

ششمین همایش طلای سبز

فرآورده‌های طبیعی و سنتی
۱۸ تا ۲۰ بهمن ۱۳۹۶ همزمان با نمایشگاه اصفهان فارما

**صنعت گیاهان دارویی
به دور از شعارزدگی**

**دیابت ابتدا باید با
تغذیه کنترل شود**

**مراحل نهفتگی
HIV و ایدز**

عطار دارو

ماهنامه تخصصی

ماهنامه تخصصی | شماره ۲۳ | آذر ۱۳۹۶ | تیراژ ۱۳۰۰۰ نسخه | قیمت ۷۰۰۰۰ ریال توزیع سراسری

**اولین ایستگاه جهانی
صادرات**

استقرار صنایع
دارویی جهان از
پایتهای ایران در
بازارهای
اروپا، آسیا
و روسیه



**World Pharmaceutical Industries
Welcome Official Iran Pavilion in
Pharmtech & Ingredients Exhibition
First World Trade Station**



معاونت غذا و دارو

اصفهان فارما ISFAHAN PHARMA

نمایشگاه بین‌المللی دارو و صنایع وابسته

۱۸ تا ۲۰ بهمن ۱۳۹۶ | نمایشگاه بین‌المللی اصفهان | ساعت بازدید: ۱۴ تا ۲۱
برپایی دوره‌های بازآموزی برای داروسازان، پزشکان عمومی و تخصصی / برپایی کارگاه‌های
بازاریابی و رونمایی از آخرین محصولات شرکت‌ها / برپایی نشست‌های تخصصی صنعتی



عطار دارو
حامی رسانه‌های



Pectogol
Syrup

پکتوگل
شربت

جهت درمان سرفه، برونشیت
و بیماری های التهابی حاد و مزمن ریوی
حاوی عصاره خشک گیاه عشقه و فاقد شکر، رنگ و الکل

با طعم عسل



www.goldaru-co.com

[telegram.me/goldaru_co](https://t.me/goldaru_co)

[Goldaru.co](https://www.instagram.com/Goldaru.co)

شرکت داروسازی

گل دارو
GOLDARU

Arthro-EaZe®

**Pain Reliever
Joint Anti-Inflammatory**



**5
Days**



AprèsFlex

Boswellia serrata extract



Made in USA

- Reduces osteoarthritis-related pain
- Reduces osteoarthritis stiffness
- Improves physical functioning in osteoarthritis

نماینده انحصاری **NATURAL WORLD** در ایران شرکت دارویی - بهداشتی لیوار

توزیع توسط شرکت پخش دارویی - بهداشتی لیوار

تلفن: ۰۲۱-۸۴۰۹۶



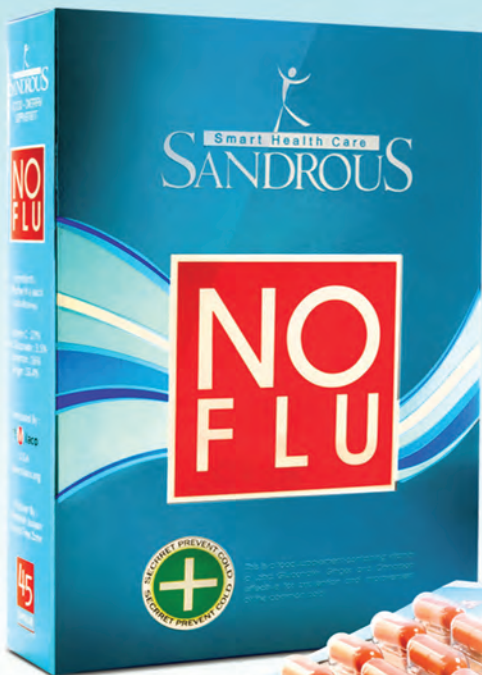
Pharmaceutical & Hygienic
www.livar.net

Preventing Cold

NO
FLU

Smart Health Care
SANDROUS

Stop FLU



کپسول جلوگیری از سرما خوردگی (نوفلو)

این محصول حاوی ویتامین C، روی، دارچین و زنجبیل می باشد که توان دفاعی بدن را در برابر هجوم ویروس ها و میکروب ها افزایش داده و در جلوگیری از سرما خوردگی بسیار موثر است.

این محصول گردش خون در بدن را افزایش داده، اشتها را متعادل کرده و گرمای مطبوعی در بدن ایجاد میکند.

از این کپسول جهت پیشگیری و بهبود حساسیت فصلی استفاده شود.



شرکت دارویی زردبند
Zardband Pharmaceuticals

Silymarin ZB سیلیمارین

درمان کبد چرب
بهبود هپاتیت و سیروز کبدی



بدترین درد
بهترین دارو

Urtica ZB عصاره اورتیکا

تسکین درد
و کمک به دفع
سنگ کلیه
کاهش التهاب و عفونت
دستگاه ادراری



Pumpkin Seed Oil ZB روغن کدو طبی

بهبود هایپرپلازی
خوش خیم پروستات



www.zardband.com

@zardband_co | @zardbandco

برای یافتن نزدیکترین داروخانه یا فروشگاه به سایت طبیعت یاب مراجعه فرمایید.

www.tabiatyab.com

شرکت مه زاد کالا

تجهیزات آزمایشگاهی و پزشکی



نماینده ی انحصاری کمپانی های SHIMADZU ژاپن و CAMAG سوئیس در ایران

 **SHIMADZU**
Excellence in Science



CAMAG
World Leader in Planar Chromatography



GC-MS/MS, GC-MS, GC

Particle Size Analyzer

Testing Machines

Gas Generators

Balances

TOC

TLC, HPTLC

V, FTIR, AA, RF

XRF, XRD, EDX, SPM

Neonatal Screening Kits

LC-MS, LC-MS/MS, HPLC

PEAK 
SCIENTIFIC



CHROMSYSTEMS®
DIAGNOSTICS BY HPLC & LC-MS/MS



تهران، خیابان شهید بهشتی، خیابان سرافراز، کوچه دوازدهم، پلاک ۱۰، ساختمان رسالت، طبقه دوم، کد پستی ۱۵۸۶۸۷۵۳۱۹

تلفن: ۰۲۱-۸۸۱۷۶۵۲۰ فکس: ۰۲۱-۸۸۵۱۴۸۳۰

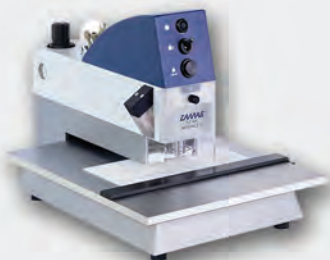
www.mahzadkala.com

info@mahzadkala.com

CAMMAG

World Leader in Planar Chromatography

مشاوره، فروش، نصب و خدمات پس از فروش سیستم های کروماتوگرافی لایه نازک با کیفیت بالا



TLC-Autosampler ATS 4

TLC Scanner 4

Bioluminizer

Visualizer 2

AMD 2

ADC 2

Derivitizer

Linomats 5

HPTLC Basic Kit

UV-Caniber (Basic Kit)

Automatic TLC Sampler ATS 4

No. 10, 12th St., Sarafraz St., Beheshti Ave., Resalat Building, Tehran, Iran, Postal code: 158675319

Tel: +9821 88176520

Fax: +9821 88514830

www.mahzadkala.com

info@mahzadkala.com

LOXETA[®]

Duloxetine

Relief & More

- ✓ **First line treatment in Diabetic Peripheral Neuropathic Pain.**^{1,3,4,5,6}
- ✓ **Significant improvement at pain and functional ability in Fibromyalgia.**^{8,9}
- ✓ **Effective in Chronic Low Back Pain treatment.**¹⁰
- ✓ **Effective for management of Osteoarthritis knee pain.**¹¹
- ✓ **First line and effective treatment in Major Depression Disorder.**⁷
- ✓ **Favorable side effect profile.**²
- ✓ **Simple dosing.**²

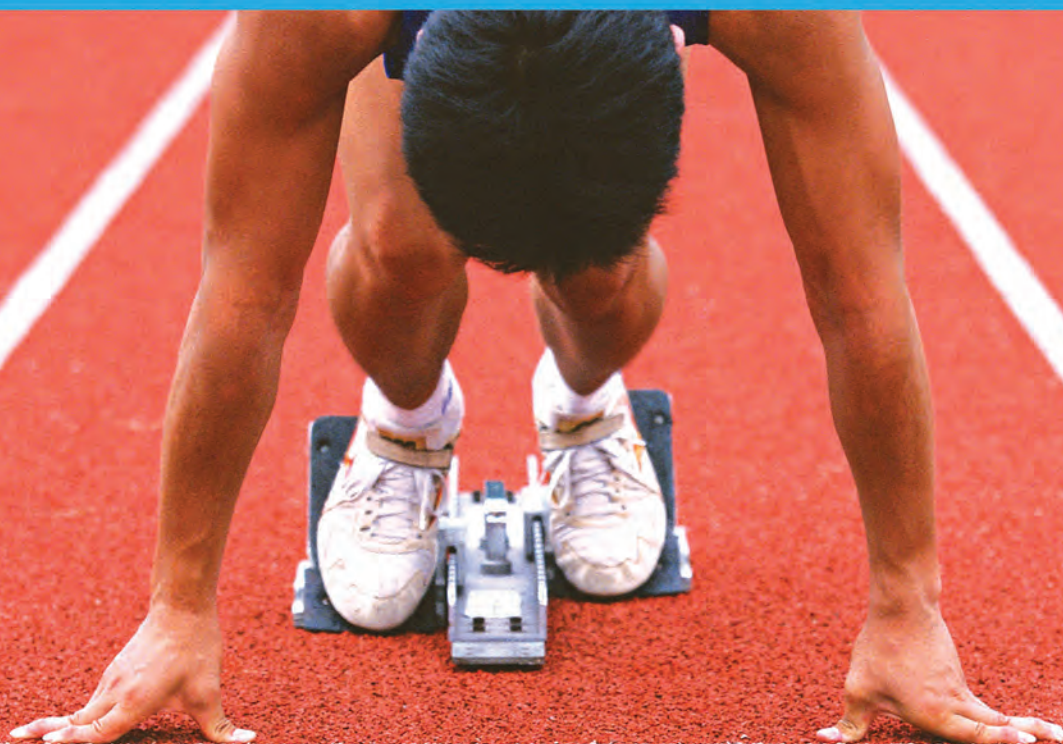


References:

1. NICE clinical guideline 96; March 2010.
2. Pain. 251-237 (3)132:2007.
3. Myo Clin Proc. 4(8) :2006 suppl): 5-12S25.
4. Diabetes Metab. 19-12 (1)35 :2009.
5. Diabetes Vasc Dis Res. 119-108 :3 :2006.
6. Eur J Neurol. 1123-1113 (9)17:2010.
7. J Psychiatr Res. 53-43 (1) 39 :2005.
8. Arthritis Rheum. 2984-2974 (9)50 :2004.
9. Arthritis Res Ther. 4(12):2010: R141.
10. J Pain. 1290-1282 (12)11 :2010.
11. BMC Musculoskelet Disord. 14:137:2013.

Levebel[®]
Levetiracetam

Get It Right First Time



- As Efficacious as Older AEDs¹
- 1st Choice for Add-on Therapy^{2,3,4}
- Licensed for Monotherapy^{3,4}
- Rapid Onset of Action^{5,6}
- Rapid Titration to the Therapeutic Dose⁷
- Well Tolerated, Safe Profile^{8,9}

References:

1. Neurology. 2007; 68(6): 402- 408.
2. Levetiracetam: FDA Label 2013; Reference ID: 3343504.
3. Levetiracetam: EMA 2012; EPAR- Product information/WC500041334.
4. Levetiracetam: TGA eBS Public Summary 2010; Summary for ARTG Entry: 161295.
5. Epilepsia. 2005; 46(2): 324-326.
6. Seizure. 2006; 15(2): 112-116.
7. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2012; 83(11): 1093- 1098.
8. Epilepsy Res. 2000; 42 (2-3): 89-95.
9. CNS Drug Review. 2007; 13(1): 57-78.



COBEL DAROU

No.5 - 13th Bokharest Ave. Tehran - Iran 1513815811
Tel: (+98 21) 88 70 16 00 . Fax: (+98 21) 88 38 48 77

- .Bioreactors
- .Fermenters
- .Process Vessel
- .Filtration System
- .Chromatography Columns
- .Virus inactivation vessel
- .Bio-inactivation system(Kill Tank)
- .Clean room SS Furniture



- .Clean Piping
- .Broscopy
- .Electro Polish
- .Orbital Welding
- .Filter Housing
- .Pass Box
- .CIP System
- .SIP System
- .Process Design
- .TFF System
- .Hemogenizer
- .Blender
- .IBC



Validation Documents (DQ,IQ,OQ)

کرج، شهرک صنعتی سیمین دشت، خیابان دوم غربی- پلاک ۱۰

تلفن: ۰۲۶۳۶۶۷۰۲۴۴

نمابر: ۰۲۶۳۶۶۷۰۳۰۹

Info@arokobioeng.com



برناخدا

سرآغاز

- یادداشت مدیر مسئول ۱۰
- اولین ایستگاه جهانی صادرات ۱۱
- گفت‌وگو با دکتر خدادوست ۱۵
- گفت‌وگو با دکتر خانوی ۱۶
- گفت‌وگو با دکتر رجب ۱۸
- گفت‌وگو با دکتر حضوری ۱۹
- گفت‌وگوی اختصاصی با دکتر عبدالهی ۲۰
- نگاهی به تاریخچه تشکیل داروخانه‌های دانشکده داروسازی ۲۲

مقالات علمی

- شیوع عفونت‌های هم‌زمان و علل فوت بیماران HIV مثبت در مراحل نهفتگی و ایدز ۲۶
- تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی مبتلایان به دیابت نوع دوم ۳۳
- مقایسه مشارکت کودکان فلج مغزی ۴ تا ۶ سال با کودکان هم‌سال طبیعی در کارها ۴۰

گزارش علمی

- ۹ علامت شایع کبد بیمار را حتماً بشناسید ۴۶
- اطلاعاتی در خصوص زمان مناسب برای مصرف ویتامین‌ها ۴۷
- نانوداروی هوشمندی که تنها سلول‌های سرطانی را هدف قرار می‌دهد ۴۹
- گفت‌وگو با دبیر جشنواره بین‌المللی فیلم پرواز ۵۰
- گفت‌وگوی غذا و دارو با دکتر امینی فرد ۵۳
- رییس اداره فرهنگ و ارشاد شهر تهران ۵۴
- گفت‌وگو با دکتر هاشمی هفشجانی ۵۵

خبرنامه سندیکا

- دکتر شببانی: بحران دارو نزدیک می‌شود ۵۸
- گفت‌وگو با محمدرضا زرگرزاده ۵۹
- گفت‌وگو با غلامرضا اخوان فرید ۶۰

معرفی کتاب ۶۲

بخش انگلیسی ۶۵

صاحب امتیاز: مؤسسه رساگفت‌مان صنعت بینش
سردبیر: مهندس شادمهر راستین
مدیر مسئول: لیلا چگینی
مشاوران علمی: دکتر جعفر میرفخرایی
دکتر عباس کبریایی‌زاده، دکتر مهدی سلیمانجاهی، دکتر مرضی خیرآبادی

تحریریه

دبیر تحریریه: حمیدرضا حافظی
تحریریه: شفق ضرغامی، شقایق سلیمانی
تحقیق و ترجمه: رسول سعدونی
همکاران تحریریه: فریده فرهادی، فرخ‌ده‌بزرگی
نویسندگان مهمان: پگاه حبیبی، فاطمه انصاری، محمد خادمی

مقالات علمی

سرپرست: اکرم اطهری
تحریریه علمی: رانا محمدی
معرفی کتاب: فریده فرهادی

گرافیک و نشر

مدیر هنری: مهدی نعمتی
سرپرست گرافیک: الهامه رازفر
سرپرست صفحه‌آرایی: محمد مهرجویا
گرافیک: سمیرا بابایی
عکس: امین سروری، افرا شهباززاده

بازگانی

سرپرست سازمان آگهی‌ها: معصومه پارسا
امور نمایشگاه: محمدرضا اسماعیلی
سرپرست توزیع: مهدی فخرآور
امور توزیع: فرشاد قادری، عباس پارسا منش، حسین یعقوبی

فناوری اطلاعات

سرپرست: حمید باصری
پشتیبانی دیجیتال: اردشیر شیرزادپایان

امور مالی

مدیر مالی: مهرداد حضرتی
همکاران مالی: مهکامه کامی، مریم قربانی

همکاران این شماره: نرگس قربانعلی، آزاد ثابتی‌پور، مهدیه صنوبری
فرناز محمودی، پریچهر یوسفی

لیتوگرافی، چاپ و صحافی: شرکت نقش‌رنگ خجستان
پخش شهرستان: هجرت

روابط عمومی سندیکای صاحبان صنایع داروهای انسانی ایران:
مؤسسه رسایش ۸۸۲۰۳۸۴۵

مسئول روابط عمومی: شفق ضرغامی
امور مشترکین: مهدی فخرآور ۸۸۸۷۱۲۲۸
مقالات علمی: scientific@fdmag.ir

امور سایت: it@fdmag.ir

امور بین‌الملل: intl@fdmag.ir

معرفی کتاب: books@fdmag.ir

کانال تلگرام ماهنامه: @fdmag

انتشار و توزیع: مؤسسه رسایش

• نشانی: تهران، ولی عصر، بالاتر از پارک ساعی، نرسیده
به خیابان توانیر، بن‌بست نعمتی، پلاک ۷، صندوق پستی:
۸۸۱۹۸۵۲۰، تلفن: ۰۶-۸۸۲۰۳۸۴۵، نمابر: ۸۸۱۹۸۵۲۰



رسایش
RASAYESH

اولین جلسه شورای سیاست‌گذاری ششمین همایش طلای سبز

اولین جلسه شورای سیاست‌گذاری ششمین همایش طلای سبز با حضور دکتر جعفرمیرفخرایی، دکتر مهناز خانوی، دکتر امیرحسین جمشیدی، دکتر محمود فلامرزیان، دکتر غلامرضا امین، دکتر مجید داوری، دکتر کلثوم خیرالهی و دکتر مهران میراب زاده اردکانی صبح روز شنبه ۱۱ آذر برگزار و بر توسعه بازارهای صادراتی صنعت فرآورده‌های طبیعی و گیاهان دارویی به عنوان یکی از مهمترین اهداف برگزاری ششمین همایش طلای سبز تأکید شد. بر اساس این جلسه، برگزاری همایش و نمایشگاه‌های تخصصی در کلان‌شهرها به خصوص استان اصفهان فرصت مناسبی است تا آخرین دستاوردها و توانمندی‌های صنعت داروسازی کشور در یکی از مهمترین قطب‌های داروسازی و مهد گیاهان دارویی ایران به نمایش گذاشته شود. گفتنی است «ششمین همایش طلای سبز» همزمان با نمایشگاه بین‌المللی «اصفهان‌فارما» طی روزهای ۱۸ الی ۲۰ بهمن در نمایشگاه بین‌المللی اصفهان برگزار می‌شود.

هدف‌های بلند؛ دست‌های کوتاه

یادداشت مدیر مسئول

◆ اگرچه امروز همگی درک درستی از اهمیت سلامت داریم اما؛ موضوعی که ذهن کارشناسان فرهنگی حوزه درمان و پزشکی را مشغول می‌کند این است که، حتی اگر فرض بگیریم، تعریف سازمان جهانی بهداشت از سلامت، که شامل سلامت جسمی، روحی و اجتماعی می‌شود، امری شدنی است؛ باز هم این مسئله وجود دارد که «چگونه؟» چگونه سلامت اجتماعی را که دور از دسترس پزشکان و درمانگران است، ایجاد کنیم؟ چه‌طور شهر سالمی داشته باشیم؟

شهر در دوره‌های مختلف، معانی مختلفی به خود گرفته است و تحولات مختلفی را تجربه کرده، که بسیاری از آن معانی و تحولات، نتیجه تغییرات بنیادی در تفکر انسان و پیشرفت‌های او بوده است. شهر هر چه بوده، خوب یا بد، بازتابی از خواسته‌های مردمان ساکنش بوده و هر آن‌چه مردم بودند، شهر نیز بوده.

پیچیدگی دنیای شهری ما، امروز، کم از پیچیدگی دنیای اجتماعی‌مان، ندارد. به نظر می‌رسد ما خواستیم که شهر این‌طور باشد و هر آن‌چه می‌بینیم، آینه تفکرات و تصمیمات خود ماست و اگر جایی خراب یا آباد شده، ما در آن دخیل بوده‌ایم.

اگرچه روی بد ماجرا، ناامیدی ما از خودمان است، اما روی خوش قضیه، امید به فردایی بهتر است؛ به همین دلیل هم، سازمان‌های هیتات و هزاران مؤسسه و نهاد اجتماعی دیگر، برای حل مسائل شهر، که مهم‌ترین آن، سلامت است، به سراغ کمک‌گرفتن از خود مردم می‌روند*.

ضرورت خواست؛ خواست ضرورت

برای پاسخ به این پرسش که مردم چه می‌خواهند و یا خواسته آن‌ها چیست، باید گریزی زد به هزاران سال زندگی بشری و استقامتی که بشر در مقابل بیماری‌ها از خود نشان داده. شکی نیست بشر جاودانگی را خواسته که امروز توانسته است، با یک دارو، یک بیماری را بیش از چند دهه کنترل کند. حتی اگر جاودانگی، تنها یک خیال‌پردازی هم باشد باز در کوچک‌ترین قدم‌ها به سمتش، می‌توان کارهای بزرگی انجام داد. امروز و در شرایط فعلی، توقع جاودانگی نداریم اما سلامت را که می‌خواهیم! مگر نه این‌که سلامتی، اولین و آخرین دعای پدران و مادران ما برای ماست؟ مگر نه این‌که سلامتی، اولین دعای خودمان وقت بیماری است؟ مگر نه این‌که درخواست سلامتی برای خودمان و دیگران، هر روز در لباس «سلام» در زبان‌مان جاری است؟ چه شده که با این همه اهمیت و تأکید، این‌طور در بیماری‌های مختلف جسمی و روحی و اجتماعی غرق شده‌ایم؟!

سلامتی، امروزه، یک خواسته نیست، یک ضرورت است؛ ما بارها و بارها، در قبال سلامت خودمان، شهر و جامعه، درگیر تصمیمات نادرست شده‌ایم. هر بار تجربه‌های تلخ را تجربه کردیم و تجربه تلخی شد و باز تجربه کردیم. تلبارشیدن این تجربه‌ها نشان می‌دهد ما در بسیاری از وقت‌ها، با یکدیگر، یک‌دل نبوده‌ایم و همان‌طور که به سختی اعتماد کرده‌ایم، به راحتی دست از اعتماد کشیده‌ایم، هر کدام ساز خودمان را زدیم و نفع خودمان را خواستیم. نشان می‌دهد نه‌تنها نسبت به شهر مسئولیتی را نپذیرفته‌ایم، بلکه دست به تخریب آن نیز زده‌ایم، به این امید که صاحبان شهر را آگاه کرده باشیم؛ و غافل ماندیم از این‌که صاحبان شهر، خودمان هستیم.

به نظر می‌رسد تنها راه برای رسیدن به تعریف ایده‌آل سازمان جهانی بهداشت از سلامت، اتحاد و یک‌پارچگی است. باید یک هدف را در سر داشته باشیم، که فردای سالم‌تری برای شهر بسازیم و هر چند هم، شعار به نظر رسید، دست از تلاش برنداریم.

در پایان از شما می‌خواهم، یک دقیقه در سکوت به این پرسش فکر کنید و جوابش را ندهید!

می‌خواهید، فردا سالم‌تر باشید؟!*

سازمان هیتات (دفتر اسکان بشر سازمان ملل) انشایی را از شهروندان می‌خواهد با این عنوان: «شهر دوست‌داشتنی شما چه شهری است؟» و این‌بار به جای آن‌که، مسئولان دیکته کنند، مردم هستند که انشا می‌کنند و اتفاقاً مسئولان، صرفاً مجریان خواست مردم می‌شوند. ►

استقبال صنایع دارویی جهان از پایون ایران در نمایشگاه فارمتک روسیه؛

اولین ایستگاه جهانی صادرات

صنعت داروسازی روسیه با حمایت دولت و سرمایه‌گذاری‌های بین‌المللی، در سال‌های اخیر رشد روزافزونی پیدا کرده است. تولید ۹۰ درصد داروهای مصرفی مورد نیاز روسیه تا سال ۲۰۱۸، یکی از مهم‌ترین استراتژی‌های این کشور است که تا تحقق کامل آن ۲۵ درصد باقی مانده است (بنابر اعلام وزارت بهداشت روسیه، در حال حاضر ۶۵ درصد داروهای مورد نیاز مردم روسیه در داخل تولید می‌شود). در همین راستا مانند دیگر کشورها، دولت روسیه برگزاری نمایشگاه‌های بین‌المللی را به عنوان یکی از مهم‌ترین ابزارهای جذب سرمایه‌گذاری در اولویت برنامه‌ها قرار داده است و نمایشگاه دارویی فارمتک به عنوان بزرگ‌ترین نمایشگاه تجهیزات، مواد اولیه و تکنولوژی‌های تولیدات دارویی روسیه با حمایت وزارت صنعت و تجارت و وزارت سرمایه‌گذاری روسیه هر ساله در شهر مسکو برگزار می‌شود. در نمایشگاه فارمتک روسیه امسال، ۴۰۱ شرکت از ۲۹ کشور جهان در فضایی به متراژ ۱۶۵۰۰ متر، مشارکت داشتند که بر اساس اعلام ستاد اجرایی نمایشگاه، در مقایسه با سال گذشته با رشد ۱۸ درصدی همراه بوده است و بسیاری از شرکت‌های حاضر در نمایشگاه برای اولین بار بود که محصولات هایتک خود را به نمایش گذاشتند. در طول برگزاری نمایشگاه چندین سمینار مختلف آموزشی برگزار شد، تعداد بازدیدکنندگان نمایشگاه از روز اول تا پایان روز چهارم با افزایش نسبی همراه بود؛ اما

نوزدهمین نمایشگاه بین‌المللی فارمتک روسیه (Pharmtech & Ingredients) به عنوان یکی از بزرگ‌ترین نمایشگاه‌های دارویی این کشور، از ۲۱ نوامبر (۳۰ آبان الی ۳ آذر ۱۳۹۶) به مدت چهار روز در مسکو برگزار شد و یکی از مهم‌ترین نکات برجسته این نمایشگاه، حضور یک پارچه شرکت‌های ایرانی در قالب پایون رسمی بود. پایونی که برای اولین بار به همت سندیکای صاحبان صنایع داروهای انسانی ایران در نمایشگاه‌های خارجی برگزار شد و نمایش حضور یک پارچه شرکت‌های ایرانی، این اطمینان را به شرکت‌های داروسازی اروپایی مشتاق برای سرمایه‌گذاری در ایران داد که بازار دارویی ایران با حضور قدرتمند در مهم‌ترین نمایشگاه‌های خارجی و برگزاری بزرگ‌ترین نمایشگاه دارویی خاورمیانه (ایران فارما)، آماده همکاری‌های بین‌المللی است.

به گزارش غذا و دارو، یکی از مهم‌ترین اقدامات سندیکای صاحبان صنایع داروهای انسانی ایران با هدف توسعه بازارهای صادراتی پس از برگزاری موفقیت‌آمیز سه دوره نمایشگاه بین‌المللی ایران فارما، حضور در مهم‌ترین نمایشگاه‌های بین‌المللی مرتبط با حوزه صنعت و صادرات داروست. در همین راستا با توجه به اهمیت بازار دارویی روسیه برای ایران و تقویت روابط تجاری ایران و روسیه، این سندیکا اقدام به برگزاری اولین پایون رسمی شرکت‌های داروسازی ایران کرد.



فقط ۵ درصد از سهم این بازار را به خود اختصاص دهیم، تراز تجاری داروی کشور مثبت خواهد شد.

شرکت‌کنندگان حاضر در پایون ایران در نوزدهمین نمایشگاه بین‌المللی فارمتک نیز با تأیید همین نکته، همگی اتفاق نظر داشتند که بازار دارویی روسیه از جمله مهم‌ترین بازارهای هدف برای تولیدکنندگان داروی ایرانی است و در شرایطی که کمبود نقدینگی و بدهی دولت به صنعت به بالاترین رقم خود در طول قدمت صنعت داروسازی کشور رسیده است، صادرات تنها راه بقای این صنعت استراتژیک خواهد بود.

در همین راستا علی دسترس، قائم مقام مدیر عامل شرکت داروسازی طاهای یکی از شرکت‌های حاضر در پایون دارویی ایران در نمایشگاه فارمتک، ضمن تأکید بر این نکته که در وضعیت فعلی صنعت داروسازی ایران، صادرات یکی از مهم‌ترین ابزارهای ادامه فعالیت شرکت‌های داروسازی است، بیان کرد: با توجه به این که صنعت داروسازی روسیه، صنعت نوپایی است و می‌توان با اطمینان گفت که بازار دارویی این کشور از ایران عقب‌تر هست، بنابراین نباید از صادرات به این بازار نوظهور و آماده سرمایه‌گذاری در ایران غافل ماند. مسافت روسیه با ایران در مقایسه با دیگر کشورهای CIS بسیار کم‌تر است و از آن مهم‌تر سیاست دولت هر دو کشور بر این طراحی شده است که ایران و روسیه در روابط تجاری به خصوص در زمینه مبادلات دارویی، همکاری خوبی با یکدیگر داشته باشند. بنابراین نباید از فرصت پیش‌آمده غفلت ورزید.

او که از این اقدام سندیکا در راستای معرفی توانمندی‌های صنعت داروسازی کشور بسیار استقبال کرده بود و این حرکت را برای صنعت داروسازی کشور مثبت ارزیابی کرد، بیان کرد:

مهم‌ترین نکته‌ای که بسیار نمود یافت و در مستندات نمایشگاه هم به آن اشاره شد، برگزاری سه پایون رسمی از کشورهای ایران، سوئیس و آلمان بود.

پویش‌دارو، هوبر دارو گستر، ستاد توسعه زیست فناوری به همراه چهار شرکت دانش‌بنیان خود، پرسیس‌ژن، داروسازی حکیم، سندیکای صاحبان صنایع داروهای انسانی ایران و دبیرخانه نمایشگاه ایران‌فارما ۲۰۱۸ از جمله نمایندگان ایران در این پایون بودند که به ارائه توانمندی‌های صنعت داروسازی کشور در میان ۳۹۷ دیگر غرفه‌دار حاضر در نمایشگاه پرداختند.

بازار دارویی روسیه هدف صادرکنندگان ایرانی

یکی از مهم‌ترین نکات مورد نظر سندیکای صاحبان صنایع داروهای انسانی ایران جهت حضور در نمایشگاه‌های بین‌المللی، انتخاب کشور هدف است. بر همین اساس پس از برگزاری سلسله جلسات متعدد و با توجه به اهمیت بازار دارویی روسیه از یک سو و عدم حضور شرکت‌های ایرانی در نمایشگاه بین‌المللی CPhI، نمایشگاه فارمتک و به عبارتی بازار دارویی روسیه، به عنوان اولین تجربه حضور شرکت‌های ایرانی در قالب پایون انتخاب شد. به خصوص این که از دوره‌های گذشته همواره بر این نکته تأکید شده بود، آذربایجان، عراق، تاجیکستان، قزاقستان، عمان، بلاروس، اوکراین، قرقیزستان، ارمنستان و از همه مهم‌تر روسیه، مهم‌ترین بازارهای هدف برای گسترش صادرات و توسعه بازار دارویی کشور هستند.

عباس کبریایی‌زاده نایب رییس سندیکای صاحبان صنایع داروهای انسانی ایران تأکید کرده است: در حال حاضر سهم بازار روسیه به تنهایی ۲۵ میلیارد دلار است که اگر بتوانیم



کند. به طوری که غرفه‌دار یکی از شرکت‌های اسپانیایی حاضر در نمایشگاه که از قبل از برگزاری نمایشگاه، در سایت نمایشگاه فارمتک به جست‌وجوی شرکت‌های ایرانی حاضر و استخراج شماره تماس هر کدام جداگانه کرده بود، با حضور در غرفه دبیرخانه نمایشگاه ایران فارما ۲۰۱۸ در پاریس ایران بیان کرد: حضور یک‌پارچه شرکت‌های ایرانی و سهولت دسترسی به آن‌ها فرصت مناسبی بود برای شرکت‌هایی که مستقیماً بر خاورمیانه تمرکز کرده‌اند و در این میان ایران را به عنوان امن‌ترین کشور، بازار هدف مطمئنی برای سرمایه‌گذاری می‌شناسند. ▶

امیدوارم این اقدام سندیکا به عنوان اولین تجربه، ادامه‌دار باشد. مدیریت برگزاری این پاریس هم انگیزه‌ای است برای شرکت‌های ایرانی که در بازارهای بین‌المللی شرکت داشته باشند و هم حضور هماهنگ و یک‌پارچه شرکت‌های ایرانی در نمایشگاه‌های بین‌المللی کشورهای هدف، فرصت بسیار مناسبی است تا عزم صنایع داروسازی ایران برای همکاری‌های مشترک به شرکت‌های مورد نظر نشان داده شود.

گفت‌وگو با شرکت‌کنندگان حاضر در پاریس یک نکته را مشخص کرد. همگی متفق‌القول بر این موضوع تأکید داشتند که فعالان صنایع (به خصوص صنعت داروسازی) به جای صرف وقت و انرژی و تمرکز بر بازارهای گوناگون باید، بازار هدف خود را شناسایی کرده و در راستای همان بازار عمل کنند.

استقبال از غرفه‌های پاریس ایران چند برابر آنچه که تصور می‌شد

حضور بازدیدکنندگان متخصص از روسیه و کشورهای اروپایی از پاریس ایران در میان ۴۰۱ شرکت حاضر در نمایشگاه فارمتک که بیش‌تر آن‌ها شرکت‌های شناخته‌شده اروپایی بودند، در چهار روز برگزاری این نمایشگاه بسیار قابل توجه بود. نه تنها غرفه‌داران پاریس ایران، بلکه حتی شرکت‌های ایرانی که جداگانه در نمایشگاه شرکت داشتند، اظهار داشتند که غرفه‌سازی یک شکل شرکت‌های ایرانی با پرچم ایران که در هر کجای فضای ۱۶ هزار متری نمایشگاه قابل رؤیت بود و ثبت اطلاعات پاریس ایران به عنوان یکی از سه کشور حاضر در قالب پاریس، مزیدی بر علت شده بود تا بازدیدکنندگان و غرفه‌داران حاضر در نمایشگاه را مشتاق بازدید از این پاریس



فارمتک روسیه ۲۰۱۷ در چند نگاه



رونق ملاقات‌های تجاری در فارمتک



فارمتک، نمایشگاهی گسترده و هدفمند



زمان محدود، مهمترین چالش بازدیدکنندگان



همچنان مواد تبلیغاتی جذاب برای بازدیدکنندگان



ایران فارما رودررو با بازدیدکنندگان



هدف اصلی فارمتک اطلاعات جامع به بازدیدکنندگان



طراحی یک پارچه باویون ایران در فارمتک روسیه



ثبت‌نام بازدیدکنندگان در غرفه ایران فارما



گفت و گو با دکتر خدادوست

گیاهان دارویی باید از هر گونه افراط به دور باشند

دکتر محمود خدادوست، مشاور وزیر و مدیر کل دفتر طب سنتی و ایرانی وزارت بهداشت یکی از مهمانان ویژه غرفه غذا و دارو در بیست و سومین نمایشگاه مطبوعات بود. او درباره برگزاری ششمین همایش طلای سبز با غذا و دارو به گفت و گو نشست. دکتر خدادوست معتقد است که برگزاری ششمین دوره از همایش طلای سبز در اصفهان، یکی از توانمندی‌های ارزشمند این همایش است زیرا اصفهان مهد گیاهان دارویی است و علاوه بر این که بستری مناسب برای معرفی گیاهان دارویی و طب ایرانی ایجاد می‌کند، ظرفیت و توانمندی‌های استان اصفهان را نیز به مردم و مسئولین معرفی خواهد کرد. در ادامه این گفت و گو را بخوانید:

• به نظر شما برگزاری چنین همایش‌های ملی در مراکز استان‌ها و تمرکززدایی از پایتخت، تا چه میزان می‌تواند مؤثر باشد؟

اگر بتوان از شرایط اقلیمی هر منطقه برای توسعه مکتب طبی استفاده کرد، رویکرد بسیار مناسبی است. با توجه به این که همایش طلای سبز، توسط بخش خصوصی برگزار می‌شود و متکی به منابع مالی دولتی نیست، یک توانمندی محسوب می‌شود که با اتکا به منابع خود، ششمین دوره خود را در استان اصفهان برگزار می‌کند زیرا برگزاری این همایش قابلیت‌های منطقه‌ای استان را معرفی می‌کند. از سوی دیگر شهر اصفهان از دیرباز جزو یکی از استان‌هایی است که در حوزه طب ایرانی و گیاهان دارویی بسیار زبانزد و به نام است. برگزاری همایش‌ها و نشست‌های ملی در مراکز استان‌ها مانند اصفهان که دارای قابلیت‌ها و توانمندی هستند، علاوه بر معرفی طب ایرانی در استان‌های مختلف، قابلیت‌های هر منطقه را نیز به مردم کشور معرفی خواهد کرد. بنابراین با وجود چنین فرصتی، قطعاً مقامات محلی استان اصفهان نیز باید به میدان بیایند و کمک کنند تا قابلیت‌های این همایش را نشان دهند و در آن شرکت کنند. آن‌ها باید از این گونه همایش‌ها حمایت کنند تا در سطح بالایی برگزار شود و از این طریق بتوانند قابلیت‌های استان اصفهان را در حوزه گیاهان دارویی و طب ایرانی به مخاطبین و مردم درست معرفی کنند.

• هم‌زمانی همایش با نمایشگاه در حوزه گیاهان دارویی و فرآورده‌های طبیعی به چه میزان می‌تواند مؤثر باشد؟

طبیعتاً برگزاری هم‌زمان نمایشگاه اصفهان فارما و ششمین همایش طلای سبز در اصفهان، بستری را فراهم خواهد کرد تا بتوان فرآورده‌های طبیعی را در سطح وسیع‌تری معرفی شوند. حضور فرآورده‌های طبیعی و گیاهی در کنار داروهای شیمیایی می‌تواند عرصه خوبی برای معرفی طب ایرانی باشد. از سوی استان اصفهان نیز خود مهر کارخانه‌های بزرگ تولید گیاهان دارویی مانند باریج‌اسانس و گل‌دارو است، در نتیجه فرصتی برای آن‌هاست تا بتوانند فرآورده‌های طبیعی و داروهای خود را در این دو رویداد به مخاطبان خود ارائه دهند. ▶

• ششمین دوره از همایش طلای سبز نزدیک است و قرار است در بهمن ماه برگزار شود، به نظر شما برگزاری همایش‌هایی مانند طلای سبز، چگونه می‌تواند در توسعه صنعت و معرفی توانمندی‌های آن مؤثر باشد؟

همایش طلای سبز در جهت توسعه منطقی، ضابطه‌مند و آکادمیک گیاهان دارویی قرار دارد و با توجه به تعامل منطقی که با دفتر طب ایرانی در وزارت بهداشت دارد، مسیری را دنبال می‌کند که از هر گونه افراط و تفریط به دور است. این همایش تا کنون توانسته مورد اعتماد بسیاری از دانشجویان، پژوهشگران، محققان و گروه‌های پزشکی و غیر پزشکی قرار بگیرد. تا کنون همایش طلای سبز در سطوح بالایی برگزار شده و بنده مطلع هستم به دلیل محتوای معقول، منطقی و علمی آن، بسیاری که در دوره‌های قبل آن حضور نداشتند، به دنبال مطالب ارائه شده از جمله فایل‌های صوتی و تصویری، مقالات و مطالب آموزشی در این همایش هستند. من از این همایش قدردانی می‌کنم زیرا نقش پررنگ و مؤثری در توسعه گیاهان دارویی و طبیعی داشته است. برخی با رویکرد افراطی تلاش دارند بیش از حد، گیاهان دارویی را نشان بدهند و بدین وسیله مخاطب خود را جذب کنند اما همایش‌های طلای سبز تا کنون با ارائه محتویات علمی و منطقی، توانمندی‌ها و ظرفیت‌های بالاقوه این حوزه را معرفی کرده است.

