



جمهوری اسلامی ایران  
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی



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

تیرماه ۱۴۰۰





|                            |  |
|----------------------------|--|
| <b>عنوان و نام پدیدآور</b> | : سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط در جمهوری اسلامی ایران در بازه زمانی ۱۳۹۴ تا ۱۴۱۴/ پدیدآورندگان: اعضای کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر سیدحسن قاضی‌زاده‌هاشمی... [و دیگران]؛ [برای] کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر. |
| <b>مشخصات نشر</b>          | : تهران: آفتاب اندیشه، ۱۳۹۴.   |
| <b>مشخصات ظاهری</b>        | : ۱۷۸ ص: مصور(رنگی)، نقشه(رنگی)، جدول(رنگی)، نمودار(رنگی)؛ ۲۹×۲۲ س.م.  |
| <b>شابک</b>                | : ۹۷۸-۹۶۴-۷۵۴۱-۶۸-۸  |
| <b>وضعیت فهرست نویسی</b>   | : فیبا   |
| <b>یادداشت</b>             | : ص.ع. به انگلیسی: National action plan for prevention and control of...<br>پدیدآورندگان: اعضای کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر سیدحسن قاضی‌زاده‌هاشمی، باقر لاریجانی...<br>کتابنامه: ص. ۱۷۴-۱۷۶.  |
| <b>موضوع</b>               | : بیماری‌های مزمن -- ایران -- پیشگیری  |
| <b>موضوع</b>               | : بیماری‌های مزمن -- ایران -- عوامل مخاطره‌انگیز   |
| <b>موضوع</b>               | : سیاست پزشکی -- ایران   |
| <b>شناسه افزوده</b>        | : قاضی‌زاده هاشمی، سیدحسن  |
| <b>شناسه افزوده</b>        | : ایران. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر  |
| <b>رده بندی کنگره</b>      | : RA ۸/۶۴۴ الف/۹ ۱۳۹۴ س  |
| <b>رده بندی دیویی</b>      | : ۱۹۶۰۴۴۰۰۹۵۵/۳۶۲  |
| <b>شماره کتابشناسی ملی</b> | : ۴۰۲۹۶۷   |

**پدیدآورندگان:** اعضای کمیته و دبیرخانه ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر و همکاران (دکتر سعید نمکی، دکتر باقر لاریجانی، دکتر علیرضا رئیسی، دکتر قاسم جان بابایی، دکتر محمدرضا شانه ساز، دکتر مریم حضرتی، دکتر سید کامل تقوی نژاد، دکتر علی دل‌پیشه، دکتر مصطفی قانعی، دکتر علی اکبر حق دوست، دکتر فرشاد فرزادفر، دکتر محسن اسدی لاری، دکتر افشین استوار، دکتر رامین حشمت، دکتر امیرحسین تکیان، دکتر علیرضا اولیایی منش، دکتر احمد حاجبی، دکتر نیلوفر پیکری و همکاران)



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

کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر  
با مشارکت معاونت‌های وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و با همکاری  
دانشگاه‌ها و مراکز تحقیقاتی علوم پزشکی کشور و پژوهشگاه علوم غدد و متابولیسم  
دانشگاه علوم پزشکی تهران

تیرماه ۱۴۰۰







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 و رنج 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

جناب آقای دکتر حسن روحانی

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 سعید نمکی  
وزیر بهداشت، درمان و  
آموزش پزشکی  
رئیس کمیته ملی  
پیشگیری و کنترل  
بیماری‌های غیرواگیر

بیماری‌های غیرواگیر از اصلی‌ترین عوامل مرگ و ناتوانی در دنیای امروز به شمار می‌روند. عمده‌ی این بیماری‌ها عبارتند از انواع بیماری‌های قلبی-عروقی، سرطانها، بیماری‌های مزمن ریوی و دیابت. بسیاری از بیماری‌های غیرواگیر می‌توانند با کنترل عوامل خطر همچون تغذیه ناسالم، فعالیت بدنی ناکافی، مصرف دخانیات و مصرف الکل، پیشگیری و کنترل شوند. با توجه به طیف وسیع بیماری‌های غیرواگیر و بار این بیماری‌ها و اثرات اقتصادی آن، اهمیت توجه تمامی سیاستگذاران تصمیم‌سازان و کارکنان نظام سلامت و سایر بخش‌ها را به این دسته از بیماری‌ها شفاف‌تر می‌سازد. در کنار بیماری‌های غیرواگیر، حوادث ترافیکی و بیماری‌های روانی را نیز نمی‌توان نادیده گرفت.

شیوع و بروز چشمگیر بیماری‌های غیرواگیر، به ویژه در دهه‌های اخیر، سبب بروز نگرانی‌هایی در سیستم سلامت کشورهای مختلف و دستاوردکاران نظام سلامت دنیا شده است. سازمان ملل متحد و سازمان جهانی بهداشت، از جمله سازمان‌هایی هستند که تاکنون، برنامه‌های مدونی برای پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر تنظیم کرده‌اند و در تلاش برای ارتقای سلامت مردم جهان هستند. گواه این امر، تدوین دستورالعمل‌ها و برنامه‌های عملیاتی است که بیماری‌های غیرواگیر را هدف قرار می‌دهد.

بیماری‌های غیرواگیر، محدود به یک کشور یا یک منطقه نیست و مشکلی است که نظام سلامت تمامی کشورهای جهان با آن دست به گریبان هستند. برآورد شده است که بیماری‌های غیرواگیر، بیش از ۷۰ درصد از کل مرگ‌های جهان را باعث می‌شود. حدود ۸۰ درصد از این مرگ‌ها در کشورهای در حال توسعه اتفاق می‌افتد که این امر نیاز به توجه بیش از پیش به مقوله بیماری‌های غیرواگیر در کشورهای در حال توسعه و به ویژه کشور ما را دوچندان می‌کند. استراتژی جهانی سازمان جهانی بهداشت برای کنترل بیماری‌های غیرواگیر، اولویت دادن به چهار بیماری است که عبارتند از: بیماری‌های قلبی-عروقی، انواع سرطانها، دیابت و بیماری‌های مزمن ریوی. با اینحال، سیاستگذاران حوزه سلامت باید در نظر داشته باشند که سایر بیماری‌های مزمن و غیرواگیر مانند اختلالات روانی، بیماری‌های اسکلتی عضلانی، بیماری‌های دهان و دندان و سوانح و حوادث نیز نیازمند برنامه‌ریزی و اجرای مداخلات مناسب است. اگرچه ارتقاء سبک زندگی سالم می‌تواند نقش بسزایی در پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر ایفا کند؛ اما در این بین نباید از نقش مداخلاتی همچون فعالیت‌های مرتبط با ارتقای سطح دانش افراد جامعه و تغییر نگرش آنان نسبت به عوامل خطر غافل شد. از آنجایی که بخش بزرگی از بار بیماری‌ها در کشور ما به بیماری‌های غیرواگیر مربوط می‌شود؛ باید در نظر داشت که پیشگیری و کنترل این بیماری‌ها می‌تواند یکی از موثرترین راهکارها برای کاهش بار بیماری‌هایی باشد که به نظام سلامت کشور تحمیل می‌شود. کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر، مجموعه‌ای متشکل از خبرگان نظام سلامت کشور در حوزه بیماری‌های غیرواگیر است و در سال ۱۳۹۴ با هدف سیاستگذاری و برنامه‌ریزی به منظور کاهش بار این بیماری‌ها تشکیل شده است. این کمیته که شامل کارگروه‌های دیابت، بیماری‌های قلبی-عروقی، سرطان، بیماری‌های مزمن ریوی، پیشگیری و کنترل عوامل خطر مرتبط با سبک زندگی، آموزش بیماران در خصوص پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر، غذا و دارو، کاهش مرگ و ناتوانی ناشی از حوادث ترافیکی، تعاملات بین‌بخشی و پایش پیشرفت تحقق اهداف سند ملی است، اقدامات ارزنده‌ای انجام داده که قابل قدردانی است. امید است با اتکال به خداوند منان و همت و تلاش متخصصان حوزه سلامت در بخش بیماری‌های غیرواگیر، شاهد رسیدن هرچه سریعتر نظام سلامت کشور به یکی از اهداف خود یعنی کاهش شیوع، بروز، مرگ و میر و ناتوانی ناشی از بیماری‌های غیرواگیر در کشور عزیزمان باشیم. در اینجا لازم می‌دانم از همکاری صمیمانه اعضای محترم کمیته به ویژه، معاونان محترم وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و کارشناسان محترم حوزه‌های مختلف و محققین پژوهشگاه علوم غدد و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی تهران در تهیه و تدوین سند حاضر تشکر کنم.

# 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.

از ملزومات پوشش همگانی سلامت و توسعه پایدار در کشور، مدیریت و رهبری مؤثر و عملکرد سریع و مناسب در سطوح ملی و فروملی در کشور به منظور پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر است. بر همین اساس، در سال ۱۳۹۴ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کمیته پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر ایران را به منظور سیاست‌گذاری در سطح ملی، برنامه‌ریزی، جلب مشارکت ذی‌نفعان و



همکاری‌های درون بخشی و بین بخشی و هدایت مداخلات مبتنی بر اولویت تشکیل داد. این سند دارای ۱۳ هدف ملی که بر عوامل خطر اصلی شامل مصرف دخانیات، رژیم غذایی ناسالم، عدم فعالیت فیزیکی و مصرف الکل، چهار دسته بیماری که عبارتند از بیماری‌های قلبی - عروقی، سرطان‌ها، بیماری‌های مزمن ریوی، دیابت و اولویت‌های دیگر کشور مانند حوادث ترافیکی متمرکز است.

### این اهداف عبارتند از:

- هدف ۱: ۲۵٪ کاهش در خطر مرگ زودرس ناشی از بیماری‌های قلبی-عروقی، سرطان، دیابت، بیماری‌های مزمن ریوی
- هدف ۲: حداقل ۱۰٪ کاهش نسبی در مصرف الکل
- هدف ۳: ۲۰٪ کاهش نسبی در شیوع فعالیت بدنی ناکافی
- هدف ۴: ۳۰٪ کاهش نسبی در متوسط مصرف نمک در جامعه
- هدف ۵: ۳۰٪ کاهش نسبی در شیوع مصرف دخانیات در افراد بالاتر از ۱۵ سال
- هدف ۶: ۲۵٪ کاهش نسبی در شیوع فشار خون بالا
- هدف ۷: ثابت نگهداشتن میزان بیماری دیابت و چاقی
- هدف ۸: دریافت دارو و مشاوره (از جمله کنترل قند خون) توسط حداقل ۷۰٪ از افراد واجد شرایط برای پیشگیری از حمله‌های قلبی و سکته مغزی
- هدف ۹: ۸۰٪ دسترسی به تکنولوژی‌ها و داروهای اساسی قابل فراهمی شامل داروهای ژنریک مورد نیاز برای درمان بیماری‌های غیرواگیر در بخش‌های خصوصی و دولتی
- هدف ۱۰: به صفر رساندن میزان اسید اشباع چرب در روغن‌های خوراکی و محصولات غذایی
- هدف ۱۱: ۲۰٪ کاهش نسبی در میزان مرگ و میر ناشی از حوادث ترافیکی
- هدف ۱۲: ۱۰٪ کاهش نسبی در میزان مرگ و میر ناشی از مصرف مواد
- هدف ۱۳: ۲۰٪ افزایش دسترسی به خدمات سلامت روان در نظام سلامت

کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر به منظور اجرایی ساختن سند ملی، کارگروه‌های ملی را مبتنی بر اهداف یاد شده تشکیل داد که عبارتند از:

- دیابت و عوامل خطر متابولیک
- بیماری‌های قلبی، عروقی
- سرطان
- بیماری‌های مزمن تنفسی
- عوامل خطر مرتبط با سبک زندگی (تغذیه سالم، فعالیت بدنی، پیشگیری و کنترل استعمال دخانیات، ایران، سلامت روان)
- حوادث ترافیکی
- دارو و صنایع غذایی
- آموزش پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر
- تعاملات بین بخشی
- پایش پیشرفت دستیابی به اهداف سند ملی

کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر در راستای تحقق اهداف ملی، این سند را به دانشگاه‌ها/دانشکده‌های علوم پزشکی کشور ابلاغ نموده تا با تشکیل کمیته‌های استانی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر با رویکردی چندبخشی، برنامه‌ریزی و اجرای مداخلات مناسب هزینه اثربخش انجام پذیرد.

سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر آن در ویراست نخست، مورد تایید رییس سازمان جهانی بهداشت، رییس منطقه مدیترانه شرقی سازمان جهانی بهداشت قرار گرفت و توشیح ریاست محترم جمهوری اسلامی ایران و ریاست محترم مجلس شورای اسلامی را داراست. معاونین محترم رییس جمهور، ۹ تن از اعضای محترم دولت و رؤسای محترم سازمان‌های همکار نیز آن را تایید نموده و این سند ملی در چهاردهمین جلسه‌ی شورای عالی سلامت و امنیت غذایی به تصویب رسید.

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ  
 سندید بازنشده است در تمام سزای سلامت  
 کامیابی را سزای خود را سزایم با تو سزایم  
 سزایم از سزایم است این سزایم  
 و سزایم از این سزایم سزایم سزایم  
 روزی سزایم سزایم سزایم

نظر دکتر علی لاریجانی، رئیس محترم مجلس شورای اسلامی  
 درباره صورت و اهمیت تهیه و تدوین سند ملی پیشگیری و کنترل  
 بیماری های غیر واگیر در جمهوری اسلامی ایران

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ  
 است که سزایم سزایم سزایم سزایم  
 است که سزایم سزایم سزایم سزایم  
 سزایم سزایم سزایم سزایم  
 سزایم سزایم سزایم سزایم  
 سزایم سزایم سزایم سزایم  
 سزایم سزایم سزایم سزایم  
 سزایم سزایم سزایم سزایم

نظر دکتر حسن روحانی، رئیس محترم جمهور درباره صورت  
 و اهمیت تهیه و تدوین سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری های  
 غیر واگیر در جمهوری اسلامی ایران

از نظر راه اقتصادی و سیاسی موجود تلاش خواهد کرد تا در  
 تمامی مرکز که پیشگیری از صورت وجود آنها همچون  
 روش های پیشگیری از بیماری های غیر واگیر در جمهوری اسلامی ایران



ادامدسازی سند جامع بدون نکات با ارزش و حمایت های  
 دکتر علیرضا محمدی مدیر دفتر حفاظت سازمان بهداشت جهانی  
 در خارج و همکاران شان امکان پذیر بود.

A great initiative.  
 Congratulations to  
 the Government of Iran  
 for this achievement. We  
 will work closely with them  
 during the implementation phase.



Congratulations for the  
 National Action Plan for NCD  
 prevention and control.

Melissa  
 22 July 2015

نظر دکتر سارا گات چون، رئیس محترم سازمان جهانی بهداشت  
 درباره صورت و اهمیت تهیه و تدوین سند ملی پیشگیری و کنترل  
 بیماری های غیر واگیر در جمهوری اسلامی ایران

**اعضای شورای عالی سلامت و امنیت غذایی**

|  |  |
|--|--|
| <p>آقای دکتر محمدباقر نوبخت<br/>معاون رئیس جمهور و سخنگوی دولت</p> | <p>آقای دکتر اسحاق جهانگیری<br/>معاون اول رئیس جمهور</p>       |
| <p>آقای دکتر عباس آخوندی<br/>وزیر راه و شهرسازی</p>                | <p>خانم دکتر معصومه ابتکار<br/>رئیس سازمان حفاظت محیط زیست</p> |
| <p>آقای دکتر حمید چیت‌چیان<br/>وزیر نیرو</p>                       | <p>آقای دکتر علی جنی<br/>وزیر فرهنگ و ارشاد اسلامی</p>         |
| <p>آقای دکتر علی ربیعی<br/>وزیر تعاون، کار و رفاه اجتماعی</p>      | <p>جناب آقای محمود جنتی<br/>وزیر جهاد کشاورزی</p>              |
| <p>آقای دکتر علی اصغر فانی<br/>وزیر آموزش و پرورش</p>              | <p>آقای دکتر عبدالرضا رحمانی فضل‌نوری<br/>وزیر کشور</p>        |
| <p>آقای دکتر محمدرضا نعمت‌زاده<br/>وزیر صنعت، معدن و تجارت</p>     | <p>آقای دکتر علی طبیب‌نیا<br/>وزیر امور اقتصاد و دارایی</p>    |
| <p>آقای دکتر محمد سرفراز<br/>رئیس سازمان صدا و سیما</p>            | <p>آقای دکتر محمود کوردلی<br/>وزیر ورزش و جوانان</p>           |

**ویراست نخست**

محمدباقر نوبخت  
معاون رئیس جمهور و سخنگوی دولت

عباس آخوندی  
وزیر راه و شهرسازی

حمید چیت‌چیان  
وزیر نیرو

علی ربیعی  
وزیر تعاون، کار و رفاه اجتماعی

محمد سرفراز  
رئیس سازمان صدا و سیما

علی اصغر فانی  
وزیر آموزش و پرورش

محمدرضا نعمت‌زاده  
وزیر صنعت، معدن و تجارت

سیدحسن فانی  
وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

**ویراست نخست**

اسحاق جهانگیری  
معاون اول رئیس جمهور

معصومه ابتکار  
رئیس سازمان حفاظت محیط زیست

علی جنی  
وزیر فرهنگ و ارشاد اسلامی

محمود جنتی  
وزیر جهاد کشاورزی

عبدالرضا رحمانی فضل‌نوری  
وزیر کشور

علی طبیب‌نیا  
وزیر امور اقتصاد و دارایی

محمود کوردلی  
وزیر ورزش و جوانان

از آنجا که سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر آن توسط شورای عالی سلامت و امنیت غذایی تصویب شده است، با جلب همکاری بین بخشی، تفاهم نامه‌هایی بین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سایر وزارتخانه‌ها منعقد گردید تا در راستای پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر اقدامات ارزنده‌ای با رویکرد فرابخشی انجام پذیرد. امید است در سایه‌ی خداوند متعال این عزم ملی ادامه یابد و در راستای کاهش مرگ و میر و ناتوانی ناشی از بیماری‌های غیرواگیر، ویراست حاضر نیز مورد تایید شورای عالی سلامت و امنیت غذایی قرار گیرد. در اینجا لازم می‌دانم از همکاری صمیمانه اعضای کمیته و دبیرخانه ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر، مسئولین و کارشناسان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و پژوهشگران مرکز تحقیقات بیماری‌های غیرواگیر پژوهشگاه علوم غدد و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی تهران تقدیر و تشکر نمایم.

## اعضای کمیته و دبیرخانه ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر

جناب آقای دکتر سعید نمکی وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، رئیس کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر

جناب آقای دکتر باقر لاریجانی مشاور عالی وزیر و نایب رئیس کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر

جناب آقای دکتر علیرضا رئیسی معاون بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و هماهنگ کننده کارگروه‌های عوامل خطر مرتبط با سبک زندگی و بیماری‌های قلبی، عروقی

جناب آقای دکتر قاسم جان بابایی -معاون محترم درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و هماهنگ کننده کارگروه‌های حوادث ترافیکی و سرطان

جناب آقای دکتر محمدرضا شانه ساز رئیس سازمان غذا و دارو و هماهنگ کننده کارگروه غذا و دارو

سرکار خانم دکتر مریم حضرتی معاون پرستاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و هماهنگ کننده کارگروه آموزش پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر

جناب آقای دکتر سید کامل تقوی نژاد معاون توسعه مدیریت و منابع وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

جناب آقای دکتر علی دل پیشه رئیس دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی و هماهنگ کننده کارگروه تعاملات بین‌بخشی

جناب آقای دکتر مصطفی قانعی هماهنگ کننده کارگروه بیماری‌های مزمن تنفسی

جناب آقای دکتر علی اکبر حق دوست معاون آموزشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و عضو دبیرخانه ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر

جناب آقای دکتر فرشاد فرزادفر هماهنگ کننده کارگروه پایش پیشرفت تحقق اهداف سند و عضو دبیرخانه ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر

جناب آقای دکتر محسن اسدی لاری مدیر کل امور بین الملل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و عضو دبیرخانه ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر

جناب آقای دکتر افشین استوار رئیس دفتر مدیریت بیماری‌های غیرواگیر و عضو دبیرخانه ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر

جناب آقای دکتر رامین حشمت عضو دبیرخانه ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر

جناب آقای دکتر امیرحسین تکیان عضو دبیرخانه ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر

جناب آقای دکتر علیرضا اولیایی منش عضو دبیرخانه ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر

جناب آقای دکتر احمد حاجبی عضو دبیرخانه ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر

سرکار خانم دکتر نیلوفر پیکری دبیر و عضو دبیرخانه ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر



## همکاران تدوین ویراست دوم سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر آن (به ترتیب حروف الفبا)

|                          |                       |                         |
|--------------------------|-----------------------|-------------------------|
| مهندس محسن فرهادی        | علیه حجت زاده         | حاتم احمدوند            |
| دکتر عرفان قاسمی         | دکتر مریم حضرتی       | معصومه ارجمندپور        |
| دکتر فاطمه قائمی         | دکتر نرگس رستمی گوران | دکتر محمد آسایی         |
| دکتر مصطفی قانعی         | دکتر مریم رسولی       | علی اسدی                |
| دکتر علی قنبری مطلق      | دکتر نگار رضایی       | دکتر سینا آزاد نجف آباد |
| دکتر مریم قنبریان        | طاهره زیادلو          | دکتر افشین استوار       |
| زینب کاظم زاده           | مهندس الهام ذوالعلمین | معصومه افسری            |
| دکتر پیر حسین کولیوند    | اعظم ساربان           | زینت آقاسی              |
| دکتر سعید لک             | مهندس سحر سعیدی مقدم  | وهاب اصل رحیمی          |
| دکتر عفت محمدی           | دکتر اتوسا سلیمانیان  | الهام الماسی قلعه       |
| دکتر علیرضا مغیثی        | دکتر طاهره سموات      | داود امین نسب           |
| دکتر حکیمه مصطفوی        | دکتر مهدی شادنوش      | دکتر علیرضا اولیلی منش  |
| مهندس شیدا ملک افضلی     | دکتر هومن شریفی       | رویا بزیمی پور          |
| دکتر نسرین مهرنوش        | دکتر عباس شاهسونی     | آرزو پانس               |
| دکتر علیرضا مهدوی هزاره  | فاطمه شعبانپور        | دکتر مولود پیاب         |
| سمیه میرزایی هداوند      | دکتر علیرضا شعلی      | دکتر نیلوفر پیکری       |
| دکتر سادات سید باقر مداح | مهرداد شهبازی         | دکتر پریسا ترابی        |
| مریم مهرابی              | ملیحه طالبی جاغرق     | دکتر امیرحسین تکیان     |
| دکتر مهدی نجمی           | دکتر عاطفه عابدینی    | دکتر شیرین جلالی نیا    |
| دکتر زهرا واعظی          | دکتر زهرا عبداللهی    | سوسن جمشیدی فارسانی     |
| بهزاد ولیزاده            | دکتر لیلا عظیمی       | دکتر احمد جنیدی جعفری   |
| مهندس سید رضا هاشمی      | دکتر عباس عباس زاده   | دکتر مشیانه حدادی       |
| دکتر شیوا هژبری          | مهندس مژگان عین الهی  | رقیه حیدری              |
| دکتر شهین یار احمدی      | دکتر فرشاد فرزادفر    | دکتر فاطمه خسروی        |
|                          | مهندس المیرا فروتن    | دکتر احمد حاجبی         |

زیر نظر جناب آقای دکتر باقر لاریجانی



### **Statement of the World Health Organization Regional Director for the Eastern Mediterranean Region**

Non-communicable diseases (NCDs) are the leading causes of ill health globally and account for seven of ten worldwide deaths. Empowered by the UN Political Declaration of 2011, the global action plan for prevention and control of NCDs of 2013, the UN High-Level meetings of 2014 and 2018, the Global Coordination Mechanism (GCM) and the UN Interagency Task Force (UNITAF), among other global initiatives, WHO has been galvanizing health systems in many countries with skills, insight, and experience to improve NCDs care. By the so-called Best-Buys, WHO created an evidence-based and cost-effective list of interventions for health systems in tackling NCDs and spent great resources to move member states to prioritize NCDs and invest in policies and interventions to beat them.

In line with the "WHO Global Action Plan", in July 2015, "The National Action Plan for Prevention and Control of NCDs" and the related risk factors in Iran, 2015–2030", was approved by the Supreme Council for Health and Food Security (SCHFS), led by the President and in the presence of the former WHO Director General and Regional Director, in Tehran, I. R. Iran. Ever since, Iran has been a WHO-recognized fast track country and a global champion for effective and meaningful implementation of WHO Best Buys and PEN strategy (so-called IRAPEN) to reduce the burden of NCDs. The Iranian National Plan along with the provincial action plans across 31 provinces and 67 universities of medical sciences, have been directing the countries' efforts to reach the nine global targets similar to the Global Action Plan, plus four targets that are specific to Iran.


Although the novel coronavirus disease (COVID-19) pandemic is the greatest challenge of all countries in recent history, NCDs and their relevant risk factors will remain the main causes of illness and death and the costliest barrier to sustainable societies during the 21st century in all member states, with a larger mortality burden in low and middle-income countries (LMICs), including the EMR countries. NCDs are also among the main underlying causes of death among COVID-19 patients in many countries. People living with or affected by NCDs (PLWANCDs) are more vulnerable to becoming severely ill with COVID-19, while pre-existing comorbidities are associated with increasing case-fatality rate (CFR) among COVID-19 patients. Substantial reduction of NCD mortality requires

policies that provide equitable access to efficacious and high-quality preventive and curative care for NCDs through universal health coverage. National and multilateral political and financial commitments and strong equitable health systems, which has been severely compromised by the ongoing devastating COVID-19 pandemic, are two important prerequisites to reduce the burden of NCDs during crisis.

Against all odds, in this very difficult context of the 1st year anniversary of WHO declaration of COVID-19 pandemic, as the most affected EMR country, the Islamic Republic of Iran is pioneering to draw the attention and resources to reduce NCDs mortality and morbidity and reach SDG 3.4. I am proud to endorse the innovative approach, timely efforts, and cost-effective initiatives that Iran has taken for prevention, early detection, treatment, registration, health promotion, education and need-based research for NCDs and related risk factors to foster the implementation of its national plans. The very timely revision of NCDs, National Action Plan by Iran can be a global example of commitment and political leadership at the time of the toughest unilateral sanctions. I trust this revised action plan will help to improve population health and sustainability through setting updated targets, policies and approaches to tackle NCDs.

While COVID-19 and its consequences will be absorbing much of health system resources in the years to come, continuing the utmost support for prevention and control of NCDs is fundamental to avoid significant deaths and increase DALYs during COVID-19 aftermath. I acknowledge Iran's efforts in taking this crucial step at the heart of pandemic, which will help its health system resilience to accommodate both communicable and noncommunicable diseases more effectively. I look forward to endorsing similar initiatives by other EMR member states in near future.

Dr Ahmed Al-Mandhari



18/2/2021

Regional Director for the Eastern Mediterranean Region

World Health Organization





## تفاهم نامه های همکاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با وزارتخانه ها و سازمانهای همکار

### 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 سبد 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 حداقل 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.



به نام خدا

**تفاهم نامه همکاری وزارت جهاد کشاورزی و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی  
در راستای پیشگیری و کنترل بیماری ها و عوامل خطر مرتبط**

مرداد ۱۳۹۵

**ماده ۱- مقدمه و ضرورت تفاهم نامه**

امروزه با تغییرات سریع و شگرف اجتماعی ناشی از روند توسعه و به ویژه افزایش سن جمعیت، سهم بیماری‌های غیرواگیر (مانند بیماری‌های قلبی و عروقی و سرطان‌ها) در مرگ و میر و بار مالی ناشی از مشکلات سلامت با سرعت چشمگیری رو به فزونی است. بر این اساس مقام معظم رهبری در سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی ۱۳۹۳/۱/۱۸ بر تحقق رویکرد سلامت همه جانبه و انسان سالم در همه قوانین، سیاست‌های اجرایی و مقررات با رعایت کاهش مخاطرات و آلودگی‌های تهدید کننده سلامت مبتنی بر شواهد معتبر علمی، تهیه پیوست سلامت برای طرح‌های کلان توسعه ای، ارتقا شاخص‌های سلامت برای دستیابی به جایگاه اول در منطقه آسیای جنوب غربی تاکید کرده اند.

نظر به اهمیت موضوع و ضرورت پاسخگویی در قبال سیاست‌های کلی سلامت و انجام مادی تصمیم‌گیری، اجرا، نظارت و ارزیابی کلیه فعالیت‌ها، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با همکاری کلیه دستگاه‌های مربوطه اقدام به تدوین "سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط" نمود که متعاقباً پس از امضای کلیه وزرا، در تاریخ ۱۳۹۴/۱۲/۳ در شورای عالی سلامت و امنیت غذایی با حضور ریاست محترم جمهور تصویب شد. این تفاهم‌نامه بین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به نمایندگی جناب آقای دکتر سید حسن هاشمی (طرف اول تفاهم نامه) و وزارت جهاد کشاورزی به نمایندگی جناب آقای مهندس محمود حجینی (طرف دوم تفاهم نامه) برای اجرای اقدامات سلامت محور با هدف پیشگیری و ارتقای مداخلات کنترلی بیماری‌های غیرواگیر و استقرار "سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط" مصوب شورای عالی سلامت و امنیت غذایی ابلاغ می‌گردد.

اهداف بلند مدت این سند که از تعهدات بین‌المللی جمهوری اسلامی ایران برگرفته شده است، به شرح زیر هستند:

۱. کاهش ۲۵٪ از خطر مرگ‌های زودرس ناشی از بیماری‌های غیرواگیر
۲. کاهش ۲۰٪ از میزان تحرک بدنی ناکافی
۳. کاهش ۱۰٪ از مصرف الکل
۴. کاهش ۳۰٪ از میزان مصرف نمک صلبیم
۵. کاهش ۳۰٪ از شیوع استعمال دخانیات
۶. کاهش ۲۵٪ از شیوع پرفشاری خون
۷. جلوگیری از افزایش بیشتر چاقی و دیابت جمعیت
۸. دسترسی ۱۰۰٪ جمعیت به داروهای مناسب و فناوری‌های پایه و ضروری برای درمان بیماری‌های غیرواگیر
۹. دسترسی حد اقل ۷۰٪ جمعیت به دارو و مشاوره لازم برای پیشگیری از بیماری‌های قلبی-عروقی و حملات عروق مغزی
۱۰. به صفر رساندن میزان اسیدهای چرب ترانس در روغن‌های خوراکی و محصولات غذایی
۱۱. ۲۰٪ کاهش نسی در میزان مرگ و میر ناشی از سوانح و حوادث ترافیکی
۱۲. ۱۰٪ کاهش نسی در میزان مرگ و میر ناشی از مصرف مواد مخدر
۱۳. ۲۰٪ افزایش دسترسی به درمان بیماری‌های روانی

## تفاهیم نامه

## ماده ۲- موضوع تفاهیم نامه

تسهیل، تسریع و هم افزایی جهت ارتقای شاخص های پیشگیری و کنترل بیماری های غیر واگیر از طریق اقدامات سلامت محور در زمینه های مورد توافق.

## ماده ۳- تعهدات

## الف- تعهدات مشترک

۱. پیگیری در تدوین و اجرای سیاست انقباضی در خصوص کشت دخانیات و جایگزینی آن با سایر محصولات کشاورزی.
۲. حمایت از برنامه های کنترل مواجهه شغلی کشاورزان با عوامل زیان آور شغلی.
۳. کنترل آلاینده ها، باقیمانده ی سموم، کود های شیمیایی و فلزات سنگین در محصولات زراعی، باغی، گلخانه ای.
۴. استفاده از فناوری های جدید و تایید شده در تولید، نگهداری، توزیع و نظارت بر مواد غذایی.
۵. ارتقای کمی و کیفی واکسن ها و فرآورده های بیولوژیک تولیدی کشور.
۶. همکاری در تدوین و اجرای برنامه ملی پیشگیری و کنترل مقاومت ضد میکروبی.
۷. همکاری جهت جلوگیری از استفاده ی فاضلاب برای آبیاری زمین های کشاورزی.
۸. تدوین برنامه ارتقای شاخص های بهداشتی فرآورده های غذایی و اجرای آن با مشارکت کلیه ذینفعان با رعایت قوانین و مقررات جاری.

## ب- تعهدات وزارت جهاد کشاورزی

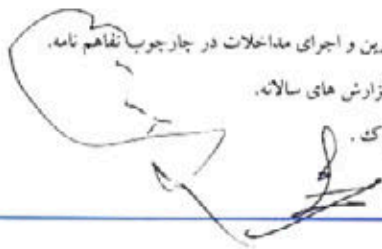
۱. اجرای قوانین و مقررات مرتبط با پیوست سلامت با توجه به اختیارات قانونی وزارت جهاد کشاورزی به منظور پیشگیری از مداخلات مضر سلامت.
۲. ایجاد دبیرخانه سلامت در حوزه دفتر وزیر جهاد کشاورزی با عضویت نمایندگان سازمان حفظ نباتات، سازمان دامپزشکی و سازمان تحقیقات، آموزش و ترویج کشاورزی با هدف استمرار فعالیت های سلامت محور و تقویت همکاری های بین بخشی سلامت.
۳. تنظیم سیاست های درون بخشی لازم برای اقدام منسجم در زمینه های مورد تفاهیم در یک افق پنج ساله.
۴. تامین و جذب منابع مالی مداخلات بر اساس برنامه های عملیاتی مصوب کمیته مشترک.
۵. حمایت از اتخاذ سیاست های تشویقی برای ارائه ی محصولات تازه خوری با قیمت و کیفیت مناسب (افزایش تولید/کاهش قیمت).
۶. حمایت از ایجاد تعاونی های بازاریابی و فروش محصولات کشاورزی به منظور حذف واسطه ها.
۷. مشارکت در ارتقای کیفیت سموم و کودهای کشاورزی با رعایت معیارهای مناسب و استفاده بهینه از آنها توسط کشاورزان و حذف سموم پرخطر با هدف رفع آلودگی آب و خاک و محصولات کشاورزی.
۸. تسریع فرایند شناسنامه دار نمودن مزارع، باغات، گلخانه ها و دامداری ها.
۹. برقراری و گسترش سامانه های الکترونیکی ردیابی محصولات خام دامی.
۱۰. طراحی و برقراری سامانه ی مدیریت الکترونیک کلینیک های گیاهپزشکی (سماکت).

تفاهم‌نامه

۱۱. ارتقا و گسترش میبستم پایش (مانیتورینگ) سموم دفع آفات نباتی.
۱۲. تدوین برنامه ی ارتقای شاخص های بهداشتی فرآورده های خام دامی و اجرای آن با مشارکت کلیه ذینفعان.
۱۳. تعیین وبه روز رسائی حداکثر مجاز باقیمانده ( MRL) دارو ، سموم ،فلزات و سایر مواد شیمیایی در فرآورده های خام دامی و محصولات زراعی، باغی، گلخانه ای.
۱۴. پایش باقیمانده ی دارو ، سموم و سایر مواد شیمیایی در فرآورده های خام دامی و آبی.
۱۵. ساماندهی نظام نسخه نویسی و نسخه پیچی دامپزشکی و برنامه ریزی برای حذف دارو ، سموم و سایر مواد شیمیایی برخطر و مساله ساز در سلامت مصرف کنندگان بر اساس اعلام مراجع ذیصلاح بین المللی یا ارانه ی مستندات علمی توسط وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی.
۱۶. ایجاد دسترسی اختصاصی معاونت غذا و داروی دانشگاه های علوم پزشکی به داده های سامانه ی یکپارچه قرنطینه سازمان دامپزشکی کشور جهت کنترل ورودی فرآورده های خام دامی به عنوان ماده ی اولیه به کارخانجات فراوری مواد غذایی تحت نظارت سازمان غذا و دارو.
۱۷. ارائه اطلاعات و گزارش وضعیت بیماری های قابل انتقال بین انسان و حیوان و منتقله از غذا در جمعیت دامی تحت پوشش برنامه های مبارزه با بیماری های دامی به وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی.
۱۸. انجام اقدامات کنترلی و پیشگیرانه متعاقب دریافت گزارش های بیماری های قابل انتقال بین انسان و حیوان و نیز بیماری های منتقله از راه غذا(غذا زاد) در جمعیت انسانی.
۱۹. گسترش سامانه مراقبت پس از فروش جهت اعلام دارو و سموم دامپزشکی و نیز خوراکی دام و فرآورده های خام دامی به صورت فراگیر.
۲۰. تقویت سازوکارهای مناسب تشویقی و حمایتی جهت تولید محصولات سالم ، ارگانیک و محصولات گواهی شده .
۲۱. حمایت از افزایش تولید و مصرف کودهای زیستی و آفت کش های بیولوژیکی و غیر شیمیایی.
۲۲. تقویت تولید و پرورش آبزیان و ایجاد تسهیلات برای در دسترس قرار گرفتن آنها برای عموم .

**ج- تعهدات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی**

۱. آموزش و حمایت از سلامت کشاورزان در قالب برنامه های بهداشت کشاورزی.
۲. پایش باقیمانده آلاینده ها در محصولات باغی ، زراعی و گلخانه ای عرضه شده در بازار و برخورد مناسب به منظور اجرایی نمودن توصیه های فنی و سلامت محصول .
۳. ارائه اطلاعات و گزارش های بیماری های منتقله از راه غذا (غذا زاد) و بیماری های قابل انتقال بین انسان و حیوان در جمعیت انسانی حسب مورد به طرف دوم تفاهم نامه.
۴. تدوین ضوابط برای اخذ گواهی بهداشتی حمل فرآورده های خام دامی صادره از سوی سازمان دامپزشکی کشور توسط کارخانجات فرآوری مواد غذایی .
۵. توجه و استفاده از ضوابط و معیارهای سازمان دامپزشکی در جهت تقویت سلامت فرآورده های خام دامی در کارخانجات مواد غذایی.
۶. همکاری در تسهیل فرآیند تدوین سیاستها و اجرای مداخلات سلامت محور.
۷. همکاری در جهت آموزش فنی لازم و مرتبط مورد نیاز طرف دوم تفاهم نامه برای تدوین و اجرای مداخلات در چارچوب تفاهم نامه.
۸. معرفی و تشویق اقدامات سلامت محور طرف دوم و افراد موثر در سطح جامعه در گزارش های سالانه.
۹. نامین و جذب منابع مالی مداخلات بر اساس برنامه های عملیاتی مصوب کمیته مشترک .



## تفاهم‌نامه

## ماده ۴ - شرایط اجرای تفاهم نامه

۱. به منظور عملیاتی کردن مفاد این تفاهم نامه کمیته اجرایی متشکل از دو نماینده مطلع و تام الاختیار از معاونت بهداشت و یک نفر از سازمان غذا و دارو، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و یک نفر نماینده مطلع و تام الاختیار از سازمان حفظ نباتات و یک نفر از سازمان دامپزشکی و یک نفر از سازمان تحقیقات، آموزش و ترویج کشاورزی، وزارت جهاد کشاورزی و یک نفر از دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی تشکیل می گردد.
  ۲. کمیته اجرایی موظف است در اولین جلسه خود که حداکثر یک ماه پس از امضای تفاهم نامه تشکیل می گردد، نحوه اداره جلسات و محل برگزاری جلسات مشترک را تعیین نماید.
  ۳. کمیته اجرایی مکلف است صورتجلسات و نیز برنامه های عملیاتی و گزارش پایش برنامه ها را به صورت فصلی برای دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی ارسال نماید.
  ۴. محل تامین مالی اقدامات سلامت محور در هر برنامه عملیاتی، حسب مورد از ردیف های بودجه ای دستگاه مربوطه بر اساس منابع تخصیصی ویژه از سوی سازمان برنامه و بودجه خواهد بود. بر این اساس لازم است در صورت لزوم نماینده بودجه دستگاه در جلسات شرکت داشته باشد.
  ۵. وزرای امضا کننده ی این تفاهم نامه مسئول حسن اجرای آن خواهند بود.
  ۶. مدت زمان اجرای تفاهم نامه تا پایان برنامه ششم توسعه تعیین می گردد.
- این تفاهم نامه در ۴ ماده و ۳ بند، در ۲ نسخه که حکم واحد دارند، در تاریخ ۱۳۹۵/۵/۱۶ به اعضا طرفین رسیده و از این تاریخ معتبر می باشد.

سید حسن هاشمی  
وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

محمود حجتی  
وزیر جهاد کشاورزی





به نام خدا



**تفاهم نامه همکاری بین وزارت راه و شهرسازی و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در راستای پیشگیری و کنترل بیماری های غیر واگیر و عوامل تهدید کننده سلامت**

شهریور ۱۳۹۵

**ماده ۱- مقدمه و ضرورت تفاهم نامه**

امروزه با تغییرات سریع و شگرف اجتماعی ناشی از روند توسعه و به ویژه افزایش سن جمعیت، سهم بیماری های غیرواگیر (مانند حوادث ترافیکی، بیماری های قلبی و عروقی و سرطان ها) در مرگ و میر و بار مالی ناشی از مشکلات سلامت با سرعت چشمگیری رو به فزونی است. بر این اساس مقام معظم رهبری در سیاست های کلی سلامت ابلاغی ۱۳۹۳/۱/۱۸ بر تحقق رویکرد سلامت همه جانبه و انسان سالم در همه قوانین، سیاست های اجرایی و مقررات با رعایت کاهش مخاطرات و آلودگی های تهدید کننده سلامت مبتنی بر شواهد معتبر علمی، تهیه پیوست سلامت برای طرح های کلان توسعه ای، ارتقا شاخص های سلامت برای دستیابی به جایگاه اول در منطقه آسیای جنوب غربی تاکید کرده اند.

نظر به اهمیت موضوع و ضرورت پاسخگویی در قبال سیاست های کلی سلامت و انسجام مبادی تصمیم گیری، اجرا، نظارت و ارزیابی کلیه فعالیت ها در راستای تحقق اهداف "سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط" مصوب شورای عالی سلامت و امنیت غذایی در تاریخ ۱۳۹۴/۱۲/۳، اهداف کلان "سند ملی راهبردی احیاء، بهسازی و نوسازی و توانمندسازی بافت های فرسوده و تآکارآمد شهری" مصوب هیات وزیران در تاریخ ۹۳/۶/۱۶ و "سند ملی توانمندسازی و ساماندهی سکونتگاه های غیر رسمی" مصوب هیات وزیران به تاریخ ۱۳۸۲/۱۹/۱۱، این تفاهم نامه بین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به نمایندگی جناب آقای دکتر سید حسن هاشمی (طرف اول تفاهم نامه) و وزارت راه و شهرسازی به نمایندگی جناب آقای دکتر عباس آخوندی (طرف دوم تفاهم نامه) برای اجرای اقدامات سلامت محور با هدف پیشگیری و ارتقای مداخلات کنترلی بیماری های غیرواگیر و استقرار "سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط" مصوب شورای عالی سلامت و امنیت غذا مبادله می گردد.

اهداف بلند مدت این سند که از تعهدات بین المللی جمهوری اسلامی ایران برگرفته شده است، به شرح زیر هستند:

۱. کاهش ۲۵٪ از خطر مرگ های زودرس ناشی از بیماری های غیرواگیر
۲. کاهش ۲۰٪ از میزان تحرک بدنی ناکافی
۳. کاهش ۱۰٪ از مصرف الکل
۴. کاهش ۳۰٪ از میزان مصرف نمک سدیم
۵. کاهش ۳۰٪ از شیوع استعمال دخانیات
۶. کاهش ۲۵٪ از شیوع پرفشاری خون
۷. جلوگیری از افزایش بیشتر چاقی و دیابت جمعیت
۸. دسترسی ۱۰۰٪ جمعیت به داروهای مناسب و فناوری های پایه و ضروری برای درمان بیماری های غیرواگیر
۹. دسترسی حد اقل ۷۰٪ جمعیت به دارو و مشاوره لازم برای پیشگیری از بیماری های قلبی-عروقی و حملات عروق مغزی
۱۰. به صفر رساندن میزان اسیدهای چرب ترانس در روغن های خوراکی و محصولات غذایی

## تفاهم‌نامه

۱۱. ۲۰٪ کاهش نسبی در میزان مرگ و میر ناشی از سوانح و حوادث ترافیکی

۱۲. ۱۰٪ کاهش نسبی در میزان مرگ و میر ناشی از مصرف مواد مخدر

۱۳. ۲۰٪ افزایش دسترسی به درمان بیماری‌های روانی

## ماده ۲- موضوع تفاهم‌نامه

تسهیل، تسریع و هم‌افزایی جهت ارتقای شاخص‌های پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر از طریق اقدامات سلامت محور در زمینه‌های مورد توافق.

## ماده ۳- تعهدات

## الف- تعهدات مشترک

- ۱- مشارکت در توسعه ابتکار جهانی جامعه ایمن.
- ۲- تقویت اقدامات مداخله‌ای برای کاهش آسیب‌های سوانح رانندگی و ارتقای ایمنی عبور و مرور با اولویت‌های کربودرهای دارای تقدم انجام اقدام بهبود ایمنی.
- ۳- ارتقای ایمنی و رعایت موازین بهداشتی در حمل و نقل ریلی، دریایی و هوایی
- ۴- ایجاد فضای همکاری جهت استفاده از زیرساخت‌های الکترونیک در تامین منابع اطلاعاتی مناسب و تبادل اطلاعات حسب درخواست طرف مقابل (مانند اطلاعات محله‌های حاشیه نشین و مصدومین و متوفیان حوادث ترافیکی مربوط به بخش بیمارستانی و پیش‌بیمارستانی).
- ۵- طراحی و پیاده‌سازی نظام جامع و یکپارچه اطلاعات تصادفات، تلفات و مصدومان کشور با همکاری دستگاه‌های مرتبط
- ۶- جلب مشارکت سازمان‌های مردم‌نهاد جهت دستیابی به سلامت و ایمنی در شهرها و روستاها.
- ۷- اجرای طرح ایمن‌سازی مدارس حاشیه راه‌ها برای آمد و شد و آموزش دانش‌آموزان.
- ۸- اقدام جهت ساخت مراکز بهداشت و پایگاه‌های اورژانس در مناطق پیشنهادی وزارت بهداشت با رعایت استانداردهای کاهش خطر حوادث غیرمترقبه و بلایا و پدافند غیرعامل با اولویت مناطق حاشیه نشین (موارد مربوط به تعهدات طرفین در کمیته اجرایی تعیین می‌گردد).
- ۹- راه‌اندازی و فعال‌سازی سازمان‌های مردم‌نهاد محلی و کانون‌های محلی فعال در حوزه سلامت و CBI سلامت محور.
- ۱۰- مشارکت علمی و تحقیقاتی و اجرایی در تدوین دستورالعمل مداخلات ارتقای ایمنی حمل و نقل سلامت محور.
- ۱۱- هماهنگی با رسانه ملی و سایر رسانه‌ها در خصوص برنامه‌های مشترک که در آنها اطلاع‌رسانی عمومی به اجرای سریع‌تر برنامه کمک خواهد کرد.
- ۱۲- استفاده از کلیه اماکن ورزشی دولتی و اماکن با قابلیت فعالیت ورزشی با همکاری وزارت ورزش و جوانان به منظور توسعه مشارکت مردم و کاهش کم تحرکی در آنان.
- ۱۳- فراهم‌سازی زمینه مشارکت حداکثری کارکنان و مخاطبان در فعالیت‌های ورزشی با هماهنگی وزارت ورزش و جوانان.
- ۱۴- تعیین انتظارات و همکاری‌های مورد نیاز از طرفین تفاهم‌نامه حاضر و طرح موثر آن در جلسات کمیته‌های مشترک.
- ۱۵- تعیین و معرفی مدیران و کارشناسان مرتبط برای فعالیت در کارگروه‌ها / کمیته‌های مشترک.
- ۱۶- حضور فعال نمایندگان طرفین در کارگروه‌ها و کمیسیون‌های مرتبط حسب درخواست طرف مقابل.
- ۱۷- تنظیم سیاست‌های درون‌بخشی لازم برای اقدام مستمر در زمینه‌های مورد تفاهم در یک افق پنج‌ساله.
- ۱۸- تامین و جذب منابع مالی مداخلات و انجام پژوهش‌ها بر اساس برنامه‌های عملیاتی مصوب.
- ۱۹- همکاری لازم در امر پایش و ارزشیابی برنامه‌های عملیاتی مرتبط و گزارش نتایج به "شورای عالی سلامت و امنیت غذایی" از طریق کمیته مشترک.

تفاهیمنامه

**ب- تعهدات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی**

- ۱- مشارکت خانه های بهداشت در اجرای طرح های ارتقای ایمنی حمل و نقل.
- ۲- بازنگری و بهبود فرآیند انجام آزمایش عدم اعتیاد برای رانندگان با اولویت رانندگان حرفه ای.
- ۳- بازنگری و بهبود روند معاینات سلامت شغلی رانندگان.
- ۴- همکاری، هدایت و تسهیل فرآیند تدوین سیاست ها و اجرای مداخلات سلامت محور مرتبط با بیماری های غیرواگیر در مجموعه سازمانی طرف دوم تفاهیمنامه.
- ۵- تدارک آموزش فنی لازم و مرتبط مورد نیاز کارکنان و مخاطبان طرف دوم تفاهیمنامه برای تدوین و اجرای مداخلات.
- ۶- معرفی و تشویق اقدامات سلامت محور دستگاه و افراد موثر در سطح جامعه در گزارش های سالانه.
- ۷- ارائه خدمات اجتماعی (مددکاری، مشاوره و آموزش) در مناطق و محله های حاشیه نشین.
- ۸- همکاری در تدوین و اجرای برنامه های ارتقای سلامت در حاشیه شهرها.
- ۹- همکاری در تدوین و اجرایی نمودن برنامه عملیاتی ارتقا ایمنی راه ها با افق برنامه توسعه ۵ ساله ششم.

**ج- تعهدات وزارت راه و شهر سازی**

- ۱- تدوین پیوست سلامت برای کلیه پروژه های توسعه ای و عمرانی مطابق با قانون.
- ۲- ایجاد دبیرخانه سلامت در حوزه دفتر وزیر با هدف استمرار فعالیت های سلامت محور و تقویت همکاری های بین بخشی سلامت.
- ۳- بازبینی سیاست های کلان مسکن و شهرسازی و تامین زیر ساخت لازم برای رفت و آمد ایمن و فعال، توسعه تحرک بدنی (از قبیل دوچرخه سواری) و ارتقای سلامت روانی شهروندان در طرح ها و برنامه های توسعه شهری و بهسازی بافت های شهری و حاشیه نشین از طریق شورای عالی شهرسازی، معماری و ستاد ملی باز آفرینی شهری.
- ۴- بازنگری در سیاست های مسکن و راه و شهر سازی در خصوص فشار آسیب پذیر و بیماران (معلولان، سالمندان، بیماران قلبی و مبتلایان به اختلالات روانی) با همکاری های دستگاه های مرتبط.
- ۵- بازبینی سیاست های کلان شهرسازی و معماری با هدف کاهش آلاینده های محیط (هوا، آب، خاک).
- ۶- تقویت نظارت بر اجرای قوانین و مقررات موجود در خصوص استاندارد سازی مصالح، روش های مؤثر در ساخت بناهای جدید، مقاوم سازی ساختمان و بهسازی و نوسازی بافت های فرسوده و توانمند سازی سکونت های غیر رسمی (حاشیه نشینی).
- ۷- الزام اجرایی نمودن بازرسی، ممیزی و بازدید ایمنی راهها در تمامی مراحل طراحی، حین ساخت و پس از بهره برداری از راهها
- ۸- توسعه و اجرای استانداردهای مسیرهای امدادی شهری و جادمای و تاکید بر گسترش آنها و تسهیل دسترسی مصدومین به خدمات درمانی.
- ۹- تقویت توسعه و تجهیز مجتمع های خدماتی - رفاهی در راههای بین شهری.
- ۱۰- پیش بینی و بهبود میانی و استانداردهای کاهش خطر حوادث غیر مترقبه و بلافاصله در طرح های توسعه شهری جهت اطمینان از نیافرودن خطرات جدید برای شهروندان با هدف کاهش حوادث.

## تفاهم‌نامه

## ماده ۴ - شرایط اجرای تفاهم‌نامه

۱. به منظور عملیاتی کردن مفاد این تفاهم‌نامه کمیته اجرایی متشکل از چهار نماینده مطلع و تام‌الاختیار از دفتر مدیریت بیماری‌های غیر واگیر، مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی، کارگروه بهداشت و درمان در حوادث غیر مترقبه و مرکز سلامت محیط و کار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و چهار نفر نماینده مطلع و تام‌الاختیار از شرکت عمران و بهسازی شهری ایران، سازمان راهداری و حمل و نقل جاده‌ای و دبیرخانه کمیسیون ایمنی راه‌های وزارت راه و شهرسازی و یک نفر از دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی تشکیل می‌گردد.
۲. کمیته اجرایی موظف است در اولین جلسه خود که حداکثر یک ماه پس از امضای تفاهم‌نامه تشکیل می‌گردد، نحوه اداره جلسات و محل برگزاری جلسات مشترک را تعیین نماید.
۳. کمیته اجرایی مکلف است صورتجلسات و نیز برنامه‌های عملیاتی و گزارش‌های پیش‌برنامه‌ها را به صورت فصلی برای دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی ارسال نماید.
۴. محل تأمین مالی اقدامات سلامت محور در هر برنامه عملیاتی، حسب مورد از ردیف‌های بودجه‌ای دستگاه مربوطه بر اساس منابع تخصیصی ویژه از سوی سازمان برنامه و بودجه خواهد بود. بر این اساس لازم است در صورت لزوم نماینده بودجه دستگاه در جلسات شرکت داشته باشد.
۵. وزرای امضاکننده این تفاهم‌نامه مسئول حسن اجرای آن خواهند بود.
۶. مدت زمان اجرای تفاهم‌نامه تا پایان برنامه ششم توسعه تعیین می‌گردد.

این تفاهم‌نامه در ۴ ماده و ۳ بند، در ۲ نسخه که حکم واحد دارند، در تاریخ ۱۳۹۵/۹/۱۶ به امضا طرفین رسیده و از این تاریخ معتبر می‌باشد.

سید حسن هاشمی

وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

عباس آخوندی

وزیر راه و شهرسازی





## به نام خدا

### تفاهم نامه همکاری بین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و وزارت ورزش و جوانان در راستای پیشگیری و کنترل بیماری های غیر واگیر و عوامل تهدید کننده سلامت

دی ماه ۱۳۹۵

#### ماده ۱- مقدمه و ضرورت تفاهم نامه

امروزه با تغییرات سریع و شگرف اجتماعی ناشی از روند توسعه و به ویژه افزایش سن جمعیت، سهم بیماری های غیر واگیر (مانند بیماری های قلبی و عروقی، سرطان ها و حوادث ترافیکی) در مرگ و میر و بار مالی ناشی از مشکلات سلامت با سرعت چشمگیری رو به فزونی است. بر این اساس مقام معظم رهبری در سیاست های کلی سلامت ابلاغی ۱۳۹۳/۱/۱۸ بر تحقق رویکرد سلامت همه جانبه و انسان سالم در همه قوانین، سیاست های اجرایی و مقررات با رعایت کاهش مخاطرات و آلودگی های تهدید کننده سلامت مبتنی بر شواهد معتبر علمی، تهیه پیوست سلامت برای طرح های کلان توسعه ای، ارتقا شاخص های سلامت برای دستیابی به جایگاه اول در منطقه آسیای جنوب غربی تأکید کرده اند.

نظر به اهمیت موضوع و ضرورت پاسخگویی در قبال سیاست های کلی سلامت و انسجام مبادی تصمیم گیری، اجرا، نظارت و ارزیابی کلیه فعالیت ها و در راستای تحقق اهداف "سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری های غیر واگیر و عوامل خطر مرتبط"، مصوب چهاردهمین شورای عالی سلامت و امنیت غذایی در تاریخ ۱۳۹۴/۱۲/۳ و ابلاغیه شماره ۱۰۰/۹۸ مورخ ۹۵/۲/۸، این تفاهم نامه بین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به نمایندگی جناب آقای دکتر سید حسن هاشمی (طرف اول تفاهم نامه) و وزارت ورزش و جوانان به نمایندگی جناب آقای مسعود سلطانی فر (طرف دوم تفاهم نامه) برای اجرای اقدامات سلامت محور با هدف پیشگیری و ارتقای مداخلات کنترلی بیماری های غیر واگیر و استقرار "سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری های غیر واگیر و عوامل خطر مرتبط" مبادله می گردد. اهداف بلند مدت سند مذکور که از تعهدات بین المللی جمهوری اسلامی ایران برگرفته شده است، به شرح زیر هستند:

- ۱- کاهش ۲۵٪ از خطر مرگ های زودرس ناشی از بیماری های غیر واگیر
- ۲- کاهش ۲۰٪ از میزان تحرک بدنی ناکافی
- ۳- کاهش ۱۰٪ از مصرف الکل
- ۴- کاهش ۳۰٪ از میزان مصرف نمک سدیم
- ۵- کاهش ۳۰٪ از شیوع استعمال دخانیات
- ۶- کاهش ۲۵٪ از شیوع پرفشاری خون
- ۷- جلوگیری از افزایش بیشتر چاقی و دیابت جمعیت
- ۸- دسترسی ۱۰۰٪ جمعیت به داروهای مناسب و فناوری های پایه و ضروری برای درمان بیماری های غیر واگیر
- ۹- دسترسی حداقل ۷۰٪ جمعیت به دارو و مشاوره لازم برای پیشگیری از بیماری های قلبی عروقی و حملات عروق مغزی
- ۱۰- به صفر رساندن میزان اسیدهای چرب ترانس در روغن های خوراکی و محصولات غذایی
- ۱۱- ۲۰٪ کاهش نسبی در میزان مرگ و میر ناشی از سوانح و حوادث ترافیکی
- ۱۲- ۱۰٪ کاهش نسبی در میزان مرگ و میر ناشی از مصرف مواد مخدر
- ۱۳- ۲۰٪ افزایش دسترسی به درمان بیماری های روانی



## تفاهم‌نامه

## ماده ۲- موضوع تفاهم‌نامه

تسهیل، تسریع و هم‌افزایی جهت توسعه و افزایش فعالیت بدنی، ورزشی و ارتقای شاخص‌های پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر از طریق اقدامات سلامت محور در زمینه‌های مورد توافق به منظور تحقق اهداف مزبور در این تفاهم‌نامه.

## ماده ۳- تعهدات

## الف- تعهدات مشترک

- ۱- ارتقا دانش، نگرش و مهارت‌های رفتاری مردم به ویژه جوانان با هدف کاهش کم‌ تحرکی و اصلاح سبک زندگی.
- ۲- تعیین انتظارات و همکاری‌های مورد نیاز در قالب برنامه‌های عملیاتی طرفین و طرح آن در جلسات کمیته اجرایی مشترک.
- ۳- پایش برنامه‌های عملیاتی تفاهم‌نامه شده در راستای تفاهم‌نامه و گزارش نتایج به "شورای عالی سلامت و امنیت غذایی".
- ۴- تأمین و جذب منابع مالی اقدامات بر اساس برنامه‌های عملیاتی مصوب کمیته اجرایی مشترک پس از طی تشریفات و اخذ ضوابط قانونی از مراجع ذیربط.
- ۵- تلاش برای ارتقا بهره‌وری از اماکن عمومی با قابلیت ورزشی.
- ۶- توانمندسازی، جلب حمایت و مشارکت سمن‌ها و خیرین برای آموزش و ترویج فعالیت بدنی در سطح جامعه.
- ۷- جلب حمایت سازمانهای بیمه‌گر از فعالیت‌های بدنی و ورزشی سلامت محور.
- ۸- تدارک آموزش فنی لازم و مرتبط مورد نیاز کارکنان معرفی شده از سوی طرفین تفاهم‌نامه برای تدوین و اجرای مداخلات.
- ۹- تنظیم سیاست‌های درون بخشی لازم برای اقدام مستمر در زمینه‌های مورد تفاهم در یک افق پنج ساله.
- ۱۰- همکاری جهت رصد (Surveillance) عوامل خطر رفتاری بیماری‌های غیرواگیر در افراد جامعه بویژه جوانان از طریق اجرای پیمایش‌ها.
- ۱۱- برنامه ریزی برای استقرار واحد مشاوره و اجرای برنامه‌های فعالیت بدنی در مراکز جامع خدمات سلامت.
- ۱۲- پیگیری و حمایت از اجرای دوره‌ها و رشته‌های مصوب آموزشی ورزشی سلامت محور در چارچوب قوانین و مقررات آموزش عالی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
- ۱۳- حمایت از تاسیس باشگاه فرهنگی ورزشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

## ب- تعهدات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

- ۱- رصد (Surveillance) عوامل خطر رفتاری بیماری‌های غیرواگیر در افراد جامعه بویژه جوانان از طریق اجرای پیمایش‌ها.
- ۲- همکاری، هدایت و تسهیل فرآیند تدوین سیاست‌ها و اجرای مداخلات سلامت محور مرتبط با بیماری‌های غیرواگیر در مجموعه سازمانی طرف دوم تفاهم‌نامه.
- ۳- معرفی و تشویق اقدامات سلامت محور دستگاه و افراد موثر در سطح جامعه در گزارش‌های سالانه.
- ۴- پیش‌بینی محتوی آموزشی مرتبط با فعالیت بدنی و ورزش در سر فصل‌های درسی و بازآموزی آموزشی حوزه سلامت.
- ۵- پیش‌بینی میانی ورزش و فعالیت بدنی در پیوست سلامت.

تفاهم‌نامه

ج- تعهدات وزارت ورزش و جوانان

- ۱- ارایه مشوق هایی برای توسعه فضا و تجهیزات به منظور ارتقای ورزش سلامت محور ( ورزش در محلات، مهدکودک ها، پیش دبستانی ها و باشگاه های ورزشی).
- ۲- استفاده از ظرفیت های ورزش قهرمانی در جهت ترویج و آموزش ورزش های سلامت محور و توسعه برنامه های اوقات فراغت جوانان با هدف ارتقای فعالیت بدنی.
- ۳- گسترش فضاهای ورزشی اختصاصی بانوان و ترویج ورزش با محوریت خانواده.
- ۴- کنترل و ارتقای وضعیت سلامت و ایمنی مکان های ورزشی و اجرای قوانین و مقررات مرتبط با پیوست سلامت با همکاری سایر دستگاه های اجرایی ذیربط.
- ۵- توسعه برنامه های ورزشی و مناسب سازی اماکن ورزشی برای گروه های آسیب پذیر ( معلولان، سالمندان، بیماران خاص ...).
- ۶- استقرار دبیرخانه سلامت در وزارت ورزش و جوانان جهت استمرار فعالیت های بدنی و ورزشی سلامت محور و هماهنگی و تقویت همکاری های بین بخشی جهت اجرای " سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط " مصوب شورای عالی سلامت و امنیت غذایی.

ماده ۴ - شرایط اجرای تفاهم نامه

- ۱- به منظور عملیاتی کردن مفاد این تفاهم نامه کمیته اجرایی متشکل از سه نماینده مطلع و تام الاختیار از دفتر بیماری های غیر واگیر، مرکز مدیریت شبکه و دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سه نفر نماینده مطلع و تام الاختیار از دفتر برنامه ریزی ورزش قهرمانی و حرفه ای، دفتر توسعه ورزش همگانی و دفتر برنامه ریزی آموزش وزارت ورزش و جوانان و یک نفر از دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی تشکیل می گردد.
- ۲- کمیته اجرایی موظف است در اولین جلسه خود که حداکثر یک ماه پس از امضای تفاهم نامه تشکیل می گردد، نحوه اداره جلسات و محل برگزاری جلسات مشترک را تعیین نماید.
- تبصره: کمیته اجرایی می تواند حسب نیاز از کارشناسان و مدیران مرتبط جهت حضور در جلسات دعوت نماید.
- ۳- کمیته اجرایی مکلف است صورتجلسات و نیز برنامه های عملیاتی و گزارش پایش برنامه ها را به صورت فصلی برای دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی ارسال نماید.
- ۴- محل تامین مالی اقدامات سلامت محور در هر برنامه عملیاتی، حسب مورد از ردیف های بودجه ای دستگاه مربوطه بر اساس منابع تخصیصی ویژه از سوی سازمان برنامه و بودجه خواهد بود که در این راستا، هرگونه پرداخت اعتبار، ناشی از اجرای این تفاهم نامه وفق قراردادهای منعقد شده مستقل خواهد بود.

## تفاهم نامه

## ماده ۵ - دوره اجرا

۱. مدت زمان اجرای تفاهم نامه تابع سیاست‌های کلی برنامه ششم توسعه می‌باشد.
  ۲. وزرای امضا کننده ی این تفاهم نامه مسئول حسن اجرای آن خواهند بود.
- این تفاهم نامه در ۵ ماده، ۳ بند و ۱ تبصره در ۲ نسخه که حکم واحد دارند، در تاریخ ..... به امضا طرفین رسیده و از این تاریخ معتبر می‌باشد.

سید حسن هاشمی  
وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

مسعود سلطانی فر  
وزیر ورزش و جوانان

۹۵/۱۰/۱۹



بسمه تعالی



### تفاهم نامه مشترک بین وزارت آموزش و پرورش و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

در راستای بند ۲-۵ سیاست های کلی ایجاد تحول در نظام آموزش و پرورش ابلاغ مقام معظم رهبری مورخ ۱۰/۲/۹۲ مبنی بر ارتقاء سلامت جسمی و روحی دانش آموزان، از آنجا که تعدادی از دانش آموزان به علت بیماری های خاص و صعب العلاج، در بیمارستان های کشور جهت درمان های نسبتاً بلند مدت بستری می شوند، به منظور جلوگیری از افت تحصیلی و ارائه خدمات آموزشی-درمانی به آنان در مراکز تخصصی و بیمارستان ها، این تفاهم نامه بین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به نمایندگی جناب آقای دکترسید حسن هاشمی و وزارت آموزش و پرورش به نمایندگی جناب آقای دکتر فخرالدین احمدی دانش آشنیانی مبادله می گردد.

#### ماده (۱) - موضوع:

ارایه ی خدمات آموزشی در بیمارستان ها و مراکز درمانی به دانش آموزانی که دارای بیماری خاص و صعب العلاج هستند و در بیمارستان ها بستری و تحت مراحل درمانی قرار دارند.

#### ماده (۲) - اهداف:

۱. تقویت روحیه دانش آموزان دارای بیماری های صعب العلاج، کمک به بهبود وضعیت درمانی آنان و جلوگیری از ترک تحصیل و یا عقب ماندگی درسی آنان
۲. تقویت بنیه علمی دانش آموزان بستری در مراکز درمانی
۳. کاهش اضطراب ناشی از عقب ماندگی درسی این دانش آموزان
۴. تقویت امید به زندگی کودکان بستری در بیمارستان ها
۵. کمک به شکل گیری و تقویت "سازمان های معلم نهاد داوطلبانه" و بهره گیری از خدمات خیرخواهانه آنان در راستای اهداف این تفاهم نامه

#### ماده (۳) - تعهدات وزارت آموزش و پرورش:

۱. ارایه ی خدمات آموزشی در بیمارستان ها و مراکز درمانی بستری به دانش آموزانی که دارای بیماری خاص و صعب العلاج هستند و در بیمارستان ها بستری و تحت مراحل درمانی قرار دارند.
۲. معرفی معلمان داوطلب جهت حضور در بیمارستان های تحت پوشش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای آموزش دانش آموزان
۳. شکل دهی و تقویت سازمان های مردم نهاد، با ترکیبی از معلمان شاغل و بازنشسته و خیرین به منظور بهره گیری از حمایت ها و خدمات داوطلبانه و خیرخواهانه آنان
۴. کمک به تامین امکانات آموزشی و کمک آموزشی دانش آموزان بستری در بیمارستان ها
۵. پیگیری و نظارت بر اجرای فرایند آموزش توسط معاونت های آموزش ابتدایی و آموزش متوسطه در ادارات آموزش و پرورش مناطق و شهرستان ها





بسمه تعالی



۶. پیگیری و نظارت بر اجرای فرایند آموزش توسط معاونت های آموزش ابتدایی و آموزش متوسطه در ادارات آموزش و پرورش مناطق و شهرستان ها
۷. همکاری در انجام پروژه های پژوهشی در خصوص اثر بخشی ارابه ی خدمات آموزشی و تاثیر آن بر کیفیت درمان دانش آموزان
۸. همکاری در تهیه بانک اطلاعاتی و تشکیل پرونده سلامت دانش آموزان
۹. برگزاری کارگاه آموزشی ویژه معلمان و مربیان داوطلب ، بر اساس بسته های آموزشی تدوین شده

#### ماده (۴) - تعهدات وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی:

۱. فراهم نمودن زمینه همکاری بیمارستان ها و مراکز تخصصی درمانی دانشگاه های علوم پزشکی کشور
۲. ایجاد تمهیدات و تسهیلات مورد نیاز برای حضور معلمان داوطلب معرفی شده ، جهت ارابه ی خدمات آموزشی به دانش آموزان بستری شده در بیمارستان ها
۳. فراهم نمودن زمینه حمایت خیرین سلامت از این دانش آموزان
۴. ایجاد ظرفیت لازم جهت پوشش بیمه ای دانش آموزان فاقد خدمات بیمه ای طبق بسته خدمات بیمه سلامت
۵. ایجاد فضای مناسب برای ارابه ی خدمات آموزشی و تفریحی در داخل بیمارستان ها
۶. همکاری در انجام پروژه های پژوهشی در خصوص اثر بخشی ارابه ی خدمات آموزشی و تاثیر آن بر کیفیت درمان دانش آموزان
۷. همکاری در تهیه بانک اطلاعاتی و تشکیل پرونده سلامت دانش آموزان

#### ماده (۵) - شرایط اجرا:

۱. این تفاهم نامه از زمان امضا و مبادله به مدت چهار سال شمسی معتبر و قابل اجرا می باشد و در صورت توافق طرفین قابل تمدید است.
۲. هر موضوع مورد توافق برای اجرایی شدن در قالب قرارداد جداگانه و با ذکر جزئیات اجرایی همراه با تعیین هزینه های مربوطه تدوین و به امضای طرفین خواهد رسید.
۳. جهت نظارت بر اجرای تفاهم نامه کمیته ای متشکل از دو نفر از معاونت تربیت بدنی و سلامت وزارت آموزش و پرورش و دو نفر از معاونت درمان و معاونت اجتماعی وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی تشکیل می گردد .

این تفاهم نامه در ۵ ماده و سه نسخه در تاریخ ۹۶/۵/۱۶ بین وزارتخانه های آموزش و پرورش و بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی مبادله گردید.

سید حسن هاشمی

وزیر بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی

فخرالدین احمدی دانش آشتیانی

وزیر آموزش و پرورش





### تفاهم‌نامه

با استعانت از پروردگار متعال، در راستای تحقق سیاست‌های کلان سلامت و سیاست‌های کلی جمعیت ابلاغی از سوی مقام معظم رهبری و تحقق اهداف سلامت دانش آموزان در سبد تحول بنیادین وزارت آموزش و پرورش، این تفاهم‌نامه فی مابین وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی و وزارت آموزش و پرورش، به شرح ذیل منعقد می‌گردد.

#### ماده (۱) اهداف تفاهم‌نامه:

- ۱- تأمین، حفظ و ارتقاء سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی دانش آموزان
- ۲- توانمندسازی دانش آموزان، خانواده‌ها، اولیای معلمان و کارکنان برای رعایت سبک زندگی سالم ایرانی اسلامی

#### ماده (۲) مدت زمان و اعتبار تفاهم‌نامه:

زمان شروع همکاری، مشترک در قالب این تفاهم‌نامه از تاریخ امضای طرفین آغاز و اعتبار آن تا سه سال کامل شخصی هجری تعیین می‌گردد و با توافق طرفین قابل تمدید خواهد بود. بدیهی است هر قراردادی که در طی این مدت بین طرفین منعقد می‌گردد تا پایان مدت همان قرارداد معتبر خواهد بود.

#### ماده (۳) تعهدات طرفین:

##### الف بند یک: تعهدات مشترک:

- (۱) برنامه‌ریزی، اجرا، پایش و ارزشیابی مداخلات مورد نیاز برای آموزش سلامت رسمی و فوق برنامه به دانش آموزان به منظور توانمندسازی آنها در زمینه مراقبت از سلامت خود، همسالان، خانواده و جامعه و در پی رفتارهای پرخطر با رعایت سبک زندگی اسلامی-ایرانی
- (۲) برنامه‌ریزی، اجرا، پایش و ارزشیابی مداخلات مورد نیاز برای پیشگیری از رفتارهای پرخطر و آسیب‌های اجتماعی در بین دانش آموزان
- (۳) برنامه‌ریزی، اجرا، پایش و ارزشیابی مداخلات مورد نیاز برای توانمندسازی اولیای معلمان و معلمان و والدین و کارکنان در زمینه خودمراقبتی و مراقبت از سلامت دانش آموزان و فرزندان
- (۴) برنامه‌ریزی، اجرا، پایش و ارزشیابی مداخلات مورد نیاز برای ارتقاء سلامت جسمی، روانی و اجتماعی دانش آموزان





۵) برنامه‌ریزی، اجرا، پایش و ارزشیابی مداخلات مورد نیاز برای اجرای برنامه جامع درسی آموزش سلامت در مدارس به کمک پایه‌های مختلف تحصیلی برای ساماندهی آموزش رسمی و فوق برنامه سلامت در مدارس

۶) برنامه‌ریزی و اجرای پروژه‌های تحقیقاتی مشترک در زمینه بهداشت مدارس و ارتقاء سلامت دانش آموزان  
۷) نبال اطلاعات و تجارب موجود در زمینه سلامت و ایمنی مدارس

۸) برنامه‌ریزی، اجرا، پایش و ارزشیابی فرآیندهای مشارکتی ارتقاء بهداشت، محیط و ایمنی مدارس

۹) برنامه‌ریزی، اجرا، پایش و ارزشیابی مداخلات مورد نیاز برای ارتقاء سلامت و امنیت غذایی دانش آموزان با هدف تسهیل دسترسی آنها به وعده‌های غذایی سالم به ویژه غذای مدرسه، شیر مصرفی دانش آموزان با اولویت مناطق محروم و مدارس شهرنوروی (به استناد ماده ۳ آئین‌نامه اجرایی تأمین، حفظ و ارتقاء سلامت جسمی، روانی و اجتماعی دانش آموزان مصوب ۱۳۸۶/۹/۲ هیأت وزیران و بند ۸ مصوبه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی مورخ ۱۳۸۴/۱۰/۱۲)

## بند ۲- تعهدات وزارت آموزش و پرورش:

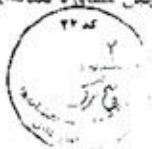
۱) آموزش اصول مراقبت از سلامت خود، همسالان و دوری از رفتارهای پرخطر با رعایت سبک زندگی اسلامی ایرانی به استناد ماده ۱ آئین‌نامه اجرایی تأمین، حفظ و ارتقاء سلامت جسمی، روانی و اجتماعی دانش آموزان مصوب ۱۳۸۴/۹/۲ هیأت وزیران

۲) آموزش اصول خودمراقبتی به کارکنان مدارس، معلمان و دبیران به منظور انکشاف نقش مثبت به عنوان الگویی برای سالم زیستن و ارتقاء سلامت جسمی، روانی، جنسیتی و معنوی برای دانش آموزان و حمایت از فرآیندهای آموزش و ارتقاء سلامت دانش آموزان در مدرسه، فرایند برگزاری آموزش‌های ضمن خدمت فرهنگیان

۳) ارتقاء بهداشت محیط، ایمنی فیزیکی مدارس و فضای بیرون آنها برای حفاظت از سلامت جسمی، روانی، اجتماعی دانش آموزان (با استفاده از ظرفیت سازمان‌نوسازی، توسعه و تجهیز مدارس)

۴) تشکیل و تقویت تشکلهای دانش آموزی سلامت محور (بهداشتیاران، باشگاه سلامت، سفیران سلامت) و باران مدرسه ...

۵) تسهیل دسترسی دانش آموزان به وعده‌های غذایی سالم با نظارت بر بانک‌های تغذیه سالم مدارس و استانداردسازی و نظارت بر بانک‌های تغذیه سالم مدارس و تسهیل مشاوره تغذیه‌ای و اجرایی برنامه مکمل برای آشنایی والدین D





۶) اجرای مؤثر برنامه‌های آموزشی و فرهنگی در جهت ترویج سبب‌های ایمنی، مقوم معظم رهبری در مسد جمعیت

۷) ارزیابی، سالانه مدارس مروج سلامت

۸) تسهیل غربالگری‌های سالانه و موردی دانش آموزان و پیگیری موارد خاص

۹) ارائه گزارش عملکرد سالانه برنامه‌های سلامت مدارس

۱۰) برنامه‌ریزی و بسترسازی جهت اجرای فعالیت‌های بدنی دانش آموزان

۱۱) تسهیل ارائه خدمات مشاوره‌های روانی-اجتماعی برای ارتقاء سلامت دانش آموزان

۱۲) تسهیل اجرای برنامه رشد و تکامل همه جانبه کودکان پیش دبستانی، اول و دوم ابتدایی

**م بند ۴ تعهدات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی:**

۱) پشتیبانی تکمیل شدن برنامه سلامت الکترونیک دانش آموزان در درون مدارس و تسهیل دسترسی دانش آموزان به خدمات بهداشتی، حمایتی مورد نیاز

۲) تسهیل دسترسی دانش آموزان در معرض خطر یا دچار آسیب در درون مدارس به خدمات بهداشتی و حمایتی و مشاوره‌ای مورد نیاز

۳) تولید و انتشار محتوای آموزشی در زمینه بهداشت و تغذیه سلامت توجوایی و بلوغ و فرزندآوری؛ توانمندسازی اولیاء و کارکنان (با تأیید دفتر سلامت و تندرستی وزارت آموزش و پرورش)

۴) اجرای برنامه‌های آموزش بهبود تغذیه دانش آموزان و تأمین مکمل‌های دارویی از قبیل قرص آهن و ویتامین D

۵) کنترل عوامل محیطی مؤثر بر سلامت در مدارس به منظور ارتقاء شاخص‌های بهداشت محیط مدارس

۶) آموزش و ارائه خدمات رایگان بهداشت دهان و دندان (فوراً، برای معیبه، وارنیش فلوراید، فیشور سیلنت) در راستای ارتقاء شاخص DMFT با تأکید ویژه بر دانش آموزان دوره ابتدایی

۷) آموزش و سرور نمودن مهارت‌های بهداشتی به‌طور خاص به‌طور خاص جهت ارائه خدمات بهداشت مدارس در روستاها







۹) مدیر کل دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

۱۰) مدیر کل دفتر مراقبت در برابر آسیب‌های اجتماعی وزارت آموزش و پرورش

۱۱) رئیس مرکز سلامت محیط کار معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

۱۲) مدیر دفتر پیرو، تغذیه معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

۳-۴) در استان‌ها، زیر کمیته بهداشت تغذیه و ایمنی با مسئولیت مدیر کل آموزش و پرورش استان و عضویت رئیس دانشگاه علوم پزشکی و مدیران و کارشناسان مربوطه از هر دو دستگاه تشکیلی خواهد شد.

**ماده ۵) اطلاعات و اسناد طبقه‌بندی شده:**

هر یک از طرفین متعهد می‌گردد اطلاعات یا قید محرمانه اخذ شده از طرف مقابل را به صورت مستقیم و یا غیر مستقیم، در اختیار اشخاص حقیقی یا حقوقی دیگری قرار ندهند. این اطلاعات شامل توضیحات، نقشه‌ها، مشخصات فنی، پشتیبانات فنی و یا اقتصادی و سایر مدارک و اسناد است که از سوی طرفین محرمانه تلقی گردد.

این تفاهاتنامه علی‌ش ماده و در دو نسخه دارای اعتبار واحد تنظیم در تاریخ ۱۳۹۲/۸/۱۰ فیما بین وزرای بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و آموزش و پرورش منعقد گردید.

دکتر علی اصغر فانی  
وزیر آموزش و پرورش

دکتر سید حسن هاشمی  
وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی







برستانی

### توافق نامه اجرایی همکاری های مشترک برنامه سلامت دهان و دندان دانش آموزان

با استعانت از ذات اقدس الهی و در دوران خدمات دولت تدبیر و امید، در راستای اجرایی نمودن مفاد ماده ۱ و نیز مورد ۶ بند ۳ از ماده ۳ تفاهم نامه فی مابین وزارتین بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و آموزش و پرورش، این توافق نامه اجرایی به شرح ذیل منعقد می گردد:

#### ❖ ماده (۱) موضوع توافق نامه:

ارتقاء شاخص DMFT/dmft با تأکید ویژه بر دانش آموزان دوره ابتدایی و سپس متوسطه  
هدف اصلی: افزایش تعداد و درصد دانش آموزان ۱۲ ساله بدون پوسیدگی دندانی پس از یک دوره ۶ ساله، به نحوی که شاخص DMFT آنها به عدد یک تقلیل یابد. هم چنین شاخص DMFT/dmft در سایر دانش آموزان ارتقاء یابد.

#### ❖ ماده (۲) برنامه های اجرایی سلامت دهان و دندان در مدارس:

این برنامه ها در چهار بخش به شرح ذیل انجام می گیرد:  
 الف) آموزش:

- ✓ آموزش مجریان برنامه (پرسنل درگیر از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و همچنین مراقبین سلامت، معلمان، مدیران و یا افراد داوطلب فعال در مدارس)
- ✓ آموزش مستمر بهداشت دهان و دندان به دانش آموزان در مدارس بطور مستقیم/غیرمستقیم
- ✓ آموزش بهداشت دهان و دندان به والدین به منظور حمایت از مراقبت های دانش آموزان در منزل

ب) پیشگیری:

- ✓ انجام غربالگری و ثبت اطلاعات سلامت دهان و دندان دانش آموزان در شناسنامه سلامت دهان
- ✓ استفاده از روش های دندان پزشکی پیشگیری شامل خودمراقبتی (در قالب کتابچه، سی دی، یا کمپین دندان سالم)، تغذیه و بوفه سالم و استفاده از وارنیش فلوراید



برسمان

### توافق نامه اجرایی برنامه خودمراقبتی در مدارس

در راستای اجرایی نمودن ماده ۳ (بندهای ۱ و ۳ و ۵) تعهدات مشترک تفاهتنامه فی مابین وزارتین بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و آموزش و پرورش، این توافق نامه اجرایی به شرح ذیل منعقد می گردد:

❖ **ماده ۱: موضوع توافق نامه:**  
اجرای برنامه مشترک خودمراقبتی در مدارس کشور

- ❖ **ماده ۲: برنامه اجرایی:**  
توانمندسازی دانش آموزان از پیش دبستان تا پایان دوره دوم متوسطه برای خودمراقبتی
۱. توانمندسازی معلمان، مدیران و کارکنان مدارس برای حمایت و اجرای برنامه های خودمراقبتی در مدارس
  ۲. توانمندسازی والدین دانش آموزان برای حمایت از اجرای برنامه های خودمراقبتی در مدارس
  ۳. استقرار مدارس ارتقاءدهنده سلامت در کشور
  ۴. توسعه و تقویت تشکل های دانش آموزی سفیران سلامت در مدارس متوسطه دوم کشور

- ❖ **ماده ۳: تعهدات وزارت آموزش و پرورش:**
- ۱- آموزش خودمراقبتی به دانش آموزان بر اساس برنامه جامع درسی آموزش سلامت در مدارس از پیش دبستان تا پایان دوره دوم متوسطه
  - ۲- اجرای کمپین های فصلی و جشنواره های سالانه آموزش سلامت در مدارس کشور در سطح استانی و ملی
  - ۳- تشکیل کمیته های ارتقاءدهنده سلامت در مدارس
  - ۴- توسعه تشکل های دانش آموزی سفیران سلامت در مدارس متوسطه دوم سراسر کشور
  - ۵- همکاری و برگزاری دوره های آموزشی برای معلمان، مدیران و والدین دانش آموزان برای حمایت از اجرای برنامه خودمراقبتی در مدارس

۱-۶



## به نام خدا

### تفاهم نامه همکاری بین وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران

اردیبهشت ماه ۱۳۹۷

با یاری از خداوند رحمان و رحیم، و بر اساس حدیث شریف نعمتان مجهولتان الصّحة و الامان و در راستای تحقق بند ۱ جزء ۱۱ سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی از سوی مقام معظم رهبری (مدظله العالی)، افزایش آگاهی و همکاری دستگاه‌های اجرایی با متولیان سلامت امری ضروری است. بدین منظور در خصوص تعاملات بین سازمانی و در راستای بند (۱۷) ماده (۴) قانون نیروی انتظامی مصوب ۱۳۶۹ مجلس شورای اسلامی، این تفاهم نامه بین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به نمایندگی جناب آقای دکتر سید حسن هاشمی (از این پس وزارت) و نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران به نمایندگی سردار سرتیپ پاسدار حسین اشتری (از این پس ناجا) به شرح ذیل منعقد می‌گردد.

#### ماده (۱) هدف تفاهم نامه:

هدف از انعقاد تفاهم نامه، توسعه همکاریها بین وزارت و ناجا با استفاده از منابع و ظرفیتهای طرفین برای تسامین، حفظ و ارتقای سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی جامعه می‌باشد.

#### ماده (۲) موضوع تفاهم نامه:

۱. همکاری در اعمال صحیح قوانین و مقررات مرتبط با سلامت به منظور اثر بخش بودن آن و مبارزه با قاچاق و تقلب موارد مرتبط.
۲. همکاری و مشارکت در بهره مندی از امکانات، تجهیزات، نیروی انسانی، تاسیسات اجرایی، آموزشی، پژوهشی و آزمایشگاهی طرفین برای ارتقای سلامت
۳. توانمند سازی نیروها و کارکنان ناجا و وزارت برای اجرای مطلوب مفاد تفاهم نامه
۴. همکاری در تقویت و حمایت از سلامت شغلی کارکنان ناجا
۵. همکاری در انجام مأموریت های قانونی مرتبط با سلامت شامل اجرای مقررات بین المللی بهداشتی، کنترل همه گیری ها، بازرسی های بهداشتی - درمانی، دارویی، مواد غذایی، مدیریت حوادث (ترافیکی و غیر ترافیکی)، بلایا، اورژانس و فوریتها، در داخل کشور و مبادی مرزی
۶. همکاری مشترک در خصوص کاهش آسیب های اجتماعی و توسعه سلامت اجتماعی

#### ماده (۳) مدت زمان اعتبار تفاهم نامه:

زمان همکاری مشترک در قالب این تفاهم نامه از تاریخ امضای طرفین آغاز و اعتبار آن هشتال تعیین می‌گردد و بنا توافق طرفین قابل تمدید خواهد بود. بدیهی است هر قراردادی که طی این مدت بین طرفین منعقد می‌گردد تا پایان مدت همان قرارداد معتبر می‌باشد.

**ماده ۴) چارچوب همکاری های مشترک**

۱. همکاری در زمینه اجرای کلیه موازین بهداشت محیط و کنترل و پیشگیری بیماری های مشترک بین دام و انسان و جلوگیری از ورود غیر قانونی دام در مناطق مرزی کشور به منظور کنترل و کاهش این گونه بیماری ها در سطح کشور
۲. هماهنگی، سازماندهی و انجام مأموریت تبیم های واکنش سریع در نواحی سرور رخداد های بهداشتی با اهمیت بین المللی
۳. همکاری در کلیه زمینه های کنترل اعتیاد و مصرف دخانیات، الکل و مواد مخدر و سایر آسیب های اجتماعی در سطح کشور
۴. همکاری در توسعه فرهنگ جامعه ایمن با تاکید بر ارتقاء فرهنگ ترافیک و کاهش حوادث در راه ها (درون شهری و برون شهری) و آسیب های جسمی و روانی ناشی از آن و هماهنگی در ارائه آمارها و تحلیل مشترک حوادث
۵. همکاری در به روز رسانی ضوابط سنجش سلامت جسمانی و روانی موضوع ماده ۶ آیین نامه اجرایی صدور اتواع گواهینامه رانندگی .
۶. تعامل سامانه های موجود در وزارت و ناجا به ویژه سامانه های ۱۹۰ بهداشت، ۱۱۵ اورژانس پیش بیمارستانی و مرکز فوریت های پلیسی ۱۱۰ و... در خصوص تبادل اطلاعات در زمینه های مختلف از جمله، مقابله با قاچاق سازمان یافته کالاهای سلامت محور، امکان بهره برداری از دوربین های نظارتی ناجا برابر مقررات، درگیری های منجر به جرح، حوادث ترافیکی و مصدومین ناشی از عملیات انتظامی
۷. همکاری به منظور تسهیل و امکان استفاده از آزمایشگاه های تخصصی دانشگاه های علوم پزشکی سطح کشور (بهداشت حرفه ای، میکروبی و شیمیایی مواد غذایی، میکروبی و فیزیکی و شیمیایی آب) و آزمایشگاه های تخصصی پلیس مبارزه با مواد مخدر ناجا .
۸. تعامل در خصوص کنترل مسایل بهداشتی و درمانی. در گگرد همایی های بزرگ مانند اربعین حسینی و مراسم سالگرد ارتحال امام (ره) و غیره
۹. همکاری در زمینه شناسایی و آنالیز داروهایی که احتمال هر نوع سو استفاده برای آن ها متصور است.
۱۰. راه اندازی یگان حفاظت در وزارت مطابق قوانین و مقررات مربوطه
۱۱. حمایت و تسهیل خدمات سازمان های مردم نهاد و خیرین مورد تایید وزارت و ناجا برابر قوانین و مقررات موضوعه.
۱۲. همکاری در عملیات های بین المللی پلیس فتا در حوزه مبارزه با خرید و فروش دارو در فضای سایبر (عملیات پانچیا)
۱۳. پیگیری جهت حمایت های حقوقی و رفع موانع قانونی در تسریع و تسهیل خدمات سلامتی - انتظامی به تشخیص و پیشنهاد کمیته اجرایی تفاهنامه در مواردی از قبیل تعرفه درمانی کدهای ستاره دار ترمیمی برای آسیب دیدگان عملیات انتظامی، اقدام درمانی برای بیماران با اختلالات روان و موارد عدم همکاری همراه بیمار برای اخذ رضایت، نگهداری و حمل حیوانات خانگی

**ماده ۵) همکاری وزارت با ناجا:**

۱. ارائه کلیه آموزش های مورد در زمینه های مرتبط با سلامت از قبیل: مقررات بهداشتی بین المللی (IHR)، اطلاعات دارویی و سم شناسی، خود امدادی و دگرآمدادی، خودمراقبتی فردی و سازمانی، سبک زندگی و آموزش های خاص متناسب با نیازهای آموزشی هر حوزه
۲. انجام اقدامات پیشگیرانه و پیشبینی، تامین و واگذاری واکسن، داروها، لوازم حفاظت فردی و سایر اقلام و تجهیزات بهداشتی و امدادی مورد نیاز ناجا به ویژه در مواقع بروز اپیدمی های کشوری و منطقه ای و مناسبیت ها و همکاری در تامین بسته بهداشت فردی برای افراد بازداشت شده.



## تفاهنامه

۳. اطلاع رسانی فوری و به موقع موارد بروز، شیوع و طغیان بیماری های واگیر و وقایع بهداشتی غیر معمول و آلوده در تهدیدات سلامت در سراسر کشور و منطقه
  ۴. همکاری وزارت در مستند سازی حوادث، کشف جرم و حفظ وضعیت صحنه
  ۵. همکاری و تسهیل در خصوص صدور مجوز تاسیس آزمایشگاه تشخیص اعتیاد توسط کارشناس علوم آزمایشگاهی بجای متخصص به عنوان مسئول فنی و واگذاری مجوزهای لازم به معاونت بهداشت، امداد و درمان ناجا و بیمارستان های منطقه ای صرفاً جهت ارائه خدمات بهداشت محیط و حرفه ای و سلامت شغلی به کارکنان ناجا طبق مقررات
  ۶. هماهنگی و همکاری در زمینه بازرسی های بهداشتی بر اماکن متعلق به ناجا با رعایت موازین و مقررات وزارت
  ۷. حضور سازمان اورژانس کشور در اتاق بحران ناجا در صورت درخواست
  ۸. پوشش بیمه سلامت ایرانیان برای مصدومین ارجاع شده از نیروی انتظامی مطابق مقررات مربوطه
  ۹. همکاری و ارائه خدمات بهداشتی درمانی در انتقال، پذیرش و درمان مصدومین عملیات و بیماران ارجاعی از سوی ناجا برابر تعرفه دولتی  
تبصره: در خصوص تعرفه ارائه خدمات به اتباع خارجی کمیته حقوقی تصمیم گیری نماید
  ۱۰. همکاری اورژانس کشور در مأموریت های ناجا در موارد انتقال مصدومین و مجروحین و حضور در رزمایش ها و میادین تیر
  ۱۱. همکاری جهت بکارگیری متخصصین و فوق تخصص های طرح ضربت کا و تمام وقت در مراکز درمانی ناجا در مناطق محروم و در صورت رفع نیاز دانشگاه های دولتی
  ۱۲. همکاری در خصوص تامین و ارتقا تجهیزات پزشکی سرمایه ای مراکز درمانی ناجا از طریق خیرین سلامت و هیات امنای مشابه مراکز دانشگاه
  ۱۳. اهتمام وزارت در خصوص رصد و اعلام مستمر تبلیغ خدمات غیر مجاز و آسیب رسان به سلامت و خرید و فروش داروها و مواد غیر مجاز در فضای مجازی به پلیس فتا
  ۱۴. ارسال دستورالعمل ها، راهنماها، بخشنامه های بهداشتی، درمانی، دارویی و آموزشی الکترونیک و چاپی وزارت به معاونت بهداشت، امداد و درمان ناجا و اماکن دسترسی ناجا به سامانه ها و بانک های اطلاعاتی وزارت بر حسب نیاز
  ۱۵. همکاری در اختصاص بورسیه تحصیلی مورد نیاز ناجا (بویژه در زمینه تشخیص هویت).
- ماده ۶) همکاری ناجا با وزارت:**
۱. اهتمام در تامین امنیت و همکاری با بازرسی وزارت، در خصوص اجرای مطلوب و نظایف پایگاه مراقبتی بهداشتی مرزی (هوایی، دریایی، زمینی)
  ۲. آموزش مسائل بهداشتی و کنترل بیماری ها در اماکن عمومی و تجمع انسانی در اختیار ناجا
  ۳. همکاری و پشتیبانی ناجا با وزارت در زمینه شناسایی تخلیفات و تقلبات مواد غذایی در راستای ارتقاء امنیت غذایی جامعه و پشتیبانی ناجا از بازرسی وزارت در بازرسی از مراکز درمانی، اماکن عمومی و مراکز تهیه، توزیع و عرضه مواد غذایی و دخانی برابر ضوابط قانونی
  ۴. اهتمام در تامین امنیت، حمایت و پشتیبانی ناجا از مسامورین وزارت به هنگام بروز رخدادهای بهداشتی، حوادث و بحران ها و همچنین همکاری در خصوص تسهیل ورود گروه های واکنش سریع بهداشتی و درمانی به منطقه
  ۵. همکاری ناجا با بازرسان و کارشناسان وزارت، در خصوص غربالگری مسافرین و تبادل متهمین و اتباع غیر مجاز از لحاظ بیماری ها
  ۶. همکاری در تامین شرایط فرود بالگرد اورژانس در بزرگراه های شهری و جاده های برون شهری
  ۷. تسریع در شماره گذاری آمبولانس های فاقد شماره و نیز آمبولانس های جدید مرکز اورژانس کشور
  ۸. حضور فعال حداقل یک نفر از کارکنان ناجا در اورژانس بیمارستان های شلوغ تا زمان راه اندازی یگان حفاظت در وزارت



۹. آموزش کارکنان اورژانس جهت ثبت اظهارات و کلمات عنوان شده توسط مصدومین در صحنه های جرم، توجیه و ارائه آموزش های لازم به کارکنان سلامت در خصوص ملاحظات مربوط به وقایع انتظامی، حوادث ترافیکی و راه ها

**ماده ۷) شرایط اجرای تفاهم نامه**

۱. به منظور نظارت بر اجرای تفاهم نامه شورای راهبردی با حضور وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، فرمانده نیروی انتظامی و معاونین بهداشت، درمان، اموراجتماعی و رئیس سازمان غذا و دارو از وزارت و روسای پلیس پیشگیری، پلیس راهور و پلیس آگاهی و معاونین بهداشت، حقوقی و امور مجلس از ناجا هر شش ماه یک بار تشکیل می گردد.
۲. به منظور تعیین اولویت ها و عملیاتی کردن مفاد این تفاهم نامه کمیته اجرایی ملی با حضور پنج نماینده مطلع و تام الاختیار وزارت از معاونت بهداشت، معاونت درمان، معاونت امور اجتماعی، سازمان غذا و دارو و سازمان اورژانس کشور و پنج نفر نماینده مطلع و تام الاختیار ناجا از پلیس پیشگیری، معاونت بهداشت، پلیس راهور، پلیس آگاهی، معاونت حقوقی و امور مجلس و یک نفر از دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی هر سه ماه یک بار در وزارت تشکیل می گردد. اجرای تفاهم نامه در کمیته اجرایی ملی بر عهده دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی می باشد.

۳. اجرای تفاهم نامه در استان ها بر عهده کمیته های استانی خواهد بود که اعضا و شیوه عملکرد آن از سوی کمیته اجرایی ملی تعین خواهد شد.

تبصره یک: کمیته اجرایی ملی موظف است در اولین جلسه خود که حداکثر یک ماه پس از امضای تفاهم نامه تشکیل می گردد، شیوه نامه تشکیل و فرایند برگزاری جلسات کمیته اجرایی ملی و استانی و نحوه اجرای تفاهم نامه را تعیین و ابلاغ نماید.  
تبصره دو: کمیته اجرایی ملی می تواند حسب نیاز از کارشناسان و مدیران مرتبط بدون حق رای جهت حضور در جلسات دعوت نماید و نسبت به تشکیل کمیته های فنی- تخصصی به صورت مشترک اقدام نماید.

۴. کمیته اجرایی ملی مکلف است صورت جلسات و نیز برنامه های عملیاتی و گزارش پایش برنامه ها را به صورت فصلی برای دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی ارسال نماید.

۵. محل تامین مالی اقدامات سلامت محور در هر برنامه عملیاتی، حسب مورد از ردیف های بودجه ای دستگاه مربوطه بر اساس منابع تخصیصی ویژه از سوی سازمان برنامه و بودجه خواهد بود که در این راستا، هر گونه پرداخت اعتبار، ناشی از اجرای این تفاهم نامه وفق قراردادهای منعقد شده مستقل خواهد بود.

**ماده ۸) ساز و کار حل و فصل اختلافات:**

در صورت بروز اختلاف بین طرفین که ناشی از تعبیر و تفسیر مفاد تفاهم نامه یا نحوه اجرای کار، تاخیر و تعهدات موضوع تفاهم نامه باشد موضوع با حضور نمایندگان اشاره شده در تفاهم نامه حل و فصل خواهد شد.

**ماده ۹) حقوق مالکیت معنوی:**

- ۱- کلیه حقوق معنوی و مادی حاصله از اجرای این تفاهم نامه در اختیار طرفین می باشد.
- ۲- این تفاهم نامه در ۹ ماده و ۳ تبصره و در ۴ نسخه در تاریخ ۹۷/۲/۲۲ تنظیم گردیده و کلیه نسخه ها دارای اعتبار یکسان و واحد می باشد.

دکتر سید حسن هاشمی

وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

سرتیپ پاسدار حسین اشتری

فرمانده نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران

خلاصه مطالب ..... ۴۴

اهداف ملی ..... ۴۶

**فصل یک ۴۸-۵۵**

۱.۱. نکات کلیدی ..... ۵۰

۱.۲. نگاهی کلی به وضعیت بیماری های غیرواگیر در جهان ..... ۵۰

۱.۳. چه کسی در معرض ابتلا به چنین بیماری هایی قرار دارد؟ ..... ۵۲

۱.۴. عوامل خطر ..... ۵۳

۱.۵. بیماری های غیرواگیر چه اثرات اجتماعی و اقتصادی ای دارند؟ ..... ۵۳

۱.۶. پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر ..... ۵۳

۱.۷. پاسخ سازمان جهانی بهداشت ..... ۵۵

**فصل دو ۵۶-۶۹**

۲.۱. بیماری های غیرواگیر اصلی در ایران ..... ۶۰

۲.۲. سایر بیماری های غیرواگیر پراهمیت ..... ۶۴

**فصل سه ۷۰-۸۷**

۳.۱. عوامل خطر اصلی (رفتاری) بیماری های غیرواگیر ..... ۷۴

۳.۲. سایر عوامل خطرزای بیماری های غیرواگیر ..... ۸۵

**فصل چهار ۸۸-۱۰۹**

۴.۱. مقدمه ..... ۹۰

۴.۲. زمینه ..... ۹۰

۴.۳. چرا مطالعه NASBOD مورد نیاز است؟ ..... ۹۱

۴.۴. ساختار NASBOD ..... ۹۱

۴.۵. تعاریف ..... ۹۱

۴-۶. نمونه ای از نتایج مطالعه NASBOD ..... ۹۲

۴.۷. عملکردها ..... ۱۰۶

۴.۸. پیامدهای مربوط به سیاست گذاری ..... ۱۰۸

۴.۹. نتیجه گیری ..... ۱۰۸

**فصل پنج ۱۱۰-۱۱۷**

محاسبه میزان دستیابی ایران به اهداف ۹ گانه سازمان جهانی بهداشت ..... ۱۱۲

احتمال غیرشرطی مرگ ..... ۱۱۲

دستیابی به اهداف توسعه پایدار ..... ۱۱۳

دستیابی به اهداف سازمان جهانی بهداشت برای عوامل خطر تا سال ۲۰۳۰ در مقایسه با سال ۲۰۱۵ ..... ۱۱۴

تعداد مرگ های قابل اجتناب با اثر مشترک همه عوامل خطر در صورت رسیدن به اهداف توصیه شده ی سازمان جهانی بهداشت در مقایسه با سال ۲۰۱۵ ..... ۱۱۵



سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری های 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 بیماری های غیرواگیر با مشارکت معاونتها و مراکز مرتبط وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و با همکاری دانشگاه ها و مراکز تحقیقات علوم پزشکی کشور و پژوهشگاه علوم غدد و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی تهران





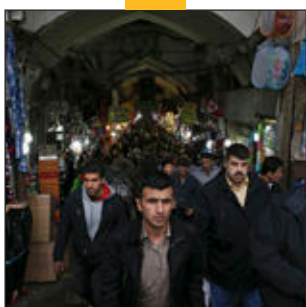
۴۸



۵۶



۷۰



۸۸



۱۱۰

## فصل شش

۱۱۸-۱۲۵

- ۱۲۰ ..... ۶,۱ مقدمه
- ۱۲۰ ..... ۶,۲ چارچوب مفهومی فعالیت‌های کمیته
- ۱۲۱ ..... ۶,۴ اهداف کمیته
- ۱۲۲ ..... ۶,۵ برنامه عمل کمیته

## فصل هفت

۱۲۶-۲۹۱

- ۱۲۶ ..... مدخلات درون‌بخشی و برون‌بخشی کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر

## فصل هشت

۲۹۲-۳۰۹

- ۲۹۴ ..... ۸,۱ مقدمه
- ۲۹۵ ..... ۸,۲ روش‌شناسی تهیه گزارش
- ۲۹۶ ..... ۸,۳ مرور شواهد نابرابری در ابتلا به بیماری‌های غیرواگیر در کشور
- ۳۰۰ ..... ۸,۴ نابرابری در مرگ و میر ناشی از بیماری‌های غیرواگیر در کشور

## فصل نهم

۳۱۰-۳۳۱

- ۳۱۲ ..... ۹,۱ مقدمه
- ۳۱۲ ..... ۹,۲ عوامل موثر بر بیماری‌های غیرواگیر در جمهوری اسلامی ایران
- ۹,۳ ..... آیا «برنامه پزشکی خانواده (FP)» یک سیستم موثر برای کاهش خطر ابتلا به بیماری‌های غیرواگیر در ایران است؟
- ۳۱۴ ..... ۹,۴ ادغام آموزش پزشکی و سلامت در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جمهوری اسلامی ایران
- ۳۱۶ ..... ۹,۵ طرح تحول نظام سلامت: فرصتی دیگر در جهت رسیدن به اهداف سند
- ۳۱۷ ..... ۹,۶ چالش‌های جمهوری اسلامی ایران در پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر
- ۳۲۰ ..... ۹,۷ راهبردهای مدیریت و کنترل اپیدمی کووید-۱۹ در جمهوری اسلامی ایران
- ۹,۸ ..... بررسی وضعیت موجود و سیاست‌گذاری پیشگیری و مدیریت بیماریه‌ها و عوامل خطر غیر واگیر در رابط پاندمی کووید ۱۹
- ۳۲۵ ..... ۱۹

# 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 محیط‌زیست، 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.



اهداف سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط در جمهوری اسلامی ایران

در بازه زمانی ۱۳۹۴ تا ۱۴۰۴

هدف ۱: ۲۵٪ کاهش در خطر مرگ زودرس ناشی از بیماری های قلبی-عروقی، سرطان، دیابت،

بیماری های مزمن ریوی

هدف ۲: حداقل ۱۰٪ کاهش نسبی در مصرف الکل

هدف ۳: ۲۰٪ کاهش نسبی در شیوع فعالیت بدنی ناکافی

هدف ۴: ۳۰٪ کاهش نسبی در متوسط مصرف نمک در جامعه

هدف ۵: ۳۰٪ کاهش نسبی در شیوع مصرف دخانیات در افراد بالاتر از ۱۵ سال

هدف ۶: ۲۵٪ کاهش نسبی در شیوع فشار خون بالا

هدف ۷: ثابت نگهداشتن میزان بیماری دیابت و چاقی

هدف ۸: دریافت دارو و مشاوره (از جمله کنترل قند خون) توسط حداقل ۷۰٪ از افراد واجد شرایط برای

پیشگیری از حمله های قلبی و سکته مغزی

هدف ۹: ۸۰٪ دسترسی به تکنولوژی ها و داروهای اساسی قابل فراهمی شامل داروهای ژنریک مورد

نیاز برای درمان بیماری های غیرواگیر در بخش های خصوصی و دولتی

هدف ۱۰: به صفر رساندن میزان اسید اشباع چرب در روغن های خوراکی و محصولات غذایی

هدف ۱۱: ۲۰٪ کاهش نسبی در میزان مرگ و میر ناشی از حوادث ترافیکی

هدف ۱۲: ۱۰٪ کاهش نسبی در میزان مرگ و میر ناشی از مصرف مواد

هدف ۱۳: ۲۰٪ افزایش دسترسی به خدمات سلامت روان در نظام سلامت





## فصل یک

## کلیات بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط

- بیماری‌های غیرواگیر سالانه سبب مرگ و میر حدود ۴۲ میلیون نفر در جهان می‌شوند.
- بیش از سه چهارم مرگ‌های مرتبط با بیماری‌های غیرواگیر در جهان (۳۲ میلیون) در کشورهای با درآمد کم و متوسط اتفاق می‌افتد.
- هفده میلیون از مرگ‌های مرتبط با بیماری‌های غیرواگیر در جهان پیش از ۷۰ سالگی اتفاق می‌افتند که از این میزان ۸۶٪ 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 ۱۹ 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

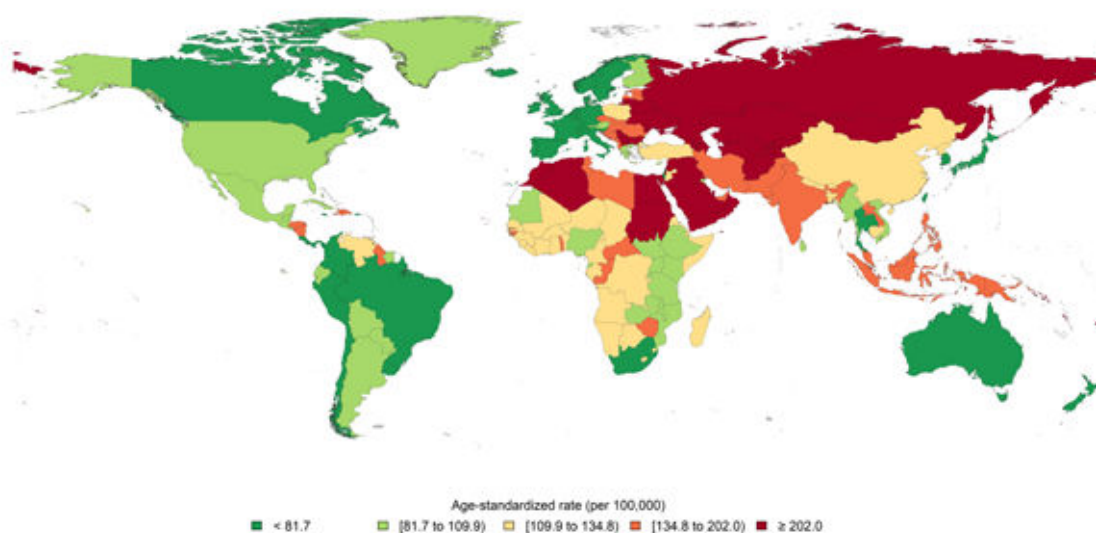
- بیماری‌های غیرواگیر (NCDs) سالانه سبب مرگ و میر ۴۲ میلیون نفر در جهان می‌شوند.
- بیش از سه چهارم مرگ‌های مرتبط با بیماری‌های غیرواگیر در جهان (۳۲ میلیون) در کشورهای با درآمد کم و متوسط اتفاق می‌افتد.
- هفده میلیون مرگ ناشی از بیماری‌های غیرواگیر قبل از سن ۷۰ سالگی رخ می‌دهد؛ ۸۶ درصد از این مرگ‌ومیرهای «زودرس» مربوط به کشورهای کم‌درآمد و متوسط است.
- عمده‌ترین دلیل مرگ و میر ناشی از بیماری‌های غیرواگیر بیماری‌های قلبی-عروقی محسوب می‌شوند که عامل ۱۹ میلیون مرگ در سال هستند، و پس از آنها، سرطان (۱۰ میلیون)، بیماری‌های تنفسی (۴ میلیون)، و دیابت و بیماری‌های کلیوی (۳ میلیون) قرار دارند.
- این چهار گروه از بیماری‌ها، عامل ۸۵٪ از کل مرگ‌ومیرهای 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 به شکلی نامتناسب کشورهای کم‌درآمد و با درآمد متوسط را تحت تاثیر قرار داده‌اند و بیش از سه چهارم از مرگ‌های ناشی از بیماری‌های غیرواگیر (سالانه ۳۲ میلیون مرگ) در این کشورها رخ می‌دهد.

شکل شماره ۱,۱ میزان مرگ در اثر بیماری ایسکمیک قلب به ازای ۱۰۰,۰۰۰ نفر جمعیت را در سال ۲۰۱۹ 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 ۲۰۲۰ 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 بیماری ایسکمیک قلب در جهان الگویی وابسته به سطح درآمد کشورها را دنبال می‌کند.

Ischemic heart disease, Deaths, 2019



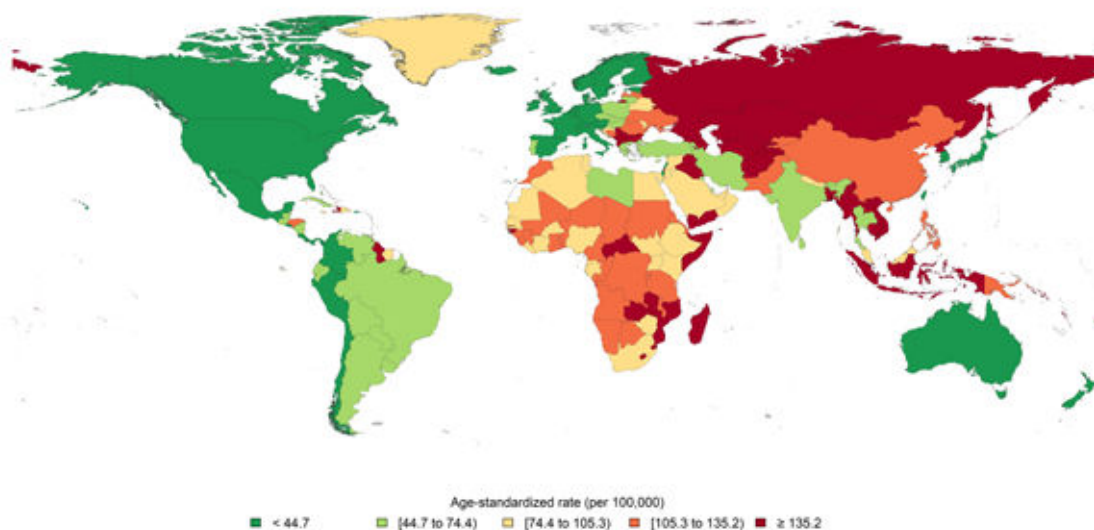
شکل ۱,۱: میزان مرگ در ۱۰۰,۰۰۰ نفر جمعیت بر اثر بیماری ایسکمیک قلب در سال ۲۰۱۹ در جهان

شکل شماره ۱,۲ میزان مرگ در ۱۰۰,۰۰۰ نفر جمعیت را بر اثر سکته مغزی در سال ۲۰۱۹ 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 سکته مغزی در جهان متصور شد؛ بدین صورت که قاره‌های آمریکا و



استرالیا دارای کم‌ترین میزان، آفریقا دارای نرخ متوسط و کشورهای اروپایی و شمالی آفریقا دارای بیشترین نرخ مرگ‌ومیر در اثر این بیماری در جهان هستند.

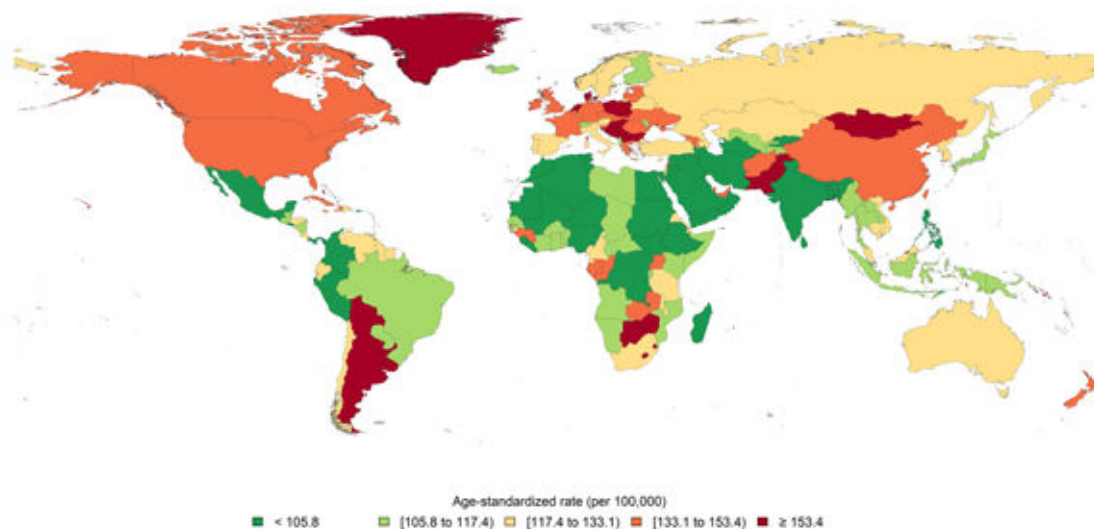
Stroke, Deaths, 2019



شکل ۱،۲: میزان مرگ در ۱۰۰,۰۰۰ نفر جمعیت بر اثر سکته مغزی در سال ۲۰۱۹ در جهان

در شکل ۱،۳ میزان مرگ در اثر سرطان‌ها در ۱۰۰,۰۰۰ نفر جمعیت در سال ۲۰۱۹ 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 سرطان‌ها در جهان نشان می‌دهد. بر این اساس میزان مرگ در اثر سرطان‌ها در بخش‌هایی از آمریکا، اروپای غربی و استرالیا کم‌تر 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 می‌دهند.

