

مستند حمایت طلبی  
در مورد  
بیماری دیابت و اختلالات قند خون بالا  
در کشور

تهیه شده در گروه علوم بالینی

فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران

۱۳۹۳-۹۴

الف: تحلیل موضوع

## مساله چیست؟

دیابت شایع ترین بیماری متابولیک انسان است که میزان شیوع و بروز آن در چند دهه اخیر سیر شدت فزاینده ای داشته است. دیابت فقط یک بیماری محسوب نمی شود بلکه شبکه از اختلالات در هم پیچیده از عوامل خطرزای محیطی و ژنتیک با ساز و کارهای آسیب شناختی مختلف است که به دلیل ویژگی هایی نظیر زمینه سازی و همراهی با سایر بیماریها (قلبی - عروقی، کلیوی و معلولیت) به شدت هزینه بر و ناتوان کننده است. دیابت اگر کنترل مطلوب نشود باعث بروز عوارض جدی از جمله نوروپاتی، رتینو پاتی، نفرو پاتی و مشکلات قلبی - عروقی خواهد شد. در حال حاضر دیابت یکی از علل اصلی ناتوانی معلولیت و مرگ زودرس در جوامع در حال توسعه و توسعه یافته است. سازمان جهانی بهداشت با توجه به آمار و روند رو به تزاید دیابت در سراسر جهان، آن را به عنوان یک همه گیری نهفته اعلام کرده و از سال ۱۹۹۳ تمام کشورهای جهان را به مقابله با این اپیدمی فراخوانده است.

تاریخچه مساله و تلاش های گذشته :

طی دو دهه اخیر، علل مرگ و بار جهانی بیماریها از بیماریهای عفونی و سوء تغذیه به بیماریهای غیر واگیر تغییر جهت یافته است که این تغییرات را می توان از طریق گذار اپیدمیولوژیک بیماریها ناشی از تغییر قابل توجه در سبک زندگی بسوی زندگی ماشینی و نیز در وضعیت بهداشت نظیر بهبود تغذیه و شاخص های بهداشتی در سراسر دنیا طی قرون اخیر توجیه نمود.

تا قبل از دهه ی ۷۰ شمسی، پژوهش ها در مورد شیوع دیابت در ایران بسیار محدود بود و به جز یک مورد، بقیه منتشر نشده بودند. بررسی های مقدماتی همه گیری شناختی دیابت در ایران در سالهای ۱۳۵۵ و ۱۳۵۶ توسط انستیتو علوم تغذیه و صنایع غذایی ایران انجام شد و همچنین در سال ۱۳۵۸ نتایج بررسی در ۶۳۰۰ نفر را منتشر شد که افزایش دیابت در کارمندان را در مقایسه با کارگران نشان داد.

در چهل و دومین مجمع جهانی بهداشت با حضور ۳۲ کشور از مناطق ششگانه ی سازمان جهانی بهداشت، برنامه ای مهم برای ارتقای سلامت جهانی، تحت عنوان " پیشگیری و کنترل دیابت ملیتوس " به تصویب رسید. بر مبنای این تصمیم، از تمام اعضا دعوت شد تا وضعیت دیابت را در کشورهای خود بررسی و با در نظر گرفتن وضعیت محلی، برای پیشگیری و کنترل "بیماری دیابت" را برنامه ریزی کنند. در راستای این تعهد بین المللی، پس از تاسیس اداره کل مبارزه با بیماریها، در سال ۱۳۷۰، گروه پیشگیری از بیماریهای متابولیک و تغذیه، طرح پیشگیری و کنترل بیماری دیابت را تدوین و ارائه نمود. این طرح در سال ۱۳۷۰ اجرا شد، اما پس از تجزیه و تحلیل اطلاعات حاصل از اجرا، با استناد به برخی دلایل اجرای طرح متوقف گردید. از جمله: غیر استاندارد بودن وسیله غربالگری (استفاده از گلوکومتر در امر غربالگری)، هزینه زیاد انجام طرح برای هر مورد غربالگری و بیماریابی، عدم تجهیز کافی سیستم شبکه برای اجرای طرح، کافی نبودن اطلاعات علمی مورد نیاز اپیدمیولوژیک.

در تابستان سال ۱۳۷۵ کمیته کشوری بیماری دیابت با حکم آقای دکتر مرنندی وزیر محترم بهداشت وقت، تشکیل شد و پیرو تاکید ایشان بر پیشگیری و کنترل دیابت، جلسه های کمیته کشوری دیابت از مهر ماه همان سال برگزار شد و در این جلسه، این کمیته آقای دکتر فریدون عزیزی را به عنوان مشاور عالی دیابت در کشور معرفی نمودند و تصمیم گرفته شد تا برنامه کشوری دیابت با توجه به پیش نویس تهیه شده توسط اداره ی کل پیشگیری و مراقبت بیماریها (مرکز مدیریت بیماری ها) آماده شود و الگوهای آموزشی نیز برای عموم مردم، بهورزان، رابطان، کاردان ها، پزشکان عمومی و متخصصان فراهم گردد.

سر انجام در بهمن ماه ۱۳۷۷ اجرای آزمایشی (پایلوت) طرح کشوری پیشگیری و کنترل بیماری دیابت نوع ۲ آغاز شد. در سال های ۱۳۷۸ تا ۱۳۸۱ این طرح در ۱۷ دانشگاه علوم پزشکی به طور آزمایشی (در افراد بالای ۳۰ سال و زنان باردار) به اجرا درآمد. با استفاده از اطلاعات به دست آمده در اجرای آزمایشی طرح و نتایج حاصل از ارزشیابی آن، به دلیل نیاز به زیر ساخت های اجرایی مناسب و هم چنین منابع مالی کافی اجرای برنامه در ۲ فاز انجام گرفت فاز ۱ برنامه در مناطق روستایی و شهرهای با جمعیت کمتر از ۲۰۰۰۰ نفر و فاز ۲ برنامه در شهرها که از اسفند ۸۸ به اجرا درآمد و در فروردین ماه ۸۹ به طور رسمی افتتاح گردید که تا پایان برنامه پنجم توسعه در کلیه شهرهای کشور استقرار یافته و به فاز یک ملحق شود.

وضعیت فعلی مساله، روند در گذشته، حال و آینده :

نتایج اولین بررسی ملی عوامل خطر ساز بیماری های غیر واگیر در سال ۱۳۸۳ شیوع کلی دیابت شناخته شده و جدید را در جمعیت ۲۵ تا ۶۴ ساله ایران ۷/۷ درصد (حدود ۲ میلیون نفر) گزارش نمود. در این مطالعه شیوع دیابت در مناطق شهری (۸/۶٪) حدود یک سوم بیشتر از مناطق روستایی (۵/۷٪) بود و شیوع دیابت با افزایش سن افزایش نشان می داد بطوریکه در گروه های سنی ۲۵ تا ۳۴ سال، ۳۵ تا ۴۴ سال، ۴۵ تا ۵۴ سال و ۵۵ تا ۶۵ سال به ترتیب ۳، ۶/۸، ۱۲/۹ و ۱۶/۸ در صد بود.

