

بخش اول: مرور اجمالی بر وضعیت بیماری های غیر واگیر

۱. دستاوردهای نظام سلامت ایران

دستاوردهای خدمات شبکه های بهداشتی درمانی کشور در سه دهه گذشته متنوع و در برخی موارد در سطح بین المللی الگو و زبائزد بوده است ، کاهش شاخص های مرگ نوزادان ، کودکان و مادران باردار ، کنترل بیماری های عفونی و افزایش امید زندگی به میانگین ۷۳ سال از آن جمله است .

این موفقیت ها مرهون توسعه خدمات شبکه های بهداشتی درمانی در جمعیت های روستایی و محروم جامعه بوده است . عوامل پیشران در این موفقیت توسعه نیروی انسانی در بخش سلامت و همچنین ارتقای عوامل اجتماعی چون افزایش سواد مردم (به خصوص کاهش اختلاف سواد زنان و مردان) و توسعه امکانات بهداشتی ، رفاهی و زیر ساختی در روستاها توسط سایر بخش ها بوده است .

از هشت سال پیش برنامه های مراقبت از دیابت ، فشارخون ، هیپوتیروئید نوزادان ، سلامت دهان و دندان ، بیماری تالاسمی در شبکه بهداشتی درمانی روستایی ادغام شده است ، پنج دوره نظام پیمایش عوامل خطر غیر واگیر (با الگوی STEPs سازمان جهانی بهداشت) در سال های ۱۳۸۲ ، ۱۳۸۵ ، ۱۳۸۷ ، ۱۳۸۸ و ۱۳۹۰ انجام شده است . بعد از مطالعه بار بیماری ها در اوایل دهه ۸۰ هم اکنون گزارش جدید بار بیماری ها در حال آماده سازی است .

حدود ۱۰۰ مرکز تحقیقاتی و انجمن علمی در ایران علاقمند به موضوعات غیر واگیر هستند و حداقل ۱۰ مرکز تحقیقاتی همکار با سازمان جهانی بهداشت در حوزه غیر واگیر فعالیت دارند . در حال حاضر سیاست های ملی امنیت غذایی و سلامت روان و اجتماعی مصوب و در حال اجرا وجود دارد .

شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور به ریاست رئیس جمهور ده سال سابقه فعالیت و بیش از ۱۰۰ مصوبه در زمینه های غذا و سلامت از جمله کاهش نمک و چربی و قند دارد ، متناظر شورای عالی در سطح ۳۱ استان و بیش از ۴۰۰ شهرستان های کشور کارگروه های تخصصی سلامت و امنیت غذایی وجود دارد ، در ۱۳۹۲ نظام نامه مدیریت سلامت در سطح استانی برای توسعه مشارکت مردم و همکاری بین بخشی به ویژه برای پاسخ دهی به بیماریهای غیر واگیر توسط وزیر کشور و وزیر بهداشت مشترکا ابلاغ شده است .

برای دیده بانی سلامت کشور موسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی از ۱۳۸۸ شکل گرفته است . دو شبکه ملی رادیو و تلویزیون برای سلامت از سه سال پیش فعالیت می کنند .

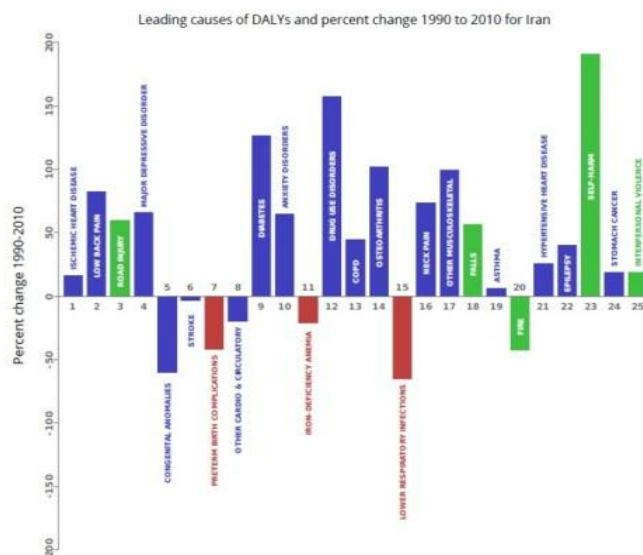
۲. وضعیت موجود بیماری ها و عوامل خطر غیر واگیر

