

چارچوب ملی ارائه خدمت

در بیماری های مزمن تنفسی

در راستای سند ملی پیشگیری و
کنترل بیماری های غیرواگیر
۱۳۹۸







جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی



چارچوب ملی ارایه خدمت در بیماری‌های مزمن تنفسی

(در راستای سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر)

۱۳۹۷

عنوان و نام پدیدآور : چارچوب ملی ارائه خدمت در بیماری مزمن تنفسی (در راستای سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر) / پدیدآورندگان مصطفی قانعی... [و دیگران] ، همکاران به ترتیب حروف الفبا افشین استوار... [و دیگران] ؛ [برای] وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر.

مشخصات نشر : کرج: انتشارات گارسه، ۱۳۹۷.

مشخصات ظاهری : ۸۰ ص.: مصور، جدول ؛ ۲۲ × ۲۹ س.م.

شابک : ۹۷۸-۶۰۰-۹۷۱۲۵-۴-۰

وضعیت فهرست نویسی : فیپا

یادداشت : پدیدآورندگان مصطفی قانعی، محمدرضا مسجدی، علیرضا شغلی، مهدی نجمی.

یادداشت : همکاران به ترتیب حروف الفبا افشین استوار، جعفر اصلانی، نیلوفر پیکری، ناهید جعفری، سهیلا خلیل‌زاده، علیرضا رئیسی.

موضوع : تنفس -- اندام‌ها -- بیماری‌ها -- پیشگیری

موضوع : Respiratory organs -- Diseases -- Prevention

موضوع : سند چشم‌انداز بیست ساله‌ی جمهوری اسلامی ایران در افق ۱۴۰۴ هجری شمسی.

موضوع : The Future Outlook of the I.R.Iran on : ۲۰۲۵.

موضوع : بیماری‌های مزمن -- ایران -- پیشگیری

موضوع : Chronic diseases -- Iran -- Prevention

موضوع : بیماری‌های مزمن -- ایران -- عوامل مخاطره‌انگیز

موضوع : Chronic diseases -- Risk factors -- Iran

موضوع : سیاست پزشکی -- ایران

موضوع : Medical policy -- Iran

شناسه افزوده : قانعی، مصطفی، ۱۳۴۱ -

شناسه افزوده : استوار، افشین، ۱۳۵۱ -

شناسه افزوده : ایران. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

شناسه افزوده : Iran. Ministry of Health and Medical Education

شناسه افزوده : ایران. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر

رده بندی کنگره : ۱۳۹۷ ۲۳/چ/۷۳۱ RC

رده بندی دیویی : ۶۱۶/۲

شماره کتابشناسی ملی : ۵۵۲۶۰۴۷

پدید آورندگان: دکتر مصطفی قانعی، دکتر محمدرضا مسجدی، دکتر علیرضا شغلی، دکتر مهدی نجمی

همکاران به ترتیب حروف الفبا: معصومه ارجمندپور، دکتر افشین استوار، دکتر جعفر اصلانی، دکتر نیلوفر

پیکری، دکتر ناهید جعفری، دکتر سهیلا خلیل‌زاده، دکتر علیرضا رئیسی، دکتر منصور رنجبر، دکتر علی اصغر

فرشاد، دکتر فاطمه قائمی، دکتر مصطفی معین، دکتر مسعود موحدی

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۹۷۱۲۵-۴-۰

ناشر: گارسه

شمارگان: ۵۰۰ نسخه

چاپ اول: ۱۳۹۷

اعضای کمیته و دبیرخانه ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر

آقای دکتر سیدحسن قاضی‌زاده هاشمی؛ وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و رئیس کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر جمهوری اسلامی ایران

آقای دکتر باقر لاریجانی؛ معاون آموزشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و نائب رئیس کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر جمهوری اسلامی ایران

آقای دکتر علیرضا رئیسی؛ معاون بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و عضو کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر جمهوری اسلامی ایران

آقای دکتر رضا ملک‌زاده؛ معاون تحقیقات و فن‌آوری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و عضو کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر جمهوری اسلامی ایران

آقای دکتر مهدی پیرصالحی؛ رئیس سازمان غذا و دارو، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و عضو کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر جمهوری اسلامی ایران

آقای دکتر قاسم جان بابایی؛ معاون درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و عضو کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر جمهوری اسلامی ایران

آقای دکتر سید علی صدرالسادات؛ معاون توسعه مدیریت و منابع وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و عضو کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر جمهوری اسلامی ایران

آقای دکتر محسن اسدی لاری؛ مدیر کل امور بین‌الملل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و عضو دبیرخانه ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر جمهوری اسلامی ایران

آقای دکتر فرشاد فرزادفر؛ رئیس مرکز تحقیقات بیماری‌های غیرواگیر پژوهشگاه علوم غدد و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی تهران و عضو دبیرخانه ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر جمهوری اسلامی ایران

آقای دکتر حمیدرضا جمشیدی؛ عضو دبیرخانه ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر جمهوری اسلامی ایران

آقای دکتر علی اکبر حقدوست؛ معاون محترم برنامه ریزی راهبردی و هماهنگی و عضو دبیرخانه ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر جمهوری اسلامی ایران

آقای دکتر علیرضا دلاوری؛ عضو دبیرخانه ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر جمهوری اسلامی ایران

آقای دکتر افشین استوار؛ سرپرست محترم دفتر مدیریت بیماری‌های غیرواگیر و عضو دبیرخانه ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر جمهوری اسلامی ایران

آقای دکتر رامین حشمت؛ عضو دبیرخانه ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر جمهوری اسلامی ایران

آقای دکتر امیرحسین تکیان؛ عضو دبیرخانه ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر جمهوری اسلامی ایران

خانم دکتر نیلوفر پیکری؛ دبیر و عضو دبیرخانه ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر جمهوری اسلامی ایران

چارچوب ملی ارائه خدمت در بیماری‌های مزمن تنفسی

(در راستای سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر)

پدیدآورندگان:

دکتر مصطفی قانع، دکتر محمدرضا مسجدی، دکتر علیرضا شغلی، دکتر مهدی نجمی

با همکاری:

مشاوران علمی (به ترتیب حروف الفبا):

معصومه ارجمندپور، دکتر افشین استوار، دکتر جعفر اصلانی، دکتر نیلوفر پیکری، دکتر ناهید جعفری، دکتر سهیلا خلیل‌زاده، دکتر علیرضا رئیسی، دکتر منصور رنجبر، دکتر علی اصغر فرشاد، دکتر فاطمه قائمی، دکتر مصطفی معین، دکتر مسعود موحدی

با تشکر ویژه از:

معصومه ارجمندپور، آمیندا امان الهی، دکتر محمدرضا ترجمان، عظیمه جعفری، دکتر شیرین جلالی نیا، دکتر مجید حسنی قمی، سیاوش خدایی، سپیده رحمت پور، میترا رستگاری، مریم رستمی، علی رضایی فرد، دکتر کیوان سعیدفر، دکتر مجاهده سلمانی، مرتضی سلمان ماهینی، آتوسا سلیمانیان، زهرا سمایی، دکتر هومن شریفی میلانی، علی شیرینی اطر، فریبا فرقانی اصل، دکتر محمدرضا فضل‌اللهی، دکتر راضیه گودرزی، سید عبدالرضا مرتضوی طباطبایی، فرناز مستوفیان، شیدا ملک افضلی، فرانک ندرخانی

سپاس‌نامه

بدین وسیله مولفین سند، مراتب تشکر و سپاس خود را از همکاری صمیمانه و موثر معاونین بهداشت، درمان، آموزشی، تحقیقات فناوری و اجتماعی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، جمعیت مبارزه با استعمال دخانیات ایران و نمایندگان وزارت نیرو، وزارت صنعت معدن و تجارت، وزارت آموزش و پرورش، سازمان صدا و سیما، جمهوری اسلامی ایران، سازمان حفاظت محیط زیست، سازمان اورژانس کشور و جمعیت هلال احمر جمهوری اسلامی ایران در راستای تسهیل در تدوین این سند اعلام می‌دارند.

بیانیه رئیس کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر



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

امروزه در بسیاری از کشورهای جهان و از جمله کشور ما، بیماری‌های غیر واگیر معضل اصلی نظام سلامت محسوب می‌شوند. تغییر الگوی اپیدمیولوژیک بیماری‌ها، گسترش روزافزون عوامل خطر مرتبط و افزایش میانگین سنی جمعیت موجب شیوع بالای بیماری‌های غیر واگیر شده است. بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت، بیماری‌های غیر واگیر بیش از ۶۰ درصد از کل موارد مرگ در دنیا را به خود اختصاص داده‌اند و حدود ۸۰ درصد از این مرگ‌ها در کشورهای در حال توسعه رخ می‌دهد که بیانگر اهمیت موضوع و ضرورت اقدام و مداخله جهت کنترل این گروه از بیماری‌ها در کشور ما می‌باشد. تجارب موفق داخلی و بین‌المللی نشان داده که پیشگیری از بیماری‌های غیر واگیر و کنترل عوامل خطر مرتبط، مهم‌تر و به مراتب مقرون به صرفه‌تر از انجام مداخلات درمانی پرهزینه و غیر قابل گسترش در نقاط محروم کشور می‌باشد.

بر همین اساس و با توجه به تعهدات ملی و بین‌المللی کشور جمهوری اسلامی ایران جهت کاهش مرگ‌های زود هنگام ناشی از بیماری‌های غیر واگیر، کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیر واگیر وزارت بهداشت به منظور ایجاد هماهنگی و افزایش همکاری‌های درون و بین بخشی تشکیل شد که در این راستا از **زحمات برادر گرامی جناب آقای دکتر حسن قاضی زاده هاشمی** تقدیر و تشکر بعمل می‌آید. کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیر واگیر با رویکردی فرابخشی «سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیر واگیر و عوامل خطر مرتبط» را تدوین نمود. در راستای اجرای اهداف و راهبردهای پیش‌بینی شده در سند و با توجه به این که بیماری‌های مزمن تنفسی یکی از چهار بیماری غیر واگیر اصلی و اولویت دار مورد تاکید سازمان جهانی بهداشت و سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیر واگیر می‌باشد، کارگروه بیماری‌های مزمن تنفسی به عنوان اولین گام در پیشگیری و کنترل این گروه از بیماری‌ها «چارچوب ملی ارائه خدمت در بیماری‌های مزمن تنفسی» را با همکاری ذینفعان داخلی و خارجی تدوین نمود تا با جلب مشارکت و افزایش همکاری‌های درون بخشی و بین بخشی، اقدامات اجرایی لازم جهت پیشگیری و کنترل بیماری‌های مزمن تنفسی و عوامل خطر مرتبط انجام گیرد.

در این جا لازم می‌دانم که از زحمات کلیه معاونین وزارت بهداشت و کارشناسان مربوطه و اعضای کارگروه بیماری‌های مزمن تنفسی و تمامی اساتید و همکارانی که در تدوین این چارچوب مشارکت داشته‌اند تقدیر و تشکر نمایم. امید است که با عنایت خداوند متعال و مشارکت کلیه ذینفعان بتوان به اهداف پیش‌بینی شده در این چارچوب دست یافت و با برنامه ریزی موثر و ارائه خدمات مطلوب، بار بیماری‌های مزمن تنفسی را در کشور را کاهش داد.

چارچوب ملی ارائه خدمت در بیماری‌های مزمن تنفسی

راهکاری برای دستیابی به اهداف سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر

دکتر باقر لاریجانی
نائب رئیس کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر و رئیس پژوهشگاه علوم غدد و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی تهران

کشور جمهوری اسلامی ایران متعهد گردیده است که تا سال ۲۰۲۵، مرگ زودهنگام به علت بیماری‌های غیرواگیر را در جمعیت کشور به میزان ۲۵ درصد کاهش دهد؛ تعهدی که برای اجرای آن نیاز به بسیج منابع و امکانات وزارت بهداشت و همکاری سایر وزارتخانه‌ها، نهادهای عمومی و حتی بخش خصوصی است. در این راستا و در تیر ماه سال ۱۳۹۴، اولین «سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط» با حضور خانم دکتر مارگارت چن، مدیر کل محترم سازمان جهانی بهداشت و آقای دکتر علاء الوان، مدیر منطقه مدیترانه شرقی سازمان جهانی بهداشت، به امضای مقام محترم ریاست جمهوری، مقام محترم ریاست مجلس شورای اسلامی، سه تن از معاونان رئیس جمهور، نه نفر از وزرای دولت یازدهم و ریاست سازمان صدا و سیما رسید که شاید اولین مورد از این دست اسناد در تاریخ نظام سلامت کشور باشد. اکنون که کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر، مسوولیت سیاستگذاری های کلان در حوزه بیماری‌های غیرواگیر و هماهنگی درون بخشی و برون بخشی را بر عهده گرفته است؛ انتظاری رود اقدامات سریع و قاطع در راستای دستیابی به اهداف ذیل، صورت پذیرد.

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

هدف ۱: ۲۵٪ کاهش خطر مرگ زودرس ناشی از بیماری‌های قلبی عروقی، سرطان، دیابت و بیماری‌های مزمن تنفسی

هدف ۲: حداقل ۱۰٪ کاهش نسبی در مصرف الکل

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

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

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

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

هدف ۷: ثابت نگهداشتن میزان بیماری دیابت و چاقی

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

هدف ۹: ۸۰٪ دسترسی به تکنولوژی‌ها و داروهای اساسی قابل فراهمی شامل داروهای ژنریک مورد نیاز برای درمان بیماری‌های غیرواگیر در بخش‌های خصوصی و دولتی

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

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

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

هدف ۱۳: ۲۰٪ افزایش دسترسی به درمان بیماری‌های روانی

بدین منظور، در کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر، کارگروه‌های متعددی در نظر گرفته شده است که هر یک از آن‌ها مسوولیت دستیابی به یک یا چند هدف موجود در «سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط» را بر عهده دارند. این کارگروه‌ها شامل کارگروه دیابت و عوامل خطر متابولیک، کارگروه بیماری‌های قلبی و عروقی، کارگروه عوامل خطر مرتبط با سبک زندگی، کارگروه سرطان، کارگروه دارو/مواد و صنایع غذایی، کارگروه بیماری‌های مزمن تنفسی، کارگروه اجتماعی سازی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیر واگیر، کارگروه سوانح و حوادث ترافیکی، کارگروه تعاملات بین بخشی و کارگروه پایش و ارزشیابی سند است. کارگروه بیماری‌های مزمن تنفسی، با توجه به مسوولیت‌هایی که در راستای دستیابی به اهداف «سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط» دارد، اقدام به تدوین «چارچوب ملی ارایه خدمت در بیماری‌های مزمن تنفسی» نمود تا با کمک آن بتواند برنامه‌های پیشگیری و درمان و بازتوانی را با رویکردی فرابخشی هماهنگ کند و دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور را در راه رسیدن به اهداف مورد نظر یاری نماید.

رئوس مطالب:

فصل اول: همه‌گیرشناسی بیماری‌های مزمن تنفسی و عوامل خطر ۲۱

تعریف ۲۲

عوامل خطر بیماری‌های مزمن تنفسی ۲۲

۱- عوامل دموگرافیک و فردی ۲۳

۲- مواجهات فضای بسته (درون اتاق) ۲۳

۳- مواجهات فضای باز (بیرون اتاق) ۲۳

اپیدمیولوژی در دنیا ۲۳

اپیدمیولوژی در منطقه ۲۴

اپیدمیولوژی در ایران ۲۴

تحلیل وضعیت موجود و بار بیماری (Burden) ۲۶

اقدامات انجام شده در راستای پیشگیری و کنترل بیماری‌های مزمن تنفسی در ایران ۲۷

برنامه راهبردی پیشگیری و کنترل بیماری‌های مزمن تنفسی ۲۷

عضویت در گروه گارد جهانی (GARD) ۳۰

قانون جامع کنترل و مبارزه ملی با دخانیات ۳۱

اقدامات در زمینه طب شغلی، معاینات کارگری و قوانین کار ۳۲

برنامه‌های مبارزه با آلودگی هوا و ارزیابی کیفیت هوا ۳۳

منابع: ۳۹

فصل دوم: اهداف، سیاست‌ها، راهبردها و اقدامات اساسی و اولویت‌دار برای پیشگیری

و کنترل بیماری‌های مزمن تنفسی ۴۳

چشم‌انداز بیماری‌های مزمن تنفسی در افق ایران ۱۴۰۴ ۴۴

هدف نهایی ۴۴

اهداف راهبردی ۴۴

هدف راهبردی یک: تقویت نظام مراقبت بیماری‌های مزمن تنفسی ۴۴

هدف راهبردی دو: کاهش مواجهه با عوامل خطر بیماری‌های مزمن تنفسی ۴۴

هدف راهبردی سه: افزایش پوشش همگانی و توان پرداخت هزینه‌های مراقبت‌های اضطراری و پایداری

مراقبت‌های نگهدارنده	۴۴
هدف راهبردی چهار: افزایش بهره مندی از فراورده های دارویی و تجهیزات استاندارد و فن آوری های نوین با رویکرد پیشگیرانه و واکنشی (تشخیص، درمان و مراقبت).....	۴۵
هدف راهبردی پنج: حاکمیت خوب، تولیت و رهبری برنامه های پیشگیری و کنترل بیماری‌های مزمن تنفسی.....	۴۵
هدف راهبردی شش: ظرفیت سازی و بسیج منابع.....	۴۶
مداخلات کلیدی و اولویت دار	۴۶
آموزش	۴۶
خدمات پیشگیرانه	۴۷
خدمات درمانی	۴۹
خدمات نگهدارنده و بازتوانی	۴۹
پژوهش	۵۰
منابع و زیرساخت‌ها	۵۰
جدول شماره یک: اهداف راهبردی برنامه کنترل بیماری‌های مزمن تنفسی در جمهوری اسلامی ایران.....	۵۱
جدول شماره دو: سیاست ها و اقدامات اساسی برنامه کنترل بیماری‌های مزمن تنفسی در جمهوری اسلامی ایران	۵۶

مقدمه و پیشگفتار

قرن بیست و یکم را می‌توان دوره گذر از بیماری‌های واگیر به بیماری‌های غیر واگیر به حساب آورد و این بیماری‌ها را چالش اصلی حوزه سلامت در این قرن برشمرد. پیشرفت علم و مبارزه با بیماری‌های واگیر باعث کاهش چشمگیر مرگ و میر های ناشی از این بیماری‌ها گردید. اما متأسفانه بیماری‌های غیر واگیر روز به روز افزایش یافتند، بطوریکه بیماری‌های غیر واگیر عامل اصلی مرگ و میر در جهان من جمله در کشورهای با درآمد متوسط و کم بوده و عامل مرگ ۴۱ میلیون نفر از ۵۷ میلیون مرگ ثبت شده جهانی در سال ۲۰۱۶ می‌باشند که ۷۱٪ از کل مرگ‌ها در سطح جهان را شامل می‌شود. طبق آمار سازمان جهانی بهداشت پنج بیماری قلبی و عروقی ۴۴٪ (۱۷،۹ میلیون مرگ) - سرطان ۲۲٪ (۹ میلیون مرگ) - بیماری‌های مزمن تنفسی ۹٪ (۳،۸ میلیون مرگ) - دیابت ۳،۴٪ (۱،۴ میلیون مرگ) و بیماری‌های روانی به همراه پنج عامل خطر استعمال دخانیات - عدم تحرک فیزیکی - مصرف الکل - رژیم نامناسب غذایی و آلودگی هوا (۵*۵) به عنوان عوامل خطر اصلی بیماری‌های غیر واگیر، حدوداً ۶۶٪ مرگ و میر های ناشی از بیماری‌های غیر واگیر را به خود اختصاص داده‌اند.

در ایران ۸۲٪ مرگ و میرهای ثبت شده بر اثر بیماری‌های غیرواگیر است که از این تعداد ۴۳٪ بیماری‌های قلب و عروق - ۱۶٪ انواع سرطان - ۴٪ بیماری‌های مزمن تنفسی و ۴٪ دیابت را شامل می‌شوند.

بیماری‌های مزمن تنفسی^۱ (CRDs) شامل آسم و COPD جزو ۵ بیماری اصلی غیرواگیر بوده و سومین علت مرگ و میر در سطح جهانی است. بر اساس آمار سازمان جهانی بهداشت، نزدیک به ۳۳۴ میلیون نفر در جهان مبتلا به آسم می‌باشند و این بیماری شایعترین بیماری مزمن کودکان محسوب می‌شود. همچنین سالانه نزدیک ۴۰۰/۰۰۰ مرگ در اثر بیماری آسم رخ می‌دهد. در حال حاضر ۳۸۴ میلیون نفر در جهان گرفتار بیماری انسدادی مزمن ریه (COPD) هستند و شیوع این عارضه در سطح جهانی ۱۱/۷٪ می‌باشد. بیش از ۳ میلیون نفر در سال بر اثر COPD در جهان فوت می‌شوند که معادل ۶٪ کل موارد مرگ در دنیا می‌باشد و پیش بینی می‌شود سال ۲۰۳۰ این عدد به ۴/۵ میلیون نفر برسد. بیش از ۹۰٪ مرگ های ناشی از آسم و COPD در کشورهای با درآمد متوسط و کم اتفاق می‌افتد. مهمترین عوامل ایجاد کننده بیماری‌های مزمن تنفسی؛ شامل: استعمال دخانیات، آلودگی هوا، عوامل محیطی، شغلی، تغذیه ای و پیش زمینه ژنتیکی می‌باشد.

بر اساس مطالعات متعدد انجام شده در ایران شیوع آسم براساس علائم در گروه های سنی مختلف شامل کودکان و بالغین حداقل ۱۰٪ می‌باشد. این رقم برای شیوع COPD در کل جامعه در افراد بالای ۴۰ سال ۹٪ برآورد شده است.

جمهوری اسلامی ایران بعنوان کشور پیشگام در زمینه پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیر واگیر، کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیر واگیر و عوامل خطر مرتبط را به ریاست جناب آقای دکتر قاضی زاده هاشمی وزیر محترم بهداشت و با عضویت معاونین محترم ایشان و جمعی از صاحب نظران تشکیل داد و "سند پیشگیری

1- Chronic Respiratory Diseases

و کنترل بیماری‌های غیر واگیر و عوامل خطر مرتبط» را تدوین نمود.

این سند توسط جناب آقای دکتر روحانی رئیس جمهور محترم و اعضا محترم هیئت دولت به تصویب رسید و همچنین خانم مارگارت چان رئیس وقت سازمان جهانی بهداشت آن را تایید نمود. به منظور دستیابی به اهداف ذکر شده در سند و عملیاتی نمودن برنامه‌های آن، کارگروه‌های مرتبط در حوزه‌های اصلی بیماری‌های غیر واگیر تشکیل گردید. یکی از این کارگروه‌ها، کارگروه بیماری‌های مزمن تنفسی بود که در اولین گام اقدام به تهیه چارچوب ملی ارائه خدمات بیماری‌های مزمن تنفسی نمود. این چارچوب براساس سند پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیر واگیر و عوامل خطر مرتبط در برنامه‌ای با افق ۱۰-۱۵ ساله به منظور پیشگیری، درمان، کنترل و حمایت بیماران مزمن تنفسی تهیه شده است و شامل برنامه‌های آموزشی، پژوهشی و دیگر زمینه‌های مرتبط با این منشور راهبردی می‌باشد. این سند حاصل تلاش مستمر گروهی از پزشکان و صاحب نظران حوزه بیماری‌های مزمن تنفسی و واحدهای تخصصی مدیریتی و اجرایی مربوطه و بیش از ۷۰ جلسه و ۴۰۰۰ نفر/ساعت کار کارشناسی می‌باشد که در تهیه آن همه ذینفعان اعم از درون سازمانی معاونین بهداشت، درمان، آموزشی، تحقیقات فناوری و اجتماعی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، جمعیت مبارزه با استعمال دخانیات ایران و نمایندگان وزارت نیرو، وزارت صنعت معدن و تجارت، وزارت آموزش و پرورش، سازمان صدا و سیما، جمهوری اسلامی ایران، سازمان حفاظت محیط زیست، سازمان اورژانس کشور و جمعیت هلال احمر جمهوری اسلامی ایران مشارکت فعال داشته‌اند و تلاش گردید تا نیازها و خواسته‌های همه ذینفعان و برنامه‌های متنوع عملیاتی و مداخلاتی مربوطه در آن لحاظ گردد.