سومین بررسی عوامل خطر ساز بیماریهای غیر واگیر در ایران در سال ۱۳۸۶ شیوع کلی دیابت شناخته شده و جدید را در جمعیت ۲۵ تا ۶۴ ساله ایران ۸/۷ در صد (۹/۱ در صد در زنان و ۸/۴ در صد در مردان) گزارش نمود. با تعمیم این نتایج به کل جمعیت ایران تعداد ۲/۷ میلیون نفر از جمعیت بالغ کشور در سال ۱۳۸۶ مبتلا به دیابت بوده که نیمی از بیماران از وجود دیابت خود بی اطلاع بودند. برخی آمارهای جدیدتر بیانگر آن است که رقم شیوع دیابت در ایران بالاتر از این ارقام است برای مثال، فدراسیون جهانی دیابت، شیوع دیابت در ایران در سال ۲۰۱۰ را ۹/۳٪ گزارش کرده است. مطالعه حق دوست و همکاران نشان می دهد که شیوع دیابت ۲ در زنان ۱/۷٪ بیشتر از مردان است که در مطالعات دیگر نیز گزارش شده است. فدراسیون بین المللی دیابت IDF نیز اخیرا گزارش شیوع دیابت در سال ۲۰۱۲ میلادی و برآورد آن تا سال ۲۰۳۰ میلادی را برای ۲۱۶ کشور دنیا منتشر نموده و در آن کشور ایران با داشتن

۴/۵ میلیون بیمار دیابتی (بالغین بالاتر از ۲۰ سال) در سال ۲۰۱۲ میلادی از نظر شیوع دیابت در رتبه سوم در بین کشورهای منطقه قرار دارد.

اثرات روند: شامل:

گروه‌های تحت تاثیر: چه کسانی بیشترین تاثیر پذیری را دارند؟  
بیماران مبتلا، کودکان و نوجوانان، زنان باردار، سالمندان و افراد مبتلا به اضافه وزن و چاقی و خانواده‌های آنان که در معرض خطر بیشتر ابتلا به دیابت می‌باشند بیشترین منافع را از این حمایت طلبی کسب می‌نمایند.

اثرات اقتصادی و اثرات اجتماعی:

هزینه‌های مستقیم و غیر مستقیم بیماری دیابت و عوارض آن در مقایسه با سایر بیماری‌ها بسیار زیاد است. به طوری که در سال ۱۳۷۵ هزینه‌های جاری مراقبت و ناتوانی دیابت سالانه بیش از ۷۰۰ میلیارد ریال معادل ۲۳۳ میلیون دلار بر اساس قیمت هر دلار ۳۰۰۰ ریال در سال برآورد شده است. در سال ۱۳۸۸، اگر هزینه ارائه خدمات را افزایش نداده و فقط افزایش ارزش دلار را محاسبه کنیم (هر دلار ۹۰۰۰ ریال) این مبلغ حدود ۲۱۰۰ میلیارد ریال خواهد شد هر چند که قیمت تمام شده خدمات مراقبتی و حمایتی نیز به شدت افزایش یافته است به بیان دیگر، هزینه واقعی دیابت در کشور به مراتب از این بیشتر است.

هزینه کلی دیابت نوع ۲ در ایران در اواخر دهه ۸۰ بالغ بر ۳/۷۸ میلیارد دلار برآورد شده است. هزینه‌های مستقیم پزشکی و هزینه‌های غیر پزشکی ۲۸٪±۲/۰۴ میلیارد دلار و هزینه‌های غیر مستقیم ۱/۷۳ میلیارد دلار برآورد شده است. متوسط سرانه هزینه‌های پزشکی در سال ۲۰۱۱ برابر با ۱۰۲٪±۸۴۲/۶ دلار بود که بیشترین سهم آن با ۴۱۲/۸±۶۴/۵ دلار (۴۸/۹٪) مربوط به عوارض دیابت بوده است، که بیشترین سهم در هزینه‌های عوارض دیابت عبارتند از: عوارض قلبی عروقی با ۴۲۴/۸±۸۷ میلیون دلار، نفرو پاتی با ۲۲۹±۴۹ میلیون دلار و عوارض چشمی با ۱۴۰±۲۱/۵ میلیون دلار که به ترتیب مسئول ۴۲/۳٪، ۲۳٪ و ۱۴٪ کل هزینه‌های عوارض هستند. داروها با ۲۰۰/۶±۳۳ دلار (۲۳/۸٪)، هزینه‌های بستری ۸۰±۱۲/۷ دلار (۹/۵٪) و آزمایشات با ۷۶±۱۱ دلار (۹٪)، سایر هزینه‌های سرانه دیابت را تشکیل می‌دهند.

برآورد شده که هزینه‌های افراد دیابتی ۲/۸ برابر هزینه‌های افراد غیر دیابتی باشد و در حدود ۸/۶۹٪ کل هزینه‌های سلامت در ایران برای کنترل بیماران دیابتی تیپ ۲ مصرف می‌شود. هزینه‌های غیر مستقیم دیابت که شامل هزینه‌های ملی کاهش بهره‌وری به علت بیماری دیابت ۱/۷۳ میلیارد دلار برآورد شده است. این هزینه‌ها شامل از کار افتادگی موقت (۳۳۵/۷ میلیون دلار)، از کار افتادگی دائمی (۴۵۲/۴ میلیون دلار) و کاهش بهره‌وری به علت مرگ زود رس (۹۵۰/۳ میلیون دلار) است. براساس آمار تامین

اجتماعی کشور، افراد سالانه ۱۷/۷ روز به علت بیماری دیابت از محل کار غیبت می کنند (از کار افتادگی موقت) به همین ترتیب سالانه ۲۳/۸ روز کاری به علت از کار افتادگی دائمی از دست می رود. همچنین بر اساس تخمین IDF هزینه از دست رفته در مردان و زنان دیابتی ۱۵۲ میلیون روز از دست رفته می باشد. از کار افتادگی موقت، دائمی و مرگ زود هنگام به ترتیب موجب ۱۹/۳٪، ۲۶٪ و ۵۴/۷٪ از کل هزینه های غیر مستقیم هستند. متوسط سرانه هزینه های غیر مستقیم بیماری دیابت ۸۶۴/۸ دلار است که معادل ۱۹٪ درآمد سرانه ملی ایرانیان می باشد.

سود ناشی از مداخلات پیش گیرانه در ارتباط با دیابت نیز قابل تعمق می باشد. محاسبات هزینه فایده نشان می دهد که به ازای هر ۱ در صد کاهش HbA1c برابر با ۱۸۰ هزار تومان صرفه جویی در هزینه های بعدی حاصل خواهد شد با انجام فاز ۲ برنامه کشوری پیشگیری و کنترل دیابت، در طول سال، پیش بینی می شود حداقل در ۲۰٪ بیماران میزان HbA1c تا ۱٪ کاهش یابد. که با در نظر گرفتن ۹۱۸۰۰۰ بیمار دیابتی و بهبود کیفیت کنترل دیابت در ۲۰٪ آنان، بیش از ۳۳ میلیارد تومان در هر سال صرفه جویی شود که اهمیت اجرای فاز ۲ برنامه کشوری پیشگیری و کنترل دیابت را نشان می دهد. این در صورتی است که در فاز ۲ برنامه، علاوه بر بیماران دیابتی، دیگر بیماران مبتلا به چاقی، فشارخون بالا و دیس لیپیدمی نیز شناسایی شده و مورد مراقبت قرار می گیرند که محاسبه هزینه به سود آن مشکلات نیز، هزینه اثر بخش تر بودن اجرای این برنامه را بیش از پیش آشکار می کند. با کنترل صحیح دیابت می توان میزان مرگ و میر و ناتوانی ناشی از بیماری دیابت را کاهش داد و اجرای صحیح راهنماهای استاندارد برخورد با عوارض دیابت و نقش خانواده در حمایت و مراقبت از بیماران دیابتی در ارتقای کیفیت زندگی و افزایش طول عمر مفید بیماران دیابتی موثر می باشد. بدیهی است، منافع اقتصادی و اجتماعی حاصل از برنامه های پیشگیری و کنترل دیابت، بیماران دیابتی و خانواده های آنان، سیستم بهداشتی درمانی کشور و سایر سازمانهای ذیربط را در بر خواهد گرفت.

