





کمیته استانی پیشگیری و کنترل

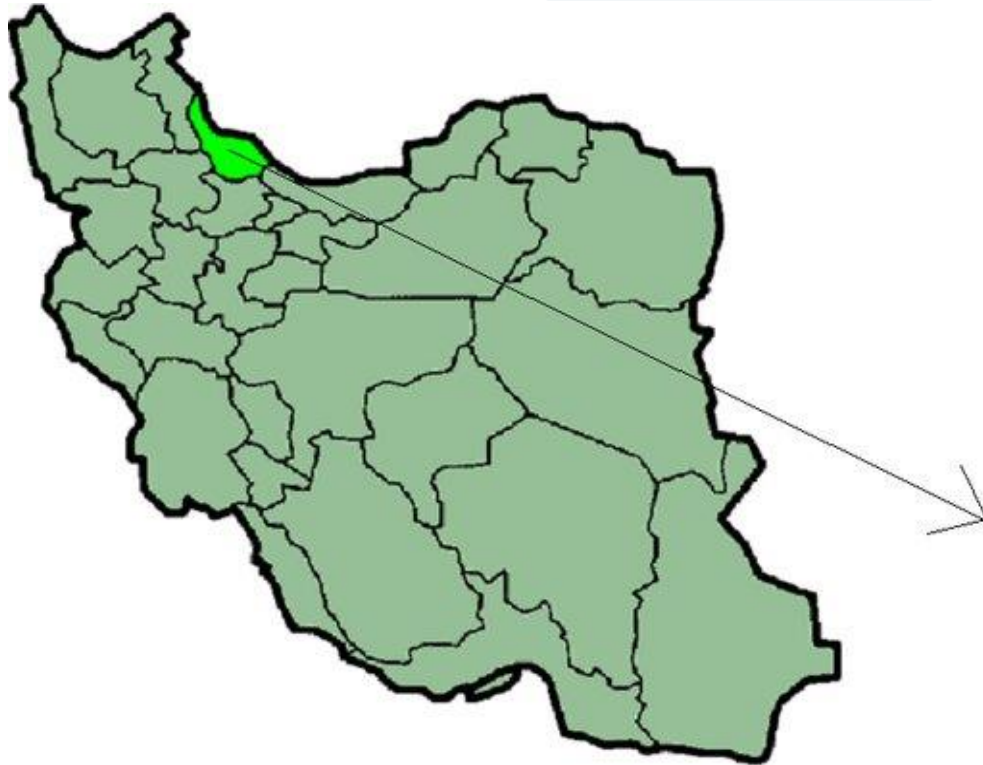
بیماری های غیر واگیر

سند پیشگیری و کنترل بیماری های غیر واگیر

و عوامل خطر مرتبط در استان گیلان

۱۴۰۰ تا ۱۴۰۴

نقشه استان گیلان



سند پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط در استان گیلان



سند پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط در استان گیلان

برای رسیدن به یک جامعه سالم و توسعه پایدار ضروری است که به سلامت افراد آن جامعه نگاه ویژه داشته و در جهت ارتقای آن تلاش گردد. یکی از اولویت‌های نظام حاکم بر کشور تامین سلامت تک تک احاد و شهروندان آن است. از دستاورد‌ها و شاخص‌های ارزشمند حوزه بهداشت و درمان پس از انقلاب اسلامی، کنترل بیماری‌های واگیر بوده است، بطوریکه بسیاری از بیماری‌های کشنده و معلول‌کننده عفونی و واگیردار ریشه کن شده و یا در حال حذف شدن است. با توسعه یافتگی و صنعتی شدن و تغییر در شیوه رفتار و زندگی، الگوی بیماری‌ها تغییر یافته، و بیماری‌های غیرواگیر را در صدر علل تهدیدکننده سلامت جامعه قرار داده است. راه اصلی مبارزه با این نوع بیماری‌ها، راه پیشگیرانه است. پیشگیری از بروز این بیماری‌ها نیازمند اراده و توجه ویژه‌ای است که این مهم مورد دقت و عنایت جدی بالاترین سطوح حکومت جمهوری اسلامی قرار گرفته است. بدیهی است مشارکت همه احاد جامعه و سازمان‌های دولتی و غیردولتی، نهادهای عمومی و مردمی از ارکان این اقدام پیشگیرانه بوده و لازم است تمامی این ظرفیت‌ها وارد عمل شده و امکانات خود را در این زمینه به کارگیرند. سلامت مردم یک کشور نبایستی متأثر از مسائل سیاسی قرار گیرد و لازم است سازمان‌های مرتبط در جهت تحقق و ارتقاء آن از ظرفیت‌های خود استفاده نمایند.

در همین راستا سند پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط استان گیلان تهیه و تدوین شده است.

امروزه الگوی بیماری‌ها و عوامل تهدیدکننده سلامت افراد جامعه در کشور تغییر پیدا کرده است به طوری‌که بیشترین مرگ و میر و بار بیماری‌ها به علت بیماری‌های غیرواگیر است. این بیماری‌ها عمدتاً شامل بیماری‌های قلب و عروق، سرطان‌ها، حوادث، بیماری‌های مزمن ریوی، کبدی و کلیوی است و عوامل خطر آن‌ها ناشی از پرفشاری خون، دیابت، چاقی، کم‌حرکی، مصرف دخانیات، مصرف نمک و شکر و تغذیه ناسالم می‌باشد. در ایران حدود ۷۶٪ از علل مرگ و میر مربوط به بیماری‌های غیرواگیر بوده و در گیلان این رقم معادل ۷۱٪ است، و با احتساب حوادث این رقم به نزدیک ۹۰٪ می‌رسد. اساس کنترل بیماری‌های غیرواگیر بر پیشگیری استوار است. شناسایی عوامل خطر و مؤثر در ایجاد این دسته از بیماری‌ها و هدف‌گذاری و برنامه‌ریزی علمی پیشگیرانه به عنوان راه اصلی مبارزه قلمداد می‌شود و این مهم در زمره سیاست‌های نظام سلامت کشور است. همچنین درمان‌های اولیه ساده و کنترل به موقع عوامل خطر نقش مهمی در کیفیت زندگی و سلامت افراد جامعه داشته و هم از عوارض جدی تهدیدکننده سلامت افراد جلوگیری کرده و از طرفی هم هزینه‌های بسیار زیادی که به تک تک افراد جامعه و نهایتاً به حوزه سلامت تحمیل می‌شود را کم می‌کند.

تدوین این سند براساس ثبت و مطالعه بار بیماری‌های غیرواگیر و با تلاش و فعالیت همکارانمان در دانشگاه علوم پزشکی استان و با همکاری نزدیک اعضاء کارگروه سلامت و مسئولین ادارات مرتبط با محوریت استانداری گیلان صورت گرفته است. در این سند ضمن رعایت سیاست‌ها و برنامه‌ریزی‌های حوزه سلامت کشور و وزارت بهداشت و درمان، مسائل و مشکلات بومی و استانی در نظر گرفته شده است. بر خود لازم می‌دانم از همه عزیزانی که در تهیه این سند مهم نقش مؤثر داشته‌اند قدردانی و سپاس‌گزاری نموده و از خداوند متعال سلامتی همگان را خواستارم.

دکتر محمدتقی آشوبی

سرپرست دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی گیلان

۵	پیش گفتار :
۷	فهرست مطالب :
۱۱	مقدمه
۱۲	خلاصه مطلب
۱۳	وضعیت دموگرافیک استان
۱۴	فصل اول
۱۴	وضعیت بیماریهای غیرواگیر در جهان-ایران- گیلان
۱۵	کلیات بیماری های غیرواگیر در جهان
۱۵	بیماری های غیرواگیر در ایران
۱۶	بیماری های قلبی و عروقی
۱۸	فشار خون
۲۶	علل اصلی شیوع فشار خون بالا در استان
۳۲	دیابت
۳۹	سوانح و حوادث
۴۲	سرطان
۴۳	عوامل ایجاد کننده سرطان، در سه دسته تقسیم بندی میشوند:
۴۸	وضعیت سرطان استان بر اساس گزارش سال ۱۳۹۷ وزارت بهداشت
۵۱	بیماریهای مزمن ریوی
۵۱	عوامل اصلی خطر بیماریهای مزمن ریوی عبارتند از:
۵۵	بیماری های روانی

۵۹	فصل دوم
۵۹	عوامل خطر بیماری های غیرواگیر
۶۰	عوامل خطر بیماری های غیرواگیر
۶۰	عوامل خطر رفتاری قابل تغییر
۶۰	عوامل خطر متابولیک/فیزیولوژیک
۶۴	عوامل خطر اصلی (رفتاری) بیماری های غیرواگیر
۶۴	رژیم غذایی ناسالم
۶۵	نمک/سدیم
۷۳	فعالیت بدنی ناکافی
۷۴	فعالیت بدنی چیست؟
۷۵	چارچوبی برای اقدام
۷۶	وضعیت فعالیت بدنی در جهان و ایران
۸۰	مصرف دخانیات
۸۲	وضعیت مصرف الکل در جهان و ایران
۸۶	وضعیت مصرف مواد مخدر در جهان و ایران
۸۸	اهداف و برنامه های مد نظر در کاهش مصرف مواد مخدر در استان:
۸۹	چاقی و اضافه وزن
۹۳	فصل سوم
۹۳	اهداف سند استانی
۹۳	اهداف سند بیماری های غیرواگیر استان
۹۵	فصل چهارم
۹۵	جداول فعالیت ها
۹۶	هدف شماره ۱:
۹۶	کاهش خطر مرگ زودرس ناشی از بیماری های قلبی عروقی، سرطان، دیابت و بیماری های مزمن ریوی به میزان ۲۵ درصد

- هدف شماره ۲: ۱۰۷
- کاهش مصرف مضر از الکل به میزان حداقل ۱۰ درصد..... ۱۰۷
- هدف شماره ۳: ۱۱۲
- کاهش نسبی در شیوع فعالیت بدنی ناکافی (کم تحرکی) به میزان ۲۰ درصد..... ۱۱۲
- هدف شماره ۴ ۱۱۵
- کاهش نسبی میزان مصرف سدیم/نمک به میزان ۳۰ درصد..... ۱۱۵
- هدف شماره ۵ ۱۱۹
- کاهش مصرف دخانیات به میزان ۳۰ درصد..... ۱۱۹
- هدف شماره ۶ ۱۲۴
- کاهش نسبی شیوع فشارخون بالا به میزان ۲۰ درصد..... ۱۲۴
- هدف شماره ۷ ۱۲۷
- ثابت نگهداشتن میزان بیماری دیابت و چاقی..... ۱۲۷
- هدف شماره ۸ ۱۳۱
- دریافت دارو و مشاوره (از جمله کنترل قند خون) توسط افراد واجد شرایط برای پیشگیری از حمله های قلبی و سکته مغزی به میزان حداقل ۷۰ درصد..... ۱۳۱
- هدف شماره ۹ ۱۳۷
- دستیابی به پوشش ۸۰ درصد به تکنولوژی ها و داروهای اساسی قابل فراهمی شامل داروهای ژنریک مورد نیاز برای درمان بیماریهای غیرواگیر در بخش های خصوصی و دولتی..... ۱۳۷
- هدف شماره ۱۰ ۱۴۰
- به صفر رساندن میزان اسیدچرب ترانس در روغن های خوراکی و محصولات غذایی..... ۱۴۰
- هدف شماره ۱۱ ۱۴۲
- کاهش نسبی در میزان مرگ و میر ناشی از سوانح و حوادث ترافیکی به میزان حداقل ۲۰ درصد..... ۱۴۲
- هدف شماره ۱۲ ۱۴۵
- کاهش مرگ و میر ناشی از استعمال مواد مخدر به میزان حداقل ۱۰ درصد..... ۱۴۵
- هدف شماره ۱۳ ۱۵۱
- افزایش دسترسی جامعه به خدمات سلامت روان و درمان بیماری های روانی به میزان حداقل ۲۰ درصد..... ۱۵۱

منابع: ۱۵۵

مجریان طرح: ۱۵۵

تشکر و قدردانی: ۱۵۵

کشور ایران به عنوان یکی از کشورهای با درآمد متوسط در منطقه مدیترانه شرقی در دهه های اخیر به پیشرفت های قابل توجهی در حوزه سلامت، از جمله در خصوص کاهش میزان مرگ و میر مادران و کودکان و همچنین افزایش امید به زندگی دست پیدا کرده است. ولی با این وجود بار بیماری های غیرواگیر و همچنین بار مالی منتسب به این بیماری ها موجب شده است نظام سلامت کشور، بیماری های غیر واگیر را به عنوان یک تهدید جدی در نظر بگیرد. به منظور کاهش بار بیماری های غیرواگیر و عوامل خطر منتسب به آنها، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر و عوامل خطر آنها را تدوین کرده است. تاکید اصلی این سند بر بیماری های قلبی، عروقی، دیابت، سرطان ها و بیماری های مزمن تنفسی و همچنین سوانح و حوادث و بیماری های روانی و اعتیاد می باشد.

در این راستا وزارت بهداشت ایران ۹ هدف سازمان جهانی بهداشت را در نظر گرفته و آنها را با شرایط ایران تنظیم نموده و ۳ هدف مختص ایران را به آن اضافه نموده است.

این سند ملی توسط رییس جمهور و کلیه وزرا به تایید رسیده است. بنا به دستور وزیر محترم بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی گیلان سند متناظر استانی بیماری های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط به آن را با توجه به شرایط و ویژگی های موجود در استان گیلان تدوین نموده است، که پس از تدوین سند در گروه مبارزه با بیماری های غیرواگیر معاونت بهداشتی استان به عنوان سند راهبردی کلیه ارگان ها و سازمان ها در راستای پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر قرار گرفته و پس از اعلام نظر از سازمان ها و ادارات زیربط، ویرایش نهایی انجام و برای اجرا به سازمان ها و ادارات ارسال خواهد شد. در سند استانی غیرواگیر بر اساس شرایط و وضعیت استانی بیماری های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط با آن تغییراتی نسبت به سند ملی به وجود آمده است.

سلامت انسان ها علاوه بر خصوصیات ژنتیکی تحت تاثیر عوامل اجتماعی، محیط زیستی و ویژگی های رفتاری و سبک زندگی است. امروزه با تغییرات سریع و شگرف اجتماعی ناشی از روند توسعه و شهرنشینی و بویژه 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 این بیماریها اغلب عوامل زمینه سازی دارند که در صورت مواجهه به موقع و موثر با آنها میتوان از بروز چند بیماری غیرواگیر پیشگیری نمود. تحرک بدنی ناکافی، مصرف دخانیات، آلاینده های محیطی، تغذیه ناسالم و پرفشاری خون از آن جمله اند. همچنین درمان این بیماریها در مراحل ابتدایی تر و پیش از اینکه به عوارض ناتوان کننده ختم شوند، اثر چشمگیری بر حفظ سلامت مردم دارد. براساس آمارهای جهانی بیماریهای غیرواگیر درحال حاضر مسئول بیش از ۵۳ درصد بار بیماریها بوده و انتظار میرود تا سال ۲۰۲۰ عامل ۶۰ درصد بار بیماریها و ۷۳ درصد تمام موارد مرگ باشند که ۸۰ درصد مرگ های ناشی از بیماریهای غیرواگیر در کشورهای در حال توسعه رخ خواهند داد. پیش بینی می شود این میزان در کشور ما نیز چنین الگویی داشته و بیش از ۷۶ درصد کل بار بیماریها به این نوع از بیماریها اختصاص یابد.

مقابله با همه گیری بیماریهای غیرواگیر و عوامل خطر آنها، ماهیتاً نیازمند مداخلات گسترده، موثر و فعال تمامی سازمان های مرتبط در درون و برون بخش سلامت است.

نظر به اهمیت موضوع در راستای اجرای سند ملی بیماری های غیرواگیر، دانشگاه علوم پزشکی گیلان اقدام به تشکیل کمیته استانی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط آنها نموده است.

این کمیته وظیفه برنامه ریزی، اولویت بندی و پایش و ارزیابی کلیه اقدامات مرتبط با کنترل بیماریهای غیرواگیر و عوامل خطر آنها را در قالب یک سند جامع و استانی و در راستای تعهدات قانونی نظام جمهوری اسلامی ایران در سطح استانی بر عهده دارد. سند استانی بیماری های غیر واگیر پس از تصویب در شورای استانی سلامت و امنیت غذایی با همکاری و الزام تمامی دستگاه ها در راستای اهداف متعالی جهت پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط ابلاغ خواهد شد.

استان گیلان بعنوان یکی از استانهای شمالی کشور با آب و هوای گرم و مرطوب می باشد. این استان فقط تحت پوشش یک دانشگاه علوم پزشکی قرار دارد و شامل ۱۷ شهرستان است. جمعیت آن بر اساس سرشماری نفوس و مسکن در سال ۹۵ دارای ۲,۵۳۰,۶۹۶ نفر با ۸۵۱,۳۸۲ خانوار میباشد. که ۱,۲۶۷,۵۱۴۰۰ نفر آن را مردان و ۱,۲۶۳,۰۹۹ نفر آن را زنان تشکیل میدهند. جمعیت شهری استان بالغ بر ۱,۶۰۳,۰۲۶ نفر و جمعیت روستایی آن را ۹۲۷,۶۶۰ نفر تشکیل میدهد. بعد خانوار استان ۲.۱۴، رشد طبیعی جمعیت ۰.۱۹ و درصد سرباری ۴۰.۲۸ میباشد.

نام گیلان از کلمه گیل گرفته شده و به معنی سرزمین گیل است که از آن در اوستا به نام وارنا نام برده می شود. گیلان از شمال به دریای خزر- جمهوری آذربایجان، از غرب به استان اردبیل، از جنوب به استان زنجان و قزوین و از شرق به استان مازندران محدود است. براساس آخرین تقسیمات کشوری گیلان دارای ۳۶ شهر، ۴۰ بخش و ۱۰۶ دهستان می باشد.

فصل اول

وضعیت بیماریهای غیرواگیر در جهان – ایران – گیلان

بیماری های غیرواگیر (NCDs)^۱ که همچنین به عنوان بیماری های مزمن نیز شناخته می شوند، از فردی به فرد دیگر منتقل نمی شوند. این بیماری ها مدت زمان طولانی ادامه می یابند و عموماً دارای پیشرفت کند هستند. چهار نوع اصلی از بیماری های غیرواگیر عبارتند از بیماری های قلبی-عروقی (مانند حملات قلبی و سکته مغزی)، سرطان ها، بیماری های مزمن تنفسی (مانند بیمار یهای مزمن انسداد ریوی و آسم) و دیابت. بیماری های غیرواگیر در حال حاضر به شکلی نامتناسب، کشورهای کم درآمد و با درآمد متوسط را تحت تاثیر قرار داده اند و نزدیک به سه چهارم از مرگ های ناشی از بیماری های غیرواگیر (نزدیک ۲۸ میلیون مرگ) در این کشورها رخ می دهد.

بیماری های غیرواگیر در ایران

ایران به عنوان یکی از کشورهای با درآمد متوسط در منطقه مدیترانه شرقی (EMRO)^۲، در دهه های اخیر به دستاوردهای قابل توجهی در حوزه سلامت دست پیدا کرده است. از جمله پیشرفت های ایران در این حوزه، کاهش سریع میزان مرگ و میر مادران و کودکان و افزایش امید به زندگی است. با این وجود، بار بیماری های غیرواگیر و همچنین، بار مالی منتسب به این بیماری ها موجب شده است که نظام سلامت کشور، بیماری های غیرواگیر را به عنوان تهدیدی جدی در نظر بگیرد.

بیش از ۷۶ درصد کل بار بیماریها (DALY)^۳ در ایران به بیماریهای غیرواگیر اختصاص دارد. پایه پیشگیری از بیماری های غیرواگیر، شناسایی عوامل خطر اولیه و پیشگیری و کنترل این عوامل است که هدف از این کار، جلوگیری از وقوع همه گیرها و همچنین، کنترل آن ها تا حد امکان، در محل بروز است. بیماری ایسکمیک قلبی، کمردرد، سوانح جادهای، اختلال افسردگی ماژور و سکته مغزی دارای بیشترین بار در سال ۲۰۱۰ در ایران بوده اند 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.

^۱ NON COMMUNICABLE DISEASES

^۲ Eastern Mediterranean Regional Office

^۳ --مجموع سال های زندگی از دست رفته به علت مرگ و میر زودرس و سال های از دست رفته به علت معلولیت به خاطر حادثه است -- Disability-Adjusted Life Years

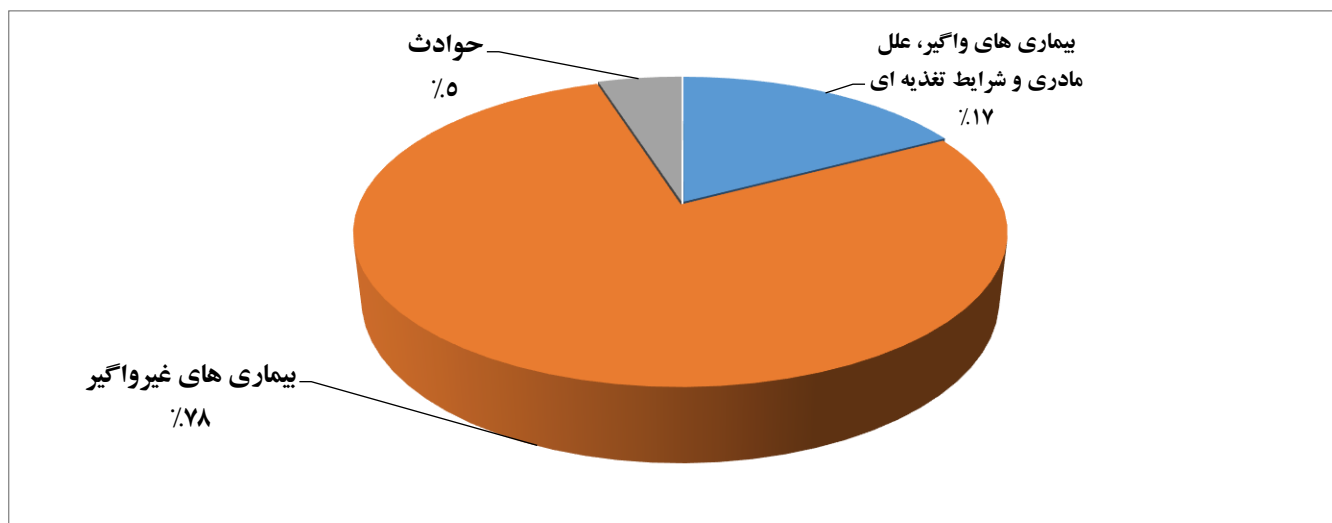
بیماری های قلبی و عروقی

بیماریهای قلبی-عروقی به دلیل مشکلات ایجاد شده در قلب و عروق خونی حاصل می شوند و بیماری کرونری قلب (حمله های 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 می شوند.

بیماریهای قلبی عروقی، اولین عامل مرگ در سراسر جهان هستند و سالانه، افراد بسیاری در اثر ابتلا به این بیماری کشته می شوند. در سال ۲۰۱۲، حدود ۱۷.۵ میلیون نفر در اثر ابتلا به این بیماری فوت کردند که ۳۱ درصد تمامی مرگ ها در جهان را شامل می شود. 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 می دهد. ۱۶ میلیون مرگ زیر ۷۰ سال ناشی از بیماریهای غیرواگیر بوده است که ۸۲ درصد آنها در کشورهای با درآمد کم و متوسط روی داده و ۳۷ درصد آنها به دلیل بیماری های قلبی عروقی بوده است. اغلب بیماریهای قلبی عروقی با تغییر سبک زندگی و اتخاذ رفتارهای سالم همانند عدم مصرف دخانیات، رژیم غذایی سالم و پیشگیری از چاقی، انجام فعالیت بدنی و عدم مصرف الکل، قابل پیشگیری هستند.

چنین امری با اتخاذ استراتژیهای جامعه محور قابل انجام است. افرادی که دچار بیماری قلبی عروقی هستند یا افرادی که در معرض خطر بالای این بیماری هستند (به دلیل وجود یک یا چند عامل خطر همچون فشار خون بالا، دیابت، هایپرلیپیدی) نیاز به تشخیص فوری و کنترل بیماری از طریق مشاوره و درمان دارویی دارند.

بر اساس سیمای مرگ استان در سال ۹۹ که از سامانه ثبت و طبقه بندی علل مرگ و میر استخراج شده است، بیماریهای غیر واگیر علت مرگ حدود ۷۸ درصد از کل مرگ ها بوده است (نمودار شماره ۱). اولین عامل مرگ در استان بیماریهای قلبی عروقی با بیش از ۴۷ درصد، سرطان ها در حدود ۱۴ درصد، دیابت بیش از ۷ درصد و بیماری مزمن تنفسی حدود ۳ درصد از کل مرگها در رتبه های بعدی قرار می گیرند. در سال ۱۳۹۹ وقوع پاندمی کووید ۱۹ و مرگ های ناشی از این بیماری واگیر باعث تغییر در نسبت مرگ و میر بیماری های واگیر در مقایسه با سایر علل گردید.



نمودار شماره ۱: درصد سه گروه اصلی علت مرگ، سال ۱۳۹۹

سال		۱۳۹۶		۱۳۹۷		۱۳۹۸	
		گیلان	کشور	گیلان	کشور	گیلان	کشور
درصد از کل مرگ		۵۱/۷۳	۴۲/۶۲	۵۱/۱۷	۴۱/۹۹	۴۶/۶۶	۴۱/۱۵
رتبه علت مرگ		۱	۱	۱	۱	۱	۱

جدول شماره ۱: اطلاعات مقایسه ای مرگ و میر ناشی از بیماریهای قلبی عروقی سالهای ۹۸-۱۳۹۶ (گزارش سیمای مرگ کشور)

۱۳۹۸		۱۳۹۷		۱۳۹۶		سال
کشور	گیلان	کشور	گیلان	کشور	گیلان	
۷۷۸۱۹	۳۵۶۹	۷۳۲۳۵	۲۹۶۷	۷۳۲۸۴	۳۳۵۵	تعداد مرگ و میر ناشی از بیماریهای ایسکمیک قلبی
۹۳/۶۷	۱۳۹/۳۶	۸۹/۲۲	۱۱۶/۲۶	۹۰/۴۰	۱۳۱/۹۷	میزان مرگ در ۱۰۰ هزار نفر جمعیت
۲۰/۵۸	۲۰/۶۰	۲۰/۷۱	۱۹/۹۳	۲۰/۹۸	۲۳/۰۵	درصد از کل مرگ
۱	۱	۱	۱	۱	۱	رتبه علت مرگ

- جدول شماره ۲: اطلاعات مقایسه ای مرگ و میر ناشی از بیماریهای ایسکمیک قلبی سالهای ۹۸-۱۳۹۶ (گزارش سیمای مرگ کشور)

فشار خون

فشار خون بالا قاتل خاموش است و معمولاً بدون علامت است و ممکن است زمانی تشخیص داده شود که عوارض ایجاد شده است. هزینه های سلامت و اقتصادی قابل توجهی در مورد کمبود تشخیص اولیه، درمان ناکافی و کنترل ضعیف فشارخون بالا وجود دارد. تشخیص اولیه و درمان فشار خون بالا و ریسک فاکتور آن می تواند مورثالیه زود هنگام (مرگ ناشی از بیماری قلبی و سکته مغزی) را کاهش بدهد.

طبق مطالعات انجام شده، براساس STEPS ۲۰۲۰ شیوع فشار خون در کشور ۳۲٪ می باشد (۳۰.۹٪ در مردان و ۳۲.۹۰٪ در زنان) که شیوع کشوری فشار خون در زنان ۲ درصد بیشتر از مردان است و طبق STEPS ۲۰۲۰ میانگین شیوع فشار خون در استان گیلان ۴۳.۵۳٪ می باشد (۴۲.۷۹٪ در مردان و ۴۴.۰۱٪ در زنان) و در گیلان نیز شیوع فشار خون در زنان ۲ درصد بیشتر از مردان است.

^۴ پیمایش عوامل خطر بیماریهای غیرواگیر

در مقایسه با 2016 STEPS شیوع فشار خون در سطح کشور از 27.5% به 31.3% رسیده است و شاهد 4.5% افزایش در شیوع فشار خون در سطح کشور می باشیم. در سطح گیلان شیوع فشار خون از 31.3% به 43.53% رسیده است (7.7% افزایش در شیوع فشار خون در گیلان را مشاهده می کنیم)، گیلان رتبه دوم فشار خون در سطح کشور را دارد (نمودار شماره ۲ و ۳).

بر اساس 2020 STEPS درصد آگاهی از فشار خون در کل استان 66.77% (نمودار شماره ۴) می باشد که این نسبت در 2016 STEPS کل استان گیلان 51.63% بوده است (افزایش 15.14%) که در زنان گیلان نسبت به 2016 STEPS از 58% به 67.76% و مردان از 42.6% به 65.23% رسیده است. استان گیلان از نظر درصد آگاهی فشار خون رتبه ششم در سطح کشور را دارد.

از نظر آگاهی از فشار خون در شهر و روستا در کل کشور تفاوت زیادی وجود ندارد. میزان آگاهی از فشار خون در شهرهای کل کشور 61.8% و در روستاها 60.5% می باشد ولی در گیلان این درصد آگاهی در شهرها 70.3% و در روستاها 60.38% می باشد (تفاوت آگاهی در شهر و روستای استان گیلان 10% می باشد).

از نظر دریافت خدمات مرتبط با فشار خون بالا برطبق 2016 STEPS 32.1% از مردان در کل کشور خدمات دریافت کردند و بر اساس 2020 STEPS 42% از مردان در کل کشور خدمات دریافت کرده اند (10% افزایش دریافت خدمات درمانی در مردان در کل کشور را شاهد می باشیم).

در استان، دریافت خدمات درمانی در مردان در 2016 STEPS 24.8% بوده است که بر اساس 2020 STEPS به 53.9% رسیده است که 29% افزایش دریافت خدمات درمانی در مردان گیلانی را مشاهده می کنیم (روند افزایش دریافت خدمات درمانی در مردان گیلانی نسبت به کل کشور مطلوب بوده است).

دریافت خدمات درمانی براساس 2016 STEPS در زنان کل کشور 46.2% بوده است که بر اساس 2020 STEPS به 58% رسیده است (12% افزایش در دریافت خدمات درمانی در زنان کل کشور را مشاهده می کنیم).

درصد دریافت خدمات درمانی بر اساس 2020 STEPS در مردان گیلانی به 53.9% و در زنان گیلانی به 58.34% رسیده است. با وجود اینکه درصد دریافت خدمات درمانی نسبت به 2016 STEPS در مردان گیلان روند افزایشی داشته است. در حال حاضر زنان گیلان 5% بیشتر تحت پوشش خدمات درمانی می باشند. این آمار نشانگر این است که دریافت خدمات درمانی در مردان گیلانی رو به افزایش است. براساس 2020 STEPS دریافت خدمات درمانی در

شهرهای کل کشور به طور میانگین ۵۲.۵۵٪ و در روستاهای کل کشور به طور میانگین ۵۰.۳۶٪ می باشد (دریافت خدمات درمانی مرتبط با فشار خون در شهرها ۲٪ بیشتر از روستاها می باشد).

در استان بر اساس STEPS ۲۰۲۰ دریافت خدمات درمانی مرتبط با فشار خون در شهرها ۵۸.۵٪ و در روستاها ۵۳.۲٪ می باشد (در شهرهای گیلان ۵.۳٪ بیشتر از روستاها است) بنابراین در زمینه ارائه خدمات درمانی در روستاهای گیلان نیازمند اقدامات بیشتری می باشیم.

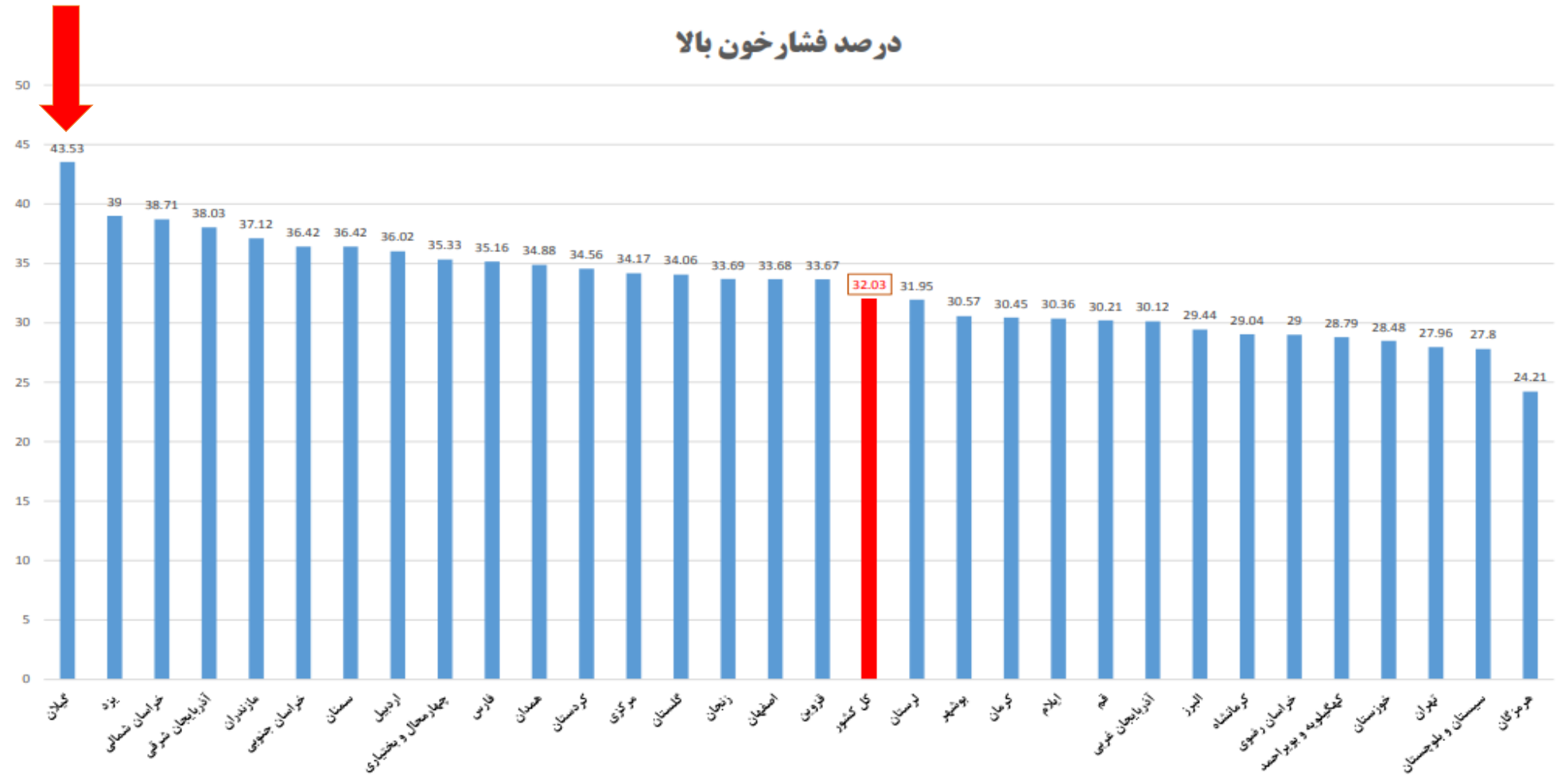
دریافت خدمات درمانی موثر (Care effective) بر اساس STEPS ۲۰۱۶ در مردان کل کشور ۳۹.۴٪ و در مردان گیلان هم نیز ۳۹.۴٪ بوده است. بر اساس STEPS ۲۰۱۶ دریافت خدمات درمانی موثر در کل زنان کشور ۳۶.۳٪ و در زنان گیلان نیز این درصد ۳۶.۳٪ بوده است و درصد دریافت خدمات درمانی موثر در مردان کل کشور با مردان گیلان برابر بوده است.

با وجود اینکه زنان خدمات درمانی بیشتری دریافت می کردند ولی درصد خدمات موثر درمانی در مردان ۳٪ بیشتر از زنان بوده است.

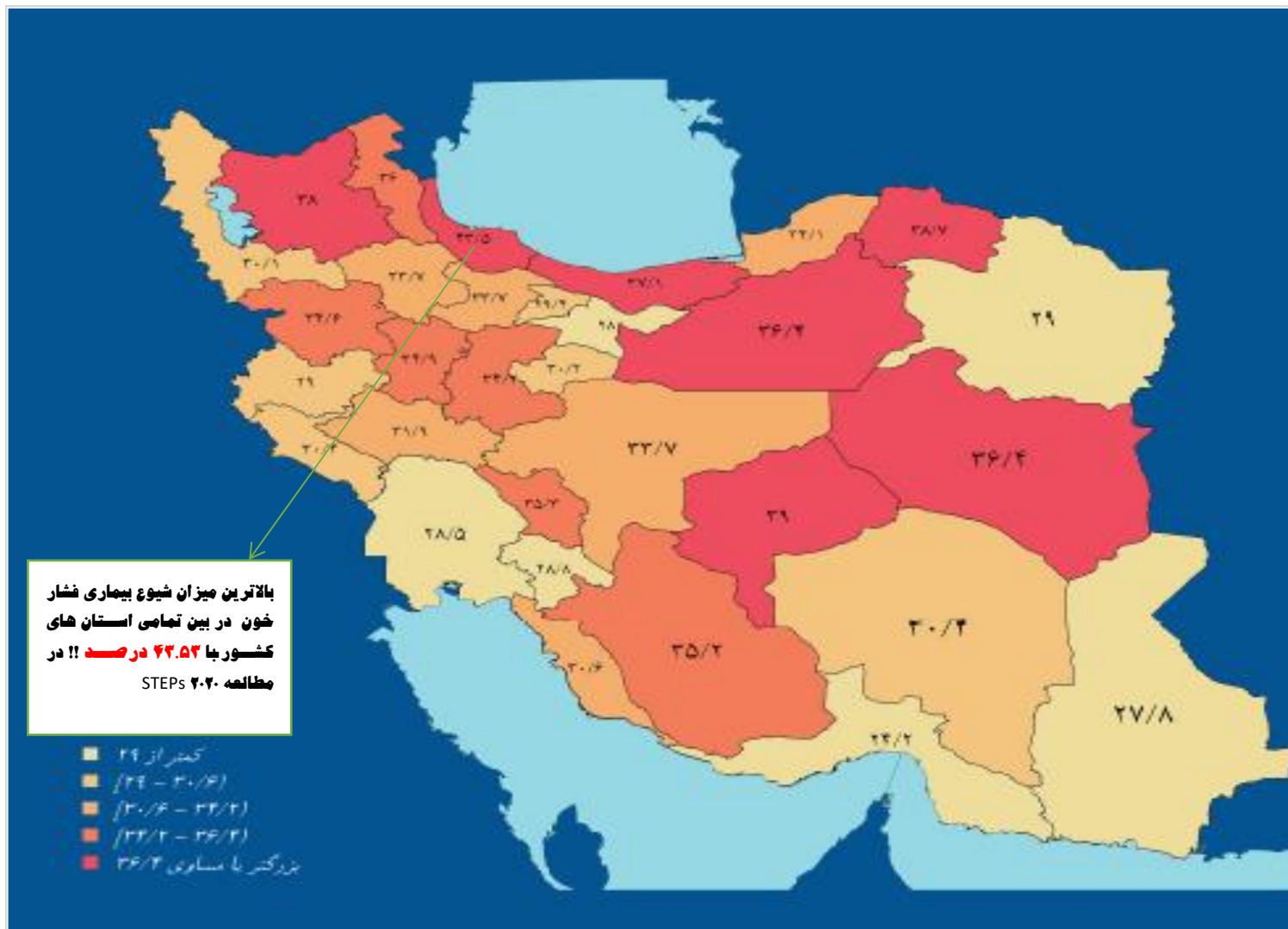
بر اساس STEPS ۲۰۲۰ مردان کل کشور به طور میانگین ۴۲.۷۵٪ خدمات درمانی موثر دریافت کرده اند و زنان ۴۱.۴٪ خدمات درمانی موثر دریافت کرده اند (دریافت خدمات درمانی موثر در مردان کل کشور ۱.۳٪ بیشتر از زنان می باشد).

درصد دریافت خدمات درمانی موثر در شهرهای استان ۴۳.۷٪ و در روستاهای استان ۳۱.۱٪ می باشد. در روستاها ۱۲.۶٪ نسبت به شهرها خدمات درمانی موثر کمتری دریافت می شود که نیاز به اقدامات بیشتری دارد و میانگین دریافت خدمات درمانی موثر ۳۹.۵٪ می باشد که رتبه ۹ کشوری می باشد.

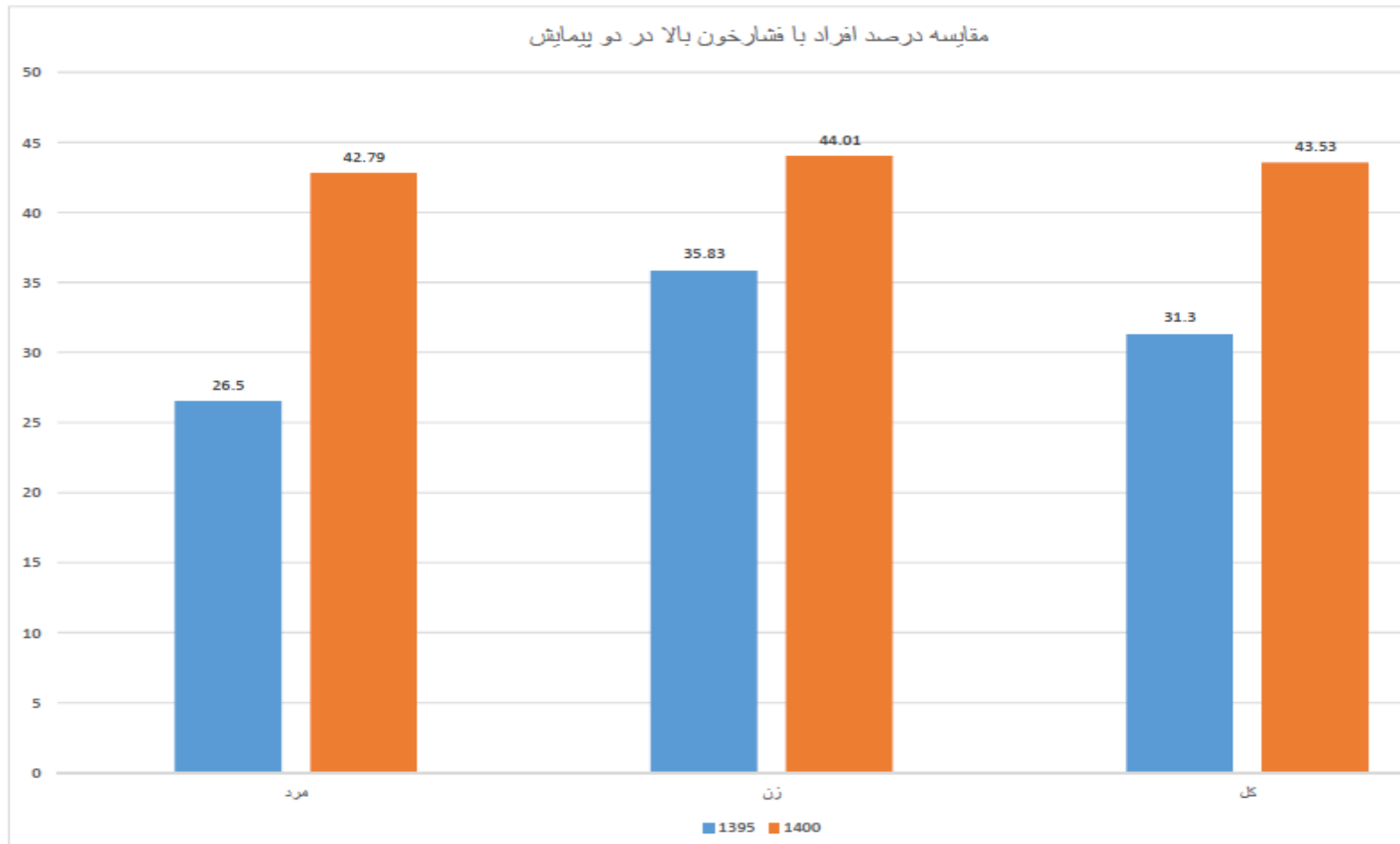
درصد فشار خون بالا



- نمودار شماره ۲: شیوع فشار خون بالا در کشور و گیلان در پیمایش سال ۱۴۰۰

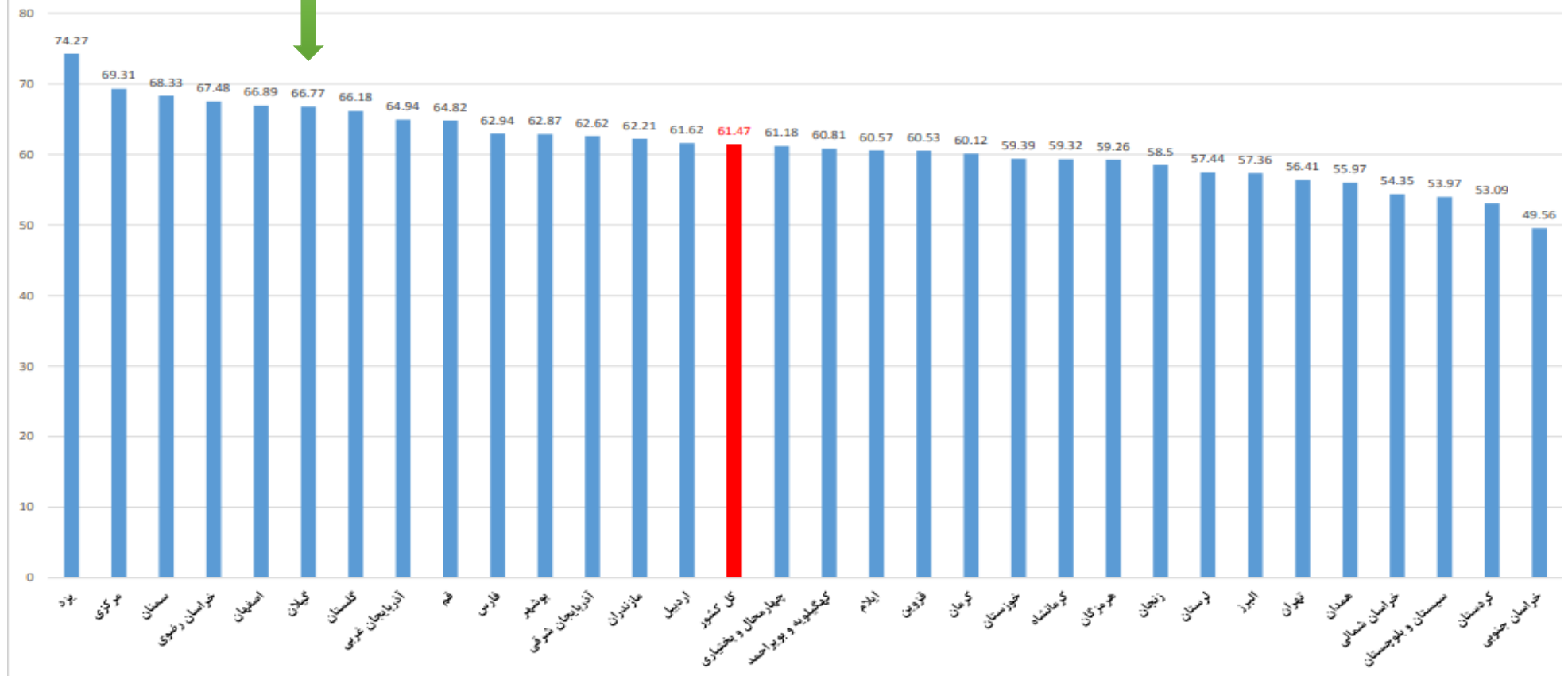


- شکل شماره ۱: نقشه شیوع فشار خون بالا در STEPs ۲۰۲۰



- نمودار شماره ۳: شیوع فشار خون بالا در گیلان در STEPs سال ۲۰۱۶ و ۲۰۲۰

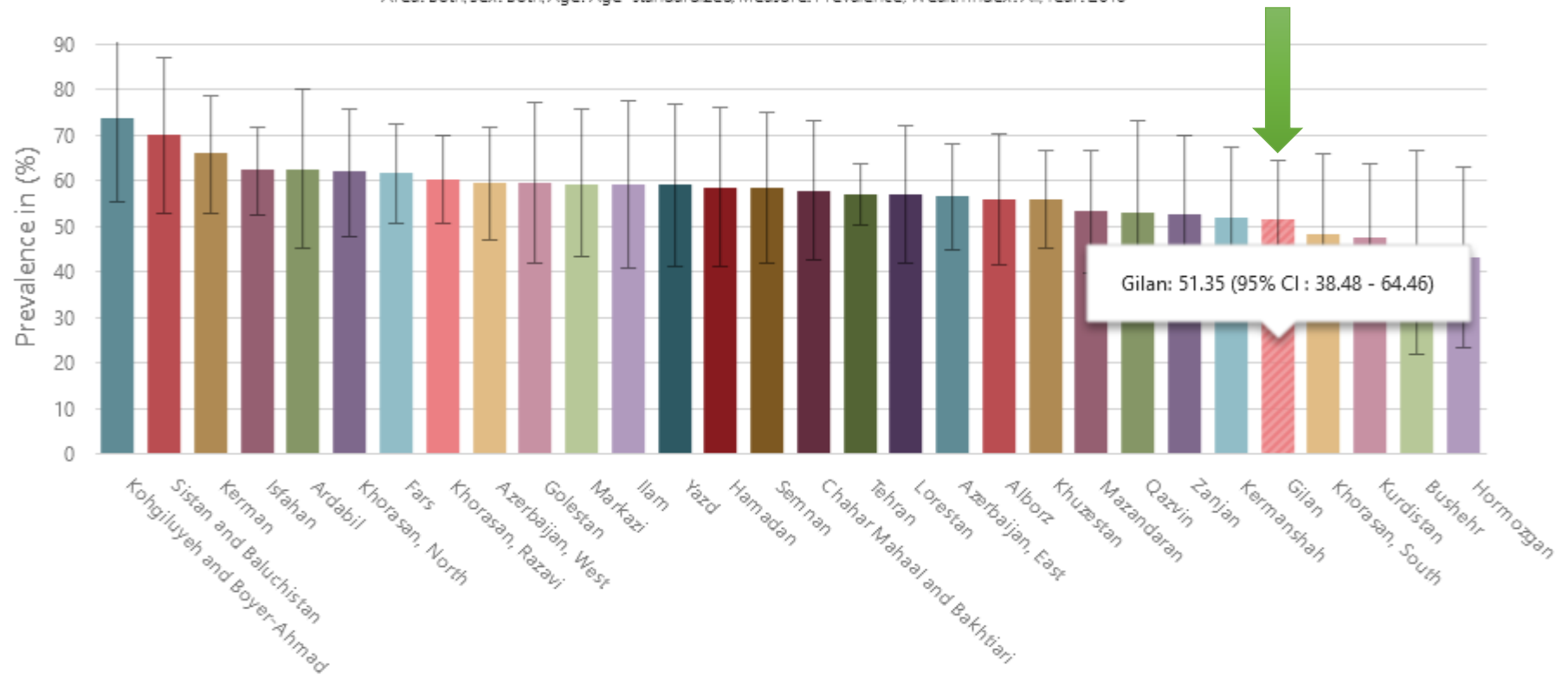
درصد آگاهی از فشار خون بالا



- نمودار شماره ۴: درصد آگاهی از فشار خون بالا در کشور و گیلان در STEPs سال ۱۴۰۰

Distribution of Hypertension awareness

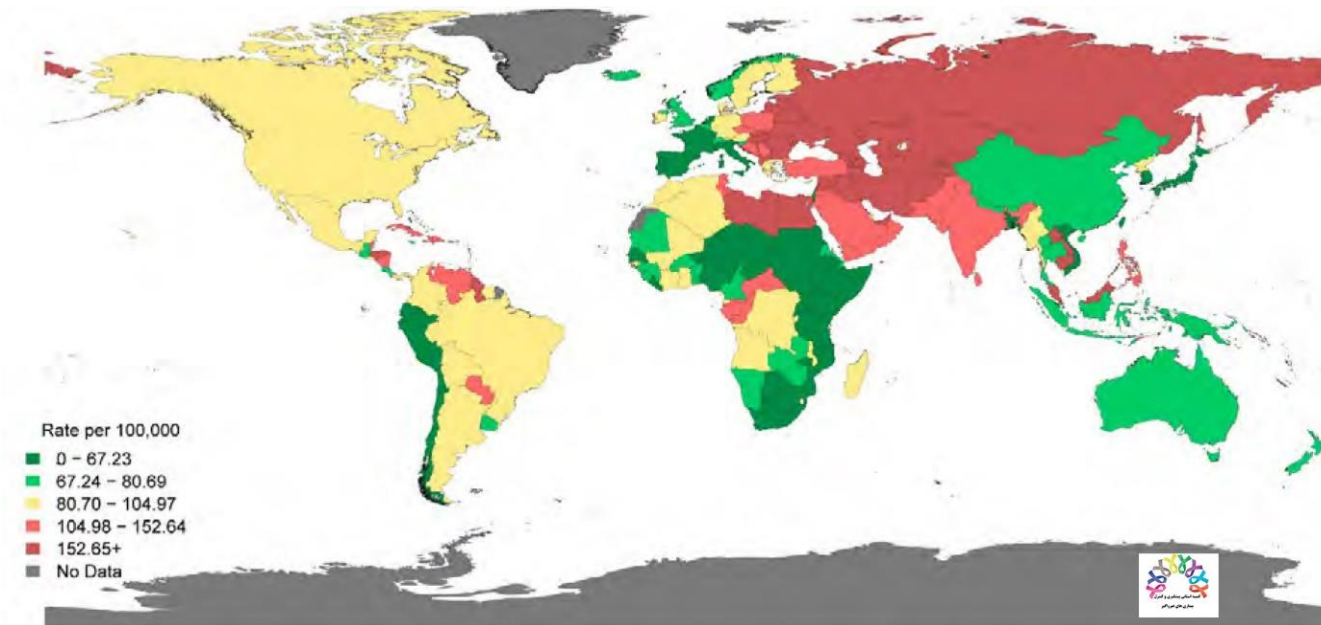
Area: Both, Sex: Both, Age: Age standardized, Measure: Prevalence, Wealth Index: All, Year: 2016



- نمودار شماره ۵: درصد آگاهی از فشار خون بالا در کشور و گیلان در STEPS سال ۱۳۹۵

- ۱- تغذیه و سبک زندگی ناسالم
- ۲- کم تحرکی و کمبود امکانات ورزشی
- ۳- مصرف بی رویه نمک
- ۴- عدم آموزش افراد در معرض خطر و خود مراقبتی
- ۵- ضعف غربالگری فشار خون بخصوص در شهرهای بزرگ
- ۶- مراقبت ناقص از بیماران مبتلا به فشار خون بالا و پیش فشار خون بالا
- ۷- پیگیری ضعیف بیماران مبتلا به فشار خون بالا و افراد مبتلا به پیش فشار خون بالا
- ۸- آموزش ناکافی پرسنل بهداشتی درمانی
- ۹- کاهش خدمات درمانی موثر

شکل شماره ۲ میزان مرگ ومیر در صد هزار نفر جمعیت را بر اثر بیماری ایسکمیک قلب در سال ۲۰۱۰ در جهان نشان می دهد. در این شکل طیف سبز نشان دهنده میزان مرگ ومیر کمتر و طیف قرمز مرگ ومیر بیشتر در اثر این بیماری را در جهان نشان می دهد. با توجه به شواهد موجود شاید بتوان الگویی منطقه ای برای مرگ ومیر در اثر بیماری ایسکمیک قلب در جهان متصور شد، بدین صورت که قاره آفریقا دارای کمترین میزان، آمریکا دارای نرخ متوسط و کشورهای اروپایی دارای بیشترین نرخ مرگ ومیر در اثر این بیماری در جهان هستند.