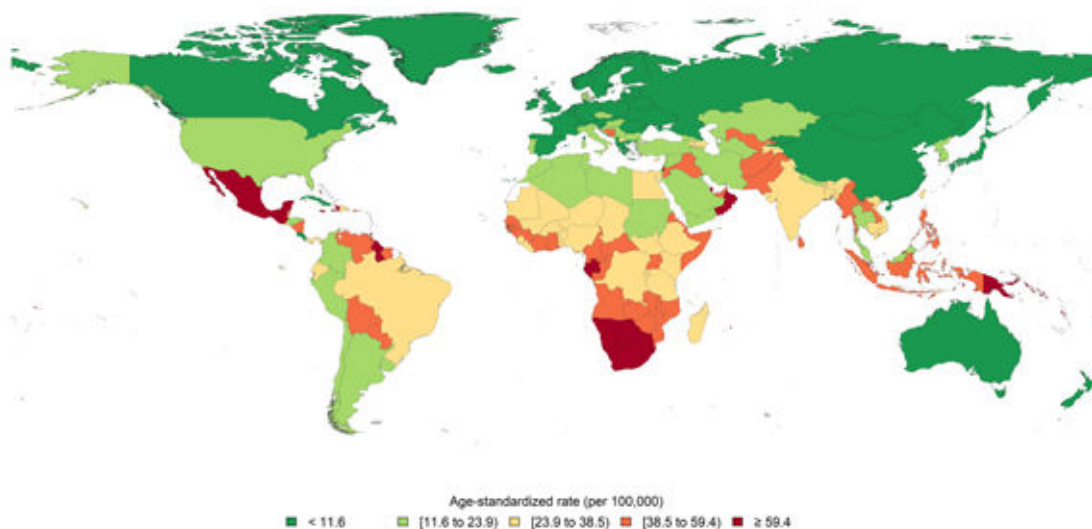
Neoplasms, Deaths, 2019



شکل ۱،۳: میزان مرگ در ۱۰۰,۰۰۰ نفر جمعیت بر اثر سرطان‌ها در سال ۲۰۱۹ در جهان

در شکل شماره ۱،۴ میزان مرگ بر اثر دیابت در کشورهای مختلف دنیا در ۱۰۰,۰۰۰ نفر جمعیت در سال ۲۰۱۹ میلادی نشان داده شده است. بر این اساس بیشترین میزان مرگ در اثر این بیماری 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 مرگ در اثر دیابت را به خود اختصاص داده‌اند.

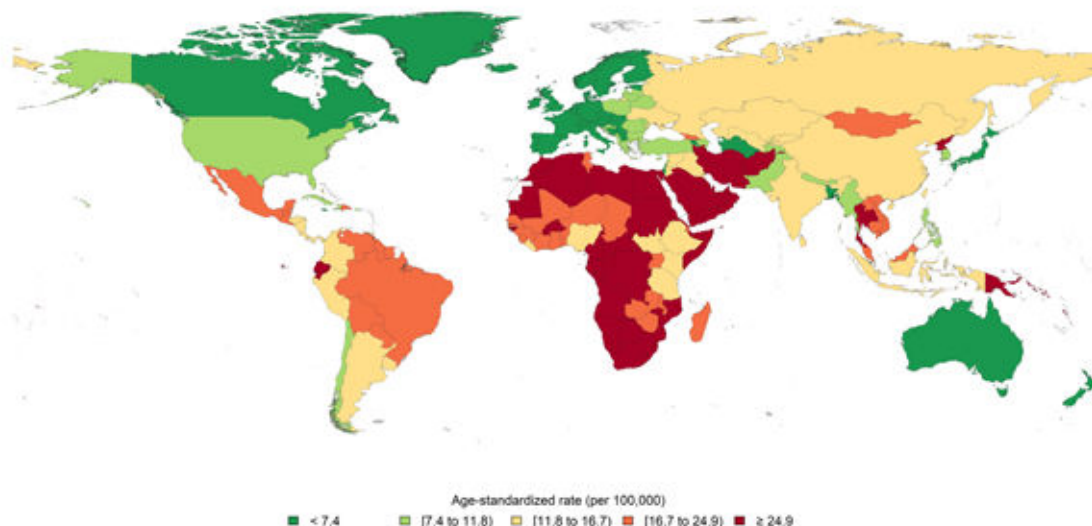
Diabetes mellitus, Deaths, 2019



### شکل ۱،۴: میزان مرگ در ۱۰۰،۰۰۰ نفر جمعیت بر اثر دیابت در سال ۲۰۱۹ در جهان

شکل شماره ۱،۵ میزان مرگ بر اثر سوانح جاده‌ای در ۱۰۰،۰۰۰ نفر جمعیت در سال ۲۰۱۹ میلادی در جهان را نشان می‌دهد. در رابطه با سوانح جاده‌ای چین به نظر می‌رسد که مرگ این بیماری نیز الگویی منطقه‌ای را دنبال می‌کند. این بدان معناست که بیشترین میزان مرگ 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 مرگ بر اثر سوانح جاده‌ای را نسبت به سایر مناطق دنیا در اختیار دارند.

Road injuries, Deaths, 2019



### شماره ۱،۵: میزان مرگ بر اثر سوانح جاده‌ای در ۱۰۰،۰۰۰ نفر جمعیت در سال ۲۰۱۹ 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 ۱۷ میلیون از تمام مرگ‌های نسبت داده شده به بیماری‌های غیرواگیر (NCDs) قبل از سن ۷۰ سالگی رخ می‌دهند. از میان این مرگ‌های «زودرس»، ۸۶٪ 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 آید 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.

- در سال ۲۰۱۹، تنباکو به عنوان عامل حدود ۸ 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.
- ۸۲۰ هزار مرگ در سال ۲۰۱۹ را می‌توان به فعالیت بدنی ناکافی نسبت داد (۱).
- بیش از ۷۶٪ از مرگ‌های قابل انتساب به مصرف الکل در سال ۲۰۱۹ به علت بیماری‌های قلبی-عروقی بوده است.
- در سال ۲۰۱۹، 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 ۱۹٪ از مرگ‌ومیرهای جهانی به آن نسبت داده می‌شوند) (۱) و پس از آن قند خون بالا و اضافه وزن و چاقی 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 بکشد. هزینه‌های گزاف بیماری‌های غیرواگیر، از جمله درمان اغلب طولانی و گران‌قیمت 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 بر کاهش عوامل خطر این بیماری‌ها تمرکز شود. راه‌حل‌های کم‌هزینه‌ای وجود دارند که جهت کاهش عوامل خطر مشترک قابل تغییر (به‌طور عمده مصرف دخانیات، رژیم غذایی ناسالم، عدم فعالیت بدنی و سو مصرف الکل) و نیز جهت به‌تصویر کشیدن اپیدمی‌های بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط با آنها استفاده می‌شوند. راه‌حل دیگر برای کاهش بیماری‌های غیرواگیر، استفاده از مداخلات اساسی و با تأثیر 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 پر هزینه‌تر را کاهش دهند. این اقدامات را می‌توان در سطوح مختلفی از منابع اجرا کرد. بیشترین تأثیر 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 به‌طور کلی برای پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر دارای ظرفیت پایین‌تری 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.



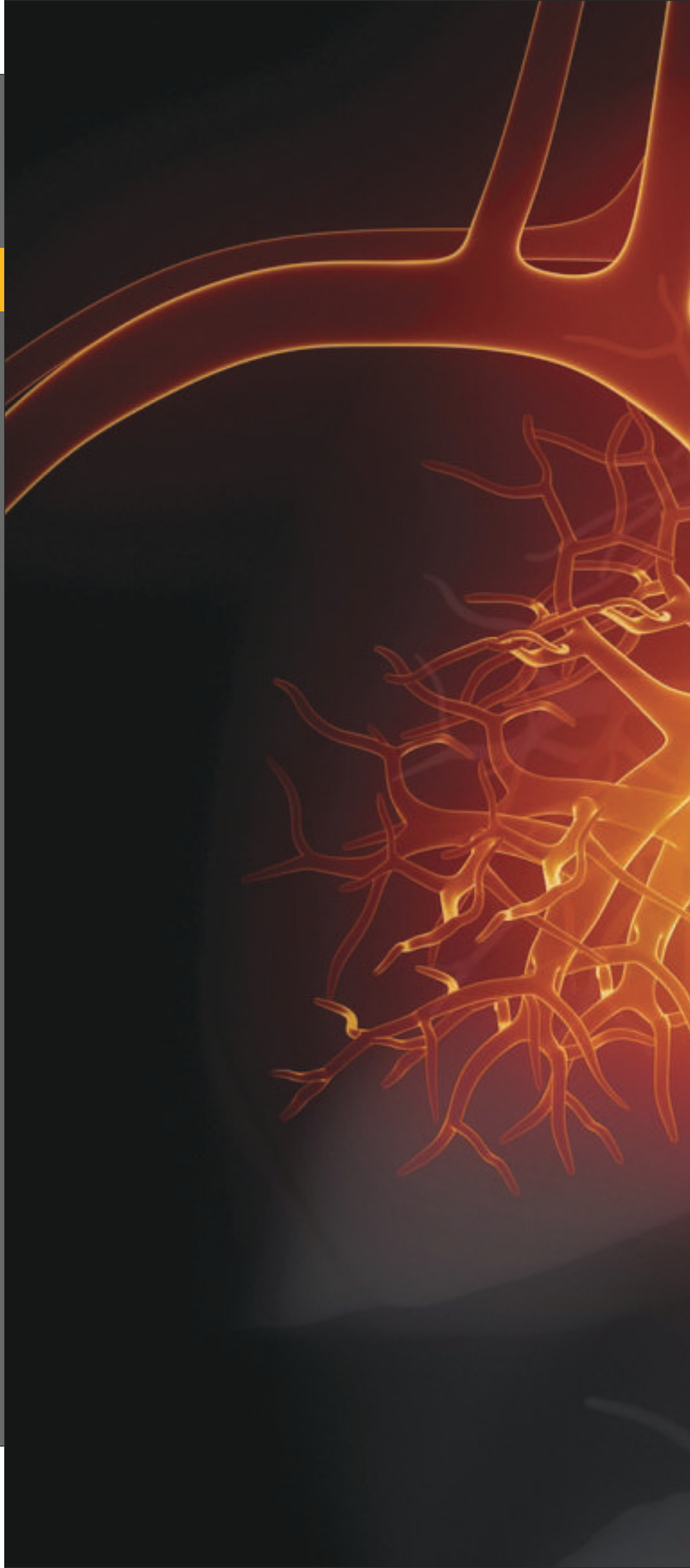




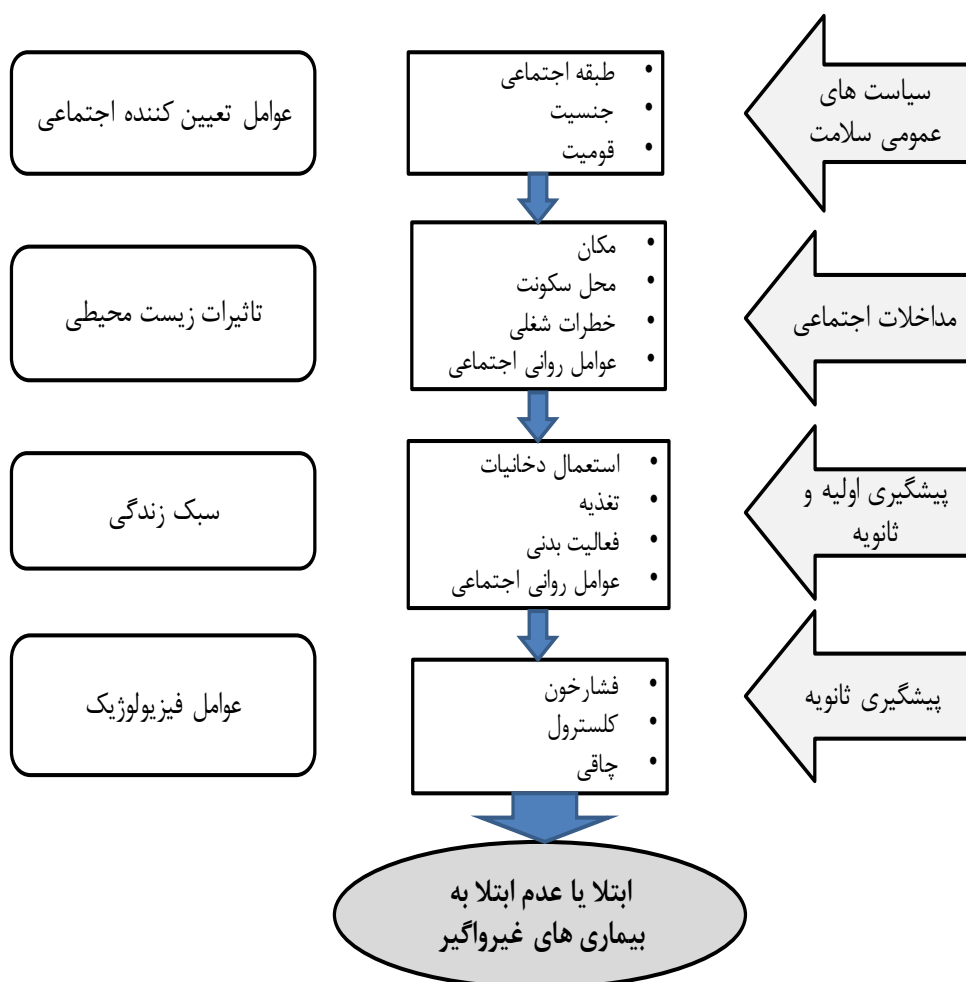
## فصل دو

# 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 ۲۰۱۹ میلادی به سیستم بهداشت و درمان ایران بوده‌اند.
- بیماری‌های واگیر 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.

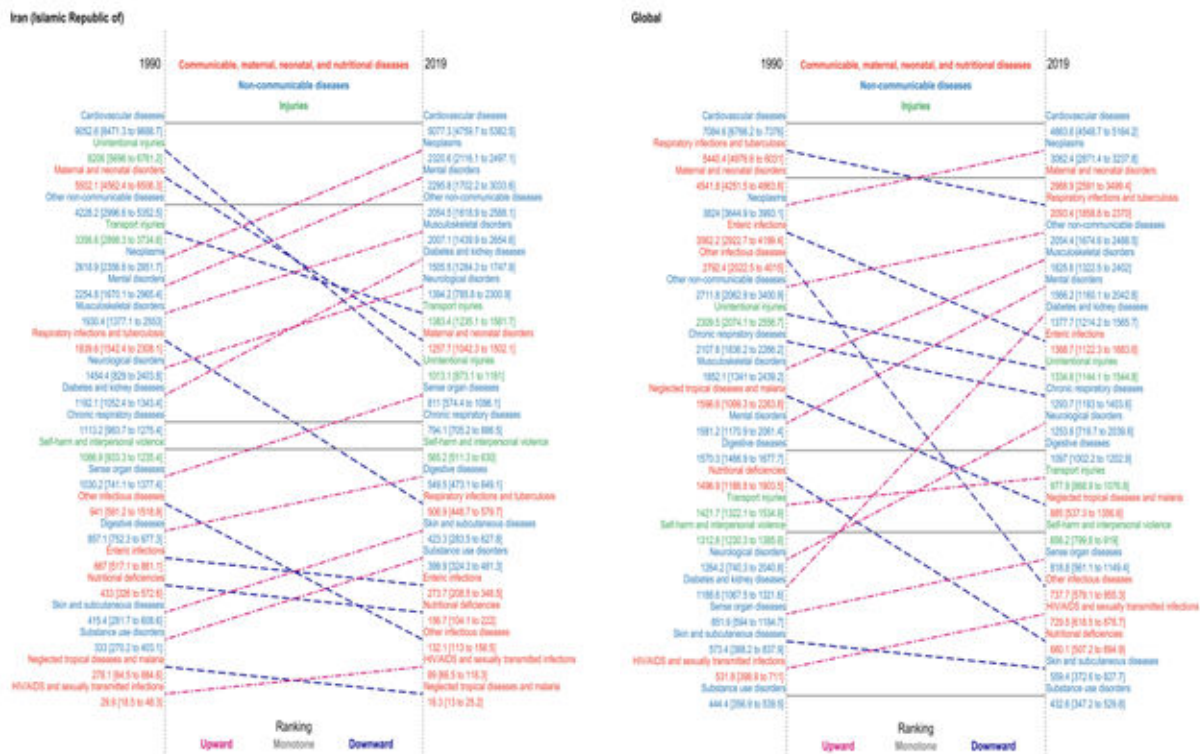


در سال ۲۰۱۹ بیماری‌های غیرواگیر باعث ۶۴٪ از بار بیماری‌ها براساس شاخص DALYs و ۷۴٪ از مرگ‌ها در سراسر جهان هستند. در منطقه مدیترانه شرقی (EMRO) به عنوان یکی از شش منطقه سازمان جهانی بهداشت؛ ۵۵٪ از شاخص DALYs و ۶۶٪ از مرگ‌ها به علت بیماری‌های غیرواگیر است؛ این در حالی است که در کشور ایران به عنوان یکی از کشورهای این منطقه بیماری‌های غیرواگیر ۷۸٪ از شاخص DALYs و ۸۳٪ از مرگ‌ها را به خود اختصاص داده‌اند. پایه پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر، شناسایی عوامل خطر اولیه و عمده آنها؛ 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 تعیین کننده در ابتلای افراد به بیماری‌های غیرواگیر در شکل ۱، ۲ به صورت شماتیک نشان داده شده‌اند.



شکل ۱، ۲: عوامل تعیین کننده بیماری‌های غیرواگیر





شکل ۲، ۲: استاندارد شده سنی و جنسی به علت ۲۲ گروه اصلی بیماری ها و سوانح و حوادث در ایران و جهان طی سال های ۱۹۹۰ و ۲۰۱۹

براساس نتایج مطالعه جهانی بار بیماری ها؛ در سراسر جهان از بین ۲۲ گروه اصلی بیماری ها و سوانح و حوادث رتبه های اول، دوم و پنج تا هشتم از بین ده رتبه اول بیشترین شاخص استاندارد شده سنی DALYs؛ به علت بیماری های غیرواگیر است. این در حالی است که در کشور ایران بیماری های غیرواگیر در رتبه اول تا هفتم براساس شاخص استاندارد شده سنی DALYs هستند. در بین بیماری های غیرواگیر؛ میزان استاندارد شده سنی DALYs به علت بیماری های قلبی-عروقی، اختلالات روانی، اختلالات عضلانی-اسکلتی، اختلالات عصبی و دیابت و بیماری های کلیوی در کشور ایران از متوسط جهانی بیشتر است. در بین گروه سوانح و حوادث؛ میزان استاندارد شده سنی DALYs به علت سوانح و حوادث حمل و نقل در ایران بیشتر از متوسط جهان است. همچنین در کشور ایران بیماری های واگیر دارای کمترین میزان استاندارد شده سنی DALYs هستند.

چنان که پیش تر نیز بیان شد؛ در بین تمامی بیماری های غیرواگیر، بیماری های قلبی-عروقی، سرطان ها، دیابت و بیماری های مزمن ریوی، تهدیدهای جدی تری برای سلامت افراد تمامی مناطق دنیا هستند و به تخصیص منابع مالی دولتی و خصوصی فراوان در سرتا سر جهان نیاز دارند. بدین دلیل، سال هاست که این چهار بیماری جزء برنامه های عملی سازمان جهانی بهداشت قرار دارد. سایر بیماری های غیرواگیر که در درجات بعدی اهمیت قرار دارند؛ عبارتند از:

الف) اختلالات روانی

ب) سوانح و حوادث

پ) خشونت

ت) ناتوانی ها از جمله کوری و کری

ث) بیماری های کلیوی، آندوکراین، نورولوژیک، هماتولوژیک، گاستروآنترولوژیک، کبدی، عضلانی استخوانی، پوست، بیماری های دهان و دندان و ناهنجاری های ژنتیک

عوامل خطر اصلی رفتاری مربوط به بیماری های غیرواگیر رانیز استعمال دخانیات، رژیم غذایی ناسالم، کم تحرکی و مصرف الکل تشکیل داده و عوامل خطر متابولیک این بیماری ها عبارتند از: افزایش فشار خون، افزایش قند خون، افزایش کلسترول و چاقی/اضافه وزن.

لذا با توجه به موارد بالا، در این فصل به بیماری های غیرواگیر مهم در ایران و جهان پرداخته می شود و در فصل بعد، عوامل خطر اصلی و قابل اصلاح مورد بررسی قرار می گیرند.



## ۲,۱. بیماری‌های غیرواگیر اصلی در ایران

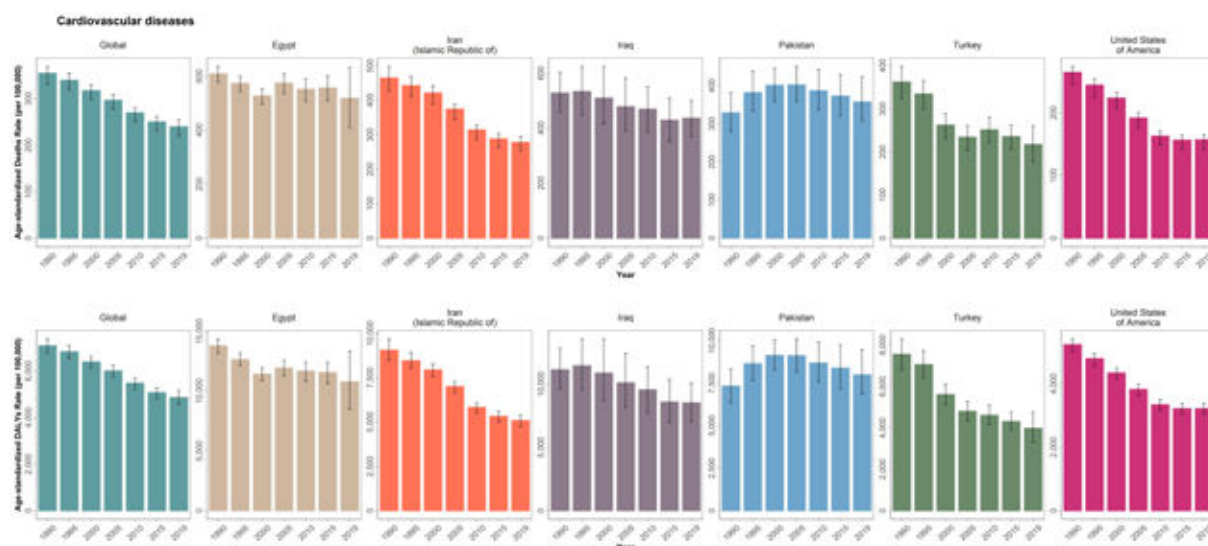
### ۲,۱,۱. بیماری‌های قلبی-عروقی

بیماری‌های قلبی-عروقی به دلیل مشکلات ایجاد شده در قلب و عروق خونی حاصل می‌شوند و بیماری کرونری قلب (حمله‌های قلبی)، بیماری عروقی مغز (سکته)، افزایش فشار خون (فشار خون بالا)، بیماری عروقی محیطی، بیماری رماتیسم قلبی، بیماری 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 ۲۰۱۹، حدود ۱۸/۶ میلیون نفر در اثر ابتلا به این بیماری فوت کردند که ۳۳٪ تمامی مرگ‌ها در جهان را شامل می‌شود. از این میزان مرگ، ۹/۱ میلیون نفر به علت بیماری ایسکمیک قلب و ۶/۶ میلیون نفر در اثر سکته مغزی فوت کردند. ۸۰٪ از مرگ‌های ناشی از بیماری ایسکمیک قلب در کشورهای با درآمد کم تا متوسط رخ می‌دهد.

۱۷ میلیون مرگ زیر ۷۰ سال ناشی از بیماری‌های غیرواگیر بوده است که ۸۶٪ آن‌ها در کشورهای با درآمد کم و متوسط روی داده و ۳۹٪ 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 جامعه محور (Population-Wide) قابل انجام است. افرادی که دچار بیماری 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.

میزان مرگ و DALY در ۱۰۰,۰۰۰ نفر جمعیت بر اساس بیماری‌های قلبی-عروقی در سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۹ در جهان، ایران و ۵ کشور دیگر در شکل ۲,۳ نشان داده شده است. بر اساس این اطلاعات میزان مرگ در کشورهایی مانند ترکیه و ایالات متحده آمریکا کم‌تر از سایر کشورها و حتی کم‌تر از متوسط جهانی مرگ و میر در اثر این بیماری گزارش شده است. در این بین ایران مرگ و میری 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 مصر و پاکستان بسیار بالاتر از متوسط جهانی و حتی ایران است، اما چنین به نظر می‌رسد که همانند نرخ مرگ، این میزان نیز در کشورهای ترکیه و آمریکا از متوسط جهانی کم‌تر است. ایران DALY کم‌تری نسبت به پاکستان و مصر دارد اما میزان آن همچنان بالاتر از متوسط جهانی است. همچون مرگ و میر، میزان DALY ایران با گذشت زمان کاهش قابل ملاحظه‌ای نشان می‌دهد.



شکل ۲,۳: میزان مرگ و DALY در ۱۰۰,۰۰۰ نفر جمعیت به علت بیماری‌های قلبی-عروقی در سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۹ 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 ۲۰۱۹، حدود ۲۴ میلیون مورد جدید و ۱۰ میلیون مرگ ناشی از سرطان گزارش شده است. در سال ۲۰۱۹، پنج مورد از شایع‌ترین موارد سرطان در بین مردان عبارت بوده‌اند از پروستات، کولورکتوم، مثانه، ریه و معده و پنج مورد از شایع‌ترین سرطان‌ها در بین زنان را پستان، کولورکتوم، رحم، دهانه رحم و لوکمی 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 برای سرطان محسوب می‌شود و حدود ۲۵٪ از مرگ‌های ناشی از سرطان در سرتاسر جهان به دلیل مصرف آن رخ می‌دهد. حدود ۶۵٪ مرگ‌های ناشی از سرطان ریه نیز به دلیل مصرف سیگار است. عفونت‌های ویروسی ایجادکننده سرطان همانند HBV، HCV 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.

سرطان، یک واژه ژنتیک است که به گروه وسیعی از بیماری‌ها اطلاق می‌شود که می‌توانند بر هر بخشی از بدن تاثیر بگذارند. در سال ۲۰۱۹، سرطان‌هایی که باعث بیشترین تعداد مرگ شده‌اند؛ عبارت بودند از:

- ریه (۲ میلیون مرگ)
- کولورکتوم (۱/۱ میلیون مرگ)
- معده (۹۵۷ میلیون مرگ)
- پستان (۷۰۱ هزار مرگ)
- پانکراس (۵۳۱ هزار مرگ)
- مری (۴۹۸ هزار مرگ)

### عوامل ایجادکننده سرطان، در سه دسته تقسیم بندی می‌شوند:

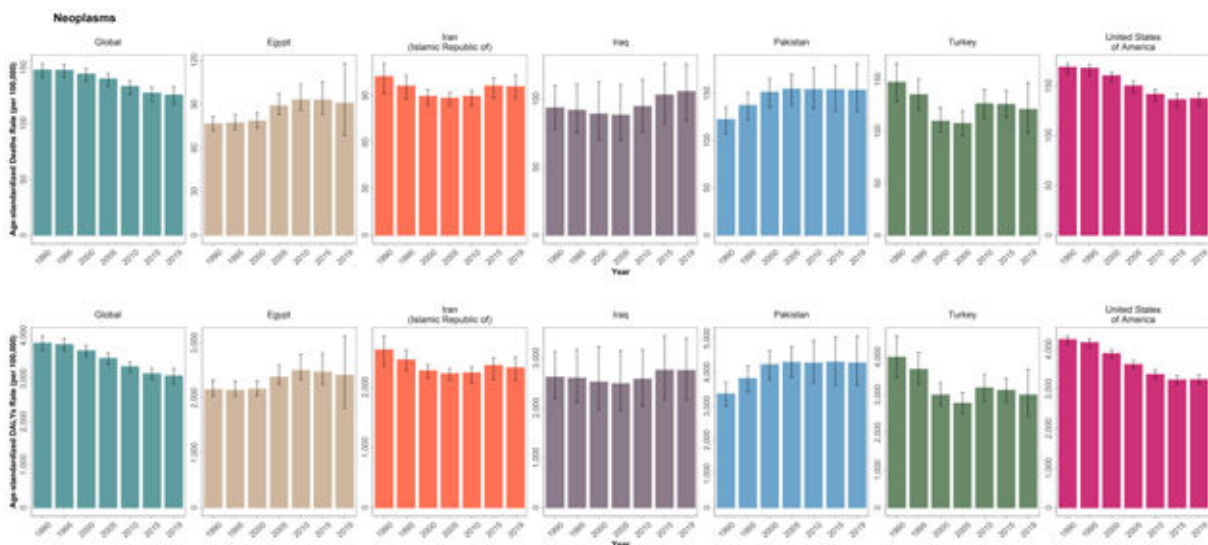
- کارسینوژن‌های فیزیکی همانند پرتوهای ماورای بنفش و یونیزان
  - کارسینوژن‌های شیمیایی همانند آزیستوز، مواد موجود در دود سیگار، آفلاتوکسین و ارسنیک
  - کارسینوژن‌های بیولوژیک همانند عفونت‌های ناشی از ویروس‌ها، باکتری‌ها و میکروب‌های خاص
- سالمندی نیز یکی دیگر از عوامل بنیادی ایجاد سرطان است. شیوع سرطان به طور چشمگیری با افزایش سن، زیاد می‌شود. با افزایش آگاهی در مورد علل ایجادکننده سرطان و مداخلات لازم برای پیشگیری و مدیریت بیماری‌ها می‌توان از سرطان پیشگیری کرد. با اجرای استراتژی‌های مبتنی بر شواهد برای پیشگیری از سرطان، تشخیص زودرس آن و مدیریت بیماران مبتلا به سرطان می‌توان سرطان را کاهش داد و کنترل نمود. در صورت تشخیص زودهنگام و درمان مناسب، بسیاری از سرطان‌ها احتمال بهبود دارند. بیش از ۴۰٪ مرگ‌های 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 اشعه‌های یونیزان و غیر یونیزان
  - آلودگی هوای شهر
  - دودهای داخل منزل ناشی از احتراق ناقص سوخت‌های جامد
- استعمال دخانیات مهم‌ترین عامل خطر برای سرطان است که حدود ۲۰٪ از کل مرگ‌های ناشی از سرطان و ۷۰٪ مرگ‌های ناشی از سرطان ریه در اثر عفونت با HBV و HPV رخ می‌دهد. سرطان‌ها در صورت پیشگیری و درمان زودرس، قابل کاهش هستند.

استراتژی‌های پیشگیری از سرطان عبارتند از:

- پرهیز هر چه بیشتر از عوامل خطر ذکر شده در بالا
- واکسیناسیون بر علیه ویروس پاپیلومای انسانی (HPV) و هیپاتیت B (HBV)
- کنترل خطرات شغلی
- کاهش مواجهه با اشعه‌های غیر یونیزان نور خورشید (UV)
- کاهش مواجهه با اشعه‌های یونیزان (شغلی یا تصویربرداری‌های تشخیص پزشکی)

بر اساس میزان مرگ و DALY به واسطه سرطان‌ها، بیشترین مقدار در بین مناطق مورد بررسی متعلق به کشور پاکستان است و کمترین میزان مرگ و DALY به ترتیب در کشورهای مصر و ایران 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. هم‌چنین 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 می‌کند (شکل ۲، ۴).



شکل ۲، ۴: میزان مرگ و DALY در ۱۰۰,۰۰۰ نفر جمعیت بر اساس سرطان‌ها در سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۹ 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)

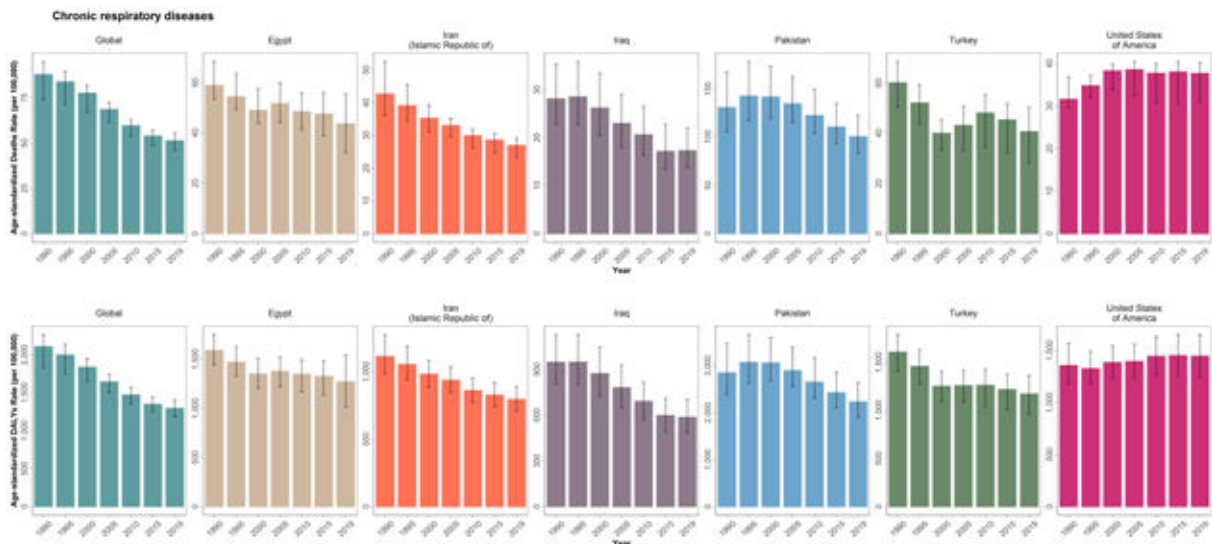
در سال ۲۰۱۹ در سراسر جهان ۲۱۲ میلیون نفر به COPD مبتلا هستند و در این سال ۳/۳ میلیون نفر در اثر این بیماری جان باخته‌اند که در حدود ۶٪ تمامی مرگ‌های آن سال را شامل می‌شود. سازمان جهانی بهداشت پیش‌بینی می‌کند که COPD تا سال ۲۰۳۰ به سومین علت اصلی مرگ تبدیل شود. در هر حال، حتی در کشورهای توسعه یافته نیز جمع‌آوری داده‌های اپیدمیولوژیک دقیق در مورد COPD دشوار و گران قیمت است.

در سال ۲۰۱۹ حدود ۸۴٪ 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 ۲۰۱۹، COPD سومین 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 آن بیماری به‌ویژه مصرف الکل صورت گیرد. 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

بر اساس 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. به‌طور کلی 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 بر اساس هر دو میزان در ابتدا روند صعودی داشته و پس از آن روند نزولی پیدا کرده است (شکل ۲،۵).



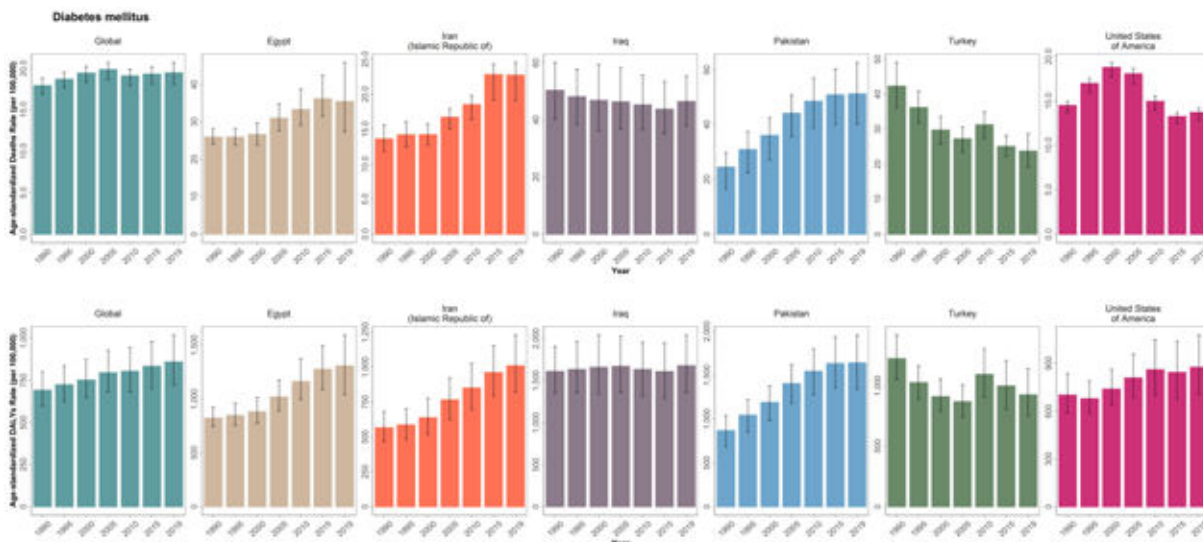
شکل ۲،۵: میزان مرگ و DALY در ۱۰۰,۰۰۰ نفر جمعیت بر اساس بیماری مزمن ریوی در سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۹ در جهان ایران و ۵ کشور دیگر

### ۲،۱،۴. دیابت

دیابت نوع دو، ۹۵٪ 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.

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



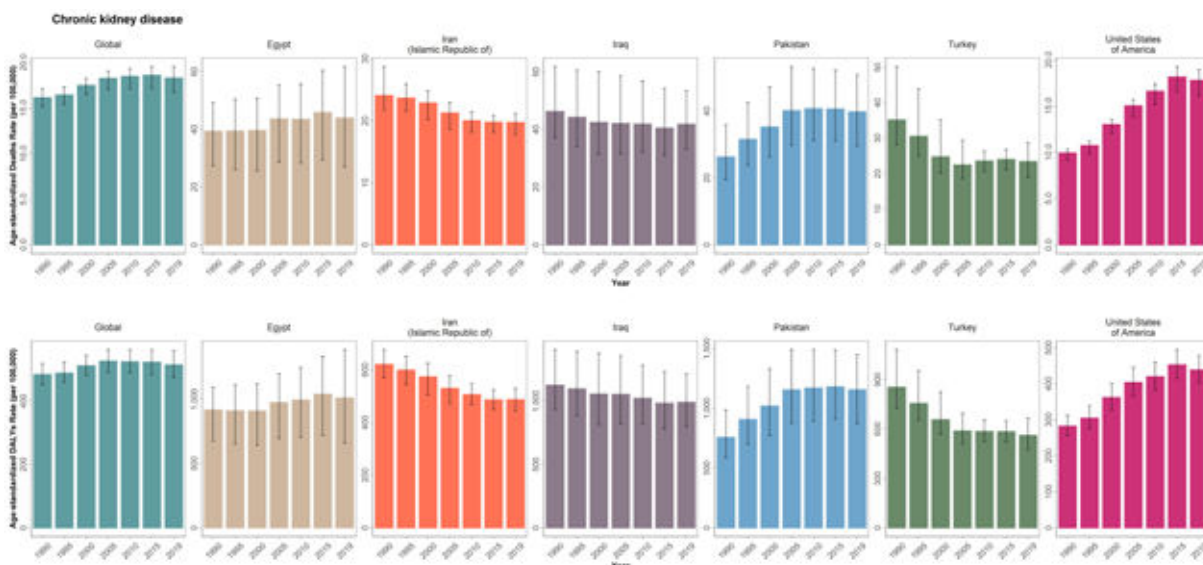


شکل ۲،۶: میزان مرگ و DALY در ۱۰۰،۰۰۰ نفر جمعیت بر اساس بیماری دیابت در سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۹ در جهان، ایران و ۵ کشور دیگر

## ۲،۲. سایر بیماری‌های غیرواگیر پر اهمیت

### ۲،۲،۱. بیماری‌های کلیوی

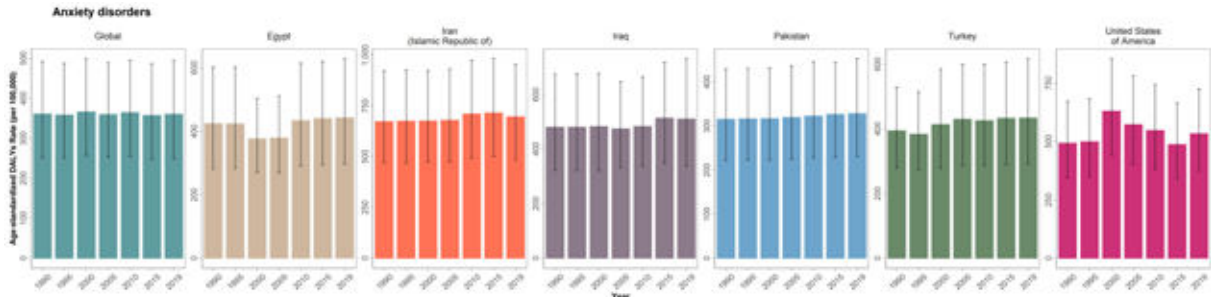
بر اساس میزان مرگ و DALY به واسطه بیماری‌های مزمن کلیوی، بیشترین مقدار در سال ۱۹۹۰ در بین مناطق مورد بررسی مربوط به کشور عراق است. این در حالی است که بر اساس اطلاعات سال ۲۰۱۹ بیشترین میزان مرگ و DALY مربوط به کشورهای مصر و عراق است. به طور کلی میزان مرگ و DALY در جهان روند صعودی خفیفی داشته، که این روند 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).



شکل ۲،۷: میزان مرگ و DALY در ۱۰۰،۰۰۰ نفر جمعیت بر اساس بیماری‌های مزمن کلیوی در سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۹ در جهان، ایران و ۵ کشور دیگر

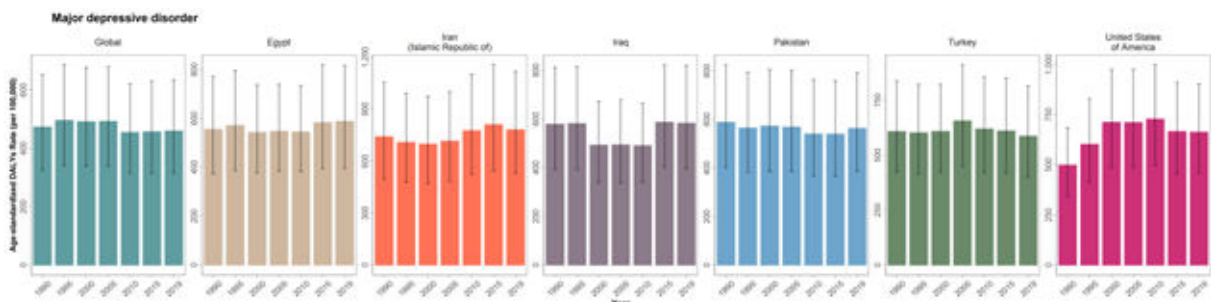
### ۲,۲,۲. بیماری‌های روانی

بر اساس میزان DALY به واسطه بیماری‌های مرتبط با اضطراب، بیشترین مقدار در بین مناطق مورد بررسی در کشور ایران و پس از آن در آمریکا مشاهده می‌شود. به طور کلی میزان DALY در جهان روند تقریباً ثابتی داشته است. به علاوه کشور آمریکا تا سال ۲۰۰۰ روند صعودی خفیفی داشته‌اند، این در حالی است که در سال ۲۰۱۹ 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 ۲۰۱۹ در جهان، ایران و ۵ کشور دیگر

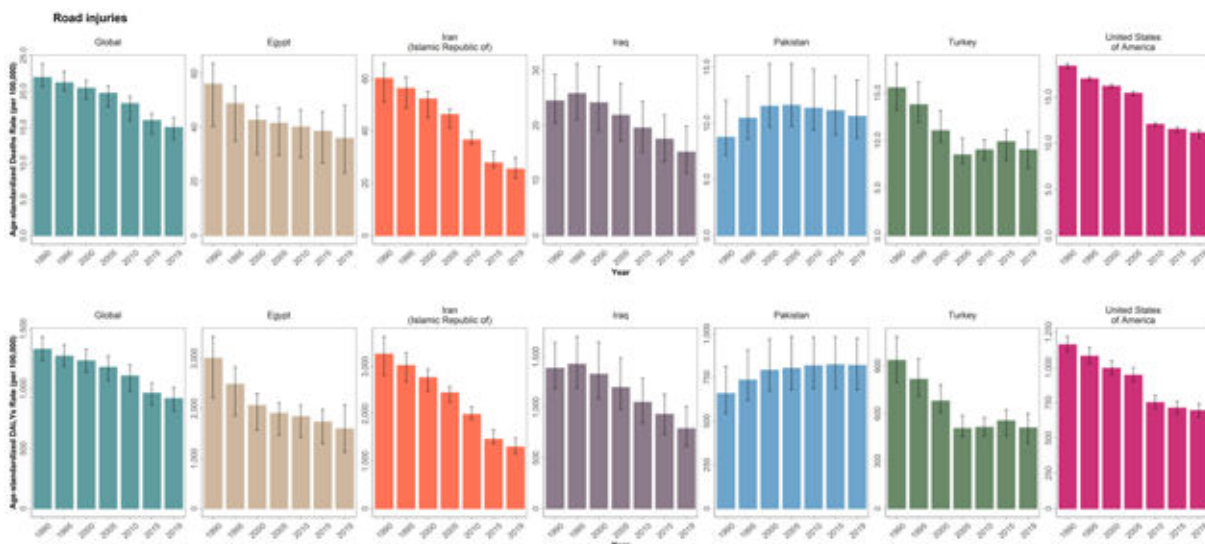
بر اساس میزان DALY به واسطه اختلال افسردگی ماژور، بیشترین مقدار در بین مناطق مورد بررسی به ترتیب در کشورهای ایران و آمریکا مشاهده می‌شود. به طور کلی میزان DALY در جهان روند تقریباً ثابتی داشته، که این روند در کشورهای ایران، عراق، پاکستان و مصر نیز وجود دارد، که البته در سال ۲۰۱۹ این میزان در کشورهای آمریکا، مصر، ایران و عراق افزایش و در ترکیه و پاکستان کاهش یافته است (شکل ۲,۹).



شکل ۲,۹: میزان DALY در ۱۰۰,۰۰۰ نفر جمعیت بر اساس اختلال افسردگی ماژور در سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۹ در جهان، ایران و ۵ کشور دیگر

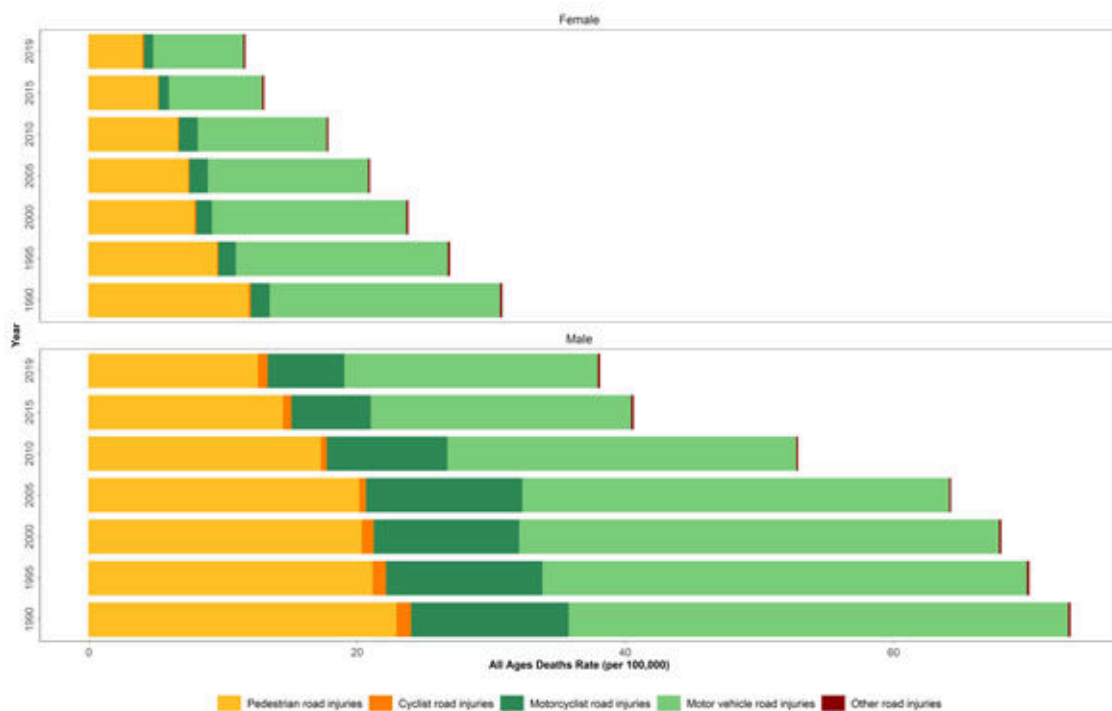
### ۲,۲,۳. سوانح و حوادث

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. بر اساس هر دو میزان کشور ترکیه در ابتدا روند صعودی داشته و پس از آن روند نزولی پیدا کرده است (شکل ۲,۱۰).



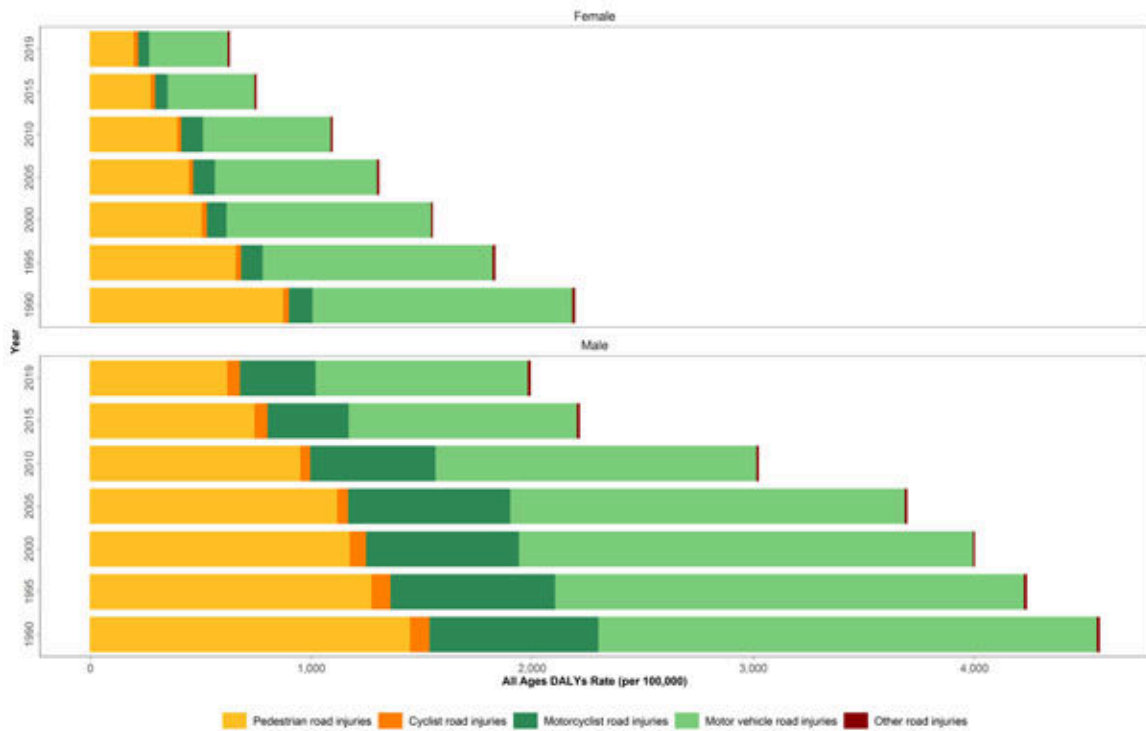
شکل ۲،۱۰: میزان مرگ و DALY در ۱۰۰،۰۰۰ نفر جمعیت بر اساس سوانح جاده‌ای در سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۹ در جهان، ایران و ۵ کشور دیگر

بیشترین میزان مرگ در سال ۱۹۹۰ 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 است (شکل ۲،۱۱).



شکل ۲،۱۱: میزان مرگ در ۱۰۰،۰۰۰ نفر جمعیت بر اثر سوانح جاده‌ای در سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۹ به تفکیک جنسیت در ایران

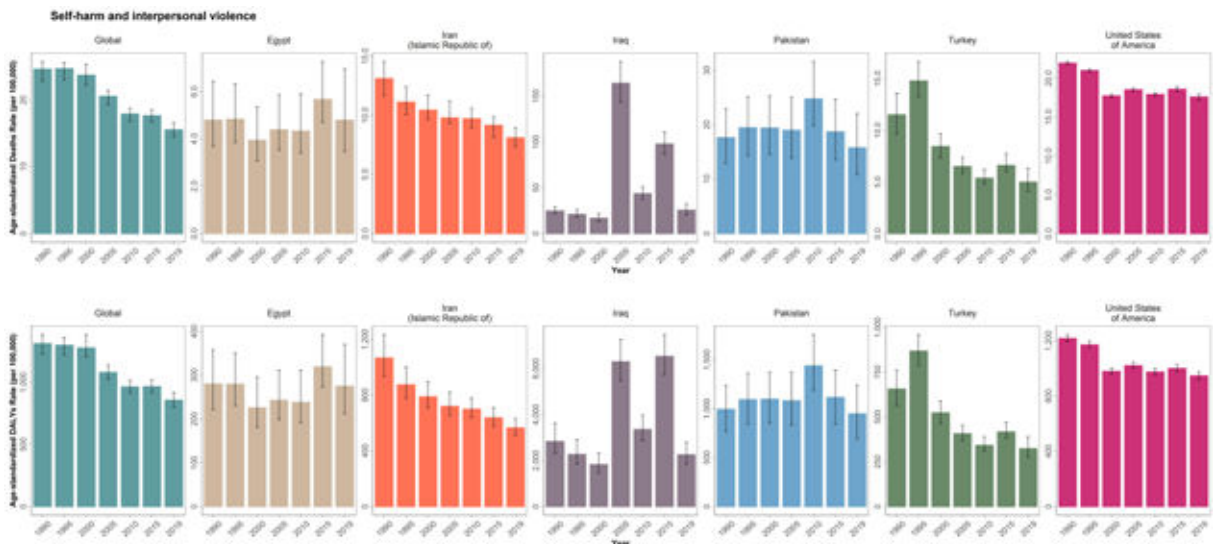
بیشترین میزان DALY همانند میزان مرگ، به واسطه حوادث جاده‌ای برای هر دو جنس زن و مرد در سال ۱۹۹۰ مشاهده شده است. (شکل ۲، ۱۲).



شکل ۲، ۱۲: میزان DALY در ۱۰۰,۰۰۰ نفر جمعیت بر اساس سوانح جاده‌ای در سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۹ 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 ۲، ۱۳).

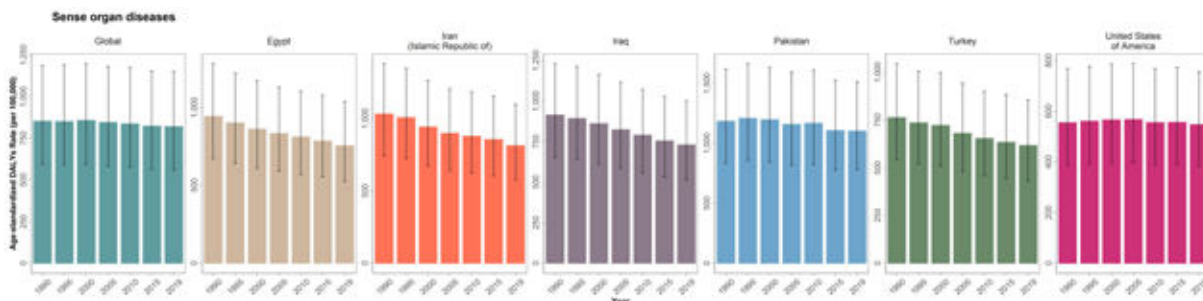


شکل ۲، ۱۳: میزان مرگ و DALY در ۱۰۰,۰۰۰ نفر جمعیت بر اساس خودآزاری و خشونت فردی در سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۹ در جهان، ایران و ۵ کشور دیگر



## ۲,۲,۵. بیماری‌های ارگان حسی

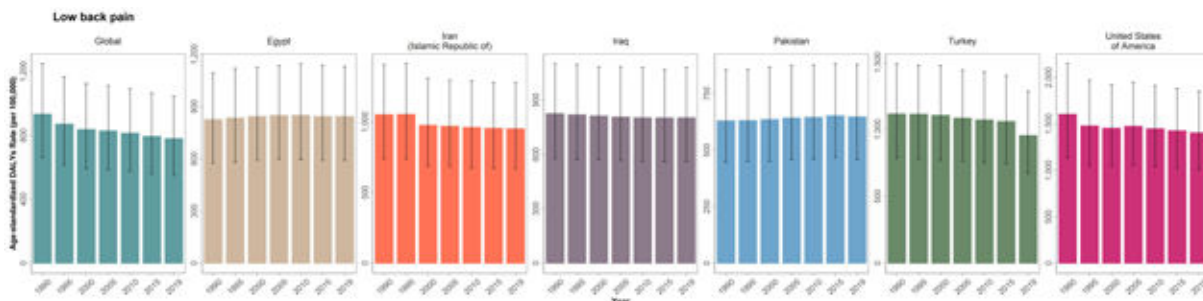
بر اساس میزان DALY به واسطه بیماری‌های ارگان حسی، بیشترین و کمترین مقدار در بین مناطق مورد بررسی به ترتیب در کشورهای پاکستان و آمریکا مشاهده می‌شود. به طور کلی میزان DALY در جهان روند نزولی داشته، که این روند در کشورهای مصر، ایران، پاکستان، ترکیه و تنها در کشور آمریکا روندی تقریباً ثابت مشاهده می‌شود.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



شکل ۲,۱۴: میزان DALY در ۱۰۰,۰۰۰ نفر جمعیت بر اساس بیماری‌های ارگان حسی در سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۹ در جهان ایران و ۵ کشور دیگر

## ۲,۲,۶. درد کمر

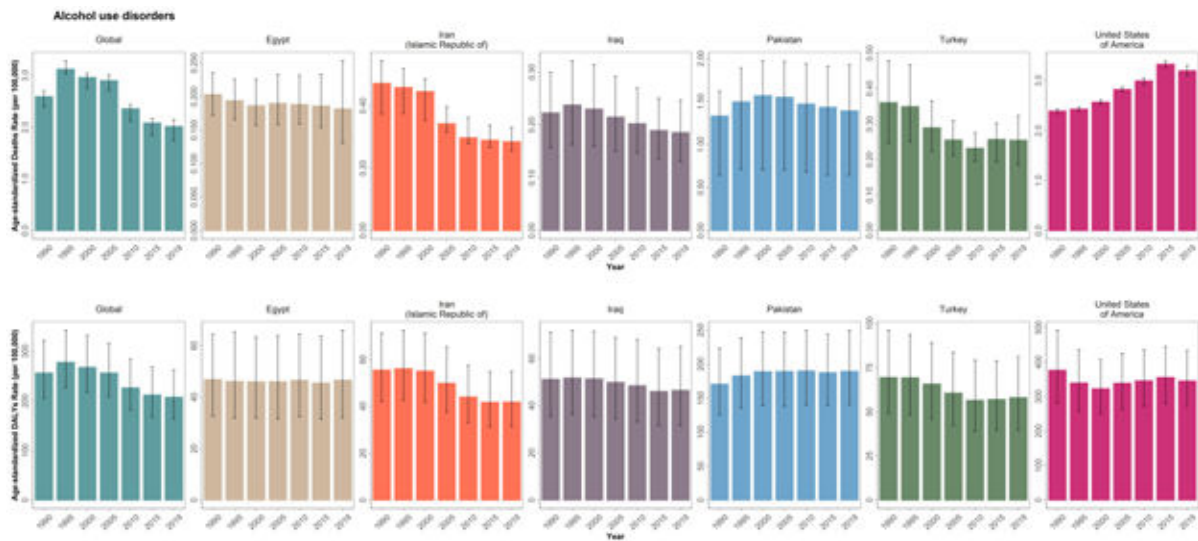
بر اساس میزان DALY به واسطه درد کمر، بیشترین مقدار در بین مناطق مورد بررسی مربوط به کشور ایران است. به طور کلی میزان DALY در جهان روند نزولی خفیفی داشته، که این روند در کشورهای مصر، ایران، ترکیه و آمریکا بیشتر به چشم می‌خورد و این روند در کشورهای عراق و پاکستان تقریباً به صورت ثابت در آمده است، البته در سال ۲۰۱۹ میزان DALY در کشور ترکیه کاهش نسبی داشته است. (شکل ۲,۱۵).



شکل ۲,۱۵: میزان DALY در ۱۰۰,۰۰۰ نفر جمعیت بر اساس درد کمر در سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۹ در جهان، ایران و ۵ کشور دیگر

### ۲,۲,۷. بیماری‌های ناشی از مصرف الکل

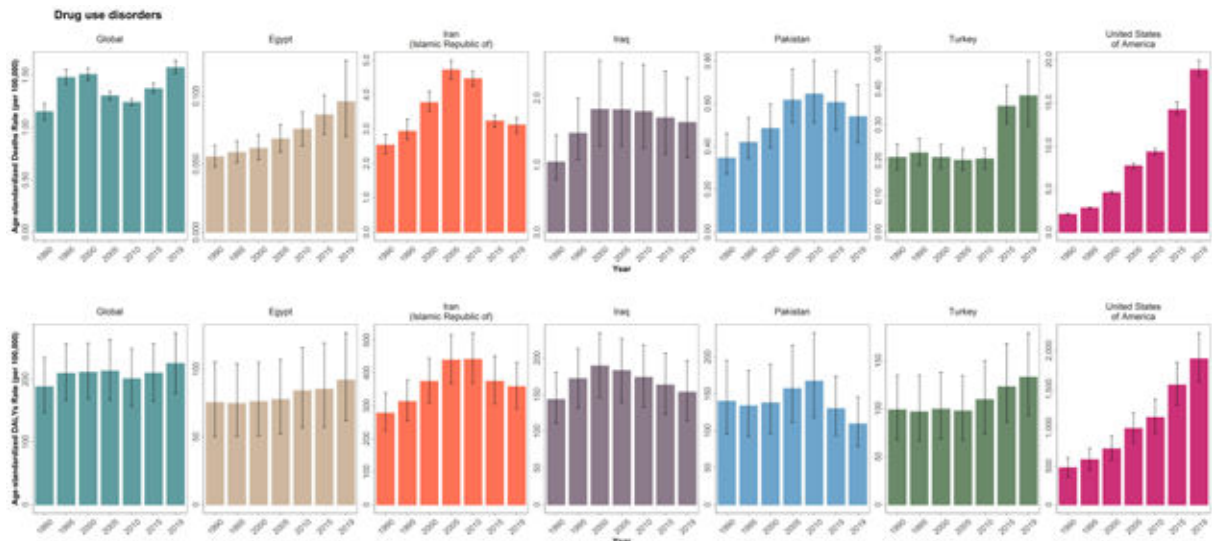
به‌طور کلی میزان مرگ و DALY به واسطه اختلال مصرف الکل، در جهان بسیار بالا است و بیشترین میزان در بین مناطق مورد بررسی مربوط به کشور آمریکا است. روند مرگ و DALY در جهان تا سال ۱۹۹۵ صعودی و پس از آن نزولی است (شکل ۲,۱۶).



شکل ۲,۱۶: میزان مرگ و DALY در ۱۰۰,۰۰۰ نفر جمعیت بر اساس اختلال مصرف الکل در سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۹ 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 آمریکا و مصر به‌صورت صعودی است. این روند در ایران تا سال ۲۰۰۵ روند صعودی داشته و سپس نزولی گشته است (شکل ۲,۱۷).



شکل ۲,۱۷: میزان مرگ و DALY در ۱۰۰,۰۰۰ نفر جمعیت بر اساس اختلال مصرف مواد مخدر در سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۹ در جهان، ایران و ۵ کشور دیگر





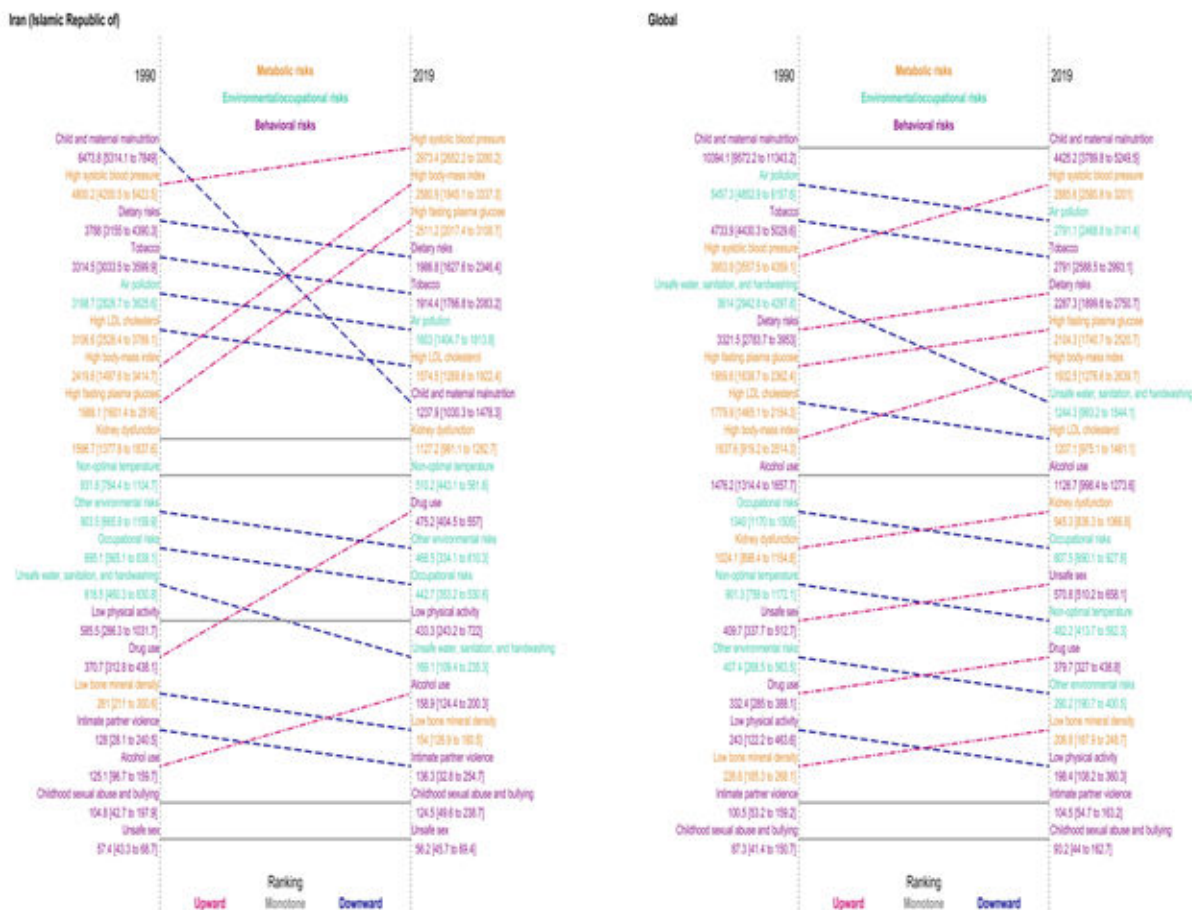
## فصل سه

### عوامل خطر مرتبط با بیماری‌های غیرواگیر در ایران

- در بحث عامل خطر فعالیت فیزیکی ناکافی؛ ایران در مقایسه با متوسط جهانی از وضعیت نامساعد تری برخوردار است.
- در مقایسه با متوسط جهانی؛ میزان DALY قابل انتساب به دخانیات 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 ۲۰۱۹ به واسطه عوامل خطر مربوط به عوامل تغذیه‌ای رخ داده است.

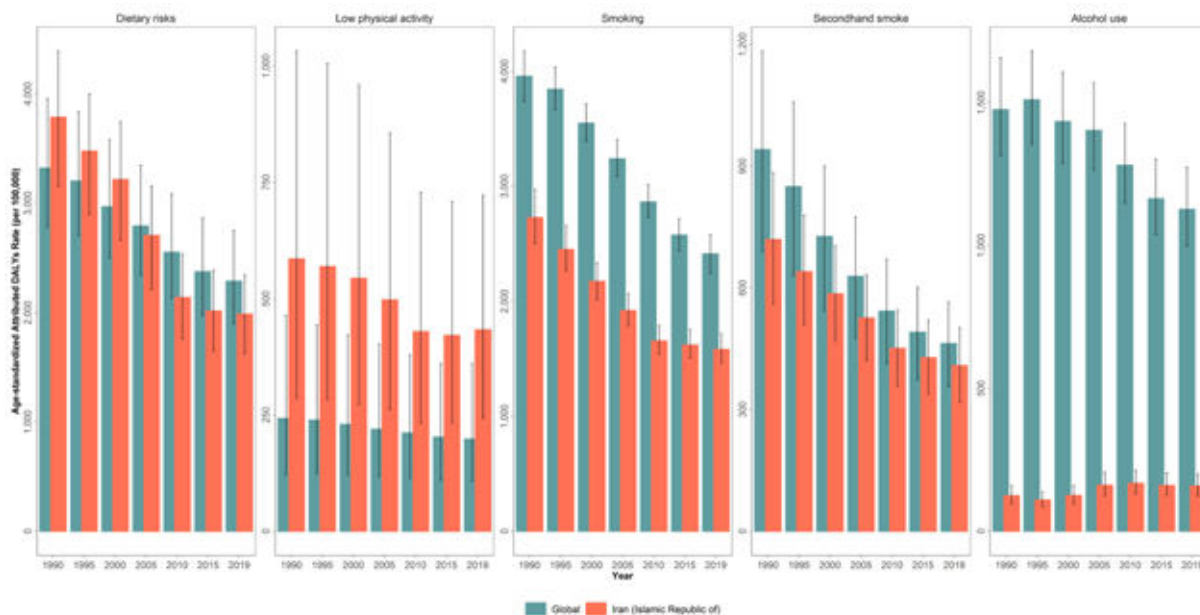






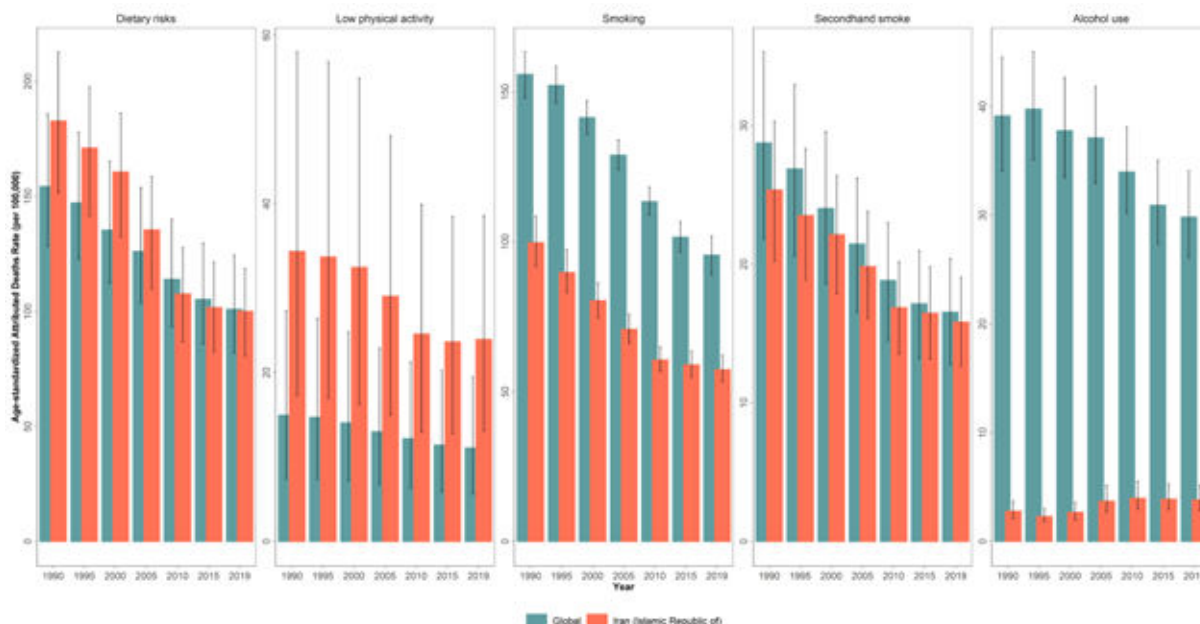
شکل ۱، ۳: DALY استاندارد شده سنی و جنسی قابل انتساب به بیست عامل خطر در ایران و جهان در سال‌های ۱۹۹۰ و ۲۰۱۹

بیست عامل خطر اصلی بر اساس DALY در سال‌های ۱۹۹۰ و ۲۰۱۹ میلادی در ایران و در دنیا در شکل ۱، ۳ نشان داده شده است. براساس نتایج مطالعه جهانی بار بیماری‌ها از بین ۲۰ گروه اصلی عوامل خطر؛ رتبه‌های اول تا سوم بیشترین شاخص استاندارد شده سنی DALYs قابل انتساب به عوامل خطر در ایران مربوط به عوامل خطر متابولیک و رتبه‌های چهارم و پنجم مربوط به عوامل خطر رفتاری است. شاخص استاندارد شده سنی DALYs قابل انتساب به فعالیت فیزیکی ناکافی در بین جمعیت ایرانی حدود ۲ برابر از متوسط جهانی بیشتر است. تفاوت قابل ملاحظه‌ای که بین این شاخص در جمعیت ایرانی با متوسط جهانی وجود دارد توجه به عوامل خطر متابولیک و رفتاری از جمله شاخص توده بدنی بالا، قند خون و فشار خون بالا را نیز لازم می‌داند. عوامل خطر تغذیه‌ای در ایران تا سال ۲۰۰۰ دارای بار قابل انتساب بیشتری نسبت به متوسط جهانی بودند که در سال ۲۰۱۹ این شاخص در ایران از متوسط جهانی کمتر شده است. تمامی عوامل خطر موجود در شکل دارای روند نزولی طی ۳۰ سال هستند به جز مصرف الکل که دارای روند افزایشی در ایران است (شکل ۲، ۳).



شکل ۳، ۲: میزان DALY در ۱۰۰,۰۰۰ نفر جمعیت بر اساس ۵ عامل خطر اصلی بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۹ 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 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. 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 (شکل ۳، ۳).



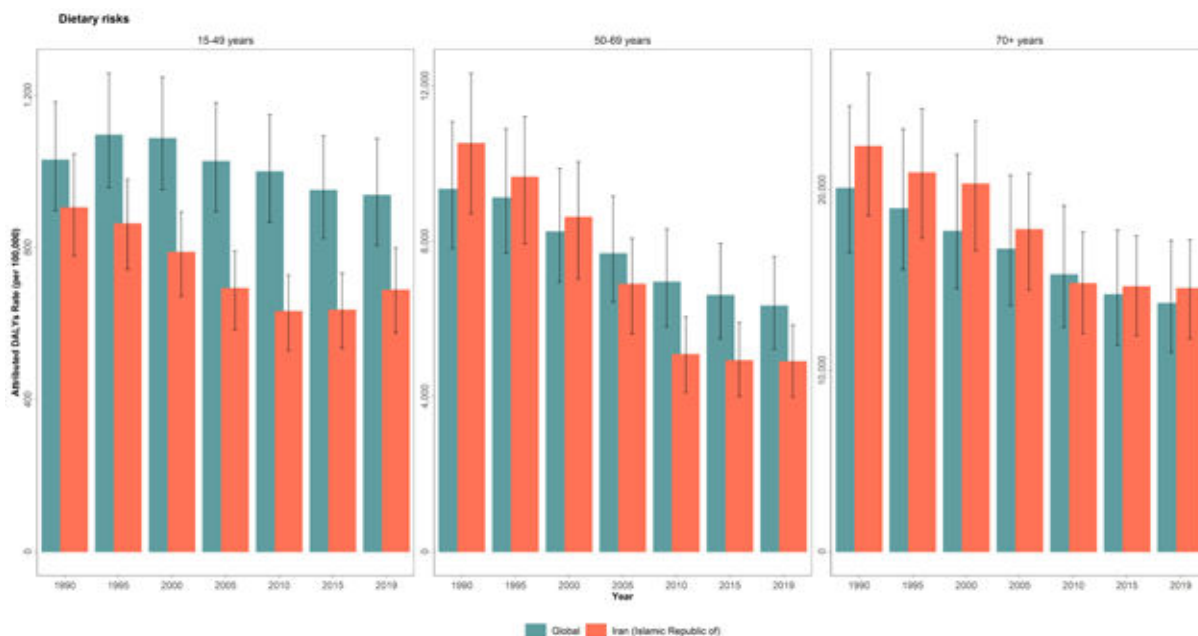
شکل ۳، ۳: میزان مرگ در ۱۰۰,۰۰۰ نفر جمعیت بر اساس ۵ عامل خطر اصلی بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۹ در ایران و جهان

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

#### ۳,۱,۱. رژیم غذایی ناسالم

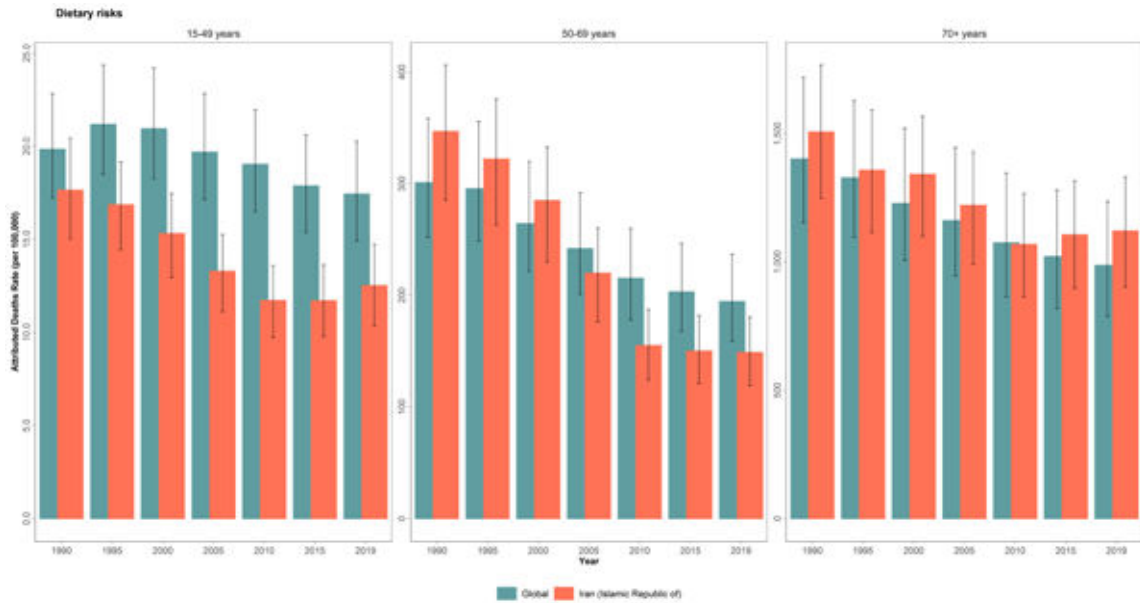
حدود ۸۰٪ جمعیت دنیا از ۵ واحد توصیه شده میوه و سبزی جات در طول روز استفاده نمی‌کنند. از جمله عادات تغذیه‌ای مورد پیشنهاد در سطح جهانی برای کنترل بیماری‌های غیرواگیر می‌توان به ۱۴ مورد اشاره نمود: غذاهای دریایی (اسیدچرب امگا۳)، عدم مصرف چربی ترانس، غلات کامل (کیفیت کربوهیدرات)، میوه و سبزیجات، عدم مصرف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



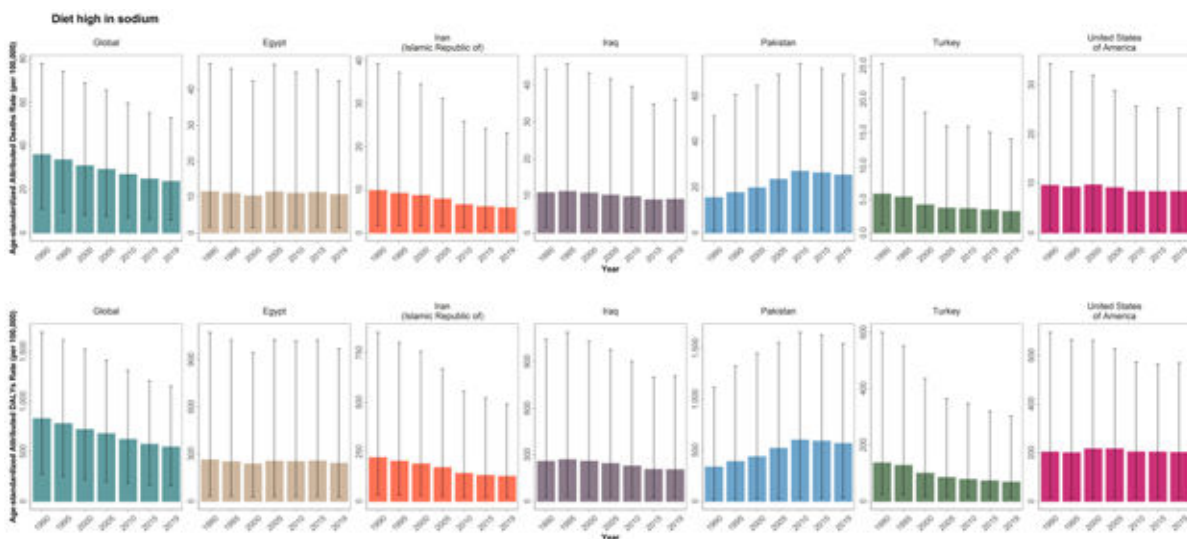
شکل ۳,۴: میزان DALY در ۱۰۰,۰۰۰ نفر جمعیت بر اساس عوامل خطر تغذیه‌ای بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۹ بر حسب گروه‌های سنی در ایران و جهان

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 ۲۰۱۹ بر حسب گروه‌های سنی در ایران و جهان

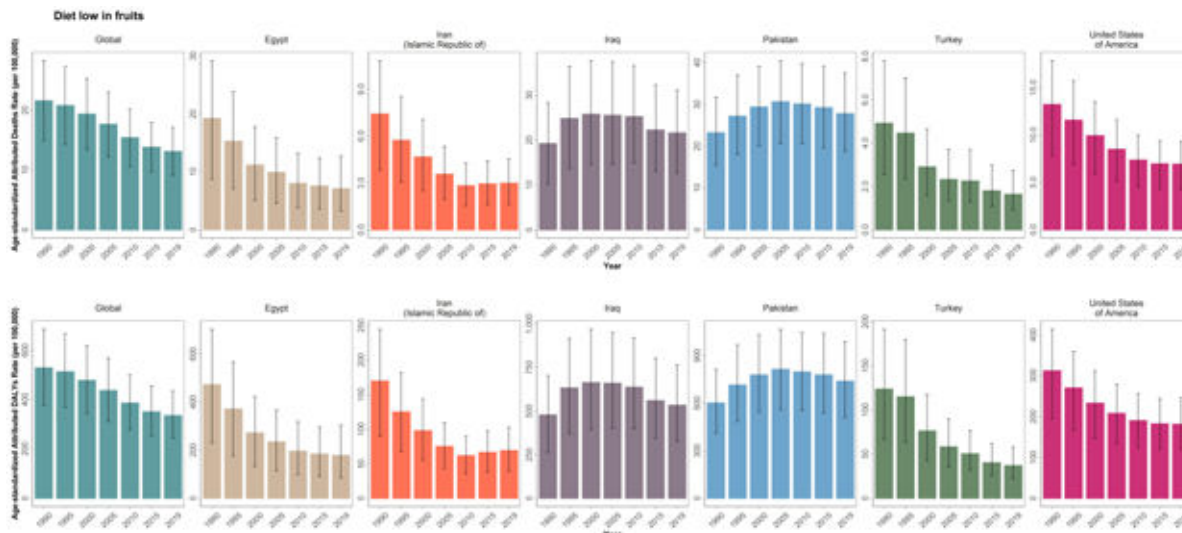
در بین کشورهای مورد مطالعه ایران دارای بیشترین نرخ مرگ‌ومیر بر اثر مصرف بالای سدیم در جهان است. این در حالی است که نرخ مرگ‌ومیر مصر، عراق و ترکیه به همراه ایران از متوسط میزان جهانی بالاتر است. بر اساس نتایج بدست آمده نرخ مرگ‌ومیر در اثر مصرف مقادیر بالای سدیم در ایالات متحده آمریکا کم‌تر از سایر کشورهای 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).



شکل ۳، ۶: میزان DALY و مرگ در ۱۰۰،۰۰۰ نفر جمعیت بر اثر مصرف زیاد سدیم بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۹ در جهان، ایران و ۵ کشور دیگر

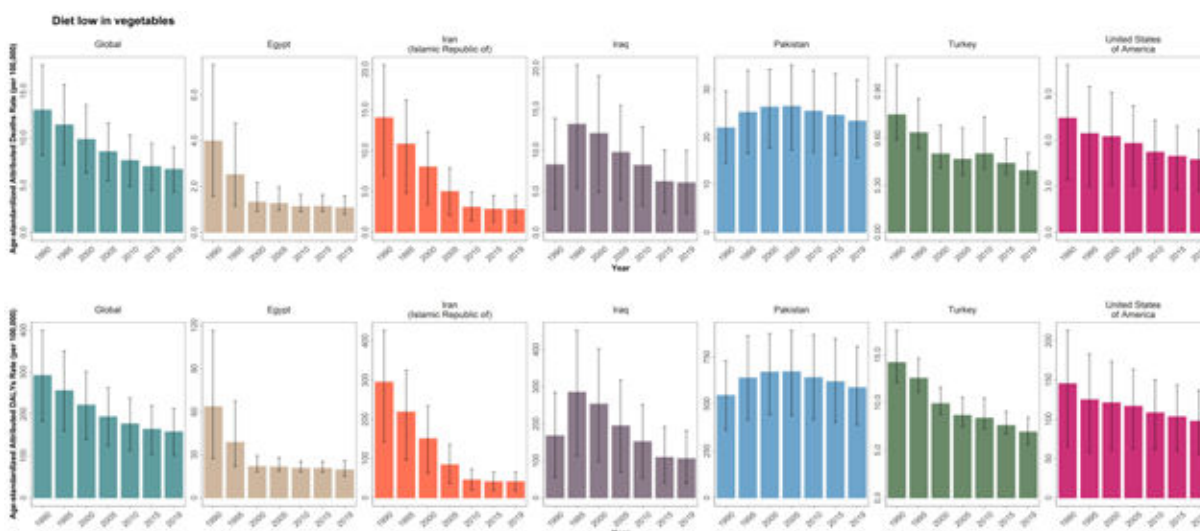


میزان مرگ و میر کشور ترکیه بر اثر کمبود مصرف میوه در سال ۱۹۹۰ در کشور ترکیه بیش تر از سایر کشورهای مورد مطالعه و بیش تر از متوسط میزان جهانی بوده است. این در حالی است که این میزان در سال های آتی کاهش چشم گیری در این کشور داشته است. میزان مرگ و میر ناشی از کمبود مصرف میوه در ایران الگویی مشابه دنیا داشته 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، ۷).



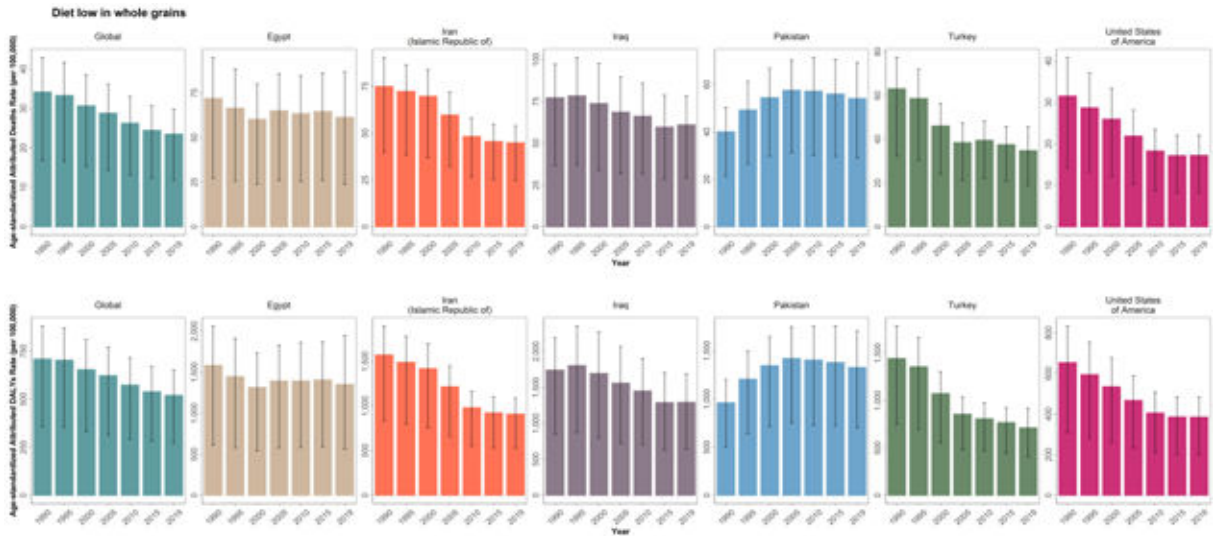
شکل ۳، ۷: میزان DALY و مرگ در ۱۰۰،۰۰۰ نفر جمعیت بر اثر مصرف کم میوه بین سال های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۹ در جهان، ایران و ۵ کشور دیگر

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 ۲۰۱۹ 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، ۸).



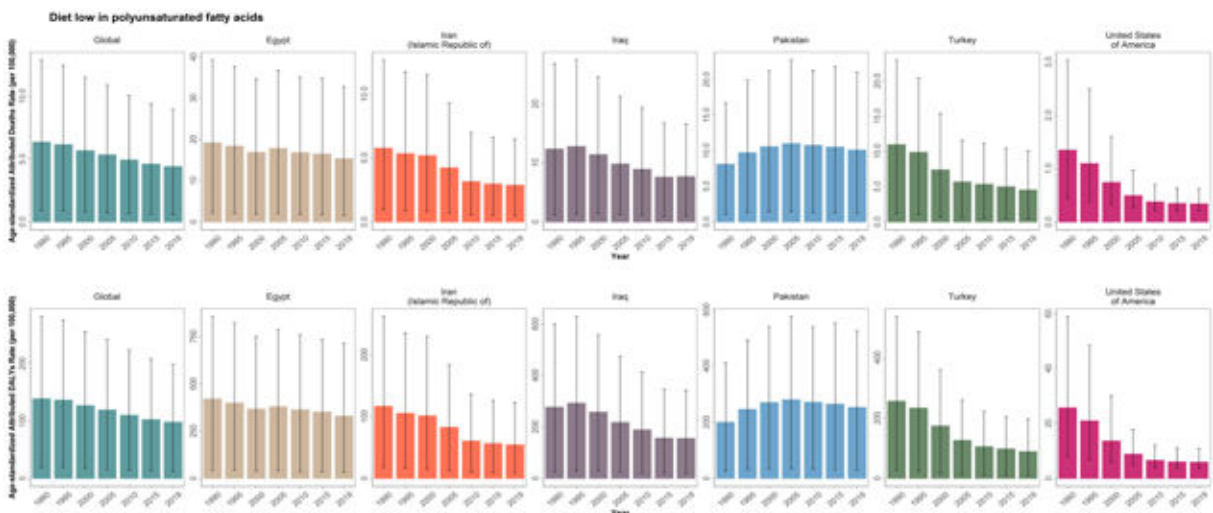
شکل ۳، ۸: میزان DALY و مرگ در ۱۰۰،۰۰۰ نفر جمعیت بر اثر مصرف کم سبزیجات بین سال های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۹ در جهان، ایران و ۵ کشور دیگر

در بین کشورهای مورد مطالعه مصر و عراق روندی تصاعدی را در مرگ و میر بر اثر کمبود مصرف غلات کامل از سال ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۹ 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 مرگ و میر به واسطه این عامل داشته است. با این حال همچنان نرخ مرگ و میر ایران از متوسط جهانی بالاتر است. همچون عوامل دیگر در سال‌های مورد مطالعه، DALY مرتبط با مصرف کم غلات کامل الگویی مشابه مرگ و میر دنبال کرده است (شکل ۳، ۹).



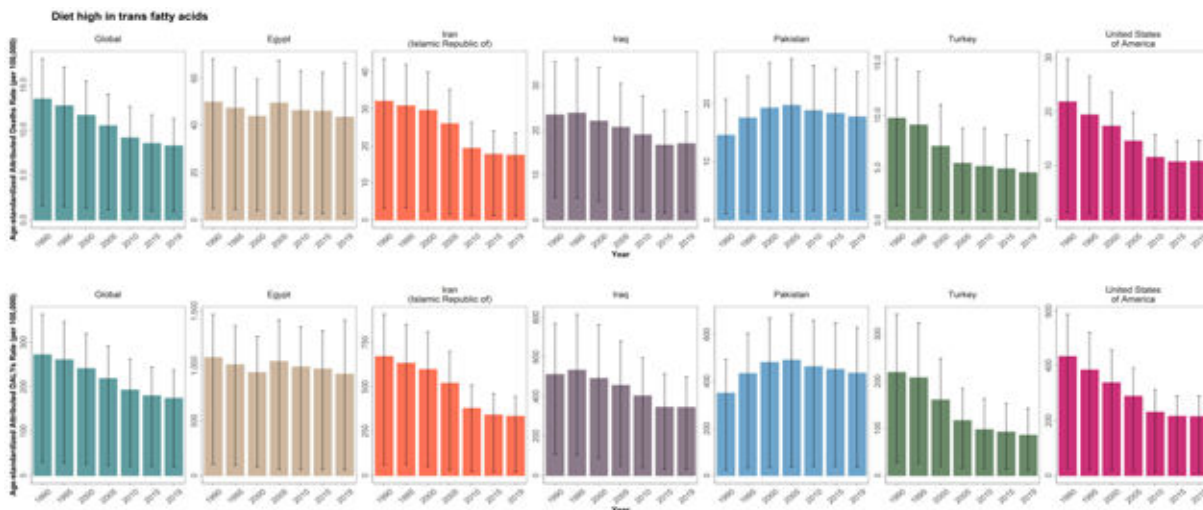
شکل ۳، ۹: میزان DALY و مرگ در ۱۰۰,۰۰۰ نفر جمعیت بر اثر مصرف کم غلات کامل بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۹ در جهان، ایران و ۵ کشور دیگر

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، ۱۰).



شکل ۳، ۱۰: میزان مرگ و DALY در ۱۰۰,۰۰۰ نفر جمعیت بر اساس عامل خطر کمبود مصرف اسیدهای چرب غیر اشباع بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۹ در جهان، ایران و ۵ کشور دیگر

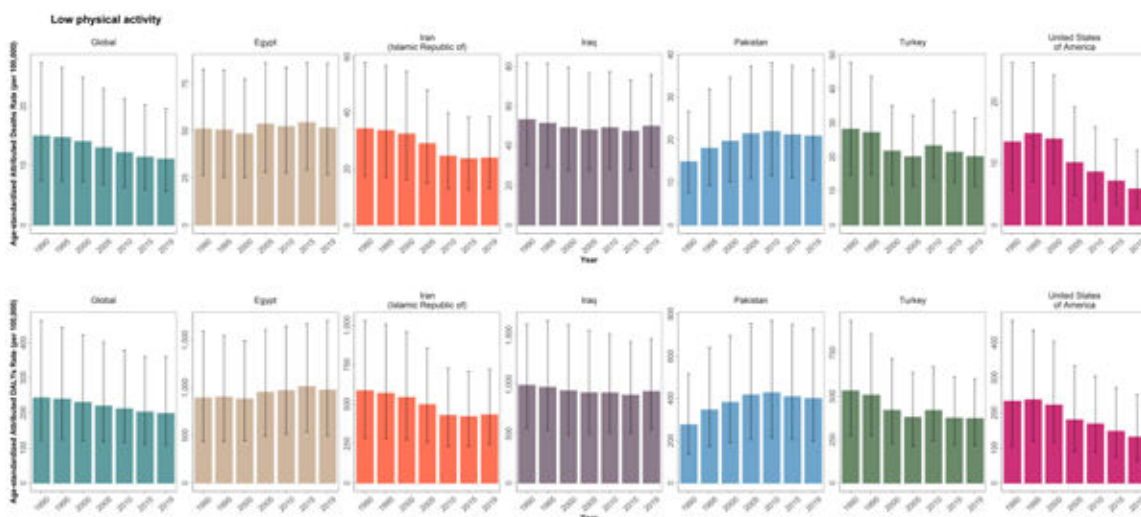
مرگ و میر در اثر مصرف چربی‌های ترانس در مصر و پاکستان بیشترین میزان را در بین سایر کشورهای مورد مطالعه در بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ داشته است. پس از مصر و پاکستان بیشترین آمار مرگ در اثر این عامل مربوط به ایران است که تغییراتی افزایشی از سال ۱۹۹۰ تا ۲۰۰۰ داشته و پس از آن این روند کاهش نشان داده است. آمار مرگ و میر 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 مرگ و میر در دنیا و در کشورهای مورد مطالعه نشان می‌دهد (شکل ۱۱، ۳).



شکل ۱۱، ۳: میزان مرگ و DALY در ۱۰۰,۰۰۰ نفر جمعیت بر اساس عامل خطر از دیاد مصرف اسیدهای ترانس بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۹ در جهان، ایران و ۵ کشور دیگر

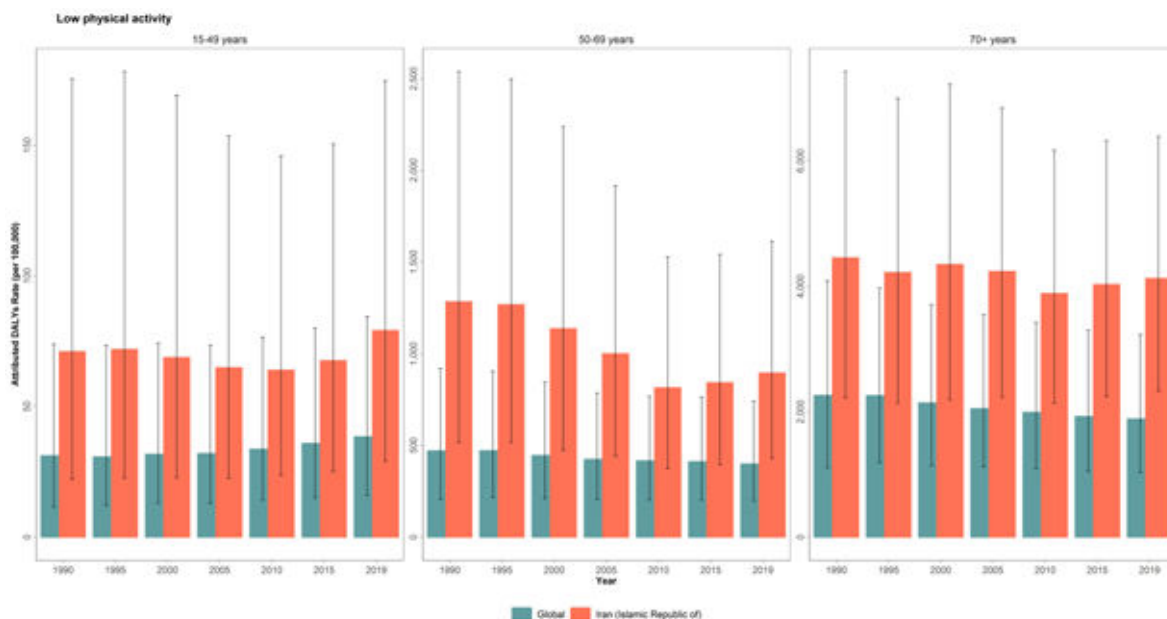
### ۳، ۱، ۲. فعالیت بدنی ناکافی

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 ۱۲، ۳).



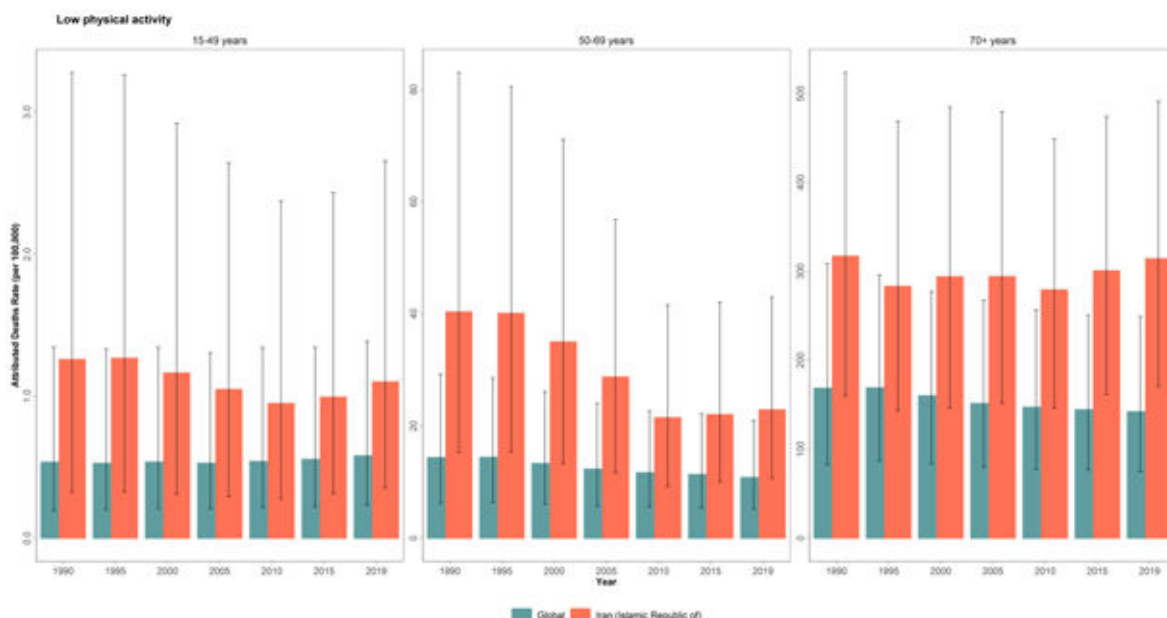
شکل ۱۲، ۳: میزان مرگ و DALY در ۱۰۰,۰۰۰ نفر جمعیت بر اساس عامل خطر فعالیت فیزیکی ناکافی بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۹ در جهان، ایران و ۵ کشور دیگر

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، ۱۳).



شکل ۳، ۱۳: میزان DALY در ۱۰۰,۰۰۰ نفر جمعیت بر اساس عامل خطر کمبود فعالیت بدنی بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۹ 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، ۱۴).

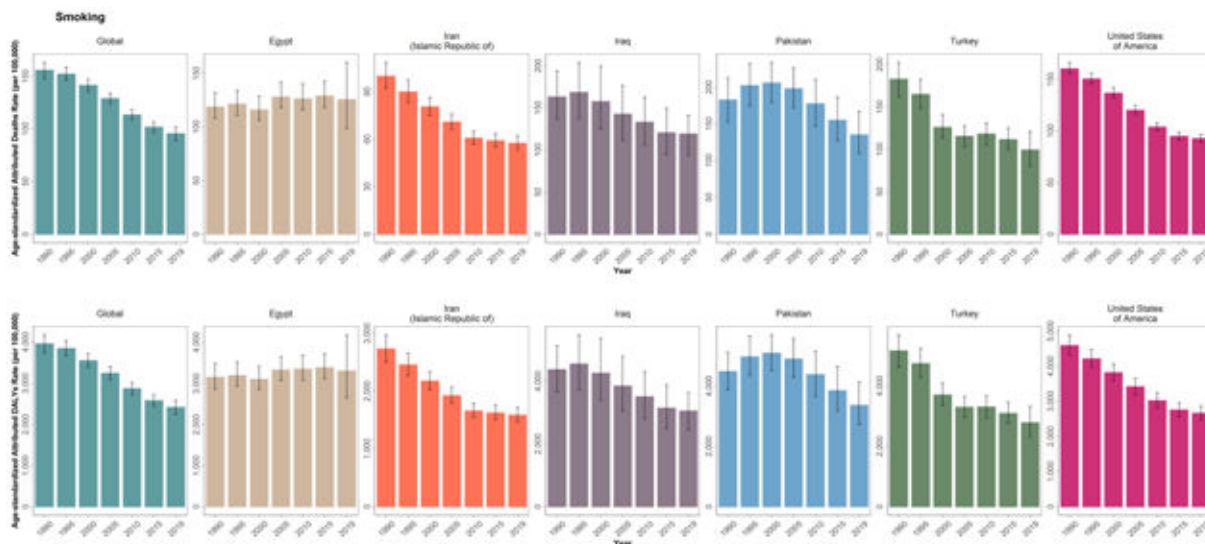


شکل ۳، ۱۴: میزان مرگ در ۱۰۰,۰۰۰ نفر جمعیت بر اساس عامل خطر کمبود فعالیت بدنی بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۹ بر حسب گروه‌های سنی در ایران و جهان



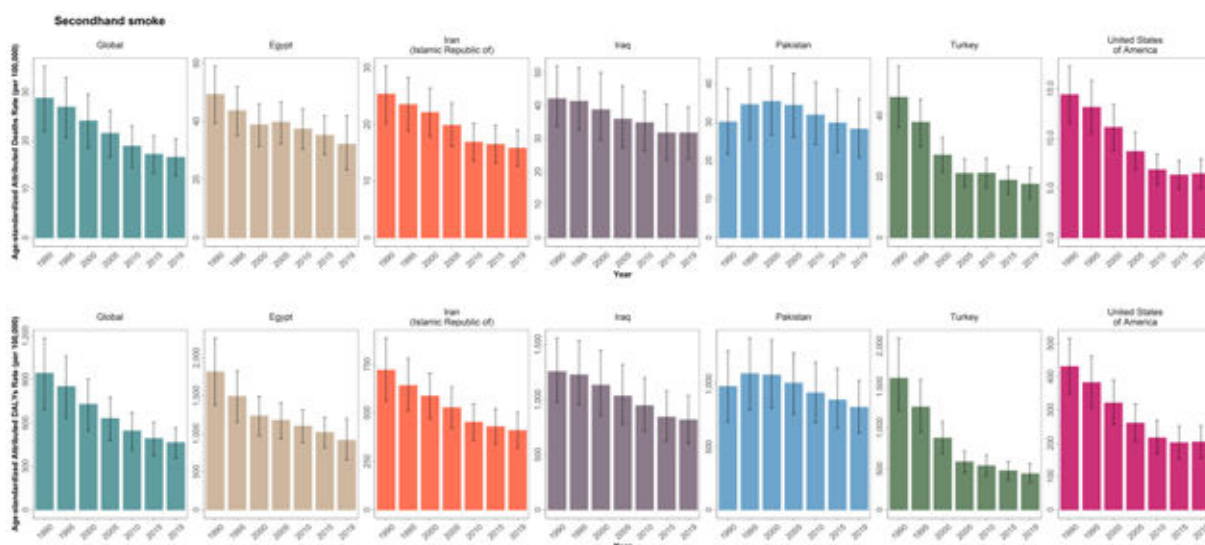
### ۳،۱،۳. استعمال دخانیات

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 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،۱۵).



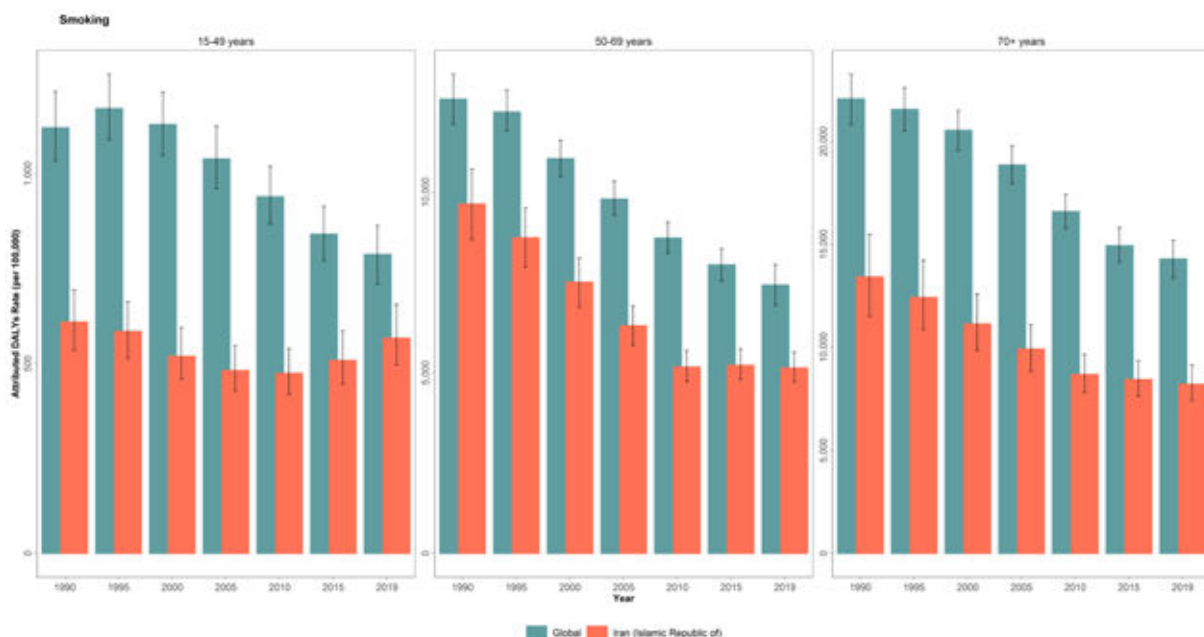
شکل ۳،۱۵: میزان مرگ و DALY در ۱۰۰،۰۰۰ نفر جمعیت بر اساس استعمال دخانیات بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۹ در جهان، ایران و ۵ کشور دیگر

بیشترین میزان مرگ و DALY مربوط به مواجهه با دود دست دوم 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،۱۶).



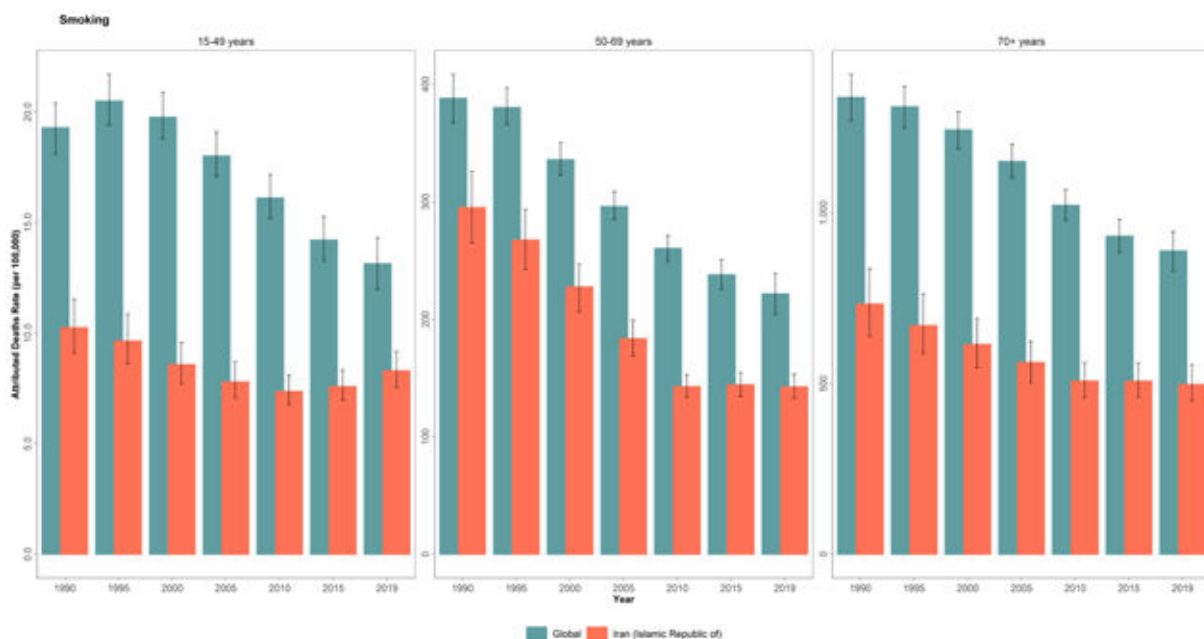
شکل ۳،۱۶: میزان مرگ و DALY در ۱۰۰،۰۰۰ نفر جمعیت بر اساس مواجهه با دود دست دوم سیگار بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۹ در جهان، ایران و ۵ کشور دیگر

بیشترین میزان DALY مربوط به عامل خطر استعمال دخانیات 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 ۱۷، ۳).



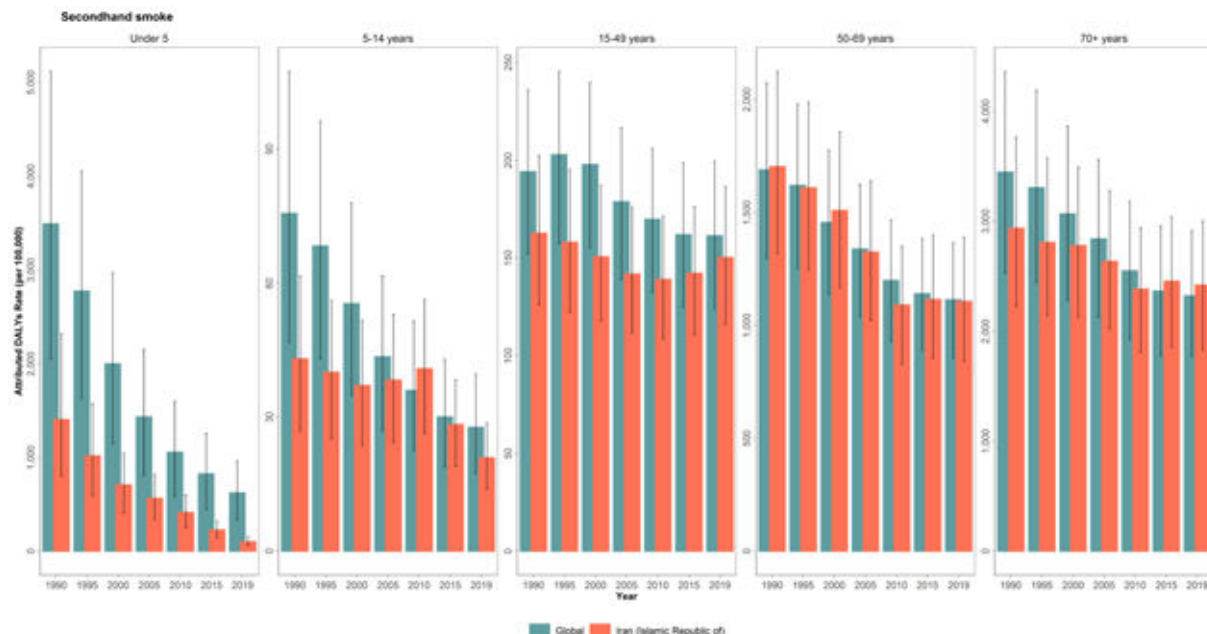
شکل ۱۷، ۳: میزان DALY در ۱۰۰,۰۰۰ نفر جمعیت بر اساس عامل خطر استعمال دخانیات بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۹ برحسب گروه‌های سنی در ایران و جهان

بیشترین میزان مرگ مربوط به عامل خطر استعمال دخانیات 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 ۱۸، ۳).



