



دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی تبریز
معاونت بهداشت



سند استانی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط در استان آذربایجان شرقی در بازه زمانی ۱۳۹۴ تا ۱۴۰۴

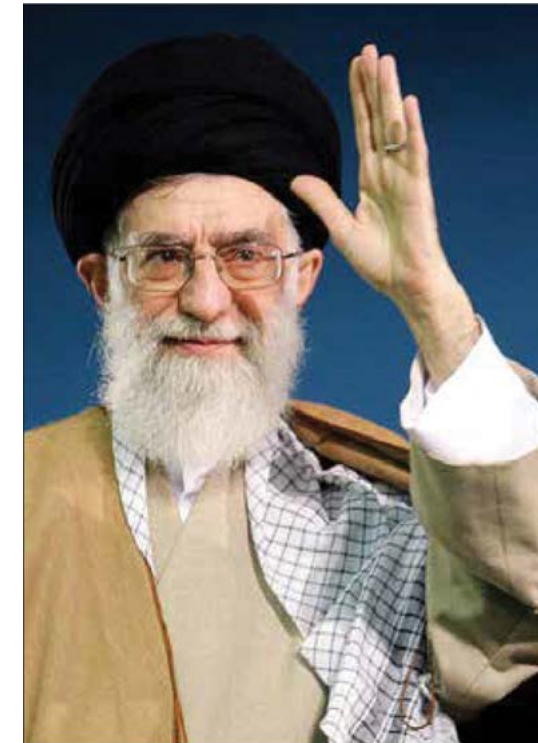


PNCD
کمیته استانی پیشگیری و کنترل
بیماری های غیرواگیر

نام سند	سند غیرواگیر
نگارش	کمیته استانی پیشگیری و کنترل بیماری های غیر واگیر
تاریخ صدور	۱۳۹۷
شابک	۸-۶۲-۷۳۵۱-۶۰۰-۹۷۸
شماره کتابشناسی ملی	۵۳۰۳۳۳۱
سرشناسه	شعربافی باویل علیایی، جبرئیل، ۱۳۶۶-، گردآورنده
نام کامل فایل	سند استانی پیشگیری و کنترل بیماری های غیر واگیر و عوامل خطر مرتبط در استان آذربایجان شرقی در بازه زمانی ۱۳۹۷ تا ۱۴۰۴
شرح سند	سند استانی پیشگیری و کنترل بیماری های غیر واگیر و عوامل خطر مرتبط
نویسندگان	گروه های کارشناسی معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تبریز



تحقق مطلوب سند چشم انداز بدون
توسعه نظام سلامت امکان پذیر
نیست، اگر خواهان توسعه یافتگی
هستیم باید ابتدا جامعه سالم داشته
باشیم و مهمترین پایه و اساس
اجرای برنامه های پیشگیرانه، توسعه
سلامت انسانی و توسعه علو و دانش
و فناوری است.



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

پیام وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

بسم الله الرحمن الرحيم

ارتقای سلامت جامعه از مهمترین رسالتهای وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می باشد که این امر مهم با تحقق سند تدبیر و توسعه و سند پیشگیری و کنترل بیماریهای غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط امکان پذیر خواهد بود. امیدوارم با اجرای این سند و برنامه تحول سلامت مردم بزرگوار ایران و استان آذربایجان شرقی از دستاوردهای آن بهره مند گردند.

پیام استاندار استان آذربایجان شرقی

بسم الله الرحمن الرحيم

با عنایت به افزایش شیوع بیماریهای غیرواگیر در کشور و به تبع آن در استان عزیزمان، سند پیشگیری و کنترل بیماریهای غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط و سند تدبیر و توسعه، برای ارتقای سلامت جامعه استان تدوین گردیده است. امید است با همکاری ارگانها و سازمان های مرتبط، همانند اجرای طرح مهم تحول نظام سلامت، تحقق این سند نیز باعث افزایش روزافزون سلامت جامعه گردیده و مردم عزیز این استان از زندگی طولانی توام با سلامتی و عاری از بیماری بهره مند گردند.

پیام معاون بهداشت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز

شیوع و بروز چشم گیر بیماری های غیر واگیر، خصوصا در سال های اخیر یکی از چالش های مهم در سیستم سلامت کشور های مختلف جهان شده است. بیماری های غیر واگیر مسئول بیش از ۵۳ درصد بار بیماری ها در سراسر جهان هستند و بیش از ۷۶ درصد کل بار بیماری ها در ایران به بیماری های غیر واگیر اختصاص دارد. سازمان ملل متحد و سازمان بهداشت جهانی، از جمله سازمان هایی هستند که در تلاش برای ارتقای سلامت مردم جهان هستند.

سازمان جهانی بهداشت کنترل بیماری های غیر واگیر و عوامل زمینه ساز را به عنوان هدف اصلی برای کاهش ۲۵٪ مرگ و میر ناشی از بیماری های غیر واگیر تا سال ۲۰۲۵ تعیین کرده است.

پیشگیری و کنترل بیماری های غیر واگیر مزمن به عنوان یکی از مهم ترین اولویت های نظام سلامت در کشور مطرح است و مواجهه با آن نیازمند عزم ملی و تلاش همگانی است. چهار بیماری دیابت، فشار خون بالا، سرطان و بیماری های مزمن تنفسی به همراه چهار عامل خطر کم تحرکی، تغذیه ناسالم، مصرف الکل و دخانیات مهم ترین علل مرگ و میر ناشی از بیماری های غیر واگیر هستند. سازمان بهداشت جهانی Global Action Plan را برای کنترل این چهار بیماری و چهار عامل خطر تدوین و در اختیار دولت ها قرار داد.

سند ملی کشور ایران با لحاظ اهداف جهانی ۹ گانه و متناسب با الویت های ملی با تغییراتی به صورت اهداف ۱۳ گانه تدوین شد. اما با عنایت به اینکه دانشگاه علوم پزشکی تبریز برنامه ۵*۵*۵ را در سطح استان با در نظر گرفتن ۵ عامل خطر رفتاری تحرک بدنی ناکافی، سوء مصرف، رفتارهای غلط تغذیه ای، رفتارهای پر خطر جنسی و حوادث، ۵ عامل خطر بیولوژیک چاقی و اضافه وزن، فشار خون بالا، کلسترول بالا، قند خون بالا و استرس و ۵ بیماری سرطان، بیماری های تنفسی، دیابت، بیماری های روانی و قلبی عروقی اجرا خواهد کرد. لذا سند پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط دانشگاه علوم پزشکی تبریز بر این مبنا تدوین گردیده است.

ضمن تشکر از همکاران محترم در معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی تبریز که در تهیه و تدوین این سند استانی تلاش کرده اند، امید است در سال های آینده با اتکال به خداوند منان و همت و تلاش متخصصان حوزه سلامت، گام های بلندی برداشته شود.

تهیه کنندگان:

کارشناسان گروه پیشگیری و مراقبت بیماری های غیرواگیر:

- دکتر جبرئیل شهربافی
- دکتر نازلی سلطانی
- دکتر میترا یگانه
- لیلا عبدالمهی
- دکتر ملیحه طالبی
- محسن پاشا

کارشناسان گروه بهبود تغذیه:

- فتح اله پورعلی
- حمیده کوشا
- آرزو اصغری

کارشناسان گروه بهداشت محیط:

- مهندس بهروز آهنگری
- مهندس سعید همتی

کارشناسان گروه دارو و آزمایشگاه:

- دکتر علی محمدی
- اعظم همتی

کارشناسان گروه بهداشت روان:

- وهاب اصل رحیمی
- اعظم همتی
- نیر صادقپور

گردآوری و تدوین:

- دکتر جبرئیل شهربافی

زیر نظر:

- دکتر جعفر صادق تبریزی

**سند استانی پیشگیری و کنترل
بیماری‌های غیر واگیر
و عوامل خطر مرتبط
در استان آذربایجان شرقی
در بازه زمانی ۱۳۹۴ تا ۱۴۰۴**

تهیه سند:
کمیته استانی پیشگیری و کنترل
بیماری‌های غیر واگیر



- ۱۴ خلاصه مطالب
- ۱۶ مقدمه
- ۲۱ اهداف ۱۵ گانه سند استانی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیر واگیر و عوامل خطر مرتبط

فصل یک

- ۲۴ شکل گیری کمیته استانی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیر واگیر و عوامل خطر مرتبط

فصل دو

- ۲-۱ نگاهی کلی به وضعیت بیماری‌های غیر واگیر در جهان ۳۰
- ۲-۲ افراد در معرض خطر بیماری‌های غیر واگیر ۳۴
- ۲-۳ عوامل خطر ۳۴
- ۲-۴ اثرات اجتماعی و اقتصادی بیماری‌های غیر واگیر ۳۵
- ۲-۵ پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیر واگیر ۳۵
- ۲-۶ پاسخ سازمان بهداشت جهانی ۳۶

فصل سه

- **هدف ۱:** ۲۵٪ کاهش خطر مرگ زودرس ناشی از بیماری‌های قلبی - عروقی، سرطان، دیابت، بیماری‌های مزمن ریوی ۴۰
- **هدف ۲:** ۲۰٪ کاهش نسبی در شیوع فعالیت بدنی ناکافی ۵۵
- **هدف ۳:** ۲۵٪ کاهش نسبی در شیوع فشارخون بالا ۵۹
- **هدف ۴:** ثابت نگه داشتن میزان بیماری دیابت و چاقی ۶۳
- **هدف ۵:** ۲۰٪ کاهش نسبی در میزان مرگ و میر ناشی از سوانح و حوادث ترافیکی ... ۶۸

➤ **هدف ۶:** دسترسی و دریافت داروهای اساسی و مشاوره (مانند کنترل قند خون و بیماری‌های بهداشت روان و ...) توسط حداقل ۹۰٪ از افراد واجد شرایط به منظور پیشگیری و درمان بیماری‌های غیر واگیر و عوارض آنها و ۸۰٪ مشاوره لازم برای

- ۷۱ مصرف صحیح داروها
- **هدف ۷:** ۳۰٪ کاهش نسبی در متوسط مصرف نمک و سدیم در جامعه ۷۲
- **هدف ۸:** کاهش نسبی ۳۰٪ در مصرف سرانه قند و شکر ۷۴
- **هدف ۹:** افزایش نسبی ۲۰٪ در سرانه مصرف لبنیات ۷۶
- **هدف ۱۰:** افزایش نسبی ۲۰٪ در سرانه مصرف میوه و سبزیجات ۷۸
- **هدف ۱۱:** اصلاح الگوی مصرف چربیها و روغنهای خوراکی ۸۱
- **هدف ۱۲:** ۱۵٪ کاهش نسبی در شیوع مصرف دخانیات در افراد بالاتر از ۱۵ سال ۸۸
- **هدف ۱۳:** افزایش میزان غربالگری، تشخیص و درمان بهنگام افسردگی و اضطراب در افراد بالای ۱۸ سال (دسترسی ۱۰۰ درصد بیماران افسرده و اضطرابی به خدمات درمان تخصصی روانپزشکی) با هدف توقف نسبی سیر صعودی بیماری هر سال به میزان ۱ درصد ۹۳
- **هدف ۱۴:** افزایش میزان پوشش برنامه‌های پیشگیری و درمان مصرف الکل در جمعیت تحت پوشش هر سال به میزان ۱۰ درصد و تلاش در جهت توقف نسبی در مصرف الکل ۹۵
- **هدف ۱۵:** افزایش میزان غربالگری مصرف مواد مخدر و درمان و مراقبت از معتادین سخت (پرخطر) و ۱۰٪ کاهش نسبی در میزان مرگ و میر ناشی از مصرف مواد مخدر در جمعیت معتادین تحت پوشش ۹۷

فصل چهار

- تحلیلی بر اهداف نه گانه سازمان جهانی بهداشت و امکان دستیابی به آن در جمعیت کشور جمهوری اسلامی ایران ۱۰۲

فصل پنج

- تفاهم نامه همکاری بین بخشی ادارات و سازمانها و ارگانهای استان آذربایجان شرقی های و دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی در راستای پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیر واگیر و عوامل خطر مرتبط ۱۱۰

خلاصه مطالب

ایران به عنوان یکی از کشورهای با درآمد متوسط در منطقه مدیترانه شرقی، در دهه‌های اخیر به دستاوردهای قابل توجهی در حوزه سلامت دست پیدا کرده است. از جمله پیشرفت‌های ایران در این حوزه، کاهش سریع میزان مرگ و میر مادران و کودکان و افزایش امید به زندگی است. با این وجود، بار بیماری‌های غیرواگیر و همچنین بار مالی منتسب به این بیماری‌ها موجب شده است که نظام سلامت کشور، بیماری‌های غیرواگیر را به عنوان تهدیدی جدی در نظر بگیرد. به منظور کاهش بار بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر منتسب به آنها وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بر آن شد تا سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر را تهیه و تدوین نماید. تاکید اصلی این سند بر بیماری‌های قلبی عروقی، سرطان‌ها، دیابت و بیماری‌های مزمن تنفسی و همچنین سوانح و حوادث و بیماری‌های روانی است که به طور ویژه در کشور ایران مطرح هستند. در این سند ملی، استراتژی‌های مشخص پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر به صورت استراتژی‌های کارآمد بسط داده شده است. در این راستا وزارت بهداشت ایران، ۹ هدف سازمان جهانی بهداشت را در نظر گرفته و آن‌ها را با شرایط ایران تنظیم نموده و چهار هدف ویژه ایران را به آن اضافه کرده است. در این سند، تمامی ذی‌نفعان داخلی و خارجی وزارت بهداشت شامل معاونت‌های مختلف وزارت بهداشت، وزارتخانه‌های ذی‌نفع و سازمان‌های دولتی که همکاران اصلی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر هستند، در نظر گرفته شده‌اند. نکته قابل توجه این است که این سند ملی توسط رئیس‌جمهور، رئیس مجلس، رئیس سازمان جهانی بهداشت، معاون رئیس‌جمهور و ذی‌نفعان اصلی این حوزه شامل سازمان حفاظت محیط زیست، وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی، وزارت جهاد کشاورزی، وزارت کشور، وزارت امور اقتصاد و دارایی، وزارت ورزش و جوانان، وزارت نیرو، وزارت رفاه و تامین اجتماعی، وزارت آموزش و پرورش، وزارت صنعت، معدن و تجارت و سازمان صدا و سیما مورد تایید قرار گرفته و بدین ترتیب موجب منحصراً به فرد شدن این سند در کشورهای منطقه شده و توسط ذی‌نفعان درون بخشی و برون بخشی در سطوح مختلف پذیرفته شده است.

دانشگاه علوم پزشکی تبریز به استناد دستور وزیر محترم بهداشت و درمان اقدام به تنظیم و تدوین سند استانی غیرواگیر نموده است، پس از تصویب سند در شورای امنیت غذایی استان بعنوان سند راهبردی کلیه سازمانها در جهت پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر قرار گرفته و سازمانها نقش خود را در نیل به اهداف انجام خواهند داد. در سند استانی غیرواگیر اهداف ۱۳ گانه سند ملی تغییراتی پیدا کرده و بر اساس برنامه ۵x۵x۵ که هدف آن ۵ عامل خطر رفتاری، ۵ عامل خطر بیولوژیک و ۵ بیماری مزمن می‌باشد در ۱۵ هدف تدوین شده است که کاهش مصرف سرانه قند و شکر، افزایش مصرف سرانه لبنیات، افزایش مصرف سرانه میوه و سبزی، تشخیص و درمان به موقع اختلال افسردگی و اضطراب و کاهش ۱٪ افسردگی و اضطراب در هر سال که در سند تدبیر و توسعه استان نیز پیش بینی شده بودند به اهداف اضافه شده است.

مقدمه

سلامتی انسان تحت تأثیر عوامل زیادی قرار دارد. این عوامل عبارتند از: ژنتیک، محیط زیست، مراقبت های پزشکی و در نهایت سبک یا شیوه زندگی. شیوه یا سبک زندگی مجموعه خصوصیات، الگوهای عادت و ویژگی های رفتاری انسان را شامل می شود. گسترش شهرنشینی و توسعه در زندگی روزمره انسان مثل عادات غذایی، الگوی مصرف، انرژی مصرفی، درجه و شدت فعالیت فیزیکی تغییرات عمده ای به وجود آورده است و مهمترین بخش زندگی یعنی سلامتی را تحت تأثیر عمده خود قرار می دهد.

در گذشته بیماری های واگیر (انگلی و عفونی) و ناتوانی انسان در درمان آن عامل اصلی مرگ و میر به شمار می آمد. اما در حال حاضر به دلیل شرایط اپیدمیولوژیک و گذر جمعیتی بیماری های غیر واگیر مهمترین عامل مرگ و میر انسان شده است. بیماری های که حاصل شیوه زندگی غلط و کم تحرکی است. مطالعات متعدد کارآزمایی بالینی و مرور نظامند نشان می دهد که رژیم های غذایی نا سالم، عدم تحرک بدنی، مصرف دخانیات، پرفشاری خون، کلسترول بالا، قند خون بالا، چاقی و استرس عوامل خطری هستند که بیماری های غیر واگیر را بوجود می آورند.

شواهد نشان می دهد که افراد با شیوه زندگی صحیح و فعالیت فیزیکی منظم از خطر پایین تری برای ابتلا به بیماری های قلبی عروقی برخوردار بوده و عمر طولانی تری نسبت به افراد کم تحرک با رفتارهای تغذیه ای غلط دارند. بنابر این هر نوع برنامه مداخله ای که سواد سلامت مردم را افزایش داده و منجر به اصلاح شیوه تغذیه (کاهش مصرف نمک، شکر، روغن و افزایش مصرف میوه و سبزی و لبنیات)، کاهش مصرف دخانیات و افزایش فعالیت بدنی گردد موجب کاهش چاقی، فشار خون بالا، کلسترول بالا، قند خون بالا گردیده و در نهایت پیشگیری از مرگ ناشی از بیماری های قلبی عروقی، دیابت و سرطانها شده و موجب ارتقای کیفیت زندگی مردم می گردد.

روزانه ۸۰۰ تا ۸۵۰ مرگ در کشور ایران بوقوع می پیوندد که ۸۹٪ آنها به خاطر پنج علت: قلبی عروقی (۴۶٪)، حوادث و سوانح (۱۷٪)، سرطانها (۱۴٪)، بیماری های تنفسی (۶٪) و بیماری های حول و حوش تولد (۶٪) را بخود اختصاص داده اند. در کشور ما بار بیماری های غیرواگیر در مقایسه با کشور های مدیترانه شرقی در میزان بالاتری قرار دارد و حدود سهم عمده (۶۸٪) بار بیماری های غیرواگیر معادل ۱/۶ میلیون سال از دست رفته در سال می باشد.

در آخرین بررسی عوامل خطر بیماری های غیرواگیر در سال ۱۳۹۰ درصد مصرف کنندگان روزانه سیگار در کشور حدود ۱۱ تا ۱۲ درصد در سنین ۱۵ تا ۶۴ سال بوده است. در این بررسی افراد دارای فعالیت بدنی کم حدود ۴۴/۸۹٪ جمعیت و میانگین مصرف میوه و سبزی حدود ۱/۳ واحد در روز بوده که نشان دهنده این است که حدود ۸۸٪ مردم

روزانه کمتر از ۵ سهم میوه و سبزی مصرف می کنند. شیوع فشار خون بالا در این بررسی ۱۶ درصد در افراد بین سنین ۱۵ تا ۶۴ ساله تعیین شده است که با احتساب

جدول مقایسه شاخص های عوامل خطر مهم بیماری های غیر واگیر
سال های ۱۳۸۸-۱۳۸۵

عوامل خطر	شیوع عامل خطر در استان					شیوع عامل خطر در کشور				
	شبه قری	روستایی	ک	ز	م	شبه قری	روستایی	ک	ز	م
مصرف میوه و سبزی ناکافی	۸۵,۷۳	۹۰,۱۵	۸۹,۸۴	۸۴,۷۰	۸۷,۳۰	۸۶,۲	۹۱,۶۱	۸۹,۲۶	۸۶,۷۴	۸۸,۰۱
مصرف روزانه سیگار	۱۴,۱۳	۱۶,۲۹	۲۸,۵۱	۰,۹۳۷	۱۴,۸۹	۱۱,۱۹	۱۱,۳۱	۲۱,۳۰	۰,۹۰	۱۱,۲۳
مصرف روزانه قلیان	۱,۵۱۳	۲,۳۵۲	۳,۵۸۳	۰	۱,۸۱۳	۲,۴۹۹	۳,۰۱۶	۳,۳۱۷	۲,۰۰۶	۲,۶۶۹
فعالیت فیزیکی کم	۴۰,۰۵	۲۹,۱۵	۲۴,۵۵	۴۸,۰۳	۳۶,۱۵	۳۸,۷۷	۲۹,۷۶	۲۵,۱۵	۴۶,۶۲	۳۵,۷۶
چاقی و اضافه وزن	۵۱,۰۰	۴۱,۱۳	۴۰,۹۹	۵۴,۰۹	۴۷,۴۶	۴۷,۳۷	۳۹,۳۷	۳۹,۲۵	۵۰,۲۹	۴۴,۷۱
فشار خون بالا	۲۳,۱۷	۱۵,۶۲	۱۹,۴۶	۲۱,۵۰	۲۰,۴۷	۱۶,۹	۱۵,۹۵	۱۷,۰۲	۱۶,۱۴	۱۶,۵۹
قند خون بالا	۱۶,۴۶	۸,۱۲	۱۴,۹۳	۱۰,۶۵	۱۲,۸۲	۱۰,۹۸	۷,۳۴	۹,۴۲	۹,۹۸	۹,۶۹
کلسترول خون بالا	۲۷,۰۴	۲۸,۰۴	۲۱,۵۴	۳۳,۵۱	۲۷,۴۴	۳۴,۲۲	۳۰,۳۵	۲۹,۵	۳۶,۲۶	۳۲,۸۴

افراد بالای سن ۶۴ شیوع فشار خون بالا به حدود ۳۹٪ در کل جمعیت می رسد. در این بررسی شیوع چاقی و اضافه وزن در جمعیت مورد بررسی حدود ۴۸/۴٪ بود. در این بررسی حدود ۲۱/۶٪ افراد بین سنین ۱۵ تا ۴۴ ساله و ۵۲/۸٪ افراد بین سنین ۴۵ تا ۶۴ همزمان دارای ۳ عامل خطر هستند.

استان آذربایجان شرقی درخصوص مصرف سیگار در مناطق شهری در رتبه دوم و در مناطق روستایی در رتبه اول کشوری قرار دارد. از نظر مصرف میوه و سبزی هم در مناطق شهری و هم در مناطق روستایی در رتبه های متوسط کشوری قرار داریم با این تفاوت که در مناطق روستایی نزدیک به وضعیت بد شدید قرار داریم. در خصوص فشار خون بالا در مناطق شهری در رتبه اول و در مناطق روستایی در وضعیت متوسط کشوری هستیم. از نظر چاقی و اضافه وزن و قند خون بالا در مناطق شهری در وضعیت بد و رتبه های بالای کشوری و در مناطق روستایی در وضعیت متوسط و رتبه های میانی کشور

هستیم.

نتایج مطالعات حاکی از آن است که ۶۴٫۶٪ کارکنان ادارات در سال ۱۳۹۰ مبتلا به اضافه وزن و چاقی بوده اند. ۶٫۲۴٪ کودکان زیر ۶ سال استان کوتاه قد هستند (کشور ۶٫۸۳٪) و کمبود ریزمغذی های مختلف (بویژه ویتامین A، ویتامین D، روی و آهن) در استان شایع است. سواد تغذیه ای و الگوی مصرف مواد غذایی (بویژه آبزیان، گوشت، روغن ها و ...) در استان نیاز به توجه ویژه دارد چرا که مصرف برخی مواد غذایی ناسالم زیاد و مصرف مواد غذایی سالم و توصیه شده، پایین است.

بررسی های کشوری و استانی نشان می دهد که در استان آذربایجان شرقی تعدادی از این عوامل خطر در نسبت های بالای کشوری قرار داشته و لزوم توجه مسئولین و مردم را بخود می طلبد.

از اواسط سال ۱۳۹۲ به همت استانداری و دانشگاه علوم پزشکی تبریز کار تدوین سند تدبیر و توسعه استان شروع گردید و بعد از تشکیل کمیته ها و جلسات مشترک و تخصصی مربوط به هر کارگروه و هماهنگ سازی بین بخشی مربوط به هر سند و همچنین تامین اعتبارات مربوطه، نهایتاً سند تدبیر و توسعه استان آذربایجان شرقی تا سال ۱۳۹۹ نهایی شده و جهت اجرا به کلیه سازمانها و نهادهای استان ابلاغ گردید.

در این سند هسته کلیدی «بهبود سبک زندگی» یکی از مهمترین کارگروهها بوده که بیشترین همکاری بین بخشی را بخود اختصاص داده بود. هسته کلیدی «بهبود سبک زندگی» با اهداف ۱۲ گانه تدوین شده بود:

۱. کاهش نسبی ۳۰٪ در میانگین مصرف نمک
۲. کاهش نسبی ۱۵٪ در شیوع مصرف دخانیات
۳. کاهش نسبی ۱۰٪ از فعالیت فیزیکی ناکافی
۴. کاهش نسبی ۳۰٪ در مصرف سرانه قند و شکر
۵. کاهش نسبی ۳۰٪ در سرانه مصرف روغن ها
۶. افزایش نسبی ۲۰٪ در سرانه مصرف لبنیات
۷. افزایش نسبی ۲۰٪ در سرانه مصرف میوه و سبزیجات
۸. توقف افزایش شیوع دیابت و چاقی
۹. کاهش نسبی ۷٪ در بروز و شیوع افسردگی و اضطراب در افراد بالای ۱۸ سال
۱۰. کاهش نسبی ۲۵٪ از خطر مرگ و میر زودرس به خاطر بیماریهای قلبی عروقی، کانسر، دیابت یا بیماری مزمن تنفسی
۱۱. دسترسی ۱۰۰٪ از افراد واجد شرایط داروهای ضروری و ۸۰٪ مشاوره لازم برای مصرف دارو ها
۱۲. دسترسی ۱۰۰٪ مردم به خدمات اورژانس و خدمات بستری

از اول سال ۱۳۹۴ این سند با انجام توافق بین دانشگاه علوم پزشکی و معاونت بهداشتی با فرمانداران و روسای شبکه شهرستانها وارد مرحله اجرایی شده و برنامه عملیاتی با تایید و امضا این مسئولین به اجرا گذاشته شد.

با شروع برنامه طرح تحول در سلامت و حوزه بهداشت، از سال ۱۳۹۴ و شروع اجرای برنامه پزشک خانواده شهری از یک طرف و شروع راه اندازی مجتمع های سلامت در استان آذربایجان شرقی برنامه پیشگیری و کنترل پنج عامل خطر رفتاری، پنج عامل خطر بیولوژیک و پنج دسته بیماری با نام ۵*۵*۵ شروع به طراحی و تدوین توسط گروههای کارشناسی پیشگیری و کنترل بیماریهای غیرواگیر، بهبود تغذیه، دارو و آزمایشگاه، بیماریهای واگیر، بهداشت روان و محیط گردید.

برنامه ۵×۵×۵		
عوامل خطر رفتاری	عوامل خطر بیولوژیک	بیماریها
رفتارهای غلط تغذیه ای: نمک / روغن / شکر	چاقی و اضافه وزن	بیماریهای قلبی عروقی: قلبی / مغزی (استروک)
تحرک بدنی ناکافی	فشارخون بالا	سرطان ها: کولورکتال / سرویکس / پستان
سوء مصرف: دخانیات / الکل	کلسترول بالا	بیماریهای روانی: اضطراب / افسردگی
رفتارهای پرخطر جنسی	قند خون بالا	بیماریهای تنفسی: آسم / COPD
حوادث	استرس	دیابت

از طرف دیگر بر اساس برنامه تحول در حوزه سلامت و بهداشت و بند ۹ آن که تدوین سند ملی غیر واگیر تاکید شده بود و با تدوین «سند ملی پیشگیری و کنترل بیماریهای غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط در جمهوری اسلامی ایران در بازه زمانی ۱۳۹۴ تا ۱۴۰۴» و ابلاغ آن توسط مقام محترم وزیر بهداشت و درمان و موظف نمودن دانشگاهها برای تدوین سند استانی، گروه کارشناسی پیشگیری و کنترل بیماریهای غیر واگیر معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی تبریز تلاش خود را با همکاری سایر گروههای کارشناسی جهت تدوین سند استانی شروع کرد. هدف از تدوین برنامه تجمیع تمام برنامه های موجود پیشگیری و کنترل بیماریهای غیرواگیر شامل برنامه های زیر بود:

- ۱- Global Action Plan سازمان جهانی بهداشت تا سال ۲۰۲۵
- ۲- سند ملی پیشگیری و کنترل بیماریهای غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط تا سال ۱۴۰۴
- ۳- سند تدبیر و توسعه استان تا سال ۱۳۹۷

۴- برنامه عملیاتی غیرواگیر معاونت بهداشتی وزارت بهداشت و درمان

۵- برنامه SP دانشگاه و معاونت بهداشتی

در نهایت این سند با مد نظر قراردادن اجرای برنامه ۵*۵*۵ که هدف اصلی آن خدمات و فعالیت های ارایه شده می باشد، برای ارتقا سلامت و پیشگیری و کنترل بیماریهای غیرواگیر و عوامل خطر آماده گردید.

انشاله و به حول قوه الهی با رونمایی از این سند با حضور مقام محترم وزارت بهداشت و درمان و سپس ارایه در شورای سلامت و امنیت غذایی استان و با تایید و امضای کلیه مسئولین عالی رتبه استان و انجام تعهد و اهتمام جهت اجرای آن طبق برنامه های عملیاتی مربوط و جداول پیوست بتوانیم با پیشگیری و کنترل بیماریهای غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط بزرگترین گام بعدی را در ارتقا سلامت مردم بر داریم.

اهداف سند استانی پیشگیری و کنترل بیماریهای غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط در استان آذربایجان شرقی در بازه زمانی ۱۳۹۴ تا ۱۴۰۴

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

دیابت، بیماری های مزمن ریوی

هدف ۲: ۲۰٪ کاهش نسبی در شیوع فعالیت بدنی ناکافی

هدف ۳: ۲۵٪ کاهش نسبی در شیوع فشارخون بالا

هدف ۴: ثابت نگهداشتن میزان بیماری دیابت و چاقی

هدف ۵: ۲۰٪ کاهش نسبی در میزان مرگ و میر ناشی از سوانح و حوادث ترافیکی

هدف ۶: دسترسی و دریافت دارو های اساسی و مشاوره (مانند کنترل قند خون و بیماریهای بهداشت روان و ...) توسط حداقل ۹۰٪ از افراد واجد شرایط به منظور پیشگیری و درمان بیماریهای غیر واگیر و عوارض آنها و ۸۰٪ مشاوره لازم برای مصرف صحیح دارو ها

هدف ۷: ۳۰٪ کاهش نسبی در متوسط مصرف نمک و سدیم در جامعه

هدف ۸: کاهش نسبی ۳۰٪ در مصرف سرانه قند و شکر

هدف ۹: افزایش نسبی ۲۰٪ در سرانه مصرف لبنیات

هدف ۱۰: افزایش نسبی ۲۰٪ در سرانه مصرف میوه و سبزیجات

هدف ۱۱: اصلاح الگوی مصرف چربیها و روغنهای خوراکی

هدف ۱۲: ۱۵٪ کاهش نسبی در شیوع مصرف دخانیات در افراد بالاتر از ۱۵ سال

هدف ۱۳: افزایش میزان غربالگری، تشخیص و درمان بهنگام افسردگی و اضطراب در افراد بالای ۱۸ سال (دسترسی ۱۰۰ درصد بیماران افسرده و اضطرابی به خدمات درمان تخصصی روانپزشکی) با هدف توقف نسبی سیر صعودی بیماری هر سال به میزان ۱ درصد

هدف ۱۴: افزایش میزان پوشش برنامه های پیشگیری و درمان مصرف الکل در جمعیت تحت پوشش هر سال به میزان ۱۰ درصد و تلاش در جهت توقف نسبی در مصرف الکل

هدف ۱۵: افزایش میزان غربالگری مصرف مواد مخدر و درمان و مراقبت از معتادین سخت (پرخطر) و ۱۰٪ کاهش نسبی در میزان مرگ و میر ناشی از مصرف مواد مخدر در جمعیت معتادین تحت پوشش

فصل اول

شکل گیری کمیته
استانی پیشگیری و
کنترل بیماریهای
غیرواگیر و عوامل
خطر مرتبط



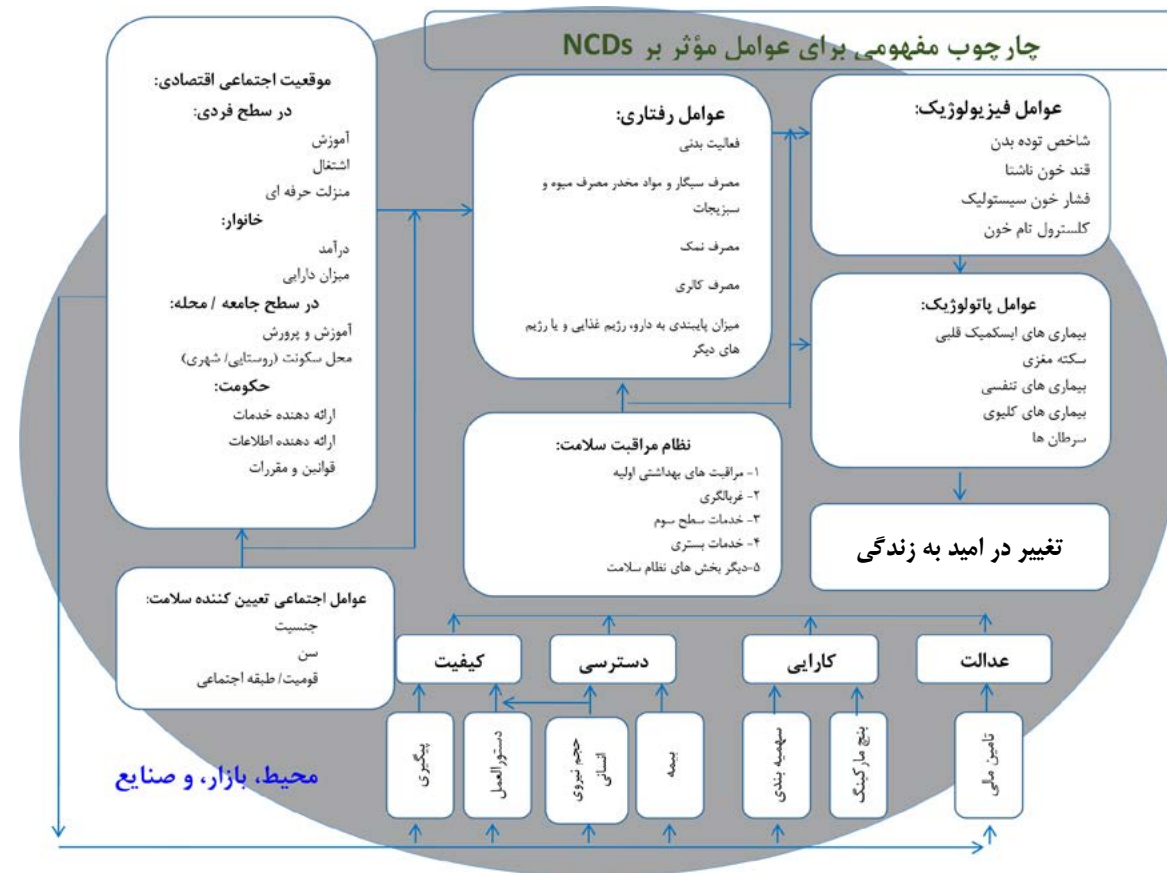
شکل گیری کمیته استانی پیشگیری و کنترل بیماریهای غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط

۱-۱. مقدمه

برنامه استانی پیشگیری و کنترل بیماریهای غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط در دانشگاه علوم پزشکی تبریز (استان آذربایجان شرقی)، برنامه راهبردی استان برای پیشگیری و کنترل بیماریهای غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط است که به مدت ۱۰ سال (تا سال ۲۰۲۵)، راهبردهای دانشگاه علوم پزشکی را برای پیشگیری و کنترل بیماریهای غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط مشخص می‌کند. برای اجرای برنامه مذکور، کمیته ای با نام کمیته استانی پیشگیری و کنترل بیماریهای غیرواگیر و عوامل خطر تشکیل شده است که برای اجرای وظایف قانونی وزارت بهداشت و با هدف یکپارچگی در سیاستگذاری، برنامه ریزی و نظارت بر تمامی اقدامات در زمینه بیماریهای غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط در دانشگاه علوم پزشکی تبریز فعالیت می‌کند. تشکیل این کمیته مطابق با وظایف وزارت بهداشت است. کمیته استانی، یک کمیته سیاستگذاری، نظارتی، علمی و برنامه ریزی است که دارای زیر کمیته های لازم برای اجرای وظایف خود است که به عنوان مرجع تصمیم گیری دانشگاه علوم پزشکی در این مورد شناخته میشود. به دلیل اهمیت این گروه از بیماریها و با توجه به تعهد بین المللی جمهوری اسلامی ایران به اقدام برای کنترل بیماریهای غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط در کشور، این کمیته با ریاست دانشگاه علوم پزشکی تبریز شکل گرفته است. این کمیته با کمک تجربه های ارزشمند جهانی و نیازهای واقعی استان در حوزه بیمارهای غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط، سند استانی کنترل بیماریهای غیرواگیر را که عمدتاً ناظر بر سیاستهای کلان و راهبردهای اصلی کنترل بیماریهای غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط در عین حال، ناظر بر حسن اجرای برنامه ها و راهبردها و سیاستهای درون و برون بخشی است.