- شکل شماره ۲: نرخ مرگ و میر در ۱۰۰ هزار نفر جمعیت در اثر بیماری ایسکمیک قلبی در سال ۲۰۱۰ در جهان

شکل شماره ۳ میزان مرگ ناشی از بیماری ایسکمیک قلبی در سال ۲۰۱۶ در صدهزار نفر جمعیت در استان های مختلف کشور را نشان می دهد در این شکل استان های تیره تر میزان مرگ بیشتری را دارند، میزان مرگ ناشی از بیماری های ایسکمیک قلبی در سال ۲۰۱۶ به ازای صدهزار نفر جمعیت در کشور ۹۱.۶۲ و این میزان در گیلان ۱۵۶.۴۱ می باشد.

Provincial distribution of death due to ischemic heart disease

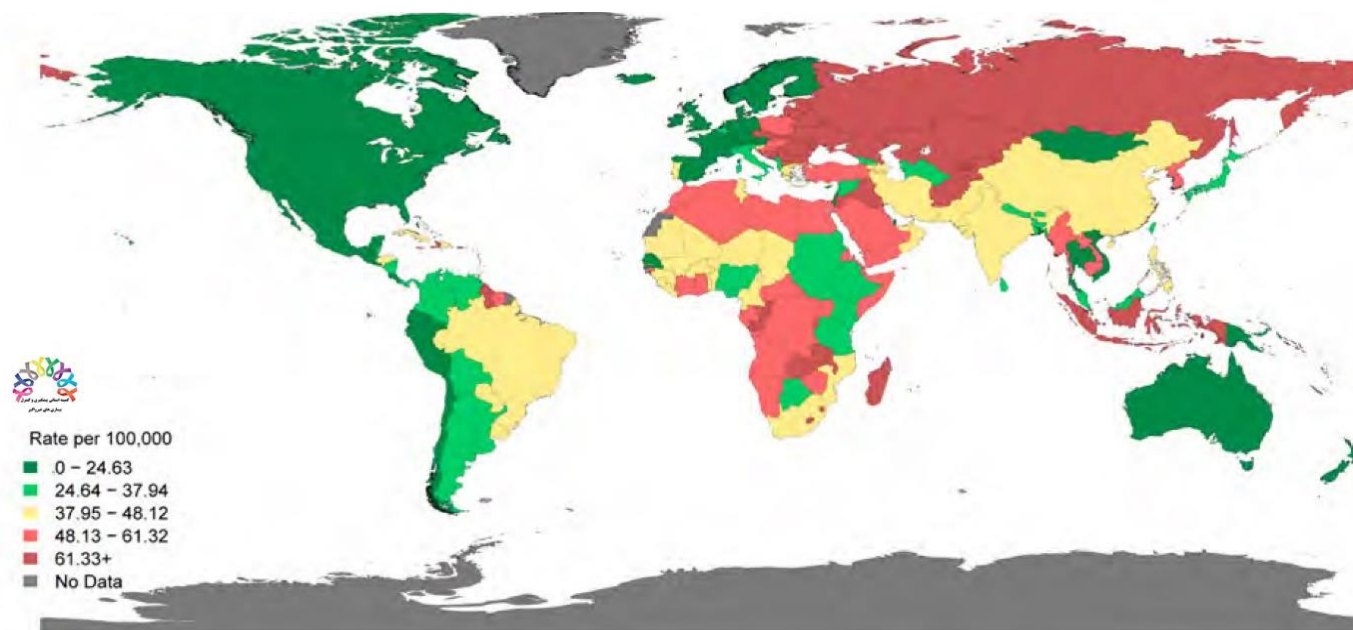
Measure: Deaths per 100,000, Age: All ages, Year: 2015, Sex: Both



- شکل شماره ۳: توزیع مرگ ناشی از بیماری ایسکمیک قلبی به ازای ۱۰۰ هزار نفر جمعیت در مطالعه STEPS سال ۲۰۱۶ در استان های کشور و استان

در شکل شماره ۴ میزان مرگ و میر در اثر سکته مغزی در صدهزار نفر جمعیت در سال ۲۰۱۰ در کشورهای جهان نشان داده شده است. طیف رنگ سبز کمترین میزان مرگ و میر و طیف رنگ قرمز بیشترین میزان آن را در اثر سکته مغزی در جهان نشان می دهد. بر این اساس میزان مرگ و میر در اثر سکته

مغزی در آمریکای شمالی، اروپای غربی و استرالیا کمتر از سایر کشورهاست. این در حالیست که کشورهای اروپای شرقی و مرکزی بیشترین میزان مرگ و میر در اثر این بیماری را به خود اختصاص می دهند.

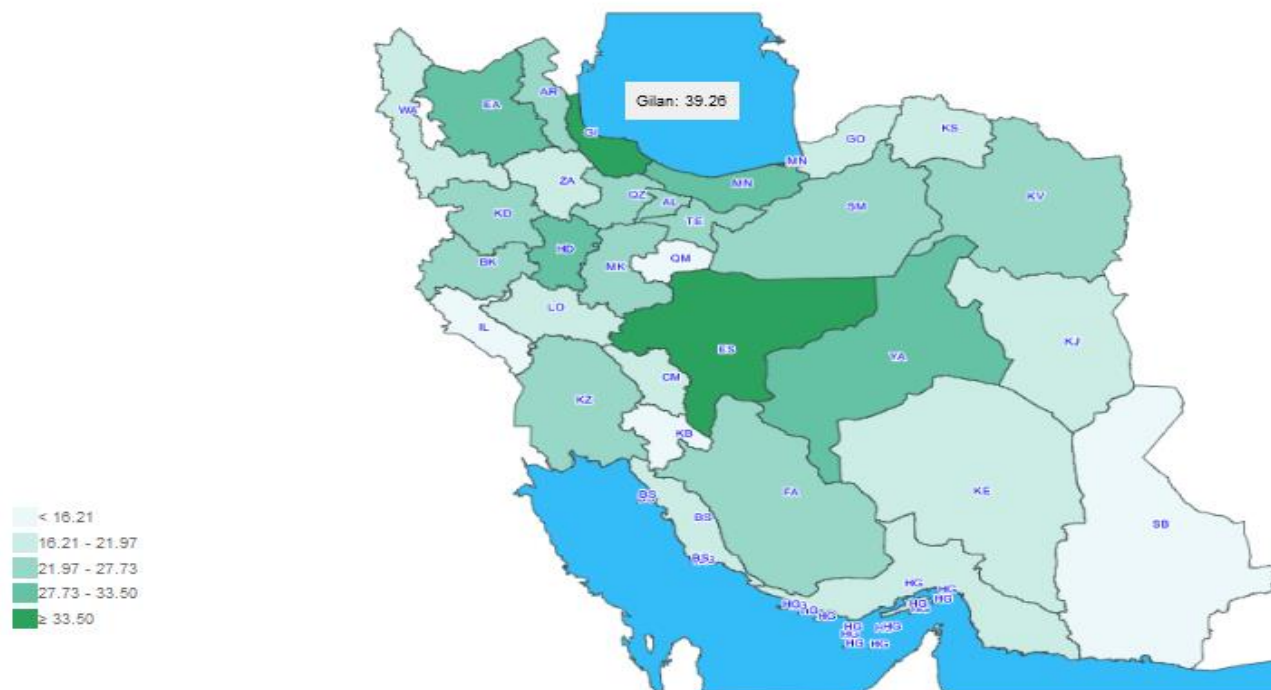


- شکل شماره ۴: نرخ مرگ و میر در ۱۰۰ هزار نفر جمعیت در اثر سکته مغزی در سال ۲۰۱۰ در جهان

مطابق شکل شماره ۵ میزان مرگ ناشی از سکته مغزی ایسکمیک به ازای هر صد هزار نفر جمعیت در ایران ۲۴.۲۸ و در استان گیلان ۳۹.۲۶ در صد هزار نفر جمعیت می باشد. بیشترین میزان مرگ ناشی از سکته مغزی در استان گیلان با ۳۹.۲۶ و کمترین این میزان در استان سیستان و بلوچستان با ۱۰.۴۴ در صد هزار نفر جمعیت می باشد.

Provincial distribution of death due to ischemic stroke

Measure: Deaths per 100,000, Age: All ages, Year: 2015, Sex: Both



- شکل شماره ۵: توزیع مرگ ناشی از سکته مغزی ایسکمیک به ازای صد هزار نفر جمعیت در مطالعه STEPS سال ۲۰۱۵ در استان های کشور و گیلان

مطابق شکل شماره ۶ میزان مرگ ناشی از بیماری های قلبی و عروقی در سال ۲۰۱۵ به ازای صد هزار نفر جمعیت در ایران ۱۷۰.۱۶ می باشد و این میزان در استان گیلان ۲۶۶.۰۲ در صد هزار نفر جمعیت می باشد. استان های گیلان با ۲۶۶.۰۲ بیشترین و سیستان بلوچستان با ۸۷.۸۳ کمترین میزان مرگ و میر ناشی از بیماری های قلبی و عروقی را در به ازای صد هزار جمعیت دارند.

Provincial distribution of death due to cardiovascular diseases
 Measure: Deaths per 100,000, Age: All ages, Year:2015, Sex: Both



شکل شماره ۶: توزیع مرگ ناشی از بیماری های قلبی و عروقی به ازای ۱۰۰ هزار نفر جمعیت در مطالعه STEPS سال ۲۰۱۵ در استان های کشور و گیلان

جدول شماره ۳ مقایسه مرگ و میر ناشی از سکته مغزی سالهای ۹۸-۱۳۹۶ بر اساس گزارش سیمای مرگ کشور و استان گیلان به شرح ذیل می باشد که این میزان در کشور و استان گیلان تقریباً برابر و رتبه آن ۲ می باشد.

۱۳۹۸		۱۳۹۷		۱۳۹۶		سال
کشور	گیلان	کشور	گیلان	کشور	گیلان	
۳۴۹۵۹	۱۷۲۴	۳۴۲۲۰	۱۶۲۴	۳۵۲۴۳	۱۷۳۵	تعداد مرگ و میر
۴۲/۰۸	۶۷/۳۲	۴۱/۶۹	۶۳/۶۱	۴۳/۴۷	۶۸/۳۴	میزان مرگ در ۱۰۰ هزار نفر جمعیت
۹/۲۵	۹/۹۵	۹/۶۸	۱۰/۹۱	۱۰/۰۹	۱۱/۹۲	درصد از کل مرگ
۲	۳	۲	۲	۲	۲	رتبه علت مرگ

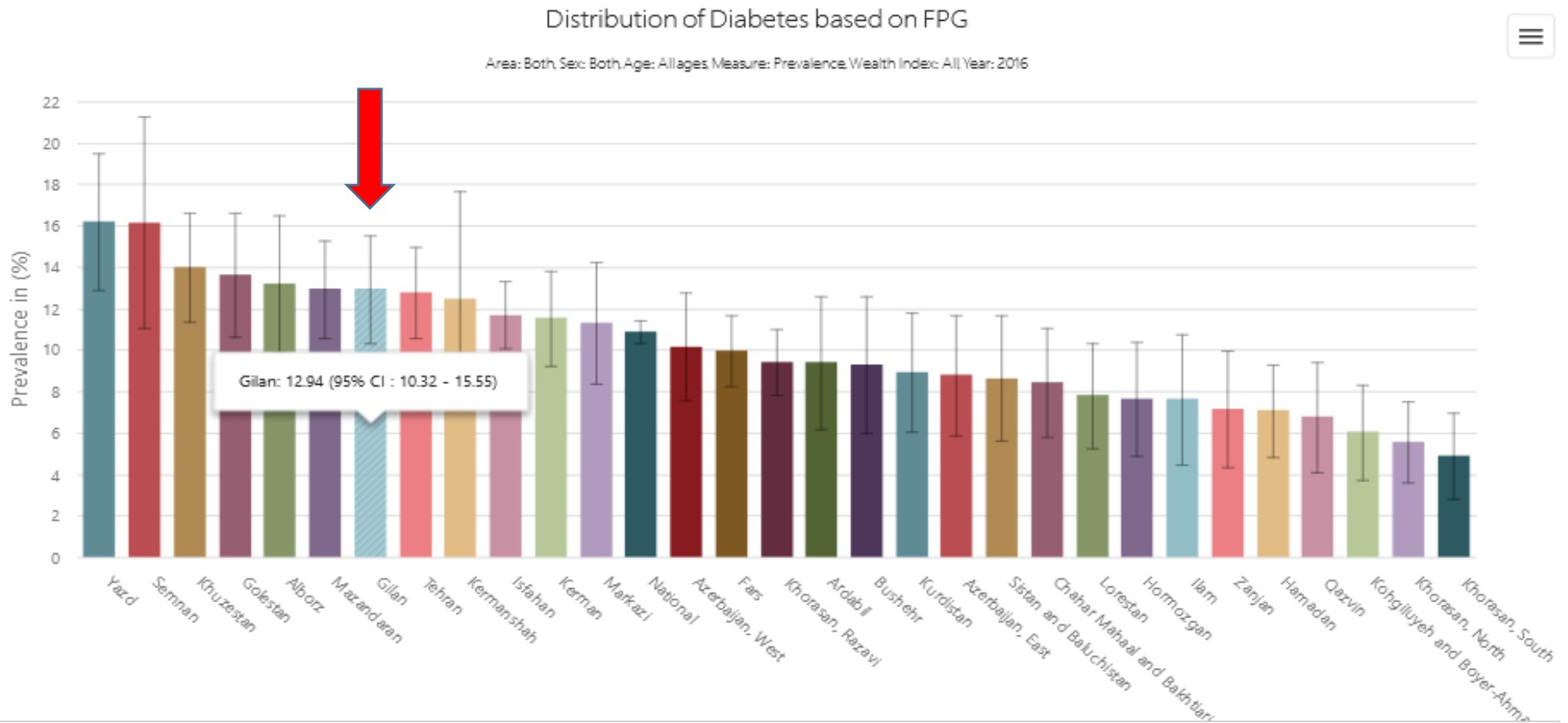
- جدول شماره ۳: اطلاعات مقایسه ای مرگ و میر ناشی از سکنه مغزی سالهای ۹۸-۱۳۹۶ (گزارش سیمای مرگ کشور)

دیابت

دیابت نوع دو ۹۰ درصد افراد مبتلا به دیابت در جهان را شامل می شود و عموماً در نتیجه افزایش وزن بدن و عدم تحرک بدنی رخ می دهد. دیابت موجب افزایش خطر ابتلا به بیماری قلبی و سکنه 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.

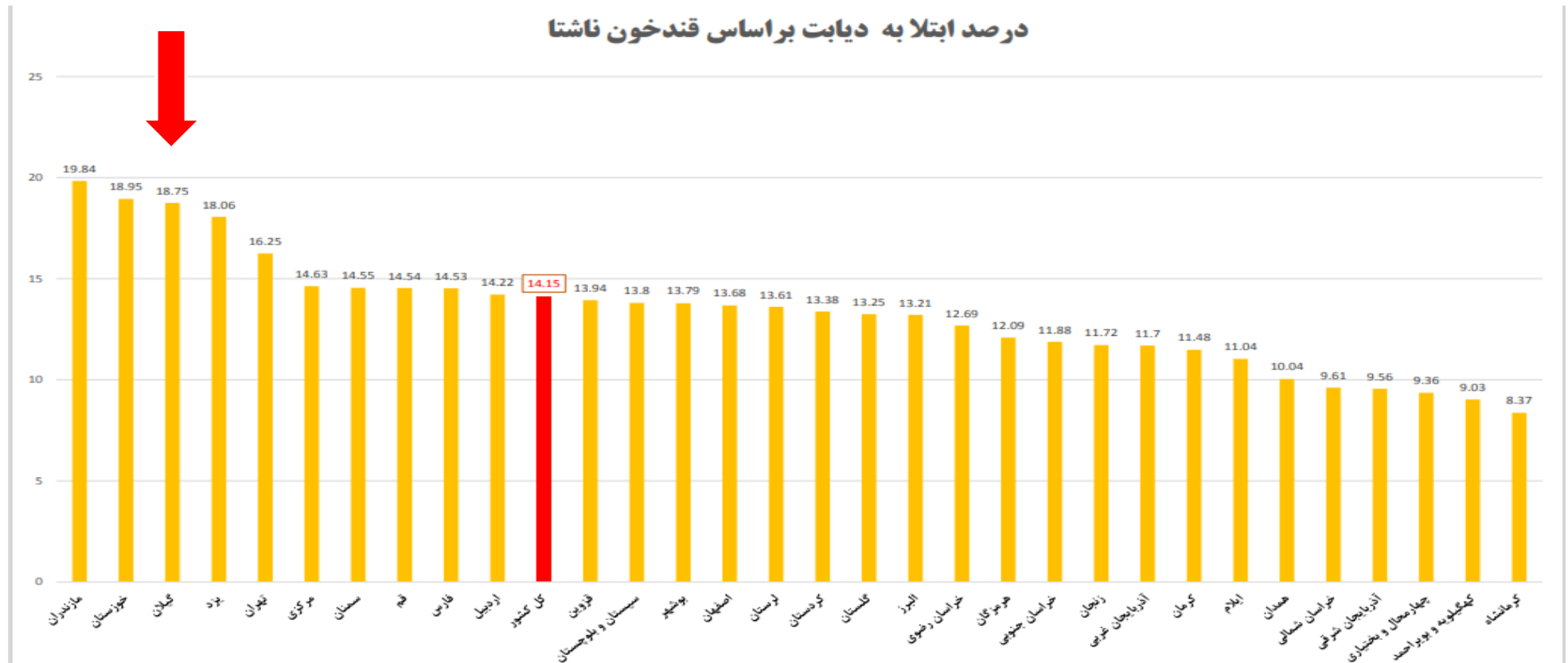
براساس میزان مرگ و DALY به واسطه بیماری دیابت، بیشترین مقدار در بین مناطق مورد بررسی مربوط به کشور عراق است. به طور کلی میزان مرگ و DALY در جهان روند صعودی داشته، که این روند در کشورهای عراق، پاکستان و آمریکا نیز مشهود است. این در حالی است که روند در کشور مصر براساس هر دو میزان به صورت نزولی است. به علاوه کشورهای ایران و ترکیه براساس هر دو میزان در ابتدا روند صعودی داشته و پس از آن روند نزولی پیدا کرده اند.

برطبق پیمایش ملی (STEPS) سال ۱۳۹۵ که در سطح کشور انجام شد ۱۲.۹۴٪ مردم استان گیلان (همه سنین مورد مطالعه)، بیماری دیابت دارند که این میزان در کل کشور ۱۰.۸۵ درصد می باشد که این میزان از میانگین کشوری بالاتر می باشد (نمودار شماره ۶).



- نمودار شماره ۶: درصد ابتلا به دیابت در STEPs سال ۱۳۹۵ در کشور و استان

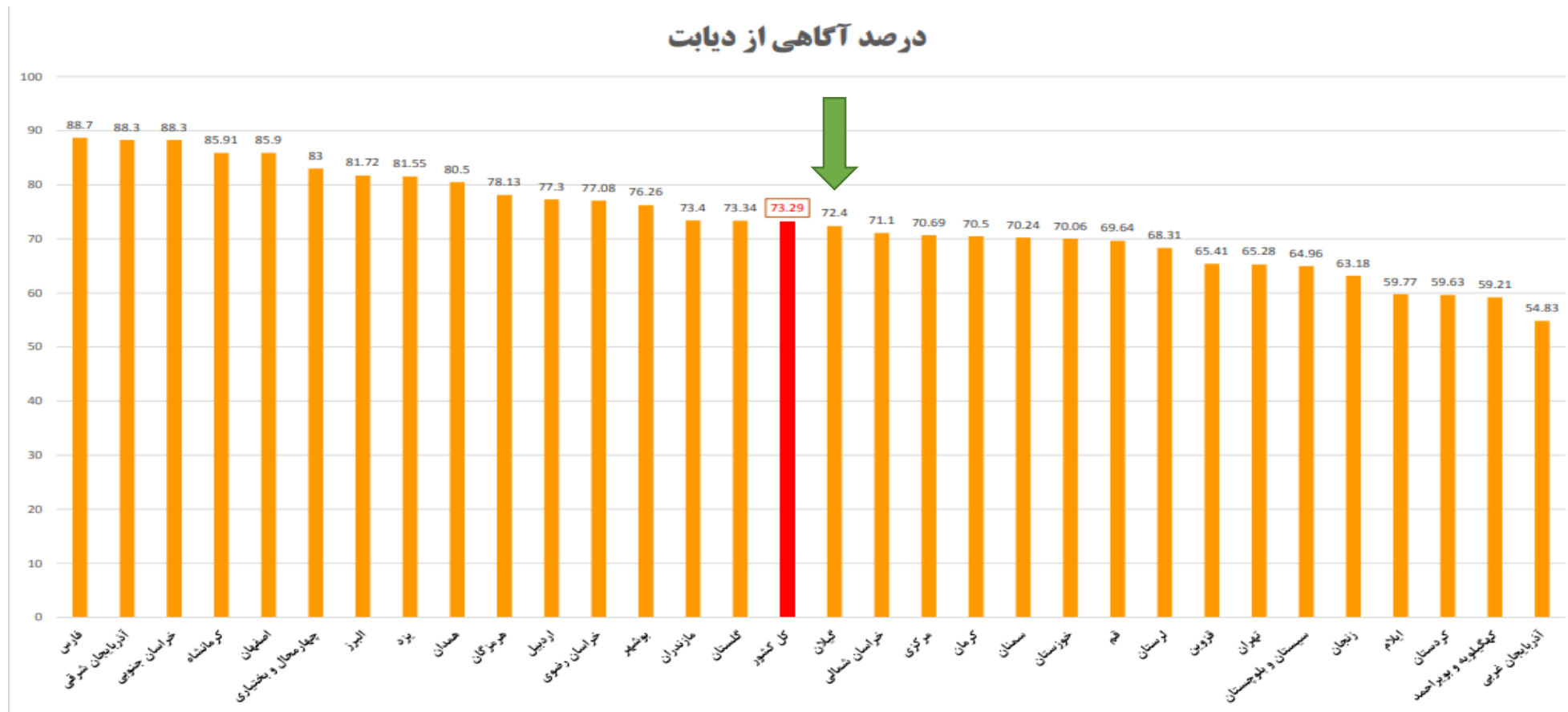
در مطالعه STEPs سال ۲۰۲۰ شیوع دیابت در کشور روند افزایشی داشته است و این روند افزایشی در استان گیلان چشمگیر بوده است. استان گیلان از نظر قند خون بالا ناشتا با شیوع ۱۸.۷۵٪ بعد از مازندران و خوزستان در رتبه سوم کشوری و همچنین از نظر درصد پیش دیابت براساس قند خون ناشتا، استان گیلان با شیوع ۳۴.۴۷٪ در پیمایش ۱۴۰۰ در رتبه اول کشوری قرار دارد.



- نمودار شماره ۷: درصد ابتلا به دیابت در مطالعه STEPs سال ۲۰۲۰ در کشور و استان

سند پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط در استان گیلان

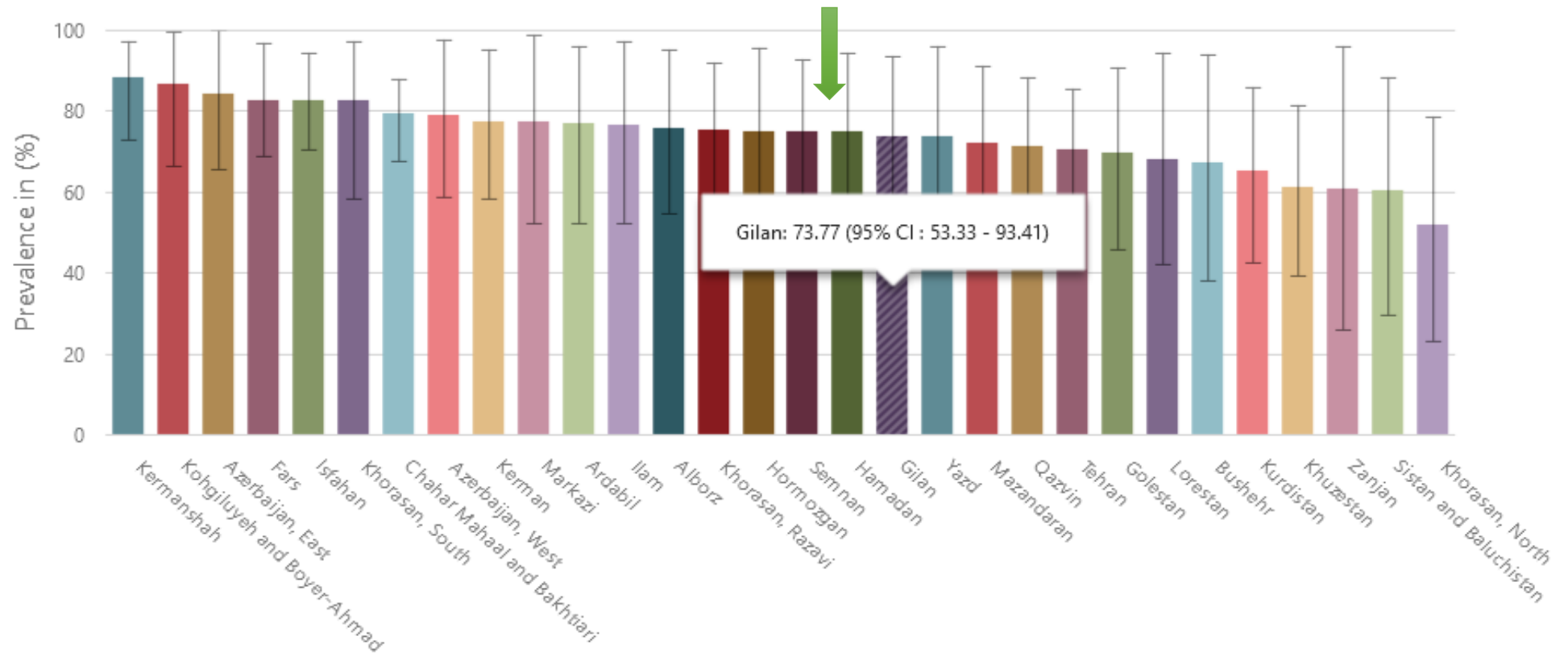
در مطالعه STEPs ۱۴۰۰ درصد آگاهی از بیماری دیابت در کشور روند افزایشی داشته است و از ۵۶.۸۶٪ در STEPs سال ۱۳۹۵ به ۶۱.۴۷٪ رسیده است، و این روند افزایشی در استان گیلان نیز مشاهده شده بدین صورت که از ۵۱.۶۳٪ به ۷۲.۴٪ افزایش یافته است (نمودار شماره ۸ و ۹).



- نمودار شماره ۸: نمودار وضعیت مبتلایان به دیابت از نظر آگاهی نسبت به بیماری خود در کشور و استان گیلان در مطالعه STEPs سال ۲۰۲۰

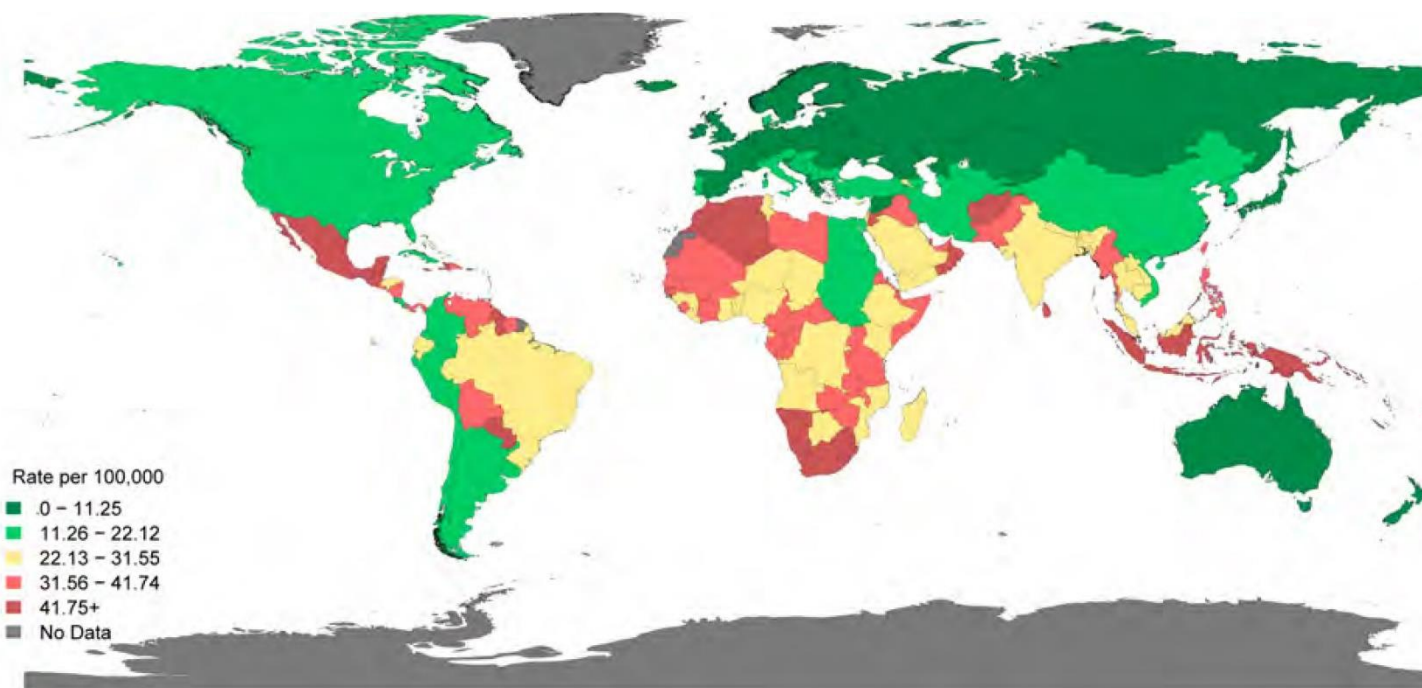
Distribution of Diabetes awareness

Area: Both, Sex: Both, Age: Age standardized, Measure: Prevalence, Wealth Index: All, Year: 2016



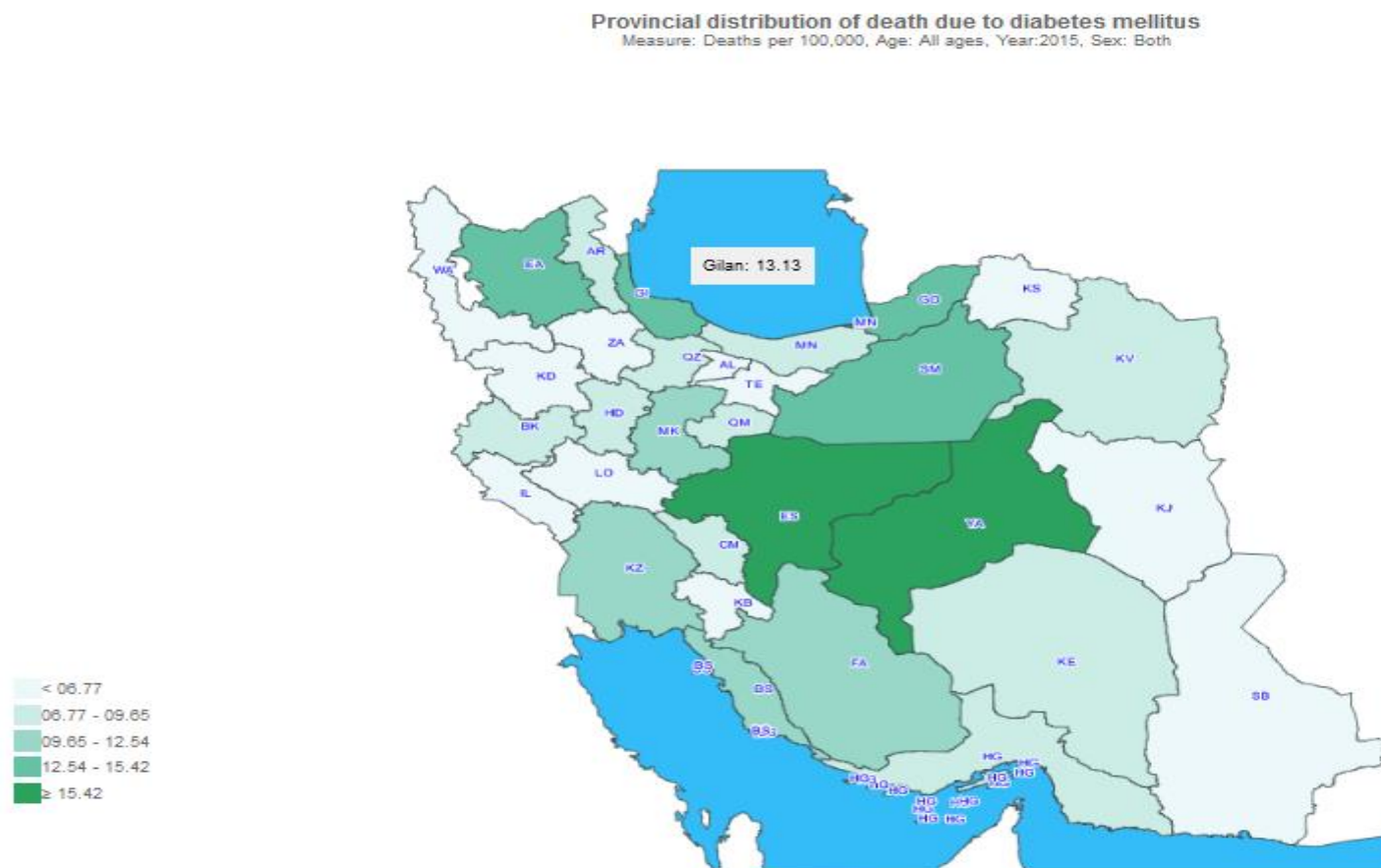
- نمودار شماره ۹: نمودار وضعیت مبتلایان به دیابت از نظر آگاهی نسبت به بیماری خود در کشور و استان گیلان در مطالعه STEPS سال ۲۰۱۶

شکل شماره ۷ نرخ مرگ و میر در اثر دیابت به ازای ۱۰۰ هزار نفر جمعیت را در سال ۲۰۱۰ میلادی کشورهای مختلف دنیا نشان می دهد. در این تصویر کشورهای با طیف رنگی سبز کمترین میزان مرگ و میر در اثر دیابت را در دنیا دارا هستند. کشورهای با رنگ زرد در حد متوسط و کشورهای با طیف رنگی قرمز دارای بیشترین مرگ و میر در اثر این بیماری در دنیا هستند. شایان ذکر است که آمار و ارقام یاد شده نتایج حاصل از مطالعه بار جهانی بیماریها است که در سال ۲۰۱۳ میلادی منتشر شده و به عنوان منبعی قابل اعتبار در این گزارش مورد استناد قرار گرفته است. بر اساس شکل زیر چنین به نظر می رسد که میزان مرگ و میر در اثر دیابت در جهان الگویی وابسته به سطح درآمد کشورها را دنبال می کند.



- شکل شماره ۷: نرخ مرگ و میر در ۱۰۰ هزار نفر جمعیت در اثر دیابت در سال ۲۰۱۰ در جهان

میزان مرگ ناشی از دیابت به ازای صد هزار نفر جمعیت در سال ۲۰۱۵ در ایران ۹.۰۴ بوده است و میزان مرگ ناشی از دیابت در همین سال در استان گیلان ۱۳.۱۳ می باشد (شکل شماره ۸).



- شکل شماره ۸: توزیع مرگ ناشی از دیابت به ازای ۱۰۰ هزار نفر جمعیت در مطالعه STEPS سال ۲۰۱۵ در استان های کشور و گیلان

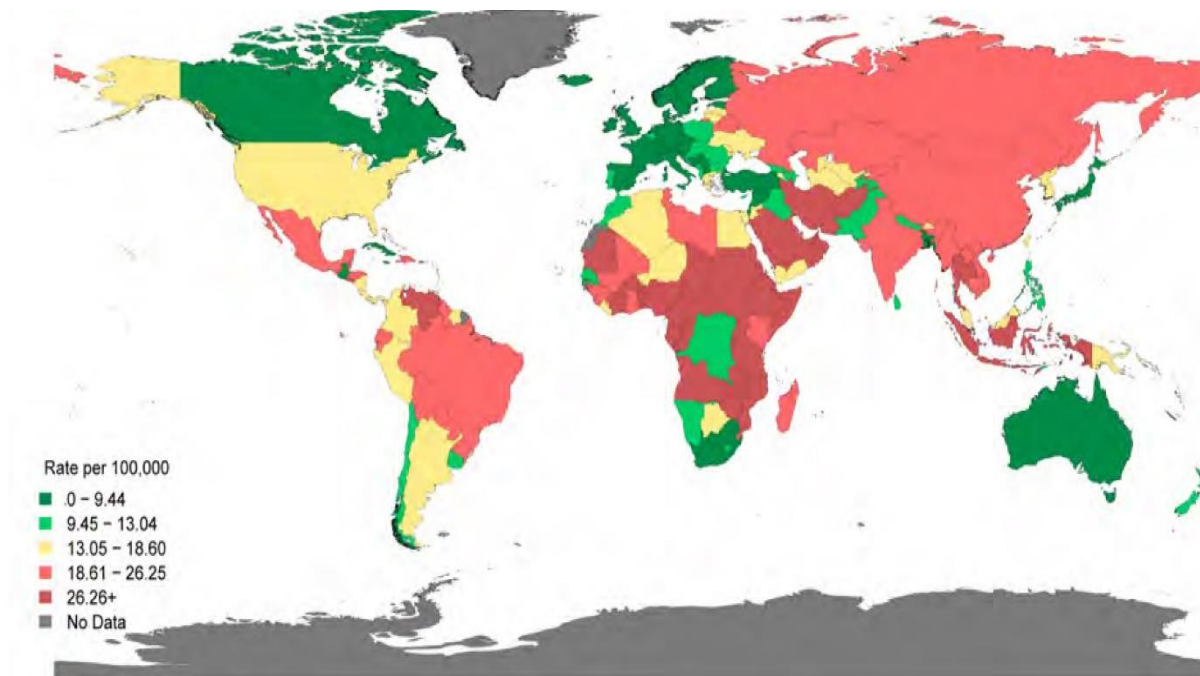
داده‌های نظام ثبت و طبقه‌بندی علل مرگ در سالهای ۱۳۹۶ تا ۱۳۹۸ نشان می‌دهد که میزان مرگ و میر ناشی از دیابت هم در کشور و هم در استان سیر نزولی داشته، با این حال همچنان رتبه چهارم بیشترین علت مرگ و میر را به خود اختصاص داده است (جدول شماره ۴).

سال		۱۳۹۶		۱۳۹۷		۱۳۹۸	
		گیلان	کشور	گیلان	کشور	گیلان	کشور
تعداد مرگ و میر		۸۶۹	۱۸۷۰۴	۱۰۱۴	۱۸۴۷۵	۱۰۶۳	۱۸۴۲۱
میزان مرگ در ۱۰۰ هزار نفر جمعیت		۳۵/۰۴	۲۳/۰۷	۳۹/۴۴	۲۲/۵۱	۴۱/۳۳	۲۲/۱۷
درصد از کل مرگ		۵/۱۴۰۰	۵/۳۵	۶/۸۱	۵/۲۲	۶/۱۴	۴/۸۷
رتبه علت مرگ		۴	۴	۴	۴	۴	۴

- جدول شماره ۴: اطلاعات مقایسه‌ای مرگ و میر ناشی از دیابت سالهای ۹۸-۱۳۹۶ (گزارش سیمای مرگ کشور)

سوانح و حوادث

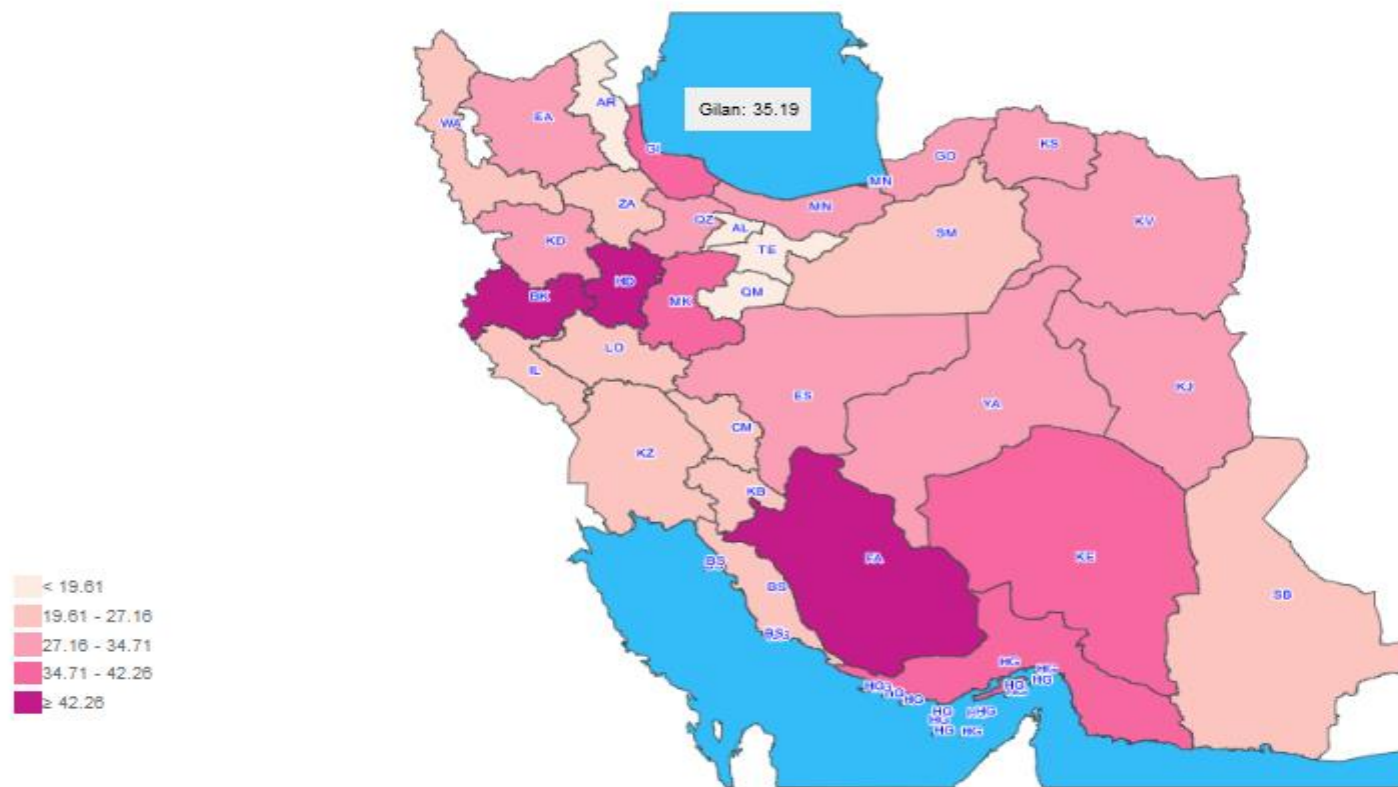
میزان مرگ و میر بر اثر سوانح جاده‌ای در کشورهای مختلف دنیا به ازای صد هزار نفر جمعیت در سال ۲۰۱۰ در شکل شماره ۹ نشان داده شده است. بر این اساس بیشترین میزان مرگ و میر ناشی از حوادث جاده‌ای مربوط به قاره آفریقا می‌باشد و کشورهای آمریکای جنوبی، روسیه و کشورهای شرق آسیا در رتبه بعدی هستند، کشورهای غرب اروپا، کانادا و استرالیا کمترین میزان مرگ ناشی از حوادث جاده‌ای را دارند.



- شکل شماره ۹: میزان مرگ ناشی از حوادث ترافیکی به ازای ۱۰۰ هزار نفر جمعیت در کشورهای مختلف دنیا در سال ۲۰۱۰

در سال ۲۰۱۵ میزان مرگ ناشی از حوادث جاده ای به ازای ۱۰۰ هزار نفر جمعیت در کشور ایران ۲۹.۱۱ می باشد و این مقدار در استان گیلان ۳۵.۱۹ در صد هزار نفر جمعیت می باشد، استان گیلان بعد از استان های فارس، همدان و کرمانشاه بیشترین مرگ های ناشی از حوادث ترافیکی را در کشور دارد و کمترین میزان مرگ ناشی از حوادث ترافیکی در سال ۲۰۱۵ مربوط به استان قم بوده است (شکل شماره ۱۰).

Provincial distribution of death due to transport injuries
 Measure: Deaths per 100,000, Age: All ages, Year:2015, Sex: Both



- شکل شماره ۱۰: میزان مرگ ناشی از حوادث ترافیکی به ازای ۱۰۰ هزار نفر جمعیت در استان های کشور و گیلان در مطالعه STEPS سال ۲۰۱۵

۱۳۹۸		۱۳۹۷		۱۳۹۶		سال
کشور	گیلان	کشور	گیلان	کشور	گیلان	
۱۶۸۹۸	۳۹۹	۱۷۲۱۱	۴۸۲	۱۷۲۰۴	۵۰۷	تعداد مرگ و میر
۲۰/۳۴	۱۴/۹۱	۲۰/۱۴۰۰	۱۸/۷۶	۲۱/۲۲	۱۹/۷۸	میزان مرگ در ۱۰۰ هزار نفر جمعیت
۴/۴۷	۲/۳۰	۴/۸۷	۳/۲۴	۴/۹۳	۳/۴۸	درصد از کل مرگ
۵	۱۲	۵	۶	۵	۶	رتبه علت مرگ

- جدول شماره ۵: اطلاعات مقایسه ای مرگ و میر ناشی از حوادث ترافیکی سالهای ۹۸-۱۳۹۶ (گزارش سیمای مرگ کشور)

سرطان

سرطان ها از جمله عوامل اصلی بیماری ها و مرگ و میر در جهان هستند و در سال ۲۰۱۲، حدود ۱۴ میلیون مورد جدید و ۸.۲ میلیون مرگ ناشی از سرطان گزارش شده است. انتظار می رود 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 بوده اند از ریه، پروستات، کولورکتال، معده و کبد و پنج مورد از شایعترین سرطان ها در بین زنان را پستان، کولورکتال، ریه، دهانه رحم و معده تشکیل می دادند. حدود یک سوم از مرگهای ناشی از سرطان در اثر ۵ مشکل رفتاری رخ می دهند:

شاخص توده بدنی بالا، مصرف کم میوه و سبزیجات، عدم فعالیت بدنی، مصرف سیگار و مصرف الکل.