علل عوامل موثر بر مساله (علل مستقیم، علل غیرمستقیم):  
عوامل مساعد کننده ژنتیکی از مهم ترین عوامل موثر بویژه در دیابت نوع ۲ می باشند. بطوری که اگر یکی از قل های دو قلوئی تک تخمی مبتلا به دیابت نوع ۲ شود، احتمال ابتلای دیگری نزدیک به صد در صد است و ۵۰٪ بستگان درجه یک بیماران دیابتی نوع ۲، تا ۸۰ سالگی به دیابت مبتلا می شوند.

در کنار استعداد ژنتیکی فاکتورهای محیطی و رفتاری مانند شیوه زندگی کم تحرک و مصرف بیش از حد مواد غذایی توام با چاقی نیز بطور موثری در ایجاد دیابت نوع ۲ دخیل هستند. در جوامعی که روش های زندگی سنتی و قدیمی همراه با فعالیت زیاد و مصرف

غذاهای کم انرژی متداول است، شیوع دیابت و اختلالات مربوطه کمتر می باشد، ولی در جوامعی که به سرعت به طرف نوع زندگی غربی با کاهش فعالیت بدنی و افزایش مصرف غذاهای چرب و پر انرژی پیش می روند، درصد دیابت و اختلالات مربوطه افزایش قابل توجهی پیدا می کند. مطالعات قومی در چندین گروه قومی نشان دادند که شیوع دیابت در میان افراد با فعالیت بدنی کم دو تا سه برابر بیشتر از افراد فعال است.

مشخص گشته که چاقی مهم ترین عامل خطر محیطی دیابت نوع ۲ است. فشار خون بالا هم می تواند یک نشانه زودرس مقاومت به انسولین به علت چاقی مرکزی باشد، فشار خون در ۷۰٪ بیماران دیابتی دیده می شود و خطر پیشرفت دیابت در افراد با فشار خون دو برابر بیشتر می باشد.

نژاد و افزایش سن نیز از دیگر عوامل موثر بر ابتلا به دیابت است. بر اساس بررسی های انجام شده با افزایش سن بروز دیابت بیشتر می شود. این بدان علت است که با افزایش سن فرد دچار کاهش فعالیت فیزیکی و افزایش وزن می شود، فعالیت کمتر و افزایش وزن باعث کاهش فعالیت انسولین بدن می شود و مقاومت به انسولین ایجاد می گردد. برخی مطالعات تخمین می زند حتی اگر شیوع چاقی تا سال ۲۰۳۰ ثابت باشد، تعداد موارد دیابت افزایش قابل توجهی خواهد یافت چون جمعیت سالمند در حال افزایش است.

## ب: تحلیل محیط و اولویت موضوع

آیا این موضوع یک اولویت است؟

حفظ سلامت آحاد جامعه و بهبود وضعیت بهداشتی - درمانی آنها از وظایف عمده نظام جمهوری اسلامی و وزارت بهداشت می باشد که از طریق پیشگیری ها در سطوح مختلف حاصل می شود؛ به عبارت دیگر، پیشگیری از بیماریها، تشخیص و درمان به موقع و مناسب آنها، جلوگیری از بروز عوارض ناشی از بیماریها و در نهایت توانبخشی و نوتوانی افراد مبتلا اهداف و استراتژیهای عمده برنامه های بهداشتی - درمانی کشور را تشکیل می دهد.

با توجه به اینکه دیابت یکی از مهم ترین مشکلات بهداشتی در جهان و نیز ایران محسوب می شود و با تغییر در عادت ها، شیوه زندگی، تغذیه و صنعتی شدن جامعه شیوع دیابت به طور اعم و شایع ترین شکل آن (نوع ۲) به طور اخص به شکل اپیدمی حتی در جوانان در حال گسترش است و هزینه های سرسام آور ناشی از دیابت نیز که بیش از ۱۰٪ هزینه های بهداشتی درمانی کشور را به خود اختصاص داده است آن را تبدیل به اولویتی جهت برنامه های نظام سلامت می گرداند بطوریکه برای کاهش روند رو به رشد بیماریهای غیر واگیردار باید به طور جدی و درازمدت با آن مبارزه کرد، لذا کلیه مسئولانی که به نحوی در امر سلامت جامعه نقش دارند، باید اولویت پیشگیری و بهداشت را به طور عمیق باور داشته باشند، در آن راه گام بردارند و همکاری لازم را به عمل آورند. مسئولان مستقیم سلامت جامعه باید سایر مسئولان کشور و مردم را توجیه کنند تا به جای صرف سرمایه های هنگفت برای درمان این قبیل بیماریها، قسمت چشمگیری از آن را در امر پیشگیری هزینه نمایند، بخصوص جهت ارتقاء هر چه بیشتر فرهنگ بهداشت عمومی مردم صرف وقت و هزینه نمایند. حتی لازم است در برنامه های نظام سلامت برنامه ریزی و مراقبت های در خور و مناسب مبتنی بر معیارها و ملاک های جاری پزشکی، آموزش بیماران برای اداره بیماری خویش، آموزش کارکنان بهداشتی، و نیز داروها و تجهیزات پزشکی در اختیار همه بیماران قرار گرفته تا با پیشگیری یا به تاخیر انداختن این عوارض پر هزینه افراد مبتلا به دیابت را قادر به ادامه زندگی سالم و خلاق نمایند. مطالعات نشان داده اند که تغییر شیوه زندگی (Life Style) می تواند بروز دیابت را حداقل ۱۱ سال به تاخیر بیاندازد و حتی در ۲۰٪ موارد بروز آن را متفی کند. با شناسایی، مراقبت و کنترل مناسب بیماری در مراحل ابتدایی آن می توان از بروز جدی و در صورت بروز عوارض از ناتوانی های آن جلوگیری کرد. بنا براین اولویت قرار دادن دیابت در برنامه های نظام سلامت یک ضرورت غیر قابل اجتناب محسوب می شود.

دینفغان این برنامه چه کسانی و یا چه بخش ها و دستگاهایی هستند؟

مهم ترین ذینفعان در برنامه حمایت طلبی دیابت بیماران دیابتی و خانواده های آنان و افراد در معرض خطر بیماری دیابت، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، کارکنان بهداشتی ارائه دهنده خدمت به بیماران دیابتی، سازمانها و موسسات صنعتی و تجاری ارائه دهنده محصولات مورد نیاز بیماران دیابتی و سازمان های مردم نهادی(سمن) که در این حیطه فعالیت می نمایند.

