

رونمایی از یوستر ایران فارما ۲۰۱۹
IRANPHARMA EXPO 2019
Poster Unveiled

IPH
IRAN PHARMA
2019

The 5th Int'l Exhibition on
**Pharmaceuticals &
Related Industries**
24-26 Sep 2019 Tehran, IRAN
www.iranpharmaexpo.com



**سرمایه گذاری شرکت نوونوردیسک
جهت ساخت کارخانه تولید داروهای مدرن دیابت در ایران**



- ارائه خدمات کامل سفرهای تجاری
- برگزاری همایش‌های تخصصی دارویی
- سابقه همکاری با شرکت‌های دارویی
- پشتیبانی ۲۴ ساعته

رُما پرواز

شرکت خدمات مسافرت هوایی و جهانگردی
ROMA PARVAZ TOUR & TRAVEL AGENCY

www.Romaparvaz.com
Email: Sales@Romaparvaz.com

تلفن
۰۲۱-۲۸۱۰۵

تهران، خیابان ولیعصر، بالاتر از زعفرانیه
جنب پارک قلمستان، پلاک ۳۰۶۱

فقط یک سالنامه نیست
کتاب همراه حوزه دارو
وسلامت شماست

ششمین سالنامه ویژه غذا و دارو

یک جا، همه اطلاعات دارویی کشور

نشریه غذا و دارو همچون سال‌های گذشته برای تمرکز در امر اطلاع‌رسانی حوزه داروسازی و سلامت، اقدام به انتشار سالنامه غذا و دارو می‌کند و در همین راستا ششمین سالنامه غذا و دارو، به مناسبت نوروز ۱۳۹۸ منتشر خواهد شد. تقویم سلامت ایران و جهان در این سالنامه گنجانده شده و تمامی رویدادهای مهم سلامت در آن جمع شده است.



مزایای سالنامه غذا و دارو:

- قابلیت دسترسی اینترنتی به سالنامه ویژه غذا و دارو به همراه آگهی مشارکت‌کنندگان در نشریه غذا و دارو
- آمادگی انتشار اختصاصی و قبول سفارشات چاپی به همراه لوگو
- اهدا به معاونین وزارت بهداشت، مدیران و کارکنان سازمان‌های ذی‌ربط
- اهدا به مدیران و کارکنان سازمان غذا و دارو
- اهدا هدفمند در مراکز علمی، فرهنگی، تحقیقاتی، پژوهشکده‌های مرتبط
- اهدا به مدیران شرکت‌های داروسازی و منابع مرتبط
- اهدا به داروخانه‌های مهم کشور توسط واحد تحقیق و توسعه غذا و دارو
- اهدا به سندیکا و انجمن‌های مرتبط

علاقتمندان به مشارکت در ششمین سالنامه غذا و دارو می‌توانند با واحد بازاریابی (خانم عباسی) ارتباط بگیرند.

شماره تماس: ۰۲۱۸۸۲۰۳۸۴۵ و ۰۲۱۸۸۲۰۳۸۴۶

شماره ۲۵ و ۲۶، سال سوم، آذر و دی ۱۳۹۷

نشریه داخله



سندیکای صاحبان صنایع داروهای انسانی ایران



در نشست بررسی وضعیت صنعت داروسازی ایران مطرح شد:

تعطیلی کارخانه‌های داروسازی خبری معمولی شده!

رییس سندیکای صاحبان صنایع داروهای انسانی ایران گفت:

کمبود دارویی بیماران خاص نداریم

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، حسن ریاحی، دکتر مهدی سلیمانجاهی با تشکر از: مریم بلوریان، سمانه زارع، آیدین پدram

مدیریت روابط عمومی، طراحی، انتشار و توزیع: مؤسسه رسایش

یادداشت دکتر عباس کبریایی زاده به مناسبت هفتمین روز درگذشت دکتر سیدمحمدتقی نوربخش

انسانی حامی محرومان، مرد قانون و مسئولی متخصص بود

در مورد تامین اجتماعی با ایشان صحبت می‌کردم با عشق و علاقه خاصی از اینکه در خدمت کارگران و بازنشستگان است به‌ویژه دورانی که در یزد و بیمارستان فیاض بخش خدمت کرده بود، یاد می‌کرد.

وی تعهد را یکی دیگر از ویژگی‌های دکتر نوربخش دانسته و عنوان کرده است: دکتر نوربخش در عرصه‌های مختلف مدیریتی، حرفه‌ای (نظام پزشکی و...)، خدمات درمانی و ... فعالیت کرد. وجه مشخصه ایشان، آن بود که در هر موقعیتی کارش را با عشق و علاقه و متعهدانه انجام می‌داد. هرگز ذره‌ای از بی‌علاقگی به کاری که به آن مشغول بود، در ایشان حس نمی‌شد. به عبارتی یا کاری را قبول نمی‌کرد که چندین مورد شاهد بودم که به ایشان مسئولیتی پیشنهاد شده بود و می‌گفت من علاقه و تمایلی به این کار ندارم ولی مسئولیتی را که می‌پذیرفت، به نظر من قبل از پذیرش مسئولیت، عشق و تعهد به انجام آن کار را در خود نهادینه می‌کرد.

دکتر کبریایی زاده، خلوص نیت را از دیگر ویژگی‌های مرحوم دکتر نوربخش دانسته و اظهار داشته است: از دیگر صفات بارز دکتر نوربخش، دل پاک و خلوص در نیت بود. به اعتقاد من کاری که آثارش بر دل می‌نشیند و مورد اقبال ذی‌نفعان قرار می‌گیرد، برگرفته از نیت پاک فاعل کار است. در مورد دکتر نوربخش این خصلت بارز بود. از همین روی بود که دکتر نوربخش لجاجت نداشت اگرچه در انجام کار سرسخت بود و محدودیتی برای انجام کار قائل نمی‌شد. موارد زیادی را شاهد بودم که حتی در خصوص موضوعی با ایشان صحبت می‌کردم و یادآور می‌شدم که بهتر است کار به گونه دیگری انجام شود، می‌گفت من اصراری بر انجام کار به روشی که گفته‌ام ندارم بلکه تاکیدم بر آن است که این کار را برای مردم انجام دهیم، اگر شما فکر می‌کنید به روشی که شما می‌گویید بهتر است خوب همان روش را دنبال می‌کنیم. سرسختی در انجام کار در کمال انعطاف‌پذیری را وجه مشخصه ایشان می‌دانم.

این عضو هیئت‌مدیره سندیکای صاحبان صنایع داروهای انسانی ایران، گذشتن از حق را دیگر ویژگی دکتر نوربخش عنوان کرده و توضیح می‌دهد: دکتر نوربخش حقوق دیگران به‌ویژه محرومان (مستمری بگیران، بازنشستگان و ...) را بر حقوق خود و حتی خانواده‌اش ترجیح می‌داد. درستکاری، ویژگی دیگر این مقام از دست رفته بود که دکتر کبریایی زاده

دکتر عباس کبریایی زاده، رئیس سابق هیئت‌مدیره سازمان تامین اجتماعی و عضو هیئت مدیره سندیکای صاحبان صنایع داروهای انسانی ایران، طی یادداشتی به ویژگی‌های شخصیتی مرحوم دکتر سیدمحمدتقی نوربخش پرداخت.

به گزارش روابط عمومی سندیکای صاحبان صنایع داروهای انسانی ایران، دکتر کبریایی زاده در این متن که به مناسبت هفتمین روز درگذشت سیدمحمدتقی نوربخش، نوشته شده، آورده است: از سی و سه سال قبل که در جهاد دانشگاهی با دکتر نوربخش آشنا شدم تا لحظه آخر عمرش بدون اغراق، عشق خدمت به مردم، به‌ویژه محرومان، وظیفه شناسی، پرتلاشی، مسئولیت‌پذیری و دیگر خصایل نیکو را در خود حفظ کرده بود. از دوران جنگ که مسئولانه و عاشقانه در خدمت رزمندگان جبهه‌های نبرد بود تا لحظه آخری که عمر پربركتش را با تلاش برای آسایش و رفاه بیمه‌شدگان و مستمری‌بگیران تامین اجتماعی به پایان برد، این روحیه را در خود حفظ کرد.

دکتر کبریایی زاده عنوان کرده است: برای یادآوری پندآموز به خود و دیگران، خصایل نیکوی آن سید عزیز را که منتسب به خاندان اهل بیت (ع) بود و همواره بر این نسبت افتخار می‌کرد و تذکر می‌داد که سید آل پیامبر و فرزند زهرا (س)، باید تلاشش برای خدمت به مردم بیشتر از دیگران باشد، ویژگی‌های اخلاقی ایشان را در ادامه یادآور می‌شوم.

عضو هیئت‌مدیره سندیکای صاحبان صنایع داروهای انسانی ایران، مسئولیت‌پذیری را یکی از ویژگی‌های اصلی دکتر نوربخش خوانده و در این یادداشت آورده است: به خاطر دارم از دوران دانشجویی و تا آخرین روزهای عمر پربركتش مشتاق انجام هر کار بر زمین مانده‌ای بود. وقتی در جمع دوستان در مورد انجام کاری صحبت می‌شد و داوطلبی برای انجام آن کار فراخوانده می‌شد، سید تقی نوربخش پیشقدم پذیرش انجام کار بود. به‌ویژه آن کاری که مربوط به خدمت به اقشار محروم و مستضعف جامعه باشد. به‌همین خاطر بود که علی‌رغم آنکه امکان جذب به‌عنوان عضو هیئت‌علمی در دانشگاه را داشت، تامین اجتماعی را به‌عنوان محل خدمت خود انتخاب کرد و همواره بر این انتخاب خود می‌بالید. هر بار که



داشته است گواه بر این امر است که همواره به دنبال آینده بهتر برای ذی‌نفعان سازمان خود بوده است. خدمات نوآورانه ایشان در دورانی که معاون درمان تامین اجتماعی بود، یا قائم مقام سازمان نظام پزشکی بود و از همه مهمتر فرصت نزدیک به شش ساله‌ای که ایشان مدیرعامل سازمان تامین اجتماعی بود، نوآوری و تحول‌گرایی ایشان همواره مورد اعتراف کارشناسان و ذی‌نفعان است. اقداماتی که از سال ۱۳۹۲ در حوزه‌های نیروی انسانی سازمان، فناوری اطلاعات، فرهنگ سازمانی، دسترسی آحاد جامعه به ویژه مناطق محروم و کمتر برخوردار به خدمات نظام سلامت، اصلاح قوانین و مقررات بیمه‌ای، چابک‌سازی سازمان، ایجاد شفافیت سازمان و پاسخگو کردن آن و ... صورت گرفت مصداق‌ها و معیارهایی است که نوآور و تحول‌گرا بودن ایشان را گواهی می‌دهد.

دکتر کبریایی‌زاده، تکامل‌گرا بودن را دیگر شاخصه این دوست، همکار و هم‌زم قدیمی برمی‌شمرد و ادامه می‌دهد: تکامل‌گرایی فردی و سازمانی از رویکردهای بارز دکتر نوربخش بود. به وضع موجود رضایت نمی‌داد. از هر فرصتی برای تکامل خود، از نظر حرفه‌ای و معنوی استفاده می‌کرد. در عین روحیه جدی و سرسختی که در کار داشت، روحی بسیار لطیف و مهربان داشت. گاهی که صحبت از کارهای خیر می‌شد و یا اقدامی در جهت یک فعالیت مذهبی و معنوی، با گشاده‌رویی اشتیاق خود را نشان می‌داد. همچنین دکتر نوربخش بسیار ایثارگر بود، خود و خانواده‌اش را از بسیاری از فرصت‌هایی که برایشان نفع شخصی داشت که آن هم حق طبیعی آن‌ها بود، مثل اوقاتی را با خانواده بودن، آخر هفته‌های بدون کار و ... محروم می‌کرد و همواره مشتاق خدمت به مردم بود.

دکتر کبریایی‌زاده در پایان تاکید می‌کند: اینها دوازده خصلتی بود که به اختصار در وصف مرحوم دکتر سیدتقی نوربخش توانستم به یاد، عنوان کنم اما وقتی به ذهن تاریخی خود مراجعه می‌کنم، می‌بینم اینها حداقل‌هایی است که می‌توانستم در وصف این سید نیکو سرشت و نیکوکردار بگویم و بنویسم. خداوند روح ایشان را با اجداد طاهرینش به خصوص مادر سادات حضرت زهرا(س) که ارادت خاص و ویژه‌ای به ایشان داشت، محشور و اعمال و کردارش را ذخیره آخرتش قرار دهد. ▶

به آن هم اشاره کرده و آورده است: وجه مشخصه انسان‌های عاقبت به خیر، درستکاری است. تلاش داشت درستکار باشد و مراقب احوال خود بود در جهت اینکه عملی ناشایست نداشته باشد. به دلیل همان دل پاک و نیت خیرش، تصور اینکه ناراستی و نادرستی را درخود راه دهد، نداشت. وی همچنین در گفتار و کردارش صادق بود. در طول مدت آشنایی و همکاری با ایشان شاهد صحنه‌ای نبودم که بخواهد موضوعی که واقعیت دارد را کتمان کند، چهره‌اش همواره گویای صداقتش در گفتار و کردار بود. همچنین دکتر نوربخش همواره تابع قانون بود، در وقایع و رخداد‌های زیادی با هم بودیم که حتی به ناحق، حقی از ایشان ضایع شده بود و تکیه کلامش این بود: «ما در هر صورت از قانون تبعیت می‌کنیم».

وی متخصص بودن در زمینه کار محوله به ایشان را از دیگر ویژگی‌های مرحوم دکتر نوربخش برشمرده و عنوان می‌کند: وقتی در حوزه‌ای مسئولیت می‌پذیرفت بر اساس مأموریت آن سازمان و حیطة کاری، دانش خود را گسترش می‌داد. وقتی در جهاد دانشگاهی مسئولیت داشت به مأموریت‌های سازمانش اشراف کامل داشت و وقتی با کارشناسان با تجربه‌تر از خودش صحبت می‌کرد، در بحث‌های تخصصی شرکت‌ها کم نمی‌آورد، بلکه اشراف ایشان به قوانین و مقررات تعجب همکاران را برمی‌انگیخت. همین روحیه و توانمندی را در آخرین سمت ایشان در تامین اجتماعی شاهد بودم. وقتی در جلسات هیئت‌مدیره یا هیئت امناء و دیگر شوراهای وزارت رفاه در مورد موضوعات کاملاً تخصصی نظیر قوانین و مقررات کار، حقوق و دستمزد، بازنشستگی، مستمری‌بگیران، حوزه درمان و دارو و ... صحبت می‌کردیم، بدون اغراق قامت دکتر نوربخش در حوزه‌های مقررات و آگاهی به قوانین در جهت تصمیم‌سازی زبان زد بود. اشراف ایشان در مقررات پیچیده بیمه، گاهی تعجب همکاران تامین اجتماعی که سال‌ها در این بخش تجربه داشتند را به همراه داشت. از جنبه تخصصی پزشکی و دانش و مهارت ایشان نیز در حوزه ارتوپدی همین بس که سال‌ها منتخب متخصصان ارتوپدی کشور به‌عنوان عضو هیئت‌مدیره و در دوران طولانی رئیس انجمن ارتوپدی کشور بود. همچنین ایشان بسیار تحول‌گرا بود، مرور عملکرد ایشان در حوزه‌هایی که مسئولیت



در نشست بررسی وضعیت صنعت داروسازی ایران مطرح شد: تعطیلی کارخانه‌های داروسازی خبری معمولی شده!

