

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



**سند استانی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر
و عوامل خطر مرتبط**

**برنامه تشخیص زودرس و بهبود مراقبت های
قلبی، عروقی و پرفشاری خون در استان یزد
۱۳۹۵-۱۴۰۴**

کارگروه تدوین و اجرای برنامه

۱۳۹۹

عنوان و نام پدیدآور: برنامه تشخیص زودرس و بهبود مراقبت بیماری های قلبی عروقی و پرفشاری خون/ کمیته استانی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط ، کارگروه تدوین و اجرای برنامه.

مشخصات نشر: یزد: طب گستر، ۱۳۹۹

مشخصات ظاهری: ۶۲ ص، جدول، نمودار.

شابک: ۹۷۸-۹۶۴-۸۴۴۴-۹۶-۴

وضعیت فهرست نویسی: فیپا

یادداشت: بالای عنوان: سند استانی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط (۱۳۹۵-۱۴۰۴).

یادداشت: کتابنامه: ص. ۴۶-۴۸

عنوان دیگر: سند استانی پیشگیری و کنترل بیماریهای غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط (۱۳۹۵-۱۴۰۴).

موضوع: قلب - - بیماری‌ها - ایران - - یزد (استان) - - پیشگیری

موضوع: Heart- - Diseases- - Prevention —Iran – Yazd (Province)

موضوع: قلب - - بیماری‌ها - ایران - - پیشگیری

موضوع: Heart- - Diseases- - Prevention -- Iran

موضوع: فشار خون زیاد - ایران - یزد (استان)

موضوع: Hypertention - - Iran – Yazd (Province)

موضوع: بیماری های مزمن - ایران - - یزد (استان) - عوامل مخاطره انگیز - - پیشگیری

Chronic diseases - -Risk factors - - Iran – Yazd (Province) – Prevention

شناسه افزوده: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد

شناسه افزوده: Shahid Sadoughi University of Medical Sciences and Health

Services

شناسه افزوده: استانداری یزد

شناسه افزوده: کمیته استانی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط استان

یزد، کارگروه تدوین و اجرای برنامه.

رده بندی کنگره: ۶۸۲ RC

رده بندی دیویی: ۶۱۶/۱۲

شماره کتابشناسی ملی: ۷۳۸۹۲۰۵

وضعیت رکورد: فیپا



نام کتاب: برنامه تشخیص زودرس و بهبود مراقبت های قلبی،عروقی و پرفشاری خون استان یزد

نویسنده: کمیته استانی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط

صفحه آرایشی: طب گستر

طرح جلد: حمید رضا توکلی

نوبت چاپ: اول ۱۳۹۹

شمارگان: ۱۰۰۰ نسخه

لیتوگرافی: یاس

چاپ و صحافی: یاس

ISBN: 978-964-8444-96-4

شابک: ۹۷۸-۹۶۴-۸۴۴۴-۹۶-۴۶

یزد: انتشارات طب گستر- تلفن: ۳۵۲۵۵۹۳۴ ۰۳۵

کمیته استانی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط

کارگروه تدوین و اجرای برنامه ی تشخیص زودرس و بهبود مراقبت های
بیماری های قلبی، عروقی و پرفشاری خون

زیر نظر:

دکتر محمدرضا دهقانی	معاون بهداشتی دانشگاه
دکتر محمدرضا میرجلیلی	رئیس دانشگاه
دکتر محمدحسن لطفی	مشاور امور اجتماعی و رئیس دبیرخانه کارگروه سلامت و
	امنیت غذایی دانشگاه



استان یزد با برخورداری از مزیت های نسبی متعدد نظیر موقعیت جغرافیایی، زیر ساخت های مناسب، منابع معدنی و کارخانه های تولیدی و صنعتی و جاذبه های گردشگری از حیث توسعه دارای جایگاه ویژه ای در کشور می باشد. بی تردید مهمترین و کلیدی ترین عامل و مزیتی که می تواند این جایگاه را حفظ نموده و بهبود و ارتقاء آن را در آینده

تضمین نماید سرمایه عظیم نیروی انسانی توانمند استان می باشد. این سرمایه هنگامی می تواند در راستای توسعه به خوبی نقش آفرینی کند که از سلامتی در حیطه های مختلف جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی برخوردار باشد و این گونه است که می توان انتظار داشت انسان سالم محور توسعه پایدار قرار گیرد.

متأسفانه با وجود این مزیت های بی نظیر، تهدیدات خطرناکی نیز وجود دارند که سلامت مردم استان و به عبارتی محور اصلی توسعه را نشانه رفته اند. بروز مهمترین بیماری ها و مخاطراتی که امروزه در استان یزد موجب مرگ و یا ناتوانی و از کار افتادگی شامل بیماری های قلبی عروقی، سرطان ها، دیابت و سوانح و حوادث ترافیکی می باشند. مهمترین علت های بروز این بیماری ها، تغذیه نامناسب، کم تحرکی، مصرف دخانیات، اضافه وزن و چاقی و اختلالات روانی نظیر اضطراب و افسردگی، انواع اعتیاد و آلودگی هوا نام برد.

با توجه به شیوع بالای بیماری های قلبی عروقی در استان یزد و لزوم مداخله جدی در خصوص کنترل آن، این برنامه با محوریت دانشگاه علوم پزشکی و با مشارکت، هم فکری و همکاری دستگاه های مرتبط تدوین و ابلاغ شده است. مسئولیت اجرایی نمودن این برنامه در ابلاغ شماره ۵۶۵۳۵ مورخ ۱۳۹۷/۰۹/۱۴ به معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی شهید صدوقی (ره) استان داده شده است.

انتظار می رود کلیه دستگاههای اجرایی استان همگام با دانشگاه علوم پزشکی با توجه به وظایف و مسئولیت های مشخص شده، برای کنترل و پیشگیری بیماری های قلبی عروقی در راستای کاهش عوامل خطر مرتبط دست در دست هم دهند و هماهنگی و همکاری نمایند. امید است با تلاش همکاران محترم در دستگاه های اجرایی استان با تدوین برنامه عملیاتی سالانه بر اساس برنامه مذکور، بتوانیم در آینده نه چندان دور به اهداف مد نظر دست یافته و سلامت شهروندان استان را ارتقاء بخشیم.

دکتر محمدعلی طالبی

استاندار یزد



تغییر سبک زندگی طی دهه های اخیر زمینه را برای رشد فزاینده بیماری های مزمن و غیر واگیر فراهم آورده است. عمده این بیماری ها عبارتند از انواع بیماری های قلبی عروقی، سرطان ها، بیماری های مزمن ریوی و دیابت. خوشبختانه بیماری های غیرواگیر تا حد زیادی قابل پیشگیری و درمان می باشد. راهبردهای اصلی در پیشگیری

و کنترل بیماری های غیرواگیر شامل کنترل عوامل خطر رفتاری شامل کم تحرکی، تغذیه نامناسب، مصرف دخانیات، اختلالات روانی و اعتیاد و کنترل عوامل خطر زیست محیطی شامل آلودگی هوا می باشد. همچنین در مواردی که بیماری ایجاد شده باشد، اثربخش ترین راهبرد موفقیت در درمان، تشخیص زودرس و بهبود مراقبت بیماران مبتلا می باشد.

اکنون که ریاست محترم جمهور و دولت تدبیر و امید یکی از اولویت های اساسی خود را تقویت نظام سلامت کشور و توجه ویژه به سلامتی آحاد شهروندان قرار داده و وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی با تدوین و اجرای طرح تحول سلامت به خوبی به این موضوع پرداخته و برنامه های ارزشمندی را در دستور کار قرار داده اند فرصت بسیار مغتنمی است تا با به کارگیری همه توان و امکانات و با جلب حمایت های مردمی طرحی نو برای مقابله با بیماری های غیرواگیر و سایر معضلات سلامتی استان در افکنیم. به این منظور سند پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط در استان یزد همزمان با سفر مقام محترم وقت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی جناب آقای دکتر قاضی زاده هاشمی تدوین و رونمایی شد. این سند شامل ده برنامه می باشد که برنامه حاضر یکی از ده برنامه سند مذکور می باشد.

اجرای این برنامه که در راستای پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط تدوین شده است، احتیاج به عزم عمومی و همکاری متقابل همه دستگاه ها و سازمان های مردم نهاد دارد و نمی توان تمامی مسئولیت را بر دوش یک وزارتخانه و یا سازمان نهاد و باید همواره در صدر توجه و عنایت همه دست اندرکاران و تصمیم سازان و تصمیم گیران استان قرار گیرد.

محمدرضا میرجلیلی رئیس دانشگاه علوم پزشکی و رئیس کمیته استانی پیشگیری

و کنترل بیماری های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط



برآورد شده است که بیماری های غیرواگیر سالانه ۳۵ میلیون مرگ یعنی حدود ۶۰ درصد از کل مرگ های جهان را باعث می شود. حدود ۸۰ درصد این مرگ ها در کشورهای در حال توسعه اتفاق می افتد که این امر ضرورت توجه بیش از پیش به مقوله بیماری های غیر واگیر در کشورهای در حال توسعه و به ویژه کشور ما را دو چندان می کند.

یکی از مهمترین بیماری های غیر واگیر بیماری های قلبی و عروقی و پرفشاری خون می باشد. بر اساس نتایج مطالعه عوامل خطر بیماری های

غیرواگیر در سال ۱۳۹۵، شیوع فشارخون بالا در استان یزد برابر با ۲۲٫۷ درصد برآورد شده که استان یزد دارای رتبه چهاردهم از نظر شیوع فشارخون بالا در کشور را به خود اختصاص داده است. این امر هزینه های اجتماعی، اقتصادی و روانی بسیار سنگینی را بر جامعه و نظام سلامت استان تحمیل می کند که به سادگی قابل جبران نمی باشد.

از آنجا که پیشگیری و کنترل بیماریهای قلبی و عروقی و پرفشاری خون یک کار گروهی می باشد، برنامه " تشخیص زودرس و بهبود مراقبت بیماری های قلبی و عروقی و پرفشاری خون " که یکی از ده برنامه سند غیر واگیر استان می باشد، با همکاری و مشارکت دستگاه های متولی تدوین و در شورای سلامت و امنیت غذایی استان به تصویب رسیده است.

راهبردها و راهکارهای این برنامه با هدف ارتقای آگاهی و نگرش مردم و بیماران در زمینه مراقبت بیماری های قلبی و عروقی و پرفشاری خون ، غربالگری و بیماریابی فشارخون بالا در افراد بالای ۳۰ سال ، مراقبت به موقع بیماران مبتلا به فشارخون بالا، ارائه خدمات تشخیص و درمان عوارض بیماری های قلبی و عرقی و استقرار نظام ثبت و ارجاع الکترونیک در سطح ۱ و ۲ تدوین شده اند. امید است با همت همه مسئولان استان و دستگاه های ذی ربط و با جلب مشارکت آحاد مردم

استان در راستای اجرایی نمودن مفاد این برنامه بتوانیم به اهداف پیش بینی شده دست یابیم.

در پایان از اعضای کارگروه تدوین و اجرای برنامه ی استانی پیشگیری و کنترل بیماری های غیر واگیر و آقای حسین شجاعی فر، مدیرپیشگیری و مبارزه با بیماری های معاونت بهداشتی که در کار تدوین و گردآوری این مجموعه تلاش فراوان نموده و زحمات زیادی متحمل شده اند، صمیمانه سپاسگزاری نموده و توفیق آنان را در خدمت به جامعه و سلامت مردم خواستارم.

دکتر محمدرضا دهقانی، معاون بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی

و دبیر اجرایی سند پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر استان

فهرست مطالب

مقدمه	۱
معرفی سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط	۱
معرفی سند استانی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط	۳
ساختار اجرایی سند پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط در استان یزد	۵
اهمیت تدوین برنامه	۱۲
اپیدمیولوژی بیماری های قلبی عروقی در جهان	۱۳
اپیدمیولوژی بیماریهای قلبی و عروقی در ایران	۱۵
اپیدمیولوژی بیماری های قلبی و عروقی در استان یزد	۱۷
عوامل خطر بیماری های قلبی - عروقی	۲۲
اقدامات کنترل و پیشگیری در ایران	۲۴
اهداف برنامه	۲۵
مداخله های بین بخشی در استان	۲۶
شاخص های ارزشیابی برنامه	۳۷
منابع	۴۶

فهرست شکل‌ها

- شکل ۱: میزان مرگ و DALY در ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت بر اساس بیماریهای قلبی عروقی در سال های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ در جهان، ایزان و ۵ کشور دیگر ۱۵
- شکل ۲: درصد سال های از دست رفته عمر (DALY) ناشی از بیماریهای قلبی عروقی در سال ۲۰۱۵ ۱۵
- شکل ۳: الگوی پراکندگی شیوع فشارخون بالا در کشور در سالهای ۱۳۸۵-۱۳۸۸ ۱۷
- شکل ۴: درصد شیوع فشارخون بالا در همه سنین-۱۳۹۵ ۲۰
- شکل ۵: درصد شیوع پیش فشارخون بالا در همه سنین-۱۳۹۵ ۲۱
- شکل ۶: درصد آگاهی از فشارخون بالا در همه سنین-۱۳۹۵ ۲۱

فهرست جداول

- جدول ۱: نتایج پیمایش ملی عوامل خطر بیماری ها ی غیرواگیر استان یزد در سال ۱۳۹۵ ۱۸
- جدول ۲: بار قابل انتساب به عامل خطر ۲۲

مقدمه

کارگروه تدوین برنامه استانی تشخیص زودرس و بهبود مراقبت بیماری های قلبی عروقی و پرفشاری خون، به پیشنهاد دبیر کارگروه تشکیل گردید.

بالغ بر ۱۰ جلسه به صورت انفرادی با هر کدام از اعضای کارگروه و کارشناسان معرفی شده از طرف ایشان توسط دبیر کارگروه انجام شد و با روش DEEP INTERVIEW تمامی جوانب کار و مرتبط با تخصص هر کدام از اعضا کارگروه به صورت مبتنی بر شواهد و با مطالعات شواهد مرتبط بررسی و ثبت گردید.

با استناد به سند ملی پیشگیری و مراقبت بیماری های غیرواگیر و پیشنهادات بدست آمده و جستجوی منابع مرتبط در ایران و جهان مداخلات تنظیم و پی از بحث و تبادل نظر در کارگروه تخصصی، نهایی شدند.

معرفی سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط

"سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری های غیر واگیر و عوامل خطر مرتبط در جمهوری اسلامی ایران در بازه زمانی ۱۳۹۴ تا ۱۴۰۴" با تکیه بر تلاش گروهی از خبرگان و صاحبان نظران کشوری و با بهره گیری از نظرات کارشناسان سازمان جهانی بهداشت تدوین گردیده است. این سند که عمده هدف گذاری های آن منطبق با اهداف پیشنهادی سازمان جهانی بهداشت می باشد. سند مذکور با تصویب در شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور از بالاترین سطح حمایت قانونی و اجرایی برخوردار بوده و کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری های غیر واگیر مسئولیت پیگیری و نظارت بر اجرای آن را به عهده دارد.

بر اساس این سند، کشور جمهوری اسلامی ایران متعهد گردیده که تا سال ۲۰۲۵ احتمال مرگ زودرس (مرگ ۳۰ تا ۷۰ سال) به علت بیماری های غیرواگیر ناشی از بیماری های قلبی عروقی، سرطان ها، دیابت و بیماری های مزمن ریوی را به میزان ۲۵ درصد در جمعیت کشور کاهش دهد. تعهدی که برای اجرای آن نیاز به بسیج منابع و امکانات وزارت بهداشت و همکاری سایر وزارتخانه ها، نهادهای عمومی و حتی بخش خصوصی است. در این راستا و در تیر ماه سال ۱۳۹۴، سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط با حضور خانم دکتر مارگارت چان، مدیر کل 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. بنابراین انتظار می رود اقدامات سریع و قاطع برای اطمینان از دستیابی کشور جمهوری اسلامی ایران به اهداف اشاره شده در سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط انجام شود.