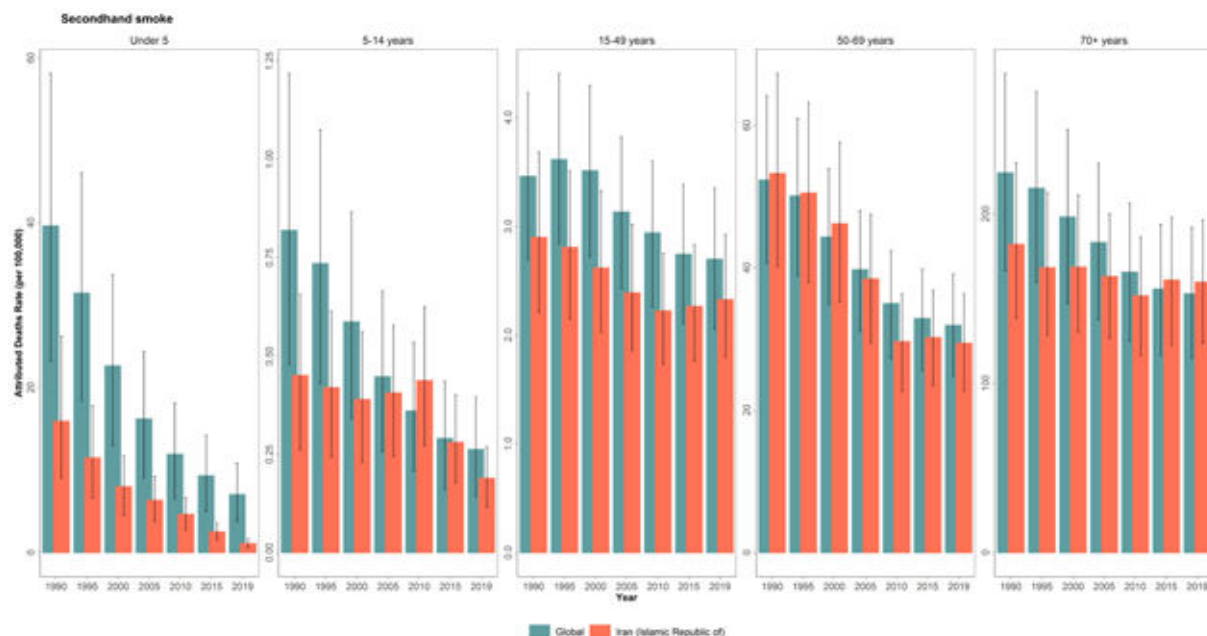
شکل ۱۸، ۳: میزان مرگ در ۱۰۰,۰۰۰ نفر جمعیت بر اساس عامل خطر استعمال دخانیات بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۹ برحسب گروه‌های سنی در ایران و جهان

بیشترین میزان DALY مربوط به عامل خطر مواجهه با دود دست دوم سیگار در بین ۵ 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 ۱۹، ۳).



شکل ۱۹، ۳: میزان DALY در ۱۰۰,۰۰۰ نفر جمعیت بر اساس عامل مواجهه با دود دست دوم سیگار بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۹ بر حسب گروه‌های سنی در ایران و جهان

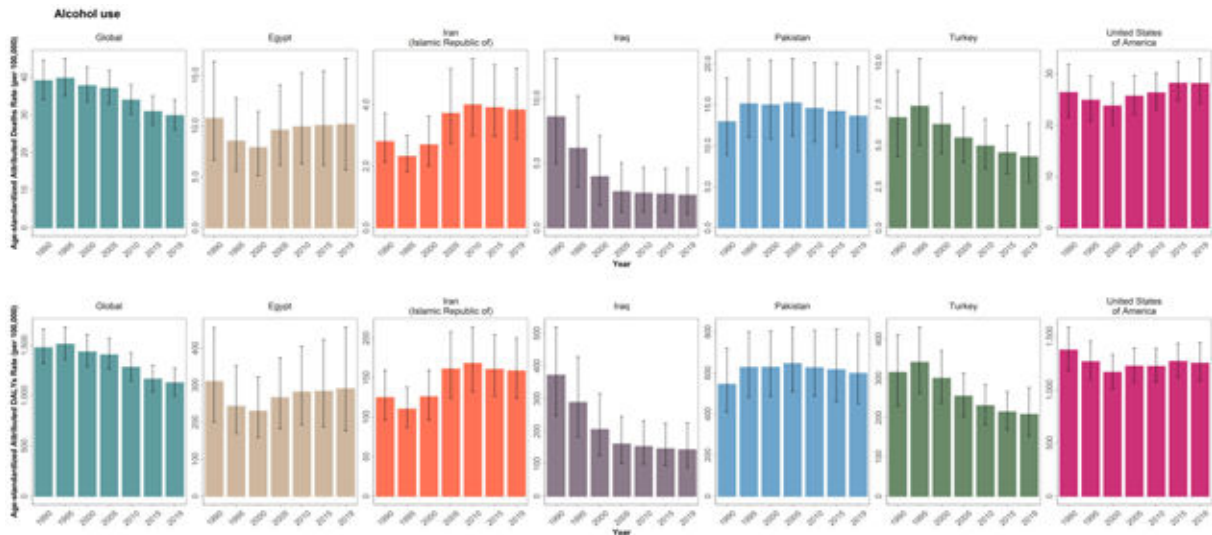
بیشترین میزان مرگ مربوط به عامل خطر مواجهه با دود دست دوم سیگار در بین ۵ گروه سنی، مربوط به گروه سنی ۷۰ سال به بالا است. در تمامی سال‌های مورد بررسی ایران نسبت به جهان مقدار کمتری داشته است. هم‌چنین میزان مرگ برای تمامی گروه‌های سنی در ایران و جهان دارای روند نزولی است (شکل ۲۰، ۳).



شکل ۲۰، ۳: میزان مرگ در ۱۰۰,۰۰۰ نفر جمعیت بر مواجهه با دود دست دوم سیگار، بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۹ بر حسب گروه‌های سنی در ایران و جهان

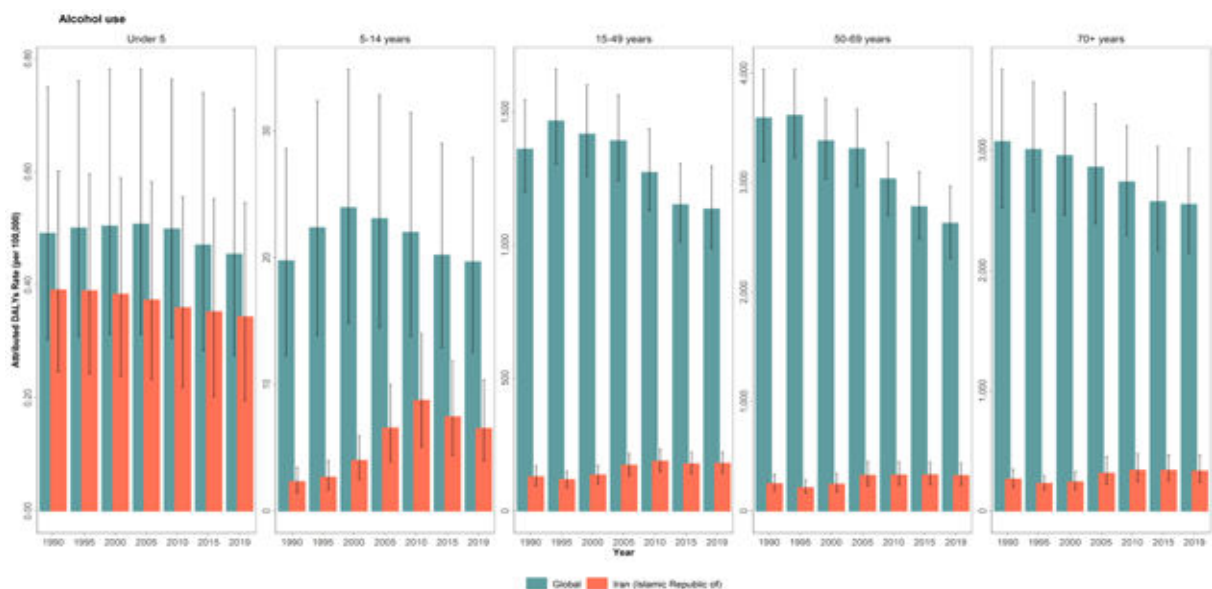
### ۳،۱،۴. مصرف الکل

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 ۳، ۲۱).



شکل ۳، ۲۱: میزان مرگ و DALY در ۱۰۰،۰۰۰ نفر جمعیت بر اساس عامل خطر مصرف الکل بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۹ در جهان، ایران و ۵ کشور دیگر

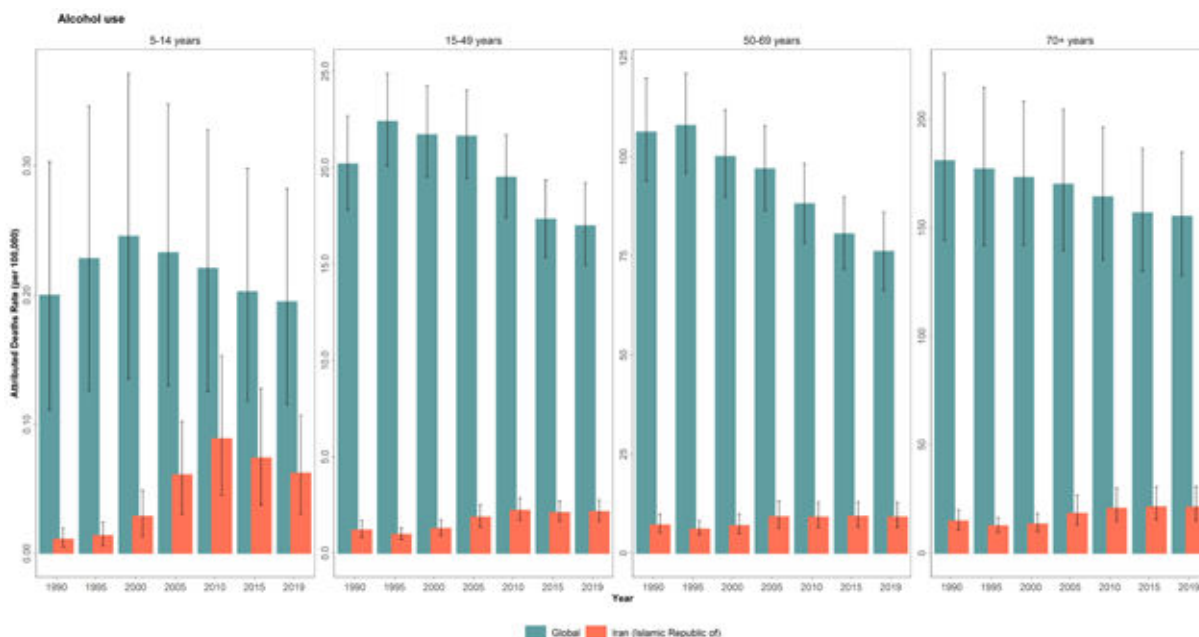
همانطور که از شکل ۳، ۲۲ پیداست میزان DALY مرتبط با مصرف الکل در همه گروه‌های سنی در دنیا از میزان آن در ایران بیشتر است. با این وجود باید در نظر داشت که هم در ایران و هم در دنیا میزان DALY مرتبط با مصرف الکل در دو گروه سنی نخست در کم‌ترین حالت و در سه گروه سنی دیگر در بیشترین حالت خود هستند. چنین به 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 ۳، ۲۲).



شکل ۳، ۲۲: میزان DALY در ۱۰۰،۰۰۰ نفر جمعیت بر اساس عامل خطر مصرف الکل بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۹ بر حسب گروه‌های سنی در جهان و ایران



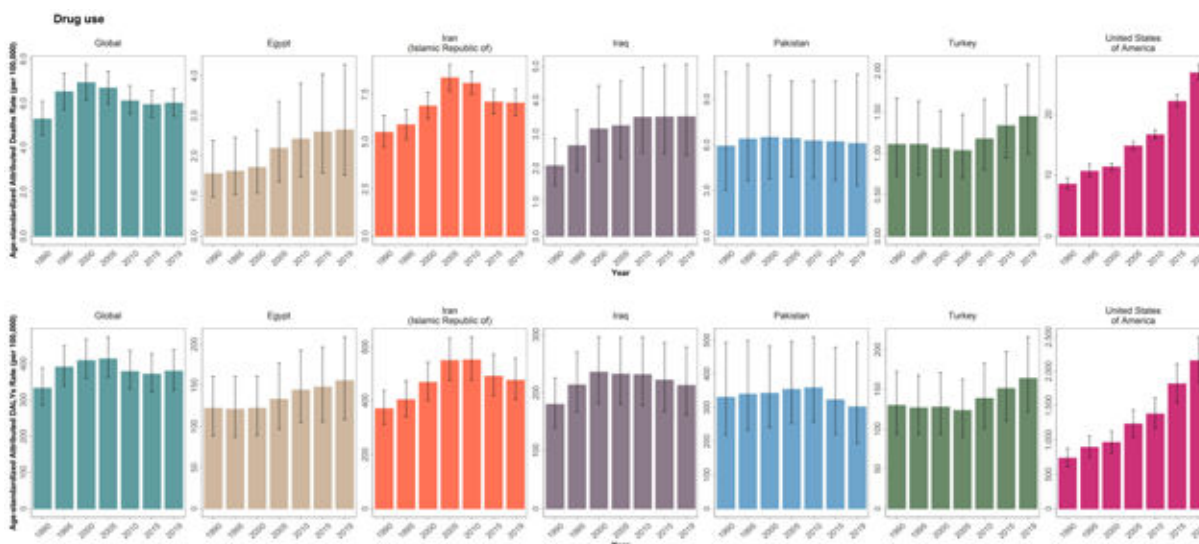
شکل شماره ۳، ۲۳ میزان مرگ در اثر مصرف الکل را در سال ۲۰۱۰ در ایران و در دنیا نشان می‌دهد. از شواهد امر چنین پیداست که در گروه سنی بالاتر از ۷۰ سال میزان مرگ و میر ایجاد شده در اثر مصرف الکل هم در ایران و هم در دنیا بیشتر از سایر گروه‌های سنی است. این در حالی است که گروه سنی ۵۰ تا ۶۹ سال پس از افراد بالاتر 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، ۲۳).



شکل ۳، ۲۳: میزان مرگ در ۱۰۰,۰۰۰ نفر جمعیت براساس عامل خطر مصرف الکل بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۹ برحسب گروه‌های سنی در جهان و ایران

### 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. به‌طور کلی روند میزان مرگ و DALY در تمامی کشورهای مورد بررسی همانند جهان دارای روند صعودی است (شکل ۳، ۲۴).

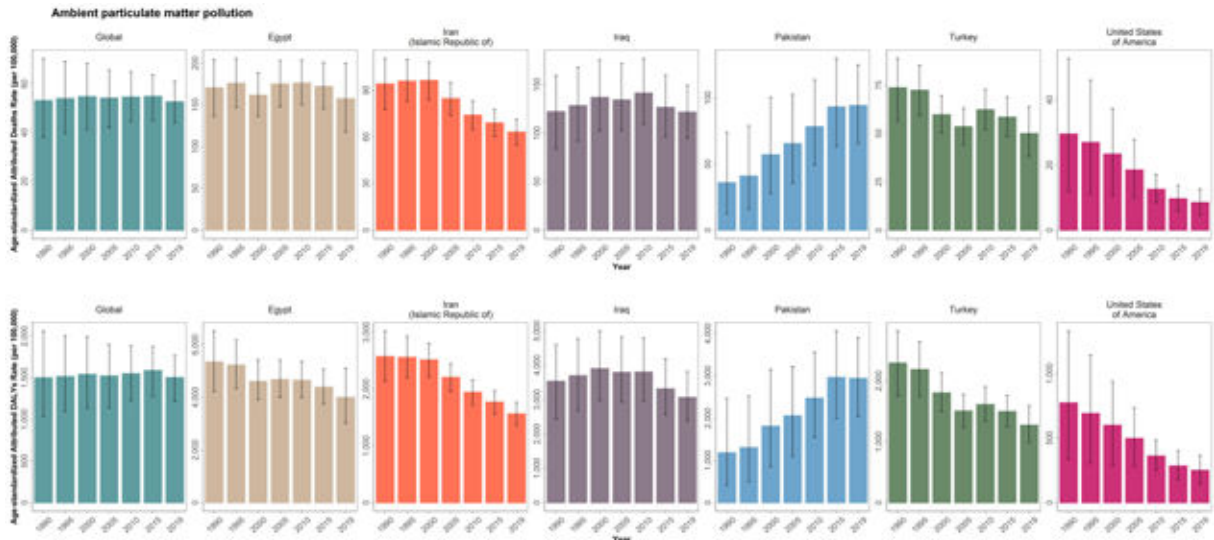


شکل ۳، ۲۴: میزان مرگ و DALY در ۱۰۰,۰۰۰ نفر جمعیت بر اساس عامل خطر مصرف مواد مخدر بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۹ در جهان، ایران و ۵ کشور دیگر

۳,۲. سایر عوامل خطرزای بیماری‌های غیرواگیر

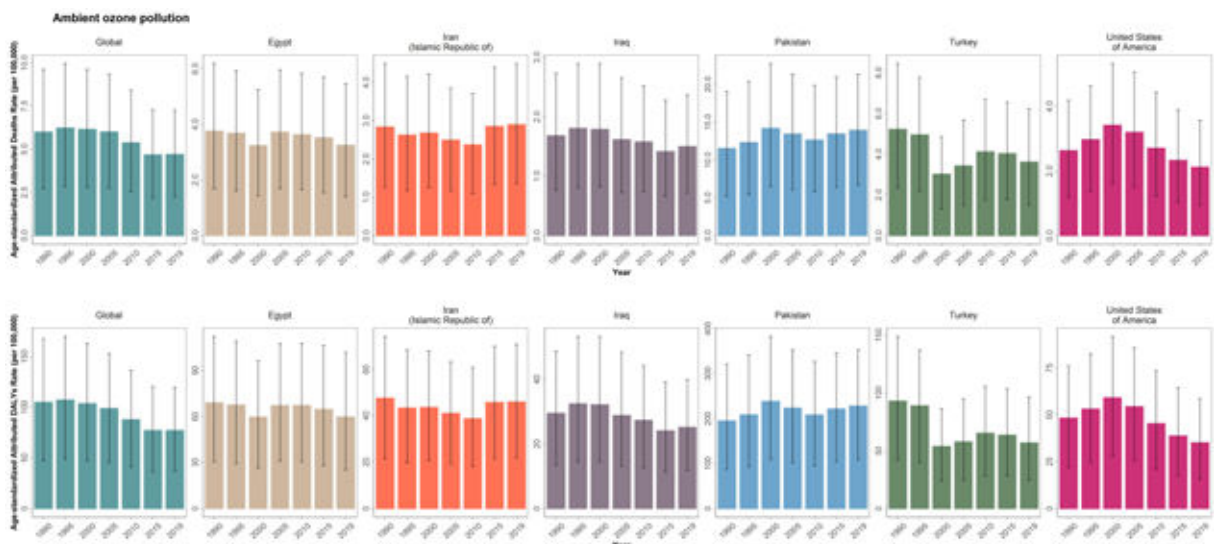
۳,۲,۱. آلودگی هوا

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 ۳,۲۵).



شکل ۳,۲۵: میزان مرگ و DALY در ۱۰۰,۰۰۰ نفر جمعیت بر اساس عامل خطر آلودگی ذرات معلق محیطی بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۹ در جهان، ایران و ۵ کشور دیگر

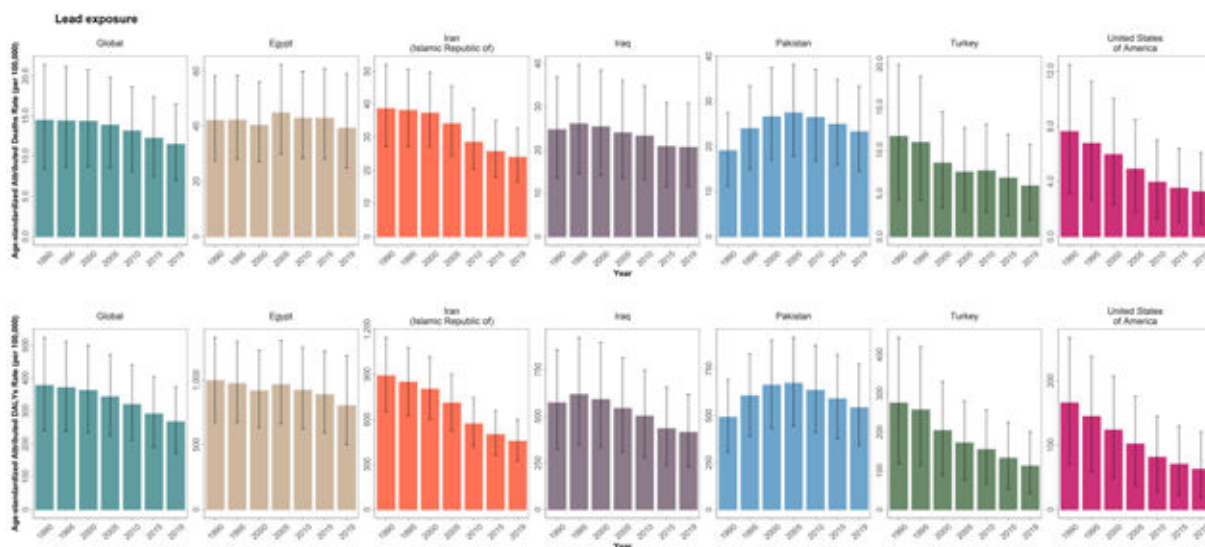
بیشترین و کم‌ترین میزان مرگ و DALY بر اساس عامل خطر آلودگی ازن محیطی، در بین مناطق مورد بررسی به ترتیب مربوط به کشورهای پاکستان و ایران است. به‌طور کلی روند میزان مرگ و DALY در تمامی کشورهای مورد بررسی همانند جهان دارای روند نزولی است (شکل ۳,۲۶).



شکل ۳,۲۶: میزان مرگ و DALY در ۱۰۰,۰۰۰ نفر جمعیت بر اساس عامل خطر آلودگی ازن محیطی بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۹ 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. به‌طورکلی روند میزان مرگ و DALY در تمامی کشورهای مورد بررسی همانند جهان دارای روند صعودی است (شکل ۳,۲۷).



شکل ۳,۲۷: میزان مرگ و DALY در ۱۰۰,۰۰۰ نفر جمعیت بر اساس عامل خطر مواجهه با سرب بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۹ 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 هلیکوباکتریلوری 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 آزبست، گازهای ناشی از وسایط نقلیه و پرتوهای یونیزان و ماورای بنفش را نام برد.







۲۸,۰۰۰

۲۵,۰۰۰

۲۵,۰۰۰

۵۲

ITEM NO: 87-09600  
By: 1871 376  
R.W. 12 800  
C.W. 12 800  
Color: Black  
HEAD OF HYDRALIC  
MADE IN P.R.C.



## فصل چهارم

# 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، بار ۲۹۰ بیماری و ۶۷ عامل خطر مورد بررسی قرار می‌گیرد
- در مطالعه NASBOD اطلاعات اپیدمیولوژیک در سطح ملی و فراملی ارائه می‌گردد



## ۴,۱. 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. سیاست گذاران سلامت در سطوح ملی و منطقه‌ای، مدیران بخش سلامت، پژوهشگران، و شهروندان می‌توانند به طور مستقیم از برآوردهای بدست آمده در مطالعه NASBOD استفاده کنند. مطالعه NASBOD 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 فصل 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 همراه با نمونه‌ای از نتایج این مطالعه شرح دهد.

## ۴,۲. 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 کشته‌ها و غیر کشته‌ها 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 ویژه مسئله انتخاب‌های اجتماعی مربوط به وزن سنی و نمره شدت معلولیت را در بر می‌گرفت<sup>۲</sup>.

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<sup>۳</sup> به کار گرفته نشده‌اند و وزن ناتوانی<sup>۴</sup> 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 انجام دهد. این دور از مطالعه با هدف ارائه برآوردهایی 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 ۲۰۱۵ 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<sup>۵</sup> 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 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 عنوان 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.

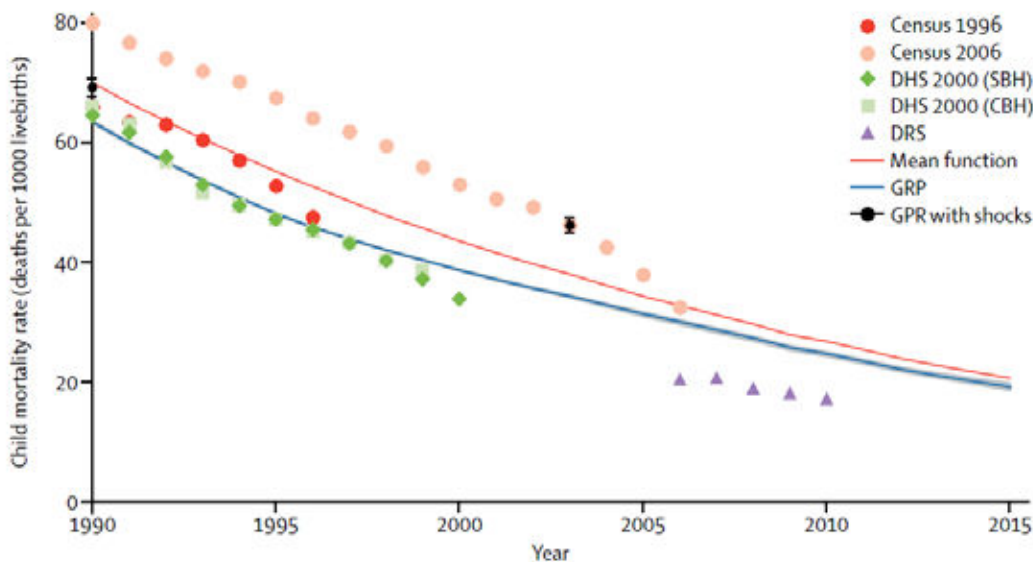


### ۴-۶. نمونه‌ای از نتایج مطالعه NASBOD

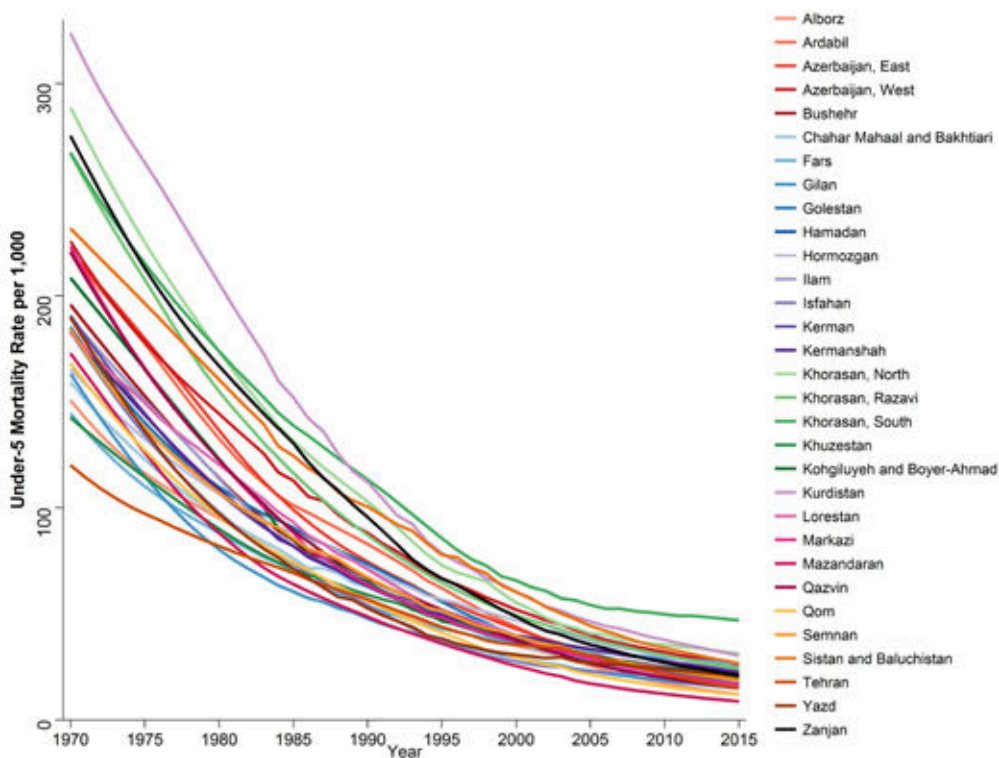
نمونه‌ای از نتایج مطالعه ملی بار بیماری‌ها در ادامه آورده شده است:

#### مرگ کودکان

به‌طور کلی، میزان مرگ کودکان با گذشت زمان در حال کاهش بوده است و استان‌های خراسان رضوی، آذربایجان شرقی و آذربایجان غربی دارای شیب تندتری نسبت به سایر استان‌ها بوده‌اند.



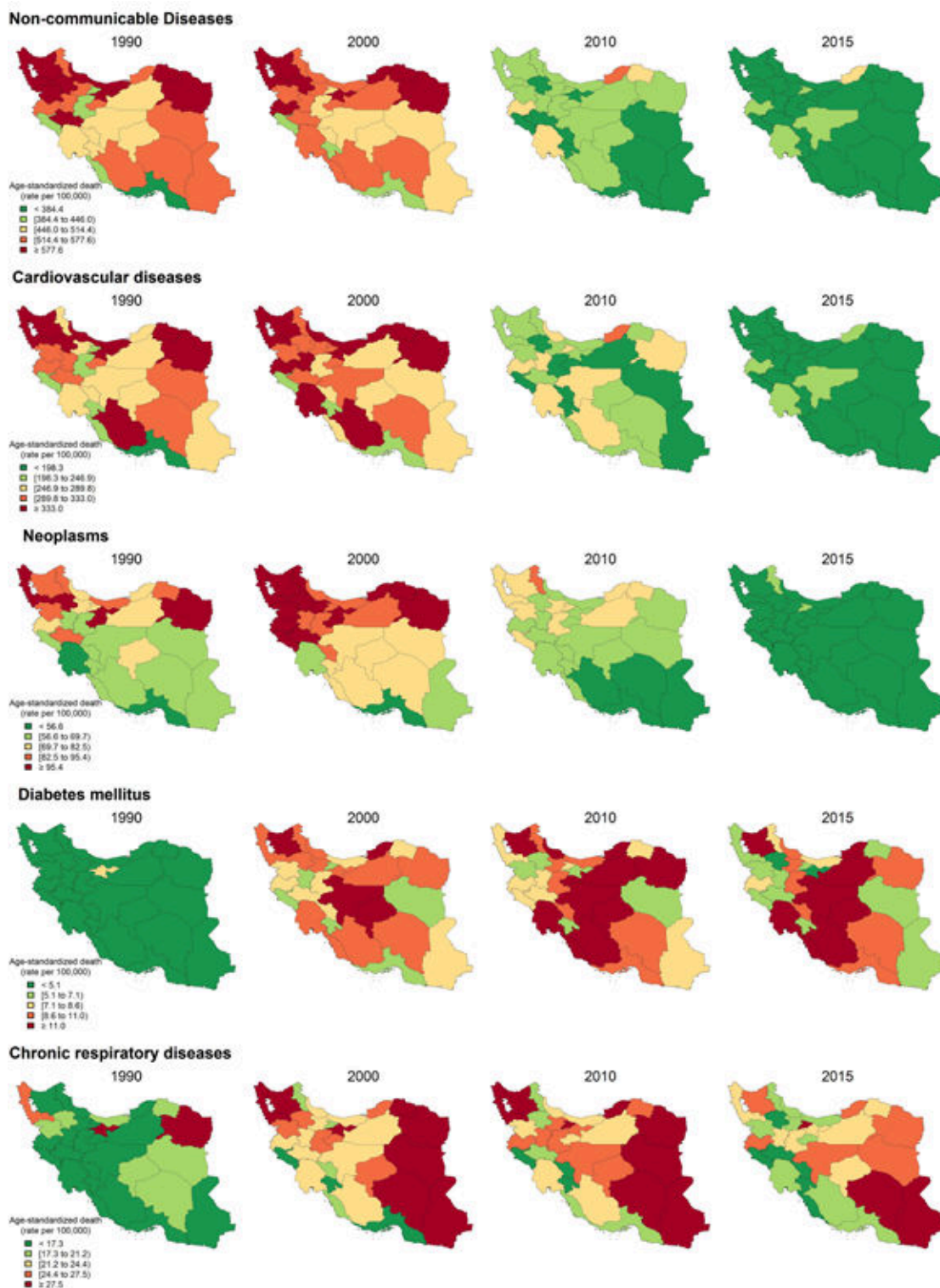
شکل ۴،۱. روند زمانی مرگ کودکان در هر ۱۰۰۰ تولد زنده از سال ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۵ در سطح ملی



شکل ۴،۲. روند زمانی مرگ کودکان در هر ۱۰۰۰ تولد زنده از سال ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۵ در سطح استانی

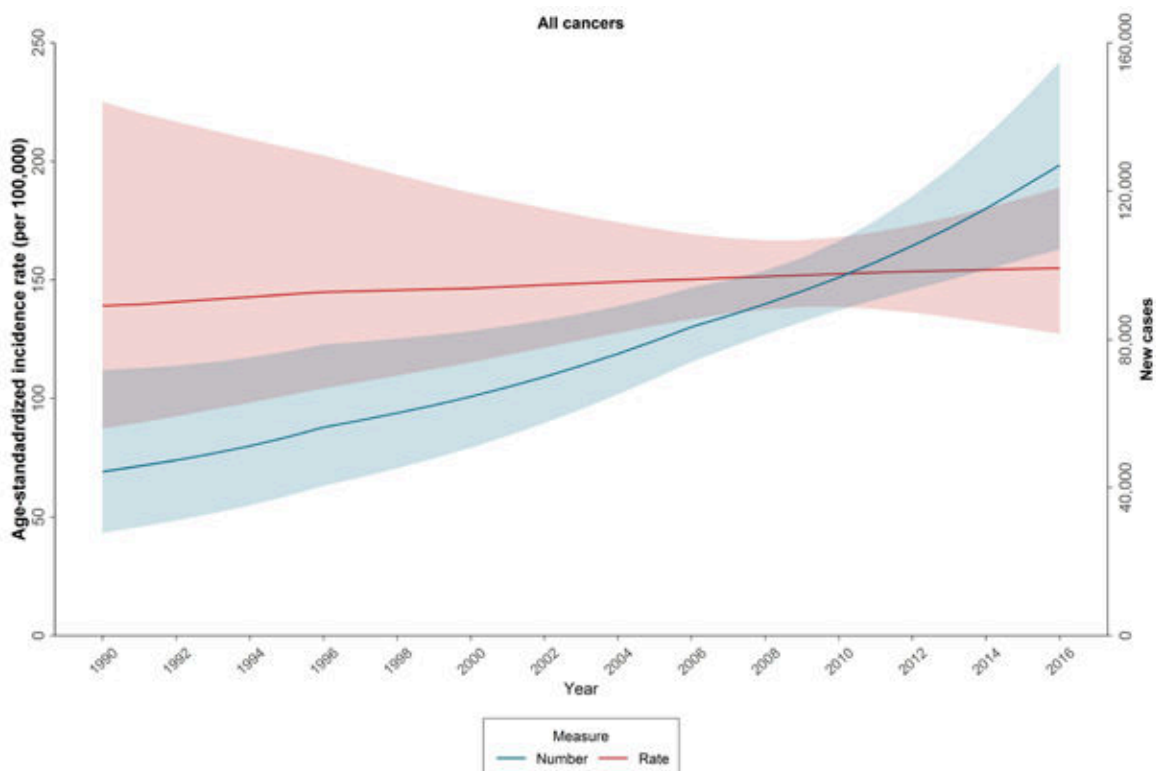
## بار بیماری‌ها

در بین چهار بیماری غیرواگیر اصلی؛ روند افزایشی میزان استاندارد شده سنی مرگ به علت دیابت و بیماری‌های مزمن تنفسی در تمام استان‌های کشور مشاهده می‌شود.



شکل ۳، ۴. توزیع جغرافیایی مرگ به علت بیماری‌های غیرواگیر به صورت کلی و به تفکیک چهار دسته بیماری‌های غیرواگیر

تعداد موارد جدید سرطان در طی ۲۷ سال روند افزایشی دارد اما میزان استاندارد شده سنی بروز روند تقریباً ثابتی را دارد.

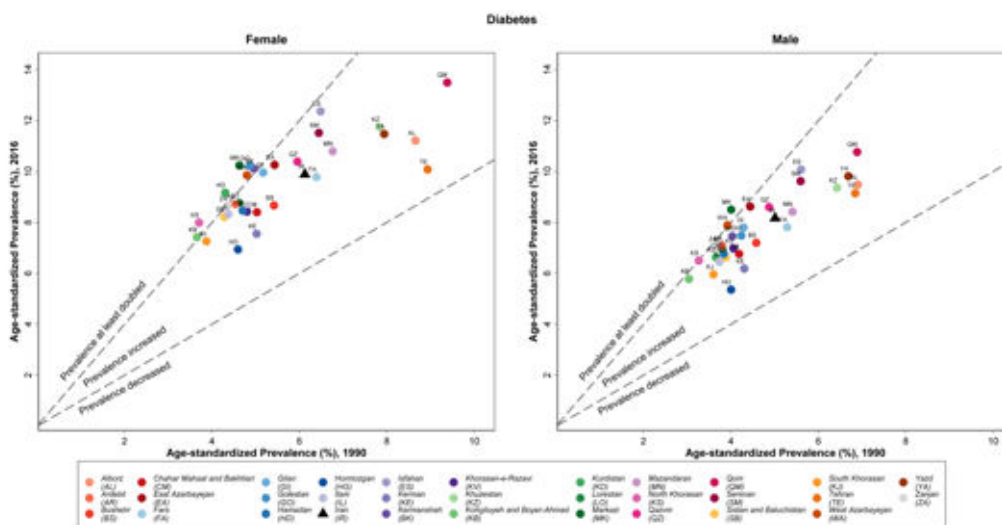


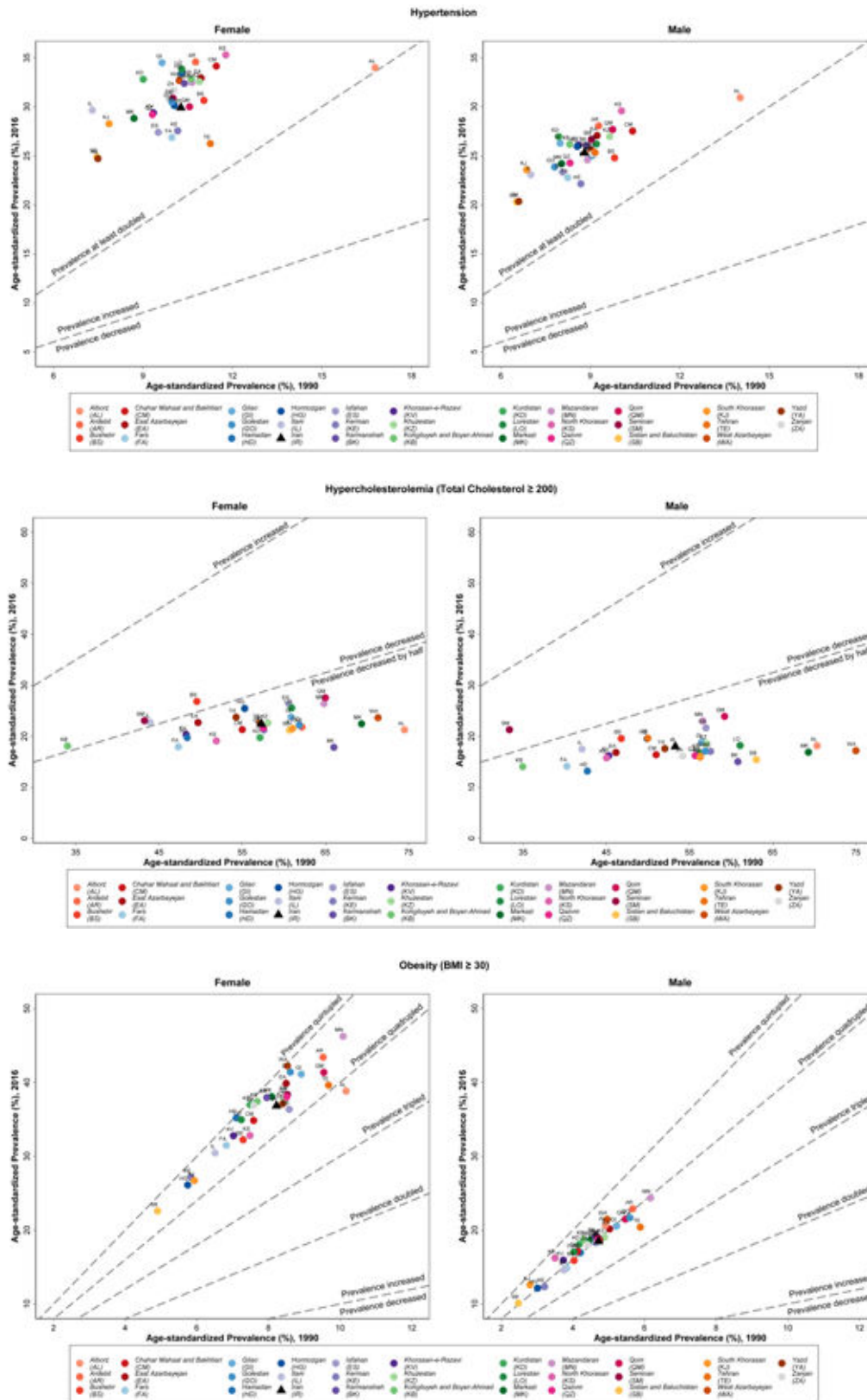
شکل ۴،۴. روند زمانی میزان بروز سرطان‌ها همراه با تعداد موارد جدید از سال ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۶ در سطح ملی

### روند زمانی عوامل خطر در سطوح ملی و استانی

#### متابولیک

از بین چهار عامل خطر متابولیک دیابت، فشار خون بالا، چربی خون بالا و چاقی؛ تنها چربی خون دارای روند کاهشی طی ۲۷ سال مورد بررسی در تمام استان‌های کشور و هر دو جنسیت بوده است. روند افزایشی شیوع چاقی (براساس شاخص توده بدنی بزرگتر مساوی ۳۰) در تمام استان‌های کشور و هر دو جنسیت لزوم توجه به این عامل خطر را بسیار افزایش می‌دهد.



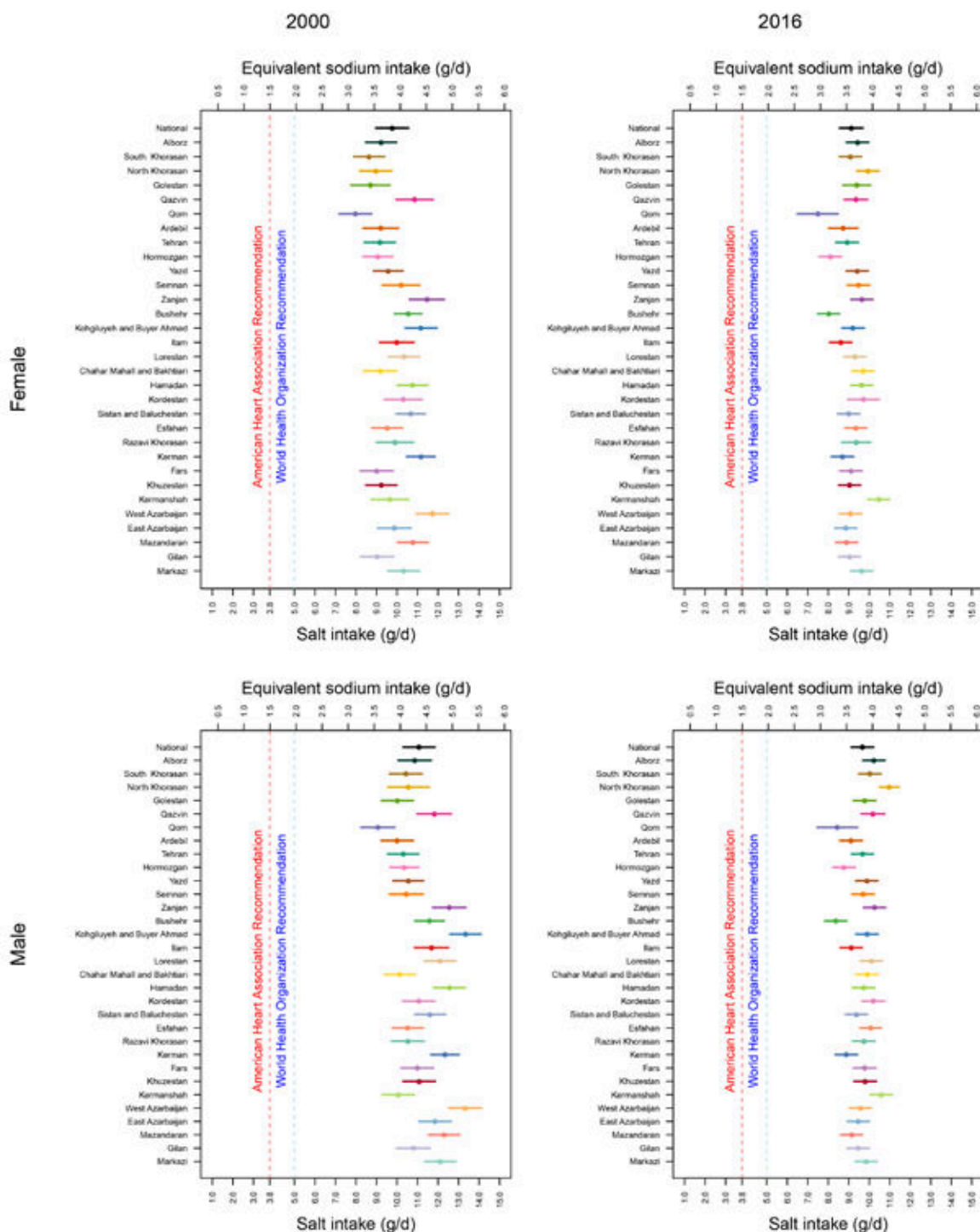


شکل ۴,۵. مقایسه شیوع استاندارد شده سنی عوامل خطر متابولیک (دیابت، فشار خون بالا، چربی خون بالا و چاقی) در سال ۱۹۹۰ با سال ۲۰۱۶ به تفکیک جنسیت در سطوح ملی و استانی



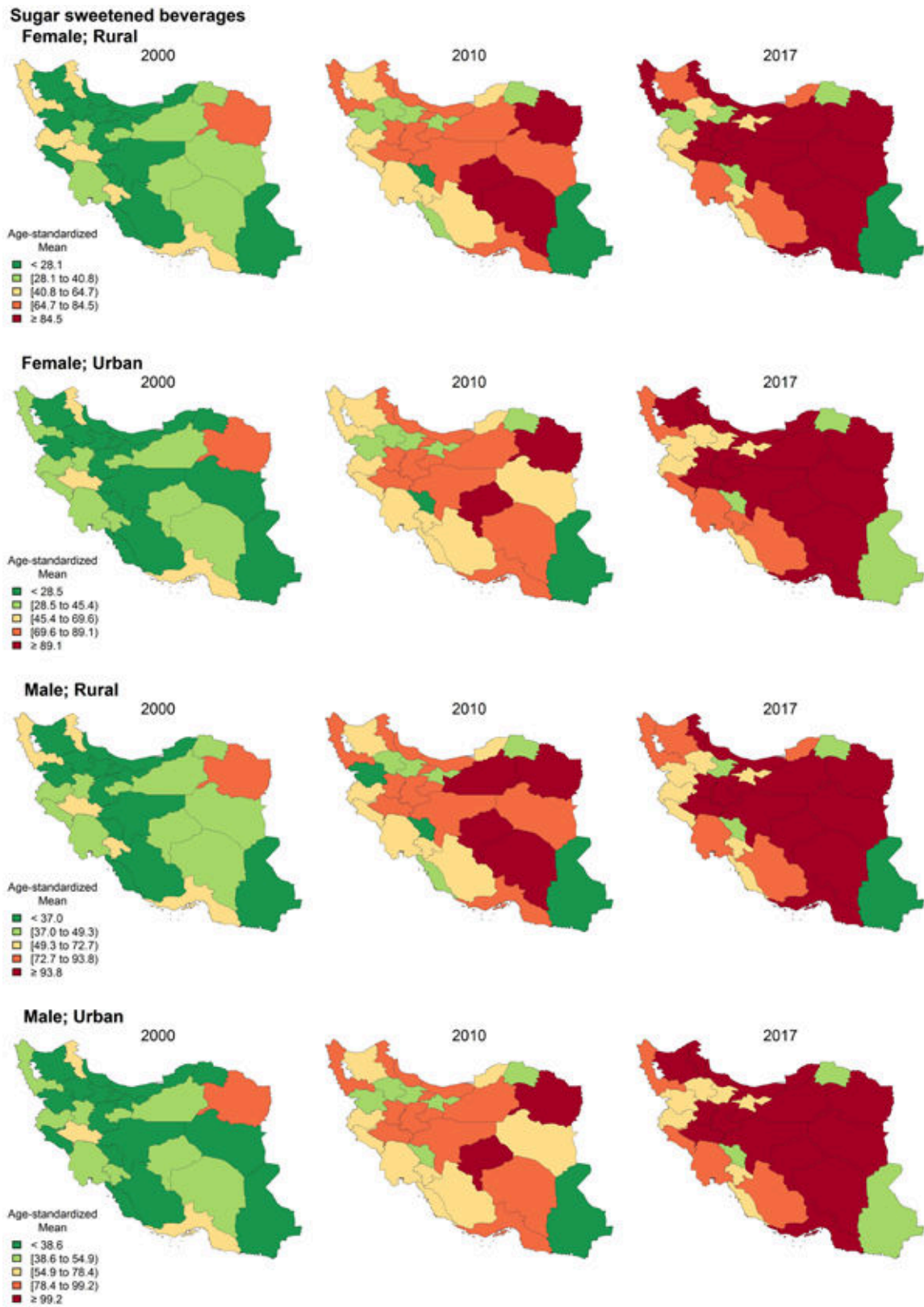
تغذیه‌ای

برطبق نتایج مطالعه NASBOD هیچ کدام از استان‌های کشور از میزان توصیه شده مصرف نمک طبق گایدلاین‌های سازمان جهانی بهداشت و انجمن قلب آمریکا پیروی نمی‌کنند و فاصله زیادی تا مقادیر توصیه شده دارند.



شکل ۴،۶. مقایسه میزان مصرف نمک در سال ۲۰۰۰ با سال ۲۰۱۶ به تفکیک جنسیت در سطوح ملی و استانی

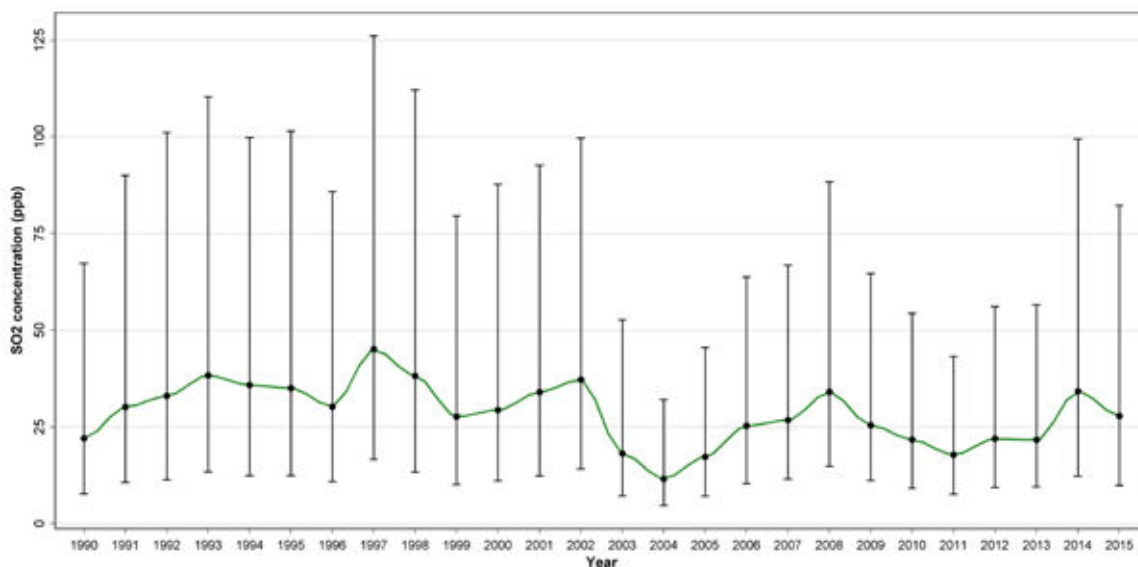
روند زمانی افزایش میزان مصرف نوشیدنی‌های شیرین شده با شکر به خصوص در مناطق شهری نسبت به مناطق روستایی در تمام استان‌های کشور نگران کننده است.



شکل ۴،۷. توزیع جغرافیایی میزان مصرف نوشیدنی‌های شیرین شده با شکر به تفکیک جنسیت و نوع منطقه سکونت شهری/روستایی

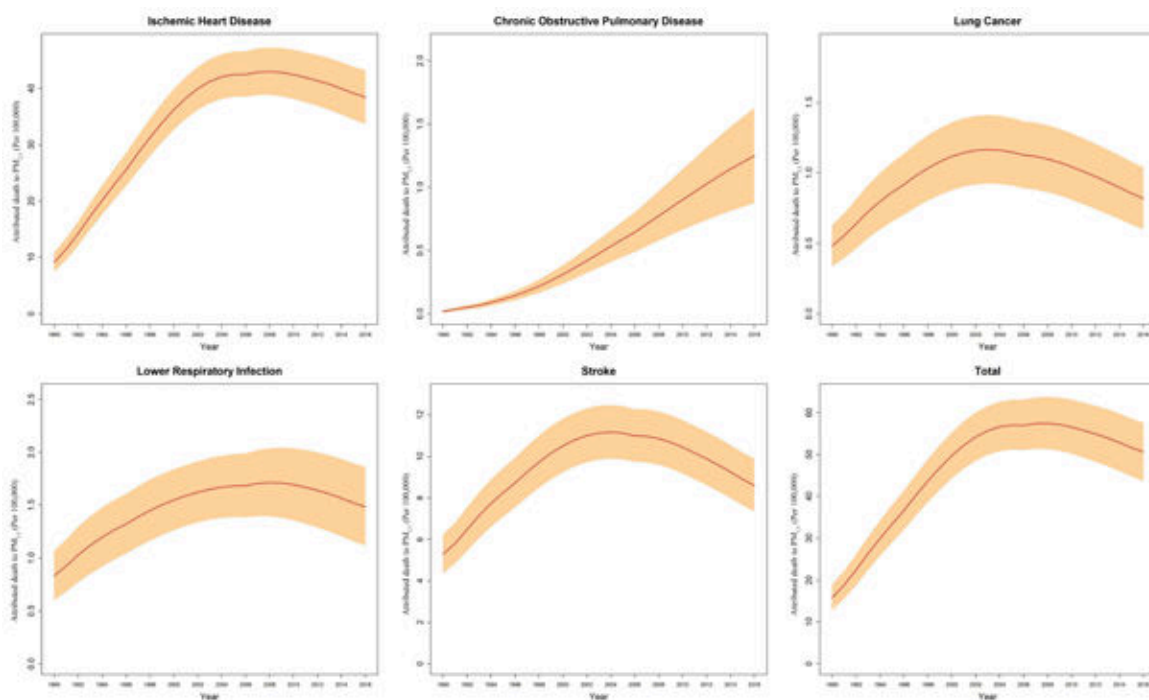
## محیطی

میزان غلظت گوگرد دی اکسید ( $SO_2$ ) در طی بازه زمانی سال ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۵؛ در سال‌های ۲۰۰۴ و ۱۹۹۷ به ترتیب کمترین و بیشترین بوده است. تعداد ۷۲۱۸ مرگ (بازه عدم قطعیت: ۱۷۴۲۷-۱۹۲۵) به علت بیماری‌های قلبی-عروقی و تعداد ۱۰۶۷ مرگ (بازه عدم قطعیت: ۲۲۷۳-۴۱۴) به علت بیماری‌های مزمن تنفسی قابل انتساب به گوگرد دی اکسید است.



شکل ۴،۸. روند زمانی شاخص غلظت گوگرد دی اکسید ( $SO_2$ ) در سطح ملی

از بین بیماری‌های مرتبط با شاخص ذرات معلق  $PM_{2.5}$ ؛ مرگ به علت بیماری ایسکمیک قلب و پس از آن سکنه بیشترین مرگ قابل انتساب را داشته‌اند. روند زمانی مرگ به علت بیماری انسدادی مزمن ریه سعودی است این در حالی است که سایر بیماری‌ها روند صعودی و سپس روند نزولی در میزان مرگ قابل انتساب داشته‌اند.

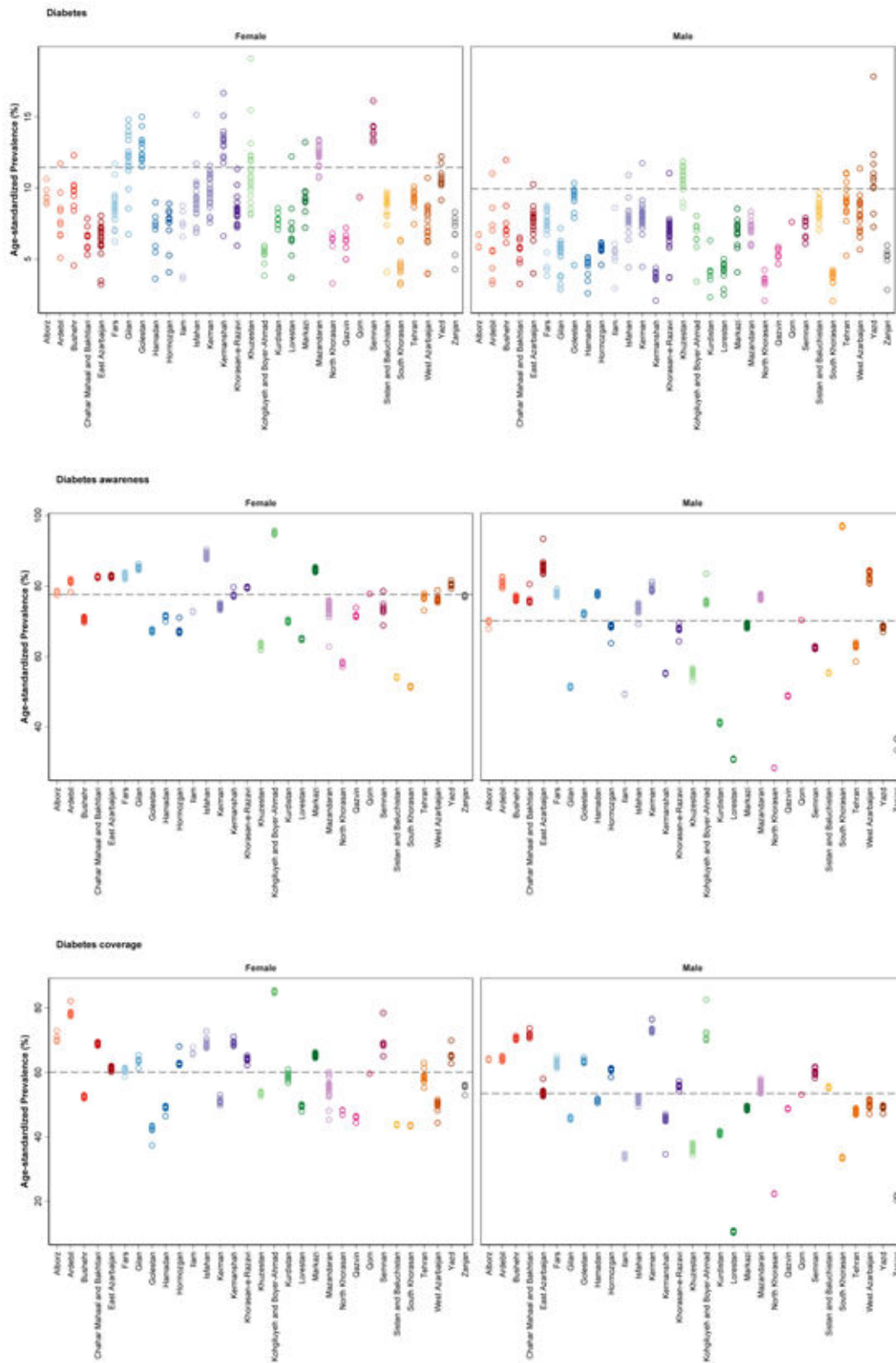


شکل ۴،۹. روند زمانی مرگ به علت بیماری‌ها قابل انتساب به شاخص ذرات معلق  $PM_{2.5}$

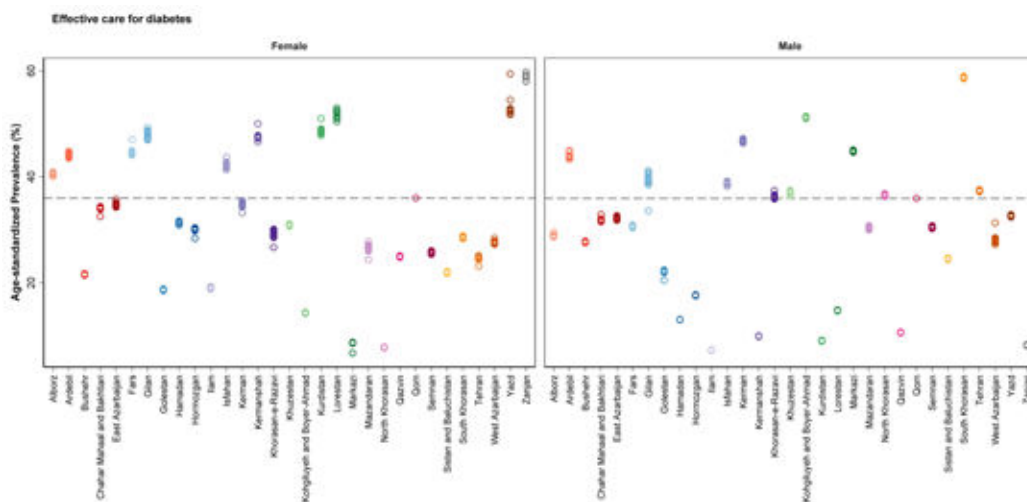
## برآورد عوامل خطر در سطوح شهرستانی در سال ۲۰۱۶

### متابولیک

درصد استاندارد شده سنی شیوع دیابت در سطح ملی در زنان بیشتر از مردان است. تفاوت این درصد در بین شهرستان‌های هر استان بیانگر پراکندگی این شاخص در بین شهرستان‌های هر استان است.

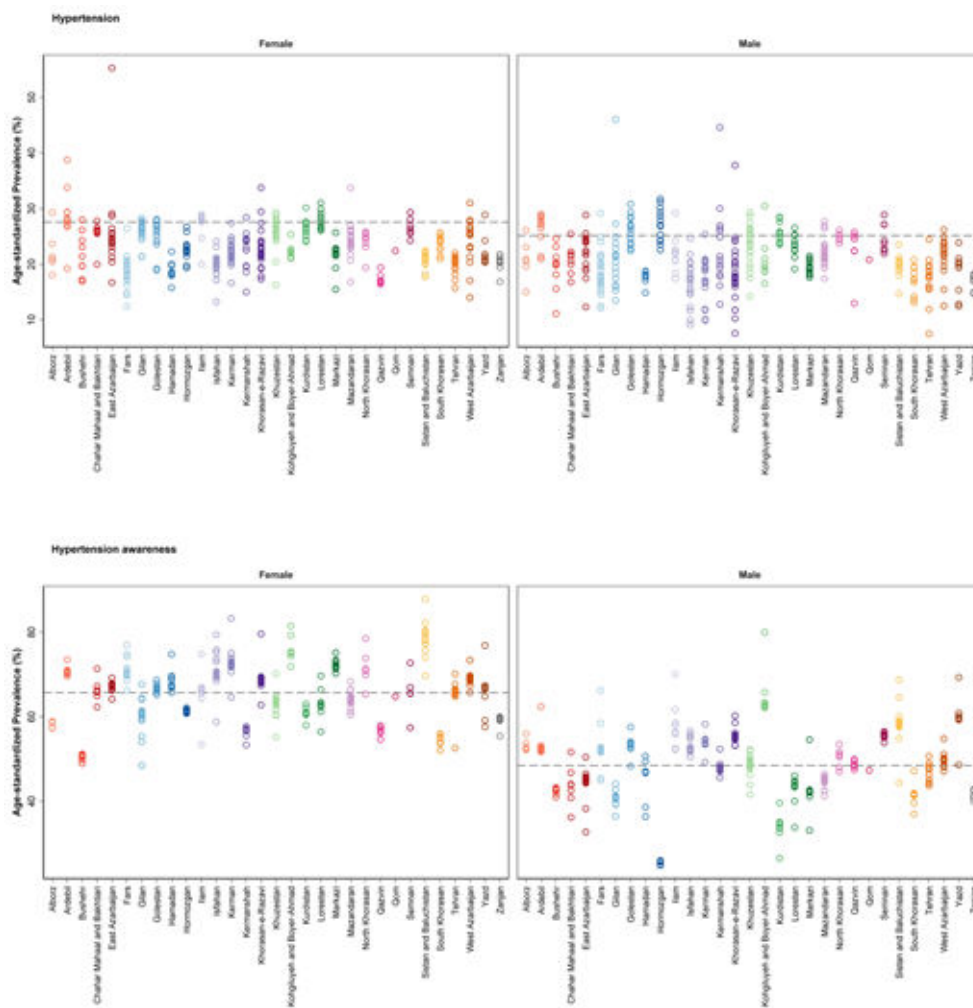




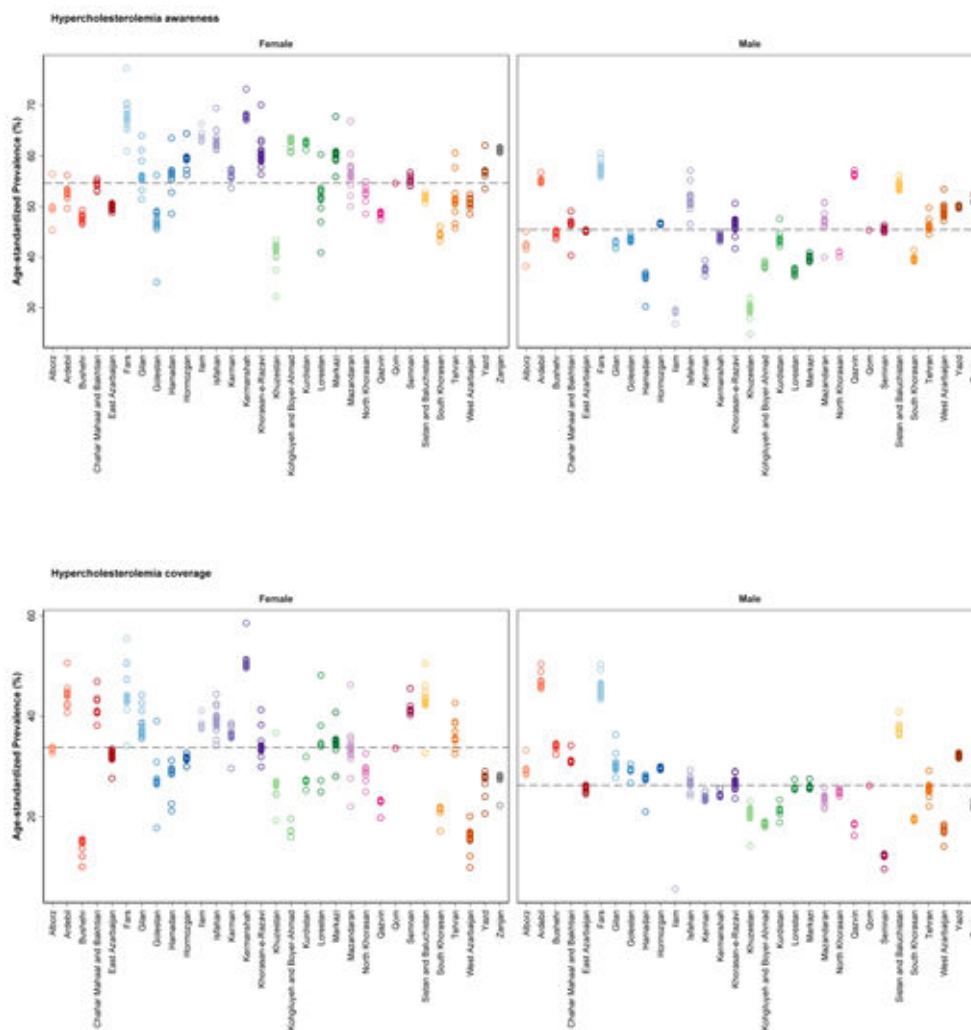


شکل ۴،۱۰. درصد استاندارد شده سنی شیوع دیابت همراه با درصد افراد آگاه از بیماری خود، درصد افراد دریافت کننده خدمت و درصد افراد دریافت کننده درمان موثر به تفکیک شهرستان‌های هر استان و جنسیت (هر دایره نشان دهنده یک شهرستان و خط نقطه چین برآورد ملی را نشان می‌دهد)

درصد استاندارد شده سنی شیوع فشار خون بالا، درصد افراد آگاه از بیماری خود و درصد افراد دریافت کننده خدمت در سطح ملی در بین زنان از مردان بیشتر است؛ این در حالی است که درصد افراد دریافت کننده درمان موثر در بین مردان از زنان بیشتر است.

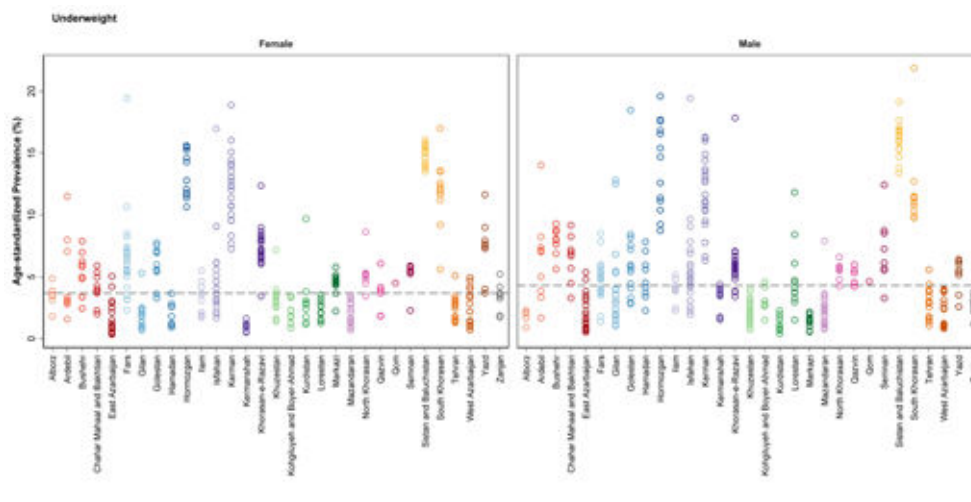


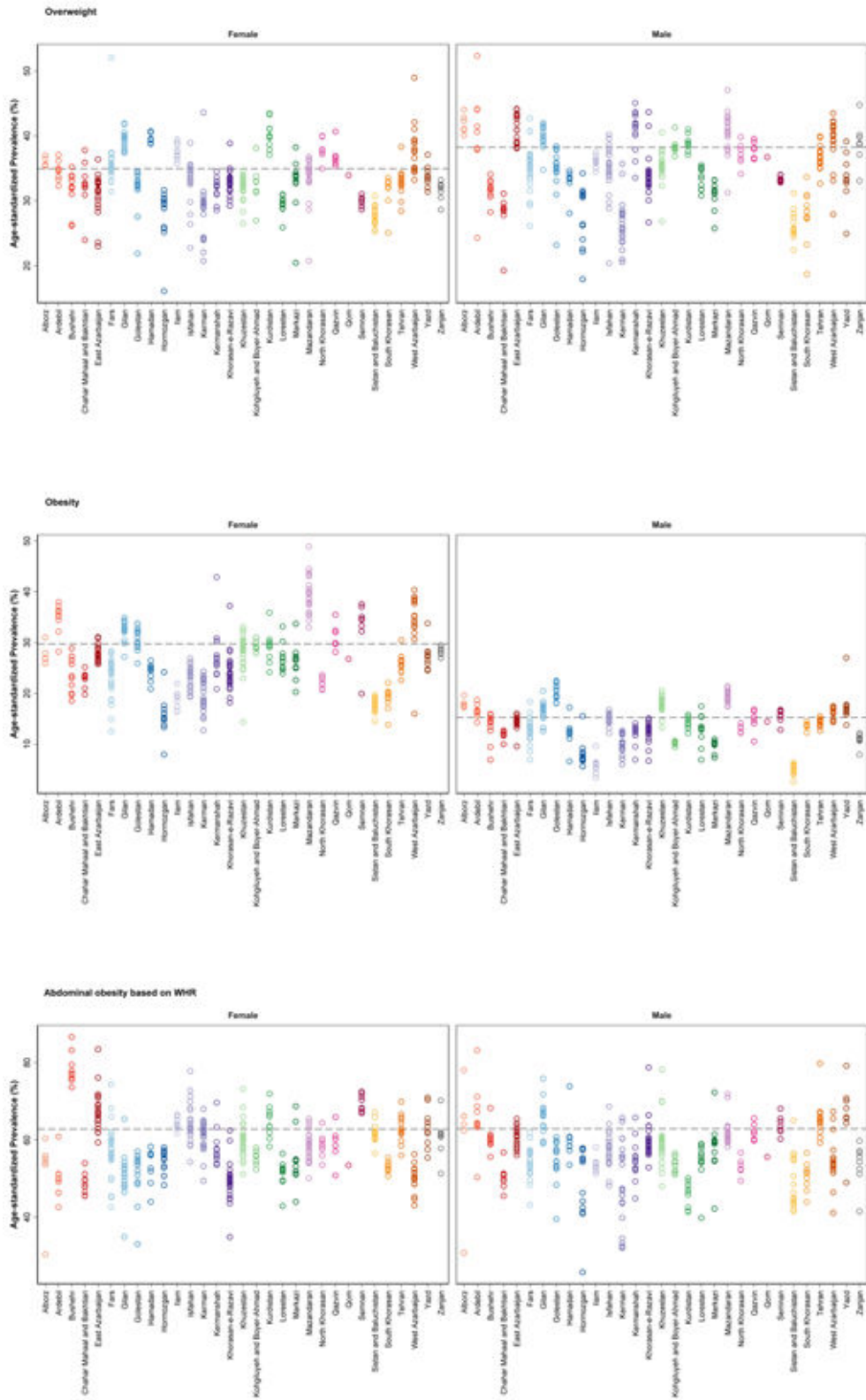




شکل ۱۲، ۴ درصد استاندارد شده سنی شیوع چربی خون بالا همراه با درصد افراد آگاه از بیماری خود و درصد افراد دریافت کننده خدمت به تفکیک شهرستان‌های هر استان و جنسیت

میزان استاندارد شده سنی شیوع چاقی بر اساس شاخص توده بدنی بزرگتر مساوی ۳۰ در بین زنان نسبت به مردان بسیار بیشتر است؛ این الگو در بین تمام شهرستان‌ها مشاهده می‌شود. این در حالی است که این الگو بر اساس چاقی با تعریف نسبت دور کمر به باسن برقرار نیست.



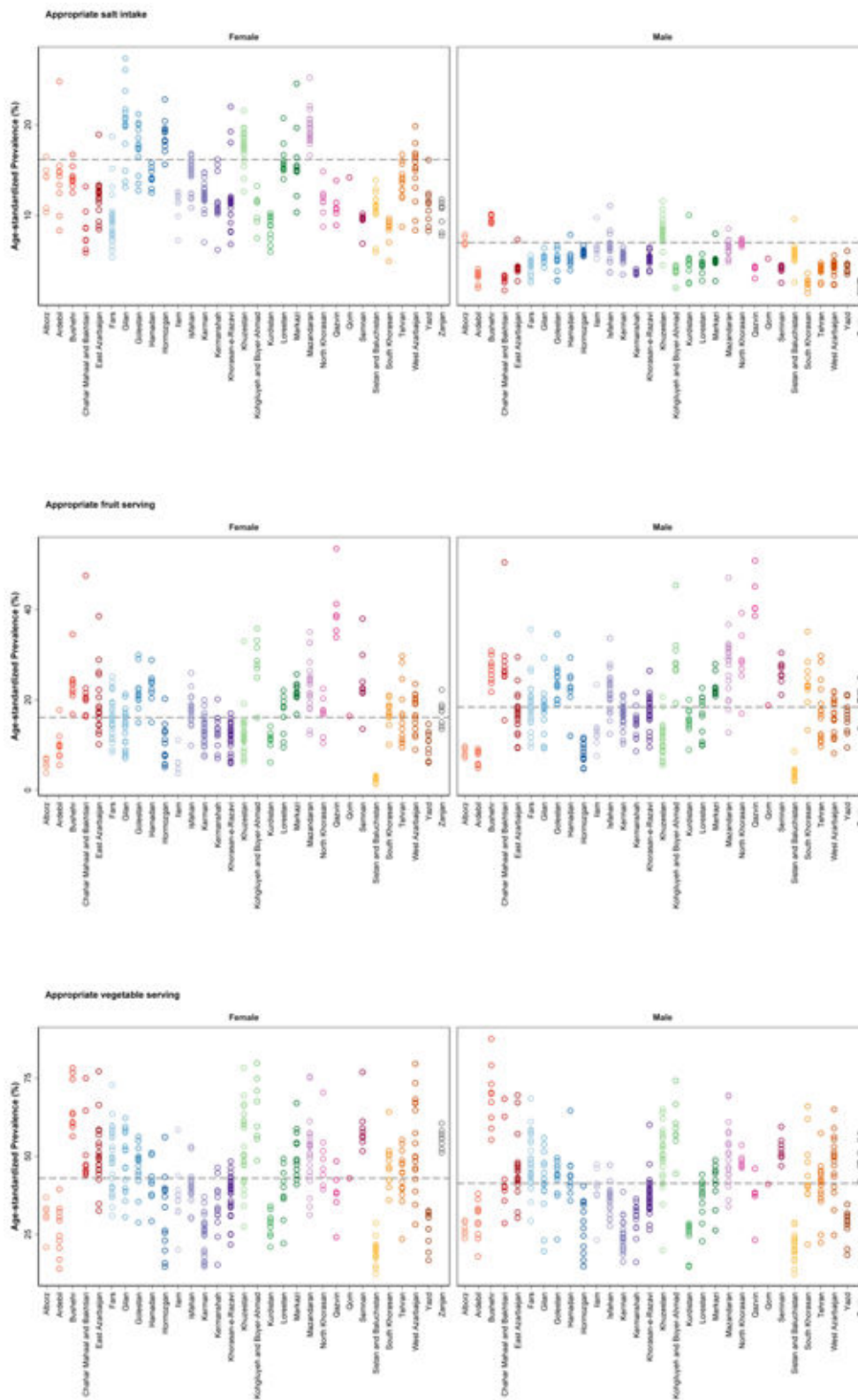


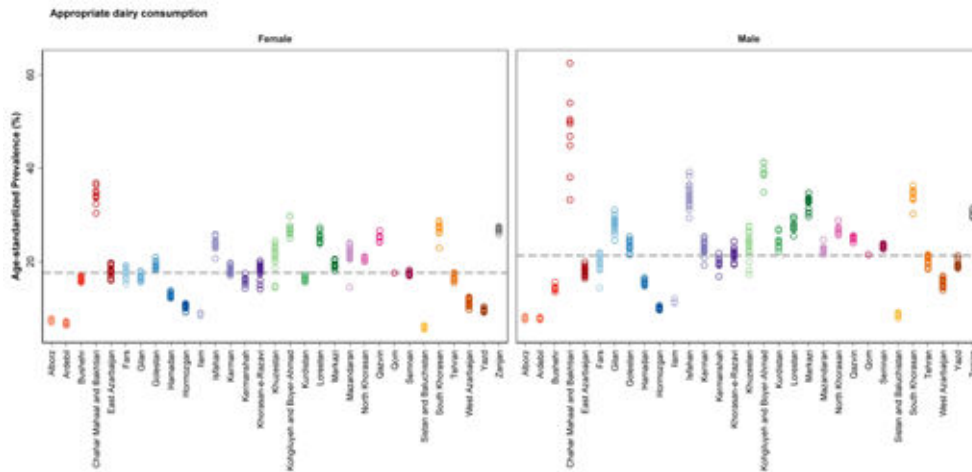
شکل ۱۳، ۴ درصد استاندارد شده سنی شیوع کم وزنی، اضافه وزن، چاقی و چاقی شکمی به تفکیک شهرستان‌های هر استان و جنسیت



تغذیه‌ای

میزان استاندارد شده سنی شیوع مصرف مناسب نمک در بین زنان نسبت به مردان بیشتر است. این در حالی است که برای سایر عوامل خطر تغذیه‌ای تفاوت زیادی در میزان شیوع در بین زنان و مردان وجود ندارد.

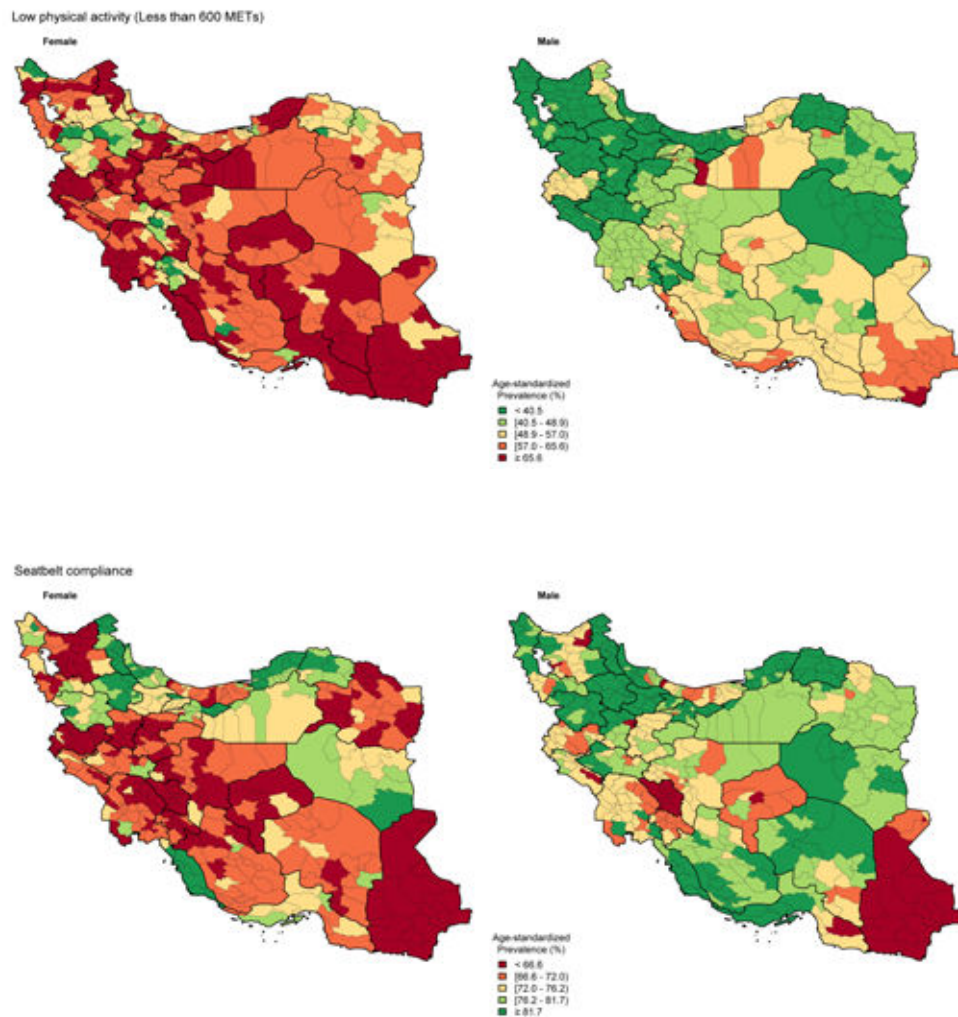


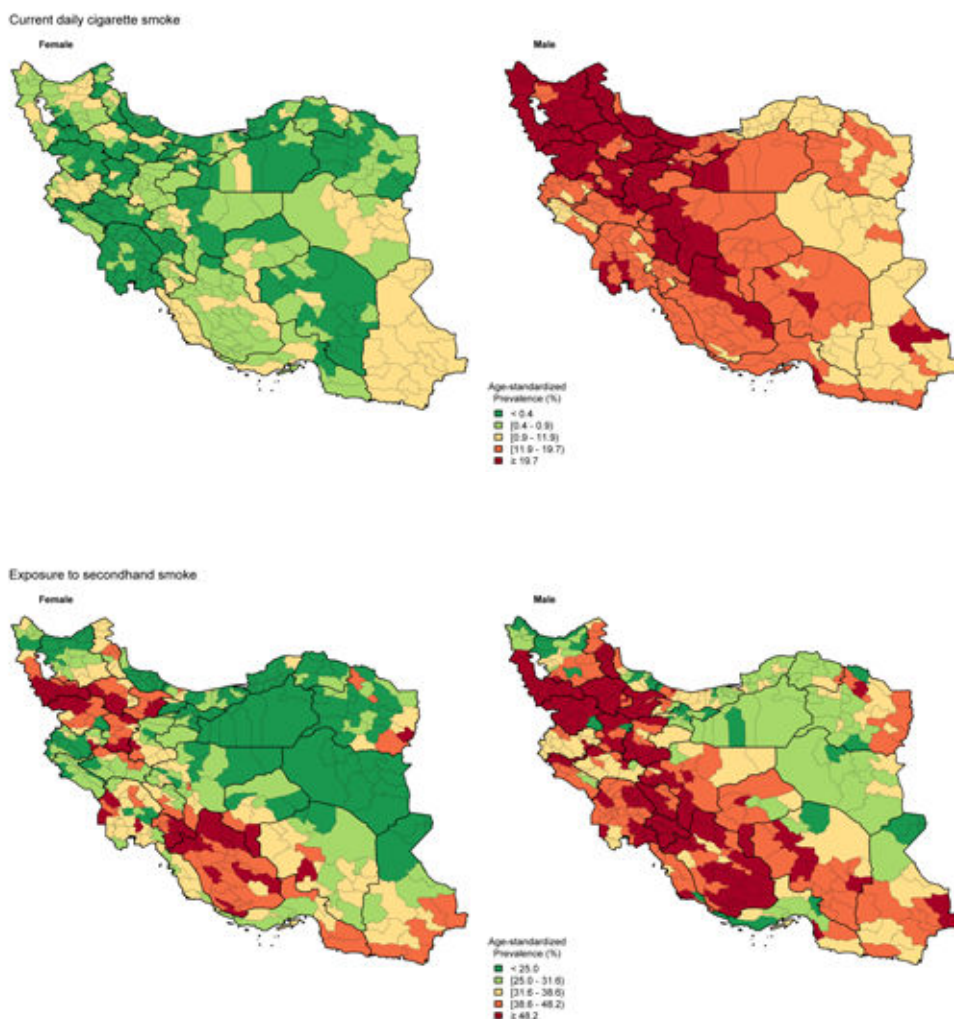


شکل ۴، ۱۴. درصد استاندارد شده سنی عوامل خطر تغذیه‌ای (مصرف توصیه شده نمک، میوه، سبزیجات و لبنیات) به تفکیک شهرستان‌های هر استان و جنسیت

رفتاری

تفاوت بین میزان استاندارد شده سنی شیوع فعالیت فیزیکی ناکافی در بین زنان و مردان قابل توجه است.





شکل ۴، ۱۵. درصد استاندارد شده سنی عوامل خطر رفتاری (فعالیت فیزیکی ناکافی، استفاده از کمربند ایمنی، مصرف روزانه سیگار در حال حاضر و مواجهه با دود دست دوم مواد دخانی) به تفکیک شهرستان‌های هر استان و جنسیت

#### 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 ISIWeb of PubMed، Sciences، و Scopus 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.

### ۴,۷,۲. 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<sup>۶</sup>، و سایر بسته‌های مورد نیاز R و Stata طراحی شده‌اند و به تدریج برای افراد نیازمند به شرکت در این کارگاه‌های آموزشی برگزار می‌شود.

### ۴,۷,۳. 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، 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 کمی 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 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 دارو هستند.

### ۴,۷,۴. مواد و روش‌ها

برآورد YLL و YLD پیش نیاز برای برآورد DALY می‌باشند. 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.

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 نا مطلوب 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 جمع‌بندی 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.<sup>۷</sup>

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<sup>۸</sup> خواهیم داشت. ما با استفاده از چند متغیر کمکی این مدل‌ها را برای این دو متغیر وابسته و این دوروش (اتورگرسیو 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 به عنوان 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 موضع مطالعه NASBOD با کارشناسان، اپیدمیولوژیست‌ها، پزشکان، و سیاست‌گذاران به اشتراک گذاشته می‌شود.

#### ۴,۷,۶. انتشارات

متد‌های استفاده شده در این مطالعه منجر به دو بسته آماری در نرم افزار آماری R شد. از نتایج این مطالعه ۹۵ جلد اطلس آماده شده است که توسط مقام محترم رییس جمهور رونمایی شد. علاوه بر آن نتایج این مطالعه در سامانه مصورسازی اطلاعات سلامت ایرانیان (VIZIT) بارگذاری شد که با حضور مقام محترم وزیر بهداشت و نماینده‌های سازمان جهانی بهداشت افتتاح و به صورت رایگان در اختیار پژوهشگران و عموم قرار گرفته است. در کنار تمام حدود ۷۰ مقاله چاپ شده از پروتکل و یافته‌های این مطالعه؛ نتایج در قالب چندین سری گزاره برگ (Factsheet) در سطوح ملی، استانی، دانشگاهی و شهرستانی در اختیار سیاست‌گذاران و پژوهشگران قرار گرفته است.

#### 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 مرگ و میر، 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 قطعیت 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 DALYs to each risk factor will be summed to estimate the burden attributed to each risk factor.
8. rate and cause fraction







## فصل پنجم

# تحلیلی بر اهداف نه‌گانه‌سازمان جهانی بهداشت و امکان دستیابی به آن در جمعیت کشور جمهوری اسلامی ایران

■ احتمال غیرشرطی مرگ در گروه سنی ۳۰ تا ۷۰ سال روند کاهشی دارد. این کاهش برای بیماری‌های قلبی-عروقی و سرطان‌ها با شیب زیادی رخ خواهد داد. آسم و COPD و دیابت با شیب کمی کاهش را تجربه خواهند کرد.

■ از ۱۱۲۶۳۰ مورد مرگ پیش‌بینی شده، ۵۴۱۹۶ (۴۸ درصد) مورد مرگ به دلیل اثر مشترک شش عامل خطر قند خون بالا، پرفشاری خون، اضافه وزن و چاقی، کم‌تحرکی، نمک مصرفی و مصرف سیگار؛ قابل اجتناب است.





## محاسبه میزان دستیابی ایران به اهداف ۹ گانه سازمان جهانی بهداشت

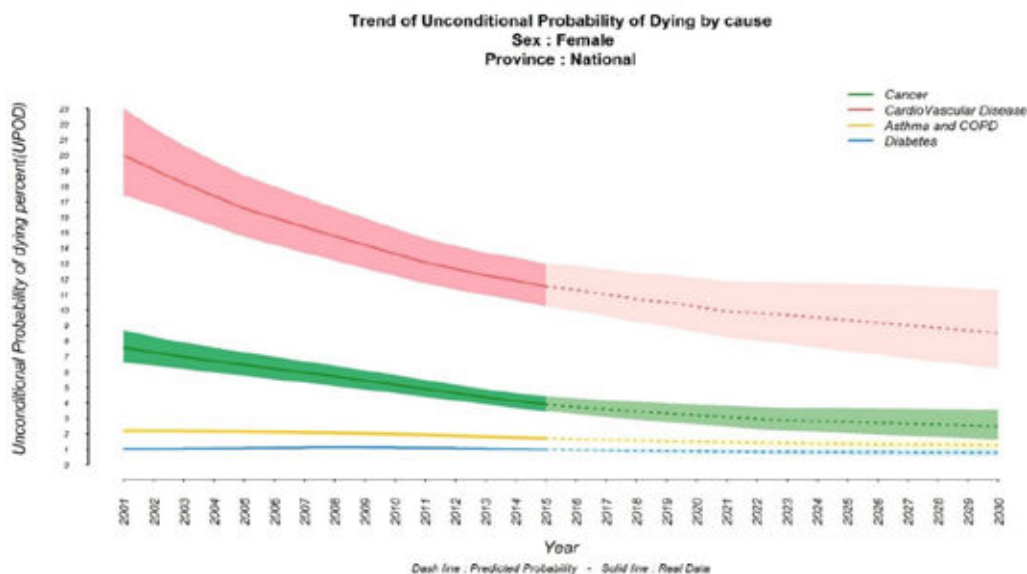
سازمان ملل متحد در سال ۲۰۰۰ اهداف توسعه هزاره (MDGs) را پیشنهاد کرد که مجموعه‌ای از اهداف زمان بندی شده و قابل اندازه گیری بود که می‌بایست تا سال ۲۰۱۵ در کشورهای جهان به تحقق در می‌آمد. بعد از اتمام اهداف توسعه هزاره در سال ۲۰۱۵، سازمان ملل، اهداف توسعه پایدار (SDGs) را برای سال‌های ۲۰۱۵ تا ۲۰۳۰ ارائه داد. SDGs جایگزین MDGs در چارچوب توسعه جهانی شده است و دیدگاهی در مورد اینکه جهان در سال ۲۰۳۰ چگونه به نظر خواهد رسید را ترسیم می‌کند.

SDGs شامل ۱۷ آرمان و ۱۶۹ هدف است. آرمان سوم SDGs تضمین زندگی سالم و ترویج رفاه است که نسبت به سایر آرمان‌ها نقشی مرکزی دارد و اهداف دیگر به آن مرتبط هستند. آرمان سوم شامل ۱۳ هدف و ۲۶ شاخص است که هدف چهارم آن به بیماری‌های غیرواگیر مرتبط است. این هدف یک سوم کاهش در احتمال غیرشرطی مرگ بیماری‌های غیرواگیر تا سال ۲۰۳۰ را انتظار دارد. در این فصل ارزیابی دستیابی ایران به SDG ۳،۴ در دو سناریوی ادامه‌ی روند فعلی تا سال ۲۰۳۰ و تغییر در شیوع عوامل خطر طبق توصیه‌ی WHO ارزیابی و پیش‌بینی شد. بر اساس داده‌های استخراج شده از نظام ثبت مرگ ایران، احتمال غیرشرطی مرگ برای چهار دسته‌ی اصلی بیماری‌های غیرواگیر شامل سرطان‌ها، بیماری‌های قلبی-عروقی، آسم و COPD و دیابت در سطح ملی و استانی محاسبه و با استفاده از Bayesian model averaging تا سال ۲۰۳۰ پیش‌بینی و دستیابی به SDG ۳،۴ ارزیابی شد. در گام بعد شیوع شش عامل خطر شامل دیابت، پرفشاری خون، اضافه وزن و چاقی، کم تحرکی، میانگین نمک مصرفی و مصرف سیگار از پیمایش‌های ملی عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر (STEPS) و سایر مطالعات انجام شده در ایران به دست آمد. شیوع عوامل خطر با استفاده از مدل‌های Spatio-temporal و Bayesian model averaging تا سال ۲۰۳۰ پیش‌بینی شد. مرگ‌های قابل اجتناب به هر عامل خطر با استفاده از سهم متناسب جمعیتی (PAF) برآورد شد. تعداد مرگ‌های قابل اجتناب از تعداد مرگ‌های پیش‌بینی شده کم شد و مجدداً احتمال غیرشرطی مرگ برآورد شد و دستیابی به SDG ۳،۴ مورد ارزیابی قرار گرفت.

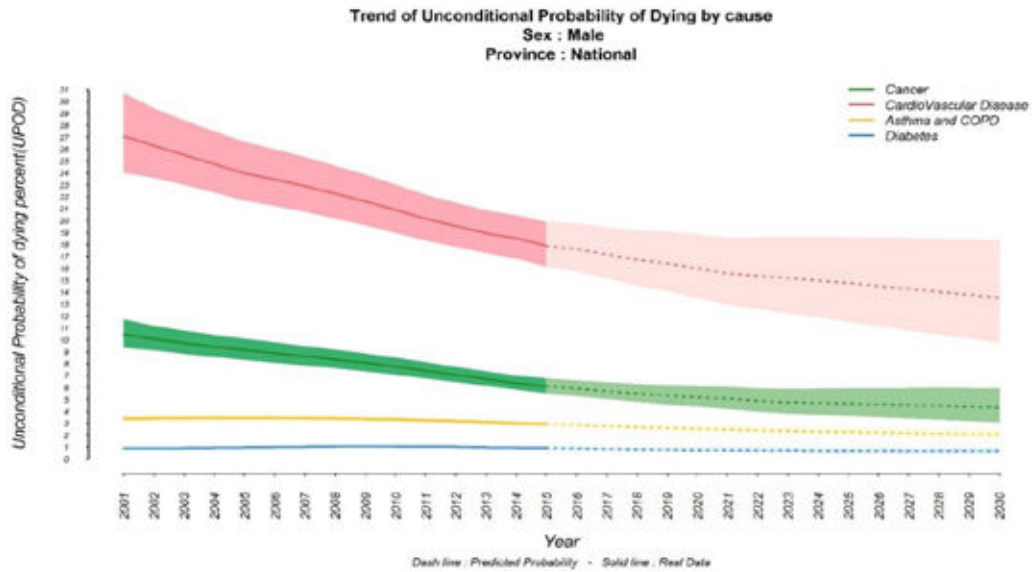
## احتمال غیرشرطی مرگ

به طور کلی احتمال غیرشرطی مرگ در گروه سنی ۳۰ تا ۷۰ سال روند کاهشی دارد. این کاهش برای بیماری‌های قلبی-عروقی و سرطان‌ها با شیب زیادی رخ خواهد داد. آسم و COPD و دیابت با شیب کمی کاهش را تجربه خواهند کرد.

احتمال غیرشرطی مرگ سرطان‌ها در زنان از ۷،۵ درصد در سال ۲۰۰۱ به ۳،۹ درصد در سال ۲۰۱۵ کاهش یافته و پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۳۰ به ۲،۴ برسد. مقادیر متناظر برای مردان ۱۰،۴، ۶،۰ و ۴،۳ باشد. احتمال غیرشرطی مرگ در بیماری‌های قلبی-عروقی در زنان از ۱۹،۹ درصد در سال ۲۰۰۱ به ۱۱،۵ درصد در سال ۲۰۱۵ کاهش یافته و پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۳۰ به ۸،۵ برسد. مقادیر متناظر ۲۷،۰، ۱۷،۸ و ۱۳،۵ است. این احتمال برای آسم و COPD در زنان در سال‌های ۲۰۰۱، ۲۰۱۵ و ۲۰۳۰ به ترتیب ۲،۲، ۱،۵ و ۱،۲ درصد و در مردان ۳،۳، ۲،۷ و ۲ درصد می‌باشد. احتمال غیرشرطی مرگ ناشی از دیابت در سه مقطع زمانی ۲۰۰۱، ۲۰۱۵ و ۲۰۳۰ در زنان ۱،۹۸، ۰،۷۶ و ۰،۸۶ درصد و در مردان ۰،۸۶، ۰،۸۹ و ۰،۶۵ درصد می‌باشد (شکل ۵،۱ و ۵،۲).



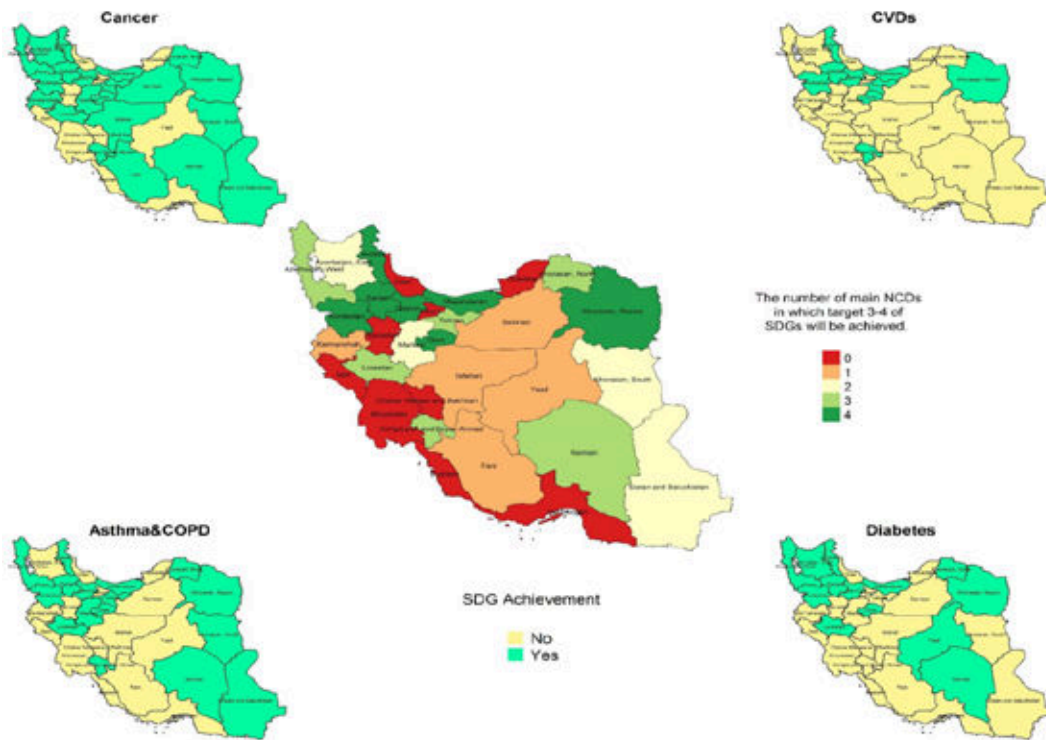
شکل ۵،۱. محاسبه و پیش‌بینی احتمال غیرشرطی مرگ زنان در گروه سنی ۳۰ تا ۷۰ سال به تفکیک بیماری‌های غیرواگیر



شکل ۵،۲. محاسبه و پیش بینی احتمال غیرشرطی مرگ در مردان در گروه سنی ۳۰ تا ۷۰ سال به تفکیک بیماری های غیرواگیر

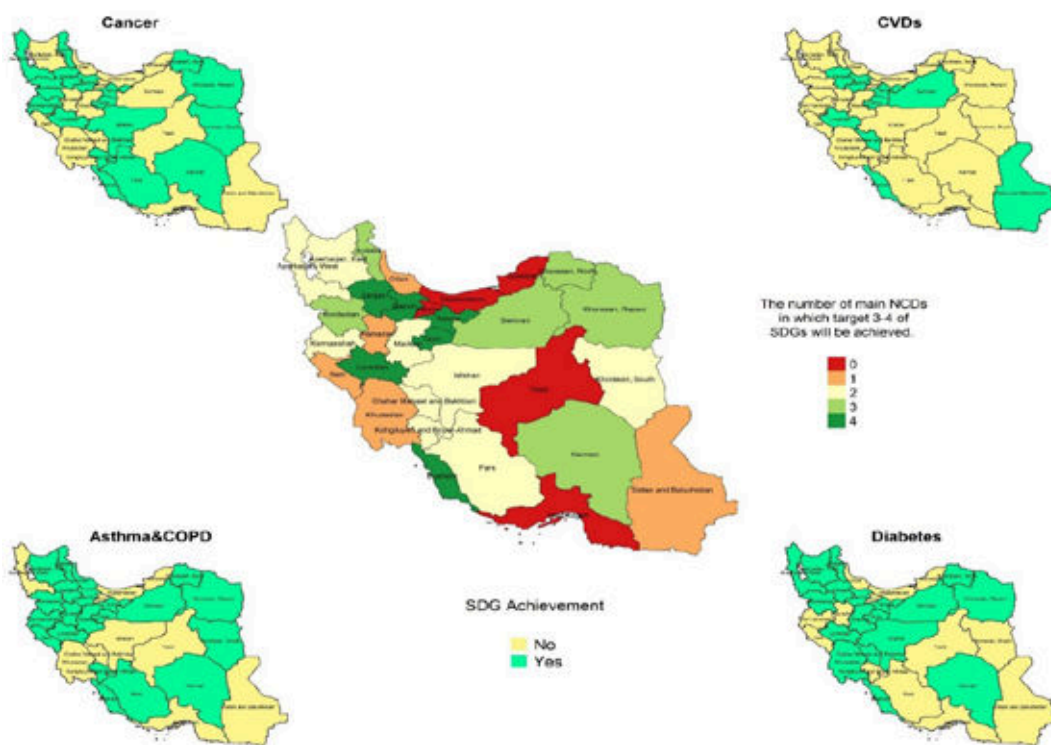
**دستیابی به اهداف توسعه پایدار**

اگر دستیابی به SDG ۳،۴ در زنان را نسبت به سال ۲۰۱۵ مقایسه کنیم، تعداد استان های کمتری به SDG ۳،۴ خواهند رسید. در سرطان ها ۲۱ استان، بیماری های قلبی-عروقی ۸ استان، آسم و COPD در ۱۶ استان و دیابت در ۱۳ استان به SDG ۳،۴ خواهند رسید. در این میان ۹ استان در هیچ یک از چهار دسته ی بیماری های غیرواگیر به SDG ۳،۴ نخواهند رسید. این استان ها گلستان، گیلان، البرز، همدان، ایلام، خوزستان، چهارمحال و بختیاری، بوشهر و هرمزگان می باشند (شکل ۵،۳).



شکل ۵،۳. وضعیت استان های کشور از لحاظ دستیابی به اهداف توسعه پایدار به تفکیک بیماری - زنان

مردان در ۱۷ استان در سرطان‌ها، ۹ استان در بیماری‌های قلبی-عروقی، ۲۱ استان در آسم و COPD و ۱۸ استان در دیابت به SDG ۳, ۴ خواهند رسید. مردان در استان‌های گلستان، مازندران، البرز، یزد و هرمزگان در هیچ یک از دسته‌های بیماری‌های غیرواگیر به SDG ۳, ۴ نخواهند رسید (شکل ۵, ۴).



شکل ۵, ۴. وضعیت استان‌های کشور از لحاظ دستیابی به اهداف توسعه پایدار به تفکیک بیماری - مردان

### دستیابی به اهداف سازمان جهانی بهداشت برای عوامل خطر تا سال ۲۰۳۰ در مقایسه با سال ۲۰۱۵

#### ثابت نگاه داشتن شیوع قند خون بالا تا سال ۲۰۳۰

در صورتی که شیوع قند خون بالا در سال ۲۰۳۰، همان شیوعی باشد که در سال ۲۰۱۵ شاهد آن بوده‌ایم؛ به طور کلی از ۶۱۲ مرگ به علت بیماری‌های قلبی-عروقی و ۱۳۱۰ مرگ به علت دیابت در سال ۲۰۳۰ پیشگیری خواهد شد (جدول ۵, ۱).

#### کاهش ۲۵ درصد از شیوع پرفشاری خون تا سال ۲۰۳۰

از نظر تعداد مرگ‌های قابل اجتناب فشار خون مهمترین عامل خطر می‌باشد که با کاهش ۲۵ درصد از شیوع پرفشاری خون نسبت به سال ۲۰۱۵، از ۱۸۱۵۴ مرگ به علت بیماری‌های قلبی-عروقی و ۵۶ مرگ به علت دیابت در سال ۲۰۳۰ پیشگیری خواهد شد. در بیماری‌های قلبی-عروقی، زنان در ۴ استان و مردان در ۸ استان به SDG ۳, ۴ نمی‌رسند (جدول ۵, ۱).

#### ثابت نگاه داشتن شیوع اضافه وزن و چاقی تا سال ۲۰۳۰

اگر شیوع اضافه وزن و چاقی در سال ۲۰۳۰ برابر با شیوع آن در سال ۲۰۱۵ باشد از ۴۹۴ مورد مرگ به علت سرطان‌ها، ۴۵۳۷ مورد مرگ به علت بیماری‌های قلبی-عروقی و ۳۸۰ مورد مرگ به علت دیابت پیشگیری خواهد شد (جدول ۵, ۱).

#### کاهش ۱۰ درصد از شیوع کم تحرکی تا سال ۲۰۳۰

کاهش شیوع کم تحرکی به میزان ۱۰ درصد نسبت به سال ۲۰۱۵، از ۸۸۲ مورد مرگ سرطان، ۸۷۶۴ مورد مرگ به علت بیماری‌های قلبی-عروقی و ۱۳۶۸ مورد مرگ ناشی از دیابت پیشگیری خواهد کرد. با این حال زنان در بیماری‌های قلبی-عروقی هنوز نیمی از استان‌ها، در

سرطان‌ها ۵ استان و در دیابت ۴ استان در دستیابی به SDG ۳, ۴ ناموفق خواهند بود (جدول ۵, ۱).

### کاهش ۳۰ درصد از میانگین نمک مصرفی تا سال ۲۰۳۰

با کاهش ۳۰ درصد از میانگین نمک مصرفی تا سال ۲۰۳۰، از ۳۳۶ مورد مرگ ناشی از سرطان‌ها و ۹۸۵۹ مورد مرگ ناشی از بیماری‌های قلبی-عروقی می‌توان پیشگیری کرد. با کاهش این تعداد از مرگ؛ تغییر محسوسی در بیماری‌های قلبی-عروقی مشاهده می‌شود (جدول ۵, ۱).

### کاهش ۳۰ درصد از شیوع مصرف سیگار تا سال ۲۰۳۰

با کاهش ۳۰ درصدی شیوع مصرف روزانه‌ی سیگار تا سال ۲۰۳۰، از ۵۲۲ مورد مرگ ناشی از سرطان، ۲۶۵۸ مورد مرگ ناشی از بیماری‌های قلبی-عروقی، ۵۸ مورد مرگ ناشی از دیابت و ۲۳۱ مورد مرگ ناشی از آسم و COPD پیشگیری خواهد شد. با این حال تا دستیابی به SDG ۳, ۴ هنوز فاصله‌ی زیادی باقی است (جدول ۵, ۱).

### تعداد مرگ‌های قابل اجتناب با اثر مشترک همه عوامل خطر در صورت رسیدن به اهداف توصیه شده‌ی سازمان جهانی بهداشت در مقایسه با سال ۲۰۱۵

از ۱۱۲۶۳۰ مورد مرگ پیش‌بینی شده، ۵۴۱۹۶ (۴۸ درصد) مورد مرگ به دلیل اثر مشترک شش عامل خطر مورد بررسی؛ قابل اجتناب است. از این تعداد ۸۰۲۵ مرگ ناشی از سرطان‌ها، ۴۴۱۳۶ مرگ ناشی از بیماری‌های قلبی-عروقی، ۲۰۹ مرگ ناشی از آسم و COPD و ۱۸۲۶ مرگ ناشی از دیابت پیشگیری خواهد شد.

### نتیجه‌گیری

اگر روند فعلی ادامه داشته باشد، ایران تا رسیدن به SDG ۳, ۴ فاصله زیادی خواهد داشت. با این حال اگر رسیدن به هدف در مورد کاهش عوامل خطر (کاهش به مقدار توصیه شده‌ی WHO) محقق شود، ایران در مقایسه با سال ۲۰۱۵ بسیار نزدیک به دستیابی به SDG ۳, ۴ خواهد بود. بنابراین باید مداخلات موثری طراحی و پیگیری شود که روند کاهش مرگ‌های ناشی از بیماری غیرواگیر را با سرعت بیشتری-مخصوصاً در آسم و COPD- کاهش دهد.