میزگرد "بررسی وضعیت صنعت داروسازی کشور"، بیستم آبان با حضور دکتر احمد شبیانی (رئیس سندیکای صاحبان صنایع داروهای انسانی ایران)، مرتضی خیرآبادی (عضو هیئت‌مدیره سندیکای صاحبان صنایع داروهای انسانی ایران) برگزار شد. در این نشست به مسائل و مشکلات روز دارویی امروز پرداخته شد. ضمن اینکه هشدار داده شد اگر تصمیمات درست در این زمینه گرفته نشود، نه تنها صنعت داروسازی با مشکل روبرو می‌شود که سلامت جامعه دچار بحران خواهد شد.

تعطیلی شرکت‌های دارویی خبری ساده شده؟!

در ادامه این نشست دکتر احمد شبیانی ضمن بیان تاریخچه‌ای از شکل‌گیری این صنعت عنوان داشت: خشت بر روی خشت گذاشتیم تا صنعت داروسازی ایران به چنین بالندگی و موقعیت مباحث آفرینی رسید. من ۴۲ سال در محضر همراهان دارویی شاگردی کردم و کودک صنعت را با همراهی و همدلی به جوانی رساندیم. آیا هرگز به یاد دارید در رویارویی با مشکلات، خطی از یک شرکت داروسازی تعطیل شده باشد، الان به شرایط عجیبی رسیده‌ایم که تعطیلی شرکت‌های دارویی، خبری معمولی شده است. آیا نباید فرامین اتاق فرمان را پیش از صدور، با اهالی صاحب تجربه صنعت دارو در میان گذاشت. ما این صنعت را در بحرانی‌ترین شرایط جنگ ۸ ساله از گردنه‌های تحریم و فشار عبور دادیم. بنده خودم در وزارتخانه از نزدیک با مشکلات مواجه بودم. مشکلات تحریم، مشکلات مبادلات مالی و خیلی مسائلی که امروز آن‌ها را به صورت ویژه و برجسته فهرست می‌کنند، در زمان دست‌اندرکاری ما هم وجود داشت.

وی گفت: همکاران پرتلاش ما در صنعت داروسازی افتخارآفرینی کردند و مردم شریف و شایسته ما باید با کمک رسانه‌ها به تلاش‌ها و پشتکارهای دیده نشده اشراف پیدا کنند. توانی که وابستگی و واردات را به استقلال و خودکفایی رساند، هنوز زنده است و می‌تواند باز شگفتی بیافریند. این ظرفیت چه از نظر دانش تولید و چه از لحاظ دستگاه‌ها هم چنان وجود دارد. اما شرط مهم این است که اتاق فکری مهیا کنند و صاحبان دانش و تجربه و مدیران دلسوز صنعت در تصمیم‌گیری‌ها ایفای نقش داشته باشند.

همفکری راه حل است نه فرمان یک طرفه

شبیانی ادامه داد: صنعت داروسازی که پادگان نیست یک نفر آن بالا فرمان صادر کند و بقیه خیردار بایستند. اعتقاد راسخ دارم با هم‌فکری و همراهی به آسانی از تحریم‌های جدید هم عبور می‌کنیم. مشروط بر اینکه ناخدای طوفان ندیده، کشتی صنعت را به کوه یخ نکوبد و آرامش صنعت داروسازی کشور را با تصمیمات ناشیانه بر هم نزند. مشکلات فعلی چه هستند؟ ما همواره از تحریم‌ها به‌عنوان فرصت استفاده کرده‌ایم. همراهان قدیمی خوب به یاد دارند که اوایل انقلاب قادر به تولید یک گرم مواد اولیه دارویی نبودیم، اما در این برهه ۵۰ درصد از نیاز داروسازی‌ها به مواد اولیه در داخل کشور رفع می‌شود. آیا این مصداق تبدیل تحریم به فرصت نیست.

وی افزود: ما حتی نمی‌توانستیم پوکه آمپول تولید کنیم. از کشور همسایه شیشه وارد می‌کردیم، ولی در حال حاضر هم نیاز داخلی مرتفع شده و هم تولیدات مازاد خود را صادر می‌کنیم. من قصد انکار مشکلات را ندارم ولی توانمندی‌های ما در صنعت داروسازی، مانند سیلی است که هر سدی را ویران خواهد کرد. این همه دانشمند و صاحبان نبوغ و پشتکار که در صنعت حضور دارند، کشور را در حل مشکلات دارویی امروز و

احمد شبیانی، رئیس سندیکای صاحبان صنایع داروهای انسانی ایران، در میزگرد کارشناسی وضعیت صنعت داروسازی، با بیان اینکه پیش از انقلاب، داروسازی ما واردات‌محور و تجارت‌محور بود؛ گفت: حدود ۲۵ درصد از داروها در داخل از سوی شرکت‌های چندملیتی خارجی تولید می‌شدند و ۷۵ درصد دیگر باز به دست همین شرکت‌ها از داروهای تولیدشده در کارخانه‌های خارج از کشور به بازار ایران وارد می‌شد. در این میان سهم کمی به شرکت‌های کوچک ایرانی تعلق داشت که اقلامی داروهای OTC تولید می‌کردند.

وی ادامه داد: باید با صراحت گفت: صنعت داروسازی قبل از انقلاب ایران رونق چندانی نداشت و بعد از انقلاب، تحولات بسیار مثبتی در این خلاء بزرگ رخ داد که ما باید به آن ارج بگذاریم. رسانه‌ها می‌بایست در این زمینه سنگ تمام بگذارند و کم و کیف تولد و رشد پدیده‌ای به نام صنعت داروسازی کشور پس از سال ۵۷ را به مردم منعکس کنند. اجرای موفقیت‌آمیز طرح ژنریک به عنوان شکل‌دهنده نظام دارویی کشور، اقتدار در خور تحسینی به داروسازی ایران بخشید.

دارو مهم‌تر از هر کالای اساسی است

دکتر احمد شبیانی، با عنوان اینکه در نظر داشتن وسع مالی مردم و اینکه همه آحاد ملت باید بتوانند به دارو و درمان دسترسی داشته باشند، گفت: رویکرد ژنریک‌گرایی، با همین هدف در صنعت داروسازی کشور تسری داده شد و باعث توسعه روزافزون این صنعت در کشورمان شد و ما را به موقعیتی رساند که هم‌اکنون علی‌رغم رشد شاخص جمعیتی ۹۷ درصد، مصارف دارویی کشور را صنعت داروسازی ایران تامین می‌کند.

شبیانی ادامه داد: دلایل مهمی پشت واردات ۳ درصد باقیمانده وجود دارد، که دانستن آن‌ها هر قضاوت‌کننده‌ای را قانع می‌کند که صنعت، کماکان به تولید ۹۷ درصد فعلی ادامه دهد، چراکه تولید ۳ درصد در داخل کشور به هیچ وجه مقرون به صرفه نبوده و هزینه‌های بسیار کلانی را متوجه صنعت خواهد ساخت.

رئیس سندیکای صاحبان صنایع داروهای انسانی ایران، گفت: دارو محصولی است که در مقایسه با یک کالای اساسی، از اهمیت فوق‌العاده بیشتری برخوردار است چون همواره می‌توان در صورت فقدان یک کالای اساسی، فرآورده دیگری را جایگزین آن کرد اما در زمینه دارو امکان این جایگزینی وجود ندارد.

شبیانی توضیح داد: مریض مبتلا به بیماری قند باید داروهای ضد قند مصرف کند. نمی‌توان به او مسکن داد و انتظار بهبودی داشت. بنابراین جایگاه دارو در تصمیم‌گیری‌های کلان و سیاست‌گذاری‌ها جایگاه ویژه‌ای را از آن خود می‌کند. صنعت سرفراز دارو در بحرانی‌ترین شرایط سیاسی کشور در دهه‌های مختلف، متناسب با میزان جمعیت و درآمد مردم، جوابگوی نیازهای کشور بود و احتیاجات دارویی را تامین کرده است. اگر چنین صنعت شکوفایی نداشتیم، خدا می‌داند که با مشکلات فعلی چه فتنه‌هایی که با کمبود دارو به پا نمی‌شد.



مالی واردات داروی عراق را بررسی کنید. هزینه‌های دارویی ارمنستان یا ترکیه را ارزیابی کنید. موردی قابل طرح از روسیه شاید به روشن شدن بحث کمک کند. امسال پوتین در سفر به ترکیه ۲۰ میلیارد دلار پول به داروسازی‌های آن‌جا داد و از آنان خواست توانایی خود را از لحاظ کمی و کیفی حداقل به نصف بنیه تولیدی ایران برسانند. بسیاری از شرکت‌های ما هم اکنون در حال انتقال دانش و فن‌آوری خود به شرکت‌های روسی هستند. دانستن این واقعیت هر ایرانی غیوری را آکنده از حس افتخار می‌سازد که این افتخار را مدیران موفق داروسازی کشور کسب کرده‌اند.

وجدان اخلاقی است که تولید دارو را متوقف نکرده

خیرآبادی ادامه داد: چرا در چنین اوضاع نابسامانی تولید دارو متوقف نمی‌شود، چون فقط وجدان اخلاقی است. مثل کارخانه اتومبیل‌سازی فلان نیستید که تا خبر گران شدن ارز به گوش‌شان رسید، فوراً تولید را متوقف کردند تا قیمت‌ها افزایش پیدا کند. ما ده‌ها بار به دولت گفتیم، اگر ۱۰ درصد حمایتی که از خودروسازی می‌کنید، ۵ درصد آن حمایت را از داروسازی انجام دهید، همه مشکلات ما حل خواهد شد. کشور عراق بعد از جنگ، تمام داروهایش را از سایر کشورها از جمله ایران تهیه می‌کند. داروهای با کیفیت تولیدی ایران از راه‌های مختلف به کشورهای همسایه برده می‌شود. از راه قاچاق، دزدی، از راه کردستان و هزار کوره راه دیگر سر از بازار همسایگان در می‌آورد. خوب چرا به این صنعت محبوب بها نمی‌دهید، صنعتی که برای شما ۷۰ هزار فرصت شغلی ایجاد کرده است. ما امسال پیش‌بینی کردیم که ۲۷ هزار میلیارد تومان فروش دارو در کشور خواهیم داشت؛ اگر این رقم کاهش اندکی نشان دهد، فروش ۲۱ هزار میلیارد، حتمی است. از این مبلغ دولت باید حداقل ۱۳ هزار میلیارد تومان بابت ۷۰ درصد فرانشیز به شرکت‌های پخش و تولیدکننده پرداخت کند، ولی در ردیف‌های بودجه و سازمان تامین اجتماعی این عدد به ۸ هزار میلیارد تومان نمی‌رسد.

در حق صنعت دارو اجحاف می‌شود

دکتر مرتضی خیرآبادی، همچنین با انتقاد از بودجه صنعت داروسازی گفت: بودجه همه صنایع در سال گذشته افزایش داده شد، اما بودجه فرانشیز دارو ثابت ماند. چگونه می‌شود چنین اجحافی را در حق صنعت دارو پذیرفت؟ دولت بدون پشتوانه مالی و برنامه‌ریزی اصولی ۱۱.۵ میلیون نفر را بیمه می‌کند در حالی که بودجه دارو را در سازمان‌های بیمه گر ثابت نگه می‌دارد.



فردا یاری خواهند رساند. مشروط بر اینکه آن‌ها را در تصمیم‌گیری‌های مرتبط با دارو شرکت دهیم. از آن‌ها نظر بخواهیم و این اظهارات ریشه در دانش و تجربه را محترم بشماریم.

دستورالعمل‌های پی در پی صنعت را دچار مشکل کرده

شیبانی گفت: حلزون غول‌پیکر بروکراسی را سر راه اقدامات حیاتی صنعت داروسازی کشور قرار ندهید. دستورالعمل‌هایی که پی در پی و هر روز از دفاتر روسای در حال تکثیر ابلاغ می‌شوند، به یکی از آفات جدید صنعت تبدیل شده است. مواردی که گفته شد همه از سوی وزارت بهداشت نیست، اما این وزارت بهداشت است که باید پاسخگو باشد، چون صنعت دارو، فعالیت‌های حیاتی و مفیدش را زیر پرچم این وزارتخانه انجام می‌دهد. سایر وزارتخانه‌ها هم می‌توانند با نگاهی به شرایط محتاج مساعدت صنعت دارو به‌عنوان یکی از عالی‌ترین صنایع کشور، مشکلی از مشکلاتش را حل کنند. وقتی به فوتبال و والیبال کمک‌های میلیاردی می‌کنید، بد نیست گاهی هم از مشکلات داروسازی‌ها، شرکت‌های پخش دارو و داروخانه‌ها باز کنید. این مراکز بحران‌زده، عرضه‌کننده نوشداروهای احیاکننده جان مردم هستند و امروز با اوضاع مالی به استضعاف کشیده شده، به‌طور جدی نیازمند تغییر شرایط هستند.

عمق ارزش داروسازی در داخل درک نشده!

در ادامه این نشست، مرتضی خیرآبادی، عضو هیئت‌مدیره سندیکای صاحبان صنایع داروهای انسانی ایران، با اشاره به ارقامی که در صنعت داروسازی کشور جابجا می‌شود، افزود: بارها در رسانه‌ها عنوان شده است، ۹۷ درصد از داروهای مورد نیاز کشور در داخل تولید می‌شود. آیا کسی عمق این واقعیت را درک کرده است، اگر این درصد را در جدول تناسب بگذاریم، برای ۳ درصد باقیمانده ۱.۴ میلیارد دلار هزینه می‌کنیم، پس ارزش ۹۷ درصد تولید داخلی ۴۵.۴ میلیارد دلار است، یعنی نصف درآمد ارزی ایران را باید روی ۱.۴ میلیارد دلار بگذاریم تا مخارج داروی کشور تامین شود. آیا کسی به این مهم عنایت دارد.