فرایند رسمی و غیر رسمی سیاستگزاری این موضوع چیست؟

با تجزیه و تحلیل هزینه های سر سام آور مراقبت های بهداشتی بیماری دیابت که شامل هزینه های مستقیم، هزینه های غیر مستقیم و هزینه های نامحسوس می باشد. و هم چنین عوارض و ناتوانی ناشی از آن که بار سنگینی به خانواده ها، جامعه و دولت تحمیل می کند لازم است که سیاستگزاری و برنامه ریزی مناسب جهت عمومی شدن این معضل مهم بهداشتی انجام گیرد، در همین راستا برنامه جامع پیشگیری و کنترل دیابت در کشور ما از چند سال قبل در مراحل مختلف (به شکل پایلوت شهری و روستایی در ۱۷ دانشگاه از سال ۱۳۷۸ و سپس به صورت برنامه ادغام یافته روستایی مرحله پایلوت در سال ۱۳۸۱) در دست اجرا بوده و سابقه طولانی در مراحل مختلف اجرایی دارد. با توجه به شیوع بالای دیابت در مناطق شهری، وجود و افزایش ریسک فاکتورهای زمینه ساز افزایش بروز در همین نقاط، حاشیه نشینی و عدم دسترسی کافی به خدمات بهداشتی درمانی در شهرهای بزرگ و در عین حال وجود امکانات و تجهیزات تخصصی و بستر لازم برای ساماندهی بیماران دیابتی؛ فاز دوم این برنامه از سال ۸۸ به صورت برنامه شهری ادغام یافته در نظام سلامت طراحی شد و از ابتدای سال ۸۹ در شهرهای بالای یک میلیون نفر بصورت غربالگری فرصت طلبانه در افراد دارای عوامل خطر اجرا شد. بر اساس گزارش پیشرفت تنظیم شده در اداره غدد و متابولیک واحد بیماریهای غیر واگیر معاونت بهداشتی؛ در پایان سال اول برنامه مطابق پیش بینی انجام شده حدود ۲۰٪ از جمعیت هدف (۴۰٪ جمعیت بالای ۳۰ سال ساکن در شهرهای تهران، کرج، تبریز، مشهد، شیراز و اصفهان) از نظر ابتلاء به دیابت و عوارض آن مورد بررسی قرار گرفته ولی تنها ۲۸٪ آن ها برای خدمات مراقبتی و درمانی تخصصی ارجاع شده اند و این در حالیست که اطلاعات مشخصی از بیماران ارجاعی پذیرش شده در سطوح تخصصی ثبت نشده است و ازسوی دیگر شیوع برخی بیماریها و عوامل خطر همراه با این بیماری از جمله دیس لیپیدمی، هایپرتانسیون، اضافه وزن و چاقی و نارسایی کلیه در این بیماران فراوانی بالایی داشته است که توجه برای پیشگیری از عوارض دیررس را برای ارائه خدمات مراقبتی مطلوب تر به خود معطوف می کند. بدیهی است شناسایی، مراقبت و درمان بیماران دیابتی؛ مشروط به استقرار نظام سلامتی همه جانبه با تعامل تنگاتنگ سطوح مختلف مراقبتی است. هم چنین دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی دستور العمل اجرایی مراقبت تخصصی که ماحصل تجربه دانشگاه های مجری برنامه دیابت شهری در یک سال اخیر بوده؛ که به ارتباط بین سطوح ارجاع در مراقبت های بهداشتی اولیه و حداقل استانداردهای مراقبت تخصصی در نظام درمانی می



پردازد و الگوی مناسبی برای ارائه خدمات تخصصی در کل کشور خواهد بود منتشر نموده است. در حال حاضر با توجه به اهمیت مراقبت و پیگیری بیماران شناسایی شده، مهم ترین شاخص مورد نیاز برای اجرای برنامه کشوری دیابت، ادغام آن در برنامه پزشک خانواده و همکاری هر دو معاونت بهداشتی و درمان دانشگاه ها می باشد. نگاهی مشارکت جویانه، مبتنی بر مستندات علمی قوی از یک طرف و تلاش برای منسجم نمودن اطلاعات و طراحی برنامه های بلند مدت از سوی دیگر باید ارکان مدیریت بیماریهای غیر واگیر را تشکیل داده و تلاش شود تا از طریق ابزارهای مختلف قانونی و مجاری متنوع اجرایی در سازمانها و وزارتخانه های مختلف به تعدیل شیوه زندگی البته با مشارکت مستقیم خود مردم پرداخت. با کمک از وسایل ارتباط جمعی صدا و سیما، مطبوعات، سازمان های مردم نهاد، مشارکت دیگر ارگانها با وزارت بهداشت از جمله شهرداری، سازمان گردشگری، بانکها، وزارت ورزش و جوانان، وزارت کشاورزی و... تهیه و چاپ متون آموزشی، نصب پوستر و پخش پمفلت های آموزشی در زمینه دیابت در سطح جامعه تمامی احاد مردم را در حل این مشکل سهیم گردانند.

آیا این موضوع عمومی است، آیا رسانه روی آن تاکید کرده و بطور مفصل توصیف شده است؟

بله این یک موضوع عمومی است زیرا با توجه به افزایش افراد مبتلا به دیابت به دلیل رشد جمعیت، افزایش سن، شهرنشینی، افزایش شیوع چاقی و عدم فعالیت بدنی به صورت تهدیدی جدی برای سلامتی درآمده، که اقشار مختلف جامعه را درگیر کرده است لذا می بایست برنامه ریزی منطقی و تخصیص منابع کافی صورت گیرد که این ممکن نیست مگر با حمایت مردمی و مشارکت تمامی ارگانهای دولتی و بهداشتی و سازمان های مردم نهاد. تبلیغات و اطلاع رسانی یکی از روشهای لازم و موثر جهت ایجاد الگوهای مناسب و نهادینه کردن آنها، ارتقاء فرهنگ عمومی مردم در امور مربوط به سلامت می باشد متأسفانه آگاهی رسانی و کار فرهنگی در خور توجهی در این زمینه از سوی رسانه تا به حال انجام نگرفته است.

در سالهای گذشته کدام سیاست مرتبط با موضوع، تأیید یا رد شده است؟

در بهمن ماه ۱۳۷۷ اجرای آزمایشی طرح کشوری پیشگیری و کنترل بیماری دیابت نوع ۲ در ۱۷ دانشگاه علوم پزشکی آغاز و تا سال ۱۳۸۱ برای افراد بالای ۳۰ سال و زنان باردار به اجرا درآمد، طی سال ۱۳۸۲ بسته خدمتی بیماری دیابت تهیه شد تا غربالگری و بیمار یابی دیابت در شهرهای بزرگ به بخش خصوصی واگذار شود. به همین منظور " آیین نامه تاسیس کلینیک های دیابت، فشار خون،

چربی خون بالا و چاقی (سندرم متابولیک) نیز تدوین و تصویب شد. در اواسط اسفند ۱۳۸۸ برنامه پیشگیری و کنترل دیابت در مناطق شهری به صورت مقدماتی و آزمایشی اجرا شد و غربالگری و بیماریابی دیابت در شهرهای با جمعیت بالای یک میلیون نفر رسماً از ۲۱ فروردین ماه ۱۳۸۹ هم زمان با هفته سلامت آغاز شد. به منظور ادغام برنامه در سایر مناطق شهری کشور در سه ماهه چهارم سال ۱۳۹۰ دانشگاه هایی که امکان اجرای برنامه را داشتند به مجموع دانشگاه قبلی اضافه شدند و با اجرایی شدن برنامه پزشک خانواده در سال ۱۳۹۱، برنامه پیشگیری و کنترل دیابت در کلیه مناطق شهری و روستایی کشور ادامه خواهد یافت. موارد ذکر شده از جمله برنامه ها و سیاست های اجرایی در تأیید این موضوع می باشد.