مصرف سیگار، مهمترین عامل خطرزای سرطان محسوب می شود و حدود ۲۰ درصد از مرگهای ناشی از سرطان در سرتاسر جهان به دلیل مصرف آن رخ می دهد. حدود ۷۰ درصد مرگهای ناشی از سرطان ریه نیز به دلیل مصرف سیگار است. عفونتهای ویروسی ایجاد کننده سرطان همانند^۵ HBV،^۶ HCV و^۷ HPV

^۵ Hepatitis B virus (ویروس هپاتیت B)

^۶ Hepatitis C virus (ویروس هپاتیت C)

^۷ Human Papillomavirus (ویروس پاپیلوماوی انسانی)

مسئول حدود ۲۰ درصد مرگهای ناشی از سرطان در کشورهای با درآمد کم متوسط هستند و بیش از ۶۰ درصد موارد جدید سرطان در هر سال، در آفریقا، آسیا، آمریکای مرکزی و جنوبی رخ می دهد. این مناطق، ۷۰ درصد تمامی موارد مرگ ناشی از سرطان را به خود اختصاص می دهند. انتظار می رود که موارد سالانه سرطان از ۱۴ میلیون در سال ۲۰۱۲ به ۲۲ میلیون طی دو دهه آینده برسد. سرطان، یک واژه ژنریک است که به گروه وسیعی از بیماری ها اطلاق می شود که می توانند بر هر بخشی از بدن تاثیر بگذارند. در سال ۲۰۱۲، شایع ترین سرطان هایی که منجر به مرگ شدند، عبارت بودند از:

- سرطان ریه ۱.۵۹ میلیون مرگ
- کبد ۷۴۵ هزار مرگ
- معده ۷۲۳ هزار مرگ
- کولورکتال ۶۹۴ هزار مرگ
- پستان ۵۲۱ هزار مرگ
- مری ۴۰۰ هزار 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 میکروب های خاص

سالمندی نیز یکی دیگر از عوامل بنیادی ایجاد سرطان است. شیوع سرطان به طور چشمگیری با افزایش سن، زیاد می شود. از جمله عوامل خطر جهانی برای ایجاد سرطان می توان استفاده از سیگار، مصرف الکل، تغذیه ناسالم و عدم تحرک بدنی را نام برد. برخی از ویروس ها همانند HBV و HCV و خطر سرطان هایی مانند سرطان دهانه رحم را بالا می برند. 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 زود هنگام 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:

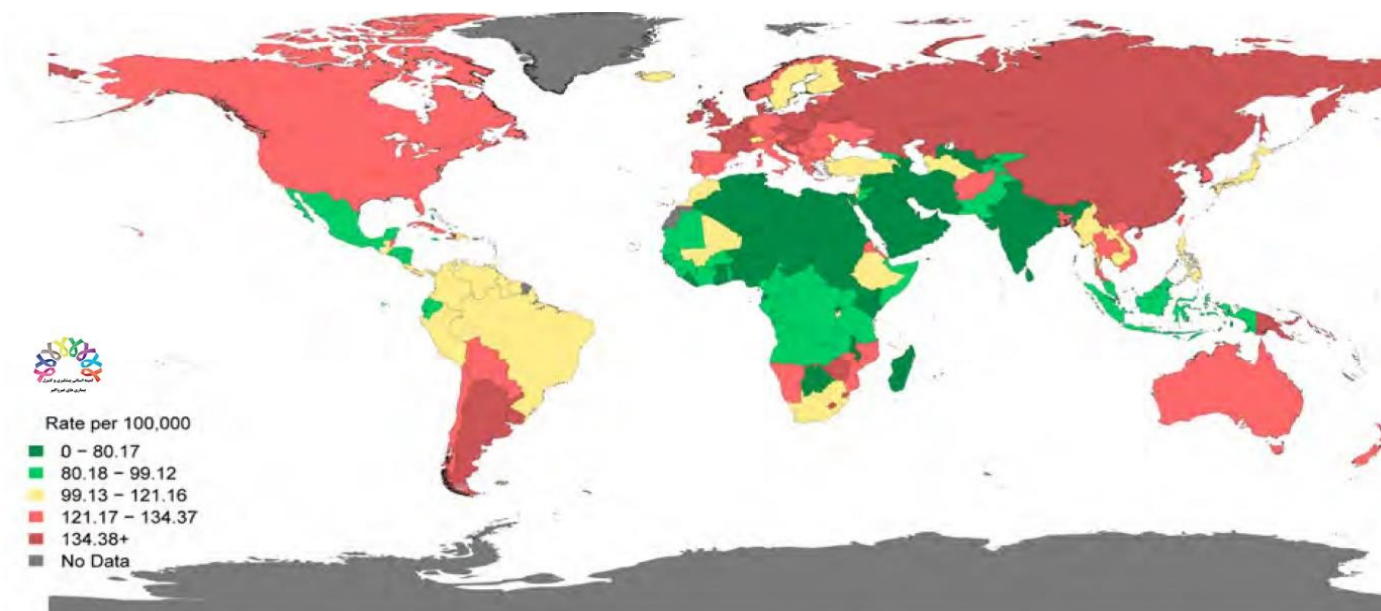
- مصرف سیگار
- اضافه وزن و چاقی
- رژیم غذایی ناسالم و مصرف کم سبزیجات
- عدم فعالیت بدنی
- مصرف الکل
- بعضی انواع HPV
- عفونت HBV
- مواجهه با اشعه های یونیزان و غیره یونیزان
- آلودگی هوا
- دودهای ناشی از احتراق ناقص سوخت های جامد

استعمال دخانیات که مهمترین عامل خطر برای سرطان است و مسئول حدود ۲۰ درصد مرگ های ناشی از سرطان و ۷۰ درصد مرگ های ناشی از سرطان ریه است. مرگ ناشی از سرطان ها در صورت پیشگیری و درمان زودرس کاهش می یابد.

استراتژی های پیشگیری از سرطان عبارتند از:

- پرهیز هر چه بیشتر از عوامل خطر ذکر شده در بالا
- واکسیناسیون بر علیه ویروس پاپیلومای انسانی HPV و HBV
- کنترل خطرات شغلی
- کاهش مواجهه با اشعه های غیر یونیزان نورخورشید UV
- کاهش مواجهه با اشعه های یونیزان (شغلی یا تصویربرداری های تشخیص پزشکی)

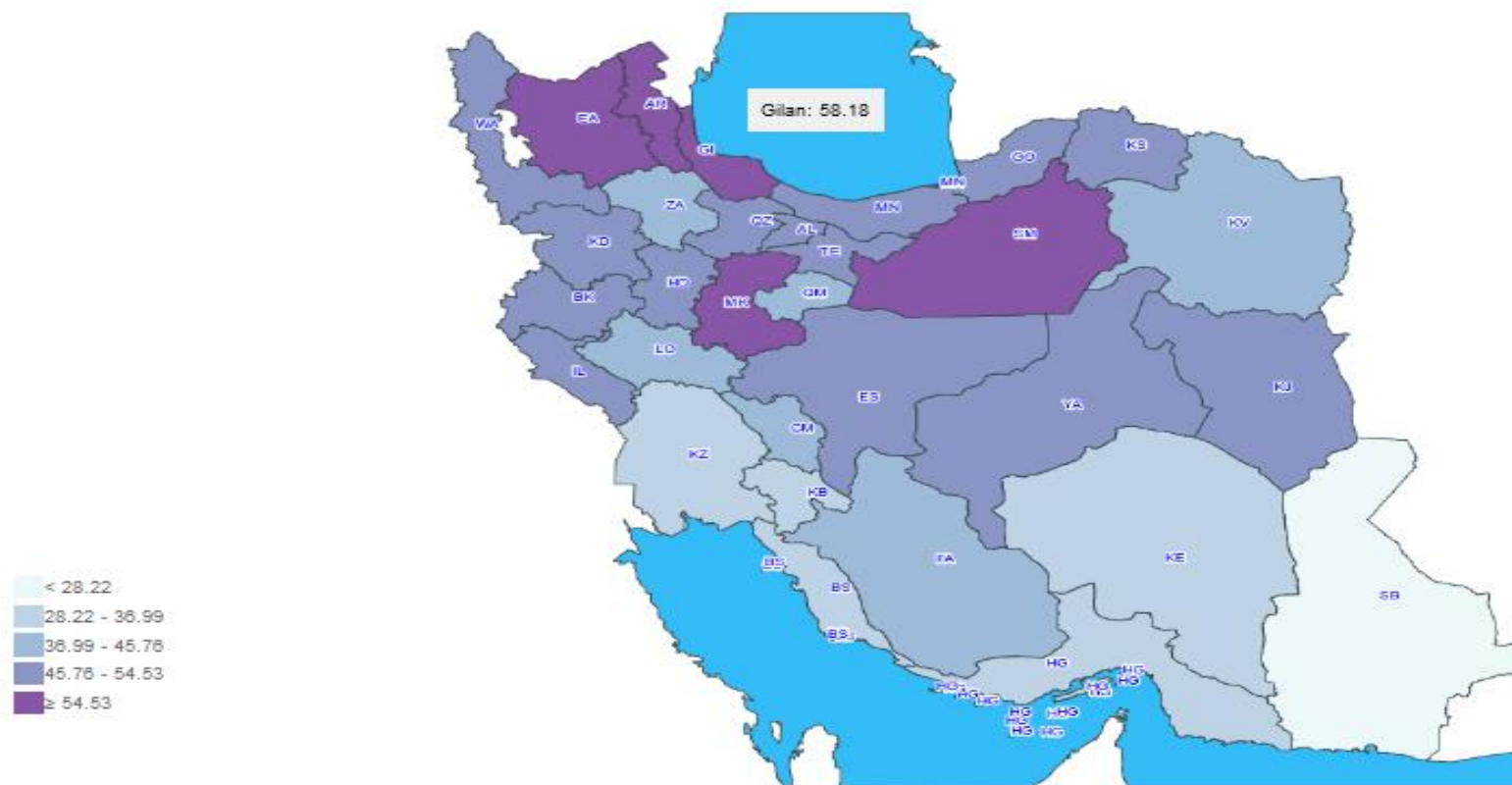
شکل شماره ۱۱ میزان مرگ و میر بر اثر انواع سرطان در ۱۰۰ هزار نفر جمعیت در سال ۲۰۱۰ در جهان را نشان می دهد. در مورد سرطان چنین به نظر می رسد که مرگ و میر ناشی از این بیماری نیز الگویی منطقه ای را دنبال می کند، این بدان معناست که بیشترین نرخ مرگ و میر مربوط به اروپا و آسیای شرقی بوده و آمریکای شمالی و استرالیا در رتبه های بعدی قرار دارند. در این بین کشورهای آفریقایی و خاورمیانه پایین ترین میزان مرگ و میر بر اثر سرطان را در جهان دارند.



- شکل شماره ۱۱: نرخ مرگ و میر بر اثر سرطان در ۱۰۰ هزار نفر جمعیت در سال ۲۰۱۰ در جهان

در کشور ایران میزان مرگ ناشی از انواع سرطان به ازای صد هزار نفر جمعیت در سال ۲۰۱۵ میلادی ۴۵.۴۹ بوده و این میزان در استان گیلان ۵۸.۱۸ می باشد که در کنار استان های سمنان، مرکزی، اردبیل و آذربایجان بیشترین میزان را در بین استان های کشور دارند. بیشترین میزان مرگ ناشی از سرطان ها در کشور در سال ۲۰۱۵ میلادی در استان سمنان با ۶۳.۲۹ در صد هزار نفر جمعیت بوده است (شکل شماره ۱۲).

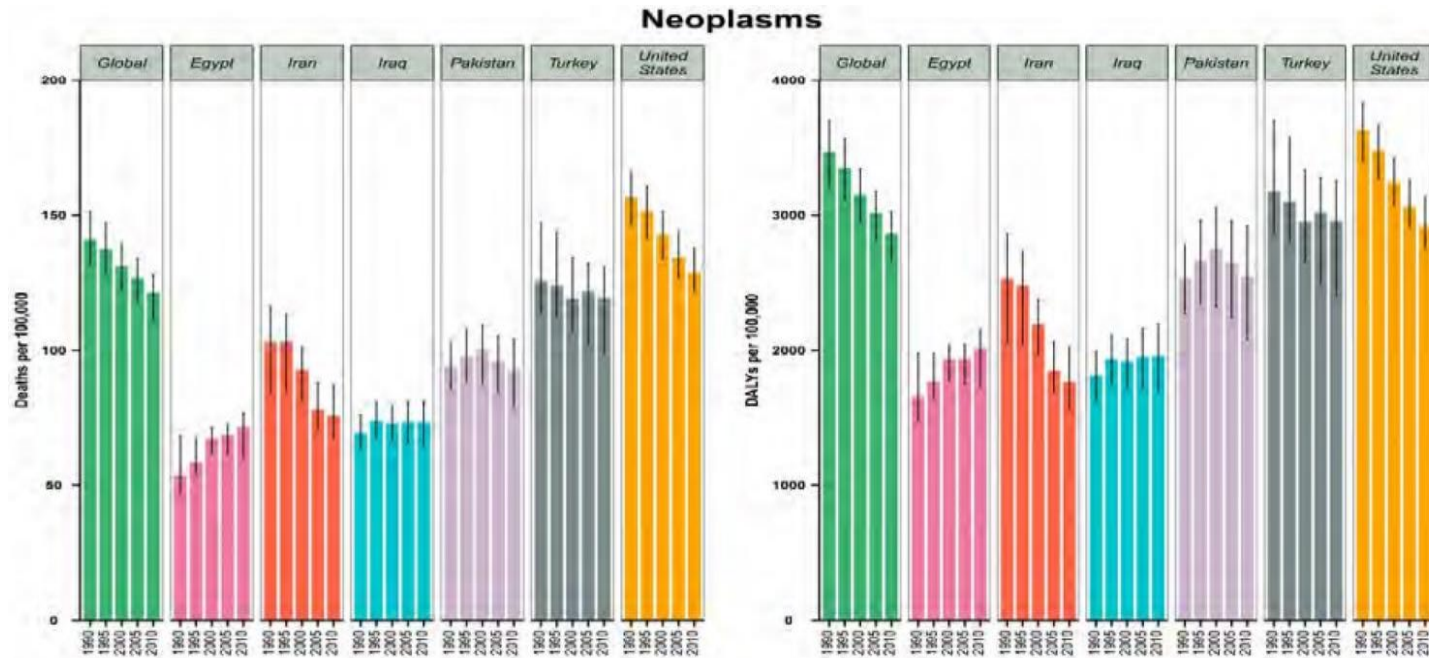
Provincial distribution of death due to neoplasms
Measure: Deaths per 100,000, Age: All ages, Year: 2015, Sex: Both



- شکل شماره ۱۲: نرخ مرگ و میر بر اثر سرطان در ۱۰۰ هزار نفر جمعیت در مطالعه STEPs سال ۲۰۱۵ در کشور و استان گیلان

بر اساس میزان مرگ و DALY به واسطه سرطان ها، بیشترین مقدار در بین مناطق مورد بررسی متعلق به کشور آمریکا است و کمترین میزان مرگ و DALY به ترتیب در کشورهای مصر و عراق مشاهده شده است.

به طور کلی میزان مرگ و DALY سرطان در جهان روند نزولی داشته، که این روند در کشورهای ایران و آمریکا نیز مشهود است. این در حالی است که روند در کشورهای مصر و عراق براساس هر دو میزان به صورت صعودی است. همچنین کشور پاکستان در ابتدا روند صعودی داشته و پس از آن روند نزولی پیدا کرده است و برخلاف آن کشور ترکیه در ابتدا روند نزولی داشته و پس از آن روند صعودی پیدا می کند(شکل شماره ۱۳).



- شکل شماره ۱۳: میزان مرگ و DALY در ۱۰۰ هزار نفر جمعیت براساس سرطان از سال ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰

وضعیت سرطان استان بر اساس گزارش سال ۱۳۹۷ وزارت بهداشت

تعداد موارد جدید سرطان ها در سال ۱۳۹۷ در استان گیلان، ۶۱۰۲ مورد بوده است. از این تعداد ۳۰۳۶ مورد (۵۰٪) از سرطان ها در زنان و ۳۰۶۶ مورد (۵۰٪) از سرطان ها در مردان رخ داده است.

میزان بروز خام و بروز استاندارد شده سنی کل سرطان ها در کل جمعیت استان به ترتیب ۲۳۹/۲۴ و ۱۸۳/۱۵ در ۱۰۰۰۰۰ نفر بود.

میزان بروز خام و بروز استاندارد شده سنی کل سرطان ها در جمعیت مردان استان به ترتیب ۲۳۹/۱۸ و ۱۸۷/۲۴ در ۱۰۰۰۰۰ نفر بود.

میزان بروز خام و بروز استاندارد شده سنی کل سرطان ها در جمعیت زنان استان به ترتیب ۲۳۹/۲۹ و ۱۸۰/۰۴ در ۱۰۰۰۰۰ نفر بود.

شایعترین سرطان ها در کل جمعیت استان شامل پستان، پروستات، کولورکتال، معده و پوست (غیرملانوما) بود.

شایعترین سرطان ها در جمعیت مردان استان شامل معده، پروستات، کولورکتال، مثانه و پوست (غیرملانوما) بود.

شایعترین سرطان ها در جمعیت زنان استان شامل پستان، تیروئید، کولورکتال، پوست (غیرملانوما) و معده بود.

از کل موارد سرطانی ثبت شده، در ۴۸۲۱ مورد (۷۹/۰۱٪)، تشخیص سرطان با روش های میکروسکوپی (MV)[^] (شامل پاتولوژی یا سیتولوژی) تایید شده است. روش تشخیص در ۷۲۰ مورد (۱۱/۸٪) از موارد سرطانی ثبت شده، به صورت صرفا بالینی یا با ارزیابی بالینی بوده است. در ۵۶۱ مورد (۹/۱۹٪) از بیماران ثبت شده، روش تشخیص سرطان صرفا بر اساس گواهی فوت (DCO)[^] بوده است.

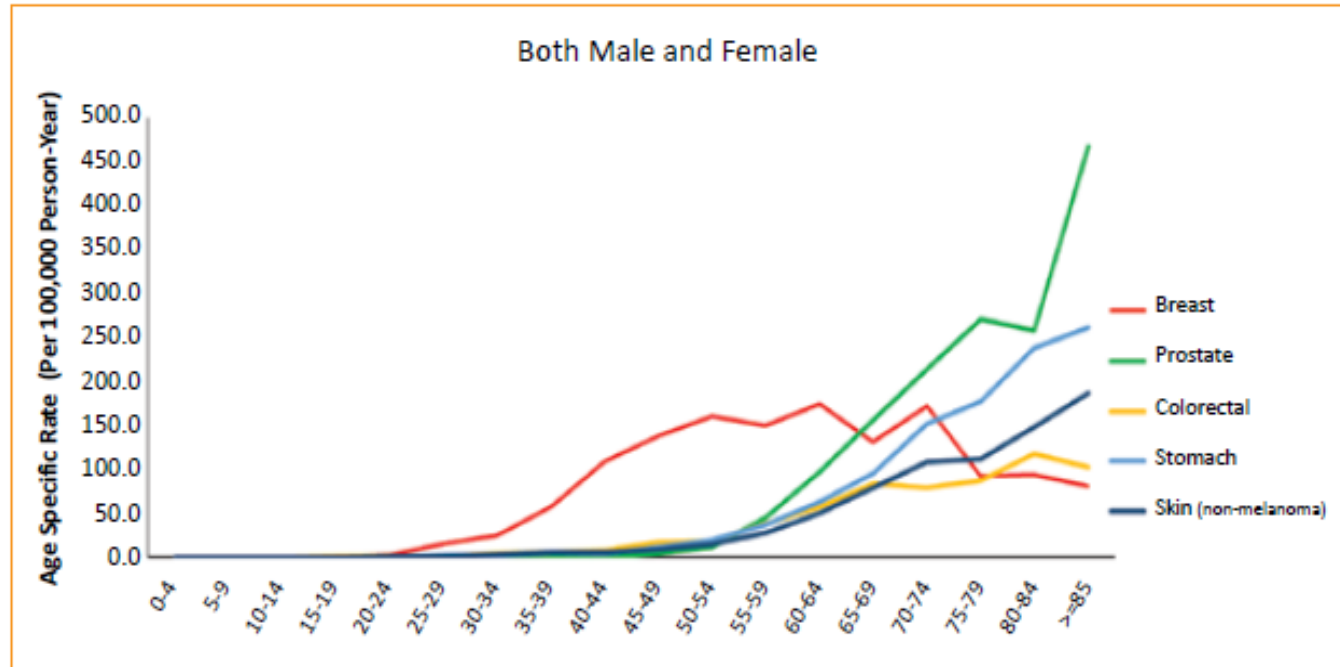
[^] Microscopic verification

[^] Death Certificate only

تعداد، میزان بروز خام و میزان بروز استاندارد شده سنی (ASR) (در ۱۰۰۰۰۰ نفر) ۱۲ سرطان شایع در کل جمعیت استان گیلان- سال ۱۳۹۷				
ردیف	ارگان	تعداد	میزان بروز خام	میزان بروز استاندارد شده سنی (ASR)
۱	پستان	۸۹۵	۶۹.۲۸	۵۱.۴۱
۲	پروستات	۳۷۲	۲۹.۰۲	۲۱.۸۶
۳	کولورکتال	۶۴۱	۲۵.۱۳	۱۸.۷۹
۴	معهده	۵۹۰	۲۳.۱۳	۱۶.۶۹
۵	پوست (غیر ملانوما)	۴۴۶	۱۷.۴۹	۱۲.۸۳
۶	تیروئید	۴۱۴	۱۶.۲۳	۱۲.۴۸
۷	مثانه	۳۱۵	۱۲.۳۵	۹.۲۳
۸	نای-برونش-ریه	۳۱۳	۱۲.۲۷	۹.۳۸
۹	خون	۲۲۳	۸.۷۴	۷.۶۶
۱۰	تخمدان	۱۱۰	۸.۶۷	۶.۴۳
۱۱	مغز، سیستم عصبی	۱۹۷	۷.۷۲	۶.۳۱
۱۲	رحم	۹۲	۷.۲۵	۵.۵۴

- جدول شماره ۶: تعداد، میزان بروز خام و استاندارد شده سنی ۱۲ سرطان شایع در کل جمعیت استان گیلان در سال ۱۳۹۷

میزان بروز اختصاصی سنی ۵ سرطان شایع در کل جمعیت
استان گیلان - سال ۱۳۹۷



گزارش میزان بروز
سرطان‌ها در استان

گیلان

نمودار شماره ۱۰: میزان بروز اختصاصی سنی ۵ سرطان شایع را در کل جمعیت استان گیلان در سال ۱۳۹۷

بر طبق جدول شماره ۷، اطلاعات مقایسه ای مرگ و میر ناشی از سرطان سالهای ۹۶-۱۳۹۸ (گزارش سیمای مرگ کشور) رتبه گیلان و کشور برابر و رتبه دوم در بین علل مرگ و میر و بعد از بیماریهای قلب و عروق را دارا هستند.

سند پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط در استان گیلان

۱۳۹۸		۱۳۹۷		۱۳۹۶		سال
کشور	گیلان	کشور	گیلان	کشور	گیلان	
۱۶/۲۵	۱۳/۸۲	۱۶/۶۶	۱۵/۲۱	۱۶/۲۳	۱۵/۲۵	درصد از کل مرگ
۲	۲	۲	۲	۲	۲	رتبه علت مرگ

- جدول شماره ۷: اطلاعات مقایسه ای مرگ و میر ناشی از سرطان سالهای ۹۶-۱۳۹۸ (گزارش سیمای مرگ کشور)

بیماریهای مزمن ریوی

بیماری های مزمن ریوی مجموعه ای از بیماری ها هستند که موجب محدودیت در تبادل هوای ریه ها می شوند. بخش اعظم این بیماری ها را بیماری های انسدادی ریه یا COPD^{۱۰} تشکیل می دهند. واژگان آشنای برونشیت مزمن و آمفیزم دیگر مورد استفاده قرار نمی گیرد بلکه در حال حاضر، در تشخیص، از واژه COPD استفاده می شود.

عوامل اصلی خطر بیماری های مزمن ریوی عبارتند از:

- مصرف سیگار
- آلودگی هوای داخل منزل (همانند استفاده از سوخت های زیستی مورد استفاده برای آشپزی و گرما)
- آلودگی هوای محیط
- گرد و غبار و مواد شیمیایی شغلی (بخار، مواد محرک، دود)

^{۱۰} Chronic obstructive pulmonary disease

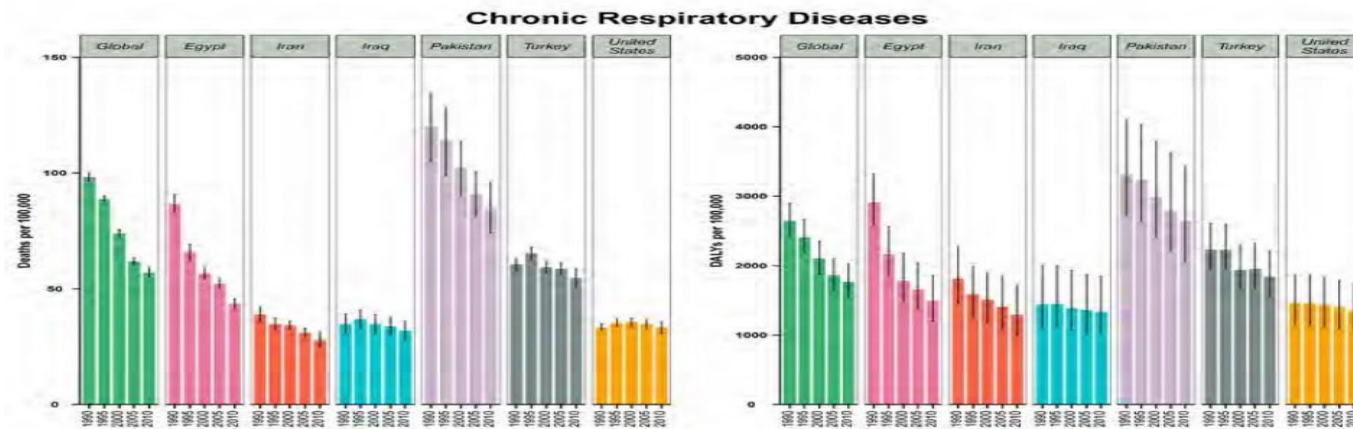
بنابر آخرین برآوردهای سازمان جهانی بهداشت، در حال حاضر ۶۴ میلیون انسان به COPD مبتلا هستند و در سال ۲۰۰۵، سه میلیون نفر در اثر COPD جان باخته اند که در مجموع، ۵ درصد تمامی مرگ های آن سال را شامل می شود. سازمان جهانی بهداشت پیش بینی می کند که COPD تا سال ۲۰۳۰ به سومین علت اصلی مرگ تبدیل شود. در هر حال، حتی در کشورهای توسعه یافته نیز جمع آوری داده های 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 می دهد. در گذشته، COPD در بین مردان شایعتر بود اما به دلیل افزایش مصرف سیگار در خانم های کشورهای پردرآمد و خطر بالاتر مواجهه آنان با آلودگی هوای داخل منزل (نظیر سوخت های زیستی مورد استفاده برای آشپزی و گرما) در کشورهای کم درآمد، در حال حاضر، این بیماری به طور مساوی روی زنان و مردان تاثیر دارد. در سال ۲۰۰۲، COPD پنجمین علت مرگ محسوب می شد. برآورد می شود که طی ۱۰ سال آینده، مرگ های ناشی از COPD به بیش از ۳۰ درصد افزایش یابد مگر آن که اقداماتی فوری برای کاهش عوامل خطر ساز آن بیماری به ویژه مصرف الکل صورت گیرد.

تخمین ها مبنی بر این است که COPD در سال ۲۰۳۰ به سومین عامل مرگ در جهان بدل شود. اهداف مدیریت COPD عبارتند از:

- پیشگیری از پیشرفت بیماری
- تسکین علائم
- بهبود تحمل ورزش
- بهبود وضعیت سلامت
- پیشگیری و درمان عوارض
- پیشگیری از شدت یافتن بیماری

بر اساس میزان مرگ و DALY به واسطه بیماری مزمن انسدادی ریوی، بیشترین مقدار در بین مناطق مورد بررسی متعلق به کشور پاکستان است و همچنین کمترین میزان در کشور ایران مشاهده شده است. به طور کلی میزان مرگ و DALY به واسطه بیماری مزمن انسدادی در جهان روند نزولی داشته، که این روند در کشورهای مصر و پاکستان نیز مشهود است. این روند نزولی به صورت خفیف تری در کشورهای ایران و عراق نیز وجود دارد. این در حالی است که روند در کشورهای آمریکا و ترکیه بر اساس هر دو میزان در ابتدا روند صعودی داشته و پس از آن روند نزولی پیدا کرده است (شکل شماره ۱۴).



- شکل شماره ۱۴: میزان مرگ و DALY در صد هزار نفر جمعیت بر اساس بیماری مزمن ریوی در سالهای ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ در جهان، ایران و ۵ کشور دیگر

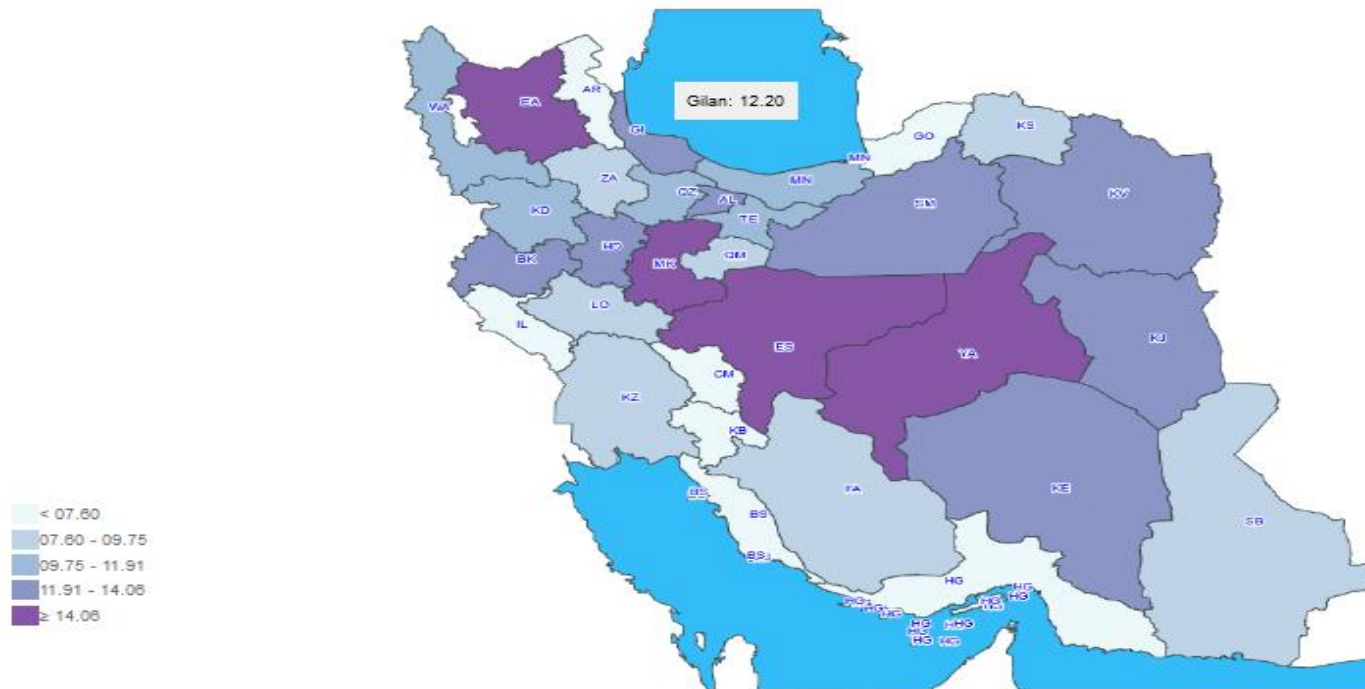
بر طبق جدول شماره ۸ میزان مرگ و میر ناشی از بیماری مزمن ریوی (COPD) در استان گیلان در سال های ۱۳۹۶ تا ۱۳۹۸ را نشان می دهد که از نظر تعداد روند افزایشی و از ۱۸۲ در سال ۱۳۹۶ به ۲۴۳ مورد مرگ در سال ۱۳۹۸ رسیده است.

سال		۱۳۹۶		۱۳۹۷		۱۳۹۸	
	گیلان	کشور	گیلان	کشور	گیلان	کشور	گیلان
تعداد مرگ و میر	۱۸۲	۸۰۷۵	۱۹۸	۸۱۸۸	۲۴۳	۹۵۷۸	۲۴۳
میزان مرگ در ۱۰۰ هزار نفر جمعیت	۷/۱۶	۹/۹۶	۷/۷۹	۹/۹۷	۹/۵۲	۱۱/۵۳	۹/۵۲
درصد از کل مرگ	۱/۲۵	۲/۳۱	۱/۳۳	۲/۳۲	۱/۴۰	۲/۵۳	۱/۴۰
رتبه علل مرگ	۱۷	۱۱	۱۷	۱۰	۱۸	۸	۱۸

- جدول شماره ۸: اطلاعات مقایسه ای مرگ و میر ناشی از COPD سالهای ۹۸-۱۳۹۶ (گزارش سیمای مرگ کشور)

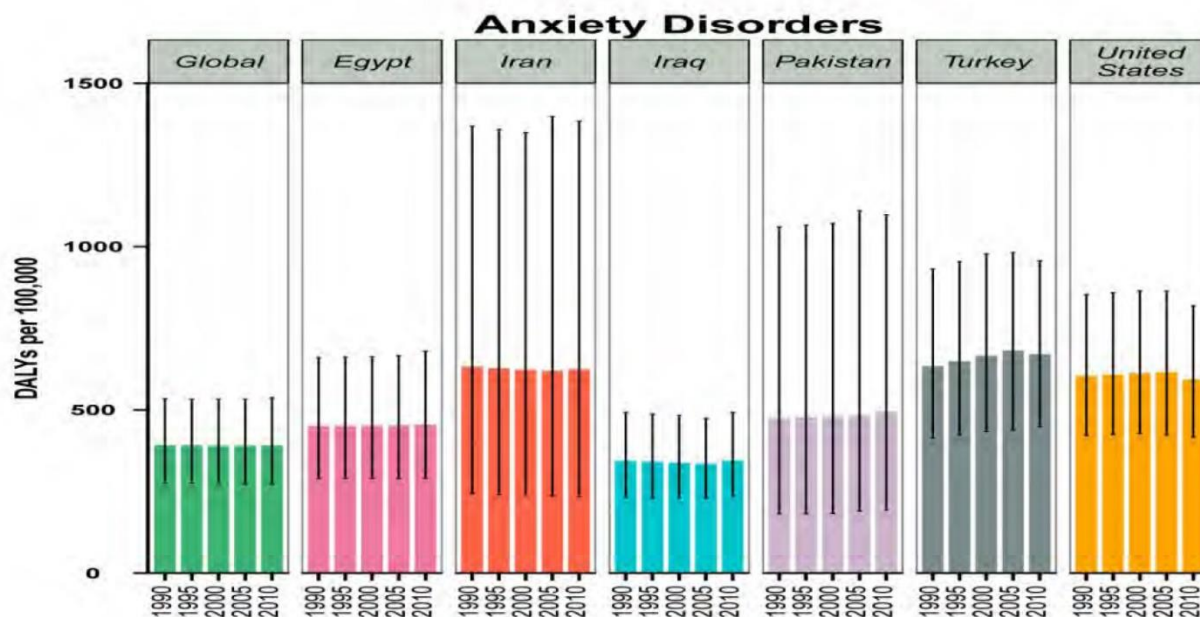
بر طبق شکل شماره ۱۵ در سال ۲۰۱۵ میزان مرگ ناشی از COPD در کشور ۱۱.۰۱ در صد هزار نفر ثبت شده است و این میزان در استان گیلان ۱۲.۲ در صد هزار نفر می باشد. استان های مرکزی، آذربایجان شرقی و یزد بیشترین و کهگیلویه بویراحمد و بوشهر کمترین میزان مرگ ناشی از COPD را داشته اند.

Provincial distribution of death due to chronic obstructive pulmonary disease
Measure: Deaths per 100,000, Age: All ages, Year: 2015, Sex: Both



- شکل شماره ۱۵: میزان مرگ ناشی از COPD در مطالعات STEPS سال ۲۰۱۵ در دو جنس به ازای صد هزار نفر

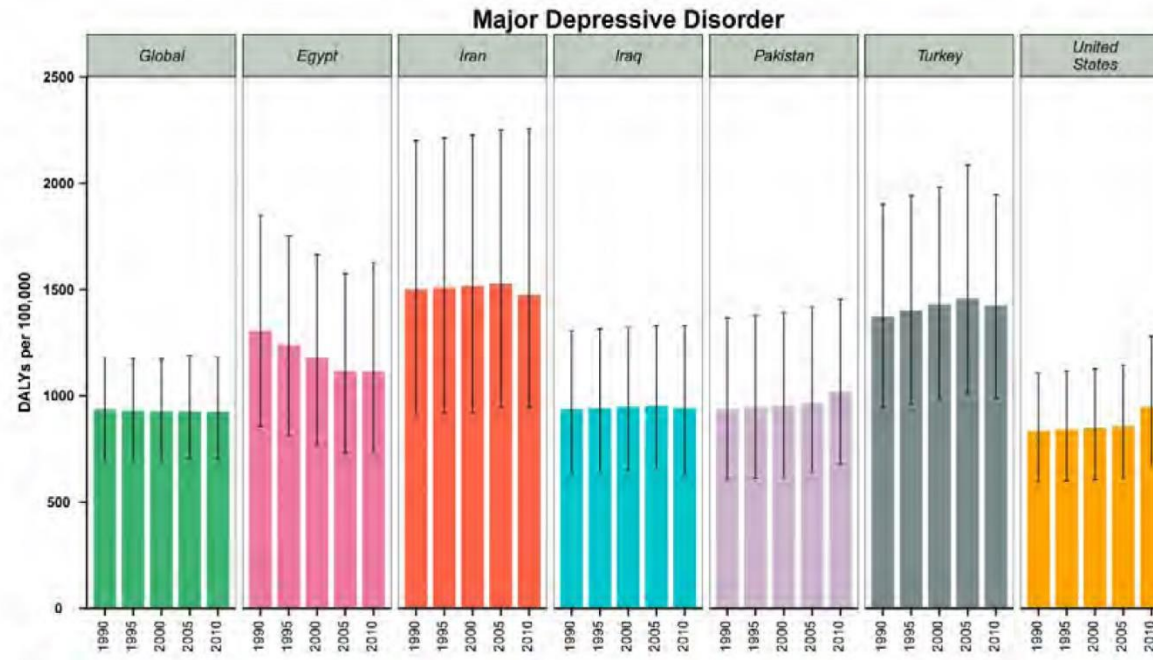
براساس میزان DALY به واسطه بیماری های مرتبط با اضطراب، بیشترین مقدار در بین مناطق مورد بررسی در کشور ترکیه و پس از آن در ایران مشاهده می شود. به طور کلی میزان DALY در جهان روند تقریباً ثابتی داشته، که این روند در کشور مصر، ایران، عراق و پاکستان نیز وجود دارد. به علاوه کشورهای ترکیه و آمریکا تا سال ۲۰۰۵ روند صعودی خفیفی داشته اند، این در حالی است که در سال ۲۰۱۰ این میزان کاهش پیدا کرده است (شکل شماره ۱۶).



شکل شماره ۱۶: میزان DALY در صد هزار نفر جمعیت در اثر اضطراب در سال های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ در جهان، ایران و ۵ کشور دیگر

براساس میزان DALY به واسطه اختلال افسردگی ماژور، بیشترین و کمترین مقدار در بین مناطق مورد بررسی به ترتیب در کشورهای ایران و آمریکا مشاهده می شود. به طور کلی میزان DALY به واسطه اختلال افسردگی ماژور در جهان روند تقریباً ثابتی داشته، که این روند در کشورهای ایران، عراق،

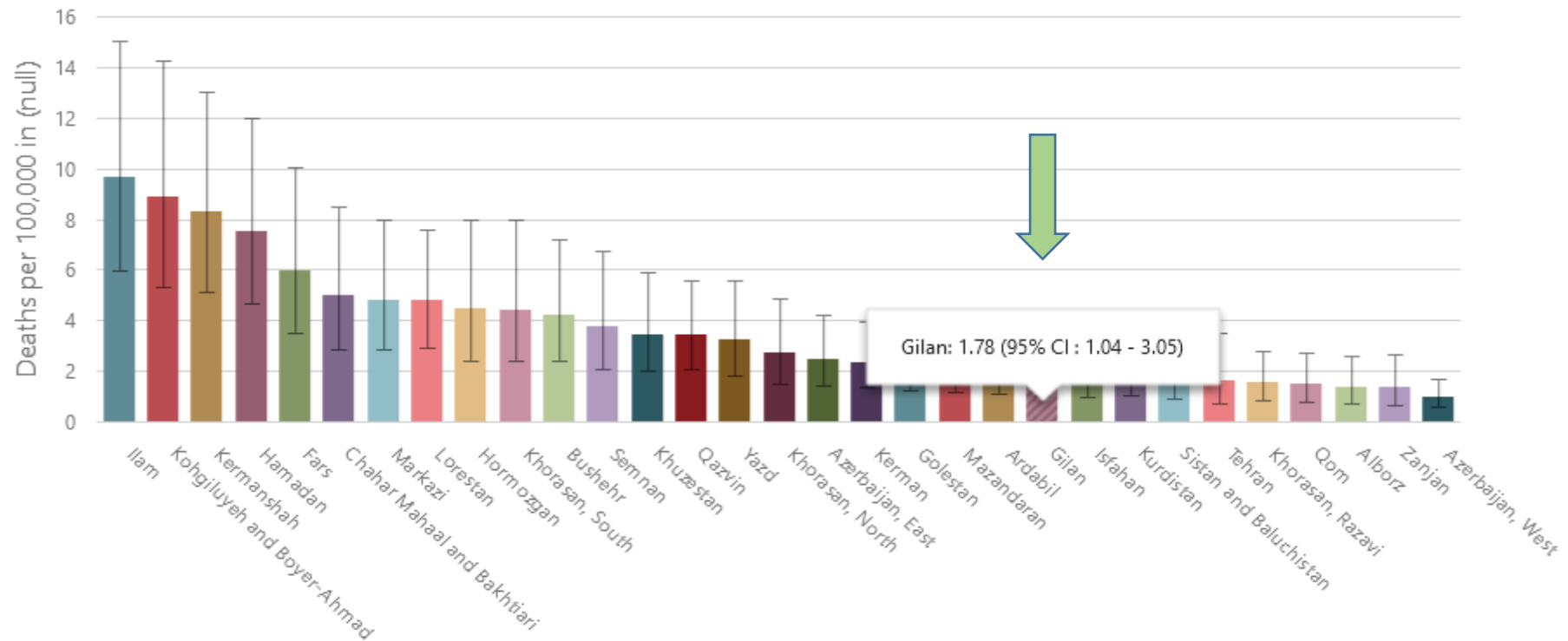
پاکستان و آمریکا نیز وجود دارد، که البته در سال ۲۰۱۰ این میزان در کشورهای پاکستان و آمریکا افزایش و در ایران کاهش یافته است. کشور ترکیه تا سال ۲۰۰۵ دارای روند صعودی است، این در حالی است که در سال ۲۰۱۰ این میزان کاهش پیدا کرده است. به علاوه کشور مصر دارای روند نزولی است (شکل شماره ۱۷).



شکل شماره ۱۷: میزان DALY در صد هزار نفر جمعیت در اثر اختلال افسردگی مآزور در سال های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ در جهان ، ایران ، و ۵ کشور دیگر

Provincial distribution of death due to schizophrenia

Measure: Deaths per 100,000, Year: 2015, Age: All ages, Sex: Both



- نمودار شماره ۱۱: میزان مرگ در صدهزارنفر جمعیت در اثر اختلال اسکیزوفرنی در مطالعات STEPS سال ۲۰۱۵ در ایران و گیلان

نسبتهای مرگ ناشی از بیماریهای غیرواگیر استان بر اساس سیمای مرگ و میر استان در سال ۱۳۹۹

بر اساس اطلاعات سال ۱۳۹۹ در استان (جدول شماره ۹)، احتمال مرگ یک فرد ۳۰ ساله در اثر هر یک از چهار بیماری غیرواگیر مهم قبل از رسیدن به ۷۰ سالگی، حدود ۱۵/۴ درصد است. خطر مرگ زودرس ناشی از این بیماریها در مردان (۱۸/۲ درصد) بیشتر از زنان (۱۲/۸ درصد) است.

علت مرگ	در همه سنین	در سنین ۳۰-۶۹ سال	نسبت مرگ در سنین ۳۰-۶۹ سال
سرطان (همه نئوپلاسم های بدخیم)	۲۳۹۰	۱۲۵۶	۵۲.۶
بیماریهای قلبی عروقی	۸۳۶۵	۲۱۵۸	۲۵.۸
دیابت	۱۲۴۹	۴۲۶	۳۴.۱
بیماری های مزمن تنفسی	۵۶۰	۱۶۳	۲۹.۱
کل	۱۲۵۶۴	۴۰۰۳	۳۱.۹

- جدول شماره ۹: مقایسه سهم ۴ بیماری غیرواگیر در احتمال خطر مرگ زودرس

❖ سهم چهار بیماری غیرواگیر عمده در احتمال کلی خطر مرگ زودرس در استان گیلان (سال ۱۳۹۹):

- سرطان (همه نئوپلاسم های بدخیم): ۵٪
- بیماری های قلبی عروقی: ۸/۸۱٪
- دیابت شیرین: ۱/۹۳٪
- بیماری های مزمن تنفسی: ۰/۶۶٪

فصل دوم

عوامل خطر بیماری های غیر واگیر

عوامل خطر بیماری های غیرواگیر

عوامل خطر رفتاری قابل تغییر

مصرف دخانیات، عدم فعالیت بدنی، رژیم غذایی ناسالم و مصرف الکل خطر ابتلا به بیماری های غیرواگیر را افزایش می دهد.

- تنباکو به عنوان عامل حدود ۶ میلیون مرگ در هر سال محسوب می شود (از جمله موارد ناشی از اثرات قرار گرفتن در معرض دود دست دوم)، و پیش بینی می شود این میزان به ۸ میلیون مرگ در سال ۲۰۳۰ افزایش یابد.
- حدود ۳.۲ میلیون مرگ سالانه را می توان به فعالیت بدنی ناکافی نسبت داد.
- بیش از نیمی از ۳.۳ میلیون مرگ سالانه ناشی از نوشیدن مضر مشروبات الکلی جز بیماریهای غیرواگیر محسوب می شوند.
- در سال ۲۰۱۰، تعداد ۱.۷ میلیون مرگ و میر سالانه ناشی از عوامل قلبی عروقی به مصرف نمک سدیم بیش از حد نسبت داده شده است.