۱-۲. چارچوب مفهومی فعالیتهای کمیته

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



۱-۳. همکاران کمیته

همکاران کمیته استانی به دو دسته کلی تقسیم می شود:

۱. معاونت ها، سازمانها و ادارات زیرمجموعه دانشگاه علوم پزشکی تبریز
۲. سایر سازمانها، ادارات، نهادها و تشکلهای مردم نهاد (سمن)

۱-۳-۱. معاونت ها، سازمانها و ادارات زیرمجموعه دانشگاه علوم پزشکی

معاونت بهداشت، معاونت درمان، سازمان غذا و دارو، معاونت آموزشی، معاونت تحقیقات و فن آوری، معاونت توسعه مدیریت و منابع، روابط عمومی، هیئت رئیسه دانشگاه، هیات امنای دانشگاه

۲-۳-۱. سایر سازمانها و ارگانها و نهادها

سازمان حفاظت محیط زیست، اداره راه و شهرسازی، اداره کل فرهنگ و ارشاد اسلامی، سازمان نیرو، اداره جهاد کشاورزی، اداره تعاون، کار و رفاه اجتماعی، استانداری، فرمانداریها، اداره کل امور اقتصادی و دارایی، اداره کل آموزش و پرورش، اداره کل ورزش و جوانان، سازمان صنعت، معدن و تجارت و سازمان صدا و سیما، اداره کل دامپزشکی، شهرداری ها، کمیته امداد و سازمانهای مردم نهاد.

۴-۱. اهداف کمیته

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

۵-۱. برنامه عمل کمیته

برنامه عمل کمیته استانی پیشگیری و کنترل بیماریهای غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط در استان آذربایجان شرقی برای پیشگیری و کنترل این بیماریها و عوامل خطر مرتبط، هفت فعالیت را در بر میگیرد:

- ۱- اولویت دادن به بیماریهای غیرواگیر در سطح استانی و ادغام پیشگیری و کنترل این بیماریها در سیاستهای تمامی بخشهای دولت (افزایش اولویت بیماریهای غیرواگیر)
- ۲- استقرار و تقویت سیاستها و برنامه های استانی برای پیشگیری و کنترل بیماریهای غیرواگیر (تقویت برنامه های استانی)
- ۳- ترویج مداخلات برای کاهش عوامل خطر اصلی مشترک و قابل اصلاح بیماریهای غیرواگیر همانند: مصرف دخانیات، رژیم غذایی ناسالم، عدم تحرک بدنی و مصرف زیان بار الکل
- ۴- افزایش پژوهشها و همکاری با مراکز تحقیقاتی برای پیشگیری و کنترل بیماریهای غیرواگیر (اولویت بندی پژوهشها)
- ۵- افزایش همکاریها با واحد بیماریهای مرکز بهداشت شهرستان ها برای پیشگیری و کنترل بیماریهای غیرواگیر
- ۶- پایش بیماریهای غیرواگیر و عوامل تعیین کننده آنها و ارزیابی پیشرفت در سطح استانی (پایش روند بیماریهای غیرواگیر)
- ۷- تهیه و تدوین سند شهرستانی پیشگیری و کنترل بیماریهای غیرواگیر

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

۱. تهیه نقشه بروز اپیدمی بیماریهای غیرواگیر و تحلیل عوامل تعیین کننده اجتماعی، اقتصادی، رفتاری و سیاسی آنها به عنوان اساس ارایه راهنمایی در مورد اقدامات سیاسی، قانونگذاری، مالی و برنامه ای که برای حمایت و پایش پیشگیری و کنترل بیماریهای

غیرواگیر، مورد نیاز هستند.

۲. کاهش میزان مواجهه افراد و جمعیتها با عوامل خطر مشترک و قابل اصلاح بیماریهای غیرواگیر (همانند مصرف دخانیات، رژیم غذایی ناسالم، عدم تحرک بدنی و مصرف الکل) و عوامل تعیین کننده آنها و نیز تقویت ظرفیت افراد و جمعیت ها برای اتخاذ تصمیم درست و انتخابهای سالمتر و پیگیری الگوهای سبک زندگی ای اسلامی ایرانی که موجب تامین سالم تر فرد و جامعه شود.

۳. تقویت مراقبت از سلامت از افراد مبتلا به بیماریهای غیرواگیر به کمک ایجاد هنجارها، استانداردها و دستورالعمل های مبتنی بر شواهد در مورد هزینه - اثربخش بودن مداخلات و جهت گیری مجدد (Reorientation) نظام سلامت برای پاسخگویی به نیاز موجود برای مدیریت موثر بیماریهای مزمن و عوامل خطر مرتبط.

فصل دوم

کلیات بیماریهای غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط

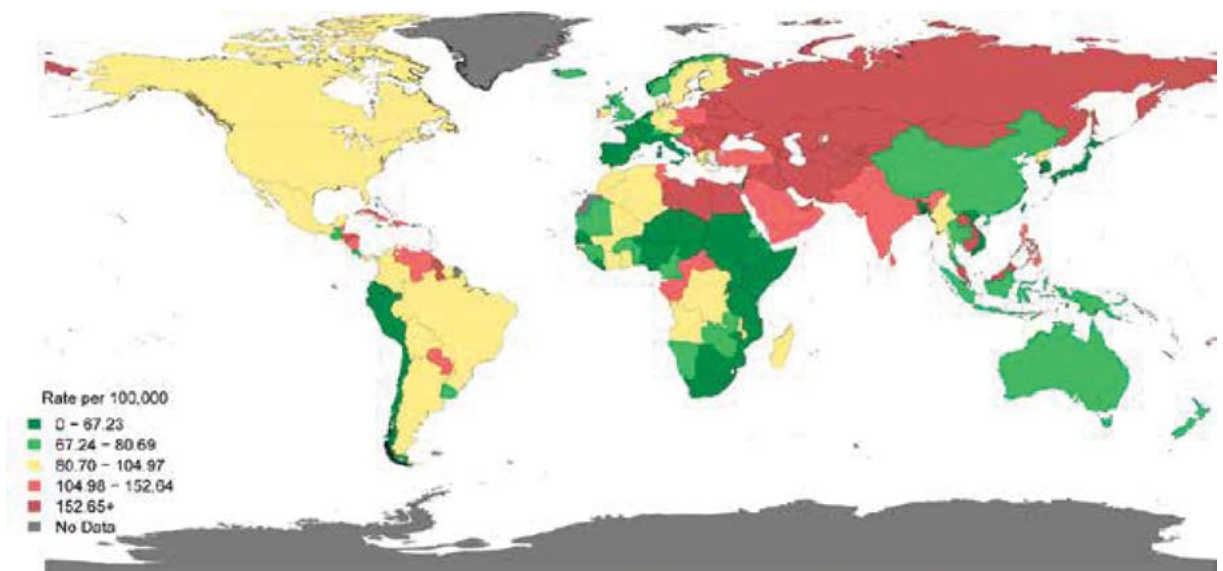
- بیماریهای غیرواگیر، سالانه سبب مرگ حدود ۳۸ میلیون نفر در جهان می شود.
- حدود سه چهارم مرگ های مرتبط با بیماریهای غیرواگیر در جهان (۲۸ میلیون) در کشورهای در حال توسعه اتفاق می افتد.
- شانزده میلیون از مرگ های مرتبط با بیماریهای غیرواگیر در جهان، پیش از ۷۰ سالگی اتفاق می افتد که از این میزان، ۸۲ در صد مربوط به کشورهای با درآمد کم و متوسط است.
- بیماریهای قلبی - عروقی، بیشترین میزان مرگ و میر مرتبط با بیماریهای غیرواگیر در جهان را موجب می شود، به طوری که بیش از ۱۷ میلیون نفر در سال به واسطه این بیماری ها می میرند.
- پس از آن سرطان ها (۸/۲ میلیون مرگ)، بیماریهای تنفسی (۴ میلیون مرگ) و دیابت (۱/۵ میلیون مرگ) قرار دارند.
- مصرف دخانیات، نبود تحرک فیزیکی کافی، مصرف الکل و رژیم غذایی ناسالم از مهم ترین عوامل خطر مرتبط با ابتلا به بیماریهای غیرواگیر هستند.



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

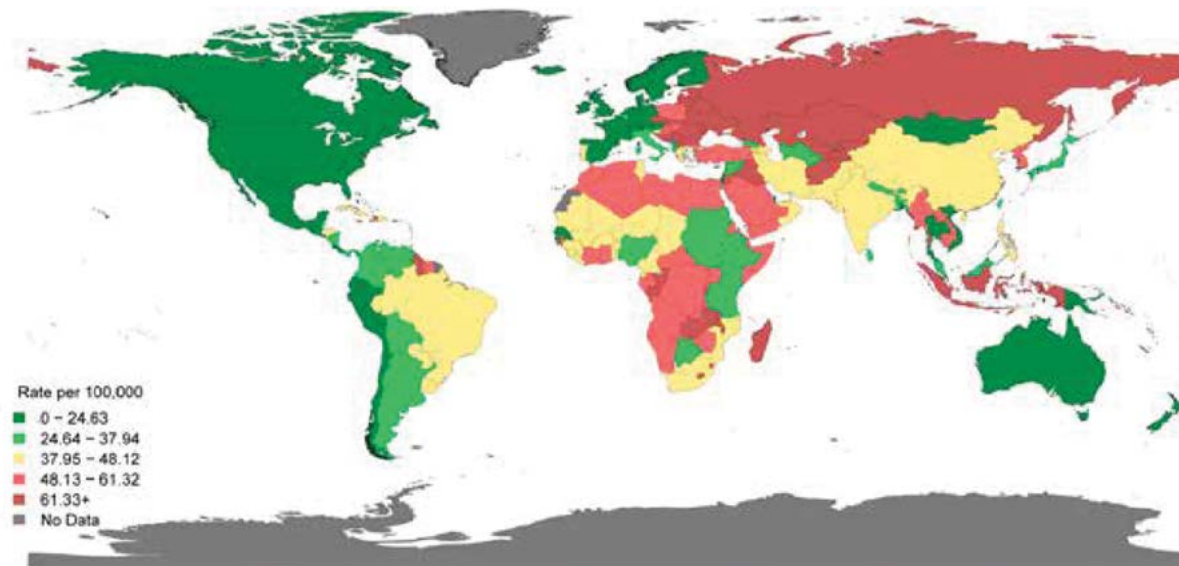
بیماریهای غیرواگیر (NCDs) که به عنوان بیماریهای مزمن نیز شناخته می شوند، از فردی به فرد دیگر منتقل نمی شوند. این بیماریها مدت زمان طولانی ادامه می یابند و عموماً دارای پیشرفت کند هستند. چهار نوع اصلی بیماریهای غیرواگیر عبارتند از بیماریهای قلبی عروقی (مانند حملات قلبی و سکته مغزی)، سرطان ها، بیماریهای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

شکل شماره ۲-۱ میزان مرگ و میر ناشی از بیماری ایسکمیک قلب در ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت جهان در سال ۲۰۱۰ را نشان می دهد. در این شکل، طیف سبز نشان دهنده میزان مرگ و میر کم تر و طیف قرمز، مرگ و میر بیشتر در اثر این بیماری در جهان است. با توجه به شواهد موجود، شاید بتوان الگوی منطقه ای برای مرگ و میر در اثر بیماری ایسکمیک قلب در جهان متصور شد، بدین صورت که قاره آفریقا دارای کمترین میزان، امریکا دارای میزان متوسط و کشورهای اروپایی دارای بیشترین نرخ مرگ و میر در اثر این بیماری در جهان هستند. شایان ذکر است که آمار و ارقام یادشده نتایج حاصل از مطالعه بار جهانی بیماری ها است که به عنوان منبعی قابل اعتبار در این گزارش مورد استفاده قرار گرفته است.



شکل شماره ۲-۱ میزان مرگ و میر ناشی از بیماری ایسکمیک قلب در ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت جهان در سال ۲۰۱۰

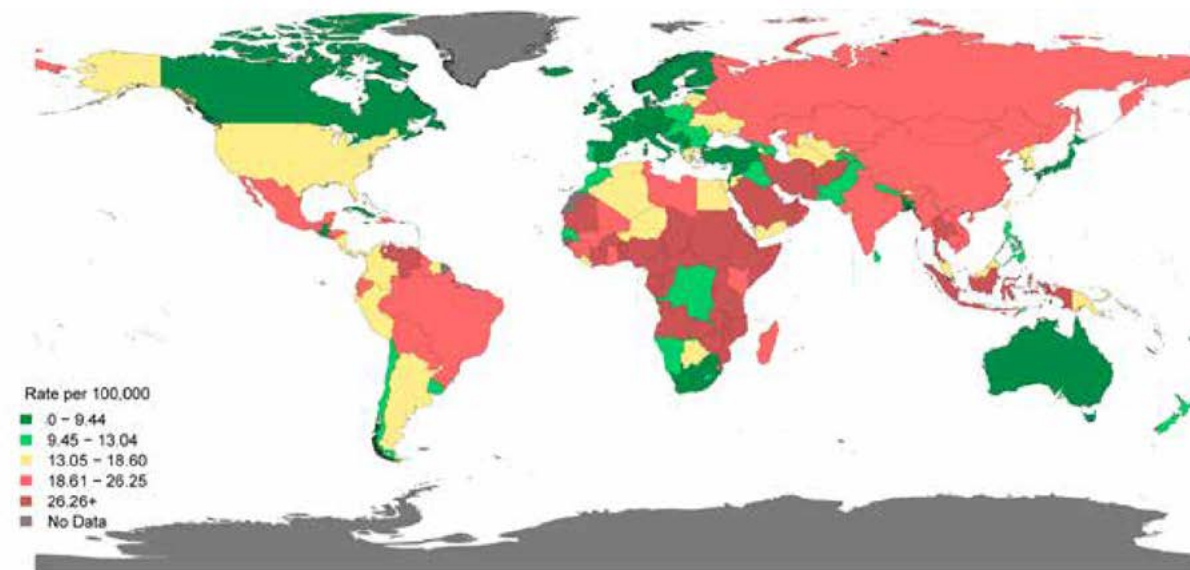
در شکل ۲-۲ میزان مرگ و میر ناشی از سکته مغزی در ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت کشورهای جهان در سال ۲۰۱۰ نشان داده شده است. همچون شکل قبلی، طیف رنگ سبز، کم ترین میزان مرگ و میر و رنگ قرمز، بیشترین میزان آن را در اثر سکته مغزی در جهان نشان می دهد. بر این اساس، میزان مرگ و میر در اثر سکته مغزی در امریکای شمالی، اروپای غربی و استرالیا کمتر از سایر کشورها است. این در حالی است که کشورهای اروپای شرقی و مرکزی، بیشترین نرخ مرگ و میر در اثر این بیماری را دارند.



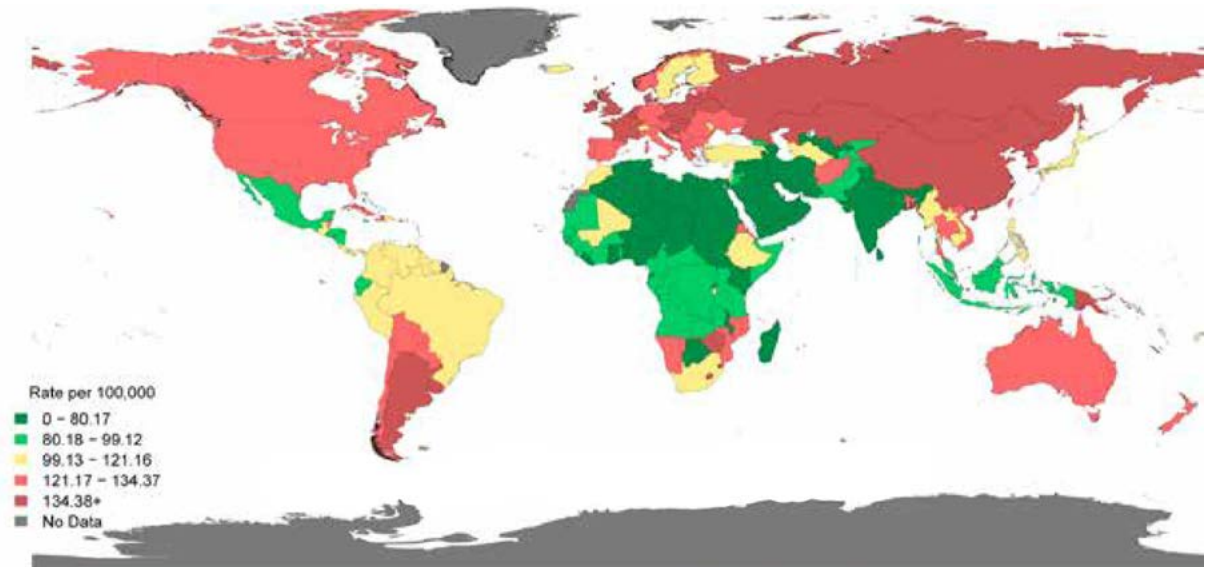
شکل شماره ۲-۲ میزان مرگ و میر ناشی از سکته مغزی در ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت کشورهای جهان در سال ۲۰۱۰

شکل شماره ۲-۳ میزان مرگ و میر ناشی از انواع سرطان در ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت جهان در سال ۲۰۱۰ میلادی را نشان می دهد. چنین به نظر می رسد که مرگ و میر این بیماری نیز الگوی منطقه ای را دنبال می کند. بدان معنا که بیشترین نرخ مرگ و میر مربوط به اروپا و آسیای شرقی بوده و امریکای شمالی و استرالیا در رتبه های بعدی قرار دارند. در این بین، کشورهای افریقایی و خاور میانه دارای پایین ترین میزان مرگ و میر بر اثر سرطان بوده اند.

در شکل شماره ۵-۲ میزان مرگ و میر ناشی از سوانح و حوادث جاده ای در کشورهای مختلف دنیا در ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت در سال ۲۰۱۰ میلادی نشان داده شده است. بر این اساس بیشترین میزان مرگ و میر در اثر این عامل، مربوط به قاره افریقا بوده است و امریکای جنوبی، روسیه و کشورهای شرق آسیا در رتبه های بعدی قرار دارند. این در حالی است که کشورهای غرب اروپا، کانادا و استرالیا کمترین میزان مرگ و میر در اثر سوانح و حوادث جاده ای را به خود اختصاص داده اند.

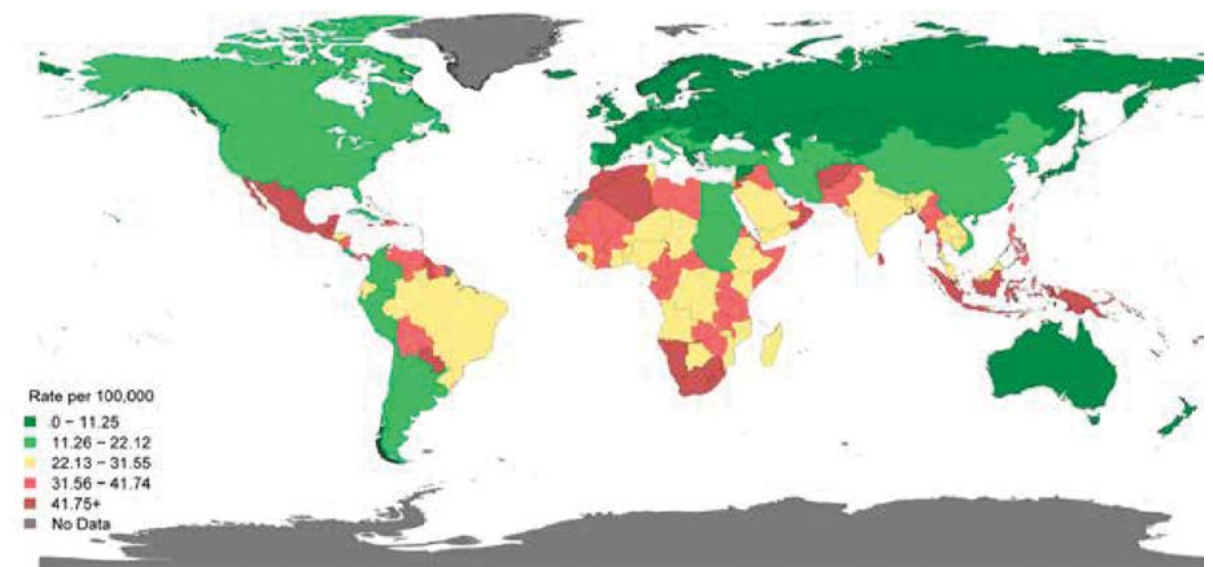


شکل شماره ۵-۲ میزان مرگ و میر ناشی از سوانح و حوادث جاده ای در ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت جهان در سال ۲۰۱۰



شکل شماره ۳-۲ میزان مرگ و میر ناشی از انواع سرطان در ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت جهان در سال ۲۰۱۰

شکل شماره ۴-۲ نرخ مرگ و میر ناشی از دیابت به ازای ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت در کشورهای مختلف دنیا را در سال ۲۰۱۰ میلادی نشان می دهد. در این تصویر، کشورهای با طیف رنگی سبز کمترین میزان مرگ و میر در اثر دیابت را 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 جهان هستند. به نظر می رسد که میزان مرگ در اثر دیابت در جهان الگویی وابسته به سطح درآمد کشورها را دنبال می کند.



شکل شماره ۴-۲ میزان مرگ و میر ناشی از دیابت در ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت جهان در سال ۲۰۱۰

۲-۲- افراد در معرض خطر بیماریهای غیرواگیر

تمامی گروه های سنی و همه مناطق جهان، تحت تاثیر بیماریهای غیرواگیر قرار دارند. بیماریهای غیرواگیر اغلب با گروه های سنی بالاتر در ارتباط هستند. اما شواهد نشان میدهد که ۱۶ میلیون از تمام مرگ و میرهای نسبت داده شده به بیماریهای غیرواگیر (CDS) قبل از سن ۷۰ سالگی رخ می دهند، که ۸۲ درصد از این مرگ های زودرس در کشورهای با درآمد کم و متوسط روی داده است. کودکان، بزرگسالان و سالمندان همگی در برابر عوامل خطری که باعث بروز بیماریهای غیرواگیر می شوند آسیب پذیر هستند. این خطرات می تواند شامل رژیم غذایی ناسالم، نبود فعالیت بدنی، قرار گرفتن در معرض دود دخانیات و مصرف الکل باشد. عواملی مانند افزایش سن، توسعه برنامه ریزی نشده و سریع شهرنشینی و جهانی شدن شیوه های زندگی ناسالم، زمینه ایجاد این بیماری ها را فراهم می کنند. به عنوان مثال جهانی شدن شیوه های زندگی ناسالم، همانند رژیم غذایی ناسالم، ممکن است در افراد به شکل فشارخون، افزایش چربی خون و چاقی نمایان شود. این موارد تحت عنوان عوامل خطر میانی نامیده می شوند که می توانند به بیماری های قلبی - عروقی که جزء بیماریهای غیرواگیر هستند منجر شوند.

۲-۳- عوامل خطر

۲-۳-۱- عوامل خطر رفتاری قابل تغییر

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

- سیگار عامل حدود ۶ میلیون مرگ در هر سال محسوب می شود (شامل موارد ناشی از اثرات قرار گرفتن در معرض دود حاصل از مصرف دخانیات سایر افراد) و پیش بینی می شود که 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.
- در سال ۲۰۱۰ تعداد ۱/۷ میلیون مرگ و میر ناشی از عوامل قلبی عروقی به مصرف نمک / سدیم بیش از حد نسبت داده شده است.

۲-۳-۲- عوامل خطر متابولیک/فیزیولوژیک

عوامل خطر رفتاری منجر به چهار تغییر کلیدی متابولیک/ فیزیولوژیک می شوند که خطر ابتلا به بیماریهای غیرواگیر را افزایش می دهند. این تغییرات عبارتند از: فشارخون بالا، اضافه وزن/ چاقی، قند خون (سطوح بالا از قند خون) و چربی بالا (سطوح بالا از چربی در خون)

از نظر مرگ و میرهای نسبت داده شده، عمده ترین عامل خطر متابولیک در سطح جهان، فشارخون است (که ۱۸٪ از مرگ و میرهای جهانی به آن نسبت داده می شود)

و پس از آن اضافه وزن، 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.

۲-۴- اثرات اجتماعی و اقتصادی بیماری های غیرواگیر

بیماریهای غیرواگیر، تهدیدی برای دستیابی به اهداف توسعه هزاره سازمان ملل متحد و برنامه های توسعه ای پس از ۲۰۱۵ هستند. فقر در ارتباط نزدیک با بیماریهای غیرواگیر قرار دارد. پیش بینی شده افزایش سریع بیماریهای غیرواگیر به ویژه از طریق افزایش هزینه های خانوار برای دریافت مراقبت های بهداشتی، مانع از موفقیت طرح های کاهش فقر در کشورهای کم درآمد شود. همچنین افراد آسیب پذیر و محروم نسبت به افراد با موقعیت های اجتماعی بالاتر، بیشتر به بیماریهای غیرواگیر مبتلا میشوند و زودتر می میرند به ویژه به این دلیل که بیشتر در معرض خطر محصولات زیانبار مانند سیگار و مواد غذایی ناسالم هستند و دسترسی محدودتری به خدمات بهداشتی دارند.

در محیط های با کمبود منابع، هزینه های مربوط به مراقبت های بهداشتی برای بیماری های قلبی عروقی، سرطان ها، دیابت و بیماریهای مزمن ریوی می تواند منابع مالی خانواده را به سرعت به پایان برساند و خانواده را به سمت فقر یکشاند. هزینه های گزاف بیماریهای غیرواگیر از جمله درمان آنها اغلب طولانی و گران قیمت است و از دست دادن نان آور خانواده نیز هر ساله میلیون ها نفر از مردم را به سمت فقر می کشاند و روند توسعه را متوقف می سازد.

در بسیاری از کشورها آشامیدن مشروبات الکلی و رژیم غذایی و شیوه زندگی ناسالم در هر دو گروه با درآمد بالا و پایین رخ می دهد. با این حال گروه های با درآمد بالا می توانند به خدمات و محصولاتی دسترسی پیدا کنند که آنان را تا حد زیادی از خطرات محافظت نماید در حالی که گروه های کم درآمد اغلب بضاعت مالی کافی ندارند و نمی توانند به اینگونه محصولات و خدمات دسترسی داشته باشند.

۲-۵- پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر (همکاری های برون بخشی)

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

یک شیوه مهم برای کاهش بیماریهای غیرواگیر تمرکز بر کاهش عوامل خطر این بیماری ها است. راه حل های کم هزینه ای وجود دارد که برای کاهش عوامل خطر مشترک قابل تغییر (مصرف دخانیات، رژیم غذایی ناسالم، نبود فعالیت بدنی و مصرف الکل) و نیز

برای به تصویر کشیدن اپیدمی های بیماریهای غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط با آن ها استفاده می شوند.

راه حل دیگر برای کاهش بیماریهای غیرواگیر استفاده از مداخلات اساسی و با تاثیر بالا روی بیماریهای غیرواگیر است که می توان آن ها را از طریق رویکرد مراقبت های بهداشتی اولیه ارایه داد تا بدین وسیله تشخیص زودرس و درمان به موقع بیماری ها تقویت شود. شواهد نشان می دهد که چنین مداخلاتی همانند یک سرمایه گذاری اقتصادی بسیار عالی عمل می کند چرا که اگر این مداخلات به سرعت برای بیماران اجرا شود می تواند نیاز به درمان های پر هزینه تر را کاهش دهد. بیشترین تاثیر را می توان با ایجاد سیاست های جامعه سالم به دست آورد که این سیاست ها به ترویج پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر می پردازد و به منظور رسیدگی به نیازهای افراد مبتلا به اینگونه بیماری ها، سیستم های بهداشتی را جهت دهی مجدد می نماید.

به طور کلی کشورهای کم درآمد برای پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر دارای ظرفیت پایین تری هستند و در مقایسه با کشورهای کم درآمد چهار برابر احتمال بیشتری وجود دارد که کشورهای با درآمد بالا خدمات مربوط به بیماری های غیرواگیر را تحت پوشش بیمه های درمانی قرار دهند. کشورهای با پوشش نامناسب بیمه درمانی اغلب نمی توانند دسترسی فراگیر به مداخلات ضروری برای بیماری های غیرواگیر را فراهم کنند.

۶-۲- پاسخ سازمان جهانی بهداشت (راهکارپیشنهادی برای کشورها)

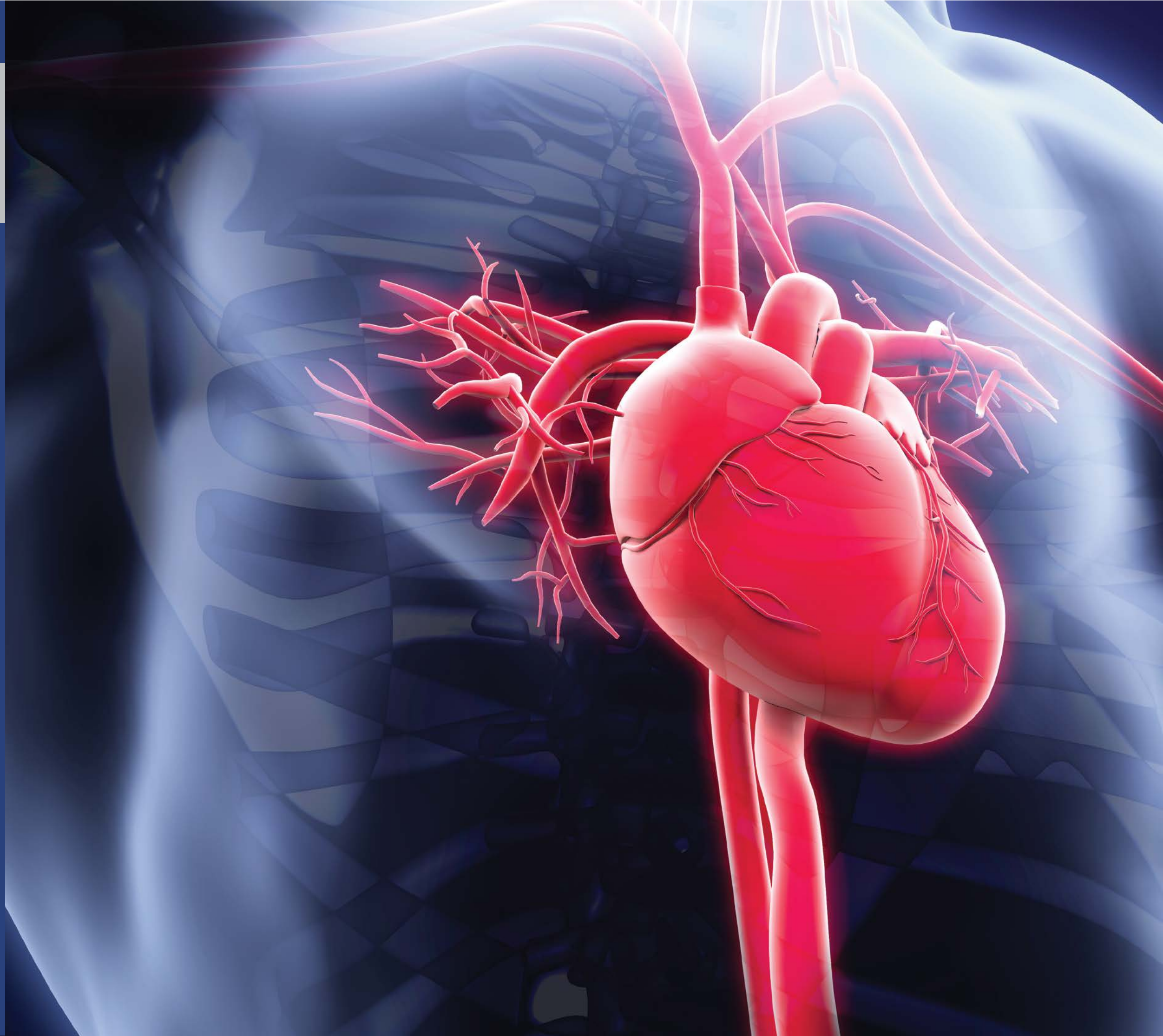
تحت رهبری سازمان جهانی بهداشت بیش از ۱۹۰ کشور در سال ۲۰۱۱ در مورد ساز و کارهای جهانی کاهش بار بیماری های غیرواگیر قابل اجتناب از جمله برنامه اقدام جهانی برای پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر ۲۰۱۳ - ۲۰۲۰ توافق کردند. این برنامه به دنبال آن است که تا سال ۲۰۲۵ تعداد مرگ و میرهای زودرس ناشی از بیماری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

این برنامه، یک منو از بهترین گزینه ها و با مداخلات با تاثیر بالا و مقرون به صرفه را ارائه می دهد که تحقق اهداف جهانی ۹ گانه را محقق می سازد. بعضی از گزینه ها عبارتند از: ممنوعیت تمام اشکال تبلیغات دخانیات و مشروبات الکلی، جایگزینی چربی های ترانس با چربی های اشباع نشده، ترویج و حمایت از تغذیه با شیر مادر و جلوگیری از سرطان دهانه رحم از طریق غربالگری.

در سال ۲۰۱۵ کشورها شروع به تنظیم اهداف ملی و میزان پیشرفت خود در مقایسه با مقادیر پایه سال ۲۰۱۰ می کنند. این مقادیر پایه در گزارش وضعیت جهانی بیماری های غیرواگیر ۲۰۱۴ درج شده است. مجمع عمومی سازمان ملل سومین نشست مقامات ارشد در مورد بیماری های غیرواگیر را در سال ۲۰۱۸ برگزار می کند تا میزان پیشرفت کشورها در رسیدن به اهداف داوطلبانه جهانی تا سال ۲۰۲۵ را ارزیابی نماید.

فصل سوم

اهداف ۱۵ گانه
سند استانی غیر
واگیر و وضعیت
بیماری‌های
غیرواگیر در ایران
و استان

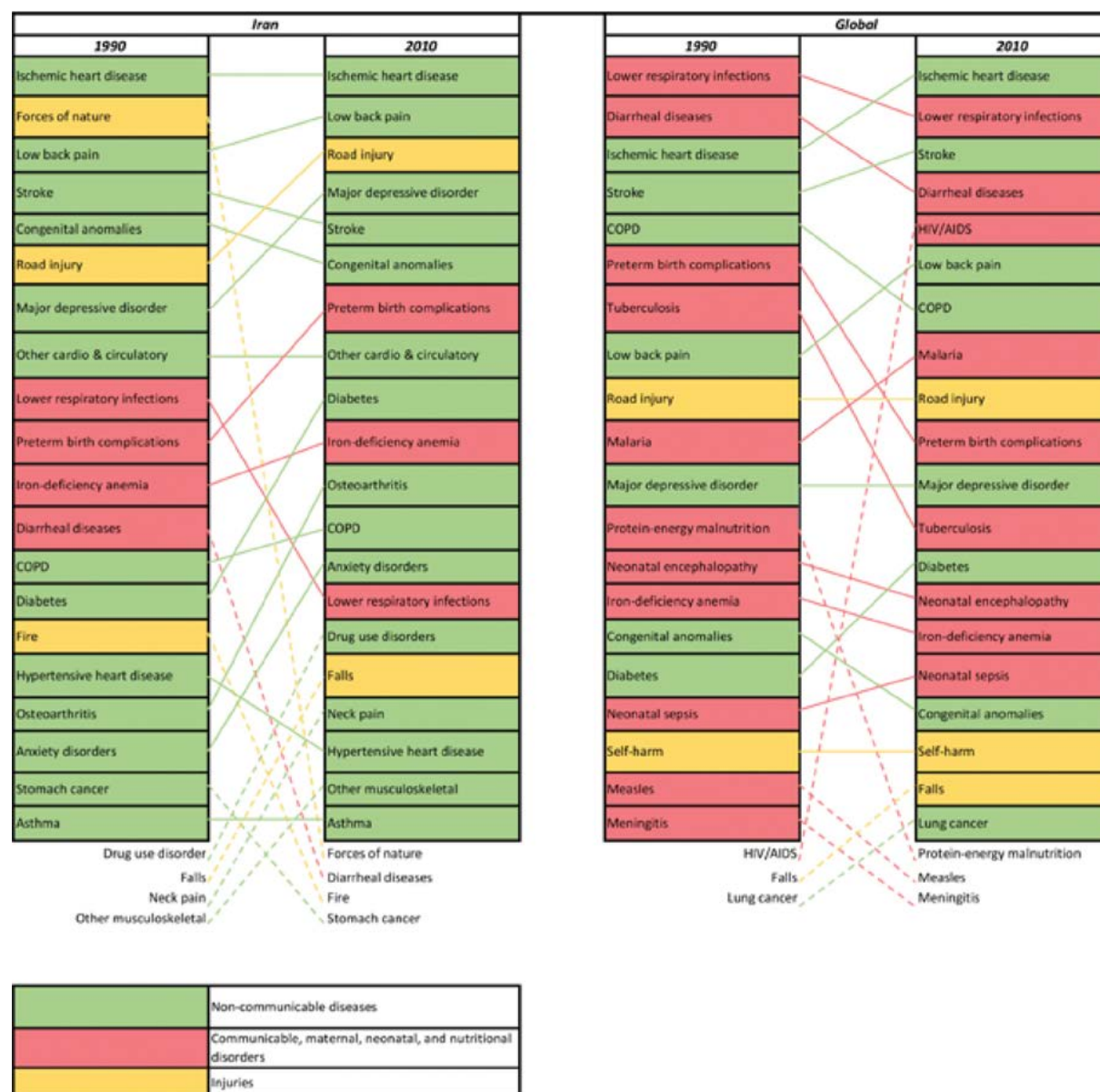


میزان DALY در سال های ۱۹۹۰ و ۲۰۱۰ در ایران و جهان در شکل ۲-۳ به تفکیک سال نشان داده اند.