کشورهای منطقه آرزو دارند به ایران برسند

دکتر خیرآبادی، با اشاره به این مطلب که در حال حاضر، کل مبلغی که برای ۹۷ درصد هزینه می‌کنند، ۶۰۰ میلیون دلار است در حالی که حداقل ۲۵ میلیارد دلار صرفه‌جویی ارزی را کسی در نظر نمی‌گیرد؛ گفت: اسناد



یکی از روسای جدید ما شده‌اند. ما در شرایط یک جنگ دارویی قرار داریم. در این شرایط باید برای بیماران یک فرماندهی ویژه ایجاد شود که تمامی اختیارات تولید و واردات را در تمامی زمینه‌های گمرکی، ارزی و تجاری بر عهده گیرد که خدای ناکرده خللی در سیستم درمانی کشور ایجاد نشود. چندی پیش در نمایشگاه جهانی مادرید متوجه شدیم، بسیاری از شرکت‌های تولیدکننده ماده اولیه دارو به دلیل ترس از تحریم‌های بانکی حتی حاضر به عرضه سرنگ‌های از پیش تزریق هم نیستند. گمرک و سازمان توسعه تجارت برای حل مشکل دارو و مواد اولیه باید لاین خاصی را برای واردات اتخاذ کنند تا شرکت‌هایی که مجبورند طبق قیمت‌گذاری رسمی، دارو تولید و در اختیار بیمار قرار دهند، دچار مشکل نشوند.

وی ادامه داد: هر روز با یک ابلاغیه برای ما یک تکلیف تازه تعیین می‌کنند. از هنگامی که نرخ ارز تغییر کرده یک نفس و مداوم برای ما برنامه جدید ارسال کردند. وقتی هم که برخی آن را اجرامی کنند، با قانون تازه‌تر روبرو می‌شوند و باید تاوان بدهند.

دکتر خیرآبادی با بیان اینکه چرا دولت خودش را جای ما نمی‌گذارد، عنوان کرد: این افرادی که با شرایط شما می‌سوزند و می‌سازند، درخور دریافت مدال هستند. در حالی که پیوسته مورد تهدید قرار می‌گیرند، هر روز باید در صف بانک‌ها بایستند. در هزارتوی گمرک سرگردان شوند، چراکه به آن‌ها می‌گویند قانون تازه وضع شده و این کالا را ترخیص نمی‌کنیم و وقتی از راه چاره می‌پرسیم؛ معلوم می‌شود باید برویم کفش آهنین بپوشیم.

این عضو هیئت‌مدیره سندیکای صاحبان صنایع داروهای انسانی ایران، در پایان ضمن تاکید بر این مطلب که فعالان صنعت داروسازی از دولت توقع دارند حامی این صنعت باشد، گفت: چندین ماه است که ارز ماشین‌آلات دچار مشکل جدی شده است و کارخانجات به علت نداشتن نقدینگی نمی‌توانند ناگهان به میزان دو برابر ریالی یعنی ارز نیما ماشین‌آلات بخرند و دارو را با قیمت رسمی تولید و به بیماران عرضه کنند؛ که این معضل تصمیم سریع و درست دولت را می‌طلبد. ▶

خیرآبادی گفت: نتیجه این شطرنج ناشیانه، بحرانی است که شاهد آن هستیم. آیا می‌دانید ۱۱ ماه تعویق در پس دادن طلب پخش و کارخانه‌ها تحمیل ورشکستگی است. وقتی هم که می‌خواهند بدهکاری خود را بپردازند به جای پول، اوراقی با سررسیدهای طولانی ۱۶، ۱۸، ۲۴ ماهه به طلبکار می‌دهند. چندی قبل به یکی از شرکت‌ها در ازای ۱۲ میلیارد تومان طلب قطعی، ۱۴/۲ میلیارد اوراق مدت‌دار دادند. چون کارخانه نیاز شدیدی به پول داشت مجبور شد اوراق را با ضرر در بورس ۱۰ میلیارد و ۱۰۰ میلیون بفروشد. مدارک معجز کننده این اجحاف، تمام و کمال در دسترس است. دوازده میلیارد تومان پول بعد از ۱۱ ماه به اوراق تبدیل شد و ۱۰ میلیارد به شرکت رسید. آیا این نحوه برخورد مالی با کسی که به دنبال مشقات بسیار، داروی بیماران را تولید می‌کند، می‌تواند وی را به ادامه فعالیت ضروری و حیاتی‌اش دلگرم سازد.

دولت حاضر نیست پول اختلاف ارز دارو را بپردازد

وی افزود: سال گذشته شرکت‌های دارویی با هزینه یورو ۳۵۰۰ تومانی دارو، مواد اولیه وارد کرده و در اختیار بیماران قرار دادند و امسال باید با یورو ۵۲۰۰ تومانی پول فروشنده خارجی را پرداخت کنند دولت حاضر نیست حتی پول اختلاف ارز دارو را بپردازد. در حالی که این اختلاف قیمت را با تجهیزات پزشکی و یا بخش کشاورزی محاسبه و پرداخت می‌کند؛ ولی تا نوبت به دارو می‌رسد، انگار ما هیچ حقی نداریم. تحمیل چنین تبعیض‌هایی به صنعت دارو چه معنایی به جز اجحاف دارد. وقتی با بیمه سلامت یا سازمان بیمه تامین اجتماعی قرارداد منعقد می‌کنیم، می‌گویند اگر ۲ روز نسخه را دیر تحویل دهید با جریمه مواجه خواهید شد اما وقتی ۱۱ ماه در پرداخت بدهکاری خود تاخیر می‌کند، این صنعت است که باید از حق خود بگذرد.

همه رییس صنعت داروسازی هستند

خیرآبادی یکی دیگر از مشکلات صنعت داروسازی در کشور را عدم وجود فرماندهی واحد دانست و اظهار داشت: هر اداره و سازمانی که به ما می‌رسد حکمی از جیب در آورده و معلوم می‌شود که ایشان هم

رییس سندیکای صاحبان صنایع داروهای انسانی ایران در واکنش به گزارش گاردین درباره کمبود دارو گفت: داروی بیمار ان خاص نه تنها تولید می‌شود که بخشی از داروهای تولیدی صادر نیز می‌شوند

در مورد تحریم دارویی ایران به گوش مردم جهان برسد چراکه ظالم‌ترین افراد هم این اجازه را به خود نمی‌دهند که دارورسانی را به بیماران متوقف کنند در حالی که آمریکا با سیاست‌های خود و تحریم‌های جدید دسترسی به دارو را مختل کرده است.

دکتر احمد شیبانی، عنوان داشت: علی‌رغم تحریم‌های آمریکا و ادعایی که آن‌ها بر عدم تحریم دارو دارند، دارو به صورت مستقیم و یا غیرمستقیم تحریم است چراکه برخی از شرکت‌ها به دلیل ترس از تحریم‌های آمریکا، مواد اولیه را به شرکت‌های دارویی ما نمی‌دهند و برخی که مانعی برای ارسال مواد اولیه و یا فروش دارو ندارند، ما به دلیل تحریم‌های بانکی نمی‌توانیم از آن‌ها خرید کنیم.

وی ادامه داد: با این حال در طول سال‌های تجربه تحریم، ما از این مشکلات به‌عنوان عاملی برای استفاده از توانایی‌ها و تبدیل آن‌ها به فرصت استفاده کرده‌ایم و در حال حاضر با اینکه این ادعا را نداریم که تولید داروهای خاص و سرطانی بی‌مشکل نیستند اما می‌توانیم بگوییم با جایگزین شدن داروهای مشابه تولیدی و یا تولید همان داروها در داخل

اجازه نمی‌دهیم مشکل چندانی برای بیماران پیش بیاید.

دکتر احمد شیبانی اختصاصاً در رابطه با داروهای بیماران خاص هم اظهار داشت: در مورد داروهای بیماری‌های خاص نه تنها تولید داخلی داریم که بخشی از داروهای تولیدی صادر نیز می‌شوند.

رییس سندیکای صاحبان صنایع داروهای انسانی ایران همچنین درباره تولید داروهای مرتبط با بیماران سرطانی اذعان داشت: برخی از داروهای بیماران مبتلا به سرطان در حال تولید در داخل ایران است و پروژه‌هایی داریم که داروهای شیمی درمانی و ... را تا دو سال آینده در ایران تولید کنیم. ▶



"در حال حاضر داروهای بیماران خاص و سرطانی بی‌مشکل نیستند اما جایگزین شدن داروهای مشابه تولیدی و یا تولید همان داروها، اجازه نمی‌دهد مشکل چندانی برای مردم در مورد داروایی که نیاز دارند، پیش بیاید." به گزارش روابط عمومی سندیکای صاحبان صنایع داروهای انسانی ایران، دکتر احمد شیبانی، رییس سندیکا، در واکنش به گزارشی که چندی پیش در روزنامه گاردین در رابطه با کمبود داروهای بیماران خاص و ... به چاپ رسیده بود و برخی از افراد از جمله رییس کانون هموفیلی ایران در این رابطه اظهار نگرانی کرده و اعلام کرده بودند در صورتی که موجودی داروی کشور تمام شود، سلامتی ۱۲۰۰۰ بیمار دارای اختلال خونی در ایران در معرض خطر جدی قرار خواهد گرفت؛ گفت: حتما باید صدای ما

علی‌رغم حضور شرکت‌های دارویی خارجی، وضعیت دارویی ایران عوض نمی‌شود

ورق دارو بر نمی‌گردد

باید بر اساس ضوابط فنی و قانونی سازمان غذا و دارو باشد. در همین زمینه، رییس کمیته قوانین و مقررات سندیکای صاحبان صنایع داروهای انسانی ایران، طی گفت و گویی با اشاره به این مطلب که چینی‌ها در حوزه دارو نیز شرکت‌هایی دارند که بسیار عالی و شرکت‌هایی دارند که بسیار ضعیف عمل می‌کنند و باید کاملاً مشخص شود شرکت چینی که می‌خواهد دارو تولید کند، چه سابقه‌ای دارد؛ عنوان کرد: نمی‌توان انتظار داشت با حضور شرکت‌های دارویی خارجی در کشور، ورق وضعیت دارویی برگردد و ساماندهی این وضعیت نیاز به برنامه‌ریزی دارد.

وی با بیان اینکه پیش از این نیز شرکت‌های دارویی اعلام حضور در ایران را داشته‌اند اما تا به حال شرکت‌های بسیار کمی بوده‌اند که صفر تا صد یک پروژه را به انجام رسانده باشند و عمدتاً کار را نیمه تمام رها کرده‌اند؛ اظهار داشت: امیدوارم اگر هم قرار است در زمینه تولید دارو کاری انجام شود، با مطالعه و نیازسنجی باشد چراکه عدم آگاهی کامل این اجازه را به شرکت‌های خارجی می‌دهد که تنها از بازار ایران استفاده کنند، بدون اینکه تولید فعال یا انتقال تکنولوژی صورت بگیرد.

دکتر زرگرزاده، مشخص شدن این موضوع که هدف شرکت‌های دارویی خارجی برای حضور در ایران چیست و قرار است چه دارویی را با چه هدف و جبران چه نیازی تولید کنند، بسیار مهم دانست و گفت: در غیر این صورت تنها مورد سوءاستفاده شرکت‌های خارجی قرار می‌گیریم و سلامت مردم را نیز با چالش روبرو می‌کنیم. ▶

دکتر محمدرضا زرگرزاده، رییس کمیته قوانین و مقررات سندیکای صاحبان صنایع داروهای انسانی ایران، در واکنش به خبر پیشنهاد چینی‌ها برای تولید دارو در منطقه آزاد چابهار گفت: سرمایه‌گذاری در هر زمینه‌ای در کشور مغتنم است اما این مسئله منوط به این می‌شود که روی سرمایه‌گذاری در زمینه تولید دارو تحقیق شده باشد و با برنامه‌ریزی انجام بگیرد.

آبان ماه امسال، مدیرعامل سازمان منطقه آزاد چابهار از پیشنهاد چینی‌ها برای تولید دارو در این منطقه با هدف توزیع و مصرف در کشورهای مسلمان با برند حلال خبر داد. عبدالرحیم کردی با اشاره به درخواست چینی‌ها مبنی بر فعالیت در منطقه آزاد چابهار به منظور تولید دارو برای مصرف در کشورهای مسلمان و منطقه با برند حلال، اظهار کرد: چینی‌ها پیشنهادی را در ارتباط با تولید دارو به جهت عرضه به کشورهای منطقه‌ای و اسلامی ارائه کرده‌اند که این پیشنهاد در دست بررسی است و یکی از موضوعاتی است که می‌تواند زمینه همکاری‌های مناسبی را فراهم کند. در همان زمان سخنگوی سازمان غذا و دارو در واکنش به این موضوع گفت: هر کشوری که بخواهد در ایران به صورت تولید مشترک در حوزه دارو و تجهیزات پزشکی اقدام کند، باید بر اساس ضوابط فنی و قانونی سازمان غذا و دارو پیش رود و موضوع تولید دارو در ایران جزء موارد همکاری‌هایی بوده که با سازمان منطقه آزاد چابهار مطرح شده و در این زمینه به‌طور اخص با سازمان غذا و دارو صحبتی نشده است در حالی که اگر بخواهد هر گونه سرمایه‌گذاری چه از سوی چینی‌ها و چه سایر کشورها، داخل کشورمان در این حوزه به صورت تولید مشترک انجام شود،

غلامرضا اخوان فرید، نایب رییس دوم سندیکای صاحبان صنایع داروهای انسانی ایران، اعلام کرد:

مواد بسته‌بندی دارو ۸۰ درصد گران شده!

"متأسفانه در طول سال‌های گذشته - غیر از یک سال قبل و از زمانی که مدیریت سازمان غذا و دارو به عهده دکتر اصغری قرار گرفت- حمایت‌های لازم از صنعت داخلی دارو صورت نگرفت، به‌ویژه در مورد داروهایی که مشابه داخلی داشته‌اند و مدت‌ها به وفور و با امتیاز بیشتر وارد کشور می‌شدند. من یکی از کسانی هستم که کار زیادی در این زمینه انجام دادم و از طریق مصاحبه و مکاتبه در مجامع مختلف به این مسئله معترض بودم و اعتراض این بود که چرا به فرآورده‌هایی اجازه واردات داده می‌شود که در داخل و به‌دست متخصصان خودمان تولید می‌گردند؟" به گزارش روابط عمومی سندیکای صاحبان صنایع داروهای انسانی ایران، دکتر غلامرضا اخوان فرید (نایب رییس دوم سندیکای صاحبان صنایع داروهای انسانی ایران و مدیرعامل شرکت داروسازی رها) ضمن بیان مطلب فوق در گفت‌وگویی به تشریح وضعیت تولید دارو و مشکلات پیش روی این عرصه پرداخت. مشکلاتی که نه تنها تولیدکننده دارو را در شرایط امروز ایران مورد آسیب قرار می‌دهد که در نهایت با سلامت جامعه هم بازی خطرناکی خواهد کرد. آنچه در ادامه می‌خوانید مشروح این گفت‌وگو است.