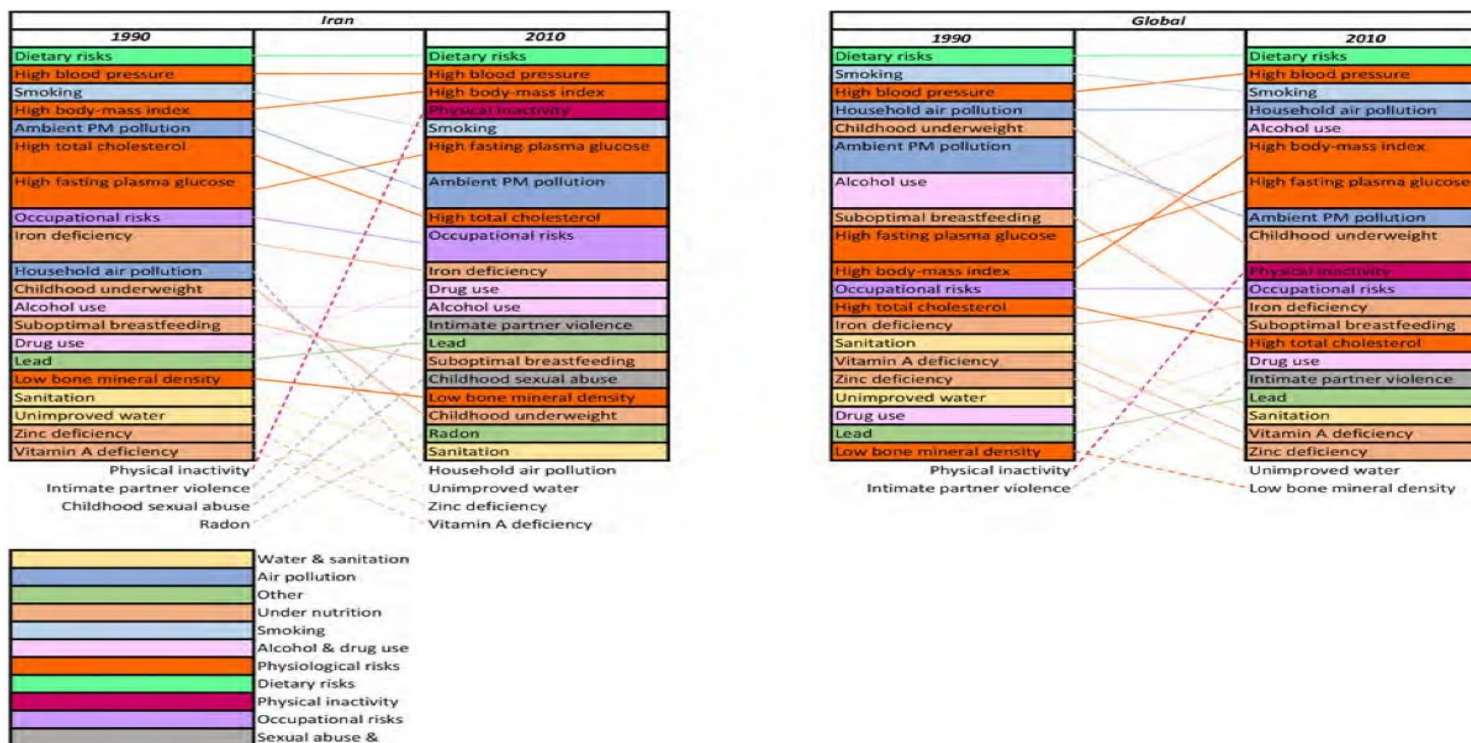
عوامل خطر متابولیک/فیزیولوژیک

این رفتارها منجر به چهار تغییر کلیدی متابولیک، فیزیولوژیک می شوند که خطر ابتلا به بیماریهای غیرواگیر را افزایش می دهند:

- فشار خون بالا
- اضافه وزن، چاقی
- قند خون بالا
- چربی خون بالا

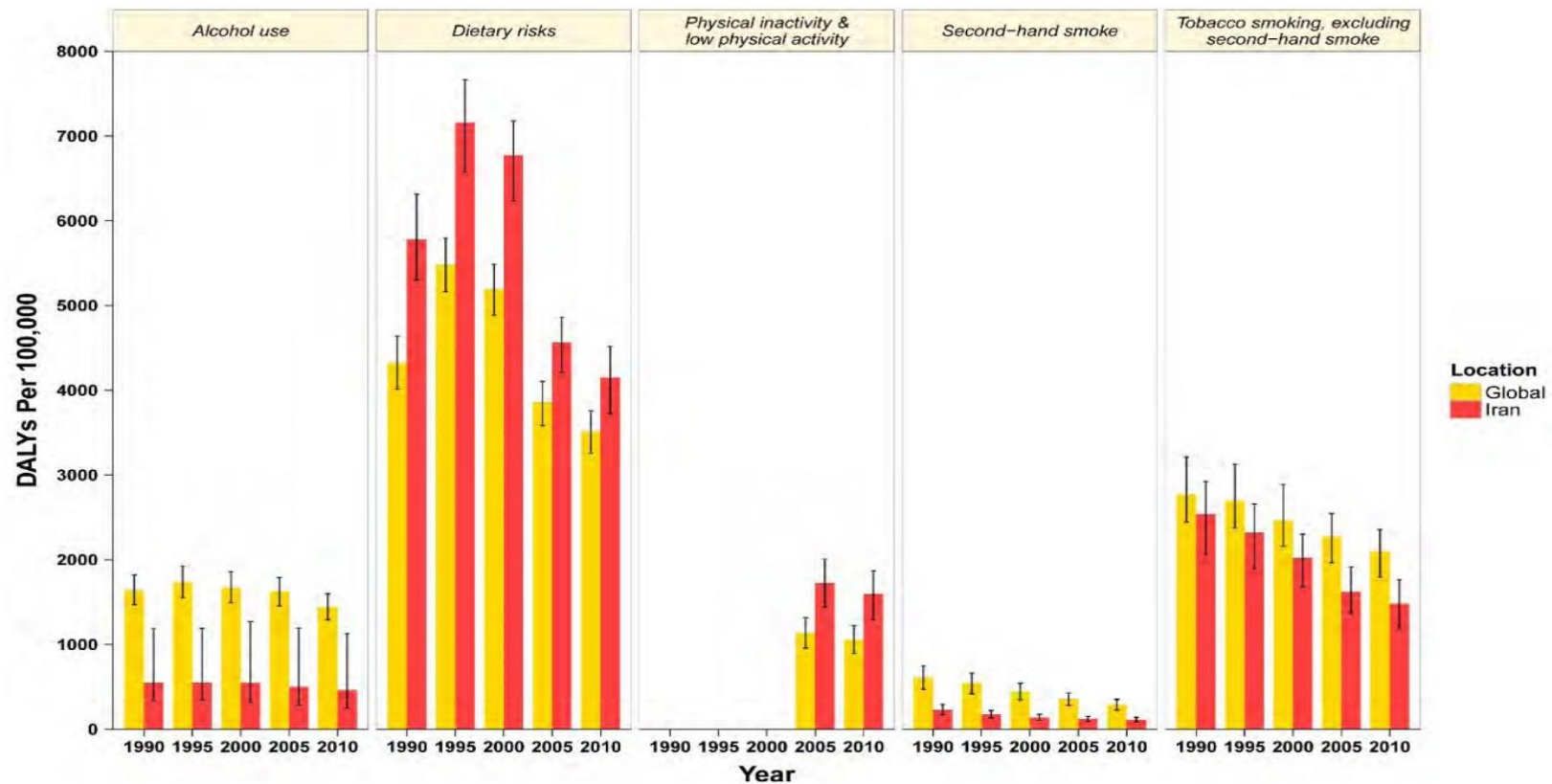
از نظر مرگ و میرهای نسبت داده شده، عمده ترین عامل خطر متابولیک در سطح جهان فشار خون است که ۱۸ درصد مرگ و میر جهانی به آن نسبت داده می شود. و پس از آن اضافه وزن و چاقی و قند خون بالا قرار دارند. کشورهای با درآمد کم و متوسط شاهد سریع ترین میزان افزایش در تعداد کودکان مبتلا به اضافه وزن هستند.

در بحث عوامل خطر تغذیه ای و کمبود یا عدم فعالیت فیزیکی، ایران در مقایسه با متوسط جهانی از وضعیت نامساعد تری برخوردار است. در مقایسه با متوسط جهانی، عوامل خطری همچون مصرف سیگار و توتون در وضعیت بهتری قرار دارند. عوامل خطری همچون کمبود یا عدم فعالیت فیزیکی و مصرف سیگار روندی کاهشی در دنیا و نیز در ایران از خود نشان می دهند. بر اساس آمارهای موجود بیشترین میزان مرگ و میر در سال ۲۰۱۰ به واسطه عوامل خطر مربوط به عوامل تغذیه ای رخ داده است. در شکل شماره ۱۸ بیست عامل خطر اصلی بیماری های غیرواگیر بر اساس DALY در سال های ۱۹۹۰ و ۲۰۱۰ میلادی در ایران و در دنیا نشان داده شده است.



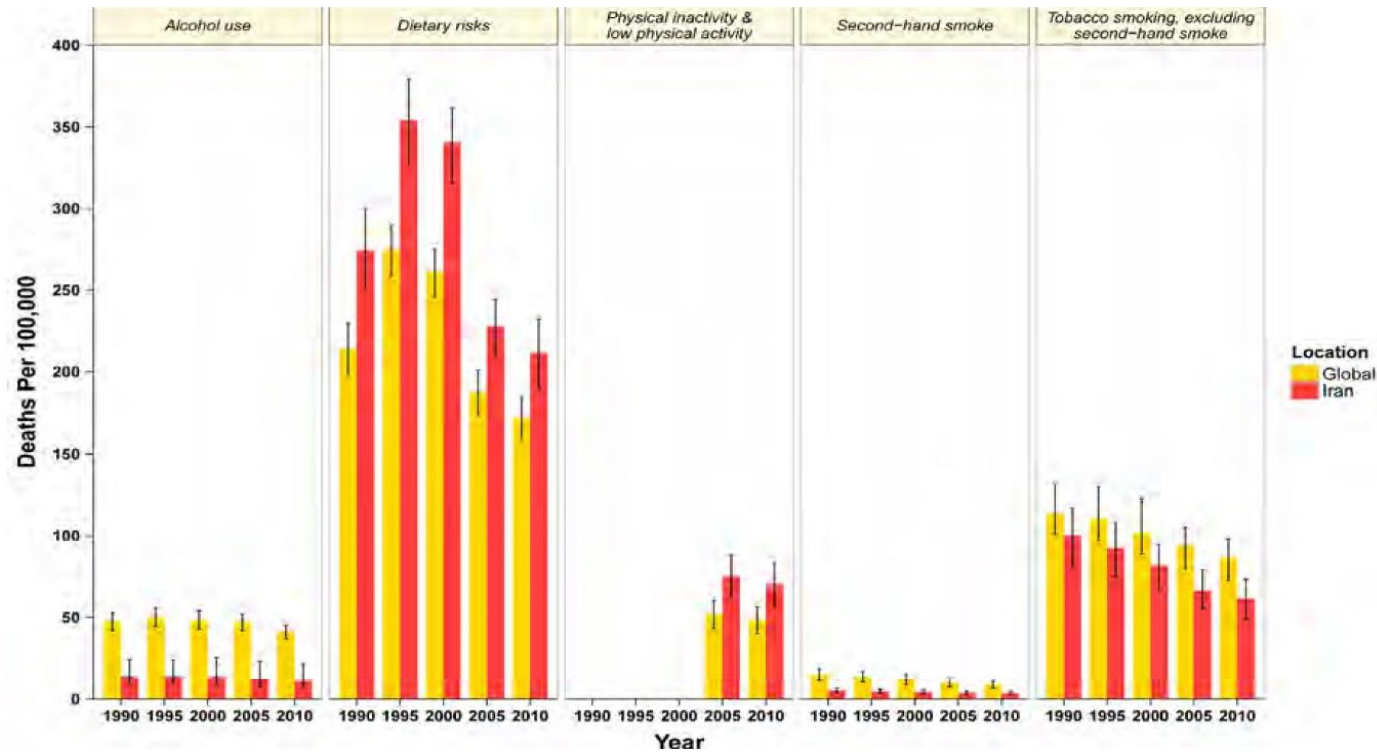
شکل شماره ۱۸: DALY استاندارد شده سنی و جنسی ناشی از ۲۰ عامل خطر در ایران و جهان در سالهای ۱۹۹۰ و ۲۰۱۰

بیشترین میزان DALY در بین ۵ عامل خطر مربوط به عوامل تغذیه است که در تمامی سال های مورد بررسی ایران از نظر عامل تغذیه و فعالیت فیزیکی کم و ناکافی در مقایسه با جهان همواره مقدار بیشتری داشته است. در مورد عوامل خطر استعمال دخانیات و مصرف سیگار ایران در مقایسه با جهان کمتری دارد. عوامل تغذیه در ایران و جهان تا سال ۱۹۹۵ دارای روند صعودی است و پس از آن روند به صورت نزولی می شود. عوامل خطر فعالیت فیزیکی کم و ناکافی، استعمال دخانیات و مصرف سیگار در ایران و جهان دارای روند نزولی هستند، در حالی که مصرف الکل در ایران و جهان روند نسبتاً ثابتی دارند (شکل شماره ۱۹).



- شکل شماره ۱۹: میزان DALY در صد هزار نفر جمعیت بر اثر ۵ عامل خطر اصلی بین سالهای ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ در ایران و جهان

همانند میزان DALY، بیشترین میزان مرگ نیز در بین ۵ عامل خطر، مربوط به عوامل تغذیه است که در تمامی سال های مورد بررسی، کشور ایران از نظر عامل تغذیه و فعالیت فیزیکی کم و ناکافی در مقایسه با جهان همواره مقدار بیشتری داشته است. در مورد عوامل خطر استعمال دخانیات و مصرف سیگار ایران در مقایسه با جهان میزان کمتری دارد. عوامل تغذیه در ایران و جهان تا سال ۱۹۹۵ دارای روند صعودی است و پس از آن روند به صورت نزولی می شود. عوامل خطر فعالیت فیزیکی کم و ناکافی، استعمال دخانیات و مصرف سیگار در ایران و جهان دارای روند نزولی هستند. همچون DALY میزان مرگ نیز به واسطه مصرف الکل روندی نسبتاً یکنواخت در ایران و جهان دارد هرچند این میزان در ایران نسبت به متوسط جهانی کم تر است (شکل شماره ۲۰).



- شکل شماره ۲۰: میزان مرگ در صد هزار نفر جمعیت بر اثر ۵ عامل خطر اصلی بین سالهای ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ در ایران و جهان

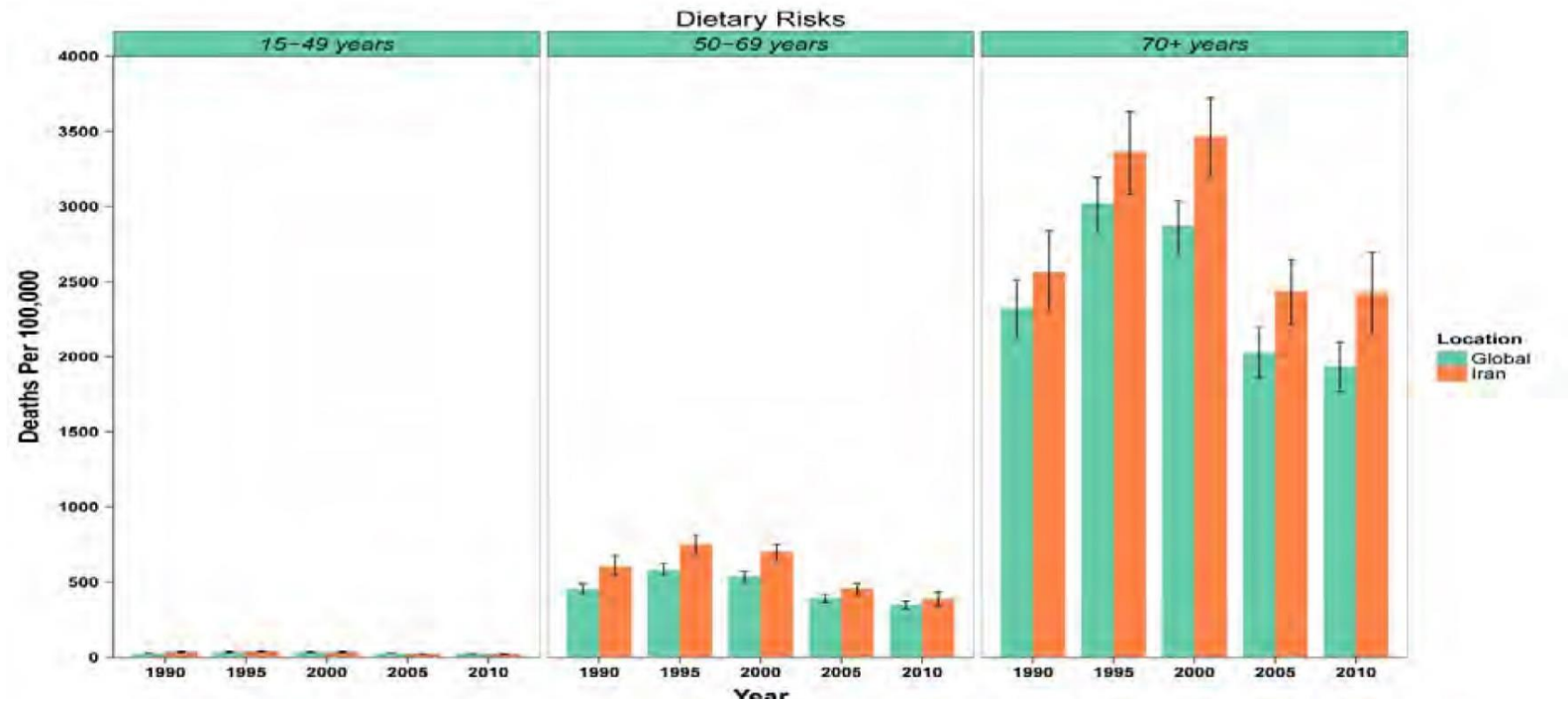
رژیم غذایی ناسالم

حدود ۸۰ درصد جمعیت دنیا از ۵ واحد توصیه شده میوه و سبزیجات در طول روز استفاده نمی کنند. از جمله عادات تغذیه ای مورد پیشنهاد در سطح جهانی برای کنترل بیماریهای غیرواگیر میتوان به موارد زیر اشاره نمود:

- غذاهای دریایی (اسید چرب امگا ۳)
- عدم مصرف چربی ترانس
- غلات کامل (کیفیت کربوهیدرات)
- میوه و سبزیجات
- عدم مصرف چربیهای اشباع
- مصرف آجیل و حبوبات
- مصرف نمک کمتر (فشارخون)
- اندازه های کوچکتر وعده های غذایی
- مصرف کم نوشابه ها

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

همانند میزان DALY، بیشترین میزان مرگ مربوط به عوامل تغذیه در بین ۳ گروه سنی، مربوط به گروه سنی افراد ۷۰ سال به بالا است که در تمامی سال های مورد بررسی در این گروه سنی ایران نسبت به جهان مقدار بیشتری داشته است. همچنین در جهان و در تمامی گروههای سنی، روند مذکور تا سال ۱۹۹۵ به صورت صعودی و پس از آن به صورت نزولی درآمده است. در ایران برای گروههای سنی ۱۵ تا ۴۹ و ۵۰ تا ۶۹ سال، تا سال ۱۹۹۵ و برای گروه سنی ۷۰ سال به بالا تا سال ۲۰۰۰ روند صعودی مشاهده می شود و پس از آن روند به صورت نزولی تغییر وضعیت پیدا می کند (شکل شماره ۲۱).

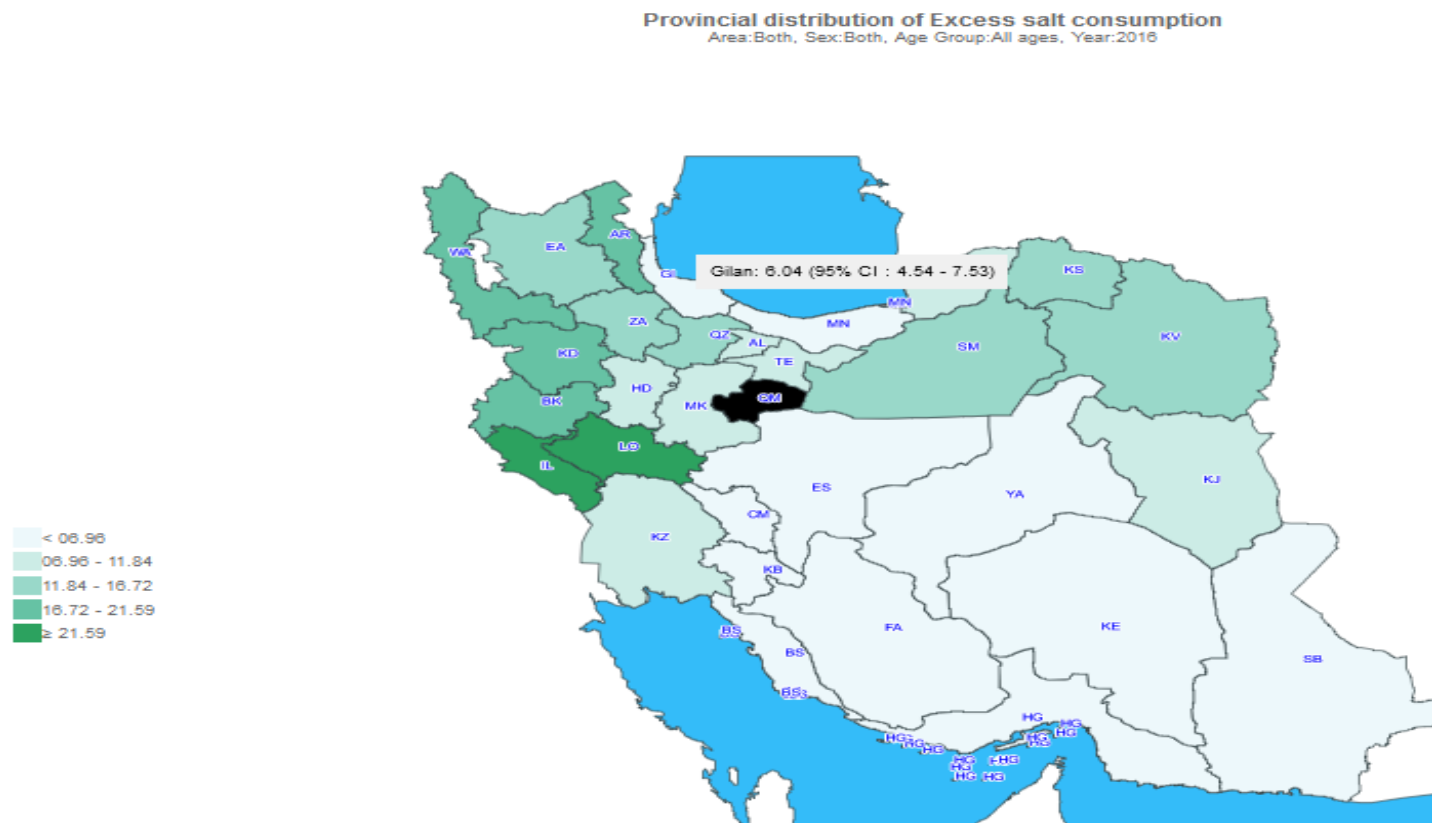


- شکل شماره ۲۱: میزان مرگ در صدهزار نفر جمعیت بر اثر عوامل خطر تغذیه ای بین سالهای ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ بر حسب گروه های سنی در ایران و جهان

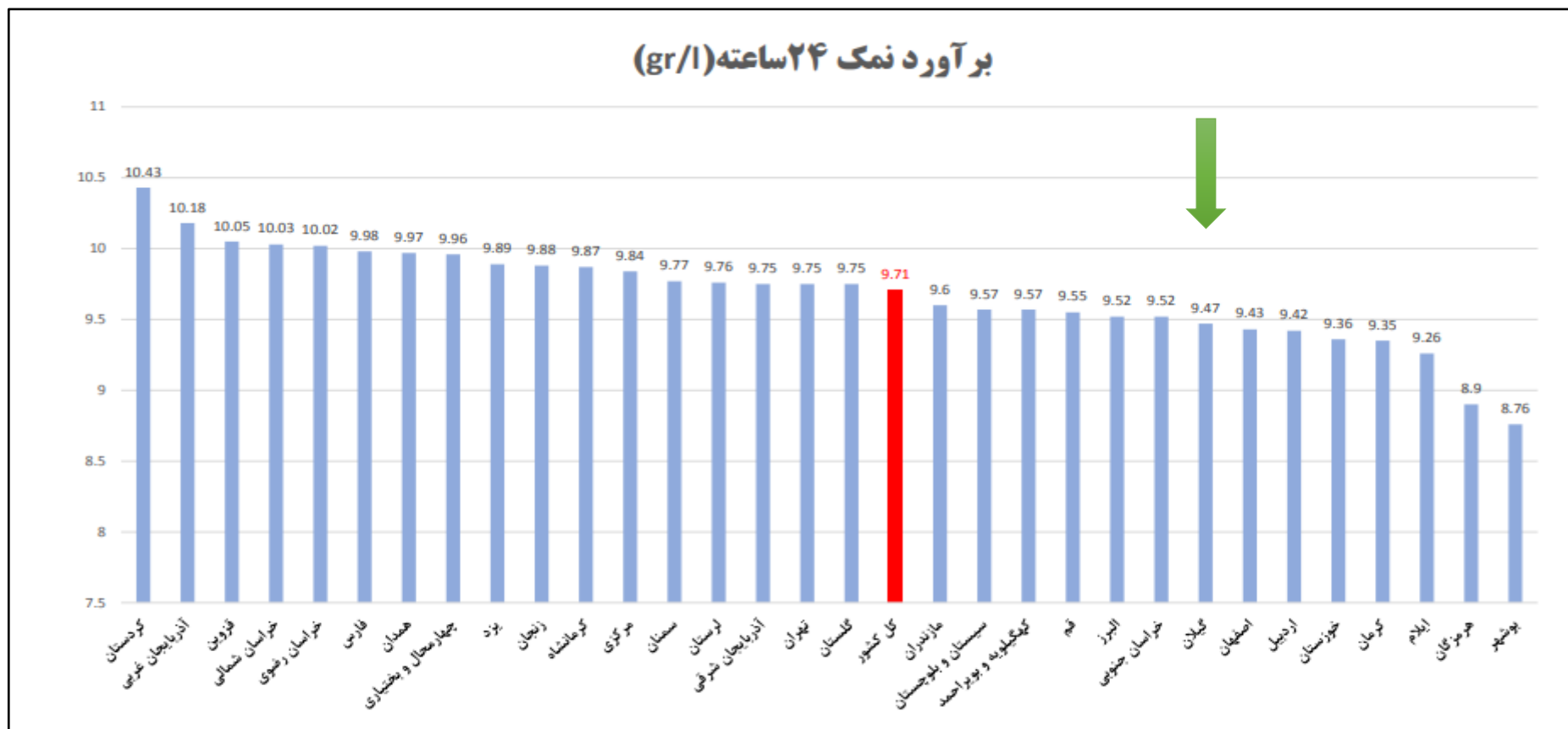
نمک / سدیم

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

الگوی مشابه الگوی مرگ و میر را دنبال می کنند. شایان ذکر است که میزان DALY و مرگ و میر ناشی از مصرف زیاد سدیم در ایران از سال ۲۰۰۰ میلادی به بعد کاهش چشم گیری نشان می دهد. در مطالعه STEPs سال ۲۰۱۶ در کشور ۱۱.۹۵ درصد مردم به میزان مناسب نمک مصرف می کنند و این میزان در استان گیلان ۶.۰۴ درصد می باشد، استان های مازندران، گیلان و خوزستان بیشترین مصرف مناسب نمک را دارند و چهارمحال و بختیاری کمترین درصد مصرف مناسب نمک را دارند (شکل شماره ۲۲).



- شکل شماره ۲۲: میزان مصرف نمک در ۲۴ ساعت در هر دوجنس در استان های کشور و گیلان در مطالعه STEPs سال ۲۰۱۶



- نمودار شماره ۱۲: میزان مصرف نمک در ۲۴ ساعت در هر دو جنس در استان های کشور و گیلان در مطالعه STEPS سال ۲۰۲۰

کل		روستا	شهر	زن		مرد	
گیلان	ایران	گیلان	گیلان	گیلان	کشور	گیلان	کشور
۳۳/۱۳	۳۸/۲	۳۹/۵	۲۹/۵۳	۲۸/۶۴	۳۴/۹	۳۹/۷۹	۴۲/۳

درصد افرادی که در آخرین وعده غذایی سر سفره از نمکدان استفاده کرده اند.

- جدول شماره ۱۰: درصد افرادی که در آخرین وعده غذایی سر سفره از نمکدان استفاده کرده اند به تفکیک جنس و شهر و روستا در مطالعه STEPS ۲۰۲۰

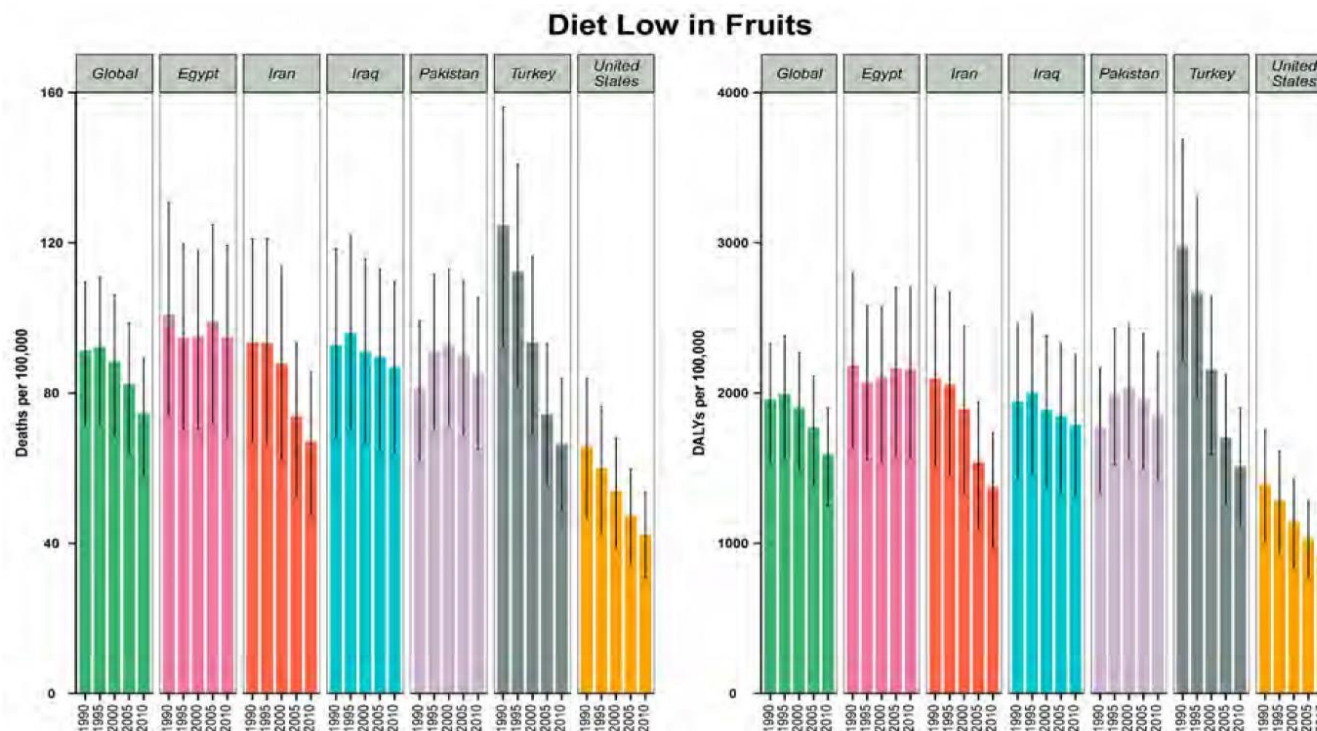
گیلان	کشور	
۳۳/۱۳	۳۸/۲۳	درصد استفاده از نمکدان در آخرین وعده غذایی سر سفره
۹۵/۱۲	۹۱/۹۴	درصد افرادی که فکر میکنند مصرف مقدار زیاد نمک یا غذاهای شور باعث مشکلات سلامتی می شود.
۶۵/۲۹	۷۰/۹۹	درصد توصیه به کاهش مصرف نمک توسط پزشک یا کارمند بهداشتی درمانی طی ۱۲ ماه گذشته
۹/۴۷	۹/۷۱	میانگین برآورد نمک ۲۴ ساعته بر اساس فرمول تاناکا (gr/l)

- جدول شماره ۱۱: مقایسه درصد استفاده از نمک و نمکدان در کشور و گیلان در مطالعه STEPS ۲۰۲۰

وضعیت مصرف میوه

میزان مرگ و میر کشور ترکیه بر اثر کمبود مصرف میوه در سال ۱۹۹۰ در کشور ترکیه بیشتر از سایر کشورهای مورد مطالعه و بیشتر از متوسط میزان جهانی بوده است. این در حالی است که این میزان در سالهای آتی کاهش چشمگیری در این کشور داشته است. میزان مرگ و میر ناشی از کمبود مصرف میوه در

ایران الگویی مشابه دنیا داشته است، بدین صورت که تا سال ۱۹۹۵ شاهد افزایش و پس از آن کاهش چشمگیر در مرگ و میر هستیم. در رابطه با میزان DALY در بازه زمانی مورد مطالعه نیز الگوی تغییرات مشابه الگوی مرگ و میر بوده است. خوشبختانه میزان مرگ و میر DALY مرتبط با این موضوع در سال ۲۰۱۰ در ایران از متوسط جهانی آن پایین تر بوده است (شکل شماره ۲۳).

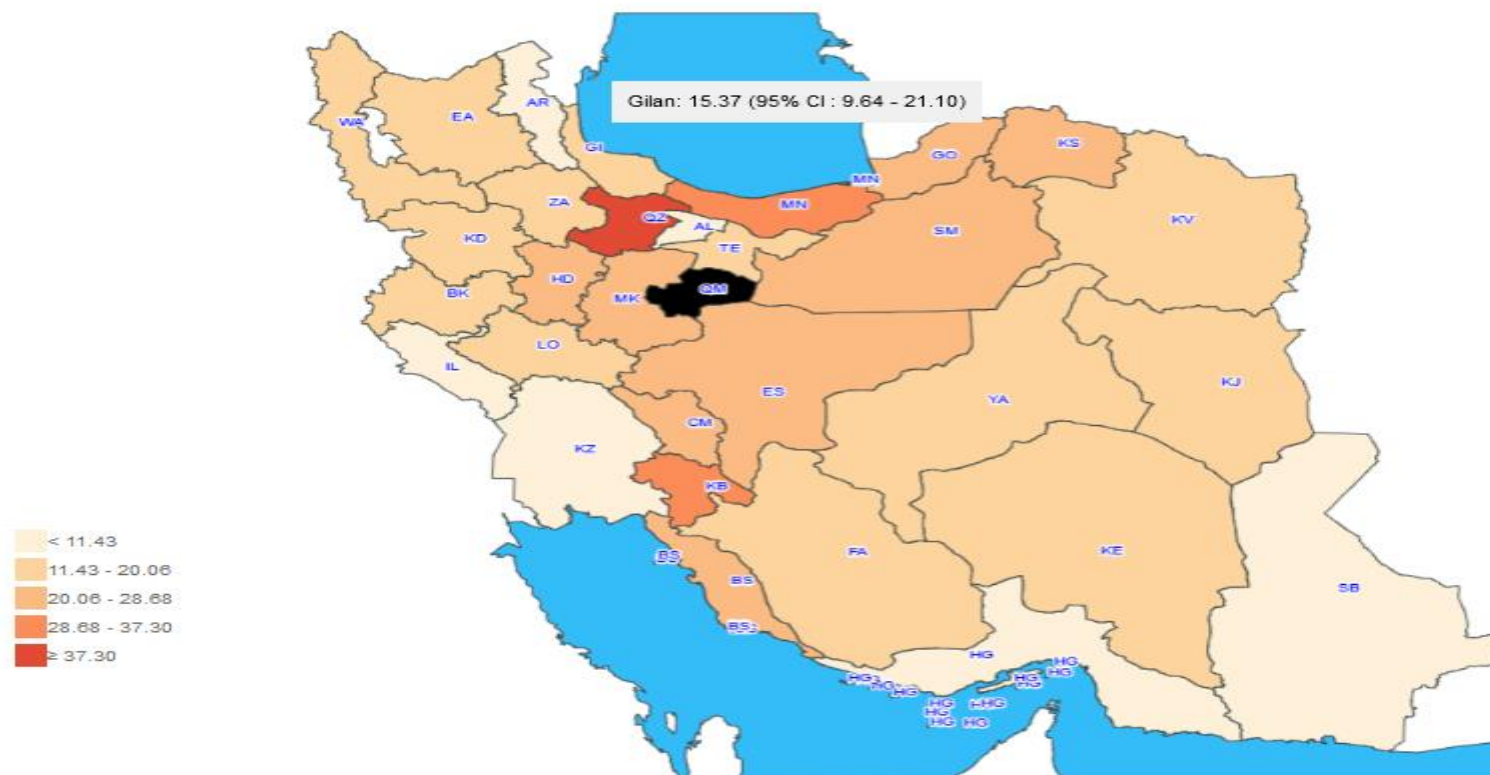


شکل شماره ۲۳: میزان DALY و مرگ در صد هزار نفر جمعیت بر اثر مصرف کم میوه بین سالهای ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ در جهان و ایران

بر طبق شکل شماره ۲۴ در سال ۲۰۱۶ میزان ۱۵.۳۷ درصد مردم استان گیلان، مصرف مناسب میوه به صورت روزانه داشته اند و این میزان در سطح کشور ایران ۱۷.۲ درصد می باشد. استان های قزوین و کهگیلویه بویراحمد بیشترین میزان مصرف میوه و سیستان بلوچستان کمترین میزان را در سطح کشور دارند.

Provincial distribution of Appropriate fruit serving

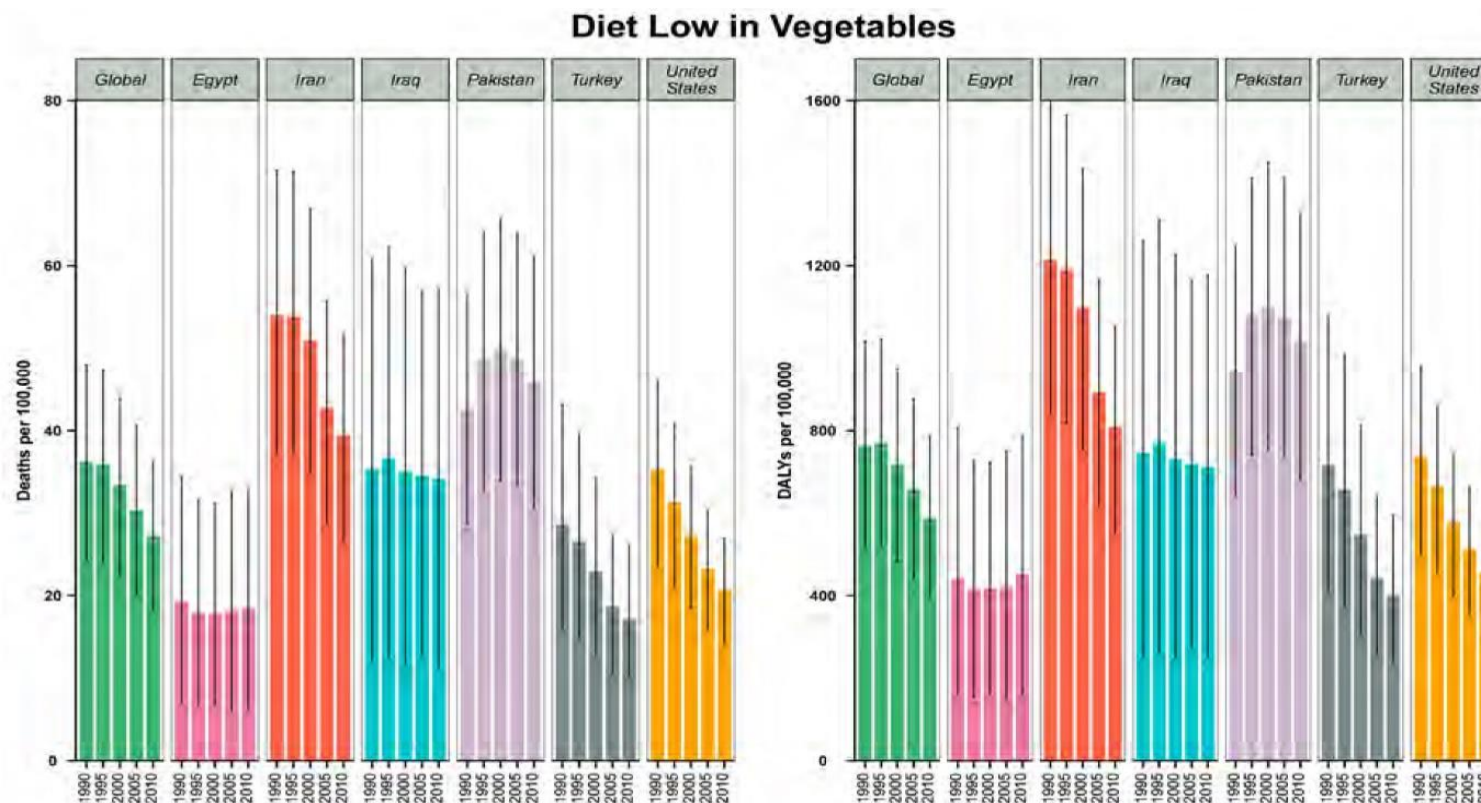
Area:Both, Sex:Both, Age Group:Age-standardized, Year:2016



- شکل شماره ۲۴: میزان مصرف مناسب میوه در استان های کشور در مطالعه STEPs سال ۲۰۱۶

در سال ۱۹۹۰ میزان مرگ و میر بر اثر مصرف اندک سبزیجات در ایران از سایر کشورهای مورد مطالعه و نیز از متوسط جهانی بسیار بالاتر بوده است. در بین کشورهای مورد مطالعه پاکستان بیشترین میزان مرگ و میر بر اثر عامل فوق را در سال های مورد مطالعه داشته است. با این وجود با گذر زمان کاهش قابل

ملاحظه ای در نرخ مرگ و میر در ایران در ملاحظه می شود اما در سال ۲۰۱۰ هنوز این میزان از متوسط جهانی خود بالاتر بوده است. در رابطه با DALY نیز شواهد الگویی مشابه با نرخ مرگ و میر بر اثر عامل فوق الذکر را نشان می دهد (شکل شماره ۲۵).

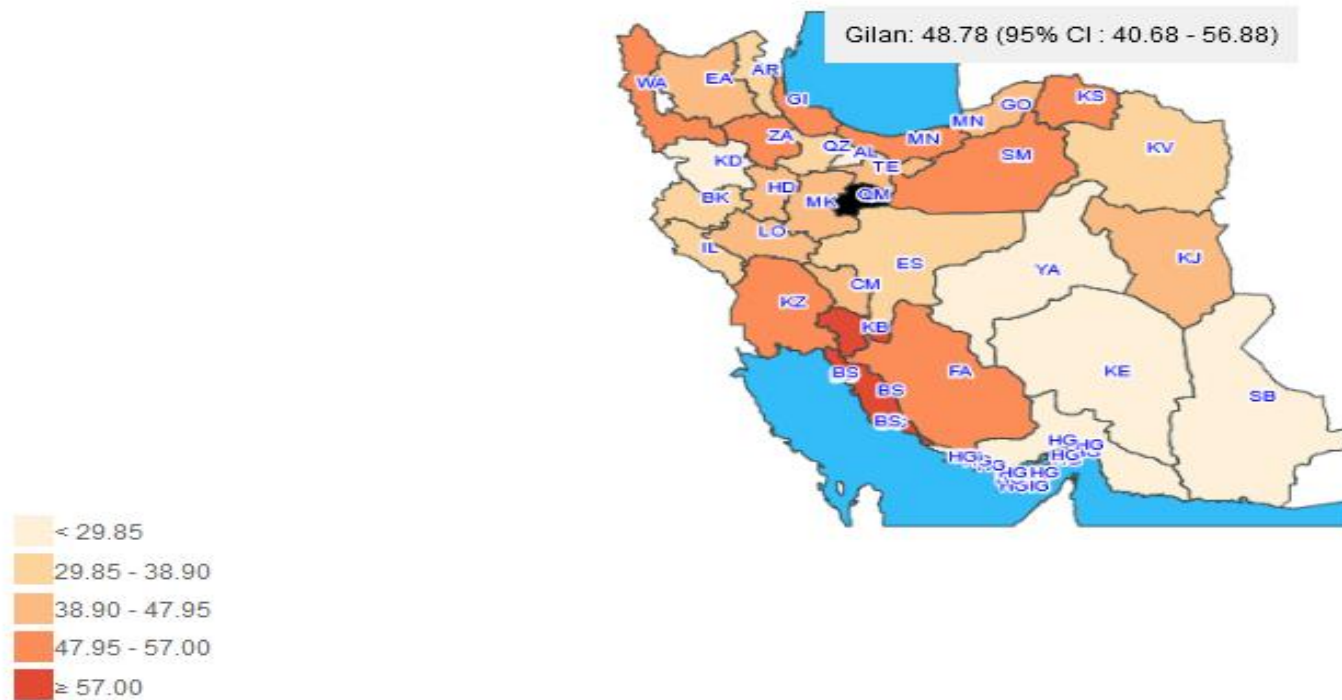


- شکل شماره ۲۵: میزان DALY و مرگ در ۱۰۰ هزار نفر جمعیت بر اثر مصرف کم سبزیجات بین سالهای ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ در جهان و ایران

طبق شکل شماره ۲۶، ۴۸.۷۸ درصد مردم استان گیلان در سال ۲۰۱۶ مصرف سبزیجات مناسب داشته اند استان سیستان و بلوچستان بدترین وضعیت را در بین استان های کشور دارد، این در حالیست که ۴۲.۱۳ درصد مردم کشور مصرف مناسب سبزیجات را دارند و استان بوشهر با ۶۶.۵۷ درصد مصرف مناسب سبزیجات بهترین وضعیت را در بین استان های کشور دارد.

Provincial distribution of Appropriate vegetable serving

Area:Both, Sex:Both, Age Group:Age-standardized, Year:2016



- شکل شماره ۲۶: توزیع مصرف مناسب سبزیجات در استان های کشور هر دو جنس در مطالعه STEPS سال ۲۰۱۶

جهان کنونی ما به سرعت در حال تغییر است و میزان پیشرفت دانش و فناوری در آن از هر مقطع زمانی دیگری بیشتر است. جایگزینی نیروی بازو با انواع ماشین ها و آسان شدن کارها، ویژگی بارز دنیای مدرن است که جذابیت بسیار دارد و نتیجه آن آسایش و راحتی بیشتر برای آدمی است. نتیجه این پیشرفت علم و فناوری، گسترش مدرنیته و شهرنشینی در جوامع انسانی است که به صورت بالقوه می تواند ارزشمندترین گوهر وجود او یعنی سلامت را با خطرات جدی مواجه سازد.

مهمترین عوامل خطر زمینه ساز بیماری های غیرواگیر شامل فشارخون بالا، سطح بالای کلسترول خون، مصرف ناکافی میوه و سبزی، اضافه وزن و چاقی، فعالیت بدنی ناکافی، مصرف دخانیات و نوشیدن مشروبات الکلی است که پنج مورد از آنها، ارتباط شناخته شده ای با فعالیت بدنی ناکافی و تغذیه نامناسب دارند.

ثابت شده است که فعالیت بدنی منظم به پیشگیری و درمان بیماریهای غیرواگیر از جمله بیماری قلبی، سکته مغزی، دیابت و سرطان روده بزرگ و پستان کمک می کند. این کار همینطور از پرفشاری خون، افزایش وزن و چاقی جلوگیری کرده و سلامت روان، کیفیت زندگی و تندرستی را ارتقا می بخشد. علاوه بر فواید متعدد فعالیت بدنی بر سلامت، جوامع فعال تر می توانند بازگشت اضافی سرمایه از جمله استفاده کمتر از سوختهای فسیلی، هوای پاکیزه و راههای ایمن تر و کم تراکم تر را سبب شوند. این پیامدها با دستیابی به اهداف مشترک، اولویتهای سیاسی و هدف برنامه توسعه پایدار ۲۰۳۰ به هم پیوسته است. بیش از ۹۱ درصد مرگ در جهان را می توان به فعالیت بدنی ناکافی نسبت داد، ضمن آن که این رفتار در ایجاد ۵۵ تا ۵۹ درصد موارد سرطان پستان و کولون، ۵۶ درصد موارد دیابت و ۳۶ درصد موارد بیماری های قلبی عروقی نقش دارد. به این ترتیب مشخص می شود که ترویج فعالیت بدنی در جامعه یکی از راه حل های عملی و اثربخش در کاهش بار بیماری های مزمن غیرواگیر است. سازمان بهداشت جهانی به همه کشورهای جهان توصیه کرده است تا راهکارهای مناسب و اثربخشی را برای کاهش درصد افرادی که فعالیت بدنی کافی ندارند، انتخاب و اجرا کنند. بر این اساس، بسیاری از کشورها توانسته اند با مشارکت کارشناسان خبره از بخش های دولتی و غیردولتی، استفاده از شواهد موجود و در نظر گرفتن شرایط اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی جوامع خود، به راهبردهای ارزشمندی برای افزایش میزان تحرک بدنی تدوین و اجرا کنند. این اقدامات که در قالب برنامه های ملی طراحی و اجرا شده است، نتایج ارزشمندی به دنبال داشته است که از جمله آنها می توان به کاهش ۵۶ درصدی شیوع بیماریهای قلبی عروقی و بار بیماری های مزمن غیرواگیر اشاره کرد. نمونه قابل ذکر کشور استرالیاست که تنها با ترویج افزایش فعالیت بدنی به مدت ۳۶ دقیقه در روز، توانسته است بیش از ۹/۵ میلیارد دلار از هزینه های

درمانی خود را کاهش دهد. در ایران نیز فعالیت بدنی ناکافی از عوامل خطر جدی بیماری های غیرواگیر و به ویژه بیماری های قلبی عروقی است. توسعه شهرنشینی، تعداد ناکافی بوستان ها، پیاده روهای نامناسب و فقدان فضاها و امکانات تفریحی و ورزشی تسهیلات ورزشی و تفریحی، را می توان از جمله علل عمده در ایجاد زندگی غیرفعال و ساکن دانست. ۱۶/۹۵ درصد جمعیت بالای ۹۵ سال کشور ما فعالیت بدنی کافی ندارند که شامل ۵۱/۵۱ درصد مردان و ۵۶/۱۹ درصد زنان است. درک چنین هشدار جدی است که ضرورت وجود یک برنامه ملی افزایش فعالیت بدنی که با همکاری بخش های مختلف مرتبط با فعالیت بدنی تهیه شده باشد را نشان می دهد

برنامه جدید اقدام جهانی سازمان جهانی بهداشت برای ارتقای فعالیتهای بدنی، به درخواست کشورها در خصوص ارائه راهنماهای جدید و چارچوبی برای اقدامات مؤثر و عملی در همه سطوح در سیاست افزایش فعالیت بدنی پاسخ می دهد. این امر در راستای پاسخ به درخواستها برای رهبری جهانی و هماهنگی قوی تر منطقه ای است و نیازمند تأمین یک پاسخ کلی جامعه به منظور دستیابی به پارادایم^{۱۱} تغییر در حمایت و ارزش گذاری مردم برای فعال بودن، مطابق توانایی آنها در طول زندگی است. این برنامه عملیاتی در سراسر جهان از طریق فرایند مشاوره ای انجام می شود که دولت ها و ذینفعان اصلی را در بخش های مختلف از جمله بهداشت، ورزش، حمل و نقل، طراحی شهری، جامعه مدنی، دانشگاهی و بخش خصوصی در بر می گیرد.

فعالیت بدنی چیست؟

فعالیت بدنی را میتوان به روشهای مختلفی از جمله پیاده روی، دوچرخه سواری، ورزش و فرمهای تفریحی فعال (برای مثال آمادگی جسمانی، یوگا و ورزش های رزمی و ...) انجام داد. فعالیت بدنی می تواند در محل کار و اطراف خانه هم انجام شود. در صورت انجام منظم و با مدت و شدت کافی همه اشکال فعالیت بدنی می توانند، مزایای سلامتی را فراهم کنند. وضعیت کنونی پیشرفت جهانی برای افزایش فعالیت بدنی بیشتر به دلیل عدم آگاهی و سرمایه گذاری کند بوده است. در حال حاضر در سراسر جهان، ۱ نفر از ۴ نفر بزرگسال و ۳ نفر از ۴ نوجوان ۱۱ تا ۱۷ سال توصیه های جهانی را برای فعالیت بدنی تعیین شده توسط سازمان جهانی بهداشت برآورده نمی کنند. با توسعه اقتصادی کشورها، سطح عدم فعالیت افزایش می یابد. در برخی از کشورها به دلیل تغییر الگوی حمل و نقل، افزایش استفاده از فناوری و شهرنشینی، میزان بی تحرکی می تواند تا ۷۰ درصد باشد.