جدول ۵.۱. تعداد مرگ قابل اجتناب به عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر در سال ۲۰۳۰ نسبت به سال ۲۰۱۵ (بخش دوم)

| عامل خطر           | بیماری | نمک                    |      |       |      | سروان‌ها |       |      |       | اضافه‌وزن و چاقی      |       |      |       |      |
|--------------------|--------|------------------------|------|-------|------|----------|-------|------|-------|-----------------------|-------|------|-------|------|
|                    |        | بیماری‌های قلبی-عروقی* | زنان | مردان | زنان | سروان‌ها | مردان | زنان | مردان | بیماری‌های قلبی-عروقی | مردان | زنان | مردان | زنان |
| کشور/استان         | میلی   | ۵۲۳۷                   | ۲۱۲  | ۲۱۹   | ۱۱۷  | ۲۱۹      | ۲۱۹   | ۲۱۹  | ۲۱۹   | ۲۱۹                   | ۲۱۹   | ۲۱۹  | ۲۱۹   | ۲۱۹  |
| آذربایجان شرقی     |        | ۲۶۲                    | ۲۱۲  | ۲۱۹   | ۱۱۷  | ۲۱۹      | ۲۱۹   | ۲۱۹  | ۲۱۹   | ۲۱۹                   | ۲۱۹   | ۲۱۹  | ۲۱۹   | ۲۱۹  |
| آذربایجان غربی     |        | ۱۷۴                    | ۱۵۵  | ۱۵۵   | ۸    | ۱۵۵      | ۱۵۵   | ۱۵۵  | ۱۵۵   | ۱۵۵                   | ۱۵۵   | ۱۵۵  | ۱۵۵   | ۱۵۵  |
| اردبیل             |        | ۶۵                     | ۴۸   | ۴۸    | ۴    | ۴۸       | ۴۸    | ۴۸   | ۴۸    | ۴۸                    | ۴۸    | ۴۸   | ۴۸    | ۴۸   |
| اصفهان             |        | ۴۱۵                    | ۳۶۰  | ۳۶۰   | ۱۶   | ۳۶۰      | ۳۶۰   | ۳۶۰  | ۳۶۰   | ۳۶۰                   | ۳۶۰   | ۳۶۰  | ۳۶۰   | ۳۶۰  |
| البرز              |        | ۱۱۲                    | ۱۱۴  | ۱۱۴   | ۴    | ۱۱۴      | ۱۱۴   | ۱۱۴  | ۱۱۴   | ۱۱۴                   | ۱۱۴   | ۱۱۴  | ۱۱۴   | ۱۱۴  |
| ایلام              |        | ۴۴                     | ۴۱   | ۴۱    | ۱    | ۴۱       | ۴۱    | ۴۱   | ۴۱    | ۴۱                    | ۴۱    | ۴۱   | ۴۱    | ۴۱   |
| بوشهر              |        | ۶۸                     | ۵۰   | ۵۰    | ۲    | ۵۰       | ۵۰    | ۵۰   | ۵۰    | ۵۰                    | ۵۰    | ۵۰   | ۵۰    | ۵۰   |
| تهران              |        | ۱۰۵۳                   | ۹۶۶  | ۹۶۶   | ۲۵   | ۹۶۶      | ۹۶۶   | ۹۶۶  | ۹۶۶   | ۹۶۶                   | ۹۶۶   | ۹۶۶  | ۹۶۶   | ۹۶۶  |
| چهارمحال و بختیاری |        | ۴۸                     | ۴۶   | ۴۶    | ۱    | ۴۶       | ۴۶    | ۴۶   | ۴۶    | ۴۶                    | ۴۶    | ۴۶   | ۴۶    | ۴۶   |
| خراسان جنوبی       |        | ۵۳                     | ۵۱   | ۵۱    | ۱    | ۵۱       | ۵۱    | ۵۱   | ۵۱    | ۵۱                    | ۵۱    | ۵۱   | ۵۱    | ۵۱   |
| خراسان رضوی        |        | ۴۰۶                    | ۳۷۳  | ۳۷۳   | ۱۶   | ۳۷۳      | ۳۷۳   | ۳۷۳  | ۳۷۳   | ۳۷۳                   | ۳۷۳   | ۳۷۳  | ۳۷۳   | ۳۷۳  |
| خراسان شمالی       |        | ۴۷                     | ۴۰   | ۴۰    | ۲    | ۴۰       | ۴۰    | ۴۰   | ۴۰    | ۴۰                    | ۴۰    | ۴۰   | ۴۰    | ۴۰   |
| خوزستان            |        | ۲۶۸                    | ۲۲۸  | ۲۲۸   | ۶    | ۲۲۸      | ۲۲۸   | ۲۲۸  | ۲۲۸   | ۲۲۸                   | ۲۲۸   | ۲۲۸  | ۲۲۸   | ۲۲۸  |
| زنجان              |        | ۴۰                     | ۳۶   | ۳۶    | ۲    | ۳۶       | ۳۶    | ۳۶   | ۳۶    | ۳۶                    | ۳۶    | ۳۶   | ۳۶    | ۳۶   |
| سمنان              |        | ۵۴                     | ۴۹   | ۴۹    | ۱    | ۴۹       | ۴۹    | ۴۹   | ۴۹    | ۴۹                    | ۴۹    | ۴۹   | ۴۹    | ۴۹   |
| سیستان و بلوچستان  |        | ۱۲۵                    | ۱۲۳  | ۱۲۳   | ۲    | ۱۲۳      | ۱۲۳   | ۱۲۳  | ۱۲۳   | ۱۲۳                   | ۱۲۳   | ۱۲۳  | ۱۲۳   | ۱۲۳  |
| فارس               |        | ۳۴۶                    | ۲۸۷  | ۲۸۷   | ۱۵   | ۲۸۷      | ۲۸۷   | ۲۸۷  | ۲۸۷   | ۲۸۷                   | ۲۸۷   | ۲۸۷  | ۲۸۷   | ۲۸۷  |
| قزوین              |        | ۹۴                     | ۸۷   | ۸۷    | ۴    | ۸۷       | ۸۷    | ۸۷   | ۸۷    | ۸۷                    | ۸۷    | ۸۷   | ۸۷    | ۸۷   |
| قم                 |        | ۹۲                     | ۸۱   | ۸۱    | ۲    | ۸۱       | ۸۱    | ۸۱   | ۸۱    | ۸۱                    | ۸۱    | ۸۱   | ۸۱    | ۸۱   |
| کردستان            |        | ۹۵                     | ۷۷   | ۷۷    | ۴    | ۷۷       | ۷۷    | ۷۷   | ۷۷    | ۷۷                    | ۷۷    | ۷۷   | ۷۷    | ۷۷   |
| کرمان              |        | ۱۴۰                    | ۱۳۱  | ۱۳۱   | ۳    | ۱۳۱      | ۱۳۱   | ۱۳۱  | ۱۳۱   | ۱۳۱                   | ۱۳۱   | ۱۳۱  | ۱۳۱   | ۱۳۱  |
| کرمانشاه           |        | ۱۲۴                    | ۱۰۶  | ۱۰۶   | ۵    | ۱۰۶      | ۱۰۶   | ۱۰۶  | ۱۰۶   | ۱۰۶                   | ۱۰۶   | ۱۰۶  | ۱۰۶   | ۱۰۶  |
| گیلان              |        | ۴۳                     | ۳۶   | ۳۶    | ۲    | ۳۶       | ۳۶    | ۳۶   | ۳۶    | ۳۶                    | ۳۶    | ۳۶   | ۳۶    | ۳۶   |
| گلستان             |        | ۱۲۹                    | ۱۰۱  | ۱۰۱   | ۵    | ۱۰۱      | ۱۰۱   | ۱۰۱  | ۱۰۱   | ۱۰۱                   | ۱۰۱   | ۱۰۱  | ۱۰۱   | ۱۰۱  |
| گیلان              |        | ۲۱۸                    | ۱۷۶  | ۱۷۶   | ۴    | ۱۷۶      | ۱۷۶   | ۱۷۶  | ۱۷۶   | ۱۷۶                   | ۱۷۶   | ۱۷۶  | ۱۷۶   | ۱۷۶  |
| لرستان             |        | ۹۵                     | ۹۲   | ۹۲    | ۴    | ۹۲       | ۹۲    | ۹۲   | ۹۲    | ۹۲                    | ۹۲    | ۹۲   | ۹۲    | ۹۲   |
| مازندران           |        | ۲۱۴                    | ۱۷۹  | ۱۷۹   | ۹    | ۱۷۹      | ۱۷۹   | ۱۷۹  | ۱۷۹   | ۱۷۹                   | ۱۷۹   | ۱۷۹  | ۱۷۹   | ۱۷۹  |
| مرکزی              |        | ۱۱۷                    | ۱۰۷  | ۱۰۷   | ۲    | ۱۰۷      | ۱۰۷   | ۱۰۷  | ۱۰۷   | ۱۰۷                   | ۱۰۷   | ۱۰۷  | ۱۰۷   | ۱۰۷  |
| هرمزگان            |        | ۹۱                     | ۸۲   | ۸۲    | ۲    | ۸۲       | ۸۲    | ۸۲   | ۸۲    | ۸۲                    | ۸۲    | ۸۲   | ۸۲    | ۸۲   |
| همدان              |        | ۱۳۹                    | ۱۲۲  | ۱۲۲   | ۵    | ۱۲۲      | ۱۲۲   | ۱۲۲  | ۱۲۲   | ۱۲۲                   | ۱۲۲   | ۱۲۲  | ۱۲۲   | ۱۲۲  |
| یزد                |        | ۷۶                     | ۵۷   | ۵۷    | ۳    | ۵۷       | ۵۷    | ۵۷   | ۵۷    | ۵۷                    | ۵۷    | ۵۷   | ۵۷    | ۵۷   |

\* اشاره به اثر غیر مستقیم دارد



## فصل شش

شکل‌گیری کمیته  
ملی پیشگیری و  
کنترل بیماری‌های  
غیرواگیر و عوامل  
خطر مرتبط در  
جمهوری اسلامی  
ایران





۱, ۶. مقدمه

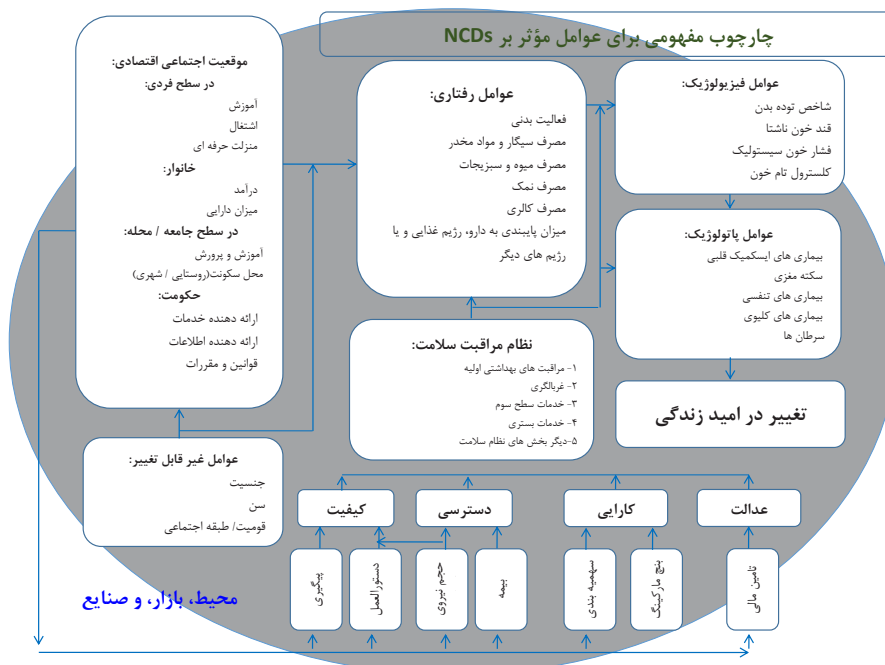
سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر آن از سال ۱۳۹۴ تا ۱۴۰۴، برنامه‌ای راهبردی کشور جمهوری اسلامی ایران برای پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط است که به مدت ۱۰ سال (تا سال ۲۰۲۵)، راهبردهای وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را برای پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط مشخص می‌کند.

مدیریت و رهبری مؤثر و عملکرد سریع و مناسب در سطوح ملی و فرو ملی از ملزومات پوشش همگانی سلامت و توسعه پایدار در کشور، در راستای پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر است. بر همین اساس، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به منظور سیاست‌گذاری برنامه‌ریزی، با رویکردی فرابخشی طی جلب مشارکت ذی‌نفعان، همکاری‌های درون‌بخشی و بین‌بخشی «کمیته پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر ایران» را تشکیل داد تا هدایت مداخلات مبتنی بر اولویت در سطوح مختلف انجام پذیرد. و این کمیته، سند ملی ایران را با هدف «پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر آن از سال ۱۳۹۴ تا ۱۴۰۴» تدوین نمود.

به منظور اجرایی‌سازی سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر آن از سال ۱۳۹۴ تا ۱۴۰۴، کمیته ملی با هدف ایجاد یکپارچگی در سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی و نظارت بر تمامی اقدامات در زمینه بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط در جمهوری اسلامی ایران فعالیت می‌کند. تشکیل این کمیته مطابق با وظایف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بوده و دارای زیرکمیته‌های لازم برای اجرای وظایف خود است و به عنوان مرجع تصمیم‌گیری وزارت بهداشت در این مورد شناخته می‌شود. به دلیل اهمیت این گروه از بیماریها و با توجه به تعهد بین‌المللی و ملی جمهوری اسلامی ایران به اقدام برای پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط در کشور، این کمیته با ریاست وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی شکل گرفته است. این کمیته با کمک تجربه‌های ارزشمند جهانی و نیازهای واقعی کشور در حوزه بیماریهای غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط، و مبتنی بر سند ملی پیشگیری و کنترل بیماریهای غیرواگیر، ناظر بر سیاست‌های کلان و راهبردهای اصلی پیشگیری و کنترل این بیماری‌ها و در عین حال، ناظر بر حسن اجرای برنامه‌ها و راهبردها با رویکردی فرابخشی است.

۲, ۶. چارچوب مفهومی فعالیت‌های کمیته

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



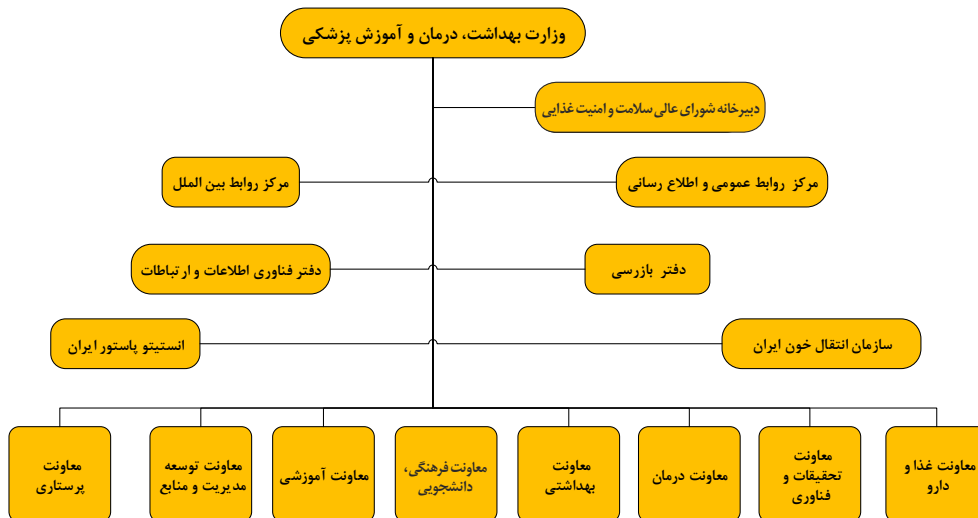
۳, ۶. همکاران کمیته

همکاران کمیته ملی به دو دسته کلی تقسیم می‌شوند:

- ۱- همکاران درون بخشی: معاونت‌ها، سازمانها و ادارات زیرمجموعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- ۲- همکاران بین بخشی: سایر وزارتخانه‌ها، سازمانها، نهادهای غیردولتی، بخش خصوصی و مردم

### ۶,۳,۱. معاونت ها، سازمانها و ادارات زیرمجموعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت بهداشتی، معاونت درمان، سازمان غذا و دارو، معاونت آموزشی، معاونت تحقیقات و فن آوری، معاونت توسعه مدیریت و منابع و برنامه ریزی، معاونت پرستاری، معاونت حقوقی و امور مجلس، معاونت فرهنگی، دانشجویی، دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی، دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی کشور، موسسه ملی تحقیقات سلامت و مراکز تحقیقاتی، روابط بین الملل، روابط عمومی



### ۶,۳,۲. سایر وزارتخانه ها، سازمان ها و نهادها

سازمان حفاظت محیط زیست وزارت راه و شهرسازی وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی وزارت نیرو وزارت جهاد کشاورزی وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی وزارت کشور، وزارت امور اقتصادی و دارایی وزارت آموزش و پرورش وزارت ورزش و جوانان وزارت صنعت، معدن و تجارت (صمت) سازمان صدا و سیما و سایر سازمانهای همکار

### ۶,۴. اهداف کمیته

این کمیته با هدف کلی کاهش ۲۵ درصدی میزان مرگ و میر ناشی از بیماریهای غیرواگیر تا سال ۲۰۲۵ تشکیل شده است. (این میزان کاهش، توصیه سازمان جهانی بهداشت به تمامی کشورها میباشد) و اهداف توسعه پایدار را نیز مد نظر دارد. اما 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:

هدف ۱: ۲۵٪ کاهش در خطر مرگ زودرس ناشی از بیماری های قلبی عروقی، سرطان، دیابت بیماری های مزمن ربوی

هدف ۲: حداقل ۱۰٪ کاهش نسبی در مصرف الکل

هدف ۳: ۲۰٪ کاهش نسبی در شیوع فعالیت بدنی ناکافی

هدف ۴: ۳۰٪ کاهش نسبی در متوسط مصرف نمک در جامعه

هدف ۵: ۳۰٪ کاهش نسبی در شیوع مصرف دخانیات در افراد بالاتر از ۱۵ سال

هدف ۶: ۲۵٪ کاهش نسبی در شیوع فشار خون بالا

هدف ۷: ثابت نگهداشتن میزان بیماری دیابت و چاقی

هدف ۸: دریافت دارو و مشاوره (از جمله کنترل قند خون) توسط حداقل ۷۰٪ از افراد واجد شرایط برای پیشگیری از حمله های قلبی و سکته مغزی

هدف ۹: ۸۰٪ دسترسی به تکنولوژی ها و داروهای اساسی قابل فراهمی شامل داروهای ژنریک مورد نیاز برای درمان بیماری های غیرواگیر در بخش های خصوصی و دولتی

هدف ۱۰: به صفر رساندن میزان Trans Fatty Acid در روغن های خوراکی و محصولات غذایی

هدف ۱۱: ۲۰٪ کاهش نسبی در میزان مرگ و میر ناشی از سوانح و حوادث ترافیکی

هدف ۱۲: ۱۰٪ کاهش نسبی در میزان مرگ و میر ناشی از مصرف مواد مخدر

هدف ۱۳: ۲۰٪ افزایش دسترسی به درمان بیماری های روانی

**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 ارایه 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





جداول ذیل برگرفته از اسناد بین‌المللی است که متناظر با اهداف سیزده‌گانه سند ملی تنظیم گردیده است.

هدف ۱: ۲۵% کاهش خطر مرگ زودرس ناشی از بیماری‌های قلبی، عروقی، سرطان، دیابت یا بیماری‌های مزمن ریوی

**هدف ۲: حداقل ۱۰% کاهش نسبی در مصرف الکل**

|              |  |
|--------------|--|
| حاکمیت       | ارائه راهکارهایی برای تدوین برنامه‌های کاهش مصرف مضر الکل بر پایه ویژگی‌های مذهبی و فرهنگی ملت‌ها و در سطوح شهری، استانی و کشوری   |
| حاکمیت       | بسته‌ی سیاست‌های کاهش دسترسی به الکل، مقابله با رانندگی در حین مستی، افزایش هزینه‌ها و مالیات بر الکل، جلوگیری از تبلیغات نوشیدنی‌های الکلی و فراهم کردن امکانات برای تشخیص و درمان اعتیاد به الکل |
| حاکمیت       | برای کاهش استفاده مضر از الکل WHO تدوین یک برنامه عملیاتی (۲۰۳۰-۲۰۲۲) برای اجرای موثر استراتژی جهانی   |
| مراقبت سلامت | درمان اختلالات مصرف الکل و مداخلات موثر برای کاهش آن   |
| پایش و نظارت | برای کاهش استفاده مضر الکل در دهه اول پس از تدوین و راه‌پیش‌رو WHO گردهمایی جهت ارائه گزارش اجرای استراتژی جهانی   |
| پایش و نظارت | در راستای کاهش مصرف الکل WHO بررسی سیاست‌های ۱۰ ساله   |

**هدف ۳: ۲۰% کاهش نسبی در شیوع فعالیت بدنی ناکافی**

|        |  |
|--------|--|
| حاکمیت | طراحی و اجرای گایدلاین‌های کشوری برای افزایش فعالیت بدنی در ارتقا سلامت  |
| حاکمیت | ارتقای فعالیت‌های فیزیکی به سیاست‌های کشوری راه‌یابد.  |
| حاکمیت | بررسی سیاست‌های فعلی جهت کسب اطمینان از اینکه در عملکرد مطلوب از لحاظ افزایش فعالیت فیزیکی جمعیت هستند.                                      |
| حاکمیت | بررسی شهرسازی و سیاست‌های محیطی در سطح کشوری و منطقهای جهت کسب اطمینان از در دسترس و امن بودن امکانات پیاده‌روی، دوچرخه‌سواری و سایر ورزش‌ها |
| حاکمیت | کسب اطمینان از اینکه سیاست‌های وسایط حمل و نقل استفاده از روش‌های غیر موتوری رفت و آمد را حمایت می‌کنند.                                     |

|   |        |
|---|--------|
| بررسی سیاست‌های کارگری و محیط کار از لحاظ حمایت از فعالیت فیزیکی داخل و در اطراف محیط کار   | حاکمیت |
| حمایت از مراکز ورزشی و تفریحی که امکان فعالیت فیزیکی برای همگان را فراهم می‌آورند.  | حاکمیت |
| حصول اطمینان از اینکه سیاست‌های مدارس موقعیت و برنامه‌های فعالیت فیزیکی را برای کودکان و کارمندان فراهم می‌آورند.                         | حاکمیت |
| بررسی سیاست‌های مالی از لحاظ حمایت از فعالیت فیزیکی   | حاکمیت |
| یافتن کانال‌ها و مخاطبین جهت مذاکرات مرتبط با فعالیت فیزیکی (رسانه‌ها؛ افراد شاخص جامعه، رهبران مذهبی سیاست‌گذاران و رهبران مردمی)        | حاکمیت |
| به کارگیری راهبردهایی با هدف تغییر عادات اجتماعی و فرهنگی و بهبود درک و پذیرش جامعه نسبت به اهمیت وجود فعالیت فیزیکی روزانه در برنامه‌شان | حاکمیت |
| تشویق محیط‌های ارتقا دهنده و تسهیل گر فعالیت فیزیکی و حمایت از افزایش دسترسی و استفاده عموم از آنها                                       | حاکمیت |
| تشویق مدارس جهت فراهم آوری آموزش فیزیکی روزانه به دانش آموزان   | حاکمیت |
| در نظر گرفتن تشویق ورزش در محیط‌های کاری  | حاکمیت |
| نتایج پژوهش‌ها به اطلاع افراد مرتبط برسد تا اقدامات، بودجه و سیاست‌گذاری مناسب صورت گیرد.   | حاکمیت |
| بهبود ظرفیت نیروی کار جهت برنامه ریزی، اجرا، ارزیابی و ارزشیابی مداخلات و برنامه‌های ارتقا فعالیت فیزیکی                                  | حاکمیت |
| اضافه کردن فعالیت فیزیکی در برنامه‌ها و کورس‌های آموزشی فعلی  | حاکمیت |
| یافتن منابع و اقدامات توزیع مجدد منابع موجود در زمینه سلامت و سایر حوزه‌های مرتبط با ورزش   | حاکمیت |
| طراحی مکانیسم‌هایی جهت یافتن منابع قابل تجدید برای حمایت مالی از ارتقا فعالیت فیزیکی (از جمله سازمان‌های ارتقای سلامت و اسپانسرهای خصوصی) | حاکمیت |
| آوردن آموزشی فیزیکیال (بدنی) با کیفیت در برنامه آموزشی مدارس و فراهم کردن کارکنان و تسهیلات کافی و مناسب جهت حمایت از این امر             | حاکمیت |
| تشویق برای توسعه، تقویت و اجرای سیاست‌های جهانی، منطقه‌ای، ملی و برنامه‌های عملیاتی برای بهبود رژیم‌های غذایی و افزایش فعالیت‌های بدنی    | حاکمیت |
| درگیر کردن همه ذینفعان به عنوان بخشی از راه حل عدم فعالیت بدنی کافی   | حاکمیت |

|  |              |
|--|--------------|
| در نظر گرفتن برنامه‌های مبتنی بر مدارس برای حمایت از پذیرش ورزش  | کاهش خطر     |
| بررسی اینکه چگونه مدارس اطلاعات سلامتی، سواد سلامت، رژیم‌های غذایی سالم و سایر رفتارهای سالم را تشویق می‌نمایند.   | کاهش خطر     |
| در نظر گرفتن برنامه‌های بر پایه جامعه در راستای افزایش آگاهی در مشارکت عمومی و حمایت از برنامه‌های محلی با موضوع سلامت و ابتکارات با جنبه‌های فعالیت فیزیکی  | کاهش خطر     |
| فراهم آوری راهنمایی به کودکان و نوجوانان، والدین و سرپرستان آن‌ها و همچنین آموزگاران در ارتباط با اندازه نرمال بدن، فعالیت فیزیکی و ...  | کاهش خطر     |
| کاهش عوامل خطر ساز برای بیماری‌های غیرواگیر ناشی از رژیم‌های غذایی ناسالم و عدم تحرک بدنی با اقدامات اساسی بهداشت عمومی و اقدامات پیشگیرانه و سلامت و پیشگیری از بیماری‌ها                             | کاهش خطر     |
| افزایش آگاهی و درک کلی از تأثیر رژیم غذایی و فعالیت بدنی بر سلامتی و تأثیر مثبت مداخلات پیشگیرانه  | کاهش خطر     |
| ایجاد هویت ملی برنامه و یک نشان مشترک در پیام‌های مرتبط با فعالیت فیزیکی   | مراقبت سلامت |
| در نظر گرفتن نقش برنامه‌های سلامتی و روزهای ملی در ارتقا فعالیت فیزیکی   | مراقبت سلامت |
| استفاده از رسانه‌ها جهت افزایش آگاهی عموم از فواید فعالیت فیزیکی و پخش پیام‌های ارتقا دهنده رفتارهای فعال از نظر فیزیکی  | مراقبت سلامت |
| فراهم آوری پیام‌های روشن و واضح در ارتباط با فعالیت فیزیکی که با فرهنگ عمومی همخوانی دارد  | مراقبت سلامت |
| بررسی اینکه آیا مدارس به امکانات و تسهیلات مناسب و مجهز ورزشی، تجهیز هستند؟  | مراقبت سلامت |
| حمایت از پژوهش‌های بررسی کننده سیاست‌ها و اقدامات مرتبط با فعالیت فیزیکی   | مراقبت سلامت |
| انجام پژوهش بر دلایل عدم فعالیت فیزیکی، بر عوامل کلیدی موثر بر اقدامات مداخله‌ای و کارآیی و هزینه اثربخشی برنامه‌ها در بسترهای مختلف   | مراقبت سلامت |
| حصول اطمینان از وجود تسهیلات کافی در مدارس و فضاهای عمومی برای فعالیت فیزیکی در ساعات استراحت و تفریح کودکان، به ویژه کودکان با ناتوانی‌های خاص و فراهم کردن محیط‌های دوست دار جنسیت (gender friendly) | مراقبت سلامت |
| ایجاد محیطی که انجام فعالیت بدنی منظم را تسهیل کند   | مراقبت سلامت |

|   |              |
|---|--------------|
| فراهم کردن محیط‌های فیزیکی در زمینه‌ی ایجاد رفت و آمد و حمل و نقل ایمن و ایجاد فضای تفریحی  | مراقبت سلامت |
| طراحی و اجرای برنامه‌های ارزیابی برای بررسی اجرا و تاثیر برنامه کشوری (و نیز منطقهای و محلی در صورت لزوم) در مورد فعالیت فیزیکی     | پایش و نظارت |
| در نظر گرفتن مراقبت سلامت اولیه و سایر خدمات اجتماعی جهت حمایت از پذیرش فعالیت فیزیکی   | پایش و نظارت |
| حصول اطمینان از اینکه فعالیت فیزیکی در روتین روزانه و و برنامه‌های مراقبت از کودک گنجانده شده است.                                  | پایش و نظارت |
| نظارت بر اطلاعات علمی در مورد رژیم غذایی و فعالیت بدنی و حمایت از تحقیقات در طیف گسترده‌ای از زمینه‌های مربوطه و تقویت منابع انسانی | پایش و نظارت |



| هدف ۴: ۳۰٪ کاهش نسبی در متوسط مصرف نمک در جامعه  |              |
|--|--------------|
| بسته‌گزیندها و اطلاعات حمایتی شیک در راستای حمایت از سیاست گذاران برای کاهش مصرف نمک در جمعیت عمومی  | حاکمیت       |
| ایجاد یک محیط پویا جهت تدوین استراتژی‌های مبتنی بر جمعیت در راستای کاهش مصرف نمک   | حاکمیت       |
| پایگاه داده جهانی در رابطه با اجرای سیاست‌های تغذیه‌ای (GINA): بستری برای به اشتراک گذاشتن اطلاعات استاندارد در مورد سیاست‌های تغذیه                     | حاکمیت       |
| استراتژی‌های کاهش مصرف نمک و غنی‌سازی ید   | حاکمیت       |
| استراتژی‌های نظارت و ارزیابی میزان مصرف سدیم در جمعیت  | حاکمیت       |
| توصیه‌های جهانی برای کاهش مصرف پتانسیم در بزرگسالان و اطفال در راستای کاهش ریسک ابتلا به فشار خون، بیماری‌های قلبی عروقی، سکته قلبی و بیماری عروق کرونری | کاهش خطر     |
| اصول راهنما برای تدوین و اجرای سیاست کاهش نمک  | پایش و نظارت |

## هدف ۵: ۳۰٪ کاهش نسبی در شیوع مصرف دخانیات در افراد بالاتر از ۱۵ سال

|   |              |
|---|--------------|
| افزایش مالیات و قیمت دخانیات  | حاکمیت       |
| ممنوع کردن تبلیغات دخانیات  | حاکمیت       |
| ایجاد برنامه‌های قوی کنترل ملی دخانیات به عنوان مکانیزمی برای اعمال قدرت دولت در کنترل دخانیات  | حاکمیت       |
| محافظةت از سیاست‌های بهداشت عمومی در برابر منافع تجاری و سایر منافع صنعت دخانیات  | حاکمیت       |
| چارچوب گذاری قوانین و مقررات مرتبط با تولید، تجارت و آموزش مصرف دخانیات   | حاکمیت       |
| حفاظت از مردم در مقابل دود سیگار و اشاعه‌ی مکان‌های با ممنوعیت مصرف سیگار   | حاکمیت       |
| شناسایی ظرفیت‌های کنکور و تعیین اهداف و مسیر متناسب با آن‌ها مانند افزایش مالیات و مقابله با تبلیغات متناسب با ظرفیت کشور و جلوگیری از آسیب به کسب و کارهای خرد | حاکمیت       |
| آموزش برنامه ریزان سلامت و قانون گذار   | حاکمیت       |
| آموزش مدیران سلامت در سطوح مختلف  | حاکمیت       |
| هشدار به مردم و اطلاع رسانی در مورد خطرات استفاده از تنباکو   | کاهش خطر     |
| خطوط تلفنی ترک سیگار؛ آموزش روش‌ها به مشاوران کاهش مصرف دخانیات به صورت تلفنی   | کاهش خطر     |
| آموزش خدمت گذاران سلامت سطح اول برای مشاوره و تداخل برای آگاه سازی و کاهش مصرف دخانیات  | کاهش خطر     |
| خطوط تلفن رایگان ترک مصرف دخانیات   | کاهش خطر     |
| ایجاد محیط کاملاً بدون دخانیات در محل‌های کار داخلی، اماکن عمومی و حمل و نقل  | مراقبت سلامت |
| ارائه کمک به افراد برای ترک مصرف دخانیات  | مراقبت سلامت |
| حمایت از اقدامات آموزشی و کاهنده‌ی مصرف سیگار در سطح جامعه از مداخلات تجاری در حال انجام توسط شرکت‌های سازنده‌ی مواد دخانی و لزوم ارتباط فعال با این شرکت‌ها    | مراقبت سلامت |
| نظارت بر مصرف دخانیات برای تدوین سیاست‌های پیشگیرانه  | پایش و نظارت |
| بررسی پیوسته و مانیتورینگ مداخلات کنترلی مصرف دخانیات   | پایش و نظارت |

| هدف: ۶۰٪ کاهش نسبی در شیوع فشار خون بالا  |              |
|---|--------------|
| افزایش مالیات وارده بر سیگار  | کاهش خطر     |
| دادن آگاهی و هشدارهای مناسب در ارتباط با مصرف سیگار   | کاهش خطر     |
| ایجاد اماکن عمومی و محل کارهایی که سیگار کشیدن در آنها ممنوع می باشد.   | کاهش خطر     |
| ممنوعیت تبلیغ سیگار   | کاهش خطر     |
| محدودیت‌ها و ممنوعیت‌های جامع تبلیغ و فروش الکل   | کاهش خطر     |
| افزایش مالیات وارده بر الکل   | کاهش خطر     |
| برنامه‌های آگاه سازی عمومی در ارتباط با تغذیه و فعالیت فیزیکی   | کاهش خطر     |
| جایگزینی چربی‌های ترانس با چربی‌های غیر اشباع   | کاهش خطر     |
| کاهش نمک از طریق کمپین‌ها و رسانه‌های عمومی و کاهش محتوای نمک در خوراکی‌های فرآوری شده  | کاهش خطر     |
| برنامه‌های تندرستی در محیط کار لازم است تا با تمرکز بر افزایش سلامت کارکنان از طریق کاهش رفتارهای پرخطر فردی در زمینه کاهش فشار خون و بیماری‌های متابولیک اقدام نمایند. | کاهش خطر     |
| افراد بزرگسال می‌بایست روزانه کمتر از ۲۰۰۰ میلی گرم سدیم (یا ۵ گرم نمک) مصرف نمایند.  | کاهش خطر     |
| نظام‌های اطلاعات مراقبت سلامت کشوری باید تقویت شوند تا تاثیر اقدامات پیشگیرانه و کنترلی فشار خون ارزیابی شود.   | پایش و نظارت |

## هدف ۷: ثابت نگهداشتن میزان بیماری دیابت و چاقی

|   |              |
|---|--------------|
| برنامه ریزی برای مدیریت فروش اقلام غذایی و نوشیدنی‌های غیر الکل به اطفال و نوزاد ملاحظات کنترلی بر رسانه‌های تبلیغی   | حاکمیت       |
| شناسایی عوامل ناثرگذار بر سلامت غذایی جامعه مانند تغییرات وضعیت اقتصادی و اقلیمی  | حاکمیت       |
| شناسایی زود هنگام دیابت، بهبود مدیریت و کنترل دیابت و استفاده از روش‌های نوین و تکنولوژی‌یک، آموزش تصحیح رژیم غذایی و فعالیت ورزشی و جلوگیری و درمان به هنگام کمپلیکاسیون‌های مرتبط | حاکمیت       |
| ایجاد محیط زندگی سالم برای کودکان و مقابله با عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر در میان آن‌ها   | کاهش خطر     |
| بایه‌گذاری برنامه‌ها و سیاست‌های مدرسه‌ای برای تشویق فعالیت بیشتر و رژیم غذایی سالم   | کاهش خطر     |
| استفاده از ظرفیت‌های جامعه و متناسب با شرایط برای بهبود محیط زندگی کودکان و تقویت رژیم غذایی و فعالیت ورزشی آن‌ها   | کاهش خطر     |
| تشبیه و گسترش رژیم‌های غذایی سالم و تعریف گایدلاین‌های غذایی برای افراد جامعه از سنین پایین تا سایر افراد   | کاهش خطر     |
| ترویج مداخلات برای کاهش عوامل خطر قابل اصلاح اولیه برای بیماری‌های غیرواگیر، شامل استفاده از دخانیات، رژیم‌های غذایی ناسالم، عدم تحرک بدنی و استفاده از الکل                        | مراقبت سلامت |



|  |  |
|--|--|
| <b>هدف ۸: دریافت دارو و مشاوره (از جمله کنترل قند خون) توسط حداقل ۷۰٪ از افراد واجد شرایط، به منظور پیشگیری از حمله‌های قلبی و سکته مغزی</b> |  |
| کاهش خطر   | نمودارهای ISH / WHO برای پیش بینی خطر بیماری‌های قلبی عروقی؛ استفاده از این نمودارها می‌تواند در پیشگیری از حملات قلبی و سکته مغزی موثر باشد، خصوصاً اگر در سیستم مراقبت‌های بهداشتی اولیه استفاده شود |
| پایش و نظارت   | استفاده از ارزیابی در دسترس بودن و آماده بودن خدمات؛ روشی برای اندازه گیری تقویت سیستم‌های بهداشتی در حوزه‌های در دسترس بودن و آماده بودن خدمات برای تولید اطلاعات قابل اعتماد                         |
| پایش و نظارت   | ارزیابی در دسترس بودن و آماده بودن خدمات؛ راه اندازی یک سیستم نظارت سالانه برای تولید اطلاعات قابل اطمینان و منظم در مورد ارائه خدمات  |

|  |   |
|--|---|
| <b>هدف ۹: ۸۰٪ دسترسی به تکنولوژی‌ها و داروهای اساسی قابل فراهمی شامل داروهای ژنریک مورد نیاز برای درمان بیماری‌های غیرواگیر در بخش‌های خصوصی و دولتی</b> |   |
| حاکمیت   | دولت‌ها باید ترویج کنند که مدارس پزشکی، دارویی و پرستاری دانش و مهارت‌های درمان درد، اختلالات مصرف مواد در زمینه مصرف پزشکی داروهای کنترل‌شده، و سایر شرایط بهداشتی را آموزش دهند که به درمان با داروهای کنترل‌شده نیز دارند. |
| حاکمیت   | سیاست‌های ملی مبارزه با مواد مخدر باید به رسمیت بشناسد که داروهای کنترل‌شده برای اهداف پزشکی و علمی ضروری هستند.  |
| حاکمیت   | تمام سازمان‌های دولتی، بر اساس نقش و تعهدات آنها، باید تضمین کنند که در انجام وظایف خود، سیاست‌های بهداشتی و دسترسی به درمان مشروع با داروهای کنترل‌شده را تحت تاثیر قرار نمی‌دهند.   |
| حاکمیت   | دولت‌ها باید قوانین و سیاست‌های کنترل مواد مخدر خود را از حیث وجود مقررات بیش از حد محدودکننده‌ای بررسی کنند که بر ارائه مراقبت‌های پزشکی مناسب از جمله داروهای کنترل‌شده تاثیر می‌گذارد.                                     |
| حاکمیت   | اصطلاحات قوانین و سیاست‌های کنترل مواد مخدر ملی باید روشن و بی‌ابهام باشد تا مصرف داروهای کنترل‌شده برای اهداف پزشکی و علمی با سوءمصرف اشتباه گرفته نشود.   |
| حاکمیت   | در کشورهایی که داروهای کنترل‌شده برای اولین بار در دسترس و موجود می‌شوند، دولت‌ها باید طرح ابتکاری آموزشی را برای متخصصین مراقبت‌های بهداشتی به منظور تضمین مصرف منطقی آنها سازماندهی کنند.                                   |
| حاکمیت   | دولت‌ها باید روشی عملی را برای برآورد واقع‌گرایانه نیازهای پزشکی و علمی برای مواد کنترل‌شده، با استفاده از تمام اطلاعات مربوطه، تدوین کنند.   |
| حاکمیت   | دولت‌هایی که تصمیم می‌گیرند داروهایی را در سطح ملی کنترل کنند که تحت کنترل معاهدات بین‌المللی کنترل مواد مخدر نیستند باید این دستورالعمل‌ها را به طور برابر برای داروهای کنترل‌شده ملی بکار ببندند.                           |
| حاکمیت   | حاکمیت دارویی مناسب: مشارکت در تقویت سیستم‌های بهداشتی و جلوگیری از فساد با کمک ارتقا حاکمیت مناسب در حوزه دارو و با استفاده از ابزارهایی مانند به کارگیری سامانه‌های ثبتی شفاف و نظارت و کنترل بازار                         |
| حاکمیت   | دستورالعمل‌های اهدای دارو: تدوین دستورالعمل‌ها برای بهبود کیفیت اهدای دارو در کمک‌های توسعه بین‌المللی و کمک‌های اضطراری با استفاده از روش‌ها و راهنمایی‌های اختصاصی برای اهداکننده و دریافت‌کننده دارو                       |
| حاکمیت   | در نظر گرفتن استفاده از کانابیس (شاهدانه) برای اهداف پزشکی و ظهور مواد اولیه جدید دارویی مشتق از کانابیس برای استفاده دارویی. از این مشتقات، کانابیدیول می‌تواند به عنوان پیش‌ساز دارویی استفاده شود.                         |

|              |   |
|--------------|---|
| حاکمیت       | اولویت بندی، تأمین مالی و تقویت سیستم های بهداشتی برای ارائه مجموعه‌ای واقع بینانه از مداخلات برای بیماری‌های غیر واگیر / قلبی عروقی با تأثیر بالا  |
| کاهش خطر     | دولت‌ها باید تاثیر منفی اقدامات کنترل و ایمنی بر مقرون به صرفه بودن و در دسترس بودن داروهای کنترل شده را به حداقل برسانند.  |
| کاهش خطر     | مسئولین کنترل مواد مخدر باید از وجود دستورالعمل‌های مدل WHO برای ارائه بین المللی مواد مخدر کنترل شده برای مراقبت‌های اورژانسی پزشکی آگاه باشند.  |
| مراقبت سلامت | دولت‌ها باید تعهدات حقوقی بین المللی خود را برای تضمین موجودیت و فراهمی کافی داروهای کنترل شده برای همه اهداف پزشکی و علمی از طریق قوانین ملی و سیاست‌های کنترل مواد مخدر انجام دهند.   |
| مراقبت سلامت | دولت‌ها باید یک مؤسسه ملی را برای تضمین موجودیت و فراهمی کافی داروهای کنترل شده در مراقبت‌های بهداشتی تعیین کنند.   |
| مراقبت سلامت | دولت‌ها باید تضمین کنند که تمام مسئولین دخیل در تدوین و اجرای سیاست‌های مربوط به مواد کنترل شده برای ارتقای موجودیت و فراهمی آنها برای اهداف پزشکی و علمی تلاش می کنند.   |
| مراقبت سلامت | دولت‌ها باید تضمین کنند که یک انجمن وجود دارد که مسئولین کنترل مواد مخدر و مسئولین سلامت همگانی با سازمان‌های بهداشت حرفه ای و سایر ذینفعان برای ارتقاء موجودیت و فراهمی داروهای کنترل شده برای اهداف پزشکی و علمی و همچنین پیشگیری سوء مصرف، سندرم وابستگی و انحراف. |
| مراقبت سلامت | دولت‌ها باید موجودیت و فراهمی داروهای کنترل شده برای همه مصارف پزشکی مناسب را در برنامه‌های سیاسی دارویی ملی خود در نظر بگیرند.   |
| مراقبت سلامت | دولت‌ها باید تضمین کنند که تمام گروه‌های جمعیت بدون تبعیض به صورت مساوی از سیاست‌های خود درباره موجودیت و فراهمی داروهای کنترل شده برای مصرف منطقی پزشکی و جلوگیری از انحراف، سوء مصرف و سندرم وابستگی بهره‌مند می شوند.  |
| مراقبت سلامت | پزشکان آموزش دیده و حرفه‌ای و، در صورت لزوم، پرستاران و سایر متخصصان بهداشتی، بر اساس مجوز حرفه‌ای عمومی، دانش پزشکی فعلی و شیوه خوب بدون هیچ مجوز دیگری، باید مجاز به تجویز و مصرف داروهای کنترل شده باشند.  |
| مراقبت سلامت | داروسازان آموزش دیده و صلاحیت‌دار در تمام سطوح مراقبت‌های بهداشتی باید برای توزیع داروهای کنترل شده بر اساس مجوز حرفه‌ای عمومی، دانش پزشکی فعلی و شیوه خوب بدون نیاز به مجوز بیشتر کار کنند.  |
| مراقبت سلامت | دولت‌ها باید در همکاری با شرکت‌ها و سازمان‌های مدیریت کننده توزیع تضمین کنند، که تهیه، تولید و توزیع داروهای کنترل شده به موقع با پوشش جغرافیایی خوب انجام می شود تا کمبود عرضه‌ای وجود نداشته باشد   |
| مراقبت سلامت | مشاوره و درمان چند دارویی (از جمله کنترل قند خون برای دیابت) برای افرادی که خطر متوسط حمله قلبی و مغزی دارند  |

|  |              |
|--|--------------|
| درمان حملات قلبی (سکته قلبی) با آسپرین   | مراقبت سلامت |
| دولت‌ها باید تعهدات حقوقی بین‌المللی خود را برای تضمین موجودیت و فراهمی کافی داروهای کنترل‌شده برای همه اهداف پزشکی و علمی از طریق قوانین ملی و سیاست‌های کنترل مواد مخدر انجام دهند.                            | مراقبت سلامت |
| دولت‌ها باید یک مؤسسه ملی را برای تضمین موجودیت و فراهمی کافی داروهای کنترل‌شده در مراقبت‌های بهداشتی تعیین کنند.  | مراقبت سلامت |
| دولت‌ها باید برآوردها و ارزیابی‌ها از مقادیر مواد کنترل‌شده برای اهداف مشروع پزشکی و علمی را به INCB ارسال کنند (برآورد سالانه برای مواد مخدر و پیش‌سازهای خاص؛ ارزیابی‌ها حناقل هر سه سال برای مواد روانگردان). | پایش و نظارت |
| دولت‌ها باید گزارش‌های آماری را به INCB دربارهٔ مواد مخدر و مواد روانگردان مطابق با مقررات مربوطهٔ معاهدات بین‌المللی کنترل مواد مخدر و قطع‌نامه‌های مربوطهٔ شورای اقتصادی و اجتماعی ارائه دهند.                 | پایش و نظارت |
| استفاده از ابزار خودارزیابی ظرفیت مرکزی برنامه‌های ملی کنترل سرطانی با انجام یک ارزیابی کیفی ساده در مدت زمان کوتاه برای شناسایی شکاف‌ها، نقاط قوت و نظارت بر پیشرفت برنامه‌های کنترل سرطان                      | پایش و نظارت |



| در رونق‌های خوراکی و محصولات غذایی Trans Fatty Acid هدف ۱۰: به صفر رساندن میزان |   |
|---|---|
| حاکمیت  | مرو و منابع غذایی اسیدهای چرب ترانس صنعتی و چشم انداز سیاست‌های لازم به تغییر   |
| حاکمیت  | اجبار اطاعت از سیاست‌ها و قوانین  |
| کاهش خطر  | ترویج جایگزینی اسیدهای چرب ترانس صنعتی با رونق‌ها و چربی‌های سالم‌تر  |
| کاهش خطر  | قانون گذاری قوانین جهت از بین بردن اسیدهای چرب ترانس صنعتی  |
| کاهش خطر  | آگاهی بخشی در مورد تاثرات منفی اسیدهای چرب ترانس بین سیاست گزاران، تولید کننده‌ها، عرضه کننده‌ها و عموم مردم                                      |
| مراقبت سلامت  | کاهش اسیدهای اشباع و نمک از غذاهای فرآوری شده صنعتی، مارکتینگ مواد غذایی و نوشیدنی‌های غیر الکی به کودکان و بهبود در دسترس بودن میوه‌ها و سبزیجات |
| پایش و نظارت  | ارزایی و پایش محتوای اسیدهای چرب ترانس در مواد غذایی و تغییرات مصرف آن در جمعیت‌ها  |
| پایش و نظارت  | ارزایی پیشرفت سیاست‌های حذف اسیدهای چرب ترانس صنعتی و تاثرات آن بر عرضه غذا و مصرف جمعیت‌ها   |

## هدف ۱۱: ۲۰٪ کاهش نسبی در میزان مرگ و میر ناشی از سوانح و حوادث ترافیکی

|   |              |
|---|--------------|
| افزایش آگاهی درباره‌ی شدت، ریسک فاکتورها و عمق اثر تصادفات جاده‌ای  | حاکمیت       |
| معرفی و شناسایی رویه‌ی هماهنگ شده در سطوح مختلف حاکمیتی برای پاسخ دهی و مقابله با تصادفات جاده‌ای                                   | حاکمیت       |
| بیان ماهیت مهارپذیری و پیشگیری پذیری و استفاده از استراتژی‌های دیگر کشورها برای نیل به اهداف  | حاکمیت       |
| شناسایی دترمینانت‌ها و ریسک فاکتورهای تصادفات جاده‌ای   | کاهش خطر     |
| کاهش برخورد با ریسک فاکتورها با قراردادن مقررات جاده‌ای   | کاهش خطر     |
| کاهش حجم ترافیک خودروها با برخورداری از روش‌های بهینه‌ی جاده سازی و بهره بری از زمین (مثلا تناسب سائز منطقه مسکونی و مساحت جاده‌ها) | کاهش خطر     |
| استفاده از روش‌ها و شبکه‌ها برای شناسایی و معرفی کوتاه ترین و خلوت ترین مسیرهای سفر (مثلا روش‌های نوین و اپلیکیشن‌ها)               | کاهش خطر     |
| تشویق مردم برای استفاده از روش‌های کم ریسک تر سفر (مثلا استفاده از روش‌های نقلیه‌ی عمومی)   | کاهش خطر     |
| ایراد محدودیت‌ها برای استفاده کننده‌های خودروها یا زیرساخت‌های جاده‌ای (افزایش سن گواهی نامه یا شرط تحصیلی برای گواهینامه)          | کاهش خطر     |
| اولویت دادن به حرکت وسایل نقلیه‌ی با مسافر بیشتر در معابر   | کاهش خطر     |
| تخمین علمی و بر اساس شواهد از میزان رانندگی‌های تحت اثر دارو و اینکه چه میزان از تصادفات جاده‌ای به این علت بوده است.               | پایش و نظارت |

| هدف ۱۲: ۱۰٪ کاهش نسبی در میزان مرگ و میر ناشی از مصرف مواد  |              |
|---|--------------|
| قانون گذاری در ارتباط با رانندگی تحت اثر داروها و مواد مخدر از جمله قانون ممنوعیت هر میزان از مصرف مواد حین رانندگی                                       | حاکمیت       |
| قانون گذاری مدارس در ارتباط با ممنوعیت مصرف مواد در مدرسه توسط دانش آموزان و نیز کارکنان و مسئولین  | حاکمیت       |
| تعریف سیاست‌های مشخص، شفاف و غیر تنبیهی جهت برخورد با موارد پیش آمده مصرف مواد با الکل در مدارس   | حاکمیت       |
| افزایش میزان آگاهی عمومی درباره خطرات رانندگی تحت اثر مواد و الکل با تبلیغات گسترده   | کاهش خطر     |
| شروع برنامه‌های آموزشی به کودکان از مقاطع پیش دبستانی (۲ الی ۵ سال) در ارتباط با وابستگی  | کاهش خطر     |
| برنامه‌های آموزشی خانواده جهت آموزش و بهبود توانمندی‌های والد مناسب بودن که یکی از مهم ترین فاکتورهای جلوگیری کننده از اعتیاد فرزندان در سنین بالاتر است. | کاهش خطر     |
| آموزش توانمندی‌های فردی و اجتماعی به کودکان سنین دبستان، راهنمایی و دبیرستان جهت مقابله با مشکلات و عدم روی آوردن به مواد مخدر و الکل                     | کاهش خطر     |
| برنامه‌های حمایت از حضور کودکان و نوجوانان در مدرسه (از عوامل مهم عدم ابتلا به اعتیاد حضور و مشارکت در مدارس است)   | کاهش خطر     |
| سیاست‌های حمایت از حضور کودکان و نوجوانان در مدرسه (از عوامل مهم عدم ابتلا به اعتیاد به مواد مخدر و الکل در مدارس   | کاهش خطر     |
| آموزش روش‌های پیشگیری از ابتلا به اعتیاد به مواد مخدر و الکل در مدارس   | کاهش خطر     |
| ایجاد افزایش در برنامه‌های منفرکتی، تفریحی و مورد علاقه در مدارس، جهت افزایش حس تعلق به مدرسه به عنوان یک فاکتور پیشگیری از اعتیاد                        | کاهش خطر     |
| اجرائی کردن قوانین مربوط به ممنوعیت رانندگی تحت اثر مواد و تست گیری کنار جاده‌ای  | مراقبت سلامت |
| تهیه امکانات مشاوره‌ای برای افرادی که رانندگی تحت اثر دارو داشته اند.   | مراقبت سلامت |
| تست‌های سریع کنار جاده‌ای برای بررسی مصرف مواد حین رانندگی  | پایش و نظارت |
| وزیرت‌های پیش از زایمان و ابتدای نوزادی از لحاظ ابتلای والدین به خصوص مادر و در نتیجه نوزاد، به مواد مخدر   | پایش و نظارت |
| تست گیری و مشاوره برای مادران باردار از لحاظ وابستگی به مواد مخدر و الکل و استفاده از این مواد در طول بارداری   | پایش و نظارت |
| کنترل عمومی بیماری‌های روانپزشکی (به دلیل همراهی زیاد بیماری‌های خلقی و رفتاری با اعتیاد)   | پایش و نظارت |
| بررسی آسیب پذیری فردی در ابتلا به اعتیاد از طریق بررسی صفت های شخصیتی دانش آموزان   | پایش و نظارت |

### هدف ۱۳: ۲۰٪ افزایش دسترسی به خدمات سلامت روان در نظام سلامت

|              |   |
|--------------|---|
| حاکمیت       | ارائه راهنمایی به وزارت‌های بهداشت در مورد توسعه جلب حمایت (Advocacy) برای سلامت روان در کشورها یا مناطق  |
| حاکمیت       | ارائه راهنمایی‌های مبتنی بر شواهد برای توسعه و به کارگیری سیاست‌گذاری‌ها، طراحی و برنامه‌های سلامت روان   |
| حاکمیت       | ارائه راهنمایی عملی برای اجرای سازوکارهای بهبود کیفیت در خدمات سلامت روان در سطح ملی و محلی   |
| حاکمیت       | توانمندسازی کشورها در توسعه و اجرای سیاست‌ها و برنامه‌های مناسب و مبتنی بر شواهد برای سلامت روان کودکان و نوجوانان                                |
| حاکمیت       | آگاه‌سازی سیاست‌گذاران به چالش‌های منحصر به فرد در سیاست‌گذاری، طراحی و برنامه‌های سلامت روان در کودکان و نوجوانان                                |
| حاکمیت       | اشتراک‌گذاری راه‌حل‌های عملی در حوزه سلامت روان کودکان و نوجوانان برای مشکلات مشترکی که بسیاری از مردم تجربه کرده‌اند                             |
| حاکمیت       | شناسایی سایر منابع که ابزار یا اطلاعات اضافی در حوزه سیاست‌گذاری سلامت روان کودکان و نوجوانان ارائه می‌دهند                                       |
| حاکمیت       | ارائه راهنمایی عملی برای برنامه‌ریزی، مدیریت و آموزش افرادی که در یک کشور یا منطقه مشغول به کار در حوزه سلامت روان هستند                          |
| حاکمیت       | کمک به کشورها تا بتوانند متناسب با نیازهای سلامت روان نیروی کار خود، به روش مناسب برنامه‌ریزی کنند  |
| حاکمیت       | حمایت از تصمیم‌گیری (Informed decision-making) در همه جنبه‌های سیستم سلامت روان   |
| حاکمیت       | ارائه راهنمایی در مورد توسعه و اجرای سیاست سلامت روان در محل کار  |
| مراقبت سلامت | بهبود دسترسی به داروهای اساسی برای بیماری‌های اعصاب و روان که اغلب به عنوان «داروهای سایکوتروپیک ضروری» یا «سایکوتروپیک‌های ضروری» نامیده می‌شوند |
| مراقبت سلامت | کمک به برنامه‌ریزان و ارائه‌دهندگان خدمات سلامت روان برای توسعه سیستم‌های اطلاعات   |
| پایش و نظارت | ارائه مدل برای ارزیابی سیستماتیک سیاست و برنامه سلامت روان و توصیف چگونگی استفاده از نتایج یک ارزیابی برای بهبود سیاست‌ها و برنامه‌ها             |
| پایش و نظارت | تعیین یک مدل روشن و منطقی برای ارزیابی نیازهای جمعیت محلی برای مراقبت‌های سلامت روان و برنامه‌ریزی خدمات متناسب با آن                             |
| پایش و نظارت | اطمینان از اینکه کیفیت کاملاً دستور کار سیاست مراقبت‌های سلامت روان قرار گرفته است  |



| آلودگی هوا   |   |
|--------------|---|
| حاکمیت       | بالا بردن اولویت اختصاص داده شده به بیماری‌های غیر واگیر در سطح جهانی و ملی و ادغام پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیر واگیر با تمام سیاست‌های دولت   |
| حاکمیت       | ایجاد و تقویت سیاست‌های ملی برای برنامه‌های پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیر واگیر  |
| حاکمیت       | تولید یک پایگاه داده چند کشوری حاوی اطلاعات درباره‌ی همه پارامترهای مدل طراحی شده   |
| حاکمیت       | مستندسازی روش‌ها و نتایج، از جمله برآورد هزینه اجرای بسته‌های مداخلات برای بیماری‌های غیر واگیر، براساس مداخلات «best buys» توصیه شده در گزارش وضعیت جهانی توسط WHO ۲۰۱۰                                      |
| حاکمیت       | اجرای مداخلات مدرسه محور  |
| حاکمیت       | ایجاد یک سیستم ساختار یافته برای گسترش گایدلاین‌های کیفیت هوا با آلاینده‌های دیگر   |
| کاهش خطر     | میزان انتشار گازهای ناشی از احتراق سوخت خانگی نباید از میزان تعیین شده در گایدلاین فراتر رود  |
| کاهش خطر     | عدم استفاده از زغال سنگ فرآوری نشده به عنوان سوخت خانگی   |
| پایش و نظارت | نظارت بر بیماری‌های غیر واگیر و عوامل تعیین کننده آن‌ها و ارزیابی پیشرفت در سطوح ملی، منطقه‌ای و جهانی  |
| پایش و نظارت | تدوین استراتژی‌هایی برای تسریع دستیابی به دستورالعمل‌های کیفیت هوا ERT: در مواردی که گام‌های میانی لازم است، سوخت‌های انتقالی و فناوری‌هایی که مزایای قابل توجهی برای سلامتی دارند باید در اولویت قرار گیرند. |
| پایش و نظارت | ایجاد فرایندی شفاف و سیستماتیک، با مندولوژی مشخص برای انجام مرور سیستماتیک، برای ارزیابی تعداد زیادی از شواهد موجود   |
| پایش و نظارت | ارزیابی میزان سودمندی گایدلاین‌های کیفیت هوای WHO در کشورهای مختلف  |
| پایش و نظارت | بررسی شواهد در مورد اثرات حاد در معرض آلاینده‌های کلاسیک قرار گرفتن   |
| پایش و نظارت | ارزیابی خطرات سلامتی برای مخلوط آلاینده‌های شهری  |
| پایش و نظارت | پیش نویس و بروزسانی لیست اولیه موضوعات اولویت دار و موضوعات اصلی و فرمول بندی سوالانی که در گایدلاین‌ها باید پاسخ داده شوند (با در نظر گرفتن نابرابری / حقوق بشر و ملاحظات جنسیتی)                            |

جداول زیر طی تجمیع نظرات واحدهای مختلف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سایر ذی‌نفعان تنظیم گردیده است.

| اهداف  | حیطه   | استراتژی ها   | فعالیت ها   | گروه های ذینفع  | نتیجه مطلوب   | شاخص های ارزشیابی   | منابع   | دوره زمانی  |
|--|--------|---|---|---|---|---|---|---|
| ۱ - کاهش نسبی ۲۵ درصدی خطر مرگ و میر زودرس ناشی از بیماری های قلبی - عروقی، سرطان، دیابت، یا بیماری های مزمن تنفسی | حاکمیت | اعلامی سیاست‌گذارهای کلان در راستای پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر و کنترل بیماری‌های غیرواگیر در سطوح مختلف | • حمایت از پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر و اولویت بندی تمام سیاستها<br>• درج سیاست فراگیر مبتنی بر پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر در برنامه‌های توسعه ملی ایران<br>• حمایت‌طلبی برای تخصیص ۰.۵ درصد از سهم هر نهاد عمومی برای تحقق طرح ملی | وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی و تمامی معاونت‌ها و سازمانهای ذی‌ربط<br>دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی کشور<br>سایر وزارتخانه‌ها و سازمانهای همکار<br>مردم | • برگزاری جلسات حداقل سه ماهه در کمیته ملی<br>• ۶۰ درصد از تمام تصمیم‌گیرهای انجام شده در خصوص بیماری‌های غیرواگیر باشد | • گزارش دستاوردهای نتایج مورد نظر به کمیته ملی بیماری‌های غیرواگیر<br>• ارزیابی مثبت از تعهد سهامداران به اهداف مورد نظر در طرح ملی | • بودجه برای :<br>• ایجاد دبیرخانه<br>• پایش و ارزیابی<br>• جلب حمایت<br>• کارکنان<br>• تجهیزات | ۱۳۹۴-۱۴۰۴   |
|  |        |   |   |   |   |   |   | • نهایی کردن سند ملی<br>• ارائه منابع، ابزار و تکنیکها<br>• اجرای فعالیتهای درون بخشی<br>• هماهنگی فعالیتهای بین بخشی (مواظقتنامه)<br>• نظارت و ارزیابی |

| دوره زمانی | منابع   | شاخص های ارزشیابی     | نتیجه مطلوب   | گروه های ذینفع   | فعالیت ها   | استراتژی ها                                       | حیطه   | اهداف   |
|------------|---|-----------------------|---|--|---|---|--------|---|
| ۱۳۹۴-۱۴۰۴  | <p>بودجه برای:</p> <p>منابع، ارائه ابزارها و تکنیکها</p> <p>منابع برای اجرای فعالیتهای درون بخشی</p> <p>منابع برای هماهنگی فعالیتهای بین بخشی</p> | <p>ارزبایی ادواری</p> | <p>گزارش سالانه وضعیت مالی، منابع انسانی و منابع دیگر برای طرح ملی</p> <p>ممکنه فعالیتهای استانی برای ترویج اقدامات برتر در اجرای طرح ملی و گزارش نتایج به شکل سالانه</p> | <p>وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی و تمامی معاونتها و سازمانهای ذی ربط</p> <p>دانشگاههای علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی کشور</p> <p>سایر وزارتخانهها و سازمانهای همکار مردم</p> | <p>تهایی طرح استانی ارائه منابع، ابزار و تکنیکها</p> <p>اجرای فعالیتهای درون بخشی</p> <p>هماهنگی فعالیتهای بین بخشی (مواقتننامه)</p> <p>نظارت و ارزیابی</p> | <p>تشکیل و فعالیت کمیته های استانی و دانشگاهی</p> | حاکمیت | <p>۱ - کاهش نسبی ۲۵ درصدی خطر مرگ و میر زودرس ناشی از بیماری های قلبی-عروقی، سرطان، دیابت، یا بیماری های مزمن تنفسی</p> |

| اهداف  | حیطه   | استراتژی ها   | فعالیت ها   | گروه های ذینفع  | نتیجه مطلوب   | شناختن های ارزشیابی  | منابع   | دوره زمانی  |           |
|--|--------|---|---|---|---|--|---|---|-----------|
| ۱ - کاهش نسبی ۲۵ درصدی خطر مرگ و میر زودرس ناشی از بیماری های قلبی-عروقی، سرطان، دیابت، با بیماری های مزمن تنفسی | حاکمیت | برنامه ملی برای سکتة مغزی و بیماری های قلبی و عروقی | <ul style="list-style-type: none"> <li>توسعه و اجرای برنامه جامع پیشگیری و کنترل عوامل خطر بیماریهای غیرواگیر در راستای کاهش بروز بیماریهای قلب و عروق و سکتة قلبی و مغزی و بر اساس رویکرد سازمان جهانی بهداشت PEN</li> <li>سطح بندی و لایه بندی خدمات بهداشتی و درمانی در استانهای کشور</li> </ul> | وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی (مرکز مدیریت بیماری های غیر واگیر، مرکز توسعه شبکه بهداشت، مرکز سلامت جمعیت و خانواده، دفتر آموزش و ارتقا سلامت) | <ul style="list-style-type: none"> <li>امکان اخذ گزارشات ثبت دستوراتعمل های ملی در شبکه بهداشت و درمان تا سال ۲۰۲۵</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>تعیین وضعیت موجود مراجعات بیماران به مراکز بهداشتی و درمانی</li> <li>میزان مرگ و میر ناشی از بیماری های قلبی و عروقی منتخب قلی و سکتة مغزی و مقایسه با وضعیت مرگ و میر در سال پایه</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>بهبود منابع انسانی، منابع مالی در دسترس، موقعیت اداره در سلسله مراتب وزارت بهداشت</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>بودجه برای نیروی انسانی</li> <li>تامین مالی مورد نیاز مداخلات</li> </ul> | ۱۳۹۴-۱۳۹۵ |
|  |        | ارتقا ساختار دفتر بیماری های غیر واگیر              | <ul style="list-style-type: none"> <li>تجدید ساختار چارت سازمان اداره غیرواگیر به منظور تطبیق با وضعیت فعلی</li> <li>دستیابی به استقلال مالی در ساختار جدید</li> <li>همکاری و هم افزایی دفتر بیماریهای غیرواگیر و دبیرخانه ملی پیشگیری و کنترل بیماریهای غیرواگیر</li> </ul>                        | سایر وزارتخانه ها و سازمانهای همکار مردم  | <ul style="list-style-type: none"> <li>ساختار تقویت یافته ی دفتر بیماریهای غیرواگیر</li> <li>شکل گیری دبیرخانه ی ملی پیشگیری و کنترل بیماریهای غیرواگیر به منظور رسیدگی به الزامات سند ملی</li> </ul> |  |   |   |           |



| اهداف   | حیطه   | استراتژی ها   | فعالیت ها   | گروه های ذینفع   | نتیجه مطلوب  | شاخص های ارزشیابی   | منابع                        | دوره زمانی        |
|---|--------|---|---|--|--|---|------------------------------|-------------------|
| <p>۱ - کاهش نسبی ۲۵ درصدی خطر مرگ و میر زودرس ناشی از بیماری های قلبی - عروقی، سرطان، دیابت، یا بیماری های مزمن تنفسی</p> | حاکمیت | برنامه ملی برای سکته مغزی و بیماری های قلبی و عروقی | <ul style="list-style-type: none"> <li>توسعه و ایجاد تعهدات و استانداردهای لازم برای اجرای پیشگیری، درمان، پیگیری و توانبخشی برنامه های ملی قلبی عروقی و سکته مغزی در کلیه شبکه های مراقبت سلامت و درمانی</li> <li>تاسیس کمیته هایی در سطح ملی و استانی (دانشگاه) پیشگیری، درمان، پیگیری و توانبخشی بیماری های غیر واگیر (از جمله بیماری های قلبی و عروقی منتخب و سکته مغزی)</li> <li>برگزاری کارگاه های آموزشی برای آموزش کارکنان بهداشتی و درمان در سطوح مختلف در مورد نحوه اجرای پیشگیری، درمان، پیگیری و توانبخشی برنامه بیماری های قلبی و عروقی منتخب و سکته مغزی</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>معاونت درمان وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی (مرکز مدیریت پیوند و درمان بیماری ها (واحد بیماریهای قلب و عروق، سکته مغزی و توانبخشی معاونت درمان وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی</li> <li>معاونت توسعه و نیروی انسانی وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی</li> <li>معاونت بهداشتی و درمان وزارت بهداشت و سازمان غذا و دارو</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>تعدادات و استانداردهای لازم برای اجرای پیشگیری، درمان، پیگیری و توانبخشی برنامه های ملی قلبی عروقی و سکته مغزی در کلیه شبکه های مراقبت سلامت و درمانی بر اساس رویکرد سازمان جهانی بهداشت (PEN (تا ۲۰۲۵)</li> <li>آماده سازی دستورالعمل های مشاوره و مراقبت از خود</li> <li>ادغام خدمات مشاوره جهت انتقال سریع بیمار قلبی و سکته مغزی در سطح اول PHC (توسط بهورز / ارائه دهندگان مراقبت سلامت) به مراکز درمانی مرتبط (۲۰۲۵)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>انصال اطلاعات بیماران ارجاع شده از مراکز بهداشتی به سطوح مختلف مراکز درمانی</li> <li>درصد نیروهای آموزش دیده در سطوح مختلف بهداشتی و درمانی</li> <li>درصد مشاوران مورد نیاز (روانشناسان، تغذیه، ...)</li> <li>میزان رسیدن به اهداف کارگاه های برگزار شده در سطوح مختلف بهداشتی و درمانی</li> </ul> | - تخصیص بودجه جذب بودجه جاری | تا پایان سال ۱۴۰۴ |

| دوره زمانی | منابع | شناختن شاخص های ارزشیابی | نتیجه مطلوب   | گروه های ذینفع | فعالیت ها  | استراتژی ها           | حیطه   | اهداف  |  |
|------------|-------|--------------------------|---|----------------|--|-----------------------|--|--------|--|
|            |       |                          | <p>- کاهش نسبی خطر مرگ زودرس ناشی از بیماری های قلبی عروقی و سکته مغزی نسبت به سال پایه (کاهش نسبی ۲۵ درصدی در مرگ و میر کلی تا سال ۲۰۲۵)</p> |                | <p>فعالیت ها</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ایجاد دسترسی به داروهای ضروری و ملزومات مصرفی مورد نیاز درمانهای عمومی، تخصصی و فوق تخصصی لازم برای کنترل CHD / سکته مغزی / فشار خون بالا / عوامل خطر مرتبط با آنها</li> <li>- ادغام خدمات مشاوره جهت انتقال سریع بیمار قلبی و سکته مغزی در سطح اول PHC (توسط بهورز / ارائه دهندگان مراقبت سلامت) به مراکز درمانی مرتبط</li> <li>- کسب اطمینان از حضور مشاوران (روانشناسان، متخصص تغذیه) در پایین ترین سطح PHC</li> <li>• افزایش آگاهی عموم مردم در مورد مراکز ارائه دهنده خدمات- علائم و نشانه های بیماریهای منتخب</li> <li>- استفاده از آمبولانس</li> <li>پیش بیمارستانی</li> <li>طراحی دستورالعمل های مشاوره و مفاد آموزشی برای نحوه مراقبت از خود</li> </ul> | <p>گروه های ذینفع</p> | <p>برنامه ملی برای سکته مغزی و بیماری های قلبی و عروقی</p> | حاکمیت | <p>اهداف</p> <p>۱- کاهش نسبی ۲۵ درصدی خطر مرگ و میر زودرس ناشی از بیماری های قلبی- عروقی، سرطان، دیابت، یا بیماری های مزمن تنفسی</p> |

| اهداف  | حیطه   | استراتژی ها   | فعالیت ها  | گروه های ذینفع   | نتیجه مطلوب  | شاخص های ارزشیابی   | منابع  | دوره زمانی          |
|--|--------|---|--|--|--|---|--|---------------------|
| <p>۱ - کاهش نسبی خطر مرگ و میر زودرس ناشی از بیماری های قلبی - عروقی، سرطان، دیابت، یا بیماری های مزمن تنفسی</p> | حاکمیت | <p>ارتقای جایگاه سیاستگذاران و مدیریت برنامه ملی مدیریت سرطان</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• رایزنی با سیاستگذاران و مدیران ارشد و حمایت طلایی</li> <li>• تشکیل "کمیته ملی مدیریت سرطان" در وزارت بهداشت و زیر کمیته های آن</li> <li>• ارتقای ساختار "اداره سرطان" و تشکیل "مرکز ملی مدیریت سرطان"</li> <li>• تدوین و پیاده سازی "دوره مهارتی حرقه ای مدیریت سرطان"</li> </ul> | <p>اداره سرطان (دبیرخانه ملی مدیریت سرطان)، دفتر وزارتی، معاونت توسعه (مرکز توسعه مدیریت و تحول اداری)، مرکز ملی مهارتی حرقه ای علوم پزشکی</p> | <p>تشکیل «مرکز ملی مدیریت سرطان» در سطح ستاد وزارت و ما به ازای دانشگاهی آن، تربیت مدیران در سطح ملی و دانشگاهی بر اساس برنامه آموزشی دوره مهارتی حرقه ای مدیریت سرطان</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ابلاغ تشکیل مرکز توسعه معاونت توسعه وزارت، تربیت ۶۰ مدیر برنامه های سرطان در سطح ملی و دانشگاهی</li> </ul> | <p>بودجه برای به کارگیری نیروی انسانی کارآمد و کارشناس</p> | <p>۱۳۹۵ تا ۱۳۹۶</p> |

| دوره زمانی | منابع                           | شناختن شاخص های ارزشیابی                                 | نتیجه مطلوب                     | گروه های ذینفع  | فعالیت ها   | استراتژی ها                        | حیطه   | اهداف   |
|------------|---------------------------------|--|---------------------------------|---|---|------------------------------------|--------|---|
| ۱۳۹۳       | بودجه برای فرایند تدوین، برنامه | در دسترس بودن سند برنامه در دسترس بودن گزارش مرور برنامه | تدوین «برنامه ملی مدیریت سرطان» | اداره پیشگیری و کنترل سرطان (دبیرخانه ملی مدیریت سرطان)، وزارت بهداشت، ذینفعان خارج حوزه سلامت، کارشناسان و خبرگان ملی و بین المللی | <ul style="list-style-type: none"> <li>ارزایی موضوع در ایران و ترازایی سایر کشورها</li> <li>تعیین ذینفعان هر جزء از برنامه</li> <li>تعیین اهداف، راهبردها، فعالیت ها، شاخص های پایش و ارزشیابی و اولویت های هر جزء از برنامه</li> <li>ارائه گزارش های دوره ای عملکرد از اجرای برنامه</li> <li>مرور برنامه ملی مدیریت سرطان</li> </ul> | برخورداری از برنامه جامع ملی سرطان | حاکمیت | <p>۱ - کاهش نسبی ۲۵ درصدی خطر مرگ و میر زودرس ناشی از بیماری های قلبی - عروقی، سرطان، دیابت، یا بیماری های مزمن تنفسی</p> |



| اهداف   | حیطه                            | استراتژی ها  | فعالیت ها  | گروه های ذینفع   | نتیجه مطلوب   | شاخص های ارزشیابی  | منابع  | دوره زمانی            |                                   |
|---|---------------------------------|--|--|--|---|--|--|-----------------------|-----------------------------------|
| <p>۱ - کاهش نسبی ۲۵ درصدی و میر زودرس ناشی از بیماری های قلبی - عروقی، سرطان، دیابت، یا بیماری های مزمن تنفسی</p> | <p>پیشگیری و کاهش عوامل خطر</p> | <p>توسعه آموزش و ارتقای سلامت در زمینه پیشگیری و کنترل سرطان در سطح جامعه، محیط های کار، مدارس و شبکه بهداشتی درمانی</p> | <p>طراحی بسته های آموزشی عمومی (بروشور، پمفلت، فیلم و ...) در زمینه پیشگیری، عوامل خطر سرطان شامل شیوه زندگی (دخانیات، الکل، کم تحرکی، تغذیه سالم)، عوامل خطر محیطی (نور آفتاب و غیره)، عوامل عفونی (HPV) هلیکوباکتر، هپاتیت) و علائم هشداردهنده سرطان های شایع، عوامل خطر شفقی در سطح ملی (از جمله آزیست)</p> | <p>طرح جامع تربیت همپایان سلامت سازی سلامت های - طرح جامع توانمند سازی بهورزان - طرح جامع توانمندسازی کارشناسان واحدهای غیرواگیر در بحران های سلامتی (کووید) و محیط زیست (بلایای طبیعی)</p> <p>- برگزاری جلسات مشترک و همکاری با دیگر کمیته ها</p> | <p>دیرخانه ملی مدیریت سرطان (اداره پیشگیری و کنترل آموزش و ارتقای دفتر سلامت، دانشگاه های علوم پزشکی، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، دفتر سلامت جمعیت، خانواد و مدارس، وزارت آموزش و پرورش، مرکز مدیریت شبکه بهداشت، صدا و سیما، شهرداری ها و دهیاری ها، سازمانهای مردم نهاد، استانداری ها و فرمانداری ها، مرکز سلامت محیط و کار،</p> | <p>افزایش تعداد افراد آموزش دیده در هر طرح جامع</p> <p>افزایش تعداد افراد آموزش دیده و توانمند - پابندی بیشتر به دستورالعمل های مراقبتی - افزایش برگزاری جلسات تخصصی</p> | <p>تعداد افراد آموزش دیده در هر طرح جامع</p> <p>در دسترس بودن بسته های آموزشی، گزارش اجرا، پایش و ارزشیابی، گزارش برگزاری پوشش های ملی، پایش و ارزشیابی آنها، در دسترس بودن بسته های آموزش حین خدمت، در دسترس بودن کتاب های آموزشی مدارس</p> | <p>بودجه های جاری</p> | <p>پایان ۱۴۰۴ تا ۱۳۹۲ تا ۱۴۰۴</p> |

| اهداف   | حیطه                            | استراتژی ها  | فعالیت ها   | گروه های ذینفع | نتیجه مطلوب | شاخص های ارزشیابی | منابع | دوره زمانی |
|---|---------------------------------|--|---|----------------|-------------|-------------------|-------|------------|
| <p>۱ - کاهش نسبی ۲۵ درصدی خطر مرگ و میر زودرس ناشی از بیماری های قلبی-عروقی، سرطان، دیابت، یا بیماری های مزمن تنفسی</p> | <p>پیشگیری و کاهش عوامل خطر</p> | <p>توسعه آموزش و ارتقای سلامت در زمینه پیشگیری و کنترل سرطان در سطح جامعه، محیط های کار، مدارس و شبکه بهداشتی درمانی</p> | <p>• اجرا و ارزشیابی برنامه های افزایش آگاهی عمومی در سطح رسانه های جمعی، شبکه های اجتماعی، صدا و سیما و غیره</p> <p>• برگزاری پوشش های فصلی و ملی در زمینه پیشگیری و عوامل خطر سرطان با محوریت شیوه زندگی (دخانیات، الکل، کم تحرکی، تغذیه سالم)، عوامل خطر محیطی (دور افتاب و غیره)، عوامل عفونی (HPV، هلیکوباکتر، هیپاتیت)</p> <p>• گنجاندن بسته آموزشی پیشگیری (با تاکید بر شیوه زندگی) و تشخیص زودهنگام سه سرطان (بستان، دهانه سرخ و روده بزرگ) در زمره آموزش های حین خدمت کارکنان دولت</p> <p>• طراحی بسته های آموزشی فرد محور (بروسور، یفلمت، فیلم و ...) به ویژه در زمینه پیشگیری و عوامل خطر سه سرطان بستان، دهانه سرخ و روده بزرگ همچنین علایم هشداردهنده این سه سرطان</p> |                |             |                   |       |            |

| اهداف   | حیطه                            | استراتژی ها  | فعالیت ها   | گروه های ذینفع | نتیجه مطلوب | شاخص های ارزشیابی | منابع | دوره زمانی |
|---|---------------------------------|--|---|----------------|-------------|-------------------|-------|------------|
| <p>۱ - کاهش نسبی ۲۵ درصدی خطر مرگ و میر زودرس ناشی از بیماری های قلبی-عروقی، سرطان، دیابت، یا بیماری های مزمن تنفسی</p> | <p>پیشگیری و کاهش عوامل خطر</p> | <p>توسعه آموزش و ارتقای سلامت در زمینه پیشگیری و کنترل سرطان در سطح جامعه، محیط های کار، مدارس و شبکه بهداشتی درمانی</p> | <p>• اجرا و ارزشیابی برنامه های افزایش آگاهی در خصوص پیشگیری عمومی (با تاکید بر شیوه زندگی) و علائم هشداردهنده سرطان و راه های تشخیص زودهنگام (با تاکید بر سه سرطان پستان، دهانه رحم و روده بزرگ) در سرفصل کتاب های آموزشی مدارس</p> <p>• اجرا و ارزشیابی برنامه های افزایش آگاهی های فردی، چهره به چهره از طریق بهورزان، مراقبان سلامت و دیگر ارائه دهندگان خدمت</p> |                |             |                   |       |            |

| دوره زمانی   | منابع  | شناختن های ارزشیابی  | نتیجه مطلوب  | گروه های ذینفع   | فعالیت ها   | استراتژی ها  | حیطه                     | اهداف   |
|--------------|--|--|--|--|---|--|--------------------------|---|
| ۱۳۹۲ تا ۱۴۰۴ | نیروی انسانی مورد نیاز برای مراقبت های دوره ای | گزارش اجرا، پایش و ارزشیابی برنامه، میزان مصرف آزیست در صنایع، میزان واردات سلانه آزیست، گزارش درصد مواجهات شغلی با آزیست بر اساس معیارهای و استانداردهای جهانی، وضعیت استانداردهای جهانی و مواجهات شغلی و چگونگی ارزیابی آن، گزارش در صد آلودگی آب ها از نظر میزان آرسنیک، گزارش در صد آلودگی سوخت ها از نظر میزان آرسنیک، گزارش وضعیت میزان رادون منتشر شده در محیط های بسته ساختمان ها مطابق با استانداردهای جهانی، میزان آگاهی و مراقبت کارکنان مراکز رادیولوژی و گزارش انگلوژی، گزارش وضعیت مواجهات در بخشهای خصوصی و دولتی | مراقبت دوره ای با پوشش ۷۰ درصد در سطح محیط های کار | اداره پیشگیری و کنترل سرطان (دبیرخانه ملی مدیریت سرطان)، مرکز سلامت محیط و کار، وزارت صنعت، معدن و تجارت، وزارت نفت، سازمان انرژی اتمی ایران، دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی، معاونت حقوقی و امور مجلس، مجلس شورای اسلامی، قوه قضائیه، دانشگاه های علوم پزشکی، وزارت نیرو، سازمان حفاظت محیط زیست | <ul style="list-style-type: none"> <li>مراقبت دوره ای کارگران در تماس با آزیست</li> <li>فعالیت های مرتبط با کاهش مواجهه با آزیست در محیط های کار</li> <li>فعالیت های مرتبط با کاهش مواجهه با آرسنیک در آب</li> <li>فعالیت های مرتبط با کاهش مواجهه با آرسنیک در سوخت</li> <li>فعالیت های مرتبط با کاهش مواجهه با رادون</li> <li>تقویت فعالیت های مرتبط با حفاظت در برابر اشعه در محیط های بهداشتی درمانی</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>مداخلات فردمحور و توسعه همکاری های بین بخشی به منظور کاهش بار عوامل خطر شغلی و محیطی سرطان</li> </ul> | پیشگیری و کاهش عوامل خطر | <ul style="list-style-type: none"> <li>۱- کاهش نسبی ۲۵ درصدی خطر مرگ و میر زودرس ناشی از بیماری های قلبی-عروقی، سرطان، دیابت، یا بیماری های مزمن تنفسی</li> </ul> |



| اهداف  | حیطه                     | استراتژی ها  | فعالیت ها  | گروه های ذینفع   | نتیجه مطلوب   | شاخص های ارزشیابی  | منابع                        | دوره زمانی   |
|--|--------------------------|--|--|--|---|--|------------------------------|--------------|
| ۱ - کاهش نسبی ۲۵ درصدی خطر مرگ و میر زودرس ناشی از بیماری های قلبی - عروقی، سرطان، دیابت، یا بیماری های مزمن تنفسی | پیشگیری و کاهش عوامل خطر | مداخلات فر دمخور و توسعه همکاری های بین بخشی به منظور کاهش بار عوامل خطر عفونی سرطان | <ul style="list-style-type: none"> <li>توسعه پوشش واکسیناسیون هپاتیت B (از جمله در گروه های پرخطر مانند خانواده افراد مبتلا به هپاتیت B سالمندان، افراد دارای عقب ماندگی ذهنی، زندانیان، افراد مقیم کمپ های ترک اعتیاد و زنان تنفروش...)</li> <li>دسترسی به خدمات تشخیصی درمانی هپاتیت C</li> <li>تدوین دستورالعمل و اجرای برنامه واکسیناسیون HPV در دختران ۹ تا ۱۴ سال</li> <li>محافظت گروه های پرخطر در برابر عوامل خطر</li> </ul> | <p>اداره پیشگیری و کنترل سرطان (دبیرخانه ملی مدیریت سرطان)، دفتر مدیریت بیماری های واگیر، مرکز مدیریت شبکه، معاونت درمان، دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی، دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد، سازمان زندان ها، سازمان بهزیستی سازمانهای مردم نهاد (NGOs)</p> | پوشش ۹۰ درصدی واکسیناسیون هپاتیت C و B پوشش ۵۰ درصدی واکسیناسیون HPV            | <p>بررسی پوشش واکسیناسیون، درصد پوشش خدمات تشخیصی درمانی هپاتیت C، میزان تولید، واردات و توزیع داروهای درمان هپاتیت C گزارش وضعیت پوشش زندان ها از نظر توزیع سرنگ رایگان، گزارش بررسی شیوع هپاتیت B در زندان ها و گروه های پرخطر</p> | بودجه برای تامین واکسیناسیون | ۱۳۹۲ تا ۱۴۰۴ |
| کاهش آلودگی هوا  |                          |  | تکمیل سیاهه انتشار   | سازمان حفاظت محیط زیست، وزارت صحت، وزارت نفت، وزارت نیرو   | تهیه سیاهه انتشار در کلانشهرهای کشور جهت تعیین سهم منابع انتشار آلاینده های هوا | انتشار سیاهه انتشار  | بودجه‌ی جاری جذب بودجه       | دو ساله      |

| دوره زمانی | منابع                     | شناختن های ارزشیابی  | نتیجه مطلوب   | گروه های ذینفع   | فعالیت ها   | استراتژی ها               | حیطه                     | اهداف   |
|------------|---------------------------|--|---|--|---|---------------------------|--------------------------|---|
| سه ساله    | بودجه‌ی جاری<br>جذب بودجه | تعیین زیر دسته های منابع متحرک ایجاد آلودگی هوا<br>(PM <sub>10</sub> ، PM <sub>2.5</sub> ، Benzo a Pyrene) | شناسایی بخشی از آلاینده های هوا مربوط به منابع متحرک                      | نیروهای امنیتی (پلیس راهنمایی نیروی انتظامی)، وزارت کشور (دفتر مرکزی)، وزارت صنعت، معدن، و تجارت (دپارتمان صنعت و معدن)، وزارت راه و شهر سازی (ترمینال های حمل و نقل کشور، سازمان هواپیمایی کشوری، شرکت راه آهن جمهوری اسلامی ایران)، موسسه استاندارد و تحقیقات صنعتی ایران. | - ارزیابی و نظارت بر منابع متحرک ساخته شده توسط انسان (موتور سیکلت، اتومبیل خصوصی، ناوگان خصوصی حمل و نقل موتوری و نقل عمومی، قطار شهری و حومه، هواپیما) و بررسی تاثیر آنها به عنوان منابع بحرانی آلودگی هوا، با رویکردی نیمه انتقادی و غیر انتقادی | پیشگیری و کاهش آلودگی هوا | پیشگیری و کاهش عوامل خطر | ۱- کاهش نسبی ۲۵ درصدی خطر مرگ و میر زودرس ناشی از بیماری های قلبی-عروقی، سرطان، دیابت، یا بیماری های مزمن تنفسی |
| ۳ سال      | بودجه‌ی جاری<br>جذب بودجه | درصد بکارگیری انرژی های پاک  | بکارگیری انرژی های پاک جهت تولید انرژی، حمل و نقل، گرمایش منازل، یخت و پر | سازمان حفاظت محیط زیست، وزارت نفت، وزارت نیرو، وزارت کشور  | استفاده از انرژی های پاک  | پیشگیری و کاهش آلودگی هوا | پیشگیری و کاهش عوامل خطر | ۱- کاهش نسبی ۲۵ درصدی خطر مرگ و میر زودرس ناشی از بیماری های قلبی-عروقی، سرطان، دیابت، یا بیماری های مزمن تنفسی |
| ۱۰ سال     | بودجه‌ی جاری<br>جذب بودجه | ۵۰٪ بهره وری انرژی در وزارت بهداشت و کاهش انتشار آلاینده های هوا   | کم کردن انتشار آلاینده های هوا در وزارت بهداشت                            | وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی  | - بهره برداری از خانه های بهداشت، مراکز بهداشت و درمان، بیمارستان ها و ساختمان های سبز در تمام بخش های وزارت بهداشت از طریق افزایش بهره وری در انرژی بر اساس دستورالعمل سازمان جهانی بهداشت IPCC و  | پیشگیری و کاهش آلودگی هوا | پیشگیری و کاهش عوامل خطر | ۱- کاهش نسبی ۲۵ درصدی خطر مرگ و میر زودرس ناشی از بیماری های قلبی-عروقی، سرطان، دیابت، یا بیماری های مزمن تنفسی |

| اهداف   | حیطه                            | استراتژی ها                      | فعالیت ها  | گروه های ذینفع  | نتیجه مطلوب  | شاخص های ارزشیابی                                      | منابع   | دوره زمانی                    |               |
|---|---------------------------------|----------------------------------|--|---|--|--|---|-------------------------------|---------------|
| <p>۱ - کاهش نسبی ۲۵ درصدی خطر مرگ و میر زودرس ناشی از بیماری های قلبی - عروقی، سرطان، دیابت، یا بیماری های مزمن تنفسی</p> | <p>پیشگیری و کاهش عوامل خطر</p> | <p>پیشگیری و کاهش آلودگی هوا</p> | <p>بیماری های قلبی و عروقی</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ارائه مراقبت های اورژانس برای بیماری های قلبی و عروقی و دوره CPR برای همه گروه ها (پرسنل، کارگران، دانشجویان، سربازان، نظامیان، ...)</li> <li>- ارائه مراقبت های اورژانس برای بیماری های قلبی و عروقی و برگزاری دوره CPR برای کارکنان بهداشت</li> <li>- آموزش عمومی در خصوص CPR توسط رسانه های جمعی</li> </ul> | <p>وزارت کشور، شهرداری ها و دهیاری های سازمان حفاظت محیط زیست، وزارت صحت، وزارت نفت، وزارت نیرو</p> | <p>بکارگیری سیستم حمل و نقل عمومی پاک در کلانشهرها</p> | <p>بکارگیری سیستم حمل و نقل عمومی پاک در کلانشهرها</p> | <p>درصد بکارگیری سیستم حمل و نقل عمومی پاک در کلانشهرها</p> | <p>بودجه‌ی جاری جذب بودجه</p> | <p>۵ ساله</p> |
|   |                                 |                                  |  |   |  |  |   |                               |               |

| اهداف  | حیطه                | استراتژی ها               | فعالیت ها  | گروه های ذینفع        | نتیجه مطلوب   | شاخص های ارزشیابی  | منابع        | دوره زمانی        |
|--|---------------------|---------------------------|--|-----------------------|---|--|--------------|-------------------|
| <p>۱- کاهش نسبی ۲۵ درصدی خطر مرگ و میر زودرس ناشی از بیماری های قلبی-عروقی، سرطان، دیابت، یا بیماری های مزمن تنفسی</p> | <p>مراقبت سلامت</p> | <p>مراقبت های اورژانس</p> | <p>- فراهم کردن تجهیزات (defibrillator) برای محل کار<br/>- فراهم کردن تجهیزات CPR برای مکان های عمومی<br/>- فراهم کردن تجهیزات CPR برای تجهیزات (defibrillator) خدمات آمبولانس ها (خدمات پیش از بستری شدن)<br/>- کاهش زمان دریافت درمان به موقع از طریق مطالعه بر روی فرایند ها و تهیه دستورالعمل ها<br/>- بهبود بخش اورژانس خدمات بیمارستان ها (بستری) با تشخیص و اقدامات زودهنگام (بهبود PPCI)<br/>- بهبود بخشیدن به خدمات بخش CCU (بستری) بیمارستان ها<br/>- تقویت ثبت MI در بخش CCU بیمارستان ها</p> | <p>گروه های ذینفع</p> | <p>- جمعیت آموزش دیده ( هر سال ۱۰ درصد از گروه های هدف)<br/>- موارد ناشی از حملات قلبی و عروقی (MI) سگانه مغزی)<br/>- بیماران که پس از ترخیص داروهای ضروری را دریافت می کنند (حداقل ۹۰٪)<br/>- افزایش متوسط سن مرگ ناشی از حملات قلبی و عروقی (MI) سگانه مغزی) (۱۰٪ در هر سال)<br/>- کاهش مرگ و میر ناشی از حملات قلبی و عروقی (MI) سگانه مغزی) (حداقل ۸۰٪ کاهش مرگ و میر در ماه اول بعد از بروز حوادث قلبی و عروقی (MI) سگانه مغزی)، ۲۰٪ کاهش در هر سال)</p> | <p>- درصد آمبولانس های مجهز به defibrillator<br/>- درصد کارکنان آموزش دیده<br/>- نرخ آگاهی مردم<br/>- متوسط سن مرگ ناشی از حملات قلبی و عروقی (MI) سگانه مغزی)<br/>- درصد بیماریانی که بعد از ترخیص داروهای ضروری دریافت می کنند</p> | <p>منابع</p> | <p>دوره زمانی</p> |



| اهداف  | حیطه                | استراتژی ها   | فعالیت ها  | گروه های ذینفع  | نتیجه مطلوب   | شاخص های ارزشیابی   | منابع              | دوره زمانی               |
|--|---------------------|---|--|---|---|---|--------------------|--------------------------|
| <p>۱ - کاهش نسبی خطر مرگ و میر زودرس ناشی از بیماری های قلبی-عروقی، سرطان، دیابت، یا بیماری های مرمی تنفسی</p> | <p>مراقبت سلامت</p> | <p>خدمات بهداشتی، اورژانس پیش بیمارستانی و بیمارستانی</p> | <p>- حفظ زمان طلایی ، ارائه درمان های اولیه بیماریهای قلبی، عروقی منتخب و سگته مغزی با تعریف شرح وظایف سطوح مختلف جهت ارائه خدمات بهداشتی درمانی</p> <p>- معرفی مراکز جایگزین ارائه دهنده خدمات در شرایط بالا رفتن بار بستری بیماران کوید</p> <p>- آموزشهای اختصاصی سطوح مختلف بهداشتی درمانی جهت اجرای شرح وظایف ، حفظ زمان طلایی و درمانهای اولیه بیماریهای قلبی، عروقی منتخب و سگته مغزی</p> <p>- ارائه مراقبت های اورژانس برای بیماری های قلبی و عروقی برای کارکنان مراکز بهداشتی و درمانی</p> | <p>معاونت بهداشت وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی (مرکز مدیریت بیماری های غیر واگیر، مرکز توسعه شبکه بهداشت، مرکز سلامت جمعیت و خانواده، دفتر آموزش و ارتقا سلامت) معاونت درمان وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی (مرکز مدیریت پیوند و درمان بیماری ها (واحد بیماریهای قلب و عروق، سگته مغزی و توانبخشی معاونت درمان وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی)</p> <p>- دفتر فناوری اطلاعات وزارت بهداشت</p> | <p>مراقبت سلامت و درمانی به موقع و کاهش مرگ و میر ناشی از بیماری قلبی و عروقی (MI) (حدافاً ۸۰٪ از بیماران مراقبت به موقع دریافت می کنند، با افزایش ۲۰ درصدی در هر سال)؛</p> <p>- آمبولاس مجهز به defibrillator (هر سال ۲۰ درصد)</p> <p>- کارکنان بهداشت آموزش دیده (هر سال ۲۰ درصد)</p> <p>- جمعیت آموزش دیده (هر سال ۱۰ درصد از گروه های هدف)</p> <p>- کاهش موارد مرگ و میر و ناتوانی ناشی از حملات قلبی و عروقی (MI) سگته مغزی)</p> | <p>نرخ مرگ و میر ناشی از بیماریهای قلبی و عروقی (MI) سگته مغزی)</p> <p>- درصد بیماران قلبی و عروقی (IHD) سگته MI, CAD مغزی، که مراقبت سلامت به موقع دریافت می کنند</p> <p>- متوسط زمان دریافت خدمات به موقع به دلیل حوادث قلبی و عروقی (MI) سگته مغزی) قبل از مراجعه و در هنگام حضور در بیمارستان</p> <p>- درصد آمبولاس های مجهز به defibrillator</p> <p>- نرخ آگاهی مردم - متوسط سن مرگ ناشی از حملات قلبی و عروقی (MI) سگته مغزی)</p> | <p>تخصیص بودجه</p> | <p>تا پایان سال ۱۴۰۴</p> |

| اهداف  | حیطه                | استراتژی ها   | فعالیت ها   | گروه های ذینفع        | نتیجه مطلوب   | شاخص های ارزشیابی  | منابع        | دوره زمانی        |
|--|---------------------|---|---|-----------------------|---|--|--------------|-------------------|
| <p>۱- کاهش نسبی ۲۵ درصدی خطر مرگ و میر زودرس ناشی از بیماری های قلبی-عروقی، سرطان، دیابت، یا بیماری های مزمن تنفسی</p> | <p>مراقبت سلامت</p> | <p>خدمات بهداشتی، اورژانس پیش بیمارستانی و بیمارستانی</p> | <p>- آموزشهای اختصاصی دیسیپلین های اورژانس پیش بیمارستانی جهت اجرای شرح وظایف ، حفظ زمان طلایی دریافت درمان های اختصاصی بیماربیماری قلبی عروقی منتخب و سکته مغزی</p> <p>- فراهم کردن تجهیزات CPR (defibrillator) برای آمبولانس ها (خدمات پیش از بستری شدن)</p> <p>- فراهم کردن تجهیزات ارسال نوار قلب و اطلاعات مورد نیاز برای تریاژ بیماران سکته حاد مغزی به دیسیپلین تخصصی برای کلیه آمبولانس های پیش بیمارستانی</p> <p>- گسترش دیسیپلین تخصصی قلب و سکته مغزی در کل کشور به منظور تریاژ پیش از رسیدن به بیمارستان های منتخب و کاهش زمان شروع علائم تا رسیدن به بیمارستان</p> | <p>گروه های ذینفع</p> | <p>- افزایش مرگ و میر ناشی از حملات قلبی و عروقی (MI، سکته مغزی) (حداقل ۸۰٪ کاهش مرگ و میر در ماه اول بعد از بروز حوادث قلبی و عروقی (MI، سکته مغزی)، ۲۰٪ کاهش در هر سال)</p> | <p>شاخص های ارزشیابی</p> <p>- درصد بیماریاری که بعد از ترخیص داروهای ضروری و توانبخشی جسمی حرکتی در بیماران سکته مغزی و قلبی ربوی در بیماران قلبی عروقی دریافت می کنند</p> | <p>منابع</p> | <p>دوره زمانی</p> |

| اهداف  | حیطه            | استراتژی ها  | فعالیت ها  | گروه های ذینفع | نتیجه مطلوب | شاخص های ارزشیابی | منابع | دوره زمانی |
|--|-----------------|--|--|----------------|-------------|-------------------|-------|------------|
| ۱ - کاهش نسبی<br>۲۵ درصدی<br>خطر مرگ و میر<br>زودرس ناشی از<br>بیماری های قلبی -<br>عروقی، سرطانی،<br>دیابت، یا بیماری<br>های مزمن تنفسی | مراقبت<br>سلامت | خدمات بهداشتی،<br>اورژانس پیش<br>بیمارستانی و بیمارستانی | <ul style="list-style-type: none"> <li>- بهبود بخشیدن<br/>به خدمات بخش<br/>اورژانس بیمارستان ها<br/>با تشخیص و اقدامات<br/>زودهنگام (کاهش زمان<br/>ورود تا انجام PPCI)</li> <li>- ارتقاء کیفیت<br/>خدمات استاندارد در<br/>بخش های // SCU<br/>ICU CCU (بستری)<br/>بیمارستان ها</li> <li>- تقویت ثبت<br/>بیماریهای قلب و<br/>عروق و سگته مغزی<br/>در سیستم های<br/>ثبت الکترونیکی در<br/>بیمارستان ها</li> </ul> |                |             |                   |       |            |

| اهداف   | حیطه                | استراتژی ها                           | فعالیت ها   | گروه های ذینفع  | نتیجه مطلوب  | شاخص های ارزشیابی  | منابع                | دوره زمانی               |
|---|---------------------|---------------------------------------|---|---|--|--|----------------------|--------------------------|
| <p>۱ - کاهش نسبی ۲۵ درصدی خطر مرگ و میر زودرس ناشی از بیماری های قلبی-عروقی، سرطان، دیابت، یا بیماری های مزمن تنفسی</p> | <p>مراقبت سلامت</p> | <p>مراقبت های بازتوانی و توانبخشی</p> | <p>- تقویت و انجام برنامه توانبخشی برای بیماری های قلبی و عروقی در تمام بیمارستانهای دارای بخش CCU<br/>- تقویت و انجام برنامه توانبخشی برای بیماران سکته حاد مغزی در تمام بیمارستانهای دارای بخش SCU/ICU<br/>- انجام برنامه توانبخشی در سطح PHC<br/>- توسعه دستورالعمل CVDRP برای سطوح مختلف کارکنان و آموزش آنها (پرستاران، کارکنان بهداشت، بهورزها، ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی، داوطلبان سلامت، ...)<br/>- انجام آموزش مداوم اجباری برای پرستاران</p> | <p>- معاونت بهداشت وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی (مرکز مدیریت بیماری های غیر واگیر، مرکز توسعه شبکه بهداشت، مرکز سلامت جمعیت و خانواده، دفتر آموزش و ارتقا سلامت)<br/>- معاونت درمان وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی (مرکز مدیریت بیماری ها (واحد بیماریهای قلب و عروق، سکته مغزی و توانبخشی معاونت درمان وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی)<br/>- سازمان بیمه درمانی<br/>- زیر کمیته توانبخشی بیماری های قلبی و عروقی و سکته مغزی</p> | <p>- ادغام برنامه توانبخشی در سطح PHC (تا ۲۵٪)<br/>- ادغام برنامه توانبخشی در بیمارستان های دارای بخش CVD<br/>- تجهیز بیمارستان ها برای تقویت و یا ایجاد بخش توانبخشی (هر سال ۲۰ درصد)<br/>- بیمارستان های دارای کارکنان آموزش دیده (حداقل ۸۰٪)<br/>۲۰٪ افزایش در هر کارکنان آموزش دیده در سطوح مختلف بهداشت (بیمارستان PHC هر سال ۲۰ درصد)<br/>- مشارکت بیماران در برنامه توانبخشی (حداقل ۸۰٪/۲۰٪ افزایش در هر سال)<br/>- کاهش موارد مراجعه MI و سکته مغزی در یک ماه بعد (حداقل ۸۰٪ هر سال ۲۰ درصد)</p> | <p>- کاهش نرخ ناتوانی یا کم توانی ناشی از بیماری های قلبی و عروقی و سکته مغزی (MI CAD IHD) (...)</p> <p>- درصد بخش های توانبخشی متناسب با بخشها در بیمارستان<br/>- درصد کارکنان آموزش دیده<br/>- درصد مشارکت بیماران قلبی و عروقی در برنامه توانبخشی در سطوح مختلف شبکه بهداشت و درمان<br/>- درصد عود MI و سکته مغزی (در یک ماه بعد)<br/>- درصد بیمارستان های دارای نیروی انسانی مورد نیاز برای بخش توانبخشی</p> | <p>- تخصیص بودجه</p> | <p>تا پایان سال ۱۴۰۴</p> |

| اهداف   | حیطه                | استراتژی ها                           | فعالیت ها  | گروه های ذینفع   | نتیجه مطلوب   | شاخص های ارزشیابی  | منابع                       | دوره زمانی               |
|---|---------------------|---------------------------------------|--|--|---|--|-----------------------------|--------------------------|
| <p>۱ - کاهش نسبی ۲۵ درصدی و میر زودرس ناشی از بیماری های قلبی - عروقی، سرطان، دیابت، یا بیماری های مرمن تنفسی</p> | <p>مراقبت سلامت</p> | <p>مراقبت های بازتوانی و توانبخشی</p> | <p>- اقدام CVDRP در PHC<br/>- اطمینان از کارکنان CVDRP (متخصص پزشکی، توانبخشی، پرستاران، متخصصان تغذیه / کارشناس تغذیه، روانشناس، مربیان تربیت بدنی)<br/>- برنامه ریزی اقدام پرونده های بستری و سرپایی بیمارستانی و ثبت اطلاعات بهداشتی بیماران در سیستم پرونده الکترونیک (سیاس)</p> | <p>وزارت بهداشت سازمانهای مردم نهاد خیرین آحاد جامعه</p> | <p>- کمک انجمن های خیریه برای تجهیز بیمارستان ها به CVDR (حداقل ۲۰٪)</p>      | <p>- درصد بیمارستانی تجهیز شده توسط جامعه مشارکت</p>                 | <p>بودجه جاری جذب بودجه</p> | <p>تا پایان سال ۱۴۰۴</p> |
|   |                     |                                       | <p>پیاده سازی طرح تلفیق دارویی توسط داروسازان بالینی/بیمارستانی و بررسی عوامل خطر ساز دارویی در پرونده بیمار</p>   | <p>وزارت بهداشت (سازمان غذا و دارو)</p>                  | <p>اجرای طرح تلفیق دارویی توسط داروسازان بالینی/بیمارستانی بصورت صد در صد</p> | <p>در صد بیمارستانهایی که طرح تلفیق دارویی در آنها اجرا شده است.</p> | <p>بودجه جاری جذب بودجه</p> | <p>یکساله</p>            |
|   |                     | <p>آموزش و ترویج بهداشت</p>           | <p>آموزش و ترویج بهداشت</p>  |  |   |  |                             |                          |



| دوره زمانی   | منابع  | شناختن های ارزشیابی  | نتیجه مطلوب   | گروه های ذینفع   | فعالیت ها  | استراتژی ها   | حیطه              | اهداف  |
|--------------|--|--|---|--|--|---|-------------------|--|
| ۱۳۹۲ تا ۱۴۰۴ | بودجه های جاری شبکه بهداشتی، بودجه های اختصاصی برای انجام تست FTI و HPV و تجهیزات مصرفی آنها به ویژه برای روستاها و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر<br>منابع جاری | پوشش برنامه<br>تعداد موارد ضایعات پیش بچشم شناسایی شده<br>تعداد موارد سرطان شناسایی شده<br>هر دستورالعمل و مستندات پشتیبان<br>گایدلاین، متن هر دستورالعمل و گایدلاین، گزارش اجرای برنامه، اثربخشی اجرای برنامه در مدیریت مصرف داروهای ضد سرطان | پوشش پنجاه درصد جمعیت تحت پوشش برای دست کم دور نخست اجرای برنامه تدوین و پیاده سازی گایدلاین ۲۰ داروی پرهزینه موجود در فهرست دارویی ایران | اداره پیشگیری و کنترل سرطان (دبیرخانه ملی مدیریت سرطان)، انجمن های علمی، بوردهای تخصصی، مراکز تحقیقاتی، مرکز گان، مرکز مدیریت شبکه بهداشت، دفتر آموزش و ارتقای سلامت، مرکز ملی مهارتی حرقه ای علوم پزشکی، دانشگاه های علوم پزشکی، اداره پیشگیری و کنترل سرطان (دبیرخانه ملی مدیریت سرطان)، معاونت درمان (دفتر استاندارد و تعرفه)، سازمان غذا و دارو، سازمان های بیمه گر، دبیرخانه شورای عالی بیمه، بوردها و انجمن های علمی مرتبط | • تدوین برنامه، دستورالعمل و راهنمای بالینی تشخیص زودهنگام سرطان های پستان، دهانه رحم و روده بزرگ<br>• تدوین بسته های آموزش عمومی در زمینه پیشگیری و تشخیص زودهنگام سرطان<br>• تدوین برنامه آموزشی "دوره مهارتی حرقه ای پیشگیری و تشخیص زودهنگام سرطان" برای بهورز/مراقب سلامت، ماما و پزشک شبکه بهداشتی<br>• تدوین برنامه آموزشی "دوره مهارتی حرقه ای تصویربرداری پستان" برای متخصصان رادیولوژی<br>• تدوین برنامه آموزشی "دوره مهارتی حرقه ای کولپوسکوپی" برای متخصصان زنان | تشخیص زودهنگام سرطان های پستان، دهانه رحم و روده بزرگ<br>مدیریت تجویز خدمات تشخیص و درمان سرطان | حیطه مراقبت سلامت | ۱ - کاهش نسبی ۲۵ درصدی خطر مرگ و میر زودرس ناشی از بیماری های قلبی-عروقی، سرطان، دیابت، یا بیماری های مزمن تنفسی |

| اهداف  | حیطه                | استراتژی ها   | فعالیت ها   | گروه های ذینفع | نتیجه مطلوب | شاخص های ارزشیابی | منابع | دوره زمانی |
|--|---------------------|---|---|----------------|-------------|-------------------|-------|------------|
| <p>۱ - کاهش نسبی خطر مرگ و میر زودرس ناشی از بیماری های قلبی-عروقی، سرطان، دیابت، یا بیماری های مزمن تنفسی</p> | <p>مراقبت سلامت</p> | <p>تشخیص زودهنگام سرطان های پستان، دهانه رحم و روده بزرگ<br/>مدیریت تجویز خدمات تشخیص و درمان سرطان</p> | <p>• تدوین برنامه آموزشی "دوره مهارتی" حرقه ای کولونوسکوپی" برای متخصصان گوارش<br/>• آموزش و توانمندسازی نیروی انسانی ارائه دهنده خدمات تشخیص زودهنگام سرطان<br/>• اجرای آزمایشی برنامه تشخیص زودهنگام سرطان<br/>• توسعه برنامه تشخیص زودهنگام سرطان در سطح نظام شبکه بهداشت و درمان<br/>• انتخاب سرطان ها، خدمات تشخیصی درمانی و داروهای اولویت دار (شامل ۱۰ سرطان شایع بزرگسالان، ۵ سرطان شایع کودکان، ۲۰ داروی پرهزینه موجود در فهرست دارویی ایران و داروهای تک نسخه ای خارج از فهرست)</p> |                |             |                   |       |            |

| اهداف  | حیطه                | استراتژی ها  | فعالیت ها  | گروه های ذینفع  | نتیجه مطلوب  | شناختن خاص های ارزشیابی  | منابع                                     | دوره زمانی          |
|--|---------------------|--|--|---|--|--|---|---------------------|
| <p>۱- کاهش نسبی ۲۵ درصدی خطر مرگ و میر زودرس ناشی از بیماری های قلبی-عروقی، سرطان، دیابت، یا بیماری های مزمن تنفسی</p> | <p>مراقبت سلامت</p> | <p>تشخیص زودهنگام سرطان های پستان، دهانه رحم و روده بزرگ</p> <p>مدیریت تجویز خدمات تشخیص و درمان سرطان</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• مطالعات اثربخشی و هزینه اثربخشی داروها و خدمات</li> <li>• تدوین پروتکلها و کسب نظر خبرگان</li> <li>• تدوین دستورالعمل و فرم تجویز</li> <li>• اجرای آزمایشی یکی از گایدلاین ها</li> <li>• اجرای نهایی گایدلاین ها</li> <li>• نظارت بر حسن اجرای گایدلاین ها</li> </ul> | <p>اداره پیگیری و کنترل سرطان (دبیرخانه ملی مدیریت سرطان)، سازمان غذا و دارو، بوردها و انجمن های علمی مرتبط، مرکز ملی مهارتی حرفه ای علوم پزشکی، سازمان انرژی اتمی ایران، معاونت درمان (دفتر استاندارد و تعرفه)</p> | <p>پیاده سازی دستورالعمل ها در مراکز سرطان، اجرای برنامه های آموزشی مهارتی حرفه ای</p> | <p>در دسترس بودن دستورات عمل، مستندات ابلاغ و گزارش پایش دوره ای برنامه، گزارش ممیزی و تضمین کیفی رادیوتراپی</p> | <p>منابع اختصاصی برای تدوین برنامه ها</p> | <p>۱۳۹۵ تا ۱۴۰۴</p> |

| اهداف   | حیطه                | استراتژی ها                                    | فعالیت ها   | گروه های ذینفع | نتیجه مطلوب | شاخص های ارزشیابی | منابع | دوره زمانی |  |
|---|---------------------|--|---|----------------|-------------|-------------------|-------|------------|--|
| <p>۱ - کاهش نسبی ۲۵ درصدی خطر مرگ و میر زودرس ناشی از بیماری های قلبی - عروقی، سرطان، دیابت، یا بیماری های مزمن تنفسی</p> | <p>مراقبت سلامت</p> | <p>استانداردسازی خدمات تشخیص و درمان سرطان</p> | <p>• تدوین و پیاده سازی دستورالعمل مدیریت خدمات پارتنیکل تراپی</p> <p>• تدوین و پیاده سازی "دوره مهارتی حرقه" ای فیزیک رادیوتراپی ویژه دانش آموخته فیزیک پزشکی</p> <p>• تدوین و پیاده سازی "دوره مهارتی حرقه ای ممیزی و تضمین کیفی رادیوتراپی"</p> <p>ویژه متخصص رادیولوژی (رادیوتراپی)، دانش کارشناس رادیوتراپی</p> <p>• تدوین و پیاده سازی "دوره مهارتی حرقه ای مراقبت سرطان (شیمی درمانی و رادیوتراپی)" ویژه پرستاران</p> <p>• تدوین و پیاده سازی "دوره مهارتی حرقه ای شیمی درمانی" ویژه داروسازان</p> <p>• تدوین و پیاده سازی "دوره مهارتی حرقه ای ممیزی و تضمین کیفی پزشکی هسته ای" ویژه متخصص پزشکی هسته ای و دانش آموخته فیزیک پزشکی</p> |                |             |                   |       |            |  |

| اهداف  | حیطه                | استراتژی ها                                   | فعالیت ها  | گروه های ذینفع   | نتیجه مطلوب   | شناختن های ارزشیابی  | منابع   | دوره زمانی          |
|--|---------------------|---|--|--|---|--|---|---------------------|
| <p>۱- کاهش نسبی ۲۵ درصدی خطر مرگ و میر زودرس ناشی از بیماری های قلبی-عروقی، سرطان، دیابت، یا بیماری های مزمن تنفسی</p> | <p>مراقبت سلامت</p> | <p>توسعه مراقبت های حمایتی و تسکینی سرطان</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• تدوین و پیاده سازی دستورالعمل مدیریت مراقبت های حمایتی و تسکینی شامل خدمات سرپایی و مراقبت در خانه</li> <li>• تدوین و پیاده سازی "دوره مهارتی، حرقه ای مراقبت های حمایتی و تسکینی سرطان" ویژه پرستاران و پزشکان عمومی</li> <li>• تدوین و پیاده سازی "دوره مهارتی حرقه ای مراقبت های تغذیه ای سرطان" ویژه دانش آموزان تغذیه</li> <li>• تدوین و پیاده سازی "دوره مهارتی حرقه ای مراقبت های روان شناسی سرطان" ویژه دانش آموزان روان شناسی</li> <li>• اجرای آزمایشی برنامه مراقبت های حمایتی و تسکینی سرطان</li> <li>• توسعه برنامه مراقبت های حمایتی و تسکینی سرطان در سطح نظام شبکه بهداشت و درمان</li> </ul> | <p>اداره پیشگیری و کنترل سرطان (دبیرخانه ملی مدیریت سرطان)، معاونت پرستاری، بوردها و انجمن های علمی مرتبط، مرکز ملی مهارتی حرقه ای علوم پزشکی، معاونت درمان (دفتر استاندارد و تعرفه)</p> | <p>اجرای برنامه در پنجاه درصد مراکز سرطان، اجرای برنامه های آموزشی مهارتی حرقه ای</p> | <p>در دسترس بودن دستورالعمل، مستندات ابلاغ و گزارش پایش دوره ای برنامه</p> | <p>منابع اختصاصی برای تدوین برنامه، منابع اختصاصی برای اجرای برنامه</p> | <p>۱۳۹۶ تا ۱۴۰۴</p> |



| اهداف   | حیطه                         | استراتژی ها  | فعالیت ها  | گروه های ذینفع   | نتیجه مطلوب   | شاخص های ارزشیابی  | منابع   | دوره زمانی          |
|---|------------------------------|--|--|--|---|--|---|---------------------|
| <p>۱ - کاهش نسبی ۲۵ درصدی خطر مرگ و میر زودرس ناشی از بیماری های قلبی - عروقی، سرطان، دیابت، یا بیماری های مزمن تنفسی</p> | <p>نظارت، پایش و ارزیابی</p> | <p>تشخیص زودهنگام سرطان های پستان، دهانه رحم و روده بزرگ</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• تدوین برنامه، دستورالعمل و راهنمای بالینی تشخیص زودهنگام سرطان های پستان، دهانه رحم و روده بزرگ</li> <li>• تدوین بسته های آموزش عمومی در زمینه پیشگیری و تشخیص زودهنگام سرطان</li> <li>• تدوین برنامه آموزشی "دوره مهارتی حرقه ای پیشگیری و تشخیص زودهنگام سرطان" برای بهورز/مراقب سلامت، ماما و پزشک شبکه بهداشتی</li> <li>• تدوین برنامه آموزشی "دوره مهارتی حرقه ای تصویربرداری پستان" برای متخصصان رادیولوژی</li> <li>• تدوین برنامه آموزشی "دوره مهارتی حرقه ای کولپوسکوپی" برای متخصصان زنان</li> </ul> | <p>اداره پیشگیری و کنترل سرطان (دبیرخانه ملی مدیریت سرطان)، انجمن های علمی، بوردهای تخصصی، مراکز تحقیقاتی، جبرگان، مرکز مدیریت شبکه بهداشت، دفتر آموزش و ارتقای سلامت، مرکز ملی مهارتی حرقه ای علوم پزشکی، دانشگاه های علوم پزشکی،</p> | <p>پوشش پنجاه درصد جمعیت تحت پوشش برای دست کم دور نخست اجرای برنامه</p> | <p>پوشش برنامه تعداد موارد ضایعات پیش بچیم شناسایی شده<br/>تعداد موارد سرطان شناسایی شده</p> | <p>بودجه های جاری شبکه بهداشتی، بودجه های اختصاصی برای انجام تست FIT و HPV و تجهیزات مصرفی آنها به ویژه برای روستاها و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر</p> | <p>۱۳۹۲ تا ۱۴۰۴</p> |