اگر بتوان از شرایط اقلیمی هر منطقه برای توسعه مکتب طبی استفاده کرد، رویکرد بسیار مناسبی است. با توجه به اینکه همایش طلای سبز، توسط بخش خصوصی برگزار می‌شود و متکی به منابع مالی دولتی نیست، یک توانمندی محسوب می‌شود که با اتکا به منابع خود، ششمین دوره خود را در استان اصفهان برگزار می‌کند

در گفت و گو با دکتر خانوی

نگاه شعارگونه نباید به گیاهان دارویی داشت



دکتر مهناز خانوی، سرپرست اداره کل فرآورده‌های طبیعی، سنتی و مکمل سازمان غذا و دارو در گفت و گو با غذا و دارو درباره جایگاه گیاهان دارویی بر این اعتقاد است که نباید نگاه شعارگونه به گیاهان دارویی داشت. به عقیده این متخصص فارماکونوزی در حال حاضر داروی گیاهی به عنوان یک درمان حمایتی و کمکی در اختلالات مزمن یا کاهش عوارض بیماری و دارو معمولاً استفاده می‌شود. در حالی که امروزه برخی فکر می‌کنند بهتر است از داروهای گیاهی استفاده کرد. او علاوه بر بررسی جایگاه گیاهان دارویی، درباره ظرفیت‌های استان اصفهان در صنعت گیاهان دارویی صحبت کرد که در ادامه این گفت و گو را می‌خوانید:

نوع درمان و جایگاه داروهای سنتی از این مقوله جداست. بخش دیگری از داروهای گیاهی هم هستند که قدمت بیش‌تری دارند. این داروها به عنوان پایه داروهای شیمیایی شناخته می‌شوند و مربوط به قسمتی از علم داروهای گیاهی می‌شود که در شیمی دارویی وارد شده است. به عبارت دیگر می‌توان گفت این داروها الگویی برای ساخت فرآورده‌های شیمیایی هستند. برخی دیگر داروهای گیاهی هم هستند که امروزه به صورت دسته‌ای یا ترکیب خاص از آن‌ها استفاده می‌شود و جایگزین شیمیایی ندارند. ممکن است این داروها امروز همانند داروهای بیوتکنولوژی تولید شوند اما در طبقه‌بندی داروهای گیاهی هستند. با این حال اگر به صورت کلی بخواهیم جایگاه گیاهان دارویی را در کشورمان تعریف کنیم، داروی گیاهی به عنوان یک درمان حمایتی و کمکی در اختلالات مزمن یا کاهش عوارض بیماری و دارو معمولاً استفاده می‌شوند.

• چرا بحث داروهای سنتی متفاوت است. به نظر شما طب ایرانی چگونه می‌تواند در جامعه امروز مؤثر باشد؟ با توجه به این که مردم کشورمان علاقه زیادی به طب ایرانی دارند و در خودمراقبتی‌های خود، از آن استفاده می‌کنند، جایگاه این طب چگونه تعریف می‌شود؟

طب ایرانی یا به عبارتی طب‌های سنتی هر کشوری مانند طب چینی یا طب هندی، اگر از مسیر علمی و آکادمیک وارد جامعه نشوند، موقعیت‌های سوء استفاده یا استفاده‌های غلط را به وجود می‌آورند. به نظر من اگر طب ایرانی در فضای آکادمیک و علمی قرار بگیرد، افراد متخصصی که درمان و تجویز را انجام می‌دهند و سازنده داروهای آن، مورد اعتماد و امن باشند، می‌توان استفاده‌های مفیدی از آن داشت و میزان سوء استفاده را کاهش داد. مردم ما باید بدانند که نوع نگاه طب ایرانی با پزشکی امروز متفاوت است. طب ایرانی کل‌نگر است و زمانی که به بیماری نگاه می‌کند، تلاش دارد تا بفهمد علت عارضه به وجود آمده، چه اختلالی در کل سیستم بدن بوده است در حالی که پزشکی جزئی‌نگر است و تلاش دارد تا علائم و عوارض بیماری‌ها را از بین ببرد.

• در عصر امروز بیماری‌های حاد و مزمن بیش‌تر شایع هستند. در همین راستا نیز علم و دانش پزشکی پیشرفت‌های زیادی داشته است. صنعت داروسازی دنیا نیز هم‌قدم با تغییر بیماری‌ها، داروهای بسیار پیشرفته‌ای در حوزه داروهای شیمیایی تولید کرده است. با وجود چنین پیشرفت‌هایی، در جامعه ما، بسیاری بر این اعتقادند بهتر است که از گیاهان دارویی استفاده شود. نظرتان در این خصوص چیست؟

من معتقدم در عصر امروز، نباید نگاه شعارگونه به داروهای گیاهی داشت. من به عقیده برخی که می‌گویند امروز داروهای شیمیایی عوارض زیادی دارند و باید از داروهای گیاهی که عوارض کم‌تری دارند، استفاده کرد، باور ندارم. باید به این مسئله توجه داشت که داروهای گیاهی که در بازار ایران هستند، اکثراً مورد مصرف برای بیماری‌های حاد نیستند بلکه بیش‌تر نقش داروهای حمایتی دارند.

اگر طب ایرانی در فضای آکادمیک و علمی قرار بگیرد، افراد متخصصی که درمان و تجویز را انجام می‌دهند و سازنده داروهای آن، مورد اعتماد و امن باشند، می‌توان استفاده‌های مفیدی از آن داشت و میزان سوء استفاده را کاهش داد

• به نظر شما با توجه به این مسائل، امروزه داروهای گیاهی چه جایگاه و کاربردی دارند؟ چه تعریفی می‌توان از جایگاه گیاهان دارویی ارائه داد؟

امروزه در درمان بیماری‌های حاد و مزمن، بهبود کیفیت درمان از اهمیت خاصی برخوردار است. بنابراین استفاده از داروهای گیاهی کیفیت بهداشت و زندگی را بالا می‌برد و موجب بهبود روند درمان می‌شود. همان‌طور که گفتم بخش عمده گیاهان دارویی برای بهبود کیفیت درمان استفاده می‌شوند. البته لازم است این‌جا بگویم که بحث طب سنتی و داروهای سنتی جداست زیرا



آن را کم‌تر دیده‌ام، ارتباط میان صنعت و دانشگاه است. در شهر اصفهان، کم‌تر کارخانه تولیدی گیاهان دارویی را می‌بینید که ارتباط نزدیکی با دانشگاه نداشته باشد. بسیاری از آن‌ها ارتباط نزدیکی با اساتید دانشگاه و دانشجویان دارند در حالی که این اتفاق در تهران بسیار کم‌تر رخ می‌دهد. فاصله‌ای که در حال حاضر میان صنعت و دانشگاه وجود دارد، هم دانشگاه و هم صنعت را متضرر می‌کند. دانشگاه نگاه صنعتی و اقتصادی خود را از دست می‌دهد و صنعت پتانسیل و توان موجود در دانشگاه را نمی‌تواند به نحو احسن استفاده کند. به نظر بنده برگزاری این همایش می‌تواند کمک کند تا استان‌های دیگر از اصفهان الگوبرداری کنند. از سوی دیگر با توجه به نقش کم‌رنگ دانشگاه در رویدادهای صنعتی، برگزاری همایش طلای سبز در اصفهان می‌تواند اساتید و متخصصان به خصوص دستیاران داروسازی را با صنعت ارتباط دهد، زیرا همین دستیاران در سال‌های آینده، مدیران صنایع و دانشگاه‌ها می‌شوند و این توانمندی می‌تواند ارتباط میان صنعت و دانشگاه را افزایش دهد.

• به نظر شما برگزاری همایش طلای سبز چگونه می‌تواند در توسعه صنعت گیاهان دارویی مؤثر باشد؟

برگزاری همایش‌هایی مانند طلای سبز از سویی ارتباط میان صنعتگران این حوزه را تقویت می‌کند. آن‌ها در یک بازه زمانی دور هم جمع می‌شوند و همین موجب شکل‌گیری ارتباط میان آن‌ها می‌شود. از سوی دیگر اگر مدیران اجرایی نیز در این همایش‌ها حضور داشته باشند و با آن همراه شوند، می‌توان گفت این همایش نقش مؤثری در سیاست‌گذاری و تصمیم‌گیری‌ها داشته باشد. با این حال اگر این اتفاق هم رخ ندهد، یک سوشدن صنعت، کلام صنعت را به گوش مسئولین خواهد رساند و همین موجب توسعه صنعت خواهد بود. ▶

• کارشناسان معتقدند که اصفهان مهد گیاهان دارویی است. نظر شما در این خصوص چیست؟ همان‌طور که می‌دانید، ششمین دوره طلای سبز قرار است در بهمن‌ماه امسال در اصفهان برگزار شود. به نظر شما مهم‌ترین توانمندی اصفهان در صنعت گیاهان دارویی چیست؟ فکر می‌کنید برگزاری این همایش در اصفهان چگونه می‌تواند در نشان‌دادن ظرفیت‌های این استان کمک کند؟

بخش بزرگی از تاریخچه فرمولاسیون داروهای گیاهی در اصفهان شکل گرفته است. تقریباً بهترین کارخانه‌های تولید دارو و فرآورده‌های گیاهی کشور در اصفهان هستند و این شهر در بحث داروهای طبیعی و گیاهی نقش بسیار مؤثری داشته است. کم‌این‌که در سال‌هایی که بنده دانشجو بودم، در بازار ایران کم‌تر از ۱۰۰ نمونه داروی گیاهی وجود داشت که اصفهان در آن بیش‌تر از همه مطرح بود. به نظر من حرکت هوش‌مندانه همایش طلای سبز، برگزاری ششمین دوره‌اش در شهری است که می‌تواند الگوی مناسبی برای استان‌های کشور به خصوص تهران باشد. یکی از مهم‌ترین اتفاقاتی که در استان اصفهان بسیار ارزشمند است و من در بخش‌های دیگر کشور

حرکت هوش‌مندانه همایش طلای سبز، برگزاری ششمین دوره‌اش در شهری است که می‌تواند الگوی مناسبی برای استان‌های کشور به خصوص تهران باشد. در شهر اصفهان، کم‌تر کارخانه تولیدی گیاهان دارویی را می‌بینید که ارتباط نزدیکی با دانشگاه نداشته باشد. بسیاری از آن‌ها ارتباط نزدیکی با اساتید دانشگاه و دانشجویان دارند در حالی که این اتفاق در تهران بسیار کم‌تر رخ می‌دهد

گفت و گوی نشیبه غذا و دارو با دکتر رجب

دارو باید همراه با تغییر رفتار باشد



دکتر اسدالله رجب، رییس انجمن دیابت ایران، معتقد است که آموزش و فرهنگ‌سازی می‌تواند نقش مؤثری در کنترل بیماری دیابت در ایران داشته باشد. بر اساس آمارها حدود ۱۲ درصد از افراد بالای ۱۸ سال به دیابت مبتلا می‌شوند. به گفته او بسیاری بر این اعتقادند که دارو نقش مؤثری در کنترل بیماری داشته و داروهای ایرانی کیفیت لازم را ندارند. رییس انجمن دیابت ایران با اعلام این‌که از تولید داخلی حمایت می‌کند، معتقد است اگر داروهای خارجی بر کنترل قند مؤثر هستند، چرا کشورهای دیگر هنوز نتوانسته‌اند، دیابت را کنترل کنند. در ادامه گفت‌وگوی غذا و دارو را با رییس انجمن دیابت می‌خوانید:

که برای آن‌ها وجود دارد، دغدغه‌مان را کمتر کرده‌اند. درحقیقت اکثر مرگ و میرها، بر اساس عوامل و بیماری‌های غیر واگیر است. تقریباً بیش از ۵ میلیون نفر در اثر دیابت فوت می‌کند. این آمار تنها برای بیماری دیابت است و بیماری‌های ناشی از دیابت را دربر نمی‌گیرد زیرا دیابت باعث می‌شود تا فرد بیمار قلبی و عروقی بگیرد. ۴۴ درصد از مرگ و میرهای ما به علت بیماری‌های قلبی و عروقی است. در نتیجه کار ما باید پیش‌گیری باشد تا کسی مبتلا به دیابت نشود. باید پیش‌گیری کنیم تا اگر کسی به دیابت مبتلا شد، دچار عوارض ناشی از آن نشود. کار ما پیش‌گیری است و برای این کار نیاز به فرهنگ‌سازی است. متأسفانه در کشور ما حتی در آموزش پزشکی هم روند به این صورت نیست. به عنوان مثال در کشور آلمان از ۵۰ سال گذشته تا کنون ۳ بار آموزش پزشکی‌شان تغییر کرده است در حالی که در کشور ما آموزش پزشکی بر اساس پیشرفت بیماری‌ها و پیش‌گیری نیست بلکه بر اساس درمان است و مشکل اصلی ما این است. متأسفانه علم پزشکی در مقابل بسیاری از بیماری‌ها ناتوان است. به عنوان مثال یک فرد دیابتی که چشمش خون‌ریزی کرده است، من نمی‌توانم برایش کاری انجام بدهم. رگی که دارد خون‌ریزی می‌کند، حداکثر بتوان توسط لیزر آن را سوزاند. به قول قدیمی‌ها چینی بند زده است، می‌شود از آن استفاده کرد ولی مثل قبل نیست و فقط قابل استفاده است.

• به نظر شما مهم‌ترین مشکل بیماران دیابتی در خصوص داروهای‌شان چیست؟

دیابت به دلیل کم‌تحرکی و تغذیه نامناسب برای افراد به وجود می‌آید. بیماران اصولاً با داروهای پایین‌آورنده قند خون مشکل ندارند. مشکل عمده در دیابتی‌ها این است که نمی‌دانند باید چه‌طور از داروهای‌شان استفاده کنند. آموزشی به آن‌ها داده نمی‌شود در حالی که در بسیاری از کشورهای اروپایی موقعی که دارو را از داروخانه دریافت می‌کنید، فرد داروساز آن‌جا نشسته و توضیح می‌دهد که این دارو چگونه باید مصرف شود. با وجود این‌که بیمار باید یاد بگیرد که از داروهای‌ش چه مقدار و چه موقع استفاده کند ولی در کشور ما این آموزش‌ها بسیار کم است. به عنوان مثال برخی زمانی که به مهمانی می‌روند، فکر می‌کنند چون قندشان بالاست، باید دو تا قرص بخورند تا پایین بیاید. ▶

• تا چه میزان داروهای دیابت در کنترل و پیش‌گیری از دیابت مؤثر بوده‌اند؟ شما نقش دارو را چگونه ارزیابی می‌کنید؟

درحقیقت درمان اولیه دیابت فعالیت جسمی، تغذیه مناسب و مدیریت استرس است. زمانی که نتوان بدین وسیله قند خون را در حد طبیعی کنترل کرد (به صورت نرمال بین ۴۰ تا ۶۰)؛ آن زمان از دارو استفاده می‌کنیم. متأسفانه در کشور ما اکثر دیابتی‌ها دیر به پزشک مراجعه می‌کنند. در نتیجه پزشکان نمی‌توانند بدون دارو، قند را کنترل کنند. با این‌حال اولین توصیه پزشک، آموزش است. به عبارت دیگر پزشک باید بیمار را توانمند کند تا بتواند عادات گذشته را فراموش کند. طبق آمارها ۹۰ درصد ایرانی‌ها بی‌تحرک هستند. طبیعتاً اگر بیمار به موقع به پزشک مراجعه کند، می‌توانیم تا ۸۰ درصد از ابتلای بیماران به دیابت جلوگیری کنیم. با این‌حال باید بیماران بدانند که حتی با استفاده از دارو، باز هم باید آموزش‌های لازم را ببینند و تغییر رفتار دهند، زیرا تنها دارو نمی‌تواند کاری انجام بدهد. بسیاری از دیابتی‌ها هستند که با وجود مصرف داروهای‌شان نتوانسته‌اند، قند خود را کنترل کنند.

• کیفیت داروهای تولید داخل را در مقایسه با داروهای وارداتی و مشابه آن چگونه ارزیابی می‌کنید؟

ما در زمینه داروهای پایین‌آورنده قند خون مشکلی نداریم و داروایی که در کشورمان تولید می‌شود خیلی خوب هستند. من تعجبم از این است که برخی از همکاران ما می‌گویند داروی ایرانی خوب نیست و اگر قندت پایین نمی‌آید، به خاطر داروی ایرانی است. آن‌ها سفارش می‌کنند که باید داروی خارجی مصرف شود. طبیعتاً ما با تجویز داروهای خارجی هزینه‌های زیادی را به بیمار وارد می‌کنیم. اگر مسئله کنترل قند است، چرا مردم کشورهای خارجی مد نظر، با استفاده از داروهای‌شان قندشان کنترل نمی‌شود؟ بنابراین مسئله تنها دارو نیست و باید در کنار استفاده از دارو، بیمار رفتارها و سبک زندگی‌اش را تغییر دهد.

• تا چه میزان فرهنگ‌سازی و آموزش می‌تواند در کنترل بیماری دیابت کمک کند؟

به هر حال ما اعتقادمان بر این است که امروزه بیماری‌های غیر واگیر بیش‌تر است و باید به آن بیش‌تر توجه کرد. بیماری‌های عفونی و درمان‌هایی



دیابت ابتدا باید با تغذیه کنترل شود

دکتر محمد حسینی، رییس کمیته تغذیه فدراسیون ورزشی، مهمان غرفه غذا و دارو در نمایشگاه مطبوعات بود. این متخصص تغذیه درباره تأثیر تغذیه در کنترل و پیش‌گیری از بیماری‌های مزمن مانند دیابت، با نشریه غذا و دارو به گفت‌وگو نشست. رییس کمیته تغذیه فدراسیون ورزشی اعلام می‌کند که تغذیه، پنجاه درصد در مدیریت ابتلا و کنترل دیابت نقش دارد اما به گفته او، بسیاری از بیمارانی که سال‌هاست داروهای دیابت از جمله انسولین را استفاده می‌کنند، بعد از سال‌ها برای کنترل تغذیه، معرفی می‌شوند. این در حالی است که ابتدا باید دیابت با تغذیه کنترل و پیش‌گیری شود. در ادامه این گفت‌وگو را می‌خوانید:

فرد آن قدر مشغله‌هایش زیاد شده که وقتی برای تغذیه‌اش ندارد. تنها مسئله‌ای که اهمیت دارد این است که سریع‌تر مواد غذایی را مصرف کند و سیر شود. در نتیجه ممکن است که با چنین الگوی غذایی، نیازهای بدن تأمین نشود. بنابراین به عنوان متخصص تغذیه همیشه پیشنهاد می‌کنیم که اگر فرد چنین الگوی غذایی نامناسبی دارد و از برنامه غذایی متنوع استفاده نمی‌کند، بهتر است یک ارزیابی بشود. اگر نیاز بود، مکمل مربوطه را دریافت کند. هیچ وقت مصرف خودسرانه مکمل را توصیه نمی‌کنیم.

• آمارها نشان می‌دهد که بیماری‌های مزمن مانند دیابت در حال شیوع هستند. نظر شما در این خصوص چیست؟

در سال‌های اخیر، شاهدیم که افرادی بدون داشتن سابقه فامیلی و سابقه ژنتیکی مبتلا به دیابت می‌شوند. متأسفانه در منطقه خاورمیانه ظاهراً رشد و شیوع ابتلا به دیابت از تمام دنیا پیش‌تر است. به طوری که بر اساس تحقیقات سازمان پزشکی جهانی، در سال ۲۰۳۰، از هر دو نفر در خاورمیانه، یک نفر مبتلا به دیابت است. این مسئله نشان‌دهنده وضعیت رشد خطرناک ابتلا به دیابت است. این موضوع بسیار نگران‌کننده است و مهم‌تر از آن افرادی هستند که نمی‌دانند دیابت دارند. تعداد این افراد کم نیست و به دلیل این که از علائم این بیماری مطلع نیستند، سبک غلط زندگی‌شان را ادامه می‌دهند و همین ممکن است موجب بروز عوارضی شود که دیگر قابل بازگشت نیست. بنابراین به همه افراد توصیه می‌کنیم که پیش‌تر به الگوی غذایی خود دقت کنند، آزمایش‌های سالانه انجام بدهند و به علائم هشداردهنده‌ای مانند افزایش وزن، تشنگی و عطش زیاد دقت کنند. تغییر رنگ پوست به خصوص در ناحیه گردن، می‌تواند به عنوان یک ریزفکتور کبد چرب باشد که آن هم یکی از ریزفکتورهای دیابت است.

• به نظر شما نقش تغذیه در کنترل بیماری دیابت چیست؟

ما معتقدیم که تغذیه پنجاه درصد در مدیریت ابتلا و کنترل دیابت نقش دارد ولی متأسفانه شاهد بیمارانی هستیم که سال‌های زیادی، بیماری خود را با دارو و انسولین کنترل کرده‌اند و بعد از چندین سال برای کنترل الگوی غذایی‌شان معرفی می‌شوند. این مسئله نشان می‌دهد که ارتباط میان رژیم‌شناسان و متخصصین تغذیه با کادر متخصصین غدد که در واقع سرپرست مدیریت درمان در کنترل بیماری دیابت هستند، چندان مطلوب نیست و بسیاری از آن‌ها ضرورت تغذیه را نمی‌شناسند. ▶

• فضای مجازی نقش زیادی در زندگی مردم دارند و بسیاری از اطلاعاتی که در این شبکه‌ها به دست می‌آورند، به خصوص در حوزه سلامت، استفاده می‌کنند. نظر شما در این باره چیست؟

آنچه در دنیای امروز ما مشکل اصلی شناخته می‌شود، دسترسی به اطلاعات نیست بلکه دسترسی به اطلاعات مستند و صحیح است. وجود رسانه‌های متفاوت در فضای مجازی و برنامه‌های متعدد، موجب شده مردم اطلاعات زیادی را در اختیار داشته باشند ولی متأسفانه این اطلاعات مستند و موثق نیست. در بسیاری از موارد به خصوص در حوزه سلامت، جای خالی نشریات تخصصی احساس می‌شود. نشریاتی که بتوانند اطلاعات به روز را از طریق مراکز آکادمیک، دانشگاهی و پژوهشگاهی جمع‌آوری کرده تا دانش مورد نیاز مردم را تأمین کنند و در حال حاضر تنها چند نشریه هستند و امید داریم که با افزایش این نوع نشریات، اطلاعات به درستی در اختیار مردم قرار بگیرد.

ما معتقدیم که تغذیه پنجاه درصد در مدیریت ابتلا و کنترل

دیابت نقش دارد ولی متأسفانه شاهد بیمارانی هستیم که

سال‌های زیادی، بیماری خود را با دارو و انسولین کنترل

کرده‌اند و بعد از چندین سال برای کنترل الگوی غذایی‌شان

معرفی می‌شوند

• امروزه افراد زیادی از مکمل‌ها استفاده می‌کنند و معتقدند که مکمل‌ها تنها موادی هستند که خوردن آن ضروری برای انسان ندارد. آیا شما استفاده خودسرانه مکمل‌ها را درست می‌دانید؟

مکمل به معنای تکمیل‌کننده است، به همین دلیل بهتر است بدون مشاوره و سرخود استفاده نشود. افراد باید به این مسئله توجه داشته باشند که هیچ‌گاه نباید واژه‌های طبیعی و گیاهی آن‌ها را فریب دهد که عوارضی ندارند. بسیاری از مکمل‌های گیاهی هستند که در دنیا به صورت روتین استفاده می‌شوند اما قابل توصیه نیستند و عوارض دارند حتی اگر فرد سالم باشد. بنابراین توصیه ما این است که ابتدا نیازسنجی شود و سپس اگر فرد به مکملی احتیاج دارد، بر اساس دُز و بازه زمانی، آن را مصرف کند. با این حال مهم‌ترین اصل، مصرف مکمل است. آن چه در این دوران ما را به سمت استفاده از مکمل‌ها برده، این است که

گفت و گوی اختصاصی با دکتر عبداللهی



اصلاح الگوی تغذیه؛ مهم‌ترین عامل پیش‌گیری از دیابت

دکتر زهرا عبداللهی، مدیر کل دفتر بهبود تغذیه وزارت بهداشت، یکی از مهمانان غرفه غذا و دارو در نمایشگاه مطبوعات بود. به گفته او در حال حاضر حد متوسط شیوع بیماری دیابت در کشور ۱۰ درصد است. این در حالی است که برخی از استان‌های کشور مانند یزد و سمنان بیش‌تر از حد متوسط هستند و به عقیده عبداللهی روند شیوع این بیماری رو به افزایش است. بنابراین یکی از مهم‌ترین اولویت‌های نظام سلامت، پیش‌گیری از شیوع بیماری دیابت است. نشریه غذا و دارو درباره عوامل مؤثر در پیش‌گیری از بیماری دیابت و برنامه‌های وزارت بهداشت با مدیر کل اداره بهبود تغذیه وزارت بهداشت به گفت‌وگو پرداخت که در ادامه آن را می‌خوانید:

سویی دیابت زمینه ارثی دارد و کسانی که زمینه ارثی دارند بیش‌تر در معرض خطر هستند بنابراین باید بیش‌تر کنترل کنند. مصرف بی‌رویه مواد قندی، به خصوص قند و شکر، قندهای ساده یعنی مونوساکاریدها مشکلاتی را ایجاد می‌کند. حتماً به افرادی که در خطر ابتلا به دیابت هستند، برای پیش‌گیری توصیه می‌کنیم، بیش‌تر سبزی و میوه مصرف کنند. مردم روزانه حداقل باید پنج وعده میوه و سبزی مصرف کنند. در حال حاضر توصیه‌های جدید پزشکی می‌گویند که این میزان روزانه باید به ۷ تا ۹ واحد برسد تا به عنوان یک فاکتور پیش‌گیری محسوب شوند. هم‌چنین افراد به یاد داشته باشند که بهتر است بیش‌تر نان و غلات سبوس‌دار مصرف کنند. حبوبات یکی دیگر از مواد غذایی است که باید مصرف کنند، زیرا حبوبات دارای فیبر هستند که این فیبر یک مقدار از جذب قند و چربی جلوگیری می‌کند. هم‌چنین در حال حاضر حبوبات به عنوان یک گروه غذایی عظیم در هرم غذایی ایرانی هستند. اگر برنامه غذایی به این شکل اصلاح شود، می‌توان دیابت را پیش‌گیری کرد. در حال حاضر مواد غذایی نشاسته‌ای مانند برنج، نان و ماکارانی نیز بیش‌تر مصرف می‌شود و استفاده بیش‌تر آن‌ها باعث افزایش تری‌گیلیسیرید می‌شود که هم زمینه را برای دیابت و هم بیماری‌های قلبی و عروقی فراهم می‌کند.

• اقدامات و برنامه‌های دفتر تغذیه وزارت بهداشت در سال‌های اخیر در حوزه دیابت چه بوده است؟

در دو سال گذشته برای پیش‌گیری از بیماری‌های غیر واگیر یک سند تدوین شد که به تصویب شورای عالی سلامت و امنیت غذایی رسید. بر اساس این سند تا سال ۲۰۲۵ میلادی، در شبکه‌های بهداشت درمانی توقف شیوع دیابت، اضافه وزن و چاقی به عنوان یک هدف راهبردی در نظر گرفته شده است. در حال حاضر در طرح تحول سلامت همه افرادی که به پایگاه‌های سلامت و خانه‌های بهداشت مراجعه می‌کنند، به لحاظ دیابت غربال‌گری می‌شوند. بنابراین اگر

• وضعیت بیماری دیابت در کشور چگونه است؟ آیا در این خصوص توانسته‌ایم بیماری دیابت را کنترل کنیم؟

دیابت یکی از بیماری‌های غیر واگیر شایع در کشور است. بر اساس آخرین مطالعه وزارت بهداشت حدود ده درصد مردم دچار دیابت هستند. این مطالعه تحت عنوان «عوامل خطر بیماری‌های غیر واگیر» نشان می‌دهد که در برخی استان‌ها، آمار ابتلا بالاتر از میانگین سطح کشوری بوده است. در حال حاضر در استان یزد ۱۴ درصد و در استان سمنان ۱۳ درصد شیوع دیابت در آن‌ها گزارش شده است. بر اساس این مطالعه متأسفانه روند شیوع این بیماری رو به افزایش است. بنابراین یکی از اولویت‌های نظام سلامت کشور پیش‌گیری و کنترل دیابت است. اهمیت بیماری دیابت در این است که به نوعی آن را به عنوان قاتل خاموش می‌شناسند. اگر بیماری دیابت کنترل نشود، می‌تواند منتهی به بیماری‌های قلبی و عروقی، نارسایی کلیوی و معلولیت‌هایی مثل قطع اندام‌ها منجر شود. به همین دلیل بسیار مهم است از دیدگاه سلامت که اولاً بتوانیم از بروز دیابت در جامعه پیش‌گیری کنیم. ثانیاً اگر دیابت برای فردی رخ داد خیلی زود و به موقع تشخیص داده شود و تحت پروتکل درمانی قرار بگیرد که قند خون کنترل شود.

در حال حاضر توصیه‌های جدید پزشکی می‌گویند که این میزان روزانه باید به ۷ تا ۹ واحد برسد تا به عنوان یک فاکتور پیش‌گیری محسوب شوند

• چه عواملی در پیش‌گیری از ابتلا به بیماری دیابت مؤثر هستند؟ آیا مکمل‌ها در پیش‌گیری این بیماری نقش دارند؟

رعایت الگوی غذایی صحیح مهم‌ترین عامل پیش‌گیری از ابتلا به بیماری دیابت است. تأکید بر این است که الگوی غذایی اصلاح شود به همین خاطر ما مکمل‌ها را در پیش‌گیری از دیابت یا هر بیماری دیگری توصیه نمی‌کنیم. از

کارشناسان تغذیه در مراکز خدمات جامعه سلامت به کار گرفته شدند و این اتفاق بزرگی بود. در حال حاضر حدود ۱۳۰۰ کارشناس تغذیه در این مراکز خدمات جامع به کار گرفته شده‌اند که به مردم خدمات رسانی می‌کنند. الگوی غذایی همه افراد مراجعه‌کننده به پایگاه‌های سلامت ارزیابی می‌شود. آن‌ها از لحاظ اضافه وزن و چاقی غربال‌گری می‌شوند و اگر دچار دیابت، فشار خون بالا یا چربی خون بالا هستند، به کارشناس تغذیه ارجاع داده می‌شوند و خدمات مشاوره تغذیه را دریافت می‌کنند. خدمات ارائه‌شده از سوی کارشناس تغذیه بسیار اثرگذار خواهد بود زیرا اگر فردی قند خون بالا دارد و دیابتی است، با دریافت رژیم‌ی که از سوی کارشناس تغذیه تنظیم شده، می‌تواند بیماری دیابت را کنترل کند و قند خون خود را ثابت نگه دارد. همچنین با رژیم می‌تواند روی کاهش وزن خود کار کند. بنابراین می‌توانیم بگوییم به کارگیری کارشناسان تغذیه در طرح تحول سلامت بسیار مؤثر بوده و یکی از مهم‌ترین اقداماتی است که از طریق طرح تحول نظام سلامت در برنامه‌های تغذیه انجام شده است. می‌خواهم بگویم که این کار در دنیا کار یونیک است، حتی وقتی سازمان بهداشت جهانی به ایران آمد و برنامه وزارت بهداشت را در طرح تحول و به کارگیری کارشناسان تغذیه دیدند، خیلی استقبال کردند و گفتند که ایران اولین کشوری است که این گونه طرح را اجرا کرده است. به نظر من طرح تحول نظام سلامت بسیار موفق عمل کرده است و قطعاً ادامه پیدا می‌کند، برای این‌که هدفش خدمت‌رساندن به مردم است. در حال حاضر طرح تحول نظام سلامت به مردم به خصوص مردم حاشیه‌نشین شهر خدمات بهداشتی و درمانی ارائه می‌دهد، نمی‌تواند متوقف شود. مردم می‌خواهند خدمات بهداشتی و درمانی دریافت کنند به خصوص مردم حاشیه شهرنشین که چندان دسترسی به مراکز و بیمارستان‌ها ندارند. امیدوارم همین گونه با حمایت‌های دولت ادامه پیدا کند. ▶

ریسک ابتلا به دیابت را داشته باشند، شناسایی می‌شوند تا اقدامات پیش‌گیرانه، خدمات و مراقبت‌های تعریف‌شده، از طریق کارکنان بهداشت درمانی برای‌شان اجرا شود. افرادی هم که مبتلا به دیابت هستند، تحت کنترل قرار می‌گیرند.

• وزارت بهداشت برای پیش‌گیری از دیابت در میان کودکان و نوجوانان چه برنامه‌ای دارد؟ آیا برنامه‌های پیش‌گیری از دیابت در مدارس انجام می‌شود؟

دانش‌آموزان یکی از مهم‌ترین گروه‌های هدف است. برنامه وزارت بهداشت برای پیش‌گیری از دیابت و بیماری‌های غیر واگیر، پیش‌گیری از اضافه وزن و چاقی و اصلاح الگوی غذایی‌شان است که در همکاری‌های مشترکی که با آموزش و پرورش داریم، این برنامه‌های آموزشی به صورت بسیج‌های آموزشی، در مدارس تحت عنوان دیابت در هفته سلامت یا روز جهانی غذا می‌شود.

به کارگیری کارشناسان تغذیه در طرح تحول سلامت بسیار مؤثر بوده و یکی از مهم‌ترین اقداماتی است که از طریق طرح تحول نظام سلامت در برنامه‌های تغذیه انجام شده است

• برخی از کارشناسان می‌گویند که طرح تحول نظام سلامت با شرايطی که دارد، نمی‌تواند ادامه پیدا کند. در حوزه تغذیه طرح تحول چه تأثیراتی داشته است؟ به نظر شما آیا این طرح در رسیدن به اهداف خود مؤثر بوده و می‌تواند ادامه پیدا کند یا خیر؟ از دیدگاه تغذیه، در طرح تحول سلامت، تحول برنامه‌های تغذیه کشور به کارگیری کارشناسان تغذیه بود. در طرح تحول نظام سلامت، برای اولین بار



نگاهی به تاریخچه تشکیل داروخانه‌های دانشکده داروسازی

داروخانه ۱۳ آبان؛ داروخانه‌ای برای آینده

انقلاب به دلیل تحریم‌ها و دوران جنگ، شرکت‌های چندملیتی دارویی از ایران رفتند.

دکتر علی خلیج، داروساز پیشکسوت درباره وضعیت تأمین دارو در دوران بعد انقلاب می‌گوید: «در آن زمان برای رفع کمبودهای دارویی، داروخانه‌های تکنسهای تأسیس شد تا داروهایی که در بازار دچار کمبود هستند، تأمین شود. این داروخانه‌ها موظف بودند داروهایی که در لیست فارماکوپه نبودند یا داروهایی که در لیست بودند اما با کمبود روبه‌رو بود، طی ۲۴ الی ۴۸ ساعت به دست بیماران برسانند. با این حال این مسیر به درستی پیش نرفت و کم‌کم داروهای تولید داخل، اگر به صورت مقطعی دچار کمبود می‌شدند، داروهای وارداتی به صورت فله‌ای وارد می‌شدند و همین موجب می‌شد تا تولیدات داخلی ضربه بخورند.» بنابراین با وجود بازار سیاهی که وجود داشت، نیاز به داروخانه‌هایی بود تا مورد اعتماد مردم باشند و نیازهای دارویی‌شان را تأمین کنند. این روند باعث شد داروخانه‌های دانشکده داروسازی با وجود این‌که آموزشی بودند، نقش پررنگ‌تری در تأمین زنجیره دارو در آن دوران داشته باشند.

۱۳ آبان تاریخی نیست که مردم به راحتی آن را فراموش کنند. نام‌گذاری بسیاری از اماکن به نام این روز، آن را فراموش‌نشده می‌کند. با این حال این نام برای کسانی که درگیر بیماری خاص هستند، تنها یادآور داروخانه‌ای است که در سال‌های بعد از انقلاب، خدمات دارویی را به آن‌ها ارائه کرد. داروخانه‌ای که قرار بود داروخانه‌ای آموزشی برای داروسازان جوان باشد اما در دوران جنگ و تحریم، امید بیمارانی شد که نیازمند دارو بودند. آن زمان بسیاری از کالاهای عمومی به خاطر کمبود، کوپنی بودند اما نمی‌شد دارو را کوپنی کرد. هر چند مانند همین کالاهای کوپنی بازار سیاه داشت و شرکت‌های پخش مجبور بودند به داروخانه‌ها سهمیه بدهند و سهمیه‌ها نیز به راحتی به دست مردم نمی‌رسید. داروخانه ۱۳ آبان توانست به عنوان یکی از داروخانه‌های منتخب، دارو را راحت‌تر به دست مردم برساند. خاطرات مدیران داروخانه‌های دانشکده داروسازی دانشگاه تهران گویای نقش داروخانه ۱۳ آبان در دوران بعد انقلاب بوده است.

قبل از انقلاب، خیابان ناصرخسرو مرکز فروش دارو بود. بسیاری از نمایندگی‌های دارو در این خیابان، مغازه داشتند و دلال‌ها هم در این میان حضور داشتند؛ داروخانه‌ها از همین نمایندگی‌ها دارو می‌خریدند اما بعد از



آموزش هدف اصلی تشکیل داروخانه ۱۳ آبان

علت اصلی تشکیل داروخانه‌های دانشکده داروسازی دانشگاه تهران، آموزش دانشجویان داروسازی بود. دکتر حمید خویی، یکی از مدیران اسبق داروخانه‌های دانشکده داروسازی و عضو انجمن داروسازان تهران درباره شکل‌گیری داروخانه ۱۳ آبان می‌گوید: «شکل‌گیری داروخانه‌های دانشکده داروسازی درحقیقت پاسخی به نیاز مبرم و اساسی آموزش دانشجویان داروسازی بود. بخش قابل توجهی از آموزش دانشجویان داروسازی، آموزش عملی کارآموزی در داروخانه‌ها بود.»

او درباره نحوه کارآموزی داروسازان قبل از انقلاب توضیح می‌دهد: «من به یاد دارم که در دوران تحصیل دانشجوی ترم ۲ یا ۳ بودم که قرار بود واحد کارآموزی داروخانه را بگذرانیم. دفترچه‌ای حدود ۱۰۰ الی ۱۲۰ برگ به دانشجویان می‌دادند که صفحات آن کادربندی شده بود. نام دارو، نام تجارتي دارو و بعد نیم‌صفحه که باید توضیحات دارو را در آن جا می‌نوشتیم. ما باید برای کارآموزی، یک داروخانه را پیدا می‌کردیم و به آن جا می‌رفتیم. بعد به تعداد این دفترچه نام دارو می‌نوشتیم و این دفترچه را پُر می‌کردیم و به استاد مربوطه تحویل می‌دادیم.»

دکتر علی خلج، پیشکسوت داروسازی و یکی از داروسازان مطرحی که در زمان راه‌اندازی داروخانه ۱۳ آبان همراه بوده، به نشریه «غذا و دارو» می‌گوید: «قبل از انقلاب وضعیت کارآموزی دانشجویان داروسازی نامطلوب بود. در حالی که دانشجوی پزشکی در بیمارستان‌ها و دانشجویان دندان‌پزشکی در کلینیک‌های دندان‌پزشکی، دوره کارورزی داشتند. دانشجویان داروسازی در آن زمان مجبور بودند که خود داروخانه‌ای را پیدا کنند، تا دوره کارورزی خود را بگذرانند. داروخانه‌ها هم عموماً کارهایی نظیر پاک کردن قفسه‌های دارو را به آن‌ها می‌دادند و انتظار داشتند تا از همین راه دانشجو نام داروها و اثرات آن‌ها را بیاموزد. در نتیجه دانشجویان، بعد از فارغ‌التحصیلی چیز زیادی از نسخه‌پیچی و نحوه برخورد با بیمار نمی‌دانستند.» بنابراین نیاز بود تا دانشکده داروسازی، داروخانه‌هایی داشته باشد تا بتواند به دانشجویان در این زمینه آموزش دهد. او ادامه می‌دهد: «قبل از انقلاب ۴ داروخانه دولتی توسط بهداری تهران تأسیس شده بود: ۴ آبان (داروخانه ۱۳ آبان فعلی) در خیابان خردمند شمالی، داروخانه بوعلی جنب بیمارستان بوعلی، داروخانه طرفه (که بعدها به خاطر شهادت یکی از دانشجویان دانشکده داروسازی به نام شهید عابدینی تغییر نام یافت) و داروخانه نمونه (نمونه طالقانی فعلی) جنب درمانگاه کوروش سابق در خیابان شریعتی. بعد از انقلاب، شورای هماهنگی تشکیل شد که ریاست آن بر عهده مرحوم دکتر فرسام بود. آن زمان دکتر فرسام رییس دانشکده داروسازی نیز بودند. وظیفه این شورا، سر و سامان دادن به وضعیت کارورزی دانشجویان داروسازی بود. در نتیجه جلسات با اداره امور بهداری تهران، اداره این داروخانه‌ها از جمله داروخانه ۱۳ آبان به دانشکده داروسازی تهران واگذار شد و قرار شد درآمد حاصل از آن صرف امور آموزشی و پژوهشی شود.»

با این حال، به گفته سیامک فریدون‌نژاد، از مدیران اسبق داروخانه‌های دانشکده داروسازی، نقش آموزشی داروخانه ۱۳ آبان، بعد از انقلاب به مرور کم‌رنگ شد. قبل از انقلاب، کم‌تر داروخانه‌ای پیدا می‌شد که زیر بار شبانه‌روزی برود زیرا اداره و کنترل آن به خصوص در ساعات‌های انتهایی شب بسیار مشکل بود. از سوی دیگر تهران به آن بزرگی نیاز به یک ضریب اطمینانی برای داروخانه‌های شبانه‌روزی داشت.

