تجارت</p>	<p>۱. جمعیت هلال احمر ۲. سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران ۳. انجمن قلب ۴. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۵. سازمان ملی صداوسیما</p>
<p>اجرای قانون هوای پاک</p>	<p>کاهش استفاده از کودهای نا امن</p>	<p>کاهش استفاده از آفت‌کش‌های نا امن</p>	<p>کاهش آلاینده‌های خاک</p>	<p>کاهش آلاینده‌های هوا</p>
<p>توسعه و پیاده‌سازی برنامه غربال‌گری عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر (با استفاده از دستورالعمل‌های USPSTF)</p>	<p>غربال‌گری</p>	<p>توسعه و پیاده‌سازی برنامه غربال‌گری عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر (با استفاده از دستورالعمل‌های USPSTF)</p>	<p>غربال‌گری</p>	<p>مراقبت بهداشتی</p>
<p>ارائه تجهیزات مقرون به صرفه مراقبت از خود - برای مراقبت از بیماران مبتلا به بیماری‌های غیرواگیر (دستگاه فشارخون، آزمایش خون با خراش انگشت، و غیره)</p>	<p>مراقبت از خود</p>	<p>افزایش آگاهی و عملکرد مربوط به خدمات پایه پشتیبانی از زندگی (BLS) به شکل عمومی و حرفه‌ای</p>	<p>بهبود مراقبت اورژانس پیش از بیمارستان</p>	<p>مراقبت از خود</p>

دوره زمانی	منابع	شاخص‌های ارزشیابی	نتیجه مطلوب
		<p>۱. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی</p> <p>۲. وزارت علوم، تحقیقات، و فناوری</p> <p>۳. وزارت آموزش و پرورش</p> <p>۴. سازمان آموزش فنی و حرفه‌ای</p>	<p>۱. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی</p> <p>۲. سازمان پزشکی قانونی</p> <p>۳. سازمان ثبت احوال کشور</p>
		<p>۱. اعضای هر یک از تفاهم‌نامه‌های بین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و گروه‌های ذینفع مرتبط</p> <p>۲. برگزاری منظم، نشست‌های فنی برنامه‌ریزی شده</p> <p>۳. گزارش مداوم به مقامات تصمیم‌گیرنده</p> <p>۴. انجام مطالعات برنامه‌ریزی شده برای ارزیابی داخلی و خارجی</p>	<p>تیمای بخش‌های درگیر در این سند</p>
		<p>۱. سیستم قضایی</p> <p>۲. نیروهای امنیتی</p> <p>۳. نیروهای بسیج</p> <p>۴. اداره مبارزه با قاچاق کالا و مواد مخدر</p>	<p>تمامی بخش‌های درگیر در این سند</p>
		<p>۱. تخصیص بودجه لازم برای اقدامات مربوطه در بودجه سالانه سازمان‌های درگیر</p> <p>۲. کاهش دسترسی به مشروبات الکلی از طریق اجرای قانون</p>	<p>۱. اعضای هر یک از تفاهم‌نامه‌های بین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و گروه‌های ذینفع مرتبط</p> <p>۲. برگزاری منظم، نشست‌های فنی برنامه‌ریزی شده</p> <p>۳. گزارش مداوم به مقامات تصمیم‌گیرنده</p> <p>۴. انجام مطالعات برنامه‌ریزی شده برای ارزیابی داخلی و خارجی</p>
		<p>۱. سیستم ثبت بیماران بستری / سرپایی</p> <p>۲. ثبت مرگ‌ومیر</p> <p>۳. ثبت سرطان</p>	<p>تیمای بخش‌های درگیر در این سند</p>
		<p>۱. قرار دادن موضوعات اولویت دار در دستور کار شورای عالی بهداشت</p> <p>۲. ایجاد کمیته ملی بیماری‌های غیرواگیر</p> <p>۳. ایجاد تیم‌های فنی مشترک بین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دیگر سازمان‌های درگیر</p> <p>۴. برنامه‌ریزی اقدام مشترک</p>	<p>تیمای بخش‌های درگیر در این سند</p>
		<p>۱. کاهش دسترسی</p> <p>۲. کاهش آسیب</p>	<p>تیمای بخش‌های درگیر در این سند</p>
		<p>۱. حاکمیت</p> <p>۲. حیطه</p>	<p>تیمای بخش‌های درگیر در این سند</p>
		<p>۱. حداقل</p> <p>۲. درصد کاهش مضرات استفاده از الکل</p>	<p>تیمای بخش‌های درگیر در این سند</p>

دوره زمانی	منابع	شاخص‌های ارزشیابی	نتیجه مطالب	گروه‌های ذینفع	فعالیت‌ها	استراتژی‌ها	حاکمیت	اهداف
			<p>۱. وزارت آموزش و پرورش</p> <p>۲. وزارت علوم و فناوری</p> <p>۳. سازمان ملی صداوسیما</p> <p>۴. وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی</p> <p>۵. شورای سیاست‌گذاری انجمن جامعه</p> <p>۶. وزارت ورزش و جوانان</p> <p>۷. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی</p>	<p>گروه‌های ذینفع</p> <p>تمامی بخش‌های درگیر در این سند</p>	<p>بهبود KASP عمومی در مورد سوء مصرف الکل</p> <p>افزایش دسترسی به خدمات مشاوره الکل</p> <p>اجرای نظرسنجی GSHA STEPS، KASP</p> <p>اجرای نظرسنجی ملی رفتارهای پر خطر جوانان</p> <p>تهیه گزارش سالانه از محصولات الکلی کشف و ضبط شده</p>	<p>ارائه خدمات بررسی / و آمار</p>	<p>مراقبت بهداشتی</p> <p>نظارت</p>	<p>۳ - ۴ درصد کاهش میزان شیوع فعالیت بدنی کم</p>
			<p>۱. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی</p> <p>۲. سازمان تامین اجتماعی ایران</p> <p>۳. وزارت ورزش و جوانان</p> <p>۲ - نیروهای امنیتی</p> <p>۱ - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی</p>	<p>فعالیت‌ها</p> <p>امضای هر یک از تفاهات‌نامه‌های بین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و گروه‌های ذینفع مرتبط</p> <p>برگزاری منظم، نشست‌های فنی برنامه‌ریزی شده</p> <p>گزارش مداوم به مقامات تصمیم‌گیرنده</p> <p>انجام مطالعات برنامه‌ریزی شده برای</p>	<p>استراتژی‌ها</p> <p>کنجاندن اولویت‌های مربوطه در دستور کار شورای عالی بهداشت</p> <p>ایجاد کمیته ملی بیماری‌های غیرواگیر</p> <p>ایجاد تیم‌های فنی مشترک بین وزارت بهداشت، درمان و</p>	<p>حاکمیت</p>		

دوره زمانی	منابع	شاخص‌های ارزشیابی	نتیجه مطلوب	گروه‌های ذینفع	ارزایی داخلی و خارجی	آموزش پزشکی و دیگر سازمان‌های درگیر	کاهش آسیب	اهداف	
				تمامی بخش‌های درگیر در این سند	<ul style="list-style-type: none"> - تخصیص بودجه لازم برای اقدامات مربوطه در بودجه سالانه سازمان‌های درگیر افزایش سرانه فضای باز عمومی در هر منطقه، از جمله مراکز ورزشی، پارک‌ها، و غیره افزایش خطوط دوچرخه سواری اختصاصی افزایش پیاده رو استاندارد 	<ul style="list-style-type: none"> - آموزش پزشکی و دیگر سازمان‌های درگیر - برنامه‌ریزی اقدام مشترک تامین مالی طرح‌ها به شکل پایدار اصلاح محیط زیست 	<ul style="list-style-type: none"> - گنجاندن اولویت‌های مربوطه در دستور کار شورای عالی بهداشت - ایجاد کمیته ملی بیماری‌های غیرواگیر 	حاکمیت	۴ - ۳۰ درصد کاهش متوسط مصرف نمک / سدیم توسط
				تمامی بخش‌های درگیر در این سند	<ul style="list-style-type: none"> - ارائه مشاوره در مورد فعالیت بدنی از طریق برنامه پزشک خانواده اجرای نظرسنجی STEPS GSHA، KASP - آمار ساخت و ساز - گزارش به موقع و انتشار اطلاعات 	<ul style="list-style-type: none"> ارائه خدمات بررسی، آمار 	<ul style="list-style-type: none"> مراقبت بهداشتی نظارت 		
				<ul style="list-style-type: none"> ۱- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۲- شهرداری‌ها ۳- وزارت ورزش و جوانان 	<ul style="list-style-type: none"> ۱- وزارت آموزش و پرورش ۲- وزارت علوم و فناوری ۳- سازمان ملی صداوسیما ۴- وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی ۵- شورای سیاست‌گذاری انجمن جامعه ۶- وزارت ورزش و جوانان ۷- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی 	<ul style="list-style-type: none"> شهرداری‌ها شهرداری‌ها شهرداری‌ها 	<ul style="list-style-type: none"> آموزش و ترویج بهداشت 		

