



عنوان و نام پدید آور	: سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط در جمهوری اسلامی ایران در بازه زمانی ۱۳۹۴ تا ۱۴۱۴/ پدید آورندگان اعضای کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر سیدحسن قاضی زاده هاشمی... او دیگران؛ [برای] کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر.
مشخصات نشر	: تهران: آفتاب اندیشه، ۱۳۹۴.
مشخصات ظاهری	: ۱۷۸ص: مصور(رنگی)، نقشه(رنگی)، جدول(رنگی)، نمودار(رنگی)؛ ۲۲×۲۹ س.م.
شابک	: ۹۷۸-۹۶۴-۷۵۴۱-۶۸-۸
وضعیت فهرست نویسی	: فیبا
یادداشت	: ص.ع. به انگلیسی: National action plan for prevention and control of...
یادداشت	: پدید آورندگان اعضای کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر سیدحسن قاضی زاده هاشمی، باقر لاریجانی...
یادداشت	: کتابنامه: ص. ۱۷۴-۱۷۶.
موضوع	: بیماری های مزمن -- ایران -- پیشگیری
موضوع	: بیماری های مزمن -- ایران -- عوامل مخاطره انگیز
موضوع	: سیاست پزشکی -- ایران
شناسه افزوده	: قاضی زاده هاشمی، سیدحسن
شناسه افزوده	: ایران. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر
رده بندی کنگره	: RA ۶۴۴/۸ الف ۹ ۱۳۹۴ س
رده بندی دیویی	: ۱۹۶۰۴۴۰۹۵۵/۳۶۲
شماره کتابشناسی ملی	: ۴۰۲۹۹۶۷

پدید آورندگان: اعضای کمیته و دبیرخانه ملی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر (آقایان: دکتر سید حسن قاضی زاده هاشمی؛ دکتر سید باقر لاریجانی؛ دکتر علی اکبر سیاری؛ دکتر رضا ملک زاده؛ دکتر رسول دیناروند؛ دکتر محمد حاجی آقاجانی؛ دکتر سید علی صدرالسادات؛ دکتر محسن اسدی لاری؛ دکتر فرشاد فرزادفر؛ دکتر حمیدرضا جمشیدی؛ دکتر علی اکبر حقدوست؛ دکتر علیرضا دلوری؛ دکتر احمد کوشا؛ دکتر رامین حشمت؛ دکتر امیر حسین تکیان؛ و خانم دکتر نیلوفر پیکری

ویراستار ادبی: آقای کورش اسعدی بیگی و خانم دکتر شهره نادری مقام

شابک: ۹۷۸-۹۶۴-۷۵۴۱-۶۸-۸

ناشر: آفتاب اندیشه

شمارگان: ۳۰۰۰ نسخه

چاپ اول: پاییز ۱۳۹۴

طراح و صفحه آرا: آقای افشین جم



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
تیر ماه ۱۳۹۴



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



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

بیانیه رییس کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر



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

بیماری‌های مزمن و غیرواگیر، اصلی‌ترین عوامل مرگ و ناتوانی در دنیای امروز به شمار می‌روند. عبارت بیماری‌های غیرواگیر به مجموعه‌ای از بیماری‌ها اطلاق می‌شود که توسط یک عفونت حاد ایجاد نمی‌شوند؛ اثرات مرتبط با سلامت آن‌ها دراز مدت است و نیاز به درمان و مراقبت طولانی مدت دارند. عمده 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 نامناسب، نبود فعالیت بدنی کافی، مصرف دخانیات و مصرف الکل، پیشگیری و کنترل شوند. بیماری‌های مزمن و غیرواگیر، فقط به عوامل فوق محدود نمی‌شوند و می‌توانند موارد دیگری همچون سوانح و حوادث و اختلالات روحی روانی را نیز شامل شوند. با توجه به طیف وسیع بیماری‌های غیرواگیر و گستردگی این شرایط اهمیت توجه به این دسته از بیماری‌ها دوچندان می‌شود.

شیوع و بروز چشم‌گیر بیماری‌های غیرواگیر، به ویژه در دهه‌های اخیر، سبب بروز نگرانی‌هایی در سیستم سلامت کشورهای مختلف و دست‌اندرکاران 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، انجام نشست‌ها و تدوین دستورعمل‌ها و نظام‌نامه‌هایی است که بیماری‌های غیرواگیر را هدف قرار می‌دهد. در این زمینه می‌توان به تلاش‌های مشترک این سازمان‌ها با موسسات و مراکز پژوهشی همچون موسسه IHME اشاره کرد که پروژه بررسی بار جهانی بیماری‌ها را بر عهده داشته است. در مجموع می‌توان چنین نتیجه گرفت که بحث بیماری‌های غیرواگیر، محدود به یک کشور یا یک منطقه نیست و مشکلی است که نظام سلامت تمامی کشورهای جهان با آن دست به گریبان هستند.

برآورد شده است که بیماری‌های غیرواگیر، سالانه ۳۵ میلیون مرگ یعنی حدود ۶۰ 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 این حال، باید در نظر داشت که این اولویت بندی نباید آذهان سیاستگذاران حوزه سلامت را از سایر بیماری‌های مزمن و غیرواگیر مانند اختلالات روانی، بیماری‌های اسکلتی عضلانی، بیماری‌های دهان و دندان و سوانح و حوادث دور کند.

با گذشت زمان، افراد در معرض عوامل محیطی و اجتماعی متعددی قرار می‌گیرند که در نهایت، آنان را به سوی شیوه زندگی ناسالم و غیر ایمن سوق می‌دهد. اگرچه کنترل عوامل خطر همچون رژیم غذایی نامناسب، نبود فعالیت بدنی کافی، مصرف دخانیات و غیره 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 که با هدف کاهش بار این بیماری‌ها تشکیل شده است. امید است با اتکال به خداوند منان و همت و تلاش متخصصان حوزه سلامت در بخش بیماری‌های غیرواگیر، شاهد رسیدن هر چه سریع‌تر نظام سلامت کشور به یکی از اهداف خود یعنی کاهش شیوع، بروز و مرگ‌ومیر ناشی از بیماری‌های غیرواگیر در کشور عزیزمان باشیم.

در این‌جا لازم می‌دانم از همکاری صمیمانه اعضای محترم کمیته به ویژه، معاونان محترم وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و کارشناسان محترم مرکز تحقیقات بیماری‌های غیرواگیر پژوهشگاه علوم غدد و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی تهران در تهیه و تدوین سند حاضر تشکر کنم.

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

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

به دلیل افزایش روند مرگ و میر ناشی از بیماری‌های غیرواگیر به ویژه در کشورهای در حال توسعه، سازمان جهانی بهداشت از دو دهه پیش، بیماری‌های غیرواگیر را جزء 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 بیش تر است. چهار بیماری عمده غیرواگیر شامل بیماری‌های قلبی - عروقی، سرطان‌ها، بیماری‌های مزمن ریوی و دیابت بطور مستقیم به چهار عامل خطر اصلی قابل پیشگیری شامل تغذیه نامناسب، نبود فعالیت بدنی مناسب، مصرف دخانیات و مصرف الکل وابسته هستند. افزایش روز افزون شیوع این بیماری‌ها، خسارات اقتصادی بزرگی را به کشورهای تحمیل می‌کند. علت این افزایش نیز ایجاد زمینه مساعدی است که در اثر گسترش عوامل خطر این بیماری‌ها در سالیان گذشته به وجود آمده است. تغییر شیوه زندگی سبب شده است که برخی از عوامل خطر مهم از جمله مصرف دخانیات، نبود 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 مرگ و میر و ناتوانی‌های ناشی از بیماری‌های غیرواگیر که در حال حاضر گریبان گیر کشورهای در حال توسعه شده است.

همانطور که پیش تر 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 میزان آگاهی و نحوه عملکرد مردم دانست. در بسیاری از موارد، نبود آگاهی کافی از عوامل خطر و به کار نبستن تمهیدات لازم و ضروری، سبب شده است تا این عوامل، روز به روز افزایش یابند. بنابراین، شناخت عوامل خطر، سیاست‌گذاری برای چگونگی مقابله و در نهایت، کنترل و کاهش روند روز افزون آن‌ها می‌تواند تاثیر به‌سزایی در کاهش بیماری‌های غیرواگیر داشته باشد. چنین به نظر می‌رسد که در میان عوامل گوناگون، بیماری‌های مزمن و غیرواگیر هم در کشورهای پیشرفته و هم در کشورهای در حال توسعه، در بین بزرگسالان اهمیت بیشتری دارند. هم اکنون، بیماری‌های قلبی - عروقی و سرطان‌ها، مهم ترین علل مرگ و میر در کشورهای پیشرفته هستند و بخش زیادی از مرگ‌ها را شامل می‌شوند. در بسیاری از کشورها، شیوع و بروز بیماری‌های غیرواگیر و مزمن، روند صعودی دارد و انتظار می‌رود که این روند همچنان ادامه پیدا کند. یکی از دلایل این موضوع می‌تواند افزایش امید به زندگی در بسیاری از کشورها باشد که نتیجه آن، افزایش شمار افراد مسن و احتمال ابتلا به انواع بیماری‌های غیرواگیر و مزمن است. دلیل دیگر آن است که الگوهای زندگی و رفتاری مردم به سرعت دگرگون می‌شود و این عادت‌ها، فرد را مستعد ابتلا به انواع بیماری‌های غیرواگیر می‌کند.

در حال حاضر، اهمیت توجه به بیماری‌های غیرواگیر در دنیا و به ویژه در کشورهای در حال توسعه بیش از پیش نمایان شده است و کشور ما نیز از این قاعده مستثنی نیست. ضرورت توجه همه جانبه به بیماری‌های غیرواگیر، مسئولان امر را بر آن داشت تا با تشکیل کمیته‌ای کشوری با عنوان «کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر جمهوری اسلامی ایران»، برای پیشگیری و کنترل هر چه بیشتر این دسته از بیماری‌ها و عوامل خطر مرتبط با آن‌ها تلاش کنند و فعالیت‌های موجود در این زمینه را به نحو مقتضی جهت دهند. 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 این راستا وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در چارچوب اهداف نه‌گانه پیشنه‌های سازمان جهانی بهداشت با هدف کنترل بیماری و مرگ و میر ناشی از بیماری‌های غیرواگیر تا سال ۲۰۲۵ میلادی و با تکیه بر دانش نیروهای متخصص خود در معاونت‌های مختلف، از خرداد ماه سال جاری اقدام به تهیه و تدوین سند حاضر نموده است. سندی که نه تنها اهداف نه‌گانه سازمان بهداشت جهانی را نشان گرفته، بلکه اهداف دیگری را نیز با توجه به اولویت‌های موجود کشور در بحث بیماری‌های غیرواگیر تعریف نموده است. ویرایش نخست 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 جهانی بهداشت در بیروت مورد بحث و بررسی قرار گرفت و پس از بازگشت اعضای محترم کمیته به تهران، بر اساس نظرات کارشناسان، اصلاحات لازم در مفاد آن اعمال شد. در این جا لازم می‌دانم از همکاری صمیمانه کارشناسان محترم معاونت‌های مختلف وزارت بهداشت و نیز پژوهشگران مرکز تحقیقات بیماری‌های غیرواگیر دانشگاه علوم پزشکی تهران که ما را در تهیه و تدوین سند حاضر یاری کردند؛ تقدیر و تشکر نمایم.

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

اعتدای سلامت مردم عزیز ایران، از مهم‌ترین مأموریت‌های دولت تیره است.
است که تحقق سند پیشگیری و کنترل بیماری‌های غذایی را هدف قرار دهد.
منطقه علمی برارسل بر این مأموریت فزاید برد. اهداف چنین
سندی جز با همکاری تمام سازمان‌ها و نهاد‌های تأثیرگذار بر سلامت
قابل حصول نخواهد بود. امیدوارم مردم شریف ایران از دستاوردهای
این اثبات‌بخش هم‌اندازه‌ای اجابت‌های لازم برای تحقق سلامت بهره‌مند گردند.

۹۴،۶،۷
سید علی زین‌العابدین
رئیس هیئت مدیره

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

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

سند بسیار ارزشمندی است که می‌تواند ارزش بسیار بالایی را
برگردد. این سند را با تمام توان و با تمام ظرفیت
سازمانی و تخصصی در اختیار شما قرار می‌دهم. این اقدامات به اوج درایت
و دست‌نزدی از این رهگذار در راستای قرارگیری در مسیر
در این حیطه علمی و حرفه‌ای خواهد داشت.

کمالی
۱۳۹۴/۰۶/۰۴

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



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

*Milehan
22 July 2015*

نظردکتر مارگارت چن، رئیس محترم سازمان جهانی بهداشت
در باره ضرورت و اهمیت تهیه و تدوین سند ملی پیشگیری و کنترل
بیماری های غیرواگیر جمهوری اسلامی ایران

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



آماده‌سازی سند حاضر بدون نکات با ارزش و حمایت‌های دکتر علاءالوان مدیر دفتر منطقه‌ای سازمان بهداشت جهانی در خاورمیانه و همکاران شان امکان پذیر نبود.

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

اعضای کمیته و دبیرخانه ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر

- آقای دکتر سیدحسین قاضی‌زاده هاشمی؛ وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، رئیس کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر جمهوری اسلامی ایران
- آقای دکتر باقر لاریجانی؛ معاون آموزشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، نایب‌رئیس کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر جمهوری اسلامی ایران
- آقای دکتر علی اکبر سیاری؛ معاون بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، عضو کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر جمهوری اسلامی ایران
- آقای دکتر رضا ملک‌زاده؛ معاون تحقیقات و فن‌آوری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، عضو کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر جمهوری اسلامی ایران
- آقای دکتر رسول دیناروند؛ رئیس سازمان غذا و دارو وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، عضو کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر جمهوری اسلامی ایران
- آقای دکتر محمد حاجی آقاجانی؛ معاون درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، عضو کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر جمهوری اسلامی ایران
- آقای دکتر سید علی صدرالسادات؛ معاون توسعه مدیریت و منابع وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، عضو کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر جمهوری اسلامی ایران
- آقای دکتر محسن اسدی لاری؛ مدیر کل امور بین‌الملل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، عضو دبیرخانه ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر جمهوری اسلامی ایران
- آقای دکتر فرشاد فرزادفر؛ رئیس مرکز تحقیقات بیماری‌های غیرواگیر پژوهشگاه علوم غدد و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی تهران، عضو دبیرخانه ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر جمهوری اسلامی ایران
- آقای دکتر حمیدرضا جمشیدی؛ عضو دبیرخانه ملی پیشگیری، کنترل بیماری‌های غیرواگیر جمهوری اسلامی ایران
- آقای دکتر علی‌اکبر حق‌دوست؛ رئیس دانشگاه علوم پزشکی کرمان، عضو دبیرخانه ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر جمهوری اسلامی ایران
- آقای دکتر علیرضا دلاوری؛ عضو دبیرخانه ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر جمهوری اسلامی ایران
- آقای دکتر احمد کوشا؛ معاون فنی معاونت بهداشت، رئیس اداره بیماری‌های غیرواگیر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و عضو دبیرخانه ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر جمهوری اسلامی ایران
- آقای دکتر رامین حشمت؛ عضو دبیرخانه ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر جمهوری اسلامی ایران
- آقای دکتر امیرحسین تکیان؛ عضو دبیرخانه ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر جمهوری اسلامی ایران
- خانم دکتر نیلوفر پیکری؛ عضو دبیرخانه ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر جمهوری اسلامی ایران

اعضای شورای عالی سلامت و امنیت غذایی

آقای دکتر محمدباقر نوبخت
معاون رئیس‌جمهور و سخنگوی دولت



آقای دکتر اسحاق جهانگیری
معاون اول رئیس‌جمهور



آقای دکتر عباس آخوندی
وزیر راه و شهرسازی



خانم دکتر معصومه ابتکار
رئیس سازمان حفاظت محیط‌زیست



آقای دکتر حمید چیت‌چیان
وزیر نیرو



آقای دکتر علی جنتی
وزیر فرهنگ و ارشاد اسلامی



آقای دکتر علی ربیعی
وزیر تعاون، کار و رفاه اجتماعی



جناب آقای محمود حجتی
وزیر جهاد کشاورزی



آقای دکتر علی اصغر فانی
وزیر آموزش و پرورش



آقای دکتر عبدالرضا رحمانی فضلی
وزیر کشور



آقای دکتر محمدرضا نعمت‌زاده
وزیر صنعت، معدن و تجارت



آقای دکتر علی طیب‌نیا
وزیر امور اقتصاد و دارایی



آقای دکتر محمد سرفراز
رئیس سازمان صدا و سیما



آقای دکتر محمود گودرزی
وزیر ورزش و جوانان





جمهوری اسلامی ایران

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

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 از میزان مرگ و بار مالی ناشی از مشکلات سلامت با سرعت چشمگیری رو به فزونی است. مهم‌ترین عوامل زمینه‌ساز مشترک در اغلب این بیماری‌ها، تحرک بدنی ناکافی، مصرف دخانیات، آلاینده‌های محیطی، تغذیه ناسالم و پرفشاری خون می‌باشد. براساس آمارهای جهانی، بیماری‌های غیرواگیر در حال حاضر مسئول بیش از ۵۳٪ بار بیماری‌ها بوده و انتظار می‌رود تا سال ۲۰۲۰ عامل سببی ۶۰٪ بار بیماری‌ها و ۷۳٪ تمام موارد مرگ در کل دنیا و ۸۰٪ موارد مرگ در کشورهای در حال توسعه باشند. پیش‌بینی می‌شود این میزان در کشور ما نیز چنین الگویی داشته و بیش از ۷۶٪ کل بار بیماری‌ها به این نوع از بیماری‌ها اختصاص یابد. مقابله با همه‌گیری بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر آن‌ها، ماهیتاً نیازمند مداخلات گسترده، موثر و فعال تمامی سازمان‌ها و وزارتخانه‌های مرتبط در درون و بیرون بخش سلامت است. بر این اساس مقام معظم رهبری در سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی ۱۸/۱/۱۳۹۳ بر تحقق رویکرد سلامت همه جانبه و انسان سالم در همه قوانین، سیاست‌های اجرایی و مقررات با رعایت کاهش مخاطرات و آلودگی‌های تهدیدکننده سلامت مبتنی بر شواهد معتبر علمی، تهیه پیوست سلامت برای طرح‌های کلان توسعه‌ای، ارتقاء شاخص‌های سلامت برای دستیابی به جایگاه اول در منطقه آسیای جنوب غربی تأکید کرده‌اند.

نظر به اهمیت موضوع و ضرورت پاسخگویی در قبال سیاست‌های کلی سلامت و انسجام مبادی تصمیم‌گیری، اجرا و نظارت و ارزیابی کلیه فعالیت‌ها، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اقدام به تشکیل کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط نموده است. این کمیته وظیفه برنامه‌ریزی، اولویت‌بندی و پایش و ارزیابی کلیه اقدامات مرتبط با کنترل بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر آن‌ها را در قالب یک سند جامع و ملی و در راستای تعهدات قانونی نظام جمهوری اسلامی ایران در سطح ملی و بین‌المللی بر عهده دارد. همچنین "شورای عالی سلامت و امنیت غذایی" با هدف تأمین سلامت شهروندان و در راستای اهداف برنامه‌های توسعه چهارم و پنجم موظف به تصویب سیاست‌های اجرایی بین‌بخشی سلامت شده است. سیاست‌هایی که باید تأمین، حفظ و ارتقای عادلانه سلامت، فراهم شدن شرایط دسترسی و برخورداری آحاد جامعه از سبب غذایی سالم و مطلوب و بهبود کیفیت و شیوه زندگی مردم را در پی داشته باشد. این شورا با کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط همکاری خواهد نمود تا اهداف عمده‌ای را در برنامه‌های بین‌بخشی برای مبارزه با بیماری‌های غیرواگیر دنبال کند. این اهداف که از تعهدات بین‌المللی جمهوری اسلامی ایران در قالب "سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط" با آن‌ها می‌باشند 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 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 فناوری‌های پایه و ضروری برای درمان بیماری‌های غیرواگیر

- ۹- دسترسی حداقل ۷۰٪ جمعیت به دارو و مشاوره لازم برای پیشگیری از بیماری‌های قلبی - عروقی و حملات عروق مغزی
- ۱۰- حذف اسیدهای چرب ترانس در روغن‌های 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 بیماری‌های روحی - روانی
- بر همین اساس و در راستای نیل به اهداف فوق، این تفاهم‌نامه بین وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (طرف اول تفاهم‌نامه) و وزیر / رییس سازمان 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 ارتقاء یافته در زمینه پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر از طریق اقدامات سلامت محور در زمینه‌های مورد توافق زیر در حوزه‌های مشترک دو طرف تفاهم‌نامه

ماده ۳ تعهدات طرفین

الف) وزارت بهداشت

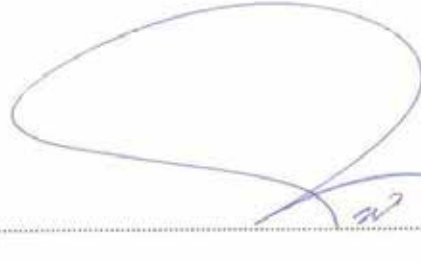
- الف) وزارت بهداشت
- ۱- تعیین انتظارات و همکاری‌های مورد نیاز برای اجرای برنامه‌ها از طرف دوم و طرح موثر آن در جلسات کمیته‌های مشترک.
- ۲- همکاری، هدایت و تسهیل فرآیند تدوین سیاست‌ها و اجرای مداخلات سلامت محور مرتبط با بیماری‌های غیرواگیر در مجموعه سازمانی طرف دوم تفاهم‌نامه.
- ۳- تدارک آموزش فنی لازم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

ب) وزارت / سازمان

- ۱- پیشگیری از مداخلات مضر سلامت و اجرای قوانین و مقررات مرتبط با پیوست سلامت.
- ۲- ایجاد دبیرخانه سلامت در حوزه دفتر وزیر / رئیس سازمان با هدف استمرار فعالیت‌های سلامت محور و تقویت همکاری‌های بین بخشی سلامت.
- ۳- تعیین انتظارات و همکاری‌های مورد نیاز از طرف اول تفاهم‌نامه و طرح موثر آن در جلسات کمیته‌های مشترک.
- ۴- تعیین مدیران و کارشناسان مرتبط برای فعالیت در کارگروه‌ها / کمیته‌های مشترک و معرفی به طرف اول.
- ۵- تنظیم سیاست‌های درون بخشی لازم برای اقدام مستمر در زمینه‌های مورد تفاهم در یک افق ده ساله.
- ۶- تامین و جذب منابع مالی مداخلات بر اساس برنامه‌های عملیاتی مصوب.
- ۷- همکاری لازم در امر پایش و ارزشیابی برنامه‌های عملیاتی مرتبط.

ماده ۴ شرایط اجرای تفاهم‌نامه

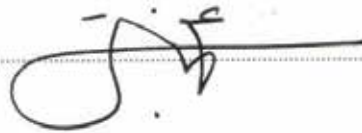
- ۱- طرفین تفاهم‌نامه حداکثر یک ماه پس از انعقاد آن کمیته‌ای مشترک از کارشناسان ذیربط و دارای صلاحیت تشکیل می‌دهند. برای عملیاتی کردن تعهدات و به منظور تعیین اقدامات عینی و ملموس سلامت محور، ضروری است کمیته کاری ضمن تشکیل جلسات با توالی حداکثر ماهانه، برنامه عملیاتی لازم را تنظیم کند. صورتجلسه بلافاصله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




اسحاق جهانگیری
معاون اول رئیس جمهور



معصومه ابتکار
رئیس سازمان حفاظت محیط زیست



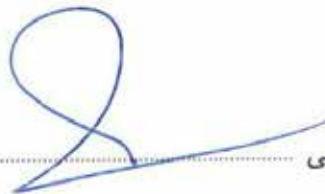
علی جنتی
وزیر فرهنگ و ارشاد اسلامی



محمود حجتی
وزیر جهاد کشاورزی



عبدالرضا رحمانی فضلی
وزیر کشور



علی طیب نیا
وزیر امور اقتصاد و دارایی



محمود گودرزی
وزیر ورزش و جوانان

محمدباقر نوبخت

معاون رئیس‌جمهور و سخنگوی دولت

عباس آخوندی

وزیر راه و شهرسازی

حمید چیت‌چیان

وزیر نیرو

علی ربیعی

وزیر تعاون، کار و رفاه اجتماعی

محمد سرافراز

رئیس سازمان صدا و سیما

علی اصغر فاتمی

وزیر آموزش و پرورش

محمدرضا نعمت‌زاده

وزیر صنعت، معدن و تجارت

سیدحسین قاضی‌زاده هاشمی

وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

برنام آنکه جان را فکرت آموخت

خلاصه مطالب	۲۰
اهداف سند ملی	۲۲

فصل یک

۳۱-۲۴

۱-۱ نکات کلیدی	۲۶
۱-۲ نگاهی کلی به وضعیت بیماری های غیرواگیر در جهان	۲۶
۱-۳ افراد در معرض خطر بیماری های غیرواگیر	۲۸
۱-۴ عوامل خطر	۲۹
۱-۵ اثرات اجتماعی و اقتصادی بیماری های غیرواگیر	۲۹
۱-۶ پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر	۲۹
۱-۷ پاسخ سازمان جهانی بهداشت	۳۱

فصل دو

۴۷-۳۲

۲-۱ بیماری های غیرواگیر اصلی در ایران	۳۶
۲-۲ سایر بیماری های غیرواگیر پر اهمیت	۴۱

فصل سه

۶۵-۴۸

۳-۱ عوامل خطر اصلی (رفتاری) بیماری های غیرواگیر	۵۲
۳-۲ سایر عوامل خطر زای بیماری های غیرواگیر	۶۲

فصل چهار

۷۷-۶۶

۴-۱ مقدمه	۶۸
۴-۲ زمینه	۶۸
۴-۳ علت نیاز به مطالعه NASBOD	۶۹
۴-۴ ساختار NASBOD	۶۹
۴-۵ تعاریف	۶۹
۴-۶ نمونه ای از نتایج	۷۰
۴-۷ عملکردها	۷۳
۴-۸ پیامدهای مربوط به سیاست گذاری	۷۵
۴-۹ نتیجه گیری	۷۵

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: +۹۸۲۱ ۸۸۳۶۳۵۶۰۸۰

تهیه سند: کمیته ملی پیشگیری و کنترل
بیماری های غیرواگیر

منابع داده ها:

*Global Burden of Disease
study 2010, performed by IHME

**National and Sub national
Burden of Disease study 2013,
performed by NCDRC





۲۴



۳۲



۴۸



۶۶



۷۸

فصل پنج

۷۸-۸۵

- ۵-۱. محاسبه میزان دستیابی ایران به اهداف ۹ گانه سازمان جهانی بهداشت ۸۰
- ۵-۲. بررسی اهداف ۲ تا ۹ سازمان جهانی بهداشت ۸۱

فصل شش

۸۶-۹۳

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

فصل هفت

۹۴-۱۶۵

- ۷-۱. مداخلات درون بخشی کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر ۱۱۲
- ۷-۲. مداخلات برون بخشی کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر ۱۵۳

فصل هشت

۱۶۶-۱۷۳

- ۸-۱. مقدمه ۱۶۸
- ۸-۲. عوامل موثر بر بیماری‌های غیرواگیر در جمهوری اسلامی ایران ۱۶۸
- ۸-۳. آیا «برنامه پزشک خانواده»، یک سیستم موثر برای کاهش خطر ابتلا به بیماری‌های غیرواگیر در ایران است؟ ۱۷۰
- ۸-۴. ادغام آموزش پزشکی و سلامت در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جمهوری اسلامی ایران ۱۷۱
- ۸-۵. طرح تحول نظام سلامت: فرصتی دیگر برای رسیدن به اهداف سند ۱۷۳
- ۸-۶. نتیجه گیری ۱۷۳

منابع

۱۷۴-۱۷۶

خلاصه مطالب

ایران به‌عنوان یکی از کشورهای با درآمد متوسط در منطقه مدیترانه شرقی، در دهه‌های اخیر به دستاوردهای قابل توجهی در حوزه سلامت دست پیدا کرده است. از جمله پیشرفت‌های ایران در این حوزه، کاهش سریع میزان مرگ‌ومیر مادران و کودکان و افزایش امید به زندگی است. با این وجود، بار بیماری‌های غیرواگیر و همچنین، بار مالی منتسب به این بیماری‌ها موجب شده است که نظام سلامت کشور، بیماری‌های غیرواگیر را به‌عنوان تهدیدی جدی در نظر بگیرد. به‌منظور 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 مزمن تنفسی و همچنین، سوانح و حوادث و بیماری‌های روانی است که به‌طور ویژه، در کشور ایران مطرح هستند. در این سند ملی، استراتژی‌های مشخص پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر به‌صورت استراتژی‌هایی کارآمد بسط داده شده است. در این راستا وزارت بهداشت ایران، ۹ هدف سازمان جهانی بهداشت را در نظر گرفته و آن‌ها را با شرایط ایران تنظیم نموده و چهار هدف ویژه ایران را به آن اضافه کرده است. در این سند، تمامی ذی‌نفعان داخلی و خارجی وزارت بهداشت شامل معاونت‌های مختلف وزارت بهداشت و وزارتخانه‌های ذی‌نفع و سازمان‌های دولتی که همکاران اصلی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر هستند؛ در نظر گرفته شده‌اند. نکته قابل توجه این است که این سند ملی توسط رئیس‌جمهور، رئیس مجلس، رئیس سازمان جهانی بهداشت، معاون رئیس‌جمهور 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 پذیرفته شده است. در این چکیده، تمامی فصل‌های سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر، به‌طور خلاصه به ترتیب ذیل ارائه شده است:

کلیات بیماری‌های غیرواگیر در جهان

بیماری‌های غیرواگیر (NCDs) که 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 بیماری مزمن انسداد ریوی و آسم) و دیابت. در حال حاضر، بیماری‌های غیرواگیر به‌شکلی نامتناسب، کشورهای کم‌درآمد و با درآمد متوسط را تحت تاثیر قرار داده‌اند و نزدیک به سه چهارم از مرگ‌های ناشی از بیماری‌های غیرواگیر (۲۸ میلیون مرگ) در این کشورها رخ می‌دهد.

بیماری‌های غیرواگیر در ایران

بیش از ۷۶ درصد کل بار بیماری‌ها (DALY) 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، کم‌درد، 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 در بین ۵ عامل خطر، مربوط به عوامل تغذیه‌ای 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 عامل خطر مصرف دخانیات، ایران در مقایسه با جهان، میزان کمتری دارد. عوامل خطر تغذیه‌ای 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 و مصرف دخانیات در ایران و جهان دارای روند نزولی هستند. میزان مرگ و DALY منتسب به مصرف الکل، روندی نسبتاً یکنواخت در ایران و جهان دارد؛ هر چند این میزان در ایران نسبت به متوسط جهانی، کم‌تر است.

مطالعه ملی بار بیماری‌ها (NASBOD)

مطالعه ملی و فروملی بار بیماری‌ها، سوانح و حوادث و عوامل خطر (NASBOD)، تلاشی نظام مند برای برآورد میزان آسیب‌های سلامت ناشی از بیماری‌ها، سوانح و حوادث و عوامل خطر است که برای اولین بار در سطح ملی و فروملی (استانی) انجام گرفته 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 شده است. سیاست‌گذاران سلامت در سطوح ملی و فروملی، مدیران بخش سلامت، پژوهشگران و شهروندان می‌توانند به طور مستقیم از برآوردهای بدست آمده در مطالعه NASBOD سال ۲۰۱۳ استفاده کنند. مطالعه NASBOD سال ۲۰۱۳، تصویری کلی از وضعیت سلامت گروه‌های جمعیتی در سراسر کشور فراهم می‌کند تا با کمک آن‌ها، بار بیماری‌های مختلف و توزیعشان به صورت یکجا مورد مقایسه قرار گیرد.

تحلیل اهداف سازمان جهانی بهداشت

سازمان جهانی بهداشت، 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 صد در صد 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 ریوی 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 با توجه به جامعه ایرانی تنظیم شود.

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 معاونان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و جمعی از متخصصان 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 است و با چشم اندازی ۱۰ ساله به سوی دستیابی به این اهداف قدم بر خواهد داشت. فعالیت‌های کمیته در این مورد به دو بخش درون بخشی و برون بخشی تقسیم می‌شود که در سند حاضر به تفصیل مورد بحث قرار می‌گیرند.

فرصت‌های پیش رو

ساختار نظام سلامت در ایران به گونه‌ای است که به خودی خود، فرصت‌هایی را برای رسیدن هر چه سریع‌تر به اهداف کمیته در بطن خود نهفته دارد. سیستم پزشکی خانواده به عنوان یکی از اقدامات اخیر وزارت بهداشت در جهت ارتقای سطح سلامت در جامعه روستایی و نیز ادغام بخش آموزش پزشکی با خدمات بهداشتی و درمانی در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و طرح تحول نظام سلامت، از جمله فرصت‌های فوق‌الذکر هستند که در بخش‌های 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 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 نگه داشتن میزان بیماری دیابت و چاقی
- هدف ۸: دریافت دارو و مشاوره (از جمله کنترل قند خون) توسط حداقل ۷۰٪ از افراد واجد شرایط، به منظور 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





کلیات بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط

- بیماری‌های غیرواگیر، سالانه سبب مرگ حدود ۳۸ میلیون نفر در جهان می‌شود.
- حدود سه چهارم مرگ‌های مرتبط با بیماری‌های غیرواگیر در جهان (۲۸ میلیون) در کشورهای در حال توسعه اتفاق می‌افتد.
- شانزده میلیون از مرگ‌های مرتبط با بیماری‌های غیرواگیر در جهان، پیش از ۷۰ سالگی اتفاق می‌افتد که از این میزان، ۸۲ درصد مربوط به کشورهای با درآمد کم و متوسط است.
- بیماری‌های قلبی - عروقی، بیشترین میزان مرگ‌ومیر مرتبط با بیماری‌های غیرواگیر در جهان را موجب می‌شود؛ به طوری که بیش از ۱۷ میلیون نفر در سال به واسطه این بیماری‌ها می‌میرند.
- مصرف دخانیات، نبود تحرک فیزیکی کافی، مصرف الکل و رژیم غذایی ناسالم از مهم‌ترین عوامل خطر مرتبط با ابتلا به بیماری‌های غیرواگیر هستند.

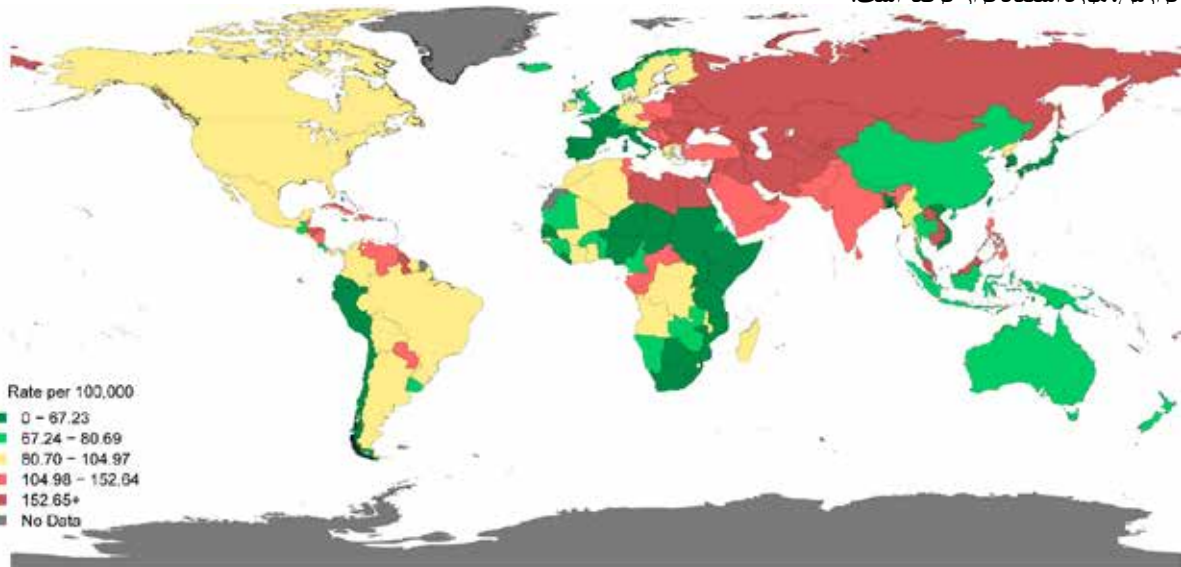


۱-۱. نکات کلیدی

- بیماری‌های غیرواگیر (NCDs)، سالانه سبب مرگ ۳۸ میلیون نفر در جهان می‌شود.
- حدود سه چهارم مرگ‌های ناشی از بیماری‌های غیرواگیر (۲۸ میلیون) در کشورهای کم‌درآمد و با درآمد متوسط رخ می‌دهد.
- شانزده میلیون مرگ ناشی از بیماری‌های غیرواگیر قبل از سن ۷۰ سالگی رخ می‌دهد که ۸۲ درصد از این مرگ‌ومیرهای «زودرس»، مربوط به کشورهای کم‌درآمد و با درآمد متوسط است.
- عمده‌ترین دلیل مرگ‌ومیر ناشی از بیماری‌های غیرواگیر، بیماری‌های قلبی - عروقی هستند که موجب ۱۷/۵ میلیون مرگ در سال می‌شوند و پس از آن، سرطان‌ها (۸/۲ میلیون مرگ)، بیماری‌های تنفسی (۴ میلیون مرگ) و دیابت (۱/۵ میلیون مرگ) قرار دارند.
- این چهار گروه از بیماری‌ها، عامل ۸۲ درصد از کل مرگ‌ومیرهای ناشی از بیماری‌های غیرواگیر محسوب می‌شوند.
- رژیم غذایی ناسالم، نبود فعالیت بدنی یا فعالیت بدنی کم، مصرف دخانیات و مصرف الکل، همگی خطر مرگ ناشی از بیماری‌های غیرواگیر را افزایش می‌دهند.

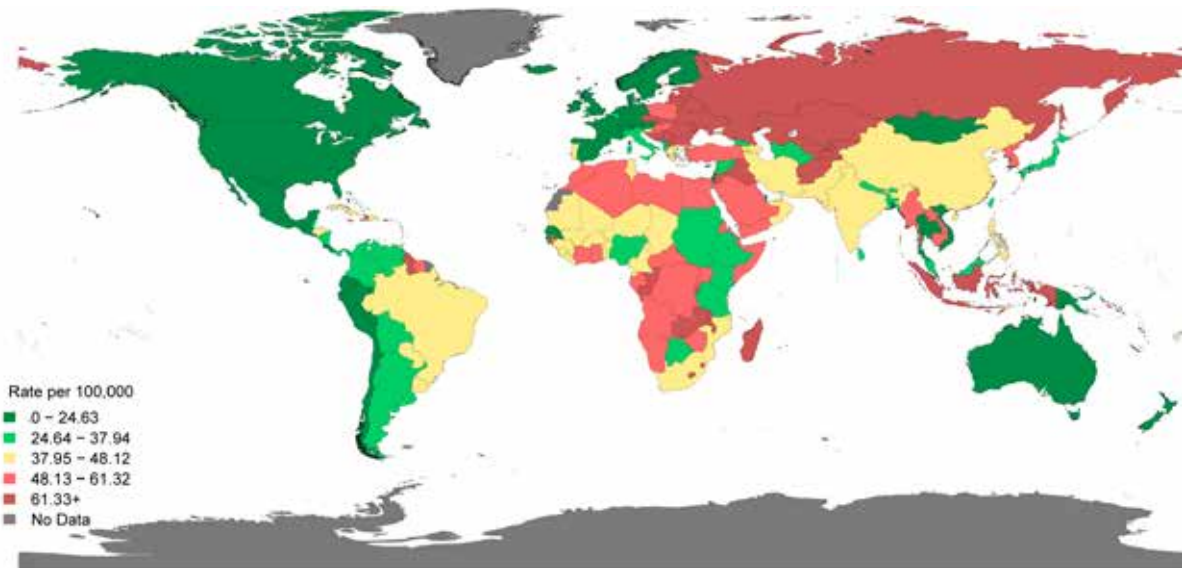
۱-۲. نگاهی کلی به وضعیت بیماری‌های غیرواگیر در جهان

بیماری‌های غیرواگیر (NCDs) که 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 بیماری‌های غیرواگیر عبارتند از بیماری‌های قلبی عروقی (مانند حملات قلبی و سکته مغزی)، سرطان‌ها، بیماری‌های مزمن ریوی (مانند بیماری مزمن انسداد ریوی و آسم) و دیابت. در حال حاضر، بیماری‌های غیرواگیر 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 (سالانه ۲۸ میلیون مرگ) در این کشورها رخ می‌دهد. شکل شماره ۱۱، میزان مرگ‌ومیر ناشی از بیماری ایسکمیک قلب در ۱۰۰/۰۰۰ نفر جمعیت جهان در سال ۲۰۱۰ را نشان می‌دهد. در این شکل، طیف سبز نشان دهنده میزان مرگ‌ومیر کم‌تر و طیف قرمز، مرگ‌ومیر بیش‌تر در اثر این بیماری در جهان است. با توجه به شواهد موجود، شاید بتوان الگویی منطقه‌ای برای مرگ‌ومیر در اثر بیماری ایسکمیک قلب در جهان متصور شد؛ بدین صورت که قاره آفریقا دارای کم‌ترین میزان، آمریکا دارای میزان متوسط و کشورهای اروپایی دارای بیشترین نرخ مرگ‌ومیر در اثر این بیماری در جهان هستند. شایان ذکر است که آمار و ارقام یادشده، نتایج حاصل از مطالعه بار جهانی بیماری‌ها است که به‌عنوان منبعی قابل اعتبار در این گزارش، همراه با دستاورد آن، گفته است.



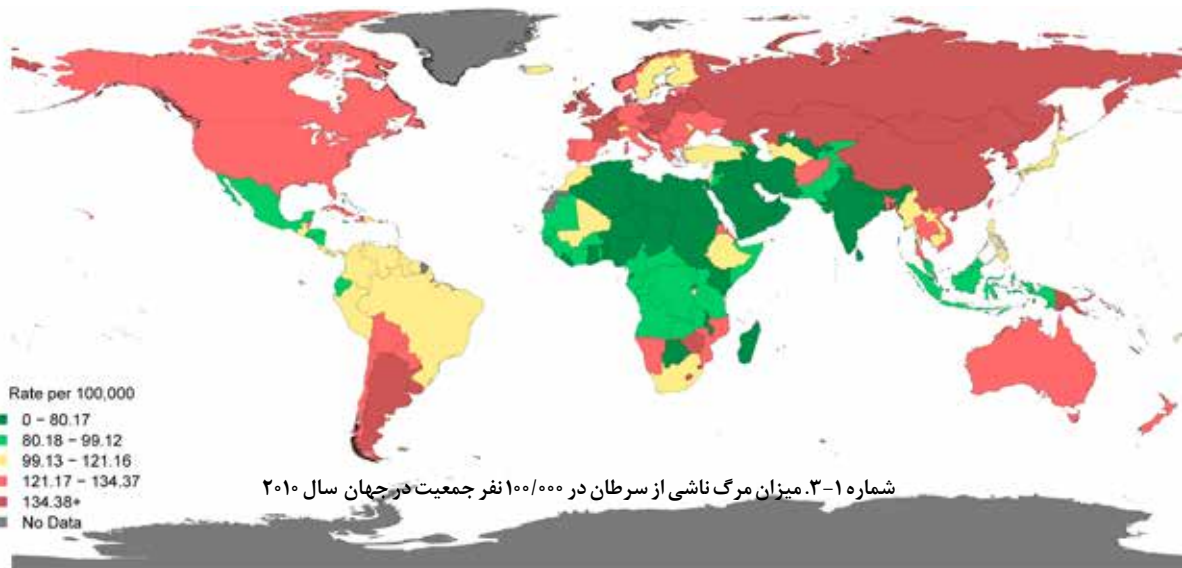
شکل ۱-۱. میزان مرگ ناشی از بیماری ایسکمیک قلب در ۱۰۰/۰۰۰ نفر جمعیت در جهان سال ۲۰۱۰

در شکل ۲۱، میزان مرگ‌ومیر ناشی از سکته مغزی در ۱۰۰/۰۰۰ نفر جمعیت کشورهای جهان در سال ۲۰۱۰ نشان داده شده است. همچون شکل قلبی، طیف رنگ سبز، کم‌ترین میزان مرگ‌ومیر و رنگ قرمز، بیش‌ترین میزان آن را در اثر سکته مغزی در جهان نشان می‌دهد. بر این اساس، میزان مرگ‌ومیر در اثر سکته مغزی در امریکای شمالی، 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 دارند.



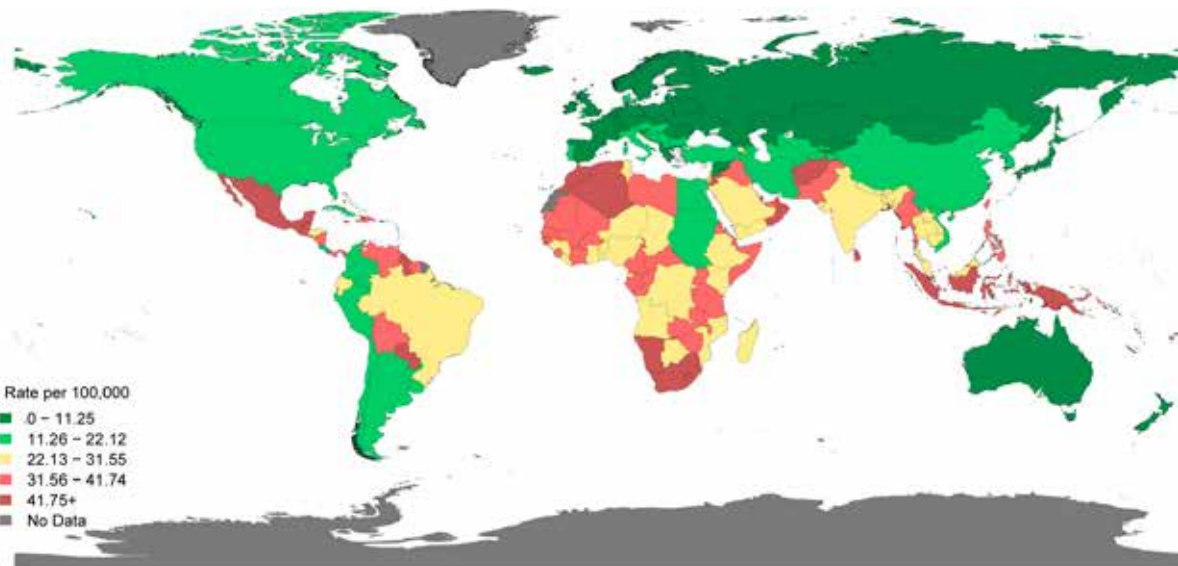
شکل ۲۱. میزان مرگ ناشی از سکته مغزی در ۱۰۰/۰۰۰ نفر جمعیت در جهان سال ۲۰۱۰

شکل شماره ۱-۳، میزان مرگومیر ناشی از انواع سرطان در ۱۰۰/۰۰۰ نفر جمعیت جهان در سال ۲۰۱۰ میلادی را نشان می‌دهد. چنین به نظر می‌رسد که مرگومیر این بیماری نیز الگویی منطقه‌ای را دنبال می‌کند. بدان معنا که بیشترین نرخ مرگومیر مربوط به اروپا و آسیای شرقی بوده و آمریکای شمالی و استرالیا در رتبه‌های بعدی قرار دارند. در این بین، کشورهای آفریقایی و خاورمیانه، دارای پایینترین میزان مرگومیر بر اثر سرطان بوده‌اند.