فریدون‌نژاد مدیر اسبق داروخانه‌های دانشکده داروسازی با اشاره به تأسیس داروخانه‌های دولتی توسط بهداری‌های مناطق می‌گوید: «۴ داروخانه دولتی شبانه‌روزی در زمان پیروزی انقلاب وجود داشت و قرار بود که آن‌ها گسترش یابند. بعد از انقلاب نیز نیاز جامعه به داروخانه‌های شبانه‌روزی بیش‌تر احساس می‌شد زیرا جنگ تحمیلی از سال ۵۹ آغاز شده بود و به تدریج پیشرفت می‌کرد. علاوه بر آن مشکلات خاموشی و غیره هم وجود داشت و همین‌ها باعث شد تا در سال‌های جنگ در تهران، تنها داروخانه‌های وابسته به دانشکده داروسازی، شبانه‌روزی به مردم خدمات دارویی را ارائه بدهند.»

این داروساز با اشاره به مشکلات دارویی دوران جنگ می‌گوید: «بعد از شروع جنگ، هر چه جلوتر رفتیم، مشکلات ارزی بیش‌تر شد و ارز لازم در اختیار سیستم دارویی کشور نبود. در نتیجه در هر دوره‌ای یک‌سری دارو دچار کمبود می‌شدند. به عنوان اگر امروز ده قلم دارو نبود، دو ماه دیگر آن ده قلم بودند ۲۰ قلم دیگر نبود، ۲ ماه بعد آن ۲۰ قلم دارو بود و ۳۰ قلم دیگر نبود. هنگامی که فهرست کمبودها نگاه می‌کردید، همیشه ۵۰ الی ۶۰ قلم دارو در بازار دارویی وجود نداشت. در آن سال‌ها به فرض نیاز ارزی دارو ۴۵۰ میلیون دلار بود ولی دولت ۲۵۰ میلیون دلار بیش‌تر نداشت.»

او ادامه می‌دهد: «همین کمبودهای مقطعی موجب ایجاد بازارهای سیاه شد. شرکت‌های پخش برای جلوگیری از ایجاد بازار سیاه، داروهای‌شان را سهمیه‌بندی کردند با این حال سهمیه‌ها به راحتی به دست مردم نمی‌رسید. هر چه فشار جنگ بیش‌تر شد، ارز کم‌تر و کمبودهای دارویی بیش‌تر شدند. بنابراین سهمیه بیش‌تری را به داروخانه‌های منتخب از جمله داروخانه ۱۳ آبان می‌سپردند و همین مسئله هم موجب شلوغی این داروخانه می‌شد. در نتیجه داروخانه ۱۳ آبان کم‌کم از حالت آموزشی خود دور شد و ارائه خدمات دارویی در اولویت قرار گرفت.»

خیرالله غلامی، سرپرست داروخانه‌های دانشکده داروسازی تهران با اشاره به نقش داروخانه ۱۳ آبان در ارائه خدمات دارویی می‌گوید: «فلسفه تشکیل داروخانه ۱۳ آبان و دیگر داروخانه‌های دانشکده داروسازی شرکت در آموزش دانشجویان داروسازی بود. در آن زمان قرار بر این بود که سایت‌های آموزشی دانشجویان داروسازی این داروخانه‌ها باشند که بودند. هنوز هم هستند. بعد از شروع جنگ به طور طبیعی یک خلاء توزیع دارو در کشور به وجود آمد. در نتیجه داروخانه‌هایی که سیستم می‌توانست به آن اعتماد کند یا در واقع روی آن حساب کند، داروخانه‌هایی مانند داروخانه ۱۳ آبان بودند. به همین دلیل به تدریج وزنه توزیع دارو را به گردن این داروخانه‌ها گذاشتند و آن‌ها شروع به توزیع دارو کردند، در سطح تهران حدود ۲ درصد از کل دارویی که در کشور فروخته می‌شد از این داروخانه‌ها توزیع می‌شد. همین عامل باعث شد مشکل برای دانشجویان داروسازی به وجود بیاید ولی از سال ۷۱ به بعد دوباره نقش آموزشی آن تا حدودی احیا شد و با گماردن اساتید برای دانشجویان داروسازی سعی کردند تا این نقش را احیا کنند.»

دکتر خلج، داروساز پیشکسوت درباره کارآموزی دانشجویان داروسازی در داروخانه‌های دانشکده داروسازی می‌گوید: «من هر هفته دو روز به داروخانه بیمارستان طرفه می‌رفتم و مرحوم دکتر شفیعی دو روز در داروخانه ۱۳ آبان حضور داشتند و در این مدت دانشجویان در خصوص نحوه نسخه‌نویسی و برخورد با بیماران و صحبت با پزشکان آموزش می‌دیدند.» به گفته این استاد داروسازی، علت نام‌گذاری داروخانه ۱۳ آبان نیز، حضور مؤثر دانشجویان در تسخیر سفارت بود و در ابتدا روز ۱۳ آبان، هم روز دانشجو و هم روز دانش‌آموز بود.

دکتر ناصر نقدی، یکی از مدیران سابق داروخانه‌های دانشکده داروسازی و عضو هیئت‌علمی انستیتو پاستور ایران درباره میزان موفقیت داروخانه ۱۳ آبان می‌گوید: «به نظر من داروخانه‌های دانشکده داروسازی از جمله داروخانه ۱۳ آبان در مقطعی به خوبی توانستند خودشان را با شرایط وفق دهند و با آن شرایط کار کنند. به طوری که این داروخانه‌ها برای تأسیس داروخانه‌های دیگر الگو بودند. حتی داروخانه ۲۹ فروردین وقتی قرار بود تأسیس شود از این داروخانه‌ها الگو برداری کرد. خیلی از داروسازان خوش‌نام و موفق نیز از همین داروخانه‌ها بیرون آمدند.»

شلوغ اما کارراه‌بینداز

دوران جنگ و روزهای سخت آن زمان، سال‌هاست به پایان رسیده و حال دیگر مردم به راحتی داروهای مورد نیازشان را دریافت می‌کنند. داروخانه ۱۳ آبان به عنوان یکی از بزرگ‌ترین داروخانه‌های پایتخت شناخته شده است و اگر ترافیک خیابان کریم‌خان را تحمل کنید و به نبش خیابان خردمند برسید،



بود از آدم‌هایی که زیر لب می‌گفتند داروفروشانند. پدرم فوت کرد و من زمانی که همسرم بیمار شد، دوباره به این داروخانه آمدم و دیدم چه قدر تغییر کرده است.» به گفته او حالا دیگر از دلان خبری نیست و حمایت بیمه‌ها برای داروها خیلی بیش‌تر شده است.

داروخانه‌های دیجیتال جایگزین داروخانه‌های قدیمی می‌شوند؟

امروز داروخانه ۱۳ آبان به عنوان یکی از داروخانه‌های ارائه‌دهنده داروهای بیماران خاص است. محمد رضایی، معاون اجرایی داروخانه‌های دانشکده داروسازی دانشگاه علوم پزشکی تهران درباره داروخانه ۱۳ آبان می‌گوید: «داروخانه ۱۳ آبان دو بخش دارد؛ یکی داروخانه فوق تخصصی است که داروهای بیماران خاص، داروهای بیماران سرطانی، پیوند کلیه و... را به مردم ارائه می‌دهد. این بخش از ساعت ۷ صبح تا ۷ شب خدمات دارویی را در اختیار مراجعه‌کنندگان می‌گذارد. بخش عمومی نیز به صورت شبانه‌روزی فعال است و حدود ۳ هزار قلم داروی معمولی و تخصصی را در اختیار مراجعه‌کنندگان می‌گذارد.» او درباره خدمات دارویی داروخانه ۱۳ آبان می‌گوید: «از خدماتی که در این داروخانه، در اختیار مردم قرار می‌دهیم، یکی خدمات مشاوره‌ای رایگان است که مردم، چه به صورت حضوری، چه به صورت تلفنی می‌توانند از آن بهره‌برند. از سوی دیگر کادر پزشکی و درمان، در خصوص داروها و عوارض آن‌ها، تداخلات دارویی و... پاسخ‌گوی بیماران هستند.»

با این حال این روزها علاوه بر داروخانه ۱۳ آبان، ۳۵ داروخانه بیماران خاص در شهر تهران وجود دارد. داروخانه ۱۳ آبان و دیگر داروخانه‌های دانشکده داروسازی دانشگاه تهران که با دغدغه آموزش داروسازان تشکیل شدند، حالا داروخانه‌هایی هستند که بیش‌تر از خدمات آموزشی، خدمات بالینی ارائه می‌دهند. از سوی دیگر رشد و پیشرفت فناوری‌های روز، روش‌ها و متدهای جدیدی مانند داروخانه‌های دیجیتال به همراه داشته است. روند فعلی تجویز و تهیه دارو از جمله مسائلی است که می‌تواند در برخی موارد منجر به مشکلاتی از قبیل یافتن داروخانه مناسب، افزایش ترافیک شهری، جست‌وجوی داروی خاص یا کمیاب، سوء استفاده از خدمات بیمه، اتلاف وقت و پرداخت نقدی مبلغ شود. در حالی امروز با استفاده از فناوری اطلاعات و نرم‌افزارهای دیجیتالی می‌توان داروخانه‌های مکانیزه‌ای را به وجود آورد که پزشک نسخه را به سیستم ارسال می‌کند و سیستم نسخه را به نزدیک‌ترین داروخانه به محل بیمار شخص ارسال می‌کند و سپس داروخانه نسخه را آماده کرده و به محل سکونت بیمار می‌فرستد. هم‌چنین نشریه غذا و دارو قصد دارد با بررسی مراکز داروخانه‌های دیگر نگاهی به سیستم توزیع داروخانه‌ای داشته باشد. ▶

ازدحام همیشگی آن را می‌بینید. سال‌های نه‌چندان دور، قبل از آن که طرح تحول سلامت اجرا شود، در همین راستا، دلان دارو رژه می‌رفتند، حال این روزها خیابان خردمند شمالی، خالی از دلان است و هر کسی که روبه‌روی داروخانه ۱۳ آبان ایستاده، منتظر رسیدن نوبت و گرفتن داروهایش است.

علی رسولی دانشجوی داروسازی و کارورز داروخانه ۱۳ آبان است. او معتقد است که کار در داروخانه ۱۳ آبان تجارب زیادی به او اضافه کرده و تازه می‌فهمد وقتی اساتید درباره داروخانه و ارتباط با بیمار می‌گویند، چه معنایی دارد. علی درباره شلوغی داروخانه ۱۳ آبان می‌گوید: «گاهی فکر می‌کنم که مراجعه‌ها تمام نمی‌شود، آن قدر شلوغ است که نمی‌فهمم روز چگونه به پایان رسیده است.» این دانشجوی داروسازی معتقد است که اگر این حجم مراجعه به داروخانه نبود، شاید بسیاری از داروسازان جوان، به خوبی کار خود را بیاموزند. البته اگر میزان این شلوغی کم‌تر شود، کیفیت آموزش آن‌ها هم بالا می‌رود. مرد میان‌سالی از داروخانه بیرون می‌آید، دستش کیسه‌ای است که داروهایش در آن است. او می‌گوید سرطان دارد و از سال‌ها پیش که بیماریش را فهمیده، از همین داروخانه داروهایش را تأمین می‌کند. اسدالله می‌گوید: «وضعیت داروخانه نسبت به سال‌های گذشته خیلی بهتر شده است. با این که سازمان‌های بیمه برای من و امثال من که بیماری سختی دارند و باید داروهایشان را به راحتی دریافت کنند، ولی باز هم سختی می‌گذارد و من باید هر سری تأییدیه بگیرم. با این حال خوبی این داروخانه این است که هر سازمان بیمه یک غرفه دارد و من دیگر مسیر زیادی را برای تأییدیه نمی‌روم.»

او درباره داروهایش می‌گوید: «بیش‌تر داروهایم خارجی هستند اما در میان آن‌ها داروی ایرانی هم دارم. تا کنون که به مشکل برنخورده‌ام. خوبی این داروخانه این است که سریع کار مردم را راه می‌اندازد. نگاه به شلوغیش نکنید، این‌جا همیشه شلوغ است ولی من هیچ‌وقت بیش‌تر از یک ربع برای داروهایم صاف نایستاده‌ام.»

دختر و مادری کنار هم روبه‌روی در داروخانه ایستاده‌اند و داروهایی را که خریده‌اند چک می‌کنند. مونا، ۲۵ سال دارد و مادرش، محبوب ۴۷ ساله است. مونا می‌گوید: «حدود ۶ سال است که پدرم به سرطان روده مبتلا شده و ما روزهای سختی را در این مدت داشته‌ایم. در این میان، تهیه داروهایش برای من در سال‌های اول سخت بود.» مادرش دنبال صحبتش می‌گوید: «دست وزیر بهداشت درد نکند. از زمانی که آمده، وضعیت داروهای من هم بهتر شده، هزینه‌های من کم شده و حداقل دغدغه مالی نداریم.» او از بیماری همسر و پدرش می‌گوید: «چندین سال پیش، وقتی پدرم نیاز به داروهای تالاسمی داشت، به این‌جا می‌آمدم تا بتوانم دارویش را بگیرم. جلوی در پُر





معاونت غذا و دارو



سندیکای صاحبان
صنایع داروهای انسانی ایران



۱۴۴
IRANPHARMA 2018



سازمان غذا و دارو



شش‌مین همایش طلای سبز

فرآورده‌های طبیعی و سنتی
صادرات، بازارهای جدید، چالش‌ها و فرصت‌ها
۱۸ تا ۲۰ بهمن ماه ۱۳۹۶ نمایشگاه بین‌المللی اصفهان

محرورهای نگارش مقاله:

- | | | |
|---|---|--|
| ۱ | اقتصاد و فرآورده‌های طبیعی: چالش‌ها و فرصت‌ها | مهلت
ارسال
مقالات
۵۱۵
۱۳۹۶ |
| ۲ | نقش فرآورده‌های طبیعی در کنترل و درمان بیماری‌ها | |
| ۳ | استانداردهای کشت و تولید فرآورده‌های طبیعی | |
| ۴ | مطالعات تطبیقی: تولید و مصرف فرآورده‌های طبیعی در ایران و سایر کشورها | |
| ۵ | چالش‌های موجود و استراتژی‌ها در مصرف فرآورده‌های طبیعی | |
| ۶ | جایگاه اخلاق پزشکی در حوزه آموزش و پژوهش تولید فرآورده‌های طبیعی | |

www.green-gold.ir



نمایشگاه بین‌المللی دارو و صنایع وابسته اصفهان فارما
Isfahan.iranpharmaexpo.com

رزرو غرفه در نمایشگاه: ۶-۳۸۴۵-۸۸۲۰ ثبت نام: ۸-۲۲۷-۸۸۷۱



اصفهان، پل شهرستان
محل برگزاری نمایشگاه‌های بین‌المللی
اصفهان



دبیرخانه دائمی همایش: موسسه رسایش
تهران، خیابان ولیعصر، بالاتر از پارک ساعی
نرسیده به توابین، بن‌بست نعمتی، پلاک ۷
کد پستی: ۱۵۱۶۷۳۸۳۱۱
تلفن: ۶-۳۸۴۵-۸۸۲۰ تمایز: ۸۸۱۹۸۵۴۰
www.rasayesh.com



شیوع عفونت‌های هم‌زمان و علل فوت بیماران HIV مثبت در مراحل نهفتگی و ایدز

سعبده دریازاده^۱، جلیل کوهپایه زاده^۲

۱. دانشجوی دکتری تخصصی، گروه آموزش پزشکی، مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، گروه آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران (نویسنده مسئول) daryazadehs@yahoo.com
۲. دانشیار و متخصص پزشکی اجتماعی، مرکز تحقیقات آموزش پزشکی و گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران jkuhpayeh@yahoo.com

چکیده

زمینه و هدف: بیماری‌های عفونی یکی از مهم‌ترین عوامل کاهش کیفیت زندگی و مرگ در بیماران HIV/AIDS هستند. هدف این مطالعه مقایسه شیوع بیماری‌های عفونی سل و هیپاتیت ویروسی B و C در مرحله ایدز و نهفتگی بیماران در مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری اصفهان طی ده سال (۱۳۷۸ تا ۱۳۸۸) بود.

روش کار: در این مطالعه توصیفی مقطعی، شیوع عفونت‌های هم‌زمان سل و هیپاتیت ویروسی B و C بیماران HIV مثبت در مراحل نهفتگی و ایدز و علل فوت آن‌ها در مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری اصفهان به روش سرشماری بررسی گردید. اطلاعات بیماران وارد نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ شد و داده‌ها با روش آمار توصیفی و تحلیلی تجزیه تحلیل شد.

یافته‌ها: در مجموع ۱۱۶ نفر (۴۸/۱٪) از ۲۴۱ بیمار، یک یا دو بیماری هیپاتیت C و B و سل داشتند که ۱۸ بیمار (۱۵/۵٪) در مرحله ایدز بودند. در مرحله نهفتگی هیپاتیت C و در مرحله ایدز بیماری سل بیش‌ترین شیوع را داشتند. ۷۲ بیمار (۳۰٪) فوت شدند که ۱۸ نفر (۲۵٪) از آن‌ها در مرحله ایدز بودند. بیش‌ترین علت فوت شامل ۱۸/۱٪ در مرحله نهفتگی و ۱۴٪ در مرحله ایدز به علت ایدز بوده است ($p \geq 0/001$).

نتیجه‌گیری: شایع‌ترین بیماری عفونی هم‌زمان در بیماران HIV مثبت در مرحله نهفتگی هیپاتیت ویروسی C و در مرحله ایدز بیماری سل بود. به طور واضحی هیپاتیت C و سل هم‌زمان در بیماران مرحله ایدز شیوع بیش‌تری داشت. شایع‌ترین علت مرگ و میر بیماران در مرحله نهفتگی مسمومیت با مواد مخدر و در مرحله ایدز بیماری ایدز بود، ولی فوت ناشی از بیماری ایدز در هر دو مرحله بالاترین شیوع را داشت.

کلیدواژه‌ها: HIV، ایدز، هیپاتیت، سل

مقدمه

سندروم نقص ایمنی اکتسابی یا ایدز (AIDS) در بیماران آلوده به ویروس نقص ایمنی انسانی HIV یا Human Immune deficiency virus باعث ضعیف‌شدن سیستم ایمنی بدن و بروز عفونت‌های فرصت‌طلب در این بیماران می‌شود. آلودگی به ویروس HIV به تدریج با کاهش کمی و کیفی سلول‌های CD4 همراه است. بنابراین بیمار در معرض خطر ابتلا به بسیاری از عفونت‌های هم‌زمان و فرصت‌طلب قرار می‌گیرد. این بیماری‌ها یکی از مهم‌ترین عوامل کاهش کیفیت زندگی و مرگ در بیماران HIV/AIDS هستند.

بر اساس آمار سازمان جهانی بهداشت (WHO) تقریباً نیمی از مرگ‌ها در کشورهای در حال توسعه به علت بیماری‌های عفونی است، بنابراین بیماری‌های عفونی یکی از مهم‌ترین علل مرگ و میر در جهان است. بیماری سل یکی از بیماری‌های عفونی شایع در بیماران مبتلا به ویروس HIV است که بروز آن به صورت یک بیماری آندمیک در کشورهای در حال توسعه نشان‌دهنده حساسیت بیماران مبتلا به ایدز به این بیماری است و بیش از ۹ درصد موارد بروز سل در بیماران آلوده به ویروس HIV در کشورهای در حال توسعه رخ می‌دهد. آلودگی به ویروس HIV و ابتلا به بیماری ایدز یک عامل اساسی در پیشرفت سل محسوب می‌شود.

بنابراین بیماری سل علت اصلی مرگ و میر در بیماران مبتلا به HIV است و از هر سه بیمار مبتلا به عفونت هم‌زمان سل و HIV (TB/HIV) یک نفر به دلیل بیماری سل می‌میرد به طوری که خطر مرگ در این بیماران چهار برابر بیش‌تر از بیماران بدون عفونت HIV است. هم‌چنین استفاده از سرنگ مشترک در معتادان تزریقی و داشتن الگوهای جنسی مختلف و تجارت جنسی، افراد را در معرض ابتلا به عفونت‌های ویروسی از جمله HBV، HIV و HCV قرار می‌دهد و از آن‌جایی که پس از شروع درمان ضد رترو ویروسی در سال ۱۹۹۶، مرگ و میر ناشی از ایدز کاهش یافته است؛ بیماری ویروسی هیپاتیت C به طور فزاینده‌ای عامل مهم مرگ و میر در میان مبتلایان به ویروس HIV در بیش‌تر کشورها گردیده است.

مطالعاتی در زمینه عفونت‌های فرصت‌طلب و بیماری‌های عفونی هم‌زمان با عفونت HIV صورت گرفته است. Rockstroh و Spengler هم در مطالعه‌ای عفونت هم‌زمان HIV و هیپاتیت ویروسی C را بررسی نمودند. در مطالعه علوی و همکاران ۵/۲ درصد بیماران آلوده

به ویروس HIV مبتلا به سل بودند. هم‌چنین بیماری‌های دیگری از جمله هیپاتیت ویروسی و اندوکاردیت نیز در این بیماران گزارش گردید. در مطالعات فرامرزی و همکاران و باقری و همکاران نیز عفونت هم‌زمان ویروس HIV با هیپاتیت C و B و سل بررسی شد. مطالعه کاظمی‌نژاد و همکاران نیز به بررسی فراوانی هیپاتیت C و B و عفونت با HIV در اهداکنندگان خون و بیماران مراجعه‌کننده به سازمان انتقال خون گرگان در سال ۱۳۸۲ پرداخته است. مرادمند بدیع و همکاران نیز در مطالعه‌ای به بررسی فراوانی هیپاتیت ویروسی B و هم‌زمان با عفونت HIV و عوامل مؤثر بر آن پرداخته‌اند. مطالعه اسدی و مرجانی نیز به بررسی شیوع سل در بیماران HIV مثبت پرداخته است. هم‌چنین رسول‌نژاد و همکاران نیز در مطالعه‌ای به بررسی بیماران HIV مثبت مبتلا به سل مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری و بخش عفونی پرداختند. در مطالعه صیاد و همکاران نیز بررسی سندرم‌های بالینی منجر به بستری در مبتلایان به HIV/AIDS بر حسب شمارش CD4 در بیمارستان سینای کرمانشاه پرداخته شد. Jansa و همکاران در سال ۱۹۸۸ در بارسلونا و Sharma و همکاران در هند و Shah و همکاران در اتیوپی نیز شیوع سل را در بیماران HIV مثبت بررسی نمودند. مطالعه کنونی با هدف بررسی مقایسه‌ای شیوع بیماری‌های عفونی سل و هیپاتیت ویروسی B و C و علل فوت بیماران در مرحله ایدز و نهفتگی در مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری اصفهان طی یک دهه (۱۳۷۸ تا ۱۳۸۸) انجام شد.

روش کار

این مطالعه از نوع توصیفی مقطعی و اطلاعات پرونده همه بیماران HIV/AIDS مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری نواب صفوی اصفهان در سال‌های ۱۳۷۸ تا ۱۳۸۸، به روش سرشماری بررسی گردید. معیار ورود بیماران به مطالعه، همه افراد HIV مثبت، در مرحله نهفتگی بیماری ($cd4 \geq 200$ سلول در میکرولیتر) و در مرحله ایدز ($cd4 < 200$ سلول در میکرولیتر) بودند و بر این اساس ظهور بیماری‌های عفونی را به تفکیک در این دو مرحله بررسی نمودیم.

بیماری‌های عفونی همراه با عفونت HIV (شامل بیماری سل و هیپاتیت ویروسی C و B) و علل فوت (شامل: ایدز، مسمومیت با مواد مخدر، سکته قلبی، سل و عفونت ریه، مسمومیت دارویی، تصادف، سوختگی و خفگی، خودکشی، سیتی سمی، هیپاتیت C و علل نامشخص و ذکر نشده) در مرحله ایدز و نهفتگی بررسی و مقایسه گردید. معیار ابتلا به بیماری سل در این بیماران، تست توبرکلوزیس مثبت و معیار ابتلا به هیپاتیت ویروسی C و B آزمایش تخصصی خون مثبت، مربوط به تشخیص این بیماری‌ها بود. داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ و با روش آمار توصیفی به صورت جداول فراوانی استخراج شد. به منظور مقایسه آماری درصدها و متغیرها از آزمون X^2 استفاده شد و نتایج در سطح کم‌تر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد. برای انجام این مطالعه، اطلاعات پرونده بیماران، به صورت محرمانه و بدون ذکر نام بیماران استخراج گردید و این مطالعه منافاتی با اصول اخلاقی جامعه ندارد.

یافته‌ها

بررسی بیماری‌های عفونی همراه با عفونت ویروسی HIV در ۲۴۱ بیمار HIV مثبت با میانگین سنی ۳۸/۷ سال نشان داد که در مجموع ۱۱۶ نفر (۴۸/۱٪) از کل بیماران) آلوده به یک یا دو بیماری هیپاتیت C و B و سل نیز بوده‌اند که از این میان ۱۸ نفر (۱۵/۵٪) از بیمارانی که عفونت‌های هم‌زمان داشته‌اند، در مرحله ایدز و بقیه شامل ۹۸ نفر (۸۴/۵٪) در مرحله نهفتگی بودند. آلودگی به هیپاتیت C در بیماران در مرحله ایدز از میزان شیوع بالاتری نسبت به سایر بیماری‌ها برخوردار بود، به طوری که ۸ نفر (۶/۹٪) از بیماران مبتلا به هیپاتیت ویروسی C، در مرحله ایدز بودند. در بیماران HIV مثبت در مرحله نهفتگی نیز به طور مشخصی میزان شیوع بیماری هیپاتیت ویروسی C از فراوانی بالاتری نسبت به سایر بیماری‌ها، شامل ۷۱ نفر (۶۱/۲٪) برخوردار بود. (در مجموع ۶۸٪ از بیماری‌های هم‌زمان در بیماران AIDS/HIV مربوط به هیپاتیت C بود ($p > 0.05$)).

در بررسی موارد بیماری سل مشاهده گردید که از مجموع ۲۷ مورد بیمار مسلول، ۱۶ مورد به نسبت درمان سل تمکین نکرده‌اند و مبتلا به بیماری سل بودند؛ بنابراین بعد از هیپاتیت C، بیماری سل با میزان آلودگی ۱۳/۸٪ در کل بیماران شامل ۵/۲٪ در بیماران مرحله ایدز و ۸/۶٪ در مرحله نهفتگی، بالاترین شیوع را در بر می‌گیرد. هم‌چنین در بررسی دو بیماری عفونی هم‌زمان با عفونت HIV بیماران در مرحله ایدز مشاهده گردید که هیپاتیت C و سل نیز از شیوع بالاتری برخوردار بودند (۳/۴٪) که در مرحله نهفتگی نیز به همین میزان بوده است (۳/۴٪) و هم‌چنان مشاهده می‌شود در کل بیماران AIDS/HIV نیز از شیوع بالاتری (۶/۹٪) برخوردار بوده است ($p > 0.05$) (جدول ۱).

در مقایسه میزان شیوع یک بیماری عفونی همراه در مراحل نهفتگی و ایدز مشاهده می‌شود که بیماری هیپاتیت عفونی C در مرحله نهفتگی و بیماری سل در مرحله ایدز از شیوع بالاتری برخوردار بودند. هم‌چنین در مقایسه شیوع دو بیماری عفونی همراه در بیماران مشاهده شد که بیماری‌های هم‌زمان هیپاتیت B و C در مرحله نهفتگی و سل و هیپاتیت C در مرحله ایدز از شیوع بالاتری برخوردار بودند ($p > 0.05$) (نمودار ۱ و ۲).

از ۲۴۱ بیمار مبتلا به عفونت اچ‌آی‌وی، ۷۴ نفر (۳۰/۷٪) از بیماران در مرحله ایدز بودند و در مدت بررسی ده ساله، ۷۲ مورد (۳۰٪) از مرگ بیماران AIDS/HIV گزارش شده است که از این میان ۱۸ نفر (۲۵٪) از بیماران فوت‌شده در مرحله ایدز بوده‌اند. بررسی علل فوت بیماران نشان می‌دهد که بیش‌ترین علل فوت شامل ۱۰ نفر (۱۴٪) در مرحله ایدز و ۱۳ نفر (۱۸/۱٪) در مرحله نهفتگی و به علت بیماری‌های نشان‌گر ایدز یا مجموع عوارض و آسیب‌های ناشی از این بیماری بوده است. در بررسی کل بیماران AIDS/HIV نیز به طور واضحی مشاهده می‌شود. بیش‌ترین علت مرگ شامل ۲۳ نفر (۳۲٪) به علت بیماری ایدز بوده است. بعد از آن مسمومیت با مواد مخدر در معتادان تزریقی (Over dose) بیش‌ترین شیوع فوت بیماران در مرحله ایدز شامل ۲ نفر (۲/۸٪) و در مرحله نهفتگی شامل ۱۱ نفر (۱۵/۳٪) بوده است به طور مشخص در مجموع بیماران AIDS/HIV شامل ۱۳ نفر (۱۸/۱٪) نیز دومین عامل مرگ این بیماران بوده است ($p > 0.001$) (جدول ۲).

در مقایسه علل فوت بیماران در دو مرحله نهفتگی و ایدز مشاهده گردید که فوت بیماران به علت ایدز در مرحله ایدز از شیوع بالاتری

نسبت به مرحله نهفتگی برخوردار بود. (۵۵/۶٪) در مرحله ایدز نسبت به ۲۴/۱٪ در مرحله نهفتگی) ولی در مرحله نهفتگی، فوت بیماران ناشی از مسمومیت با مواد مخدر (۲۰/۴٪)، علل نامشخص (۱۴/۸٪) و سکت قلبی (۹/۶٪) به ترتیب شیوع بالاتری در مقایسه با مرحله ایدز داشتند (p < ۰/۰۵) (نمودار ۳).

بحث و نتیجه گیری

همان طور که در نتایج مشاهده می شود تعداد قابل ملاحظه‌ای از بیماران هم‌زمان با ابتلا به AIDS/HIV به عفونت ویروسی هپاتیت C نیز مبتلا هستند. هپاتیت C به طور مشخصی بالاترین شیوع عفونت‌های هم‌زمان بیماران در مرحله ایدز (۶/۹٪) و در مرحله نهفتگی ۶۱/۲٪ بود (۷۹ نفر شامل ۶۸٪ کل بیماران). هر چند در مقایسه این دو مرحله هپاتیت C در مرحله نهفتگی و بیماری سل در مرحله ایدز از شیوع بالاتری در مقایسه با یکدیگر برخوردار بودند.

در مطالعه کنونی بیماران در مرحله ایدز موردی از بیماری هپاتیت B مشاهده نشد. هر چند در کل بیماران AIDS/HIV سه مورد (۲/۶٪) ابتلا به هپاتیت B دیده می شود که احتمالاً به دلیل مصرف مواد مخدر تزریقی در زندان‌ها و عدم استفاده از سرنگ یک‌بار مصرف و کیفیت زندگی پایین و نبود ایمنی به واسطه واکسیناسیون بوده است. برخلاف هپاتیت ویروسی A و B که به آسانی قابل تشخیص و پیش‌گیری هستند، هپاتیت ویروسی C حاد فاقد یک آزمون سرولوژیک مطمئن است و قابل پیش‌گیری با واکسیناسیون نیست. به نظر می‌رسد به دلیل وجود واکسن مؤثر علیه بیماری هپاتیت B و نیز تحت پوشش خدمات مرکز مشاوره‌بودن این بیماران برخورداری از مراقبت‌های بهداشتی لازم و خدمات واکسیناسیون منظم در آن‌ها، شانس ابتلای این بیماران کاهش یافته باشد. بنابراین اهمیت هپاتیت ویروسی C و B در راه انتقال مشترک آن‌هاست و بیماری کبد در نتیجه آلودگی با این ویروس‌ها و عفونت هم‌زمان با آلودگی به ویروس HIV باعث مرگ بیماران می‌شود.

نتایج مطالعه حسینی و همکاران بر روی زندانیانی که دچار اعتیاد تزریقی نیز بودند، نشان داد که از بین ۴۱۷ نفر شرکت‌کننده در مطالعه، ۱۰۰ نفر (۲۴٪) دارای عفونت توأم HIV/HCV بودند. نتایج مطالعه کاظمی‌نژاد و همکاران نیز نشان داد که میزان فراوانی هپاتیت B، C و ایدز نزد بیماران سرپایی که به نحوی جزو گروه‌های پرخطر محسوب می‌شوند، بیش‌تر از اهداکنندگان خون بوده است. در مطالعه مرادمند بدیع و همکاران نیز دیده شد که در مجموع ۲۶/۳٪ افراد مطالعه، عفونت توأم HIV/HBV/HCV داشتند. این نتایج با نتایج مطالعه ما در مورد عفونت‌های هپاتیت ویروسی هم‌زمان در بیماران مطابقت دارد. هم‌چنین در این مطالعه ارتباط معناداری بین مراحل مختلف عفونت HIV و ابتلا به عفونت هم‌زمان HIV/HBV/HCV به دست آمد، به طوری که در مرحله نهفتگی بیش‌ترین عفونت هم‌زمان (۳۰/۱٪) و در مرحله ایدز میزان آن ۲۰/۱٪ بود. این مطالعه بیان می‌کند که دلیل این امر شاید به علت بهتر بودن وضعیت سیستم ایمنی در مرحله نهفتگی باشد که باعث می‌شود آنتی‌بادی‌ها در سرم راحت‌تر تشخیص داده شوند. نتایج این مطالعه در این زمینه با نتایج بررسی ما مطابقت دارد. ولی نتایج مطالعه Adewole و همکاران نشان داد که شیوع عفونت‌های هم‌زمان در مرحله ایدز بیش‌تر بوده است. در مطالعه فرامرزی و همکاران نیز ۶۷٪ بیماران HIV مثبت مبتلا به هپاتیت C و ۷/۵٪ مبتلا به هپاتیت B بودند. این نتیجه در مقایسه با مطالعه ما که شیوع هپاتیت C در کل بیماران ۶۸٪ بود هم‌خوانی نزدیکی دارد. مطالعه باقری و همکاران نشان داد ۶۳/۶٪ مبتلا به هپاتیت C و ۷٪ مبتلا به هپاتیت B و ۱/۴٪ مبتلا به بیماری سل بوده‌اند. هم‌چنین وجود بیماری‌های عفونی هم‌زمان در بیماران HIV مثبت بر جنبه استفاده از روش‌های حفاظتی و آموزش صحیح استفاده از آن‌ها در تماس‌های افراد با خون و مخاط بدن افراد آلوده، در رفتارهای پرخطر تأکید می‌نماید. میزان بالای بروز هپاتیت ویروسی C نیز تأییدی برای وجود میزان رفتارهای پرخطر بیماران، به خصوص اعتیاد تزریقی با سرنگ مشترک است.

شیوع بیماری سل در ۵/۲٪ از بیماران در مرحله ایدز در پژوهش حاضر، نشان‌دهنده وضعیت بد سلامتی آن‌ها و ابتلا به عفونت‌های هم‌زمان بوده است. از آنجایی که عفونت‌های فرصت‌طلب در این افراد از شیوع بالاتری برخوردار است ولی عامل اصلی مرگ و میر زودرس در بیماران TB/HIV بیماری سل است ولی دلیل عمده مرگ و میر دیررس در این بیماران سایر عفونت‌های فرصت‌طلب می‌باشد. در مطالعه Ghate و همکاران نیز سل ریوی شایع‌ترین عفونت فرصت‌طلب در بیماران آلوده به ویروس ایدز بود. در مطالعه کنونی نیز در مقایسه دو مرحله ایدز و نهفتگی بیماری سل شایع‌ترین بیماری عفونی در مرحله ایدز بود ولی شایع‌ترین عفونت هم‌زمان با HIV/AIDS (در هر دو مرحله) هپاتیت ویروسی C بود. در مطالعه علوی و همکاران ۳۷/۴٪ از بیماران HIV مثبت علاوه بر سل به عفونت‌های فرصت‌طلب دیگری نیز مبتلا بودند. به طوری که ۶۵/۸٪ از بیماران مبتلا به سل ریه بودند که از این میان ۵۶/۷٪ علاوه بر سل عفونت‌های همراه از قبیل هپاتیت ویروسی یا اندوکاردیت داشتند. این مطالعه به تأثیر بروز این عفونت‌ها با توجه به سبک زندگی، اعتیاد تزریقی و اقامت در زندان اشاره می‌نماید. هم‌چنین اعتیاد تزریقی را عاملی در افزایش عفونت‌های فرصت‌طلب ذکر شده در این بیماران می‌داند. نتایج مطالعه صیاد و همکاران نشان داد که بیماران با شمارش CD4 کم‌تر از ۲۰۰ سلول در میکرولیتر و در مرحله ایدز خصوصاً اگر سابقه اعتیاد داشته باشند باید منتظر رخداد پنومونی‌های مکرر بود. هم‌چنین سندروم‌های لنفادنوپاتی و نورولوژی و پنومونی در شمارش CD4 کم‌تر از ۳۰۰ سلول در میکرولیتر رایج‌تر بوده، ولی سندروم‌های سپسیس، اندوکارت و هپاتیت با شمارش CD4 بیش از ۳۰۰ سلول در میکرولیتر نیز همراه است. این مطالعه بیان می‌کند که اقامت در زندان احتمالاً به واسطه امکان استفاده از سرنگ‌های مشترک این بیماران را در معرض اکتساب هپاتیت ویروسی قرار می‌دهد.

از نقاط قوت مطالعه حاضر بررسی سه بیماری عفونی شایع و اصلی سل و هپاتیت ویروسی B و C در بیماران HIV/AIDS و هم‌چنین بررسی علل فوت این بیماران با توجه به عفونت‌های هم‌زمان است.

در مطالعه کنونی، از میان ۲۴۱ بیمار ۷۲ مورد مرگ این بیماران گزارش شده که ۱۸ نفر آن‌ها (۲۵٪) در مرحله ایدز بوده‌اند. نتایج بررسی علل فوت بیماران در مرحله ایدز حاکی از این است که ۱۴٪ از موارد فوت این بیماران در مرحله ایدز و ۱۸/۱٪ در مرحله نهفتگی به دلیل بیماری ایدز بوده و در مجموع بیماران HIV مثبت نیز اولین علت مرگ ناشی از بیماری ایدز می‌باشد (۳۲٪).

بررسی مقایسه درصد‌های علل فوت بیماران در دو مرحله نهفتگی و ایدز نشان داد که در مرحله ایدز فوت بیماران به علت ایدز

(۵۵/۶٪) و در مرحله نهفتگی، فوت بیماران ناشی از مسمومیت با مواد مخدر، علل نامشخص و سکتة قلبی به ترتیب از شیوع بالاتری برخوردار بودند، هر چند بالاترین علت فوت در هر دو مرحله ناشی از بیماری ایدز بوده است. به نظر می‌رسد با لای بودن میزان شیوع علل نامشخص در مرحله نهفتگی در مقایسه مرحله ایدز به دلیل تشخیص دیر بیماری در بیماران HIV مثبت و عدم پی‌گیری و ثبت بیماری‌های هم‌زمان و درمان به موقع باشد.

در مطالعه Rockstroh و Spengler گزارش شده که با شروع درمان ضد رترو ویروسی، مرگ و میر ناشی از ایدز کاهش می‌یابد و بیماری هیپاتیت ویروسی C عامل اصلی مرگ و میر در میان مبتلایان به ویروس HIV در بیش‌تر کشور است. این نتیجه با مطالعه کنونی تا حدودی مغایرت دارد. به نظر می‌رسد عدم تمکین بیماران به درمان و مراجعه دیر آن‌ها در تشخیص و شروع به درمان ضد رترو ویروسی و یا در مرحله ایدز بودن این بیماران به هنگام تشخیص و فوت زودرس آن‌ها ناشی از بیماری‌های نشان‌گر ایدز، از علل آن باشد. البته وجود یک مورد فوت ناشی از هیپاتیت C و سیروز کبدی در مرحله ایدز نشان می‌دهد که موارد هیپاتیت حاد ویروسی C در این مرحله خطر مرگ زودرس را دربر دارد.

علت دوم مرگ مسمومیت با مواد مخدر شامل ۲/۸٪ در مرحله ایدز و ۱۵/۳٪ در مرحله نهفتگی بیماران بوده است، بنابراین به نظر می‌رسد سابقه اعتیاد تزریقی و ابتلا به هیپاتیت ویروسی B و C در فوت این بیماران تأثیر بسیاری داشته است. هم‌چنین با توجه به ابتلای بیماران به عفونت‌های هم‌زمان هیپاتیت C و سل و ابتلا به هیپاتیت C از طریق اعتیاد تزریقی و در نتیجه عدم پایبندی و تمکین بیماران به درمان و یا مصرف نامنظم داروهای ضد رترو ویروسی تجویز شده، به نظر می‌رسد عامل اصلی مرگ بیماران، اعتیاد تزریقی و عوارض ناشی از آن باشد. علل دیگر فوت بیماران در مرحله ایدز، مسمومیت با مواد مخدر، خودکشی به وسیله تزریق مواد مخدر، هیپاتیت C و سیروز کبدی همگی عوامل مرتبط با اعتیاد تزریقی هستند. هم‌چنین به جز این عامل خطر، شروع به موقع درمان نیز نقش مهمی در کاهش پیشروی این بیماری دارد.