کشور می‌شدند. من یکی از کسانی هستم که کار زیادی در این زمینه انجام دادم و از طریق مصاحبه و مکاتبه در مجامع مختلف به این مسئله معترض بودم. اعتراض این بود که چرا به فرآورده‌هایی اجازه واردات داده می‌شود که در داخل و به‌دست متخصصان خودمان تولید می‌گردند؟ این محصولات وارداتی با قیمت بالا عرضه می‌شد که همین قیمت، قدرت تبلیغات و بازاریابی بالایی هم به آن‌ها می‌داد. در حالی که شرکت‌های ایرانی با سود کم به مراتب توانایی کم‌تری داشته و قدرت رقابت با شرکت‌های خارجی را نداشتند. یکی از شرکت‌هایی که در این زمینه دچار ضرر و زیان شد، شرکت «رها» بود. شرکت ما در تولید داروهای جدید فعال است، خصوصاً مواردی که برندهای خارجی مشابه در کشور وجود دارد و مردم آن‌ها را می‌شناسند. قول‌های شفاهی به ما داده می‌شد که برای تولید فرآورده‌های مشابه انواع خارجی (آن هم برای اولین بار در کشور) از شما حمایت می‌کنیم اما وقتی دارو تولید شد و به بازار آمد، نه تنها جلوی واردات موارد مشابه خارجی گرفته نشد حتی حمایت‌های حداقلی که باید از ما می‌شد نیز صورت نگرفت تا جایی که مجبور به امحای فرآورده‌های مان شدیم. در این زمینه ضرر و زیان قابل توجهی داشتیم و اسناد آن در شرکت موجود است؛ درحالی که تصورمان این بود که با ورودمان به بازار و به‌دلیل صرفه‌جویی مالی که نسبت به انواع خارجی دارد و قیمت‌های بسیار مناسب تولیدات ما، حمایت خواهیم شد که متأسفانه این اتفاق نیفتاد. اما خوشبختانه با تغییراتی که در سازمان غذا و دارو به‌وجود آمد و با نگرش متفاوتی که در مدیریت جدید بود و حمایتی که از صنعت دارویی داخلی مقارن با فرمان رهبری برای حمایت از کالای ایرانی شد، امروز نسبت به سال‌های قبل که داروهای خارجی بدون سقف و محدودیت وارد می‌شد، تا حدی جلوگیری شده و ما توانسته‌ایم در تولید چند قلم دارو نیاز صد در

یکی از مسائلی که پیش و خصوصاً پس از تحریم بر آن تأکید شده «حمایت از داروی ایرانی» است که دکتر هاشمی (وزیر بهداشت) و دکتر اصغری (معاون وزیر و رئیس سازمان غذا و دارو) بارها به آن اشاره کرده‌اند، با این حال همیشه انتقادهایی از طرف تولیدکنندگان دارو وجود داشته که نشان از عدم حمایت و سیاست‌های نادرست بوده است. به‌طور واضح شما به‌عنوان یکی از اعضای اصلی سندیکا و کسی که سال‌هاست در عرصه تولید دارو فعالیت دارید، خواستار چه نوع حمایتی از تولیدکنندگان هستید که یا انجام نشده و یا به‌صورت کامل و اصولی نبوده است؟

متأسفانه در طول سال‌های گذشته - غیر از یک سال قبل و از زمانی که مدیریت سازمان غذا و دارو به عهده دکتر اصغری قرار گرفته است- حمایت‌های لازم از صنعت داخلی دارو صورت نگرفت، به‌ویژه در مورد داروهایی که مشابه داخلی داشته‌اند و مدت‌ها به وفور و با امتیاز بیشتر وارد



اوایل سال قرار بود بیشتر از ۹ تا ۱۲ درصد افزایش قیمت نداشته باشیم؛ در صورتی که بعد از بررسی‌های سندیکا و جمع‌بندی نظرات، به سازمان غذا و دارو اعلام شد؛ ارز، ۲۷ درصد گران شده است، حقوق به‌طور متوسط ۲۰ درصد بالا رفته است، قیمت مواد بسته‌بندی حدود ۸۰ درصد (مثل مقوا، جعبه، ظروف پلاستیکی، پلی‌اتیلن و...) بالا رفته و مواد جانبی هم که با ارز نیمایی خریده می‌شود و بعضی از آن‌ها اگر داخلی باشند، بیش از ۱۰۰ درصد افزایش قیمت داشته‌اند.

شرکت ما در تولید داروهای جدید فعال است، خصوصا مواردی که برندهای خارجی مشابه در کشور وجود دارد و مردم آن‌ها را می‌شناسند. قول‌های شفاهی به ما داده می‌شد که برای تولید فرآورده‌های مشابه انواع خارجی (آن هم برای اولین بار در کشور) از شما حمایت می‌کنیم. اما وقتی دارو تولید شد و به بازار آمد، نه تنها جلوی واردات موارد مشابه خارجی گرفته نشد، حتی حمایت‌های حداقلی که باید از ما می‌شد، صورت نگرفت تا جایی که مجبور به امحای فرآورده‌های مان شدیم.

بعضی از آن‌ها اگر داخلی باشند، بیش از ۱۰۰ درصد افزایش قیمت داشته‌اند.

با این شرایط، چه کاری باید کرد؟ آیا شرکت‌های تولیدکننده با این وضعیت نابسامان نقدینگی می‌توانند دارو را با ضرر تولید کنند؟

مسئله چینی توانی ندارند، شرکت دارویی چه دولتی و چه خصوصی، یک بنگاه اقتصادی هستند و اگر سود نبرند و درآمدشان تامین‌کننده هزینه‌هایشان نباشد، قطعا زمین می‌خورند. از همه مهمتر صنعت داروسازی، صنعتی است که استانداردهای آن باید مرتبا ارتقاء و بهبود پیدا کند و اگر چشم‌مان را ببندیم و بخواهیم این مسائل را نادیده بگیریم، کیفیت دارو لطمه می‌خورد و سلامت بیماران را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد.

این موارد، به کمیسیون قیمت‌گذاری اعلام شده است؟

بله، به همین دلیل پس از آنکه اوایل سال، کمیسیون قیمت‌گذاری سازمان غذا و دارو بر مبنای همان ۹ تا ۱۲ درصد افزایش قیمت را اعلام کرد، کم‌کم متوجه شدند که روز به روز کمبودها بیشتر می‌شود. یک شرکت شاید بتواند درصد کمی از داروهایش را با ضرر و زیان تولید کند و داروهای سود ده، زیان داروهای را که سود ندارند تا حدودی پوشش دهد، ولی قطعا اگر تولید درصد قابل توجهی از محصولات با ضرر و زیان همراه باشد، ادامه این رویه امکان‌پذیر نیست و به نظر می‌رسد سازمان غذا و دارو به این نتیجه رسیده که باید دوباره در مورد قیمت‌ها تجدید نظر کند و اگر این کار انجام نشود، قطعا آن گروهی که بیش و پیش از همه آسیب می‌بیند، مصرف‌کنندگان و بیماران خواهند بود و بعد از آن صنعت ضرر کرده و حتی فلج می‌شود.

در بحث کیفیت دارو و حمایت از صنعت، شکی نیست اما از طرفی نگرانی مردم از قیمت‌ها هم وجود دارد. قیمت دارو قرار است تا چه حد بالا برود؟

خوشبختانه بحث قیمت‌گذاری همواره در سازمان غذا و دارو مطرح بوده و هست. بیمه‌ها و سازمان حمایت از مصرف‌کننده حضور دارند و این طور نیست که قیمت‌گذاری دست یک گروه خاص باشد. هر چند دارو، ارز دولتی می‌گیرد ولی این امتیاز شامل حال بسیاری محصولات دیگر چه در زمینه صنایع غذایی یا خودروسازی و... نیز می‌شود. به دلیل همین نظارت روی قیمت‌گذاری‌ها بوده که همواره مراعات حال مصرف‌کننده و بیمه‌ها مد نظر قرار گرفته و نسبت به تمام محصولات دیگر افزایش قیمت دارو به مراتب کمتر بوده است. بنابراین اگر افزایش قیمتی هم باشد، در حد معمول است که هم سود متعارفی برای صنعت داشته باشد و هم از مصرف‌کننده و بیماران حمایت شود. ▶

صدی کشور را برآورده کنیم که اگر این حمایت‌ها نبود و اگر این اتفاق نیفتاده بود، با توجه به محدودیت‌های ارزی که در زمینه واردات اروپا داریم، الان در مضیقه بعضی داروهای مهم (مثل صرع، تشنج و...) قرار می‌گرفتیم. اما حمایت از کالای ایرانی و محدودیت واردات، باعث شده ما با قدرت بیشتری به کارمان ادامه دهیم و نگذاریم نبود داروهای وارداتی مشکل و خلائی در بازار ایجاد کند.

پس این حمایت‌ها در حال انجام است و مفید نیز واقع شده است؟

بله که دو عامل اصلی داشته است، عامل اول، تغییر مدیریت سازمان غذا و دارو و عامل دوم هم بحث تحریم‌ها و فرمان رهبری بوده است.

مسئله دیگر قیمت‌گذاری دارو است که یکی از مباحث مهم این روزهاست. از یک طرف تولیدکننده به قیمت واقعی نیاز دارد تا کارش به صرفه باشد و از طرف دیگر اخبار مرتبط با قیمت دارو، برای مردم نگران‌کننده است که به چه سمتی خواهد رفت. شما چه پیشنهاد و راهکاری دارید که هم خودتان به عنوان تولیدکننده متضرر نشوید و هم مردم زیر فشار قرار نگیرند و نگران قیمت دارو نباشند؟

پاسخ به این سوال به یک مقدمه نیاز دارد، لازم است پیرو صحبت‌های قبلی این موضوع را بگویم که مردم تصور نکنند ما در کل مخالف انتقال تکنولوژی و دانش جدید یا برندهای خارجی هستیم و نقدی هم اگر داریم به این دلیل است که قبلا داروهای خارجی به صورت فله‌ای وارد، داخل کشور بسته‌بندی و تحت عنوان تولیدی به بازار تزریق می‌شد که ما با این سیاست مخالف بوده و مبارزه کردیم و خوشبختانه طی بخشنامه‌ای قرار شد در سال ۱۳۹۸ چه بسته‌بندی اولیه و چه بسته‌بندی ثانویه جزء واردات به حساب آید. در حالی که قبلا بسته‌بندی اولیه جزء واردات بود و از کلیه مزایای تعرفه استفاده می‌کرد. سندیکا پیشنهادی به سازمان غذا و دارو داد که اگر قیمت برندهای خارجی را ۱۰۰ بگیریم و کسی بخواهد تولید برند ژنریک داشته باشد، حداقل برای اولین بار ۶۰ تا ۷۰ درصد قیمت برندهای اصلی به تشویق محققان، پژوهشگران و کسانی که در این حوزه خلاقیتی به خرج می‌دهند و دارویی تولید می‌کنند، تعلق گیرد و اگر کسانی خواستند غیر از برند اصلی، محصولی را وارد کنند، قیمت برند ژنریک خارجی و داخلی یکسان باشد. در واقع برای برند ژنریک خارجی در مقایسه با داخلی امتیازی در نظر گرفته نشود. اما در مورد قیمت‌گذاری و در ادامه این بحث، قیمت داروهای داخلی معمولی بر مبنای قیمت تمام شده است و حاشیه سود متعارفی دارد تا صنعت بتواند هزینه‌هایش را تامین کند، استانداردهایش را حفظ کند، هزینه‌های نوسازی‌اش را بپردازد و بتواند خودش را به‌روز نگاه دارد.

اما چنین اتفاقی نمی‌افتد که تولیدکنندگان نسبت به قیمت‌گذاری دارو اعتراض دارند؟

تا حدودی خیر چون الان در شرایط خاصی قرار داریم. سیاست کلی نظام درمان و وزارت بهداشت این است که فقط به مواد اولیه، ارز دولتی داده شود. ارز دولتی بخشی از هزینه‌های تمام شده است، اما تولیدکنندگان مسائل مختلفی مثل افزایش قیمت مواد بسته‌بندی، قطعات الکتریکی، انرژی، مواد جانبی و حتی حقوق و مزایا را دارند که در نظر گرفته نمی‌شود. بنابراین آنچه الان در سازمان و کمیسیون غذا و دارو مطرح می‌شود این است که اوایل سال قرار بود بیشتر از ۹ تا ۱۲ درصد، افزایش قیمت نداشته باشیم، در صورتی که بعد از بررسی‌های سندیکا و جمع‌بندی نظرات، به سازمان غذا و دارو اعلام شد، ارز ۲۷ درصد گران شده است، حقوق به طور متوسط ۲۰ درصد بالا رفته است، قیمت مواد بسته‌بندی حدود ۸۰ درصد (مثل مقوا، جعبه، ظروف پلاستیکی، پلی‌اتیلن و...) بالا رفته و مواد جانبی هم که با ارز نیمایی خرید می‌شود و

نگاهی به دوره های کمیته علمی - پژوهشی سندیکای صاحبان صنایع داروهای انسانی ایران طراحی سیستم‌های هوارسان و هواساز، نحوه تهیه CTD محصول نهایی و کارگاه‌های ایران فارما ۲۰۱۸

از این شماره به بعد، در این بخش، به معرفی کمیته‌های مختلف سندیکا خواهیم پرداخت. به این منظور از اعضای کمیته‌های مختلف درخواست داریم مطالب مورد نظرشان را با ما در میان بگذارند و در معرفی فعالیت‌های کمیته‌ها ما را یاری کنند.