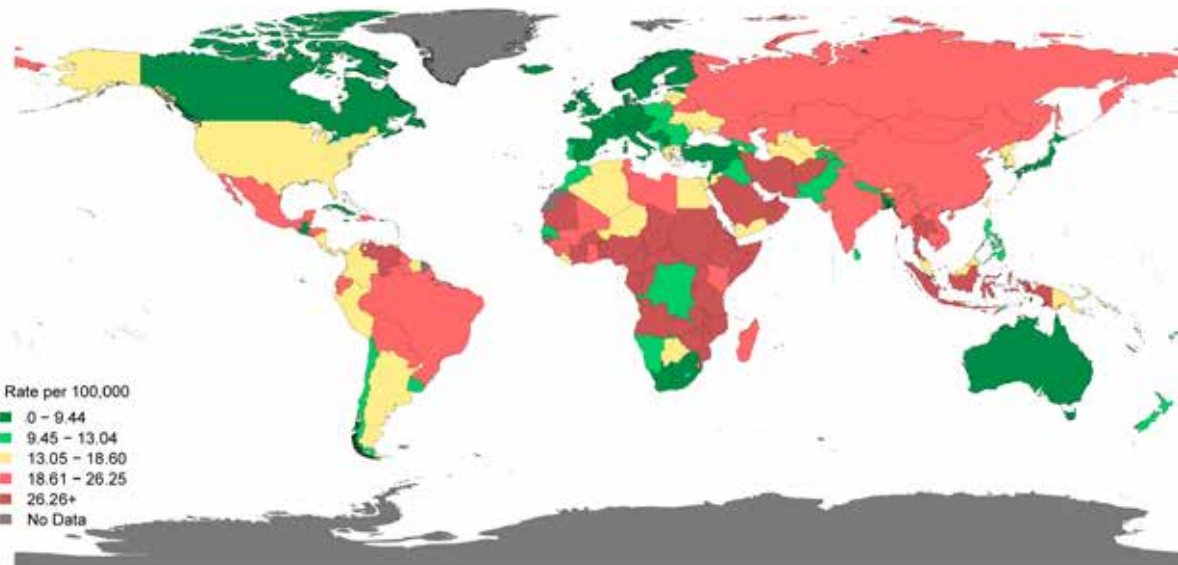
شماره ۱-۳. میزان مرگ ناشی از سرطان در ۱۰۰/۰۰۰ نفر جمعیت در جهان سال ۲۰۱۰

شکل شماره ۱-۴، نرخ مرگومیر ناشی از دیابت به ازای ۱۰۰/۰۰۰ نفر جمعیت در کشورهای مختلف دنیا را در سال ۲۰۱۰ میلادی نشان می‌دهد. در این تصویر، کشورهای باطیف رنگی سبز، کمترین میزان مرگومیر در اثر دیابت را دارا هستند. کشورهای با رنگ زرد، در حد متوسط و کشورهای باطیف رنگی قرمز دارای بیشترین مرگومیر در اثر این بیماری در جهان هستند. به نظر می‌رسد که میزان مرگ در اثر دیابت در جهان، الگویی وابسته به سطح درآمد کشورها را دنبال می‌کند.



شکل ۱-۴. میزان مرگ‌ناشی از دیابت در ۱۰۰/۰۰۰ نفر جمعیت در جهان سال ۲۰۱۰

در شکل شماره ۱۵، میزان مرگ‌ومیر ناشی از سوانح و حوادث جاده‌ای در کشورهای مختلف دنیا در ۱۰۰/۰۰۰ نفر جمعیت در سال ۲۰۱۰ میلادی نشان داده شده است. بر این اساس، بیش‌ترین میزان مرگ‌ومیر در اثر این عامل، مربوط به قاره آفریقا بوده است و آمریکای جنوبی، روسیه و کشورهای شرق آسیا در رتبه‌های بعدی قرار دارند. این در حالی است که کشورهای غرب اروپا، کانادا و استرالیا، کم‌ترین میزان مرگ‌ومیر در اثر سوانح و حوادث جاده‌ای را به خود اختصاص داده‌اند.



شکل ۱-۵. میزان مرگ‌ومیر ناشی از سوانح و حوادث جاده‌ای در ۱۰۰/۰۰۰ نفر جمعیت جهان سال ۲۰۱۰

۳-۱. افراد در معرض خطر بیماری‌های غیر واگیر

تمامی گروه‌های سنی و همه مناطق جهان، تحت تاثیر بیماری‌های غیر واگیر قرار دارند. بیماری‌های غیر واگیر اغلب با گروه‌های سنی بالاتر در ارتباط هستند اما شواهد نشان می‌دهد که ۱۶ میلیون از تمام مرگ‌ومیرهای نسبت داده شده به بیماری‌های غیر واگیر (NCDs) قبل از سن ۷۰ سالگی رخ می‌دهند که ۸۲ درصد از این مرگ‌های «زودرس» در کشورهای با درآمد کم و متوسط روی داده است. کودکان، بزرگسالان و سالمندان همگی در برابر عوامل خطری که باعث بروز بیماری‌های غیر واگیر می‌شوند آسیب پذیر هستند. این خطرات می‌تواند شامل رژیم غذایی ناسالم، نبود فعالیت بدنی، قرار گرفتن در معرض دود دخانیات و مصرف الکل باشد. عواملی مانند افزایش سن، توسعه برنامه‌ریزی نشده و سریع شهرنشینی و جهانی شدن شیوه‌های زندگی ناسالم، زمینه

ایجاد این بیماری‌ها را فراهم می‌کنند. به‌عنوان مثال، جهانی شدن شیوه‌های زندگی ناسالم، همانند رژیم غذایی ناسالم، ممکن است در افراد به شکل فشار خون، افزایش قند خون، افزایش چربی خون و چاقی نمایان شود. این موارد تحت عنوان «عوامل خطر میانی» نامیده می‌شوند که می‌توانند به بیماری‌های قلبی - عروقی، که جزء بیماری‌های غیرواگیر هستند؛ منجر شوند.

۴-۱. عوامل خطر

۴-۱-۱. 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.

- سیگار عامل حدود ۶ میلیون مرگ در هر سال محسوب می‌شود (شامل موارد ناشی از اثرات قرار گرفتن در معرض دود حاصل از مصرف دخانیات سایر افراد) و پیش‌بینی می‌شود که این میزان به ۸ میلیون مرگ در سال ۲۰۳۰ افزایش یابد.
- حدود ۳/۲ میلیون مرگ سالانه را می‌توان به فعالیت بدنی ناکافی نسبت داد.
- در سال ۲۰۱۰، تعداد ۱/۷ میلیون مرگ‌ومیر ناشی از عوامل قلبی عروقی به مصرف نمک/سدیم بیش از حد نسبت داده شده است.

۴-۱-۲. عوامل خطر متابولیک/فیزیولوژیک

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

۵-۱. اثرات اجتماعی و اقتصادی بیماری‌های غیرواگیر

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

در محیط‌های با کمبود منابع، هزینه‌های مربوط به مراقبت‌های بهداشتی برای بیماری‌های قلبی - عروقی، سرطان‌ها، دیابت و بیماری‌های مزمن ریوی می‌تواند منابع مالی خانواده را به سرعت به پایان برساند و خانواده را به سمت فقر بکشاند. هزینه‌های گزاف بیماری‌های غیرواگیر از جمله درمان آن‌ها اغلب طولانی و گران قیمت است و از دست دادن نان‌آور خانواده نیز 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 محصولاتی دست پیدا کنند که آنان را تا حد زیادی از خطرات محافظت نماید؛ در حالی که گروه‌های کم‌درآمد، اغلب بضاعت مالی کافی ندارند و نمی‌توانند به اینگونه محصولات و خدمات دسترسی داشته باشند.

۶-۱. پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر

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

یک شیوه مهم برای کاهش بیماری‌های غیرواگیر، تمرکز بر کاهش عوامل خطر این بیماری‌ها است. راه‌حل‌های کم‌هزینه‌ای وجود دارد که برای کاهش عوامل خطر مشترک قابل تغییر (مصرف دخانیات، رژیم غذایی ناسالم، نبود فعالیت بدنی و مصرف الکل) و نیز برای به تصویر کشیدن اپیدمی‌های بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط با آن‌ها استفاده می‌شوند.

راه‌حل دیگر برای کاهش بیماری‌های غیرواگیر، استفاده از مداخلات اساسی و با تاثیر بالا روی بیماری‌های غیرواگیر است که می‌توان آن‌ها را از طریق رویکرد مراقبت‌های بهداشتی اولیه ارایه داد تا بدین وسیله، تشخیص زودرس و درمان به موقع بیماری‌ها تقویت شود. شواهد نشان می‌دهد که چنین مداخلاتی، همانند یک سرمایه‌گذاری اقتصادی بسیار عالی عمل می‌کند چرا که اگر این مداخلات، به سرعت برای بیماران اجرا شود؛ می‌تواند نیاز به درمان‌های پر هزینه‌تر را کاهش دهد. بیش‌ترین تاثیر را می‌توان با ایجاد سیاست‌های جامعه سالم بدست آورد که این سیاست‌ها به ترویج پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر می‌پردازد و به منظور رسیدگی به نیازهای افراد مبتلا به اینگونه بیماری‌ها، سیستم‌های بهداشتی را جهت دهی مجدد می‌نماید.

به‌طور کلی، کشورهای کم‌درآمد برای پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر دارای ظرفیت پایین‌تری هستند. در مقایسه با کشورهای کم‌درآمد، حدود چهار برابر احتمال بیش‌تری وجود دارد که کشورهای با درآمد بالا، خدمات مربوط به بیماری‌های غیرواگیر را تحت پوشش بیمه‌های درمانی قرار دهند. کشورهای با پوشش نامناسب بیمه درمانی، اغلب نمی‌توانند دسترسی فراگیر به مداخلات ضروری برای بیماری‌های غیرواگیر را فراهم کنند.



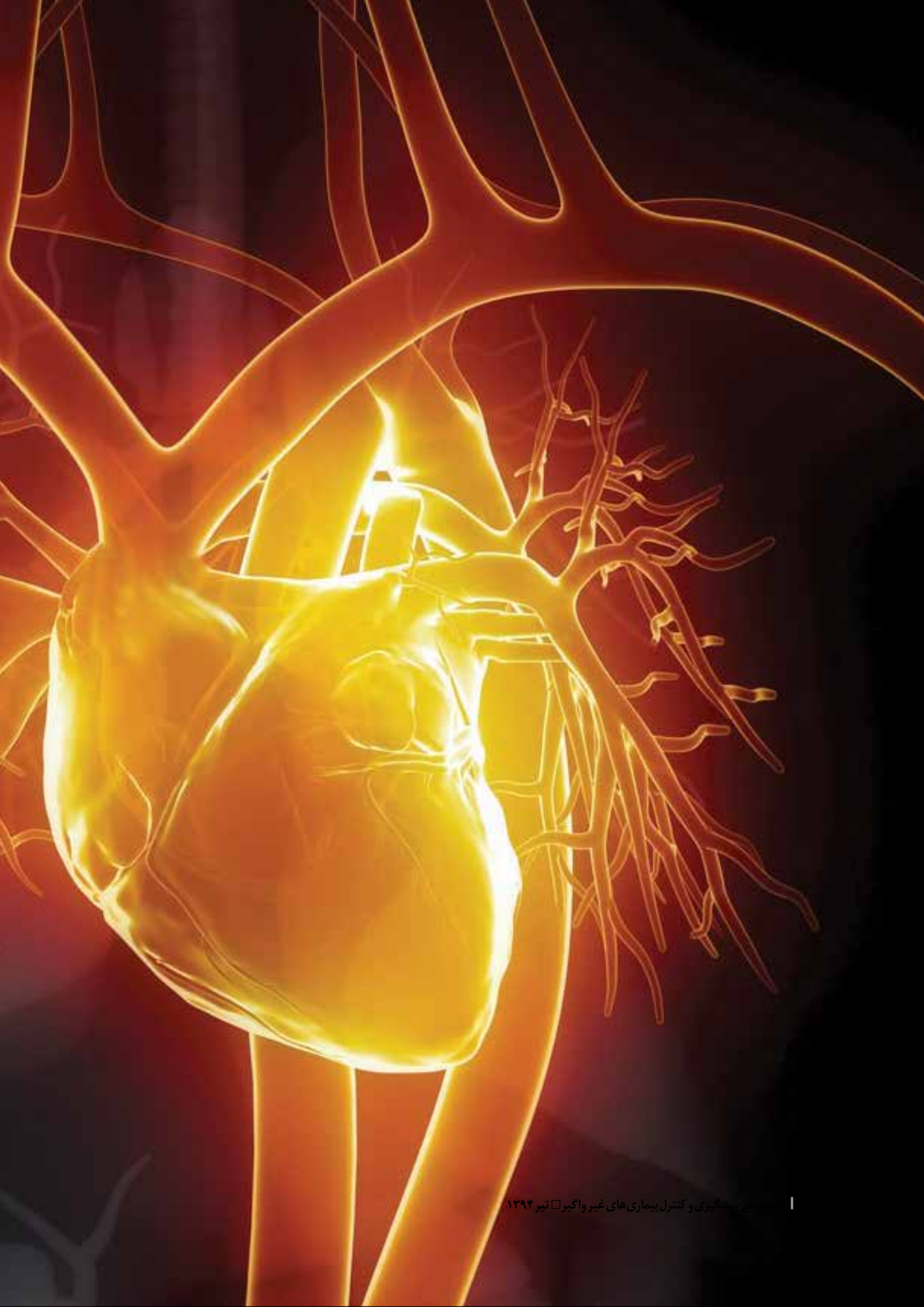
۱-۷. پاسخ سازمان جهانی بهداشت

تحت رهبری سازمان جهانی بهداشت، بیش از ۱۹۰ کشور در سال ۲۰۱۱ در مورد سازوکارهای جهانی کاهش بار بیماری‌های غیرواگیر قابل اجتناب از جمله «برنامه اقدام جهانی برای پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر ۲۰۱۳-۲۰۲۰» توافق کردند. این برنامه به دنبال آن است که تا سال ۲۰۲۵، تعداد مرگ‌ومیرهای زودرس ناشی از بیماری‌های غیرواگیر را از طریق ۹ هدف داوطلبانه جهانی به میزان ۲۵ درصد کاهش دهد. این ۹ هدف، هر کدام بر روی بخشی از عواملی مانند مصرف دخانیات، مصرف الکل، رژیم غذایی ناسالم و نبود فعالیت بدنی تمرکز می‌کنند؛ عواملی که خطر، بروز بیماری‌های غیرواگیر را در میان افراد افزایش می‌دهند.

این برنامه، یک منواز «بهترین گزینه‌ها» و یا مداخلات با تاثیر بالا و مقرون به صرفه را ارائه می‌دهد که تحقق اهداف جهانی ۹ گانه را محقق می‌سازد. بعضی از گزینه‌ها عبارتند از ممنوعیت تمام اشکال تبلیغات دخانیات 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 و میزان پیشرفت خود در مقایسه با مقادیر پایه سال ۲۰۱۰ می‌کنند؛ این مقادیر پایه، در «گزارش وضعیت جهانی بیماری‌های غیرواگیر ۲۰۱۴» درج شده است. مجمع عمومی سازمان ملل سومین نشست مقامات ارشد در مورد بیماری‌های غیرواگیر را در سال ۲۰۱۸ برگزار می‌کند تا میزان پیشرفت کشورها در رسیدن به اهداف داوطلبانه جهانی تا سال ۲۰۲۵ را ارزیابی نماید.





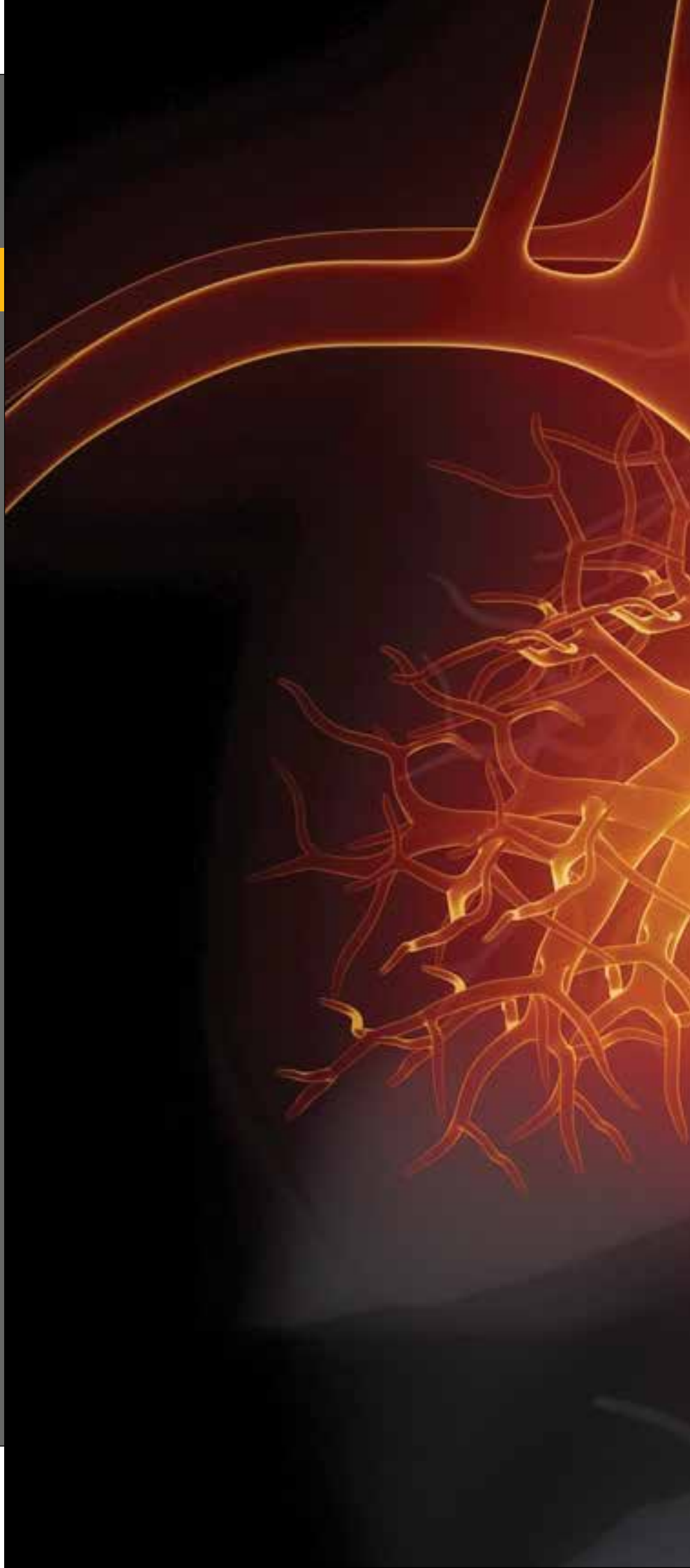
وضعیت بیماری‌های غیرواگیر در ایران

■ پیشگیری اساسی بیماری‌های غیرواگیر منوط به شناخت جامع عوامل خطر وابسته به آن‌ها است.

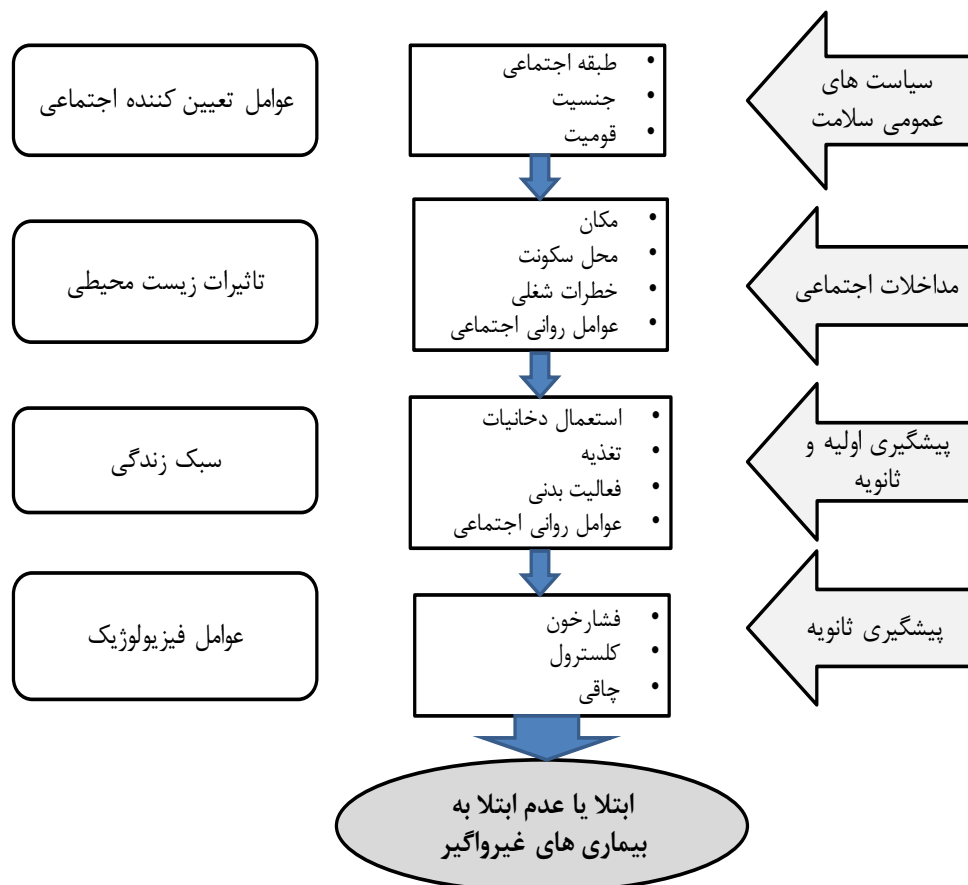
■ بیماری ایسکمیک قلب، کمر درد، سوانح جاده‌ای، افسردگی ماژور و سکته مغزی سبب تحمیل بیشترین بار در سال ۲۰۱۰ میلادی به نظام بهداشت و درمان ایران شده‌اند.

■ بیماری‌هایی همچون اسهال در سالیان اخیر به رده‌های پایین اهمیت منتقل شده‌اند.

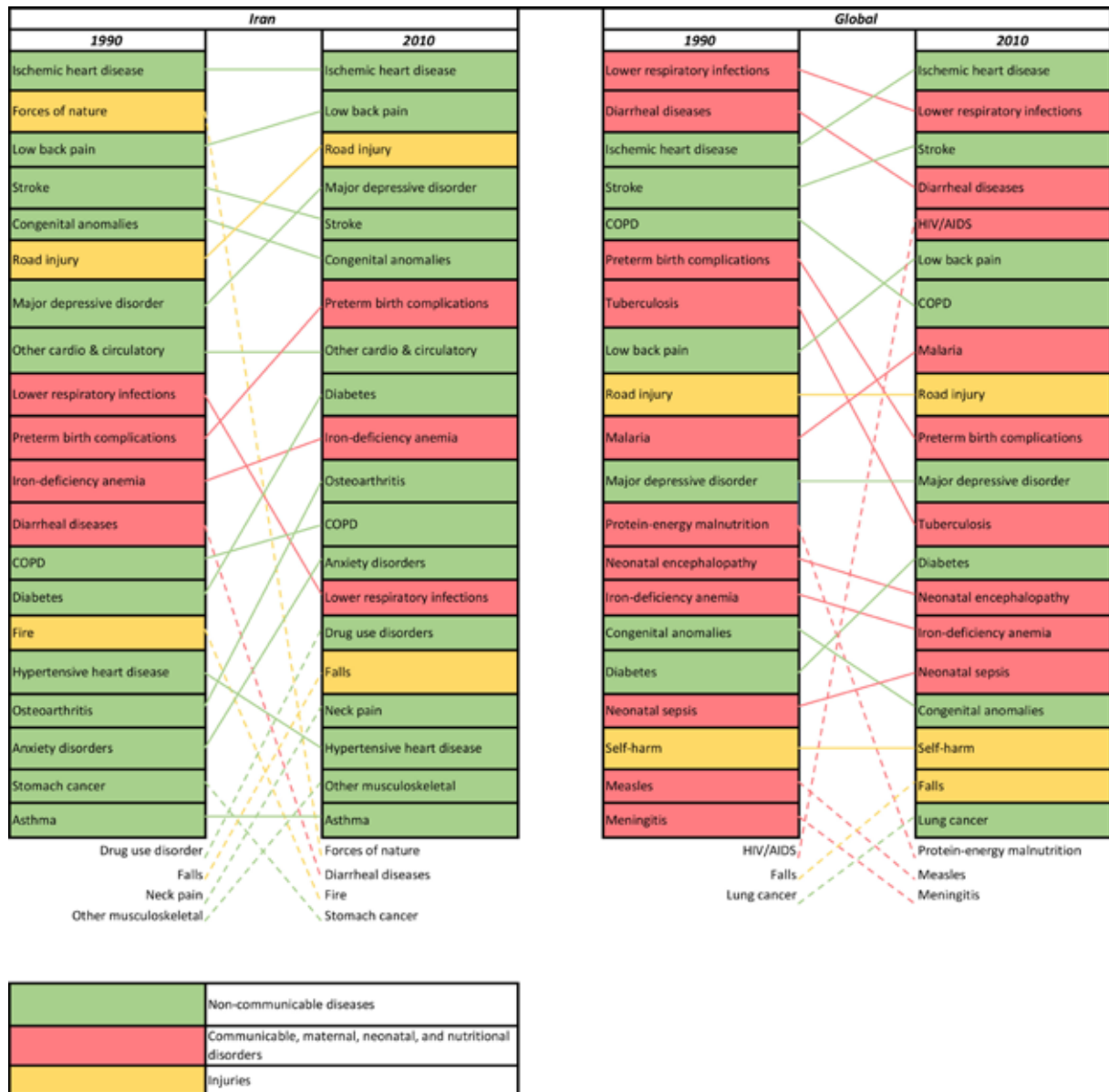
■ برخی از مشکلات دیگر مرتبط با سلامت همچون بیماری‌های مزمن کلیوی، خشونت و اختلالات روانی نیز از عوامل مهم مرتبط با سلامت در مقوله بیماری‌های غیرواگیر در ایران محسوب می‌شوند.



در حال حاضر، بیماری‌های غیرواگیر مسئول بیش از ۵۳ درصد بار بیماری‌ها در سراسر جهان هستند و انتظار می‌رود تا سال ۲۰۲۰ این عوامل سبب ۶۰ درصد کل بار بیماری‌ها و ۷۳ درصد تمام موارد مرگ شوند که از این میزان مرگ، ۸۰ درصد در کشورهای در حال توسعه رخ می‌دهد. در ایران، بیش از ۷۶ درصد کل بار بیماری‌ها به بیماری‌های غیرواگیر اختصاص دارد. پایه پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر، شناسایی عوامل خطر اولیه و عمده و پیشگیری و کنترل آن‌ها است که هدف از این کار، جلوگیری از وقوع همه‌گیری‌ها و همچنین، کنترل این بیماری‌ها تا حد امکان، در هنگام بروز است. عوامل تعیین‌کننده در ابتلای افراد به بیماری‌های غیرواگیر در شکل ۱۲ به صورت شماتیک نشان داده شده‌اند.



شکل ۱۲. عوامل تعیین کننده بیماری‌های غیرواگیر



شکل ۲۲. DALY استاندارد شده سنی و جنسی ناشی از بیست بیماری در ایران و جهان طی سال‌های ۱۹۹۰ و ۲۰۱۰

بر اساس داده‌های حاصل از مطالعه «بار جهانی بیماری‌ها»، بیست بیماری با بیش‌ترین میزان DALY در سال‌های ۱۹۹۰ و ۲۰۱۰ در ایران و جهان در شکل ۲۲ به تفکیک سال نشان داده شده‌اند.

از شکل ۲۲ چنین استنتاج می‌شود که:

۱ بیماری ایسکمیک قلبی، کمردرد، سوانح و حوادث 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 بار بیماری‌ها در کشورهای در حال توسعه باشد؛ به الگوی بار بیماری‌ها در کشورهای توسعه یافته شباهت دارد.

۲ همانگونه که مشخص است؛ برخی از موارد مانند بیماری‌های گروه اسهال به رده‌های پایین‌تر منتقل شده‌اند. چنان‌که پیش‌تر نیز بیان شد؛ در بین تمامی بیماری‌های غیرواگیر، بیماری‌های قلبی-عروقی، سرطان‌ها، دیابت و بیماری‌های مزمن ریوی، تهدیدهای جدی‌تری برای سلامت افراد تمامی مناطق دنیا هستند و به تخصیص منابع مالی دولتی و خصوصی فراوان در سرتاسر جهان نیاز دارند.

به همین دلیل، سال هاست که این چهار بیماری جزء برنامه‌های عملی سازمان جهانی بهداشت قرار دارد. سایر بیماری‌های غیرواگیر که در درجات بعدی اهمیت قرار دارند؛ عبارتند از:

(الف) اختلالات روانی (Mental)

(ب) سوانح و حوادث

(پ) خشونت

(ت) ناتوانی‌ها از جمله نابینایی و ناشنوایی

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

عوامل خطر اصلی رفتاری مربوط به بیماری‌های غیرواگیر را رژیم غذایی ناسالم، نبود فعالیت بدنی کافی و فعالیت بدنی ناکافی، مصرف دخانیات و مصرف الکل تشکیل می‌دهند و عوامل خطر متابولیک/ فیزیولوژیک این بیماری‌ها عبارتند از: افزایش فشار خون، افزایش قند خون، افزایش کلسترول و اضافه وزن/ چاقی.

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

۲-۱-۲. بیماری‌های غیرواگیر اصلی در ایران

۲-۱-۱. بیماری‌های قلبی - عروقی

بیماری‌های قلبی - عروقی به دلیل مشکلات ایجاد شده در قلب و عروق خونی حاصل می‌شوند و بیماری‌های کرونری قلب (حمله‌های قلبی)، 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.

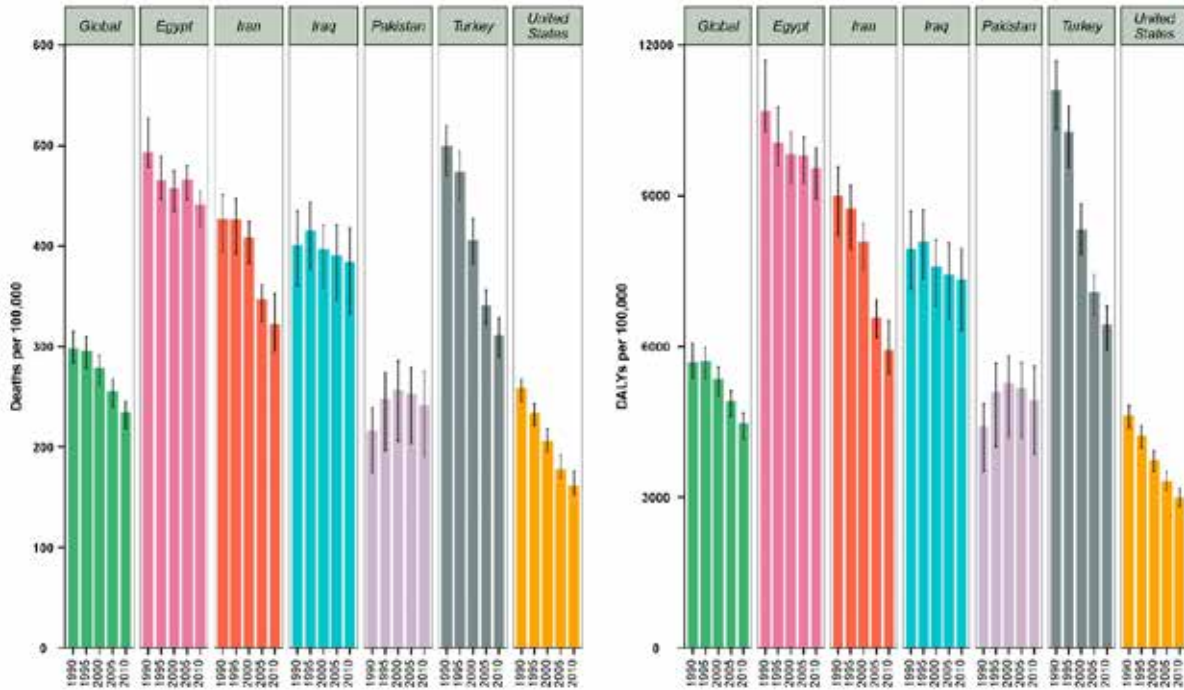
بیماری‌های قلبی - عروقی، اولین عامل مرگ در سراسر جهان هستند و سالانه، افراد بسیاری در اثر ابتلا به این بیماری‌ها کشته می‌شوند. در سال ۲۰۱۲، حدود ۱۷/۵ میلیون نفر در اثر این عارضه فوت کردند که ۳۱ درصد تمامی مرگ‌ها در جهان را شامل می‌شود. از این میزان مرگ، ۷/۴ میلیون نفر به دلیل بیماری کرونری قلب و ۶/۷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

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، هایپرلیپیدمی) نیاز به تشخیص فوری و کنترل بیماری از طریق مشاوره و درمان دارویی دارند.

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

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

Cardiovascular and Circulatory Diseases



شکل ۲-۳. میزان مرگ و DALY ناشی از بیماری‌های قلبی - عروقی در ۱۰۰/۰۰۰ نفر جمعیت بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ در جهان، ایران و ۵ کشور دیگر

۲-۱-۲. سرطان‌ها

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

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

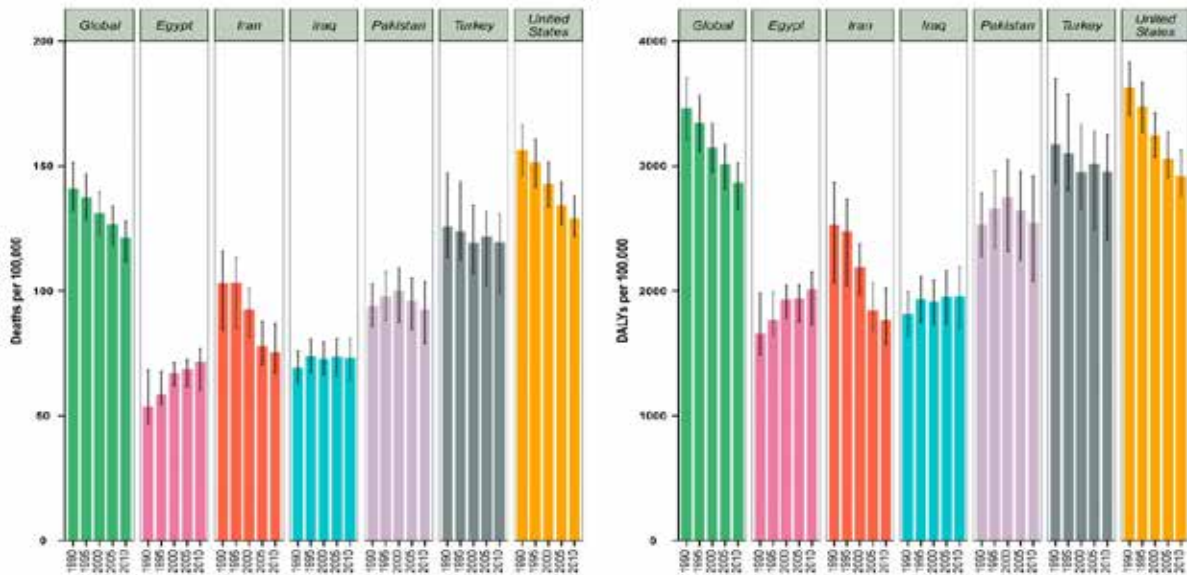
عوامل ایجاد کننده سرطان، در سه دسته تقسیم بندی می شوند:

■ کارسینوژن های فیزیکی همانند پرتوهای ماورای بنفش و یونیزان
 ■ کارسینوژن های شیمیایی همانند آزبستوز، مواد موجود در دود سیگار، آفلاتوکسین و آرسنیک
 ■ کارسینوژن های بیولوژیک همانند عفونت های ناشی از ویروس ها، باکتری ها و میکرووب های خاص
 سالمندی نیز یکی دیگر از عوامل بنیادی ایجاد سرطان است. شیوع سرطان به طور چشمگیری با افزایش سن، زیاد می شود.
 از جمله عوامل خطر جهانی برای ایجاد سرطان می توان مصرف دخانیات، مصرف الکل، تغذیه ناسالم و نبود فعالیت بدنی و فعالیت بدنی ناکافی را نام برد. برخی از ویروس ها همانند هپاتیت B، هپاتیت C و برخی از انواع ویروس پاپیلوما ی انسانی (HPV)، خطر سرطان هایی مانند دهانه رحم را افزایش می دهد.
 با افزایش آگاهی در مورد علل ایجاد کننده سرطان و مداخلات لازم برای پیشگیری و مدیریت بیماری ها می توان از سرطان پیشگیری کرد. با اجرای استراتژی های مبتنی بر شواهد برای پیشگیری از سرطان، تشخیص زودرس آن و مدیریت بیماران مبتلا به سرطان می توان سرطان را کاهش داد و کنترل نمود. در صورت تشخیص زودهنگام و درمان مناسب، بسیاری از سرطان ها احتمال بهبود دارند.
 بیش از ۳۰ درصد مرگ های ناشی از سرطان با تغییر سبک زندگی و اجتناب از عوامل خطر اصلی، قابل پیشگیری هستند. این عوامل خطر عبارتند از:

- مصرف دخانیات
- اضافه وزن / چاقی
- رژیم غذایی ناسالم و مصرف کم میوه و سبزیجات
- عدم فعالیت بدنی
- مصرف الکل
- عفونت مقاربتی HPV
- عفونت HBV
- مواجهه با اشعه های یونیزان و غیر یونیزان
- آلودگی هوا
- دوده های داخل منزل ناشی از احتراق ناقص سوخت های جامد
- استراتژی های پیشگیری از سرطان عبارتند از:
- پرهیز هر چه بیشتر از عوامل خطر ذکر شده در بالا
- واکسیناسیون علیه ویروس پاپیلوما ی انسانی (HPV) و هپاتیت B
- کنترل مخاطرات شغلی
- کاهش مواجهه با اشعه های غیر یونیزان نور خورشید (UV)
- کاهش مواجهه با اشعه های یونیزان (شغلی یا تصویربرداری های تشخیص پزشکی)

در سال های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰، بیش ترین میزان مرگ و DALY ناشی از سرطان ها در کشورهای مورد بررسی در مطالعه، متعلق به کشور آمریکا است و کم ترین میزان به ترتیب در کشورهای مصر و عراق مشاهده شده است. به طور کلی، میزان مرگ و DALY در جهان، روند نزولی داشته که این روند، در کشورهای ایران و آمریکا نیز مشهود است. این در حالی است که روند این گروه از بیماری ها در کشورهای مصر و عراق براساس هر دو میزان، به صورت صعودی است. هم چنین، این موارد تا سال ۲۰۰۰ در کشور پاکستان، روند صعودی داشته و پس از آن، روند نزولی پیدا کرده است (شکل ۲-۴).

Neoplasms



شکل ۲-۴. میزان مرگ و DALY ناشی از سرطان هادر ۱۰۰/۰۰۰ نفر جمعیت بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ در جهان، ایران و ۵ کشور دیگر

۳-۱-۲. بیماری‌های مزمن ریوی

بیماری‌های مزمن ریوی، مجموعه‌ای از بیماری‌ها هستند که موجب محدودیت در تبادل هوای ریه‌ها می‌شوند. بخش اعظم این بیماری‌ها را بیماری انسدادی ریه یا COPD تشکیل می‌دهد.

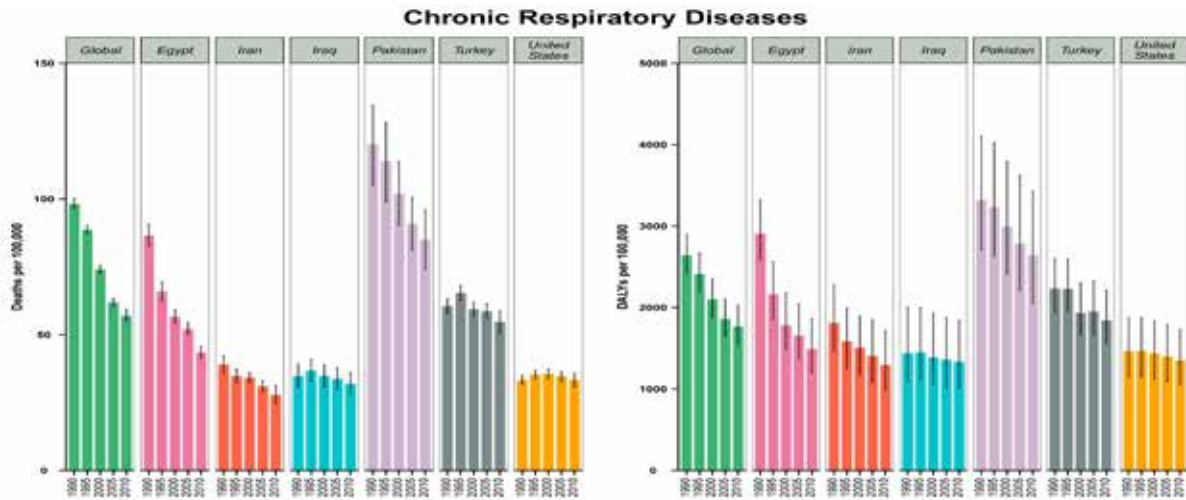
عوامل اصلی خطر بیماری‌های مزمن ریوی عبارتند از:

- مصرف دخانیات
 - آلودگی هوای داخل منزل (همانند استفاده از سوخت‌های زیستی مورد استفاده برای آشپزی و گرما)
 - آلودگی هوای محیط
 - گردوغبار و مواد شیمیایی شغلی (بخار، مواد محرک، دود)
- بنابر آخرین برآوردهای سازمان جهانی بهداشت، در حال حاضر، ۶۴ میلیون انسان به COPD مبتلا هستند و در سال ۲۰۰۵، سه میلیون نفر در اثر COPD جان باخته‌اند که در مجموع، ۵ درصد تمامی مرگ‌های آن سال را شامل می‌شود. سازمان جهانی بهداشت پیش‌بینی می‌کند که COPD تا سال ۲۰۳۰ به سومین علت اصلی مرگ تبدیل شود. در هر حال، حتی در کشورهای توسعه یافته نیز جمع‌آوری داده‌های اپیدمیولوژیک دقیق در مورد COPD، دشوار و گران قیمت است.
- حدود ۹۰ درصد موارد مرگ ناشی از COPD در کشورهای با درآمد کم تا متوسط روی می‌دهد. در گذشته، COPD در بین مردان شایع‌تر بود اما به دلیل افزایش مصرف دخانیات در خانم‌های ساکن کشورهای پردرآمد و خطر بالاتر مواجهه زنان با آلودگی هوای داخل منزل (نظیر سوخت‌های زیستی مورد استفاده برای آشپزی و گرما) در کشورهای کم‌درآمد، در حال حاضر، این بیماری به‌طور مساوی روی زنان و مردان تاثیر دارد. در سال ۲۰۰۲، COPD، پنجمین علت مرگ محسوب می‌شد.

برآورد می‌شود طی ۱۰ سال آینده، مرگ‌های ناشی از COPD به بیش از ۳۰ درصد افزایش یابد مگر آن که اقداماتی فوری برای کاهش عوامل خطر ساز آن به ویژه مصرف دخانیات 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 ناشی از بیماری های مزمن ریوی در سال های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰، بیشترین مقدار در بین مناطق مورد بررسی متعلق به کشور پاکستان است و کمترین میزان در کشورهای عراق، ایران و آمریکا مشاهده شده است. به طور کلی، میزان مرگ و DALY ناشی از COPD در جهان، روند نزولی داشته است. نسبت به سایر کشورها و جهان، روند نزولی در کشورهای ایران و عراق از شدت کمتری برخوردار بوده است. این در حالی است که هر دو میزان در کشورهای آمریکا و ترکیه، ابتدا روند صعودی داشته و پس از آن، سیر نزولی پیدا کرده است (شکل ۲-۵).

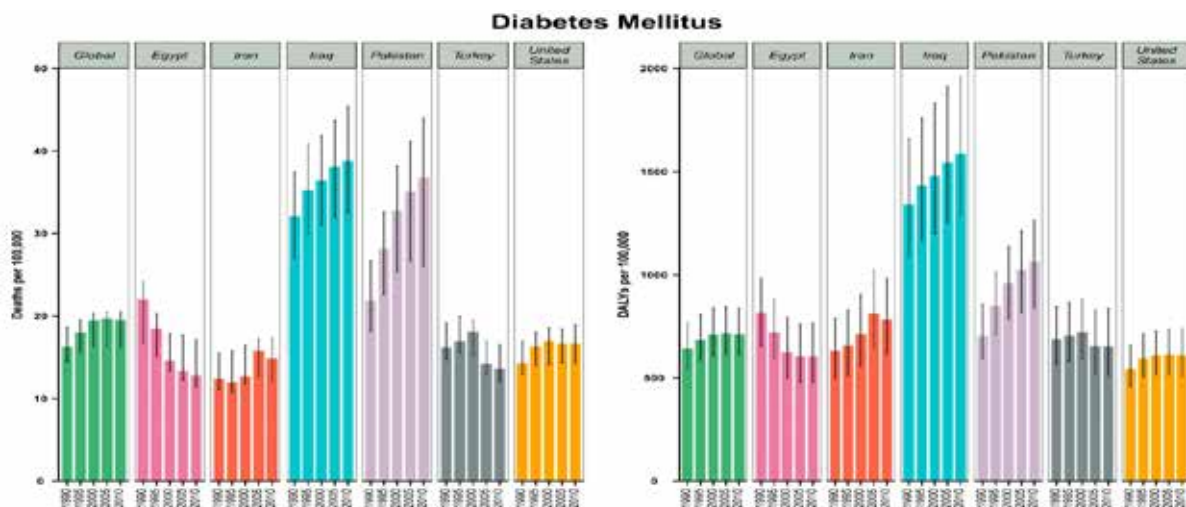


شکل ۲-۵. میزان مرگ و DALY ناشی از بیماری های مزمن ریوی در ۱۰۰/۰۰۰ نفر جمعیت بین سال های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ در جهان، ایران و ۵ کشور دیگر

۴-۱-۲. دیابت

دیابت نوع دو، ۹۰ درصد افراد مبتلا به دیابت در جهان را شامل می شود و در پی افزایش وزن بدن و عدم تحرک بدنی رخ می دهد. دیابت، موجب افزایش خطر ابتلا به بیماری قلبی و سکته مغزی می شود. مطالعه ای که در چند کشور انجام شد؛ نشان داد که ۵۰ درصد از افراد مبتلا به دیابت در اثر بیماری قلبی - عروقی فوت می کنند. 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 ناشی از بیماری دیابت بین سال های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰، بیشترین مقدار در بین مناطق مورد بررسی مربوط به کشور عراق است. به طور کلی، میزان مرگ و DALY ناشی از این بیماری در جهان روند صعودی داشته، در حالی که روند آن در کشور مصر بر اساس هر دو میزان به صورت نزولی بوده است. به علاوه، کشورهای ایران و ترکیه بر اساس هر دو میزان، ابتدا سیری صعودی داشته و پس از آن روند نزولی پیدا کرده است (شکل ۲-۶).

