

اهداف و استانداردهای ارائه خدمت

دیابت



چالش‌های ملی ارائه خدمت در بیماری دیابت



INCDC

کمیته ملی پیشگیری و کنترل
بیماری‌های غیرواگیر

بسم الله الرحمن الرحيم



چارچوب ملی ارائه خدمت در بیماری دیابت

دراستای سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر

تهیه کنندگان:

کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت آموزشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

سازمان غذا و دارو وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت تحقیقات و فن آوری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت توسعه مدیریت و برنامه ریزی منابع وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

با همکاری:

مرکز تحقیقات بیماری‌های غیرواگیر، مرکز تحقیقات دیابت

پژوهشگاه علوم غدد و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

بیانیه رییس کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر



دکتر سید حسن

قاضی زاده هاشمی

وزیر بهداشت، درمان و

آموزش پزشکی

و رییس کمیته ملی پیشگیری

و کنترل بیماری های غیرواگیر

با توجه به گسترش بیماری های غیرواگیر در جمعیت کشور جمهوری اسلامی ایران که ناشی از گسترش عوامل خطر مرتبط با این بیماری ها و افزایش میانگین سنی جمعیت کشور است؛ نیاز به اقدام و انجام مداخلات موثر ضروری به نظر می رسد. اجرای «طرح تحول نظام سلامت»، ضمن آن که درپچه های جدیدی از امید برای بهبود وضعیت سلامت مردم و کاهش بار مالی ناشی از بیماری ها را به روی مسوولان نظام سلامت گشود؛ این موضوع را بیش از پیش یادآور نمود که امر پیشگیری و درمان با کیفیت عوامل خطر، به مراتب مناسب تر و با اهمیت تر از پرداختن به مداخلات درمانی گران قیمت، پیچیده و غیر قابل گسترش به بخش های محروم و دوردست کشور است.

بنا به ضرورت های پیشگفت و با توجه به تعهد وزارت بهداشت به سازمان جهانی بهداشت به منظور کاهش مرگ های زودهنگام ناشی از بیماری های غیرواگیر تا سال ۲۰۲۵، کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر به منظور ایجاد هماهنگی درون و برون وزارت بهداشت در فعالیت های مرتبط با کاهش عوامل خطر و بیماری های غیرواگیر، ضرورتی بود که به انجام رسید.

اکنون، با زحمات پیگیرانه و مجدانه جناب آقای دکتر باقر لاریجانی، نائب رییس محترم کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر، اولین قدم در راه اجرایی سازی راهبردها و فعالیت های اشاره شده در «سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط» در قالب «چارچوب ملی ارایه خدمت در بیماری دیابت» آماده گردیده است که امید است با ابلاغ آن به مدیران ارشد وزارت بهداشت و دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور، گام های اجرایی لازم که منجر به پوشش بهتر، کاهش عوامل خطر بیماری دیابت و درمان با کیفیت آن می شود؛ برداشته شود.

در اینجا لازم می داند از تمامی معاونان وزارت بهداشت و کارشناسان مربوطه، انجمن متخصصان غدد و بیماری های متابولیک، شبکه ملی تحقیقات دیابت، مرکز تحقیقات بیماری های غیرواگیر و مرکز تحقیقات دیابت پژوهشگاه علوم غدد و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی تهران که در تدوین این چارچوب ملی ارایه خدمت مشارکت جدی داشته اند؛ تشکر و قدردانی نمایم.

وزارت بهداشت با ظرفیت های موجود خود، «چارچوب ملی ارایه خدمت در بیماری دیابت» را به عنوان نقشه راه کاهش خطر این بیماری در جمعیت کشور جمهوری اسلامی ایران در نظر خواهد گرفت و از تمامی ابزارهای ممکن برای دستیابی به اهداف این چارچوب استفاده خواهد کرد.

روند تدوین چارچوب ملی ارایه خدمت در بیماری دیابت

دکتر باقر لاریجانی

نائب رئیس کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر و رئیس پژوهشگاه علوم غدد و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی تهران

کشور جمهوری اسلامی ایران متعهد گردیده است که تا سال ۲۰۲۵، مرگ زود هنگام به علت بیماری های غیرواگیر را در جمعیت کشور به میزان ۲۵ درصد کاهش دهد؛ تعهدی که برای اجرای آن نیاز به بسیج منابع و امکانات وزارت بهداشت و همکاری سایر وزارتخانه ها، نهادهای عمومی و حتی بخش خصوصی است. در این راستا و در تیر ماه سال ۱۳۹۴، اولین «سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط» با حضور خانم دکتر مارگارت چن، مدیر کل محترم سازمان جهانی بهداشت و آقای

دکتر علاء الوان، مدیر منطقه مدیترانه شرقی سازمان جهانی بهداشت، به امضای مقام محترم ریاست جمهوری، مقام محترم ریاست مجلس شورای اسلامی، سه تن از معاونان رئیس جمهور، نه نفر از وزرای دولت یازدهم و ریاست سازمان صدا و سیما رسید که شاید اولین مورد از این دست اسناد در تاریخ نظام سلامت کشور باشد. اکنون که با همت جناب آقای دکتر هاشمی، وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر با ریاست ایشان و دبیری اینجانب، مسوولیت سیاستگذاری های کلان در حوزه بیماری های غیرواگیر و هماهنگی درون و برون وزارت بهداشت را بر عهده گرفته است؛ 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. بدین منظور، در کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر، کارگروه های متعددی در نظر گرفته شده است که هر یک از آن ها مسوولیت دستیابی به یک یا چند هدف موجود در «سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط» را بر عهده دارند. این کارگروه ها شامل کارگروه دیابت و عوامل خطر متابولیک، کارگروه بیماری های قلبی و عروقی، کارگروه ارتقای سلامت و سبک زندگی سالم، کارگروه سوانح و حوادث ترافیکی و کارگروه پایش و ارزشیابی سند است. در این میان، کارگروه دیابت و عوامل خطر متابولیک، با توجه به مسوولیت هایی که «سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط» بر دوش آن نهاده است؛ اقدام به طراحی «چارچوب ملی ارایه خدمت در بیماری دیابت» نمود تا با کمک آن بتواند برنامه های کنترل دیابت در حوزه های برون و درون وزارت بهداشت را هماهنگ کند و دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور را در راه رسیدن به اهداف «سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط» در حوزه دیابت یاری نماید. بدین منظور، چارچوب ملی حاضر، با بهره گیری از تجربیات کشورهای پیشرفته به عنوان تجربیات موفق دنیا برای پیشگیری و کنترل دیابت طراحی شد و پس از نظرخواهی از اعضای شبکه ملی تحقیقات دیابت، انجمن متخصصان غدد و بیماری های متابولیک، کارشناسان زبده حوزه معاونت های بهداشت و درمان وزارت بهداشت و اساتید دانشگاه های علوم پزشکی کشور نهایی گردید.

«چارچوب ملی ارایه خدمت در بیماری دیابت» دارای ۴ فصل است که در فصل اول، کلیات بیماری دیابت در ایران و جهان مورد بررسی اجمالی قرار می گیرد؛ در فصل دوم، اهداف، راهبردها و استانداردهای ارایه خدمت بر اساس «چارچوب ملی ارایه خدمت در بیماری دیابت» ارایه می شود؛ در فصل سوم، اهداف، ارکان و ابزارهای پژوهش در حیطه دیابت در کشور مشخص می شود و در فصل چهارم، ظرفیت های آموزشی، شیوه ها و باید و نبایدهای آموزش در زمینه دیابت مورد بحث قرار می گیرد.

در اینجا جا دارد از دکتر فرشاد فرزادفر رییس محترم مرکز تحقیقات بیمای های غیرواگیر پژوهشگاه علوم غدد و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی تهران، دکتر انسیه نسلی رییس محترم مرکز تحقیقات دیابت پژوهشگاه علوم غدد و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی تهران، دکتر شهره نادری مقام عضو محترم هیات علمی پژوهشگاه علوم غدد و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی تهران، دکتر ساسان شرقی عضو محترم پژوهشگاه علوم غدد و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی تهران، دکتر نیلوفر بیکری عضو محترم دبیرخانه ملی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر، دکتر علیرضا مهدوی هزاوه معاون محترم دفتر مدیریت بیماری های غیرواگیر معاونت بهداشت وزارت بهداشت، دکتر فاطمه قائمی مسوول محترم برنامه کشوری دیابت در معاونت درمان وزارت بهداشت، دکتر هوشنگ سندگل قائم مقام محترم معاونت درمان وزارت بهداشت و سایر عزیزانی که نام آنان در انتهای چارچوب آورده شده است؛ به دلیل زحماتی که برای طراحی و تدوین «چارچوب ملی ارایه خدمت در بیماری دیابت» تقبل نموده اند؛ سپاسگزاری نمایم.

بدیهی است چارچوب حاضر، خالی از اشکال نیست و با توجه به آن که «کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر» قصد آن دارد که هر سال یک بار، «چارچوب ملی ارایه خدمت در بیماری دیابت» را مورد بازنگری قرار دهد؛ ارایه نظرات، پیشنهادات و انتقادات سازنده توسط شما خوانندگان گرامی، مزید امتنان خواهد بود.

اعضای کمیته و دبیرخانه ملی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر

آقای دکتر سیدحسن قاضی زاده هاشمی؛ وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و رییس کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر جمهوری اسلامی ایران

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

آقای دکتر علی اکبر سیاری؛ معاون بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و عضو کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر جمهوری اسلامی ایران

آقای دکتر رضا ملک زاده؛ معاون تحقیقات و فن آوری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و عضو کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر جمهوری اسلامی ایران

آقای دکتر رسول دیناروند؛ رییس سازمان غذا و دارو، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر جمهوری اسلامی ایران

آقای دکتر محمد حاجی آقاجانی؛ معاون درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

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

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

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

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

آقای دکتر علی اکبر حقدوست؛ رییس دانشگاه علوم پزشکی کرمان و عضو دبیرخانه ملی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر جمهوری اسلامی ایران

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

آقای دکتر احمد کوشا؛ معاون فنی معاونت بهداشت و رییس اداره بیماری های غیرواگیر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و عضو دبیرخانه ملی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر جمهوری اسلامی ایران

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

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

خانم دکتر نیلوفر پیگری؛ عضو دبیرخانه ملی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر جمهوری اسلامی ایران

فهرست مطالب

۵	بیانیه رئیس کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر
۷	روند تدوین چارچوب ملی ارایه خدمت در بیماری دیابت
۱۷	فصل اول : دیابت در ایران و جهان
۱۹	۱- مقدمه
۲۰	۲- کلیات بیماری دیابت
۲۰	۱-۲. شیوع بیماری دیابت در جهان، منطقه و ایران
۲۵	۲-۲. عوارض بیماری دیابت
۲۶	۳-۲. مرگ و میر ناشی از بیماری دیابت
۲۸	۴-۲. اثرات اقتصادی بیماری دیابت
۲۹	۵-۲. بار بیماری دیابت
۳۰	۳- نحوه کاهش بار بیماری دیابت
۳۱	۱-۳. پیشگیری اولیه
۳۱	۲-۳. پیشگیری ثانویه
۳۲	۴- نقش خودمراقبتی در کنترل بیماری دیابت
۳۹	فصل دوم: چارچوب ملی ارایه خدمت در بیماری دیابت (حوزه ارایه خدمت)
۴۱	۱- کلیات
۴۳	۲- بهسازی، توسعه و اصلاحات: اهداف ۶ گانه در ۱۰ سال آینده
۴۴	۳- ظرفیت سازی: گام های سازمانی در سال اول
۴۵	۴- ساختار شبکه آموزش، ارایه خدمت و پژوهش دانشگاه/ شبکه آموزش و ارایه خدمت دیابت شهرستان
۴۹	۵- ایجاد پروفایل نیروی انسانی در چارچوب ملی ارایه خدمت در بیماری دیابت
۵۰	۶- نقش ها و جایگاه های شغلی
۵۱	۷- اهداف چارچوب ملی ارایه خدمت در بیماری دیابت و راهبردهای اصلی
۵۶	۸- راهبردهای کلی برای اطمینان از دسترسی به اهداف
۵۶	۱-۸. پرونده سلامت مبتلایان و برنامه مراقبتی استاندارد
۵۷	۲-۸. مدیریت نظام مند درمان دیابت

۵۷	 ۳-۸. پیگیری منظم
۵۹	 ۴-۸. توصیه ها و ارایه اطلاعات از طریق آموزش ساختارمند
۶۰	 ۹- استانداردهای چارچوب ملی ارایه خدمت در بیماری دیابت
۶۳	 ۱۰- دستیابی به استانداردها: ده سال آینده
۶۳	 ۱-۱۰. منطبق بودن با اولویتهای دانشگاهی/ شهرستانی
۶۵	 ۲-۱۰. شواهد و اطلاعات
۶۵	 ۱۱- حصول اطمینان از پیشرفت
۶۵	 ۱-۱۱. پاسخگویی در زمینه ارایه خدمت
۶۵	 ۲-۱۱. شاخص های پایش میزان دستیابی به اهداف
۶۸	 ۳-۱۱. بهبود مستمر کیفیت
۶۸	 ۴-۱۱. شاخص های اجرایی چارچوب ملی ارایه خدمت در دیابت
۷۰	 ۱۲- بودجه و منابع
۷۰	 ۱۳- رهبری و مدیریت سازمانی
۷۰	 ۱-۱۳. کارگروه ملی دیابت با تمرکز بر عوامل خطر متابولیک
۷۱	 ۲-۱۳. به روز رسانی معاونت های بهداشت، درمان، آموزشی، غذا و دارو، پژوهش و پشتیبانی دانشگاه ها
۷۲	 ۳-۱۳. توسعه و برنامه ریزی برای نیروی انسانی
۷۲	 ۱۴- راهبرد اطلاعات دیابت
۷۳	 ۱۵- نوآوری در آموزش و ارایه خدمت در شبکه آموزش، ارایه خدمت و پژوهش دانشگاه/ شبکه آموزش و ارایه خدمت دیابت شهرستان
۷۵	 فصل سوم: چارچوب ملی ارایه خدمت در بیماری دیابت (حوزه پژوهش)
۷۷	 ۱- اهداف پژوهش
۷۸	 ۲- استانداردهای پژوهش در چارچوب ملی ارایه خدمت در دیابت
۷۸	 ۳- ارکان
۷۹	 ۱-۳. کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر
۸۰	 ۲-۳. شبکه تحقیقات دیابت کشور
۸۲	 ۳-۳. دانشگاه های علوم پزشکی کشور

۸۲	۴-۳. شبکه آموزش، ارایه خدمت و پژوهش دانشگاه/ شبکه آموزش و ارایه خدمت دیابت شهرستان
۸۲	۵-۳. مراکز تحقیقاتی
۸۵	فصل چهارم: چارچوب ملی ارایه خدمت در بیماری دیابت (حوزه آموزش)
۸۷	۱- مقدمه
۸۹	۲- انواع آموزش
۸۹	۱-۲. آموزش عمومی
۸۹	۲-۲. آموزش بیماران (مدل کلینیک جامع دیابت در مراکز ارجاعی)
۹۰	۳-۲. آموزش تخصصی
۹۰	۱-۳-۲. آموزش ناپیوسته فراگیر
۹۱	۲-۳-۲. آموزش ناپیوسته طبقه بندی شده
۹۱	۳-۳-۲. آموزش مداوم حضوری
۹۲	۴-۳-۲. آموزش از راه دور
۹۳	۵-۳-۲. نوآموزی و بحث یافته ها، راهنماها وشواهد جدید (ویژه اعضای هیات علمی)
۹۳	۶-۳-۲. تشکیل ساختار پیوسته و یکپارچه آموزش و درمان دیابت در کشور

خلاصه مطالب

«چارچوب ملی ارایه خدمت در بیماری دیابت»، زیرمجموعه ای از «سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط» است که در فصل اول، به کلیاتی در مورد بیماری دیابت و لزوم پرداختن به آن اشاره می نماید. در فصل دوم نشان داده شده است که این چارچوب ملی ارایه خدمت دارای ۶ هدف برای پیشگیری و کنترل این بیماری است. این اهداف به اجمال، ثابت نگهداشتن شیوع بیماری دیابت و کاهش عوامل خطرساز آن، افزایش پوشش درمان، بهبود کیفیت درمان، افزایش شرکت بیماران دیابتی در معاینات ادواری سالانه، افزایش ثبت بیماران شناسایی شده دیابتی در نظام ثبت و تحت پوشش بیمه قرار گرفتن تجهیزات و وسایل مصرفی مورد نیاز بیماران دیابتی را مد نظر دارند. علاوه بر آن، این چارچوب دارای ۲۳ استاندارد است که بطور مستقیم به بایدها و نبایدهای نظام ارایه خدمت در سطوح ملی، دانشگاهی و شهرستانی می پردازد. در این چارچوب، یک ساختار جدید معرفی شده است که در سطح شهرستان، «شبکه آموزش و ارایه خدمت دیابت شهرستان» نام دارد و وظیفه آن، آموزش و ارایه خدمات یکپارچه و هماهنگ است و برای ارایه خدمات تخصصی تر، «شبکه آموزش، ارایه خدمت و پژوهش دیابت دانشگاه» منظور شده است که علاوه بر ارایه خدمات تخصصی، پژوهش های مرتبط و لازم را نیز انجام می دهد. در فصل سوم به استانداردهای پژوهشی، ظرفیت سازی و ارکان مورد نیاز برای انجام پژوهش در حیطه «چارچوب ملی ارایه خدمت در بیماری دیابت» پرداخته می شود و در انتها، در فصل چهارم، استانداردهای آموزشی، انواع آموزش و محتوای مورد نیاز برای گروه های هدف، به طور کلی مورد بحث و بررسی قرار می گیرند.

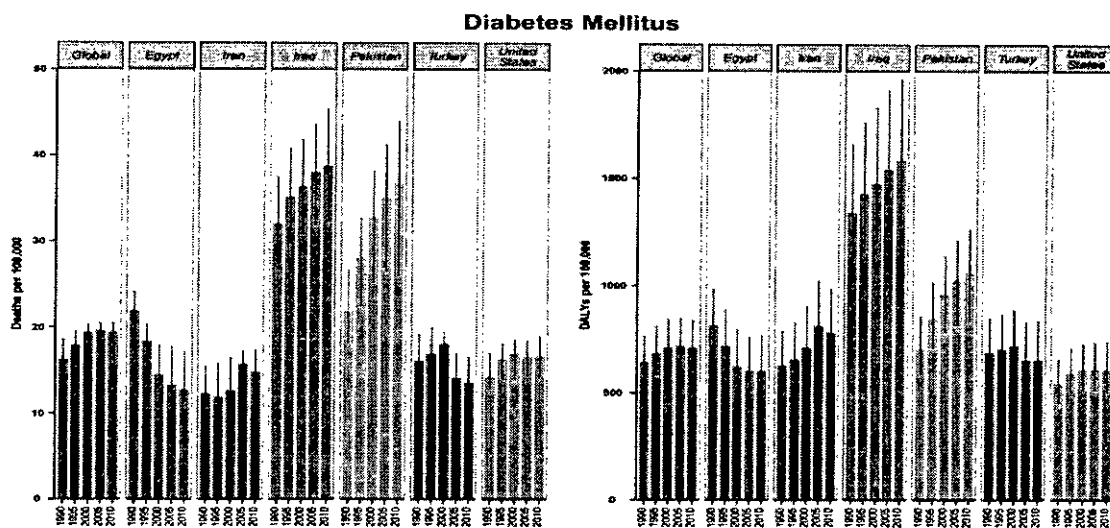
فصل اول

دیابت در ایران و جهان

✓ این فصل به ارایه مطالبی در مورد کلیات بیماری دیابت شامل شیوع، عوارض، مرگ و میر و اثرات اقتصادی آن در در ایران و جهان می پردازد.

✓ راه های کاهش بار بیماری دیابت شامل پیشگیری اولیه و ثانویه هستند.

✓ نقش خودمراقبتی در پیشگیری نوع دوم و سوم در بیماران مبتلا به دیابت، امری اثبات شده است.



شکل ۸-۱. مقایسه میزان مرگ و بار ناشی از بیماری دیابت در جهان، ایران و برخی کشورها بین سال های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰

در سال ۲۰۱۵ نیز موسسه فوق الذکر، نتایج مطالعه بار جهانی بیماری ها در سال ۲۰۱۳ را منتشر نمود که بر اساس آن، میزان DALY ناشی از دیابت در ۱۰۰۰۰۰ نفر در جهان، در سال ۲۰۱۳ نسبت به این میزان در سال ۲۰۱۰ کاهش اندکی داشته است (۸۴۴/۸ در ۱۰۰۰۰۰ نفر در سال ۲۰۱۳ نسبت به ۸۴۶/۴ در ۱۰۰۰۰۰ نفر در سال ۲۰۱۰). در ایران، مقایسه میزان DALY ناشی از دیابت در گروه های سنی مختلف حاکی از آن است که بار این بیماری در سنین ۴۵ تا ۶۵ سال قابل توجه است.

در ایران نیز مطالعه ای با عنوان « طرح ملی مطالعه بار بیماری ها، سوانح و حوادث، و عوامل خطر در سطوح ملی و استانی از سال ۱۹۹۰ تا سال ۲۰۱۱ در کشور جمهوری اسلامی ایران» در حال انجام است (۱۹) که طی آن، بیماری دیابت نیز مورد بررسی قرار گرفته است. بنا بر تحلیل های به عمل آمده طی مطالعه مذکور، شیوع و بار بیماری دیابت در ایران با شیب به نسبت بالایی رو به افزایش است.

۳- نحوه کاهش بار بیماری دیابت

در سال ۱۹۸۹ و در چهل و دومین مجمع جهانی بهداشت که ۳۲ کشور از مناطق شش گانه سازمان بهداشت جهانی در آن شرکت داشتند؛ با توجه به احساس نیاز به اقدام، برنامه ای تحت عنوان «پیشگیری و کنترل دیابت

کننده، وقت گیر و رنج آور است. هزینه های غیر مستقیم این بیماری چند برابر هزینه های مستقیم آن خواهد بود. ضمن آن که هزینه های پنهانی این بیماری، تخمین ناپذیرند (۱۷).

در راستای بررسی بار مالی دیابت در ایران، طی مطالعه ای جامع، کل هزینه ملی دیابت در سال ۲۰۰۹ حدود ۳/۷۷ میلیارد دلار آمریکا برآورد شده است. این هزینه را ۲/۰۴ میلیارد دلار هزینه های مستقیم درمانی و غیر درمانی و ۱/۷۳ میلیارد دلار هزینه های غیر مستقیم تشکیل می دادند. متوسط سرانه هزینه های مستقیم حدود $102 \pm 842/6$ دلار و متوسط سرانه هزینه های غیر مستقیم حدود $846/8$ دلار برای موارد تشخیص داده شده دیابت بوده است. عوارض ناشی از دیابت (۴۹٪) و داروها (۲۳/۸٪)، مهم ترین موارد هزینه های مستقیم درمانی را به خود اختصاص داده بودند. در بین هزینه های درمانی، به ترتیب عوارض قلبی - عروقی (۴۲/۳٪)، نفروپاتی (۲۳٪) و عوارض چشمی (۱۴٪)، بیشترین هزینه ها را دربر می گرفتند. در مورد هزینه های غیر مستقیم نیز ناتوانی های متوالی حدود ۳۳۵/۷ میلیون و ناتوانی های دائمی^۱ حدود ۴۵۲/۴ میلیون دلار را شامل می شدند (۱۸).

۵-۲. بار بیماری دیابت

با استفاده از آمارهای مطالعه بار جهانی بیماری ها در سال ۲۰۱۰ که توسط موسسه ارزیابی و سنجش سلامت^۲ در سال ۲۰۱۳ انتشار یافته است؛ میزان مرگ و بار بیماری (DALY) ناشی از دیابت در ۱۰۰۰۰۰ نفر در جهان، ایران و ۵ کشور دیگر بین سال های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ توسط نویسندگان چارچوب حاضر مورد مقایسه قرار گرفت و مشخص شد که میزان مرگ و بار بیماری ناشی از بیماری دیابت در ایران تا سال ۲۰۰۵ روند صعودی داشته و پس از آن، تا سال ۲۰۱۰، اندکی کاهش یافته است.

¹ permanent disability

² Institute for Health Metrics and Evaluation

۲-۴. اثرات اقتصادی بیماری دیابت

هر چه اپیدمی بیماری دیابت گسترده تر می شود؛ هزینه این بیماری مشتمل بر تشخیص، درمان و عوارض ناشی از آن نیز افزایش می یابد؛ به طوری که هزینه پزشکی بیماران دیابتی به طور متوسط ۲/۳ برابر بیش از افراد غیر دیابتی است (۱۶). به دلیل اثر اقتصادی قابل توجه دیابت بر مبتلایان، خانواده ها و نظام سلامت، مدیریت و مراقبت از این بیماری به هزینه بالایی نیاز دارد. در حال حاضر، ۱۲٪ کل بودجه سلامت جهان صرف دیابت می شود. در منطقه مدیترانه شرقی و شمال آفریقا نیز حدود ۱۷ میلیارد دلار آمریکا صرف دیابت می شود و پیش بینی گردیده تا سال ۲۰۴۰، این میزان به ۲۴/۷ میلیارد دلار برسد. در ایران نیز در سال ۲۰۱۴، هزینه دیابت برای هر فرد ۷۲۲ دلار بوده است (۶). این هزینه ها به سه دسته تقسیم می شوند:

الف) هزینه های مستقیم^۱: هزینه های مستقیم بیماران و خانواده آن ها عبارتند از مراقبت های طبی، داروها، انسولین و دیگر ملزومات. همچنین، بیماران ممکن است متحمل برخی هزینه های خاص دیگر از قبیل افزایش حق بیمه اتومبیل، بیمه عمر و خدمات درمانی شوند. در اکثر کشورها، پر هزینه ترین موارد در درمان دیابت را - مخارج بیمارستانی، عوارض دیررس دیابت نظیر حمله های قلبی و نارسایی کلیه و مشکلات ناشی از پای دیابتی تشکیل می دهد. به طور کلی، هزینه های مستقیم دیابت، ۲/۵ تا ۱۵ درصد کل بودجه بهداشتی را شامل می شود (۱۷).