نقش مردم در این مساله یا موضوع چیست؟

ماهیت بیماری دیابت به گونه ای است که اقشار مختلفی از مردم را درگیر می نماید، کودکان و نوجوانان، مادران باردار، افراد دارای اضافه وزن و چاق و بخصوص سالمندان. با استفاده از شاخص های آماری و جمعیت شناسی مشخص شده است که روند سالمندی در کشور ما آغاز شده و در صورتی که روند رشد سالمندی به همین شکل پیش برود در حدود سال ۱۴۱۰ در کشورمان انفجار سالمندی رخ خواهد داد که بین ۲۵ تا ۳۰ درصد جمعیت کشور در سنین ۵۰ سالگی و بالاتر قرار دارند و با توجه به اینکه شیوع دیابت با افزایش سن، افزایش می یابد و بیشترین شیوع دیابت در هر جامعه در مسن ترین گروه سنی همان جامعه گزارش می شود، پیش بینی سازمان جهانی بهداشت، مبنی بر این است که انتظار می رود تعداد مبتلایان به دیابت در گروه سنی ۲۰ سال و بالاتر (بزرگسالان) از ۱۹۴ میلیون نفر در سال ۲۰۰۳ به ۳۳۳ میلیون نفر در سال ۲۰۲۵ برسد. و بالطبع احتمال افزایش آمار مبتلایان به دیابت در جامعه ما رو به افزایش خواهد گذاشت، بنابراین بنظر می رسد دیابت یک معضل مهم بهداشتی در جامعه است که با همیاری، مساعدت و آگاهی رسانی مردمی این معضل تا حدود زیادی قابل کنترل گردیده و کاهش یابد. مشارکت های مردمی یکی از ارکان مهم تامین سلامت است، به طوری که بدون وجود آن دستیابی به همه اهداف و شاخص های سلامت فرد و جامعه ممکن نخواهد بود. مشارکت همه جانبه به معنی مشارکت در اندیشه، در برنامه ریزی، در تصمیم گیری، در اجرا و در ارزشیابی می باشد. تا از طریق این مشارکت و ابزارهای مختلف قانونی و مجاری متنوع اجرایی در سازمانها و وزارتخانه های مختلف به تعدیل شیوه زندگی پرداخت.

## ج: تحلیل مخاطبان:

با توجه به بار مالی و هزینه های سرسام آور دیابت که هم بر دوش سیستم بهداشتی کشور و هم بر دوش فرد مبتلا به دیابت و خانواده اوست و همچنین مشکلات و هزینه های نامحسوسی همچون درد، اضطراب، افسردگی، اختلالات روحی و... و عمدتاً کاهش کیفیت زندگی در بیماران دیابتی که تقریباً غیرقابل محاسبه اند می توان گفت موافقان و حمایت کنندگان این موضوع فرد دیابتی و خانواده آنان، افراد در معرض خطر این بیماری و سیستم بهداشتی- درمانی کشور که به مقدار قابل توجهی بار مالی آن را متقبل می شود. مخالفان این موضوع با احتمال بالا می توانند صاحبان صنایع و تولیدکنندگان مواد غذایی ناسالم تغذیه ایی مانند سوسیس و کالباس و یا تولید کنندگان مواد مصرفی بیماران دیابتی باشد.

## د: اهداف مستند حمایت طبیبی

اهداف حمایت طبیبی می تواند شامل مواردی از جمله موارد ذیل باشند:

### ۱- حفظ و بسیج برنامه ها و سیاست های کنونی

برای کاهش روند رو به رشد بیماریهای غیر واگیر دار بایستی به طور جدی و درازمدت با آن مبارزه کرد و نظیر تمام برنامه های مربوط به پیشگیری و بهداشتی، آثار تلاشها بلافاصله ظاهر نمی شود، لذا برنامه ها و سیاست هایی که در جهت پیشگیری و کنترل دیابت انجام گرفته و تاکنون نیز ادامه دارد می بایست پیگیرانه ادامه یابد و در صورت امکان برنامه های تکمیلی دیگری نیز به موازات این برنامه ها انجام گیرد.

### ۲- اصلاح و تغییر سیاست ها

اصلاح و تغییر سیاست های برنامه دیابت مانند هر مساله دیگر در گروگام های سنجیده و حساب شده است. اینکه کدام جنبه ها یا ابعاد برنامه نیازمند اصلاح هستند و کدام عامل ها موجب پدید آمدن مشکل می شوند و کدام یک از نیروهای اجتماعی، فرهنگی، تاریخی یا سیاسی اهمیت بیشتری دارند. می بایست که در این امر دولت و جمهوری اسلامی موضع خود را در برابر جریان اصلاح نظام سلامت و درو بخصوص برنامه های پیشگیری و کنترل دیابت به وضوح مشخص کنند، به نوعی که اصلاح نظام سلامت تعهد حاکمیت باشد و در آن تکلیف و مسئولیت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، وزارت رفاه و تامین اجتماعی و سازمان های بیمه گر، سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور، و دیگر نهادهای مرتبط مشخص شود. لازمه توفیق در این راه عزم ملی و حمایت سیاسی است و تلاش موثر برای افزودن به سهم بخش سلامت از محصول ناخالص داخلی تا بتوان به درستی نیازهای بهداشتی درمانی مردم و جامعه را برآورده نمود.

۳- کم کردن مخالفان برنامه ها یا سیاست ها

برای کم کردن مخالفان برنامه می بایست که مخالفان را در گروه ائتلاف جای داده بدین ترتیب حداقل از شدت مخالفت آنان می کاهیم، البته می بایست که مخالفان برنامه در فرایند تصمیم گیری مشارکت داده شوند، همه مخالفان در یک سطح قرار ندارند موافق نبودن به معنی مخالفت نیست و مخالفت نیز تا ابد نیست و ممکن است با گذشت زمان تغییر کند. برای کم کردن مخالفان از تدوین راه حل های برد- برد، تهدید به فرصت و کاربرد مناسب رسانه در این امر می بایست استفاده نماییم.

۴- ایجاد برنامه یا سیاستگزاری جدید در خصوص موضوع مورد بحث

به موازات برنامه ها و پیشگیری های جاری که در خصوص دیابت انجام می گیرد، تاکید بر پیشگیری نخستین و اولیه دارای اهمیت بسزایی می باشد، جلوگیری از پیدایش و برقراری آن دسته از الگوهای اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی زندگی که نقش آنها در افزایش خطر بیماری شناخته شده است و کنترل علل و عوامل خطرزا. متأسفانه در غالب موارد اهمیت این پیشگیریها وقتی درک می شود که دیگر خیلی دیر شده است. بسیاری از مشکلات بهداشتی بزرگسالان ( نظیر چاقی و پر فشاری خون) در کودکی افراد ریشه دارد. زیرا در این دوران است که شیوه زندگی شخص شکل می گیرد( مانند سیگار کشیدن، الگوی غذا خوردن، ورزش و فعالیت بدنی). می بایست برنامه ها و کوشش ها معطوف به کودکان باشد تا آنان را از یاد گیری شیوه بد و مضر زندگی باز دارند، در واقع تاکید بر آموزش بهداشت فردی و همگانی. باید از ترویج عادات غیر بهداشتی و الگوهای مصرفی نامطلوب در زندگی، قبل از اینکه از نظر فرهنگی در جامعه جا باز کنند و ریشه بدوانند پرهیز کنند. هر چه مداخله در این موارد زودتر انجام شود هزینه های ناشی از این عادات و الگوها کمتر خواهد بود.