سطح فعالیت بدنی نیز تحت تأثیر ارزشهای فرهنگی است. در اکثر کشورها، دخترها، زنان، افراد مسن تر، گروههای محروم و افراد دارای معلولیت و بیماری های مزمن، برای دسترسی به برنامه های ایمن، مقرون به صرفه و مناسب و مکان هایی که بتوانند از نظر جسمی فعال باشند، فرصت های کمتری دارند. هزینه

^{۱۱} Paradigm : سرمشق و الگوی مسلط و چهارچوب فکری و فرهنگی است که مجموعه ای از الگوها و نظریه ها را برای یک گروه یا یک جامعه شکل داده اند.

سالانه جهانی بی تحرکی جسمی برای مراقبتهای بهداشتی مستقیم ۵۴ میلیارد دلار، به علاوه ۱۴ میلیارد دلار هزینه اضافی ناشی از بهره وری از دست رفته برآورد می شود.

عدم فعالیت، ۱ تا ۳ درصد از هزینه های مراقبتهای بهداشتی ملی را به خود اختصاص می دهد، اگرچه این امر هزینه های مرتبط با سلامت روان و شرایط اسکلتی و عضلانی را شامل نمی شود.

چارچوبی برای اقدام

اقدام ملی مؤثر برای معکوس کردن روند فعلی و کاهش نابرابری در فعالیت های بدنی، نیازمند رویکردی مبتنی با هدف بهبود عوامل اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی بر سیستم، با ترکیبی راهبردی از سیاست های بالادستی اقدام و متمرکز بر فرد، آموزشی و محیطی که از فعالیت بدنی حمایت می کنند و با رویکردهای اطلاع رسانی از پایین دست همراه است. این برنامه اقدام جهانی چهار هدف راهبردی را که از طریق ۲۰ سیاست اقدامی قابل اجرا باشد، برای همه کشورها قابل اجرا می داند و می پذیرد که هر کشوری در تلاش های خود برای کاهش سطح ناتوانی جسمی و رفتارهای بی تحرکی در نقطه شروع متفاوتی قرار دارد.

-افزایش فعالیت بدنی نیازمند رویکردی مبتنی بر سیستم است(هیچ سیاست واحدی راه حل نیست)

-آموزش عموم مردم در خصوص خطرات کم تحرکی (رویکرد مدرسه محور- جامعه محور- کارکنان محور)

-برگزاری دوره های آموزشی شیوه فعالیت بدنی جهت پرسنل ارائه دهنده خدمت شامل پزشکان، مراقبین سلامت... به منظور ارتقاء دانش ورزشی کارکنان به میزان ۱۰٪ سالانه (برگزاری حداقل یک دوره آموزشی سالانه)

-شناسایی ۲۰٪ افراد با میزان تحرک ناکافی ثبت شده در سامانه سبب و ارائه مشاوره به این افراد توسط تیم سلامت بصورت سالانه

-ارتقای دانش سفیران و پیام گذاران سلامت ادارات در خصوص تحرک بدنی به میزان ۱۰٪ سالانه همچنین افزایش گروه های خودیار در زمینه افزایش تحرک بدنی ۸٪ سالانه در واحدهای ارائه دهنده خدمت به منظور ترویج و آموزش عموم مردم

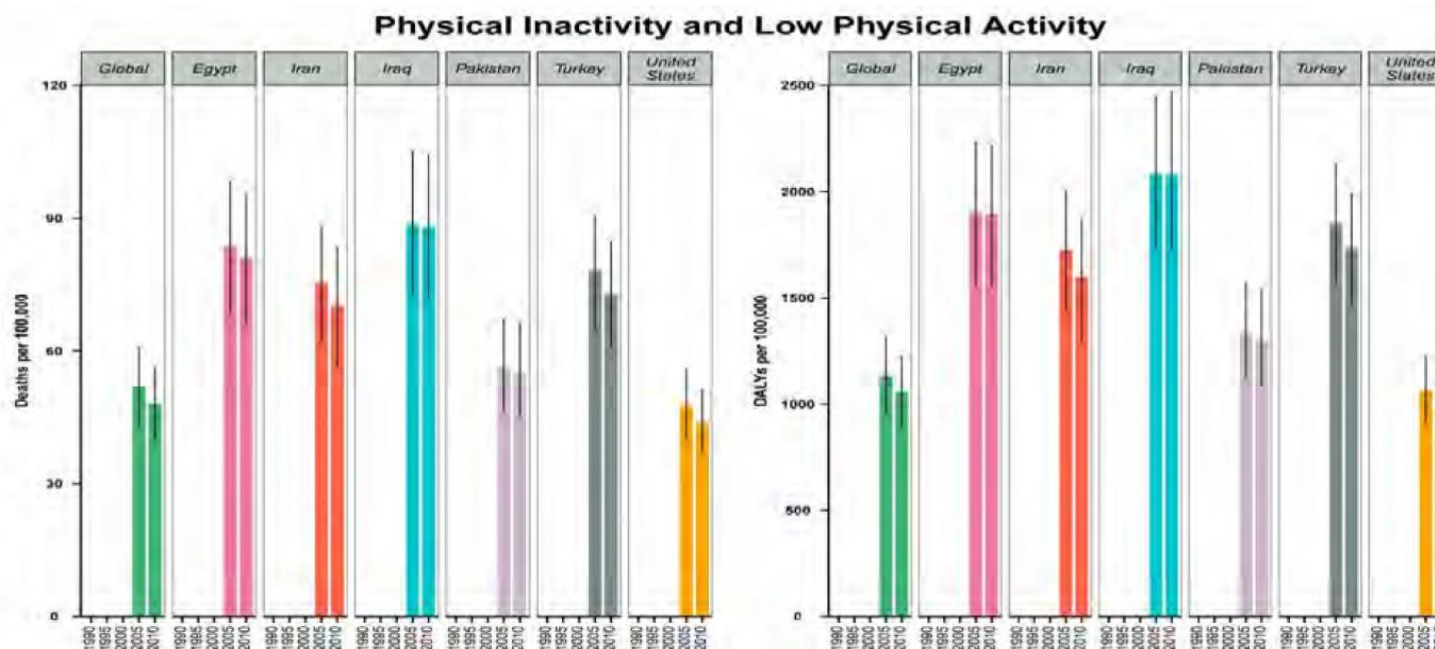
-افزایش میزان تحرک بدنی مطلوب در کارکنان ادارات به میزان ۵٪ سالانه

- همکاری مستمر در راه اندازی و عملیاتی نمودن طرح های مداخلاتی افزایش تحرک در گروه های مختلف جامعه (حداقل یک طرح مداخلاتی سالانه)

-افزایش فضاهای ورزشی و افزایش تعداد مربیان ورزشی دوره دیده در ایستگاه ها، پارک ها و فضاهای ورزشی به میزان حداقل ۵٪ سالیانه با مشارکت نهادهای برون بخشی (اداره ورزش و جوانان، شهرداری، آموزش و پرورش و...)

وضعیت فعالیت بدنی در جهان و ایران

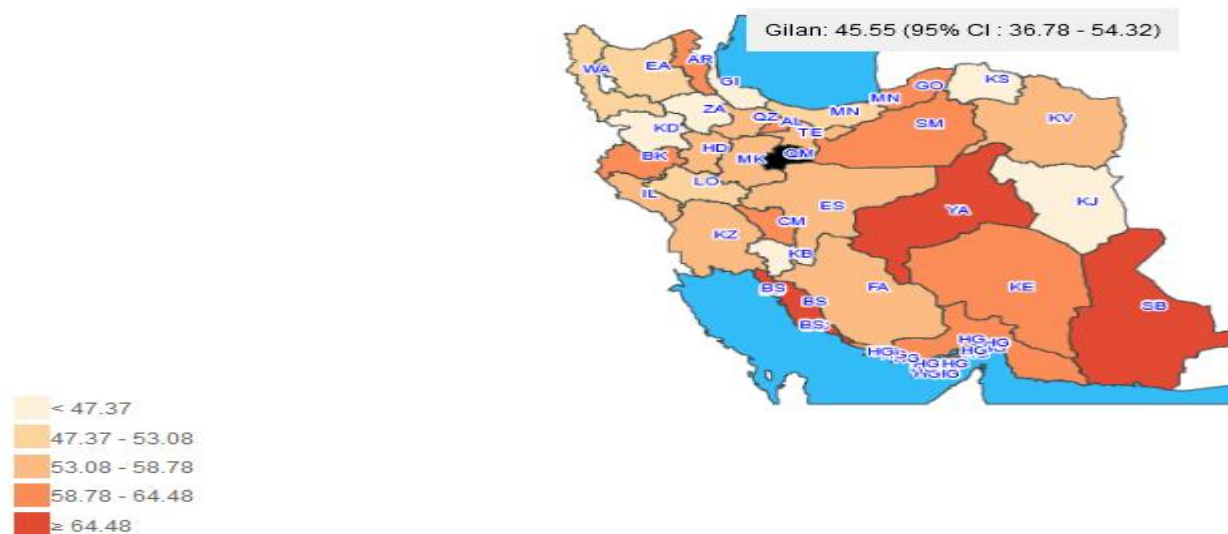
بر طبق شکل شماره ۲۷ بیشترین و کمترین میزان مرگ و DALY مربوط به عامل خطر کمبود فعالیت بدنی، در بین مناطق مورد بررسی به ترتیب مربوط به کشورهای عراق و آمریکا است. به طور کلی میزان مرگ و DALY در جهان همانند تمامی کشورهای تحت بررسی به صورت نزولی است.



شکل شماره ۲۷: میزان مرگ و DALY در ۱۰۰ هزار نفر جمعیت بر اساس عامل خطر کمبود فعالیت بدنی بین سالهای ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ بر حسب گروه های سنی در جهان، ایران و ۵ کشور دیگر

۴۵.۵۵ درصد مردم استان گیلان در سال ۲۰۱۶ فعالیت بدنی پایین (کمتر از ۶۰۰ MET^{۱۲}) دارند (شکل شماره ۲۸) و این میزان در سطح کشور ۵۵.۵۶ درصد می باشد و استان های زنجان و کهگیلویه و بویراحمد کمترین میزان فعالیت بدنی زیر ۶۰۰ MET و استان های بوشهر و یزد بیشترین درصد فعالیت بدنی بیشتر از ۶۰۰ MET را در کشور دارند. این شاخص در مطالعه استپس سال ۲۰۲۰ در کشور ۵۱.۳ و استان گیلان، ۴۵.۴ درصد است که نسبت به مطالعه قبلی کاهش داشته است (نمودار شماره ۱۳).

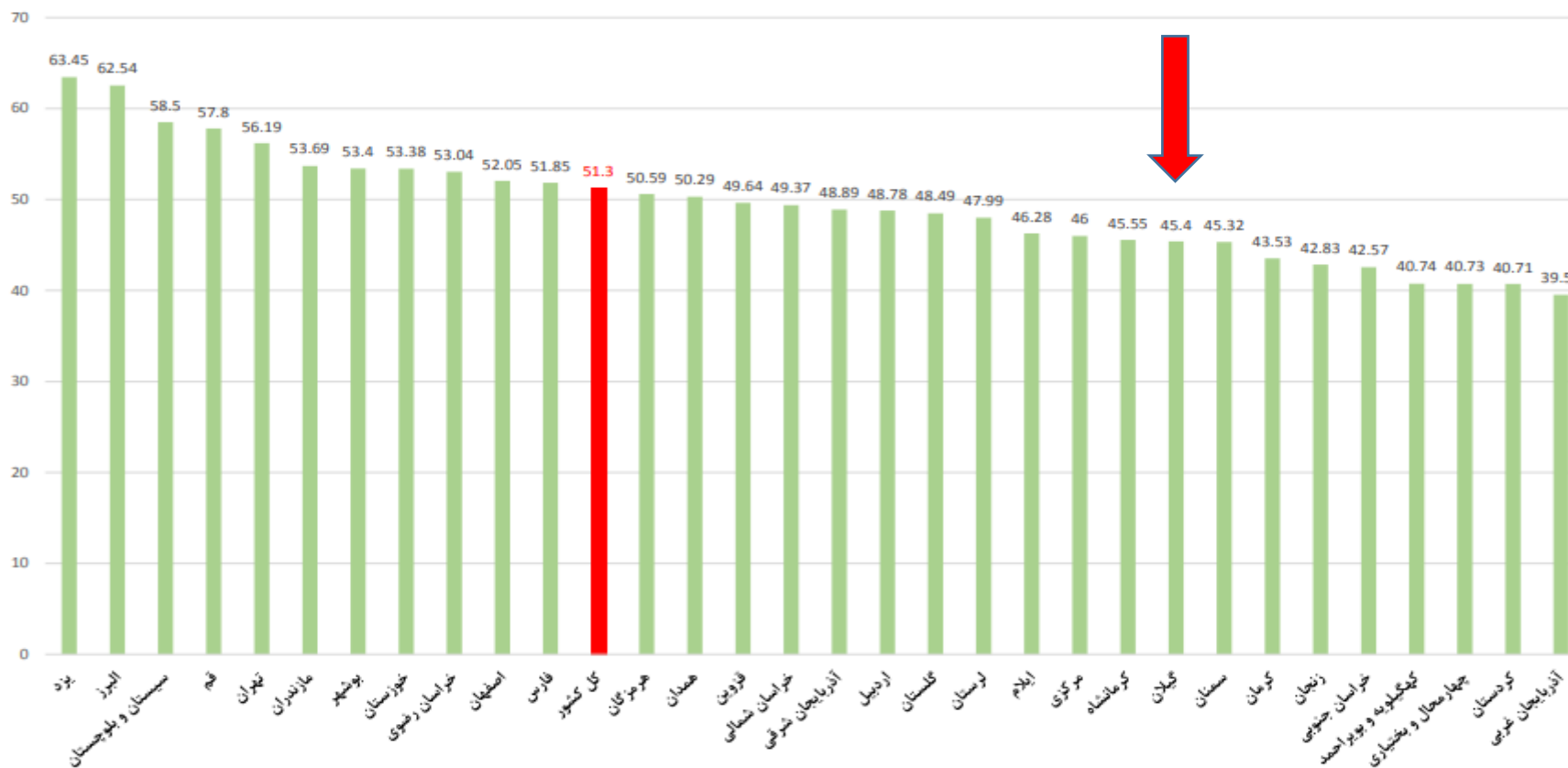
Provincial distribution of Low physical activity (Less than 600 METs)
Area: Both, Sex: Both, Age Group: Age-standardized, Year: 2016



- شکل شماره ۲۸: توزیع فعالیت بدنی پایین کمتر از ۶۰۰ MET در استان های کشور و گیلان - استاندارد شده سنی در مطالعه STEPS سال ۲۰۱۶

^{۱۲} Metabolic Equivalent of Task

درصد افراد با فعالیت فیزیکی کم



- نمودار شماره ۱۳: توزیع فعالیت فیزیکی ناکافی در استان های کشور و گیلان - در مطالعه STEPS سال ۲۰۲۰

سند پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط در استان گیلان

بهترین وضعیت در فعالیت فیزیکی در جمعیت زنان شهرستانهای استان در مطالعه STEPs ۲۰۱۶:

۱- شفت	۴۱.۳٪	۶ کشوری (رتبه)
۲- رودبار	۴۵.۳٪	۱۶ کشوری
۳- سیاهکل	۵۱.۳٪	۲۳ کشوری

بهترین وضعیت در فعالیت فیزیکی در جمعیت مردان شهرستانهای استان در مطالعه STEPs ۲۰۱۶:

۱- رودبار	۳۴٪	۲۱ کشوری
۲- آستانه اشرفیه	۳۹.۱٪	۳۸ کشوری
۳- رشت	۳۸.۵٪	۵۰ کشوری

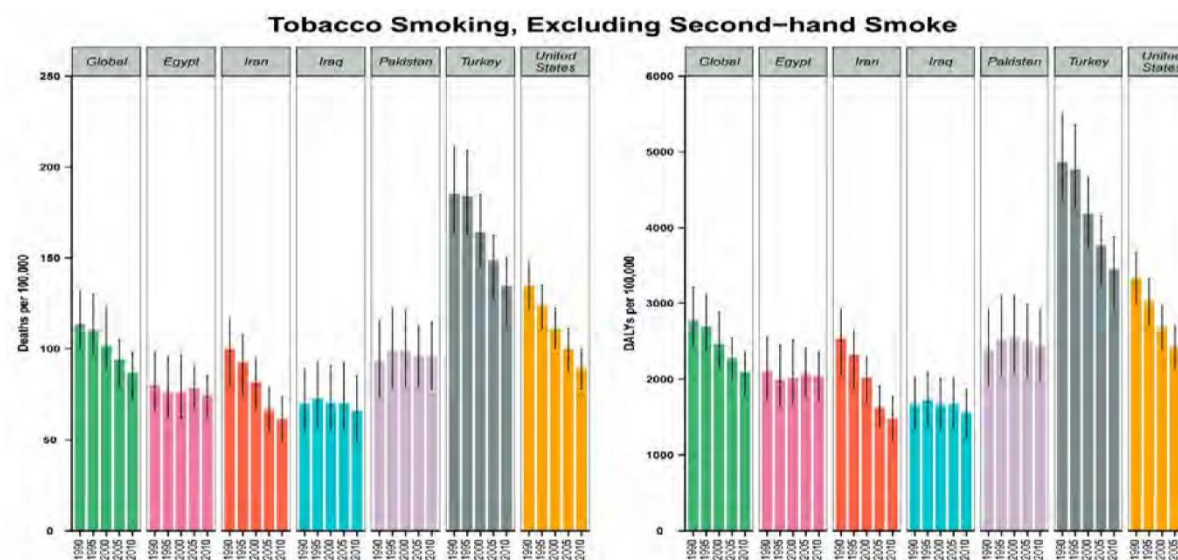
بدترین وضعیت در جمعیت زنان بین شهرستانهای استان در مطالعه STEPs ۲۰۱۶:

۱- رضوانشهر	۶۹.۱٪	۳۵۶ کشوری
۲- لاهیجان	۶۳.۸٪	۱۴۰ کشوری
۳- صومعه سرا	۵۸.۶٪	۱۳۳ کشوری

بدترین وضعیت در جمعیت مردان بین شهرستانهای استان STEPs ۲۰۱۶:

۱- فومن	۴۱.۵٪	۲۰۲ کشوری
۲- لاهیجان	۴۴.۹٪	۱۲۳ کشوری
۳- صومعه سرا	۴۴.۳٪	۱۱۵ کشوری

استعمال دخانیات، هر ساله منجر به حداقل یک میلیون مرگ در دنیا می شود. در دنیا، حدود ۲۵۰ میلیون فرد سیگاری و به همان میزان، افرادی که تنباکوی جویدنی مصرف می کنند، وجود دارد که اغلب آنها از مواد سرطان زای دیگر نیز استفاده می کنند. بیشترین و کمترین میزان مرگ و DALY مربوط به عامل خطر استعمال دخانیات (بدون احتساب غیرسیگاری های در معرض دود سیگار)، در بین مناطق مورد بررسی به ترتیب مربوط به کشورهای ترکیه و عراق است. به طور کلی روند میزان مرگ و DALY در کشورهای ایران، ترکیه و آمریکا همانند روند کلی در جهان به صورت نزولی است (شکل شماره ۲۹). بیشترین میزان مرگ و DALY مربوط به غیرسیگاری های در معرض دود سیگار، در بین مناطق مورد بررسی مربوط به کشور مصر است. به طور کلی روند میزان مرگ و DALY در کشورهای مصر، ایران، پاکستان، ترکیه و آمریکا همانند روند کلی در جهان به صورت نزولی است.



شکل شماره ۲۹: میزان مرگ و DALY در ۱۰۰ هزار نفر جمعیت بر اساس استعمال دخانیات بدون احتساب دود دسته دوم بین سالهای ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ بر حسب گروه های سنی در جهان، ایران و ۵ کشور دیگر

بر طبق شکل شماره ۳۰ در سال ۲۰۱۶ در استان گیلان ۱۰.۵۷ درصد جمعیت (استاندارد شده سنی) به صورت روزانه مصرف سیگار دارند و این میزان در کشور ۹.۳۶ درصد می باشد. بیشترین میزان مصرف روزانه سیگار در بین استان های کشور متعلق به استان های مرکزی و آذربایجان غربی و کمترین میزان مصرف روزانه مربوط به استان های خراسان شمالی و جنوبی می باشد.

Provincial distribution of Current daily cigarette smoke
Area:Both, Sex:Both, Age Group:Age-standardized, Year:2016

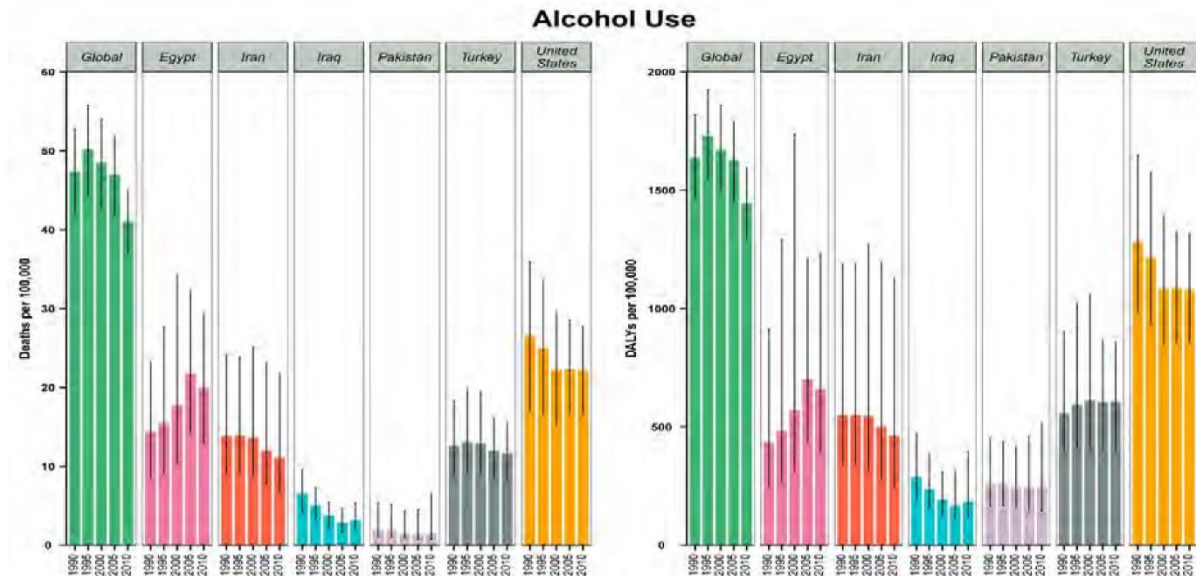


- شکل شماره ۳۰: توزیع میزان کنونی مصرف سیگار در استان های کشور و گیلان در مطالعه STEPS سال ۲۰۱۶

وضعیت مصرف الکل در جهان و ایران

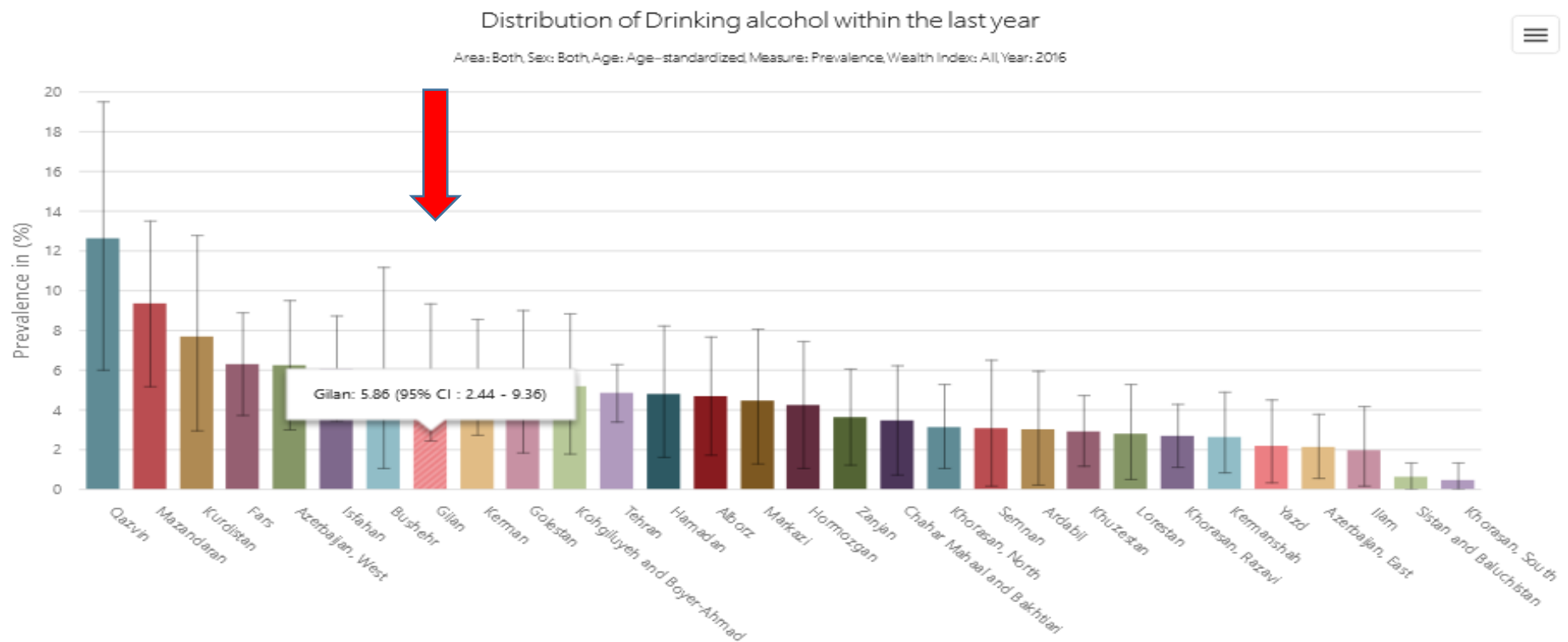
زیان ناشی از مصرف الکل، از مشکلات پزشکی تا معضلات اجتماعی، فیزیولوژیک و اقتصادی و نیز سوانح و حوادث و خشونت گسترده است. بیشترین میزان مرگ و DALY مربوط به عامل خطر مصرف الکل، در بین مناطق مورد بررسی مربوط به کشور آمریکا است. به طور کلی روند میزان مرگ و DALY در جهان تا سال ۱۹۹۵ به صورت صعودی و پس از آن به صورت نزولی است (شکل شماره ۳۱).

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



- شکل شماره ۳۱: میزان مرگ و DALY در ۱۰۰ هزار نفر جمعیت بر اساس عامل خطر مصرف الکل بین سالهای ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ بر حسب گروه های سنی در جهان ، ایران و ۵ کشور دیگر

طبق نتایج پیمایش انجام شده در سال ۲۰۱۶ (نمودار شماره ۱۶) در ایران، ۵.۸۶ درصد مردم استان گیلان (استاندارد شده سنی) طبق خود اظهاری سابقه مصرف الکل را داشته اند، این میزان در سطح ملی ۸.۵۶ درصد بوده و استان های قزوین، مازندران و کردستان بیشترین میزان مصرف و استان های خراسان جنوبی، سیستان و بلوچستان و ایلام کمترین میزان مصرف را داشته اند. درصد مصرف الکل در گذشته و حال تا سال ۱۳۹۵ در استان گیلان ۱۰/۶۹ درصد بوده که از این لحاظ استان گیلان جزو استان های پرخطر محسوب می شود و بیشترین سن استفاده در رده سنی ۳۴-۲۵ سال بوده است. درصد مصرف الکل در ۱۲ ماه گذشته ۴/۹۱ درصد بوده که گیلان نسبت به استان های دیگر جزو استان های نسبتا پرخطر می باشد.



- نمودار شماره ۱۴: توزیع مصرف الکل در ۱ سال گذشته در استان های کشور و گیلان در مطالعه STEPS سال ۲۰۱۶

مقایسه عوامل خطر بیماریهای غیرواگیر براساس همه سنین به تفکیک جنسیت و محل سکونت در استان گیلان - مطالعه STEPS ۲۰۱۶	مرد	زن	شهر	روستا	کل
۱ درصد مصرف نوشیدنی های الکلی در گذشته یا در حال حاضر	۱۴.۲۵	۱.۴۲	۷.۸۲	۷.۵۲	۷.۷۱
۲ درصد مصرف نوشیدنی های الکلی طی ۱۲ ماه گذشته	۸.۴۹	۱.۰۱	۴.۸۵	۴.۴۱	۴.۶۸
۳ درصد مصرف نوشیدنی های الکلی طی ۳۰ روز گذشته	۴.۰۱	۰.۲۱	۲.۵۴	۱.۴	۲.۰۸
۴ درصد رانندگی تحت تاثیر الکل طی ۱۲ ماه گذشته	۰	۰	۰	۰	۰
۵ درصد حضور در خودرویی که راننده در حالت مستی رانندگی کرده است (طی ۱۲ ماه گذشته)	۲.۸۶	۱.۰۴	۲.۴۲	۱.۴۵	۱.۹۶

- جدول شماره ۱۲: مقایسه مصرف نوشیدنی های الکلی براساس همه سنین به تفکیک جنسیت و محل سکونت - استان گیلان در مطالعه STEPS ۲۰۱۶

پیمایش عوامل خطر بیماریهای غیر واگیر بر اساس بر اساس همه سنین در مطالعه STEPS ۲۰۲۰	کشور	گیلان
۱ درصد مصرف نوشیدنی های الکلی در گذشته یا در حال حاضر	۶.۸۶	۱۰.۶۹
۲ درصد مصرف نوشیدنی های الکلی طی ۱۲ ماه گذشته	۳.۸۳	۴.۹۱
۳ درصد مصرف نوشیدنی های الکلی طی ۳۰ روز گذشته	۲.۰۵	۲.۶۵
۴ درصد رانندگی تحت تاثیر الکل طی ۱۲ ماه گذشته	۰.۶۳	۱.۰۴
۵ درصد حضور در خودرویی که راننده در حالت مستی رانندگی کرده است (طی ۱۲ ماه گذشته)	۲.۷۶	۱.۵۱

- جدول شماره ۱۳: مقایسه مصرف نوشیدنی های الکلی براساس همه سنین در کشور و استان گیلان بر اساس در مطالعه STEPS ۲۰۲۰

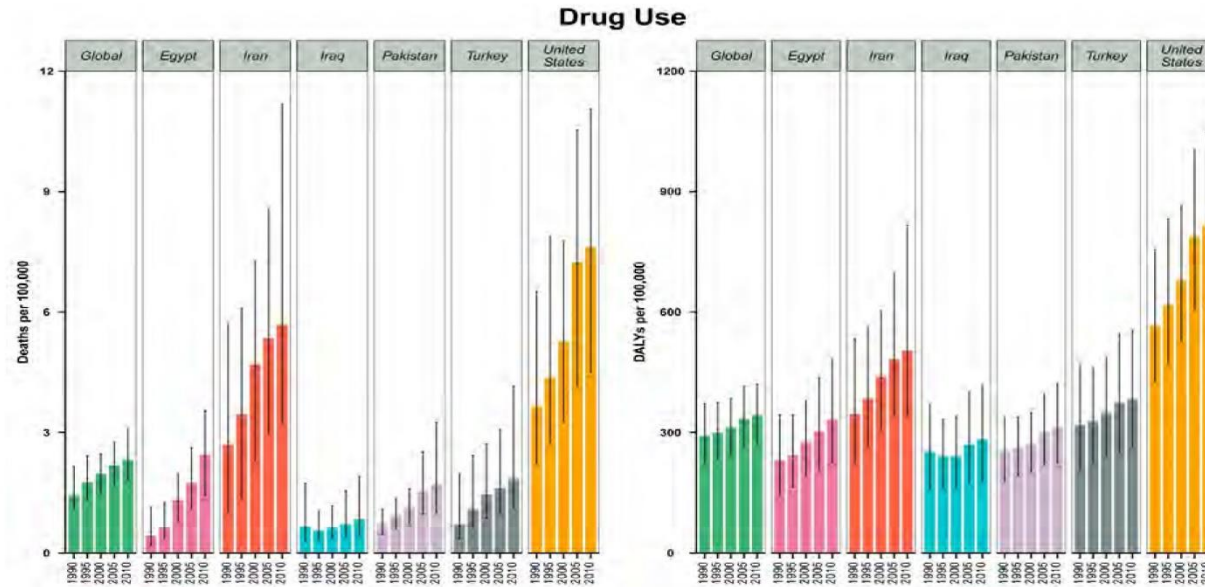
کل	روستا	شهر	زن	مرد	مقایسه شاخصهای عوامل خطر بیماریهای غیر واگیربر اساس همه سنین به تفکیک جنسیت و محل سکونت در استان گیلان براساس ۲۰۲۰ STEPs
۱۰.۶۹	۸.۱	۱۲.۱۶	۲.۱۴	۲۳.۷۸	درصد مصرف نوشیدنی های الکلی در گذشته یا در حال حاضر
۴.۹۱	۵.۴۱	۴.۶۲	۱.۳۷	۱۰.۳۳	درصد مصرف نوشیدنی های الکلی طی ۱۲ ماه گذشته
۲.۶۵	۲.۳۵	۲.۸۳	۰.۵۸	۵.۸۳	درصد مصرف نوشیدنی های الکلی طی ۳۰ روز گذشته
۱.۰۴	۱.۴۵	۰.۸	۰	۲.۶۲	درصد رانندگی تحت تاثیر الکل طی ۱۲ ماه گذشته
۱.۵۱	۰.۴۵	۲.۱۲	۰.۸۴	۲.۵۳	درصد حضور در خودرویی که راننده در حالت مستی رانندگی کرده است (طی ۱۲ ماه گذشته)

- جدول شماره ۱۴: مقایسه مصرف نوشیدنی های الکلی براساس همه سنین به تفکیک جنسیت و محل سکونت در استان گیلان مطالعه STEPs ۲۰۲۰

۲۰۲۰	۲۰۱۶	مقایسه عوامل خطر بیماریهای غیر واگیر گیلان براساس همه سنین در ۲۰۱۶ و ۲۰۲۰
۱۰.۶۹	۷.۷۱	درصد مصرف نوشیدنی های الکلی در گذشته یا در حال حاضر
۴.۹۱	۴.۶۸	درصد مصرف نوشیدنی های الکلی طی ۱۲ ماه گذشته
۲.۶۵	۲.۰۸	درصد مصرف نوشیدنی های الکلی طی ۳۰ روز گذشته
۱.۰۴	۰	درصد رانندگی تحت تاثیر الکل طی ۱۲ ماه گذشته
۱.۵۱	۱.۹۶	درصد حضور در خودرویی که راننده در حالت مستی رانندگی کرده است (طی ۱۲ ماه گذشته)

- جدول شماره ۱۵: مقایسه مصرف نوشیدنی های الکلی در گیلان براساس همه سنین در مطالعه STEPs سال ۲۰۱۶ و ۲۰۲۰

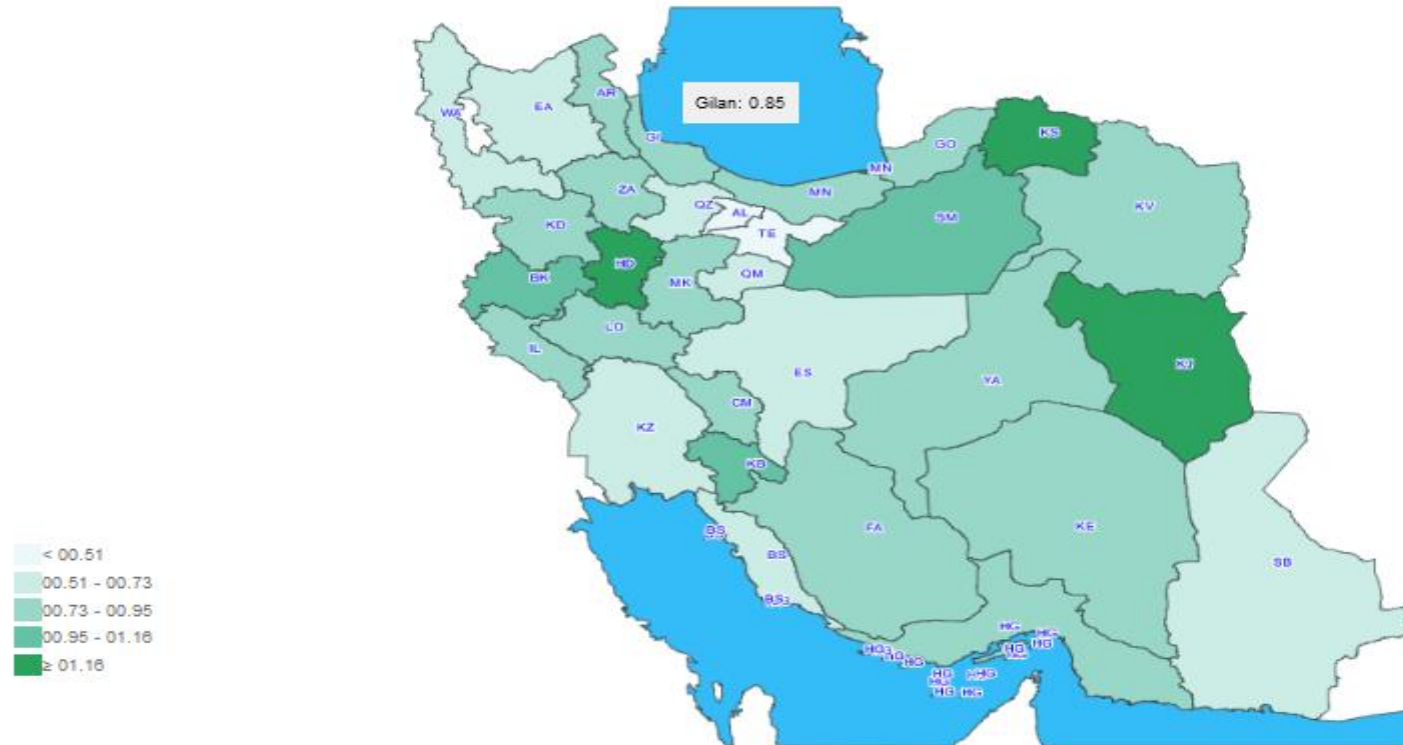
بیشترین میزان مرگ و DALY مربوط به عامل خطر مصرف مواد، در بین مناطق مورد بررسی مربوط به کشور آمریکا است. به طور کلی روند میزان مرگ و DALY در تمامی کشورهای مورد بررسی همانند جهان دارای روند صعودی است (شکل شماره ۳۲).



- شکل شماره ۳۲: میزان مرگ و DALY در صد هزار نفر جمعیت بر اساس عامل خطر مصرف مواد مخدر بین سالهای ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ بر حسب گروههای سنی در جهان، ایران و ۵ کشور دیگر

در سال ۲۰۱۵ در استان گیلان ۰.۸۵ نفر به ازای هر صد هزار نفر جمعیت در اثر اختلالات مصرف مواد مخدر اتفاق افتاده است (شکل شماره ۳۳)، این میزان در سطح ملی ۰.۶۸ در صد هزار نفر جمعیت بوده و استان های خراسان شمالی و همدان بیشترین میزان مرگ ناشی از اختلالات مصرف مواد مخدر داشته اند و کمترین میزان مربوط استان البرز بوده است.

Provincial distribution of death due to drug use disorders
Measure: Deaths per 100,000, Age: All ages, Year:2015, Sex: Both



- شکل شماره ۳۳: توزیع استانی مرگ به علت اختلالات مصرف مواد مخدر در مطالعه STEPs سال ۲۰۱۶

اهداف و برنامه های مد نظر در کاهش مصرف مواد مخدر در استان:

- کاهش نسبی ۳۰٪ در شیوع استعمال دخانیات در افراد بالاتر از ۱۵ سال
- آموزش عموم مردم در زمینه زیان های مصرف دخانیات و دود دسته دوم و سوم (رویکرد مدرسه-رویکرد جامعه-رویکرد کارکنان)
 - * توانمندسازی و ارتقاء دانش ۱۰۰٪ کارکنان بخش بهداشت
 - * آموزش ۵۰٪ از مراجعین به واحدهای بهداشتی
 - * آموزش ۱۰۰٪ زنان باردار و شیرده تحت پوشش مراکز جامع خدمات سلامت
 - * آموزش ۱۰۰٪ دانش آموزان مقطع متوسطه اول و دوم مدارس پر خطر و حاشیه شهر
 - * آموزش ۱۰۰٪ کارکنان ادارات دارای سفیر سلامت
 - * آموزش ۵۰٪ سفیران سلامت
- شناسایی افراد مصرف کننده دخانیات و ارجاع جهت مشاوره ترک دخانیات از طریق مراقبین سلامت- بهورزان
 - * شناسایی و ارجاع ۵۰٪ مصرف کنندگان گروه سنی ۱۷-۱۵ سال (با توجه به شیوع مصرف ۴ نفر سالیانه توسط هر مراقب سلامت / بهورز)
 - * شناسایی و ارجاع ۶٪ مصرف کنندگان گروه سنی ۲۹-۱۸ سال (با توجه به شیوع مصرف ۱۱ نفر سالیانه توسط هر مراقب سلامت / بهورز)
 - * شناسایی و ارجاع ۶٪ مصرف کنندگان گروه سنی ۶۰-۳۰ سال (با توجه به شیوع مصرف ۱۷ نفر سالیانه توسط هر مراقب سلامت / بهورز)
- تحت پوشش قرار دادن خدمات مشاوره ای در شمول خدمات بیمه ای
- تدوین و ابلاغ دستورالعمل مشاوره ترک دخانیات جهت سطح اول (کارشناسان- بهورزان- مراقبین سلامت- پزشکان خانواده)
- راه اندازی کلینیک ترک سیگار در مراکز خدمات جامعه سلامت
- فعال سازی کلینیک های ترک اعتیاد در زمینه ترک دخانیات
- جلب همکاری با NGOs^{۱۳} فعال در این زمینه بویژه مداخلات پیشگیری و ترک
- راه اندازی شبکه سفیران سلامت به منظور آموزش گروه های مختلف دانش آموزان مدارس پر خطر

^{۱۳} Non Governmental Organization

- اجرای بهینه قانون جامع دخانیات و برخورد با مراکز عرضه غیر مجاز در همکاری با سازمان های برون بخشی
- برنامه ریزی، حمایت و اجرای طرحهای محیط عاری از دخانیات (پارکها - کوچه - محله و ...) با همکاری شهرداری ها و سازمان های مرتبط
- فعال سازی مراکز مجاز استفاده از دخانیات در فضاهای عمومی / ادارات / پایانه ها و ...

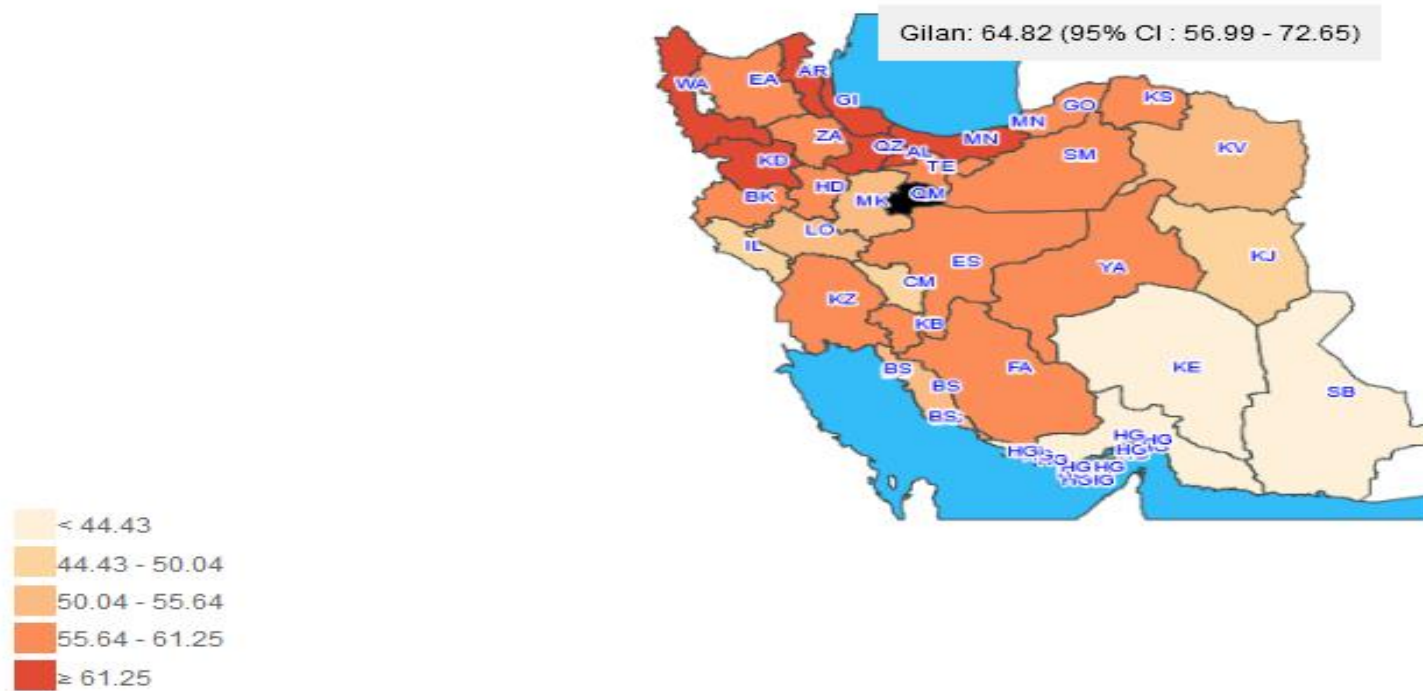
چاقی و اضافه وزن

در سال های اخیر در نتیجه تغییرات ایجاد شده در سبک زندگی از جمله افزایش دسترسی به غذا و کاهش فعالیت بدنی به سبب ماشینی شدن زندگی، ضمن افزایش شیوع چاقی در افراد، شیوع بیماری ها نیز از بیماری های واگیر به بیماری های غیر واگیر تغییر مسیر داده است. در همین راستا هدف اصلی ایراپن هم کاهش شیوع عوامل خطر بیماری های غیر واگیر می باشد بیماری های غیر واگیر که بعنوان بیماری های مزمن شناخته می شود از فردی به فرد دیگر منتقل نمی شود که بیش از ۷۶ درصد کل بار بیماری در ایران به بیماری های غیرواگیر اختصاص دارد که پایه پیشگیری از بیماری های غیرواگیر شناسایی عوامل خطر و کنترل آن تا حد الامکان می باشد. در استان اضافه وزن و چاقی در مقایسه با کشور درصد بالاتری را به خود اختصاص داده (۷۱/۷۲٪ به ۶۳/۰۱٪) که مطلوب نمی باشد و لازم است به منظور ارتقا سواد سلامت، اصلاح الگوی تغذیه ای افراد جامعه و گسترش فعالیت فیزیکی بسیج اطلاع رسانی در طول سال برنامه ریزی گردد. با توجه به ارتباط چاقی با افزایش احتمال بروز به بیماری های غیر واگیر، کنترل روند صعودی شیوع چاقی و حتی الامکان کاهش این نرخ، مورد توجه قرار گرفته است (نمودار شماره ۱۶).

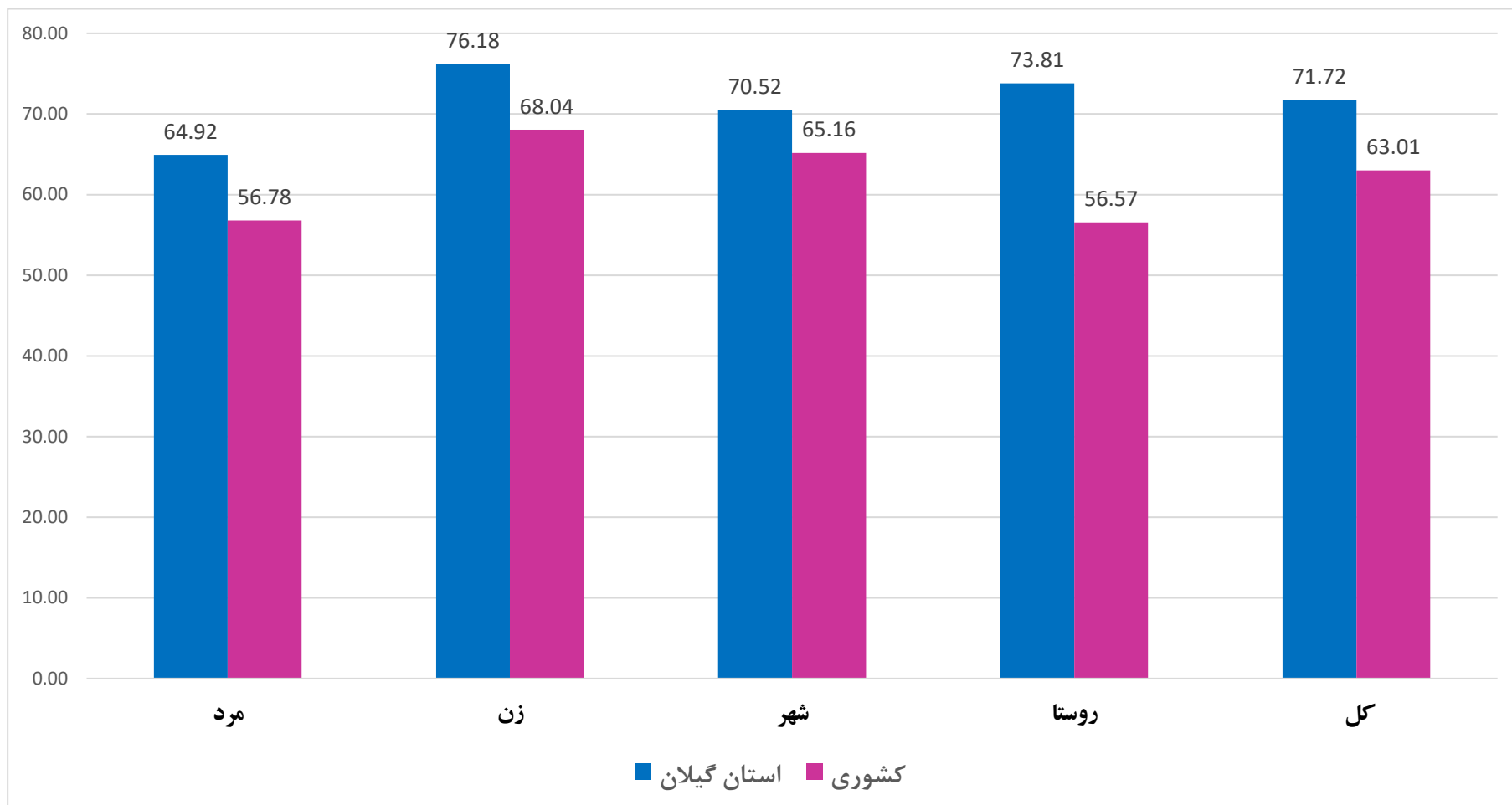
۲۴.۷۸ درصد مردم استان گیلان به چاقی مبتلا هستند و ۴۰.۰۳ درصد به اضافه وزن مبتلا هستند و در مجموع ۶۴.۸۲ درصد مردم استان گیلان در مطالعه سال ۲۰۱۶ به چاقی و اضافه وزن مبتلا بوده اند (نمودار ۶-۲). استان های سیستان و بلوچستان و هرمزگان بهترین وضعیت را در بین استان های کشور دارند. در سطح ملی ۵۶.۰۸ درصد مردم کشور به چاقی و اضافه وزن مبتلا هستند.