این بخش پس از برنامه‌ریزی دقیق توسط تیم فنی مشترک تکمیل خواهد شد

این بخش پس از برنامه‌ریزی دقیق توسط تیم فنی مشتری تکمیل خواهد شد

دوره زمانی	منابع	شاخص‌های ارزشیابی	نتیجه مطلوب
			تمامی بخش‌های درگیر در این سند
		۱. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۲. سازمان ملی استاندارد ۳. وزارت صنعت، معدن، و تجارت	۱. گزارش مداوم به مقامات تصمیم‌گیرنده - انجام مطالعات برنامه‌ریزی شده برای ارزیابی داخلی و خارجی
		۱. وزارت آموزش و پرورش ۲. وزارت علوم و فناوری ۳. سازمان ملی صداوسیما ۴. وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی ۵. شورای سیاست‌گذاری انجمن جامعه مع وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	- تخصص بودجه لازم برای اقدامات مربوطه در بودجه سالانه سازمان‌های درگیر توسعه استانداردهای ملی برای میزان نمک / سدیم در محصولات غذایی صنعتی، و اجرای آنها
		NA	بهدود KASAP عمومی در مورد محدودیت‌های سلامت مربوط به مصرف نمک
		NA	NA
		۱. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۲. وزارت صنعت، معدن، و تجارت	NA
		گروه‌های ذینفع	فصلیت‌ها
		تمامی بخش‌های درگیر در این سند	<ul style="list-style-type: none"> - اعضای هر یک از تفاهم‌نامه‌های بین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و گروه‌های ذینفع مرتبط - برگزاری مضمّن، نشست‌های فنی برنامه‌ریزی شده - گزارش مداوم به مقامات تصمیم‌گیرنده - انجام مطالعات برنامه‌ریزی شده برای ارزیابی داخلی و خارجی
			استراتژی‌ها
		بررسی آمار محصولات	<ul style="list-style-type: none"> - گنجاندن اولویت‌های مربوطه در دستور کار شورای عالی بهداشت - ایجاد کمیته ملی بیماری‌های غیرواگیر - ایجاد تیم‌های فنی مشترک بین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دیگر سازمان‌های درگیر
		مراقبت بهداشتی نظارت	آموزش و ترویج بهداشت
		کاهش آسیب	کنترل بازار
		جمعیت	کاهش آسیب
		اهداف	<p>۵ - ۳۰ درصد کاهش شیوع استعمال دخانیات در حال حاضر در سنین ۱۵ سال به بالا</p>

		- برنامه‌ریزی اقدام مشترک	
تمامی بخش‌های درگیر در این سند	- تخصیص بودجه لازم برای اقدامات مربوطه در بودجه سالانه سازمان‌های درگیر	تامین مالی طرح‌ها به شکل پایدار	
۱. وزارت امور اقتصاد و دارایی ۲. وزارت صنعت، معدن، و تجارت	افزایش مالیات برای محصولات دخانی داخلی و وارداتی	وضع مالیات	کاهش آسیب
۱. نیروهای امنیتی ۲. شهرداری‌ها	اجرای ممنوعیت مصرف دخانیات در اماکن عمومی	اجرای قانون	
۱. نیروهای امنیتی ۲. شهرداری‌ها ۳. اصناف	اجرای محدودیت فروش	اجرای قانون	
۱. نیروهای امنیتی ۲. شهرداری‌ها ۳. اصناف	افزایش کثف و ضبط محصولات دخانی قاچاق	اجرای قانون	
وزارت کشاورزی	محدودیت در کشت توتون	کاهش دسترسی	
۱. وزارت آموزش و پرورش ۲. وزارت علوم و فناوری ۳. سازمان ملی صداوسیما ۴. وزارت دفاع ۵. وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی ۶. شورای سیاست‌گذاری انجمن جامعه ۷. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	بهبود KASP عمومی در مورد سیگار کشیدن	آموزش و ترویج بهداشت	
۱. سازمان ملی استاندارد. ۲. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۳. وزارت صنعت، معدن، و تجارت ۴. شرکت دخانیات ایران	ایجاد / کنترل استانداردها برای محصولات دخانی داخلی و وارداتی	کیفیت	

این بخش پس از برنامه‌ریزی دقیق توسط تیم فنی مشترک تکمیل خواهد شد

دوره زمانی	منابع	شاخص‌های ارزشیابی	نتیجه مطلوب
			<p>۱. وزارت تعاون، کار، و رفاه اجتماعی - سازمان ملی بیمه سلامت</p> <p>۲. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی</p> <p>۳. شهرداری‌ها</p> <p>۱- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی</p> <p>۲- وزارت صنعت، معدن، و تجارت</p> <p>۳- نیروهای امنیتی</p>
			<p>گروه‌های ذینفع</p> <p>تمامی بخش‌های درگیر در این سند</p>
			<p>افزایش دسترسی به مراکز خدمات ترک دخانیات</p> <p>ارائه خدمات</p> <p>بررسی اطلاعات بازار</p> <p>نظارت</p> <p>حیطه</p> <p>اهداف</p>
			<p>۱- اجرای GSHS, GYTS, STEPS</p> <p>- آمار بازار</p> <p>- پیش بینی قاچاق</p> <p>فعالیت‌ها</p> <p>استراتژی‌ها</p> <p>حاکمیت</p> <p>۶- ۲۵ درصد کاهش شیوع فشار خون بالا</p>
			<p>- اعضای هر یک از نظام‌نامه‌های بین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و گروه‌های ذینفع مرتبط</p> <p>- برگزاری منظم نشست‌های فنی برنامه‌ریزی شده</p> <p>- گزارش مداوم به مقامات تصمیم‌گیرنده</p> <p>- انجام مطالعات برنامه‌ریزی شده برای ارزیابی داخلی و خارجی</p> <p>تخصص بوده لازم برای اقدامات مربوطه در بودجه سالانه سازمان‌های درگیر</p> <p>بهبود KASP عمومی در مورد فشار خون بالا</p> <p>گنجاندن اولویت‌های مربوطه در دستور کار شورای عالی بهداشت</p> <p>- ایجاد کمیته ملی بیماری‌های غیرواگیر</p> <p>- ایجاد تیم‌های فنی مشترک بین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دیگر سازمان‌های درگیر</p> <p>- برنامه‌ریزی اقدام مشترک</p> <p>تأمین مالی طرح‌ها به شکل پایدار</p> <p>آموزش و ترویج بهداشت</p> <p>کاهش آسیب</p> <p>مراقبت</p> <p>بهبود کیفیت خدمات</p> <p>مراقبت بهداشتی</p> <p>بهبود کیفیت مراقبت از بیماران مبتلا به فشار خون از طریق CME ها و</p>
			<p>تمامی بخش‌های درگیر در این سند</p> <p>۱- وزارت آموزش و پرورش</p> <p>۲- وزارت علوم و فناوری</p> <p>۳- سازمان ملی صداوسیما</p> <p>۴- وزارت دفاع</p> <p>۵- وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی</p> <p>۶- شورای سیاست‌گذاری ائمه جمعه</p> <p>۷- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی</p> <p>۱- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی</p> <p>۲- سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی</p>
			<p>این بخش پس از برنامه‌ریزی دقیق توسط تیم فنی مشتری تکمیل خواهد شد</p>