اهداف سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر

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

مزمین ریوی

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، به منظور پیشگیری از حمله های قلبی و سکته مغزی

هدف ۹: ۸۰٪ دسترسی به تکنولوژی ها و داروهای اساسی قابل فراهمی شامل داروهای ژنریک مورد نیاز

برای درمان بیماری های غیرواگیر در بخش های خصوصی و دولتی

هدف ۱۰: به صفر رساندن میزان Trans Fatty Acid در روغن های 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 بیماری های روانی

معرفی سند استانی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط

به منظور اجرایی نمودن سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری های غیر واگیر و عوامل خطر مرتبط در سطح استان، کمیته پیشگیری و کنترل بیماری های غیر واگیر در استان یزد در اواخر سال ۱۳۹۴ تشکیل و در هماهنگی کامل با کارگروه سلامت و امنیت غذایی استان مسئولیت هماهنگی های درون بخشی و برون بخشی را برای تدوین و اجرای سند استانی به عهده گرفته است.

در این راستا کارگروه های متعددی در نظر گرفته شده است که هر یک از آنها مسئولیت دستیابی به یک یا چند هدف موجود در سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری های غیر واگیر و عوامل خطر مرتبط را به عهده دارند. در تشکیل کارگروه های تخصصی تدوین برنامه ها، جلب مشارکت و همفکری ذینفعان اصلی هر برنامه مد نظر قرار گرفته است. این کارگروه ها به شرح زیر می باشند.

- ✓ کارگروه تدوین برنامه افزایش تحرک بدنی مردم استان
- ✓ کارگروه تدوین برنامه بهبود تغذیه مردم استان
- ✓ کارگروه تدوین برنامه ارتقای سلامت روانی، اجتماعی و پیشگیری از اعتیاد در مردم استان
- ✓ کارگروه تدوین برنامه کاهش مصرف دخانیات در مردم استان
- ✓ کارگروه تدوین برنامه بهبود کیفیت نان در استان
- ✓ کارگروه تدوین برنامه کاهش آلودگی هوا در استان
- ✓ کارگروه تدوین برنامه کاهش حوادث ترافیکی در استان
- ✓ کارگروه تدوین برنامه تشخیص زودرس و بهبود مراقبت بیماری های قلبی عروقی و پرفشاری خون

- ✓ کارگروه تدوین برنامه تشخیص زودرس و بهبود مراقبت سرطان ها در استان
- ✓ کارگروه تدوین برنامه تشخیص زودرس و بهبود مراقبت دیابت در استان
- کلیه برنامه ها پس از تدوین در کارگروه های مربوطه، به ذی نفعان اصلی ارسال و نظر نهایی آنها اخذ و سپس در شورای سلامت و امنیت غذایی استان به تصویب رسیده اند. جهت اجرایی کردن این برنامه ها، شیوه نامه اجرایی تدوین و برای هر برنامه یک دبیرخانه اجرایی تعیین شده است. ابلاغ دبیر اجرایی هر برنامه توسط استاندار محترم صادر شده است. دبیرخانه های اجرایی مسئول اجرایی کردن برنامه ها می باشند. جهت اجرایی کردن برنامه ها لازم است کلیه

دستگاه ها، برنامه عملیاتی مرتبط با راهبردها و راهکارهای ارائه شده در برنامه ها تدوین و به دبیرخانه اجرایی ارسال نمایند. پایش و ارزشیابی اجرای برنامه ها نیز هم توسط دبیرخانه اجرایی و هم توسط کمیته استانی سند پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط انجام خواهد شد.

اهداف سند استانی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط

هدف کلان

کاهش ۲۵ درصد خطر مرگ زودرس ناشی از بیماری های غیرواگیر ۱۴۰۴-۱۳۹۵

اهداف بینابینی

- ۱- کاهش نسبی در شیوع فشارخون بالا به میزان ۲۵ درصد
- ۲- ثابت نگه داشتن میزان شیوع دیابت
- ۳- ثابت نگه داشتن رشد بروز سرطان
- ۴- کاهش ۲۰ درصد در بار ناشی از حوادث ترافیکی
- ۵- کاهش نسبی ۱۰ درصد در میزان مرگ و میر ناشی از مصرف مواد مخدر

اهداف کلی

- ۱- کاهش نسبی شیوع کم تحرکی به میزان ۳۰ درصد وضع موجود
- ۲- بهبود وضعیت تغذیه مردم استان یزد به میزان ۳۰ درصد
- ۳- افزایش کیفیت نان استان به میزان ۳۰ درصد (تولید گندم، ذخیره سازی، فرآوری و پخت)
- ۴- ارتقای سلامت روانی، اجتماعی و پیشگیری از سوء مصرف مواد مردم به میزان ۲۰ درصد
- ۵- کاهش شیوع مصرف دخانیات به میزان ۳۰ درصد در افراد بالای ۱۵ سال
- ۶- افزایش میانگین تعداد روزهای هوای سالم به میزان ۳۰ روز در سال نسبت به وضعیت موجود

- ۷- کاهش نسبی ۳۰ درصد مرگ و شدت معلولیت ناشی از سوانح و حوادث ترافیکی
- ۸- غربالگری و بیماریابی بیماری های قلبی عروقی و پرفشاری خون در ۹۰ درصد گروه های هدف و بهبود مراقبت بیماران شناسایی شده به میزان ۳۰ درصد
- ۹- غربالگری و بیماریابی سرطان پستان، دهانه رحم و روده بزرگ در ۹۰ درصد گروه های هدف و بهبود مراقبت سرطان ها به میزان ۳۰ درصد

۱۰- غربالگری و بیماریابی دیابت در ۹۰ درصد افراد بالای ۳۰ سال و بهبود مراقبت آن به میزان ۳۰ درصد

ساختار اجرایی سند پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط

در استان یزد

جهت اجرایی نمودن برنامه های سند پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر در استان یزد، ساختار اجرایی آن تدوین و در کارگروه سلامت و امنیت غذایی استان در تاریخ ۹۶/۱۰/۲۶ به شماره ۲۶۵۸۲۵ به تصویب رسیده است. در این ساختار، شورای برنامه ریزی و توسعه استان به عنوان بالاترین مرجع تصمیم گیری، تصویب، هدایت، هماهنگی و نظارت در امور برنامه ریزی و بودجه قرار دارد. بعد از آن کارگروه سلامت و امنیت غذایی با هدف گسترش همکاری های بین بخشی، مشارکت مردمی و حمایت از طرح های جدید درحوزه سلامت و در مرحله بعد کمیته استانی سند غیرواگیر با هدف رصد وضعیت بیماری های غیرواگیر استان و در صورت نیاز بازمهندسی فعالیت ها در راستای پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط قرار دارد.

برای هر یک از برنامه های سند غیرواگیر یک دبیرخانه اجرایی جداگانه تعریف و توسط استاندار محترم ابلاغ صادر شده است. دبیرخانه اجرایی برنامه ارتقای تحرک بدنی به اداره کل ورزش و جوانان، دبیرخانه اجرایی برنامه بهبود تغذیه به دانشگاه علوم پزشکی (معاونت غذا و دارو)، دبیرخانه اجرایی برنامه کاهش مصرف دخانیات به دانشگاه علوم پزشکی (معاونت بهداشتی)، دبیرخانه اجرایی برنامه سلامت روانی، اجتماعی و پیشگیری از اعتیاد به دانشگاه علوم پزشکی (معاونت بهداشتی)، دبیرخانه اجرایی برنامه بهبود کیفیت نان به شرکت غله و خدمات بازرگانی، دبیرخانه اجرایی برنامه پیشگیری و کنترل آلودگی هوا به اداره کل محیط زیست، دبیرخانه اجرایی برنامه پیشگیری و کنترل حوادث ترافیکی به سازمان اورژانس، دبیرخانه اجرایی برنامه تشخیص زودرس و بهبود مراقبت بیماری های قلبی عروقی و فشارخون به دانشگاه علوم پزشکی (معاونت درمان)، برنامه تشخیص زودرس و بهبود مراقبت سرطان به دانشگاه علوم پزشکی (معاونت درمان) و دبیرخانه اجرایی برنامه تشخیص زودرس و بهبود مراقبت دیابت به دانشگاه علوم پزشکی (معاونت بهداشتی) داده شده است. برنامه عملیاتی مربوط به هر برنامه در ابتدای هر سال توسط دستگاه های مجری به دبیرخانه اجرایی هر برنامه ارائه و دبیرخانه اجرایی موظف به پیگیری اجرایی شدن فعالیت ها، پایش فعالیت ها و ارزشیابی اهداف برنامه می باشد.

اجرای فعالیت ها توسط واحدهای شهرستانی دستگاه های مجری و سازمان های مردم نهاد صورت می پذیرد. هماهنگی داخل شهرستانی توسط شورای سلامت هر شهرستان صورت می پذیرد.

واحدهای مجری در سطح شهرستان موظف به ارائه گزارش فصلی به شورای سلامت شهرستان و دستگاه مربوطه در سطح اداره کل می باشند. دستگاه های مجری در سطح اداره کل موظف به ارائه گزارش فصلی به دبیرخانه اجرایی برنامه، دبیرخانه اجرایی برنامه موظف به ارائه گزارش فصلی به کمیته استانی سند غیرواگیر، کمیته استانی سندغیرواگیر نیز موظف به ارائه گزارش شش ماهه به شورای سلامت استان و شورای سلامت استان موظف به ارائه گزارش سالیانه به شورای برنامه ریزی استان می باشد. در ادامه شرح وظایف هر یک از اجزای ساختار اجرایی این سند ارائه شده است.

شورای برنامه ریزی و توسعه استان

به منظور تصمیم گیری، تصویب، هدایت، هماهنگی و نظارت در امور برنامه ریزی و بودجه استان در چارچوب برنامه ها و سیاست ها و خط مشی کلان کشور، این شورا با اعضای مندرج در قانون (تصویب نامه هیات وزیران در تاریخ ۱۳۹۴/۰۴/۲۴) و به ریاست استاندار تشکیل می شود.

شرح وظایف در خصوص سند غیرواگیر

(۱) تصویب برنامه ها

(۲) تخصیص بودجه

(۳) جلب همکاری و مشارکت دستگاه ها در اجرای برنامه ها

🏡 کارگروه اجتماعی فرهنگی، سلامت، زنان و خانواده

کارگروه سلامت وامنیت غذایی استان یکی از کارگروه های ۱۳ گانه ذیل شورای برنامه ریزی وتوسعه استان است. رئیس این کارگروه معاون سیاسی امنیتی استاندار است که به دبیری رئیس دانشگاه علوم پزشکی تشکیل می شود. هدف از تشکیل این کارگروه اتخاذ تدابیر مناسب، گسترش همکاریهای بین بخشی،مشارکت مردمی وحمايتاز طرح های جدید درحوزه سلامت در سطح استان می باشد.

شرح وظایف در خصوص سند غیرواگیر

(۱) تصویب برنامه ها

- ۲) پیگیری ابلاغ برنامه ها به کلیه دستگاه های اجرایی و فرمانداران استان با امضای استاندار
- ۳) بررسی گزارش اقدامات انجام شده توسط دبیران هر برنامه هر شش ماه یک بار
- ۴) گزارش پیشرفت برنامه ها سالیانه یک بار در شورای برنامه ریزی استان
- ۵) انجام هماهنگی های بین بخشی جهت تسهیل اجرای برنامه ها

کمیته استانی سند غيرواگیر

این کمیته به ریاست دانشگاه علوم پزشکی و دبیری معاونت بهداشتی با هدف رصد وضعیت بیماری های غیر واگیر استان و در صورت نیاز بازمهندسی فعالیت ها در راستای پیشگیری و کنترل بیماری های غيرواگیر و عوامل خطر مرتبط تشکیل می شود. سایر اعضای این کمیته شامل کلیه دبیران اجرایی برنامه ها، کلیه معاونین دانشگاه علوم پزشکی، نماینده معاون سیاسی امنیتی و نماینده اداره ارزیابی عملکرد استانداری، رئیس اداره ارزیابی عملکرد دانشگاه و اعضای هیات علمی، رابطین و ناظرین برنامه ها و کارشناسان فنی دبیرخانه می باشند.

رابط برنامه با هدف هماهنگی بین کمیته استانی و کارگروه اجرایی تعیین می شود. ناظرین برنامه ها از بین اعضای هیات علمی یا یکی از کارشناسان صاحب نظر در هر برنامه با هدف نظارت بر پایش و ارزشیابی برنامه ها تعیین می شوند.

شرح وظایف

- ۱) برگزاری منظم جلسات دبیرخانه استانی سند غيرواگیر هر سه ماه یک بار
- ۲) پیشنهاد صدور ابلاغ برای دبیران برنامه ها با امضای استاندار
- ۳) تدوین و نهایی کردن برنامه ها با مشارکت ذی نفعان برنامه
- ۴) پیگیری تصویب و ابلاغ برنامه ها به دبیرخانه های اجرایی
- ۵) پایش و ارزیابی انطباق اجرای فعالیت ها توسط رابط هر برنامه و ارائه پسخوراند به دبیرخانه برنامه ها
- ۶) معرفی رابط و ناظر هر برنامه به دبیرخانه های مربوطه
- ۷) ارزشیابی میزان دستیابی به اهداف کلی سند غيرواگیر و ارائه پسخوراند به دبیرخانه برنامه ها
- ۸) گزارش پیشرفت برنامه های سند غيرواگیر هر شش ماه یک بار به کارگروه سلامت و امنیت غذایی

- ۹) بررسی پیشنهادات دبیرخانه اجرایی برای اصلاح یا ویرایش اهداف یا فعالیت های برنامه ها

دبیرخانه های اجرایی هر برنامه

اجرای هر کدام از برنامه های سند غیرواگیر، با ابلاغ استاندار به یک دستگاه یا سازمان تحت عنوان "دبیرخانه اجرایی برنامه" واگذار می شود. مدیر کل آن دستگاه به عنوان "دبیر" و پیگیری فعالیت های دبیرخانه به عهده فردی می باشد که توسط مدیر کل آن دستگاه تحت عنوان "مسئول دبیرخانه" تعیین می شود. اعضای این کارگروه مدیران کل یا یکی از معاونینش به عنوان نماینده تام الاختیار دستگاه های مجری فعالیت های برنامه و رابطین کمیته استانی می باشند.

رابط هر برنامه از بین یکی از کارشناسان صاحب نظر و با تجربه توسط کمیته استانی سند غیر واگیر تعیین و به دبیرخانه اجرایی معرفی می گردد. تا با حضور در جلسات دبیرخانه اجرایی، ارتباط بین کمیته استانی و دبیرخانه اجرایی را تسهیل نماید. وی مسئولیت پایش فعالیت های برنامه ها و ارزیابی انطباق آن را خواهد داشت.

شرح وظایف

- (۱) برگزاری منظم جلسات با دستگاه های مجری به صورت ماهیانه
- (۲) تفکیک فعالیت های هر دستگاه و ابلاغ به دستگاه های مربوطه
- (۳) پیگیری و نظارت بر تدوین برنامه عملیاتی دستگاه های مجری
- (۴) پایش اجرای برنامه عملیاتی دستگاه های مجری
- (۵) پیگیری رفع موانع پیش روی اجرای برنامه عملیاتی
- (۶) ثبت و گزارش میزان پیشرفت برنامه عملیاتی
- (۷) ارزشیابی میزان دستیابی به اهداف برنامه
- (۸) جمع بندی و گزارش پیشرفت فعالیت ها هر سه ماه یک بار به کمیته استانی سند غیرواگیر
- (۹) همکاری با ناظرین برنامه ها
- (۱۰) ارائه پیشنهادات اصلاح یا ویرایش اهداف یا فعالیت های برنامه ها به کمیته استانی

📌 دستگاه های اجرایی

کلیه دستگاه های اجرایی استان که مسئولیت اجرای بخشی از برنامه ها را به عهده دارند.