در سال ۱۳۹۰ نود از ۲۸۰ هزار مرگ ثبت شده ۹۲ هزار نفر با سکته قلبی (۲۵٪) ۴۳ هزار نفر با سکته مغزی (۱۳٪) ، ۳۱ هزار نفر حوادث و سوانح (۷٪) و ۳۰ هزار نفر سرطان فوت کرده اند . شیوع اختلالات روانی در ایران بر اساس پیمایش ملی سال ۱۳۹۱ حدود ۲۳٫۶٪ است . بر اساس گزارش بار بیماری های جهانی (۲۰۱۱) در ایران بیماری های قلبی عروقی (۱۷٪) ، اختلالات روانی (۱۴٪) ، بیماری های اسکلتی عضلانی (۷٫۵٪) حوادث ترافیکی (۷٫۵٪) ، نئوناتال (۶٫۵٪) ، کانسر (۵٫۵٪) بیماری های تنفسی (۴٫۲٪) اختلال تغذیه ای (۲٪) دیابت (۲٪) حدود ۷۰٪ بار بیماری ها را تشکیل می دهد . ده عامل خطر اول (دالی منتسب) در ایران به ترتیب رژیم غذایی ، فشارخون (۱۰ میلیون نفر) ، توده بدنی بالا (۹ میلیون نفر چاق) ، کم تحرکی (۱۸ میلیون نفر تحرک ناکافی) ، دخانیات (۵ میلیون و ۳۰۰ هزار نفر) ، دیابت (۷٫۵ میلیون نفر) ، آلودگی هوا ، کلسترول بالا (۱۴ میلیون نفر) ، خطرات شغلی و مصرف مواد مخدر (سه میلیون نفر) است [اعداد برای جمعیت ۱۵ تا ۶۴ سال] . در خصوص شیوع آسم و COPD تاکنون مطالعه ای فراگیر در کشور صورت نگرفته ولی بر اساس آخرین مطالعات شیوع علائم آسم در جمعیت کودکان و نوجوانان حدود ۱۳٪ و در جمعیت بالغین حدود ۸-۷٪ است . شیوع بیماری COPD بر اساس مطالعات جهانی حدود ۷-۶٪ می باشد. در زمینه آسیب های اجتماعی طلاق ، فقر ، خشونت خانگی ، جرائم ، ترک تحصیل اعداد و ارقامی وجود دارد که نیاز به مداخلات هماهنگ و علمی را ضروری می سازد . بر اساس آخرین پیمایش کشوری سلامت دهان در سال ۱۳۸۲ ، بطور متوسط هر دانش آموز ۶ ساله ، هنگام ورود به مدرسه ۵ دندان شیری پوسیده داشته است که این تعداد بر اساس آمار سال ۱۳۹۰ به ۵/۷ رسیده است. شیوع این بیماریها با افزایش سن بیشتر شده بنحوی که در ایران ۹۰٪ افراد جامعه ، یک یا چند بیماری شایع دهان را تجربه کرده اند . بار بیماری های دهانی یک درصد از کل بار بیماریها را تشکیل داده ، اما به دلیل عوارض حاصل از این بیماریها در ایجاد بیماری های سیستمیک ، عمدتاً بیماریهای غیر واگیر (از جمله بیماریهای قلبی عروقی ، دیابت ، سرطان ، و غیره می باشند) ، بار کلی بیماریهای دهان بیشتر از این مقدار است و آغاز مراقبت از هنگام رویش دندان یکی از ساده ترین و ارزاترین روشهای سلامت همگانی است. بررسی سطح سواد سلامت در بزرگسالان در ۵ استان کشور در سال ۱۳۸۵ نشان می دهد حدود ۵۷٪ از شرکت کنندگان از سواد سلامتی ناکافی و فقط حدود ۲۸٪ از سطح سواد سلامتی کافی برخوردار بودند تنها ۴۰٪ افراد بالای ۱۸ سال در مناطق شهری و کمتر از ۲۰٪ افراد در مناطق روستایی از سواد سلامت کافی برخوردارند . مطالعه سواد تغذیه نیز یکبار انجام شده است .

DISABILITY-ADJUSTED LIFE YEARS (DALYs)

Disability-adjusted life years (DALYs) quantify both premature mortality (YLLs) and disability (YLDs) within a population. In Iran, the top three causes of DALYs in 2010 were ischemic heart disease, low back pain, and road injury. The causes that were in the 10 leading causes of DALYs in 2010 and not 1990 were other cardiovascular and circulatory diseases, diabetes mellitus, and anxiety disorders.

The top 25 causes of DALYs are ranked from left to right in order of the number of DALYs they contributed in 2010. Bars going up show the percent by which DALYs have increased since 1990. Bars going down show the percent by which DALYs have decreased. Globally, non-communicable diseases and injuries are generally on the rise, while communicable, maternal, neonatal, and nutritional causes of DALYs are generally on the decline.



۳. شکاف خدمات و مداخلات نظام سلامت برای پیشگیری و کنترل بیماری های غیر واگیر

خدمات فعلی مراکز بهداشتی درمانی شامل مراقبت از بیماری های واگیر ، سلامت مادر و کودک و سلامت محیط و کار است ، پوشش این خدمات بیشتر در جمعیت روستایی ، عشایر و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر کشور (۳۰% جمعیت کشور) فراهم است ، در عمل سطح یک شبکه بهداشت درمان شهری (۷۰% جمعیت کشور) مراقبت های ادغام یافته از بیماری های غیر واگیر و سلامت اجتماعی که عمده بار بیماری ها را تشکیل می دهد نمی پوشاند . واحدهای خدمات سلامت در بخش غیردولتی به صورت پراکنده و غیرمرتبط در کشور مشغول ارائه خدمات بهداشتی و درمانی برای مراقبت و تشخیص و درمان بیماری ها در مناطق روستایی ، شهری و حاشیه شهر هستند .

