

تشریح وضعیت موجود، سیاست‌ها و مداخلات اجراشده، نتایج به‌دست آمده و برنامه‌های آتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به‌منظور کنترل عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر در ایران: یک مقاله مروری

شهره نادری مقام^۱، زهرا عبداللهی^۲، پریسا ترابی^۳، علیرضا مهدوی هزاوه^۴، محمد مرادی^۵، بهزاد ولی‌زاده^۶، الهه عزتی^۶، افشین استوار^{۷*}

چکیده

مقدمه: کاهش رشد بروز و شیوع بیماری‌های غیرواگیر و بار این بیماری‌ها از طریق انجام مداخلات و اتخاذ سیاست‌های لازم برای کاهش شیوع عوامل خطر رفتاری آنها شامل تغذیه ناسالم، فعالیت بدنی ناکافی و مصرف دخانیات **روش‌ها:** در این مقاله مروری، مستندات و گزارش‌های موجود در وزارت بهداشت؛ برنامه‌های تدوین شده؛ توصیه‌های سازمان‌های ملی و بین‌المللی، نتایج به‌دست آمده از پایش و ارزشیابی‌های انجام شده و «سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر مربوطه در جمهوری اسلامی ایران از ۱۳۹۴ تا ۱۴۰۴» بررسی و به هر یک از سه عامل خطر اصلی تغذیه ناسالم، فعالیت بدنی ناکافی و مصرف دخانیات (مصرف زیان‌بار الکل، در مقاله دیگری بررسی شده است)، به تفکیک در بخش‌های تشریح وضعیت موجود، سیاست‌ها و مداخلات اجراشده، نتایج به‌دست آمده و برنامه‌های آتی پرداخته شده است.

یافته‌ها: مداخلات و سیاست‌های به‌عمل آمده برای دستیابی به اهداف مندرج در «سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر مربوطه در جمهوری اسلامی ایران از ۱۳۹۴ تا ۱۴۰۴» در حیطه تغذیه ناسالم، باعث اصلاح استانداردهای موادغذایی شده است. مداخلات در حیطه فعالیت بدنی، موجب ۵/۱ درصد کاهش شیوع نسبی کم‌تحرکی در جامعه و مداخلات در حیطه مصرف دخانیات، موجب کاهش کلی ۷/۴۴ درصدی در مصرف دخانیات بین افراد ایرانی بالای ۱۸ سال شده است ولیکن کاهش درمورد مصرف قلیان رخ نداده بلکه مصرف آن در سال ۱۴۰۰ نسبت به سال ۱۳۹۰، ۲۸ درصد افزایش داشته است.

نتیجه‌گیری: باتوجه به یافته‌های به‌دست آمده، دستیابی کامل به اهداف مندرج در سند فوق‌الذکر حاصل نشده است، لذا باید مداخلات و سیاست‌های جدیدی توسط دست‌اندرکاران به‌کارگرفته شود.

واژگان کلیدی: تغذیه ناسالم، کم‌تحرکی، فعالیت بدنی ناکافی، مصرف دخانیات، مصرف مواد دخانی

- ۱- مرکز تحقیقات سلامت سالمندان، پژوهشکده علوم جمعیتی غدد و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
- ۲- دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران
- ۳- اداره تغذیه بزرگسالان و تغذیه‌ی بالینی، دفتر بهبود تغذیه جامعه، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران
- ۴- دفتر مدیریت بیماری‌های غیرواگیر، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران
- ۵- ستاد کشوری کنترل دخانیات، دفتر مدیریت بیماری‌های غیرواگیر، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران
- ۶- دانشکده‌ی پزشکی اسدآباد، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زنجان، زنجان، ایران
- ۷- مرکز تحقیقات استتوپروز، پژوهشکده علوم بالینی غدد و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

* **نشانی:** تهران، بزرگراه جلال آل احمد، جنب بیمارستان دکتر شریعتی، پژوهشگاه علوم غدد و متابولیسم، کد پستی ۱۴۱۱۷۱۳۲۹، تلفن: ۰۲۱۸۸۶۳۱۲۹۸، نمابر: ۰۲۱۸۸۲۲۰۰۵۲، پست الکترونیک: aostovar@tums.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۹/۱۴

تاریخ درخواست اصلاح: ۱۴۰۱/۰۸/۲۵

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۷/۲۵

مقدمه

بیماری‌های غیرواگیر از جمله دیابت، سرطان‌ها، بیماری‌های قلبی-عروقی و آسم/بیماری‌های انسدادی مزمن ریوی جزو علل اصلی مرگ‌ومیر و آسیب‌ها در سرتاسر جهان هستند و موجب بیش از ۷۰ درصد مرگ‌ها در جهان می‌شوند [۱]. به گزارش سازمان جهانی بهداشت، ۴۲ درصد از مرگ‌های ناشی از این بیماری‌ها در سنین زیر ۷۰ سال اتفاق می‌افتد که ۸۲ درصد این مرگ‌ها به کشورهای با درآمد کم و متوسط اختصاص دارد [۱]. به‌همین دلیل است که افزایش شیوع و بروز چشمگیر بیماری‌های غیرواگیر، به ویژه در دهه‌های اخیر، سبب گسترش نگرانی‌هایی در نظام سلامت در کشورهای مختلف جهان و دست‌اندرکاران این نظام شده است. آخرین گزارش منتشرشده از سوی سازمان جهانی بهداشت نشان می‌دهد که ۸۲ درصد از موارد مرگ در ایران، به علت بیماری‌های غیرواگیر رخ می‌دهد و احتمال غیرشرطی مرگ زودرس به‌علت این دسته از بیماری‌ها در سال ۲۰۱۶ در ایران، ۱۷ درصد برآورد شده است. بیماری‌های قلبی-عروقی (۴۳ درصد)، سرطان‌ها (۱۶ درصد)، دیابت (۴ درصد) و بیماری‌های مزمن تنفسی (۴ درصد)، از مهم‌ترین علل مرگ ناشی از بیماری‌های غیرواگیر محسوب می‌شوند [۲].

کمیته‌ی ملی بیماری‌های غیرواگیر در ایران در سال ۱۳۹۵، با هدف ادغام تمامی فعالیت‌های پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر در کشور تأسیس شد. این کمیته که بالاترین سطح سیاست‌گذاری و تصمیم‌گیری در کشور در زمینه‌ی برنامه‌های پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر محسوب می‌شود، در اولین اقدام خود، «سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر مربوطه در بازه‌ی زمانی ۱۳۹۴ تا ۱۴۰۴» را تدوین و منتشر کرد. در این سند که در همان سال، به تصویب شورای عالی سلامت و امنیت غذایی به ریاست رئیس‌جمهور رسید و ۱۱ وزیر یا رئیس سازمان ملی آن را امضا کردند، ۱۳ هدف ملی که کشور باید تا سال ۱۴۰۴ به آنها دست یابد؛ تعیین و سیاست‌ها و مداخلاتی که برای دستیابی به آنها نیاز است نیز مشخص شد [۳]. موفقیت‌های کشور در زمینه‌ی سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی برای پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر در سطح

بین‌المللی نیز به خوبی شناخته شده و ایران به‌عنوان یکی از کشورهایی که سریع‌ترین موفقیت را در این زمینه داشته‌اند؛ به رسمیت شناخته شده است [۴]. همچنین، در سال ۲۰۱۸، جایزه‌ی کارگروه ویژه آژانس بین‌المللی سازمان ملل متحد به نماینده‌ی کشورمان اهدا شد [۵].

کاهش رشد فزاینده‌ی بروز و شیوع بیماری‌های غیرواگیر و بار این بیماری‌ها، مستلزم مداخله برای کاهش شیوع عوامل خطر آنها است. چهار عامل خطر رفتاری شامل تغذیه ناسالم، فعالیت بدنی ناکافی، مصرف دخانیات و مصرف الکل و چهار عامل خطر متابولیک شامل چاقی، فشارخون بالا، قندخون بالا و اختلال چربی به‌عنوان عوامل خطر مشترک چهار بیماری غیرواگیر اصلی شناخته شده‌اند [۶]. سازمان جهانی بهداشت، مجموعه‌ای از مداخلات هزینه‌اثربخش را با عنوان Best Buys برای کاهش بار عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر شناسایی و پیاده‌سازی آنها را برای کشورهای با درآمد پائین و متوسط توصیه کرده است [۷]. در سند ملی بیماری‌های غیرواگیر، کاهش میزان مصرف نمک (۳۰ درصد)، حذف اسیدهای چرب ترانس در محصولات غذایی، کاهش فعالیت بدنی ناکافی (۲۰ درصد)، کاهش مصرف دخانیات (۳۰ درصد) و توقف رشد شیوع چاقی، به‌عنوان مهم‌ترین اهداف مرتبط در حوزه‌ی عوامل خطر مرتبط با سبک زندگی بیماری‌های غیرواگیر، پیش‌بینی شده‌اند و سیاست‌ها و مداخلات ملی برای دستیابی به این اهداف نیز تعیین گردیده‌اند [۳].

مقاله‌ی حاضر، اهداف، سیاست‌ها و فعالیت‌هایی که از زمان تصویب سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر در زمینه‌ی سه عامل خطر مرتبط با سبک زندگی از جمله تغذیه‌ی ناسالم، فعالیت بدنی ناکافی و مصرف دخانیات در کشور انجام شده است را مرور می‌کند.

