

# الگوی پیاده سازی مدیریت یکپارچه پیشگیری و کنترل بیماری های غیر واگیر در ایران

بهزاد دمازی<sup>۱</sup>، علیرضا حیدری<sup>۲\*</sup>

۱. پژوهشکده علوم اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران  
۲. مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران

نشریه پایش

سال نوزدهم، شماره اول، بهمن - اسفند ۱۳۹۸، صص ۷-۱۷

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۱۲/۳

[نشر الکترونیک پیش از انتشار - ۱۲ اسفند ۹۸]

## چکیده

**مقدمه:** بهبود شرایط بهداشتی و تغییر وضعیت اقتصادی اجتماعی در ایران، به همراه شهرنشینی برنامه ریزی نشده، منجر به تغییر الگوی بیماری از بیماری های واگیردار به بیماری های غیر واگیر شده است. هدف از انجام این مطالعه طراحی الگوی پیاده سازی مدیریت یکپارچه پیشگیری و کنترل بیماری های غیر واگیر در ایران بود.

**مواد و روش کار:** یک مطالعه کیفی ۴ مرحله ای شامل تحلیل اسناد (۱)، مرور مقالات و گزارش های علمی (۲)، مصاحبه های عمیق فردی و بحث های گروهی متمرکز (۳) و تأیید کمیته راهبردی (۴) جهت تحلیل وضعیت و شناخت شکاف خدمات، تعیین جهت گیری شامل دورنمای ۵ سال آینده، اهداف راهبردی در انتهای ۵ سال و راهبردهای اصلی و مداخلات و نظام استقرار و الزامات کنترل بیماریهای غیر واگیر انجام شد. داده ها با استفاده از روش تحلیل محتوا تحلیل گردید.

**یافته ها:** پس از شناخت شکاف خدمات در حوزه های کلان و عملیاتی، اهداف راهبردی در دو گروه مربوط به عوامل رفتاری و عول خطر زیستی تدوین شدند. سه راهبرد اصلی پیشگیری و کنترل بیماری های غیر واگیر در ایران شامل ارتقای سواد سلامت گروه های جمعیتی، بهره مندی مردم از خدمات مراقبت های اولیه و نهادینه سازی همکاری فرابخشی برای کاهش عوامل خطر مرتبط با تغذیه، دخانیات، الکل و کاهش تحرک فیزیکی معین است. از الزامات برنامه طراحی شده تمرکز ساختارهای موازی و پراکنده در مدیریت بیماری های غیر واگیر وزارت بهداشت، آموزش نیروی انسانی، تدوین بسته های خدمتی ادغام یافته، تعیین اولویت های تحقیقاتی، تبیین نقش هر یک از دستگاه ها، آگاهی کلیه مدیران دولتی و خصوصی و مشارکت نهادهای مردمی است.

**نتیجه گیری:** جهت اجرای این برنامه علاوه بر رعایت الزامات استقرار نیازمند اتخاذ تدابیر دیگری مانند ادغام در برنامه بهداشت کشور، تصویب شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور و تدوین برنامه جامع سلامت استان ها مبتنی بر وضعیت بومی مطابق این برنامه است.

**کلیدواژه:** الگو، برنامه ملی، پیاده سازی، مدیریت یکپارچه، پیشگیری، کنترل، بیماری های غیر واگیر

\* نویسنده پاسخگو: تهران، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران

E-mail: alirezaheidari7@gmail.com

## مقدمه

افزایش مداوم بیماری های غیر واگیر در سراسر جهان یک چالش کلیدی در سلامت جهانی است [۱]. بیماری های غیر واگیر، از جمله بیماری های قلبی عروقی، دیابت، بیماری مزمن ریوی، آلرژی، برخی از انواع سرطان، پوکی استخوان بزرگترین عوامل کشنده در جهان هستند [۲]. سازمان سلامت جهان بر این باور است که بیش از یک سوم از ۴۰ میلیون مرگ و میر پیش از موعد اتفاق می افتد [۳]. یک مطالعه اخیر که به صورت مشترک توسط انجمن جهانی اقتصاد و دانشگاه هاروارد انجام شد، نشان داد که بیماریهای غیرواگیر در طول ۲۰ سال آینده ۴۷ تریلیون دلار هزینه خواهند کرد که نشان دهنده ۷۵ درصد از تولید ناخالص داخلی می باشد [۴]. علاوه بر این، بیماریهای غیرواگیر موجب کاهش بهره وری و کاهش سرمایه و رشد اقتصادی می شود [۵].

بیماریهای غیرواگیر مستقیماً با عوامل خطری مانند دخانیات، تغذیه و تحرک بدنی ناکافی که قابل پیشگیری نیز هستند، ارتباط دارد. این عوامل با تغییر نامطلوب رژیم غذایی، سبک زندگی و صنعتی شدن جوامع افزایش یافته است [۶]. روش هزینه اثربخش و پایدار کنترل این بیماری ها کاهش عوامل خطر است که می تواند از طریق تغییر شیوه زندگی انجام گردد [۷]. گزارش وضعیت جهانی بیماری های غیرواگیر در سازمان سلامت جهان در سال ۲۰۱۰، مراقبت و نظارت بر عوامل خطر را به عنوان اولویت اول برای مقابله با بیماری های غیرواگیر رو به رشد در مناطق کم درآمد در نظر گرفته است [۸].

از آنجا که بیماری های غیرواگیر به علت پنهان بودن علائم، به موقع شناسایی نمی شوند یا زمانی تحت درمان قرار می گیرند که فرد در مرحله نمایان شدن عوارض قرار دارد [۹]. سازمان سلامت جهان در حال حاضر یک هدف را برای کاهش ۲۵٪ مرگ و میر ناشی از بیماریهای غیرواگیر در افراد بالای ۷۰ سال تا سال ۲۰۲۵ تعیین کرده است. ولی اکثر کشورهای با درآمد کم و متوسط در حال حاضر به اندازه کافی قادر به پاسخگویی به بیماریهای غیرواگیر نیستند [۱۰]. در بسیاری از کشورهای با درآمد کم و متوسط سیستم های بهداشتی ضعیف فعلی، هنوز نمی توانند برای مقابله با چالش بیماریهای غیرواگیر از طریق سیستم های مراقبت اولیه مراقبت مدیریت مؤثری داشته باشند [۱۱]. بطوریکه به دلیل عدم دسترسی به خدمات بهداشتی یکپارچه و باکیفیت و دسترسی