ب) هزینه های غیرمستقیم^۲: کیفیت انجام فعالیت های شغلی روزمره افراد با ابتلا به دیابت کاهش می یابد و حتی تعدادی از آن ها توانایی کار کردن را از دست می دهند. بیماری، غیبت از کار، ناتوانی، بازنشستگی پیش از موعد و یا مرگ زودهنگام موجب افت بازدهی و از بین رفتن بهره وری می شود. مجموع برآورد هزینه های غیرمستقیم دیابت در ۲۵ کشور آمریکای لاتین بیانگر آن است که این مخارج، ۵ برابر هزینه های مستقیم مراقبت های بهداشتی دیابت است. علت این وضعیت شاید به دلیل محدودیت دسترسی به خدمات مراقبتی با کیفیت بالا، میزان بالای بروز عوارض، ناتوانی و مرگ و میر زودرس باشد. به همین ترتیب، مشکلات ناشی از کاهش درآمد خانوار نیز مزید بر علت خواهد بود (۱۷).

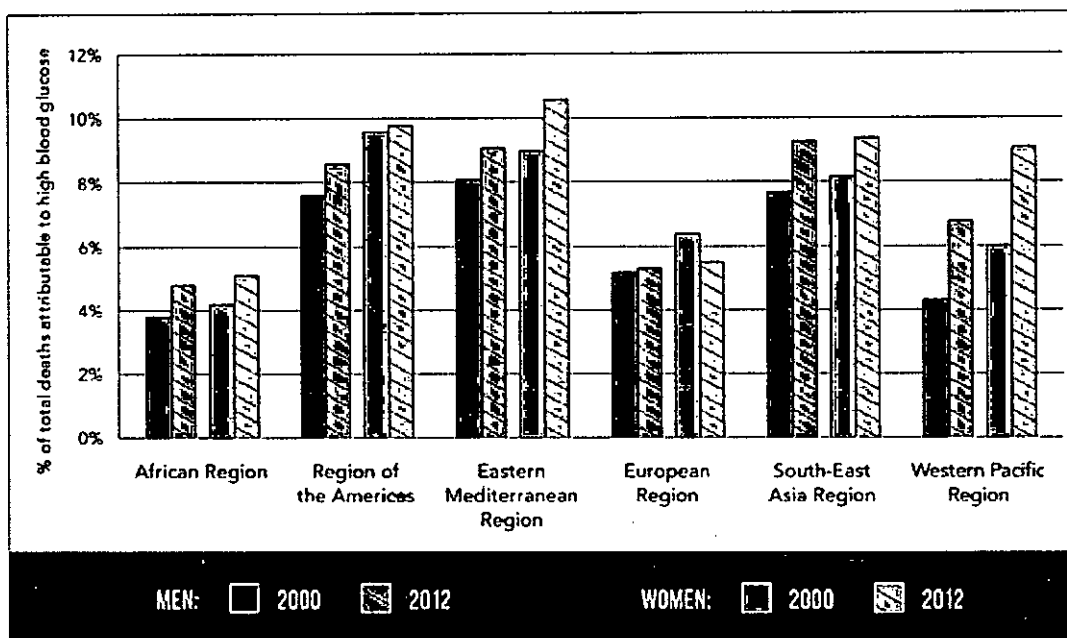
پ) هزینه های نامحسوس^۳: درد، اضطراب، ناراحتی و عوامل دیگری که کیفیت زندگی را کاهش می دهند؛ هزینه های نامحسوس نامیده می شوند که بسیار سنگین هستند. ارتباطات فردی، تحرک و آسایش افراد به طور منفی تحت تاثیر قرار می گیرد. به علاوه، درمان دیابت و به ویژه، تزریق انسولین و خودپایشی قند خون، ناراحت

1 Direct costs

2 Indirect costs

3 Intangible cost

همانطور که در شکل فوق مشخص است، میزان مرگ های زودرس متناسب به دیابت در کشورهای با درآمد پایین تا متوسط بیش از سایر کشورهاست.



Origin: Global report on diabetes 2016 (7)

شکل ۷-۱. درصد مرگ های متناسب به قند خون بالا در سنین ۲۰ تا ۶۹ سال به تفکیک جنس در مناطق مختلف جهان

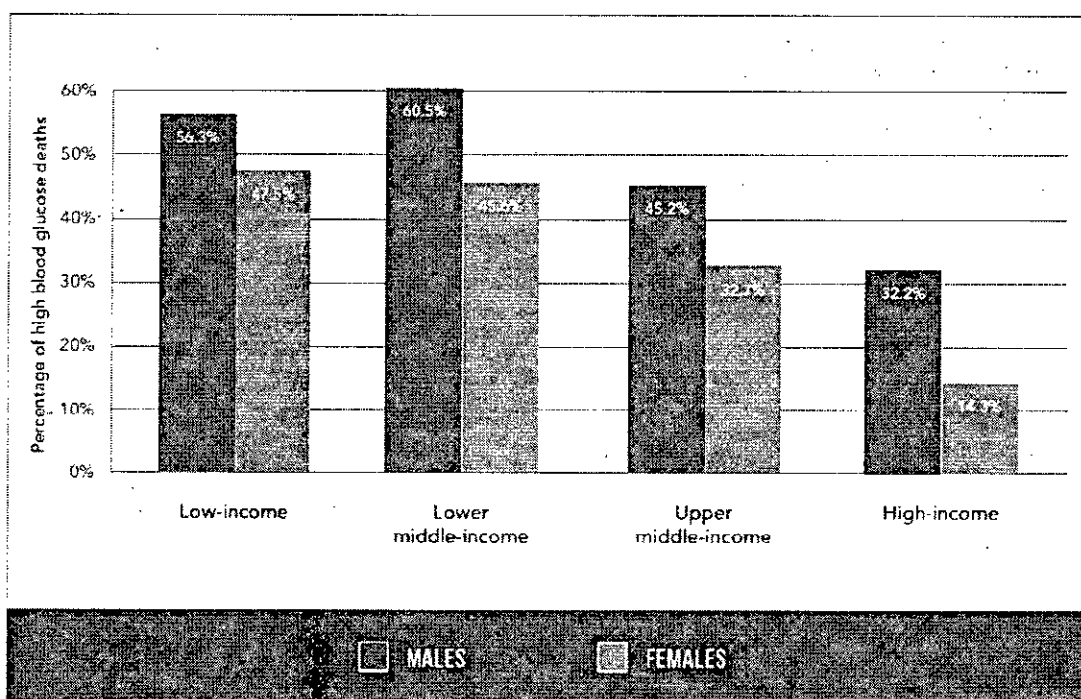
در مقایسه مناطق مختلف جهان، میزان مرگ متناسب به قند خون بالا در مدیترانه شرقی قابل توجه است. در سال ۲۰۱۳ در منطقه مدیترانه شرقی و شمال آفریقا، ۳۶۲ هزار مرگ به علت دیابت رخ داده که ۵۲٪ این مرگ ها مربوط به سنین زیر ۶۰ سال بوده است (۱۵).

در ایران نیز در سال ۲۰۱۴، ۳۸۰۷۹ نفر به علت دیابت در ایران جان باختند که بیش ترین میزان مرگ در پی عوارض قلبی و عروقی ناشی از این بیماری بوده است (۸).

۲-۳. مرگ و میر ناشی از بیماری دیابت

در سال ۲۰۱۲، دیابت به طور مستقیم موجب مرگ ۱.۵ میلیون انسان شده است. ۲.۲ میلیون مرگ نیز بر اثر عوارض دیابت مانند بیماریهای قلبی- عروقی و نارسایی کلیه رخ داده است. خطر کلی مرگ بین افراد دیابتی، حداقل دو برابر خطر مرگ بین همتایان غیر دیابتی آن ها است (۷). عوارض ناشی از دیابت روی طول عمر بیماران دیابتی نیز اثر دارد. در گذشته، مرگ های منسوب به دیابت را سالانه ۸۰۰/۱۰۰۰ مورد برآورد می نمودند اما مدت هاست مشخص شده که این برآورد، بسیار کم تر از میزان واقعی است و برآورد سالانه ۴/۰۰۰/۰۰۰ مرگ ناشی از این بیماری معقول تر است. بدین ترتیب، دیابت عامل ۹٪ کل مرگ های جهان است.

قابل توجه است که ۴۳٪ کل مرگ های رخ داده به علت دیابت در سنین زیر ۷۰ سال بوده است (۷). بسیاری از مرگ های منتسب به دیابت، ناشی از عوارض قلبی- عروقی است. این مرگ ها، زود هنگام است و زمانی اتفاق می افتد که بیماران از نظر اقتصادی در جامعه فعال هستند (۱).



Origin: Global report on diabetes 2016 (7)

شکل ۶-۱. درصد مرگ های منتسب به قند خون بالا در سنین ۲۰ تا ۶۹ سال به تفکیک جنس و میزان درآمد کشورها

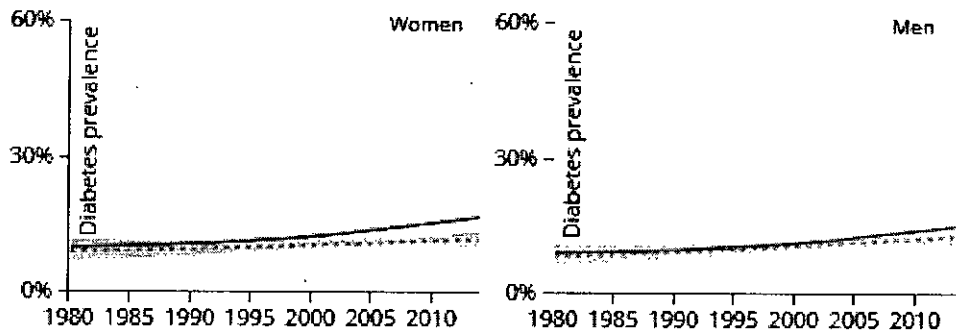
غربالگری‌هایی نیز در کشور طی سال‌های ۱۳۸۴ و ۱۳۸۷ برای تشخیص شیوع ابتلا به دیابت در ایران به‌مورد اجرا درآمدند که در غربالگری سال ۱۳۸۴، از مجموع ۵/۸۷۸/۳۶۵ فرد بالای ۳۰ سال غربالگری شده (۲/۶۸۵/۰۵۷ مرد و ۳/۱۹۳/۳۰۸ زن)، تعداد ۲/۰۶۴/۲۰۴ نفر (۷۴۷/۴۹۶ مرد و ۱/۳۱۶/۷۰۸ زن) در معرض خطر ارزیابی شدند. با توجه به این یافته‌ها، از ابتدای سال ۱۳۸۹، برنامه شهری دیابت در تهران و ۵ شهر بزرگ با جمعیت بیش از یک میلیون نفر آغاز گردید که در حال حاضر، در ۱۰ دانشگاه در حال اجرا است و مراکز غربالگری دیابت دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور طبق دستورالعمل مربوطه در حال ارایه خدمت به بیماران دیابتی هستند (۱۰).

۲-۲. عوارض بیماری دیابت

در طول زمان، هیپرگلیسمی ناشی از دیابت، عوارض متعددی ایجاد می‌کند:

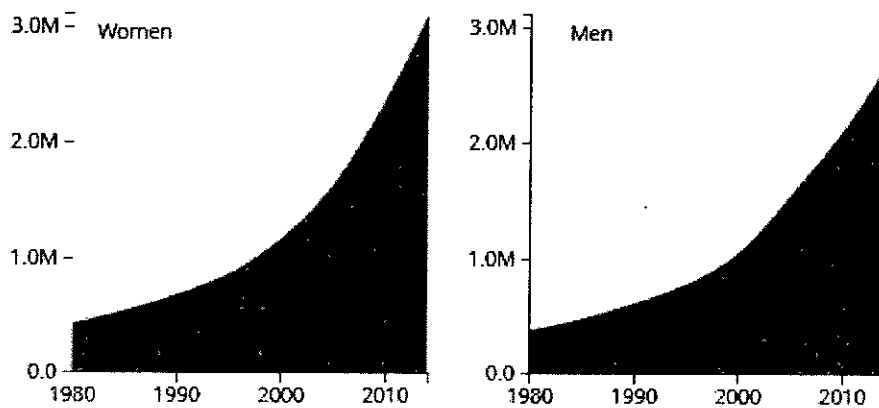
- بیماری دیابت می‌تواند موجب آترواسکلروزیس شود و بدین دلیل، خطر بیماری قلبی و سکته را افزایش می‌دهد. ۵۰٪ افرادی که به دیابت مبتلا هستند؛ در اثر بیماری قلبی عروقی فوت می‌کنند. افراد دیابتی، ۲ تا ۴ برابر احتمال بیشتری برای ابتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی دارند (۱۱).
- رتینوپاتی دیابتی، یک علت مهم کوری است و در اثر آسیب تجمعی طولانی مدت به عروق خونی ظریف شبکیه ایجاد می‌گردد. به‌طوری‌که پس از ۱۵ سال، حدود ۲٪ افراد کور می‌شوند و حدود ۱۰٪ بیماران، مشکلات جدی بینایی پیدا می‌کنند. خطر بروز بیماری‌های چشمی در بیماران مبتلا به دیابت، ۲۵ برابر افراد غیردیابتی است. در سال ۲۰۱۰، بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت، رتینوپاتی دیابتی علت ۲۶٪ از نابینایی‌های رخ داده در سطح جهان بوده است (۷، ۱۲).
- دیابت از جمله علل نارسایی کلیه است. ۱۰ تا ۲۰ درصد افراد مبتلا به دیابت در اثر نارسایی کلیه فوت می‌کنند. در کل، خطر بیماری‌های کلیوی در بیماران دیابتی ۱۷ برابر افراد طبیعی است (۱۳).
- نوروپاتی دیابتی، وارد آمدن آسیب به اعصاب در اثر دیابت است و در بیش از ۵۰٪ افراد مبتلا به دیابت رخ می‌دهد. اگرچه بسیاری از مشکلات مختلف ممکن است در اثر ابتلا به نوروپاتی دیابتی رخ دهد اما علایم شایع عبارتند از گزگز شدن، درد، بی‌حسی، احساس ضعف در پا و دست‌ها.
- قطع اندام تحتانی در افراد مبتلا به دیابت به علت زخم پای دیابتی نیز یکی از عوارض قابل توجه است. احتمال آمپوتاسیون اعضای انتهایی افراد مبتلا به دیابت، ۱۵ تا ۴۰ درصد است. این بیماری، شایع‌ترین علت قطع غیر تروماتیک اندام‌های انتهایی است و بعضی از منابع، خطر گانگرن اندام‌ها در اثر دیابت را تا ۵۰ درصد نیز گزارش می‌دهند (۱۴).

شکل‌های ذیل روند فزاینده شیوع دیابت و تعداد افراد مبتلا را در طول زمان نشان می‌دهد.



Origin: NCD Risk Factors 2016 (6)

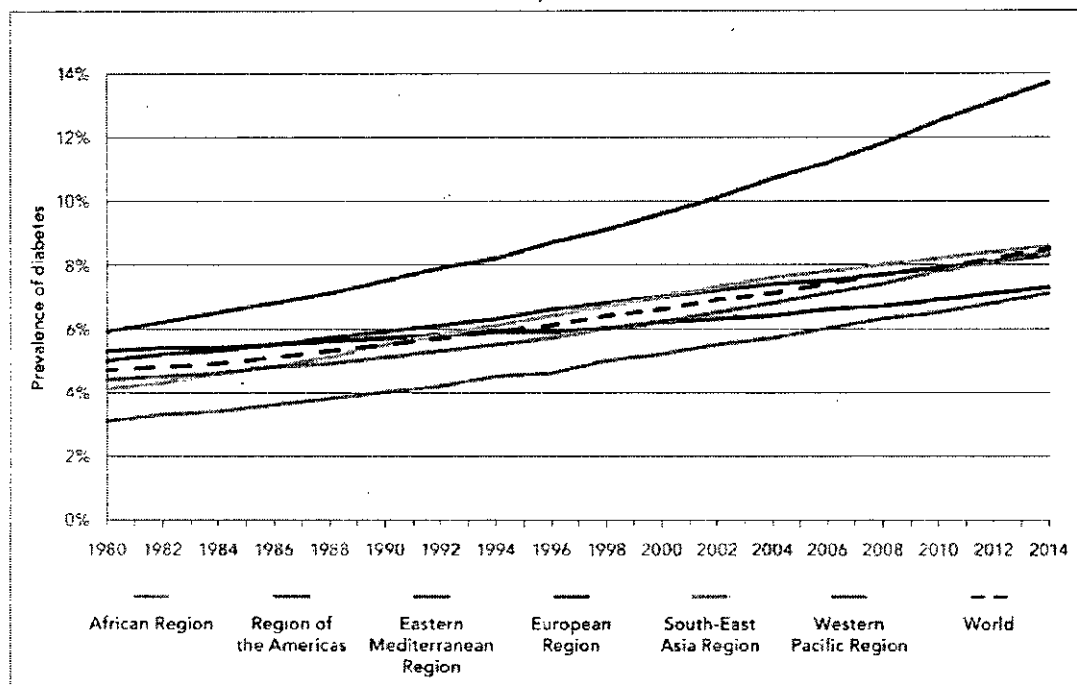
شکل ۴-۱. روند تغییرات شیوع دیابت در ایران از سال ۱۹۸۰ تا ۲۰۱۴



Origin: NCD Risk Factors 2016 (6)

شکل ۵-۱. روند تغییرات تعداد افراد مبتلا به دیابت در ایران از سال ۱۹۸۰ تا ۲۰۱۴

افزایش شیوع دیابت در منطقه مدیترانه شرقی و شمال آفریقا طی سه دهه گذشته چشمگیر بوده و پیش بینی می گردد میزان شیوع دیابت در این منطقه از ۹/۷٪ در سال ۲۰۱۴ به ۱۱/۶٪ در سال ۲۰۴۰ برسد. متأسفانه نیمی از مبتلایان به دیابت در این منطقه تشخیص داده نشده اند و این نکته به بروز عوارض دیابت منجر می گردد (۵، ۶).

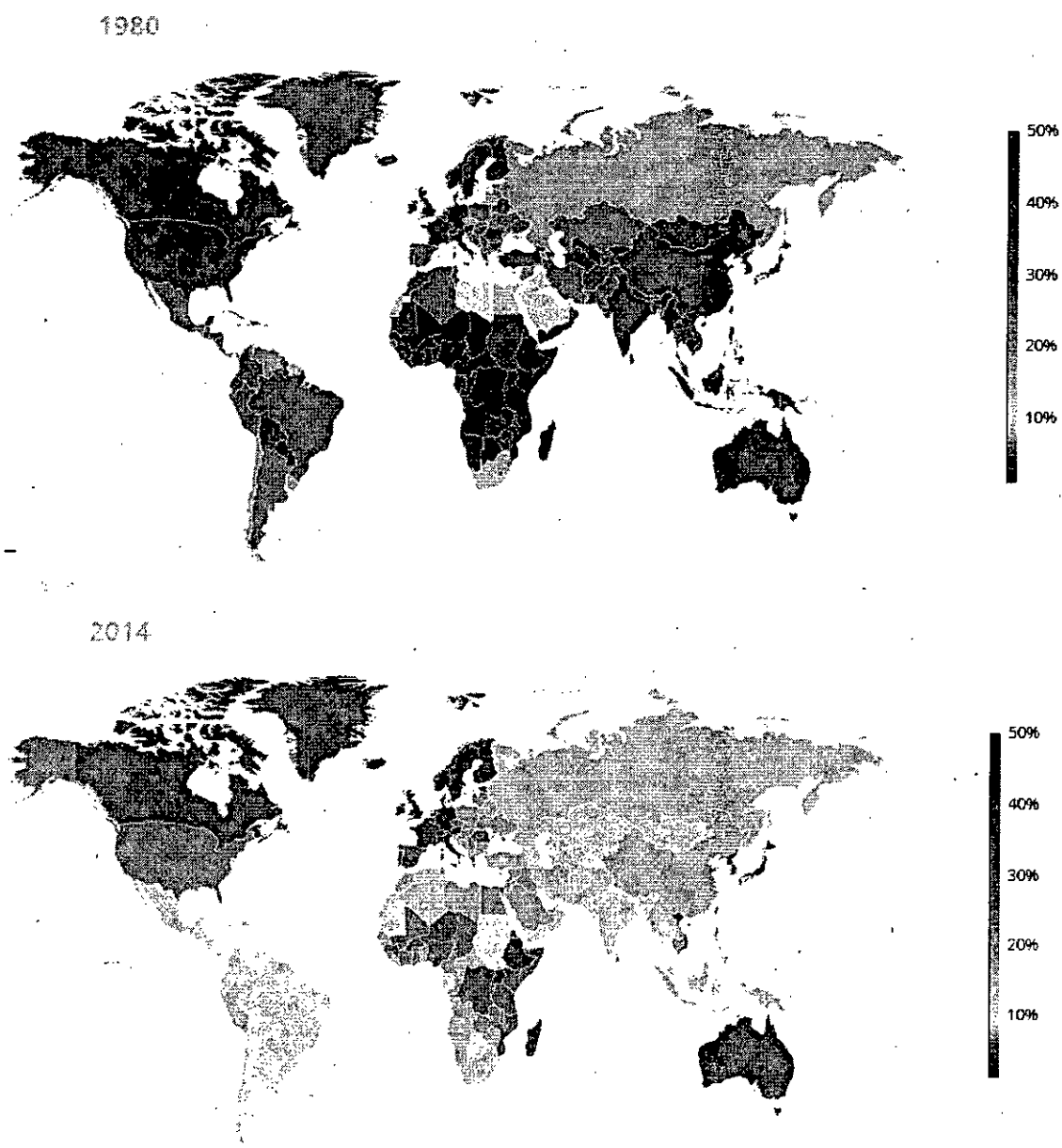


Origin: Global report on diabetes 2016 (7)

شکل ۳-۱. روند تغییرات شیوع دیابت در مناطق مختلف جهان از سال ۱۹۸۰ تا ۲۰۱۴

روند فزاینده شیوع دیابت در منطقه مدیترانه شرقی نسبت به سایر مناطق قابل توجه است. در سال ۲۰۱۴، مصر بیشترین شیوع دیابت در منطقه را داشته است (۱۹.۸٪) و پس از آن بیشترین میزان شیوع مختص کویت و قطر بوده است (۷).

در ایران به عنوان یکی از کشورهای منطقه، طی ۳ دهه گذشته شیوع دیابت دوبرابر شده است. در مطالعه ای ملی برآورد شده است که شیوع دیابت در سال ۲۰۱۳، ۱۳/۸ درصد بوده (۸) و مطالعه فروملی دیگری حاکی از آن است که بروز دیابت حدود ۱٪ است (۹).



Origin: NCD Risk Factors 2016 (6)

شکل ۱-۲. شیوع دیابت در سطح کشورهای مختلف جهان (در زنان سال‌های ۱۹۸۰ و ۲۰۱۴)

1980



2014



Origin: NCD Risk Factors 2016 (6)

شکل ۱-۱. شیوع دیابت در سطح کشورهای مختلف جهان (در مردان سال های ۱۹۸۰ و ۲۰۱۴)

با توجه به روند فزاینده شیوع دیابت و پیش بینی افزایش ۶۹ درصدی تعداد افراد بالغ مبتلا به دیابت در فاصله زمانی ۲۰۱۰ تا ۲۰۳۰ در کشورهای در حال توسعه و افزایش ۲۰ درصدی دیابت در این گروه سنی در بازه زمانی مذکور در کشورهای توسعه یافته (۳) و نیز با در نظر داشتن عوارض کشنده یا ناتوان کننده ناشی از آن که در صورت عدم دسترسی به داروهای مورد نیاز و کنترل نامناسب بروز یا شدت می یابد؛ سازمان جهانی بهداشت در دو هدف اصلی برنامه عملکردی جهانی^۱ پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر سال ۲۰۱۳ تا ۲۰۲۰ خود به این موضوعات پرداخته است. این اهداف عبارتند از متوقف ساختن افزایش میزان دیابت و چاقی و دسترسی ۱۰۰٪ جمعیت به داروهای مناسب و فن آوری های پایه و ضروری برای درمان بیماری های غیرواگیر. کشور ما نیز متعهد است تا در راستای دستیابی به این اهداف گام برداشته و سیاستگذاری، برنامه ریزی و مداخلات لازم را انجام دهد. در همین راستا، کشور جمهوری اسلامی ایران، «سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط» را تدوین و در آن، پایبندی به اهداف جهانی مرتبط با دیابت را اعلام نموده است (۴).