در شهرها افراد عمدتاً در زمان بیماری به مراکز سرپایی خصوصی و دولتی مراجعه می کنند و پرداخت از جیب مردم در سال ۱۳۸۷ معادل ۵۳٫۴% بوده است . برنامه پزشک خانواده در شهرهای دو استان فارس و مازندران (در مجموع ۵ میلیون نفر) از دو سال پیش اجرا شده است که ارزشیابی میانی نشان می دهد که هنوز مراقبت های اولیه سلامت در سطح یک با توجه به بار بیماری ها فعلی برای مردم فراهم نشده است . با اینکه تجربیات موثر و خوبی از مشارکت مردم (تجربه ۲۷۰ هیات امنای محلات در شهرداری تهران ، ۱۴۰ هزار نفر رابط بهداشتی در مراکز بهداشتی درمانی ، خانه مشارکت مردم در استان قزوین و اقدامات بیش از ۲۰۰۰ سازمان مردم نهاد مرتبط به سلامت در کشور) و همکاری بین بخشی در سلامت (برنامه شهر و روستای سالم ، جامعه ایمن و نظام نامه استانی مدیریت سلامت همه جانبه) وجود دارد اما این دو راهبرد هنوز به طور موثر در شبکه بهداشتی درمانی عملیاتی نشده است .

۴. اسناد بالادستی

قانون اساسی کشور ، سیاست های ابلاغی مقام معظم رهبری (۱۳۹۲) ، مواد قانونی متعدد در برنامه توسعه پنج ساله پنجم (به ویژه ماده ۳۷ ، ماده ۳۲) از برنامه های پیشگیری و کنترل بیماری های غیر واگیر به طور مستقیم و غیرمستقیم حمایت می کند .

بخش دوم: جهت گیری

۱. دورنما در ۱۳۹۹

شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور با تصویب سیاست های ملی سلامت محور و نظارت بر استقرار آنها در سطوح ملی ، استانی و شهرستانی ، دستگاه های اجرایی و حمایت طلبی از قوای مقننه ، قضائیه و کسب حمایت های مقام معظم رهبری خواهد توانست در مقطع ۱۳۹۶ شاخص های مرتبط به سبک زندگی مردم را در حیطه های افزایش تحرک جسمانی ، کاهش مصرف دخانیات ، ارتقای رژیم غذایی و رعایت اصول ایمنی بهبود داده و با کاهش افراد دارای فشارخون بالا ، وزن بالا ، چاقی ، چربی خون بالا و [پوسیدگی دندان کودکان] زمینه را برای کاهش ۱۵٪ مرگ های زودرس (منظور سن ۳۰ تا ۷۰) و ناتوانی های ناشی از بیماری های غیرواگیر به ویژه سکته های قلبی عروقی ، سرطان ، دیابت ، بیماری های مزمن تنفسی و بیماری های اسکلتی عضلانی ** در ۱۳۹۹ فراهم آورد و به عنوان الگویی *** برای استقرار منشور همکاری های جهانی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر در سطح منطقه مدیترانه شرقی [آسیای جنوب غربی] مطرح شود.

۲. اهداف راهبردی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر (۱۳۹۹)

عوامل رفتاری:

۱. کاهش ۱۰٪ شیوع مصرف دخانیات بالای ۱۵ سال
۲. کاهش ۲۰٪ نمک دریافتی (متوسط استاندارد شده در افراد بالای ۱۸ سال به طور روزانه)
۳. کاهش ۱۰٪ کم تحرکی مردم (کمتر از ۶۰ دقیقه فعالیت متوسط تا شدید روزانه در نوجوانان و ۱۵۰ دقیقه بالای ۱۸ سال)
۴. کاهش ۳۰٪ افراد بالای ۱۸ سالی که کمتر از ۵ نوبت (۴۰۰ گرم) میوه و سبزی مصرف می کنند

عوامل خطر زیستی:

۱. توقف افزایش شیوع اضافه وزن و شیب تبدیل اضافه وزن ها به چاق ها (نوجوانان و بالای ۱۸ سال)
۲. توقف افزایش شیوع دیابت در گروه سنی بالای ۱۸ سال
۳. کاهش میانگین HbA1C بیماران دیابتی تحت مراقبت (در محدوده کنترل یا نزدیک به کنترل)
۴. کاهش ۱۵٪ شیوع فشارخون بالا (بالای ۱۴۰ و مساوی یا بالای ۹۰)
۵. کاهش ۱۰٪ از شیوع افسردگی و اضطراب
۶. کاهش ۳۰٪ میزان کلسترول خون بالای ۱۹۰ میلی گرم در دسی لیتر بالای ۱۸ سال
۷. کلیه افراد با خطر حمله قلبی عروقی مساوی یا بالای ۲۰ ، خدمات دارو درمانی و مشاوره های مرتبط (رفتاری ، رژیم و تحرک فیزیکی ، حمایت اجتماعی) دریافت می کنند .
۸. دسترسی ۱۰۰٪ به فن آوری اساسی و داروهای لازم برای بیماری های غیرواگیر عمده در مراکز عمومی و خصوصی
۹. کاهش DMFT به میزان ۱۰٪ در سال در کودکان زیر ۱۲ سال
۱۰. ایجاد دسترسی به فلوراید optimum با استفاده از روشهای مناسب برای مراقبت های بهتر فردی و گروهی در جامعه به منظور کنترل بیماریهای شایع دهان و دندان