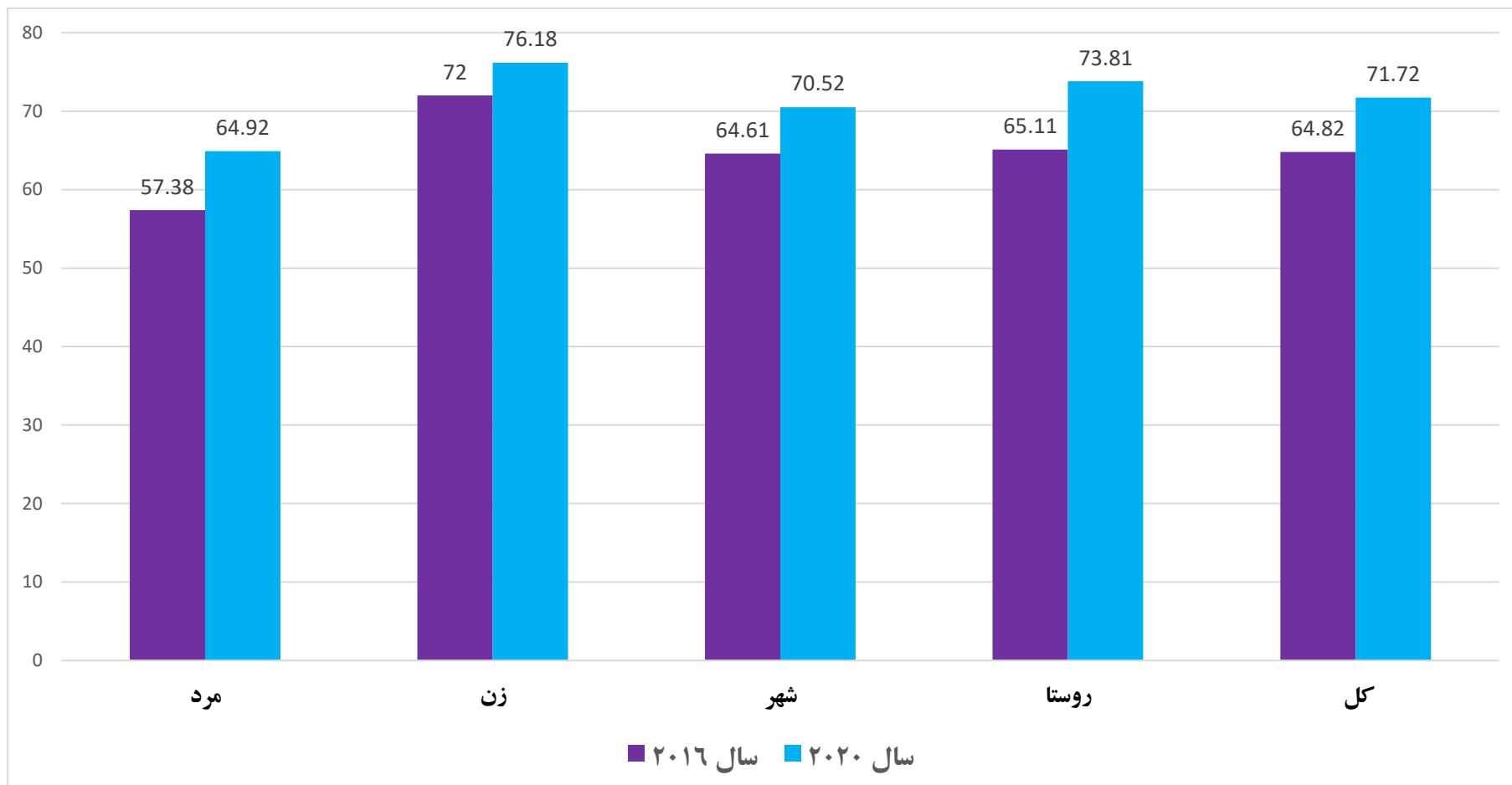
Provincial distribution of Overweight & obesity
 Area:Both, Sex:Both, Age Group:Age-standardized, Year:2016



- شکل شماره ۳۴: توزیع چاقی و اضافه وزن در استان های کشور و گیلان در مطالعه STEPS سال ۲۰۱۶ (استاندارد شده سنی)



- نمودار شماره ۱۵: مقایسه شیوع اضافه وزن و چاقی استان گیلان با کشور در مطالعه STEPS سال ۲۰۲۰



- نمودار شماره ۱۶: مقایسه شیوع اضافه وزن و چاقی استان گیلان، گزارش نتایج پیمایش بیماری های غیرواگیر، سال ۲۰۱۶-۲۰۲۰

فصل سوم

اهداف سند استانی

اهداف سند بیماری های غیرواگیر استان

- ۱) کاهش خطر مرگ زودرس ناشی از بیماری های قلبی عروقی، سرطان، دیابت و بیماری های مزمن ریوی به میزان ۲۵ درصد
- ۲) کاهش مصرف الکل به میزان حداقل ۱۰ درصد
- ۳) کاهش نسبی در شیوع فعالیت بدنی ناکافی (کم تحرکی) به میزان ۲۰ درصد
- ۴) کاهش نسبی میزان مصرف سدیم/نمک به میزان ۳۰ درصد
- ۵) کاهش مصرف دخانیات به میزان ۳۰ درصد
- ۶) کاهش نسبی شیوع فشارخون بالا به میزان ۲۰ درصد
- ۷) ثابت نگهداشتن میزان بیماری دیابت و چاقی
- ۸) دریافت دارو و مشاوره (از جمله کنترل قند خون) توسط افراد واجد شرایط برای پیشگیری از حمله های قلبی و سکته مغزی به میزان حداقل ۷۰ درصد

۹) دستیابی به پوشش ۸۰ درصد به **تکنولوژی** ها و **داروهای** اساسی قابل **فراهمی** شامل **داروهای** ژنریک مورد نیاز برای درمان بیماری های غیر واگیر در بخش های خصوصی و دولتی

۱۰) به صفر رساندن میزان **اسید چرب ترانس** در روغن های خوراکی و محصولات غذایی

۱۱) کاهش نسبی در میزان مرگ و میر ناشی از **سوانح و حوادث** به میزان حداقل ۲۰ درصد

۱۲) کاهش مرگ و میر ناشی از استعمال مواد مخدر به میزان حداقل ۱۰ درصد

۱۳) افزایش دسترسی جامعه به خدمات **سلامت روان** و درمان بیماری های روانی به میزان حداقل ۲۰ درصد

فصل چهارم

جداول فعالیت ها

هدف شماره ۱ :

کاهش خطر مرگ زودرس ناشی از بیماری های قلبی عروقی، سرطان، دیابت و بیماری های مزمن ریوی به میزان ۲۵ درصد

هدف شماره ۱ : کاهش خطر مرگ زودرس ناشی از بیماری های قلبی عروقی. سرطان. دیابت و بیماری های مزمن ریوی به میزان ۲۵ درصد

حیطه	استراتژی ها	فعالیت ها	متولی	مجری	مشارکت کنندگان	نتیجه مطلوب	شاخص های ارزشیابی	منابع		دوره زمانی
								۱۴۰۱	توضیحات	
حاکمیت	۱. جلب حمایت کارگروه سلامت و امنیت غذایی و هماهنگی های بین بخشی با بخش های مرتبط با اهداف سند استانی بیماری های غیرواگیر	۱. تشکیل و برگزاری کمیته دانشگاهی بیماری های غیرواگیر	دانشگاه علوم پزشکی گیلان (دبیرخانه کمیته استانی غیرواگیر)	معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی گیلان	کلیه معاونت های دانشگاه علوم پزشکی گیلان	اولویت بندی و تهیه پیش نویس اقدامات مشترک	تهیه پیش نویس سند استانی	اولویت ها و سیاست های کلان سلامت استان و کشور		۱۰۰٪
								آیین نامه تشکیل کمیته استانی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر		
								۲. طرح موضوع سند پیشگیری و کنترل بیماریهای غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط در شورای سلامت استان		
								۳. تشکیل کارگروه های بین بخشی بین دانشگاه علوم پزشکی و سازمان های مرتبط برای برنامه ریزی و اقدام مشترک		
حاکمیت	۴. تدوین و انعقاد تفاهم نامه های بین بخشی: ۱. انعقاد تفاهم نامه با اداره کل ورزش و جوانان برای توسعه امکانات ورزش های همگانی ۲. انعقاد تفاهم نامه با اداره کل جهاد کشاورزی استان برای توسعه محصولات غذایی سالم ۳. انعقاد تفاهم نامه با اداره کل راه و شهرسازی برای اجرای اقدامات سلامت محور ۴. انعقاد تفاهم نامه با سازمان صدا و سیما استان جهت ترویج شیوه زندگی سالم ۵. انعقاد تفاهم نامه همکاری با اداره کل آموزش و پرورش استان در زمینه بهبود شیوه زندگی دانش آموزان	۱. استانداری ۲. دانشگاه علوم پزشکی ۳. سازمان های مرتبط	۱. استانداری ۲. دانشگاه علوم پزشکی ۳. سازمان های مرتبط	سازمان های مرتبط	اولویت بندی و تهیه پیش نویس اقدامات مشترک	تعداد کارگروه های تشکیل شده به تعداد کارگروه های مورد انتظار	اولویت ها و سیاست های کلان سلامت استان و کشور		۱۰۰٪	
							تعداد تفاهم نامه های منعقد شده به تعداد تفاهم های مورد انتظار			
							۱. افزایش دسترسی به امکانات ورزشی و تحرک بدنی و افزایش سرانه ورزشی استان ۲. افزایش دسترسی به محصولات غذایی سالم ۳. افزایش دسترسی به ایمنی در فضاهای شهری و برون شهری و تقویت جامعه ایمن ۴. جلوگیری از تبلیغ اقلام مضر و افزایش ساعات بهره مندی از رسانه های آموزشی			
							تعداد تفاهم نامه های منعقد شده در سطح وزارت بهداشت با سازمان های مرتبط *منابع علمی و استانداردهای علمی برنامه های ملی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر			

		۱۰۰٪	*آیین نامه تشکیل کمیته استانی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر *پیش نویس سند استانی سند ملی بیماری های غیر واگیر	تدوین و تصویب سند استانی بیماریهای غیرواگیر	طرح و تصویب سند استانی بیماریهای غیرواگیر وظایف کلیه سازمانهای مرتبط	سازمان های مرتبط در کل استان گیلان	دانشگاه علوم پزشکی گیلان (دبیرخانه کمیته استانی غیرواگیر)	۱.استانداری ۲.دانشگاه علوم پزشکی گیلان (دبیرخانه کمیته استانی غیرواگیر)	۵.برگزاری مجدد شورای سلامت و امنیت غذایی استان بمنظور تصویب سند استانی (عملکرد کارگروه ها)		
حیطه	استراتژی ها	فعالیت ها	متولی	مجری	مشارکت کنندگان	نتیجه مطلوب	شاخص های ارزشیابی	منابع		دوره زمانی	
								۱۴۰۱	توضیحات	۱۴۰۴	
حاکمیت	۲.ارتقای ساختار گروه غیر واگیر در دانشگاه علوم پزشکی	تجدید نظر در چارت تشکیلاتی گروه غیر واگیر ستاد دانشگاه (حوزه معاونت بهداشتی) و شهرستان ها	دانشگاه علوم پزشکی	دانشگاه علوم پزشکی	معاونت توسعه مدیریت و منابع معاونت بهداشتی	اصلاح چارت تشکیلاتی ستاد و شهرستان ها	تکمیل و تصویب و اجرای چارت اصلاح شده	*طرح گسترش شبکه های بهداشتی و درمانی *اعتبارات جاری و ردیف های متمرکز	حداکثر تا پای ان سال ۱۴۰۲		
		اعمال چارت پیشنهاد شده	دانشگاه علوم پزشکی	دانشگاه علوم پزشکی	*معاونت توسعه مدیریت و منابع *معاونت بهداشتی	*افزایش دسترسی به خدمات سلامت *ارتقای کیفیت خدمات (بهبود غربالگری و تشخیص به موقع و مراقبت بیمارهای غیرواگیر)	نسبت اجرای چارت فعلی به چارت جدید تصویب شده	*طرح گسترش شبکه های بهداشتی و درمانی *اعتبارات جاری و ردیف های متمرکز		۱۰۰٪	
	تقویت اعتبارات تخصیصی به برنامه های غیر واگیر		دانشگاه علوم پزشکی	دانشگاه علوم پزشکی	*معاونت توسعه مدیریت و منابع *معاونت بهداشتی	*افزایش دسترسی به خدمات سلامت *ارتقای کیفیت خدمات (بهبود غربالگری و تشخیص به موقع و مراقبت بیمارهای غیرواگیر)	*درصد اعتبارات دریافتی نسبت به اعتبارات تخصیص داده شده *نسبت افزایش تخصیص اعتبارات غیرواگیر	*اعتبارات جاری و ردیف های متمرکز	سالانه ۱۲.۵ درصد	۱۰۰ درصد	

		ارتقای سطح علمی کارشناسان حوزه غیر واگیر	دانشگاه علوم پزشکی	دانشگاه علوم پزشکی	معاونت بهداشتی معاونت آموزشی شبکه های بهداشت و درمان شهرستان ها	توانمند سازی کارشناسان حوزه بیماریها در خصوص بیماری های غیر واگیر و شناسایی بیماری ها و عوامل خطر مربوط به آنها	*تعداد و درصد افراد آموزش دیده *تعداد دوره های آموزشی انجام شده	منابع مالی مورد نیاز بسته های آموزشی	۱۲.۵ درصد	سالانه ۱۲.۵ درصد	۱۰۰ درصد
حیطه	استراتژی ها	فعالیت ها	متولی	مجری	مشارکت کنندگان	نتیجه مطلوب	شاخص های ارزشیابی	منابع	دوره زمانی	توضیحات	۱۴۰۴
حاکمیت	۳. ارتقای سطح علمی پرسنل در مورد بیماری های غیر واگیر	تدوین و اجرای برنامه های آموزشی جهت کلیه رده های پرسنلی	دانشگاه علوم پزشکی	دانشگاه علوم پزشکی	*معاونت بهداشتی معاونت آموزشی شبکه های بهداشت و درمان شهرستان ها	توانمند سازی پرسنل دانشگاه در خصوص بیماری های غیر واگیر و شناسایی بیماری ها و عوامل خطر مربوط به آنها	*تعداد و درصد افراد آموزش دیده *تعداد دوره های آموزشی انجام شده	منابع مالی مورد نیاز بسته های آموزشی	۱۲.۵ درصد	سالانه ۱۲.۵ درصد	۱۰۰ درصد
		انجام برنامه های پژوهش محور توسط پرسنل (HSR)	دانشگاه علوم پزشکی	دانشگاه علوم پزشکی	*معاونت بهداشتی معاونت تحقیقات شبکه های بهداشت و درمان شهرستان ها	شناسایی پراکندگی بیماری های استان و عوامل خطر مربوط به آنها و الویت بندی آنها	نسبت تعداد برنامه های انجام شده به مورد نظر	منابع مالی مورد نیاز برنامه های پژوهش محور	۱۲.۵ درصد	سالانه ۱۲.۵ درصد	۱۰۰ درصد
حیطه	استراتژی ها	فعالیت ها	متولی	مجری	مشارکت کنندگان	نتیجه مطلوب	شاخص های ارزشیابی	منابع	دوره زمانی	توضیحات	۱۴۰۴

حاکمیت	۴. تقویت نظام آموزشی دانشکده های پزشکی و پیراپزشکی جهت آموزش برنامه های NCD	دانشگاه علوم پزشکی	دانشگاه علوم پزشکی	دانشگاه علوم پزشکی	دانشگاه علوم پزشکی	دانشگاه علوم پزشکی	تدوین و اجرای برنامه های آموزشی مرتبط با پیشگیری و درمان بیماری های غیر واگیر در نظام آموزشی دانشگاه های علوم پزشکی استان
حیطه	استراتژی ها	متولی	مجری	مشارکت کنندگان	نتیجه مطلوب	شاخص های ارزشیابی	منابع
کاهش مواجهه با خطر	۵. آموزش همگانی در خصوص بیماری های غیر واگیر و عوامل خطر آنها	دانشگاه علوم پزشکی	دانشگاه علوم پزشکی	دانشگاه علوم پزشکی و سازمان صدا و سیما استان	* تدوین برنامه های آموزشی مناسب * تدوین رسانه های آموزشی مناسب	* تامین منابع مالی برنامه * تامین منابع علمی	۱۲.۵ درصد دوره زمانی ۱۴۰۴
	آموزش گروه های هدف اجرای برنامه های آموزشی برای گروه های هدف (توانمندسازی زنان روستایی) در جهت تولید محصول سالم و آموزش به رابطین بهداشت و بهورزان و...	دانشگاه علوم پزشکی جهاد کشاورزی	دانشگاه علوم پزشکی جهاد کشاورزی	* دانشگاه های علوم پزشکی * شبکه های بهداشت و درمان * مراکز خدمات جامع سلامت جهاد کشاورزی	* ارتقا آگاهی و سطح سواد سلامت افراد در معرض خطر و بیماران * ارتقا مشارکت بیماران و افراد در معرض خطر در جلوگیری از مواجهه با عوامل خطر و بیماری ها	* میزان آگاهی و سواد سلامت در گروه های هدف * میزان بروز بیماری های غیر واگیر	۱۲.۵ درصد حداکثر تا پایان سال ۱۴۰۲
	آموزش گروه های تخصصی (ارایه دهندگان خدمت)	دانشگاه علوم پزشکی	دانشگاه علوم پزشکی	* معاونت بهداشتی * معاونت آموزشی	* ارتقا سطح سواد تخصصی گروه های ارائه دهنده خدمت	* میزان آگاهی و سواد تخصصی سلامت در گروه های ارائه دهنده خدمت * میزان بروز بیماری های غیر واگیر	۱۰۰٪ حداکثر تا پایان سال ۱۴۰۲

حداکثر تا پایان سال ۱۴۰۲		*تجربیات ملی و بین المللی در خصوص برنامه ها و مداخلات کاهش مواجهه با عوامل خطر بیماری ها *اسناد بالادستی ، سند چشم انداز ۱۴۰۴ ، برنامه ششم توسعه و سند ملی بیماری های غیرواگیر *تخصیص بودجه مورد نیاز	*میزان آگاهی و سواد سلامت عمومی *میزان بروز بیماری های غیرواگیر	*ارتقا آگاهی و سطح سواد سلامت عمومی افراد جامعه *ارتقا مشارکت مردم و بیماران در پیشگیری از بیماری ها *کاهش بروز و کنترل عوامل خطر بیماری های غیرواگیر	دانشگاه علوم پزشکی *سازمان صدا و سیما استان *رسانه های ارتباط جمعی *اداره ورزش و جوانان *سازمان های مرتبط	دانشگاه علوم پزشکی	آموزش عموم مردم				
دوره زمانی		منابع	شاخص های ارزشیابی	نتیجه مطلوب	مشارکت کنندگان	مجری	متولی	فعالیت ها	استراتژی ها	حیطه	
۱۴۰۴	توضیحات	۱۴۰۱									
حداکثر تا سال ۱۴۰۲			*تامین منابع مالی برنامه *تامین منابع علمی	درصد افراد آموزش دیده به کل افراد	ارتقای سطحی آگاهی و فنی پرسنل بهداشتی و درمانی در خصوص مهارت های احیا	*معاونت درمان *معاونت آموزش *معاونت بهداشتی *شبکه هاب بهداشت و درمان	دانشگاه علوم پزشکی	دانشگاه علوم پزشکی	آموزش مهارت های احیاء به پرسنل بهداشتی و درمانی	۶. بهبود مراقبت های اورژانسی	خدمات سلامت
۱۰۰ درصد	سالانه ۱۲.۵ درصد	۱۲.۵ درصد	*تامین منابع مالی برنامه	*متوسط زمان خدمات پیش و درون بیمارستانی *درصد آمبولانس های مجهز به دفیبریلاتور	*کاهش زمان خدمت رسانی به بیماران اورژانسی *ارتقای خدمات اورژانسی پیش و درون بیمارستانی	*معاونت درمان *معاونت بهداشتی *بخش خصوصی	دانشگاه علوم پزشکی	دانشگاه علوم پزشکی	تقویت خدمات پیش بیمارستانی و آمبولانس ها برای مواجهه با اورژانس های قلبی و عروقی و تجهیز آمبولانس ها به دستگاه دفیبریلاتور		
۱۰۰ درصد	سالانه ۱۲.۵ درصد	۱۲.۵ درصد	*تامین منابع مالی برنامه	نسبت مکان های تجهیز شده به مکان های پیش بینی شده	تهیه و تدوین نقشه مکان های عمومی که باید تجهیز شوند *تامین و تجهیز مکان های عمومی تعیین شده به تجهیزات احیا	*شهرداری ها *دانشگاه علوم پزشکی *سازمان های مرتبط	*شهرداری	*شهرداری ها	تامین تجهیزات احیاء در اماکن عمومی		

۱۰۰ درصد	سالانه ۱۲.۵ درصد	۱۲.۵ درصد	* منابع مالی مورد نیاز * بسته های آموزشی	* تعداد/در صد افراد آموزش دیده * تعداد دوره های آموزشی برگزار شده * تعداد برنامه های آموزشی اجرا شده توسط رسانه های ارتباط جمعی	توانمند سازی جامعه در خصوص اقدامات بموقع در مواقع بروز حادثه های قلبی عروقی، سکته های مغزی، مشکلات و حمله های تنفسی، کمای دیابتی	* دانشگاه علوم پزشکی * سازمان هلال احمر * رسانه های جمعی * سازمان های مرتبط	* دانشگاه علوم پزشکی * سازمان هلال احمر * رسانه های جمعی	* دانشگاه علوم پزشکی	آموزش همگانی احیاء		
۱۰۰ درصد	سالانه ۱۲.۵ درصد	۱۲.۵ درصد	* منابع مالی مورد نیاز	سنجش بهبود کمی و کیفی خدمات گروه	* ارتقا چارتر سازمانی * افزایش کیفیت خدمات گروه	* معاونت آموزشی * معاونت درمان * معاونت توسعه و مدیریت منابع	دانشگاه علوم پزشکی	دانشگاه علوم پزشکی	تقویت ساختار گروه قلب و عروق		
۱۰۰ درصد	سالانه ۱۲.۵ درصد	۱۲.۵ درصد	* اعتبارات جاری و ردیف های متمرکز	درصد تامین تخت به تعداد تخت پیش بینی شده	* تعیین تعداد تخت مورد نیاز بر اساس استاندارد های بین المللی * تامین و تجهیز تخت های مورد نیاز	* معاونت درمان * معاونت توسعه های شبکه های بهداشت و درمان	دانشگاه علوم پزشکی	دانشگاه علوم پزشکی	ارتقا سطحی کیفی و کمی خدمات CCU و PCCU		
دوره زمانی		۱۴۰۱	منابع	شاخص های ارزشیابی	نتیجه مطلوب	مشارکت کنندگان	مجری	متولی	فعالیت ها	استراتژی ها	حیطه
۱۴۰۴	توضیحات										
۱۰۰ درصد	سالانه ۱۲.۵ درصد	۱۲.۵ درصد	* تامین منابع مالی مورد نیاز * منابع علمی * تجربیات سایر کشورها	* فهرست اولویت های پژوهشی بیماری های غیر واگیر * تعداد و نسبت پایان نامه های انجام شده در خصوص بیماری های غیرواگیر	* هدایت بخشی از پژوهش ها و پایان نامه های دانشجویی به سمت بیماری های غیر واگیر و عوامل خطر آنها * هدفمند بودن پژوهش ها	* معاونت آموزشی * معاونت تحقیقات * معاونت بهداشتی	دانشگاه علوم پزشکی	دانشگاه علوم پزشکی	* اجرای پژوهش ها و پایان نامه های دانشجویی	۷. تقویت برنامه های پژوهش محور	نظارت و دیده وری

۱۰۰ درصد	سالانه ۱۲.۵ درصد	۱۲.۵ درصد	منابع مالی مورد نیاز برنامه های پژوهش محور	نسبت تعداد برنامه های انجام شده به مورد نظر	شناسایی پراکندگی بیماری های استان و عوامل خطر مربوط به آنها و الویت بندی آنها	*معاونت بهداشتی *معاونت تحقیقات شبکه های بهداشت و درمان شهرستان ها	دانشگاه علوم پزشکی	دانشگاه علوم پزشکی	*انجام برنامه های پژوهش محور توسط پرسنل (HSR)		
۱۰۰ درصد	سالانه ۱۲.۵ درصد	۱۲.۵ درصد	دستورالعمل های معاونت اجتماعی دانشگاه در زمینه جلب مشارکت سازمان های مردم نهاد	*تعداد پژوهش های انجام شده توسط شرکت های دانش بنیان به تعداد مورد انتظار	*هدفمند بودن پژوهش ها *برنامه ریزی بر اساس یافته های پژوهش ها	*دانشگاه علوم پزشکی *مراکز تحقیقاتی *مرکز اطلاعات و آمار استان *معاونت اجتماعی دانشگاه	*شرکت های دانش بنیان *مراکز تحقیقاتی	دانشگاه علوم پزشکی سایر سازمانهای مرتبط	*اجرای برنامه های پژوهشی در قالب شرکت های دانش بنیان و مراکز رشد		
۱۰۰ درصد	سالانه ۱۲.۵ درصد	۱۲.۵ درصد	*تامین منابع مالی مورد نیاز *منابع علمی *تجربیات سایر کشورها *زیرساخت لازم برای استقرار نظام الکترونیک ثبت داده ها	*فهرست اولویت های پژوهشی بیماری های غیرواگیر *میزان بروز و شیوع بیماری های غیرواگیر و عوامل خطر آنها *میزان مرگ ناشی از بیماری های غیرواگیر		دانشگاه علوم پزشکی	دانشگاه علوم پزشکی	دانشگاه علوم پزشکی	*اجرای پژوهش های کاربردی در مراکز تحقیقاتی		
دوره زمانی		منابع	شاخص های ارزشیابی	نتیجه مطلوب	مشارکت کنندگان	مجری	متولی	فعالیت ها	استراتژی ها	حیطه	
۱۴۰۴	توضیحات	۱۴۰۱									
حداکثر تا پایان سال ۹۸ به ۱۰۰ درصد برسد.		۵۰٪	*تامین منابع مالی برنامه *تامین منابع علمی	*میزان آگاهی و سواد تخصصی طب تسکینی در گروه های ارائه دهنده خدمت	*ارتقا سطح سواد تخصصی گروه های ارائه دهنده خدمت در خصوص طب تسکینی	معاونت درمان معاونت بهداشتی	دانشگاه علوم پزشکی	آموزش برنامه طب تسکینی به پرسنل تیم سلامت	۸.نهادبینه کردن مراقبت توانبخشی و طب تسکینی	خدمات سلامت	
حداکثر تا پایان سال ۱۴۰۲ به ۱۰۰ درصد برسد.		۵۰٪	*تامین منابع مالی برنامه	تعداد تخت راه اندازی شده به پیش بینی شده	*راه اندازی واحد ارائه خدمات طب تسکینی در سطح استان	دانشگاه علوم پزشکی	معاونت درمان	دانشگاه علوم پزشکی	راه اندازی واحد ارائه خدمات طب تسکینی در سطح استان		

سند پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط در استان گیلان

			آموزش برنامه های مراقبت در منزل به پرسنل تیم سلامت	دانشگاه علوم پزشکی	معاونت درمان معاونت بهداشتی	معاونت درمان معاونت بهداشتی	ارتقا سطح سواد پرسنل در خصوص برنامه های مراقبت در منزل	*میران آگاهی و سطح سواد پرسنل در خصوص برنامه های مراقبت در منزل *تعداد دوره های آموزشی برگزار شده به تعداد دوره های مورد نظر	*تامین منابع مالی برنامه *تامین منابع علمی	۵۰٪	حداکثر تا پایان سال ۱۴۰۲ به ۱۰۰ درصد برسد.	
			ارتقای سطح کیفی و کمی مراکز بازتوانی بیماری های شایع غیر واگیر	اداره کل بهزیستی	اداره کل بهزیستی	اداره کل بهزیستی	افزایش واحد های ارائه کننده خدمات توانبخشی افزایش کیفیت خدمات بازتوانی	*تعداد واحدهای راه اندازی شده به واحد های پیش بینی شده	*تامین منابع مالی برنامه	۱۲.۵ درصد	سالانه ۱۲.۵ درصد	۱۰۰ درصد
			استراتژی ها	فعالیت ها	متولی	مجری	مشارکت کنندگان	نتیجه مطلوب	شاخص های ارزشیابی	منابع	دوره زمانی	
			۹. مشارکت جامعه	جلب مشارکت سازمان های مردم نهاد (سمن) اجرای جشنواره های فرهنگی و ورزشی با موضوع مرتبط برگزاری همایش های بهداشت کشاورزی	*استانداری *دانشگاه علوم پزشکی *سازمان های مردم نهاد *شهرداری ها *سازمان های مرتبط *جهاد کشاورزی	*معاونت اجتماعی *بخش های خصوصی مرتبط و فعال در زمینه بیماری های غیر واگیر *سازمان های مردم نهاد *جهاد کشاورزی *شهرداری ها	*دانشگاه علوم پزشکی *بخش های خصوصی مرتبط و فعال در زمینه بیماری های غیر واگیر *سازمان های مردم نهاد *جهاد کشاورزی *شهرداری ها	*افزایش مشارکت استانی و همگانی در حوزه پیشگیری و مراقبت بیماری های غیرواگیر * بهبود و ارتقای فعالیت های پیشگیری و مراقبت بیماری های غیرواگیر	*دستورالعمل های معاونت اجتماعی دانشگاه در زمینه جلب مشارکت سازمانهای مردم نهاد * برنامه های حمایت طلبی و بازاریابی اجتماعی	۱۴۰۱	توضیحات	۱۴۰۴
			اقدامات آموزشی و مداخله ای دانش آموز و دانشجو محور	*دانشگاه علوم پزشکی *سایر دانشگاه های استان	*دانشگاه علوم پزشکی *سایر دانشگاه های استان	*دانشگاه علوم پزشکی *سایر دانشگاه های استان	*افزایش سطح سواد سلامت گروه هدف در خصوص بیماری های غیر واگیر	*تعداد برنامه های آموزشی انجام شده به تعداد مورد نظر *درصد تکمیل طرح مدارس حامی سلامت *درصد تکمیل برنامه سفیران سلامت	*دستورالعمل های آموزش سلامت درخصوص سفیران سلامت *تامین منابع مالی برنامه *تامین منابع علمی	۱۲.۵ درصد	سالانه ۱۲.۵ درصد	۱۰۰ درصد

سند پیشگیری و کنترل بیماری های غیر واگیر و عوامل خطر مرتبط در استان گیلان

				دانشجویی و دانش آموزی	*تکمیل برنامه سفیر سلامت دانشجویی و دانش آموزی	اداره کل آموزش و سایر سازمان های مرتبط	* اداره کل آموزش و پرورش	* اداره کل آموزش و پرورش	* اداره کل آموزش و پرورش			
	۱۰۰ درصد	۱۲.۵ درصد	سسالانه ۱۲.۵ درصد	*بسته خدمات پایه سلامت کارکنان و دستورالعمل های آنها *قوانین موجود طب کار *تامین منابع مالی برنامه *تامین منابع علمی	*درصد تحقق بسته پایه خدمات سلامت کارکنان *تعداد کارگاه های مورد مداخله قرار گرفته به تمام کارگاه های مورد نظر	*شروع و تکمیل بسته پایه خدمات کارکنان دولت *انجام آموزش ها و ارزیابی های خطر در کارگاه ها و بخش خصوصی	*استانداری گیلان *دانشگاه علوم پزشکی گیلان *کلیه دستگاه های اجرایی استان	*استانداری گیلان *دانشگاه علوم پزشکی گیلان *کلیه دستگاه های اجرایی استان	*استانداری گیلان *دانشگاه علوم پزشکی گیلان *کلیه دستگاه های اجرایی استان	اقدامات آموزشی و مداخله ای کار محور		
	دوره زمانی		منابع	شاخص های ارزشیابی	نتیجه مطلوب	مشارکت کنندگان	مجری	متولی	فعالیت ها	استراتژی ها	حیطه	
	۱۴۰۴	۱۴۰۰										توضیحات
	۱۰۰ درصد	۱۲.۵ درصد	سسالانه ۱۲.۵ درصد	*تامین منابع مالی برنامه	*تهیه لیست عوامل خطر مهم در بیماری های غیر واگیر به ترتیب اولویت در استان *تعیین مناطق پرخطر به تفکیک بیماری های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط	*تهیه لیست عوامل خطر مهم در بیماری های غیر واگیر به ترتیب اولویت در استان *تعیین مناطقی پرخطر به تفکیک بیماری های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط	*دانشگاه علوم پزشکی گیلان *شهرداری ها *جهاد کشاورزی	*دانشگاه علوم پزشکی گیلان *شهرداری ها *جهاد کشاورزی	تهیه لیست کلی عوامل خطر مهم در بیماری های غیر واگیر با تاکید بر سرطان، قلبی عروقی، سوانح و دیابت ساخت محتوای آموزشی با موضوعات مرتبط و در راستای اهداف تهیه و توزیع برنامه های متعدد در خصوص تولید محصول سالم از طریق مجاری ارتباطی	۱۰. کنترل عوامل خطر مرتبط	حاکمیت	
	۱۰۰ درصد	۱۲.۵ درصد	سسالانه ۱۲.۵ درصد	*سند ملی بیماری های غیرواگیر *ظرفیت های کمیته ماده ۳۷ *تامین منابع مالی برنامه	*تعداد راهکارهای تدوین شده به مورد نظر *میزان کاهش مرگ های زودرس ناشی از بیماری های غیرواگیر	*تدوین راهکار مناسب برای عوامل خطر *انعقاد تفاهم نامه با سازمان های مرتبط *کاهش میزان مرگ و میر زودرس ناشی از بیماری های غیرواگیر	*استانداری گیلان *دانشگاه علوم پزشکی گیلان *اداره کل ورزش و جوانان	*دانشگاه علوم پزشکی گیلان	*دانشگاه علوم پزشکی گیلان	تدوین راهکارهای مرتبط با کنترل هر یک از عوامل خطر (با تاکید بر عدم تحرک بدنی، مصرف دخانیات و الکل و رژیم غذایی نامناسب)		

سند پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط در استان گیلان

۱۰۰ درصد	سالانه ۱۲.۵ درصد	۱۲.۵ درصد	*تامین منابع مالی برنامه	*تعداد کارگروه های انجام شده به پیش بینی شده *میزان کاهش مرگ های زودرس ناشی از بیماری های غیرواگیر	*تشکیل کارگروه های مرتبط با هر یک از عوامل خطر *پایش مدون و سالانه اقدامات کنترل عوامل خطر از طریق کارگروه های مرتبط	*دانشگاه علوم پزشکی گیلان *سازمان های مرتبط	*دانشگاه علوم پزشکی گیلان	*استانداری گیلان *دانشگاه علوم پزشکی گیلان	پیگیری اقدامات کنترل عوامل خطر از طریق کارگروه های مرتبط		
۱۰۰ درصد	سالانه ۱۲.۵ درصد	۱۲.۵ درصد	*قانون احکام دائمی برنامه های توسعه کشور	درصد کاهش تبلیغات کالاهای آسیب رسان سلامت	*تصویب متناظر قانون و ابلاغ آن به دستگاه ها در شورای سلامت و امنیت غذایی استان *اجرای کامل قانون منع تبلیغ کالاهای آسیب رسان	*استانداری گیلان *دانشگاه علوم پزشکی گیلان *سازمان صدا و سیما *شهرداری ها *سازمان استاندارد *سازمان های مرتبط	*استانداری گیلان *دانشگاه علوم پزشکی گیلان *سازمان صدا و سیما *شهرداری ها *سازمان استاندارد *سازمان های مرتبط	*استانداری گیلان *دانشگاه علوم پزشکی گیلان *سازمان صدا و سیما	اجرای تبصره ج ماده ۷ قانون احکام دائمی کشور		
دوره زمانی			منابع	شاخص های ارزشیابی	نتیجه مطلوب	مشارکت کنندگان	مجری	متولی	فعالیت ها	استراتژی ها	حیطه
۱۴۰۴	توضیحات	۱۴۰۰									
۱۰۰ درصد	سالانه ۱۲.۵ درصد	۱۲.۵ درصد	*تامین منابع مالی برنامه	*تعداد جلسات برگزار شده به پیش بینی شده *درصد موارد مرگ و میر ثبت شده	*برگزاری منظم کمیته ثبت مرگ و میر *ثبت دقیق تمام موارد مرگ	*استانداری گیلان *دانشگاه علوم پزشکی گیلان *ثبت احوال *شهرداری ها	*دانشگاه علوم پزشکی گیلان	*دانشگاه علوم پزشکی گیلان	فعال سازی کمیته ثبت مرگ و میر با شرکت کلیه ارگان های درگیر و تقویت همکاری های بین بخشی	بهبود نظام ثبت مرگ و میر	حاکمیت
۱۰۰ درصد	سالانه ۱۲.۵ درصد	۱۲.۵ درصد	*تامین منابع مالی برنامه	*درصد موارد مرگ و میر ثبت شده	*بهبود نظام ثبت مرگ و میر *تصویب مداخلات مورد نظر در شورای سلامت و امنیت غذایی	*دانشگاه علوم پزشکی گیلان	*دانشگاه علوم پزشکی گیلان	*دانشگاه علوم پزشکی گیلان	استخراج مداخلات جهت بهبود نظام ثبت مرگ و میر و تصویب در شورای سلامت و امنیت غذایی		
	حداکثر تا سال ۱۳۹۹		*تامین منابع مالی برنامه *تامین منابع علمی	*تعداد جلسات آموزشی برگزار شده *درصد افرادی که آموزش دیده اند.	* آگاهی کامل افراد درگیر برنامه با راهنمای ICD ۱۰	*دانشگاه علوم پزشکی گیلان	*دانشگاه علوم پزشکی گیلان	*دانشگاه علوم پزشکی گیلان	آموزش مجدد ICD ۱۰		

هدف شماره ۲ :

کاهش مصرف الکل به میزان حداقل ۱۰ درصد

هدف شماره ۲۵ : کاهش مصرف الکل به میزان حداقل ۱۰ درصد

حیطه	استراتژی ها	فعالیت ها	متولی	مجری	مشارکت کنندگان	نتیجه مطلوب	شاخص های ارزشیابی	منابع	وضعیت برنامه در استان			
									شاخص ها و فعالیت موجود برنامه	شاخص مورد انتظار در ۱۴۰۴		
حاکمیت	۱. پیگیری تدوین و استقرار سند جامع پیشگیری و درمان الکل در سطح استان	* تشکیل کمیته بین بخشی آسیب های اجتماعی با محوریت الکل در معاونت اجتماعی استانداری * تدوین و تبیین تفاهم نامه و ائتلاف های سازمانی جهت پیشبرد اهداف و مصوبات کمیته های بین بخشی	* دانشگاه علوم پزشکی گیلان * دانشگاه علوم پزشکی گیلان * سازمان بهزیستی	* دانشگاه علوم پزشکی گیلان * سازمان بهزیستی	* استانداری * دانشگاه علوم پزشکی گیلان * سازمان بهزیستی * اداره کار رفاه و تامین اجتماعی * ستاد کنترل و مبارزه با مواد مخدر * صدا و سیما * نیروی انتظامی * سیستم قضایی * سازمان مدیریت و برنامه ریزی * سایر سازمان های مرتبط	* تشکیل کمیته بین بخشی آسیب های اجتماعی با محوریت الکل * استقرار سند جامع پیشگیری و خدمات * تعهدات * جلسات * تشکیل شده کمیته * تعداد تفاهم نامه های منعقد شده	* سند ملی بیماری های غیرواگیر * سیاست های کلان سلامت * ابلاغی مقام معظم رهبری * سندهای بالا دستی	سند جامع و درمان الکل در سطح استان تدوین شده است.	استقرار کامل برنامه در سال ۱۴۰۴	انتظار در ۱۴۰۴	شاخص مورد انتظار در ۱۴۰۴	
کاهش آسیب	۲. ارتقای خدمات پیشگیری و درمان اختلالات مصرف الکل در نظام مراقبت های	* اجرای برنامه غربالگری ، تشخیص ، مراقبت و پیگیری مصرف الکل در کلیه مراکز خدمات جامع سلامت	* دانشگاه علوم پزشکی گیلان	* دانشگاه علوم پزشکی گیلان	* دانشگاه علوم پزشکی گیلان	* اجرای کامل خدمات مراقبت و پیشگیری الکل در سطح مراکز خدمات جامع سلامت	* درصد اجرای برنامه در مراکز غربالگری گروه هدف	* منابع علمی و دستورالعمل های اجرایی مورد نیاز * اعتبارات جاری و ردیف های متمرکز	* برنامه شروع شده است.	۱۰۰ درصد	انتظار در ۱۴۰۴	شاخص مورد انتظار در ۱۴۰۴

سند پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط در استان گیلان

		طرح تحول سلامت		* غربالگری کامل گروه هدف * پوشش خدمتی استاندارد به گروه های هدف					اولیه بهداشتی اولیه
* تهیه بسته آموزشی تا پایان سال ۱۴۰۰ انجام گردد . * سالیانه ۵ درصد جمعیت تحت پوشش عمومی و ۲۵ درصد جمعیت دانشجویی	* برنامه در استان شروع نشده است	* سند ملی بیماری های غیرواگیر * اسناد بالادستی و قوانین موجود * بسته های آموزشی و منابع علمی	* پوشش برنامه در گروه های هدف * کاهش مصرف الکل در گروه های هدف	* تدوین و اجرای بسته های آموزشی استاندارد و متناسب با گروه های هدف	* دانشگاه علوم پزشکی * دانشگاه های زیرمجموعه وزارت علوم و سایر دانشگاه ها و موسسات آموزش عالی * اداره کل آموزش پرورش * سازمان بهزیستی * سایر سازمانهای مرتبط	* دانشگاه علوم پزشکی * دانشگاه های زیرمجموعه وزارت علوم و سایر دانشگاه ها و موسسات آموزش عالی * اداره کل آموزش پرورش	* دانشگاه علوم پزشکی * معاونت دانشجویی	* آموزش گروه های هدف دانشجویی و دانش آموزی * تهیه و اجرای برنامه های آموزشی سو مصرف الکل دانشجو و دانش آموز محور	۲. مداخلات پیشگیری مبتنی بر محیط های آموزشی
* سالیانه ۵ درصد جمعیت آموزش ببینند . * ۴۰ درصد گروه های هدف دیده تا پایان سال ۱۴۰۰	* به صورت پراکنده وجود دارد	* منابع علمی و دستورالعمل های اجرایی مورد نیاز * اعتبارات جاری و ردیف های متمرکز	* تعداد بسته های آموزشی تدوین شده * درصد گروه هدف آموزش دیده * تعداد نیروهای متخصص آموزش دیده * تعداد همایشها و سمینارهای آموزشی انجام شده	* تدوین برنامه آموزشی متناسب با گروه هدف * کاهش حداقل ۱۰ درصدی جامعه * افزایش آگاهی عمومی و سواد سلامت جامعه نسبت به مصرف الکل و مضرات آن * تربیت نیروهای	* استانداری * دانشگاه علوم پزشکی گیلان * اداره کل بهزیستی استان فعالیت های پیشگیرانه متعدد را در طول سال اجرا مینماید * اداره کار رفاه و تامین اجتماعی * ستاد کنترل و مبارزه با مواد مخدر * صدا و سیما * نیروی انتظامی * سیستم قضایی * سازمان مدیریت و برنامه ریزی	* دانشگاه علوم پزشکی گیلان * شهرداری ها * اداره کل بهزیستی استان * فعالیت های پیشگیرانه متعددی را در طول سال اجرا مینماید .	* دانشگاه علوم پزشکی * شهرداری ها * اداره کل بهزیستی استان * فعالیت های پیشگیرانه متعددی را در طول سال اجرا مینماید .	* تدوین برنامه های آموزشی * آموزش همگانی * آموزش گروه های متخصص * اقدامات محله محور، مدرسه محور، مبنی بر محل کار و تولید، جامعه محور و دانشجو محور * تدوین بسته خدمت پیشگیری از طریق اقدامات محله محور * اجرای برنامه های مناسبی (هفته جوانان هفته، مبارزه با اعتیاد، روز جهانی پیشگیری از سوء مصرف الکل) * اجرای جشنواره های فرهنگی و ورزشی	۴. تقای آگاهی عمومی

سند پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط در استان گیلان

حیطه	استراتژی ها	فعالیت ها	متولی	مجری	مشارکت کنندگان	نتیجه مطلوب	شاخص های ارزشیابی	منابع	وضعیت برنامه در استان
					*شهرداری ها *سایر سازمان های مرتبط	متخصص در زمینه آموزش گروه های هدف			
									شاخص ها و فعالیت موجود برنامه
									شاخص مورد انتظار در ۱۴۰۴
خدمات سلامت	۵. بهبود نظام ثبت و گزارش دهی از بیمارستانها	* تشکیل کمیته بین بخشی جهت بهبود نظام ثبت از مراکز خدمات جامع سلامت و بیمارستانها * تثبیت و استقرار سند ملی پیشگیری، درمان و کاهش آسیب سوء مصرف الکل	*دانشگاه علوم پزشکی	*دانشگاه علوم پزشکی	*دانشگاه علوم پزشکی *تامین اجتماعی *بیمارستان های نیروهای مسلح *بیمارستان های خصوصی	*بهبود ثبت و گزارش دهی بیمارستان ها	*درصد بیماران ثبت شده به کل بیماران مراجعه کننده	*سامانه سیب و HIS بیمارستان ها	*برنامه به صورت ناقص انجام می گیرد *پیشرفت ۲۵ درصد سالیانه و ۱۰۰درصد تا پایان سال ۱۴۰۰
	۶. فعالسازی مراکز سرپایی کاهش آسیب، درمان و بازتوانی و سوء مصرف الکل	* تثبیت و استقرار سند ملی پیشگیری، درمان و کاهش آسیب سوء مصرف الکل * درگیر کردن بخش خصوصی در تاسیس مراکز کاهش آسیب و درمان مصرف الکل (به صورت پایلوت) * اجرای برنامه متمدن درمان سوء مصرف الکل در مراکز ترک اعتیاد دانشگاه * استفاده از ظرفیت مراکز درمان اعتیاد با داروهای آگونیست	*دانشگاه علوم پزشکی	*دانشگاه علوم پزشکی *سازمان بهزیستی	*دانشگاه علوم پزشکی *سناد مبارزه با مواد مخدر *سازمان بهزیستی *سایر سازمان های مرتبط	*دسترسی عموم مردم به خدمات کاهش آسیب و درمان مصرف الکل	*تعداد مراکز تاسیس شده *میزان دسترسی گروه هدف به خدمات سرپایی	*سند ملی پیشگیری، مقابله و درمان و کاهش آسیب و توانبخشی مصرف الکل *سند ملی بیماری های غیرواگیر	شروع مطالعات برنامه در سال ۱۳۱۴۰۰ و شروع اجرا و استقرار برنامه در سال ۱۳۹۸

۷. تقویت مراکز درمانی	* امکان سنجی برای راه اندازی مراکز اورژانس سوء مصرف مسمومیت الککل * بستر سازی برای تهیه و تدوین نظام نامه مراکز اقامتی کوتاه مدت، میان مدت و بلند مدت درمان سوء مصرف الککل با استفاده از ظرفیت های مراکز مجاز دولتی و غیردولتی و سمن ها * تقویت خدمات بستری درمان الککل در بخش های روانپزشکی	* دانشگاه علوم پزشکی	* دانشگاه علوم پزشکی * سازمان بهزیستی	* دانشگاه علوم پزشکی * بخش خصوصی * سازمان بهزیستی * سمن های سلامت * سایر سازمان های مرتبط	* دسترسی عموم مردم به اورژانس های اختلالات مصرف الککل * تاسیس مراکز درمانی اقامتی برای درمان اختلالات مصرف الککل * دسترسی گروه های هدف به امکانات درمانی بستری در بیمارستانهای استان	* زمان و میزان دسترسی به اورژانس های مصرف الککل * تعداد مراکز اقامتی تاسیس شده * تدوین نظام نامه ناسیس مراکز اقامتی	* سند ملی پیشگیری، مقابله و درمان و کاهش آسیب و توانبخشی مصرف الککل * سند ملی بیماری های غیرواگیر * بسته های علمی و آموزشی * اعتبارات دستگاه های و اعتبارات جاری	شروع مطالعات برنامه در سال ۱۴۰۰ و شروع اجرا و استقرار برنامه در سال ۱۴۰۰	استقرار کامل برنامه تا سال ۱۴۰۴ در استان
۸. تقویت مداخلات درمانی غیردارویی در فرایند درمانی معتادین به الککل	* تهیه پروتکل درمان غیر دارویی و روانشناختی * تقویت خدمات روانشناختی در مراکز درمان اختلالات مصرف مواد با داروهای آگونست * تقویت گروه های درمان اعتیاد جامعه محور	* دانشگاه علوم پزشکی * سازمان بهزیستی	* دانشگاه علوم پزشکی * سازمان بهزیستی	* دانشگاه علوم پزشکی * ستاد مبارزه با مواد مخدر * سازمان بهزیستی * سایر سازمان های مرتبط	* تقویت گروه های مردم نهاد درمان اعتیاد به الککل * تهیه پروتکل و اجرای آن در مراکز	* درصد کاهش اعتیاد به الککل * درصد مراکز مجری خدمات روانشناختی درمان اعتیاد به الککل	* سند ملی بیماری های غیرواگیر * بسته های علمی و آموزشی * ظرفیت های بخش خصوصی	شروع مطالعات و استقرار برنامه در سال ۱۳۱۴۰۰	اجرای کامل تا سال ۱۴۰۴

هدف شماره ۳ :