دوره زمانی	منابع	شاخص‌های ارزشیابی	نتیجه مطلوب	گروه‌های ذینفع	فعالیت‌ها	استراتژی‌ها	حیطه	اهداف
دوره زمانی	منابع	شاخص‌های ارزشیابی	نتیجه مطلوب	ایران ۳- انجمن قلب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	دستورالعمل‌های پزشکی، برنامه‌های درسی - برنامه‌های ملی دیابت و فشار خون بالا - STEPS	- سیستم ثبت بیماران بستری / سرپایی - بررسی‌ها	نظارت	افزایش دیابت و چاقی توقف
				گروه‌های ذینفع	فعالیت‌ها	استراتژی‌ها	حیطه	
				تمامی بخش‌های درگیر در این سند	- اعضای هر یک از تفاهم‌نامه‌های بین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و گروه‌های ذینفع مرتبط - برگزارای منظم، نشست‌های فنی برنامه‌ریزی شده - گزارش مداوم به مقامات تصمیم‌گیرنده - انجام مطالعات برنامه‌ریزی شده برای ارزیابی داخلی و خارجی	- گنجاندن اولویت‌های مربوطه در دستور کار شورای عالی بهداشت - ایجاد کمیته ملی بیماری‌های غیرواگیر - ایجاد تیم‌های فنی مشترک بین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دیگر سازمان‌های درگیر - برنامه‌ریزی اقام مشترک	حاکمیت	
				تمامی بخش‌های درگیر در این سند	اهداف ۱ و ۳	تامین مالی طرح‌ها به شکل پایدار	کاهش آسیب	
				اهداف ۱ و ۳	گسترش پوشش برنامه ملی دیابت به شهرستانها بزرگ	ارائه خدمات	مراقبت بهداشتی	
				۱- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۲- سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران ۳- انجمن دیابت	بهبود کیفیت مراقبت از بیماران دیابتی	کیفیت خدمات	نظارت	
				وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	فعالیت‌ها	نظارت بر عوامل خطر	حیطه	
				گروه‌های ذینفع	فعالیت‌ها	نظارت بر عوامل خطر	حیطه	
				گروه‌های ذینفع	فعالیت‌ها	نظارت بر عوامل خطر	حیطه	
				گروه‌های ذینفع	فعالیت‌ها	نظارت بر عوامل خطر	حیطه	

این بخش پس از برنامه‌ریزی دقیق توسط تیم فنی مشترک تکمیل خواهد شد

این بخش پس از برنامه‌ریزی دقیق توسط تیم فنی مشترک تکمیل خواهد شد	نمای بخش‌های درگیر در این سند	امضای هر یک از تفاهات‌نامه‌های بین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و گروه‌های ذینفع مرتبط - برگزاری منظم، نشست‌های فنی برنامه‌ریزی شده - گزارش مداوم به مقامات تصمیم‌گیرنده - انجام مطالعات برنامه‌ریزی شده برای ارزیابی داخلی و خارجی	گنجایش اولویت‌های مربوطه در دستور کار شورای عالی بهداشت - ایجاد کمیته ملی بیماری‌های غیرواگیر - ایجاد تیم‌های فنی مشترک بین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دیگر سازمان‌های درگیر - برنامه‌ریزی اقدام مشترک	حاکمیت	۸- حداقل ۷۰ درصد دریافت خدمات دارو درمانی و مشاوره برای جلوگیری از حمله قلبی و سکته مغزی
این بخش پس از برنامه‌ریزی دقیق توسط تیم فنی مشترک تکمیل خواهد شد	نمای بخش‌های درگیر در این سند	امضای هر یک از تفاهات‌نامه‌های بین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و گروه‌های ذینفع مرتبط - برگزاری منظم، نشست‌های فنی برنامه‌ریزی شده - گزارش مداوم به مقامات تصمیم‌گیرنده - انجام مطالعات برنامه‌ریزی شده برای ارزیابی داخلی و خارجی	گنجایش اولویت‌های مربوطه در دستور کار شورای عالی بهداشت - ایجاد کمیته ملی بیماری‌های غیرواگیر - ایجاد تیم‌های فنی مشترک بین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دیگر سازمان‌های درگیر - برنامه‌ریزی اقدام مشترک	حاکمیت	۹- دسترسی به ۱۰۰ درصدی به فناوری‌های پایه مقرون به صرفه و داروهای ضروری ملی، از جمله داروهای جنریک، مورد نیاز برای درمان
تیم‌های ذینفع	گروه‌های ذینفع	فعالیت‌ها	استراتژی‌ها	حیطه	اهداف
دوره زمانی	منابع	شاخص‌های ارزشیابی	تیم‌های ذینفع	تیم‌های ذینفع	تیم‌های ذینفع
۱- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	۱- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	۱- مطالعات مربوط به بهره‌برداری - بررسی رضایت بیمار - آمار شرکت‌های بیمه	۱- ارزیابی داخلی و خارجی	۱- ارزیابی داخلی و خارجی	۱- ارزیابی داخلی و خارجی
۲- وزارت علوم، تحقیقات و فناوری	۲- وزارت علوم، تحقیقات و فناوری	۲- بررسی رضایت بیمار	۲- ارزیابی داخلی و خارجی	۲- ارزیابی داخلی و خارجی	۲- ارزیابی داخلی و خارجی
۳- صندوق حمایت از پژوهش	۳- صندوق حمایت از پژوهش	۳- آمار شرکت‌های بیمه	۳- آمار شرکت‌های بیمه	۳- آمار شرکت‌های بیمه	۳- آمار شرکت‌های بیمه
۱- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	۱- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	۱- ارزیابی داخلی و خارجی	۱- ارزیابی داخلی و خارجی	۱- ارزیابی داخلی و خارجی	۱- ارزیابی داخلی و خارجی
۲- وزارت رفاه	۲- وزارت رفاه	۲- آمار شرکت‌های بیمه	۲- آمار شرکت‌های بیمه	۲- آمار شرکت‌های بیمه	۲- آمار شرکت‌های بیمه

۱- وزارت آموزش و پرورش ۲- وزارت علوم و فناوری ۳- سازمان ملی صداوسیما ۴- وزارت دفاع ۵- وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی ۶- شورای سیاست‌گذاری انجمن جامعه ۷- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	بهبود KASP عمومی در مورد روغن پخت‌وپز سالم	آموزش و ترویج بهداشت	مراقبت بهداشتی	نظارت
	گزارش سالانه آمار مربوط	آمار	مراقبت بهداشتی	
NA	NA	NA	مراقبت بهداشتی	
وزارت صنعت، معدن و تجارت				

۱. ۲.۵.۱ PM₁₀ و PM_{2.5} دو آلاینده هوا هستند که با CV، آسم، مرگ‌ومیر سرطان و عوارض آنها مرتبط می‌باشند.
 ۲. Benzene & Benzo a Pyrene دو آلاینده هوا هستند که عمدتاً ناشی از احتراق سوخت در گروه A مواد سرطان‌زا است (این موارد بر اساس مقیاس آلاینده‌های هوا WHO می‌باشند).







فصل هشتم

فرصت‌ها و
چالش‌های
جمهوری
اسلامی ایران
در پیشگیری و
کنترل بیماری‌های
غیرواگیر



۸,۱. مقدمه

این فصل از سند قصد دارد تا فاکتورهای موثر در پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر در کشور را مرور کرده، و نیز فرصت‌های موجود در کشور که می‌توانند به نوعی در رسیدن کمیته به اهداف خود در جهت پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر موثر واقع شوند را بررسی نماید. «پزشک خانواده» و «ادغام آموزش پزشکی با بخش بهداشت و درمان در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی» به عنوان فرصت‌هایی که می‌توانند کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر را در رسیدن به اهداف خود یاری کنند؛ به تفصیل در این فصل مورد بحث قرار گرفته‌اند.

۸,۲. عوامل موثر بر بیماری‌های غیرواگیر در جمهوری اسلامی ایران

دستیابی به بالاترین حد ممکن از سلامت، یک حق اساسی انسانی است که در اساسنامه سازمان جهانی بهداشت (WHO) مندرج است. سلامت برای آسایش شخص امری حیاتی است و منافع اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی زیادی را برای اشخاص، خانواده‌ها و کشورها به ارمغان می‌آورد، چرا که مردم از همه نظر بسیار پویاتر می‌شوند.

با توجه به آنچه گفته شد در نظر گرفتن نقش مردم به عنوان نقطه عطف اساسی برای اقدام به سیاست‌گذاری‌های موثر در کشور در زمینه کنترل و پیشگیری بیماری‌های غیرواگیر حائز اهمیت فراوان است. به منظور رسیدن به هدف مذکور لازم است عوامل موثر بر بیماری‌های غیرواگیر شناسایی شده و مورد بررسی قرار گیرند.