روش‌ها

این مقاله، یک مقاله‌ی مروری است که از طریق بررسی مستندات و گزارش‌های موجود در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، برنامه‌های تدوین شده، توصیه‌های انجام شده به‌وسیله سازمان‌های ملی و بین‌المللی و نتایج به‌دست آمده از پایش و

یافته‌ها

عامل خطر تغذیه‌ی ناسالم

تشریح وضعیت موجود

افزایش مصرف قند و نمک و چربی و کاهش مصرف میوه‌ها و سبزی‌ها در رژیم غذایی جامعه به دلایل مختلف، زمینه‌ساز بروز اضافه وزن و چاقی، دیابت، فشار خون بالا و اختلالات چربی خون حتی در سنین پایین شده است، به شکلی که در گروه سنی ۱۵ تا ۶۴ سال؛ شیوع چاقی، دیابت، فشار خون بالا و چربی خون بالا در سال ۱۳۹۵ به ترتیب ۵۶/۱ درصد، ۸/۵ درصد، ۲۱/۶ درصد و ۱۹/۷ درصد و علاوه بر آن، در همین سال، میزان مصرف مناسب میوه و سبزی ۴/۸٪، مصرف هفتگی فست فودها ۱۲/۸ درصد، مصرف هفتگی ماهی ۹/۸ درصد و مصرف مناسب نمک ۱۱/۷ درصد گزارش شد [۸]، درحالی‌که مصرف مناسب میوه و سبزی در همین مطالعه در سال ۱۳۸۵، فقط ۱۲/۸ درصد اعلام شد [۹].

در راستای دستیابی به چهار هدف اصلی در «سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر مربوطه» که شامل ۳۰ درصد کاهش نسبی مصرف نمک در جامعه، جلوگیری از افزایش بیشتر چاقی و دیابت، کاهش مصرف اسیدهای چرب اشباع شده و به صفر رساندن میزان اسیدهای چرب ترانس در روغن‌های خوراکی و محصولات غذایی است، عمده‌ترین راهبردهای‌های به‌کار گرفته‌شده در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی عبارتند از اصلاح استانداردهای ملی مواد غذایی پرمصرف از نظر میزان قند و نمک و چربی، اصلاح کیفیت روغن‌های خوراکی، ارتقای فرهنگ و سواد تغذیه‌ای جامعه، پیشگیری و کنترل اضافه وزن و چاقی کودکان و نوجوانان، غربالگری تغذیه‌ای جمعیت و آموزش تغذیه در پایگاه‌های جامع سلامت و مراکز جامع سلامت در شبکه بهداشتی درمانی کشور. براساس آخرین مطالعات انجام گرفته درمورد آگاهی و عملکرد خانوارها در ارتباط با برخی از عوامل خطر تغذیه‌ای، شاخص‌های مورد نظر بین دو مطالعه در سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۵ بهبود پیدا کرده است [۱۰]. جدول ۱ نمایانگر میزان مورد نظر هدف اختصاصی در پایان سال ۱۳۹۵ و میزان مورد نظر هدف

ارزشیابی‌های انجام شده به‌وسیله‌ی واحدهای مرتبط در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، نتایج پیمایش‌های ملی و ارزشیابی‌های بیرونی انجام شده به‌وسیله‌ی نهادهای بین‌المللی و نیز مقالات و مستندات منتشر شده در مجلات علمی انجام شده است.

در این گزارش، به تفکیک، به هر کدام از سه عامل خطر اصلی تغذیه‌ی ناسالم، فعالیت بدنی ناکافی و مصرف دخانیات در چهار بخش زیر پرداخته شده است:

تشریح وضعیت موجود: در این بخش، شاخص‌های عامل خطر مربوطه در ابتدای برنامه تشریح شده و به فرصت‌ها و چالش‌های موجود اشاره شده است.

سیاست‌ها و مداخلات اجراشده: در این بخش، به سیاست‌ها و مداخلات پیاده‌شده در چهار حیطه‌ی اصلی حاکمیت (Governance)، خدمات سلامت (Health care)، کاهش خطر (Risk reduction) و نظام مراقبت (Surveillance) در دوره‌ی زمانی تصویب سند تا زمان انتشار این مقاله اشاره شده است.

نتایج به‌دست آمده: در این بخش، به نتایج حاصله از پیاده‌سازی سیاست‌ها و مداخلات اشاره شده است. این نتایج شامل دستاوردهای به‌دست آمده در سطح سیاست‌گذاری، پیاده‌سازی برنامه‌ها و دستیابی به اهداف تعیین شده در «سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر» و نیز اهداف جزئی مرتبط با هر عامل خطر است.

برنامه‌های آتی: در این بخش، برنامه‌های در دست اقدام برای هر عامل خطر با توجه به سیاست‌های تعیین شده در سند و براساس نتایج به‌دست آمده تاکنون، از پیاده‌سازی سیاست‌ها و برنامه‌ها به‌منظور پیگیری حصول به اهداف در نظر گرفته شده تا سال ۱۴۰۴ اشاره شده است.

با توجه به اینکه برنامه‌های پیشگیری از مصرف الکل در بسته برنامه‌های سلامت روان ادغام شده، مقاله‌ی حاضر به این عامل خطر نپرداخته و بدین دلیل، سیاست‌ها و مداخلات مرتبط با کاهش مصرف آن، در مقاله‌ی دیگری مورد بحث قرار گرفته است.

اختصاصی، در پایان سال اول و دوم برنامه‌ی ششم توسعه‌ی اجتماعی اقتصادی است.

جدول ۱- اهداف اختصاصی و میزان موردنظر هدف اختصاصی در پایان سال‌های ۱۳۹۵، ۱۳۹۸ و ۱۳۹۹

| میزان مورد نظر هدف اختصاصی | میزان مورد نظر هدف اختصاصی | میزان مورد نظر هدف اختصاصی | هدف اختصاصی |
|------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|--|
| میزان دستیابی به هدف در ۱۴۰۰ | در پایان سال دوم برنامه (سال ۱۳۹۹) | در پایان سال اول برنامه (سال ۱۳۹۸) | اختصاصی در سال پایه (تا سال ۱۳۹۵) |
| ۵۰ درصد | ۲ درصد | ۵ درصد | کاهش اسیدهای چرب ترانس در محصولات غذایی |
| ۱۰۰ درصد | ۳۱ استاندارد | ۲۸ استاندارد | کاهش مصرف نمک (بازنگری استاندارد مواد غذایی) |
| ۱۰۰ درصد | ۳۰ استاندارد | ۲۵ استاندارد | کاهش مصرف شکر (بازنگری استاندارد مواد غذایی) |

* بیش از ۴۰ استاندارد مواد غذایی از نظر شکر (پودر نوشیدنی، دونات، پیراشکی، کیک، انواع قهوه و...) و بیش از ۵۰ استاندارد مواد غذایی از نظر میزان نمک (انواع پنیر، انواع مغز دانه‌ها، شور، کنسرو، ترشی و...) تا پایان سال ۱۴۰۰ مورد بازنگری و اصلاح قرار گرفته است.
* گزارش بالا با استپس ۱۳۹۸ هم‌خوانی دارد اما با استپس ۱۴۰۰ به دلیل نهایه نشدن گزارش، قابل تطابق نیست.

سیاست‌ها و مداخلات اجرا شده در حیطه‌ی تغذیه‌ی ناسالم

مداخلات مختلفی برای پیشگیری و کنترل عوامل خطر تغذیه‌ای انجام شده است، از جمله تجدید نظر در استانداردهای مواد غذایی از نظر قند و نمک و چربی، برگزاری کارگاه‌های آموزشی مشاوره‌ی تغذیه برای پیشگیری و کنترل دیابت، فشار خون بالا، چاقی و اضافه وزن و اختلالات در مراقبت‌های بهداشتی اولیه (PHC)، تشکیل کمیته‌ی پایش و ارزشیابی اجرای استانداردهای تجدیدنظرشده، تدوین و ابلاغ دستورالعمل تغذیه سالم برای بهبود شیوه‌ی زندگی و پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر در دوران کرونا، تشکیل وینارهای علمی درمورد تغذیه و پیشگیری از ابتلا به کووید ۱۹ در بیماری‌های غیرواگیر برای پرسنل بهداشتی ارائه دهنده‌ی خدمت، بیماران، ارائه‌ی مشاوره‌ی تلفنی تغذیه به گروه‌های پرخطر و مبتلا به بیماری‌های غیرواگیر از طریق سامانه‌ی پاسخگویی ۴۰۳۰ و اجرای برنامه‌ی ایران اکو برای پیشگیری و کنترل چاقی کودکان و نوجوانان در دانشگاه‌های کشور (شروع پایلوت در سال ۱۳۹۵ و اجرا از سال ۱۳۹۷)، تدوین و پایش دستورالعمل پایگاه تغذیه‌ی سالم در

مدارس، برگزاری کارگاه‌های آموزشی برای کارشناسان تغذیه‌ی ستاد دانشگاه‌ها و مراکز جامع سلامت، برگزاری بسیج ملی سالانه آموزش تغذیه سالم با اجرای برنامه‌های کارشناسی در مورد محدودیت مصرف قند و نمک و چربی با همکاری ۶۳ دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور، اجرای مراقبت و مشاوره تغذیه به بیماران مبتلا به دیابت؛ فشار خون بالا؛ چربی خون بالا و چاقی در مراکز جامع سلامت از سال ۱۳۹۳ در قالب برنامه‌ی تحول نظام سلامت، آموزش‌های چهره به چهره و گروهی به مبتلایان به بیماری‌های غیرواگیر شایع، تدوین دستورالعمل اجرائی تغذیه به تفکیک دانشگاه‌ها، کیت‌رینگ‌ها و رستوران ادارات دولتی و توسعه‌ی آموزش‌ها در سطح دانشگاه‌های کشور.

علاوه بر آن، مشاوره‌ی تغذیه به ۱۰۴۴۴ بیمار مبتلا به دیابت، ۱۲۹۳۴ بیمار قلبی-عروقی، ۲۰۳۲۴ فرد دارای اضافه وزن و چاق در مشاوره‌ی تغذیه در قالب سامانه ۴۰۳۰ از اردیبهشت ۱۳۹۹ تا خرداد ماه ۱۴۰۰ ارائه شد. این مداخلات، به تفکیک حیطه‌های مختلف در جدول ۲ خلاصه شده است.