از شکل ۲-۳ چنین استنتاج می شود که :

۱ - بیماری ایسکمیک قلبی، کمردرد، سوانح و حوادث جاده ای، اختلال افسردگی ماژور و سکتة مغزی دارای بیش ترین بار در سال ۲۰۱۰ در ایران بوده اند که این الگو بیش از آن که شبیه الگوی بار بیماری ها در کشورهای در حال توسعه باشد، به الگوی بار بیماریها در کشورهای توسعه یافته شباهت دارد.

۲ - همانگونه که مشخص است؛ برخی از موارد مانند بیماریهای گروه اسهال به رده های پایین تر منتقل شده اند . چنان که پیش تر نیز بیان شد؛ در بین تمامی بیماری های



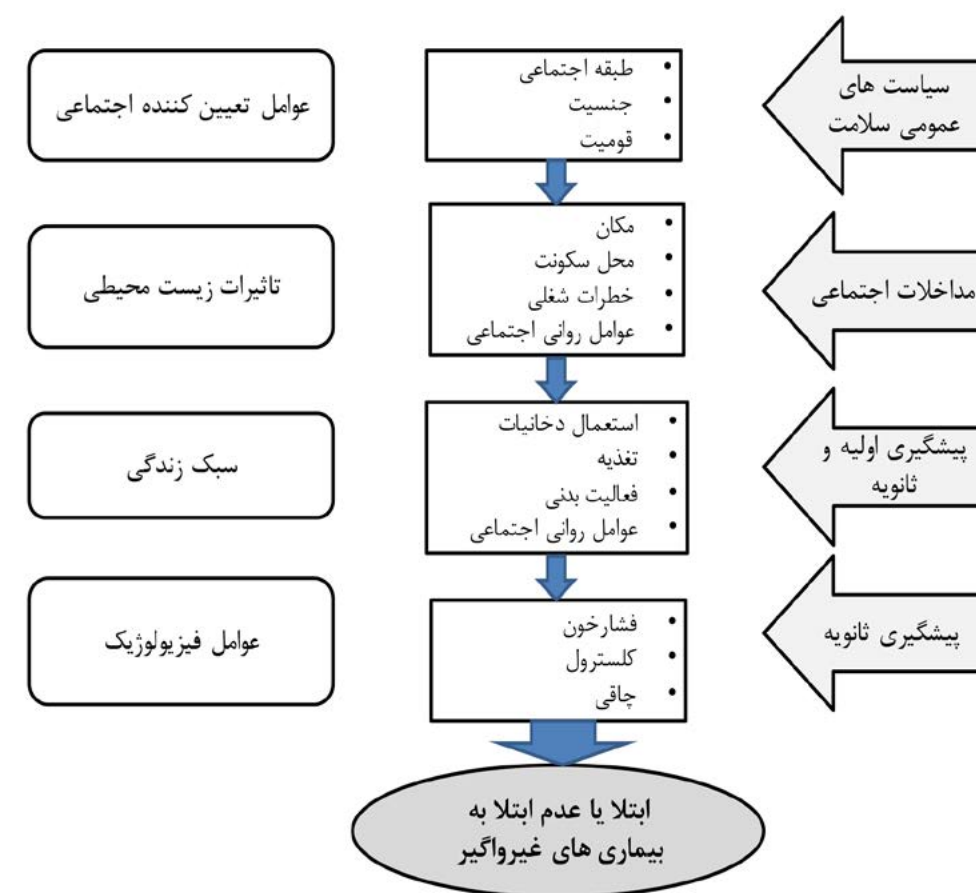
شکل شماره ۲-۳ DALY استاندارد شده سنی و جنسی ناشی از بیست بیماری در ایران و جهان طی سال های ۱۹۹۰ و ۲۰۱۰

هدف ۱

۲۵٪ کاهش خطر مرگ زودرس ناشی از بیماری های قلبی - عروقی، سرطان، بیماری های مزمن ریوی، دیابت

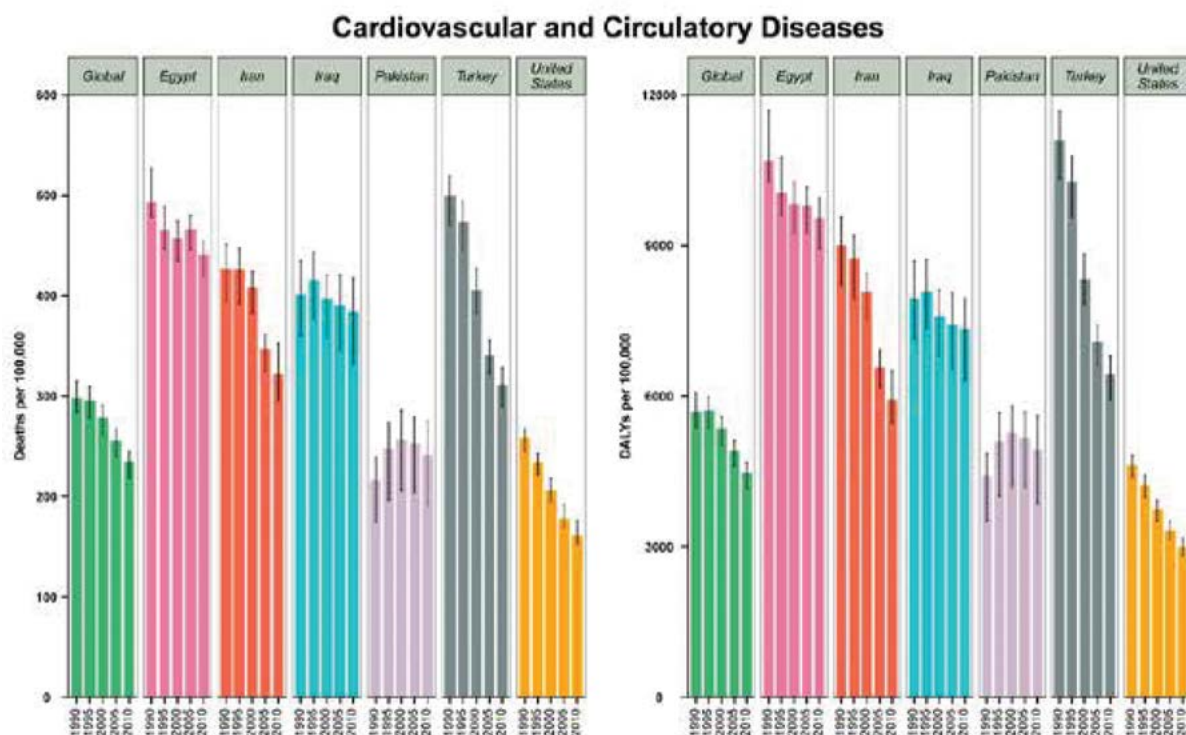
در حال حاضر، بیماریهای غیرواگیر مسئول بیش از ۵۳٪ بار بیماریها در سراسر جهان هستند و انتظار می رود تا سال ۲۰۲۰ این عوامل سبب ۶۰٪ کل بار بیماریها و ۷۳٪ تمام موارد مرگ شوند که از این میزان، ۸۰٪ در کشورهای در حال توسعه رخ می دهد. در ایران، بیش از ۷۶٪ کل بار بیماری ها به بیماری های غیرواگیر اختصاص دارد. پایه پیشگیری از بیماری ها، شناسایی عوامل خطر اولیه و عمده و پیشگیری و کنترل آن ها است که هدف از این کار، جلوگیری از وقوع همه گیری و همچنین، کنترل این بیماری ها تا حد امکان، هنگام بروز است. عوامل تعیین کننده در ابتلای افراد به بیماری های غیرواگیر در شکل ۱-۳ بصورت شماتیک نشان داده شده اند.

بر اساس داده های حاصل از مطالعه « بار جهانی بیماری ها » بیست بیماری با بیشترین



شکل شماره ۱-۳ عوامل تعیین کننده بیماری های غیرواگیر

سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ در جهان، ایران و ۵ کشور دیگر در نمودار ۱-۳ نشان داده شده است. براساس این اطلاعات، میزان مرگ در کشورهای مانند پاکستان و ایالات متحده کمتر از سایر کشورها و کمتر از متوسط جهانی مرگ در اثر این بیماری گزارش شده است. در این بین، ایران مرگ و میری بیش از متوسط میزان جهانی را بخود اختصاص می‌دهد؛ هرچند این میزان به مرور زمان در سال‌های مورد مطالعه، کاهش یافته است. علاوه بر آن، میزان DALY مرتبط با بیماری‌های قلبی-عروقی در کشورهایی همانند ترکیه و مصر بسیار بالاتر از متوسط جهانی و ایران است اما چنین به نظر می‌رسد که همانند نرخ مرگ، این میزان نیز در کشورهای پاکستان و آمریکا از متوسط جهانی کمتر است. DALY ناشی از بیماری‌های قلبی عروقی در ایران، کم‌تر از ترکیه، مصر اما میزان آن همچنان بالاتر از متوسط جهانی است. همچون میزان مرگ، میزان DALY ناشی از بیماری‌های قلبی عروقی ایران با گذشت زمان، کاهش قابل ملاحظه‌ای را نشان می‌دهد. در استان آذربایجان شرقی نیز بیماری‌های قلبی عروقی اولین علت مرگ و میر می‌باشد.



نمودار شماره ۱-۳ میزان مرگ و DALY در ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت، ناشی از بیماری‌های قلبی عروقی در سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ در جهان، ایران و ۵ کشور دیگر

گزارش وضعیت مرگ و میر ناشی از بیماری‌های قلبی و عروقی (ایسکمیک قلبی) در استان در طول سال ۹۴ که از برنامه ثبت علتی مرگ و میر استخراج شده است میزان مرگ ناشی از بیماری‌های قلبی عروقی ۲۳۲٫۶ در ۱۰۰ هزار نفر جمعیت می‌باشد. که بیشترین میزان مربوط به شهرستان سراب با شاخص ۳۷۳٫۶ در صدهزار و کمترین مربوط به شهرستان چارویماق با میزان ۱۷۱٫۶ در صدهزار نفر جمعیت می‌باشد. همانگونه که جدول ۱-۳ نشان می‌دهد، بر اساس بررسی آمار استخراج شده از برنامه

غیرواگیر، بیماری‌های قلبی عروقی، سرطان‌ها، دیابت و بیماری‌های مزمن ریوی، بیماری‌های مزمن روانی، تهدیدهای جدی تری برای سلامت افراد تمامی مناطق دنیا هستند و به تخصیص منابع مالی دولتی و خصوصی فراوان در سرتاسر جهان نیاز دارند. به همین دلیل، سال‌هاست که این پنج بیماری جزء برنامه‌های عملی سازمان جهانی بهداشت قرار دارد. سایر بیماری‌های غیرواگیر که در درجات بعدی اهمیت قرار دارند؛ عبارتند از:

الف) سوانح و حوادث

ب) خشونت

ج) ناتوانی‌ها از جمله نابینایی و ناشنوایی

د) بیماری‌های کلیوی، آندوکراین، نورولوژیک، هاتولوژیک، گاستروآنتروپولوژیک، کبدی، عضلانی استخوانی، پوست، بیماری‌های دهان و دندان و ناهنجاری‌های ژنتیک

۱-۳. بیماری‌های غیرواگیر مهم در خصوص هدف ۱ در ایران و استان آذربایجان شرقی

۱-۱-۳. بیماری‌های قلبی عروقی

بیماری‌های قلبی-عروقی به دلیل مشکلات ایجاد شده در قلب و عروق خونی حاصل می‌شوند و بیماری‌های کرونری قلب (حمله‌های قلبی)، بیماری‌های عروقی مغزی (سکته)، افزایش فشارخون (فشارخون بالا)، بیماری‌های عروقی محیطی، بیماری‌های روماتیسم قلبی، بیماری مادرزادی قلب و نارسایی قلبی را شامل می‌شوند. بیماری‌های قلبی عروقی، اولین عامل مرگ در سراسر جهان هستند و سالانه، افراد بسیاری در اثر ابتلا به این بیماری‌ها کشته می‌شوند. در سال ۲۰۱۲، حدود ۱۲٫۵ میلیون نفر در اثر این عارضه فوت کردند که ۳۱٪ تمامی مرگ‌ها در جهان را شامل می‌شود. از این میزان مرگ، ۷٫۴ میلیون نفر به دلیل بیماری‌های عروق کرونری قلب و ۶٫۷ میلیون نفر در اثر سکته مغزی فوت کردند. سه چهارم مرگ‌های ناشی از بیماری‌های عروق کرونری قلب در کشور‌های با درآمد کم تا متوسط رخ می‌دهد.

اغلب بیماری‌های قلبی عروقی با تغییر سبک زندگی و اتخاذ رفتارهای سالم همانند عدم مصرف دخانیات، رژیم غذایی سالم و پیشگیری از چاقی، انجام فعالیت بدنی و عدم مصرف الکل، قابل پیشگیری هستند. چنین امری با اتخاذ استراتژی‌های جامعه‌محور (population wide) قابل انجام است. افرادی که دچار بیماری‌های قلبی عروقی هستند یا افرادی که در معرض خطر بالای این بیماری هستند (به دلیل وجود یک یا چند عامل خطر همچون فشارخون بالا، دیابت، هیپرلیپیدمی) نیاز به تشخیص فوری و کنترل بیماری از طریق مشاوره و درمان دارویی دارند.

میزان مرگ و DALY در ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت، ناشی از بیماری‌های قلبی عروقی در

ناماب دانشگاه علوم پزشکی تبریز بیشترین میزان بیماری ایسکمیک قلبی شناسایی شده در افراد بالای ۳۰ سال در مناطق روستایی و شهرهای زیر ۲۰۰۰ نفر در سال ۱۳۹۴ مربوط به شهرستان آذرشهر (۳ درصد) و کمترین بیمار شناسایی شده مربوط به شهرستانهای سراب (۱/۳ درصد)، اسکو و هریس (۱/۴ درصد) می باشند. همچنین بیشترین میانگین بار مراقبت بیماران توسط پزشک در شهرستان هشتروند با میانگین ۳/۶ بار در سال و کمترین مربوط به شهرستانهای جلفا و اسکو با میانگین ۲ بار در سال گزارش شده است.

جدول ۱-۳. وضعیت بیماری ایسکمیک قلبی، میانگین مراقبت و درصد بیمارشناسایی شده به تفکیک شهرستان در استان - سال ۹۴

مناطق روستایی و شهرهای زیر ۲۰۰۰ نفر				
شهرستان	کل پرونده	تعداد مراقبت	میانگین بار مراقبت	در صد بیماریابی
اسکو	۵۶۲	۱۰۹۹	۲	۱,۴
آذرشهر	۱۰۶۵	۲۶۸۱	۲,۵	۳
اهر	۴۷۹	۱۲۱۷	۲,۵	۱,۸
بناب	۵۲۴	۱۳۲۰	۲,۵	۲
بستان آباد	۸۳۹	۲۳۴۲	۲,۵	۱,۸
تبریز	۱۷۱۱	۵۱۰۸	۲,۹	۱,۶
جلفا	۳۸۴	۷۷۳	۲	۲,۸
چاراویماق	۲۲۸	۴۷۱	۲,۱	۱,۸
خداآفرین	۲۹۸	۸۱۲	۲,۷	۱,۸
سراب	۵۵۴	۱۸۷۱	۳,۴	۱,۳
شبستر	۱۰۹۳	۳۰۷۵	۲,۸	۱,۵
عجب شیر	۴۴۸	۱۴۱۶	۳,۲	۲,۵
کلیبر	۶۲۸	۲۲۲۵	۲,۸	۲,۷
مرند	۷۱۱	۱۹۹۳	۲,۴	۱,۵
ملکان	۹۵۷	۲۴۸۰	۲,۶	۲,۴
میانه	۱۳۲۸	۴۲۴۵	۲,۹	۲,۹
هریس	۴۳۵	۱۵۲۸	۳,۴	۱,۴
هشتروند	۴۸۹	۱۷۳۹	۳,۶	۱,۶
ورزقان	۳۷۹	۹۵۱	۲,۶	۱,۷
استان	۱۳۱۱۲	۳۷۳۴۶	۲,۷	۱,۹

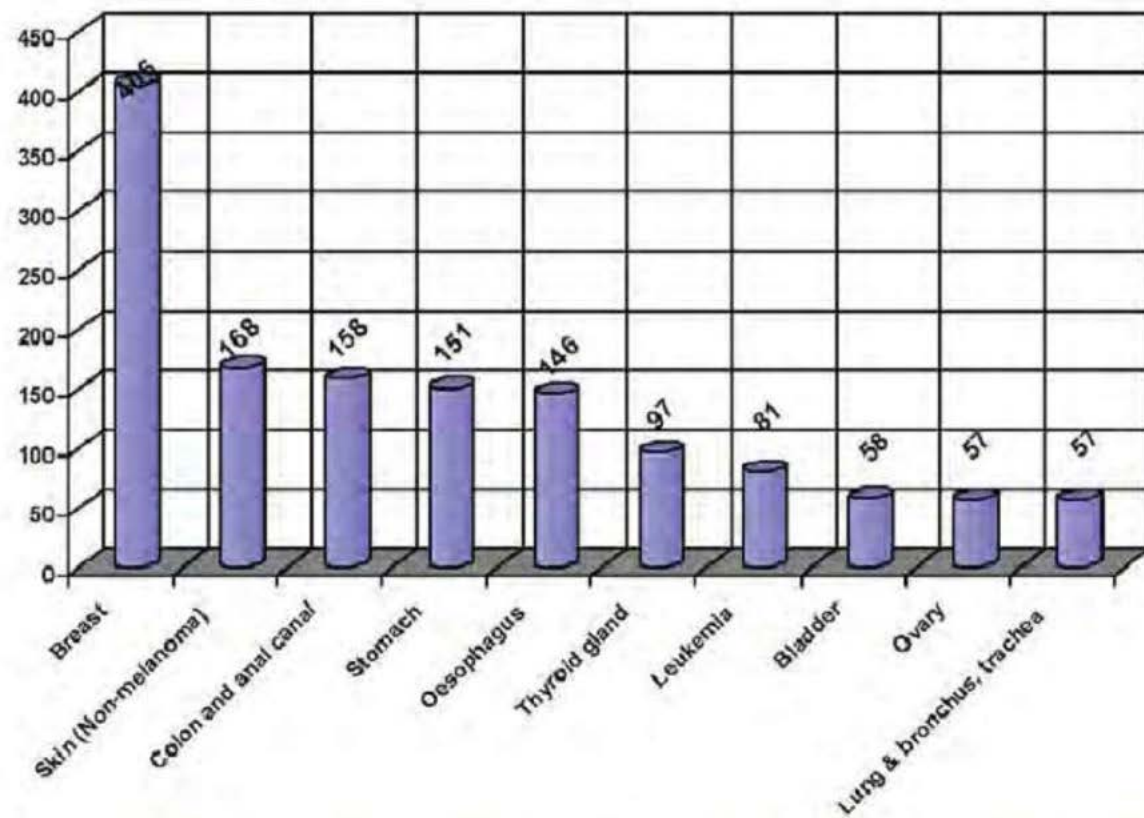
۲-۱-۳. سرطانها

سرطان ها از جمله عوامل اصلی بیماری ها و مرگ ومیر 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 شایع ترین موارد سرطان در بین مردان عبارت بوده اند از ریه، پروستات، کولورکتال، معده و کبد و پنج مورد از شایع ترین سرطان ها در بین زنان را پستان، کولورکتال، ریه، دهانه رحم و معده تشکیل می دادند. حدود یک سوم از مرگ های ناشی از سرطان در اثر پنج مشکل رفتاری رخ می دهند: شاخص توده بدنی بالا، مصرف کم میوه و سبزیجات، عدم فعالیت بدنی، مصرف دخانیات و مصرف الکل. مصرف دخانیات مهم ترین عامل خطر برای سرطان محسوب شده و ۷۰ درصد مرگ های ناشی از سرطان ریه نیز به دلیل مصرف دخانیات است. عفونت های ویروسی ایجاد کننده سرطان همانند HBV، HCV و HPV مسئول حدود ۲۰ درصد مرگ های ناشی از سرطان در کشورهای با درآمد کم تا متوسط هستند و بیش از ۶۰ درصد موارد جدید سرطان در هر سال، در آفریقا، آسیا، آمریکای مرکزی و جنوبی رخ 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. در سال ۲۰۱۲، شایع ترین سرطان هایی که منجر به مرگ شدند عبارت بودند از:

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

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

- ۱- کارسینوژن های فیزیکی همانند پرتوهای ماورای بنفش و یونیزان
 - ۲- کارسینوژن های شیمیایی همانند آزبستوز، مواد موجود در دود سیگار، آفلاتوکسین و آرسنیک
 - ۳- کارسینوژن های بیولوژیک همانند عفونت های ناشی از ویروس ها، باکتری ها و میکروب های خاص و سالمندی نیز یکی دیگر از عوامل بنیادی ایجاد سرطان است. به طوریکه با افزایش سن شیوع سرطان به طور چشمگیری زیاد می شود.
- از جمله عوامل خطر جهانی برای ایجاد سرطان می توان مصرف دخانیات، مصرف الکل، تغذیه ناسالم و نبود فعالیت بدنی و فعالیت بدنی ناکافی را نام برد. برخی از ویروس ها همانند هپاتیت B، هپاتیت C و برخی از انواع ویروس پاپیلومای انسانی (HPV)، خطر



10 most common malignancies in females in East Azarbayejan, (1388)

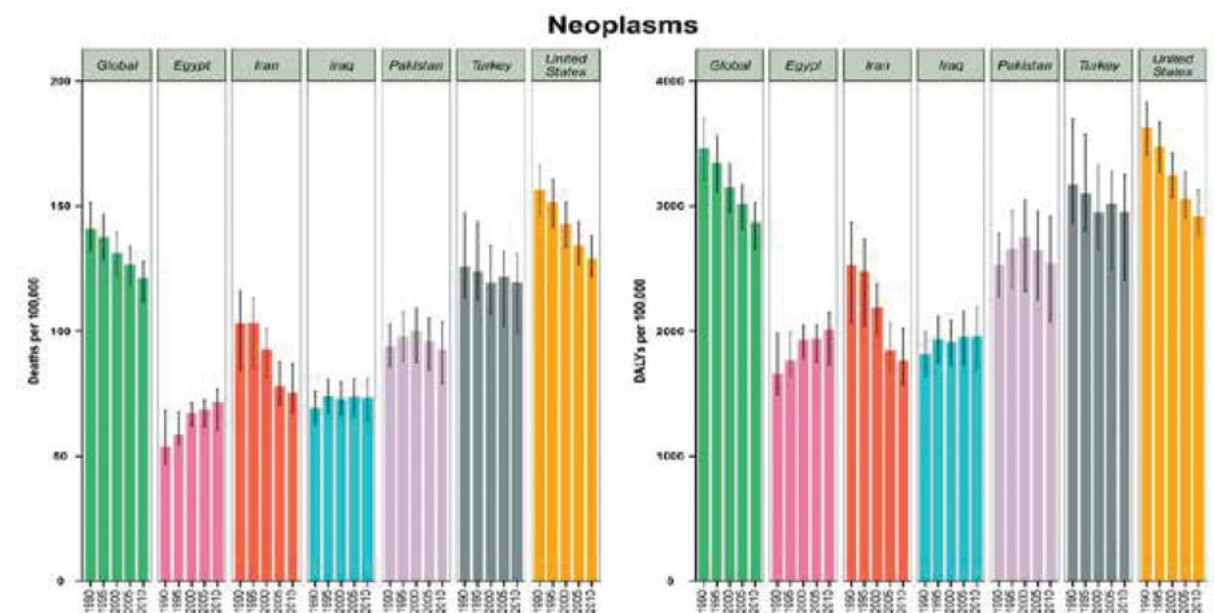
1 Breast	406	22.0%
2 Skin (Non-melanoma)	168	9.1%
3 Colon and anal canal	158	8.5%
4 Stomach	151	8.2%
5 Oesophagus	146	7.9%
6 Thyroid gland	97	5.2%
7 Leukemia	81	4.4%
8 Bladder	58	3.1%
9 Ovary	57	3.1%
10 Lung & bronchus, trachea	57	3.1%
Others	470	25.4%
Total	1849	

نمودار ۳-۳. ده سرطان شایع استان آذربایجان شرقی در زنان در سال ۱۳۸۸

سرطان‌هایی مانند دهانه رحم را افزایش می‌دهد.

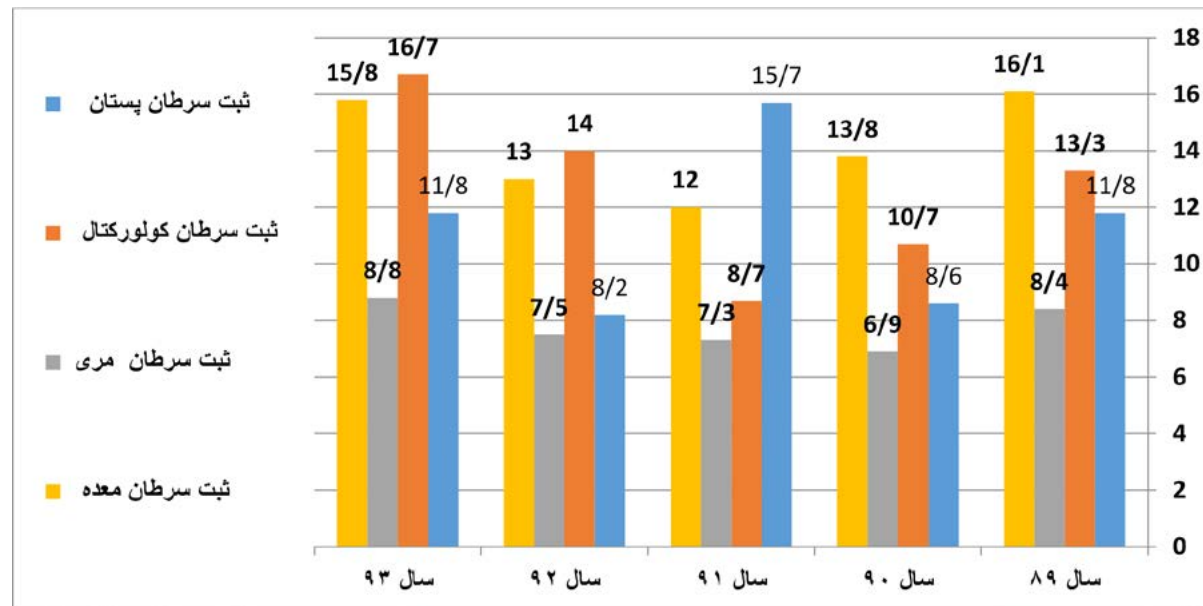
با افزایش آگاهی در مورد علل ایجادکننده سرطان و مداخلات لازم برای پیشگیری و مدیریت بیماری‌ها می‌توان از سرطان پیشگیری کرد. با اجرای استراتژی‌های مبتنی بر شواهد برای پیشگیری از سرطان، تشخیص زودرس آن و مدیریت بیماران مبتلا به سرطان می‌توان سرطان را کاهش داد و کنترل نمود. علاوه بر این، در صورت تشخیص زود هنگام و درمان مناسب، بسیاری از سرطان‌ها احتمال بهبود دارند.

در سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰، بیش‌ترین میزان مرگ و DALY ناشی از سرطان‌ها در کشورهای مورد بررسی در مطالعه، متعلق به کشور آمریکا است و کم‌ترین میزان به ترتیب در کشورهای مصر و عراق مشاهده شده است. به طور کلی، میزان مرگ و DALY در جهان، روند نزولی داشته که این روند، در کشورهای ایران و آمریکا نیز مشهود است. این درحالی است که روند این گروه از بیماری‌ها در کشورهای مصر و عراق بر اساس هردو میزان، بصورت صعودی است. هم‌چنین، این موارد تا سال ۲۰۰۰ در کشور پاکستان، روند صعودی داشته و پس از آن، روند نزولی پیدا کرده است (نمودار ۳-۲).



نمودار شماره ۳-۲ میزان مرگ و DALY در ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت، ناشی از سرطان‌ها در سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ در جهان، ایران و ۵ کشور دیگر

براساس آخرین گزارش کشوری ثبت سرطان در سال ۱۳۸۸، سرطان پستان شایع‌ترین سرطان در جمعیت زنان کشور و سرطان معده در جمعیت مردان، گزارش شده است. وضعیت سرطان در استان آذربایجان شرقی نیز در این اولویت بندی از الگوی کشوری پیروی می‌کند. براساس این گزارش وضعیت ده سرطان شایع در استان آذربایجان شرقی به تفکیک زنان و مردان به شرح نمودارهای ۳-۳ و ۳-۴ می‌باشد.

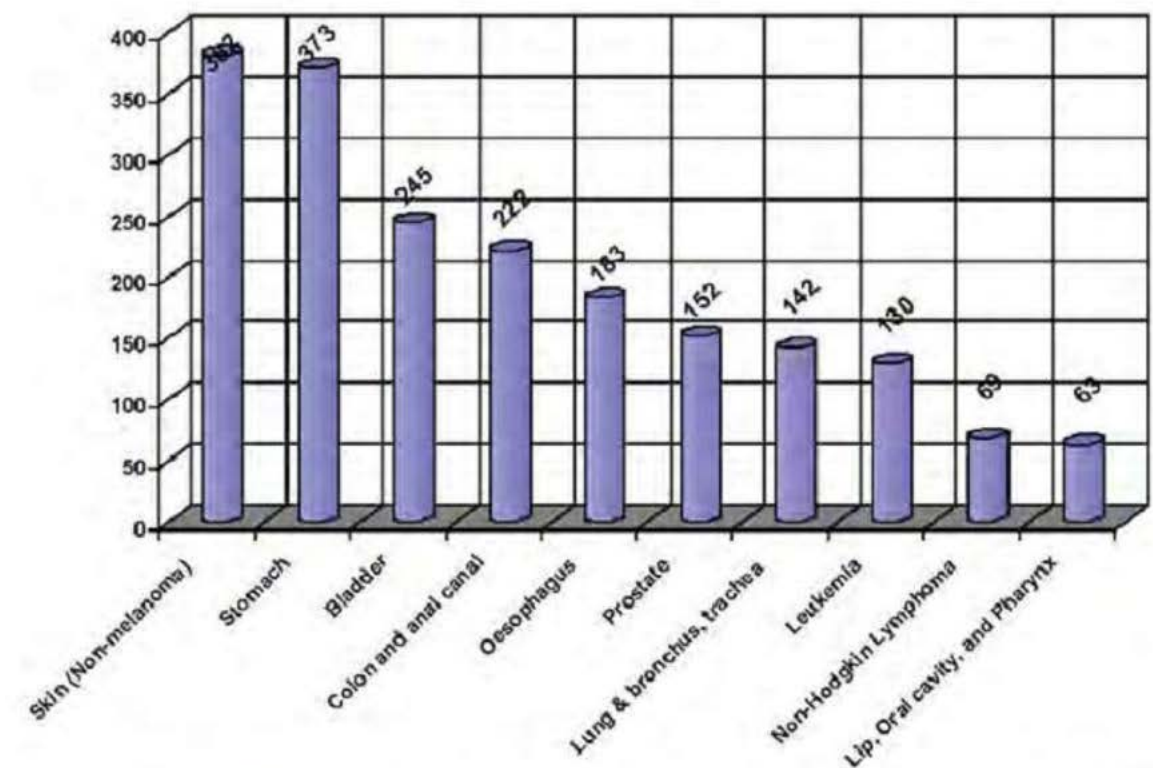


نمودار ۳-۵. میزان چهار سرطان شایع در استان آذربایجان شرقی در ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت از سال ۸۹-۹۳

چهار سرطان شایع در استان به شرح نمودار ۳-۵ گزارش داده شده است. در سال ۲۰۱۵ بیشترین میزان مرگ ناشی از سرطان ها در جمعیت تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تبریز شامل سرطان معده (۱۵/۸ درصد)، سرطان کولورکتال (۱۲/۴ درصد) و سرطان ریه (۹ درصد) می باشد. (جدول ۳-۲)

جدول ۳-۲. میزان مرگ ناشی از سرطان در ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت در استان آذربایجان شرقی در سال ۲۰۱۵

نوع سرطان	ریه	کبد	سرطان معده	سرطان کولورکتال	سرطان پستان	سرطان مری
درصد	۹	۵	۱۵/۸	۱۲/۴	۴	۴/۷



10 most common malignancies in males in East Azarbaijan, (1388)

1 Skin (Non-melanoma)	382	15.2%
2 Stomach	373	14.8%
3 Bladder	245	9.7%
4 Colon and anal canal	222	8.8%
5 Oesophagus	183	7.3%
6 Prostate	152	6.0%
7 Lung & bronchus, trachea	142	5.6%
8 Leukemia	130	5.2%
9 Non-Hodgkin Lymphoma	69	2.7%
10 Lip, Oral cavity, and Pharynx	63	2.5%
Others	560	22.2%
Total	2521	

نمودار ۳-۴. ده سرطان شایع استان آذربایجان شرقی در مردان در سال ۱۳۸۸

وضعیت چهار سرطان شایع در شهرستان های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تبریز بر اساس روند سرطان های شایع در برنامه ثبت سرطان استان آذربایجان شرقی (بدون تکرار گیری کشوری) در طی سال های ۸۹-۹۳ میزان (در ۱۰۰/۰۰۰ نفر جمعیت)،

۳-۱-۳. بیماری های 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 انسدادی ریه یا COPD تشکیل می دهد.

عوامل اصلی خطر بیماری های مزمن ریوی عبارتند از:

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

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٪ 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 در مورد COPD، دشوار و گران قیمت است.

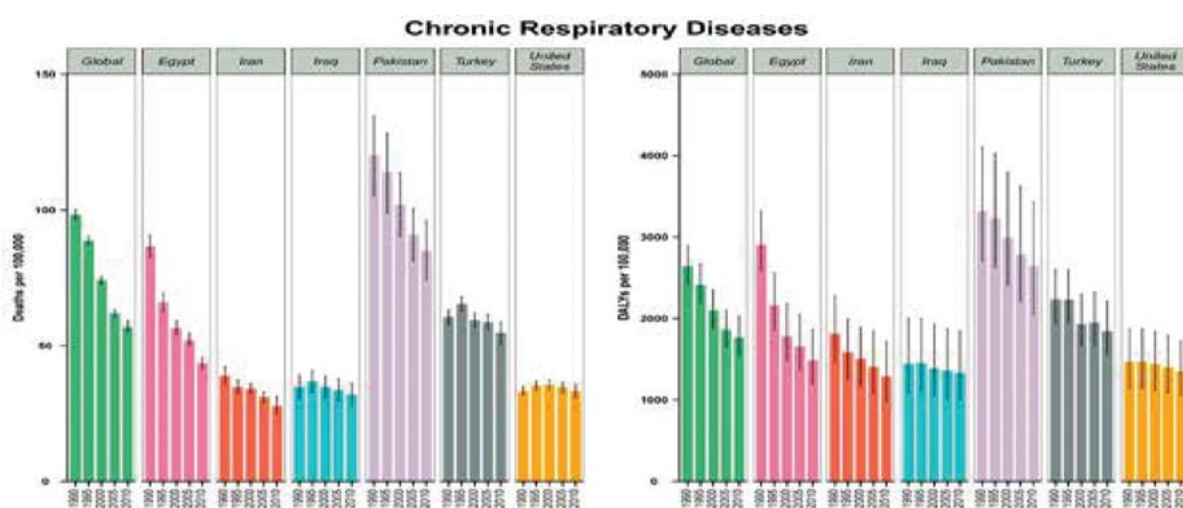
حدود ۹۰ درصد موارد مرگ ناشی از COPD در کشورهای کم درآمد است. در حال حاضر، این بیماری به طور مساوی روی زنان و مردان تاثیر دارد. در سال ۲۰۰۲، COPD، پنجمین علت مرگ محسوب می شد.

برآورد می شود 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 به ویژه مصرف دخانیات صورت گیرد. اهداف مدیریت COPD عبارتند از :

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

براساس میزان مرگ و DALY ناشی از بیماری های مزمن ریوی در ساله ای ۱۹۹۰ تا ۲۰۳۰، بیش ترین مقدار در بین مناطق مورد بررسی متعلق به کشور پاکستان است و کم ترین میزان در کشورهای عراق، ایران و آمریکا مشاهده شده است. به طور کل، میزان مرگ و DALY ناشی از COPD در جهان، روند نزولی داشته است. نسبت به سایر کشورها و جهان، روند نزولی در کشورهای ایران و عراق از شدت کم تری برخوردار بوده است.