شرح وظایف

- (۱) معرفی نماینده به دبیرخانه هر برنامه جهت شرکت در جلسات
- (۲) تدوین برنامه عملیاتی بر اساس برنامه های محوله
- (۳) ابلاغ شرح وظایف اداره های شهرستانی و ارسال رونوشت به فرماندار آن شهرستان

۴) پیگیری اجرای برنامه عملیاتی

۵) ارائه گزارش پیشرفت به دبیرخانه برنامه

۶) همکاری با ناظرین برنامه ها

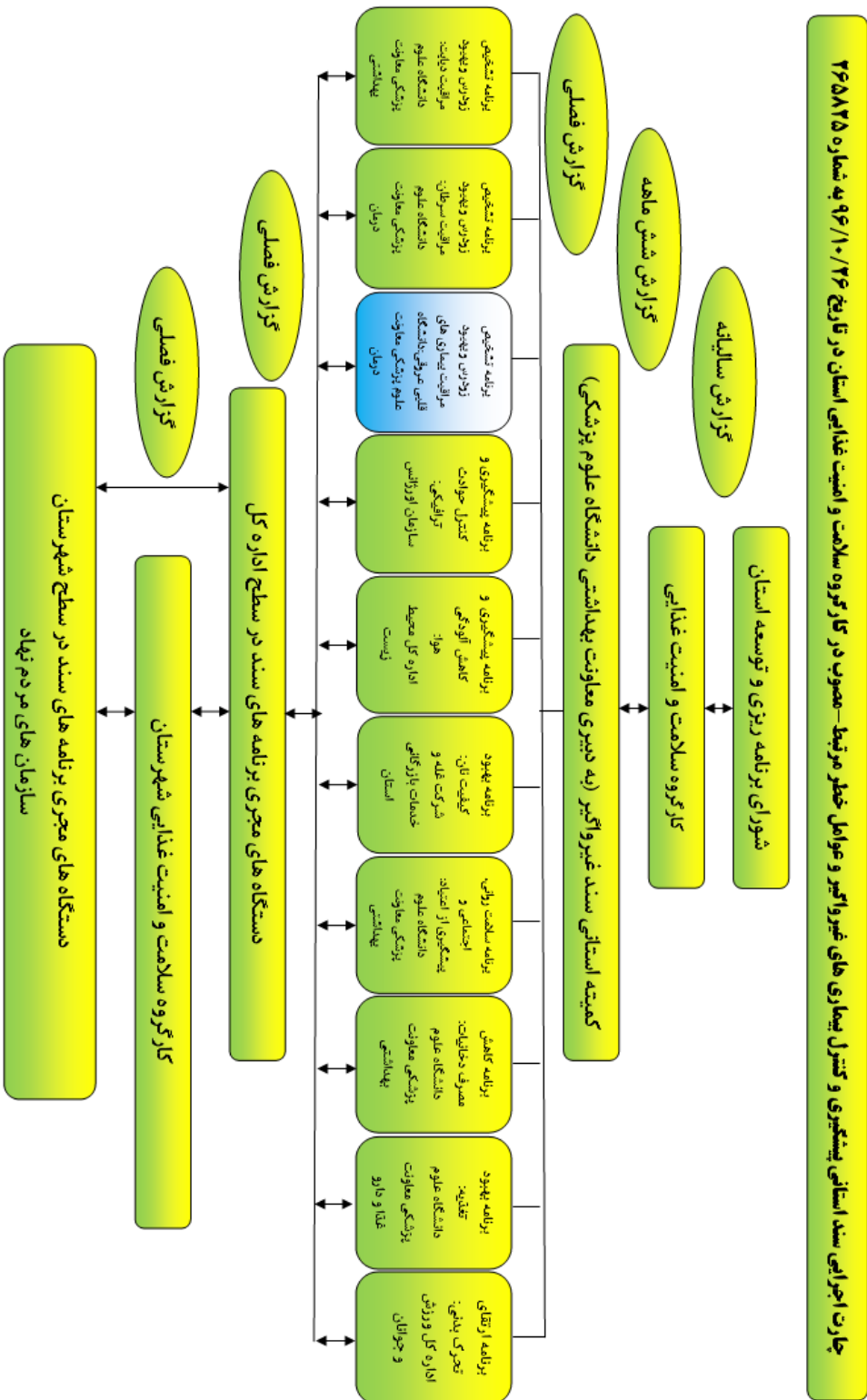
کارگروه سلامت و امنیت غذایی شهرستان ها

کارگروه سلامت و امنیت غذایی شهرستان به ریاست فرماندار و دبیری شبکه های بهداشت و درمان به منظور اتخاذ تدابیر مناسب، گسترش همکاری های بین بخشی، مشارکت مردمی و حمایت از طرح های جدید درحوزه سلامت در سطح شهرستان است. دبیرخانه سند غیرواگیر به عنوان متولی اجرای سند با مسئولیت رئیس شبکه بهداشت و درمان و عضویت دستگاه های مسئول در اجرای برنامه تشکیل می گردد.

شرح وظایف

۱) پیگیری، هماهنگی های بین بخشی و رفع موانع اجرایی برنامه ها در سطح شهرستان

۲) جمع بندی و ارائه گزارش عملکرد برنامه های سند غیرواگیر هر شهرستان



ابلاغ دبیر اجرایی برنامه استانی تشخیص زودرس و بهبود مراقبت بیماری های قلبی عروقی و پرفشاری خون

شماره: ۵۶۵۳۵
تاریخ: ۱۳۹۷/۹/۱۴
پوست:


 جمهوری اسلامی ایران
 وزارت کشور

استاندار یزد

بسم الله الرحمن الرحیم

جناب آقای دکتر محمود نوری سادکام

معاون محترم درمان و دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی (س)

سلام علیکم

باستناد صورتجلسه شماره ۸۹۸۴ مورخ ۱۳۹۷/۰۴/۰۳ کارگروه سلامت، ایمنی و امنیت غذایی استان و با عنایت به جاهنگاری های به عمل آمده، به موجب این ابلاغ به عنوان دبیر اجرایی برنامه های "تشخیص زودرس و بهبود مراقبت بیماری های سرطانی ۱۳۹۵-۱۴۰۴" و "نظرسنجی و بهبود مراقبت بیماری های قلبی عروقی ۱۳۹۵-۱۴۰۴" منصوب می شوید.

امید است با یاری خداوند متعال و ضمن جاهنگاری با کمیته استانی سنجش واکیر و عوامل خطر مرتبط و با بهره گیری از ظرفیت مدیران سایر ادارات و ارگان های استان در اجرا و دست یابی به اهداف برنامه موفق باشید.

شرح وظائف:

۱) برگزاری منظم جلسات با دستگاه های مجری به صورت ایستاد ۲) تشکیل فعالیت های هر دستگاه و ابلاغ به دستگاه های مربوط ۳) پیگیری و نظارت بر تدوین برنامه عملیاتی دستگاه های مجری ۴) پایش اجرای برنامه عملیاتی دستگاه های مجری ۵) پیگیری رفع موانع پیش روی اجرای برنامه عملیاتی	۶) ثبت و گزارش میزان پیشرفت برنامه عملیاتی ۷) ارزشیابی میزان دستیابی به اهداف برنامه ۸) جمع بندی و گزارش پیشرفت فعالیت ها هر سه ماه یک بار به کمیته استانی سنجش واکیر ۹) همکاری با ناظرین برنامه ها ۱۰) ارائه پیشنهاد اصلاح یا در ایش اهداف یا فعالیت های برنامه به کمیته استانی
---	--


سرپرست استانداری یزد



یزد میدان امام حسین (ع) کد پستی ۸۹۱۶۱۸۸۶۱۴ تلفن: ۳۱۱۱۱ (۰۳۵) فکس: ۳۶۲۳۳۸۸۸
 Website: ostanayzd.ir E-mail: info@ostanayzd.ir

اهمیت تدوین برنامه

بیماری های قلبی عروقی (Coronary Artery Disease) یکی از علل عمده مرگ و میر در سطح جهان بوده و به عنوان اولین عامل مرگ در جهان به شمار می روند. این بیماری ها علاوه بر مرگ و میر بالا ، عوارض قابل توجهی را نیز به جا میگذارند و علل ناتوانی های مشخص به ویژه در سنین بالا هستند (۱) بیش از ۵۰٪ کل مرگ ها در کشورهای توسعه یافته به دلیل بیماری قلبی عروقی میباشد و ۸۰٪ مرگ ناشی از این بیماری ها در کل جهان در کشورهای در حال توسعه اتفاق می افتد. (۲)

سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۱ این بیماری را به عنوان مهمترین عامل ناتوانی و مرگ در سراسر جهان معرفی کرد و گزارش کرد هر ساله در سراسر جهان حدود ۱۷,۳ میلیون نفر به دنبال بیماری قلبی جان خود را از دست میدهند که ۸۰٪ این مرگ ها در کشورهای در حال توسعه با درآمد متوسط و ضعیف اتفاق می افتد و تا سال ۲۰۳۰ این رقم به حدود ۲۳,۶ میلیون نفر میرسد. (۳) بررسی ها نشان میدهد که در ایران به عنوان یک کشور در حال توسعه اولین و شایعترین علت مرگ نیز بیماری قلبی عروقی میباشد. (۴)

مکانیسم ایجاد این بیماری نقص در خون رسانی عضله قلب است که به علت انسداد یا تنگی عروق خون دهنده قلب (عروق کرونر) پیش می آید میباشد . نام های دیگر این بیماری آترواسکلروز، تصلب شراین و بیماری ایسکمیک قلبی است. (۵) تظاهرات بالینی آن میتواند به اشکال آنژین قلبی ، سکته قلبی، آریتمی های قلبی، نارسایی قلبی و مرگ ناگهانی باشد که طیف وسیعی از علایم را میتواند به دنبال داشته باشد ، اما مهمترین علامت آن شاید همان درد قفسه سینه باشد. (۶و۵)

سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط از جمله اسناد بالا دستی این برنامه می باشد. برای تدوین این برنامه یک کارگروه تخصصی در قالب کمیته استانی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر و عوامل خطر تشکیل شده که برنامه حاضر گزارش این کارگروه می باشد. مدت زمان صرف شده برای این برنامه بیش از ۲۰۰ نفر ساعت می باشد. این برنامه در جلسه دی ماه ۱۳۹۶ شورای سلامت و امنیت غذایی استان مورد تصویب قرار گرفت (صورت جلسه شماره ۲۶۵۸۲۵ مورخ ۱۳۹۶/۱۱/۰۳).

دوره اجرای این برنامه تا سال ۱۴۰۴ می باشد که لازم است کلیه متولیان برنامه سالانه برنامه عملیاتی را تنظیم و فعالیت های پیش بینی شده را در طول سال اجرا نمایند. در ضمن

مسئولیت پایش و ارزشیابی برنامه ها به عهده کارگروه پایش و ارزشیابی کمیته سند پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط می باشد. امید است با اجرای دقیق این برنامه که مستلزم همکاری بین بخشی بسیار قوی می باشد، شاهد ارتقای سطح تحرک بدنی که پیش نیاز سلامت جسمی و روحی مردم است باشیم.

اپیدمیولوژی بیماری های قلبی عروقی در جهان

تغییرات پاتولوژیک این بیماری از دوران کودکی آغاز و علائم آن از دهه چهارم زندگی به بعد دیده میشود در نتیجه ۱- موارد این بیماری با افزایش سن زیاد میشود. ۲- موارد بیماری و مرگ ناشی از آن در مردان تقریباً ده برابر بیشتر از زنان است که این به علت قدرت پیشگیری کننده هورمونهای جنسی زنانه به خصوص استروژن است ولی در زنان با افزایش سن بعد از یائسگی فراوانی بیماری نیز افزایش میابد به طوری که در سنین بالای ۵۰ سالگی موارد یاد شده در مردان و زنان یکسان میشود (۷)

۳- در زمان پیدایش این بیماری ابتدا در کشورهای پیشرفته و ثروتمند بیماری در افراد با طبقه اجتماعی بالا مشاهده شد ولی به دلیل اجرای برنامه های پیشگیری و کنترلی در شرایط فعلی بیماری بیشتر در طبقات اجتماعی پایین دیده میشود. در کشورهای در حال توسعه نیز همزمان با بهبود وضعیت اقتصادی و اجتماعی و متعاقب آن با تغییر سبک زندگی مردم بیماری عروق کرونر بیشتر در طبقات اقتصادی و اجتماعی متوسط دیده میشود و انتظار میرود در آینده این بیماری به سمت درگیری بیشتر طبقات پایین پیش برود. (۸).

اگرچه هنوز هم عمده ترین دلیل مرگ و میر در کشورهای صنعتی به ویژه آمریکا و اروپای شرقی مربوط به بیماری های قلبی است، اما این کشورها پیک اپیدمی بیماری های قلبی عروقی را گذرانده اند و مرگ و میر ناشی از این بیماری ها در آنها کاهش یافته، این در حالی است که در جامعه ی ایران به علت تغییر روش زندگی سنتی به زندگی مدرن و کاهش فعالیت بدنی، بیماری های قلبی عروقی به اولین علت فوت در ایران تبدیل شده است (۹)

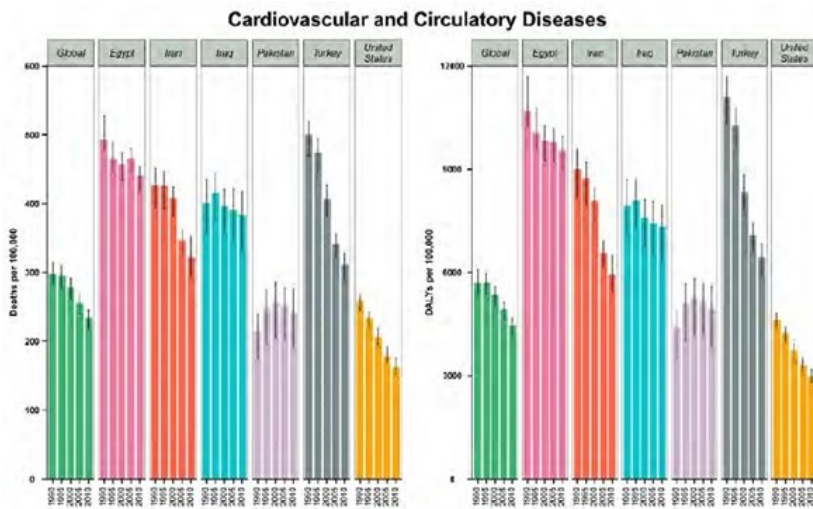
بیماری های قلبی عروقی، اولین عامل مرگ در سراسر جهان هستند و سالانه، افراد بسیاری در اثر ابتلا به این بیماری کشته میشوند. در سال ۲۰۱۲، حدود ۱۷/۵ میلیون نفر در اثر ابتلا به این بیماری فوت کردند که ۳۱٪ تمامی مرگها در جهان را شامل میشود. از این میزان مرگ، ۴/۷ میلیون نفر به دلیل بیماری کرونری قلب و ۶/۷ میلیون نفر در اثر سکته مغزی فوت کردند. ۳/۴ مرگهای ناشی از بیماری کرونری قلب در کشورهای با درآمد کم تا متوسط رخ میدهد.