جدول ۲- مداخلات مرتبط با کاهش عوامل خطر تغذیه‌ای در سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر مربوطه

هدف ۱: ۳۰ درصد کاهش نسبی مصرف نمک در جامعه

• **حیطه حاکمیت (Governance):**

- تدوین پروتکل‌های آموزشی و برنامه‌ریزی آموزشی تغذیه‌ی جامعه و تجدید نظر در استانداردهای مواد غذایی از نظر میزان نمک
- حیطه‌ی کاهش خطر (Risk reduction): اجرای بسیج‌های آموزشی در سطح کشور و اجرای استانداردها

• **حیطه‌ی خدمات سلامت (Health care):**

- توسعه‌ی آموزش‌های تغذیه‌ای مبنی بر کاهش مصرف نمک و مواد غذایی صنعتی و شور و اصلاح الگوی مصرف
- ارائه‌ی مشاوره مبنی بر اصلاح الگوی مصرف و رژیم درمانی برای بیماران مبتلا به فشارخون بالا توسط کارشناسان تغذیه

• **حیطه‌ی نظام مراقبت (Surveillance):**

- پایش اثربخشی آموزش‌ها و پایش میزان نمک محصولات غذایی

هدف ۲: جلوگیری از افزایش بیشتر چاقی و دیابت

• **حیطه‌ی حاکمیت (Governance):**

- تدوین پروتکل‌های آموزشی و برنامه‌ریزی آموزشی تغذیه‌ی جامعه و تجدیدنظر در استانداردهای مواد غذایی از نظر میزان شکر افزوده
- حیطه‌ی کاهش خطر (Risk reduction):

- اجرای بسیج‌های آموزشی در سطح کشور و اجرای استانداردها

• **حیطه‌ی خدمات سلامت (Health care):**

- توسعه‌ی آموزش‌های تغذیه‌ای مبنی بر کاهش مصرف قند و شکر و مواد غذایی شیرین و اصلاح الگوی مصرف

• **حیطه‌ی نظام مراقبت (Surveillance):**

- پایش اثربخشی آموزش‌ها و پایش میزان قند محصولات غذایی

هدف ۳: کاهش مصرف اسیدهای چرب اشباع شده

• **حیطه‌ی حاکمیت (Governance):**

- تدوین پروتکل‌های آموزشی و برنامه‌ریزی آموزشی تغذیه‌ی جامعه، تجدیدنظر در استاندارد مواد غذایی و روغن‌ها از نظر چربی‌های اشباع
- حیطه‌ی کاهش خطر (Risk reduction):

- اجرای بسیج‌های آموزشی در سطح کشور و اجرای استانداردها

• **حیطه‌ی خدمات سلامت (Health care):**

- توسعه‌ی آموزش‌های تغذیه‌ای مبنی بر کاهش مصرف چربی‌های اشباع و اصلاح الگوی مصرف

• **حیطه‌ی نظام مراقبت (Surveillance):**

- پایش اثربخشی آموزش‌ها و پایش میزان چربی اشباع محصولات غذایی

هدف ۴: به صفر رساندن میزان اسیدهای چرب ترانس در روغن‌های خوراکی و محصولات

• **حیطه‌ی حاکمیت (Governance):**

- تدوین پروتکل‌های آموزشی و برنامه‌ریزی آموزشی تغذیه‌ی جامعه و تجدید نظر در استاندارد روغن‌های خوراکی از نظر میزان ترانس
- حیطه‌ی کاهش خطر (Risk reduction):

- اجرای بسیج‌های آموزشی در سطح کشور و اجرای استانداردها

• **حیطه‌ی خدمات سلامت (Health care):**

- توسعه‌ی آموزش‌های تغذیه‌ای مبنی بر کاهش مصرف قند و چربی و اصلاح الگوی مصرف

• **حیطه‌ی نظام مراقبت (Surveillance):**

- پایش اثربخشی آموزش‌ها و پایش میزان اسید چرب ترانس محصولات غذایی

نتایج

بیشینه (غلات و فرآورده‌ها، رشته، نان، پفک، کنسرو، سس، رب، تن، تخمه، پنیر، پنیر پیتزا و ماست)، اصلاح استاندارد ۲۵ محصول غذایی از نظر میزان قند با تنظیم یا کاهش بیشینه (در نکتار، آب میوه، شربت، نوشابه، فرآورده‌های یخی خوراکی، کنسرو، سس، غلات و فرآورده‌های آن، نان، پودر کیک نیمه آماده، دانه‌های حجیم شده‌ی غلات، آدامس و فرآورده‌های لبنی مانند خامه و شیر). نتایج حاصل از پژوهش ملی بررسی آگاهی و عملکرد خانوارها در مورد برخی عوامل خطر تغذیه‌ای طی دو سال ۱۳۹۰ و ۱۳۹۵ در جدول ۳ ارائه شده است.

باتوجه به تمامی فعالیت‌های انجام‌شده، نتایج ارزشمندی در حوزه‌ی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر حاصل شد که عبارت بودند از اصلاح استاندارد ۲۱ انواع روغن‌ها و چربی‌ها با کاهش میزان اسیدهای چرب ترانس انواع روغن‌ها و چربی‌ها (فرآورده‌های لبنی، چیپس، خلال سیب‌زمینی سرخ‌شده، غلات حجیم شده، آرد کامل ذرت، شیرینی‌های آردی، کنسرو، فرآورده‌های کاکائویی، پودر تخم‌مرغ و ژامبون)، اصلاح استاندارد ۲۸ محصول غذایی از نظر میزان نمک با کاهش

جدول ۳- نتایج حاصل از پژوهش ملی بررسی آگاهی و عملکرد خانوارها در مورد برخی عوامل خطر تغذیه‌ای در سال‌های ۱۳۹۰ و ۱۳۹۵

| ردیف | شاخص | ۱۳۹۰ | ۱۳۹۵ |
|------|---|-------|-------|
| ۱ | آگاهی خانوار در مورد زیان‌بارترین روغن خوراکی برای سلامت | ۷۷/۷۸ | ۸۱/۲۵ |
| ۲ | آگاهی خانوار در مورد اثر مصرف زیاد نوشابه‌های گازدار بر سلامت در زمینه اضافه وزن و چاقی | ۳۰/۶۷ | ۵۰/۴۶ |
| ۳ | آگاهی خانوار در مورد اثرات مصرف بیش از حد فست فود بر اضافه وزن و چاقی | ۳۱/۸۸ | ۶۲/۰۸ |
| ۴ | آگاهی خانوار در مورد اثرات مصرف بیش از حد فست فود بر بیماری‌های قلبی-عروقی | ۱۲/۹۶ | ۳۳/۶۲ |
| ۵ | عملکرد خانوار در مورد مصرف روغن جامد برای پخت | ۳۱/۸ | ۲۱/۳۷ |
| ۶ | عملکرد خانوار در مورد استفاده از نمکدان سر سفره | ۵۱/۲۸ | ۲۹/۵۹ |
| ۷ | عملکرد خانوار در مورد مصرف هفتگی آبمیوه‌ی صنعتی | ۲۳/۳ | ۱۳/۶ |

فرصت‌ها و چالش‌ها

پیشگیری و کنترل عوامل خطر تغذیه‌ای در کشور، با انواع فرصت‌ها و چالش‌ها روبرو بوده و هست.

از مهم‌ترین فرصت‌ها می‌توان به وجود اسناد بالادستی مرتبط در حمایت از سیاست‌های بهبود الگوی تغذیه جامعه، وجود اهداف مشترک در برنامه‌های سازمان جهانی بهداشت، وجود برنامه‌ها و اهداف مشترک بین واحد بهبود تغذیه؛ مدیریت بیماری‌های غیرواگیر و سازمان غذا و دارو، به‌کارگیری کارشناسان تغذیه در مراکز جامع سلامت به‌عنوان اولین سطح تماس با جامعه، وجود مطالعات ملی در مورد شیوع عوامل خطر تغذیه‌ای در جامعه، استقبال و حمایت سازمان استاندارد کشور با اصلاح استانداردهای مواد غذایی، افزایش استقبال صنایع از تولید غذاهای سالم و تبعیت از استانداردهای بازرگری شده، وجود برچسب‌گذاری تغذیه‌ای (نشانگرهای

رنگی) محصولات غذایی، افزایش آگاهی‌های تغذیه‌ای در جامعه، افزایش دسترسی مردم به اطلاعات تغذیه‌ای سالم از طریق فضاهای مجازی فراهم شده توسط شبکه‌ی بهداشتی درمانی کشور و افزایش دسترسی ارائه دهندگان خدمت در شبکه‌ی بهداشتی درمانی کشور به اطلاعات به‌روز تغذیه‌ای از طریق آموزش‌های مجازی در شرایط جدید بحران کرونا و فراهم شدن زیرساخت‌های آموزش مجازی در سطوح آکادمیک و جامعه اشاره کرد.