این در حالی است که هر دو میزان در کشورهای آمریکا و ترکیه، ابتدا روند صعودی داشته و پس از آن، سیر نزولی پیدا کرده است (نمودار ۳-۶). شیوع علایم بیماری آسم و مزمن ریوی در جمعیت کشور حدود ۷٪ بوده و درصد بیماری ریوی مزمن شناسایی شده در جمعیت تحت پوشش پزشک خانواده (روستایی و زیر ۲۰ هزار نفر) استان حدود ۰٫۶٪ می باشد که باتوجه به افزایش آلودگی هوا و سایر مواد آلرژن در هوا روند بالا رونده داشته و میزان ابتلا، میزان مرگ و میر و عوارض ناشی از آن روبه افزایش می باشد. لذا انتظار می رود با اتخاذ سیاستهای کاهش آلودگی هوا و همچنین اجرای برنامه پزشک خانواده شهری در استان روند شناسایی و کیفیت مراقبت از بیماران مبتلا به بیماریهای تنفسی مزمن مانند آسم و COPD بهبود یافته و عوارض و مرگ و میر ناشی از آن کاهش یابد.



نمودار ۳-۶ میزان مرگ و DALY در ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت، ناشی از بیماری های مزمن ریوی در سال های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ در جهان، ایران و ۵ کشور دیگر

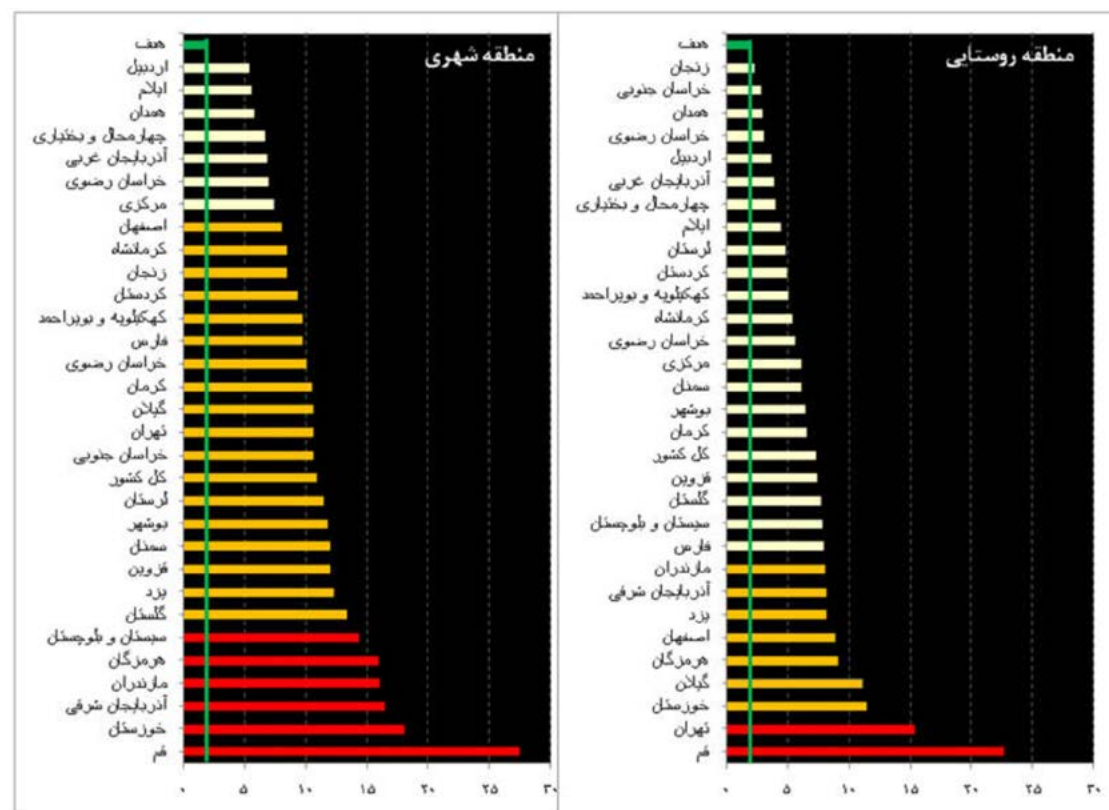
۳-۱-۴. دیابت

در سال ۲۰۱۴، شیوع جهانی دیابت در بالغین بالاتر از ۱۸ سال، ۹ درصد برآورده شده و در سال ۲۰۱۲، ۱٫۵ میلیون مرگ به طور مستقیم در اثر دیابت رخ داده است. بیش از ۸۰ درصد از این موارد در کشورهای با درآمد کم و متوسط روی می دهد. بنابر پروژه های سازمان جهانی بهداشت، دیابت، هفتمین علت سببی مرگ در سال ۲۰۳۰ خواهد بود. رژیم غذایی سالم، انجام منظم فعالیت بدنی، حفظ وزن بدن در حد طبیعی و پرهیز از استعمال دخانیات می تواند از دیابت پیشگیری کرده و یا وقوع آن را به تاخیر بیندازد. دیابت نوع دو، ۹۰ درصد افراد مبتلا به دیابت در جهان را شامل می شود و در پی افزایش وزن بدن و نبود تحرک بدنی رخ می دهد. دیابت، موجب افزایش خطر ابتلا به بیماری قلبی و سکته مغزی می شود. مطالعه ای که در چند کشور انجام شد، نشان داد که ۵۰٪

جدول ۳-۳. تعداد افراد مبتلا به دیابت در جهان

سال	تعداد بیماران
۱۹۸۵	۳۰/۰۰۰/۰۰۰
۱۹۹۵	۱۳۵/۰۰۰/۰۰۰
۲۰۰۱	۱۷۷/۰۰۰/۰۰۰
۲۰۲۵	۳۰۰/۰۰۰/۰۰۰

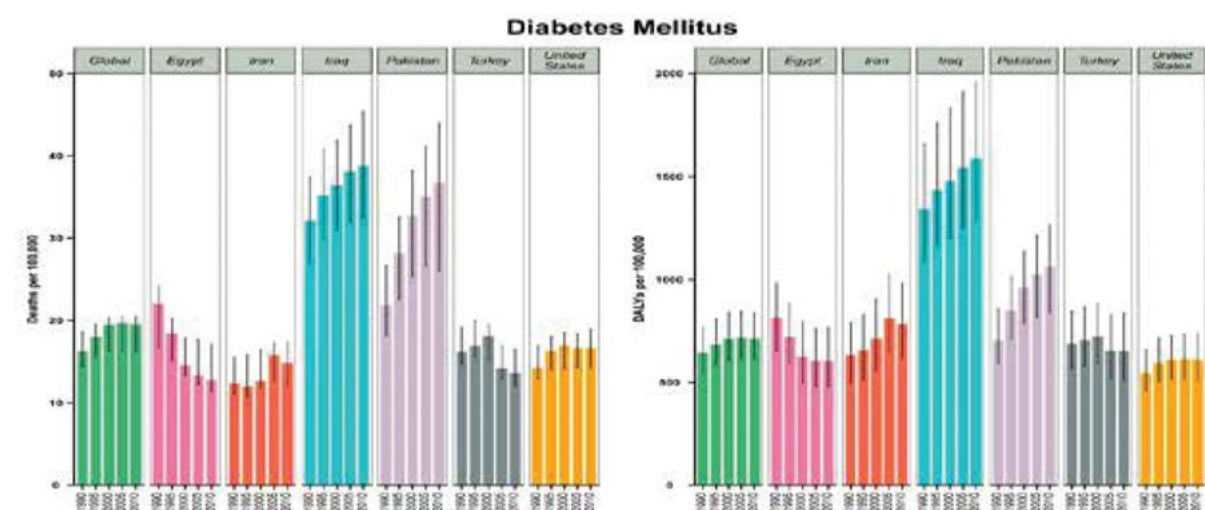
درصد افرادی که دارای قند خون بالا (126 Mg/dl) هستند



نمودار ۳-۸. درصد افرادی که دارای قند خون بالا هستند

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 ناشی از بیماری دیابت بین سال های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰، بیشترین مقدار در بین مناطق مورد بررسی مربوط به کشور عراق است. به طور کلی، میزان مرگ و DALY ناشی از این بیماری در جهان روند صعودی داشته، در حالی که روند آن در کشور مصر بر اساس هر دو میزان بصورت نزولی بوده است. به علاوه در کشورهای ایران و ترکیه بر اساس هر دو میزان، ابتدا سیری صعودی داشته و پس از آن روند نزولی پیدا کرده است (نمودار ۳-۷).



نمودار ۳-۷. میزان مرگ و DALY در ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت، ناشی از دیابت در سال های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ در جهان، ایران و ۵ کشور دیگر

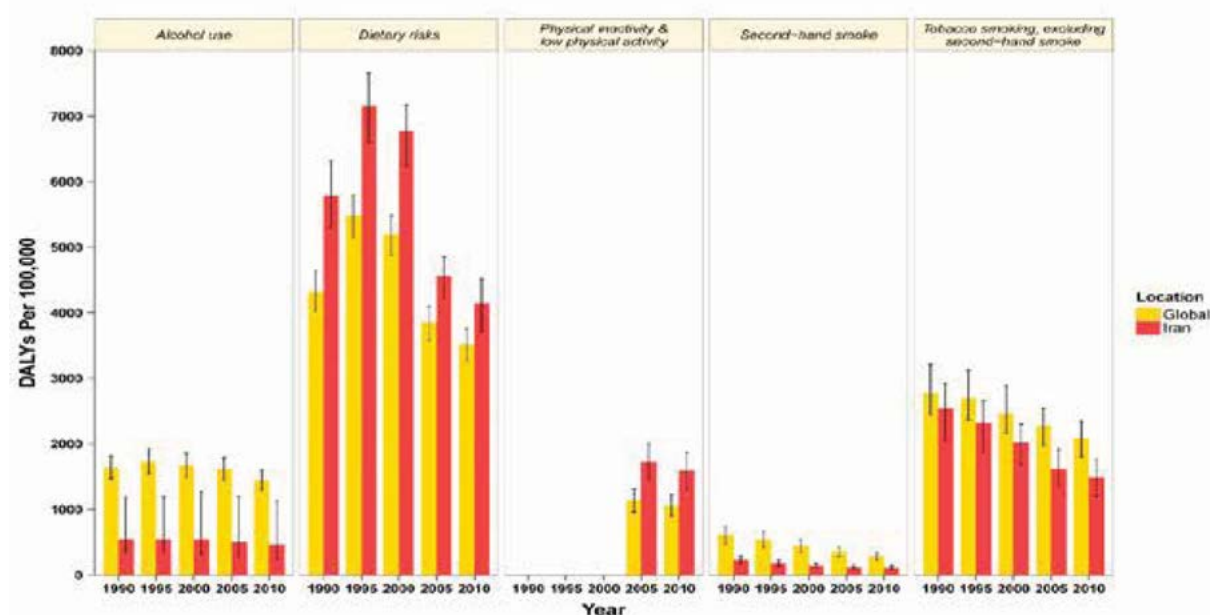
بر اساس اطلاعات ذکر شده در کتاب برنامه کشوری کنترل و پیشگیری دیابت، تعداد بیماران دیابتی دنیا در سال ۱۹۸۵ در حدود ۳۰ میلیون نفر بود که در عرض ۱۵ سال به بیش از ۱۴۰ میلیون نفر رسیده و انتظار می رود تعداد مبتلایان به دیابت تا ۲۰۳۰ از مرز نیم میلیارد نفر عبور کند. (جدول ۳-۳). در سال ۲۰۱۴ میزان شیوع دیابت در جهان حدود ۹٪ جمعیت بالای ۱۸ سال بود. دیابت علت مستقیم مرگ حدود ۱/۵ نیم میلیون نفر می باشد. همچنین بر اساس اطلاعات کتاب فوق الذکر شیوع بیماری دیابت نوع ۲ در کل جمعیت کشور ۱ تا ۴٪ و در افراد بالای ۴۰ سال حدود ۵ تا ۱۰ درصد گزارش گردیده است، و بر اساس تحقیقات اخیر انجام شده بطور کلی شیوع دیابت نوع ۲ در جمعیت بالای ۳۰ سال شهرهای بزرگ مابین ۶/۱۰ - ۶/۵ درصد برآورد شده است. در بررسی کشوری عوامل خطر بیماریهای غیرواگیر در سالهای ۱۳۸۵ تا ۱۳۸۸ شیوع قند خون بالا در استان آذربایجان شرقی حدود ۸/۸ تا ۱۳/۵ درصد می باشد. (نمودار ۳-۸) علاوه بر این، در گزارش بررسی عوامل خطر در سال ۱۳۹۰ بطور متوسط ۱۳/۷ درصد جمعیت قند

هدف ۲:

۲۰٪ کاهش نسبی در شیوع فعالیت بدنی ناکافی (در سند استانی ۱۰٪ کاهش تا ۱۴۰۰ پیش بینی شده)

در بحث عوامل خطر تغذیه ای و کمبود یا نبود فعالیت بدنی، ایران در مقایسه با متوسط جهانی از وضعیت نامساعد تری برخوردار است. عوامل خطری همچون کمبود یا نبود فعالیت بدنی و مصرف دخانیات، روندی کاهشی در دنیا و نیز در ایران، از خود نشان می دهند. براساس آمارهای موجود، بیشترین میزان مرگ و میر در سال ۲۰۱۰ به واسطه عوامل خطر مربوط به عوامل تغذیه ای رخ داده است.

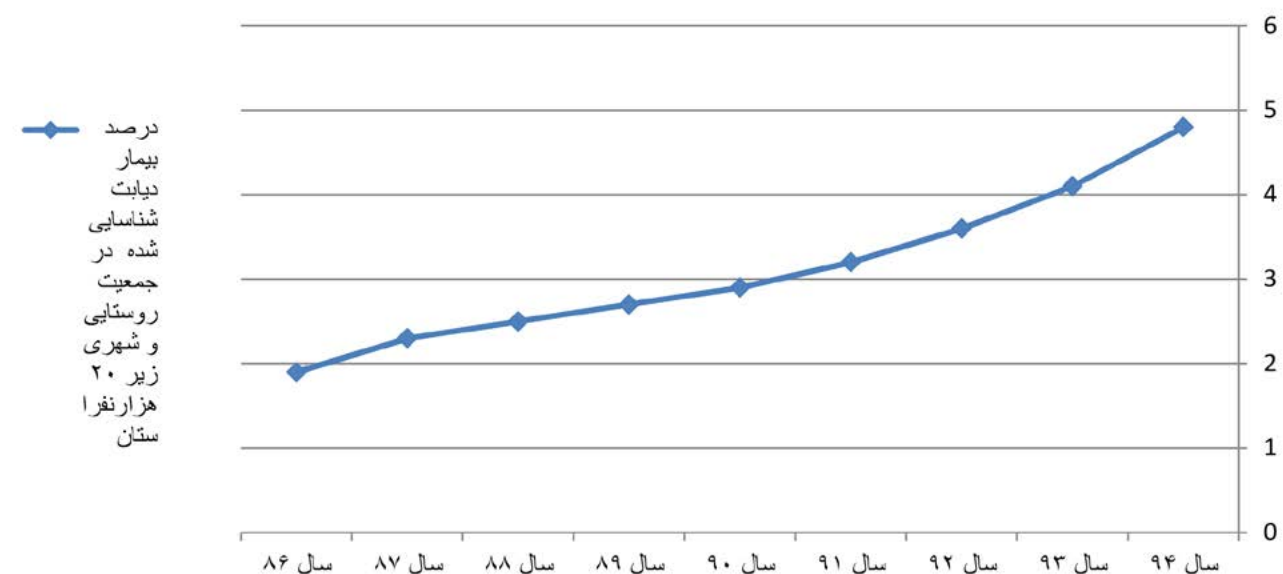
بیشترین میزان DALY در بین عوامل خطر، مربوط به عوامل تغذیه ای است. نمودار ۱۰-۳ نشان می دهد که در تمامی سال های مورد بررسی، ایران از نظر عامل تغذیه و فعالیت فیزیکی کم و ناکافی در مقایسه با جهان، همواره وضعیت نامناسب تری داشته است اما در مورد عامل خطر مصرف دخانیات وضعیت آن بهتر بوده است. عوامل خطر فعالیت فیزیکی کم و ناکافی و مصرف دخانیات در ایران و جهان دارای روند نزولی بوده اند، در حالی که مصرف الکل در ایران و جهان، روند نسبتاً ثابتی داشته است.



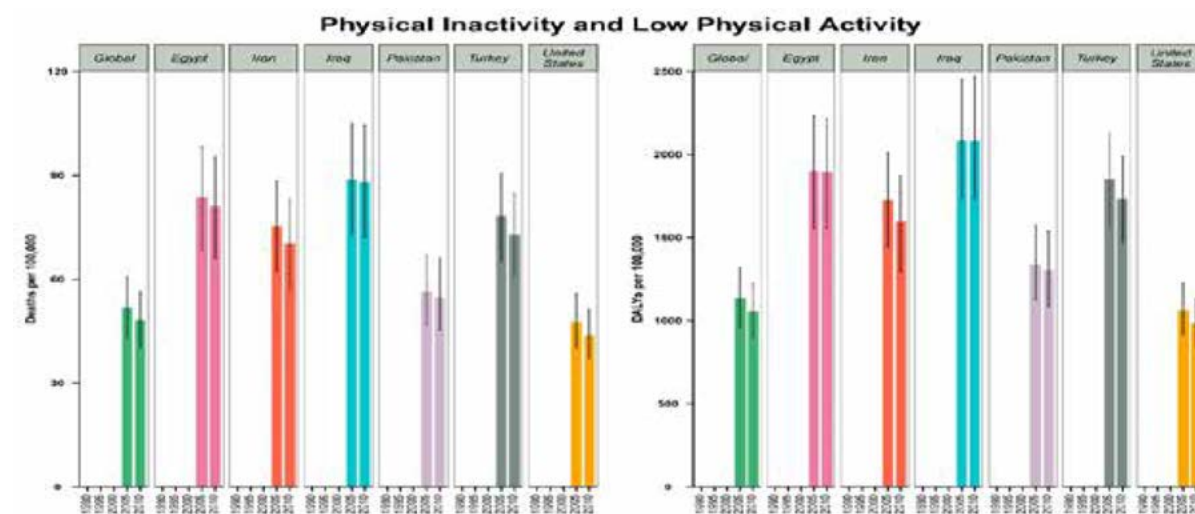
نمودار ۱۰-۳ میزان DALY متناسب به عوامل خطر اصلی بیماری های غیرواگیر در ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت در ایران و جهان طی سال های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰

خون بالاتر از ۱۲۶ داشتند.

در استان آذربایجان شرقی، بیمار شناسایی شده دیابت در جمعیت تحت پوشش پزشک خانواده (روستایی و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر) بر اساس آمار جمع آوری شده از مراکز بهداشتی درمانی حدود ۴٫۷٪ می باشد که بالاترین میزان بیمار شناسایی شده دیابت در جمعیت روستایی و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر در شهرستان آذرشهر حدود ۷٫۵٪ و کمترین آن در شهرستان اهر حدود ۳٫۲٪ می باشد که با توجه به محرومیت شهرستانها و بعد مسافت و عوامل فرهنگی و باورهای جمعیت این مقادیر در سطح شهرستانهای استان متغیر می باشد. در مناطق شهری بالای ۲۰ هزار نفر این میزان حدود ۰٫۹٪ است که انتظار می رود با اجرای برنامه پزشک خانواده در قالب مجتمع های سلامت و بیماریابی فعال میزان بیمار دیابت شناسایی شده به حد مورد انتظار رسیده و کیفیت مراقبت بیماران افزایش و بروز عوارض و مرگ و میر ناشی از آن کاهش یابد. وضعیت بیمار یابی در طی ۱۰ سال اخیر طبق نمودار ۹-۳ نشان داده شده است.

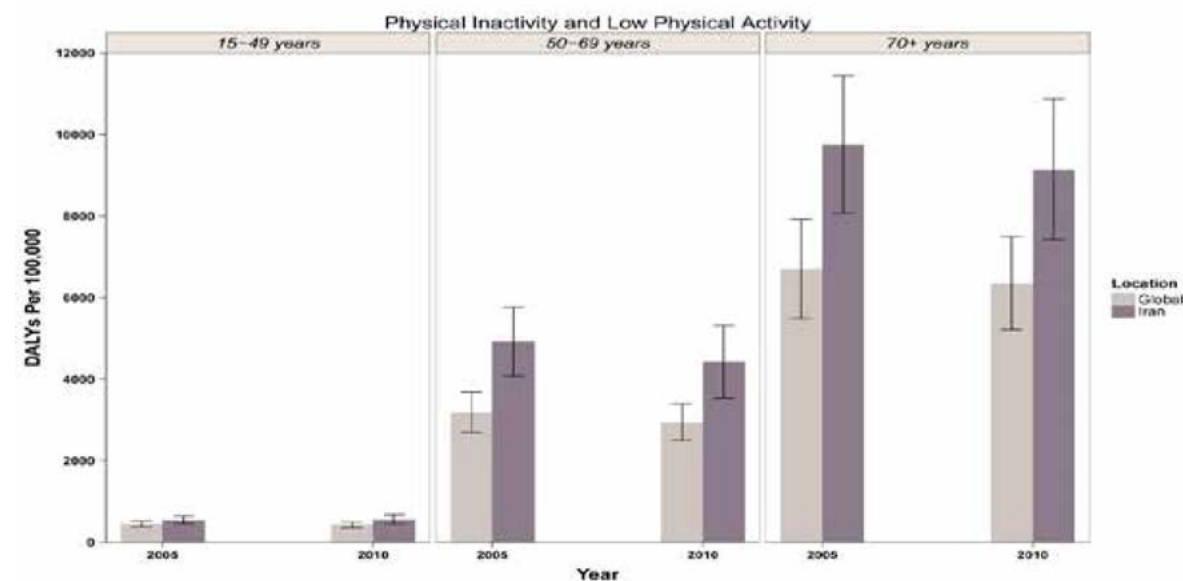


نمودار ۹-۳. روند بیماری دیابت شناسایی شده در استان از سالهای ۸۶ تا ۹۴



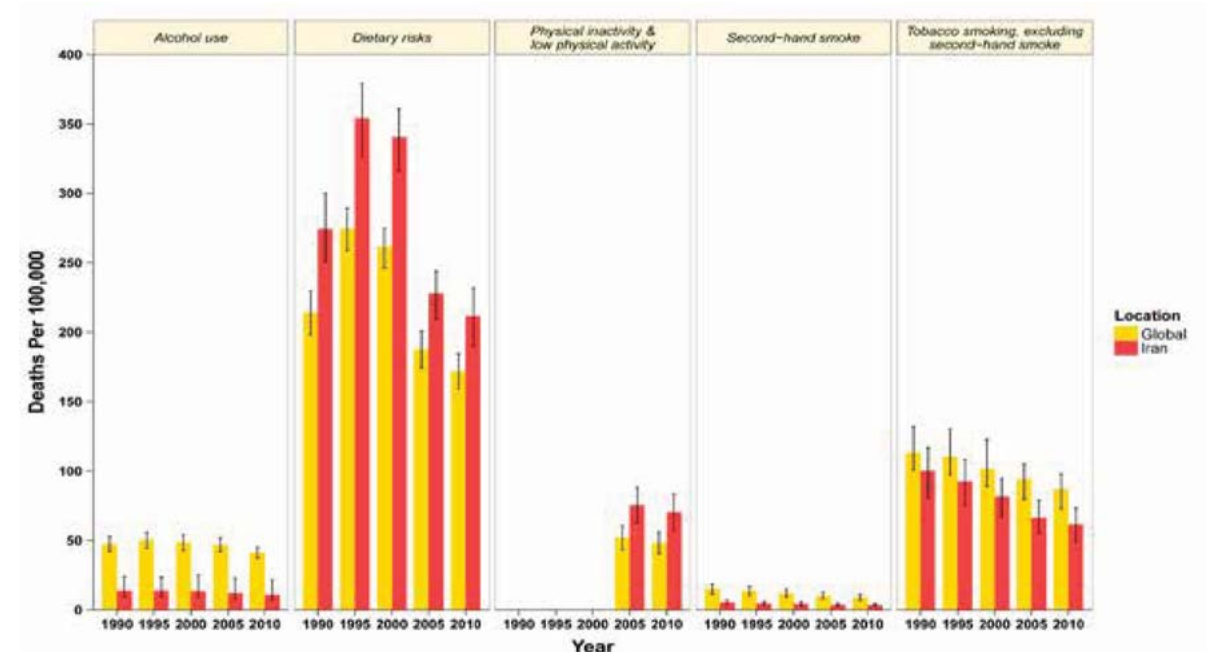
نمودار شماره ۱۲-۳ میزان مرگ و DALY در ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت، منسب به عامل خطر نبود فعالیت بدنی و فعالیت بدنی کم در سال های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ در جهان، ایران و ۵ کشور دیگر

است. در سال ۲۰۱۰، میزان DALY برای گروه سنی ۵۰ تا ۶۹ ساله کمتر از سال ۲۰۰۵ بوده است (نمودار ۱۳-۳).



نمودار ۱۳-۳ میزان DALY در ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت، منسب به عامل خطر نبود فعالیت بدنی و فعالیت بدنی کم در سال های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ بر حسب گروه های سنی در جهان و ایران

همانند میزان DALY، بیشترین میزان مرگ نیز در بین عوامل خطر مورد بررسی، مربوط به عوامل تغذیه ای است و چنان که مشخص است طی سال های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰، کشور ایران از نظر عوامل خطر تغذیه ای و فعالیت بدنی کم و ناکافی در مقایسه با جهان، همواره میزان بیش تری داشته است اما میزان عامل خطر استعمال دخانیات در آن در مقایسه با جهان، کم تر بوده است. عوامل خطر تغذیه ای در ایران و جهان تا سال ۱۹۹۵، روند صعودی و پس از آن، سیر نزولی داشته است. عوامل خطر فعالیت بدنی کم و ناکافی و مصرف دخانیات در ایران و جهان دارای روند نزولی بوده اند. همچون DALY، میزان مرگ متناسب به مصرف الکل، روندی نسبتاً یکنواخت در ایران و جهان دارد، هرچند این میزان در ایران نسبت به متوسط جهانی کم تر است (نمودار ۱۱-۳).



نمودار ۱۱-۳ میزان مرگ متناسب به عوامل خطر اصلی بیماری های غیرواگیر در ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت در ایران و جهان طی سال های ۱۹۹۰ و ۲۰۱۰

نبود فعالیت بدنی و فعالیت بدنی کم

بیشترین و کمترین میزان مرگ و DALY متناسب به عامل خطر نبود فعالیت بدنی و فعالیت بدنی کم طی سال های ۲۰۰۵ تا ۲۰۱۰ در بین مناطق مورد بررسی، به ترتیب مربوط به کشورهای عراق و آمریکا بوده است. به طور کلی، میزان مرگ و DALY متناسب به این عامل خطر در جهان همانند تمامی کشورهای تحت بررسی، به صورت نزولی بوده است (نمودار ۱۲-۳).

بیشترین میزان DALY متناسب به عامل خطر نبود فعالیت بدنی و فعالیت بدنی کم در بین سه گروه سنی در جهان و ایران مربوط به گروه سنی ۷۰ سال به بالا است که در تمامی سال های مورد بررسی، ایران نسبت به جهان، میزان DALY بیش تری داشته

هدف ۳:

۲۵٪ کاهش نسبی در شیوع فشارخون بالا

فشارخون سیستولیک ۱۴۰ mmhg یا بالاتر و یا فشارخون دیاستولیک ۹۰ mmhg یا بالاتر به عنوان فشارخون بالا مطرح می شود. فشارخون بالا یکی از فاکتورهای زمینه ساز بیماریهای قلبی عروقی می باشد. اکثریت ۳۲ میلیون نفری که هر ساله در جهان دچار حملات قلبی می شوند، دارای یک یا چند عامل خطر زمینه ساز شامل فشارخون بالا، دیابت، مصرف دخانیات، تغذیه نامناسب، چربی خون بالا و کم تحرکی هستند که اکثر آنها قابل کنترل یا تصحیح می باشند. بیماریهای قلبی عروقی یکی از علل عمده مرگ و میر در سطح جهان بوده و یک سوم کل مرگ و میرها در جهان را به خود اختصاص می دهند که از این میزان حدود ۳۰٪ موارد در افراد کمتر از ۷۵ سال رخ داده است. این بیماریها علاوه بر مرگ و میر بالا، عوارض قابل توجهی را نیز به جا می گذارند و از علل ایجاد ناتوانی به خصوص در سنین بالا هستند.

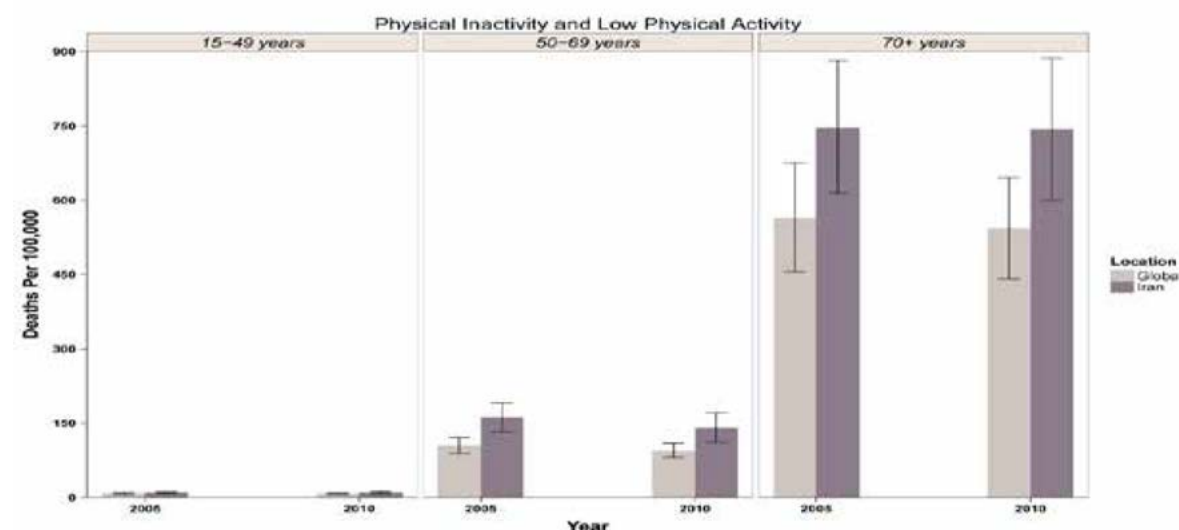
بررسی ترند ۱۰ ساله بیماری فشار خون بالا در استان نشان می دهد که شیوع بیماری روند رو به افزایش دارد. (جدول ۴-۳)

جدول ۴-۳. ترند ۱۰ ساله بیماری فشارخون بالا در استان آ. شرقی

فشارخون										وضعیت ۱۰ ساله شاخص	دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز معاونت بهداشت دانشگاه مرکز بهداشت شهرستان
سال ۹۴	سال ۹۳	سال ۹۲	سال ۹۱	سال ۹۰	سال ۸۹	سال ۸۸	سال ۸۷	سال ۸۶	سال ۸۵	سال ۸۴	نام شاخص
13.8	12.9	12.1	11.3	10.6	10.7	10.5	9.8	9.3			درصد بیمار شناسایی شده فشارخون در جمعیت روستایی و شهری زیر ۲۰ هزار نفر در استان آ. ش

شیوع بیماری فشارخون بالا همانند سایر بیماریهای مزمن روبه افزایش است، به طوری که از ۶۰۰ میلیون بیمار در سال ۱۹۸۰ به ۱ میلیارد بیمار در سال ۲۰۰۸ رسیده است. که معادل ۴۰٪ از افراد بالای ۲۵ سال می باشد. فشارخون بالا با ۷٫۵ میلیون مرگ در سال ۱۲٪ از کل علل مرگ ها را به خود اختصاص می دهد که معادل ۳٫۷٪ از بار بیماریهای جامعه (DALY) می باشد. (جدول ۵-۳)

بیشترین میزان مرگ منتسب به عامل خطر نبوده فعالیت بدنی و فعالیت بدنی کم در بین سه گروه سنی، مربوط به گروه سنی ۷۰ سال به بالا است. در تمامی سال های مورد بررسی و در تمام گروه های سنی، ایران نسبت به جهان، میزان مرگ بیشتری داشته است. میزان مرگ منتسب به عامل خطر نبود فعالیت بدنی و فعالیت بدنی کم در گروه های سنی ۵۰ سال و بالاتر در سال ۲۰۱۰ نسبت به سال ۲۰۰۵ کم تر بوده است (نمودار ۱۴-۳).



نمودار ۱۴-۳ میزان مرگ در ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت، منتسب به عامل خطر نبود فعالیت بدنی و فعالیت بدنی کم در سال های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ بر حسب گروه های سنی در جهان و ایران

طبق گزارش نهایی طرح بررسی عوامل خطر بیماریهای غیرواگیر در سال ۱۳۸۳ مرکز مدیریت بیماریهای وزارت بهداشت برآورد کشوری فراوانی نسبی حداقل ۱۰ دقیقه ورزش در اوقات فراغت برای گروه سنی ۱۵ تا ۶۴ سال برای مردان ۴۱٫۲ درصد، برای زنان ۲۳٫۷ درصد و در کل ۳۲٫۵ درصد و برآورد استانی فراوانی نسبی حداقل ۱۰ دقیقه ورزش در اوقات فراغت برای گروه سنی ۱۵ تا ۶۴ سال برای مردان ۴۲٫۱ درصد، برای زنان ۲۷٫۳ درصد و در کل ۳۵٫۲ درصد می باشد. همچنین فراوانی نسبی حداقل ۱۰ دقیقه ورزش در اوقات فراغت برای گروه سنی ۱۵ تا ۶۴ سال استان به تفکیک شدت ورزش عبارت است از ورزش سبک ۵۳ درصد، برای ورزش متوسط ۲۶٫۵ درصد و برای ورزش شدید ۲۰٫۲ درصد و برای ورزش ترکیبی ۰٫۲۱ درصد می باشد.

طبق گزارش شیوع عوامل خطر بیماریهای غیرواگیر در سالهای ۱۳۸۵ تا ۱۳۸۸ دفتر مدیریت بیماریهای غیرواگیر وزارت بهداشت، پراکندگی شیوع فعالیت جسمانی کم ($< 600 \text{ MET-minutes/week}$) بطور متوسط در کشور ۳۵٫۷ و در استان ۳۶٫۱ درصد برآورد شده است.