از این رو کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط، عوامل مداخله‌ای مورد نظر برای کنترل بیماری‌های غیرواگیر در جمهوری اسلامی ایران را در هفت مورد خلاصه می‌نماید: عوامل پس‌زمینه‌ای، عوامل زمینه‌ای، سبک زندگی، عوامل شغلی، سوانح و حوادث، عوامل فیزیولوژیک و عوامل پاتولوژیک.



علت انتخاب هفت عامل مذکور که در بالا به آنها اشاره شد، این است که این عوامل مولفه‌های عمده توسعه کشور محسوب شده و نیازمند برنامه‌ریزی‌های بلند مدت و یا کوتاه مدت هستند. گرچه تغییر عوامل زمینه‌ای و پس زمینه‌ای جز اهداف کلان توسعه کشور هستند اما نیاز به مداخلات پیچیده، برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری‌های هدفمند و طولانی مدتی دارند که در آینده قابل دستیابی هستند و در ادامه به طور مختصر به آنها پرداخته خواهد شد.

از طرف دیگر تغییر در سبک زندگی، عوامل شغلی و کاهش سوانح و حوادث از جمله مولفه‌هایی هستند که نیاز به تغییر در زیرساخت‌های فرهنگی و محیطی داشته و نیاز است تا در آینده‌ای نه چندان دور مطابق استانداردهای جهانی اصلاح شده و تغییر کنند. ولی تغییر در عوامل فیزیولوژیک و پاتولوژیک به اهداف کمیته در زمینه کنترل و پیشگیری بیماری‌های غیرواگیر نزدیک تر بوده و در کوتاه مدت قابل دستیابی است. فرهنگ سازی پیشگیری و کنترل افزایش فشار خون، قند خون، چربی خون، چاقی و اضافه وزن و ... که از جمله عوامل فیزیولوژیک هستند می‌تواند مردم را به سمتی پیش برد که به بیماری‌های غیرواگیری از جمله انواع سرطان‌ها، بیماری‌های قلبی عروقی، دیابت، سکتة مغزی و ... که از عوامل پاتولوژیک هستند مبتلا نشده و کیفیت زندگی بهتر و در نهایت امید زندگی بیشتری داشته باشند. از این رو دو عامل فیزیولوژیک و پاتولوژیک به طور مسوط در ادامه توضیح داده خواهد شد.

در چارچوب مفهومی کمیته (شکل ۲، ۴) عوامل زمینه‌ای در سه بخش محیط زیست ناسالم و عوامل تهدید کننده جغرافیایی، بازار و صنایع تقسیم بندی می‌شود. محیط زیست ناسالم تمام عوامل محیطی آسیب‌رسان به سلامت افراد جامعه از جمله کمیت و کیفیت نامناسب آب در دسترس، میزان کم بارندگی، تغییرات نامناسب آب و هوا، حوادث خانگی، حوادث رانندگی، حوادث شغلی، بلایای طبیعی و آلودگی هوا را شامل می‌شود. بازار شامل عواملی چون بازار غیر اعتباری، مقرون به صرفه نبودن تولید/استفاده از محصولات سالم، هزینه کردن ساعات اوقات فراغت به منظور کسب درآمد و امرار معاش، توزیع سید کالا و یارانه‌های اقتصادی بدون توجه به سیاست‌های کنترل بیماری‌های غیرواگیر، واردات محصولات ناسالم، نظام توزیع (حمل و نقل) ناسالم محصولات غذایی و زیرساخت‌های ناکافی حمل و نقل جاده‌ای در کشور است. در بخش صنایع، صنایع غذایی تولید کننده محصولات ناسالم (از جمله میزان بالای نمک، دسترسی پایین به مواد چربی اشباع نشده، اسید چرب ترانس و ...)، صنایع آلوده کننده (از جمله صنایع تولید سیمان، آهک و گچ، صنایع تولید فولاد و آهن آلات، صنایع تولید مس و ...)، صنایع تولید کننده محصولات فاقد ویژگی‌های ارگونومیک (از جمله صنایع تولید تخت و تشک، صنایع تولید صندلی و میز و ...)، صنایع خودروسازی تولید کننده خودروهای نا ایمن مانند تولید پایین خودروهای مجهز به سیستم‌های حفاظت کامل سرنشینان (ایر بگ به اندازه کافی)، زیرساخت‌های نامناسب و غیراستاندارد ترافیکی کشور، درصد پایین بزرگراه‌های بین شهری نسبت به شبکه جاده‌ای کشور و ... قابل ذکر است.

عوامل زمینه‌ای شامل شهرنشینی، سالمندی و عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت است. شهرنشینی از جمله فاصله زیاد شهرهای کشور با استانداردهای شهر پاک و فاصله زیاد شهرهای کشور با استانداردهای شهر دوستدار سلامت بر ایجاد بیماری‌های غیرواگیر تاثیر به سزایی دارد. عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت شامل اختلاف طبقاتی، تبعیض جنسیتی و قومیتی، فقر، بیسوادی، حاشیه نشینی و کاهش سرمایه اجتماعی است.

برای تغییر سبک زندگی به عنوان یک عامل مداخله‌ای در کنترل بیماری‌های غیرواگیر، مداخلات WHO قابل ذکر است به علاوه اینکه برای اصلاح رژیم غذایی ناسالم (مانند کمبود مصرف غذاهای دریایی (اسید چرب امگا ۳، مصرف کم اسیدهای چرب اشباع نشده، کمبود مصرف شیر، مصرف زیاد گوشت قرمز و ...)، مصرف سیگار، الکل و مواد مخدر، فقدان فعالیت جسمی، عدم پیگیری درمان، رژیم غذایی و دیگر رژیم‌ها و زندگی پر تنش و عوامل روانی اجتماعی مداخلاتی را باید در نظر گرفت.

مواد سرطان‌زای شغلی (کارسینوژن‌ها)، عوامل ایجاد کننده آسم (مانند آزرست، بنزن، نیکل و ...)، ذرات، گازها و بخارها، سروصدا (Noise)، عوامل خطرزای سوانح و حوادث شغلی و عوامل ارگونومیک ایجاد کننده کم‌دردهای شغلی از جمله عوامل شغلی‌ای هستند که برای پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر باید مورد مداخله قرار بگیرند.

سوانح و حوادث نیز به عنوان عامل دیگری که باید در پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر مورد توجه قرار گیرد در نظر گرفته می‌شود که شامل سوانح جاده‌ای و سایر سوانح غیر عمدی است. همچنین خطاهای غیر عمدی پزشکی و خشونت از جمله خشونت خانگی، غیر خانگی، خودکشی و سوء استفاده جنسی از کودکان جز سوانح و حوادث محسوب می‌شوند.

عوامل فیزیولوژیک از جمله افزایش فشار خون، افزایش قند خون، اضافه وزن (چاقی)، افزایش چربی خون، تراکم پایین مواد معدنی استخوانی، میزان پایین فیلتراسیون گلوبولین، کمبود ویتامین D و A و در نهایت کمبود روی و آهن است که برای کنترل و پیشگیری بیماری‌های غیرواگیر لازم است تمهیداتی برای مقابله با هر یک از عوامل مذکور اندیشیده شود. برای هر کدام مداخلاتی در چهار سطح



خدمات پیشگیری ابتدایی و اولیه، خدمات سطح دو و سه، اقداماتی که باید برای ارائه خدمت موثر مورد توجه قرار گیرد و خدمات پس از ترخیص در نظر گرفته شده است.

در سطح خدمات پیشگیری ابتدایی و اولیه نوع خدماتی که باید ارائه گردد شامل آموزش و تغییر شیوه زندگی (برای عموم جامعه و برای جوامع خاص مانند دانش آموزان، دانشجویان، کارمندان بخش دولتی، سربازخانه‌ها و پادگان‌های نظامی و سایر گروه‌های هدف)، مداخلات دارویی به منظور پیشگیری، مداخلات غربالگری، مداخلات درمانی و مداخلات بازتوانی است. در این سطح همچنین باید اقداماتی برای ارائه خدمت موثر مورد توجه قرار گیرد. این اقدامات شامل تصویب قوانین حمایتی مورد نیاز توسط آیین نامه‌های داخلی، آیین نامه‌ها و دستورالعمل‌های وزارتی، آیین نامه‌ها و دستورالعمل‌های مصوب هیات دولت، قوانین مصوب مجلس شورای اسلامی، قوانین مصوب در اسناد بالادستی (برنامه‌های ۵ ساله توسعه) است. از دیگر اقداماتی که باید برای ارائه خدمت موثر مورد توجه قرار گیرد، تامین دسترسی، افزایش پوشش، بهبود کیفیت، افزایش کارایی و عدالت، افزایش رضایت از عملکرد نظام سلامت، بهبود کیفیت زندگی و افزایش امید زندگی و کاهش شاخص‌های مرگ است.