از سوی دیگر، مواردی همچون رشد و گسترش بی‌رویه‌ی رستوران‌های عرضه‌کننده‌ی فست‌فودها بدون وجود قوانین محدودکننده‌ی توسعه‌ی این مراکز، رشد تنوع نوشیدنی‌ها و اسنک‌های حاوی شکر و نمک افزوده‌ی بالا و نوشیدنی‌های ورزشی و انرژی‌زا، کاهش فعالیت بدنی در گروه‌های سنی مختلف در جامعه به‌دلیل شرایط محدودیت‌زایی همچون

تغذیه، روانشناسان، متخصصان فعالیت بدنی، متخصصان اقتصاد، متخصصان مدیریت و برنامه‌ریزی)

- توسعه‌ی پژوهش‌های تغذیه‌ای و ایجاد زیرساخت نظام مراقبت و سیستم مراقبت‌های غذا و تغذیه در کشور و تدوین استانداردها و جداول آنالیز ملی مواد غذایی

عامل خطر کم تحرکی

تشریح وضعیت موجود

تأثیرات مثبت فعالیت بدنی بر مشکلاتی مانند بیماری‌های قلبی-عروقی، شکایت اسکلتی-عضلانی و افسردگی، کاملاً اثبات شده است. علاوه بر این، بررسی‌های مقطعی و طولی نشان می‌دهد که کم‌تحرکی با افزایش بیماری‌های قلبی-عروقی در ارتباط است [۱۱]. برای حفظ و ارتقای سلامت در بزرگسالان، حداقل ۳۰ دقیقه فعالیت بدنی با شدت متوسط و ۵ روز در هفته توصیه شده است و به ازای هر یک درصد افزایش سطح فعالیت بدنی در جمعیت، می‌توان از ۱۰ مرگ به علت بیماری‌های عروق کرونر قلب پیشگیری کرد [۱۳، ۱۲]، همچنین، تمرینات ورزشی منظم می‌تواند باعث کاهش بروز دیابت، سرطان سینه، سرطان معده و روده شود [۱۵، ۱۴].

نتایج پیمایش عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر در سال ۱۴۰۰ نشان داد که درصد جمعیت ۱۸ تا ۲۴ سال (۵۶/۸۳ درصد زنان و ۳۰/۸۳ درصد مردان) دارای فعالیت بدنی کم هستند [۱۶]. در راستای اجرای بیانیه سازمان ملل متحد برای کاهش ۲۵ درصدی مرگ‌ومیر ناشی از بیماری‌های غیرواگیر، کشور ایران، توقف روند افزایش شیوع چاقی و کاهش نسبی فعالیت بدنی ناکافی به میزان ۲۰ درصد را نیز در «سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر مربوطه در بازه‌ی زمانی ۱۳۹۴ تا ۱۴۰۴» تعیین کرده است [۳]. برای دستیابی به اهداف بالا، با تمرکز بر هدف کاهش شیوع فعالیت بدنی ناکافی، تدوین یک برنامه‌ی ملی هدفمند با چارچوب پایش و ارزشیابی مشخص، ضروری به نظر می‌رسید.

سیاست‌ها و مداخلات اجرا شده در حیطه‌ی کم تحرکی

کنکور سراسری و کاهش ساعات فعالیت بدنی در مدارس، محدود بودن ابزار قانونی برای کنترل تبلیغات گسترده‌ی مواد غذایی شور، شیرین و چرب در رسانه‌ی ملی و بیلبردها، پایین بودن سطح سواد برخی واحدهای تولیدی برای ارائه‌ی محصول غذایی سالم و نیز محدودیت‌های اعتباری برای آموزش و فرهنگ‌سازی تغذیه‌ی سالم در جامعه در سطح وسیع، انواع چالش‌های پیش روی این فعالیت‌ها را تشکیل می‌دهند.

برنامه‌های آتی در حیطه‌ی تغذیه‌ی ناسالم

باتوجه به تجارب به‌دست آمده از مداخلات صورت گرفته در مورد اصلاح الگوی مصرف قند و نمک و چربی، برنامه‌ی کاهش مصرف قند و نمک و چربی در سفره‌ی غذایی ایرانیان با فعالیت‌های زیر تداوم خواهد یافت:

- بازنگری استاندارد سایر محصولات غذایی از نظر میزان نمک، قند و چربی اشباع و ترانس
- تداوم فرهنگ‌سازی الگوی درست مصرف مواد غذایی از نظر میزان نمک، قند و چربی اشباع و ترانس
- برنامه‌ریزی برای جلب همکاری صنایع غذایی برای تولید محصولات غذایی رژیمی ویژه‌ی بیماری‌های غیرواگیر و ایجاد دسترسی برای تمام مردم به این گونه محصولات
- ایجاد ارتباط تنگاتنگ بین دو حوزه‌ی سیاست‌گذاری تغذیه‌ای و فعالیت‌بدنی برای پیشگیری و مهار بهتر بیماری‌های غیرواگیر
- بررسی الگوی تغذیه در دوران شیوع کووید-۱۹ و اثر آن بر پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر شایع در کشور
- به‌کارگیری دانش آموختگان تغذیه در تمامی مراکز جمعی برای مشاوره و برنامه‌ریزی تغذیه‌ای و اصلاح الگوی تغذیه در مراکز جمعی و محیط‌های کار
- تغییر در شیوه‌ی آموزش تغذیه جامعه متناسب با سطح سواد و فرهنگ مناطق مختلف کشور
- تشکیل تیم‌های چندرشته‌ای تخصصی سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی تغذیه‌ای در سطح کلان (تجمیع متخصصان

مداخلات مختلفی برای پیشگیری و کنترل عامل خطر کم شیوع نسبی کم‌تحركی در جامعه، مطابق با جدول ۳ در حیطه تحركی در راستای رسیدن به هدف مربوطه (۲۰ درصد کاهش های مختلف به مورد اجرا درآمده است):

جدول ۳- مداخلات مرتبط با کاهش عامل خطر کم‌تحركی در سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر

۱- ۲۰ درصد کاهش شیوع نسبی کم‌تحركی در جامعه

- **حیطه حاکمیت (Governance):**
 - تدوین پروتکل‌های آموزشی و برنامه‌ریزی آموزشی فعالیت بدنی ناکافی و ادغام در برنامه‌ی ایران
- **حیطه‌ی کاهش خطر (Risk reduction):**
 - اجرای بسیج‌های آموزشی فعالیت بدنی ناکافی در سطح کشور، با توجه به وضعیت هر دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور
 - هدایت پوی‌های ملی و جامعه‌محور با هدف تقویت آگاهی و درک و قدردانی از منافع اجتماعی، اقتصادی و فواید محیطی فعالیت بدنی و به‌صورت اختصاصی، تأکید بر هدایت بیشتر روی پیاده‌روی، دوچرخه‌سواری و سایر اشکال استفاده از چرخ (ویلچر، اسکوتر و اسکیت)
- **حیطه‌ی خدمات سلامت (Health care):**
 - توسعه‌ی آموزش‌های مرتبط با افزایش میزان فعالیت بدنی با استفاده از مشاوره و الگوی تغییر رفتار فرآیندی و آموزش آزمون‌های آمادگی جسمانی در مراجعین
 - توسعه‌ی آموزش‌های مرتبط با افزایش میزان فعالیت بدنی با استفاده از مشاوره و ارجاع به پزشک و آموزش آزمون‌های آمادگی جسمانی در بیماران (بیماران قلبی-عروقی، دیابت، فشارخون بالا، پوکی استخوان و مانند آنها)
 - اجرای بسته‌ی خدمتی فعالیت بدنی توسط ارائه‌دهندگان خدمات سلامت (بهورز، مراقب سلامت و پزشک)
- **حیطه‌ی نظام مراقبت (Surveillance):**
 - پایش اثربخشی آموزش‌ها و پایش وضعیت فعالیت بدنی و تشخیص مراحل تغییر

۲- مداخلات آموزشی در نظام ورزش

- **حیطه‌ی حاکمیت (Governance):**
 - تربیت مربیان تندرستی و مروج سبک زندگی فعال
 - توسعه‌ی باشگاه‌های ورزشی سلامت‌محور و اعطای نشان باشگاه حامی سلامت
- **حیطه‌ی کاهش خطر (Risk reduction):**
 - برگزاری جشنواره‌ها و رویدادهای هنری با موضوع ورزش همگانی و فعالیت بدنی
 - برگزاری پوی‌های آگاهی بخش با رویکرد ترویج فواید چندگانه‌ی ورزش و بهبود مهارت‌های سبک زندگی فعال افراد بالای شش سال
- **حیطه‌ی خدمات سلامت (Health care):**
 - برگزاری کارگاه‌های آموزشی در زمینه افزایش فعالیت بدنی و مزایای کاهش وزن
 - اجرای برنامه‌ی توسعه‌ی فعالیت بدنی
 - برگزاری کارگاه آموزشی (TOT course) فعالیت بدنی برای معاونین بهداشتی و مدیران مسئول فعالیت بدنی
- **حیطه‌ی نظام مراقبت (Surveillance):**
 - پایش بندهای تفاهم‌نامه‌ی همکاری مشترک توسعه‌ی فعالیت بدنی با وزارت ورزش و جوانان

۳- نظام آموزش در دانشگاه‌ها

- **حیطه‌ی حاکمیت (Governance):**

- توسعه‌ی طرح پایش سلامت در تمامی دانشگاه‌های کشور و توسعه‌ی نرم‌افزار ثبت اطلاعات

- **حیطه‌ی کاهش خطر (Risk reduction):**

- توسعه و تجهیز اتاق‌های تندرستی و آمادگی جسمانی در تمامی دانشگاه‌های کشور

- المپیاد ورزش‌های بومی و محلی خوابگاه‌های دانشگاه‌ها

- **حیطه‌ی خدمات سلامت (Health care):**

- توسعه‌ی آموزش‌های توسعه‌ی فعالیت بدنی با استفاده از مشاوره و الگوی تغییر رفتار فرآنظری و آموزش آزمون‌های آمادگی جسمانی در دانشجویان

- جشنواره‌ی ورزش همگانی درونی مناطق ده‌گانه‌ی دانشگاه‌ها

- **حیطه‌ی نظام مراقبت (Surveillance):**

- ارزیابی وضیت فعالیت بدنی دانشجویان

۴- مداخلات آموزشی در مدارس

- **حیطه‌ی حاکمیت (Governance):**

- تدوین پروتکل‌های آموزشی و برنامه‌ریزی آموزشی توسعه‌ی فعالیت بدنی دانش‌آموزان و تجدید نظر در برنامه‌های تربیت بدنی