ناکافی به مداخلات اولیه و برنامه های پیشگیرانه مؤثر، بیماری های قلبی عروقی در جمعیت کشورهای با درآمد کم و متوسط در مقایسه با کشورهای با درآمد بالا چهار برابر بیشتر است [۱۴]. از سه گروه عمده بیماریها و صدمات (بیماریهای قبل از گذار ابیدمیولوژیک، بیماریهای غیرواگیر، تصادفات و جراحات)، بیماریهای غیرواگیر بیشترین بار بیماری را در ایران ایجاد می کند (۴۵٪ در مردان و ۳۳٪ در زنان) [۱۵]. چاقی و اضافه وزن، فشار خون شریانی، فعالیت بدنی ناکافی، پرکاری کلسترول و اعتیاد ۵ عامل خطر اول هستند که بیشترین بار را به خود اختصاص می دهند (۶۸٪ از بار عوامل خطر، ۱۱٪ از بار کل بیماری ها با ۱/۶ میلیون سال زندگی از دست رفته با ناتوانی) [۱۶]. بر اساس قطعنامه های مجمع جهانی بهداشت به خصوص WHA 53.17 در سال ۲۰۰۰، چندین ابتکار به منظور کنترل، پیشگیری و ارائه درمان مقرون به صرفه برای بیماری ها غیرواگیر در وزارت بهداشت آغاز شد. در سال ۲۰۰۶، در وزارت بهداشت واحد جدیدی زیر نظر معاونت بهداشت به منظور کنترل بیماریهای غیرواگیر تأسیس گردید. نظام ملی مراقبت سلامت ایران که یک فعالیت منظم است، با هدف نظارت و مراقبت بیماریهای غیرواگیر مجدداً سازماندهی شد. گزارش های متعددی بر اساس نتایج نظام ملی مراقبت سلامت منتشر شده است و اکنون این برنامه ها مبنای برنامه های ملی کنترل بیماریهای غیرواگیر است [۱۷]. از آنجا که شواهد قابل اعتماد سنگ بنای اصلی شروع هر برنامه پیشگیری از بیماری های غیرواگیر است [۱۸]، انتظار می رود با تدوین برنامه ملی مدیریت یکپارچه پیشگیری و کنترل بیماریهای غیرواگیر ایران، زبان مشترک و تعهد جمعی ذینفعان (درون و برون بخشی)، بسترسازی مناسب برای عملیاتی سازی اسناد بالادستی مرتبط و نهادینه سازی برنامه های قلبی مرتبط به بیماری های غیرواگیر و عوامل خطر آنها، حمایت طلبی برای افزایش منابع و سایر الزامات بهبود وضعیت مدیریت بیماری های غیرواگیر ایجاد گردد و نهایتاً با استقرار این برنامه شاخص های مهم و مرتبط به بیماری های غیرواگیر بهبود یابد.

## مواد و روش کار

این مطالعه در سال ۱۳۹۳ به روش کیفی و در چهار مرحله اصلی انجام شد:

در مرحله تحلیل اسناد، مستندات مورد بررسی شامل قانون اساسی کشور، سیاست های ابلاغی سلامت مقام معظم رهبری، مواد قانونی

متعدد در برنامه توسعه پنج ساله پنجم، اعلامیه حقوق بشر اسلامی ۱۹۹۰، ماده ۸ قانون مدیریت خدمات کشوری، چشم انداز سال ۱۴۰۴، سیاست های کلی مبارزه با مواد مخدر ابلاغی (۱۳۸۵/۰۷/۱۲)، سیاست های کلی اصلاح الگوی مصرف ابلاغی (۱۳۸۹/۰۴/۱۵)، سیاست های کلی نظام اداری، مصوب ۱۳۸۹/۲/۱، سند نقشه جامع علمی کشور ۱۳۸۹، سند نقشه علمی سلامت، مصوبات شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور، توصیه های مقام معظم رهبری و سیاست های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری بودند. گردآوری اسناد و مستندات به صورت هدفمند و بر اساس معیارهای جستجو (بیماری های غیرواگیر، استقرار، پیاده سازی، مدیریت یکپارچه، پیشگیری، کنترل، مداخلات، عوامل خطر) انجام شد که از طریق مراجعه حضوری به سازمانهای مرتبط و مراجعه غیرحضوری به وب سایتها و پایگاههای داده ای داخلی کشور صورت گرفت. استخراج گردیدند و با استفاده از روش تحلیل محتوا تحلیل گردیدند.

در مرحله مرور مقالات و گزارش های علمی، مرور منابع از طریق جستجو در پایگاه های داخلی Iranmedex، Iran doc، PubMed، Magiran، SID، Medlib و پایگاه های خارجی PubMed، Cochrane، Scopus بر اساس معیارهای جستجوی مذکور مورد بررسی قرار گرفتند. از تجربیات حداقل ۳ کشور توسعه یافته و ۳ کشور در حال توسعه استفاده شد. کلیه گزارش های جهانی منتشر شده در ارتباط به موضوع تدوین الگو از سال ۲۰۰۵ به بعد در مورد مداخلات مورد استناد قرار گرفت.

از تلفیق دو مرحله تحلیل اسناد و مرور مقالات و گزارشها، بر اساس زنجیره نتایج، اهداف و شاخص های مرتبط در سطح پیامد و اثر نهایی تعیین و از داده های ثانوی در اسناد موجود استفاده شد تا نیم رخ وضعیت بیماری های غیرواگیر و عوامل خطر آن در کشور ترسیم گردد و مشکلات برجسته نشان داده شود. این نتایج پس از استخراج، دسته بندی و تلخیص گردید.