بنابراین درگیر شدن بیماران به هیپاتیت‌های ویروسی به دلیل اعتیاد تزریقی ناشی از سرنگ آلوده و مشترک در اماکنی مثل زندان‌ها و ایجاد مسمومیت و سیروز کبدی، باعث رشد سریع‌تر این بیماری به خصوص در مرحله ایدز و پیشروی سریع بیمار به سوی مرگ خواهد بود، لذا عامل عمده خطر ساز ایجاد هیپاتیت‌های ویروسی B و C اعتیاد تزریقی است. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که وجود هم‌زمان دو بیماری ویروسی هیپاتیت C و ایدز، باعث مقاومت کم‌تر نسبت به بیماری و عوارض ناشی از آن می‌شود و حتی عدم تمکین بیماران به درمان ضد رترو ویروسی را دربر دارد. ولی در تعدادی از بیماران با وجود بیماری‌های هم‌زمان سل یا هیپاتیت C یا هر دو، درمان ضد رترو ویروسی و مصرف صحیح داروها، منجر به درمان موفق و بهبود وضعیت و روند مطلوبی از سلامتی گردیده است.

مطالعه Rockstroh و Spengler نشان داد که درمان ضد رترو ویروسی فعال (HAART) باعث کاهش مرگ و میر ناشی از هیپاتیت C می‌شود. هر چند خطر مسمومیت کبدی در استفاده از داروهای ضد رترو ویروسی وجود دارد، ولی بهبود راهکارها و خط‌مشی‌های درمانی برای درمان بیماران با عفونت هم‌زمان ایدز و هیپاتیت C و جلوگیری از پیشرفت بیماری از اهداف بزرگ مدیریت درمان در آینده خواهد بود؛ بنابراین از آنجایی که درمان ضد رترو ویروسی فعال باعث کاهش مرگ و میر و افزایش طول عمر و کاهش عفونت‌های فرصت‌طلب در بیماران HIV مثبت می‌شود، لذا آموزش صحیح به بیماران در مرحله ایدز برای مصرف صحیح دارو و درمان موفق ضروری است؛ هم‌چنین آموزش در سطح جامعه برای مراجعه به موقع در صورت مواجهه با عوامل خطر ابتلا به ویروس HIV و یا بروز علائم و بیماری‌های عفونی باید در اولویت سیاست‌های بهداشتی قرار گیرد.

بنا به وجود علل و کاستی‌های بسیار مانند عدم گزارش و ثبت، انگ اجتماعی و ترس از افشای اطلاعات و طرد از سوی جامعه، عدم مراجعه بیماران، پی‌گیری نادرست پرسنل، نبود پرسنل آموزش دیده و علاقه‌مند به پی‌گیری جهت مشاوره این بیماران، محرمانه بودن اطلاعات، عدم دسترسی بیماران به مراکز مشاوره، ناآگاهی و ناآشنایی افراد در معرض خطر با این مراکز و بسیاری از موارد و علل ناشناخته دیگر و در نهایت بیماران مبتلا به HIV/AIDS، در مراحل آخر این بیماری و به دلیل بروز عفونت‌های هم‌زمان و فرصت‌طلب ناشی از این بیماری و نه تشخیص ایدز، به مراکز درمانی مراجعه می‌نمایند و در این هنگام است که آلودگی آن‌ها به ویروس HIV تشخیص داده می‌شود لذا اطلاع‌رسانی گسترده نسبت به عوامل خطر آلودگی و مراجعه به مراکز مشاوره جهت تشخیص به موقع و شروع درمان عفونت‌های فرصت‌طلب در این بیماران ضروری است.

از آنجایی که این مطالعه در یک مرکز مشاوره و به صورت محدود انجام شده توصیه می‌گردد مطالعات دقیق‌تری در سطح کشوری و در خصوص انواع عفونت‌های هم‌زمان و فرصت‌طلب و شناس ابتلای بیماران HIV مثبت به این بیماری‌ها و نیز تأثیر کیفیت زندگی و مواجهه با عوامل خطر در ابتلا به این عفونت‌ها، انجام شود.

در این مطالعه شایع‌ترین بیماری عفونی همراه بیماران در مرحله نهفتگی هیپاتیت ویروسی C و در مرحله ایدز بیماری سل بود، ولی بالاترین شیوع در هر دو مرحله مربوط به بیماری هیپاتیت C بود. هم‌چنین دو عفونت هم‌زمان هیپاتیت C و سل در مرحله ایدز در مقایسه با مرحله نهفتگی به طور واضحی از شیوع بالاتری برخوردار بود. شایع‌ترین علت مرگ و میر بیماران در مرحله نهفتگی مسمومیت با مواد مخدر، علل نامشخص و سکتة قلبی و در مرحله ایدز بیماری ایدز بود، هر چند فوت ناشی از بیماری ایدز در هر دو مرحله بالاترین شیوع را داشت. ►

جدول ۱- فراوانی هیپاتیت های ویروسی B و C و سل هم زمان در مرحله ایدز طی سالهای ۱۳۷۸-۱۳۸۸

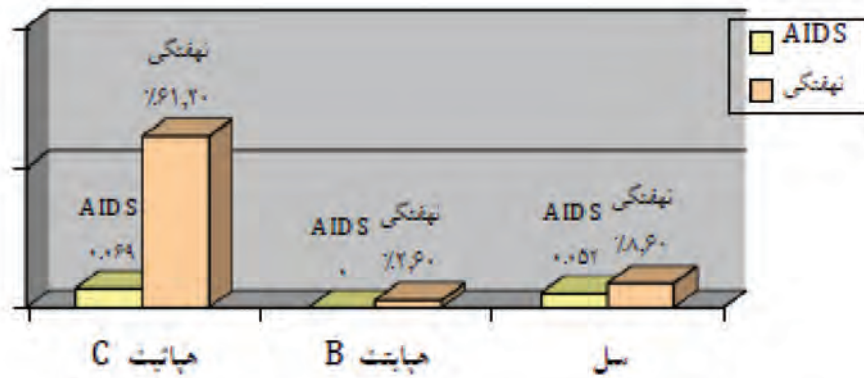
عقودت HIV	بیماری همراه همزمان یا	فراوانی در مرحله AIDS (درصد)*	فراوانی در مرحله نهفتگی (درصد)*
یک هیپاتیت C		۸ (۶/۹)	۷۱ (۶۱/۲)
بیماری سل		۶ (۵/۲)	۱۰ (۸/۶)
هیپاتیت B		۰	۳ (۲/۶)
دو هیپاتیت B و C		۰	۷ (۶)
بیماری هیپاتیت C و سل		۴ (۳/۴)	۴ (۳/۴)
هیپاتیت B و سل		۰	۳ (۲/۶)
جمع		۱۸ (۱۵/۵)	۹۸ (۸۴/۵)
			(۱۰۰)۱۱۶

درصد ها نسبت به تعداد کل موارد عقودت هم زمان در نظر گرفته شده است.

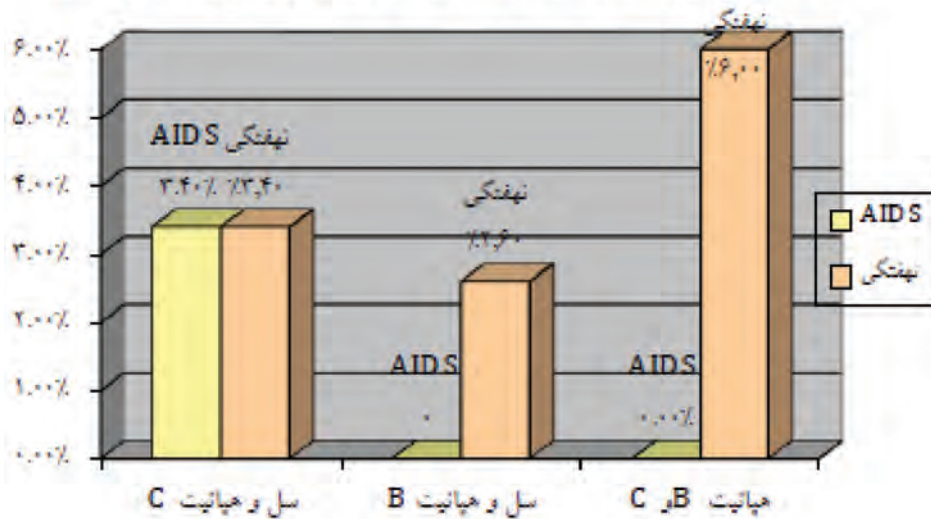
جدول ۲- علل فوت بیماران در مرحله ایدز و نهفتگی طی سالهای ۱۳۷۸-۱۳۸۸

علل فوت بیماران	فراوانی در مرحله AIDS (درصد)*	فراوانی در مرحله نهفتگی (درصد)*
ایدز	۱۰ (۱۴)	۱۳ (۱۸/۱)
مسمومیت با مواد مخدر	۳ (۲/۸)	۱۱ (۱۵/۳)
سکته قلبی	۱ (۱/۴)	۵ (۶/۹)
سل و عقودت ریه	۱ (۱/۴)	۳ (۴/۲)
مسمومیت دارویی	۰	۴ (۵/۶)
تصادف	۱ (۱/۴)	۳ (۲/۸)
سوختگی و خفگی	۰	۳ (۴/۲)
خودکشی	۱ (۱/۴)	۳ (۲/۸)
سپتی سمی	۱ (۱/۴)	۳ (۲/۸)
هیپاتیت C و سیروز کبدی	۱ (۱/۴)	۰
نامشخص	۰	۸ (۱۱)
جمع	۱۸ (۲۵)	۵۴ (۷۵)
		(۱۰۰)۷۲

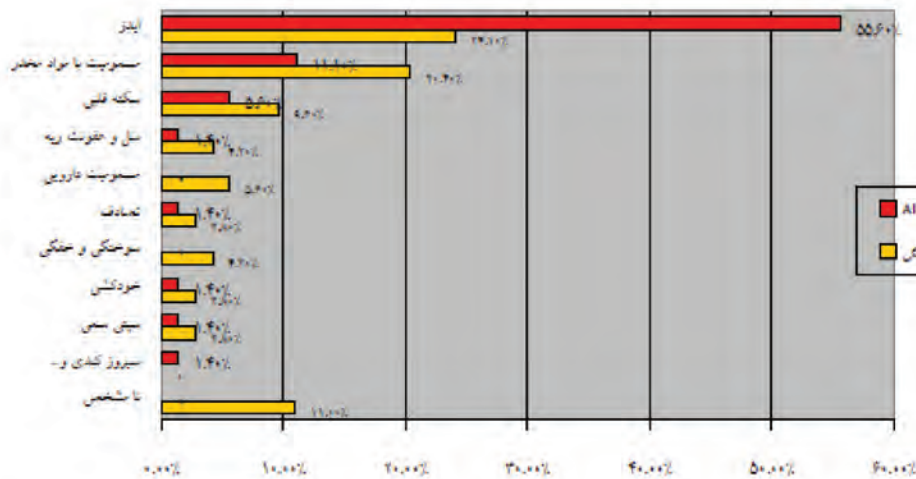
درصد ها نسبت به تعداد کل موارد فوت بیماران در نظر گرفته شده است.



نمودار ۱- مقایسه میزان شیوع یک بیماری عفونی همراه در مراحل نهفتگی و ایدز در بیماران



نمودار ۲- مقایسه شیوع بروز دو بیماری عفونی همراه در مراحل نهفتگی و ایدز در بیماران در هر دو نمودار درصدها نسبت به فراوانی بیماری در مراحل نهفتگی و ایدز جهت مقایسه محاسبه گردیده است.



نمودار ۳- مقایسه علل فوت بیماران در مرحله نهفتگی و ایدز درصدها نسبت به فراوانی بیماری در مراحل نهفتگی و ایدز جهت مقایسه محاسبه گردیده است.

1. Mandlle JL, Bennett JE, Dolin R. Principle and Practice of infectious diseases.6th. Philadelphia: Churchill Livingstone. 2005:3462-74.
2. Sharma SK, Kadiravan T, Banga A, Goyal T, Bhatia I, Saha PK. Spectrum of clinical disease in a series of 135 hospitalised HIV-infected patients from north India. BMC Infect Dis. 2004 Nov;4:52.
3. Aminzade Z, Vahdani P, Khosravi Z. Sensitivity and resistancy of microorganism in Loghman Hakim hospital, Tehran, 1383. Iran J Inf Dis Tropical Med. 2005;29(10):4752. (Persian)
4. Aaron L, Saadoun D, Calatroni I, Launary O. Tuberculosis in HIV-infected patients: a comprehensive review. Clin Microbial Infect. 2004;10:388-398.
5. Hadadi A, Rasoolinejad M, Davoudi S, Nikei M. Clinical of characteristics of pulmonary tuberculosis in patients with HIV/AIDS a casecontrol study. J Tehran Uni Med Sci. 2006;64(5):87-95. (Persian)
6. Young Db, Perkis MD, Duncan K, Barry Ce. Conforting the scientific obstacles to global control of tuberculosis. J Clin Invest. 2008;18:1255-1265.
7. Hahn JA, Page-Shafer K, Lum PJ, Ochoa K, Moss AR. Hepatitis C virus infection and needle exchange use among young injection drug users in San Francisco. Hepatology. 2001;34(1):180-7.
8. RRockstroh JK, Spengler U. HIV and hepatitis C virus co-infection. The Lancet Infectious Diseases. 2004;4(7):437-44.
9. Alavi SM. Relative frequency of infections among hospitalized injecting drug user HIV positive patients in Razi hospital, Ahvaz, SW Iran (2001-2003). Jundishapoor J Microbiol. 2008;1(1):6-9. (Persian)
10. Faramarzi H, Sabet M, Shakiba MJ. The prevalence of risk behaviors among people with HIV in Shiraz University of Medical Sciences. Journal of Science and Health. Fall 2011;6(3):40-43. (Persian)
11. Bagheri P, Faramarzi H, Sabet M. The Survey of Risk Factors in Hiv Positive Patients Covered by Shiraz University of Medical Sciences. Journal of Isfahan Medical School. 2011;29(157):1523-1531. (Persian)
12. kazeminejad V, Azarhoush R, Mowlana A, Dehbashi Gh. Frequency of hepatitis B virus, hepatitis C virus and Human Immunodeficiency Virus in blood donors and patients in Gorgan blood transfusion organization in 2003. Journal J Gorgan Uni Med Sci. 2005;7 (1):84-86. (Persian)
13. Moradmand BB, Seyedalinaghi S, Chaman R, Hosseini M, Hasibi Mehrdad MB, Jannati HM, et al. Frequency and correlates of co-infection hepatitis C and hepatitis B with HIV. Knowledge and Health. 2011;6(3):40-43. (Persian)
14. Asadi S, Marjani M. Prevalence of intravenous drug use-associated infections. Iran J Clin Infect Dis. 2006;1:59-62. (Persian)
15. Rasoolinejad M, Hadadi A, Hedayat Yaghoobi M, Moradmand Badie B, Alijani N. Outcome of TB in HIV patients treated with standard regimen. Tehran Univ Med J. 2013;71(7):464-470. (Persian)
16. Sayad B, Hatami, Janbakhsh AR, Vaziri S, Afsharian M, Rezabeigi M. Survey of Clinical Syndromes leading to Hospitalization in HIV Infected Patients According to CD4 count in Sina Hospital (Kermanshah). SJH. 2006;13(3):51-56. (Persian)
17. JJansà JM, Serrano J, Caylà JA, Vidal R, Ocaa I, Espool T. Influence of the human immunodeficiency virus in the incidence of tuberculosis in a cohort of intravenous drug users: effectiveness of anti - tuberculosis chemoprophylaxis. Int J Tuberc Lung Dis. 1998 Feb;2(2):140-6.
18. SShah S, Demissie M, Lambert L, Ahmed J, Leulseged S, Kebede T, et al. Intensified tuberculosis case finding among HIV-Infected persons from a voluntary counseling and testing center in Addis Ababa, Ethiopia. J Acquir Immune Defic Syndr. 2009 Apr;50(5):537-45.
19. Gordon SC. New insights into acute hepatitis C. Gastroenterology. 2003;125(1):253-6.
20. Koziel MJ, Peters MG. Viral Hepatitis in HIV infection. N Engl J Med. 2007;356(14):1445-1454.

تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی مبتلایان به دیابت نوع دوم

نرگس فتحی احمدسرایي^۱، حمیدطاہر نشاط دوست^۲، غلامرضا منشتی^۳، محمدعلی نادى^۴

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران
 ۲. دکترای روان‌شناسی، استاد گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران (نویسنده مسئول)
 ۳. دکترای روان‌شناسی، استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران
 ۴. دکترای روان‌شناسی، استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

چکیده

زمینه و هدف: دیابت یکی از بیماری‌های مزمن است که بیش‌ترین تأثیر منفی را بر روند کیفیت زندگی دارد. هدف از این پژوهش تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی در بیماران دیابتی نوع دوم است.
مواد و روش‌ها: این پژوهش یک مطالعه نیمه‌تجربی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون است؛ که دارای گروه‌های مداخله و کنترل سه ماهه بود. از بین بیماران تحت پوشش انجمن دیابت در شهر کرج در استان البرز بر مبنای نمونه‌گیری در دسترس، ۴۰ بیمار انتخاب شدند و به طور تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. ابزار سنجش پرسش‌نامه‌های جمعیت‌شناسی و کیفیت زندگی بیماران دیابتی بود. افراد گروه مداخله، علاوه بر دریافت داروهای ضد دیابت، ۸ هفته و هر جلسه ۲ ساعته پیرامون درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد آموزش دیدند؛ اما گروه کنترل تنها درمان دارویی دریافت کردند. برای تحلیل داده‌ها از SPSS ۲۰ و آزمون تحلیل کواریانس، آزمون تعقیبی توکی و برای مقایسه پس‌آزمون و پی‌گیری میانگین نمره‌های گروه‌ها از آزمون تی وابسته استفاده شد.
یافته‌ها: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در پس‌آزمون و پی‌گیری سه ماهه آزمون کیفیت زندگی باعث افزایش کیفیت زندگی بیماران شد.

نتیجه‌گیری: اعمال درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند به منزله یک مداخله مؤثر روان‌شناختی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دوم به کار رود.
نوع مقاله: مطالعه پژوهشی.

واژگان کلیدی: دیابت نوع دوم، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، کیفیت زندگی، کرج، استان البرز.

مقدمه

دیابت شایع‌ترین بیماری مزمن متابولیک است؛ که از طریق ناهنجاری در سوخت و ساز کربوهیدرات، پروتئین و چربی توصیف می‌شود. معمولی‌ترین علائم آن، عدم تحمل گلوکز یا ازدیاد قند خون است. به همین دلیل، فرد به عوارض کوتاه و بلندمدت دیابت مبتلا می‌شود. دیابت عوارض مانند افزایش سکت قلبی و مغزی، نارسایی کلیوی، نابینایی و قطع عضو دارد. میزان شیوع نوع دوم آن به مراتب بیش‌تر از نوع اول است. شیوع دیابت، طی دو دهه گذشته به نحو چشم‌گیری افزایش یافته است و تخمین زده می‌شود که تا سال ۲۰۳۰ به بیش از ۴۳۸ میلیون نفر افزایش یابد.

بین بیماری و کیفیت زندگی ارتباط متقابل دوسویه وجود دارد. کیفیت زندگی نشان‌گر ادراک فرد به توانایی در عملکرد خوب در سطح جسمی، روانی و اجتماعی است. بروز دیابت، جریان منظم زندگی را مختل کرده و کیفیت زندگی افراد را در ابعاد مختلف تحت تأثیر قرار می‌دهد. زیرا عوارض این بیماری زیاد، درمان آن درازمدت و موفقیت آن کم است.

اصلاح «کیفیت زندگی» نه‌تنها برای بیماران دیابتی سودمند است، بلکه هزینه‌های مراقبت بهداشتی و پزشکی مرتبط با آن‌ها را نیز کاهش می‌دهد. روان‌درمانی در بیماران دیابتی می‌تواند سبب بهبود تحمل شرایط درمان، کیفیت بهتر زندگی، ایجاد پایبندی به درمان و تغییر سبک زندگی شود. بهبود کیفیت زندگی یکی از اهداف اولیه درمان و شاخص مهم درمانی در کنترل بیماری دیابت محسوب می‌شود. از این رو، ارتقای کیفیت زندگی بیماران برای بسیاری از درمانگران، از جمله روان‌شناسان، از اهمیت به‌سزایی برخوردار است.

مداخلاتی که بر پایه آموزش روان و آموزش‌های روان‌شناختی است، از جایگاه ویژه برخوردارند. در اکثر تحقیقات پیشین روان‌شناختی، جهت ارتقای کیفیت زندگی بیماران دیابتی، از رویکرد شناختی یا شناختی رفتاری استفاده شده است. هدف از این رویکرد «شناسایی و به حداقل‌رساندن تحریف شناختی، کنترل مشکل و تحلیل منطقی است». برخی پژوهش‌ها نشان داده‌اند که تلاش برای به حداقل‌رساندن، کنترل و سرکوب اضطراب، افکار، درد و غیره سبب تولید مجدد آن می‌شود. درمان پذیرش و تعهد با رویکردی جدید توانسته نتایج خوبی را نشان دهد. این نوع درمان، از درمان‌های رفتاری موج سوم است که بر هوشیاری فراگیر، همراه با گشودگی و پذیرش درد تأکید می‌کند. یعنی فرد بدون تلاش برای کنترل بر افکار مربوط به بیماری، به افکار مرتبط با بیماری اجازه حضور در ذهن دهد. هنگامی که این تجربیات، یعنی افکار و احساسات، با گشودگی و پذیرش مشاهده شوند، حتی دردناک‌ترین آن‌ها کم‌تر تهدیدکننده و قابل تحمل‌تر

به نظر می‌رسند و در عوض اعمال کنترلی غیر مؤثر کاهش می‌یابند. به بیمار در این رویکرد آموخته می‌شود که هر گونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته بی‌اثر بوده یا اثر معکوس دارند و باید تجارب را، بدون هیچ‌گونه واکنش جهت حذف آن‌ها، به طور کامل پذیرفت. پذیرش بیماری کمک می‌کند تا بیمار دید درستی نسبت به فرآیند درمان داشته باشد و با تعهد درمان را دنبال کند؛ و بدین ترتیب، با افزایش پذیرش بیماری و تعهد به درمان کیفیت زندگی بالا می‌رود. تأکید در این نوع درمان بر جداسدن از افکار و احساسات و تغییر کنش آن، زندگی در لحظه فعلی، تشخیص ارزش‌ها و عمل متعهدانه است. این درمان در کنترل گلوکز خون در دیابتی‌ها، بهبود کیفیت و رضایت زندگی و عملکرد موفق در کنترل پیامدهای بیماری دیابت و در خودمدیریتی دیابت نوع دوم نتایج مثبتی داشته و سودمندی آن به عنوان یک نوع مداخله برای طیف وسیعی از اختلالات مزمن از جمله اضطراب، افسردگی، درد و دیابت مؤثر بوده است. برتری این روش، استفاده از برخی راهبردها، مانند نامیدی خلاق، آگاهی فعال از خود و تعهد رفتاری است که سبب افزایش بیش‌تر تحمل درد، کاهش افکار و احساسات منفی و ارتقای کیفیت زندگی می‌شود تا انگیزه جهت درمان افزایش یابد. با افزایش انگیزه درمان، مراقبت فرد بیش‌تر شده و در نتیجه کیفیت زندگی ارتقا می‌یابد. در درمان پذیرش و تعهد، هدف کلی پذیرش زندگی همراه با بیماری و سازش شناختی با آن است. با این توصیف، این تحقیق با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی بیماران دیابت نوع دوم انجام شد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش، یک طرح شبه آزمایشی با پیش‌آزمون - پس‌آزمون توأم با گروه کنترل و آزمون پیگیری سه ماهه بود. جامعه آماری آن بیماران مراجعه‌کننده به انجمن دیابت شهر کرج بودند. در یک مطالعه مقطعی تعداد ۳۷۰ بیمار مبتلا به دیابت نوع دوم در بهار ۱۳۹۳، که عضو انجمن دیابت کرج و واجد شرکت در پژوهش بودند مورد بررسی قرار گرفتند. معیارهای ورود آزمودنی‌ها به مطالعه عبارت بودند از: بیماران با دامنه سنی ۳۰-۶۰ سال، تحصیلات حداقل سیکل، طول مدت بیماری بیش از پنج سال، سکونت در استان البرز، نداشتن اختلالات روان‌پزشکی، بینایی و شنوایی، بیماری شدید کلیه و کبد و استفاده‌نکردن از روان‌درمانی و تغییر دارویی خارج از مداخله پژوهش. معیارهای خروج آنان نیز ابتلا به دیگر انواع دیابت، بستری‌شدن در بیمارستان در طول پژوهش، ابتلا به عوارض دیابتی مانع از انجام تحقیق، غیبت بیش از سه جلسه و تغییر محل سکونت بود. در این بین ۲۱۷ نفر از بیماران واجد ملاک‌های ورودی بودند؛ که به پرسش‌نامه کیفیت زندگی پاسخ دادند. از ۲۱۷ نفر ۴۶ نفر نقطه برش کیفیت ضعیف (صفر تا ۳۷) را به دست آوردند و در نهایت شش نفر انصراف داده و از فرآیند پژوهش حذف شدند و ۴۰ آزمودنی انتخاب شدند. سپس شماره پرونده بیماران منتخب، به نرم‌افزار MS Excel وارد شدند و بیماران به شکل تصادفی به دو گروه تقسیم شدند. اساس مطالعات پیشین و هم‌چنین نوع تحقیق (آزمایشی) بیماران در دو گروه به صورت تصادفی (در هر گروه ۲۰ نفر) قرار گرفتند.

ابزار این پژوهش پرسش‌نامه اطلاعات جمعیت شناختی (سن، جنسیت، تحصیلات و شغل) بود؛ که بر اساس شاخص چهار عاملی هالینگستد تنظیم شد. فرم کوتاه‌شده پرسش‌نامه کیفیت زندگی بیماران دیابتی با ۱۵ سؤال طراحی شده. باروگز و همکاران در سال ۲۰۰۴ که ثبات درونی آزمون ۰/۷۷ و پایایی بازآزمایی آن را ۰/۷۳ گزارش کرده‌اند. ثبات درونی و ضریب آلفای کرونباخ برای کل سؤالات فرم ایرانی ابزار ۰/۷۷ است؛ صفر تا ۱۸ حداقل کیفیت زندگی، ۱۹ تا ۳۷ کیفیت ضعیف، ۳۸ تا ۵۶ کیفیت متوسط و ۵۷ تا ۷۵ کیفیت خوب. در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۷۰ بود. ملاحظات اخلاقی مطالعه رضایت آگاهانه از شرکت در پژوهش بود. به جای نام افراد، از شماره پرونده آن‌ها استفاده شد. توافق بر سر زمان و مکان جلسات (انجمن دیابت کرج) نیز انجام شد. در نهایت، پس از پایان پژوهش برنامه جلسات به گروه کنترل نیز ارائه شد.

روش اجرا و تحلیل: نمره کیفیت زندگی در تمام بیماران منتخب (با توجه به نتایج پیش‌آزمون) پایین بود. از آن‌جا که پذیرش بیماری، توانمندی روان‌شناختی، کنترل هیجانات و تعهد در قبال درمان می‌توانست سبب ارتقای کیفیت زندگی شود، گروه مداخله در هشت جلسه آموزشی درمان پذیرش و تعهد (بر طبق پروتکل) شرکت کردند؛ مدت زمان هر جلسه دو ساعت بود و موارد آموزشی عبارت بودند از: شناخت مشکلات فعلی بیماران، آموزش مفاهیم شروع درمان (درماندگی خلاق) با تمثیل و بازخورد، آموزش کنترل مسئله نه راه حل، پذیرش وقایع شخصی دردناک بدون کشمکش، کمک برای تشخیص گسلس شناختی (یعنی جدایی بیماری جسمانی از کل فرآیند زندگی) و راهبردهای آن، تمرکز بر کل زندگی و نه فقط فرآیند بیماری، حساسیت به نقش (زمینه) رفتار و آموزش تصریح ارزش‌ها و اهداف زندگی، آموزش عمل متعهدانه (در کنترل هیجانات و بیماری) و نتیجه‌گیری گروه کنترل آموزشی دریافت نکردند. بلافاصله پس از پایان جلسات و سه ماه پس از اجرای پس‌آزمون، آزمون پی‌گیری از هر دو گروه گرفته شد. برای تحلیل داده‌ها از SPSS ۲۰ و آزمون تحلیل کواریانس، آزمون تعقیبی توکی و برای مقایسه پس‌آزمون و پی‌گیری میانگین نمره‌های گروه‌ها از آزمون تی وابسته استفاده شد.

یافته‌ها

میانگین سن گروه مداخله ۴۴/۴۲ و انحراف معیار ۵/۷۴ و در گروه کنترل نیز میانگین ۴۱/۲۴ و انحراف معیار آن ۷/۸۷ بود. بین گروه مداخله و کنترل تفاوت آماری معناداری مشاهده نشد ($p > 0.05$). سایر مشخصات جمعیت شناختی افراد مورد مطالعه در جدول ۱ ارائه شده است. مطابق جدول ۱ متغیرهای جمعیت شناختی و کیفیت زندگی در دو گروه تفاوت آماری معناداری مشاهده نشد ($p > 0.05$). سنجش کیفیت زندگی هر گروه در سه مرحله قبل، بعد و سه ماه پس از اعمال متغیر مستقل (پذیرش و تعهد) انجام شد. میانگین گروه مداخله، پس از مداخله و پی‌گیری نسبت به سنجش در خط پایه (پیش از مداخله) به طور معناداری در کیفیت زندگی افزایش داشت؛ ولی در گروه کنترل در هر سه مرحله تغییر معناداری نداشت (جدول ۲).

میانگین نمره کیفیت زندگی در دو گروه در پیش‌آزمون تقریباً مشابه است ($PV = 0.20$; $p > 0.05$)؛ اما در پس‌آزمون ($PV = 0.001$) و پی‌گیری ($PV = 0.003$) کیفیت زندگی گروه آزمایشی افزایش داشت و در گروه کنترل در سه زمان (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری) تغییری نداشت ($p > 0.05$). به منظور بررسی اثربخشی آموزش بر کیفیت زندگی، از تحلیل کواریانس استفاده شد. قبل از استفاده از

آزمون جهت رعایت فرض‌های آن، از آزمون باکس برای ارزیابی تشابه ماتریس واریانس / کوواریانس استفاده شد ($F=0/58, P=0/85$) و ($15/15745$ و 12). بر اساس آزمون باکس که برای هیچ‌یک از متغیرها معنادار نبود. در نتیجه همگنی ماتریس واریانس / کوواریانس رعایت شد. همچنین بر اساس آزمون لون و عدم معناداری آن برای همه متغیرها، شرط برابری، واریانس‌های بین گروهی و شرط همگنی ماتریس واریانس / کوواریانس رعایت شد. ($\text{Sig} > 0/001$) و (پیش‌آزمون $0/95$ ، پس‌آزمون $0/23$ و پی‌گیری $0/67$). همان طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود بین دو گروه، تفاوت معناداری وجود دارد ($F=8/90$ و $P > 0/001$). جدول شماره ۳ نشان داد که آموزش بر کیفیت زندگی اثری نداشته است. جدول ۴ تفاوت بین گروه‌ها را نشان می‌دهد: جدول ۴ نشان داد که در پس‌آزمون گروه مداخله و کنترل تفاوت معناداری در کیفیت زندگی وجود داشته است. ($P > 0/001; \text{Sig} = 0/001$)؛ اما تأثیری بر گروه کنترل نداشت ($P > 0/001; \text{Sig} = 0/41$). به منظور پی‌بردن به ماندگاری نتایج در پی‌گیری، نمرات پس‌آزمون و پی‌گیری هر دو گروه با یکدیگر مقایسه شدند. در جدول ۵ نتایج آزمون تی وابسته برای کیفیت زندگی در پی‌گیری تفاوت معناداری نسبت به پس‌آزمون داشت.

بحث

در طول ۲۰ سال اخیر، علاقه‌مندی به بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن افزایش یافته است و بهبود عملکرد روزانه و کیفیت زندگی این بیماران به صورت یک هدف درآمده است. هدف از انجام پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی مبتلایان به دیابت نوع دوم بود. در این تحقیق بررسی مشخصات جمعیت شناختی افراد مورد مطالعه (جدول ۱) و کیفیت زندگی در دو گروه تفاوت آماری معناداری مشاهده نگردید ($P > 0/05$)، بیش‌تر آزمودنی‌ها به لحاظ سنی با میانگین $44/4$ و میان‌سال بودند؛ که این نتیجه با تحقیقات، ارن و همکاران در سال 2007 ، زاهد و همکاران در سال 2008 ، هوانگ و همکاران در سال 2010 ، مت زیو و همکاران در سال 2011 ، مکوند حسینی و همکاران در سال 2014 هماهنگ است و همگی این پژوهش‌ها اذعان دارند که شیوع هم‌زیستی دیابت و افسردگی در میان‌سالانی رخ می‌دهد. در تحقیق کنونی بین ویژگی‌های جمعیت‌شناسی جنسیت، تحصیلات و شغل و کیفیت پایین زندگی تفاوت آماری معناداری مشاهده نگردید ($P > 0/05$)، که این یافته با تحقیقات سای و همکاران در سال 2008 ، ارن و همکاران در سال 2007 هماهنگ است؛ اما تحقیقات مکس‌ول و همکاران در سال 2013 ، زاهد و همکاران در سال 2008 ، وی‌تسفلدر و همکاران در سال 2010 ، هوانگ و همکاران در سال 2010 ، مت زیو و همکاران در سال 2011 ، ارن و همکاران در سال 2007 نشان دادند که جنسیت زن، تحصیلات پایین، شرایط بد شغلی با کیفیت پایین زندگی مرتبط است و بین تحقیق کنونی و این تحقیقات ناهماهنگی وجود دارد. علت آن را می‌توان به استفاده از نمونه کوچک و مقطعی نسبت داد.

نتایج پژوهش نشان داد که آموزش پذیرش و تعهد بر ارتقای کیفیت زندگی مؤثر است. این یافته کاملاً با تحقیق گرگ و همکاران در سال 2007 ، مکوند حسینی و همکاران در سال 2014 منطبق است. پژوهش دیگری که اثربخشی این برنامه آموزشی بر کیفیت زندگی بیماران دیابتی را مورد بررسی قرار داده باشد تا تاریخ اجرای پژوهش یافت نشد. اما می‌توان گفت که این یافته پژوهشی تا حدودی با یافته تحقیقات مشابه در زمینه آموزش تعهد، آداچی و همکاران در سال 2010 ، منشی و همکاران در سال 2007 ، دونالد و همکاران در سال 2013 ، ردمون و همکاران در سال 2010 هم‌خوانی دارد. از سویی نتایج آزمون تی وابسته نشان‌گر اثربخشی و ماندگاری درمان، در بهبود کیفیت زندگی بیماران است ($P > 0/001$) که این یافته با تحقیقات گرگ و همکاران در سال 2007 ، مکوند حسینی و همکاران در سال 2014 منطبق است. همچنین دیگر تحقیقات مشابه در زمینه تأثیر پذیرش در ارتقای کیفیت زندگی ارن و همکاران در سال 2007 ، زاهد و همکاران در سال 2008 ، هوانگ و همکاران در سال 2010 و مت زیو و همکاران در سال 2011 نیز بر این یافته اذعان دارند که تلاش جهت انکار بیماری کمکی به بیمار نمی‌کند؛ ولی پذیرش و چالش درست سبب بهبود فرآیند بیماری شده و با بهتر شدن روند درمانی، کیفیت زندگی ارتقا می‌یابد.

یکی از محدودیت‌های این پژوهش، استفاده از مطالعه مقطعی بود. ماهیت چندرشته‌ای بودن پژوهش (روان‌شناختی و پزشکی) نیز باعث شد که درمان پزشکی کنترل نشود. پروتکل اجرا شده در این پژوهش یک برنامه اختصاصی برای بیماران مبتلا به دیابت نبود؛ بلکه یک برنامه عمومی آموزشی درمان پذیرش و تعهد بود. صرف انتخاب بیماران دیابت نوع دوم نیز از دیگر محدودیت‌های پژوهش بود. به همین سبب جهت تعمیم نتایج پیشنهاد می‌شود مداخله مشابهی بر روی سایر انواع دیابت‌ها نیز صورت پذیرد. پیشنهاد می‌شود این پژوهش با نمونه‌های بزرگ‌تر و با پی‌گیری بلندمدت تکرار شود. همچنین، برنامه اختصاصی درمان پذیرش و تعهد، از سوی متخصصین، برای بیماران دیابتی طراحی شده و ادغام رسمی این آموزش در برنامه درمانی مراقبتی دیابت مورد توجه صاحب‌نظران فعال در این زمینه قرار گیرد.

نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌های این مطالعه، درمان پذیرش و تعهد با ایجاد پذیرش تجربیات ناخواسته بیماری که خارج از کنترل شخص‌اند و همچنین تعهد در جهت عمل سبب بهبود کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دوم شد. نتایج این درمان در پس‌آزمون و پی‌گیری باعث بهبود کیفیت زندگی شده است که ماندگاری درمان را نشان می‌دهد. ►

جدول 1. مقایسه میانگین نمره اولیه کیفیت زندگی در افراد گروه مداخله و کنترل برحسب متغیرهای جمعیت شناختی

متغیر	گروه مداخله			گروه کنترل		
	میانگین	انحراف معیار	معناداری	میانگین	انحراف معیار	معناداری
جنس	زن	۲۴/۰۵	۵/۲۴	۰/۲۱	۲۵/۵۲	۶/۰۳
	مرد	۲۶/۷۳	۴/۹۹		۲۴/۸۳	۵/۴۱
تحصیلات	زیر دیپلم	۳۶/۴۰	۵/۴۱	۰/۱۱	۳۲/۳۴	۷/۰۴
	دیپلم	۳۴/۵۱	۵/۶۰		۳۶/۲۸	۳/۳۲
	کارشناسی	۳۲/۲۸	۶/۴۱		۳۱/۳۳	۳/۴۲
سن	۳۰-۴۵	۳۶/۳۸	۶/۴۲	۰/۳۲	۳۵/۵۱	۴/۹۶
	۴۶-۶۰	۳۰/۳۴	۶/۴۷		۳۱/۴۲	۵/۵۴
وضعیت	خانه‌دار	۳۱/۲۹	۶/۴۰	۰/۲۵	۳۰/۳۸	۴/۲۳
	کارمند	۲۹/۳۳	۷/۵۲		۳۲/۵۴	۷/۳۹
	آزاد	۳۱/۲۵	۴/۲۳		۳۳/۲۵	۴/۸۷

جدول ۲. میانگین نمره و انحراف معیار یکفیت زندگی دو گروه مداخله و کنترل در سه زمان (قبل، بلافاصله و سه ماه بعد از مداخله)

گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
	SD	M	SD	M	SD	M
آزمایش	۳/۷۹	۲۶/۱	۷/۲۶	۳۳/۷۵	۷/۵۸	۳۹/۷
کنترل	۵/۲۴	۲۶/۶۵	۵/۵۰	۳۰/۲	۴/۷۶	۲۸/۷۵

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس جهت بررسی اثربخشی آموزش بر کیفیت زندگی

ارزش	F	قرضیه df	df	Sig	
۰/۴۲	۷/۷۳	۴	۱۱۴	۰/۰۰۰	اثر بیلابی
۰/۵۷	۸/۹۰	۴	۱۱۲	۰/۰۰۰	لامبدای ویلکز
۰/۷۳	۱۰/۰	۴	۱۱۰	۰/۰۰۰	اثر هنلینگ
۰/۷۲	۲۰/۷	۲	۵۷	۰/۰۰۰	بزرگ‌ترین ریشه خطا

جدول 4. نتایج تفاوت بین گروهی آموزشی بر کیفیت زندگی

اندازه اثر	Sig	F	میانگین مجذورات	df	مجموع مجذورات	گروه
۰/۹۹	۰/۰۰	۱۵۲۸	۳۰/۰۶۲	۱	۳۰/۰۶۲	آزمایش
۰/۴۱	۰/۱۳	۲/۲۹	۶/۱۶	۱	۶/۱۶	کنترل

جدول ۵. نتایج آزمون t وابسته مقایسه پس آزمون و پیگیری کیفیت زندگی در دو گروه

Sig	t	انحراف معیار	میانگین	مرحله	گروه
۰/۰۱۵	-۲/۵۳	۷/۲۶	۳۳/۷۵	پس آزمون	آزمایش
		۷/۵۸	۲۹/۷	پیگیری	
۰/۱۲	۱/۵۵	۵/۵۰	۳۰/۲	پس آزمون	کنترل
		۵/۲۶	۲۷/۵۵	پیگیری	

در جدول 5 نتایج آزمون تی وابسته برای کیفیت زندگی در پیگیری تفاوت معناداری نسبت پس آزمون داشت.