| اهداف   | حیطه                         | استراتژی ها  | فعالیت ها  | گروه های ذینفع | نتیجه مطلوب | شناختن شاخص های ارزشیابی | منابع | دوره زمانی |
|---|------------------------------|--|--|----------------|-------------|--------------------------|-------|------------|
| <p>۱ - کاهش نسبی ۲۵ درصدی خطر مرگ و میر زودرس ناشی از بیماری های قلبی - عروقی، سرطان، دیابت، یا بیماری های مزمن تنفسی</p> | <p>نظارت، پایش و ارزیابی</p> | <p>تشخیص زودهنگام سرطان های پستان، دهانه رحم و روده بزرگ</p> | <p>• تدوین برنامه آموزشی "دوره مهارتی" حرقه ای کولوتوسکوپی" برای متخصصان گوارش و آموزش و توانمندسازی نیروی انسانی ارائه دهنده خدمات تشخیص زودهنگام سرطان<br/>                     • اجرای آزمایشی برنامه تشخیص زودهنگام سرطان<br/>                     • توسعه برنامه تشخیص زودهنگام سرطان در سطح نظام شبکه بهداشت و درمان</p> |                |             |                          |       |            |

| اهداف  | حیطه                         | استراتژی ها                            | فعالیت ها   | گروه های ذینفع  | نتیجه مطلوب  | شاخص های ارزشیابی   | منابع   | دوره زمانی               |
|--|------------------------------|--|---|---|--|---|---|--------------------------|
| <p>۱ - کاهش نسبی خطر مرگ و میر زودرس ناشی از بیماری های قلبی-عروقی، سرطان، دیابت، یا بیماری های مزمن تنفسی</p> | <p>نظارت، پایش و ارزیابی</p> | <p>ثبت اطلاعات و مرگ و میر بیماران</p> | <p>- تقویت ثبت صحیح بیماریهای قلب و عروق و سکنه مغزی در سیستم های ثبت الکترونیک بهداشتی</p> <p>- تقویت ثبت صحیح بیماریهای قلب و عروق و سکنه مغزی در سیستم های ثبت الکترونیک در بیمارستان ها</p> <p>- برنامه ریزی ادغام پرونده های بستری و سرپایی بیمارستانی و ثبت اطلاعات بهداشتی بیماران در سیستم پرونده الکترونیک (سپاس)</p> <p>- برنامه ریزی امکان گزاشگری فعال از اطلاعات ثبت مرگ جهت پیگیری بیماران</p> <p>- گسترش سیستم نظارت NCDRF ها به سیستم ثبت مرگ و میر بیماری های غیر واگیر</p> <p>- آموزش پزشکان برای ثبت دقیق مرگ و میر بر اساس دستورالعمل ثبت مرگ و میر (دوره آموزش اجباری)</p> | <p>معاونت بهداشت وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی (مرکز مدیریت پیوند و درمان بیماری ها (واحد بیماریهای قلب و عروق، سکنه مغزی و توانبخشی معاونت درمان وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی)</p> <p>وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی (مرکز مدیریت پیوند و درمان بیماری ها (واحد بیماریهای قلب و عروق، سکنه مغزی و توانبخشی معاونت درمان وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی)</p> | <p>- ثبت به موقع، دقیق و صحیح (حداقل ۹۰ درصد از داده ها) در سیستم های بهداشتی و درمانی سرپایی و بستری</p> <p>- رجیستری مرگ و میر بیماری های غیر واگیر بصورت فعال (۱۰۰٪)</p> <p>- پزشکان آموزش دیده (حداقل ۵۰٪) در هر سال</p> | <p>- کیفیت سیستم ثبت در پرونده های بهداشتی (درصد ثبت نام به موقع و درصد داده های ثبت شده معتبر و صحیح)</p> <p>- کیفیت سیستم ثبت در پرونده های بیماران بستری و خدمات سرپایی در بیمارستانها (درصد داده های ثبت شده معتبر و صحیح)</p> <p>- کیفیت سیستم ثبت مرگ و میر (درصد ثبت نام به موقع و درصد داده های ثبت شده معتبر و صحیح)</p> | <p>- سیستم الکترونیکی فرم ثبت HIS در بیمارستان ها</p> | <p>تا پایان سال ۱۴۰۴</p> |

| دوره زمانی      | منابع   | شناختن شاخص های ارزشیابی               | نتیجه مطلوب  | گروه های ذینفع  | فعالیت ها   | استراتژی ها  | حیطه                  | اهداف  |
|-----------------|---|--|--|---|---|--|-----------------------|--|
| دو ساله         |   |  | برای پیاده سازی و ارزیابی یک سیستم نظارت مناسب بیماری های منتقله از راه هوای جهت شناسایی و ارزیابی تاثیر آلودگی هوا بر سلامت   | وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی   | ایجاد یک سیستم شناسایی، نظارت، پایش و گزارش مرگ و میر مرتبط با استنشاق هوا (بیماری منتقله از راه هوا) در کشور   | ثبت مرگ و میر ثبت بیماری های مزمن تنفسی و بیماری های قلبی عروقی  |                       |  |
| دو ساله         |   |  | رسیدن به پروفایل ملی آلودگی هوا از طریق کاهش میزان قرار گرفتن در معرض خطر  | وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی   | ایجاد ایستگاه نظارت و ارزیابی برای آلاینده های هوا هدف Benzene, PM <sub>10</sub> , ۲,۵ Pyrene (, Benzo a Pyrene) ، حداقل ۴۳ شهرستان با بیش از ۳۰۰ هزار نفر جمعیت  | سنجش و نظارت میزان PM <sub>۲,۵</sub> و PM <sub>۱۰</sub> در شهرستانها کلان شهرها <sup>۱</sup> Benzene & - Benzene a Pyrene <sup>۲</sup> |                       |  |
| تا ۱۳۹۲<br>۱۴۰۴ | بودجه اختصاصی برای تامین هزینه های مرتبط با جمع آوری اطلاعات، آموزش نیروی انسانی و توسعه مستمر سامانه | گزارش های ثبت سرطان، شاخص های MV و DCO | انتشار گزارش های منظم سایانه در سطح ملی و بین المللی، کاهش فاصله ثبت تا انتشار به دو سال، افزایش درصد گزارش های پاتولوژی (MV) به بالای ۸۰ درصد، کاهش گزارش های پاتویی به زیر ۱۰ درصد، کاهش گزارش های مرگ (DCO) به زیر ۵ درصد، برخورداری از اطلاعات مرگ و میر و بقا، معرفی ایران به عنوان کشور با کیفیت بالای ثبت سرطان در سطح بین المللی | اداره پیشگیری و کنترل سرطان (دبیرخانه ملی مدیریت سرطان)، مرکز مدیریت آمار و فن آوری اطلاعات، سازمان های بیمه گر، دبیرخانه شورای عالی بیمه، معاونت درمان، معاونت تحقیقات و فن آوری، مرکز مدیریت شبکه بهداشت، سازمان ثبت احوال، دانشگاه های علوم پزشکی، انجمن های علمی مرتبط به ویژه انجمن علمی پاتولوژی ایران، | • هماهنگی در سیاستگذاری از راه تدوین تفاهم نامه میان معاونت های بهداشت، درمان و تحقیقات و فن آوری<br>• تدوین دستورالعمل برنامه ملی مدیریت اطلاعات ثبت سرطان<br>• توسعه سامانه یکپارچه مدیریت اطلاعات سرطان (سیمای سرطان) در جنبه های مختلف ثبت اطلاعات پایه و اساسی و مراقبت ها | توسعه و ارتقای مدیریت نظام اطلاعاتی و ثبت سرطان  | نظارت، پایش و ارزیابی | ۱ - کاهش نسبی ۲۵ درصدی خطر مرگ و میر زودرس ناشی از بیماری های قلبی-عروقی، سرطان، دیابت، یا بیماری های مزمن تنفسی |

| اهداف  | حیطه                         | استراتژی ها  | فعالیت ها  | گروه های ذینفع  | نتیجه مطلوب | شاخص های ارزشیابی | منابع | دوره زمانی |  |
|--|------------------------------|--|--|---|-------------|-------------------|-------|------------|--|
| <p>۱ - کاهش نسبی خطر مرگ و میر زودرس ناشی از بیماری های قلبی-عروقی، سرطان، دیابت، یا بیماری های مزمن تنفسی</p> | <p>نظارت، پایش و ارزیابی</p> | <p>توسعه و ارتقای مدیریت نظام اطلاعاتی و ثبت سرطان</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• تدوین و پیاده سازی " دوره مهارتی حرفه ای مدیریت اطلاعات و ثبت سرطان"</li> <li>• آموزش و توانمندسازی نیروی انسانی به عنوان کارشناس آموزش دیده ثبت سرطان</li> <li>• پیاده سازی نظام ثبت سرطان جمعیتی (PBCR) به منظور جمع آوری اطلاعات پایه (Basic Information)</li> <li>• ثبت مراقبت ها از جمله در سطح نظام شبکه برای برنامه های تشخیص زودهنگام سرطان همچنین خدمات شیمی درمانی و رادیوتراپی در قالب Hospital Based Cancer Registry</li> <li>• فراهم آوری زمینه سازاندهی به اطلاعات مورد نیاز برای کمک های حمایتی به بیماران مبتلا به سرطان</li> </ul> | <p>آزمایشگاه مرجع سلامت، مرکز ملی مهارتی حرفه ای علوم پزشکی</p> |             |                   |       |            |  |



| اهداف   | حیطه                         | استراتژی ها                               | فعالیت ها   | گروه های ذینفع  | نتیجه مطلوب  | شناختن های ارزشیابی  | منابع  | دوره زمانی          |
|---|------------------------------|---|---|---|--|--|--|---------------------|
| <p>۱ - کاهش نسبی ۲۵ درصدی خطر مرگ و میر زودرس ناشی از بیماری های قلبی - عروقی، سرطان، دیابت، یا بیماری های مزمن تنفسی</p> | <p>نظارت، پایش و ارزیابی</p> | <p>توسعه پژوهش های کاربردی حوزه سرطان</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>انتشار گزارش های جمعیتی برنامه ملی ثبت سرطان در قالب کتاب یا داشبوردهای اطلاعاتی</li> <li>تدوین و پیاده سازی دستورالعمل استفاده از داده های ثبت سرطان</li> </ul> | <p>اداره پیشگیری و کنترل سرطان (دبیرخانه ملی مدیریت سرطان)، معاونت تحقیقات و فن آوری، مراکز تحقیقاتی و شبکه ملی تحقیقات سرطان، معاونت درمان، مرکز مدیریت آمار و فن آوری اطلاعات، سازمان های مردم نهاد و خصوصی، بوردها و انجمن های علمی مرتبط، معاونت توسعه و معاونت آموزش</p> | <p>انجام و انتشار نتایج مطالعات کاربردی در زمینه علت پایی سرطان در مناطق مختلف، هزینه ها، زیرساخت ها و دسترسی به امکانات، عضویت در سازمان بین المللی تحقیقات سرطان</p> | <p>لیست اولویت های تحقیقاتی، حوزه سرطان، تعداد گزارش ها و مقالات منتشر شده در زمینه های گفته شده، میزان حمایت مالی انجام شده از طرح های کاربردی حوزه سرطان توسط ارائه دهندگان اصلی گرنت های تحقیقاتی ملی (دولتی، خیریه و خصوصی) و بین المللی</p> | <p>منابع اختصاصی برای انجام مطالعات کاربردی و نیازسنجی</p> | <p>۱۳۹۲ تا ۱۴۰۴</p> |

| اهداف  | حیطه                         | استراتژی ها                               | فعالیت ها   | گروه های ذینفع | نتیجه مطلوب | شاخص های ارزشیابی | منابع | دوره زمانی |
|--|------------------------------|---|---|----------------|-------------|-------------------|-------|------------|
| <p>۱ - کاهش نسبی خطر مرگ و میر زودرس ناشی از بیماری های قلبی - عروقی، سرطان، دیابت، یا بیماری های مزمن تنفسی</p> | <p>نظارت، پایش و ارزیابی</p> | <p>توسعه پژوهش های کاربردی حوزه سرطان</p> | <p>• تسهیل و تشویق ایجاد یونایتک های سرطان در بخش های دولتی و خصوصی</p> <p>• تسهیل دسترسی محققان به بانک های اطلاعاتی سرطان یا بانک های اطلاعاتی مرتبط از جمله تیمپس یا (مانند STEPS) یا کوهورت ها با رعایت اصول اخلاق در پژوهش</p> <p>• توسعه همکاری های بین المللی به منظور مشارکت در طرح های مهم و جذب گرنت و عضویت در سازمان های مهم از جمله سازمان بین المللی تحقیقات سرطان (IARC)</p> |                |             |                   |       |            |

| اهداف                                   | حیطه   | استراتژی ها  | فعالیت ها  | گروه های ذینفع  | نتیجه مطلوب  | شناختن های ارزشیابی   | منابع                     | دوره زمانی    |
|---|--------|--|--|---|--|---|---------------------------|---------------|
| ۲- حداقل ۱۰ درصد کاهش نسبی در مصرف الکل | حاکمیت | جلب حمایت سطوح مدیریت و شوراهای عالی مرتبط در زمینه تدوین و اجرای برنامه و سند سیاست ملی و جامع پیشگیری، درمان و کاهش مسمومیت و توانبخشی مبتلایان به مصرف الکل | <ul style="list-style-type: none"> <li>• طراحی و ارائه پیشنهاداتی به ستاد مبارزه با مواد مخدر کشور و اخذ مصوبات و پشتیبانی و همراهی در جهت توسعه برنامه های پیشگیری محور</li> <li>• مذاکره و هماهنگی با سازمان زندانها و امور تأمین تربیتی در جهت توسعه فرصت های پیشگیری و درمان موثر افراد پرخطر</li> <li>• هماهنگی و همکاری با شورای عالی اجتماعی در جهت تقویت برنامه های پیشگیری از مصرف الکل</li> <li>• راه اندازی کمیته ملی / دانشگاهی پیشگیری از الکل</li> <li>• طرح مباحث پیشگیری از الکل در شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی</li> <li>• وزارت کشور</li> <li>• وزارت علوم و تحقیقات</li> <li>• وزارت آموزش و پرورش</li> <li>• وزارت رفاه / سازمان بهزیستی</li> <li>• سازمان زندانها و اقدامات تأمینی و تربیتی</li> <li>• مراکز آموزش عالی نیروی انتظامی</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• سازماندهی موثر در جهت کشفیات محموله های الکل</li> <li>• تأمین دسترسی به خدمات درمان الکل</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• تدوین دستورالعمل های درمانی در سطح حاکمیت</li> <li>• تعداد مراکز درمان ادغام خدمات درمان الکل در مراکز درمان سرپایی اختلالات مصرف مواد با داروهای آگونیست</li> </ul> | بودجه‌ی جاری<br>جذب بودجه | ۱۳۹۶-<br>۱۴۰۴ |

| اهداف                                   | حیطه   | استراتژی ها  | فعالیت ها  | گروه های ذینفع   | نتیجه مطلوب   | شاخص های ارزشیابی   | منابع | دوره زمانی |
|---|--------|--|--|--|---|---|-------|------------|
| ۲- حداقل ۱۰ درصد کاهش نسبی در مصرف الکل | حاکمیت | تلاش به منظور تدوین و تصویب لوایح قانونی مورد نیاز | <ul style="list-style-type: none"> <li>• بررسی قوانین موجود و روند اجرا و اثربخشی آنها در پیشگیری از مصرف الکل</li> <li>• تهیه و پیشنهاد لوایح الحاقی به قوانین موجود و پیگیری تصویب آن</li> <li>• ایجاد حمایت قانونی از مبتلایانی که وارد فرآیند درمان می شوند.</li> <li>• جلب حمایت بیمه ای در بیماریابی، درمان و مراقبت مسمومیت با الکل در مراکز درمان دولتی و خصوصی</li> <li>• بستر سازی اجرایی و عملیاتی قوانین در سطوح مدیریتی و اجرایی</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی</li> <li>• ستاد مبارزه با مواد مخدر</li> <li>• وزارت کشور</li> <li>• سازمان بیمه سلامت</li> </ul> | افزایش تعهد ملی در قبال روند اجرا و اثربخشی برنامه ها در پیشگیری و درمان الکل | <ul style="list-style-type: none"> <li>• تعداد مصوبات و موارد ابلاغی</li> <li>• تعداد تصمیمات اخذ شده و اجرا شده</li> </ul> |       | ۱۳۹۶-۱۳۹۷  |

| اهداف  | حیطه                            | استراتژی ها  | فعالیت ها  | گروه های ذینفع   | نتیجه مطلوب  | شاخص های ارزشیابی   | منابع                         | دوره زمانی   |
|--|---------------------------------|--|--|--|--|---|-------------------------------|--|
| <p>۲- حداقل ۱۰ درصد کاهش نسبی در مصرف الکل</p> | <p>پیشگیری و کاهش عوامل خطر</p> | <p>۱. آموزش و اطلاع رسانی همگانی در زمینه مصرف الکل و عوارض ناشی از آن ( کاهش بنفای)</p> | <p>• طراحی و اجرای برنامه های آموزشی در مراکز آموزشی - نظامی</p> <p>• طراحی و اجرای برنامه های آموزشی در مراکز آموزشی در محیط های کاری و کارمندی</p> <p>• طراحی و اجرای مداخلات آموزشی در محیط های عمومی</p> | <p>• وزارت بهداشت، وزارت رفاه / سازمان بهزیستی</p> <p>• وزارت آموزش و پرورش</p> <p>• وزارت علوم و تحقیقات</p> <p>• وزارت کشور</p> <p>• صدا و سیما</p> <p>• مرکز مدیریت حوزه علمیه</p> <p>• ستاد فرماندهی کل قوا</p> <p>شهر دارپناه</p> | <p>• هم گرایی سازمانهای ذیربط در حوزه آموزش</p> <p>• جلوگیری از عوارض جسمانی و روانی ناشی از مصرف الکل</p> | <p>• در دسترس بودن بسته های آموزشی</p> <p>• وجود برنامه ملی آموزش</p> | <p>بودجه ی جاری جذب بودجه</p> | <p>۱۳۹۷-۱۴۰۴</p>   |
|  |                                 |  |  |  |  |   |                               | <p>۲. آموزش مهارت های زندگی در راستای توانمند سازی برای خودمراقبتی در برابر مصرف الکل ( افزایش تاب آوری)</p> |



| اهداف  | حیطه                            | استراتژی ها   | فعالیت ها  | گروه های ذینفع   | نتیجه مطلوب   | شاخص های ارزشیابی   | منابع  | دوره زمانی       |
|--|---------------------------------|---|--|--|---|---|--|------------------|
| <p>۲- حداقل ۱۰ درصد کاهش نسبی در مصرف الکل</p> | <p>پیشگیری و کاهش عوامل خطر</p> | <p>۳. تشدید پیشگیری و کنترل عرضه الکل (کاهش دسترسی)</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• طراحی طرح تقویت / برنامه ریزی منسجم برای رصد / نظارت فعال بر امر تولید غیر قانونی الکل در کشور</li> <li>• تدوین برنامه رصد و کنترل موثر فاجاق الکل از مبادی رسمی و غیر رسمی کشور</li> <li>• برنامه ریزی جهت تجویز استاندارد و ایمن الکل توسط پزشکان</li> <li>• تدوین برنامه نظارت موثر بر داروخانه ها در راستای عدم فروش الکل برای افراد زیر ۱۸ سال و در معرض دید نگذاشتن آن در داروخانه</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ستاد مبارزه با مواد مخدر</li> <li>• فرماندهی نیروی انتظامی</li> <li>• وزارت کشور</li> <li>• وزارت بهداشت</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• توافقنامه همکاری مشترک بین وزارت بهداشت و ذینفعان</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• افزایش میزان کشفیات</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• بودجه‌ی جاری جذب بودجه</li> </ul> | <p>۱۳۹۸-۱۴۰۰</p> |
|  |                                 |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• طراحی و تدوین بسته پیشگیری اولیه از الکل در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه</li> <li>• استانداردسازی پرستارهای ASIST و AUDIT و اجرای آن در نظام PHC برای کارشناسان</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی</li> <li>• وزارت کشور</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• بکارگیری پروتکل‌های تشخیصی درمانی بومی منطبق با نیاز سلامت کشور</li> <li>• دسترسی به بسته‌های خدمت استاندارد در نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی</li> <li>• تقویت نظام ارجاع در سطوح تخصصی</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• بسته‌های خدمت در سطح پایه (غرباگری، تشخیص، مراقبت و پیگیری) مطابق نیاز گروه‌های سنی</li> </ul> | <p>۱۳۹۶-۱۳۹۷</p>   |                  |

| دوره زمانی | منابع                     | شناختن شاخص های ارزشیابی | نتیجه مطلوب | گروه های ذینفع | فعالیت ها  | استراتژی ها  | حیطه                | اهداف  |
|------------|---------------------------|--------------------------|-------------|----------------|--|--|---------------------|--|
|            | بودجه ی جاری<br>جذب بودجه |                          |             |                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• بازنگری و به روز رسانی بسته تشخیص و درمان اختلالات مصرف الکل در PHC برای پزشکان خانواده</li> <li>• طراحی و تدوین بسته مداخلات کوتاه مدت روانشناختی در مدیریت اختلالات و رفتارهای مرتبط با مصرف الکل</li> <li>• طراحی و توسعه خدمات درمان طبی</li> <li>• راه اندازی مراکز مشاوره و درمان اختلالات مصرف الکل</li> <li>• تقویت خدمات بستری درمان الکل در بخش روان پزشکی</li> <li>• ادغام برنامه های پیشگیری، غربالگری، تشخیص و درمان مصرف الکل در نظام سلامت</li> <li>• راه اندازی مراکز درمان طبی و درمان اختلالات مصرف الکل در بخش خصوصی و دولتی</li> <li>• استقرار خدمات درمان روانشناختی مصرف الکل در مراکز سلامت</li> </ul> | <p>استاندارد سازی خدمات پیشگیری، تشخیص و درمان مصرف الکل در نظام سلامت</p> | <p>مراقبت سلامت</p> | <p>۲- حداقل ۱۰ درصد کاهش نسبی در مصرف الکل</p> |

| اهداف                                   | حیطه         | استراتژی ها  | فعالیت ها   | گروه های ذینفع  | نتیجه مطلوب  | شاخص های ارزشیابی   | منابع                 | دوره زمانی |
|---|--------------|--|---|---|--|---|-----------------------|------------|
| ۱- حداقل ۱۰ درصد کاهش نسبی در مصرف الکل | مراقبت سلامت | آموزش و اطلاع رسانی همگانی در جهت پیشگیری از مصرف آسیب رسان الکل وعوارض آن | <ul style="list-style-type: none"> <li>• جلب مشارکت جامعه، سازمان های مردم نهاد و درمان در پیشگیری و درمان مصرف الکل</li> <li>• آموزش فردی و گروهی سفیران سلامت خانوار، دانش آموزان، دانشجویان، مربیان و اساتید و سازمانها و پرسنل بخش دولتی در زمینه خودمراقبتی حوزه پیشگیری از مصرف الکل</li> <li>- راه اندازی کمیته اطلاع رسانی مبتنی بر جامعه</li> <li>- اجرای برنامه افزایش سطح آگاهی مدرسه</li> <li>- ادغام برنامه پیشگیری از استفاده مضر از الکل در برنامه آموزشی مدرسه</li> <li>- اجرای کمیته هایی برای افزایش آگاهی</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی</li> <li>• وزارت علوم، تحقیقات و فناوری</li> <li>• وزارت کشور</li> <li>• شهرداری</li> <li>• صدا و سیما</li> <li>• شوارهای صنفی سازمان های مردم نهاد</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• آموزش مراقبین سلامت</li> <li>• بهبود مهارت ارائه دهندگان خدمات</li> <li>• پوشش کامل خدمات در نظام شبکه</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• درصد پوشش جمعیت هدف</li> </ul> | بودجهی جاری جذب بودجه | ۱۳۹۶-۱۴۰۰  |

| دوره زمانی | منابع                                     | شناختن های ارزشیابی                             | نتیجه مطلوب   | گروه های ذینفع  | فعالیت ها   | استراتژی ها  | حیطه              | اهداف                                   |
|------------|---|---|---|---|---|--|-------------------|---|
| ۱۳۹۸-۱۴۰۴  | بودجه‌ی جاری<br>جذب بودجه                 | • گزارش نیازسنجی و طراحی پیمایشهای ملی و استانی | • تعیین درصد ابتلا به اختلالات مصرف الکل<br>• تعیین علل گرایش به مصرف الکل<br>• تعیین مشخصات دموگرافیک مبتلایان به اختلالات مصرف مواد | • معاونت پژوهشی دانشگاه های علوم پزشکی کشور<br>• مرکز آمار ایران<br>• شهرداری (همکاری در اجرا)<br>• وزارت کشور  | • نیازسنجی مستندات بین المللی و پیمایش های ملی<br>• طراحی، تدوین و زمانبندی پیمایش های ملی و استانی | • طراحی و اجرای پژوهش و پیمایشهای دوره‌های ملی وضعیت مصرف الکل و عوامل مرتبط با آن | حیطه مراقبت سلامت | ۲- حداقل ۱۰ درصد کاهش نسبی در مصرف الکل |
| جذب بودجه  | گزارش دوره‌های نقاط قوت و ضعف برنامه پایش | ارتقاء عملکرد پرسنل ارائه کننده خدمات           | • دانشگاه‌های علوم پزشکی<br>• سازمان پزشکی قانونی کشور  | • ایجاد و با تقویت نظام ثبت و گزارش موارد مصرف الکل<br>• ثبت و گزارش مرگ و میر ناشی از مسمومیت الکل   | ارتقای نظام ثبت و گزارش وضعیت مصرف الکل در جمعیت تحت پوشش   |  |                   |   |
| ۱۳۹۶-۱۴۰۰  | برنامه‌ریزی موثر بر پایه اطلاعات          |   |   | • وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی<br>• ستاد مبارزه با مواد مخدر<br>• وزارت کشور<br>• وزارت آموزش و پرورش<br>• وزارت علوم، تحقیقات و فناوری<br>• شهرداری | • مداخلات (پیشگیری، درمان، مراقبت و خود مراقبتی) مصرف الکل  | پایش ارزشیابی روند اجرای برنامه های پیشگیری و درمان مصرف الکل                      |                   |   |

| اهداف                                       | حیطه   | استراتژی ها                 | فعالیت ها   | گروه های ذینفع   | نتیجه مطلوب  | شاخص های ارزشیابی   | منابع                | دوره زمانی |
|---|--------|-----------------------------|---|--|--|---|----------------------|------------|
| ۳- ۲۰٪ کاهش نسبی در شیوع فعالیت بدنی ناکافی | حاکمیت | تخصیص بودجه در وزارت بهداشت | <ul style="list-style-type: none"> <li>اجرا قانون پنجمین برنامه پنج ساله توسعه در جمهوری اسلامی ایران،</li> <li>برنامه ملی برای ارتقاء فعالیت های فیزیکی</li> </ul> | <p>عمدها دولتی</p> <p>وزارت آموزش و پرورش</p> <p>وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی</p> <p>وزارت آموزش عالی</p> <p>صنعت</p> <p>وزارت ورزش و جوانان</p> <p>رسانه</p> <p>وزارت راه و شهر سازی</p> | <p>هماهنگی بین بخشی جهت ارتقاء فعالیت بدنی</p> <p>تخصیص بودجه،</p> | <p>تعداد جلسات برای سازماندهی و تشکیل جلسات کمیته مشورتی</p> <p>وجود فرآیند مناسب برای ارائه دستورالعمل مربوط به فعالیت بدنی</p> <p>وجود یک مکانیسم مشاوره تخصصی با مسئولیت فعال به منظور توسعه و پیاده سازی برنامه عملیاتی</p> <p>وجود مکانیسم هماهنگی (یک سازمان، کمیته و یا دیگر اعضا) برای نظارت بر توسعه و پیاده سازی برنامه ملی.</p> <p>مکانیسم مشاوره کارشناسی با نمایندگانی از تمام بخش های و رشته ها کلیدی</p> <p>مکانیسم مشاوره تخصصی با دستورالعمل روشن، قدرت پاسخگویی و توانایی برای اعمال نمود در سیاست</p> <p>وجود مراکز دانشگاهی عالی برای تمرکز بر رژیم غذایی و فعالیت فیزیکی</p> | بودجه جاری جذب بودجه | ۱۳۹۴-۱۴۰۰  |



| دوره زمانی | منابع                   | شاخص های ارزشیابی   | نتیجه مطلوب   | گروه های ذینفع          | فعالیت ها   | استراتژی ها       | حیطه   | اهداف   |
|------------|-------------------------|---|---|-------------------------|---|-------------------|--------|---|
| ۱۳۹۴-۱۴۰۰  | بودجه جاری<br>جذب بودجه | تعداد موارد آموزش<br>فعالیت فیزیکی<br>استاندارد در مدارس و<br>دانشگاه ها، تعداد موارد<br>آموزش مداوم قبل از<br>خدمت برای مربیان<br>تربیت بدنی و معلمان<br>ابتدایی   | دستورالعمل های<br>استاندارد برای فعالیت<br>بدنی در مدارس،<br>افزایش پیاده روی /<br>دوچرخه سواری در<br>مسیر مدرسه به خانه و<br>بالعکس،<br>کاهش اضافه وزن و<br>چاقی | آموزش، بهداشت،<br>رسانه | برنامه مدارس ارتقاء<br>دهنده سلامت، تاسیس<br>مطبقه یوبا، ادغام<br>بنامه فعالیت بدنی در<br>سلامت،<br>تشویق مدارس و<br>دانشگاه ها به اتخاذ<br>استانداردهای لازم برای<br>گنجاندن فعالیت بدنی<br>در برنامه های قبل و<br>بعد از مدرسه<br>نیاز به آموزش مداوم<br>قبل از خدمت برای<br>دبیران تربیت بدنی<br>و معلمان ابتدایی به<br>منظور ارائه برنامه<br>های آموزشی در مورد<br>فعالیت فیزیکی با<br>کیفیت بالا | رویکرد مدرسه محور | حاکمیت | ۳-۲۰٪ کاهش<br>نسبی در شیوع<br>فعالیت بدنی<br>ناکافی |
|            |                         | - مکانیسم هماهنگ<br>سازی با رهبری و<br>یا ریاست وزارت<br>بهداشت، درمان، و<br>آموزش پزشکی<br>- وجود بودجه ملی و /<br>یا محلی، روشن و پایدار<br>برای اجرای اقدامات<br>مربوط به فعالیت بدنی<br>- وجود طرح بسیج<br>سازی منابع برای<br>اقدامات مربوط به<br>فعالیت بدنی |   |                         |   |                   |        |   |

| دوره زمانی | منابع                   | شاخص های ارزشیابی   | نتیجه مطلوب   | گروه های ذینفع  | فعالیت ها  | استراتژی ها             | حیطه                     | اهداف                                      |
|------------|-------------------------|---|---|---|--|-------------------------|--------------------------|--|
| ۱۳۹۴-۱۴۰۰  | بودجه جاری<br>جذب بودجه | تعداد کودکانی که هر روزه پیاده به مدرسه می آیند<br>تعداد کودکان فعال به مدت ۶۰ دقیقه در روز | فعالیت بیش از ۵۰ درصد در محل کار، افزایش تجهیزات و امکانات تربیت بدنی و ورزش در محل کار | وزارت صنعت، معدن، و تجارت، وزارت تعاون، کار، و رفاه اجتماعی | شناسایی سیاست های کلیدی و فعالیت هایی که کارفرمایان در هر دو بخش خصوصی و عمومی، می توانند برای ترویج فعالیت های فیزیکی در محل کار پیاده کنند<br>توسعه قوانین و سیاست هایی که در آن کارفرما از برنامه فعالیت بدنی حمایت می کند.<br>توسعه و پیاده سازی یک برنامه حمایتی، همکاری با کارفرمایان جهت ترویج سیاست مربوط به فعالیت بدنی، شناسایی منابع مالی، حمایت از فعالیت ها | رویکرد مبتنی بر محل کار | پیشگیری و کاهش عوامل خطر | ۳-۲۰٪ کاهش نسبی در شیوع فعالیت بدنی ناکافی |

| دوره زمانی  | منابع                   | شناختن های ارزشیابی   | نتیجه مطلوب | گروه های ذینفع   | فعالیت ها   | استراتژی ها             | حیطه                     | اهداف                                       |
|-------------|-------------------------|---|-------------|--|---|-------------------------|--------------------------|---|
| ۱۳۹۴ - ۱۴۰۰ | بودجه جاری<br>جذب بودجه | <p>-- تعداد موارد مشارکت بخش دولتی و خصوصی جهت ترویج فعالیت های فیزیکی.</p> <p>- درصد مشارکت ملی شرکت ها جهت به عهده گرفتن یک سیاست یا مسئولیت اجتماعی که شامل یک بعد از فعالیت بدنی بوده و در راستای سیاست ها و اولویت های ملی باشد.</p> <p>- درصد شرکت های خصوصی حمایت کننده از ترویج فعالیت بدنی در سراسر کشور.</p> <p>- درصد شرکت های مواد غذایی و آشامیدنی غیر الکلی که از رویدادهای ورزشی حمایت می کنند</p> |             | شهرداری، وزارت بهداشت، وزارت ورزش و جوانان، شورای عالی استانی، | - استفاده از تکنیک های بسیج سازی جامعه به منظور جذب و تعامل اعضا، داوطلبان و اجزاء مختلف. | رویکرد مبتنی بر محل کار | پیشگیری و کاهش عوامل خطر | ۳- ۲۰٪ کاهش نسبی در شیوع فعالیت بدنی ناکافی |

| اهداف                                       | حیطه                     | استراتژی ها       | فعالیت ها  | گروه های ذینفع | نتیجه مطلوب | شاخص های ارزشیابی   | منابع | دوره زمانی |
|---|--------------------------|-------------------|--|----------------|-------------|---|-------|------------|
| ۳- ۲۰٪ کاهش نسبی در شیوع فعالیت بدنی ناکافی | پیشگیری و کاهش عوامل خطر | رویکرد جامعه محور | <p>- استفاده از تمام کانال های ارتباطی موجود برای اعضا، داوطلبان، از جمله نشریات چاپی، وب سایت ها، رسانه های اجتماعی، رسانه پخش و خبرنامه برای ترویج تعامل و حمایت از تغییر رفتار</p> <p>استفاده از استراتژی ها افزایش یافته است، مانند برنامه های فرهنگی مناسب، مواد و کانال های ارتباطی، برای رسیدن به جمعیت های خاص، - توسعه یک لوگو بسیار قابل مشاهده ملی، نام تجاری، مبارزات انتخاباتی، و پیام های فعالیت فیزیکی است.</p> <p>- Develop راهنمای سبک و راهنمای آموزشی بر استفاده از رسانه های جمعی پیام ها و آرم های ملی و نام تجاری گروه های ذینفع. کاربران در ایجاد این ابزار باشد.</p> |                |             | <p>- مشارکت فعال سازمان های مردم نهاد در اجرای سیاست های ملی فعالیت بدنی.</p> <p>- میزان اطلاع رسانی در خصوص فعالیت ها برای مصرف کنندگان توسط سازمان های مردم نهاد.</p> <p>- وجود یک برنامه ملی روشن برای تربیت بدنی و آگاهی عمومی.</p> <p>- وجود حمایت نهادی پایدار برای ترویج و اجرای دستورالعمل های ملی فعالیت بدنی.</p> <p>- تعداد کانال های مورد استفاده برای برقراری ارتباط و پیام رسانی در خصوص فعالیت بدنی.</p> <p>- درصد جمعیت کلی یا جمعیت مورد هدف برای اطلاع رسانی در خصوص فعالیت بدنی و یا پیام رسانی.</p> <p>- تعداد برنامه های درسی برای ارتقاء فعالیت بدنی.</p> |       |            |

| دوره زمانی  | منابع                   | شناختن شاخص های ارزشیابی          | نتیجه مطلوب  | گروه های ذینفع            | فعالیت ها  | استراتژی ها  | حیطه                     | اهداف                                       |
|-------------|-------------------------|-----------------------------------|--|---------------------------|--|--|--------------------------|---|
| ۱۳۹۴ - ۱۴۰۰ | بودجه جاری<br>جذب بودجه | تعداد افراد آموزش دیده<br>کل کشور | افزایش تعداد افراد آموزش دیده<br>افزایش تعداد برگزارهای کمپین ها در یکسال<br>پایبندی بیشتر به دستورالعمل های ارتقا سلامت | عموم مردم<br>وزارت بهداشت | ایجاد زیر گروه تخصصی ترویج شیوه زندگی سالم در کمیته پیشگیری<br>- برگزاری کمپین<br>- فعالیت فیزیکی<br>- فرهنگ سازی با مشارکت صدا و سیما<br>در تدوین محتوای آموزشی<br>- فرهنگ سازی با ارائه محتوای آموزشی در فضای مجازی<br>- مشارکت با شرکت های دانش بنیان برای ارتقا اپلیکیشن های ارتقا فعالیت فیزیکی | ایجاد زیر گروه تخصصی - برگزاری کمپین ملی<br>- فرهنگ سازی | پیشگیری و کاهش عوامل خطر | ۳- ۲۰٪ کاهش نسبی در شیوع فعالیت بدنی ناکافی |



| اهداف                                      | حیطه                     | استراتژی ها   | فعالیت ها   | گروه های ذینفع | نتیجه مطلوب | شاخص های ارزشیابی   | منابع | دوره زمانی |
|--|--------------------------|---|---|----------------|-------------|---|-------|------------|
| ۳-۲۰٪ کاهش نسبی در شیوع فعالیت بدنی ناکافی | پیشگیری و کاهش عوامل خطر | - ایجاد زیر گروه تخصصی - برگزاری کمیته ملی - فرهنگ سازی | - ایجاد زمینه برای ردیابی فعالیت های فیزیکی مراجعه کنندگان در پرونده الکترونیکی سلامت.<br>- توسعه مجموعه داده های اثربخشی بهداشت و درمان و اطلاعات HEDIS) جهت اندازه گیری فعالیت فیزیکی.<br>- ترویج مراقبت سلامت حرفه ای به منظور ارائه الگوی برای شیوه زندگی فعال برای مرد م.<br>- تشویق متخصصان بهداشت عمومی در هر دو بخش آموزش و یادگیری به منظور تثبیت اثربخشی مشارکت ها و تلاش های اعضا.<br>- بررسی میزان مشارکت متقابل برای شناسایی و ترکیب عناصر کلیدی منجر به موفقیت. |                |             | - ادغام سیستم ارزیابی فعالیت فیزیکی در خدمات بهداشتی و درمانی<br>- وجود نظام ارجاع برای مشکلات بهداشتی مربوط به عدم فعالیت بدنی.<br>- ارائه مشاوره در مورد فعالیت های فیزیکی، توسط افراد واجد شرایط و حرفه ای، از جمله در مراکز اولیه طرح ملی مراقبت سلامت.<br>- درصد امکانات بهداشتی دولتی جهت ارائه مشاوره در خصوص فعالیت بدنی.<br>- ادغام محتوای مرتبط با فعالیت های فیزیکی در برنامه های درسی دانشگاه برای متخصصان بهداشت<br>- درصد جمعیتی که در مورد فعالیت های فیزیکی توسط تیم مراقبت های اولیه مشاوره شده اند. |       |            |

| دوره زمانی | منابع                   | شناختن شاخص های ارزشیابی         | نتیجه مطلوب  | گروه های ذینفع   | فعالیت ها  | استراتژی ها  | حیطه   | اهداف  |
|------------|-------------------------|----------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| ادواری     | بودجه جاری<br>جذب بودجه | -CASPIAN<br>STEPS<br>GSHS - GYTS | ارزیابی و نظارت بر<br>فعالیت های فیزیکی<br>ملی در هر سال | وزارت بهداشت،<br>وزارت آموزش<br>درمان، و آموزش<br>پزشکی، وزارت ورزش<br>و جوانان، وزارت<br>آموزش و پرورش،<br>وزارت راه و شهر سازی | - ارائه منابع مستمر<br>برای سازمان های<br>بهداشت عمومی جهت<br>حمایت از مروجان<br>فعالیت بدنی که هدایت<br>و راهبری جلسه های<br>مشترک را به عهده<br>دارند و مشارکت<br>استراتژیک و حمایت<br>پایدار را فراهم می<br>سازند | نظارت و ارزیابی ملی<br>چارچوبی برای فعالیت<br>بدنی | مراقبت<br>سلامت<br>نظارت،<br>پایش و<br>ارزیابی | ۳- ۲۰٪ کاهش<br>نسبی در شیوع<br>فعالیت بدنی<br>ناکافی |

| دوره زمانی        | منابع                   | شاخص های ارزشیابی                               | نتیجه مطلوب  | گروه های ذینفع   | فعالیت ها   | استراتژی ها  | حیطه   | اهداف  |
|-------------------|-------------------------|---|--|--|---|--|--------|--|
| تا پایان سال ۱۳۹۵ | بودجه جاری<br>جذب بودجه | تعداد محصولات غذایی با کاهش استاندارد میزان نمک | اصلاح محصولات غذایی با تمرکز بر میزان نمک  | دپارتمان تغذیه، ISIRI, FDA وزارت صنعت، معدن، و تجارت.  | حفظ میزان نمک در نان های چهارگانه در سطح نانوائی، هالبر اساس استاندارد تجدید نظر شده) در حد ۱% نظر در حدود ۷۵% نانوائی های کشور<br>تجدید نظر در استاندارد زیتون کسروی (از ۵ به ۴) %<br>تجدید نظر در استاندارد دوغ (از ۱% به ۰.۸) %<br>تجدید نظر در استاندارد بادام زمینی و بادام درختی و فندق(از ۳ به ۱.۳) % از نظر میزان نمک | تجدید نظر در استاندارد مواد مغذی مربوط به نمک در محصولات غذایی | حاکمیت | ۴ - ۳۰ درصد کاهش نسبی در متوسط مصرف نمک در جامعه |
| تا پایان سال ۱۳۹۵ | بودجه جاری<br>جذب بودجه | تعداد تبلیغات محصولات و مواد غذایی ناسالم       | تهیه و بازبینی سالانه فهرست مواد غذایی ناسالم تبلیغ شده متنوع بر اساس ماده ۳۷ پنجمین برنامه پنج ساله توسعه | دپارتمان تغذیه، ISIRI, FDA موسسه ملی تغذیه، وزارت صنعت، معدن، و تجارت، صدا و سیما، جمهوری اسلامی ایران، وزارت دارایی | - توسعه پروفایل مواد مغذی<br>- توسعه لیست مواد غذایی ناسالم بر اساس مازول مشخصات مواد مغذی  | تنظیم بازار مواد غذایی   |        |  |

| دوره زمانی        | منابع               | شناختن شاخص های ارزشیابی                                      | نتیجه مطلوب   | گروه های ذینفع  | فعالیت ها  | اثرات و استراتژی ها  | حیطه                     | اهداف  |
|-------------------|---------------------|---|---|---|--|--|--------------------------|--|
| تا پایان سال ۱۴۰۴ | بودجه جاری جذب بوده | آزمون نمونه های در محیط نتایج آزمون های مرکز سلامت محیط و کار | کاهش نمک نان های سستی   | مرکز سلامت محیط و کار، سازمان ملی استاندارد صنعت معدن و تجارت ، دفتر بهبود تغذیه جامعه ، انستیتو تحقیقات تغذیه صنعت غذا | <ul style="list-style-type: none"> <li>تشکیل کارگروه فنی</li> <li>تدوین دستورالعمل و تفاهم نامه</li> <li>پایش اجرای اجباری استاندارد نان</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>بهبود کیفیت نان و کاهش نمک</li> </ul>                                   | حاکمیت                   | ۴ - ۳۰ درصد کاهش نسبی در متوسط مصرف نمک در جامعه |
| تا پایان سال ۱۳۹۵ | بودجه جاری جذب بوده | اجرای استانداردها   | قانون برای اجرای اجباری استانداردهای تجدیدنظر شده نمک   | دفتر بهبود تغذیه جامعه انستیتو تحقیقات تغذیه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی   | <ul style="list-style-type: none"> <li>تشکیل یک کارگروه برای توسعه پیشنهادات جهت تصویب در شورای عالی</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>اجرای استانداردهای جایگزینی سدیم</li> </ul>                             |                          |  |
| تا پایان سال ۱۴۰۴ |                     | تعداد افراد آموزش دیده کل کشور                                | افزایش تعداد افراد آموزش دیده<br>- افزایش تعداد برگزاری کمپین ها در یکسال<br>- پابندی بیشتر به دستورالعمل های ارتقا سلامت | عموم مردم گروه های در معرض خطر وزارت بهداشت   | <ul style="list-style-type: none"> <li>ایجاد زیر گروه تخصصی ترویج شیوه زندگی سالم در کمیته پیشگیری</li> <li>برگزاری کمپین کاهش مصرف سم سفید</li> <li>فرهنگ سازی با مشارکت صدا و سیما در تدوین محتوای آموزشی</li> <li>فرهنگ سازی با رایانه محتوای آموزشی در فضای مجازی</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>ایجاد زیر گروه تخصصی - برگزاری کمپین ملی</li> <li>فرهنگ سازی</li> </ul> | پیشگیری و کاهش عوامل خطر |  |

| دوره زمانی              | منابع                   | شاخص های ارزشیابی  | نتیجه مطلوب                                    | گروه های ذینفع   | فعالیت ها  | استراتژی ها   | حیطه                        | اهداف   |
|-------------------------|-------------------------|--|--|--|--|---|-----------------------------|---|
| ادواری<br>۱۳۹۴-<br>۱۴۰۴ | بودجه جاری<br>جذب بودجه | STEPS<br>تعداد جلسات<br>• تعداد بخشنامه های<br>ابلاغ شده<br>تعداد مصوبات اجرا<br>شده | اجرای بهتر قوانین<br>و مقررات کنترل<br>دخانیات | دفتر بهبود تغذیه<br>جامعه، انستیتو تحقیقات<br>تغذیه<br>کلیه دستگاههای<br>اجرایی<br>سازمانها<br>• وزارت بهداشت،<br>درمان و آموزش<br>پزشکی،<br>فرهنگ و ارشاد<br>اسلامی،<br>• وزارت صنعت،<br>نیروی انتظامی،<br>• مجلس شورای<br>اسلامی،<br>• صداوسیما<br>جمهوری اسلامی ایران،<br>• سازمانهای مردم<br>نهاد<br>• عموم مردم | تعیین مصرف نمک<br>به طور متوسط و<br>پایش میزان نمک در<br>محصولات غذایی در<br>سطح عرضه<br>پایش های دوره ای<br>محصولات غذایی   | نظارت و ارزیابی ملی<br>تقویت اجرای قانون<br>جامع کنترل و مبارزه<br>ملی با دخانیات و<br>کنوانسیون کنترل<br>دخانیات | نظارت،<br>پایش و<br>ارزیابی | ۴ - ۳۰ درصد<br>کاهش نسبی در<br>متوسط مصرف<br>نمک در جامعه                   |
|                         |                         |  |  |  | تقویت ستاد ملی<br>کنترل دخانیات (HQ)<br>تامین و حمایت مالی<br>بایدار طرح های<br>پیشگیری و مقابله با<br>دخانیات و تخصیص<br>بودجه برای اقدامات<br>مورد نیاز در حیطه<br>های پیشگیری و کاهش<br>عوامل خطر، خدمات<br>سلامت و نظارت و<br>دیدہ وری |   | حاکمیت                      | ۵- ۳۰ درصد<br>کاهش نسبی در<br>شیوع مصرف<br>دخانیات در افراد<br>بالای ۱۵ سال |



| اهداف  | حیطه   | استراتژی ها                      | فعالیت ها   | گروه های ذینفع   | نتیجه مطلوب  | شاخص های ارزشیابی   | منابع  | دوره زمانی  |
|--|--------|----------------------------------|---|--|--|---|--|---|
| ۵-۳۰ درصد<br>کاهش نسبی در<br>شیوع مصرف<br>دخانیات در افراد<br>بالای ۱۵ سال | حاکمیت | افزایش مالیات کالاهای<br>دخانیات | ارائه پیش نویس<br>قانونی / اصلاح قوانین<br>موجود در خصوص<br>نظام مالیاتی دخانیات<br>به مجلس شورای<br>اسلامی   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی</li> <li>• کلیه دستگاههای اجرایی</li> <li>• سازمانها حسب موضوع مصوبات</li> <li>• عموم مردم</li> <li>• ستاد ملی کنترل دخانیات</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• اجرای بهتر قوانین و مقررات کنترل دخانیات</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• تعداد مصوبات مرتبط ابلاغ شده در سال</li> <li>• تعداد تفاهم نامه های منعقد شده</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• بودجه جاری جذب بودجه</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>۱۳۹۴-۱۴۰۴</li> <li>۱۴۰۴</li> </ul> |
|  |        |                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، وزارت امور اقتصاد و دارایی</li> <li>• مجلس شورای اسلامی</li> <li>• ستاد ملی کنترل دخانیات</li> <li>• شورای عالی سلامت و امنیت غذایی</li> <li>• وزارت امور اقتصاد و دارایی</li> <li>• سازمانهای مرتبط</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• کاهش مصرف دخانیات</li> <li>• افزایش درآمد دولت</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ۶۰٪ از قیمت خرده فروشی مشمول مالیات خواهد شد</li> <li>• ۸۵٪ از قیمت خرده فروشی مشمول مالیات خواهد شد</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• بودجه جاری جذب بودجه</li> </ul>  |  |   |

| دوره زمانی | منابع                   | شاخص های ارزشیابی                   | نتیجه مطلوب                                      | گروه های ذینفع  | فعالیت ها  | استراتژی ها                          | حیطه   | اهداف  |
|------------|-------------------------|-------------------------------------|--|---|--|--------------------------------------|--------|--|
| ۱۴۰۴-۱۳۹۵  | بودجه جاری<br>جذب بودجه | درصد کاهش<br>محصولات دخانی<br>قاچاق | تقویت قوانین مبارزه<br>با قاچاق محصولات<br>دخانی | <ul style="list-style-type: none"> <li>• وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی</li> <li>• وزارت صنعت، معدن و تجارت</li> <li>• ستاد مبارزه با قاچاق کالا و ارز</li> <li>• گمرک ایران</li> <li>• وزارت صنعت، معدن و تجارت</li> <li>• وزارت بهداشت</li> <li>• وزارت امور خارجه</li> <li>• نیروی انتظامی</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• کنترل گسترده تر محصولات دخانی قاچاق</li> <li>• اجرای اقدامات کنترلی از جمله شناسایی و ردیابی محصولات دخانیات</li> </ul> | مقابله با قاچاق مواد و کالاهای دخانی | حاکمیت | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ۵-۳۰ درصد کاهش نسبی در شیوع مصرف دخانیات در افراد بالای ۱۵ سال</li> </ul> |
| ۱۴۰۴-۱۳۹۶  | بودجه جاری<br>جذب بودجه | درصد کاهش نسبی<br>قاچاق دخانیات     | کاهش محصولات<br>دخانی قاچاق                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ستاد کشوری کنترل دخانیات</li> <li>• ستاد مبارزه با قاچاق کالا و ارز</li> <li>• وزارت صنعت، معدن و تجارت</li> <li>• نیروی انتظامی</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• کنترل گسترده تر محصولات دخانی قاچاق</li> <li>• اجرای اقدامات کنترلی از جمله شناسایی و ردیابی محصولات دخانیات</li> </ul> |                                      |        |  |

| دوره زمانی | منابع                   | شناختن های ارزشیابی                       | نتیجه مطلوب  | گروه های ذینفع  | فعالیت ها   | استراتژی ها | حیطه   | اهداف  |
|------------|-------------------------|---|--|---|---|-------------|--------|--|
| ۱۴۰۰-۱۳۹۵  | بودجه جاری<br>جذب بودجه | صدور مجوز برای تمام<br>فروشندهگان دخانیات | کاهش سطح محصولات<br>فاجاق دخانیات در بازار   | <ul style="list-style-type: none"> <li>وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی</li> <li>سناد کنسوری کنترل دخانیات</li> <li>سناد مبارزه با فاجاق کالا و ارز</li> <li>وزارت صنعت و تجارت</li> <li>صنعت، معدن و تجارت</li> <li>نیروی انتظامی</li> </ul>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>کنترل بازار از طریق سیستم صدور مجوز عمده فروشی و خرده فروشی</li> </ul>               |             | حاکمیت | ۵-۳۰ درصد<br>کاهش نسبی در<br>شیوع مصرف<br>دخانیات در افراد<br>بالای ۱۵ سال |
| ۱۴۰۴-۱۳۹۶  | بودجه جاری<br>جذب بودجه | افزایش کشف مواد<br>دخانی فاجاق            | <ul style="list-style-type: none"> <li>نا امن بودن جامعه برای فاجاق مواد دخانی</li> <li>کاهش دسترسی به مواد دخانی</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی</li> <li>سناد کنسوری کنترل دخانیات</li> <li>قوه قضائیه</li> <li>نیروی انتظامی</li> <li>تعدیرات حکومتی</li> <li>وزارت بهداشت</li> <li>وزارت صنعت، معدن و تجارت</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>افزایش نظارت، کنترل و بازرسی به منظور مقابله با توزیع محصولات دخانی فاجاق</li> </ul> |             | حاکمیت | ۵-۳۰ درصد<br>کاهش نسبی در<br>شیوع مصرف<br>دخانیات در افراد<br>بالای ۱۵ سال |

| دوره زمانی | منابع                   | شاخص های ارزشیابی  | نتیجه مطلوب   | گروه های ذینفع   | فعالیت ها   | استراتژی ها  | حیطه   | اهداف   |
|------------|-------------------------|--|---|--|---|--|--------|---|
| ۱۴۰۴-۱۳۹۶  | بودجه جاری<br>جذب بودجه | تعداد استانداردهای بازنگری شده / ایجاد شده<br>• راه اندازی آزمایشگاه تخصصی کنترل دخانیات<br>تعداد نمونه های دخانی آزمایش شده | • تولید محصولات دخانی، با معیارهای تعیین شده<br>• نظارت موثر و برخورد با موارد تخلف در تولید محصولات دخانی<br>شناسایی ترکیبات محصولات دخانی تولیدی، وارداتی و قاچاق | • ستاد کشوری کنترل دخانیات<br>• وزارت بهداشت<br>• سازمان ملی استاندارد<br>• وزارت صنعت، معدن و تجارت | • نظارت بر کیفیت محصولات دخانی تولیدی و وارداتی<br>نمونه برداری و نظارت بر مواد مشکله و منتشره محصولات دخانی تولیدی و وارداتی | بهبود استانداردها و کیفیت فرآیند تولید محصولات دخانی | حاکمیت | ۵- ۳۰ درصد کاهش نسبی در دخانیات در افراد بالای ۱۵ سال |
| ۱۴۰۱       | بودجه جاری<br>جذب بودجه | بسته بندی ساده محصولات دخانیات در قالب استانداردهای سازمان جهانی بهداشت  | • کنترل بهتر محصولات دخانی غیر قانونی در مرز و بازار و سیستم عرضه<br>افزایش آگاهی عمومی در مورد مضرات دخانیات، کاهش جذابیت بسته بندی محصولات دخانی و کاهش شیوع مصرف | • ستاد کشوری کنترل دخانیات<br>• سازمان ملی استاندارد<br>وزارت صنعت، معدن و تجارت                     | بنیاده سازی بسته بندی ساده دخانیات  |  |        |   |

| دوره زمانی | منابع                   | شاخص های ارزشیابی   | نتیجه مطلوب  | گروه های ذینفع  | فعالیت ها   | استراتژی ها   | حیطه                     | اهداف   |
|------------|-------------------------|---|--|---|---|---|--------------------------|---|
| ۱۴۰۴-۱۳۹۶  | بودجه جاری<br>جذب بودجه | • تفاهم نامه های منعقد شده مشترک با سازمانهای ذیربط<br>• درصد حذف زمین های زیر کشت توتون و تنباکو<br>• نتایج حاصل از کاهش کشت توتون | • کاهش سطح زیر کشت توتون و تنباکو<br>• جایگزینی کشت توتون با سایر محصولات کشاورزی<br>• کاهش آلودگی های زیست محیطی                            | • ستاد کنسوری کنترل دخانیات<br>• وزارت جهاد و کشاورزی<br>• شورای عالی سلامت<br>• سازمان حفاظت محیط زیست<br>وزارت صنعت، معدن و تجارت | • تنظیم تفاهم نامه همکاری مشترک<br>• بررسی وضعیت موجود کشت توتون<br>انجام مطالعات در مورد مخاطرات کشت توتون برای کشاورزان و محیط زیست | محدودیت در کشت توتون                                      | حاکمیت                   | ۵- ۳۰ درصد کاهش نسبی در شیوع مصرف دخانیات در افراد بالای ۱۵ سال |
| ۱۳۹۴-۱۴۰۴  | بودجه جاری<br>جذب بودجه | • درصد واحدهای صنفا / اماکن عمومی محوری قانون منع استعمال دخانیات   | • اجرای جامع مفاد قانون و کنوانسیون در منع استعمال دخانیات در اماکن عمومی<br>عاری شدن اماکن عمومی و مراکز تهیه و توزیع مواد غذایی از دخانیات | • ستاد ملی کنترل دخانیات<br>• قوه قضائیه<br>• نیروی انتظامی<br>• وزارت بهداشت<br>• وزارت صنعت، معدن و تجارت<br>• وزارت کشور         | اجرای محدودیت فروش محصولات دخانی و کاهش دسترسی  | رویکرد جامعه محور ( طراحی و اجرای مداخلات مبتنی بر جامعه) | پیشگیری و کاهش عوامل خطر |   |



| دوره زمانی | منابع | شاخص های ارزشیابی                          | نتیجه مطلوب                        | گروه های ذینفع  | فعالیت ها  | استراتژی ها | حیطه                     | اهداف   |
|------------|-------|--|------------------------------------|---|--|-------------|--------------------------|---|
|            |       | حذف تبلیغات، ترویج و حمایت مالی از دخانیات | اجرای جامع ممنوعیت تبلیغات دخانیات | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ستاد ملی کنترل دخانیات</li> <li>• وزارت آموزش و پرورش</li> <li>• وزارت بهداشت</li> <li>• وزارت آموزش عالی</li> <li>• وزارت صنعت، معدن و تجارت</li> <li>• کلمه سازمانها و دستگاهاهای اجرایی</li> <li>• سازمانهای مردم نهاد</li> <li>• عموم مردم</li> <li>• صدا و سیما</li> <li>• وزارت ارشاد</li> <li>• وزارت بهداشت</li> <li>• وزارت کشور</li> </ul> | ممنوعیت تمام اشکال تبلیغات، ترویج و حمایت از دخانیات |             | پیشگیری و کاهش عوامل خطر | <ul style="list-style-type: none"> <li>۵- ۳۰ درصد کاهش نسبی در شیوع مصرف دخانیات در افراد بالای ۱۵ سال</li> </ul> |

| اهداف   | حیطه                     | استراتژی ها   | فعالیت ها   | گروه های ذینفع  | نتیجه مطلوب   | شاخص های ارزشیابی   | منابع                | دوره زمانی |
|---|--------------------------|---|---|---|---|---|----------------------|------------|
| ۵- ۳۰ درصد کاهش نسبی در شیوع مصرف دخانیات در افراد بالای ۱۵ سال | پیشگیری و کاهش عوامل خطر | رویکرد مدرسه محور ( طراحی و اجرای مداخلات مبتنی بر محیط های آموزشی دانشگاهی ) | <ul style="list-style-type: none"> <li>اجرای برنامه افزایش سطح آگاهی دانش آموزان مدرسه</li> <li>ادغام برنامه پیشگیری از استعمال دخانیات در برنامه آموزشی مدارس و دانشگاهها</li> <li>اجرای کمیته های اختصاصی در مدارس، محیط های آموزشی و دانشگاهی</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی</li> <li>وزارت آموزش و پرورش</li> <li>جمهوری اسلامی ایران</li> <li>وزارت علوم</li> <li>وزارت کشور</li> <li>کلیه سازمانها و دستگاههای اجرایی</li> <li>سازمانهای مردم نهاد</li> <li>عموم مردم</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>افزایش دانش در مورد اثرات سوء بهداشتی دخانیات</li> <li>ادغام برنامه پیشگیری از استعمال دخانیات در برنامه درسی مدارس و دانشگاهها</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>تعداد جلسات و کارگاههای آموزشی برگزار شده</li> <li>تعداد جمعیت آموزش دیده</li> <li>تعداد بسته های آموزشی تولید و توزیع شده</li> <li>تعداد عناوین درسی دارای موضوع پیشگیری از مصرف دخانیات</li> </ul> | بودجه جاری جذب بودجه | ۱۳۹۴-۱۴۰۴  |

| اهداف   | حیطه                     | استراتژی ها  | فعالیت ها   | گروه های ذینفع   | نتیجه مطلوب  | شاخص های ارزشیابی   | منابع   | دوره زمانی |
|---|--------------------------|--|---|--|--|---|---|------------|
| ۵- ۳۰ درصد کاهش نسبی در شیوع مصرف دخانیات در افراد بالای ۱۵ سال | پیشگیری و کاهش عوامل خطر | آموزش همگانی و توانمندسازی ارائه کنندگان خدمات سلامت | <ul style="list-style-type: none"> <li>آموزش و توانمندسازی ارائه کنندگان خدمات سلامت در زمینه پیشگیری از مصرف دخانیات</li> <li>ادغام آموزش همگانی پیشگیری از مصرف دخانیات در نظام مراقبت های اولیه بهداشتی و آموزش جمعیت تحت پوشش آموزش و توانمندسازی سفیران سلامت خانوار، سازمانها، مدارس و...</li> <li>آموزش و توانمندسازی سفیران سلامت خانوار، سازمانها، مدارس و...</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>وزارت بهداشت</li> <li>وزارت کار و رفاه و امور اجتماعی</li> <li>شوراهای صنفی</li> <li>وزارت کار و رفاه و امور اجتماعی</li> <li>سند کشوری کنترل دخانیات</li> <li>وزارت آموزش و پرورش</li> <li>وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی</li> <li>وزارت آموزش عالی</li> <li>وزارت صنعت، معدن و تجارت</li> <li>شورای عالی سلامت و امنیت غذایی</li> <li>وزارت کشور / شهرداری ها</li> <li>صدا و سیما</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>پیشگیری از استعمال دخانیات در مکانهای عمومی و محیط های کاری و کارگاهها</li> <li>پیشگیری از استعمال دخانیات در مکانهای عمومی و محیط های کاری و کارگاهها</li> <li>ارتقای دانش، نگرش و عملکرد جمعیت تحت پوشش</li> <li>توسعه خدمات پیشگیری اولیه</li> <li>کاهش شیوع مصرف</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>عدم مصرف دخانیات در محیط های کاری</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>بودجه جاری</li> <li>جذب بودجه</li> </ul> | ۱۳۹۴-۱۴۰۴  |

| اهداف   | حیطه                     | استراتژی ها  | فعالیت ها  | گروه های ذینفع  | نتیجه مطلوب   | شاخص های ارزشیابی  | منابع | دوره زمانی |
|---|--------------------------|--|--|---|---|--|-------|------------|
| ۵- ۳۰ درصد کاهش نسبی در شیوع مصرف دخانیات در افراد بالای ۱۵ سال | پیشگیری و کاهش عوامل خطر | ادغام خدمات غربالگری و درمان مصرف دخانیات در نظام مراقبت های اولیه | <ul style="list-style-type: none"> <li>اجرای برنامه غربالگری افراد درگیر با دخانیات در برنامه های مراقبت جمعیت مراکز سلامت</li> <li>ارائه خدمات درمان و ترک در مراقبت های اولیه</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی</li> <li>سازمان نظام پزشکی شورای عالی سلامت و امنیت غذایی</li> <li>بزرگان</li> <li>شوراهای صنفی</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>افزایش تقاضا برای ترک دخانیات</li> <li>کاهش شیوع مصرف</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>ارایه خدمات ترک دخانیات در کلیه سطوح شبکه</li> <li>تعداد مراجعین ارجاع شده برای ترک دخانیات</li> <li>نرخ ترک دخانیات</li> </ul> |       |            |
|   |                          |  |  |   |   |  |       |            |

| دوره زمانی        | منابع         | شاخص های ارزشیابی   | نتیجه مطلوب   | گروه های ذینفع   | فعالیت ها  | استراتژی ها  | حیطه                  | اهداف   |
|-------------------|---------------|---|---|--|--|--|-----------------------|---|
| تا پایان سال ۱۳۹۶ | - تخصیص بودجه | تعداد جلسات کمیته بیماری های قلبی و عروقی<br>- توسعه دستورالعمل فشار خون بالا | جلسه کمیته بیماری های قلبی و عروقی (۲ بار در سال)<br>- تجدید نظر و توسعه دستورالعمل فشار خون بالا (تا ۲۰۱۷) | - معاونت سلامت و وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی (مرکز مدیریت بیماری های غیر واگیر)<br>- معاونت اقدامات درمانی وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی<br>- کمیته بیماری های قلبی و عروقی<br>- کمیته بیماری های غیر واگیر<br>- سازمان غذا و دارو | - برگزاری جلسات کمیته ملی علمی / فنی بیماری های قلبی و عروقی (کمیته فرعی فشار خون بالا)<br>- دستورالعمل ها ارزیابی، تشخیص و درمان اصلاح فشار خون بالا از طریق ایجاد یک رویکرد جدید تشخیصی و درمانی فشار خون بالا بر اساس WHO PEN | ترازبندی دستورالعمل های پیشگیرانه و تشخیصی   | نظارت، پایش و ارزیابی | ۵- ۳۰ درصد کاهش نسبی در شیوع مصرف دخانیات در افراد بالای ۱۵ سال |
|                   |               |   |   | • وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی<br>• ستاد کشوری کنترل دخانیات<br>• سازمان آمار ایران<br>• وزارت صنعت<br>• وزارت اقتصاد<br>• گمرک ایران<br>• کلیه سازمانهای ذیربط   | • پیاده سازی سیستم مراقبت کنترل دخانیات<br>• تدوین فرمت گزارش دهی برای سازمانهای ذیربط   | ایجاد نظام پایش و ارزشیابی روند اجرای برنامه ها و مداخلات مرتبط با کنترل دخانیات در کشور |                       |   |



| دوره زمانی        | منابع                     | شناختن های ارزشیابی                              | نتیجه مطلوب  | گروه های ذینفع  | فعالیت ها   | استراتژی ها   | حیطه   | اهداف                                  |
|-------------------|---------------------------|--|--|---|---|---|--------|--|
| تا پایان سال ۱۳۹۷ | - بودجه جاری<br>جذب بودجه | - توسعه برنامه درسی دانشجویان پزشکی              | - تجدید نظر در برنامه درسی دانشجویان پزشکی (تا پایان سال ۲۰۱۸)   | معاونت سلامت وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی (مرکز مدیریت بیماری های غیر واگیر)<br>- کمیته بیماری های قلبی و عروقی<br>- کمیته بیماری های غیر واگیر<br>- وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، معاونت آموزش | - برگزاری جلسات کمیته ملی علمی / فنی بیماری های قلبی و عروقی (کمیته فرعی فشار خون بالا)<br>- توسعه دستورالعمل پیشگیری و کنترل موضعی فشار خون بالا (متن)<br>- صدور برنامه درسی جدید برای دانشگاه های پزشکی | بازنگری برنامه درسی دانشجویان پزشکی آنها برای قادر ساختن آنها برای مدیریت فشار خون بالا | حاکمیت | ۶-۲۵ درصد کاهش نسبی شیوع فشار خون بالا |
| تا پایان سال ۱۳۹۶ | - بودجه جاری<br>جذب بودجه | - تعداد محصولات مواد غذایی با کاهش استاندارد نمک | - اصلاح محصولات غذایی با توجه به نمک   | - دیارتمان تغذیه، وزارت ISIRIFDA و معدن، صنعت، تجارت،   | - استقرار کمیته فنی - توسعه پروفایل مواد مغذی<br>- توسعه لیست مواد غذایی ناسالم بر اساس مازول مشخصات مواد مغذی  | تجدید نظر در مورد نمک استاندارد در محصولات غذایی  |        |  |
| تا پایان سال ۱۳۹۶ | - بودجه جاری<br>جذب بودجه | تعداد تبلیغات محصولات ناسالم                     | فهرست ممنوع مواد غذایی ناسالم آگهی شده و تجدید نظر سالانه بر اساس ماده ۳۷ پنجمین برنامه پنج ساله توسعه | دیارتمان تغذیه، ISIRIFDA<br>موسسه ملی تغذیه، وزارت صنعت، معدن، و تجارت، جمهوری اسلامی ایران، وزارت دارایی   | توسعه پروفایل مواد مغذی<br>- توسعه لیست مواد غذایی ناسالم بر اساس مازول مشخصات مواد مغذی  | تنظیم بازار مواد غذایی  |        |  |

| دوره زمانی        | منابع                     | شاخص های ارزشیابی   | نتیجه مطلوب   | گروه های ذینفع   | فعالیت ها   | استراتژی ها                        | حیطه   | اهداف                                 |
|-------------------|---------------------------|---|---|--|---|------------------------------------|--------|---------------------------------------|
| ۱۳۹۴-۱۴۰۴         | - بودجه جاری<br>جذب بودجه | - تعداد جلسات سازماندهی و تشکیل جلسات کمیته مشورتی<br>- ارائه راهنمای برای گروه های هدف مختلف<br>- فرآیند مناسب برای ارائه دستورالعمل در خصوص فعالیت بدنی | افزایش سطح فعالیت بدنی                              | صرفا دولتی<br>- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی<br>- وزارت آموزش عالی<br>صنعت<br>- وزارت ورزش و جوانان<br>رسانه<br>- وزارت راه و شهرسازی | - اجرا چهارمین قانون برنامه پنج ساله توسعه در جمهوری اسلامی ایران<br>برنامه ملی برای ارتقاء فعالیت بدنی | فعالیت بدنی                        | حاکمیت | ۶-۲۵ درصد کاهش نسبی شیوع فشارخون بالا |
| تا پایان سال ۱۳۹۵ | - بودجه جاری<br>جذب بودجه |   | - 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  | استراتژی های کاهش استراتژی های نمک |        |                                       |
| تا پایان سال ۱۳۹۵ |                           |   | - تولید و استفاده کمتر از نمک سدیم در محصولات غذایی | - FDA<br>- وزارت بهداشت و امنیت غذایی<br>موسسه ملی تغذیه ISIRI<br>- صنعت غذا   | - تشویق صنایع غذایی برای استفاده کم تر از نمک سدیم (جایگزینی با KCL)                                    | - جایگزینی سدیم                    |        |                                       |

| اهداف  | حیطه              | استراتژی ها                      | فعالیت ها  | گروه های ذینفع   | نتیجه مطلوب  | شاخص های ارزشیابی   | منابع   | دوره زمانی |
|--|-------------------|----------------------------------|--|--|--|---|---|------------|
| ۶-۲۵ درصد<br>کاهش نسبی<br>شیوع فشارخون<br>بالا | بیشگیری و<br>کاهش | فعالیت بدنی<br>رویکرد مدرسه محور | <ul style="list-style-type: none"> <li>- برنامه ارتقاء سلامت در مدرسه</li> <li>- تاسیس منطقه پویا</li> <li>- ادغام برنامه فعالیت بدنی در برنامه های سلامت دانش آموزان</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- آموزش، سلامت، رسانه</li> </ul>            | <ul style="list-style-type: none"> <li>- دستورالعمل های استاندارد برای فعالیت بدنی در مدارس، افزایش پیاده روی / دوچرخه سواری در مسیر مدرسه،</li> <li>- اضافه وزن و کاهش چاقی،</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- تعداد موارد آموزش استاندارد فعالیت فیزیکی در مدارس و دانشگاه ها</li> <li>- تعداد موارد آموزش پیش از خدمت و آموزش مداوم برای مربیان تربیت بدنی و معلمان ابتدایی</li> <li>- ارائه امکانات، تجهیزات، و کارکنان آموزش دیده برای ارائه برنامه های تربیت بدنی با کیفیت و تنظیم فعالیت ها،</li> <li>- تعداد دانش آموزانی که مسیر مدرسه را روزانه پیاده طی می کنند،</li> <li>- تعداد کودکان فعال به مدت + ۶۰ دقیقه در روز</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- بودجه جاری</li> <li>- جذب بودجه</li> </ul> | ۱۳۹۴-۱۴۰۴  |
|  |                   | رویکرد مبتنی بر محل کار          | <ul style="list-style-type: none"> <li>- وزارت صنعت، معدن، و تجارت، وزارت تعاون، کار، و رفاه اجتماعی</li> </ul>  | بیش از ۵۰ درصد در محل کار فعال باشد، افزایش تجهیزات تاسیسات بدنی و ورزش در محل کار | تعداد سیاست ها و قوانین ترویجی برای کارفرمایان در هر دو بخش خصوصی و عمومی، برای ترویج فعالیت های فیزیکی در محل کار.  |   |   |            |

| اهداف                                 | حیطه           | استراتژی ها   | فعالیت ها   | گروه های ذینفع  | نتیجه مطلوب  | شاخص های ارزشیابی   | منابع         | دوره زمانی        |
|---------------------------------------|----------------|---|---|---|--|---|---------------|-------------------|
| ۶-۲۵ درصد کاهش نسبی شیوع فشارخون بالا | پیشگیری و کاهش | آموزش عمومی موثر  | بهبود کیفیت مراقبت از بیماران از طریق اجرای سند جامع خدمات سلامت در داروخانه های ایران توسط داروسازان | <ul style="list-style-type: none"> <li>- آموزش در مراکز بهداشتی درمانی بر اساس دستورالعمل های مکتوب و بر اساس بسته های آموزشی و متناسب با برنامه های مختلف بر اساس نیازهای گروه های هدف</li> <li>- آموزش توسط رسانه های جمعی بر اساس دستورالعمل های مکتوب و بر اساس بسته های آموزشی متناسب با برنامه های مختلف بر اساس نیازهای گروه های هدف</li> <li>- آموزش توسط رسانه های جمعی</li> <li>- معاونت سلامت وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی (مرکز مدیریت بیماری های غیر واگیر) و بیماری های قلبی و عروقی کمیته غیر واگیر</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- آموزش مردم (گروه هدف) در مراکز بهداشتی درمانی (حداقل ۲۰٪، ۵٪ در هر سال)</li> <li>- افزایش آگاهی مردم در مورد فشارخون بالا (حداقل ۲۰٪ از مردم به آگاه شوند، ۵٪ در هر سال)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- درصد تحصیل / افراد آموزش دیده (گروه هدف)</li> <li>- درصد آگاهی مردم</li> </ul> | - تخصیص بودجه | تا پایان سال ۱۴۰۰ |
| بهبود کیفیت خدمات                     | بهبود          | بهبود کیفیت مراقبت از بیماران از طریق اجرای سند جامع خدمات سلامت در داروخانه های ایران توسط داروسازان | <ul style="list-style-type: none"> <li>وزارت بهداشت (سازمان غذا و دارو)</li> </ul>                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>اجرای سند جامع خدمات سلامت در داروخانه های ایران</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- بودجه جاری</li> <li>جذب بودجه</li> </ul>  | یکساله  |               |                   |

| اهداف                                  | حیطه                  | استراتژی ها                        | فعالیت ها   | گروه های ذینفع   | نتیجه مطلوب  | شاخص های ارزشیابی  | منابع        | دوره زمانی        |
|--|-----------------------|------------------------------------|---|--|--|--|--------------|-------------------|
| ۶-۲۵ درصد کاهش نسبی شیوع فشار خون بالا | نظارت، پایش و ارزیابی | پژوهش مداوم بر اساس مداخلات جمعیتی | <ul style="list-style-type: none"> <li>- تقویت سیستم نظارت بیماری های غیر واگیر RFS</li> <li>- اولویت دادن به تحقیقات مورد نیاز برای پیشگیری و کنترل فشار خون بالا</li> <li>- اولویت دادن به تحقیقات مورد نیاز برای ارزیابی مداخله جمعیت بر اساس فشار خون بالا</li> <li>- ساخت سیستم الکترونیکی برای ثبت داده</li> <li>- تقویت ثبت داده های معمول</li> <li>- تدوین نظارت و ارزیابی شاخص های این برنامه در بخش بهداشت و درمان</li> <li>- 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</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- کمیته بیماری های غیر واگیر</li> <li>- کمیته بیماری های قلبی و عروقی</li> <li>- کمیته پیشرفت مداخلات بر اساس پیش بینی ها (هر دو سال)</li> <li>- نظارت و ارزیابی روند پیشرفت مداخلات بر اساس پیش بینی ها (هر دو سال)</li> <li>- رتبه بندی بیماری های غیر واگیر و عوامل خطر آنها (هر دو سال)</li> <li>- رسیدن به هدف کاهش ۲۵ درصدی شیوع فشار خون تا پایان ۲۰۲۵.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- فهرست اولویت بندی تحقیقات در خصوص فشار خون بالا و عوامل خطر آن (به روز شده در هر سال)</li> <li>- فهرست مداخلات اولویت بندی شده در خصوص فشار خون بالا و عوامل خطر آن (به روز شده در هر سال)</li> <li>- نظارت و ارزیابی روند پیشرفت مداخلات بر اساس پیش بینی ها (هر دو سال)</li> <li>- رتبه بندی بیماری های غیر واگیر و عوامل خطر آنها (هر دو سال)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- اولویت دادن به تحقیقات در خصوص فشار خون بالا و عوامل خطر آن</li> <li>- اولویت دادن به مداخلات در خصوص فشار خون بالا و عوامل خطر آن</li> <li>- تعداد مطالعات انجام شده در خصوص فشار خون بالا</li> <li>- تعداد مداخلات ارزیابی شده (و یا درصد مداخلات ارزیابی شده)</li> <li>- بررسی میزان شیوع فشار خون بالا</li> </ul> | -تخصیص بودجه | تا پایان سال ۱۴۰۴ |



| دوره زمانی | منابع   | شاخص های ارزشیابی   | نتیجه مطلوب   | گروه های ذینفع   | فعالیت ها   | استراتژی ها  | حیطه                               | اهداف                        |  |
|------------|---|---|---|--|---|--|------------------------------------|------------------------------|--|
| ۱۴۰۴       | <p>بودجه جاری</p> <p>جذب بودجه</p> <p>بودجه جاری</p> <p>جذب بودجه</p> | <p>کیفیت سیستم ثبت در پرونده های بهداشتی (درصد ثبت نام به موقع و درصد داده های ثبت شده معتبر و صحیح)</p> <p>کیفیت سیستم ثبت در پرونده های بیماران بستری و خدمات سرپایی در بیمارستانها (درصد داده های ثبت شده معتبر و صحیح)</p> <p>کیفیت سیستم ثبت مرگ و میر (درصد ثبت نام به موقع و درصد داده های ثبت شده معتبر و صحیح)</p> | <p>ثبت به موقع، دقیق و صحیح (حداقل ۹۰ درصد از داده ها) در سیستم های بهداشتی و درمانی سرپایی و بستری</p> <p>رجیستری مرگ و میر بیماری های غیر واگیر بصورت فعال (۱۰۰٪)</p> <p>پزشکان آموزش دیده (حداقل ۵۰٪، ۱۰٪ در هر سال)</p> | <p>معاونت بهداشت وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی (مرکز مدیریت بیماری های غیر واگیر، مرکز توسعه شبکه بهداشت، مرکز سلامت جمعیت و خانواده، دفتر آموزش و ارتقا سلامت)</p> <p>معاونت درمان وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی (مرکز مدیریت بیماری ها (واحد بیماریهای قلب و عروق، سکته مغزی و توانبخشی معاونت درمان وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی)</p> | <p>تقویت سیستم الکترونیکی نظارت بر ارائه خدمات استاندارد به بیماری های غیر واگیر (برای نظارت بر فشار خون بالا و عوامل خطر و عوارض ناشی از آن) در سیستم های بهداشتی و درمانی</p> <p>برنامه ریزی تبادل اطلاعات سیستم های بهداشتی و درمانی</p> | <p>اولویت بندی هزینه اثربخشی مداخلات برای تشخیص زود هنگام و درمان بیماری های قلبی و عروقی بازدید کنندگان</p> <p>استفاده از تجارب موفق پیشگامان</p> | <p>ثبت بیماری های قلبی و عروقی</p> | <p>نظارت، پایش و ارزیابی</p> | <p>۶-۲۵ درصد کاهش نسبی شیوع فشارخون بالا</p> |

| اهداف                              | حیطه   | استراتژی ها   | فعالیت ها  | گروه های ذینفع   | نتیجه مطلوب  | شناختن شاخص های ارزشیابی  | منابع   | دوره زمانی        |
|------------------------------------|--------|---|--|--|--|---|---|-------------------|
| ۷ - توقف افزایش میزان دیابت و چاقی | حاکمیت | بازنگری و به روزرسانی دستورالعمل های پیشگیری و تشخیص اضافه وزن و چاقی | <ul style="list-style-type: none"> <li>- بازنگری در دستورالعمل پیشگیری چاقی، ارزیابی و درمان از طریق ایجاد رویکرد جدید به WHO PEN</li> <li>- تدوین سیاست هایی به منظور کنترل و محدود کردن تبلیغات و بازاریابی در نوشابه ها، یوگ ها و مواد غذایی ناسالم برای کودکان</li> <li>- طراحی و پیگیری اجرای قانون برچسب مواد غذایی (توسط traffic light سیستم و یا رنگ آمیزی به منظور نشان دادن خطر مواد غذایی مغذی)</li> <li>- طراحی و پیگیری تصویب و اجرای قوانین و مقررات مربوط به پرورشی تولید، آماده سازی و توزیع استانداردهای مواد غذایی (از مزرعه تا منزل)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- معاونت سلامت و وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی (مرکز مدیریت بیماری های غیر واگیر)</li> <li>- معاونت اقدامات درمانی وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی</li> <li>- کمیته بیماری های قلبی و عروقی</li> <li>- کمیته بیماری های غیر واگیر</li> <li>- سازمان غذا و دارو</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- برگزاری جلسات کمیته های بیماری های قلبی و عروقی (دو بار در سال)</li> <li>- تجدید نظر و توسعه دستورالعمل چاقی (تا سال ۲۰۱۷)</li> <li>- برچسب زدن مواد غذایی (حداقل ۸۰٪ از مواد غذایی)</li> <li>- به روز کردن قوانین و مقررات و استانداردها (حداقل ۸۰٪)</li> <li>- محدود کردن تبلیغات در خصوص غذاهای مضر در رسانه های جمعی (حداقل ۸۰٪ از تبلیغات غیر قانونی)</li> <li>- هدفمند کردن یارانه غذاهای سالم (حداقل ۲۰٪ از آنها)</li> <li>- کاهش و یا متوقف کردن شیوع چاقی</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- تعداد برگزاری جلسات کمیته های بیماری های قلبی و عروقی</li> <li>- توسعه دستورالعمل چاقی</li> <li>- درصد برچسب زدن به مواد غذایی</li> <li>- بررسی میزان شیوع اضافه وزن و چاقی</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- بودجه جاری</li> <li>- تخصیص بودجه ویژه</li> <li>- جذب بودجه</li> </ul> | تا پایان سال ۱۴۰۰ |

| دوره زمانی        | منابع   | شاخص های ارزشیابی  | نتیجه مطلوب   | گروه های ذینفع   | فعالیت ها  | استراتژی ها  | حیطه   | اهداف                              |
|-------------------|---|--|---|--|--|--|--------|------------------------------------|
| تا پایان سال ۱۳۹۵ | - بودجه جاری<br>- تخصیص بودجه ویژه<br>- جذب بودجه | - اجرای برنامه عملی یکپارچه سازی   | - برنامه عملی یکپارچه سازی  | - کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری های غیر واگیر<br>وزارت بهداشت<br>درمان و آموزش پزشکی                      | - طراحی و پیگیری تصویب و اجرای قوانین و مقررات مربوط به محدودیت تبلیغاتی غذاهای مضر در رسانه های جمعی<br>- پرداخت یارانه غذاهای سالم | اجرای برنامه های عملی یکپارچه سازی برای پیشگیری و کنترل دیابت، فشارخون بالا، چاقی و اضافه وزن و اختلالات در مراقبت اولیه بهداشتی (PHC)       | حاکمیت | ۷ - توقف افزایش میزان دیابت و چاقی |
| تا پایان سال ۱۳۹۷ |   | - درصد پوشش<br>- تحلیل وضعیت<br>- روند اپیدمیولوژیک دیابت و دیگر عوامل خطر | - شناسایی افراد دارای عامل خطر<br>- مداخله<br>- توقف یا به تاخیر انداختن پیشرفت بیماری های آشکار یا پنهان | کمیته عالی بیماری های غیر واگیر<br>معاونت سلامت وزارت بهداشت<br>دفتر شبکه سلامت دبارتان بیماری های غیر واگیر | - پیاده سازی برنامه یکپارچه سازی در نظام سلامت   | اجرای موثر برنامه های یکپارچه سازی برای پیشگیری و کنترل دیابت، فشارخون بالا، چاقی و اضافه وزن و دیس لیپیدمی بر اساس جمعیت و هر یک از مداخلات |        |                                    |

| اهداف                              | حیطه   | استراتژی ها  | فعالیت ها  | گروه های ذینفع   | نتیجه مطلوب  | شناختن های ارزشیابی   | منابع   | دوره زمانی        |
|------------------------------------|--------|--|--|--|--|---|---|-------------------|
| ۷ - توقف افزایش میزان دیابت و چاقی | حاکمیت | تقویت ظرفیت نظام سلامت به خصوص در سطح مراقبت های اولیه | <ul style="list-style-type: none"> <li>- جهت گیری مجدد نظام سلامت برای پیشگیری از بیماری های غیر واگیر و عوامل اجتماعی زمینه ای</li> <li>- استخدام نیروی انسانی مورد نیاز آموزش</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و واحدهای تابعه</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- وجود امکانات بهداشتی کافی با تجهیزات استاندارد و نیروی انسانی</li> <li>- ارائه خدمات بهداشتی و درمانی استاندارد</li> <li>- پوشش بهداشتی مناسب به خصوص در مناطق دور افتاده و جوامع فقیر</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- تعداد خانه های بهداشت و مراکز استاندارد در سطح ملی و استان</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- بودجه جاری</li> <li>- تخصیص بودجه ویژه</li> <li>- جذب بودجه</li> </ul> | تا پایان سال ۱۳۹۷ |
|                                    |        | افزایش و اولویت بندی تخصیص بودجه                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• محاسبه دقیق تامین مالی</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• وزارت بهداشت</li> <li>• پارتمان بیماری های غیر واگیر</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• اختصاص بودجه کافی</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• مقایسه بودجه مورد نیاز و تخصیص بودجه درصد بودجه به دست آمده</li> </ul> | سالانه  |                   |
|                                    |        | تعامل با بخش خصوصی غیر خصوص بهداشت (اقدامات چند بخشی)  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• همکاری امضا تفاهم نامه</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• وزارت بهداشت</li> <li>• شورای عالی سلامت و امنیت غذایی</li> <li>• دفتر بیماری های غیر واگیر</li> <li>• دفتر آموزش بهداشت</li> <li>• در وزارت بهداشت</li> <li>• دانشگاه ها</li> <li>• بخش خصوصی</li> <li>• سازمان های مردم نهاد</li> <li>• رسانه های جمعی</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• همکاری مناسب بر اساس مواد تفاهم نامه</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• درصد دستیابی به مواد موافقت نامه</li> </ul>                            | سالانه  |                   |

| اهداف                              | حیطه   | استراتژی ها  | فعالیت ها  | گروه های ذینفع   | نتیجه مطلوب  | شاخص های ارزشیابی   | منابع   | دوره زمانی |
|------------------------------------|--------|--|--|--|--|---|---|------------|
| ۷ - توقف افزایش میزان دیابت و چاقی | حاکمیت | تقویت نظام سلامت و استفاده بهینه از منابع مراقبت سلامت             | نیازسنجی<br>تعریف تشخیص اولیه و داروهای ضروری              | • وزارت بهداشت<br>• تمامی واحدهای تابعه و سازمانهای همکار<br>• سازمان غذا و دارو<br>• سازمان بهزیستی | • وزارت بهداشت<br>• تمامی واحدهای تابعه و سازمانهای همکار<br>• سازمان غذا و دارو<br>• سازمان بهزیستی | • ارائه خدمات استاندارد<br>• پوشش مناسب برای زن و مرد<br>• پوشش مناسب برای مردم فقیر<br>• پوشش مناسب برای حاشیه شهرها<br>• پوشش مناسب برای مناطق دور افتاده | - بودجه جاری<br>- تخصیص بودجه ویژه<br>- جذب بودجه | سالانه     |
| ۷ - توقف افزایش میزان دیابت و چاقی | حاکمیت | انجام فرصت عادلانه برای تشخیص زود هنگام و مداخله مؤثر برای همه     | • دسترسی راحت به سیستم بهداشتی                             | • وزارت بهداشت<br>• مراکز و موسسات تحقیقاتی  | • تشکیل شبکه تحقیقات<br>• شواهد معتبر برای طراحی برنامه ها و مداخله                                  | • پوشش ۵۰ درصدی برای زن و مرد<br>• پوشش ۵۰ درصدی در مناطق فقیر<br>• پوشش ۵۰ درصدی برای حاشیه شهرها<br>• پوشش ۵۰ درصدی برای مناطق دور افتاده                 | - بودجه جاری<br>- تخصیص بودجه ویژه<br>- جذب بودجه | تا ۱۳۹۸    |
| ۷ - توقف افزایش میزان دیابت و چاقی | حاکمیت | انجام تحقیقات کاربردی در زمینه بیماری های غیر واگیر و عوامل خطر آن | • انجام تحقیقات کاربردی مناسب برای پایان نامه های دانشجویی | • وزارت بهداشت<br>• مراکز و موسسات تحقیقاتی  | • تشکیل شبکه تحقیقات<br>• شواهد معتبر برای طراحی برنامه ها و مداخله                                  | • حداقل ۵۰٪ پروژه در هر دانشگاه درخصوص بیماری های غیر واگیر<br>• حداقل ۴۰ درصد از تمام موضوعات تحقیقاتی کارشناسی ارشد مربوط به بیماری های غیر واگیر         | - بودجه جاری<br>- تخصیص بودجه ویژه<br>- جذب بودجه | تا ۱۳۹۸    |



| اهداف                              | حیطه                     | استراتژی ها  | فعالیت ها  | گروه های ذینفع   | نتیجه مطلوب  | شاخص های ارزشیابی   | منابع  | دوره زمانی  |
|------------------------------------|--------------------------|--|--|--|--|---|--|-------------|
| ۷ - توقف افزایش میزان دیابت و چاقی | پیشگیری و کاهش عوامل خطر | چاقی: بازبینی و اجرای استاندارد ها<br>همه استراتژی های مضرات استفاده از الکل<br>تمام استراتژی های افزایش فعالیت بدنی | برگزاری جلسات کمیته ملی علمی / فنی بیماری های قلبی و عروقی<br>همکاری با کمیته فنی تغذیه<br>تقویت اجرای بیماری های قلبی و عروقی برنامه ملی جامع پیشگیری و کنترل<br>تقویت هماهنگی بین بخشی برای توسعه برنامه ملی همکاری بین بخشی برای کنترل بیماری های قلبی و عروقی (برای تصویب در شورای عالی سلامت)<br>درخواست مشارکت و همکاری بخش خصوصی از مراجعه کنندگان<br>دستورالعمل های مشاوره ای پیشرفته و مواد آموزشی مراقبت از خود برای پیشگیری و کنترل اضافه وزن و چاقی<br>دستورالعمل تغذیه ای پیشرفته برای پیشگیری و کنترل اضافه وزن و چاقی | سازمان غذا و دارو<br>وزارت صنعت، معدن، و تجارت،<br>وزارت ورزش و جوانان<br>وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی (دفتر بیماریهای غیر واگیر، مرکز توسعه شبکه بهداشت، مرکز سلامت جمعیت و خانواده، دفتر آموزش و ارتقا سلامت)<br>کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری های غیر واگیر<br>سازمان غذا و دارو | - برنامه یکپارچه سازی بیماری های قلبی و عروقی<br>- توسعه دستورالعمل مشاوره و مواد آموزشی مراقبت از خود<br>- دستورالعمل تغذیه و توسعه | - یکپارچه سازی برنامه ملی بیماری های قلبی و عروقی<br>- تعداد برگزاری جلسات کمیته های بیماری های قلبی و عروقی<br>- دستورالعمل های پیشرفته برای مشاوره و مواد آموزشی جهت مراقبت از خود<br>- دستورالعمل تغذیه پیشرفته<br>- بررسی میزان شیوع اضافه وزن و چاقی | - بوده جاری<br>- تخصیص بودجه ویژه<br>- جذب بودجه | تا سال ۱۳۹۸ |

| اهداف                              | حیطه                     | استراتژی ها   | فعالیت ها   | گروه های ذینفع  | نتیجه مطلوب  | شاخص های ارزشیابی  | منابع | دوره زمانی |
|------------------------------------|--------------------------|---|---|---|--|--|-------|------------|
| ۷ - توقف افزایش میزان دیابت و چاقی | پیشگیری و کاهش عوامل خطر | ترویج سواد سلامت و فرهنگ عمومی در رابطه با دیابت از طریق رفتارهای سالم و مراقبت از خود        | • تولید محتوای آموزشی<br>آموزش و پرورش                        | وزارت بهداشت<br>رسانه های جمعی<br>وزارت آموزش و پرورش<br>شهرداری ها | • پیش بینی خطر<br>مداخله بر اساس دستورالعمل پیگیری PEN | • حداقل ۵ برنامه در رسانه های جمعی<br>• ۵ برنامه رادیو و تلویزیونی   |       | سالانه     |
| ۱۳۹۸                               |                          | پیشگیری اولیه از طریق ارزیابی و مدیریت خطر بیماری های قلمی و عروقی در جمعیت در معرض عوامل خطر | • استفاده از نمودارهای پیش بینی خطر WHO/ISH<br>• مداخله مناسب | • وزارت بهداشت<br>• دپارتمان بیماری های غیر واگیر<br>• دانشگاه ها   | • پیش بینی خطر<br>مداخله بر اساس دستورالعمل پیگیری PEN | • ۵۰ درصد خطر در زندگی مردم در مناطق روستایی، شهرها و شهرستانهای با کمتر از ۵۰۰۰۰ جمعیت<br>• شروع مداخله در ۵۰٪ از افراد با بیش از ۲۰ درصد ریسک<br>• پیگیری حداقل حدود ۵۰٪ از افراد با بیش از ۲۰ درصد ریسک |       |            |

| اهداف                             | حیطه                     | استراتژی ها   | فعالیت ها   | گروه های ذینفع   | نتیجه مطلوب   | شناختن شاخص های ارزشیابی                                   | منابع   | دوره زمانی |
|-----------------------------------|--------------------------|---|---|--|---|--|---|------------|
| ۷- توقف افزایش میزان دیابت و چاقی | پیشگیری و کاهش عوامل خطر | تعامل جامعه و توانمندسازی مردم برای مراقبت از خود   | آگاهسازی آحاد جامعه   | وزارت بهداشت<br>رسانه های جمعی<br>وزارت آموزش و پرورش<br>شهرداری ها<br>وزارت فرهنگ<br>مکان های مذهبی<br>سازمان های مردم نهاد، گروه ها و انجمن ها | ببخش خصوصی  | • آموزش عمومی<br>• همکاری در فعالیت های اجتماعی و کمپین ها | • حداقل یک همکاری در انجام برنامه های مربوط به دیابت و دیگر عوامل خطر در هر دانشگاه<br>• انتشار یک متن آموزشی برای اماکن مذهبی در مورد مدیریت دیابت و دیگر عوامل خطر در طول هر جلسه | پایان ۱۴۰۴ |
|                                   |                          | ایجاد زیر گروه تخصصی - طرح جامع توانمند سازی - برگزاری کمپین ملی - تدوین بسته های آموزشی - فرهنگ سازی | ایجاد زیر گروه تخصصی ترویج شیوه زندگی سالم در کمیته پیشگیری - برگزاری کمپین تشخیص زودرس و کنترل دیابت و چاقی - فرهنگ سازی با مشارکت صدا و سیما در تدوین محتوای آموزشی - فرهنگ سازی با ارزیابی محتوای آموزشی در فضای مجازی | عموم مردم<br>گروه های در معرض خطر<br>وزارت بهداشت  | - افزایش تعداد افراد آموزش دیده<br>- افزایش تعداد افزایش کمپین ها در برگزاری یکسال<br>• پایداری بیشتر به دستورالعمل های ارتقا سلامت | • تعداد افراد آموزش دیده کل کشور                           |   |            |

| اهداف                              | حیطه         | استراتژی ها                                   | فعالیت ها  | گروه های ذینفع   | نتیجه مطلوب   | شاخص های ارزشیابی   | منابع  | دوره زمانی        |
|------------------------------------|--------------|---|--|--|---|---|--|-------------------|
| ۷ - توقف افزایش میزان دیابت و چاقی | مراقبت سلامت | تشخیص و درمان چاقی و اضافه وزن از دوران کودکی | <ul style="list-style-type: none"> <li>- بازنگری در دستورالعمل پیشگیری از چاقی،</li> <li>- ارزیابی و درمان از طریق ایجاد رویکرد جدید به WHO PEN</li> <li>- تشویق مردم به داشتن ترازوی وزنی</li> <li>- ارائه تجهیزات ترازوی وزنی برای عمومی مکان های سازی و حصول اطمینان از حضور کارشناس تغذیه / متخصص تغذیه در پایین ترین سطح PHC برای مشاوره و تجویز رژیم غذایی سالم</li> <li>- آموزش به مردم توسط رسانه های جمعی و کارکنان بخش سلامت برای شناسایی BMI</li> <li>- ارائه مستوفق هایی به افراد چاق (ترازوی وزنی، نوار اندازه گیری، کتاب پخت و پز) در رویدادهای سلامت</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی</li> <li>- رسانه های جمعی (صدا و سیما) ایران ، مطبوعات، مجلات، روزنامه ها، ...)</li> <li>مردم</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- کاهش اضافه وزن و چاقی (حداقل ۱۰٪ در هر سال)</li> <li>- دریافت مشاوره (حداقل ۸۰٪ از افراد چاق، ۲۰ درصد افزایش در هر سال)</li> <li>- افزایش استفاده از ترازوی وزنی (مراقبت از خود) (۱۰٪ در هر سال)</li> <li>- افزایش کاهش وزن در افراد چاق و اضافه وزن (۱۰٪ در هر سال)</li> <li>- افزایش کاهش وزن و حفظ وزن طبیعی در افراد چاق (مانند کنترل وزن) (۱۰٪ در هر سال)</li> <li>- دریافت مشاوره متخصص تغذیه - افراد چاق (حداقل ۵۰٪)</li> <li>- غربالگری وزن مراجعین کنندگان توسط کارکنان بهداشت (حداقل ۳۰٪ از مراجعه کنندگان یک بار در سال)</li> <li>- شناسایی کودکان چاق</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- بررسی میزان شیوع اضافه وزن و چاقی</li> <li>- درصد دریافت مشاوره توسط متخصص تغذیه</li> <li>- درصد کاهش وزن در افراد چاق و دارای اضافه وزن</li> <li>- درصد کنترل افراد چاق</li> <li>- درصد افراد دارای ترازوی وزنی در خانه</li> <li>- درصد افراد چاق که توسط متخصص تغذیه مشاوره دریافت کرده اند</li> <li>- درصد غربالگری وزن مراجعه کنندگان توسط کارکنان بهداشت (یک بار در سال)</li> <li>- درصد کودکان مدرسه ای چاق در هر سطح از غربالگری</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- بوده جاری</li> <li>- تخصیص بودجه ویژه</li> <li>- جذب بودجه</li> </ul> | تا پایان سال ۱۴۰۴ |

| دوره زمانی | منابع | شاخص های ارزشیابی | نتیجه مطلوب | گروه های ذینفع | فعالیت ها   | استراتژی ها | حیطه         | اهداف                              |
|------------|-------|-------------------|-------------|----------------|---|-------------|--------------|------------------------------------|
|            |       |                   |             |                | <ul style="list-style-type: none"> <li>- اندازه گیری و غربالگری وزن در رویدادهای سلامت</li> <li>- مشاوره رژیم غذایی سالم در رویدادهای سلامت</li> <li>- چاپ نمودار BMI</li> <li>- تشخیص و درمان چاقی و اضافه وزن</li> <li>- از دوران کودکی در دوران کودکی</li> <li>- تشخیص و درمان چاقی و اضافه وزن</li> <li>- در مدارس (توسط سیستم شناسایی سلامت دانش آموزی)</li> <li>- ترویج تغذیه انحصاری تا ۶ ماه و ادامه تغذیه با شیر مادر تا دو سالگی</li> <li>- غربالگری چاقی و اضافه وزن با بهرهمندی از PHC</li> <li>- ارائه مشاوره توسط متخصص تغذیه در پایین ترین سطح از PHC</li> </ul> |             | مراقبت سلامت | ۷ - توقف افزایش میزان دیابت و چاقی |



| دوره زمانی | منابع   | شاخص های ارزشیابی   | نتیجه مطلوب   | گروه های ذینفع   | فعالیت ها   | استراتژی ها   | حیطه         | اهداف                              |
|------------|---|---|---|--|---|---|--------------|------------------------------------|
| سالانه     |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>تعداد سمینارها کارگاه های آموزشی، ...</li> <li>پیشگیری از بستری شدن در بیمارستان به دلیل هیپو گلیسمی یا هیپر گلیسمی</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>آموزش مداوم پزشکان عمومی و ارائه دهندگان خدمات</li> <li>انتشار دستورالعملهای ملی</li> <li>عملکرد بالینی مناسب</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>وزارت بهداشت</li> <li>دفتر بیماری های غیر واگیر</li> <li>دانشگاه ها</li> <li>انجمن های علمی</li> <li>بخش خصوصی</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>آموزش</li> <li>تشخیص زودرس</li> <li>مدیریت موثر هزینه ها بر اساس دستورالعمل های ملی</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>ارائه خدمات پیشگیری، تشخیص زودرس و مدیریت موثر هزینه</li> </ul>                                      | مراقبت سلامت | ۷ - توقف افزایش میزان دیابت و چاقی |
| ۱۳۹۴-۱۴۰۴  | <ul style="list-style-type: none"> <li>بودجه جاری</li> <li>تخصیص بودجه ویژه</li> <li>جذب بودجه</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>۱۰٪ پیشگیری از ناتوانی</li> <li>بهبود ۱۰٪ در کیفیت زندگی و بهره وری</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>در دسترس بودن خدمات سلامت و داروها</li> <li>پیشگیری از ناتوانی و بهبود کیفیت زندگی و بهره وری</li> </ul>                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>وزارت بهداشت</li> <li>دانشگاه ها</li> <li>وزارت صنعت، معدن و تجارت، صنعت نفت</li> </ul>                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>ایجاد دسترسی به سیستم بهداشت</li> <li>ارائه داروهای ضروری و موثر</li> </ul>                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>دسترسی به تشخیص اولیه و داروهای ضروری برای جلوگیری از عوارض، بهبود کیفیت زندگی و بهره وری</li> </ul> |              |                                    |
|            |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>درصد بهبود HbA1c در بیماران دیابتی</li> <li>درصد بهبود در بیماران پیش-دیابتی</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>ارائه خدمات بهداشتی و درمانی استاندارد</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>وزارت بهداشت</li> <li>دانشگاه ها</li> <li>انجمن های علمی</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>به روز رسانی دستورالعمل ها</li> <li>تجهیز نظام سلامت با تجهیزات تشخیصی لازم</li> </ul>         | <ul style="list-style-type: none"> <li>استاندارد تشخیصی و بررسی روش ها و داروهای تجویز شده</li> </ul>                                       |              |                                    |

| دوره زمانی | منابع                                     | شاخص های ارزشیابی   | نتیجه مطلوب  | گروه های ذینفع  | فعالیت ها  | استراتژی ها  | حیطه         | اهداف                              |
|------------|---|---|--|---|--|--|--------------|------------------------------------|
| سالانه     |   | همه شاخص های عملیاتی بر اساس برنامه ملی یکپارچه   | پیگیری و ارزیابی به موقع از برنامه ملی   | دفتر بیماری های غیر واگیر   | تعریف «بنل» بهداشت شامل شاخص های مهم برنامه اقدام و ابلاغ به دانشگاه ها                      | تعریف نظارت و شاخص های ارزشیابی                          | توقف         | ۷ - توقف افزایش میزان دیابت و چاقی |
| سالانه     |   | درصد داروهای تحت پوشش بیمه<br>درصد روش های تشخیصی تحت پوشش بیمه<br>درصد درمان تحت پوشش بیمه | پوشش کامل بیماران در مورد دیابت و دیگر عوامل خطر بیماری های غیر واگیر  | شرکت های بیمه<br>وزارت بهداشت   | پوشش بیمه  | پوشش بیمه برای همه خدمات PHC                             | مراقبت سلامت |                                    |
| سالانه     | بودجه جاری - تخصیص بودجه ویژه - جذب بودجه | درصد افراد تحت پوشش   | انطباق بهتر بیمار به درمان<br>خود - نظارتی موثر بیمار و خانواده آنها<br>دستیابی به مدیریت بهتر مشکلات سلامتی | وزارت بهداشت<br>دفتر بیماری های غیر واگیر<br>دانشگاه ها<br>سازمان های مردم نهاد<br>شهرداری ها | آموزش<br>فراهم سازی مواد آموزشی مربوط به مراقبت از خود ، تجهیزات و دستگاه ها (گلوکومتر، ...) | توانمندسازی بیماران و خانواده های آنها جهت مراقبت از خود |              |                                    |

| اهداف                              | حیطه                  | استراتژی ها                   | فعالیت ها   | گروه های ذینفع   | نتیجه مطلوب   | شاخص های ارزشیابی                   | منابع | دوره زمانی        |
|------------------------------------|-----------------------|-------------------------------|---|--|---|-------------------------------------|-------|-------------------|
| ۷ - توقف افزایش میزان دیابت و چاقی | نظارت، پایش و ارزیابی | تقویت نظام ثبت                | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ایجاد نظام ثبت</li> <li>- تقویت سیستم نظارت بر بیماری های غیر واگیر</li> <li>- توسعه و نظارت و ارزیابی برنامه پیشگیری از اضافه وزن و چاقی در مدارس</li> <li>- طراحی پائل مدیریت داده ها با استفاده از از داده ای بیماری های غیر واگیر و عوامل خطر آنها در سطوح مختلف نظام سلامت</li> <li>- تقویت نظرسنجی مربوط به چاقی در کودکان، نوجوانان و جوانان</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- معاونت سلامت وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی (مرکز مدیریت بیماری های غیر واگیر، مرکز توسعه شبکه بهداشت، مرکز سلامت جمعیت و خانواده)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• پایش روند اضافه وزن و چاقی</li> </ul>  | درصد ثبت موارد در پرونده الکترونیکی |       | تا پایان سال ۱۴۰۰ |
|                                    |                       | تقویت و ارتقای نظام ثبت دیابت | <ul style="list-style-type: none"> <li>• فراهم کردن زیرساخت لازم برای تمام سطوح از سیستم بهداشت و درمان</li> <li>• آموزش پرسنل برای ورود داده ها و تکمیل نظام ثبت دیابت</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• وزارت بهداشت</li> <li>• دانشگاه ها</li> <li>• مردم</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• سیستم جمع آوری داده ها قابل اطمینان</li> <li>• یکپارچه سازی تمام اطلاعات سلامت یک فرد با توجه به کد ملی</li> </ul> | درصد پرونده های ثبت شده             |       | سالانه            |

| دوره زمانی        | منابع  | شاخص های ارزشیابی   | نتیجه مطلوب  | گروه های ذینفع   | فعالیت ها   | استراتژی ها                      | حیطه   | اهداف  |
|-------------------|--|---|--|--|---|----------------------------------|--------|--|
| تا پایان سال ۱۴۰۴ | <ul style="list-style-type: none"> <li>- بوده جاری</li> <li>- تخصیص بودجه ویژه</li> <li>- جذب بودجه</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- درصد مراکز ارائه دهنده خدمات PCI به بیماران سکته حاد قلبی و مغزی در استانها</li> <li>- درصد مراکز ارائه دهنده خدمات ترومبولیتیک تریپی به بیماران سکته حاد قلبی و مغزی در استانها</li> <li>- درصد اطمینان از وجود داروهای ضروری و فن آوری های لازم برای درمان بیماری های غیر واگیر در بخش دولتی و خصوصی</li> <li>- درصد ارائه خدمات توانبخشی در بیماران قلبی عروقی</li> <li>- درصد اطمینان از حضور مشاوران مورد نیاز (روانشناسان، تغذیه، ...)</li> <li>- درصد کارکنان آموزش دیده</li> <li>- درصد اطمینان از حضور مشاوران مورد نیاز</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>تعمیرات لازم جهت تامین دارو و ملزومات لازم جهت درمان و خود مراقبتی بر اساس استانداردهای موجود</li> <li>پیشگیری، درمان، پیگیری و توانبخشی برنامه های ملی قلبی عروقی و سکته مغزی در کلیه شبکه های مراقبت سلامت و درمانی بر اساس رویکرد سازمان جهانی بهداشت (PEN تا ۲۰۲۵)</li> <li>سکته مغزی (MI) (حداقل ۸۰٪ از بیماران مراقبت به موقع دریافت می کنند؛ با افزایش ۲۰ درصدی در هر سال</li> <li>کاهش موارد مرگ و میر و ناتوانی ناشی از حملات قلبی و عروقی (MI) سکته مغزی)</li> <li>- بیمارانی که پس از ترخیص داروهای ضروری را دریافت می کنند (حداقل ۹۰٪)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی و واکنش های تابعه</li> <li>کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری های غیر واگیر</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• توسعه و اجرای برنامه جامع پیشگیری و کنترل عوامل خطر بیماریهای غیر واگیر در راستای کاهش بروز بیماریهای قلب و عروق و سکته قلبی و مغزی و بر اساس رویکرد سازمان جهانی بهداشت PEN</li> <li>• تامین دارو و ملزومات مصرفی متناسب با سطح بندی و لایه بندی خدمات بهداشتی و درمانی در استانهای کشور</li> <li>- توسعه دستورالعمل های مشاوره و تهیه مواد آموزشی مراقبت از خود</li> </ul> | توسعه و ارتقا دستورالعمل های ملی | حاکمیت | <ul style="list-style-type: none"> <li>۸- دریافت دارو و مشاوره (از جمله کنترل قند خون) توسط حداقل ۷۰ درصد از افراد واجد شرایط به منظور پیشگیری از حمله های قلبی و سکته های مغزی</li> </ul> |

| اهداف   | حیطه   | استراتژی ها                      | فعالیت ها   | گروه های ذینفع  | نتیجه مطلوب  | شاخص های ارزشیابی  | منابع                                  | دوره زمانی        |
|---|--------|----------------------------------|---|---|--|--|--|-------------------|
| <p>۸- دریافت دارو مشاوره از جمله کنترل قند خون) توسط حداقل ۷۰ درصد از افراد واجد شرایط به منظور پیشگیری از حمله‌های قلبی و سکتته‌های مغزی</p> | حاکمیت | توسعه و ارتقا دستورالعمل های ملی | <p>- آماده سازی دانشگاه ها و ادغام برنامه در سطح PHC</p> <p>- برگزاری کارگاه به منظور آموزش کارکنان بهداشت در مورد نحوه پیاده‌سازی (NCDPC)</p> <p>- برگزاری کارگاه به منظور آموزش کارکنان سیستم های درمانی در مورد نحوه پیاده سازی راهبماهای بالینی درمان بیماریهای قلبی عروقی منتخب و سکتته مغزی</p> | <p>معاونت بهداشت وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی (دقتر بیماری های غیر واگیر، مرکز توسعه شبکه بهداشت، مرکز سلامت جمعیت و خانواده، دفتر آموزش و ارتقا سلامت)</p> | <p>- افزایش متوسط سن مرگ ناشی از حملات قلبی و عروقی (MI) سکتته مغزی) (۱۰٪ در هر سال)</p> <p>- کاهش مرگ و میر ناشی از حملات قلبی و عروقی (MI) سکتته مغزی) (حداقل ۸۰٪ کاهش مرگ و میر در ماه اول بعد از بروز حوادث قلبی و عروقی (MI) سکتته مغزی) (MI) کاهش در هر سال)</p> | <p>- درصد بیماران قلبی و عروقی دریافت کننده درمان دارویی و مشاوره - درصد اطمینان از وجود داروهای ضروری و فن آوری های لازم برای درمان بیماری های غیر واگیر در بخش دولتی و خصوصی</p> | <p>- بودجه جاری - تخصیص بودجه ویژه</p> | تا پایان سال ۱۴۰۴ |

| دوره زمانی | منابع | شناختن شاخص های ارزشیابی | نتیجه مطلوب  | گروه های ذینفع   | فعالیت ها   | استراتژی ها | حیطه   | اهداف   |
|------------|-------|--------------------------|--|--|---|-------------|--------|---|
|            |       |                          | <p>- داروهای عرضه شده (حداقل ۹۰٪)</p> <p>- بیماران قلبی و 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 فن آوری های لازم برای درمان بیماری های غیر واگیر در بخش دولتی و خصوصی</p> <p>(حداقل ۸۰٪ تا پایان ۲۰۲۵)</p> | <p>- معاونت درمان وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی (مرکز مدیریت پیوند و درمان بیماری ها (واحد بیماریهای قلب و عروق، سکته مغزی و توانبخشی</p> <p>معاونت درمان وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی (مرکز مدیریت پیوند و درمان بیماری ها (واحد بیماریهای قلب و عروق، سکته مغزی و توانبخشی</p> <p>- معاونت توسعه و نیروی انسانی</p> | <p>- ایجاد دسترسی به فن آوری های ضروری و داروهای لازم برای کنترل بیماری های قلبی و عروقی / فشار خون بالا و عوامل خطر آنها با توجه به پیش بینی های انجام شده و تهیه داروهای ضد فشار خون بالا و ارائه منابع لازم در تمامی سطوح به خصوص از پایین ترین سطح در PHC و بیمارستانهای تخصصی و فوق تخصصی</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 پایین ترین سطح PHC</p> <p>- استفاده از رسانه های جمعی برای آموزش عمومی</p> <p>- همکاری و شرکت در ظرفیت سازی و آموزش کارکنان و نیروی های انسانی از طریق نیازسنجی</p> |             | حاکمیت | <p>۸- دریافت دارو و مشاوره (از جمله کنترل قند خون) توسط حداقل ۷۰ درصد از افراد واجد شرایط به منظور پیشگیری از حمله های قلبی و سکته های مغزی</p> |



| دوره زمانی        | منابع   | شاخص های ارزشیابی   | نتیجه مطلوب   | گروه های ذینفع   | فعالیت ها  | استراتژی ها  | حیطه   | اهداف  |
|-------------------|---|---|---|--|--|--|--------|--|
| تا پایان سال ۱۴۰۴ | <ul style="list-style-type: none"> <li>- بودجه جاری</li> <li>- تخصیص بودجه ویژه</li> <li>- جذب بودجه</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- تعداد موارد مشارکت بخش خصوصی (با درصد)</li> <li>- مقررات و برنامه های مشارکت و همکاری</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- کاهش بار هزینه های بهداشت در بیماری های قلبی و عروقی</li> <li>- همکاری بین بخش خصوصی و سازمان های مردم نهاد و معاونت سلامت (مرکز مدیریت بیماری های غیر واگیر)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- انجمن قلب ایران</li> <li>- انجمن آترواسکلروز</li> <li>- انجمن اندوواسکولار</li> <li>- معاونت بهداشت وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی (مرکز مدیریت بیماری های غیر واگیر، مرکز توسعه شبکه بهداشت، مرکز سلامت جمعیت و خانواده، دفتر آموزش و ارتقا سلامت)</li> <li>- معاونت درمان وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی (مرکز مدیریت پیوند و درمان بیماری ها (واحد بیماریهای قلب و عروق، سکته مغزی و توانبخشی معاونت درمان وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی)</li> <li>- سازمان های مردم نهاد و موسسات عمومی</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- هماهنگی درون بخشی و حمایت از قوانین مربوط به کاهش عوامل خطر</li> <li>- تقویت هماهنگی درون بخشی همراه با توسعه برنامه همکاری درون بخشی ملی برای کنترل بیماری های قلبی و عروقی و (برای تصویب در شورای عالی سلامت)</li> <li>- جلب حمایت برای مشارکت و همکاری بخش های خصوصی</li> <li>- درگیر ساختن نمایندگان بخش خصوصی در کمیته های فرعی عوامل خطر بیماری های قلبی و عروقی</li> <li>- درگیر ساختن سازمان های مردم نهاد در برنامه ریزی ها (برای تصویب حدود وظائف و تعهدات و برای مشارکت در اجرای برنامه)</li> <li>- ایجاد هماهنگی و حمایت با در نظر گرفتن سند سلامت مربوط به برنامه ریزی توسعه ای</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- جلب مشارکت بخش خصوصی</li> </ul> | حاکمیت | <ul style="list-style-type: none"> <li>۸- دریافت دارو و مشاوره (از جمله کنترل قند خون) توسط حداقل ۷۰ درصد از افراد واجد شرایط به منظور پیشگیری از حمله های قلبی و سکته های مغزی</li> </ul> |