مرحله سوم شامل مصاحبه های عمیق فردی و بحث های گروهی متمرکز بود. در این مرحله جهت تحلیل وضعیت موجود مدیریت پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر، جهت گیری راهبردها، مداخلات و الزامات، یک مطالعه کیفی با مشارکت اعضاء هیأت علمی و مدیران ارشد و اجرایی و مشاورین در معاونت بهداشت وزارت بهداشت انجام شد. معیارهای انتخاب خبرگان تمایل به حضور در مطالعه و داشتن تجربه، دانش و اطلاعات کافی در مورد

دستیابی به اهداف مطالعه بود. در این مطالعه از نمونه گیری مبتنی بر هدف که یکی از انواع نمونه گیری غیراحتمالی است استفاده شد. روش جمع آوری داده ها در قسمت کیفی ۲ بحث گروهی متمرکز (۱۲ نفره) و ۶ مصاحبه فردی با صاحب نظران در دسترس بود. ابزار جمع آوری داده ها، راهنمای مصاحبه بود که سئوالات آن شامل برای دستیابی به اهداف و اجرای هر چه بهتر برنامه چه باید کرد؟ منابع مالی برنامه باید از کجا تامین شود؟ سایر الزامات اجرای موفق چیست؟، تقسیم کار بین کدام نهادها و گروه های جامعه باید انجام شود؟، مجوزهای قانونی لازم چیست؟ آیا مراکز بهداشتی درمانی کشور برای اجرای موفق برنامه در بخش خدمات آمادگی لازم را دارند؟ و چه تغییری در بسته های خدمتی و ساختار ارائه خدمت باید صورت پذیرد؟، به منظور انجام بحث های گروهی، برای مشارکت کنندگان دعوتنامه ای ارسال گردید که در آن عنوان جلسه، اهداف، زمان و محل برگزاری جلسات مشخص گردیده بود و پس از مراجعه آنها به محل، توضیحاتی در مورد ماهیت و اهداف پژوهش و چگونگی انجام آن، ارائه گردید. در این پژوهش، ۶ جلسه بحث گروهی متمرکز ۳-۳/۵ برگزار گردید. طی این جلسات، شرکت کنندگان آزادانه اظهار عقیده می کردند و هماهنگ کننده جلسه، بحث را متعادل کرده و هدایت می نمود و پویایی گروه را مورد توجه قرار میداد. معیار اتمام بحث گروهی، اشباع اطلاعات و عدم ارائه داده های جدید بود. با کسب اجازه از مصاحبه شوندهگان و اطمینان دادن به آنان جهت محرمانه ماندن اطلاعات آنها، عدم انتشار جداگانه و به تفکیک نام مشارکت کنندگان و مصاحبه ها ضبط گردید. در عین ضبط مکالمات از یادداشت برداری نیز استفاده شد. پس از برگزاری بحثهای گروهی صداهای ضبط شده به صورت متنی پیاده سازی شد. جهت انجام مصاحبه ها نیز پس از هماهنگی حضوری یا تماس تلفنی با افراد مدنظر، وقت ملاقات تعیین گردید. در ارتباط با مکان مصاحبه نیز جایی انتخاب میشد که مصاحبه شوندهگان در آن مکان احساس راحتی نمایند. پیش از شروع مصاحبه، هدف از انجام این پژوهش به طور کامل برای مشارکت کنندگان توضیح داده شد و با کسب اجازه از مصاحبه شوندهگان و اطمینان دادن به آنها در مورد محرمانه ماندن اطلاعات، مصاحبه ها ضبط و به صورت متنی پیاده سازی گردید. داده های به دست آمده در اختیار شرکت کنندگان قرار گرفت و درستی نتایج با آنها چک شد. جهت اطمینان از دقت علمی و روایی داده ها از معیارهای اعتبار، قابلیت انتقال (تعمیم پذیری)، اطمینان

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

**- شکاف خدمات در پیشگیری و کنترل بیماریهای غیرواگیر:** بر اساس گزارش جهانی بار بیماری ها در سال ۲۰۱۳ در ایران بیماری های قلبی عروقی (۱۷٪)، اختلالات روانی (۱۴٪)، بیماری های اسکلتی عضلانی (۷/۵٪)، حوادث ترافیکی (۷/۵٪)، نئوناتال (۶/۵٪)، کانسر (۵/۵٪)، بیماری های تنفسی (۴/۲٪)، اختلال تغذیه ای (۲٪) و دیابت (۲٪)، حدود ۷۰٪ بار بیماری ها را تشکیل می دهد. ده عامل خطر اول (دالی منتسب) در ایران به ترتیب رژیم غذایی، فشارخون (۱۰ میلیون نفر)، توده بدنی بالا (۹ میلیون نفر چاق)، کم تحرکی (۱۸ میلیون نفر تحرک ناکافی)، دخانیات (۵ میلیون و ۳۰۰ هزار نفر)، دیابت (۷/۵ میلیون نفر)، آلودگی هوا، کلسترول بالا (۱۴ میلیون نفر)، خطرات شغلی و مصرف مواد مخدر (۳ میلیون نفر) است [۱۷].

الف) حوزه کلان: ساختار پراکنده و موازی مدیریت بیماریهای غیرواگیر و مبهم بودن منابع مالی آن و همچنین کمبود آگاهی و یا ضعف نگرش مجریان ستادی و صف از موانع عمده در مدیریت بیماری های غیرواگیر می باشد. واحدهای خدمات سلامت در بخش غیردولتی به صورت پراکنده و غیرمرتبط در کشور مشغول ارائه خدمات بهداشتی و درمانی برای مراقبت و تشخیص و درمان بیماری ها در مناطق روستایی، شهری و حاشیه شهر هستند. با اینکه تجربیات موثر و خوبی از مشارکت مردم (تجربه ۳۷۰ هیات امنای محلات در شهرداری تهران، ۱۴۰ هزار نفر رابط بهداشتی در مراکز بهداشتی درمانی، خانه مشارکت مردم در استان قزوین و اقدامات بیش از ۲۰۰۰ سازمان مردم نهاد مرتبط به سلامت در کشور) و همکاری بین بخشی در سلامت (برنامه شهر و روستای سالم، جامعه ایمن و نظام نامه استانی مدیریت سلامت همه جانبه) وجود دارد اما این دو راهبرد هنوز به طور مؤثر در شبکه بهداشتی درمانی عملیاتی نشده است.

ب) حوزه عملیاتی: خدمات فعلی مراکز بهداشتی درمانی شامل مراقبت از بیماری های واگیر، سلامت مادر و کودک و سلامت محیط و کار است، پوشش این خدمات بیشتر در جمعیت روستایی، عشایر و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر کشور (۳۰٪ جمعیت کشور) فراهم است، در عمل سطح یک شبکه بهداشت درمان شهری (۷۰٪ جمعیت کشور) مراقبت های ادغام یافته از بیماری های غیرواگیر و

پذیری (اعتماد) و تأییدپذیری استفاده گردید [۱۹]. با استفاده از روش تحلیل محتوا داده های حاصل از بحثهای گروهی متمرکز و مصاحبه ها تحلیل گردید.