- **حیطه‌ی کاهش خطر (Risk reduction):**

- توسعه‌ی طرح مدرسه‌ی پویا

- آموزش معلمان، والدین و کارکنان در مورد فواید فعالیت بدنی و روش انجام آن

- طرح ورزش با خانواده

- **حیطه‌ی خدمات سلامت (Health care):**

- تجهیز و ایجاد کلاس تربیت بدنی با رویکرد ارتقای سواد حرکتی در تمام مدارس

- اجرای تمرینات کششی در مدارس

- **حیطه‌ی نظام مراقبت (Surveillance):**

- پایش اثربخشی آموزش‌ها و پایش اجرای تمرینات کششی در مدارس و پایش هنجار آمادگی جسمانی دانش‌آموزان

نتایج به‌دست آمده در حیطه‌ی کم‌تحرکی

چارچوب‌ها و ابزارهای متعددی به‌وسیله‌ی ادارات مختلف وزارت بهداشت از جمله دفتر مدیریت بیماری‌های غیرواگیر، دفتر سلامت جمعیت و خانواده، مرکز سلامت محیط و کار، دفتر آموزش و ارتقای سلامت، دفتر بهبود تغذیه‌ی جامعه و همچنین، واحدهای مربوط در ادارات مرتبط با رفاه و امور کارکنان به‌منظور توسعه‌ی فعالیت بدنی و اجرای حرکات اصلاحی در محل‌های کار تهیه شده است. استفاده از این ظرفیت‌ها و محتواهای موجود و ارزیابی برنامه‌های در حال استقرار به‌منظور بررسی سهولت اجرا و اثرات روی گروه

هدف، از اقدامات مهم در حیطه‌ی کاهش شیوع کم‌تحرکی است. از آنجایی که دستیابی به هدف حداقل ۲۰ درصد کاهش نسبی در کم‌تحرکی می‌تواند تعداد مرگ‌ومیر را به‌طور قابل ملاحظه‌ای کنترل کند و ایده‌آل آن بود که این هدف حاصل شود، اما بنابر شرایط موجود، مطالعه‌ی استپس سال ۱۴۰۰ نشان داده است که میزان فعالیت بدنی ۵۱/۳ درصدی در سال ۱۳۹۵ به ۵۶/۴ درصد در سال ۱۴۰۰ رسیده است یعنی کاهشی معادل ۵/۱ درصد را نشان می‌دهد. این کم‌تحرکی در مردان ۴۱/۹۳ درصد و ۵۷/۸۷ درصد بوده است. در هر حال، نتایج برگرفته از مطالعات مختلف نشان داده است که طراحی راهبردهای

ولی روند شیوع در بعضی از گروه‌های سنی و جنسی، نشان دهنده‌ی تغییر الگوی مصرف دخانیات در ایران است که نیازمند توجه جدی است. دبیرخانه‌ی ستاد کشوری کنترل دخانیات در سال ۱۳۸۶ در کشور تأسیس شد و طبق شرح وظائف مندرج در ماده‌ی ۲۵ آیین‌نامه‌ی اجرائی قانون جامع کنترل و مبارزه ملی با دخانیات، تاکنون، اقدامات بسیار ارزشمندی برای هماهنگی فعالیت‌های مبارزه با مصرف دخانیات در کشور انجام داده است و در راستای اجرای بیانیه‌ی سازمان ملل متحد برای کاهش ۲۵ درصدی مرگ‌ومیر ناشی از بیماری‌های غیرواگیر، کشور ایران، هدف کاهش ۳۰ درصدی شیوع مصرف دخانیات از بازه‌ی زمانی ۱۳۹۴ تا سال ۱۴۰۴ را تعیین کرده است [۱۸، ۱۶].

سیاست‌ها و مداخلات اجرایشده

این مداخلات با بهره‌گیری از مفاد کنوانسیون کنترل دخانیات سازمان جهانی بهداشت و قانون جامع کنترل و مبارزه ملی با دخانیات شامل پایش مصرف دخانیات و سیاست‌های پیشگیرانه، محافظت از مردم در برابر مواجهه با دود دخانیات، ممنوعیت مصرف دخانیات در اماکن عمومی با تأکید بر حذف عرضه‌ی قلیان در این اماکن، به‌ویژه، در دوران پاندمی کووید-۱۹، گسترش خدمات ترک دخانیات، اجرای کامل ممنوعیت تبلیغ، ترویج و حمایت از دخانیات و افزایش مالیات دخانیات تنظیم شده است [۱۹] و جدول ۴، خلاصه‌ای از نتایج این اقدامات را نشان می‌دهد.

کلیدی مؤثر در راستای کاهش شیوع کم‌تحرکی، موجب افزایش آگاهی، نگرش و سواد فعالیت بدنی در گروه‌های هدف، از جمله کارکنان، خانواده آنان، مدیران و سایر افراد خواهد شد [۳].

برنامه‌های آتی در حیطه‌ی عامل خطر کم‌تحرکی

- طراحی و اجرای پویش ملی فعالیت بدنی با مشارکت تمامی ذی‌نفعان
- افزایش جذابیت موضوع تناسب بدنی برای جوانان با استفاده از نقش رسانه‌ها
- ابلاغ برنامه‌ی ملی توسعه‌ی فعالیت بدنی به‌وسیله‌ی دستگاه‌های اجرائی
- نهایی سازی و اجرای کشوری برنامه‌ی نرم‌افزار هوشمند مشاوره و ارزیابی توسعه‌ی فعالیت بدنی فیت آسا
- پیگیری اجرای کامل تفاهم‌نامه همکاری توسعه‌ی فعالیت بدنی با وزارت ورزش و جوانان
- عقد تفاهم‌نامه‌ی همکاری توسعه‌ی فعالیت بدنی با وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی
- مشارکت فعال در پایش فرآیند اجرائی برنامه‌ی توسعه‌ی فعالیت بدنی، به‌ویژه، در حوزه‌های آموزش و پرورش و وزارت ورزش و جوانان

عامل خطر مصرف دخانیات

تشریح وضعیت موجود

مصرف دخانیات، یکی از بزرگ‌ترین عوامل تهدیدکننده‌ی سلامت بشر در جهان است که به گزارش سازمان جهانی بهداشت، سالانه موجب مرگ ۸ میلیون نفر است که ۱/۲ میلیون نفر از این مرگ‌ها در افرادی رخ می‌دهد که مصرف کننده‌ی تنباکو نیستند ولی مرگ آنان به‌علت قرارگرفتن در معرض دود دست دوم دخانیات و مجاورت با افراد مصرف کننده‌ی دخانیات اتفاق می‌افتد [۱۷]. براساس نتایج پیمایش استپس در سال ۱۴۰۰، ۲۵/۸۸ درصد از مردان و ۴/۴۴ درصد از زنان ایرانی، دخانیات مصرف می‌کنند. هر چند این میزان در مقایسه با بعضی از کشورهای منطقه، پایین‌تر به‌نظر می‌رسد

جدول ۴- مداخلات مرتبط با عامل خطر مصرف دخانیات در سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر

۱- ۳۰ درصد کاهش نسبی مصرف دخانیات در جامعه

• **حیطه حاکمیت (Governance):**

- تأمین و حمایت مالی پایدار طرح‌های پیشگیری و مقابله با مصرف دخانیات و تخصیص بودجه برای اقدامات مورد نیاز در حیطه‌های پیشگیری و کاهش مصرف دخانیات از طریق افزایش مالیات در قوانین بودجه سنواتی و مالیات بر ارزش افزوده
- اجرای پروژه ملی شهر و روستای بدون دخانیات در ۶۳ شهر و ۶۳ روستای سراسر کشور با تمرکز بر حذف پایدار عرضه قلیان با همکاری سازمان جهانی بهداشت از شهریور سال ۱۳۹۹
- استمرار ممنوعیت عرضه قلیان در اماکن عمومی و مراکز تهیه و توزیع مواد غذایی
- اجرای هماهنگی و بستر لازم به‌منظور ممنوعیت فروش محصولات دخانی خارج از شبکه‌ی توزیع مجاز و همکاری با سازمان آمار در بررسی فعالیت‌های فرهنگی خانوار با طرح سئوالاتی از شیوع مصرف مواد دخانی در طرح‌های کشوری

• **حیطه‌ی کاهش خطر (Risk reduction):**

- طراحی مداخلات آموزشی و راه‌اندازی پویش‌های آموزشی به‌منظور کاهش آسیب‌های ناشی از مصرف دخانیات
- برگزاری کارگاه‌های آموزشی برای کارشناسان حیطه‌ی دخانیات ستاد دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور
- اجرای «طرح دانشگاه بدون دخانیات در سال ۱۴۰۰»

• **حیطه‌ی خدمات سلامت (Health care):**

- آموزش کارشناسان و مراقبین سلامت برای مشاوره به‌منظور کاهش و کنترل مصرف دخانیات و اجرای کمپین‌های اطلاع‌رسانی
- تدوین و اجرای کشوری بسته‌ی خدمتی نوجوان سالم گروه سنی ۱۲-۱۷ سال (راهنمای مربی و والدین) ویژه‌ی مراکز بهداشتی درمانی در مورد پیشگیری از مصرف دخانیات
- تدوین و اجرای آزمایشی طرح مدارس بدون دخانیات در راستای پیشگیری از مصرف دخانیات

• **حیطه‌ی نظام مراقبت (Surveillance):**

- پایش اثربخشی آموزش‌ها
- به‌کارگیری و ادغام سئوالات استاندارد مربوط به شیوع شناسی
- پایش سیاست‌ها و مداخلات پیشگیرانه در نظام‌های آماری کشور