## ذ: راهبردها و مداخلات پیشنهادی

با توجه به ماهیت بیماری دیابت توصیه می شود برنامه راهبردی مداخلاتی جامع و چند وجهی با در نظر گرفتن اسناد بالا دستی و با تدوین اهداف عینی، شفاف و قابل دسترسی و اندازه گیری طراحی و در چند مرحله اجرا گردد. اهداف کلی شامل ارتقاء سطح آگاهی، حساسیت و نگرش عموم جامعه نسبت به دیابت و اختلالات گلوکز خون و عوامل خطر ساز آن و همچنین ارتقاء عملکردهای بهداشتی آنها به منظور بهبود شیوه زندگی و همچنین ارایه راهکارها و خدمات پیشگیری و کنترل این اختلالات است. راهبردهای عمده و اساسی پیشنهادی مشابه سایر بیماریهای غیرواگیر شامل موارد زیر است:

### • " ارزیابی و بررسی مستمر وضعیت دیابت و اختلالات گلوکز بالا و عوامل خطر ساز آن در سطح جامعه".

استقرار و استمرار این سامانه های مراقبت اختصاصی با توجه به شرایط و مولفه های استانی و بومی و نیز کشوری توسط وزارت بهداشت و شبکه های بهداشتی و دانشگاه های علوم پزشکی صورت می پذیرد.

### • " آموزش همه جانبه عمومی و گروه های خاص".

آموزش های هدفمند و بر اساس نیازمندی گروه مخاطب و کاستی های آگاهی و دانش در هر یک از گروه های مخاطب منجر به ایجاد سطوح بالاتر آگاهی و توانمندی جامعه در زمینه پیشگیری و درمان و کنترل دیابت خواهد شد.

مهمترین اهداف و گروه ها در این زمینه عبارتند از:

#### آموزش عمومی سلامت

۱- کلیه افراد جامعه نسبت به اهمیت دیابت و اختلالات قند خون بالا، علل بوجود آورنده و عوارض و راه های پیشگیری از آنها بویژه عوامل رفتاری آگاهی داشته باشند مثلا با تهیه و پخش پمفلت، جزوه های آموزشی و نصب پوسترها و بیل بوردهای آموزشی در سطح جامعه.

۲- باید راهنماهای آموزشی و برنامه های مورد نیاز به منظور ایجاد انگیزه و زمینه مناسب جهت اصلاح شیوه زندگی و عادات و رفتارهای غیربهداشتی در زیر گروه های جمعیتی مختلف را بکار گرفته شود. مثلا با بکارگیری ابزار رسانه به دلیل پوشش بالای مخاطب در زمان کوتاه.

۳- جامعه باید مراکز بهداشتی درمانی را به عنوان یک مرجع معتبر در پیشگیری و درمان دیابت و اختلالات قند خون بالا شناخته و شرکت در کلاس های آموزشی اقدام به اصلاح رفتارهای غیربهداشتی گردد.

۴- زنان باید از نقش محوری خویش در اصلاح شیوه زندگی خود و سایر اعضای خانواده در خصوص دیابت و اختلالات قند خون بالا آگاه شوند و اقدام پیشگیرانه لازم را انجام دهند.

۵- جامعه باید از نقش کلیدی کودکان و نوجوانان به عنوان پیام آوران بهداشت آگاهی یابد و مشارکت آنها را در این امر تسهیل کند.

### آموزش جوانان و آموزش در مدارس

۱- تمامی مدارس باید برنامه آموزشی مبتنی بر پژوهش، جامع و متناسب با سن درباره پیشگیری از بیماری های غیرواگیر و راه های ارتقای رفتارهای سالم و کاهش خطر بیماری های غیرواگیر داشته باشند.

۲- تمامی مدارس باید برنامه های متناسب با سن درباره دیابت و اختلالات قند خون بالا، تغییر رژیم غذایی، فعالیت بدنی و اجتناب از مصرف دخانیات داشته باشند.

۳- باید در مدارس انجمن های دانش آموزی تندرستی تشکیل و فعال شوند.

۴- مدارس باید برنامه آموزشی برای اولیاء دانش آموزان طی جلسات و برنامه های مختلف داشته باشند

آموزش در پایگاههای مراقبت سلامت شامل: مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی، مطب های خصوصی و .....

۱- جامعه باید برنامه ها و مواد آموزشی موثر و مبتنی بر پژوهش درباره عوامل خطر ساز بیماری دیابت و اختلالات قند خون بالا: چاقی، فشارخون و دیس لیپیدمی و راههای پیشگیری از عوامل خطر ساز شامل: تغذیه سالم، فعالیت بدنی، عدم استعمال دخانیات و سازگاری با استرس روزانه را در دسترس قرار گیرد.

۲- باید کلاس های آموزشی موثر و مبتنی بر پژوهش درباره عوامل خطر ساز بیماری دیابت و اختلالات قند خون بالا و راه های پیشگیری از آن را به طور مستمر برگزار گردد. مثلا با کلاسهای آموزش مداوم برای افراد جامعه در دو سطح

پیشگیری اولیه و ثانویه و با همکاری پزشک، پرستار، کارشناس تغذیه، کارشناس فعالیت بدنی و ترک سیگار و روانشناس برگزار شود.

### آموزش در محل کار

۱- تمامی اصناف و مشاغل باید با خدمات و مواد لازم برای یادگیری و حفظ رفتارهای سالم و ایجاد انگیزه در تداوم این رفتارها آشنا باشند.

۲- تمامی مشاغل و اصناف و کارکنان باید آگاهی های مناسب ابتدایی مراقبت دیابت و اختلالات قند خون بالا را داشته باشند.

### آموزش جوانان در مراکز آموزشی نظام وظیفه

آموزش لازم و روزآمد کلیه دست اندر کاران امور بهداشتی درمانی مانند پزشکان، پرستاران و...

## • " جلب مشارکت و سازماندهی در سطح جامعه "

مهمترین اهداف و گروه ها در این زمینه عبارتند از:

۱- تمامی جوامع باید برنامه اجرایی برای پیشگیری و کنترل دیابت و اختلالات قند خون بالا با اهداف و مخاطبین اختصاصی داشته باشند.

۲- جامعه، مطالب و خدماتی برای تغییر عوامل خطرزا و رفتارهای پرخطر، که در صورت امکان مبتنی بر پژوهش باشند، تدارک ببینند.

۳- جلب مشارکت سازمان های مردم نهاد(سمن) که میتواند نقش مهمی در سازماندهی جامعه در خصوص کنترل دیابت و اختلالات قند خون بالا داشته باشد.

۴- تشکیل گروه ائتلاف متشکل از سازمان ها( شهرداری، وزارت ورزش و جوانان و...) و افراد ذی نفوذ موافق و مقبول مردم از جمله قهرمانان، هنرمندان و ژورنالیست ها و...

## • " تامین و تضمین سلامت فردی از طریق ارائه خدمات بهداشتی درمانی "

هدف اصلی این راهبرد افزایش درصدی از افراد در معرض خطر که عوامل خطرزای خود را به صورت موثری تا سطوح قابل اطمینان برای پیشگیری اولیه و ثانویه از بیماری دیابت و اختلالات قند خون بالا و مراقبت و درمان عوارض آنها کاهش دهند. این هدف عمده با طراحی و بکارگیری راهکارهایی مانند تاسیس مراکز جامع پیشگیری و درمان دیابت و اختلالات قند خون بالا در بخش دولتی و خصوصی، بازتعریف خدمات و هزینه های شمول بیمه ها و درصد پوشش اجباری آنها، تدوین و اجرای دقیق سامانه های ارجاع در شبکه های بهداشتی درمانی دست یافتنی خواهد بود.