۱۶ میلیون مرگ زیر ۷۰ سال ناشی از بیماریهای غیرواگیر بوده است که ۸۲٪ آنها در کشورهای با درآمد کم و متوسط روی داده و ۳۷٪ آنها به دلیل بیماری قلبی عروقی بوده است. (۱۰)

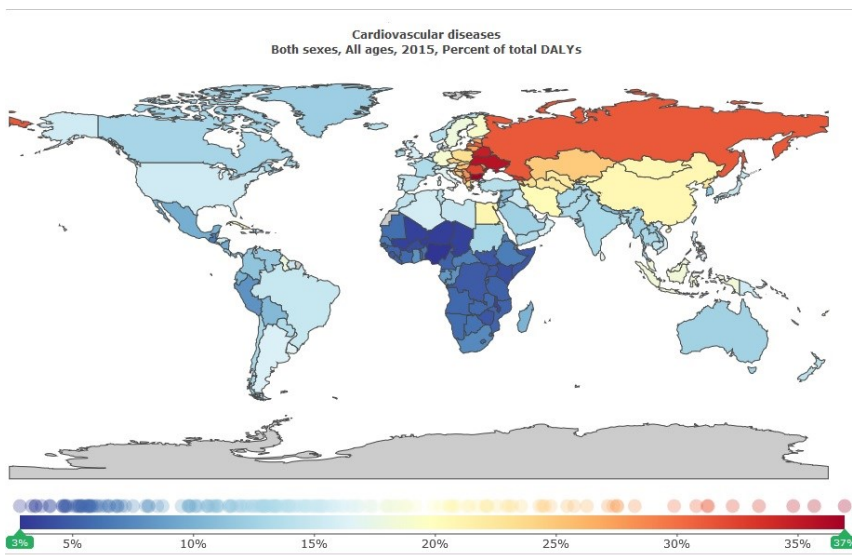
بیماری عروق کرونری در سراسر جهان دیده میشود و از نظر میرایی و میزان شیوع در کشورهای مختلف تفاوت زیادی وجود دارد. بیشترین میزان شیوع در کشورهای پیشرفته و صنعتی به ویژه فنلاند و اسکاتلند میباشد. (میزان های میرایی و شیوع بیماری عروق کرونر در ژاپن با آن که جزء کشورهای ثروتمند و صنعتی است بسیار کم میباشد) در سایر کشورهای در حال توسعه اگر چه بیماری در حال حاضر نسبت به کشورهای غربی شیوع کمتری دارد ولی الگوی بیماری به سرعت در حال تغییر است.

در کشورهایی مانند آمریکا، استرالیا، فرانسه، اسپانیا و کانادا که همه گیری بیماری زودتر شروع شده است اینک میزان بروز بیماری رو به کم شدن است ولی در بیشتر کشورهای در حال توسعه مثل کشورهای شرق مدیترانه و خاورمیانه، کشورهای غرب آسیا از جمله کشور ما، کشورهای جنوب و شرق آسیا، کشورهای آسیای میانه و کشورهای آفریقایی به دلیل افزایش شیوع عامل خطر مرتبط با این بیماری به سرعت در حال افزایش است. (۱۱)

میزان مرگ و DALY در ۱۰۰۰ / ۱۰۰ نفر جمعیت بر اساس بیماری های قلبی-عروقی در سالهای ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ در جهان، ایران و ۵ کشور دیگر در شکل ۲،۳ نشان داده شده است. بر اساس این اطلاعات میزان مرگ در کشورهایی مانند پاکستان و ایالات متحده آمریکا کمتر از سایر کشورها و حتی کمتر از متوسط جهانی مرگومیر در اثر این بیماری گزارش شده است. در این بین ایران مرگومیری بیش از متوسط میزان جهانی را به خود اختصاص میدهد، هرچند این میزان به مرور زمان در سالهای مورد مطالعه کاهش نشان میدهد. هرچند میزان DALY مرتبط با بیماریهای قلبی-عروقی در کشورهایی همانند ترکیه و مصر بسیار بالاتر از متوسط جهانی و حتی ایران است، اما چنین به نظر میرسد که همانند نرخ مرگ، این میزان نیز در کشورهای پاکستان و آمریکا از متوسط جهانی کمتر است. ایران DALY کمتری نسبت به ترکیه و مصر دارد اما میزان آن همچنان بالاتر از متوسط جهانی است. همچون مرگومیر، میزان DALY ایران با گذشت زمان کاهش قابل ملاحظه ای نشان میدهد. (۱۰)



شکل ۱: میزان مرگ و DALY در ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت بر اساس بیماریهای قلبی عروقی در سال های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ در جهان، ایران و ۵ کشور دیگر



شکل ۲: درصد سال های از دست رفته عمر (DALY) ناشی از بیماری های قلبی عروقی در سال ۲۰۱۵

اپیدمیولوژی بیماریهای قلبی و عروقی در ایران

همانند سایر کشورهای در حال توسعه میزان های بروز و مرگ ناشی از بیماری عروق کرونر قلب طی سال های اخیر در کشورمان ایران روند افزایشی داشته است (۱۲)

طی مطالعه ای که توسط نقوی با عنوان بررسی دگرگونی سیمای سلامت در ایران انجام شد مشخص گردید که در سال ۱۳۵۰ بیماری های قلبی عروقی با میزان ۱۷٪ بعد از سوانح و حوادث دومین علت مرگ و میر در گروه سنی ۱۵-۴۹ سال افراد ساکن شهر تهران بوده است و این وضعیت مشابه در سال ۱۳۸۰ که در ۱۸ استان کشور انجام شد به ۱۸/۸٪ افزایش یافت. همچنین مشخص گردید در گروه سنی ۵۰ سال و بالاتر بیماری های قلبی عروقی جزء علت اول مرگ و میر در کشور بوده و در سالهای ۱۳۵۰ و ۱۳۸۰ به ترتیب ۴۰ و ۶۰٫۱ درصد بوده است.(۱۳)

در یک مطالعه مقطعی در خصوص تعیین میزان شیوع بیماری ایسکمیک قلبی در شهر قزوین که روی افراد با گروه سنی ۲۵ سال و بیشتر انجام شد مشخص گردید که ۳٫۶٪ افراد دارای تغییرات ایسکمیک در ECG بوده اند که ۴٫۲ و ۲٫۲ درصد افراد به ترتیب انفارکتوس قلبی احتمالی و آنژین صدری داشته اند(۸) در حالی که در جهان بیماری زودرس عروق کرونر در افراد جوان (۴۰ سال) حدود ۵-۱۰٪ بیماری عروق کرونر را به خود اختصاص میدهند. این ارقام در یزد حدود ۱۱٪ گزارش شده که میتواند بیانگر شیوع بالای بیماری قلبی عروقی در افراد جوان باشد(۱۴)

در مطالعه ای که توسط صراف زادگان و طباطبائی در سال ۱۳۸۷ در اصفهان انجام گردید مشخص گردید که میزان شیوع کلی بیماری بر اساس شواهد ECG و درد سینه ۱۹٫۴٪ بوده است که به طور معنی داری بین خانم ها (۲۱٫۹٪) بیشتر از مردان (۱۶٪) بوده است. با این حال میزان شیوع سکته قلبی تایید شده در مردان بیشتر از خانمها گزارش شده است. در این مطالعه میزان شیوع بیماری در افراد با میزان سواد و درآمد کمتر و همچنین افراد بدون شغل شایع تر بوده است.(۱۵)

در مطالعه کوهورت اصفهان با دوره پیگیری ۵ ساله و برای ارزیابی میزان بروز بیماری IHD در افراد ۳۵ سال و بیشتر ساکن مناطق شهری و روستایی و همچنین تعیین اثرات ترکیبی فاکتورهای خطر روی میزان بروز وقایع قلبی - عروقی انجام گردید ، مشخص شد خطر مطلق بیماری ۸٫۹ در ۱۰۰۰ نفر سال بوده است که این مقدار برای مردان ۱۰٫۶ و برای زنان ۷٫۴ تعیین و گزارش شده است . خطر ابتلا به IHD در افراد مبتلا به پرفشاری خون ۳٫۵ برابر و در افراد دیابتی و افراد با میزان کلسترول بالا ، ۲٫۵ برابر افراد بدون این فاکتورهای خطر بوده است.(۱۶).

بر اساس نتایج به دست آمده از مدل اپیدمیولوژی بیماری ایسکمیک قلبی در ایران ، پیش بینی میشود که سالانه در جمعیت بالای ۴۰ سال شهر کرمان حدودا ۸۰۳۰ و در کل کشور ۱۱۲۴۲۰۰ مرگ به دلیل ابتلا به این بیماری ها رخ دهد و میزان مرگ و میر سالیانه به دلیل بیماری ایسکمیک قلبی در جمعیت بالای ۴۰ سال کشور ۱۴ در هزار و تعداد مبتلایان که نیاز به مراقبت سرپایی دارند نزدیک به ۲۹۳۵۰۰۰ نفر برآورد شد (۱۴)

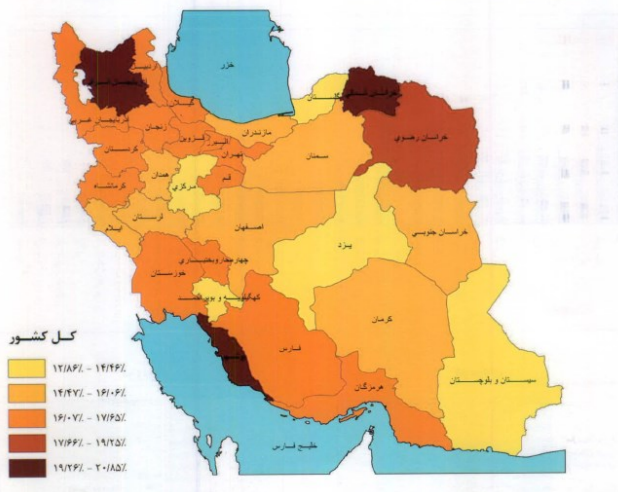
در یک جمع بندی کلی به ترتیب ۴۶ و ۴۲ درصد کل مرگ ها در مردان و زنان کشور ناشی از بیماری قلبی عروقی است. (۱۱) در این راستا پژوهش های انجام شده در ایران شیوع بیماری های قلبی عروقی را ۳۲٫۲ درصد گزارش کرده اند (۱۷)

اپیدمیولوژی بیماری های قلبی و عروقی در استان یزد

بیماری های قلبی و عروقی از شایع ترین بیماری های مزمن در ایران و یزد هستند. روند رو به رشد این بیماری ها و هزینه های مرتبط با تشخیص و درمان های دارویی، مداخله ای و جراحی مربوطه، این بیماری ها را در صدر لیست بیماریهای ناتوان کننده و هزینه بر در استان یزد قرار داده است. (۲۷)

در مطالعات STEPS در فاصله سال های ۸۵ تا ۸۸، استان یزد با شیوع ۱۳ درصد، کمترین میزان شیوع فشارخون خون بالا در جمعیت بالای ۱۸ سال در کشور را دارا بوده است. (رتبه ۳۰)

الگوی پراکندگی شیوع فشارخون بالا (SBP≥140 and/or DBP≥90 mmHg) در کشور، سال های ۱۳۸۵-۱۳۸۸



شکل ۳: الگوی پراکندگی شیوع فشارخون بالا در کشور در سالهای ۱۳۸۵-۱۳۸۸

در مطالعه STEPS سال ۱۳۹۵ وضعیت استان یزد در زمینه میزان شیوع فشارخون خون بالا در جمعیت بالای ۱۸ سال براساس نتایج خام با میزان شیوع ۳۰,۷ درصد رتبه هشتم و براساس نتایج استاندارد شده سنی با شیوع ۲۲,۷ درصد چهاردهمین استان کشور می باشد .

در همین مطالعه ۲۹,۸۹ درصد شهرنشینان و ۳۴,۹۶ درصد روستاییان یزدی مبتلا به فشارخون بالا بوده که این شیوع در زنان با ۳۱,۵۶ درصد از مردان با ۲۹,۷۵ بالاتر گزارش شده است.

جدول شماره ۱ خلاصه ای از نتایج پیمایش ملی عوامل خطر بیماری های غیرواگیر استان یزد در خصوص شاخص های بیماری فشارخون بالا و عوامل خطر مرتبط و مقایسه آن با نتایج کشور در سال ۱۳۹۵ را نشان می دهد.

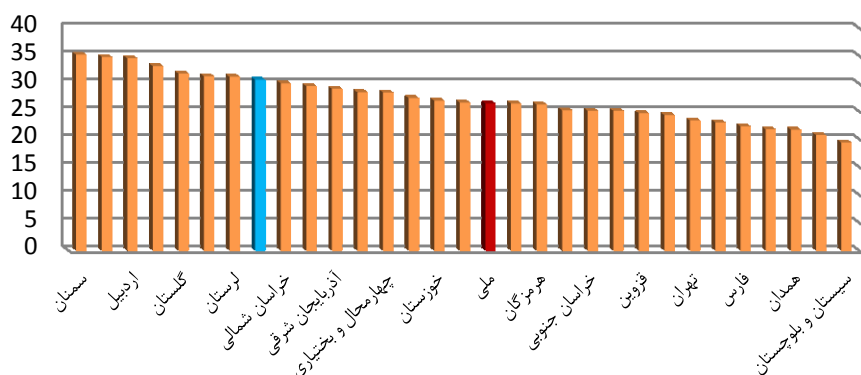
جدول ۱: نتایج پیمایش ملی عوامل خطر بیماری های غیرواگیر استان یزد در سال ۱۳۹۵

نتایج پیمایش ملی عوامل خطر بیماریهای غیرواگیر در سال ۱۳۹۵ استان یزد			(all age)			(age standard)	
ردیف	بیماری / عامل خطر		استان	کشور	رتبه استان	استان	کشور رتبه استان
عوامل خطر متابولیک مرتبط با فشارخون							
۱	درصد فشارخون بالا (Hypertension) ≤		۳۰,۷	۲۶,۴	۸	۲۲,۷	۲۱,۶
۲	درصد پیش فشارخون بالا (max≥ m120 > min > ۹۰ or ۱۴۰)		۳۳,۶	۳۶,۴	۱۹	۳۳,۹	۳۶,۸
عوامل خطر متابولیک مرتبط با چربی خون							
۷	درصد کلسترول بالا (Total cholesterol) ≥ ۲۰۰ (mg/dl)		۲۳,۲	۲۲,۶	۱۴	۱۹,۸	۱۹,۷
۸	درصد هیپر تری گلیسریدی (Triglyceride) ≥ ۱۵۰ (mg/dl)		۳۸,۵	۲۸	۱	۳۷,۵	۱
سبک زندگی: مصرف دخانیات							
۹	درصد افراد مصرف کننده دخانیات درحال حاضر (current tobacco smoking)		۱۳,۱	۱۴,۲	۱۹	۱۴,۷	۱۳,۶
۱۰	درصد مواجهه با دود دست دوم (Exposure to second hand smoke)		۲۸,۹	۳۲,۱	۲۱	۳۲	۱۷
سبک زندگی: تغذیه							
۱۱	درصد مصرف صحیح میوه روزانه		۱۲,۴	۱۷,۲	۲۴	۱۲,۱	۱۷,۵
۱۲	درصد مصرف صحیح سبزیجات روزانه		۲۸,۹	۴۲,۱	۲۶	۲۸,۵	۲۵
۱۳	درصد مصرف صحیح لبنیات روزانه		۱۵	۱۹,۴	۲۳	۱۴,۹	۱۹,۵