۲. گسترش خدمات ترک مصرف دخانیات

• **حیطه‌ی حاکمیت (Governance):**

- ادغام خدمات مشاوره و ترک دخانیات در نظام بهداشت و درمان کشور
- تهیه و تدوین دستور عمل ارائه خدمات ترک و درمان مصرف دخانیات در مؤسسات یا افراد حقیقی/حقوقی غیردولتی

• **حیطه‌ی کاهش خطر (Risk reduction):**

- جذب روانشناسان در نظام مراقبت‌های اولیه به‌منظور مشاوره و درمان حمایتی و غیردارویی افراد مصرف‌کننده‌ی دخانیات به‌منظور کاهش خطر

• **حیطه‌ی خدمات سلامت (Health care):**

- راه‌اندازی خط تلفنی مشاوره‌ی ترک دخانیات help line (در حال اجرا)

• **حیطه‌ی نظام مراقبت (Surveillance):**

- پایش اثربخشی آموزش‌ها و نظارت بر اقدامات انجام شده در مورد ارائه خدمات ترک دخانیات

۳. کاهش قابل توجه عرضه‌ی قلیان در اماکن عمومی در دوران شیوع کرونا

• **حیطه‌ی حاکمیت (Governance):**

- تدوین و ارسال بخشنامه‌ی دادستان کل کشور به دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سراسر کشور در مورد ممنوعیت پایدار عرضه‌ی قلیان و برخورد قانونی با موارد تخلف عرضه‌ی قلیان

• **حیطه‌ی کاهش خطر (Risk reduction):**

- اجرای بسیج‌های آموزشی در مورد رابطه مصرف دخانیات با افزایش احتمال ابتلا به بیماری کرونا و اطلاع‌رسانی در سطح کشور به منظور کاهش خطرات ناشی از مصرف دخانیات

• **حیطه‌ی خدمات سلامت (Health care):**

- پایش و نظارت کامل بر عدم عرضه‌ی قلیان در قهوه‌خانه‌ها، چایخانه‌ها، رستوران‌ها، تالارهای پذیرایی و مانند آنها با تأکید بر لزوم همکاری ضابطان قضایی با بازرسین بهداشت در برخورد با متخلفین

• **حیطه‌ی نظام مراقبت (Surveillance):**

- تقویت خدمات ترک دخانیات و ارائه‌ی خدمات مشاوره در مراکز جامع خدمات سلامت

۴. اجرای کامل ممنوعیت تبلیغ، ترویج و حمایت از مصرف دخانیات

• **حیطه‌ی حاکمیت (Governance):**

- اخذ تأییدیه‌ی مصوبه ستاد کشوری کنترل دخانیات در دیوان عدالت اداری در زمینه‌ی ممنوعیت تبلیغ و ترویج مواد دخانی از جمله کاربرد عطر و طعم در محصولات دخانی و رد شکایت تولیدکنندگان در اعتراض به این مصوبه

- ابلاغ بخشنامه‌ی مرکز اصناف و بازرگانان ایران به معاونت‌های بهداشت دانشگاه‌های خدمات بهداشتی درمانی سراسر کشور در مورد ممنوعیت هرگونه تبلیغ به صورت تابلوهای نئون‌دار، نمایش تصاویر قلیان، سیگار و استعمال دخانیات بر سر در و شیشه مغازه، استندهای تبلیغاتی و غیره در واحدهای صنفی

- پذیرش سند تصویب پروتکل ریشه‌کنی تجارت غیرقانونی محصولات دخانی در سازمان ملل متحد در سال ۱۳۹۸

• **حیطه‌ی کاهش خطر (Risk reduction):**

- ممنوعیت استفاده از قفسه‌های فروش محصولات دخانی در مراکز فروش به‌منظور کاهش خطر

- توسعه‌ی آموزش‌ها و اجرای پویش‌هایی برای افزایش آگاهی در مورد ممنوعیت تبلیغ، ترویج و حمایت از عدم مصرف دخانیات

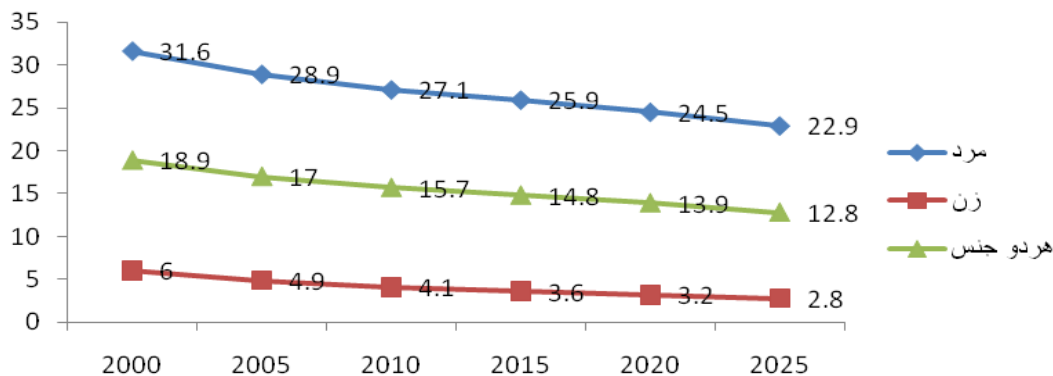
• **حیطه‌ی نظام مراقبت (Surveillance):**

- شاخص پایش و ارزیابی: حذف تبلیغ، ترویج و حمایت از دخانیات

نتایج به‌دست آمده در حیطه‌ی مصرف دخانیات

پیشرفت در کاهش مصرف دخانیات و اجرای راهبردها و مداخلات توصیه‌شده از سوی سازمان جهانی بهداشت در زمینه‌ی کنترل دخانیات، شاخص کلیدی برای سنجش تلاش کشورها است. نمودار ۱، تغییر روند مصرف‌کنندگان فعلی دخانیات در سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۸ و اثربخش بودن اقدامات انجام شده و پیش‌بینی کاهش روند مصرف در سال ۲۰۲۵ در

ایران را به تفکیک جنسیت در سنین بالای ۱۵ سال نشان می‌دهد. نمودار ۱، روند کاهشی مصرف‌کنندگان فعلی دخانیات در هر دو جنس را نشان می‌دهد. به‌طوری که انتظار می‌رفت، شیوع مصرف دخانیات از ۱۸/۹ درصد در سال ۲۰۰۰ به ۱۳/۹ در سال ۲۰۲۰ رسیده است و پیش‌بینی می‌شود در آینده، با انجام مداخلات و اتخاذ راهبردهای در دست اقدام در راستای اهداف (MPOWER) به ۱۲/۸ برسد [۲۰].



نمودار ۱- روند شیوع مصرف دخانیات (مصرف‌کنندگان فعلی) در میان افراد ۱۵ سال و بالاتر در سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۲۵ [۲۱]

- تداوم فرهنگ‌سازی و اجرای طرح‌های مبتنی بر جامعه و محیط‌های آموزشی به‌منظور پیشگیری از مصرف دخانیات
- راه‌اندازی نظام مراقبت کنترل دخانیات در کشور

بحث

در این مقاله مروری، سیاست‌ها و مداخلات طراحی و اجرا شده برای کاهش بار سه عامل خطر مهم بیماری‌های غیرواگیر شامل تغذیه ناسالم، فعالیت بدنی ناکافی و مصرف دخانیات در راستای دستیابی به اهداف مندرج در «سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر مربوطه در بازه‌ی زمانی ۱۳۹۴ تا ۱۴۰۴» ارائه شده است [۲۲]. اصلاح استانداردهای مواد غذایی برای کاهش محتوای روغن، نمک و شکر مواد غذایی، حساس‌سازی و پوی‌سازی اطلاع‌رسانی برای افزایش آگاهی مردم در مورد لزوم افزایش فعالیت بدنی و کاهش کم‌تحرکی و تصویب و اجرای بسته‌ی مداخلات کنترل دخانیات، از مهم‌ترین مداخلات انجام شده در این زمینه بوده اند.

در ابتدای دهه‌ی ۱۹۹۰، در یک گزارش فنی رسمی سازمان بهداشت جهانی، توصیه‌های تغذیه‌ای و استانداردهای تغذیه‌ای با هدف پیشگیری از بیماری‌های مزمن را با عنوان رژیم غذایی تغذیه و پیشگیری از بیماری‌های مزمن منتشر کرد [۲۳]. از طرفی نیز عمده‌ترین مداخلات و سیاست‌های به‌عمل آمده در حیطه‌ی تغذیه ناسالم در کشور ایران، اصلاح استانداردهای مواد غذایی بوده است. استانداردهای تغذیه‌ای، توصیه‌هایی در

کاهش ۹۰ درصدی عرضه قلیان در اماکن عمومی، قهوه‌خانه‌ها و مراکز تهیه و توزیع مواد غذایی در زمان همه‌گیری کووید ۱۹ و همچنین، اجرای برنامه‌ی ممنوعیت پایدار عرضه‌ی قلیان با پیاده‌سازی جامع الزامات و راهبردهای کنترل دخانیات در شهرها و روستاهای منتخب بدون دخانیات سراسر کشور، از دیگر دستاوردها و مداخلات مهم بوده است [۱۹].