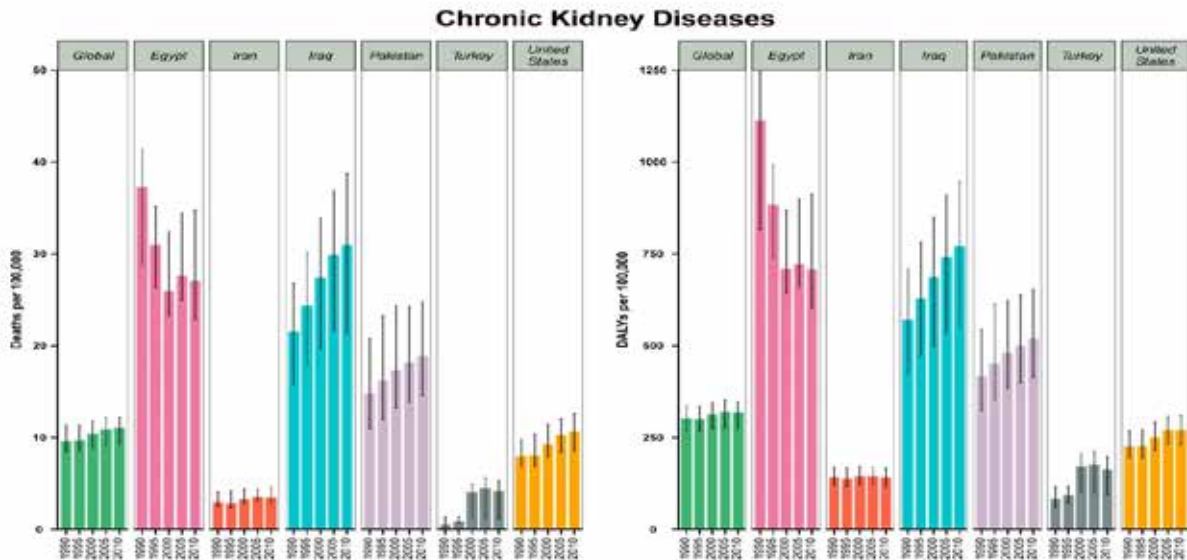


شکل ۲-۶. میزان مرگ و DALY ناشی از دیابت در ۱۰۰/۰۰۰ نفر جمعیت بین سال های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ در جهان، ایران و ۵ کشور دیگر

۲-۲. سایر بیماری‌های غیرواگیر پر اهمیت

۲-۲-۱. بیماری‌های کلیوی

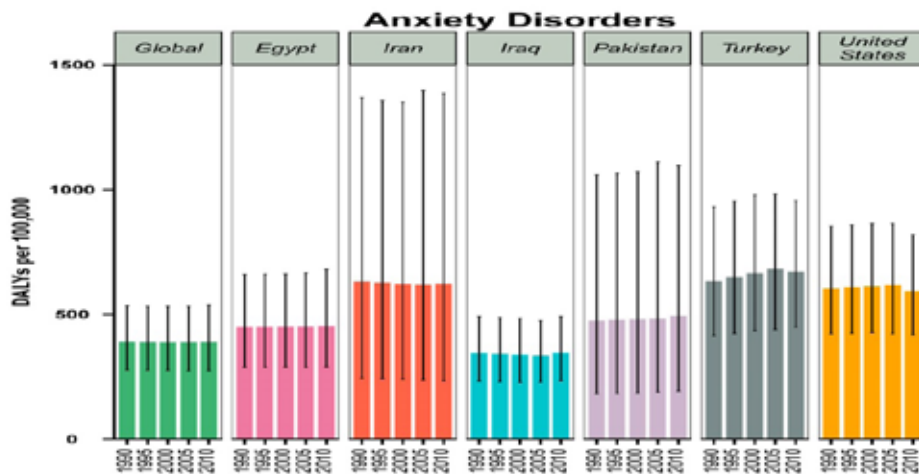
بر اساس میزان مرگ و DALY ناشی از بیماری‌های مزمن کلیوی، بیشترین مقدار در سال ۱۹۹۰ در بین مناطق مورد بررسی مربوط به کشور مصر و بر اساس اطلاعات سال ۲۰۱۰، بیشترین میزان مرگ و DALY مربوط به کشور عراق بوده است. به‌طور کلی، میزان مرگ و DALY ناشی از این بیماری‌ها در جهان روند صعودی خفیفی داشته که این روند در کشور ایران نیز مشهود است اما 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، سیر نزولی پیدا کرده است (شکل ۷۲).



شکل ۷۲-۲. میزان مرگ و DALY ناشی از بیماری‌های مزمن کلیوی در ۱۰۰/۰۰۰ نفر جمعیت بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ در جهان، ایران و ۵ کشور دیگر

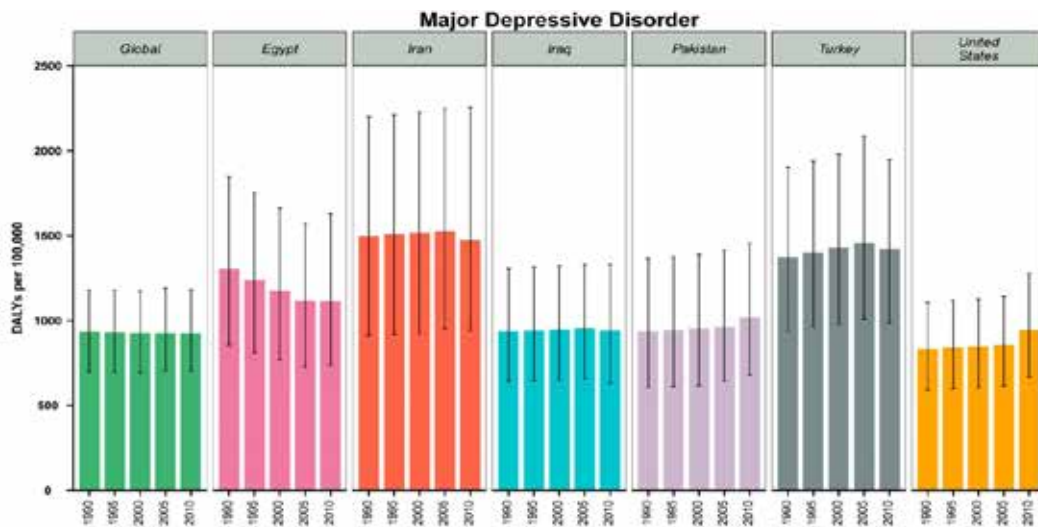
۲-۲-۲. بیماری‌های روانی

بر اساس میزان DALY ناشی از اختلالات اضطرابی بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰، در بین مناطق مورد بررسی، بیشترین مقدار در کشور ترکیه و پس از آن، در ایران مشاهده می‌شود. به‌طور کلی، میزان DALY در جهان روند تقریباً ثابتی داشته که این روند در کشورهای مصر، ایران، عراق و پاکستان نیز مشهود است. به علاوه، کشورهای ترکیه و آمریکا تا سال ۲۰۰۵ روند صعودی خفیفی داشته‌اند اما در سال ۲۰۱۰، این میزان دچار کاهش شده است (شکل ۸۲).



شکل ۸۲-۲. میزان DALY ناشی از اختلالات اضطرابی در ۱۰۰/۰۰۰ نفر جمعیت بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ در جهان، ایران و ۵ کشور دیگر

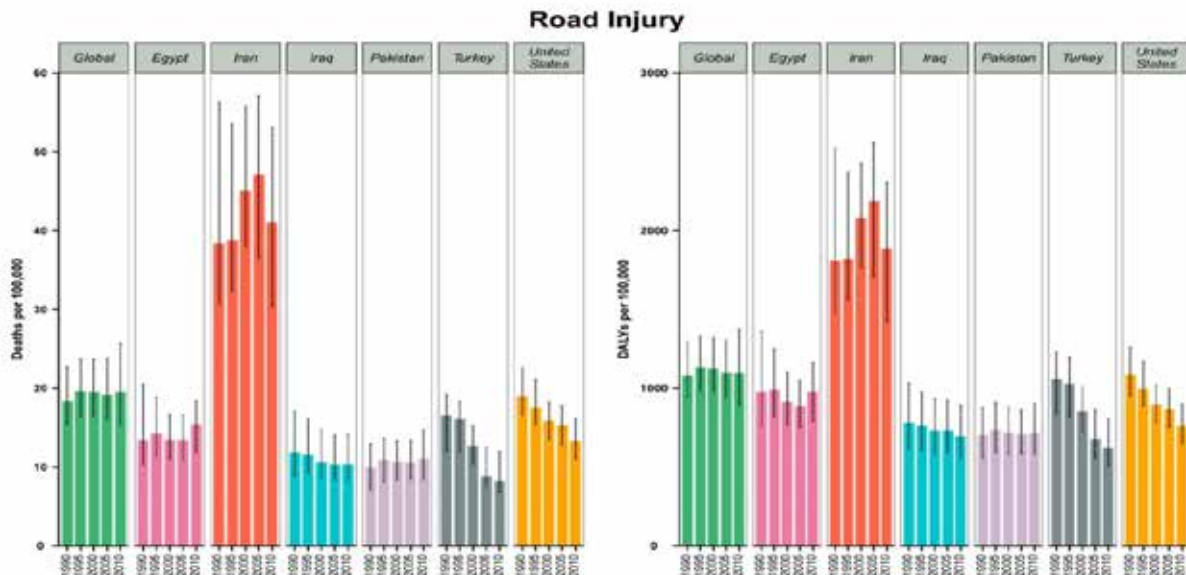
بر اساس میزان DALY ناشی از اختلال افسردگی مازور بین سال های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰، بیش ترین و کم ترین مقدار در بین مناطق مورد بررسی به ترتیب در کشورهای ایران و آمریکا مشاهده می شود. به طور کلی، میزان DALY در جهان، روند تقریباً ثابتی داشته است. این بیماری در کشور ترکیه تا سال ۲۰۰۵ دارای روند صعودی بوده، در حالی که در سال ۲۰۱۰، این میزان کاهش پیدا کرده است. کشور مصر نیز در این مورد دارای روند نزولی بوده است (شکل ۹-۲).



شکل ۹-۲. میزان DALY ناشی از اختلال افسردگی مازور در ۱۰۰/۰۰۰ نفر جمعیت بین سال های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ در جهان، ایران و ۵ کشور دیگر

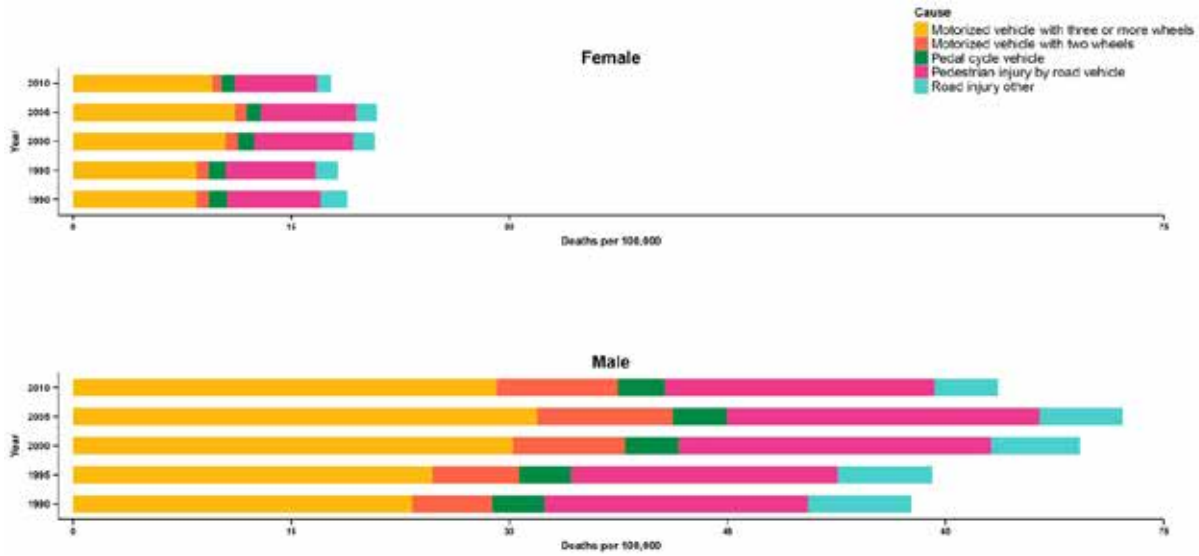
۲-۲-۳. سوانح و حوادث جاده ای

بر اساس میزان مرگ و DALY ناشی از سوانح و حوادث جاده ای بین سال های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰، بیش ترین مقدار در بین مناطق مورد بررسی مربوط به کشور ایران بوده است که این روند تا سال ۲۰۰۵ به صورت صعودی و پس از آن، سیری نزولی داشته است. به طور کلی، میزان مرگ و DALY در جهان در سال های ابتدایی مطالعه، روند صعودی خفیفی داشته اما روند آن در کشورهای عراق، ترکیه و آمریکا، نزولی بوده است (شکل ۱۰-۲).



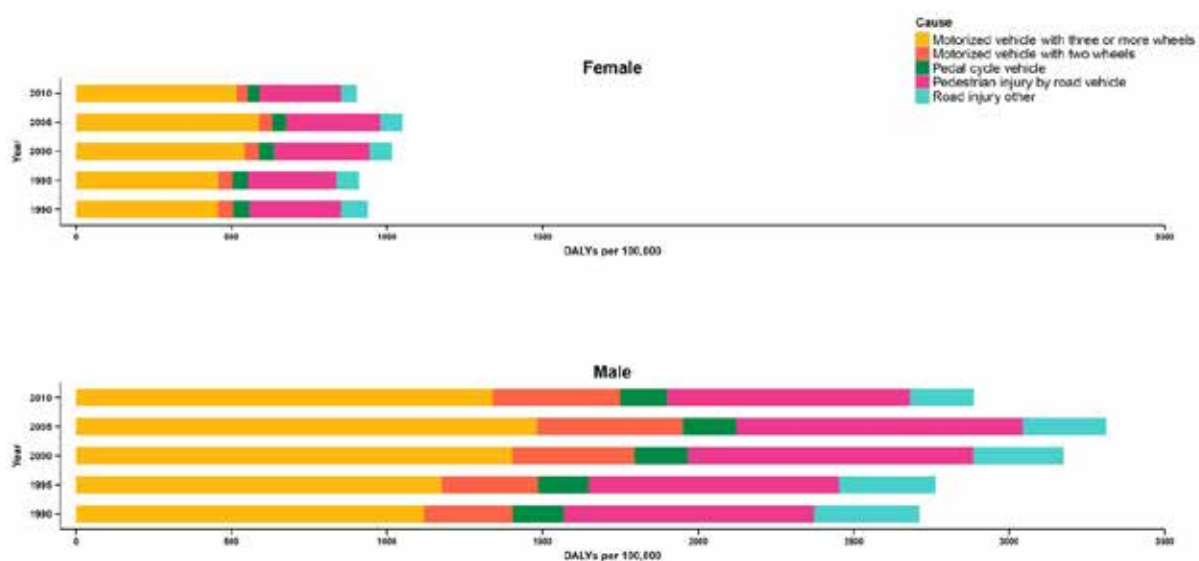
شکل ۱۰-۲. میزان مرگ و DALY ناشی از سوانح و حوادث جاده ای در ۱۰۰/۰۰۰ نفر جمعیت بین سال های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ در جهان، ایران و ۵ کشور دیگر

چنان که در شکل ۱۱۲ نشان داده شده است؛ بیشترین سهم در میزان مرگ منتسب به سوانح و حوادث جاده‌ای در سال ۲۰۰۵ در هر دو جنس متعلق به وسایل نقلیه موتوری با ۳ یا بیش از ۳ چرخ بوده است (شکل ۲-۱۱).



شکل ۲-۱۱. میزان مرگ ناشی از سوانح و حوادث جاده‌ای در ۱۰۰/۰۰۰ نفر جمعیت بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ به تفکیک جنسیت و نوع وسیله نقلیه در ایران

همانند میزان مرگ، بیشترین میزان DALY ناشی از سوانح و حوادث جاده‌ای در سال ۲۰۰۵ به دلیل سوانح مربوط به وسایل موتوری با ۳ یا بیش از ۳ چرخ بوده است (شکل ۲-۱۲).

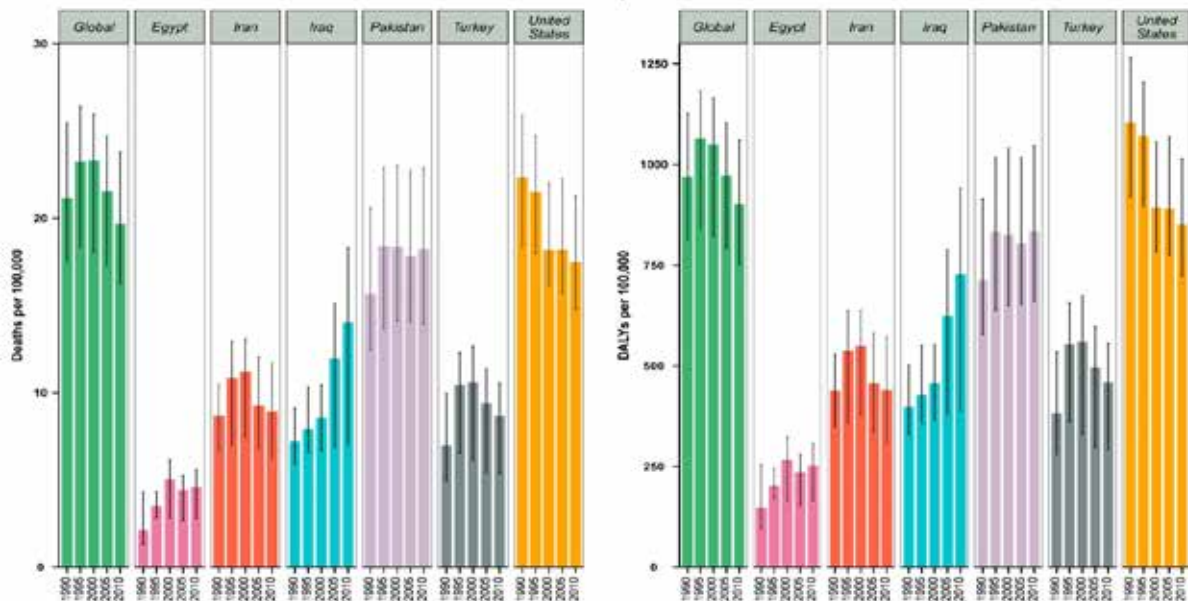


شکل ۲-۱۲

۴-۲-۲. خشونت

به‌طور کلی، میزان مرگ و DALY ناشی از خودآزاری و خشونت فردی بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ در جهان، بسیار بالا بوده است که بیشترین مقدار در بین مناطق مورد بررسی، مربوط به کشور آمریکا بوده که البته در سال‌های مطالعه، روند نزولی داشته است. اماروند مرگ و DALY ناشی از خشونت در کشور عراق، سیری صعودی داشته است (شکل ۲-۱۳).

Self-harm and Interpersonal Violence

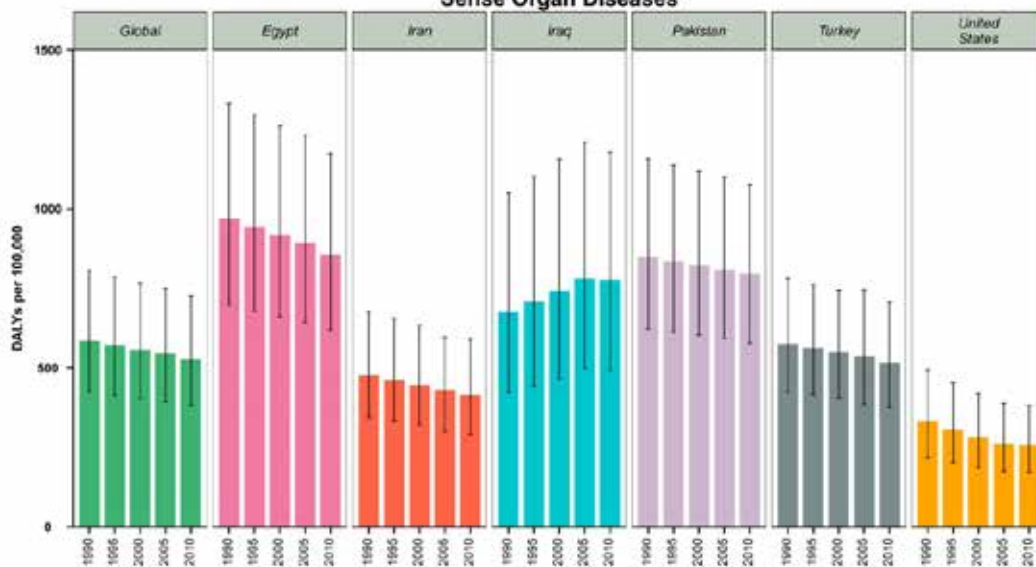


شکل ۲-۱۳ میزان مرگ و DALY ناشی از خودآزاری و خشونت فردی در ۱۰۰/۰۰۰ نفر جمعیت بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ در جهان، ایران و ۵ کشور دیگر

۲-۲-۵. بیماری‌های اندام‌های حسی

بیشترین و کمترین میزان DALY ناشی از بیماری‌های اندام‌های حسی بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ بین مناطق مورد بررسی، به ترتیب در کشورهای مصر و آمریکا مشاهده شده است. به‌طور کلی، میزان DALY در جهان روند نزولی داشته است که این روند در کشورهای مصر، ایران، پاکستان، ترکیه و آمریکا نیز مشاهده شده و تنها کشور عراق در بین مناطق مورد بررسی، دارای روند صعودی بوده است (شکل ۲-۱۴).

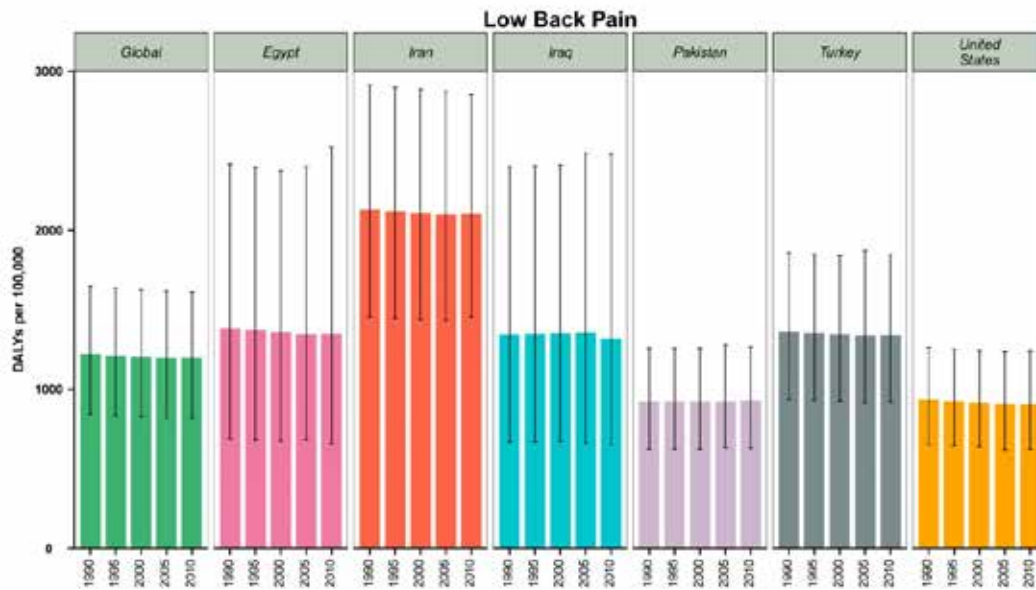
Sense Organ Diseases



شکل ۲-۱۴ میزان DALY ناشی از بیماری‌های اندام‌های حسی در ۱۰۰/۰۰۰ نفر جمعیت بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ در جهان، ایران و ۵ کشور دیگر

۲-۲-۶. کمردرد

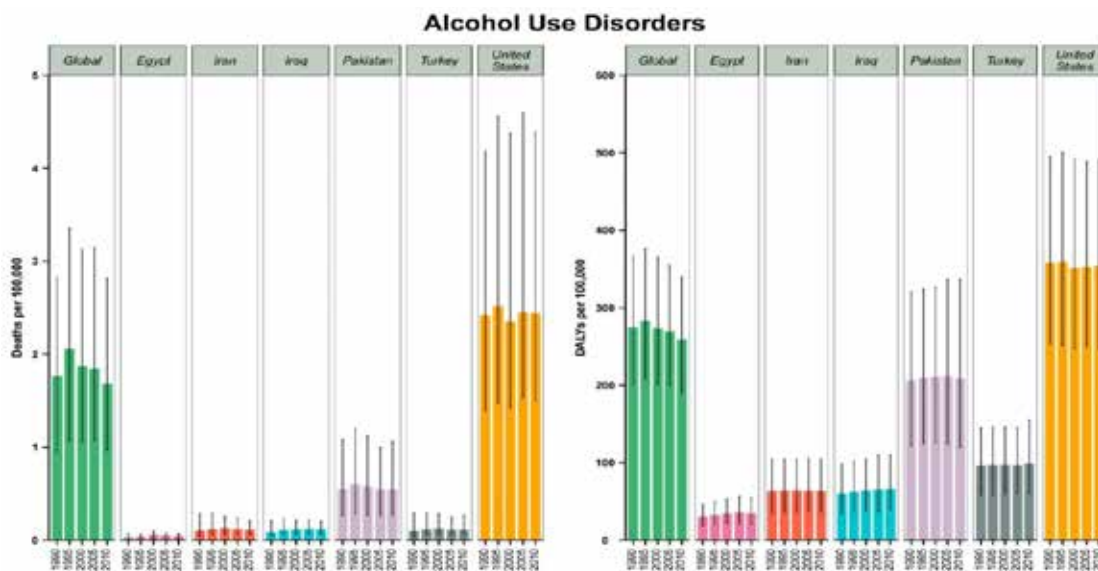
بیشترین میزان DALY ناشی از کمردرد بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ در مناطق مورد بررسی، مربوط به کشور ایران است. به‌طور کلی، میزان DALY در جهان روند نزولی خفیفی داشته است (شکل ۱۵۲).



شکل ۱۵۲. میزان DALY ناشی از کمردرد در ۱۰۰/۰۰۰ نفر جمعیت بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ در جهان، ایران و ۵ کشور دیگر

۲-۲-۷. بیماری‌های ناشی از مصرف الکل

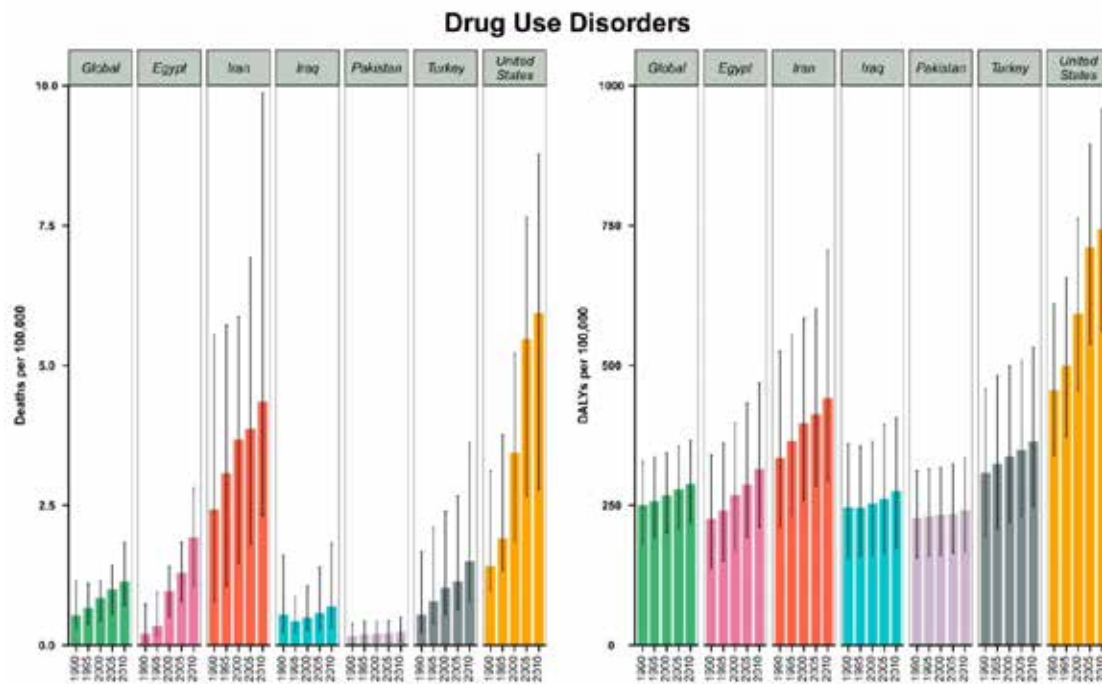
به‌طور کلی، در سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰، میزان مرگ و DALY ناشی از اختلال مصرف الکل در جهان بسیار بالا بوده است و بیشترین میزان در بین مناطق مورد بررسی مربوط به کشور آمریکا است. روند مرگ و DALY ناشی از مصرف الکل در جهان تا سال ۱۹۹۵ صعودی و پس از آن، نزولی بوده است (شکل ۱۶۲).



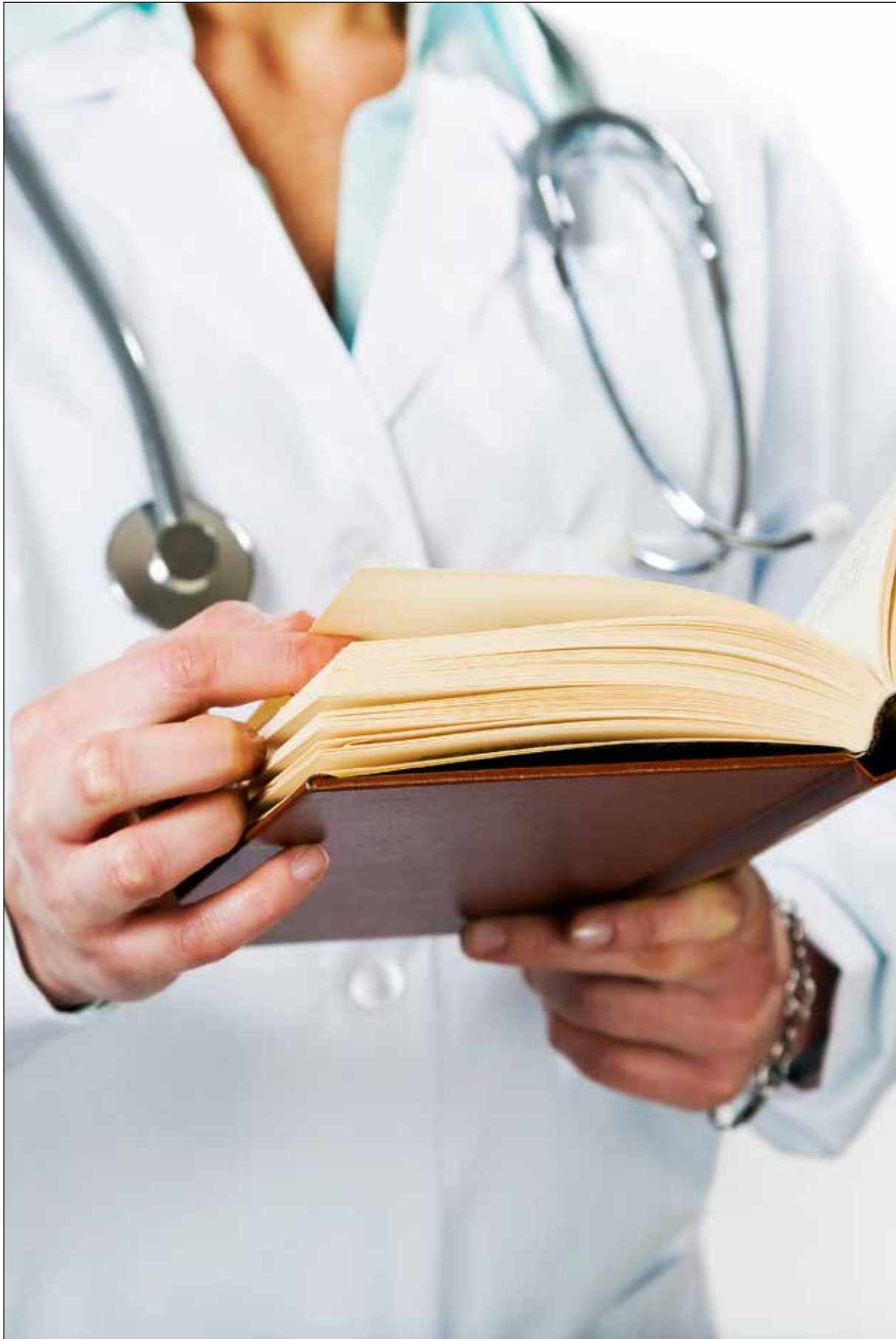
شکل ۱۶۲. میزان مرگ و DALY ناشی از مصرف الکل در ۱۰۰/۰۰۰ نفر جمعیت بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ در جهان، ایران و ۵ کشور دیگر

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

در سال ۲۰۱۰، بیش‌ترین میزان مرگ و DALY ناشی از اختلال مصرف مواد مخدر در بین مناطق مورد بررسی، مربوط به کشور آمریکا بوده است. به‌طور کلی، میزان مرگ و DALY در جهان همانند تمامی کشورهای مورد بررسی به‌صورت صعودی بوده است (شکل ۱۷۲).



شکل ۱۷۲-۲. میزان مرگ و DALY ناشی از مصرف مواد مخدر در ۱۰۰/۰۰۰ نفر جمعیت بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ در جهان، ایران و ۵ کشور دیگر





عوامل خطر مرتبط با بیماری‌های غیرواگیر در ایران

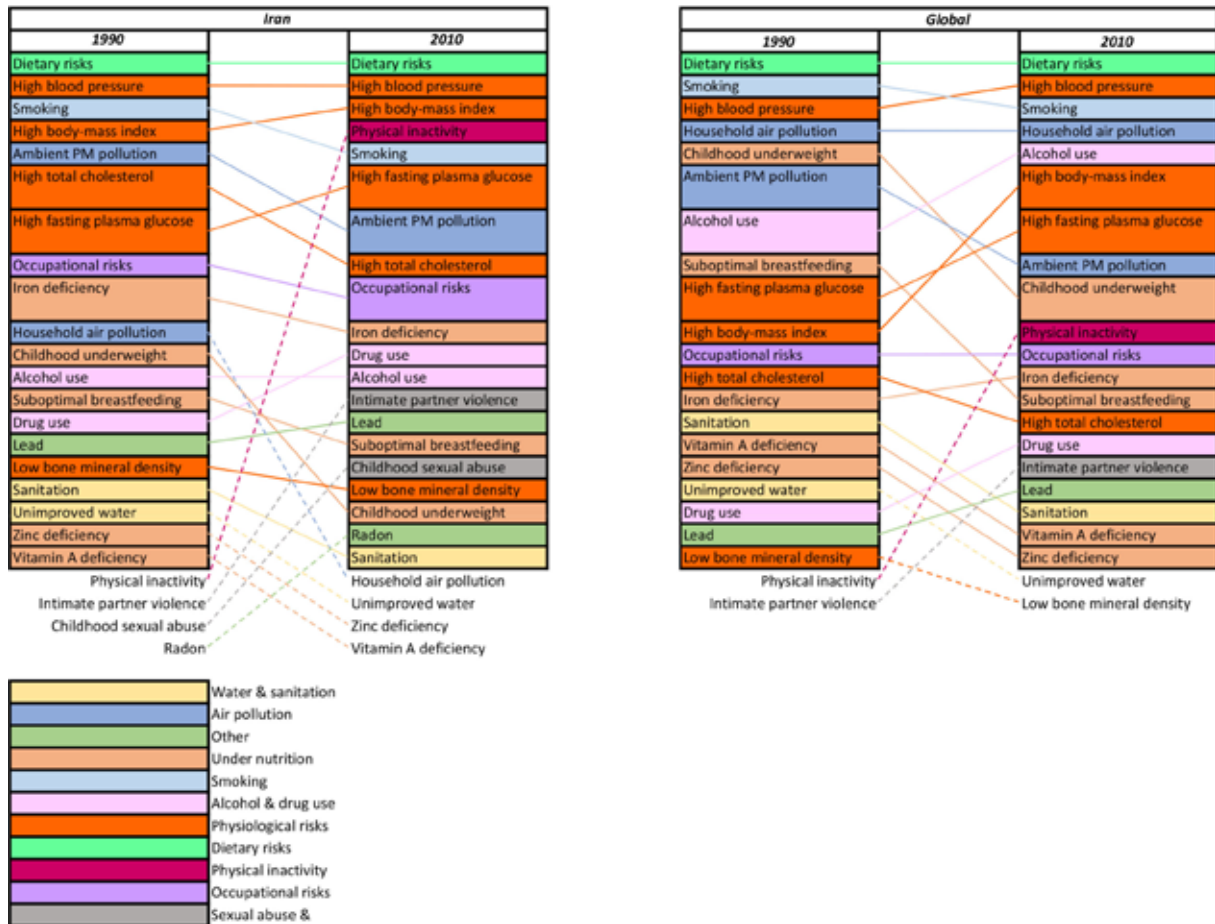
■ در بحث عوامل خطر تغذیه‌ای و کمبود یا نبود فعالیت بدنی، ایران در مقایسه با متوسط جهانی از وضعیت نامساعد تری برخوردار است.

■ در مقایسه با متوسط جهانی، عوامل خطری همچون مصرف سیگار در ایران در وضعیت مناسب تری قرار دارند.

■ عوامل خطری همچون کمبود یا نبود فعالیت بدنی و مصرف دخانیات، روندی کاهشی در دنیا و نیز در ایران، از خود نشان می‌دهند.

■ بر اساس آمارهای موجود، بیش‌ترین میزان مرگ‌ومیر در سال ۲۰۱۰ به‌واسطه عوامل خطر مربوط به عوامل تغذیه‌ای رخ داده است.

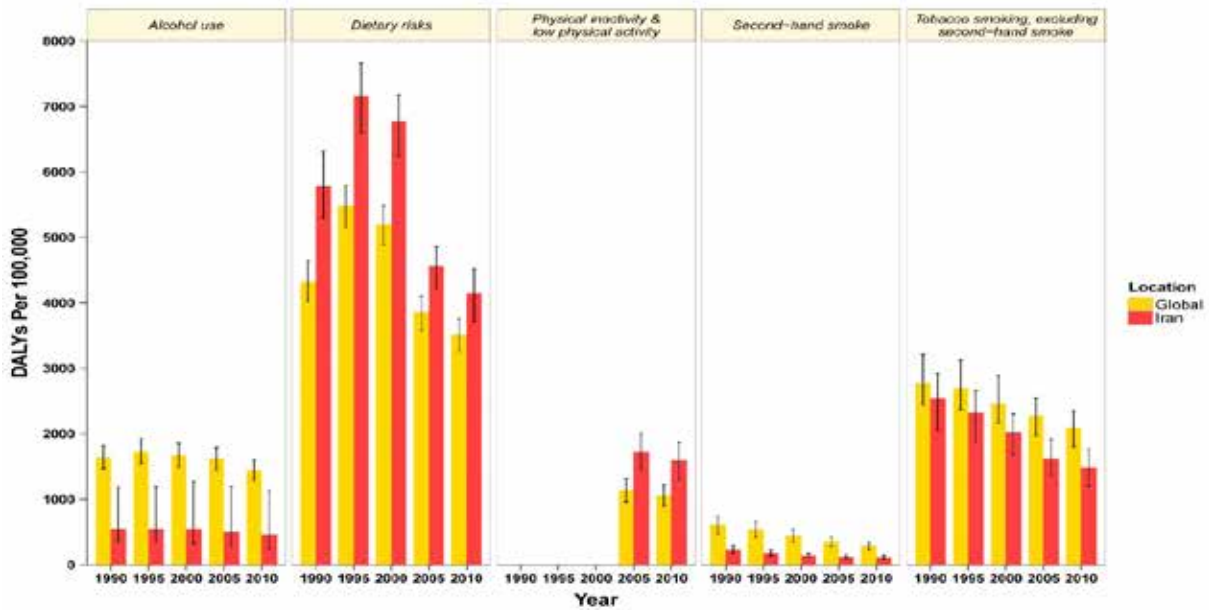




شکل ۳-۱. استاندارد شده سنی و جنسی ناشی از بیست عامل خطر در ایران و جهان در سال‌های ۱۹۹۰ و ۲۰۱۰

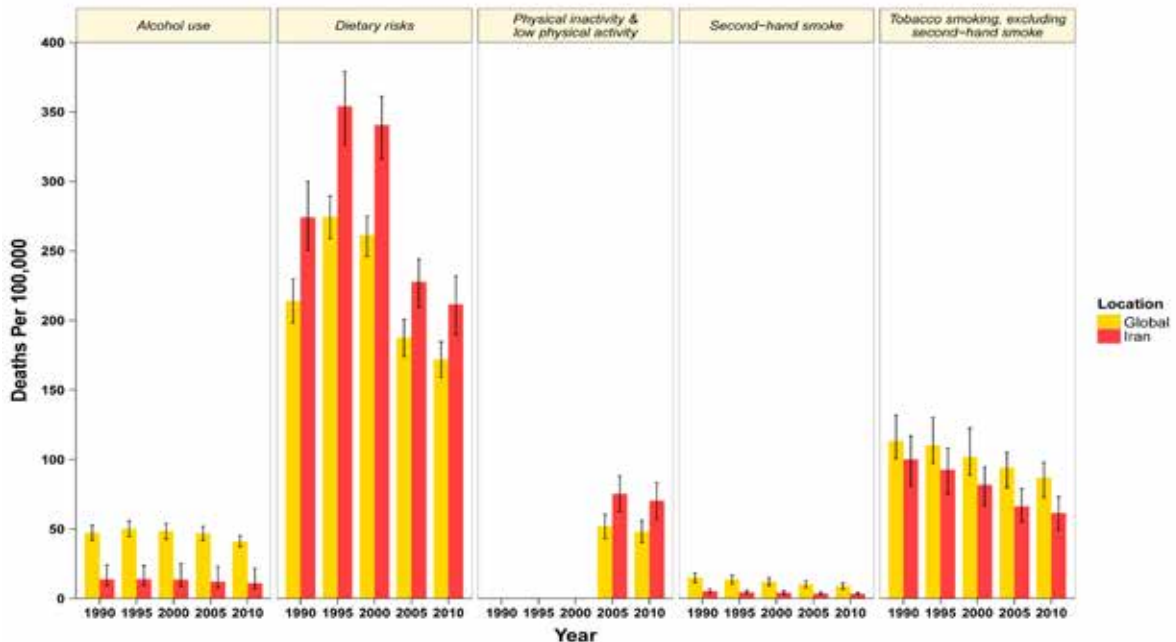
بیست عامل خطر اصلی بیماری‌های غیرواگیر بر اساس DALY در سال‌های ۱۹۹۰ و ۲۰۱۰ میلادی در ایران و جهان، در شکل ۳ نشان داده شده است.

بیش‌ترین میزان DALY در بین عوامل خطر، مربوط به عوامل تغذیه‌ای است. شکل ۳ نشان می‌دهد که در تمامی سال‌های مورد بررسی، ایران از نظر عامل تغذیه و فعالیت فیزیکی کم و ناکافی در مقایسه با جهان، همواره وضعیت نامناسب‌تری داشته است اما در مورد عامل خطر مصرف دخانیات وضعیت آن بهتر بوده است. عوامل خطر فعالیت فیزیکی کم و ناکافی و مصرف دخانیات در ایران و جهان دارای روند نزولی بوده‌اند؛ در حالی که مصرف الکل در ایران و جهان، روند نسبتاً ثابتی داشته است.



شکل ۲-۳. میزان DALY منتسب به عوامل خطر اصلی بیماری های غیرواگیر در ۱۰۰/۰۰۰ نفر جمعیت بین سال های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ در ایران و جهان

همانند میزان DALY، بیشترین میزان مرگ نیز در بین عوامل خطر مورد بررسی، مربوط به عوامل تغذیه ای است و چنان که مشخص است طی سال های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰، کشور ایران از نظر عوامل خطر تغذیه ای و فعالیت بدنی کم و ناکافی در مقایسه با جهان، همواره میزان بیشتری داشته است اما میزان عامل خطر استعمال دخانیات در آن در مقایسه با جهان، کمتر بوده است. عوامل خطر تغذیه ای در ایران و جهان تا سال ۱۹۹۵، روند صعودی و پس از آن، سیر نزولی داشته است. عوامل خطر فعالیت بدنی کم و ناکافی و مصرف دخانیات در ایران و جهان دارای روند نزولی بوده اند. همچون DALY، میزان مرگ منتسب به مصرف الکل، روندی نسبتاً یکنواخت در ایران و جهان دارد؛ هر چند این میزان در ایران نسبت به متوسط جهانی کمتر است (شکل ۳-۳).



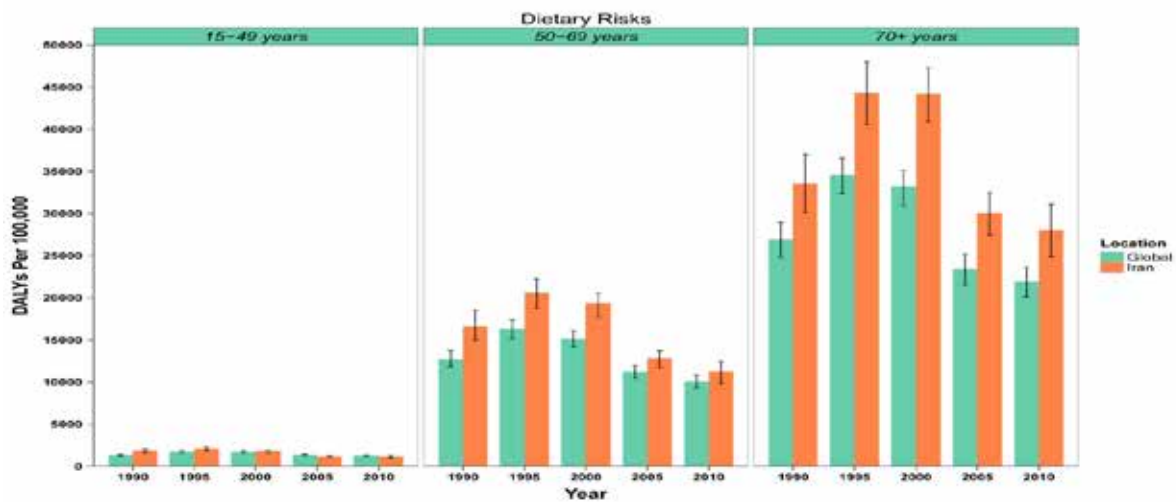
شکل ۳-۳. میزان مرگ منتسب به عوامل خطر اصلی بیماری های غیرواگیر در ۱۰۰/۰۰۰ نفر جمعیت بین سال های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ در ایران و جهان

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

۳-۱-۱. رژیم غذایی ناسالم

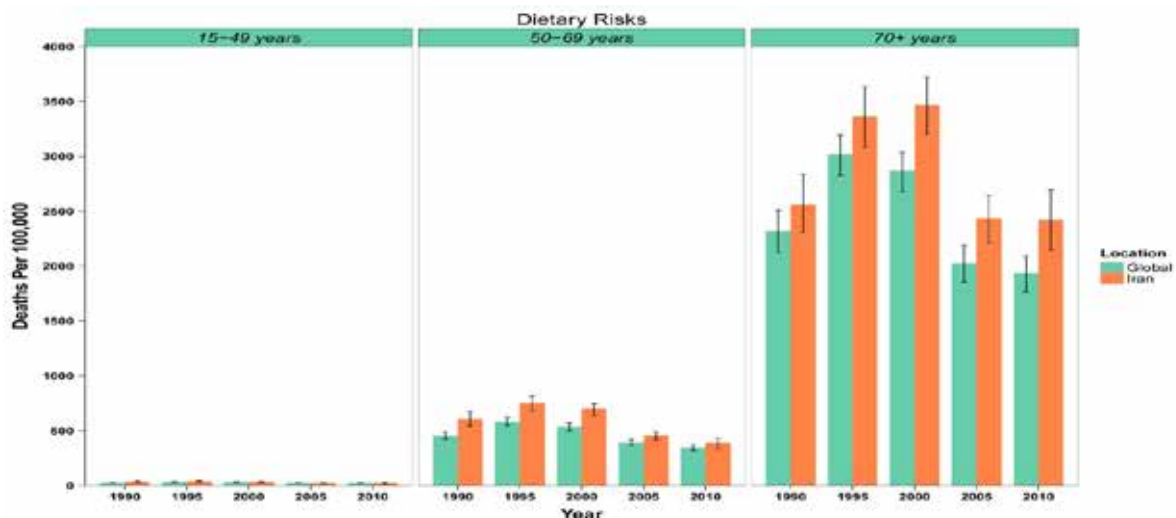
حدود ۸۰ درصد جمعیت دنیا از ۵ واحد توصیه شده میوه و سبزی جات در طول روز استفاده نمی‌کنند. از جمله عادات تغذیه‌ای پیشنهاد شده در سطح جهانی برای کنترل بیماری‌های غیرواگیر می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: غذاهای دریایی (اسیدچرب امگا۳)، عدم مصرف چربی ترانس، غلات کامل (کیفیت کربوهیدرات)، میوه و سبزیجات، عدم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

بیشترین میزان DALY منتسب به عوامل خطر تغذیه‌ای طی سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ در بین سه گروه سنی، مربوط به گروه سنی ۷۰ سال به بالا بوده است که در تمامی سال‌های مورد بررسی در این گروه سنی، ایران نسبت به جهان، میزان عامل خطر بیش‌تری داشته است. همچنین، در ایران و جهان و در تمامی گروه‌های سنی، روند تا سال ۱۹۹۵ به صورت صعودی بوده و پس از آن، به صورت نزولی درآمده است (شکل ۴۳).