جدول ۵-۳. مقایسه عوامل خطر مهم بیماری‌های غیرواگیر در دانشگاه علوم پزشکی تبریز با سایر دانشگاهها بر اساس داده‌های نظام مراقبت عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر در سال‌های ۱۳۸۸ - ۱۳۸۵

شاخص‌ها عامل خطر	شیوع عامل خطر در استان آ.شرقی						شیوع عامل خطر در کشور					
	شهری	روستایی	میان	زنان	مردان	هدف	شهری	روستایی	میان	زنان	مردان	هدف
مصرف میوه و سبزی ناکافی	۸۵,۷۳	۹۰,۱۵	۸۹,۸۴	۸۴,۷۰	۸۷,۳۰	۶۰	۸۶,۲	۹۱,۶۱	۸۹,۲۶	۸۶,۷۴	۸۸,۰۱	۶۰
مصرف روزانه سیگار	۱۴,۱۳	۱۶,۲۹	۲۸,۵۱	۰,۹۳۷	۱۴,۸۹	۵	۱۱,۱۹	۱۱,۳۱	۲۱,۳۰	۰,۹۰	۱۱,۲۳	۵
مصرف روزانه قلیان	۱,۵۱۳	۲,۳۵۲	۳,۵۸۳	۲,۱۹۴	۲,۴۱	۰	۲,۴۹۹	۳,۰۱۶	۳,۳۱۷	۲,۰۰۶	۲,۶۶۹	۰
فعالیت فیزیکی کم	۴۰,۰۵	۲۹,۱۵	۲۴,۵۵	۴۸,۰۳	۳۶,۱۵	۱۵	۳۸,۷۷	۲۹,۷۶	۲۵,۱۵	۴۶,۶۲	۳۵,۷۶	۱۵
چاقی و اضافه وزن	۵۱,۰۰	۴۱,۱۳	۴۰,۹۹	۵۴,۰۹	۴۷,۴۶	۲۰	۴۷,۳۷	۳۹,۳۷	۳۹,۲۵	۵۰,۲۹	۴۴,۷۱	۲۰
فشار خون بالا	۲۳,۱۷	۱۵,۶۲	۱۹,۴۶	۲۱,۵۰	۲۰,۴۷	۱۰	۱۶,۹	۱۵,۹۵	۱۷,۰۲	۱۶,۱۴	۱۶,۵۹	۱۰
قند خون بالا	۱۶,۴۶	۸,۱۲	۱۴,۹۳	۱۰,۶۵	۱۲,۸۲	۲	۱۰,۹۸	۷,۳۴	۹,۴۲	۹,۹۸	۹,۶۹	۲
کلسترول خون بالا	۲۷,۰۴	۲۸,۰۴	۲۱,۵۴	۳۳,۵۱	۲۷,۴۴	۱۵	۳۴,۲۲	۳۰,۳۵	۲۹,۵	۳۶,۲۶	۳۲,۸۴	۱۵

براساس آمار ثبت شده معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تبریز کل بیماران فشارخونی شناسایی شده تا پایان سال ۹۴ در مناطق روستایی و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر استان در افراد بالای ۳۰ سال ۹۵۶۸۷ نفر (۱۳,۸ درصد) و میانگین مراقبت توسط پزشکان در طول سال ۹۴ حدود ۲,۸ می باشد. بیشترین تعداد بیماران شناسایی شده در گروههای سنی ۴۶ تا ۶۰ سال و ۶۰ سال بالاتر می باشد. (جدول ۳-۶)

جدول ۶-۳. وضعیت بیماری فشارخون بالا، میانگین مراقبت و درصد بیمارشناسایی شده به تفکیک شهرستان در سال ۹۴

در مناطق روستایی و شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر ۱۳۹۴				
شهرستان	کل پرونده	تعداد مراقبت	میانگین بار مراقبت	در صد بیماریابی
اسکو	۴۴۵۰	۱۰۶۸۱	۲,۴	۱۱,۴
آذرشهر	۵۸۸۰	۱۶۰۰۹	۲,۷	۱۶,۹
اهر	۴۲۶۴	۱۲۶۷۴	۳	۱۶,۷
بناب	۳۶۰۶	۱۰۴۵۲	۲,۹	۱۳,۸
بستان آباد	۷۱۰۰	۲۲۰۶۸	۳	۱۵
تبریز	۱۱۱۷۰	۲۹۲۳۵	۲,۶	۱۴,۱
جلفا	۱۸۶۳	۴۱۸۵	۲,۲	۱۳,۵
چاراویماق	۲۰۱۰	۴۴۱۱	۲,۹	۱۵,۶
خداآفرین	۲۴۷۷	۶۸۴۳	۲,۷	۱۴,۶
سراب	۵۴۰۳	۱۵۶۲۸	۲,۹	۱۳,۲
شبستر	۸۰۰۰	۱۱,۵		
عجب شیر	۳۲۶۰	۱۱۸۷۵	۳,۶	۱۸,۴
کلیبر	۳۸۸۴	۱۳۸۹۸	۳,۲	۱۶,۶
مرند	۶۲۰۴	۱۵۶۱۸	۲,۲	۱۲,۱
ملکان	۶۶۴۶	۱۷۱۱۲	۲,۶	۱۶,۹
میانه	۷۲۱۱	۲۵۱۷۷	۳,۵	۱۵,۷
هریس	۵۰۰۱	۱۸۲۶۱	۳,۵	۱۵,۸
هشتروند	۳۹۷۴	۱۲۶۷۷	۳,۲	۱۳,۵
ورزقان	۳۲۸۴	۱۱۷۶۹	۳,۵	۱۵,۳
استان	۹۵۶۸۷	۲۷۹۸۷۱	۲,۸	۱۳,۷

هدف ۴:

ثابت نگهداشتن میزان بیماری چاقی و دیابت

مقایسه مشکلات سلامت جوامع انسانی در گذشته و حال نشان می‌دهد که کمبود دریافت مواد غذایی و بیماری‌های ناشی از سوء تغذیه در گذشته مشکل اساسی بهداشتی-تغذیه‌ای جوامع انسانی بوده است. امروزه اگر چه این مقوله در کشورهای توسعه نیافته هنوز مورد توجه است، اما در اکثر کشورهای در حال توسعه و پیشرفته مشکل اصلی، عدم توجه به سلامت تغذیه و استفاده نادرست از مواد غذایی می‌باشد. تحلیل وضعیت تغذیه جامعه **ایرانی** حاکی از آن است که در حال حاضر علاوه بر سوء تغذیه و فقر غذایی، دوران گذر تغذیه‌ای نیز به سرعت در حال طی شدن است. نشانه‌های هشدار دهنده گسترش بیماری‌های غیرواگیر در پی گسترش شهرنشینی و تغییر شیوه زندگی، به ویژه در شهرهای بزرگ دیده می‌شوند.

بطور کلی ده عامل خطر اول در ایران و استان آذربایجان شرقی را می‌توان به شرح زیر رتبه‌بندی نمود:

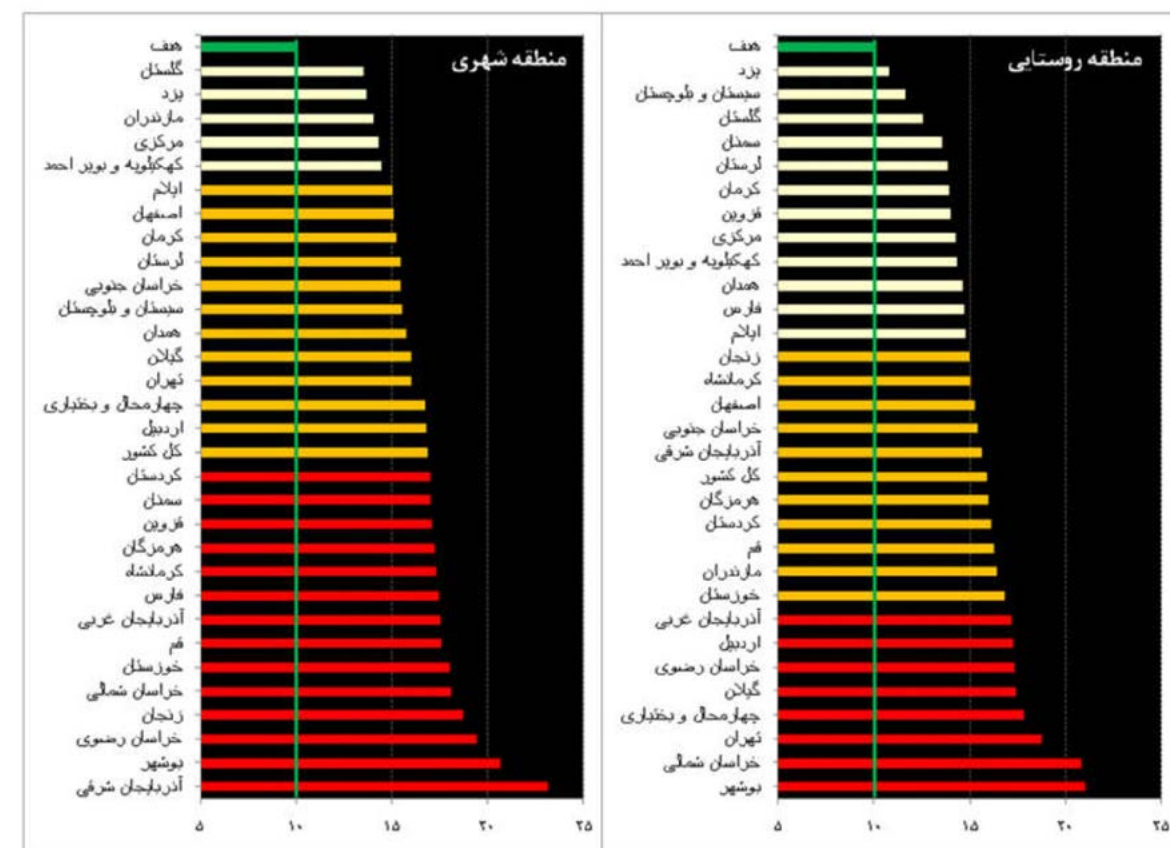
- رتبه ۱) رژیم غذایی نامطلوب
- رتبه ۲) فشارخون بالا
- رتبه ۳) توده بدنی بالا (BMI)^۱
- رتبه ۴) تحرک بدنی ناکافی
- رتبه ۵) سیگار و قلیان
- رتبه ۶) دیابت
- رتبه ۷) آلودگی هوا
- رتبه ۸) کلسترول خون بالا
- رتبه ۹) خطرات شغلی
- رتبه ۱۰) مصرف مواد مخدر

با نگاهی گذرا به ۱۰ عامل خطر اول در ایران در می‌یابیم که اولین عامل خطر سلامت در ایران و استان آذربایجان شرقی رژیم غذایی نامطلوب است و برخی از عوامل خطر دیگر هم ارتباطی تنگاتنگ با تغذیه دارند.

تغذیه بخش اساسی پیشگیری از بیماری‌ها و مراقبت از بیمار است. بسیاری از بیماری‌های مزمن و دژنراتیو (تحلیل برنده) مانند بیماری‌های قلبی عروقی (CHD)، سکنه مغزی (CVA)، چاقی، سرطان، دیابت نوع ۲، سیروز کبدی و ... که سبب بروز ناتوانی و مرگ زودرس می‌شوند، رابطه مستقیمی با رژیم غذایی دارند. تغذیه خوب می‌تواند راه بهتر و با صرفه‌تری در پیشگیری از این بیماری‌ها باشد. طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت

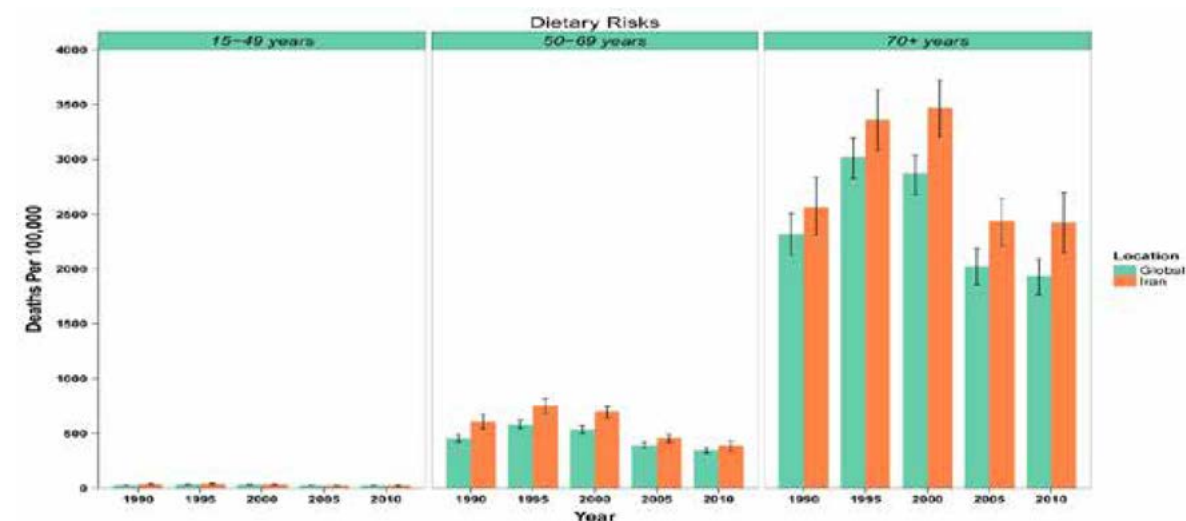
بررسی آمار استخراج شده از ناماب دانشگاه علوم پزشکی تبریز نشان می‌دهد (جدول ۳-۶) که بیشترین درصد بیمار فشارخون بالا شناسایی شده در مناطق روستایی و شهرهای کمتر از ۲۰ هزار نفر در افراد بالای ۳۰ سال مربوط به شهرستان عجب‌شیر با میزان ۱۸٫۴ درصد و کمترین درصد بیمارشناسایی شده مربوط به شهرستانهای اسکو و شبستر به میزان ۱۱٫۴ و ۱۱٫۵ درصد می‌باشد. همچنین بیشترین میانگین بار مراقبت بیماران توسط پزشک در شهرستان عجب‌شیر با میانگین ۳٫۶ بار در سال و کمترین مربوط به شهرستانهای جلفا و مرنند با میانگین ۲٫۲ بار در سال گزارش شده است. بر اساس داده‌های نظام مراقبت عوامل غیرواگیر در سال‌های ۱۳۸۸-۱۳۸۵ و مقایسه شیوع عوامل خطر مهم بیماری‌های غیر واگیر نشان می‌دهد، شیوع عامل خطر فشار خون بالا در استان آذربایجان شرقی در مناطق شهری با شاخص ۲۳/۱۷، نسبت به شاخص کشوری و سایر استانها در حد بالایی قرار دارد. (نمودار ۱۵-۳)

درصد افرادی که فشار خون بالا ($>140/90\text{mmHg}$) دارند.



نمودار ۱۵-۳. مقایسه شیوع فشار خون بالا در استان آذربایجان شرقی و کشور

همانند میزان DALY، بیشترین میزان مرگ متناسب به عوامل خطر تغذیه‌ای در بین سه گروه سنی، مربوط به گروه سنی ۷۰ سال به بالا است و در تمامی سال‌های مورد بررسی، متوسط عوامل خطر تغذیه‌ای در ایران نسبت به جهان، بیش‌تر بوده است. همچنین، در جهان و در تمامی گروه‌های سنی، روند مذکور تا سال ۱۹۹۵ به صورت صعودی و پس از آن به صورت نزولی درآمده است. در ایران، برای تمامی گروه‌های سنی تا سال ۱۹۹۵ روند صعودی مشاهده می‌شود و پس از آن، روند به صورت نزولی تغییر وضعیت پیدا می‌کند (نمودار ۳-۱۷).



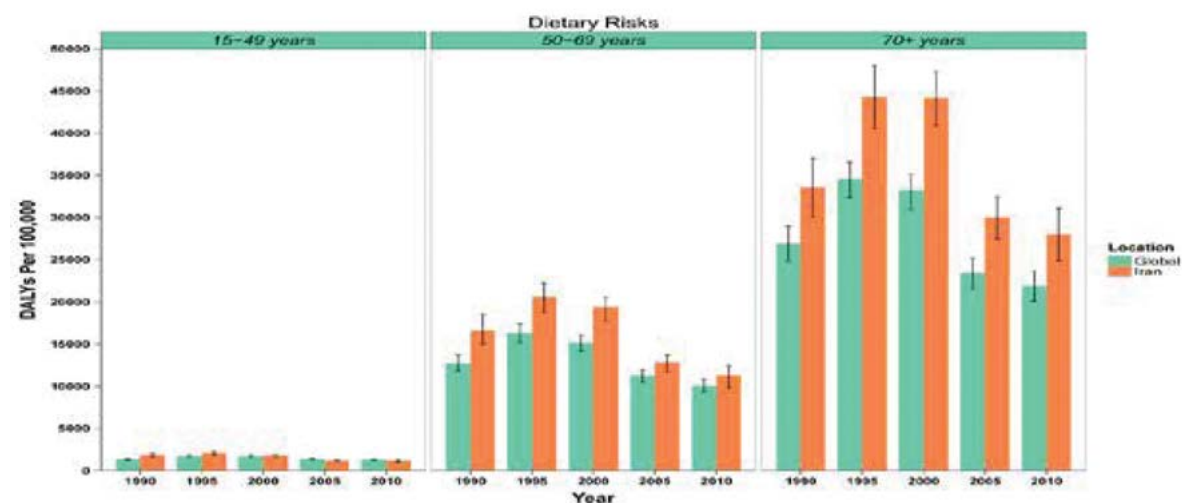
نمودار ۳-۱۷ میزان مرگ در ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت، منسب به عوامل خطر تغذیه‌ای در سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ بر حسب گروه‌های سنی در جهان و ایران

به‌طور کلی، شیوع چاقی/اضافه وزن در زنان ایرانی، با گذشتن زمان در حال افزایش بوده است، به‌طوری‌که در سال ۲۰۱۳ بیشترین میزان شیوع متعلق به زنان گروه سنی ۴۵ تا ۵۴ سال و کمترین میزان، متعلق به گروه سنی ۷۵ تا ۷۹ سال بوده است. (شکل ۳-۳ تا ۳-۶).

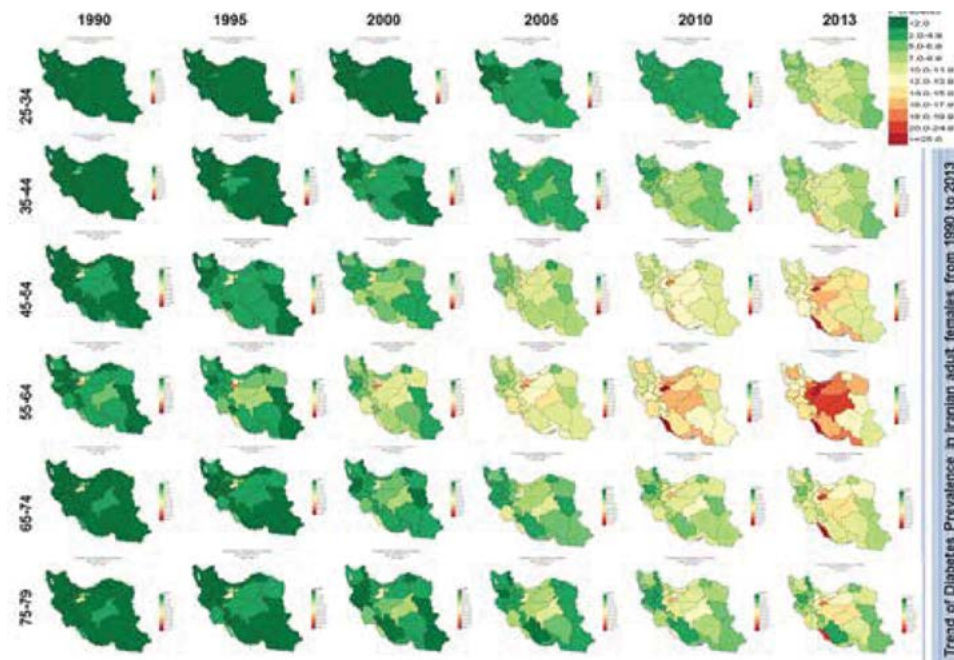
۴۴٪ بار دیابت، ۲۳٪ بار نارسایی قلبی و بین ۷٪ و ۴۱٪ بار سرطان‌های مرتبط را می‌توان به اضافه وزن و چاقی نسبت داد. تخمین زده می‌شود که ۵۰٪ تا ۷۰٪ مرگ‌های ناشی از سرطان از طریق کاهش رفتارهای پرخطر قابل پیشگیری است. تقریباً ۳۰٪ مرگ‌های ناشی از سرطان با استعمال سیگار و حداقل ۳۰٪ آن با تغذیه نامناسب ارتباط دارد. بنابراین این گفته گزاف نیست که «پدر بیماری هر چه باشد مادرش سوء تغذیه است». به‌طور کلی از آنچه گفته شد می‌توان چنین نتیجه گرفت که چندین روند مهم و تعیین‌کننده در زمینه غذا و بیماری‌های مزمن در سطح کشور و استان آذربایجان شرقی قابل مشاهده است:

- ۱) افزایش سریع و چشم‌گیر مرگ و میر ناشی از بیماری‌های قلب و عروق، سرطان‌ها، فشار خون و دیابت
- ۲) افزایش شیوع اضافه وزن و چاقی
- ۳) افزایش چشم‌گیر مصرف چربی، روغن‌ها، نمک و قندهای ساده
- ۴) کاهش مصرف میوه، سبزی و لبنیات

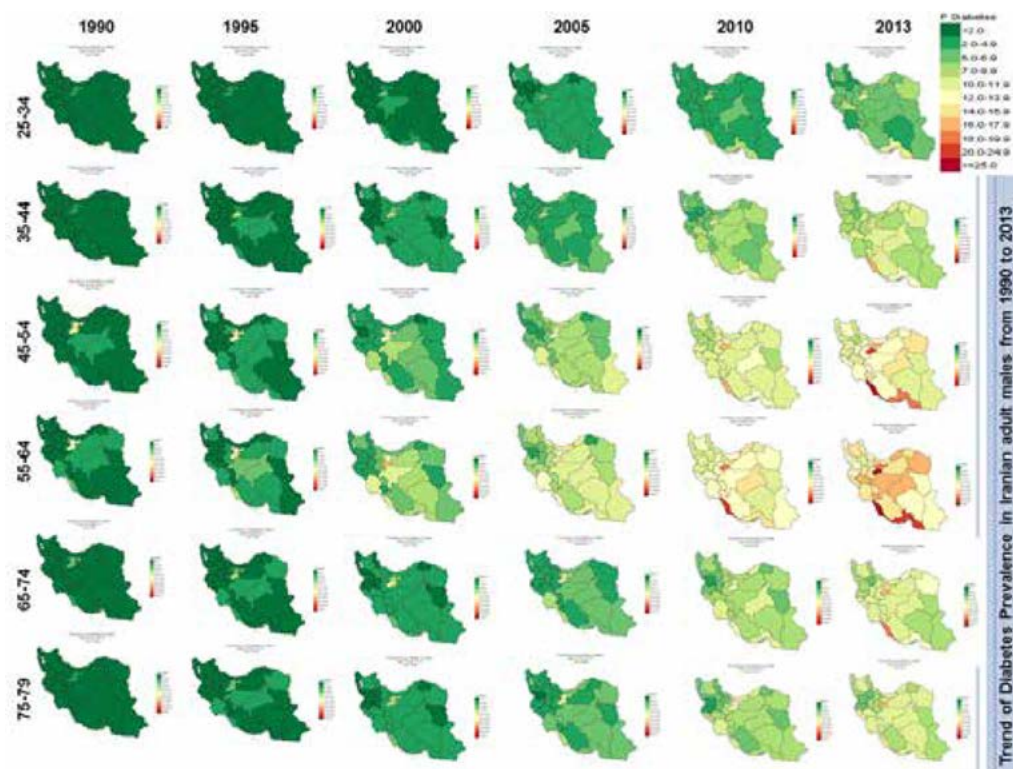
حدود ۸۰ درصد جمعیت دنیا از ۵ واحد توصیه شده میوه و سبزی جات در طول روز استفاده نمی‌کنند. از جمله عادات تغذیه‌ای پیشنهاد شده در سطح جهانی برای کنترل بیماری‌های غیر واگیر می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: غذاهای دریایی (اسید چرب امگا ۳)، عدم مصرف چربی ترانس، غلات کامل (کیفیت کربوهیدرات)، میوه و سبزیجات، عدم مصرف چربی‌های اشباع، مصرف آجیل و حبوبات، مصرف نمک کم‌تر (به دلیل ایجاد فشار خون)، اندازه‌های کوچک‌تر وعده‌های غذایی و مصرف کم نوشابه‌ها. بیشترین میزان DALY متناسب به عوامل خطر تغذیه‌ای طی سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ در بین سه گروه سنی، مربوط به گروه سنی ۷۰ سال به بالا بوده است که در تمامی سال‌های مورد بررسی در این گروه سنی، ایران نسبت به جهان، میزان عامل خطر بیش‌تری داشته است. همچنین، در ایران و جهان و در تمامی گروه‌های سنی، روند تا سال ۱۹۹۵ به صورت صعودی بوده و پس از آن، به صورت نزولی درآمده است. (نمودار ۳-۱۶)



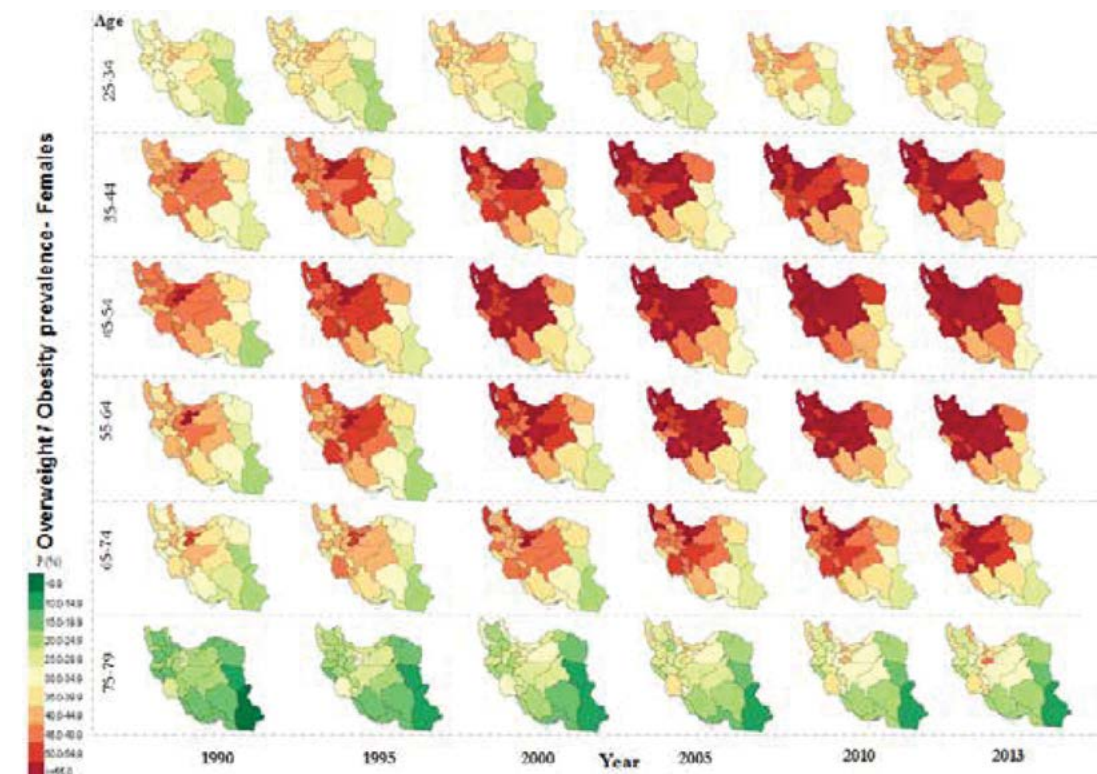
نمودار ۳-۱۶ میزان DALY در ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت، متناسب به عوامل خطر تغذیه‌ای در سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ بر حسب گروه‌های سنی در جهان و ایران



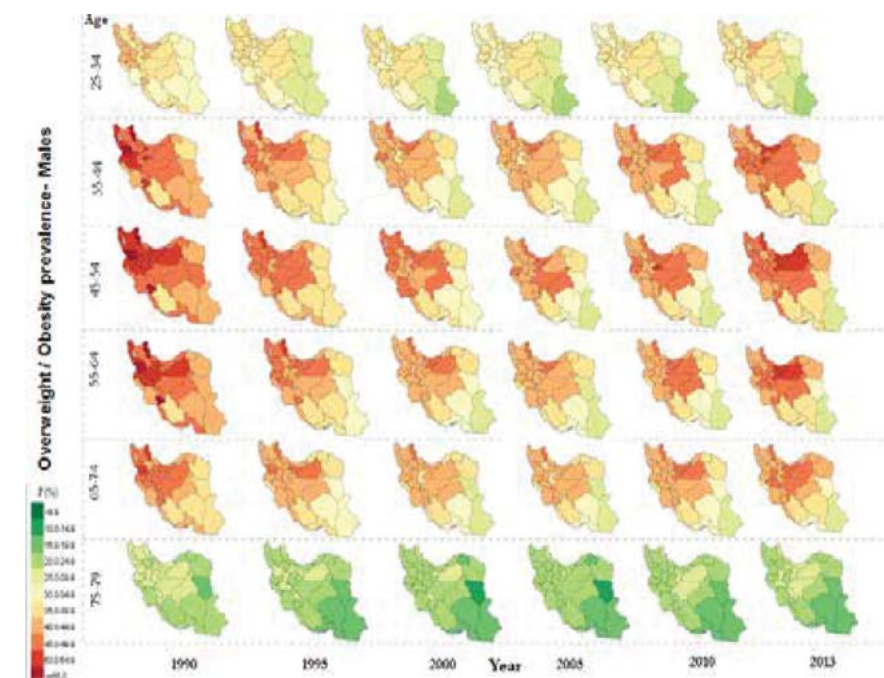
شکل ۳-۵ شیوع دیابت در زنان ایرانی از سال ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۳ به تفکیک استان و گروه های سنی



شکل ۳-۶ شیوع دیابت در مردان ایرانی از سال ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۳ به تفکیک استان و گروه های سنی



شکل ۳-۳ شیوع چاقی / اضافه وزن در زنان ایرانی از سال ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۳ به تفکیک استان و گروه های سنی



شکل ۳-۴ شیوع چاقی / اضافه وزن در مردان ایرانی از سال ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۳ به تفکیک استان و گروه های سنی

هدف ۵:

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

در دهه های اخیر طیف بیماری و مرگ در بسیاری از کشورها تغییر کرده و یکی از علل عمده مرگ و ناتوانی در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه آسیب های ناشی از حوادث (ترافیکی و...) می باشد. آسیب ها (Injuries) به عنوان یک چالش مهم جهانی شناخته شده است. هر ساله آسیب ها موجب مرگ حدود ۵ میلیون نفر یا به عبارتی ۹٪ از مرگ ها را می شوند. می توان گفت هر ۶ ثانیه یک نفر در جهان در اثر آسیب جان خود را از دست می دهد. ۲۴٪ این مرگ ها ناشی از حوادث ترافیکی، ۱۸٪ حوادث غیرعمد، ۱۶٪ خودکشی و ۱۴٪ ناشی از افتادن می باشد. همچنین آسیب هایی که منجر به مرگ نمی شوند هزینه های پنهان و آشکار بسیاری را برای خانواده ها و جوامع وارد می کنند.

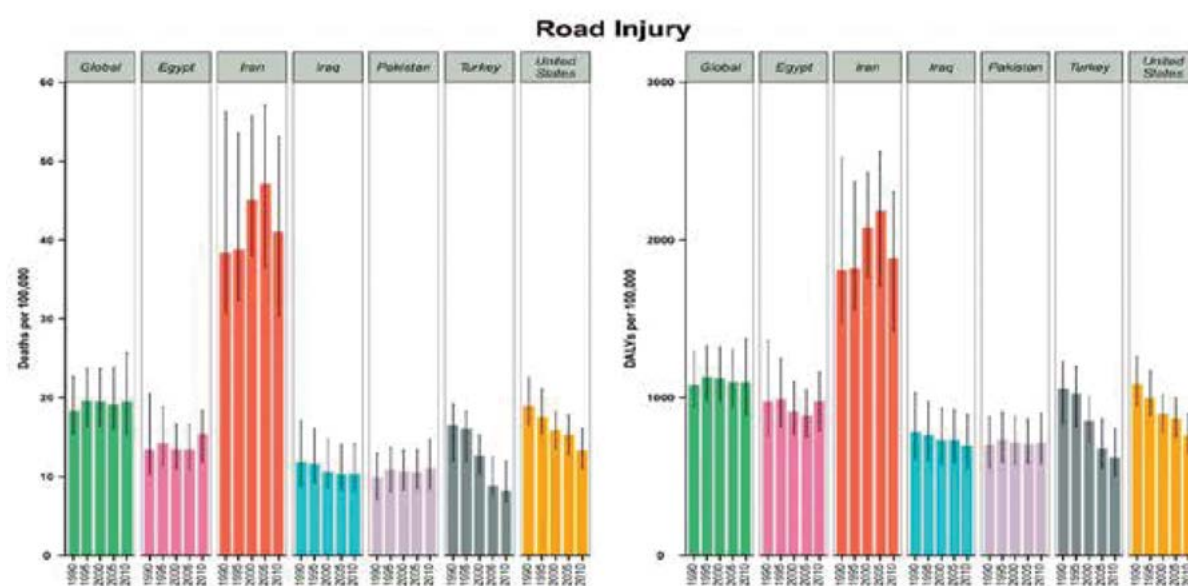
حوادث رانندگی یکی از عواملی است که موجب آسیب می شود و هشتمین علت مرگ در جهان می باشد. همچنین حوادث رانندگی اولین عامل مرگ در گروه سنی ۱۵-۲۹ سال به شمار می آید. مطالعه روندهای فعلی نشان داده است که در سال ۲۰۳۰ حوادث رانندگی تبدیل به پنجمین عامل مرگ در جهان خواهد شد. براساس گزارش ۲۰۱۴ سازمان بهداشت جهانی، سال های از دست رفته زندگی (YLL) در اثر آسیب های رانندگی بین سال های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۲، ۱۴٪ افزایش داشته است. در گزارش بار بیماری ها (۲۰۰۸) پیش بینی شده است که مرگ ناشی از تصادفات رانندگی از ۱,۳ میلیون نفر در سال ۲۰۰۴ به ۲,۴ میلیون نفر در سال ۲۰۳۰ خواهد رسید. براساس گزارشی در سال ۲۰۰۳، آسیب های ناشی از حوادث بیشترین بار بیماری را شامل می شد و اولین عامل سال های از دست رفته زندگی بود. در ایران، آسیب های رانندگی به عنوان عامل سوم مرگ شناخته شده که عامل بیش از ۳۲۰۰۰ مرگ در سال ۲۰۱۲ معرفی شده است. همچنین ۷٪ از مرگ کودکان زیر ۵ سال در سال ۲۰۱۳ در ایران ناشی از حوادث رانندگی بود. در استان آذربایجان شرقی حوادث پس از بیماری های قلبی عروقی و سرطان ها در رتبه سوم علت مرگ و میر قرار دارد.

در استان آذربایجان شرقی در سال ۱۳۹۰ تعداد ۱۹۳۰ مورد مرگ ناشی از حوادث ثبت شده است که ۱۰۶۳ مورد (۵۵٪) آن ناشی از حوادث ترافیکی، ۳۵٪ بعلت سایر حوادث غیر عمدی، ۷٪ بعلت خودکشی و ۳٪ ناشی از خشونت بوده است. تعداد کل مصدومین مراجعه کننده به اورژانس بیمارستان ها در سال ۱۳۹۱ در استان ۱۱۰۹۳۱ مورد بوده است که ۴۰٪ بعلت ضربه، ۳۸٪ بعلت حوادث ترافیکی و ۲۲٪ بعلت سقوط بوده است. در سال ۹۰ حدود ۶۲٪ مصدومین حوادث ترافیکی مربوط به رانندگان و سرنشینان خودرو بوده، ۲۳٪ مربوط به موتورسواران و ۱۵٪ مربوط به عابرین پیاده می باشد. در سال ۹۱ حدود ۵۸٪ مصدومین حوادث ترافیکی مربوط به رانندگان و سرنشینان خودرو بوده، ۲۶٪ مربوط به

موتورسواران و ۱۶٪ مربوط به عابرین پیاده می باشد.

همانگونه که در کشورهای با درآمد بالا اتفاق افتاده است این امکان وجود دارد که میزان مرگ و میر ناشی از حوادث ترافیکی را کنترل و پیشگیری نمود.

براساس میزان مرگ و DALY ناشی از سوانح و حوادث جاده ای بین سالهای ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰، بیشترین مقدار در بین مناطق مورد بررسی مربوط به کشور ایران بوده است که این روند تا سال ۲۰۰۵ به صورت صعودی و پس از آن، سیر نزولی داشته است. بطور کلی، میزان مرگ و DALY در جهان در سال های ابتدایی مطالعه، روند صعودی خفیفی داشته اما روند آن در کشورهای عراق، ترکیه و آمریکا، نزولی بوده است. (نمودار ۱۸-۳)



نمودار ۱۸-۳ میزان مرگ و DALY در ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت، ناشی از سوانح و حوادث جاده ای در سال های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ در جهان، ایران و ۵ کشور دیگر

چنان که در نمودار ۱۶-۳ نشان داده شده است؛ بیشترین سهم در میزان مرگ منتسب به سوانح و حوادث جاده ای در سال ۲۰۰۵ در هر دو جنس متعلق به وسایل نقلیه موتوری با ۳ یا بیش از ۳ چرخ بوده است (نمودار ۱۹-۳).

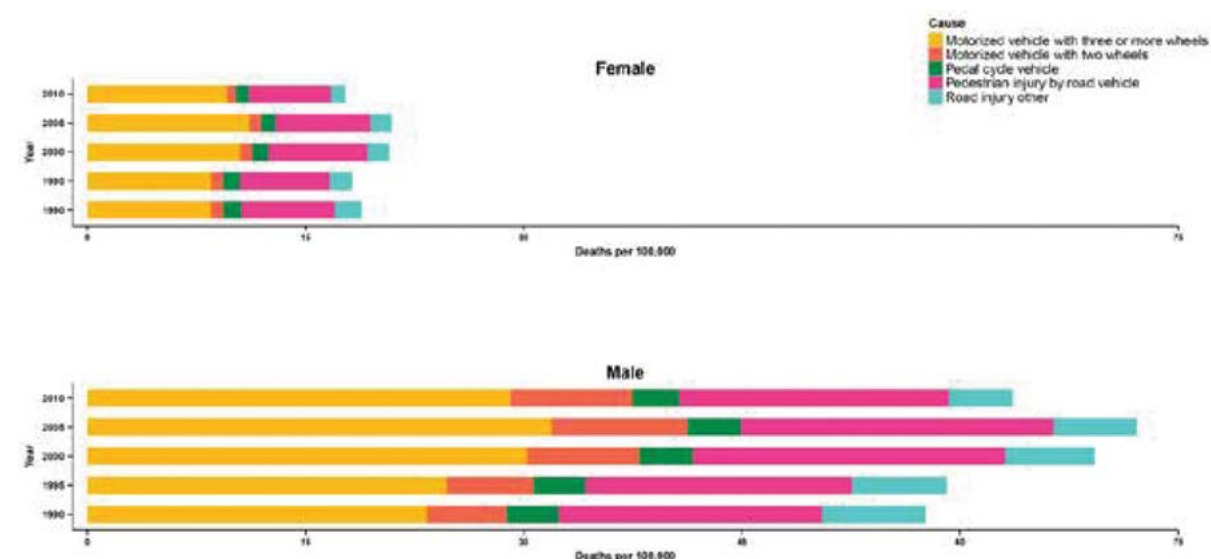
همانند میزان مرگ، بیشترین میزان DALY ناشی از سوانح و حوادث جاده ای در سال ۲۰۰۵ به دلیل سوانح مربوط به وسایل موتوری با ۳ یا بیش از ۳ چرخ بوده است (نمودار ۲۰-۳).