برنامه‌های آتی در حیطه‌ی مصرف دخانیات

وجود قوانین و مقررات کنترلی جامع و ساختار حاکمیتی ستاد کشوری کنترل دخانیات، از نقاط قوت برنامه‌ی ملی کنترل دخانیات است که اجرای مؤثر قوانین مذکور و مصوبات ستاد، نقش کلیدی در دستیابی به هدف کاهش ۳۰ درصدی شیوع مصرف دخانیات تا سال ۲۰۲۵ دارد. در این زمینه نیاز است که از ظرفیت دستگاه‌های نظارتی و تقویت مشارکت مردمی برای مطالبه‌گری و اجرای کامل راهکارهای کاهش عرضه و تقاضای مصرف دخانیات استفاده کرد. اهم اقداماتی که مقرر است در این راستا مورد توجه قرار گرفته شود، به شرح ذیل است:

- تقویت اجرای کنوانسیون کنترل دخانیات، قانون جامع کنترل و مبارزه‌ی ملی با دخانیات و پروتکل ریشه‌کنی تجارت غیرقانونی مواد دخانی
- پیشنهاد لایحه مالیات دخانیات و مدل بهینه برای افزایش مالیات بر مواد دخانی
- اجرای سیاست بسته‌بندی ساده‌ی مواد دخانی (Plain Packaging)
- اجرای ممنوعیت کاربرد عطر و طعم در تولید مواد دخانی

مورد مقدار متناسب دریافت مواد مغذی در گروه‌های سنی و جنسی ارائه می‌دهد. بسیاری از کشورهای توسعه‌یافته و در حال توسعه از جمله ایران نیز استانداردهای تغذیه‌ای ملی خود را تدوین و در فواصل زمانی مختلف، تجدیدنظرهای لازم را در آنها به عمل می‌آورند [۲۳].

همچنین، مطالعه‌ی برنامه‌های موفق تغذیه‌ای جامعه‌محور نیز نشان می‌دهد که این برنامه‌ها برای موفقیت ناگزیر به پذیرش یک رویکرد مبتنی بر احترام به حقوق بشر و فرهنگ بومی هستند. براساس چنین رویکردی، این حق افراد جامعه است که از اهداف برنامه‌ای که قرار است در زندگی آنها تأثیر بگذارد مطلع شوند و خودشان فعالانه در اجرای آن نقش داشته باشند به همین دلیل نیاز به ایجاد مداخلات آموزشی و کمپین‌های اطلاع‌رسانی پیش از پیش احساس می‌گردد [۲۴، ۲۵]. با این وجود ایجاد بستر مناسب برای ارائه‌ی خدمات مشاوره و رژیم درمانی یکی دیگر از اولویت‌های برنامه‌ی بهبود تغذیه‌ی جامعه است. علاوه بر این، برنامه‌ریزی در جهت بهبود وضعیت تغذیه در مراکز جمعی عرضه و توزیع غذا از جمله سلف سرویس‌ها و رستوران‌های ادارات دولتی و خصوصی، سربازخانه‌ها، دانشگاه‌ها و مهد کودک‌ها به منظور حصول اطمینان از توزیع و عرضه‌ی غذاهای سالم و با ارزش غذایی برای حفظ سلامت تغذیه‌ای افراد، حائز اهمیت است [۲۴، ۲۵].

مداخلات مختلف در حیطه‌ی فعالیت بدنی در راستای دستیابی به هدف مربوطه در سند مذکور، موجب ۵/۱ درصد کاهش شیوع نسبی کم‌تحركی در جامعه شده است [۲۲]. فعالیت بدنی، یکی از عوامل مهم در حفظ و بهبود سلامت جسمانی و روانی است و نقش مهمی در بهبود کیفیت زندگی ایفا می‌کند، به همین دلیل، مشارکت در برنامه‌های فعالیت بدنی، نقش ویژه‌ای در ارتقای سلامت افراد بازی می‌کند [۲۶]. شواهد، نشان دهنده‌ی این واقعیت است که انجام فعالیت بدنی، یکی از روش‌های مفید مقابله با فشارهای روانی و استرس‌ها است. تحقیقات متعددی درباره‌ی شیوه‌های کاهش فشار روانی به کمک فعالیت بدنی صورت گرفته که نتایج بیشتر آنها، تأثیر مثبت فعالیت بدنی در کاهش فشارهای روانی را نشان می‌دهد [۲۷]. Corbett و همکاران (۲۰۱۸) در مطالعه‌ی مداخله‌ای ۱۲ هفته‌ای در

کارکنان دانشگاه ایالتی Kent روی ۵۰ نفر از کارکنان (۴۳ زن و ۷ مرد با میانگین سنی ۴۸ سال) نشان داد که میزان کلسترول خون، نمایه‌ی توده‌ی بدنی^۱، فشارخون سیستولیک، چربی با چگالی کم^۲، کاهش معناداری را با انجام فعالیت‌های بدنی از خود نشان می‌دهند [۲۸]. علاوه‌براین، Amini و همکاران (۱۳۹۱) در مطالعه‌ای، با استفاده از پرسشنامه‌ی بین‌المللی فعالیت بدنی روی ۱۲۰ نفر و مداخله‌ای از آموزش الکترونیکی با استفاده از رسانه‌های دیجیتال (در مدت ۴ ماه)، میانگین نمره‌ی فعالیت بدنی گروه مورد مطالعه، از ۴۷۴/۴۵ به مقدار ۱۶۶۵/۱۵ رسانده بدین معنا که بیش از ۳ برابر افزایش در این نمره روی داده است و این امر در بهبود و ایجاد روحیه‌ی مثبت در کارکنان سازمان اثر داشته است [۱۲]. در واقع، طراحی راهبردهای کلیدی مؤثر در راستای کاهش شیوع کم‌تحركی می‌تواند مفید واقع شود، به طوری که برنامه‌های ارتقای سلامت که برای افزایش فعالیت بدنی طراحی شده باشد، می‌تواند از پیامدهای منفی سلامت جسمی و روانی ضعیف، از قبیل کاهش بهره‌وری و رضایت از کار و تعهد، جلوگیری کند [۱۱]. پوشش‌های اطلاع‌رسانی در مورد فعالیت بدنی و افزایش آگاهی در مورد خطرات کم‌تحركی یکی از مداخلات بسیار هزینه اثر بخش بوده که توسط جهانی سازمان بهداشت به‌عنوان یکی از مداخلات موجود در فهرست سیاست‌ها و مداخلات توصیه شده برای کشورهای با درآمد پائین و متوسط قرار داده شده است [۲۹]. نظر به اهمیت موضوع و ضرورت پاسخگویی در قبال سیاست‌های کلی سلامت، دستیابی به اهداف «سند پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط»، از تعهدات بین‌المللی جمهوری اسلامی ایران در اولویت است [۲۲].

تأمین و حمایت مالی پایدار طرح‌های پیشگیری و مقابله با مصرف دخانیات و تخصیص بودجه یکی از اقدامات مورد نیاز در حیطه‌های پیشگیری و کاهش مصرف دخانیات است، علاوه بر این موضوع وجود قوانین منع مصرف دخانیات در کافه و رستوران‌ها، افزایش قیمت دخانیات و ممنوعیت مصرف برای

¹ body mass index

² low-density lipoprotein

عوامل خطر مربوطه در بازه‌ی زمانی ۱۳۹۴ تا ۱۴۰۴ هستند. در سال‌های اخیر، مداخلات بسیاری با هزینه‌های اندک به‌منظور کاهش این عوامل خطر در کشور طراحی و اجرا شده که آثار و نتایج بسیار ارزشمندی را به‌دنبال داشته‌اند، با این وجود، استمرار و توسعه‌ی این سیاست‌ها و اقدامات می‌تواند به‌طور مؤثری، از بار بیماری‌های غیرواگیر بکاهد و رشد سرسام‌آور هزینه‌های درمان را در حوزه‌ی بیماری‌های غیرواگیر متوقف کند. اقدام همه‌جانبه دولت و جامعه شامل جلب حمایت سایر بخش‌های دولت، علاوه بر بخش سلامت و نیز بخش خصوصی و مشارکت همه‌جانبه‌ی مردم و جامعه مدنی برای دستیابی به اهداف کاهش عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر، ضروری به‌نظر می‌رسد.

تضاد منافع

بین نویسندگان این مقاله، تضاد منافع وجود ندارد.

ملاحظات اخلاقی

این مطالعه دارای ملاحظات اخلاقی خاصی نیست.

افراد زیر ۱۸ سال، از مداخلات و راهبردهای ارتقای سلامت است که می‌تواند در کاهش مصرف دخانیات کمک کند [۳۰]، همچنین آموزش کارشناسان و مراقبین سلامت برای مشاوره به منظور کاهش و کنترل مصرف دخانیات و اجرای کمپین‌های اطلاع‌رسانی از مداخلات کاهش مصرف دخانیات در کشور ایران در حال انجام است این درحالی است که سازمان جهانی بهداشت، یکی از دلایل اصلی تمایل افراد به دخانیات را داشتن اطلاعات اشتباه در مورد آن اعلام نموده است [۳۱، ۳۲]. Gerrard و همکاران در مطالعه‌ی خود عنوان کردند که مداخله‌ی آموزشی و اصلاح تصاویر مثبت و محبوب افراد سیگاری و تقویت ویژگی‌های نامطلوب از آنها و آموزش به مردم، می‌تواند اثر مهاری و پیشگیری‌کننده بر مصرف دخانیات داشته باشد [۳۳]. این موضوع، نشان‌دهنده‌ی آن است که ارائه‌ی اطلاعات در مورد دخانیات و مضرات آن از طریق رسانه‌ها و بروشورهای آموزشی و استفاده از سایر راهبردهای آموزشی می‌تواند از مفیدترین و عمده‌ترین مداخلات باشد [۳۴].