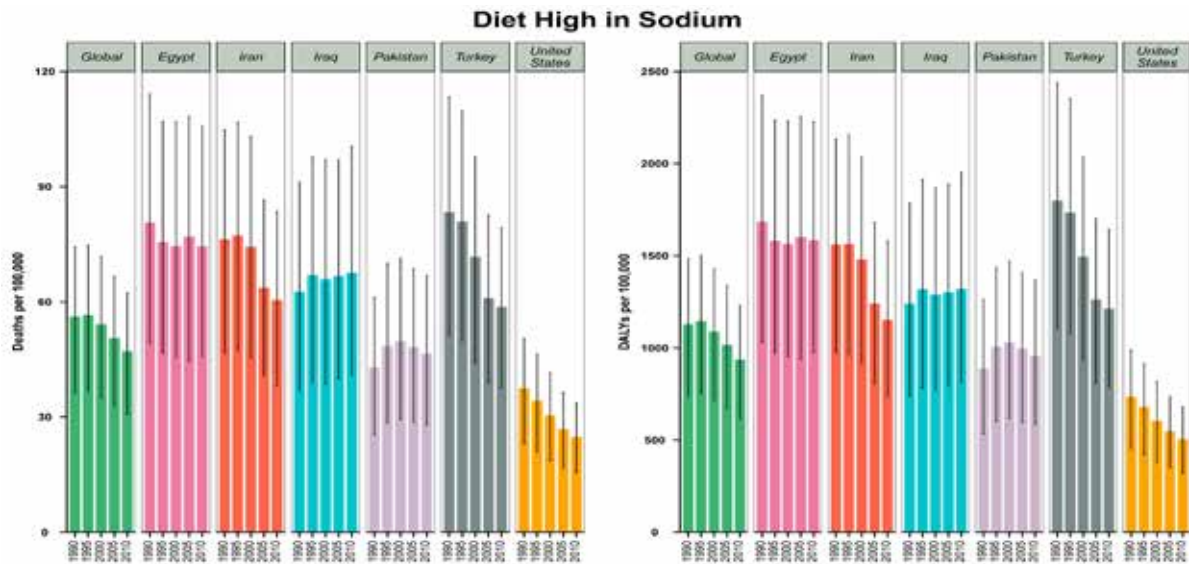
شکل ۳-۴. میزان DALY منتسب به عوامل خطر تغذیه‌ای در ۱۰۰/۰۰۰ نفر جمعیت بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ بر حسب گروه‌های سنی در ایران و جهان

همانند میزان DALY، بیشترین میزان مرگ منتسب به عوامل خطر تغذیه‌ای در بین سه گروه سنی، مربوط به گروه سنی ۷۰ سال به بالا است و در تمامی سال‌های مورد بررسی، متوسط عوامل خطر تغذیه‌ای در ایران نسبت به جهان، بیش‌تر بوده 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 تمامی گروه‌های سنی تا سال ۱۹۹۵ روند صعودی مشاهده می‌شود و پس از آن، روند به صورت نزولی تغییر وضعیت پیدا می‌کند (شکل ۵۳).



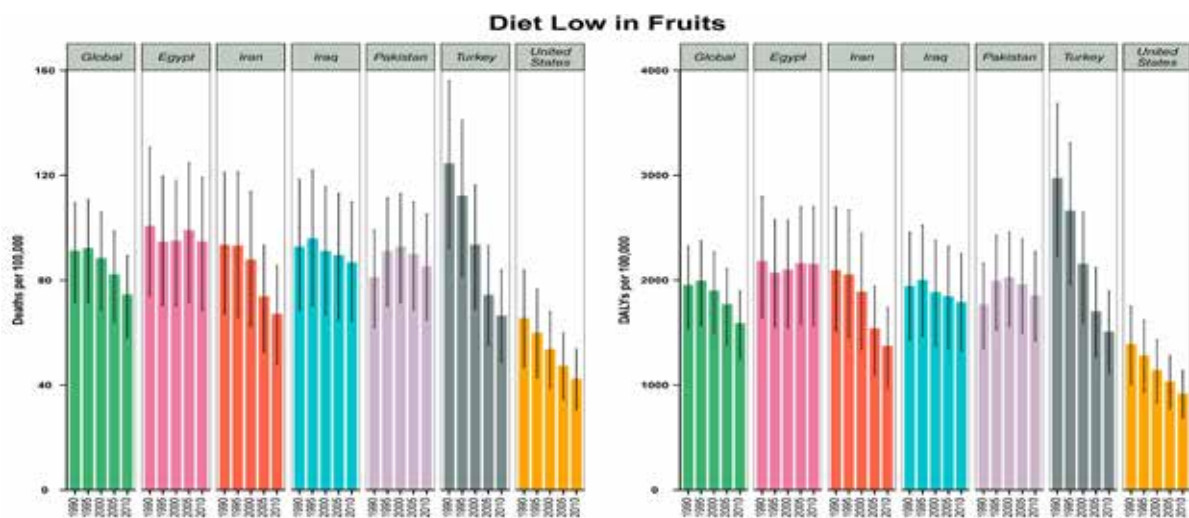
شکل ۳-۵. میزان مرگ منتسب به عوامل خطر تغذیه‌ای در ۱۰۰/۰۰۰ نفر جمعیت بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ بر حسب گروه‌های سنی در ایران و جهان

در بین کشورهای مورد مطالعه طی سال های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰، میزان مرگ منتسب به مصرف زیاد سدیم در ایران بیش از متوسط جهان بوده است. این در حالی است که نرخ مرگ در مصر، عراق و ترکیه نیز از متوسط میزان جهانی بالاتر است. بر اساس نتایج بدست آمده، میزان مرگ منتسب به مصرف مقادیر زیاد سدیم در ایالات متحده آمریکا و پاکستان، کم تر از سایر کشورهای مورد مطالعه و حتی کم تر از متوسط میزان جهانی آن بوده است. در بحث DALY نیز کشورهای مورد مطالعه و ایران، الگویی مشابه الگوی مرگ و میر را دنبال می کنند. شایان ذکر است که میزان DALY و مرگ ناشی از مصرف زیاد سدیم در ایران از سال ۱۹۹۵ میلادی به بعد، کاهش چشم گیری نشان می دهد (شکل ۶۳).



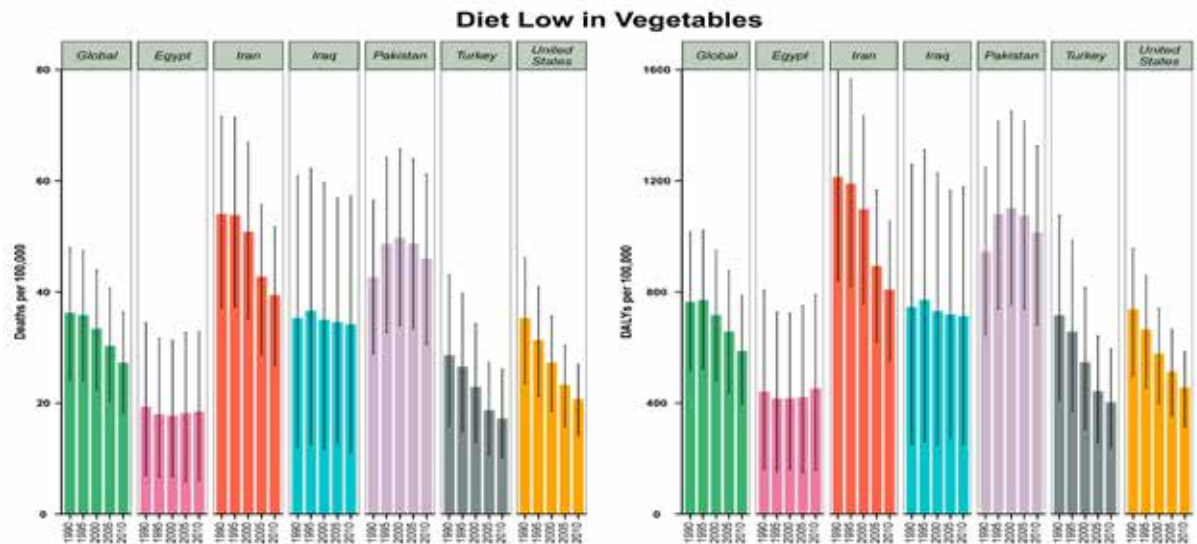
شکل ۶۳- میزان مرگ و DALY منتسب به عامل خطر مصرف زیاد سدیم در ۱۰۰/۰۰۰ نفر جمعیت بین سال های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ در جهان، ایران و ۵ کشور دیگر

میزان مرگ منتسب به عامل خطر 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؛ در حالی که این میزان در سال های بعدی، کاهش چشم گیری در این کشور داشته است. این آمار در ایران طی سال های مورد مطالعه، الگویی نسبتاً مشابه دنیا داشته است. بدین صورت که تا سال ۱۹۹۵، افزایش و پس از آن، کاهش چشم گیری در میزان مرگ رخ داده است. در رابطه با میزان DALY در بازه زمانی مورد مطالعه نیز الگوی تغییرات، مشابه الگوی مرگ و میر بوده است. میزان مرگ و DALY منتسب به کمبود میوه در سال ۲۰۱۰ در ایران، از متوسط جهانی آن پایین تر بوده است (شکل ۷۳).



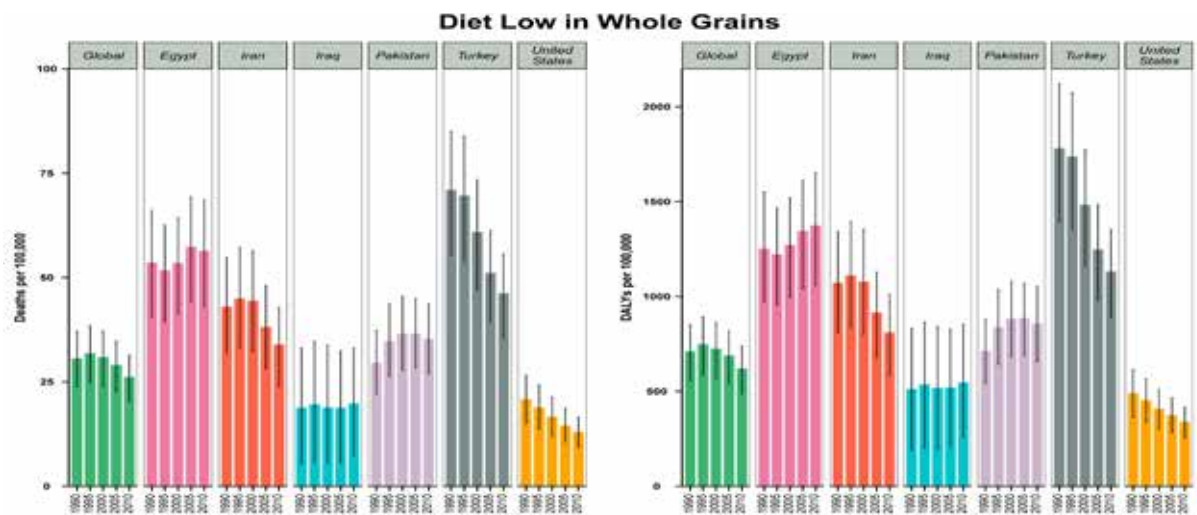
شکل ۷۳- میزان مرگ و DALY منتسب به عامل خطر کمبود مصرف میوه در ۱۰۰/۰۰۰ نفر جمعیت بین سال های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ در جهان، ایران و ۵ کشور دیگر

در سال ۱۹۹۰، میزان مرگ منتسب به عامل خطر مصرف کم سبزیجات در ایران از سایر کشورهای مورد مطالعه و نیز از متوسط جهانی بسیار بالاتر بوده و در بین کشورهای مورد مطالعه، پاکستان بیشترین میزان مرگ بر اثر عامل فوق را در سال‌های مورد مطالعه داشته است. با این وجود، با گذر زمان، کاهش قابل ملاحظه‌ای در میزان مرگ منتسب به عامل خطر مصرف کم سبزیجات در ایران ملاحظه می‌شود اما در سال ۲۰۱۰، این میزان هنوز از متوسط جهانی بالاتر بوده است. در رابطه با DALY نیز شواهد، الگویی مشابه با نرخ مرگ و میر بر اثر عامل فوق الذکر را نشان می‌دهد (شکل ۸۳).



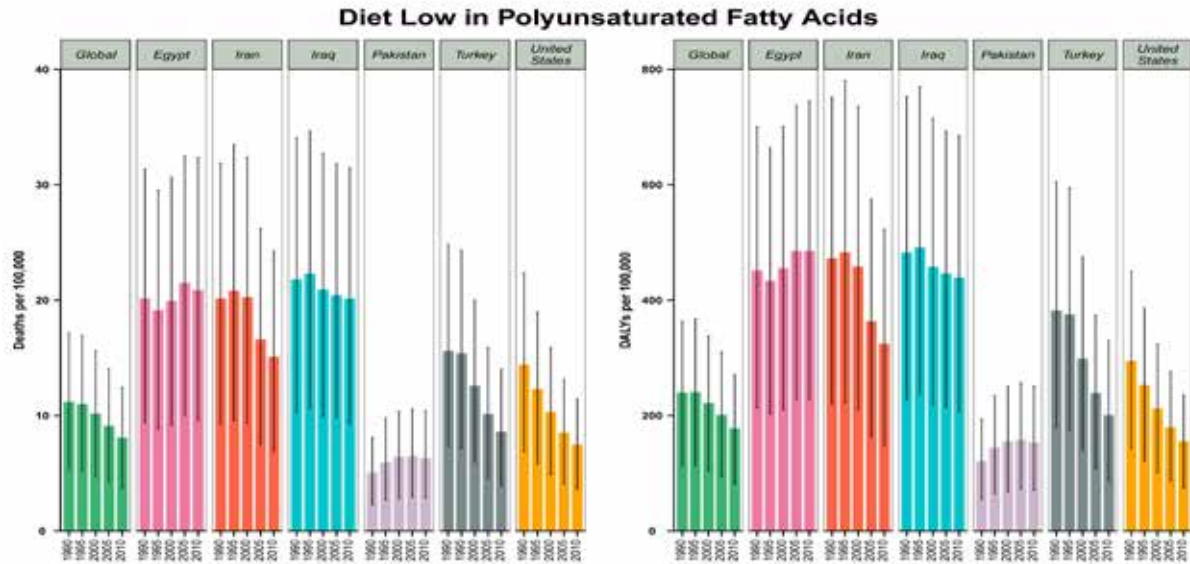
شکل ۳-۸. میزان مرگ و DALY منتسب به عامل خطر مصرف کم سبزیجات در ۱۰۰/۰۰۰ نفر جمعیت بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ در جهان، ایران و ۵ کشور دیگر

در بین کشورهای مورد مطالعه، مصر و عراق روندی تصاعدی را در میزان مرگ منتسب به عامل خطر کمبود مصرف غلات کامل بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ نشان می‌دهند. در حالی که مصر و ترکیه، بیشترین میزان مرگ را نسبت به دیگر کشورهای مورد مطالعه و نیز نسبت به متوسط جهانی داشته‌اند. در این بین، ایران تا سال ۱۹۹۵ روندی تصاعدی و از آن پس، کاهش چشمگیری در نرخ مرگ منتسب به این عامل خطر داشته است. با این حال، همچنان نرخ مرگ در ایران از متوسط جهانی بالاتر بوده است. همچون سایر عوامل خطر در سال‌های مورد مطالعه، DALY منتسب به کمبود مصرف غلات کامل، الگویی مشابه مرگ و میر را دنبال کرده است (شکل ۹۳).



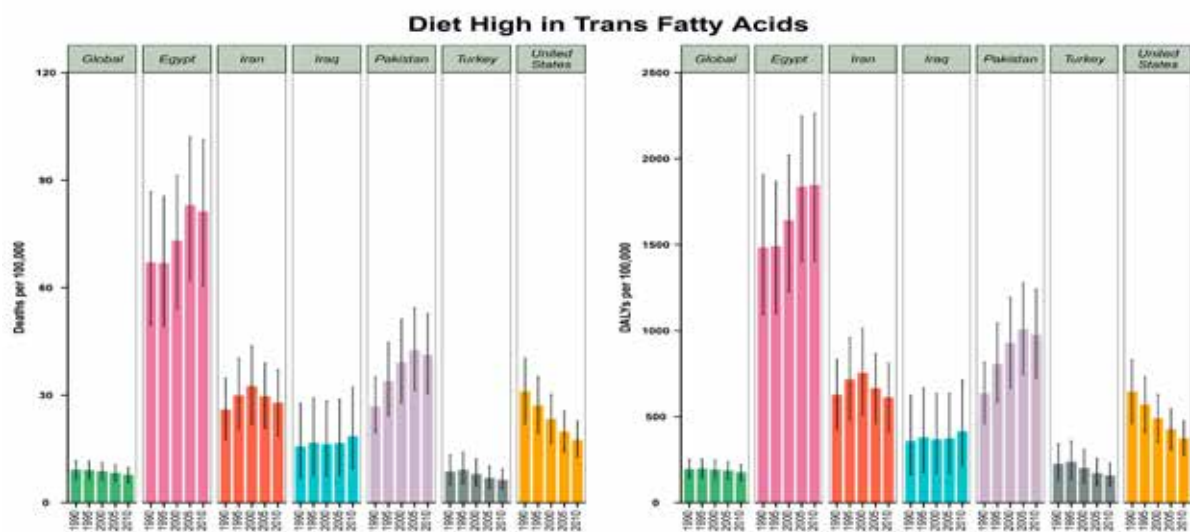
شکل ۳-۹. میزان مرگ و DALY منتسب به عامل خطر کمبود مصرف غلات کامل در ۱۰۰/۰۰۰ نفر جمعیت بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ در جهان، ایران و ۵ کشور دیگر

مصر، ایران و عراق طی سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰، بیش‌ترین میزان مرگ‌ومیر متناسب به عامل خطر کمبود مصرف اسیدهای چرب غیر اشباع را در بین مناطق مورد بررسی داشته‌اند. باین وجود، باید در نظر داشت که این میزان، کاهش چشمگیری را طی سال‌های مورد مطالعه در ایران نشان می‌دهد اما این روند در عراق و مصر، تغییر چندانی نداشته است. در این بین، پاکستان، مرگ‌ومیری حتی پایین‌تر از متوسط جهانی داشته که این امر در نوع خود جالب توجه و قابل تامل است. میزان DALY متناسب به عامل خطر کمبود مصرف اسیدهای چرب غیر اشباع، مشابه تغییرات مرگ‌ومیر است (شکل ۱۰۳).



شکل ۱۰۳-۱. میزان مرگ و DALY متناسب به عامل خطر کمبود مصرف اسیدهای چرب غیر اشباع در ۱۰۰/۰۰۰ نفر جمعیت بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ در جهان، ایران و ۵ کشور دیگر

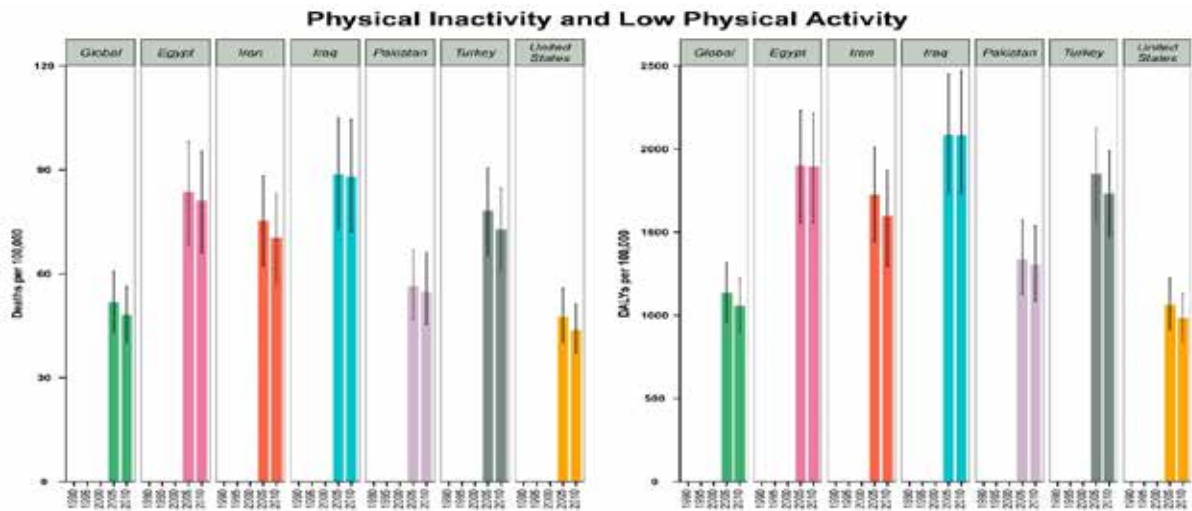
مرگ در اثر مصرف اسیدهای چرب ترانس در مصر و پاکستان، بیش‌ترین میزان را در بین کشورهای مورد مطالعه در بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ داشته است. ایران دارای تغییراتی افزایشی از سال ۱۹۹۰ تا ۲۰۰۰ بوده و پس از آن، این روند کاهش نشان داده است. آمار مرگ در تمامی کشورهای مورد مطالعه به جز ترکیه، بالاتر از متوسط جهانی بوده است. الگوی تغییرات DALY در سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ نیز روندی مشابه مرگ در دنیا و در کشورهای مورد مطالعه نشان می‌دهد (شکل ۱۱۳).



شکل ۱۱۳-۱۱. میزان مرگ و DALY متناسب به عامل خطر مصرف زیاد اسیدهای ترانس در ۱۰۰/۰۰۰ نفر جمعیت بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ در جهان، ایران و ۵ کشور دیگر

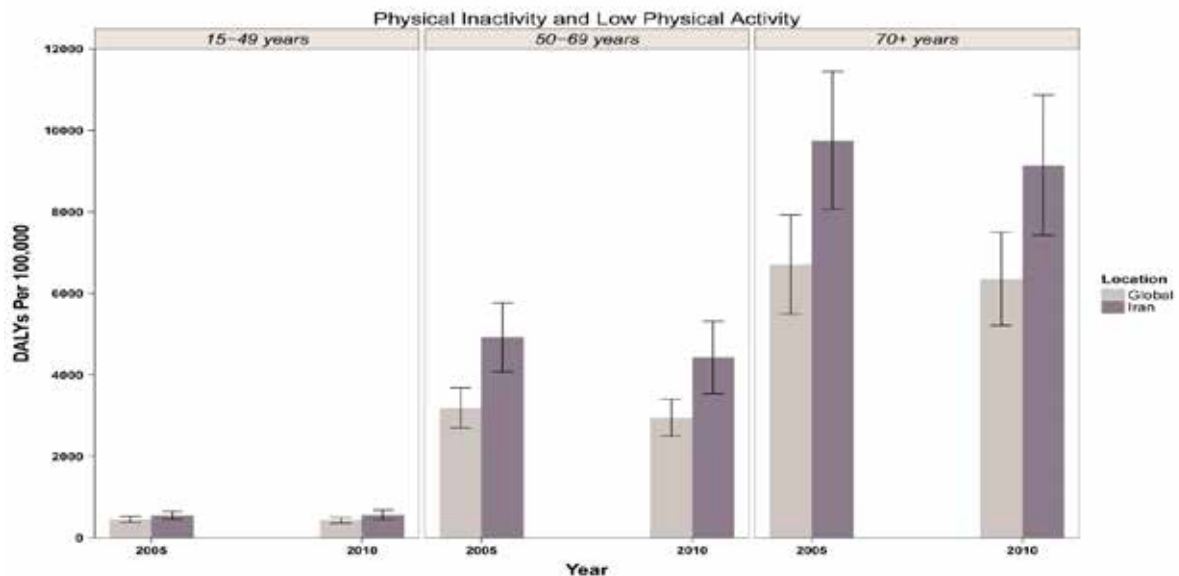
۳-۱-۲. نبود فعالیت بدنی و فعالیت بدنی کم

بیشترین و کمترین میزان مرگ و DALY منتسب به عامل خطر نبود فعالیت بدنی و فعالیت بدنی کم طی سال‌های ۲۰۰۵ و ۲۰۱۰ در بین مناطق مورد بررسی، به ترتیب مربوط به کشورهای عراق و آمریکا بوده است. به‌طور کلی، میزان مرگ و DALY منتسب به این عامل خطر در جهان همانند تمامی کشورهای تحت بررسی، به‌صورت نزولی بوده است (شکل ۱۲۳).



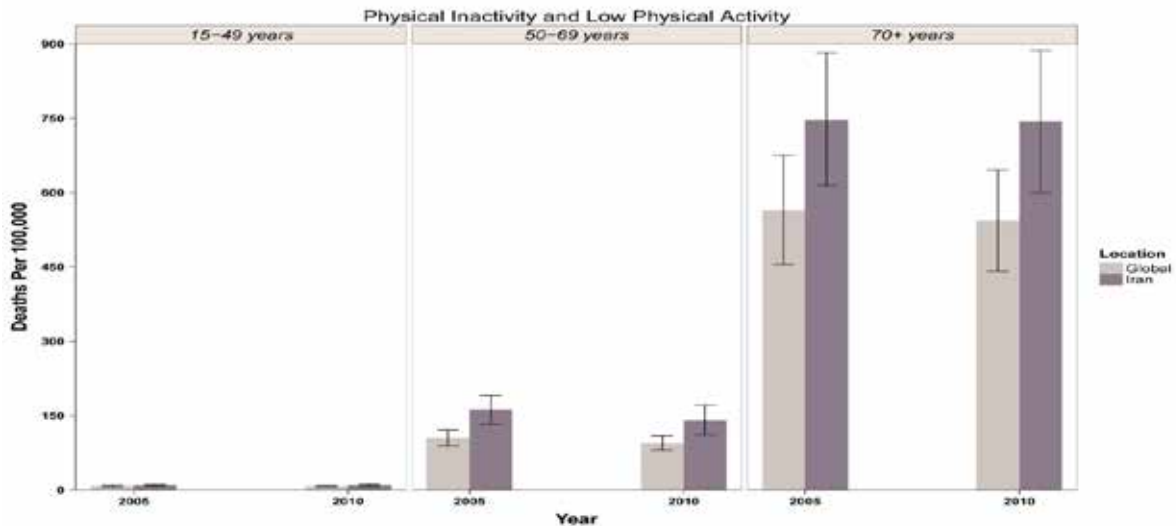
شکل ۱۲۳-۳. میزان مرگ و DALY منتسب به عامل خطر نبود فعالیت بدنی و فعالیت بدنی کم در ۱۰۰/۰۰۰ نفر جمعیت در سال‌های ۲۰۰۵ و ۲۰۱۰ در جهان، ایران و ۵ کشور دیگر

بیشترین میزان DALY منتسب به عامل خطر نبود فعالیت بدنی و فعالیت بدنی کم در بین سه گروه سنی در جهان و ایران مربوط به گروه سنی ۷۰ سال به بالا است که در تمامی سال‌های مورد بررسی، ایران نسبت به جهان، میزان DALY بیشتری داشته است. در سال ۲۰۱۰، میزان DALY برای گروه سنی ۵۰ تا ۶۹ ساله کم‌تر از سال ۲۰۰۵ بوده است (شکل ۱۳۳).



شکل ۱۳۳-۳. میزان DALY منتسب به عامل خطر نبود فعالیت بدنی و فعالیت بدنی کم در ۱۰۰/۰۰۰ نفر جمعیت در سال‌های ۲۰۰۵ و ۲۰۱۰ بر حسب گروه‌های سنی در ایران و جهان

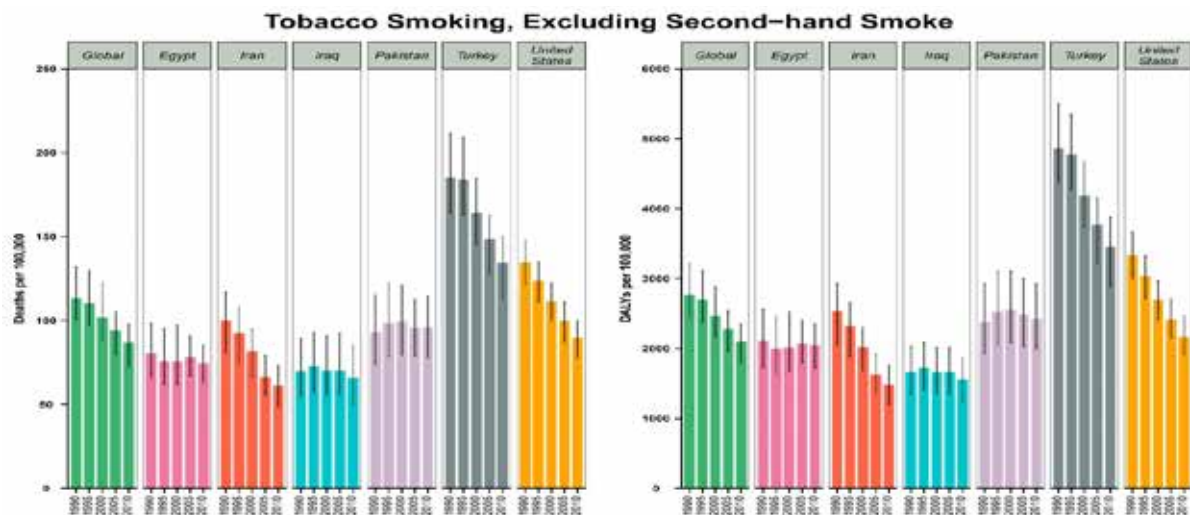
بیشترین میزان مرگ منتسب به عامل خطر نبود فعالیت بدنی و فعالیت بدنی کم در بین سه گروه سنی، مربوط به گروه سنی ۷۰ سال به بالا است. در تمامی سال‌های مورد بررسی و در تمام گروه‌های سنی، ایران نسبت به جهان، میزان مرگ بیشتری داشته است. میزان مرگ منتسب به عامل خطر نبود فعالیت بدنی و فعالیت بدنی کم در گروه‌های سنی ۵۰ سال و بالاتر در سال ۲۰۱۰ نسبت به سال ۲۰۰۵ کم تر بوده است (شکل ۱۴۳).



شکل ۱۴۳- میزان مرگ منتسب به عامل خطر نبود فعالیت بدنی و فعالیت بدنی کم در ۱۰۰/۰۰۰ نفر جمعیت در سال‌های ۲۰۰۵ و ۲۰۱۰ بر حسب گروه‌های سنی در ایران و جهان

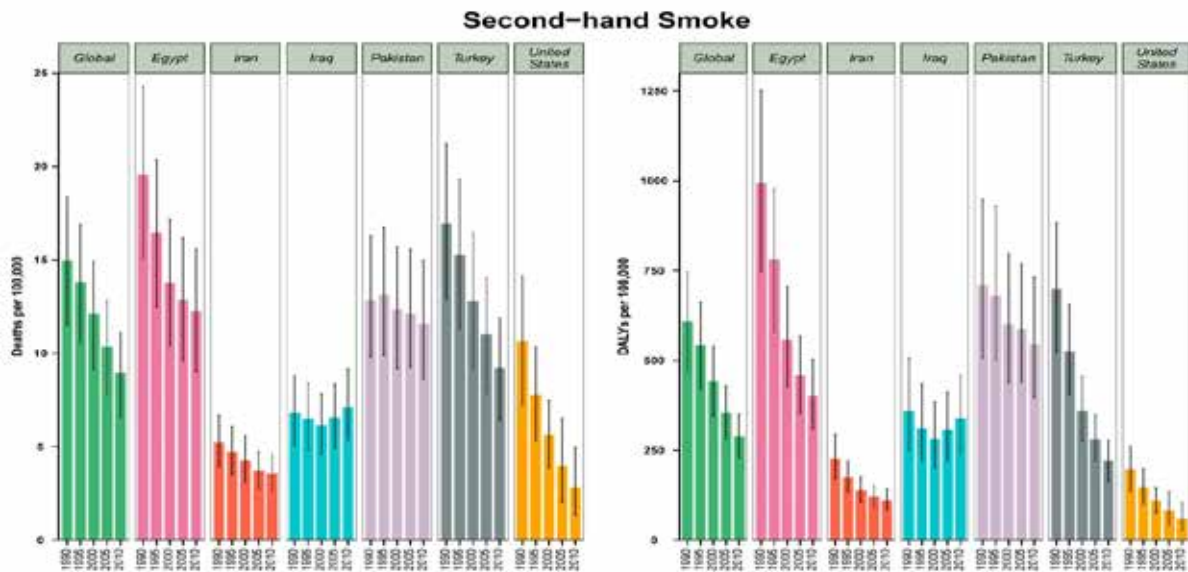
۳۱۳. مصرف دخانیات

مصرف 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 دارند که اغلب آن‌ها از مواد سرطان‌زای دیگر نیز استفاده می‌کنند. بیشترین و کمترین میزان مرگ و DALY مربوط به عامل خطر مصرف دخانیات (بدون احتساب غیرسیگاری‌های در معرض دود سیگار)، در بین مناطق مورد بررسی، به ترتیب مربوط به کشورهای ترکیه و عراق بوده است. به‌طور کلی، روند میزان مرگ و DALY در کشورهای ایران، ترکیه و آمریکا همانند روند کلی در جهان، به‌صورت نزولی بوده است (شکل ۱۵۳).



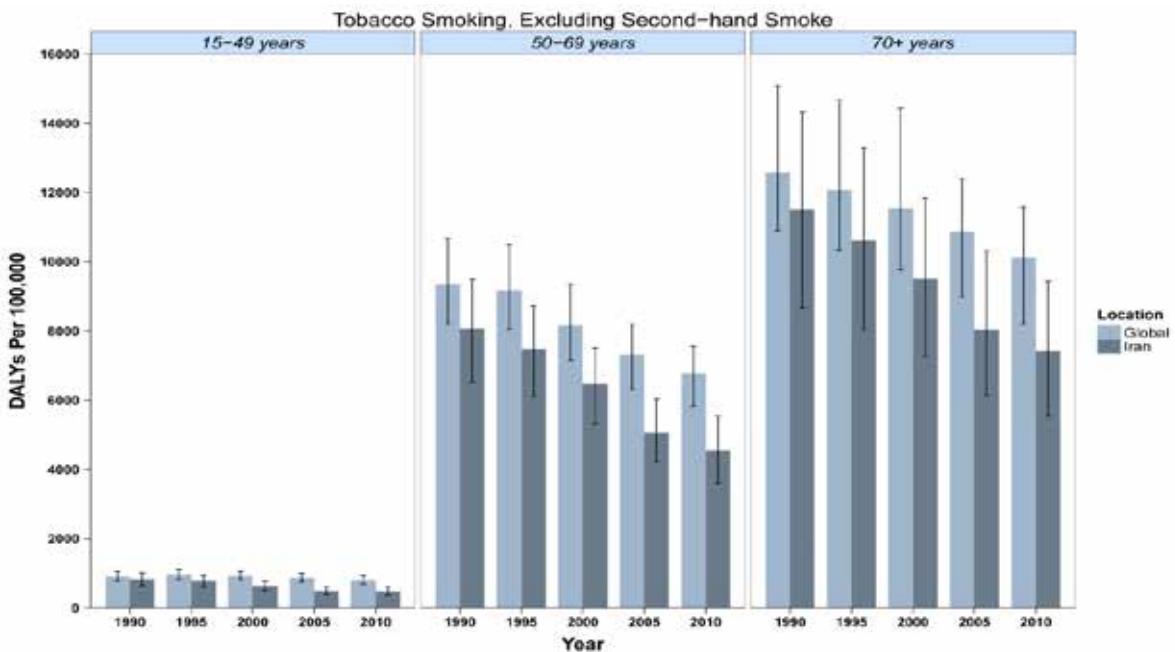
شکل ۱۵۳- میزان مرگ و DALY منتسب به عامل خطر مصرف دخانیات (بدون احتساب غیرسیگاری‌های در معرض دود سیگار) در ۱۰۰/۰۰۰ نفر جمعیت بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ در جهان، ایران و ۵ کشور دیگر
بیشترین میزان مرگ و DALY منتسب به غیرسیگاری‌های در معرض دود سیگار در بین مناطق مورد بررسی، مربوط به کشور مصر بوده است.

به‌طور کلی، روند میزان مرگ و DALY در کشورهای مصر، ایران، پاکستان، ترکیه و آمریکا همانند روند کلی در جهان، نزولی بوده است (شکل ۱۶۳).



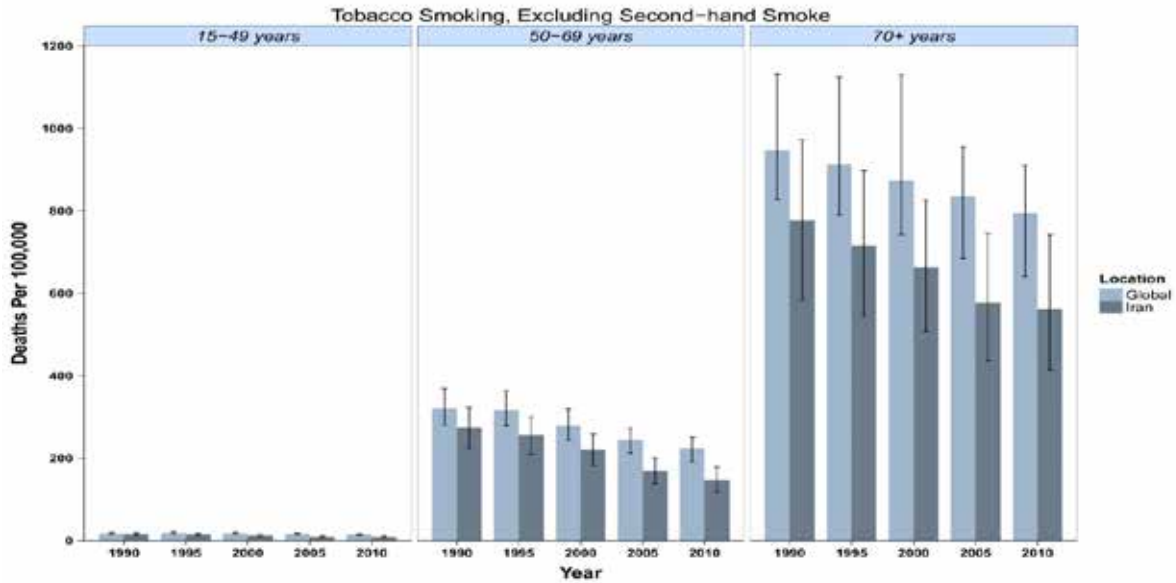
شکل ۱۶۳- میزان مرگ و DALY متناسب به غیر سیگاری‌های در معرض دود سیگار در ۱۰۰/۰۰۰ نفر جمعیت بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ در جهان، ایران و ۵ کشور دیگر

بیش‌ترین میزان DALY متناسب به عامل خطر مصرف دخانیات (بدون احتساب غیر سیگاری‌های در معرض دود سیگار) در بین سه گروه سنی، مربوط به گروه سنی ۷۰ سال به بالا بوده که در تمامی سال‌های مورد بررسی، ایران همواره نسبت به جهان، میزان DALY کم‌تری داشته است. میزان DALY برای تمامی گروه‌های سنی در ایران و جهان دارای روند نزولی بوده است (شکل ۱۷۳).



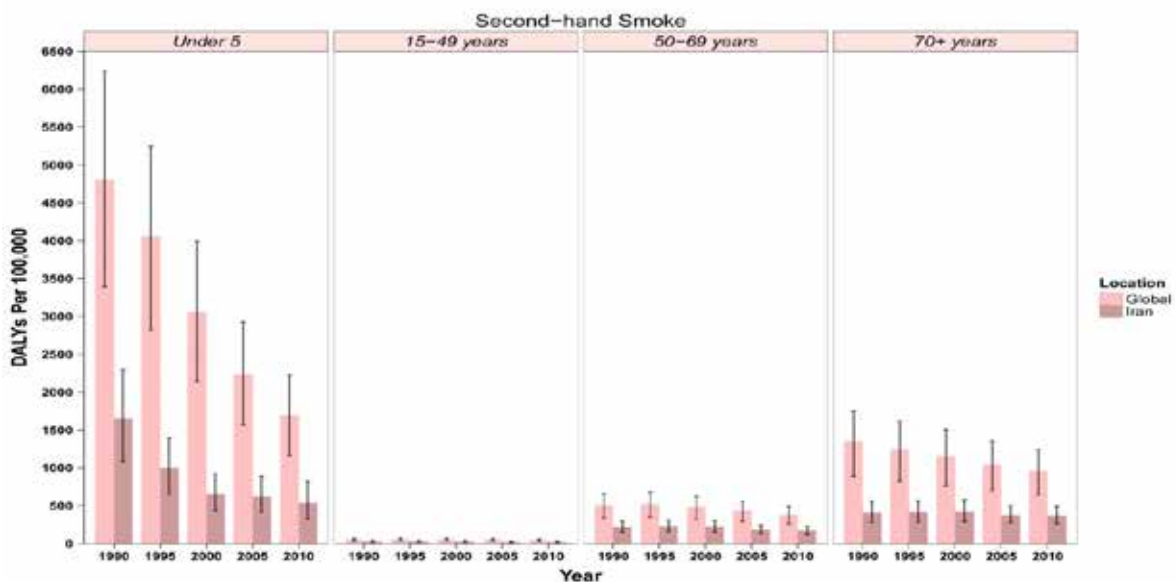
شکل ۱۷۳- میزان DALY متناسب به عامل خطر مصرف دخانیات (بدون احتساب غیر سیگاری‌های در معرض دود سیگار) در ۱۰۰/۰۰۰ نفر جمعیت بر حسب گروه‌های سنی بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ در ایران و جهان

بیشترین میزان مرگ منتسب به عامل خطر مصرف دخانیات (بدون احتساب غیرسیگاری‌های در معرض دود سیگار) در بین سه گروه سنی، مربوط به گروه سنی ۷۰ سال به بالا است که در تمامی سال‌های مورد بررسی در این گروه سنی، میزان مرگ منتسب به این عامل خطر در ایران نسبت به جهان، کم‌تر بوده است. در کل، میزان مرگ منتسب به عامل خطر مصرف دخانیات (بدون احتساب غیرسیگاری‌های در معرض دود سیگار) برای تمامی گروه‌های سنی در ایران و جهان دارای روند نزولی بوده است (شکل ۱۸۳).



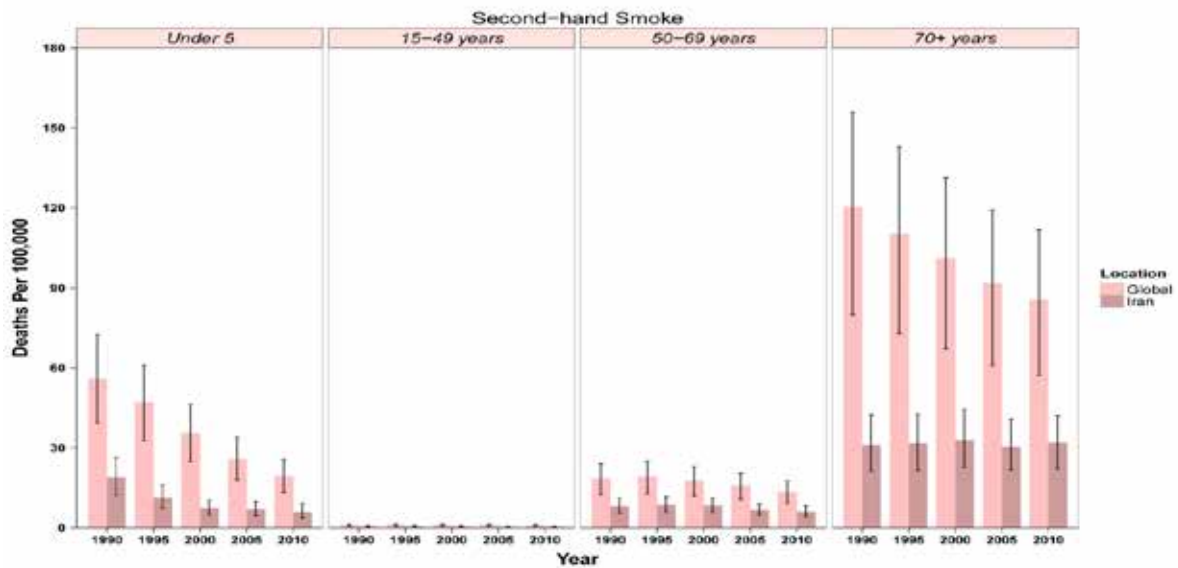
شکل ۱۸۳-۱۸۳. میزان مرگ منتسب به عامل خطر مصرف دخانیات (بدون احتساب غیرسیگاری‌های در معرض دود سیگار) در ۱۰۰/۰۰۰ نفر جمعیت بر حسب گروه‌های سنی بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ در ایران و جهان

در سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰، بیشترین میزان DALY منتسب به عامل خطر غیرسیگاری‌های در معرض دود سیگار در بین چهار گروه سنی، مربوط به گروه سنی کم‌تر از ۵ سال بوده است. در تمامی سال‌های مورد بررسی، میزان DALY منتسب به این عامل خطر در ایران نسبت به جهان، کم‌تر و برای تمامی گروه‌های سنی، دارای روند نزولی بوده است (شکل ۱۹۳).