### • " تغییرات محیطی همه جانبه "

جهت ایجاد تغییرات محیطی همه جانبه، افزایش آگاهی مردم جامعه نسبت به دیابت و عوارض آن امری مهم می باشد، با آموزش و آگاهی رسانی در تمام سطوح جامعه؛ افراد در معرض خطر، بیماران و خانواده آنان و کارکنان بهداشتی و برنامه ریزی های مختلف در ادارات و سازمان های مختلف این تغییرات را اعمال نماییم برای نمونه ساعتی از روز به صورت اجباری در سازمان ها و ادارات به ورزش و فعالیت بدنی اختصاص داده شود. و یا برنامه های تشویقی مادی و معنوی برای کاهش وزن افراد چاق در نظر گرفته و بصورت مستمر پیگیری گردد. برنامه های ترک سیگار در سطح جامعه اجرایی گردیده و برای آن پاداش های مادی قابل توجه در نظر گرفته شود.

### • " تغییر سیاست ها و اجرایی کردن آنها "

با توجه به ماهیت بیماری دیابت و آگاهی از چند عاملی بودن آن، پیشگیری از آن مستلزم مجموعه ای از مداخلات است. لذا می بایست سیاستگذاری عمومی و برنامه های ملی و برنامه ریزی جهت مشارکت بخش خصوصی در این امر با نظارت دقیق و مستمر دولت، به منظور کاهش علل اصلی ایجاد خطر و حفظ سلامت مردم، طرح ریزی گردد.

برای نمونه در زمینه تغذیه که بخش های کشاورزی، صنایع غذایی و واردات و صادرات غذایی را در برمی گیرد، می توان نظارت بیشتر بر صنعت غذایی کشور و در سطح سیاست های کلان دولت پژوهش روی تولید محصولات کم چربی و گسترش فرآورده های کشاورزی.

جهت کاهش استعمال دخانیات، برنامه پیشگیری از پر فشاری خون، و برنامه ترویج ورزش و فعالیت بدنی منظم می بایست برنامه های ملی طرح ریزی گردد، زیرا جهت اجرای هر یک از برنامه های فوق تمامی ارگان ها و وزارت خانه های ما درگیر



می شود مثلا جهت کاهش استعمال دخانیات، که یکی از عوامل تاثیر گذار بر روی بیماری دیابت می باشد اگر برنامه ای تهیه شود فقط در قسمت کاهش مصرف سیگار، بخش های مختلف از جمله وزارت بازرگانی برای کاهش واردات سیگار، وزارت آموزش و پرورش و تحقیقات و فناوری و دفاع برای آموزش افراد جوان تحت پوشش برای جلوگیری از گسترش مصرف سیگار، اقتصاد و دارایی برای افزایش مالیات، صدا و سیما برای تبلیغات و آگاه سازی مردم، وزارت کشور برای جلوگیری از فروش سیگار برای افراد زیر ۱۸ سال، نیروهای انتظامی و اطلاعات برای مبارزه با قاچاق و... اجرای بخش های مختلف راین برنامه را به عهده دارند و وزارت بهداشت، تنها بخش کوچکی از برنامه را به عهده دارد. برای پیشگیری اثر بخش می توان از اهرم قدرت و حمایت های سیاسی استفاده نمود، برای نمونه اقدامات منظم مالیاتی و دولتی برای جلوگیری از رواج سیگار و ممانعت از کشیدن سیگار سختگیرانه تر و جدی تر انجام گیرد.

تحلیل خطر، هزینه و موفقیت (مقابله و یا همکاری) برای هر یک از راهبردها و مداخلات پیشنهادی صورت گیرد. برای هر یک از این راهبردها امکان شکست وجود دارد، گاهی این عدم موفقیت ها می تواند به جهت از دست رفتن سود و منبع مالی، از دست دادن نفوذ و قدرت سیاسی، از دست دادن اعتبار و شهرت اجتماعی، از دست دادن کنترل و پایش گری برنامه، وجود قوانین مغایر برای استقرار برنامه و یا علل روانشناختی و رفتاری داشته باشد لذا، می بایست ابتدا علل شکست یا عدم تداوم برنامه و مداخله را شناسایی و درجهت رفع آن تلاش نمود،

تخمین هزینه های مداخلات پیش گیرانه، بستگی به منطقه و شرایط ارایه خدمت و قیمت تمام شده خدمت دارد.

## و: خروجی های برنامه حمایت طلبی

خروجی های برنامه حمایت طلبی می توانند برحسب موضوع شامل موارد زیر باشند:

✓ تشکیل ائتلاف، آماده سازی شکل مناسب اطلاع رسانی، لابی ها، کار با رسانه و جلب حمایت عمومی، بازخوردها (تشویق ها، جشنها، مقابله با شایعات)

با تشکیل گروه ائتلاف متشکل از تمامی گروه های سیاسی، فرهنگی و اجتماعی، اقتصادی، مانند مسوولین سه قوه و وزارتخانه های ذیربط مانند بهداشت، ورزش و آموزش و پرورش، هنرمندان متعهد و مورد علاقه مردم، اندیشمندان و دست اندرکاران سلامت، ژورنالیستهای پزشکی سازمان های مردم نهادی که در این حیطه فعالیت می کنند، و... برگزاری همایش های مختلف ضمن اطلاع

رسانی مناسب و همه جانبه از طریق پوشش رسانه ای، میزان آگاهی و تاثیر گذاری بر روی مردم و جامعه را افزایش داد. برگزاری برنامه های آگاهی دهنده در مناسبتهای مختلف مانند اعیاد مذهبی، جشنها و.. و جهت افزایش اشتیاق و ترغیب و تاثیر گذاری بیشتر مخاطبان برقراری پاداش های مادی و معنوی، تشویق مخاطبان برای نمونه برای ترک سیگار یا کاهش وزن و انجام مسابقه عمومی پیشنهاد می گردد.

✓ تدوین مقاله علمی در مجلات فارسی زبان و انگلیسی

تدوین مقالاتی در خصوص میزان شیوع دیابت در سالمندان و برآورد هزینه های مربوط به آن.

تدوین مقاله در خصوص میزان آگاهی والدین و خانواده ها در مورد عوامل خطرزای بیماریهای غیر واگیر.

✓ تدوین متن نامه حمایت طلبی برای مخالفان مورد نظر

وجود یک فرایند درخواست رسمی به منظور جلب نظر افرادی که ممکن است مخالف باشند و یا احساس کنند نظراتشان در طی فرایند تعیین اولویت ها مورد کم توجهی قرار گرفته است ضرورت دارد. فرایند جلب حمایت مخالفان باید به نحوی عاقلانه مورد استفاده قرار گیرد تا در عین انعطاف پذیری، حفظ و تداوم اعتبار و شفافیت فرایند حمایت طلبی مقدور باشد. بسیاری از مخالفان مخالف واقعی نیستند و با اندک تلاشی ممکن است موافق شوند. با توجه به اینکه مخالفان خود بخشی از مردم هستند و مشارکت مردم در این امر ضرورت دارد پس با ارسال نامه حمایت طلبی و شناسایی دلیل مخالفت آنان می توان به تعیین راهبرد مقابله و رویارویی کمک نمود.