۳. سه راهبرد اصلی پیشگیری و کنترل بیماری های غیر واگیر در ایران

راهبرد اول: ارتقای سواد سلامت گروه های جمعیتی



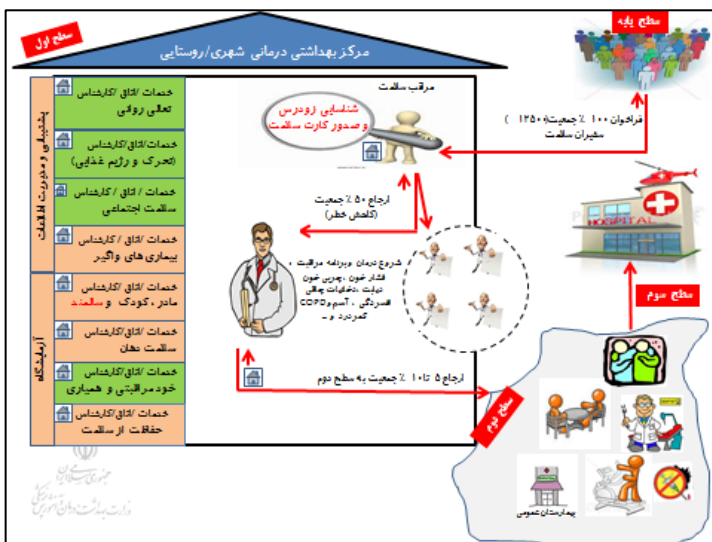
۱. برنامه کمپین های ملی و استانی پنج عامل خطر: تحرک فیزیکی، رژیم غذایی، مصرف سیگار و قلیان، الکل و مواد مخدر و ایمنی (ارگونومی، حوادث، سوانح، سلامت دهان و دندان و ...)
۲. برنامه خود مراقبتی (قبل از بیماری) توسط کارشناس مراکز بهداشتی درمانی در موقعیت های خانه، محل کار، محل تحصیل و محل ارایه خدمات، عبادت و تفریح (با پوشش ۱۲۵۰۰)
۳. برنامه آموزش بیمار در مراکز بهداشتی درمانی برای بیماری های شایع
۴. برنامه تشکیل هیات امنای محلات و شوراهای ملی، استانی و شهرستانی مشارکت مردم برای کاهش عوامل خطر
۵. برنامه افزایش دسترسی مردم (ایجاد و معرفی سایت های الکترونیک، تلفن مشاور و Mobile Health)
۶. برنامه استقرار بسته ویژه ارتقای سواد سلامت در شبکه های ملی و استانی رادیو و تلویزیون

راهبرد دوم: بهره مندی مردم از خدمات مراقبت های اولیه (بر اساس ادغام خدمات NCD در PHC)*

۱. برنامه شناسایی زودرس عوامل خطر بیماری های غیر واگیر، صدور کارت خطر و شروع مراقبت
۲. برنامه مراقبت تیمی برای مراجعه کنندگان سطح یک شامل: مشاوره تغذیه، تحرک، رفتار درمانی، حمایت های اجتماعی
۳. برنامه ساماندهی مراکز تشخیصی درمانی سطح دوم برای مراقبت از بیماری های غیر واگیر
۴. برنامه نیازسنجی، تامین و تجهیز مراکز بهداشتی برای داروهای ضروری، تجهیزات و تسهیلات تشخیصی ویژه بیماری های غیر واگیر
۵. برنامه ارتقای کیفیت مراقبت از بیماری های مزمن غیر واگیر در واحدهای ارایه خدمات سلامت
۶. برنامه پایش، نظارت و اعمال قانون بر عوامل خطر سلامت در سطح جامعه و جمعیت تحت پوشش مراکز

* شرح خلاصه ادغام پیشگیری و کنترل بیماری های غیر واگیر در نظام مراقبت های اولیه ایران

مطابق ماده ۲۲ قانون برنامه پنج ساله پنجم (مبنی بر ایجاد سامانه خدمات جامع پرو همگانی سلامت با محوریت برنامه پزشک



خانواده و نظام ارجاع) در پاسخ به نیازهای سلامت جامعه، نظام مراقبت های اولیه (شبکه بهداشتی درمانی) باز طراحی شده و الگوی مندرج در شکل روبرو با شرح مفصل آن در نظام نامه شبکه جامع و همگانی سلامت آمده است، این نظام نامه به عنوان منشور اجرایی نظام مراقبت های اولیه در روستاها، عشایر، شهرهای زیر بیست هزار نفر، شهرها، حاشیه شهرها و کلان شهرها محسوب شده و از سال ۱۳۹۲ به اجرا در می آید، مطابق الگوهای پیشنهادی سازمان جهانی بهداشت