منابع

1. Meusel L, Kansal N, Tchistiakova E, Yuen W, MacIntosh B, Greenwood C, et al. A systematic review of type 2 diabetes mellitus and hypertension in imaging studies of cognitive aging: time to establish new norms, *Front Aging Neurosci.* 2014; 6: 148. Full Text.
2. Egede L, Ellis C, The effect of major depression on preventive care and quality of life among adults with diabetes. *Elsevier.* 2010;16: 10–12. Full Text
3. Munshi D, Khalida I, Rachel J, Martin P. Diabetes, Common Mental Disorders, and disability: Findings From the UK National Psychiatric Morbidity Survey. *Psychosomatic Medicine:* 2007; (69) 6: 543-550. Full Text
4. Papelbaum M, Lemos H.M, Duchesne M, Kupfer R, Moreira R.O, Coutinho W.F, The association between quality of life, depressive symptoms and glycemc control in a group of type 2 diabetes patient. *Diabetes research & clinical practice.*2009;89:227-238. Full Text.
5. Schram M T, Baan C A, Pouwer F. Depression and Quality of Life in Patients with Diabetes: A Systematic Review from the European Depression in Diabetes (EDID) Research Consortium. *Curr Diabetes Rev.* 2009; 5(2): 112–119. Full Text.
6. Adachi M, Yamaoka K, Watanabe M, Nishikawa M, Hida E, Kobayashi I, et al. Effects of lifestyle education program for type 2 diabetes patients in clinics: study design of a cluster randomized trial. *BMC Public Health.* 2010; 10: 742-749. Full Text.
7. Gillibrand W, Holdich P. Supporting people with diabetes related stress and depression, *diabete Evidence-Based Management 21 Practice Nursing.* 2010; 21: 7-21. Abstract.
8. Kitzler T. M, Bachar M, Skrabal F, Kotanko P. Evaluation of treatment adherence in type 1 diabetes: A novel approach. *European Journal of Clinical Investigation.* 2007; 37: 207-213. Abstract.
9. Barnard K.D, Lloyd C.E, Holt R.I.G. Psychological Burden of Diabetes and What It Means to People with Diabetes. *Psychology and Diabetes Care.* 2012; 1-22. Full Text.
10. Pena M, Hernandez V, Fernandez X, Gil A, Perez M, Lopez A, Andres R, et al. Self-perception of health status, mental health and quality of life among adults with diabetes residing in a metropolitan area. *Diabetes Metab.*2010;36(4): 305-311. Abstract/FREE Full Text.
11. Maxwell M, Harris F, Hibberd C, Donaghy E, Pratt R, Williams C, et al. A qualitative study of primary care professionals' views of case finding for depression in patients with diabetes or coronary heart disease in

the UK. 2013; 2296 (1471): 14- 46. Abstract.

12. Choi Y, Lee M, An SY, Kim TH, Kim HJ, Chung YS, et al. The Relationship between Diabetes Mellitus and Health-Related Quality of Life in Korean Adults. The Fourth Korea National Health and Nutrition Examination Survey (2007-2009). *Diabetes Metab J.* 2011; 35 (6): 587-594. Full Text.

13. Ellis DA, Templin T, Conningham PB, Podolski CL, Cakan N. Mult systemic therapy for adolescents with poorly controlled type I diabetes, Stability of treatment effects in a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2007; 75(1): 168-74. FREE Full Text.

14. Egede LE, Ellis C. The effects of depression on diabetes knowledge, diabetes self-management, and perceived control in indigent patients with type 2 diabetes. *Diabetes Technol Ther.* 2008; 10(3):213–219. Full Text.

15. Hayes S. C, Pistorello J, Levin M. Acceptance and Commitment Therapy as a Unified Model of Behavior Change. 2012; 40(7): 976-1002. Full Text.

16. Blarrina M, Luciano C, Martinez O, Valdivia S, Valverde M, Ortega J. Coping With Pain in the Motivational Context of Values Comparison Between an Acceptance-Based and a Cognitive Control-Based Protocol Behavior Modification. *Publications sage pub.* 2008; 32(3): 403-422. Full Text.

17. Zettle R, Rains J, Hayes S. Processes of change in acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for depression: A mediation reanalysis of Zettle and Rains. *Behavior Modification.* 2011; 35(3): 265–283. Abstract.

18. Hayes S, Luoma J, Bond F, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy.* 2006; 44:1–25. Abstract/FREE Full Text.

19. Forman E. M, Herbert J. D, Moitra E, Yeomans P. D, Geller P. A. A randomized controlled effectiveness trial of acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for anxiety and depression. *Behavior Modification.* 2009; 36:1-28. Abstract/FREE Full Text.

20. Smout M, Acceptance and commitment therapy. Pathways for general practitioners. *Psychological strategies.* 2012; 41(9): 672- 676. Abstract.

21. Powers M. B, Vording M, Emmelkamp P. M. Acceptance and commitment therapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy and Psychosomatics.* 2009; 78:73-80. Abstract.

22. Gregg J. A, Callaghan G.M, Hayes S.C, Glenn L. Improving diabetes self-management through acceptance, mindfulness, and values: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, American Psychological Association.* 2007; 75(2): 336–343.

23. Makvand Hosseini Sh, Rezaii M, Azadi M. Effectiveness of acceptance and commitment group therapy on the selfmanagement of type 2 diabetes patients. *Jclinpsycho.* 2014; 5(4):2-1. http://jcp.semnan.ac.ir/files/site1/user_files_091e30/nazifi-A-10-247-51-8c5521c.pdf

24. Pull C. B, Janca A. Current empirical status of acceptance and commitment therapy. *Personality disorders and neurosis: Current Opinion in Psychiatry.* 2009; 22(1): 55–60. Abstract.

25. Gillibrand W Holdich P (2010) Supporting people with diabetes related stress and depression, diabetes Evidence-Based Management. *Practice Nursing.* 2010; 21(7):32-39. FREE Full Text.

26. Soczynska J, Konarski J, Hanna O, Woldeyohanne S, Candy W, Miranda A, Kennedy S.D. Should Depressive Syndromes be reclassified as “Metabolic Syndrome Type II”? *American Academy of Clinical Psychiatrists, Clinical Psychiatry.* 2011; 19(4):257–264. Full Text.

27. Dlavr A. [Research in psychology and education]. 3st ed. Tehran. nashre virayesh. 2010; 54. [Persian] Full Text.

28. Hollingshead A.B. Four Factor Index of Social Status [cited Oct 01 1975]. Available at: URI: <http://hdl.handle.net/10477/1879> htm

29. Nasihatkon A. pishva A. Habib Zadeh F. Tabatabai M. Taher M. Hogat F, et [Determine the reliability and validity of clinical summary quality of life questionnaire (DQOL) in Farsi (Persian)]. *Diabetes and Lipid Iranian Journal* 2012; 11 (5): 483-487. [Persian]. Full Text.

30. Pibernik M, Ajdukovic D, Vucic Iovrencic M, Hermanns N. Does treatment of sub syndromal depression improve depression and diabetes related outcomes: protocol for a randomised controlled comparison of psycho-education, physical exercise and treatment as usual, 2011, 12:17-27. Full Text

31. Adachi M, Yamaoka K, Watanabe M, Nishikawa M, Hida E, Kobayashi I, Tango T. Effects of lifestyle education program for type 2 diabetes patients in clinics: study design of a cluster randomized trial. *BMC Public Health,* 2012; 10:742-749. Full Text.

32. Donald M, Dower J, Coll JR, Baker P, Mukandi B, Doi SA. Mental health issues decrease diabetes-specific quality of life independent of glycaemic control and complications: findings from Australia's living with diabetes cohort study. *Health and Quality of Life Outcomes* 2013; 11:1. Full Text.
33. Redmon J. B, Bertoni A. G, Connelly S, Feeney P. A, Glasser S. P, Glick H. Effect of the look AHEAD study intervention on medication use and related cost to treat cardiovascular disease risk factors in individuals with type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2010; 33, 1153-1158. Full Text.
34. Eren I, Erdi O, Sahin M. The effect of depression on quality of life of patients with type 2 diabetes mellitus. *Wiley-Liss, Inc.* 2007; 25(2): 98–106. Abstract.
35. Zahid N, Asghar S, Claussen. Depression and diabetes in a rural community in Pakistan. *Diabetes Res Clin Pract.* 2008;79(1):124-127. Full Text.
36. Huang MF, Courtney M, Edwards H, McDowell J. Factors that affect health outcomes in adults with type 2 diabetes: a cross-sectional study. *Int J Nurs Stud* 2010; 47(5): 542-549. Full Text.
37. Matziou V, Tsoumakas K, Vlahioti E, Chrysicopoulou L, Galanis P, Petsios K, et al. Factors influencing the quality of life of young patients with diabetes. *J Diabetes*. 2011;3(1): 82-90. Full Text.
38. Tsai KW, Chiang JK, Lee CS. Undiagnosed depression in patients with type 2 diabetes. *BMC Public Health*. 2008;20:44-48. Abstract.
39. Maxwell M, Harris F, Hibberd C, Donaghy E, Pratt R, Williams C. A qualitative study of primary care professionals' views of case finding for depression in patients with diabetes or coronary heart disease in the UK. *Psychology and Diabetes Care*. 2013; 2296 (1471): 14- 46. Full Text.
40. Waitzfelder B, Gerzoff RB, Karter AJ, Crystal S, Bair MJ, Ettner SL, et al. Correlates of depression among people with diabetes: The Translating Research In to Action for Diabetes (TRIAD) study. *Clinical Psychiatry*. 2010;4: 215-222.. Full Text.

مقایسه مشارکت کودکان فلج مغزی ۴ تا ۶ سال با کودکان همسال طبیعی در کاره‌ها

امید رستم‌زاده^۱، *مالک امینی^۱، افسون حسینی مهربان^۲

۱. گروه کاردرمانی، دانشکده علوم توان‌بخشی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
 ۲. مرکز تحقیقات توان‌بخشی، دانشکده علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
 * نویسنده مسئول: دکتر مالک امینی malekamin18@gmail.com

چکیده

هدف

کاره به فعالیت‌های مربوط به مراقبت از خود، مشارکت در منزل، بازی، فعالیت‌های اوقات فراغت، مشارکت اجتماعی و محیط‌های آموزشی گفته می‌شود. مشارکت کودکان در کاره‌ها با سلامت و رفاه آن‌ها ارتباط دارد. هدف از مطالعه حاضر، مقایسه مشارکت کودکان فلج مغزی ۴ تا ۶ سال در مقایسه با کودکان همسال در هر یک از کاره‌های طبیعی بوده است.

روش بررسی

در این مطالعه مورد - شاهد، ۵۰ کودک مبتلا به فلج مغزی با دامنه سنی ۴ تا ۶ سال از کلینیک‌های خصوصی جسمی حرکتی و ۵۰ کودک سالم دامنه سنی ۴ تا ۶ سال از پیش‌دبستانی‌ها و مهدکودک‌های سطح شهر تهران در سال ۱۳۹۴ در مطالعه شرکت کردند. نمونه‌های نام‌برده به روش غیر احتمالی آسان و در دسترس انتخاب شدند. مشارکت این کودکان از طریق نسخه فارسی پرسش‌نامه مشارکت کودکان (CPQ) ارزیابی شد. پس از ارائه توضیحات لازم والد کودک پرسش‌نامه مذکور را تکمیل کرد. برای تجزیه داده‌ها از نسخه ۱۸ نرم‌افزار SPSS و به منظور مقایسه مشارکت کودکان فلج مغزی و سالم در کاره‌ها از آزمون تی مستقل استفاده شد.

یافته‌ها

میانگین سنی کودکان مبتلا به فلج مغزی و سالم در این مطالعه به ترتیب ۵ و ۵ سال و یک ماه بود. از نظر تنوع، شدت، میزان کمک، میزان لذت و رضایت والدین، مشارکت در حیطه‌های مراقبت از خود، مشارکت در منزل، بازی، اوقات فراغت و محیط‌های آموزشی تفاوت معناداری بین کودکان فلج مغزی و کودکان سالم همسال ($P < 0/001$) در حیطه مشارکت اجتماعی تفاوت معناداری بین دو گروه نبود ($P > 0/05$).

نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد میزان مشارکت کودکان مبتلا به فلج مغزی در کاره‌ها پایین‌تر از کودکان سالم است؛ بنابراین آگاهی از مشارکت این کودکان به متخصصان سیستم بهداشتی برای طراحی درمان‌های متناسب با نیازهای کودکان و ارتقای مشارکت و سلامت آن‌ها کمک می‌کند. احتمالاً یکی از دلایل پایین بودن میزان مشارکت کودکان فلج مغزی در کاره‌ها هدمندنبودن بسیاری از مداخلات و استفاده نکردن از کاره‌ها در مداخلات است.

واژگان کلیدی: مشارکت، فلج مغزی، کاره، کودک

مقدمه

فلج مغزی به گروه پیچیده و چندبُعدی اختلالات غیر پیش‌رونده و ایستا در حرکت و وضعیت اطلاق می‌شود که به دنبال ضایعه عصبی روی می‌دهد. این اختلال اغلب با تشنج و ناهنجاری‌هایی در گفتار، بینایی، هوش، شناخت و رفتار همراه است. فلج مغزی اختلال رایجی است و شیوع آن در دو دهه اخیر ۱/۴ تا ۲/۴ در هزار تولد زنده (با شیوع برابر در دو جنس) گزارش شده است. به دلیل مشکلات و نقایص حرکتی و غیر حرکتی، توانایی این کودکان برای حرکت، ارتباط، حل مسئله و اجتماعی شدن تحت تأثیر قرار می‌گیرد و ممکن است در معرض خطر کاهش مشارکت ۲ در فعالیت‌های اوقات فراغت نیز قرار بگیرد.

مشارکت در کاره‌های روزمره دوران کودکی برای رشد و تکامل همه کودکان بدون توجه به توانایی یا ناتوانی امری اساسی است. نقش‌های کاره‌های ۳ دوران کودکی مستلزم این است که کودکان در استقلال شخصی و مقیدبودن و مشارکت در بازی یا فعالیت‌های

اوقات فراغت رشد کنند. مشارکت در فعالیتهای اوقات فراغت و بازی برای رشد مهارت‌ها، صلاحیت‌ها، اجتماعی‌شدن، کشف علایق شخصی و زندگی لذت‌بخش لازم است. نقص در مشارکت در انجام کارهای روزمره می‌تواند منجر به انزوا و گوشه‌گیری شود و تأثیر منفی عمیقی روی کودکان بگذارد. کاردرمانی برای رشد و ایجاد مشارکت در افراد ناتوان و سالم و ارتقای سلامت و رفاه آنان، نقش منحصر به فردی دارد. تأکید کاردرمانی بر توانا کردن افراد و گروه‌ها به منظور مشارکت در فعالیتهای روزمره‌ای است که برای آن‌ها معنادار محسوب می‌شود. کاردرمانی حس مفیدبودن را در افراد ایجاد و آن‌ها را برای زندگی روزانه با دیگران آماده می‌کند.

طبقه‌بندی بین‌المللی عملکرد و ناتوانی و سلامت (ICF) مشارکت را نتیجه تعامل بین فرد با محیط اجتماعی و فیزیکی می‌داند که در آن زندگی می‌کند. به مشارکت به عنوان پیامد کلیدی برنامه‌های توان‌بخشی به منظور کمک به کودکان و خانواده‌ها برای تطابق با مسائلی که با آن روبه‌رو هستند، توجه بسیاری شده است. محدودیتهای عملکردی و عوامل شخصی و محیطی ممکن است سطوح مشارکت در نقش‌های زندگی را تغییر دهد. افزایش تأکید سازمان جهانی بهداشت و سیستم‌های سلامت رفاه اجتماعی بر مشارکت، اهمیت این مسئله را افزایش می‌دهد و برنامه‌ریزی‌های مختلفی را در صدد پی‌بردن به مفهوم و نحوه اندازه‌گیری و تسهیل‌کننده‌های آن ایجاب می‌کند.

بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی (WHO)، مشارکت پرداختن به موقعیتهای زندگی و درگیری در فعالیتهای روزانه زندگی است که برای توسعه و تجربه زندگی و رفاه ضروری است. بر اساس مطالعات انجام‌شده عوامل شخصی (سن و جنس و مهارت‌های اجرایی) و محیطی (توانایی دسترسی و محیط‌های اجتماعی - اقتصادی، فرهنگی و حمایتی) بر الگوی مشارکت کودکان تأثیر می‌گذارد. بنابراین ممکن است الگوی مشارکت و نوع فعالیت‌هایی که کودکان انجام می‌دهند، از کشوری به کشور دیگر متفاوت باشد.

در حال حاضر مشارکت به عنوان محصول نهایی توان‌بخشی، به ویژه کاردرمانی، در نظر گرفته می‌شود. ارزیابی مشارکت برای تنظیم اهداف، اجرای برنامه‌های درمانی و ارزیابی اثربخشی مداخله ضروری است. از طریق مشارکت، مهارت‌ها، صلاحیت و ارتباط با دیگران، هدف و معنای زندگی شکل می‌گیرد. مشارکت مداوم در کاره‌های معنادار، بر سلامتی و رفاه تأثیر مثبتی داشته است. در طبقه‌بندی بین‌المللی عملکرد و ناتوانی و سلامت، مشارکت به حوزه‌هایی از این دست تقسیم شده است: یادگیری و کاربرد دانش، وظایف کلی و خواسته‌ها، ارتباطات، تحرک، مراقبت از خود، زندگی خانوادگی، تعاملات بین فردی و روابط، حوزه‌های اصلی زندگی مانند کار یا مدرسه و جامعه، اجتماعی و زندگی مدنی (WHO).

انگل یگر و همکارانش (۲۰۰۷) با هدف تأثیر فرهنگ بر مشارکت کودکان، اورلین و همکارانش (۲۰۰۸) با هدف تأثیر عوامل جمعیت‌شناختی و فیزیکی بر مشارکت کودکان فلج مغزی و لاو و همکارانش (۲۰۰۶) با هدف تأثیر وضعیت فیزیکی کودکان فلج مغزی بر الگوی مشارکت مطالعاتی انجام دادند. آن‌ها نشان دادند فرهنگ و سن و عملکرد حرکتی درشت می‌تواند بر سطح مشارکت کودکان در جامعه تأثیر داشته باشد.

در ایران نیز مطالعاتی در زمینه مشارکت کودکان فلج مغزی انجام شده است. حسینی و همکارانش (۲۰۱۳) در مطالعه‌شان به این نتیجه رسیدند که مشکلات فیزیکی می‌تواند در مشارکت کودکان در فعالیتهای تفریحی و اوقات فراغت تأثیر بگذارد. نوبخت و همکارانش (۲۰۱۳) در پژوهش‌شان نشان دادند که برطرف کردن موانع محیطی و افزایش تسهیل‌کننده‌ها ممکن است مشارکت در آموزش کودکان فلج مغزی را افزایش دهد.

با وجود این بر اساس جست‌وجوی انجام‌شده تا کنون مطالعه‌ای در بانک‌های اطلاعاتی ایران ثبت نشده است که به بررسی مشارکت کودکان فلج مغزی در سن ۴ تا ۶ سال پرداخته باشد. محققان پژوهش حاضر می‌کوشند به این سؤال پاسخ دهند: {مشارکت کودکان مبتلا به فلج مغزی در کاره‌های روزانه چه تفاوتی با کودکان عادی دارد؟} با توجه به این‌که مشارکت در طبقه‌بندی بین‌المللی عملکرد و ناتوانی و سلامت، بخش خاصی را به خود اختصاص داده و هدف نهایی توان‌بخشی ارتقای مشارکت است؛ بنابراین بررسی مشارکت کودکان برای طراحی اهداف و مداخلات مناسب و شناسایی نیازهای واقعی کودکان و جلوگیری از مداخلات نامناسب ضروری است. از این رو هدف این مطالعه، مقایسه مشارکت کودکان فلج مغزی ۴ تا ۶ سال در مقایسه با کودکان هم‌سال طبیعی است.

روش بررسی

این مطالعه از نوع مورد - شاهد بود که در آن مشارکت در کاره‌های کودکان سالم و فلج مغزی ۴ تا ۶ سال بررسی شد. محیط نمونه‌گیری شامل کلینیک‌های جسمی حرکتی و مهد کودک‌ها و پیش‌دبستانی‌های سطح شهر تهران بود. معیارهای ورود کودکان فلج مغزی عبارت بود از: داشتن سن ۴ تا ۶ سال، تشخیص فلج مغزی بر اساس نظر پزشک مغز و اعصاب، توانایی راه‌رفتن، تسلط والدین کودک به زبان فارسی و درک موارد پرسش‌نامه بر اساس گزارش مندرج در پرونده پزشکی بهره‌جوی طبیعی یا مرزی. برای کودکان سالم نیز معیارها شامل این نکات بود: داشتن سن ۴ تا ۶ سال و تسلط والدین کودک به زبان فارسی و درک موارد پرسش‌نامه.

داده‌ها از طریق نسخه فارسی پرسش‌نامه مشارکت کودکان (CPQ-P) جمع‌آوری شد. بدین صورت که پرسش‌نامه پس از بررسی معیارهای ورود و خروج، در اختیار والدین ۵۰ کودک سالم و ۵۰ کودک فلج مغزی قرار می‌گرفت. سپس توضیحات کامل درباره نحوه تکمیل پرسش‌نامه به آن‌ها داده می‌شد و والد کودک آن را تکمیل می‌کرد.

پرسش‌نامه مشارکت کودکان نخستین بار توسط روزنبرگ و همکارانش (۲۰۱۰) طراحی و نمره پایایی آزمون بازآزمون آن ۰/۷۱ تا ۱/۰۰ گزارش شد. در ایران نیز امینی و همکارانش (۲۰۱۶) این پرسش‌نامه را به فارسی ترجمه و متخصصان، روایی صوری و محتوایی و انطباق فرهنگی آن را در جلسات متعدد در دانشگاه علوم پزشکی ایران تأیید کردند.

این پرسش‌نامه بر اساس چهارچوب عملکردی کاردرمانی آمریکا (OTPF) ساخته شده و مشارکت را در کاره‌های مطرح‌شده در آن طبقه‌بندی کرده است. این حیطه‌ها عبارت است از: مراقبت از خود، مشارکت در منزل، بازی، اوقات فراغت، مشارکت اجتماعی و محیط‌های آموزشی. تعداد کل موارد پرسش‌نامه مذکور ۴۴ مورد است. والدین به فعالیتهای کودک‌شان بر اساس این چهار منظر نمره می‌دهند:

۱. تعداد دفعات مشارکت (نمره بالا ۵ و نمره پایین ۰)؛ ۲. میزان کمک والدین در مشارکت (نمره بالا ۶ و نمره پایین ۱)؛ ۳. لذت کودک از مشارکت (نمره بالا ۶ و نمره پایین ۱)؛ ۴. میزان رضایت والدین از مشارکت (نمره بالا ۶ و نمره پایین ۱). اگر کودکی هر کدام از فعالیت‌های مربوط به کارها را انجام نمی‌داد، نمره صفر را می‌گرفت و والدین برای ادامه پُر کردن پرسش‌نامه باید سراغ فعالیت بعدی می‌رفتند.

در این مطالعه برای تجزیه داده‌ها از نسخه ۱۸ نرم‌افزار SPSS و به منظور بررسی طبیعی بودن توزیع داده‌ها از آزمون کولموگروف اسمیرنوف و به دنبال آن برای مقایسه مشارکت کودکان فلج مغزی و سالم در کارها از آزمون تی مستقل استفاده شد.

یافته‌ها

نتایج سنجش طبیعی بودن داده‌ها نشان داد که توزیع داده‌ها در این مطالعه عادی است ($p < 0.05$). علاوه بر این، جدول ذکرشده نشان می‌دهد تفاوت میزان مشارکت کودکان سالم و فلج مغزی در ابعاد کاره مشارکت اجتماعی معنادار نبوده است ($p < 0.05$).

بحث

نتایج حاصل از مطالعه حاضر نشان داد که مشارکت کودکان سالم در تمام کارها بیش‌تر از کودکان فلج مغزی بود. هم‌چنین در حیطه مشارکت اجتماعی تفاوت چشم‌گیری بین دو گروه مشاهده نشد. مشارکت در فعالیت‌های روزمره دوران کودکی برای رشد سالم همه کودکان بدون توجه به توانایی یا ناتوانی امری اساسی است. نقش‌های کارهای دوران کودکی مستلزم این است که کودکان در استقلال شخصی و مقیدبودن و مشارکت در بازی یا فعالیت‌های اوقات فراغت رشد کنند. مشارکت در فعالیت‌های اوقات فراغت برای رشد مهارت‌ها، صلاحیت‌ها، اجتماعی شدن، کشف علائق شخصی و زندگی لذت‌بخش لازم است.

در مطالعه حاضر تنوع در مشارکت کودکان سالم هم‌سال در مقایسه با کودکان فلج مغزی در بیش‌تر کارها بیش‌تر بود. این موضوع نشان‌دهنده این است که کودکان سالم هم‌سال در مقایسه با کودکان فلج مغزی در فعالیت‌های بیش‌تری شرکت می‌کنند. این یافته با نتایج مطالعه انگل پیگر و همکارانش (۲۰۰۹) در کودکان فلج مغزی ۱۲ تا ۱۶ سال و هم‌سالانش، براون و گوردون (۱۹۸۷)، اورلین و همکارانش (۲۰۰۸) و حسنی مهربان و همکارانش (۲۰۱۶) مطابقت دارد. شاید دلیل مشارکت کم‌تر کودکان مبتلا به فلج مغزی در فعالیت‌ها این باشد که مشارکت در بسیاری از این فعالیت‌ها، به ویژه فعالیت‌های فیزیکی و تفریحی و مهارتی، به حضور در محیط‌های خارج از منزل و توانایی فیزیکی نیاز دارد. علاوه بر این کودکان فلج مغزی به دلیل مشکلات فیزیکی و مشکلاتی که در زمینه حمل و نقل و نبود مطابقت‌های ساختاری وجود دارد، به نظر می‌رسد امکان مشارکت کم‌تری در این فعالیت‌ها داشته‌اند.

شایان ذکر است همه مطالعات اشاره‌شده، مشارکت کودکان را در سن بالای ۶ سال بررسی کرده است و تاکنون در ایران پژوهشی درباره مشارکت کودکان فلج مغزی ۴ تا ۶ سال انجام نشده است. در این مطالعه فراوانی مشارکت در کارهای کودکان سالم نیز بیش‌تر از کودکان فلج مغزی بود و تفاوت معناداری بین دو گروه وجود داشت؛ یعنی کودکان فلج مغزی در تعداد دفعات کم‌تری در مقایسه با کودکان سالم هم‌سال در فعالیت‌ها شرکت می‌کردند. نتایج این مطالعه با نتایج مطالعه‌های انگل پیگر و همکارانش و مطالعه ایمز و همکارانش (۲۰۰۸) در کودکان فلج مغزی استرالیایی و ماجنمر و همکارانش (۲۰۰۸) مطابقت دارد. دلیل این نتیجه می‌تواند زود خسته‌شدن کودکان فلج مغزی، بهاندادن اطرافیان و جامعه به فعالیت‌های این کودکان، نبودن انگیزه در خود کودکان و دریافت‌نکردن بازخورد مناسب در برابر انجام فعالیت باشد.

میزان کمک به هنگام مشارکت در فعالیت‌ها در بیش‌تر کارهای کودکان سالم نسبت به کودکان فلج مغزی کم‌تر بود و تفاوت معناداری بین دو گروه وجود داشت و نتایج مشابهی یافت نشد. این موضوع به مطالعه و بررسی‌های آتی نیاز دارد. البته این نتیجه تا حدودی با توجه به محدودیت‌های فیزیکی و حرکتی کودکان فلج مغزی پیش‌بینی‌کننده بود؛ ولی از آن‌جا که هدف کاردرمانی و توان‌بخشی به حداکثر رساندن استقلال است؛ بنابراین توصیه می‌شود کار درمانگران بر اساس دیدگاه مبتنی بر کاره با این کودکان کار کنند تا میزان کمک در انجام فعالیت‌های‌شان به حداقل برسد.

میزان لذت از انجام فعالیت‌ها در تمام کارهای کودکان سالم نسبت به کودکان فلج مغزی بیش‌تر بود (به جز حیطه مشارکت در منزل و مشارکت اجتماعی) و تفاوت معناداری بین دو گروه دیده شد. این نتیجه با یافته‌های پژوهش‌های انگل پیگر و همکارانش (۲۰۰۹)، حسنی و همکارانش (۲۰۱۵) و لاو و همکارانش (۲۰۰۶) هم‌سو است. این دو مطالعه در کودکان بالای ۶ سال و فرهنگ‌های غربی انجام شده است؛ بنابراین احتمالاً این نتایج نشان می‌دهد که ذوق و شوق کودکان فلج مغزی برای مشارکت در فعالیت‌ها پایین باشد. پس کار درمانگرانی که با کودکان فلج مغزی کار می‌کنند، باید به مسئله ایجاد انگیزه و تسهیل کارها بپردازند تا کودکان فلج مغزی نیز بتوانند خواسته‌ها، علائق و انگیزه‌هایی مشابه کودکان سالم داشته باشند.

نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد میزان مشارکت کودکان فلج مغزی در کارها پایین‌تر از کودکان سالم است. با توجه به اهمیت فراوان مشارکت در فعالیت‌های هدفمند دوران کودکی و تأثیر آن روی سلامتی و رفاه و تکامل، شناسایی الگوی مشارکت کودکان مبتلا به فلج مغزی و هم‌سالان طبیعی می‌تواند برای کار درمانگران و خانواده‌ها برای طراحی فعالیت‌ها و مداخلات درمانی کودکان فلج مغزی راهگشا باشد و متناسب با نیازهای کودکان، به ارتقای مشارکت و سلامت آن‌ها کمک کند. احتمالاً یکی از دلایل پایین بودن میزان مشارکت کودکان فلج مغزی در کارها هدفمند نبودن بسیاری از مداخلات و استفاده نکردن از کارها در مداخلات است. هم‌چنین به نظر می‌رسد استفاده از کارها به عنوان هدف و وسیله یا پاداش در درمان کودکان بتواند در ارتقای مشارکت کودکان فلج مغزی تأثیرگذار باشد.

محدودیت‌ها

محدودیت‌های موجود در مطالعه شامل محدودبودن نمونه‌های مبتلا به فلج مغزی بر اساس معیارهای ورود و نامفهوم بودن نحوه نمره‌دهی پرسش‌نامه برای برخی والدین بود. محدودیت تعداد نمونه‌ها باعث طولانی‌تر شدن مدت زمان انجام مطالعه شد. محدودیت نامفهوم بودن نحوه نمره‌دهی پرسش‌نامه با نظارت و توضیحات بیش‌تر رفع شد. ►

جدول ۱. اطلاعات جمعیت‌شناختی و بالینی کودکان فلج مغزی و کودکان سالم همسال ۴ تا ۶ سال.

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و بالینی	مورد	فراوانی (درصد)	
جنس	فلج مغزی	پسر (۳۶٪)	
		دختر (۱۱٪)	
	سالم	پسر (۱۸٪)	
		دختر (۳۲٪)	
سن	رده سنی	درصد فراوانی	
		۴ ساله	۱۵٪
		۵ ساله	۲۰٪
		۶ ساله	۳۰٪
	فلج مغزی	۴ ساله	۲۳٪
		۵ ساله	۱۲٪
		۶ ساله	۲۸٪
		۶ ساله	۲۸٪

جدول ۲. مقایسه میزان مشارکت کودکان در ابعاد کارها در دو گروه کودکان فلج مغزی و سالم ۴ تا ۶ سال با استفاده از آزمون آماری تی مستقل.

کارها	مورد	میانگین نمرات		میانگین اختلاف بین دو گروه سالم و فلج مغزی	تفسیرات استاندارد	سطح معناداری
		سالم	فلج مغزی			
مراقبت از خود	تنوع	۵/۳۲	۳/۸۰	۰/۵۲	۱/۰۱	۰/۰۰۱
	شدت	۳۳/۱۲	۲۱/۴۰	۲/۷۲	۵/۸۶	۰/۰۰۲
	میزان کمک	۲۳/۶۰	۱۲/۶۰	۹/۰۰	۹/۵۳	۰/۰۰۱
	میزان لذت	۲۵/۳۶	۱۶/۵۸	۵/۷۸	۹/۰۷	۰/۰۰۱
	رضایت والدین	۲۵/۸۲	۱۸/۹۴	۶/۸۸	۹/۹۲	۰/۰۰۱
مشارکت در منزل	تنوع	۲/۰۸	۳/۵۴	-/۵۴	۱/۸۳	۰/۰۳۲
	شدت	۱۶/۹۰	۱۲/۶۲	۳/۲۸	۷/۸۶	۰/۰۰۵
	میزان کمک	۱۶/۸۲	۱۲/۳۴	۴/۴۸	۹/۴۶	۰/۰۰۲
	میزان لذت	۱۹/۴۶	۱۶/۷۲	۲/۷۴	۱۰/۴۱	۰/۰۶۹
	رضایت والدین	۱۷/۹۸	۱۵/۰۸	۲/۹	۱۰/۱۲	۰/۰۴۸
بازی	تنوع	۴/۷۲	۳/۷۸	۰/۹۴	۲/۲۸	۰/۰۰۵
	شدت	۱۹/۶۴	۱۲/۶۶	۳/۹۸	۱۰/۶۳	۰/۰۰۲
	میزان کمک	۳۳/۷۶	۱۵/۱۸	۸/۵۸	۱۲/۲۱	۰/۰۰۱
	میزان لذت	۳۳/۹۴	۱۸/۰۶	۶/۸۸	۱۲/۳۳	۰/۰۰۱
	رضایت والدین	۲۳/۵۰	۱۶/۶۴	۶/۸۶	۱۲/۰۶	۰/۰۰۱
اوقات فراغت	تنوع	۸/۷۶	۶/۶۴	۲/۱۲	۲/۴۲	۰/۰۰۱
	شدت	۳۳/۳۴	۲۵/۶۰	۷/۸۴	۹/۹۴	۰/۰۰۱
	میزان کمک	۳۸/۸۶	۲۵/۳۴	۱۳/۴۲	۱۲/۲۸	۰/۰۰۱

۰/۰۰۱	۱۴/۵۲	۱۴/۲۸	۳۲/۷۸	۴۷/۰۶	میزان لذت	
۰/۰۰۱	۱۵/۰۷	۱۵/۱۲	۳۶/۷۲	۴۴/۸۴	رضایت والدین	
۰/۴۳۱	۲/۷۱	۰/۱۸	۲/۸۸	۵/۰۶	تنوع	
۰/۳۳۲	۸/۷۵	۱/۲۴	۱۳/۱۲	۱۴/۲۶	شدت	
۰/۱۶۱	۱۳/۵۴	۲/۵۴	۱۷/۳۸	۱۶/۹۲	میزان کمک	مشارکت اجتماعی
۰/۲۵۵	۱۳/۰۱	۲/۱۲	۲۴/۰۰	۲۶/۱۲	میزان لذت	
۰/۰۹۲	۱۳/۶۷	۲/۲۲	۲۴/۴۶	۲۵/۷۲	رضایت والدین	
۰/۰۰۱	۴/۱۲	۴/۲۲	۲/۰۴	۷/۲۶	تنوع	
۰/۰۰۱	۱۶/۲۳	۱۷/۰۴	۱۰/۹۰	۲۷/۹۴	شدت	
۰/۰۰۱	۱۶/۲۳	۲۲/۴۶	۱۷/۰۲	۳۳/۲۸	میزان کمک	محیطهای آموزشی
۰/۰۰۱	۲۲/۱۲	۲۵/۱۴	۱۴/۷۰	۳۶/۸۴	میزان لذت	
۰/۰۰۱	۲۱/۴۳	۲۶/۰۲	۱۳/۱۰	۳۶/۱۲	رضایت والدین	

منابع:

1. Law M, Darrah J, Pollock N, Rosenbaum P, Russell D, Walter SD, et al. Focus on function a randomized controlled trial comparing two rehabilitation interventions for young children with cerebral palsy. BMC Pediatrics. 2007; 7:31. doi: 10.1186/1471-2431-7-31.
2. Van Nieuwenhuizen O, Platenga NJ, Kasteel TE. Epilepsy in cerebral palsy: etiology, classification and prevalence. European Paediatric Neurology Society. 1997; 1(2-3):111-15.
3. Majnemer A, Shevell M, Law M, Birnbaum R, Chilingaryan G, Rosenbaum P, et al. Participation and enjoyment of leisure activities in school-aged children with cerebral palsy. Developmental Medicine & Child Neurology. 2008; 50(10):751-58. doi: 10.1111/j.1469-8749.2008.03068.x
4. Soleimani F, Vameghi R, Hemmati S, Biglarian A, Sourtiji H. [Survey on types and associated disorders of cerebral palsy in Eastern and Northern Districts of Tehran (Persian)]. Journal of Rehabilitation. 2011; 12(3):75-82.
5. Steultjens EM, Dekker J, Bouter LM, van de Nes JC, Lambregts BL, van den Ende CH. Occupational therapy for children with cerebral palsy: a systematic review. Clinical Rehabilitation. 2004;18(1):1-14.
6. World Health Organization. International classification of functioning, disability and health, children and youth version (ICFCY). Geneva: World Health Organization; 2007.
7. Rosenbaum P, Paneth N, Leviton A, Goldstein M, Bax M, Damiano D, et al. A report: the definition and classification of cerebral palsy. Developmental Medicine & Child Neurology. 2007;109:8-14.
8. Rosenberg L, Jarus T, Bart O. Development and initial validation of the Children Participation Questionnaire (CPQ). Disability and Rehabilitation 2010; 32(20):1633-44.
9. Law M, King G, King S, Kertoy M, Hurley P, Rosenbaum P, Young N, Hanna S. Patterns of participation in recreational and leisure activities among children with complex physical disabilities. Developmental Medicine & Child Neurology. 2006; 48(5):337-42.
10. Case-Smith J. Occupational therapy for children. Use of standardized tests in pediatric practice. 5th ed. Missouri : Elsevier. 2005.
11. American Occupational Therapy Association. Occupational therapy practice framework: domain and process. American Occupational Therapy Association. 2014; 56:609-39.
12. Schenker R, Coster WJ, Parush S. Neuroimpairments, activity performance, and participation in children with cerebral palsy mainstreamed in elementary schools. Developmental Medicine & Child Neurology. 2005; 47(12):808-14.
13. Engel-Yeger B, Jarus T, Law M. Impact of culture on children's community participation in Israel. American Journal of Occupational Therapy. 2007; 61(4):421-8.
14. Orlin MN, Palisano RJ, Chiarello LA, Kang LJ, Polansky M, Almasri N, et al. Participation in home, extracurricular, and community activities among children and young people with cerebral palsy. Developmental Medicine & Child Neurology. 2010;52(2):160-6. doi: 10.1111/j.1469-8749.2009.03363.x.

15. Hassani M, Hasani Mehraban A, Aliabadi F, Taghizadeh G. [Comparison of participation between children with cerebral palsy and typically developing peers 8-14 years old in leisure activities (Persian)]. *Modern Journal of Rehabilitation*. 2013; 7(1):63-69.
16. Hassani M, Hassani Mehraban A, Taghizadeh G, Aliabadi F, Ramezani S. [Enjoyment of participation in formal and informal activities among students with cerebral palsy and healthy students (Persian)]. *Journal of Kermanshah University of Medical Sciences*. 2015; 19(3):160-7.
17. Nobakht Z, Rassafiani M, Rezasoltani P. Influence of child's disability on encountering environmental barriers to Participation of children with cerebral palsy. *Journal of Research in Rehabilitation Science*. 2013; 9(2):286-94.
18. Nobakht Z, Rassafiani M, Rezasoltani P, Sahaf R, Yazdani F. Environmental barriers to social participation of children with cerebral palsy in Tehran. *Iranian Journal of Rehabilitation*. 2013; 11(2):40-45.
19. Hassani Mehraban A, Hassani M, Amini M, The Comparison of Participation in School-Aged Cerebral Palsy Children and normal Peers: A Preliminary Study. *Iranian Journal of Pediatrics*. 2016. 26(3):e5303. doi: 10.5812/ijp.5303.
20. Amini M, Hassani Mehraban A, Rostamzade O. [Translation, cultural adaptation, face, content and convergent validity of children participation into Persian (Persian)]. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2016; 5(2):151-57.
21. Brown M, Gordon WA. Impact of impairment on activity patterns of children. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 1987; 68(12):828-3.
22. Engel-Yeger B, Jarus T, Anaby D, Law M. Differences in patterns of participation between youths with cerebral palsy and typically developing peers. *The American Journal of Occupational Therapy*. 2009; 63(1):96-104.
23. Imms C, Reilly S, Carlin J, Dodd K. Diversity of participation in children with cerebral palsy. *Developmental Medicine & Child Neurology*. 2008; 50(5):363-9.
24. Soleimani F, Vameghi R, Rassafiani M, Akbar Fahimi N, Nobakht Z. Cerebral Palsy: Motor Types, Gross Motor Function and Associated Disorders. *Iranian Rehabilitation Journal*. 2011; 9:21-31.

شیوه ارسال مقالات علمی

پژوهشگران، متخصصان، دانشجویان و علاقه‌مندانی که نسبت به انتشار مقاله‌های علمی‌شان در **ماهنامه غذا و دارو** تمایل دارند، می‌توانند طبق دستورالعمل، مقالات خود را که مورد تأیید مراکز تحقیقاتی بوده و تاریخ ارائه آن‌ها از سال ۹۵ تا کنون می‌باشد، به آدرس ایمیل scientific@fdmag.ir ارسال نمایند. مقالات شما می‌تواند در حوزه سلامت، پزشکی، دارو، صادرات، صنایع غذایی و تجهیزات پزشکی باشد.