هدف ۶:

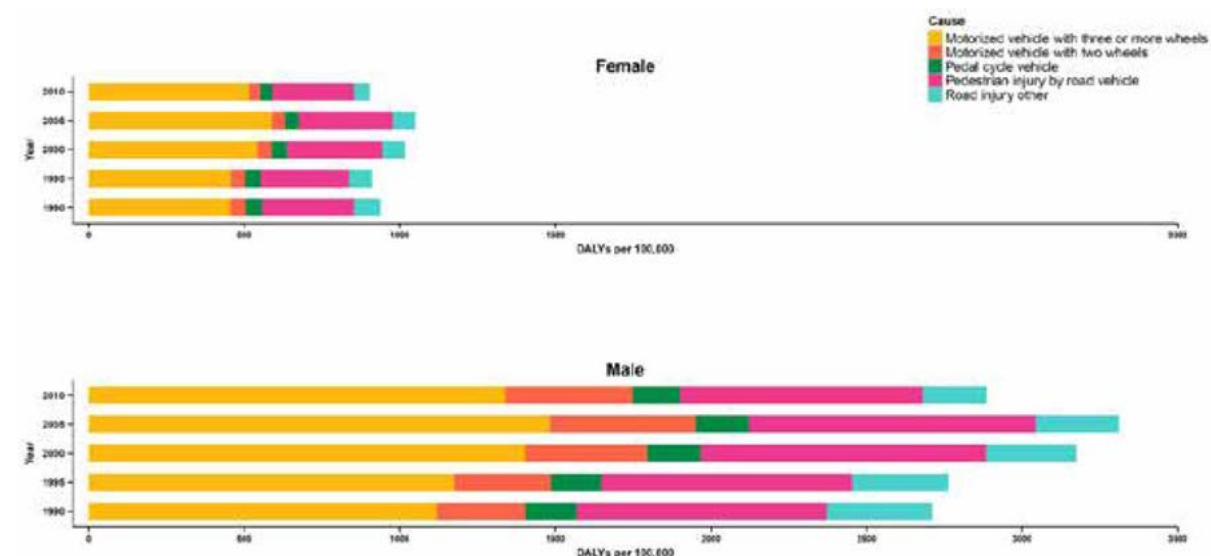
دسترس‌ی و دریافت داروهای اساسی و مشاوره (مانند کنترل قند خون و بیماریهای روانی عصبی) توسط حداقل ۸۰٪ از افراد واجد شرایط به منظور پیشگیری و درمان بیماریهای غیر واگیر و عوارض آنها (در سند استانی دسترس‌ی ۱۰۰٪ افراد واجد شرایط به داروهای ضروری و ۸۰٪ مشاوره لازم برای مصرف داروها تا سال ۱۴۰۰ پیش بینی شده)

داروها می‌توانند اثرات جانبی ناخواسته ایجاد کنند. برخلاف تصور عموم که اثرات جانبی دارو را فقط مختص مصرف خودسرانه دارو می‌دانند باید دانست که اثرات جانبی ناخواسته توسط همه انواع داروها ایجاد می‌شوند؛ هم داروهایی که توسط پزشک نسخه شده‌اند و هم داروهایی که بدون نسخه تهیه می‌شوند.

مصرف صحیح دارو یکی از ارکان اصلی درمان بیماری و پیشگیری از بروز بیماریهای ثانویه و عوارض دارویی است. مصرف غیر صحیح دارو و یا عدم رعایت پروتکل درمانی با ایجاد عوارض دارویی -تداخل دارویی - هزینه های مستقیم و غیر مستقیم و هزینه نامحسوس (درد و رنج ناشی از بیماری) اثرات زیان باری بر بیمار و جامعه می‌گذارد با رعایت پروتکل دارودرمانی، بیمار به بهترین اثر درمانی دست یافته و با حداقل عوارض دارویی مواجه می‌شود شاخص متوسط ارقام دارویی در هر نسخه برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی در استان آذربایجان شرقی ۲,۷ می‌باشد که استاندارد این شاخص بر اساس دستورالعمل بیمه روستایی و پزشک خانواده ۲,۵ پیش بینی شده است داروهای مورد نیاز بیماران قلبی عروقی (ساکن در مناطق مجری برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی) طبق لیست دارویی برنامه پزشک خانواده در مراکز مجری برنامه مذکور تامین می‌شود با تدوین این برنامه زبان مشترکی برای مدیریت تامین داروهای مورد نیاز بیماران قلبی عروقی و سکنه مغزی بیماریهای روانی عصبی بین ذینفعان ایجاد شده و دستیابی به اهداف تعیین شده تسهیل و تسریع می‌گردد در صورت نیاز به داروهای خارج از لیست دارویی برنامه پزشک خانواده با هماهنگی بین بخشی (بیمه -داروخانه‌های طرف قرارداد و دانشگاه) این نیاز تامین خواهد شد.



نمودار ۱۹-۳ میزان مرگ در ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت، ناشی از سوانح و حوادث جاده‌ای در سال های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ به تفکیک جنسیت و نوع وسیله نقلیه در ایران



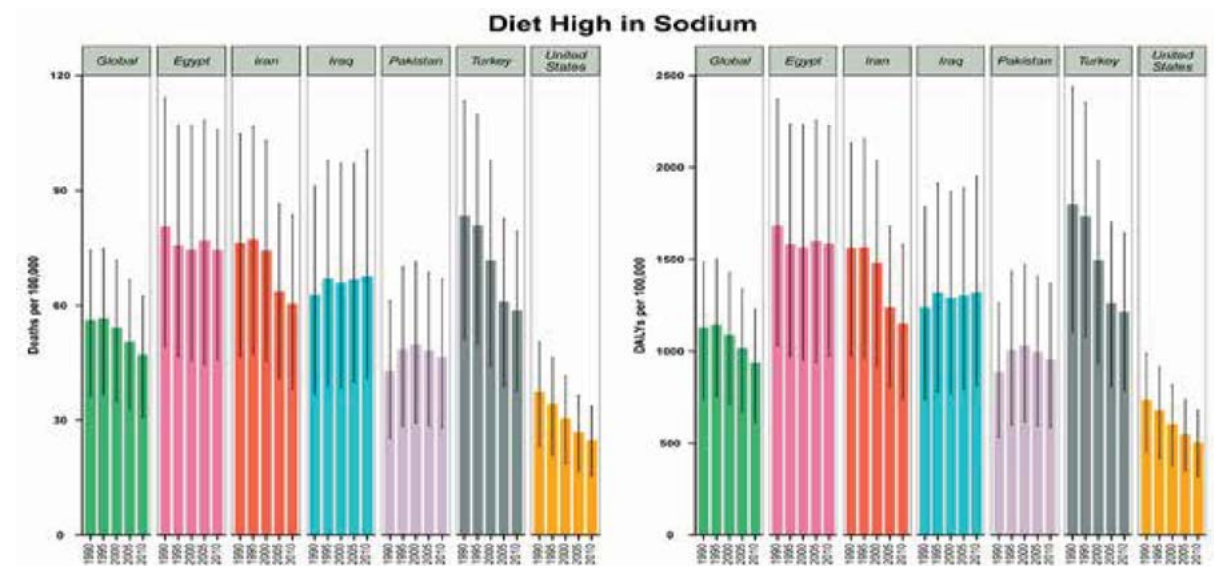
نمودار ۲۰-۳ میزان DALY در ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت، ناشی از سوانح و حوادث جاده‌ای در سال های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ به تفکیک جنسیت و نوع وسیله نقلیه در ایران

براساس گزارش وضعیت مرگ و میر ناشی از سوانح ترافیکی در استان در پایان سال ۱۳۹۴ که از برنامه نرم افزار ثبته مرگ و میر استخراج شده است، میزان مرگ ناشی از سوانح ترافیکی در استان آذربایجان شرقی ۲۲,۴ در ۱۰۰ هزار نفر جمعیت می‌باشد. بیشترین میزان مرگ ثبت شده مربوط به شهرستان عجب شیر با میزان ۳۶,۹ در ۱۰۰ هزار نفر گزارش شده است.

هدف ۷:

۳۰٪ کاهش نسبی در متوسط مصرف نمک و سدیم در جامعه

در بین کشورهای مورد مطالعه طی سال های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰، میزان مرگ منتسب به مصرف زیاد سدیم در ایران بیش از متوسط جهان بوده است. این در حالی است که نرخ مرگ در مصر، عراق و ترکیه نیز از متوسط میزان جهانی بالاتر است. بر اساس نتایج بدست آمده، میزان مرگ منتسب به مصرف مقادیر زیاد سدیم در ایالات متحده آمریکا و پاکستان، کم تر از سایر کشورهای مورد مطالعه و حتی کم تر از متوسط میزان جهانی آن بوده است. در بحث DALY نیز کشورهای مورد مطالعه و ایران، الگویی مشابه الگوی مرگ و میر را دنبال می کنند. شایان ذکر است که میزان DALY و مرگ ناشی از مصرف زیاد سدیم در ایران از سال ۱۹۹۵ میلادی به بعد، کاهش چشم گیری نشان می دهد (نمودار ۲۱-۳).



نمودار ۲۱-۳ میزان مرگ و DALY در ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت، منتسب به عامل خطر مصرف زیاد سدیم در سال های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ در جهان، ایران و ۵ کشور دیگر

بررسی های انجام شده در خصوص علل زمینه ای موثر در بروز و شیوع بیماری های قلبی عروقی، فشارخون بالا، سرطان ها و ... نشان می دهد که مصرف زیاد نمک از عوامل بسیار مهم و جدی در بروز این مشکلات به شمار می آید. در این میان ایران یکی از پرمصرف ترین کشورها در مورد نمک است. براساس برآوردهای موجود میزان دریافت روزانه نمک در ایران حدود ۱۰ تا ۱۵ گرم در روز است. مصرف نمک در استان آذربایجان شرقی نیز بسیار بالاست بطوریکه بر اساس مطالعه اخیر وضعیت تغذیه، مصرف آن حدود هفت برابر حداکثر میزان توصیه شده برآورد شده است. نمک دریافتی شامل نمک موجود در مواد غذایی، نمک اضافه شده در فرآیند مواد

غذایی، نمک اضافه شده به غذا در زمان طبخ و نمک نمکدان (سرسفره) است. در کشورهای توسعه یافته بیشتر از ۸۰٪ نمک مصرفی نمک های پنهان در مواد غذایی است که با مصرف غذاهای غیرخانگی، غذاهای فرآوری شده و فست فودها تأمین می شود. ولی در کشور ما با توجه به الگوی مصرف مواد غذایی، بیشترین منبع مصرف نمک از طریق افزودن نمک به غذاهای خانگی است. مطالعات نشان می دهد که حدود ۷۴٪ خانوارهای استان آذربایجان شرقی، سرسفره و هنگام صرف غذا بطور همیشگی از نمکدان استفاده می کنند. علاوه بر این، با توجه به متوسط مصرف نان در کشور و استان آذربایجان شرقی، مقدار زیادی از نمک مصرفی ما از نمک موجود در نان ها ناشی می شود.

در چنین شرایطی سفره خانوارها می تواند بجای تأمین سلامت، تهدید کننده حیات بوده و مصرف زیاد نمک می تواند شیرینی و حلاوت زندگی را به تلخی تبدیل کند. چرا که تداوم مصرف زیاد نمک یا غذاهای شور می تواند مشکلاتی از جمله فشارخون بالا، نارسایی کلیه، بیماری های قلبی عروقی، سکته قلبی، پوکی استخوان، سرطان معده، آسم و ... را به همراه داشته باشد. بنابراین برنامه ریزی جهت فرهنگ سازی و آموزش همگانی تغذیه صحیح و کاهش مصرف نمک به منظور خودمراقبتی و بهره مندی از اصول پیشگیری اولیه، اصلاح باورها و تغییر رفتارهای فردی و اجتماعی و ... بعنوان یک ضرورت مورد تأکید قرار می گیرد. (جدول ۷-۳)

جدول ۷-۳. فراوانی و چگونگی استفاده از نمکدان، سر سفره و هنگام صرف غذا در خانوارهای مورد بررسی استان آذربایجان شرقی در سال ۱۳۹۱

مصرف نمکدان سرسفره	شهری درصد	روستایی درصد	کل نمونه ها درصد
بلی، همیشه	۷۱/۴	۷۸/۶	۷۴
بلی، گاهگاهی	۱۳/۴	۱۶/۴	۱۴/۵
خیر	۱۵/۲	۵	۱۱/۵
کل	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰

هدف ۸:

کاهش نسبی ۳۰٪ در مصرف سرانه قند و شکر

یکی از مواد غذایی که روزانه به‌طور مداوم و به مقدار چشمگیری توسط مردم مصرف می‌شود، قند و شکر است. قند و شکر در فرهنگ غذایی ما جای گرفته است و هرروز از این ماده غذایی شیرین استفاده می‌کنیم. این مواد غذایی در هر غذایی که طعم شیرین دارد و یا در ترکیب آن شکر به‌کاررفته است، به‌طور نهان یا آشکار وجود دارد. بدن برای عملکرد مناسب به مقدار زیاد مواد قندی نیاز ندارد و این در حالی است که بسیاری از مردم بیشتر از آنچه فکر می‌کنند، قند مصرف می‌کنند، به‌طوری‌که در پنجاه سال اخیر مصرف قند در جهان سه برابر شده است. به‌عنوان مثال در مطالعه‌ای در استان آذربایجان شرقی بیش از دو برابر مقدار توصیه‌شده قند و شکر مصرف می‌شود. (جدول ۸-۳) این در حالی است که مصرف زیاد قند عوارض جسمانی متعددی نظیر اضافه‌وزن و چاقی، فشارخون بالا، دیابت، ابتلا به بیماری‌های قلبی، آرتریت و آسیب‌های

جدول ۸-۳. فراوانی مصرف مواد غذایی در خانوارهای مورد بررسی
استان آذربایجان شرقی در سال ۱۳۹۱

مواد غذایی	دفعات صرف	شهری درصد	روستایی درصد	کل نمونه ها درصد
قند و شکر	روزانه	۸۶/۲	۸۹/۲	۸۷/۳
	هفتگی	۱۰/۲	۴/۵	۸/۱
	به ندرت	۳/۶	۵/۷	۴/۴
	هرگز	۰	۰/۶	۰/۲
	کل	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰
نوشابه های گازدار	روزانه	۸/۷	۱۱/۳	۹/۷
	هفتگی	۲۰/۳	۱۸/۹	۱۹/۸
	به ندرت	۴۶/۷	۴۴/۷	۴۶
	هرگز	۲۴/۳	۲۵/۲	۲۴/۶
	کل	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰

جدی به کبد را باعث خواهد شد. بالا رفتن کلسترول و تری گلیسیرید خون از شایع‌ترین عوارض مصرف بالای شکر است.

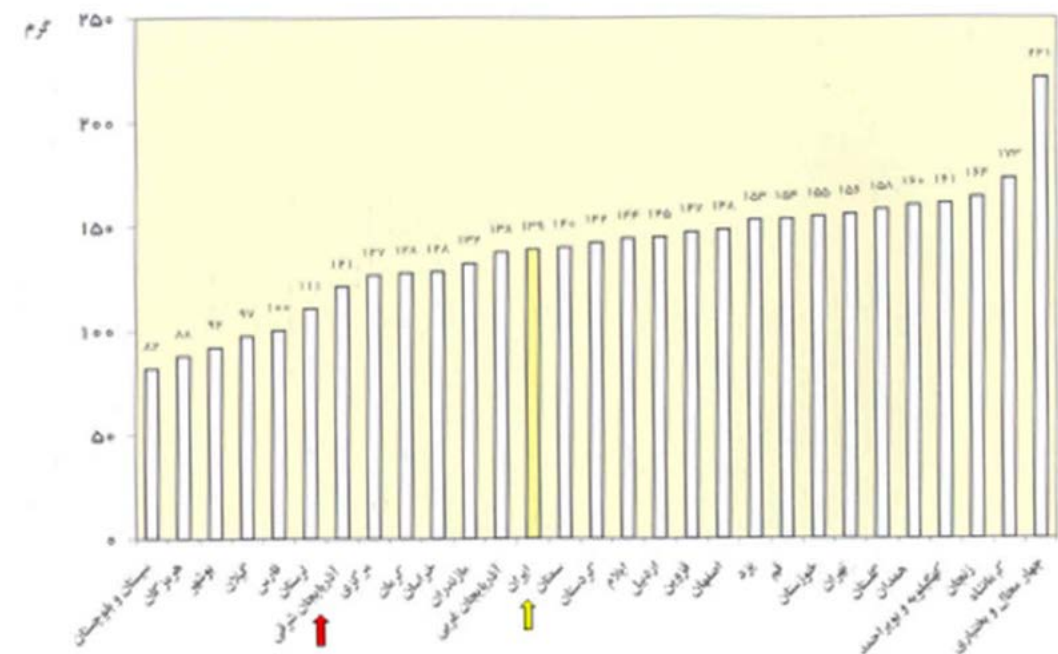
مصرف زیاد قند و شکر و شیرینی باعث افزایش سریع قند خون و ذخیره شدن آن به‌صورت چربی می‌شود و افزایش چربی خون یکی از علل اصلی بیماری قلبی است. بیماری‌های ذکرشده که سالانه جان میلیون‌ها نفر را در سراسر جهان می‌گیرد به دغدغه اصلی مسئولین، دانشمندان و همچنین مردم تبدیل شده است. البته با ایجاد تغییراتی ساده در شیوه زندگی و عادت‌های غذایی می‌توان در مقابل این بیماری‌ها مقاومت کرد و گام‌های مؤثری در جهت حفظ سلامت عمومی جامعه برداشت. در این راستا بایستی اقدامات لازم جهت کاهش مصرف قند و شکر در جامعه به عمل آید.

هدف ۹:

افزایش نسبی ۲۰٪ در سرانه مصرف لبنیات

در حال حاضر در دنیا و به تبع آن در ایران و استان آذربایجان شرقی روند اختلالات تغذیه‌ای ناشی از مصرف پایین لبنیات هشداردهنده است. از هر دو زن بالای ۴۰ سال کشور و از هر سه مرد بالای ۴۰ سال کشور یک نفر پوکی استخوان شدید دارد.

سالانه ۵۰ هزار شکستگی استخوان در کشور رخ می‌دهد که ۱۰ هزار نفر آن‌ها به دلیل عوارض ناشی از شکستگی جان خود را از دست می‌هند. بررسی‌های انجام‌شده در خصوص علل زمینه‌ای مؤثر در بروز و شیوع بیماری‌های شایع نشان می‌دهد که مصرف انواع لبنیات کم‌چرب می‌تواند از بروز پوکی استخوان، بیماری‌های قلبی - عروقی، سکت، فشارخون بالا و برخی از انواع سرطان‌ها پیشگیری کند. همچنین شیر و فرآورده‌های آن حاوی کلسیم، پروتئین، فسفر، ویتامین B۱۲، ویتامین B۲ و سایر مواد مغذی بوده و در حقیقت بهترین منبع تأمین‌کننده کلسیم موردنیاز بدن است. باوجوداین، نتایج مطالعات حاکی از آن است که ایران یکی از کشورهایی است که مصرف نوشابه بسیار بالا و مصرف شیر پایین است. (نمودار ۲۲-۳) در ایران بر اساس برآوردها، مصرف لبنیات بر پایه شیر حدود ۷۵ کیلوگرم است. طی مطالعه اخیر در استان آذربایجان شرقی حدود ۱/۳ واحد (توصیه شده: ۲-۳ واحد) لبنیات مصرف می‌شود. درحالی‌که مصرف سرانه شیر و



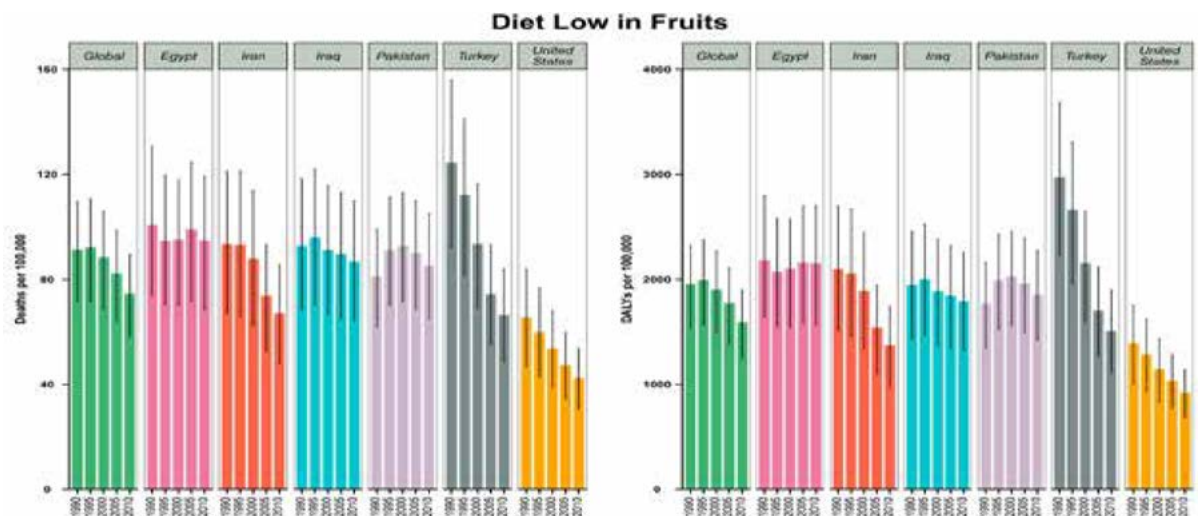
نمودار ۲۲-۳. میانگین گروه لبنیات مصرفی سرانه گرم در روز در استان های کشور (سال ۸۱-۱۳۷۹)

فرآورده‌های آن در کشورهای اروپای غربی ۳۵۰ تا ۵۰۰ کیلوگرم در سال در نوسان است. در چنین شرایطی سفره خانوارها از امنیت غذایی برخوردار نبوده و نیاز به توجه ویژه دارد. لذا برنامه‌ریزی جهت فرهنگ‌سازی و آموزش همگانی تغذیه صحیح و افزایش مصرف شیر و فرآورده‌های آن به‌منظور خود مراقبتی و بهره‌مندی از اصول پیشگیری اولیه به‌عنوان یک ضرورت مورد تأکید قرار می‌گیرد.

هدف ۱۰:

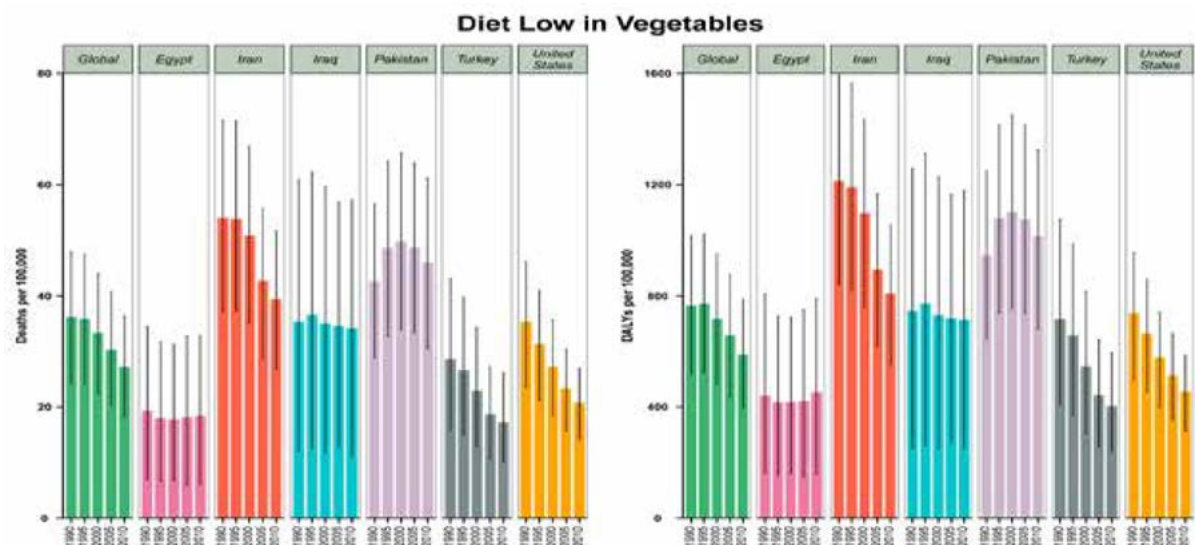
افزایش نسبی ۲۰٪ در سرانه مصرف میوه و سبزیجات

میزان مرگ متناسب به مصرف پایین میوه در سال ۱۹۹۰ در کشور ترکیه، بیش تر از سایر کشورهای مورد مطالعه و بیش تر از متوسط میزان جهانی بوده است، در حالی که این میزان در سال های بعدی، کاهش چشم گیری در این کشور داشته است. این آمار در ایران طی سال های مورد مطالعه، الگویی نسبتاً مشابه دنیا داشته است. بدین صورت که تا سال ۱۹۹۵، افزایش و پس از آن، کاهش چشم گیری در میزان مرگ رخ داده است. در رابطه بامیزان DALY در بازه زمانی مورد مطالعه نیز الگوی تغییرات، مشابه الگوی مرگ و میر بوده است. میزان مرگ و DALY متناسب به کمبود میوه در سال ۲۰۱۰ در ایران، از متوسط جهانی آن پایین تر بوده است (نمودار ۲۳-۳).



نمودار ۲۳-۳ میزان مرگ و DALY در ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت، متناسب به عامل خطر کمبود مصرف میوه در سال های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ در جهان، ایران و ۵ کشور دیگر

در سال ۱۹۹۰، میزان مرگ متناسب به مصرف کم سبزیجات در ایران از سایر کشورهای مورد مطالعه و نیز از متوسط جهانی بسیار بالاتر بوده و در بین کشورهای مورد مطالعه، پاکستان بیش ترین میزان مرگ بر اثر عامل فوق را در سال های مورد مطالعه داشته است. با این وجود، با گذر زمان، کاهش قابل ملاحظه ای در میزان مرگ متناسب به عامل خطر مصرف کم سبزیجات در ایران ملاحظه می شود اما در سال ۲۰۱۰، این میزان هنوز از متوسط جهانی بالاتر بوده است. در رابطه با DALY نیز شواهد، الگویی مشابه با نرخ مرگ و میر بر اثر عامل فوق الذکر را نشان می دهد (نمودار ۲۴-۳).



نمودار شماره ۲۴-۳ میزان مرگ و DALY در ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت، متناسب به عامل خطر مصرف کم سبزیجات در سال های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ در جهان، ایران و ۵ کشور دیگر

در بین کشورهای مورد مطالعه، مصر و عراق روندی تصاعدی را در میزان مرگ متناسب به عامل خطر کمبود مصرف غلات کامل بین سال های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ نشان می دهند. در حالی که مصر و ترکیه، بیش ترین میزان مرگ را نسبت به دیگر کشورهای مورد مطالعه و نیز نسبت به متوسط جهانی داشته اند. در این بین، ایران تا سال ۱۹۹۵ روندی تصاعدی و از آن پس، کاهش چشمگیری در نرخ مرگ متناسب به این عامل خطر داشته است. با این حال، همچنان نرخ مرگ در ایران از متوسط جهانی بالاتر بوده است. همچون سایر عوامل خطر در سال های مورد مطالعه، DALY متناسب به کمبود مصرف غلات کامل، الگویی مشابه مرگ و میر را دنبال کرده است (جدول ۹-۳ و ۱۰-۳).

بررسی عوامل خطر بیماریهای غیرواگیر ۸۸-۱۳۸۵				
مصرف میوه و سبزی	۱۵-۶۰ ساله ها	مصرف کمتر از ۵ واحد میوه و سبزی	آ. شرقی	۸۷,۳۰
			کشور	۸۸,۰۱

جدول ۹-۳. وضعیت مصرف میوه طبق بررسی عوامل خطر

هدف ۱۱:

اصلاح الگوی مصرف چربیها و روغنهای خوراکی
کاهش نسبی ۳۰٪ در سرانه مصرف روغن ها و به صفر رساندن میزان
Trans Fatty Acid در روغن های خوراکی و محصولات غذایی

بر اساس تحقیقات انجام شده و نظرات متخصصین تغذیه یکی از عوامل بسیار مؤثر در بروز بیماری های غیرواگیر شایع، نوع و میزان مصرف روغن های خوراکی توسط مردم به شمار می رود. روغن های با اسیدهای چرب اشباع و ترانس بالا موجب افزایش LDL کلسترول شده و با ایجاد تصلب شرایین خطر ابتلا به بیماری های قلبی عروقی را به میزان قابل توجهی افزایش می دهند. طبق بررسی های انجام شده در خصوص الگوی مصرف مواد غذایی خانوار و وضعیت تغذیه ای کشور، مشخص شده است که در سال ۱۳۸۱ استان آذربایجان شرقی مصرف سرانه چربی ۴۹ گرم در روز داشته است در حالی که میانگین مصرف کشوری ۴۶ گرم در روز بود. از طرف دیگر طبق آخرین مصرف، در استان ما هنوز فقط ۴۶٪ خانوارها از روغن های مایع برای پخت و پز مواد غذایی استفاده می کنند که رقم پایینی است.

در اصلاح الگوی مصرف چربی ها و روغن های خوراکی در جامعه بایستی دو نکته کلیدی مد نظر قرار گیرد:

۱. کاهش مصرف چربی ها و روغن های خوراکی به میزان توصیه شده
۲. کاهش دریافت روغن های جامد و اسیدهای چرب ترانس

در چنین شرایطی الگو و عادات غذایی خانوارها می تواند تهدیدکننده جدی سلامتی باشد و بنابراین برنامه ریزی جهت فرهنگ سازی و آموزش همگانی تغذیه صحیح و کاهش مصرف چربی ها و روغن های خوراکی به منظور خود مراقبتی و بهره مندی از اصول پیشگیری اولیه و تغییر رفتارهای فردی و اجتماعی و ... به عنوان یک ضرورت مورد تأکید قرار می گیرد. از این طریق می توان اطلاعات لازم را در مورد استفاده درست از چربی ها و روغن های خوراکی، میزان مصرف و ... را به اطلاع مردم رسانده و ضمن اصلاح نگرش، عملکرد و تغییر ذائقه مردم، مهارت استفاده صحیح از چربی ها و روغن های خوراکی را تقویت نموده و در کنار بهره گیری از سایر رفتارهای سلامت محور، به میزان قابل توجهی بار بیماری های فوق الذکر را کاهش داد.

مصر، ایران و عراق طی سال های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰، بیش ترین میزان مرگ و میر منتسب به عامل خطر کمبود مصرف اسید های چرب غیر اشباع را در بین مناطق مورد بررسی داشته است. با این وجود، باید در نظر داشت که این میزان، کاهش چشم گیری را طی سال های مورد مطالعه در ایران نشان می دهد اما این روند در عراق و مصر، تغییر چندانی نداشته است.

در این بین، پاکستان، مرگ و میری حتی پایین تر از متوسط جهانی داشته که این امر

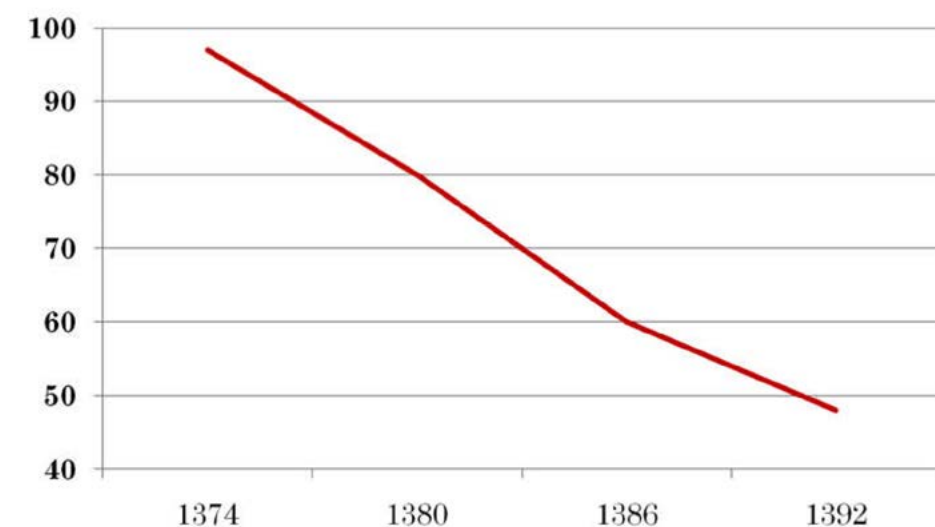
فراوانی مصرف مواد غذایی در خانوارهای مورد بررسی در استان آذربایجان شرقی در سال ۱۳۹۱

مواد غذایی	دفعات مصرف	شهری درصد	روستایی درصد	کل نمونه ها درصد
انواع میوه	روزانه	۸۸	۷۹/۲	۸۴/۸
	هفتگی	۱۰/۵	۱۲/۶	۱۱/۳
	به ندرت	۱/۴	۱/۳	۱/۴
	هرگز	۰	۶/۹	۲/۵
	کل	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰
سبزی تازه (سالاد و سبزی خوردن)	روزانه	۶۹/۶	۷۸	۷۲/۶
	هفتگی	۲۸/۳	۱۸/۲	۲۴/۶
	به ندرت	۱/۸	۱/۳	۱/۶
	هرگز	۰/۴	۲/۵	۱/۱
	کل	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰

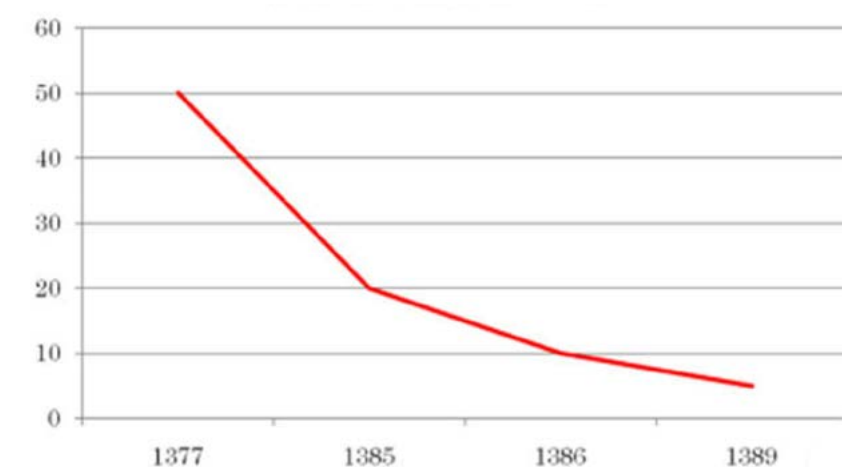
جدول ۱۰-۳. وضعیت فراوانی مصرف میوه و سبزی در استان آذربایجان شرقی

جدول ۱۱-۳. نوع روغن مورد استفاده برای پخت و پز و سرخ کردن در خانوارهای مورد بررسی در استان آذربایجان شرقی در سال ۱۳۹۱

نوع چربی یا روغن مورد استفاده	شهری	روستایی	کل نمونه ها
پخت و پز	روغن نباتی جامد	۳۲/۵	۳۵/۶
	روغن نباتی مایع	۴۸/۴	۴۶/۳
	روغن حیوانی	۵/۸	۷/۶
	روغن دنبه و پیه	۰	۰/۷
	کره گیاهی، مارگارین	۲/۲	۱/۴
	کره حیوانی	۲/۲	۱/۶
	روغن زیتون	۲/۲	۲/۸
	روغن سرخ کردنی	۰/۴	۰/۷
	سایر	۱/۵	۳/۲
	کل	۱۰۰	۱۰۰
سرخ کردن	روغن نباتی جامد	۲۴/۳	۲۲/۳
	روغن نباتی مایع	۲۷/۵	۲۲/۳
	روغن حیوانی	۰/۷	۲/۸
	روغن دنبه و پیه	۰/۷	۰/۷
	کره گیاهی، مارگارین	۰	۰
	کره حیوانی	۰	۰
	روغن زیتون	۱/۱	۲/۱
	روغن سرخ کردنی	۴۴/۶	۴۷/۸
	سایر	۱/۱	۲/۱
	کل	۱۰۰	۱۰۰



نمودار ۲۵-۳. درصد مصرف روغن جامد در کشور



نمودار ۲۶-۳. درصد مصرف روغن ترانس در کشور

در نوع خود جالب توجه وقابل تامل است. میزان DALY متناسب به عامل خطر کمبود مصرف اسیدهای چرب غیر اشباع، مشابه تغییرات مرگ ومیر است (نمودار ۲۵-۳). مرگ در اثر مصرف اسیدهای چرب ترانس در مصر و پاکستان، بیشترین میزان را در بین سایر کشور های مورد مطالعه در بین سال های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ داشته است. ایران دارای تغییراتی افزایشی از سال ۱۹۹۰ تا ۲۰۰۰ بوده و پس از آن، این روند کاهش نشان داده است. آمار مرگ در تمامی کشور های مورد مطالعه به جز ترکیه، بالاتر از متوسط جهانی بوده است. الگوی تغییرات DALY در سال های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ نیز روندی مشابه مرگ در دنیا و در کشورهای مورد مطالعه نشان می دهد (شکل ۲۶-۳). تحقیقات نشان داده است که LDL بالا مهمترین نقش را در ایجاد آترواسکلروز و بیماریهای

گسترده از الزامات توفیق چنین مداخله هایی است.