امید است با همکاری و حمایت واحدهای مرتبط در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دیگر ذینفعان در سازمان‌ها و موسسات دیگر، گام‌های در نظر گرفته شده در این سند شکل واقعی و عملیاتی بخود گیرد و مردم عزیز کشور ما از نتایج سلامت‌بخش آن بهره‌مند گردند.

دکتر محمد رضا مسجدی

عضو کارگروه و هماهنگ کننده گروه تدوین

دکتر مصطفی قانعی

هماهنگ کننده کارگروه بیماری‌های مزمن تنفسی

خلاصه مدیریتی

همه گیر شناسی بیماری‌های مزمن تنفسی و عوامل خطر

صدها میلیون نفر از مردم جهان، در تمام سنین و در همه کشورها از بیماری‌های مزمن تنفسی قابل پیشگیری (که متأسفانه شیوع آنها در حال افزایش هستند) رنج می‌برند. عوامل خطر و مستعد کننده بسیار زیادی بر بار بیماری، بروز، شیوع و مرگ و میر بیمارهای CRD، بویژه آسم و COPD، موثرند. بطور کلی عوامل شناخته شده عبارتند از عوامل دموگرافیک و فردی، مواجهات فضای بسته و فضای باز که در مقیاس ریزتر مواجهات فضاهای بسته و باز را می‌توان در زیرگروه‌های کاربردی‌تر طبقه‌بندی نمود که البته هریک خود شامل موارد زیادی هستند. برخی از این موارد شناخته شده عبارتند از: دخانیات، آلودگی هوا و آلودگی‌های محیطی، آلرژن‌ها و عوامل محیطی، عوامل بیولوژیک (جانوری و گیاهی)، میکروارگانیسم‌ها و عوامل عفونت زاء، مواجهات شغلی، مصرف و یا مواجهه با داروها، مواد مخدر، الکل و ... مواجهه با هوای سرد یا تغییر ناگهانی دما و عوامل تغذیه‌ای.

بر طبق برآوردها امروزه حدود ۳۳۴ میلیون نفر در سطح جهان به آسم مبتلا هستند و شیوع آن در هر دهه ۵۰٪ افزایش می‌یابد. بطور کلی شیوع آسم در جوامع مختلف ۱ تا ۱۸ درصد برآورد شده است. بر اساس منابع موجود شیوع کلی آسم در منطقه برابر ۹/۳۸ درصد و برای COPD برابر ۵/۳۹ درصد برآورد شده است. علاوه بر دخانیات، مواجهه با آلودگی هوای داخل اتاق و استفاده از سوخت‌های Biomass (برای پخت و پز) و فقر، از علل COPD در جوامع در حال توسعه می‌باشد. تصور آنست که شیوع و بروز آسم در ایران نیز به مانند سایر کشورهای در حال توسعه در حال افزایش باشد. بطور کلی بر اساس آمارهای مختلف بنظر می‌رسد شیوع آسم در ایران در تمام سنین بطور متوسط ۵/۵ درصد و بر اساس علایم آسم در جمعیت بالغین حدود ۹٪ و در کودکان و نوجوانان حدود ۱۱٪ می‌باشد. همچنین اطلاعات کافی در مورد مرگ و میر ناشی از آسم و روند آن موجود نیست.

شیوع کلی COPD در افراد بالای ۴۰ سال ساکن تهران ۹/۲ درصد، برآورد می‌گردد. این شیوع با مصرف سیگار، به ویژه مصرف سیگار در گذشته، مرتبط است و با افزایش سن (به ویژه بالای ۵۵ سال) افزایش می‌یابد. همچنین روشن شد که اگرچه ۱۲/۶ درصد بیماران COPD سیگاری بودند و یا در گذشته مصرف سیگار داشته‌اند (۱۸/۳ درصد) با این حال ۶۹٪ بیماران مبتلا به COPD سابقه مصرف سیگار نداشتند.

بر اساس تخمین WHO در سال ۲۰۵۰ نسبت جمعیت مسن ایران از ایالات متحده بیشتر خواهد بود، که این به معنای مواجهه بیشتر با بیماری‌های مزمن تنفسی و تحمل فشار بار این بیماری‌ها در کشورمان می‌باشد. هزینه‌های کلی آسم و COPD از دو مقوله هزینه‌های مستقیم (مانند هزینه مراجعه به پزشک، دارو یا بستری بیمارستانی) و هزینه‌های به ظاهر ناآشکار و یا نامحسوس غیرمستقیم (مانند غیبت از مدرسه و محل کار، مرگ زودرس، کاهش بهره‌وری، بازنشستگی زود هنگام، کاهش کیفیت زندگی و ...) در رابطه با خود بیمار و یا اطرافیان وی (همسر، والدین و ...) تشکیل می‌شود. متأسفانه در کشور ما آمار، ارقام و اطلاعات دقیقی در مورد هزینه و بار بیماری‌ها، بخصوص به تفکیک بار مستقیم و غیر مستقیم در دسترس نیست.

با توجه به کمبودهای سیستم بهداشتی درمانی در ایران، ذات طولانی مدت و سیر بطئی بیماری‌های مزمن تنفسی، تنوع دیدگاه‌ها، پروتکل‌ها و روش‌های تشخیصی آنها و ... ارائه آمار دقیق برای بیماری‌های CRD در ایران کار مشکلی است. با این حال بر اساس داده‌های موجود (که در بالا اشاره شد) بنظر می‌رسد که بطور کلی شیوع آسم در ایران بین ۱۰ تا ۱۵ درصد در بالغین و ۱۰ تا ۱۵ درصد در کودکان باشد. این رقم برای COPD بین ۵ تا ۲۰ درصد برآورد می‌شود.

پاسخ ملی به بیماری‌های مزمن تنفسی

قانون جامع کنترل و مبارزه ملی با دخانیات که با عنوان طرح جامع کنترل و مبارزه ملی با دخانیات به مجلس شورای اسلامی تقدیم شده بود، در جلسه علنی مورخ ۱۳۸۵/۶/۱۵ و به دنبال آن تأیید شورای محترم نگهبان به تصویب رسید. در ادامه بنا به پیشنهاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و به استناد ماده قانون جامع کنترل و مبارزه ملی با دخانیات هیئت وزیران در جلسه ۱۳۸۶/۷/۱ خود آیین‌نامه اجرایی قانون جامع کنترل و مبارزه ملی با دخانیات تصویب نمود. با این حال روند اجرای این آیین‌نامه در سال‌های پس از ابلاغ آن مطلوب نبوده است و اهتمام همه دست‌اندرکاران برای اجرای اصولی و درست این آیین‌نامه ضروری می‌باشد.

ماده ۹۲ قانون کار به لزوم انجام معاینات سلامت شغلی به صورت دوره‌ای (سالانه) توسط کارفرما اشاره می‌کند. در راستای اجرای این قانون بخشنامه معاینات سلامت شغلی توسط مرکز سلامت محیط و کار تدوین شده و به معاونت‌های بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور ابلاغ گردیده است. بر طبق این قوانین معاینات سلامت شغلی باید توسط مراکز، مطب‌ها و پزشکان (متخصصین طب کار و پزشکان عمومی دوره دیده) دارای مجوز ارائه خدمات طب کار، تحت نظارت مرکز سلامت محیط و کار، انجام پذیرد و معاونت‌های بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور موظف به پایش فعالیت‌ها و ارائه خدمات مطلوب آنان هستند.

سند جامع حمایت طلبی کنترل آلودگی هوا و کاهش تبعات آن بر سلامت در سال ۱۳۹۵ توسط فرهنگستان علوم پزشکی تدوین و منتشر شد. این سند نشان می‌دهد که در سیاست‌های کلی سلامت و محیط زیست، ابلاغی مقام معظم رهبری، سند چشم‌انداز، قوانین برنامه‌های پنج ساله، قوانین جاری، مصوبات هیات وزیران، برنامه‌های جامع کاهش آلودگی هوا و استانداردهای ملی، به دسترسی همگان به هوای پاک تأکید شده است. مهمترین قانون کشور در زمینه جلوگیری از آلودگی هوا، قانون نحوه جلوگیری از آلودگی هوا است که در سال ۱۳۷۴ به تصویب مجلس شورای اسلامی رسیده است. همچنین استانداردهای هوای پاک برای اولین بار در کشور به پیشنهاد سازمان حفاظت محیط زیست بر مبنای قانون برنامه چهارم توسعه به تصویب هیأت وزیران رسید و برای اجرا ابلاغ شد. در برنامه پنجم توسعه سازمان حفاظت محیط زیست مکلف شده است که تمهیدات لازم را برای کاهش آلودگی هوا تا حد استانداردهای جهانی با اولویت شناسایی کانون‌های انتشار ریزگردها و مهار آنها فراهم آورد. با این حال بدلیل وجود موانع متعدد و لزوم همکاری نزدیک و یکپارچه وزارتخانه‌ها، سازمان‌ها، ارگان‌ها و مراکز مختلف دیگر، اقدامات انجام شده تاکنون رضایت‌بخش نبوده است.

با توجه به نقشه سلامت جمهوری اسلامی ایران در برنامه ۵ ساله پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی و لزوم کاهش بار ناشی از بیماری‌های مزمن تنفسی (آسم و COPD) به میزان ۵٪ نسبت به سال پایه، نخستین برنامه راهبردی ۵ ساله (۱۳۹۶-۱۳۹۲) پیشگیری و کنترل آسم و COPD اداره بیماری‌های مزمن تنفسی توسط دفتر مدیریت بیماری‌های غیرواگیر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تدوین گردید. در همین راستا گایدلاین‌های تشخیص، درمان و مراقبت بیماری‌های مزمن تنفسی تهیه و ابلاغ گردید.

سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر

نظر به اهمیت موضوع و ضرورت پاسخگویی در قبال سیاست‌های کلی سلامت و انسجام مبادی تصمیم‌گیری، اجرا و نظارت و ارزیابی کلیه فعالیت‌ها، کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی اقدام به تدوین یک سند جامع و ملی در راستای عمل به تعهدات قانونی نظام جمهوری اسلامی ایران در سطح ملی و بین‌المللی نموده 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 و عوامل خطر مرتبط با این بیماری‌ها هستند؛ در نظر گرفته شده‌اند.

در این سند که بر اساس مستندات سازمان جهانی بهداشت تهیه شده است، کاهش تعداد مرگ‌های زودرس ناشی از بیماری‌های غیرواگیر (به ویژه ۴ بیماری غیرواگیر اصلی که بیشترین مرگ و میر را به خود اختصاص داده‌اند) به میزان ۲۵ درصد تا سال ۱۴۰۴، از طریق دستیابی به ۱۳ هدف پیش‌بینی شده است. این ۱۳ هدف، هر کدام بر روی بخشی از عوامل خطر مانند مصرف دخانیات، مصرف الکل، رژیم غذایی ناسالم و کمبود فعالیت بدنی تمرکز می‌کنند که خطر بروز بیماری‌های غیرواگیر را در میان افراد افزایش می‌دهند. به منظور دستیابی به اهداف مذکور، تفاهم‌نامه‌های همکاری میان وزارت بهداشت و دیگر ذینفعان تهیه شده و زمینه‌های همکاری در راستای اجرای مداخلات پیشگیرانه و کنترل‌کننده بیماری‌های غیر واگیر و عوامل خطر مرتبط تعیین می‌گردد.

اهداف، سیاست‌ها، راهبردها و اقدامات اساسی و اولویت دار برای پیشگیری و کنترل بیماری‌های مزمن تنفسی (ایران ۱۴۰۴)

کاهش میزان موربیدیتی و مورتالیتی بیماری‌های آسم و COPD در جوامع در حال توسعه یکی از اهداف WHO برای مبارزه با CRDs در سطح جهان می‌باشد. لذا طراحی و اجرای برنامه‌های استراتژیک مبارزه با این دو بیماری ضروری است. در این راستا سند پیشگیری و کنترل بیماری‌های مزمن تنفسی با هدف تدوین چارچوب و نقشه راه و سیاست گذاری اقدامات جامع و هماهنگ به منظور کاهش بار بیماری‌های مزمن تنفسی و افزایش کیفیت زندگی ایرانیان تهیه و تدوین گردیده است. اهم اهداف، سیاست‌ها و اقدامات اساسی در نظر گرفته شده در این سند به شرح زیر می‌باشد:

چشم انداز بیماری‌های مزمن تنفسی در افق ایران ۱۴۰۴

دسترسی عادلانه به خدمات پیشگیری، کنترل درمان و مراقبت بیماری‌های مزمن تنفسی برای عموم جامعه و ارتقای کیفیت زندگی بیماران تا سال ۱۴۰۴

هدف نهایی

انتظار می‌رود تا سال ۱۴۰۴ با اجرای مناسب سند پیشگیری و کنترل بیماری‌های مزمن تنفسی ۲۵٪ از مرگ و میرهای زود رس ناشی از بیماری‌های مزمن تنفسی کاسته شود.

اهداف راهبردی

دستاوردهای زیر با اجرای صحیح راهبردها/ سیاست‌ها و اقدامات کلیدی سند پیشگیری و کنترل بیماری‌های مزمن تنفسی در میان مدت و بلند مدت قابلیت تحقق خواهد داشت:

هدف راهبردی یک: تقویت نظام مراقبت بیماری‌های مزمن تنفسی

- شناسایی ۱۰۰٪ موارد مشکوک به بیماری‌های مزمن تنفسی در برنامه‌های جاری نظام سلامت
- تشخیص سالانه حداقل ۱۰٪ افراد مبتلا از بین جمعیت‌های هدف با تاکید بر مواجهه‌های شغلی
- ثبت و گزارش حداقل ۵ شاخص کلیدی بیماری‌های مزمن تنفسی از سال اول برنامه

هدف راهبردی دو: کاهش مواجهه با عوامل خطر بیماری‌های مزمن تنفسی

- کاهش میزان شیوع استعمال دخانیات در جمعیت بالای ۱۵ سال به میزان ۳۰٪ وضعیت پایه
- افزایش سالیانه ۱۵٪ تعداد روزهایی که شاخص کیفیت هوا در محدوده سالم می باشد ($AQI > 100$)
- کاهش سالیانه ۱۰٪ تعداد روزهایی که به دلیل وقوع پدیده گرد و غبار میزان شاخص آلاینده‌گی ذرات معلق از متوسط ساعتی ۳۰۰ میکروگرم بر مترمکعب و شاخص کیفیت روزانه بالای ۲۰۰ برخوردار باشد.
- سالیانه ۱۰٪ شناسایی و جایگزینی تدریجی پوشش گیاهان آلرژیک به گونه‌های سازگار و کم خطرتر اکولوژیک در منطقه
- سالیانه کاهش ۱۰٪ میزان مواجهه با آلرژن‌های بیولوژیک
- سالیانه کاهش ۱۰٪ میزان مواجهه با آلودگی‌های ناشی از حامل‌های انرژی نامطلوب (فضولات دامی، چوب و فرآورده‌های مشابه، نفت و ...) عوامل شیمیایی و فیزیکی
- سالیانه ۱۰٪ کاهش مواجهه با عوامل خطر غذایی، آرایشی، بهداشتی و شغلی زمینه ساز بیماری‌های مزمن تنفسی

هدف راهبردی سه: افزایش دسترسی به مراقبت‌های اضطراری و پایداری مراقبت‌های نگهدارنده

- افزایش پوشش ارایه خدمات به بیماران شناخته شده در سطح مراکز خدمات جامع سلامت به میزان حداقل ۸۰٪
- افزایش دسترسی بیماران به خدمات اورژانس از طریق نظام ارجاع و سطح بندی خدمات به میزان حداقل ۸۰٪
- افزایش دسترسی بیماران به خدمات تخصصی از طریق نظام ارجاع و سطح بندی خدمات به میزان حداقل ۸۰٪
- ایجاد واحدهای با قابلیت ارایه خدمات نگهدارنده (تسکینی و واسطه ای) مراقبت‌های مزمن تنفسی حداقل ۸۰٪ واحدهای مورد انتظار
- افزایش دسترسی به خدمات تخصصی و فوق تخصصی بیماری‌های مزمن تنفسی به میزان حداقل ۸۰٪ بار بیماردهی قابل انتظار
- ایجاد تیم‌های مراقبت‌های درمانی در منزل برای بیماران مزمن تنفسی به میزان حداقل ۸۰٪ تیم‌های مورد انتظار

- افزایش بهره‌مندی از سازمان‌های مردم‌نهاد و خیرین سلامت برای تیم‌های مراقبت درمانی و باز توانی در منزل و مراکز وابسته برای بیماران مزمن تنفسی به میزان حداقل ۲۰٪

هدف راهبردی چهارم: افزایش بهره‌مندی از فراورده‌های دارویی و تجهیزات استاندارد و فن‌آوری‌های نوین با رویکرد پیشگیرانه و واکنشی (تشخیص، درمان و مراقبت)

- افزایش دسترسی گروه‌های جمعیتی در معرض خطر بیماری‌های مزمن تنفسی به تجهیزات پیشگیرانه و محافظتی مناسب و با کیفیت به میزان حداقل ۸۰٪
- افزایش دسترسی گروه‌های جمعیتی در معرض خطر بیماری‌های مزمن تنفسی به تجهیزات تشخیصی مناسب و با کیفیت به منظور شناسایی زودهنگام بیماری‌های مزمن تنفسی با تاکید بر شرکت‌های دانش‌بنیان به میزان حداقل ۸۰٪
- افزایش دسترسی بیماران مزمن تنفسی شناسایی شده به تجهیزات تشخیصی پیشرفته مناسب به منظور کنترل مطلوب بیماری به میزان حداقل ۸۰٪
- افزایش دسترسی بیماران مزمن تنفسی شناسایی شده نیازمند به تجهیزات مراقبتی مناسب به منظور ارتقای کیفیت زندگی بیماران به میزان حداقل ۸۰٪
- افزایش دسترسی بیماران مزمن تنفسی شناسایی شده نیازمند به تجهیزات بازتوانی مناسب به منظور ارتقای کیفیت زندگی بیماران به میزان حداقل ۸۰٪
- افزایش دسترسی بیماران مزمن تنفسی شناسایی شده به تجهیزات درمانی، بازتوانی و داروهای مناسب توزیع شده با مشارکت و حمایت سازمان‌های مردم‌نهاد تخصصی و خیرین سلامت به میزان حداقل ۱۰٪

هدف راهبردی پنجم: حاکمیت خوب، تولید و رهبری برنامه‌های پیشگیری و کنترل بیماری‌های مزمن تنفسی

- اصلاح و بازنگری در چارت سازمانی وزارت/دانشگاه‌ها با تاکید بر تقویت برنامه‌های پیشگیری و کنترل بیماری‌های مزمن تنفسی
- ادغام برنامه‌های پیشگیری و کنترل بیماری‌های مزمن تنفسی در نظام جاری سلامت
- سیاست‌گذاری و همکاری مشترک در رهبری تولید کاهش بار بیماری‌های مزمن تنفسی از طریق مصوبات شورای عالی سلامت و امنیت غذایی (کارگروه تهدید کننده‌های محیطی سلامت)

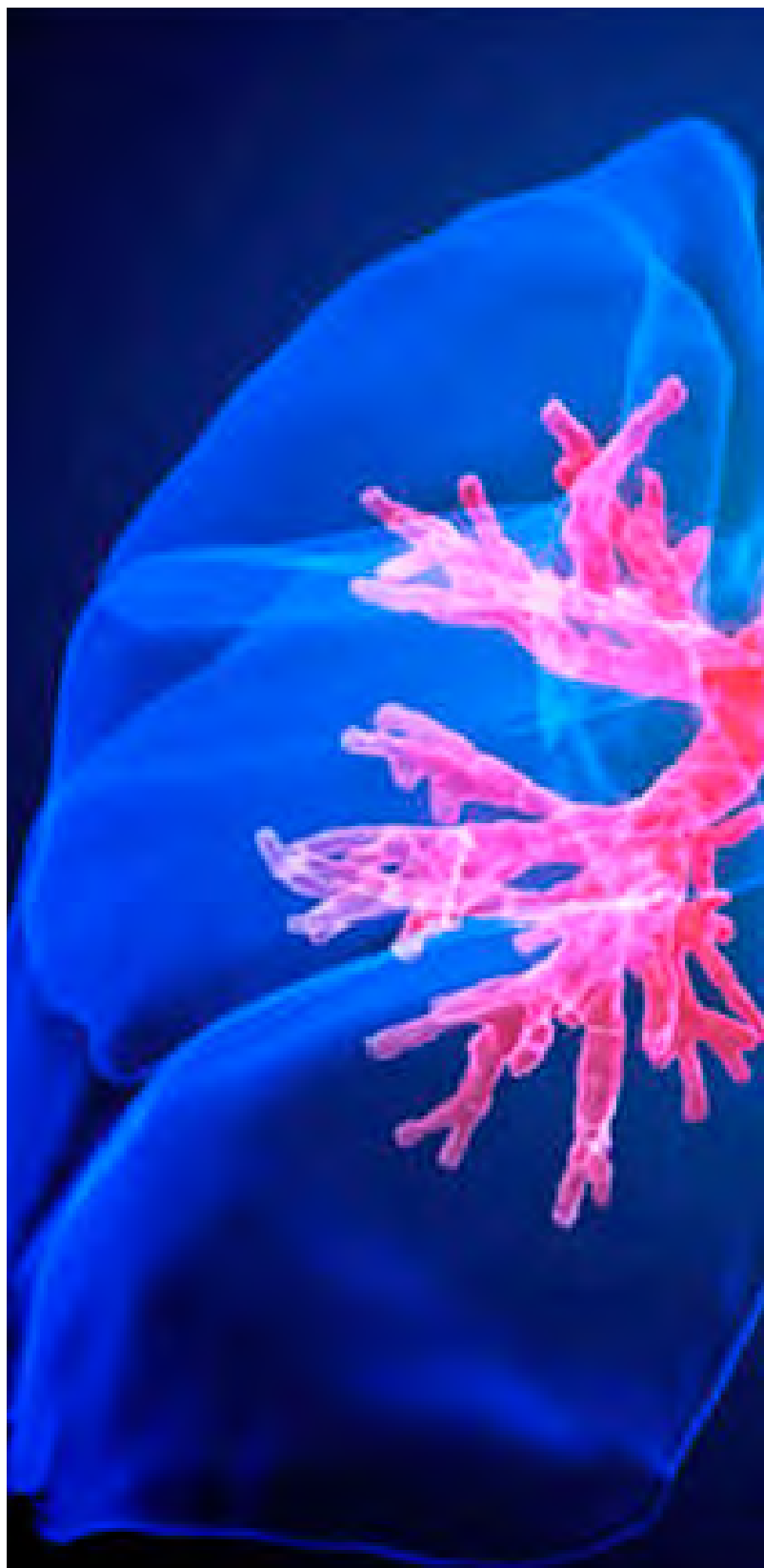
هدف راهبردی ششم: ظرفیت‌سازی و بسیج منابع

- افزایش سواد سلامت در زمینه پیشگیری و کنترل و بازتوانی بیماری‌های مزمن تنفسی
- افزایش مهارت کارکنان بهداشتی درمانی در زمینه مراقبت‌های پیشگیرانه، تشخیص و درمان و مراقبت‌های نگهدارنده بیماری‌های مزمن تنفسی
- جلب مشارکت و بکارگیری ظرفیت‌های بخش غیردولتی و سازمان‌های داوطلب بیمار محور در برنامه‌های پیشگیری، کنترل بیماری‌های مزمن تنفسی



فصل اول

همه گیر شناسی بیماری های مزمن تنفسی و عوامل خطر



تعریف

بیماری‌های مزمن تنفسی به بیماری‌های مزمن دستگاه تنفس (شامل مجاری هوایی و ریه‌ها) اطلاق می‌گردد [۱]. این بیماری‌ها اساساً غیرواگیر بوده و برای مدت طولانی و شاید تمام عمر بیمار را درگیر سازند. این موضوع موجب می‌شود تا علاوه بر بار بیماری، هزینه‌های تحمیلی بسیار زیادی نیز به شکل مستقیم و غیر مستقیم بر بیمار و اطرافیان وی تحمیل گردد. اگرچه بیماری‌های مزمن ریوی انواع متعددی دارند، ولی شایعترین انواع آنها عبارتند از آسم^۱ (آلرژیک و غیر آلرژیک)، بیماری انسدادی مزمن ریوی^۲ یا COPD (شامل برونشیت مزمن^۳ و آمفیزم^۴)، بیماری‌های شغلی ریوی^۵، اختلالات تنفسی خواب^۶، پرفشاری ریوی^۷ [۱].