توجه داشته باشید که مقالات شما باید پارامترهایی را رعایت کند که به این شرح است:

شامل عنوان مقاله، نام و نام خانوادگی نویسندگان، مشخصات نویسندگان (سمت دانشگاهی یا سازمانی و آدرس پست الکترونیک نویسنده)، چکیده مقاله، واژگان کلیدی، مقدمه، روش تحقیق، بیان مسئله، تبیین هدف، یافته‌ها، جداول فرمول‌ها، بحث و نتیجه‌گیری و منابع (فارسی و انگلیسی) باشد.

لازم به ذکر است، در این میان منابع از اهمیت بالایی برخوردار هستند.

جهت کسب اطلاعات بیش‌تر به سایت www.fdmag.ir مراجعه نمایید.

۹ علامت شایع کبد بیمار را حتماً بشناسید!

کبدی که بیمار است می‌تواند موجب شکل‌گیری احساس خارش در سراسر بدن شود. دلیل دقیق این مسئله همچنان نامشخص بوده، اما به نظر می‌رسد این احساس خارش با نمک صفرای مرتبط است.

کبد یکی از مهم‌ترین اندام‌های بدن انسان است. کبد همانند فیلتری توان‌مند به حذف سموم و مواد زائد از جریان خون کمک می‌کند. به گزارش «ریدرز دایجست»، کبد مسئولیت ذخیره انرژی و تولید ترکیباتی که بدن از آن‌ها برای پردازش کارآمد غذا استفاده می‌کند را نیز بر عهده دارد. اما گاهی اوقات این اندام حیاتی به دلایل مختلف عملکرد بی‌نقص خود را ارائه نمی‌کند، که به شکل‌گیری برخی نشانه‌ها منجر می‌شود.

• چشم‌هایی که زرد شده‌اند

زرد شدن چشم‌ها نشانه‌ای از عملکرد نامناسب کبد است و احتمالاً آشکارترین نشانه بیماری کبدی محسوب می‌شود. ماده‌ای زرد رنگ به نام بیلی‌روبین به طور معمول توسط کبد تجزیه می‌شود و امکان دفع آن از بدن فراهم می‌شود، اما زمانی که کبد عملکرد درستی ندارد، میزان بیلی‌روبین در بدن افزایش می‌یابد و به زرد شدن سفیدی چشم‌ها منجر می‌شود.

• شکمی که با مایع پُر شده است

اگر شکم شما به ناگاه متورم شده و این شرایط بهبود نمی‌یابد، این می‌تواند چیزی فراتر از یک نفخ معمولی باشد. افزایش فشار در رگ‌های خونی اطراف کبد می‌تواند به تجمع مایع در شکم منجر شود. مراجعه به پزشک برای بررسی دقیق شرایط و شناسایی دلیل نفخ و تورم شکم بهترین گزینه است.

• به بیماری هپاتیت A، B، یا C مبتلا هستید

زمانی که ویروس‌ها یا انگل‌ها کبد را عفونی می‌سازند، این شرایط موجب التهاب می‌شود و عملکرد این اندام افت می‌کند. شایع‌ترین انواع عفونت کبد ویروس‌های هپاتیت هستند. هپاتیت A به واسطه تماس با مدفوع فرد آلوده یا مصرف غذا یا نوشیدنی وی شکل می‌گیرد، در شرایطی که انواع B و C بیش‌تر به واسطه انتقال از طریق تماس با خون، رابطه جنسی یا دیگر مایعات بدن فرد آلوده سرایت می‌کنند.

• خارش که متوقف نمی‌شود

کبدی که بیمار است می‌تواند موجب شکل‌گیری احساس خارش در سراسر بدن شود. دلیل دقیق این مسئله همچنان نامشخص بوده، اما به نظر می‌رسد این احساس خارش با نمک صفرای مرتبط است. صفرای یک ماده گوارشی است که توسط کبد تولید می‌شود، اما در افراد مبتلا

به سیروز صفراوی اولیه (یک بیماری خودایمنی کبد که موجب تخریب مجرای صفراوی می‌شود)، تجمع صفرای موجب شکل‌گیری نشانه‌های مشهودی مانند خارش می‌شود.

• همواره خسته هستید

خستگی پایدار تقریباً همیشه نشانه‌ای از بروز مشکل در بدن است. بیماری کبد می‌تواند دلیل این خستگی پایان‌ناپذیر باشد.

• به الکل اعتیاد دارید

مصرف الکل می‌تواند با گذشت زمان کبد را با مشکلات جدی مواجه سازد و در نهایت به شکل‌گیری بیماری کبدی منجر شود. کبد به دفع مواد شیمیایی و سموم از بدن کمک می‌کند و مصرف مداوم الکل به معنای هر چه سخت‌تر کار کردن این اندام است.

• اضافه وزن دارید

اضافه وزن یا چاقی می‌تواند پیامدهایی فراتر از خدشه‌دار کردن زیبایی ظاهری شما داشته باشد. ابتلا به بیماری کبد چرب غیر الکلی، به ویژه در میان افرادی که در دهه‌های چهارم و پنجم زندگی خود قرار دارند، روند رو به رشدی را دنبال می‌کند، که اساساً به معنای تجمع چربی در و اطراف کبد است. گاهی اوقات این شرایط به سیروز کبدی منجر می‌شود. خبر خوب این است که می‌توان عواملی مانند چاقی، کلسترول بالا و دیابت که خطر ابتلا به این بیماری را افزایش می‌دهند، مدیریت کرده یا تغییر داد.

• سابقه خانوادگی ابتلا به بیماری کبدی دارید

دسته‌ای کوچک از بیماری‌های کبد ارثی هستند، از این رو اگر با سابقه مرگ یکی از اعضای خانواده به واسطه بیماری کبدی یا سرطان کبد مواجه هستید، احتمال ابتلای شما نیز افزایش می‌یابد. این شرایط را با پزشک خود در میان بگذارید.

• دچار گیجی یا فراموشی شده‌اید

همه ما گاهی اوقات در طول زندگی خود با فراموشی‌های کوچک مواجه می‌شویم، اما اگر به ناگاه به نظر می‌رسد فراموشکار شده‌اید یا به راحتی گیج می‌شوید، این شرایط را به عنوان یک مشکل مغزی بی‌ضرر در نظر نگیرید. زمانی که کبد قادر نیست سموم را به درستی از بدن دفع کند امکان ابتلا به بیماری آنسفالوپاتی کبدی وجود دارد که به طور معمول در بیماران مبتلا به بیماری کبدی مزمن، سیروز، یا هپاتیت دیده می‌شود. ▶

اطلاعاتی در خصوص زمان مناسب برای مصرف ویتامین‌ها

مصرف دُزهای بالایی از برخی ویتامین‌هایی مانند ویتامین E و بتاکاروتن ممکن است برای سلامت فرد مضر و حتی در مواقعی کشنده باشند.

زنان باردار در انتخاب مکمل‌ها باید بسیار مراقب باشند. به عنوان مثال، سطح بالایی از ویتامین A می‌تواند باعث بروز اختلالاتی در جنین شود. اما از سویی دیگر، ویتامینی مانند اسیدفولیک به رشد جنین و پیش‌گیری از اسپینا بیفدا (مه‌ره شکاف‌دار) کمک می‌کند.

تعدادی از محققان معتقدند، استفاده از مکمل‌های غذایی بهترین روش دریافت ویتامین‌ها نمی‌باشد.

آن‌ها غذاهای غنی از مواد مغذی را پیشنهاد می‌کنند که عبارتند از:

- کلم کالی
- اسفناج
- آجیل
- میوه‌ها
- گوشت‌های کم‌چرب

محققان همچنین بیان می‌کنند، مکمل‌های غذایی جایگزین مناسبی برای یک رژیم غذایی سالم و کامل نمی‌باشند. با این حال، برخی از افراد بر این باورند که استفاده از مولتی‌ویتامین‌ها می‌توانند، کمبود ویتامین‌هایی که در یک رژیم غذایی وجود دارند را جبران کنند. همچنین، تحقیقات محدودی وجود دارند که نشان می‌دهند، مصرف مکمل‌ها در کاهش خطر ابتلا به برخی بیماری‌ها مانند مشکلات قلبی مؤثر هستند.

با این حال، مصرف بیش‌تر ویتامین‌ها برای افرادی که در سلامت کامل به سر می‌برند، به هیچ عنوان توصیه نمی‌شوند. همچنین افرادی که به طور منظم با نسخه پزشک دارو دریافت می‌کنند، باید قبل از مصرف هر گونه مکملی با پزشک خود مشورت کنند.

بسیاری از افراد برای این‌که از دریافت کافی ویتامین‌ها و مواد معدنی مطمئن شوند از مکمل‌های غذایی استفاده می‌کنند. ولی زمان استفاده و نحوه مصرف کردن آن‌ها هم نقش بسیار زیادی در تأثیرگذاری مکمل‌های غذایی بر بدن دارد.

زمان مصرف روزانه غذا و مایعات می‌توانند تأثیرات مثبت و منفی در جذب ویتامین‌ها داشته باشند.

این مقاله به بررسی کلی اثربخشی ویتامین‌ها و شرایط ایده‌آل استفاده از آن‌ها می‌پردازد.

حقایق در مورد ویتامین‌ها:

- همه افراد برای تهیه ویتامین‌ها مجاز هستند. برخی، استفاده از مکمل‌های غذایی را، راه حلی طبیعی برای حل مشکلات سلامتی خود می‌دانند.
- ادعاهای اثربخشی آن‌ها، ممکن است با برخی مطالعات حمایت شوند.
- سازمان غذا و داروی ایالت متحده (FDA) ویتامین‌ها و مکمل‌های غذایی را کنترل نمی‌کند.
- شرکت‌ها بدون اثبات تحقیقات معتبر، ادعا می‌کنند ویتامین‌هایی که تولید می‌شوند مؤثر هستند.
- همه مکمل‌ها بی‌اثر و مضر نیستند.

آیا مصرف مکمل‌ها برای هر فرد مورد نیاز است؟

بیش‌تر تحقیقات نشان می‌دهند، اثربخشی مکمل‌ها در اکثر افرادی که از آن‌ها به صورت منظم استفاده می‌کنند، ممکن است کم‌تر باشد.

افراد در هر صورت باید در استفاده از مکمل‌های غذایی محتاطانه عمل کنند، زیرا مصرف بدون توصیه پزشک، ممکن است پیامدهای ناخواسته‌ای را همراه داشته باشد.



ویتامین ب را چه زمانی باید مصرف کنید؟

ویتامین ب معمولاً برای کاهش استرس و تقویت انرژی مورد استفاده قرار می‌گیرد و هشت نوع مختلف دارد که هر یک کاربردی جداگانه برای بدن دارند. انواع ویتامین‌های ب، عبارتند از:

- تیامین (ب ۱)
- ب ۲
- ب ۶
- ب ۳
- بیوتین (ب ۷)
- ب ۱۲
- اسید فولیک
- اسیدپانتوتیک (ب ۵)

تمامی ویتامین‌های ب را می‌توان هم‌زمان مصرف کرد. به این معنا که تعدادی از شرکت‌ها، ترکیبی از ویتامین‌های ب، که حاوی هر ۸ گونه می‌شوند را به اندازه مصرف روزانه ارائه می‌دهند.

هنگام بیدار شدن از خواب بهترین زمان استفاده از ویتامین ب است.

مصرف ویتامین‌های ب سبب افزایش انرژی می‌شود، بنابراین استفاده از آن‌ها در ساعات پایانی روز ممکن است بر روی خواب فرد تأثیر بگذارد.

بهترین زمان استفاده از ویتامین‌های محلول در آب

این ویتامین‌ها به طور طبیعی در بدن انسان تولید یا ذخیره نمی‌شوند. در نتیجه، بیش‌تر افراد باید این ویتامین را مکرراً به صورت مکمل‌های حلال در آب دریافت کنند.

انواع ویتامین‌های محلول در آب عبارتند از:

- ویتامین ث
 - انواع ویتامین‌های ب
- ویتامین ث به اندازه توصیه‌شده قابل مصرف است.

این ویتامین‌ها در انواع منابع گیاهی مانند پرتقال، گریپ‌فروت و لیمو یافت می‌شوند. بدن انسان ویتامین ث را ذخیره نمی‌کند، بنابراین هر فرد باید آن‌ها را روزانه در دُزهای کم مصرف کند.

بهترین زمان استفاده از ویتامین‌های محلول در چربی

ویتامین‌های حلال در چربی در دُزهای کم باید مصرف شوند. مصرف زیاد آن‌ها می‌تواند برای سلامت فرد مضر باشد.

ویتامین محلول در چربی در زمان پخت غذا از بین نمی‌رود. معمولاً هر فرد ویتامین‌های محلول در چربی را از طریق غذا دریافت می‌کند، بنابراین نیازی به مصرف آن‌ها به صورت جداگانه نمی‌باشد.

برخی از ویتامین‌های محلول در چربی عبارتند از:

- ویتامین A
- ویتامین D
- ویتامین E
- ویتامین K

این ویتامین‌ها در کبد و بافت چربی بدن ذخیره می‌شوند. آن‌ها اغلب مورد نیاز نیستند و حتی ممکن است منجر به اثراتی منفی شوند. محققان نیز بر این عقیده‌اند که اکثر افراد نباید مکمل‌های

غذایی که حاوی این ویتامین‌ها هستند را مصرف کنند.

به طور متوسط هر فرد با داشتن یک رژیم ایده‌آل می‌تواند، ویتامین‌های محلول در چربی را از طریق رژیم غذایی مناسب دریافت کند.

دیگر مکمل‌ها

بدن انسان برای این‌که بتواند به درستی عمل کند نیازمند ویتامین‌ها و مواد معدنی که در مکمل‌ها موجود هستند می‌باشد. ادعاهای زیادی درباره مکمل‌های معدنی از جمله شبیه ویتامین‌ها وجود دارند، مبنی بر این‌که برای سلامت فرد مفید هستند.

برخی از مواد معدنی عبارتند از:

- آهن
- کلسیم
- منیزیم
- روی (Zinc)

مجدداً باید خاطرنشان کرد که مکمل‌های معدنی نیز باید با احتیاط مصرف شوند. اگرچه ممکن است مفید باشند، اما بیش‌تر تحقیقات نشان داده‌اند که مکمل‌های معدنی بر سلامت فرد تأثیر مثبتی ندارند. بدن انسان ممکن است مواد معدنی را بیش از اندازه جذب کند که ممکن است در سلامت فرد تأثیرات به‌سزایی بگذارد.

افراد باید مواد معدنی را همراه با مواد غذایی روزانه مصرف کنند. در صورتی که مکمل‌های معدنی در کنار غذا مصرف نشوند ممکن است عوارض جانبی ناخواسته‌ای را مانند ناراحتی معده ایجاد کنند.

خطرات

افراد در مصرف مکمل‌های غذایی باید احتیاط کنند.

احتیاط لازم است، زیرا ادعاهای اثربخشی واقعی مکمل‌ها ممکن است در هر فرد متفاوت باشد. مصرف دُزهای بالایی از ویتامین‌ها و مواد معدنی می‌تواند مضراتی داشته باشد؛ هم‌چنین باید ذکر کرد، ویتامین‌هایی که در کنار داروهای دیگر مصرف می‌شوند، ضعیف‌تر عمل می‌کنند. همان‌طور که در بالا بیان شد، تحقیقات کمی درباره تأثیر مکمل‌ها در بدن وجود دارند.

قبل از استفاده از مکمل‌ها، با دکتر خود مشورت کنید، تا اطمینان کافی را برای کسب نتیجه بهتر دریافت کنید. همیشه این را نیز به یاد داشته باشید که ویتامین‌ها و مکمل‌های غذایی را از مراکز معتبر یا متخصصین تغذیه تهیه نمایید. ▶



سلول‌های سرطانی را هدف قرار می‌دهد نانوداروی هوشمندی که تنها

بهبودی بیش‌تر بافت را به همراه دارد. ظرفیت بارگیری بالای دارو و زیست‌سازگاری در خون، از دیگر مزیت‌های نانوداروی هدفمند طراحی شده به شمار می‌رود.»

مقدم در خصوص زمینه‌های کاربردی این نانودارو عنوان کرد: «با توجه به عملکرد نانوداروی تهیه‌شده می‌توان از آن برای درمان سلول‌های سرطانی، به ویژه سرطان پستان استفاده کرد. هم‌چنین این نوع ساختارها به دلیل ویژگی‌های منحصر به فرد، امکان اتصال چند دارو و یا رشته‌های DNA را نیز دارند و می‌توانند برای درمان‌های ژنتیکی هم استفاده شوند.»

مقدم در پایان به بیان برخی آزمون‌های صورت‌گرفته در طی تحقیق و نتایج آن‌ها پرداخت و گفت: «در این طرح میزان و نحوه ورود به سلول این نانوسامانه دارویی به سلول‌های سرطان پستان انسانی MCF7 به وسیله آزمون‌های فلوسایتومتری و میکروسکوپ کانفوکال در زمان‌ها و غلظت‌های متفاوت بررسی شده است. نتایج نشان‌دهنده ورود بالای دارو به داخل سلول در غلظت‌ها و زمان‌های پایین بود. از طرفی بررسی سمیت این سامانه پُرشاخه توسط آزمون سمیت سلولی MTT، نشان داده که این نانوسامانه در کشتن سلول‌های سرطانی Hela، MCF7 و Caov-4 نسبت به سلول‌های نرمال HBL-100 اثر بیش‌تری دارد. هم‌چنین با قرارگرفتن در میدان مغناطیسی، اثر سمیت نانودارو بر روی سلول‌های سرطانی به میزان ۱۰ تا ۲۰ درصد افزایش پیدا می‌کند. این اتفاق امکان درمان بافت‌های سرطانی در غلظت‌های پایین دارو را فراهم کرده است به طوی که میزان سمیت دارو بر روی برخی رده‌های سلولی در غلظت ۵ میکروگرم بر میلی‌لیتر (کم‌ترین غلظت) با غلظت ۲۰۰ میکروگرم بر میلی‌لیتر (بیش‌ترین غلظت) عملکرد مشابهی دارند.»

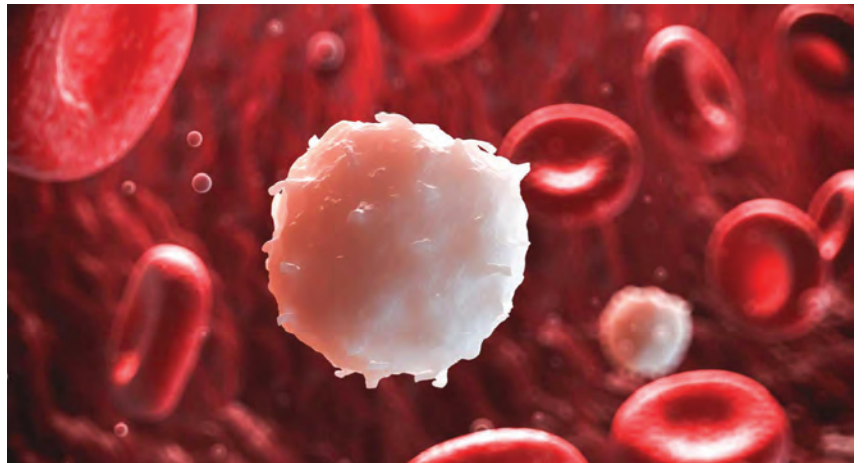
این تحقیقات حاصل تلاش‌های پروفسور مجید مقدم - عضو هیئت علمی دانشگاه اصفهان - و دکتر امیر لندرائی - پژوهشگر پسادکترای دانشگاه اصفهان - و همکارانشان بوده است. نتایج این کار در مجله *Langmuir* با ضریب تأثیر ۸۳/۳ (جلد ۳۳، سال ۲۰۱۷، صفحات ۸۵۰۳ تا ۸۵۱۵) منتشر شده است. ▶

پژوهشگران دانشگاه اصفهان در تحقیقات آزمایشگاهی خود نانودارویی ساخته‌اند که هدف آن درمان هدفمند سلول‌های سرطانی است. افزایش کارایی نانودارو نسبت به داروهای متداول شیمی‌درمانی، سمیت بیش‌تر بر سلول‌های سرطانی، کاهش میزان استفاده اثرات جانبی دارو از ویژگی‌های مهم نانوداروی ساخته شده است.

شیوع روزافزون سرطان و عوارض جانبی ناشی از داروهای شیمی‌درمانی پژوهشگران را بر آن داشته تا با دستیابی به راهکارهای مؤثرتر، در کاهش عوارض این داروها قدم بردارند. به همین دلیل است که امروزه استفاده از سامانه‌های دارویی هدفمند، اهمیت ویژه‌ای در دارورسانی مؤثرتر و کم‌عارضه‌تر بیماران یافته است. نانوزیست فناوری نقش مهمی در طراحی این سامانه‌ها در مقیاس کوچک و با کارایی بالا داشته است. در این طرح نیز محققان نانوسامانه دارویی هدفمندی بر پایه نانوذرات آهن اصلاح‌شده با درختسان (دندریمر) را سنتز کرده‌اند. این نانوسامانه برای بارگذاری داروی ضد سرطان متوتروکسات که در درمان سرطان پستان کاربرد دارد، استفاده شده است.

پروفسور مجید مقدم - عضو هیئت علمی دانشگاه اصفهان - علت استفاده از دندریمرها و نانوذرات مغناطیسی در این نانودارو را چنین بیان کرد: «دندریمرها، به دلیل ساختار پُرشاخه و سه‌بعدی می‌توانند میزبان مناسبی برای بارگذاری مناسب و انتقال داروها باشند. هم‌چنین با همراه کردن خاصیت نانوذرات مغناطیسی در این سامانه‌های دارویی، امکان انتقال و رهاسازی هدفمند دارو در بافت سرطانی فراهم می‌شود. از این رو عوارض شیمی‌درمانی کاهش و اثر دارو بر بافت سرطانی افزایش می‌یابد.»

وی در ادامه به ویژگی‌های مثبت این نانودارو اشاره کرد و افزود: «بر اساس مطالعات آزمایشگاهی، این نانودارو، مانند یک داروی هوشمند عمل می‌کند و با کاهش pH در بافت سرطانی، داروی مورد نظر را در داخل سلول‌های سرطانی رها می‌کند (این نانودارو حساس به pH محیط است) هم‌چنین این نانودارو دارای اثر مغناطیسی بالایی است؛ لذا با تمرکز دارو بر بافت سرطانی و گرم‌شدن موضع سرطانی،



گفت‌وگو با فاطمه امیری، دبیر جشنواره بین‌المللی فیلم پرواز

نمی‌توان توانمندی معلولان را نادیده گرفت

فاطمه امیری، دبیر و بنیان‌گذار جشنواره بین‌المللی فیلم پرواز معتقد است که معلولیت یکی از دغدغه‌های مردم است و نمی‌توان از آن چشم‌پوشی کرد. جشنواره بین‌المللی فیلم پرواز که در هفته جهانی معلولیت برگزار می‌شود، امسال سومین دوره خود را برگزار کرد. به گفته امیری این جشنواره برای ایجاد پلی تعاملی میان هنرمندان، فیلم‌سازان و فعالان حوزه معلولیت شکل گرفت تا فرهنگ‌سازی لازم برای حضور بیشتر معلولان ایجاد شود. به باور دبیر جشنواره بین‌المللی فیلم پرواز، فیلم اثربخشی طولانی‌مدتی دارد و می‌تواند جامعه را به سطحی از آگاهی برساند و توانمندی‌های معلولان را به آن نشان دهد. در ادامه این گفت‌وگو را می‌خوانید:

کنند. بنابراین اگر در این حوزه مدیریت بهبود یابد، فعالیت‌ها اثربخشی بیشتری دارند و در راستای دستیابی به اهداف مؤثر خواهند بود.

• چشم‌انداز جشنواره فیلم پرواز چیست؟ تا کتون که دو دوره از آن را برگزار کرده‌اید، چه واکنش‌ها و ارزیابی‌هایی از آن‌ها داشتید؟

حقیقت این است که زمانی که ما به دنبال مجوز این جشنواره رفتیم، من فکر می‌کردم زمانی که اعلام کنیم چنین جشنواره‌ای برگزار می‌شود، افراد، نهادها و وزارتخانه‌هایی که دغدغه معلولان را دارند، از ما حمایت کنند. این حمایت‌ها در سال اول نبود و ما با مشکلات زیادی روبه‌رو بودیم. کسی به ما اعتماد نمی‌کرد. با این حال برگزاری اولین دوره آن به خوبی پیش رفت. افرادی مانند آقای شهاب حسینی، کیانوش عیاری و خسرو معصومی حامی معنوی جشنواره بودند. در سه روز جشنواره، با وجود ضعف‌هایی که وجود داشت تلاش کردیم تا اهداف جشنواره را به خوبی نشان دهیم. رسالت جشنواره پرواز فرهنگ‌سازی در حوزه معلولیت است و هدف اصلی آن نشان‌دادن توانمندی این افراد است. در دو دوره گذشته تلاش کردیم تا در جشنواره افراد معلول نیز توانمندی‌های خود را نشان دهند. رومانی از دومین کتاب یک دختر ده‌ساله نابینا یکی از اقدامات ما در جشنواره بود. همین‌طور موسیقی جشنواره را بچه‌های نابینا انجام می‌دادند. تقدیر از کارگردان معلول و بازیگر خردسال معلولی که در بهزیستی زندگی می‌کند، یکی از توانمندی‌هایی بود که تلاش داریم به جامعه معرفی کنیم. مهم‌ترین هدف جشنواره نشان‌دادن توانمندی‌های معلولین است زیرا دیدگاه و افکار جامعه برای حضور آن‌ها مهم است. در کنار اکران فیلم، ورکشاپ‌هایی را در جشنواره داریم. تأثیراتی که تا کتون جشنواره در سطح بین‌المللی داشت، گسترده‌تر از داخل کشور بود. با توجه به حمایت‌هایی که انتظار داشتیم و رخ نداد، من از برگزاری جشنواره و تأثیرات آن راضی هستم. با توجه به این که ما تا کتون اسپانسر مالی نداشتیم، برخی تنها به دلیل دغدغه‌هایی که داشتند ما را همراهی کردند و در بسیاری از موارد من و خانواده‌ام کارها را انجام دادیم تا هزینه کم‌تری داشته باشد. با این حال تا کتون دو دوره با موفقیت برگزار شده و تلاش داریم سومین دوره را بهتر برگزار کنیم.

• به نظر شما این جشنواره تا چه میزان در فرهنگ‌سازی مؤثر بوده است؟

بینید فرهنگ‌سازی هم کار سختی است و هم آسان با این حال در حوزه

• جشنواره فیلم پرواز با محوریت معلولیت شکل گرفت. شما تا کتون در هر سه دوره دبیر بودید، علت و دغدغه آن چه بود؟

من و همسر در حوزه معلولان ۳۰ سال سابقه مدیریت، آموزش و توان‌بخشی داریم و به دنبال راهکار کاربردی بودیم تا علاوه بر آموزش معلولان، کمک بیشتری به آن‌ها کنیم. من در بسیاری از موارد در تعامل با معلولان صحنه‌هایی را می‌دیدم و به خودم می‌گفتم که ای کاش این صحنه‌ها ضبط شوند و به جامعه نشان داد تا بدانند همین افراد معلول چه توانمندی‌هایی دارند. هدف اصلی شکل‌گیری جشنواره فیلم پرواز نیز همین بود تا میان هنرمندان، کارگردانان و تهیه‌کنندگان با معلولان پلی بسازد. پلی که منجر به تولید فیلم‌هایی شود که فرهنگ‌سازی لازم برای معلولان را در جامعه ایجاد کنیم زیرا فیلم اثربخشی طولانی‌مدت دارد و در این زمینه می‌تواند بسیار مفید باشد. تا کتون که دو دوره از این جشنواره برگزار شده و به دنبال این هستیم با برگزاری سالانه این جشنواره، فرهنگ‌سازی لازم را در جامعه محقق کنیم.

• شما به عنوان یک فعال در حوزه معلولیت وضعیت معلولان کشور را چگونه ارزیابی می‌کنید؟ عمده‌ترین مشکلات آن‌ها چیست؟

در حال حاضر فعالیت‌های زیادی در حوزه معلولیت انجام می‌گیرد اما به نظر من عمده‌ترین مشکل عدم هماهنگی میان این فعالیت‌ها است. اگر می‌خواهیم اتفاق خوبی در حوزه معلولین رخ بدهد، باید همه نهادها، انجمن‌ها، سازمان‌ها و وزارتخانه‌ها در این حوزه اتفاق نظر داشته باشند و با هم، هم‌سو و هم‌جهت رفتار



تا از اتفاقات خاصی که در روزمره اتفاق می‌افتد با گوشی یا دوربین شخصی خود فیلم بگیرند یا فیلم ساده‌ای بسازند. زیرا همین فیلم‌ها پیام‌های بسیار مهمی را منتقل می‌کنند که برای ما مهم است. تکنیک مهم است ولی مهم‌تر از آن پیامی است که می‌تواند اثربخش و عمیق باشد.

• پنل‌های تخصصی سومین جشنواره بین‌المللی فیلم پرواز پیرامون چه موضوعاتی است؟ برگزاری این پنل‌ها در کنار جشنواره فیلم چه اهدافی را به دنبال دارد؟

ما تا کنون دو پنل تخصصی با دو عنوان مهم و کلی توان‌مندسازی و ابزارهای تسهیل‌گر اعلام کرده‌ایم. ما به دنبال این هستیم که علاوه بر بهره‌گیری از فواید فیلم، در سه روز جشنواره، با بهره‌گیری از تخصص و دانش افراد برجسته کشور و دنیا، روی مباحث علمی کار کنیم.

• منظور تان از توان‌مندسازی چیست؟

امروزه توان‌مندسازی یکی از دغدغه‌های مطرح دنیاست. برخی فکر می‌کنند توان‌مندسازی به معنای این است که چه راهکارهایی را پیش بگیریم

معلولیت زمانی که اسم معلول می‌آید تصویری از آن‌ها جلوی چشم افراد جامعه می‌آید که می‌گوید معلولان هزینه‌بر هستند و مدام باید مراقب آن‌ها بود. ما می‌خواهیم این نگرش را در جامعه تغییر بدهیم. نباید همیشه یک‌سویه به این مسئله نگاه کرد زیرا همین افراد معلول اگر به موقع و صحیح آموزش ببینند، مانند هر فرد سالمی می‌توانند توانمند باشند، می‌توانند مدیران خوبی باشند. من درباره مدینه فاضله صحبت نمی‌کنم. در حال حاضر معلولانی هستند که دچار معلولیت هستند و با آموزش‌های به موقع و درست در حوزه‌های مختلف مدیران خوب و موفق هستند. در حال حاضر بسیاری از معلولین در شرایط ایزوله‌ای هستند. ما می‌خواهیم شرایط آموزش این افراد را در جامعه و زندگی‌شان تسهیل کنیم. بافت شهری را برای حضور این افراد فراهم کنیم و نگرش‌ها را به سوی تسهیل‌گری تغییر دهیم تا این افراد نیز مانند همه افراد سالم بتوانند در مدارس عادی درس بخوانند و تعامل کنند. آن‌ها می‌توانند به عنوان نماینده‌ای از معلولان در محل زندگی خود باشند و به همان جامعه کوچک اطلاع‌رسانی و آگاهی دهند. از طرف دیگر با حضور این افراد، مردمی که در کنار آن‌ها زندگی می‌کنند در مورد مشکلات، توانمندی‌ها و مسائل معلولیت تجربه کسب می‌کنند. این‌ها همه در راستای فرهنگ‌سازی است که به عنوان رسالت خود پیش گرفته‌ایم.

• آیا نهادها، انجمن‌ها و مردم هم می‌توانند در این فرهنگ‌سازی مؤثر باشند؟

زمانی که می‌خواستیم دوره اول جشنواره را برگزار کنیم، با توجه به امکانات و اطلاع‌رسانی محدودی که داشتیم، برخی به ما گفته بودند که اگر ۱۰ الی ۱۵ فیلم برای تان ارسال کردند، خیلی فوق‌العاده خواهد بود. با این حال بعد از اطلاع‌رسانی، ما ۳۸۰ فیلم در دوره اول و در دوره دوم حدود ۴۰۰ فیلم در سطح ملی و بین‌المللی دریافت کردیم. این تعداد فیلم با کیفیت خوبی هم به دستمان رسید و به نظر من همین مسئله حاکی از این است که حوزه معلولیت دغدغه مردم است. حوزه حساس و ضروری است که نمی‌توان از آن چشم‌پوشی کرد و آن را نادیده گرفت. هر کدام از ما به نوعی با آن درگیر هستیم. به خاطر همین دغدغه آحاد مردم است. همان‌طور که گفتم اگر مدیریت بهتر فعالیت کند، می‌شود همه فعالیت‌ها را هم‌سو کرد تا اثربخشی بهتری داشته باشند. با این حال تنها مسئولین در این حوزه اثربخش نیستند و نهادها و مردم نیز تأثیر به‌سزایی در این حوزه دارند. من در این سه دوره تلاش کردم تا فیلم‌های موبایلی را وارد جشنواره کنم. درست است که بسیاری از کارشناسان سینما معتقدند که فیلم باید از تکنیک‌ها و شرایط خاصی برخوردار باشد اما هدف جشنواره معلولیت است و هنر سینما وسیله‌ای برای هدف اصلی آن است. ما می‌خواهیم از فیلم و رسانه استفاده کنیم تا فرهنگ‌سازی ایجاد شود. به همین منظور هم بخشی را برای والدین و معلم‌ها در نظر گرفتیم



در این مجمع افراد صاحب‌نظر بزرگی حضور دارند. با توجه به این که کنفرانس این مجمع در کنار آن برگزار می‌شود، من علاوه بر این که در این مجمع حضور خواهم داشت، در این کنفرانس نیز ورکشاپی نیز خواهم داشت. اصولاً در کنفرانس این مجمع آخرین پژوهش‌ها، آخرین تحقیقات صورت‌گرفته در هر کشور، ارائه می‌شود و از من نیز دعوت شده تا آخرین پژوهش‌م را ارائه دهم. به همین منظور من پژوهشی را که برای دکتر را انجام می‌دهم، در این کنفرانس ارائه خواهم داد. موضوع پژوهش بنده در خصوص مهندسی خلاقیت است. این علم جدید است و مانند شیمی و فیزیک اصولی دارد که می‌توان آن را آموزش داد. من برای اولین بار در دنیا این مهندسی خلاقیت را در حوزه معلولیت می‌آورم. این علم بسیار تأثیرگذار است ولی متأسفانه از آن افراد زیادی اطلاع ندارند. این مسئله برای اولین بار در دنیا قرار است انجام شود. مسئله مهم در این پژوهش این است که زمانی که ما از خلاقیت صحبت می‌کنیم، منظور این است که بتوان مسائل را به بهترین روش حل کرد. بهترین روش نیز به این معناست که با کم‌ترین هزینه بهترین بازدهی را برای‌مان داشته باشد. آن‌چه در حوزه معلولیت بسیار مهم است و علم مهندسی خلاقیت می‌تواند راهکار خوبی برای آن باشد، در خصوص آموزش دانش‌آموزانی است که دچار معلولیت هستند. آن‌ها خواهی‌نخواهی دچار مشکلاتی در دوره تحصیل می‌شوند. بنابراین ضرورت دارد که با استفاده از مهندسی خلاقیت به آن‌ها آموزش دهیم تا آن‌ها بتوانند مسائل



تا بتوانیم به افراد دچار معلولیت کمک کنیم؛ توان‌مندسازی به هیچ‌وجه به این معنا نیست بلکه توان‌مندسازی به معنای این است راهکارها و راهبردهایی را ارائه دهیم تا افراد معلول بتوانند مستقل زندگی کنند و بتوانند با کم‌ترین وابستگی و نیاز، کارهای شخصی خود را به بهترین حالت ممکن انجام بدهند.

• نقش ابزارهای تسهیل‌گر در توان‌مندسازی معلولین چیست؟

ابزارهای تسهیل‌گر به راهکارهای عملی گفته می‌شود که در حوزه‌های مختلف به معلولین کمک می‌کنند. به عنوان مثال ICT به افراد معلول که جهت دسترسی برای بیرون‌رفتن، ارتباطات کلامی و... مشکلاتی را دارند، کمک می‌کند. این روش مشکلات بسیاری را حل کرده است. چنان‌چه می‌توان به صراحت گفت افرادی که دچار معلولیت هستند، بیش‌تر از افراد سالم از فناوری و اینترنت استفاده می‌کنند.

• شما امسال برای سومین بار قرار است در مجمع جهانی آموزش

به افراد معلول و نابینا دعوت شده‌اید. قرار است در کنفرانس در چه موضوعی سخنرانی کنید؟
من نماینده ایران در مجمع جهانی آموزش به افراد معلول و نابینا هستم.



و مشکلات خود را در بهترین روش آن را انجام دهند و بتوانند افراد امیدوار، با اعتماد به نفس و موفق باشند و روی هم‌رفته افراد تأثیرگذاری در جامعه محسوب شوند. ▶



مریم پیربند



ویشکا آبوش



افسانه پاکرو



مهرداد سلیمانی



منصور فروزش

اعضای هیئت داوران بخش بین الملل سومین جشنواره فیلم پرواز

www.parvaziff.com



مورالی کاپوسامی



فرزاندووسکو



گفت و گوی نشریه غذا و دارو با دکتر امینی فرد

تولیدکنندگان نگاهشان را به بازارهای هدف تغییر دهند

دکتر محمدنعیم امینی فرد، سخن‌گوی کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی، مهمان ویژه غرفه غذا و دارو در نمایشگاه مطبوعات بود. او درباره وضعیت پی‌گیری مطالبات صنعت دارو از سوی مجلس با غذا و دارو به گفت‌وگو پرداخت. او معتقد است که دارو یک کالای استراتژیک است و باید به آن توجه ویژه‌ای داشت. در ادامه این گفت‌وگو را بخوانید:

رشته‌های بالینی مکرر با نسخه‌های عریض و طولی مواجه می‌شوم. در حالی که سازمان‌های بیمه‌گر روی این نسخه هیچ نظارتی ندارند. به نظر می‌رسد تدوین راهنمای بالینی مشخص و نظارت بر اجرای آن توسط بیمه‌ها و سازمان غذا و دارو میزان تقاضاهای القایی را که برای بیمه‌ها ایجاد تعهد می‌کند، مرتفع خواهد کرد. البته لازم است متذکر شوم که همه این مسائل مانع بر وظیفه و تعهد دولت و سازمان‌های بیمه‌گر در خصوص پرداخت مطالبات دارو نیست.

• اگر شرایط به همین منوال باقی بماند و مطالبات صنعت دارو پرداخت نشود، شما چه توصیه‌ای به تولیدکنندگان برای ادامه و سرپاماندن در این صنعت دارید؟

در بحث تولید با یک فرآیند اقتصادی روبه‌رو هستیم و نمی‌توانیم تنها با توصیه مشکلات تولیدکنندگان را حل کنیم. حتماً در خصوص پرداخت مطالبات تولیدکنندگان باید اقدامات جدی انجام دهیم. در عین حال توصیه ما این است تولیدکنندگان بازارهای صادراتی هدف را با دقت بیشتری مورد بررسی قرار دهند زیرا به لحاظ علمی توان بالقوه‌ای داریم. صنعت دارویی کشور در زمینه تولید دارو، پیشرفت‌های خوبی داشته است و مدعی هستیم که حدود ۹۵ درصد نیازهای دارویی را تولید می‌کنیم، با این حال زمانی که میزان واردات را با صادرات می‌سنجیم، می‌بینیم همان اقلام ۳ الی ۵ درصدی با میزان تولیدات برابری می‌کند. توصیه می‌کنم که تولیدکنندگان به چنین اقلامی که حجم قابل توجه ربالی را به خود اختصاص داده‌اند، توجه بیشتری کنند؛ البته نه همه اقلام وارداتی زیرا برخی از آن‌ها توجیه اقتصادی برای تولید ندارند اما حجم زیادی از دارو مکمل وارد ایران می‌شود و حتماً توجیه اقتصادی دارند.

• تولیدکنندگان معتقدند دولت فضا را برای فعالیت واردکنندگان باز گذاشته است در حالی که همین فضا برای آن‌ها بسیار بسته است.