با هدف برقراری ارتباط متقابل میان اعضای هیئت‌مدیره دوره ششم و اعضای زیر مجموعه سندیکای صاحبان صنایع داروهای انسانی ایران، بلافاصله پس از سومین جلسه هفتگی اعضای هیئت‌مدیره دوره ششم، کمیته‌های تخصصی این دوره تشکیل و هر یک از اعضای هیئت‌مدیره عهده‌دار اقدامات اجرایی یکی از این کمیته‌ها شدند. بر این اساس، دکتر عباس کبریایی‌زاده نائب رئیس سندیکای صاحبان صنایع داروهای انسانی ایران، رئیس کمیته علمی - پژوهشی را به عهده گرفت. جلسات این کمیته به صورت مرتب و به صورت دوهفتگی یا ماهانه تشکیل می‌شود. برگزاری سمینارهای آموزشی ویژه صنعت داروسازی یکی از مهمترین اقدامات کمیته علمی - پژوهشی سندیکای صاحبان صنایع داروهای انسانی ایران است که با هدف آموزش تخصصی فعالان و ارتقاء وضعیت صنعت داروسازی برگزار می‌شود. آن چه در ادامه آمده است شرح گزیده‌ای از دوره‌های است که توسط این کمیته در سال ۹۷ برگزار شده است. فعالیتی که مستمر و تا پایان سال جاری نیز ادامه خواهد داشت.

گزارش

مروری بر طراحی سیستم‌های هوارسان (AHU) و هواساز (HVAC) در صنایع داروسازی براساس راهنماهای بین‌المللی زمان: ۲۴ اردیبهشت ۱۳۹۷ مکان: شرکت کارخانجات داروپخش

اولین دوره آموزشی دو روزه "مروری بر طراحی سیستم‌های هوارسان (AHU) و هواساز (HVAC) در صنایع داروسازی بر اساس راهنماهای بین‌المللی WHO, EU, PIC/S & ISO به همت کمیته علمی - پژوهشی سندیکای صاحبان صنایع داروهای انسانی ایران ۲۴ و ۲۵ اردیبهشت ماه سال جاری در شرکت کارخانجات داروپخش برگزار شد. همزمان با برگزاری این دوره آموزشی نمایشگاه جانبی سیستم‌های هوارسان و هواساز نیز در شرکت کارخانجات داروپخش برگزار می‌شود.



در این دوره آموزشی که بیش از ۱۰۰ نفر از کارشناسان و مسئولین فنی ثبت‌نام کرده بودند. تعریف اتاق/ یا فضای تمیز و استانداردهای مورد نیاز جهت طراحی و ایجاد آن، چگونگی کلاس‌بندی و پایش اتاق‌ها/ یا فضاهای تمیز (فرآورده‌های دارویی استریل و غیراستریل) بر اساس میکرو ارگانیسم و ذره در راستای محافظت از کیفیت فرآورده دارویی، اپراتورها و محیط زیست، کلیات طراحی سیستم‌های هواساز و اجزاء آن (مانند جنس یونیت، نوع فیلترها، کوئل‌های سرمایشی و گرمایشی، انواع دمپرها و...) در فرآورده‌های دارویی استریل، غیراستریل و پرخطر، انواع کانال‌های مورد استفاده (از لحاظ جنس و شکل)، انواع دریچه‌ها یا دیفوزرهای هوای ورودی و خروجی به اتاق‌ها/ یا فضاهای تمیز (از لحاظ جنس، شکل و کاربرد) در سیستم هوارسان از عناوینی بودند که در روز اول این دوره آموزشی ضمن برگزاری پانل پرسش و پاسخ به آن‌ها پرداخته شد. علاوه بر این، چگونگی استانداردسازی سیستم هواساز بر اساس ISO 14644، مروری بر عملکرد سیستم‌های اتوماسیون جهت کنترل و پایش اتاق‌های تمیز (BMS, EMS) و چگونگی معتبرسازی آن‌ها، مدیریت و یکپارچگی داده‌ها (Data integrity) در سیستم‌های دارویی با رویکرد احراز کیفیت سیستم‌های هواساز و احراز کیفیت سیستم‌های هواساز و اتاق‌های تمیز دیگر سرفصل‌های مورد نظر کمیته علمی - پژوهشی سندیکای صاحبان صنایع داروهای انسانی ایران برای بحث و تبادل نظر بود که در روز پایانی دوره آموزشی "مروری بر طراحی سیستم‌های هوارسان (AHU) و هواساز (HVAC) در صنایع داروسازی بر اساس راهنماهای بین‌المللی" مورد بررسی قرار گرفت. دکتر علی مهرآمیزی و دکتر معصومه کنعانی، دبیران علمی این رویداد تخصصی بودند.

آشنایی با نحوه تهیه CTD محصول نهایی و آخرین تغییرات آن زمان: ۱۵ مرداد ۹۷ مکان: مرکز آزمایشگاه‌های کنترل غذا و دارو

کارگاه آموزش تخصصی «آشنایی با نحوه تهیه CTD محصول نهایی و آخرین تغییرات آن» با هدف بالا بردن تسلط همکاران جهت جمع‌آوری CTD منطبق بر آخرین تغییرات و کاهش زمان بررسی پرونده در سازمان، پانزدهم مرداد، در محل مرکز آزمایشگاه‌های کنترل غذا و دارو، با حضور دکتر پیام سیفی مدیرعامل شرکت داروسازی ابوریحان و دکتر زهره شاهرودی، کارشناس مسئول واحد مطالعه و بررسی سازمان غذا و دارو، برگزار شد. در این نشست نزدیک به ۴۰ نماینده از شرکت‌های دارویی حضور داشتند و با کلیت CTD آشنا شدند.

همچنین در انتهای این جلسه با حضور دکتر مریم پایان، پرسش و پاسخ‌هایی انجام شد، که به رفع ابهامات شرکت‌ها و آشنایی با نظرات کارشناسان، مشکلات و بررسی اختلاف سلیقه‌ها، پرداخته شد.



دوره‌های آموزشی / کارگاه‌ها و نشست‌های ایران فارما ۲۰۱۸ زمان ۲ تا ۴ مهر ماه ۱۳۹۷ مکان: نمایشگاه ایران فارما

آنچه که نمایشگاه ایران فارما را متمایز از سایر نمایشگاه‌های تخصصی نموده است، رویداد محور بودن این نمایشگاه است. نمایشگاهی که در چهارمین سال برگزاری خود به بالندگی رسیده بود و نه تنها اهداف و چشم اندازهای اقتصادی را برای خود متصور است بلکه اهداف علمی، فرهنگی و آموزشی را نیز با جدیت دنبال می‌کند. کارگاه‌های آموزشی ایران فارما دوره‌هایی بودند که با هدف مشخص و از پیش تعیین شده برای ایجاد مهارت‌ها و تحصیل آموزش طراحی شد. کارگاه‌هایی که به همت کمیته علمی پژوهشی سندیکای صاحبان صنایع داروهای انسانی ایران، اداره ارشاد اسلامی شهرستان تهران و انجمن‌های علمی و صنفی برگزار شد و ایجاد ارتباط صحیح بین مطالب آموزشی و موضوع نمایشگاه موجب شد که مخاطبان از زمانی که برای آموزش می‌گذرانند لذت ببرند.



فرصتی طلایی برای توسعه

این کارگاه‌های آموزشی فرصت‌های طلایی برای توسعه، رشد و آگاهی را به بازدیدکنندگان نمایشگاه بین‌المللی ایران فارما ۲۰۱۸ ارائه داد. ۵۲ نشست، کارگاه و دوره تخصصی، در طول نمایشگاه ایران فارما، برگزار شد. کارگاه‌هایی که با هدف ارتقاء سطح آگاهی شرکت‌کنندگان در چهارمین نمایشگاه بین‌المللی دارو و صنایع وابسته از جدیدترین اطلاعات، قوانین و مقررات و فناوری‌های صنعت دارویی کشور برگزار شد. این نشست‌ها و کارگاه‌ها فرصتی را در اختیار شرکت‌ها و موسسه‌های شرکت‌کننده و بازدیدکنندگان این نمایشگاه قرار داد تا با آخرین نوآوری‌ها و تازه‌های علمی در حوزه صنعت دارو آشنا شوند. دوره‌هایی که پس از رایزنی با کارشناسان و متخصصان این عرصه، انتخاب و نهایی شده بود. گفتنی است برای شرکت‌کنندگان در این دوره‌ها گواهی معتبر از سوی کمیته علمی سندیکای صاحبان صنایع داروهای انسانی صادر شد. همچنین به لحاظ کمیت و کیفیت در برنامه‌ریزی این دوره از برپایی کارگاه‌های ایران فارما نسبت به ادوار گذشته این نمایشگاه رشد و توسعه داشته است (۶۷ درصد رشد کمی مطابق با آمار و ۷۸ درصد رشد کیفی مطابق با نظرسنجی از مخاطبین).





به گزارش روابط عمومی سندیکای صاحبان صنایع داروهای انسانی ایران؛ نمایشگاه داروسازی مونیخ (Expopharm) یکی از بزرگترین نمایشگاه‌های تجاری داروسازی در اروپاست. این نمایشگاه سالیانه برگزار شده و بیش از ۲۷۰۰۰ بازدیدکننده تجاری و ۵۰۰ غرفه‌دار در آن شرکت می‌کنند. نمایشگاه داروسازی مونیخ شامل چندین کنفرانس کلیدی، رویدادهای ویژه و مکان‌های کسب و کار و تجارت می‌شود، که مهمترین آن‌ها FIP (کنگره جهانی داروسازی و علوم دارویی) و ABDA، گردهمایی سیاسی مرکزی سال برای داروسازان آلمان، هستند. این گردهمایی بین‌المللی، بزرگترین تولیدکنندگان و خریداران عمده‌فروش و همچنین داروسازان را از سرتاسر جهان گرد خود جمع می‌کند و آخرین نوآوری‌ها و سبک‌هایی را که به این بخش شکل می‌دهند را ارائه می‌دهد.

نمایشگاه اکسپوفارم بعد از نمایشگاه CPHI از اعتبار بالایی نزد شرکت‌های دارویی و سازندگان دارو دارد. البته ذکر این نکته مهم است که تفاوت اساسی میان این دو نمایشگاه باعث شده که هر کدام مخاطبان خاص خود را داشته باشند و با وجود همزمان نمایشگاه‌ها، هر دو نمایشگاه به صورت تخصصی مخاطبان خود را به میزان بالایی جذب نمایند. نمایشگاه CPHI در واقع یک پلتفرم برای ایجاد ارتباط با شرکت‌های تولیدکننده دارو و به ویژه شرکت‌های تولیدکننده مواد موثره یا تجهیزات دارویی و خدمات مرتبط است. به همین لحاظ بخش اعظمی از بازدیدکنندگان این نمایشگاه را شرکت‌های تولیدکننده دارویی و نه شرکت‌های بازرگانی تشکیل می‌دهند. نمایشگاه CPHI در واقع فضایی است تا تولیدکنندگان دارویی بتوانند مواد اولیه و تجهیزات موردنظر خود را از غرفه‌داران تهیه نمایند. این درحالی است که نمایشگاه ExpoPharm یک فضای بازرگانی و تجاری برای یافتن تامین‌کنندگان و توزیع‌کنندگان داروها و فرآورده‌های دارویی نهایی است.



معاون تشکل‌های اتاق ایران:

پنج‌ماه و دومین نمایشگاه بین‌المللی الجزایر برگزار می‌شود

به گزارش روابط عمومی سندیکای صاحبان صنایع داروهای انسانی ایران و به نقل از سفارت الجزایر در تهران؛ نادر سیف؛ معاون تشکل‌های اتاق ایران از روسای تشکل‌های وابسته به اتاق ایران خواسته است، جهت کسب اطلاعات بیشتر در رابطه با شرکت در این نمایشگاه با پست الکترونیکی fia2019@SafeX.dZ تماس گرفته و یا به تارنمای این رویداد به نشانی www.fia.Safex.dZ مراجعه نمایند.

این نمایشگاه از ۲۸ خرداد تا ۲ تیرماه سال ۱۳۹۸ در الجزیره پایتخت این کشور برگزار می‌شود.



سخنگوی سازمان غذا و دارو:

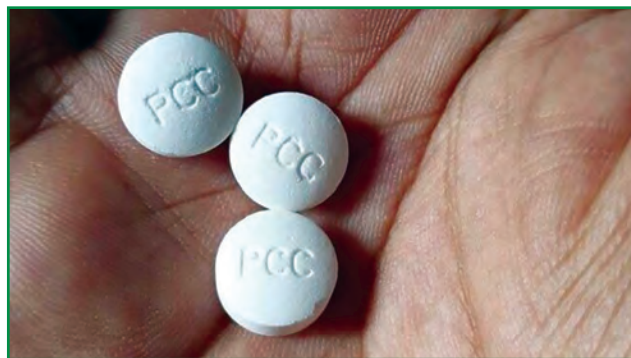
توزیع و فروش خارج از برنامه سلسپت ممنوع است

کیانوش جهانپور سخنگوی سازمان غذا و دارو درباره ممنوعیت فروش و توزیع داروی سلسپت که در بیماران خاص از جمله پیوندی‌ها تجویز می‌شود، توضیح داد.

به گزارش روابط عمومی سندیکای صاحبان صنایع داروهای انسانی ایران؛ کیانوش جهانپور سخنگوی سازمان غذا و دارو درباره خبر ممنوعیت توزیع و فروش داروی سلسپت (CellCept) گفت: فروش داروی سلسپت ممنوع نیست بلکه توزیع و فروش آن خارج از برنامه سازمان غذا و دارو ممنوع است.

وی تصریح کرد: به دلیل اینکه سلسپت در زمره داروی بیماران خاص قرار دارد و برای بیماران پیوند کبد، کلیه و قلب تجویز می‌شود، از اهمیت بالایی برخوردار است به همین دلیل فروش آزاد آن ممنوع شده است.

جهانپور اظهار کرد: اعمال محدودیت برای توزیع داروها در برخی موارد اتفاق می‌افتد تا بتوانیم فروش و عرضه دارو را کنترل کنیم و بعضاً فروش و عرضه به برخی داروخانه‌ها که دسترسی خوبی دارند، محدود می‌شود.



مدیرکل امور دارو و مواد تحت کنترل:

برخورد با توزیع‌کنندگان داروی Pcc

دکتر محمد عبدزاده، مدیرکل امور دارو و مواد تحت کنترل طی نامه‌ای به مدیر عاملان شرکت‌های توزیع‌کننده دارو، از ممنوعیت توزیع داروی PCC خبر داد. به گزارش روابط عمومی سندیکای صاحبان صنایع داروهای انسانی ایران، دکتر عبدزاده با بیان اینکه تا اطلاع ثانوی توزیع داروی PROTHROMBIN COMPLEX CONCENTRATED خارج از برنامه و تایید این اداره کل است؛ عنوان داشته است، در صورت توزیع این دارو طبق قوانین و ضوابط با شرکت پخش برخورد خواهد شد.

با حضور ۵ شرکت دانش بنیان برگزار شد

پاویون ایران در نمایشگاه اکسپوفارم مونیخ

پاویون ایران در نمایشگاه اکسپوفارم مونیخ با حضور ۵ شرکت دانش بنیان با حمایت ۷۰٪ معاونت علمی و فناوری برگزار شد.