در میان انواع بیماری‌های مزمن تنفسی، آسم و COPD شایعترین بیماری‌ها محسوب می‌شوند. این دو بیماری بر کیفیت زندگی بیماران و اطرافیان ایشان بشدت اثرگذارند به طوری که در بین ۲۰ علت جهانی ناتوانی‌ها^۸ قرار دارند. فقدان تعریف دقیق و نیز برهم‌پوشانی و شباهت این دو بیماری با یکدیگر موجب پیچیدگی بررسی‌های همه‌گیرشناختی آنها شده است. با این حال بررسی‌ها نشان می‌دهند که آسم و COPD بر اساس شاخص DALY^۹ به ترتیب در ردیف‌های بیست و سومین و هشتمین علت بار بیماری‌ها قرار دارند. مقایسه مطالعه بار جهانی بیماری‌ها در سال‌های ۱۹۹۰ و ۲۰۱۵ نشان دهنده روندهای زیر می‌باشد:

میزان مرگ جهانی COPD رشدی معادل ۱۱/۶ درصد (۳/۲ میلیون نفر در سال) و شیوع این بیماری تا ۴۴/۲ درصد افزایش داشته است.

اگرچه میزان مرگ جهانی آسم ۲۶/۷ درصد کاهش داشته است (۴۰۰ هزار نفر در سال) ولی شیوع این بیماری ۱۲/۶ درصد افزایش یافته است [۳، ۴].

با توجه به فراوانی و بار بیماری‌های مزمن تنفسی، آسم و COPD به عنوان دو بیماری اولویت‌دار، بویژه در ایران، محسوب می‌گردند. شایان ذکر است دو بیماری دیگر مزمن تنفسی یعنی اختلالات تنفسی خواب و پرفشاری ریوی نیز از اهمیت و بار زیادی برخوردارند و امید می‌رود تا در آینده نه چندان دور در لیست اولویت‌ها قرار گیرند.

عوامل خطر بیماری‌های مزمن تنفسی

عوامل خطر و مستعد کننده بسیار زیادی بر بار بیماری، بروز، شیوع و مرگ و میر بیمارهای CRD، بویژه آسم و COPD، موثرند. با توجه به برهم‌پوشانی و شباهت این دو بیماری با یکدیگر، تفکیک این عوامل برای دو بیماری امکانپذیر نمی‌باشد. از این رو عوامل خطر یا مستعد کننده بصورت یک مجموعه ارائه می‌شوند. بطور کلی عوامل شناخته شده عبارتند از [۱، ۵، ۶]:

1- Asthma

2- Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)

3- Chronic bronchitis

4- Emphysema

5- Occupational lung diseases

6- Sleep breathing disorders

7- Pulmonary hypertension

8- Disabilities

9- Disability-Adjusted Life Years

۱- عوامل دموگرافیک و فردی

مانند: سن، جنس، استرس‌ها و هیجانات، بارداری، قومیت و ژنتیک، چاقی، ورزش و فعالیت، تحصیلات پایین، بیکاری، وضعیت اقتصادی- اجتماعی پایین، سطح بهداشتی پایین

۲- مواجهات فضای بسته (درون اتاق)^۱

دود ناشی از سوخت‌های فسیلی (نظیر تنورهای خانگی در مناطق روستایی، شومینه، ...)

۳- مواجهات فضای باز (بیرون اتاق)^۲

در مقیاس ریزتر مواجهات فضاهای بسته و باز را می‌توان در زیرگروه‌های کاربردی‌تر طبقه‌بندی نمود که البته هریک خود شامل موارد زیادی هستند. برخی از این موارد شناخته‌شده عبارتند از:

- دخانیات
- آلودگی هوا و آلودگی‌های محیطی
- آلرژن‌ها و عوامل محیطی،
- عوامل بیولوژیک (جانوری و گیاهی)، میکرو ارگانیسم‌ها و عوامل عفونت‌زا
- مواجهات شغلی،
- مصرف و یا مواجهه با داروها، مواد مخدر، الکل و
- مواجهه با هوای سرد یا تغییر ناگهانی دما،
- عوامل تغذیه‌ای،

اپیدمیولوژی در دنیا

صدها میلیون نفر از مردم جهان، در تمام سنین و در همه کشورها از بیماری‌های مزمن تنفسی قابل پیشگیری (که متأسفانه شیوع آنها در حال افزایش هستند) رنج می‌برند. بیش از ۵۰۰ میلیون نفر از این افراد در کشورهای دارای درآمد پایین یا متوسط زندگی میکنند و یا با فقر دست به گریبانند. بیماری‌های مزمن تنفسی موجب ۴ میلیون مرگ در سال می‌شوند. بر اساس ارزیابی‌های سال ۲۰۰۵، این بیماری‌ها ۴ درصد کل بار جهانی بیماری‌ها و ۸/۳ درصد بار همه بیماری‌های مزمن را دربر می‌گیرند. بار این بیماری‌ها اثرات سوء اساسی بر کیفیت زندگی بیماران و اطرافیان آنها دارد [۲].

بر اساس آخرین گزارش سازمان جهانی بهداشت حدود ۳۳۴ میلیون نفر در سطح جهان به آسم مبتلا هستند و شیوع آن در هر دهه ۵۰٪ افزایش می‌یابد. آسم در کشورهای پیشرفته شایع‌تر است، با این حال شیوع آسم در کشورهای در حال توسعه با افزایش شهرنشینی و غربی شدن به تندی در حال افزایش است. سالانه حدود ۴۰۰ هزار نفر در اثر آسم جان خود را در جهان از دست می‌دهند که بیشتر در سنین ۴۵ سال و بالاتر رخ می‌دهد [۵]. بطور کلی شیوع آسم در جوامع مختلف ۱ تا ۱۸ درصد برآورد شده است [۷].

براساس تخمین‌ها، ۱٪ جمعیت عمومی به COPD مبتلا هستند که این شیوع در سنین بالای ۴۰ سال بشدت زیاد

1- Indoor
2- Outdoor

می‌شود. عقیده بر آن است که تنها ۱۰ تا ۱۵ درصد موارد COPD تشخیص داده می‌شوند و در بسیاری موارد COPD شناسایی نمی‌گردد. با توجه به مرگ و میر جهانی COPD در سال ۲۰۱۵ که حدود ۳/۱۷ میلیون نفر بوده است، می‌توان چنین گفت که ۵٪ مرگ‌های جهان به علت این بیماری بوده است. ۹۰٪ مرگ و میرهای COPD در کشورهای فقیر یا با درآمد متوسط اتفاق می‌افتد. COPD عمدتاً بعلت مصرف دخانیات، مواجهه با آلودگی‌های فضاهای بسته یا باز و یا در اثر آسم بلند مدت ایجاد می‌شود. این بیماری درمان‌پذیر نیست و درمان موثر آن تنها کیفیت زندگی را افزایش و خطر فوت را تقلیل می‌دهد [۸، ۹].

اپیدمیولوژی در منطقه

بطور کلی پژوهش و اطلاعات کافی در مورد بیماری‌های مزمن تنفسی شامل آسم و COPD در منطقه EMRO وجود ندارد و انجام مطالعات مرتبط و تلاش بیشتر برای رفع این نقیصه ضروری بنظر می‌رسد. با این حال بر اساس منابع موجود شیوع کلی آسم در منطقه برابر (۹/۵۵-۹/۲۰) و ۹/۳۸ و برای COPD برابر (۵/۶۲-۵/۱۷) ۵/۳۹ برآورد شده است. همچنین بیشترین شیوع آسم به ترتیب در کویت، قطر و عربستان سعودی و بیشترین شیوع COPD به ترتیب در پاکستان، مراکش و لبنان گزارش شده است. علاوه بر دخانیات، مواجهه با آلودگی هوای داخل اتاق و استفاده از سوخت‌های Biomass (برای پخت و پز) و فقر از علل COPD در جوامع در حال توسعه می‌باشد [۱۰]. کاهش میزان موربیدیتی و مورتالیتی بیماری‌های آسم و COPD در جوامع در حال توسعه یکی از اهداف WHO برای مبارزه با CRDs در سطح جهان می‌باشد. لذا طراحی و اجرای برنامه‌های استراتژیک مبارزه با این دو بیماری ضروری است.

اپیدمیولوژی در ایران

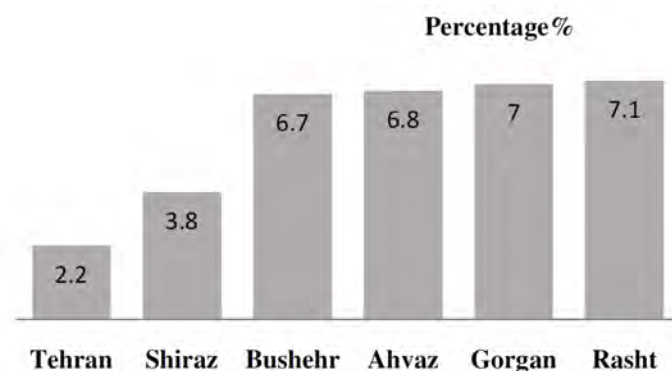
با توجه به کمبودهای سیستم بهداشتی درمانی در ایران، ذات طولانی مدت و سیر بطئی بیماری‌های مزمن تنفسی، تنوع دیدگاه‌ها، پروتکل‌ها و روش‌های تشخیصی آنها و ... ارائه آمار دقیق برای بیماری‌های CRD در ایران کار مشکلی است. همچنین کمبود مطالعات کافی و یا جامع در زمینه اپیدمیولوژی بیماری‌های مزمن تنفسی و عوامل خطر آنها در جوامع و مناطق مختلف ایران مشهود است. از این رو بنظر می‌رسد فعالیت بیشتر در زمینه اپیدمیولوژی این بیماری‌ها، نقش عوامل خطر موثر بر آنها و ارزیابی وضعیت موجود از اهم امور و لازمه اقدامات آتی می‌باشد بر اساس مطالعات محدود منتشر شده از ایران، سن، مصرف دخانیات، عفونت‌های تنفسی دوران کودکی، پخت نان، قالی‌بافی، استفاده از سوخت‌های فسیلی و فضولات حیوانی از عوامل خطر مهم و مرغداری، استفاده از سوخت گاز و نفت سفید از ریسک فاکتورهای کمتر مهم هستند. همچنین مواجهه با ذرات معلق، آلودگی هوا، مواجهات شغلی (مانند آهک و سیلیکوز) و مشاغل داخل خانه در روستاها بعنوان عوامل خطر معرفی شده‌اند. [۱۱-۱۳]. در مجموع بر اساس داده‌های پراکنده موجود بنظر می‌رسد که بطور کلی شیوع آسم در ایران بین ۵ تا ۱۰ درصد در بالغین و ۱۰ تا ۱۵ درصد در کودکان باشد. این رقم برای COPD بین ۵ تا ۲۰ درصد برآورد می‌شود. متأسفانه دلیل فقدان سیستم جامع، یکپارچه و همیشگی ثبت بیماری‌ها، اطلاع دقیق و کافی از میزان مرگ و میر، بستری‌ها و مراجعات بیمارستانی برای بیماری‌های مزمن تنفسی در سطح کشور وجود ندارد. علیرغم مطالعات انجام شده، آمار دقیقی از روند (trend) آسم در ایران مشخص نیست. با این حال بر اساس برخی

یافته‌های بدست آمده از مطالعات داخلی و یا برآوردهای جهانی، تصور آنست که شیوع و بروز آسم در ایران نیز به مانند سایر کشورهای در حال توسعه در حال افزایش باشد. در ایران مطالعه ISAAC به همراه سایر مطالعات پراکنده تنها منابع اطلاعاتی بحساب می‌آیند. با این حال کمبود سیستم اطلاعاتی دقیق و کارآمد در کشور برای مبارزه با آسم محسوس است. بطور کلی بر اساس آمارهای مختلف بنظر می‌رسد شیوع آسم در بالغین در کشورهای مختلف جهان (من جمله ایران) حدود ۱۰-۱۲ درصد و در کودکان حدود ۱۵ درصد می‌باشد. همچنین اطلاعات کافی در مورد مرگ و میر ناشی از آسم و روند آن موجود نیست [۵].

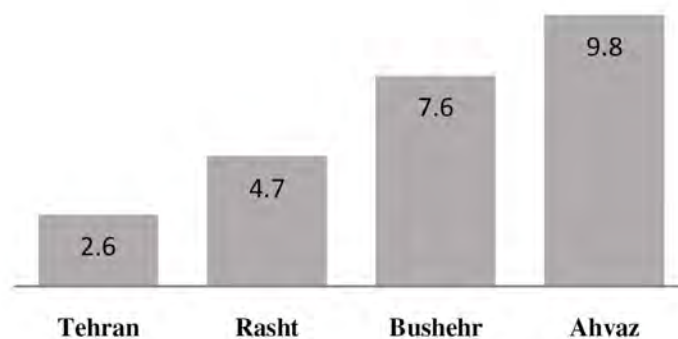
بر اساس مطالعات بار بیماری‌های ایران در سال ۲۰۰۳ و نیز گزارش GINA، شیوع آسم در ایران در تمام سنین بطور متوسط ۵/۵ درصد (۵/۱ تا ۷/۵ درصد) می‌باشد [۷]. همچنین نتایج پیمایش وزارت بهداشت و درمان نشان داد که شیوع آسم بر اساس علایم در جمعیت بالغین حدود ۹٪ و در کودکان و نوجوانان حدود ۱۱٪ می‌باشد [۱۴]. از سویی بر اساس یک مطالعه متاآنالیز که در سال ۲۰۱۶ منتشر شده است، فراوانی آسم در ایران به شکل زیر برآورد گردید [۱۵]:

- میانگین و ضریب اطمینان (CI) در کل (۳/۹۶-۵/۶۲) ۴/۸ درصد
- میانگین و ضریب اطمینان (CI) در مردان (۳/۷۶-۵/۳۶) ۴/۶ درصد
- میانگین و ضریب اطمینان (CI) در زنان (۳/۴۲-۴/۹۱) ۴/۲ درصد

متأسفانه وضعیت دقیق اپیدمیولوژی آسم به تفکیک مناطق جغرافیایی در ایران روشن نیست و تنها مطالعات پراکنده‌ای وجود دارند. بطور مثال شیوع آسم در برخی شهرها به تفکیک گروه سنی در مطالعه فرخی و همکاران آمده است (شکل‌های ۱ و ۲) [۱۶].



شکل ۱ - مقایسه شیوع آسم در سنین ۶-۷ سال در برخی مناطق ایران [۱۶]:



شکل ۲ - مقایسه شیوع آسم در سنین ۱۳-۱۴ سال در برخی مناطق ایران [۱۶]:

بر اساس یک مطالعه متاآنالیز که در سال ۲۰۱۶ منتشر شده است، فراوانی COPD (برونشیت مزمن) در ایران به شکل زیر است [۱۵]:

- میانگین و ضریب اطمینان (CI) در کل (۳/۳۲-۷/۸۱) ۵/۶ درصد
- میانگین و ضریب اطمینان (CI) در مردان (۳/۱۸-۱۰/۵۱) ۶/۸ درصد
- میانگین و ضریب اطمینان (CI) در زنان (۲/۲۱-۵/۰۶) ۳/۶ درصد

نتایج یک مطالعه کوهورت در استان گلستان نشان داد که شیوع COPD برابر ۲۱/۹ درصد و شیوع متوسط کلی mul-timorbidity (همزمانی وجود حداقل دو بیماری مزمن در یک زمان در یک فرد، بویژه بیماری‌های مزمن غیرواگیر) برابر ۱۹/۴ درصد می‌باشد. در این زمینه Odds ratio نسبت ابتلای زن به مرد و نیز نسبت ابتلا سن بالای ۶۰ سال به زیر ۵۰ سال برای Multimorbidity به ترتیب برابر ۲/۱۱ و ۲/۵۶ محاسبه گردید [۶].

مطالعه دیگری نشان داد که شیوع کلی COPD در افراد بالای ۴۰ سال ساکن تهران ۹/۲ درصد، (۱۰/۱) درصد در مردان، ۸/۵ درصد در زنان) می‌باشد. این شیوع با مصرف سیگار، بویژه مصرف سیگار در گذشته، مرتبط است و با افزایش سن (بویژه بالای ۵۵ سال) افزایش می‌یابد. همچنین روشن شد که اگرچه ۱۲/۶ بیماران COPD سیگاری بودند و یا در گذشته مصرف سیگار داشته‌اند (۱۸/۳ درصد)، با این حال ۶۹٪ بیماران مبتلا به COPD مصرف سیگاری نداشته‌اند [۱۷].

تحلیل وضعیت موجود و بار بیماری (Burden)

همانطور که در بالا اشاره شد، آسم و COPD بر اساس شاخص DALY به ترتیب در ردیف‌های بیست و سومین و هشتمین علت بار بیماری‌ها قرار دارند. مطالعه اخیر بار بیماری‌ها در سطح جهان نشان داد که رقم DALY (تمام سنین) برای آسم معادل ۲۳۷۲۰۵۰۰ و برای COPD برابر ۶۳۴۳۴۳۰۰ می‌باشد که به ترتیب هر یک در طول سال‌های ۲۰۰۶ تا ۲۰۱۶ معادل ۳/۹ و ۶/۵ درصد رشد داشته‌اند [۱۸]. همچنین YLD^۱ (در هزار) به ترتیب برای آسم و COPD در سطح جهانی برابر ۱۳۲۲۱ و ۱۶۲۸۸ محاسبه شده است [۱۹].

این مطالعه نشان داد که میزان مرگ و میر جهانی ناشی از آسم و COPD در سال ۲۰۱۶ به ترتیب برابر ۴۲۰ و ۲۹۳۴/۳ هزار نفر بوده است که نسبت به ۱۰ سال قبل آسم ۲/۶ درصد کاهش و COPD ۵/۵ درصد افزایش نشان داده‌اند [۲۰]. بر اساس تخمین WHO در سال ۲۰۵۰ نسبت جمعیت مسن ایران از ایالات متحده بیشتر خواهد بود [۶] که این به معنای مواجهه بیشتر با بیماری‌های مزمن تنفسی و تحمل فشار بار این بیماری‌ها در کشورمان می‌باشد. هزینه‌های کلی آسم و COPD از دو مقوله هزینه‌های مستقیم (مانند هزینه مراجعه به پزشک، دارو یا بستری بیمارستانی) و هزینه‌های بظاهر ناآشکار و یا نامحسوس غیر مستقیم (مانند غیبت از مدرسه و محل کار، مرگ زودرس، کاهش بهره‌وری، بازنشستگی زود هنگام، کاهش کیفیت زندگی و ...) در رابطه با خود بیمار و یا اطرافیان وی (همسر، والدین و ...) تشکیل می‌شود. متأسفانه در کشور ما آمار، ارقام و اطلاعات دقیقی در مورد هزینه و بار بیماری‌ها، بخصوص به تفکیک بار مستقیم و غیر مستقیم در دسترس نیست.

موانع متعددی از کاهش بار این بیماری‌ها ممانعت می‌نماید (جدول ۱). این مسئله بخصوص در کشورهای در حال

1- Years Lived with Disability

توسعه که بیماران دسترسی محدودی به مراقبت‌ها و داروهای اساسی دارند بیشتر نمایان است [۵].

جدول ۱- برخی موانع بازدارنده کاهش بار

فقر و منابع ناکافی
اولویت پایین بهداشت عمومی
زیرساخت‌های ضعیف مراقبت‌های بهداشتی
مشکل در بکارگیری راهنماهایی (Guidelines) که در کشورهای متمدن تهیه می‌شوند
فراهم بودن و دسترسی محدود به داروها و خدمات پزشکی روزآمد
عدم آموزش بیماران
عوامل محیطی
مصرف سیگار و مواد دخانی
آلودگی هوا و محیط زیست
تماس‌های شغلی
تحمل کم بیماران

اقدامات انجام شده در راستای پیشگیری و کنترل بیماری‌های مزمن تنفسی در ایران

در ایران نیز مبارزه با بیماری‌های مزمن تنفسی به اشکال گوناگون از سال‌ها پیش در حال اجراست. در زیر به برخی از این فعالیت‌ها اشاره شده است.

برنامه راهبردی پیشگیری و کنترل بیماری‌های مزمن تنفسی

با توجه به نقشه سلامت جمهوری اسلامی ایران در برنامه ۵ ساله پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی و لزوم کاهش بار ناشی از بیماری‌های مزمن تنفسی (آسم و COPD) به میزان ۵٪ نسبت به سال پایه، اداره بیماری‌های مزمن تنفسی دفتر مدیریت بیماری‌های غیرواگیر نخستین برنامه راهبردی ۵ ساله (۱۳۹۶-۱۳۹۲) پیشگیری و کنترل آسم و COPD را با بهره‌گیری از نظرات کارشناسان و متخصصان، بر اساس استراتژی‌های WHO، با توجه به تجارب جهانی در زمینه کنترل بیماری‌های مزمن تنفسی و با رویکرد جلب مشارکت کلیه ذینفعان و آحاد جامعه در پیشگیری و کنترل این بیماری‌ها و عوامل خطر زمینه ساز آنها طراحی، تدوین و اجرا نمود. استراتژی‌های اصلی این برنامه عبارت بودند از:

- افزایش دانش همگانی در خصوص آسم و COPD و عوامل خطر ساز آنها.
- ایجاد نظام مراقبت (surveillance) آسم و COPD.
- استاندارد سازی خدمات تشخیص، درمان و مراقبت آسم و COPD در نظام سلامت کشور.
- افزایش همکاری‌های بین بخشی و کنترل عوامل خطر [۱۴].

بر اساس استراتژی‌های چهار گانه فوق برنامه‌ها و پروژه‌های متعددی طراحی گردید که پس از تصویب در کمیته ملی بیماری‌های مزمن تنفسی از سال ۱۳۹۲ در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور به اجرا در آمد. مهمترین اقدامات انجام شده در این راستا به شرح ذیل می باشد:

پیمایش شیوع آسم در کشور

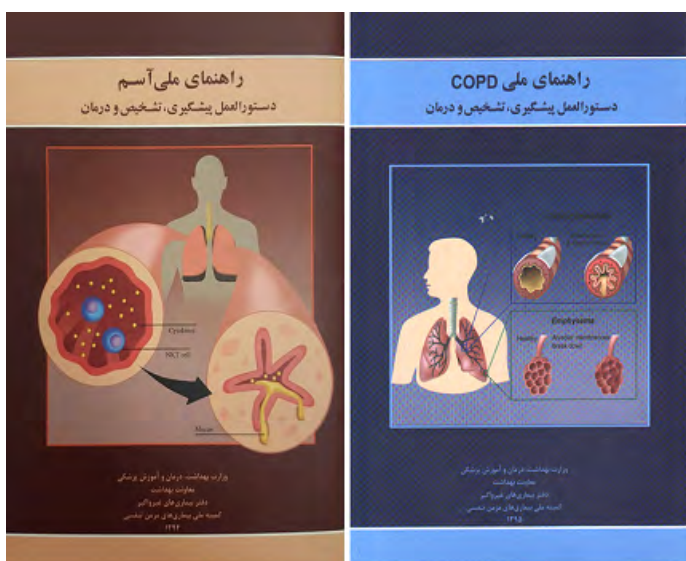
به منظور آگاهی از وضعیت شیوع بیماری آسم در کشور، در سال ۱۳۹۴ پیمایشی توسط وزارت بهداشت و درمان با همکاری مرکز تحقیقات آسم و آلرژی دانشگاه تهران و بر اساس الگوهای استاندارد بین المللی با همکاری دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور در جمعیت کودکان و نوجوانان و بالغین شهری و روستایی سراسر کشور اجرا گردید. نمونه‌گیری از بین دانش‌آموزان گروه سنی ۷-۶ و ۱۴-۱۳ سال و همچنین کلیه افراد بالغ ۴۴-۲۰ سال به روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌بندی خوشه‌ای سیستماتیک در ۳۱ استان کشور صورت گرفت. اطلاعات لازم برای اجرای این پژوهش با استفاده از پرسشنامه استاندارد ISAAC برای ثبت علایم بالینی آسم در گروه سنی کودکان و نوجوانان و پرسشنامه ECRHS برای ثبت علایم بالینی آسم در گروه بزرگسالان جمع آوری شد و در مجموع اطلاعات مربوط به ۲۴۳۴۴ فرد بالغ و ۳۳۳۵۴ دانش آموز مورد مطالعه قرار گرفت [۱۴].