خدمات سطح دو و سه شامل آموزش و تغییر شیوه زندگی، مداخلات تشخیصی (مداخلات آزمایشگاهی و مداخلات تصویربرداری)، مداخلات درمانی، مداخلات دارویی و بازتوانی است.

پس از خدمات سطح دو و سه اقدامات دیگری برای ارائه خدمت موثر باید مورد توجه قرار گیرد، از جمله تصویب قوانین حمایتی مورد نیاز که در خدمات پیشگیری ابتدایی و اولیه مطرح شده‌اند، تامین دسترسی، بهبود کیفیت، افزایش کارایی و عدالت، افزایش رضایت از عملکرد نظام سلامت، کاهش هزینه‌های پرداخت شده از جیب، کاهش میزان هزینه‌های کمرشکن، بهبود کیفیت زندگی، افزایش امید زندگی و کاهش شاخص‌های مرگ.

پس از این مراحل باید مداخلاتی در زمینه خدمات پس از ترخیص و مراقبت در منزل صورت گیرد.

تمامی مداخلات مذکور باید برای هر کدام از عوامل فیزیولوژیک مورد توجه قرار گرفته و اجرا شوند.

در نهایت، عوامل پاتولوژیک نیز شامل بیماری‌های قلبی عروقی، سکته مغزی، دیابت، سرطان‌ها، آسم (COPD)، اختلالات روانی، کمردرد و بیماری‌های مزمن کلیوی است که برای تمامی این عوامل مداخلاتی که در مورد عوامل فیزیولوژیک مورد نیاز است باید در نظر گرفته شود. به علاوه در سه مورد بیماری‌های قلبی عروقی، سکته مغزی و آسم (COPD) سطح دیگری با عنوان خدمات اورژانس و پیش بیمارستانی، قبل از خدمات سطح دو و سه مورد نیاز است. در پیوست ۳ چارچوب مفهومی کمیته به تفسیر بیان شده است.

۳.۸. آیا «برنامه پزشکی خانواده (FP)» یک سیستم موثر برای کاهش خطر ابتلا به بیماری‌های غیر واگیر در ایران است؟

هدف اصلی از مراقبت‌های بهداشت همگانی (UHC) این است که اطمینان حاصل شود که تمام مردم در سراسر جهان به خدمات بهداشتی درمانی مورد نیاز خود دسترسی دارند و برای پرداخت هزینه‌های آن با هیچ گونه مشکلات مالی روبرو نیستند. موفقیت مراقبت‌های بهداشت همگانی نیازمند وجود یک سری پارامترهای اجتناب‌ناپذیر است، از جمله (۱) یک سیستم بهداشت قوی و کارآمد که به خوبی اجرا شده باشد؛ (۲) یک سیستم برای تأمین منابع مالی مورد نیاز برای خدمات بهداشتی و درمانی؛ (۳) دسترسی به داروها و فن‌آوری‌های مورد نیاز؛ و (۴) وجود ظرفیت کافی در کارکنان بهداشت با انگیزه و کاملاً آموزش دیده. اگر چه رسیدن به کل اهداف مراقبت‌های بهداشت همگانی بسیار دشوار به

نظر می‌رسد، اما در صورت همکاری کشورهای درگیر، این امر امکان‌پذیر خواهد بود. پزشک خانواده یکی از برنامه‌های وزارت بهداشت و آموزش پزشکی است که در راستای اهداف اصلی مراقبت‌های بهداشت همگانی در ایران اجرا شده است. همانطور که ذکر شد، پزشک خانواده یکی از برنامه‌های عادلانه و مقرون به صرفه است که در راستای اهداف مراقبت‌های بهداشت همگانی ایجاد شده است. برنامه پزشک خانواده از سال ۲۰۰۵ در مناطق روستایی ایران آغاز شد. با این حال، تاریخ اجرای این برنامه در مناطق شهری از سه سال تجاوز نمی‌کند (از سال ۲۰۱۱ آغاز شد)، و تنها در دو استان کشور اجرا شده است. برخی از مزایای و موفقیت‌های این برنامه در طول مدت اجرا در زیر مورد بحث قرار می‌گیرد.

تنها یک سال پس از اجرای این برنامه تعداد پزشکان در مناطق روستایی (مناطق با جمعیتی کمتر از ۲۰۰۰۰ نفر) از کمتر از ۲۰۰۰ پزشک در سال ۲۰۰۵ به بیش از ۶۰۰۰ پزشک در سال ۲۰۰۶، افزایش یافت، و درآمد پزشکان از ۱٫۵ میلیون ریال به ۱۵ میلیون ریال در ماه افزایش یافته است. نزدیک به ۵۰ درصد از مراکز بهداشتی و درمانی در حال حاضر مکان‌های مسکونی قابل قبول برای پزشکان خانواده دارند، و دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی در مناطق روستایی به شکلی کاملاً مشهود بهبود یافته است. برای اولین بار از آغاز دهه ۱۹۹۰ نرخ مرگ‌ومیر نوزادان و مادران به میزانی ثابت رسیده و در برخی از مناطق دور افتاده روستایی کاهش به میزان ۳۵٪ در هر دو شاخص مشاهده شد.

یکی از مسایل مهم در برنامه پزشک خانواده در ایران این است که پزشکان برای مسئولیت‌های مربوط به کار در مناطق روستایی آموزشی دریافت نمی‌کنند. برای غلبه بر این مشکل، یک دوره اجباری کوتاه در آغاز قرارداد در نظر گرفته شد و علاوه بر آن به تازگی یک برنامه ارتقا حرفه‌ای مستمر نیز با استفاده از آموزش مجازی مبتنی بر اینترنت راه اندازی شده است. ترتیباتی اتخاذ شده تا کسانی که به عنوان پزشکان خانواده حداقل به مدت سه سال فعالیت داشته‌اند وارد دوره‌های آموزش تخصصی شوند. با این حال، تامین مالی همچنان یک چالش مهم برای این برنامه است. وزارت تازه تاسیس رفاه مسئولیت یافت تا به جای وزارت بهداشت زیرساخت‌ها و پرداخت‌های مورد نیاز برنامه پزشک خانواده را فراهم نماید، و به همین دلیل برنامه در آغاز راه با برخی موانع عمده مواجه شد. وضعیت از آن زمان تا کنون بهبود یافته است، اما همچنان با وضعیت ایده‌آل فاصله دارد.

از میان اهداف از پیش تعیین شده برای پروژه پزشک خانواده، این برنامه به این منظور راه اندازی شد که ارائه مراقبت‌های بهداشتی را در مناطق محروم امکان‌پذیر کند، و به همین دلیل پاداش‌های پولی اضافی در نظر گرفته شد تا مشکلات مربوط به زندگی و کار در این مناطق را جبران نماید. در برخی از مراکز، روش پرداخت سرانه (به معنای پرداخت مستقل از عملکرد) باعث شد که رقم دریافتی پزشکان سه برابر مبلغ دریافتی یک استاد در بهترین دانشگاه‌ها باشد. اکثر پزشکان عمومی تنها به عنوان بخشی از خدمت عمومی اجباری دو ساله خود وارد این پروژه می‌شوند. برای پزشکان مرد که خدمت سربازی خود را به طور همزمان با تعهدات عمومی خود انجام می‌دهند، کار به عنوان یک پزشک خانواده باعث خواهد شد تا درآمد سرانه آنها ۴۰ برابر پزشکانی باشد که در همان منطقه خدمت سربازی خود را می‌گذرانند. باید اضافه کنیم که در برخی از مراکز سیستم‌های اضافه پرداخت، پاداش، و دستمزد مبتنی بر عملکرد نیز مورد استفاده قرار می‌گیرند.