گروه شرکت های

ASHENA TECH
Group

آشنا تک



تولید لامینار توزین
و نمونه برداری



انجام پروژه های اتاق تمیز
به صورت Turn Key

طراحی پروژه های اتاق تمیز
تولید ساندویچ پانل ماژولار



تولید درب اتاق تمیز

نامی آشنا در
صنعت اتاق تمیز



88172488-91

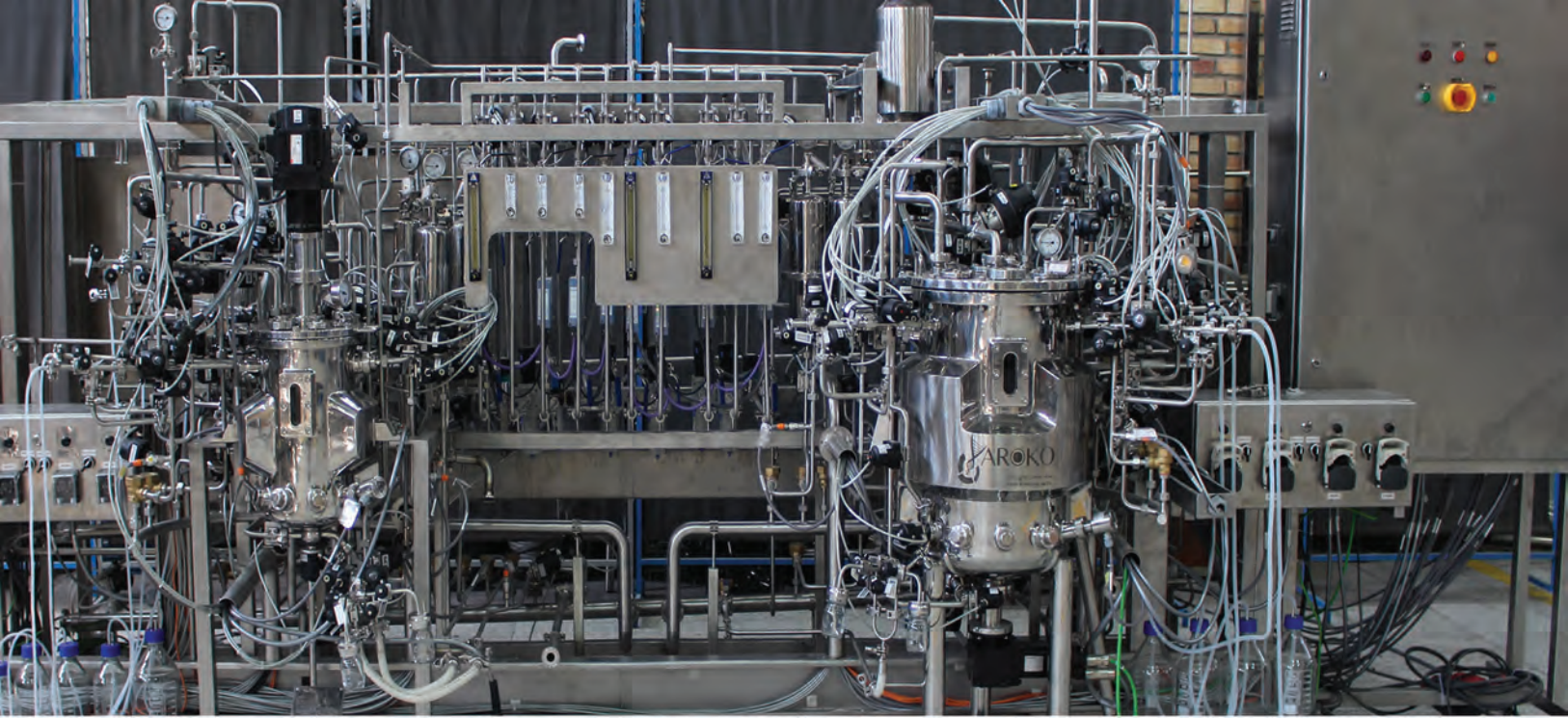
ashenatech

@ATcleanroomCO

09036211854

www.ashenatech.com

تولید هواساز های ترنیک



Homogenizer
 Clean Piping
 CIP System
 SIP System
 TFF System
 IBC
 Boroscopy
 Electro Polish
 Filter Housing
 Process Design
 Orbital Welding



Chromatography Columns
 Virus inactivation vessel
 Process Vessel
 Bioreactors
 Pass Box
 Fermenters
 Filtration System
 Central SCADA with CSV
 Bio-inactivation system
 Clean room SS Furniture

Validation Documents (DQ, IQ, OQ)



کرج، شهرک صنعتی سین دشت، خیابان دوم غربی - پلاک ۱۰
 تلفن: ۰۲۶۳۶۶۷۰۲۴۴
 فاکس: ۰۲۶۳۶۶۷۰۳۰۹

Info@arokobioeng.com



خبرنامه سندیکا ۳

یادداشت سردبیر ۱۸ اخبار ماه ۲۰

پرونده ماه

رونمایی از پوستر ایران فارما ۲۰۱۹ ۲۲
گزارش تصویری رونمایی پوستر ایران فارما ۲۴

گزارش آژانس برنامه جهانی غذا، امروز ۸۰ میلیون گرسنه در جهان داری ۲۸
مسئولین وزارت بهداشت و سازمان غذا و دارو درباره کمبود دارو چه می‌گویند؟ ۳۰
صنعت دارو باید از فلاکت قیمتی خارج شود ۳۲
کشتن با تفنگ یا نرساندن غذا و دارو؟ ۳۴
گزارش هم‌اندیشی مسئولان سلامت برای رفع مشکلات حوزه دارو ۳۷
برندهای خوب و کامل و تولیدکنندگان مطرح را نمی‌شناسیم! ۳۸
انتخاب و استفاده کامل‌ها دچار افراط و تفریط شده! ۳۹
گزارش روز جهانی ایدز، ۲۰ میلیون نفر در دنیا نمی‌دانند ایدز دارند! ۴۰
گفت و گو با رییس انجمن علمی پزشکی اجتماعی ایران، جایگاه پیشگیری در
نظام سلامت پررنگ نیست ۴۲
رییس مرکز رشد فناوری‌های دارویی: دانشجویان باید خودشان
به فکر خودشان باشند! ۴۴

دانش

تأثیر مصرف مکمل کراتین بر فعالیت آنزیم‌های کراتین کیناز و لاکتات
دهیدروژناز ۴۸
اثر مکمل سازی حاد گلوتامین بر التهاب ناشی از فعالیت ورزشی شدید
در مردان جوان ورزشکار ۵۲
اختلال طیف اتیسم از تشخیص تا درمان ۵۸
مدل مفهومی امنیت غذا و تغذیه در ایران ۶۴
دستورالعمل ایمن سازی در مبتلایان به ایدز ۶۹
کشف روش جدید مقابله با ایدز ۷۱
موثرترین واکسن مبارزه با ایدز ۷۱
علامه هشدار دهنده هپاتیت ۷۲
چگونه با خود مراقبتی سلامتی خود را تضمین کنیم؟ ۷۴

علم و فرهنگ

ایدز پشت دیوار سکوت ۷۶
گزارش چهل و هشتمین جشنواره بین‌المللی فیلم رشد ۷۸
تازه‌ها ۸۰
معرفی کتاب ۸۱
بخش انگلیسی ۸۳
رساورد ۸۶

صاحب امتیاز: مؤسسه رساگفتان صنعت بینش

مدیر مسئول: لیلا چگینی

سردبیر: شادمهر راستین

مشاوران علمی: دکتر جعفر میرفخرایی

دکتر احمد شیبانی، دکتر عباس کبریایی‌زاده، دکتر غلام‌رضا اخوان‌فرید

دکتر مهرداد علمیان، دکتر مرتضی خیرآبادی، دکتر محمدرضا زرگرزاده

دکتر مهدی سلیمانجانی

مدیر اجرایی

اکرم اظهاری

تحریریه

دبیر تحریریه: سارا جمال‌آبادی

همکاران این شماره تحریریه: زهره صدری‌نژاد، رسول سعدونی

فرخ ده‌بزرگی

ویراستار و تحریریه علمی

رانا محمدی

گرافیک و نشر

مدیر هنری: مهدی نعمتی

سرپرست گرافیک: الهامه رازفر

عکاسان: امین سروری، افرا شهباززاده

امور رسانه

لیلا افشار، پگاه حبیبی

امور مالی

مدیر مالی: مهرداد حضرتی

همکاران مالی: مریم قربانی، مریم نظریان، مقدی وارطانی

گروه بازاریابی: مهسا عباسی، مهدی فخرآور، مؤگان صدیقی

امور نمایشگاه: محمدرضا اسماعیلی

امور توزیع: حسین حبیب‌الهی، عباس پارسا منش، حسین یعقوبی

فناوری اطلاعات: عبدالسلام عزیزی، اردشیر شیرزادیان

همکاران این شماره: نرگس قربانعلی، آزاد ثابتی‌پور

مهدیه صنوبری، مهکامه کامی، فرناز محمودی

لیتوگرافی، چاپ و صحافی: چاپ نقش‌رنگ خجستگان

HAPPY NEW YEAR 2019

جناب آقای دکتر محمد رضوانی‌فر

بدین وسیله، انتصاب شایسته جنابعالی را به سمت مدیرعامل شرکت سرمایه‌گذاری
تأمین اجتماعی (نستستا) صمیمانه تبریک عرض نموده و برای شما از درگاه ایزد منان
آرزوی موفقیت و سربلندی داریم.

سندیکای صاحبان صنایع داروهای انسانی ایران - نشریه غذا و دارو

سرکار خانم دکتر مهناز خانوی

مدیرکل محترم فرآورده‌های طبیعی، سنتی و مکمل سازمان غذا و دارو
بدین وسیله درگذشت دایمی گرامی‌تان را تسلیت عرض می‌نمایم و از خدای باری
تعالی برای آن مرحوم، در خواست علو درجات و برای شما و خانواده گرامی‌تان
صبر و آرامش را خواستاریم.

سندیکای صاحبان صنایع داروهای انسانی ایران - نشریه غذا و دارو

روابط عمومی سندیکای صاحبان صنایع داروهای انسانی ایران:

مؤسسه رسایش: ۸۸۲۰۳۸۴۵

سازمان آگهی‌ها: ۸۸۲۰۳۸۴۶

امور مشترکین: ۸۸۸۷۱۲۲۸

مقالات علمی: scientific@fdmag.ir

امور سایت: it@fdmag.ir

امور بین‌الملل: intl@fdmag.ir

معرفی کتاب: books@fdmag.ir

انتشار و توزیع: مؤسسه رسایش

دفتر مرکزی:

تهران، خیابان ولی‌عصر، توانیر، خیابان نظامی گنجوی

خیابان پیوند، خیابان حماسی، ساختمان رسایش، پلاک ۲۶

تلفن: ۰۲۱-۸۸۲۰۳۸۴۵-۶

نمابر: ۰۲۱-۸۸۱۹۸۵۲۰

سبک زندگی یک انتخاب نیست یک مسئولیت اجتماعی است

در حال حاضر هزینه سلامت فردی در ایران رو به افزایش است و بیمه‌های دولتی و خصوصی توان پرداخت این هزینه را ندارند. از طرفی، هرچقدر نرخ ارز بالاتر رود، خدمات عمومی در حوزه بهداشت، تامین دارو و مواد اولیه گران‌تر می‌شود. با این اوصاف چاره کار در چیست؟

به نظر می‌رسد، بازنگری به مفهوم سلامت، سلامت فردی، درمان، دارو با رویکرد مسئولیت اجتماعی چاره کار باشد. سلامت به معنی حذف تمام بیماری‌ها نیست چراکه اگر این امر محال نیز امکان‌پذیر باشد، بسیاری از بیماری‌ها پس از مرحله ابتلا یا امکان درمان ندارند و یا اگر هم درمان شوند، موقتی بوده و بازگشت به سلامت کامل را غیرممکن می‌کنند. بنابراین به جای آنکه برای رسیدن به سلامت، بیماری‌ها را کشف کنیم و برایشان دارو و روش درمان تجویز کنیم شاید بهتر باشد مفهوم سلامت را در «سالم بودن» جستجو کنیم.

بنابر گزارش علمی پژوهشگاه‌های مدرن و کلینیک‌های تحقیقاتی «سالم بودن» برای انسان، حفظ تعادل است. تعادل و تنظیم ارگانیسم بدن و سیستم‌های دفاعی، مهمترین دلیل سالم بودن فرد محسوب می‌شود. بنابراین راز سلامت، همانا پیشگیری و سالم زیستن است و زندگی بر اساس قواعد «سالم بودن» انتخاب‌ها، مصرف‌ها و صرفه‌جویی در تولید غیرمصرفی و بازتولید آن‌هاست. چنین رفتاری دیگر یک سبک زندگی فردی برای سالم بودن محسوب نمی‌شود بلکه با توجه به زیستگاه‌های شهری و اجتماعی که در آنجا به سر می‌بریم، یک مسئولیت اجتماعی قلمداد شده و نه تنها یک فرد یا گروه که همه جامعه زیستی موظف هستند، قوانین حفظ تعادل فردی-گروهی، جسمی - روحی و ارگانیکی - طبیعی را به‌جا آورند.

نکته اینجاست که مصرف‌گرایی، اصلی‌ترین بیماری دوران ماست، بدون نیاز، مصرف می‌کنیم. دچار عارضه می‌شویم و دوباره مصرف می‌کنیم تا عوارض مصرف اولیه را تعدیل کنیم، غافل از آنکه یادمان رفته سالم بودن را فراموش کرده‌ایم، از پیشگیری دور شده‌ایم و فقط می‌خواهیم مصرف کنیم تا بیمار نشویم. این بحران وقتی حادث می‌شود که در حوزه «دارو» ایرانیان از حد مجاز مصرف منطقی عبور کرده‌اند و تمامی نهادهای دولتی و مردمی که نگران سلامتی جامعه هستند، هشدار می‌دهند که رویکرد تجویز به سمت مصرف منطقی دارو باید تغییر کند.

از طرفی تحریم‌های اخیر به‌ویژه در حوزه دارو، هشدار بود برای ایرانیان که دیگر نمی‌توانند مانند نیم قرن گذشته به مقوله سلامت با نگاه مصرف‌گرایانه به زندگی‌شان ادامه دهند.