۲- کلیات بیماری دیابت

۱-۲. شیوع دیابت در جهان، منطقه و ایران

دیابت، شایع ترین بیماری متابولیک در جهان محسوب می شود و از سوی سازمان جهانی بهداشت، «همه گیری نهفته» لقب یافته است. طبق گزارش فدراسیون بین المللی دیابت^۲، در سال ۲۰۱۴ شیوع دیابت در افراد بالاتر از ۱۸ سال در جهان، حدود ۹٪ برآورد شده است (۵). در سال ۲۰۱۴، ۴۲۲ میلیون نفر از افراد بالغ جهان، مبتلا به دیابت بوده اند و این میزان در سال ۲۰۴۰ به ۶۴۲ میلیون نفر خواهد رسید (۵، ۶).

از سال ۱۹۸۰ تا ۲۰۱۴، شیوع دیابت در جهان تقریباً دو برابر شده است. در بازه زمانی ذکر شده، شیوع دیابت در مردان از ۴.۳٪ به ۹٪ و در زنان از ۵٪ به ۷.۹٪ رسیده است. در شکل های ذیل میزان تغییر شیوع دیابت در کشورهای مختلف جهان مشهود است (۶).

1 Action Plan

2 International Diabetes Federation (IDF)

قرن بیستم، قرن جایگزینی بیماری های غیرواگیر به جای بیماری های واگیر بوده است و از آن به عنوان یک گذر اپیدمیولوژیک یاد می کنند. بیماری های غیر واگیر در قرن حاضر، مسوول بخش قابل توجهی از مرگ و میر و آسیب ها در جهان است. بر اساس نتایج سال ۲۰۱۳ مطالعه جهانی بار بیماری ها^۱، ۳۸ میلیون مرگ به علت بیماری های غیرواگیر در جهان رخ داده است که این میزان ۶۹/۷ درصد از تعداد کل مرگ ها در جهان را تشکیل می دهد و از سال ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۳، میزان مرگ ناشی از بیماری های غیرواگیر ۱۲/۸ درصد افزایش یافته است (۱).

پیشرفت تکنیک های پزشکی و توسعه اقتصادی، افزایش امید به زندگی، کاهش میزان مرگ و میر کودکان و کنترل بیماری های واگیر به افزایش شیوع بیماری های غیرواگیر منجر شده است. اگر چه در ابتدا، کشورهای توسعه یافته با این بیماری ها دست به گ

ریبان شدند اما در حال حاضر، راهکارهایی برای کنترل بیماری ها اتخاذ کرده اند و قادرند شرایط را بگونه ای مطلوب و یا تا حدودی مطلوب کنترل کنند؛ اما در کشورهای در حال توسعه و فقیر که الگوی بیماری ها با سرعت سرسام آوری در حال تغییر است و پشتوانه مالی مناسبی هم وجود ندارد؛ چشم انداز آینده بسیار نگران کننده است. قابل توجه است که در سال ۲۰۱۳، علت ۷۰ درصد کل مرگ های رخ داده در کشورهای در حال توسعه، بیماری های غیرواگیر بوده است (۱) و بررسی های انجام شده در همان سال نشان داده اند که چهار گروه بیماری های قلبی-عروقی، سرطان ها، بیماری های مزمن ریوی و دیابت، علت وقوع ۸۰ درصد مرگ های ناشی از بیماری های غیرواگیر در جهان را تشکیل می دادند (۱).

در چارچوب اهداف توسعه هزاره^۲ سال ۲۰۰۰، بیماری های غیرواگیر مغفول واقع شدند ولی شفاف سازی واقعیت، سیاستگذاران را بر آن داشت تا به این امر توجه نموده و وارد عمل شوند. بدین ترتیب، سازمان ملل متحد و سازمان جهانی بهداشت، هدف کلان ۲۵ درصد کاهش میزان مرگ و میر زودرس ناشی از بیماری های غیرواگیر در افراد ۳۰ تا ۷۰ ساله تا سال ۲۰۲۵ را مطرح نمودند. در همین راستا سازمان جهانی بهداشت، برنامه عملکردی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر از سال ۲۰۱۳ تا ۲۰۲۰ را تدوین نمود. این برنامه مشتمل بر ۹ هدف است که عوامل خطر اصلی مرتبط با بیماری های مذکور که شامل رژیم غذایی ناسالم، نبود یا کمبود فعالیت بدنی، مصرف دخانیات و مصرف الکل هستند را مد نظر قرار داده است (۲).

1 Global Burden of Disease study (GBD)

2 Millennium Development Goals (MDGs)

ملیتوس» ایجاد شد. بر مبنای این تصمیم از تمام اعضا دعوت شد تا وضعیت دیابت را در کشورهای خود بررسی کرده و با در نظر گرفتن وضعیت محلی خود، برای پیشگیری و کنترل آن برنامه ریزی کنند (۱۷).

۳-۱. پیشگیری اولیه

اقدامات پیشگیرانه ای مانند اصلاح رژیم غذایی و انجام فعالیت بدنی روزانه، نه تنها در پیشگیری و کنترل دیابت موثر هستند بلکه موجب کاهش چاقی، بیماری قلبی-عروقی و حتی بعضی از سرطان ها می شوند (۱۷).

طبق دستور سازمان جهانی بهداشت، رعایت موازین ساده شیوه زندگی سالم در پیشگیری یا به تعویق انداختن دیابت نوع دو موثر بوده اند. برای کمک به پیشگیری از دیابت نوع دو و عوارض آن باید افراد، به وزن مطلوب رسیده و آن را حفظ کنند؛ حداقل ۳۰ دقیقه فعالیت بدنی منظم با شدت متوسط در بیشتر روزهای هفته داشته باشند؛ رژیم غذایی سالم داشته و روزانه بین ۳ تا ۵ واحد میوه و سبزی مصرف کنند؛ خوردن قند و چربی های اشباع نشده را کاهش دهند و از استعمال دخانیات خودداری کنند چرا که عوامل خطر تغذیه ای و عوامل خطر متابولیک مهم ترین عوامل ایجاد کننده دیابت هستند (۲۰).

۳-۲. پیشگیری ثانویه

پیشگیری ثانویه شامل جستجوی زود هنگام و به موقع (غربالگری)، پیشگیری و درمان (بیماریابی) است. غربالگری و بیماریابی به موقع موجب ارتقای کیفیت زندگی گشته و در کاهش هزینه ها اثربخش است و بویژه، از تعداد موارد بستری در بیمارستان می کاهد.

در گستره جهانی، پیشگیری و شناسایی زودرس و درمان به موقع و صحیح بیماری دیابت نوع دو به علل ذیل در اولویت قرار دارد: در دیابت نوع ۲، هیپرگلیسمی بتدریج پیشرفت می کند و این افراد اغلب بدون علامت هستند و یا علائم بیماری شدید نیست؛ در هر مقطع زمانی، ۵۰٪ مبتلایان به دیابت از بیماری خود اطلاع ندارند و بیماری آنان تشخیص داده نشده است. در این دوران بی علامتی، اختلال متابولیک ناشی از بالا بودن گلوکز پلاسما وجود دارد و این افراد در معرض خطر عوارض ماکروواسکولر (بیماری های قلبی-عروقی) قرار دارند. حتی در کشورهای دارای سیستم پیشرفته مراقبت های بهداشتی نیز این مشکل وجود دارد و در مقابل یک فرد دیابتی که از بیماری خود آگاه است؛ یک بیمار دیابتی وجود دارد که از بیماری خود بی خبر است. در حالی که در مطالعات مختلف ثابت شده است که با شناسایی به موقع و مراقبت خوب دیابت می توان از عوارض حاد و مزمن آن پیشگیری کرد یا بروز آن ها را به تعویق انداخت و اساس این مراقبت برپایه خودمراقبتی و آموزش بیماران بنا نهاده شده است.

غربالگری و بیماریابی و درمان به موقع رتینوپاتی نیز بسیار در کاهش هزینه ها اثربخش است و هزینه های مستقیم، غیر مستقیم و نامحسوس نابینایی را به طور چشمگیری کاهش می دهد.

غربالگری پروتئین اوری، یک راهکار ارزشمند دیگر برای پیشگیری از بروز یا کاهش سرعت پیشرفت نارسایی کلیوی است. علاوه، از آن جا که قبل از ظهور بیماری کلیوی، پروتئین اوری مختصر وجود دارد؛ غربالگری از این نظر موجب کاهش هزینه های دیابت می گردد.

اقداماتی که برای کاهش مصرف دخانیات بعمل آمده است؛ به کنترل بیماری دیابت کمک می کند. ارتباط مصرف دخانیات با کنترل ضعیف قند خون نشان داده شده است و نیز افزایش بروز فشار خون و بیماری های قلبی در بیماران دیابتی که سیگار می کشند؛ نسبت به بیمارانی که سیگار نمی کشند؛ ثابت شده است. درمان فشار خون و چربی خون بالا نیز به اندازه کنترل قند خون، قادر به کاهش خطر بروز و پیشرفت عوارض در انواع دیابت است. یکی دیگر از راهکارهای موثر و اقتصادی، پیشگیری از زخم شدن پا، قطع پا و اندام های دیگر است. مراقبت صحیح از پاها تا ۵۰٪ از تعداد موارد بستری در بیمارستان، مدت زمان بستری شدن و نیز نیاز به قطع عضو می کاهد (۱۵).

در اینجا لازم به ذکر است اشاره شود که بر اساس مطالعات انجام شده، به نظر می رسد که بهورزان نسبت به دیگر ارایه دهندگان خدمات سلامت، نقش قابل توجه تری در پیشگیری و کنترل بیماری دیابت دارند (۲۱).

۴- نقش خودمراقبتی در کنترل بیماری دیابت

شیوع رو به تزاید، عوارض، هزینه ها و بار بیماری دیابت و نیز محدودیت منابع تامین کننده نیازهای بهداشتی و درمانی جامعه، این بیماری را به عنوان یکی از اولویت های بهداشتی-درمانی جهان و ایران مطرح نموده است و اتخاذ اقدامات لازم برای پیشگیری و درمان آن ضروری به نظر می رسد. از آن جا که دیابت، بیماری ای است که در سراسر عمر ادامه دارد؛ دانش کافی در مورد آن می تواند نقشی حیاتی در کنترل بیماری داشته باشد. بیمار باید به درک درستی در مورد بیماری برسد و بداند در هر موقعیت، چه کاری انجام دهد (۲۲). بدین دلیل است که اغلب پزشکان، بیماران دیابتی را به سوی آموزش خودمراقبتی دیابت سوق می دهند تا به آن ها در کسب دانش و مهارت های تغییر رفتار و مدیریت موفقیت آمیز بیماریشان کمک کنند (۲۳).

ارایه دهندگان خدمات مرتبط با سلامت آگاه هستند که اگرچه در بیماران مبتلا به دیابت ممکن است استراتژی های درمانی غیردارویی، ارزش بیشتری نسبت به درمان های دارویی نداشته باشد؛ اما به همان میزان در درمان و پیشگیری از بروز عوارض ناشی از این بیماری موثر است لذا باید استراتژی های غیردارویی نیز به طور جدی مد نظر قرار گیرد که اساس این درمان غیردارویی دیابت بر آموزش خودمراقبتی استوار است (۲۴). از سوی دیگر، برخی پژوهشگران، پا را فراتر نهاده و تاکید کرده اند که در دیابت نوع ۲، درمان دارویی تأثیر چندانی بر بهبود بیماری ندارد چرا که بیش از ۹۵٪ فرآیند درمان به وسیله بیمار انجام می شود و تیم درمانی در فاصله بین ملاقات ها کنترل اندکی بر بیماری دارند (۲۵) و اغلب آن ها، زمان یا منابع لازم را برای مرتفع نمودن بسیاری از نیازهای بیماران دیابتی خود ندارند؛ برای مثال، یک ویزیت معمول در مطب فقط ۱۵ دقیقه به طول می انجامد (۲۶). محاسبه شده است که افراد دیابتی در طول یک سال به طور متوسط حدود ۳ ساعت با یک متخصص تماس دارند و بقیه ۸۷۵۷ ساعت باقی مانده سال را با استفاده از توصیه هایی که متخصصان در طول این ۳ ساعت به آنان ارایه داده اند یا با استفاده از مهارتی که از طریق برنامه های ساختارمند خودمراقبتی کسب نموده اند؛ از خود مراقبت می کنند (۲۷). بدینگونه است که بیمار در مرکز تیم مراقبت از دیابت قرار می گیرد و او و خانواده اش عهده دار مراقبت روزانه از دیابت خود چه در منزل و چه در محل کار می شوند. اما با تمام اهمیتی که برای خودمراقبتی برشمرده شده است؛ سازمان جهانی بهداشت، میزان پایبندی بیماران به انجام رفتارهای خودمراقبتی در کشورهای توسعه یافته را ۵۰ درصد و در کشورهای در حال توسعه، کم تر از ۵۰ درصد اعلام کرده است (۲۸).

دپارتمان سلامت آمریکا، خودمراقبتی را اینگونه تعریف می کند: «خودمراقبتی، بخشی از زندگی روزانه است و مراقبتی است که توسط افراد در مورد سلامت و تندرستی شان صورت می گیرد و نقش آنان به عنوان مراقبت کننده شامل ارایه مراقبت به فرزندان، خانواده، دوستان و سایر افراد است که این مراقبت در منازل، جوامع محلی و یا سایر اماکن ارایه می گردد». به عبارت دیگر، خودمراقبتی شامل فعالیت هایی است که افراد و مراقبت کنندگان برای خود، فرزندان، خانواده شان و سایرین انجام می دهند تا متناسب باقی مانده و سلامت جسمی و روانی خود را به خوبی حفظ کنند؛ نیازهای اجتماعی و هیجانی و روانشناختی را مرتفع نمایند؛ از سوانح یا حوادث اجتناب کنند؛ از ابتلا به بیماری های کوتاه مدت یا طولانی مدت پیشگیری کنند و پس از یک بیماری حاد یا ترخیص از بیمارستان، سلامت خود را حفظ نمایند (۲۹).

اگرچه خودمراقبتی ممکن است هم برای بیماران و هم برای پزشکان، مشکل و خسته کننده باشد اما هنگامی که افراد از خودشان مراقبت می کنند و در این زمینه مورد حمایت قرار می گیرند؛ احتمال بیشتری دارد که:

کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری های غیر واگیر - کار گروه دیابت

- ✓ سلامت و رفاه بیشتری را تجربه کنند؛
- ✓ شدت علائم درک شده آن ها از جمله درد کاهش یابد؛
- ✓ پیروی از دستورات پزشک بهبود یابد؛
- ✓ نیاز به خدمات اجتماعی و سلامتی اورژانس کم تر شود؛
- ✓ از پذیرش غیر ضروری در بیمارستان جلوگیری گردد؛
- ✓ مراقبت مشارکتی و برنامه ریزی شده بهتری ایجاد شود؛
- ✓ افراد در خانه خودشان مستقر باشند؛
- ✓ اطمینان فرد به کنترل بیماری بیشتر شود؛
- ✓ سلامت روانی ارتقا یافته و افسردگی کم تر شود (۲۹).

شواهد بین المللی که از رویکردهای مختلف حاصل شده اند نیز نشان می دهند که سرمایه گذاری روی خودمراقبتی می تواند موارد زیر را در پی داشته باشد:

- ✓ مراجعه به پزشکان تا ۴۰٪ کاهش یابد؛
- ✓ مراجعه به کلینیک های بیماران سرپایی تا ۱۷٪ کم شود؛
- ✓ در هزینه ها صرفه جویی گردد (۲۹).

رفتارهای خودمراقبتی، اغلب حاصل نمی شوند مگر آن که ارزش آن ها هم توسط بیمار و هم توسط متخصص درک شود. بیشتر افراد، اهمیت آموزش در دیابت را فهمیده اند: آموزش ... آموزش ... آموزش تبدیل به یک مانترا (ذکر) شده است. به نظر می رسد فقدان دانش، ساده ترین دلیل جبران پذیر برای شکست در دستیابی به خودمراقبتی مناسب بوده است. بدین ترتیب، آموزش به بیماران، امری ضروری است. این آرایه اطلاعات، چیزی بیش از آرایه حقایق صرف در مورد کارهای لازم الاجرا است. آموزش بسته به شیوه ای که انجام می شود؛ می تواند بر تغییر نگرش بیماران نسبت به درمان اثر گذاشته و رضایت آن ها را افزایش دهد و باید به گونه ای باشد که اعتماد به نفس و استقلال فرد در انجام فعالیت های خود مراقبتی او را بالا ببرد. بسیاری از بیماران بر این باورند که اجرای برنامه خودمراقبتی برای آن ها از مواجهه با تشخیص دیابت نیز دشوارتر بوده است. لذا با مشخص کردن آمادگی بیماران برای تغییر خودمراقبتی آنان در دیابت، ممکن است ارزیابی ارجاع ها مناسب تر گردد یا مداخلات سلامتی موثرتری برای یک بیمار طراحی شود (۳۰).

بدین ترتیب، یکی از وظایف اصلی آرایه دهندگان خدمات مراقبت از دیابت، حمایت از بیماران در انجام رفتارهای خودمراقبتی با استفاده از راهبردهایی مانند توصیه های خودمراقبتی موثر و آموزش به بیماران برای استفاده از

آن ها است. ضمن آن که آموزش انجام مداخلات رفتاری ای که به بیماران در اجرای خودمراقبتی در مواقع لزوم کمک می کند نیز ضروری است (۳۱ و ۳۲).

علاوه بر افزایش آگاهی، خودمراقبتی را می توان از طریق توسعه شبکه ها و ساختارهای سازمانی، ارایه اطلاعات، انجام مداخله و تکنولوژی مناسب ارتقا داد تا به افراد مبتلا به بیماری های طولانی مدت همانند دیابت، شانس بهبود کیفیت زندگی شان و احساس سهیم بودن در اجتماع اعطا شود زیرا هنگامی که افراد مبتلا به بیماری های طولانی مدت برای مراقبت از مشکلشان مورد حمایت قرار می گیرند؛ زندگی بهتری خواهند داشت اما متأسفانه، خدمات بهداشتی و مراقبتی به طور مناسب بر حمایت از مردم برای درک و کنترل مشکلشان در مراحل ابتدایی تمرکز ندارند. در نتیجه، منابع به هدر می روند؛ درمان بی فایده می شود؛ سلامت افراد با سرعتی بیش از آنچه که باید به سوی اضمحلال و نابودی می رود و کیفیت زندگی به خطر می افتد (۲۹).

References

1. Global Burden of Diseases. Available at: <http://www.healthdata.org/results/data-visualizations>. [Last access in 13 May 2016].
2. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. World Health Organization; 2013.
3. Shaw JE, Sicree RA, Zimmet PZ. Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. *Diabetes Res Clin Pract*. 2010 Jan;87(1):4-14.
4. Hashemi H, Larijani B, Sayari AK, et al. Iranian Non Communicable Diseases Committee (INCDC), Ministry of Health and Medical Education. National Action Plan for Prevention and Control of NCDs and the Related Risk Factors in the Islamic Republic of Iran, 2015 to 2025. Tehran, Iran; 2015 [cited 2016 May 8]. Available from: http://incdc.behdasht.gov.ir/uploads/sanadmelli_en.pdf
5. Diabetes prevalence. Available at: www.idf.org. [Last access in 13 May 2016].
6. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in diabetes since 1980: a pooled analysis of 751 population-based studies with 4.4 million participants. *Lancet* 2016; 387: 1513-30.
7. Global report on diabetes. World Health Organization, 2016. Available at: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204871/1/9789241565257_eng.pdf?ua=1. [Last access in 13 May 2016].
8. Peykari N. A comprehensive study on national and sub-national trends, burden, and inequality of Fasting Plasma Glucose and Diabetes prevalence in Iranian population (1990 – 2013). *Epidemiological Science*, PhD [thesis]. Tehran (Iran): EMRI, Tehran University of Medical Sciences; 2015.
9. Derakhshan A, Sardarinia M, Khalili D, Momenan AA, Azizi F, Hadaegh F. Sex specific incidence rates of type 2 diabetes and its risk factors over 9 years of follow-up: Tehran Lipid and Glucose Study. *PLoS One*. 2014; 9(7): e102563.
۱۰. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ معاونت بهداشت؛ مرکز مدیریت بیماری‌ها. برنامه جامع پیشگیری و کنترل بیماری دیابت نوع ۲: فاز دوم – اجرای برنامه در شهرهای بالای یک میلیون نفر. نسخه ۵ فروردین ۱۳۸۹.
11. Shafiee G, Sharifi F, Alizadeh M, Arzaghi SM, Maleki A, Esfahani MA, et al. Electrocardiogram abnormalities and risk of cardiovascular mortality and all-cause mortality in old age: the Kahrizak Elderly Study (KES). *Arch Gerontol Geriatr*. 2014; 59(1): 69-73.

12. Maghbooli Z, Pasalar P, Keshtkar A, Farzadfar F, Larijani B. Predictive factors of diabetic complications: a possible link between family history of diabetes and diabetic retinopathy. *J Diabetes Metab Disord*. 2014; 13:55.
13. Soleymanian T, Hamid G, Arefi M, Najafi I, Ganji MR, Amini M, et al. Non-diabetic renal disease with or without diabetic nephropathy in type 2 diabetes :clinical predictors and outcome. *Ren Fail*. 2015; 37(4): 572-5.
14. Shojaiefard A, Khorgami Z, Larijani B. Independent risk factors for amputation in diabetic foot. *Int J Diabetes Dev Ctries*. 2008; 28(2): 32-7.
15. Vos T, Barber RM, Bell B, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* 2015; 386: 743-800.
16. Seuring T, Archangelidi O, Suhrcke M. The Economic Costs of Type 2 Diabetes: A Global Systematic Review. *PharmacoEconomics*. 2015.
۱۷. دلاوری علیرضا، مهدوی هزلوه علیرضا، نوروزی نژاد عباس، یاراحمدی شهین. برنامه کشوری پیشگیری و کنترل دیابت. چاپ دوم، تهران، مرکز نشر صدا، ۱۳۸۳.
18. 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(10): e26864.
19. Farzadfar F, Delavari A, Malekzadch R, Mesdaghinia A, Jamshidi HR, Sayyari A, et al. NASBOD 2013: Design, Definitions, nad Metrics. *Arch Iran Med*. 2014; 17(1): 7-15.
20. Tabatabaei-Malazy O, Qorbani M, Samavat T, Sharifi F, Larijani B, Fakhrzadeh H. Prevalence of dyslipidemia in iran: a systematic review and meta-analysis study. *Int J Prev Med*. 2014; 5(4): 373-93.
21. Farzadfar F, Murray CJL, Gakidou E, Bossert T, Namdaritabar H, Alikhani S, et al. Effectiveness of diabetes and hypertension management by rural primary health-care workers (Behvarz workers) in Iran: a nationally representative observational study. *Lancet*. 2012; 379(9810):47-54.
22. Rahman M, Islam J. Problems with Diabetes and Awareness to Its Control: Experience from Diabetes Patients of Rajshahi City Corporation in Bangladesh. *The Internet Journal of Health*. 2008; 8(1): 143-61.
23. Osborn CY, Fisher JD. Diabetes Education: Integrating Theory, Cultural Considerations, and Individually Tailored Content. *Clinical Diabetes*. 2008; 26(4): 148-50.

24. Cornell S, Briggs A. Newer Treatment Strategies for the management of type 2 diabetes mellitus. *Journal of Pharmacy Pracyice*. 2004; 17(1): 49-54.
25. Vinter-Repalust N, Petricek G, Katić M. Obstacles which patients with type 2 diabetes meet while adhering to the therapeutic regimen in everyday life: qualitative study. *Croat Med J*. 2004; 45(5): 630-6.
26. Peyrot M, Rubin RR. Behavioral and psychosocial interventions in diabetes: a conceptual review. *Diabetes Care* 2007; 30(10): 2433-40.
27. رفیعی فر شهرام، عطار زاده ماندانا، احمدزاد اصل مسعود. نظام جامع توانمندسازی مردم برای مراقبت از سلامت خود. چاپ اول، تهران، مهر راوش، ۱۳۸۴.
28. Toobert DJ, Hampson SE, Glasgow RE. The summary of diabetes self-care activities measure: results from 7 studies and a revised scale. *Diabetes Care*. 2000; 23(7): 943-50.
29. Department of Health. Diagnostic, Monitoring & Assistive Tools, Devices, Technologies & Equipment to Support Selfcare. August 2005.
30. Roblin, N, Little M, McGuire H. Diabetes Self-Efficacy Questionnaire (DSEQ): Outcome Measurement for Diabetes Education. *Diabetes Communicator*. 2006; 13-14.
31. Debono M, Cachia E. The impact of diabetes on psychological well being and quality of life. The role of patient education. *Psychol Health Med*. 2007; 12(5):545-55.
32. Peterson KA, Hughes M. Readiness to change and clinical success in a diabetes educational program. *J Am Board Fam Pract*. 2002; 15(4): 266-71.

فصل دوم

چارچوب ملی ارایه خدمت در بیماری دیابت

(حوزه ارایه خدمت)

✓ این فصل به بیماری دیابت در حوزه ارایه خدمت، اهداف و استانداردهای مورد نظر در ارایه خدمت و عوامل تسهیل کننده آن اشاره شده است به گونه ای که ما را به اهداف جمهوری اسلامی ایران در حوزه بیماری های غیرواگیر تا سال ۲۰۲۵ که در «سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط» بدانها اشاره شده است؛ رهنمون سازد.

✓ این چارچوب مشتمل است بر ۶ هدف و ۲۳ استاندارد که در این فصل به تفصیل مورد بررسی قرار گرفته اند.

✓ راهبردهای کلان به منظور ایجاد ظرفیت ها و زیرساخت های لازم برای اجرای برنامه در این فصل مورد بحث قرار خواهد گرفت.