در نتیجه، به نظر می‌رسد که مشوق‌های موجود می‌تواند بیشتر از گذشته پزشکان را برای مشارکت در برنامه پزشک خانواده متقاعد کند. وجود یک پزشک در کنار «کارکنان به‌ورز» می‌تواند تاثیر بسیار بیشتری را حاصل سازد که این امر نه تنها باعث پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر از طریق انجام فعالیت‌های پیشگیرانه و درمانی می‌شود، بلکه سیستم بهداشت و درمان را در سراسر کشور بهبود می‌بخشد. توسعه



برنامه پزشک خانواده از مناطق روستایی به مناطق شهری باید به عنوان فرصت دیگری برای رسیدن به اهداف کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر در نظر گرفته شود.

۸.۴. ادغام آموزش پزشکی و سلامت در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جمهوری اسلامی ایران

در نیمه اول قرن بیستم، با بازگشت فارغ التحصیلان پزشکی ایرانی و راه اندازی دانشکده‌های پزشکی بر اساس شیوه‌های مدرن، پیشرفت‌های زیادی در توسعه و در دسترسی به نیروی انسانی آموزش دیده و دانشکده‌های تخصصی پزشکی حاصل شد. با این همه، برای رسیدن به استانداردهای بین‌المللی هم از نظر کیفی و کمی کاستی‌هایی وجود داشت، که به طور عمده این کاستی‌ها در حوزه آموزش علوم بالینی و پایه و در توسعه تحقیقات پزشکی مشاهده می‌شد. از سال ۱۹۷۹، پس از انقلاب اسلامی، پیشرفت‌های بزرگ در آموزش پزشکی به دست آمد. در مجموع، با توجه به جنگ هشت ساله تحمیلی توسط عراق و پیامدهای اجتماعی و اقتصادی آن، ایران تلاش‌های فوق‌العاده‌ای در آموزش نیروی انسانی ماهر مورد نیاز در این کشور انجام داد، تا به خودکفایی در زمینه‌های مختلف، به طور ویژه در رفع تقاضا برای پرسنل پزشکی، دست پیدا کند.

پیشرفت‌های بی‌سابقه‌ای در سال‌های اخیر حاصل شده است، به ویژه در زمینه ایمونولوژی، بیوشیمی، و ژنتیک، تاکید بر پیشگیری از بیماری، و اجرای رویکردهای «سلامت برای همه» توسط سازمان بهداشت جهانی (WHO) و دولت‌ها همه با هم نیاز به یک تغییر اساسی در رویکرد به آموزش پزشکی را نمایان می‌کند. سه دهه گذشته نشان داد که روش‌های سنتی آموزش در علوم پزشکی دیگر نمی‌تواند خواسته‌های جوامع را برطرف سازد. این امر منجر به شکل‌گیری مکاتب پزشکی جدیدتر شده و بسیاری از مکاتب قدیمی‌تر تلاش کردند تا خود را با نیازهای مردم منطبق ساخته و به سمت آموزش‌های جامعه‌نگر پزشکی (COME) و یا یادگیری مبتنی بر مشکل (PBL) و یا هر دو آنها حرکت نمایند و از آن به عنوان پایه‌ای برای آموزش بیشتر استفاده نمایند.

از ۱۹۸۸-۱۹۹۳، این حرکت در مجامع و نشست‌های بین‌المللی قدرت و جایگاه بهتری به دست آورد و به صدور یک بیانیه منجر شد، که در آن فدراسیون جهانی آموزش پزشکی (WFME)، با وجود اذعان به اهمیت پیشرفت‌های جدید در روش‌های آموزش، تلاش‌های انجام شده را نا کافی دانسته، و نیاز به تغییرات اساسی واقعی‌تر در آموزش پزشکی را مورد تاکید قرار داده، و اعلام کرد که این تغییرات باید با نیازهای فرهنگی و سیاسی دایم در حال تغییر جوامع منطبق باشند.

در دهه ۱۹۸۰، تلاش‌هایی جدی برای کاهش مشکلات مربوط به فقدان نیروی انسانی ماهر انجام گرفت- این تلاش‌ها به ویژه در دانشگاه‌های علوم پزشکی پر رنگ تر بودند. دهه ۱۹۹۰ شاهد تلاش متمرکزی برای بالا بردن کیفیت آموزش پزشکی بود که این تلاش‌ها بر پایه موضوعات PBL و یادگیری دانشجو محور، مفاهیم جدید ارزیابی دانشجو و مدرس، توسعه طب جامعه‌نگر، و تمام مشکلاتی بود که سیاست‌گذاران آموزش برای طراحی و پیاده‌سازی استراتژی‌های آینده خود بر آن متمرکز بودند.

برای غلبه بر مشکلاتی که وزارتخانه‌های بهداشت و آموزش عالی با آنها مواجه بودند، به ویژه در مورد مسائل مربوط به سلامت جامعه و آموزش پرسنل مراقبت‌های بهداشتی، استقرار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، نقطه عطفی در پیشرفت آموزش پزشکی در ایران بود. این امر منجر به افزایش تعداد دانشگاه‌های علوم پزشکی، اعضای هیات علمی، پذیرش دانشجو و فارغ التحصیلی، کنفرانس‌ها و کارگاه‌های آموزشی، و رشد نسبتاً مناسب کمی و کیفی در تحقیقات پزشکی و نشریات شده است. نیازی به گفتن نیست، برای دستیابی به تمام موارد فوق، در راستای توسعه سیاست‌ها و استراتژی‌های مرتبط مراکز توسعه آموزش راه اندازی شدند.

جدای از دریافت مدرک، فارغ التحصیلان باید به اندازه کافی در استفاده از دانش به دست آمده مهارت داشته باشند. با وجود حضور در دوره‌های تحصیلات کارشناسی و کارشناسی ارشد، این یک واقعیت پذیرفته شده است که برای حفظ سطح مورد تایید شایستگی، پزشکان و متخصصان لازم دارند که اطلاعات خود را به روز رسانی نمایند. در نتیجه آموزش پزشکی، امروزه شامل مقطع کارشناسی، کارشناسی ارشد، آموزش حین خدمت، و آموزش پزشکی جامعه‌نگر است که این آموزش‌ها هر دو دسته از پزشکان عمومی و تخصصی را در تماس مداوم با تمام پیشرفت‌های جدید در زمینه‌های کاری مربوط به آنها نگه می‌دارد.

آموزش مداوم پزشکی (CME)، در دو دهه گذشته، همواره به عنوان روشی مناسب برای مقابله با چالش‌های کنونی موجود در آموزش پزشکی مورد تایید و توصیه قرار گرفته است. پس از تصویب قانونی در مجلس جمهوری اسلامی ایران که آموزش مداوم پزشکی را اجباری ساخت، یک برنامه پنج ساله آموزش مداوم از سال ۱۹۹۱ تا ۱۹۹۵ در سراسر کشور اجرا شد. در سال ۱۹۹۷، قانون آموزش مداوم پزشکی مورد تجدید نظر قرار گرفت و همه پزشکان را ملزم ساخت در یک دوره آموزش مداوم پزشکی شرکت نمایند تا بتوانند به طبابت خود در ایران ادامه دهند. نیازی به گفتن نیست که آموزش مداوم پزشکی توانسته است که وضعیت علمی و پیشرفت پزشکان و آموزش پزشکی را به طور کلی ارتقا دهد. ادغام آموزش پزشکی و سیستم مراقبت‌های بهداشتی کشور نشان داد که در موفقیت آموزش مداوم پزشکی در ایران نقشی محوری داشته است. با توجه به شرایط ذکر شده در بالا، مزایای ادغام آموزش پزشکی و فعالیت‌های مرتبط با سلامت در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

کاملاً واضح و شفاف است. تمرکز بر روی دوره‌های آموزشی مناسب - مبتنی بر چالش‌های موجود در کشور - به منظور تربیت نیروی انسانی حرفه‌ای، و همچنین ایجاد فضای مناسب تحقیقاتی برای پیدا کردن راه‌حل‌های مبتنی بر شواهد از جمله پارامترهایی است که نشان دهنده اثربخشی ادغام یاد شده در تقویت سیستم بهداشت و درمان ایران می‌باشد، و در نتیجه این امر می‌تواند منجر به پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر به عنوان یکی از مهم‌ترین مشکلات مرتبط با سلامت در کشور شود.