شکل ۱۹۳-۱۹۳. میزان DALY منتسب به عامل خطر مصرف دخانیات در ۱۰۰/۰۰۰ نفر جمعیت بر حسب گروه‌های سنی بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ در ایران و جهان

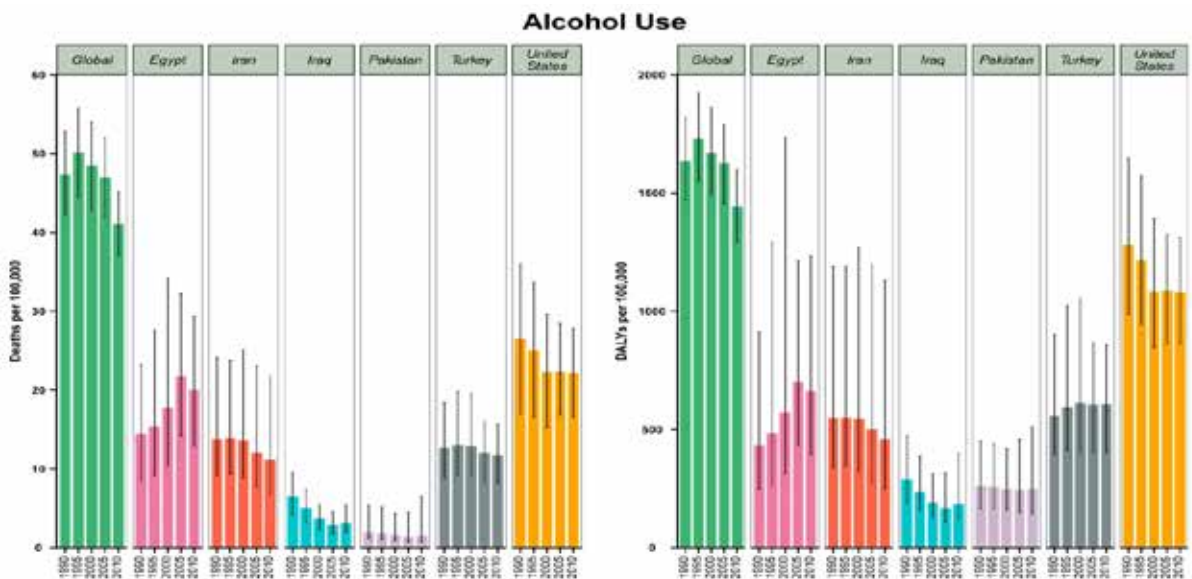
بیشترین میزان مرگ منتسب به عامل خطر غیرسیگاری‌های در معرض دود سیگار در بین چهار گروه سنی، مربوط به گروه سنی ۷۰ سال به بالا بوده و در تمامی سال‌های مورد بررسی، میزان مرگ در ایران نسبت به جهان، کم‌تر بوده است. همچنین، میزان مرگ برای تمامی گروه‌های سنی در ایران و جهان دارای روند نزولی بوده است (شکل ۳-۲).



شکل ۳-۲. میزان مرگ منتسب به عامل خطر غیرسیگاری‌های در معرض دود سیگار در ۱۰۰/۰۰۰ نفر جمعیت بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ بر حسب گروه‌های سنی در ایران و جهان

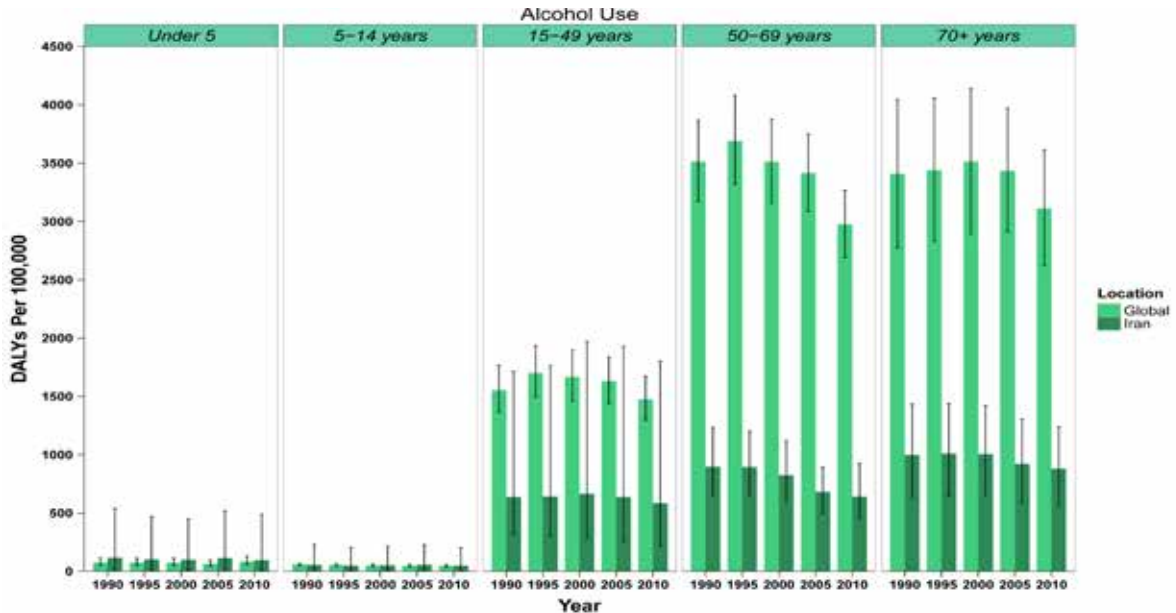
۳-۱-۴. مصرف الکل

زیان ناشی از مصرف الکل، در عرصه‌ای از مشکلات پزشکی تا معضلات اجتماعی، فیزیولوژیک، اقتصادی و نیز سوانح و حوادث و خشونت گسترده است. بیشترین میزان مرگ و DALY منتسب به عامل خطر مصرف الکل در بین مناطق مورد بررسی، مربوط به کشور آمریکا بوده اما میزان آن از متوسط جهانی کم‌تر است. به‌طور کلی، روند میزان مرگ و DALY منتسب به عامل خطر مصرف الکل در جهان تا سال ۱۹۹۵ به‌صورت صعودی و پس از آن، سیری نزولی داشته است (شکل ۳-۲۱).



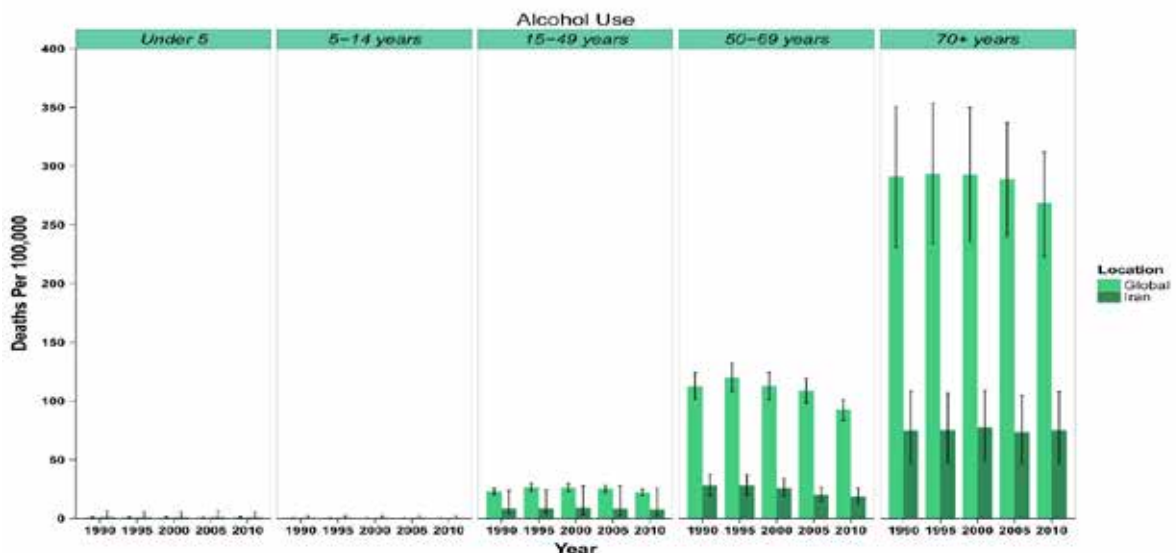
شکل ۳-۲۱. میزان مرگ و DALY منتسب به عامل خطر مصرف الکل در ۱۰۰/۰۰۰ نفر جمعیت بر حسب گروه‌های سنی بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ در جهان، ایران و ۵ کشور دیگر

همانطور که در شکل ۲۲۳ مشاهده می‌کنید؛ میزان DALY منتسب به مصرف الکل در تمامی گروه‌های سنی در جهان از میزان آن در ایران بیش تر بوده است. با این وجود باید در نظر داشت که هم در ایران و هم در جهان، میزان DALY منتسب به مصرف الکل در دو گروه سنی نخست، در کم‌ترین مقدار و در سه گروه سنی دیگر، در بیش‌ترین مقدار خود بوده است. 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 ۲۲۳).



شکل ۲۲-۳. میزان DALY منتسب به عامل خطر مصرف الکل در ۱۰۰/۰۰۰ نفر جمعیت بر حسب گروه‌های سنی بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ در ایران و جهان

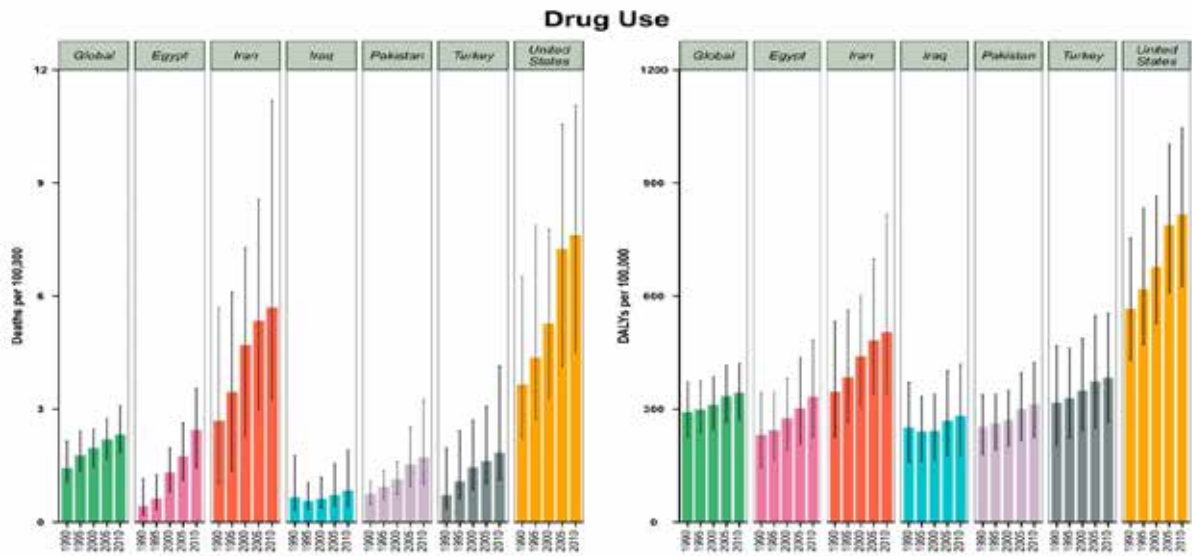
شکل شماره ۲۳۳، میزان مرگ منتسب به مصرف الکل را در سال ۲۰۱۰ در ایران و جهان نشان می‌دهد. در گروه سنی بالاتر از ۷۰ سال میزان مرگ و میر منتسب به مصرف الکل، هم در ایران و هم در جهان، بیش‌تر از سایر گروه‌های سنی است. این در حالی است که گروه سنی ۵۰ تا ۶۹ سال، پس از افراد بالاتر از ۷۰ سال، بیش‌ترین میزان مرگ را در داشته‌اند. با توجه به شواهد موجود، اهمیت توجه به گروه‌های مسن جامعه در مواجهه با پیامدهای مصرف الکل بیش‌تر از پیش نمایان می‌شود (شکل ۲۳۳).



شکل ۲۳-۳. میزان مرگ منتسب به عامل خطر مصرف الکل در ۱۰۰/۰۰۰ نفر جمعیت بر حسب گروه‌های سنی بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ در ایران و جهان

۳-۱-۵. مواد مخدر

بیشترین میزان مرگ و DALY متناسب به عامل خطر مصرف مواد مخدر در بین مناطق مورد بررسی، مربوط به کشور آمریکا بوده است. به طور کلی، روند میزان مرگ و DALY در تمامی کشورهای مورد بررسی همانند جهان، دارای روند صعودی بوده است (شکل ۲۴۳).

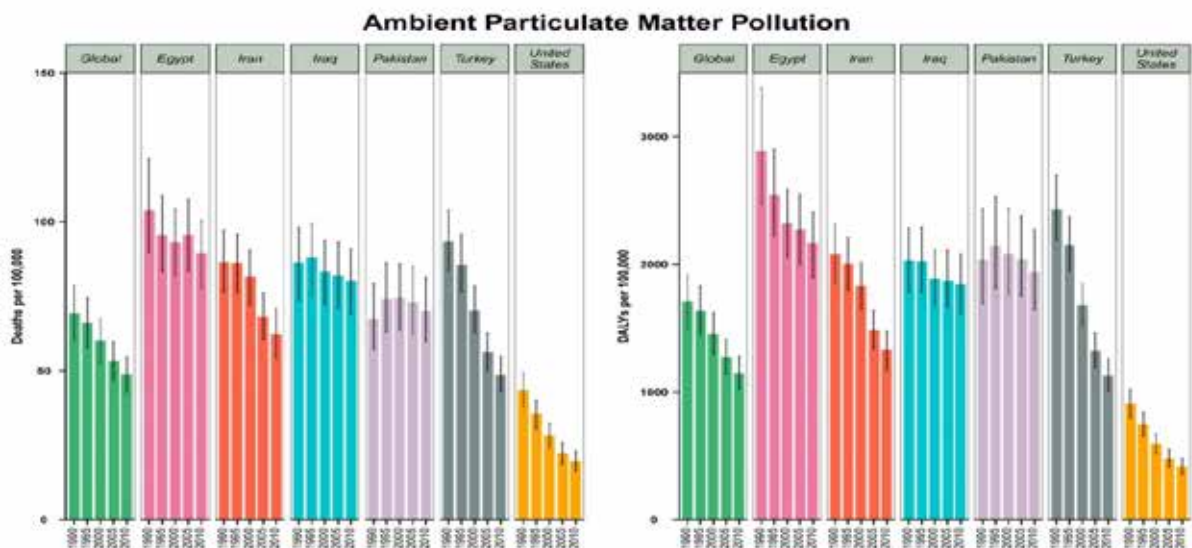


شکل ۲۴۳. میزان مرگ و DALY متناسب به عامل خطر مصرف مواد مخدر در ۱۰۰/۰۰۰ نفر جمعیت بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ در جهان، ایران و ۵ کشور دیگر

۲۳. سایر عوامل خطر زای بیماری‌های غیر واگیر

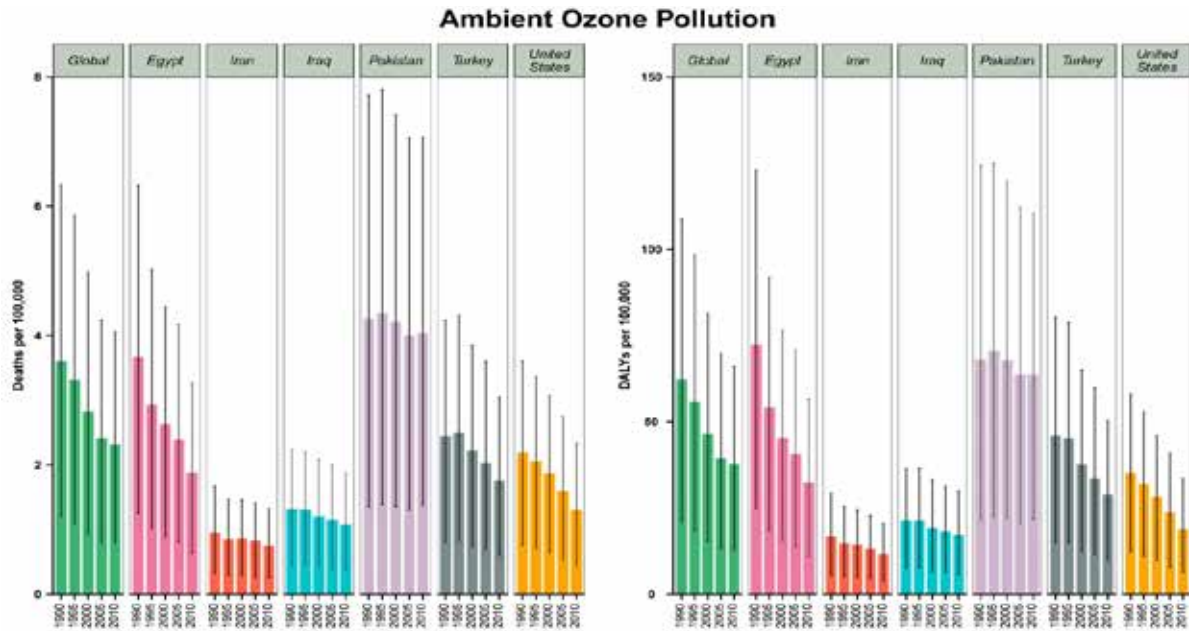
۱۲۳. آلودگی هوا

بیشترین میزان مرگ و DALY متناسب به عامل خطر آلودگی با ذرات معلق در بین مناطق مورد بررسی، مربوط به کشور مصر بوده است. به طور کلی، روند میزان مرگ و DALY در کشورهای ایران، ترکیه و آمریکا همچون الگوی کلی جهان، روند نزولی مستمر داشته است (شکل ۲۵۳).



شکل ۲۵۳. میزان مرگ و DALY متناسب به عامل خطر آلودگی با ذرات معلق در ۱۰۰/۰۰۰ نفر جمعیت بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ در جهان، ایران و ۵ کشور دیگر

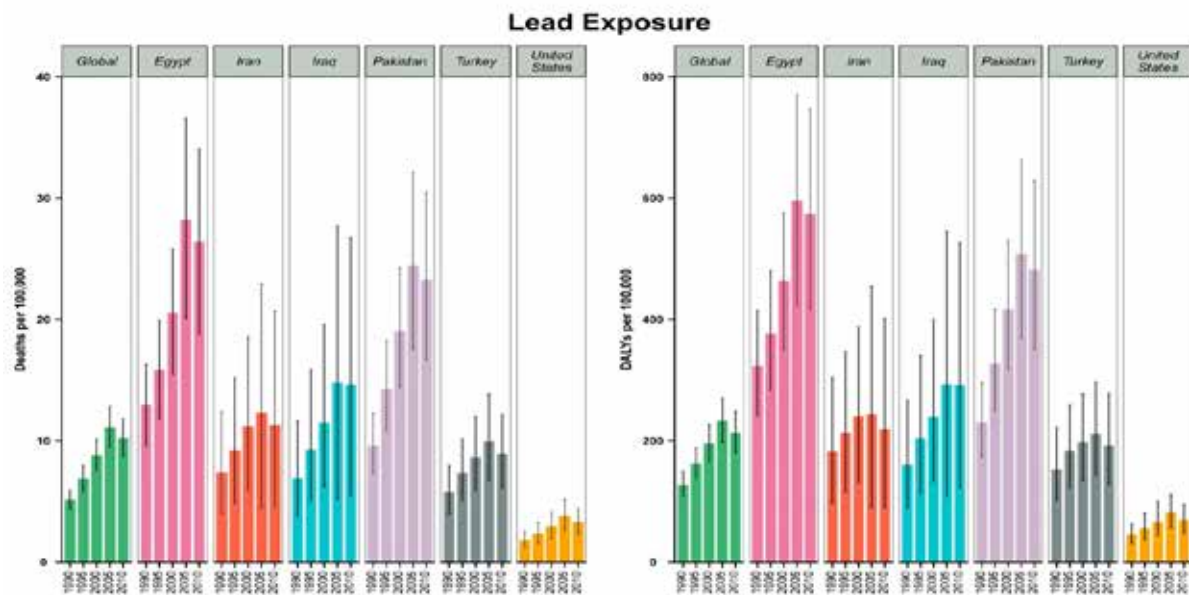
بیشترین و کمترین میزان مرگ و DALY منتسب به عامل خطر آلودگی با ازن در بین مناطق مورد بررسی، به ترتیب مربوط به کشورهای پاکستان و ایران بوده است. به طور کلی، روند میزان مرگ و DALY در تمامی کشورهای مورد بررسی همانند جهان، روند نزولی داشته است (شکل ۲۶۳).



شکل ۲۶۳. میزان مرگ و DALY منتسب به عامل خطر آلودگی با ازن در ۱۰۰/۰۰۰ نفر جمعیت بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ در جهان، ایران و ۵ کشور دیگر

۲۲۳. سرب

بیشترین و کمترین میزان مرگ و DALY منتسب به عامل خطر مواجهه با سرب در بین مناطق مورد بررسی، به ترتیب مربوط به کشورهای مصر و آمریکا بوده است. به طور کلی، روند میزان مرگ و DALY در تمامی کشورهای مورد بررسی همانند جهان، روند صعودی داشته است (شکل ۲۷۳).



شکل ۲۷۳. میزان مرگ و DALY منتسب به عامل خطر مواجهه با سرب در ۱۰۰/۰۰۰ نفر جمعیت بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ در ایران و جهان و ۵ کشور دیگر

۳۲۳. عفونت‌ها و عوامل زیست محیطی

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





فصل چهار

مطالعه ملی بار
بیماری‌ها، سوانح
و حوادث و عوامل
خطر در سطوح ملی و
فروملی (NASBOD):
روشی نوین برای
محاسبه دقیق و
معتبر آمار و اطلاعات
مرتبط با سلامت در
ایران

- در مطالعه ملی بار بیماری‌ها و عوامل خطر منتسب به آن‌ها، ۲۹۰ بیماری و ۶۷ عامل خطر مورد بررسی قرار می‌گیرد.
- در مطالعه NASBOD، اطلاعات اپیدمیولوژیک در سطوح ملی و فروملی ارائه می‌شود.



۱-۴. مقدمه

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

۲-۴. زمینه

بانک جهانی برای دستیابی به یک ارزیابی مقایسه‌ای و جامع از بار بیماری‌ها در سال ۱۹۹۰، دور اول مطالعه GBD را در سال ۱۹۹۲ پایه‌ریزی کرد. این مطالعه در سراسر جهان و در هشت منطقه انجام شد. روش‌ها، اقدامات و یافته‌های مطالعه GBD سال ۱۹۹۰، در سطح جهان مورد پذیرش قرار گرفت. پژوهشگران معتقد بودند که همه منابع اطلاعات سلامت حاوی اطلاعات مفیدی در مورد اپیدمیولوژی بیماری‌ها است و برای داده‌هایی که دارای سوگیری در انتخاب یا اطلاعات هستند؛ با استفاده از چند روش ریاضی و آماری می‌توان برآوردهای معادل و فاقد ناریب را به دست آورد که شامل اطلاعاتی در مورد بروز، شیوع، مدت زمان و مرگ‌ومیر برای تقریباً ۵۰ عارضه ناشی از بیماری‌ها، سوانح و حوادث و عوامل خطر خواهد بود. بسیاری از بیماری‌ها، به عنوان مثال، بیماری‌های روانی و اختلالات اندام‌های حسی ممکن است سهم قابل توجهی در نتایج غیر کشنده^۱ داشته باشند؛ در حالی که نتایج منجر به مرگ آن‌ها اندک یا حتی صفر باشد. بنابراین، شاخص‌های بقا یا مرگ‌ومیر نمی‌توانند تصویری کلی از وضعیت سلامت مردم ارائه دهند. بنابراین مطالعه بار بیماری‌ها نیازمند شاخصی برای ترکیب پیامدهای کشنده و غیر کشنده است. برای اندازه‌گیری بار بیماری‌ها، مطالعه GBD سال 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) و تعیین وزن ناتوانی بر اساس نظرات کارشناسان را مورد سنجش قرار داد. مجموع این دو شاخص تحت عنوان DALYs شناخته می‌شود. نقد اصلی که به مطالعه GBD وارد شد؛ مربوط به ساختار DALYs بود به‌ویژه که مساله انتخاب‌های اجتماعی مربوط به وزن سنی و نمره شدت معلولیت را در بر می‌گرفت^۲.

انتقادات وارده بر مطالعه GBD سال ۱۹۹۰، به ویژه در مورد ارزیابی وزن ناتوانی باعث شد که به جای استفاده از نظر کارشناسان که در مطالعه آن سال به کار گرفته شد؛ ارزش‌گذاری‌های مبتنی بر جمعیت، مورد استفاده قرار گیرد. علاوه بر این، بهبود مجموعه داده‌های جمعیتی مانند پیمایش‌های ملی، سرشماری‌ها، ارزیابی‌ها و پرونده‌های پزشکی الکترونیکی باعث شد که برآوردها بهتر شود 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؛ پیشرفت‌های متدولوژیک عمده‌ای بود که برای سنجش مقدار بار مرتبط با هر یک از عوامل خطر عمده استفاده می‌شد. 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 عامل خطر، ۱۱۶۷ عارضه بیماری در

۱۸۷ کشور از ۲۱ منطقه در سراسر جهان را به تفکیک جنس و ۲۰ گروه سنی ارایه داد. مطالعه GBD سال ۲۰۱۰ توسط موسسه ارزیابی و سنجش بهداشت (IHME) و با همکاری دانشگاه هاروارد، کالج سلطنتی لندن، دانشگاه جان هاپکینز، دانشگاه کویینز لند، دانشگاه توکیو و سازمان جهانی بهداشت انجام گرفت. در این دور جدید از GBD، تغییرات بسیاری در روش‌ها داده شد و پیشرفت‌های زیادی در نتایج به دست آمد. در روش‌ها، روش جدید DISMOD مورد استفاده قرار گرفت که نسخه‌ای با انعطاف بیشتر و با قابلیت‌های بالاتر است. همچنین، چند تغییر اندک نیز در شاخص‌ها انجام گرفت. به عنوان مثال، در DALY جدید وزن سنی و وزن تخفیف^۳ به کار گرفته نشده‌اند و وزن ناتوانی^۴ با استفاده از یک روش جدید برآورد شده است. 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 بود 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 مدیران و کارشناسان وزارت بهداشت ایجاد نمود تا دور جدیدی از مطالعه بار بیماری‌ها را تحت عنوان NASBOD سال ۲۰۱۳ انجام دهند. این دور از مطالعه با هدف ارایه برآوردهایی برای سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۳ در سطوح ملی و استانی انجام گرفت.

۳-۴. علت نیاز به مطالعه NASBOD

مطالعه NASBOD با هدف برآورد بار ۲۹۰ بیماری و سانحه و ۶۷ عامل خطر در سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۲ در سطوح ملی و استانی انجام گرفت. مطالعه NASBOD اطلاعاتی را فراهم می‌کند که می‌تواند به منظور بررسی پیشرفت در وضعیت سلامت در طول زمان در یک استان یا عملکرد نسبی در کل استان‌ها استفاده شود. در این مورد، مطالعه NASBOD باید مانند میزان تولید و درآمد ملی، به عنوان یکی از شاخص‌های توسعه اقتصادی در نظر گرفته شود که این امر تا به حال سهم بزرگی در دانش اقتصادی انگلستان داشته است. مطالعه NASBOD در حقیقت یک منبع اصلی است که می‌تواند برای شناسایی اولویت‌های ملی و فروملی مورد استفاده قرار گیرد. 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 تمام مناطق، پاسخ دهند. ارایه اطلاعاتی در مورد توزیع بیماری‌ها و عوامل خطر در سطح فروملی، می‌تواند به عنوان یک راهنما برای انتخاب مداخلاتی مورد استفاده قرار گیرد که مشکلات عمده بهداشتی در میان گروه‌های جمعیتی فروملی را حل می‌نماید. مراکز آموزش پزشکی و سلامت در ایران، امتیازهایی را برای دانشجویانی در نظر می‌گیرند که بر روی موضوعات تحقیقاتی خاص کار می‌کنند. با توجه به عدم دسترسی مناسب به داده‌ها، به ویژه به داده‌های حاصل از بررسی‌های ملی و با توجه به عدم وجود یک سیستم جهت دهی^۵ برای پژوهش 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 جهت دهی برای تحقیقات سلامت در ایران را مورد توجه قرار می‌دهد.

۴-۴. ساختار NASBOD

مطالعه NASBOD سال ۲۰۱۳ توسط معاونت بهداشتی وزارت بهداشت، سازماندهی و پشتیبانی می‌شود و توسط یک کمیته راهبری شامل پژوهشگر اصلی، سیاستگذاران ارشد وزارت بهداشت، مدیران وزارت بهداشت که تمرکز بیشتری بر روی بیماری‌ها دارند و پژوهشگرانی که تمرکز بیشتری روی سلامت جامعه دارند؛ انجام می‌شود. کمیته ارزیابی خارجی شامل کارشناسان بین‌المللی و نماینده‌هایی از سازمان‌های بین‌المللی مانند بانک جهانی و دفتر منطقه‌ای سازمان جهانی بهداشت (EMRO) است (این گروه‌ها توجه خاص به بار بیماری‌ها دارند). بخش اجرایی ساختار NASBOD شامل یک تیم اصلی است که مسئول ارایه تعاریفی برای شاخص‌ها، استانداردهای فرآیندها و پروتکل‌ها مانند پروتکل مرور سیستماتیک، آموزش تمام پژوهشگران درگیر طرح، جستجو و جمع‌آوری داده‌ها، پاکسازی داده‌ها، مدل‌سازی، تفسیر نتایج و ارایه گزارش‌ها است. علاوه بر این، تیم فنی، مسئول ارایه تعاریف عملی برای بیماری‌ها و عوامل خطر و مشارکت در ایجاد دسترسی به مجموعه داده‌های پیمایش‌ها، تفسیر نتایج و تهیه گزارش‌ها است.

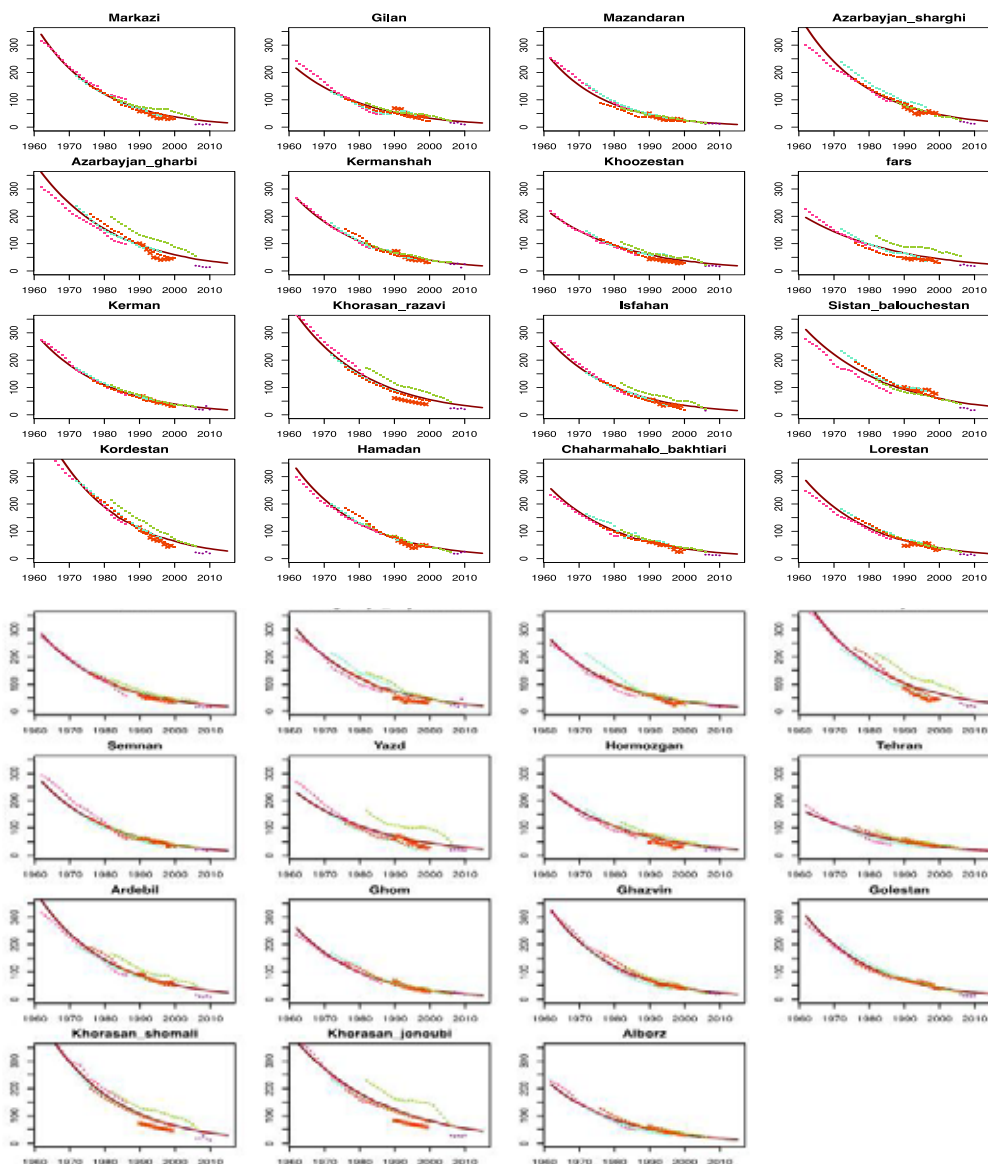
۴-۵. تعاریف

در مطالعه NASBOD از DALY (سال‌های زندگی تعدیل شده با ناتوانی)، YLD (سال‌های از دست رفته‌ی زندگی به علت ناتوانی)، YLL (سال‌های زندگی از دست رفته) و مرگ به عنوان شاخص‌هایی برای اندازه‌گیری میزان و کسری از علل استفاده شده است تا با کمک این

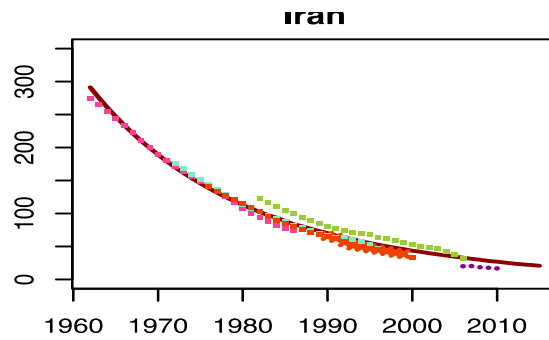
شاخص‌ها، نتایج کشنده و غیر کشنده ناشی از بیماری‌ها، عوامل خطر و سوانح و حوادث را به تصویر بکشد. مقادیر YLD، DALY و YLL بدون در نظر گرفتن وزن سنی و نرخ تنزیل برآورد شده است تا به این شیوه، برآوردها را با نتایج حاصل از GBD سال ۲۰۱۰ سازگار سازند. محدودیت سنی برای هر دو جنس مذکر و مؤنث، ۸۶ سال خواهد بود 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 پی می‌آید: به‌طور کلی، میزان مرگ‌ومیر 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 ۱۴).

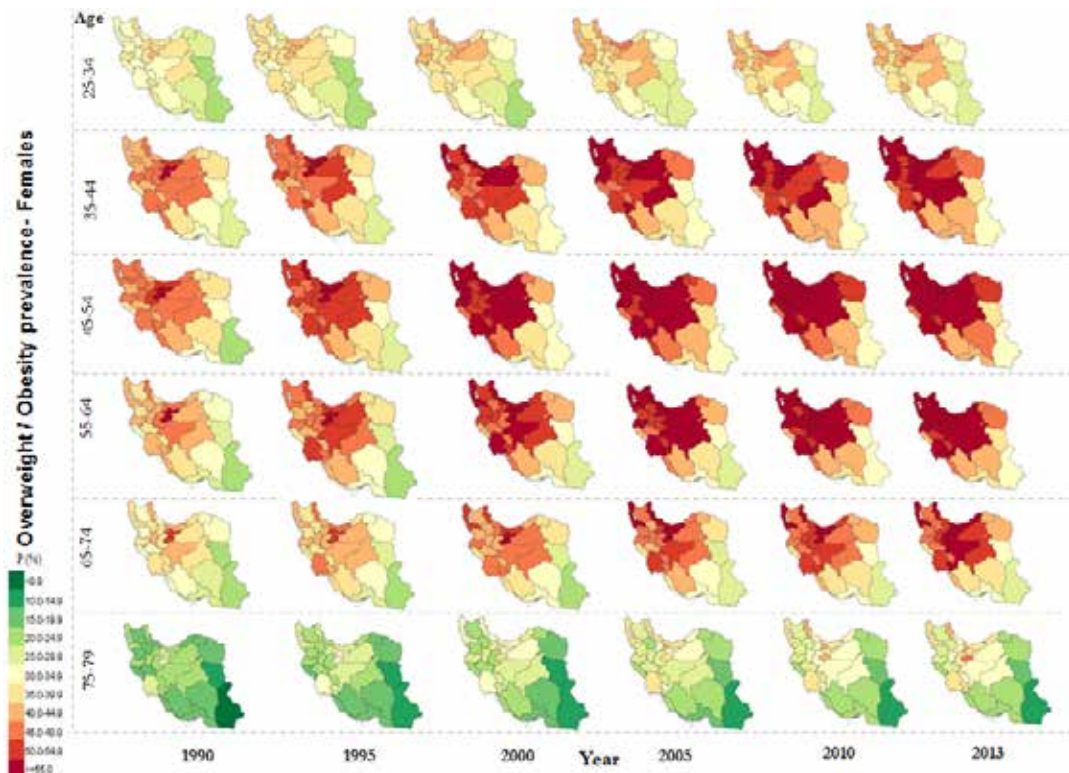


شکل ۴-۱. میزان مرگ‌ومیر کودکان زیر ۵ سال از سال ۱۹۶۰ تا ۲۰۱۳ به تفکیک استان



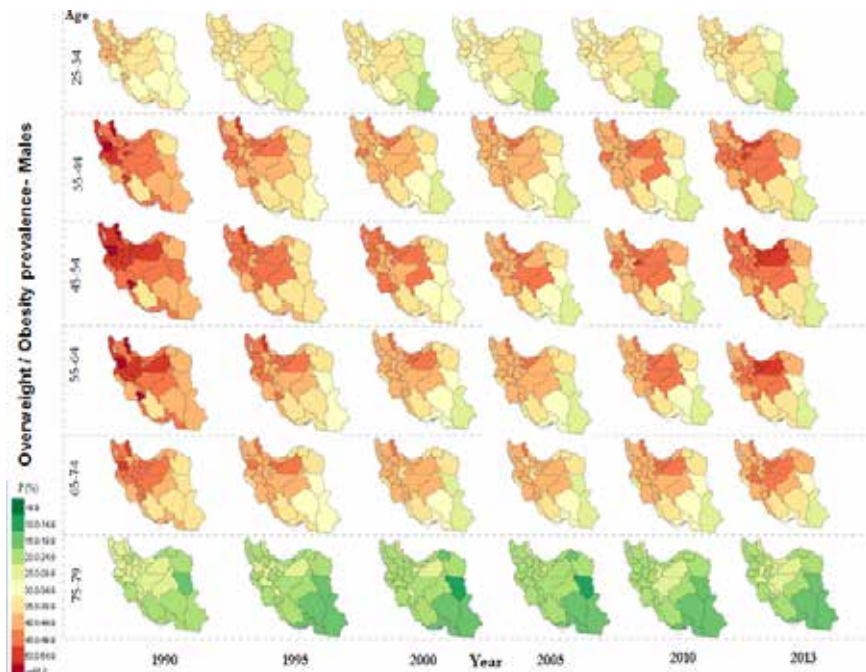
شکل ۲-۴. مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال از سال ۱۹۶۰ تا ۲۰۱۳ در سطح ملی

به طور کلی، شیوع چاقی/اضافه وزن در زنان ایرانی، با گذشت زمان در حال افزایش بوده است؛ به طوری که در سال ۲۰۱۳ بیشترین میزان شیوع متعلق به زنان گروه سنی ۴۵ تا ۵۴ سال و کمترین میزان، متعلق به گروه سنی ۷۵ تا ۷۹ سال بوده است (شکل ۳-۴).

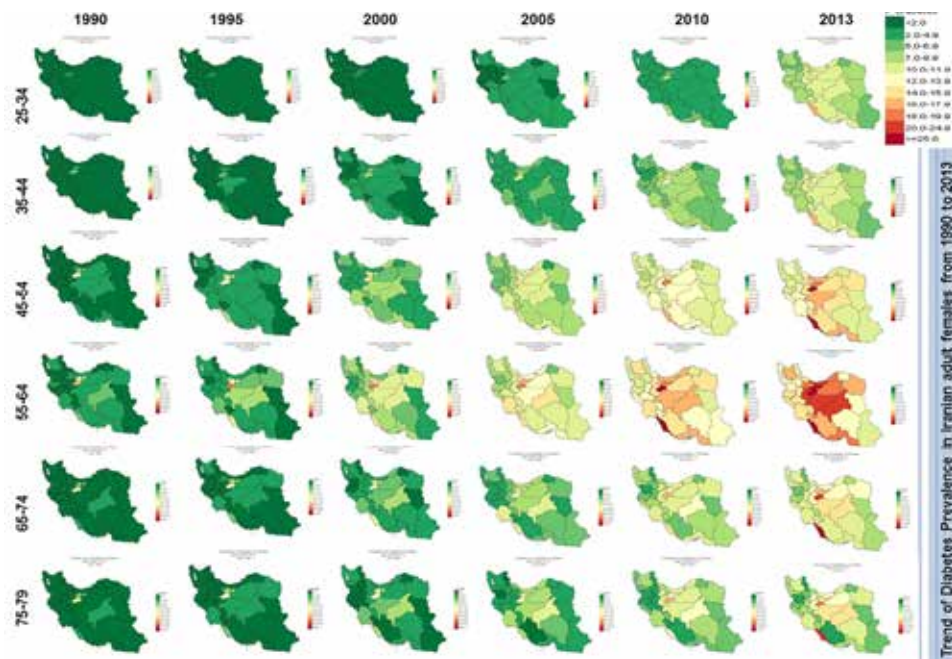


شکل ۳-۴. شیوع چاقی/اضافه وزن در زنان ایرانی از سال ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۳ به تفکیک استان و گروه‌های سنی °

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

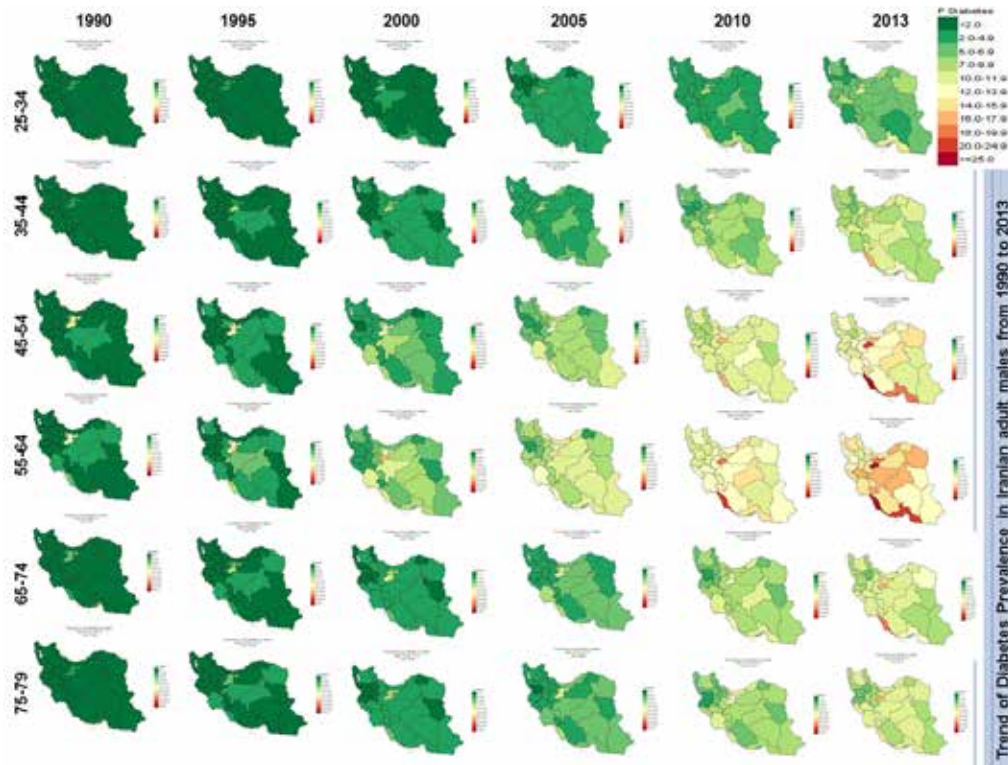


شکل ۴-۴. شیوع چاقی / اضافه وزن در مردان ایرانی از سال ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۳ به تفکیک استان و گروه‌های سنی



شکل ۴-۵. شیوع دیابت در زنان ایرانی از سال ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۳ به تفکیک استان و گروه‌های سنی**

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



شکل ۴-۶. شیوع دیابت در مردان ایرانی از سال ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۳ به تفکیک استان و گروه‌های سنی

۴-۷. عملکردها

عملکردهای زیر، فرآیندهای اصلی مطالعه NASBOD هستند:

۱.۷.۴. استانداردها و مقررات

تیم مرکزی برای فرآیند انتخاب بیماری‌ها، سوانح و حوادث و عوامل خطری که بار آن‌ها برآورد خواهد شد و نیز برای جستجوی سیستماتیک و حقوق معنوی، استانداردهای لازم را تهیه نمود. بر اساس استانداردهای ارایه شده توسط تیم مرکزی، جستجوی سیستماتیک پایگاه‌های داده ISI Web of Sciences، PubMed، Scopus از میان تمام موتورهای جستجوی بین‌المللی و نیز SID، IranMedex، IranDoc از میان تمام موتورهای جستجوی داخلی را انجام شد. موتورهای جستجوی مذکور بدین دلیل انتخاب شدند که تقریباً تمامی مقالات منتشر شده در مورد بیماری‌ها، عوامل خطر و توزیع سوانح و حوادث در میان جمعیت ایران را تحت پوشش قرار می‌دهند. استانداردهای مربوط به جستجوی عبارات نیز توسط تیم مرکزی تعیین شد. جزئیات مربوط به جستجوی سیستماتیک و اصطلاحات مورد جستجو برای هر گروه از بیماری‌ها، عوامل خطر و سوانح و حوادث در سایر مقالات منتشر شده در این مورد توضیح داده شده است.

استانداردهای دیگری که باید توسط تیم مرکزی تعیین شوند، شامل استانداردهایی می‌شود که مشخص خواهد کرد که چگونه تیم‌های فنی با استفاده از فهرست GBD و نظر کارشناسان، بیماری‌هایی را انتخاب کنند که دارای بالاترین بار برای جمعیت ایرانی باشند. آخرین لیست از استانداردها مربوط به مساله حقوق معنوی خواهد بود چرا که مطالعه NASBOD از طریق یک کار گروهی و با همکاری بیش از ۳۰۰ پژوهشگر شکل گرفته است و این استانداردها، حقوق پژوهشگران را در گزارش‌ها و مطالب منتشر شده تعیین می‌کند.

۲-۷-۴. آموزش

مطالعه NASBOD، نیازمند تخصص و دانش رشته‌های مختلف است. از آن جا که بسیاری از پژوهشگران در مطالعه NASBOD با تمام مهارت‌های مورد نیاز آشنا نیستند، لازم است کارگاه‌ها و دوره‌های مربوط به مهارت‌ها و تخصص‌های مورد نیاز برای مطالعه NASBOD، طراحی و اجرا شود. به همین منظور، به تدریج، برای افراد درگیر در مطالعه، کارگاه‌های آموزشی زیر برگزار شدند: مرور نظام‌مند با تمرکز بر بار بیماری‌ها، بررسی مقایسه‌ای خطر، 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 بدرده بندی کردن در نظام‌های ثبت مرگ و سرطان، مدل‌های رگرسیون فرآیند گاوسی^۶ و سایر بسته‌های مورد نیاز Stata و R.

۳-۷-۴. جمع‌آوری اطلاعات

مطالعه NASBOD از تمامی منابع ممکن داده‌ها که می‌تواند به برآورد میزان شیوع و بروز بیماری‌ها یا مرگ‌ومیر زودرس کمک کنند؛ استفاده نمود. منابع داده‌های موجود در ایران شامل تمام موارد زیر است: داده‌های منتشر شده، نظام‌های ثبت مرگ و سرطان، بررسی‌های ملی و فروملی در بخش بهداشت و درمان که اغلب روی خطرات رفتاری، شیوه زندگی و خطرات متابولیک در میان کل جمعیت متمرکز شده‌اند مانند NCDSS سال‌های ۲۰۰۵، ۲۰۰۹ و ۲۰۱۱، NHS سال‌های ۱۹۹۱ و ۲۰۰۰، DHS سال ۲۰۰۰، مطالعه هزینه درآمد خانوار، IHHP سال‌های ۲۰۰۱ و ۲۰۰۷، TLGS سال ۲۰۰۱ تاکنون، MONICA سال ۲۰۰۳ و بررسی‌های ملی و فروملی در میان بخش‌های غیر بهداشتی که عمدتاً بر عوامل جمعیت‌شناختی، سرمایه انسانی، هزینه‌ها و سایر متغیرهای کمکی متمرکز شده‌اند (مانند مطالعه هزینه - درآمد 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 مورد سلامت است.