نتایج پیمایش ملی عوامل خطر بیماریهای غیرواگیر در سال ۱۳۹۵ استان یزد			(all age)			(age standard)	
ردیف	بیماری / عامل خطر	استان	کشور	رتبه استان	استان	کشور	رتبه استان
۱۴	درصد افراد مصرف کننده فست فود هفتگی	۱۹,۸	۱۲,۸	۲	۲۳,۷	۱۴,۳	۱
۱۵	درصد مصرف صحیح ماهی هفتگی	۴,۰۱	۹,۵۷	۲۰	۴,۲۸	۹,۸۳	۱۸
سبک زندگی: مصرف نمک							
۱۶	درصد استفاده از نمک به میزان توصیه شده	۱۱,۱	۱۲	۱۸	۸,۱۵	۱۰	۲۱
۱۷	درصد استفاده زیاد نمک بر اساس خود اظهاری	۴,۵۵	۱۰,۵	۲۶	۴,۹۳	۱۰,۹	۲۶
۱۸	درصد استفاده از نمکدان بر سر سفره	۲۲,۲	۴۰,۳	۲۵	۲۴,۸	۴۱,۲	۲۴
سبک زندگی: فعالیت بدنی							
۱۹	درصد فعالیت فیزیکی ناکافی (کمتر از ۶۰۰ مت در دقیقه)	۶۵,۳	۵۶,۴	۲	۶۵,۹	۵۵,۶	۲
عوامل خطر مرتبط متابولیک مرتبط با وزن							
۲۰	درصد شیوع چاقی ($BMI \leq 30$)	۲۴,۱	۲۲,۸	۱۱	۲۲,۳	۲۰,۸	۱۰
۲۱	درصد چاقی شکمی $CM102 \geq$ مردان , $CM88 \geq$ زنان	۳۹,۶	۳۹,۸	۱۶	۳۴,۸	۳۶	۱۹
۲۲	درصد چاقی شکمی بر اساس نسبت دور کمر به باسن (مردان $WHR \leq 0.9$ و زنان $WHR \leq 0.85$)	۵۹,۲	۵۸,۴	۱۰	۵۵,۵	۵۴,۴	۱۲
۲۳	درصد اضافه وزن ($25 \leq BMI < 30$)	۳۶,۵	۳۶,۶	۱۶	۳۴,۶	۳۵,۳	۱۷
۲۴	درصد اضافه وزن و چاقی ($BMI \leq 25$)	۶۰,۶	۵۹,۳	۱۲	۵۶,۹	۵۶,۱	۱۳
نظام ارائه خدمات در کنترل بیماریهای غیرواگیر: آگاهی، پوشش و اثر بخشی درمان							
۲۹	درصد آگاهی افراد مبتلا به پرفشاری خون از بیماری خود (Hypertension awareness)	۶۱	۵۶,۹	۸	۳۶	۳۶,۴	۱۶
۳۰	درصد پوشش پرفشاری خون (hypertension coverage)	۴۶,۶	۳۹,۸	۶	۴۵,۴		۸
۳۱	درصد دریافت خدمات درمانی موثر در بین بیماران مبتلا به پرفشاری خون دریافت کننده خدمات مرتبط با پرفشاری خون (Effective care: $max > 140$ & $min > 90$)	۴۴,۲	۳۷,۶	۴	۵۱,۶		۲
۳۲	درصد آگاهی افراد مبتلا به هیپر کلسترولمی از بیماری خود (Hypercholesterolemia awareness)	۵۵,۴	۵۱	۷	۵۴,۲		۸

نتایج پیمایش ملی عوامل خطر بیماریهای غیرواگیر در سال ۱۳۹۵ استان یزد			(all age)			(age standard)	
ردیف	بیماری / عامل خطر	استان	کشور	رتبه استان	استان	کشور	رتبه استان
۳۳	درصد دریافت خدمات درمانی موثر در بین بیماران مبتلا به هیپر کلسترولمی دریافت کننده خدمات مرتبط با پرفشاری خون (Effective care: Total cholesterol > ۱۷۰ mg/dl)	۵۰،۱	۶۰،۹	۲۵	۴۶،۶		۲۵
سبک زندگی: مصرف الکل							
۳۸	درصد داشتن سابقه مصرف الکل (ever drink alcohol))	۵،۸۹	۸	۱۹	۷،۲۶	۸،۵۶	۱۸
۳۹	درصد داشتن سابقه مصرف الکل در یکسال گذشته	۱،۶۵	۴،۰۴	۲۷	۲،۱۸		۲۶
۴۰	درصد داشتن سابقه مستی بر اثر مصرف الکل در یکسال گذشته	۰،۴۳	۱،۳۸	۲۸	۰،۶۱		۲۷
۴۱	درصد سابقه مصرف الکل در یکماه گذشته	۰،۷۲	۲،۰۸	۲۸	۰،۹۲		۲۸

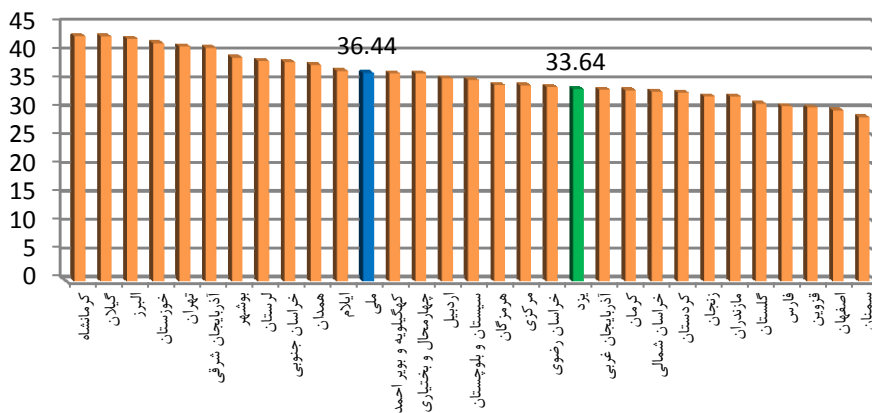
درصد شیوع فشارخون بالا



شکل ۴: درصد شیوع فشارخون بالا در همه سنین-۱۳۹۵

منبع: steps 1395

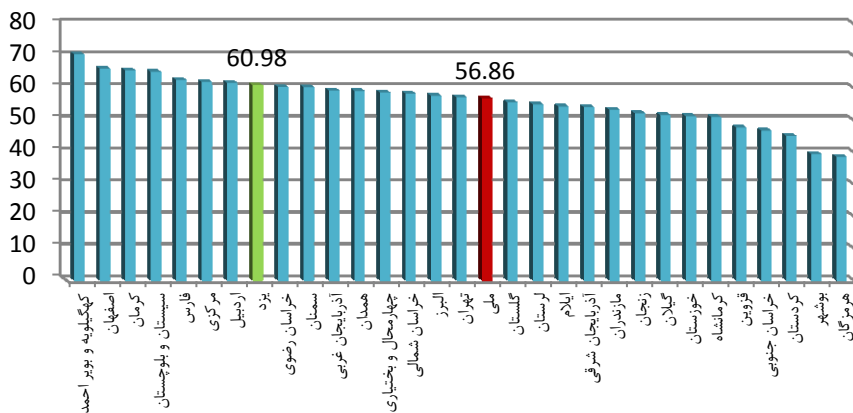
میزان شیوع پیش فشارخون بالا



شکل ۵: درصد شیوع پیش فشارخون بالا در همه سنین-۱۳۹۵

منبع: steps 1395

درصد آگاهی از فشارخون بالا



شکل ۶: درصد آگاهی از فشارخون بالا در همه سنین-۱۳۹۵

منبع: steps 1395

عوامل خطر بیماری های قلبی - عروقی

- عوامل خطر زای مستعدکننده:
- سن ، جنس ، سابقه خانوادگی و ژنتیک
- رفتارهای خطر زای قابل تعدیل:
- سیگار کشیدن ، عادت های تغذیه ای ، مصرف الکل ، فعالیت فیزیکی
- عوامل خطر زای متابولیک:
- اختلال چربی خون ، پرفشاری خون ، چاقی ، دیابت ، سندرم متابولیک
- نشانه های آزمایشگاهی:
- نتایج آنژیوگرافی ، میزان کلسیم ، نتایج آزمون های استرسی ، هیپرتروفی بطن چپ در اکو
- کاردیو گرافی ، تاریخچه شخصی از بیماری های عروقی (سابقه انفارکتوس میوکارد قبلی یا سکته مغزی ، آنژین ، بیماری عروق محیطی) ، حالت های التهابی ، CRP (۱۱)

جدول ۲: بار قابل انتساب به عامل خطر

ریسک فاکتور	بار قابل انتساب به عامل خطر
کم تحرکی	۲۲٪ از بیماری های ایسکمیک قلب
مصرف دخانیات	۲۲٪ از بیماری های قلبی عروقی
اضافه وزن و چاقی	۲۱٪ از بیماری های ایسکمیک قلب
فشارخون بالا	۴۹٪ از بیماری های ایسکمیک قلب
کلسترول بالا	۵۶٪ از بیماری های ایسکمیک قلب

با تغییر شیوه زندگی (مصرف غذای مناسب ، افزایش فعالیت بدنی ، مصرف نکردن دخانیات ، کنترل وزن و فشارخون بالا) میتوان حداقل ۸۰٪ بیماری های قلبی عروقی ، ۸۰٪ دیابت نوع ۲ و یک سوم سرطان ها را کاهش داد.(۱۸)

مطالعات انجام شده در کشور در خصوص برآورد مقدار نسبت شانس

۱- طی مطالعه ای مورد شاهدهی که توسط عسگری و همکاران در سمنان انجام شد نشان داد که نسبت شانس ابتلا به بیماری CAD در افراد سیگاری ۲,۹۵ در افراد فشار خونی ۲,۵ ، در افراد هیپرکلسترولمی ۲,۷۸ و در کسانی که دیابتی بودند برابر با ۲ بوده است که این نسبت در ارتباط با مصرف سیگار ، پرفشاری خون و هیپرکلسترولمی معنی دار و در ارتباط با دیابت معنی دار نبوده است(۱۹)

۲- در مطالعه پور رضا و همکاران با عنوان ارتباط عوامل اقتصادی- اجتماعی با انسداد عروق کرونر در افراد کمتر از ۴۵ سال بستری در بیمارستان شهید رجایی تهران مشخص شد که استعمال دخانیات با نسبت شانس ۷,۲ و سطح زیر دیپلم با نسبت شانس ۳,۹ در مقایسه با افراد با تحصیلات دیپلم و بالاتر خطر ابتلا به بیماری انسداد عروق کرونر را افزایش می دهد (رابطه معکوس با بین تحصیلات و بیماری مورد مطالعه مشاهده شد) همچنین مشخص شد که افرادی که مصرف کم میوه و سبزی دارند در مقابل افرادی که مصرف بالای میوه و سبزی (حداقل ۷ وعده در هفته) دارند ۲,۷۵ برابر شانس بیشتری برای بیماری انسداد عروق کرونری دارند. (۲۰)

۳- در مطالعه ای مورد شاهی که توسط لطفی و همکاران در شهر یزد انجام شد نشان داد که عوامل خطر پرفشارخون، عدم فعالیت فیزیکی در اوقات فراغت، نسبت دور کمر به دور لگن بیشتر از ۹۰ سانتی متر، بیکار بودن و بودن در مشاغل ساده و سطوح پایین کلسترول HDL به عنوان فاکتورهای خطر پیش گو کننده بیماری ایسکمیک قلبی در مردان ۳۰-۷۵ سال شهر یزد گزارش شده اند. (۲۱)

۴- در مطالعه مشابه دیگری که توسط حسینی و همکاران در سالمندان امیرشهر صورت گرفت بعد از قرار دادن تمام عوامل خطر در رگرسیون لجستیک ، فشارخون بالا با $OR=3.76$ و دیابت ملیتوس با $OR=1.86$ بیشترین ارتباط را با بیماری های قلبی عروقی در بین عوامل خطر داشتند. (۲۲).

۵- در یک مطالعه گذشته نگر که توسط کوهپایه زاده و همکاران با عنوان بررسی ارتباط عوامل تغذیه ای و انفارکتوس حاد میوکارد انجام شد نشان داد که مصرف آجیو به میزان کمتر از یک بار در هفته در گروه بیماران با گروه شاهد تفاوت معنی داری داشت به طوری که نسبت شانس مصرف آجیو بیش از یک به دست آمد که نشانگر نقش مصرف آجیو به عنوان یک عامل خطر در بیماران می باشد و در افراد بیمار تعداد دفعات مصرف آجیو بیشتر از افراد شاهد بوده است (۲۳).

۶- مطالعه ثانویه ای توسط نماینده و همکاران با عنوان خطر منتسب به مهمترین عوامل خطر بیماری عروق کرونر قلب در مردم استان یزد انجام شد. بیشترین خطر منتسب محاسبه شده در این مطالعه مربوط به عوامل خطر سبک زندگی شامل چاقی (۶۷,۶۱ درصد)، کم تحرکی (۶۴,۶۳ درصد)، مصرف کم میوه و سبزی (۵۹,۸ درصد) بود. اختلال چربی (۴۵,۱ درصد)،

پرفشاری خون (۳۷ درصد)، سیگار (۳۵,۹ درصد) و دیابت (۳۳,۹ درصد) در مرحله بعد قرار داشتند (۲۴).

اقدامات کنترل و پیشگیری در ایران

استفاده از آموزش های مختلف و افزایش آگاهی افراد جامعه در تمامی رده های سنی و سطوح مختلف اجتماعی میتواند به جلوگیری از الگوهای ناسالم فرهنگی و اجتماعی بیانجامد که در واقع با اصلاح الگوی زندگی و سبک و روش تغذیه ای مردم میتوان به جلوگیری از شکل گیری و استقرار فاکتورهای خطر این بیماری امیدوار بود. در این راستا تصویب و اجرای قوانین مناسب از سوی حاکمیت و دولت میتواند در تحقق این امر و راهبرد کارآمد کمک شایانی نماید که از جمله آنها میتوان به قانون جامع منع استعمال دخانیات در مجامع عمومی، حذف روغن های دارای ترانس بالا از سطح تهیه، تولید و توزیع اشاره کرد که طی سال های اخیر اجرایی شده است.

در سطح پیشگیری اولیه اصلاح و کاهش عوامل خطر IHD مدنظر متولیان امر سلامت کشور میباشد که با دو رویکرد یا راهبرد مبتنی بر جمعیت عمومی و جمعیت پرخطر امکان حذف بسیاری از فاکتورهای خطر را فراهم می نماید.

در راهبرد جمعیتی، هدف عمده، افزایش آگاهی های عمومی برای شناخت عوامل خطر و چگونگی اصلاح آنها و ایجاد تغییرهای مناسب در عادت ها و شیوه زندگی افراد است. در راهبرد جمعیتی تمامی افراد جامعه با دریافت آموزش ها و راهنمایی های لازم به کاهش یا حذف فاکتورهای خطر هدایت میشوند که ارایه بسته های آموزشی به دانش آموزان و والدین آنها، همچنین استفاده از رسانه های دیداری و شنیداری میتواند به این امر کمک کند (۲۵).

در راهبرد دیگر که راهبرد مبتنی بر جمعیت پرخطر است، هدف اصلی افرادی هستند که عوامل خطر بالاتری برای بروز بیماری های قلبی - عروقی دارند. این افراد را می توان با روش های مختلف غربالگری شناسایی کرد و با اصلاح عوامل خطر در آنها از بروز بیماری های قلبی - عروقی کاست. (۱)

در راهبرد رویکرد پرخطر بیشترین تاکید و تمرکز فعالیت ها بر شناسایی کودکان و نوجوانان و افرادی است که سابقه مثبت فامیلی زودرس عروق کرونر قلب دارند. (۲۵)

از آنجا که دادن اطلاعات توسط حرفه های بهداشتی موجب تشویق به پیشگیری در زمینه بیماری های قلبی و انگیزه ای برای تغییر شیوه زندگی به مدت طولانی میشود بنابراین

آموزش های لازم از طریق رسانه ها و وسایل ارتباط جمعی و مراکز بهداشتی درمانی در زمینه پیشگیری از سکته قلبی، شناسایی عوامل خطر زا و ایجاد نگرش مثبت برای کنترل عوامل خطررزی قابل تعدیل توصیه میشود و با افزایش سطح آموزش و غربالگری و کنترل این عوامل میتوان از بروز بیماری های قلبی عروقی پیشگیری کرده و یا آن را به تعویق انداخت. در این راستا احداث پایگاه های تندرستی به منظور پیشگیری از بیماری های قلبی عروقی و اصلاح شیوه زندگی عموم مردم به عنوان یکی از فعالیت های برنامه راهبردی پیشگیری و کنترل بیماری های قلبی عروقی در سال های ۱۳۸۴-۱۳۸۸ اداره قلب و عروق مرکز مدیریت بیماری ها در نظر گرفته شد (۲۶).