در مرحله چهارم که شامل تأیید نتایج در کمیته راهبردی بود، نتایج حاصل از مستندات، مقالات و مصاحبه ها تخلیص و طبقه بندی شد و جهت تأیید کیفیت محصولات هر مرحله در اختیار کمیته راهبری قرار داده شد. اعضای کمیته راهبردی شش نفر نمایندگان واحدهای مختلف معاونت بهداشت و شش نماینده از خارج از معاونت بهداشت شامل دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی، معاونت آموزشی، معاونت درمان، معاونت توسعه منابع و مدیریت، معاونت غذا و دارو، دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی بودند. اجزای الگو اولیه در کمیته راهبردی مورد بازنگری قرار گرفت و پس از تأیید محتوای الگو توسط اکثریت اعضا، الگو نهایی شد.

## یافته‌ها

### ۱- تحلیل وضعیت موجود:

**- دستاوردهای نظام سلامت ایران در پیشگیری و کنترل بیماریهای غیرواگیر:** برنامه های مراقبت از دیابت، فشارخون، هیپوتیروئیدی نوزادان، سلامت دهان و دندان، بیماری تالاسمی در شبکه بهداشتی درمانی روستایی ادغام شده است. پیمایش های عوامل خطر غیرواگیر (با الگوی STEPS سازمان جهانی بهداشت) از سال ۱۳۸۳ به طور متوالی انجام شده است. مطالعه بار بیماری ها نیز انجام گردیده است. حدود ۱۰۰ مرکز تحقیقاتی و انجمن علمی در ایران علاقمند به موضوعات غیرواگیر هستند و حداقل ۱۰ مرکز تحقیقاتی همکار با سازمان جهانی بهداشت در حوزه غیرواگیر فعالیت دارند. سیاست های ملی امنیت غذایی و سلامت روان و اجتماعی مصوب گردیده و در حال اجرا می باشد. شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور به ریاست رئیس جمهور بیش از ده سال سابقه فعالیت داشته و بیش از ۱۰۰ مصوبه در زمینه های غذا و سلامت از جمله کاهش نمک و چربی و قند دارد، متناظر شورای عالی در سطح ۳۱ استان و بیش از ۴۰۰ شهرستان های کشور کارگروه های تخصصی سلامت و امنیت غذایی وجود دارد، در ۱۳۹۲ نظام نامه مدیریت سلامت در سطح استانی برای توسعه مشارکت مردم و همکاری بین بخشی به ویژه برای پاسخ دهی به بیماریهای غیرواگیر توسط وزیر کشور و وزیر بهداشت مشترکا ابلاغ

ایجاد دسترسی به فلوراید optimum با استفاده از روشهای مناسب به منظور کنترل بیماریهای شایع دهان و دندان

#### - راهبردها و مداخلات

سه راهبرد اصلی پیشگیری و کنترل بیماریهای غیرواگیر در ایران که تا ده سال آینده باید پیگیری شود شامل ارتقای سواد سلامت گروه های جمعیتی، بهره مندی مردم از خدمات مراقبت های اولیه (بر اساس ادغام خدمات بیماریهای غیرواگیر در PHC) و نهادینه سازی همکاری فرابخشی برای کاهش عوامل خطر معین می باشد. جدول ۱ راهبردهای اصلی و مداخلات موردنیاز جهت پیشگیری و کنترل بیماریهای غیرواگیر در ایران را نشان می دهد.

#### ۳- الزامات استقرار برنامه

اجرای برنامه ملی مدیریت پیشگیری و کنترل بیماریهای غیرواگیر نیازمند تصویب در هیات دولت و شورای عالی سلامت و امنیت غذایی است. الزامات استقرار برنامه ملی به شرح زیر است:

#### - تکالیف برون بخشی

الف) تفاهم ملی سهم و نقش هر یک از دستگاه ها در پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر ضروری است  
ب) اولویت های تحقیقاتی این حوزه و تقسیم کار ملی به ویژه در حوزه دیده بانی شاخص های مرتبط به حوزه بیماری های غیرواگیر از طریق موسسه ملی تحقیقات سلامت تعیین گردد.

ج) کلیه مدیران دولتی، غیردولتی و بخش خصوصی از جمله استانداران، فرمانداران، بخشداران، دهیاران و شهرداران در مورد وظایف خود در قبال پیشگیری از بیماری های غیرواگیر آگاه شوند.  
د) نهادهای مردمی شامل شورای عالی استان ها، شورای راهبردی سازمان های مردم نهاد و سایر میانجیان مشارکت مردمی در زمینه پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر ترغیب به مشارکت شوند.

#### - تکالیف درون بخش وزارت بهداشت

الف) ساختارهای موازی و پراکنده در ستاد وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی باید تبدیل به مرکزی با عنوان مدیریت بیماری های غیرواگیر زیر نظر وزیر بهداشت درمان و آموزش پزشکی باشد تا راهبردهای سه گانه را در همه معاونت ها پیش برد.

#### - تکالیف مرکز مدیریت بیماری های غیرواگیر

الف) نیروی های انسانی در سطح ستادی ملی آموزش داده شوند.  
ب) بسته های خدمتی تدوین گردد و جهت ادغام در شبکه، ابلاغ گردد.

سلامت اجتماعی که عمده بار بیماری ها را تشکیل می دهد، نمی پوشاند. برنامه پزشک خانواده در شهرهای دو استان فارس و مازندران (در مجموع ۵ میلیون نفر) اجرا شده است که ارزشیابی میانی نشان می دهد که هنوز مراقبت های اولیه سلامت در سطح یک با توجه به بار بیماری های فعلی برای مردم فراهم نشده است.

#### ۲- جهت گیری

جهت گیری تدوین شده در برنامه شامل دورنما، اهداف راهبردی و مداخلات به شرح زیر است:

- **دورنما:** کاهش ۱۵٪ مرگ های زودرس (منظور سن ۳۰ تا ۷۰) و ناتوانی های ناشی از بیماری های غیرواگیر به ویژه سکته های قلبی عروقی، سرطان، دیابت، بیماری های مزمن تنفسی و بیماری های اسکلتی عضلانی در ۱۳۹۹ دورنمای این برنامه است.