نظام اطلاعات سلامت در ایران از داده‌های بیمارستانی و بیماران سرپایی حمایت نمی‌کند و در نتیجه، این داده‌ها برای مطالعه NASBOD مفید نیستند. بدین دلیل، تیم مرکزی، یک پژوهش ملی روی داده‌های بستری را طراحی و اجرا کرد تا اطلاعات مرتبط و معتبر از تمام ۸۶۳ بیمارستان (تمام بیمارستان‌های موجود) در مورد موارد پذیرش شده از سال ۱۹۹۶ تا سال ۲۰۱۱ را به دست آورد. برای داده‌های سرپایی، مطالعه NASBOD از نمونه‌ای از تمام نسخه‌های تجویز شده (۲۳ میلیون نمونه) در مدت ۵ سال گذشته استفاده کرد (این نمونه‌ها از سازمان غذا و دارو گرفته شدند). سازمان غذا و دارو می‌تواند تمام داده‌های مربوط به خرید دارو از داروخانه‌ها در سطح شهرستان را نیز فراهم کند. منبع اطلاعاتی دیگر در سازمان غذا و دارو مربوط به بیماری‌های خاص است چرا که بیماران مبتلا به بیماری‌های خاص واجد شرایط برنامه انتقال پول نقد به‌عنوان یارانه برای داروی خود هستند.

۴۷۴. مواد و روش‌ها

برآورد YLL و YLD، پیش‌نیاز برآورد DALY هستند. در مطالعه NASBOD برای برآورد YLL، بیش‌تر روی نظام ثبت مرگ که توسط وزارت بهداشت مدیریت می‌شود؛ تکیه شده است. این نظام، میزان مرگ‌ومیر بر حسب سن، جنس و علت را مشخص می‌کند. از آن جا که نظام ثبت مرگ تقریباً در تمام کشورهای در حال توسعه از درجه‌ای از نقص و بدرده بندی رنج می‌برد؛ تیم مرکزی تصمیم گرفت برای این مساله، راه‌حلی اتخاذ کند. از آن جا که نظام ثبت مرگ از سال ۲۰۰۴ مورد استفاده قرار گرفت؛ لازم است فقدان اطلاعات برای سال‌های ماقبل یعنی از سال ۱۹۹۰ تا سال ۲۰۰۳ جبران شود.

برای YLD و شیوع بیماری‌ها، سوانح و حوادث و عوامل خطر، تیم مرکزی روی داده‌های منتشر شده، ثبت سرطان، بررسی‌های ملی و فروملی، بررسی داده‌های بیمارستانی و منابع داده‌های سرپایی تمرکز نمود. با این حال، به علت کمبود اطلاعات در سطوح ملی و فروملی، تیم مرکزی نیاز داشت دسترسی نامطلوب به داده‌های مربوط به شیوع بیماری‌ها، سوانح و حوادث و عوامل خطر را نیز مورد توجه قرار دهد. پس از استفاده از مدل برای محاسبه داده‌های از دست رفته، YLD برای بیماری‌های موجود در فهرست NASBOD برآورد شد. (با تجمیع مقادیر YLLs و YLDs می‌توان DALY ناشی از هر بیماری را به دست آورد).

در ادامه ارزیابی مقایسه‌ای خطر برای برآورد کسری از جمعیت مبتلا به هر جفت از عوامل خطر بیماری‌ها و DALY منتسب به هر جفت از این موارد استفاده‌شد و در نهایت، مجموع تمام DALY‌های نسبت داده شده به هر یک از عوامل خطر محاسبه می‌شود تا از این طریق، بار منتسب به هر یک از عوامل خطر برآورد گردد.^۷

روش‌های آماری برای جانمایی داده‌ها با جزییات بیشتر در جایی دیگر بحث شده است. این روش‌ها شامل مدل‌های پیچیده رگرسیونی هستند که از داده‌های موجود، مدل‌های سن، مدل‌های سلسله‌مراتبی الگوی داده‌ها، الگوی زمانی و فضایی از داده‌ها و متغیرهای

کمکی برای جانمایی و برآورد داده‌های گمشده استفاده می‌کنند. 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 تا حدود ۸۴ متغیر کمکی در روش‌های جانمایی استفاده گردد.

در مدل‌های اسنادی، دو متغیر وابسته شامل نرخ و کسر علت^۱ وجود خواهد داشت. با استفاده از چند متغیر کمکی، این مدل‌ها برای این دو متغیر وابسته و این دو روش (خودبازگشتی چند سطحی و فضا زمانی) برازش می‌شود که این کار، به ایجاد صدها مدل می‌انجامد. تیم مرکزی، تمامی این مدل‌ها را بر اساس عملکرد خود رتبه‌بندی می‌نماید و با استفاده از رتبه هر مدل، برای آن یک وزن تعیین می‌کند. با استفاده از وزن‌های به‌دست آمده، تمام نتایج حاصل از کل مدل‌ها به‌عنوان ارزش انتسابی جمع می‌شوند.

۵-۷-۴. تفسیر نتایج

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

۶-۷-۴. انتشارات

نتایج آماده شده در مورد بیماری‌ها، سوانح و حوادث و عوامل خطر، به شکل گزارشی برای وزارت بهداشت منتشر خواهد شد. همچنین، تمامی مقالات به شکل جداگانه یا مجموعه‌ای از مقالات بر اساس حیطه‌های بالینی، اپیدمیولوژیک و سیاست‌گذاری بهداشت در مجلات بین‌المللی یا داخلی منتشر خواهد شد.

۸-۴. پیامدهای مربوط به سیاست‌گذاری

مطالعه NASBOD، شکاف سلامت در جمعیت ایرانی و تفاوت‌های آن در بین استان‌ها را مورد توجه قرار داده است. این مطالعه، اطلاعات گسترده‌ای را در مورد بیماری‌ها، سوانح و حوادث و عوامل خطر و توزیع آن‌ها فراهم می‌آورد که می‌تواند سیاست‌گذاران را به سمت تخصیص بهتر منابع هدایت نماید. گام بعدی در حوزه پژوهش این است که هزینه هر بیماری، سانحه و عامل خطر برای نظام سلامت برآورد شود و توزیع بار با توزیع هزینه‌ها مقایسه گردد. این دو بخش از اطلاعات همراه با ارزیابی عملکرد نظام سلامت، تمامی 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.

۹-۴. نتیجه‌گیری

مطالعه NASBOD، یک تلاش سیستماتیک برای تعیین کمیت توزیع بیماری‌ها، سوانح و حوادث و عوامل خطر است. این مطالعه، یکی از مطالعات پیشرو در بین مطالعات بیماری‌ها است که هدف آن، برآورد بار بیماری‌ها، سوانح و حوادث و عوامل خطر در سطوح محلی است. تقریباً تمام داده‌های مربوط به مرگ‌ومیر، شیوع، بروز و بار بیماری‌ها در ایران را جمع‌آوری می‌کند و آن‌ها را در یک چارچوب استاندارد قرار می‌دهد.

تمامی برآوردهای محاسبه شده در مطالعه NASBOD همراه با فواصل عدم اطمینان مربوطه ارائه خواهد شد. بر اساس جستجوهای اولیه در منابع داده‌ها، این مطالعه با مشکل دسترسی نامطلوب به داده‌ها مواجه خواهد شد و نیاز دارد که با استفاده از روش‌های آماری، مشکل کمبود داده‌ها را جبران نماید. بطور جدی به وزارت بهداشت توصیه می‌شود که در آینده نزدیک، یک رویکرد سیستماتیک برای ایجاد فرآیند جمع‌آوری داده‌های جامع ایجاد کند تا از این طریق، اطمینان حاصل شود که تمامی اطلاعات مورد نیاز برای سیاست‌گذاری، تولید شده و در دسترس است. نگرانی دیگر تیم مرکزی NASBOD، کیفیت داده‌های تولید شده است. نگرانی‌های عمده در مورد کیفیت مطالعات ملی و نظام‌های ثبت اطلاعات که باید توسط وزارت بهداشت مورد توجه قرار گیرند؛ عبارتند از: میزان قابل توجهی از اطلاعات ناقص در میان متغیرها در مجموعه داده‌ها، تناقض در پرسش‌های موجود در مطالعات تکراری، نمونه‌گیری و وزن دهی نامناسب، قابلیت اعتماد پایین به نتایج به علت وجود استانداردها و نظارت نامطلوب، نبود معیار برای شهرستان‌ها و استان‌های تحت مطالعه و نبود ثبت در روش نمونه‌گیری در میان جمعیت.

پی نوشت ها:

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







تحلیلی بر اهداف نه‌گانه‌سازمان جهانی بهداشت وامکان دستیابی به آن در جمعیت کشور جمهوری اسلامی ایران

■ تعداد مرگ به دلیل بیماری‌های قلبی عروقی، سرطان‌ها، دیابت و بیماری‌های مزمن تنفسی در هر دو جنس و در گروه سنی ۳۰ تا ۷۰ سال، در سال ۲۰۱۰ برابر ۷۵۱۵۰ مرگ است.

■ براساس نرخ رشد سال ۲۰۰۶ نسبت به سال ۱۹۹۶، تعداد ۱۰۷۶۰۲ مرگ و بر اساس نرخ رشد سال ۱۹۸۶، تعداد ۱۰۳۲۳۹ مرگ در سال ۲۰۲۵ به دلیل بیماری‌های قلبی-عروقی، سرطان‌ها، دیابت و بیماری‌های مزمن تنفسی در گروه سنی ۳۰ تا ۷۰ سال رخ خواهد داد.

■ در صورت اجرای کامل تمامی اهداف ۲ تا ۹، تعداد ۲۰۴۷۵ مرگ کاهش پیدا خواهد کرد.



۵-۱. محاسبه میزان دستیابی ایران به اهداف ۹ گانه سازمان جهانی بهداشت

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

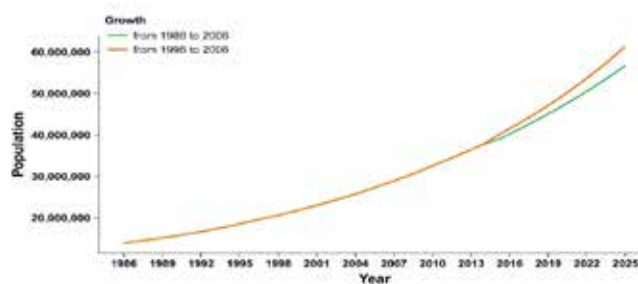
بدین منظور، از اطلاعات جمعیتی که از سرشماری عمومی نفوس و مسکن در سال‌های ۱۹۸۶، ۱۹۹۶ و ۲۰۰۶ بدست آمده و با استفاده از معادله زیر، میزان رشد محاسبه شد:

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

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

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

همانطور که در شکل ۱۵ قابل ملاحظه است؛ بین جمعیت پیش‌بینی شده برای سال ۲۰۲۵ براساس این ۲ نرخ رشد، تفاوت زیادی وجود ندارد.



شکل ۱۵-۱. جمعیت پیش‌بینی شده برای گروه سنی بالای ۳۰ سال

برای محاسبه میزان مرگ، نیاز به نسبت بیماری‌های ذکر شده در هدف اول نسبت به کل بیماری‌ها است. بنابراین، با استفاده از ضرایب معادله رگرسیونی در معادله زیر، این نسبت برای سال ۲۰۲۵ پیش‌بینی شد:

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

در این معادله، Number of Deaths و $\text{Total Number of Deaths}$ به ترتیب، تعداد مرگ به دلیل بیماری‌های قلبی - عروقی، سرطان‌ها، دیابت و بیماری‌های مزمن تنفسی و تعداد مرگ به دلیل کل بیماری‌ها را نشان می‌دهند.

با فرض این که تعداد مرگ به تفکیک گروه‌های سنی و جنسی در سال ۲۰۲۵، ترکیبی همانند سال پایه داشته باشد؛ با استفاده از معادله زیر، میزان مرگ به دلیل بیماری‌های ذکر شده در هدف اول محاسبه می‌شود:

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

که در این رابطه، m نشان دهنده نرخ مرگ در هر گروه سنی و جنسی است.

*** در این گزارش از اطلاعات مطالعه بار جهانی بیماری‌ها (GBD) که توسط IHME^۱ انجام شده برای محاسبه مرگ استفاده شده است.

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

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

با توجه به جدول ۱۵، تعداد مرگ به علت بیماری‌های ذکر شده در هدف اول در سال ۲۰۱۰ برای هر دو جنس و در گروه سنی ۳۰ تا ۷۰ سال برابر ۷۵۱۵۰ نفر است. این در حالی است که اگر ۲۵ درصد کاهش در تعداد مرگ در سال ۲۰۲۵ اتفاق بیفتد؛ این میزان باید به ۵۶۳۶۲ مرگ کاهش پیدا کند. طبق پیش بینی انجام شده برای سال ۲۰۲۵ و براساس نرخ رشد سال ۲۰۰۶ نسبت به ۱۹۹۶، تعداد ۱۰۷۶۰۲ مرگ برای گروه سنی ذکر شده پیش بینی شده است. بنابراین، تا سال ۲۰۲۵ باید ۵۱۲۴۰ مرگ کاهش پیدا کند. به علاوه، براساس نرخ رشد سال ۲۰۰۶ نسبت به ۱۹۸۶ تا سال ۲۰۲۵ باید ۴۶۸۷۷ مرگ کاهش پیدا کند.

۲-۵. بررسی اهداف ۲ تا ۹ سازمان جهانی بهداشت

حال سوال اصلی این است که با اجرای اهداف ۲ تا ۹ سازمان جهانی بهداشت که در ذیل آورده شده اند؛ آیا به این میزان کاهش تعداد مرگ محاسبه شده در بخش پیشین دست پیدا خواهیم کرد؟

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

با این فرض که ۱۰ درصد کاهش در مصرف الکل باعث ۱۰ درصد کاهش در میزان مرگ به علت این عامل خطر می‌شود و برای سایر اهداف نیز همین شرط فرض شود؛ تعداد مرگ کاهش یافته به علت کاهش در عوامل خطر الکل، فعالیت فیزیکی کم، مصرف سدیم، مصرف دخانیات، فشار خون بالا، چاقی و دیابت در گروه سنی ۳۰ تا ۷۰ سال برابر ۱۹۳۲۳ مرگ است (جدول ۲-۵). ذکر این مطلب ضروری است که در محاسبه مرگ‌های کاهش یافته به علت عوامل خطر، تعداد کل مرگ‌های منتسب به هر عامل خطر (بیماری‌های واگیر، بیماری‌های غیرواگیر و سوانح و حوادث) در محاسبات وارد شده است؛ بنابراین، در واقع تعداد مرگ به علت چهار بیماری ذکر شده در هدف اول، کم‌تر از مقدار گزارش شده خواهد بود. در مورد عوامل خطر، توجه به این نکته ضروری است که درصد کاهش در آن‌ها به هیچ وجه باعث همان میزان درصد کاهش در میزان مرگ به واسطه آن عامل خطر نمی‌شود. با این حال، در این گزارش با این فرض، تحلیل انجام شده است. هم‌چنین، در مورد عامل خطر مصرف دخانیات، با توجه به این که این عامل خطر اثر تجمعی دارد؛ فردی که مدت زمان طولانی مصرف دخانیات داشته است با فردی که پس از گذشت مدت کوتاهی، مصرف دخانیات را قطع می‌کند؛ شانس یکسانی برای مواجهه با بیماری‌های مرتبط با این عامل خطر ندارد. در حالی که در این تحلیل، فرض شده است که بدون توجه به مدت زمان مصرف دخانیات، تمامی افراد پس از عدم مصرف، با بیماری‌های مرتبط با این عامل خطر مواجه نخواهند شد.

هدف هشتم سازمان جهانی بهداشت، رسیدن به سطح پوشش حداقل ۵۰ درصدی در دارو درمانی و مشاوره است. طبق مطالعه انجام شده توسط فرزادفر و همکاران، سطح پوشش دیابت و فشارخون در جامعه ایرانی به ترتیب ۳۹/۲ درصد و ۳۵/۷ درصد محاسبه شده است. دستیابی به سطح پوشش ۵۰ درصدی در دیابت و فشارخون باعث ۱۱۵۲ مورد کاهش در مرگ می‌شود (جدول ۳-۵).

هدف نهم سازمان جهانی بهداشت، بیان‌کننده دستیابی به پوشش ۸۰ درصدی در تکنولوژی‌ها و داروهای ضروری برای درمان بیماری‌های غیرواگیر اصلی در دو سطح خصوصی و دولتی است که در حال حاضر در جامعه روستایی و شهری ایران، این میزان دسترسی وجود دارد.

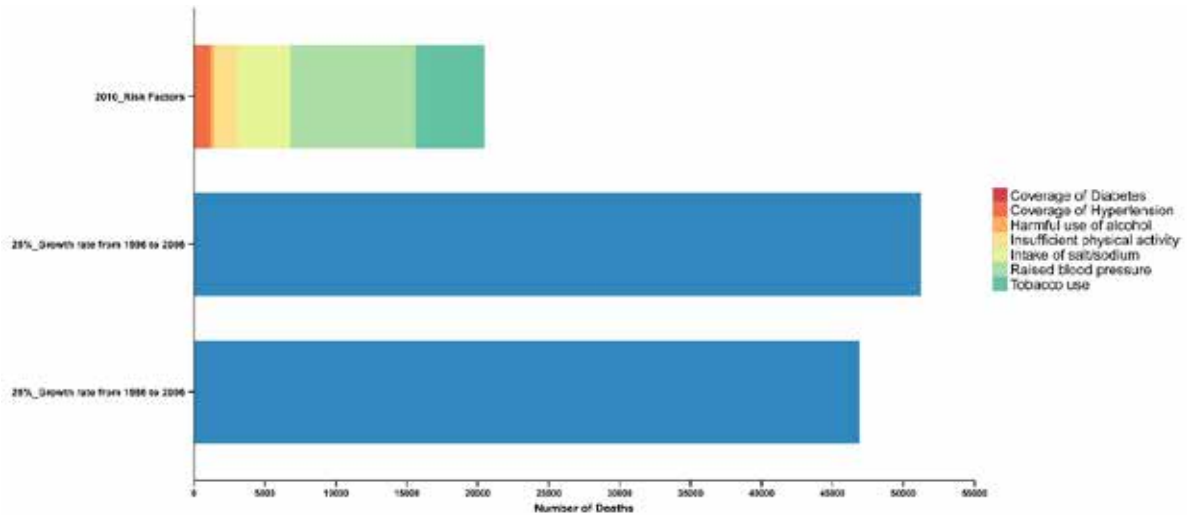
هدف	عامل خطر	مقدار	تعداد مرگ		
			زن	مرد	هر دو
دوم	مصرف الکل	کل	۹۲۷	۲۰۲۰	۲۹۴۷
		کاهش ۱۰ درصدی	۹۳	۲۰۲	۲۹۵
سوم	فعالیت فیزیکی ناکافی	کل	۵۸۲۷	۱۰۴۴۶	۱۶۲۷۳
		کاهش ۱۰ درصدی	۵۸۳	۱۰۴۵	۱۶۲۸
چهارم	مصرف سدیم/نمک	کل	۴۰۶۳	۸۳۱۶	۱۲۳۷۹
		کاهش ۳۰ درصدی	۱۲۱۹	۲۴۹۵	۳۷۱۴
پنجم	مصرف دخانیات	کل	۱۸۹۹	۱۴۳۵۱	۱۶۲۵۰
		کاهش ۳۰ درصدی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

جدول ۲۵. تعداد مرگ در سال ۲۰۱۰ بر اساس عوامل خطر

هدف	جنسیت	سطح پوشش	
		قند خون	فشار خون
هشتم	زن	۲۹	۳۶۵
	مرد	۵۴	۷۰۴
	هر دو	۸۳	۱۰۶۹

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

برای هدف اول سازمان جهانی بهداشت، براساس نرخ رشد سال ۲۰۰۶ نسبت به ۱۹۹۶، لازم است ۵۱۲۴۰ کاهش در تعداد مرگ روی دهد؛ در حالی که اگر تمامی اهداف ۲ تا ۹ اجرا شوند؛ ۲۰۴۷۵ مرگ کاهش پیدا خواهد کرد. بنابراین، براساس نرخ رشد سال ۲۰۰۶ نسبت به ۱۹۹۶ و سال ۲۰۰۶ نسبت به ۱۹۸۶، به ترتیب با تعداد ۳۰۷۶۵ و ۲۶۴۰۲ مرگ مواجه خواهیم بود که حتی با اجرایی شدن صد درصد اهداف، بدون کاهش باقی مانده‌اند (شکل ۲-۵). پس می‌توان نتیجه گرفت که با اجرای اهداف ۲ تا ۹ نمی‌توان به هدف اول (دستیابی به ۲۵ درصد کاهش نسبی در سال ۲۰۲۵) دست یافت. لازم به ذکر است که محقق شدن صد درصدی اهداف ۲ تا ۹ نیز مورد تردید است؛ چرا که در بهترین شرایط نیز ممکن است نتوان به طور صد درصد به این اهداف جامه عمل پوشاند. در هر حال، نباید از نظر دور داشت که چون بسیاری از بیماری‌های غیرواگیر با تغییر در سبک زندگی افراد، قابل کاهش هستند؛ تمرکز بر پیشگیری از این بیماری‌ها و عوامل خطر مرتبط با آن‌ها امری است حیاتی. بنابراین، ضروری به نظر می‌رسد که اصلاحاتی در اهداف انجام شود؛ با این شرح که ۲۵ درصد کاهش در نظر گرفته شده در هدف اول را به مقدار کم‌تری تغییر داد و از سوی دیگر، درصد کاهش در عوامل خطر و درصد پوشش دارو درمانی و مشاوره را افزایش داد. به عبارت دیگر لازم است این اهداف را با توجه به شرایط جامعه ایرانی تنظیم کرد.



شکل ۲.۵. کاهش در تعداد مرگ برای گروه سنی ۳۰ تا ۷۰ سال در دو جنس با در نظر گرفتن نرخ رشد سال ۲۰۰۶ نسبت به سال‌های ۱۹۹۶ و ۱۹۸۶

جدول ۴-۵ مقادیر گزارش شده برای کشور ایران در سال ۲۰۱۰ و مقادیر مورد انتظار برای سال‌های ۲۰۱۸ و ۲۰۲۵ را نشان می‌دهد. مقادیر پایه برای اهداف ۲، ۳، ۴ و ۷ از گزارش وضعیت جهانی بیماری‌های غیرواگیر ۲۰۱۴ استخراج شده است. هم‌چنین، برای محاسبه میانگین میزان دریافتی نمک/سدیم دریافتی، متاآنالیز انجام شد. میزان شیوع مصرف دخانیات در افراد بالای ۱۵ سال نیز از مطالعه STEP سال ۲۰۰۹ بدست آمده است. در نهایت، میزان پوشش تکنولوژی‌ها و داروهای ضروری برای بیماری‌های غیرواگیر هم از مطالعه SARA^۲ استخراج شد.

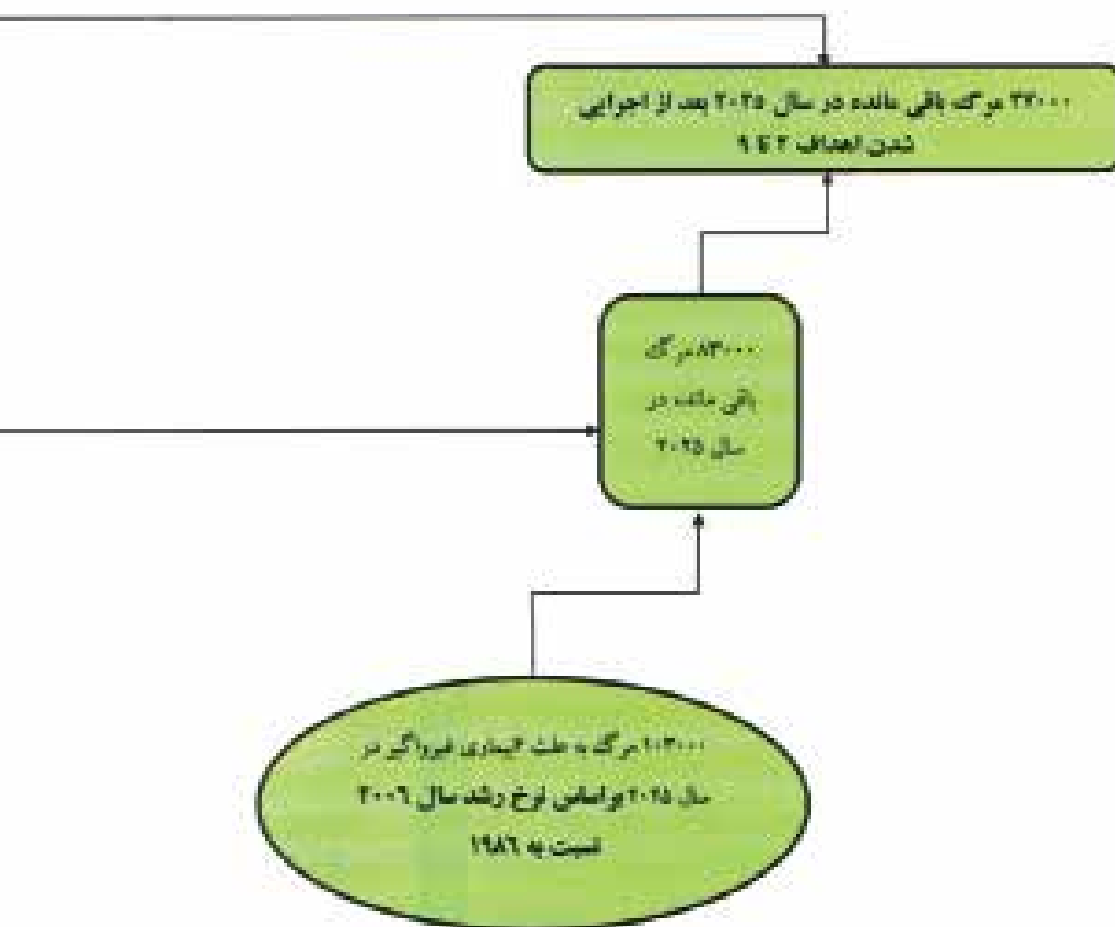
سال			هدف
۲۰۲۵	۲۰۱۸	۲۰۱۰ (سال پایه)	
۱۳/۶٪	۱۵/۷٪	۱۸/۱٪	۱ ۲۵٪ کاهش نسبی در مرگ ناشی از بیماری‌های قلبی-عروقی، سرطان‌ها، دیابت و بیماری‌های مزمن تنفسی
۰/۲۷٪	۰/۳٪	۰/۳٪	۲ حداقل ۱۰٪ کاهش نسبی در مصرف الکل
۳۰/۲٪	۳۱/۷٪	۳۳/۵٪	۳ ۱۰٪ کاهش نسبی در شیوع فعالیت فیزیکی ناکافی
7g/day	8.4g/day	10g/day	۴ ۳۰٪ کاهش نسبی در میانگین دریافتی نمک/سدیم
۷/۶٪	۹/۱٪	۱۰/۸٪	۵ ۳۰٪ کاهش نسبی در شیوع مصرف دخانیات در افراد بالای ۱۵ سال
۱۹/۲٪	۲۲/۲٪	۲۵/۶٪	۶ ۲۵٪ کاهش نسبی در شیوع فشار خون
۱۱/۵٪	۱۱/۵٪	۱۱/۵٪	۷ ۰٪ افزایش در میزان دیابت
۲۳/۹٪	۲۳/۹٪	۲۳/۹٪	۷ ۰٪ افزایش در میزان چاقی
۵۰٪	۴۴/۲٪	۳۷/۵٪	۸ ۵۰٪ پوشش دارو درمانی و مشاوره
۸۰٪	۷۵/۳٪	۷۰٪	۹ ۸۰٪ پوشش تکنولوژی‌ها و داروهای ضروری برای بیماری‌های غیرواگیر

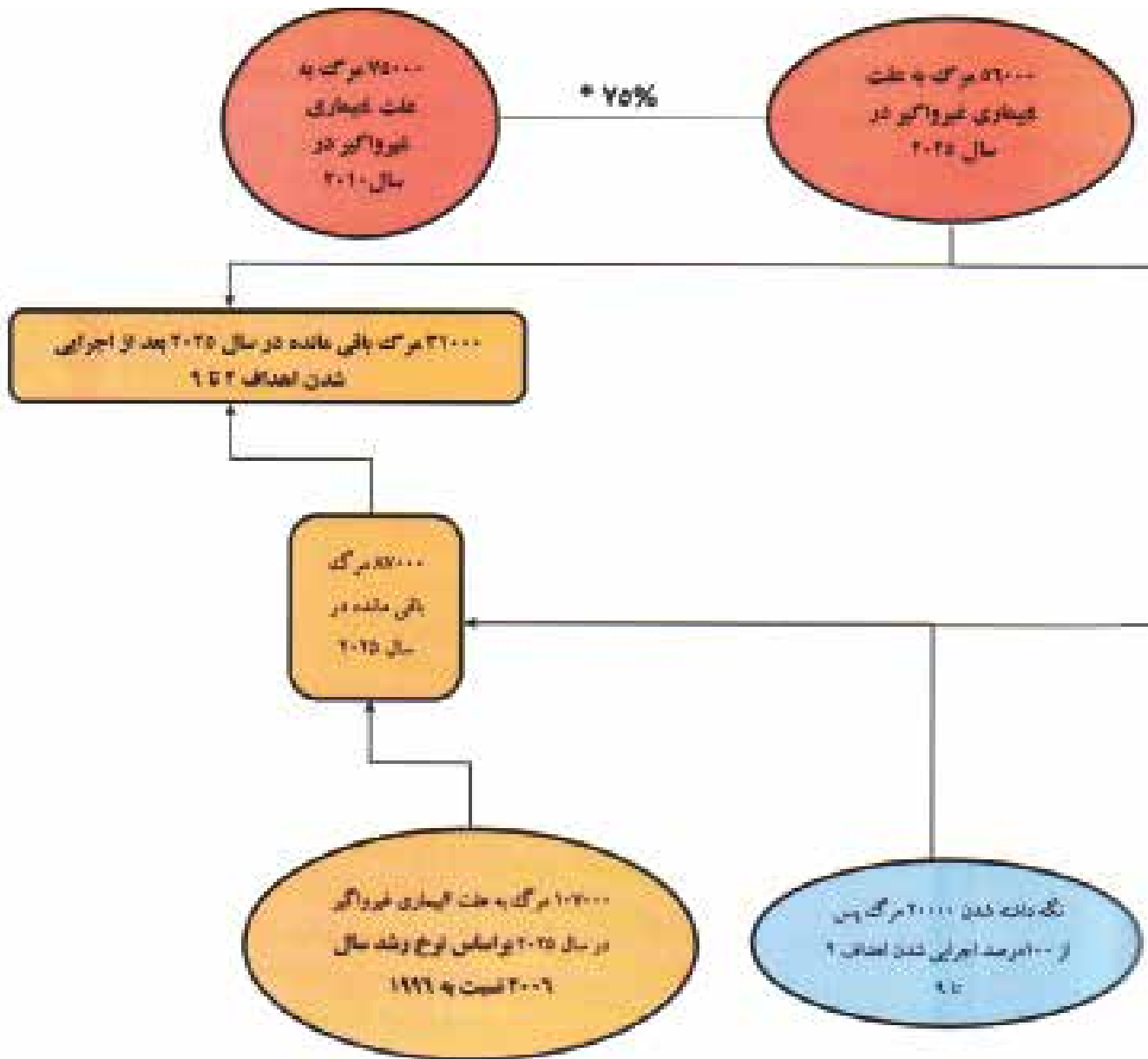
جدول ۴.۵. مقادیر گزارش شده برای کشور ایران در سال ۲۰۱۰ و مقادیر مورد انتظار برای سال‌های ۲۰۱۸ و ۲۰۲۵

پی‌نوشت‌ها:

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

فلوجارت ۱-۵ . بررسی کلی اهداف نه‌گانه سازمان جهانی بهداشت







فصل شش

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



۶-۱. مقدمه

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

۶-۲. چارچوب مفهومی فعالیت‌های کمیته

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

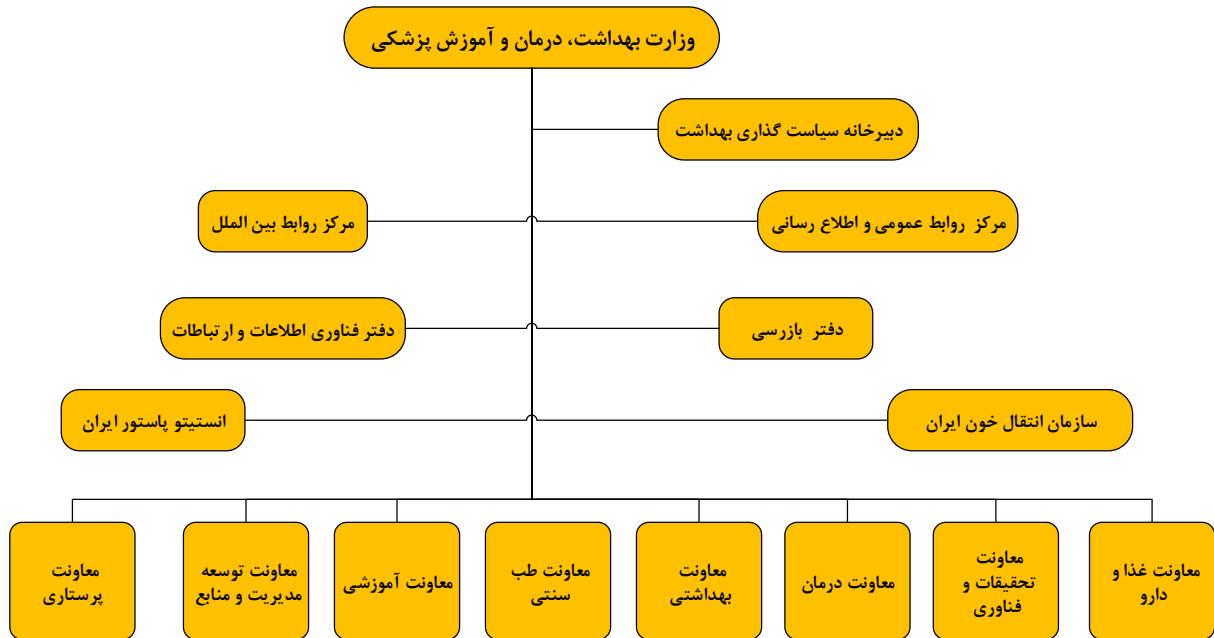


همکاران کمیته ملی به دو دسته کلی تقسیم می‌شوند:

- ۱ معاونت‌ها، سازمان‌ها و ادارات زیرمجموعه وزارت بهداشت
- ۲ سایر وزارت خانه‌ها، سازمان‌ها و نهادها

۱-۳-۶. معاونت‌ها، سازمان‌ها و ادارات زیرمجموعه وزارت بهداشت

معاونت بهداشتی، معاونت درمان، سازمان غذا و دارو، معاونت آموزشی، معاونت تحقیقات و فن آوری، معاونت توسعه مدیریت و منابع، روابط عمومی، شورای سیاست‌گذاری، موسسه ملی تحقیقات سلامت، هیات امنای دانشگاه‌ها



۲-۳-۶. سایر وزارتخانه‌ها، سازمان‌ها 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 غیره

۴-۶. اهداف کمیته

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

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

۵-۶. برنامه عمل کمیته

برنامه عمل «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، هفت 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
 - 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 ارزیابی 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 تهیه نقشه بروز اپیدمی بیماری‌های غیرواگیر و تحلیل عوامل تعیین کننده اجتماعی، اقتصادی، رفتاری و سیاسی آنها به‌عنوان اساس رایج 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 مشترک و قابل اصلاح بیماری‌های غیرواگیر (همانند مصرف دخانیات، رژیم غذایی ناسالم، عدم تحرک بدنی و مصرف 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 فرد و جامعه شود.
- ۳ تقویت مراقبت از سلامت از افراد مبتلا به بیماری‌های غیرواگیر به کمک ایجاد هنجارها، استانداردها و دستورالعمل‌های مبتنی بر شواهد در مورد هزینه-اثربخش بودن مداخلات و جهت گیری مجدد (Reorientation) نظام سلامت برای پاسخگویی به نیاز موجود برای مدیریت موثر بیماری‌های مزمن.





مداخلات کمیته ملی بیماری‌های 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



اهداف سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط در جمهوری اسلامی در بازه زمانی ۱۳۹۴ تا ۱۴۰۴ با جلب مشارکت و همکاری ذینفعان نظام سلامت کشور تدوین گردیده و با توجه به شرایط کشور، برخی اهداف مورد نظر سازمان جهانی بهداشت، بومی سازی شده و چهار هدف به اهداف ۹ گانه WHO اضافه شده است.

الف) اهداف مشابه با اهداف سازمان جهانی بهداشت:

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 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 ۹: ۸۰٪ دسترسی به تکنولوژی و داروهای اساسی قابل فراهمی، شامل داروهای ژنریک مورد نیاز برای درمان

بیماری های غیرواگیر در بخش های خصوصی و دولتی

ب) اهداف متفاوت با اهداف سازمان جهانی بهداشت:

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

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

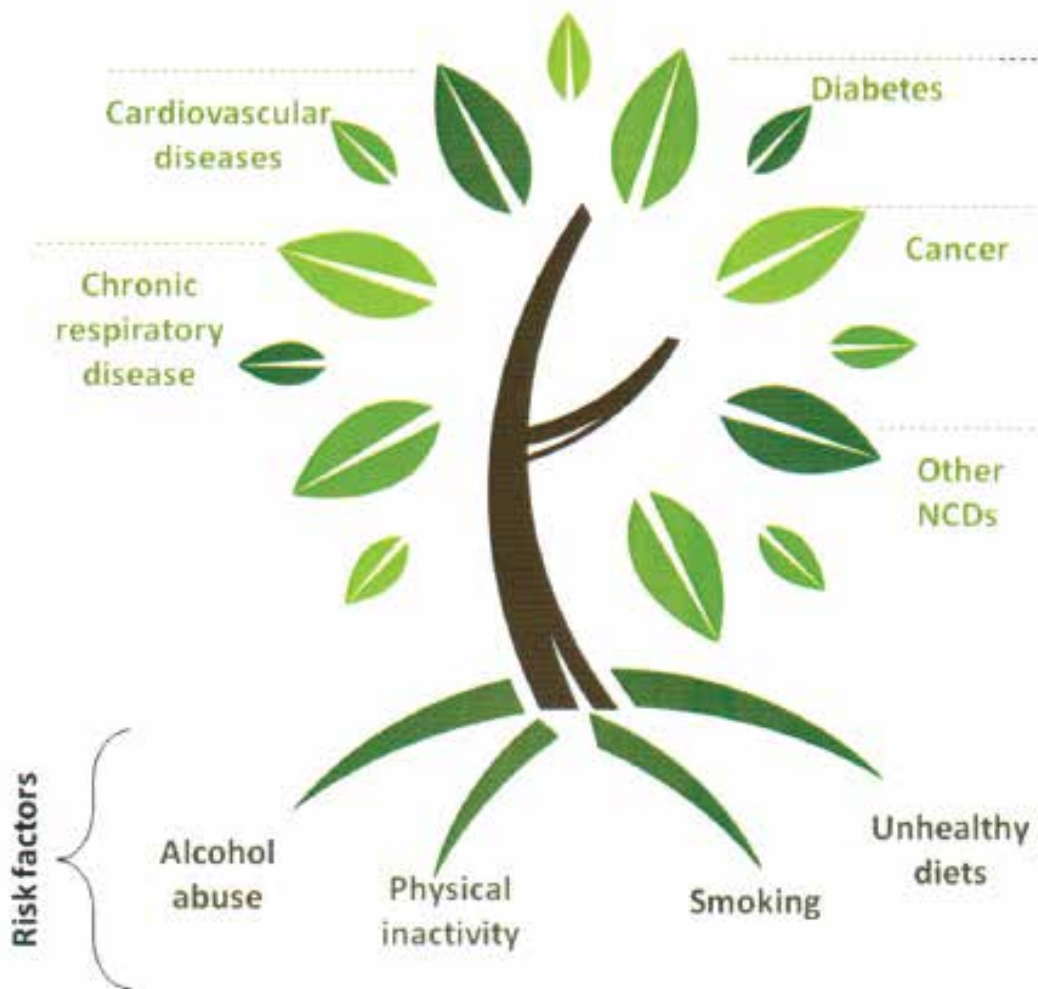
اهداف اختصاصی ایران

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

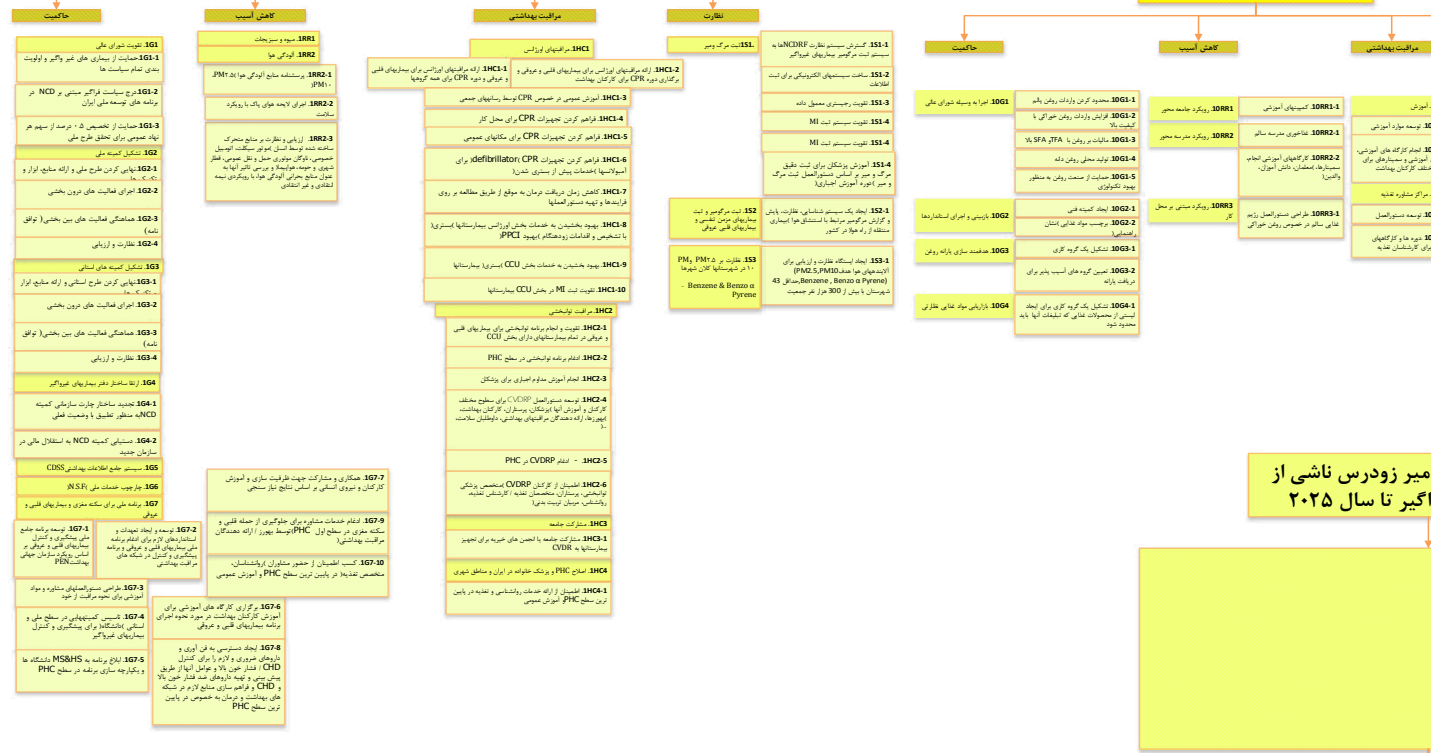
هدف ۱۲: ۱۰٪ کاهش نسبی در میزان مرگ و میر ناشی از مصرف مواد مخدر

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



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

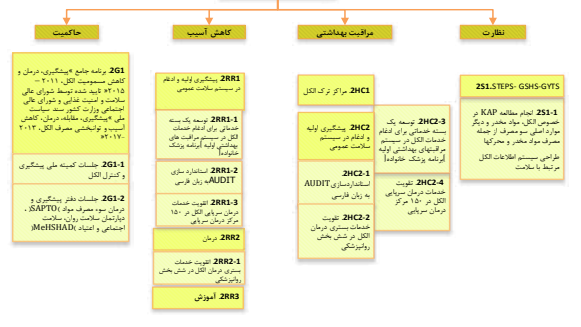
۱۰ به کمتر رساندن سبدهای چربی ترانس در روغن های خوراکی و محصولات غذایی



و میر زودرس ناشی از بیماریها تا سال ۲۰۲۵ برابری



۲ کاهش نسبی ۱۰٪ مصرف الکل



۴ کاهش نسبی متوسط مصرف نمک، معادل توسط جمعیت



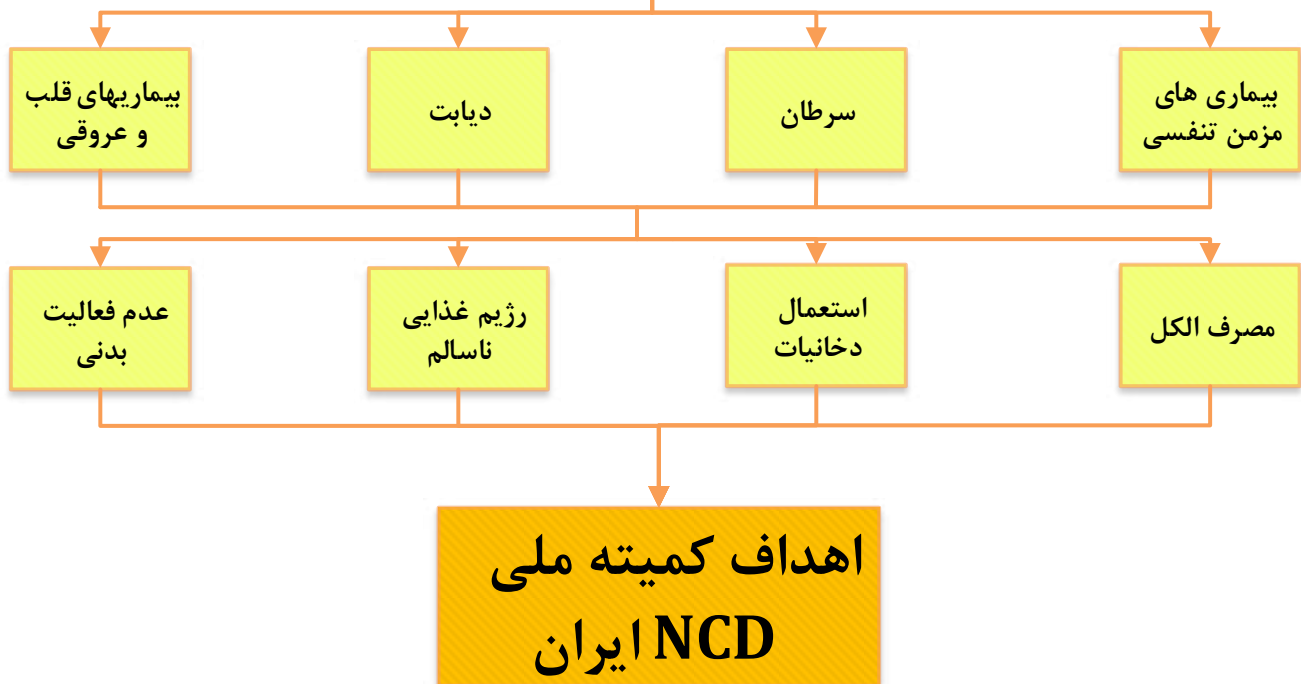
۴ کاهش نسبی میزان شیوع عفونت تناسلی



۲۵٪ کاهش مرگ و میر زودرس ناشی از بیماری‌های غیرواگیر تا سال ۲۰۲۵

اصول WHO :