۱- کلیات

۱-۲. «چارچوب ملی ارایه خدمت در بیماری دیابت»، برنامه عملکردی ۱۰ ساله ای برای تغییر در نحوه ارایه خدمات بهداشتی، درمانی، پژوهشی و آموزشی با کیفیت جهانی به مبتلایان به دیابت است که در راستای دستیابی به اهداف سازمان جهانی بهداشت در زمینه بیماری های غیرواگیر تا سال ۲۰۲۵ تدوین گردیده است. تنها راه رسیدن به این مهم، توسعه و ارتقای عملکرد بالینی از طریق پژوهش در بالین و آموزش ارایه دهندگان خدمات سلامت در سراسر کشور است.

۲-۲. بار بیماری دیابت در جهان، به گونه ای نابرابر، سالمندان و فقرا را بیشتر تهدید می کند. اگر این بیماری به درستی کنترل نشود؛ می تواند منجر به کوری، بیماری کرونری قلب، سکته مغزی، بیماری های کلیوی و قطع اندام تحتانی شود. از آن جایی که مهم ترین عامل خطر قابل اصلاح در بیماری دیابت نوع دوم، کنترل قند خون بالا، چاقی و اضافه وزن است؛ این عوامل باید بعنوان هسته ی مرکزی راهبردهای کنترل و پیشگیری در سطح ملی در نظر گرفته شود.

۳-۲. این فصل، چگونگی دستیابی به اهداف پیشگیری و کنترل بیماری دیابت تا سال ۲۰۲۵ را از طریق نظام ارایه خدمات سلامت و با استفاده از استانداردهای «چارچوب ملی ارایه خدمت در بیماری دیابت» شرح خواهد داد. این چارچوب، تعیین اولویت های ملی و فروملی (استانی) را تسهیل می کند و مسیر انجام مداخلات موثر و ارتقای نظام ارایه خدمت در راستای پیشگیری و کنترل دیابت را شفاف می سازد. مراحل موجود در این چارچوب، ظرفیت لازم برای ارایه و گسترش روش های مفیدتر و بهتر را دارند و همچنین، قادر خواهند بود که ارکان اصلی و لازم برای دستیابی به استانداردهای تعیین شده طی ۱۰ سال آینده را بنا کنند. چارچوب مذکور، چارچوب سازماندهی شده ای را برای استفاده ارایه دهندگان خدمات سلامت فراهم می نماید و این اطمینان را به مبتلایان به دیابت می دهد که در هر مکانی از کشور که زندگی می کنند؛ می توانند از خدمات سلامت استاندارد بهره مند شوند.

۴-۲. در این فصل، به گام های سازمانی ای پرداخته می شود که دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور باید به منظور ایجاد ظرفیت در حوزه تحت پوشش خود بردارند. این مراحل عبارتند از:

- ✓ گسترش شبکه آموزش، ارایه خدمت و پژوهش دیابت دانشگاه و شبکه آموزش و ارایه خدمت دیابت شهرستان (که به تفصیل در بخش های آتی مورد بحث قرار می گیرد) با یک مکانیزم کارآمد،

شناسایی افراد موثر در جامعه شامل ارایه دهندگان خدمات سلامت، متخصصان برجسته استانی، کارکنان تاثیرگذار، افراد معتبر محلی و غیره که در پیشبرد ارایه خدمات، آموزش (با برگزاری همایش های عمومی برای مردم و همایش های ویژه ارایه دهندگان خدمات سلامت) و پژوهش (با تهیه زیرساخت های مورد نیاز بومی در ارایه خدمات استاندارد) و فن آوری (بروز رسانی و ارایه خدمات نوین) فعالیت داشته باشند. این شبکه باید از حمایت استانداران و روسای دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور برخوردار باشد.

- ✓ ارزیابی وضعیت موجود، ایجاد برنامه های جدید، بازنگری و ارزیابی استقرار و ترویج برنامه های اجرایی موجود با هدف دستیابی به استانداردها
- ✓ شرکت در نظام پایش و ارزشیابی ملی و دانشگاهی
- ✓ ایجاد پروفایل نیروی انسانی برای تمامی ارایه دهندگان خدمات مراقبت از دیابت، ارتقای سطح دانش آنان و ارتقای کیفیت برنامه های آموزشی با هماهنگی و نظر معاونان بهداشت، درمان، آموزشی و پژوهشی دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور

۲-۵. ارایه مراقبت های استاندارد به تمامی افراد مبتلا به دیابت، زمانبر خواهد بود؛ بنابراین، اولویت بندی در سطوح ملی و فروملی (استانی) ضروری است. در سطح ملی، اولویت اصلی شامل تمرکز بر مبتلایانی است که بالاترین خطر بروز عوارض دیابت را دارند؛ مانند افراد با کنترل ضعیف دیابت. در چنین مواردی، اجرای استانداردهای «چارچوب ملی ارایه خدمت در بیماری دیابت» از اولین روز، با موفقیت بیش تری همراه است. در سطوح فروملی (استانی) می توان موارد ذیل را در نظر داشت:

- ✓ اطلاع رسانی
- ✓ ایجاد فرصت به منظور شرکت در آموزش های گروهی ساختاریافته برای بیماران دیابتی که دیابت آنان از سال ۲۰۱۵ به بعد تشخیص داده شده است
- ✓ تنظیم یک برنامه مراقبتی مورد تایید و برنامه ثبت مشخصات فرد دیابتی توسط فرد ارایه دهنده خدمات سلامت در خانه بهداشت، پایگاه بهداشت، مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی، بیمارستان ها و کلینیک های تخصصی دیابت برای تمام بیمارانی که دیابت آنان در سال ۲۰۱۵ و پس از آن تشخیص داده شده و تمام بیمارانی که کنترل دیابت آنان ضعیف بوده و $HbA1c$ بیش تر از ۸٪ دارند.
- ✓ حمایت های روحی - روانی مناسب از بیماران دیابتی

۶-۲. تصمیم گیری در مورد بهترین رویکرد برای دستیابی به استانداردهای مربوط به دیابت باید مبتنی بر مفاد موجود در این چارچوب باشد؛ به گونه ای که شرایط بومی و اجتماعی جامعه دریافت کننده خدمات را منعکس نماید. این مهم بر عهده دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور خواهد بود.

۷-۲. «چارچوب ملی ارایه خدمت در بیماری دیابت» توسط گروه مشترکی از کارگروه دیابت با تمرکز بر عوامل خطر متابولیک دبیرخانه ی ملی پیشگیری و کنترل بیماری های غیر واگیر، دفتر بیماری های غیرواگیر معاونت بهداشت وزارت بهداشت، کارشناسان و متخصصان معاونت درمان وزارت بهداشت و متخصصان مرکز تحقیقات بیماری های غیرواگیر و مرکز تحقیقات دیابت به عنوان زیرمجموعه ی پژوهشگاه علوم غدد و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشت درمانی تهران تدوین شده است.

۸-۲. خدمات پیشنهادی در این چارچوب ملی، بر اساس راهنمای بالینی-اجرایی استاندارد دیابت (مصوب وزارت بهداشت) است که توسط معاونت آموزشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای ارایه خدمات و مراقبت های با کیفیت بالا طراحی خواهد گردید.

۲- بهسازی، توسعه و اصلاحات: اهداف ۶ گانه برای ده سال آینده

۹-۲. «چارچوب ملی ارایه خدمت در بیماری دیابت»، اهداف مورد نظر برای ۱۰ سال آینده (۲۰۲۵ تا ۲۰۳۵) را به ترتیب زیر در نظر دارد:

۱. میزان شیوع دیابت نسبت به سال پایه، ثابت نگه داشته شود و از عوامل خطر ساز آن کاسته شود.^۱
۲. پوشش درمان بیماران دیابتی^۲ به ۷۰ درصد تا سال ۲۰۱۸ و بیش از ۹۰ درصد تا سال ۲۰۲۵ افزایش یابد.
۳. کیفیت درمان به گونه ای بهبود یابد که تا سال ۲۰۱۸، ۷۰ درصد از بیماران تحت پوشش، HbA1c کم تر از ۸٪ داشته باشند و تا سال ۲۰۲۵ بیش از ۸۰٪ از آنان (بجز موارد اشاره شده در پاورقی شماره

^۱ فعالیت های مربوط به سبک زندگی سالم، شامل کاهش درصد اضافه وزن و افزایش میزان تغذیه سالم و فعالیت بدنی در کارگروه ارتقای سلامت و سبک زندگی سالم و در قالب «چارچوب ملی ارتقای سلامت و سبک زندگی سالم» مورد توجه قرار خواهد گرفت و در این چارچوب ملی، فقط به اقداماتی اشاره خواهد شد که از ابتلای افراد پر خطر و پره دیابتیک به دیابت جلوگیری می نماید.

^۲ منظور، درصد افراد دیابتی دریافت کننده قرص های خوراکی پایین آورنده قند خون و دریافت کنندگان انسولین در میان بیماران دیابتی است.

- ۶) دارای HbA1c کم تر از ۷٪ باشند.^۲ بدیهی است کنترل سایر عوامل متابولیک شامل فشار خون و چربی خون (LDL و کلسترول تام) بیماران دیابتی نیز از اهداف درمان با کیفیت^۲ خواهد بود.
۴. حداقل ۸۰٪ افراد مبتلا به دیابت تا سال ۲۰۱۸ در معاینات ادواری سالانه به منظور تشخیص زودهنگام عوارض شرکت نمایند و این درصد تا سال ۲۰۲۵ به ۱۰۰٪ رسیده باشد.
۵. نظام ثبت دیابت تا سال ۲۰۱۸، ۱۰۰٪ افراد دیابتی شناسایی شده را تحت پوشش قرار دهد.
- ۶ تا سال ۲۰۱۸، داروها، انسولین، سرنگ، گلوکومتر و وسایل مصرفی مرتبط و همچنین خدمات تغذیه و آموزش بر اساس سازوکارهای قانونی و با پیگیری کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر، تحت پوشش بیمه قرار بگیرد.

۳- ظرفیت سازی: گام های سازمانی در سال اول

۱۰-۲. دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور باید بودجه های تخصیص داده شده در مراحل اولیه برنامه را برای ظرفیت سازی کادر اجرایی، فنی و جامعه تحت پوشش خود بکار برند.

۱۱-۲. «چارچوب ملی ارایه خدمت در بیماری دیابت»، به منظور دستیابی به مراقبت یکپارچه و حمایت از ارایه دهندگان خدمات سلامت نیاز به زیرساخت های بومی دارد تا موجب شود که منابع موجود، در بخش هایی که بیشتر مورد نیازند؛ استفاده شوند. بدین شیوه، دستیابی به اهداف زیر امکان پذیر می گردد:

- ✓ بهبود پیامدهای بالینی
- ✓ خدمات هزینه اثربخش
- ✓ افزایش رضایتمندی بیماران
- ✓ ارایه خدمات عادلانه

۱۲-۲. دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور موظف هستند که تمامی مدیران اجرایی، ارایه دهندگان خدمات، مردم و سیاستگذاران محلی را از اهداف «چارچوب ملی ارایه خدمت در بیماری دیابت» آگاه سازند و آموزش های لازم را متناسب با نیازهای هر یک از رده های پیشگفت ارایه نمایند؛ به گونه ای که

^۱ شامل افراد دارای بیماری های همراه، عوارض پیشرفته میکرو و ماکرو واسکولار دیابت، بیماری شناخته شده قلبی، میزان امید به زندگی کم تر از ۱۰ سال، هایپوگلیسمی ناآگاهانه یا شدید، محدودیت ها و شرایط خاص بیمار

^۲ برای اجرای این هدف، نیاز است تا زیرساخت های استاندارد اندازه گیری HbA1c در کشور فراهم گردد.

^۳ بر اساس راهنمای بالینی مصوب

پیش از اجرای «چارچوب ملی ارایه خدمت در بیماری دیابت»، سطوح دانشگاهی و شهرستانی، آمادگی لازم برای اجرای این چارچوب را داشته و آموزش های لازم را دریافت نموده باشند.

۱۳-۲. دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور موظف خواهند بود بودجه های تخصیص یافته از سوی وزارت بهداشت به منظور اجرایی نمودن «چارچوب ملی ارایه خدمت در بیماری دیابت» را در بخش ظرفیت سازی، صرف تهیه زیرساخت های لازم شامل تجهیزات، مواد مصرفی، آموزش، فراهم سازی نظام پایش و نظارت کنند.

۱۴-۲. دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور تلاش خود را خواهند نمود تا اکثر منابع مورد نیاز برای اجرای «چارچوب ملی ارایه خدمت برای بیماری دیابت» را از منابع و زیرساخت های خود دانشگاه تامین نمایند. این موارد شامل نیروی انسانی، زیرساخت های تکنولوژی اطلاعات و منابع مالی در اختیار خواهد بود.

۱۵-۲. دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور موظف هستند که شیوه های طراحی برنامه های مداخله ای را به کارشناسان ستادی خود در حوزه های معاونت های بهداشت و درمان در سطح دانشگاهی و در حوزه های مرکز بهداشت استان و بیمارستان های وزارت بهداشت در سطح شهرستانی آموزش دهد تا بدینوسیله، امکان برنامه ریزی از پایین به بالا فراهم شود.

۴- ساختار شبکه آموزش، ارایه خدمت و پژوهش دیابت دانشگاه / شبکه آموزش و ارایه خدمت دیابت شهرستان

۱۶-۲. کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر و کارگروه دیابت و عوامل خطر متابولیک، همگی در سطح ملی، ابزارهای اصلی سیاستگذاری و نظارت بر اجرای سیاست ها هستند و به هیچوجه قصد ورود به حوزه اجرا را نخواهند داشت.

۱۷-۲. ساختارهای پیشنهاد شده در «چارچوب ملی ارایه خدمت در بیماری دیابت» همانند شبکه آموزش، ارایه خدمت و پژوهش دیابت دانشگاه و شبکه آموزش و ارایه خدمت دیابت شهرستان، ساختارهای میانه ای هستند که در بخش اجرا به مجریان و در بخش نظارت به سیاستگذاران کمک خواهند نمود. بدیهی است هر یک از این

شبکه ها برای سایر بیماری های مورد نظر در «سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط»، قابل ادغام در شبکه های آموزش، ارایه خدمت و تحقیقات خواهند بود.

۱۸-۲. شبکه آموزش، ارایه خدمت و پژوهش دیابت دانشگاه زیر نظر روسای دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور و با حضور معاونان بهداشت، درمان، آموزشی، غذا و دارو، پژوهشی و پشتیبانی آن دانشگاه تشکیل می شود و همکاری از انجمن های علمی و سازمان های مردم نهاد مصوب و مراکز تحقیقات دیابت و بیماری های متابولیک در آن حضور دارند. وظایف شبکه دانشگاهی عبارتند از: همراهی و همکاری با شبکه شهرستانی در فرآیند آموزش و ارایه خدمات تخصصی و فوق تخصصی، گردهم آوردن شبکه های شهرستانی برای استفاده از تجربیات یکدیگر و جذب منابع مردمی.

۱۹-۲. شبکه آموزش و ارایه خدمت دیابت شهرستان زیر نظر مدیر شبکه بهداشت و درمان دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور با مشارکت پزشکان، مدیران، افراد مهم محلی، نمایندگان بخش های خصوصی و دولتی و نیز مبتلایان به دیابت تشکیل می شود تا این طیف گسترده اعضا باعث کاربردی شدن «چارچوب ملی ارایه خدمت در بیماری دیابت» در عمل شود. از جمله وظایف شبکه شهرستانی می توان به جذب منابع مردمی اشاره نمود.^۱

۲۰-۲. شبکه آموزش، ارایه خدمت و پژوهش دیابت دانشگاه و شبکه آموزش و ارایه خدمت دیابت شهرستان توسط کمیته استانی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر تشکیل و حمایت می شود و به مدت ۳ سال فعالیت کرده و بر موارد زیر متمرکز خواهند شد:

- ✓ حصول اطمینان از مشارکت فعال و همه جانبه بیماران مبتلا به دیابت در فرآیند درمان به منظور بهبود خودمراقبتی
- ✓ تاکید بر اقدامات همه گیر و جامع به منظور افزایش سطح سواد سلامت جامعه بمنظور ارتقای سطح سلامت
- ✓ هدایت اقدامات منتج به تغییرات در فرهنگ سلامت مردم
- ✓ ارایه و تبلیغ مداخلات موثر بهداشتی و درمانی در درون شبکه و به سایر شبکه ها

^۱ بدیهی است در صورتی که سایر کارگروه های کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر، به ضرورت تشکیل شبکه ای در سطح دانشگاه و شهرستان برای تدوین چارچوب ملی ارایه خدمت برسند؛ کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر باید در مورد ادغام شبکه های مورد نظر تصمیم گیری نماید.

- ✓ اصلاح (بازبینی) شرح وظایف مدیران، متخصصان، ارایه دهندگان خدمات سلامت (پزشکان، پرستاران، ماماها، مراقبان سلامت، بهورزان و کارشناسان تغذیه) و بیماران در مورد کنترل و مدیریت بیماری دیابت
- ✓ ایجاد و اجرای نظام پایش و ارزشیابی با اهداف بومی و ملی
- ✓ بسیج و جذب منابع محلی به منظور گسترش دسترسی مردم به خدمات با کیفیت
- ✓ تبادل اطلاعات و تجربیات شبکه ها به منظور بهینه سازی استفاده از منابع

۲۱-۲. دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور موظف هستند که محیط آموزشی ای را ایجاد کنند که فرصتی را برای اعضای شبکه آموزش، ارایه خدمت و پژوهش دیابت دانشگاه و شبکه آموزش و ارایه خدمت دیابت شهرستان و سراسر کشور فراهم آورد تا اعضا بتوانند به تبادل تجارب اجرایی پرداخته و در نتیجه، از موفقیت و مشکلات یکدیگر بیاموزند.

۲۲-۲. نشست های ادواری بین سطوح ملی با استانی و استانی با شهرستانی، نقش مهمی در موفقیت شبکه های آموزش و خدمات دیابت دارد و از طریق آن ها می توان اطمینان حاصل نمود که اولویت ها و موانعی که توسط ارایه دهندگان خدمات سلامت شناخته شده اند؛ همچنان در اولویت قرار دارند. نقطه نظرات مردم و مشارکت افراد مبتلا به دیابت نیز می تواند به تعیین اولویت ها یاری رساند.

۵- ایجاد پروفایل نیروی انسانی در چارچوب ملی ارایه خدمت در بیماری دیابت

۲-۲۳. به کارگیری ارایه دهندگان خدمات سلامت آموزش دیده و مورد تایید در طول ارایه مراقبت های بهداشتی اولیه و تخصصی، اساس پیشرفت در ارایه مراقبت و حمایت از بیماران مبتلا به دیابت است. یکی از راه های حمایت از ارایه دهندگان خدمات سلامت شاغل در بخش های دولتی، عمومی و خصوصی شامل پزشکان، پرستاران، ماماها، مراقبان سلامت، بهورزان و کارشناسان تغذیه در مناطق تحت پوشش دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور، تعیین مهارت های نیروی انسانی در زمینه مدیریت و درمان دیابت و ایجاد پروفایل مهارتی برای نیروهای انسانی ای است که به مراقبت از مبتلایان به دیابت می پردازند و همچنین، توسعه برنامه های تحصیلی و آموزشی از طریق معاونت های بهداشت و درمان دانشگاه برای این کارکنان است.

۲-۲۴. آموزش مداوم ارایه دهندگان خدمات سلامت، اساس ارتقای مستمر کیفیت است. این کارکنان در طول ارایه مراقبت های بهداشتی اولیه، مراقبت های درمانی و مراقبت های تخصصی باید از توانایی های خود برای حمایت از خودمراقبتی افراد مبتلا به دیابت اطمینان حاصل نمایند. به این ترتیب، مبتلایان به دیابت می توانند مطمئن شوند که کارمندانی که آنان را معاینه می کنند؛ از توانایی های زیر برخوردارند:

- ✓ از مبتلایان با توجه به نیازشان مراقبت می کنند.
- ✓ به خوبی آموزش دیده اند و اطلاعات آنان به روز است.
- ✓ خدماتی با کیفیت بالا ارایه می دهند که با دستورالعمل های بالینی و ارایه خدمت مطابقت دارد.
- ✓ توانایی برقراری ارتباط موثر با بیماران را دارند.
- ✓ به عنوان عضوی از یک تیم با مهارت های مکمل کار می کنند.
- ✓ از اهداف «سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط»، به خوبی آگاه هستند.
- ✓ از مفاد «چارچوب ملی ارایه خدمت در بیماری دیابت» آگاهی دارند.

۲-۲۵. وجود دستورالعمل های بالینی و ارایه خدمت باعث می شود که ارایه دهندگان خدمات سلامت از اطلاعات دقیق بهره مند شوند و همچنین، به نحو صحیح از زمانشان استفاده کنند.

۶- نقش ها و جایگاه های شغلی

۲-۲۶. مراقبت از دیابت نه تنها در بیمارستان ها و کلینیک های تخصصی وابسته بلکه در قالب خدمات بهداشتی- درمانی و اجتماعی در نظام ارایه مراقبت های بهداشتی اولیه نیز ارایه می شود؛ البته بدیهی است که خدمات تخصصی برای کودکان، جوانان و زنان باردار و همچنین، خدمات مشاوره ای برای افراد با نیازهای پیچیده در بیمارستان ها و کلینیک های تخصصی وابسته ادامه خواهد یافت.

۲-۲۷. ارایه دهندگان خدمات دیابت شامل پزشکان، پرستاران، ماماها، مراقبان سلامت، بهورزان و کارشناسان تغذیه معمولاً در یادگیری مهارت ها و علوم تازه و ایفای نقش های جدید پیشگام هستند؛ چرا که پرستاران با مهارت های تخصصی و پیشرفته در زمینه دیابت و همچنین، پزشکان، ماماها، مراقبان سلامت، بهورزان و کارشناسان تغذیه، افرادی هستند که به عنوان مرجع برای برخی از افراد عمل می کنند. خدمات باید به حدی منسجم باشد که نه تنها پزشکان بلکه سایر ارایه دهندگان خدمات سلامت بتوانند نقشی جدی در ارایه آن ها داشته باشند.

۲-۲۸. سرعت تغییر وضعیت سلامت و بیماری، بسته به شرایط محلی از مکانی به مکان دیگر متفاوت است. توانمندسازی ارایه دهندگان خدمات اولیه به منظور ایفای نقش بیش تر در ارایه خدمات موثر برای افراد مبتلا یا در خطر بالای ابتلا به بیماری دیابت، نیاز به افزایش نیروی کار برای ارایه این خدمات، منابع مالی، زیرساخت های اطلاعاتی و ظرفیت سازمانی دارد.

۲-۲۹. برای مکانیسم پرداخت، هرگونه وجه قابل تغییر توسط مدیریت به اعضای تیم کنترل دیابت (شبکه آموزش، ارایه خدمت و پژوهش دیابت دانشگاه و شبکه آموزش و ارایه خدمت دیابت شهرستان) به استثنای مردم، باید بر اساس استانداردها و اهداف مد نظر در افزایش پوشش، کنترل کیفیت و کنترل عوارض ناشی از بیماری دیابت باشد که شاخص های آن را هر دانشگاه علوم پزشکی می تواند برای خود تعریف کند.

۲-۳۰. تیم متخصصان دیابت می تواند از طریق موارد زیر در توسعه خدمات در محل های ارایه مراقبت های بهداشتی اولیه و مراقبت های تخصصی حمایت کند:

- ✓ ارایه خدمات (خدمات درمانی، بهداشتی و مشاوره ای در مورد تغییر سبک زندگی و سایر خدمات مورد نیاز افراد در معرض خطر، پره دیابتی و دیابتی) در خانه های بهداشت، پایگاه های بهداشت، مراکز بهداشتی شهری و روستایی، بیمارستان ها و کلینیک های تخصصی دیابت،
- ✓ ارایه مشاوره، آموزش و مهارت آموزی ارایه دهندگان خدمات سلامت شامل پزشکان، پرستاران، ماماها، مراقبان سلامت، بهورزان و کارشناسان تغذیه ای که تخصصی در دیابت ندارند،
- ✓ حمایت از توسعه و بازنگری دستورالعمل های اجرایی بومی.

۷- اهداف چارچوب ملی ارایه خدمت در بیماری دیابت و راهبردهای اصلی

۳۱-۲. برنامه ریزی و چارچوب اجرایی برای سال های ۲۰۱۵ تا ۲۰۲۵، اولویت ها را در نظام سلامت برای ۱۰ سال آینده مشخص کرده است و در این راستا ۶ هدف اصلی را در «چارچوب ملی ارایه خدمت در بیماری دیابت» در نظر می گیرد:

هدف (۱) ثابت نگاه داشتن میزان شیوع دیابت و کاهش عوامل خطر ساز آن

راهبرد:

- ✓ با آموزش و مدیریت دقیق سطوح مختلف نظام سلامت در جامعه تحت پوشش هر دانشگاه علوم پزشکی و ارایه بسته مراقبت افراد در معرض خطر می توان از ابتلا به دیابت در افراد پره دیابتی و نیز از ابتلا به عوارض دیابت در افراد مبتلا به دیابت پیشگیری کرد. در این راستا، از ارایه دهندگان خدمات دیابت در بخش های دولتی و خصوصی خواسته می شود تا بسته مراقبت از بیماران و افراد پرخطر را بیاموزند و به مرحله اجرا درآورند. این بسته دارای دو قسمت خودمراقبتی و خدمات درمانی- آموزشی است و هدف آن، رسیدن به این نتیجه است که افراد پره دیابتی یا سایر افراد پرخطر، به دیابت مبتلا نشوند.