به طور کلی در کشور ما در ارتباط با تولید و کسب و کار موانع جدی وجود دارد و تنها مختص دارو نیست. با این حال به دلیل این که دارو یک کالای استراتژیک است و باید نگاه جدی‌تر به آن کرد. درست است که تحریم دارویی برای کشورمان اعمال نشد ولی عملاً ساز و کارهای مالی به شکلی بود که قبل از برجام ما با مشکلات عدیده‌ای روبه‌رو بودیم. این مسئله برای کشور اهمیت استراتژیکی دارد. به نظر من سندیکاها می‌توانند مشکلاتشان را با کمیسیون و سازمان غذا و دارو مطرح کنند. کمیسیون آمادگی دارد و بارها از شرکت‌های دانش‌بنیان که دارو تولید کردند بازدید داشته است. ▶

• در حال حاضر به گفته فعالان صنعت دارو بحث نقدینگی و مطالبات معوقه از سازمان‌های بیمه‌گر یکی از مهم‌ترین دغدغه‌های آن‌ها به

شمار می‌رود. مجلس در این حوزه چه اقداماتی انجام داده است؟
در حال حاضر مجلس معتقد است که به پرداخت مطالبات صنعت دارو باید توجه بیشتری شود. این نگاه ویژه در سازمان برنامه و بودجه، وزارت بهداشت، سازمان‌های بیمه‌گر و سندیکا بوده است. در حالی که در سال‌های اخیر شاهد بودیم که در دانشگاه‌های علوم پزشکی، اولویت اول پرداخت هزینه داروی مراکز بهداشتی و درمانی وابسته به آن‌ها نبود. همین مسئله موجب بروز مشکلاتی شد. با توجه به عزمی که اکنون مجلس دارد، وزارت بهداشت باید روی پرداخت مطالبات دارو در دانشگاه‌ها تأکید کند و آن را در اولویت اول قرار بدهد. البته پرداخت خزانه نیز به صورت قطره‌چکان بود که در نشست‌های مشترکی که داشتیم، متعهد شد اقدام قاطعی برای پرداخت مطالبات دارو انجام دهد و اکنون فشارهای مضاعفی روی خزانه برای پرداخت بودجه‌های تخصیص داده شده است. زمانی که اعتباری از سوی سازمان برنامه و بودجه و مجلس تخصیص داده می‌شود، آن را به خزانه اعلام می‌کند تا آن را پرداخت کند. به نظر من همین عزمی که وجود دارد و به خزانه فشار وارد می‌شود تا به صورت قاطع بودجه تخصیص یافته را پرداخت کند، مهم است. با این حال مسئله دیگری هم هست که تولیدکنندگان باید به آن توجه کنند. با این حال به نظر نمی‌رسد عزمی از سوی شرکت‌های دارویی در خصوص صادرات نمی‌بینیم در حالی که وضعیت نسبی خوبی برای صادرات به بازارهای منطقه را داریم. شاید جذاب بودن بازار قابل توجه کشور، موجب شده تا به همین میزان قناعت کنند.

• بسیاری از تولیدکنندگان در خصوص صادرات عکس این مطلب را می‌گویند. آن‌ها گفته‌اند که زمانی که دخل و خرج‌شان با هم یکی نیست، نمی‌توانند در عرصه صادرات قدمی بردارند.

میزانی از حرف‌های تولیدکنندگان درست و مورد تأیید است اما به نظر من صنعت دارو نیاز دارد که بازنگری در حوزه بازارهای هدف داشته باشد.

• به نظر شما با توجه به گفته‌های فعالان صنعت، آیا صنعت توانایی این را دارد که با این بحران نقدینگی، بازنگری روی بازارهای هدف داشته باشد؟

به نظر بنده یکی از مشکلات در این خصوص، تجویز غیر منطقی دارو است که مشکلات عدیده‌ای به وجود آورده است. بنده به عنوان متخصص



به دنبال برگزاری نمایشگاه‌های تخصصی هستیم

دکتر مهرشاد کاظمی، رئیس اداره فرهنگ و ارشاد شهر تهران مهمان غرفه غذا و دارو در نمایشگاه مطبوعات بود. غذا و دارو با او درباره نقش رسانه و نمایشگاه مطبوعات به گفت‌و‌گو نشست. دکتر کاظمی معتقد است که برگزاری نمایشگاه‌های تخصصی بسیار مهم است. به گفته او تأثیر نمایشگاه تخصصی کتاب‌های پزشکی و دارویی و نمایشگاه تخصصی مطبوعات سلامت‌محور در نمایشگاه ایران‌فارما بسیار قابل توجه بوده است. به گفته وی برگزاری نمایشگاه تخصصی رسانه‌های سلامت‌محور موجب ایجاد تعامل میان صنعت دارویی کشور و رسانه‌ها شد و صنعت دارویی شناخت مناسبی از رسانه‌ها پیدا کردند. در ادامه این گفت‌و‌گو را بخوانید:

• به نظر شما برگزاری نمایشگاه مطبوعات چه قدر در اهداف خود موفق بوده است؟

نمایشگاه مطبوعات بیست‌وسومین دوره خود را برگزار کرد، بنابراین در این حوزه سابقه طولانی دارد. استقبال مردم نیز از این نمایشگاه بالاست. بنابراین می‌توان گفت نمایشگاه مطبوعات با این سابقه و استقبال در راستای اطلاع‌رسانی و معرفی نشریات نقش مؤثری داشته است. گرچه در سال‌های اخیر فضای مجازی بخش اعظمی از این وظیفه را انجام داده و اطلاع‌رسانی می‌کند.

• برگزاری نمایشگاه مطبوعات چه میزان می‌تواند برای رسانه‌های تخصصی مؤثر و مفید باشد؟ در مقایسه با نمایشگاه تخصصی رسانه‌های سلامت‌محور، به نظر شما تا چه میزان توانسته نیازهای نشریات و رسانه‌های تخصصی را تأمین کند؟

معمولاً افراد از نمایشگاه‌های تخصصی راضی‌تر هستند. ما این مسئله را در حوزه نمایشگاه تخصصی کتاب هم مشاهده کردیم. زمانی که نمایشگاه بین‌المللی کتاب برگزار شد، رقم بازدید بسیار بالا بود و نشریه متخصص به دلیل بازدیدکننده زیاد باید به دنبال مخاطب خود می‌گشت. نمایشگاه مانند دریا بود و ناشر تخصصی در آن غرق شده بود، در حالی که در نمایشگاه ایران‌فارما متخصص‌ها آمدند و تکلیف مخاطبان‌شان معلوم بود. در نمایشگاه مطبوعات هم وضعیت به همین شکل بود. در نمایشگاه رسانه‌های سلامت‌محور، مشخص بود مخاطب چه کسی است و چه تخصصی دارد. در نتیجه بحث‌ها هم تخصصی‌تر بود و به نتیجه می‌رسیدند. با این حال در نمایشگاه مطبوعات بحث عمومی‌تر است و در رشته‌های مختلف صحبت می‌کنند. دستاوردهای این نمایشگاه برای نشریات عمومی‌تر است. در حالی که در نمایشگاه‌های تخصصی چه در مطبوعات و چه در حوزه کتاب مخاطب خود را به راحتی پیدا می‌کنند زیرا فضا کوچک‌تر است. ما هم به دنبال این هستیم که تعداد این نمایشگاه‌های تخصصی را زیاد کنیم. ▶

• اولین نمایشگاه رسانه‌های سلامت‌محور امسال در کنار نمایشگاه ایران‌فارما برگزار شد. برگزاری این رویداد را چگونه ارزیابی می‌کنید؟

امسال در نمایشگاه ایران‌فارما، برای اولین بار نمایشگاه رسانه‌های سلامت‌محور برگزار شد که با این‌که تجربه اول آن بود اما استقبال خوبی از آن شده بود. هدف برگزاری از این نمایشگاه ایجاد تعامل میان صنعت دارویی کشور و رسانه‌ها در راستای نقشی بود که رسانه‌ها می‌توانستند در صنعت دارویی داشته باشند. بنابراین شناختی میان این دو بخش در این نمایشگاه صورت گرفت. قطعاً رسانه‌های سلامت‌محوری که در نمایشگاه ایران‌فارما حضور داشتند، به این مسئله واقف بودند که مطبوعات می‌تواند نقش مهمی در حوزه اطلاع‌رسانی در حوزه سلامت مانند سلامت عمومی، ورزش‌های همگانی، بخش دارویی و... داشته باشد. در نتیجه صنعت دارویی می‌تواند در بخش‌های مختلفی حتی تبلیغات نیز با این رسانه‌ها همکاری داشته باشد.



گفت‌وگو با دکتر هاشمی هفشجانی اصفهان؛ قطب آینده گردش‌گری سلامت در منطقه

دکتر سیدمجید هاشمی هفشجانی، مدیر عامل شرکت پخش هجرت اصفهان است. با توجه به نزدیک شدن نمایشگاه بین‌المللی اصفهان‌فارما، با او درباره صنعت داروسازی اصفهان و ظرفیت‌های این استان به گفت‌وگو پرداختیم. دکتر هاشمی، برگزاری نمایشگاه‌هایی مانند اصفهان‌فارما را فرصت مغتنمی برای معرفی توانمندی‌های فنی و اقتصادی دارو و صنایع وابسته به آن در اصفهان دانست. به عقیده او، استان اصفهان ظرفیت‌های لازم را برای جذب سرمایه‌گذاری‌های داخلی و خارجی دارد و به عنوان یکی از سه استان مطرح کشور در حوزه تولیدات دارویی باید از این فرصت جهت نشان‌دادن توانمندی‌ها استفاده کرد. در ادامه این گفت‌وگو را می‌خوانید:

• نقش رویداد و همایش را در توسعه اقتصادی چگونه ارزیابی می‌کنید؟

همایش‌ها امروزه یکی از ابزارهای قدرتمند در فضای کسب و کار کشورها محسوب می‌شوند. در صورتی که آن‌ها با برنامه‌ریزی اجرا شوند، نتایج مثبت و تعیین‌کننده‌ای را برای توسعه اقتصادی کشور خواهند داشت. بنابراین می‌توان گفت همایش یک ضرورت اجتناب‌ناپذیر برای معرفی توانمندی‌های اقتصادی کشور از جمله در حوزه دارو و صنایع وابسته به آن در سطح بین‌المللی خواهد بود. خوشبختانه این فرصت چند سالی است در کشورمان از طریق نمایشگاه‌هایی مانند ایران‌فارما فراهم شده است و در همین راستا برگزاری همایش و نمایشگاه اصفهان‌فارما را در قطب صنعت سلامت و گردش‌گری ایران و چه بسا منطقه‌ای زیبا یعنی اصفهان، به فال نیک می‌گیرم و فرصت مغتنمی برای ابزار عظمت و توانایی صنعت استراتژیک دارو می‌دانم. از جمله پیامدهای اقتصادی که برگزاری نمایشگاه اصفهان‌فارما دارد، می‌توان به معرفی ظرفیت و پتانسیل موجود در زمینه دارو و صنایع وابسته به آن در سطح بین‌المللی، تأثیرگذاری بر بازار دارویی



داخلی و خارجی، برقراری ارتباط با مراکز علمی و تحقیقاتی بین‌المللی، ارائه آخرین دستاوردها و نوآوری‌های این صنعت و صنایع وابسته به آن به علاقه‌مندان و مخاطبین، جذب سرمایه‌گذاری خارجی و امکان ایجاد تشکیل شرکت‌های چندملیتی، ایجاد اتاق فکر در راستای هم‌اندیشی و توسعه زیرساخت‌ها، ارائه و معرفی توانمندی‌های دارو و صنایع وابسته به آن جهت افزایش صادرات و درنهایت فراهم‌سازی گفت‌وگو و ارتباط چهره به چهره فعالان، صاحب‌نظران و علاقه‌مندان داخلی و خارجی این صنعت اشاره کرد.

اصفهان جزو سه استان اول و مطرح کشور در زمینه تولیدات دارویی و همچنین امکانات درمانی است که در صورت تمرکززدایی از پایتخت و معرفی زیرساخت‌ها و توانمندی‌های این استان در زمینه صنایع دارویی و گردش‌گری سلامت می‌توان در کنار جذب سرمایه‌گذاری‌های خارجی، آن را هدف گردش‌گری سلامت در سطح منطقه در سال‌های آتی دانست

• وضعیت صنعت داروسازی در اصفهان را چگونه است؟

در میان استان‌های کشور، اصفهان به عنوان یکی از قطب‌های سلامت، صنعت داروسازی و صنایع جانبی وابسته به آن به شمار می‌رود. وجود شرکت‌های داروسازی فارابی، امین، رها، گل‌دارو و ریحان، دانشکده داروسازی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و وجود بیش از ۷۰ شرکت توزیع دارویی و سراسری، منطقه‌ای و استانی، مراکز تحقیقاتی و تأسیس بزرگ‌ترین شهرک سلامت کشور در راستای توسعه گردش‌گری سلامت و منابع انسانی و امکانات سخت‌افزاری و نرم‌افزاری نشان از ظرفیت و توان‌مندی بالای استان اصفهان، در عرصه سلامت و صنایع دارویی است. اصفهان جزو سه استان اول و مطرح کشور در زمینه تولیدات دارویی و همچنین امکانات درمانی است که در صورت تمرکززدایی از پایتخت و معرفی زیرساخت‌ها و توان‌مندی‌های این استان در زمینه صنایع دارویی و گردش‌گری سلامت می‌توان در کنار جذب سرمایه‌گذاری‌های خارجی، آن را هدف گردش‌گری سلامت در سطح منطقه در سال‌های آتی دانست. قطعاً برگزاری رویداد مهم اصفهان‌فارما در اصفهان نشان‌دهنده اهمیت و اعتبار اصفهان به عنوان قطب سلامت و گردش‌گری در سطح منطقه است.

اصفهان‌فارما می‌تواند فرصتی در سطح بین‌المللی و به اهالی صنعت داروسازی کشور، برای جلب سرمایه‌گذاری خارجی، همکاری‌های بین‌المللی، هم‌افزایی در صنعت دارویی و زمینه‌سازی برای توسعه و گسترش صادرات، به عنوان یکی از مهم‌ترین الزامات ارتقای صنعت داروسازی و برقراری زمینه‌های لازم برای در اختیارگرفتن سهم بالاتری از بازارهای داخلی و بین‌المللی باشد

• به نظر شما اصفهان‌فارما تا چه میزان می‌تواند در توسعه فعالیت‌های دارویی در اصفهان اثرگذار باشد؟

اصفهان‌فارما را می‌توان یک فرصت مغتنم برای معرفی توان‌مندی‌های فنی و اقتصادی دارو و صنایع وابسته به آن در اصفهان دانست. اصفهان‌فارما می‌تواند فرصتی در سطح بین‌المللی و به اهالی صنعت داروسازی کشور، برای جلب سرمایه‌گذاری خارجی، همکاری‌های بین‌المللی، هم‌افزایی در صنعت دارویی و زمینه‌سازی برای توسعه و گسترش صادرات، به عنوان یکی از مهم‌ترین الزامات ارتقای صنعت داروسازی و برقراری زمینه‌های لازم برای در اختیارگرفتن سهم بالاتری از بازارهای داخلی و بین‌المللی باشد. همچنین این رویداد می‌تواند بستری مناسب برای ارتقا و انتقال تکنولوژی و پیشرفت این صنعت باشد. انشالله با ظرفیت‌های خوب اقتصادی و دانش فنی این صنعت در اصفهان و تبادل دانش و اطلاعات با سایر کشورها و توجه ویژه و حمایت بیش از پیش دولتمردان، سازمان‌ها و وزارتخانه‌های ذی‌ربط به این استان، اصفهان بتواند نقش راهبردی خود را در توسعه اقتصادی کشور همچون سایر زمینه‌ها به خوبی ایفا کند.

• به عقیده شما چالش‌هایی که امروزه صنعت داروسازی در ایران با آن مواجه است چه مواردی است؟

در حال حاضر از مهم‌ترین دغدغه‌های مهم داروسازی و صنایع وابسته به آن به مواردی همچون برقراری ارتباط با مراکز تحقیقاتی، بین‌المللی و بسترسازی مناسب برای تجارت بین‌المللی در این زمینه، عدم حمایت کافی از تولیدات داخلی و واحدهای بخش خصوصی و همچنین اصلاح شاخص‌های اقتصادی دارو از جمله قیمت‌گذاری می‌توان اشاره کرد. همچنین مدت‌هاست زنجیره تأمین دارو دچار یک چالش و بحران بزرگی است که آن هم مربوط به بدهی سنگین و معوق بیمارستان‌ها و مراکز درمانی به شرکت‌های توزیع دارو و تأمین‌کنندگان آن است و به شدت به ساختار مالی آنان آسیب جدی وارد کرده است. امید است با برداشتن موانع از سر راه این صنعت شاهد توسعه بیش از پیش صنایع داروسازی میهن عزیزمان باشیم.

مدت‌هاست زنجیره تأمین دارو دچار یک چالش و بحران بزرگی است که آن هم مربوط به بدهی سنگین و معوق بیمارستان‌ها و مراکز درمانی به شرکت‌های توزیع دارو و تأمین‌کنندگان آن است و به شدت به ساختار مالی آنان آسیب جدی وارد کرده است

• فعالیت‌های تحقیقاتی و دانشگاهی را در صنعت داروسازی ایران چگونه ارزیابی می‌کنید؟

بدون شک نقش فعالیت‌های تحقیقاتی و دانشگاهی، دانشکده داروسازی و شرکت‌های دانش‌بنیان و دانشمندان و محققان و فعالان این عرصه در ارتقای کیفیت و کمیت صنعت داروسازی کشور بی‌بدیل و غیر قابل انکار است. انشاءالله بتوانیم با بهره‌گیری از این توان و ظرفیت‌ها داخلی، تکنولوژی‌های نوین و همچنین جلب و جذب سرمایه‌گذاری خارجی و تجارت جهانی موانع را از سر راه این صنعت برداشته و با نگاهی استراتژیک، رونق‌دهنده این صنعت در سطح بین‌المللی و جهانی باشیم.

گفتنی است که دکتر هاشمی هفشجانی، مدیر عامل شرکت پخش هجرت اصفهان، متولد ۲۱ فروردین سال ۱۳۴۹ است. او مدرک دکترای مدیریت حرفه‌ای کسب کار دارد و علاوه بر تجارب مدیریتی در حوزه دارو، به عنوان یکی از فعالان موفق در صنعت دارویی کشور و اصفهان، کارنامه درخشانی دارد. ▶

شماره ۲۳، سال دوم، آذر ۱۳۹۶

نشریه داخله



سندیکای صاحبان صنایع داروهای انسانی ایران



رئیس سندیکای صاحبان صنایع داروهای انسانی هشدار داد:

پیش‌بینی بحران دارو نزدیک می‌شود

گفت‌وگو:

رشد و توسعه صنایع تولیدی؛ مهمترین رسالت سندیکا

کلاف سردرگم مطالبات،

تولیدکنندگان دارو ارایه خدمات را با مشکل مواجه کرده است

شناسنامه

صاحب امتیاز: سندیکای صاحبان صنایع داروهای انسانی ایران

مشاوران: دکتر احمد شبیانی، دکتر عباس کبریایی‌زاده، دکتر غلامرضا اخوان‌فرید، دکتر ابوالحسن احمدیانی،

دکتر مرتضی خیرآبادی، دکتر مهرداد علیمیان، دکتر محمدرضا زرگرزاده، دکتر حسن ریاحی، دکتر مهدی سلیمانجاهی

باتشکر از: مریم بلوریان، سمانه زارع، آیدین پدram

روابط عمومی: شفق ضرغامی

طراحی، انتشار و توزیع: مؤسسه رسایش

نشریه تخصصی صنعت غذا و دارو
غذا و دارو
غذا، دارو است.

رئیس سندیکای صاحبان صنایع داروهای انسانی هشدار داد: بحران دارو نزدیک می‌شود

متبوع آگاهی و استحضار دارید. متأسفانه به رغم پی‌گیری و تلاش فراوان همکاران شما در حوزه دارو و این سندیکا به نمایندگی از سوی صاحبان صنایع داروسازی و سایر دست‌اندرکاران و ذی‌نفعان بخش سلامت و دارو تا کنون اقدامی در رفع مشکل مذکور صورت نگرفته و نتیجه‌ای حاصل نشده است و پیش‌بینی نزدیک به یقین می‌شود که ادامه این وضع عوارض و مشکلات جبران‌ناپذیری را به وجود آورد.

لذا لازم دانستیم برای چندمین بار به عنوان سندیکای صاحبان صنایع داروسازی کشور به نمایندگی از سوی حدود یکصد شرکت داروسازی مراتب را به استحضار حضرت عالی که مسئولیت خطیر بهداشت، درمان را عهده‌دار می‌باشید، برسانیم.

باشد با دستور و تأکید حضرت عالی و عنایت و توجه مسئولین ذی‌ربط ضمن باور و قبول این معضل و مشکل اساسی که دامن‌گیر دارو و صنعت داروسازی کشور شده است با اقدام عاجل رفع گردد. گفتنی است شیبانی چندی پیش با حضور در بیست‌وسومین نمایشگاه مطبوعات و مصاحبه با رسانه‌های مختلف تأکید کرده بود: دارو با هیچ کالا و محصولی قابل مقایسه نیست. دارو محصولی است استراتژیک که به صورت مستقیم با سلامت افراد جامعه سر و کار دارد و نمی‌توان هیچ محصولی را جایگزین آن کرد. به همین دلیل باید تصمیم‌گیران اقتصادی و سلامتی کشور به این باور برسند که این محصول یک کالای استراتژیک است. متأسفانه در حال حاضر برخی مسئولان به این باور نرسیده‌اند و اگر این باور وجود داشت وضعیت دارو به صورت فعلی نبود.

به گفته وی، هم‌اکنون حدود ۱۵۰ کارخانه داروسازی در کشور وجود دارد. هم‌چنین ۲۱۰۰ قلم دارو در بازار دارویی کشور وجود دارد که از این مقدار ۱۷۵۰ قلم تولید داخل و ۲۵۰ قلم وارداتی است. در بخش تولید ۹۷ درصد داروی مورد نیاز کشور در داخل تولید می‌شود. در سال گذشته ۴۶ میلیارد عدد دارو در کشور مصرف شده که ۴۴ میلیارد عدد از این داروها تولید داخل بوده است. بنابراین از همه این عدد و رقم‌ها می‌توان نتیجه گرفت که ارزش و پتانسیل تولید داخل چیست. ▶

رئیس سندیکای صاحبان صنایع داروهای انسانی در نامه‌ای خطاب به وزیر بهداشت گفت: «صاحبان صنایع داروسازی کشور اکنون در بحران نقدینگی به سر می‌برند که به دنبال سال‌های گذشته است. گردش مالی شرکت‌های داروسازی کشور که حدود ۹۷ درصد نیازهای دارویی را تأمین می‌کنند، به دلیل مطالباتی که از سازمان‌ها و مؤسسات درمانی دولتی به بیش از ۴ هزار میلیارد رسیده است که حدود ۲۵۰۰ میلیارد تومان آن، از سررسید گذشته است.

احمد شیبانی در این نامه با اشاره به پیامدهای تأخیر در پرداخت مطالبات، از وزیر بهداشت درخواست اقدامات عاجل در این زمینه را کرد. متن کامل نامه به شرح زیر است:

جناب آقای دکتر هاشمی
وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

با سلام و احترام؛

همان‌گونه که استحضار دارید صاحبان صنایع داروسازی کشور که تهیه و تأمین حدود ۹۷ درصد از نیازهای دارویی کشور را به عهده دارند، در سال جاری و ماه‌های اخیر و در ادامه سال‌های گذشته با بحران عدم نقدینگی و گردش مالی به دلیل مطالبات به روز و سررسید شده از سازمان‌ها و مؤسسات درمانی دولتی مواجه هستند که رقم این مطالبات در حال حاضر به بیش از ۴،۰۰۰ میلیارد تومان رسیده که بیش از ۲،۵۰۰ میلیارد تومان آن سررسید شده می‌باشد.

لذا شرکت‌های داروسازی به لحاظ نبود نقدینگی و ضعف مالی از تهیه و تدارک مواد و عوامل ساخت و تولید دارو و عرضه به موقع آن با مشکل روبه‌رو هستند به گونه‌ای که به تدریج به کمبود و نبود دارو و عدم عرضه به موقع روبه‌رو هستیم و هر چه این مشکل ادامه یابد عوارض و آسیب کمبود و نبود اقلام دارویی که در جایگاه حیاتی و استراتژیک قرار دارد بیش‌تر نمایان و بروز خواهد کرد که بدیهی است عوارض سلامتی، اجتماعی و حتی امنیتی در پی خواهد داشت. که حضرت عالی و همکاران محترم حوزه دارویی وزارت



در گفت‌وگو با عضو هیئت مدیره سندیکای صاحبان صنایع داروهای انسانی ایران شد: رشد و توسعه صنایع تولیدی؛ مهم‌ترین رسالت سندیکا

گزارش



محمدرضا زرگرزاده عضو هیئت مدیره سندیکای صاحبان صنایع داروهای انسانی ایران در گفت‌وگویی اختصاصی با تأکید بر ارتقا و توسعه صنعت داروسازی کشور به عنوان رسالت سندیکا در همه دوره‌ها بیان کرد: سندیکا بدون مشارکت فکری و عملی اعضا نمی‌تواند به اهداف خود جامه عمل بپوشاند.

انتقام‌گیرنده نباشد، مطمئناً اگر مزاحم دو طرف سرمایه‌پذیر و سرمایه‌گذار نشویم به طرق مختلف و واهی، خود راه بگودیت که چون باید رفت! بی‌شک ما اولین سرمایه‌گذاری‌ها را و جلب سرمایه را در عالم خلقت تجربه نمی‌کنیم، نیازی هم به اختراع دوباره چرخ نیست. کافی است چشم‌ها را بشویم، واقعیت‌ها را ببینیم، صداقت داشته باشیم، از تصمیمات جزیره‌ای پرهیز کنیم، منافع خرد و دم دستی ما را از منافع بلندمدت دور نکنند، تنگ‌نظری و انحصارطلبی و قدرت‌نمایی هم در بخش‌های مختلف به حداقل برسد، نتیجه خواهیم گرفت. این چیز بدیع و نوظهوری نیست که سخت باشد. سندیکا با برقراری تعاملات نزدیک و تلاش برای مفاهیم بین بخشی و نشان‌دادن توان علمی و عملیاتی صنایع دارویی می‌تواند زمینه را برای این مهم فراهم آورد.

• یکی از مهم‌ترین موضوعاتی که سندیکا، در دوره پیش، پی‌گیر آن بود، شرایط پیوستن به WTO بود. به عقیده شما، صنعت داروسازی ایران، با توجه به شرایط فعلی، آمادگی ورود به بازارهای جهانی را دارد؟ در حال حاضر خیر، ولی این موضوعی نیست که صنایع دارویی ما نخواهند یا نتوانند به آن برسند. عزم ملی و تصمیمات و سیاست‌های بالاسری باید بخواهد و بتواند. باید دانش، فهم کامل و اراده‌ای در سیاست‌گذاران کلان صنعتی وجود داشته باشد که این مهم انجام شود. صنعت دارو بخشی از بدنه صنعتی کشور است که البته در همه جای دنیا استراتژیک تلقی می‌شود. البته با تظاهر و شعار این مهم انجام نخواهد شد. باید برنامه‌ای کلان به دور از سیاسی‌کاری در کشور وجود داشته باشد و صنایع دارویی هم متناسب با آن برنامه، مسیر ورود به بازار جهانی را ترسیم کنند. بدون شک با فکر و برنامه‌ریزی‌های جزیره‌ای، هیچ توفیق عملی حاصل نخواهد شد.

• برون‌سپاری و تمرکززدایی صنعت داروسازی از تهران تا چه میزان ضرورت دارد؟

ما در شهرستان‌ها توان صنعتی زیادی خصوصاً در تأمین نیازمندی‌های حمایتی صنایع تولیدکننده محصولات دارویی از جمله صنایع چاپ، بسته‌بندی، تولید اکسپانسیون‌ها و... داریم. شناسایی و به کارگیری همه این توان‌مندی‌های داخلی گمنام، قطعاً ما را در تولید با هزینه کم‌تر و نیل به اهداف اقتصاد مقاومتی یاری خواهد کرد. ▶

• به عقیده شما در حال حاضر، مهم‌ترین اولویت صنعت داروسازی برای اجرا، شامل چه مواردی است؟

به نظر بنده مهم‌ترین اولویت‌های صنعت داروسازی برای اجرا شامل تدوین برنامه توسعه نظام دارویی کشور برای میان‌مدت و بلندمدت، خروج از روزمرگی، آموزش در همه سطوح اجرایی شرکت‌ها، استقرار سیستم‌های مدیریتی، توجه جدی به مستندسازی بر اساس نیازمندی‌های روز داروسازی، اصلاح ساختار مالی شرکت‌ها، لزوم توجه به تحقیق و توسعه و نه فقط فرمولاسیون است.

• نقش سندیکا را در وضعیت فعلی صنعت داروسازی ایران چگونه ارزیابی می‌کنید؟ رسالت سندیکا در این دوره چیست و چه چشم‌انداز و اهدافی را باید دنبال کند؟

نقش و رسالت سندیکا در همه ادوار یکی است: رشد، ارتقا، توسعه و هماهنگی صنایع تولیدی. شکل مأموریت آن در مقاطع مختلف با توجه به مسائل مبتلا به تغییر می‌کند. البته باید توجه کرد که این سندیکاست که این وظایف را دارد و هیئت مدیره موظف است در راستای این وظایف گام بردارد. به عبارت دیگر هیئت مدیره نخواهد توانست بدون مشارکت فکری و عملی اعضا، توفیقی داشته باشد. به نظر بنده تدوین برنامه راهبردی صنعت داروسازی و توسعه آن، ایجاد فهم مشترک بین بخش تولیدی و ناظر (مشخصاً دولت و وزارت بهداشت)، احقاق حقوق از دست‌رفته و نادیده‌گرفته‌شده صنایع تولیدی، معرفی صنایع دارویی و اهمیت آن‌ها در خانواده صنایع و بدنه صنعتی کشور، ایجاد هم‌افزایی در بین صنایع با هدف کاهش هزینه‌های تولید و برقراری تعامل بین صنعت داروسازی با دو عنصر اصلی مرتبط در کشور یعنی نظام سلامت و نظام صنعتی از اهم پی‌گیری‌ها و مسئولیت‌های سندیکاست.

• به نظر شما، چگونه می‌توان زمینه‌های افزایش جذب سرمایه‌گذاری را در صنعت داروسازی، فراهم ساخت؟ سندیکا چگونه می‌تواند در این حوزه اثرگذار باشد؟

این مشکل مبتلا به کل صنعت ماست. به نظرم کافی است ما از یک‌طرف دست و پای تولیدکننده خودمان را با حذف بروکراسی زائد و بی‌جا باز بگذاریم و هر واحد ناظر فقط به حیطة مسئولیت خود بپردازد. از طرف دیگر برای سرمایه‌گذار چه خارجی و چه داخلی احترام و تکریم قائل باشیم و نگاه به سرمایه‌گذار منفی و

عضو هیئت مدیره سندیکای صاحبان صنایع داروهای انسانی ایران: کلاف سردرگم مطالبات تولیدکنندگان دارو ارائه خدمات را با مشکل مواجه کرده است



غلامرضا اخوان فرید در گفت‌وگویی اختصاصی با انتقاد از سیاست اجرایی دولت در خصوص صنعت استراتژیک داروسازی بیان کرد: بی‌توجهی و عدم اقدام ضروری و به موقع، ادامه ارائه خدمات از سوی شرکت‌های داروسازی را با مشکل و کمبود بیش‌تر مواجه می‌کند.

به گزارش روابط عمومی سندیکا، وی با انتقاد از اجرای طرح تحول سلامت بیان کرد: در حال حاضر کمبود نقدینگی و مشکلات ناشی از مطالبات صنعت از دولت و طرح تحول سلامت، آن‌چنان گریبان صنعت داروسازی را گرفته که تصمیم‌گیری در مورد هر کار اجرایی را از مدیران این حوزه سلب و این صنعت را تبدیل به کلافی سردرگم و بلا تکلیف کرده است؛ در حالی که صنعت داروسازی کشور از افتخارات ملی کشور بوده و سابقه خدمات ارزنده آن در دهه گذشته خصوصاً در طول ۸ سال دفاع مقدس بر کسی پوشیده نیست، هیچ‌کس نمی‌داند و جواب‌گو نیست عاقبت طرح تحول سلامت به کجا می‌رسد و این نابه‌سامانی، کمبود بودجه و عدم تأمین به موقع منابع مالی تا کی ادامه دارد.

وی افزود: این صنعت در بدترین شرایط نظیر کمبود ارز، افزایش ۳۰۰ درصدی نرخ ارز در سال ۱۳۹۱ و تا حدودی تحریم‌ها در دوران دولت نهم را با موفقیت پشت سر گذاشته و هم‌چنان به عرضه خدمات خود ادامه داده است اما وضعیت کنونی به دلیل نامشخص بودن سیاست‌های آتی دولت در قبال این طرح و بدهی‌های فعلی به حوزه دارو، نه تنها کلیه برنامه‌های توسعه کمی و کیفی صنایع دارویی را تحت‌الشعاع قرار داده و متوقف شده است؛ بلکه کلیه واحدهای داروسازی را در تأمین مواد اولیه و مایحتاج دیگر دچار مشکل کرده و تهدیدی برای توقف خطوط تولیدی آن‌ها شده است.

عضو هیئت مدیره سندیکای صاحبان صنایع داروهای انسانی ایران هشدار داد: یقیناً بی‌توجهی و عدم اقدام ضروری و به موقع، ادامه ارائه خدمات این واحدها را با مشکل و کمبود بیش‌تر مواجه می‌کند. متأسفانه به رغم فعالیت و اقداماتی که از سندیکای قبلی شروع شده و در این سندیکا ادامه داشته، هم‌چنین تلاش سازمان غذا و دارو و دیگر سازمان‌ها، تا به حال هیچ‌گونه اقدام جدی در زمینه پرداخت مطالبات به صنعت داروسازی صورت نگرفته است.

اخوان فرید در پاسخ به این سؤال که نقش سندیکا در وضعیت فعلی صنعت داروسازی چیست، بیان کرد: سندیکای صاحبان صنایع داروهای انسانی همانند دیگر سازمان‌های مردم‌نهاد می‌تواند نقش مؤثری در توسعه پایدار این صنعت ایفا کند. با وجود این که این صنعت قادر است ۹۸ درصد نیاز کشور را تأمین کند، در کیفیت فرآورده‌های دارویی تولید داخل در

یقیناً بی‌توجهی و عدم اقدام ضروری و به موقع، ادامه ارائه خدمات این واحدها را با مشکل و کمبود بیشتر مواجه می‌کند. متأسفانه علی‌رغم فعالیت و اقداماتی که از سندیکای قبلی شروع شده و در این سندیکا ادامه داشته، هم‌چنین تلاش سازمان غذا و دارو و دیگر سازمان‌ها، تا به حال هیچ‌گونه اقدام جدی در زمینه پرداخت مطالبات به صنعت داروسازی صورت نگرفته است.

مقایسه حتی با برندهای جهانی اختلاف معناداری مشاهده نمی‌شود اما برای حضور در بازارهای جهانی، کمبودها و بر اساس مقررات GMP کاستی‌هایی وجود دارد، لذا نوسازی و به‌سازی واحدها، ارتقای سطح تکمیل مستندات، افزایش سطح آگاهی نیروهای کلیدی شاغل در صنعت، اخذ گواهی‌های PICS معتبر جهانی برای ثبت واحدها و فرآورده‌های آن‌ها در کشورهایی که امکان صادرات فرآورده‌های دارویی به آن‌ها وجود دارد، امری اجتناب‌ناپذیر است.

به گفته وی خوشبختانه در آیین‌نامه‌های این سندیکا کمیته‌های مختلفی شامل آموزش و پژوهش، مالی و اقتصادی، تنظیم بازار، صادرات، قوانین و مقررات، روابط عمومی و تشکیلات و بالاخره بازاریابی و اطلاع‌رسانی پیش‌بینی شده و در صورتی که مسئولین و اعضای این کمیته بتوانند به وظیفه خودشان خوب عمل کنند و خصوصاً با سازمان غذا و دارو که مسئولیت غذا و داروی کشور را در ابعاد مختلف به عهده داشته، سندیکا بتواند تأمل و هماهنگی‌های لازم را برقرار کند و به آن سازمان در اصلاح مقررات و آیین‌نامه‌ها در جهت حفظ منافع ملی و حمایت از تولید داخلی کمک کند، یقیناً ضمن دستیابی به صنعتی بالنده می‌تواند از حقوق کلیه اعضای خود نیز دفاع کند.

به‌سازی و نوسازی مهم‌ترین اولویت صنعت داروسازی کشور

عضو هیئت مدیره سندیکای صاحبان صنایع داروهای انسانی ایران در ادامه گفت‌وگوی خود گفت: امروز صنعت داروسازی کشور شدیداً نیاز به به‌سازی و نوسازی دارد و باید بتواند بر اساس آخرین استانداردهای بهینه و نوین بین‌المللی داروسازی خود را نشان دهد تا برای ورود به بازارهای

پرونده این کار باید بسته شود و در صورت علاقه به حضور در بازار کشور باید تکنولوژی خود را به کشور وارد و به طور مستقیم و یا غیر مستقیم سرمایه گذاری کنند.

فرصت‌ها و چالش‌های پیوستن ایران به WTO به روایت عضو هیئت مدیره سندیکا

اخوان فرید در پاسخ به این سؤال که یکی از مهم‌ترین اقدامات سندیکا در دوره قبل، فراهم کردن مقدمات پیوستن به سازمان جهانی تجارت بود، افزود: پیوستن به WTO دارای مزایا و معایبی است، هم‌اکنون جایگاه کشور ما در WTO به صورت داشتن ناظر است و در صورت تغییر نظر مخالفان برای ورود کشور به آن سازمان، باید مزایا و معایب آن را برای صنعت داروسازی کشور توسط کارشناسان خبره مورد مطالعه و ارزیابی قرار گیرد. امیدوارم طرح تحول سلامت بتواند پایدار بماند و مشکلات سر راه خود را بردارد، در آن حالت چون بزرگ‌ترین مشتری دارو، دولت و شرکت‌های بیمه هستند، به نظر می‌رسد ورود دارو به WTO نتواند آسیب جدی به صنعت داروسازی وارد آورد و شاید هم منافی به دنبال داشته باشد.

تمرکززدایی فعالیت‌های دارویی از پایتخت؛ ایجاد انگیزه برای شرکت‌های دانش‌بنیان

عضو هیئت مدیره سندیکای صاحبان صنایع داروهای انسانی ایران هم‌چنین با اشاره به این موضوع که قبل از انقلاب اسلامی تقریباً تمام واحدهای داروسازی در اطراف تهران مستقر بودند و خوشبختانه امروز بهترین شرکت‌های داروسازی کشور در خارج از تهران بوده که بعد از انقلاب توسط متخصصین داخلی طراحی، اجرا و به مرحله بهره‌برداری رسیده‌اند، تصریح کرد: احداث این واحدها دقیقاً بر مبنای شعارهای انقلاب یعنی تمرکززدایی، انتقال دانش فنی به خارج از تهران، جلوگیری از مهاجرت به تهران و اشتغال خصوصاً شهرهای دانشگاهی و صنعتی بوده است، فکر می‌کنم بهترین تصمیم‌ها در این زمینه در حوزه دارو صورت گرفته، به طوری که چندین شرکت داروسازی بزرگ با تجهیزات پیشرفته با اشتغال هزاران نیروی جوان در استان‌هایی نظیر اصفهان، آذربایجان، خراسان، استان گیلان، البرز و مرکزی در حال فعالیت هستند، اما باید اذعان داشت متأسفانه مسئولیت‌ها در حوزه دارو از طرف سازمان غذا و دارو به مراکز استان‌ها تفویض نشده و هر یک از این شرکت‌ها دارای دفتر پشتیبانی در تهران با چندین پرسنل هستند و مدیریت‌های این واحدها برای پی‌گیری امور با ادارات و سازمان‌ها مرتب مجبور به مسافرت به تهران هستند و چنانچه محدودیت قانونی در گسترش توسعه استان تهران وجود نداشت، شاید احداث واحدهای داروسازی در خارج از تهران و برون‌سپاری چندان توجیه نداشت.

وی در پایان تأکید کرد: پیش‌بینی می‌شود با اجرای کامل دولت الکترونیک بتوان تا حدودی از تمرکزگرایی کاست و با واگذاری بیش‌تر مسئولیت‌های ادارات مرکز به مراکز استان‌ها راه را برای انگیزه فعالیت‌های صنعتی خصوصاً در زمینه ایجاد واحدهای دانش‌بنیان فراهم آورد. ▶

جهانی بتواند گواهی تأییدیه‌های سازمان‌های معتبر جهانی را اخذ کند. سندیکا باید بتواند با ارتباط با سازمان‌ها و بانک‌ها در نوسازی به واحدها از طریق کمک به تأمین نقدینگی و استفاده از تسهیلات بانکی با نرخ بهره پایین کمک کند. هم‌چنین برای شناخت بازارهای صادراتی باید از طریق روابط بین‌الملل و برگزاری نمایشگاه‌ها و شرکت در نمایشگاه‌های خارج از کشور فعالیت کند. ما معتقد هستیم، ضعف‌های متعددی در سازمان غذا و دارو از گذشته به ارث گذاشته شده، سندیکا می‌تواند پیشنهادها را خود را به منظور اصلاح آیین‌نامه‌ها در جهت حفظ منابع مصرف‌کنندگان و تولید داخل به این سازمان ارائه دهد.