نگارش گایدلاین‌ها

راهنماهای ملی (گایدلاین) آسم و COPD به ترتیب در سال‌های ۱۳۸۴ و ۱۳۹۵ توسط کمیته ملی بیماری‌های

مزمن تنفسی وابسته به دفتر مدیریت بیماری‌های غیرواگیر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و بر اساس گایدلاین‌های معتبر بین المللی، توجه به شرایط و امکانات بومی و منطقه‌ای و نیز بهره‌گیری از نظرات انجمن‌های علمی مربوطه، تدوین و پس از تصویب منتشر گردید [۱۴].

با این حال دستورالعمل‌های پیشگیری، تشخیص و درمان هنوز بطور فراگیر در تمام کشور مورد استفاده و بهره‌برداری قرار نگرفته‌اند. از سویی یک مطالعه در بیمارستان آموزشی در شیراز نشان داد که سطح تبعیت از گایدلاین GOLD برای درمان بیماری COPD پایین است و این موضوع نیاز به کار بیشتر دارد [۲۱].



برنامه تشخیص درمان و مراقبت بیماری‌های آسم و COPD در شبکه مراقبت‌های بهداشتی اولیه (PHC)

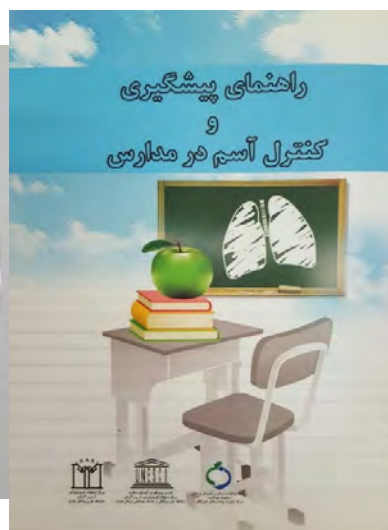
به منظور شناسایی و تشخیص صحیح بیماری‌های آسم و COPD، درمان مناسب و پیگیری و مراقبت مطلوب بیماران و همچنین سطح‌بندی خدمات در نظام ارائه خدمات بهداشتی و درمانی کشور، برنامه تشخیص، درمان و مراقبت

بیماری‌های آسم و COPD در شبکه مراقبت‌های بهداشتی اولیه (PHC) توسط اداره بیماری‌های مزمن تنفسی دفتر مدیریت بیماری‌های غیرواگیر تدوین شده است. در این راستا راهنماهای خدمات بهورز/ مراقب سلامت و دستورالعمل‌های کشوری سطح بندی خدمات در شبکه مراقبت‌های بهداشتی اولیه (PHC) تدوین گردید. بر طبق این برنامه بهورز/ مراقب سلامت افراد مشکوک به بیماری آسم و یا COPD را توسط پرسشنامه‌های مجزا شناسایی کرده و جهت تشخیص قطعی و درمان به پزشک ارجاع می‌دهد. پزشک بر اساس شرح حال، معاینات بالینی و در صورت نیاز انجام تست‌های عملکردی ریه، تشخیص بیماری را قطعی و درمان را آغاز می‌کند و بیماران با تواتر مشخص و بر اساس سطح کنترل بیماری، توسط بهورز/ مراقب سلامت و پزشک تحت پیگیری و مراقبت قرار می‌گیرند. همچنین در هر مرحله در صورت نیاز، بیمار به سطوح تخصصی ارجاع شده و پس از دریافت خدمات مربوطه همراه با پس‌خوراند به سطوح پایین تر باز می‌گردد.

در حال حاضر برنامه تشخیص، درمان و مراقبت بیماری آسم در چند دانشگاه علوم پزشکی کشور به صورت آزمایشی اجرا می‌گردد و در همین راستا کارگاه‌های آموزشی برای مدیران و کارشناسان برنامه و همچنین پزشکان، بهورزها و مراقبین سلامت دانشگاه‌های پایلوت برگزار گردیده است و برنامه تشخیص، درمان و مراقبت بیماری COPD نیز طی ماه‌های آینده به صورت آزمایشی در چند دانشگاه علوم پزشکی کشور اجرا خواهد شد [۱۴].

برنامه آموزش همگانی و گروه‌های جمعیتی خاص

در راستای افزایش آگاهی و اطلاع‌رسانی به جامعه در زمینه شناخت بیماری‌های آسم و COPD و عوامل خطر مرتبط با آنها این برنامه طراحی و اجرا شد. بدین منظور آموزش عموم جامعه از طریق رسانه‌های جمعی (رادیو، تلویزیون، مطبوعات، سایت‌ها،) شروع گردید. همچنین بزرگداشت مناسبت‌ها نظیر روز جهانی آسم انجام گرفته و جهت آموزش گروه‌های جمعیتی خاص و افراد در معرض خطر نظیر دانش‌آموزان، مربیان بهداشت مدارس، کارفرمایان و کارگران صنایع، نانوایان، پلیس راهنمایی و رانندگی، رانندگان حمل و نقل عمومی و همچنین بیماران و خانواده‌های ایشان کلاس‌ها و کارگاه‌های آموزشی در دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور برگزار گردیده است. همچنین مواد آموزشی (لوح فشرده، کتاب، پمفلت) در زمینه شناخت بیماری‌های آسم و COPD و راه‌های پیشگیری و کنترل این بیماری‌ها برای گروه‌های هدف مختلف (عموم جامعه، مربیان بهداشت مدارس، بیماران و خانواده‌های آنها) تهیه شده است [۱۴].



تدوین سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیر واگیر و عوامل خط مرتبط

مقابله با همه‌گیری بیماری‌های غیرواگیر و به ویژه عوامل خطر اصلی آنها نظیر آلودگی هوا، مصرف دخانیات، کم تحرکی و تغذیه ناسالم نیازمند همکاری‌های بین بخشی و مداخلات گسترده موثر و فعال تمامی سازمان‌ها و وزارتخانه‌های مرتبط، در درون و بیرون بخش سلامت است. نظر به اهمیت موضوع و ضرورت پاسخگویی در قبال سیاست‌های کلی سلامت و انسجام مبادی تصمیم‌گیری، اجرا و نظارت و ارزیابی کلیه فعالیت‌ها، کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی اقدام به تدوین یک سند جامع و ملی در راستای عمل به تعهدات قانونی نظام جمهوری اسلامی ایران در سطح ملی و بین‌المللی نموده 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 و عوامل خطر مرتبط با این بیماری‌ها هستند؛ در نظر گرفته شده‌اند. نکته قابل توجه این است که این سند ملی توسط رئیس جمهور، رئیس مجلس شورای اسلامی، رئیس سازمان جهانی بهداشت، معاون رئیس جمهور 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 توسط ذینفعان درون بخشی و برون بخشی در سطوح مختلف پذیرفته شده است. با توجه به این موضوع این سند در کشورهای منطقه منحصر به فرد محسوب می‌گردد.

در این سند که بر اساس مستندات سازمان جهانی بهداشت تهیه شده است، کاهش تعداد مرگ‌های زودرس ناشی از بیماری‌های غیرواگیر (به ویژه ۴ بیماری غیرواگیر اصلی که بیشترین مرگ و میر را به خود اختصاص داده‌اند) به میزان ۲۵ درصد تا سال ۱۴۰۴، از طریق دستیابی به ۱۳ هدف پیش‌بینی شده است. این ۱۳ هدف، هر کدام بر روی بخشی از عوامل خطر مانند مصرف دخانیات، مصرف الکل، رژیم غذایی ناسالم و کمبود فعالیت بدنی تمرکز می‌کنند که خطر بروز بیماری‌های غیر واگیر را در میان افراد افزایش می‌دهند. به منظور دستیابی به اهداف مذکور، تفاهم‌نامه‌های همکاری میان وزارت بهداشت و دیگر ذینفعان تهیه شده و زمینه‌های همکاری در راستای اجرای مداخلات پیشگیرانه و کنترل‌کننده بیماری‌های غیر واگیر و عوامل خطر مرتبط تعیین می‌گردد [۱۴]

عضویت در گروه گارد جهانی (GARD)

اهمیت جهانی بیماری‌های مزمن تنفسی موجب شد تا سازمان جهانی بهداشت از اوایل قرن حاضر برنامه‌های مبارزه با این بیماری‌ها را نیز در دستور کار خود قرار دهد و در سطوح جهانی، منطقه‌ای و کشوری برنامه‌ریزی نماید. یکی از این اقدامات ایجاد ائتلاف جهانی علیه بیماری‌های مزمن تنفسی با عنوان مختصر گارد ۱ (GARD) بود. در این برنامه کلیه نهادها، سازمان‌ها، بنیادها، مراکز و ... در سطوح دولتی، خصوصی و یا سازمان‌های مردم‌نهادی که به هر نحو در راستای مبارزه با این بیماری‌ها نقش دارند در یک ائتلاف ملی شرکت می‌کنند و با برنامه‌ریزی و برگزاری نشست‌های ادواری به عنوان یاور سیستم بهداشتی کشور فعالیت می‌نمایند. گارد هر کشور در سطوح بالاتر در تعامل با گارد منطقه‌ای و سپس گارد جهانی، در زیر مجموعه‌ای از سازمان جهانی بهداشت فعالیت نموده و بازوی مبارزه با بیماری‌های مزمن تنفسی می‌باشد. همراه با فعالیت‌های وزارت بهداشت و درمان، ائتلاف گارد ایران نیز در تعامل

با گاردهای منطقه‌ای و سازمان جهانی بهداشت از سال ۱۳۸۷ راه‌اندازی شد و اولین نشست آن در ۷ آبان ۱۳۸۷ برگزار گردید. در این ائتلاف مراکز مختلفی چون انجمن‌های مختلف تخصصی و فوق تخصصی پزشکی و پیراپزشکی کشور، مرکز مدیریت بیماری‌های وزارت بهداشت و درمان، شورای سیاست‌گذاری سلامت صداوسیما، شهرداری تهران، سازمان نظام پزشکی، مراکز تحقیقاتی مرتبط، کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی و عضو می‌باشند.

قانون جامع کنترل و مبارزه ملی با دخانیات

بنابر قانون انحصار دخانیات که در سال ۱۳۱۰ خورشیدی به تصویب مجلس شورای ملی رسید، تولید توتون و تنباکو و خرید و فروش آن، ساخت سیگار و توزیع آن رسماً در انحصار دولت قرار گرفت و اولین کارخانه سیگار سازی در پنجم مهرماه ۱۳۱۶ در تهران احداث شد. با مصوبه هیأت وزیران در تاریخ ۱۳۹۱/۴/۲۷ براساس بند الف ماده ۱۳ قانون اجرای سیاست‌های کلی اصل ۴۴ قانون اساسی، وظایف حاکمیتی از شرکت دخانیات ایران منتزع و به وزارت صنعت، معدن و تجارت منتقل گردید و یک سال و نیم بعد سهام دولت در این شرکت مطابق قانون بودجه و بابت رد دیون دولت واگذار شد. به این ترتیب تمامی واحدهای فعال در صنعت دخانیات در بخش تصدیگری در زمره واحدهای غیردولتی قرار گرفتند. در این رابطه مرکز برنامه‌ریزی و نظارت بر دخانیات کشور در راستای اهداف اصل ۴۴ قانون اساسی و انجام وظایف حاکمیتی مربوط به کلیه فعالیت‌های بخش دخانیات کشور (شامل بخش‌های تولید، بازرگانی، پیشگیری و مبارزه با قاچاق و مالی) به عنوان زیرمجموعه وزارت صنعت، معدن و تجارت تأسیس شد [۲۲].

بر اساس آمار، در سال ۱۳۹۳ تعداد ۷ شرکت تولید سیگار اقدام به تولید حدود ۲۹ میلیارد نخ در کشور می‌نمودند، که با تأسیس ۵ واحد جدید، تولید داخلی به حدود ۴۵ میلیارد نخ در سال ۱۳۹۵ افزایش یافت. همچنین واردات و قاچاق سیگار نیز منابع دیگر عرضه سیگار بوده‌اند (جدول ۲). با هدف کاهش قاچاق و واردات، مرکز برنامه‌ریزی و نظارت بر دخانیات کشور در تلاش است تا حداقل ۱۰ طرح تولیدی دیگر را به سرانجام برساند [۲۲].

جدول مقایسه تولید، واردات و قاچاق از سال ۹۳ تا ۹۶ (میلیارد نخ)

سال	تعداد واحدهای تولیدی	میزان تولید	میزان واردات	برآورد قاچاق	برآورد مصرف
۹۳	۷	۲۹	۱۳/۳	۱۲	۵۵
۹۴	۷	۳۰	۱۴/۶	۸/۶	۵۵
۹۵	۱۲	۴۵	۴	۶	۵۵
برنامه ۹۶	۱۷	۵۰	۲	۳	۵۵

از سوی دیگر با تلاش گروهی از پزشکان، دست‌اندرکاران عرصه بهداشت و درمان و نیز دلسوختگان سلامت افراد جامعه، در اجرای اصل ۱۲۳ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، قانون جامع کنترل و مبارزه ملی با دخانیات که با

عنوان طرح جامع کنترل و مبارزه ملی با دخانیات به مجلس شورای اسلامی تقدیم شده بود، در جلسه علنی مورخ ۱۳۸۵/۶/۱۵ و بدنبال آن تایید شورای محترم نگهبان به تصویب رسید. در ادامه بنا به پیشنهاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و به استناد ماده (۱۸) قانون جامع کنترل و مبارزه ملی با دخانیات هیئت وزیران در جلسه ۱۳۸۶/۷/۱ خود آیین‌نامه اجرایی قانون جامع کنترل و مبارزه ملی با دخانیات تصویب نمود [۲۲]. با این حال روند اجرای این آیین‌نامه در سال‌های پس از ابلاغ آن مطلوب نبوده است و اهتمام همه دست‌اندرکاران برای اجرای اصولی و درست این آیین‌نامه ضروری می‌باشد.

براساس گزارش سازمان جهانی بهداشت مرگ و میر ناشی از دخانیات در سال ۲۰۰۵ برابر ۵/۴ میلیون نفر بوده است. برآورد شده است که در سال ۲۰۳۰، مرگ‌های مرتبط با دخانیات در سطح جهان به رقم ۸/۳ میلیون نفر در سال افزایش خواهد یافت [۱۰]. نتایج مطالعات اخیر نشان می‌دهد که در ایران شیوع مصرف سیگار در کل جامعه برابر ۱۰/۶ درصد (مردان ۲۰/۹ درصد، زنان ۲/۲ درصد) و شیوع کلی مصرف قلیان ۲۷/۴ درصد (مردان ۱۸/۷ درصد، زنان ۸/۷ درصد) می‌باشد [۲۳]. این آمار شامل موارد استفاده روزافزون و نگران کننده استفاده از قلیان، بخصوص در جوانان و بانوان، نمی‌شود.

اقدامات در زمینه طب شغلی، معاینات کارگری و قوانین کار

حدود ۱۶۰ میلیون بیمار مبتلا به بیماری مرتبط با کار در جهان گزارش شده است که منجر به حدود ۲ میلیون مرگ در سال در جهان می‌شود. حدود ۴۵ تا ۶۰ درصد افراد جامعه در سنین اشتغال هستند و در معرض بیماری‌های مرتبط با کار می‌باشند. لذا بدون تردید حفظ نیروی کار ماهر از طریق اعمال سیاست‌های حمایتی و تامین خدمات سلامتی و پزشکی آنان لازمه استمرار حرکت در مسیر توسعه و ضامن ارتقاء سطح سلامت جامعه، زمینه ساز افزایش بهره‌وری و کیفیت تولید در محیط کار می‌باشد. وجود قوانین و اسناد بالادستی بسیاری همچون قوانین کار، تامین اجتماعی، حفاظت در برابر اشعه و ... ضرورت انجام معاینات سلامت شغلی را روشن می‌سازد. بطور مثال ماده ۹۲ قانون کار به لزوم انجام معاینات سلامت شغلی به صورت دوره‌ای (سالانه) توسط کارفرما اشاره می‌کند. در راستای اجرای این قانون بخشنامه معاینات سلامت شغلی توسط مرکز سلامت محیط و کار تدوین شده و به معاونت‌های بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور ابلاغ گردیده است. بر طبق این قوانین معاینات سلامت شغلی باید توسط مراکز، مطب‌ها و پزشکان (متخصصین طب کار و پزشکان عمومی دوره دیده) دارای مجوز ارائه خدمات طب کار، تحت نظارت مرکز سلامت محیط و کار، انجام پذیرد و معاونت‌های بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور موظف به پایش فعالیت‌ها و ارائه خدمات مطلوب آنان هستند.

بنابر آمار سال ۱۳۹۵، حدود ۴۷٪ از کل کارگران کشور (۱،۶۶۷،۱۷۷ از ۳،۶۳۰،۰۰۰ نفر) تحت پوشش معاینات سلامت شغلی قرار گرفته‌اند. برای انجام خدمات سلامت شغلی این تعداد کارگر، حدود ۱۲۰۰ مجوز معاینات در کشور صادر شده است. همچنین از سال ۱۳۸۸ تا پایان سال ۱۳۹۵ نزدیک به ۱۳۰ مرکز تخصصی طب کار در کل کشور تاسیس شده است. علاوه بر معاینات شغلی ادواری، وضعیت سلامت شاغلین در موقعیت‌های مختلف شغلی نیز ارزیابی می‌شود مانند:

• **معاینات بدو استخدام** برای تعیین توانایی فرد جهت انجام وظایف محوله و یا کشف بیماری‌هایی که احتمال

تشدید آنها در محیط کار وجود دارد و ...

• **معاینات بازگشت** به کار جهت تعیین بررسی وضعیت سلامتی کارگر و مقایسه آن با وضعیت قبل از بیماری یا حادثه و ...،

• **معاینات تعیین محدوده شغلی** جهت پیشگیری از تشدید بیماری فعلی، پیشگیری از بروز بیماری شغلی جدید در شاغل و ...،

• **معاینات ویژه** به منظور ارزیابی سلامت کارگران زیر ۱۸ سال سن، تعیین سلامت بانوان شاغل و ...،

• **معاینات خروج از سازمان** به منظور اعلام وضعیت سلامت فرد به وی، راهنمایی فرد در خصوص انجام آزمون‌های پزشکی لازم، بعد از قطع مواجهه و جلوگیری از انتشار بیماری‌های ناشی از شغل بعدی شاغل به کارفرمای فعلی.

همچنین از دیگر اقدامات انجام شده اداره طب کار وزارت بهداشت و درمان می‌توان به موارد زیر اشاره نمود:

• راه اندازی سامانه طب کار در سامانه جامع بازرسی مرکز سلامت محیط و کار به منظور ثبت اطلاعات معاینات توسط پزشکان دارای مجوز، با هدف ایجاد سیستم قوی گزارش‌دهی بیماری‌ها و صدمات شغلی، شناسایی شاغلین و صنایع در معرض خطر، همکاری در اجرای برنامه‌های سند کاهش بیماری‌های غیر واگیر، مدیریت بهتر خطرات محیط کاری، شناسایی موارد جدید و نوظهور بیماری‌ها و صدمات شغلی.

• الزام به ثبت و ارزیابی خطرسنجی قلبی عروقی در سامانه جامع بازرسی از اوایل سال ۱۳۹۶.

• تدوین دستورالعمل اجرایی نحوه انجام معاینات پزشکی و ضوابط صدور کارت سلامت رانندگان حرفه‌ای (به ویژه رانندگان وسایل حمل و نقل عمومی)، با هدف کمک به کنترل و کاهش حوادث رانندگی. در این زمینه از سال ۱۳۸۴ برنامه معاینات سلامت شغلی رانندگان حمل و نقل عمومی آغاز و تا پایان سال ۹۳ بیش از ۹۸ درصد رانندگان مذکور تحت پوشش برنامه مراقبت‌های سلامت شغلی قرار گرفتند [۲۴].

برنامه‌های مبارزه با آلودگی هوا و ارزیابی کیفیت هوا

مطالعات بار بیماری‌ها نشان می‌دهد که آلودگی هوا موجب رشد فزاینده موریبیدیته و مورتالیتی انواع بیماری‌ها در سطح جهان در طول ۲۵ سال گذشته شده است. به طوری که در سال ۲۰۱۵ میزان مرگ و میر ناشی از آلودگی هوا در ایران در بالاترین درجات جهانی (بیش از ۸/۶ درصد) قرار داشت [۲۵]. آلودگی هوا بطور تخمین بیش از ۳۵ میلیون نفر را در ایران تحت تاثیر قرار می‌دهد. بر اساس برآورد بانک جهانی آلودگی هوا در سال ۲۰۱۳ میلادی بیش از ۳۰,۵۹۹,۰۰۰,۰۰۰ دلار خسارت اقتصادی به ایران وارد کرده است [۲۶].

سند جامع حمایت طلبی کنترل آلودگی هوا و کاهش تبعات آن بر سلامت در سال ۱۳۹۵ توسط فرهنگستان علوم پزشکی تدوین و منتشر شد. این سند نشان می‌دهد که در سیاست‌های کلی سلامت و محیط زیست، ابلاغی مقام معظم رهبری، سند چشم‌انداز، قوانین برنامه‌های پنج ساله، قوانین جاری، مصوبات هیات وزیران، برنامه‌های جامع کاهش آلودگی هوا و استانداردهای ملی، به دسترسی همگان به هوای پاک تاکید شده است. مهمترین قانون کشور در زمینه جلوگیری از آلودگی هوا، قانون نحوه جلوگیری از آلودگی هوا است که در سال ۱۳۷۴ به تصویب مجلس شورای اسلامی رسیده است. همچنین استانداردهای هوای پاک برای اولین بار در کشور به پیشنهاد سازمان حفاظت محیط

زیست بر مبنای قانون برنامه چهارم توسعه به تصویب هیأت وزیران رسید و برای اجرا ابلاغ شد. در برنامه پنجم توسعه سازمان حفاظت محیط زیست مکلف شده است که تمهیدات لازم را برای کاهش آلودگی هوا تا حد استانداردهای جهانی با اولویت شناسایی کانون‌های انتشار ریزگردها و مهار آنها فراهم آورد. با این حال بدلیل وجود موانع متعدد و لزوم همکاری نزدیک و یکپارچه وزارتخانه‌ها، سازمان‌ها، ارگان‌ها و مراکز مختلف دیگر، اقدامات انجام شده تاکنون رضایت‌بخش نبوده است [۲۶].