#### - اهداف راهبردی:

الف) اهداف راهبردی مربوط به عوامل رفتاری شامل: کاهش ۱۰٪ شیوع مصرف دخانیات بالای ۱۵ سال؛ کاهش ۲۰٪ نمک دریافتی (متوسط استاندارد شده در افراد بالای ۱۸ سال به طور روزانه)؛ کاهش ۱۰٪ کم تحرکی مردم (کمتر از ۶۰ دقیقه فعالیت متوسط تا شدید روزانه در نوجوانان و ۱۵۰ دقیقه بالای ۱۸ سال)؛ کاهش ۳۰٪ افراد بالای ۱۸ سال که کمتر از ۵ نوبت (۴۰۰ گرم) میوه و سبزی مصرف می کنند؛ کاهش ۱۰٪ مصرف الکل (میزان مرگ و بیماری های منتسب، شیوع مصرف سنگین نوجوانان و جوانان)؛

ب) اهداف راهبردی مربوط به عوامل خطر زیستی شامل توقف افزایش شیوع اضافه وزن و شیب تبدیل اضافه وزن ها به چاق ها (نوجوانان و بالای ۱۸ سال)؛ توقف افزایش شیوع دیابت در گروه سنی بالای ۱۸ سال؛ کاهش میانگین HbA1C بیماران دیابتی تحت مراقبت (در محدوده کنترل یا نزدیک به کنترل) کاهش ۱۵٪ شیوع فشارخون بالا (بالای ۱۴۰ و مساوی یا بالای ۹۰)؛ کاهش ۱۰٪ از شیوع افسردگی و اضطراب؛ کاهش ۳۰٪ میزان کلسترول خون بالای ۱۹۰ میلی گرم در دسی لیتر بالای ۱۸ سال؛ کلیه افراد با خطر حمله قلبی عروقی مساوی یا بالای ۳۰، خدمات دارو درمانی و مشاوره های مرتبط (رفتاری، رژیم و تحرک فیزیکی، حمایت اجتماعی) دریافت می کنند. دسترسی ۱۰۰٪ به فن آوری اساسی و داروهای لازم برای بیماری های غیرواگیر عمده در مراکز عمومی و خصوصی؛ کاهش ۴۰٪ شاخص DMFT در کودکان زیر ۱۲ سال

## - تکالیف دانشگاه های علوم پزشکی

(ب) بسته های خدمتی ابلاغ شده اجرا گردد و بر اجرا نظارت گردد

الف) نیروی های انسانی در سطوح دانشگاهی و همچنین ارایه کنندگان خدمات پایه و تخصصی باید آموزش داده شوند

جدول ۱: راهبردهای اصلی و مداخلات مورد نیاز جهت پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر در ایران

## مداخلات

برنامه کمپین های ملی و استانی پنج عامل خطر: تحرک فیزیکی، رژیم غذایی، مصرف سیگار و قلیان، الکل و مواد مخدر و ایمنی (ارگونومی، حوادث، سوانح، سلامت دهان و دندان و ...)	
برنامه خود مراقبتی (قبل از بیماری) توسط کارشناس مراکز بهداشتی درمانی در موقعیت های خانه، محل کار، محل تحصیل و محل ارایه خدمات، عبادت و تفریح (با پوشش ۱۲۵۰۰)	ارتقای سواد سلامت گروه های جمعیتی
برنامه آموزش بیمار در مراکز بهداشتی درمانی برای بیماری های شایع	
برنامه تشکیل هیات امنای محلات و شوراهای ملی، استانی و شهرستانی مشارکت مردم برای کاهش عوامل خطر	
برنامه افزایش دسترسی مردم (ایجاد و معرفی سایت های الکترونیک و تلفن مشاور)	
برنامه استقرار بسته ویژه ارتقای سواد سلامت در شبکه های ملی و استانی رادیو و تلویزیون	
برنامه شناسایی زودرس عوامل خطر بیماری های غیرواگیر، صدور کارت خطر و شروع مراقبت	
برنامه مراقبت تیمی برای مراجعه کنندگان سطح یک شامل: مشاوره تغذیه، تحرک، رفتاردرمانی، حمایت های اجتماعی	
برنامه ساماندهی مراکز تشخیصی درمانی سطح دوم برای مراقبت از بیماری های غیرواگیر	
برنامه نیازسنجی، تامین و تجهیز مراکز بهداشتی برای دارو های ضروری، تجهیزات و تسهیلات تشخیصی ویژه بیماری های غیرواگیر	بهره مندی مردم از خدمات مراقبت های اولیه (بر اساس ادغام خدمات مربوط به بیماریهای غیرواگیر در مراقبتهای بهداشتی اولیه)
برنامه ارتقای کیفیت مراقبت از بیماری های مزمن غیرواگیر در واحدهای ارایه خدمات سلامت	
برنامه پیش، نظارت و اعمال قانون بر عوامل خطر سلامت در سطح جامعه و جمعیت تحت پوشش مراکز	
برنامه همکاری در استقرار اسناد ملی سلامت روان، امنیت غذایی کاهش مصرف الکل و مواد مخدر	
برنامه ارزشیابی مصوبات شورای عالی سلامت و امنیت غذایی (ساغ) کشور و ظرفیت سازی در دستگاه ها برای سلامت محوری	
تدوین، استقرار و ارزشیابی شیوه نامه فرابخشی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر در حداقل پنج عامل خطر بیماری جهت تصویب هیات دولت و شورای عالی سلامت (در جهت عملیاتی نمودن ماده ۳۷ قانون برنامه)	
رتبه بندی و تشویق دستگاه های موفق در زمینه کاهش عوامل خطر بیماری	نهادینه سازی همکاری فرابخشی برای کاهش عوامل خطر معین
مطالعه و حمایت طلبی برای قوانین حوزه غیرواگیر جهت گنجاندن در قانون برنامه ششم توسعه و اعمال قانون	
برنامه اجرایی حمایت از تهیه و استقرار پیوست سلامت برای طرح های بزرگ توسعه ای در کشور	
برنامه استقرار بسته های حمایت طلبی برای سیاست گذاران و مجریان	

## بحث و نتیجه گیری

طبق نتایج مطالعه، یکی از راهبردهای اصلی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر در ایران ارتقای سواد سلامت گروه های جمعیتی است. با توجه به نتایج مطالعه اثنی عشری و همکاران بر روی عوامل خطر بیماری های قلبی، دیابت و سرطان کارمندان [۲۰]، مطالعه خسروی و همکاران [۲۱] و رضایی اسفهرود و همکاران در بیماران دیابتی [۲۲] و مطالعه مرزنگی و همکاران در بیماران قلبی [۲۳] که نشان دادند سواد سلامت شرایط مطلوبی ندارد، لزوم توجه به این راهبرد بیشتر ملموس است. یکی دیگر از راهبردهای پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر در سطح ملی بهره مندی مردم از خدمات مراقبت های اولیه است. با توجه به نتایج مطالعه حیدرنیا و همکاران که نشان داد ۲۶ درصد از مردان و ۲۶ درصد از زنان اظهار کرده اند هیچگاه از خدمات مراقبتهای بهداشتی اولیه بهره مند نشده اند [۲۴] و نیز نتایج مطالعه خدیوی و