برای پیشگیری و کنترل بیماری های غیر واگیر خدمات مرتبط به عوامل خطر و بیماری های غیر واگیر به شرح شکل فوق و توضیحات زیر در نظام مراقبت های اولیه ادغام می شود:

« به طور خلاصه جمعیت تحت پوشش هر مرکز بهداشتی درمانی (میانگین ۱۲۵۰۰ نفر) در سطح پایه ، خدمات خودمراقبتی دریافت کرده و به طور فعال از طریق سفیران سلامت و روش های مقتضی برای شناسایی زودرس عوامل خطر و بیماری ها توسط مراقب سلامت غربال می شوند و کارت سلامت (از جمله خطر ۱۰ ساله حمله قلبی و عروقی) برای فرد صادر شده و به پزشکان عمومی (پزشک خانواده) همکار مرکز برای شروع درمان بیماری های مزمن ارجاع می شود . پزشکان عمومی تحت پوشش مرکز ارزیابی کاملتری از بیمار به عمل آورده و درمان پزشکی را شروع و برنامه مراقبت وی را تعیین می کنند . سپس گیرنده خدمت متناسب با برنامه مراقبت تجویز شده برای دریافت مراقبت به کارشناسان مرکز (از جمله کارشناس سلامت روان ، کارشناس سلامت اجتماعی ، کارشناس تغذیه ، کارشناس سلامت مادر و کودک ، کارشناس سلامت دهان ، کارشناس خودمراقبتی) مراجعه و طبق دستورالعمل های استاندارد کشوری مراقبت می شوند . خدمات بهداشت محیط و حرفه ای و پیشگیری از بلایا و مدیریت فوریت های سلامت در بلایا از جمله موارد مهم این خدمات در مرکز بهداشتی درمانی سطح اول

است. مراجعینی که نیازمند دریافت خدمات تخصصی می باشند مطابق نظام نامه به سطح دوم خدمات سلامت شامل همه ظرفیت های منطقه تحت پوشش (امکانات ورزشی تفریحی ، مراکز مشاوره ، سازمان های حمایتی کمیته امام (ره) ، سازمان بهزیستی و مراکز خیریه و کلیه مراکز خصوصی و غیردولتی ارایه دهنده خدمات سلامت از قبیل پزشکان متخصص و واحدهای

جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
کارت خطرات سلامت

نام و نام خانوادگی سال تولد.....
شغل کد ملی کد مرکز
تاریخ اعتبار بیماری تحت درمان

وضعیت عوامل خطر سلامت											
رژیم غذایی	تحریک پذیری	دخانیات	رفتارهای پرخطر	دستپوشی و آلودگی	قد خرد	چربی خون	نوعه بندی	فشارخون	دیابت	روابط اجتماعی و انفرادی	سلامت دهان
تداوم خود مراقبتی و ارتقای سبک زندگی											
نیاز به مشاوره و اصلاح سبک زندگی											
نیاز به درمان ، مشاوره و اصلاح سبک زندگی											

این کارت صرفا برای اطلاع شما و مراقبت از سلامت فردی صادر شده است ، در حفظ آن کوشا باشید و از ارایه آن به غیر از پزشکان و کارکنان بهداشتی معین خودداری ننمایند . هر گونه سوء استفاده از این کارت توسط سایر افراد پیگرد قانونی دارد .

تصویر برداری پزشکی و آزمایشگاهها) ارجاع می شوند . موارد اولویت دار مرتبط به عوامل خطر و بیماری های غیر واگیر برای مراقبت در سطح یک به شرح زیر است :

- ده بعلاوه یک بیماری اولویت داری که در سطح یک درمان می شوند : دیابت ، اختلالات چربی خون ، فشارخون بالا ، پوکی استخوان ، کمردرد ، آسم ، COPD ، چاقی و اضافه وزن ، افسردگی و اضطراب + پوسیدگی دهان
- شش عامل خطر بیماری های غیر واگیر که در سطح یک مراقبت می شود : سیگار و قلیان ، مصرف مواد مخدر و الکل ، کم تحرکی ، تغذیه ناسالم ، عدم رعایت اصول ایمنی و استرس
- شناسایی افراد در معرض بیماری های شایع و اولویت دار : کاهش بینایی و شنوایی ، سرطان ، تیروئیدی ، خطر حمله قلبی و عروقی ، استنو آرتریت ، تالاسمی و سایر بیماری های ژنتیکی .

توجه : رویکردهای سطح اول خدمات به پیشگیری و شناسایی زودرس سرطان ها :

۱. آموزش شیوه زندگی سالم برای پیشگیری از بروز عوامل خطر سرطان و حساس سازی منطقی مردم
۲. غربالگری رفتارهای ناسالم و دارای سهم در سرطان و مشاوره برای کاهش عوامل خطر (رژیم غذایی ، کم تحرکی ، سیگار ، الکل و مواد مخدر)
۳. سوال از علایم مشکوک به سرطان از مراجعان و بررسی کامل تر توسط پزشک
۴. سوال از مراجعان در معرض عوامل محیطی و شغلی ، دریافت مشاوره و اقدام مقتضی
۵. غربالگری هدفمند سه سرطان دهانه رحم ، پستان* ، کولون به ویژه در گروه های پرخطر
۶. حمایت های اجتماعی مرتبط به بیماران سرطانی شناسایی شده و تشکیل گروه های خودیار

*تصمیم گیری نهایی برای انجام غربالگری سرطان پستان بر عهده کمیته علمی سرطان فواهر بود .