الف - برنامه‌های سلامت هوا - میان‌بخشی در مراکز دانشگاهی و بهداشتی درمانی [۲۷]

۱- آلودگی هوای کلانشهرها:

برآوردها نشان می‌دهند که در هشت کلان شهر تهران، شیراز، اصفهان، اهواز، کرج، تبریز، مشهد و اراک که بدلیل توسعه شهری و صنعتی شدن با مشکل آلودگی هوا مواجه هستند، منابع متحرک بیش از ۷۵٪ آلاینده‌های هوا را موجب می‌شوند. این رقم برای تهران بیش از ۸۵٪ گزارش شده است. در دسته‌بندی آلاینده‌های معیار، آلاینده عمده کلانشهرها عمدتاً اکسیدهای نیتروژن (NOx) و اکسیدهای گوگرد (SOx) هستند که ناشی از فرآیند احتراق در منابع ثابت و متحرک می‌باشند. این دو آلاینده در گروه آلاینده‌های اولیه هستند و از منابع به همین شکل ناشی می‌شوند. روند گازسوز کردن خودروها و انرژی‌کتری کردن وسایل نقلیه، سناریوی آلودگی هوا در شهرها را در طی دهه‌های اخیر تغییر داده و با کاهش CO، بر میزان NOx افزوده است. NOx یک آلاینده گازی است که ریسک ابتلا به آسم و تشدید حملات آن را در جمعیت افزایش می‌دهد.

اکسیدهای گوگرد عمدتاً از احتراق منابع سوخت‌های فسیلی نظیر گازوئیل، مازوت و درصدی هم بنزین در محیط منتشر می‌شوند. از منابع احتراقی متحرک می‌توان به خودروهای دیزلی و سنگین اشاره نمود. در میان منابع ثابت، صنایع حرارتی و مولد انرژی و نیروگاه‌های حرارتی (به ویژه در فصول سرد سال که فشار گاز کم می‌شود) منابع اصلی افزایش دی اکسید گوگرد منتشره در محیط می‌باشند. این آلاینده با خاصیت حساسیت زائی در مخاط و مجاری تنفسی مرطوب موجب تنگی نفس و حملات آسمی می‌شود. همچنین در موارد وجود سابقه عفونت‌های تنفسی و برونشیت، بر شدت و حملات برونشیت حاد می‌افزاید.

ازن یا O3 (معروف به آلاینده تابستانه) نیز یک آلاینده معیار در هوای کلانشهرها است که بر اثر فرآیندهای تشعشع حرارتی، دما و حضور ترکیبات آلی به شکل آلاینده ثانویه در محیط بوجود می‌آید. بدلیل خاصیت اکسیدکنندگی ازن بر سیستم تنفسی اثر گذاشته و باعث مشکلات ریوی و در کودکان حملات آسمی می‌شود.

از دیگر آلاینده‌های معیار در کلانشهرها ذرات معلق است. ذرات معلق می‌تواند ناشی از فعالیت انسانی و یا حاصل فعالیت‌های صنعتی، خدماتی و احتراقی باشد. بر طبق مطالعات، گروه بزرگی از ذرات حاصل از این فعالیت‌ها را ذرات معلق با قطر کمتر از دو و نیم میکرون (PM2.5) تشکیل می‌دهند. بخشی از ذرات معلق نیز ناشی از منابع طبیعی و فرسایش بادی خاک (در بستر مناطق دچار خشکسالی و طوفان‌های گرد و غبار)، کوتاهی در مدیریت منابع آب، فعالیت‌های معدنکاری، کشاورزی و عمرانی می‌باشد. ذرات معلق این دسته قطری بزرگتر از ده میکرون (PM10) را شامل می‌شوند. هر دو گروه از نظر فیزیولوژی ذرات قابل استنشاق و موثر بر روی دستگاه‌های تنفسی، قلبی و عروقی می‌باشند و سهم قابل ملاحظه‌ای در ایجاد مرگ‌های زودهنگام بدلیل سکنه‌های قلبی و مشکلات تنفسی دارند.

- از جمله برنامه‌های وزارت بهداشت در کلانشهرها جهت مبارزه با موارد فوق می‌توان به موارد ذیل اشاره کرد:
- همکاری در تدوین برنامه جامع کاهش آلودگی هوا در کلانشهرها و تصویب در استان‌ها (بخشی از این برنامه جامع در استان‌های تهران، اصفهان، اراک، تبریز به تصویب رسیده است). با همکاری مرکز سلامت محیط کار، دستگاه‌های اجرائی در هیات محترم دولت، کمیسیون زیربنائی صنعت و محیط زیست و سایر ذینفعان، برنامه جامع کاهش آلودگی هوای کلانشهرها تدوین و آئین‌نامه اجرائی آن به تصویب رسید. طبق زمان‌بندی پیش‌بینی شده انتظار می‌رود تا انتهای برنامه ششم توسعه ۲۰٪ از آلاینده‌های هوا در کلانشهرها نسبت به سال پایه کاهش یابد.
 - استانداردهای آلودگی هوا وابسته به استانداردهای سوخت، استانداردهای خروجی منابع ثابت مولد آلودگی هوا و استاندارد احتراقی خودروها و خروجی آلاینده‌ها می‌باشند. با توجه به اهمیت این استانداردها، کارگروه ویژه‌ای با مشارکت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، کمیسیون زیربنائی صنعت و محیط زیست، کمیسیون کلانشهرها (ذیل کمیسیون‌های هیات محترم دولت) تشکیل گردید و با توجه به خطوط راهنما و برنامه عمل معرفی شده از سوی سازمان جهانی بهداشت برای تامین هوای سالم جمعیت شهری و استانداردهای هوای آزاد، اقدام به بازنگری و تصویب استانداردها، بصورت سختگیرانه‌تر نسبت به قانون برنامه توسعه چهارم و قبل از آن نمود.
 - به منظور کمی‌سازی اثرات آلودگی هوا بر سلامت جمعیت شهری و برآورد مرگ‌های منتسب به مشکلات تنفسی و قلبی، بستری شدن بدلیل مشکلات قلبی، عروقی و تنفسی، برونشیت و آسم در گروه‌های سنی هدف و نسبت آنها به کل مرگ‌ها، مشاورین سازمان جهانی بهداشت و کارشناسان ستادی وزارت بهداشت در طی سالهای ۲۰۰۶ تا ۲۰۱۶ به دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور اعزام شدند تا با آموزش ابزارها و نرم‌افزارهای سازمان جهانی بهداشت، کارشناسان توانمندی برای برآورد اثرات آلودگی هوا بر سلامت و ثبت سالیانه گزارشات آن تربیت نمایند.
 - تهیه بسته‌های آموزشی جهت عموم مردم، بویژه گروه‌های سنی دانش‌آموزی، برای اقدامات لازم در شرایط آلودگی هوا و انجام خود مراقبتی
 - تهیه بسته آموزشی خود مراقبتی فردی و محیط‌های جمعی جهت انجام اقدامات لازم در شرایط آلودگی هوا، در بسته‌های آموزشی طرح تحول نظام سلامت
 - تهیه بسته آموزشی و اطلاع رسانی در خصوص استفاده از ماسک‌های استاندارد در شرایط ویژه آلودگی هوا و ارائه آن به کلیه ذینفعان نظیر پلیس راهور، نیروهای خدماتی شهری و فضای سبز شهرداری‌ها، پرسنل بازرسی بهداشت و مدیریت حوادث فوریت‌های پزشکی، تاکسیرانی و اتوبوسرانی
 - توزیع ماسک تنفسی به بازرسین بهداشتی در کلانشهرها
 - تهیه پمفلت و مدیاهای آموزشی برای بهره‌برداری در رسانه‌های محلی در خصوص آلودگی هوا و اثر آن بر سلامت، گروه‌های آسیب‌پذیر و روش‌های خود مراقبتی
 - در استاندارد جدید آلودگی هوای شهرها علاوه بر آلاینده‌های معیار، آلاینده‌هایی مانند سرب، آزبست، بنزوالفاپایرن و بنزن نیز معرفی شده‌اند که اطلاع دقیق از غلظت منتشره این آلاینده‌های سرطانزا در هوا برای

کلانشهرها موجود نمی‌باشد. طرح سنجش این آلاینده‌ها به صورت یک پروژه کلان برای ۸ کلانشهر در نظر گرفته شده است که در دست اقدام می‌باشد.

- از دیگر فعالیت‌های وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور در برنامه مبارزه با آلودگی هوا، مشارکت در اقدامات انجام شده در شرایط ویژه آلودگی هوا می‌باشد. در این رابطه جلساتی در استانداری‌ها به دبیری اداره کل محیط زیست استان تشکیل می‌شود که بر طبق آئین‌نامه چگونگی همکاری دستگاه‌های اجرائی در شرایط ویژه آلودگی هوا در سه شرایط هشدار، اضطراب و بحران (مصوب ۱۳۹۵) اقداماتی برعهده وزارت بهداشت گذاشته است از جمله اطلاع رسانی بهداشتی در خصوص اقدامات خود مراقبتی برای گروه‌های هدف در شرایط ویژه آلودگی هوا، اطلاع رسانی نسبت به نوع آلاینده اصلی و ارائه توصیه‌های بهداشتی به عموم مردم. همچنین در شرایط اضطراب و بحران، استقرار پایگاه‌های اورژانس در نقاط پرتردد و میدین اصلی شهر از جمله تکالیف وزارت بهداشت و درمان می‌باشد.
- اخذ مصوبه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی (هیات محترم دولت) در خصوص به اشتراک گذاری اطلاعات برخط سنجش آلاینده‌های هوا توسط ایستگاه‌های سنجش کل کشور. از طریق این مصوبه با تعیین ریسک فاکتور، قابلیت تعیین اثرات آلودگی هوا بر سلامت فراهم می‌شود و از طرفی اطلاعاتی آموزشی و خود مراقبتی در زمان مناسب در اختیار جمعیت در معرض خطر قرار می‌گیرد.

۲- آلودگی هوای ناشی از گرد و غبار:

همکاری با کارگروه تدوین سند مقابله با گرد و غبار و خشکسالی در تدوین سه آئین‌نامه اجرائی و تصویب آنها در هیات محترم دولت

- تهیه و تدوین وظایف وزارت بهداشت در برنامه مقابله با خشکسالی و گرد و غبار، در دو حیطه مدیریت ریسک و مدیریت بحران، در شرایط وقوع پدیده گرد و غبار و ابلاغ آنها به ۱۷ استان درگیر با پدیده گرد و غبار و خشکسالی
- تهیه محتوای آموزشی در شرایط وقوع پدیده گرد و غبار و ابلاغ به کلیه ذینفعان و دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
- معرفی ماسک تنفسی استاندارد جهت مقابله با پدیده گرد و غبار و نیز تهیه و تامین آن برای بازرسان بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی در ۱۷ استان هدف
- برگزاری کارگاه‌های آموزشی جهت ارتقا سطح آگاهی کارشناسان دانشگاه‌های علوم پزشکی در زمینه برنامه‌های مدیریت ریسک و مدیریت بحران، در شرایط وقوع پدیده گرد و غبار و نیز بهره‌مندی از سیستم‌های جهانی early warning (EW)، به منظور اطلاع رسانی بهنگام و ارائه توصیه‌های بهداشتی به جمعیت شهری و روستائی درگیر با پدیده گرد و غبار
- تهیه پروتکل مراقبت از جمعیت روستائی و پایگاه‌های مرزی در مواجهه با پدیده گرد و غبار
- هماهنگی با مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی و دریافت اطلاعات مربوط به مراجعین بیماری‌ها و عوارض تنفسی ناشی از وقوع پدیده گرد و غبار در سری‌های زمانی ماهانه و تعیین میزان بروز حملات و مشکلات تنفسی ناشی از مواجهه با گرد و غبار در گروه‌های سنی مختلف

۳- مشکلات تنفسی ناشی از شرایط ویژه جوی:

در سال‌های اخیر وقوع سندرم حملات آسم در مناطق جنوبی کشور (خوزستان و بوشهر) به کرات دیده شده است. دلایل مختلف چون پوشش گیاهی «کنوکارپوس» در فضای سبز شهری، اولین بارش فصل پائیز همراه با رعد و برق بعد از یک دوره خشکسالی تابستانه، وجود آلاینده‌های آروماتیک در فضاها و شهری و مناطق پالایشگاهی و دارای فعالیت‌های نفتی عامل این سندروم می‌باشند. اگرچه آمار مراجعین حملات آسمی در سال‌های اخیر نسبت به سال‌های اولیه (۹۰ و بعد از آن) کاهش نشان می‌دهد، ولی جهت آمادگی لازم و پیشگیری از وقوع این حملات گایدلاین مراقبتی و پروتکل‌های مربوطه توسط گروه مدیریت سلامت هوا تهیه شده است.

۴- آلودگی هوای ناشی از مصرف حامل‌های انرژی نامطلوب در خانوارهای روستائی:

• بر اساس مطالعات و پروتکل جدید سازمان جهانی بهداشت (۲۰۱۶) حامل‌ها انرژی نامطلوب که موجب آلودگی هوا در فضای بسته منازل روستائی می‌شوند شامل حامل‌های انرژی چوب و فرآورده‌های مشابه، فضولات دامی و نفت می‌باشند. این حامل‌ها که برای تامین آب گرم برای مصارف بهداشتی، پخت و پز، گرمایش و پخت نان در روستاها سوزانده می‌شوند موجب تولید آلاینده‌های سمی چون بخارات ناشی از تبخیر و احتراق ناقص و ترکیبات سرطان‌زا و آروماتیک در فضاها و بسته و مورد تجمع خانوارهای روستائی، بویژه کودکان زیر ۵ سال و زنان می‌گردد. بر اساس مطالعات انجام شده، بروز عفونت تنفسی و مشکلات تنفسی در کودکان زیر ۵ سال در خانوارهای مصرف کننده سوخت‌های مذکور بطور معناداری بیش از سایر خانوارهای روستائی بوده است. همچنین در افراد بالای ۱۶ سال این خانوارها، زنان بیش از مردان روستای خودشان و بیش از زنان خانوارهای روستاهایی که از سوخت‌های پاک استفاده می‌کردند، به مشکلات تنفسی و حملات آسم مبتلا بوده‌اند. از این رو از سال ۱۳۹۴ شناسائی خانوارهای مصرف کننده این سه نوع حامل‌های انرژی در دستور کار مرکز سلامت محیط و کار قرار گرفت. جهت مداخلات سه رویه زیر پیشنهاد شد:

– کوتاه مدت: از طریق آموزش به خانوارها از طریق بهورزان و ارائه پیش‌نویس بازنگری بلوک بهورزی به مدیریت توسعه و گسترش شبکه

– میان مدت: برگزاری نشست‌های مشترک و جلب همراهی کمیته امداد امام خمینی، عمران روستائی وزارت راه و شهرسازی و سایر نهادها، جهت بهسازی خانه‌های روستائی و بهداشتی، ایمن‌سازی وسایل پخت و پز و گرمایشی.

– بلند مدت: جایگزینی سوخت پاک به جای حامل‌های انرژی فعلی، مانند گازرسانی به روستاها.

• از سویی بخش زیادی از خانوارهای عشایر کوچ‌نشین از منابع طبیعی اطراف خود (عرصه طبیعی و درختان جنگلی) برای گرمایش و پخت و پز استفاده می‌کنند. این موضوع در نشست کارگروه توسعه پایدار روستائی و جلسات مدیریت منابع طبیعی در کارگروه ملی تغییرات آب و هوایی مطرح گردید و مصوب شد تا با بهره‌گیری از همکاری معاونت فناوری ریاست جمهوری و سازمان انرژی‌های نو، طرح استفاده از سلول‌های خورشیدی برای این جمعیت هدف در دستور کار قرار گیرد. خوشبختانه این طرح از سال ۱۳۹۵ به صورت پایلوت به جامعه عشایر و روستائی که ظرفیت بهره‌مندی از این امکانات را دارند ارائه شده است.

ب - برنامه سلامت هوا - همکاری‌های برون‌بخشی [۲۷]

از آنجا که ریسک فاکتورهای مختلفی مانند آلودگی‌های فیزیکی، شیمیایی، بیولوژیکی در محیط زیست بر سلامت آحاد مردم نقش دارند، تامین و حفظ این سلامت تنها بر عهده وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی نمی‌تواند باشد و همکاری و مشارکت بسیاری از وزارتخانه‌ها، سازمان‌ها، نهادها، ارگان‌ها و ... را می‌طلبد. اما با توجه به نقش محوری وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، تعامل چند جانبه‌ای میان قوای سه گانه کشور و نهادهای ذیربط صورت گرفته است که دستاوردهای زیر از آن جمله می‌باشد:

- بازنگری در قانون سال ۱۳۷۴ هوای پاک در کمیسیون زیربنائی صنعت و محیط زیست و طرح لایحه هوای پاک و تقدیم آن به مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی و کمیسیون تخصصی مجلس شورای اسلامی. این طرح که فرآیند تصویب آن بیش از ۵ سال زمان برد، در نهایت در سال ۱۳۹۶ به تصویب مجلس شورای اسلامی رسید و ابلاغ شد.
- بازنگری و تصویب استانداردهای هوای پاک که در سال ۱۳۸۸ توسط هیات محترم دولت به کلیه دستگاه‌های اجرائی ابلاغ گردید.
- بازنگری و تدوین دستورالعمل هماهنگی دستگاه‌های اجرائی در شرایط ویژه آلودگی هوا، در کمیسیون زیربنائی صنعت و محیط زیست و سپس شورای عالی حمل و نقل و ترافیک کشور و ابلاغ به کلیه استان‌ها
- همکاری با کارگروه ملی تدوین برنامه جامع کاهش آلودگی هوا کلانشهرها ذیل کمیسیون زیربنائی صنعت و محیط زیست و کمیسیون کلانشهرها و تصویب و ابلاغ به دستگاه‌های اجرائی
- همکاری در تدوین برنامه کوتاه مدت اقدامات عاجل در کاهش آلودگی هوا در دولت یازدهم ذیل هیات محترم دولت در کارگروه ملی مقابله با آلودگی هوا
- همکاری با سازمان حفاظت محیط زیست و شورای عالی محیط زیست در کارگروه مقابله با گرد و غبار و خشکسالی، جهت تدوین سند مقابله با پدیده گرد و غبار و تکلیف دستگاه‌های اجرائی مرتبط
- همکاری با سازمان حفاظت محیط زیست در تدوین آئین‌نامه اجرائی مقابله با پدیده گرد و غبار و خشکسالی و شرح وظایف دستگاه‌های ذیربط
- همکاری با فرهنگستان علوم پزشکی در تهیه سند حمایت طلبی کاهش آلودگی هوا و مراقبت از سلامت، در طی یکسال جلسات مداوم با همکاری نماینده سازمان جهانی بهداشت در تهران؛ کلیه ذینفعان و ارائه آن به مجلس شورای اسلامی، هیات محترم دولت و قوه قضائیه.

منابع:

1. Division of Public Affairs (DPA) OotADfCO. Chronic Respiratory Disease Atlanta: Division of Public Affairs (DPA), Office of the Associate Director for Communication (OADC); 2018 [updated September 15, 2017; cited 2018 February 04, 2018]. Available from: <https://www.cdc.gov/healthcommunication/toolstemplates/entertainmented/tips/ChronicRespiratoryDisease.html>.
2. Bousquet J, Khaltaev N. Global surveillance, prevention and control of chronic respiratory diseases: a comprehensive approach. Geneva: World Health Organization; 2007.
3. Tori Rodriguez. Asthma and COPD: Updates on Prevalence, Disability, and Mortality [Web page]. Haymarket Media, Inc.; 2017 [cited 2018 June 18]. Available from: <https://www.pulmonologyadvisor.com/asthma/asthma-and-copd-global-disease-burden-updates/article/686764/>.
4. Global, regional, and national deaths, prevalence, disability-adjusted life years, and years lived with disability for chronic obstructive pulmonary disease and asthma, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet Respir Med*. 2017;5(9):691-706.
5. MR M. Asthma. In: Azizi F JM, Hatami H, editor. *Epidemiology and Control of Common Diseases in Iran*. 3rd ed. Tehran: Khosravi publication and Shahid Beheshti University of Medical Sciences publication 2010.
6. Ahmadi B, Alimohammadian M, Yaseri M, et al. Multimorbidity: Epidemiology and Risk Factors in the Golestan Cohort Study, Iran: A Cross-Sectional Analysis. *Medicine (Baltimore)*. 2016;95(7):e2756.
7. Varmaghani M, Rashidian A, Kebriaeezadeh A, et al. National and sub-national prevalence, trend, and burden of asthma in Iran from 1990 to 2013; the study protocol. *Arch Iran Med*. 2014;17(12):804-809.
8. Organization WH. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) [Web page]. Geneva World Health Organization; 2018 [cited 2018 June 19]. Available from: [http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd)).
9. Soriano JB. An Epidemiological Overview of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: What Can Real-Life Data Tell Us about Disease Management? *COPD: JOURNAL OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE*. 2017;14(Sup1):S3-S7
10. Masjedi M, Zayeri F, Ainy E, Paydar R. Assessing the prevalence and incidence of

asthma and chronic obstructive pulmonary disease in the Eastern Mediterranean Region in 2016. *Turkish Thoracic Journal*. 2018;19(2):50-60.

11. Golshan M, Faghihi M, Marandi MM. Indoor women jobs and pulmonary risks in rural areas of Isfahan, Iran, 2000. *Respir Med*. 2002;96(6):382-388.

12. Rafeemanesh E, Majdi MR, Ehteshamfar SM, Fahoul MJ, Sadeghian Z. Respiratory diseases in agate grinding workers in Iran. *Int J Occup Environ Med*. 2014;5(3):130-136.

13. Rashidi M, Ramesht MH, Zohary M, et al. Relation of air pollution with epidemiology of respiratory diseases in isfahan, Iran from 2005 to 2009. *J Res Med Sci*. 2013;18(12):1074-1079.

14. MOH Report of Asthma.

15. Varmaghani M, Farzadfar F, Sharifi F, et al. Prevalence of Asthma, COPD, and Chronic Bronchitis in Iran: A Systematic Review and Meta-analysis. *Iran J Allergy Asthma Immunol*. 2016;15(2):93-104.

16. Farrokhi S, Gheybi MK, Movahhed A, et al. Prevalence and risk factors of asthma and allergic diseases in primary schoolchildren living in Bushehr, Iran: phase I, III ISAAC protocol. *Iran J Allergy Asthma Immunol*. 2014;13(5):348-355.

17. Sharifi H, Masjedi MR, Emami H, et al. Burden of obstructive lung disease study in Tehran: Prevalence and risk factors of chronic obstructive pulmonary disease. *Lung India*. 2015;32(6):572-577.

18. Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 333 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*. 2017;390(10100):1260-1344.

19. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*. 2017;390(10100):1211-1259.

20. Global, regional, and national age-sex specific mortality for 264 causes of death, 1980-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*. 2017;390(10100):1151-1210.

21. Masoompour SM, Mohammadi A, Mahdaviazad H. Adherence to the Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease guidelines for management of COPD: a hospital-base study. *Clin Respir J*. 2016;10(3):298-302.

۲۲. کتابچه آشنایی با صنعت دخانیات کشور. ۱۳۹۶.

23. Sharifi H, Sadr M, Emami H, et al. Prevalence of tobacco use and associated factors in Tehran: Burden of Obstructive Lung Disease study. Lung India. 2017;34(3):225-231.

24. MOH report of Occupational medicine.

25. Cohen AJ, Brauer M, Burnett R, et al. Estimates and 25-year trends of the global burden of disease attributable to ambient air pollution: an analysis of data from the Global Burden of Diseases Study 2015. Lancet. 2017;389(10082):1907-1918.

26. Air pollution (SANAD MELI). 1395.

27. MOH report of Air pollution. 1397.



فصل دوم

اهداف، سیاست‌ها، راهبردها و اقدامات اساسی و اولویت‌دار برای پیشگیری و کنترل بیماری‌های مزمن تنفسی



چشم انداز بیماری‌های مزمن تنفسی در افق ایران ۱۴۰۴

دسترسی عادلانه به خدمات پیشگیری، کنترل درمان و مراقبت بیماری‌های مزمن تنفسی برای عموم جامعه و ارتقای کیفیت زندگی بیماران تا سال ۱۴۰۴

هدف نهایی

انتظار می‌رود تا سال ۱۴۰۴ با اجرای مناسب سند پیشگیری و کنترل بیماری‌های مزمن تنفسی ۲۵٪ از مرگ و میرهای زودرس ناشی از بیماری‌های مزمن تنفسی کاسته شود.