اهداف برنامه

هدف کلی:

تشخیص زودرس و بهبود مراقبت بیماری های قلبی عروقی، پرفشاری خون و

عوامل خطر مرتبط

اهداف اختصاصی:

- ۱- ارتقای سطح آگاهی و نگرش مردم و بیماران در زمینه پیشگیری از بیماری های قلبی عروقی به ترتیب به میزان ۳۰ و ۱۰ درصد وضع موجود
- ۲- خطرسنجی بیماری های قلبی عروقی در افراد بالای ۳۰ سال و ارائه مشاوره های لازم به میزان ۹۰ درصد (خطر سنجی بر اساس سن، جنس، میزان فشارخون سیستولیک، سطح کلسترول، مصرف سیگار و وجود بیماری دیابت می باشد).
- ۳- مراقبت بیماری های پرفشاری خون، دیابت، هیپرلیپیدمی و عوامل خطر دخیانیت، تغذیه ناسالم، کم تحرکی، استرس، اضافه وزن و چاقی در حداقل ۹۰ درصد از بیماران شناسایی شده.
- ۴- غربالگری بیماری های قلبی عروقی (بیماری های ایسکیمیک قلب، آنوریسم آئورت، تنگی کاروتید و بیماریهای عروق محیطی PVD) در صددرصد افراد ارجاع شده.
- ۵- ارتقای کیفیت خدمات تشخیصی و درمانی پیش بیمارستانی به میزان ۱۰ درصد
- ۶- ارتقای کیفیت خدمات تشخیص و درمان بیمارستانی به میزان ۱۰ درصد
- ۷- ارتقای کیفیت خدمات مراقبتی بعد از ترخیص از بیمارستان به میزان ۱۰ درصد
- ۸- استقرار و تقویت نظام ثبت و ارجاع الکترونیک بیماران

مداخله های بین بخشی در استان

هدف اول: ارتقای سطح آگاهی و نگرش مردم و بیماران در زمینه پیشگیری و مراقبت

بیماری های قلبی عروقی

مسئول اجرا	شاخص های پایش	نتیجه مطلوب	ذینفعان اصلی	راهکار (پروژه ها)	راهبرد
علوم پزشکی	وجود محتوای آموزشی در دو حیطه خود مراقبتی و دیگری خدمات درمانی آموزشی	در سال اول طرح محتوای آموزشی برای هر دو گروه هدف تهیه شده باشد. این محتوا هر پنج سال یک بار مورد بازبینی قرار گیرد.	علوم پزشکی	تهیه محتوای آموزشی پایه جهت یکسان سازی آموزش ها	رویکرد با محوریت جامعه
علوم پزشکی	ساعات برنامه های پخش شده از طریق رسانه استانی (صدا و سیما) در زمینه سلامت	سالانه ۲۰ درصد برنامه های آموزشی از طریق صدا و سیما به محتوای قلبی عروقی اختصاص داشته باشد	علوم پزشکی، صدا و سیما، فرهنگستان، و ارشاد اسلامی	ارائه آموزش ها از طریق صدا و سیما	
علوم پزشکی	تعداد پیام های ارائه شده در سطح شهرها و روستاهای استان از طریق بزر و بیلورد و . در حوزه سلامت تعداد بزر و بیلورد نصب شده در سطح شهرها و روستاهای استان	سالانه ۲۰ درصد پیام های ارائه شده در سطح شهر(استان) به قلبی عروقی اختصاص داده شده باشد سالانه ۲۰ درصد بزر و بیلوردها به قلبی عروقی اختصاص داده شده باشد	علوم پزشکی، صدا و سیما، فرهنگستان، و ارشاد اسلامی، شهرداری ها	ارائه آموزش ها از طریق امکانات آموزشی و اطلاع رسانی سطح شهر	
علوم پزشکی	برگزاری کمپین اطلاع رسانی قلب و عروق	هر سال مصادف با روز جهانی قلب به مدت یک هفته کمپین اطلاع رسانی در سطح استان برگزار شود	علوم پزشکی، صدا و سیما، فرهنگستان، و ارشاد اسلامی، شهرداری ها	برگزاری کمپین ها	
علوم پزشکی	تعداد کانال ها	حداقل یک کانال پیام رسان در سال اول طرح برای گروه هدف عموم ایجاد شود. حداقل یک کانال پیام رسان برای گروه های هدف مجریان مانند	علوم پزشکی، فرهنگ و ارشاد اسلامی	فضای مجازی	

مسئول اجرا	شاخص های پایش	نتیجه مطلوب	ذینفعان اصلی	راهکار (پروژه ها)	راهبرد
		مراقبین سلامت، پزشکان، و ... ایجاد شود			
علوم پزشکی	تعداد پیام های ارائه شده در نشریات محلی	حداقل در هر سال ۱۰۰ پیام اختصاصی قلب و عروق از طریق نشریات محلی استان ارائه شود.	علوم پزشکی، فرهنگ و ارشاد اسلامی	نشریات محلی	
علوم پزشکی	وجود نشریه تخصصی برای گروه هدف	نشریه از سال دوم طرح و به صورت فصلی برای گروه هدف مجریان برنامه های قلب و عروق (مسئولین، پزشکان و ...) تدوین شده باشد	علوم پزشکی، فرهنگ و ارشاد اسلامی	نشریات تخصصی	
علوم پزشکی	تعداد سمن های فعال در زمینه قلب و عروق	حداقل در هر شهرستان یک سمن فعال در این زمینه وجود داشته باشد حداقل در هر سال یک گزارش در زمینه قلب و عروق داشته باشند	علوم پزشکی، فرهنگ و ارشاد اسلامی، ورزش و جوانان، استانداری	استفاده از ظرفیت سازمان های مردم نهاد فعال در زمینه قلب و عروق	
علوم پزشکی	تعداد گروه های خودیار تشکیل شده	حداقل ۵ گروه خودیار در هر شهرستان در هر سال فعال باشد	علوم پزشکی	اجرای برنامه گروه های خود یار	
علوم پزشکی	درصد معلمان / اساتید که در این زمینه آموزش دیده اند	سالانه ده درصد معلمان در زمینه قلب و عروق آموزش ببینند	علوم پزشکی، فرهنگ و ارشاد اسلامی، آموزش و پرورش	بازآموزی معلمان/ اساتید در خصوص قلب و عروق	اجرای برنامه - های ورزشی در مدارس و سایر مراکز آموزشی
علوم پزشکی	درصد مجریان آموزش دیده برنامه سفیران سلامت در هر سال درصد سفیران سلامت آموزش دیده در زمینه دیابت در هر سال (کل) سفیران ده درصد دانش آموزان و دانشجویان می باشند	برنامه های بازآموزی سالانه برای کلیه مجریان برنامه سفیران سلامت به اجرا در آید هر ساله کلیه سفیران سلامت مدارس آموزش های لازم را کسب کرده باشند	علوم پزشکی، مراکز آموزش عالی، آموزش و پرورش	اجرای برنامه سفیران سلامت در مدارس / سایر مراکز آموزشی	

مسئول اجرا	شاخص های پایش	نتیجه مطلوب	ذینفعان اصلی	راهکار (پروژه ها)	راهبرد
علوم پزشکی	درصد دانشگاه هایی که دارای حداقل یک کانون یا تشکل تخصصی در زمینه سلامت می باشند تعداد برنامه های اجرا شده توسط کانون در زمینه قلب و عروق	سالانه ۱۰ درصد دانشگاه ها (دارای ۵۰۰۰ دانشجو و بیشتر) حداقل یک کانون تخصصی در زمینه سلامت داشته باشند هر کانون در هر سال حداقل یک برنامه در زمینه قلب و عروق اجرا کرده باشد	علوم پزشکی، مراکز آموزش عالی	فعالیت کانون ها و تشکل های تخصصی دانشجویی در زمینه قلب و عروق	
علوم پزشکی	تعداد اولویت های پژوهشی دستگاه های ذیربط در هر سال	تعداد عناوین پژوهشی اجرا شده	کلیه ذی نفعان اصلی	انجام پژوهش های کاربردی مرتبط پیشگیری و کنترل بیماری های قلب و عروق	انجام پژوهش های کاربردی

هدف ۲: خطر سنجی بیماری های قلبی عروقی در افراد بالای ۳۰ سال و ارائه مشاوره های لازم به میزان ۹۰ درصد (خطر سنجی بر اساس سن، جنس، میزان فشارخون سیستولیک، سطح کلسترول، مصرف سیگار و وجود بیماری دیابت می باشد).

هدف ۳: مراقبت بیماری های پرفشاری خون، دیابت، هیپرلیپیدمی و عوامل خطر دخیانیت، تغذیه ناسالم، کم تحرکی و چاقی در حداقل ۹۰ درصد از بیماران شناسایی شده.

هدف ۴: غربالگری بیماری های قلبی عروقی (بیماری های ایسکیمیک قلب، آنوریسم آئورت، تنگی کاروتید و بیماریهای عروق محیطی PVD) در صد درصد افراد ارجاع شده.

راهبرد	راهکارها (پروژه ها)	ذینفعان اصلی	نتیجه مطلوب	شاخص های پایش	مسئول اجرا
انجام خطر سنجی در سطح جامعه	تهیه دستورالعمل فنی غربالگری	دانشگاه علوم پزشکی، بیمه ، بهبودی	در سال اول طرح دستورالعمل فنی در کلیه مراکز ارائه خدمت وجود داشته باشد	وجود دستورالعمل فنی در کلیه مراکز ارائه خدمت	دانشگاه علوم پزشکی (معاونت بهداشتی ودرمان)
	تامین نیروی انسانی کافی و آموزش دیده	دانشگاه علوم پزشکی	تعداد نیروهای مورد نیاز مطابق با استاندارد تامین شده باشد	شاخص های نیروی انسانی در طرح تحول سلامت	دانشگاه علوم پزشکی (معاونت بهداشتی ودرمان)
	اجرای برنامه های بازآموزی برای پرسنل ارائه دهنده خدمت(بخش خصوصی و دولتی)	دانشگاه علوم پزشکی	در سال اول طرح کلیه پرسنل و هر سه سال یک بار برنامه های بازآموزی به اجرا در آید	درصد پرسنل آموزش دیده	دانشگاه علوم پزشکی (معاونت بهداشتی ودرمان)
	تعریف دقیق سیستم ارجاع	دانشگاه علوم پزشکی	در سال اول طرح سیستم ارجاع بطور کامل تعریف شده باشد	وجود سیستم ارجاع کارآمد	دانشگاه علوم پزشکی (معاونت بهداشتی ودرمان)
مراقبت بیماری- های پرفشاری خون، دیابت، هیپرلیپیدمی	مراقبت بیماران شناسایی شده توسط پزشک	دانشگاه علوم پزشکی	حداقل سالیانه ۱۰ درصد به پوشش مراقبت بیماران توسط پزشک افزوده شود	درصد مراقبت بیماران	دانشگاه علوم پزشکی
ارائه مشاوره و درمان های های لازم	راه اندازی مراکز مشاوره و درمان(کلینیک های بیماران	دانشگاه علوم پزشکی	در طی سه سال اول برنامه به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت حداقل یک	تعداد مراکز ارائه خدمات مشاوره تخصصی	دانشگاه علوم پزشکی (معاونت بهداشتی

راهبرد	راهکارها (پروژه ها)	ذینفعان اصلی	نتیجه مطلوب	شاخص های پایش	مسئول اجرا
	پرخطر)		مرکز مجاز وجود داشته باشد		ودرمان)
	ارائه مشاوره و خدمات درمانی به موارد ارجاعی	دانشگاه علوم پزشکی	سالانه ۹۰ درصد موارد ارجاعی مشاوره شده و درمان های لازم را دریافت کرده باشند	درصد موارد ارجاعی دریافت کننده خدمات مشاوره و درمان	دانشگاه علوم پزشکی (معاونت بهداشتی ودرمان)
	تعیین و بهبود استاندارد و تجهیزات آزمایشگاهی و تشخیصی (بخش خصوصی و دولتی)	دانشگاه علوم پزشکی	کلیه تجهیزات آزمایشگاهی در هر مقطع زمانی دارای استانداردهای لازم باشند	تعداد آزمایشگاههای دارای تجهیزات و دستگاه های استاندارد و کالیبره شده	دانشگاه علوم پزشکی (معاونت بهداشتی ودرمان)
	دریافت دارو و مشاوره (از جمله کنترل قندخون) به منظور پیشگیری از حمله های قلبی و سکته مغزی	دانشگاه علوم پزشکی	دریافت دارو و مشاوره توسط حداقل ۷۰ درصد از افراد واجد شرایط در هر سال	درصد افراد دریافت کننده دارو مشاوره (استاتین و نیستاتین)	دانشگاه علوم پزشکی (معاونت بهداشتی ودرمان)

هدف ۵: ارتقای کیفیت خدمات تشخیصی و درمانی پیش بیمارستانی به میزان ۱۰ درصد

راهبرد	راهکار (پروژه ها)	ذینفعان اصلی	نتیجه مطلوب	شاخص های پایش	مسئول اجرا
ارتقای کمی و کیفی آمبولانس ها	افزایش تعداد آمبولانس ها بر اساس شاخص های استاندارد	دانشگاه علوم پزشکی	رسیدن به ۵۰٪ استاندارد از نظر نسبت تعداد آمبولانس به جمعیت	نسبت آمبولانس به جمعیت	دانشگاه علوم پزشکی
	راه اندازی اورژانس های هوایی (استیجار هلی کوپترهای مجهز به defibrillator بر اساس استانداردهای موجود)	دانشگاه علوم پزشکی	استیجار حداقل ۳ هلی کوپتر برای استان	مقایسه نیاز سنجی و دستورالعمل استاندارد درمان	دانشگاه علوم پزشکی
	تجهیز آمبولانس های استان با defibrillation	دانشگاه علوم پزشکی	پوشش ۱۰۰٪ آمبولانس ها	تعداد آمبولانس مجهز و استاندارد به کل آمبولانس ها	دانشگاه علوم پزشکی
	تجهیز آمبولانس به دستگاه ECG online	دانشگاه علوم پزشکی	پوشش ۱۰۰٪ آمبولانس ها	تعداد آمبولانس مجهز و استاندارد به کل آمبولانس ها	دانشگاه علوم پزشکی
ارتقای تجهیزات و مهارت عموم در مردم در زمینه استفاده از defibrillator AED: (Automatic external defibrillation)	نصب و راه اندازی در مکان های عمومی	دانشگاه علوم پزشکی و سازمان اورژانس، شهرداری ها	در سه سال اول برنامه کلیه مکان های عمومی باتجمع بیش از ۱۰۰۰ نفر تجهیز شده باشند	تعداد مکان های عمومی مجهز	دانشگاه علوم پزشکی

هدف ۶: ارتقای کیفیت خدمات تشخیص و درمان بیمارستانی به میزان ۱۰ درصد

راهبرد	راهکار (پروژه ها)	ذینفعان اصلی	نتیجه مطلوب	شاخص های پایش	مسئول اجرا
تامین منابع مورد نیاز	تامین نیروی انسانی مورد نیاز	دانشگاه علوم پزشکی	ارتقای سالانه ده درصد تا رسیدن به استانداردهای کشوری	تعداد نیروی انسانی مورد نیاز	دانشگاه علوم پزشکی
	تامین فضا و تجهیزات لازم	دانشگاه علوم پزشکی	ارتقا سالیانه وضعیت موجود به میزان ۱۰٪ تا رسیدن به استانداردهای کشوری	درصد تخت فعال به پزشک و تخت فعال به پرستار	دانشگاه علوم پزشکی
ارتقاء کمی و کیفی اجرای طرح ۲۴۷ و ۷۲۴	آموزش جریان کاری طرح به ۲۴۷ مسئولین و کارکنان بیمارستان های مجری ۲۴۷ و ۷۲۴	دانشگاه علوم پزشکی	پوشش ۱۰۰٪ کارکنان درگیر طرح ۲۴۷ و ۷۲۴ در سال اول طرح	پوشش آموزش کارکنان درگیر طرح ۲۴۷ و ۷۲۴	دانشگاه علوم پزشکی
	ارتقا کیفی طرح های ۲۴۷ و ۷۲۴	دانشگاه علوم پزشکی	تامین ۱۰۰٪ نیاز ماهیهانه استنت دارویی افزایش پوشش به میزان ۵٪ بهبود شاخص موفقیت پروسه برای کلیه بیماران دارای اندیکاسیون PPCI انجام شده باشد	استنت دارویی موجود در بیمارستان نسبت به مقدار مورد نیاز درصد پوشش PPCI	دانشگاه علوم پزشکی
	الحاق بیمارستان های دارای cath lab به عنوان مراکز ۲۴۷	دانشگاه علوم پزشکی	در ۵ سال اول طرح در کلیه بیمارستانهای دارای cath lab طرح ۲۴۷ و ۲۷۴ اجرا شود	درصد الحاق بیمارستان های دارای cath lab به عنوان مراکز ۲۴۷	دانشگاه علوم پزشکی
اجرای بازتوانی در inpatient بیمارستان های استان	اجرای بازتوانی در inpatient بیمارستان های استان	دانشگاه علوم پزشکی	سالیانه یک بیمارستان به بیمارستان های دارای بازتوانی بستری اضافه شود	تعداد بیمارستان مجری راه اندازی بازتوانی بستری	دانشگاه علوم پزشکی