صنعت داروسازی امروز نیازمند جذب سرمایه‌گذاری‌های خارجی

اخوان فرید با بیان این موضوع که کشورهای توسعه‌یافته طی دهه‌های گذشته، پیشرفت خود را مدیون جذب سرمایه‌گذاری خارجی می‌دانند، توضیح داد: نیروی کار ارزان، نزدیکی به بازار مصرف و انرژی ارزان انگیزه خوبی است که سرمایه‌گذاران اروپایی، آمریکایی و ژاپنی در کشورهای دیگر سرمایه‌گذاری کنند. خوشبختانه در زمینه داروهای معمولی و حتی داروهای نو ترکیب طی دهه‌های گذشته واحدهای داروسازی داخلی به توانمندی خوبی دست یافته‌اند. به طوری که ظرفیت واحدهای داروسازی در حال حاضر بیش از سه تا چهار برابر نیاز داخلی است، با این وجود چنانچه شرکت‌های داروسازی معتبر خارجی علاقه‌مند به سرمایه‌گذاری در کشور شوند باید از آن‌ها استقبال شود، خصوصاً از آن دسته شرکت‌های که با سرمایه‌گذاری خود، علاوه بر اشتغال و صرفه‌جویی ارزی از ورود داروهای وارداتی کاسته می‌شود. به نظر می‌رسد در این زمینه سندیکا باید اعضا را تشویق کند تا به صورت سرمایه‌گذاری مشترک با شرکت‌های داروسازی خارجی شناسایی شده که دارای دانش فنی بالایی هستند، وارد مذاکره شوند. البته به نظر می‌رسد با توجه به تحریم‌ها که آمریکا انجام می‌دهد و

این صنعت در بدترین شرایط نظیر کمبود ارز، افزایش ۳۰۰ درصدی نرخ ارز در سال ۱۳۹۱ و تا حدودی تحریم‌ها در دوران دولت نهم را با موفقیت پشت سر گذاشته و همچنان به عرضه خدمات خود ادامه داده است اما وضعیت کنونی به دلیل نامشخص بودن سیاست‌های آتی دولت در قبال این طرح و بدهی‌های فعلی به حوزه دارو، نه تنها کلیه برنامه‌های توسعه کمی و کیفی صنایع دارویی را تحت شعاع قرار داده و متوقف شده است؛

شرکت‌های خارجی را علیه ایران تهدید می‌کند، کاری نسبتاً سخت و دشوار است. در حال حاضر بعضی از شرکت‌های داخلی اقلامی از شرکت‌های خارجی را در کشور ما بدون هیچ محدودیتی بسته‌بندی می‌کنند که این کار فاقد ارزش و چه بسا ضد تولید داخلی است،

فراخوان معرفی کتاب

قابل توجه ناشران محترم حوزه دارو سلامت:

نشریه تخصصی غذا و دارو از سال ۱۳۹۳ در صنعت سلامت مشغول به فعالیت است و ضمن همکاری با مهم‌ترین ارگان‌ها و نهادهای مرتبط با غذا و دارو در نظر دارد به منظور حمایت از انتشار کتاب‌های تخصصی و علمی، در هر شماره به معرفی تازه‌های نشر حوزه دارو، درمان، بهداشت و سلامت بپردازد. ناشران محترم می‌توانند جدیدترین کتاب‌های علمی و کارشناسی خود را برای معرفی در نشریه غذا و دارو به آدرس fdmag.books@gmail.com ارسال نمایند.

جهت اطلاعات بیشتر در این خصوص با شماره تماس ۰۶-۸۸۲۰۳۸۴۵ (۱۴۲) تماس حاصل فرمایید.



کتاب جامع تولیدکنندگان فرآورده‌های دارویی

انتشارات: رسایش

زبان: انگلیسی

سال: ۱۳۹۶

تعداد صفحه: ۲۴۴

قطع: رحلی

کتاب جامع تولیدکنندگان فرآورده‌های دارویی انسانی راهنمای جامعی برای شناخت صنعت دارویی کشور ایران است. این کتاب با پیشنهاد سندیکای صاحبان صنایع داروهای انسانی ایران جهت یک‌پارچه‌سازی اطلاعات دارویی شرکت‌های تولیدکننده و عضو سندیکا توسط مؤسسه رسایش گردآوری و به چاپ رسید. هدف از انتشار این کتاب، عرضه اطلاعات دارویی شرکت‌های ایرانی در عرصه بین‌المللی است تا بازارهای جدید برای صنعت دارو کشور کشف و فرصت‌های صادراتی فراهم گردد. در این کتاب، اطلاعات شرکت‌های عضو سندیکا و تولیدکننده دارو که شامل سال تأسیس و چگونگی شکل‌گیری شرکت، سهام‌داران، سرمایه کلی شرکت، اطلاعات مواد اولیه داروها، کشورهای هدف صادرات و اطلاعات تماس می‌شود، منتشر شده است.



اخلاق پزشکی

نویسندگان: صدیقه ابراهیمی، سیدضیاءالدین

تابعی، حسین محمودیان، امید آسمانی

انتشارات: دانشگاه علوم پزشکی شیراز

زبان: فارسی

سال: ۱۳۹۶

تعداد صفحه: ۱۲۷

قطع: وزیری

هر یک از عوامل و دست‌اندرکاران حوزه علوم پزشکی در مراحل مختلف فرآیند حرفه‌ای و شغلی خود ناچار به تصمیم‌گیری در حیطه مسائل اخلاقی مربوط می‌باشند؛ بنابراین پزشکان و پرستاران ناگزیرند در مواجهه با امور مربوط به بیمار بهترین و صحیح‌ترین تصمیم اخلاقی را اتخاذ کنند تا بدین وسیله کدهای اخلاقی حرفه پزشکی را در حد قابل قبول رعایت کرده باشند. در کتاب حاضر تلاش بر این بوده تا مطالب گوناگون اخلاقی در حرفه پزشکی بیان شود.



کتاب سومین نمایشگاه بین‌المللی ایران فارما

انتشارات: رسایش

زبان: فارسی و انگلیسی

سال: ۱۳۹۶

تعداد صفحه: ۱۵۴

قطع: رحلی

کتاب سومین نمایشگاه ایران فارما ۲۰۱۷ یک راهنمای کامل برای شناخت فعالان ایرانی و خارجی در حوزه‌های سلامت و پزشکی است. از این جهت کتاب نام‌برده از این جهت که اطلاعات جامعی در خصوص تولیدکنندگان دارو (ایرانی و خارجی)، ناشران و اصحاب رسانه دارد، می‌تواند برای مخاطبان خود کاربردی باشد. در سومین نمایشگاه بین‌المللی ایران فارما مجموعاً ۵۰۰ شرکت تولیدکننده دارو (ایرانی و خارجی)، ناشران تخصصی حوزه پزشکی، علوم دارویی و رسانه‌های سلامت‌محور حضور داشتند که اطلاعات همه آن‌ها در این کتاب آمده است. این نمایشگاه توسط سندیکای صاحبان صنایع داروهای انسانی ایران به همت مؤسسه رسایش در روزهای ۲۱ تا ۲۳ شهریورماه سال ۱۳۹۶ در مصالای امام خمینی (ره) برگزار شده است.

World Pharmaceutical Industries Welcome Official Iran Pavilion in Pharmtech & Ingredients Exhibition

First World Trade Station

The 19th Pharmtech and Ingredients Exhibition as the biggest pharmaceutical event of this country, was held from November 21st to 24th, 2017 in Moscow, Russia. Iranian companies participated in this exhibition in the form of a national pavilion, organized, for the first time, by the Iranian Pharmaceutical Industries Syndicate, showcasing the power and unity of the Iranian market to foreign investors eager to have a share in the safest market of the region, with its strong presence in international exhibitions around the world and organizing an event on the level of IRANPHARMA EXPO.

One of the most important accomplishments of the Iranian Pharmaceutical Industries Syndicate, aiming for expanding export markets and after three successful editions of IRANPHARMA EXPO, is to participate in international exhibitions on the pharmaceutical industries. Stressing the significance of the Russian pharmaceutical market for Iran and improving Iran-Russia trading relations, the syndicate decided to organize the first official pavilion of Iranian pharmaceutical industries, Food & Drug Magazine reported.

The Russian pharmaceutical industry, with the support of their government and international investments, have grown rapidly in the past few years. Manufacturing 90 percent of the demand for drugs until 2018 is one of this country's main strategic objectives; an objective they are short by only 25 percent. The Russian government has put the organization of international exhibitions a priority for attracting investments and the Pharmtech and Ingredients exhibition, as the biggest event on pharmaceutical equipment, API and processing technologies in Russia, is organized with the support of their ministry of industry and trading, and the ministry of investment, annually in Moscow.

In this year's edition, 401 companies from 29 countries exhibited their products in a space of 16,500 m², showing an 18 percent increase in comparison with last year. During the exhibition, several training seminars were held and the number of visitors witnessed a rising trend from the first day to the last day of the exhibition. The evident point which was also pointed out in the exhibition literature as well, was the organization of three official pavilions from the countries Iran, Switzerland and Germany.

Pooyesh Darou, Huber Pharma, Biotechnology Development Fund with their four knowledge-based companies, Persis Gen, Parand Darou and the secretariat of IRANPHARMA EXPO 2018 were among the representatives of the Iranian pharmaceutical industries in this pavilion, showcasing the capabilities of the national pharmaceutical industries among the 397 other exhibitors.

Russian Pharmaceutical Market: A Target for Iranian Exporters

One of the main points for the Iranian Pharmaceutical Industries Syndicate from participating in international exhibitions, is the choice of the target country. Therefore, and

after several meetings, with regard to the importance of the Russian pharmaceutical market on one side and the absence of Iranian companies in CPhI on the other, Pharmtech and Ingredients exhibition, in other words, the Russian pharmaceutical market was chosen as the first experience of Iranian companies exhibiting in one unified pavilion. Especially, since the importance of the pharmaceutical markets of Azerbaijan, Iraq, Tajikistan, Kazakhstan, Oman, Belarus, Ukraine, Kyrgyzstan, Armenia and most importantly Russia, as target markets for exporting and expanding pharmaceutical markets has already been stressed upon.

Dr. Abbas Kebriaeizade, previous chairman of the Iranian Pharmaceutical Industries has also stated that: "Currently, the Russian market share only is 25 billion dollars. If we were to obtain a 5 percent share of their market, our trading balance would have been positive towards exports.

In the same line, Ali Dastras, Vice President of Taha Pharmaceutical Co., one of the companies exhibiting in the Iranian pavilion, stressing on the fact that in the current situation, exports is among the most important means for survival of pharmaceutical companies, stated that: "With regard to the fact that the Russian pharmaceutical industries are young and inexperienced, and we can say that they are falling behind in comparison with Iranian pharmaceutical companies, we should not neglect the opportunity of exporting to this new market, which is ready for new investments. The distance between Russia and Iran in comparison with the CIS countries is very short, and more importantly, the policies of both governments are designed so that they will have good cooperation in trading, especially in pharmaceuticals.

Iran Pavilion Attended more than Expectations

Professional visitors from Russia and European companies had a notable tendency to attend the Iranian pavilion. Even Iranian companies exhibiting outside the pavilion stated that the presence of Iranian companies in one pavilion and under the Iranian emblem, which was visible from all sides of the exhibition venue and the fact that the pavilion information was mentioned in the exhibition literature led to more interest on the side of exhibitors and visitors to visit this pavilion.



Beware of the Role of Nutrition in Diabetes Control



Dr. Mohammad Hozouri
President of the Nutrition Committee of the Sports Federation

"Nutrition has a 50% impact on catching and controlling diabetes. Many patients using diabetes medicine for years are introduced to nutrition control specialists for treatment. According to the World Health Organization, in 2030, one out of every two people in the Middle East will be suffering from diabetes."

Utilizing Nutrition Experts in National Health



Dr. Zahra Abdollahi
General Manager at the Office of Nutrition Improvement of the Ministry of Health and Medical Education

"The average spread of diabetes across the country is estimated at 10 percent of the population. With this spread rate in mind, one of the priorities of the national health system is to prevent and control diabetes; because it is well known for being a silent killer. In the past two years, a document was prepared for preventing non-contagious diseases which was also approved by the high committee of health and food safety. Using nutrition experts in the health evolution plan has been very effective and its role in this plan is among the most important parts of the plan."

Parvaz Festival: Revolving around Empowering the Disabled



Fateme Amiri
Founder and Secretary of Parvaz International Film Festival

"This festival's main motivation is to further develop the culture to accept the disabled in the society. Disability is one of the society's concerns and it cannot be neglected or overlooked. The main problem in this field is the lack of coordination and proper management. If we want something fruitful happen in this field, all institutions, associations, organizations and ministries must be of the same believe and work in the same direction. Therefore, if management in this regard was improved, all these activities will be more appreciated and more effective in realizing their goals."

Book Fair Next to IRANHARMA EXPO



Dr. Mehrshad Kazemi
President of the Office of Islamic Culture and Guidance of Tehran

"Following the footsteps of specialized exhibitions and fairs, we are trying to hold exhibitions similar to the 1st Exhibition on Health-Oriented Media. The media exhibition is like a sea in which specialized publishers must try their best to find their audience, while in a specialized exhibition, the lines are drawn and the audiences are there; so the debates will be on a professional level."

6th Conference on Green Gold to be Held in February 2018, Focusing on Developing Natural Products



Green Gold Conference and Exhibition, which is held annually, focuses on different subjects such as making herbal, natural and traditional products and extracts healthy from the field to the consumer, getting to know herbal medicine and the capacities of this industry, improving culture in herbal medicine prescription by doctors and experts, and consumption by patients, analyzing the challenges in the supply and demand chain of herbal, natural and traditional products and extracts, reevaluating the position of natural and traditional products and extracts in the country, introducing modern approaches in study and research projects and the function of herbal products and extracts in the pharmaceutical, cosmetics and hygienic industries, and the sixth edition of this event is being held in Isfahan, concurrent with ISFAHANPHARMA EXPO 2018. Among the other objectives of this conference is to achieve the major milestones mentioned in the 2025 Vision, expanding exports of natural extracts (strategies and challenges), training and increasing public awareness in consuming traditional and natural products, increasing the quality and quantity of API for natural and traditional products, convergence of the industry and universities for increasing domestic production rates and developing the production of natural products based on the diseases' load pattern.

Food & Drug Magazine in October- November

Headlines

Pharmtech & Ingredients Exhibition: First World Trade Station



Pharmtech & Ingredients International Exhibition is the largest pharmaceutical event in Russia and the CIS, showcasing pharmaceutical equipment, raw materials and technologies for manufacturing pharmaceutical products, nutritional supplements, blood products and cosmetics. In 2017, 401 companies from 29 countries participated in this exhibition. 58 companies made their debut at the exhibition. German, Swiss and Iranian companies displayed their products as part of national pavilions.

Green Gold: A New Approach in Traditional Medicine



Dr. Mahmoud Khodadoust
Consultant to the Minister & General Manager at the Office of Traditional and Iranian Medicine of the Ministry of Health and Medical Education

"If we could use the regional conditions of each part for developing its method of medical treatment, this would create a good pattern for the traditional medicine. With regard to the fact that the Green Gold Conference is held by the private sector and does not rely on state-owned resources, is a potential in and of itself. Relying on its resources, the 6th edition of this conference is being held in Isfahan to introduce the regional capabilities of this province in this field. Having natural and herbal medicine, next to chemical medicine can be a good platform for introducing Iranian medicine.

Healthy Pattern for Green Gold in Isfahan



Mahnaz Khanavi
Manager at the Office of Natural, Traditional and Supplement Products of the Iranian Food and Drug Administration

"Herbal medicine is usually prescribed as a supportive treatment in chronic disorders or to reduce the negative impacts of the diseases and drugs. Iranian medicine, or in other words, traditional medicines of any other country like Chinese or Indian medicine, if not introduced to the society from a scientific and academic point of view, misuse will become common. The timely organization of the Green Gold Conference in a city which can be a good role model for other provinces, including the capital city of Tehran. Holding events like the Green Gold Conference strengthens the connection between industrialists of this field."

Managing Diabetes and Controlling the Stress



Dr. Asadollah Rajab
Chairman of Iran Diabetes Association

"The notion that foreign drugs are more effective in treating diabetes is a wrong notion that is being promoted by people and even some doctors. If foreign medicine is more effective in treating diabetes, why are foreign countries still struggling to control the rising number of people with diabetes? Education and training can play a major role in controlling diabetes in Iran. The doctor must empower the patient so that he can correct the unhealthy behaviors of the patient and prescribe drugs, after appointing the patient with physical activity, healthy diet and stress control methods."



معاونت غذا و دارو



سازمان غذا و دارو



سندبکای صاحبان
صنایع داروهای انسانی ایران



نمایشگاه بین‌المللی اصفهان فارما

- صنایع داروسازی
- محصولات و فرآورده‌های طبیعی و گیاهی
- محصولات مراقبت‌های بهداشتی
- ماشین‌آلات و تجهیزات داروسازی
- خدمات چاپ و بسته‌بندی
- مواد اولیه

۱۸ تا ۲۰ بهمن ۱۳۹۶ | نمایشگاه بین‌المللی اصفهان | ساعت بازدید: ۱۴ تا ۲۱

همزمان با ششمین همایش طلای سبز



فرآورده‌های طبیعی و سنتی

صادرات، بازارهای جدید، چالش‌ها و فرصت‌ها

رزروغرفه ۶-۳۸۴۵-۸۸۲۰-۲۱



- 1 سالن شیخ بهایی و سالن همایش طلای سبز
- 2 سالن میرداماد
- 3 سالن نقش‌جهان
- مسیر حرکت بازدیدکنندگان
- خروج اضطراری
- P پارکینگ

خیابان سلمان فارسی

021- 88203845-6
 Fax 021- 88198520
 09106253080
 @ Isfahan.iranpharmaexpo.com
 iphexpo_bot
 @isfahanpharmaexpo

دفترخانه: موسسه رسایش

تهران، خیابان ولی‌عصر، بالاتراز پارک ساعی، نرسیده به تونل، بن‌بست نعمتی، پلاک ۷
 تلفن: ۰۳۸۴۵-۸۸۲۰-۲۱؛ فکس: ۸۸۱۹۸۵۲۰
 www.rasayesh.com





تولید کننده انواع

ماسک یکبار مصرف پزشکی



ویژگی های ماسک پزشکی نفس :

- استفاده از مترپال 3 لایه SSS جهت لطافت هر چه بیشتر ماسک در برخورد با پوست صورت.
- میزان بسیار بالای فیلتراسیون ذرات و باکتری ها توسط لایه میانی فیلتر Meltblown
- با شاخص $PFE > 99\%$ - $BFE > 99\%$.
- استفاده از اسپان باند Hydrophobic به منظور جلوگیری از نفوذ رطوبت هوای محیط، حبس رطوبت دهان و تشکیل میکرو اورگانسیم ها.

www.nafas.co
info@nafas.co



@nafasco_bot

جهت مشاهده و خرید آسان از طریق ربات تلگرامی نفس، این بارکد را اسکن کنید.



تهران - فلکه دوم تهرانپارس - مجتمع تجاری اداری پارسبان - طبقه سوم - واحد ۳۰۴
 ۰۲۱-۷۷۷۶۱۲۱۴ - ۰۲۱-۷۷۷۶۱۲۱۵
 ۰۲۱-۷۷۷۶۱۲۲۳ - ۰۲۱-۷۷۷۶۱۲۳۱



(سهامی عام)

هجرت شرکت پخش

بیش از نیم قرن خدمت صادقانه در راه
ارتقاء سلامت جامعه

چشم انداز پخش هجرت

تبدیل شدن به الگوی برتر صنعت پخش کشور

شرکت پخش هجرت با هدف توزیع و فروش دارو، تجهیزات پزشکی، مکمل های غذایی و محصولات بهداشتی با کیفیت مطلوب، ضمن دارا بودن ۱۹ مرکز استانی و تحت پوشش قرار دادن کلیه داروخانه ها، بیمارستانها و مراکز درمانی در سراسر کشور و با بهره گیری از تجهیزات و فناوری های نوین و رعایت کلیه اصول انبارش و توزیع دارو توانسته است در جایگاه دوم از نظر سهم بازار در بین بیش از سی شرکت فعال در فضای رقابتی صنعت توزیع دارو قرار گیرد.



www.hejratco.com

Phone : 66461091-2

t.me/bashgahmoshtarianhejrat

Instagram: hejratdistributingcompany

E-mail: hejratmanagement@hejratco.com



EqPha

نمایشگاه بین المللی تجهیزات پزشکی، تجهیزات آزمایشگاهی و داروسازی

۲۷ لغایت ۳۰ آذرماه

برج میلاد تهران

۰۲۱۸۸۸۴۹۵۳۱

www.eqpha.com

the First International Festival of BioPharma



21 December 2017 ۳۰ آذرماه سال ۱۳۹۶ سالن همایش های برج میلاد

اولین جشنواره بین المللی

زیست دارو

محورهای جشنواره:

- دستاورد های آموزشی و خدماتی
- دستاورد های پژوهشی
- دستاورد های شرکت های دانش بنیان

حیطه های تخصصی جشنواره:

- بیوتکنولوژی دارویی
- کنترل دارو و غذا
- نانو فناوری پزشکی و دارویی
- نظارت بر امور دارویی
- فارماسیوتیکس
- شیمی دارویی
- داروسازی بالینی
- مدیریت و اقتصاد دارو
- داروسازی هسته ای
- فارماکوپیدمیولوژی
- داروسازی سنتی و داروسازی سنتی
- سم شناسی داروشناسی



ICB 2017

INTERNATIONAL CONGRESS



1st International Congress on Biomedicine

با همکاری انستیتو پاستور فرانسه

18 - 21 December 2017
۲۷ - ۳۰ آذرماه سال ۱۳۹۶
سالن همایش های برج میلاد تهران

با حداکثر ۲۰ امتیاز بازآموزی

اولین کنگره بین المللی

زیبست پزشکی

- زنان و بهداشت باروری
- تغذیه و سلامت
- ژنتیک پزشکی
- نانو زیست فناوری پزشکی
- زیبایی (چالش ها و چشم اندازها)
- میکروب شناسی و بیماری های عفونی
- متابولیسم و بیماری های متابولیکی
- سلول های بنیادی و کاربردهای پزشکی
- سرطان؛ پیشگیری، تشخیص و درمان



www.icb2017.com

info@icb2017.com

021-88811610

@icb2017

Glipless[®]
Sitagliptin

گلیپ لس[®]
سیتاگلیپتین



مزایا:

- ◆ ثبات وزن بدن
- ◆ هایپوگلیسمی کمتر
- ◆ کاهش قابل توجه HbA1c
- ◆ ثبات نسبی در عدد قند خون بعد از مصرف مواد غذایی

موارد مصرف:

کنترل دیابت ملیتوس نوع ۲




Tehran Darou
Pharmaceutical Co.

شرکت داروسازی تهران دارو

 www.tehrandarou.com

 @tehrandarou

 www.instagram.com/tehrandarou

امور مشتریان و هماهنگی جهت سفارش:

۳ - ۴۴۵۰۴۸۴۱ +۹۸۲۱

Afaprazol[®]

Pantoprazole 40mg

تنها داروی مهارکننده

پمپ پروتون

به فرم تزریقی

کم بودن عوارض جانبی

و تداخلات دارویی نسبت به

سایر مهارکننده های پمپ پروتون



اثربخشی بهتر به علت اتصال اختصاصی دارو به هدف



Afa chemi

داروسازی آفاشیمی

www.afachemi.com

 [afachemi.co](https://www.instagram.com/afachemi.co)

تلفن: ۶۴۰۵۹ فکس: ۶۶۷۸۰۷۸۱

تهران - کیلومتر ۵ جاده قدیم کرج

ابتدای خیابان نورد

پلاک ۱۳- داروسازی آفاشیمی



ضد انعقاد هیپارینی با وزن مولکولی پایین
پیشگیری و درمان ترومبوز وریدهای عمقی (DVT)
پیشگیری از عوارض ترومبوتیک ناشی از آنژین ناپایدار



لوپارین® (انوکسپارین سدیم) Loparin® (Enoxaparin Sodium)



دارای گواهینامه ISO 9001-2008
دارای گواهینامه اشتهار به کیفیت
دومین دوره جایزه ملی کیفیت غذا
دارو و بهداشت ایران



سرنگ پرشده ۶۰۰۰ IU

سرنگ پرشده ۴۰۰۰ IU

توزیع و پخش در داروخانه‌های سراسر کشور توسط: پخش فردوس، داروگستر نخبگان، محیا دارو، رازی، قاسم ایران و البرز



شرکت تولید مواد اولیه داروپخش

Paracetamol
Aspirin
Ciprofloxacin
Ranitidine
Methadone HCl
Buprenorphine HCl
Noscapine
Opium Tincture
Codeine Phosphate



www.temad.com

info@temad.com



DAROU PAKHSH PHARMA CHEM

*A Leading A.P.I Manufacture
At The Heart Of The Greatest
Pharmaceutical Holding
In IRAN*

WWW.DPPCCO.COM
export@dppcco.com



1	ATENOLOL (USP/ BP)	
2	LOSARTAN POTASSIUM	
3	PROPRANOLOL HCl	Cardiovascular
4	CARVEDILOL	
5	CAPTOPRIL	
6	DILTIAZEM HCl	
7	POTASSIUM CLAVULANATE	
8	POTASSIUM CLAVULANATE +MCC 1:1	
9	POTASSIUM CLAVULANATE +SYLOID 1:1	
10	AZITHROMYCIN DIHYDRATE	Antibacterials
11	CLARITHROMYCIN	
12	NALIDIXIC ACID / Micronized	
13	TAMSULOSIN HCl PELLETS	Urological
14	SILDENAFIL CITRATE	
15	GABAPENTIN	
16	SODIUM VALPROATE	Antiepileptics
17	DIVALPROEX SODIUM	
18	LAMOTRIGINE	
19	DULOXETINE	Antidepressants
20	DONEPEZIL	Alzheimer's disease
21	RIVASTIGMINE	
22	PIROXICAM BP	Analgesics Anti-inflammatory
23	DICLOFENAC SODIUM B.P	Drugs and Antipyretics
24	DICLOFENAC SODIUM SR PELLETS	
25	METOCARBAMOL	Muscle Relaxants
26	LORATADINE	
27	FEXOFENADINE HCl	Antihistamines
28	CETIRIZINE HCl	
29	LIDOCAINE Base	Local Anaesthetics
30	LIDOCAINE HCl	
31	MONTELUKAST SODIUM	Bronchodilators and Anti- asthma
32	THEOPHYLLINE SR PELLETS	
33	FERROUS FUMARATE	Nutritional Agents and Vitamins
34	VITAMIN B1 HCl	
35	ORLISTAT PELLETS	Chelators Antidots and Antagonists
36	GUAIFENESIN	Cough Suppressants Expectorants Mucolytics and Nasal Decongestants
37	FAMOTIDINE	Gastrointestinal Drugs
38	APREPITANT	Antiemetic
39	FLUCONAZOLE	Antifungals
40	SUMATRIPTAN SUCCINATE	Antimigraine
41	MEBENDAZOLE	Anthelmintics

ADDRESS: Taleghani St. DarouPakhsh Ave
18th Km Of Tehran-Karaj Freeway.Tehran.Iran





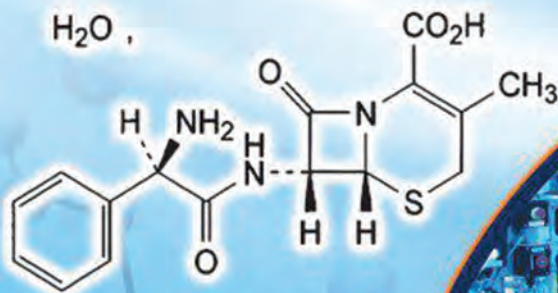
شرکت آنتی بیوتیک سازی ایران

شرکت آنتی بیوتیک سازی ایران



سفالکسین آنزیماتیک

- واکنش در بستر آب و بدون حضور هیچ حلال آلی
- تولید محصول با کیفیت بالا و بدون باقیمانده حلال
- کاهش عمده بار آلودگی و حجم پساب
- محصول جانبی کمتر و کاهش ناخالصی ها





PVP

شرکت دارویی ره آورد تأمین (سهامی خاص)

Rahavard Tamin Pharmaceutical CO. (RTPC)

اولین و تنها تولید کننده ماده اولیه دارویی و آرایشی و بهداشتی پلی وینیل

پیرولیدون (PVP) بصورت پودر و محلول در خاورمیانه.

مدیر عامل: مهندس محمدحسین محرابی

سال تأسیس: ۱۳۸۳



پوئیدون آیداین
(PVPI)

پلی وینیل
پیرولیدون کا-30
(PVPK 30)

پلی وینیل
پیرولیدون کا-17
(PVPK 17)

روکش های
رنگی فرص

۲- پیرولیدون
(α -P)

پلی وینیل
پیرولیدون کا-90
(PVPK 90)

اودراجیت
(L30D-55)

پلی وینیل
پیرولیدون کا-25
(PVPK 25)



AGS - ISO 9001



AGS - ISO 14001



AGS - OHSAS 18001

GMP

کاربرد شیرین بیان در صنایع غذایی و دارویی

صابون و شامپو

کرم ضد آفتاب و آرایشی

خمیر دندان

چای

نوشابه

آدامس و پاستیل

کنسرو

تافی و شکلات

ضد سرفه

ضد التهاب

بهبود سوءهاضمه

تامین کننده قند بیماران قندی

مخفی کننده طعم نامطلوب دارو

دارای خواص ضد میکروبی

اثرات ضد ویروسی

تقویت کننده صدا و ...



شرکت شیرین دارو

تولید کننده عصاره پودر، جامد و مایع شیرین بیان

صادر کننده نمونه کشوری در سالهای ۱۳۸۱-۱۳۹۰-۱۳۹۲-۱۳۹۵

دارنده نخستین آزمایشگاه مرجع شیرین بیان ایران

تلفن تماس: شیراز، ۵-۰۷۱۳۷۴۴۲۳۰۱

www.shirindarouco.com

info@shirindarouco.com



VSOL[®]

Solifenacin Succinate

Feel confident...

- Solifenacin Superior to Tolterodine¹
- Solifenacin Safer than Oxybutynin²



Reference:

1. Chapplea C, Garciab R, Selvaggi L. A Comparison of the efficacy and Tolerability of Solifenacin Succinate and extended release Tolterodine at treating overactive bladder syndrome: Results of the STAR trial. *European Urology* 2005;48:464-470

2. Herschorn S, Pommerville P, Stothers L. Tolerability of Solifenacin and Oxybutynin immediate release in older (>65 years) and younger (<65 years) patients with overactive bladder: sub-analysis from a Canadian, randomized, double-blind study. *Current Medical Research & Opinion* 2011;27(2):375-382

IR-0717-VSL-2722-AD

abidi | Leading Innovation
SINCE 1946 | Leading quality



GLOMET^{XR}
Metformin Extended-Release

ONCE DAILY



Getting Rid of Timing

IR-0119-GLM-3866-AD



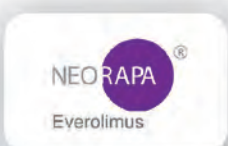
- G Fewer GI* side effects
- G Better tolerability compared to metformin IR**
- G Reduced dose frequency
- G Optimized glycemic control

*GI ; Gastrointestinal

**IR; Immediate Release

References:

Clin Pharmacokinet. 2005; 44(7): 721-729
Br J Diabetes Vasc Dis. 2004;4: 273-277
Br J Diabetes Vasc Dis. 2007;7: 225 -228



با افتخار به گذشته

قدم به سوی آینده

به تولید داروهای قلب و عروق خود
با بالاترین کیفیت و استاندارد جهانی
افتخار می کنیم

Clotover
Rivaroxaban 10, 15, 20 mg

Zyllt
clopidogrel
Tablets, 75 mg

Valsacor
Valsartan Tablets 80mg, 160mg

ROSUREXIN
Rosuvastatin 5, 10, 20, 40 mg

CORYOL
Tablets 6.25 mg, 12.5 mg, 25 mg
carvedilol

NOXPRIN
enoxaparin sodium

Concor
Bisoprolol hemifumarate

Amlober
Amlodipine Tablet 5mg

ATOREXIN
atorvastatin 10, 20, 40 mg

LOSAVER
Losartan Tablets 25mg, 50mg

Sustac
Nitroglycerin Extended Release

تولید ملی



استاندارد



بین المللی



ACTOVERCO

Together for a healthy future

با افتخار به گذشته

قدم به سوی

به تولید داروهای بخش مغز و اعصاب خود
با بالاترین کیفیت و استاندارد جهانی
افتخار می کنیم

asentra :)

Sertraline Tablet 50 mg, 100mg

Actovex®

Interferon Beta-1a
IM Injection

Actoferon®

Interferon Beta-1b
SC Injection

Yasnal®

Donepezil Tablets 5mg, 10 mg

ALVENTA®

Venlafaxine Capsules 37.5 mg, 75 mg

QUENTIA X®

Quetiapine Tablets 25mg, 100mg, 200mg

ESCITOVER

ESCITALOPRAM TABLET, 10MG

somazina®

citicoline

LOXEVER

Capsules, 20, 30, 60 mg duloxetine

LYRIVER

pregabalin 50, 75, 100, 150, 200, 225, 300 mg

Actopentin

Capsule 100, 300, 400mg GABAPENTIN

zoliver

Zolpidem 5mg /10mg

RUBIFEN®

Methyl phenidate

tizanidine 4mg
TIZANOVER

تولید ملی

استاندارد

بین المللی

ACTOVERCO

Together for a healthy future

با افتخار به گذشته

قدم به سوی آینده

به تولید داروهای بخش ریه و گوارش خود
با بالاترین کیفیت و استاندارد جهانی
افتخار می کنیم

Nolpaza[®]
Pantoprazole 20mg, 40mg Tablets

LETIZEN[®]
Cetirizine 10 mg film-coated tablets

ULTOP[®]
omeprazole
Capsules 20 mg

emozui[®]
Gastro-resistant capsules esomeprazole
20 mg, 40 mg

Fromilid[®]
Clarithromycin Film-coated tablets 500mg

RANOVER[®]
Ranitidine 150

Actolukast
Montelukast 5mg Chewable tablet, 10mg tablet

MESALOVER
mesalazine ER capsule 500mg

Lansacto
LANSOPRAZOLE capsule 15, 30 mg

MEBACTO
MEBEVERINE tablet 135mg, capsule 200mg

fastover
30, 60, 120, 180mg FEXOFENADINE

ACTOSERC
BETAHISTINE

Motilover
domperidone tablet 10mg

ONDASCOVER
ondansetron tablet 4mg

تولید ملی



استاندارد



بین المللی



ACTOVERCO

Together for a healthy future



شرکت آرمان شیمی سنج

آزمایشگاه تخصصی کالیبراسیون و احراز صلاحیت (IQ, OQ, PQ)
تجهیزات اندازه گیری و آزمایشگاهی

Arman Shimisanj Co.
Qualification and Calibration Services
www.shimisanj.com

آزمایشگاه مرجع کالیبراسیون و احراز صلاحیت تجهیزات دستگاهی در ایران

خدمات احراز صلاحیت (IQ, OQ, PQ)

- دستگاه کروماتوگرافی (GC , GC-MS , IC , HPLC , ...)
- دستگاه های اسپکتروسکوپی مولکولی و اتمی (AAS , FTIR , UV-Vic , AES , ...)
- تیترا تور کارل فیشر ، پتانسیومتر ، ویسکومتر ، آنالیز کریب آلی و TOC و ...
- محیط های دمایی از قبیل اتوکلاو ، انکوباتور ، آون ، کوره ، یخچال و ...
- انواع تجهیزات عمومی آزمایشگاهی از قبیل ترازو ، PH متر و ...

نماینده رسمی خدمات احراز صلاحیت شرکت (V-KIT) انگلستان در ایران

- ارائه گواهی احراز صلاحیت (IQ, OQ, PQ) با پلتفرم V-KIT و قابلیت ردیابی به UKAS انگلستان



www.shimisanj.com info@shimisanj.com

دفتر مرکزی : تهران - خیابان آزادی - بین شادمهر و یادگار امام - کوچه سهیل - پلاک ۱ - واحد ۴ ☎ ۰۲۱ - ۶۶۰ ۹۰ ۳۲۳ 📠 ۰۲۱ - ۴۲ ۶۹ ۳۳ ۷۹

آزمایشگاه : کرج - چهار راه مصباح - ساختمان بانک صادرات - طبقه پنجم - واحد ۱۰ ☎ ۰۲۶ - ۳۲ ۲۶ ۲۱ ۸۵ 📠 ۰۲۱ - ۴۲ ۶۹ ۳۳ ۷۹



قفسه بندی و تجهیزات انبار

Warehouse Equipment & Storage Systems



ذخیره سازی ایمن، دسترسی آسان

انبارش دارویی تخصص ماست...



Tel : 021 66706720
www.rocktehran.com



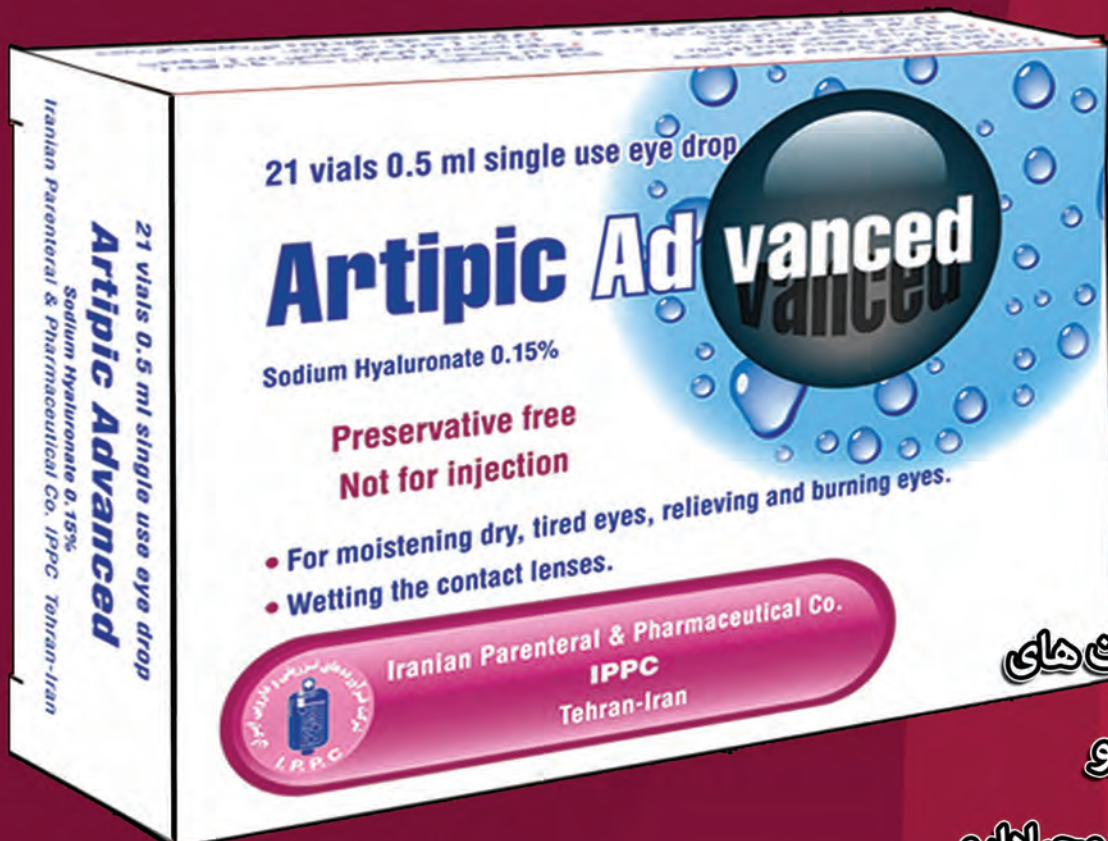
تاسیس ۱۳۳۵



Bring dry eyes to life

Artipic Advanced

Sodium Hyaluronate 0.15%



پخش توسط شرکت های

سراسری پخش دارو

هجرت، فردوس، محیادارو

الهیام، سیناژن، مشاطب

Marketing@iphco.net 021 55536216



معاونت غذا و دارو

اصفهان فارما
ISFAHAN
PHARMA

IPH



سندیکای صاحبان
صنایع داروهای انسانی ایران

Pharmaceutical machineries

Cosmetic & hygienic products

Home care equipments

Contract services

اصفهان فارما ISFAHAN PHARMA

نمایشگاه بین‌المللی دارو و صنایع وابسته

۱۸ تا ۲۰ بهمن ۱۳۹۶ | نمایشگاه بین‌المللی اصفهان | ساعت بازدید: ۱۴ تا ۲۱

Herbal medicine Apls

Printing & packaging

رزرو غرفه

۸۸۲۰۳۸۴۵-۶

برپایی دوره‌های بازآموزی برای داروسازان، پزشکان عمومی و تخصصی
برپایی کارگاه‌های بازاریابی و رونمایی از آخرین محصولات شرکت‌ها
برپایی نشست‌های تخصصی صنعتی

Pharmaceutical

and food supplements



اصفهان، پل شهرستان
محل برگزاری نمایشگاه‌های بین‌المللی
استان اصفهان

جامه رسانای

غذ و دارو
Food & Drug Magazine

دبیرخانه: موسسه رسایش
تهران، خیابان ولی‌عصر، بالاتراز پارک ساعی
نرسیده به تاونیتر، بن‌بست نعمتی، پلاک ۷
کد پستی: ۱۵۱۶۷۳۸۳۱۱
تلفن: ۰۲۱-۸۸۲۰۳۸۴۵-۶
www.rasayesh.com