راهبرد سوم: نهادینه سازی همکاری فرابخشی برای کاهش عوامل خطر معین

۱. برنامه همکاری در استقرار اسناد ملی سلامت روان ، امنیت غذایی کاهش مصرف الکل و مواد مخدر
۲. برنامه ارزشیابی مصوبات شورای عالی ساغ کشور و ظرفیت سازی در دستگاه ها برای سلامت محوری
۳. تدوین ، استقرار و ارزشیابی شیوه نامه فرابخشی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر در حداقل پنج عامل خطر بیماری جهت تصویب هیات دولت و شورای عالی سلامت (در جهت عملیاتی نمودن ماده ۲۷ قانون برنامه)
 ۴. رتبه بندی و تشویق دستگاه های موفق در زمینه کاهش عوامل خطر بیماری
 ۵. مطالعه و حمایت طلبی برای قوانین حوزه غیرواگیر جهت گنجاندن در قانون برنامه ششم توسعه و اعمال قانون
 ۶. برنامه اجرایی حمایت از تهیه و استقرار پیوست سلامت برای طرح های بزرگ توسعه ای در کشور
 ۷. برنامه استقرار بسته های حمایت طلبی برای سیاست گذاران و مجریان

اولویت ها برای کاهش عوامل خطر بیماری های غیرواگیر در همکاری های بین بخشی

:

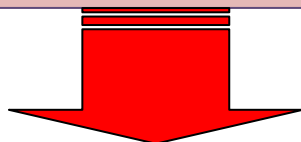
غنی سازی شیر ، کوله پشتی سالم ، بوفه سالم در مدرسه ، کاهش نمک ، قند و چربی مواد و فرآورده های غذایی ، دسترسی به نمک یددار ، پیشگیری از سقوط ، ارگونومی محیط کار و زندگی ، ترک فیزیکی ، سیگار ، مصرف مواد مخدر و الکل ، سیاست های کاهش اضافه وزن و چاقی ، **تشدید نظارت** برای کاهش عوامل شغلی سرطان زا ، همکاری و ارتقای کیفیت غربالگری های تنبلی چشم ، ناشنوایی و بیماری های ژنتیکی ، همکاری برای افزایش سلامت دهان و دندان سایر مداخلات کاهش چهار عامل خطر اصلی مطابق جدول برترین تهریات جهانی**

** جدول برترین تهریات جهانی در کاهش عوامل خطر بیماری های غیرواگیر ، پیشنهادی سازمان جهانی بهداشت و مصوب برنامه جهانی پیشگیری و

کنترل بیماری های غیرواگیر تا ۲۰۲۵ است . (پیوست)

اقدامات سال های ۱۳۹۲ و ۱۳۹۳

۱. تقویت مرکز مدیریت بیماری های غیر واگیر : ساماندهی ساختار (و هماهنگی درون بخشی) ، تامین و آموزش نیروی انسانی ، تامین و تخصیص مالی در سطوح ستادی ، استانی و شهرستان [و مراکز بهداشتی درمانی روستایی شهری]
۲. تقویت نظام تولید و کاربست شواهد: تقسیم کار ملی اولویت های تحقیقاتی ، تشکیل شبکه شواهد ملی با مشارکت انجمن های علمی و مراکز تحقیقاتی
۳. تقویت نظام دیده بانی حوزه غیر واگیر : استقرار تقویم پیمایش های ملی [STEPs ، سواد سلامت ، نظام ثبت بیماری ها و مرگ ها، ارزشیابی اجرای سیاست های بین بخشی ، پیمایش سارا]
۴. طراحی بسته های خدمتی متناسب و ادغام در نظام مراقبت های اولیه (روستائیان ، عشایر ، حاشیه شهرها و شهرها) : تدوین بسته های خدمتی و رفع همپوشانی خدمات ، کمک به حمایت طلبی برای گسترش مراکز ب. د. در شهرها و حاشیه شهرها (جهت ادغام خدمات غیر واگیر)
۵. تدوین ده فرمان خودمراقبتی ویژه مردم و اجرای سه کمپین اطلاع رسانی و حمایت طلبی برای سه عامل خطر و ارزشیابی نتایج (به علاوه پروپوزال تولیدات رسانه ای حوزه غیر واگیر)
۶. تدوین و تصویب آئین نامه اجرایی کاهش عوامل خطر بیماری (به ویژه تحرک ، سیگار و تغذیه) و ظرفیت سازی در وزارت بهداشت و دستگاه ها برای همکاری بین بخشی



اقدامات سال های ۱۳۹۴ لغایت ۱۳۹۶ (دولت یازدهم)