همکاران که نشان داد تنها ۴۳،۷۱ درصد از خدمات سلامت بهره مند شدند [۲۵] می توان بر این راهبرد تأکید نمود. نهادینه سازی همکاری فرابخشی برای کاهش عوامل خطر معین از دیگر راهبردهای عنوان شده بود. مطالعه دماری و همکاران با هدف رویکردهای ارتقای همکاری بین بخشی در سلامت از طریق شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور [۲۶]، مطالعه کلاهی و همکاران با هدف همکاری بین بخشی برای کاهش عوامل خطر سرطان زا [۲۷] نیز بر این راهبرد تأکید دارد. برخی از مطالعات راهبردهای دیگری نیز پیشنهاد نموده اند بطوریکه Narain و همکاران در منطقه آسیای جنوب شرقی راهبردهای کلیدی برای پیشگیری و کنترل بیماریهای غیرواگیر را کاهش قرار گرفتن در معرض عوامل خطر از طریق ارتقای سلامت و پیشگیری اولیه، تشخیص و مدیریت زودرس افراد مبتلا به بیماریهای غیرواگیر و نظارت برای کنترل روند عوامل و بیماریهای خطر دانستند [۲۸]. مطالعه

Khatib سه راهبرد اصلی نیازسنجی و حمایت طلبی، تدوین سیاست ها، راهبرد ها و برنامه های ملی برای پیشگیری و مراقبت، ترویج و اجرای مشارکت جامعه را برای مقابله با بیماریهای غیرواگیر ارائه نمود [۲۹].

برنامه ملی مدیریت یکپارچه پیشگیری و کنترل بیماریهای غیرواگیر ایران جدای از برنامه بهداشت کشور و مدیریت بیماری های واگیر و اختلالات روانی نیست لذا در نهایت این برنامه باید در برنامه بهداشت کشور ادغام شود که یکپارچگی اصلی به وجود آید این موضوع نه تنها در سطح برنامه، بلکه در سطح ساختار ستادی و همچنین مراکز بهداشتی درمانی باید تسری داده شود تا از ایجاد خدمات جزیره ای و منفک از هم جلوگیری شود [۳۰]. مراکز بهداشتی درمانی در حال حاضر نیازمند تغییرات بنیادی در ترکیب نیروی انسانی، بسته های خدمتی و توانمندسازی هستند. طراحی مراکز نسل جدید و آزمایش آنها می تواند به تدریج درک نظام سلامت را از خدمات جدید و مورد نیاز مردم افزایش دهد، یک نمونه از این مراکز که خدمات پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر، خدمات سلامت روان و حمایت های اجتماعی در آن ادغام شده و در یکی از استان های کشور آزمایش گردید الگوی محمدیه است، در این الگو سه کارشناس تغذیه، سلامت روان و مددکار اجتماعی به تیم مرکز اضافه شد و به ازای هر ۳۰۰۰ نفر کارشناس مراقبی به نام بهبان ( معادل بهورز ) تعریف شد که بعدها به نام کارشناس مراقب سلامت تغییر یافت.

از الزامات برنامه طراحی شده تمرکز ساختارهای موازی و پراکنده در مدیریت بیماری های غیرواگیر وزارت بهداشت، آموزش نیروی انسانی، تدوین بسته های خدمتی ادغام یافته، تعیین اولویت های تحقیقاتی، تبیین نقش هر یک از دستگاه ها، آگاهی کلیه مدیران دولتی و خصوصی و مشارکت نهادهای مردمی بود. از آنجا که اولین گام در تغییر رفتار افراد در رابطه با یک موضوع داشتن آگاهی در خصوص آن است [۳۱-۳۳]، کارگاه های آموزشی جهت مدیران، مسئولین و کارکنان سطوح مختلف مفید است. مدل مراقبت بیماریهای مزمن واگنر و همکاران شامل چهار مؤلفه حمایت خود مدیریتی، طراحی سیستم ارائه خدمات، حمایت از تصمیم و سیستم های اطلاعات بالینی است [۳۴-۳۵]. نتایج مطالعه Siminerio و همکاران نشان داد که یک رویکرد چند وجهی ادغام یافته برای بهبود مراقبت از بیماریهای مزمن منجر به نتایج بهتر می شود [۳۶]. مؤلفه های سیستم پیشگیری و کنترل بیماری های مزمن در

مطالعه Maimela و همکاران شامل ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی، سیستم مراقبت های بهداشتی؛ شرکای جامعه؛ و بیماران به همراه با خانواده هایشان هستند و بر نیاز به مداخلات بهداشتی که هدف از آن کنترل عوامل خطر در سطح جمعیت، نیاز به در دسترس بودن پرستاران آموزش دیده برای بیماریهای غیرواگیر، تجهیزات عملکردی و داروها و نیاز به بهبود ارتباط با درمانگران سنتی است، تأکید می کند [۳۷].

بسیچ منابع، تخصیص فنی، توسعه نیروی انسانی بهداشتی و بهبود کیفیت مراقبت های بهداشتی برای اجرای برنامه اجرایی ضروری است. رهبری ضعیف، مدیریت تغییر، محدودیت های مالی، زیرساخت های بهداشتی ضعیف، هماهنگی ضعیف و مقاومت برخی اطلاعات و ارتباطات ضعیف، هماهنگی ضعیف و مقاومت برخی سازمان ها ممکن است مانع اجرا شود [۳۸-۳۹]. اصلاحات سیستم های بهداشتی می تواند در یک رویکرد چهار مرحله ای در چهار حوزه ایجاد تعهد سیاسی و پرداختن به محدودیت های سیستم های بهداشتی، تدوین سیاست های عمومی در ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری، ایجاد مدل های جدید ارائه خدمات و حصول اطمینان از عدالت در دسترسی و پرداخت اتفاق بیفتد. چندین موضوع سیاستی نیز از جمله تأمین اعتبار برنامه های NCD و گسترش مفاهیم بهداشت و مسئولیت های مربوط به سلامتی باید مورد توجه قرار گیرد. تطبیق سیستم های بهداشتی برای پاسخگویی به NCDs نیاز به تغییر در طرز فکر و شیوه های برنامه نویسی برای سلامتی و همچنین منابع مالی پایدار دارد [۴۰]. برای رسیدگی به نیازهای جمعیت باید خدمات سلامت به طور جامع و مؤثر در شرایط موجود محدودیت منابع مجدداً سازماندهی شوند. دسترسی و ارائه مراقبت های بهداشتی با کیفیت باید در سطح مراقبت های بهداشتی اولیه تقویت و اجرا شود. لازم است صلاحیتها برای خدمات ارائه شده به جای بیماریهای خاص تدوین گردد. الگو های جدید ادغام در بخش بهداشت و سایر بخش ها باید مورد بررسی قرار گرفته و شواهد بیشتر برای آگاهی از سیاست و برای مقابله با بار مضاعف بیماریها تولید گردد [۴].