۸.۵. طرح تول نظام سلامت: فرصتی دیگر در جهت رسیدن به اهداف سند

به منظور اجرایی شدن اهداف سلامت در قانون برنامه پنجم توسعه و با تخصیص منابع، هدف -مندی یارانه-ها به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۹۳ یکی از بزرگترین اصلاحات نظام سلامت در سال-های اخیر رقم خورد. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به عنوان بالاترین متولی سلامت با توجه به وظایف و مأموریت کلی و اسناد بالادستی از جمله برنامه پنجم توسعه و سند چشم-انداز بیست ساله و با عنایت به سیاست-های کلی سلامت-ابلاغی مقام معظم رهبری- طرح تحول سلامت را با سه رویکرد حفاظت مالی از مردم، ایجاد عدالت در دسترسی به خدمات سلامت و نیز ارتقای کیفیت خدمات در دستور کار خود قرار داد و از ۱۵ اردیبهشت ماه سال ۱۳۹۳ آن را به مرحله اجرا درآورد.

طرح تحول نظام سلامت شامل هشت برنامه است و در حال حاضر، سه مرحله از این طرح اجرایی شده است. در مرحله اول طرح، برنامه کاهش فرانشیز پرداختی مردم و ارایه تمام خدمات در بیمارستان-های دولتی اجرا گردید. مقیم شدن پزشکان متخصص در بیمارستان-های دولتی و حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم از جمله دیگر برنامه-های اجرایی طرح تحول بودند. در گام دوم این طرح، حوزه بهداشت و پیشگیری مورد هدف قرار گرفت و برنامه-هایی همچون ارایه خدمات در حاشیه شهرها، برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده در روستاها، ادامه پابلوت پزشک خانواده، تقویت و نهادینه-سازی همکاری بین-بخشی و ارتقای سواد سلامت مردم در دستور کار قرار گرفتند. مرحله سوم طرح با ابلاغ کتاب ارزش-گذاری نسبی خدمات سلامت و از آبان ماه سال ۱۳۹۳ شروع گردید. در این مرحله دستمزدهای پزشکان ساماندهی شد و با تدوین و تصویب کتاب تعرفه-ها، حدود ۱۷۰۰ خدمت فاقد تعرفه، تعرفه-گذاری شد. هدف این مرحله ارائه کامل خدمات در مراکز دولتی و حذف پرداخت-های غیر رسمی و خارج از بیمارستان می-باشد.

با توجه به موارد مذکور در بالا، می‌توان چنین استنتاج کرد که طرح تحول نظام سلامت نیز همچون برنامه-ی پزشک خانواده و ادغام بخش آموزش پزشکی با سیستم بهداشت و درمان در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می-تواند به عنوان یکی دیگر از پتانسیل-های جمهوری اسلامی ایران در جهت رسیدن به اهداف سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری-های غیرواگیر در کشور محسوب شود.

۸.۶. نتیجه گیری

کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر جمهوری اسلامی ایران با هدف کاهش ۲۵ درصدی در مرگ و میر تا سال ۲۰۲۵ میلادی (به عنوان هدف سازمان بهداشت جهانی) تشکیل شده و شروع به فعالیت نموده است. با این حال باید در نظر داشت که اهداف کمیته باید بر اساس شرایط و منابع موجود در کشور تعریف شده و به سوی آنها گام برداشت. این اهداف می-توانند شامل موارد زیر باشند:

■ کاهش مرگ و میر زودرس در اثر بیماری‌های غیرواگیر در کشور

■ افزایش میزان فعالیت جسمی

■ کاهش مصرف سدیم

■ کاهش مصرف سیگار

■ کاهش مصرف الکل

■ کاهش میزان چاقی و شیوع دیابت

■ افزایش دسترسی به دارو و مشاوره دارویی

■ افزایش دامنه تکنولوژی و داروهای ضروری برای مبتلایان به بیماری‌های غیرواگیر

همانطور که در سایر بخش‌های این فصل به تفصیل توضیح داده شد، برنامه پزشک خانواده و ادغام آموزش پزشکی با بخش بهداشت و درمان در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور از جمله فرصت‌های موجود سیستم بهداشت و درمان کشور برای پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر در ایران به شمار می‌روند. در کل باید این نکته را در نظر داشت که ۱. اهداف سازمان‌های جهانی باید برای شرایط بومی کشورها مختلف به شکل جداگانه تعریف شوند؛ ۲. رسیدن به تمامی اهداف سازمان بهداشت جهانی بسیار خوشبینانه به نظر می‌رسد؛ ۳. حتی با انجام تمام پیشنهادات سازمان بهداشت جهانی کاهش میزان مرگ و میر کم‌تر از میزان قابل انتظار این سازمان خواهد بود.

منابع:

- World Health Organization. About 9 voluntary global targets. Available from: <http://www.who.int/nmh/ncd-tools/definition-targets/en/>
- Takian A, Doshmangir L, Rashidian A. Implementing family physician programme in rural Iran: exploring the role of an existing primary health care network. *Fam Pract*. 2013 Oct;30(5):551-9. doi: 10.1093/fampra/cmt025. Epub 2013 Jun 20.
- Azizi F. The reform of medical education in Iran. *Medical Education*. 1997 May;30(3):159-62.
- Marandi SA. Integrating medical education and health services: the Iranian experience. *Journal of Medical Education*. 2001;1(1):8-11.
- Danaei G, Finucane MM, Lu Y, Singh GM, Cowan MJ, Paciorek CJ, et al. National, regional, and global trends in fasting plasma glucose and diabetes prevalence since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 370 country-years and 2·7 million participants. *The Lancet*. 2011;378(9785):31-40.
- Danaei G, Finucane MM, Lin JK, Singh GM, Paciorek CJ, Cowan MJ, et al. National, regional, and global trends in systolic blood pressure since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 786 country-years and 5·4 million participants. *The Lancet*. 2011;377(9765):568-77.
- Finucane MM, Stevens GA, Cowan MJ, Danaei G, Lin JK, Paciorek CJ, et al. National, regional, and global trends in body-mass index since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 960 country-years and 9·1 million participants. *The Lancet*. 2011;377(9765):557-67.
- Farzadfar F, Finucane MM, Danaei G, Pelizzari PM, Cowan MJ, Paciorek CJ, et al. National, regional, and global trends in serum total cholesterol since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 321 country-years and 3·0 million participants. *The Lancet*. 2011;377(9765):578-86.
- Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H, et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*. 2013;380(9859):2224-60.
- Murray CJ, Vos T, Lozano R, Naghavi M, Flaxman AD, Michaud C, et al. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*. 2013;380(9859):2197-223.
- Vos T, Flaxman AD, Naghavi M, Lozano R, Michaud C, Ezzati M, et al. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*. 2013;380(9859):2163-96.
- Stevens GA, Singh GM, Lu Y, Danaei G, Lin JK, Finucane MM, et al. National, regional, and global trends in adult overweight and obesity prevalences. *Population health metrics*. 2012;10(1):22.

- Lopez AD, Murray C. The global burden of disease. *Nat Med*. 1998;4(11):1241-3.
- Murray CJ, Lopez AD. The global burden of disease: Harvard University Press Boston; 1996.
- Murray C, Lopez AD, Jamison DT. The global burden of disease in 1990: summary results, sensitivity analysis and future directions. *Bulletin of the World Health Organization*. 1994;72(3):495.
- Bank W. Investing in Health: World Development Report 1993. . Oxford University Press: New York. 1993.
- Barendregt JJ, Van Oortmarssen GJ, Vos T, Murray CJ. A generic model for the assessment of disease epidemiology: the computational basis of DisMod II. *Population health metrics*. 2003;1(1):4.
- Salomon JA, Murray CJ. The epidemiologic transition revisited: compositional models for causes of death by age and sex. *Population and Development Review*. 2002;28(2):205-28.
- Anand S, Hanson K. DALYs: efficiency versus equity. *World Development*. 1998;26(2):307-10.
- Hyder AA, Rotllant G, Morrow RH. Measuring the burden of disease: healthy life-years. *American Journal of Public Health*. 1998;88(2):196-202.
- Williams A. Calculating the global burden of disease: time for a strategic reappraisal? *Health economics*. 1999;8(1):1-8.
- Murray CJ, Tandon A, Salomon JA, Mathers CD, Sadana R. New approaches to enhance cross-population comparability of survey results. *Summary measures of population health: Concepts, ethics, measurement, and applications*. 2002:421-32.
- Salomon JA, Murray CJ. A multi-method approach to measuring health-state valuations. *Health economics*. 2004;13(3):281-90.
- Murray CJ, Lopez AD. On the comparable quantification of health risks: lessons from the Global Burden of Disease Study. *Epidemiology-Baltimore*. 1999;10(5):594-605.
- Wang H, Dwyer-Lindgren L, Lofgren KT, Rajaratnam JK, Marcus JR, Levin-Rector A, et al. Age-specific and sex-specific mortality in 187 countries, 1970–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*. 2013;380(9859):2071-94.
- Lozano R, Naghavi M, Foreman K, Lim S, Shibuya K, Aboyans V, et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*. 2013;380(9859):2095-128.
- Salomon JA, Vos T, Hogan DR, Gagnon M, Naghavi M, Mokdad A, et al. Common values in assessing health outcomes from disease and injury: disability weights measurement study for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*. 2013;380(9859):2129-43.
- Salomon JA, Wang H, Freeman MK, Vos T, Flaxman AD, Lopez AD, et al. Healthy life expectancy for 187 countries, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden Disease Study 2010. *The Lancet*. 2013;380(9859):2144-62.
- Naghavi M. Burden of Disease and Risk Factors: Life Expectancy in 2003 at the National Level and for Six Provinces. Tehran: Ministry of Health and Medical Education. 2003.