۱. تداوم و توسعه تدریجی خدمات ادغام یافته غیر واگیر در نظام مراقبت های اولیه از دو استان فارس و مازندران و یک شهرستان در هر استان به سمت کلیه شهرستان های کشور
۲. تداوم توانمندسازی بین بخشی ، نظارت بر عوامل خطر و تشویق دستگاه های موفق
۳. مطالعه و کاربست نتایج مربوط به پیمایش های ملی از جمله ارزشیابی خدمات و همکاری فرابخشی
۴. تداوم کمپین های اطلاع رسانی و حمایت طلبی
۵. حمایت طلبی قوانین مربوط به حوزه غیر واگیر
۶. تعامل با حوزه بین الملل ، استفاده از بهترین شواهد و تبادل نظرات و تجربیات

پیوست : توصیه های جهانی برای کاهش عوامل خطر و بیماری های غیر واگیر

مطابق برنامه جهانی پیشگیری و کنترل بیماری های غیر واگیر تا ۲۰۲۵

عامل خطر شماره یک (کم تحرکی

اهداف :

۱. کاهش ۱۰٪ شیوع فعالیت بدنی ناکافی
۲. کاهش ۲۵٪ شیوع فشارخون
۲. توقف افزایش دیابت و چاقی

مداخلات برتر

- ایجاد محیط های ایمن و سلامت محور برای فعالیت فیزیکی
- گایدلاین های ملی در مورد فعالیت فیزیکی
- یک کمیته چندبخشی یا یک هیئت مشابه را برای رهبری و هماهنگی استراتژیک ایجاد نمایید.
- شرکای مناسب را افزایش دهید و همه ذینفعان را که شامل دولت، سازمانهای غیردولتی، جامعه شهری و کاربران اقتصادی هستند را درگیر کنید و به طور متناسبی فعالیت هایی را انجام دهید که افزایش فعالیت فیزیکی را در همه سنین هدف قرار می دهند.
- اقدامات سیاستی را برای ارتقاء فعالیت فیزیکی از طریق فعالیت های روزانه زندگی شامل حمل و نقل فعال، تفریح، اوقات فراقت و ورزش تدوین نمایید :
- سیاست های حمل و نقل و برنامه ریزی شهری ملی و استانی دسترسی، قابلیت پذیرش، ایمنی و زیر ساخت های حمایت کننده را برای پیاده روی و دوچرخه سواری بهبود بخشند.
- ارائه آموزش فیزیکی با کیفیت در موقعیت های آموزشی شامل فرصت هایی برای فعالیت فیزیکی قبل، در طول و بعد از دوران مدرسه ابتدایی.
- نوآوریهای جهت حمایت و تشویق افزایش فعالیت فیزیکی برای همه و در همه سنین.
- ایجاد و حفظ محیط های طبیعی که در مدارس، دانشگاهها، محیط های کاری، کلینیک ها و بیمارستان ها از فعالیت فیزیکی حمایت می کنند و در جامعه گسترده تر، به طور ویژه روی فراهم نمودن زیر ساخت هایی برای حمایت از حمل و نقل فعال به عنوان مثال پیاده روی و دوچرخه سواری، تفریح و بازی فعال و شرکت در ورزش تمرکز گردد.
- افزایش مشارکت جامعه در اجرای فعالیت های محلی که افزایش فعالیت فیزیکی را هدف قرار می دهد.
- کمپین های عمومی را از طریق رسانه های عمومی، رسانه های اجتماعی و در سطح جامعه و بازاریابی اجتماعی برگزار نمایید تا بزرگسالان و جوانان را در مورد منافع فعالیت فیزیکی آگاه و انگیزه مند نمایید.
- ارزیابی فعالیت هایی که افزایش فعالیت فیزیکی را هدف قرار می دهد، تشویق نمایید، در تدوین فعالیت های مبتنی بر شواهد و هزینه اثر بخش مشارکت نمایید.

عامل خطر شماره دو (رژیم غذایی

اهداف :

کاهش ۳۰٪ میانگین دریافت نمک در کل جمعیت

کاهش ۲۵٪ شیوع فشارخون

توقف افزایش دیابت و چاقی

مداخلات برتر

- تغذیه انحصاری با شیر مادر در شش ماه اول و تغذیه مداوم با شیر مادر تا ۲ سالگی
- افزایش مصرف میوه و سبزیجات (۵ نوبت معادل ۴۰۰ گرم)
- سیاست های محدود کردن بازاریابی غذا و نوشیدنی ها برای بچه ها
- استقرار راهبرد جهانی س.ج.ب برای تغذیه نوزدان و کودکان
- کاهش دریافت نمک (تنظیم و تطبیق محتوی ید)
- سیاست جایگزینی چربی های ترانس و اشباع شده با چربی های غیر اشباع
- کاهش شکر اضافی در مواد غذایی و نوشیدنی های غیرالکلی
- کاهش حجم و میزان انرژی مواد غذایی در واحد
- سیاست برای خرده فروشان و تهیه کنندگان مواد غذایی جهت دسترسی ، قابل تهیه بودن و قابل پذیرش بودن محصولات غذایی سالم تر [غذاهای گیاهی میوه و سبزی ، محصولات با محتوی نمک کاهش یافته ، چربی غیر اشباع و شکر)
- سیاست تهیه و دسترسی غذای سالم در دستگاه ها (محل تحویل و محل کار)
- مالیات سلامت / عوارض / سوبسید برای تغییر رفتار تولید کنندگان و مصرف کنندگان برای تشویق تولید و مصرف مواد غذایی سالم
- سیاست برچسب گذاری مواد غذایی
- استقرار برنامه های آگاه سازی عمومی در مورد رژیم غذایی و فعالیت فیزیکی
- مدیریت مالیات غذا و سوبسید برای ارتقای رژیم سالم
- محیط های ارتقای دهنده تغیه سالم : آموزش در مدارس ، مراکز مراقبت از کودکان و سایر نهادهای آموزشی ، مکان های کاری ، کلینیک ها و بیمارستان ها و سایر موسسات عمومی و خصوصی