### سهم نویسندگان

بهزاد دمازی: مشارکت در تدوین طرح نامه، اجرای طرح و نگارش  
علیرضا حیدری: مشارکت در تدوین طرح نامه، اجرای طرح و تجزیه و تحلیل کیفی

**تشکر و قدردانی**

نویسندگان بر خود لازم می دانند که از مؤسسه ملی تحقیقات سلامت که اعتبارات مالی طرح تحقیقاتی را تقبل نمود و از حمایت ها و مشاوره های فنی دکتر علی اکبر سیاری، دکتر ناصر کلانتری،

دکتر رامین حشمت، دکتر عباس وثوق مقدم، دکتر علیرضا دلاوری، دکتر حسین سالاریان زاده، دکتر علیرضا مهدوی، دکتر احمد حاجبی، دکتر علی اردلان و دکتر زهرا عبدالهی در تدوین این الگو تشکر و قدردانی نمایند.

**منابع**

1. Miskurka M, Haddad S, Langlois ÉV, Freeman EE, Kouanda S, Zunzunegui MV. Heavy burden of non-communicable diseases at early age and gender disparities in an adult population of Burkina Faso: World Health Survey. *BMC Public Health* 2012; 10: 12:24
2. Hanson M, Gluckman P. Developmental origins of non-communicable disease: population and public health implication. *American Journal of Clinical Nutrition* 2011; 94:1754-1758
3. WHO. Non communicable disease-key facts; Accessed on 22nd Sept 2018 <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicablediseases>. 2018
4. Temu F, Leonhardt M, Carter J, Thiam S. Integration of non-communicable diseases in health care: tackling the double burden of disease in African settings. *Pan African Medical Journal*. 2014; 18:202.
5. Simpsona O, Camorlinga SG. A Framework to Study the Emergence of Non-Communicable Diseases. *Procedia Computer Science* 2017; 114:116-125
6. Goli S, Mahjub H, Goli M, Sadeghi Far M. Risk Factors Ranking of Non-Communicable Disease in Different Provinces of Iran Using Multivariate Factor Analysis Methods. *Journal of Knowledge and health* 2018; 12:7-15
7. Azizi F, Ghanbarian A, Momenan AA, Hadaegh F, Mirmiran P, Hedayati M, et al. Prevention of non-communicable disease in a population in nutrition transition: Tehran Lipid and Glucose Study phase II. *Trials* 2009; 25: 10:5
8. Hosseinpoor AR, Bergen N, Kunst A, Harper S, Guthold R, Rekve D, et al. Socioeconomic inequalities in risk factors for non-communicable diseases in low-income and middle-income countries: results from the World Health Survey. *BMC Public Health*. 2012; 28: 12:912
9. Khademi N, Gooya MM, Izade B, Mansory F, Laghai Z. Decreasing Risk Factors of Non-

- Communicable Diseases among Health Workers of Kermanshah University of Medical Sciences (2008-2010). *Hakim Research Journal* 2013; 15: 330-338[Persian]
10. Checkley W, Ghannem H, Irazola V, et al. Management of NCD in low- and middle-income countries. *Glob Heart* 2014;9:431-443
  11. Jacobs B, Hill, P, Bigdeli M. et al. Managing non-communicable diseases at health district level in Cambodia: a systems analysis and suggestions for improvement. *BMC Health Services Research* 2016;16: 32
  12. Piot P, Caldwell A, Lamptey P, Nyirenda M, Mehra S, Cahill K. Addressing the growing burden of non-communicable disease by leveraging lessons from infectious disease management. *Journal of Global Health* 2016; 6:010304
  13. Etemad K, Heidari A, Panahi MH, Lotfi M, Fallah F, Sadeghi S. Challenges in Implementing Package of Essential Noncommunicable Diseases Interventions in Iran's Healthcare System. *Journal of Health Research in Community*. Autumn 2016;2: 32-43[Persian]
  14. Tabatabaee A, Hasani P, Mortazavi H, Tabatabaeechehr M. Strategies of enhance rigour in qualitative research. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences* 2013; 5: 663-670
  15. Hatmi ZN, Tahvildari S, Gafarzadeh Motlag A, Sabouri Kashani A. Prevalence of major coronary heart disease risk factors in Iran. *BMC Cardiovascular Disorders* 2007, 7:32
  16. Asgari F, Aghajani H, Haghazali M, Heidarian H. Non-Communicable Diseases Risk Factors Surveillance in Iran. *Iranian Journal of Public Health* 2009;2013; 38:119-122
  17. Lankarani KB, Alavian SM, Peymani P. Health in the Islamic Republic of Iran, challenges and progresses. *Med J Islam Repub Iran* 2013; 27:42-49