- Eisner R. The total incomes system of accounts: University of Chicago Press; 1989.
- Farzadfar F, Danaei G, Namdaritabar H, Rajaratnam JK, Marcus JR, Khosravi A, et al. National and subnational mortality effects of metabolic risk factors and smoking in Iran: a comparative risk assessment. *Popul Health Metr.* 2011;9(1):55.
- Murray CJ, Ezzati M, Flaxman AD, Lim S, Lozano R, Michaud C, et al. GBD 2010: design, definitions, and metrics. *The Lancet.* 2012;380(9859):2063-6.
- Younes Mohammadi FF, Mahboubeh Parsaeian, Amir Kasaeian, Ali Sheidaei, Sahar Saeedi Moghadam Et al. . Level and Trends of Child and Adult Mortalities in the Islamic Republic of Iran, 1990-2013; Protocol of the NASBOD Study
- Shadi Rahimzadeh ZC, Ardeshir Khosravi, Hamideh Salimzadeh , Farzad Kompani, et al. Quality evaluation of national cancer registry system- Iran.
- Esteghamati A, Gouya MM, Abbasi M, Delavari A, Alikhani S, Alaedini F, et al. Prevalence of Diabetes and Impaired Fasting Glucose in the Adult Population of Iran National Survey of Risk Factors for Non-Communicable Diseases of Iran. *Diabetes care.* 2008;31(1):96-8.
- Esteghamati A, Khalilzadeh O, Mohammad K, Meysamie A, Rashidi A, Kamgar M, et al. Secular trends of obesity in Iran between 1999 and 2007: National Surveys of Risk Factors of Non-communicable Diseases. *Metabolic Syndrome and Related Disorders.* 2010;8(3):209-13.
- NOURBALAA, Mohammad K. Summary report of National Health Survey in Iran in 1999. HAKIM. 2000.
- Rashidian A, Damari B, Larijani B, Moghaddam AV, Alikhani S, Shadpour K, et al. Health Observatories in Iran. *Iranian Journal of Public Health.* 2013;42(1):84-7.
- Salehi-Isfahani D, editor. Revolution and redistribution in Iran: poverty and inequality 25 years later. Third Annual World Bank Conference on Inequality, Washington, DC Available online at: http://www.fileboxvt.edu/users/salehi/Iran_poverty_trend.pdf (accessed 20 March 2008); 2006.
- Van Ginneken W. Some methods of poverty analysis: An application to Iranian data, 1975–1976. *World Development.* 1980;8(9):639-46.
- Sarraf-Zadegan N, Sadri G, Malekafzali H, Baghaei M, Mohammadi Fard N, Shahrokhi S, et al. Isfahan Healthy Heart Program: A comprehensive integrated community-based program for cardiovascular disease prevention and control. *Acta cardiol.* 2003;58(4):309-20.
- Amiri M, Emami SR, Nabipour I, Soltanian A, Sanjideh Z, Koushesh F. Risk factors of cardiovascular diseases in Bushehr Port on the basis of The WHO MONICA Project The Persian Gulf Healthy Heart Project. *ISMJ.* 2004;6(2):151-61.
- Ghassemi H, Harrison G, Mohammad K. An accelerated nutrition transition in Iran. *Public health nutrition.* 2002;5(1a):149-55.
- Jensen J, Tarr D. Trade, exchange rate, and energy pricing reform in Iran: Potentially large efficiency effects and gains to the poor. *Review of Development Economics.* 2003;7(4):543-62.
- Soleymani F, Ahmadizar F, Meysamie A, Abdollahi M. A survey on the factors influencing the pattern of medicine's use: Concerns on irrational use of drugs. *Journal of Research in Pharmacy Practice.* 2013;2(2):59.
- Ahmadizar F, Soleymani F, Abdollahi M. Study of drug-drug interactions in prescriptions of general practitioners and specialists in Iran 2007-2009. *Iranian Journal of Pharmaceutical Research.* 2011;10(4):921-31.
- Soleymani Fatemeh AM. Management information system in promoting rational drug use. *Intl J Pharmacol.* 2012;8(6):586–9.
- Farzadfar F, Murray CJ, Gakidou E, Bossert T, Namdaritabar H, Alikhani S, et al. Effectiveness of diabetes and hypertension management by rural primary health-care workers (Behvarz workers) in Iran: a nationally representative observational study. *Lancet.* 2012 Jan 7;379(9810):47-54.

اسامی همکاران در تهیه و تدوین سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط در جمهوری اسلامی ایران در بازه زمانی ۱۳۹۴ تا ۱۴۰۴ به حروف الفبا

- جناب آقای دکتر سهیل اسکندری مشاور علمی
- جناب آقای دکتر مهدی افشاری مشاور علمی
- جناب آقای مهندس مهدی الوندی مشاور علمی
- جناب آقای دکتر جلال پورالعجل مشاور علمی
- سرکار خانم مهندس زهرا پورعظیم مشاور علمی و فنی
- جناب آقای دکتر مهدی پیرصالحی مشاور علمی
- جناب آقای دکتر فرزاد پیروبال مشاور علمی
- جناب آقای افشین جم گرافیس
- جناب آقای دکتر احمد حاجبی مشاور علمی
- سرکار خانم علیه حجت زاده مشاور علمی
- سرکار خانم دکتر مشیانه حدادی مشاور علمی
- جناب آقای دکتر هدایت حسینی مشاور علمی
- سرکار خانم زهرا خیری مشاور علمی
- جناب آقای دکتر منوچهر دادگرنزاد مشاور علمی
- سرکار خانم دکتر کتابون ربیعی مشاور علمی
- جناب آقای دکتر حسین رستگار مشاور علمی
- سرکار خانم دکتر طاهره ساعدی مشاور علمی
- سرکار خانم مهندس سحر سعیدی مقدم مشاور علمی و فنی
- سرکار خانم دکتر طاهره سماوات مشاور علمی
- سرکار خانم دکتر جیهان طویلا مشاور علمی
- جناب آقای دکتر سیامک عالیخانی مشاور علمی
- جناب آقای دکتر کامبیز عباچی زاده مشاور علمی
- جناب آقای دکتر اکبر عبدالهی اصل مشاور علمی
- سرکار خانم دکتر زهرا عبدالهی مشاور علمی
- سرکار خانم دکتر مهستی علیزاده مشاور علمی
- سرکار خانم دکتر فاطمه قائمی مشاور علمی
- جناب آقای دکتر ناصر کلانتری مشاور علمی
- سرکار خانم دکتر پگاه محقق مشاور علمی
- جناب آقای دکتر محمد مرادی مشاور علمی
- جناب آقای دکتر علی قنبری مطلق مشاور علمی
- جناب آقای دکتر علیرضا مغیثی مشاور علمی
- جناب آقای دکتر علی‌رضا مهدوی مشاور علمی و فنی
- سرکار خانم دکتر شهره نادری مقام مشاور علمی و فنی
- جناب آقای دکتر مهدی نجمی مشاور علمی
- سرکار خانم دکتر شکوفه نیک فر مشاور علمی
- جناب آقای مهندس بهزاد ولیزاده مشاور علمی
- سرکار خانم دکتر شهین یاراحمدی مشاور علمی



National Action Plan for Prevention and Control of Non-Communicable Diseases and the Related Risk Factors in the Islamic Republic of Iran, 2015-2025

Iranian National Committee for NCDs Prevention and Control

June, 2015