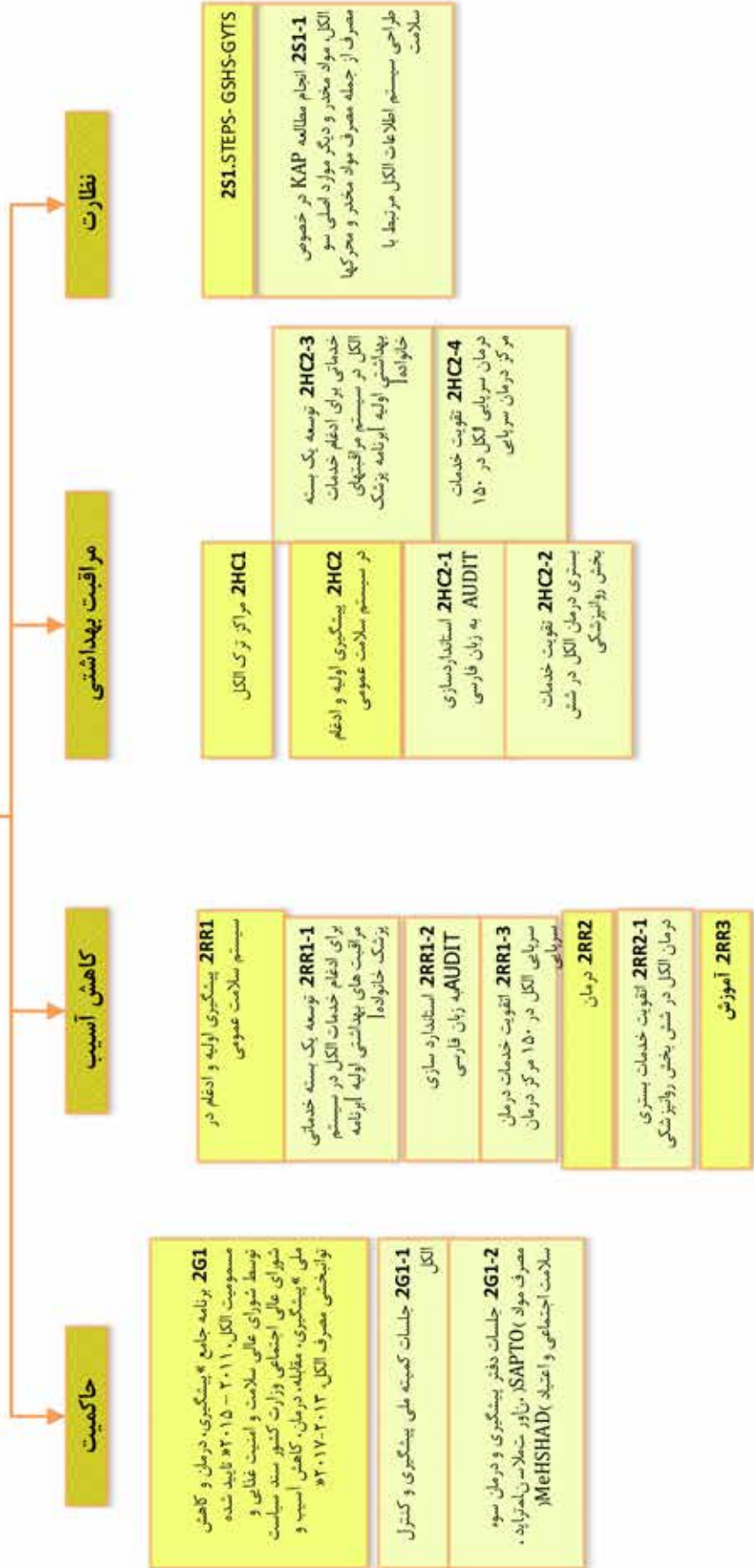
- تمرکز بر عدالت
- اقدامات چند بخشی و مشارکت چندین ذینفع
- رویکرد مبتنی بر دوره زندگی
- حفظ تعادل میان رویکردهای مبتنی بر جمعیت و فردی
- توانمند سازی مردم و جوامع
- تقویت نظام های بهداشتی
- پوشش های سلامت جهانی
- استراتژی های مبتنی بر شواهد
- مدیریت تعارضات منافع واقعی، درک شده و یا بالقوه



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

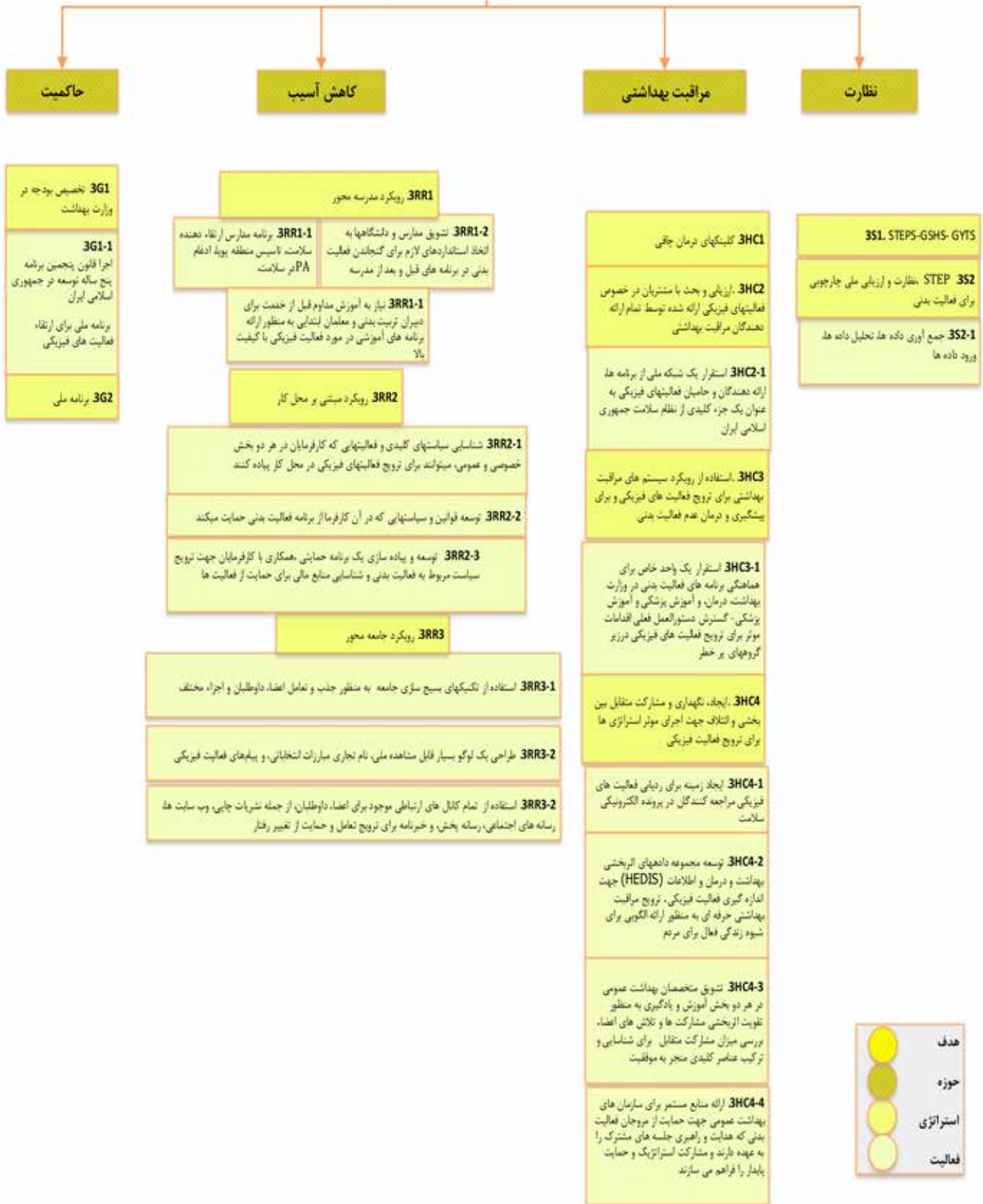


۱۰.۲ / کاهش نسبی سوء مصرف الکل

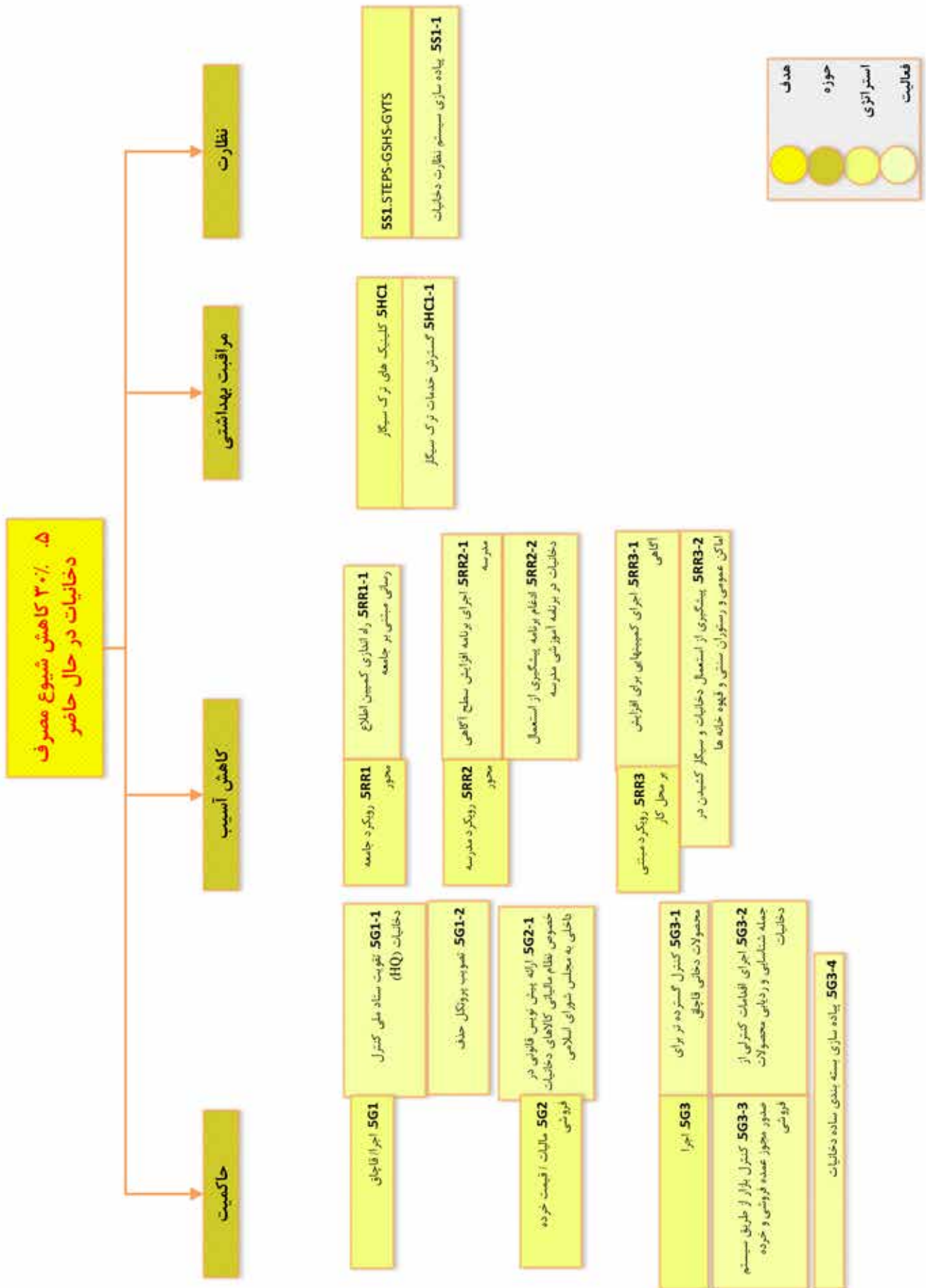


هدف	چوزه	استراتژی	فعالیت
●	●	●	●

۳.۲۰٪ کاهش نسبی میزان شیوع فعالیت بدنی کم







۶. ۲۵٪ کاهش شیوع فشار خون بالا



هدف

حوزه

استراتژی

فعالیت

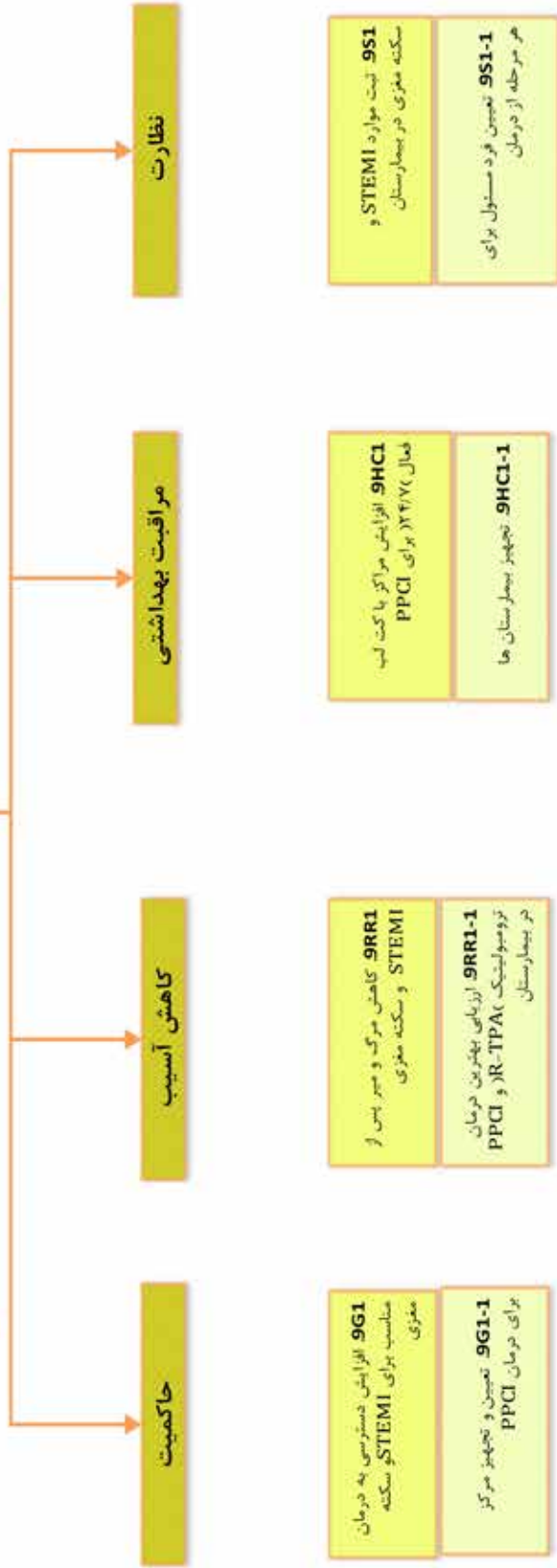
۷. توقف افزایش دیابت و چاقی



۸. دریافت خدمات دارو درمانی و مشاوره برای جلوگیری از حمله قلبی و سکته مغزی توسط ۷۰٪ افراد

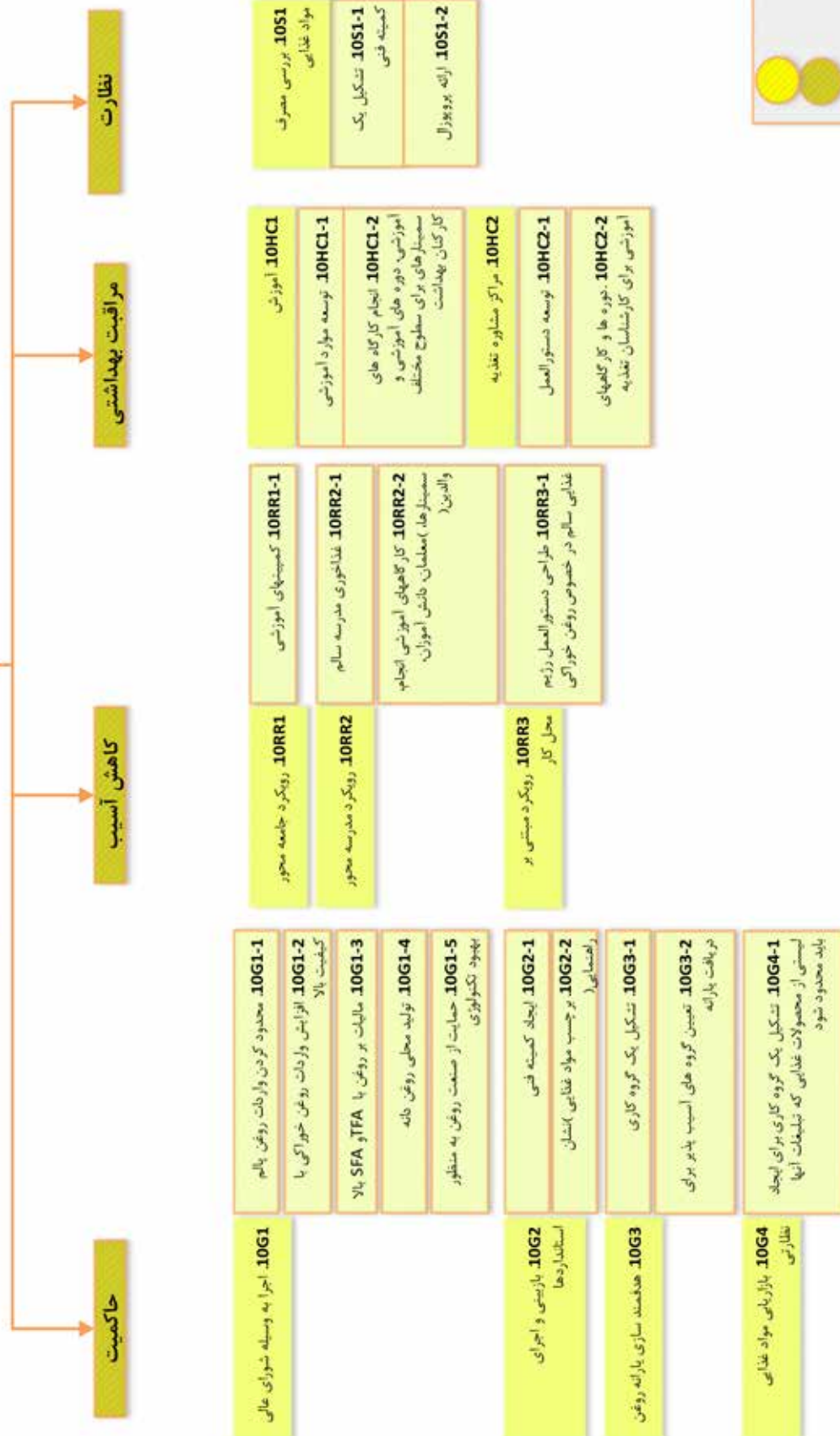


۹. دسترسی ۸۰ درصدی به فناوریهای پایه مقرون به صرفه و داروهای ضروری ملی، از جمله داروهای ژنریک، مورد نیاز برای درمان بیماریهای عمده غیرواگیر در مراکز عمومی و خصوصی



هدف
حوزه
استراتژی
فعالیت

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





در این فصل، مداخلات کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیر واگیر به تفکیک اهداف و نیز حیطه مداخله، نوع فعالیت‌ها، گروه‌های ذی‌نفع، نتیجه، شاخص‌های ارزیابی، منابع و دوره زمانی در دو بخش مداخلات درون بخشی و مداخلات بیرون بخشی در جدول زیر مورد بررسی قرار می‌گیرند.

۷-۱. مداخلات درون بخشی کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیر واگیر

کلیه منابع مورد نیاز اجرای این سند شامل نیروی انسانی، تجهیزات و منابع مالی مورد نیاز محاسبه و محل تأمین طی سال مشخص خواهد شد.

اهداف	حیطه	استراتژی‌ها	فعالیت‌ها	گروه‌های ذی‌نفع	نتیجه مطلوب	شاخص‌های ارزشیابی	منابع	دوره زمانی
۱- کاهش نسبی ۲۵ درصدی خطر مرگ‌ومیر زودرس ناشی از بیماری‌های قلبی، عروقی، سرطان، دیابت، یا بیماری‌های مزمن تنفسی	حاکمیت	تقویت شورای عالی	<ul style="list-style-type: none"> حمایت از بیماری‌های غیر واگیر و اولویت بندی تمام سیاست‌ها درج سیاست فراگیر مبتنی بر NCD در برنامه‌های توسعه ملی ایران دفاع برای تخصیص ۰۵ درصد از سهم هر نهاد عمومی برای تحقق طرح ملی 		<ul style="list-style-type: none"> برگزاری جلسات حداقل سه ماهه در شورا ۶۰ درصد از تمام تصمیم‌گیری‌های انجام شده در خصوص بیماری‌های غیر واگیر باشد 	<ul style="list-style-type: none"> گزارش دستاوردهای نتایج مورد نظر به کمیته ملی بیماری‌های غیر واگیر، ارزایی مثبت از تعهد سهامداران به اهداف مورد نظر در طرح ملی 	<ul style="list-style-type: none"> بودجه برای: ایجاد دبیرخانه M & E جلب حمایت کارکنان تجهیزات 	در حال انجام
		تشکیل کمیته ملی	<ul style="list-style-type: none"> تهایی کردن طرح ملی ارائه منابع، ابزار و تکنیک‌ها اجرای فعالیت‌های درون بخشی همه‌جنگی فعالیت‌های بین بخشی (موقتانه) نظارت و ارزیابی 		<ul style="list-style-type: none"> تصویب طرح ملی ۱۰۰٪ تنهال با ذینفعان داخلی / بین بخشی (بر اساس لیست موجود در طرح ملی) گزارش سه ماهه از اجرای طرح ملی ارزایی تراکمی از طرح ملی در سال ۲۰۱۸، ۲۰۲۱ و ۲۰۲۵ گزارش سالانه وضعیت ملی، منابع انسانی و منابع دیگر برای طرح ملی محک فعالیت‌های استانی برای ترویج اقدامات برتر در اجرای طرح ملی و گزارش نتایج به شکل سالانه 	<ul style="list-style-type: none"> انتصاب حسابرس داخلی مستقل انتصاب حسابرس مستقل خارجی 	<ul style="list-style-type: none"> بودجه برای: منابع، ارائه ابزارها و تکنیک‌ها منابع برای اجرای فعالیت‌های درون بخشی منابع برای همه‌جنگی فعالیت‌های بین بخشی منابع برای حسابرسی داخلی و خارجی 	

	بودجه برای: منابع ارائه ابزارها و تکنیک‌ها منابع برای اجرای فعالیت‌های درون‌بخشی منابع برای هماهنگی فعالیت‌های بین‌بخشی منابع برای حساسی داخلی و خارجی	انتصاب حسابرسان داخلی مستقل انتصاب حسابرسان مستقل خارجی	تعمیم طرح ملی ● ۱۰۰٪ تعامل با ذینفعان داخلی / بین‌بخشی (بر اساس لیست موجود در طرح ملی) ● گزارش سه ماهه از اجرای طرح ملی ● ارزیابی تراکیبی از طرح ملی در سال ۲۰۱۸، ۲۰۲۱ و ۲۰۲۵ ● گزارش سالانه مالی، منابع انسانی و منابع دیگر وضعیت برای طرح ملی						
	بودجه برای: HR - - تامین مالی مورد نیاز مداخلات	● - بهبود HR منابع مالی در دسترس، و موفقیت آاره در سلسله مراتب وزارت بهداشت	● ایجاد یک دفتر ملی بیماری‌های غیرواگیر که در داخل قادر به رسیدی به الزامات برنامه ملی NCD است			● تجدید ساختار چارت سازمانی NCD به منظور تطبیق با وضعیت فعلی ● دستیابی اداره NCD به استقلال مالی در سازمان جدید	تشکیل کمیته‌های استانی		

تا پایان سال ۲۰۲۵	- تخصیص بودجه	<p>ادغام برنامه ملی بیماری‌های قلبی، عروقی</p> <ul style="list-style-type: none"> - درصد مشاوران مورد نیاز (روانشناسان، تغذیه...) - درصد کارکنان آموزش دیده - درصد داروهای عرضه شده - تعداد کارگاه‌های برگزار شده - میزان مرگ‌ومیر ناشی از بیماری‌های قلبی، عروقی 	<p>ادغام دستورالعمل‌های ملی (تا ۲۰۱۷) در شبکه بهداشت و درمان</p> <ul style="list-style-type: none"> - آماده‌سازی برنامه ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های قلبی، عروقی بر اساس رویکرد سازمان جهانی بهداشت (تا ۲۰۱۷) - ایجاد تجهیزات و استانداردهای لازم برای ادغام برنامه یکپارچه ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های قلبی، عروقی در شبکه مراقبت‌های بهداشتی (تا ۲۰۱۷) - آماده‌سازی دستورالعمل‌های مشاوره و مراقبت از خود - مشاوره ادغام یافته برای جلوگیری از حمله قلبی و سکته مغزی در سطح اول PHC (توسط بهوز / ارائه‌دهندگان مراقبت بهداشتی) (۲۰۱۷) - کاهش نسبی خطر مرگ زودرس ناشی از بیماری‌های قلبی، عروقی (کاهش نسبی ۲۵ درصدی در مرگ‌ومیر کلی تا سال ۲۰۲۵، رسیدن به ۱۴۵ درصد تا ۲۰۱۹ و ۱۲۸ درصد تا سال ۲۰۱۵) 	<p>معاونت اقامات</p> <ul style="list-style-type: none"> - تونبخشی وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی - معاونت سلامت وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی (مرکز مدیریت بیماری‌های غیرواگیر، مرکز توسعه شبکه بهداشت، مرکز سلامت جمعیت و خانواده دفتر آموزش و ارتقا سلامت) - معاونت توسعه و نیروی انسانی وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی - معاونت آموزش وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی - سازمان غذا و دارو 	<p>توسعه برنامه جامع ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های قلبی، عروقی بر اساس رویکرد سازمان جهانی بهداشت (PEN توسعه و ایجاد تجهیزات و استانداردهای لازم برای ادغام برنامه ملی بیماری‌های قلبی، عروقی و برنامه پیشگیری و کنترل در شبکه‌های مراقبت بهداشتی</p> <ul style="list-style-type: none"> - طراحی دستورالعمل‌های مشاوره و مواد آموزشی برای نحوه مراقبت از خود - تأسیس کمیته‌هایی در سطح ملی و استانی (دانشگاه) برای پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر (از جمله بیماری‌های قلبی، عروقی) - ابلاغ برنامه به MS&HS دانشگاه‌ها و یکپارچه‌سازی برنامه در سطح PHC - برگزاری کارگاه‌های آموزشی برای آموزش بیماری‌های قلبی، عروقی - ایجاد دسترسی به فناوری و داروهای ضروری و لازم را برای کنترل CHD / فشار خون بالا و عوامل آنها از طریق پیش بینی و تهیه داروهای ضد فشار خون بالا و CHD و فراهم سازی منابع لازم در شبکه‌های بهداشت و درمان به خصوص در پایین ترین سطح PHC - ادغام خدمات مشاوره برای جلوگیری از حمله قلبی و سکته مغزی در سطح اول PHC (توسط بهوز/ ارائه‌دهندگان مراقبت بهداشتی) - کسب اطمینان از حضور مشاوران (روانشناسان، متخصص تغذیه) در پایین ترین سطح PHC - آموزش عمومی 	برنامه ملی برای سکته مغزی و بیماری‌های قلبی، عروقی	
-------------------	---------------	--	---	---	---	--	--

دو ساله	پروفایل ملی	رسیدن به پروفایل ملی آلودگی هوا، با در نظر گرفتن هر یک از منابع انتشار ذرات	شناسایی بخشی از آلاینده‌های هوا مربوط به منابع متحرک	نیروه‌های امنیتی (پلیس) راهنمایی نیروی انتظامی، وزارت کشور (دفتر مرکزی)، وزارت صنعت، معدن و تجارت (دپارتمان صنعت و معدن)، وزارت راه و شهرسازی (ترمیپال‌های حمل‌ونقل کشور، سازمان هواپیمایی کشوری، شرکت راه آهن جمهوری اسلامی ایران)، موسسه استاندارد و تحقیقات صنعتی ایران	نیروه‌های امنیتی ساخته شده توسط انسان (موتور، سیکل، اومپل) خصوصی، ناوگان موتوری حمل‌ونقل عمومی، قطار شهری و حومه، هواپیما) و بررسی تاثیر آنها به عنوان منابع بحرانی آلودگی هوا، با رویکردی تیمه انتقادی و غیر انتقادی	پرسشنامه منابع آلودگی هوا (PM2.5, PM10)	آلودگی هوا	کاهش آسیب	
سه ساله	تعمین زیر دسته‌های منابع متحرک ایجاد آلودگی هوا (Benzene, PM10, PM2.5, Benzo a Pyrene)								
۵ سال	۳۰ درصد کاهش در هر یک از آلاینده‌های هوا پس از ۵ سال	کم کردن انتشار آلاینده‌های هوا در وزارت بهداشت	هیئت دولت، دبیرخانه سیاست‌گذاری بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	- اجرای لایحه هوای پاک با رویکرد سلامت					
۱۰ سال	۵۰٪ بهره‌وری انرژی در وزارت بهداشت و کاهش انتشار آلاینده‌های هوا	کم کردن انتشار آلاینده‌های هوا در وزارت بهداشت	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	- بهره برداری از خانه‌های بهداشت، مراکز بهداشت و درمان، بیمارستان‌ها و ساختمان‌های سبز در تمام بخش‌های وزارت بهداشت از طریق افزایش بهره‌وری در انرژی بر اساس دستورالعمل سازمان جهانی بهداشت و IPCC					

تأیید سال ۲۰۲۰		نرخ مرگومیر ناشی از حوادث قلبی، عروقی (AMI) سکته مغزی) - درصد بیماران قلبی، عروقی	مراقبت بهداشتی به موقع و کاهش مرگومیر ناشی از بیماری‌ها و حملات قلبی، عروقی (AMI) سکته	معاویت اقامات توانبخشی وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی	بیماری‌های قلبی، عروقی - ارائه مراقبت‌های اورژانس برای بیماری‌های قلبی، عروقی و دوره CPR برای همه گروه‌ها	مراقبت‌های اورژانس	مراقبت بهداشتی
		<p>نرخ مرگومیر ناشی از حوادث قلبی، عروقی (AMI) سکته مغزی) - درصد بیماران قلبی، عروقی</p> <p>کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیر واگیر □ تیر ۱۳۹۴</p>	<p>مراقبت بهداشتی به موقع و کاهش مرگومیر ناشی از بیماری‌ها و حملات قلبی، عروقی (AMI) سکته مغزی) (حداقل ۸۰٪ از بیماران مراقبت به موقع دریافت می‌کنند؛ با افزایش ۲۰ درصدی در هر سال؛ - آمولانس مجزبه به defibrillator (هر سال ۲۰ درصد) کارکنان بهداشت آموزش دیده (هر سال ۲۰ درصد) - جمعیت آموزش دیده (هر سال ۱۰ درصد از گروه‌های هدف) - موارد ناشی از حملات قلبی، عروقی (AMI) سکته مغزی) - بیماری‌هایی که پس از تشخیص داروهای ضروری را دریافت می‌کنند (حداقل ۹۰٪) - افزایش متوسط سن مرگ ناشی از حملات قلبی، عروقی (AMI) سکته مغزی) (۲۰٪ در هر سال) - کاهش مرگومیر ناشی از حملات قلبی، عروقی (AMI) سکته مغزی) (حداقل ۸۰٪ کاهش برای بیماری‌های اول بعد از بروز حوادث قلبی، عروقی (AMI) سکته مغزی)؛ ۲۰٪ کاهش در هر سال)</p>	<p>- معاویت سلامت وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی - رسانه‌های جمعی (صداوسیما، ایران، مطبوعات، مجلات، روزنامه‌ها...)</p>	<p>(پرسنل، کارکن، دانشجویان، سربازان، نظامیان...)</p> <p>- ارائه مراقبت‌های اورژانس برای بیماری‌های قلبی، عروقی و برگزاری دوره CPR برای کارکنان بهداشت</p> <p>- آموزش عمومی در خصوص CPR توسط رسانه‌های جمعی</p> <p>- فراهم کردن تجهیزات CPR برای مکان‌های عمومی</p> <p>- فراهم کردن تجهیزات CPR (defibrillator) برای محل کار</p> <p>- فراهم کردن تجهیزات CPR (defibrillator) برای آمولانس‌ها (خدمات پیش از بستری شدن)</p> <p>- کاهش زمان دریافت درمان به موقع از طریق مطالعه بر روی فرایندها و تهیه دستورالعمل‌ها</p> <p>- بهبود بخشیدن به خدمات بخش اورژانس بیمارستان‌ها (بستری) با تشخیص و اقدامات زودهنگام (بهبود PPCI)</p> <p>- بهبود بخشیدن به خدمات بخش CCU (بستری) بیمارستان‌ها</p> <p>- تقویت ثبت MI در بخش CCU بیمارستان‌ها</p> <p>سرطان‌ها دیابت بیماری‌های مزمن تنفسی</p>		

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

تا پایان سال ۲۰۲۰	- سیستم الکترونیکی - فرم ثبت HIS در بیمارستان‌ها	- کیفیت سیستم ثبت مرگ‌ومیر (درصد ثبت نام به موقع و درصد داده‌های ثبت شده معتبر و صحیح) - درصد پزشکان آموزش دیده فعال در سیستم ثبت مرگ‌ومیر	- ثبت به موقع (حداقل ۹۰ درصد از داده‌ها) - ثبت دقیق و صحیح اطلاعات ثبت (حداقل ۹۰ درصد از داده‌ها) - رجیستری مرگ‌ومیر بیماری‌های غیرواگیر بصورت فعال (نظارت بر ۴ دسته عمده از بیماری‌های غیرواگیر) (۱۰۰٪) - پزشکان آموزش دیده (حداقل ۱۰٪ در هر سال)	- معززین افتخارات توانبخشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (مرکز مدیریت بیماری‌های غیرواگیر، مرکز توسعه شبکه بهداشت، مرکز سلامت جمعیت و خانواده) - سازمان ثبت علائم جهانی - کمیته بیماری‌های غیرواگیر	بیماری‌های قلبی، عروقی - گسترش سیستم نظارت NCDRF به سیستم ثبت مرگ‌ومیر بیماری‌های غیرواگیر - ساخت سیستم‌های الکترونیکی برای ثبت اطلاعات - تقویت رجیستری معمول داده - تقویت سیستم رجیستری MI - آموزش پزشکان برای ثبت دقیق مرگ‌ومیر بر اساس دستورالعمل ثبت مرگ‌ومیر (دوره آموزش اجباری)	ثبت مرگ‌ومیر ثبت بیماری‌های مزمن تنفسی و بیماری‌های قلبی، عروقی	نیازت بر - نظارت بر PM2.5 و PM10 در شهرستان‌ها کلان شهرها - Benzene & Benzene α Pyrene ^۲	فصلیه‌ها جلسات کمیته ملی پیشگیری و کنترل الکل جلسات دفتر پیشگیری و درمان سوء مصرف	گروه‌های ذینفع وزارت بهداشت وزارت کشور وزارت رفاه	نتیجه مطلوب در دسترس بودن سند سیاست ملی	شاخص‌های ارزشیابی در دسترس بودن سند سیاست ملی	منابع	دوره زمانی ۲۰۱۱- ۲۰۱۵
دو ساله			برای پیاده‌سازی و ارزیابی یک سیستم نظارت مناسب بیماری‌های منتقله از راه هوا جهت شناسایی و ارزیابی تاثیر آلودگی هوا بر سلامت	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی دپارتمان محیط زیست، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	ایجاد یک سیستم شناسایی، نظارت، پیش و گزارش مرگ‌ومیر مرتبط با استنشاق هوا (بیماری منتقله از راه هوا) در کشور	ثبت مرگ‌ومیر ثبت بیماری‌های مزمن تنفسی و بیماری‌های قلبی، عروقی	- نظارت بر PM2.5 و PM10 در شهرستان‌ها کلان شهرها - Benzene & Benzene α Pyrene ^۲	جلسات کمیته ملی پیشگیری و کنترل الکل جلسات دفتر پیشگیری و درمان سوء مصرف	گروه‌های ذینفع وزارت بهداشت وزارت کشور وزارت رفاه	نتیجه مطلوب در دسترس بودن سند سیاست ملی	منابع	دوره زمانی ۲۰۱۱- ۲۰۱۵	
دو ساله			برای پیاده‌سازی و ارزیابی یک سیستم نظارت مناسب بیماری‌های منتقله از راه هوا جهت شناسایی و ارزیابی تاثیر آلودگی هوا بر سلامت	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی دپارتمان محیط زیست، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	ایجاد یک سیستم شناسایی، نظارت، پیش و گزارش مرگ‌ومیر مرتبط با استنشاق هوا (بیماری منتقله از راه هوا) در کشور	ثبت مرگ‌ومیر ثبت بیماری‌های مزمن تنفسی و بیماری‌های قلبی، عروقی	- نظارت بر PM2.5 و PM10 در شهرستان‌ها کلان شهرها - Benzene & Benzene α Pyrene ^۲	جلسات کمیته ملی پیشگیری و کنترل الکل جلسات دفتر پیشگیری و درمان سوء مصرف	گروه‌های ذینفع وزارت بهداشت وزارت کشور وزارت رفاه	نتیجه مطلوب در دسترس بودن سند سیاست ملی	منابع	دوره زمانی ۲۰۱۱- ۲۰۱۵	

			<p>سازمان بهزیستی ستاد کنترل و مبارزه با مواد مخدر صداوسیما پلیس سیستم قضایی</p>	<p>مواد (SAPTO)، دپارتمان سلامت روان، سلامت اجتماعی و اعتیاد (MEHSHAD)</p>	<p>مسمومیت الکل، ۲۰۱۱ - ۲۰۱۵ تأیید شده توسط شورای عالی سلامت و امنیت غذایی و شورای عالی اجتماعی وزارت کشور سند سیاست ملی "پیشگیری" مقاله، درمان، کاهش آسیب و توانبخشی مصرف الکل، ۲۰۱۳ - ۲۰۱۷</p>	<p>کاهش مضرات استفاده از الکل</p>
<p>۲۰۱۱- ۲۰۱۵</p>		<p>در دسترس بودن بسته استاندارد برای PHC و وضعیت عمومی سلامت</p>	<p>وزارت بهداشت دانشگاههای علوم پزشکی بخش خصوصی</p>	<p>توسعه یک بسته خدماتی برای اقدام خدمات الکل در سیستم مراقبت‌های بهداشتی اولیه [برنامه پزشک خانواده] استاندارد سازی AUDIT به زبان فارسی</p>	<p>پیشگیری اولیه و اقدام در سیستم سلامت عمومی</p>	<p>کاهش آسیب</p>
<p>۲۰۱۱-</p>		<p>در دسترس بودن برنامه‌های درمانی استاندارد در بخش‌های خدمات سرپایی و بستری برای بیماران</p>	<p>وزارت بهداشت ستاد کنترل و مبارزه با مواد مخدر سازمان بهزیستی</p>	<p>توسعه یک بسته خدماتی برای اقدام خدمات تقویت خدمات درمان سرپایی الکل در ۱۵۰ مرکز درمان سرپایی تقویت خدمات بستری درمان الکل در شش بخش روانپزشکی</p>	<p>تخصصیات درمان</p>	<p>مراقبت</p>

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

اهداف	حیطه	استراتژی‌ها	فعالیت‌ها	گروه‌های ذینفع	نتیجه مطلوب	شاخص‌های ارزیابی	منابع	دوره زمانی
۳- ۲۰ درصد کاهش میزان شیوع فعالیت بدنی کم	حاکمیت	تخصیص بودجه در وزارت بهداشت برنامه ملی	<ul style="list-style-type: none"> ▶ اجرا قانون پنجمین برنامه پنج ساله جمهوری اسلامی ایران، ▶ توسعه در اقدام‌های ▶ برنامه ملی برای ارتقاء فعالیت‌های ▶ فیزیکی 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ عمدتاً دولتی ▶ وزارت ▶ آموزش و پرورش ▶ وزارت ▶ بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ▶ وزارت عالی ▶ آموزش عالی ▶ صنعت ▶ وزارت ورزش و جوانان ▶ رسانه ▶ وزارت راه و شهرسازی 	همه‌گویی بین بخشی جهت ارتقاء فعالیت بدنی، تخصیص بودجه،	<p>تعداد جلسات برای سازماندهی و تشکیل جلسات کمیته مشورتی - وجود فرآیند مناسب برای ارائه دستورالعمل مربوط به فعالیت بدنی، - وجود یک مکانیسم مشاوره تخصصی با مسئولیت فعال به منظور توسعه و پیاده‌سازی برنامه عملیاتی - وجود مکانیسم هماهنگی (یک سازمان، کمیته و یا دیگر اعضا) برای نظارت بر توسعه و پیاده‌سازی برنامه ملی.</p> <p>- مکانیسم مشاوره کارشناسی با نمایندگان از تمام بخش‌های رشته‌ها کلیدی</p> <p>- مکانیسم مشاوره تخصصی با دستورالعمل روشن، قدرت پاسخگویی و توانایی برای اعمال نفوذ در سیاست</p> <p>- وجود مراکز دانشگاهی عالی برای تمرکز بر رژیم غذایی و فعالیت فیزیکی</p> <p>- مکانیسم هماهنگ سازی با رهبری و با ریاست وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی</p> <p>- وجود بودجه ملی و / یا محلی روشن و پایدار برای اجرای اقدامات مربوط به فعالیت بدنی</p> <p>- وجود طرح تسخیر سازی منابع برای اقدامات مربوط به فعالیت بدنی</p>	تعداد موارد آموزش فعالیت فیزیکی استاندارد در مدارس و دانشگاه‌ها، تعداد موارد آموزش معلوم قبل از خدمت برای مربیان تربیت بدنی و	دوره زمانی ۲۰۱۵- ۲۰۳۰
	حیطه	رویکرد مدرسه محور	برنامه مدارس ارتقاء دهنده سلامت، تأسیس منطقه پویا، اقدام P4A در سلامت، تشویق مدارس و دانشگاه‌ها به اتخاذ استانداردهای لازم برای گنجاندن فعالیت بدنی	آموزش، بهداشت، رسانه	دستورالعمل‌های استاندارد برای فعالیت بدنی در مدارس، افزایش پیاده روی / جوهرچه سواری در مسیر مدرسه به خانه و بالعکس،			

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

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

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

تا پایان سال ۲۰۱۶				<ul style="list-style-type: none"> - قانون برای اجرای اجباری استانداردهای تجدیدنظر شده نمک - تولید و استفاده از نمک کم سدیم در محصولات غذایی 	<ul style="list-style-type: none"> وزارت دارایی شورای عالی بهداشت و امنیت غذایی FDA - سازمان تنظیم مقررات و نظارت - ISIRI - صنعت غذا 	<ul style="list-style-type: none"> - تشکیل یک کارگروه برای توسعه پیشنهادات جهت تصویب در شورای عالی - تشویق صنعت غذا برای استفاده کمتر از نمک سدیم (جایگزین با KCL) 	اجرا استانداردهای جایگزینی سدیم	کاهش آسیب	
				-	<ul style="list-style-type: none"> وزارت بهداشت وزارت آموزش و پرورش وزارت صنعت 	<ul style="list-style-type: none"> ارتقاء سلامت از طریق برنامه آموزش مدرسه‌ای بهداشت مناسب برای دانش آموزان دسترسی به مواد غذایی سالم 	<ul style="list-style-type: none"> رویکرد جامعه محور 		
				<ul style="list-style-type: none"> وزارت بهداشت وزارت صنعت وزارت کار، رفاه و امور اجتماعی 	<ul style="list-style-type: none"> گروه تنظیم مقررات ملی تنظیم کمیته بیماری‌های غیر واگیر 	<ul style="list-style-type: none"> تعمین متوسط مصرف نمک 	<ul style="list-style-type: none"> رویکرد مبتنی بر محل کار 	نظارت	
۲۰۱۸		STEP	اطلاعات در خصوص متوسط مصرف نمک	<ul style="list-style-type: none"> - سازمان تنظیم مقررات و نظارت کمیته ملی تنظیم مقررات و نظارت کمیته بیماری‌های غیر واگیر 	<ul style="list-style-type: none"> تعمین مصرف نمک به طور متوسط 	<ul style="list-style-type: none"> نظارت و ارزیابی ملی 	نظارت		
دوره زمانی ۲۰۱۵-۲۰۲۵	منابع	شاخص‌های ارزشیابی تعداد جلسه تعامل (مذاطل دو جلسه در سال)	نتیجه مطلوب اجرا بهتر قوانین و مقررات کنترل دخانیات	<ul style="list-style-type: none"> گروه‌های ذینفع وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، فرهنگ و ارشاد اسلامی، صنعت، نیروی انتظامی، مجلس شورای اسلامی، صداوسیما جمهوری اسلامی ایران، سازمان‌های مردم‌بهاد 	<ul style="list-style-type: none"> فالیات‌ها تقویت ستاد ملی کنترل دخانیات (HQ) 	اجرا افاق‌ها	حاکمیت	<ul style="list-style-type: none"> اهداف ۵- ۳۰ درصد کاهش شیوع استعمال دخانیات در حال حاضر 	

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

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

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

تا پایان سال ۲۰۱۶		تعداد محصولات غذایی با کاهش استاندارد نمک	تعداد تبلیغات محصولات مواد غذایی ناسالم	فهرست ممنوع مواد غذایی ناسالم آگهی شده و تجدید نظر سالانه بر اساس ماده ۳۲ پنجگین برنامه پنج ساله توسعه	دپارتمان تغذیه، ISIRI، FDA وزارت صناعت، معدن و تجارت، صناعت، معدن و تجارت،	- استقرار کمیته فنی	استراتژی‌های حاکمیت کاهش نمک (تجدید نظر در مورد نمک استاندارد در محصولات غذایی)	کاهش آسیب	
تا پایان سال ۲۰۱۶		تعداد محصولات غذایی با توجه به نمک	افزایش سطح PA	صرفاً دولتی - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - وزارت آموزش عالی - وزارت ورزش و جوانان - وزارت راه و شهر سازی	- تشویق صنایع غذایی برای استفاده کم تر از نمک سدیم (جایگزینی با KCL)	استراتژی‌های حاکمیت کاهش نمک	همه استراتژی‌های حاکمیت کاهش نمک		
تا پایان سال ۲۰۱۵-۲۰۲۰		تعداد جلسات سازماندهی و تشکیل جلسات کمیته مشورتی - ارائه راهنمای برای گروه‌های هدف مختلف - فرآیند مناسب برای ارائه دستورالعمل در خصوص فعالیت بدنی		اجرا چهارمین قانون برنامه پنج ساله توسعه در جمهوری اسلامی ایران برنامه ملی برای ارتقاء PA	استراتژی حاکمیت فعالیت‌های فیزیکی تخصیص بودجه در وزارت بهداشت برنامه ملی				
تا پایان سال ۲۰۱۶		تولید و استفاده کمتر از نمک سدیم در محصولات غذایی	تجدید نظر در قانون اجرای استانداردهای اجباری نمک	امیت غذایی	تشویق صنایع غذایی برای استفاده کم تر از نمک سدیم (جایگزینی با KCL)	جایگزینی سدیم			