هدف (۲) افزایش پوشش درمان بیماران دیابتی به ۷۰ درصد از کل بیماران تا سال ۲۰۱۸ و بیش از ۹۰ درصد تا سال ۲۰۲۵

راهبردها:

- ✓ غربالگری اولیه افراد پرخطر و شناسایی افراد پره دیابتی و دیابتی
- ✓ ارایه توصیه های لازم برای بهبود سبک زندگی به افراد پره دیابتیک

✓ تحت پوشش قرار دادن افراد پره دیابتی و دیابتی و استفاده از بهورزان و سایر ارایه دهندگان خدمات سلامت برای پیگیری افراد مبتلا به دیابت برای حصول اطمینان از دریافت درمان های لازم توسط بیماران

✓ غربالگری کلیه خانم های باردار و درمان مناسب دیابت بارداری

هدف (۳) بهبود کیفیت درمان برای دستیابی به $HbA1c$ کم تر از ۸٪ در ۷۰ درصد از بیماران تحت پوشش تا سال ۲۰۱۸ و $HbA1c$ کم تر از ۷٪ در ۸۵٪ از بیماران تا سال ۲۰۲۵

راهنمها:

✓ آموزش به ارایه دهندگان خدمات سلامت شامل پزشکان، پرستاران، ماماها، مراقبان سلامت، بهورزان و کارشناسان تغذیه

✓ آموزش به متخصصان در مورد رعایت راهنمای بالینی-اجرایی استاندارد دیابت (مصوب وزارت بهداشت) به منظور بهبود کیفیت درمان

✓ ارزشیابی رعایت راهنمای بالینی-اجرایی استاندارد دیابت (مصوب وزارت بهداشت) توسط ارایه دهندگان خدمات سلامت

✓ مهیا ساختن امکانات برای ارجاع فوری موارد اورژانس (کتو اسیدوز، هایپراسمولار کما و هایپوگلیسمی و ...)

✓ ارجاع فرد مبتلا به مراکز خدماتی تخصصی، در صورت نیاز

✓ تعیین تعرفه برای آموزش بیماران توسط کارشناس تغذیه، پرستار، پزشک و سایر پرسنل بهداشتی درمانی مرتبط

✓ استفاده از بازوکارهای قانونی برای شمول پوشش بیمه در تجهیزات و وسایل مصرفی مانند سرنگ انسولین، گلوکومتر، استریپ، لنست و تجهیزات مورد نیاز برای مراقبت از پای دیابتی و همچنین، خدمات آموزشی، تغذیه ای و توان بخشی دیابت

✓ از مکانیسم پرداخت با مدیریت صحیح در راستای ارتقای کیفیت مراقبت ها استفاده گردد؛

✓ حمایت از مبتلایان به دیابت برای مدیریت بیماریشان. این امر، نکته ای کلیدی در توانمندسازی افراد مبتلا به دیابت، افزایش تجربه آنان در استفاده از خدمات و بهبود پیامدهای سلامتشان است. این حمایت، بطور کلی، باید تفاوت نیازهای افراد مبتلا به دیابت نوع ۱ و ۲ و احتیاجات اساسی کودکان،

جوانان و افراد بالغ را در نظر گیرد و همچنین، افراد در معرض بیشترین خطر پیشرفت عوارض دیابت و کسانی که به تازگی به دیابت مبتلا شده‌اند را در اولویت قرار دهد.

هدف ۴) شرکت کردن حداقل ۸۰٪ افراد مبتلا به دیابت تا سال ۲۰۱۸ و ۱۰۰٪ آنان تا سال ۲۰۲۵ در معاینات ادواری سالانه به منظور تشخیص زودهنگام عوارض (غربالگری عوارض)

راهبردها:

✓ استفاده از نظام ثبت بیماران دیابتی بمنظور کسب اطمینان از دریافت مراقبت های دوره ای و درمان مورد نیاز توسط بیماران

✓ مشخص کردن وضعیت کنترل قند خون، فشار خون، چربی خون و غربالگری و درمان عوارض با استفاده از پرونده الکترونیک بیمار

✓ درمان استاندارد مبتنی بر دستورالعمل های کشوری یا بین المللی بر اساس شرایط بیمار

✓ آموزش مناسب به بیماران غیرمبتلا به عوارض و بیماران مبتلا به عوارض

✓ ارجاع (در صورت نیاز)

✓ درمان عوارض یا جلوگیری از پیشرفت

✓ توان بخشی

تمرکز ویژه بر افرادی که دیابت در آنان به تازگی تشخیص داده شده و افراد پره دیابتی، یک نیاز اساسی است تا اطمینان حاصل شود که بیماران، توانایی مدیریت موثر این مرحله مهم در زندگیشان را دارا هستند و می توانند خطر عوارض طولانی مدت را کاهش دهند.

هدف ۵) ثبت ۱۰۰٪ افراد مبتلا به دیابت شناسایی شده تا سال ۲۰۱۸ توسط نظام ثبت دیابت

این نظام ثبت، باید حداقل بر اساس کد ملی، اطلاعات مربوط به بیماران دیابتی و عوارض ناشی از آن و همچنین، وضعیت فشارخون، قند خون (HbA1c)، مشخصات آنترپومتریک، عوامل خطر ساز دیابت مانند میزان فعالیت بدنی، رژیم غذایی و مصرف دخانیات را برای هر فرد به طور جداگانه و مشخص ثبت کند. پیشنهاد می شود که نظام ثبت دیابت، تمامی اطلاعات فوق را به صورت متمرکز و ادغام یافته ثبت کند تا از پراکندگی اطلاعات و اتلاف منابع جلوگیری بعمل آید. این نظام باید از شاخص های فردی و اطلاعات دموگرافیک تا اطلاعات مربوط به بیماران دیابتی، کنترل قند خون بالا، چربی خون بالا، فشار خون بالا و همچنین، عوارض دیابت (میکروواسکولار و ماکروواسکولار) و سایر بیماری های همراه را نیز ثبت کند.

راهنمها:

- ✓ حداکثر تا سال ۲۰۱۸، باید ثبت اطلاعات به صورت کاغذی (دستی) انجام گرفته و اطلاعات مورد نظر (بر اساس فرم های طراحی شده) از سطح شهرستان به استان و از سطح استان به سطح ملی ارسال گردد و پس از آن، ثبت الکترونیک اطلاعات مستقر شود. لازم به ذکر است که در دانشگاه هایی که اطلاعات دیابت بصورت یکپارچه از سطوح محیطی تا دانشگاهی، به شکل ادغام یافته و الکترونیک موجود است؛ نیاز به استفاده از کاغذ نیست اما از سطح دانشگاهی به ملی باید ارسال اطلاعات حتماً به صورت کاغذی باشد تا زمانی که نظام ثبت الکترونیک در تمام سطوح شهرستانی، دانشگاهی و ملی استقرار یابد.
- ✓ پس از استقرار نظام الکترونیکی ثبت بیماری دیابت، نسخه های نرم افزاری آن در اختیار بخش خصوصی قرار خواهد گرفت و بخش خصوصی، از طرف وزارت بهداشت ملزم به تکمیل و ارسال اطلاعات خواهد شد.
- ✓ پس از سال ۲۰۱۸، در صورتی که زیرساخت IT لازم در کشور ایجاد شده باشد؛ نظام ثبت دیابت باید بصورت کامل با استفاده از نرم افزار و برنامه کامپیوتری مناسب انجام شود.
- ✓ نظام های ارایه خدمت شامل بخش های خصوصی، دولتی، خانه های بهداشت، پایگاه های بهداشت، مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی، بیمارستان ها و تمام واحدهایی که ممکن است خدمات دیابت ارایه دهند و همچنین، نظام های بیمه ای کشور شامل تامین اجتماعی، بیمه سلامت ایران و نیروهای مسلح نیز باید به سیستم ثبت الکترونیک مجهز شوند و موظف شوند که اطلاعات بیماران مبتلا به دیابت و عوارض آنان را به طور دقیق ثبت کنند تا امکان پیگیری آنان وجود داشته باشد.
- ✓ اجرای دقیق نظام ثبت مستلزم آموزش، تهیه دستورعمل های مناسب برای نظام ثبت، فرم های معتبر و ارزشیابی است.
- ✓ مکانیسم پرداخت نیز باید به نظام ثبت دیابت متصل گردد تا در صورتی که ثبت دیابت بصورت مناسب و کامل صورت نگیرد؛ نیروی انسانی مربوطه مورد بازخواست و در صورت نیاز، کسر پرداخت قرار گیرند.
- ✓ یک سیستم ثبت جامع و به روز، بنیان مراقبت و اساس سیستم یادآوری و فراخوان، مراقبت بالینی، بهبود کیفی مداوم و پایش و ارزشیابی را فراهم خواهد ساخت. تمام اطلاعات ثبت شده باید محرمانه و در مکانی امن باشند.

✓ ثبت بیماران دیابتی، دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور را قادر می سازد تا میزان دیابت های تشخیص داده شده در بین جمعیت تحت پوشش خود را ارزیابی کنند و زیرساخت هایی برای بررسی

✓ گروه های همسان، پایش داخلی و خارجی، محک زنی، مدیریت منابع و پژوهش های بالقوه ایجاد شود.
✓ اطلاعات ثبت شده در پرونده بیماران باید با اطلاعات موجود در پرونده بیمارستانی بیمار از طریق فرآیند یکپارچه سازی ثبت اطلاعات بیماران ادغام شود.

هدف ۶) تحت پوشش بیمه قرار گرفتن داروها، انسولین، سرنگ، گلوکومتر و وسایل مصرفی مرتبط و همچنین، خدمات تغذیه و آموزش بر اساس سازوکارهای قانونی و با پیگیری کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر تا سال ۲۰۱۸

راهنما:

✓ کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر با همکاری و تعامل نزدیک با انجمن های علمی و صنفی ارایه دهنده خدمات دیابت، فهرستی از داروها، تجهیزات و مواد مصرفی ضروری برای بهبود کیفیت خدمات یا افزایش پوشش درمان تهیه می نماید.

✓ کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر موظف است با همراهی و تعامل نزدیک با بیمه سلامت ایران، بیمه تامین اجتماعی و بیمه نیروهای مسلح نسبت به تحت پوشش قرار دادن فهرست تجهیزات تامین شده در بند بالا اقدام کند.

✓ کمیته ملی موظف است تا نسبت به بروز رسانی فهرست مورد نظر به صورت سالیانه اقدام نماید.

۲-۳۲. ثبت افراد مبتلا به دیابت می تواند از سطح مراقبت های بهداشتی اولیه آغاز شود و همچنین، باید ثبت موارد سکته مغزی و بیماری عروق کرونر به ویژه در سالمندان و بیماران قلبی- عروقی مد نظر قرار گیرد. این امر از طریق «نظام اطلاعات سپاس» قابل انجام است.

۲-۳۳. اجرای برنامه «پرونده الکترونیک سلامت برای افراد و خانوار»، فرصتی برای ایجاد سیستم های اطلاعاتی فراهم می آورد که در آن، اطلاعات تمامی بیماران دیابتی در پرونده مراقبت یکپارچه آنان ثبت می شود. با رضایت بیمار، این امر دسترسی به جزئیات شرایط بیمار را فراهم ساخته و در نتیجه، باعث تعامل با دیگر بخش های ارایه دهنده خدمات درمانی در راستای ارایه ی یک مراقبت جامع خواهد شد.

۲-۳۴. «راهنبرد اطلاعات دیابت»، یکی از بسته های سیاستگذاری در کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر خواهد بود که طی ۶ ماه بعد از انتشار این چارچوب ملی، باید تدوین و در اختیار تمام دانشگاه ها و شبکه آموزش، ارایه خدمت و پژوهش دیابت دانشگاه و شبکه آموزش و ارایه خدمت دیابت شهرستان قرار گیرد. این راهنبرد، جزییات رویکرد مربوط به پرونده مراقبت یکپارچه و ثبت بیماران دیابتی را ارایه می دهد. از جمله آن که راهنمایی برای گسترش مجموعه داده ها و دوره زمانی برای ثبت مجازی مبتنی بر عملکرد و توسعه اقدامات برنامه ریزی شده برای ارتقای الگوی جمع آوری داده ها را فراهم می آورد.

۸- راهنبردهای کلی برای اطمینان از دسترسی به اهداف

۸-۱. پرونده سلامت مبتلایان و برنامه مراقبتی استاندارد

۲-۳۵. دسترسی به پرونده سلامت برای افراد مبتلا به دیابت، این امکان را فراهم می کند تا مراقبت از خودشان را با همکاری پزشکان، پرستاران، فاماها، مراقبان سلامت، بهورزان و کارشناسان تغذیه در بخش های اجتماعی و سلامت مدیریت کنند.

۲-۳۶. پرونده سلامت افراد مبتلا به دیابت، موارد زیر را مشخص می کند:

- ✓ شامل یک برنامه مراقبتی استاندارد از جمله آموزش و تغییر سبک زندگی بر اساس شرایط شخصی فرد مبتلا است؛
- ✓ چگونگی مدیریت بیماری تا معاینه بعدی فرد مبتلا را مشخص می نماید؛
- ✓ درک و آگاهی لازم در مورد اهداف مراقبتی را برای بیماران فراهم می آورد؛
- ✓ نیازهای آموزشی برای مراقبت از سلامت، نحوه رفع کردن آن ها و افراد مسوول را شناسایی می کند.
- ✓ فرد رابط را شناسایی و مشخص می کند.

۲-۳۷. وجود یک برنامه مراقبتی/ درمانی، بخش اصلی مدیریت مراقبت است و نقش مهمی در رویکرد مشارکتی به مراقبت ایفا می کند. روند رسیدن به توافق در مورد برنامه استاندارد مراقبت، امکان مشارکت فعال افراد در تصمیم گیری، توافق و چگونگی مدیریت دیابتشان را فراهم می نماید. با وجود این که هدف کلی، مشارکت افراد

است؛ با این حال، فرد مبتلا به دیابت باید نسبت به برنامه پیشنهادی، احساس راحتی کند و بیش از آن چه که می‌تواند؛ نباید به او مسوولیتی واگذار شود.

۸-۲. مدیریت نظام مند درمان دیابت

۳۸-۲. تا سال ۲۰۱۸ دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور باید اطمینان حاصل کنند که مبتلایان به دیابت از درمان های نظام‌مند استاندارد بر اساس راهنمای بالینی - اجرایی استاندارد دیابت که مصوب وزارت بهداشت هستند؛ بهره‌مند می‌شوند. در نهایت، این درمان های استاندارد، مورد بازبینی و پیگیری های منظم قرار می گیرند که این بازبینی‌ها براساس نتایج مراقبت از فرد دیابتی انجام می شود. این برنامه، بر طبق توافق مشترک بین فرد مبتلا به دیابت و اعضای تیم دیابت تهیه می شود.

۸-۳. پیگیری منظم

۳۹-۲. پیگیری منظم، فرصتی را برای شخص مبتلا و متخصصان سلامت فراهم می‌آورد تا اطلاعات مربوطه را به گونه ای جمع آوری کنند که برای فرد، قابل درک باشد. این اطلاعات، اساس برنامه مراقبت برای سال آتی خواهد بود. این امر، همچنین فرصتی را برای بحث پیرامون موارد زیر فراهم می‌آورد:

✓ دستاوردها و مشکلات خودمراقبتی

✓ عناصر کلیدی مراقبت دیابت شامل کنترل میزان قند خون، کنترل فشارخون، کنترل چربی خون و کاهش خطر بیماری های قلبی - عروقی

✓ نتایج و پیامدهای برنامه‌های نظارتی برای پیشگیری از عوارض رتینوپاتی، نفروپاتی و زخم پای دیابتی

✓ حصول اطمینان از دسترسی سریع به خدمات مناسب در صورت بروز مشکل

✓ پایش آرایه خدمات در سطوح مختلف آموزش، مراقبت، عوارض، دسترسی و هزینه

۴۰-۲. مبتلایان به دیابت ممکن است طی سال‌های ابتلا به این بیماری، به متخصصان آرایه خدمات بهداشتی و درمانی مختلفی مراجعه نمایند. در صورتی که خدمات، هماهنگ و استاندارد نباشد؛ این مراجعات می‌توانند مشکل‌ساز بوده و کیفیت مراقبت‌ها را کاهش دهند. تجربه حاصل از دیگر گروه‌های مراقبتی، نشان دهنده مزیت تعیین یکی از اعضای گروه مراقبت به عنوان فرد رابط با شخص مبتلا است. این شخص به عنوان اولین نقطه تماس در شروع کار، به مبتلایان کمک می‌کند تا به طور مناسب، خدمات را شناسایی کنند و در صورت لزوم، به دیگر اعضای گروه دسترسی داشته باشند. این رابطان، همچنین می‌توانند عضو تیمی باشند که بازبینی مدیریت دیابت را رهبری می‌کنند.

۴۱-۲. نقش پیگیری در بهبود بیماران مبتلا به دیابت، انکارناپذیر است. با توجه به مطالعات علمی ای که در داخل کشور هم صورت گرفته است؛ پیگیری بیماران مبتلا به بیماری های غیرواگیر، قابل انجام است و باید برای تک تک افراد مبتلا به اینگونه بیماری ها از جمله دیابت صورت گیرد که بدین منظور می توان استراتژی های متعددی را پیشنهاد کرد:

الف) رابط پیگیری می تواند یکی از اعضای خانواده بیمار باشد که مسوولیت تام درمان و پیگیری او شامل دریافت انسولین و قرص های خوراکی مورد نیاز، سنجش قند خون و انجام معاینات ادواری را انجام می دهد.

ب) با توجه به پیشرفت های صورت گرفته در زمینه IT در کشور و گسترش قابل توجه شبکه تلفن همراه (با توجه به بیش از ۸۵ میلیون خط تلفن همراه)، پیشنهاد می شود که از تکنولوژی پیامک نیز به منظور اطلاع رسانی، پیگیری و یادآوری استفاده شود.

پ) سایر روش های پیگیری همانند تماس تلفنی، ارسال نامه به شکل کتبی، استفاده از وب سایت و دیگر روش های شناخته شده و مورد تایید در آموزش سلامت نیز قابل استفاده هستند.

۴۲-۲. دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور می توانند مراقبت های بیشتر و پیگیری های موقت را در گروه هایی از جمعیت تحت پوشش برنامه ریزی کنند. از جمله ی این موارد می توان به بررسی زمان بندی شده، ویزیت برای حل مشکلات، بررسی تلفنی، دسترسی مستقیم به نتایج HbA1c، نظارت بر فشار خون، آموزش ساختارمند و مانند آن ها اشاره کرد.

۴۳-۲. گسترش و یکسان سازی مدیریت نظام مند درمان دیابت برای تمامی افراد مبتلا به دیابت، امری زمانبر خواهد بود. رضایتمندی زمانی حاصل می شود که گروه هدف، افرادی باشند که در بالاترین خطر ابتلا به عوارض دیابت هستند و کنترل مناسب و زودهنگام برای آنان اعمال شود.

۴۴-۲. یکی از راه هایی که دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور می توانند اجرای مدیریت نظام مند درمان دیابت را مرحله بندی کنند؛ این است که در ابتدا، تمرکز بر افرادی باشد که کنترل مطلوب بر دیابت خود ندارند و دچار عوارض نشده اند و نیز افرادی که در سال ۲۰۱۵ به دیابت مبتلا شده اند؛ تا اطمینان حاصل شود که بیماران دارای یک برنامه مراقبتی استاندارد، اطلاعات فردی ثبت شده و یک فرد رابط برای ارایه خدمت لازم هستند.

۴۵-۲. معاینات و پیگیری بیماران، هر سه ماه یک بار انجام می گردد. در صورت عدم کنترل قند خون یا پس از کنترل قند یا فشارخون بیمار تواتر ویزیت ها می تواند تغییر کند.

۴۶-۲. غربالگری سالانه عوارض دیابت، پیگیری و درمان آن، مطابق مدیریت نظام مند درمان دیابت انجام می شود.

۴-۸. توصیه ها و ارایه اطلاعات از طریق آموزش ساختارمند

۴۷-۲. راههای گوناگونی وجود دارد که از طریق آن ها، دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور می توانند مطمئن شوند که افراد مبتلا به دیابت، توصیه ها و اطلاعات مناسب را در مورد اهمیت رژیم غذایی، فعالیت بدنی و ترک مصرف دخانیات به منظور جلوگیری از خطر ابتلا به عوارض ناشی از دیابت، دریافت می کنند. شواهد نشان داده است که هر چند رساندن اطلاعات و مشاوره از طریق برنامه های آموزشی ساختاریافته گروهی، یکی از موثرترین راههاست؛ اما تجارب موفق پیشنهاد می کند که برنامه آموزشی ساختارمند برای هر فرد با توجه به سن و شرایط اجتماعی، ناتوانی ها و نژاد، تاثیرات مذهبی و فرهنگی طراحی شود.

۴۸-۲. آموزش، یک روند طراحی شده در طول زندگی است. یک رویکرد مبتنی بر مهارت می تواند از خودمراقبتی بواسطه ارتقای دانش، کنترل قند خون، کنترل وزن، مدیریت رژیم غذایی، انجام فعالیت بدنی و تامین سلامت روان حمایت کند.

۴۹-۲. حمایت روحی از بیماران مبتلا به دیابت، به آنان کمک می کند تا هرگونه محدودیت احساسی و رفتاری ای که ممکن است منجر به عدم مدیریت موثر بیماریشان شود را شناسایی کنند. روان شناسان بالینی و سلامت دارای تخصص در زمینه بیماری دیابت، نقش مهمی در حمایت از دیگر اعضای تیم های چندرشته ای در ارایه حمایت های روحی-روانی و همچنین، کمک به بیماران در تغییر سبک زندگی به منظور کاهش خطر ابتلا به دیابت یا عوارض ناشی از آن ایفا می کنند. والدین و مراقبان نیز احتمالاً به حمایت های روحی نیاز دارند.

۵۰-۲. افراد مبتلا به دیابت نیز می توانند به یکدیگر کمک کنند. کمک به دیگران برای تطبیق دادن زندگی با بیماری دیابت و همچنین، ارایه توصیه و حمایت در تغییر سبک زندگی یکدیگر، از جمله ی این کمک ها است. گروه های والدین نیز می توانند نقش حمایتی داشته باشند.

۹- استانداردهای جارجوب ملی ارایه خدمت در دیابت

پیشگیری	استاندارد ۱: وزارت بهداشت باید بسته غربالگری میزان خطر را به گونه ای تعریف کند که بیش ترین حساسیت را داشته باشد. غربالگری، ابتدا در جمعیت های روستایی، حاشیه شهرها و شهرهای زیر ۵۰ هزار نفر جمعیت، شهرهای بین ۵۰ تا ۵۰۰ هزار نفر و سپس، در شهرهای بیش از ۵۰۰ هزار نفر جمعیت بر اساس برنامه راهبردی ای که از طرف دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور ارایه می گردد؛ انجام می شود. این برنامه راهبردی باید شامل نحوه انجام غربالگری، چگونگی تحت پوشش قرار دادن افراد نیازمند، چگونگی پیگیری درمان و تعیین تمکین دروویی بیماران باشد.
	استاندارد ۲: دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور باید با هماهنگی و همکاری سایر ذی نفعان کلیدی برای شناسایی افرادی که میزان خطر آنان ارزیابی شده است؛ راهبردهای درمانی ارایه شده از طرف وزارت بهداشت را اجرا و پایش کنند.
پوشش	استاندارد ۳: دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور باید به تمام افراد مبتلا به دیابت، یک مراقبت با کیفیت بالا و مستمر در طول زندگی شان ارایه کنند. از جمله، می توان به دریافت حمایت برای کنترل بهتر گلوکز خون، فشارخون و دیگر عوامل خطر ساز که در ابتلا به عوارض ناشی از دیابت موثر است؛ اشاره نمود. بدین منظور، این دانشگاه ها باید بر اساس راهنماهای مصوب، مراقبت لازم را ارایه دهند.
کیفیت ارایه مراقبت	استاندارد ۴: تمام افراد مبتلا، خانواده و تمام افرادی که در امر مراقبت روزانه آنان مشارکت دارند؛ به منظور کنترل بهتر قند خون، بهبود فعالیت جسمی، روحی، ذهنی، آموزشی و اجتماعی مورد حمایت قرار خواهند گرفت.
	استاندارد ۵: هماهنگی برای ارایه آموزش همگانی از طریق رسانه های جمعی به منظور حمایت از مبتلایان در جهت بهبود خودمراقبتی و بهبود فعالیت جسمی، روحی، ذهنی، آموزشی و اجتماعی آنان صورت خواهد گرفت.
	استاندارد ۶: وزارت بهداشت باید به منظور درمان سریع و موثر و مدیریت موارد اضطراری دیابت توسط ارایه دهندگان خدمات سلامت، دستورالعمل های مصوب وزارت بهداشت را تدوین کند و دانشگاه های علوم پزشکی کشور موظف به اجرا و پایش آن هستند. این دستورالعمل ها شامل مدیریت عوارض حاد و روش هایی است که خطر بروز را به حداقل برساند.