اهداف راهبردی

دستاوردهای زیر با اجرای صحیح راهبردها/سیاست‌ها و اقدامات کلیدی سند پیشگیری و کنترل بیماری‌های مزمن تنفسی در میان مدت و بلند مدت قابلیت تحقق خواهد داشت:

هدف راهبردی یک: تقویت نظام مراقبت بیماری‌های مزمن تنفسی

- شناسایی ۱۰۰٪ موارد مشکوک به بیماری‌های مزمن تنفسی در برنامه‌های جاری نظام سلامت
- تشخیص سالانه حداقل ۱۰٪ افراد مبتلا از بین جمعیت‌های هدف با تاکید بر مواجهه‌های شغلی
- ثبت و گزارش حداقل ۵ شاخص کلیدی بیماری‌های مزمن تنفسی از سال اول برنامه

هدف راهبردی دو: کاهش مواجهه با عوامل خطر بیماری‌های مزمن تنفسی

- کاهش میزان شیوع استعمال دخانیات در جمعیت بالای ۱۵ سال به میزان ۳۰٪ وضعیت پایه
- افزایش سالیانه ۱۵٪ تعداد روزهایی که شاخص کیفیت هوا در محدوده سالم می‌باشد ($AQI > 100$)
- کاهش سالیانه ۱۰٪ تعداد روزهایی که بدلیل وقوع پدیده گرد و غبار میزان شاخص آلاینده‌های ذرات معلق از متوسط ساعتی ۳۰۰ میکروگرم بر مترمکعب و شاخص کیفیت روزانه بالای ۲۰۰ برخوردار باشد.
- سالیانه ۱۰٪ شناسایی و جایگزینی تدریجی پوشش گیاهان آلرژیک به گونه‌های سازگار و کم خطرتر اکولوژیک در منطقه
- سالیانه کاهش ۱۰٪ میزان مواجهه با آلرژن‌های بیولوژیک
- سالیانه کاهش ۱۰٪ میزان مواجهه با آلودگی‌های ناشی از حامل‌های انرژی نامطلوب (فضولات دامی، چوب و فرآورده‌های مشابه، نفت و ...) عوامل شیمیایی و فیزیکی
- سالیانه ۱۰٪ کاهش مواجهه با عوامل خطر غذایی، آرایشی، بهداشتی و شغلی زمینه‌ساز بیماری‌های مزمن تنفسی

هدف راهبردی سه: افزایش پوشش همگانی و توان پرداخت هزینه‌های مراقبت‌های اضطراری و پایداری مراقبت‌های نگهدارنده

- افزایش پوشش ارائه خدمات به بیماران شناخته شده در سطح مراکز خدمات جامع سلامت به میزان حداقل ۸۰٪

- افزایش دسترسی بیماران به خدمات اورژانس از طریق نظام ارجاع و سطح بندی خدمات به میزان حداقل ۸۰٪
- افزایش دسترسی بیماران به خدمات تخصصی از طریق نظام ارجاع و سطح بندی خدمات به میزان حداقل ۸۰٪
- ایجاد واحدهای با قابلیت ارایه خدمات نگهدارنده (تسکینی و واسطه ای) مراقبت‌های مزمن تنفسی حداقل ۸۰٪ واحدهای مورد انتظار
- افزایش دسترسی به خدمات تخصصی و فوق تخصصی بیماری‌های مزمن تنفسی به میزان حداقل ۸۰٪ بار بیماردهی قابل انتظار
- ایجاد تیم‌های مراقبت‌های درمانی در منزل برای بیماران مزمن تنفسی به میزان حداقل ۸۰٪ تیم‌های مورد انتظار
- افزایش بهره‌مندی از سازمان‌های مردم‌نهاد و خیرین سلامت برای تیم‌های مراقبت درمانی و باز توانی در منزل و مراکز وابسته برای بیماران مزمن تنفسی به میزان حداقل ۲۰٪

هدف راهبردی چهار: افزایش بهره‌مندی از فرآورده‌های دارویی و تجهیزات استاندارد و فن‌آوری‌های نوین با رویکرد پیشگیرانه و واکنشی (تشخیص، درمان و مراقبت)

- افزایش دسترسی گروه‌های جمعیتی در معرض خطر بیماری‌های مزمن تنفسی به تجهیزات پیشگیرانه و محافظتی مناسب و با کیفیت به میزان حداقل ۸۰٪
- افزایش دسترسی گروه‌های جمعیتی در معرض خطر بیماری‌های مزمن تنفسی به تجهیزات تشخیصی مناسب و با کیفیت به منظور شناسایی زودهنگام بیماری‌های مزمن تنفسی به میزان حداقل ۸۰٪
- افزایش دسترسی بیماران مزمن تنفسی شناسایی شده به تجهیزات تشخیصی پیشرفته مناسب به منظور کنترل مطلوب بیماری به میزان حداقل ۸۰٪
- افزایش دسترسی بیماران مزمن تنفسی شناسایی شده نیازمند به تجهیزات مراقبتی مناسب به منظور ارتقای کیفیت زندگی بیماران به میزان حداقل ۸۰٪
- افزایش دسترسی بیماران مزمن تنفسی شناسایی شده نیازمند به تجهیزات باز توانی مناسب به منظور ارتقای کیفیت زندگی بیماران به میزان حداقل ۸۰٪
- افزایش دسترسی بیماران مزمن تنفسی شناسایی شده به تجهیزات درمانی، باز توانی و داروهای مناسب توزیع شده با مشارکت و حمایت سازمان‌های مردم‌نهاد تخصصی و خیرین سلامت به میزان حداقل ۱۰٪

هدف راهبردی پنج: حاکمیت خوب، تولیت و رهبری برنامه‌های پیشگیری و کنترل بیماری‌های مزمن تنفسی

- اصلاح و بازنگری در چارت سازمانی وزارت/ دانشگاه‌ها با تاکید بر تقویت برنامه‌های پیشگیری و کنترل بیماری‌های مزمن تنفسی
- ادغام برنامه‌های پیشگیری و کنترل بیماری‌های مزمن تنفسی در نظام جاری سلامت
- سیاست‌گذاری و همکاری مشترک در رهبری تولیت کاهش بار بیماری‌های مزمن تنفسی از طریق مصوبات شورای عالی سلامت و امنیت غذایی (کارگروه تهدید کننده‌های محیطی سلامت) و تعیین سهم ذینفعان کلیدی و جلب مشارکت فعال آنان

هدف راهبردی شش: ظرفیت سازی و بسیج منابع

- افزایش سواد سلامت در زمینه پیشگیری و کنترل و بازتوانی بیماری‌های مزمن تنفسی
- افزایش مهارت کارکنان بهداشتی درمانی در زمینه مراقبت‌های پیشگیرانه، تشخیص و درمان و مراقبت‌های نگهدارنده بیماری‌های مزمن تنفسی
- جلب مشارکت و بکارگیری ظرفیت‌های بخش غیر دولتی و سازمان‌های داوطلب - بیمار محور ۱ در برنامه‌های پیشگیری. کنترل بیماری‌های مزمن تنفسی

مداخلات کلیدی و اولویت دار

به منظور تحقق اهداف پیش گفت فهرستی از اقدامات کلیدی و اولویت دار به شرح زیر و در قالب چهار حیطه آموزش (آموزش عمومی و اطلاع رسانی، توانمندسازی کارکنان بهداشتی درمانی)، خدمت (پیشگیری، درمان، بازتوانی)، مراقبت و نگهداری، پژوهش و منابع و زیرساخت‌ها می‌بایست طراحی و به شیوه مناسب با مشارکت کلیه ذینفعان کلیدی در زیر مجموعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و برون بخش انجام پذیرد:

آموزش

آموزش و اطلاع رسانی عمومی

- تهیه و تدوین برنامه‌های اطلاع رسانی و آگاه سازی مردم در زمینه عوامل آلاینده محیط داخل منزل (دخانیات، حامل‌های انرژی نامطلوب ...) مبتنی بر ویژگی‌های بومی و جغرافیایی
- تهیه و تدوین برنامه‌های اطلاع رسانی و آگاه سازی مردم در زمینه عوامل خطر غذایی، آرایشی، بهداشتی و شغلی زمینه ساز بیماری‌های مزمن تنفسی
- تهیه و تدوین برنامه‌های اطلاع رسانی و آگاه سازی مردم و بیماران شناخته شده جهت بهره‌مندی از خدمات مراکز ارایه دهنده خدمات اورژانس بیماری‌های مزمن تنفسی

افزایش سواد سلامت در زمینه پیشگیری و کنترل بیماری‌های مزمن تنفسی

- تربیت سفیر سلامت دانش آموزی
- تربیت سفیر سلامت خانوار
- تربیت سفیر سلامت دانشجویی
- اجرای برنامه خودمراقبتی سازمانی

جلب مشارکت و بکارگیری ظرفیت‌های بخش غیر دولتی و سازمان‌های داوطلب - بیمار محور در

برنامه‌های پیشگیری و کنترل بیماری‌های مزمن تنفسی

- تدوین دستورالعمل نحوه مشارکت و حمایت از سازمان‌های داوطلب - بیمار محور به منظور ارایه خدمات بهداشتی درمانی و حمایتی بیماری‌های مزمن تنفسی
- تدوین آیین نامه حمایت از تاسیس و راه اندازی مراکز ارایه خدمات پیشگیرانه، تشخیصی، درمانی و مراقبت بیماری‌های مزمن تنفسی توسط بخش غیر دولتی

افزایش مهارت کارکنان بهداشتی درمانی در زمینه مراقبت‌های پیشگیرانه، تشخیص و درمان و مراقبت‌های نگهدارنده بیماری‌های مزمن تنفسی

- اجرای برنامه‌های آموزشی و توانمندسازی کارکنان بهداشتی درمانی مرتبط برای آرایه خدمات اورژانس بیماری‌های مزمن تنفسی
- برگزاری دوره‌های مهارتی حرفه‌ای در خصوص مدیریت بیماری‌های مزمن تنفسی
- تقویت سرفصل‌های درسی مرتبط با بیماری‌های مزمن تنفسی در مجموعه برنامه‌های درسی گروه‌های مختلف پزشکی با تاکید بر گایدلاین‌های بومی شده

خدمات پیشگیرانه

اجرای برنامه‌های غربالگری در جمعیت

- انجام غربالگری بیماری آسم در دانش‌آموزان برپایه پرونده سلامت دانش‌آموزان
- انجام غربالگری بیماری‌های مزمن تنفسی در کارگران مشاغل با ریسک بالا
- انجام غربالگری بیماری‌های مزمن تنفسی در کارکنان مشاغل با ریسک بالا
- انجام غربالگری بیماری‌های مزمن تنفسی در جمعیت ساکن در شهرهای دارای آلودگی هوا

انجام ارزیابی سریع فرصت طلبانه بیماری‌های مزمن تنفسی در گروه‌های جمعیت هدف

- ارزیابی فرصت طلبانه آسم در سن ۳۰ سالگی برای مراجعین به مراکز بهداشتی درمانی
- ارزیابی فرصت طلبانه COPD در افراد ۴۰ سال به بالا برای مراجعین به مراکز بهداشتی درمانی
- ارزیابی فرصت طلبانه بیماری‌های مزمن تنفسی در مراجعین به مراکز بهداشتی درمانی ساکن مناطقی که دارای هوای بسیار ناسالم (طبق دستورالعمل) هستند.

ادغام نظام ثبت و گزارشدهی بیماری‌های مزمن تنفسی در نظام جاری اطلاعات سلامت

- ایجاد نظام اطلاعات یک پارچه بیماری‌های مزمن تنفسی در پرونده الکترونیک سلامت
- ایجاد نظام ثبت و گزارشدهی بیماری‌های مزمن تنفسی در کارگران مراجعه کننده برای معاینات بدو استخدام و معاینات دوره‌ای

کاهش استعمال مواد دخانی

- افزایش قیمت محصولات دخانی در قالب مالیات و عوارض
- تشدید کنترل قاچاق محصولات دخانی
- تشدید ممنوعیت استعمال دخانیات در محیط‌های کاری
- طراحی و اجرای کمپین ملی پیشگیری و کنترل دخانیات
- تدوین سازوکار تشویقی و تنبیهی غیر مستقیم در خصوص استعمال مواد دخانی
- کاهش مواجهه محیطی بیرونی (Outdoor) با عوامل زمینه ساز/ تشدید کننده بیماری‌های مزمن تنفسی
- بازنگری آیین نامه‌های اجرایی و مصوبات موجود در زمینه کاهش آلودگی هوا

- شناسایی و ساماندهی صنایع آلاینده بر اساس قوانین مصوب و بازنگری شده
- شناسایی و جایگزینی تدریجی پوشش گیاهان آلرژیک به گونه های سازگار و کم خطرتر اکولوژیک در منطقه

کاهش مواجهه محیطی درونی (Indoor) با عوامل زمینه ساز / تشدید کننده بیماری های مزمن تنفسی

- تدوین، تصویب و ابلاغ قانون پیشگیری و کنترل عوامل زیان آور زمینه ساز / تشدید کننده بیماری های مزمن تنفسی در ارگان های دولتی
- اجرای کامل قانون پیشگیری و کنترل عوامل زیان آور زمینه ساز / تشدید کننده بیماری های مزمن تنفسی در محیط های کاری
- تشدید ممنوعیت مصرف محصولات دخانه در اماکن عمومی

کاهش مواجهه با عوامل خطر غذایی، آرایشی، بهداشتی و شغلی زمینه ساز بیماری های مزمن تنفس

- شناسایی (تعیین فهرست) و ساماندهی (حذف تدریجی، کنترل واردات، منع تبلیغ ...) عوامل خطر غذایی، آرایشی، بهداشتی و شغلی زمینه ساز بیماری های مزمن تنفسی
- بازنگری قوانین و مصوبات موجود در زمینه استفاده از وسایل محافظتی و روش های پیشگیرانه در مواجهه با عوامل خطر شغلی زمینه ساز بیماری های مزمن تنفس

افزایش دسترسی گروه های جمعیتی در معرض خطر بیماری های مزمن تنفسی به تجهیزات پیشگیرانه و محافظتی مناسب و با کیفیت

- تجهیز محیط های کاری دارای عوامل مخاطره آمیز شغلی به تجهیزات و سیستم های پیشگیرانه و محافظتی (مطابق دستورالعمل)

افزایش دسترسی گروه های جمعیتی در معرض خطر بیماری های مزمن تنفسی به تجهیزات تشخیصی مناسب / پیشرفته و با کیفیت به منظور شناسایی زودهنگام بیماری های مزمن تنفسی

- تدوین آیین نامه حمایت از تولید کنندگان داخلی به منظور تولید تجهیزات درمانی / کمک درمانی، مراقبتی، بازتوانی و داروهای مناسب به منظور کنترل مطلوب بیماری
- تدوین آیین نامه تسهیل واردات تجهیزات درمانی / کمک درمانی، مراقبتی، بازتوانی و داروهای مناسب به منظور کنترل مطلوب بیماری
- تدوین آیین نامه تسهیل واردات تجهیزات تشخیصی مناسب / پیشرفته و با کیفیت
- تجهیز مراکز درمانی در سطوح مختلف به تجهیزات تشخیصی مناسب / پیشرفته و با کیفیت بر اساس دستورالعمل استاندارد سازی مراکز
- افزایش پوشش بیمه ای خدمات تشخیصی پیشرفته

خدمات درمانی

افزایش دسترسی بیماران مزمن تنفسی شناسایی شده به تجهیزات درمانی / کمک درمانی، مراقبتی، بازتوانی و داروهای مناسب به منظور کنترل مطلوب بیماری

- تدوین آیین نامه حمایت از تولید کنندگان داخلی به منظور تولید تجهیزات درمانی / کمک درمانی، مراقبتی، بازتوانی و داروهای مناسب به منظور کنترل مطلوب بیماری
- تدوین آیین نامه تسهیل واردات تجهیزات درمانی / کمک درمانی، مراقبتی، بازتوانی و داروهای مناسب به منظور کنترل مطلوب بیماری
- تجهیز مراکز درمانی در سطوح مختلف به تجهیزات درمانی / کمک درمانی، مراقبتی، بازتوانی و داروهای مناسب به منظور کنترل مطلوب بیماری بر اساس دستورالعمل استاندارد سازی مراکز
- افزایش پوشش بیمه ای خدمات درمانی / کمک درمانی، مراقبتی، بازتوانی و دارویی

افزایش پوشش ارایه مراقبت‌های اضطراری و نگهدارنده به بیماران شناخته شده در سطح مراکز خدمات جامع سلامت

- افزایش مراکز خدمات جامع سلامت ارایه دهنده مراقبت‌های اضطراری و نگهدارنده متناسب با نیازهای جمعیتی و جغرافیایی
- تجهیز و ارتقای استاندارد مراکز خدمات جامع سلامت متناسب با دستورالعمل ارایه خدمات به بیماران مزمن تنفسی
- تهیه و تدوین برنامه های اطلاع رسانی و آگاه سازی مردم و بیماران شناخته شده جهت بهره مندی از خدمات مراکز ارایه دهنده مراقبت‌های اضطراری و نگهدارنده

افزایش دسترسی بیماران به خدمات اورژانس از طریق نظام ارجاع و سطح بندی خدمات

تجهیز مراکز درمانی و مراکز خدمات جامع سلامت به امکانات مورد نیاز جهت ارایه خدمات اورژانس بیماری‌های مزمن تنفسی

خدمات نگهدارنده و بازتوانی

افزایش دسترسی بیماران مزمن تنفسی شناسایی شده به تجهیزات درمانی، بازتوانی و داروهای مناسب توزیع شده با مشارکت و حمایت سازمان‌های مردم نهاد تخصصی و خیرین سلامت

- بهره مندی از پوشش درمانی، بازتوانی و تشخیصی داوطلبانه با مشارکت و حمایت سازمان های مردم نهاد و خیرین سلامت

افزایش دسترسی بیماران به خدمات تخصصی از طریق نظام ارجاع و سطح بندی خدمات

- تجهیز مراکز درمانی به امکانات مورد نیاز جهت ارایه خدمات تخصصی بیماری‌های مزمن تنفسی

ایجاد واحدهای با قابلیت ارائه خدمات نگهدارنده (تسکینی و واسطه ای) مراقبت‌های تنفسی مزمن

- تهیه و تدوین دستورالعمل ایجاد واحدهای با قابلیت ارائه خدمات نگهدارنده (تسکینی و واسطه ای) مراقبت‌های تنفسی مزمن
- راه اندازی واحدهای ارائه خدمات نگهدارنده (تسکینی و واسطه ای) مراقبت‌های تنفسی مزمن در دانشگاه‌های علوم پزشکی

افزایش دسترسی به خدمات تخصصی و فوق تخصصی بیماری‌های مزمن تنفسی

- راه اندازی مراکز معین خدمات تخصصی و فوق تخصصی بیماری‌های مزمن تنفسی در دانشگاه‌های تیپ یک و تیپ دو

ایجاد تیم‌های مراقبت‌های درمانی در منزل برای بیماران مزمن تنفسی

- تدوین دستورالعمل ارائه خدمات مراقبت‌های درمانی در منزل توسط بخش خصوصی برای بیماران مزمن تنفسی
- افزایش بهره‌مندی از سازمان‌های مردم‌نهاد و خیرین سلامت برای تیم‌های مراقبت درمانی و باز توانی در منزل و مراکز وابسته برای بیماران مزمن تنفسی
- تدوین دستورالعمل ارائه خدمات مراقبت‌های درمانی در منزل با مشارکت و حمایت سازمان‌های مردم‌نهاد و خیرین سلامت برای بیماران مزمن تنفسی

پژوهش

- طراحی و اجرای پژوهش‌های مرتبط با کسب شناخت از بار بیماری و عوامل تشدید کننده و اثرگذار اپیدمیولوژیک
- انجام مطالعات در مورد میزان اثربخشی اقدامات تشخیصی، درمانی و باز توانی در بهبود کیفیت زندگی بیماران مزمن تنفسی
- انجام مطالعات هزینه اثربخشی به منظور ارزیابی بهترین و موثر ترین مداخلات پیشگیرانه و تشخیصی و درمانی و مراقبت بیماری‌های مزمن تنفسی

منابع و زیر ساخت‌ها

اصلاح و بازنگری در چارت سازمانی وزارت / دانشگاه‌ها با تاکید بر تقویت برنامه‌های پیشگیری و کنترل بیماری‌های مزمن تنفسی

- اصلاح پست‌های سازمانی در حوزه درمان و بهداشت
- ایجاد گروه بیماری‌های مزمن تنفسی در دفتر بیماری‌های غیرواگیر معاونت بهداشت
- تامین منابع انسانی مورد نیاز در سطوح سازمانی وزارت / دانشگاه‌ها

سیاست‌گذاری و همکاری مشترک در رهبری تولید کاهش بار بیماری‌های مزمن تنفسی از طریق مصوبات شورای عالی سلامت و امنیت غذایی (کارگروه تهدید کننده های محیطی سلامت)

• فعال سازی کمیته فنی بیماری‌های غیرواگیر (NCD) ذیل کارگروه تهدید کننده های محیطی سلامت

جدول شماره یک: اهداف راهبردی برنامه کنترل بیماری‌های مزمن تنفسی در جمهوری اسلامی ایران

شاخص			اهداف راهبردی
هدف (۱۴۰۴)	پایه	شاخص ارزشیابی	
۱۰۰٪ جمعیت	-	شناسایی موارد مشکوک به بیماری در برنامه های جاری نظام سلامت	هدف راهبردی یک: تقویت نظام مراقبت بیماری‌های مزمن تنفسی
سالانه حداقل ۱۰٪	-	تشخیص افراد مبتلا از بین جمعیت های هدف با تاکید بر مواجهه‌های شغلی	
حداقل ۵ شاخص از سال اول برنامه	وجود ندارد	ثبت و گزارش شاخص‌های کلیدی بیماری‌های مزمن تنفسی	
۵٪	۱۵٪	میزان شیوع استعمال دخانیات در جمعیت بالای ۱۵ سال	هدف راهبردی دو: کاهش مواجهه با عوامل خطر بیماری‌های مزمن تنفسی
		کاهش استعمال مواد دخانی	
		کاهش مواجهه محیطی بیرونی (Outdoor) با عوامل زمینه ساز/ تشدید کننده بیماری‌های مزمن تنفسی	

سالیانه ۱۵٪ ارتقا درصد روزهای با هوای سالم	-	تعداد روزهایی که شاخص کیفیت هوا در محدوده سالم می باشد(AQI>۱۰۰).	کاهش مواجهه محیطی بیرونی (Outdoor) با عوامل زمینه ساز/ تشدید کننده بیماری‌های مزمّن تنفسی	هدف راهبردی دو: کاهش مواجهه با عوامل خطر بیماری‌های مزمّن تنفسی
سالیانه ۱۰٪ کاهش به نسبت پایه	-	تعداد روزهائی که بدلیل وقوع پدیده گردو غبار میزان شاخص آلاینده‌گی ذرات معلق از متوسط ساعتی ۳۰۰ میکروگرم بر مترمکعب و شاخص کیفیت روزانه بالای ۲۰۰ برخوردار باشد. AQI		
در مناطق اولویت دار	-	شناسایی و جایگزینی تدریجی پوشش گیاهان آلرژیک به گونه های سازگار و کم خطرتر اکولوژیک در منطقه		
سالیانه ۱۰٪ کاهش به نسبت پایه	-	میزان مواجهه با دود دخانیات	کاهش مواجهه محیطی درونی (Indoor) با عوامل زمینه ساز/ تشدید کننده بیماری‌های مزمّن تنفسی	
سالیانه ۱۰٪ کاهش به نسبت پایه	-	میزان مواجهه با آلرژن های بیولوژیک		
سالیانه ۱۰٪ کاهش به نسبت پایه	-	میزان مواجهه با آلودگی‌های ناشی از حامل های انرژی نامطلوب (فضولات دامی، چوب و فرآورده‌های مشابه، نفت و ...) عوامل شیمیایی و فیزیکی		
سالیانه ۱۰٪ کاهش به نسبت پایه	-	میزان مواجهه با عوامل خطر غذایی	کاهش مواجهه با عوامل خطر غذایی، آرایشی، بهداشتی و شغلی زمینه ساز بیماری‌های مزمّن تنفسی	
سالیانه ۱۰٪ کاهش به نسبت پایه	-	میزان مواجهه با عوامل خطر آرایشی و بهداشتی		
سالیانه ۱۰٪ کاهش به نسبت پایه	-	میزان مواجهه با عوامل خطر شغلی		