| دوره زمانی | منابع  | شناختن های ارزشیابی  | نتیجه مطلوب  | گروه های ذینفع  | فعالیت ها  | استراتژی ها                     | حیطه   | اهداف  |
|------------|--|--|--|---|--|---------------------------------|--------|--|
| ۱۴۰۴       | تخصیص بودجه برای عوامل خطر غربالگری در جمعیت | درصد افراد بر اساس میزان خطر (>1۰٪) - ۲۰٪ - ۲۹٪<br>۱۰٪ - ۱۹٪ - ۲۰٪<br>≤۳۰٪           | شناسایی گروههای در معرض خطر (۲۰٪ و بیشتر) تا پایان سال (۲۰۲۰)<br>- دریافت درمان بر اساس میزان خطر (مشاوره، تیازید و استاتین) (۵۰٪ تا پایان سال ۲۰۲۰) | معاونت بهداشت وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی (مرکز مدیریت بیماری های غیر واگیر، مرکز توسعه شبکه بهداشت، مرکز سلامت جمعیت و خانواده، دفتر آموزش و ارتقا سلامت)                                     | همکاری درون بخشی با سازمان های غیر دولتی در خصوص ساخت / ایجاد محیط زیست سالم (فضای سبز اماکن کار در ادارات و کارخانه ها، مدارس، دانشگاه ها، مراکز درمانی و ...)<br>- تهیه و چاپ مطالب آموزشی | خطرسنجی بیماری های قلبی و عروقی | حاکمیت | ۸- دریافت دارو و مشاوره (از جمله کنترل قند خون) توسط حداقل ۷۰ درصد از افراد واجد شرایط به منظور پیشگیری از حمله های قلبی و سکته های مغزی |
|            |  | درصد بروز حوادث بیماری های قلبی و عروقی (MI) سکته مغزی، مرگ، بیماران ذکر شده در بالا | کاهش بروز حوادث قلبی و عروقی در گروه های هدف (۵٪ در هر سال)<br>- کاهش عوامل خطر بیماری های قلبی و عروقی در گروه های هدف (۵٪ در هر سال)               | معاونت درمان وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی (مرکز مدیریت پیوند و درمان بیماری ها (واحد بیماریهای قلب و عروق، سکته مغزی و توانبخشی، معاونت درمان وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی) - سازمان بیمه | شناسایی افراد در معرض خطر (۳۰ سال و بیشتر)<br>- مشاوره و درمان بر اساس میزان خطر<br>- توسعه دستورالعمل های مشاوره و تهیه مواد آموزشی مراقبت از خود در شرایط بحران کرونا                      | مراقبت سلامت                    |        |  |

| اهداف   | حیطه                    | استراتژی ها   | فعالیت ها   | گروه های ذینفع  | نتیجه مطلوب   | شاخص های ارزشیابی   | منابع   | دوره زمانی   |   |  |  |   |  |   |  |   |  |   |  |
|---|-------------------------|---|---|---|---|---|---|--|---|--|--|---|--|---|--|---|--|---|--|
| <p>۸- دریافت دارو و مشاوره (از جمله کنترل قند خون) توسط حداقل ۷۰ درصد از افراد واجد شرایط به منظور پیشگیری از حمله‌های قلبی و سگته‌های مغزی</p> | <p>مراقبت‌های سلامت</p> | <p>بهبود کیفیت مراقبت های بهداشتی (خصوصی / عمومی، سرپایی / بستری)</p> | <p>بهبود مراقبت سلامت ارائه شده در سطوح دوم و سوم توسط حمایت و تقویت نظام ارجاع</p> <p>- بیمار پایی در خانه های بهداشت، مراکز درمانی و بهداشتی و پایگاه های بهداشت با توجه به گروه های سنی ارجاع داده شده به خانه سلامت / مراکز</p> <p>- ارزیابی اولیه جمعیت تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی برای شناسایی عوامل خطر و گروه های در معرض خطر</p> <p>- مدیریت منظم و مراقبت از بیماران شناسایی شده و ارجاع آنها به سطوح تخصصی در صورت لزوم</p> | <p>معاونت بهداشت وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی (دفتر بیماری های غیر واگیر، مرکز توسعه شبکه بهداشت، مرکز سلامت جمعیت و خانواده، دفتر آموزش و ارتقا سلامت) و ارتقا سلامت</p> <p>-معاونت درمان وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی (مرکز مدیریت پیوند و درمان بیماری ها (واحد بیماریهای قلب و عروق، سگته مغزی و توانبخشی معاونت درمان وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی)</p> <p>- سازمان بیمه</p> | <p>معاونت بهداشت وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی (دفتر بیماری های غیر واگیر، مرکز توسعه شبکه بهداشت، مرکز سلامت جمعیت و خانواده، دفتر آموزش و ارتقا سلامت) و ارتقا سلامت</p> <p>-معاونت درمان وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی (مرکز مدیریت پیوند و درمان بیماری ها (واحد بیماریهای قلب و عروق، سگته مغزی و توانبخشی معاونت درمان وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی)</p> <p>- سازمان بیمه</p> | <p>بهبود مراقبت سلامت ارائه شده در سطوح دوم و سوم توسط حمایت و تقویت نظام ارجاع</p> <p>- بیمار پایی در خانه های بهداشت، مراکز درمانی و بهداشتی و پایگاه های بهداشت با توجه به گروه های سنی ارجاع داده شده به خانه سلامت / مراکز</p> <p>- ارزیابی اولیه جمعیت تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی برای شناسایی عوامل خطر و گروه های در معرض خطر</p> <p>- مدیریت منظم و مراقبت از بیماران شناسایی شده و ارجاع آنها به سطوح تخصصی در صورت لزوم</p> | <p>بهبود کیفیت مراقبت های بهداشتی (خصوصی / عمومی، سرپایی / بستری)</p> | <p>امکان ارائه مشاوره های غیرحضوری در شرایط پاندمی، کوید میزان خطر برای مراکز بهداشتی درمانی</p> | <p>معاونت بهداشت وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی (دفتر بیماری های غیر واگیر، مرکز توسعه شبکه بهداشت، مرکز سلامت جمعیت و خانواده، دفتر آموزش و ارتقا سلامت) و ارتقا سلامت</p> <p>-معاونت درمان وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی (مرکز مدیریت پیوند و درمان بیماری ها (واحد بیماریهای قلب و عروق، سگته مغزی و توانبخشی معاونت درمان وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی)</p> <p>- سازمان بیمه</p> | <p>بهبود مراقبت های بهداشتی (خصوصی / عمومی، سرپایی / بستری)</p>                                  | <p>امکان ارائه مشاوره های غیرحضوری در شرایط پاندمی، کوید میزان خطر برای مراکز بهداشتی درمانی</p> | <p>بهبود مراقبت های بهداشتی (خصوصی / عمومی، سرپایی / بستری)</p> | <p>امکان ارائه مشاوره های غیرحضوری در شرایط پاندمی، کوید میزان خطر برای مراکز بهداشتی درمانی</p> | <p>بهبود مراقبت های بهداشتی (خصوصی / عمومی، سرپایی / بستری)</p> | <p>امکان ارائه مشاوره های غیرحضوری در شرایط پاندمی، کوید میزان خطر برای مراکز بهداشتی درمانی</p> | <p>بهبود مراقبت های بهداشتی (خصوصی / عمومی، سرپایی / بستری)</p> | <p>امکان ارائه مشاوره های غیرحضوری در شرایط پاندمی، کوید میزان خطر برای مراکز بهداشتی درمانی</p> | <p>بهبود مراقبت های بهداشتی (خصوصی / عمومی، سرپایی / بستری)</p> | <p>امکان ارائه مشاوره های غیرحضوری در شرایط پاندمی، کوید میزان خطر برای مراکز بهداشتی درمانی</p> |
| <p>۸- دریافت دارو و مشاوره (از جمله کنترل قند خون) توسط حداقل ۷۰ درصد از افراد واجد شرایط به منظور پیشگیری از حمله‌های قلبی و سگته‌های مغزی</p> |                         | <p>بهبود مراقبت های بهداشتی (خصوصی / عمومی، سرپایی / بستری)</p>       | <p>بهبود مراقبت سلامت ارائه شده در سطوح دوم و سوم توسط حمایت و تقویت نظام ارجاع</p> <p>- بیمار پایی در خانه های بهداشت، مراکز درمانی و بهداشتی و پایگاه های بهداشت با توجه به گروه های سنی ارجاع داده شده به خانه سلامت / مراکز</p> <p>- ارزیابی اولیه جمعیت تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی برای شناسایی عوامل خطر و گروه های در معرض خطر</p> <p>- مدیریت منظم و مراقبت از بیماران شناسایی شده و ارجاع آنها به سطوح تخصصی در صورت لزوم</p> | <p>معاونت بهداشت وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی (دفتر بیماری های غیر واگیر، مرکز توسعه شبکه بهداشت، مرکز سلامت جمعیت و خانواده، دفتر آموزش و ارتقا سلامت) و ارتقا سلامت</p> <p>-معاونت درمان وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی (مرکز مدیریت پیوند و درمان بیماری ها (واحد بیماریهای قلب و عروق، سگته مغزی و توانبخشی معاونت درمان وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی)</p> <p>- سازمان بیمه</p> | <p>بهبود مراقبت های بهداشتی (خصوصی / عمومی، سرپایی / بستری)</p>   | <p>امکان ارائه مشاوره های غیرحضوری در شرایط پاندمی، کوید میزان خطر برای مراکز بهداشتی درمانی</p>  | <p>بهبود مراقبت های بهداشتی (خصوصی / عمومی، سرپایی / بستری)</p>       | <p>امکان ارائه مشاوره های غیرحضوری در شرایط پاندمی، کوید میزان خطر برای مراکز بهداشتی درمانی</p> | <p>بهبود مراقبت های بهداشتی (خصوصی / عمومی، سرپایی / بستری)</p>   | <p>امکان ارائه مشاوره های غیرحضوری در شرایط پاندمی، کوید میزان خطر برای مراکز بهداشتی درمانی</p> |  |   |  |   |  |   |  |   |  |

| دوره زمانی | منابع | شاخص های ارزشیابی | نتیجه مطلوب | گروه های ذینفع | فعالیت ها   | استراتژی ها   | حیطه         | اهداف   |
|------------|-------|-------------------|-------------|----------------|---|---|--------------|---|
|            |       |                   |             |                | <p>- به روز رسانی و بومی سازی برنامه غربالگری، شناسایی بیماران، درمان و پیشگیری از بیماری های قلبی و عروقی و دستورالعمل ها و پروتکل های عوامل خطر</p> <p>- ایجاد رکورد و سیستم اطلاعات الکترونیکی برای مراقبت سلامت جهت ارائه خدمات پیشگیری و درمان بیماری های قلبی و عروقی</p> <p>- طراحی و اجرای برنامه ها جهت افزایش دسترسی به خدمات مشاوره مورد نیاز (وب سایت، مشاوره تلفنی و ...)</p> <p>- 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 بیماری های غیر واگیر</p> | <p>بهبود کیفیت مراقبت های بهداشتی (خصوصی / عمومی، سرپایی / بستری)</p> | مراقبت سلامت | <p>۸- دریافت دارو و مشاوره (از جمله کنترل قند خون) توسط حداقل ۷۰ درصد از افراد واجد شرایط به منظور پیشگیری از حمله های قلبی و سکنه های مغزی</p> |

| اهداف  | حیطه         | استراتژی ها  | فعالیت ها  | گروه های ذینفع  | نتیجه مطلوب   | شاخص های ارزشیابی  | منابع  | دوره زمانی        |
|--|--------------|--|--|---|---|--|--|-------------------|
| ۸- دریافت دارو و مشاوره (از جمله کنترل قند خون) توسط حداقل ۷۰ درصد از افراد واجد شرایط به منظور پیشگیری از حمله‌های قلبی و سکنه‌های مغزی | مراقبت سلامت | بهبود کیفیت مراقبت های بهداشتی (خصوصی / عمومی، سرپایی / بستری) | <ul style="list-style-type: none"> <li>- طراحی و اجرای سیستم های ممیزی برای پیشگیری و کنترل بیماری های غیر واگیر</li> <li>- نظارت و ارزیابی روند بروز عوارض و مرگ و میر ناشی از بیماری های قلبی و عروقی</li> <li>- گسترش و ارتقاء فرایند آموزش عموم مردم جهت مراجعات به موقع و حفظ زمان طلایی با توجه به شرایط بحران کرونا</li> <li>- معرفی مراکز ارائه دهنده خدمات بیماریهای قلبی عروقی و سکنه مغزی به عموم مردم</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی</li> <li>- رسانه های جمعی - مردم</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- استفاده از دستگاه های فشار خون (ترجیحا دستگاه های اتوماتیک) در خانه (۵٪ افزایش در هر سال)</li> <li>- تشخیص زود هنگام فشار خون بالا (۵٪) فشار خون بالا که از بیماران با فشار خون بالا از طریق تشخیص مراقبت خانگی هر ساله مشخص شود)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- درصد افرادی که دستگاه فشار خون دارند (ترجیحا دستگاه های خودکار)</li> <li>- درصد مبتلایان به فشار خون بالا که از طریق مراقبت خانگی تشخیص داده شده اند.</li> <li>- درصد افرادی که دستگاه خودکار قند خون دارند.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- تخصیص بودجه برای آموزش</li> </ul> | تا پایان سال ۱۴۰۰ |

| دوره زمانی        | منابع                                  | شناختن های ارزشیابی   | نتیجه مطلوب  | گروه های ذینفع   | فعالیت ها   | استراتژی ها    | حیطه         | اهداف  |
|-------------------|--|---|--|--|---|----------------|--------------|--|
| تا پایان سال ۱۴۰۴ | - تخصیص بودجه برای آموزش و نیت اطلاعات | - درصد بروز بیماری ها (بیماری های قلبی و عروقی، فشار خون بالا، چاقی...) - درصد بروز عوارض ناشی از بیماری های قلبی و عروقی   | - کاهش بروز بیماری ها (بیماری های قلبی و عروقی، فشار خون بالا، چاقی، ...) (۵٪ در هر سال) - کاهش عوارض ناشی از بیماری های قلبی و عروقی (۲٪ در هر سال) | معاونت بهداشت وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی (دفتر بیماری های غیر واگیر، مرکز توسعه شبکه بهداشت، مرکز سلامت جمعیت و خانواده، دفتر آموزش و ارتقا سلامت) | - ارتقاء فرهنگ و سواد سلامت عمومی و بهداشتی در زمینه رفتارهای سالم و مراقبت از خود و اجتناب از قرار گرفتن در معرض عوامل خطر   | مراقبت در منزل | مراقبت سلامت | ۸- دریافت دارو و مشاوره (از جمله کنترل قند خون) توسط حداقل ۷۰ درصد از افراد واجد شرایط به منظور پیشگیری از حمله های قلبی و سکنه های مغزی |
| تا پایان سال ۱۴۰۴ | - تخصیص بودجه                          | - درصد افرادی که دستگاه چربی خون خود کار دارند - درصد مبتلایان به چربی خون بالا که از طریق مراقبت خانگی تشخیص داده شده اند. - درصد افرادی که دستگاه کنترل وزن دارند - درصد کنترل بیماری (فشار خون، گلوکز و چربی، وزن) | - استفاده از دستگاه های وزن در خانه (۱٪ افزایش در هر سال) - کتیرل بیماری (۵٪ در هر سال)  |  | - غربالگری روئین و موارد یافت شده چربی خون بالا را از طریق مراقبت خانگی و مراقبت از خود با توجه به دستورالعمل - کتیرل فشارخون مطبوعات قند خون چربی خون توسط بیماران با توجه به دستورالعمل |                |              |  |



| اهداف  | حیطه                | استراتژی ها                                    | فعالیت ها   | گروه های ذینفع  | نتیجه مطلوب   | شاخص های ارزشیابی   | منابع                           | دوره زمانی               |
|--|---------------------|--|---|---|---|---|---------------------------------|--------------------------|
| <p>۸- دریافت دارو و مشاوره (از جمله کنترل قند خون) توسط حداقل ۷۰ درصد از افراد واجد شرایط به منظور پیشگیری از حمله‌های قلبی و سکتته‌های مغزی</p> | <p>مراقبت سلامت</p> | <p>خود مراقبتی بیماران و افراد با خطر بالا</p> | <p>- تهیه راهنمای مراقبت خانگی برای بیماری های قلبی و عروقی و عوامل خطر آن با توجه به شرایط بحران کرونا<br/>- غربالگری روتین و شناسایی موارد فشار خون، قند خون و چربی خون بالا از طریق مراقبت خانگی و مراقبت از خود با توجه به دستورالعمل<br/>- غربالگری روتین و موارد یافت شده چربی خون بالا را از طریق مراقبت خانگی و مراقبت از خود با توجه به دستورالعمل</p> | <p>معاونت درمان وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی (مرکز مدیریت بیماری های غیر واگیر، مرکز توسعه شبکه بهداشت، مرکز سلامت جمعیت و خانواده، دفتر آموزش و ارتقا سلامت) واحد بازنوایی و توانبخشی توانبخشی معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - رسانه های جمعی</p> | <p>- افزایش فعالیت بدنی (... (۵٪ در هر سال)<br/>- کاهش مصرف سیگار (... (۲٪ در هر سال)<br/>- افزایش ترک سیگار (... (۲٪ در هر سال)<br/>- بهبود تغذیه سالم (... (۵٪ در هر سال)</p> | <p>- درصد عدم فعالیت<br/>- درصد مصرف سیگار<br/>- درصد ترک سیگار<br/>- درصد تغذیه سالم</p> | <p>- تخصیص بودجه برای آموزش</p> | <p>تا پایان سال ۱۴۰۴</p> |

| اهداف   | حیطه                | استراتژی ها                                     | فعالیت ها  | گروه های ذینفع        | نتیجه مطلوب  | شناختن های ارزشیابی   | منابع                | دوره زمانی |
|---|---------------------|---|--|-----------------------|--|---|----------------------|------------|
| <p>۸- دریافت دارو و مشاوره (از جمله کنترل قند خون) توسط حداقل ۷۰ درصد از افراد واجد شرایط به منظور پیشگیری از حمله‌های قلبی و سکنه‌های مغزی</p> | <p>مراقبت سلامت</p> | <p>خود مراقبتی بیماران و افراد با ریسک بالا</p> | <p>- کنترل فشارخون<br/>مطبوعات قند خون<br/>چربی خون توسط بیماران با توجه به دستورالعمل</p> | <p>گروه های ذینفع</p> | <p>- تشخیص زود هنگام قند خون بالا (۵٪ از بیماران با فشار خون بالا از طریق مراقبت خانگی هر سه ماهه مشخص شود) - استفاده از دستگاه های 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 دستگاه های وزن در خانه (۱٪ افزایش در هر سال)</p> <p>- کنترل بیماری افزایش یافته (۵٪ در هر سال)</p> | <p>- درصد افرادی که دستگاه فشارسنج دارند (ترجیحا دستگاه های خودکار)</p> <p>- درصد مبتلایان به فشار خون بالا که از طریق مراقبت خانگی تشخیص داده شده اند.</p> <p>- درصد افرادی که دستگاه خودکار قند خون دارند.</p> <p>- درصد مبتلایان به دیابت که از طریق مراقبت خانگی تشخیص داده شده اند.</p> <p>- درصد افرادی که دستگاه چربی خون خودکار دارند</p> <p>- درصد مبتلایان به چربی خون بالا که از طریق مراقبت خانگی تشخیص داده شده اند.</p> <p>- درصد افرادی که دستگاه کنترل وزن دارند</p> <p>- درصد کنترل بیماری (فشار خون، گلوکز و چربی، وزن)</p> | <p>- تخصیص بودجه</p> |            |

| اهداف  | حیطه                         | استراتژی ها                                    | فعالیت ها  | گروه های ذینفع   | نتیجه مطلوب   | شاخص های ارزشیابی                                    | منابع                | دوره زمانی               |
|--|------------------------------|--|--|--|---|--|----------------------|--------------------------|
| <p>۸- دریافت دارو و مشاوره از جمله کنترل قند خون) توسط حداقل ۷۰ درصد از افراد واجد شرایط به منظور پیشگیری از حمله‌های قلبی و سگته‌های مغزی</p> | <p>نظارت، پایش و ارزیابی</p> | <p>بررسی کیفیت مراقبت های بهداشتی و درمانی</p> | <p>- تقویت سیستم جمع آوری داده ها<br/>- تقویت سیستم گزارش دهی و مکانیزه کردن آن در سطوح مختلف.<br/>- تقویت کیفیت تحقیقات کاربردی بر روی بیماری های غیر واگیر و عوامل خطر مربوطه<br/>- اجرای بررسی های ملی مربوط به بیماری های قلبی و عروقی و کیفیت مراقبت های بهداشتی برای عوامل خطر در دوره های زمانی مناسب<br/>- ترویج استفاده از داده ها و اطلاعات<br/>- طراحی و اجرای بررسی محلی با توجه به نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده های قبلی و با همکاری و مشارکت همه سازمان ها و گروه های ذینفع در جوامع داخلی</p> | <p>معاونت بهداشت وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی (دفتر بیماری های غیر واگیر، مرکز توسعه شبکه بهداشت، توسعه سلامت جمعیت مرکز سلامت، دفتر آموزش و ارتقا سلامت) و معاونت درمان وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی (مرکز مدیریت پیوند و درمان بیماری ها (واحد بیماریهای قلب و عروق، سگته مغزی و توانبخشی معاونت درمان وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی)</p> | <p>- بهبود کیفیت مراقبت های بهداشتی<br/>-بهبود کیفیت درمانهای بستری و سرپایی<br/>-بهبود کیفیت و کمیت خدمات توانبخشی</p> | <p>- کیفیت مراقبت های بهداشتی، درمانی و توانبخشی</p> | <p>- تخصیص بودجه</p> | <p>تا پایان سال ۱۴۰۴</p> |

| دوره زمانی | منابع | شاخص های ارزشیابی | نتیجه مطلوب | گروه های ذینفع | فعالیت ها   | استراتژی ها                                    | حیطه                         | اهداف   |
|------------|-------|-------------------|-------------|----------------|---|--|------------------------------|---|
|            |       |                   |             |                | <p>اولویت دادن به برنامه های مربوط به تحقیق درباره بیماری های غیر واگیر در دانشگاه ها و مراکز تحقیقاتی و یا اختصاص بخشی از بودجه پژوهشی مراکز تحقیقاتی و دانشگاه ها</p> <p>برای تحقیق در مورد طرح های مربوط به بیماری های غیر واگیر</p> <p>ایجاد سیستم نظارت کمیته فنی بر اساس دستورالعمل سازمان جهانی بهداشت در خصوص ایجاد نظارت</p> <p>ایجاد سیستم ثبت نام و مستند سازی داده ها و اطلاعات به دست آمده از سیستم نظارت</p> <p>نظارت و ارزیابی بیماری های غیر واگیر توسط گروه های ذینفع</p> <p>طراحی با استفاده از مدیریت داده ها در خصوص بیماری های غیر واگیر و عوامل خطر آنها در سطوح مختلف نظام سلامت</p> | <p>بررسی کیفیت مراقبت های بهداشتی و درمانی</p> | <p>نظارت، پایش و ارزیابی</p> | <p>۸- دریافت دارو و مشاوره (از جمله کنترل قند خون) توسط حداقل ۷۰ درصد از افراد واجد شرایط به منظور پیشگیری از حمله های قلبی و سگته های مغزی</p> |

| اهداف  | حیطه                  | استراتژی ها                             | فعالیت ها   | گروه های ذینفع  | نتیجه مطلوب   | شاخص های ارزشیابی   | منابع   | دوره زمانی        |
|--|-----------------------|---|---|---|---|---|---|-------------------|
| ۸- دریافت دارو و مشاوره (از جمله کنترل قند خون) توسط حداقل ۷۰ درصد از افراد واجد شرایط به منظور پیشگیری از حمله‌های قلبی و سگته‌های مغزی         | نظارت، پایش و ارزیابی | بررسی کیفیت مراقبت های بهداشتی و درمانی | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ادغام پرونده های بستری و سرپایی بیمارستانی و ثبت اطلاعات بهداشتی بیماران در سیستم پرونده الکترونیک (سپاس)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• توسعه و اجرای برنامه جامع پیشگیری و کنترل عوامل خطر بیماریهای غیرواگیر در راستای افزایش درمانهای تخصصی بیماریهای قلب و عروق منتخب و سگته قلبی و مغزی</li> <li>• سطح بندی و لایه بندی خدمات بهداشتی و درمانی در استانهای کشور بر اساس میزان بروز و شیوع بیماریهای قلبی عروقی و سگته مغزی</li> <li>• تامین کادر پزشکی و غیر پزشکی آموزش دیده جهت ارائه خدمات بصورت تمام وقت در کلیه استانهای کشور</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی و واحدهای تابعه</li> <li>دانشگاهها</li> <li>مردم</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- افزایش بیمارستانهای ارائه دهنده خدمات PPCI قلبی و مغزی</li> <li>- افزایش تختهای SCU در بیمارستانهای با میزان بیمار پذیری بالا</li> <li>استفاده از ظرفیتهای بخش های غیر دانشگاهی جهت و ارائه خدمت در شرایط بحران کرونا</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- بودجه جاری</li> <li>- تخصیص بودجه ویژه</li> <li>- جذب بودجه</li> </ul> | تا پایان سال ۱۴۰۴ |
| ۹- ۸۰ درصد دسترسی به تکنولوژی ها و داروهای اساسی قابل فرامشی شامل داروهای ژنریک مورد نیاز برای درمان بیماری های غیرواگیر در بخشهای خصوصی و دولتی | حاکمیت                | تولید داخلی و برند های داخلی            | <ul style="list-style-type: none"> <li>افزایش دسترسی به درمان مناسب بیماریهای قلبی عروقی منتخب و سگته مغزی</li> <li>ترجیحاً داروهای تولید داخلی</li> </ul>    | حاکمیت  |   |   |   |                   |

| اهداف  | حیطه         | استراتژی ها  | فعالیت ها   | گروه های ذینفع  | نتیجه مطلوب   | شناختن های ارزشیابی   | منابع   | دوره زمانی        |
|--|--------------|--|---|---|---|---|---|-------------------|
| ۹-۸۰ درصد دسترسی به تکنولوژی ها و داروهای اساسی قابل فراهمی شامل داروهای ژنریک مورد نیاز برای درمان بیماری های غیر واگیر در بخشهای تخصصی و دولتی | مراقبت سلامت | کاهش مرگ و میر ناشی از بیماری های قلبی عروقی منتخب و سکته مغزی       | <ul style="list-style-type: none"> <li>افزایش استفاده از ظرفیتهای بیمارستانهای ارائه دهنده خدمات PPCI قلبی و مغزی بصورت تمام وقت</li> <li>گسترش ارائه خدمات توانبخشی بیماریهای قلبی عروقی منتخبی و سکته مغزی به منظور افزایش کیفیت زندگی و کاهش مرگ میر ناشی از بیماریها</li> </ul> | وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی و واحدهای تابعه دانشگاهها مردم | میزان مرگ و میر و ناتوانی کاهش یافته  | <ul style="list-style-type: none"> <li>درصد مراکز ارائه دهنده خدمات PPCI به بیماران سکته حاد قلبی و مغزی در استانها</li> <li>درصد مراکز ارائه دهنده خدمات ترومبولیتیک تراپی به بیماران سکته حاد قلبی و مغزی در استانها</li> <li>درصد اطمینان از وجود داروهای ضروری و ملزومات مصرفی لازم برای درمان بیماری های غیر واگیر در بخش دولتی و خصوصی</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>بودجه جاری</li> <li>تخصیص بودجه ویژه</li> <li>حذب بودجه</li> </ul> | تا پایان سال ۱۴۰۴ |
|  |              | کاهش مرگ و میر و میر ناشی از بیماری های قلبی عروقی منتخب و سکته مغزی | <ul style="list-style-type: none"> <li>افزایش متناسب مراکز ارائه دهنده خدمات بر اساس میزان بروز بیماریهای قلبی عروقی و سکته مغزی و بیمارپذیری این بیماریها</li> <li>توسعه دستورالعمل های مشاوره و تهیه مواد آموزشی مراقبت از خود با توجه به بحران کرونا</li> </ul>                  | وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی و واحدهای تابعه دانشگاهها مردم | توزیع به موقع دارو و ملزومات مصرفی در مراکز ارائه دهنده خدمات به بیماران قلبی عروقی و سکته مغزی | <ul style="list-style-type: none"> <li>درصد ارائه خدمات توانبخشی در بیماران قلبی عروقی</li> <li>درصد اطمینان از حضور مشاوران مورد نیاز (روانشناسان، تغذیه، ...)</li> </ul>  |   |                   |



| اهداف  | حیطه                  | استراتژی ها   | فعالیت ها  | گروه های ذینفع  | نتیجه مطلوب   | شاخص های ارزشیابی   | منابع   | دوره زمانی        |
|--|-----------------------|---|--|---|---|---|---|-------------------|
| ۹-۸۰ درصد دسترسی به تکنولوژی ها و داروهای اساسی قابل فراهمی شامل داروهای ژنریک مورد نیاز برای درمان بیماری های غیر واگیر در بخشهای خصوصی و دولتی | نظارت، پایش و ارزیابی | ثبت اطلاعات بیماریهای قلبی عروقی و سکنه مغزی منتخبت | ثبت ملی اطلاعات بیماریهای قلبی عروقی و سکنه مغزی در کلیه بیمارستانهای کشور<br>تبادل اطلاعات با سامانه سپاس<br>ادغام پرونده های بستری و سرپایی بیمارستانی و ثبت اطلاعات بهداشتی بیماران در سیستم پرونده الکترونیک (سپاس)                    | وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی و واحدهای تابعه مردم   | افزایش میزان ارائه خدمات به موقع در بیمارستانهای کشور | درصد کارکنان آموزش دیده<br>- درصد اطمینان از حضور مشاوران مورد نیاز<br>- درصد بیماران قلبی و عروقی دریافت کننده درمان دارویی و مشاوره | - بودجه جاری<br>- تخصیص بودجه ویژه<br>- جذب بودجه | تا پایان سال ۱۴۰۴ |
| ۱۰- به صفر رساندن اسیدهای چرب ترانس در روغنهای خوراکی و محصولات غذایی  | حاکمیت                | بازنگری قوانین                                      | آماده سازی پیش نویس قانون توسط گروه کاری<br>تنسیکول کمیته فنی بهبود کیفیت روغن های خوراکی<br>تجدید نظر در استانداردهای روغن های سرخ کردن، شکلات و بودر مخلوط کاکائو<br>از نظر میزان اسید چرب اشباع در دست اقدام (جلسات در حال برگزاری است) | دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی-دفتر بهبود تغذیه جامعه- انستیتو تحقیقات تغذیه و صنایع غذایی کشور- سازمان ملی استاندارد- سازمان غذا و دارو-انجمن های صنفی صنایع روغن و صنایع غذایی-وزارتخانه های کشاورزی و صنعت معدن تجارت | کاهش TFA و SFA در روغن های خوراکی و مواد غذایی        | تعداد قوانین مصوب   | - بودجه جاری                                      | تا پایان سال ۱۴۰۴ |

| دوره زمانی        | منابع  | شناختن های ارزشیابی   | نتیجه مطلوب   | گروه های ذینفع   | فعالیت ها  | استراتژی ها  | حیطه   | اهداف  |
|-------------------|--|---|---|--|--|--|--------|--|
| تا پایان سال ۱۴۰۴ | تامین منابع مالی؛ پایش شامل هزینه های آزمایشگاه و انسانی از طریق لحاظ نمودن هدف کاهش اسیدهای چرب ترانس در روغن های خوراکی و مواد غذایی در برنامه عملیاتی سالانه دستگاه ها و گروه های ذینفع | 1- درصد TFA, SFA، روغن های خوراکی خام و مواد غذایی<br>2- گزارش آماری پایش اسید چرب ترانس تولید روغن های خوراکی در سطح تولید ، واردات و فرآوری در برندهای مختلف بطور سالانه ( مسئول سازمان غذا و دارو و با همکاری سازمان ملی استاندارد | 1- کاهش میزان اسید چرب ترانس در سطح تولید به سطحی در محدوده صفر<br>2- کاهش میزان اسید چرب ترانس در سطح عرضه مراکز تهیه و توزیع مواد غذایی و خوراکی به زیر ۰/۱%* | 1- انستیتو تحقیقات تغذیه و صنایع غذایی کشور<br>2- دفتر بهبود تغذیه جامعه وزارت بهداشت<br>3- دفتر محیط زیست و سلامت غذا وزارت جهاد کشاورزی<br>4- دفتر صنایع غذایی، دارویی و بهداشتی، وزارت صمت، | اجزای معموله محدود کردن واردات انواع روغن پالم بسته بندی شده به میزان حداکثر ۳۰٪ روغن های وارداتی با همکاری وزارت جهاد کشاورزی، انجمن صنفی روغن نباتی ایران و سایر سازمان های ذیربط در چهاردهمین جلسه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی | برگزاری جلسات با ذینفعان درون و برون بخشی<br>2- تهیه پیش نویس آئین نامه اجرایی جهت واحدهای تولیدی، واردات، فرآوری و نحوه پایش روغن های خوراکی<br>3- تدوین استانداردهای روغن های خوراکی و مواد غذایی در سطح تولید، واردات و فرآوری با هدف استاندارد اسید چرب ترانس در محدوده صفر درصد | حاکمیت | 1- به صفر رساندن اسیدهای چرب ترانس در روغنهای خوراکی و محصولات غذایی |

| اهداف   | حیطه   | استراتژی ها   | فعالیت ها  | گروه های ذینفع   | نتیجه مطلوب   | شاخص های ارزشیابی  | منابع   | دوره زمانی        |
|---|--------|---|--|--|---|--|---|-------------------|
| <p>۱-۱۰ به صفر رساندن اسیدهای چرب ترانس در روغنهای خوراکی و محصولات غذایی</p> | حاکمیت | <p>دستور کارگزاری برای کارگروه تخصصی تغذیه و امنیت غذایی شورای عالی سلامت و امنیت غذایی</p> | <p>۱-پایش اجرای اسناداردهای روغن های خوراکی و مواد غذایی در سطح تولید، واردات و فرآوری با هدف اسید چرب ترانس در محدوده صفر درصدها</p> <p>۲- پایش اجرای اسناداردهای</p> | <p>۶-سازمان ملی استاندارد،</p> <p>۷-اتحادیه اصناف کشور،</p> <p>۸-مرکز سلامت محیط و کار وزارت بهداشت،</p> <p>۹-وزارت اقتصاد و دارائی</p> <p>۱۰-سازمان هدفمندی یارانه ها</p> <p>۱۱-سازمان برنامه و بودجه</p> | <p>۱-اصلاح و ارتقاء الگوی مصرف روغن بدون اسید چرب ترانس بعنوان یک کالا در سبد غذایی خانوار نسبت به سال پایه (۱۳۹۴)</p> <p>۲-بهبود کیفیت و ارتقاء الگوی مصرف روغن بدون اسید چرب ترانس در صنایع غذایی و مواد خوراکی نسبت به سال پایه (۱۳۹۴)</p> | <p>۳-گزارش آماری پایش اسید چرب ترانس روغن های خوراکی در سطح عرضه در مراکز تهیه و توزیع مواد غذایی بطور سالانه ( حداقل ۳۰٪ از اماکن تهیه و توزیع مواد خوراکی غذای و آشامیدنی مورد پایش قرار گیرند (مسئول سازمان غذا و دارو و مرکز سلامت محیط و کار)</p> | <p>۱-تامین منابع مالی تهیه پروفایل استانی مصرف روغن فاقد اسید چرب ترانس در صنایع غذایی شهری و روستایی براساس پروتوزال انستیتو تغذیه و صنایع غذایی کشور و تأیید در کارگروه تخصصی دبیرخانه شورای عالی سلامت شورای عالی صنایع غذایی توسط سازمان برنامه و بودجه</p> | تا پایان سال ۱۴۰۴ |

| دوره زمانی | منابع   | شناختن های ارزشیابی   | نتیجه مطلوب  | گروه های ذینفع  | فعالیت ها   | استراتژی ها  | حیطه   | اهداف   |
|------------|---|---|--|---|---|--|--------|---|
|            | ۲- تامین منابع مالی تهیه پروفایل مصرف روغن فاقد اسید چرب ترانس در صنایع غذایی و مواد خوراکی بر اساس پروپوزال سازمان غذا و دارو و تأیید در کارگروه تخصصی شورای عالی سلامت و امنیت غذایی توسط سازمان برنامه و بودجه | ۳- تهیه سیاهه یارانه پرداختی سالانه به روغن های فاقد اسید چرب ترانس در سطح تولید، واردات، فرآوری  | ۳- پوشش سالانه حداکثر اختصاص یارانه روغن بدون اسید چرب ترانس در برندهای تولید داخل و وارداتی در سطح مصارف خانگی و صنعتی و قله  | ۶- سازمان ملی استاندارد،<br>۷- اتحادیه اصناف کشور،<br>۸- مرکز سلامت محیط و کار وزارت بهداشت،<br>۹- وزارت اقتصاد و دارایی<br>۱۰- سازمان هدفمندی یارانه ها<br>۱۱- سازمان برنامه و بودجه<br>۱۲- مرکز آمار ایران<br>۱۳- کمیته امداد امام خمینی<br>۱۴- سازمان بهزیستی<br>۱۵- بنیاد برکت<br>۱۶- بنیاد مستضعفان<br>۱۷- ستاد اجرایی فرمان امام<br>۱۸- بسیج مستضعفان | روغن خوراکی و مواد غذایی در سطح عرضه در مراکز تهیه و توزیع مواد غذایی و خوراکی جهت اسیدهای چرب ترانس و استاندارد در سطح عرضه به میزان زیر ۵۱٪<br>۳- پایش سید غذایی خانوار دارای روغن مصرفی ( برند مشمول یارانه در سطح عرضه مصارف خانگی ) با اسید چرب ترانس در محدوده صفر درصد | دستور کارگزاری برای کارگروه تخصصی تغذیه و امنیت غذایی شورای عالی سلامت و امنیت غذایی | حاکمیت | ۱۰- به صفر رساندن اسیدهای چرب ترانس در روغنهای خوراکی و محصولات غذایی |
|            | ۳- میزان کمک های مردمی، سازمان ها و نهادها در تامین سید غذایی خانوار ( طرح کمک های مومنانه - کوئید ۱۹ و دهک های پائین درآمدی ) و سهم روغن های خوراکی فاقد اسید چرب ترانس در توزیع                                 | ۴- میزان کمک های مردمی، سازمان ها و نهادها در تامین سید غذایی خانوار ( طرح کمک های مومنانه - کوئید ۱۹ و دهک های پائین درآمدی ) و سهم روغن های خوراکی فاقد اسید چرب ترانس در توزیع | ۴- تامین منابع مالی تهیه هر یک از فعالیت ها در قالب پروژه و تأیید در کارگروه تخصصی دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی توسط سازمان برنامه و بودجه ( به استناد ماده ۶ آئین نامه اجرائی شورای عالی سلامت و امنیت غذایی مصوب سال ۱۳۹۷ ) |   |   |  |        |   |

| اهداف  | حیطه          | استراتژی ها                     | فعالیت ها   | گروه های ذینفع  | نتیجه مطلوب   | شاخص های ارزشیابی                                 | منابع  | دوره زمانی                     |  |   |   |   |  |                          |
|--|---------------|---------------------------------|---|---|---|---|--|--------------------------------|--|---|---|---|--|--------------------------|
| <p>۱۰- به صفر رساندن اسیدهای چرب ترانس در روغنهای خوراکی و محصولات غذایی</p> | <p>حاکمیت</p> | <p>هدفمند سازی یارانه روغن</p>  | <p>- تشکیل یک گروه کاری<br/>- برای تعیین گروه های آسیب پذیر برای دریافت یارانه</p>  | <p>دپارتمان تغذیه، موسسه ملی تغذیه، وزارت صنعت، معدن و تجارت، وزارت دارایی، MPO</p> | <p>هدفمند کردن یارانه ها روغن خوراکی</p>                | <p>درصد پوشش یارانه روغن در گروههای آسیب پذیر</p> | <p>- بودجه جاری<br/>- تخصیص بودجه ویژه<br/>- جذب بودجه</p> | <p>تا پایان سال ۱۴۰۴</p>       |  |   |   |   |  |                          |
|  |               |                                 |   |   |   |   |  | <p>رویکرد مدرسه محور</p>       | <p>کمیته های آموزشی</p>  | <p>دپارتمان تغذیه، وزارت آموزش و پرورش، صدا و سیما، جمهوری اسلامی ایران، وزارت فرهنگ، شهرداری ها،</p> | <p>بهبود دانش تغذیه ای در خصوص کاهش مصرف روغن</p> | <p>درصد آگاهی</p>   | <p>- بودجه جاری<br/>- تخصیص بودجه ویژه<br/>- جذب بودجه</p> | <p>تا پایان سال ۱۴۰۴</p> |
|  |               |                                 |   |   |   |   |  | <p>رویکرد مبتنی بر محل کار</p> | <p>- غذاخوری مدرسه سالم<br/>کارگاه های آموزشی انجام، سمینارها، ... (معلمان، دانش آموزان، پدر و مادر)</p> | <p>دپارتمان آموزش و پرورش، دپارتمان تغذیه، کمیته بیماری های غیر واگیر، دپارتمان آموزش بهداشت</p>      | <p>بهبود دانش تغذیه ای معلمان و دانش آموزان</p>   | <p>درصد آگاهی (KAP) در الگوی مصرف روغن و اثرات بهداشتی آن</p> | <p>- بودجه جاری<br/>- تخصیص بودجه ویژه<br/>- جذب بودجه</p> | <p>تا پایان سال ۱۴۰۴</p> |
|  |               | <p>رویکرد مستقیم بر محل کار</p> | <p>طراحی دستورالعمل رژیم غذایی سالم در خصوص روغن خوراکی برگزاری بستج آموزش تغذیه سالانه در خصوص کنترل مصرف قند و نمک و چربی در جامعه با همکاری ۳۳ دانشگاه علوم پزشکی کشور</p> | <p>دپارتمان تغذیه، موسسه ملی تغذیه، کمیته بیماری های غیر واگیر</p>                  | <p>قانون گذاری در خصوص منوهای غذایی سالم در محل کار</p> | <p>درصد پیاده سازی دستورالعمل ها در محل کار</p>   |  |                                |  |   |   |   |  |                          |

| دوره زمانی        | منابع                                     | شاخص های ارزشیابی   | نتیجه مطلوب                               | گروه های ذینفع  | فعالیت ها   | استراتژی ها  | حیطه                     | اهداف  |
|-------------------|---|---|---|---|---|--|--------------------------|--|
| تا پایان سال ۱۴۰۴ | بودجه جاری - تخصیص بودجه ویژه - جذب بودجه | درصد پیشرفت و میزان دستیابی به اهداف سند استراتژیک و نقشه راه ده ساله ایمنی راههای کشور در حوزه سلامت | سیاستگذاری مبتنی بر حل مساله و نتیجه محور | کلیه اعضای کمیسیون ایمنی راههای کشور مشتمل بر وزارت راه و شهرسازی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، وزارت کشور، پلیس راهنمایی و رانندگی، سازمان پزشکی قانونی کشور، وزارت صنعت، معدن و تجارت، سازمان اورژانس کشور، سازمان راهداری و حمل و نقل جاده ای، سازمان هلال احمر، سازمانهای مردم نهاد، سازمان صدا و سیما، جمهوری اسلامی ایران، وزارت آموزش و پرورش، وزارت ورزش و جوانان، وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی، ستاد مبارزه با مواد مخدر، وزارت کار، رفاه و تامین اجتماعی، | آموزش مراجعین به پایگاه ها و مراکز جامع سلامت سراسر کشور در اصلاح الگوی تغذیه بر ترازوی جلسات آموزشی تغذیه جهت کارکنان وزارت بهداشت   | تشکیل کارگروه ملی سلامت حوادث ترافیکی<br>-تقویت جایگاه سلامت در حوادث ترافیکی در راستای نقشه راه ده ساله و برنامه عملیاتی ایمنی راههای ایران | پیشگیری و کاهش عوامل خطر | ۱۰- به صفر رساندن اسیدهای چرب ترانس در روغنهای خوراکی و محصولات غذایی  |
|                   |   |   |   |   | تدوین خط مشی نظام سلامت در حوزه حوادث ترافیکی<br>-تدوین پروتکل ها و پیش نویس لوایح و قوانین مجلس شورای اسلامی در حوزه حوادث ترافیکی از منظر سلامت<br>-تعیین اولویت های آموزشی و پژوهشی نظام سلامت در حوزه حوادث ترافیکی<br>مطالعه گری (Advocacy) و تهیه Investment Case<br>-تسبیح منابع در حوادث ترافیکی حوزه سلامت |  | حاکمیت                   | ۱۱- ۲۰ درصد کاهش نسبی در میزان مرگ و میر ناشی از سوانح و حوادث ترافیکی |



| اهداف  | حیطه          | استراتژی ها                    | فعالیت ها   | گروه های ذینفع  | نتیجه مطلوب                         | شاخص های ارزشیابی              | منابع   | دوره زمانی               |
|--|---------------|--------------------------------|---|---|-------------------------------------|--------------------------------|---|--------------------------|
| <p>۱۱-۲۰ درصد کاهش نسبی در میزان مرگ و میر ناشی از سوانح و حوادث ترافیکی</p> | <p>حاکمیت</p> | <p>اجرای رویکرد سیستم ایمن</p> | <p>-ترویج رفتارهای صحیح ترافیکی با تمرکز بر ریسک فاکتورهای ۷ گانه بمنظور افزایش متابعت از قوانین<br/>-بازرایی اجتماعی مدیریت سرعت</p> | <p>وزارت اقتصاد و دارایی، وزارت جهاد کشاورزی، وزارت ارتباطات و فناوری اطلاعات، سازمان حفاظت محیط زیست، سازمان بهزیستی و آحاد مردم</p> | <p>برپایی کمپین های مدیریت سرعت</p> | <p>نرخ تصادفات فوتی و جرحی</p> | <p>- بودجه جاری<br/>- تخصیص بودجه ویژه<br/>- حزب بوده</p> | <p>تا پایان سال ۱۴۰۴</p> |
|  |               |                                |   |   |                                     |                                |   |                          |

| اهداف  | حیطه                     | استراتژی ها  | فعالیت ها  | گروه های ذینفع  | نتیجه مطلوب  | شناختن های ارزشیابی   | منابع | دوره زمانی |
|--|--------------------------|--|--|---|--|---|-------|------------|
| ۱۱- ۲۰ درصد کاهش نسبی در میزان مرگ و ناشی از سوانح و حوادث ترافیکی | پیشگیری و کاهش عوامل خطر | ۴- اصلاح نقاط حادثه خیز در معابر درون و بیرون شهری<br>۵- ارتقاء ضوابط و استانداردهای ایمنی برای تمام خودرو های تولید داخل برای ۸۵ استاندارد مصوب<br>۶- ارتقاء ضوابط و استانداردهای ایمنی برای تمام خودرو های تولید داخل برای ۸۵ استاندارد مصوب<br>۷- توسعه پایگاه های اورژانس و امداد و نجات ( زمینی هوایی و دریایی)<br>۸- روزآمد نمودن ، توسعه و تجهیز امکانات معابر حادثه خیز بیرون شهری | ۵- مرکز مدیریت حوادث و فوریت های پزشکی کشور<br>۶- جمعیت هلال احمر جمهوری اسلامی ایران<br>۷- موسسه ملی استاندارد<br>۸- وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی<br>۹- انجمن ها و سازمان های مردم نهاد<br>۱۰- دفتر صنایع خودرو و نیرو محرکه وزارت صمت<br>۱۱- نیروی انتظامی (راهور)<br>۱۲- سازمان دهیاری ها و شهرداری ها<br>۱۳- سازمان بیمه تامین اجتماعی<br>۱۴- بیمه سلامت ایرانیان<br>۱۵- وزارت راه و شهرسازی سازمان راهداری و حمل و نقل جاده ای<br>۱۶- مرکز آمار ایران<br>۱۷- سازمان برنامه و بودجه | خودروهای تولید داخل و وارداتی از لحاظ رعایت استانداردهای ۸۵ گانه ایمنی<br>۵- پوشش استاندارد ( زمینی هوایی و دریایی) به پایگاه های امداد و نجات و فوریت های پزشکی<br>۶- راهداری مطلوب در معابر حادثه خیز بیرون شهری مطابق با استانداردهای بین المللی | ۲- برافراشتن درصد رانندگان درون و بیرون شهری تحت پوشش خدمات بیمه پایه و بیمه تکمیلی به تفکیک استان ( سال پایه ۱۳۹۴ تا پایان سال ۱۴۰۴ ) دوسالانه<br>۳- کاهش سالانه ۱۰٪ نقاط حادثه خیز و ایمن سازی معابر درون و بیرون شهری نسبت به سال پایه ۱۳۹۴ ( به تفکیک استان ها )<br>۴- استقرار و اجرای استانداردهای ۸۵ گانه ایمنی ۲۰٪ از خودرو تولید داخل بصورت پلگانی در ادوار ۲ ساله اجرای<br>۵- استانداردهای ۸۵ گانه ایمنی خودرو برای کلیه واردات خودرو از سال ۱۳۹۴<br>۶- افزایش و جانمایی هوشمند پایگاه های اورژانس و امداد و نجات ( زمینی هوایی و دریایی) نسبت به سال پایه ۱۳۹۴ | ۲- تامین منابع و تجهیزات استقرار استانداردهای ۸۵ گانه ایمنی خودروهای تولید داخل با نظارت دفتر صنایع خودرو و نیرو محرکه وزارت صمت<br>۳- تامین منابع مالی جهت توسعه و تجهیز پایگاه های اورژانس و امداد و نجات در برنامه های سالانه دستگاه ها ( زمینی هوایی و دریایی)<br>۴- تامین منابع مالی و تجهیزات مورد نیاز استاندارد و روزآمد راهداری از طریق مصوبات شورای عالی هماهنگی حمل و نقل و ایمنی کشور<br>۵- تامین منابع مالی تهیه هر یک از فعالیت ها در قالب پروژه و تأیید در کارگروه تخصصی دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی توسط سازمان برنامه و بودجه ( به استناد ماده ۶ آئین نامه اجرائی شورای عالی سلامت و امنیت غذایی مصوب سال ۱۳۹۷ ) |       |            |

| اهداف  | حیطه                     | استراتژی ها  | فعالیت ها  | گروه های ذینفع   | نتیجه مطلوب  | شاخص های ارزشیابی   | منابع   | دوره زمانی  |
|--|--------------------------|--|--|--|--|---|---|---|
| ۱۱- ۲۰ درصد کاهش نسبی در میزان مرگ و ناشی از سوانح و حوادث ترافیکی | پیشگیری و کاهش عوامل خطر | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ارتقای کیفیت خدمات پیش بیمارستانی</li> <li>- ارتقای کیفیت خدمات بیمارستانی</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>گسترش ناوگان اورژانس ۱۱۵ (جاده‌های هوایی، دریایی و ریلی)</li> <li>راه اندازی مراکز تروما</li> <li>گسترش مراکز ارائه خدمات توانبخشی تخصصی مصدومین ترافیکی</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>کلیه اعضای کمیسیون ایمنی راه‌های کشور مردم</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>۶- اعتبار سالانه جذب شده و تجهیز امکانات راهداری نسبت به سال پایه ۱۳۹۴</li> <li>۷- میزان کاهش سالانه مرگ و میر ناشی از سوانح و حوادث ترافیکی</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>تعیین میزان مرگ بر اساس شاخص شدت آسیب</li> <li>تعیین میزان معلولیت‌های پایدار ناشی از حوادث ترافیکی</li> <li>میزان مرگ و آسیب‌های گشوده ناشی از حوادث ترافیکی</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- بودجه جاری</li> <li>- تخصیص بودجه ویژه</li> <li>- جذب بودجه</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>تا پایان سال ۱۴۰۴</li> </ul> |
|  | پایش و ارزیابی           | <ul style="list-style-type: none"> <li>- اعتباربخشی خدمات پیش بیمارستانی و بیمارستانی</li> <li>- گسترش تروما</li> <li>- رنجیستری (با اولویت مصدومین ترافیکی)</li> <li>- راه اندازی کمیته مرگ و میر بیمارستان ترومایی</li> <li>- محاسبه شاخص شدت آسیب بر اساس معیارهای روز دنیا</li> <li>- گسترش مراکز تعیین سلامت شغلی رانندگان</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>کنترل کیفیت و اعتباربخشی خدمات ویت برنامه مرگ‌های قابل اجتناب ۴</li> <li>گسترش برنامه تعیین صلاحیت جسمی و روانی رانندگان</li> </ul>                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>ارائه کیفیت ارائه خدمات پیش بیمارستانی و بیمارستانی</li> <li>کاهش میانگین زمان رسیدن بر بالین مصدوم</li> <li>کاهش میانگین زمان انجام مداخلات تشخیصی و درمانی</li> <li>کاهش مرگ‌های قابل اجتناب</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>شاخص شدت آسیب مصدومین ترافیکی در هر دو سطح پیش بیمارستانی و بیمارستانی</li> <li>میزان مرگ ناشی از آسیب اساسی</li> </ul>                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>- بودجه جاری</li> <li>- تخصیص بودجه ویژه</li> <li>- جذب بودجه</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>تا پایان سال ۱۴۰۴</li> </ul>   |   |

| اهداف  | حیطه                         | استراتژی ها   | فعالیت ها  | گروه های ذینفع   | نتیجه مطلوب  | شاخص های ارزشیابی                              | منابع             | دوره زمانی |
|--|------------------------------|---|--|--|--|--|-------------------|------------|
| ۱۱- ۲۰ درصد کاهش نسبی در میزان مرگ و میر ناشی از سوانح و حوادث ترافیکی | پایش و نظارت، پایش و ارزیابی | ۱- پایش سالانه پوشش خدمات سلامت به رانندگان حرفه ای درون و برون شهری<br>۲- پایش میزان پوشش رانندگان حرفه ای به عملیات شغلی سالانه (درون و برون شهری)<br>۳- پایش میزان پوشش بیمه خدمات پایه و تکمیلی رانندگان حرفه ای (درون و برون شهری)<br>۴- نیروی انتظامی (راهور)<br>۵- بیمه سلامت ایرانیان<br>۶- سازمان بیمه تأمین اجتماعی<br>۷- وزارت صمت<br>۸- مرکز مدیریت های اورژانس و فوریت های پزشکی کشور<br>۹- جمعیت هلال احمر کشور<br>۱۰- وزارت راه و شهرسازی<br>۱۱- مرکز آمار ایران<br>۱۲- سازمان برنامه و بودجه<br>۱۳- انجمن ها و سازمان های مردم نهاد | کاهش میزان مرگ و میر ناشی از سوانح و حوادث ترافیکی بطور سالانه نسبت به سال پایه (۱۳۹۴) | ۱- درصد پوشش رانندگان حرفه ای به خدمات بهداشتی و معاینات شغلی سالانه (درون و برون شهری)<br>۲- درصد پوشش بیمه پایه و تکمیلی برای رانندگان حرفه ای (درون و برون شهری)<br>۳- درصد برندهای خودروهای داخلی که استانداردهای ۸۵ گانه ایمنی را رعایت می کنند ( میانگین سالانه)<br>۴- تعداد پایگاه های (زمینی، هوایی و دریایی) امداد و نجات و اورژانس توسعه یافته ( سالانه)<br>۵- میزان تخصیص اعتبارات و تجهیز پایگاه های راهداری به امکانات روزآمد شده ( سالانه) | ۱- از منابع جاری دستگاه ها و برنامه عملیاتی سالانه پیش بینی شده<br>۲- تأمین منابع مالی تهیه هر یک از فعالیت ها در قالب پروژه و تأیید در کارگروه تخصصی دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی توسط سازمان برنامه و بودجه ( به استناد ماده ۶ آئین نامه اجرائی شورای عالی سلامت و امنیت غذایی مصوب سال ۱۳۹۷) | بوده جاری<br>- تخصیص بودجه ویژه<br>- جذب بودجه | تا پایان سال ۱۴۰۴ |            |

| اهداف   | حیطه   | استراتژی ها   | فعالیت ها  | گروه های ذینفع  | نتیجه مطلوب   | شاخص های ارزشیابی  | منابع   | دوره زمانی        |
|---|--------|---|--|---|---|--|---|-------------------|
| ۱۲-۱۰ درصد کاهش نسبی در میزان مرگ و میر ناشی از مصرف مواد | حاکمیت | ایجاد ظرفیت های قانونی در سطح ملی مبتنی بر سیاست های کلان سلامت (تولیت و هدایت راهبردی برنامه ها) | <ul style="list-style-type: none"> <li>• بازبینی و تدوین استاندارد ها و ضوابط ارائه خدمات پیشگیری، درمان و پیشگیری و کاهش عوامل خطر اختلالات مصرف مواد</li> <li>• بازبینی و تصویب قوانین و لوایح حمایتی مورد نیاز</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• دستگاه های عضو کمیته ملی پیشگیری از سوءمصرف مواد</li> <li>• دستگاه های عضو کمیته ملی پیشگیری و کاهش عوامل خطر، درمان و حمایت های اجتماعی ستاد مبارزه با مواد مخدر</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• کاهش دسترسی به مواد در بازار غیرقانونی به علاوه فضاهای مجازی و سایر محیط ها</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• وجود استانداردها، اصول و ضوابط اجرایی مورد نیاز</li> <li>• وجود قوانین و لوایح قانونی حمایت از بیماران و مراکز ارائه خدمات</li> <li>• افزایش دسترسی آحاد جامعه به خدمات نسبت به سال پایه</li> </ul>                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- بودجه جاری</li> <li>- تخصیص بودجه ویژه</li> <li>- جذب بودجه</li> </ul> | تا پایان سال ۱۴۰۴ |
|   |        | تدوین و اجرای سیاست های مقابل ای موثر با عرضه مواد  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• بازبینی سیاست های مقابل ای موثر با عرضه مواد</li> <li>• تصویب قوانین و لوایح حمایتی مورد نیاز</li> <li>• ابلاغ و اجرایی نمودن قوانین</li> </ul>                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• دستگاه های عضو کمیته فرهنگی - پیشگیری ستاد مبارزه با مواد مخدر</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• کاهش دسترسی به مواد در بازار غیرقانونی به علاوه فضاهای مجازی و سایر محیط ها</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• تعداد احکام قضایی صادره علیه عرضه کنندگان و تولید کنندگان مواد</li> <li>• درصد کاهش آگهی های فروش مواد در فضای مجازی نسبت به سال پایه</li> <li>• درصد افزایش متوسط زمان دسترسی به مواد در بازار غیرقانونی نسبت به سال پایه</li> </ul> |   |                   |

| اهداف  | حیطه   | اثرات‌ری‌ها   | فعالیت‌ها   | گروه‌های ذ‌ب‌نفع  | نتیجه‌مطلوب  | شاخص‌های ارزشیابی  | منابع   | دوره زمانی        |
|--|--------|---|---|---|--|--|---|-------------------|
| ۱۲- ۱۰ درصد کاهش نسبی در میزان مرگ و میر ناشی از مصرف مواد | حاکمیت | اصلاح و تقویت ساختار و نظام مدیریت برنامه‌های پیشگیری، درمان و کاهش آسیب و اختلالات مصرف مواد   | <ul style="list-style-type: none"> <li>پیشنهاد، ابلاغ و پیگیری برای استقرار واحد‌های سازمانی مستقل پیشگیری، درمان و پیشگیری و کاهش عوامل خطر اختلالات مصرف مواد (متناسب با وظایف سازمانی دستگاه‌ها در هر حوزه)</li> <li>تامین منابع انسانی و ساختار فیزیکی در سطح ستادی و محیطی متناسب با تکالیف دستگاه‌ها</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>دستگاه‌های عضو کمیته ملی پیشگیری از سوءمصرف مواد</li> <li>دستگاه‌های عضو کمیته ملی پیشگیری و کاهش عوامل خطر، درمان و حمایت‌های اجتماعی ستاد مبارزه با مواد مخدر</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>جذب و بکارگیری نیروی انسانی رسمی یا پیمانی</li> </ul>                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>چارت سازمانی ارتقا یافته مصوب معاونت توسعه و سازمان برنامه و بودجه</li> <li>افزایش تعداد پست‌های تخصصی و فنی ایجاد شده نسبت به سال پایه</li> <li>افزایش تعداد منابع انسانی جذب و بکارگیری شده نسبت به سال پایه</li> <li>افزایش میزان اعتبارات تخصیص یافته نسبت به سال پایه</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>بودجه جاری</li> <li>- تخصیص بودجه ویژه</li> <li>- جذب بودجه</li> </ul> | تا پایان سال ۱۴۰۴ |
| حمایت طلبی از سطوح عالی مدیریت و شوراهای عالی              |        | <ul style="list-style-type: none"> <li>طرح و پیگیری اولویت‌های اجرایی از طریق مراجع درون و برون سازمانی</li> <li>انخذ مصوبات و پشتیبانی از همکاری‌های بین بخشی</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>دستگاه‌های عضو کمیته ملی پیشگیری سومصرف مواد</li> <li>دستگاه‌های عضو کمیته ملی پیشگیری و کاهش عوامل خطر، درمان و حمایت‌های اجتماعی ستاد مبارزه با مواد مخدر</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>تصویب و ابلاغ موارد موردنظر</li> <li>افزایش همکاری و حمایت بین بخشی</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>تعداد مصوبات و تعداد موارد ابلاغ شده</li> <li>تعداد مصوبات اجراشده</li> </ul> |  |   |                   |



| اهداف   | حیطه   | استراتژی ها   | فعالیت ها   | گروه های ذینفع  | نتیجه مطلوب   | شاخص های ارزشیابی  | منابع | دوره زمانی |
|---|--------|---|---|---|---|--|-------|------------|
| ۱۲-۱۰ درصد کاهش نسبی در میزان مرگ و میر ناشی از مصرف مواد | حاکمیت | <ul style="list-style-type: none"> <li>• راه اندازی و فعالیت کمیته راهبردی- تخصصی پیشگیری از اختلالات مصرف مواد ملی/استانی/ دانشگاهی</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• تهیه و تدوین دستورالعمل کشوری</li> <li>• ارسال به دانشگاهها و استانها</li> <li>• تدوین توافقنامه های همکاری</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• سازمان بیمه سلامت ایران</li> <li>• مراکز ارائه کننده خدمات درمانی</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• وجود آیینامه خدمات بیمه ای</li> <li>• تسهیل دسترسی به خدمات پیشگیری و درمان</li> <li>• تعدیل بار مالی ناشی از هزینه های درمانی اختلالات مصرف مواد</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• درصد پوشش خدمات بیمه ای</li> <li>• تعداد مراکز تحت پوشش خدمات بیمه ای اختلالات مصرف مواد</li> <li>• تعداد بیماران تحت پوشش خدمات بیمه ای اختلالات مصرف مواد نسبت به سال پایه</li> </ul> |       |            |

| دوره زمانی        | منابع  | شاخص های ارزشیابی  | نتیجه مطلوب  | گروه های ذینفع  | فعالیت ها  | استراتژی ها   | حیطه                            | اهداف  |
|-------------------|--|--|--|---|--|---|---------------------------------|--|
| تا پایان سال ۱۴۰۴ | <ul style="list-style-type: none"> <li>- بوده جاری</li> <li>- تخصیص بودجه ویژه</li> <li>- جذب بودجه</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• تعداد برنامه های مشترک اجرا شده</li> <li>• تدوین متون آموزشی منطبق با نیازهای گروههای هدف</li> <li>• درصد افزایش جمعیت تحت پوشش برنامه ها نسبت به سال پایه</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• وجود توافقنامه همکاری</li> <li>• توسعه ملی برنامه آموزش مهارتهای زندگی</li> <li>• ارتقا مهارت های معلمان و کادر آموزشی</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• وزارت بهداشت</li> <li>• وزارت رفاه / سازمان بهزیستی</li> <li>• وزارت آموزش و پرورش</li> <li>• وزارت آموزش عالی</li> <li>• وزارت کشور</li> <li>• مرکز مدیریت حوزه علمیه</li> <li>• ستاد فرماندهی کل قوا</li> <li>• شهرداریها</li> <li>• صدا و سیما</li> <li>• سایر دستگاه های مرتبط عضو کمیته ملی فرهنگی-پیشگیری ستاد مبارزه مبارزه با مواد مخدر</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• تدوین توافقنامههای همکاری در زمینه آموزش انسجام یافته مهارت های زندگی برای تمامی گروه های سنی در کلیه محیط های آموزشی در برنامه آموزشی تمامی محیط های آموزشی: مهد کودک، مدارس، دانشگاه ها، سربازخانه ها، مراکز فنی و حرفه ای و ..</li> <li>• تدوین و اجرای برنامه آموزش مداوم معلمان و کادر آموزشی در حوزه های آموزش مهارت های زندگی و شناسایی و مدیریت رفتار دانش آموزان در معرض خطر و پرخطر</li> <li>• تدوین و اجرای مداخلات معنوی استاندارد</li> <li>• طراحی و استقرار بسته های مداخلاتی پیشگیرانه شامل: مهارتهای بهبود روابط خانواده، مدیریت کلاس، مداخلات اصلاح هنجارهای اجتماعی همپارمحور و مری محور</li> </ul> | <p>توسعه مهارت های تاب آوری در برابر مصرف مواد در محیط های آموزشی</p> | <p>پیشگیری و کاهش عوامل خطر</p> | <p>۱۲-۱۰ درصد کاهش نسبی در میزان مرگ و میر ناشی از مصرف مواد</p> |

| دوره زمانی        | منابع   | شاخص های ارزشیابی  | نتیجه مطلوب   | گروه های ذینفع  | فعالیت ها   | استراتژی ها  | حیطه   | اهداف                    |   |
|-------------------|---|--|---|---|---|--|--|--------------------------|---|
| تا پایان سال ۱۴۰۴ | <ul style="list-style-type: none"> <li>- بودجه جاری</li> <li>- تخصیص بودجه ویژه</li> <li>- جذب بودجه</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>تعداد برنامه های مشترک اجرا شده</li> <li>تدوین متون آموزشی منطبق با نیازهای گروههای هدف</li> <li>درصد افزایش جمعیت گروه هدف تحت پوشش برنامه های فرزندپروری</li> <li>نسبت به سال پایه</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>وجود توافقنامه همکاری</li> <li>تولید و کاربرد بستههای استاندارد آموزشی مهارتهای فرزندپروری به تفکیک بعد از تولد</li> <li>ایجاد ابزارهای تشویقی و قانونی</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>دستگاه های عضو کمیته ملی فرهنگي-پیشگیری ستاد مبارزه مبارزه با مواد مخدر</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>طراحی و استقرار خدمات مراکز مشاوره ویژه دانش آموزان، دانشجویان و والدین</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>ارایه خدمات آموزش مهارتهای فرزندپروری به والدین یا سرپرست کودک تحت پوشش خدمات نظام مراقبت های اولیه بهداشتی</li> <li>استقرار تسهیلات آموزشی و مشاوره ای و ابزارهای تشویقی برای والدین جهت دریافت آموزش مهارتهای فرزند پروری مطابق روند رشد تکاملی فرزندان در مراکز بهداشتی مهد کودک ها و مدارس</li> <li>تدوین و اجرای بسته آموزشی مهارت های فرزند پروری والدین تحت پوشش خدمات نظام مراقبت های اولیه بهداشتی و بکارگیری ابزارهای تشویقی والدین بویژه مادر برای دریافت گواهی نامه آموزش مهارت های فرزند پروری قبل از تولد کودک</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>طراحی و استقرار برنامه توانمند سازی والدین در حوزه مهارت های فرزند پروری</li> </ul> | پیشگیری و کاهش عوامل خطر | <ul style="list-style-type: none"> <li>۱۲-۱۰ درصد کاهش نسبی در میزان مرگ و میر ناشی از مصرف مواد</li> </ul> |

| اهداف   | حیطه                     | استراتژی ها  | فعالیت ها   | گروه های ذینفع  | نتیجه مطلوب   | شاخص های ارزشیابی   | منابع   | دوره زمانی        |
|---|--------------------------|--|---|---|---|---|---|-------------------|
| ۱۰-۱۲ درصد کاهش نسبی در میزان مرگ و میر ناشی از مصرف مواد | پیشگیری و کاهش عوامل خطر | توسعه برنامه خدمات اجتماعی به گروه های جمعیتی در معرض خطر و محروم  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• تربیت و استقرار نیروی متخصص جهت فعالیت های مشاوره ای و شناسایی افراد در معرض خطر در محیط های کار</li> <li>• تدوین و استقرار برنامه خدمات رفاه اجتماعی افراد در معرض خطر و محروم</li> <li>• توسعه خدمات حمایتی برای رفع نیازهای زیستی اعم از مسکن، شغل و ... افراد محروم و در معرض خطر</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• دستگاه های مرتبط عضو کمیته ملی فرهنگی-پیشگیری ستاد مبارزه با مواد مخدر</li> </ul>      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• وجود توافقنامه همکاری مشترک</li> <li>• توسعه ملی برنامه های حمایتی</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• تعداد برنامه های حمایتی اجرا شده</li> <li>• درصد افزایش جمعیت تحت حمایتی برنامه های پایه نسبت به سال پایه</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- بودجه جاری</li> <li>- تخصیص بودجه ویژه</li> <li>- جذب بودجه</li> </ul> | تا پایان سال ۱۴۰۴ |
|   |                          | توسعه برنامه فعالیت های جایگزین مصرف مواد در جمعیت های در معرض خطر | <ul style="list-style-type: none"> <li>• طراحی و استقرار برنامه ملی فعالیت های جایگزین (آموزشی- فرهنگی و تفریحی- ورزشی) مصرف مواد در محیط ها آموزشی با اولویت مناطق محروم و دانش آموزان در معرض خطر (بندسپرست) و کودکان کار</li> <li>• شناسایی و ارایه خدمت به گروه های در معرض خطر اختلالات مصرف مواد</li> </ul>                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• سایر دستگاه های مرتبط عضو کمیته ملی فرهنگی-پیشگیری ستاد مبارزه با مواد مخدر</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• تصویب برنامه ملی فعالیت های جایگزین مصرف مواد</li> <li>• وجود تفاهم نامه های همکاری</li> <li>• دسترسی مطلوب به خدمات آموزشی- فرهنگی و تفریحی- ورزشی</li> </ul> |   |   |                   |

| دوره زمانی | منابع | شاخص های ارزشیابی  | نتیجه مطلوب  | گروه های ذینفع  | فعالیت ها   | استراتژی ها   | حیطه         | اهداف  |
|------------|-------|--|--|---|---|---|--------------|--|
|            |       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• درصد افزایش دسترسی به خدمات تشخیص و درمان سطح یک اختلالات مصرف مواد</li> <li>• درصد پوشش خدمات تشخیص و درمان سطح یک اختلالات مصرف مواد</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• تدوین و ابلاغ بسته های خدمتی و پروتکل های مراقبتی بهداشتی</li> <li>• ایجاد دسترسی به خدمات پیشگیری و درمان سطح یک مصرف مواد به میزان ۹۵ درصد</li> <li>• ارتقا پوشش خدمات پیشگیری و درمان در سطح یک مطابق با نیاز جامعه هدف</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• دستگاه های عضو کمیته ملی فرهنگی-پیشگیری ستاد مبارزه با مواد مخدر</li> <li>• معاونت درمان وزارت بهداشت</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ادغام و استقرار بسته های خدمتی، پیشگیری از مصرف مواد (غراباگری، تشخیص، مراقبت و پیگیری) در نظام مراقبت های اولیه</li> <li>• تدوین و استقرار بسته های خدمتی، مهارت های زندگی و فرزندپروری</li> <li>• طراحی و استقرار بسته های مداخلاتی مورد نیاز با اولویت خدمات پیشگیرانه انتخابی ویژه همسر مصرف کننده مواد</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• توسعه خدمات ارزیابی، تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف مواد در نظام مراقبت های اولیه</li> </ul> | مراقبت سلامت | <p>۱۲-۱۰ درصد کاهش نسبی در میزان مرگ و میر ناشی از مصرف مواد</p> |

| اهداف  | حیطه         | استراتژی ها                                | فعالیت ها   | گروه های ذینفع  | نتیجه مطلوب   | شاخص های ارزشیابی   | منابع  | دوره زمانی        |
|--|--------------|--|---|---|---|---|--|-------------------|
| ۱۲- ۱۰ درصد کاهش نسبی در میزان مرگ و میر ناشی از مصرف مواد | مراقبت سلامت | توسعه خدمات درمان تخصصی اختلالات مصرف مواد | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ایجاد و گسترش مراکز دولتی درمان با داروی آگوئیست بر حسب نیازسنجی</li> <li>• ایجاد و گسترش بسته مداخلات درمان غیر دارویی و روانشناختی در فرآیند درمان بیماران</li> <li>• طراحی و استقرار بسته خدمتی بیماریابی و درمان اختلالات زمینه ای مصرف مواد در دوران کودکی</li> <li>• تدوین بسته خدمات درمان روانشناختی بیماران</li> <li>• بازبینی پروتکل درمان روانشناختی و تقویت خدمات روانشناختی در مراکز درمان اختلالات مصرف مواد با داروهای آگوئیست</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• معاونت بهداشت وزارت بهداشت</li> <li>• دستگاه های عضو کمیته ملی پیشگیری و کاهش عوامل خطر، درمان و حمایت های اجتماعی ستاد مبارزه با مواد مخدر</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• افزایش کمی مراکز درمان اختلالات مصرف مواد با داروهای آگوئیست بر اساس سطح بندی به تفکیک دولتی و غیردولتی</li> <li>• افزایش کیفی خدمات مراکز دولتی و خصوصی درمان اختلالات مصرف مواد با داروهای آگوئیست</li> <li>• توانمند سازی روانشناسان شاغل در مراکز درمان با داروهای آگوئیست</li> <li>• آموزش تخصصی نیروهای اورژانس</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• درصد افزایش دسترسی بیماران تحت پوشش خدمات درمان تخصصی نسبت به سال پایه</li> <li>• درصد افزایش بیماران تحت پوشش خدمات درمان تخصصی نسبت به سال پایه</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- بوده جاری</li> <li>- تخصیص بودجه ویژه</li> <li>- جذب بودجه</li> </ul> | تا پایان سال ۱۴۰۴ |



| اهداف   | حیطه         | استراتژی ها   | فعالیت ها   | گروه های ذینفع   | نتیجه مطلوب  | شاخص های ارزشیابی  | منابع | دوره زمانی |
|---|--------------|---|---|--|--|--|-------|------------|
| ۱۲-۱۰ درصد کاهش نسبی در میزان مرگ و میر ناشی از مصرف مواد | مراقبت سلامت | توسعه خدمات پیشگیری و کاهش عوامل خطر اختلالات مصرف مواد | <ul style="list-style-type: none"> <li>استقرار خدمات پیشگیری و کاهش عوامل خطر بر اساس استانداردهای موجود در نظام مراقبت های اولیه بهداشتی</li> <li>متناسب سازی تعداد مراکز و کیفیت خدمات پیشگیری و کاهش عوامل خطر به گروه های مصرف کننده های تزریقی</li> <li>استقرار واحد درمان نگهدارنده با متادون آستانه پایین در مراکز گذری</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>دستگاه های عضو کمیته ملی پیشگیری و کاهش عوامل خطر، درمان و حمایت های اجتماعی ستاد مبارزه با مواد مخدر</li> <li>سازمان های بین المللی مرتبط</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>دسترسی مطلوب به خدمات پیشگیری و کاهش عوامل خطر</li> <li>پوشش کافی خدمات پیشگیری و کاهش عوامل خطر به گروه مصرف کننده تزریقی</li> <li>دسترسی به خدمات درمان نگهدارنده با متادون آستانه پایین در مراکز گذری</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>درصد افزایش دسترسی به مراکز ارائه کننده خدمات پیشگیری و کاهش عوامل خطر نسبت به سال پایه</li> <li>درصد افزایش پوشش بیماران تحت درمان آستانه پایین به سال پایه</li> <li>درصد افزایش پوشش بیماران تزریقی نسبت به سال پایه</li> </ul> |       |            |

| اهداف   | حیطه         | استراتژی ها                             | فعالیت ها   | گروه های ذینفع   | نتیجه مطلوب   | شاخص های ارزشیابی   | منابع   | دوره زمانی        |
|---|--------------|---|---|--|---|---|---|-------------------|
| ۱۲-۱۰ درصد کاهش نسبی در میزان مرگ و میر ناشی از مصرف مواد | مراقبت سلامت | توسعه خدمات بازتوانی اختلالات مصرف مواد | <ul style="list-style-type: none"> <li>طراحی و استقرار برنامه های حمایتی مبتنی بر نیازهای زیستی اولیه بیماران در حال درمان نگهدارنده یا بهبود یافته از طبقه محروم جامعه</li> <li>طراحی و استقرار برنامه های بازتوانی از طریق تامین توانمندسازی فنی و حرفه ای و خودکفایی مالی بیماران برحسب روند بهبودی</li> <li>طراحی و استقرار برنامه حمایتی از اشتغال بیماران در حال درمان یا پس از بهبودی اختلالات مصرف مواد</li> <li>تامین امنیت روانی و شغلی بیماران شاغل در حال درمان اختلالات مصرف مواد</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>دستگاه های عضو کمیته ملی پیشگیری و کاهش عوامل خطر، درمان و حمایت های اجتماعی ستاد مبارزه با مواد مخدر</li> <li>وزارت ورزش و جوانان</li> <li>شهرداری ها</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>دسترسی مطلوب به خدمات حمایتی و رفاهی تامین مسکن، رفاهی و نیازهای اولیه شهر وندی، امکانات ورزشی، اشتغال و خدمات بازتوانی برای بیماران در حال درمان و بهبود یافته</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>درصد افزایش گروه هدف بهره مند از امکانات ورزشی و رفاهی نسبت به سال پایه</li> <li>درصد افزایش گروه هدف بهره مند از خدمات بازتوانی و اشتغال زایی نسبت به سال پایه</li> <li>درصد افزایش بیماران بهره مند از خدمات مسکن مناسب، شغل و درآمد مکفی، نسبت به سال پایه</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>بودجه جاری</li> <li>تخصیص بودجه ویژه</li> <li>حذب بودجه</li> </ul> | تا پایان سال ۱۴۰۴ |

| دوره زمانی | منابع | شاخص های ارزشیابی   | نتیجه مطلوب   | گروه های ذینفع  | فعالیت ها   | استراتژی ها   | حیطه         | اهداف   |
|------------|-------|---|---|---|---|---|--------------|---|
|            |       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• درصد افزایش منابع و ابزار های آموزشی تولید و توزیع شده نسبت به سال پایه</li> <li>• درصد مشارکت گروه های مرجع در برنامه های پیشگیرانه نسبت به سال پایه</li> <li>• درصد افراد تحت پوشش برنامه آموزش همگانی نسبت به سال پایه</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ارتقاء سطح سواد سلامت جامعه</li> <li>• آنگی زدایی از بیماران دارای اختلالات مصرف مواد</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• سایر دستگاه های عضو کمیته ملی فرهنگی-پیشگیری ستاد مبارزه با مواد مخدر</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• تدوین و توسعه برنامه های آموزشی خود مراقبتی</li> <li>• تهیه و تولید منابع آموزش همگانی ارتقای سواد سلامت و رفع آنگی زدایی</li> <li>• تدوین و توسعه برنامه های آموزشی بازاریابی اجتماعی و کارزار های رسانه ای</li> <li>• آموزش گروههای مرجع (معلمین، روحانیون، مدیران، جامعه ورزشی، هنرمندان و...) در سازمانها، مراکز آموزشی و فرهنگی دانشجویی و ...</li> <li>• آموزش سفیران سلامت</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• آموزش و اطلاع رسانی همگانی در زمینه پیشگیری از اختلالات مصرف مواد</li> </ul> | مراقبت سلامت | <p>۱۲- ۱۰ درصد کاهش نسبی در میزان مرگ و میر ناشی از مصرف مواد</p> |

| اهداف   | حیطه         | استراتژی ها   | فعالیت ها   | گروه های ذینفع  | نتیجه مطلوب  | شاخص های ارزشیابی   | منابع  | دوره زمانی        |
|---|--------------|---|---|---|--|---|--|-------------------|
| ۱۲-۱۰ درصد کاهش نسبی در میزان مرگ و میر ناشی از مصرف مواد | مراقبت سلامت | توسعه خدمات اجتماعی محور پیشگیری از اختلالات مصرف مواد    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• تدوین و اجرای بسته خدماتی مداخلات اجتماعی محور پیشگیری و درمان اختلالات مصرف مواد با تمرکز بر شناسایی و کاهش عوامل خطر و ارتقاء عوامل محافظت</li> <li>• تدوین و اجرای برنامه توانمندسازی و همکاری های بین بخشی سازمان های غیر دولتی</li> </ul>               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• دستگاه های مرتبط عضو کمیته ملی فرهنگ-پیشگیری ستاد مبارزه با مواد مخدر</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• افزایش میزان توانمندی سازمانهای غیردولتی جهت مشارکت در برنامه های اجتماع محور مرتبط</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• درصد افزایش تعداد سازمانهای اجتماع محور توانمند شده نسبت به سال پایه</li> <li>• درصد افزایش پوشش جمعیتی برنامه های اجتماع محور نسبت به سال پایه</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- بوده جاری</li> <li>- تخصیص بودجه ویژه</li> <li>- جذب بودجه</li> </ul> | تا پایان سال ۱۴۰۴ |
|   |              | توسعه خدمات پیشگیری از اختلالات مصرف مواد در محیط های کار | <ul style="list-style-type: none"> <li>• تدوین و اجرای بسته خدمات پیشگیری و همگانی، انتخابی و موردی پیشگیری از اختلالات مصرف مواد در محیط کار</li> <li>• تدوین و اجرای برنامه جامع ارتقای امنیت روانی و اجتماعی کارکنان</li> <li>• تدوین و اجرای برنامه های حمایتی - رفاهی در محیط های کار</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• دستگاه های عضو کمیته فرهنگی - پیشگیری ستاد مبارزه با مواد مخدر</li> </ul>        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• افزایش هم گرایی سازمان ها و دستگاه ها در مداخلات محیط کار</li> <li>• تفاهم نامه همکاری مشترک</li> <li>• افزایش برنامه های پیشگیرانه اجرا شده در محیط های کار</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• درصد افزایش پوشش جمعیتی برنامه در محیط کار</li> <li>• درصد های کاری ارایه کننده خدمات ارتقا دهنده کیفیت زندگی و رضایتمندی شغلی</li> </ul>                  |  |                   |

| اهداف   | حیطه   | استراتژی ها  | فعالیت ها   | گروه های ذینفع  | نتیجه مطلوب   | شاخص های ارزشیابی   | منابع   | دوره زمانی        |
|---|--|--|---|---|---|---|---|-------------------|
| ۱۲-۱۰ درصد کاهش نسبی در میزان مرگ و ناشی از مصرف ناپایدار مواد  | مرافقت سلامت   | پایش و نظارت بر خدمات بهداشتی و درمانی اختلالات مصرف مواد  | <ul style="list-style-type: none"> <li>طراحی و تدوین برنامه پایش و نظارت مدون بر خدمات بهداشتی و درمانی اختلالات مصرف مواد</li> <li>طراحی نظام پایش حضوری و غیر حضوری متمرکز و آبتباری</li> <li>تدوین و اجرای سیاست های مقابله با مداخلات درمانی غیر مجاز در حوزه اختلالات مصرف مواد</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>وزارت بهداشت (معاونت‌های بهداشت و درمان)</li> <li>دانشگاه‌های علوم پزشکی</li> <li>وزارت کشور / ستاد مبارزه با مواد مخدر</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>رعایت هزینه اثر بخشی در ارائه خدمات</li> <li>چک لیست‌های فرآیندی و عملکردی برای تیم سلامت و حوزه مدیریت</li> <li>ارتقاء کیفیت خدمات و عملکرد پرسنل ارائه کننده خدمات</li> <li>استقرار و بهینه سازی سامانه های الکترونیکی پایش</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>چک لیست‌های پایش و ارزشیابی</li> <li>گزارش دوره‌های تحلیل نقاط قوت و خدمات و برنامه های پیشنهادی ستادی و دانشگاهی</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>بودجه جاری</li> <li>تخصیص بودجه ویژه</li> <li>حذب بودجه</li> </ul> | تا پایان سال ۱۴۰۴ |
| اصلاح و ارتقاء نظام ثبت و گزارشگری ارائه خدمات در سامانه‌های الکترونیکی طراحی و اجرای تابلوی آماری خدمات PHC در | استقرار سیستم ارزشیابی و ثبت خدمات و سطوح ارجاع تخصصی اختلالات مصرف مواد | <ul style="list-style-type: none"> <li>اصلاح و ارتقاء نظام ثبت و گزارشگری ارائه خدمات در سامانه‌های الکترونیکی</li> <li>طراحی و اجرای تابلوی آماری خدمات PHC در</li> <li>تعامل و تبادل داده در حوزه اطلاعات مرتبط با نظام سلامت</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی</li> <li>وزارت کشور (سازمان ثبت احوال کشور)</li> <li>قوه قضایه (پزشکی قانونی)</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>دستیابی سریع و شفاف به اطلاعات</li> <li>برنامهریزی موثر بر پایه اطلاعات</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>ایجاد و ارتقاء سامانه‌های ثبت الکترونیکی خدمات و داده‌های آماری</li> <li>دانشور اطلاعات و رصد ملی شیوع بیماری و عوامل خطر</li> </ul>   |   |   |                   |

| دوره زمانی | منابع | شناختن شاخص های ارزشیابی   | نتیجه مطلوب  | گروه های ذینفع  | فعالیت ها   | استراتژی ها   | حیطه                     | اهداف  |
|------------|-------|--|--|---|---|---|--------------------------|--|
|            |       | <ul style="list-style-type: none"> <li>افزایش پژوهش های حمایت شده به تکیه مطالعات مشاهده ای، مداخله ای و ارزشیابی</li> <li>درصد افزایش تعداد بانکهای اطلاعات راه اندازی شده نسبت به سال پایه</li> <li>درصد افزایش برگزاری کارگاه های آموزشی تربیت مربی نسبت به سال پایه</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>توسعه مطالعات پایه، ارزیابی مداخلات و ارزشیابی</li> <li>توسعه مطالعات رصد وضعیت سوء مصرف مواد در کشور</li> <li>توسعه کمی و کیفی بانکهای اطلاعاتی</li> <li>توسعه کمی و کیفی کارگاه های آموزشی استاندارد</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>دستگاه های عضو کمیته ملی فرهنگي-پيشگيري ستاد مبارزه با مواد مخدر</li> <li>دستگاه های عضو کمیته ملی پیشگیری و کاهش عوامل خطر، درمان و حمایت های اجتماعی ستاد مبارزه با مواد مخدر</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>تدوین و اجرای پژوهش های تخصصی و بین رشته ای (مطالعات سبب شناسی، مطالعات اتربخشی، مداخلات، نیازسنجی، امکان سنجی و آینده پژوهی و کاربری نتایج)</li> <li>تولید و تبادل دانش تخصصی</li> <li>استاندارد سازی، ارزشیابی و توسعه برنامه های مداخلاتی</li> <li>راه اندازی بانک های اطلاعات ملی و سازمانی منابع علمی پیشگیری، درمان و پیشگیری و کاهش عوامل خطر اختلالات مصرف مواد</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>ارتقای نظام مدیریت، ترجمان و تبادل دانش علمی و تجربی پیشگیری، درمان و پیشگیری و کاهش عوامل خطر اختلالات مصرف مواد</li> </ul> | <p>حیطه مراقبت سلامت</p> | <p>۱۰-۱۲ درصد کاهش نسبی در میزان مرگ و میر ناشی از مصرف مواد</p> |



| اهداف   | حیطه                  | استراتژی ها  | فعالیت ها  | گروه های ذینفع   | نتیجه مطلوب   | شاخص های ارزشیابی  | منابع  | دوره زمانی        |
|---|-----------------------|--|--|--|---|--|--|-------------------|
| ۱۲-۱۰ درصد کاهش نسبی در میزان مرگ و میر ناشی از مصرف مواد | نظارت، پایش و ارزیابی | توسعه نظام پایش و رصد عوامل های اجتماعی موثر بر اختلالات مصرف مواد   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• طراحی و استقرار برنامه رصد و پایش عوامل اجتماعی موثر بر اختلالات مصرف مواد</li> <li>• ارتقای نظام ثبت داده ها و اطلاعات در سامانه های الکترونیکی</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• دستگاه های عضو کمیته فرهنگی - پیشگیری ستاد مبارزه با مواد مخدر</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• دسترسی سریع و شفاف به اطلاعات حوزه اختلالات مصرف مواد</li> <li>• برنامه ریزی موثر بر پایه اطلاعات</li> <li>• سازماندهی مشترک و هماهنگ در جهت مدیریت و کنترل عوامل خطر</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• درصد افزایش کمی و کیفی داشبورد اطلاعات در زمینه الگوی مصرف مواد نسبت به سال پایه</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- بوده جاری</li> <li>- تخصیص بودجه ویژه</li> <li>- جذب بودجه</li> </ul> | تا پایان سال ۱۴۰۴ |
|   |                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• طراحی و استقرار برنامه رصد و پایش عوامل اجتماعی موثر بر اختلالات مصرف مواد</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• دستگاه های عضو کمیته ملی فرهنگی - پیشگیری ستاد مبارزه با مواد مخدر</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• دسترسی مطلوب به اطلاعات آحاد جمعیت کشور به خدمات اجتماعی ( مسکن و درآمد مکفی امکانات بهداشتی - درمانی، آموزشی، تفریحی و ورزشی سالم )</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• افزایش دسترسی به داشبورد اطلاعاتی جمعیتی گروه های در معرض خطر و پرخطر نسبت به سال پایه</li> </ul>  |  |  |                   |

| اهداف  | حیطه   | استراتژی ها   | فعالیت ها  | گروه های ذینفع  | نتیجه مطلوب   | شناختن های ارزشیابی   | منابع   | دوره زمانی        |
|--|--------|---|--|---|---|---|---|-------------------|
| ۱۳-۲۰ درصد افزایش دسترسی به خدمات سلامت روان در نظام سلامت | حاکمیت | ایجاد ظرفیت های قانونی در سطح ملی مبتنی بر سیاستهای کلان سلامت (تولیت، هدایت راهبردی و اعتبار بخشی بر نامه های سلامت روانی اجتماعی) | <ul style="list-style-type: none"> <li>تهیه و تدوین اصول و ضوابط ارائه خدمات سلامت روانی اجتماعی</li> <li>تصویب و ابلاغ آن جهت اجرا</li> <li>تهیه و تدوین دستورالعمل اعتبار بخشی فعالیتهای مرتبط با خدمات مشاوره و سلامت روان کشور</li> <li>بازتدوین کربکولوم آموزشی روانشناسی بالینی و سلامت</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (برد روانشناسی)</li> <li>وزارت کشور</li> <li>وزارت علوم و تحقیقات (برد روانشناسی)</li> <li>وزارت آموزش و پرورش</li> <li>وزارت رفاه / سازمان بهزیستی</li> <li>سازمان زندانها و اقدامات تأمینی و تربیتی</li> <li>مراکز آموزش عالی</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>افزایش تعهد ملی در قبال سلامت روان کشور</li> <li>بهبود و توسعه وضعیت دسترسی به خدمات سلامت روان</li> <li>ایجاد تعهد در ارکان مدیریت کشور نسبت به سلامت روان مردم</li> <li>استیفا حقوق بیماران مبتلا به اختلال روانپریشی</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>تدوین آییننامه خدمات سلامت روان</li> <li>تعداد مراکز خدمات سلامت روان استاندارد</li> <li>توسعه عادلانه خدمات سلامت روان</li> <li>تدوین آیین نامه ارائه خدمات روانشناختی</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>بودجه جاری</li> <li>تخصیص بودجه ویژه</li> <li>خذب بودجه</li> </ul> | تا پایان سال ۱۴۰۴ |

| اهداف   | حیطه                     | استراتژی ها   | فعالیت ها  | گروه های ذینفع   | نتیجه مطلوب   | شاخص های ارزشیابی  | منابع   | دوره زمانی        |
|---|--------------------------|---|--|--|---|--|---|-------------------|
| ۱۳- ۲۰ درصد افزایش دسترسی به خدمات سلامت روان در نظام سلامت | پیشگیری و کاهش عوامل خطر | راه اندازی کارگروه ملی / دانشگاهی ارتقای سلامت روانی اجتماعی  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• تهیه و تدوین دستورالعمل کشوری</li> <li>• ارسال به دانشگاهها و استانشا</li> <li>• تدوین توافقنامه های همکاری</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• وزارت بهداشت،</li> <li>• اعضای شورای عالی سلامت و امنیت غذایی</li> </ul>                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• افزایش هماهنگی ملی و استانی در اجرا و ارتقای برنامه های سلامت روان</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• تعداد جلسات کارگروهی تشکیل یافته</li> <li>• تعداد مصوبات بعمل آمده</li> <li>• تعداد مصوبات اجرا شده</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- بودجه جاری</li> <li>- تخصیص بودجه ویژه</li> <li>- جذب بودجه</li> </ul> | تا پایان سال ۱۴۰۴ |
|   |                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• حمایت یابی از شورای عالی سلامت و امنیت غذایی در سطح ملی، استانی و شهرستانی</li> </ul>                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• پیگیری و اخذ مصوبه های همکاری بین بخشی و درون بخشی مرتبط با سند سلامت روان</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• وزارت بهداشت،</li> <li>• اعضای شورای عالی سلامت و امنیت غذایی</li> </ul>                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• تصویب موارد مورد نظر</li> <li>• افزایش همکاری و حمایت بین بخشی و درون بخشی</li> <li>• همسویی زیر مجموعه ها تحت مدیریت شورای ساغ با اهداف و اولویتهای سلامت روان</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• تعداد مصوبه و تعداد موارد ابلاغ شده</li> <li>• تعداد تصمیمات اجرا شده</li> </ul>  |   |                   |
|   |                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• اصلاح و تقویت ساختار سازمانی و مدیریتی دفتر و ادارات سلامت روانی اجتماعی و اعتبار در سطح ملی / دانشگاهی</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• تهیه و پیشنهاد چاپ جارت اداره کل سلامت روانی اجتماعی و اعتبار وزارت بهداشت و دانشگاههای علوم پزشکی</li> <li>• ابلاغ و پیگیری استقرار آن</li> <li>• تهیه و تدوین استانداردهای جذب و بکارگیری منابع انسانی مورد نیاز</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• وزارت بهداشت،</li> <li>• سازمان امور استخدامی</li> <li>• سازمان مدیریت و برنامه ریزی</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• تقویت ساختار سازمانی حوزه سلامت روان، اجتماعی و اعتبار در سطح وزارت و دانشگاهی</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• چارت سازمانی ارتقا یافته مصوب معاونت توسعه و سازمان برنامه و بودجه</li> <li>• تعداد پست های تخصصی و فنی ایجاد شده</li> <li>• تعداد منابع انسانی جذب و بکارگیری شده</li> </ul> |   |                   |

| اهداف  | حیطه                     | استراتژی ها   | فعالیت ها  | گروه های ذینفع   | نتیجه مطلوب  | شناختن های ارزشیابی  | منابع   | دوره زمانی  |                   |
|--|--------------------------|---|--|--|--|--|---|---|-------------------|
| ۱۳-۲۰ درصد افزایش دسترسی به خدمات سلامت روان در نظام سلامت | پیشگیری و کاهش عوامل خطر | ترویج و توسعه آموزش مهارت‌های زندگی (با اولویت مدیریت استرس و کنترل خشم) - در مراکز آموزشی - دانشگاهی و سازمانی   | <ul style="list-style-type: none"> <li>جلب حمایت و پوشش بیمه‌های خدمات سربایی و بستری در تشخیص، درمان و مراقبت اختلالات روانپریشی</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>نیازسنجی و اولویت بندی اختلالات، بیمارزها و خدمات روانپریشی و روانشناختی که الزاماً باید تحت پوشش بیمه قرار گیرند.</li> <li>طراحی و تدوین آییننامه خدمات سربایی، بستری و توانبخشی اختلالات روانپریشی و رفتاری و تعیین سهم بیمار و سازمانهای بیمه</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>وزارت بهداشت، شورای عالی بیمه مرکزی</li> <li>شورای عالی بیمه سلامت کشور</li> <li>سازمان مدیریت و برنامه ریزی</li> <li>کمیسیون بهداشت و درمان</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>تسهیل دسترسی به خدمات سلامت روان</li> <li>تعدیل بار مالی ناشی از درمان و مدیریت اختلالات روانپریشی</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>وجود آییننامه خدمات بیمه‌های اختلالات روانپریشی و خدمات روانشناختی</li> <li>تعداد بیمه‌های پذیرنده فرانشیز خدمات درمانی (دولتی، سازمانی و تکمیلی)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>بودجه جاری</li> <li>- تخصیص بودجه ویژه</li> <li>- جذب بودجه</li> </ul> | تا پایان سال ۱۴۰۴ |
|  |                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>تدوین توافقنامه‌های همکاری در زمینه آموزش انسجام یافته مهارت‌های زندگی</li> <li>تعیین وظایف دستگاهها و سازمانها در حوزه آموزش مهارت های زندگی</li> <li>تدوین برنامه مداخلات سلامت روان برای پیشگیری از خشونت و مدیریت استرس</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>وزارت بهداشت، وزارت رفاه / سازمان بهزیستی</li> <li>وزارت آموزش و پرورش</li> <li>وزارت آموزش عالی</li> <li>وزارت کشور</li> <li>صدا و سیما</li> <li>مرکز مدیریت حوزه علمیه</li> <li>ستاد فرماندهی کل قوا</li> <li>شهر دارپها</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>هم گرای سازمانها در حوزه آموزش مهارت های زندگی</li> <li>کاربست بسته های استاندارد آموزشی در حوزه مهارت های زندگی</li> <li>توسعه و تعمیم آموزش مهارت‌های زندگی</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>وجود توافقنامه همکاری مشترک</li> <li>در دسترس بودن بسته های آموزشی</li> <li>وجود برنامه ملی آموزش مدیریت استرس و کنترل خشم</li> <li>تدوین متون آموزشی منطبق با نیازهای گروههای هدف خاص</li> </ul> |  |   |   |                   |

| اهداف   | حیطه                     | استراتژی ها   | فعالیت ها   | گروه های ذینفع   | نتیجه مطلوب   | شاخص های ارزشیابی  | منابع   | دوره زمانی        |
|---|--------------------------|---|---|--|---|--|---|-------------------|
| ۱۳- ۲۰ درصد افزایش دسترسی به خدمات سلامت روان در نظام سلامت | پیشگیری و کاهش عوامل خطر | ترویج و توسعه آموزش و اطلاع رسانی در زمینه انگ زدایی از اختلالات روانپریشی و رفتاری | <ul style="list-style-type: none"> <li>• تدوین توافقنامه های همکاری در زمینه آموزش سلامت روان و پیشگیری از بیماریهای روانی رفتاری</li> <li>• تدوین بسته های استاندارد آموزشی</li> <li>• طراحی کمیته های اطلاع رسانی و آموزش همگانی</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• وزارت بهداشت</li> <li>• وزارت علوم و تحقیقات</li> <li>• وزارت رفاه / سازمان بهزیستی</li> <li>• وزارت آموزش و پرورش</li> <li>• وزارت کشور</li> <li>• صدا و سیما</li> <li>• مرکز مدیریت حوزه علمیه</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• کاربرد بسته های استاندارد آموزشی خود مراقبتی</li> <li>• انتشار آموزش و اطلاع رسانی در رسانهای عمومی و تغییر خط مشی تولیدات در مسیر هدف استراتژی</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• توافقنامه همکاری مشترک بین وزارت بهداشت و ذیفعان</li> <li>• در دسترس بودن بسته های آموزشی</li> <li>• تعداد تولیدات رسانهای (سمعی) بصری و روزنامههای کثیرالانتشار</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- بودجه جاری</li> <li>- تخصیص بودجه ویژه</li> <li>- جذب بودجه</li> </ul> | تا پایان سال ۱۴۰۴ |

| اهداف  | حیطه         | استراتژی ها   | فعالیت ها   | گروه های ذینفع  | نتیجه مطلوب  | شاخص های ارزشیابی  | منابع   | دوره زمانی        |
|--|--------------|---|---|---|--|--|---|-------------------|
| ۱۳-۲۰ درصد افزایش دسترسی به خدمات سلامت روان در نظام سلامت | مراقبت سلامت | ظرفیت سازی ساختار نظام سلامت با تاکید بر مناطق حاشیه نشین و شهری در جهت مدیریت بهنگام و موثر اختلافات روانپزشکی | <ul style="list-style-type: none"> <li>• طراحی و تدوین بسته خدمات پیشگیری اولیه</li> <li>• تهیه و تدوین بسته خدمات بالینی، پزشکان عمومی در نظام سلامت</li> <li>• تدوین بسته های تخصصی روانپزشکان و PHC در روانشناسان</li> <li>• تهیه و معرفی پروتکل های درمان روانپزشکی و روانشناختی سطوح ارجاع نظام سلامت</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• وزارت بهداشت</li> <li>• سازمان مدیریت و برنامه ریزی</li> <li>• سازمان بیمه همگانی سلامت</li> <li>• وزارت کشور</li> <li>• سازمان زندانها و اقدامات تأمینی تربیتی</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• جذب کارشناس ارشد سلامت روان (هر نفر به ازای هر ۲۵۰۰۰ نفر جمعیت)</li> <li>• آموزش مراقبین سلامت</li> <li>• ارزیابی وضعیت سلامت روان جمعیت تحت پوشش و مراقبت دوره‌های بهبود مهارت ارائه خدمات</li> <li>• پوشش کامل خدمات سلامت روان حاشیه شهرها در نظام شبکه</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• درصد پوشش جمعیت غریبالگری شده</li> <li>• درصد شناسایی اختلافات شایع در جمعیت تحت پوشش</li> <li>• درصد ارائه مراقبت به بیماران شناسایی شده</li> <li>• تعداد پزشکان عمومی آموزش دیده PHC در</li> <li>• تعداد روانشناسان فعال در نظام مراقبتی اولیه بهداشتی</li> <li>• تعداد مراکز سلامت روان جامعه نگر</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- بودجه جاری</li> <li>- تخصیص بودجه ویژه</li> <li>- جذب بودجه</li> </ul> | تا پایان سال ۱۴۰۴ |



| اهداف  | حیطه                | استراتژی ها  | فعالیت ها   | گروه های ذینفع   | نتیجه مطلوب   | شاخص های ارزشیابی  | منابع | دوره زمانی |
|--|---------------------|--|---|--|---|--|-------|------------|
| <p>۱۳- ۲۰ درصد افزایش دسترسی به خدمات سلامت روان در نظام سلامت</p> | <p>مراقبت سلامت</p> | <p>تقویت و توسعه خدمات روانشناختی و مشاوره دولتی و غیر دولتی</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• تهیه توافقنامه مشترک با سازمان های ذیربط جهت ایجاد مراکز استاندارد(مطابق با آئین نامه مصوب ارائه خدمات روانشناختی)</li> <li>• تشکیل سازوکارهای آموزش و توانمندسازی روانشناسان و مشاوران</li> <li>• جذب کارشناسان ارشد و دکتری روانشناسی بالینی و سلامت در مراکز دولتی و خصوصی</li> <li>• تشکیل کمیته فنی برای هدایت علمی و تخصصی مراکز مشاوره</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• وزارت بهداشت</li> <li>• وزارت رفاه / سازمان بهزیستی</li> <li>• سازمان نظام روانشناسی</li> <li>• وزارت ورزش و جوانان</li> <li>• وزارت آموزش و پرورش</li> <li>• وزارت علوم و تحقیقات</li> <li>• سازمان زندانها و اقدامات تأمینی و تربیتی</li> <li>• نیروی انتظامی (معاونت اجتماعی)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• اعتبار بخشی به فعالیت های مراکز مشاوره بر اساس آئین نامه ارائه خدمات روانشناختی</li> <li>• افزایش پوشش امکان دسترسی به خدمات استاندارد روانشناختی</li> <li>• ارائه تخصصی خدمات روانشناختی و مشاوره بر اساس گروه های خاص</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• تعداد گواهی دوره آموزش استاندارد برای روانشناسان و مشاورین</li> <li>• تعداد مجوز استاندارد صادر شده مراکز مشاوره</li> <li>• تعداد کمیته های فنی مشاورتی</li> <li>• تعداد مددجویان تحت مراقبت</li> <li>• تعداد مربی مربیان آموزش دیده</li> </ul> |       |            |

| اهداف   | حیطه                | استراتژی ها  | فعالیت ها   | گروه های ذینفع  | نتیجه مطلوب   | شناختن های ارزشیابی  | منابع  | دوره زمانی               |
|---|---------------------|--|---|---|---|--|--|--------------------------|
| <p>۱۳-۲۰ درصد افزایش دسترسی به خدمات سلامت روان در نظام سلامت</p> | <p>مراقبت سلامت</p> | <p>آموزش و اطلاع رسانی همگانی در زمینه سواد سلامت روان</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• تهیه و تولید منابع آموزشی همگانی ارتقای سواد سلامت روانی اجتماعی</li> <li>• اجرای کارگاههای آموزشی در جمعیت هدف شهر و روستا</li> <li>• تولید برنامههای آموزشی از طریق رسانه ملی و استانی</li> <li>• آموزش گروههای مرجع (معلمین، روحانیون، مدیران، هنرمندان و....) در سازمانها، مراکز آموزشی و فرهنگی دانشجویی</li> <li>• آموزش سفیران سلامت</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• شورای عالی سلامت و امنیت غذایی</li> <li>• وزارت بهداشت</li> <li>• وزارت</li> <li>• آموزش و پرورش</li> <li>• صداوسیما (ملی / استانی)</li> <li>• وزارت علوم و تحقیقات</li> <li>• مرکز مدیریت حوزه علمیه</li> <li>• مراکز آموزش عالی</li> <li>• نیروی انتظامی (معاونت اجتماعی)</li> <li>• هلال احمر</li> <li>• شورای عالی اسلامی شهر و روستا</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• بهبود سبک زندگی جامعه در حوزه رفتارهای مرتبط با سلامت روان</li> <li>• ارتقاء سطح سواد سلامت روان جامعه</li> <li>• انتقال پیامهای سلامت روان به خانوادهها و گروههای هدف از طریق سفیر سلامت</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• تعداد منابع آموزشی تولید شده</li> <li>• آموزشی برگزار شده</li> <li>• تعداد برنامههای آموزشی تولیدی و پخش صداوسیما</li> <li>• برگزاری همایش های ویژه و تبیین مشکلات و ابعاد سلامت روانی اجتماعی</li> <li>• بهره مندی از مشارکت بخش خصوصی، تشکل های صنفی و مردم نهاد (NGO)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- بوده جاری</li> <li>- تخصصی بوده ویژه</li> <li>- جذب بوده</li> </ul> | <p>تا پایان سال ۱۴۰۴</p> |

| اهداف  | حیطه                  | استراتژی ها   | فعالیت ها  | گروه های ذینفع   | نتیجه مطلوب   | شاخص های ارزشیابی  | منابع   | دوره زمانی  |                   |
|--|-----------------------|---|--|--|---|--|---|---|-------------------|
| ۱۳ - ۲۰ درصد افزایش دسترسی به خدمات سلامت روان در نظام سلامت | نظارت، پایش و ارزیابی | پایش و نظارت برنامه‌ها و مداخلات تخصصی (بیشگیری اولیه، غربالگری، تشخیص، درمان و مراقبت) در نظام سلامت | <ul style="list-style-type: none"> <li>طراحی و اجرای پژوهش‌ها و پیمایش‌های ملی و استانی جهت بررسی و تحلیل روند شیوع اختلالات شایع روانپزشکی و رفتاری و عوامل خطر اجتماعی در جامعه</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>نیازسنجی و متاآنالیز مستندات بین المللی و پیمایش‌های ملی</li> <li>رصد و اولویت بندی تعیین کنندگان و عوامل خطر سلامت اجتماعی و اختلالات شایع روانپزشکی</li> <li>طراحی، تدوین و زمانبندی پیمایش‌های ملی و استانی</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>وزارت بهداشت (معاونت‌های بهداشت و درمان)</li> <li>دانشگاه‌های علوم پزشکی</li> <li>وزارت کشور / فرمانداران</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>تعمین درصدها ابتلا به اختلالات شایع روانپزشکی در کشور</li> <li>تعمین میزان اثر هر یک از عوامل خطر اجتماعی</li> <li>برنامه ریزی و مدیریت برنامه‌ها بر اساس یافته‌ها</li> <li>اولویت بندی حوزه‌های مرتبط با سلامت روان و مداخله موثر بر اساس نیاز ملی و استانی</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>گزارش نیازسنجی و طراحی پیمایش‌های ملی و استانی</li> <li>گزارش رسمی نتایج پیمایش در سطح ملی و استانی (حوزه سلامت روان، تعیین کنندگان سلامت روان، عوامل خطر اجتماعی و سواد سلامت)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>بودجه جاری</li> <li>- تخصیص بودجه ویژه</li> <li>- جذب بودجه</li> </ul> | تا پایان سال ۱۴۰۴ |

| اهداف  | حیطه                  | استراتژی ها  | فعالیت ها   | گروه های ذینفع  | نتیجه مطلوب   | شناختن های ارزشیابی  | منابع  | دوره زمانی        |
|--|-----------------------|--|---|---|---|--|--|-------------------|
| ۱۳-۲۰ درصد افزایش دسترسی به خدمات سلامت روان در نظام سلامت | نظارت، پایش و ارزیابی | استقرار سیستم ارزشیابی و ثبت خدمات سلامت روان و سطوح ارجاع تخصصی | <ul style="list-style-type: none"> <li>اصلاح و ارتقاء نظام ثبت و گزارشگری ارائه خدمات</li> <li>طراحی و اجرا سامانه‌های الکترونیک طراحی و اجرای تابلوی آماری خدمات حوزه سلامت روان و PHC اجتماعی در</li> <li>تعامل و تبادل داده در حوزه اطلاعات مرتبط با نظام سلامت</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی</li> <li>وزارت کشور (سازمان ثبت احوال کشور)</li> <li>قوه قضایه (پزشکی قانونی)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>دستیابی سریع و شفاف به اطلاعات مربوط حوزه سلامت روان و تعیین کنندهای سلامت اجتماعی</li> <li>برنامهریزی موثر بر پایه اطلاعات</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>ایجاد و ارتقاء سامانه‌های ثبت الکترونیک با حفظ مسیر امن دسترسی طبقه بندی در کشور</li> <li>نرم افزار تبادل داده‌های مرتبط با حوزه سلامت روان با گروه ذینفعان</li> <li>دانشور اطلاعات و رصد ملی عوامل خطر اجتماعی (خودکشی)، طلاق، خشونت و ...)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>بودجه جاری</li> <li>- تخصیص بودجه ویژه</li> <li>-حذب بودجه</li> </ul> | تا پایان سال ۱۴۰۴ |