سبک زندگی مصرف‌گرایانه، از انسان‌ها یک ربات خرید بدون نیاز می‌سازد که هر انتخاب، تصمیم و کنش این افراد تنها در جهت تولید موارد غیرضروری و داشتن ذهنیت مصرف برای مصرف است. در چنین جامعه‌ای، دستیابی به سلامت با تعریف واقعی آن فاصله پیدا می‌کند و به امری برای رسیدن سرانه مصرف نمک، چربی و مواد نگهدارنده غذایی به توهم سلامتی منجر می‌شود و چاره‌ای نمی‌ماند که در یک اقدام همگانی و پرشور، تمامی نهادهایی که دغدغه سالم بودن و سالم زیستن را دارند از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی گرفته تا وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی و سازمان‌های مردم‌نهاد و خیریه یا مجامع دانشگاهی، صنفی و کارآفرینی مردم را به مسئولیت اجتماعی سالم زیستن، دعوت کنند. ▶

غذا دارو

پرونده ماه



IPH
IRAN PHARMA
2019

پنجمین دوره با رونمایی از پوستر آغاز شد

رونمایی از پوستر نمایشگاه بین‌المللی ایران فارما ۲۰۱۹ که سال آینده دوم تا چهارم مهرماه در مصلای امام خمینی (ره) برگزار می‌شود، عصر دوشنبه نوزدهم آذرماه در ساختمان وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی برگزار شد. یک روز بعد از پایان این مراسم - که گزارش کامل آن را در این بخش می‌خوانید - سایت برای متقاضیان شرکت در نمایشگاه بین‌المللی ایران فارما ۲۰۱۹ باز شد. میزان استقبال علی‌رغم وجود مشکلات اقتصادی داخلی و سیاسی خارجی، از حد انتظار، خارج بود. تا جایی که تنها با گذشت چهار روز کاری بعد از باز شدن سایت ایران فارما، ۱۶۰ شرکت داخلی ثبت‌نام و ۴۰ شرکت خارجی برای حضور در ایران فارما ۲۰۱۹ اعلام آمادگی کردند.

اخبار ماه

با حضور وزیر بهداشت صورت گرفت:

رونمایی ۶ محصول دانش بنیان در حوزه دارو

شش محصول دانش بنیان در حوزه دارو در مراسمی با حضور وزیر بهداشت رونمایی شد. این شش محصول شامل ماده اولیه دارویی سیفووسپویر و ماده اولیه داروی داکلاتاسوپر دی هیدروکلرید از شرکت دارویی خورشید کادوس برای داروی هپاتیت C، شربت غلیظ طبیعی حاوی ژل رویال سلطنتی عسل خالص طبی و عصاره میوه عناب بدون مواد نگهدارنده شرکت تحقیق و توسعه دایا دارو برای تقویت و افزایش سیستم ایمنی و رفع خستگی و درمان سرطان، ساینوزل با حجم ۲ میلی لیتر حاوی ۳۲ گرم هیالورونیک اسید تزریق داخل مفصلی و ویسکور با حجم ۵/۲ میلی لیتر حاوی ۵۰ گرم و هیالورونیک اسید تزریق داخل مفصلی شرکت دانش بنیان نیکان طب کیمیا برای تزریق در مفاصل و پانسمان پیشرفته ترمیم زخم با ساختار شبیه پوست انسان شرکت دانش بنیان طب زیست پلیمر برای درمان زخم بستر است.



سخنگوی وزارت بهداشت:

توطئه آمریکایی‌ها درباره دارو نقش بر آب شد

دکتر ایرج حریرچی، سخنگوی وزارت بهداشت با بیان اینکه توطئه‌های آمریکایی‌ها در حوزه دارو را نقش بر آب کردیم، در نشست خبری گفت: به صراحت می‌گویم که خیلی از کشورها علاقه دارند که خطوط ارتباطی در حوزه دارو ایجاد شود، اما از طریق رسمی هنوز خطی ایجاد نشده است. این به دلیل دروغ‌گویی و دشمنی آمریکایی‌هاست که به ظاهر می‌گویند دارو مشمول تحریم نیست، اما جالب است که طرف آمریکایی به یکی از کشورها اعلام کرده که شما می‌توانید به ایران دارو دهید اما باید تضمین کنید که این دارو در اختیار افرادی که تحریم شده‌اند، قرار نمی‌گیرد. اینها دشمنی خودشان را اعمال می‌کنند، اما به‌وضوح اعلام می‌کنم که در حوزه دارو و تجهیزات پزشکی اکثر توطئه‌هایشان را نقش بر آب کرده‌ایم، به طوری که میزان کمبود مواد اولیه دارویی به شرایط معمول که کمتر از یک درصد اقلام دارویی موجود است، بازگشته است.



رئیس سازمان غذا و دارو:

۶۰۰ صفحه تبلیغات دارو بسته شده‌اند

دکتر غلامرضا اصغری، رئیس سازمان غذا و دارو، درباره فروش دارو از طریق صفحه‌های مجازی که ادعا می‌کنند "با مجوز وزارت بهداشت این داروها عرضه می‌شود" گفت: هیچ‌کدام از صفحات مجازی، مجوزی از وزارت بهداشت ندارند و سازمان غذا و دارو، بیش از ۶۰۰ صفحه تبلیغاتی را از ابتدای سال با همکاری پلیس فتا بسته است. دکتر اصغری با بیان اینکه هیچ‌کدام از این داروها مورد تأیید غذا و دارو نیست، هشدار داد: این داروها قلابی و بی‌اثر بوده و ممکن است جان افراد را به خطر بیندازند، از این رو افراد به هیچ وجه نباید از این داروها استفاده کنند، قطعاً این یک کار شیادانه است که در فضای مجازی اتفاق می‌افتد.

اصغری تصریح کرد: بازرسان سازمان غذا و دارو به محض اینکه از وجود این صفحات مطلع شوند، به کمک پلیس فتا سایت را می‌بندند، پلیس آگاهی برخی از این باندها را گرفته و زندانی کرده است اما متأسفانه باز هم آن‌ها به راحتی در این مکان‌ها فعالیت می‌کنند و اطلاعات غلط در اختیار مردم می‌گذارند، دقیقاً مانند موادفروشی که گوشه پارک‌ها مواد مخدر می‌فروشد.

وی گفت: مردم به هیچ عنوان نباید به این داروها اعتماد کنند، مواردی را دیده‌ایم که بیمار پس از خرید این داروها از تقلبی بودن آن‌ها مطلع شده است، به‌عنوان مثال آمپولی خریداری کرده که در آن آمپول تنها آب ریخته شده است و هیچ موادی ندارد، حتی برخی از داروها را در شرایط نامناسب تهیه می‌کنند که مشکلات زیادی برای فرد به‌همراه دارد.



رئیس سندیکای صاحبان صنایع داروهای انسانی ایران:

نگران ۵۰۰ میلیون یورو اختصاص یافته به مطالبات شرکت‌های دارویی هستیم

دکتر احمد شیبانی، رئیس سندیکای صاحبان صنایع داروهای انسانی ایران، با عنوان این مطلب که شنیده‌ایم قرار است در توزیع این پول، اتفاقاتی بیافتد، گفت: قرار است این پول برای ارتقاء صنعت دارو و تجهیزات پزشکی اختصاص یابد تا بخشی از مشکلات صنعت حل شود و نظر رهبری این است که با این پول، صنعت داخلی سرپا بایستد و اگر این پول غیر از این محل خرج شود، مشکلات پابرجا خواهد ماند. شیبانی با انتقاد از واگذاری این پول به سازمان بیمه سلامت، عنوان کرد: بیمه سلامت به‌عنوان خریدار خدمت، مشکلات زیادی دارد که می‌تواند شائبه توزیع نادرست این پول را در اذهان ایجاد کند.

دکتر شیبانی با اشاره به وجود تشکل‌ها و انجمن‌های مربوطه در حوزه دارو و تجهیزات پزشکی، افزود: پیشنهاد ما این بود که با همکاری سازمان غذا و دارو، سازمان برنامه و بودجه، و تشکل‌ها، کمیته‌ای برای نظارت بر روند توزیع این پول تشکیل شود و این کار سختی نیست که نتوان انجام داد.

رئیس سندیکای صاحبان صنایع داروهای انسانی ایران، تأکید کرد: در هر حال، هنوز که پولی پرداخت نشده است و ما نگران مسیر پرداخت ۵۰۰ میلیون یورو به شرکت‌های دارویی و تجهیزات پزشکی هستیم.



اخبار ماه

سخنگوی سازمان غذا و دارو: سلبریتی‌ها در درمان دخالت نکنند!

دکتر کیانوش جهانپور، سخنگوی سازمان غذا و دارو در واکنش به اظهار نظر مهنزاد افشار مبنی بر مصرف داروی "نالوکسان" برای جلوگیری از مرگ ناشی از سوءمصرف مواد، گفت: سراسر این اظهارات اشتباه است و داروی "نالوکسان" دارویی است که حتما باید با تجویز پزشک تهیه شود.

دکتر جهانپور، عنوان کرد: اظهارات این بازیگر صحت ندارد و کسی غیر از صاحبان حرف پزشکی، حق اظهار نظر در حوزه سلامت و درمان را ندارد. متأسفانه در کشور ما ظاهراً افراد هنگامی که اشتغالات دیگرشان کمتر می‌شود، فورا به اظهار نظر در حوزه پزشکی و طب مبادرت می‌کنند که این کار فقط موجب بروز مشکلات برای مردم می‌شود و می‌تواند پیامدهایی را برای مردم به دنبال داشته باشد.

وی تأکید کرد: هیچ آمپول و فرآورده تزریقی در دنیا نیست که بدون تجویز پزشک مصرف شود. داروی "نالوکسان" دارویی است که کاملاً باید با تجویز پزشک تهیه شود و هیچ داروخانه‌ای حق ندارد بدون نسخه پزشک این دارو را در اختیار قرار دهد. همچنین این دارو، در اورژانس پیش‌بیمارستانی، اورژانس بیمارستانی، اتاق عمل و ریکاوری‌های اتاق عمل با تجویز پزشک و تحت نظر افراد آموزش‌دیده و متخصص و تحت مانیتورینگ استفاده می‌شود.



مشاور وزیر و مدیرکل تجهیزات پزشکی وزارت بهداشت: همکاری ایران و برزیل در حوزه تجهیزات پزشکی

دکتر رضا مسائلی، مشاور وزیر و مدیرکل تجهیزات پزشکی وزارت بهداشت با اشاره به تفاهم‌نامه همکاری بین ایران و برزیل در حوزه تجهیزات پزشکی، گفت: این تفاهم‌نامه فروردین ماه امسال، امضاء و مقرر شد که همکاری‌های مشترک بین وزارت بهداشت ایران و آژانس نظارت بر محصولات سلامت محور برزیل (ANVISA) گسترش یابد. مفاد تفاهم‌نامه، تقویت همکاری‌های دو کشور در حوزه محصولات سلامت محور با تعامل بیشتر دو سازمان ایران و برزیل بود.

مشاور وزیر و مدیرکل تجهیزات پزشکی وزارت بهداشت با اشاره به سابقه ۱۰۰ ساله تولید تجهیزات پزشکی در برزیل، یادآور شد: این کشور ۲۲۰ میلیون نفر جمعیت دارد و هشتمین اقتصاد قدرتمند دنیا است و با توجه به جغرافیای این کشور و قرار گرفتن در منطقه آمریکای لاتین، بسیاری از محصولات تولیدشده توسط شرکت‌های برزیلی، دارای تاییدیه FDA آمریکا است و این کشور از اولین کشورهای تولیدکننده مواد اولیه استیل‌های ضد زنگ پزشکی در دنیا محسوب می‌شود.

دکتر رضا مسائلی، تصریح کرد: بعد از انعقاد تفاهم‌نامه دو کشور، هیئتی از برزیل به کشورمان سفر کردند تا توسعه صادرات تجهیزات پزشکی و سرمایه‌گذاری مشترک در ایران مورد بحث و بررسی قرار گیرد. خوشبختانه این هیئت برزیلی، از نزدیک توانمندی‌های تولید تجهیزات پزشکی در ایران را مشاهده کردند و با روند و فرآیندهای رگولاتوری تجهیزات پزشکی در ایران آشنا شدند که تاثیر مثبتی در سطح روابط مشترک داشت.



رییس مرکز مدیریت پیوند و درمان بیماری‌های وزارت بهداشت: بسته حمایتی وزارت بهداشت برای ۱۳۱ هزار بیمار خاص و صعب‌العلاج

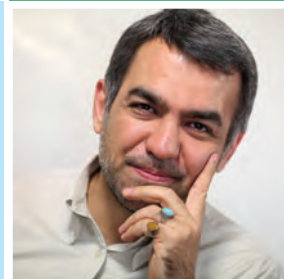
دکتر مهدی شادنوش، رییس مرکز مدیریت پیوند و درمان بیماری‌های وزارت بهداشت از ابلاغ بسته حمایتی برای ۱۳۱ هزار بیمار خاص و صعب‌العلاج خبر داد و گفت: بسته حمایتی وزارت بهداشت، بیماری‌های تالاسمی، هموفیلی، دیالیز خونی، دیالیز صفاقی، ام اس، (EB) پروانه‌ای، MPS، پیوند کلیه، پیوند کبد، پیوند قلب، پیوند پانکراس، پیوند روده و پیوند ریه را تحت پوشش قرار می‌دهد.

دکتر مهدی شادنوش گفت: طبق وعده‌ای که از قبل به بیماران خاص و صعب‌العلاج کشور داده شده، بسته حمایتی از این بیماران در این مرکز تدوین و توسط معاونت درمان به دانشگاه‌ها ابلاغ شد و از دهم آذرماه امسال، قابلیت اجرایی پیدا کرده است. در این بسته، حفاظت مالی بیماران خاص و صعب‌العلاج در برابر هزینه‌های بالای این بیماران که مشکلات زیادی را برای خانواده آن‌ها می‌تواند به وجود آورد، در نظر گرفته شده است.

وی اضافه کرد: خدماتی که در این بسته برای بیماران خاص و صعب‌العلاج دیده شده است، شامل خدمات تشخیصی، درمانی، دارویی و توانبخشی است.

شادنوش یادآور شد: تامین داروی این بیماران براساس برنامه مجلس شورای اسلامی با تأکید و اولویت بر مصرف داروهای تولید داخل است و اگر دارویی تولید مشابه داخلی نداشته باشد، مطابق قانون از این بیماران حمایت‌های لازم صورت می‌گیرد. همچنین داروهای مورد نیاز این بیماران باید در مراکز ارائه خدمت تامین شود و طبق قانون کلی طرح تحول نظام سلامت باید از هرگونه ارجاع بیمار به خارج از بیمارستان پیشگیری شود. همچنین خدمات دندانپزشکی برای کلیه بیماران خاص و صعب‌العلاج در این بسته تعریف شده است و طبق آن باید به این بیماران خدمت ارائه شود.