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

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

اهداف	حاکمیت	استراتژی‌ها	فالیته‌ها	گروه‌های ذینفع	نتیجه مطلوب	شاخص‌های ارزشیابی	منابع	دوره زمانی
۷ - توقف افزایش دیابت و چاقی		چاقی، ترازبندی و اجرای دستورالعمل‌های پیشگیری و تشخیص	<ul style="list-style-type: none"> - برگزاری جلسات کمیته ملی علمی / فنی بیماری‌های قلبی، عروقی - بازگویی در دستورالعمل پیشگیری چاقی، ارزیابی و درمان از طریق ایجاد رویکرد جدید به WHO PEN - تدوین سیاست‌هایی به منظور کنترل و محدود کردن تبلیغات و بازرسانی در نوشابه‌ها، پکرها و مواد غذایی ناسالم برای کودکان - طراحی و پیگیری اجرای قانون برچسب مواد غذایی (توسط سیستم traffic light و با رنگ آمیزی به منظور نشان دادن خطر مواد غذایی مضر) - طراحی و پیگیری تصویب و اجرای قوانین و مقررات مربوط به بروز رسانی توله، آماده‌سازی و توزیع استانداردهای مواد غذایی (از مرصه تا منزل) - طراحی و پیگیری تصویب و اجرای قوانین و مقررات مربوط به محدودیت تبلیغاتی غذاهای مضر در رسانه‌های جمعی 	<ul style="list-style-type: none"> - معاونت سلامت وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی (مرکز مدیریت بیماری‌های غیرواگیر) - معاونت اقدامات درمانی وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی - کمیته بیماری‌های قلبی، عروقی - کمیته بیماری‌های غیرواگیر - سازمان غذا و دارو 	<ul style="list-style-type: none"> - برگزاری جلسات کمیته‌های بیماری‌های قلبی، عروقی (دو بار در سال) - تجدید نظر و توسعه دستورالعمل چاقی (تا سال ۱۳۹۷) - برچسب زدن مواد غذایی (حداقل ۸۰٪ از مواد غذایی) - به روز کردن قوانین و مقررات و استانداردها (حداقل ۸۰٪) - محدود کردن تبلیغات در خصوص غذاهای مضر در رسانه‌های جمعی (حداقل ۸۰٪ از تبلیغات غیر قانونی) - هدفمند کردن پلانه غذاهای سالم (حداقل ۲۰٪ از آنها) - کاهش و یا متوقف کردن شیوع چاقی 	<ul style="list-style-type: none"> - تعداد برگزاری جلسات کمیته‌های بیماری‌های قلبی، عروقی - توسعه دستورالعمل چاقی - درصد برچسب زدن به مواد غذایی - بررسی میزان شیوع اضافه وزن و چاقی 		تا پایان سال ۲۰۲۰
			<ul style="list-style-type: none"> - استقرار کمیته فنی - یک پارچه سازی برنامه‌های علمی برای بیماری فردی و عوامل خطر - تصویب طرح ادغام توسط کمیته مشاوره ملی 	<ul style="list-style-type: none"> - کمیته عالی بیماری‌های غیرواگیر - معاونت سلامت وزارت بهداشت - دیارتمان بیماری‌های غیرواگیر - کمیته مشاوره ملی 	<ul style="list-style-type: none"> - برنامه عملی یکپارچه‌سازی 	<ul style="list-style-type: none"> - اجرای برنامه عملی یکپارچه‌سازی 		تا پایان سال ۲۰۱۵

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

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

سالانه								
تا ژوئن ۲۰۱۷	<ul style="list-style-type: none"> • بیش بینی ۵۰ درصد خطر در زندگی مردم در مناطق روستایی، شهرها و شهرستانهای با کمتر از ۵۰۰۰۰ جمعیت • شروع مشاهده در ۵۰٪ از افراد بیش از ۲۰ درصد ریسک • پیگیری حداقل حدود ۵۰٪ از افراد با بیش از ۲۰ درصد ریسک 	<ul style="list-style-type: none"> • پیش بینی خطر • مداخله بر اساس دستورالعمل PEN پیگیری 	<ul style="list-style-type: none"> • وزارت بهداشت • دپارتمان بیماری‌های غیرواگیر • دانشگاهها 	<ul style="list-style-type: none"> • استفاده از نمودارهای پیش بینی خطر WHO/ISH • مداخله مناسب 	<ul style="list-style-type: none"> • همکاری • تشخیص ثالث 	<ul style="list-style-type: none"> • پیشگیری اولیه از طریق ارزیابی و مدیریت خطر • بیماری‌های قلی، عروقی در جمعیت در معرض عوامل خطر 	<ul style="list-style-type: none"> • تعامل جامعه و توانمندسازی مردم 	
سالانه	<ul style="list-style-type: none"> • حداقل ۵ برنامه در رسانه‌های جمعی • ۱ تیزر • ۵ برنامه رادیو و تلویزیونی 	<ul style="list-style-type: none"> • راه‌اندازی حداقل یک کمیته ملی بین‌المللی در مورد دیابت و دیگر عوامل خطر 	<ul style="list-style-type: none"> • وزارت بهداشت • دپارتمان بیماری‌های غیرواگیر • دفتر آموزش بهداشت در وزارت بهداشت • رسانه‌های جمعی • وزارت آموزش‌وپرورش • شهرداری‌ها 	<ul style="list-style-type: none"> • تولید مواد آموزشی • آموزش‌وپرورش 	<ul style="list-style-type: none"> • ترویج سواد سلامت و فرهنگ عمومی در رابطه با دیابت و دیگر CVها از طریق رفتارهای سالم و مراقبت از خود و اجتناب از قرار گرفتن در معرض عوامل خطر 			

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

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

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

تا پایان سال ۲۰۲۰		<p>- درصد افراد بر اساس میزان خطر ($> ۱۰٪$، $۱۰٪ - ۲۰٪$، $۲۰٪ - ۳۰٪$) - درصد افراد واجد شرایط دریافت کننده درمان بر اساس میزان خطر - درصد بروز حوادث بیماری‌های قلبی، عروقی (۸۱۱) سکته مغزی، مرگ) بیماران ذکر شده در بالا</p>	<p>- همکاری بین بخش خصوصی و سازمان‌های مردم‌نهاد و معاونت سلامت (مرکز مدیریت بیماری‌های غیرواگیر)</p>	<p>- معاونت سلامت (مرکز مدیریت بیماری‌های غیرواگیر) - سایر بیماری‌های قلبی، عروقی سازمان‌های مردم‌نهاد و موسسات عمومی</p>	<p>- موازنت سلامت وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی (مرکز مدیریت بیماری‌های غیرواگیر، مرکز توسعه شبکه بهداشت، مرکز سلامت جمعیت و خانواده) - معاونت اقدامات توانبخشی وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی</p>	<p>- شناسایی گروه‌های در معرض خطر ($۲۰٪$ و بیشتر) تا پایان سال ۲۰۲۰ - دریافت درمان بر اساس میزان خطر (مشاوره تیزبندی و استانتین) ($۵۰٪$ تا پایان سال ۲۰۲۰) - کاهش بروز حوادث قلبی، عروقی در گروه‌های هدف ($۵٪$ در هر سال) - کاهش عوامل خطر بیماری‌های قلبی، عروقی در گروه‌های هدف ($۵٪$ در هر سال)</p>	
			<p>- انجمن انورواسکولار - معاونت سلامت (مرکز مدیریت بیماری‌های غیرواگیر) - سایر بیماری‌های قلبی، عروقی سازمان‌های مردم‌نهاد و موسسات عمومی</p>	<p>- موازنت سلامت وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی (مرکز مدیریت بیماری‌های غیرواگیر، مرکز توسعه شبکه بهداشت، مرکز سلامت جمعیت و خانواده) - معاونت اقدامات توانبخشی وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی</p>	<p>برنامه همکاری درون‌بخشی ملی برای کنترل بیماری‌های قلبی، عروقی و (برای تصویب در شورای عالی سلامت) - جلب حمایت برای مشارکت و همکاری بخش‌های خصوصی - درگیر ساختن نمایندگان بخش خصوصی در کمیته‌های فرعی عوامل خطر بیماری‌های قلبی، عروقی - درگیر ساختن سازمان‌های مردم‌نهاد در برنامه‌ریزی‌ها (برای تصویب حدود و ظانف و تعهدات و برای مشارکت در اجرای برنامه) - ایجاد هماهنگی و حمایت با در نظر گرفتن سند سلامت مربوط به برنامه‌ریزی توسعه‌های همکاری درون‌بخشی با سازمان‌های غیر دولتی در خصوص ساخت/ ایجاد محیط زیست سالم (فضای سبز و زمین در اماکن کار در ادارات و کارخانه‌ها، مدارس، دانشگاه‌ها، مراکز درمانی و...) - تهیه و چاپ مطالب آموزشی</p>	<p>میزان خطر بیماری‌های قلبی، عروقی</p>	

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

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

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

اهداف	جزئیات	استراتژی‌ها	فصلت‌ها	گروه‌های ذینفع	نتیجه مطلوب	شاخص‌های ارزشیابی	منابع	دوره زمانی
اهداف ۹- دسترسی ۱۰۰ درصدی به فناوری‌های پایه مقرون به صرفه و داروهای ضروری از جمله داروهای ضروری ملی، از جمله داروهای ضروری به صرفه و پایه مقرون به صرفه و داروهای ضروری	حاکمیت	افزایش دسترسی به درمان مناسب برای STBMI و سگته مغزی	تعمین و تجهیز مرکز برای درمان PCI و تجهیز بهترین درمان ترومبولیک (R-TPA) و PCI در بیمارستان‌ها	وزارت بهداشت	کاهش عوارض پس از درمان و بهبود کیفیت زندگی	افزایش مراکز PCI	منابع	پایان ۲۰۲۰
اهداف ۱۰- رساندن میزان اسیدهای	نظارت	ثبت موارد STBMI و سگته مغزی در بیمارستان	تعمین فرد مسئول برای هر مرحله از درمان	سیستم مراقبت‌های بهداشتی بیمارستانی، سیستم مراقبت‌های بهداشتی پیش بیمارستانی	بهبود کیفیت زندگی و افزایش امید به زندگی	افزایش ثبت STBMI به منظور تعیین دقیق موارد	منابع	پایان ۲۰۲۰
اهداف ۱۰- رساندن میزان اسیدهای	حاکمیت	اجرا به وسیله شورای عالی	آمادسازی پیش‌نویس قانون توسط گروه کاری	گروه‌های ذینفع FDA، دپارتمان تغذیه، موسسه ملی تغذیه، وزارت صنعت، معدن و تجارت، صنعت نفت	کاهش TFA و SFA در روغن‌های خوراکی و مواد غذایی	شاخص‌های ارزشیابی	منابع	دوره زمانی

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

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

مراقبت بهداشتی	آزمایشات سلامت شغلی برای رانندگان بهبود مراقبت‌های بعد از تصادف	گسترش زیرساخت EMS گسترش برنامه آموزش هوایی (طرح بهبود بهداشت و درمان) توسعه برنامه آمولاس موتوری (طرح بهبود بهداشت و درمان)	سازمان نگهداری جاده‌ها و حمل‌ونقل ● مراکز درمانی شغلی ● وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ● تمامی اعضای جامعه	کاهش ترافیک جاده‌ای کاهش نرخ مرگ‌ومیر در جاده بهبود کیفیت مراقبت پیش از بیمارستان	کاهش نرخ مرگ‌ومیر در جاده تعداد ایستگاه‌های EMS (زمینی، هوایی) تعداد ایستگاه‌های زمینی EMS در هر ۱۰۰ کیلومتر تعداد آمولاس زمان پاسخ EMS پوشش EMS برای خدمات ترافیک جاده‌ای پوشش زمینی توسط آمولاس هوایی (%)	سالانه در طی دهه اقدام برای ایمنی جاده‌ها ۲۰۱۱- ۲۰۲۰

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

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

۲۷. مداخلات پروژن بخشش کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر

دوره زمانی	منابع	شاخص‌های ارزشیابی	نتیجه مطلوب	گروه‌های ذینفع	فالیته‌ها	استراتژی‌ها	حیطه	اهداف
			این بخش پس از برنامه‌ریزی دقیق توسط تیم فنی مشترک تکمیل خواهد شد	تیم‌های بخش‌های درگیر در این سند	<ul style="list-style-type: none"> - اعضای هر یک از تفاهات‌نامه‌های بین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و گروه‌های ذینفع مرتبط - برگزاری مضمّن، نشست‌های فنی برنامه‌ریزی شده - گزارش مداوم به مقامات تصمیم‌گیرنده - اجرای مطالعات ارزیابی داخلی و خارجی برنامه‌ریزی شده 	<ul style="list-style-type: none"> - گنجاندن اولویت‌های بیماری‌های غیرواگیر در دستور کار شورای عالی بهداشت - ایجاد کمیته ملی بیماری‌های غیرواگیر - ایجاد تیم‌های فنی مشترک بین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دیگر سازمان‌های درگیر - برنامه‌ریزی اقدام مشترک 	حاکمیت	<ul style="list-style-type: none"> ۱ - کاهش نسبی ۲۵ درصدی خطر مرگ‌ومیر زودرس ناشی از بیماری‌های قلبی، عروقی، سرطان، دیابت، یا بیماری‌های مزمن تنفسی
			تیمی بخش‌های درگیر در این سند	<ul style="list-style-type: none"> ۱. وزارت آموزش و پرورش ۲. وزارت علوم و فناوری ۳. سازمان ملی صداوسیما ۴. وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی ۵. شورای سیاست‌گذاری انجمن جامعه مع وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی 	<ul style="list-style-type: none"> - تخصیص بودجه لازم برای اقدامات مربوطه در بودجه سالانه سازمان‌های درگیر 	<ul style="list-style-type: none"> - آموزش و ترویج بهداشت - تامین مالی پایدار طرح‌ها 	کاهش آسیب	
				<ul style="list-style-type: none"> ۱- وزارت کشاورزی ۲- وزارت صنعت، معدن و تجارت ۳- وزارت دادگستری - سازمان تعزیرات ۴- شهرداری‌ها ۵- اصناف 	<ul style="list-style-type: none"> - افزایش قیمت میوه‌ها و سبزیجات از طریق: <ul style="list-style-type: none"> - ارائه مشوق‌های تولید - تسهیل دسترسی کشاورز به بازار - برگزاری مداوم جلسات آموزشی برای کشاورزان 	افزایش میزان دسترسی		

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

دوره زمانی	منابع	شاخص‌های ارزشیابی	نتیجه مطلوب
			<p>۱. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی</p> <p>۲. وزارت علوم، تحقیقات، و فناوری</p> <p>۳. وزارت آموزش و پرورش</p> <p>۴. سازمان آموزش فنی و حرفه‌ای</p>
			<p>۱. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی</p> <p>۲. سازمان پزشکی قانونی</p> <p>۳. سازمان ثبت احوال کشور</p>
			<p>گروه‌های ذینفع</p>
			<p>تمامی بخش‌های درگیر در این سند</p>
			<p>این بخش پس از برنامه‌ریزی دقیق توسط تیم فنی مشتری تکمیل خواهد شد</p>
			<p>تمامی بخش‌های درگیر در این سند</p> <p>۱. سیستم قضایی</p> <p>۲. نیروهای امنیتی</p> <p>۳. نیروهای بسیج</p> <p>۴. اداره مبارزه با قاچاق کالا و مواد مخدر</p>
			<p>ادغام موضوعات مربوط به کمک‌های اولیه در برنامه‌های درسی</p>
			<p>تهیه و منتشر گزارشات برنامه‌ریزی شده</p>
			<p>افضای هر یک از تفاهات‌نامه‌های بین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و گروه‌های ذینفع مرتبط</p> <p>- برگزاری منظم، نشست‌های فنی برنامه‌ریزی شده</p> <p>- گزارش مداوم به مقامات تصمیم‌گیرنده</p> <p>- انجام مطالعات برنامه‌ریزی شده برای ارزیابی داخلی و خارجی</p>
			<p>تخصیص بودجه لازم برای اقدامات مربوطه در بودجه سالانه سازمان‌های درگیر</p> <p>کاهش دسترسی به مشروبات الکلی از طریق اجرای قانون</p>
			<p>قرار دادن موضوعات اولویت دار در دستور کار شورای عالی بهداشت</p> <p>- ایجاد کمیته ملی بیماری‌های غیرواگیر</p> <p>- ایجاد تیم‌های فنی مشترک بین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دیگر سازمان‌های درگیر</p> <p>- برنامه‌ریزی اقدام مشترک</p>
			<p>سیستم ثبت بیماران بستری / سرپایی</p> <p>- ثبت مرگ‌ومیر</p> <p>- ثبت سرطان</p>
			<p>استراتژی‌ها</p>
			<p>حاکمیت</p>
			<p>حداقل ۲۰ درصد کاهش مضرات استفاده از الکل</p>
			<p>نظارت</p>
			<p>حیطه</p>
			<p>اهداف</p>

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

دوره زمانی	منابع	شاخص‌های ارزشیابی	نتیجه مطلوب
<p>این بخش پس از برنامه‌ریزی دقیق توسط تیم فنی مشترک تکمیل خواهد شد</p>			
		<p>تمامی بخش‌های درگیر در این سند</p> <p>۱- شهرداری‌ها</p> <p>۲- وزارت ورزش و جوانان</p>	<p>گروه‌های ذینفع</p> <p>تمامی بخش‌های درگیر در این سند</p>
	<p>ارزایی داخلی و خارجی</p>	<p>- تخصیص بودجه لازم برای اقدامات مربوطه در بودجه سالانه سازمان‌های درگیر</p> <p>افزایش سرانه فضای باز عمومی در هر منطقه، از جمله مراکز ورزشی، پارک‌ها، و غیره</p> <p>افزایش خطوط دوچرخه سواری اختصاصی</p> <p>افزایش پیاده رو استاندارد</p>	<p>گروه‌های ذینفع</p> <p>- اعضای هر یک از تفاهم‌نامه‌های بین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و گروه‌های ذینفع مرتبط</p> <p>- برگزاری منظم، نشست‌های فنی برنامه‌ریزی شده</p>
	<p>آموزش پزشکی و دیگر سازمان‌های درگیر</p> <p>- برنامه‌ریزی اقدام مشترک</p> <p>تامین مالی طرح‌ها به شکل پایدار</p>	<p>اصلاح محیط زیست</p>	<p>کاهش آسیب</p>
	<p>آموزش و ترویج بهداشت</p>	<p>ارائه خدمات</p> <p>بررسی، آمار</p>	<p>مراقبت بهداشتی</p> <p>نظارت</p>
		<p>۱. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی</p> <p>۲. وزارت رفاه</p> <p>۱- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی</p> <p>۲- شهرداری‌ها</p> <p>۳- وزارت ورزش و جوانان</p>	<p>اهداف</p> <p>۴- + ۳۰ درصد کاهش متوسط مصرف نمک / سدیم توسط</p>

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

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

دوره زمانی	منابع	شاخص‌های ارزشیابی	نتیجه مطلوب
اهداف	۶- ۲۵ درصد کاهش شیوع فشار خون بالا	حاکمیت	افزایش دسترسی به مراکز خدمات ترک دخانیات
			ارائه خدمات
نظارت	بررسی اطلاعات بازار	حیطه	۱. وزارت تعاون، کار، و رفاه اجتماعی - سازمان ملی بیمه سلامت ۲. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۳. شهرداری‌ها
			استراتژی‌ها
مراقبت بهداشتی	مراقبت بهداشتی	حاکمیت	۱- اجرای GSHS, GYTS, STEPS - آمار بازار - پیش بینی قاچاق
			استراتژی‌ها
مراقبت بهداشتی	مراقبت بهداشتی	حاکمیت	۱- اعضای هر یک از نظام‌نامه‌های بین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و گروه‌های ذینفع مرتبط - برگزاری منظم نشست‌های فنی برنامه‌ریزی شده - گزارش مداوم به مقامات تصمیم‌گیرنده - انجام مطالعات برنامه‌ریزی شده برای ارزیابی داخلی و خارجی
			استراتژی‌ها
مراقبت بهداشتی	مراقبت بهداشتی	حاکمیت	تعمیم بخش‌های درگیر در این سند
			استراتژی‌ها
مراقبت بهداشتی	مراقبت بهداشتی	حاکمیت	۱- وزارت آموزش و پرورش ۲- وزارت علوم و فناوری ۳- سازمان ملی صداوسیما ۴- وزارت دفاع ۵- وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی ۶- شورای سیاست‌گذاری انجمن جامعه ۷- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
			استراتژی‌ها
مراقبت بهداشتی	مراقبت بهداشتی	حاکمیت	۱- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۲- سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی
			استراتژی‌ها

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

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

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

این بخش پس از برنامه‌ریزی دقیق توسط تیم فنی مشترک تکمیل خواهد شد	نامی بخش‌های درگیر در این سند	امضای هر یک از نگاهنامه‌های بین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و گروه‌های ذینفع مرتبط - برگزاری منظم، نشست‌های فنی برنامه‌ریزی شده - گزارش مداوم به مقامات تصمیم‌گیرنده - انجام مطالعات برنامه‌ریزی شده برای ارزیابی داخلی و خارجی	گنجایش اولویت‌های مربوطه در دستور کار شورای عالی بهداشت - ایجاد کمیته ملی بیماری‌های غیرواگیر - ایجاد تیم‌های فنی مشترک بین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دیگر سازمان‌های درگیر - برنامه‌ریزی اقدام مشترک	حاکمیت	۸- حداقل ۷۰ درصد دریافت خدمات دارو درمانی و مشاوره برای جلوگیری از حمله قلبی و سکته مغزی
این بخش پس از برنامه‌ریزی دقیق توسط تیم فنی مشترک تکمیل خواهد شد	گروه‌های ذینفع	فالیات‌ها	استراتژی‌ها	حاکمیت	اهداف
دوره زمانی	منابع	شاخص‌های ارزشیابی	نتیجه مطلوب	این بخش پس از برنامه‌ریزی دقیق توسط تیم فنی مشترک تکمیل خواهد شد	
تمای	بخش‌های درگیر در این سند	تمای بخش‌های درگیر در این سند	امضای هر یک از نگاهنامه‌های بین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و گروه‌های ذینفع مرتبط - برگزاری منظم، نشست‌های فنی برنامه‌ریزی شده - گزارش مداوم به مقامات تصمیم‌گیرنده - انجام مطالعات برنامه‌ریزی شده برای ارزیابی داخلی و خارجی	گنجایش اولویت‌های مربوطه در دستور کار شورای عالی بهداشت - ایجاد کمیته ملی بیماری‌های غیرواگیر - ایجاد تیم‌های فنی مشترک بین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دیگر سازمان‌های درگیر - برنامه‌ریزی اقدام مشترک	۹- دسترسی به ۱۰۰ درصدی به فناوری‌های پایه مقرون به صرفه و داروهای ضروری ملی، از جمله داروهای جنریک، مورد نیاز برای درمان
تمای	بخش‌های درگیر در این سند	تمای بخش‌های درگیر در این سند	امضای هر یک از نگاهنامه‌های بین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و گروه‌های ذینفع مرتبط - برگزاری منظم، نشست‌های فنی برنامه‌ریزی شده - گزارش مداوم به مقامات تصمیم‌گیرنده - انجام مطالعات برنامه‌ریزی شده برای ارزیابی داخلی و خارجی	گنجایش اولویت‌های مربوطه در دستور کار شورای عالی بهداشت - ایجاد کمیته ملی بیماری‌های غیرواگیر - ایجاد تیم‌های فنی مشترک بین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دیگر سازمان‌های درگیر - برنامه‌ریزی اقدام مشترک	۹- دسترسی به ۱۰۰ درصدی به فناوری‌های پایه مقرون به صرفه و داروهای ضروری ملی، از جمله داروهای جنریک، مورد نیاز برای درمان
تمای	بخش‌های درگیر در این سند	تمای بخش‌های درگیر در این سند	امضای هر یک از نگاهنامه‌های بین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و گروه‌های ذینفع مرتبط - برگزاری منظم، نشست‌های فنی برنامه‌ریزی شده - گزارش مداوم به مقامات تصمیم‌گیرنده - انجام مطالعات برنامه‌ریزی شده برای ارزیابی داخلی و خارجی	گنجایش اولویت‌های مربوطه در دستور کار شورای عالی بهداشت - ایجاد کمیته ملی بیماری‌های غیرواگیر - ایجاد تیم‌های فنی مشترک بین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دیگر سازمان‌های درگیر - برنامه‌ریزی اقدام مشترک	۹- دسترسی به ۱۰۰ درصدی به فناوری‌های پایه مقرون به صرفه و داروهای ضروری ملی، از جمله داروهای جنریک، مورد نیاز برای درمان
تمای	بخش‌های درگیر در این سند	تمای بخش‌های درگیر در این سند	امضای هر یک از نگاهنامه‌های بین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و گروه‌های ذینفع مرتبط - برگزاری منظم، نشست‌های فنی برنامه‌ریزی شده - گزارش مداوم به مقامات تصمیم‌گیرنده - انجام مطالعات برنامه‌ریزی شده برای ارزیابی داخلی و خارجی	گنجایش اولویت‌های مربوطه در دستور کار شورای عالی بهداشت - ایجاد کمیته ملی بیماری‌های غیرواگیر - ایجاد تیم‌های فنی مشترک بین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دیگر سازمان‌های درگیر - برنامه‌ریزی اقدام مشترک	۹- دسترسی به ۱۰۰ درصدی به فناوری‌های پایه مقرون به صرفه و داروهای ضروری ملی، از جمله داروهای جنریک، مورد نیاز برای درمان

دوره زمانی	منابع	شاخص‌های ارزشیابی	نتیجه مطلوب	گروه‌های ذینفع		فعالیت‌ها	استراتژی‌ها	حیطه	اهداف							
				تمای بخش‌های درگیر در این سند	تمای بخش‌های ذینفع											
دوره زمانی	منابع	شاخص‌های ارزشیابی	نتیجه مطلوب	تمای بخش‌های درگیر در این سند	تمای بخش‌های ذینفع	<ul style="list-style-type: none"> - امضای هر یک از تفاهم‌نامه‌های بین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و گروه‌های ذینفع مرتبط - برگزاری مضمّن، نشست‌های فنی برنامه‌ریزی شده - گزارش مداوم به مقامات تصمیم‌گیرنده - انجام مطالعات برنامه‌ریزی شده برای ارزیابی داخلی و خارجی 	<ul style="list-style-type: none"> - گنجاندن اولویت‌های مربوطه در دستور کار شورای عالی بهداشت - ایجاد کمیته ملی بیماری‌های غیرواگیر - ایجاد تیم‌های فنی مشترک بین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دیگر سازمان‌های درگیر - برنامه‌ریزی اقدام مشترک 	حاکمیت	<ul style="list-style-type: none"> ۱۰- رساندن میزان آسیب‌های چرب بدون ترانس در روغن‌های خوراکی و مواد غذایی در حد صفر 							
										NA	<ul style="list-style-type: none"> ۱- بنیاد بیماری‌های خاص ۲- سازمان کمیته امداد ۳- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۴- سازمان ملی بیمه 	<ul style="list-style-type: none"> ۱- اختصاص بودجه لازم برای اقدامات مربوطه در بودجه سالانه سازمان‌های درگیر 	<ul style="list-style-type: none"> تأمین مالی طرح‌ها به شکل پایدار 	کاهش آسیب	بیماری‌های عمده غیرواگیر در مراکز عمومی و خصوصی	
										NA	<ul style="list-style-type: none"> ۳- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۴- وزارت رفاه 	<ul style="list-style-type: none"> ۱- بازپرداخت هزینه‌های سنگین برای داروهای / فناوری بیماری‌های غیرواگیر که تحت بیمه نیستند 	<ul style="list-style-type: none"> مطالعه بهره‌برداري بررسی رضایت بیمار آمار شرکت‌های بیمه 	<ul style="list-style-type: none"> یارانه‌ها 		<ul style="list-style-type: none"> مراقبت بهداشتی
										NA	<ul style="list-style-type: none"> ۳- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۴- وزارت رفاه 	<ul style="list-style-type: none"> مطالعه بهره‌برداري بررسی رضایت بیمار آمار شرکت‌های بیمه 	<ul style="list-style-type: none"> بررسی‌ها آمار 	<ul style="list-style-type: none"> نظارت 		

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

تمامی بخش‌های درگیر در این سند
 ۱- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
 ۲- سازمان ملی استاندارد

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

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







فصل هشتم

فرصت‌های
جمهوری
اسلامی ایران
در پیشگیری و
کنترل بیماری‌های
غیرواگیر



۸-۱. مقدمه

این فصل از سند قصد دارد عوامل موثر بر پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر در کشور را مرور کند و فرصت‌های موجود را که می‌توانند به نوعی در رسیدن این کمیته به اهداف خود برای پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر موثر واقع شوند، بررسی نماید. «نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه»، «برنامه پزشک خانواده»، «ادغام آموزش پزشکی با بخش بهداشت و درمان در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی» و «طرح تحول نظام سلامت»، فرصت‌هایی هستند که می‌توانند کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر را در رسیدن به اهداف خود یاری کنند و در این فصل مورد بحث قرار می‌گیرند:

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

دستیابی به بالاترین حد ممکن از سلامت، یک حق اساسی و انسانی است که در اساسنامه سازمان جهانی بهداشت (WHO) مندرج است. سلامت برای آسایش شخص، امری حیاتی محسوب می‌شود و منافع اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی زیادی را برای اشخاص، خانواده‌ها و کشورها به ارمغان می‌آورد. با توجه به آن چه 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 نمود: 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 می‌شوند و



نیازمند برنامه‌ریزی‌های بلند مدت یا کوتاه مدت هستند. گرچه تغییر عوامل زمینه‌ای و پس زمینه‌ای جزء اهداف کلان توسعه کشور به شمار می‌روند 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 دارند و لازم است تا در آینده‌ای نه چندان دور، مطابق استانداردهای جهانی اصلاح شوند ولی تغییر در عوامل فیزیولوژیک و پاتولوژیک به اهداف کمیت‌در زمینه کنترل و پیشگیری بیماری‌های غیرواگیر نزدیک‌تر بوده و در کوتاه مدت قابل دستیابی است. فرهنگ‌سازی در عرصه پیشگیری و کنترل افزایش فشارخون، قندخون، چربی خون، چاقی و اضافه وزن و غیره که از جمله عوامل فیزیولوژیک هستند؛ می‌تواند مردم را به سمتی پیش ببرد که به بیماری‌های غیرواگیری از جمله انواع سرطان‌ها، بیماری‌های قلبی-عروقی، دیابت، سکته مغزی و غیره 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 تفصیل در ادامه توضیح داده خواهد شد.

در چارچوب مفهومی کمیته (شکل 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 ناسالم، 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 و 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 غیره)، صنایع آلوده کننده (از جمله صنایع تولید سیمان، آهن و گچ، صنایع تولید فولاد و آهن آلات، صنایع تولید مس و غیره)، صنایع تولیدکننده محصولات فاقد ویژگی‌های ارگونومیک (از جمله صنایع تولید تخت و تشک، صنایع تولید صندلی و میز و غیره)، صنایع خودروسازی تولیدکننده خودروهای نا ایمن مانند تولید پایین خودروهای مجهز به سیستم‌های حفاظت کامل سرنشینان (ایر بیگ به اندازه کافی)، زیرساخت‌های نامناسب و غیراستاندارد ترافیکی کشور، درصد پایین بزرگراه‌های بین شهری نسبت به شبکه جاده‌ای کشور و غیره قابل ذکر است.

عوامل زمینه‌ای شامل شهرنشینی، سالمندی و عوامل اجتماعی نیز تعیین‌کننده سلامت است. به عنوان مثال فاصله زیاد شهرهای کشور با استانداردهای شهر پاک و فاصله زیاد شهرهای کشور با استانداردهای شهر دوستدار سلامت بر ایجاد بیماری‌های غیرواگیر تاثیر به‌سزایی دارد. عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت شامل اختلاف طبقاتی، تبعیض جنسیتی و قومیتی، فقر، بیسوادی، حاشیه‌نشینی و کاهش سرمایه اجتماعی هم نقش خود را ایفا می‌کنند.

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

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

سوانح و حوادث نیز به‌عنوان عامل دیگری است که باید در پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر مورد توجه قرار گیرد این موارد شامل سوانح جاده‌ای و سایر سوانح غیر عمدی است. همچنین خطاهای غیر عمدی پزشکی و خشونت از جمله خشونت خانگی، غیر خانگی، خودکشی و سوء استفاده جنسی از کودکان جزء سوانح و حوادث محسوب می‌شوند.

عوامل فیزیولوژیک از جمله افزایش فشارخون، افزایش قندخون، اضافه وزن (چاقی)، افزایش چربی خون، تراکم پایین مواد معدنی استخوانی، میزان پایین فیلتراسیون گلومرولی، کمبود ویتامین‌های 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 از آن‌ها، 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 شود شامل آموزش و تغییر شیوه زندگی (برای عموم جامعه و



برای افشار 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. همچنین در این سطح باید اقداماتی برای ارایه خدمت موثر مورد توجه قرار گیرد. این اقدامات شامل تصویب قوانین حمایتی مورد نیاز از طریق آیین نامه‌های داخلی، آیین نامه‌ها و دستورالعمل‌های وزارتی، آیین نامه‌ها و دستورالعمل‌های مصوب هیات دولت، قوانین مصوب مجلس شورای اسلامی، قوانین مصوب در اسناد بالادستی (برنامه‌های ۵ ساله توسعه) است. از دیگر اقداماتی که باید برای ارایه 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، افزایش امید زندگی و کاهش شاخص‌های مرگ است.

خدمات سطح دو و سه نیز 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 باید اقدامات دیگری برای ارایه خدمت موثر 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، نوبت به عوامل پاتولوژیک می‌رسد که شامل بیماری‌های قلبی - عروقی، سکته مغزی، دیابت، سرطان‌ها، آسم و COPD، اختلالات روانی، کمردرد و بیماری‌های مزمن کلیوی است که برای تمامی این عوامل نیز 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 بیماری‌های مزمن ریوی (از جمله آسم و COPD)، سطح دیگری با عنوان خدمات اورژانس و پیش بیمارستانی، قبل از خدمات سطح دو و سه مورد نیاز است.

۳-۸. آیا «برنامه پزشک خانواده»، 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 تمام مردم جهان به مراقبت‌های بهداشتی درمانی مورد نیاز خود دسترسی دارند و برای پرداخت هزینه‌های آن با هیچ گونه مشکل 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 تامین منابع مالی مورد نیاز خدمات بهداشتی و درمانی؛ (۳) دسترسی به داروها و فن‌آوری‌های مورد نیاز؛ و (۴) وجود ظرفیت کافی از 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 امکان پذیر خواهد بود. پزشک خانواده، یکی از برنامه‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است که در راستای اهداف اصلی مراقبت‌های بهداشت همگانی در ایران اجرا شده است.

همانطور که ذکر شد، برنامه پزشک خانواده، یکی از برنامه‌های عادلانه و مقرون به صرفه است که در راستای اهداف مراقبت‌های بهداشت همگانی ایجاد شده است. این برنامه خانواده از سال ۲۰۰۵ در مناطق روستایی ایران آغاز شد. با این حال، تاریخ اجرای آن در

مناطق شهری از سه سال تجاوز نمی‌کند (از سال ۲۰۱۱ آغاز شد) و تنها در دو استان کشور اجرا شده است. در ادامه برخی از مزایا و موفقیت‌های این برنامه در طول مدت اجرا مورد بحث قرار می‌گیرد.

تنها یک سال پس از اجرای این برنامه تعداد پزشکان در مناطق روستایی (مناطق با جمعیتی کم تر از ۲۰۰۰ نفر) از کم تر از ۲۰۰۰ پزشک در سال ۲۰۰۵ به بیش از ۶۰۰۰ پزشک در سال ۲۰۰۶ افزایش یافت. در حال حاضر، دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی در مناطق روستایی به شکلی کاملاً مشهود بهبود یافته و 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 شده است.

یکی از مسایل مهم در برنامه پزشک خانواده در ایران، این است که پزشکان برای مسئولیت‌های مربوط به کار در مناطق روستایی، آموزش دریافت نمی‌کنند. برای غلبه بر این مشکل، یک دوره اجباری کوتاه در آغاز قرارداد در نظر گرفته شد و علاوه بر آن، یک برنامه ارتقای حرفه‌ای مستمر نیز با استفاده از آموزش مجازی مبتنی بر اینترنت راه اندازی شد. همچنین تریباتی اتخاذ شده است تا افرادی که به‌عنوان پزشک 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. البته وضعیت از آن زمان تاکنون 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 آرایه مراقبت‌های بهداشتی را در مناطق محروم امکان پذیر 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. همچنین اکثر پزشکان عمومی تنها به‌عنوان 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 به‌عنوان یک پزشک خانواده باعث شد تا درآمد سرانه آنان ۴۰ برابر پزشکانی باشد که در همان منطقه، خدمت سربازی خود را می‌گذرانند. باید اضافه شود 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 بیش تر از گذشته، پزشکان را برای مشارکت در برنامه پزشک خانواده متقاعد کند. از سوی دیگر وجود یک پزشک در کنار «بهورزان» می‌تواند تاثیر بسیار بیش تری را حاصل سازد که این امر نه تنها باعث پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر از طریق انجام فعالیت‌های پیشگیرانه و درمانی می‌شود؛ سیستم بهداشت و درمان را نیز در سراسر کشور بهبود می‌بخشد. به همین دلیل توسعه برنامه پزشک خانواده از مناطق روستایی به مناطق شهری باید به‌عنوان فرصت دیگری برای رسیدن به اهداف کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر در نظر گرفته شود.

۴-۸. 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 دانشکده‌های تخصصی پزشکی و دسترسی به نیروی انسانی آموزش دیده و حاصل شد. با این همه، برای رسیدن به استانداردهای بین‌المللی هم از نظر کیفی و هم از نظر کمی کاستی‌هایی وجود داشت که به طور عمده، این کاستی‌ها در حوزه آموزش علوم بالینی و پایه و توسعه تحقیقات پزشکی مشاهده می‌شد. از سال ۱۹۷۹، پس از انقلاب اسلامی، پیشرفت‌های



بزرگی 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 کشور انجام داد تا به خود کفایی در زمینه‌های مختلف، به طور ویژه در رفع تقاضای برای کارکنان پزشکی دست پیدا کند.

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

از سال ۱۹۸۸ تا سال ۱۹۹۳، این حرکت در مجامع و نشست‌های بین‌المللی، قدرت و جایگاه بهتری به دست آورد و به‌صورت 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 ناکافی دانست، نیاز به تغییرات اساسی واقعی‌تر در آموزش پزشکی را مورد تاکید قرار داد و اعلام کرد که این تغییرات باید با نیازهای فرهنگی و سیاسی در حال تغییر جوامع، منطبق باشند.

در دهه ۱۹۸۰، تلاش‌هایی جدی برای کاهش مشکلات مربوط به فقدان نیروی انسانی ماهر انجام گرفت؛ که این تلاش‌ها به ویژه در دانشگاه‌های علوم پزشکی پررنگ‌تر بودند. دهه ۱۹۹۰ شاهد تلاش متمرکز برای بالا بردن کیفیت آموزش پزشکی بود که این تلاش‌ها بر پایه موضوعات PBL و یادگیری دانشجوی محور، مفاهیم جدید ارزیابی دانشجوی 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 مسایل مربوط به سلامت جامعه و آموزش پرسنل مراقبت‌های بهداشتی، تشکیل 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 دانشجوی و فارغ‌التحصیلی، کنفرانس‌ها و کارگاه‌های آموزشی و رشد نسبتاً مناسب کمی و کیفی در تحقیقات پزشکی و نشریات شده است. نیازی به گفتن نیست که برای دستیابی به تمام موارد فوق، در راستای توسعه سیاست‌ها و استراتژی‌های مرتبط، مراکز توسعه آموزش راه‌اندازی شدند.

ذکر این نکته نیز لازم است که جدای از دریافت مدرک، فارغ‌التحصیلان باید به اندازه کافی در استفاده از دانش به دست آمده مهارت داشته باشند و با وجود حضور در مقاطع و دوره‌های مختلف تحصیلی، این یک واقعیت پذیرفته شده است که برای حفظ سطح مورد تایید شایستگی، پزشکان و متخصصان لازم دارند که اطلاعات خود را به‌روز رسانی نمایند. در نتیجه، امروزه، آموزش پزشکی شامل مقاطع مختلف تحصیلی، آموزش حین خدمت و آموزش پزشکی جامعه‌نگر است که این آموزش‌ها هر دو دسته از پزشکان عمومی و متخصص را در تماس مداوم با تمام پیشرفت‌های جدید در زمینه‌های کاری مربوط به آنان نگه می‌دارد.

آموزش مداوم پزشکی (CME) در دو دهه گذشته، همواره به‌عنوان روشی مناسب برای مقابله با چالش‌های کنونی موجود در آموزش پزشکی مورد تایید و توصیه قرار گرفته است. پس از تصویب قانونی در مجلس شورای اسلامی که آموزش مداوم پزشکی را اجباری ساخت، یک برنامه پنج‌ساله 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 تمامی پزشکان را ملزم ساخت که 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 وضعیت علمی و پیشرفت پزشکان و آموزش پزشکی را به‌طور کلی ارتقا دهد. ادغام آموزش پزشکی و سیستم مراقبت‌های بهداشتی کشور، 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 نشان‌دهنده اثربخشی ادغام یاد شده در تقویت سیستم بهداشت و درمان ایران است و در نتیجه، این امر می‌تواند منجر به پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر به‌عنوان یکی از مهم‌ترین مشکلات مرتبط با سلامت در کشور شود.

۵-۸. طرح تحول نظام سلامت: فرصتی دیگر برای رسیدن به اهداف سند

به منظور اجرایی شدن اهداف سلامت در قانون برنامه پنجم توسعه و با تخصیص منابع حاصل از هدفمندی یارانه ها به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، در سال ۱۳۹۳ یکی از بزرگ‌ترین اصلاحات نظام سلامت در سال‌های اخیر رقم خورد. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به عنوان 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 نظام 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 بیمارستان‌های دولتی اجرا گردید. مقیم شدن پزشکان متخصص در بیمارستان‌های دولتی و حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم از جمله دیگر برنامه‌های اجرایی طرح تحول بودند. در گام دوم این طرح، حوزه بهداشت و پیشگیری مورد هدف قرار گرفت و برنامه‌هایی همچون ارایه خدمات در حاشیه شهرها، برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده در روستاها، ادامه پایلوت برنامه 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 ارزشگذاری نسبی خدمات سلامت و از آبان ماه سال ۱۳۹۳ شروع گردید. در این مرحله، دستمزدهای پزشکان ساماندهی شد و با تدوین و تصویب کتاب تعرفه‌ها، حدود ۱۷۰۰ خدمت فاقد تعرفه، تعرفه گذاری شد. هدف این مرحله، ارایه کامل خدمات در مراکز دولتی و حذف پرداخت‌های غیر رسمی و خارج از بیمارستان است. با توجه به موارد مذکور در بالا می‌توان چنین استنتاج کرد که طرح تحول نظام سلامت نیز همچون برنامه پزشک خانواده و ادغام بخش آموزش پزشکی با سیستم بهداشت و درمان در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می‌تواند به عنوان یکی دیگر از پتانسیل‌های جمهوری اسلامی ایران برای رسیدن به اهداف سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر در کشور محسوب شود.

۶-۸. نتیجه‌گیری

کمیتة ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر جمهوری اسلامی ایران با هدف کاهش ۲۵ درصدی مرگ‌ومیر تا سال ۲۰۲۵ میلادی (به‌عنوان هدف سازمان جهانی بهداشت) تشکیل شده و شروع به فعالیت نموده است. با این حال، باید در نظر داشت که اهداف کمیتة باید بر اساس شرایط و منابع موجود در کشور تعریف شده و به سوی آن‌ها گام برداشته شود. این اهداف می‌توانند شامل موارد زیر باشند:

- کاهش مرگ‌ومیر زودرس در اثر بیماری‌های غیرواگیر در کشور
 - افزایش میزان فعالیت جسمی
 - کاهش مصرف سدیم
 - کاهش مصرف دخانیات
 - 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 برای پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر در ایران به شمار می‌روند. در مجموع باید نکات زیر را در نظر داشت:
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 جهانی بهداشت، کاهش میزان مرگ‌ومیر، کم‌تر از میزان قابل انتظار آن سازمان خواهد بود.

منابع:

- World Health Organization. About 9 voluntary global targets. Available from: http://www.who.int/nmh/ncd_tools/definition_targets/en/
- Takian A, Doshmangir L, Rashidian A. Implementing family physician programme in rural Iran: exploring the role of an existing primary health care network. *Fam Pract*. 2013 Oct;30(5):551-9. doi: 10.1093/fampra/cmt025. Epub 2013 Jun 20.
- Azizi F. The reform of medical education in Iran. *Medical Education*. 1997 May;30(3):159-62.
- Marandi SA. Integrating medical education and health services: the Iranian experience. *Journal of Medical Education*. 2001;1(1):8-11.
- Danaei G, Finucane MM, Lu Y, Singh GM, Cowan MJ, Paciorek CJ, et al. National, regional, and global trends in fasting plasma glucose and diabetes prevalence since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 370 country years and 2.7 million participants. *The Lancet*. 2011;378(9785):314-0.
- 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):12413.
- Murray CJ, Lopez AD. The global burden of disease: Harvard University Press Boston; 1996.
- Murray C, Lopez AD, Jamison DT. The global burden of disease in 1990: summary results, sensitivity analysis and future directions. *Bulletin of the World Health Organization*. 1994;72(3):495.
- Bank W. Investing in Health: World Development Report 1993. . Oxford University Press: New York. 1993.
- Barendregt JJ, Van Oortmarssen GJ, Vos T, Murray CJ. A generic model for the assessment of disease epidemiology: the computational basis of DisMod II. *Population health metrics*. 2003;1(1):4.
- Salomon JA, Murray CJ. The epidemiologic transition revisited: compositional models for causes of death by age and sex. *Population and Development Review*. 2002;28(2):205 28.
- Anand S, Hanson K. DALYs: efficiency versus equity. *World Development*. 1998;26(2):307 10.
- Hyder AA, Rotllant G, Morrow RH. Measuring the burden of disease: healthy life years. *American Journal of Public Health*. 1998;88(2):196 202.
- Williams A. Calculating the global burden of disease: time for a strategic reappraisal? *Health economics*. 1999;8(1):18.
- Murray CJ, Tandon A, Salomon JA, Mathers CD, Sadana R. New approaches to enhance cross population comparability of survey results. *Summary measures of population health: Concepts, ethics, measurement, and applications*. 2002:421 32.
- Salomon JA, Murray CJ. A multi-method approach to measuring health-state valuations. *Health economics*. 2004;13(3):281 90.
- Murray CJ, Lopez AD. On the comparable quantification of health risks: lessons from the Global Burden of Disease Study. *Epidemiology Baltimore*. 1999;10(5):594 605.
- Wang H, Dwyer Lindgren L, Lofgren KT, Rajaratnam JK, Marcus JR, Levin Rector A, et al. Age specific and sex specific mortality in 187 countries, 1970–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*. 2013;380(9859):2071 94.
- Lozano R, Naghavi M, Foreman K, Lim S, Shibuya K, Aboyans V, et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*. 2013;380(9859):2095 128.
- Salomon JA, Vos T, Hogan DR, Gagnon M, Naghavi M, Mokdad A, et al. Common values in assessing health outcomes from disease and injury: disability weights measurement study for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*. 2013;380(9859):2129 43.
- Salomon JA, Wang H, Freeman MK, Vos T, Flaxman AD, Lopez AD, et al. Healthy life expectancy for 187 countries, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden Disease Study 2010. *The Lancet*. 2013;380(9859):2144 62.
- Naghavi M. Burden of Disease and Risk Factors: Life Expectancy in 2003 at the National Level and for Six Provinces. Tehran: Ministry of Health and Medical Education. 2003.

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



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

Iranian National Committee for NCDs Prevention and Control
22 July, 2015