حدافل ٪۸۰	-	نسبت بیماران ثبت شده و مراجعه کننده در مراکز خدمات جامع سلامت به تعداد مورد انتظار	افزایش پوشش آرایه خدمات به بیماران شناخته شده در سطح مراکز خدمات جامع سلامت	هدف راهبردی سه: افزایش پوشش همگانی و توان پرداخت هزینه‌های مراقبت‌های اضطراری و پایداری مراقبت‌های نگهدارنده
حدافل ٪۸۰	-	نسبت بیماران دریافت کننده خدمات اورژانس مناسب به تعداد بیماران مورد انتظار	افزایش دسترسی بیماران به خدمات اورژانس از طریق نظام ارجاع و سطح بندی خدمات	
حدافل ٪۸۰	-	نسبت بیماران دریافت کننده خدمات تخصصی به تعداد بیماران مورد انتظار	افزایش دسترسی بیماران به خدمات تخصصی از طریق نظام ارجاع و سطح بندی خدمات	
حدافل ٪۸۰	-	نسبت واحدهای ایجاد شده به واحدهای مورد انتظار	ایجاد واحدهای با قابلیت آرایه خدمات نگهدارنده (تسکینی و واسطه‌ای) مراقبت‌های مزمن تنفسی	
حدافل ٪۸۰	-	نسبت بار بیماردهی قابل انتظار به مراکز تخصصی و فوق تخصصی	افزایش دسترسی به خدمات تخصصی و فوق تخصصی بیماری‌های مزمن تنفسی	
حدافل ٪۸۰	-	نسبت تیم‌های راه اندازی شده به تیم‌های مورد انتظار	ایجاد تیم‌های مراقبت‌های درمانی در منزل برای بیماران مزمن تنفسی	
حدافل ٪۲۰		نسبت تیم‌های راه اندازی شده با مشارکت و حمایت سازمان‌های مردم نهاد و خیرین سلامت به کل تیم‌های تشکیل شده در هر سال	افزایش بهره‌مندی از سازمان‌های مردم نهاد و خیرین سلامت برای تیم‌های مراقبت درمانی و باز توانی در منزل و مراکز وابسته برای بیماران مزمن تنفسی	هدف راهبردی چهار: افزایش بهره‌مندی از فراورده‌های دارویی و تجهیزات استاندارد و فن آوری‌های نوین با رویکرد پیشگیرانه و واکنشی (تشخیص، درمان و مراقبت)
حدافل ٪۸۰	-	نسبت گروه‌های جمعیتی در معرض خطر بیماری‌های مزمن تنفسی بهره‌مند از تجهیزات پیشگیرانه و محافظتی به جمعیت در معرض خطر	افزایش دسترسی گروه‌های جمعیتی در معرض خطر بیماری‌های مزمن تنفسی به تجهیزات پیشگیرانه و محافظتی مناسب و با کیفیت	
حدافل ٪۸۰	-	نسبت بیماران مزمن تنفسی شناسایی شده زود هنگام به جمعیت در معرض خطر	افزایش دسترسی گروه‌های جمعیتی در معرض خطر بیماری‌های مزمن تنفسی به تجهیزات تشخیصی مناسب و با کیفیت به منظور شناسایی زودهنگام بیماری‌های مزمن تنفسی	

حدافل ٪۸۰	-	نسبت بیماران مزمن تنفسی دارای دسترسی به تجهیزات تشخیصی مناسب به جمعیت بیماران شناسایی شده	افزایش دسترسی بیماران مزمن تنفسی شناسایی شده به تجهیزات تشخیصی پیشرفته مناسب به منظور کنترل مطلوب بیماری	هدف راهبردی چهار: افزایش بهره‌مندی از فراورده‌های دارویی و تجهیزات استاندارد و فن آوری های نوین با رویکرد پیشگیرانه و واکنشی (تشخیص، درمان و مراقبت)
حدافل ٪۸۰	-	نسبت بیماران مزمن تنفسی دارای دسترسی به تجهیزات درمانی و داروهای مناسب به جمعیت بیماران شناسایی شده	افزایش دسترسی بیماران مزمن تنفسی شناسایی شده به تجهیزات درمانی و داروهای مناسب به منظور کنترل مطلوب بیماری	
حدافل ٪۸۰	-	نسبت بیماران مزمن تنفسی دارای دسترسی به تجهیزات مراقبتی مناسب به جمعیت بیماران شناسایی شده نیازمند	افزایش دسترسی بیماران مزمن تنفسی شناسایی شده نیازمند به تجهیزات مراقبتی مناسب به منظور ارتقای کیفیت زندگی بیماران	
حدافل ٪۸۰	-	نسبت بیماران مزمن تنفسی دارای دسترسی به تجهیزات بازتوانی مناسب به جمعیت بیماران شناسایی شده نیازمند	افزایش دسترسی بیماران مزمن تنفسی شناسایی شده نیازمند به تجهیزات بازتوانی مناسب به منظور ارتقای کیفیت زندگی بیماران	
حدافل ٪۱۰		نسبت بیماران مزمن تنفسی بهره‌مند از خدمات توزیع شده با مشارکت و حمایت سازمان‌های مردم نهاد تخصصی و خیرین سلامت به کل بیماران مزمن تنفسی شناسایی و تحت پوشش در هر سال	افزایش دسترسی بیماران مزمن تنفسی شناسایی شده به تجهیزات درمانی، بازتوانی و داروهای مناسب توزیع شده با مشارکت و حمایت سازمان‌های مردم نهاد تخصصی و خیرین سلامت	
طبق برنامه	وجود ندارد	تصویت چارت سازمانی بازنگری شده	اصلاح و بازنگری در چارت سازمانی وزارت/ دانشگاه‌ها با تاکید بر تقویت برنامه‌های پیشگیری و کنترل بیماری‌های مزمن تنفسی	هدف راهبردی پنجم: حاکمیت خوب، تولید و رهبری برنامه‌های پیشگیری و کنترل بیماری‌های مزمن تنفسی
طبق برنامه	وجود ندارد	تشکیل کمیته ملی		
طبق برنامه	وجود ندارد	تشکیل کمیته استانی/ دانشگاهی ...		
اجرا در ٪۱۰۰ مراکز تعریف شده	وجود ندارد	ابلاغ و اجرای دستورالعمل در سطح مراکز جامع سلامت و تعریف نظام ارجاع با اولویت مناطق جغرافیایی خاص	ادغام برنامه‌های پیشگیری و کنترل بیماری‌های مزمن تنفسی در نظام جاری سلامت	

حداقل ۳ مصوبه دولت		تشکیل و فعال سازی کمیته فنی بیماری‌های غیرواگیر ذیل دبیرخانه شورای عالی سلامت اخذ مصوبه از هیات محترم دولت (شورای عالی سلامت امنیت غذایی)	سیاستگذاری و همکاری مشترک در رهبری تولیت کاهش بار بیماری‌های مزمن تنفسی از طریق مصوبات شورای عالی سلامت و امنیت غذائی (کارگروه تهدید کننده های محیطی سلامت) و تعیین سهم ذینفعان کلیدی و جلب مشارکت فعال آنان	هدف راهبردی ششم: ظرفیت سازی و بسیج منابع
حداقل ۵۰٪	-	نسبت جمعیت در معرض خطر دارای حداقل سواد سلامت	افزایش سواد سلامت در زمینه پیشگیری و کنترل و بازتوانی بیماری‌های مزمن تنفسی	
۱۰۰٪	-	نسبت کارکنان بهداشتی درمانی مرتبط با مهارت کافی در زمینه مراقبت‌های پیشگیرانه و ...	افزایش مهارت کارکنان بهداشتی درمانی در زمینه مراقبت‌های پیشگیرانه، تشخیص و درمان و مراقبت‌های نگهدارنده بیماری‌های مزمن تنفسی	
۲۰٪	۱۰٪	نسبت خدمات قابل ارایه بیماری‌های مزمن تنفسی خدمات با مشارکت و حمایت سازمان‌های داوطلب- بیمارمحور فعال و بخش غیردولتی	جلب مشارکت و بکارگیری ظرفیت‌های بخش غیردولتی و سازمان‌های داوطلب- بیمارمحور در برنامه‌های پیشگیری و کنترل بیماری‌های مزمن تنفسی	

جدول شماره دو: سیاست ها و اقدامات اساسی برنامه کنترل بیماری‌های مزمن تنفسی در جمهوری اسلامی ایران

پیش بینی		وضعیت پایه	شاخص پایش و ارزیابی	دستگاه‌های همکار کلیدی	دستگاه متولی اصلی	سیاست‌ها و اقدامات اساسی و اولویت دار	اهداف راهبردی / راهبردها
۱۴۰۴	۱۴۰۰						
هدف راهبردی یک: تقویت نظام مراقبت بیماری‌های مزمن تنفسی							
٪۱۰۰	٪۱۰۰	—	درصد دانش آموزان طبق دستورالعمل غربالگری	وزارت بهداشت	وزارت آموزش و پرورش	انجام غربالگری بیماری آسم در دانش آموزان برپایه پرونده سلامت دانش آموزان	راهبرد یک: اجرای برنامه‌های غربالگری در جمعیت
٪۱۰۰	٪۱۰۰	—	درصد کارگران واجد شرایط غربالگری شده طبق دستورالعمل	وزارت صنایع و معادن، اتحادیه های صنفی کارگری، وزارت نفت، شهرداری‌ها، صنایع دفاع، وزارت راه، وزارت نیرو	وزارت کار و وزارت بهداشت	انجام غربالگری بیماری‌های مزمن تنفسی در کارگران مشاغل با ریسک بالا	
٪۱۰۰	٪۷۰	—	درصد کارکنان واجد شرایط غربالگری شده طبق دستورالعمل	کلیه دستگاه‌های مشمول قانون سازمان اداری استخدامی کشوری، نیروهای مسلح	سازمان اداری استخدامی کشوری، سازمان مدیریت و وزارت بهداشت	انجام غربالگری بیماری‌های مزمن تنفسی در کارکنان مشاغل با ریسک بالا	
٪۶۰	٪۱۵		درصد بیماران مزمن تنفسی شناسائی شده و میزان بروز بیماری‌های مزمن تنفسی در شهرهای دارای آلودگی هوا طبق دستورالعمل	شهرداری ها تامین اجتماعی	وزارت بهداشت	انجام غربالگری بیماری‌های مزمن تنفسی در جمعیت ساکن در شهرهای دارای آلودگی هوا	

پیش بینی		وضعیت پایه	شاخص پایش و ارزیابی	دستگاه‌های همکار کلیدی	دستگاه متولی اصلی	سیاست‌ها و اقدامات اساسی و اولویت دار	اهداف راهبردی / راهبردها
۱۴۰۴	۱۴۰۰						
%۱۰۰	%۷۰	-	درصد مراجعین بالای ۳۰ سال ارزیابی شده از بین مراجعین به مراکز بهداشتی درمانی	تامین اجتماعی، بخش خصوصی، سایر ارگانهای دولتی آرایه دهنده خدمات بهداشتی درمانی	وزارت بهداشت	ارزیابی فرصت طلبانه آسم در سن ۳۰ سالگی برای مراجعین به مراکز بهداشتی درمانی	راهبرد دو: انجام ارزیابی سریع فرصت طلبانه بیماری‌های مزمن تنفسی در گروه‌های جمعیت هدف
%۱۰۰	%۷۰	-	درصد مراجعین بالای ۴۰ سال ارزیابی شده از بین مراجعین به مراکز بهداشتی درمانی	تامین اجتماعی، بخش خصوصی، سایر ارگانهای دولتی آرایه دهنده خدمات بهداشتی درمانی	وزارت بهداشت	ارزیابی فرصت طلبانه COPD در افراد ۴۰ سال به بالا برای مراجعین به مراکز بهداشتی درمانی	
%۵۰	%۳۰	-	درصد افراد مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی ساکن در شهرها و مناطق دارای هوای بسیار ناسالم که مورد ارزیابی قرار گرفته اند	تامین اجتماعی، بخش خصوصی، سایر ارگانهای دولتی آرایه دهنده خدمات بهداشتی درمانی	وزارت بهداشت	ارزیابی فرصت طلبانه بیماری‌های مزمن تنفسی در مراجعین به مراکز بهداشتی درمانی ساکن مناطقی که دارای هوای بسیار ناسالم (طبق دستورالعمل) هستند.	

پیش بینی		وضعیت پایه	شاخص پایش و ارزیابی	دستگاه‌های همکار کلیدی	دستگاه متولی اصلی	سیاست‌ها و اقدامات اساسی و اولویت دار	اهداف راهبردی / راهبردها
۱۴۰۴	۱۴۰۰						
بهره برداری کامل	راه اندازی	—	وجود نظام اطلاعات یک پارچه بیماری‌های مزمن تنفسی	بیمه‌ها	وزارت بهداشت	ایجاد نظام اطلاعات یک پارچه بیماری‌های مزمن تنفسی در پرونده الکترونیک سلامت	راهبرد سه: ادغام نظام ثبت و گزارش‌دهی بیماری‌های مزمن تنفسی در نظام جاری اطلاعات سلامت
بهره برداری کامل	راه اندازی	—	درصد بیماری مزمن تنفسی گزارش شده در مراجعین بدو استخدام و معاینات دوره ای کارگران طبق دستورالعمل	وزارت کار، وزارت صنایع و معادن، اتحادیه‌های صنفی کارگری، وزارت نفت، شهرداری‌ها، صنایع دفاع، وزارت راه، وزارت ارتباطات و فناوری اطلاعات، سایر ارگان‌های دولتی	وزارت بهداشت سازمان تامین اجتماعی، سازمان امور اداری و استخدامی، سازمان مدیریت	ایجاد نظام ثبت و گزارش‌دهی بیماری مزمن تنفسی در کارگران و کارکنان مراجعه کننده برای معاینات بدو استخدام و معاینات دوره‌ای	

پیش بینی		وضعیت پایه	شاخص پایش و ارزیابی	دستگاه‌های همکار کلیدی	دستگاه متولی اصلی	سیاست‌ها و اقدامات اساسی و اولویت دار	اهداف راهبردی/ راهبردها
۱۴۰۴	۱۴۰۰						
هدف راهبردی دو: کاهش مواجهه با عوامل خطر بیماری‌های مزمن تنفسی							
افزایش مالیات به حداقل ۸۵٪ قیمت خرده فروشی	افزایش مالیات به حداقل ۷۰٪ قیمت خرده فروشی	وجود دارد	درصد افزایش سالیانه مالیات و عوارض محصولات دخانی	وزارت بهداشت، صنایع، مجلس، وزارت اقتصاد و دارایی؛ جمعیت مبارزه با دخانیات	دبیرخانه شورای عالی سلامت و ستاد کشوری کنترل دخانیات	افزایش قیمت محصولات دخانی در قالب مالیات و عوارض	راهبرد یک: کاهش استعمال مواد دخانی
کاهش ۹۵٪	کاهش ۸۰٪	وجود دارد	درصد کاهش نخ- سیگار قاچاق	وزارت کشور، نیروی انتظامی، گمرک	ستاد مبارزه با قاچاق ارز و کالا	تشدید کنترل قاچاق محصولات دخانی	
۱۰۰٪	۱۰۰٪	وجود دارد	درصد دستگاه‌ها و نهادهای مجری قانون	کلیه دستگاه‌ها و نهادهای مشمول، شهرداری	وزارت کار- سازمان امور اداری و استخدامی، سازمان مدیریت، امور اماکن عمومی	تشدید ممنوعیت استعمال دخانیات در محیط‌های کاری و اماکن عمومی	
حداقل دو کمپین سالانه	حداقل یک کمپین سالانه	وجود دارد	تعداد کمپین‌های اجرا شده در سال	شهرداری، وزارت ارشاد، وزارت آموزش و پرورش، سازمان صدا و سیما، وزارت علوم، تحقیقات و فن آوری، جمعیت مبارزه با استعمال دخانیات	وزارت بهداشت درمان	طراحی و اجرای کمپین ملی پیشگیری و کنترل دخانیات با مشارکت و حمایت سازمان‌های مردم نهاد و خیرین سلامت	
۱۰۰٪	۵۰٪	—	درصد دستگاه‌های مجری ساز و کار	کلیه دستگاه‌ها و نهادهای مشمول	وزارت کار- سازمان امور اداری و استخدامی، سازمان مدیریت	تدوین ساز و کار تشویقی و تنبیهی غیر مستقیم در خصوص استعمال مواد دخانی	

پیش بینی		وضعیت پایه	شاخص پایش و ارزیابی	دستگاه‌های همکار کلیدی	دستگاه متولی اصلی	سیاست‌ها و اقدامات اساسی و اولویت دار	اهداف راهبردی / راهبردها
۱۴۰۴	۱۴۰۰						
اجرای ۱۰۰٪ قانون	اجرای ۱۰۰٪ قانون	وجود دارد	قوانین بازنگری / وضع شده	وزارت بهداشت، وزارت هادکشاورزی، وزارت نیرو مدیریت منابع آب، وزارت کشور	سازمان حفاظت محیط زیست	بازنگری آیین نامه‌های اجرایی و مصوبات موجود در زمینه کاهش آلودگی هوا	راهبرد دو: کاهش مواجهه محیطی بیرونی (Outdoor) با عوامل زمینه ساز / تشدید کننده بیماری‌های مزمن تنفسی
اجرای ۱۰۰٪ قانون	اجرای ۱۰۰٪ قانون	بصورت نسبی اجرا می‌شود	صنایع آلاینده ساماندهی شده	سازمان محیط زیست، وزارت بهداشت، مجلس	وزارت صنایع	شناسایی و ساماندهی صنایع آلاینده بر اساس قوانین مصوب و بازنگری شده (با تمرکز بر حذف آزبست)	
۱۰۰٪	۶۰٪	-	حذف پوشش گیاهی آلرژن در مراکز جمعیتی	سازمان محیط زیست، وزارت بهداشت	جهاد کشاورزی و شهرداری	شناسایی و جایگزینی تدریجی پوشش گیاهان آلرژیک به گونه‌های سازگار و کم‌خطرتر اکولوژیک در مناطق مختلف	

پیش بینی		وضعیت پایه	شاخص پایش و ارزیابی	دستگاه‌های همکار کلیدی	دستگاه متولی اصلی	سیاست‌ها و اقدامات اساسی و اولویت دار	اهداف راهبردی / راهبردها
۱۴۰۴	۱۴۰۰						
٪۱۰۰	٪۵۰	-	درصد ارگان‌های دولتی که این اندازه‌گیری‌ها را انجام می‌دهند در سال	وزارت بهداشت	سازمان اداری استخدامی / سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور	تدوین، تصویب و ابلاغ قانون پیشگیری و کنترل و منع تبلیغ عوامل زیان آور زمینه ساز/ تشدید کننده بیماری‌های مزمن تنفسی در ارگان‌های دولتی	راهبرد سه: کاهش مواجهه محیطی درونی (Indoor) با عوامل زمینه ساز/ تشدید کننده بیماری‌های مزمن تنفسی
٪۱۰۰	٪۸۰	-	درصد ارگان‌هایی که این اندازه‌گیری‌ها را انجام می‌دهند در سال	وزارت صنایع و معادن، اتحادیه‌های صنفی کارگری، وزارت نفت، شهرداری‌ها، صنایع دفاع، وزارت راه، وزارت نیرو، وزارت ارتباطات و فناوری اطلاعات	وزارت کار و وزارت بهداشت	اجرای کامل قانون پیشگیری و کنترل و منع تبلیغ عوامل زیان آور زمینه ساز/ تشدید کننده بیماری‌های مزمن تنفسی در محیط‌های کاری	

پیش بینی		وضعیت پایه	شاخص پایش و ارزیابی	دستگاه‌های همکار کلیدی	دستگاه متولی اصلی	سیاست‌ها و اقدامات اساسی و اولویت دار	اهداف راهبردی / راهبردها
۱۴۰۴	۱۴۰۰						
پوشش اطلاع رسانی در سطح ملی و محلی	پوشش اطلاع رسانی در سطح ملی	-	برنامه‌های تولید شده آگاه سازی و اطلاع رسانی عمومی در سطوح ملی و محلی	صدا و سیما، شهرداری‌ها، آموزش و پرورش، وزارت علوم، جوانان و ورزش، وزارت ارشاد، وزارت ارتباطات و فناوری اطلاعات	وزارت بهداشت	تهیه و تدوین برنامه‌های اطلاع رسانی و آگاه‌سازی مردم در زمینه عوامل آلاینده محیط داخل منزل (دخانیات، حامل‌های انرژی نامطلوب ...) مبتنی بر ویژگی‌های بومی و جغرافیایی	
بازنگری و اجرای کامل قانون و	ابلاغ و نظارت بر اجرای قانون تشدید ممنوعیت	وجود دارد	تصویب و ابلاغ قانون ممنوعیت	مجلس، سازمان گردشگری و میراث فرهنگی، اداره اماکن نیروی انتظامی، شهرداری‌ها، سازمان محیط زیست، وزارت علوم، صدا و سیما	وزارت بهداشت / وزارت ارشاد	تشدید ممنوعیت مصرف و منع تبلیغ محصولات دخانی در اماکن عمومی	

پیش بینی		وضعیت پایه	شاخص پایش و ارزیابی	دستگاه‌های همکار کلیدی	دستگاه متولی اصلی	سیاست‌ها و اقدامات اساسی و اولویت دار	اهداف راهبردی / راهبردها
۱۴۰۴	۱۴۰۰						
٪۱۰۰	٪۸۰	وجود دارد	نسبت عوامل خطر غذایی، آرایشی، بهداشتی و شغلی زمینه ساز بیماری‌های مزمن تنفسی ساماندهی شده	وزارت بازرگانی، وزارت صنایع، جهاد کشاورزی، صدا و سیما	وزارت بهداشت / اتحادیه های صنفی	شناسایی (تعیین فهرست) و ساماندهی (حذف) تدریجی، کنترل واردات، منع تبلیغ (... عوامل خطر غذایی، آرایشی، بهداشتی و شغلی زمینه ساز بیماری‌های مزمن تنفسی	راهبرد چهار: کاهش مواجهه با عوامل خطر غذایی، آرایشی، بهداشتی و شغلی زمینه ساز بیماری‌های مزمن تنفسی
پوشش اطلاع رسانی در سطح ملی و محلی	پوشش اطلاع رسانی در سطح ملی	-	برنامه های تولید شده آگاه سازی و اطلاع رسانی عمومی در سطوح ملی و محلی	صدا و سیما، شهرداری ها، آموزش و پرورش، وزارت علوم، وزارت جوانان و ورزش، وزارت ارشاد، وزارت ارتباطات و فناوری اطلاعات	وزارت بهداشت	تهیه و تدوین برنامه های اطلاع رسانی و آگاه سازی مردم در زمینه عوامل خطر غذایی، آرایشی، بهداشتی و شغلی زمینه ساز بیماری‌های مزمن تنفسی	
٪۱۰۰	٪۱۰۰	وجود دارد	قوانین بازنگری شده و مصوبات بروز شده در زمینه استفاده از وسایل محافظتی و روش‌های پیشگیرانه در مواجهه با عوامل خطر شغلی زمینه ساز بیماری‌های مزمن تنفسی	وزارت بهداشت، اتحادیه های صنفی، مجلس	وزارت کار، صنایع	بازنگری قوانین و مصوبات موجود در زمینه استفاده از وسایل محافظتی و روش‌های پیشگیرانه در مواجهه با عوامل خطر شغلی زمینه ساز بیماری‌های مزمن تنفسی	