استاندارد ۷: تمام کودکان، جوانان و بزرگسالان مبتلا به دیابت که به هر دلیلی در بیمارستان پذیرش شده‌اند؛ باید مراقبت‌های موثری را در رابطه با بیماری دیابتشان دریافت نمایند. هر جا که لازم باشد؛ آنان در تصمیماتی که در مورد مدیریت بیماریشان است؛ مشارکت خواهند کرد. استاندارد ۸: به منظور توانمندسازی و حمایت از زنان باردار با سابقه قبلی دیابت و یا دیابت بارداری، وزارت بهداشت باید سیاست‌هایی را در این راستا تدوین کند و دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور موظف به اجرا و پایش آن هستند. این امر به منظور بهینه کردن پیامدهای بارداریشان است. استاندارد ۹: وزارت بهداشت، موظف به تدوین و پایش آیین نامه ارجاع سطح به سطح بیماران دیابتی و ابلاغ آن به دانشگاه‌ها است و دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور موظف به اجرا و پایش این آیین نامه هستند.	کیفیت ارایه مراقبت
استاندارد ۱۰: دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور باید حداقل هر سال یک بار برای تمام افراد دیابتی شناسایی شده، معاینات ادواری غربالگری عوارض انجام دهند؛ مگر در مواردی که به تشخیص پزشک باید تواتر انجام معاینات بیش تر یا کم تر باشد. استاندارد ۱۱: دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور باید سیستم‌های مراقبتی و سیاست‌های توفیق شده ای را تدوین، اجرا و پایش کنند تا اطمینان حاصل شود که تمام افرادی که دچار عوارض بلندمدت دیابت هستند؛ در زمان مناسب و به طور موثر و صحیح، مورد درمان و رسیدگی قرار می‌گیرند تا بدین وسیله، خطر ناتوانی و مرگ زودهنگام را کاهش دهند.	مدیریت عوارض
استاندارد ۱۲: نظام ثبت بیماران دیابتی سرپایی و بستری باید توسط وزارت بهداشت تعریف شود و ابتدا از واحدهای ارایه دهنده خدمات وابسته به وزارت بهداشت به منظور ثبت بیماران استفاده می‌شود و پس از آن، به هر واحد ارایه دهنده خدمت به بیماران دیابتی اعم از دولتی، خصوصی و سایر نهادها تعمیم پیدا می‌کند. نظام ثبت دیابت، ابزار اصلی دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور برای پیگیری، درمان و معاینات ادواری سالانه بیماران دیابتی است و این دانشگاه‌ها می‌توانند این نظام ثبت را ابتدا به صورت کاغذی و در صورتی که زیرساخت‌های ارتباطی به آن‌ها اجازه داد؛ در سال‌های بعدی به شکل الکترونیکی اجرا کنند.	نظام ثبت
استاندارد ۱۳: کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر یا تعامل نزدیک با بیمه‌های سلامت ایران، تامین اجتماعی و نیروهای مسلح تا سال ۲۰۱۸، ۹۰٪ فهرست داروها، تجهیزات و مواد مصرفی تهیه شده را تحت پوشش بیمه قرار داده و این درصد تا سال ۲۰۲۵ به ۱۰۰ درصد خواهد رسید.	پوشش بیمه

پوشش بیمه	استاندارد ۱۴: کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر موظف است تا ۶ ماه بعد از ابلاغ «چارچوب ملی ارایه خدمت در بیماری دیابت» نسبت به تهیه فهرست داروها، تجهیزات و مواد مصرفی مورد نیاز بیماران دیابتی ای که تحت پوشش بیمه نیستند؛ با همکاری انجمن های علمی و صنفی مصوب اقدام کند.
استاندارد مشترک اهداف شش گانه	استاندارد ۱۵: وزارت بهداشت، باید بسته های خودمراقبتی ویژه افراد مبتلا به دیابت و خانواده آنان، افراد پره دیابت و افراد سالم دارای عوامل خطر را تهیه کند و بوسیله خانه های بهداشت، پایگاه های بهداشت، مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی، بیمارستان ها و کلینیک های تخصصی دیابت به آنان ارایه دهد. دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور به تمام کودکان، نوجوانان و بزرگسالان مبتلا به دیابت، خدماتی را ارایه می کنند که آنان را تشویق به مشارکت در تصمیم گیری کرده، از آنان در مدیریت بیماریشان حمایت نموده و همچنین، به آنان کمک می کند که یک سبک زندگی سالم را پذیرفته و این شیوه را حفظ کنند. این خدمات در یک برنامه مراقبتی استاندارد و با یک چارچوب و زبان مناسب منعکس خواهد شد. افراد خانواده و مراقبان هر جا که لازم باشد؛ به طور کامل مشارکت خواهند کرد.
	استاندارد ۱۶: وزارت بهداشت، باید بسته های آموزشی ارایه دهندگان خدمات سلامت و متخصصان را تعریف کند و به همراه راهنمای بالینی-اجرایی استاندارد دیابت (مصوب وزارت بهداشت) به تمامی اعضای شبکه آموزش، ارایه خدمت و پژوهش دیابت دانشگاه و شبکه آموزش و ارایه خدمت دیابت شهرستان ارایه نماید.
	استاندارد ۱۷: تمام افراد مبتلا به دیابت که نیازمند دریافت حمایت از سوی چندین سازمان هستند؛ مراقبت های اجتماعی و بهداشتی منسجم دریافت خواهند کرد.
	استاندارد ۱۸: وزارت بهداشت و بیمه های پایه سلامت موظف به تدوین شیوه نامه پرداخت به ارایه دهندگان خدمت به بیماران دیابتی هستند و دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور موظف به اجرا و پایش این شیوه نامه هستند.
	استاندارد ۱۹: وزارت بهداشت موظف است نقشه جامع تحقیقات در دیابت را فراهم کند و پس از نهایی سازی، در اختیار دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور قرار دهد تا این دانشگاه ها نسبت به اجرای پژوهش های طراحی شده، گام های عملی را در تعامل با یکدیگر بردارند.

استاندارد ۲۰: وزارت بهداشت و دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور موظف خواهند بود تا سقف پنج درصد از کل منابع مالی هزینه شده در سال گذشته برای دیابت (بر اساس استعلام مدیر کل بودجه وزارت بهداشت) را صرف امور پژوهشی در زمینه نقشه جامع تحقیقات در دیابت نمایند.	
استاندارد ۲۱: وزارت بهداشت موظف است با استفاده از ظرفیت های ایجاد شده در «سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط» نسبت به تهیه تفاهم نامه میان این وزارتخانه و سایر وزارتخانه ها، سازمان ها و نهادهای دولتی و عمومی، اقدام نماید و پیشبرد اهداف تعیین شده در تفاهم نامه ها را از طریق شورای عالی سلامت و امنیت غذا پیگیری کند.	استاندارد مشترک اهداف شش
استاندارد ۲۲: تمام دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور باید برنامه های عملیاتی خود در راستای «چارچوب ملی ارایه خدمت در بیماری دیابت» را طراحی کنند و آن را به تایید کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر برسانند.	گانه
استاندارد ۲۳: کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر موظف است در سال پنجم اجرای استانداردها نسبت به ارزیابی میزان موفقیت برنامه، گزارشی را به مدیران ارشد وزارت بهداشت ارایه نماید.	

۱۰- دستیابی به استانداردها: ده سال آینده

۱۰-۱. منطبق بودن با اولویت های دانشگاهی / شهرستانی

۵۱-۲. دستیابی به استانداردهای «چارچوب ملی ارایه خدمت در بیماری دیابت» تا سال ۲۰۲۵، یک هدف فراگیر برای تمام دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور است؛ البته باید توجه داشت که نقطه آغاز اجرا در یک دانشگاه ممکن است تفاوت معناداری با دانشگاه دیگر داشته باشد. طرح های فروملی باید منعکس کننده اولویت های فروملی باشد و بر اساس ظرفیت هر مکان، گسترش یابد.

۵۲-۲. به منظور کسب اطمینان از دستیابی به تمام استانداردها، انتظار می رود دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور، چالش ها و اهداف قابل حصول خود که منجر به بهبود ارایه خدمات می گردد را حداکثر تا نیمه اول سال ۲۰۱۶ در قالب برنامه استراتژیک استانی کنترل و پیشگیری از بیماری دیابت مشخص نمایند. این اهداف باید:

- ✓ براساس نیازهای اولیه استانی / شهرستانی و ظرفیت خدمات تعیین شده باشد؛
- ✓ منبعث از نقاط چالش برانگیز باشد؛
- ✓ با توان و استعداد های نیروی کار و گستره ی اطلاعات آنان سازگار باشد؛
- ✓ مقرون به صرفه و دارای منابع مورد نیاز باشد؛
- ✓ دارای پیامدهای قابل اندازه گیری باشد؛
- ✓ متعلق به / و مورد توافق جوامع علمی، شبکه آموزش، ارایه خدمت و پژوهش دیابت دانشگاه و شبکه آموزش و ارایه خدمت دیابت شهرستان باشد و با خواست بیماران مبتلا به دیابت و خانواده ی آنان همراهی داشته باشد؛
- ✓ نشان دهنده مسیر روشنی برای دستیابی به تمام استانداردها تا سال ۲۰۲۵ باشد.

۵۳-۲. افزایش دیابت نوع ۲، منعکس کننده افزایش در نسبت افرادی است که دچار اضافه وزن یا چاقی هستند. کاهش خطر ابتلا به دیابت نوع ۲، از طریق جلوگیری یا کاهش اضافه وزن و چاقی، ترویج تغذیه سالم و افزایش فعالیت بدنی می تواند تاثیر بسزایی در نیاز به خدمات در آینده داشته باشد. از آن جا که عوامل خطر در دیابت، بسیار شبیه به عوامل خطر را برای بیماری های قلبی - عروقی است؛ برای دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور مفیدتر خواهد بود که استراتژی های کاهش خطر را با برنامه های پیشگیری فرمولی که براساس «چارچوب ملی ارایه خدمات در بیماری کرونری قلب» ارایه خواهد شد؛ یکپارچه و منسجم نمایند.

۵۴-۲. آموزش افراد در زمینه اصلاح سبک زندگی، دقت در نظام ارجاع، مدیریت مکانیسم پرداخت و پایش و ارزشیابی، استانداردهای کلانی هستند که دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور، شبکه آموزش، ارایه خدمت و پژوهش دیابت دانشگاه و شبکه آموزش و ارایه خدمت دیابت شهرستان باید آن ها را پذیرفته و با آن منطبق شوند.

۵۵-۲. دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور باید در مورد اجرای «چارچوب ملی ارایه خدمت در بیماری دیابت» به کمیته / دبیرخانه ملی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر پاسخگو باشند.

۵۶-۲. دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور موظف هستند تا از شبکه آموزش، ارایه خدمت و پژوهش دیابت دانشگاه و شبکه آموزش و ارایه خدمت دیابت شهرستان تحت پوشش خود پایش بعمل آورده و نتیجه را به دبیرخانه کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر ارایه دهند.

۱۰-۲. شواهد و اطلاعات

۵۷-۲. دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور و شبکه های دیابت به منظور تدوین برنامه های خود باید مداخلات کلیدی مبتنی بر شواهد تنظیم شده در استانداردها را مد نظر قرار دهند.

۱۱- حصول اطمینان از پیشرفت

۵۸-۲. با علم به این که نظام سلامت در سطوح فروملی در مراحل مختلف پیشرفت خدمات دیابت قرار دارد؛ این فصل به چگونگی پایش این پیشرفت می پردازد:

۱۱-۱. پاسخگویی در زمینه ارایه خدمت

۵۹-۲. مسوولان راهبردی سلامت و مسوولان شبکه آموزش، ارایه خدمت و پژوهش دیابت دانشگاه و شبکه آموزش و ارایه خدمت دیابت شهرستان، ملزم به پاسخگویی/ گزارش دهی به دبیرخانه کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر خواهند بود تا اطمینان حاصل شود که پیشرفت در برنامه طبق منابع مالی توافق شده در فرآیند برنامه ریزی، به سمت دستیابی به اهداف مورد نظر ادامه دارد.

۶۰-۲. بر اساس برنامه کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر، پایش روند پیشرفت به عنوان بخشی از برنامه های دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور انجام خواهد شد. بدیهی است این دانشگاه ها موظف خواهند بود تا از شبکه آموزش و ارایه خدمت دیابت شهرستان های تابعه پایش بعمل آورند و گزارش آن را به سطوح ملی ارایه کنند.

۱۱-۲. شاخص های پایش میزان دستیابی به اهداف

۶۱-۲. در این مبحث، به توصیف اهداف و شاخص های پایش میزان پیشرفت «چارچوب ملی ارایه خدمت در بیماری دیابت» پرداخته می شود:

هدف (۱) ثابت نگاه داشتن میزان شیوع دیابت و کاهش عوامل خطر ساز آن

شاخص های پایش:

✓ میزان و روند شیوع دیابت

کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر – کارگروه دیابت

✓ میزان و روند شیوع عوامل خطر متابولیک (هیپرگلیسمی، پرفشاری خون، هیپرلیپیدمی)

✓ میزان و روند شیوع عوامل خطر رفتاری^۱

هدف ۲) افزایش پوشش درمان بیماران دیابتی به ۷۰ درصد از کل بیماران تا سال ۲۰۱۸ و بیش از ۹۰ درصد

تا سال ۲۰۲۵

شاخص های پایش:

۱. میزان افراد تحت پوشش مدیریت نظام مند درمان دیابت:

✓ درصد افراد دیابتی تحت درمان با انسولین

✓ درصد افراد دیابتی تحت درمان با قرص های خوراکی

✓ درصد افراد دیابتی دارای فشار خون تحت درمان فشار خون بالا

✓ درصد افراد دیابتی دارای چربی خون تحت درمان چربی خون بالا

✓ درصد افراد دیابتی دارای فشار خون بالا و چربی خون بالا که برای تمام مشکلات بالا درمان دریافت

می کنند.

هدف ۳) بهبود کیفیت درمان برای دستیابی به HbA1c کم تر از ۸٪ در ۷۰ درصد از بیماران تحت پوشش تا

سال ۲۰۱۸ و HbA1c کم تر از ۷٪ در ۸۵٪ از بیماران تا سال ۲۰۲۵

شاخص های پایش:

✓ درصد بیمارانی که HbA1c آن ها کم تر از ۸ درصد است.

✓ درصد بیمارانی که HbA1c آن ها کم تر از ۷ درصد است.

✓ روند بیماران دیابتی دارای HbA1c کنترل شده

✓ در مواردی که امکان سنجش HbA1c وجود نداشته باشد؛ درصد بیمارانی که دارای قند خون ناشتای

کم تر از ۱۴۰ میلی گرم در دسی لیتر هستند؛ مورد سنجش قرار می گیرد.

✓ درصد بیماران دچار حملات هایپوگلیسمی تایید شده^۲

^۱ توسط کارگروه ارتقای سلامت و سبک زندگی سالم تدوین می گردد.

^۲ درصد بیماران هایپوگلیسمیک (هایپوگلیسمی متوسط تا شدید) بستری شده در بیمارستان یا بیمارانی که به خدمات پزشکی برای بهبود

نیاز داشته اند.

هدف ۴) شرکت کردن حداقل ۸۰٪ افراد مبتلا به دیابت تا سال ۲۰۱۸ و ۱۰۰٪ آنان تا سال ۲۰۲۵ در معاینات ادواری سالانه به منظور تشخیص زودهنگام عوارض (غریبالگری عوارض)

شاخص های پایش:

- ۱. درصد پوشش معاینات و پیگیری های انجام شده در سال های ۲۰۱۸ و ۲۰۲۵
- ✓ درصد افراد مبتلا به عوارض میکروواسکولار (رتینوپاتی، نفروپاتی و نوروپاتی)
- ✓ درصد افراد مبتلا به عوارض ماکروواسکولار (عروق مرکزی و عروق محیطی)
- ✓ درصد افراد مبتلا به مرحله نهایی عوارض (End Stage)

هدف ۵) ثبت ۱۰۰٪ افراد مبتلا به دیابت شناسایی شده تا سال ۲۰۱۸ توسط نظام ثبت دیابت در این نظام ثبت، باید اطلاعاتی از بیماران دیابتی شامل وضعیت فشارخون، قند خون (HbA1c)، چربی خون، شاخص توده بدنی، میزان فعالیت بدنی، رژیم درمانی و رژیم غذایی هر فرد و همچنین عوارض میکروواسکولار و ماکروواسکولار ثبت گردد.

شاخص های پایش:

- ✓ درصد بیماران ثبت شده دیابتی از میان بیماران دیابتی شناسایی شده در سال ۲۰۱۸
- ✓ درصد تکمیل صحیح پرونده دیابت بیماران
- ✓ درصد ثبت عوارض

هدف ۶) تحت پوشش بیمه قرار گرفتن داروها، انسولین، سرنگ، گلوکومتر و وسایل مصرفی مرتبط و همچنین خدمات تغذیه و آموزش بر اساس سازوکارهای قانونی و با پیگیری کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر تا سال ۲۰۱۸

شاخص های پایش:

- ✓ درصد داروهای موجود در فهرست تهیه شده توسط کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر که در سال پایه، تحت پوشش نبوده اند ولی در حال حاضر، تحت پوشش قرار گرفته اند.
- ✓ درصد تجهیزات موجود در فهرست تهیه شده توسط کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر که در سال پایه، تحت پوشش نبوده اند ولی در حال حاضر، تحت پوشش قرار گرفته اند.

✓ درصد مواد مصرفی موجود در فهرست تهیه شده توسط کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر که در سال پایه، تحت پوشش نبوده اند ولی در حال حاضر، تحت پوشش قرار گرفته اند.

۱۱-۳. بهبود مستمر کیفیت

۶۲-۲. حاکمیت بالینی، یک مکانیسم ارایه خدمات برای کسب اطمینان از ارایه مراقبت ایمن و با کیفیت بالا است. حاکمیت بالینی اطمینان حاصل می کند که دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور دارای سیستم هایی برای تضمین کیفیت خدماتشان بوده و از بهبود مستمر و سال به سال خدمات مطمئن می شود. مراقبت متمرکز بر نیازهای افراد مبتلا به دیابت، مدیریت موثر خطر، آموختن از شکایات و ممیزی بالینی، برخی از عناصر کلیدی آن خواهند بود.

۶۳-۲. بخش های متعددی در دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور و سیستم های مراقبت های اجتماعی در مراقبت از بیماران دیابتی مشارکت دارند. شبکه آموزش، ارایه خدمت و پژوهش دیابت دانشگاه ها، انجمنی را به منظور به اشتراک گذاشتن نظرات، دستیابی به تغییر و اطمینان از استفاده بهینه از منابع و برای فعالیتهای حاکمیت بالینی ایجاد خواهند کرد. بسیاری از خدمات موجود برای افراد دیابتی، روند و پیامدهای مراقبت را بطور نظام مند اندازه گیری کرده و مسؤولین نظام سلامت را قادر می سازد تا پیشرفت را در طول زمان ارزیابی کنند؛ نایابری ها را از بین ببرند و ممیزی بالینی را انجام دهند.

۶۴-۲. استراتژی اطلاعات دیابت، دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور را در پایش بهبود مستمر کیفیت یاری خواهد کرد. این استراتژی شامل پیاده سازی برنامه ثبت ها برای شناسایی افراد مبتلا به دیابت و حمایت از ارایه مراقبت موثر، ایجاد سیستم اطلاعاتی گسترده برای حاکمیت بالینی و ارزیابی کیفیت و تدوین مجموعه داده های اصلی برای مراقبت از بیماران دیابتی است و در مراقبت های اولیه و ثانویه، قابل استفاده است.

۱۱-۴. شاخص های اجرایی چارچوب ملی ارایه خدمت در بیماری دیابت

۶۵-۲. اطلاعات مبتنی بر معیار مقایسه ای، به سیستم های سلامت فروملی در امر مقایسه عملکردشان با سایر بخش ها کمک می کند و می تواند معاونت بهداشت دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور را بر آن دارد تا به گونه ای متفاوت عمل کنند:

پزشکان عمومی / پزشکان خانواده:

جنبه کمی: باید مشخص شود تراکم پزشک عمومی / خانواده به ازای ۱۰۰۰ نفر جمعیت، به چه میزان افزایش یابد تا «چارچوب ملی ارایه خدمت در بیماری دیابت»، قابلیت اجرا پیدا کند.

جنبه کیفی: باید راهنماهای بالینی / تشخیصی و درمانی مربوط به دیابت و مدیریت مرکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی را با تمرکز بر بیماری های غیرواگیر آموزش دیده باشند.

پرستاران:

جنبه کمی: در حال حاضر، تراکم پرستار به ازای ۱۰۰۰ نفر جمعیت، به چه میزان افزایش یابد تا «چارچوب ملی ارایه خدمت در بیماری دیابت»، قابلیت اجرا پیدا کند.

جنبه کیفی: باید پرستارانی تربیت شوند که به طور اختصاصی در مورد دیابت (مانند تغذیه سالم، فعالیت بدنی مناسب، عدم مصرف دخانیات و غیره) آموزش ببینند.

ماماها / مراقبان سلامت:

جنبه کمی: در حال حاضر، تراکم ماما / مراقب سلامت به ازای ۱۰۰۰ نفر جمعیت، به چه میزان افزایش یابد تا «چارچوب ملی ارایه خدمت در بیماری دیابت»، قابلیت اجرا پیدا کند.

جنبه کیفی: باید ماماها / مراقبان سلامتی تربیت شوند که به طور اختصاصی در مورد دیابت (مانند تغذیه سالم، فعالیت بدنی مناسب، عدم مصرف دخانیات و غیره) آموزش ببینند.

بهورزان:

جنبه کمی: نیروی انسانی مورد نیاز خانه های بهداشت باید مورد ارزیابی مجدد قرار گیرد و مشخص شود که با توجه به وارد شدن برنامه بیماری های غیرواگیر باید چند بهورز دیگر به خانه های بهداشت افزوده شود.

جنبه کیفی: با توجه به این که آموزش بهورزان بیش تر متمرکز بر بیماری های واگیر بوده است؛ باید یک بلوک به بلوک های آموزشی بهورزان افزوده شود که متمرکز بر بیماری های غیرواگیر (بیماری های قلبی - عروقی، سرطان ها، آسم و COPD و دیابت) باشد.

کارشناسان تغذیه:

جنبه کمی: در حال حاضر، تراکم کارشناسان تغذیه به ازای ۱۰۰۰ نفر جمعیت، به چه میزان افزایش یابد تا «چارچوب ملی ارایه خدمت در بیماری دیابت»، قابلیت اجرا پیدا کند.

کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر - کارگروه دیابت

جنبه کیفی: باید کارشناسان تغذیه ای تربیت شوند که به طور اختصاصی در مورد دیابت (مانند تغذیه سالم، فعالیت بدنی مناسب، عدم مصرف دخانیات و غیره) آموزش ببینند.

• تبصره: در صورت عدم وجود تعداد کافی کارشناس تغذیه می توان از پزشک عمومی یا سایر کارشناسان دوره دیده استفاده نمود.

متخصصان:

جنبه کمی: در حال حاضر، تراکم متخصصان به ازای ۱۰۰۰ نفر جمعیت، به چه میزان افزایش یابد تا «چارچوب ملی ارایه خدمت در بیماری دیابت»، قابلیت اجرا پیدا کند.

جنبه کیفی: آموزش های مداوم مکرر در زمینه برخورد با بیماران دیابتی کنترل نشده، عوارض ناشی از دیابت و مدیریت آن عوارض آموزش ببینند.

۱۲- بودجه و منابع

۶۶-۲ تخمین زده می شود که میزان بودجه مورد نیاز برای پیشگیری و کنترل بیماری دیابت در افراد بالای ۲۵ سال جمعیت ایرانی، به استثنای زیرساخت های موجود^۱، حدود ۱۵ هزار تومان به ازای هر فرد بالغ در جمعیت کشور جمهوری اسلامی ایران خواهد بود. رقم دقیق این بودجه، پس از نهایی شدن سایر بخش ها اعلام خواهد شد.

۱۳- رهبری و مدیریت سازمانی

۱۳-۱. کارگروه ملی دیابت با تمرکز بر عوامل خطر متابولیک

۶۷-۲ در سال ۲۰۱۵، کارگروه دیابت با تمرکز بر عوامل خطر متابولیک به عنوان یکی از کارگروه های ذیل کمیته و دبیرخانه ملی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر تشکیل شد تا با هدایت ملی و حمایت فروملی

^۱ تمامی هزینه های مربوط به نیروی انسانی، فضای فیزیکی و بیمه ای موجود و سایر موارد مشابه، جزو زیرساخت های موجود محسوب می شود.

برای اجرای «چارچوب ملی ارایه خدمت در بیماری دیابت» فعالیت نماید. این کارگروه به شیوه های زیر بر اجرای این چارچوب ملی نظارت خواهد کرد:

- ✓ حمایت از متخصصان بالینی و مدیران برای دستیابی به استانداردها و اهداف
- ✓ کسب اطمینان از تعهدات بالینی بواسطه رهبری کارآمد در سطح ملی
- ✓ ارایه توصیه به وزیران و مسوولان نظام سلامت در مورد اولویت ها و پیشرفت امور
- ✓ همکاری در مورد به روزرسانی واحد مدیریت بیماری های غیرواگیر معاونت بهداشت دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور و دیگر ادارات به منظور حمایت از ارایه خدمات

۶۸-۲. کارگروه ملی دیابت با دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور، همکاری نزدیکی خواهد داشت. از مسوولین نظام سلامت در سطح فروملی خواسته خواهد شد که از منطقه تحت پوشش خود بازدید داشته باشند تا با ذی نفعان اصلی ملاقات کرده و از شرایط موجود مطلع شوند و دیدگاه های بومی و برنامه ها را برای ارتقای زندگی مبتلایان به دیابت به اشتراک گذارند. دستیابی به استانداردها، مستلزم همکاری نزدیک مسوولین نظام سلامت در سطوح ملی و فروملی (استانی) است.