مسئول اجرا	شاخص های پایش	نتیجه مطلوب	ذینفعان اصلی	راهکار (پروژه ها)	راهبرد
دانشگاه علوم پزشکی	وجود محتوای آموزشی	در سال اول طرح برای کلیه بیماری های مورد نیاز محتوای آموزشی تهیه شده باشد	دانشگاه علوم پزشکی	تهیه و تدوین محتوای آموزشی	ارتقای کمی و کیفی خدمات آموزشی به بیماران
دانشگاه علوم پزشکی	تعداد کادر درمانی آموزش دیده	در سال اول طرح کلیه کادر درمانی آموزش های لازم را دیده باشند و هر سه سال یک بار بازآموزی برگزار شود	دانشگاه علوم پزشکی	آموزش کادر درمانی جهت ارائه نحوه آموزش به بیمار	
دانشگاه علوم پزشکی	درصد بیماران آموزش دیده	کلیه بیماران آموزش های لازم را دیده باشند	دانشگاه علوم پزشکی	ارتقای پوشش بیماران آموزش دیده	
دانشگاه علوم پزشکی	میزان نمره اثر بخشی	سالانه نمره اثربخشی به میزان ۱۰ درصد افزایش داشته باشد	دانشگاه علوم پزشکی	ارزیابی اثربخشی آموزش ها	
دانشگاه علوم پزشکی	تعداد پژوهش انجام شده در زمینه ارتقا تشخیص و درمان بیماریهای قلبی عروقی	حداقل یک مداخله موثر مبتنی بر پژوهش در هر بیمارستان	دانشگاه علوم پزشکی		انجام پژوهش

هدف ۷: ارتقای کیفیت خدمات مراقبتی بعد از ترخیص از بیمارستان به میزان ۱۰ درصد

راهبرد	راهکار (پروژه ها)	ذینفعان اصلی	نتیجه مطلوب	شاخص های پایش	مسئول اجرا
پیگیری فعال و پاسخگویی به افراد بعد از ترخیص	راه اندازی کلینیک های پیگیری یا استفاده از مرکز خدمات جامع سلامت	دانشگاه علوم پزشکی	سالیانه حداقل در هر شهرستان یک کلینیک پیگیری راه اندازی شده باشد یا در دو سال اول طرح کلیه مراکز خدمات جامع سلامت برنامه پیگیری پس از ترخیص را انجام دهند	تعداد کلینیک های راه اندازی شده یا درصد مراکز جامع سلامت مجری پیگیری پس از ترخیص	دانشگاه علوم پزشکی
	مشاوره تلفنی پرستار و راه اندازی ایجاد صدای مشاور	دانشگاه علوم پزشکی	در سال اول طرح مرکز پاسخگویی تلفنی راه اندازی شده باشد	وجود مرکز راه اندازی شده صدای مشاور	دانشگاه علوم پزشکی
ویزیت پرستار در منزل	تربیت پرستاران و جذب نیروی پرستار	دانشگاه علوم پزشکی	پوشش بیمارستان های مجهز به پرستار ویزیت در منزل	فراخوان نیروی پرستاری جهت ویزیت در منزل	دانشگاه علوم پزشکی
راه اندازی سیستم تله کاردیولوژی	نیاز سنجی - طراحی و استقرار سیستم های تله کاردیولوژی	دانشگاه علوم پزشکی	سیستم تله کاردیولوژی فعال	استقرار سیستم تله کاردیولوژی در استان	دانشگاه علوم پزشکی
ارائه بازتوانی بیماران قلبی به تمام بیماران قلبی و عروقی بعد از ترخیص از بیمارستان در سطح بیمارستان ها و مراکز بازتوانی و PHC	راه اندازی مراکز بازتوانی از طریق نیاز سنجی و مقایسه با دستورالعمل های استاندارد موجود و تجارب جهانی در بیمارستانها- ارزیابی اولیه و کنترل فاکتورهای خطر و اصلاح شیوه زندگی در سطح	دانشگاه علوم پزشکی	راه اندازی بازتوانی سرپایی سالیانه ۱ مورد سالیانه در بیمارستانها- الحاق سالیانه ۳۵٪ مراکز PHC به مراکز ارائه دهنده خدمات ارزیابی اولیه و کنترل فاکتورهای خطر و اصلاح شیوه زندگی	- تعداد مراکز بازتوانی سرپایی در بیمارستانها- تعداد مراکز PHC ارائه دهنده خدمات ارزیابی اولیه و کنترل فاکتورهای خطر و اصلاح شیوه زندگی	دانشگاه علوم پزشکی

مسئول اجرا	شاخص های پایش	نتیجه مطلوب	ذینفعان اصلی	راهکار (پروژه ها)	راهبرد
				PHC برای بیماران قلبی و ارجاع به مراکز تمرینات ورزشی در بیمارستانها	
دانشگاه علوم پزشکی	تعداد سمینار آموزشی بازتوانی	افزایش درصد پوشش پزشکان آموزش دیده سالیانه ۳۵٪	دانشگاه علوم پزشکی	افزایش آگاهی پزشکان و کارکنان در زمینه بازتوانی قلبی	ارتقا آگاهی پزشکان و ارائه کنندگان خدمات درمانی و بهداشتی از بازتوانی قلبی
دانشگاه علوم پزشکی	انجام سالیانه حداقل ۲ مورد پژوهش با عناوین پیشنهاد شده در برنامه و طبق اولویت های پژوهش	تعداد پروژه های منجر به نتایج کاربردی و ارتقا خدمات بازتوانی	دانشگاه علوم پزشکی	طراحی و اجرای پژوهش در زمینه انواع برنامه های بازتوانی قلبی در زیر گروه های خاص مثل نارسایی قلب و تنگی عروق محیطی یا - پژوهش در زمینه موانع مختلف بر سر راه ارائه بازتوانی قلبی	ارتقای کیفی خدمات بازتوانی از طریق پژوهش در بازتوانی

هدف ۸: استقرار و تقویت نظام ثبت و ارجاع الکترونیک بیماران

راهبرد	راهکار (پروژه ها)	دینفعان اصلی	نتیجه مطلوب	شاخص های پایش	مسئول اجرا
طراحی ساخت الکترونیک	تدوین دستورالعمل ثبت	دانشگاه علوم پزشکی	وجود دستورالعمل ثبت در سال اول برنامه	وجود دستورالعمل ثبت	دانشگاه علوم پزشکی
	طراحی و استقرار	معاونت درمان، معاونت پژوهشی	وجود سیستم کارآمد و قابل اجرای تحت وب رجستری	وجود سیستم کارآمد در سال اول طرح	معاونت پژوهشی
	الحاق رجیستری استان به رجیستری PERSIAN	معاونت درمان، معاونت پژوهشی	لینک رجیستری استان به رجیستری در سال چهارم برنامه انجام شده باشد	لینک رجیستری استان به رجیستری ... انجام شده باشد	معاونت پژوهشی
تامین نیروی انسانی	تعیین نیروی پرستار در شیفت ها جهت ثبت و خلاصه پرونده الکترونیک	معاونت درمان، معاونت پژوهشی	در پنج سال اول برنامه به ازای هر CCU یک پرستار تعیین شده باشد	پرستار به ازای هر CCU	معاونت درمان
	آموزش نیروی انسانی	معاونت درمان، معاونت پژوهشی	هر ساله یک دوره آموزشی به این منظور تشکیل شود	برگزاری دوره های بازآموزشی	معاونت درمان
انجام پژوهش های لازم	آنالیز و بازخورد نتایج	معاونت درمان، معاونت پژوهشی	چاپ و انتشار گزارش سالیانه	وجود گزارش ها در فواصل زمانی مشخص	معاونت درمان، معاونت پژوهشی
	ارتقای پژوهش های مبتنی بر رجیستری	معاونت درمان، معاونت پژوهشی	کلیه نیازهای پژوهشی مورد نیاز ارتقای سیستم ثبت انجام شده باشد	تعداد پژوهش های انجام شده	معاونت درمان، معاونت پژوهشی

شاخص های ارزشیابی برنامه

شاخص هدف کلی:

- تشخیص زودرس و بهبود مراقبت بیماری های قلبی عروقی، پرفشاری خون و عوامل خطر مرتبط

شاخص های اهداف اختصاصی:

شاخص هدف اول:

- وضعیت آگاهی و نگرش مردم و بیماران

شاخص هدف دوم:

- خطر سنجی بیماری های قلبی عروقی

شاخص هدف سوم:

- مراقبت بیماری های پرفشاری خون، دیابت، هیپرلیپیدمی و عوامل خطر

شاخص هدف چهارم:

- غربالگری بیماری های قلبی عروقی

شاخص هدف پنجم:

- ارتقای کیفیت خدمات تشخیصی و درمانی پیش بیمارستانی

شاخص هدف ششم:

- ارتقای کیفیت خدمات تشخیص و درمان بیمارستانی

شاخص هدف هفتم:

- ارتقای کیفیت خدمات مراقبتی بعد از ترخیص از بیمارستان

شاخص هدف هشتم:

- استقرار و تقویت نظام ثبت و ارجاع الکترونیک بیماران

شاخص هدف کلی

شاخص ۱: شیوع فشار خون بالا

نام شاخص	شیوع فشار خون بالا
تعریف	شیوع فشار خون افزایش یافته در افراد بالای ۱۸ سال
صورت کسر	افراد دارای فشار خون سیستول بالاتر از ۱۴۰ یا دیاستول بالاتر از ۹۰
مخرج کسر	کل افراد بالای ۱۸ سال
منبع پیشنهادی جمع آوری داده ها	سیستم بهداشتی
سایر منابع ممکن برای جمع آوری داده ها	انجام پیمایش در سطح جامعه
گزارش داده ها بر حسب	سن / جنس / شهرستان /
دوره زمانی جمع آوری داده ها	سالانه
محدودیت ها	ضعف در سیستم های ثبت و گزارش گیری
نوع داده	درصد
انتظار پیشرفت	سالانه به میزان ۳ درصد تا رسیدن به کاهش نسبی ۲۵ درصدی
لینک های مرتبط	NCD Global Monitoring Framework: Indicator Definitions and Specifications

شاخص هدف کلی

شاخص ۲: بقای بیماران بستری

نام شاخص	بقای بیماران بستری
تعریف	زمان بقای کوتاه مدت و بلند مدت بیماران قلبی عروقی بیمارستانی
صورت کسر	-
مخرج کسر	-
منبع پیشنهادی جمع آوری داده ها	سیستم بهداشتی درمانی
سایر منابع ممکن برای جمع آوری داده ها	انجام پیمایش در سطح بیماران بستری و ترخیص شده
گزارش داده ها بر حسب	سن / جنس / شهرستان / نوع بیماری
دوره زمانی جمع آوری داده ها	سالانه
محدودیت ها	
نوع داده	کمی / میانگین
انتظار پیشرفت	افزایش سالانه به میزان ۱ درصد
لینک های مرتبط	

شاخص های اهداف اختصاصی

شاخص هدف اول: سطح آگاهی و نگرش مردم و بیماران در زمینه مراقبت از

بیماری های قلبی عروقی

نام شاخص	وضعیت آگاهی و نگرش مردم / بیماران
تعریف	میانگین نمره آگاهی و نگرش افراد بالای ۱۵ سال در زمینه بیماری های قلبی عروقی و راه های پیشگیری از آن میانگین نمره آگاهی و نگرش بیماران در زمینه بیماری های قلبی عروقی و راه های پیشگیری از آن
صورت کسر	-
مخرج کسر	-
ارزیابی کمی	میانگین نمره آگاهی میانگین نمره نگرش
منبع پیشنهادی جمع آوری داده ها	انجام پیمایش در سطح جامعه / انجام پیمایش در بیماران تحت پوشش
سایر منابع ممکن برای جمع آوری داده ها	-
گزارش داده ها بر حسب	سن، جنس، شهرستان محل سکونت (در دو نوبت از ۵ نوبت ارزیابی)
دوره زمانی جمع آوری داده ها	دو سال یک بار
محدودیت ها	انتخاب پرسشنامه روا و پایا
نوع داده	میزان ارتقای آگاهی و نگرش افراد / بیماران
انتظار پیشرفت	ارتقای نسبی ۳ درصد به میانگین نمره آگاهی و نگرش
لینک های مرتبط	-

شاخص هدف دوم: خطرسنجی بیماری های قلبی عروقی در افراد بالای ۳۰ سال و ارائه مشاوره های لازم

نام شاخص	انجام خطرسنجی در افراد بالای ۳۰ سال
تعریف	درصد افراد خطرسنجی شده
صورت کسر	تعداد افراد بالای ۳۰ سال خطرسنجی شده طی همان سال
مخرج کسر	کلیه افراد بالای ۳۰ سال
منبع پیشنهادی جمع آوری داده ها	استفاده از داده های سیستم بهداشتی
سایر منابع ممکن برای جمع آوری داده ها	انجام پیمایش/ استفاده از پژوهشهای موجود
گزارش داده ها بر حسب	سن، جنس، شهرستان محل سکونت
دوره زمانی جمع آوری داده ها	سالی یک بار
محدودیت ها	ضعف سامانه سیب در ارائه گزارش
نوع داده	شیوع
وضعیت موجود	۳۰ درصد
انتظار پیشرفت	افزایش سالانه ۱۰ درصد تا رسیدن به ۸۰ درصد
لینک های مرتبط	

شاخص هدف سوم: مراقبت بیماری های پرفشاری خون، دیابت و هیپرلیپیدمی و عوارض آن

نام شاخص	مراقبت به موقع بیماران مبتلا به پرفشاری خون، دیابت و هیپرلیپیدمی توسط پزشک
تعریف	مراقبت هر سه ماه یک بار توسط پزشک (بخش خصوصی و دولتی)
صورت کسر	تعداد بیماران شناسایی شده ای که حداقل چهار بار در سال توسط پزشک مراقبت شده اند
مخرج کسر	تعداد کل بیماران پرفشاری خون، دیابت و هیپرلیپیدمی شناسایی شده
منبع پیشنهادی جمع آوری داده ها	استفاده از داده های سیستم بهداشتی و درمانی
سایر منابع ممکن برای جمع آوری داده ها	انجام پیمایش/ استفاده از پژوهش های موجود
گزارش داده ها بر حسب	سن، جنس، نوع بیماری، شهرستان محل سکونت
دوره زمانی جمع آوری داده ها	سالی یک بار
محدودیت ها	ضعف سامانه سیب در ارائه گزارش
نوع داده	درصد
وضعیت موجود	-
انتظار پیشرفت	افزایش سالانه ۱۰ درصد تا رسیدن به ۸۰ درصد
لینک های مرتبط	

شاخص هدف چهارم : غربالگری بیماری های قلبی عروقی

نام شاخص	غربالگری بیماری های قلبی عروقی
تعریف	پوشش اجرای برنامه غربالگری بیماری های قلبی عروقی
صورت کسر	تعداد بیمارانی که از نظر بیماری های ایسکیمیک قلب، آنوریسم آئورت، تنگی کاروتید و بیماری های عروق محیطی PVD، غربالگری شده اند
مخرج کسر	کل بیماران ارجاعی به سطح جهت دریافت خدمات تشخیصی و درمانی
منبع پیشنهادی جمع آوری داده ها	داده های سیستم بهداشتی و درمانی
سایر منابع ممکن برای جمع آوری داده ها	-
گزارش داده ها بر حسب	مراکز انجام غربالگری /
دوره زمانی جمع آوری داده ها	سالانه
محدودیت ها	
نوع داده	درصد
انتظار پیشرفت	صد درصد
لینک های مرتبط	