کاهش نسبی در شیوع فعالیت بدنی ناکافی (کم تحرکی) به میزان ۲۰ درصد

هدف شماره ۴: کاهش نسبی در شیوع فعالیت بدنی ناکافی (کم تحرکی) به میزان ۲۰ درصد

حیطه	استراتژی ها	فعالیت ها	متولی	مجری	مشارکت کنندگان	نتیجه مطلوب	شاخصهای ارزشیابی	منابع	دوره زمانی	برآورد هزینه
حاکمیت	۱. تدوین و تصویب برنامه استانی توسعه فعالیت بدنی	*تشکیل کمیته استانی ارتقای فعالیت بدنی *جلب حمایت سایر سازمان های مرتبط *تدوین برنامه استانی توسعه فعالیت بدنی *تهیه برنامه عملیاتی توسعه فعالیت بدنی	*دانشگاه علوم پزشکی *اداره کل ورزش و جوانان	*اداره کل ورزش و جوانان *دانشگاه علوم پزشکی *اداره کل ورزش و جوانان *شهرداری ها *سازمان های مرتبط	*دانشگاه علوم پزشکی *اداره کل ورزش و جوانان *شهرداری ها *سازمان های مرتبط	*تشکیل کمیته استانی ارتقای فعالیت بدنی *تدوین سند استانی ارتقای فعالیت بدنی	*تعداد کمیته استانی تشکیل شده به تعداد مورد انتظار *وجود سند استانی ارتقای فعالیت بدنی در استان	*منابع علمی *گزارشات وسوابق برنامه	۱۴۰۱	
حاکمیت	۲. تخصیص بودجه کافی برای توسعه فعالیت بدنی در دستگاههای دولتی	*تقویت اعمال قانون تخصیص یک درصد از بودجه عمومی دستگاه های دولتی به برنامه های فعالیت بدنی و ورزش کارکنان	*استانداری	*سازمان برنامه و بودجه *سازمان های مرتبط	سازمان های مرتبط	*تخصیص بودجه و ردیف اعتباری *ارتقای فعالیت بدنی در جامع	*اختصاص بودجه شفاف و پایدار برای اقدامات فعالیت بدنی به میزان تعیین شده	*برنامه پنجم و ششم توسعه *سند چشم انداز *سند ملی بیماری های غیرواگیر	۱۴۰۱ تا ۱۴۰۴	
حاکمیت	۳. همکاری بین بخشی و مشارکت جامعه	*اجرای برنامه های بازبهای بومی و محلی با مشارکت سمن ها *تدوین برنامه های ورزش همگانی و مناسبی *تدوین بسته خدمتی پیشگیری از طریق اقدامات محله محور و استقرار آن با مشارکت شوراهای اسلامی شهر و روستا *جلب حمایت و همکاری برای تدوین برنامه جامع تفریحات جامعه *انعقاد تفاهم نامه بین سازمان های مرتبط *اجرای جشنواره های فرهنگی و ورزشی	*دانشگاه های علوم پزشکی *اداره کل ورزش و جوانان *شهرداری ها	*دانشگاه های علوم پزشکی *اداره کل ورزش و جوانان *سازمان های مردم نهاد و بخش خصوصی *سازمان های مرتبط *شوراهای شهرها و شهرداری ها	*دانشگاه های علوم پزشکی *اداره کل ورزش و جوانان *سازمان های مردم نهاد و بخش خصوصی *شهرداری ها *اداره کل آموزش و پرورش *سازمان های مرتبط *شوراهای شهرها و شهرداری ها	*انعقاد تفاهم نامه همکاری *استفاده از ظرفیت دستگاه ها و سازمانهای دولتی و خصوصی و مردم نهاد	*تعداد تفاهم نامه های منعقد شده به مورد انتظار *تعداد تشکل ها و انجمن های حرفه ای سلامت فعال در حوزه تحرک بدنی	*متن تفاهم نامه های منعقد شده *اعتبارات داخلی سازمان ها *استفاده از ظرفیت بخش خصوصی		
حاکمیت	۴. توسعه فضاهای ورزشی	*کمیته بین بخشی با موضوع اختصاص مکان های ورزشی جهت محلات و ادارات *جلب مشارکت های مردمی جهت تأسیس فضاهای ورزشی	*استانداری *اداره کل ورزش و جوانان *دانشگاه علوم پزشکی	*استانداری *اداره کل ورزش و جوانان *دانشگاه علوم پزشکی *سازمان های مرتبط	*استانداری *اداره کل ورزش و جوانان *دانشگاه علوم پزشکی *سازمان های مرتبط	*افزایش سرانه فضای ورزشی *جلب مشارکت بخش خصوصی	*نسبت سرانه فضای ورزشی استان به استاندارد	*استفاده از ظرفیت بخش خصوصی *اعتبارات داخلی سازمان ها		
کاهش مواجهه با خطر	۵. درویکرد مدرسه محور	*تدوین و اجرای برنامه های مرتبط با فعالیتهای ورزشی با موضوع تحرک بدنی در دانش آموزان *ارتقا سطح آگاهی و مهارت مربیان ورزشی و بهداشت در زمینه	*اداره کل آموزش و پرورش *اداره کل ورزش و جوانان	*اداره کل آموزش و پرورش *اداره کل ورزش و جوانان	*اداره کل آموزش و پرورش *اداره کل ورزش و جوانان	*وجود دستورالعمل های استاندارد برای فعالیت بدنی در مدارس *وجود ابزارها و	*تعداد موارد برنامه های آموزش فعالیت بدنی استاندارد در مدارس	*منابع علمی و آموزشی *دستورالعمل های فنی اجرایی		

سند پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط در استان گیلان

		فعالیت بدنی با رویکرد سلامت *کمیت‌های بین بخشی جهت ارتقای برنامه های ورزشی در مدارس *توسعه اجرای برنامه مدارس مروج سلامت)	جوانان *دانشگاه های علوم پزشکی استان	*دانشگاه های علوم پزشکی استان *سازمان های مرتبط	*دانشگاه های علوم پزشکی استان *سازمان های مرتبط	امکانات ورزشی ایمن برای فعالیت بدنی در مدارس	*درصد دانش آموزان با شاخص های فعالیت بدنی مطلوب	*تجهیزات مورد نیاز *اعتبارات مورد نیاز	
کاهش مواجهه با خطر	۶. رویکرد مبتنی بر محل کار	*توسعه و ارتقای برنامه های فعالیت بدنی در محیط کار و تولید *ایجاد قوانین حمایتی از کارفرمایان جهت ارتقای کیفیت خدمات سلامت و فعالیت بدنی سلامت محور در محل کار	*اداره کل صنعت ، معدن و تجارت *اداره کار ، رفاه و تامین اجتماعی *اداره کل ورزش و جوانان *دانشگاه علوم پزشکی	*اداره کل صنعت ، معدن و تجارت *اداره کار ، رفاه و تامین اجتماعی *اداره کل ورزش و جوانان *دانشگاه علوم پزشکی *بخش های خصوصی *سایر سازمان های مرتبط	*اداره کل صنعت ، معدن و تجارت *اداره کار ، رفاه و تامین اجتماعی *اداره کل ورزش و جوانان *دانشگاه علوم پزشکی *بخش های خصوصی *سایر سازمان های مرتبط	*توسعه فعالیت بدنی در محل کار *افزایش دسترسی به تجهیزات و امکانات فعالیت بدنی در محل کار	*درصد شرکت ها و ارگان های اجرا کننده سیاست های فعالیت بدنی در استان *تعداد محیط های کاری که با باشگاه های استاندارد ورزشی قرارداد دارند *درصد محیط های کاری که مربی برای فعالیت بدنی دارند.	*منابع علمی و آموزشی *دستورالعمل های فنی اجرایی *تجهیزات مورد نیاز *اعتبارات مورد نیاز	
خدمات سلامت	۷. استفاده از ظرفیتهای نظام مراقبت بهداشتی اولیه در ترویج فعالیت بدنی	*آموزش پرسنل و کارشناسان تیم سلامت در زمینه ترویج فرهنگ فعالیت بدنی سالم *ادغام خدمات مربوط به فعالیت بدنی در قالب خدمات ایران در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه	*دانشگاه علوم پزشکی	*دانشگاه علوم پزشکی	*دانشگاه علوم پزشکی	*افزایش سطح سواد پرسنل و کارشناسان در زمینه ترویج فعالیت بدنی سالم *ارزیابی افراد از نظر فعالیت بدنی	*درصد پرسنل آموزش دیده *درصد افراد ارزیابی شده	*دستورالعمل ایران	
خدمات سلامت	۸. بهبود مراقبت (تشخیص، ثبت و گزارش دهی)	*ایجاد کلینیک های درمان و ارزیابی و مشاوره فعالیت های بدنی طب دستورالعمل های کشوری *تشخیص زودرس چاقی در بین دانش آموزان *تدوین برنامه آموزش جهت موارد تشخیص زودرس چاق	*دانشگاه علوم پزشکی	*دانشگاه علوم پزشکی	*دانشگاه علوم پزشکی	*ارزیابی تمام گروه هدف و تشخیص و ثبت و ارجاع موارد نیازمند مداخله *ایجاد کلینیک های درمان و ارزیابی و مشاوره فعالیت های بدنی	*تعداد افراد شناسایی شده به تعداد افراد مورد انتظار *تعداد کلینیک های ایجاد شده به تعداد مورد انتظار	*منابع علمی و آموزشی *اعتبارات مورد نیاز *دستورالعمل های موجود *تامین نیروهای کارشناسی مورد نیاز	

هدف شماره ۴

کاهش نسبی میزان مصرف سدیم/نمک به میزان ۳۰ درصد

هدف شماره ۴: کاهش نسبی میزان مصرف سدیم/نمک به میزان ۲۰ درصد

حیطه	استراتژی ها	فعالیت ها	متولی	مجری	مشارکت کنندگان	نتیجه مطلوب	شاخص های ارزشیابی	دوره زمانی	
								۱۴۰۰	توضیحات
حاکمیت	۱. جلب حمایت کارگروه سلامت و امنیت غذایی	* تهیه مستندات و اهمیت موضوع * طرح در جلسات کارگروه سلامت و امنیت غذایی استان	* دانشگاه علوم پزشکی * دانشگاه علوم پزشکی * دانشگاه علوم پزشکی	* دانشگاه علوم پزشکی * دانشگاه علوم پزشکی * دانشگاه علوم پزشکی	* دانشگاه علوم پزشکی * دانشگاه علوم پزشکی * دانشگاه علوم پزشکی	* اخذ مصوبه کارگروه	* تعداد مصوبات کارگروه * تعداد مصوبات کارگروه	* قوانین موجود * استانداردهای غذایی موجود	۱۴۰۰ ۱۴۰۴
	۲. پایش میزان نمک مواد غذایی تولید استان	* استقرار کمیته جهت بررسی موضوع با همکاری اداره کار، رفاه و تامین اجتماعی، صنعت معدن و تجارت و اصناف * ایجاد پروفایل مواد غذایی ناسالم و جلوگیری از تبلیغات	* دانشگاه علوم پزشکی * دانشگاه علوم پزشکی * اداره صنعت، معدن و تجارت	* دانشگاه علوم پزشکی * اداره صنعت، معدن و تجارت * سازمان غذا و دارو * اداره کل کار، رفاه و تامین اجتماعی * سازمان صدا و سیما و سازمانهای مرتبط	* تشکیل کمیته مورد نظر * ایجاد پروفایل مواد غذایی تولید استان * جلوگیری از تبلیغات مواد غذایی پر نمک	* تشکیل کمیته مورد نظر * ایجاد پروفایل مواد غذایی تولید استان * تعیین شده به تعداد مورد نظر	* اعتبارات مورد نیاز * دستورالعمل های موجود * قوانین احکام دائمی برنامه های توسعه کشور	ادامه	شروع
	۳. فعال شدن کمیته منع تبلیغ کالاهای آسیب رسان	* برگزاری منظم کمیته با هدف سالمسازی مواد غذایی * منع تبلیغ مواد غذایی پر نمک	* دانشگاه علوم پزشکی * دانشگاه علوم پزشکی * اداره صنعت، معدن و تجارت	* دانشگاه علوم پزشکی * دانشگاه علوم پزشکی * اداره صنعت، معدن و تجارت	* تشکیل کمیته جهت بررسی موضوع با همکاری اداره کار، رفاه و تامین اجتماعی، صنعت معدن و تجارت و اصناف * ایجاد پروفایل مواد غذایی ناسالم و جلوگیری از تبلیغات	* تشکیل کمیته جهت بررسی موضوع با همکاری اداره کار، رفاه و تامین اجتماعی، صنعت معدن و تجارت و اصناف * ایجاد پروفایل مواد غذایی ناسالم و جلوگیری از تبلیغات	* اعتبارات مورد نیاز * دستورالعمل های موجود * قوانین احکام دائمی برنامه های توسعه کشور	ادامه	شروع

			شروع	ادامه	%۱۰۰	۴. همکاری های بین بخشی به منظور تولید مواد غذایی سالم	* رویکرد جامعه محور، کمیته آموزش های سالانه، (رویکرد جامعه محور ایجاد برنامه های آموزشی تغذیه سالم) * رویکرد آموزش برگزای کارگاههای آموزشی، سمینار و دوره های آموزش جهت کارفرمایان و مسئولین فنی مراکز تولیدی * برگزاری همایش های بهداشت کشاورزی	* دانشگاه علوم پزشکی کشاورزی	* دانشگاه علوم پزشکی * اداره صنعت، معدن و تجارت * اصناف * برگزاری همایش های بهداشت کشاورزی	* دانشگاه علوم پزشکی * اداره صنعت، معدن و تجارت * اصناف * سازمان های مرتبط * برگزاری همایش های بهداشت کشاورزی	* تشکیل کمیته آموزشی مشترک * انجام منظم آموزش های مورد نیاز * درک حساسیت موضوع در میان تولیدکنندگان * برگزاری کارگاه ها و سمینارهای هدفدار برای گروه های هدف	* تعداد کارگاه و سمینار انجام شده به مورد نظر * تعداد کمیته های مشترک تشکیل شده * تمامین نیروهای کارشناسی مورد نیاز	شروع	ادامه	%۱۰۰	۵. کاهش مواجهه با خطر آگاهی عمومی	* آموزش عموم مردم (در قالب برنامه های رسانه ای مثل صدا و سیما، اقدامات محله محور و جامعه محور) * آموزش های مدرسه محور، دانشجو محور * آموزش تغذیه سالم مبتنی بر محل کار * آموزش نیروهای متخصص * آموزش خانواده های افراد در معرض خطر * اختصاص جایگاه درج مطالب آموزشی در نمایشگاه های سطح شهر	* دانشگاه علوم پزشکی * سازمان صدا و سیما * استانداری * اداره کل آموزش و پرورش * دانشگاه ها و موسسات آموزش عالی * شهرداری ها * سایر سازمان های وابسته	* دانشگاه علوم پزشکی * سازمان صدا و سیما * استانداری * اداره کل آموزش و پرورش * دانشگاه ها و موسسات آموزش عالی * شهرداری ها * سایر سازمان های وابسته	* جامعه آموزش دیده و دارای مهارت * خودمراقبتی در خصوص مصرف نمک * کاهش مصرف نمک در سبد خانوار	* میزان آگاهی تغذیه ای جامعه در خصوص مصرف نمک * میزان کاهش مصرف نمک در سبد خانوار	شروع	ادامه	%۱۰۰	حیطه استراتژی ها	فعالیت ها	متولی	مجری	مشارکت کنندگان	نتیجه مطلوب	شاخص های ارزشیابی	منابع	دوره زمانی	۱۴۰۴
--	--	--	------	-------	------	---	--	------------------------------	---	---	---	---	------	-------	------	-----------------------------------	--	--	--	--	--	------	-------	------	------------------	-----------	-------	------	----------------	-------------	-------------------	-------	------------	------

کمتر از ۰.۵ درصد	کاهش سالانه	کمتر از یک درصد	*دانشگاه علوم پزشکی *سازمان غله *سازمان استاندارد	*میزان نمک موجود در نان	*کاهش میزان نمک موجود در نان از کمتر از ۱ درصد به کمتر از ۰.۵ درصد *تکمیل رتبه بندی نانوايي های سراسر استان	*دانشگاه علوم پزشکی *سازمان غله *سازمان استاندارد *استاندارد ملی *سازمان های مرتبط *جهاد کشاورزی	*دانشگاه علوم پزشکی *سازمان غله *سازمان استاندارد *جهاد کشاورزی	*دانشگاه علوم پزشکی *جهاد کشاورزی	*تکمیل طرح رتبه بندی نانوايي های استان *بازدید مدون از نانوايي ها و کارخانجات تولید آرد تهیه و توزیع برنامه های متعدد در خصوص تولید محصول سالم از طریق مجاری ارتباطی	۶. کاهش میزان نمک موجود در نان از کمتر از یک درصد به کمتر از ۰.۵ درصد
۱۰۰ درصد	سالانه ۱۲.۵ درصد	۱۲.۵ درصد	*منابع علمی و آموزشی *اعتبارات مورد نیاز *دستور العمل های موجود	*تعداد افرادی که خدمات فعال تغذیه را دریافت کرده اند به جمعیت گروه هدف *تعداد دوره های آموزشی برگزار شده *نسبت کارشناسان آموزش دیده	*ارائه خدمات تغذیه در قالب PHC به صورت فعال *افزایش سطح سواد سلامت کارشناسان * ادغام بسته های خدمتی تغذیه در برنامه های پزشکی خانواده در نظام ارجاع	*دانشگاه علوم پزشکی	*دانشگاه علوم پزشکی	*دانشگاه علوم پزشکی	* گنجاندن خدمات تغذیه ای در پیشگیری و کنترل بیماریهای غیرواگیر (قلبی عروقی، دیابت، سرطان) * آموزش کارشناسان تغذیه جهت ادغام برنامه غذا و تغذیه با هدف پیشگیری و کنترل عوامل خطر بیماریهای غیرواگیر * ادغام بسته های خدمتی تغذیه در برنامه های پزشک خانواده در نظام ارجاع * تدوین و راه اندازی دوره های آموزشی به منظور افزایش دانش و مهارت کارشناسان تغذیه و سایر کارشناسان بهداشتی در امر مشاوره تغذیه و رژیم درمانی	۷. تقویت مراکز مشاوره تغذیه

هدف شماره ۵

کاهش مصرف دخانیات به میزان ۳۰ درصد

هدف شماره ۵: کاهش مصرف دخانیات به میزان ۳۰ درصد

اهداف	حیطه	استراتژی	فعالیت	گروه ذینفعان	نتیجه مطلوب	شاخصهای ارزشیابی	منابع	دوره زمانی
۳۰٪ کاهش شیوع استعمال دخانیات در سنین ۱۵ سال به بالا	کمیون	اجرای قانون جامع کنترل و مبارزه ملی با دخانیات	فعال کردن کار گروه سلامت و امنیت غذایی استان در حوزه کنترل مصرف دخانیات بازبینی و ابلاغ مصوبات مرتبط با اجرای قانون جامع مبارزه ملی با دخانیات	اعضاء کار گروه سلامت و امنیت غذایی استان	اجرای قوانین و مقررات کنترل دخانیات تعیین و ابلاغ وظایف هر دستگاه اجرایی بصورت مستقل	*تعداد جلسات تشکیل شده کارگروه (حداقل دو جلسه در سال) *مصوبات عملیاتی شده کارگروه	* قانون جامع کنترل دخانیات *آیین نامه های ستاد کشوری کنترل دخانیات	۱۴۰۰-۱۴۰۴
		تسهیل خدمات مشاوره ای	تلاش برای تحت پوشش قرار گرفتن خدمات مشاوره ای در زمره خدمات بیمه ای (واحدهای روانشناسی مراکز سرپایی و همچنین مراکز مشاوره استان آمادگی ارائه خدمات تحت پوشش بیمه در رابطه با ترک دخانیات را دارند)	استانداری، بیمه خدمات درمانی، تامین اجتماعی، بهزیستی، علوم پزشکی	پوشش خدمات مشاوره ای ترک دخانیات در شمول بیمه ها	تعداد افراد برخوردار از تعرفه بیمه ای برای مشاوره ترک دخانیات	قوانین و آئین نامه ها و دستورالعملهای کشور	۱۴۰۱-۱۴۰۴
		اجرای برنامه مبارزه با قاچاق دخانیات	- اعمال ممنوعیت تمام اشکال تبلیغات ، ترویج و حمایت از دخانیات - تقویت برنامه مبارزه با فروش محصولات دخانی از طریق اعمال جریمه/عوارض -اجرای اقدامات کنترلی از جمله شناسایی و ردیابی محصولات دخانی - کنترل بازار از طریق سیستم صدور مجوز عمده و خرده فروشی	استانداری صمت تعزیرات حکومتی(دادستانی) علوم پزشکی نیروی انتظامی صدا و سیما دخانیات	-اجرای جامع ممنوعیت تبلیغات دخانیات -کاهش دسترسی به مواد دخانی -کاهش محصولات قاچاق دخانی در بازار - محدود شدن مراکز عرضه مواد دخانی	*میزان مواد دخانی قاچاق کشف شده *افزایش زمان دسترسی به مواد دخانی *تعداد مجوز فروشندگان عمده/خرده مواد دخانی *تعداد مراکز عرضه غیر مجاز تعطیل شده	* قانون جامع کنترل دخانیات * قانون مبارزه با قاچاق کالا و ارز	۱۴۰۰-۱۴۰۴

		درصد اماکن عمومی و واحدهای صنفی مجری قانون به کل مراکز	محدودیت فضاهای استعمال دخانیات محدودیت دسترسی به مواد دخانی	صمت، اطاق اصناف، نیروی انتظامی، تعزیرات حکومتی، دانشگاه علوم پزشکی	تشکیل کمیته نظارت بر مراکز توزیع و عرضه قلیان اخذ تضمینهای لازم از چایخانه ها و کافی شاپها مبنی بر عدم فروش و استعمال دخانیات در فضای داخل اماکن	نظارت بر مراکز توزیع و عرضه قلیان		
	آیین نامه ها و دستورالعملهای مواجهات با مواد شیمیایی و دخانی	پایش شکل دفع پسماند این مراکز درصد مواجهات دست دوم با مواد دخانی	عدم انتشار دود مواد دخانی و جلوگیری از تماس دست دوم	استانداردی صمت، شورای شهر و شهرداریها صدا و سیما دانشگاه علوم پزشکی	کمک به تعبیه فضاهای مجاز استعمال دخانیات در کارگاهها و واحدهای صنعتی و ادارات و پایانه ها تدوین دستورالعمل بهره برداری از فضاهای مجاز پایش فضاهای مجاز و مراقبت از دفع فضولات مواد دخانی	محدودیت در میزان آلوده کنندگی و دخانیات و آلودگی دست دوم		
۱۴۰۴-۱۴۰۱	*سند ملی بیماریهای غیر واگیر *قانون جامع کنترل دخانیات *بسته های آموزشی مورد نیاز	*تعداد مراجعین به کلینیک ترک سیگار *درصد افراد سیگاری ترک کرده تعداد کلینیکهای فعال ترک دخانیات خصوصی به کل مراکز	افزایش دسترسی به مراکز خدمات مشاوره و ترک دخانیات	دانشگاه علوم پزشکی/ تامین اجتماعی / بیمه سلامت/سازمان نظام پزشکی/شهرداری ها	*کمک به راه اندازی کلینیکهای ترک سیگار در تمامی شهرستانها توسط بخش خصوصی *توسعه خدمات ترک دخانیات در کلینیکهای ترک مواد مخدر *اجرای جشنواره های فرهنگی و ورزشی با موضوع ترک دخانیات و عوارض آن این اداره کل پتانسیل افزایش مراکز سرپایی و مراکز فعال ترک دخانیات را دارد. (تهیه پروتکل و دایر نمودن مراکز تخصصی، طبق دستورالعمل کشوری خواهد بود)	تسهیل دسترسی به خدمات مشاوره ترک دخانیات در بخش خصوصی	مراقبت بهداشتی (خدمات سلامت)	

		<p>*تعداد مراکز واجد خدمات ترک به کل مراکز</p> <p>*تعداد مراجعان جهت ارجاع شده برای دریافت خدمات ترک</p> <p>*نرخ ترک دخانیات</p>	<p>افزایش تقاضای ترک دخانیات</p> <p>کاهش توجه و شیوع مصرف مواد دخانی</p>	<p>دانشگاه علوم پزشکی سازمانهای مرتبط</p>	<p>*اجرای برنامه غربالگری ترک دخانیات در برنامه های مراکز خدمات جامع سلامت</p> <p>*ارائه خدمات مشاوره و روانشناسی برای ترک سیگار</p> <p>*ارائه خدمات ترک دخانیات در مراقبتهای سلامت</p>	<p>ادغام خدمات غربالگری و ترک دخانیات در نظام سلامت</p>		
		<p>تعداد دوره های برگزار شده</p> <p>تعداد پرسنل شرکت کننده در وبینارها</p> <p>درصد پرسنل آموزش دیده در دستگاههای اجرایی</p>	<p>افزایش آگاهی در مورد مضرات دخانیات</p> <p>تغییر عملکردها و اصلاح هنجارهای اجتماعی</p> <p>کاهش مصرف دخانیات</p>	<p>دانشگاه علوم پزشکی نظام پزشکی انجمنهای علمی پزشکان عمومی دستگاههای دولتی /بخش خصوصی شهرداری ها</p>	<p>*برگزاری دوره های آموزشی ویژه کارکنان/ کارشناسان / پزشکان از طریق وبینارها با در نظر گرفتن امتیازات شغلی و علمی</p> <p>*تولید محتوای آموزشی چند رسانه ای و انتشار در فضای مجازی</p>	<p>اجرای برنامه های آموزشی و توانمند سازی</p>		
۱۴۰۴-۱۴۰۱	<p>*سامانه سیب</p> <p>*قانون جامع کنترل دخانیات</p> <p>*سند ملی بیماریهای غیر واگیر</p>	<p>درصد آماکن عمومی عاری از دخانیات (بجز اماکن مجاز)</p> <p>درصد اماکن فاقد مجوز فروش محصولات دخانی</p>	<p>پیشگیری از استعمال دخانیات در اماکن عمومی</p> <p>ساماندهی مراکز فروش محصولات دخانی</p>	<p>دانشگاه علوم پزشکی ، تعزیرات حکومتی</p>	<p>*تقویت نظارت بر اماکن عمومی</p> <p>*تقویت نظارت بر عرضه کنندگان محصولات دخانی</p> <p>*همکاری در اجرای پیمایشهای STEPS</p>	<p>نظارت و ارزیابی استانی</p>	<p>فناوری و پایش</p>	
		<p>سرانه مصرف سیگار</p> <p>تعیین سهم قاچاق از بازار مصرف استان</p>	<p>اطلاع از بازار مصرف مواد دخانی</p>	<p>علوم پزشکی صمت نیروی انتظامی</p>	<p>*تهیه و گزارش آمار میزان مصرف مواد دخانی و قاچاق محصولات</p>	<p>بررسی اطلاعات بازار</p>		

هدف شماره ۶

کاهش نسبی شیوع فشارخون بالا به میزان ۲۰ درصد

هدف شماره ۶: کاهش نسبی شیوع فشارخون بالا به میزان ۲۰ درصد

حیطه	استراتژی ها	فعالیت ها	ذینفعان	نتیجه مطلوب	شاخص های ارزشیابی	دوره زمانی
حاکمیت	تقویت ظرفیت نظام سلامت در سطح مراقبت های بهداشتی اولیه و اجرای برنامه های کنترل فشار خون	*اجرای کامل برنامه ایراین *مراقبت استاندارد بیماران مبتلا به فشار خون بالا *مراقبت افراد دارای عوامل خطر فشارخون بالا*	دانشگاه علوم پزشکی معاونت بهداشتی کارگروه بیماریهای غیرواگیر	۱-شناسایی افراد مبتلا به فشار خون بالا و پره هایپرنتشن ۲-شناسایی افراد دارای عوامل خطر فشار بالا ۳-مراقبت افراد مبتلا به فشار خون	-میزان درصد واحدهای بهداشتی ارائه دهنده خدمات ایراین ۲-درصد مراکز خدمات جامع سلامت اولیه	از سال ۱۴۰۱ تا ۱۴۰۴
	بازنگری برنامه درسی دانشجویان پزشکی برای قادر ساختن آنها به مدیریت فشار خون	توسعه دستورالعمل و راهنمای بالینی پیشگیری فشار خون بالا	معاونت آموزشی معاونت بهداشتی معاونت درمان	تجدید نظر در برنامه های آموزشی و شرکت بیشتر دانشجویان در کلینیک ها و درمانگاههای سرپایی	توسعه برنامه درسی دانشجویان پزشکی	از سال ۱۴۰۱ تا ۱۴۰۴
	جلب حمایت کارگروه سلامت و امنیت غذایی و مشارکت این سازمان ها در پیش گیری عوامل خطر فشار خون	و*اجرای قانون منع تبلیغ کالاهای آسیب رسان *تسهیل دسترسی به شرایط استاندارد برای انجام فعالیت بدنی *انعقاد قرارداد با سالن های ورزشی جهت استفاده کارکنان بخش دولتی و خصوصی *اعمال قانون دو ساعت پاس ورزشی در هفته جهت کارکنان ارگان ها	دانشگاه علوم پزشکی اداره کل ورزش صدا و سیما	۱-کاهش میزان نمک در محصولات غذایی ۲-جلوگیری از تبلیغ مواد غذایی پر نمک	۱-افزایش درصد محصولات غذایی تولید شده در استان که برجسب دارند ۲-تعداد گزارش های ارائه شده همراه مستندات	از سال ۱۴۰۱ تا ۱۴۰۴
کاهش آسیب و کاهش مواجهه با خطر	آموزش و مشارکت جامعه	*رویکرد جامعه محور(آموزش همگانی-کمپین های آموزش همگانی) *اجرای جشنواره های فرهنگی و ورزشی با موضوع کاهش مصرف نمک *آموزش همگانی بر اساس دستورالعمل خودمراقبتی در درمان فشارخون بالا	دانشگاه علوم پزشکی اداره آموزش و پرورش صدا و سیما شهرداری شورای شهر	۱-ارتقای سطح سواد سلامت مردم و گروههای در معرض خطر در زمینه خود مراقبتی ۲- ارتقای مشارکت جامعه و بیماران در پیش گیری و کنترل فشارخون و عوامل خطر آن	میزان شیوع فشار خون	از سال ۱۴۰۱ تا ۱۴۰۴

				*رویکرد مدرسه محور و آموزش دانش آموزان به عنوان گروه هدف برنامه غذایی سالم	
از سال ۱۴۰۱ تا ۱۴۰۴	۱- درصد مواد غذایی و تولیدات استان با برچسب و لیبل مخصوص ۲- تعداد مطالعات و نتایج جایگزینی نمک	۱- کاهش میزان مصرف نمک در سبد غذایی خانوار ۲- کاهش بروز و شیوع فشار خون بالا	دانشگاه علوم پزشکی گیلان اداره استاندارد	*لیبل گذاری و برچسب گذاری محصولات غذایی استان از نظر میزان نمک *نظارت بر مصرف نمک در سلف سرویس ها و غذاخوری ها(حذف نمکدان)	کاهش میزان مصرف نمک
از سال ۱۴۰۱ تا ۱۴۰۴	درصد غربالگری شده فشار خون در افراد بالای سی سال	شناسایی فشار خون بالا و پیش فشار خون در افراد بالای سی سال	معاونت بهداشتی	انجام غربال گری فشارخون در افراد بالای ۳۰ سال در برنامه خطر سنجی قلبی و عروقی	غربالگری فشار خون حیطه بهداشت
از سال ۱۴۰۱ تا ۱۴۰۴	۱-درصد خدمات ثبت شده در سامانه سبب و اختلاف با درصد مورد انتظار ۲-کاهش درصد اشکالات نرم افزار	ثبت کامل خدمات و مراقبت ها ی فشار خون در سامانه سبب	دانشگاه علوم پزشکی معاونت بهداشت	ثبت و ارزیابی مداوم مراقبت فشارخون در سامانه سبب	بهبود ثبت فشارخون
از سال ۱۴۰۱ تا ۱۴۰۴	درصد بیماران ارجاع شده به سطح ۲ و ۳	ارجاع به موقع بیماران ،درمان و کنترل بیماری	معاونت بهداشت معاونت درمان	برقراری سیستم ارجاع بیماران مبتلا به فشار خون بالا از مراکز سلامت به مراکز تخصصی	ارجاع بیماران مبتلا به فشار خون بالا
از سال ۱۴۰۱ تا ۱۴۰۴	تعداد مطالعات انجام شده در خصوص فشار خون بالا	۱-فهرست مداخلات اولویت بندی شده در خصوص فشار خون بالا و عوامل خطر آن ۲-نظارت و ارزیابی روند پیشرفت مداخلات و بر اساس پیش بینی(هرسال)	معاونت بهداشتی معاونت پژوهشی	*اولویت دادن به تحقیقات مورد نیاز برای پیش گیری و کنترل فشار خون بالا *تقویت ثبت داده های معمول تجزیه و تحلیل و نظارت بر تفسیر و نتایج ارزیابی در سطح استانی برای ارائه بازخورد به سطوح مختلف شبکه بهداشت	پژوهش مداوم بر اساس مداخلات جمعیت نظارت

هدف شماره ۷

ثابت نگهداشتن میزان بیماری دیابت و چاقی

هدف شماره ۷: ثابت نگهداشتن میزان بیماری دیابت و چاقی						
حیطه	استراتژی ها	فعالیت ها	ذینفعان	نتیجه مطلوب	شاخص های ارزشیابی	زمان اجرا
پیشگیری و کاهش عوامل خطر	آموزش ترویج تغذیه صحیح در رابطه با پیشگیری و کنترل اضافه وزن و چاقی	-تهیه و تولید محتوای آموزشی -توزیع و اطلاع رسانی محتواهای آموزشی -برگزاری کلاس آموزشی برای پرسنل درون بخشی و برون بخشی در زمینه اصلاح الگوی مصرف قند، روغن و چربی -برگزاری کلاس آموزشی برای پرسنل درون بخشی و برون بخشی در زمینه پیشگیری و کنترل چاقی -برگزاری کلاس آموزشی برای پرسنل درون و برون بخشی در زمینه برچسب خوانی تغذیه ای	-معاونت بهداشتی و رسانه های جمعی و وزرات آموزش و پرورش شهرداری ها معاونت بهداشتی و سایر معاونت های دانشگاه علوم پزشکی از جمله معاونت غذاو دارو، معاونت درمان، معاونت توسعه مدیریت و منابع و ادارات ذی نفع نظیر استانداری، آموزش و پرورش، بهزیستی، ورزش و جوانان، استاندارد، صداوسیما، فرهنگ و ارشاد اسلامی	ارتقای سطح آگاهی و سواد پرسنل درون بخشی و برون بخشی به منظور همکاری در آموزش و اطلاع رسانی در زمینه پیشگیری و کنترل اضافه وزن و چاقی	-تعداد رسانه های تولید شده -تعداد دوره های آموزشی برگزار شده -تعداد افراد آموزش دیده درون برون بخشی -درصد کارکنان آموزش دیده درون بخشی	تا سال ۱۴۰۴
پیشگیری و کاهش عوامل خطر	آموزش ترویج تغذیه صحیح در رابطه با پیشگیری و کنترل اضافه وزن و چاقی (شایان ذکر است که مهدهای کودک به اداره کل آموزش و پرورش واگذار گردیده و صرفا خانه های شبانه روزی کودکان و نوجوانان تحت نظر بهزیستی می باشند لذا	-تهیه و تولید محتوای آموزشی -توزیع و اطلاع رسانی محتواهای آموزشی -برگزاری کلاس آموزشی برای پرسنل درون بخشی و برون بخشی در زمینه اصلاح الگوی مصرف قند، روغن و چربی -برگزاری کلاس آموزشی برای پرسنل درون بخشی و برون بخشی در زمینه پیشگیری و کنترل چاقی -برگزاری کلاس آموزشی برای پرسنل درون و برون بخشی در زمینه برچسب خوانی تغذیه ای -تهیه و توزیع برنامه های متعدد در خصوص تولید محصول سالم از طریق فضای مجازی	-معاونت بهداشتی و رسانه های جمعی و وزرات آموزش و پرورش شهرداری ها معاونت بهداشتی و سایر معاونت های دانشگاه علوم پزشکی از جمله معاونت غذاو دارو، معاونت درمان، معاونت توسعه مدیریت و منابع و ادارات ذی نفع نظیر استانداری، آموزش و پرورش، بهزیستی، ورزش و جوانان، استاندارد،	ارتقای سطح آگاهی و سواد پرسنل درون بخشی و برون بخشی به منظور همکاری در آموزش و اطلاع رسانی در زمینه پیشگیری و کنترل اضافه وزن و چاقی	-تعداد رسانه های تولید شده -تعداد دوره های آموزشی برگزار شده -تعداد افراد آموزش دیده درون و برون بخشی -درصد کارکنان آموزش دیده درون بخشی	تا سال ۱۴۰۴

			صداوسیما، فرهنگ و ارشاد اسلامی جهاد کشاورزی		پیشنهاد می گردد گروه های هدف این معاونت علاوه بر کودکان مستقر در خانه های شبانه روزی به مددجویان تحت پوشش دفتر زنان، کودکان امدادبگیر و ... گسترش یابد.	
تا سال ۱۴۰۴	شاخص های مربوط به هدف مربوطه	افزایش میزان فعالیت بدنی	دانشگاه علوم پزشکی و سایر ادارات و ارگان های دولتی و بخش خصوصی	فعالیت های مرتبط با هدف مربوطه	آموزش و ترویج فعالیت بدنی	پیشگیری و کاهش عوامل خطر
تا سال ۱۴۰۴	درصد افراد غربالگری شده -درصد کودکان زیر ۵ سال دچار اضافه وزن و چاقی -درصد کودکان و نوجوانان در سنین ۵-۱۸ سال دچار اضافه وزن و چاقی -تعداد افراد مشاوره تغذیه شده	-غربالگری ۱۰۰ درصد مراجعین به مراکز خدمات جامع سلامت - شناسایی افراد دارای اضافه وزن و چاقی	معاونت بهداشتی و سایر معاونت های دانشگاه علوم پزشکی از جمله معاونت درمان	-اجرای بسته خدمتی مراقبت های تغذیه ای گروه های سنی -اجرای راهنمای پیشگیری و کنترل اضافه وزن و چاقی کودکان زیر ۵ سال -اجرای راهنمای پیشگیری و کنترل اضافه وزن و چاقی کودکان و نوجوانان ۵ تا ۱۸ سال -ارائه خدمات آموزش و مشاوره تغذیه به مراجعه کنندگان توسط کارشناس تغذیه مراکز خدمات جامع سلامت	تشخیص و درمان اضافه وزن و چاقی در دوران کودکی تا بزرگسالی	مراقبت بهداشتی
تا سال ۱۴۰۴	-تعداد کلاس های برگزار شده -تعداد پرسنل درون و برون بخشی دوره دیده	پرسنل دوره دیده در زمینه ارزیابی تن سنجی و غربالگری تغذیه ای افراد مراجعه کننده بهبود وضعیت تن جی و غربالگری تغذیه ای جمعیت تحت پوشش	معاونت بهداشتی و سایر معاونت های دانشگاه علوم پزشکی و ادارات ذی نفع از جمله آموزش و پرورش	-برگزاری کلاس های آموزشی در زمینه نحوه اندازه گیری صحیح شاخص های تن سنجی به پرسنل بهداشتی و مراقبین سلامت در مدارس - برگزاری کلاس های آموزشی در زمینه غربالگری صحیح تغذیه ای افراد مراجعه کننده و نیز ورود داده ها در سامانه سیب	توانمندسازی پرسنل ارائه دهنده خدمت در زمینه اندازه گیری شاخص های تن سنجی و ورود داده ها	مراقبت بهداشتی

تا سال ۱۴۰۴	<p>-برنامه پیش بینی پایش تهیه و تدوین چک لیست پایش -تعداد پایش انجام شده -ارسال پسخوراند پایش - شاخص پوشش مراقبت تغذیه ای</p> <p>-وضعیت ارجاع مراجعه کنندگان واجد شرایط به پزشک و کارشناس تغذیه</p> <p>- وضعیت ارجاع مراجعه کنندگان واجد شرایط به سطوح بالاتر براساس دستورعمل</p>	<p>-تن سنجی و انجام مراقبت با کیفیت به ارائه دهندگان خدمت</p> <p>-ارجاع تا ۹۰٪ مراجعه کنندگان به سطوح بالاتر</p>	<p>معاونت بهداشتی و سایر معاونت های دانشگاه علوم پزشکی از جمله معاونت درمان</p>	<p>-نظارت بر تجهیزات و ابزار اندازه گیری تن سنجی در مراکز خدمات جامع سلامت و خانه های بهداشت</p> <p>-نظارت بر اجرای مراقبت و تقویت سیستم ارجاع از بهورز/مراقب سلامت به پزشکان و کارشناسان تغذیه براساس آخرین بسته کشوری خدمات گروه های سنی</p> <p>-همکاری موثر با سطوح بالاتر نظام سلامت(بیمارستان ها و...) براساس دستورعمل های ابلاغی کشوری</p>	<p>تقویت سیستم نظارت و پایش بر اجرای مراقبت ها و بهبود وضعیت ارجاع</p>	<p>نظارت، پایش و ارزشیابی</p>
تا سال ۱۴۰۴	تعداد دوره های برگزار شده	ارائه خدمات با کیفیت	دانشگاه علوم پزشکی و سازمان نظام پزشکی	آموزش مداوم پزشکان عمومی و ارائه دهندگان خدمت	ارتقاء کیفیت خدمات تشخیصی و درمانی	<p>نظارت، پایش و ارزشیابی</p>

هدف شماره ۸

دریافت دارو و مشاوره (از جمله کنترل قند خون) توسط افراد واجد شرایط برای پیشگیری از حمله های قلبی و سکته مغزی به میزان حداقل ۷۰ درصد

هدف شماره ۸: دریافت دارو و مشاوره توسط افراد واجد شرایط برای پیشگیری از حمله های قلبی و سکته مغزی به میزان حداقل ۷۰ درصد

اهداف	حیطه	استراتژی ها	فعالیت ها	گروه های ذینفع	نتیجه مطلوب	شاخص های ارزشیابی	منابع	دوره زمانی
	حاکمیت	گسترش و اجرای دستورالعمل ل کشوری پیشگیری و کنترل بیماریهای قلبی	اولویت دهی و گسترش اجرای برنامه کشوری پیشگیری و کنترل بیماریهای قلبی عروقی در تمام سطوح PHC - ابلاغ به کلیه دستگاههای اجرایی و الزام همکاری - تشکیل کمیته استانی پیشگیری و کنترل بیماریهای قلبی عروقی - تشکیل تیم فنی در همه شهرستانهای تابعه - برنامه ریزی جهت انجام فعالیت های مشترک در همه شهرستانهای تابعه - آموزش کارکنان درمورد نحوه پیاده سازی برنامه - نیازسنجی آموزشی کارکنان و بازآموزی آنها - آموزش عمومی جامعه از طریق رسانه های جمعی.. - اطلاع رسانی خدمات موجود در نظام سلامت برای پیشگیری و کنترل بیماریهای قلبی عروقی - انجام تبلیغات گسترده در مورد اهمیت برنامه (تهیه لوگوی برنامه و استفاده در رسانه ها و سازمانها، وسایل حمل و نقل عمومی...)	- دانشگاه علوم پزشکی گیلان(همه معاونتها) ، رسانه های جمعی - سازمان غذا و دارو، استانداران و فرمانداری، شهرداری- همه دستگاههای اجرایی ...	- ایجاد آمادگی و تعهد لازم برای اجرای برنامه کشوری و کنترل بیماریهای قلبی عروقی در سطح PHC - افزایش حداقل ۸۰٪ کارکنان آموزش دیده - تامین حداقل نیروی انسانی مورد نیاز (روانشناس، تغذیه...)(۱۰٪ افزایش در هر سال) - تامین ۱۰۰٪ داروهای پیش بینی شده - افزایش حداقل ۷۰٪ دسترسی به درمان دارویی و مشاوره ای برای پیشگیری از حملات قلبی و سکته مغزی برای افراد واجد شرایط - افزایش دریافت درمان دارویی و خدمات مشاوره ای برای پیشگیری از حملات قلبی و سکته مغزی توسط افراد واجد شرایط - درصد مراکزی که در آنها نمونه گیری انجام می شود - افزایش حداقل ۲۰٪ تعداد مراکز نمونه گیری	- درصد اجرای برنامه کشوری پیشگیری و کنترل بیماریهای قلبی عروقی در سطح PHC - درصد کارکنان آموزش دیده - درصد حضور مشاوران مورد نیاز - درصد تامین داروهای پیش بینی شده - درصد دسترسی به درمان دارویی و مشاوره ای برای پیشگیری از حملات قلبی و سکته مغزی برای افراد واجد شرایط - درصد مراکزی که در آنها نمونه گیری انجام می شود - درصد مراکز نمونه گیری ...	- منابع انسانی: مدیر برنامه، پزشک، پرستار، مراقب سلامت، کارشناس بیماریها، تغذیه، روانشناس، بهورز، مددکار اجتماعی، کارشناس تربیت بدنی، کارشناس نیروی پذیرش، کارشناس IT... - منابع مالی: بودجه مورد نیاز جهت هزینه های مصرفی، تامین تجهیزات، دارو،... - تجهیزات: فشارسنج، گوشی، گلوکومتر، ترازو، قدسنج، سانتیمتر، کپسول اکسیژن، دستگاه ECG، لپ تاپ، اینترنت پرسرعت، تجهیزات نمونه گیری ... - تسهیلاتی:	تا پایان ۱۴۰۴

	وسيله نقلیه				<p>- توسعه مراکز نمونه گیری جهت دسترسی بیماران</p> <p>- تقویت قوانین کاهش عوامل خطر قلبی عروقی در همه ارگانها (منع مصرف سیگار در اماکن عمومی....)</p> <p>- ایجاد مکانیسمهای انگیزشی در جهت اجرای مطلوب برنامه برای کارکنان</p> <p>- ایجاد مکانیسمهای انگیزشی برای بیماران و افراد در معرض جهت اصلاح رفتار (مثلا تخفیف پرداخت خدمات نظام سلامت...)</p>		
تا پایان ۱۴۰۴	"	<p>- تعداد نمایندگان بخشهای دولتی/خصوصی/سازمانهای مردم نهاد در کمیته پیشگیری و کنترل بیماریهای قلبی عروقی</p>	<p>بهبود همکاریهای بین بخشی</p>	<p>- دانشگاه علوم پزشکی گیلان</p> <p>بخشهای دولتی/خصوصی/سازمانهای مردم نهاد و انجمن های ذینفع، داروخوا، نه خصوصی، بهزیستی، هلال احمر، کمیته امداد، سازمانهای بیمه گر...</p>	<p>- جلب حمایت و همکاری بخش خصوصی</p> <p>- مشارکت همه بخشهای دولتی، سازمانهای مردم نهاد، و تعیین حدود وظایف آنها</p> <p>- جلب حمایت سیاستگذاران</p> <p>- هماهنگی با سازمانهای غیر دولتی در خصوص ایجاد محیط زیست سالم (فضای سبز در اماکن و ادارات، مدارس، دانشگاه و مراکز درمانی</p> <p>- تهیه و توزیع مطالب آموزشی (بروشور، پمفلت، تراکت...)</p> <p>- جلب همکاری داروخانه های بخش خصوصی در خصوص تامین داروهای مورد نیاز</p> <p>- جلب حمایت خیرین جهت تامین تجهیزات مورد نیاز برای مراقبت بیماران</p> <p>- جلب حمایت بهزیستی، هلال احمر و کمیته امداد برای تامین داروهای مورد نیاز برای بیماران بی بضاعت</p> <p>- جلب حمایت سازمانهای بیمه گر جهت افزایش پوشش بیمه ای</p> <p>(اختصاص کمک های مالی بسیار محدود بهزیستی برای تامین داروی بیماران بی بضاعت، منحصر به افراد تحت پوشش این اداره</p>	<p>تعاملات بین بخشی</p>	<p>مراقبت بهداشتی</p>

					کل در قالب دستورالعمل جامع حمایت های مالی سازمان متبوع در صورت تخصیص اعتبار از سوی بهزیستی کشور تا سقف تعیین شده میسر می باشد)		
تا پایان ۱۴۰۴	"	<p>-درصد افراد در معرض خطر بر اساس میزان خطر</p> <p>-درصد دریافت دارو بر اساس میزان خطر توسط افراد واجد شرایط</p> <p>-درصد بروز عوارض قلبی عروقی (سکته قلبی،سکته مغزی،مرگ)در افراد مبتلا</p>	<p>-شناسایی افراد در معرض خطر ۲۰٪ یا بالاتر(۵۰٪تا پایان ۱۴۰۴)</p> <p>-دریافت درمان بر اساس میزان خطر(مشاوره،استانین،آسپرین..)</p> <p>(۵۰٪ تا پایان ۱۴۰۴)</p> <p>- کاهش ۲۵٪بروز حوادث قلبی عروقی</p> <p>- کاهش ۲۵٪عوامل خطر قلبی عروقی</p>	<p>-دانشگاه علوم پزشکی گیلان</p> <p>-سازمانهای بیمه ای،سازمانهای مرتبط</p> <p>...</p>	<p>-ارزیابی خطر بیماریهای قلبی عروقی در جمعیت بر اساس دستورالعمل کشوری در افراد ۳۰ سال و بیشتر</p> <p>-رایگان نمودن آزمایشات موردنیاز جهت خطرسنجی قلبی عروقی(قند وچربی)</p> <p>- غربالگری وشناسایی افراد در معرض خطر ودرجه بندی میزان خطر</p> <p>-مشاوره و درمان بر اساس میزان خطر</p> <p>-ارسال پیامک هشدار برای افراد در معرض خطر</p> <p>-ایجاد سیستم GPS برای بیماران پرخطر</p> <p>-تهیه نمودار میزان خطر برای مراکز سلامت</p>	کاهش میزان خطر بیماریهای قلبی عروقی	
تا پایان ۱۴۰۴	"	<p>-درصد بیماریابی</p> <p>-درصد بیماران مراقبت شده</p> <p>-درصد بروز عوارض قلبی عروقی</p> <p>-درصد مرگ و میر ناشی از بیماریهای قلب عروقی</p>	<p>-افزایش بیماریابی در جمعیت تحت پوشش حداقل ۵۰٪</p> <p>-افزایش پوشش مراقبت بیماران شناسایی شده(حداقل ۸۰٪)</p> <p>-ارتقا کیفیت مراقبت بهداشتی اولیه</p> <p>-کاهش ۲۵٪عوارض قلبی عروقی</p> <p>- کاهش ۲۵٪مرگ ومیر ناشی از بیماری قلبی عروقی</p>	<p>دانشگاه علوم پزشکی گیلان-</p> <p>سازمانهای بیمه</p> <p>...</p>	<p>-بیماریابی جمعیت تحت پوشش (خانه های بهداشت،پایگاهها ومراکز سلامت)</p> <p>-مراقبت منظم بیماران شناسایی شده</p> <p>-راه اندازی سیستم نوبت دهی الکترونیک</p> <p>-ثبت دقیق مراقبت در پرونده الکترونیک سلامت</p> <p>-بهبود مراقبت بهداشتی در همه سطوح توسط تقویت نظام ارجاع</p> <p>-طراحی و اجرای برنامه جهت افزایش دسترسی مناسب به خدمات مشاوره(وب سایت، مشاوره تلفنی، گروههای مجازی،ارسال پیامک تلفنی...)</p> <p>-راه اندازی ارجاع الکترونیک</p> <p>-تعیین فوکل پوینت متخصص قلب جهت ارجاع</p>	بهبود کیفیت مراقبت بهداشتی	
تا پایان ۱۴۰۴	"	<p>-درصد افرادی که دستگاه فشارسنج دارند</p>	<p>-افزایش استفاده از دستگاه فشار سنج در خانه(۵٪در هر سال)</p> <p>-تشخیص زودهنگام فشارخون بالا(۵٪ در هر سال)</p>	<p>-دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رسانه های جمعی،</p>	<p>-تهیه و توزیع راهنمای مراقبت خانگی بیماریهای قلبی عروقی و عوامل خطر آنها</p> <p>-غربالگری روتین و شناسایی موارد فشارخون بالا وقند خون از طریق مراقبت خانگی طبق دستورالعمل</p>	مراقبت خانگی	