نتیجه‌گیری

کاهش عوامل خطر رفتاری بیماری‌های غیرواگیر، از مهم‌ترین بخش‌های «سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر و

مآخذ

1. Saha A, Alleyne G. Recognizing noncommunicable diseases as a global health security threat. *Bulletin of the World Health Organization*, 2018; 96(11):792-3.
2. Roghani A. The influence of Covid-19 vaccine on daily cases, hospitalization, and death rate in Tennessee: a case study in the United States. *JMIRx Med*, 2021; 2(3):e29324.
3. Banerjee A, Mbamalu D, Ebrahimi S, Khan AA, Chan TF. The prevalence of polypharmacy in elderly attenders to an emergency department—a problem with a need for an effective solution. *International journal of emergency medicine*, 2011;4(1):1-3.
4. Peykari N, Hashemi H, Dinarvand R, Haji-Aghajani M, Malekzadeh R, Sadrolsadat A, et al. National action plan for non-communicable diseases prevention and control in Iran; a response to emerging epidemic. *J Diabetes Metab Disord*, 2017; 16:3.-
5. Tehran Times. Iran's Noncommunicable Diseases Committee receives UNIATF award Available at: <https://www.tehrantimes.com/news/428096/Iran-s-Noncommunicable-Diseases-Committee-receives-UNIATF-award2018> Oct 2 [cited cited: 2021 jul 24].
6. Yang MJ, Rooks BJ, Le T-TT, Santiago IO, Diamond J, Dorsey NL, et al. Influenza vaccination and hospitalizations among COVID-19 infected adults. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 2021; 34(Supplement):S179-S82.
7. World Health Organization. Regional Office for the Eastern M. Summary report on the regional consultation on the development of an updated action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases, Cairo, Egypt, 30 June - 2 July 2012. 2012.
8. Moghadas SM, Vilches TN, Zhang K, Wells CR, Shoukat A, Singer BH, et al. The impact of vaccination on coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreaks in the United States. *Clinical Infectious Diseases*, 2021; 73(12):2257-64.
9. Ghiasi N, Valizadeh R, Arabsorkhi M, Hoseyni TS, Esfandiari K, Sadighpour T, et al. Efficacy and side

- effects of Sputnik V, Sinopharm and AstraZeneca vaccines to stop COVID-19; a review and discussion. *Immunopathologia Persa*, 2021; 7(2):e31-e.
10. Taherian Z, Rezaei M, Haddadpour A, Amini Z. The Effect of COVID-19 Vaccination on Reducing the Risk of Infection, Hospitalization, and Death in Isfahan Province, Iran. *Iranian Journal of Public Health*, 2022; 51(1):188.
 11. Pedersen C, Halvari H, Olafsen AH. Worksite physical activity intervention and somatic symptoms burden: The role of coworker support for basic psychological needs and autonomous motivation. *Journal of occupational health psychology*. 2018.
 12. Amini N, Shojaezadeh D, Saffari M. The study of the effect of e-education on physical activity and body mass index of female employees. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*, 2014; 11(3):95-106.
 13. Moradi M Ee, Mahdavi Hazaveh E. Ministry of Health and Medical Education, *Physical Activity Manual*, 2018.
 14. Mehrabian F, Farmanbar R, Mahdavi Roshan M, Omidi S, Aghebati R. Investigation the effect of improving physical activity based on the theory of preplanned behavior among patients with hypertension referred to rural healthcare centers of Rasht in 2014. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*, 2018; 6(1):53-62.
 15. Brittin J, Sorensen D, Trowbridge M, Lee KK, Breithecker D, Frerichs L, Huang T. Physical activity design guidelines for school architecture. *PLoS one*, 2015; 10(7):e0132597.
 16. Atlas of Risk Factors for Non-Communicable Diseases in Iran (2022). Available at: <https://nih.tums.ac.ir/Item/1245?AspxAutoDetectCookieSupport=1>.
 17. Shrivastava SR, Shrivastava PS. Tobacco and cardiovascular diseases: Are we on the right track?. *International Journal of Preventive Medicine*, 2019; 10(6):10-2.
 18. World Health Organization. WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000-2025. *World Health Organization*, 2019.
 19. Mehrotra R, Yadav A, Sinha DN, Parascandola M, John RM, Ayo-Yusuf O, Nargis N, Hatsukami DK, Warnakulasuriya S, Straif K, Siddiqi K. Smokeless tobacco control in 180 countries across the globe: call to action for full implementation of WHO FCTC measures. *The lancet oncology*, 2019; 20(4):e208-17.
 20. Soola AH, Asadi H, Iranpour S. The Relationship Between Frailty and Polypharmacy in the Elderly Referred to the Emergency Departments of Ardabil. *Iranian Journal of Aging*, 2022; 16(4):550-63.
 21. Centers for Disease Control and Prevention. available at: https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/index.htm.
 22. Tayeri S, Jafari M, Alimohammadzadeh K, Hosseini SM, Shahanaghi K. A conceptual model for Iranian older women's health: A review study. *Iranian Journal of Ageing*. 2021; 16(3):304-29.
 23. M Karandish. Diet, nutrition and prevention of chronic diseases: recommendations of the World Health Organization and a case study of Tehran province [Persian]. available at: <https://civilica.com/doc/43387>.
 24. Design and evaluation of community-oriented nutrition programs. available at: <https://arakmu.ac.ir/file/download/regulation/1562046788-.pdf>.
 25. Community nutrition improvement group. available at: https://phc.umsu.ac.ir/uploads/Gozaresh_Amalkard_91.pdf.
 ۲۶. هاشمی مطلق، شقایق؛ اصلانخانی، محمد علی؛ صفایا، علی محمد. اثر محیط ادراک شده و حمایت اجتماعی بر مشارکت در فعالیت بدنی اوقات فراغت کارکنان منطقه‌ی سیزده دانشگاه آزاد اسلامی. *رویکردهای نوین در مدیریت ورزشی*، ۱۳۹۷؛ ۶:۹۵.
 27. Vafae Njar A, Vahedian Shahrvidy M, Dogonchi M, Dogonchi AM. The effectiveness of physical activity training on emotional exhaustion of employees in city of Agh Ghala -2013. *Pajouhan Scientific Journal*, 2017; 15(2):20-6.
 28. Corbett DB, Fennell C, Peroutky K, Kingsley JD, Glickman EL. The effects of a 12-week worksite physical activity intervention on anthropometric indices, blood pressure indices, and plasma biomarkers of cardiovascular disease risk among university employees. *BMC research notes*, 2018; 11(1):80.
 29. Tackling NCDs: 'best buys' and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases. available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259232>.
 30. Bashirian S, Barati M, Karami M, Hamzeh B, Ezati E. Predictors of shisha smoking among adolescent females in Western Iran in 2019: Using the Prototype-Willingness Model. *Tobacco prevention & cessation*, 2020;6.
 31. Beaglehole R, Bonita R. Global public health: a scorecard. *The Lancet*, 2008; 372(9654):1988-96.
 32. Bashirian S, Barati M, Karami M, Hamzeh B, Afshari M, Ezati E. Determinants of waterpipe smoking among women: A systematic review. *International Journal of Preventive Medicine*, 2021; 12.
 33. Gerrard M, Gibbons FX, Stock ML, Lune LSV, Cleveland MJ. Images of smokers and willingness to smoke among African American pre-adolescents: An application of the prototype/willingness model of adolescent health risk behavior to smoking initiation. *Journal of Pediatric Psychology*, 2005; 30(4):305-18.
 34. Bashirian S, Barati M, Karami M, Hamzeh B, Ezati E. The Effect of a Web-based Educational Program on Prevention of Hookah Smoking among Adolescent Girls: Application of Theory of Planned Behavior. *Addiction and Health*, 2021; 13(4):259-67.

Elucidation of Current Status, Implemented Policies and Interventions, Achieved Results, and Future Plans of Iran to Control the Risk Factors of Non-Communicable Diseases: A Review Article

Shohreh Naderimagham¹, Zahra Abdollahi², Parisa Torabi³, Alireza Mahdavi Hezaveh⁴, Mohamad Moradi⁴, Behzad Valizadeh⁵, Elahe Ezati⁶, Afshin Ostovar^{7*}

1. Elderly Health Research Center, Endocrinology and Metabolism Population Sciences Institute, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2. Secretariate of Supreme Council for Health and Food Security, Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran
3. Nutrition Department, Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran
4. Center for Non-communicable Diseases Control and Prevention, Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran
5. National Tobacco Control Secretariate, Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran
6. Asadabad School of Medical Sciences, Asadabad, Iran
7. Osteoporosis Research Center, Endocrinology and Metabolism Clinical Sciences Institute, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

ABSTRACT

Background: This review study aims to shade light on the effects of carrying out interventions and policies in order to reduce the incidence and prevalence of non-communicable diseases (NCDs) and their behavioral risk factors (i.e., unhealthy diet, insufficient physical activity and smoking) and strategies and approaches to reduce their attributed burden.

Method: In this research, the documents and reports available in the Ministry of Health, developed action plans, recommendations of national and international organizations, evidence gathered from monitoring and evaluations and the "National Action Plan and Control of Non-Communicable Diseases and Related Risk Factors in the Islamic Republic of Iran, 2015-2025" were investigated with respect to each of the three main risk factors of NCDs, including unhealthy diet, insufficient physical activity, and smoking (harmful consumption of alcohol has been reviewed in another article). Each risk factor has been discussed separately in the sections describing the current situation, policies and implemented interventions, findings, and future plans.

Results: The implemented interventions and policies to achieve the goals stated in the "National Action Plan and Control of Non-Communicable Diseases and Related Risk Factors in the Islamic Republic of Iran, 2015-2025" in the field of unhealthy nutrition, resulted in revising the food standards. Interventions in the field of physical activity have caused a 1.5% reduction in the relative prevalence of sedentary behavior in the society. Our research also revealed that interventions in the field of tobacco consumption have led a total decrease of 7.44% among Iranian people over 18 years of age, but a decrease in the use of hookah is not recorded, and its consumption has increased by 28% in 2021 compared to 2011.

Conclusion: According to the findings, the goals stated in the aforementioned document have not been fully achieved, so new interventions and policies should be used by those involved.

Keywords: Unhealthy Diet, Inactivity, Insufficient Physical Activity, Smoking, Tobacco Consumption

* P.O.Box:14117-13137, Third Floor, NO 10, Jalal-AL-Ahmad St., Chamran HWY, Tehran, Iran, Tel: +98-21-88220094-88631296