پیش بینی		وضعیت پایه	شاخص پایش و ارزیابی	دستگاه‌های همکار کلیدی	دستگاه متولی اصلی	سیاست‌ها و اقدامات اساسی و اولویت دار	اهداف راهبردی / راهبردها
۱۴۰۴	۱۴۰۰						
هدف راهبردی سه: افزایش پوشش همگانی و توان پرداخت هزینه‌های مراقبت‌های اضطراری و پایداری مراقبت‌های نگهدارنده							
٪۱۰۰	٪۸۰	وجود ندارد	نسبت مراکز خدمات جامع سلامت ارایه دهنده مراقبت‌های اضطراری و نگهدارنده راه اندازی شده به پیش بینی شده	دانشگاه‌های علوم پزشکی	وزارت بهداشت	افزایش مراکز خدمات جامع سلامت ارایه دهنده مراقبت‌های اضطراری و نگهدارنده متناسب با نیازهای جمعیتی و جغرافیایی	راهبرد یک: افزایش پوشش ارایه مراقبت‌های اضطراری و نگهدارنده به بیماران شناخته شده در سطح مراکز خدمات جامع سلامت
٪۱۰۰	٪۸۰	وجود ندارد	نسبت مراکز خدمات جامع سلامت تجهیز شده و دارای ارتقای استاندارد به پیش بینی شده	دانشگاه‌های علوم پزشکی	وزارت بهداشت	تجهیز و ارتقای استاندارد مراکز خدمات جامع سلامت متناسب با دستورالعمل ارایه خدمات به بیماران مزمن تنفسی	
پوشش اطلاع رسانی در سطح ملی و محلی	پوشش اطلاع رسانی در سطح ملی	-	برنامه های تولید شده آگاه سازی و اطلاع رسانی عمومی در سطوح ملی و محلی	دانشگاه‌های علوم پزشکی	وزارت بهداشت	تهیه و تدوین برنامه های اطلاع رسانی و آگاه سازی مردم و بیماران شناخته شده جهت بهره مندی از خدمات مراکز ارایه دهنده مراقبت‌های اضطراری و نگهدارنده	

پیش بینی		وضعیت پایه	شاخص پایش و ارزیابی	دستگاه‌های همکار کلیدی	دستگاه متولی اصلی	سیاست‌ها و اقدامات اساسی و اولویت دار	اهداف راهبردی / راهبردها
۱۴۰۴	۱۴۰۰						
%۱۰۰	%۸۰	بصورت نسبی وجود دارد	نسبت مراکز درمانی و مراکز خدمات جامع سلامت دارای امکانات مورد نیاز جهت ارایه خدمات اورژانس بیماری‌های مزمن تنفسی	دانشگاه‌های علوم پزشکی	وزارت بهداشت	تجهیز مراکز درمانی و مراکز خدمات جامع سلامت به امکانات مورد نیاز جهت ارایه خدمات اورژانس بیماری‌های مزمن تنفسی	راهبرد دو: افزایش دسترسی بیماران به خدمات اورژانس از طریق نظام ارجاع و سطح بندی خدمات
%۱۰۰	%۱۰۰	بصورت نسبی وجود دارد	نسبت کارکنان بهداشتی درمانی مرتبط توانمند شده برای ارایه خدمات اورژانس بیماری‌های مزمن تنفسی	دانشگاه‌های علوم پزشکی	وزارت بهداشت	اجرای برنامه های آموزشی و توانمندسازی کارکنان بهداشتی درمانی مرتبط برای ارایه خدمات اورژانس بیماری‌های مزمن تنفسی	
پوشش اطلاع رسانی در سطح ملی و محلی	پوشش اطلاع رسانی در سطح ملی	-	برنامه های تولید شده آگاه سازی و اطلاع رسانی عمومی در سطوح ملی و محلی	دانشگاه‌های علوم پزشکی، صدا و سیما	وزارت بهداشت	تهیه و تدوین برنامه های اطلاع رسانی و آگاه سازی مردم و بیماران شناخته شده جهت بهره مندی از خدمات مراکز ارایه دهنده خدمات اورژانس بیماری‌های مزمن تنفسی	

پیش بینی		وضعیت پایه	شاخص پایش و ارزیابی	دستگاه‌های همکار کلیدی	دستگاه متولی اصلی	سیاست‌ها و اقدامات اساسی و اولویت دار	اهداف راهبردی / راهبردها
۱۴۰۴	۱۴۰۰						
٪۱۰۰	٪۱۰۰	بصورت نسبی وجود دارد	نسبت مراکز استاندارد شده به کل مراکز تخصصی موجود	دانشگاه‌های علوم پزشکی	وزارت بهداشت	تجهیز مراکز درمانی به امکانات مورد نیاز جهت ارائه خدمات تخصصی بیماری‌های مزمن تنفسی	راهبرد سه: افزایش دسترسی بیماران به خدمات تخصصی از طریق نظام ارجاع و سطح بندی خدمات
اجرای دستورالعمل	اجرای دستورالعمل	وجود ندارد	دستورالعمل تدوین شده	دانشگاه‌های علوم پزشکی	وزارت بهداشت	تهیه و تدوین دستورالعمل ایجاد واحدهای با قابلیت ارائه خدمات نگهدارنده (تسکینی و واسطه‌ای) مراقبت‌های تنفسی مزمن	راهبرد چهار: ایجاد واحدهای با قابلیت ارائه خدمات نگهدارنده (تسکینی و واسطه‌ای) مراقبت‌های تنفسی مزمن
٪۱۰۰	٪۵۰	وجود ندارد	دانشگاه‌های علوم پزشکی دارای حداقل یک واحد خدمات نگهدارنده (تسکینی و واسطه‌ای) مراقبت‌های تنفسی مزمن	دانشگاه‌های علوم پزشکی	وزارت بهداشت	راه اندازی واحدهای ارائه خدمات نگهدارنده (تسکینی و واسطه‌ای) مراقبت‌های تنفسی مزمن در دانشگاه‌های علوم پزشکی	

پیش بینی		وضعیت پایه	شاخص پایش و ارزیابی	دستگاه‌های همکار کلیدی	دستگاه متولی اصلی	سیاست‌ها و اقدامات اساسی و اولویت دار	اهداف راهبردی / راهبردها
۱۴۰۴	۱۴۰۰						
٪۱۰۰	٪۸۰	بصورت نسبی وجود دارد	دانشگاه‌های علوم پزشکی تیپ یک و دو دارای مرکز معین بیماری‌های مزمن تنفسی تخصصی و فوق تخصصی	دانشگاه‌های علوم پزشکی	وزارت بهداشت	راه اندازی مراکز معین خدمات تخصصی و فوق تخصصی بیماری‌های مزمن تنفسی در دانشگاه‌های تیپ یک و تیپ دو	راهبرد پنج: افزایش دسترسی به خدمات تخصصی و فوق تخصصی بیماری‌های مزمن تنفسی
اجرای دستورالعمل	اجرای دستورالعمل	وجود ندارد	دستورالعمل تدوین شده	سازمان نظام پرستاری، دانشگاه‌های علوم پزشکی	وزارت بهداشت	تدوین دستورالعمل نحوه مشارکت بخش خصوصی در ارایه خدمات مراقبت‌های درمانی در منزل برای بیماران مزمن تنفسی	راهبرد شش: ایجاد تیم‌های مراقبت‌های درمانی در منزل برای بیماران مزمن تنفسی
اجرای دستورالعمل	اجرای دستورالعمل	وجود ندارد	دستورالعمل تدوین شده	سازمان نظام پرستاری، سازمان بهزیستی و نمایندگان سازمان‌های مردم خیرین سلامت مرتبط، وزارت فناوری اطلاعات	وزارت بهداشت	تدوین دستورالعمل ارایه خدمات مراقبت‌های درمانی در منزل با مشارکت و حمایت سازمان‌های مردم نهاد و خیرین سلامت برای بیماران مزمن تنفسی	راهبرد هفت: افزایش بهره‌مندی از سازمان‌های مردم نهاد و خیرین سلامت برای تیم‌های مراقبت درمانی و باز توانی در منزل و مراکز وابسته برای بیماران مزمن تنفسی

پیش بینی		وضعیت پایه	شاخص پایش و ارزیابی	دستگاه‌های همکار کلیدی	دستگاه متولی اصلی	سیاست‌ها و اقدامات اساسی و اولویت دار	اهداف راهبردی / راهبردها
۱۴۰۴	۱۴۰۰						
هدف راهبردی چهار: افزایش بهره‌مندی از فراورده‌های دارویی و تجهیزات استاندارد و فن‌آوری‌های نوین با رویکرد پیشگیرانه و واکنشی (تشخیص، درمان و مراقبت)							
٪۱۰۰	٪۱۰۰	٪۷۰	درصد شاغلین بهره‌مند از خدمات بهداشت حرفه‌ای	وزارت کار	وزارت بهداشت	تجهیز محیط‌های کاری دارای عوامل مخاطره‌آمیز شغلی به تجهیزات و سیستم‌های پیشگیرانه و محافظتی (مطابق دستورالعمل)	راهبرد یک: افزایش دسترسی گروه‌های جمعیتی در معرض خطر بیماری‌های مزمن تنفسی به تجهیزات پیشگیرانه و محافظتی مناسب و با کیفیت
اجرای کامل آیین نامه	اجرای کامل آیین نامه	-	آیین نامه تدوین شده و اجرایی شده	وزارت صنایع و معادن، بازرگانی، سازمان استاندارد	وزارت بهداشت / معاونت علمی و فن‌آوری ریاست جمهوری	تدوین آیین نامه حمایت از تولید کنندگان داخلی به منظور تولید تجهیزات تشخیصی مناسب / پیشرفته و با کیفیت	راهبرد دو: افزایش دسترسی گروه‌های جمعیتی در معرض خطر بیماری‌های مزمن تنفسی به تجهیزات تشخیصی مناسب / پیشرفته و با کیفیت به منظور شناسایی زودهنگام بیماری‌های مزمن تنفسی با تاکید بر شرکت‌های دانش بنیان

پیش بینی		وضعیت پایه	شاخص پایش و ارزیابی	دستگاه‌های همکار کلیدی	دستگاه متولی اصلی	سیاست‌ها و اقدامات اساسی و اولویت دار	اهداف راهبردی / راهبردها
۱۴۰۴	۱۴۰۰						
اجرای کامل آیین نامه	اجرای کامل آیین نامه	-	آیین نامه تدوین شده و اجرایی شده	وزارت صنایع و معادن، بازرگانی، سازمان استاندارد	وزارت بهداشت / معاونت علمی و فن آوری ریاست جمهوری	تدوین آیین نامه تسهیل واردات تجهیزات تشخیصی مناسب / پیشرفته و با کیفیت	
%۱۰۰	%۸۰	بصورت نسبی وجود دارد	نسبت مراکز درمانی در سطوح مختلف مجهز به تجهیزات تشخیصی مناسب / پیشرفته و با کیفیت بر اساس دستورالعمل استاندارد سازی مراکز	دانشگاه‌های علوم پزشکی	وزارت بهداشت / معاونت علمی و فن آوری ریاست جمهوری	تجهیز مراکز درمانی در سطوح مختلف به تجهیزات تشخیصی مناسب / پیشرفته و با کیفیت بر اساس دستورالعمل استاندارد سازی مراکز	
%۱۰۰	%۱۰۰	بصورت نسبی وجود دارد	نسبت خدمات تشخیصی پیشرفته تحت پوشش بیمه	وزارت بهداشت ، سازمانهای بیمه گر	شورای عالی بیمه	افزایش پوشش بیمه ای خدمات تشخیصی پیشرفته	
اجرای کامل آیین نامه	اجرای کامل آیین نامه	-	آیین نامه تدوین شده و اجرایی شده	وزارت صنایع و معادن، بازرگانی، سازمان استاندارد	وزارت بهداشت / معاونت علمی و فن آوری ریاست جمهوری	تدوین آیین نامه حمایت از تولید کنندگان داخلی به منظور تولید تجهیزات درمانی / کمک درمانی، مراقبتی، باز توانی و داروهای مناسب به منظور کنترل مطلوب بیماری	راهبرد سه: افزایش دسترسی بیماران مزمن تنفسی شناسایی شده به تجهیزات درمانی / کمک درمانی، مراقبتی، باز توانی و داروهای مناسب به منظور کنترل مطلوب بیماری

پیش بینی		وضعیت پایه	شاخص پایش و ارزیابی	دستگاه‌های همکار کلیدی	دستگاه متولی اصلی	سیاست‌ها و اقدامات اساسی و اولویت دار	اهداف راهبردی / راهبردها
۱۴۰۴	۱۴۰۰						
اجرای کامل آیین نامه	اجرای کامل آیین نامه	-	آیین نامه تدوین شده و اجرایی شده	وزارت صنایع و معادن، بازرگانی، سازمان استاندارد	وزارت بهداشت / معاونت علمی و فن آوری ریاست جمهوری	تدوین آیین نامه تسهیل واردات تجهیزات درمانی / کمک درمانی، مراقبتی، بازتوانی و داروهای مناسب به منظور کنترل مطلوب بیماری	
%۱۰۰	%۸۰	بصورت نسبی وجود دارد	نسبت مراکز درمانی در سطوح مختلف مجهز به تجهیزات درمانی / کمک درمانی، مراقبتی، بازتوانی و داروهای مناسب به منظور کنترل مطلوب بیماری بر اساس دستورالعمل استاندارد سازی مراکز	دانشگاه‌های علوم پزشکی	وزارت بهداشت / معاونت علمی و فن آوری ریاست جمهوری	تجهیز مراکز درمانی در سطوح مختلف به تجهیزات درمانی / کمک درمانی، مراقبتی، بازتوانی و داروهای مناسب به منظور کنترل مطلوب بیماری بر اساس دستورالعمل استاندارد سازی مراکز	
%۱۰۰	%۱۰۰	بصورت نسبی وجود دارد	نسبت خدمات درمانی / کمک درمانی، مراقبتی، بازتوانی و دارویی تحت پوشش بیمه‌ای	وزارت بهداشت، سازمان‌های بیمه گر	شورای عالی بیمه	افزایش پوشش بیمه ای خدمات درمانی / کمک درمانی، مراقبتی، بازتوانی، دارویی و تسکینی	

پیش بینی		وضعیت پایه	شاخص پایش و ارزیابی	دستگاه‌های همکار کلیدی	دستگاه متولی اصلی	سیاست‌ها و اقدامات اساسی و اولویت دار	اهداف راهبردی / راهبردها
۱۴۰۴	۱۴۰۰						
	٪۱۰	وجود ندارد	نسبت بیماران مزمن تنفسی بهره مند از خدمات توزیع شده با مشارکت و حمایت سازمان‌های مردم نهاد تخصصی و خیرین سلامت به کل بیماران مزمن تنفسی شناسائی و تحت پوشش در هر سال	سازمان‌های مردم نهاد و خیرین سلامت مرتبط	همه‌تنگ کننده وزارت بهداشت	بهره مندی از پوشش درمانی، بازتوانی و تشخیصی داوطلبانه با مشارکت و حمایت سازمان‌های مردم نهاد و خیرین سلامت	راهبرد چهار: افزایش دسترسی بیماران مزمن تنفسی شناسائی شده به تجهیزات درمانی، بازتوانی و داروهای مناسب توزیع شده با مشارکت و حمایت سازمان‌های مردم نهاد تخصصی و خیرین سلامت

پیش بینی		وضعیت پایه	شاخص پایش و ارزیابی	دستگاه‌های همکار کلیدی	دستگاه متولی اصلی	سیاست‌ها و اقدامات اساسی و اولویت دار	اهداف راهبردی / راهبردها
۱۴۰۴	۱۴۰۰						
هدف راهبردی پنجم: حاکمیت خوب، تولیت و رهبری برنامه‌های پیشگیری و کنترل بیماری‌های مزمن تنفسی							
۱۰۰٪	۵۰٪	وجود ندارد	دانشگاه‌های علوم پزشکی دارای پست های سازمانی ایجاد شده	دانشگاه‌های علوم پزشکی	وزارت بهداشت	اصلاح پست‌های سازمانی در حوزه درمان و بهداشت	راهبرد یک: اصلاح و بازنگری در چارت سازمانی وزارت / دانشگاه‌ها با تاکید بر تقویت برنامه های پیشگیری و کنترل بیماری‌های مزمن تنفسی
وجود گروه	وجود گروه	وجود ندارد	راه اندازی گروه بیماری‌های مزمن تنفسی در دفتر بیماری‌های غیر واگیر معاونت بهداشت	-	وزارت بهداشت	ایجاد گروه بیماری‌های مزمن تنفسی در دفتر بیماری‌های غیرواگیر معاونت بهداشت	
۱۰۰٪	۸۰٪	-	نسبت پست‌های سازمانی دارای نیروی انسانی به مصوب	سازمان امور اداری، استخدامی، سازمان مدیریت و دانشگاه‌های همکار	وزارت بهداشت،	تامین منابع انسانی مورد نیاز در سطوح سازمانی وزارت / دانشگاه ها	
---	تهیه و ابلاغ طرح	وجود ندارد	طرح و دستورالعمل های مصوب توسط مراجع ذیربط	سازمان امور اداری ، استخدامی، سازمان مدیریت و دانشگاه‌های همکار	وزارت بهداشت ،	تهیه طرح ادغام و دستورالعمل های مربوطه	ادغام برنامه های پیشگیری و کنترل بیماری‌های مزمن تنفسی در نظام جاری سلامت
۱۰۰٪	۱۰۰٪	وجود ندارد	تعداد دانشگاه‌های مجری طرح ادغام	سازمان نظام پزشکی و دانشگاه‌های همکار	وزارت بهداشت	آموزش کارکنان سطوح مختلف شبکه و اجرای طرح ادغام	

پیش‌بینی		وضعیت پایه	شاخص پایش و ارزیابی	دستگاه‌های همکاری کلیدی	دستگاه متولی اصلی	سیاست‌ها و اقدامات اساسی و اولویت دار	اهداف راهبردی / راهبردها
۱۴۰۴	۱۴۰۰						
حداقل ۳ مصوبه			اخذ مصوبه از شورای عالی سلامت و امنیت غذایی	اعضاء دستگاه های اجرایی دولتی و غیر دولتی ذیل کارگروه تهدید کننده های محیطی سلامت دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی	وزارت بهداشت	فعال سازی کمیته فنی بیماری‌های غیرواگیر (NCD) ذیل کارگروه تهدیدکننده های محیطی سلامت	راهبرد سه: سیاست‌گذاری و همکاری مشترک در رهبری تولید کاهش بار بیماری‌های مزمن تنفسی از طریق مصوبات شورای عالی سلامت و امنیت غذایی (کارگروه تهدید کننده های محیطی سلامت) و تعیین سهم ذینفعان کلیدی و جلب مشارکت فعال آنان

پیش بینی		وضعیت پایه	شاخص پایش و ارزیابی	دستگاه‌های همکار کلیدی	دستگاه متولی اصلی	سیاست‌ها و اقدامات اساسی و اولویت دار	اهداف راهبردی / راهبردها
۱۴۰۴	۱۴۰۰						
هدف راهبردی ششم: ظرفیت‌سازی و بسیج منابع							
طبق تورالعمل	طبق تورالعمل	۱۲,۸	درصد سفیران سلامت دانش آموزی	وزارت آموزش و پرورش	وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی / جمعیت مبارزه با استعمال دخانیات	تربیت سفیر سلامت دانش آموزی (نظیر طرح پاد ...)	راهبرد یک: افزایش سواد سلامت در زمینه پیشگیری و کنترل بیماری‌های مزمن تنفسی
طبق دستورالعمل	طبق دستورالعمل	۲۸,۴	درصد خانوارهای دارای سفیر سلامت	سازمان صدا و سیما	وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی	تربیت سفیر سلامت خانوار	
طبق دستورالعمل	طبق دستورالعمل	۶,۲	درصد سفیران سلامت دانشجویی	وزارت علوم، تحقیقات و فن آوری	وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی	تربیت سفیر سلامت دانشجویی	
٪۱۰۰	٪۸۰	۲۵,۶	درصد سازمان‌های اجرا کننده برنامه خودمراقبتی سازمانی	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	کلیه سازمان‌های دولتی	اجرای برنامه خودمراقبتی سازمانی	

پیش بینی		وضعیت پایه	شاخص پایش و ارزیابی	دستگاه‌های همکار کلیدی	دستگاه متولی اصلی	سیاست‌ها و اقدامات اساسی و اولویت دار	اهداف راهبردی / راهبردها
۱۴۰۴	۱۴۰۰						
٪۱۰۰	٪۱۰۰	-	نسبت کارکنان واجد شرایط تحت پوشش برنامه های مدون اجرا شده	سازمان نظام پزشکی و نظام حرفه ای	وزارت بهداشت	اجرای برنامه های آموزش مداوم برای کارکنان بهداشتی درمانی	راهبرد دو: افزایش مهارت کارکنان بهداشتی درمانی در زمینه مراقبت‌های پیشگیرانه، تشخیص و درمان و مراقبت‌های نگهدارنده بیماری‌های مزمن تنفسی
٪۱۰۰	٪۱۰۰	-	نسبت کارکنان واجد شرایط تحت پوشش دوره های مهارتی اجرا شده	سازمان نظام پزشکی و نظام حرفه ای	وزارت بهداشت	برگزاری دوره‌های مهارتی حرفه ای در خصوص مدیریت بیماری‌های مزمن تنفسی	
بر اساس گاید لاین های بومی	بر اساس گاید لاین های بومی	-	تعداد سرفصل‌های درسی بازنگری شده	--	وزارت بهداشت	تقویت سرفصل‌های درسی مرتبط با بیماری‌های مزمن تنفسی در مجموعه برنامه‌های درسی گروه‌های مختلف پزشکی با تاکید بر گایدلاین های بومی شده	

پیش بینی		وضعیت پایه	شاخص پایش و ارزیابی	دستگاه‌های همکار کلیدی	دستگاه متولی اصلی	سیاست‌ها و اقدامات اساسی و اولویت دار	اهداف راهبردی / راهبردها
۱۴۰۴	۱۴۰۰						
بر اساس منابع آموزشی مورد تایید وزارت بهداشت	بر اساس منابع آموزشی مورد تایید وزارت بهداشت	-	تعداد رشته‌های دانشگاهی و مدارس که سرفصل‌های درسی در برنامه آنها وارد شده	حوزه های علمیه و سازمان تبلیغات اسلامی	وزارت بهداشت، فرهنگ و آموزش عالی، آموزش و پرورش	گنجاندن سرفصل‌های درسی مرتبط با بیماری‌های غیرواگیر از جمله بیماری‌های مزمن تنفسی در مجموعه برنامه‌های درسی رشته‌های مختلف دانشگاهی و مدارس و حوزه‌های علمیه	
اجرای کامل دستورالعمل	اجرای کامل دستورالعمل	وجود ندارد	دستورالعمل تدوین و ابلاغ شده	وزارت کشور	وزارت بهداشت	تدوین دستورالعمل نحوه مشارکت، حمایت و تشویق و ترغیب سازمان‌های داوطلب- بیمار محور به منظور ارایه خدمات بهداشتی درمانی و حمایتی بیماری‌های مزمن تنفسی	راهبرد سه: جلب مشارکت و بکارگیری ظرفیت‌های بخش غیر دولتی و سازمان‌های داوطلب-
اجرای کامل آیین نامه	اجرای کامل آیین نامه	بصورت اختصاصی وجود ندارد	آیین نامه تدوین و ابلاغ شده	نظام پزشکی، نظام های حرفه ای	وزارت بهداشت	تدوین آیین نامه حمایت از تاسیس و راه اندازی مراکز ارایه خدمات پیشگیرانه، تشخیصی، درمانی و مراقبت بیماری‌های مزمن تنفسی توسط بخش غیر دولتی	بیمار محور در برنامه های پیشگیری، کنترل بیماری‌های مزمن تنفسی







جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی



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

۳۱ تیر ۱۳۹۴