18. Sadeghi-Bazargani H, Jafarzadeh H, Fallah M, et al. Risk factor investigation for cardiovascular health through WHO STEPS approach in Ardabil, Iran. *Vasc Health Risk Manag* 2011; 7:417-424
19. Eri M, Jafari N, Kabir M J, Mahmoodishan G, Moghassemi M J, Tahanian M, et al . Concept and Challenges of Delivering Preventive and Care Services in Prehospital Emergency Medical Service: A Qualitative Study. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences* 2015; 25:42-57[Persian]
20. Esna Ashari F, Pirdehghan A, Rajabi F, Sayarifard A, Ghadirian L, Rostami N et al . The Study of Health Literacy of Staff about Risk Factors of Chronic Diseases in 2014. *Avicenna Journal of Clinical Medicine*. 2015; 22:248-254
21. Khosravi A, Ahmadzadeh Kh, Arastoopoor Sh, Tahmasbi R. Health Literacy Levels of Diabetic Patients Referred to Shiraz Health Centers and Its Effective Factors. *Health Information Management* 2015; 12:194-205[Persian]
22. Rezaee Esfahrood Z, Haerian ardekani A, Rahmanian M, Ghaffari Targhi M. A Survey on Health Literacy of Referred Diabetic Patients to Yazd Diabetes Research Center. *Journal of Toloo-e-Behdasht* 2016; 15:176-186[Persian]
23. Marzangi A, Ahangarzadeh Rezaei S, Ghareagaji Asl R. health literacy in heart disease community that covered by health services centers in south of West Azarbaijan Province. *Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty* 2018; 16:45-54[Persian]
24. Heydar Nia MA, Sohrabi MR, Abolhasani F, Mehrabi Y. Utilization of health houses in Damavand city. *Payesh* 2004; 3:265-272 [Persian]
25. Khadivi R, Vafapour S, Melali M. Determination of health services utilization rate among construction workers and their families in Isfahan, Iran, in 2013. *Quarterly Health System Research* 2016;13:1-8[Persian]
26. Damari B, Vosoogh Moghaddam A, Bonak dari S. Improving Approaches of Intersectoral Collaboration for Health by Health and Food Security High Council in I.R.Iran. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research* 2014; 11:1-16[Persian]
27. Kolahi AA, Abachizadeh K, Gol-Mohammadi A, Izadi E, Farsar AR. The Intersectoral Collaboration Document for Cancer Risk Factors Reducation: Method and Stakeholder Analysis. *Community Health* 2015; 2:57-63[Persian]
28. Narain JP, Garg R, Fric A. Non-communicable diseases in the South-East Asia Region: Burden, strategies and opportunities. *The national medical journal of India* 2011; 24: 280-287
29. Khatib O. Noncommunicable diseases: risk factors and regional strategies for prevention and care. - *Eastern Mediterranean Health Journal* 2004; 10: 778-788
30. Damari B. Road Map of Health Area in Iran Health System. *Social Welfare* 2019; 18 :9-30[Persian]
31. Etemad K, Eftekhar Ardabili H, Rahimi A, Gouya M, Heidari A, Kabir M. Attitudes and Knowledge of HIV Positive Persons and High Risk Behaviors Groups in Golestan, Iran. *Iranian Journal of Epidemiology* 2011; 7:23-31[Persian]
32. Etemad K, Heydari A, Eftekhar Ardabili H, Kabir MJ, Sedaghat M. Knowledge and attitude levels in high risk groups about HIV/AIDS and relation with socioeconomic level indicators in Golestan province (2007). *Journal of Gorgan University of Medical Sciences* 2010; 12:63-70[Persian]
33. Afsar Kazerooni P, Heidari A, Amini Lari M. Knowledge and Attitude of Nurses and Health Care Workers about AIDS in Shiraz-South of Iran. *Avicenna Journal Nurs Midwifery care* 2010; 18:28-38[Persian]
34. Epping-Jordan JE, Galea G, Tukuitonga C, Beaglehole R, et al. Preventing chronic diseases: taking stepwise action. *Lancet* 2005; 366:1667-71
35. Epping-Jordan JE, Pruitt SD, Bengoa R, Wagner EH. Improving the quality of health care for chronic conditions *Quality and Safety in Health Care* 2004; 13:299-305
36. Siminerio L, Zgibor J, Solano FX. Implementing the chronic care model for improvements in diabetes practice and outcomes in primary care: The University of Pittsburgh Medical Center Experience. *Clinical Diabetes* 2004; 22:54-8
37. Maimela E, Alberts M, Bastiaens H, Fraeyman J, Meulemans H, Wens J, Van Geertruyden JP. Interventions for improving management of chronic non-communicable diseases in Dikgale, a rural area in Limpopo Province, South Africa. *BMC Health Services Research* 2018; 18:331

38. Aldehayyat JS, Anchor JR. Strategic planning implementation and creation of value in the firm. *Strateg Chang* 2010;19:163–76
39. Bolo AZ, Nkirote KC. Bottleneck in the execution of Kenya vision 2030 strategy: an empirical study. *Prime Journal of Business Administration and Management* 2012; 2:505–12
40. Robinson HM, Hort K. Non-communicable diseases and health systems reform in low-and-middle-income countries. *Pacific Health Dialog* 2012; 18:179-90

## ABSTRACT

### Implementation of integrated management of non-communicable disease prevention and control in Iran: A proposal

Behzad Damari<sup>1</sup>, Alireza Heidari<sup>2\*</sup>

1. Neuroscience Institute, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2. Health Management and Social Development Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran

Payesh 2020; 19 (1): 7-17

Accepted for publication: 22 February 2020

[EPub a head of print-2 March 2020]

**Objective (s):** Improving health conditions and changing socioeconomic status in Iran, along with unplanned urbanization, has led to change in the pattern of communicable to non-communicable diseases. The aim of this study was to design a plan for implementation of integrated prevention and control of non-communicable diseases in Iran.

**Methods:** A 4-step qualitative study including document analysis, review of articles and scientific reports, in-depth individual interviews and focused group discussions and approval by the String Committee for Status Analysis and Service Gap Recognition was conducted. Then 5-year vision, strategic goals in the next 5 years and the main strategies and interventions and required re-organization were provided. Data were analyzed using content analysis method.

**Results:** Strategic goals were formulated in two groups related to behavioral and biological risk factors. Three main strategies for prevention and control of non-communicable diseases included promotion of health literacy, utilization of primary care services, and stabilization of intersectoral cooperation to reduce risk factors related to nutrition, tobacco, alcohol, and physical activity. Designed plan requirements included centralization of parallel and dispersed structures in non-communicable diseases management of the Ministry of Health, training human resources, developing integrated service packages, setting research priorities, explaining the role of each organization, increasing awareness of all public and private managers, and non-governmental organizations participation.

**Conclusion:** In order to implement this program, in addition to the consideration of the deployment requirements, other measures such as integration into the country's health program, the approval in the Supreme Council of Health and Food Security of the country, and the development of a comprehensive provincial health plan based on this program are required.

**Key Words:** Plan, National Program, Policy Document, Implementation, Integrated Management, Prevention, Control, Non-communicable Diseases

\* Corresponding author: Neuroscience Institute, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran  
E-mail: alirezaheidari7@gmail.com