شاخص هدف پنجم: کیفیت خدمات تشخیصی و درمانی پیش بیمارستانی

نام شاخص	کیفیت خدمات پیش بیمارستانی
تعریف	این شاخص برای ارزیابی خدمات پیش بیمارستانی تعریف شده است درصد آنژیوگرافی نرمال در مقایسه با استانداردهای جهانی درصد سی تی آنژیو نرمال
صورت کسر	- موارد آنژیوگرافی نرمال / سی تی آنژیوگرافی نرمال - تعداد مورتالیتی قبل از بیمارستان - تعداد ام آی قبل از بیمارستان
مخرج کسر	- کل افراد آنژیو شده - کل تماس های با اورژانس ۱۱۵ در خصوص بیماری های قلبی عروقی
منبع پیشنهادی جمع آوری داده ها	داده های رجیستری استان داده های اورژانس ۱۵
سایر منابع ممکن برای جمع آوری داده ها	داده های معاونت درمان
گزارش داده ها بر حسب	سال / شهرستان
دوره زمانی جمع آوری داده ها	سالانه
محدودیت ها	
نوع داده	درصد
انتظار پیشرفت	
لینک های مرتبط	

شاخص هدف ششم: کیفیت خدمات تشخیصی و درمانی بیمارستانی

نام شاخص	کیفیت خدمات بیمارستانی
تعریف	ارزیابی کیفیت خدمات بیمارستانی
صورت کسر	تعداد موارد مورتالیتی بیمارستانی به علت: MI, PCI, CABG تعداد موارد با عوارض جدی بیمارستانی به علت: MI, PCI, CABG
مخرج کسر	کل موارد بستری به علت MI, PCI, CABG
منبع پیشنهادی جمع آوری داده ها	داده های رجیستری و سیستم درمانی استان (HIS)
سایر منابع ممکن برای جمع آوری داده ها	-
گزارش داده ها بر حسب	شهرستان / نوع بیمارستان
دوره زمانی جمع آوری داده ها	سالانه
محدودیت ها	دقت پایین داده های سیستم HIS
نوع داده	
انتظار پیشرفت	
لینک های مرتبط	

شاخص هدف هفتم: کیفیت خدمات مراقبتی بعد از ترخیص از بیمارستان

نام شاخص	کیفیت خدمات پس از ترخیص
تعریف	تعیین کیفیت خدمات پس از ترخیص
صورت کسر	- تعداد افراد پیگیری شده در کلینیک پیگیری - تعداد بستری مجدد - درصد افراد با نمره رضایت متوسط بالا
مخرج کسر	- کل افراد خدمت گرفته در کلینیک بازتوانی - تعداد کل بستری ها - کل افرادی که رضایت آنها سنجیده شده است
منبع پیشنهادی جمع آوری داده ها	داده های سیستم درمانی (HIS)
سایر منابع ممکن برای جمع آوری داده ها	پیمایش
گزارش داده ها بر حسب	سال / شهرستان
دوره زمانی جمع آوری داده ها	سالانه
محدودیت ها	
نوع داده	
انتظار پیشرفت	
لینک های مرتبط	

شاخص هدف هشتم: استقرار و تقویت نظام ثبت و ارجاع الکترونیک

نام شاخص	نظام ثبت
تعریف	تعداد بیماری هایی که نظام ثبت آنها در استان راه اندازی شده است
صورت کسر	تعداد کد بیماری هایی که ثبت آنها انجام و به کلینیک های پیگیری ارجاع می شوند
مخرج کسر	کلیه کدهای ICD10 که باید در سیستم رجستری وارد شوند
منبع پیشنهادی جمع آوری داده ها	گزارش معاونت پژوهشی و درمان
سایر منابع ممکن برای جمع آوری داده ها	سیستم HIS بیمارستان
گزارش داده ها بر حسب	بیماری هایی که به سیستم ثبت اضافه شده اند
دوره زمانی جمع آوری داده ها	سالانه
محدودیت ها	
نوع داده	
انتظار پیشرفت	در پنج سال اول برنامه کلیه بیماری های مشمول نظام ثبت در سیستم ثبت اضافه شده باشند
لینک های مرتبط	

سایر شاخص های برنامه:

ردیف	نام شاخص	نحوه محاسبه		دوره زمانی
		صورت کسر	مخرج کسر	
۱	درصد افراد در معرض خطر ابتلا به فشارخون بالا	تعداد افراد غربالگری شده که حداقل یک علامت خطر دارند در دوره زمانی مشخص	تعداد کل افراد غربالگری شده در همان دوره زمانی	۶ ماهه
۲	بروز فشارخون بالا	تعداد بیمار جدید فشارخونی در افراد غربالگری شده در دوره زمانی مشخص	تعداد کل افراد غربالگری شده در همان دوره زمانی	سالانه
۳	شیوع دوره ای پیش فشارخون	تعداد موارد پیش فشارخون در افراد غربالگری شده در دوره زمانی مشخص	تعداد کل افراد غربالگری شده در همان دوره زمانی	سالانه
۴	شیوع دوره ای فشارخون بالا	تعداد بیمار دارای فشار خون بالای ۱۴۰/۹۰ در افراد غربالگری شده در دوره زمانی مشخص	تعداد کل افراد غربالگری شده در همان دوره زمانی	سالانه
۵	شیوع دوره ای دیس لیپیدی	تعداد بیمار دارای $TG \geq 200$ یا $Chol \geq 200$ در همان دوره	تعداد کل افراد غربالگری شده در همان دوره	سالانه

		یا $LDL \geq 150$ یا $HDL \leq 50$ در افراد غربالگری شده در دوره زمانی مشخص	زمانی	
۶	شیوع دوره ای دیس لیپیدمی در بیماران دیابتی	تعداد بیمار دارای $TG \geq 150$ یا $Chol \geq 100$ یا $LDL \geq 100$ یا $HDL \leq 35$ در دوره زمانی مشخص	تعداد کل بیماران دیابتی ثبت شده در سطح اول دانشگاه در همان دوره زمانی	سالانه
۷	درصد مراقبت مناسب بیماران فشارخونی در سطح اول ارائه خدمات	تعداد بیماران فشارخونی که در طول یک سال حداقل ۴ بار در سطح اول ارائه خدمات ویزیت شده اند	تعداد کل بیماران پرفشارخون ثبت شده در سطح اول دانشگاه در همان دوره زمانی	۶ ماهه
۸	درصد ارجاع سطح اول به دوم در بیماران پرفشارخون	تعداد بیمار ارجاع شده از سطح اول به سطح دوم دانشگاه در دوره زمانی مشخص	تعداد کل بیماران پرفشارخون ثبت شده در سطح اول دانشگاه در همان دوره زمانی	۶ ماهه
۹	درصد پس خوراند سطح دوم از بیماران ارجاعی	تعداد پس خوراند دریافت شده از سطح دوم در دوره زمانی مشخص	تعداد بیماران ارجاع شده از سطح اول به سطح دوم دانشگاه در همان دوره زمانی	۶ ماهه
۱۰	میزان فشارخون کنترل شده در بیماران پرفشارخون	تعداد بیماران پرفشارخون تحت پوشش که فشارخون کمتر از ۱۴۰/۹۰ دارند در دوره زمانی مشخص	تعداد کل بیماران پرفشارخون تحت پوشش در همان دوره زمانی	۶ ماهه
۱۱	درصد موارد ارجاعی به کل بیماران مراجعه کننده به سطح دوم مراقبت پرفشارخون	تعداد بیماران پرفشارخون ارجاعی پذیرش شده در سطح دوم در دوره زمانی مشخص	تعداد کل بیماران پرفشارخون پذیرش شده در سطح دوم در همان دوره زمانی	۶ ماهه

پیوست ۱: فرم برنامه عملیاتی

برنامه:

دبیرخانه اجرایی:

برنامه عملیاتی سال

هدف کلی:					
هدف اختصاصی:					
راهبرد:					
راهکار(پروژه):					
نام فعالیت	مسئول اجرا	تاریخ شروع	تاریخ پایان	شاخص دستیابی	برآورد هزینه

نحوه تکمیل فرم برنامه عملیاتی

در قسمت مداخله های بین بخشی در استان، راهبردها و راهکارهای اجرای برنامه مشخص شده اند. برای اجرایی نمودن هر راهکار یک سری فعالیت ها باید انجام شود. فرم برنامه عملیاتی برای تدوین فعالیت های مربوط به هر راهکار طراحی شده است. این فرم باید به صورت سالیانه و در اول هر سال توسط دستگاه های مجری برنامه تنظیم و به دبیرخانه اجرایی برنامه ارائه شود. برای تکمیل این فرم در محل های مشخص شده، هدف کلی برنامه، استراتژی و راهکار مربوطه نوشته می شود. منظور از مسئول اجرا، دستگاه مجری همان فعالیت می باشد. تاریخ شروع و پایان دوره باید در بازه زمانی یک ساله تعیین شده باشد. شاخص دستیابی نیز باید به نحوی تدوین شود که کاملاً قابلیت ارزیابی وضعیت اجرای فعالیت در بازه زمانی و محدوده جغرافیایی مورد نظر را داشته باشد.

منابع

- ۱- رفعتی م، قطبی م، احمدنیا ه. اصول پیشگیری و مراقبت بیماری ها ، نظام مراقبت بیماری های غیر واگیر . وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ، معاونت سلامت . سپید برگ باغ کتاب ۱۳۸۷.
- 2- Sadeghi M, Ruhafza H, Shiranish, AkhavanTabib A, Aghdak p, Hosseini Sh . the prevalence of coronary artery disease according to rose questionnaire and ECG : Isfahan healthy heart program (IHHP) . Arya journal , summer 2006, vol.2 ,Issue 2.
- 3- http://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/index.html
- 4- Maghsod Nia Sh. [Primary of medical care of elderly with colleague of universal healthorganization]. Tehran. University of Scientific Welfare and Rehabilitation Sciences. 2007; 2(1) 71. (Persian).
- ۵- خراسانی پ، اسکندری م . اپیدمیولوژی جامع در علوم بهداشتی . انتشارات کنکاش، چاپ اول ، ۱۳۸۴.
- ۶- پارک ک . درسنامه طب پیشگیری و پزشکی اجتماعی ۲۰۰۲ ، جلد چهارم ، ترجمه حسین شجاعی تهرانی ، انتشارات سماط ، چاپ سوم، ۱۳۸۷ .
- 7-Kelishadi R, Sarraf-Zadegan N, NaderiGh ,Asgary S, Bashardoust N. Atherosclerosis risk factor in children and adolescent with or without family history of premature coronary artery disease. Med Scimonit. 2002, 8(6) : 425-9.
- 8- Iranian Ministry of Health and Medical Education, Vice-Chancellery for health. Simay-e- salamat.2002,vol1,pp:30-32.
- 9- Mirzaei M, Truswell AS, Arnett K, Page A, Taylor R, Leeder SR - Cerebrovascular disease in 48 countries: secular trends in mortality 1950-2005.J NeurolNeurosurgPsychiatry 2012; 83: 138-45.
- ۱۰- کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماریهای غیرواگیرتیرماه ۱۳۹۴ . سند ملی پیشگیری و کنترل بیماریهای غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط در جمهوری اسلامی ایران در بازه زمانی ۱۳۹۴ تا ۱۴۰۴

- ۱۱- عزیزی ف، حاتمی ح، جانقربانی م. اپیدمیولوژی بیماری های شایع در ایران ، چاپ سوم، تهران، نشر اشتیاق، ۱۳۸۹.
- ۱۲- نقوی م. سیمای مرگ و میر در ۲۳ استان کشور، سال ۱۳۸۲. کتاب چهارم ، انتشارات وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی ، تهران ۱۳۸۴.
- ۱۳- نقوی م . دگرگونی سیمای سلامت در ایران . مجله تخصصی اپیدمیولوژی ایران ، ۱۳۸۵، دوره ۲ شماره ۳، ص ۱۳-۲۵.
- ۱۴- طالبی زاده ن، حق دوست ع ا، میرزاده ع. مدل اپیدمیولوژی بیماری ایسکمیک قلبی در ایران ، فصل نامه پایش، ۱۳۸۸ ، سال هشتم، شماره دوم، ص ۱۶۳-۱۷۰.
- 15-Sarraf-zadegan N, Maleki A, Totonchi M, Bashardoost N, Sayed-Tabatabaei FA Habibi HR, et al. The prevalence of coronary artery disease in an urban population in Isfahan, Iran. ACTA CARDIOL 1999, s : 257-63.
- 16 -Sarraf-zadegan N, Talaei M, Kelishadi R, Oveisgharan S, Mohamadifard N, Sajjadih AR, et al. the Isfahan cohort study :Rational , methods and main finding. Journal of human Hypertension 2010:1-9.
- 17- sharifi rad Gh. Examination of relationship cardiovascular disease in elderly members of retired centering Esfahan with record of physical activity in middle age period. Gonabad Mag. 2007, 12(3):2-4.
- ۱۸- وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی معاونت بهداشت مرکز مدیریت بیماری های غیرواگیر اداره قلب و عروق برنامه جامع کشوری پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی ۱۳۸۹.
- ۱۹- عسگری م ، الحانی ف، انوشه م. عوامل خطر در مبتلایان به انفارکتوس میو کارد بستری در بیمارستان فاطمیه دانشگاه علوم پزشکی سمنان. نشریه پرستاری ایران، ۱۳۸۹، دوره ۲۳، شماره ۴، ص ۸-۱۶.
- ۲۰- پور رضا ه، حسینی م، اکبری ساری ع، عقبایی ح، ارتباط عوامل اقتصادی -اجتماعی با انسداد عروق کرونر در افراد کمتر از ۴۵ سال ، بیمارستان شهید رجایی . مجله دانشکده بهداشت و انیستو تحقیقات بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۳۸۸، دوره ۷، شماره ۴، ص ۲۵-۳۲.

21- Lotfi. MH, Sadr. SM, Nemayandeh SM, Coronary Artery Disease Risk factors in Urban Areas of yazd City, Iran . Asia – pacific jurnal of public Health, 2011, 23(4):534-543.

۲۲- حسینی س ر، ذبیحی ع، بیژنی ع. شیوع عوامل خطر بیماری های قلبی عروقی در سالمندان امیر شهر در سال ۱۳۸۶. مجله سالمندی ایران، ۱۳۸۸، سال چهارم، شماره یازدهم، ص ۴۶-۵۲.

۲۳- کوهپایه زاده ج، محمد حسینی م ر، میرخانی س ح. بررسی ارتباط عوامل تغذیه ای و انفارکتوس حاد میوکارد. مجله دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۱۳۸۵، دوره ۱۳، شماره ۵۰، ص ۱۴۷-۱۵۳.

۲۴- سیده مهدیه نماینده، سیدعلی مصطفوی، سیدمحمدحسین حسینی، محمدحسین فلاح زاده، هادی فیوجی، تهمینه آگاه، حسین محمدی. خطر منتسب به مهمترین عوامل خطر بیماری عروق کرونر قلب در مردم استان یزد. پذیرفته شده در هفتمین همایش منطقه ای اپیدمیولوژی، لبنان ۲۰۱۹.

25- Kelishadi. R, Naderi . Gh, Bashardoust N. The prevalence of major and new risk factor in children at high risk for cardiovascular disease. Journal of medical council of Islamic Republic of Iran. 2003, 21 (3):212-8.

۲۶- وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، معاونت سلامت، مرکز مدیریت بیماری ها. بست خدمتی تندرستی، ۱۳۸۵.

۲۷- میرزایی، مسعود بیماری های مردم یزد، ۱۳۹۷ چاپ اول، ص ۶۳.

۲۸- سموات طاهره و سایر همکاران، راه های پیشگیری و کنترل بیماری های قلبی عروقی (ویژه کارکنان دولت)، چاپ دوم ۱۳۹۳، ص ۵۵-۵۶.

29-[https:// www. Health and environment.org/ environmental-health/ health-diseases-and-disabilities/cardiovascular-disease-research-and-resources](https://www.Healthandenvironment.org/environmental-health/health-diseases-and-disabilities/cardiovascular-disease-research-and-resources).