۱۳-۲. به روز رسانی معاونت های بهداشت، درمان، آموزشی، غذا و دارو، پژوهشی و پشتیبانی دانشگاه های علوم پزشکی کشور

۶۹-۲. معاونت های بهداشت، درمان، آموزشی، غذا و دارو، پژوهشی و پشتیبانی دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور با استفاده از تخصص های مختلف، منابعی را به منظور پشتیبانی از نظام سلامت وابسته به خود، شبکه آموزش، ارایه خدمت و پژوهش دیابت دانشگاه و شبکه آموزش و ارایه خدمت دیابت شهرستان فراهم خواهند کرد. ارایه خدمات برای دیابت نباید بطور جداگانه دیده شود. یک رویکرد مشترک برای ارایه خدمت در نظام سلامت ممکن است موثرترین راهبرد باشد. این امر در مواردی مانند پیشگیری و خدمات اجتماعی نیز مصداق خواهد داشت. شناسایی اولویت های مشابه (همگرا) در تمامی واحدها و فراهم ساختن فرصت برای فعالیت های بینابینی، یک جنبه مهم در برنامه ریزی در سطح فروملی است.

۷۰-۲. واحد مدیریت بیماری های غیرواگیر به ارایه دهندگان خدمات سلامت وابسته به دانشگاه و سازمان های همکار در ارتقای ارایه خدمات برای بیماران با تمرکز بر چهار حوزه اصلی زیر یاری می رساند:

- ✓ ارتقای دسترسی به ارایه خدمات صحیح و مناسب
- ✓ بالا بردن سطح استانداردهای مراقبتی و ارتقای کیفیت و امنیت بیماران

✓ پشتیبانی از ارتقای ظرفیت سازی محلی

✓ انتشار تجارب موفق و کمک به افراد برای به اشتراک گذاشتن دانش و آموخته هایشان

۱۳-۳. توسعه و برنامه ریزی برای نیروی انسانی

۷۱-۲. ارایه خدمات دیابت، به نیروی انسانی کافی، ماهر و مجرب نیاز دارد که بتوانند مراقبت های با کیفیت بالا را ارایه دهند.

۷۲-۲. تیم گروه درمانی از متخصصان رشته های مختلف تشکیل می شود. این گروه به ارایه دهندگان خدمات کمک خواهد کرد تا در تربیت، آموزش و بکارگیری ارایه دهندگان خدمات سلامت از بهترین روش استفاده نمایند و همچنین، اطمینان حاصل کنند که این امور بر طبق برنامه های ملی و فروملی (استانی) انجام می شود.

۷۳-۲. تدوین یک برنامه آموزشی سطح بالا و استراتژی توسعه ای برای آموزش نیروی انسانی به منظور مواجهه با بیماری های مزمن، شامل تحلیل مشکلات و ارایه راهبردهایی برای مقابله با آن ها و همچنین، ارایه رویکردهای خلاقانه و انعطاف پذیر برای آموزش پرسنل مورد نیاز است.

۱۴- راهبرد اطلاعات دیابت

۷۴-۲. مولفه های کلیدی راهبرد اطلاعات دیابت عبارتند از:

- ✓ حمایت از پیشگیری و مدیریت از طریق ارتقای دسترسی به اطلاعات در مورد دیابت
- ✓ توانمندسازی افراد در برابر دیابت با فراهم نمودن دسترسی به سوابق سلامت و اطلاعات کلی
- ✓ تقویت مراقبت های یکپارچه از طریق سیستم های اطلاعاتی یکپارچه، شامل نظام ثبت
- ✓ ایجاد ظرفیت برای برنامه ریزی و نظارت بر خدمات ارایه شده

۷۵-۲. فعالیت های اصلی برای تدوین «راهبرد اطلاعات دیابت» عبارتند از:

- ✓ تدوین استانداردها و معیارها برای خدمات ثبت مراقبت های یکپارچه دیابت
- ✓ تصحیح مجموعه داده های بالینی به منظور به اشتراک گذاری اطلاعات در سراسر مسیر مراقبت، تهیه اطلاعات مقایسه ای و سنجش آن ها

✓ تدوین یک برنامه برای تولید اطلاعات ممیزی بالینی مقایسه ای ملی برای استفاده در سطوح

ملی و محلی

✓ دسترسی به پایگاه اطلاعات دیابت

۱۵- نوآوری در آموزش و ارایه خدمت در شبکه های آموزش و ارایه خدمت دانشگاه و شهرستان

۷۶-۲. نوآوری در آموزش و ارایه خدمت در شبکه آموزش، ارایه خدمت و پژوهش دیابت دانشگاه و شبکه آموزش و ارایه خدمت دیابت شهرستان می تواند از طرق مختلف به انجام برسد.

۷۷-۲. تمامی مداخلات هوشمند و نوآورانه در حوزه بیماری دیابت توسط وزارت بهداشت با همکاری یکی از مراکز تحقیقاتی مرتبط می تواند مدل های ممکن زیر را تدوین و آماده ی اجرا نماید:

✓ کلینیک های مجازی^۱: در این کلینیک ها، علاوه بر آن که امکان ارتباط الکترونیکی میان بیمار و ارایه دهندگان خدمت فراهم می شود تا بخشی از سوالات بیماران از این طریق پاسخ داده شود؛ امکان مشاوره ارایه دهندگان خدمت در سطح محیطی با سطوح تخصصی و فوق تخصصی نیز فراهم می گردد.

✓ آموزش از راه دور^۲: امکان ارایه ی آموزش های ضروری دیابت به مبتلایان، افراد در معرض خطر، خانواده آنان، ارایه دهندگان خدمات در سطوح پیشگیری اولیه، ثانویه و ثالثیه در رده ی پزشکی، مامایی، پرستاری و بهورزی را فراهم می نماید.

✓ سایر مداخلات هوشمند سلامت^۳: این مداخلات در حوزه دیابت انجام می شود و استفاده از زیرساخت های تکنولوژیک و مخابراتی کشور را شامل می گردد.

✓ تولید پروتوتایپ و نیمه صنعتی روش های جدید تشخیصی و درمانی به عنوان فن آوری های پیشرو در حوزه مداخلات دیابت و بیماری های متابولیک

✓ گسترش واحدهای توسعه و پژوهش^۴

✓ انجام ارزیابی تکنولوژی های سلامت^۵ در حوزه دیابت و بیماری های متابولیک و پاسخ به سوالات مربوط به هزینه- اثربخشی مداخلات سلامت

1 Virtual Clinics

2 Distant Learning

3 Smart Health Innovations

4 Research and Development (R&D)

5 Health Technology Assessment (HTA)



✓ ایجاد نظام اطلاعات سلامت یکپارچه در سطوح ملی، دانشگاهی و شهرستانی، به گونه ای که تمامی اطلاعات مربوط به وضعیت سلامت، تجهیزات و زیرساخت ها، نیروی انسانی و خدمات سلامت در یک مرکز اطلاعات که می تواند یکی از مراکز دانشگاهی همکار (همانند CDC) در حوزه دیابت باشد؛ قرار گیرد و امکان ارائه گزارش های بهنگام برای سیاستگذاری متناسب با شرایط بیماری دیابت در کشور فراهم شود.

فصل سوم

چارچوب ملی آرایه خدمت در بیماری دیابت

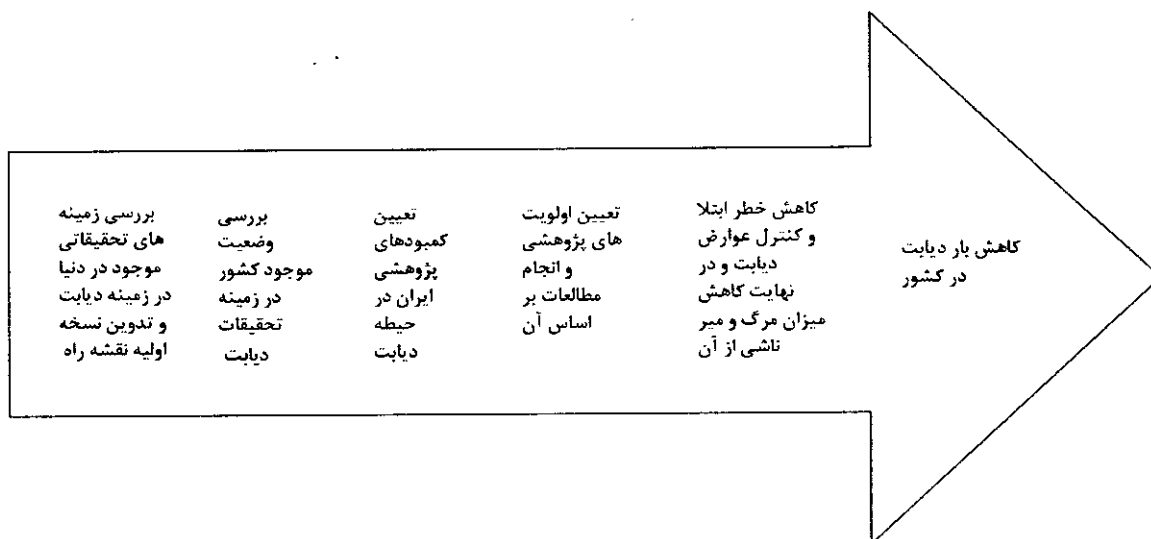
(حوزه پژوهش)

اهداف و استانداردهای پژوهش در حوزه «چارچوب ملی آرایه خدمت در بیماری دیابت» و نیز بحث پیرامون ارکان اصلی پژوهش در دیابت، مهم ترین سرفصل های این بخش را تشکیل می دهند.

۱- اهداف پژوهش در چارچوب ملی ارایه خدمت در بیماری دیابت

۱-۳. اهداف پژوهش در چارچوب ملی ارایه خدمت در بیماری دیابت می توان به ترتیب زیر خلاصه نمود:

- ✓ تدوین چارچوب نقشه راه دیابت با بهره گیری از تجربیات و تلاش های انجام شده برای کنترل دیابت در کشورهای توسعه یافته
- ✓ ارتقا و توسعه نقشه راه دیابت براساس اولویت های پژوهشی مورد نیاز کشور
- ✓ ارایه درجاتی از اولویت بندی به سود افراد ذی نفع و افرادی که به دنبال راهنمایی برای سرمایه گذاری آینده در تحقیقات دیابت هستند.
- ✓ جذب کمک های مالی، نه تنها از نهادهای فعال در حوزه دیابت، بلکه از منابع گوناگون
- ✓ در نظر گرفتن زیرساخت ها و تخصیص بودجه های موجود در کشور
- ✓ تعیین لیست جامعی از پژوهش های علوم پایه، بالینی و نظام سلامت مرتبط با دیابت و اجرای آن ها در طول سال های باقی مانده از سند چشم انداز به نحوی که پاسخگوی نیازهای سیاستگذاران نظام سلامت، مدیران اجرایی، محیط های آموزشی کشور و سایر پژوهشگران باشد.



۲- اهداف کاردهای پژوهش در دیابت

- ۲-۳. پژوهش در زمینه دیابت باید تمام جنبه های این بیماری پیچیده در موارد زیر را پوشش دهد:
- ✓ علوم پایه اعم از مولکول ها، رده های سلولی و بافت ها، مطالعات حیوانی و بررسی های ژنتیکی
 - ✓ علوم بالینی در زمینه مراقبت از بیماران و بررسی مداخلات درمانی و ارزیابی وپایش با رویکرد چند رشته ای
 - ✓ مطالعات جمعیت شناختی و اقتصادی در حوزه سلامت و بهداشت عمومی
- ۳-۳. در این طرح ها باید پیشرفت های علمی مهم در هر رشته به عنوان نقاط ورودی برای ایجاد مسیر پژوهشی در نظر گرفته شود:
- ✓ این مسیرها در طول چند مرحله ادامه یابند و پیشرفت کنند تا به یک نقطه پایانی مشترک یعنی هدف نهایی بهبود درمان یا پیشگیری از دیابت و عوارض آن برسند.
 - ✓ نقاط عطف و موانع بازدارنده در امتداد مسیر پیشرفت و همچنین فرصت های خاص چه در محیط های علمی و چه در محیط های صنعتی شناسایی شوند و مسیرها یا نقاط عطف برای سرمایه گذاری با نتایج فوری، مناسب در نظر گرفته شده، به عنوان اولویت در نظر گرفته شوند.
 - ✓ در این طرح ها، هر یک از زیرگروه ها مستقل نبوده بلکه بخشی از یک مسیر واحد باشند و بر وجود راه میان بر یعنی تحقیقات میان رشته ای تاکید داشته باشند.
 - ✓ مشارکت دست اندرکاران سلامت، محققان و بیماران دیابتی همراه با بهبود گردآوری داده ها و پردازش داده و نمونه ها الزامی است.
- تمامی موارد فوق براساس نقشه راه دیابت که توسط گروه دیابت کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر تدوین و پایش می شود؛ خواهد بود.

۳- ارکان

- ۳-۴. ارکان حوزه پژوهش در چارچوب ملی ارایه خدمت در بیماری دیابت را موارد زیر تشکیل می دهند:
- ۳-۱. کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر

۲-۳. شبکه تحقیقات دیابت کشور

۳-۳. دانشگاه های علوم پزشکی کشور

۴-۳. شبکه آموزش، ارایه خدمت و پژوهش دیابت دانشگاه/ شبکه آموزش و ارایه خدمت دیابت شهرستان

۵-۳. مراکز تحقیقاتی

۱-۳. کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر

۵-۳. کارگروه دیابت کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر با مشارکت معاونت های بهداشت، درمان، آموزشی، غذا و دارو، پژوهشی و پشتیبانی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، تمامی فعالیت های «چارچوب ملی ارایه خدمت در بیماری دیابت» را برنامه ریزی، نظارت و پایش می نماید.

۶-۳. این کمیته به عنوان بالاترین مرجع سیاستگذاری دیابت، تهیه زیرساخت ها و یکسان سازی ارایه خدمات، آموزش و پژوهش برای ارتقای کیفیت زندگی بیماران دیابتی و هزینه-اثربخشی بهتر موارد زیر را تهیه و پایش خواهند نمود:

- ✓ تدوین نقشه راه دیابت کشور به منظور تعیین اولویت های پژوهشی
- ✓ تعیین استانداردهای مراقبت و درمان دیابت در سطوح مختلف ارایه خدمات و تدوین راهنمای بالینی مصوب دیابت جهت یکسان سازی و استاندارد سازی ثبت داده های بیماران دیابتی و آنالیز آن
- ✓ تعیین اولویت های فوری پژوهشی بر اساس گزارش های دریافتی
- ✓ جلب حمایت های مالی جلب همکاری و هماهنگی بین واحدهای تابعه کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر
- ✓ دریافت گزارش از دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور و شبکه تحقیقات دیابت
- ✓ جمع آوری، تجزیه و تحلیل اطلاعات آماری و ارسال پس خوراند مناسب (معاونت های بهداشت، درمان و پژوهشی)
- ✓ پایش و ارزیابی برنامه

۲-۳. شبکه تحقیقات دیابت کشور

۲-۷. وظیفه شبکه تحقیقات دیابت کشور را موارد زیر تشکیل می‌دهد:

✓ گسترش شبکه تحقیقات دیابت کشور بوسیله به عضویت در آوردن تمام دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور

✓ شبکه تحقیقات دیابت کشور در راستای توسعه مبتنی بر دانایی، مبنی بر نوسازی شیوه‌های مدیریت بخش پژوهش در دیابت به منظور سیاستگذاری، حل مشکلات مهم بهداشتی-درمانی با رویکرد کاهش بار بیماری یا تولید محصول و یا توسعه مرزهای دانش با مشارکت کلیه ذی‌نفعان و همچنین، در «چارچوب ملی ارایه خدمت در بیماری دیابت» فعالیت خواهد داشت.

هدف اصلی این شبکه، ارتقای عادلانه سلامت در جامعه خواهد بود. در این راستا، موارد زیر مد نظر قرار خواهد گرفت:

الف) بهره‌گیری از نظام ملی ثبت بیماران دیابتی

۳-۸. ثبت اطلاعات بیماران می‌تواند روند بیماری را در افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن مشخص سازد و باعث بهبود کیفیت سیستم مراقبت و درمان بیماران، ارایه برنامه‌های کنترل و پیگیری و همچنین پیشگیری، با استفاده از داده‌های یک نظام ثبت استاندارد گردد.

۳-۹. این سیستم به صورت فراگیر و جامع به صورت web-based، در جهت دستیابی به اهداف تعیین شده، طی مراحل مختلف، به ثبت اطلاعات بیماران دیابتی می‌پردازد و شبکه تحقیقات دیابت، بر اساس نیازهای پژوهشی از نظام ملی ثبت بیماران دیابتی، اطلاعات لازم را دریافت خواهد کرد.

۳-۱۰. سیستم ثبت بیماران به صورت شبکه‌ای متشکل از تمامی مراکز بهداشتی درمانی همکار شبکه تحقیقات دیابت در سطح استان‌ها می‌باشد که در آن، کلیه اطلاعات فردی و بیماری افراد دیابتی ثبت می‌شود. علاوه بر ثبت بیماران، اطلاعات پزشکی (حاوی اطلاعات دموگرافیک، سوابق خانوادگی دیابت، سابقه مصرف سیگار، اطلاعات تن‌سنجی، اطلاعات آزمایشگاهی، اطلاعات دارویی، رژیم غذایی، فعالیت بدنی، مداخلات درمانی و سابقه ایمن‌سازی)، اطلاعات مربوط به پیگیری بیماران بصورت مستمر در پرونده الکترونیک ثبت و تکمیل می‌گردد.

ب) پژوهش

۳-۱۱. فعالیت‌های این حوزه را موارد زیر تشکیل می‌دهند:

- ✓ تعیین و تدوین اولویت های پژوهشی در زمینه دیابت و اختلالات متابولیک در سطح ملی مطابق با نقشه جامع علمی کشور زیر نظر کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماریهای غیرواگیر انجام گیرد.
- ✓ برنامه ریزی در راستای تسهیل در به کار گیری نتایج تحقیقات زیر نظر کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر انجام شود.
- ✓ هماهنگی و همگرا کردن تحقیقات بین واحدهای تحقیقاتی به منظور جلوگیری از موازی کاری که توسط دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور اجرا و پایش خواهد شد.
- ✓ اجرا و پایش مطالعات جمعیت شناختی و اقتصادی براساس نقشه راه دیابت کشور توسط دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور انجام گیرد.

پ) ارایه خدمت

۱۲-۳. فعالیت های این حوزه، شامل موارد زیر است:

- ✓ سیاست گذاری های پژوهشی در سطح شبکه تحقیقات دیابت و اجرای هماهنگ آن برای ارتقای کیفی و کمی پیشگیری، تشخیص و درمان بیماری دیابت توسط شبکه آموزش، ارایه خدمت و پژوهش دیابت دانشگاه/ شبکه آموزش و ارایه خدمت دیابت شهرستان
- ✓ ترویج دستورالعمل های مصوب کنترل، پیشگیری و درمان دیابت برای گسترش در سطح کشور
- ✓ برگزاری سمینارهای هم اندیشی بین اعضای شبکه برای ارتقای کیفی و کمی زیر نظر دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور انجام خواهد شد.
- ✓ فعالیت ها در جهت ارتقای سطح زندگی افراد دیابتی در شبکه ارائه خدمات و زیر نظر دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور انجام خواهد شد.

ت) فن آوری

- ۱۳-۳. شبکه تحقیقات دیابت کشور در زمینه علوم نوین مدیریت دیابت در حیطه فن آوری اطلاعات، سلولی-مولکولی، مدلسازی و ژنتیک فعالیت خواهد داشت.

۳-۳. دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور

- ۳-۱۴. دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور به منظور یکپارچه سازی ارائه خدمات، آموزش و پژوهش، موارد زیر را در زمینه پژوهشی اجرا و پایش می کنند:
- ✓ تعامل با شبکه تحقیقات دیابت کشور براساس نقشه راه دیابت مصوب
 - ✓ حمایت از تحقیقات در راستای شاخص ها و اولویت های پژوهشی تعیین شده در نقشه راه دیابت
 - ✓ نظارت بر ثبت بیماران و تکمیل پرونده الکترونیک
 - ✓ ارسال گزارشات منظم به معاونت های بهداشت و درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

۳-۴. شبکه آموزش، ارائه خدمت و پژوهش دیابت دانشگاه/ شبکه آموزش و ارائه خدمت دیابت شهرستان

- ۳-۱۵. فعالیت های زیر را می توان از جمله وظایف این بخش برشمرد:
- ✓ ارزیابی وضعیت موجود بیماران در زمینه کنترل مطلوب بیماری دیابت با ثبت اطلاعات در پرونده بیمار توسط این مراکز، شامل موارد زیر انجام می گیرد:
 - ✓ ثبت وضعیت کنترل بیماری دیابت شامل کنترل قند خون، فشار خون و چربی خون
 - ✓ ثبت میزان عوارض میکروواسکولار
 - ✓ ثبت میزان عوارض ماکروواسکولر
 - ✓ جمع آوری اطلاعات و گزارش به معاونت های بهداشت و درمان دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور
 - ✓ اجرای راهنمای بالینی مصوب دیابت
 - ✓ همکاری در اجرای تحقیقات کاربردی مورد نیاز در «چارچوب ملی ارائه خدمت در بیماری دیابت»
 - ✓ ثبت بیماران و تکمیل پرونده الکترونیک

۳-۵. مراکز تحقیقاتی

- ۳-۱۶. این مراکز تحت پوشش شبکه ملی تحقیقات دیابت و دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور هستند و موارد زیر از وظایف این مراکز به شمار می آید:

- ✓ تحت پوشش و پایش قرار دادن شبکه ارائه خدمات دیابت در سطح کشور با رویکرد پژوهشی
- ✓ پایش ثبت صحیح داده های قابل آنالیز
- ✓ ارسال گزارشات منظم به دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور
- ✓ تعامل با معاونت های بهداشت و درمان دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور کشور
- در زمینه اجرا و طراحی مطالعات براساس نیازهای سیستم بهداشتی- درمانی کشور که پایش و ارزیابی طرح توسط دانشگاه ها انجام می گیرد.

فصل چهارم

چارچوب ملی ارایه خدمت در بیماری دیابت

(حوزه آموزش)

استانداردهای آموزش در دیابت، انواع آموزش در حیطه های عمومی، بیماران و تخصصی و ارایه. مباحث مورد نیاز برای هر یک از گروه های هدف که مد نظر حوزه آموزش در «چارچوب ملی ارایه خدمت در بیماری دیابت» هستند؛ در این بخش ارایه شده است.

۱- مقدمه

۱-۴. دیابت، بیماری مزمن و پیچیده ای است که همه گیری آن در جهان به طرز هشدار دهنده ای در حال گسترش بوده و درمان و مهارش نیازمند ارایه خدمات درمانی با کیفیت عالی و همراهی بیماران و آحاد جامعه در این امر است.

۲-۴. با وجود افزایش آگاهی مردم و جامعه پزشکی از نقش آموزش در مهار این بیماری، موانع مشابهی در جوامع توسعه یافته و در حال توسعه در مسیر دستیابی به این آموزش ها وجود دارد که عمده ترین مانع در این راستا، کمبود مریبان متبحر در زمینه دیابت است. از موانع عمده دیگر می توان به نبود یا کمبود منابع مالی برای حمایت از برنامه های آموزشی و نبود آگاهی از نقش آموزش یا همت عملی برای آن در سطوح مختلف از سیاستگذاران حوزه سلامت تا تک تک افراد جامعه اشاره کرد. با توجه به این که منابع اندکی برای آموزش بیماران و افراد در معرض خطر و همچنین، گروه های تخصصی درگیر در درمان دیابت تخصیص داده می شود؛ دولت ها باید برای مقوله آموزش این افراد سرمایه گذاری کنند تا از برنامه های پیشگیری اولیه و ثانویه حمایت به عمل آید و از صرف هزینه های گزاف درمانی در آینده جلوگیری شود. بدین دلیل است که طرح ریزی و اجرای برنامه های آموزشی در سطح کل جامعه، افراد مبتلا یا در معرض خطر، خانواده بیماران و ارایه دهندگان خدمات تخصصی به بیماران دیابتی، در دستور کار برنامه کشوری اداره دیابت در ایران قرار گرفته است. بدین منظور لازم است نکاتی در مورد نحوه اجرای آموزش در «چارچوب ملی ارایه خدمت در بیماری دیابت» مورد اشاره قرار گیرد:

۳-۴. کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر موظف است که در همکاری نزدیک با معاونت آموزشی وزارت بهداشت، بوردهای تخصصی و انجمن های تخصصی پزشکی مرتبط با حوزه دیابت نسبت به بازنگری کوریکولوم آموزش دیابت در کشور اقدام نماید و اجرای کوریکولوم جدید را پیگیری و پایش نماید.

۴-۴. کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر در همکاری نزدیک با حوزه معاونت درمان و معاونت آموزشی، اقدام به طراحی دستورالعمل های بالینی و سازوکار اجرایی آن در دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور خواهد کرد.

۵-۴. دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور موظف هستند تا نسبت به آموزش مستمر، مناسب و کارآ به عموم مردم، افراد در معرض خطر، افراد پره دیابتی، افراد مبتلا به دیابت و خانواده های آنان

اقدام کنند تا اطمینان حاصل نمایند که اهداف ۶ گانه «چارچوب ملی ارایه خدمت در بیماری دیابت» در بخش آموزش به اهداف خود رسیده است.

۶-۴. دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور موظف هستند که محتوای مباحث آموزشی گروه های هدف پیشگفت را تعیین، نوع رسانه را مشخص و با استفاده از بسته های آموزشی ارایه شده توسط وزارت بهداشت، اقدام به آموزش آنان کنند.