			<p>-افزایش استفاده از گلوکومتر در خانه (۱٪ در هر سال)</p> <p>-تشخیص زود هنگام قندخون بالا (۵٪ در هر سال)</p> <p>-افزایش استفاده از ترازو در خانه (۱٪ در هر سال)</p>	<p>همه دستگاههای اجرایی..</p>	<p>-کنترل فشارخون و قندخون توسط بیماران طبق دستورالعمل</p>		
تا پایان ۱۴۰۴	"	<p>-درصد بروز بیماریهای قلبی عروقی و عوامل خطر ..</p> <p>-درصد بروز عوارض بیماریهای قلبی عروقی</p> <p>-درصد فعالیت فیزیکی ناکافی</p> <p>-درصد مصرف سیگار</p> <p>-درصد ترک سیگار</p> <p>-درصد تغذیه سالم</p>	<p>-کاهش بروز ۲۵٪ بیماریهای قلبی عروقی و عوامل خطر آنها</p> <p>-کاهش ۲۵٪ عوارض بیماریهای قلبی عروقی</p> <p>-افزایش ۲۵٪ فعالیت بدنی</p> <p>-کاهش ۱۰٪ مصرف سیگار</p> <p>-افزایش ۱۰٪ ترک سیگار</p> <p>-افزایش ۲۵٪ تغذیه سالم</p>	<p>دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رسانه های جمعی، همه دستگاههای اجرایی..</p>	<p>-ارتقای آگاهی عمومی در زمینه شیوه زندگی سالم و پیشگیری از عوامل خطر قابل کنترل (بهبودی طی برنامه هایی با هدف غایی پیشگیری از معلولیت ها با برگزاری جلسات آموزشی و بهره گیری از ظرفیت مراکز غیر دولتی ، آموزش نیروهای تسهیل گر، توزیع پمفلت و بوشور در راستای آگاهسازی و ترویج برنامه های خود مراقبتی در میان کلیه اقشار جامعه با همکاری سازمانهای مختلف ارائه خدمت می نماید.)</p> <p>-تهیه و توزیع مطالب آموزشی خودمراقبتی (پمفلت، بوشور، کلیپهای آموزشی، شبکه های مجازی، تبلیغات رسانه ای، ...)</p> <p>-اجرای برنامه خودمراقبتی در تمام سطوح ارائه خدمت و سازمانها مختلف</p>	خود مراقبتی	
تا پایان ۱۴۰۴	"	<p>-درصد بیماران و افراد در معرض خطر آموزش دیده</p>	<p>-بهبود شیوه زندگی بیماران ، افراد در معرض خطر و جمعیت عمومی</p>	<p>دانشگاه علوم پزشکی گیلان -رسانه های جمعی، همه دستگاههای اجرایی...</p>	<p>-تهیه و اجرای برنامه های آموزشی برای افراد در معرض خطر و بیماران از طریق رسانه های جمعی، کمپینها، شبکه های مجازی، پیامک های تلفنی، آموزش چهره به چهره...</p> <p>-آموزش جامعه، مدارس ادارات، دانشگاهها....</p>	<p>کاهش آسیب</p> <p>ترویج شیوه زندگی سالم و اصلاح رفتارهای ناسالم</p>	

تا پایان ۱۴۰۴	"	-درصد افراد واجد شرایط که خدمات دارو و مشاوره جهت پیشگیری حملات قلبی و سکته های مغزی دریافت می کنند	-دریافت دارو مشاوره توسط حداقل ۷۰٪ افراد واجد شرایط	دانشگاه علوم پزشکی گیلان -رسانه های جمعی...	-انجام مشاوره های حضوری یا تلفنی و پاسخگویی به سوالات بیماران در تمام سطوح PHC -ارائه دارو برای افراد واجد شرایط در تمام سطوح PHC	افزایش دسترسی به خدمات دارو و مشاوره		
تا پایان ۱۴۰۴	"	درصد غربالگری و تشخیص زودرس بیماریهای قلبی عروقی	-افزایش غربالگری و تشخیص زودرس بیماریهای قلبی عروقی به میزان حداقل ۵۰٪	دانشگاه علوم پزشکی گیلان -رسانه های جمعی	-غربالگری و تشخیص زودرس بیماریهای قلبی عروقی و عوامل خطر -پایش عوارض دارویی	پیگیری منظم		
تا پایان ۱۴۰۴	"	-کیفیت مراقبتهای بهداشتی -درصد تکمیل سامانه سیب(تکمیل پرونده سلامت، ثبت خدمات و مراقبتهای...) -تهیه فهرست اولویتهای مداخلات بهداشتی و مطالعات پژوهشی -تعداد پایشهای انجام شده -تعداد اقدامات اصلاحی بر اساس نتیجه پایش -تعداد نظرسنجیهای انجام شده -تعداد اقدامات اصلاحی بر اساس نظرسنجیهای انجام شده	-بهبود کیفیت مراقبتهای بهداشتی -افزایش بهره مندی از قابلیتهای سامانه سیب -تعیین اولویتهای انجام مداخلات بهداشتی و مطالعات پژوهشی -شناسایی نقاط قوت و ضعف، فرصتها و تهدیدها و اصلاح -ارتقا کیفیت خدمات با نظرسنجی های دوره ای	دانشگاه علوم پزشکی گیلان	-تقویت سیستم ثبت اطلاعات (ثبت بیماری، عوامل خطر، مصرف دارو...) در سامانه سیب... -تقویت سیستم گزارش دهی و مکانیزه نموده داده ها از طریق سامانه سیب... -بررسی دقیق اطلاعات و آمارهای بدست آمده و طراحی مداخلات لازم - انجام تحقیقات کاربردی روی بیماریهای قلبی عروقی و عوامل خطر آنها - اولویت دادن به برنامه های تحقیق درباره بیماریهای غیرواگیر و تخصیص بخشی از بودجه پژوهشی مراکز تحقیقاتی و دانشگاه برای تحقیق در مورد طرح -ایجاد سیستم نظارت (پایش و ارزشیابی) بر اجرای دقیق برنامه -ایجاد سیستم ثبت و مستندسازی اطلاعات بدست آمده از سیستم نظارت (پایش و ارزشیابی) و رفع نواقص -استفاده از سیستم بازخورد و نظرسنجی از بیماران و ارائه دهندگان خدمت و مدیران نظام سلامت	بررسی کیفیت مراقبتهای بهداشتی	نظارت	

هدف شماره ۹

دستیابی به پوشش ۸۰ درصد به تکنولوژی ها و داروهای اساسی قابل فراهمی شامل داروهای ژنریک مورد نیاز برای درمان بیماریهای غیرواگیر در بخش های خصوصی و دولتی

هدف شماره ۹: دستیابی به پوشش ۸۰ درصد به تکنولوژی ها و داروهای اساسی قابل فراهمی شامل داروهای ژنریک مورد نیاز برای درمان بیماریهای غیر واگیر در بخش های خصوصی و دولتی

هدف	حیطه	استراتژی	فعالیت ها	گروه های ذینفع (مشارکت کنندگان)	نتیجه مطلوب	شاخص های ارزشیابی	دوره زمانی	Cost/ben
۸۰٪ دسترسی به تکنولوژی ها و داروهای اساسی قابل فراهمی شامل داروهای ژنریک مورد نیاز برای بیماریهای	حاکمیت	-افزایش همکاری چند جانبه و درون بخشی -افزایش دسترسی به درمان مناسب بیماریهای قلبی -عروقی و سکتة مغزی ترجیحا داروهای تولید داخل و با تدوین گایدلاینهای مناسب -واگذاری خدمات دارویی مراکز مجری برنامه پزشک خانواده به بخش خصوصی	*تشکیل کمیته تخصصی دانشگاهی *سطح بندی خدمات بهداشتی - درمانی در کلیه شبکه ها بر اساس میزان بروز و شیوع بیماریهای غیر واگیر -جلب مشارکت بیمه ها -فراخوان به بخش خصوصی و جلب مشارکت -تدوین و تهیه بسته های استاندارد جهت دارو درمانی بیماریهای غیر واگیر -آموزش مداوم و مدون پزشکان -برگذاری منظم کمیته های تجویز و مصرف منطقی دارو -آموزش عمومی جامعه در خصوص نحوه صحیح مصرف داروها	دانشگاه علوم پزشکی معاونت درمان معاونت دارو معاونت توسعه معاونت بهداشتی و واحدهای تابعه	-افزایش بیمارستانهای ارایه دهنده خدمات PPCI قلبی و مغزی -افزایش تختهای CCU در بیمارستانها -استفاده از ظرفیتهای بخشهای غیر دانشگاهی جهت ارایه خدمات در شرایط بحران از جمله کرونا -دسترسی عادلانه گروههای هدف به داروهای مورد نیاز -برگزاری منظم جلسات کمیته دانشگاهی و تدوین دستورالعملها و بسته های استاندارد دارودرمانی -کاهش بار هزینه های بهداشت و درمان	-درصد بیماران سکتة حاد قلبی و مغزی که PPCI شده اند -درصد بیماران سکتة قلبی و مغزی دریافت کننده ترومبولیتیک های تخصصی -درصد داروخانه های واگذار شده به بخش خصوصی -درصد تامین دارو برای گروههای هدف از جمله بیماریهای غیر واگیر -درصد نسخ تجویزی طبق شاخصهای استاندارد و پروتکل	تا پایان ۱۴۰۴ (انجام سالانه ۱۰ درصد برنامه تا رسیدن به وضع مطلوب)	-بودجه جاری -جذب بودجه ویژه و وزارتی
۸۰٪ دسترسی به تکنولوژی ها و داروهای اساسی قابل فراهمی شامل داروهای ژنریک مورد نیاز	کاهش آسیب	کاهش مرگ و میر پس از STEM* و سکتة مغزی	- ارزیابی بهترین درمان ترومبولیتیک R_TPA** - PPCI*** در بیمارستانها	-دانشگاه علوم پزشکی -بیمارستانها -بیماران	-بهبود کیفیت زندگی و کاهش عوارض -افزایش امید به زندگی	- کاهش میزان مرگ و میر و ناتوانی پس از MI	سالانه تا ۱۴۰۴	بودجه جاری

<p>-بودجه جاری -بودجه سایر سازمانها و وزارتخانه</p>	<p>۱۴۰۱- ۱۴۰۴ (سالانه ۱۰ تا ۱۵ درصد)</p>	<p>-تعدادداروخانه های تاسیس و تجهیز شده -تعداد داروخانه های بخش خصوصی طرف قرارداد تامین کننده دارو -تعداد سازمانهای مردم نهاد درگیر طرح -تعداد بیماران تحت پوشش سازمانهای حمایتی برای دریافت دارو</p>	<p>دسترسی عادلانه و کامل آحاد جامعه به داروهای مورد نیاز برای درمان بیماریهای غیر واگیر</p>	<p>دانشگاه علوم پزشکی هلال احمر بیمه ها</p>	<p>-تاسیس و تجهیز داروخانه های مراکز جامع خدمات سلامت و درمانگاهها و بیمارستانها تامین نیروی انسانی داروساز برای کلیه مراکز جلب حمایت بخش خصوصی استفاده از ظرفیتهای سایر سازمانها از جمله: هلال احمر/بهبیستی/کمیته امداد و...برای تامین داروی افراد محروم و نیازمند (اختصاص کمک های مالی بسیار محدود بهیستی برای تامین داروی بیماران بی بضاعت ، منحصر به افراد تحت پوشش این اداره کل در قالب دستورالعمل جامع حمایت های مالی سازمان متبوع در صورت تخصیص اعتبار از سوی بهیستی کشور تا سقف تعیین شده میسر می باشد)</p>	<p>-افزایش مراکز مجهز به خدمات دارویی کامل -مشاوره دارویی توسط کارشناسان دارویی در سطوح شبکه ها و بیمارستانها</p>	<p>مراقبت بهداشتی(خدمات سلامت)</p>	<p>۸۰٪ دسترسی به تکنولوژی ها و داروهای اساسی قابل فراهمی شامل داروهای ژنریک مورد نیاز</p>
<p>بودجه جاری و ردیفهای وزارتی</p>	<p>۲۰۲۱- ۲۰۲۵ (سالانه ۱۲ درصد)</p>	<p>-تعیین میزان و درصد استانداردها و شاخصهای نسخ دارویی -تعداد پایش و بازرسیهای انجام شده از واحدهای تحت پوشش</p>	<p>-توزیع عادلانه دارو و مصرف منطقی مطابق گایدلاین -دسترسی عادلانه مردم به دارو و تجهیزات</p>	<p>دانشگاه علوم پزشکی(معاونتهای دارو/درمان/بهداشتی) ادارات بیمه</p>	<p>-نظارت و پایش مستمر از شرکتهای توزیع دارو و توزیع عادلانه داروها در کلیه شبکه ها و مراکز -تقویت سیستم جمع آوری اطلاعات مصرف دارو -تقویت و راه اندازی سیستم گزارش دهی و بررسی نسخ دارویی بشکل مکانیزه جهت محاسبه شاخصهای دارویی</p>	<p>-نظارت بر کیفیت و نحوه توزیع و مصرف دارو</p>	<p>نظارت و پایش</p>	<p>۸۰٪ دسترسی به تکنولوژی ها و داروهای اساسی قابل فراهمی شامل داروهای ژنریک مورد نیاز</p>

هدف شماره ۱۰

به صفر رساندن میزان اسیدچرب ترانس در روغن های خوراکی و محصولات غذایی

هدف شماره ۱۰: به صفر رساندن میزان اسیدچرب ترانس در روغن های خوراکی و محصولات غذایی

اهداف	حیطه	استراتژی	فعالیت ها	گروه های ذینفع	نتیجه مطلوب	شاخصهای ارزشیابی	منابع	دوره زمانی
۱۰- به صفر رساندن اسید چرب ترانس در روغن های خوراکی و مواد غذایی	حاکمیت	بازبینی و نظارت بر اجرای استانداردها	راه اندازی کمیته های فنی	دپارتمان تغذیه وزارت بهداشت و درمان - وزارت صنعت ومعدن - استاندارد و سایر بخش های درگیر	اسید چرب ترانس صفر در مواد غذایی	-تعداد استاندارد های مرتبط باز بینی شده -درصد TFA و SFA در روغن های خوراکی و مواد غذایی	اسناد بالادستی	تا پایان ۱۴۰۴
	کاهش آسیب	رویکرد جامعه محور	کارگاه های آموزشی پرسنل	معاونت بهداشتی و شبکه های بهداشت	بهبود دانش تغذیه ای گروه هدف	ارتقای آگاهی	سوالات ارزیابی	تا پایان ۱۴۰۴
		تهیه و توزیع بسته های آموزشی	مردم	بهبود دانش تغذیه ای جامعه	ارتقای آگاهی - نگرش و عملکرد جامعه	سوالات ارزیابی		
	کنترل روغن های خوراکی	کنترل روغن های خوراکی مخصوص پخت و پز و سرخ کردنی تولیدی استان	معاونت بهداشتی و شبکه های بهداشت	مطابقت با استاندارد	درصد تطابق نمونه های کنترل شده	دستورالعمل های بهداشتی	تا پایان ۱۴۰۴	
				معاونت بهداشتی و شبکه های بهداشت آموزش و پرورش	الگوی صحیح مصرف روغن ها	ارتقای آگاهی - نگرش و عملکرد	سوالات ارزیابی	تا پایان ۱۴۰۴
				دانش آموزان	الگوی صحیح مصرف روغن ها	درصد مدارس بهره مند از بسته های آموزشی	بسته های آموزشی	تا پایان ۱۴۰۴
	معاونت بهداشتی و شبکه های بهداشت	عرضه مواد غذایی سالم در بوفه مدرسه	معاونت بهداشتی و شبکه های بهداشت، آموزش و پرورش	دسترسی دانش آموزان به تغذیه سالم در محیط مدرسه	درصد مدارس عرضه کننده مواد غذایی مناسب مطابق با دستورعمل پایگاه تغذیه سالم	تا پایان ۱۴۰۴		
		آموزش کارکنان ادارات	معاونت بهداشتی و شبکه های بهداشت، ادارات	تغذیه سالم کارکنان ادارات	درصد ارتقای آگاهی/نگرش و عملکرد	تا پایان ۱۴۰۴		
		رژیم غذایی سالم در محل کار	ادارات	تغذیه سالم کارکنان ادارات	درصد ادارات توزیع کننده غذایی سالم	تا پایان ۱۴۰۴		

هدف شماره ۱۱

کاهش نسبی در میزان مرگ و میر ناشی از سوانح و حوادث ترافیکی به میزان حداقل ۲۰ درصد

هدف شماره ۱۱: کاهش نسبی در میزان مرگ و میر ناشی از سوانح و حوادث ترافیکی به میزان حداقل ۲۰ درصد

هدف	حیطه	استراتژی	فعالیت ها	گروه های ذینفع	نتیجه مطلوب	شاخص های ارزشیابی	دوره زمانی
	کاهش آسیب	افزایش سواد سلامت	- آموزش عمومی (کمپین های اطلاع رسانی) - برگزاری دوره های آموزشی ویژه برای رانندگان - اجرای جشنواره های فرهنگی و ورزشی	- دانشگاه علوم پزشکی - صداوسیما - جمعیت هلال احمر - راهنمایی و رانندگی - آموزش و پرورش - بهزیستی - شهرداری ها - راه و شهرسازی - حمل و نقل و پایانه ها - تشکل های مردم نهاد	-افزایش KASP عمومی -افزایش میزان مهارت و کاهش میزان بروز خطاهای فردی رانندگان -کاهش ترافیک جاده ای	- میزان آگاهی/ نگرش/ مهارت/ عملکرد مطلوب جمعیت عمومی در خصوص فرهنگ ترافیکی - میزان تخلفات حادثه ساز -تعداد کمپین های اطلاع رسانی برگزار شده	سالانه
		ایمن سازی جاده ها	-شناسایی و رفع نقاط حادثه خیز جاده ها -شناسایی و رفع نقاط حادثه خیز عابران پیاده -اصلاح، بهسازی و ایمن سازی راههای موجود -ایجاد راههای امن دوچرخه سواری -مهندسی جاده ها و تجهیز جاده ها با علائم راهنمایی و رانندگی و تجهیزات ایمنی -شناسایی سریع مناطق دچار مشکل عبور و مرور در شرایط جوی نامساعد مانند برف و ... و باز نمودن سریع راهها	- شهرداری ها - راه و شهرسازی - حمل و نقل و پایانه ها - راهنمایی و رانندگی	-کاهش نقاط حادثه خیز -کاهش نرخ مرگ و میر جاده ای -ارتقاء سطح ایمنی جاده ها -کاهش ترافیک جاده ای	- میزان سهم جاده ها در بروز حوادث ترافیکی	
		ایمن سازی وسایل نقلیه	-انجام معاینات فنی وسایل نقلیه بطور منظم -توجه به انجام معاینات فنی وسایل نقلیه در پلیس راه ها و یا عوارضی ها و عدم اجازه عبور به وسایل نقلیه دارای مشکلات فنی	-راهنمایی و رانندگی - حمل و نقل و پایانه ها	- کاهش تعداد ماشین های در حال تردد با نقص فنی	- تعداد وسایل نقلیه با معاینه فنی - تعداد رویت کارت معاینه در پلیس راه ها و عوارضی ها	

			-توزیع کلاه ایمنی بین موتورسواران - جلوگیری از عبور و مرور موتورسیکلت با راننده یا سرنشین بدون کلاه ایمنی	-راهنمایی و رانندگی - حمل و نقل و پایانه ها	- کاهش تعداد موتورسواران و همراهان موتور سوار در حال تردد بدون کلاه ایمنی	- تعداد کلاههای ایمنی توزیع شده - تعداد کلاه ایمنی فروش رفته
	مراقبت بهداشتی	ارتقاء سلامت رانندگان	انجام معاینات دوره ای طبق دستورالعمل های وزارت بهداشت آزمایشات رانندوم سوء مصرف مواد (مخدر و محرک)	دانشگاه علوم پزشکی راهنمایی رانندگی حمل و نقل پایانه ها	ارتقا سطح سلامت رانندگان ارتقا سطح ایمنی سرنشینان	درصد رانندگان دارای گواهی سلامت شغلی تعداد آزمایشات رانندوم سوء مصرف مواد انجام شده درصد رانندگان سوء مصرف کننده مواد
		توانمند سازی نیروهای امداد و نجات	برگزاری دوره های بازآموزی برای پرسنل امداد و نجات (اورژانس/ پزشکان عمومی و متخصصان)	دانشگاه علوم پزشکی تامین اجتماعی جمعیت هلال احمر	ارتقا سطح دانش و مهارت پرسنل امداد و نجات	تعداد دوره های بازآموزی برگزار شده تعداد تکنسین ها/ پزشکان عمومی و متخصصان آموزش دیده
	نظارت	پشتیبانی و ارتقای سیستم های اطلاعاتی برای نظارت و ارزیابی	-ثبت و به روز رسانی اطلاعات مصدومین در نرم افزار حوادث در کلیه بیمارستان ها -به روز رسانی و آرشیو بانک اطلاعاتی تخلفات و جریمه های ترافیکی	دانشگاه علوم پزشکی راهنمایی و رانندگی	-دسترسی به آمار دقیق حوادث ترافیکی -دسترسی به فهرست وسایل نقلیه/رانندگان دارای سطح بالای تخلفات	درصد مصدومین حوادث ترافیکی ثبت شده درصد رانندگان دارای امتیاز منفی بالاتر از حد مجاز درصد وسایل نقلیه دارای جرایم پرداخت نشده بیش از حد مجاز

هدف شماره ۱۲

کاهش مرگ و میر ناشی از استعمال مواد مخدر به میزان حداقل ۱۰ درصد

هدف شماره ۱۲: کاهش مرگ و میر ناشی از استعمال مواد مخدر به میزان حداقل ۱۰ درصد

حیطه	استراتژی ها	فعالیت ها	متولی	مجری	مشارکت کنندگان	نتیجه مطلوب	شاخص های ارزشیابی	منابع	وضعیت برنامه در استان	
									شاخص ها و فعالیت موجود برنامه	شاخص مورد انتظار در ۱۴۰۴
حاکمیت	۱. برگزاری کمیته های استانی و جلب حمایت	* برگزاری مدون جلسات پیشگیری ستاد مبارزه با مواد مخدر * برگزاری کمیته درمان ستاد مبارزه با مواد مخدر	* دانشگاه علوم پزشکی * بهزیستی (با نظر بهزیستی استان - بهزیستی متولی می باشد)	* ستاد مبارزه با مواد مخدر * دانشگاه علوم پزشکی * بهزیستی (با نظر بهزیستی استان - بهزیستی متولی می باشد)	* ستاد مبارزه با مواد مخدر * دانشگاه علوم پزشکی * نظام پزشکی و انجمن های تخصصی و صنفی مربوطه * سازمان بهزیستی * سایر سازمان های مرتبط و اعضای کمیته	* جلب حمایت بین بخشی و ستاد مبارزه با مواد مخدر و سایر سازمان ها در تسهیل درمان اعتیاد * استفاده از ظرفیت های بخش خصوصی در تامین منابع انسانی جهت درمان اعتیاد	* تعداد جلسات برگزار شده * تعداد تفاهم نامه های منعقد شده و اجرا شده	* سند ملی بیماری های غیرواگیر * دستورالعمل ها و اسناد بالادستی و قوانین موجود	* این فعالیت در حال حاضر به صورت محدود وجود دارد	صددرصد اجرای برنامه تا سال ۱۴۰۴
	۲. پیگیری تصویب و استقرار سند جامع پیشگیری و درمان مواد مخدر در استان	* ارزیابی وضع موجود استان در خصوص مواد مخدر و اعتیاد * بررسی و تبیین اهداف مورد نظر * بررسی راهکارها جهت نیل به اهداف مورد نظر * تصویب قوانین مورد نیاز * نظارت بر اجرای دستورالعمل ها و قوانین	* دانشگاه علوم پزشکی * سازمان بهزیستی * معاونت پژوهشی دانشگاه	* استانداری * دانشگاه علوم پزشکی * سازمان بهزیستی * نیروی انتظامی * ستاد مبارزه با مواد مخدر * شهرداری ها * سایر سازمان های مرتبط	* دانشگاه علوم پزشکی * سازمان بهزیستی * نیروی انتظامی * ستاد مبارزه با مواد مخدر * شهرداری ها * سایر سازمان های مرتبط	* تصویب و اجرای سند جامع پیشگیری و درمان اعتیاد به مواد مخدر	* تصویب و اجرای سند مورد نیاز * منابع علمی مورد نیاز * سند ملی و استانی بیماری های غیرواگیر * اسناد بالادستی و سند توسعه دستورالعمل های ستاد مبارزه	* در حال حاضر در استان شروع نشده است	* پیشرفت سه سال اول سالیانه ۳۵ درصد و تصویب و شروع اجرا در سال ۱۴۰۰	

<p>۲. پیگیری و اجرای پوشش بیمه ای درمان اعتبار در استان</p>	<p>* پیگیری تحت پوشش قراردادن خدمات درمان اعتبار توسط بیمه های مختلف * استقرار خدمات بیمه ای برای درصدی از مراجعان مراکز خصوصی</p>	<p>* دانشگاه علوم پزشکی * سازمان بهزیستی * بیمه سلامت و تامین اجتماعی</p>	<p>* دانشگاه علوم پزشکی * سازمان بهزیستی * بیمه سلامت و تامین اجتماعی * بخش خصوصی و انجمن های تخصصی * سایر سازمان های مرتبط</p>	<p>* تحت پوشش خدمات درمان اعتبار در مراکز خصوصی درمان اعتبار استان جهت درصدی از بیماران نیازمند</p>	<p>* درصد مراکز که با بیمه ها قرارداد دارند * میزان بیماران که پوشش بیمه درمان اعتبار قرار گرفته اند .</p>	<p>* سند ملی و اسناد بالادستی</p>	<p>* در حال حاضر تعداد کمی از مراکز با بیمه ها قرارداد دارند .</p>	<p>* انجام ۱۲.۵ درصد تعهدات و ۱۰۰درصدی تا سال ۱۴۰۴</p>
<p>۴. افزایش همکاری بین بخشی (حمایتی و نظارتی)</p>	<p>* تدوین پروتکل راه اندازی مراکز پشتیبان و حمایت بیماران و مدیریت پس از درمان * افزایش پوشش بیمه ای بیماران اعتبار و افراد پرخطر * تهیه چک لیست های نظارتی و تشکیل تیم های نظارتی * افزایش سقف خرید خدمات از طریق هماهنگی با شرکت های بیمه گر * تدوین بسته خدمتی حمایت از بیماران شاغل با برنامه های کاهش آسیب و درمان های جایگزین</p>	<p>* دانشگاه علوم پزشکی * سازمان بهزیستی * معاونت درمان دانشگاه</p>	<p>* دانشگاه علوم پزشکی * سازمان بهزیستی * ستاد مبارزه با مواد * صنف درمان گران اعتبار * سازمان نظام پزشکی * سایر سازمان های مرتبط</p>	<p>* افزایش کیفیت و کمیت خدمات حمایتی و مراقبتی و درمان بیماران * تعداد مراکز حمایتی راه اندازی شده * تعداد نظارت های انجام شده * تعداد تفاهم نامه های بین بخشی بسته شده و اجرا شده</p>	<p>* تعداد مراکز حمایتی راه اندازی شده * تعداد نظارت های انجام شده * تفاهم نامه های بین بخشی بسته شده و اجرا شده</p>	<p>* منابع مالی برنامه ها * اسناد بالادستی * ظرفیت های بخش خصوصی</p>	<p>* برنامه های مختلف در استان در حال انجام است * ۱۰۰درصدی تا سال ۱۴۰۴</p>	
<p>کاهش مواجهه با آسیب گروه هدف و عموم مردم و نیروهای متخصص</p>	<p>* تولید رسانه های آموزشی * آموزش مربیان و مراقبین نظام سلامت * آموزش کارکنان دولتی * آموزش گروه های در معرض خطر * برگزاری جشنواره ها و کارگاه ها و کمپین های عمومی در سطح محله و جامعه و دانشگاه و مدارس * برگزاری جشنواره های فرهنگی ورزشی</p>	<p>* دانشگاه علوم پزشکی * سازمان بهزیستی * شهرداری ها</p>	<p>* دانشگاه علوم پزشکی * سازمان بهزیستی * ستاد مبارزه با مواد * شهرداری ها * آموزش و پرورش و</p>	<p>* افزایش ارتقای سطح سلامت مردم و گروه های هدف و نیروهای متخصص و آموزش دهند در خصوص اعتبار به مواد مخدر و راه های مبارزه و پیشگیری و درمان و مراقبت بیماران</p>	<p>* تعداد کارگاه ها و کمپین های همایش های برگزار شده * میزان آگاهی و سطح سواد سلامت مردم و گروه های هدف</p>	<p>* بودجه و منابع مالی * مورد نظر * بسته های آموزشی * مورد نیاز</p>	<p>* در حال حاضر برنامه ها به صورت پراکنده در حال اجرا است</p>	<p>* انجام ۵درصد جمعیت تحت پوشش</p>

سند پیشگیری و کنترل بیماری های غیر واگیر و عوامل خطر مرتبط در استان گیلان

					موسسات آموزش عالی *سایر سازمان های مرتبط				
۶. استقرار و ارتقای خدمات پیشگیری و درمان اختلالات مصرف مواد مراقبت های اولیه بهداشتی	* اجرای برنامه های غربالگری ، تشخیص و درمان و پیگیری اختلالات مصرف مواد در سطح مراکز خدمات جامع سلامت و خانه های بهداشت * استقرار کارشناس سلامت روان در کلیه مراکز خدمات جامع سلامت	* دانشگاه علوم پزشکی	* دانشگاه علوم پزشکی	* دانشگاه علوم پزشکی	* افزایش دسترسی عادلانه به خدمات مراقبت و پیشگیری و درمان اختلالات مصرف مواد در سطح استان	* تعداد مراکز مجری طرح *نسبت بودجه های جاری	*منابع طرح تحول سلامت بودجه های جاری	*در حال حاضر در استان در شهر های بالای ۲۰هزار نفر جمعیت کارشناس سلامت روان مستقر می باشد	*انجام ۱۰۰ درصدی برنامه ها تا سال ۱۴۰۴
۷. مداخلات پیشگیری مبتنی بر محیط های آموزشی در سطح مدارس و دانشگاه ها	* تهیه و اجرای تفاهم نامه های همکاری جهت آموزش مهارت های مورد نیاز جهت استقرار برنامه ها در محیط های آموزشی آموزش و پرورش و دانشگاه ها و موسسات آموزش عالی * اجرای سیستم آموزشی و مهارتی سطح بندی شده	* دانشگاه علوم پزشکی و آموزش و پرورش * دانشگاه های زیرمجموعه وزارت علوم	* دانشگاه علوم پزشکی و آموزش و پرورش * دانشگاه های زیرمجموعه وزارت علوم * سازمان بهزیستی * ستاد مبارزه با مواد سایر سازمان های مرتبط	* ارتقای توانایی ها و مهارت های زندگی در بین دانش آموزان و دانشجویان	* تعداد تفاهم نامه های منعقد شده و اجرایی شده * تعداد و نسبت دانش آموزان و دانشجویان دارای مهارت	*منابع علمی مورد نیاز متن تفاهم نامه های منعقد شده *اسناد بالادستی	* موارد به صورت پراکنده در سطح استان در حال انجام است	*انجام ۵ درصد جمعیت تحت پوشش تا سال ۱۴۰۴	
۸. تقویت مراکز پیشگیری از آسیب های اجتماعی و اعتیاد	* تقویت و حمایت از مراکز گذری و DIC های زیرمجموعه دانشگاه و بهزیستی در سطح استان * جلب حمایت بخش خصوصی و NGO ها * -استفاده از ظرفیت گروه های مردم نهاد درمان اعتیاد مانند NA	* سازمان بهزیستی * دانشگاه علوم پزشکی	* سازمان بهزیستی * دانشگاه علوم پزشکی * ستاد مبارزه با مواد * نیروی انتظامی	* ارتقای سطح خدمات رسانی و پیشگیری از آسیب های اجتماعی ناشی از اعتیاد	* درصد شهرستان های تحت پوشش مراکز گذری * تعداد گروه های NA	* ظرفیت گروه های مردم نهاد * ظرفیت بخش خصوصی	*در حال حاضر برنامه های در حال انجام است	* اجرای ۱۰۰ درصدی برنامه ها در طی ۸ سال	

سند پیشگیری و کنترل بیماری های غیر واگیر و عوامل خطر مرتبط در استان گیلان

		*دستورالعمل ل های موجود و اسناد بالادستی		*ساماندهی مراکز گذری و تقویت مراکز مردم نهاد	*سازمان های مرتبط			* نظارت و برنامه ریزی جهت دسترسی عادلانه گروه های هدف به خدمات مراکز سرپناه و گذری	مراکز گذری و DICها و مردم نهاد های اعتیاد	
خدمات سلامت	۱۹. نظام تقایی و ثابت و گزارش دهی بیماری	*بودجه و منابع مالی مورد نیاز	*تعداد افراد و نسبت گروه های هدف غربالگری شده *میزان بروز و شیوع اعتیاد *میزان مرگ ناشایی از اختلالات اعتیاد	*نظام دیده وری مطلوب اعتیاد در سطح استان و اقدام به موقع و کاهش مرگ و میر و آسیب ناشایی از اختلالات مصرف مواد	*دانشگاه علوم پزشکی *سازمان بهبودی *مراکز خصوصی و صنف درمانگران اعتیاد	*دانشگاه علوم پزشکی	*دانشگاه علوم پزشکی	*غربالگری سوء مصرف در بین دانشجویان، دانش آموزان، سربازان و رانندگان عمومی *تعیین مطالعه بروز و شیوع عوامل خطر بیماری اعتیاد *طراحی و راه اندازی نظام ثبت و گزارش دهی *طراحی و راه اندازی نظام دیده وری اعتیاد		
	۱۰. تهیه بسته تشخیصی و خدمات درمان اختلالات مصرف مواد در نظام سلامت	*منابع علمی و آموزشی مورد نیاز دارند	*کاهش شیوع و بروز اختلالات اعتیاد در سطح استان	*تهیه و ابلاغ شیوه نامه استاندارد خدمات درمان و کاهش آسیب اعتیاد و اجرای آن در سطح استان	*دانشگاه علوم پزشکی *سازمان بهبودی *ستاد مبارزه با مواد مخدر	*دانشگاه علوم پزشکی *سازمان بهبودی *ستاد مبارزه با مواد مخدر	*دانشگاه علوم پزشکی	*تهیه بسته خدمات تشخیصی و درمان اختلالات مصرف مواد *تهیه بسته پیشگیری و خدمات کاهش آسیب اعتیاد *ابلاغ و اجرای برنامه ها		
	۱۱. تقویت و تامین خدمات درمان و مشاوره اختلالات اعتیاد در قالب بخش	*دستورالعمل لها و اسناد بالادستی *نقشه جمعیتی مراکز سرپایی	*تامین ۱۰۰ درصدی خدمات درمان سرپایی و مشاوره اختلالات مصرف مواد در استان *هماهنگی بین بخشی و استفاده از	*دانشگاه علوم پزشکی *سازمان بهبودی *صنف *ستاد مبارزه با مواد مخدر	*دانشگاه علوم پزشکی *سازمان بهبودی *صنف *ستاد مبارزه با مواد مخدر	*دانشگاه علوم پزشکی *سازمان بهبودی *صنف *ستاد مبارزه با مواد مخدر	*دانشگاه علوم پزشکی *معاونت درمان	*تهیه نقشه جامع مراکز درمان اعتیاد استان بر اساس شاخص های جمعیتی *برگزاری منظم و مدون جلسات بررسی عملکرد مراکز درمان سو مصرف مواد در سطح دانشگاه *صدر و مجوز تاسیس مراکز جدید بر اساس شاخص های جمعیتی و		
		*برنامه به صورت برکنده شروع شده است							*انجام سالیانه ۱۲.۵ درصد تعهدات و انجام ۱۰۰درصدی تا سال ۱۴۰۴	
		*در حال حاضر پروتکل ها وجود دارد اما نیاز به بهبود دارند							*تهیه بسته تا سال ۱۴۰۰ و اجرا و استقرار برنامه تا ۱۴۰۴	
		*برنامه در استان شروع شده است							*انجام سالیانه ۱۲.۵ درصد تعهدات و انجام ۱۰۰درصدی تا سال ۱۴۰۴	

سند پیشگیری و کنترل بیماری های غیر واگیر و عوامل خطر مرتبط در استان گیلان

				ظرفیت های بخش خصوصی *تدوین و اجرای پروتکل خدمات روانشناختی				عدالت حرفه ای و دسترسی تمام مردم استان به خدمات درمان *برگزاری جلسات هماهنگی با بخش خصوصی و صنف درمانگران اعتیاد و نظام پزشکی و معاونت های درگیر دانشگاه و سازمان بهزیستی *تهیه پروتکل خدمات مشاوره روانشناختی برای درمان و مواجهه با مواد مخدر و مواد محرک صنعتی و سنتی	خصوصی و مراکز درمان سو مصرف مواد در سطح استان بر اساس شاخص های جمعیتی
*آموزش ۱۰۰ درصد پرسنل *تخصیص ۱۰ تخت مراقبت های ویژه *کاهش مرگ ناشی از سومصرف مواد از ۰.۸ درصددهه ۸۰ رنفر جمعیت به ۰.۷۲	*برنامه ناقص انجام می گردد	*منابع مالی مورد نظر *بسته آموزشی مورد نظر	*تعداد مرگ ناشی از سو مصرف مواد	*افزایش آگاهی و مهارت پرسنل در مواجهه اولیه و پیگیری درمان بیماران با بیش مصرفی مواد *کاهش میزان مرگ و میر ناشی از سو مصرف مواد *افزایش تخت های مراقبت های ویژه مختص این بیماران	*دانشگاه علوم پزشکی	*دانشگاه علوم پزشکی	*دانشگاه علوم پزشکی	* توانمند سازی پرسنل اورژانس ۱۱۵ و پزشکان اورژانس در مواجهه با عوارض سو مصرف مواد و اورژانس های آن *تخصیص و تامین تخت های مراقبت های ویژه جهت بیماران ناشی از بیش مصرفی مواد مخدر *آموزش و آماده سازی اورژانس های پیش بیمارستانی جهت مواجهه با بیش مصرفی مواد مخدر	۱۲. تقویت خدمات اورژانس و بستری

هدف شماره ۱۳

افزایش دسترسی جامعه به خدمات سلامت روان و درمان بیماری های روانی به میزان حداقل ۲۰ درصد

هدف شماره ۱۳: افزایش دسترسی جامعه به خدمات سلامت روان و درمان بیماری های روانی به میزان حداقل ۲۰ درصد

حیطه	استراتژی ها	فعالیت ها	متولی	مجری	مشارکت کنندگان	نتیجه مطلوب	شاخص های ارزشیابی	منابع	وضعیت برنامه در استان	
									شاخص ها و فعالیت موجود برنامه	شاخص مورد انتظار در ۱۴۰۴
حاکمیت	۱. جلب حمایت های بین بخشی و تشکیلاتی	* طرح در جلسات سلامت و امنیت غذایی استانداری و جلب حمایت شورا * راه اندازی و تقویت کمیته های استانی و دانشگاهی ارتقای سلامت روانی و اجتماعی * تهیه دستورالعمل های استانی در خصوص ارتقای سلامت روانی استان و انعقاد تفاهم نامه های بین بخشی و اجرای آنها * تصویب لویت های سلامت روان استان در جلسات شورای سلامت و امنیت غذایی استان و جلب حمایت های این شورا	دانشگاه علوم پزشکی	دانشگاه علوم پزشکی	* استانداری * دانشگاه علوم پزشکی * بهزیستی * کارفراه و تامین اجتماعی * سازمان زندان ها * سازمان های مرتبط	* افزایش همکاری بین بخشی * تصویب نقشه راه سلامت روان استان * افزایش دسترسی افراد به خدمات سلامت روان * افزایش هماهنگی استانی در اجرای برنامه های سلامت روان	* اعتبارات جاری * منابع علمی * دستورالعمل ها و اسناد بالادستی	* برنامه ها از قبل در استان شروع شده است نیاز به تقویت دارد	* انجام سالیانه ۱۲.۵ درصد تعهدات و انجام ۱۰۰ درصدی تا سال ۱۴۰۴	
کاهش مواجهه با آسیب	۲. ارتقای سطح سلامت روان گروه های هدف و جمعیت تحت پوشش با تاکید بر مدیریت استرس	* ترویج و توسعه آموزش مهارت های زندگی با الویت مدیریت استرس و کنترل خشم در مراکز آموزشی * ترویج و توسعه مهارت های فرزند پروری * تعیین وظایف دستگاه ها در حوزه آموزش مهارت های زندگی * تدوین توافقنامه های همکاری در خصوص آموزش منسجم مهارت های زندگی و فرزند پروری * آموزش مهارت های زندگی به مربیان کودک گروه سنی ۲ تا ۵ سال استان * برگزاری دوره های آموزشی فرزندپروری ویژه والدین کودکان مهدکودک ها	* دانشگاه علوم پزشکی * سازمان بهزیستی * آموزش و پرورش * دانشگاه ها و موسسات آموزش عالی	* دانشگاه علوم پزشکی * سازمان بهزیستی * آموزش و پرورش * دانشگاه ها و موسسات آموزش عالی * صدا و سیما * سازمان های مرتبط	* آموزش های مدون برای گروه های هدف با همکاری بین بخشی * افزایش ارتقای سطح سواد سلامت مردم و گروه های هدف در خصوص مهارت های زندگی و فرزندپروری	* تعداد توافقنامه های همکاری تصویب و اجرا شده * میزان سطح سلامت مردم در خصوص مهارت های زندگی * کاهش میزان خودکشی	* اسناد بالادستی سلامت روان و بیماری های غیرواگیر * بسته ها و منابع آموزشی	* برنامه ها در استان شروع شده است	* انجام سالیانه ۵ درصد در جمعیت تحت پوشش تا سال ۱۴۰۴	

<p>۳. آموزش و اطلاع رسانی در زمینه انگ زدایی از اختلالات روانپزشکی و پیشگیری از خودکشی</p>	<p>* راه اندازی کمپین های اطلاع رسانی و آموزش همگانی *آموزشی در سطح محله و جامعه و تدوین توافقنامه های همکاری بین بخشی در خصوص آموزش سلامت روان و مهارت های کنترل خشم *ثبت دقیق و بررسی علل خودکشی در استان و تهیه نقشه خودکشی و تجزیه و تحلیل داده ها *استفاده از ظرفیت های سازمان های مردم نهاد و فضای مجازی در خصوص آموزش *تهیه رسانه های آموزشی استاندارد</p>	<p>*دانشگاه علوم پزشکی</p>	<p>*دانشگاه علوم پزشکی</p>	<p>*دانشگاه علوم پزشکی *شهرداری ها *بهبیستی *استانداری *صدا و سیما *سایر سازمان های مرتبط</p>	<p>*ارتقای سطح سواد سلامت مردم در خصوص بیماری ها و اختلالات روانپزشکی *افزایش مراجعه مردم جهت درمان بیماری ها و اختلالات روانپزشکی *گاهش میزان خودکشی در سطح استان *گاهش میزان مراجعه مردم به روانشناسان و روانپزشکان جهت درمان و مشاوره</p>	<p>*تعداد توافق نامه های امضا شده *میزان کاهش خودکشی در سطح استان *میزان مراجعه مردم به روانشناسان و روانپزشکان جهت درمان و مشاوره</p>	<p>*بسته ها و منابع آموزشی *بسته های خدمات طرح تحول سلامت *اسناد بالادستی</p>	<p>*برنامه ها به صورت پراکنده در استان انجام می شود *آموزش سالانه ۱۰ درصد گروه های هدف *نگه داشتن میزان خودکشی به زیر ۵ در صد هزار جمعیت *گاهش سالیانه ۵ درصد موارد اقدام به خودکشی</p>
<p>خدمات سلامت ۴. بهبود عملکرد کارکنان مرکز شهری و روستایی در خصوص غربالگری، مراقبت و پیگیری بیماران شناسایی شده</p>	<p>*برگزاری جلسات و کارگاه های آموزشی جهت گروه های هدف (کاردان-پزشک-پهروز و روانشناسی) *فعال کردن کمیته های بی بخشی و درون بخشی به منظور مصوب کردن فعالیت های سهیل کننده و حمایتی *نظارت و پایش و ارزیابی عملکرد مراکز شهری و روستایی *مراقبت دارویی منظم طبق پروتکل توسط پزشک</p>	<p>*دانشگاه علوم پزشکی</p>	<p>*دانشگاه علوم پزشکی</p>	<p>*دانشگاه علوم پزشکی *ارتقای سطح سلامت و مهارت کارکنان سلامت در برخورد با اختلالات روانپزشکی *ارتقای سطح خدمات سلامت روان در نظام مراقبت های اولیه بهداشتی</p>	<p>*تعداد جلسات آموزشی برگزار شده *وجود بانک اطلاعاتی *درصد پرسنل آموزش دیده</p>	<p>*دستورالعمل های موجود و اسناد بالادستی *بسته های آموزشی و نیروی انسانی مورد نیاز</p>	<p>*برنامه ها در استان شروع شده است *انجام سالیانه ۱۲.۵ درصد تعهدات و انجام ۱۰۰درصدی تا سال ۱۴۰۴</p>	
<p>۵. تدوین پروتکل های استاندارد پیشگیری، تشخیص درمان و مراقبت از اختلالات روانپزشکی</p>	<p>*تهیه بسته خدمات پیشگیری اولیه *تهیه بسته خدمات بالینی پزشکان خانواده *تهیه بسته های تخصصی روانپزشکان و روانشناسان در نظام مراقبت های اولیه بهداشتی</p>	<p>*دانشگاه علوم پزشکی</p>	<p>*دانشگاه علوم پزشکی *دانشگاه ها و موسسات آموزش عالی *انجمن های روانپزشکی *شورای عالی بیمه</p>	<p>*بکارگیری پروتکل های تشخیصی و درمانی بومی استاندارد در خصوص خدمات سلامت روان *دسترسی به بسته های خدمت استاندارد در نظام مراقبت های اولیه و در سطوح مختلف</p>	<p>*وجود بسته های خدمات استاندارد در سطوح مختلف</p>	<p>*منابع علمی و اسناد بالادستی</p>	<p>*این فعالیت در حال حاضر در استان شروع شده است. *تا پایان سال ۱۴۰۱ صددرصد به انجام رسیده باشد.</p>	

<p>۶. تقویت و توسعه خدمات روانشناختی و مشاوره دولتی و غیردولتی</p>	<p>*تهیه توافقنامه های مشترک با ارگان های مرتبط جهت تاسیس و ایجاد مراکز استاندارد *تهیه ساز و کار های لازم جهت توانمندسازی روانشناسان و مشاوران *تشکیل کمیته علمی برای هدایت علمی و تخصصی مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی در زمینه های تخصصی از جمله رهگیری موارد خودکشی *جذب و بکارگیری روانشناسان در کلیه مراکز شهری و روستایی *ویزیت بیماران دارای اختلالات روانپزشکی شناسایی شده توسط پزشکان دوره دیده *تسهیل نمودن فرایند ویزیت بیماران کم بضاعت توسط روانپزشک مشاور علمی برنامه</p>	<p>*دانشگاه علوم پزشکی</p>	<p>*دانشگاه علوم پزشکی *سازمان بهزیستی</p>	<p>*دانشگاه علوم پزشکی *بهزیستی *کار رفاه *سازمان زندان ها *نیروی انتظامی *کمیته امداد سایر سازمان های مرتبط</p>	<p>*تاسیس مراکز استاندارد خدمات مشاوره و روان شناختی با همکاری بخش خصوصی *دسترسی مطلوب مردم به خدمات روانشناختی استاندارد</p>	<p>*تعداد مراکز استاندارد تاسیس شده *تعداد مشاور و روانشناس تعلیم داده شده *تعداد مراکز خدمات جامع سلامت روستایی دارای روانشناس *درصد ویزیت دوره ای بیماران دارای اختلالات روان پزشکی</p>	<p>*ظرفیت های بخش خصوصی *بسته های آموزشی مورد نیاز *اسناد بالادستی</p>	<p>*برنامه باید شروع شود</p>	<p>*انجام سالیانه ۱۲.۵ درصد تعهدات و انجام ۱۰۰درصدی تا سال ۱۴۰۴</p>
--	---	----------------------------	--	--	---	---	--	------------------------------	---

منابع :

- سیاست های کلی نظام جمهوری اسلامی ایران ابلاغی مقام معظم رهبری
- سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط
- مطالعه «پیمایش ملی عوامل خطر بیماری های غیرواگیر ایران (STEPS)» سالهای ۱۳۹۵ و ۱۴۰۰
- سایت visit.report مرکز تحقیقات بیماری های غیرواگیر علوم غدد و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی تهران
- WHO GLOBAL ACTION PLAN FOR THE PREVENTION AND CONTROL OF NONCOMMUNICABLE DISEASES

مجریان طرح :

دکتر غلامرضا صادقی : رئیس گروه پیشگیری و مبارزه با بیماری های غیرواگیر معاونت بهداشتی دانشگاه

مجید معرفتی : کارشناس گروه پیشگیری و مبارزه با بیماری های غیرواگیر معاونت بهداشتی دانشگاه

تشکر و قدردانی :

روسا و کارشناسان ادارات و سازمانها مخصوصاً بهزیستی، شهرداری رشت، دانشگاه گیلان، جهاد کشاورزی و تامین اجتماعی که پیشنهادات خود را ارسال نمودند.

معاونین بهداشتی دانشگاه

مدیریت و کارشناس کارگروه سلامت و امنیت غذایی(ساغ) دانشگاه

پزشکان متخصص پزشکی خانواده شبکه بهداشت و درمان شهرستانها

کارشناسان واحدهای بهداشتی معاونت بهداشتی دانشگاه و مرکز بهداشت شهرستان رشت