عامل خطر شماره سه (دخانیات

اهداف :

کاهش ۳۰٪ شیوع مصرف سیگار در اشخاص بالای ۱۵ سال

کاهش ۲۵٪ شیوع فشارخون

مداخلات برتر

- از سیاستهای کنترل توتون و تنباکو که تحت تأثیر منافع تجاری و منافع صنعت دخانیات قرار می گیرد، مطابق با قوانین کشوری حمایت نمایید.
- برای اینکه محیط های عاری از دود سیگار صددرصد اجرایی گردد، در محیط های کاری و محیط های مربوط به حمل و نقل عمومی قانونگذاری نمایید.
- مردم را از طریق بسیج های اطلاع رسانی رسانه ای عمومی و اطلاع رسانی های واضح، آشکار و گسترده سلامتی آگاه نمایید
- ممنوعیت های گسترده ای را در مورد تبلیغات و اسپانسرها اعمال نمایید
- به افرادی که می خواهند سیگار کشیدن را متوقف نمایند یا مواجهه آنها را با دود محیطی مواد دخانی کاهش دهند، کمک کنید. مخصوصاً زنان باردار
- برای مندرجات محصولات دخانی قانونگذاری نمایید
- برای همه محصولات دخانی مالیات ها را افزایش دهید تا مصرف کاهش یابد.
- بر مصرف تنباکو مخصوصاً شروع و تداوم مصرف در جوانان و نیز بر اجرای سیاست های کنترل تنباکو نظارت نمایید.
- یک مکانیزم هماهنگ کننده ملی یا فوکل پوینت هایی را برای کنترل تنباکو ایجاد، تقویت یا تأمین مالی نمایید.
- مکانیزم هایی را برای تقویت سیاست های کنترل دخانیات ایجاد، تقویت و تأمین نمایید.

عامل خطر شماره چهار (الکل)

اهداف :

کاهش ۱۰٪ در مصرف الکل متناسب با شاخص های توافق شده در کشورهای اسلامی
کاهش نسبی ۲۵ درصدی در شیوع فشار خون

مداخلات برتر

- سیاست ها و برنامه های ملی چندبخشی جامع را تدوین و اجرا نمایید تا مصرف زیانبار الکل با توجه به سطح عمومی، شرکا و میزان مصرف الکل و ابعاد اجتماعی گسترده تر سلامت در جمعیت، کاهش یابد.
- استراتژی جهانی که مصرف زیانبار الکل را کاهش می دهد، ۱۰ بخش مورد هدف زیر را برای سیاست ها و برنامه های ملی توصیه می کند:
 - رهبری، آگاهی و تعهد
 - پاسخ خدمات سلامت
 - اقدام جامعه
 - سیاست های مقابله در برابر نوشیدن در حین رانندگی
 - دسترسی به الکل
 - تبلیغات نوشیدنی های الکی
 - سیاست های قیمت گذاری
 - کاهش نتایج منفی نوشیدن و مسمومیت الکی
 - کاهش تأثیر الکل غیرمجاز و تولید غیررسمی الکل بر روی سلامت عمومی
 - نظارت و مراقبت
- سیاست ها و مداخلات سلامت عمومی را جهت کاهش مصرف الکل مبتنی بر اهداف سلامت عمومی واضح، بهترین عملکردهای موجود، در دسترس ترین دانش، اثربخشی و هزینه اثربخشی خواهد تولید شده در محتوای مختلف تنظیم کنید.
- توانایی وزرای بهداشت را تقویت کنید و آنها را توانمند نمایید تا سایر وزرا و ذینفعان جهت تدوین و اجرای سیاست های عمومی موثر برای پیشگیری و کاهش مصرف الکل، همراه کنید.
- ظرفیت: ظرفیت خدمات مراقبت سلامت را افزایش دهید تا پیشگیری و مداخلات درمانی را برای مصرف خطرناک الکل و اختلالات مصرف الکل را ارائه دهید. این مداخلات شامل غربالگری و مداخلات مختصر در همه وضعیت های درمانی و مراقبتهای بیماری های غیرواگیر می باشد.
- نظارت: متناسب با شرایط کشور چارچوب های موثر برای نظارت بر مصرف زیان آور الکل را تدوین نمای