۷-۴. دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور موظف هستند که نسبت به آموزش ارایه دهندگان خدمات سلامت از رده بهورزی تا رده فوق تخصصی بر اساس محتوای آموزشی مربوطه اقدام نمایند.

۸-۴. دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور موظف هستند در آموزش مهارت های مدیریتی بمنظور تسهیل در اجرای «چارچوب ملی ارایه خدمت در بیماری دیابت» بویژه در بخش طراحی برنامه های مداخله ای اقدام کنند.

۹-۴. دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور موظف هستند که تمامی مدیران اجرایی، ارایه دهندگان خدمات سلامت، بیماران و افراد پر خطر، مردم، سیاستگذاران و افراد معتبر محلی را در مورد «چارچوب ملی ارایه خدمت در بیماری دیابت» آموزش دهند.

۱۰-۴. دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور موظف هستند که ظرفیت های لازم برای آموزش گسترده و همه جانبه پیش بینی شده در بحث «چارچوب ملی ارایه خدمت در بیماری دیابت» را فراهم کنند. لازم است دانشگاه ها، در سطح شبکه آموزش، ارایه خدمت و پژوهش دیابت دانشگاه و در سطح شبکه آموزش و ارایه خدمت دیابت شهرستان، اقدام به تشکیل کارگروه آموزش نموده و برای هر یک از گروه های هدف آموزشی، فرد خبره آن حیطه را تعیین کنند تا برنامه آموزشی مربوطه توسط آن فرد طراحی و اجرا شود.

۱۱-۴. بدیهی است شبکه آموزش و ارایه خدمت دیابت شهرستان موظف است که تایید شبکه آموزش، ارایه خدمت و پژوهش دیابت دانشگاه را برای برنامه آموزشی خود کسب نماید. شبکه آموزش، ارایه خدمت و پژوهش دیابت دانشگاه نیز موظف است که برنامه آموزشی خود را به تایید کارگروه دیابت و عوامل خطر متابولیک در کمیته ملی بیماری های غیرواگیر برساند.

۱۲-۴. شبکه آموزش، ارایه خدمت و پژوهش دیابت دانشگاه و شبکه آموزش و ارایه خدمت دیابت شهرستان موظف به طراحی و اجرای ارزیابی برنامه های آموزشی خود هستند.

۲- انواع آموزش

۱۳-۴. مواردی که در ذیل می آید؛ پیشنهادات ارایه شده در حیطه آموزش برای گروه های هدف مختلف و محتوای آموزشی متناسب با «چارچوب ملی ارایه خدمت در بیماری دیابت» هستند:

۱-۲. آموزش عمومی

۱۴-۴. آگاهی های لازم برای پیشگیری از گسترش دیابت در جامعه نیازمند همکاری مبتنی بر دانش همگانی در این راستا است. برای این مهم از ابزارهای آموزشی گوناگونی میتوان سود جست که از جمله به موارد ذیل می توان اشاره نمود: پخش تیزرهای تلویزیونی، کنترل قند بیماران از طریق دریافت و ارسال پیامک، ارسال پیامک های آموزشی ماهانه به بیماران، آموزش مراقبان بهداشت مدارس، آموزش مسوولین بهداشتی ادارات، آموزش مسوولین خانه های بهداشت کارگری، پیام های آموزشی از طریق تیم های ورزشی، انیمیشن آموزشی برای کودکان، کلینیک مجازی دیابت، تهیه بروشور های پمفلت ها، برگه ها، فلش کارت ها، جزوات، کتابچه ها و کتاب های آموزشی و راه اندازی رستوران و کافی شاپ های دیابتی با مشارکت بخش خصوصی به منظور ترویج فرهنگ غذایی صحیح.

۲-۲. آموزش بیماران (مدل کلینیک جامع دیابت در مراکز ارجاعی)

۱۵-۴. با توجه به این که در سطوح مختلف مراکز ارایه دهنده خدمات دیابت در کشور، برنامه های آموزشی برای بیماران لازم الاجرا هستند؛ هر بیمار دیابتی باید علاوه بر دریافت آموزش های انفرادی در مورد نحوه تغذیه صحیح، ورزش و اطلاعات اولیه دارویی، با شرکت در کلاس های گروهی، آموزش های لازم دیگر را به فراخور امکانات تعریف شده آموزشی هر مرکز خاص دریافت نماید. این آموزش ها در چهار سطح بر مبنای نظرسنجی از بیماران تعریف شده و هر بیمار باید حداقل، آموزش های سطح یک را فراگیرد.

۱۶-۴. پیشنهاد می شود آموزش بیماران به گونه ای باشد که در آن، کلیات دیابت، اهداف کنترل قند خون، هیپوگلیسمی، تزریق انسولین، تغذیه صحیح، داروهای خوراکی، فعالیت بدنی، آموزش کودکان، تغذیه در

کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر – کارگروه دیابت

گروه های خاص، دیابت بارداری، اقدامات روزهای بیماری، تطبیق انسولین با غذا، دیابت و فشار خون، دیابت و افزایش چربی های خون، دیابت و مسافرت، دیابت در سالمندان و زندگی با دیابت در برگیرد.

۴-۱۷. این آموزش می تواند به شکل آموزش انفرادی و آموزش گروهی طبقه بندی شده، نمایش فیلم های آموزشی، آموزش کودکان، ارایه متون آموزشی و تهیه محصولات حامل پیام های آموزشی صورت بگیرد.

۴-۱۸. اعضای گروه آموزش را پزشک فوق تخصص غدد، روانپزشک، پزشک عمومی، متخصص داروسازی بالینی، متخصص طب ورزشی، کارشناس تغذیه و پرستار آموزش دیابت تشکیل می دهند. بدیهی است که امکان فراهمی تمامی تخصص های یاد شده تنها در مراکز دانشگاهی فراهم است و در مراکز سطوح پایین تر از پرستاران یا پزشکان آموزش دیده برای ارایه آموزش ها استفاده خواهد شد.

۳-۲. آموزش تخصصی

۴-۱۹. تمامی ارایه دهندگان خدمات بهداشتی به بیماران دیابتی باید نقش آموزش دهنده نیز داشته باشند لذا باید آموزش های لازم در برنامه آموزشی دوران تحصیل و پس از تحصیل افراد مورد نظر گنجانده شوند. برنامه های پس از تحصیل حسب نیاز و امکانات هر مرکز آموزشی و شرکت کنندگان، به انواع دوره های مختلف قابل اجرا هستند.

۲-۳-۱. آموزش ناپیوسته فراگیر

۴-۲۰. در دوره اول این برنامه، مطالبی آموزش داده می شود که دانستن آن ها برای پزشکان درگیر در امور بیماران دیابتی ضرورت تام دارد و در دوره دوم، جزییات بیش تر و تخصصی تر مورد بحث قرار خواهند گرفت. سرفصل های آموزشی این نوع آموزش به ترتیب ذیل است: کلیات بیماری دیابت، تغذیه در بیماران دیابتی، آموزش پرستاری، انسولین، مراقبت از پا، درمان با انسولین، قرص های خوراکی پایین آورنده قند خون، دیابت و لیپید، دیابت و فشار خون، دیابت بارداری، تشخیص و درمان پای دیابتی، هیپوگلیسمی، کتو اسیدوز، دیابت و بیماری های قلبی-عروقی، نوروپاتی دیابتی، روزه داری و نوروپاتی دیابتی.

۴-۲۱. دوره دوم به فاصله شش ماه از دوره اول و فقط برای شرکت کنندگان در دوره اول برگزار می شود و شامل مباحث ذیل خواهد بود: دارو های گیاهی، اصول بستری، روزهای بیماری، پیوند جزیایر، ژنتیک دیابت، افتالموپاتی، سندرم متابولیک، کنترل قند توسط بیمار، شیوه زندگی، دیابت و بیماری های دهان و دندان، مسافرت، دیابت و ورزش، دیابت در کودکان و سالمندان و جنبه های روانپزشکی دیابت.

۲-۳-۲. آموزش ناپیوسته طبقه بندی شده

۲۲-۴. دوره های سطح بندی شده آموزش ناپیوسته دیابت در چهار سطح برگزار می شود که برای شرکت در هر سطح، داشتن گواهینامه سطح قبلی ضروری است. دوره های مذکور برای استفاده پزشکانی در نظر گرفته شده که امکان شرکت در دوره های پیوسته یا ناپیوسته بلند مدت را نداشته باشند. هر سطح شامل مباحث زیر است:

سطح ۱: کلیات تغذیه در بیماران دیابتی، درمان با انسولین، قرص های خوراکی پایین آورنده قند خون

سطح ۲: دیابت و فشارخون، آموزش پرستاری، انسولین، مراقبت از اورژانس های دیابت، دیابت و لیپید

سطح ۳: تشخیص و درمان پای دیابتی، دیابت و بیماری های قلبی عروقی، دیابت بارداری، نوروپاتی دیابتی،

دیابت و ورزش

سطح ۴: نوروپاتی دیابتی، اصول بستری بیمار دیابتی جنبه های روانپزشکی دیابت افتالموپاتی دیابت در

کودکان و سالمندان

۲-۳-۳. آموزش مداوم حضوری

۲۳-۴. دوره های شش هفته ای مداوم آموزش حضوری تئوریک و عملی درمانی و پژوهشی دیابت در مرکز تحقیقات، بخش و درمانگاه دیابت دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور برگزار می شود. در این دوره ها، اصول پاتوفیزیولوژی، تشخیص و درمان دیابت و عوارض آن، مبنای تغذیه، اصول مراقبت های پرستاری، ورزش، جنبه های روان شناختی دیابت، مبنای پزشکی مبتنی بر شواهد، مقاله نویسی، روش تحقیق و جستجوی منابع، تحت پوشش قرار می گیرند.

۲۴-۴. عناوین پیشنهادی آموزشی دوره های آموزش مداوم حضوری را موارد زیر تشکیل می دهند: کلیات دیابت، درمان با انسولین، داروهای خوراکی، هیپرتانسیون و نوروپاتی، نوروپاتی اتونوم، نوروپاتی حسی- حرکتی، پای دیابتی، دیس لیپیدمی و عوارض قلبی- عروقی، دیابت در بارداری، جنبه های روانپزشکی دیابت، دیابت در کودکان، روزهای بیماری، بیماری های دهان و دندان، هیپوگلیسمی، اورژانس های دیابتی، کنترل قند توسط بیمار، عوارض موسکولو اسکلتال، پزشکی مبتنی بر شواهد، درمان های نوین دیابت، انسولین های آنالوگ، برخورد با بیمار دیابتی در اورژانس و اداره بیماران دیابتی.

۲-۳-۴. آموزش از راه دور

۲۵-۴. دوره های آموزش از راه دور شامل جلسات آموزش حضوری ۳ تا ۵ روزه است که مدول های طراحی شده مورد آموزش قرار می گیرند و پس از آن به پرسش های مرتبط، از طریق شبکه اینترنت پاسخ داده می شود و پروپوزال یک طرح آموزشی- پژوهشی در پایان دوره توسط شرکت کنندگان طراحی می گردد.

۲۶-۴. شرکت کنندگان ابتدا در یک دوره آموزشی ۳ یا ۵ روزه شرکت می کنند. پس از آن، هر یک از آن ها به طراحی یک پروژه پرداخته و بعد از ده ماه، پروژه خود را به صورت پوستر ارائه نموده و در یک دوره ۳ روزه آموزش تکمیلی پیشرفته شرکت خواهند کرد و در نهایت، موفق به دریافت گواهینامه می شوند. در مدت ده ماه حد فاصل دو دوره سه روزه، متون آموزشی در قالب ده بسته جداگانه در اختیار شرکت کنندگان قرار داده خواهد شد و آنان موظف به مطالعه این منابع و پاسخگویی به سوالات مطرح شده از آن ها در فواصل تعیین شده، و ارسال پاسخ ها در قالب های معین از طریق پست الکترونیک به مرکز خواهند بود. این پاسخ ها توسط اعضای هیات علمی مرکز مورد ارزیابی قرار خواهند گرفت. در پایان، هر شرکت کننده، پروپوزال یک طرح پژوهشی در زمینه دیابت را ارائه نموده و پروپوزال مذکور در صورت پذیرش و تصویب در شورای پژوهشی مرکز، توسط ارائه دهنده و تحت نظر اعضای هیات علمی، یا در صورت عدم تمایل ارائه دهنده، توسط گروه دیابت مرکز اجرا خواهد شد. بدیهی است که برای دریافت گواهینامه پایان دوره، انجام تمامی مراحل یاد شده ضروری است.

✓ مدول های آموزش دیابت

۲۷-۴. هر مدول شامل تعدادی از متون و مقالات برگزیده و مرتبط با یک موضوع خاص و مجموعه سوالات مطرح شده از آنان است که از این طریق، شرکت کنندگان مورد ارزیابی قرار گرفته و در نهایت، به آنان گواهینامه اعطا می شود. محتوای آموزشی براساس نیازهای روز و نظرات شرکت کنندگان در هر دوره نوپرداخت خواهد شد. موضوعات پیش بینی شده برای مطالعه شرکت کنندگان شامل مطالب ذیل هستند: آموزش و یادگیری، پاتوفیزیولوژی دیابت، تشخیص و طبقه بندی دیابت، تغذیه، فعالیت جسمی، کنترل دیابت توسط

بیمار، داروهای پایین آورنده قند خون، درمان با انسولین، کتواسیدوز دیابتی و کومای هیپراسمولار-هیپوگلیسمی، رتینوپاتی، بیماری های قلبی-عروقی، نفروپاتی، نوروپاتی، پای دیابتی، دیابت و بارداری، دیس لیپیدمی، دیابت در کودکان، دیابت در سالمندان، جراحی در بیمار دیابتی و جنبه های روانپزشکی دیابت.

✓ جلسات آموزش حضوری آغاز و پایان دوره

۴-۲۸. حسب مقدورات زمانی و دیگر ملاحظات، آموزش حضوری آغازین در قالب برنامه های سه یا پنج روزه قابل اجرا خواهد بود. دوره آموزشی طی یک برنامه سه روزه شامل سخنرانی های تکمیلی، استماع نظرات شرکت کنندگان و بررسی طرح های ارایه شده به پایان خواهد رسید. در هر دو برنامه مذکور، جلسات آموزشی به صورت تیمی و به گونه گفت و شنود و ارایه موارد (Case presentation) برگزار خواهد گردید. بعلاوه، جلسات کار گروهی در دوره های مذکور به منظور تقویت و تثبیت آموخته ها گنجانده شده است.

۲-۳-۵. نوآموزی و بحث یافته ها، راهنماها و شواهد جدید (ویژه اعضای هیات علمی)

۴-۲۹. این برنامه بمنظور به روز رسانی، هماهنگی و نزدیک شدن آرای اعضای هیات علمی مرکز اجرا و سالانه تکرار خواهد شد. در هر جلسه از جلسات مذکور، یافته های جدید در سطوح قابل پذیرش شواهد و همچنین، توصیه های جدید ADA, IDF, AACE توسط اعضای هیات علمی ارایه و به بحث گذاشته خواهد شد. سرفصل های مورد بحث به قرار زیر است: درمان با انسولین، داروهای خوراکی، هیپرتانسیون، دیس لیپیدمی، نفروپاتی، پای دیابتی، عوارض قلبی-عروقی، دیابت بارداری، دیابت و ورزش، روزهای بیماری، اصول بستری بیمار دیابتی، عوارض حاد دیابت.

۲-۳-۶. تشکیل ساختار پیوسته و یکپارچه آموزش و درمان دیابت در کشور

۴-۳۰. با همکاری اعضای شبکه ملی تحقیقات دیابت، دانشگاه های علوم پزشکی و شبکه های بهداشت و درمان، نمایندگان داوطلب شهرستان های فاقد دانشگاه علوم پزشکی، بعد از طی دوره های آموزشی گواهینامه درمان و آموزش دیابت دریافت می نمایند و تحت پوشش شبکه آموزش، ارایه خدمت و پژوهش دیابت دانشگاه علوم پزشکی مربوطه به فعالیت خواهند پرداخت. در این راستا، توجه به موارد زیر الزامی است:



- ✓ برای عضویت در شبکه آموزش، ارایه خدمت و پژوهش دیابت دانشگاه/ شبکه آموزش و ارایه خدمت دیابت شهرستان، گذراندن یکی از انواع دوره های آموزشی ضروری است.
- ✓ برای تداوم عضویت شرکت در دوره ها، به روز رسانی سالانه الزامی است.
- ✓ اعضای شبکه آموزش، ارایه خدمت و پژوهش دیابت دانشگاه/ شبکه آموزش و ارایه خدمت دیابت شهرستان موظف به رعایت دستورالعمل های علمی و اجرایی و استانداردهای تعیین شده از سوی شبکه ملی تحقیقات دیابت هستند.
- ✓ اعضای شبکه آموزش، ارایه خدمت و پژوهش دیابت دانشگاه/ شبکه آموزش و ارایه خدمت دیابت شهرستان، ملزومات آموزشی و راهنماهای بالینی را از کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر دریافت خواهند نمود.
- ✓ شبکه ملی تحقیقات دیابت با درخواست کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر، مجاز به بازرسی دوره ای از مراکز عضو است.
- اعضای شبکه آموزش، ارایه خدمت و پژوهش دیابت دانشگاه/ شبکه آموزش و ارایه خدمت دیابت شهرستان، ملزومات آموزشی و راهنمای بالینی-اجرایی استاندارد دیابت (مصوب وزارت بهداشت) را از کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر دریافت خواهند نمود.

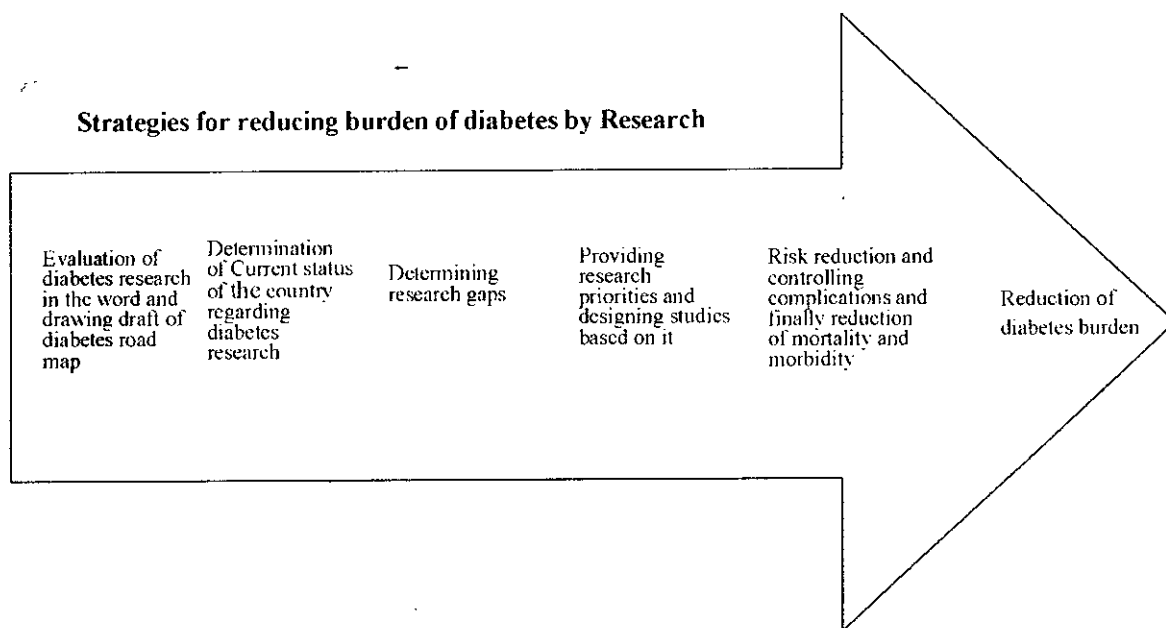
اسامی همکارانی که در تهیه و تدوین چارچوب ملی آرایه خدمت در بیماری دیابت مشارکت داشته اند (به ترتیب حروف الفبا):

- ✓ دکتر حمیدرضا آقایی (مشاور)
- ✓ دکتر محمدرضا امینی (مشاور)
- ✓ دکتر علیرضا استقامتی (مشاور)
- ✓ دکتر فاطمه بندریان (مشاور)
- ✓ دکتر محمد پژوهی (مشاور)
- ✓ دکتر نیلوفر پیکری (مشاور و عضو کمیته علمی اجرایی تدوین چارچوب)
- ✓ دکتر فرزاد حدائق (مشاور)
- ✓ دکتر محمدرضا خرمی زاده (مشاور)
- ✓ دکتر محمد ابراهیم خمسه (مشاور)
- ✓ دکتر محسن خوش نیت نیکو (مشاور)
- ✓ دکتر رضا رجبیان (مشاور)
- ✓ خانم سحر سعیدی مقدم (مشاور)
- ✓ دکتر هوشنگ سندگل (مشاور و عضو کمیته علمی اجرایی تدوین چارچوب)
- ✓ دکتر ساسان شرقی (مشاور و عضو کمیته علمی اجرایی تدوین چارچوب)
- ✓ دکتر امیر ضیایی (مشاور)
- ✓ دکتر عذرا طباطبایی ملاذی (مشاور)
- ✓ دکتر فرشاد فرزادفر (مشاور و عضو کمیته علمی اجرایی تدوین چارچوب)
- ✓ دکتر فاطمه قائمی (مشاور و عضو کمیته علمی اجرایی تدوین چارچوب)
- ✓ دکتر زهرا کاشی (مشاور)
- ✓ دکتر سعید کلاتتری (مشاور)
- ✓ دکتر علیرضا مهدوی هزاوه (مشاور و عضو کمیته علمی اجرایی تدوین چارچوب)
- ✓ دکتر ندا مهرداد (مشاور)
- ✓ دکتر شهره نادری مقام (مشاور و عضو کمیته علمی اجرایی تدوین چارچوب)
- ✓ دکتر انسیه نسلی (مشاور و عضو کمیته علمی اجرایی تدوین چارچوب)

Moreover, the framework contains 23 standards regarding strict regulations of clinical service delivery to be adhered to all across the county in different national, provincial, and regional levels.

In this framework, a new system called “Regional Diabetes Clinical Service and Education Network” is introduced with the main objective of providing synchronized and homogenous clinical services all across regional areas. For specialized clinical services, a university-led education, clinical service delivery, and research network is designed to carry out research as well.

For effective service provision, it is imperative that standard research protocols are stringently adhered to and the required capacity is built. One of the most important goals of diabetes framework is to design a national framework to prioritize research based on the needs of patients, policy-makers, executive managers, and researchers. This will be implemented through provision of a comprehensive list of research (basic, clinical, policy-making) carried out in the field to illuminate the path for future research projects. It is noteworthy that this framework will also assist policy-makers in allocating and distributing health and research budget in a national level.



Considering the fact that design and implementation of educational programs needs to be based on the requirements of individual diabetic patients, in this document, educational standards in different fields of patient education, professional education, and identification of target groups are considered.

Iranian National Service Framework for Diabetes

Diabetes is the most common metabolic disorder in the world, and according to an official report by the International Diabetes Federation, 415 million adults were affected by it in 2014. It is forecast that in 2040, this number will rise to 642 million. In 2014, the prevalence of diabetes in the EMRO region of the World Health Organization was reported as 9.7% and it is projected that it will increase to 11.6% in 2040. Unfortunately, more than half of the affected individuals remain undiagnosed and this leads to different diabetes complications such as atherosclerosis, retinopathy, neuropathy, and renal failure. Prevalence of diabetes in Iran, one of the EMRO countries, is reported to be 13.8 and several studies have reported a 35.1% increase in the prevalence of diabetes in Iran from 2005 to 2011.

Mortality rate of diabetics is reported to be approximately two folds higher in comparison with their non-diabetic counterparts, and, in 2013, diabetes was claimed as the cause of 2.37% of deaths all across the world.

Medical costs of diabetic patients are estimated to be 2.3 fold higher in comparison with non-diabetic individuals and the disease poses a great economic burden on diabetic patients and their families as well as national health systems. Currently, 12% of all global health expenditure is spent on diabetes directly or indirectly.

In 2015, international institute for health metrics published a document on the burden of different diseases in 2013, which reported that the DALY attributable to diabetes slightly decreased in comparison with 2010. In Iran, similarly, DALY attributable to diabetes showed an increasing trend until 2010 and slightly decreased in 2013.

With the view of decreasing the burden of diabetes, several primary and secondary preventive measures such as healthy diet and regular exercise are adopted based on decisions taken in the 42nd World Health Organization assembly. Moreover, different strategies are designed and implemented for tobacco control, foot care, combating hypertension and hyperlipidemia. Furthermore, considering the important role self-monitoring plays in diabetes, physicians are increasingly encouraging patients to apply such methods in their daily diabetes care.

Iranian National Diabetes Framework is a component of the National Noncommunicable Diseases Initiative, which deals with general concepts about different aspects of diabetes and highlights the importance of confronting the disease. In this document, it is elaborated that this national framework is consisted of 6 main goals for prevention and control of diabetes. These objectives can be generally classified into the following categories: combating rising the prevalence of diabetes and its contributed factors, expanding health insurance coverage, promoting the quality of care offered to patients with diabetes, encouraging diabetic patients for regular periodic clinical examinations, maximizing the number of diabetic patients registered in National Diabetes Register System, and full insurance coverage of devices and instruments required by diabetic patients.



Goals and standards of

Iranian National Service Framework (INSF)

for Diabetes

23 November 2015

First edition