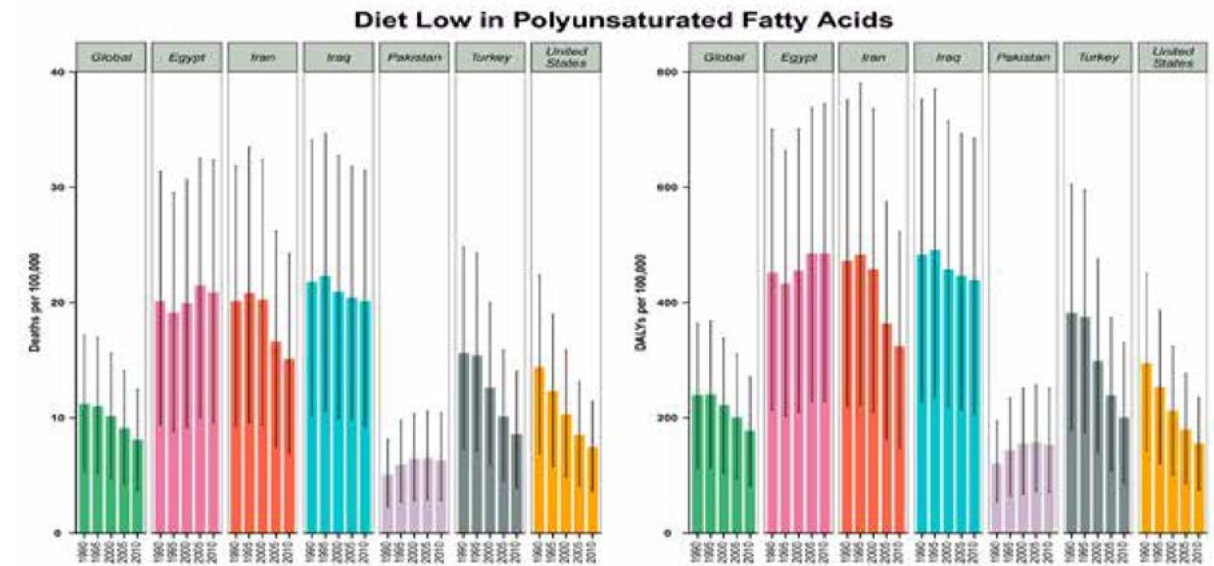
بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی، در سال ۲۰۰۸ حدود ۳۹٪ از بالغین ۲۵ سال به بالا، میزان کلسترول بالا داشته اند. بر اساس همین گزارش ۵۴/۱٪ از جمعیت ایران مبتلا به هیپرکلسترولمی بوده اند. این میزان در مقایسه با سایر کشورها زیاد می باشد. در این گزارش ها، هیپرکلسترولمی با میزان کلسترول توتال بیشتر از ۵ mmol/l یا ۱۹۳ mg/dl بالا تعریف شده است.

در گزارش وزارت بهداشت، میزان متوسط کلسترول توتال در ایران در سال ۱۳۸۵، ۱۸۵/۵ mg/dl و شیوع کلسترول بالاتر از ۲۰۰، ۳۲/۸٪ گزارش شده است. همچنین شیوع تری گلیسرید بالا در ایران در سال ۱۳۸۶، ۱۹٪، کلسترول توتال بالا در سال ۱۳۸۶، ۳۳٪ و در سال ۱۳۸۳، ۴۴٪ گزارش شده است.

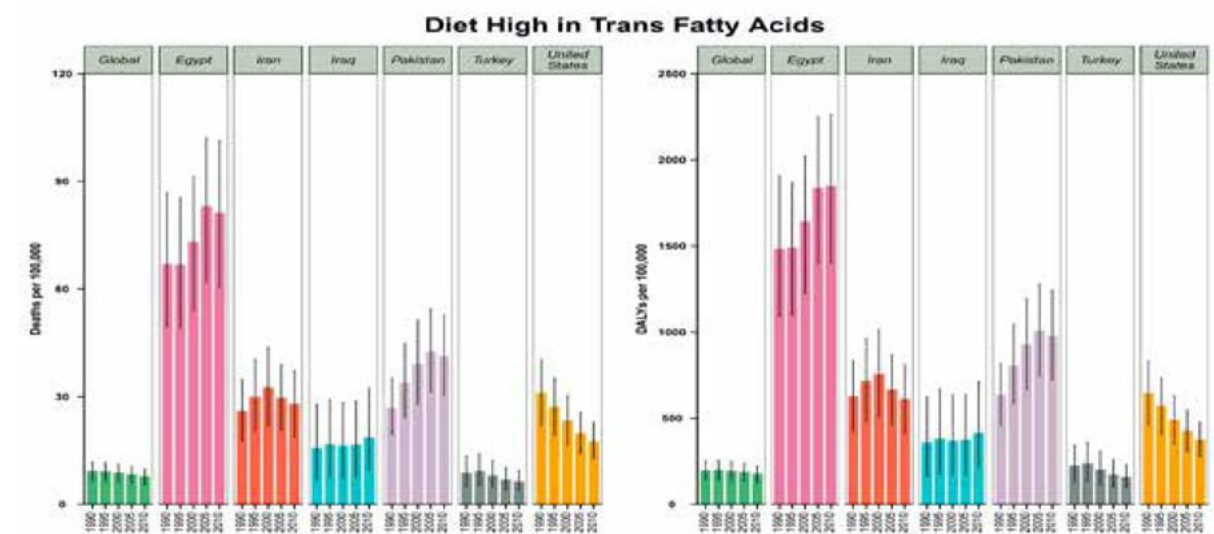
در استان تعداد بیمار شناسایی شده با هیپرلیپیدمی در جمعیت تحت پوشش پزشک خانواده (روستایی و زیر ۲۰ هزار نفر) استان بر اساس آمار جمع آوری شده از مراکز بهداشتی درمانی حدود ۰/۳۵٪ می باشد که بالاترین میزان بیمار شناسایی شده هیپرلیپیدمی در جمعیت روستایی و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر در شهرستان کلیر (حدود ۲/۵۳٪) و کمترین آن در شهرستان مرند (حدود ۰/۶۶٪) می باشد که با توجه به محرومیت شهرستانها و بعد مسافت و عوامل فرهنگی و باورهای جمعیت این مقادیر در سطح شهرستانهای استان متغیر می باشد. در مناطق شهری بالای ۲۰ هزار نفر این میزان حدود ۰/۴۵٪ است که انتظار می رود با اجرای برنامه پزشک خانواده در قالب مجتمع های سلامت میزان بیمار هیپرلیپیدمی شناسایی شده و کیفیت مراقبت بیماران افزایش و بروز عوارض و مرگ و میر ناشی از آن کاهش یابد.

جدول ۱۲-۳. شیوع عامل خطر در استان و کشور مربوط به کلسترول در سال ۹۰

شاخص / عامل خطر						شیوع عامل خطر در استان						شیوع عامل خطر در کشور					
شهری	روستایی	مردان	زنان	کل	هدف	شهری	روستایی	مردان	زنان	کل	هدف	شهری	روستایی	مردان	زنان	کل	هدف
۲۷،۰۴	۲۸،۰۴	۲۱،۵۴	۳۳،۵۱	۲۷،۴۸	۱۵	۳۴،۲۲	۳۰،۳۵	۲۹،۵	۳۶،۲۶	۳۷،۸۱	۱۵						



نمودار ۲۷-۳ میزان مرگ و DALY در ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت، منتسب به عامل خطر کمبود مصرف اسیدهای چرب غیراشباع در سال های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ در جهان، ایران و ۵ کشور دیگر



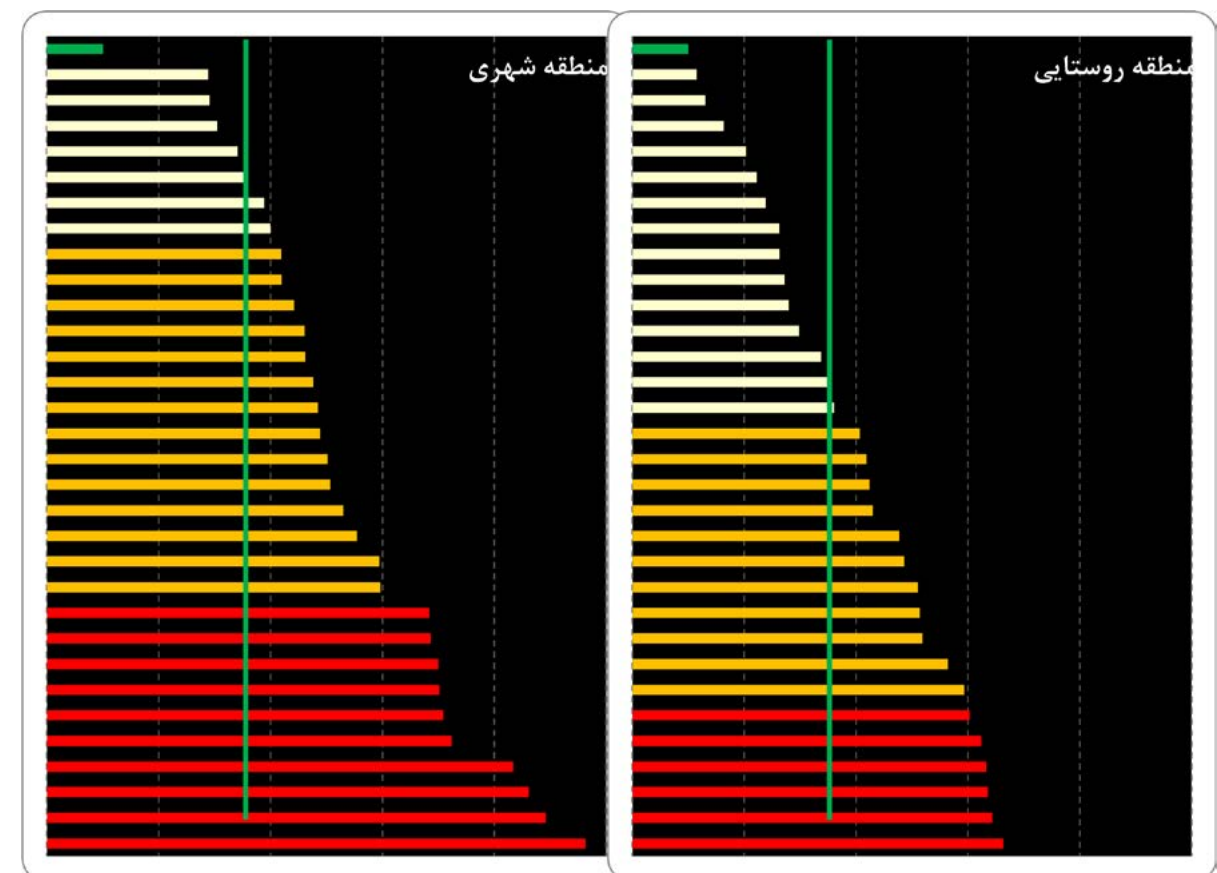
نمودار ۲۸-۳ میزان مرگ و DALY در ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت، منتسب به عامل خطر مصرف زیاد اسیدهای ترانس در سال های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ در جهان، ایران و ۵ کشور دیگر

عروق کرونر ایفا می کند. تخمین زده می شود که در دنیا کلسترول بالا عامل ایجاد ۱۸٪ از بیماریهای عروقی مغز و ۵۶٪ از بیماریهای ایسکمیک قلبی است که این میزان حدود ۲/۹٪ موارد مرگ را در بر می گیرد.

با توجه به شواهد موجود، درمان موثر این موارد و در نتیجه کاستن از خطر بیماریهای ایسکمیک قلب امکان پذیر است، منوط بر آنکه روش های به کار گرفته شده برای شناسایی و درمان افراد پر خطر، مبتنی بر شواهد بالینی معتبر و قابل استفاده در شرایط کشور باشد. با توجه به ضرورت دستیابی به پوشش بالای جمعیتی به منظور کاهش بار بیماری در سطح جامعه، رعایت استانداردهای شناسایی و درمان گروه هدف در سطح

جدول ۱۴-۳. تعداد افراد با چربی خون بالای شناسایی شده در سال ۹۴

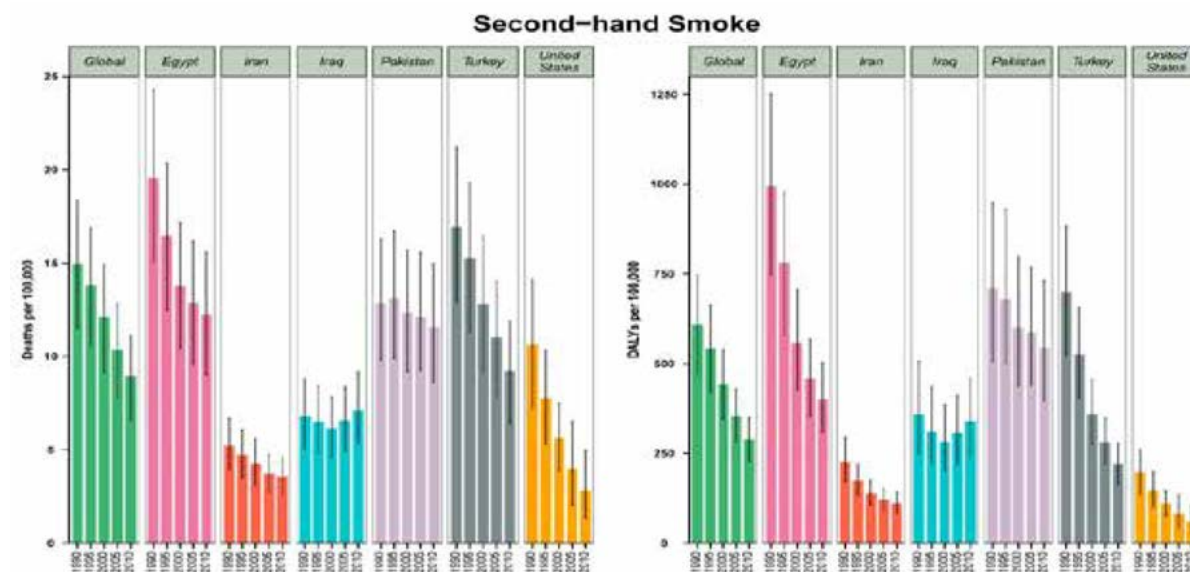
نتایج بررسی چربی خون				
شهرستان	کل پرونده	تعداد مراقبت	میانگین بار مراقبت	درصد بیماریابی
اسکو	۱۰۸۴	۲۷۵۹	۲/۵	۱/۴۶
آذرشهر	۱۵۹۲	۴۷۲۶	۳	۲/۴۷
اهر	۵۸۱	۱۲۵۹	۲/۲	۱/۰۱
بناب	۱۰۱۷	۳۰۳۳	۳	۱/۹
بستان آباد	۱۳۲۲	۳۵۵۲	۲/۷	۱/۲۷
تبریز	۴۴۶۵	۵۲۲۶۹۴	۱۱۷/۱	۱/۹۷
جلفا	۳۹۴	۷۳۴	۱/۹	۱/۵
چاراویماق	۳۰۶	۷۰۵	۲/۳	۰/۹۴
خداآفرین	۴۶۳	۴۷۹	۱	۱/۳۱
سراب	۱۴۲۹	۴۸۲۱	۳/۴	۱/۶۸
شبستر	۲۱۰۷	۶۰۱۰	۲/۹	۱/۶۳
عجب شیر	۴۳۶	۱۳۱۶	۳	۱/۱۹
کلیبر	۱۲۸۸	۴۰۸۳	۳/۲	۲/۵۳
مرند	۷۷۳	۰/۶۶	۳/۴	۰/۶۶
ملکان	۹۹۵	۲۶۱۷	۲/۶	۱/۱۷
میانه	۱۶۰۳	۵۴۷۱	۳/۴	۱/۸۶
هریس	۱۰۱۲	۳۶۳۰	۳/۶	۱/۴۳
هشتروند	۱۳۵۴	۳۸۳۹	۲/۸	۲/۱۴
ورزقان	۳۸۸	۱۰۶۱	۲/۷	۰/۸۳
استان	۲۳۸۳۲۵	۵۷۳۵۶۹	۲/۴	۰/۳۵



نمودار ۳-۲۹. درصد افرادی که دارای کسترول بالا ($Mg/dl > 200$) هستند (۱۳۸۸ - ۱۳۸۵)

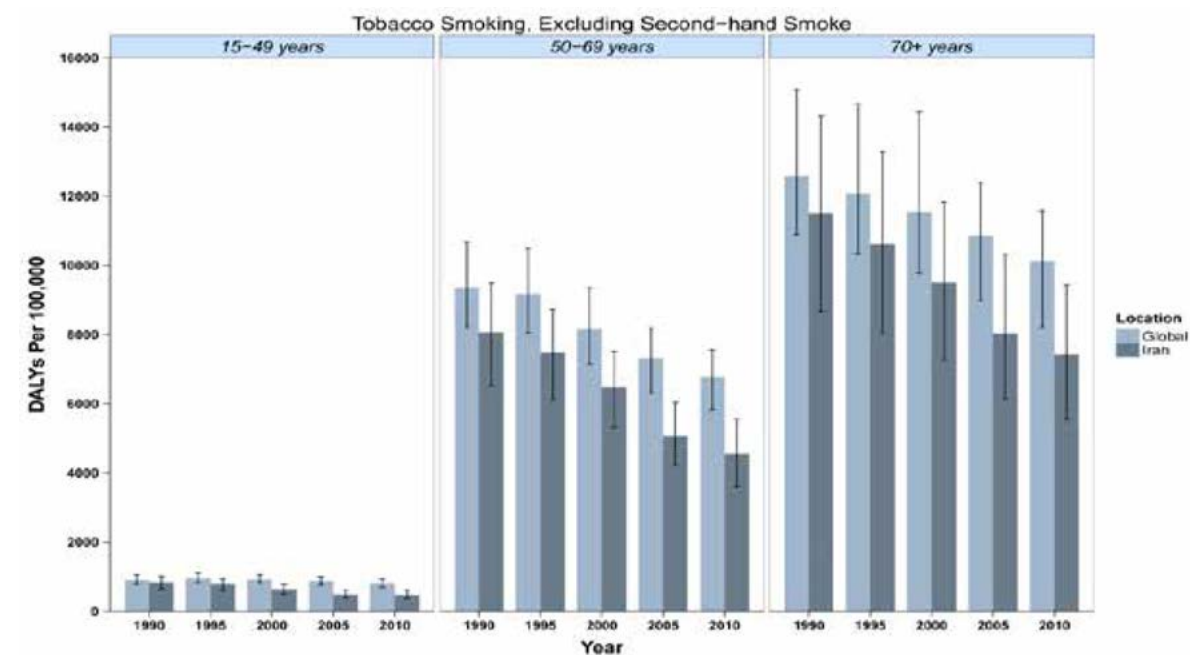
جدول ۱۳-۳. نتایج وضعیت کسترول در بررسی عوامل خطر سال ۹۰

نتایج بررسی عوامل خطر در سال ۱۳۹۰ در کشور			
کل	زن	مرد	
۱۸۰/۳۱ (۱۷۷/۱۱ - ۱۸۳/۵۰)	۱۸۳/۷۲ (۱۸۰/۵۱ - ۱۸۶/۹۴)	۱۷۶/۹۶ (۱۷۳/۲۲ - ۱۸۰/۷۰)	میانگین کسترول خون (mg/dl)
۲۷/۹۷ (۲۵/۰۷ - ۳۱/۰۷)	۳۰/۰۵ (۲۸/۵۵ - ۳۱/۶۰)	۲۵/۹۳ (۲۴/۰۷ - ۲۷/۸۸)	درصد افراد با کسترول خون بالا ($200 \text{ mg/dl} \leq$)
۵/۲۰ (۳/۳۷ - ۶/۶۳)	۶/۲۸ (۴/۰۶ - ۶/۶۹)	۴/۱۴ (۳/۳۱ - ۵/۱۷)	درصد افراد با کسترول خون بالا ($250 \text{ mg/dl} \leq$)



نمودار ۳-۳۱ میزان مرگ و DALY در ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت، متناسب به غیر سیگاری های در معرض دود سیگار در سال های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ در جهان، ایران و ۵ کشور دیگر

بیشترین میزان DALY متناسب به عامل خطر مصرف دخانیات (بدون احتساب غیر سیگاری های در معرض دود سیگار) در بین سه گروه سنی، مربوط به گروه سنی ۷۰ سال به بالا بوده که در تمامی سال های مورد بررسی، ایران همواره نسبت به جهان، میزان DALY کم تری داشته است. میزان DALY برای تمامی گروه های سنی در ایران و جهان دارای روند نزولی بوده است (نمودار ۳-۳۲).

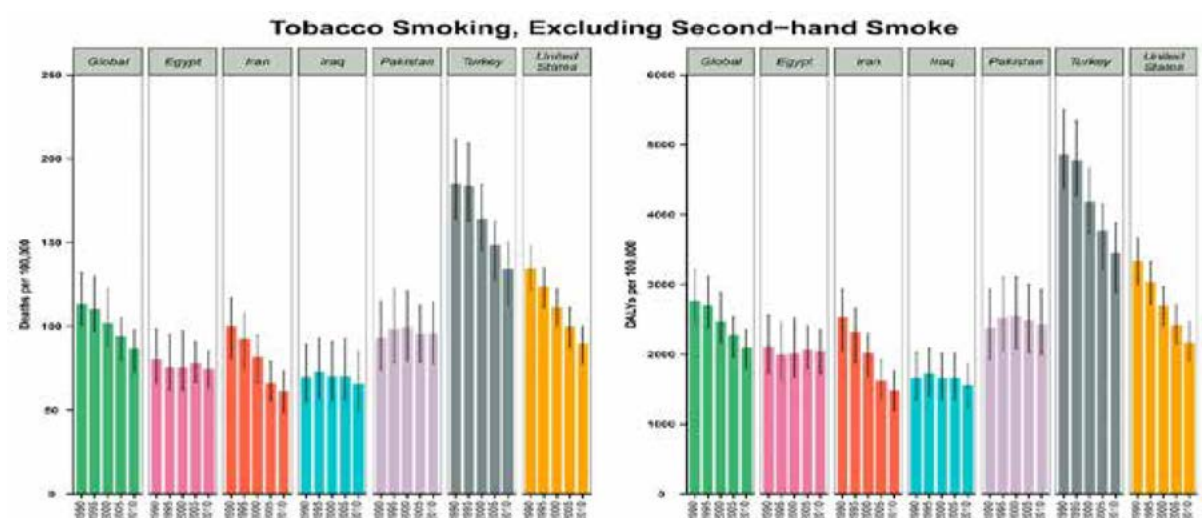


نمودار ۳-۳۲ میزان DALY در ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت برحسب گروه های سنی، متناسب به عامل خطر مصرف دخانیات (بدون احتساب غیر سیگاری های در معرض دود سیگار) در سال های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ در جهان و ایران

هدف ۱۲:

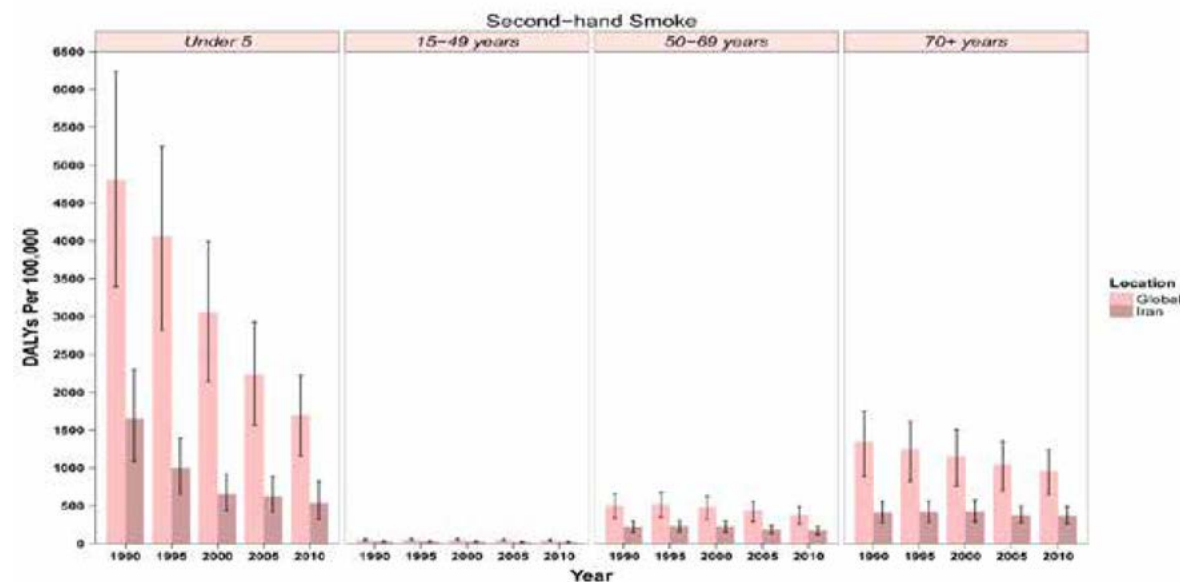
۱۵٪ کاهش نسبی در شیوع مصرف دخانیات در افراد بالاتر از ۱۵ سال (در سند استانی ۱۵٪ کاهش تا ۱۴۰۰ پیش بینی شده)

مصرف 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 دارند که اغلب آن ها از مواد سرطانزای دیگر نیز استفاده می کنند. بیش ترین و کم ترین میزان مرگ و DALY مربوط به عامل خطر مصرف دخانیات (بدون احتساب غیر سیگاری های در معرض دود سیگار)، در بین مناطق مورد بررسی، به ترتیب مربوط به کشورهای ترکیه و عراق بوده است. به طور کلی، روند میزان مرگ و DALY در کشورهای ایران، ترکیه و آمریکا همانند روند کلی در جهان، به صورت نزولی بوده است (نمودار ۳-۳۰).



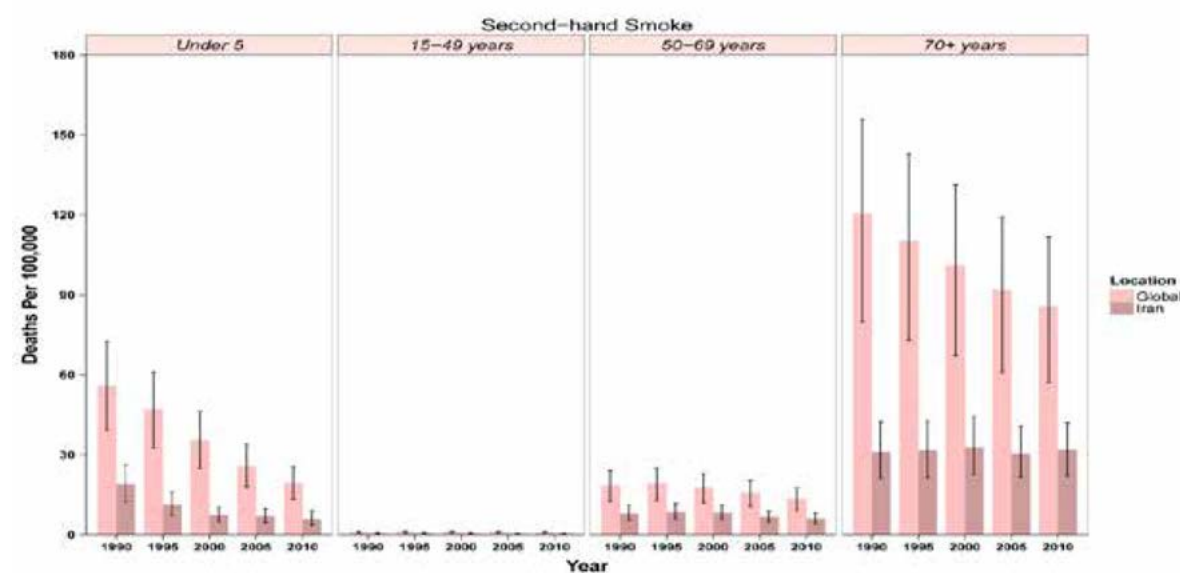
نمودار ۳-۳۰ میزان مرگ و DALY در ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت، متناسب به عامل خطر مصرف دخانیات (بدون احتساب غیر سیگاری های در معرض دود سیگار) در سال های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ در جهان، ایران و ۵ کشور دیگر

بیشترین میزان مرگ و DALY متناسب به غیر سیگاری های در معرض دود سیگار در بین مناطق مورد بررسی، مربوط به کشور مصر بوده است. به طور کلی، روند میزان مرگ و DALY در کشورهای مصر، ایران، پاکستان، ترکیه و آمریکا همانند روند کلی در جهان، نزولی بوده است (نمودار ۳-۳۱).



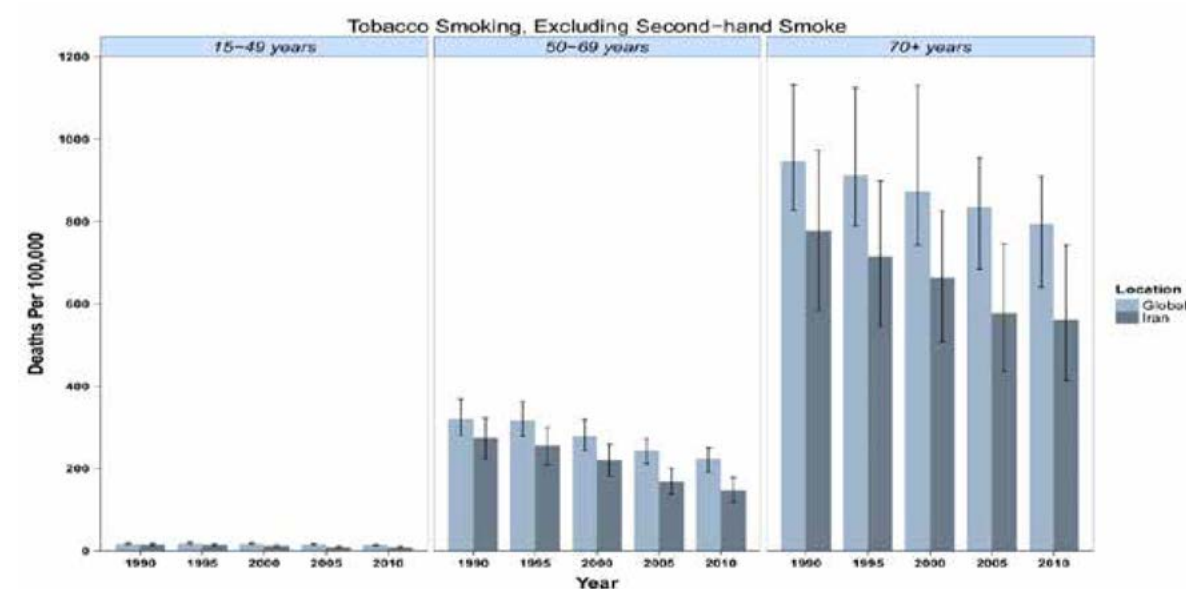
نمودار ۳-۳۴ میزان DALY در ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت برحسب گروه های سنی، منتسب به عامل خطر مصرف دخانیات در سال های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ در جهان و ایران

بیش ترین میزان مرگ منتسب به عامل خطر غیر سیگاری های در معرض دود سیگار در بین چهار گروه سنی، مربوط به گروه سنی ۷۰ سال به بالا بوده و در تمامی سال های مورد بررسی، میزان مرگ در ایران نسبت به جهان کم تر بوده است. هم چنین، میزان مرگ برای تمامی گروه های سنی در ایران و جهان دارای روند نزولی بوده است (نمودار ۳-۳۵).



شکل شماره ۳-۳۵ میزان مرگ در ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت برحسب گروه های سنی، منتسب به عامل خطر غیر سیگاری های در معرض دود سیگار در سال های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ در جهان و ایران

بیشترین میزان مرگ منتسب به عامل خطر مصرف دخانیات (بدون احتساب غیر سیگاری های در معرض دود سیگار) در بین سه گروه سنی، مربوط به گروه سنی ۷۰ سال به بالا است که در تمامی سال های مورد بررسی در این گروه سنی، میزان مرگ منتسب به این عامل خطر در ایران نسبت به جهان، کم تر بوده است. در کل، میزان مرگ منتسب به عامل خطر مصرف دخانیات (بدون احتساب غیر سیگاری های در معرض دود سیگار) برای تمامی گروه های سنی در ایران و جهان دارای روند نزولی بوده است (نمودار ۳-۳۳).



نمودار ۳-۳۳ میزان مرگ در ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت برحسب گروه های سنی، منتسب به عامل خطر مصرف دخانیات (بدون احتساب غیر سیگاری های در معرض دود سیگار) در سال های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ در جهان و ایران

در سال های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰، بیش ترین میزان DALY منتسب به عامل خطر غیر سیگاری های در معرض دود سیگار در بین هار گروه سنی، مربوط به گروه سنی کم تر از ۵ سال بوده است. در تمامی سال های مورد بررسی، میزان DALY منتسب به این عامل خطر در ایران نسبت به جهان، کم تر و برای تمامی گروه های سنی، دارای روند نزولی بوده است (شکل ۳-۳۴).

هدف ۱۳:

افزایش میزان غربالگری، تشخیص و درمان بهنگام افسردگی و اضطراب در افراد بالای ۱۸ سال (دسترسی ۱۰۰ درصد بیماران افسرده و اضطرابی در جمعیت تحت پوشش به خدمات درمان تخصصی روانپزشکی) و توقف نسبی سیر صعودی بیماری هر سال تا میزان ۱ درصد

بررسی مطالعات جهانی نشان دهنده این مطلب است که اختلالات روانپزشکی در دنیا از شیوع قابل توجه و تاملی برخوردار است. یافته‌های پروژه بار بیماری‌های سال ۲۰۱۰، تاکید دارد که اختلالات روانی و سوء مصرف مواد یکی از مهم‌ترین موارد ایجادکننده بار بیماری در جهان بوده است ۱۸۳/۹ میلیون DALY و ۷/۴ درصد از DALY همه بیماری‌ها را به خود اختصاص داده است. این میزان DALY ۸/۶ میلیون YLL و ۱۷۵/۳ میلیون YLD را شامل می‌گردد. در مطالعه بار بیماری‌های ایران در سال ۱۳۸۲، اختلالات روانپزشکی دومین رتبه را در بار بیماری‌های کل ایران بعد از حوادث به خود اختصاص داد. در ۲۰ علت اول بار بیماری‌ها در سال ۱۳۸۲ در ایران، در مردان، اعتیاد، سومین رتبه، اختلال افسردگی، رتبه هفتم و اختلال دوقطبی، رتبه نهم را داشت و در زنان، اختلال افسردگی اساسی، رتبه دوم و اختلال دوقطبی رتبه نهم را به خود اختصاص داده بود. در YLD ها هم، اختلال افسردگی اساسی و اعتیاد، رتبه چهارم و پنجم را در بین YLD ها داشتند. پیمایش ملی سلامت روان در سال ۱۳۸۹ نشان داد که از هر ۴ نفر یک نفر دچار یک یا چند اختلال روانپزشکی است (۲۳٫۶ درصد). بر اساس این پیمایش، شایع ترین اختلالات گروه روانپزشکی، به ترتیب اختلالات اضطرابی (۱۵٫۶ درصد) و خلقی (۱۴٫۶ درصد) است در بین اختلالات اضطرابی، اختلال اضطرابی منتشر با ۵٫۲ درصد و اختلال وسواسی جبری با ۵٫۱ درصد شیوع بالاتری داشته اند در عین حال شایع ترین اختلال در بین کل بیماریها اختلال افسردگی اساسی است در کل نمونه مورد مطالعه ۱۲٫۷ درصد دچار این اختلال بوده اند. همچنین شیوع اختلالات شدید روانپزشکی نیز یک درصد است. با این حال دوسوم از افراد مبتلا، از مداخلات بهداشتی درمانی بهره مند نمی شوند و بسیاری از خدمات ارائه شده نیز فاقد کیفیت مطلوب هستند؛ از طرفی اختلالات روانپزشکی هزینه قابل ملاحظه ای را به خانواده تحمیل می کنند. به طوری که برای یک بیمار روانپزشکی تا بیش از ۳۰ درصد از در آمد خانوار در طول سال هزینه می شود.

آخرین مطالعه با بیمارها در کشور (۲۰۱۰) نیز مشخص کرد که بیمارهای روانپزشکی در مقایسه با سایر بیمارها مهم ترین عامل ناتوانی در سنین ۱۰ - ۴۰ سالگی هستند. و از سوی دیگر در مقایسه با ۱۴ کشور دیگر با در آمد سرانه مشابه، ایران از نظر بار بیماری افسردگی اساسی رتبه نخست دارد. و از نظر اختلالات اضطرابی و مصف مواد در رتبه سوم است. در نهایت اینکه در دو دهه گذشته بار بیماری ناشی از خود کشی، خشونت بین فردی و سوء مصرف مواد افزایش داشته است. در استان آذربایجان شرقی نیز تعداد بیمار شناسایی شده در زمینه اختلالات اعصاب و روان در جمعیت تحت پوشش پزشک خانواده، بر اساس آمار جمع آوری شده از مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی

□ در ایران بر اساس نتایج مطالعات نظام مراقبت های بیماری های غیر واگیر در سال ۱۳۸۸-۱۳۸۵ و بصورت جمعیت محور و در بالغین ۶۴-۱۵ ساله و با نمونه گیری خوشه ای بر روی حجم نمونه ای ۳۰ هزار انجام شده است شیوع استعمال سیگار ۲۱/۰۳ درصد در مردان و ۹/ درصد در زنان و با متوسط ۱۳/۱۰ نخ سیگار در روز می باشد و براساس نتایج تحقیقات فوق استعمال قلیان نیز ۳/۳ در مردان و ۲/۰۰۶ در زنان می باشد.