✓ انتشار خلاصه به صورت پیام های اصلی حمایت طلبی به کلیه ذینفعان نظام سلامت اعم از گروههای علمی و واحدهای ستادی و اجرایی از طریق نامه رسمی و درج در سایت فرهنگستان

با انتشار خلاصه پیام های حمایت طلبی در فواصل زمانی معین برای کلیه ذینفعان نظام سلامت در سایت فرهنگستان و حتی سایت کلیه دانشگاه های علوم پزشکی.

✓ برگزاری نشست های مشورتی با مخاطبان

به صورت دوره ای مثلا هر سه ماه یک بار نشست های مشورتی با مخاطبان گذاشته شود تا در ابتدا تاثیر برنامه ها و آموزش ها را بر روی مخاطبان بررسی نمود و در مرحله بعد به بررسی دیدگاه ها و نظرات مخاطبان پرداخته شود در برخی موارد می توان از نظرات مشورتی آنان در طراحی مطالعات و یا تفسیر نتایج آن ها در برنامه های آتی استفاده نمود.

اعلام پیام های اصلی حمایت طلبی در روزنامه ها و رسانه

پیام های اصلی در مورد پیشگیری و کنترل دیابت را به تناوب و پیوسته در روزنامه ها و صدا و سیما تکرار نماییم. برای تاثیر گذاری بیشتر پیام ها باید بر نتایج کوتاه تاکید نماید. برای مثال نوجوانان در مورد پیام هایی که به آنها می گویند که آنها با متوقف نمودن

سیگار می توانند شانس زنده ماندن را تا ۶۵ سالگی افزایش دهند، به ندرت کسی عکس العمل نشان می دهند، در حال که به پیام هایی که بر وضعیت جسمانی فعلی آنها و یا جاذبه جنسی آنها تاکید دارند (مانند قدرت و بنیه جسمانی، عدم بد بویی نفس، انگشتان تغییر رنگ نداده، عدم سرفه صبحگاهی و غیره...) پاسخ مناسبی می دهند.

## ۵ : پیگیری

مجری زمانبندی دستیابی به خروجی های برنامه حمایت طلبی را در این قسمت پیشنهاد دهد. برای کاهش روند رو به رشد بیماریهای غیر واگیر با توجه به برنامه های ذکر شده بایستی به طور جدی و در دراز مدت با آن مبارزه کرد و نظیر تمام برنامه های مربوط به پیشگیری و بهداشتی، آثار تلاشها بلافاصله ظاهر نمی شود لذا برای هر یک از خروجی های ذکر شده یک دوره یکساله پیشنهاد می گردد.

## ۶ : منابع

- ۱- American Diabetes Association Diabetes Facts: profile of diagnosed. American association. Alexandria VA, 1993.
- ۲- برنامه کشوری پیشگیری و کنترل بیماری دیابت نوع ۲ (اجرا در مناطق شهری). علوی نیا سید محمد، قطبی مرجان، مهدوی هزاوه علیرضا، کرمانچی جمشید، نسلی اصفهانی انسبه، یار احمدی شهین. انتشارات سپید برگ ; پاییز ۱۳۹۱. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی معاونت بهداشتی- مرکز مدیریت بیماریهای غیر واگیر- اداره غدد و متابولیک.
- ۳- محمدی سید محمد، رشیدی مریم، افخمی اردکانی محمد. عوامل خطر دیابت نوع ۲. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد. دوره ۱۹، شماره ۲، خرداد و تیر ۱۳۹۰.
- 4- Azizi F, Gouya MM, Vazirian P, Dolatshhi P, Habibian S. Screening for type 2 diabetes in the Iranian national programe: a preliminary report. East Meditern Health G 2003; 9; 1122-7.
- 5- Esteghamati A, Gouya MM, abbasi M, Delavari A, Alikhani F, Safavi A, Forouzanfar M, Gregg Ew. Prevalence of Iran: National Survy of Risk Factors for Non-communicable diseases of Iran. Diabetes care. 2008; 3: 96-8.

- 6- Esteghamati A, Meysamie A, Khalilzadeh O, Rashidi A, Haghazali M, Asgari F, et al. Third national surveillance of Risk Factors of Non-communicable diseases (SURFNCD-2007) in Iran: methods and results on prevalence of diabetes, hypertension, obesity, central obesity, and dyslipidemia. BMC public Health. 2009 May 29; 9: 167.
- 7- Christensen K, Doblhammer G, Ranu R, Vaupel JW. A ageing population : the challenges ahead. Lancet 2009; 374: 1196-1208.
- 8- Sarah W, gojka R, Anders G, Richard S, Hilary K. Global prevalence of Diabetes. Estimates for the year 2000 and projections for 2030. Diabetes care. 2004; 27: 1047-53.
- 9- Haghdoost AA, Rezazadeh-Kermani M, Sadghirad B, Baradaran HR. Prevalence of type 2 diabetes in the Islamic Republic of Iran: systematic review and meta-analysis. East Mediterr Health J 2009; 15: 591-9.
- ۱۰- سلامت در جمهوری اسلامی ایران، مرندی سید علیرضا، عزیزی فریدون، لاریجانی باقر، جمشیدی حمید رضا. سازمان جهانی بهداشت، صندوق کودکان سازمان ملل متحد(یونیسف).
- ۱۱- کرتس اندرو ج :افخمی اردکانی محمد. بیماری دیابت. یزد: طب گستر; ۱۳۸۶.
- ۱۲- جاویدروزی مازیار، باقری نژاد سپیده، حسین پور احمد رضا. پژوهش در ضرورت های ملی و تعیین اولویت ها. تهران: اندیشمند؛ ۱۳۸۰.
- 13- Javanbakht M, Baradaran HR, Mashayekhi A, Haghdoost AA, Khamseh ME, Kharazmi E, et al. Cost-of-illness analysis of type 2 diabetes mellitus in Iran. PLoS One. 2011;6: e26864.
- 14- The World Health Report 1997-conquering suffering, enriching humanity. World Health forum 1997; 18: 248-60.
- 15- Glatthaar C, Welborn TA, Stenhouse NS, Garcia-Webb P. Diabetes and impaired glucose tolerance. A prevalence estimate based on the Busselton 1981 survey. Med J Aust. 1985; 143: 436-40.
- 16- King H1, Rewers M. Global estimates for prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in adults. WHO Ad Hoc Diabetes Reporting Group. Diabetes Care. 1993; 16: 157-77.

۱۷- حاتمی حسین، رضوی سید منصور، افتخاراردبیلی حسن، مجلسی فرشته. کتاب جامع بهداشت عمومی. ویرایش سوم. تهران: ارجمند؛ ۱۳۹۲.

۱۸- احمد کیا دلیری علی اصغر، نجفی بهزاد. چاقی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲: مروری بر شواهد اقتصاد سلامت. مجله پزشکی حکیم ۱۳۹۰؛ دوره چهاردهم: ۲۴۱-۲۳۳.

۱۹- طباطبایی ملاذی عذرا، پیمانی مریم، حشمت رامین، پژوهی محمد.

۲۰- کرمی متین بهزاد، رضایی ستار، علی نیا سیروس، شاحمدی فرامرز، کاظمی کریانی علی. سالمندی در ایران ۱۴۱۰؛ هشدار برای نظام سلامت. طب و تزکیه ۱۳۹۲؛ دوره ۱۲: ۹-۱۸.

۲۱- بالدوین جیمز: نصیرزاده احسان الدین، عالیخانی سیامک. نمایی از سلامت. تهران: جابر؛ ۱۳۸۱.