### رویکرد بین بخشی

| اهداف  | حیطه                       | استراتژی ها   | فعالیت ها   | گروه های ذینفع  |
|--|----------------------------|---|---|---|
| <p>۱ - کاهش نسبی ۲۵ درصدی خطر مرگ زودرس ناشی از بیماری های قلبی و عروقی، سرطان، دیابت یا بیماری مزمن تنفسی</p> | <p>حاکمیت</p>              | <ul style="list-style-type: none"> <li>- گنجاندن اولویت های بیماری های غیر واگیر در دستور کار شورای عالی بهداشت</li> <li>- ایجاد کمیته ملی بیماری های غیر واگیر</li> <li>- ایجاد تیم های فنی مشترک بین وزارت بهداشت، درمان، و آموزش پزشکی و دیگر سازمان های درگیر</li> <li>- برنامه ریزی اقدام مشترک</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- امضای هر یک از تفاهم نامه های بین وزارت بهداشت، درمان، و آموزش پزشکی و گروه های ذینفع مرتبط</li> <li>- برگزاری منظم نشست های فنی برنامه ریزی شده</li> <li>- گزارش مداوم به مقامات تصمیم گیرنده</li> <li>- اجرای مطالعات ارزیابی داخلی و خارجی برنامه ریزی شده</li> </ul> | <p>اعضای شورای عالی سلامت</p>   |
|  |                            | <p>تأمین مالی پایدار طرح ها</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- تخصیص بودجه لازم برای اقدامات مربوطه در بودجه سالانه سازمان های درگیر</li> </ul>   | <p>اعضای شورای عالی سلامت</p>   |
| <p>پیشگیری و کاهش عوامل خطر</p>  | <p>افزایش میزان دسترسی</p> | <p>آموزش و ترویج بهداشت</p>   | <p>افزایش KASP عمومی در مورد عوامل خطر عمده بیماری های غیر واگیر از طریق:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- کمپین های رسانه ای</li> <li>- برنامه های معمول</li> <li>- برنامه های درسی</li> <li>- فعالیت های فوق برنامه</li> </ul>  | <p>وزارت آموزش و پرورش</p> <p>وزارت علوم و فناوری</p> <p>سازمان ملی صدا و سیما</p> <p>وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی</p> <p>شورای سیاست گذاری ائمه جمعه</p> <p>وزارت بهداشت، درمان، و آموزش پزشکی</p> |
|  |                            | <p>کاهش قیمت میوه ها و سبزیجات از طریق:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ارائه مشوق های تولید</li> <li>- تسهیل دسترسی کشاورز به بازار</li> <li>- برگزاری مداوم جلسات آموزشی برای کشاورزان</li> </ul>  | <p>وزارت کشاورزی</p> <p>وزارت صنعت، معدن، و تجارت</p> <p>وزارت دادگستری - سازمان تعزیرات</p> <p>شهرداری ها</p> <p>اصناف</p>   |   |
| <p>کاهش آلاینده های هوا</p>  |                            | <p>اجرای قانون هوای پاک</p>   | <p>وزارت کشور</p> <p>وزارت نفت</p> <p>وزارت صنعت، معدن، و تجارت</p> <p>سازمان حفاظت محیط زیست</p> <p>وزارت بهداشت، درمان، و آموزش پزشکی</p> <p>شهرداری ها</p>   |   |

| اهداف  | حیطه  | استراتژی ها   | فعالیت ها  | گروه های ذینفع   |  |
|--|---|---|--|--|--|
| <p>۱ - کاهش نسبی ۲۵ درصدی خطر مرگ زودرس ناشی از بیماری های قلبی و عروقی، سرطان، دیابت یا بیماری مزمن تنفسی</p> | <p>مراقبت سلامت</p>   | <p>بهبود مراقبت اورژانس پیش از بیمارستان</p>  | <p>کاهش استفاده از کود های نا امن</p>  | <p>سازمان ملی استاندارد<br/>وزارت کشاورزی<br/>وزارت صنعت، معدن، و تجارت<br/>وزارت بهداشت، درمان، و آموزش پزشکی</p>   |  |
|  |   |   | <p>غریب الی گری</p>  | <p>توسعه و پیاده سازی برنامه غربال گری عوامل خطر بیماری های غیر واگیر (با استفاده از دستورالعمل های USPSTF)</p>  | <p>وزارت بهداشت، درمان، و آموزش پزشکی<br/>سازمان بیمه سلامت ملی<br/>سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران</p>                      |
|  |   |   | <p>مراقبت از خود</p>   | <p>ارائه تجهیزات مقرون به صرفه مراقبت از خود - برای مراقبت از بیماران مبتلا به بیماری های غیر واگیر (دستگاه فشارخون، آزمایش خون با خراش انگشت، و غیره)</p> | <p>وزارت بهداشت، درمان، و آموزش پزشکی<br/>سازمان بیمه سلامت ملی<br/>وزارت صنعت، معدن، و تجارت</p>                                  |
| <p>نظارت</p>   | <p>سیستم ثبت بیماران بستری / سرپایی<br/>- ثبت مرگ و میر<br/>- ثبت سرطان</p> | <p>ادغام موضوعات مربوط به کمک های اولیه در برنامه های درسی</p>                              | <p>کاهش استفاده از آفت کش های نا امن</p>   | <p>سازمان ملی استاندارد<br/>وزارت کشاورزی<br/>وزارت صنعت، معدن، و تجارت<br/>وزارت بهداشت، درمان، و آموزش پزشکی</p>   |  |
|  |   |   | <p>بهبود مراقبت اورژانس پیش از بیمارستان</p>   | <p>افزایش آگاهی و عملکرد مربوط به خدمات پایه پشتیبانی از زندگی (BIS) به شکل عمومی و حرفه ای</p>  | <p>وزارت بهداشت، درمان، و آموزش پزشکی<br/>وزارت علوم، تحقیقات، و فناوری<br/>وزارت آموزش و پرورش<br/>سازمان آموزش فنی و حرفه ای</p> |
| <p>سیستم ثبت بیماران بستری / سرپایی<br/>- ثبت مرگ و میر<br/>- ثبت سرطان</p>                                    | <p>تیمه و منتشر گزارشات برنامه ریزی شده</p>                                 | <p>وزارت بهداشت، درمان، و آموزش پزشکی<br/>سازمان پزشکی قانونی<br/>سازمان ثبت احوال کشور</p> | <p>سازمان ملی استاندارد<br/>وزارت کشاورزی<br/>وزارت صنعت، معدن، و تجارت<br/>وزارت بهداشت، درمان، و آموزش پزشکی</p> |  |  |



| اهداف   | حیطه                            | استراتژی ها                            | فعالیت ها  | گروه های ذینفع   |  |
|---|---------------------------------|--|--|--|--|
| <p>۲ - کاهش ۱۰ درصدی در استفاده مضر از الکل</p> | <p>پیشگیری و کاهش عوامل خطر</p> | <p>تأمین مالی طرح ها به شکل پایدار</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- تخصیص بودجه لازم برای اقدامات مربوطه در بودجه سالانه سازمان های درگیر</li> <li>کاهش دسترسی به مشروبات الکلی از طریق اجرای قانون</li> </ul>  | <p>تعمای بخش های درگیر در این سند</p>  |  |
|   |                                 | <p>کاهش دسترسی</p>                     | <p>قرار دادن موضوعات اولویت دار در دستور کار شورای عالی بهداشت</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ایجاد کمیته ملی بیماری های غیر واگیر</li> <li>- ایجاد تیم های فنی مشترک بین وزارت بهداشت، درمان، و آموزش پزشکی و دیگر سازمان های درگیر</li> <li>- برنامه ریزی اقدام مشترک</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- امضای هر یک از تفاهم نامه های بین وزارت بهداشت، درمان، و آموزش پزشکی و گروه های ذینفع مرتبط</li> <li>- برگزاری منظم نشست های فنی برنامه ریزی شده</li> <li>- گزارش مداوم به مقامات تصمیم گیرنده</li> <li>- انجام مطالعات برنامه ریزی شده برای ارزیابی داخلی و خارجی</li> </ul> | <p>سیستم قضایی<br/>نیروهای امنیتی<br/>نیروهای بسیج<br/>اداره مبارزه با قاچاق کالا و مخدر</p> |
|   |                                 | <p>آموزش و ترویج بهداشت</p>            | <p>بهبود KASP عمومی در مورد سوء مصرف الکل</p>  | <p>وزارت آموزش و پرورش<br/>وزارت علوم و فناوری<br/>سازمان ملی صدا و سیما<br/>وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی<br/>شواری سیاست گذاری ائمه جمعه<br/>وزارت ورزش و جوانان<br/>وزارت بهداشت، درمان، و آموزش پزشکی</p>   | <p>وزارت بهداشت، درمان، و آموزش پزشکی<br/>سازمان تأمین اجتماعی ایران</p>                     |
|   |                                 | <p>ارائه خدمات</p>                     | <p>افزایش دسترسی به خدمات مشاوره الکل</p>  | <p>اجرای نظرسنجی GSHA STEPS<br/>KASP</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- اجرای نظرسنجی ملی رفتارهای پرخطر جوانان</li> </ul>   | <p>وزارت بهداشت، درمان، و آموزش پزشکی<br/>نیروهای امنیتی<br/>وزارت ورزش و جوانان</p>         |
|   |                                 | <p>مراقبت سلامت</p>                    | <p>بررسی / و آمار</p>  | <p>نظارت</p>   |  |

| اهداف  | حیطه                     | استراتژی ها   | فعالیت ها   | گروه های ذینفع   |   |
|--|--------------------------|---|---|--|---|
| ۳ - کاهش ۲۰ درصدی در شیوع فعالیت بدنی ناکافی | پیشگیری و کاهش عوامل خطر | آموزش و ترویج بهداشت  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- گنجاندن اولویت های مربوطه در دستور کار شورای عالی بهداشت</li> <li>- ایجاد کمیته ملی بیماری های غیر واگیر</li> <li>- ایجاد تیم های فنی مشترک بین وزارت بهداشت، درمان، و آموزش پزشکی و دیگر سازمان های درگیر</li> <li>- برنامه ریزی اقدام مشترک</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- امضای هر یک از تفاهم نامه های بین وزارت بهداشت، درمان، و آموزش پزشکی و گروه های ذینفع مرتبط</li> <li>- برگزاری منظم نشست های فنی برنامه ریزی شده</li> <li>- گزارش مداوم به مقامات تصمیم گیرنده</li> <li>- انجام مطالعات برنامه ریزی شده برای ارزیابی داخلی و خارجی</li> </ul> | اعضای شورای عالی سلامت  |
|  |                          |   | تأمین مالی طرح ها به شکل پایدار   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- تخصیص بودجه لازم برای اقدامات مربوطه در بودجه سالانه سازمان های درگیر</li> </ul>  | اعضای شورای عالی سلامت  |
|  |                          |   | اصلاح محیط زیست   | <ul style="list-style-type: none"> <li>افزایش سرانه فضای باز عمومی در هر منطقه</li> <li>از جمله مراکز ورزشی، پارک ها، و غیره</li> </ul>  | شهرداری ها<br>وزارت ورزش و جوانان   |
|  |                          |   |   | افزایش خطوط دوچرخه سواری اختصاصی   | شهرداری ها  |
|  |                          |   |   | افزایش پیاده رو استاندارد  | شهرداری ها  |
|  |                          |   |   | بهبود KASP عمومی در مورد فعالیت های فیزیکی در محل کار، حمل و نقل و اوقات فراغت   | وزارت آموزش و پرورش<br>وزارت علوم و فناوری<br>سازمان ملی صدا و سیما<br>وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی<br>شورای سیاست گذاری ائمه جمعه<br>وزارت ورزش و جوانان<br>وزارت بهداشت، درمان، و آموزش پزشکی |
|  | ارائه خدمات              | <ul style="list-style-type: none"> <li>ارائه مشاوره در مورد فعالیت بدنی از طریق برنامه پزشک خانواده</li> </ul>  | وزارت بهداشت، درمان، و آموزش پزشکی<br>وزارت رفاه  |  |   |
|  | مراقبت سلامت             | <ul style="list-style-type: none"> <li>اجرای نظرسنجی STEPS GSHA, KASP</li> <li>- آمار ساخت و ساز</li> <li>- گزارش به موقع و انتشار اطلاعات</li> </ul> | وزارت بهداشت، درمان، و آموزش پزشکی<br>شهرداری ها<br>وزارت ورزش و جوانان   |  |   |
|  | نظارت                    |   |   |  |   |

| اهداف                                  | حیطه                     | استراتژی ها   | فعالیت ها   | گروه های ذینفع   |
|--|--------------------------|---|---|--|
| ۴- کاهش ۳۰ درصدی مصرف متوسط نمک / سدیم | پیشگیری و کاهش عوامل خطر | کنترل بازار   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- تخصیص بودجه لازم برای اقدامات مربوطه در بودجه سالانه سازمان های درگیر</li> </ul>   | اعضای شورای عالی سلامت   |
|  |                          |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- گنجاندن اولویت های مربوطه در دستور کار شورای عالی بهداشت</li> <li>- ایجاد کمیته ملی بیماری های غیر واگیر</li> <li>- ایجاد تیم های فنی مشترک بین وزارت بهداشت، درمان، و آموزش پزشکی و دیگر سازمان های درگیر</li> <li>- برنامه ریزی اقدام مشترک</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- امضای هر یک از تفاهم نامه های بین وزارت بهداشت، درمان، و آموزش پزشکی و گروه های ذینفع مرتبط</li> <li>- برگزاری منظم نشست های فنی برنامه ریزی شده</li> <li>- گزارش مداوم به مقامات تصمیم گیرنده</li> <li>- انجام مطالعات برنامه ریزی شده برای ارزیابی داخلی و خارجی</li> </ul> |
| نظارت                                  | پیشگیری و کاهش عوامل خطر | آموزش و ترویج بهداشت  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- توسعه استانداردهای ملی برای میزان نمک / سدیم در محصولات غذایی صنعتی، و اجرای آنها</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>وزارت آموزش و پرورش</li> <li>وزارت علوم و فناوری</li> <li>سازمان ملی صدا و سیما</li> <li>وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی</li> <li>شورای سیاست گذاری ائمه جمعه</li> <li>وزارت بهداشت، درمان، و آموزش پزشکی</li> </ul>   |
|  |                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>- گنجاندن اولویت های مربوطه در دستور کار شورای عالی بهداشت</li> <li>- ایجاد کمیته ملی بیماری های غیر واگیر</li> <li>- ایجاد تیم های فنی مشترک بین وزارت بهداشت، درمان، و آموزش پزشکی و دیگر سازمان های درگیر</li> <li>- برنامه ریزی اقدام مشترک</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>وزارت بهداشت، درمان، و آموزش پزشکی</li> <li>وزارت صنعت، معدن، و تجارت</li> </ul>   |  |

| اهداف  | حیطه                            | استراتژی ها   | فعالیت ها  | گروه های ذینفع  |   |
|--|---------------------------------|---|--|---|---|
| <p>۵ - کاهش ۳۰ درصدی شیوع مصرف دخانیات در حال حاضر</p> | <p>پیشگیری و کاهش عوامل خطر</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- گنجاندن اولویت های مربوطه در دستور کار شورای عالی بهداشت</li> <li>- ایجاد کمیته ملی بیماری های غیر واگیر</li> <li>- ایجاد تیم های فنی مشترک بین وزارت بهداشت، درمان، و آموزش پزشکی و دیگر سازمان های درگیر</li> <li>- برنامه ریزی اقدام مشترک</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- امضای هر یک از تفاهم نامه های بین وزارت بهداشت، درمان، و آموزش پزشکی و گروه های ذینفع مرتبط</li> <li>- برگزاری منظم نشست های فنی برنامه ریزی شده</li> <li>- گزارش مداوم به مقامات تصمیم گیرنده</li> <li>- انجام مطالعات برنامه ریزی شده برای ارزیابی داخلی و خارجی</li> </ul> | <p>اعضای شورای عالی سلامت</p>   |   |
|  |                                 | <p>تأمین مالی طرح ها به شکل پایدار</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- تخصیص بودجه لازم برای اقدامات مربوطه در بودجه سازمان های درگیر</li> </ul>   | <p>اعضای شورای عالی سلامت</p>   |   |
|  |                                 | <p>وضع مالیات</p>   | <p>اجرای قانون</p>   | <p>افزایش مالیات برای محصولات دخانی داخلی و وارداتی</p>   | <p>وزارت امور اقتصاد و دارایی<br/>وزارت صنعت، معدن، و تجارت</p> |
|  |                                 | <p>اجرای قانون</p>  | <p>اجرای محدودیت فروش</p>  | <p>اجرای ممنوعیت مصرف دخانیات در اماکن عمومی</p>  | <p>نیروهای امنیتی<br/>شهرداری ها</p>                            |
|  |                                 | <p>اجرای قانون</p>  | <p>افزایش کشف و ضبط محصولات دخانی قاچاق</p>  | <p>افزایش کشف و ضبط محصولات دخانی قاچاق</p>   | <p>نیروهای امنیتی<br/>شهرداری ها<br/>اصناف</p>                  |
|  | <p>کاهش دسترسی</p>              | <p>آموزش و ترویج بهداشت</p>   | <p>محدودیت در کثرت توتون</p>   | <p>وزارت کشاورزی</p>  |   |
|  |                                 |   | <p>بهبود KASP عمومی در مورد سیگار کشیدن</p>  | <p>وزارت آموزش و پرورش<br/>وزارت علوم و فناوری<br/>سازمان ملی صدا و سیما<br/>وزارت دفاع<br/>وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی<br/>شورای سیاست گذاری انجمن جامعه وزارت بهداشت، درمان، و آموزش پزشکی</p> |   |

| اهداف                                    | حیطه                     | استراتژی ها         | فعالیت ها   | گروه های ذینفع   |
|--|--------------------------|---------------------|---|--|
| ۶ - کاهش ۲۵ درصدی در شیوع فئسار خون بالا | پیشگیری و کاهش عوامل خطر | حاکمیت              | <ul style="list-style-type: none"> <li>تخصیص بودجه لازم برای اقدامات مربوطه در بودجه سالانه سازمان های درگیر</li> <li>بهبود KASP عمومی در مورد فشار خون بالا</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>وزارت آموزش و پرورش</li> <li>وزارت علوم و فناوری</li> <li>سازمان ملی صدا و سیما</li> <li>وزارت دفاع</li> <li>وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی</li> <li>شواری سیاست گذاری ائمه جمعه</li> <li>وزارت بهداشت، درمان، و آموزش پزشکی</li> </ul>                                     |
|  |                          |                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>گنجاندن اولویت های مربوطه در دستور کار شورای عالی بهداشت</li> <li>ایجاد کمیته ملی بیماری های غیر واگیر</li> <li>ایجاد تیم های فنی مشترک بین وزارت بهداشت، درمان، و آموزش پزشکی و دیگر سازمان های درگیر</li> <li>برنامه ریزی اقدام مشترک</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>امضای هر یک از تفاهم نامه های بین وزارت بهداشت، درمان، و آموزش پزشکی و گروه های ذینفع مرتبط</li> <li>برگزاری منظم نشست های فنی برنامه ریزی شده</li> <li>گزارش مداوم به مقامات تصمیم گیرنده</li> <li>انجام مطالعات برنامه ریزی شده برای ارزیابی داخلی و خارجی</li> </ul> |
| نظارت                                    | مراقبت سلامت             | بررسی اطلاعات بازار | <ul style="list-style-type: none"> <li>افزایش دسترسی به مراکز خدمات ترک دخانیات</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>وزارت بهداشت، درمان، و آموزش پزشکی</li> <li>وزارت بهداشت، درمان، و آموزش پزشکی</li> <li>وزارت بهداشت، درمان، و آموزش پزشکی</li> <li>وزارت بهداشت، درمان، و آموزش پزشکی</li> <li>وزارت بهداشت، درمان، و آموزش پزشکی</li> </ul>   |
|  |                          |                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>اجرای GSHS, GYTS, STEPS</li> <li>آمار بازار</li> <li>پیش بینی قاچاق</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>وزارت بهداشت، درمان، و آموزش پزشکی</li> <li>وزارت صنعت، معدن، و تجارت</li> <li>نیروه های امنیتی</li> </ul>  |

| اهداف                                    | حیطه         | استراتژی ها   | فعالیت ها  | گروه های ذینفع   |
|--|--------------|---|--|--|
| <p>۷ - توقف روند افزایش دیابت و چاقی</p> | مراقبت سلامت | بهبود کیفیت خدمات   | بهبود کیفیت مراقبت از بیماران مبتلا به فشار خون از طریق CME ها و دستوراتعمل های پزشکی، برنامه های درسی   | وزارت بهداشت، درمان، و آموزش پزشکی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران انجمن قلب   |
|  | نظارت        | سیستم ثبت بیماران بستری / سوابقی بررسی ها   | امضای هر یک از تفاهم نامه های بین وزارت بهداشت، درمان، و آموزش پزشکی و گروه های ذینفع مرتبط<br>- برگزاری منظم نشست های فنی برنامه ریزی شده<br>- گزارش مداوم به مقامات تصمیم گیرنده<br>- انجام مطالعات برنامه ریزی شده برای ارزیابی داخلی و خارجی | وزارت بهداشت، درمان، و آموزش پزشکی تمامی بخش های درگیر در این سند                    |
|  | حاکمیت       | گنجاندن اولویت های مربوطه در دستور کار شورای عالی بهداشت<br>- ایجاد کمیته ملی بیماری های غیر واگیر<br>- ایجاد تیم های فنی مشترک بین وزارت بهداشت، درمان، و آموزش پزشکی و دیگر سازمان های درگیر<br>- برنامه ریزی اقدام مشترک | تخصیص بودجه برای برنامه های عملیاتی مربوط بیماری های غیر واگیر در بودجه سالانه سازمان درگیر  | وزارت بهداشت، درمان، و آموزش پزشکی وزارت رفاه  |
|  | مراقبت سلامت | ارائه خدمات   | گسترش پوشش برنامه ملی دیابت به شهرستانها بزرگ  | وزارت بهداشت، درمان، و آموزش پزشکی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران انجمن دیابت |
|  | نظارت        | نظارت بر عوامل خطر  | بهبود کیفیت مراقبت از بیماران دیابتی   | وزارت بهداشت، درمان، و آموزش پزشکی   |



| اهداف   | حیطه         | استراتژی ها   | فعالیت ها  | گروه های ذینفع  |
|---|--------------|---|--|---|
| ۸ - حداقل ۷۰٪ از افراد واجد شرایط، برای جلوگیری از حمله قلبی و سکته مغزی دارو درمانی و مشاوره دریافت کنند                   | حاکمیت       | تامین مالی طرح ها به شکل پایدار<br>تحقیق و توسعه  | <ul style="list-style-type: none"> <li>امضای هر یک از تفاهم نامه های بین وزارت بهداشت، درمان، و آموزش پزشکی و گروه های ذینفع مرتبط</li> <li>برگزاری منظم نشست های فنی برنامه ریزی شده</li> <li>گزارش مداوم به مقامات تصمیم گیرنده</li> <li>انجام مطالعات برنامه ریزی شده برای ارزیابی داخلی و خارجی</li> </ul> | تمای بخش های درگیر در این سند   |
| ۹ - دسترسی ۱۰۰ درصدی به داروهای ضروری برای بیماری های غیر واگیر<br>۹ - فن آوری های پایه برای درمان بیماری های غیر واگیر مهم | حاکمیت       | بررسی ها<br>آمار  | <ul style="list-style-type: none"> <li>مطالعات مربوط به بهره برداری</li> <li>بررسی رضایت بیمار</li> <li>آمار شرکت های بیمه</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>وزارت بهداشت، درمان، و آموزش پزشکی</li> <li>وزارت رفاه</li> <li>وزارت علوم، تحقیقات، و فناوری</li> <li>صندوق حمایت از پژوهش</li> </ul> |
|   | مراقبت سلامت | گنجاندن اولویت های مربوطه در دستور کار شورای عالی بهداشت<br>- ایجاد کمیته ملی بیماری های غیر واگیر<br>- ایجاد تیم های فنی مشترک بین وزارت بهداشت، درمان، و آموزش پزشکی و دیگر سازمان های درگیر<br>- برنامه ریزی اقدام مشترک | <ul style="list-style-type: none"> <li>امضای هر یک از تفاهم نامه های بین وزارت بهداشت، درمان، و آموزش پزشکی و گروه های ذینفع مرتبط</li> <li>برگزاری منظم نشست های فنی برنامه ریزی شده</li> <li>گزارش مداوم به مقامات تصمیم گیرنده</li> <li>انجام مطالعات برنامه ریزی شده برای ارزیابی داخلی و خارجی</li> </ul> | تمای بخش های درگیر در این سند   |
|   | نظارت        | تامین مالی طرح ها به شکل پایدار   | <ul style="list-style-type: none"> <li>تخصیص بودجه لازم برای اقدامات مربوطه در بودجه سالانه سازمان های درگیر</li> </ul>  | تمای بخش های درگیر در این سند   |

| اهداف | حیطه         | استراتژی ها          | فعالیت ها  | گروه های ذینفع  |
|-------|--------------|----------------------|--|---|
|       | مراقبت سلامت | پارانه ها            | بازپرداخت هزینه های سنگین برای داروهای / فن آوری بیماری های غیر واگیر که تحت بیمه نیستند | بنیاد بیماری های خاص<br>سازمان کمیته امداد<br>وزارت بهداشت، درمان، و آموزش پزشکی<br>سازمان ملی بیمه |
|       | نظارت        | - بررسی ها<br>- آمار | - مطالعه بهره برداری<br>- بررسی رضایت بیمار<br>- آمار شرکت های بیمه                      | وزارت بهداشت، درمان، و آموزش پزشکی<br>وزارت رفاه  |

پیشگیری و کنترل بیماریهای غیرواگیر در همزمانی با کووید-۱۹

| حیطه   | استراتژی ها  | فعالیت ها   | گروه های ذینفع   | نتیجه مطلوب   | شاخص های ارزشیابی  |
|--------|--|---|--|---|--|
| حاکمیت | <p>۱- تقویت تولیت و حکمرانی نظام سلامت در سطح ملی و استانی برای مدیریت بیماریهای غیرواگیر، با تکیه بر پوشش همگانی سلامت</p> <p>۲- طراحی ابزار ارزیابی سریع تاثیر کووید-۱۹ بر خدمات بیماریهی غیر واگیر و استفاده از آن برای پایش و ارزیابی مداخلات انجام شده در کشور</p> <p>۳- جلب همکاری سایر بخشها</p> <p>۴- مشخص کردن اولویتهای پژوهشی</p> | <p>- تقویت کمیته ملی بیماریهای غیرواگیر به عنوان بالاترین مرجع مدیریت بیماریهای غیرواگیر در کشور</p> <p>- تدوین یک برنامه پاسخ در سطح ملی پس انجام ارزیابی سریع</p> <p>- ظرفیت سنجی و تغییر ظرفیتهای اطمینان از ارائه خدمات ضروری</p> <p>- جلب مشارکت سازمانهای خیریه و مردم نهاد</p> <p>- همکاری بین بخشی با سایر سازمانها</p> <p>- طراحی برنامه و پروتکل ملی کنترل پاندمی</p> <p>- تشکیل کمیته های علمی استانی</p> <p>- هدایت دانشگاه های علوم پزشکی</p> <p>- اجرای فعالیت های درون بخشی</p> <p>- هماهنگی فعالیت های بین بخشی</p> <p>- هماهنگی فعالیت های درون بخشی</p> <p>- پرداخت بارانه غذاهای سالم به خصوص با توجه به همه گیری بیماری کووید-۱۹ با هدف افزایش مصرف میوه، سبزیجات و سایر غذاهای غنی از مواد مغذی.</p> | <p>عموم مردم<br/>بیماران<br/>وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی<br/>دانشگاههای علوم پزشکی<br/>کارگروه علمی کمیته ملی کووید-۱۹</p> | <p>افزایش بهره مندی<br/>افزایش مراقبت<br/>ارتقاء کیفیت مراقبت<br/>دستری بیشتر به داروهای اساسی<br/>کاهش خطر ابتلا به کووید-۱۹</p> | <p>تعداد مصوبات کمیته ملی کرونا در مورد خدمات سلامت غیرواگیر و میزان اجرایی شدن آنها<br/>تعداد جلسات برگزار شده کمیته ملی بیماریهای غیرواگیر، تعداد مصوبات جلسات و میزان اجرایی شدن مصوبات</p> |

| شاخص های ارزشیابی  | نتیجه مطلوب   | گروه های ذینفع   | فعالیت ها  | استراتژی ها  | حیطه                            |
|--|---|--|--|--|---------------------------------|
| <p>تعداد پروتکل ها و مطالب آموزشی تغذیه ای برای پیشگیری و کنترل کووید ۱۹ در بیماران مبتلا به بیماریهای غیر واگیر</p> <p>بسته خدمت تهیه شده جهت تغذیه در کرونا در بیماری های غیر واگیر</p>  | <p>افزایش دسترسی به مشاورین در دوران شیوع کرونا<br/>افزایش آگاهی<br/>کاهش خطر ابتلا به کووید ۱۹</p> | <p>عموم مردم<br/>بیماران مبتلا به دیابت، فشار خون بالا، چاقی و هایپرلیپیدمیک<br/>مشاورین تغذیه در شبکه بهداشت و درمان کشور</p> | <p>۱. تهیه متون آموزشی پیشگیری و کنترل کرونا در بیماری های غیر واگیر<br/>۲. راه اندازی مشاوره تغذیه در سامانه ۴۰۳۰ برای پاسخگویی به بیماران<br/>۳. ایجاد دسترسی به سامانه ۴۰۳۰ کارشناسان تغذیه<br/>مراکز جهت پیگیری بیماران</p>  | <p>۱. آموزش<br/>۲. ارتباطات بین بخشی با ستاد اجرایی فرمان امام<br/>۳. ایجاد زیر ساخت های دسترسی مردم به کارشناسان تغذیه در سامانه ۴۰۳۰</p> | <p>پیشگیری و کاهش عوامل خطر</p> |
| <p>تعداد پروتکل ها و مطالب آموزشی بر اساس عوامل خطر بیماریهای غیر واگیر برای پیشگیری و کنترل کووید ۱۹ در بیماران مبتلا به بیماریهای غیر واگیر</p> <p>بسته خدمت تهیه شده جهت مراقبت بیماران مبتلا به بیماریهای غیر واگیر در آینده<br/>میزان پوشش واکسیناسیون - نرخ مرگ و میر ناشی از کووید-۱۹</p> |   | <p>عموم مردم<br/>بیماران مبتلا به دیابت، فشار خون بالا، چاقی و هایپرلیپیدمیک<br/>مشاورین تغذیه در شبکه بهداشت و درمان کشور</p> | <p>- تهیه و ابلاغ دستورالعمل های عوامل خطر بیماری های غیر واگیر در شرایط کووید-۱۹ با توجه ویژه به پنج عامل زیر (چاقی) و اضافه وزن، فعالیت فیزیکی، مصرف الکل، وضعیت تغذیه، مصرف دخانیات)<br/>• گنجاندن عوامل خطر بیماری های غیر واگیر در شرایط کووید-۱۹ در برنامه آموزشی سفیران سلامت<br/>- طراحی پروتکل ملی واکسیناسیون عمومی کووید-۱۹</p> | <p>- آموزش خود مراقبتی در شرایط کووید-۱۹<br/>- واکسیناسیون عمومی</p>   |                                 |

| شاخص های ارزشیابی  | نتیجه مطلوب   | گروه های ذینفع  | فعالیت ها   | استراتژی ها  | حیطه                            |
|--|---|---|---|--|---------------------------------|
| <p>درصد تماس بیماران مبتلا به بیماری های غیرواگیر با کارشناسان در سامانه ۴۰۳۰ نسبت تماس مشاورین مراکز جامع سلامت با بیماران مبتلا به بیماریهای غیرواگیر به کل جمعیت تحت پوشش</p> | <p>افزایش دسترسی به مشاورین افزایش آگاهی کاهش خطر ابتلا به کووید ۱۹</p> | <p>عموم مردم بیماران مبتلا به دیابت، فشارخون بالا، چاقی و هایپرلیپیدمیک مشاورین تغذیه در شبکه بهداشت و درمان کشور وزارت بهداشت سازمان شهرداری ها و دهیاری های کشور سازمان حفاظت محیط زیست</p> | <p>- تماس با بیماران مبتلا به بیماریهای غیرواگیر جهت آموزش تغذیه برای پیشگیری از ابتلا به کرونا<br/>پاسخگویی به سوالات تغذیه ای بیماران در تماس با سامانه ۴۰۳۰<br/>آموزش و اطلاع رسانی به عموم مردم از طریق صدا و سیما<br/>درخصوص شاخص کیفیت هوا و سطوح مرتبط با سلامتی</p>   | <p>۱. برقراری ارتباط با مردم و بیماران<br/>۲. آموزش و آگاهسازی</p> | <p>پیشگیری و کاهش عوامل خطر</p> |
|  |   |   | <p>- اعلام صحیح اطلاعاته های بهداشتی درخصوص شاخص کیفیت هوا مطابق با دستورالعمل وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ناوگان حمل و نقل عمومی در راستای کنترل آلودگی هوا و همه گیری بیماری کووید-۱۹<br/>- راه اندازی کمیون اطلاع رسانی مبتنی بر جامعه<br/>از جمله اطلاع رسانی با محوریت تأثیر دخانیات بر تشدید بیماری کووید ۱۹، تنباکو و مواد دخانی عامل انتقال ویروس کرونا و تشدید بیماری</p> |  |                                 |

| حیطه                     | استراتژی ها   | فعالیت ها   | گروه های ذینفع  | نتیجه مطلوب  | شاخص های ارزشیابی   |
|--------------------------|---|---|---|--|---|
| پیشگیری و کاهش عوامل خطر | مدیریت آسیب‌های روانی اجتماعی ناشی از درگیری با کرونا | <ul style="list-style-type: none"> <li>• تدوین محتوای آموزشی مشاوره‌ی سوگ در بازماندگان متوفیان ناشی از بیماری COVID-19</li> <li>• تدوین دستورالعمل فرآیند اجرایی مشاوره‌ی سوگ در بازماندگان متوفیان ناشی از بیماری COVID-19</li> <li>• تدوین برنامه ارزیابی و نظارت از اجرای برنامه</li> <li>• آموزش کارشناسان سلامت روان شاغل در مراکز خدمات جامع سلامت</li> <li>• ارائه جلسات مشاوره سوگ برای موارد داوطلب دریافت خدمات مشاوره سوگ پیچیده</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• وزارت بهداشت، وزارت رفاه / سازمان بهزیستی وزارت کشور ستاد مبارزه با کرونا</li> <li>• دستگاه ها و ارگان های مرتبط با زیرساخت</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• مدیریت بحران سوگ ناشی از زمان آیدمی برای بازماندگان و پیشگیری از اختلالات ناشی از سوگ درمان نشده</li> <li>• کاربست بسته های استاندارد آموزشی در حوزه مدیریت سوگ</li> <li>• توسعه فرصت ارائه خدمات غیر حضوری ضروری در چارچوب بسترهای در اختیار ارائه خدمات مشاوره در سوگ مطابق پروتکل</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• تعداد روان‌شناس (کارشناس سلامت روان آموزش دیده)</li> <li>• تعداد جلسات سوپروایزری از اجرای خدمات مشاوره سوگ</li> <li>• درصد موارد تماسهای برقرار شده جهت ارائه مراقبت سوگ</li> <li>• پیچیده از جمعیت ارجاع شده به مراکز خدمات جامع سلامت</li> <li>• درصد دریافت مراقبت استاندارد از بین افراد داوطلب دریافت کننده خدمات</li> <li>• تعداد متون و پروتکل‌های آموزشی تدوین شده</li> </ul> |



| شاخص های ارزشیابی   | نتیجه مطلوب  | گروه های ذینفع  | فعالیت ها  | استراتژی ها   | حیطه                            |
|---|--|---|--|---|---------------------------------|
| <p>در دسترس بودن دستورالعمل، بسته های آموزشی، گزارش اجرا، پایش و ارزشیابی</p> | <p>پوشش پنجاه درصدی آموزش ها در سطح شبکه بهداشتی درمانی، اجرای برنامه در سطح سامانه های پاسخگویی تلفنی</p> | <p>دبیرخانه ملی مدیریت سرطان (اداره پیشگیری و کنترل سرطان)، دفتر آموزش و ارتقای سلامت، دانشگاه های علوم پزشکی، مرکز مدیریت شبکه بهداشت، معاونت درمان (دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی)، صدا و سیما، شهرداری ها و دهیاری ها، سازمانهای مردم نهاد، استانداری ها و فرمانداری ها، مرکز سلامت محیط و کار</p> | <p>- تدوین دستورالعمل پیشگیری و مراقبت بیماری کورونا (COVID19) برای افراد جامعه و بیماران مبتلا به سرطان<br/>- طراحی بسته های آموزشی عمومی (بروشور، پمفلت، فیلم و ...) در زمینه پیشگیری از عوامل خطر سرطان در زمان پاندمی کووید<br/>- طراحی بسته های آموزشی عمومی (بروشور، پمفلت، فیلم و ...) در زمینه تشخیص موارد مشکوک به سرطان در زمان پاندمی کووید<br/>- طراحی بسته های آموزشی عمومی (بروشور، پمفلت، فیلم و ...) در زمینه ملاحظات تشخیص درمانی سرطان در زمان پاندمی کووید<br/>- اجرا و ارزشیابی برنامه های افزایش آگاهی عمومی در سطح رسانه های جمعی، شبکه های اجتماعی، صدا و سیما و غیره<br/>- اجرا و ارزشیابی برنامه های آموزش از طریق سامانه های پاسخگویی تلفنی (از جمله ۴۰۳۰)</p> | <p>توسعه آموزش و ارتقای سلامت در زمینه پیشگیری از مواجهه افراد در معرض خطر و بیماران مبتلا به سرطان در برابر کووید در سطح جامعه، محیط های کار و شبکه بهداشتی درمانی</p> | <p>پیشگیری و کاهش عوامل خطر</p> |

| شاخص های ارزشیابی  | نتیجه مطلوب   | گروه های ذینفع   | فعالیت ها   | استراتژی ها  | حیطه   |                     |
|--|---|--|---|--|--|---------------------|
| نسبت تماس مشاورین تغذیه مراکز جامع سلامت با بیماران مبتلا به بیماریهای غیر واگیر به کل جمعیت تحت پوشش تعداد بستری به علت عوارض دیابت پوشش کنترل بیماری دیابت بر اساس HB <sub>1c</sub> پوشش کنترل بیماری فشارخون در مبتلایان تعداد بستری به علت حمله آسم مرگومیر ناشی از چهار بیماری اصلی غیر واگیر در ۱۰۰ هزار نفر جمعیت مرگومیر ناشی از کووید-۱۹ در بیماران مبتلا به چهار بیماری اصلی غیر واگیر | افزایش دسترسی به مشاورین افزایش آگاهی کاهش خطر ابتلا به کووید ۱۹  | عموم مردم بیماران وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی  | اداره پیشگیری و کنترل سرطان (دبیرخانه ملی مدیریت سرطان)، معاونت درمان (دفتر استاندارد و تعرفه)، معاونت درمان (دفتر مدیریت بیمارستانی و تغذیه) خدمات پالیتی، سازمان غذا و دارو، سازمان های بیمه گر، دبیرخانه شورای عالی بیمه، بوردها و انجمن های علمی مرتبط      | <ul style="list-style-type: none"> <li>جداسازی مراکز ارائه خدمات بیماری کووید-۱۹ از مراکز ارائه سایر خدمات سلامت</li> <li>ارائه خدمات مبتنی بر دستورالعمل ها</li> <li>تدوین و اجرای دستورالعمل خودمراقبتی برای چهار بیماری اصلی غیر واگیر به عنوان مثال شامل مدیریت هیپوگلیسمی شدید در مبتلایان به دیابت تحت درمان با انسولین در منزل با استفاده از گلوکاکون، آموزش دادن به بیماران بیماری های مزمن تنفسی تا علائم کووید-۱۹ را از علائم بیماری تنفسی خود تشخیص دهد.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>تعیین خدمات ضروری سلامت با تاکید بر چهار بیمار اصلی تدوین و ابلاغ دستورالعمل های اصلاح شده بیماری های غیر واگیر که نحوه پایداری ارائه خدمات ضروری در آن لحاظ شده باشند برای چهار بیماری اصلی</li> </ul> | <p>مراقبت سلامت</p> |
| مستندات پشتیبان دستورالعمل، متن دستورالعمل و گایدلاین، گزارش اجرای برنامه، اثربخشی اجرای برنامه در تغییر تجویز خدمات بهداشتی درمانی، کاهش مواجهه و مرگ و میر بیماران مبتلا به سرطان  | تدوین و پیاده سازی دستورالعمل پیشگیری و مراقبت بیماری کووید ۱۹ (COVID ۱۹) برای مدیران و ارائه دهندگان خدمات در مراکز بهداشتی درمانی | اداره پیشگیری و کنترل سرطان (دبیرخانه ملی مدیریت سرطان)، معاونت درمان (دفتر استاندارد و تعرفه)، معاونت درمان (دفتر مدیریت بیمارستانی و تغذیه) خدمات پالیتی، سازمان غذا و دارو، سازمان های بیمه گر، دبیرخانه شورای عالی بیمه، بوردها و انجمن های علمی مرتبط | <ul style="list-style-type: none"> <li>تدوین دستورالعمل پیشگیری و مراقبت بیماری کووید ۱۹ (COVID ۱۹) برای مدیران و ارائه دهندگان خدمات در مراکز بهداشتی درمانی</li> <li>پیاده سازی و پایش دستورالعمل در سطح مراکز بهداشتی درمانی از جمله بیمارستان ها</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>مدیریت تجویز خدمات تشخیص و درمان سرطان در دوران پاندمی کووید</li> </ul>   |  |                     |

| شاخص های ارزشیابی  | نتیجه مطلوب   | گروه های ذینفع   | فعالیت ها  | استراتژی ها  | حیطه                |
|--|---|--|--|--|---------------------|
| <p>در دسترس بودن دستورالعمل، مستندات ابلاغ و گزارش پایش دوره ای برنامه</p>   | <p>تدوین و پیاده سازی مراقبت های حمایتی و تسکینی به بیماران مبتلا به سرطان در زمان پاندمی کووید</p> | <p>اداره پیشگیری و کنترل سرطان (دیپارتمان ملی مدیریت سرطان)، معاونت درمان (دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی)، معاونت پرستاری، بورد ها و انجمن های علمی مرتبط، معاونت درمان (دفتر استاندارد و تعرفه)</p> | <p>• تدوین دستورالعمل مراقبت های حمایتی و تسکینی به بیماران مبتلا به سرطان در زمان پاندمی کووید با تاکید بر خدمات سرپایی و مراقبت در خانه<br/>• پیاده سازی و پایش دستورالعمل در سطح مراکز ارائه دهنده خدمات درمانی</p>   | <p>مدیریت مراقبت های حمایتی و تسکینی سرطان در پاندمی کووید</p> |                     |
| <p>نرخ مرگ و میر مبتلایان به کووید-۱۹<br/>- درصد بیماری که خدمات بهداشتی به موقع دریافت کرده اند<br/>- متوسط زمان دریافت خدمات به موقع بهداشتی<br/>- درصد کارکنان بخش بهداشت و درمان آموزش دیده<br/>- درصد بیماری که بعد از ترخیص پیگیری می شوند</p> | <p>کاهش میزان مرگ و میر مبتلایان به کووید-۱۹</p>  | <p>- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی<br/>- کارگروه علمی کمیته ملی کووید-۱۹<br/>- رسانه های جمعی<br/>- فضای مجازی</p>   | <p>ارائه مراقبت های اورژانس به تمام مبتلایان کووید-۱۹<br/>- کاهش زمان دریافت درمان به موقع برای بیماران اورژانسی<br/>= بهبود بخشیدن به خدمات بخش های ICU مراکز درمانی</p>  | <p>مراقبت اورژانس</p>  |                     |
| <p>- نرخ مرگ و میر مبتلایان به کووید-۱۹<br/>- درصد مراکز درمانی مجهز<br/>- درصد پرسنل بهداشت و درمان آموزش دیده<br/>- درصد کاهش موارد شدید بیماران کووید-۱۹</p>  | <p>کاهش موارد شدید بیماران کووید-۱۹</p>   | <p>وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی<br/>- کارگروه علمی کمیته ملی کووید-۱۹<br/>- رسانه های جمعی<br/>- فضای مجازی</p>   | <p>تدوین و بروزرسانی برنامه درمانی بیماران در تمام مراکز درمانی معین<br/>- تدوین و بروزرسانی برنامه آموزش ویژه دوره پیک بیماری<br/>- ادغام برنامه درمانی در سطح PHC<br/>- انجام آموزش مداوم و بروزرسانی برای پرسنل بهداشت و درمان<br/>- مشارکت خیرین و انجمن های خیریه</p> | <p>مراقبت درمانی</p>   | <p>مراقبت سلامت</p> |

| حیطه | استراتژی ها  | فعالیت ها  | گروه های ذینفع  | نتیجه مطلوب  | شاخص های ارزشیابی   |
|------|--|--|---|--|---|
| حیطه | تقویت نظام اطلاعات سلامت برای جمع آوری داده های مرتبط با کووید-۱۹ و بیماری های غیر واگیر نظارت و ارزیابی ملی | تعماس و پیگیری بیماران مبتلا به بیماری های غیر واگیر جهت آموزش تغذیه برای کنترل افراد مبتلا به کرونا | عموم مردم<br>بیماران مبتلا به دیابت، فشار خون بالا، چاقی و هایپرلیپیدمیک مشاورین تغذیه در شبکه بهداشت و درمان کشور  | افزایش دسترسی به مشاورین تغذیه در دوران شیوع کرونا<br>افزایش آگاهی تغذیه ای<br>تقویت سیستم ایمنی<br>کاهش خطر ابتلا به کووید ۱۹ | نسبت بیماران مبتلا به بیماری های غیر واگیر پیگیری شده به کل جمعیت بیماران تحت پوشش - درصد پرسنل آموزش دیده شده جهت ثبت اطلاعات - میزان شیوع بیماری در بازه های زمانی متفاوت |
| حیطه | تقویت نظام اطلاعات سلامت برای جمع آوری داده های مرتبط با کووید-۱۹ و بیماری های غیر واگیر نظارت و ارزیابی ملی | تعماس و پیگیری بیماران مبتلا به بیماری های غیر واگیر جهت آموزش تغذیه برای کنترل افراد مبتلا به کرونا | عموم مردم<br>بیماران مبتلا به دیابت، فشار خون بالا، چاقی و هایپرلیپیدمیک وزارت بهداشت و درمان کشور آموزش پزشکی کشور | افزایش دسترسی به مشاورین تغذیه در دوران شیوع کرونا<br>افزایش آگاهی تغذیه ای<br>تقویت سیستم ایمنی<br>کاهش خطر ابتلا به کووید ۱۹ | نسبت بیماران مبتلا به بیماری های غیر واگیر پیگیری شده به کل جمعیت بیماران تحت پوشش - درصد پرسنل آموزش دیده شده جهت ثبت اطلاعات - میزان شیوع بیماری در بازه های زمانی متفاوت |

نظارت ، پایش و ارزیابی

| حیطه                   | استراتژی ها  | فعالیت ها   | گروه های ذینفع  | نتیجه مطلوب   | شاخص های ارزشیابی  |
|------------------------|--|---|---|---|--|
| نظارت ، پایش و ارزیابی | توسعه پروتکل های کاربردی حوزه سرطان در ارتباط با کووید | <ul style="list-style-type: none"> <li>تعیین اولویت پروتکل های کاربردی حوزه سرطان در زمان پاندمی کووید</li> <li>توسعه و تسهیل طرح های کاربردی و ارزشیابی نیاز مرتبط با کووید</li> </ul>   | <p>اداره پیشگیری و کنترل سرطان (دبیرخانه ملی مدیریت سرطان)، مرکز مدیریت آمار و فن آوری اطلاعات، سازمان های بیمه گر، دبیرخانه شورای عالی بیمه، معاونت درمان (دفتر مدیریت بیماریستانی و تعالی، معاونت تحقیقات و فن آوری، مرکز مدیریت بیماریستانی و تعالی خدمات بالینی)، مرکز مدیریت آمار و فن آوری اطلاعات</p> <p>اداره پیشگیری و کنترل سرطان (دبیرخانه ملی مدیریت سرطان)، معاونت تحقیقات و فن آوری، مراکز تحقیقاتی و شبکه ملی تحقیقات سرطان، معاونت درمان (دفتر مدیریت بیماریستانی و تعالی خدمات بالینی)، مرکز مدیریت آمار و فن آوری اطلاعات</p> <p>مرجع سلامت</p> | <p>امکان ثبت اطلاعات بیماران مبتلا به سرطان برای دریافت واکسن، برقراری ارتباط با سامانه های ثبت کننده اطلاعات کووید</p> | <p>گزارش ثبت اطلاعات افراد برای دریافت واکسن، گزارش همزمانی ابتلا و مرگ و میر سرطان و کووید</p>  |
|                        | توسعه پروتکل های کاربردی حوزه سرطان در ارتباط با کووید | <ul style="list-style-type: none"> <li>توسعه سامانه یکپارچه مدیریت اطلاعات سرطان (سیمای سرطان) برای دریافت اطلاعات بیماران جهت دریافت واکسن کووید</li> <li>توسعه سامانه یکپارچه مدیریت اطلاعات سرطان (سیمای سرطان) برای ارتباط با سامانه های ثبت کننده اطلاعات کووید</li> </ul> | <p>دانشگاه های علوم پزشکی، انجمن های علمی مرتبط به ویژه انجمن علمی پاتولوژی ایران، آزمایشگاه مرجع سلامت</p>   |   | <p>لیست اولویت های تحقیقاتی حوزه سرطان، تعداد گزارش ها و مقالات منتشر شده در زمینه های گفته شده، میزان حمایت مالی انجام شده از طرح های کاربردی حوزه سرطان توسط ارائه دهندگان اصلی گرنت های تحقیقاتی ملی (دولتی)، خیریه و خصوصی) و بین المللی</p> |







## فصل هشت

نابرابری‌های  
اقتصادی-  
اجتماعی در  
ابتلا و مرگ و  
میریماری‌های  
غیرواگیر در  
جمهوری اسلامی  
ایران



## ۸.۱. مقدمه

فصل پیش رو با نگاهی بر وضعیت موجود و شرایط منتج از پاندمی کووید ۱۹ قصد دارد عوامل موثر بر پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر در کشور را مرور کند و فرصت های موجود را که میتوانند به نوعی در رسیدن این کمیته به اهداف خود برای پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر موثر واقع شوند، بررسی نماید.

سلامت مقوله ای است که نقش آن در ارتقای شاخص های توسعه انسانی انکارناپذیر است؛ لذا کاهش و مدیریت عواملی که سلامت را تحت تاثیر منفی قرار داده و سبب به وجود آمدن نابرابری هایی در سلامت می گردند از مهمترین وظایف دولت ها محسوب می شوند. در این میان ماهیت تغییرپذیر بیماری ها و بروز گسترده بیماری های غیرواگیر در سال های گذشته مسئولیت دشواری بر عهده نظام های سلامت و متعاقباً دولت ها نهاده است. روند بروز این بیماری ها در ایران نیز همچون سایر کشورها صعودی بوده و به نظر می رسد نیازمند توجه ویژه ای باشد.

برخی از بیماری های غیر واگیر مانند بیماری های قلبی-عروقی، بیماری های روانی و پارکینسون، بیماری های خودایمنی، سکتته مغزی، سرطان ها، دیابت، بیماری های مزمن کلیوی و پوکی استخوان در جامعه ما به شدت شایع می باشند. از سال ۲۰۰۰ تاکنون بیماری های غیر واگیر رشدی معادل ۶۰٪ داشته است. نیمی از این جمعیت سنی مرگ ها در جهان، زیر ۷۰ سال دارند. زنان نیز درصد قابل ملاحظه ای از مبتلایان را به خود اختصاص داده اند. هشتاد و دو درصد از مرگ های زودرس ناشی از بیماری های غیرواگیر در کشورهای دارای درآمد کم و متوسط رخ می دهد که قسمت اعظم آن ها مربوط به گروه های کم برخوردار و حاشیه نشین می باشد. ارتباط میان بیماری های غیرواگیر، فقر، توسعه اقتصادی-اجتماعی همواره مورد توجه جهانی بوده است. بیماری های غیرواگیر به دلیل هزینه های بالا همواره دارای اثراتی متفاوت بر دهک های مختلف جامعه بوده اند بگونه ای که گروه های جمعیتی کم درآمد و محروم بیشتر از سایر طبقات جامعه تحت تاثیر نابرابری های اقتصادی و اجتماعی می باشند. طبق مطالعه انجام شده در کشور؛ بیماران سرطانی، بیماران دیالیزی، بیماران دارای پیوند کلیه و بیماران ام اس بیشترین میزان هزینه های کمرشکن ناشی از دریافت خدمات سلامت را متحمل شده اند (۱).

ارتباط میان محرومیت اجتماعی و سلامت پیچیده بوده و شدیداً تحت تاثیر عوامل سیاسی، اجتماعی و اقتصادی قرار دارد. فقرا بنا به دلایل گوناگون مانند سوء تغذیه، استرس روانی، سطح بالای رفتارهای خطرناک، محیط زندگی ناسالم، دسترسی محدود به خدمات بهداشتی و درمانی مناسب با احتمال بیشتری به بیماری های غیرواگیر مبتلا می شوند (۲). نتایج مطالعه ای که بر روی ۱۸ کشور کم درآمد و با درآمد متوسط انجام شده است نشان می دهد خانوارهایی که دارای بیمار مبتلا به بیماری غیرواگیر می باشند درصد عمده ای از درآمد خود را صرف درمان بیمار خود می نمایند و در بسیاری از موارد برای تامین هزینه داروها و خدمات درمانی مورد نیاز اقدام به گرفتن مبالغی از دوستان، اقوام یا بانک ها می نمایند که این امر باعث تحمیل هزینه های کمرشکن به آنان می گردد. در برخی موارد نیز به دلیل عدم توان مالی برای تامین داروها فرایند درمان کامل نشده و بیماران دچار مرگ زودرس می شوند؛ این موضوع (عدم درمان و مرگ زودرس) بویژه میان زنان خانوارها متداول تر بوده است (۳).

بر اساس مطالعات متعددی که در خصوص عوامل مؤثر بر نابرابری در پیامدهای سلامت انجام شده است، مشخص شده است که عوامل اقتصادی و درآمدی، عوامل سیاسی، سیاست های اجتماعی و عمومی، عوامل فرهنگی و ارزش های اجتماعی، عوامل اجتماعی و جمعیتی، عوامل رفتاری، روانی و بیولوژیکی، عوامل حاکمیتی، بین المللی، انسجام اجتماعی، حوادث و حتی خود نظام سلامت در بوجود آمدن نابرابری در پیامدهای سلامت دخیل بوده اند. در واقع وضعیت اقتصادی-اجتماعی پایین از طریق افزایش ریسک فاکتورها در میان خانوارها باعث ایجاد زمینه مناسب برای بروز بیماری های غیرواگیر می گردد (۴).

علاوه بر این، گروه های دارای وضعیت اقتصادی-اجتماعی پایین مقادیر کمتری از میوه، سبزیجات، ماهی و فیبر در مقایسه با گروه های دارای وضعیت اقتصادی-اجتماعی بالا استفاده می کردند و این امر در بروز سوء تغذیه و بیماری های مرتبط موثر بوده است. همچنین نتایج برخی مطالعات در کشور نشان داده است سطح پایین وضعیت اقتصادی-اجتماعی خانوارها، سطح پایین آموزش، وضعیت تاهل بویژه در مناطق روستایی و استان های کم درآمد کشور رابطه مثبتی با میزان بالای مصرف سیگار بویژه در میان زنان داشته است (۵).

با توجه به مطالب پیش گفت، ابتلا و مرگ و میر بیماری های غیر واگیر متاثر از عوامل متعدد می باشند که مهمترین آن ها نابرابری های اجتماعی اقتصادی می باشد. هدف از تدوین این نوشتار پرداختن به وضعیت موجود این نابرابری ها و چگونگی تاثیر عوامل اجتماعی، اقتصادی و جغرافیایی بر نابرابری های موجود در این زمینه می باشد. در ادامه به بیان خلاصه ای از نتایج مطالعات انجام شده در کشور می پردازیم.

## ۲.۸. روش شناسی تهیه گزارش

تدوین گزارش حاضر از نوع مرور حیطه‌ای<sup>۱</sup> شواهد موجود در زمینه‌ی عدالت در سلامت؛ نابرابری‌های موجود در بیماری‌های غیر واگیر در ایران، تا تاریخ ۱۴۰۰/۰۲/۱۵ به دوزبان فارسی و انگلیسی در پایگاه اطلاعاتی بین‌المللی PubMed/MedLine و نیز موتور جستجوی Google Scholar و پایگاه اطلاعاتی جهاد دانشگاهی (SID) بوده است.

راهبردهای جستجو: به منظور جستجوی انگلیسی ابتدا هم خانواده‌های مناسب Health Equity و Health Inequality از طریق جستجو در سرعنوان‌های پزشکی (MeSH) موجود در PubMed باز یافت شدند. در این مرحله اصطلاحات زیر باز یافت شدند:

Health Care Equality, Health Care Fairness, Health Care Utilization, Health Care Accessibility, Health Care Availability, Health Care Affordability, Horizontal Equity in Health Care, Vertical Equity in Health Care, Health Services Equality, Health Services Fairness, Health Services Accessibility, Health Services Availability, Health Services Affordability, Horizontal Equity in Health Services, Vertical Equity in Health Services, Inequality in Health, Disparity, Healthcare, Health Care Inequalities, Health Care Inequality, Inequalities, Health Care, Inequality, Health Care, Healthcare Disparity, Healthcare Inequalities, Healthcare Inequality, Inequalities, Healthcare, Inequality, Healthcare, Disparities, Healthcare, Health Care Disparities, Disparities, Health Care, Disparity, Health Care, Health Care Disparity, Financial Protection in Health, Catastrophic and Impoverishing in Health Services, Fairness in Financial Contribution in Health, Gender Inequality in Health.

سپس این اصطلاحات با واژه‌های زیر ادغام و جستجوی مورد نظر انجام شد:

Heart Disease, Asthma, Diabetes, Traffic Accidents, Hypertension

معیارهای ورود و خروج: تنها مطالعاتی وارد شدند که روی جمعیت و یا نمونه‌ای خاص از جمعیت درون مرزهای ایران مطالعه‌ای را انجام داده‌اند. بنابراین حتی مطالعاتی که بخشی از جمعیت مهاجران ایرانی ساکن سایر کشورها را مورد مطالعه قرار داده‌اند از روند تحلیل حذف و در مقابل مهاجرینی که در ایران سکونت داشته‌اند (مانند افغانستانی‌ها و ...) وارد فرآیند تحلیل قرار گرفته‌اند. همچنین کلیه‌ی مطالعاتی که روی افراد و خانوارهای ایرانی سالم (عموم جمعیت) و یا بیماران (مبتلایان به بیماری‌های مختلف) خاص انجام شده بودند، بدون در نظر گرفتن شرط سنی و جنسی وارد مطالعه شده‌اند. مطالعات در مقیاس‌های ملی، منطقه‌ای، ناحیه‌ای و یا نمونه‌های محدود بدون توجه به طراحی آن‌ها (طولی، مقطعی، همگروهی، و ...) مورد توجه قرار گرفته‌اند. از نظر مفهوم عدالت یا برابری نیز کلیه‌ی مطالعاتی که جنبه‌های مختلف نابرابری‌های اجتماعی-اقتصادی در قالب ضرایب رگرسیونی و یا محاسبه‌ی شاخص‌های نابرابری را در تحلیل داده‌های خود بکار برده‌اند، و مطالعات با ساختار کیفی واجد شرایط ورود به مطالعه بوده‌اند. البته مطالعاتی که به شکل پروتکل بودند، وارد فاز نهایی نشدند.

همچنین مطالعاتی که پیامدهای سلامت (میزان‌های مرگ و میر، ابتلا، کیفیت زندگی، شاخص‌های زیست‌شناختی مانند فشار خون، چاقی و اختلالات متابولیک؛ سلامت جسمی، روانی و اجتماعی)؛ موجودیت، دسترسی و بهره‌مندی (بعنوان شاخص‌های فرآیندی در مباحث عدالت در سلامت)؛ هزینه‌ها و پرداخت‌ها و مشارکت‌های افراد و خانوارها در پرداخت‌های سلامت؛ شاخص‌های دروندادی (توزیع نیروی انسانی، تخت، دارو و امکانات سلامت) و در نهایت سیاست‌های دولت (بعنوان مداخله‌های سلامت محور مانند هدفمندسازی یارانه‌ها و طرح تحول سلامت)، وارد فازهای تحلیلی مطالعه شده‌اند.

برای مرور شواهد سعی بر این بود در هر بیماری به تعدادی از جدیدترین و مهمترین مطالعات یافته شده استناد گردد تا هم اهمیت موضوع بیان شود و هم از ارائه حجم عظیمی از مطالب که باعث اتلاف کلام می‌گردد، خودداری شود.

## ۸,۳,۳. مرور شواهد نابرابری در ابتلا به بیماری های غیرواگیر در کشور

### ۸,۳,۱. نابرابری در ابتلا به بیماری های قلبی-عروقی

بیماری های قلبی-عروقی به عنوان یکی از بیماری های غیرواگیر باعث بروز ۳۰ درصد از مرگ ها در جهان می شوند. بیش از ۸۰ درصد از مرگ های مربوط به بیماری های قلبی و عروقی در کشورهای در حال توسعه روی می دهد. بیماری های قلبی-عروقی سالانه مسئول بروز ۲,۸ میلیون مرگ در میان مردان و ۳,۴ میلیون مرگ در میان زنان می باشند. علاوه بر این بیش از ۶۰ درصد بار جهانی بیماری های قلبی مربوط به کشورهای در حال توسعه می باشد. در سال ۲۰۰۵ بار بیماری های قلبی-عروقی در ایران در میان افراد بالای ۳۰ سال در حدود ۸۴۷۳۰۹ DALY بوده است که پیش بینی می شود در سال ۲۰۲۵ به ۱۷۲۸۸۳۶ DALY برسد. هزینه های مستقیم و غیرمستقیم بیماری های قلبی-عروقی باعث افزایش پرداخت از جیب و در نتیجه تحمیل هزینه های کمرشکن به بیماران می گردد. مطالعه ای در سال ۲۰۲۰ نشان داد ۲۴,۶ درصد از خانواده های دارای بیمار قلبی-عروقی دچار هزینه های کمرشکن می شوند. علاوه بر این ۳,۸ درصد از خانواده ها در اثر هزینه های درمان دچار فقر شده اند. متغیرهایی مانند سطح آموزش، نوع بیمه، درآمد خانوار و هزینه های سرپایی و بستری رابطه معنی داری با ایجاد هزینه کمرشکن سلامت داشته اند و سه متغیر آخر یعنی نوع بیمه، درآمد خانوار و هزینه های بستری رابطه معنی داری با ایجاد هزینه کمرشکن سلامت داشته اند (۶). نابرابری های اقتصادی-اجتماعی رابطه معنی داری با افزایش ریسک فاکتورهای بیماری های قلبی دارد. افرادی متعلق به خانواده های با سطح پایین اقتصادی-اجتماعی با احتمال بیشتری در معرض ریسک فاکتورهای بیماری های قلبی قرار دارند (۷).

بیماری های قلبی-عروقی به عنوان اولین عامل مرگ و میر در کشور و همچنین باعث بروز یک میلیون DALY می شوند که از این میان ۴۶ درصد از آن ها منجر به مرگ می گردند. میزان فزاینده این بیماری و مرگ و میر ناشی از آن را می توان به عوامل مهمی از قبیل دسترسی کم به خدمات سلامت اولیه، تغییرات فرهنگی، عدم تحرک کافی، تغییر سبک زندگی مردم و مشکلات اقتصادی مردم نسبت داد (۸). نکته مهم تر اینکه، بیماران دارای سندرم کرونر حاد که وضعیت اقتصادی اجتماعی پایین دارند دارای ریسک بیشتری برای مرگ در حین بستری در بیمارستان می باشند (۹) (۱۰). احتمال بستری مجدد در بیماران دارای نارسایی احتقانی قلب که متعلق به خانواده هایی با سطح اقتصادی اجتماعی پایین می باشد، بیشتر است. در واقع این بیماران به دلیل عدم دریافت مراقبت و تغذیه مناسب در منزل دچار وضعیت حاد بیماری شده و نیازمند بستری مجدد در بیمارستان می شوند (۱۱).

### ۸,۳,۲. نابرابری در ابتلا به فشارخون بالا

فشارخون بالا از جمله مشکلات سلامتی رو به افزایش در سال های اخیر می باشد. هرچند سبک زندگی افراد، شیوه های انجام فعالیتهای روزمره و سطح اضطراب در بروز فشارخون بالا موثر می باشد اما شواهد موجود بیانگر وجود رابطه ای قوی میان این بیماری و وضعیت اقتصادی-اجتماعی افراد می باشد بدین معنی که شیوع فشارخون بالا در افرادی با سطح اقتصادی-اجتماعی پایین بیشتر می باشد. همچنین عامل سن و نیز جنسیت نیز دو عامل دیگر در شیوع این بیماری می باشند یعنی افراد دارای سن بالا و همچنین زنان در خانواده های کم درآمد بیشتر از سایرین دارای بیماری فشارخون می باشند (۱۲). موضوع جالب توجه اینکه علاوه بر وضعیت اقتصادی-اجتماعی میزان تحصیلات و تعلق فرد به خانواده های تحصیل کرده نیز بر ابتلا به بیماری فشارخون تاثیر دارد (۱۳, ۱۴).

### ۸,۳,۳. نابرابری در ابتلا به بیماری های سرطانی

عموما خانوارهای دارای بیمار سرطانی به دلیل هزینه های بالای درمان سالانه باید مقادیر بالایی از درآمد خانواره را صرف درمان بیمار خود نمایند. بر اساس مطالعه ای که در شیراز برای تعیین هزینه های کمرشکن سلامت انجام شده ۶۷,۹ درصد از خانوارهای دارای بیماری سرطانی با هزینه های کمرشکن سلامت مواجه شده اند. در این مطالعه نیز رابطه معنی داری میان مواجهه با هزینه های کمرشکن و نوع بیمه، نوع خدمات (سرپایی یا بستری) نوع درمان و تعداد اعضای خانواده که از خدمات سلامت استفاده نکرده اند، وجود داشت (۱۵). همچنین شواهد موجود نشان می دهند ۱۳,۷۷ درصد از خانواده هایی که یکی از اعضای آن ها دارای سرطان پستان بوده اند دچار هزینه های کمرشکن سلامت شده اند؛ زیرا برای تامین بخش عمده این هزینه ها مجبور به فروش مایملک، گرفتن وام و گرفتن مبالغ بالا از سایرین شده اند. هزینه متوسط ماهانه این بیماران برای خدمات سرپایی معادل ۹۷,۸۷ دلار آمریکا بوده است (۱۶). همچنین برخی پژوهشگران معتقدند بین نابرابری های اقتصادی-اجتماعی با بیمه، جراحی، درجه، مرحله، عود و متاستاز در بیماران دارای سرطان پستان رابطه معنی داری وجود دارد (۱۷). شواهد موجود در مورد شیوع سرطان مری نیز بیانگر رابطه ای معکوس میان شیوع بیماری و وضعیت اقتصادی-اجتماعی استان ها

می باشند بدین معنی که میزان شیوع سرطان مری در استان‌های دارای رتبه بالای اقتصادی و اجتماعی کمتر می باشد (۱۸). علاوه بر این، نابرابری‌های مکانی با شیوع سرطان روده بزرگ ارتباط معنی دار دارند. بدین معنی که میزان شیوع این بیماری در مناطق کم برخوردار استان بطور معنی داری بیشتر از سایر مناطق استان می باشد. نویسندگان بر لزوم بررسی بیشتر ریسک فاکتورها در مناطق کم برخوردار استان و تدوین برنامه‌هایی برای کنترل آن‌ها تاکید نموده اند (۱۹).

موضوع جالب توجه این که میزان مشارکت زنان در برنامه غربالگری سرطان پستان با استان محل سکونت، اشتغال و سطح سواد زنان رابطه معنی دار دارد این نکته نشان دهنده لزوم توجه به رفع تبعیض‌های جغرافیایی و اجتماعی برای ایجاد عدالت و افزایش مشارکت زنان در برنامه‌های غربالگری می باشد (۲۰). از سوی دیگر، سطح تحصیلات و سطح درآمد بیماران مبتلا به سرطان در کشور رابطه معنی داری با متاستاز بیماری و نمره ای که بیماران به سلامتی خود می دهند، دارد. لذا به نظر می رسد باید سیاست‌هایی برای ارتقا وضعیت اقتصادی- اجتماعی و آگاهی بیماران تدوین شده و امکان دسترسی به تجهیزات و تست‌های تشخیصی در مناطق محروم کشور افزایش یابد (۲۱). علاوه بر این، با توجه به وجود ارتباط معنی دار میان سطح تحصیلات، شغل پدر و سطح درآمد او با ابتلا کودکان به لوسمی، تدوین برنامه‌های حمایتی توسط دولت برای حمایت از این خانواده‌ها ضروری به نظر می رسد (۲۲). وجود رابطه ای معنی دار میان سطح تحصیلات، درآمد و متاهل بودن با ابتلا به سرطان مری رابطه ای معنی دار نیز در برخی مطالعات به اثبات رسیده است بدین معنی که احتمال بروز سرطان مری در خانواده‌های کم درآمد و دارای تحصیلات کم بیشتر می باشد (۲۳).

#### ۸،۳،۴. نابرابری در ابتلا به بیماری‌های روان

اختلالات سلامت روان یکی از علل اصلی ابتلا و مرگ و میر در جهان می باشد که بر جنبه‌های متعدد زندگی شامل کیفیت زندگی، رفاه جسمی، همبستگی اجتماعی و بهره‌روی تاثیر می گذارد. مطالعات انجام شده در کشور بیانگر افزایش میزان اختلالات روانی از ۲۱ درصد در سال ۱۹۹۹ به ۲۴ درصد در سال ۲۰۱۱ می باشد. همچنین برخی از شواهد نشان دهنده ارتباطی متقاعد کننده میان فقر و سلامت روان پایین می باشند. هر چند عوامل متعدد ساختاری، اجتماعی، و محیطی به خوبی نشان دهنده رابطه میان نابرابری اقتصادی- اجتماعی و سلامت روانی پایین می باشند اما این رابطه بسیار پیچیده می باشد. به عبارت دیگر، سلامت روانی پایین هم می تواند یکی از پیامدهای نابرابری‌های اقتصادی- اجتماعی باشد و هم خود می تواند باعث قرار گرفتن فرد در وضعیت اقتصادی- اجتماعی نامناسب گردد.

شیوع کلی اختلالات روانی در میان نوجوانان ایرانی ۶،۲ درصد می باشد. شواهد موجود نشان می دهند در سال ۲۰۱۶ بیشترین میزان اختلالات روانی (۱۱،۷ درصد) مربوط به استان سیستان و بلوچستان بوده است که می توان آن را با نرخ بالای بیکاری و میزان بالای مصرف مواد مخدر مرتبط دانست. میزان اختلالات روانی در میان دختران بیشتر از پسران بوده است. همچنین در کل استان‌های کشور (بجز استان مازندران) میزان اختلالات روانی در گروه‌های کم برخوردار و فقیر جامعه بیشتر بوده است. میزان تاثیر نابرابری اقتصادی- اجتماعی در بروز اختلالات روانی در دختران بیشتر از پسران بوده است که می توان آن را به فرهنگ جامعه ایرانی و توجه کمتر به زنان به عنوان شهروندان جامعه نسبت داد (۲۴). همچنین نکته مهم دیگر اینکه نابرابری در سلامت روان بین دهک‌های مختلف درآمدی جامعه نیز وجود دارد، به گونه ای که افراد فقیر بیشتر مبتلا به بیماری‌های روان می شوند. متغیر سن و سپس وضعیت ضعیف اقتصادی بیشترین سهم را در تبیین نابرابری داشته اند (۲۵).

#### ۸،۳،۵. نابرابری در ابتلا به چاقی و اضافه وزن

هر چند بسیاری از شواهد بیانگر وجود رابطه ای مستقیم میان وضعیت اقتصادی- اجتماعی مناسب و چاقی و اضافه وزن در کشور بوده اند نتایج مطالعه ای در سال ۲۰۱۸ نشان داد افراد فقیرتر بیشتر دچار چاقی می شوند در این مطالعه مهمترین عوامل تعیین کننده شکاف بین گروه‌های اجتماعی- اقتصادی عبارت بودند از: سن، جنسیت، وضعیت تاهل؛ به طوری که افراد مسن تر، زنان و افراد متاهل بیشتر دچار چاقی می شوند (۵). همچنین گروهی دیگر از پژوهشگران در سال ۲۰۱۸ در مطالعه خود نشان دادند شاخص تمرکز برای اضافه وزن، چاقی عمومی و چاقی شکمی مثبت بود که نشان دهنده نابرابری به نفع گروه‌های دارای وضعیت اقتصادی- اجتماعی پایین می باشد و محل سکونت، سابقه خانوادگی چاقی و سن بیشترین عوامل موثر در شیوع چاقی می باشند (۲۶).



### ۸,۳,۶. نابرابری در ابتلا به آسم و بیماری مزمن انسداد ریوی

در سال ۲۰۱۸ شیوع کلی آسم در بزرگسالان ۷/۸٪ بوده است. بر اساس شواهد موجود شیوع آسم در زنان و افراد دارای وزن بیشتر، زمینه آلرژیک، افراد سیگاری، بیکار و افرادی که در مناطق حومه شهر زندگی می کنند به طور قابل توجهی بیشتر بوده بطوریکه نسبت شانس<sup>۲</sup> برای افرادی که در حومه ی شهر زندگی می کردند برابر ۱,۷۳۵، و برای افراد بیکار ۲,۲۵۶ بود (۲۷). بدیهی است بهبودی و توانمندی بیماران سالمند دارای بیماری های مزمن تنفسی<sup>۲</sup> تحت تاثیر عوامل مختلفی قرار می گیرد که یکی از این عوامل وضعیت- اقتصادی بیمار و نظام های حمایتی دولت می باشد. سطح درآمد پایین و میزان ناکافی حمایت های دولت نیز باعث تشدید ناتوانی و کاهش توانمندی بیماران می گردد (۲۸). همچنین با توجه به شیوع بالای آسم و رینیت آلرژیک سالمندان در جنوب غرب کشور باید توجه ویژه ای به سالمندان این مناطق گردد. همچنین با توجه به وجود رابطه معنی دار میان وضعیت اقتصادی- اجتماعی، تبعیض و بی عدالتی ها بر روی سلامت سالمندان، ضرورت تدوین برنامه های حمایتی سالمندان اهمیت بیشتری می یابد (۲۹).

### ۸,۳,۷. نابرابری در ابتلا به دیابت

دیابت از جمله بیماری های غیرواگیر می باشد که روند ابتلا به آن در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه با سرعت بالایی رو به رو افزایش می باشد. همچون سایر بیماری های غیرواگیر، هزینه های ناشی از این بیماری نیز بار مالی سنگینی به بیمار و نظام سلامت تحمیل می نماید. هر چند شیوع آن در میان زنان و مردان رو به افزایش می باشد اما شواهد موجود در کشور نشان می دهند دیابت در زنان، گروه های سنی بالای ۵۰ سال، جمعیت بی سواد، بازنشستگان، بیکاران، شهرنشینان و افراد با سطح اقتصادی پایین تر، شیوع بیشتری دارد (۳۰). همچنین وضعیت اقتصادی- اجتماعی خانوارها از عوامل موثر در ابتلا به این بیماری می باشد بطوریکه شواهد موجود نشان می دهند در سال ۱۳۸۸ حدود ۶۷٪ از نابرابری شیوع بالای دیابت در استان کردستان متأثر از وضعیت اجتماعی- اقتصادی بوده است. شیوع بیماری بطور معنی داری افزایش یافته و نابرابری بیماری دیابت از افراد فقیر به گروه هایی با وضعیت اجتماعی- اقتصادی بهتر منتقل شده است. افزایش شیوع دیابت در این افراد، ممکن است به دلیل پاسخ بهتر آنها به برنامه های کنترل و آگاهی از دیابت یا به دلیل نوع خدمات ارائه شده در طی سال های اخیر باشد (۳۱). علاوه بر این، شواهد موجود بیانگر وجود رابطه ای معنی دار میان پیامدها و عوارض ناشی از دیابت نوع ۲ و وضعیت اقتصادی- اجتماعی بیماری می باشد بدین معنی که میزان عوارض ناشی از دیابت در بیماران دارای تحصیلات و درآمد کمتر بیشتر از سایر بیماران می باشد. حمایت مالی از بیماران و تدوین سیاستهای حمایتی توسط دولت به عنوان راهکاری برای کاهش عوارض در بیماران کم درآمد معرفی شده است (۳۲).

### ۸,۳,۸. نابرابری در بروز تصادفات ترافیکی

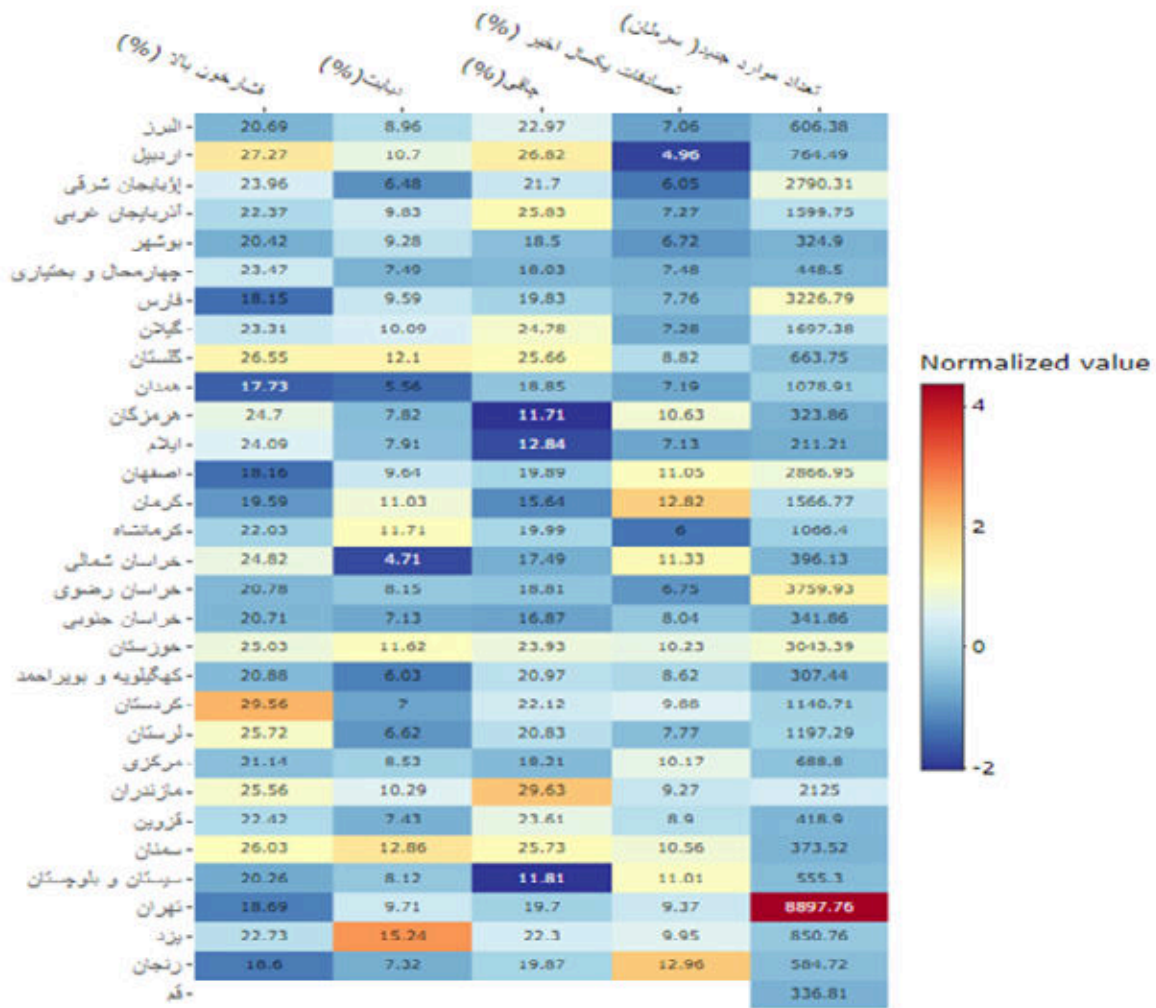
گسترش زندگی ماشینی و افزایش روزافزون جاده ها در نیم قرن اخیر منجر به افزایش تعداد و شدت تصادفات ترافیکی شده و در نتیجه ضایعات جانی و مالی ناشی از این تصادفات، بار سنگینی را بر جوامع بشری تحمیل کرده است. پژوهش های اخیر در ایران نشان می دهد که ۳۸ درصد تصادفات ناشی از مرگ و میرها به علت تصادفات جاده ای است. اگرچه در سالهای اخیر مرگ و میر و معلولیت ناشی از تصادفات در کشور کاهش یافته است اما شاخص های مرتبط با حوادث ترافیکی کشور در مقایسه با سایر کشورهای جهان و منطقه وضعیت مناسبی ندارد (۳۳). عوامل موثر بر بروز تصادفات رانندگی را باید فراتر از مشکلات سیستمی حمل و نقل جاده ای و ترافیکی دانست؛ برای نمونه، درصد ناچیزی از تصادفات کل کشور در نتیجه «نقص ایمنی جاده» و «نقص فنی وسیله نقلیه» بوده و بقیه حوادث، به طور مستقیم و غیرمستقیم بر اثر عملکرد نادرست سایر متغیرها، بویژه متغیرهای انسانی به وجود آمده است. شواهد موجود بیانگر وجود رابطه معنی دار میان رفاه و وضعیت اقتصادی رانندگان با میزان تصادفات آنان می باشد (۳۴). همچنین برخی شواهد نشان دهنده وجود رابطه معنی دار میان وضعیت اقتصادی- اجتماعی شهروندان و میزان تصادفات رانندگی می باشد بدین معنی که تعداد تصادفات اتفاق افتاده در اقشار فقیر و حاشیه نشین بیشتر از افراد دارای وضعیت اقتصادی- اجتماعی مناسب می باشد (۳۵).

بدیهی است بروز تصادفات بیشتر در میان اقشار محروم و فقیر جامعه علاوه بر تحمیل هزینه های بالا به آنان باعث کاهش کیفیت زندگی آنان می گردد و در نهایت باعث کاهش تعداد نیروی کار فعال در جامعه و در نتیجه عدم بهره گیری اقتصاد کشور از نیروی کار مولد می گردد (۳۶).

2 Odds ratio

3 Chronic obstructive pulmonary disease (COPD)

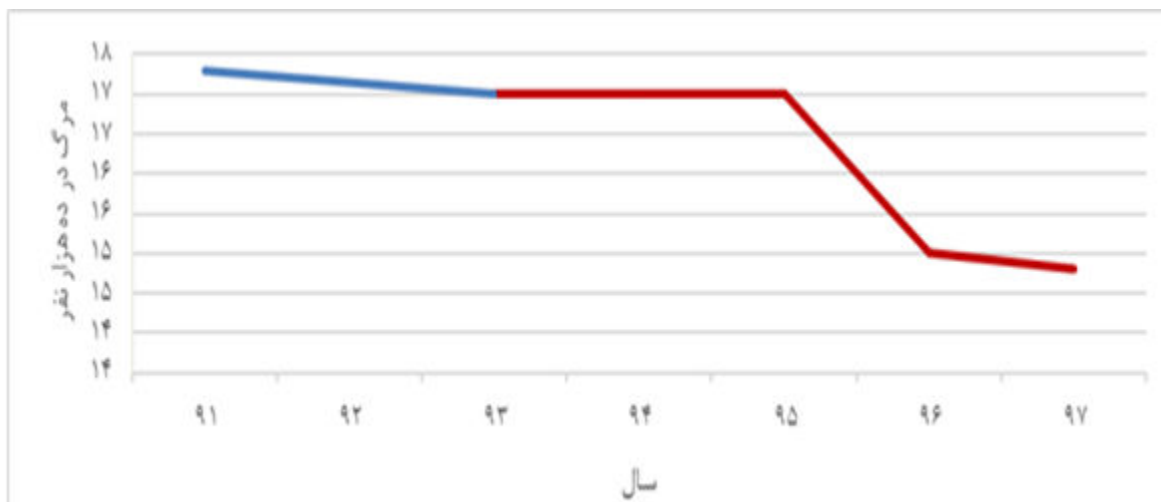
در شکل شماره یک میزان شیوع فشارخون بالا، ابتلا به دیابت، چاقی، بروز تصادفات یکسال اخیر و موارد جدید سرطان به تفکیک استان‌های کشور در سال ۱۳۹۶ نشان داده شده است. با توجه به متفاوت بودن مقیاس این شاخص‌ها، سعی شد که مقیاس‌ها نرمال سازی شود؛ بر این اساس دامنه شاخص‌ها عددی بین ۲- (قرمز) تا ۴+ (آبی) می باشد. هرچه رنگ‌ها به آبی تیره نزدیکتر باشند، به این معناست که وضعیت استان از میانگین کشوری بهتر می باشد (میزان واقعی هر شاخص نیز در شکل درج گردیده است). با توجه به این شکل وجود نابرابری‌ها در شیوع بیماری‌های غیر واگیر و به تفکیک استان‌های مختلف کشور قابل بررسی می باشد (شکل ۱).



شکل ۱؛ میزان شیوع فشارخون بالا، ابتلا به دیابت، چاقی، بروز تصادفات یکسال اخیر و موارد جدید سرطان به تفکیک استان‌های کشور در سال ۱۳۹۵ (منبع: vizit.report)

#### ۸,۴. نابرابری در مرگ و میر ناشی از بیماری های غیرواگیر در کشور

مرگ و میر ناشی از چهار گروه اصلی بیماری های غیرواگیر قلبی-عروقی، سرطان، دیابت و بیماری های تنفسی مزمن در میان افراد ۳۰ تا ۷۰ سال از ۱۷,۳ مورد به ازای ۱۰ هزار نفر جمعیت در سال ۱۳۹۱ به ۱۴,۸ مورد در سال ۱۳۹۷ کاهش داشته که روندی کاهشی را نشان می دهد. این کاهش به ویژه در سال ۱۳۹۶ بسیار حائز اهمیت می باشد. (نمودار ۱).

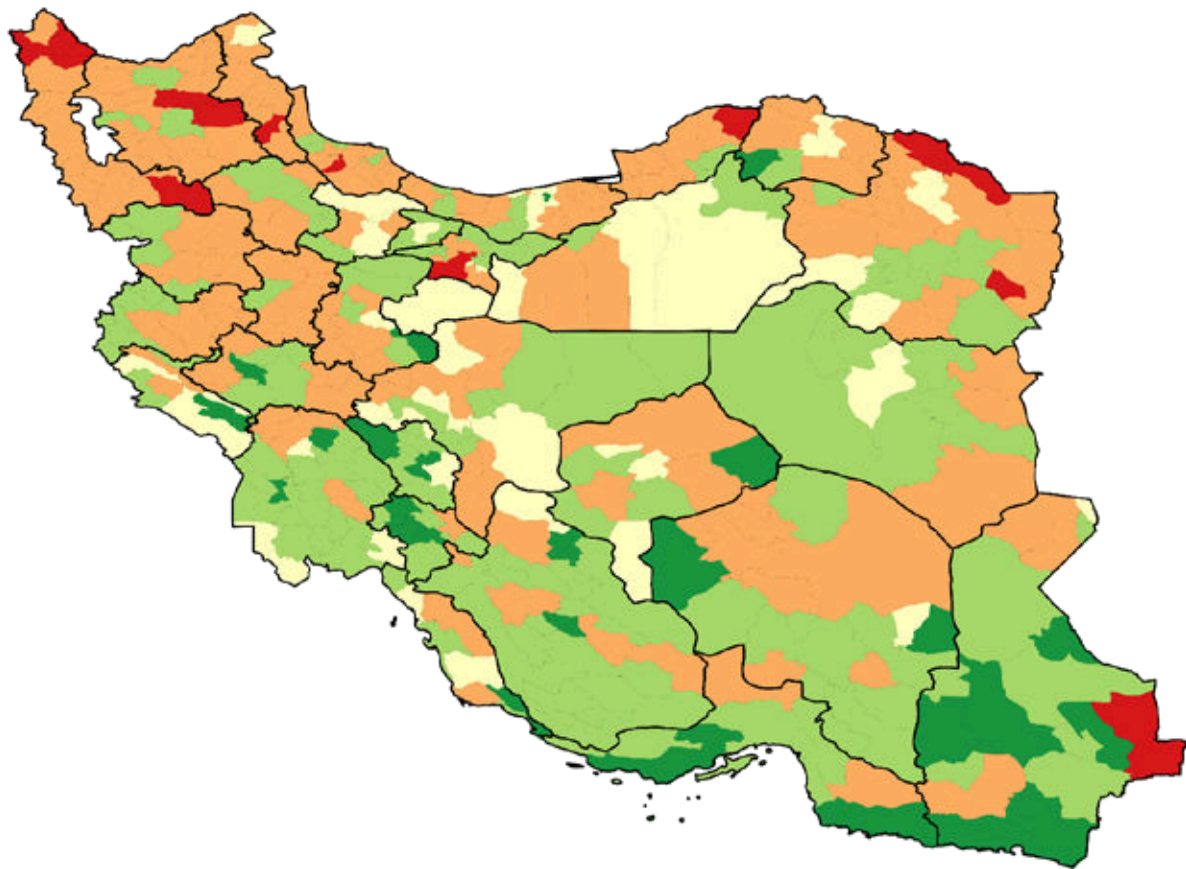


نمودار ۱؛ مرگ و میر افراد ۳۰ تا ۷۰ سال ناشی از چهار بیماری قلبی-عروقی، سرطان، دیابت و بیماری های تنفسی مزمن در ۱۰ هزار نفر جمعیت

اگرچه میانگین مرگ و میر ناشی از بیماری های غیر واگیر به طور کلی در کشور روند نزولی داشته است، اما باید بررسی نمود که توزیع مرگ و میر بین استان ها و شهرستان های کشور به چه شکل بوده است و نابرابری هایی که در این خصوص وجود دارد را رصد نمود تا بتوان سیاست گذاری های مرتبط و مناسبی برای مناطق مختلف کشور در جهت کاهش میزان مرگ و میر و ارتقا عدالت در سلامت اتخاذ نمود. در ادامه به بیان میزان مرگ و میر ناشی از سرطان، بیماری های قلبی-عروقی، دیابت، بیماری های مزمن تنفسی و میزان مرگ و میر ناشی از حوادث و سوانح ترافیکی به تفکیک استان ها و شهرستان های کشور می پردازیم.

### ۱, ۴, ۸. میزان مرگ ناشی از سرطان برحسب شهرستان های کشور

میزان مرگ ناشی از سرطان<sup>۴</sup> در هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت برحسب شهرستان های کشور برای متوسط ۳ سال ۱۳۹۵ تا ۱۳۹۷ در شکل ۲ نشان داده شده است. با توجه به شکل مذکور ۳ شهرستان جاسک (۱۲/۴۹)، قصر قند (۱۲/۷۰) و دلگان (۱۴/۶۱) کمترین میزان مرگ ناشی از سرطان را به طور متوسط در سه سال مذکور داشته‌اند. همچنین ۳ شهرستان خاش (۲۸۳/۴۴)، سیب و سوران (۲۵۷/۹۹) و شادگان (۲۵۶/۵۷) بیشترین میزان مرگ ناشی از سرطان را به طور متوسط در سه سال مذکور داشته‌اند. پراکندگی جغرافیایی میزان های مرگ ناشی از سرطان بصورت نقشه در شکل ۲ نشان داده شده است.



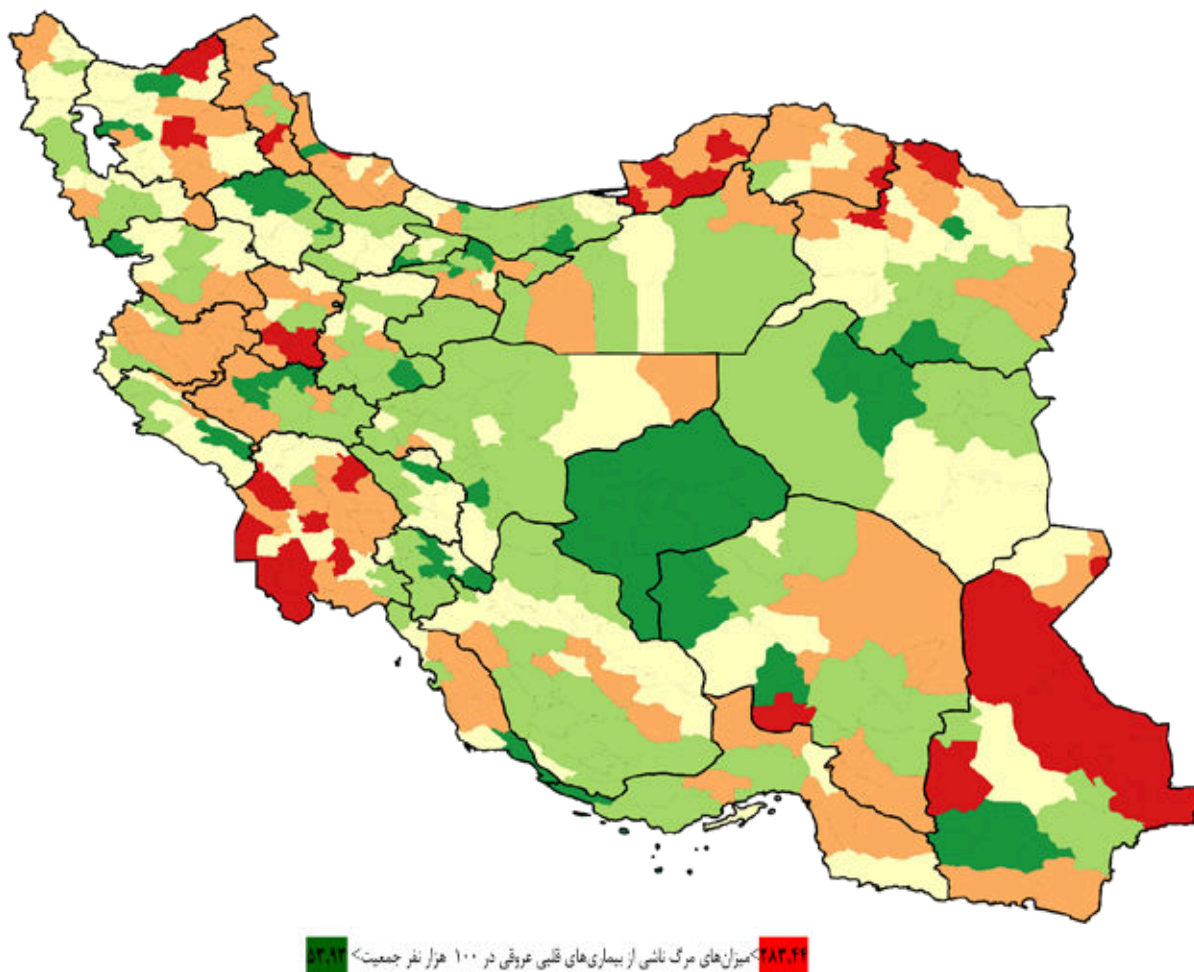
۲۸۳,۴۴ > میزان مرگ ناشی از سرطان در ۱۰۰ هزار نفر جمعیت < ۱۲,۷۰

شکل ۲؛ پراکندگی جغرافیایی میزانهای مرگ ناشی از سرطان به تفکیک شهرستان (منبع: مطالعه اکولوژیک: محاسبه شاخص های عدالت در سلامت بر مبنای شاخص های مرگ و میر در سطوح شهرستانی؛ مرکز تحقیقات عدالت در سلامت)

4 The cancer mortality rate

### ۸,۴,۲. میزان مرگ ناشی از بیماری‌های قلبی عروقی برحسب شهرستان‌های کشور

میزان مرگ ناشی از بیماری‌های قلبی و عروقی<sup>۵</sup> در ۱۰۰ هزار نفر برحسب شهرستان‌های کشور برای متوسط ۳ سال ۱۳۹۵ تا ۱۳۹۷ در شکل ۳ نشان داده شده است. با توجه به شکل مذکور ۳ شهرستان نیک شهر (۵۳/۹۳)، دوره (۵۹/۸۰) و انار (۶۱/۹۶) کمترین میزان مرگ ناشی از بیماری‌های قلبی و عروقی را به طور متوسط در سه سال مذکور داشته‌اند. ۳ شهرستان خاش (۲۸۳/۴۴)، سیب و سوران (۲۵۷/۹۹) و شادگان (۲۵۶/۵۷) نیز کمترین میزان مرگ ناشی از بیماری‌های قلبی و عروقی را به طور متوسط در سه سال مذکور داشته‌اند. پراکندگی جغرافیایی میزان‌های مرگ ناشی از بیماری‌های قلبی و عروقی بصورت نقشه در شکل ۳ نشان داده شده است.

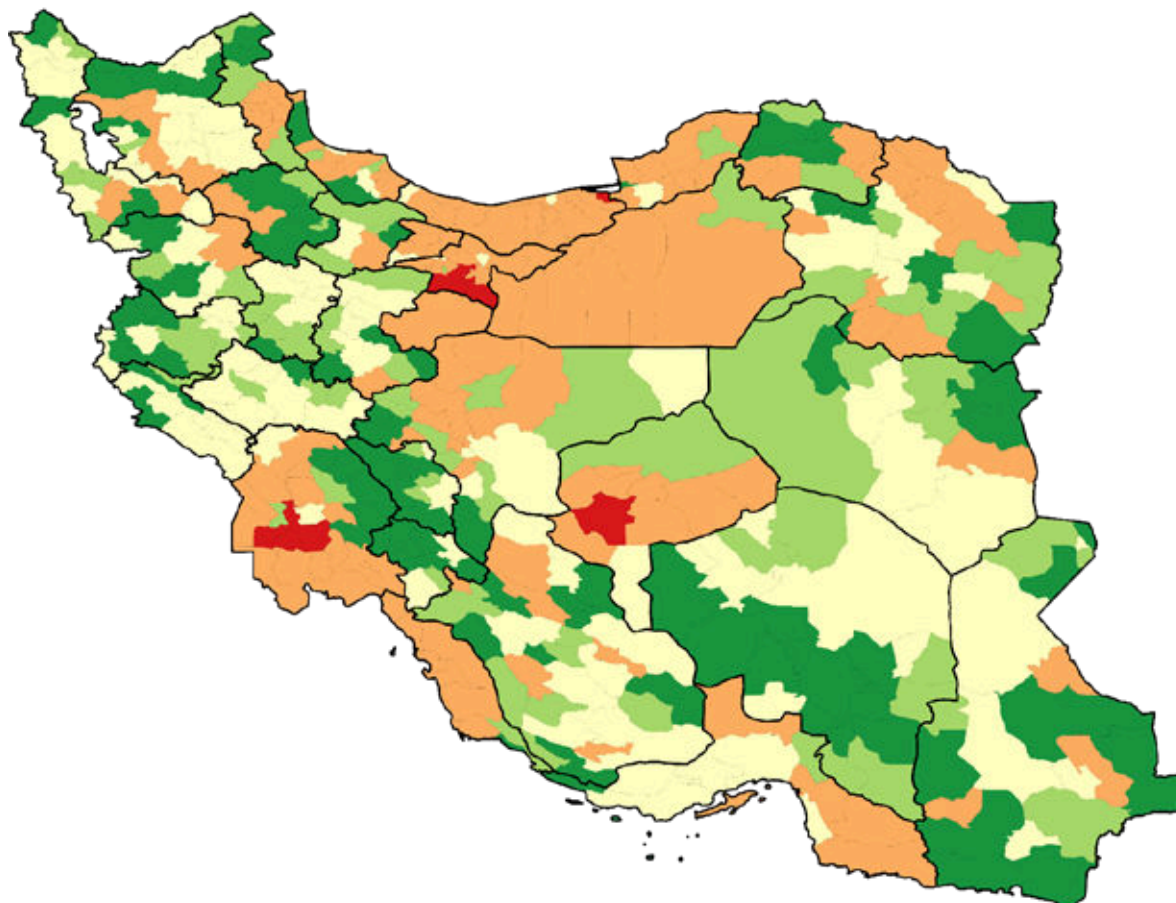


شکل ۳؛ پراکندگی جغرافیایی میزان‌های مرگ ناشی از بیماری‌های قلبی و عروقی به تفکیک شهرستان (منبع: مطالعه اکولوژیک: محاسبه شاخص‌های عدالت در سلامت بر مبنای شاخص‌های مرگ و میر در سطوح شهرستانی؛ مرکز تحقیقات عدالت در سلامت)



### ۸,۴,۳. میزان مرگ ناشی از دیابت برحسب شهرستان های کشور

میزان مرگ ناشی از دیابت در ۱۰۰ هزار نفر جمعیت شهرستان های کشور برای متوسط ۳ سال ۱۳۹۵ تا ۱۳۹۷ در شکل ۴ نشان داده شده است. با توجه به شکل مذکور ۳ شهرستان کهنوج (۴/۷۲)، بیله سوار (۴/۶۸) و (۴/۵۷) کمترین میزان مرگ ناشی از دیابت را به طور متوسط در سه سال مذکور داشته اند. ۳ شهرستان کارون (۱۰۱/۶۷)، گلوگاه (۱۰۱/۰۰) و ری (۷۷/۷۱) نیز بیشترین میزان مرگ ناشی از دیابت را به طور متوسط در سه سال مذکور داشته اند. پراکندگی جغرافیایی میزان های مرگ ناشی از دیابت بصورت نقشه در ۴ نشان داده شده است.



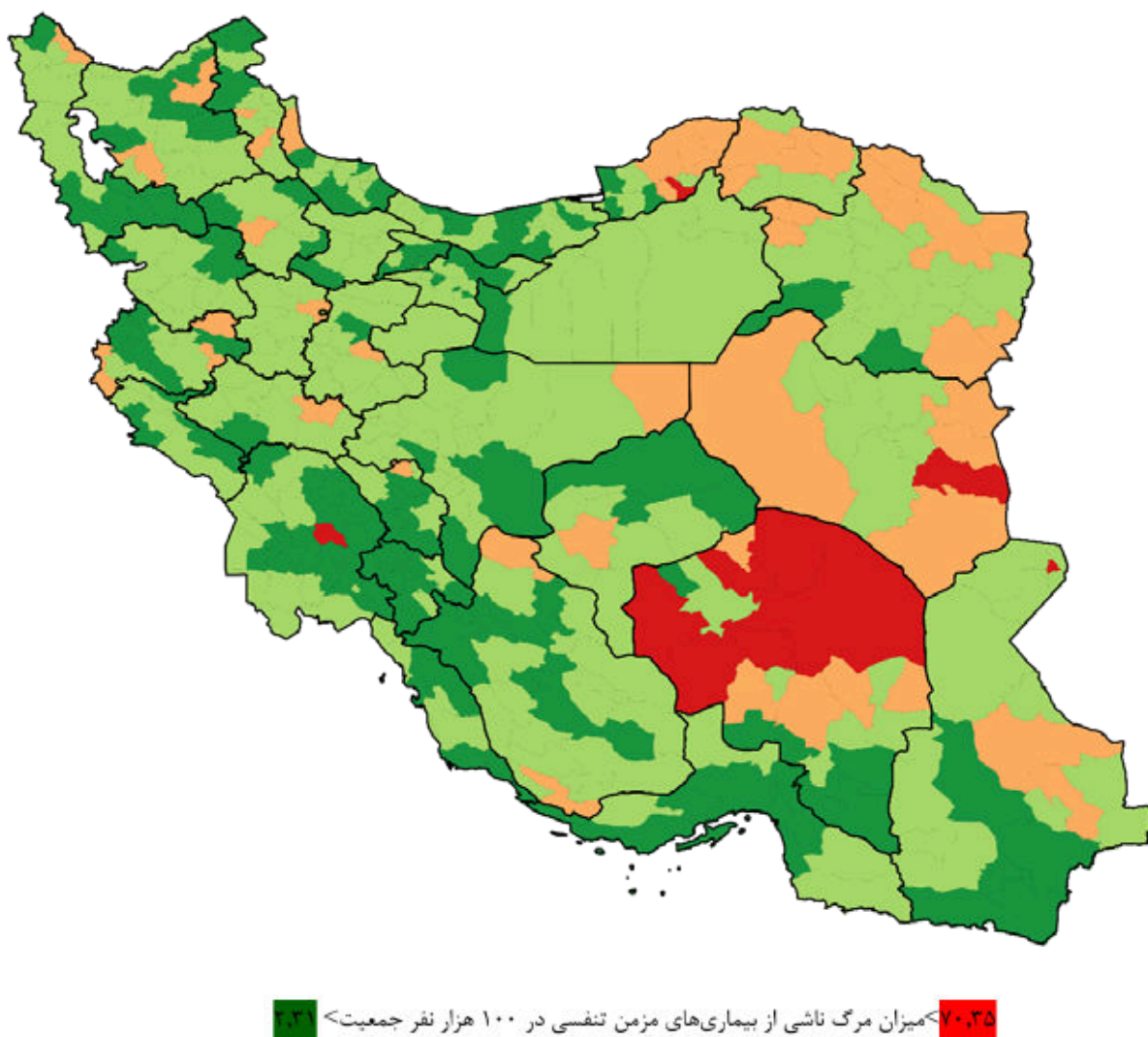
۱۰۱,۶۷ < میزان های مرگ ناشی از دیابت در ۱۰۰ هزار نفر جمعیت < ۴/۵۷

شکل ۴؛ پراکندگی جغرافیایی میزان های مرگ ناشی از دیابت به تفکیک شهرستان (منبع: مطالعه اکولوژیک: محاسبه شاخص های عدالت در سلامت بر مبنای شاخص های مرگ و میر در سطوح شهرستانی؛ مرکز تحقیقات عدالت در سلامت)



### ۸,۴,۴. میزان مرگ ناشی از بیماری‌های مزمن تنفسی برحسب شهرستان‌های کشور

میزان مرگ ناشی از بیماری‌های مزمن تنفسی<sup>۷</sup> در ۱۰۰ هزار نفر جمعیت برحسب شهرستان‌های کشور برای متوسط ۳ سال ۱۳۹۵ تا ۱۳۹۷ در شکل ۵ نشان داده شده است. با توجه به شکل مذکور ۳ شهرستان کازرون (۲/۳۱)، پارس آباد (۲/۵۴) و سرباز (۲/۶۷) کمترین میزان مرگ ناشی از بیماری‌های مزمن تنفسی را به طور متوسط در سه سال مذکور داشته‌اند. همچنین ۳ شهرستان هفتگل (۷۰/۳۵)، زابل (۶۹/۶۴) و زرنند (۶۳/۱۶) بیشترین میزان مرگ ناشی از بیماری‌های مزمن تنفسی را به طور متوسط در سه سال مذکور داشته‌اند. پراکندگی جغرافیایی میزان‌های مرگ ناشی از بیماری‌های مزمن تنفسی بصورت نقشه در شکل ۵ نشان داده شده است.



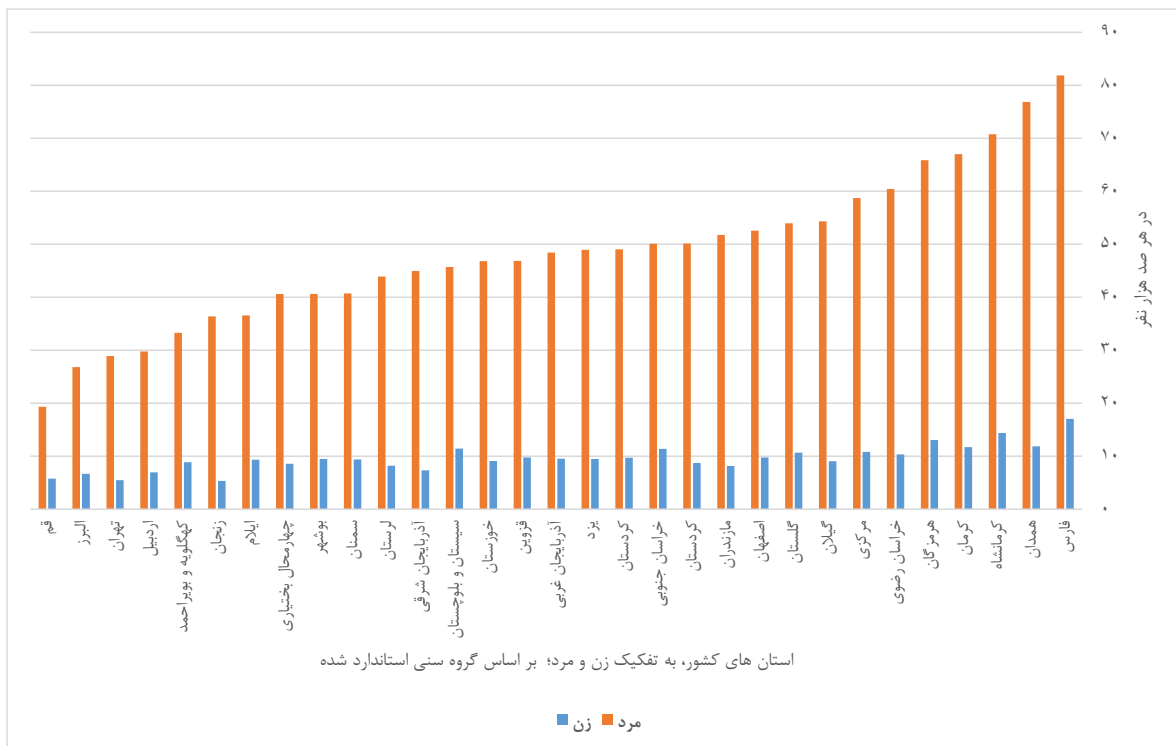
شکل ۵؛ پراکندگی جغرافیایی میزان‌های مرگ ناشی از بیماری‌های مزمن تنفسی به تفکیک شهرستان (منبع: مطالعه اکولوژیک: محاسبه شاخص‌های عدالت در سلامت بر مبنای شاخص‌های مرگ و میر در سطوح شهرستانی؛ مرکز تحقیقات عدالت در سلامت)

7 Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) Mortality Rate

### ۸,۴,۵. میزان مرگ و میر ناشی از حوادث و سوانح ترافیکی

حادثه ترافیکی<sup>۸</sup> حادثه ای است که برای یک وسیله نقلیه موتوری متحرک به تنهایی و یا برای یک وسیله نقلیه موتوری متحرک با یک یا چند عامل دیگر مثل انسان، حیوان، اشیاء، سایر وسایل موتوری متحرک و غیره به وقوع می پیوندد و منجر به خسارت جانی یا مالی یا هر دو می شود. مرگ ناشی از حوادث ترافیکی نیز آن دسته از مرگ‌هایی را شامل می شود که در هنگام وقوع حادثه ترافیکی و یا تا ۳۰ روز بعد از آن در نتیجه شدت جراحات ناشی از حادثه به وقوع می پیوندد.

بر اساس آمارهای ثبت شده در پایگاه‌های اطلاعاتی بین‌المللی<sup>۹</sup> میانگین مرگ و میر ناشی از حوادث و سوانح کشور در سال ۱۳۹۵ حدود ۳۲ در هر صد هزار نفر جمعیت می باشد. بر اساس داده‌های گزارش شده از مطالعه نسباد، بیشترین میزان استاندارد شده سنی مربوط به فارس (۴۹ در هر صد هزار نفر جمعیت) و کمترین آن در استان قم می باشد (۱۳ در هر صد هزار نفر جمعیت) (نمودار ۲). (با توجه به محدودیت‌های موجود در ثبت داده برای این شاخص امکان توزیع مرگ و میر به تفکیک شهرستان‌های کشور وجود نداشت). این تفاوت‌های قابل ملاحظه، توجه جدی مسئولان در بخش‌های مرتبط با حوادث و سوانح ترافیکی را می طلبد تا به بررسی علل وقوع حوادث بخصوص در مناطق با شیوع بیشتر بپردازند.



نمودار ۲: میزان مرگ و میر ناشی از حوادث و سوانح ترافیکی در استان‌های کشور به تفکیک مردان و زنان (منبع: مطالعه نسباد ۲۰۱۵)

8 Road traffic mortality rate o (per 100 000 population)

9 Global Health Observatory WHO (2016)

1. Doshmangir L, Yousefi M, Hasanpoor E, Eshtiagh B, Haghparast-Bidgoli H. Determinants of catastrophic health expenditures in Iran: a systematic review and meta-analysis. *Cost effectiveness and resource allocation : C/E*. 2020;18:17.
2. Williams J, Allen L, Wickramasinghe K, Mikkelsen B, Roberts N, Townsend N. A systematic review of associations between non-communicable diseases and socioeconomic status within low- and lower-middle-income countries. *Journal of global health*. 2018;8(2):020409.
3. Murphy A, Palafox B, Walli-Attaei M, Powell-Jackson T, Rangarajan S, Alhabib KF, et al. The household economic burden of non-communicable diseases in 18 countries. *BMJ global health*. 2020;5(2).
4. Moradi G, Mohammad K, Majdzadeh R, Ardakani HM, Naieni KH. Socioeconomic inequality of non-communicable risk factors among people living in Kurdistan Province, Islamic Republic of Iran. *International journal of preventive medicine*. 2013;4(6):671.
5. Emamian MH, Fateh M, Fotouhi A. Socioeconomic inequality in smoking and its determinants in the Islamic Republic of Iran. *Eastern Mediterranean health journal = La revue de sante de la Mediterranee orientale = al-Majallah al-sihhiyah li-sharq al-mutawassit*. 2020;26(1):29-38.
6. Rezapour A, Arabloo J, Soleimani Movahed M, Bagheri Faradonbeh S, Alipour S, Alipour V. Catastrophic Health Expenditure and Impoverishment Among Households with Cardiovascular Patients in Tehran, 2017. *Shiraz E-Medical Journal*. 2020;21(1).
7. Shafiee G, Qorbani M, Heshmat R, Mohammadi F, Sheidaei A, Motlagh ME, et al. Socioeconomic inequality in cardio-metabolic risk factors in a nationally representative sample of Iranian adolescents using an Oaxaca-Blinder decomposition method: the CASPIAN-III study. *Journal of diabetes and metabolic disorders*. 2019;18(1):145-53.
8. Sarrafzadegan N, Mohammadifard N. Cardiovascular disease in Iran in the last 40 years: prevalence, mortality, morbidity, challenges and strategies for cardiovascular prevention. *Archives of Iranian medicine*. 2019;22(4):204-10.
9. Abbasi SH, De Leon AP, Kassaian SE, Karimi A, Sundin O, Jalali A, et al. Socioeconomic Status and in-hospital Mortality of Acute Coronary Syndrome: Can Education and Occupation Serve as Preventive Measures? *International journal of preventive medicine*. 2015;6:36.
10. Ali P, Mojgan G, Mohammad G, Fatemeh N, Marzieh T, Masoumeh S. Association of socioeconomic status and hypertension based on habitual smoking among Iranian population: IHHP study. *Acta Bio Medica: Atenei Parmensis*. 2018;89(4):498.
11. Noori A, Shokoohi M, Baneshi MR, Naderi N, Bakhshandeh H, Haghdoost AA. Impact of socio-economic status on the hospital readmission of Congestive Heart Failure patients: a prospective cohort study. *International Journal of Health Policy and Management*. 2014;3(5):251-7.
12. Moradi G, Moinafshar A, Adabi H, Sharafi M, Mostafavi F, Bolbanabad AM. Socioeconomic inequalities in the oral health of people aged 15-40 years in Kurdistan, Iran in 2015: a cross-sectional study. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*. 2017;50(5):303.
13. Ebrahimi M, Mansournia MA, Haghdoost AA, Abazari A, Alaeddini F, Mirzazadeh A, et al. Social disparities in prevalence, treatment and control of hypertension in Iran: second National Surveillance of Risk Factors of Noncommunicable Diseases, 2006. *Journal of hypertension*. 2010;28(8):1620-9.
14. Veghari G, Sedaghat M, Maghsodlo S, Banihashem S, Moharloei P, Angizeh A, et al. Impact of Literacy on the Prevalence, Awareness, Treatment and Control of Hypertension in Iran. *Journal of cardiovascular and thoracic research*. 2012;4(2):37.
15. Kavosi Z, Delavari H, Keshtkaran A, Setoudehzadeh F. Catastrophic health expenditures and coping strategies in households with cancer patients in Shiraz Namazi hospital. 2014.
16. Ahmadi F, Farrokhi-Eslamlou H, Yusefzadeh H, Alinia C. Incidence of household catastrophic and im-

poverishing health expenditures among patients with Breast Cancer in Iran. BMC health services research. 2021;21(1):327.

17. Taheri M, Tavakol M, Akbari ME, Almasi-Hashiani A, Abbasi M. Associations of demographic, socio-economic, self-rated health, and metastasis in colorectal cancer in Iran. Medical journal of the Islamic Republic of Iran. 2019;33:17.

18. Kiadaliri AA. Gender and social disparities in esophagus cancer incidence in Iran, 2003-2009: a time trend province-level study. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention. 2014;15(2):623-7.

19. Halimi L, Bagheri N, Hoseini B, Hashtarkhani S, Goshayeshi L, Kiani B. Spatial analysis of colorectal cancer incidence in Hamadan Province, Iran: a retrospective cross-sectional study. Applied Spatial Analysis and Policy. 2020;13(2):293-303.

20. Amin R, Kolahi AA, Jahanmehr N, Abadi AR, Sohrabi MR. Disparities in cervical cancer screening participation in Iran: a cross-sectional analysis of the 2016 nationwide STEPS survey. BMC public health. 2020;20(1):1594.

21. Taheri M, Tavakol M, Esmaeil Akbari M, Almasi-Hashiani A, Abbasi M. Associations of demographic, socioeconomic, self-rated health, and metastasis in colorectal cancer in Iran. Medical journal of the Islamic Republic of Iran. 2019;33:17.

22. Hashemizadeh H, Boroumand H, Noori R, Darabian M. Socioeconomic status and other characteristics in childhood leukemia. Iranian journal of pediatric hematology and oncology. 2013;3(1):182.

23. Islami F, Kamangar F, Nasrollahzadeh D, Aghcheli K, Sotoudeh M, Abedi-Ardekani B, et al. Socio-economic status and oesophageal cancer: results from a population-based case-control study in a high-risk area. International journal of epidemiology. 2009;38(4):978-88.

24. Najafi F, Pasdar Y, Karami Matin B, Rezaei S, Kazemi Karyani A, Soltani S, et al. Decomposing socioeconomic inequality in poor mental health among Iranian adult population: results from the PERSIAN cohort study. BMC psychiatry. 2020;20(1):229.

25. Veisani Y, Delpisheh A. Decomposing of socioeconomic inequality in mental health: a cross-sectional study into female-headed households. Journal of research in health sciences. 2015;15(4):218-22.

26. Kelishadi R, Qorbani M, Heshmat R, Djalalinia S, Sheidaei A, Safiri S, et al. Socioeconomic inequality in childhood obesity and its determinants: a Blinder-Oaxaca decomposition. Jornal de pediatria. 2018;94(2):131-9.