□ در استان آذربایجان شرقی استعمال سیگار ۲۸/۵۱ درصد در مردان و ۹۳۷/ در زنان می باشد که متاسفانه در مناطق روستائی رتبه اول و در مناطق شهری رتبه دوم را داراست. استعمال قلیان نیز ۳/۶ درصد در مردان می باشد.

همچنین براساس بررسی که در سال ۱۳۹۴ از طرف معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تبریز انجام شده است میزان استعمال سیگار بصورت روزانه در مردان ۲۲/۲٪ و در زنان ۰/۷٪ می باشد. همچنین مصرف سیگار بصورت برخی روزها در مردان ۲/۷٪ و در زنان ۰/۶٪ می باشد. استعمال قلیان بصورت روزانه در مردان ۱/۲٪ و در زنان ۰٪ می باشد همچنین مصرف قلیان بصورت برخی روزها در مردان ۵/۱٪ و در زنان ۰/۸٪ درصد می باشد. مواجهه با دود دست دوم برای افرادی که در مکان های سر بسته کار می کنند ۳۲/۲٪ می باشد.

محل های خرید سیگار :

سوپر مارکت : ۹۶/۴٪

فروندگان دوره گرد : ۱/۲٪

دکه های روزنامه فروشی : ۰/۳٪

غیره : ۲/۱٪

محل های مصرف قلیان :

قهوه خانه : ۳۷٪

خانه : ۲۴/۷٪

مکان های تفریحی : ۱۹/۲٪

غیره : ۱۹/۲٪

در ضمن برای کاهش شیوع مصرف دخانیات برنامه ریزی های لازم جهت ایجاد مراکز مشاوره ترک دخانیات در هر مرکز بهداشت شهرستان یک مرکز و در تبریز حداقل ۱۰ مرکز پیش بینی شده است.

تعداد ۴۷۰۹۸ و میزان شیوع اختلالات روانپزشکی در جمعیت تحت پوشش برنامه پزشک خانواده ۲۳,۴۲ می باشد.

جدول ۱۵-۳. وضعیت شناسایی اختلالات روانپزشکی در سالهای ۹۳ و ۹۴

شاخص		استان					
		سال ۹۳			سال ۹۴		
		شهری	روستایی	کل	شهری	روستایی	کل
جمعیت کل		۲۵۷۳۲۰	۱۰۸۷۶۸۱	۳۶۶۰۹۰۱	۲۵۵۷۹۴۹	۱۰۸۰۱۰۰	۳۶۳۸۰۴۹
جمعیت تحت پوشش برنامه		۲۵۵۶۰۸۹	۱۰۹۲۶۷۵	۳۶۴۸۷۶۴	۹۹۹۶۶۲	۱۰۱۱۲۷۰	۲۰۱۰۹۳۲
جمعیت غربالگری شده	تعداد	۸۳۴۷۰	۲۶۲۲۰۹	۳۴۵۶۷۹	۱۳۱۸۴۴	۷۱۷۲۳۳	۸۴۹۰۷۷
	درصد	۳,۲۷	۲۴	۹,۴۷	۱۳,۱۹	۷۰,۹۲	۴۲,۲۲
تعداد افراد دارای اختلال روانپزشکی شناسایی شده (موجود)		۵۴۲۴	۲۶۸۰۲	۳۲۲۲۶	۱۲۷۳۴	۳۴۳۶۴	۴۷۰۹۸
بیماریابی اختلالات روانپزشکی (جدید)	تعداد	۲۱۶۸	۴۷۷۰	۶۹۳۸	۶۱۸۵	۷۹۱۸	۱۴۱۰۳
	میزان (بر اساس جمعیت تحت پوشش)	۰,۸۵	۴,۳۷	۱,۹۰	۶,۱۹	۷,۸۳	۷,۰۱
شیوع اختلالات روانپزشکی		۲,۱۲	۲۴,۵۳	۸,۸۳	۱۲,۷۴	۳۳,۹۸	۲۳,۴۲

همانطوری که در جدول زیر ملاحظه می گردد که بالاترین میزان در موارد دارای اختلال در جمعیت تحت پوشش در سال ۹۴ به ترتیب در افسردگی ۴۹,۳ درصد و اختلالات اضطرابی ۱۳,۳۴ درصد از کل موارد دارای اختلال روانپزشکی را در جمعیت تحت پوشش به خود اختصاص می دهد.

جدول ۱۶-۳. وضعیت شناسایی اختلالات افسردگی و اضطرابی در سالهای ۹۳ و ۹۴

شاخص		استان	
		سال ۹۳	سال ۹۴
تعداد کل افراد دارای اختلال روانپزشکی شناسایی شده (موجود)		۳۲۲۲۶	۴۷۰۹۸
اختلال افسردگی	تعداد	۱۵۰۱۶	۲۳۲۲۲
	درصد نسبت به موارد بیمار روانپزشکی	۴۶	۴۹,۳
اختلالات اضطرابی	تعداد	۴۱۴۹	۶۲۵۷
	درصد نسبت به موارد بیمار روانپزشکی	۱۲,۹	۱۳,۳

هدف ۱۴:

افزایش میزان پوشش برنامه های پیشگیری و درمان مصرف الکل در جمعیت تحت پوشش هر سال به میزان ۱۰ درصد و تلاش در جهت توقف نسبی در مصرف الکل

در سراسر جهان تقریباً ۲ میلیارد نفر مشروبات الکلی مصرف میکنند و ۳/۷۶ میلیون نفر با اختلالات مرتبط با الکل در سراسر جهان زندگی می کنند. مصرف سیگار، مشروبات الکلی و سایر مواد غیرقانونی، یکی از مهم ترین چالش های بهداشتی است که اکثر کشورهای جهان به نوعی با آن درگیر هستند. مثلاً به عنوان مثال مطالعات انجام شده بر روی نوجوانان اروپایی و استرالیایی نشان می دهد که شایع ترین ماده مورد مصرف به ترتیب حشیش و الکل می باشد. یک مطالعه همه گیرشناسی نیز در هلند نشان داده که ۸۵ درصد دانش آموزان دبیرستانی هلند حداقل یک بار مشروبات الکلی را تجربه نموده و ۵۸ درصد نیز در ماه گذشته مصرف نموده اند. در نتایج پیمایش های جهانی نشان می دهد که مصرف الکل در ایران و جهان، از روند نسبتاً ثابتی برخوردار است. با این حال، در سال ۱۳۹۱ بر اساس مطالعه تخمین اندازه جمعیت مصرف کنندگان مواد و الکل که با هدف برآورد جمعیت گروه های پنهان نظیر مصرف کنندگان الکل، افراد تزریقی و سایر گروه های مصرف کننده مواد که با استفاده از روش غیر مستقیم بسط شبکه ای انجام شد. نتایج این بررسی مطابق جدول زیر نشان داد که بیشترین جمعیت مربوط به گروه مصرف کنندگان الکل است.

جدول ۱۷-۳. وضعیت تخمینی مصرف مواد و الکل کشور در سال ۹۱

وضعیت مصرف الکل و مواد بر اساس تخمین اندازه مصرف کنندگان									
گروه	الکل	تریاک سوخته	تریاک شیره	منا آفتامین و اکستازی	کریستال	هروین	حشیش	سایر مواد مخدر	توزیع مواد متالون
کشور	۲۱۰۷	۱۳۶۳	۶۲۱	۳۳۸	۶۲۷	۳۹۴	۶۲۷	۶۷۰	۲۸۰
									۵۵۶

علاوه بر افزایش روند مصرف مواد در بین نوجوانان، نتایج پژوهش های انجام شده نشان می دهد که سن شروع مصرف الکل، سیگار و سایر مواد در بین نوجوانان نیز کاهش یافته است. علاوه بر موارد فوق، در کشور ما از هر صد هزار نفر بیش از دو هزار نفر در طول سال گذشته حداقل یک بار الکل مصرف کرده اند. این مطالعه نشان داد که پس از الکل به ترتیب تریاک سوخته، سایر مواد مخدر، و کریستال بیشترین جمعیت مصرف کننده را به خود اختصاص داده اند. همچنین بر پایه این مطالعه مصرف کشوری متا امفتامین و اکستازی در کشور ۳۳۸ در صد هزار نفر می باشد و تزریق مواد در پایین ترین رتبه قرار گرفت (۲۸۰ نفر در ۱۰۰۰۰۰).

هدف ۱۵:

افزایش میزان غربالگری مصرف مواد مخدر، درمان و مراقبت از معتادین سخت (پرخطر) و ۱۰٪ کاهش نسبی در میزان مرگ و میر ناشی از مصرف مواد مخدر در جمعیت معتادین تحت پوشش

مطابق گزارش UNODC در سال ۲۰۱۰؛ تقریباً ۲۳۰ میلیون نفر، معادل ۵٪ از جمعیت بالغ در سراسر جهان مصرف کننده مواد بوده اند. مطالعه پیمایش جهانی سلامت روان ۲۰۰۳-۲۰۱۰ این مطالعه در ۱۴ کشور جهان شامل: آمریکا (مکزیک، کلمبیا، و ایالات متحده)، اروپا (فرانسه، اسپانیا، هلند، اوکراین، ایتالیا، آلمان، و بلژیک)، خاورمیانه (لبنان و نیجریه)، و آسیا (شانگهای و پکن چین، و ژاپن) انجام شد. شیوع هر گونه مصرف الکل در جمعیت بالغ در طول عمر را در ۱۷ کشور فوق از کمترین میزان (۳/۵۳) در کشور لبنان، تا بیشترین میزان (۳/۹۵) در کشور آلمان گزارش کرده است. شیوع اختلالات مصرف مواد در ۱۲ ماه گذشته که شامل سوء مصرف و وابستگی به مواد یا الکل می باشد، از کمترین میزان در ایتالیا (۱/۰) تا بالاترین میزان در اوکراین (۴/۶). در سال ۲۰۱۱ نیز تولید تریاک در جهان معادل ۷۰۰ تن بوده که نیمی از آن در کشور افغانستان تولید می شود. مواد مخدر سومین تجارت پرسود بین المللی بعد از نفت و اسلحه است. هروئین، کوکائین و سایر مواد سالانه جان ۰.۲ میلیون نفر را در جهان می گیرد. مطابق آمار و گزارش های منتج از ارزیابی سریع وضعیت مصرف مواد که ستاد مبارزه با مواد مخدر انتشار داده است تعداد معتادان کشور حدود ۱۲۰۰۰۰ نفر برآورد شده است. از این تعداد ۸/۹۴ درصد مردان و ۵/۲ درصد زنان شامل می گردد و بالاترین میزان در گروه سنی ۲۵-۲۹ ساله به میزان ۷/۲۵ بوده است. معتادین از نظر میزان سواد و تحصیل شامل ۷/۵۹ تحصیلات زیر دبیرستان و ۲/۹۱ دیپلم و زیر دیپلم بوده اند. همچنین ۷/۴۱ معتادان مجرد و ۹/۴۷ متاهل بودند. ۶/۳۴ معتادان در گروه کارگران ساده و ماهر بودند، ۶/۱۲ شغل رانندگی داشتند و ۱۰ معتادان از کار اخراج شده بودند و ۵/۱۳ نیز بیکار بودند. میانگین سن شروع مصرف مواد با احتساب الکل ۲۲ سال و بدون آن ۲۳ است. معتادان کشور در ۱۸ سالگی الکل و سیگار را تجربه می کنند، در ۲۳ سالگی معتاد میشوند، در ۲۴ سالگی ازدواج می کنند، برخی در ۲۶ سالگی تزریق می کنند و در سن حدود ۳۱ سالگی متارکه کرده یا طلاق می گیرند. مقایسه نسبت کشفیات محرکهای شبه آمفتامینی در ایران بین ۲۰۱۰ - ۲۰۱۱ در هر سال ۴۰۰ افزایش داشته، این میزان افزایش کشفیات ایران را در مقام اول افزایش نسبی در مقایسه با ۲۳۸ افزایش در مکزیک، ۱۶۶ در تایلند، ۱۵۳ در آمریکا و ۱۴۰ در چین قرار داده است. مطابق نتایج آخرین پیمایش ملی سلامت روان ایران ۱۳۹۰-۱۳۸۹ که بر روی ۷۸۸۶ نفر از جمعیت ۱۵ تا ۶۴ ساله انجام شد. شیوع اختلال مصرف هر گونه مواد شامل مواد اپیوئیدی، مواد محرک، حشیش، مواد استنشاقی یا الکل در جمعیت ۱۵ تا ۶۴ ساله ایرانی ۸/۲ بوده است. این مطالعه نشان داد شیوع اختلالات مصرف مواد در جمعیت ۱۵ تا ۶۴ ساله ایران ۱/۲ درصد می باشد. بر اساس جمعیت ۱۳۹۰، یک میلیون و یک صد و بیست هزار نفر مبتلا به اختلالات سوء مصرف یا وابستگی به مواد بوده اند. در صورتی که افراد مبتلا به اختلالات مصرف الکل نیز به آن اضافه شود، این رقم به حدود یک میلیون و پانصد هزار نفر خواهد رسید.

برنامه و اقدام؛

مهمترین اقدامات لازم در جهت افزایش میزان پوشش برنامه های پیشگیری از مواد و توقف نسبی مصرف آن که باید در دستور کار و برنامه ریزی و اقدام قرار گیرد عبارتند از

۱. نظارت بر حسن اجرای روند غربالگری مصرف سیگار، مواد و الکل از طریق نرم افزار سامانه سیب

مطابق شکل میزان DALY متناسب به مصرف الکل (در بیماریهای غیر واگیر) در ۱۰۰۰۰ نفر بین سال های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ در ایران و جهان DALY، میزان مرگ متناسب به مصرف الکل، روندی نسبتاً یکنواخت در ایران و جهان دارد، هرچند این میزان در ایران نسبت به متوسط جهانی کم تر است.

برنامه و اقدام؛

۱. مهمترین اقدامات لازم در جهت افزایش میزان پوشش برنامه های پیشگیری از مصرف الکل و توقف نسبی مصرف آن که باید در دستور کار و برنامه ریزی و اقدام قرار گیرد عبارتند از جلب حمایت و همکاری سازمانها و ادارات برای ارتقا و توسعه برنامه های شادی و نشاط سالم و ایمن در جامعه و مدیریت کارآمد اوقات فراغت
۲. پایش مستمر استقرار بهینه برنامه های سلامت روان در محیط های زندگی، تحصیلی و کاری و جامعه (ارتقای سلامت روان از میزان شیوع آسیبهای اجتماعی می کاهد).
۳. طراحی و استقرار بسته های استاندارد آموزش و ترویج مهارت های زندگی برای افراد در معرض خطر
۴. آموزش افزایش آگاهی جمعیت تحت پوشش از پیامدهای مصرف الکل و آموزش افزایش توانایی تصمیم گیری در مورد انتخاب سبک زندگی سالم در کلیه سازمانها و ارگانها و تامین مدرس و مربی
۵. کاهش دسترسی به مشروبات الکلی از طریق اجرای قانون (سازمانهای ذیربط در نیروی انتظامی، دادگستری، پلیس مبارزه با مواد مخدر و ...)
۶. فعال سازی برنامه غربالگری، ارجاع، درمان و مراقبت به موقع از افراد دارای وابستگی الکل

۲. نظارت ، پایش و همکاری در برنامه های پیشگیری و مقابله با مصرف سیگار و قلیان و سایر مواد در سیستم بهداشت و سایر سازمانها و ارگانهای درگیر در برنامه
۳. افزایش تیم مددکاری بر روند غربالگری مصرف سیگار ، مواد و الکل جهت پیگیری موارد دارای مشکلات اجتماعی و اقتصادی با همکاری سایر سازمانها ؛ کمیته امداد ، هلال احمر ، شهرداری ، بهزیستی و
۴. تربیت نیروی متخصص در زمینه مشاوره و بیماریابی موارد دارای مصرف سیگار ، مواد و الکل

فصل چهارم

تحلیلی بر اهداف
پانزده گانه
سازمان جهانی
بهداشت و امکان
دستیابی به آن
در جمعیت کشور
جمهوری اسلامی
ایران



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

- تعداد مرگ به دلیل بیماریهای قلبی عروقی، سرطانها، دیابت و بیماریهای مزمن تنفسی در هر دو جنس و در گروه سنی ۳۰ تا ۷۰ سال، در سال ۲۰۱۰ برابر ۷۵۱۵۰ مرگ است.
- براساس نرخ رشد سال ۲۰۰۶ نسبت به سال ۱۹۹۶، تعداد ۱۰۷۶۰۲ مرگ و بر اساس نرخ رشد سال ۱۹۸۶، تعداد ۱۰۳۲۳۹ مرگ در سال ۲۰۲۵ به دلیل بیماریهای قلبی - عروقی، سرطانها، دیابت و بیماریهای مزمن تنفسی در گروه سنی ۳۰ تا ۷۰ سال رخ خواهد داد.
- در صورت اجرای کامل تمامی اهداف ۲ تا ۹، تعداد ۲۰۴۷۵ مرگ کاهش پیدا خواهد کرد.

۴-۱. محاسبه میزان دستیابی ایران به اهداف ۹ گانه سازمان جهانی بهداشت

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

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

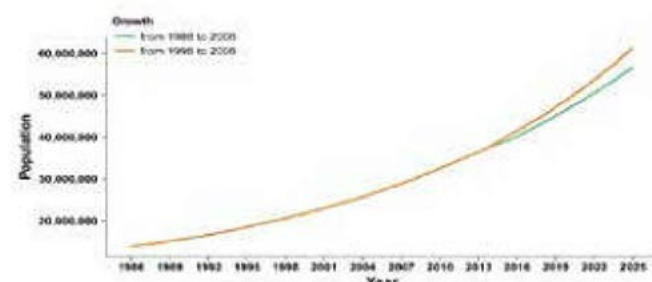
$$Growth = \left(\frac{Pop_{present}}{Pop_{past}} \right)^{1/n} - 1$$

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

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

سال ۲۰۲۵ پیش بینی شد.

همانطور که در شکل زیر قابل ملاحظه است؛ بین جمعیت پیش بینی شده برای سال



جمعیت پیش بینی شده برای گروه سنی بالای ۳۰ سال

۲۰۲۵ براساس این ۲ نرخ رشد، تفاوت زیادی وجود ندارد.

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

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

برای سال ۲۰۲۵ پیش بینی شد:

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

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

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

ذکر شده در هدف اول محاسبه میشود:

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

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

جدول ۱-۴ وضعیت مرگ در سالهای ۲۰۱۰ و ۲۰۲۵

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

با توجه به جدول ۱-۴، تعداد مرگ به علت بیماریهای ذکر شده در هدف اول در سال ۲۰۱۰ برای هر دو جنس و در گروه سنی ۳۰ تا ۷۰ سال برابر ۷۵۱۵۰ نفر است. این در حالی است که اگر ۲۵ درصد کاهش در تعداد مرگ در سال ۲۰۲۵ اتفاق بیفتد؛ این میزان باید به ۵۶۳۶۲ مرگ کاهش پیدا کند. طبق پیش بینی انجام شده برای سال ۲۰۲۵ و براساس نرخ رشد سال ۲۰۰۶ نسبت به ۱۹۹۶، تعداد ۱۰۷۶۰۲ مرگ برای گروه سنی ذکر شده پیش بینی شده است. بنابراین، تا سال ۲۰۲۵ باید ۵۱۲۴۰ مرگ کاهش پیدا کند. به علاوه، براساس نرخ رشد سال ۲۰۰۶ نسبت به ۱۹۸۶ تا سال ۲۰۲۵ باید ۴۶۸۷۷ مرگ کاهش پیدا کند.

با این فرض که ۱۰ درصد کاهش در مصرف الکل باعث ۱۰ درصد کاهش در میزان مرگ به علت این عامل خطر میشود و برای سایر اهداف نیز همین شرط فرض شود؛ تعداد مرگ کاهش یافته به علت کاهش در عوامل خطر الکل، فعالیت فیزیکی کم، مصرف سدیم، مصرف دخانیات، فشار خون بالا، چاقی و دیابت در گروه سنی ۳۰ تا ۷۰ سال برابر ۱۹۳۲۳ مرگ است (جدول ۲-۴). ذکر این مطلب ضروری است که در محاسبه مرگهای کاهش یافته به علت عاملهای خطر، تعداد کل مرگهای منتسب به هر عامل خطر (بیماریهای واگیر، بیماریهای غیرواگیر و سوانح و حوادث) در محاسبات وارد شده است؛ بنابراین، در واقع تعداد مرگ به علت چهار بیماری ذکر شده در هدف اول، کم تر از مقدار گزارش شده خواهد بود. در مورد عوامل خطر، توجه به این نکته ضروری است که درصد کاهش در آنها به هیچ وجه باعث همان میزان درصد کاهش در میزان مرگ به واسطه آن عامل خطر نمیشود. با این حال، در این گزارش با این فرض، تحلیل انجام شده است. همچنین، در مورد عامل خطر مصرف دخانیات، با توجه به این که این عامل خطر اثر تجمعی دارد؛ فردی که مدت زمان طولانی مصرف دخانیات داشته است با فردی که پس از گذشت مدت کوتاهی، مصرف دخانیات را قطع می کند؛ شانس یکسانی برای مواجهه با بیماریهای مرتبط با این عامل خطر ندارد. در حالی که در این تحلیل، فرض شده است که بدون توجه به مدت زمان مصرف دخانیات، تمامی افراد پس از

جدول ۲-۴ وضعیت مرگ در سال ۲۰۱۰ بر اساس عوامل خطر

تعداد مرگ در سال ۲۰۱۰ بر اساس عوامل خطر				
هدف	عامل خطر	مقدار	تعداد مرگ	
			زن	مرد
دوم	مصرف الکل	کل	۹۲۷	۲۰۲۰
		کاهش ۱۰ درصدی	۹۳	۲۰۲
سوم	فعالیت فیزیکی ناکافی	کل	۵۸۲۷	۱۰۴۴۶
		کاهش ۱۰ درصدی	۵۸۳	۱۰۴۵
چهارم	مصرف سدیم / نمک	کل	۴۰۶۳	۸۳۱۶
		کاهش ۳۰ درصدی	۱۲۱۹	۲۴۹۵
پنجم	مصرف دخانیات	کل	۱۸۹۹	۱۴۳۵۱
		کاهش ۳۰ درصدی	۵۷۰	۴۳۰۵
ششم	فشار خون بالا	کل	۱۲۳۳۷	۲۲۹۱۰
		کاهش ۲۵ درصدی	۳۰۸۴	۵۷۲۷
هفتم	میزان چاقی	کل	۹۹۷۷	۱۲۸۹۱
		بدون کاهش		
	دیابت	کل	۴۶۵۷	۶۷۱۲
		بدون کاهش		

عدم مصرف، با بیماریهای مرتبط با این عامل خطر مواجه نخواهند شد.

هدف هشتم سازمان جهانی بهداشت، رسیدن به سطح پوشش حداقل ۵۰ درصدی در دارو درمانی و مشاوره است. طبق مطالعه انجام شده توسط فرزندافر و همکاران، سطح پوشش دیابت و فشارخون در جامعه ایرانی به ترتیب ۳۹/۲ درصد و ۳۵/۷ درصد محاسبه شده است. دستیابی به سطح پوشش ۵۰ درصدی در دیابت و فشارخون باعث ۱۱۵۲ مورد کاهش در مرگ میشود (جدول ۳-۴).

جدول ۳-۴ وضعیت مرگ در سال ۲۰۱۰ با افزایش سطح پوشش

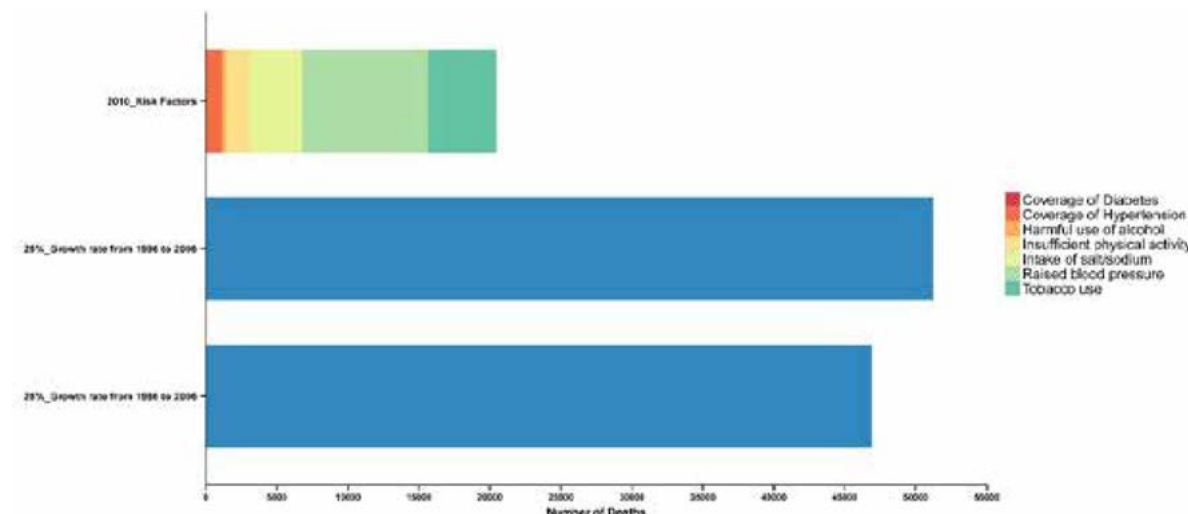
تعداد کاهش در مرگ با افزایش سطح پوشش در سال ۲۰۱۰

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

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

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

توجه به شرایط جامعه ایرانی تنظیم کرد.



نمودار ۱-۴ کاهش در تعداد مرگ برای گروه سنی ۳۰ تا ۷۰ سال در دو جنس با در نظر گرفتن نرخ رشد سال ۲۰۰۶ نسبت به سال های ۱۹۹۶ و ۱۹۸۶

جدول ۴-۵ مقادیر گزارش شده برای کشور ایران در سال ۲۰۱۰ و مقادیر مورد انتظار برای سالهای ۲۰۱۸ و ۲۰۲۵ را نشان میدهد. مقادیر پایه برای اهداف ۲، ۳، ۴، ۵ و ۶ از گزارش وضعیت جهانی بیماریهای غیرواگیر ۲۰۱۴ استخراج شده است. همچنین، برای محاسبه میانگین میزان دریافتی نمک/سدیم دریافتی، متآنالیز انجام شد. میزان شیوع مصرف دخانیات در افراد بالای ۱۵ سال نیز از مطالعه **STEP** سال ۲۰۰۹ بدست آمده است. در نهایت، میزان پوشش تکنولوژیها و داروهای ضروری برای بیماریهای غیرواگیر هم از مطالعه **SARA** استخراج شد.

جدول ۴-۶ مقادیر گزارش شده برای کشور ایران در سال ۲۰۱۰ و مقادیر مورد انتظار برای سال های ۲۰۱۸ و ۲۰۲۵

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

فصل پنجم

تفاهم نامه
همکاری بین بخشی
ادارت و سازمانها
و ارگانهای استان
و دانشگاه علوم
پزشکی





تفاهم نامه همکاری بین بخشی ادارات و سازمانها و ارگانهای استان آذربایجان شرقی و دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی در راستای پیشگیری و کنترل بیماریهای غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط

ماده ۱- مقدمه و ضرورت تفاهم نامه

امروزه با تغییرات سریع و شگرف اجتماعی ناشی از روند توسعه و به ویژه افزایش سن جمعیت، سهم بیماریهای غیرواگیر مانند بیماریهای قلبی و عروقی و سرطانات از میزان مرگ و بار مالی ناشی از مشکلات سلامت با سرعت چشمگیری رو به فزونی است. مهمترین عوامل زمینه ساز مشترک در اغلب این بیماریها، تحرک بدنی ناکافی، مصرف دخانیات، آلاینده های محیطی، تغذیه ناسالم و پرفشاری خون میباشد. براساس آمارهای جهانی، بیماریهای غیرواگیر در حال حاضر مسئول بیش از ۵۳٪ بار بیماریها بوده و انتظار میرود تا سال ۲۰۲۰ عامل سببی ۶۰٪ بار بیماریها و ۷۳٪ تمام موارد مرگ در کل دنیا و ۸۰٪ موارد مرگ در کشورهای در حال توسعه باشند. پیش بینی میشود این میزان در کشور ما نیز چنین الگویی داشته و بیش از ۷۶٪ کل بار بیماریها به این نوع از بیماریها اختصاص یابد. مقابله با همه گیری بیماریهای غیرواگیر و عوامل خطر آنها، نیازمند مداخلات گسترده، موثر و فعال تمامی ادارات و سازمانها و ارگانهای مرتبط در درون و بیرون بخش سلامت است. بر این اساس مقام معظم رهبری در سیاستهای کلی سلامت ابلاغی ۱۳۹۳/۱/۱۸ بر تحقق رویکرد سلامت همه جانبه و انسان سالم در همه قوانین، سیاستهای اجرایی و مقررات با رعایت کاهش مخاطرات و آلودگیهای تهدید کننده سلامت مبتنی بر شواهد معتبر علمی، تهیه پیوست سلامت برای طرحهای کلان توسعه ای، ارتقاء شاخصهای سلامت برای دستیابی به جایگاه اول در منطقه آسیای جنوب غربی تاکید کرده اند.

از این رو چندین برنامه و پروژه از برنامه تحول سلامت در حوزه بهداشت و امر اصلاح شیوه زندگی، تغذیه سالم، پیشگیری و کنترل بیماریهای غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط اختصاص یافته است. علاوه بر این در سند تدبیر و توسعه استان نیز که در ۱۳۹۳/۸/۱۰ به تصویب رسیده است به لحاظ اهمیت بیماریهای غیرواگیر و نقش شیوه زندگی در ایجاد آنها و عوامل خطر مرتبط یک هسته کلیدی به نام بهبود سبک زندگی اختصاص یافته و برنامه ای مدون با مشارکت واحدها و سازمانهای ذینفع درون و بیرون بخشی برای

اصلاح شیوه زندگی و به منظور کنترل عوامل خطر و پیشگیری از بیماریهای غیر واگیر تدوین شده است.

نظر به اهمیت موضوع و ضرورت پاسخگویی در قبال برنامه ها و اسناد بالادستی و انسجام مبادی تصمیم گیری، اجرا و نظارت و ارزیابی کلیه فعالیتها، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اقدام به تشکیل کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماریهای غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط نموده است که متناظر همین کمیته در سطح استان توسط دانشگاه علوم پزشکی تبریز تشکیل شده 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 و ملی بر عهده دارد. همچنین "شورای سلامت و امنیت غذایی استان" با هدف تامین سلامت شهروندان و در راستای اهداف برنامه های توسعه چهارم و پنجم موظف به تصویب سیاستهای اجرایی بین بخشی سلامت شده است. سیاستهایی که باید تأمین، حفظ و ارتقای عادلانه سلامت، فراهم شدن شرایط دسترسی و برخورداری آحاد جامعه از سبد غذایی سالم و مطلوب و بهبود کیفیت و شیوه زندگی مردم را در پی داشته باشد. این شورا با کمیته استانی پیشگیری و کنترل بیماریهای غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط همکاری خواهد نمود تا اهداف عمده ای را در برنامه های بین بخشی برای مبارزه با بیماریهای غیرواگیر دنبال کند. این اهداف که از تعهدات استانی در قالب "سند استانی پیشگیری و کنترل بیماریهای غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط" با آنها میباشند به شرح زیر هستند:

هدف ۱: ۲۵٪ کاهش خطر مرگ زودرس ناشی از بیماریهای قلبی - عروقی، سرطان،

دیابت، بیماریهای مزمن ریوی

هدف ۲: ۲۰٪ کاهش نسبی در شیوع فعالیت بدنی ناکافی

هدف ۳: ۲۵٪ کاهش نسبی در شیوع فشارخون بالا

هدف ۴: ثابت نگهداشتن میزان بیماری دیابت و چاقی

هدف ۵: ۲۰٪ کاهش نسبی در میزان مرگ و میر ناشی از سوانح و حوادث ترافیکی

هدف ۶: دسترسی و دریافت داروهای اساسی و مشاوره (مانند کنترل قند خون و بیماریهای بهداشت روان و ...) توسط حداقل ۹۰٪ از افراد واجد شرایط به منظور پیشگیری و درمان بیماریهای غیر واگیر و عوارض آنها و ۸۰٪ مشاوره لازم برای مصرف صحیح دارو ها

هدف ۷: ۳۰٪ کاهش نسبی در متوسط مصرف نمک و سدیم در جامعه

هدف ۸: کاهش نسبی ۳۰٪ در مصرف سرانه قند و شکر

هدف ۹: افزایش نسبی ۲۰٪ در سرانه مصرف لبنیات

هدف ۱۰: افزایش نسبی ۲۰٪ در سرانه مصرف میوه و سبزیجات

هدف ۱۱: اصلاح الگوی مصرف چربیها و روغنهای خوراکی

هدف ۱۲: ۱۵٪ کاهش نسبی در شیوع مصرف دخانیات در افراد بالاتر از ۱۵ سال

هدف ۱۳: افزایش میزان غربالگری، تشخیص و درمان بهنگام افسردگی و اضطراب در

افراد بالای ۱۸ سال (دسترسی ۱۰۰ درصد بیماران افسرده و اضطرابی به خدمات درمان

تخصصی روانپزشکی) با هدف توقف نسبی سیر صعودی بیماری هر سال به میزان ۱ درصد

هدف ۴: افزایش میزان پوشش برنامه های پیشگیری و درمان مصرف الکل در جمعیت تحت پوشش هر سال به میزان ۱۰ درصد و تلاش در جهت توقف نسبی در مصرف الکل

هدف ۱۵: افزایش میزان غربالگری مصرف مواد مخدر و درمان و مراقبت از معتادین سخت (پرخطر) و ۱۰٪ کاهش نسبی در میزان مرگ و میر ناشی از مصرف مواد مخدر در جمعیت معتادین تحت پوشش

بر همین اساس و در راستای نیل به اهداف فوق، این تفاهم نامه بین رئیس دانشگاه علوم پزشکی (طرف اول تفاهم نامه) و رئیس سازمان (طرف دوم تفاهم نامه) برای اجرای اقدامات سلامت محور با هدف پیشگیری و ارتقای مداخلات کنترلی بیماریهای غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط مبادله میگردد.

ماده ۲ هدف تفاهم نامه:

تسهیل و تسریع دستیابی به شاخصهای ارتقاء یافته در زمینه پیشگیری و کنترل بیماریهای غیرواگیر از طریق اقدامات سلامت محور در زمینه های مورد توافق زیر در حوزه های مشترک دو طرف تفاهم نامه

ماده ۳ تعهدات طرفین:

الف- دانشگاه علوم پزشکی

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

ب- سازمان ...

- ۱- پیشگیری از مداخلات مضر سلامت و اجرای قوانین و مقررات مرتبط با پیوست سلامت
- ۲- ایجاد دبیرخانه سلامت در حوزه دفتر رئیس سازمان با هدف استمرار فعالیت های سلامت محور و تقویت همکاریهای بین بخشی سلامت
- ۳- تعیین انتظارات و همکاریهای مورد نیاز از طرف اول تفاهم نامه و طرح موثر آن در جلسات کمیته های مشترک
- ۴- تعیین مدیران و کارشناسان مرتبط برای فعالیت در کارگروهها / کمیته های مشترک و

معرفی به طرف اول

۵- تنظیم سیاست های درون بخشی الزام برای اقدام مستمر در زمینه های مورد تفاهم در یک افق ده ساله

۶- تامین و جذب منابع مالی مداخلات بر اساس برنامه های عملیاتی مصوب

۷- همکاری الزام در امر پایش و ارزشیابی برنامه های عملیاتی مرتبط.

ماده ۴ شرایط اجرای تفاهم نامه:

۱- طرفین تفاهم نامه حداکثر یک ماه پس از انعقاد آن کمیته های مشترک از کارشناسان ذیربط و دارای صلاحیت تشکیل میدهند. برای عملیاتی کردن تعهدات و به منظور تعیین اقدامات عینی و ملموس سلامت محور، ضروری است کمیته کاری ضمن تشکیل جلسات با توالی حداکثر ماهانه، برنامه عملیاتی لازم را تنظیم کند. صورتجلسه بلافاصله به "شورای سلامت و امنیت غذایی استان" و "کمیته استانی پیشگیری و کنترل بیماریهای غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط" ارسال میگردد

۲- برای اجرایی کردن برنامه عملیاتی، جلسات مشترکی با حضور مدیران کل و کارشناسان مرتبط از هر دو طرف و نیز نماینده تام الاختیار سازمان مدیریت و برنامه ریزی برگزار خواهد شد. طرفین تعهد مینمایند در صورت ضرورت، رئیس یا معاونین وی در جلسات مرتبط، حضور یابند

۳- محل تامین مالی اقدامات سلامت محور در هر برنامه عملیاتی، ردیفهای بودجه ای وزارت / سازمان و منابع تخصیصی ویژه سازمان مدیریت برای برنامه های سلامت محور خواهد بود. بر این اساس الزام است. در صورت لزوم نماینده بودجه سازمان در جلسات مشارکت داشته باشد

۴- مسئول حسن اجرای این تفاهم نامه، بالاترین مقام دستگاه خواهد بود.



انتخاب سالم، زندگی سالم