27. Masoompour SM, Mahdaviyazad H, Ghayumi SMA. Asthma and its related socioeconomic factors: the Shiraz Adult Respiratory Disease Study 2015. The clinical respiratory journal. 2018;12(6):2110-6.

28. Fotoukian Z, Shahboulaghi FM, Khoshknab MF, Mohammadi E. Barriers to and factors facilitating empowerment in elderly with COPD. Medical journal of the Islamic Republic of Iran. 2014;28:155.

29. Mahdaviyazad H, Shahrokhi S, Masoompur SM. Socioeconomic-related determinants of asthma in the elderly. Journal of preventive medicine and hygiene. 2020;61(4):E578-E83.

30. Peykari N, Hashemi H, Dinarvand R, Haji-Aghajani M, Malekzadeh R, Sadrolsadat A, et al. National action plan for non-communicable diseases prevention and control in Iran; a response to emerging epidemic. Journal of diabetes and metabolic disorders. 2017;16:3.

31. Moradi G, Majdzadeh R, Mohammad K, Malekafzali H, Jafari S, Holakouie-Naieni K. Is the status of diabetes socioeconomic inequality changing in Kurdistan province, west of Iran? A comparison of two surveys. Medical journal of the Islamic Republic of Iran. 2016;30:375.

32. Tol A, Sharifirad G, Shojaezadeh D, Tavasoli E, Azadbakht L. Socio-economic factors and diabetes consequences among patients with type 2 diabetes. Journal of education and health promotion. 2013;2.

33. Moradi A, Rahmani K, HOSHMANDI SM, RAHIMI SH, Khorshidi A. An overview of the situation of traffic accidents in Iran in comparison with other countries. 2016.

۳۴. الرحمانی ع، عبدی، نورالدین، زاده ع، اله س. رابطه عوامل ارتباطی-اجتماعی مؤثر بر تصادفات درون شهری. فصلنامه علمی راهور. ۱۳۹۹؛ ۳۳(۳): ۸۳-۱۱۶.

35. Sehat M, Naieni KH, Asadi-Lari M, Foroushani AR, Malek-Afzali H. Socioeconomic status and incidence of traffic accidents in metropolitan Tehran: a population-based study. International journal of preventive medicine. 2012;3(3):181.

36. Roshanfekar P, Khodaie-Ardakani M-R, Ardakani HMA, Sajjadi H. Prevalence and socio-economic determinants of disabilities caused by road traffic accidents in Iran; a national survey. *Bulletin of Emergency & Trauma*. 2019;7(1):60.

### 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 می‌توانند 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

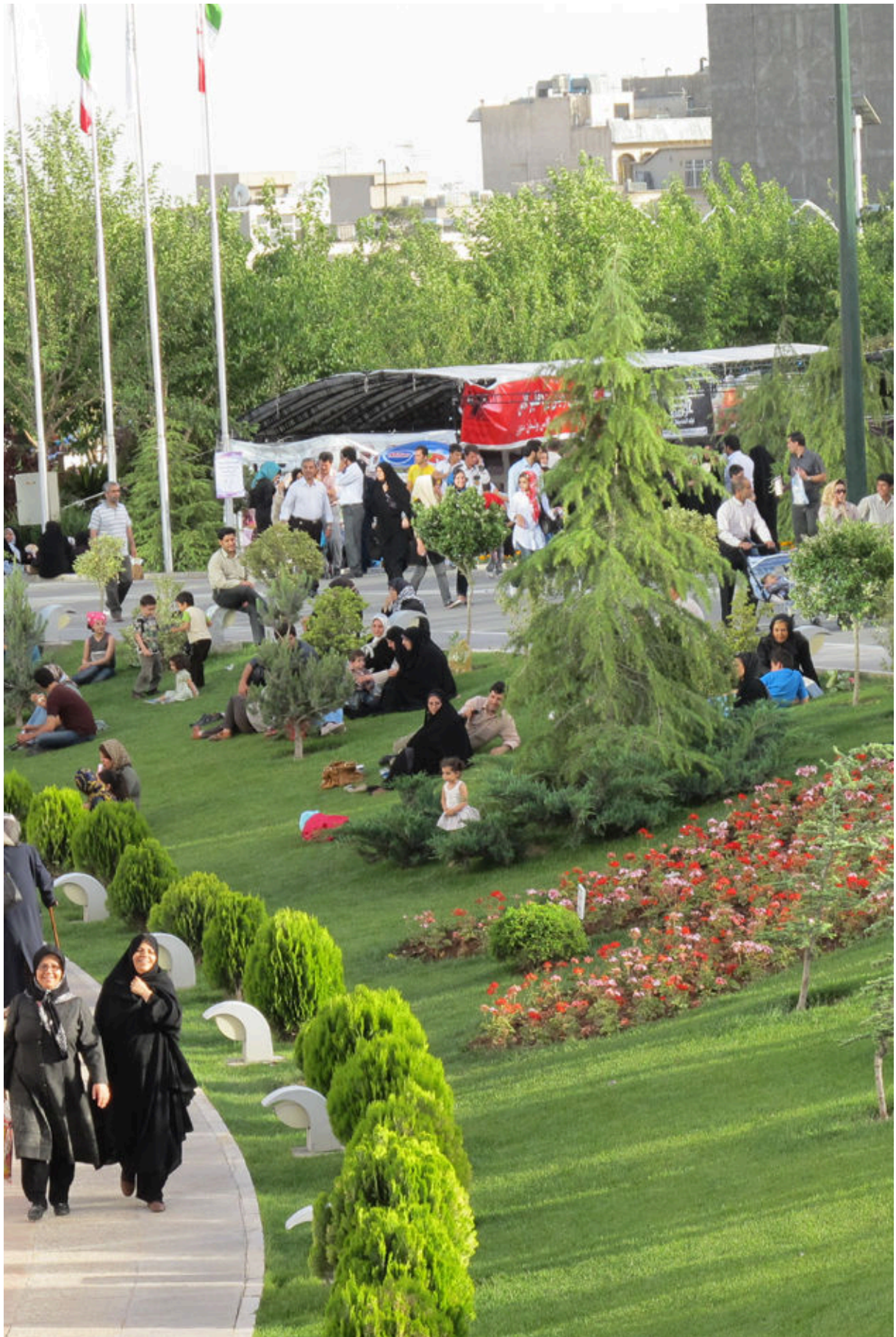
■ افزایش دسترسی به دارو و مشاوره دارویی

■ 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 کشور‌های 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. فصل نه نبرابری‌های اقتصادی-اجتماعی در ابتلا و مرگ و میر بیماری‌های غیرواگیر در جمهوری اسلامی ایران











## فصل نُه

برنامه‌های  
جمهوری  
اسلامی ایران  
در پیشگیری و  
کنترل بیماری‌های  
غیرواگیر (چالش‌ها  
وراهکارهای  
متناظر)



**۹,۱. 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.

**۹,۲. 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 بلندمدت و یا کوتاه مدت هستند. گرچه تغییر عوامل زمینه‌ای و پس‌زمینه‌ای 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. فرهنگ‌سازی 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، سکته 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 مبسوط در ادامه توضیح داده خواهد شد.

در چارچوب مفهومی کمیته (شکل ۲، ۴) عوامل زمینه‌ای در سه بخش محیط زیست ناسالم و عوامل تهدیدکننده 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 سبک 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 تولیدکننده 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 تولیدکننده محصولات فاقد ویژگی‌های ارگونومیک (از جمله صنایع تولید تخت و تشک، صنایع تولید صندلی و میز و...)، صنایع خودروسازی تولیدکننده خودروهای نا ایمن مانند تولید پایین خودروهای مجهز به سیستم‌های حفاظت کامل سرنشینیان (ایربرگ 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 تعیین‌کننده 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 تعیین‌کننده 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 ایجادکننده آسم (مانند آذریست، بنزن، نیکل و...)، ذرات، گازها و بخارها، سروصدا (Noise)، عوامل خطرزای سوانح و حوادث شغلی و عوامل ارگونومیک ایجادکننده 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، غیرخانگی، 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 گلومرولی، 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 آیین‌نامه‌های داخلی، آیین‌نامه‌ها و دستورالعمل‌های وزارتی، آیین‌نامه‌ها 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، افزایش پوشش، 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.

### ۹.۳. 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 ۲۰۰۰ 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 اضافه‌ای 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.

#### ۹.۴. 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 قدیمی تر 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.

### ۹.۵. طرح تحول 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 چشم‌انداز بیست ساله و با عنایت به سیاست‌های 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 پایلوت 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.

### ۹.۶ چالش‌های جمهوری اسلامی ایران در پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر

#### بحران کووید-۱۹

همه گیری کووید-۱۹ را شاید بتوان مهم‌ترین مسأله‌ی بهداشت و سلامت عمومی در دهه‌های اخیر دانست که بسیاری از کشورهای جهان را درگیر خود کرده است. همه گیری کووید-۱۹ تقریباً زندگی همه افراد در سراسر جهان را تحت تأثیر قرار داده و فشار زیادی بر سیستم‌های بهداشتی وارد کرده است. نشان داده شده است که افراد مبتلا به عوامل خطر یا بیماری‌های غیرواگیر زمینه‌ای مانند دیابت، فشار خون بالا، بیماری‌های مزمن تنفسی، سرطان‌ها و... بیشتر در معرض خطر ابتلا به فرم‌های شدید کووید-۱۹ هستند و احتمال مرگ ناشی از این بیماری نیز در ایشان بیشتر است.

اطلاعات فعلی حاکی از آن است که شیوع بیماری تأثیرات منفی بالقوه‌ای بر شیوع بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط با آن و تمایل به استفاده از خدمات بهداشتی حوزه غیرواگیر در ایران دارد. از طرف دیگر، بسیج منابع به منظور ارائه خدمات مورد نیاز ممکن است در سایر بخش‌های سیستم بهداشتی مانند خدمات مراقبت و درمان بیماری‌های غیرواگیر نقص ایجاد کند. بنابراین، ضروری است که کشورها برنامه‌هایی برای مدیریت بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر آنها در زمینه بیماری همه گیر کووید-۱۹ تهیه و اجرا کنند.

جمهوری اسلامی ایران که در ناحیه مدیترانه شرقی جای گرفته است یکی از کشورهایی است که به شدت تحت تأثیر این پاندمی قرار گرفته و این ناحیه نیز در آخرین گزارش مدیر منطقه‌ای سازمان جهانی بهداشت شاهد افزایش آمار مبتلایان به علت کاهش تدابیر محافظتی و محدودیت‌ها توسط دولت‌های منطقه بوده است. ایران که در تقسیم بندی سازمان جهانی بهداشت جزو کشورهای با انتقال بالای بیماری در جامعه تقسیم شده است. با وجود این که ایران در مبارزه با این همه گیری اقدامات بسیاری را انجام داده اما اقدامات موثرتر و فراتر از سطوح اقدامات فعلی نیاز است تا بتواند این بیماری را به گونه‌ای که شایسته است مدیریت نماید. بیماران مبتلا به بیماری‌های غیرواگیر در طی این همه گیری در سراسر جهان بسیار تحت تأثیر قرار گرفته‌اند. طبق برآورد‌ها؛ ۳۳ درصد از مرگ‌های رخ داده به علت کووید-۱۹ قابل انتساب به

### بهره‌مندی از خدمات سلامت در همه‌گیری کووید-۱۹

با توجه به اهمیت این موضوع؛ در این بخش به بررسی میزان بهره‌مندی از خدمات سلامت و هزینه آن در بین افراد مبتلا به بیماری‌های غیرواگیر پیش و در دوره کووید-۱۹ پرداخته شده است. در این راستا هفت حوزه‌ی اصلی بهره‌مندی از خدمات سلامت به تفکیک خدمات بستری، سربایی، تشخیصی، آزمایشگاهی، داروخانه، تجهیزات و خدمات منزل در بین ۱۲۰۰ فرد مبتلا به بیماری‌های غیرواگیر (شامل شش بیماری دیابت، سکت قلبی، بیماری انسدادی مزمن ریوی، بیماری کلیه مرحله آخر، نارسایی احتقانی قلب و سکت مغزی) پیش و در دوره کووید-۱۹ مورد بررسی قرار گرفت. طبق نتایج این مطالعه؛ میزان بهره‌مندی از خدمات سلامت به طور قابل توجهی در هر هفت حوزه‌ی مورد بررسی کاهش معنی‌دار داشته است ( $P < 0.001$ ). بیشترین کاهش مربوط به خدمات تشخیصی (۸۷ درصد کاهش) و کمترین کاهش مربوط به خدمات داروخانه (۵۳ درصد کاهش) بوده است. افراد با سابقه‌ی سکت‌های مغزی بیشترین (۹۳ درصد کاهش) و بیماران مبتلا به دیابت کمترین (۶۹ درصد کاهش) کاهش بهره‌مندی از خدمات سلامت را داشته‌اند. از لحاظ هزینه خدمات؛ بیشترین کاهش مربوط به خدمات داروخانه (۴۶ درصد) و کمترین کاهش مربوط به خدمات تشخیصی (۱۲ درصد) بوده است. افراد دارای بیماری کلیه مرحله آخر (۵۸ درصد) بیشترین کاهش معنی‌دار در هزینه خدمات سلامت را داشته‌اند.

با توجه به اینکه میزان بهره‌مندی از خدمات سلامت در بیماران مبتلا به بیماری‌های غیرواگیر به طور چشمگیری در این دوره کاهش پیدا کرده است؛ برای مراقبت موثر از این جمعیت آسیب‌پذیر، تلاش‌ها و سیاست‌های خاصی لازم است. در صورت ادامه روند فعلی، بار سنگینی بر سیستم‌های بهداشتی و جوامع در آینده تحمیل خواهد شد.

طبق نتایج این مطالعه بیماران مبتلا به بیماری‌های غیرواگیر طی دوره‌ی کووید-۱۹ از خدمات مراقبت‌های بهداشتی کمتری استفاده و هزینه‌ی کمتری را صرف کرده‌اند که آن‌ها را در معرض خطر بیشتری از بروز عواقب ناخوشایند به دلیل شرایط اولیه خود قرار می‌دهد. این در حالی است که سیستم‌های بهداشتی با این بیماری همه‌گیر کنار می‌آیند ولی بیمارهای غیرواگیر را نمی‌توان نادیده گرفت. برای ارائه خدمات مراقبت‌های بهداشتی به موقع و موثر به این بیماران در این دوره همه‌گیری، سیاست‌ها و استراتژی‌های مناسب لازم است تا از بار سنگین بیماری‌های غیرواگیر در دوره احتمالی پس از این همه‌گیری جلوگیری کرد.

### تحریم‌ها

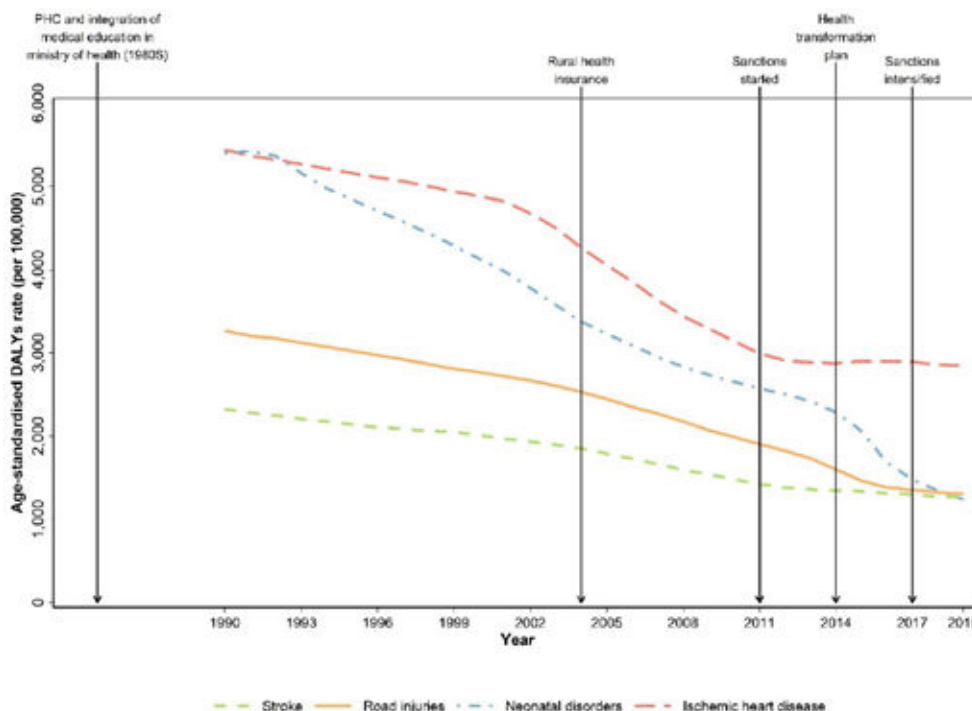
تحریم‌ها پیامدهای منفی زیادی بر کشور در بخش‌های مختلف و از جمله سلامت وارد کرده است. شدیدترین تحریم‌ها بعد از خروج آمریکا از برجام اعمال شده که حق سلامت به عنوان یکی از اصول بنیادین حقوق بشر را با مشکل مواجه کرده است. در این بخش برای بررسی تأثیر اصلاحات مختلف بخش بهداشت و بحران اقتصادی ناشی از تحریم‌ها بر سیستم مراقبت‌های بهداشتی ایران، از دوروش استفاده شده است. در روش اول درصد تغییر سالانه در میزان مرگ استاندارد شده سنی به علت بیماری‌های واگیردار، بیماری‌های غیرواگیر و سوانح و حوادث بررسی شد. با بررسی تأثیرات تحریم‌های سال ۲۰۱۱ و دو اصلاح عمده در بخش بهداشت در سال‌های ۲۰۰۴ و ۲۰۱۴، مشخص شد که میزان مرگ به علت بیماری‌های غیرواگیر در طی ۵ سال پس از آغاز تحریم‌ها در سال ۲۰۱۱ نسبت به دوره‌های قبلی و دوره‌های بعدی شیب کمتری داشته است. در میان بیماری‌های غیرواگیر، میزان مرگ به علت سرطان‌ها بیشترین تغییر را در این بررسی داشته است.

در روش دوم از مدل رگرسیون multi-intervention segmented برای بررسی تغییرات در میزان مرگ استاندارد شده سنی به علت بیماری‌های غیرواگیر و میزان مرگ کودکان زیر ۵ سال استفاده شد. در این مدل اثر طرح بیمه سلامت روستایی (سال ۲۰۰۴) و تحریم (سال ۲۰۱۱) و طرح تحول نظام سلامت (سال ۲۰۱۴) و پس از تعدیل با هزینه سرانه سلامت (PPP) در مدل در نظر گرفته شدند. نتایج این روش در مورد میزان مرگ استاندارد شده سنی به علت بیماری‌های غیرواگیر؛ اثر کاهشی معنی‌دار بر تغییرات زمانی پس از سال ۲۰۰۴ ( $P < 0.001$ ) و اثر افزایشی معنی‌دار بر تغییرات زمانی پس از سال ۲۰۱۱ ( $P = 0.001$ ) را نشان داد. با در نظر گرفتن میزان مرگ کودکان زیر ۵ سال به عنوان متغیر پاسخ؛ این مدل پس از طرح بیمه سلامت روستایی سال ۲۰۰۴، افزایش ملایمی را نشان داد ( $P = 0.013$ ) و اثرات سایر تغییرات از نظر آماری معنی‌دار نبود.

به طور کلی، در میان این تغییرات عمده، تحریم‌های سال ۲۰۱۱ بیشترین تأثیر قابل توجه و مضر را بر سلامت ایرانیان داشته است. نهادها و سیاست‌گذاران ملی و بین‌المللی باید مطلع شوند که این تحریم‌ها با افزایش محدودیت دسترسی به مراقبت‌های با کیفیت و تجهیزات و

1 Azadnajafabad S, Ghasemi E, Saeedi Moghaddam S, Rezaei N, Farzadfar F. Non-communicable diseases' contribution to the COVID-19 mortality: a global warning on the emerging syndemics. Arch Iran Med. Arch Iran Med. 2021;24(5):445-446. doi: 10.34172/aim.2021.63

داروها به ویژه در مورد داروهای ضد سرطان؛ تأثیرات نامطلوبی بر سلامت مردم ایران داشته است. اگرچه این تحریم‌ها شامل موارد بهداشتی و پزشکی نیستند، اما تأثیر آن‌ها در معاملات مالی پیامدهای نامطلوبی داشته است، همانطور که در این بخش نشان داده شده است.



شکل ۱،۹. روند زمانی میزان استاندارد شده سنی تعداد سال‌های از دست رفته عمر به علت ناتوانی و یا مرگ زودرس (DALYs<sub>2</sub>) با در نظر گرفتن رویدادهای تأثیرگذار سلامت در ایران

### چالش‌هایی در ارائه خدمات پزشکی از راه دور

استفاده از فناوری‌های ارتباط از راه دور جهت ایجاد، ارتقا یا تسریع خدمات سلامت را پزشکی از راه دور از طریق زیرساخت‌هایی در بستر بانک‌های اطلاعاتی، مرتبط ساختن مراکز درمانی و تیم درمان یا انتقال اطلاعات تشخیصی موجب تسهیل و تسریع ارائه خدمات در زمان پاندمی می‌شوند. در واقع پزشکی از راه دور، به کاربرد ارتباطات الکترونیکی و فناوری ارتباطات از راه دور برای انجام و پشتیبانی خدماتی از قبیل مراقبت‌های بالینی از راه دور، آموزش و تعلیم دادن در زمینه‌های مرتبط به تندرستی به متخصصان و بیماران، توسعه بهداشت عمومی و اجرای مدیریت تندرستی است.

با توجه به شرایط پاندمی کووید ۱۹ و بیم بسیاری از بیماران جهت مراجعه به مراکز بهداشتی و درمانی فواید متعددی را می‌توان در قالب بهبود مراقبت از بیمار، بهبود دسترسی و مراقبت پزشکی برای نواحی روستایی و محروم، دسترسی بهتر به پزشکان جهت مشاوره، در دسترس قرار دادن امکانات برای پزشکان جهت هدایت معاینات خودکار، کاهش هزینه‌های مراقبت‌های پزشکی، ایجاد خدمات مراقبت پزشکی (در سطح جغرافیایی و جمعیتی وسیع)، کاهش نقل و انتقال بیماران به مراکز درمانی و ایجاد فضای مراقبت مدیریت شده در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی انتظار داشت. در عین حال بهره‌وری مناسب از این راه‌ها مستلزم توجه و مدیریت چالش‌های ذیل است:

- نگرش برخی از مدیران سیستم بهداشت در کشور هنوز سنتی است و اهمیت و ضرورت استفاده از فن‌آوری‌های جدید مانند پزشکی از راه دور برای ارائه خدمات بهداشتی همچنان نادیده گرفته می‌شود
- همه افراد به اینترنت و همچنین تلفن‌های هوشمند دسترسی ندارند
- برخی از افراد، به ویژه افراد مسن، در استفاده از دستگاه‌های الکترونیکی هوشمند مشکل دارند
- اگرچه رهنمودهایی برای ارائه خدمات پزشکی از راه دور در کشور وجود دارد، اما هنوز هم به نظر می‌رسد که در ارائه استانداردهای ارائه این خدمات کاستی‌هایی وجود دارد

- وجود برخی موانع فرهنگی و پایین بودن سطح آگاهی عمومی
- لزوم تقویت ارائه خدمات تخصصی و فوق تخصصی بهداشت الکترونیکی در کشور
- لزوم تقویت نقش نظارت وزارت بهداشت به عنوان سرپرست بهداشت در کشور
- لزوم تخصیص مناسبتر بودجه به دانشگاهها برای انجام اقدامات در زمینه پزشکی از راه دور

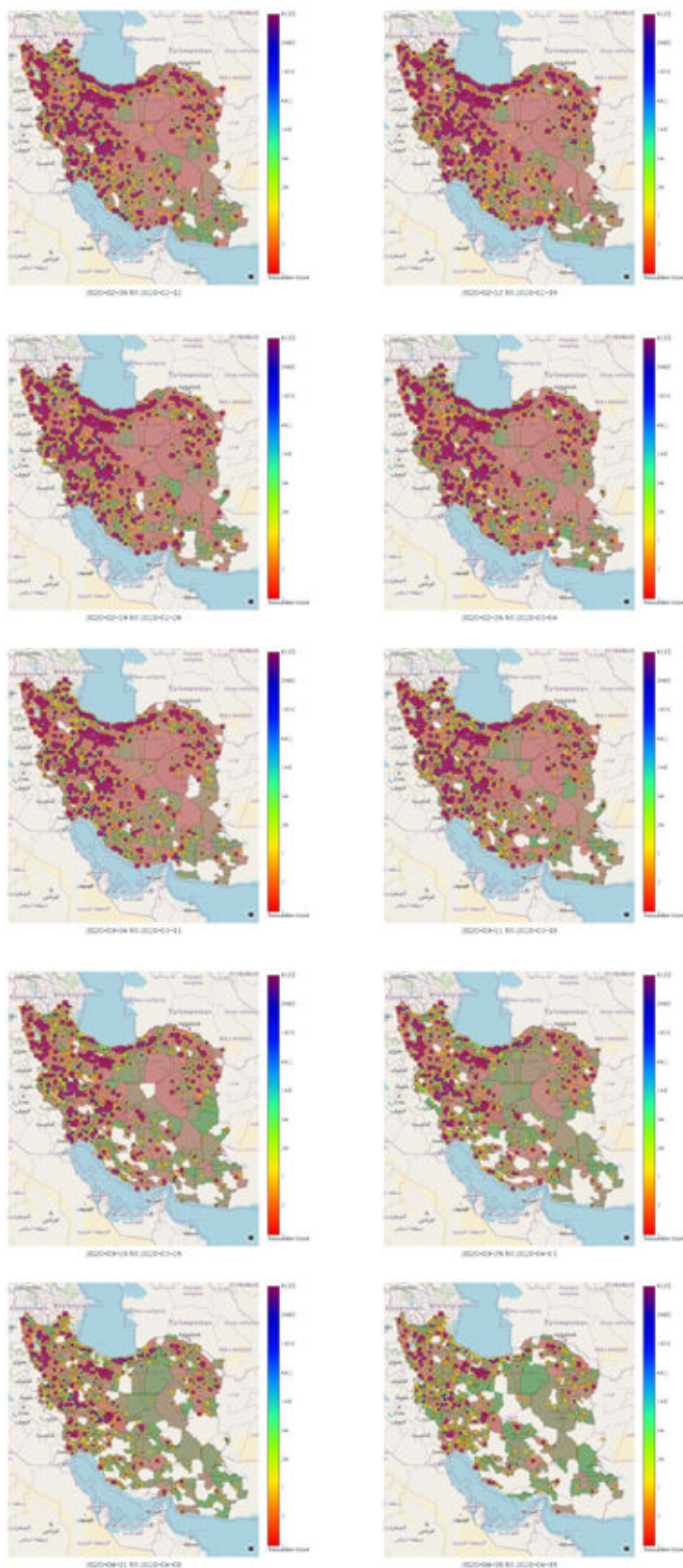
## ۹،۷- راهبردهای مدیریت و کنترل اپیدمی کووید-۱۹ در جمهوری اسلامی ایران

### تجربیات رهگیری بیماران و پیشنهاداتی برای سیاست گذاران سلامت

همه گیری کووید-۱۹ را شاید بتوان مهم ترین مساله ی بهداشت و سلامت عمومی در دهه های اخیر دانست که بسیاری از کشورهای جهان را درگیر خود کرده است. ایران نیز در این بین به شدت متاثر از این همه گیری شده است. برای کنترل این بیماری که با شتاب بالا در حال گسترش است و اغلب کشورها خیز پنجم یا حتی ششم آن را در حال تجربه هستند؛ احتیاج به روش های نوین در زمینه شناسایی و محدود سازی هوشمند و پایش فعال بیماری و بیماران است. فناوری اطلاعات در این خصوص می تواند بسیار رهگشا باشد. چابکی این همه گیری و تغییرات سریع آن؛ لزوم استفاده از روش های با سرعت بالا و بر خط را که بتواند به سرعت روند بیماری، نقاط خطر از جمله انجام تست از اطرافیان بیماران را شناسایی و مورد مداخله قرار دهد را الزامی می کند. فناوری اطلاعات در این زمینه می تواند بسیار کارآمد و موثر باشد. گسترش استفاده از تلفن های همراه به ویژه تلفن های هوشمند؛ استفاده فراوان از سیستم های برخط دریافت بانکی یا خرید از طریق سامانه ها؛ امکانات فراوانی را برای رهگیری بیماران و در نتیجه مداخلات هدفمند برای کنترل همه گیری را فراهم می کند. دستیابی به این روش در کشور ما کاملاً قابل دسترسی است. اما شرط آن همکاری صمیمانه بین محققین دانشگاهی؛ وزارت بهداشت؛ و کلیه ذی نفعان این حوزه است.

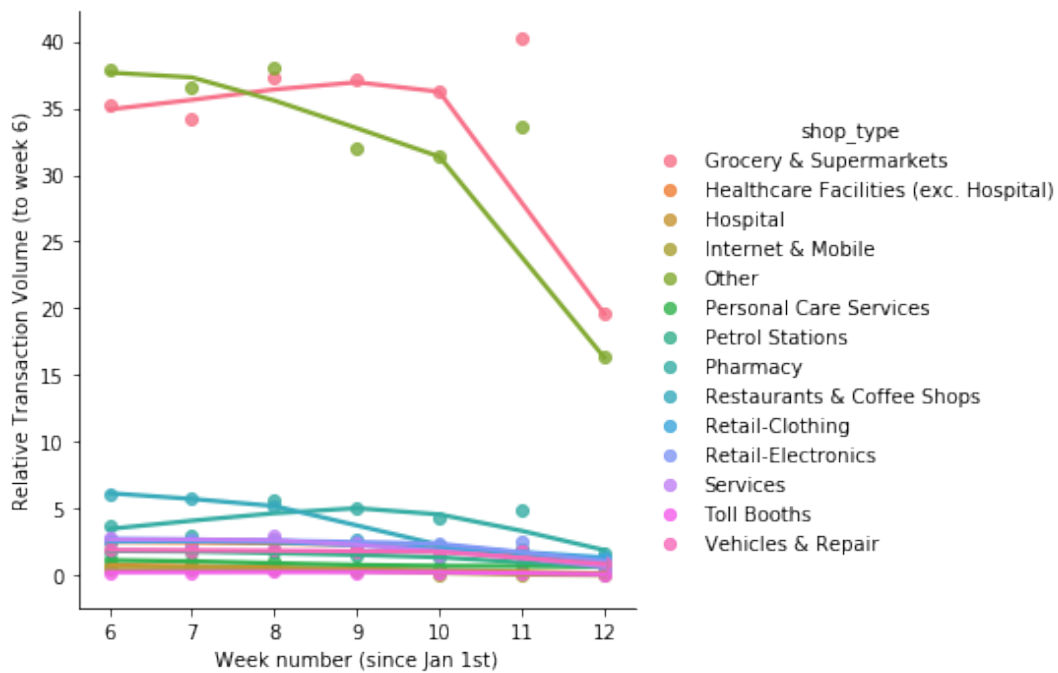
از سوی دیگر اطلاعات دریافتی باید به سرعت مورد تحلیل و استفاده قرار گیرند در غیر اینصورت قدیمی شده و ارزش خود را از دست می دهند. به همین دلیل اثرگذاری این روش احتیاج به یک چرخه کامل از ارتباط دادن اطلاعات شناسایی بیماران و محل های تردد و ویژگی های آن ها تا مداخلات فردی و محیطی برای محدود سازی همه گیری دارد و به تنهایی نمی تواند به ثمر برسد. در جریان مقابله با کووید-۱۹، نظام شبکه های بهداشتی درمانی به همراه بسیج پاسداران نقش اساسی در رهگیری بیماران داشت به گونه ای که ۵۲ هزار بهورز و مراقب بهداشت در کنار ۲۰۰ هزار نیروی سازماندهی شده بسیج توانستند جمعیت های تحت پوشش خود را غربالگری کنند. همچنین با استفاده از خطوط تلفن ۴۰۳۰ و سامانه خود مراقبتی که بی نظیر بود مردم پای کار آمدند. غربالگری شفاهی ۷۸ میلیون نفر در طول ۶ هفته به صورت تلفنی در مرحله نخست و ۳۳ میلیون با هدف غربالگری مادران باردار و افراد در معرض خطر در مرحله دوم انجام گرفت. همکاری تنگاتنگ با نیروی مقاومت بسیج برای اجرای طرح بسیج ملی و اجرای طرح تشدید بیماریابی مزین بنام شهید حاج قاسم سلیمانی شامل: تیم های بیماریابی، بازدید از مراکز تهیه و توزیع مواد غذایی و گندزدایی اماکن عمومی، تب سنجی در مبادی ورودی خروجی شهرها و بسیج ادارات از جمله اقدامات موثر در این همه گیری بشمار می رود. سالمندان و افراد دارای بیماریهای مزمن بشدت در الویت بیماریابی، رهگیری و درمان در منزل قرار گرفتند. مرکز تحقیقات بیماری های غیرواگیر پژوهشگاه علوم غدد و مابولیسیم دانشگاه علوم پزشکی تهران، با تلاش مستمر با شروع همه گیری کووید-۱۹ با تکیه بر توانایی ها، زیر ساخت ها و متخصصین خود، تصمیم بر طراحی و پیاده سازی طرح های مختلف تحقیقاتی در مورد این همه گیری کرد تا بتواند به مدیریت و کنترل هر چه بهتر این همه گیری توسط سیاست گذاران و مسئولین نظام سلامت کشور کمک نماید. مهم ترین این طرح ها طراحی سامانه پیشگیری، مدیریت و کنترل اپیدمی کرونا بود که با طراحی و اجرای طرح موفق به ترسیم نقشه همه گیری کرونا در کشور، شناسایی محلات و جمعیت های پر خطر، معرفی سامانه خودارزیابی کرونا با هدف کاهش مراجعات بیمارستانی، سامانه آموزش و اطلاع رسانی کرونا و معرفی سامانه ثبت بیماران مشکوک و تایید شده کرونایی بود، که مطالعات مختلفی نیز بر اساس داده های به دست آمده در حال انجام است.



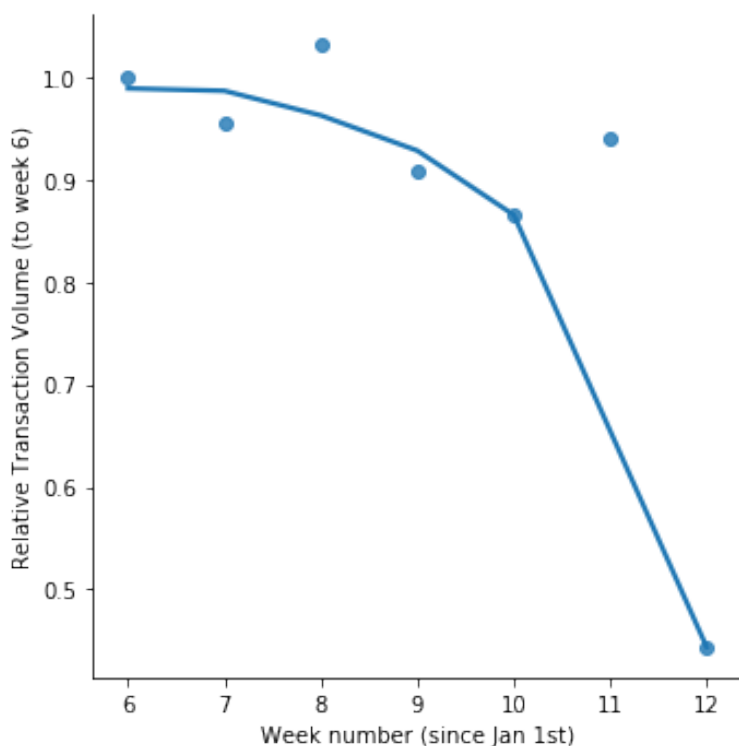


شکل ۲،۹. شناسایی محلات پر خطر از نظر کووید-۱۹ در سطح کشور با استفاده از داده‌های تراکنش‌های مالی و روند تغییرات از ۱۶ بهمن ۱۳۹۸ تا ۲۷ فروردین ۱۳۹۹

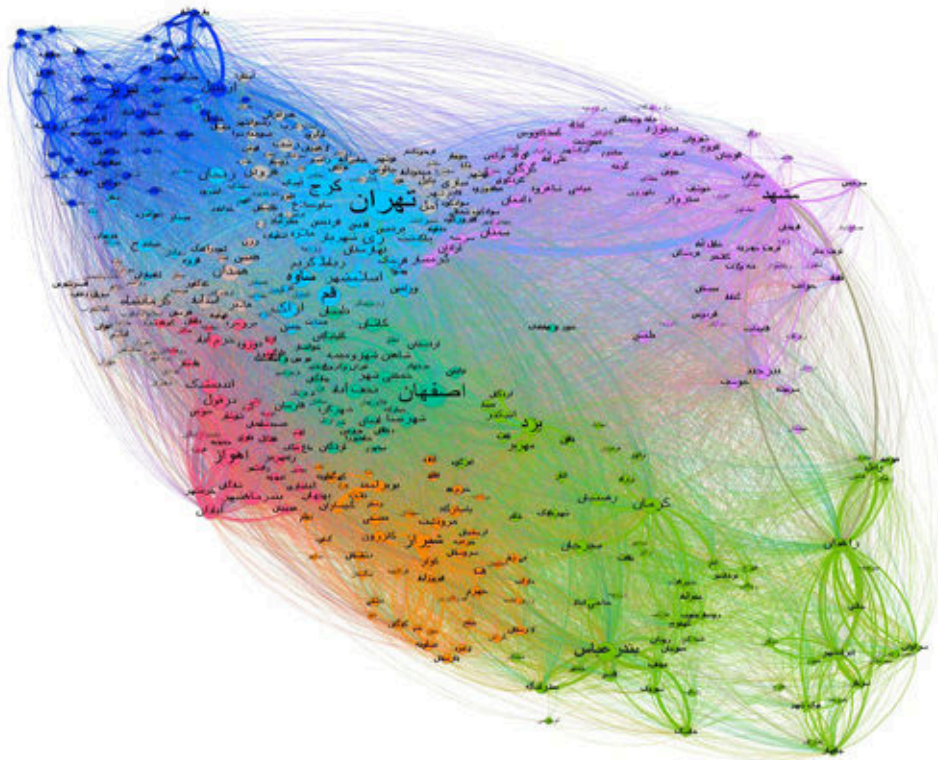




شکل ۳،۹. پراکندگی و روند هزینه‌های افراد به تفکیک پس از شیوع کووید-۱۹



شکل ۴،۹. پراکندگی و روند تراکنش‌های مالی در مجموع پس از شیوع کووید-۱۹



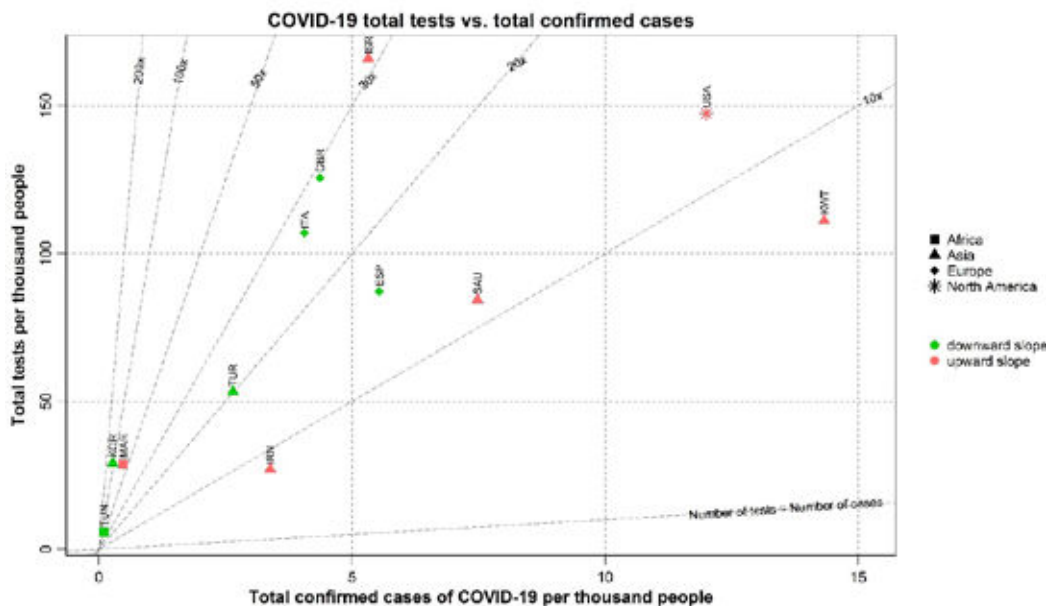
شکل ۵,۹. روند جابجایی افراد پس از شیوع کووید-۱۹، رسم شده با استفاده از تراکنش‌های مالی افراد

### تست مهم‌ترین راهبرد پیشگیری

داده کاوی می‌تواند به فهم بیشتر وقایع جدید کمک کند. ویروس کرونا یک پدیده جدید است که به صورت لجام گسیخته در سراسر جهان گسترش پیدا کرده است اما با این شرایط برخی از کشورها قادر به کنترل آن بوده‌اند. در کشور ایران نیز با تجربه‌ی قابل قبولی از کاهش تعداد موارد ابتلا و مرگ مواجه شدیم اما متأسفانه مجدداً با شیب افزایشی روبه‌هستیم. در شرایط فعلی که شاهد بالا رفتن تعداد موارد ابتلا و مرگ در کشور هستیم لزوم تعیین شاخص‌های اساسی جهت کنترل اپیدمی ضروری است.

با استفاده از داده‌های جهانی در این راستا شاخص ساده‌ای جهت اندازه‌گیری شیب کاهش و افزایشی اپیدمی کووید-۱۹ معرفی شد. جهت محاسبه این شاخص از اطلاعات روزانه تعداد موارد شناسایی شده از روز تشخیص اولین مورد تا آخرین روز گزارش شده برای هر کشور در سایت OurWorld in Data استفاده شد. متوسط تعداد موارد شناسایی شده در ۵ درصد انتهایی این بازه با متوسط تعداد موارد شناسایی شده در ۹۵ درصد ابتدایی این بازه در نظر گرفته شد. اگر این متوسط برای ۹۵ درصد ابتدایی از ۵ درصد انتهایی بزرگتر باشد نشان‌دهنده شیب کاهش اپیدمی و برعکس آن نشان‌دهنده شیب افزایشی اپیدمی است.

جهت بررسی شیب کاهش و افزایشی اپیدمی کووید-۱۹؛ اطلاعات کشورهای خاورمیانه و شمال آفریقا (MENA<sup>۳</sup>) و بعضی از کشورهای توسعه یافته استخراج شد. اطلاعات تعداد تست و تعداد موارد شناسایی شده در کنار شاخص ذکر شده در بالا؛ در نمودار پراکنش مصور سازی شده است.



شکل ۶,۹. اطلاعات تعداد تست و تعداد موارد شناسایی شده کووید-۱۹ در کشورهای مختلف

بر اساس این نمودار نسبت تعداد تست (محور Y) به تعداد موارد شناسایی شده (محور X) در کشور ایران و کویت کمتر از ۱۰ برابر است و هر دو کشور براساس شاخص فوق الذکر در وضعیت شیب افزایشی اپیدمی قرار دارند. این نسبت برای کشورهای اسپانیا، آمریکا و عربستان سعودی بین ۱۰ تا ۲۰ برابر است و فقط کشور اسپانیا در وضعیت شیب کاهشی اپیدمی قرار دارد. تمامی کشورهای قرار گرفته در بازه ۲۰ تا ۳۰ برابر (ترکیه، ایتالیا و انگلیس) در وضعیت شیب کاهشی اپیدمی قرار دارند. نسبت تعداد تست به تعداد موارد شناسایی شده در کشور کره جنوبی ۱۰۷ برابر است (شکل ۵).

با در نظر گرفتن این شاخص به عنوان متغیر وابسته و با در نظر گرفتن سایر جنبه‌های سلامت از جمله میزان مرگ به علت بیماری‌های قلبی-عروقی؛ شیوع دیابت؛ فقر مطلق؛ تراکم جمعیت و درصد استعمال سیگار در بین مردان همراه با نسبت تعداد تست به تعداد موارد شناسایی شده به عنوان متغیرهای مستقل؛ مدل رگرسیون لجستیک برازش داده شد.

• جدول ۱,۹. مدل رگرسیون لجستیک شاخص اندازه‌گیری شیب کاهشی و افزایشی اپیدمی کووید-۱۹ همراه با متغیرهای مستقل

|                     | Odds Ratio | P >  z | [Conf. Interval 95%] |        |
|---------------------|------------|--------|----------------------|--------|
| *Proportion         | 1.015      | 0.020  | 1.002                | 1.027  |
| CVDs death rate     | 0.984      | 0.003  | 0.973                | 0.995  |
| Diabetes prevalence | 0.947      | 0.637  | 0.756                | 1.187  |
| poverty Extreme     | 0.979      | 0.546  | 0.915                | 1.048  |
| density Population  | 0.999      | 0.599  | 0.996                | 1.002  |
| smokers Male        | 1.077      | 0.036  | 1.005                | 1.154  |
| Constant            | 2.043      | 0.553  | 0.193                | 21.597 |

Proportion = total tests per million / total cases per million \*

در واقع بر طبق این مدل؛ با افزایش ۷ برابری نسبت تعداد تست به تعداد موارد شناسایی شده؛ شانس منفی شدن شیب اپیدمی در ایران تقریباً دو برابر خواهد شد (جدول ۱).

## کیفیت خدمات بیمارستانی برای بیماران کووید-۱۹، پاشنه آشیل مرگ ناشی از این بیماری

همه گیری کووید-۱۹ موجب کمبود منابع بیمارستانی (مانند وسایل حفاظت شخصی، ونتیلاتور، تخت‌های بیمارستانی، امکانات مراقبت‌های ویژه) و نیروهای انسانی لازم برای مقابله با این همه گیری بویژه در ماههای اول همه گیری شده بود. این کمبود در تمام کشورهای جهان اتفاق افتاده است، اما در کشورهای در حال توسعه و با درآمد کم و متوسط که امکانات بیمارستانی با محدودیت بیشتری مواجه هستند بسیار برجسته تر بوده است. از این رو برنامه ریزی‌های دقیق و طراحی و پیاده سازی سیاست‌های بهداشتی و درمانی مناسبی لازم بود تا بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی و درمانی بتوانند خدمات با کیفیت مناسب در زمان همه گیری کووید-۱۹ هم برای بیماران مبتلا به این عفونت و هم تمام سایر بیمارانی که در زمان این همه گیری به بیمارستان مراجعه می‌کنند ارائه دهند.

## ۹٫۸ بررسی وضعیت موجود و سیاست گذاری پیشگیری و مدیریت بیماریها و عوامل خطر غیر واگیر در شرایط پاندمی کووید ۱۹

بر اساس تجزیه و تحلیل وضعیت موجود کشور و مطابق با توصیه های سازمان جهانی بهداشت در زمینه ارائه خدمات غیر واگیر در زمینه پاندمی کووید ۱۹، اهداف، استراتژی ها و اقدامات اولویت دار شناسایی و یک طرح پاسخ برای مدیریت خدمات بهداشتی بیماریهای غیر واگیر و عوامل خطر در زمینه همه گیری کووید ۱۹ تدوین و اجرایی شد. دستورالعملهای عملیاتی جداگانه ای برای ارائه خدمات بهداشتی برای بیماریهای و عوامل خطر ساز از جمله دیابت، بیماریهای مزمن تنفسی و آسم، سرطانها بیماریهای قلبی عروقی و فشار خون بالا و فعالیت بدنی نیز تدوین و اطلاع رسانی و ابلاغ شد.



شکل شماره ۷٫۹. اهداف برنامه پاسخ ایران برای خدمات NCD در زمینه بیماری همه گیر Covid-۱۹

نظر به الزامات و شرایط خاص حین پاندمی کووید ۱۹، مداخلات مرتبط با سیستم بهداشتی را می توان ذیل شش محور اصلی گروه بندی و تشریح نمود: (۱) ارائه خدمات (۲) کادر بهداشت و درمان (۳) دسترسی به داروهای ضروری (۴) تأمین مالی (۵) سیستم اطلاعات بهداشتی و (۶) تولید.

## ۱. ارائه خدمات

ارزیابی انجام شده توسط سازمان جهانی بهداشت نشان می‌دهد که پس از شیوع کووید ۱۹، در ۵۹٪ از کشورها، دسترسی به خدمات سرپایی تا حدودی محدود شده است. تقریباً ۳۸٪ کشورها گزارش داده‌اند که خدمات سرپایی بیماریهای غیرواگیر بدون محدودیت در دسترسی باز مانده‌اند. همچنین ۶۲٪ از کشورها گزارش داده‌اند که خدمات بستری برقرار است در حالی که کمی بیش از یک سوم (۳۵٪) گزارش داده‌اند که خدمات مراقبت‌های بیماریهای غیرواگیر بستری فقط برای موارد اضطراری قابل بهره‌برداری است. در ایران، استفاده از خدمات بهداشتی غیر واگیر کاهش یافته است. با این حال، کارشناسان معتقدند که ممکن است برخی افراد برای دریافت خدمات به مراکز بهداشتی مراجعه نکرده باشند، اما خدمات را از جای دیگری دریافت کرده‌اند. به همین دلیل، داده‌های تسهیلات ممکن است مقدار کاهش استفاده را بیش از حد تخمین بزنند. علل مرتبط در این حوزه را می‌توان دو گروه کلی تقسیم کرد: (۱) عوامل مربوط به مصرف کنندگان خدمات یعنی بیماران برای دریافت خدمات کمتر هستند. و (۲) عوامل مرتبط با ارائه دهندگان خدمات یعنی اینکه ارائه خدمات قطع شده است. اکثر ذینفعان معتقد بر این باورند که هر دو عامل تقریباً به طور مساوی در کاهش استفاده تأثیر دارند.

## ۲. کادر بهداشت و درمان

ارزیابی سریع انجام شده توسط سازمان جهانی بهداشت نشان داد که تقریباً در همه کشورها (۹۴٪) کارکنان حوزه‌های درمان و بهداشت در خدمات مرتبط با بیماریهای غیرواگیر و عوامل خطر آنها درگیر ارائه خدمات مدیریت و کنترل پاندمی شده‌اند. به گفته کارشناسان، مهمترین اتفاقی که پس از شیوع کووید ۱۹ رخ داده است، تغییر وظیفه و توزیع مجدد ارائه دهندگان خدمات، به ویژه گروه‌های مراقبتی و پرستاران بوده است. در بسیاری از کشورها از جمله ایران، شرایط پاندمی مشکلات توزیع نیروی کار حوزه سلامت را بیشتر نمایان کرد. حتی قبل از شیوع کووید ۱۹، منابع انسانی در بخش بهداشت از نظر تعداد و توزیع پرسنل با کمبودهایی روبرو بودند. به عنوان مثال، به گفته کارشناسان، با کمبود بیش از ۷۰ تا ۸۰ هزار پرستار در کشور روبرو بودیم، این در حالی است که، پاندمی کووید ۱۹ چالش‌ها را بیشتر کرده و فشار بیشتری را بر منابع انسانی تحمیل می‌کند. در بخش درمان، تغییر وظیفه پرسنل و در بخش بهداشت توزیع وظایف جدید از جمله غربالگری به نیروی کار محول شد که وقت و انرژی زیادی را از ایشان صرف می‌کند.

## ۳. دسترسی به داروهای ضروری

نتایج تحقیقات نشان می‌دهد، مشکل کمبود دارو و تجهیزات پزشکی در پس از شیوع این بیماری بیشتر شده است. صاحبانظران و محققین عمده‌ترین چالش‌های نیازمند مدیریت را در قالب محورهای ذیل طبقه‌بندی نموده‌اند:

۱. به نظر می‌رسد دلیل اصلی کمبود دارو و تجهیزات پزشکی کاهش منابع مالی ارزی است که به دلیل عواملی مانند تحریم‌ها و کاهش صادرات رخ داده است. به همین دلیل، کمبود دارو برای داروهای که وابسته به ارز هستند مانند داروهای وارداتی، شدیدتر است.
۲. یکی از اقدامات مهمی که سازمان غذا و داروی ایران به منظور ایجاد شفافیت بیشتر در قیمت داروها انجام داده، امکان استعلام قیمت داروها از فرمول ملی کشور در [irc.fda.gov.ir/nfi](http://irc.fda.gov.ir/nfi) با جستجوی نام پزشکی فارسی و انگلیسی داروهاست.
۳. یکی از راهکارهای سیستم بهداشتی برای کاهش کمبود داروهای وارداتی، تلاش برای تولید داروهای خارجی در کشور است، اما به درست یا غلط، اعتقاد بر این است که داروهای تولید داخل از کیفیت پایین تری نسبت به داروهای وارداتی برخوردار هستند.

## ۴. تأمین مالی

طبق ارزیابی سریع سازمان جهانی بهداشت، فقط در ۲۰٪ از کشورها بودجه‌های بیماریهای غیرواگیر به سایر حوزه‌ها تخصیص داده شده است، فقط هفت کشور (۴٪) از دست دادن بیش از ۵۰٪ بودجه را گزارش کرده‌اند. از طرف دیگر، بیست و هشت کشور (۱۷٪) گزارش داده‌اند که بودجه کافی و افزایش یافته‌ای در بودجه دولت برای پاسخ به پاندمی و عوارض مرتبط آن در حوزه غیرواگیر اختصاص داده شده است. اگرچه به دلیل تعدد منابع مالی، تغییرات دقیق در میزان بودجه خدمات غیرواگیر در ایران قابل اندازه‌گیری نیست، اما کارشناسان معتقدند که به نظر نمی‌رسد در منابع مالی وزارت بهداشت و شرکت‌های بیمه کاهش محسوسی وجود داشته باشد. با این حال، از آنجا که این کشور با کمبود منابع به ویژه مبادلات خارجی روبرو است، حتی اگر بحران پاندمی حل شود، سیستم بهداشت در آینده با مشکلات زیادی روبرو خواهد شد.

پاندمی پیش آمده برای سیستم بهداشتی نیز گران تمام شده است. به عنوان مثال، هزینه روزانه آزمایش PCR در کشور حدود ۵ میلیارد تومان (حدود ۲۵۰،۰۰۰ USD) برآورد می‌شود که در بلندمدت بار مالی زیادی بر روی سیستم بهداشتی خواهد داشت.



## ۵. سیستم اطلاعات سلامت

ارزیابی انجام شده توسط سازمان جهانی بهداشت نشان می‌دهد که سه چهارم (۷۵٪) کشورها گزارش داده‌اند که وزارت بهداشت در حال جمع‌آوری یا جمع‌آوری اطلاعات مربوط به بیماریها و عوامل خطر غیر واگیر و بیماری کووید ۱۹ است. در ایران نیز به طور مستمر چهار منبع مهم برای جمع‌آوری اطلاعات در این حوزه مدیریت و پیگیری می‌شوند: (۱) سیستم ثبت مرگ، (۲) سیستم سوابق بهداشتی یکپارچه (SIB)، (۳) سیستم اطلاعات بیمارستان (HIS) و (۴) پیمایش ملی عوامل خطر و بیماریهای غیرواگیر (STEPS).

## ۶. تولیت

ارزیابی انجام شده توسط سازمان جهانی بهداشت نشان می‌دهد که در حدود دو سوم (۶۶٪) کشورها نسبت به تداوم خدمات غیرواگیر در لیست خدمات بهداشتی اطمینان وجود دارد.

۱. به دنبال بروز پاندمی در ایران، اقدامات زیر برای تداوم و ارتقای ارائه خدمات بهداشتی انجام شده است:
  ۱. با شروع پاندمی، ستاد ملی کرونا تحت نظارت و راهبری ریاست جمهوری تشکیل شد، که طی این مهم همکاری بین بخشی نسبتاً خوبی بین سیستم بهداشت و سایر سازمان‌ها برای مبارزه با بیماری شکل گرفت.
  ۲. در مورد ارائه خدمات حوزه غیر واگیر، به دلیل شدت شیوع بیماری، با وجود توجه به اهمیت خدمات، در ارگان‌های سطح بالا مانند ستاد ملی کرونا و شورای معاونان وزارت بهداشت، برنامه ملی خاصی برای خدمات غیرواگیر تدوین و اجرایی شد.
  ۳. بعلاوه، در هر دو زمینه بهداشت و درمان، برنامه‌ها و دستورالعمل‌های مناسب مبتنی بر نیاز بخش‌های غیردولتی تدوین و ابلاغ شد. تاکنون بیش از ۶۰ دستورالعمل و دستورالعمل مختلف تهیه شده است.
  ۴. در حال حاضر به نظر می‌رسد مهمترین مشکل عدم انسجام در برنامه ریزی، سیاست‌گذاری و اجرای مداخلات است. این فرایندها به طور جداگانه توسط ارگان‌های مختلف در سیستم بهداشت انجام می‌شود و فاقد جامعیت است.
  ۵. نوعی ضعف در اطلاع‌رسانی در وزارت بهداشت وجود دارد تا واحدها از برنامه‌های یکدیگر مطلع نباشند.
  ۶. از سوی دیگر به عنوان یک نکته مهم، اجرای برنامه‌ها بررسی نشده است و هنوز گزارش ارزیابی در دسترس نیست.

## بحث، نتیجه‌گیری و پیشنهادات

داده‌های کاوی و استفاده از فناوری اطلاعات در صورت کاربست هدفمند می‌توانند به کنترل همه‌گیری‌های عفونی مثل کووید-۱۹ کمک شایانی کند. فناوری اطلاعات در صورت تلفیق با اطلاعات بالینی امکان رهگیری بیماران و مداخلات سریع برای پیشگیری از گسترش بیماری چه در سطح خرد و چه در سطح کلان فراهم می‌کنند. طرح اول تا پایان اردیبهشت ماه در سطح کشوری اجرا می‌شد و داده‌های خوبی را برای استفاده در نظام سلامت فراهم می‌آورد. در دسترس بودن این اطلاعات برای عموم مردم هم در تغییر رفتار عامه و هم در پرهیز از تردد در مشاغل پرخطر یا محلات پرخطر تا حدودی موثر بود. در صورت امتداد این طرح می‌توانست کمک شایانی به نظام بهداشت برای مداخلات هدفمند برای محدودسازی این همه‌گیری نماید. اخیراً معاونت بهداشتی وزارت بهداشت مجدداً فعالیت‌هایی در این زمینه آغاز کرده است. در خصوص مداخله موثر برای کنترل عفونت؛ مدل به کار گرفته شده بر اساس داده‌های جهانی؛ اهمیت گسترش آزمایش در کنترل این عفونت را نمایان ساخت. هزینه اعتبارات وزارت بهداشت به جای داروهای بی‌اثر یا کم‌اثر در این زمینه می‌تواند کمک بیشتری به کنترل همه‌گیری کند.

علامت‌شناسی و پیش‌بینی پیش‌آگهی بیماران بر اساس علایم و بیماری‌های همراه نیز در مدیریت بیماری و نحوه اختصاص امکانات می‌تواند تاثیر گذار باشد.

داده‌های متناسب‌سازی شده در کیفیت مراقبت از بیماران بر اساس شدت بیماری در مراجعه‌کنندگان؛ نقاط بحران را در کیفیت مراقبت از بیماران مشخص ساخت. این داده‌ها می‌تواند مبنای تخصیص امکانات برای رفع نقاط ضعف و بهبود کیفیت باشد. پیشنهاد می‌شود مطالعات مشابهی با تکیه بر توانایی قسمت‌های مختلف نظام سلامت و دانشگاهی کشور برای کنترل هر چه بهتر و موثرتر موج فعلی و موج‌های بعدی اپیدمی کووید-۱۹ و همچنین همه‌گیری‌های دیگر در حال جریان در کشور و همه‌گیری‌های احتمالی بیماری‌های واگیردار، غیرواگیر و سوانح و حوادث در آینده در کشور انجام شود.



## 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 Oortmarsen 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 Moghaddam 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.
  - Milinovich GJ, Williams GM, Clements AC, Hu W. Internet-based surveillance systems for monitoring emerging infectious diseases. *The Lancet infectious diseases*. 2014;14(2):160-8.
  - World Health Organization. COVID-19 Weekly Epidemiological Update Update 2021. Available from: <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19---29-june-2021>.
  - Raofi A, Takian A, Akbari Sari A, Olyaeemanesh A, Haghighi H, Aarabi M. COVID-19 Pandemic and Comparative Health Policy Learning in Iran. *Arch Iran Med March*. 2020;23(4):220-34.
  - McMahon DE, Peters GA, Ivers LC, Freeman EE. Global resource shortages during COVID-19: Bad news for low-income countries. *PLoS neglected tropical diseases*. 2020;14(7):e0008412.
  - Prachand VN, Milner R, Angelos P, Posner MC, Fung JJ, Agrawal N, et al. Medically-necessary, time-sensitive procedures: a scoring system to ethically and efficiently manage resource scarcity and provider risk during the COVID-19 pandemic. *Journal of the American College of Surgeons*. 2020.
  - Huang I, Lim MA, Pranata R. Diabetes mellitus is associated with increased mortality and severity of disease in COVID-19 pneumonia—a systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*. 2020.
  - Jalili M, Payandemehr P, Saghaei A, Sari HN, Safikhani H, Kolivand PJAoIM. Characteristics and Mortality of Hospitalized Patients With COVID-19 in Iran: A National Retrospective Cohort Study. 2020.
  - National Committee on COVID Epidemiology and Iranian CDC. Daily Situation Report on Coronavirus disease (COVID-19) in Iran; May 12, 2020. Tehran, Iran: Ministry of Health and Medical Education; 2020.
  - National Committee on COVID Epidemiology and Iranian CDC. Daily Situation Report on Coronavirus disease (COVID-19) in Iran; May 5, 2020. Tehran, Iran: Ministry of Health and Medical Education; 2020.
  - Wilder-Smith A, Freedman DOJotm. Isolation, quarantine, social distancing and community con-

- tainment: pivotal role for old-style public health measures in the novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak. 2020;27(2):taaa020.
- Schwendinger F, Pocecco EJJJoER, Health P. Counteracting Physical Inactivity during the COVID-19 Pandemic: Evidence-Based Recommendations for Home-Based Exercise. 2020;17(11):3909.
  - Pinto AJ, Dunstan DW, Owen N, Bonfá E, Gualano B. Combating physical inactivity during the COVID-19 pandemic. *Nature Reviews Rheumatology*. 2020:1-2.
- Butler MJ, Barrientos RMJB, Behavior,, Immunity. The impact of nutrition on COVID-19 susceptibility and long-term consequences. 2020.
- Mattioli AV, Sciomer S, Cocchi C, Maffei S, Gallina SJN, Metabolism, Diseases C. Quarantine during COVID-19 outbreak: Changes in diet and physical activity increase the risk of cardiovascular disease. 2020;30(9):1409-17.
  - Yach DJN, Research T. Tobacco use patterns in five countries during the COVID-19 Lockdown. 2020.
51. Tadbiri H, Moradi-Lakeh M, Naghavi MJMJoTIRol. All-cause excess mortality and COVID-19-related deaths in Iran. 2020;34(1):561-6.
- Mafham MM, Spata E, Goldacre R, Gair D, Curnow P, Bray M, et al. COVID-19 pandemic and admission rates for and management of acute coronary syndromes in England. 2020;396(10248):381-9.
  - Rogers LC, Lavery LA, Joseph WS, Armstrong DG. All Feet On Deck—The Role of Podiatry During the COVID-19 Pandemic: Preventing hospitalizations in an overburdened healthcare system, reducing amputation and death in people with diabetes. *Journal of the American Podiatric Medical Association*. 2020:0000-.
  - Mahmud E, Dauerman HL, Welt FG, Messenger JC, Rao SV, Grines C, et al. Management of acute myocardial infarction during the COVID-19 pandemic. *Journal of the American College of Cardiology*. 2020.
  - 55. Yeo C, Ahmed S, Oo AM, Koura A, Sanghvi K, Yeo D. COVID-19 and Obesity—the Management of Pre-and Post-bariatric Patients Amidst the COVID-19 Pandemic. *Obesity Surgery*. 2020:1-3.
  - 56. Zhao J, Rudd A, Liu R. Challenges and potential solutions of stroke care during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak. *Am Heart Assoc*; 2020.
  - 57. Zheng S-q, Yang L, Zhou P-x, Li H-b, Liu F, Zhao R-s. Recommendations and guidance for providing pharmaceutical care services during COVID-19 pandemic: a China perspective. *Research in social and administrative pharmacy*. 2020.
  - 58. Banach M, Penson PE, Fras Z, Vrablik M, Pella D, Reiner Ž, et al. Brief recommendations on the management of adult patients with familial hypercholesterolemia during the COVID-19 pandemic. *Pharmacological Research*. 2020. 77
  - Perini GF, Fischer T, Gaiolla RD, Rocha TB, Belleso M, Teixeira LLC, et al. How to manage lymphoid malignancies during novel 2019 coronavirus (CoVid-19) outbreak: a Brazilian task force recommendation. *Hematology, Transfusion and Cell Therapy*. 2020.
  - Hall G, Laddu DR, Phillips SA, Lavie CJ, Arena R. A tale of two pandemics: How will COVID-19 and global trends in physical inactivity and sedentary behavior affect one another? *Progress in Cardiovascular Diseases*. 2020.
  - Aung MN, Yuasa M, Koyanagi Y, Aung TNN, Moolphate S, Matsumoto H, et al. Sustainable health promotion for the seniors during COVID-19 outbreak: a lesson from Tokyo. *The Journal of Infection in Developing Countries*. 2020;14(04):328-31.
  - Roschel H, Artioli GG, Gualano B. Risk of Increased Physical Inactivity During COVID-19 Outbreak in Older People: A Call for Actions. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2020.
  - Tanahashi TJJBotWHO. Health service coverage and its evaluation. 1978;56(2):295.
  - Organization WH. The impact of the COVID-19 pandemic on noncommunicable disease resources and services: results of a rapid assessment. 2020.
  - Nguyen LH, Drew DA, Graham MS, Joshi AD, Guo C-G, Ma W, et al. Risk of COVID-19 among front-line health-care workers and the general community: a prospective cohort study. 2020;5(9):e475-e83.

| Targets  | Dimension      | Strategies  |
|--|----------------|---|
| 8- At least 70% of eligible people receive drug therapy and counseling to prevent heart attack and strokes | Governance     | Bringing related priority subjects into the agenda of the High Council of Health<br>Establishing National NCD Committee<br>Establishing joint technical teams between MOHME and other involved organizations<br>Joint action planning |
|  |                | Sustainable financing of initiatives  |
|  | Risk Reduction | Improve access  |
|  | Health Care    | R&D   |
|  | Surveillance   | Survey/s<br>Statistics  |
| 9- 100% availability of essential NCDs medicines and basic technologies to treat major NCDs                | Governance     | Bringing related priority subjects into the agenda of the High Council of Health<br>Establishing National NCD Committee<br>Establishing joint technical teams between MOHME and other involved organizations<br>Joint action planning |
|  |                | Sustainable financing of initiatives  |
|  | Risk Reduction | Improve access  |
|  | Health Care    | Subsidies   |
|  | Surveillance   | Survey/s<br>Statistics  |
| 10- Zero trans fatty acids in edible oils and food products  | Governance     | Bringing related priority subjects into the agenda of the High Council of Health<br>Establishing National NCD Committee<br>Establishing joint technical teams between MOHME and other involved organizations<br>Joint action planning |
|  |                | Sustainable financing of initiatives  |
|  | Risk Reduction | Policy enforcement  |
|  |                | Health education and promotion  |
|  | Health Care    | PHC environmental health services   |
|  | Surveillance   | Monitoring  |

| Targets  | Dimension   | Strategies  |
|--|---|---|
| 5- 30% reduction in prevalence of current tobacco use    | Governance  | Bringing related priority subjects into the agenda of the High Council of Health  |
|  |   | Establishing National NCD Committee   |
|  | Risk Reduction  | Establishing joint technical teams between MOHME and other involved organizations |
|  |   | Joint action planning   |
|  |   | Sustainable financing of initiatives  |
|  |   | Taxation  |
|  |   | Law enforcement   |
|  |   | Law enforcement   |
|  | Health Care   | Reduction of people's access  |
|  |   | Health education and promotion  |
|  | Surveillance  | Quality   |
| 6-25% reduction in the prevalence of high blood pressure | Governance  | Service provision   |
|  |   | Survey/s  |
|  |   | Market information  |
|  |   | Bringing related priority subjects into the agenda of the High Council of Health  |
|  | Establishing National NCD Committee   |   |
| Risk Reduction   | Establishing joint technical teams between MOHME and other involved organizations |   |
|  | Joint action planning   |   |
| Health Care  | Sustainable financing of initiatives  |   |
|  | Health education and promotion  |   |
|  | Service quality improvement   |   |
| Surveillance   | In/out patient registries   |   |
| 7- Halt the rise of diabetes and obesity                 | Governance  | Surveys   |
|  |   | Bringing related priority subjects into the agenda of the High Council of Health  |
|  |   | Establishing National NCD Committee   |
|  |   | Establishing joint technical teams between MOHME and other involved organizations |
|  | Risk Reduction  | Joint action planning   |
|  |   | Sustainable financing of initiatives  |
|  | Health Care   | Community based interventions   |
|  |   | Service provision   |
| Surveillance   | Service quality   |   |
|  | Risk factor surveillance  |   |



| Targets  | Dimension         | Strategies  |
|--|-------------------|---|
| 2- 10% reduction in the harmful use of alcohol                   | Governance        | Bringing related priority subjects into the agenda of the High Council of Health  |
|  |                   | Establishing National NCD Committee   |
|  |                   | Establishing joint technical teams between MOHME and other involved organizations |
|  |                   | Joint action planning   |
|  |                   | Sustainable financing of initiatives  |
|  | Risk Reduction    | Reduction of people's access  |
|  | Health Care       | Health education and promotion  |
|  | Service provision |   |
|  | Surveillance      | Survey/s and seizure statistics   |
| 3- 20% reduction in prevalence of insufficient physical activity | Governance        | Bringing related priority subjects into the agenda of the High Council of Health  |
|  |                   | Establishing National NCD Committee   |
|  |                   | Establishing joint technical teams between MOHME and other involved organizations |
|  |                   | Joint action planning   |
|  |                   | Sustainable financing of initiatives  |
|  | Risk Reduction    | Environmental modification  |
|  |                   | Health education and promotion  |
| Health Care  | Service provision |   |
|  | Surveillance      | Survey/s, statistics  |
| 4- 30% reduction in mean population intake of salt/sodium        | Governance        | Bringing related priority subjects into the agenda of the High Council of Health  |
|  |                   | Establishing National NCD Committee   |
|  |                   | Establishing joint technical teams between MOHME and other involved organizations |
|  |                   | Joint action planning   |
|  |                   | Sustainable financing of initiatives  |
|  | Risk Reduction    | Market control  |
|  |                   | Health education and promotion  |
| Health Care  | PHC services      |   |
|  | Surveillance      | Survey  |
|  |                   | Product statistics  |

### Special Target for Iran

| Target  | Dimension      | Strategies  |
|---|----------------|---|
| 20% annual reduction in the number of accidents death | Governance     | Appropriate budget allocation<br>Preventive rules modification<br>Special attention to Standards in industry<br>Promoting inter-sectoral cooperation<br>Integrated Road Safety Management |
|   | Risk Reduction | Education<br>Promoting Health literacy<br>Identifying Risk factors  |
|   | Health Care    | Drivers' occupational health examinations<br>Improved Post Crash Care   |
|   | Surveillance   | ;Death registry<br>Random drug tests<br>Establishing and Supporting Data Systems for on-going Monitoring and Evaluation   |

### Inter-sectoral section

| Targets  | Dimension      | Strategies  |
|--|----------------|---|
| 1- 25% relative reduction in risk of premature mortality from cardiovascular diseases, cancer, diabetes, or chronic respiratory diseases | Governance     | Bringing NCD priorities into the agenda of High Council of Health                 |
|  |                | Establishing National NCD Committee   |
|  |                | Establishing joint technical teams between MOHME and other involved organizations |
|  |                | Joint action planning   |
|  | Risk Reduction | Sustainable financing of initiatives  |
|  |                | Health education and promotion  |
|  |                | Increasing accessibility  |
|  |                | Decreasing air pollutants   |
|  | Health Care    | Decreasing soil pollutants  |
|  |                | Screening   |
|  |                | Self-care   |
|  | Surveillance   | Improving pre-hospital emergency care   |
|  |                | In/Out patient registries   |
| Death registry<br>Cancer registry  |                |   |

| Targets  | Dimension                         | Strategies   |
|--|-----------------------------------|--|
|  | Health Care                       | Identifying and treating overweight and obesity<br>From childhood  |
|  |                                   | Providing prevention, early detection and cost effective case management   |
|  |                                   | Providing access to basic diagnostics and essential medications to prevent complications, improve quality of life and productivity |
|  |                                   | Standardization of diagnostic and investigation procedures and medications prescription  |
|  |                                   | Efficient referral and follow-up system  |
|  |                                   | Defining the monitoring and evaluation indicators  |
|  |                                   | Insurance coverage for all PHC services  |
|  |                                   | Empowerment of patients and their families for self-care   |
|  | Surveillance                      | Strengthening the weight registration system   |
|  |                                   | Strengthening and Upgrading the DM registry system<br>Gathering reliable health information of people via SEPAS system<br>STEPS    |
| 8- At least 70% of eligible people receive drug therapy and counseling (including glycemetic control) to prevent heart attacks and strokes.  | Governance                        | Developing and integration of the national guidelines  |
|  |                                   | Enforcement of the national guidelines   |
|  | Health Care                       | Involving private sector   |
|  |                                   | CVD Risk score   |
|  |                                   | Improving the quality of healthcare (private/ public, outpatient/ inpatient)   |
|  |                                   | Home care  |
|  | Self-care                         |  |
| Surveillance   | Healthcare quality survey (H.Q.S) |  |
| 9- 100% availability of affordable basic technologies and national essential medicines, including generics, required to treat major non communicable diseases in both public and private facilities. | Governance                        | Increasing the availability of appropriate treatment for STEMI and stroke  |
|  | Risk Reduction                    | Reduction of morbidity and mortality after STEMI and stroke  |
|  | Health Care                       | Increasing stroke unit in hospitals for effective treatment of stroke & centers with active cathlab (24/7) for PPCI                |
|  | Surveillance                      | Registry of STEMI and stroke case in hospital  |
| 10- Zero trans fatty acids in edible oils and food products  | Governance                        | Enforcement by supreme council   |
|  |                                   | Revision and enforcement of standards  |
|  |                                   | Targeting oil subsidies  |
|  | Risk Reduction                    | Community based approach   |
|  |                                   | School based approach<br>Workplace based approach  |
|  | Surveillance                      | Food Consumption survey  |

| Targets   | Dimension                        | Strategies   |
|---|----------------------------------|--|
|   | Risk Reduction                   | All governance strategies for salt reduction   |
|   |                                  | Substitution of sodium   |
|   |                                  | All physical activity governance strategy  |
|   |                                  | School based approach  |
|   |                                  | Workplace based approach   |
|   | Health Care                      | Effective continuous education   |
|   |                                  | Effective public education   |
|   | Surveillance                     | Continuous research on population based intervention   |
|   |                                  | CVDs registry  |
|   | 7- Stopping diabetes and obesity | Governance   |
| All physical activity governance strategy   |                                  |  |
| Enforcing integrated action plan for prevention and control of diabetes, hypertension, overweight and obesity and dyslipidemia in Primary Health Care (PHC)   |                                  |  |
| Effective Implementation of integrated program for prevention and control of diabetes, hypertension, overweight and obesity and dyslipidemia based on Population based and individual intervention approaches |                                  |  |
| Strengthening capacity of Health System particularly at primary care level  |                                  |  |
| Increasing and prioritizing budget allocation   |                                  |  |
| Engaging private health sectors and related non-health sectors (multi-sectorial actions)  |                                  |  |
| Reinforcing health system and efficient use of health care resources  |                                  |  |
| Providing equitable opportunities for early detection and effective intervention for all  |                                  |  |
| Accomplishing applied research on NCD and its risk factors  |                                  |  |
| Risk Reduction  |                                  | Revision and enforcement of standards  |
|   |                                  | All harmful use of alcohol governance strategy   |
|   |                                  | All physical activity risk reduction strategy  |
|   |                                  | Promoting public health literacy and culture regarding diabetes and other CV via healthy behaviors and self-care and avoiding exposure to risk factors |
|   |                                  | Primary prevention through Assessing and Managing CVD risk in population with risk factors   |
| Community engagement and empowerment of people for self-care  |                                  |  |

| Targets  | Dimension         | Strategies  |
|--|-------------------|---|
| 3- 20% relative reduction in prevalence of insufficient physical activity                    | Governance        | Budget allocation in MOHME  |
|  |                   | National plan   |
|  | Risk Reduction    | School based approach   |
|  |                   | Workplace based approach  |
|  |                   | Community based approach  |
|  | Health Care       | -Using a health care systems approach to promote physical activity and prevent and treat physical inactivity such as Obesity clinics.<br>-Assessing and discussing with clients about physical activity by all health care providers.<br>-Creating, maintaining, and leveraging cross-sectional partnerships and coalitions to implement effective strategies to promote physical activity. |
|  | Surveillance      | STEP, - GSHS- GYTS- CASPIAN National monitoring and evaluation framework for physical activity  |
| 4- 30% relative reduction in mean intake of salt/sodium                                      | Governance        | Revising Standards regarding salt in food products  |
|  |                   | Regulating food marketing   |
|  | Risk Reduction    | Enforcement of the standards  |
|  | Surveillance      | Substitution of sodium  |
|  |                   | Community based approach  |
|  |                   | School based approach   |
|  |                   | Workplace based approach  |
|  | STEP              |   |
| 5- 30% relative reduction in prevalence of current tobacco use in persons aged over 15 years | Governance        | Enforcement/smuggling   |
|  |                   | Tax/ Retail price   |
|  | Risk Reduction    | School based approach   |
|  |                   | Workplace based approach  |
|  |                   | Community based approach  |
|  | Health Care       | Smoking cessation clinics   |
| Surveillance   | STEPS- GSHS- GYTS |   |
| 6- 25% relative reduction in the prevalence of raised blood pressure                         | Governance        | Alignment of preventive and diagnostic guidelines   |
|  |                   | Revising medical students' curriculum to enable them to manage Hypertension   |
|  |                   | All governance strategies for salt reduction (Revising Standards regarding salt in food products)   |
|  |                   | Regulating food marketing   |
|  |                   | All physical activity governance strategy   |
|  |                   | Budget allocation in MOH  |
|  |                   | National plan   |

To deal with NCDs and related risk factors as a global health problem, there is a need for collective effort of health workers and officials of other organizations who are directly and indirectly involved in public health related demands. Iran Action Plan for the Prevention and Control of NCDs is aimed to determine the strategies and activities of intra- and inter-sectoral of MOHME, so that it is necessary to utilize the commitment of all the organizations- named in the document- in order to facilitate the monitoring and management of non-communicable diseases in the Islamic Republic of Iran. Some of these strategies are:

| Targets  | Dimension      | Strategies  |
|--|----------------|---|
| 1- 25% relative reduction in risk of premature mortality from cardiovascular diseases, cancer, diabetes, or chronic respiratory diseases | Governance     | Strengthening the supreme council for Health & Food Security  |
|  |                | Formation of NCDs' National Committee   |
|  |                | Formation of NCDs' Provincial Committees  |
|  |                | Upgrading and Promotion of NCDs' Directorate within MOHME   |
|  |                | Providing of National Plan to manage stroke and CVDs  |
|  |                | Comprehensive health information system (HIS), in particular EHR & CDSS   |
|  |                | National service framework (N.S.F)  |
|  | Risk Reduction | Reducing air pollution  |
|  | Health Care    | Emergency care  |
|  |                | Rehabilitation care   |
|  |                | Community participation   |
|  |                | PHS reform and family physician in Iran and urban areas   |
|  | Surveillance   | Death Registry  |
| Death Registry   |                |   |
| Cardiovascular & Chronic Respiratory disease Registry  |                |   |
| PM2.5 & PM10 monitoring in Mega and Metropolitan cities<br>Benzene & Benzo $\alpha$ Pyrene   |                |   |
| 2- At least 10% relative reduction in the harmful use of alcohol, as appropriate, within the national context.                           | Governance     | Comprehensive Plan<br>"Prevention, Treatment, and Reduction of Alcohol Intoxication, 2011-2015" endorsed by High Council of Health and Food Security and High Social Council of MoI<br>National Policy Document<br>"Prevention, Tackle, Treatment, Harm Reduction and Rehabilitation of Alcohol Use, 2013-2017" |
|  |                | Risk Reduction  |
|  | Health Care    | Primary prevention & integration into general health system<br>Treatment  |
|  | Surveillance   | STEPS- GSHS- GYTS   |



## Iran Action Plan for the Prevention and Control of NCDs

Iran Action Plan for the Prevention and Control of NCDs has eight chapters, including:

1. Overview of Non-Communicable Diseases and related risk factors
2. The status of non-communicable diseases in Iran
3. related risk factors of non-communicable diseases in Iran
4. National and Sub-National Burden of Diseases (NASBOD): A new method to calculate accurate and reliable information and statistics related to health in Iran
5. An analysis on 9 voluntary global NCD targets of WHO and probability of Iran's achievement to those goals
6. Establishment of the Iranian National Committee on Prevention and control of Non-Communicable Diseases
7. Inter- and intra-sectoral interventions of National NCDs Committee
8. Iran's Opportunities and challenges in the prevention and control of non-communicable diseases

and the authorities who endorsed the Iran Action Plan for the Prevention and Control of NCDs are president, the Speaker of House, director general of WHO, WHO regional office for the Eastern Mediterranean, and members of supreme council of health and food security.

- The President of the Islamic Republic of Iran, WHO regional office for the Eastern Mediterranean
- The Speaker of House
- WHO regional office for the Eastern Mediterranean
- Director general of WHO
- First Vice President
- Vice President
- Head of Environmental Protection Organization
- Minister of Roads and Urban Development
- Minister of Culture and Islamic Guidance
- Minister of Energy
- Minister of Agriculture
- Minister of Labor and Social Affairs
- Minister of Interior
- Head of the Broadcasting Organization
- Minister of Economic Affairs and Finance
- Minister of Education
- Minister of Youth Affairs and Sports
- Minister of Industry, Mine and Trade

### The NCD targets for Iranian population

Iran health authorities have modified two targets of “the set of 9 voluntary global NCD targets of WHO for 2025” according to this country’s circumstances (targets 3 and 8), and added three other targets (Iran’s specific targets) to them as below:

Target 1. 25% reduction in the risk of premature death from cardiovascular disease, cancer, diabetes, chronic lung disease

Target 2. At least 10% relative reduction in alcohol consumption

Target 3. A 20% (10%) relative reduction in prevalence of insufficient physical activity

Target 4. 30% relative reduction in the average salt intake in the population

Target 5. 30% relative reduction in the prevalence of tobacco use in persons aged 15+ years

Target 6. 25% relative reduction in the prevalence of high blood pressure or contain the prevalence of raised blood pressure

Target 7. Halt the rates of diabetes and obesity

Target 8. At least 70% (50%) of eligible people receive drug therapy and counseling to prevent heart attacks and strokes

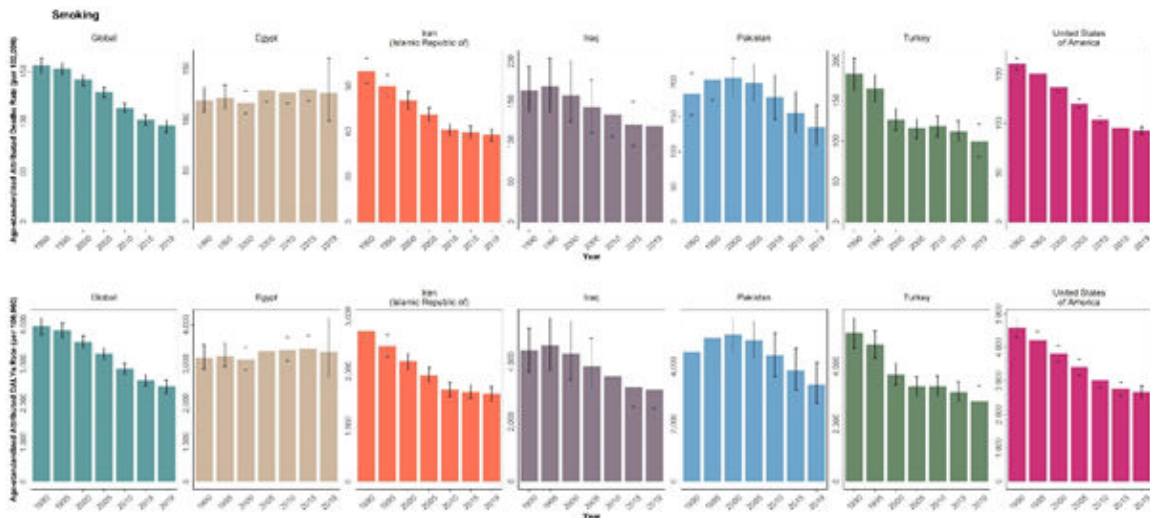
Target 9. An 80% availability of the affordable basic technologies and essential medicines, including generics in private and public sectors

Target 10. Zero Trans fatty acid in food & oily products

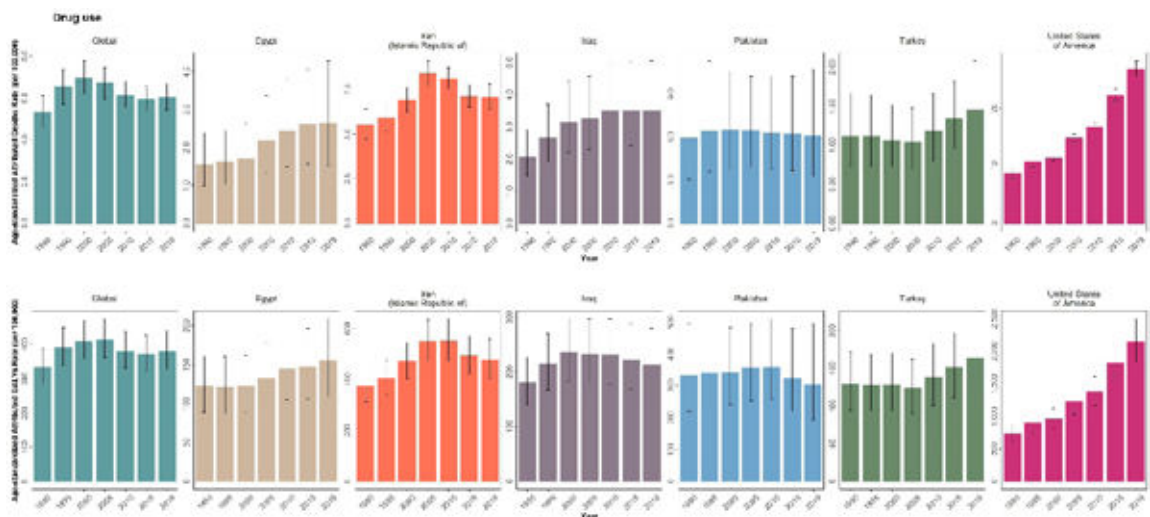
### Iran’s Specific Targets

- Target 11. A 20% relative reduction in mortality rate due to traffic injuries
- Target 12. A 10% relative reduction in mortality rate due to drug abuse
- Target 13. A 20% increase in access to mental health services

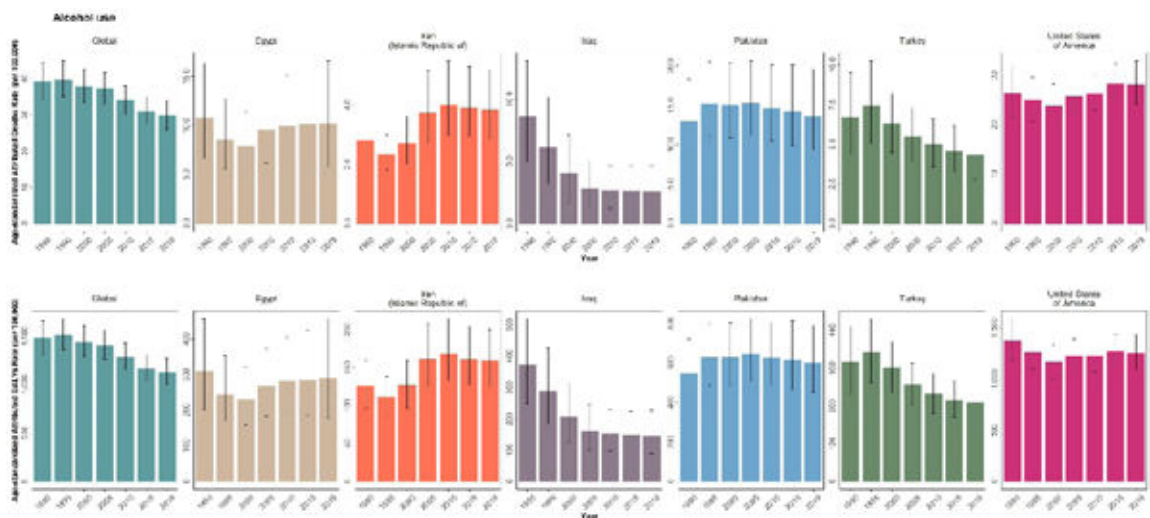
For developing the above-mentioned targets, a number of health experts convened in a collaborative approach and prepared the “Iran Action Plan for Prevention and Control of NCDs” through a committee namely: “Iranian Non-Communicable Diseases Committee (INCDC)”. It is a policy making national committee for coordinating all activities on NCDs affairs both inside and outside of Ministry of Health and Medical Education (MOHME). The head of this committee is the minister of health and medical education, and the overall goal of the committee is to make integration in policy-making, planning, and monitoring (not implementation) of all activities in the field of non-communicable diseases and related risk factors in the Islamic Republic of Iran. The achievement of this committee is the “National Action Plan for the Prevention and Control of Non-Communicable Diseases and Related Risk Factors in the Islamic Republic of Iran, 2015-2025) that was developed through a number of meetings. This Action Plan is a strategic document for prevention and control of NCDs and related risk factors for 10 years (from 2015 to 2025) which approved by supreme council of health and food security.



Deaths and DALYs rates attributable to smoking risk factor has declined, but still considerable

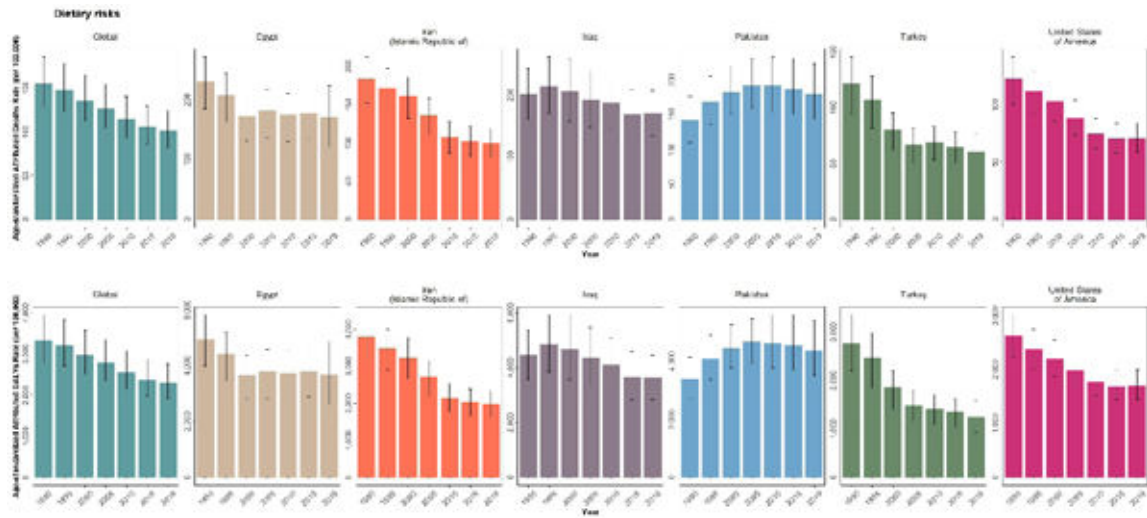


Deaths and DALYs rates attributable to drug use in Iran had a dramatic increasing and decreasing trend

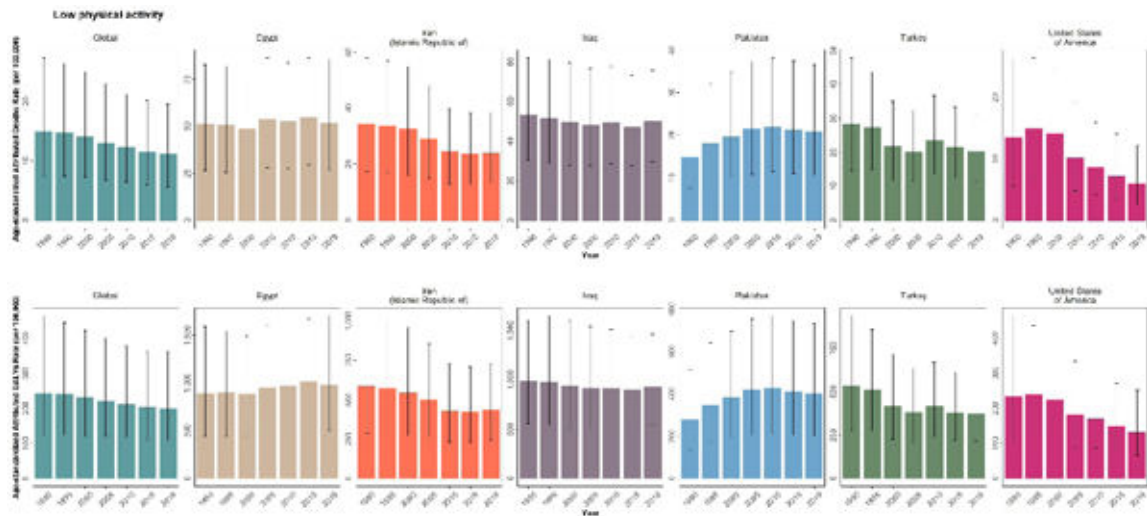


Deaths and DALYs rates attributable to alcohol use in Iran had an increasing trend

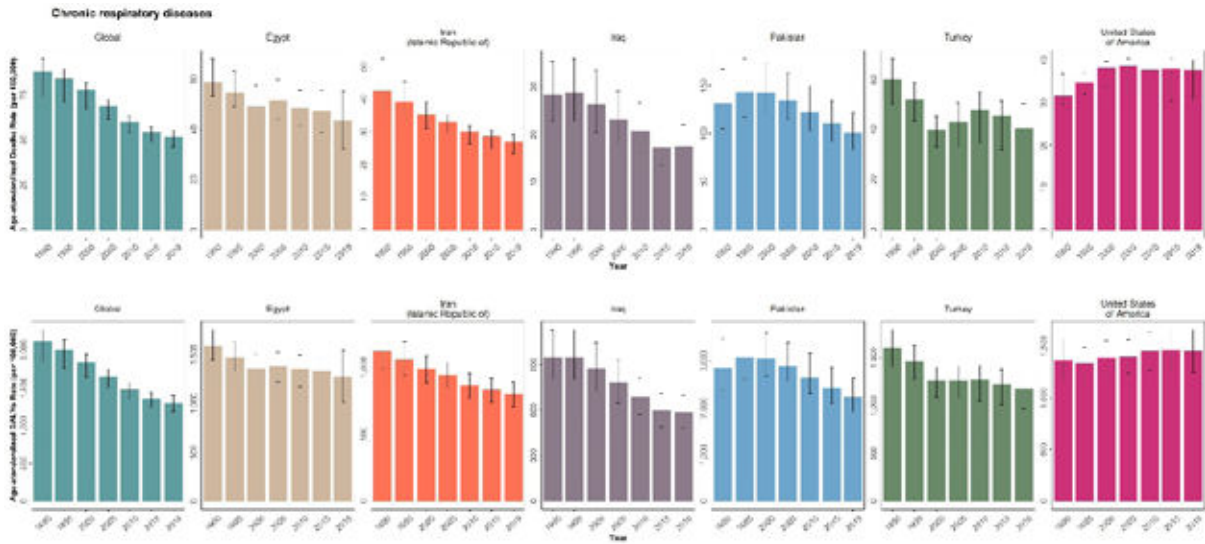
## Attributed burden to risk factors in the Globe, Iran, and five other countries



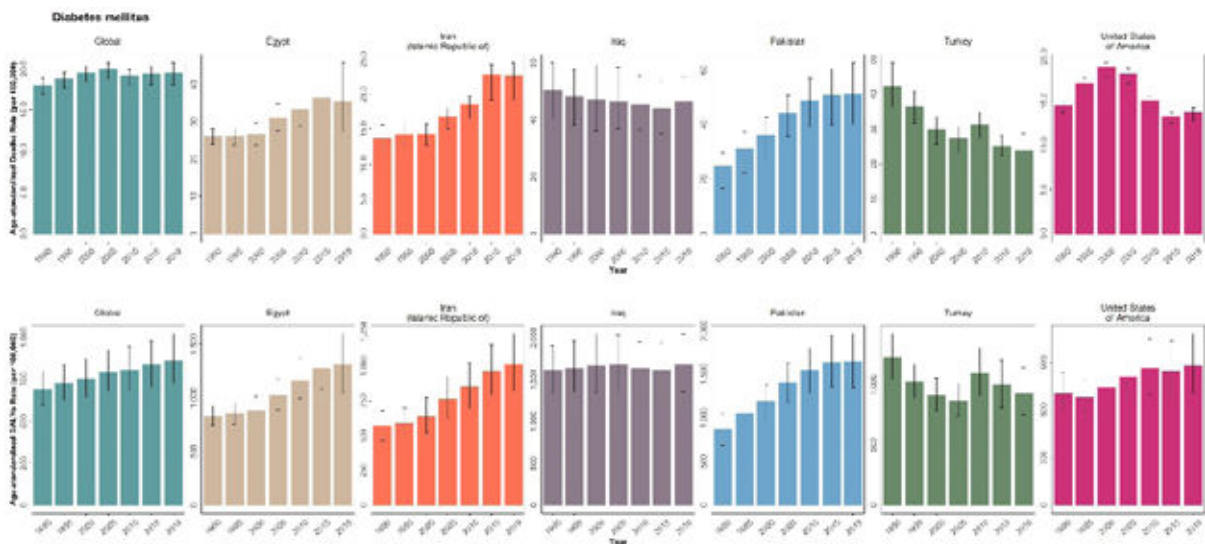
Deaths and DALYs rates attributable to dietary risk factors in Iran is higher than the Globe



Deaths and DALYs rates attributable to low physical activity in Iran are about two times higher than the Globe



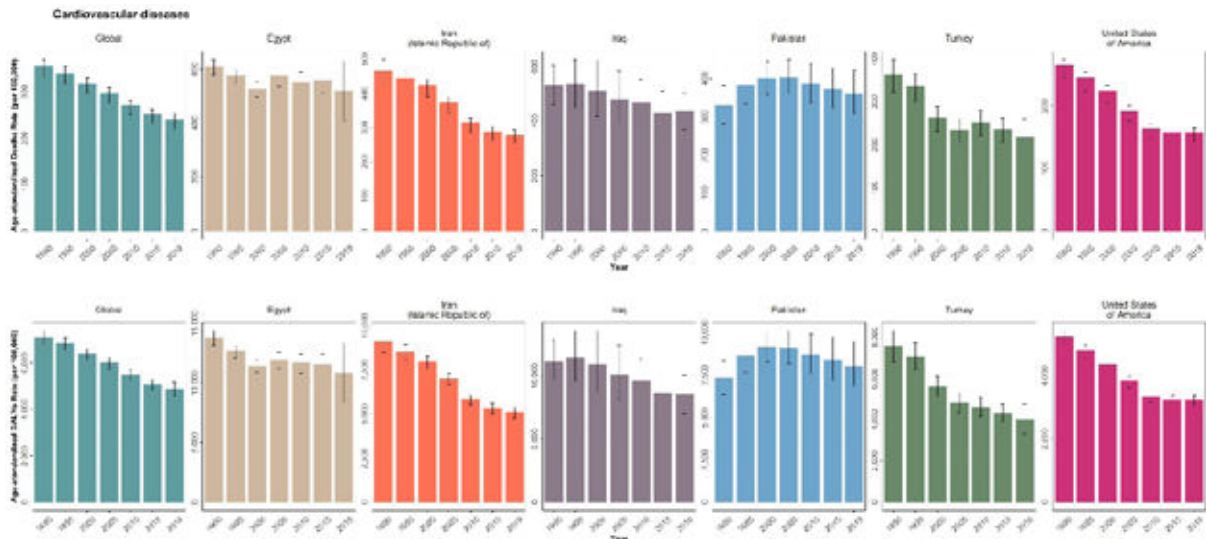
Deaths and DALYs rates due to chronic respiratory diseases had an decreasing trend in Iran, and are lower than the Globe



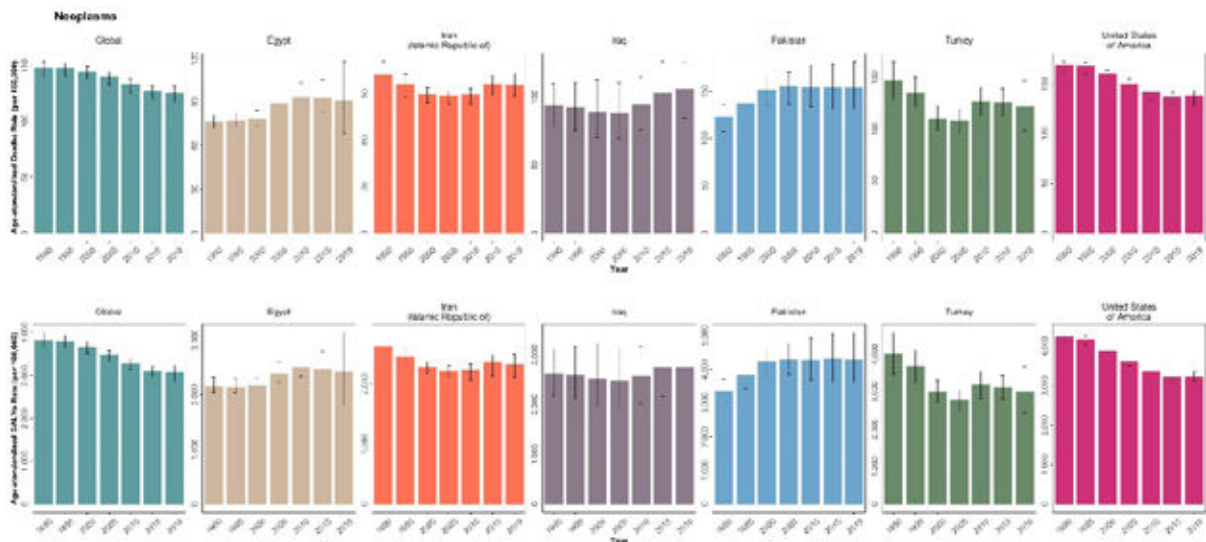
Deaths and DALYs rates due to diabetes had an ascending trend in Iran, and its rate was higher than the Globe



## Main Challenging Issues of NCDs in the Globe, Iran, and five other countries



Deaths and DALY rates due to cardiovascular diseases had descending trend in Iran, and its rate in Iran was lower than the Globe



Deaths and DALYs rates due to neoplasms in Iran are lower than the Globe

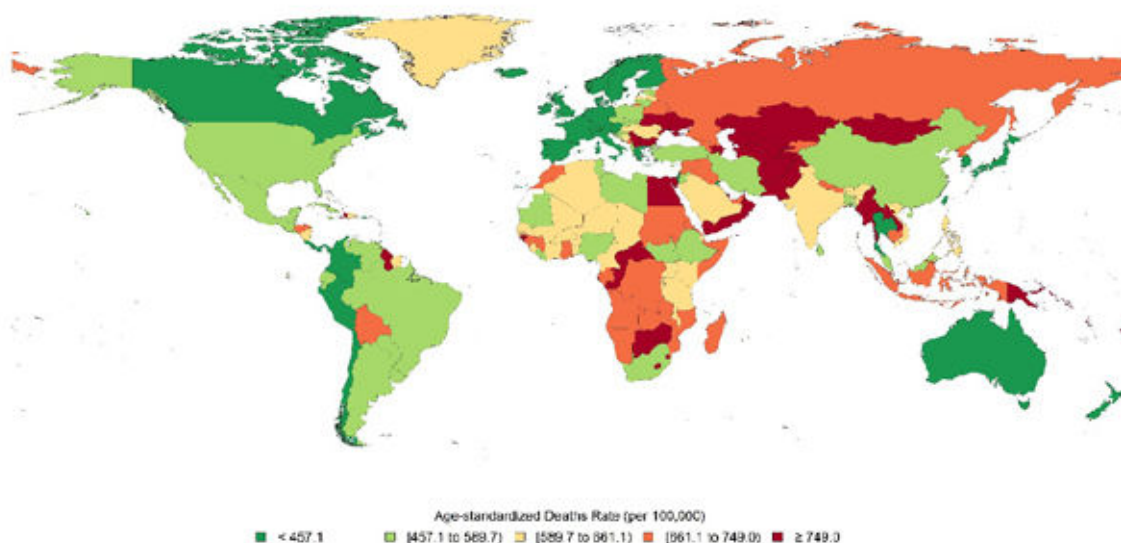


the field of communicable diseases, but non-communicable diseases remained as the greatest health problem in Iran.

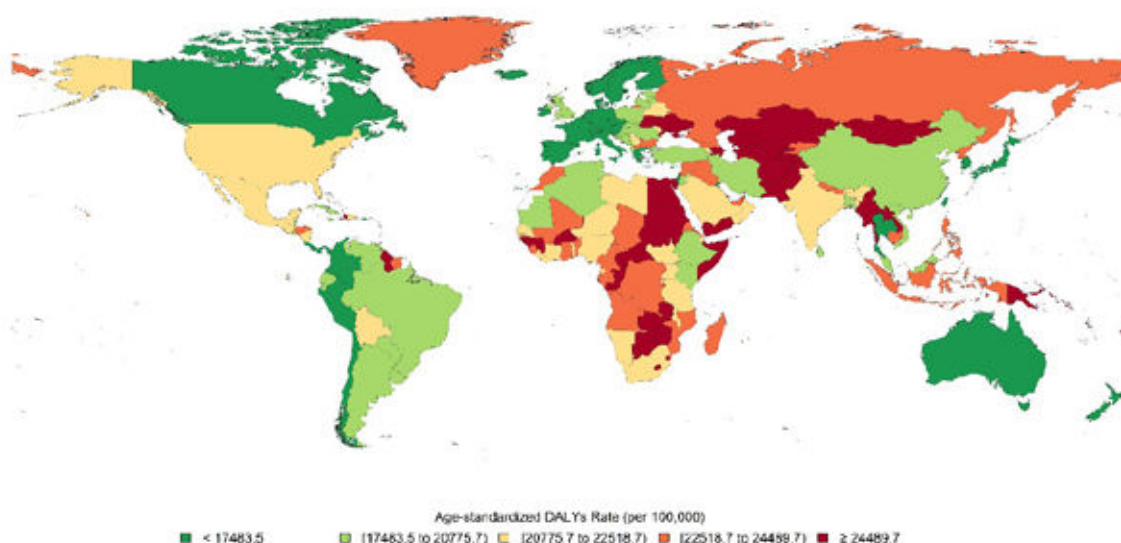
It is estimated that non-communicable diseases cause 42 million deaths in the world (74.4% of the total deaths in 2019). This number covers about that 80 percent of them occur in developing countries. In this regard, the problem of non-communicable diseases in developing countries requires more attention. Iran with a NCDs' death about 83.5% also suffers from this group of diseases<sup>2</sup>.

### Burden of Non-Communicable Diseases

Non-communicable diseases, 2019



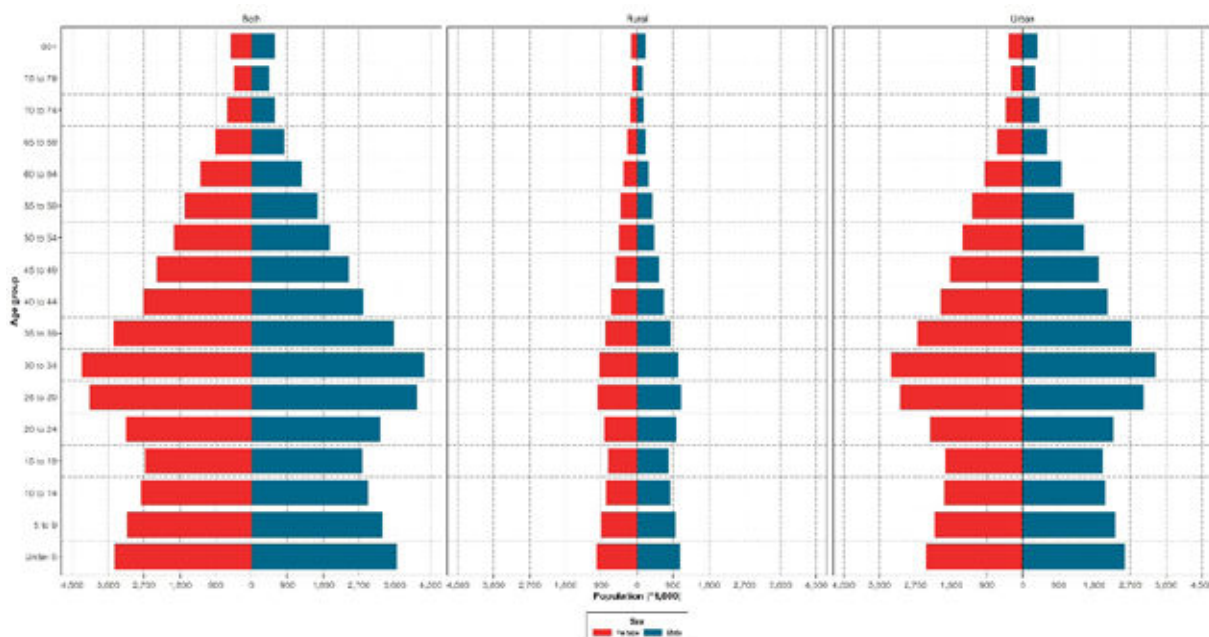
Non-communicable diseases, 2019



2 Global Burden of Disease (GBD) study 2019

## Iran in Brief

The Islamic Republic of Iran, the sixteenth largest country in the world, borders Armenia, Azerbaijan and Turkmenistan to the north; Afghanistan and Pakistan to the east; and Turkey and Iraq to the west. The country has access to both the Caspian Sea in the north, the Persian Gulf and Oman Sea in the south. The official language and script of the country is Persian. 99.6% of the population are Muslims, 0.2% are Christians, 0.07% Zoroastrians, and 0.05% Jews. Iran is divided into 31 provinces, which are further broken into smaller administrative areas (429 districts). According to the latest census, which was conducted in 2016, Iran's population is 79,926,270, of which 74.0% are settled in urban areas and 26% live in rural communities. 8.9% of the population are under 5 and 31.3% are above 40 years of age. During the last decades the urban population of the country in comparison to rural communities has almost doubled.

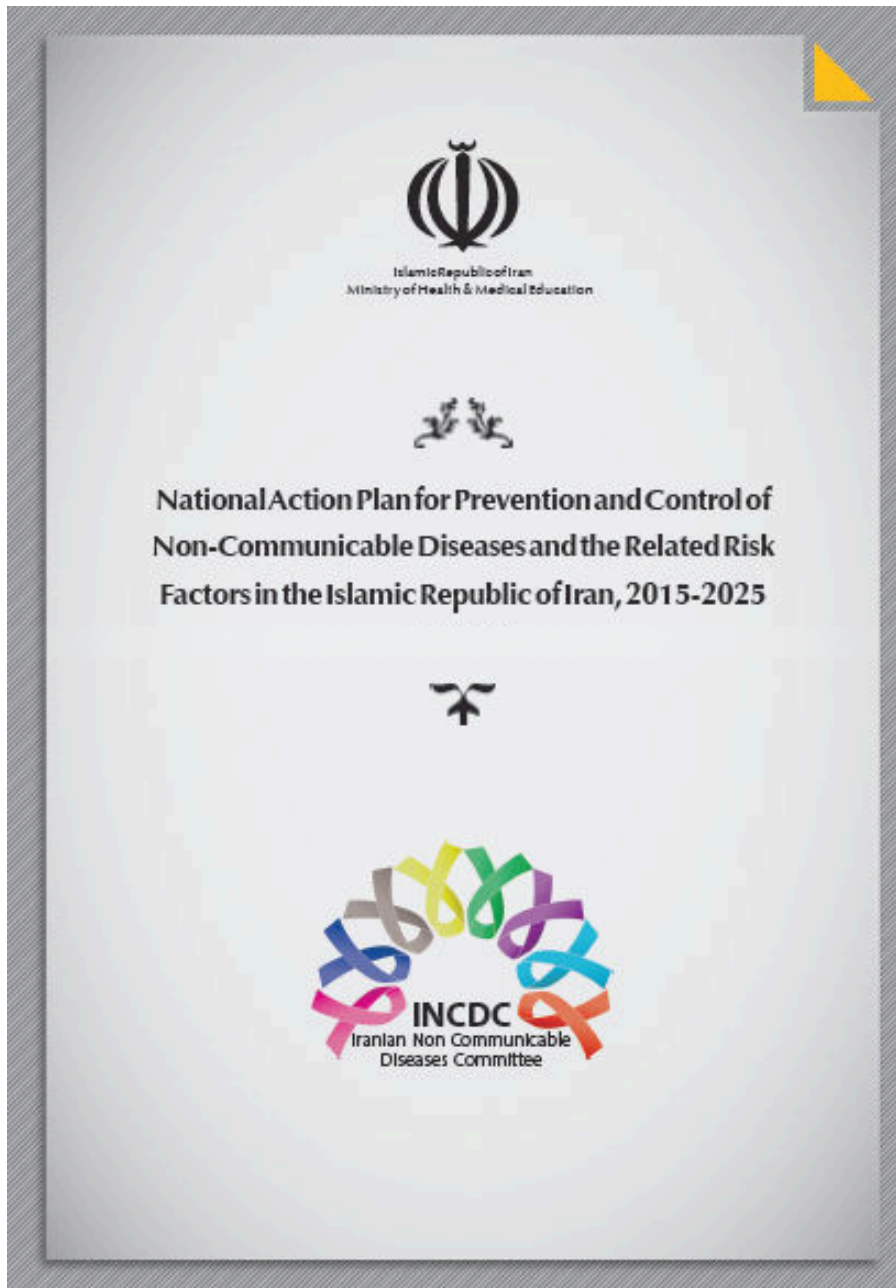


## Iran's Health Transition

The health system in Iran, reformed after the 1979 Islamic Revolution, was organized on the principles of the Conference of Alma Ata accessibility to health services for the entire population, importance of the Primary Health Care (PHC), focus on prevention, attention to disadvantaged groups and isolated communities, development of community health workers (Behvarz). The economic and social development of the country and the PHC have resulted in improved health status (under 5 mortality rate fell from 117.2 per 1000 live births in 1979 to 16.0 per 1000 live births in 2019; life expectancy increased from 58.0 years in 1979 to 76.1 in 2019 for males and 65.2 years to 81.6 among females<sup>1</sup>). Following these progresses in health situation of Iranians, a remarkable revolution occurred in the health status of the country especially in

1 National and Sub-national Burden of Diseases (NASBOD) study

# **A Summary of National Action Plan for Prevention and Control of NCDs in the I.R. Iran, 2015-2025**







تهران، بلوار فرحزادی، خیابان ایوانک، شهرک قدس، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی  
تلفن: +۹۸۲۱۸۸۳۶۳۵۶۰-۸۰