شادنوش تأکید کرد: در این بسته تمام خدمات بیماران خاص، رایگان بوده و تنها در پیوندها فرانشیزی که از قبل هم وجود داشت، دریافت می‌شود و طی هفته‌های آتی بسته حمایتی بیماران SMA نیز تکمیل و ابلاغ خواهد شد که امیدواریم به‌واسطه آن بتوانیم اندکی از دغدغه‌های خانواده آن‌ها را کاهش دهیم.





با حضور اعضای سندیکا، مدیرکل و معاون فرهنگی ارشاد، سخنگوی سازمان غذا و دارو و مشاور فرهنگی مصلا، امام خمینی انجام گرفت

رونمایی از پوستر ایران فارما ۲۰۱۹

مراسم رونمایی از پوستر ایران فارما ۲۰۱۹، با حضور رییس سندیکای صاحبان صنایع داروهای انسانی ایران، معاون فرهنگی و رسانه‌های اداره کل فرهنگ و ارشاد اسلامی، مدیرکل فرهنگ و ارشاد اسلامی، مدیر روابط عمومی و سخنگوی سازمان غذا و دارو، مشاور امور فرهنگی مصلا، امام خمینی، مدیر روابط عمومی مصلا، اعضای هیئت‌مدیره سندیکا، دکتر جعفر میرفخرایی، مدیرعاملان و نمایندگان شرکت‌های دارویی، عصر دوشنبه نوزدهم آبان ماه در ساختمان وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی برگزار شد.

از اتفاقات خوب در مراسم اختتامیه ایران فارما ۲۰۱۸، اعلام رضایت نمایندگان کشورهای مختلف به‌ویژه اروپایی‌ها در این نمایشگاه و اعلام آمادگی آن‌ها برای حضور در ایران فارما ۲۰۱۹ بود. دکتر شیبانی همچنین حضور ۶ هیئت رسمی، اداری و تجاری از کشورهای اروپایی را از دیگر موارد مهم نمایشگاه چهارم ایران فارما دانست و اضافه کرد: امسال ۳۵ هزار متر فضا داشتیم که امیدواریم این فضای نمایشگاهی سال آینده بیشتر شود.

ایران فارما یک CPhI مهم منطقه

رییس سندیکای صاحبان صنایع داروهای انسانی ایران در ادامه با بیان اینکه صنعت داروسازی توانسته در عرضه دارو، بسیار موفق باشد، نمایشگاه ایران فارما را محلی برای اطلاع‌رسانی درباره این موفقیت به دنیا برشمرد و گفت: از هر پنج قاره در نمایشگاه ایران فارما شرکت کرده بودند و این حضور، نمایشگاه ایران فارما را به یک CPhI مهم تبدیل کرده است. دکتر احمد شیبانی در پایان صحبت‌های خود خواستار انعکاس اخبار دارویی ایران شد و گفت: در سال ۱۳۵۷ برای دارو، ۵۷۰ میلیون دلار ارزش لازم داشتیم و اگر امروز تولید دارو و طرح ژنتیک را نداشته‌ایم با این وضعیت ارزش و افزایش جمعیت به هیچ وجه نمی‌توانستیم دارو را تامین کنیم و با مشکلاتی به مراتب بیش از این‌ها درگیر بودیم.

نمایشگاه کتاب ایران فارما الگوی نمایشگاه‌های تخصصی دیگر

دکتر مهرشاد کاظمی، معاون فرهنگی و رسانه‌های اداره کل فرهنگ و ارشاد اسلامی نیز در ادامه نشست با بیان اینکه سازمان‌ها و نهادهای مختلفی در برگزاری نمایشگاه ایران فارما و نمایشگاه تخصصی کتاب همراهی کرده‌اند، گفت: نمایشگاه کتاب ایران فارما یکی از تخصصی‌ترین نمایشگاه‌هایی است که وزارت ارشاد برگزار می‌کند و مورد تایید مسئولین وزارت ارشاد است و موفقیت آن باعث شده تا این نمایشگاه، الگویی برای برگزاری نمایشگاه‌های تخصصی در زمینه‌های دیگر قرار گیرد.

دکتر مرتضی خیرآبادی، عضو هیئت‌مدیره سندیکای صاحبان صنایع داروهای انسانی ایران که اجرای این برنامه را برعهده داشت، دکتر احمد شیبانی را نماد مقاومت داروسازان ایرانی در برابر تحریم‌ها برشمرد و تولید ۹۷ درصدی دارو را یک موفقیت بزرگ اما ناشناخته دانست، همچنین از اصحاب رسانه حاضر در جلسه، خواستار انعکاس این موفقیت بزرگ شد.

علی‌رغم تحریم، حضور بین‌المللی در ایران فارما جدی بود

در ادامه این نشست، دکتر احمد شیبانی، رییس سندیکای صاحبان صنایع داروهای انسانی ایران با بیان اینکه علی‌رغم تحریم‌ها خیلی از شرکت‌ها در نمایشگاه بین‌المللی ایران فارما ۲۰۱۸ شرکت داشته‌اند، گفت: دارو با جان انسان‌ها گره خورده است و ما این امید را داریم که بتوانیم از تحریم‌ها همچون سال‌های گذشته عبور کنیم و نزد مردم سربلند باشیم. دکتر شیبانی، نمایشگاه ایران فارما را پیشانی فعالیت‌های دارویی کشور دانست و ادامه داد: اگر صنعت داروسازی و تولید ۹۷ درصدی دارو نبود، این روزها در زمان تحریم در شرایط بسیار سختی قرار می‌گرفتیم. وی ادامه داد: نمایشگاه چهارم ایران فارما با حضور ۵۰۰ شرکت داخلی و خارجی برگزار شد و علی‌رغم تحریم، ۱۴۰ شرکت خارجی حضور فعال داشتند که این مهم نشان از عدم تأثیرگذاری تحریم‌های آمریکا بوده است. دکتر احمد شیبانی همچنین از بازدید بیش از ۳۰ هزار نفر از نمایشگاه ایران فارما خبر داد و گفت: در این میان باید از مسئولان مصلا، امام خمینی هم تشکر و قدردانی کنم که این نمایشگاه برگزار شد بدون اینکه کوچکترین بی‌نظمی یا مشکلی در آن به‌وجود آید.

اعلام آمادگی اروپایی‌ها برای شرکت در ایران فارما ۲۰۱۹

رییس سندیکای صاحبان صنایع داروهای انسانی ایران با اشاره به برگزاری دو پایون هند و چین در نمایشگاه چهارم گفت: دو کشور چین و هند، بیشترین همکاری را با ایران در صنعت داروسازی دارند و یکی

سخنگوی سازمان غذا و دارو نیز عنوان داشت: هر اتفاقی که برای صنعت داروسازی افتاده در دوران سختی‌ها بوده است و صنعت داروسازی با ثبات تجاری که کسب کرده، می‌تواند بحث مدیریت دانش در این ۴۰ سال را به دیگران هم انتقال دهد.

دکتر جهانپور با اشاره به این مطلب که در صنعت داروسازی، تغییر نسلی پیدا شده است، گفت: امیدواریم شاهد این موضوع باشیم که ایران فارما به یک برند دارویی مهم تبدیل و ایران، هاب داروسازی منطقه شود.

جشن پیروزی ما، ختم فعالیت‌های خصمانه غرب

محمد بنیادی، مشاور امور فرهنگی مصلاهی امام خمینی نیز ضمن تقدیر از این رویداد بزرگ دارویی، گفت: ما این حرکت جمعی و هم‌افزایی را ارج می‌نهیم. مصلاهی امام خمینی به‌عنوان پیشانی نظام، نه فقط می‌خواهد محلی برای برگزاری نماز باشد بلکه قطب برنامه‌های فرهنگی، اجتماعی، تفریحی، اقتصادی و نظامی نیز هست و از این حرکت بزرگ قدردانی کرده و نهایت همکاری را با برگزارکنندگان خواهد داشت.

مشاور امور فرهنگی مصلاهی امام خمینی در پایان صحبت‌های خود گفت: امیدواریم جشن پیروزی ما، ختم فعالیت‌های خصمانه غرب باشد که علیه جمهوری اسلامی و ملت ما ایستاده‌اند.

در پایان این نشست، ضمن رونمایی از پوستر ایران فارما ۲۰۱۹، از برگزیدگان مسابقه فارمافریم که در زمان نمایشگاه ایران فارما برگزار شده بود، فعالیت دانشجویی نمایشگاه و خبرنگاران نیز تقدیر به‌عمل آمد. ▶

نمایشگاه کتاب ایران فارما در تقویم نمایشگاهی

معاون فرهنگی و رسانه‌های اداره کل فرهنگ و ارشاد اسلامی، میزان فروش نمایشگاه چهارم را سه برابر سال گذشته دانست و گفت: امسال ۱۸۹ میلیون تومان از یارانه کتاب استفاده شد. دیگر اتفاق خوبی که برای نمایشگاه افتاد این بود که نمایشگاه کتاب ایران فارما در تقویم نمایشگاهی کشور ثبت شده و این موضع باعث می‌شود در گرفتن تسهیلات و بودجه بتوانیم راحت‌تر عمل کنیم.

دکتر کاظمی ضمن تقدیر از حضور رسانه‌های سلامت محور نیز اظهار داشت: نمایشگاه رسانه‌های سلامت محور، با توجه به همه مشکلاتی که بود، برگزار شد و هر دو نمایشگاه کتاب و رسانه توانستند به‌خوبی با بخش صنعت ارتباط برقرار کرده و باب گفت‌وگو را با یکدیگر باز کنند.

دکتر کاظمی همچنین ضمن تقدیر از موسسه رسایش (برگزارکننده نمایشگاه ایران فارما) رونمایی از پوستر این رویداد را در بیش از ۱۰ ماه مانده به نمایشگاه بعدی نشان از یک کار تخصصی و با برنامه دانست.

در ادامه این نشست، تفاهم‌نامه‌ای بین سندیکای صاحبان صنایع داروهای انسانی ایران و وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی منعقد شد. این تفاهم‌نامه به موضوع چهارمین نمایشگاه کتاب و سومین نمایشگاه رسانه‌های سلامت محور می‌پرداخت.

ایران فارما برند دارویی و ایران، هاب داروسازی منطقه شود

در ادامه نشست دکتر کیانوش جهانپور، مدیرکل روابط عمومی و



تقدیر از برگزیدگان مسابقه عکاسی فارمافریم

دبیرخانه چهارمین نمایشگاه بین‌المللی ایران فارما، اولین مسابقه عکاسی با عنوان «فارمافریم» را در نمایشگاه ایران فارما به‌منظور جلب مشارکت عمومی در نحوه برگزاری، اعتلای کیفی رویدادهای این نمایشگاه و همچنین تشویق و ترغیب بازدیدکنندگان و غرفه‌داران به ثبت اتفاق‌های این رویداد، برگزار نمود. موضوعات اعلام‌شده: غرفه‌سازی، چیدمان، مشتری‌مداری، اطلاع‌رسانی، بهترین قاب عکاسی، عکس گروهی و ... بود که از تعداد عکس‌های زیادی که به دبیرخانه رسیدند، ۱۸۴ قطعه عکس انتخاب و در مرحله دوم ده نفر به‌عنوان برنده معرفی شدند. اناز ایزدیار، مهسا متعب و محسن دهقانی به ترتیب برگزیدگان اول تا سوم این بخش بودند. همچنین مقرر شد در پنجمین دوره نمایشگاه ایران فارما، مسابقه عکس فارما فریم گسترده‌تر و در بخش‌های مختلف برگزار شود.

تقدیر از برگزیدگان اصحاب رسانه و خبر

ایران فارما ۲۰۱۸ نسبت به ادوار گذشته، رشد گسترده‌ای در بخش پوشش خبری داشت و این نمایشگاه بین‌المللی در رسانه‌های مختلف داخلی و خارجی انعکاس بسیاری داشت، به‌همین دلیل و به علت پاسداشت از فعالیت خبرنگاران این عرصه، تقدیر شد. علیرضا مرادی (اخبار تی وی)، هانیبه جلیل‌نژاد (باشگاه خبرنگاران) و محمدحسین جهان‌پناه (همشهری) از جمله این افراد بودند.

۲۹۰ روز مانده به ایران فارما ۲۰۱۹



بسم الله الرحمن الرحيم
شروع برنامه روزهای نمایشگاه ایران فارما به ایران در ۲۹۰ روز
موفقیتا صنعت ایران از تکمیل راه های تولید و صادرات
در خدمت صنایع دارویی است به نفع تمام کارکنان و تهرانی هم
با انگیزه و موفقیت بیشتر از پیش به صنعت دارو در کشور



IRAN PHARMA
IPH 2019



IPH
IRAN PHARMA
2019
The 5th Int'l Exhibition on
Pharmaceuticals &
Allied Industries
2019 Tehran, IRAN
iphaexpo.com

IPH IRAN PHARMA
2019

IPH
2019

IPH
2019



گزارش تصویری رونمایی از پوستر ایران فارما ۲۰۱۹

این نشست با حضور رییس سندیکای صاحبان صنایع داروهای انسانی ایران، معاون فرهنگی و رسانه‌های اداره کل فرهنگ و ارشاد اسلامی، مدیرکل فرهنگ و ارشاد اسلامی، مدیرکل روابط عمومی و سخنگوی سازمان غذا و دارو، مشاور امور فرهنگی مصلاي امام خميني، مدير روابط عمومی مصلا، اعضای هیئت‌مدیره سندیکا و دکتر جعفر میرفخرایی برگزار شد و ضمن رونمایی از پوستر ایران فارما ۲۰۱۹، از برگزیدگان مسابقه فارمافریم، فعالان دانشجویی نمایشگاه و خبرنگاران تقدیر به عمل آمد. همچنین در این مراسم حامیان اصلی ایران فارما، مدیران شرکتهای دارویی و نمایندگان آنها در کنار ناشران برگزیده سومین نمایشگاه کتاب ایران فارما، مدیرمسئولان رسانه‌های برتر دومین نمایشگاه رسانه‌های سلامت محور ایران فارما قرار گرفتند، که این موضوع نشان از گسترش این نمایشگاه بزرگ در حد یک رویداد مهم اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی بود.







نماینده برنامه جهانی غذا در ایران عنوان کرد:

امروز ۸۰ میلیون گرسنه در جهان داریم!

"کنفرانس مسئولیت اجتماعی شرکت‌ها" با هدف مشارکت بخش خصوصی در ایران در راستای به صفر رساندن گرسنگی به میزبانی جمهوری کره، برگزار شد. در این مراسم ویژه که صبح روز دوشنبه ۱۴ آبان ماه در محل هتل اسپیناس با حضور نگار گرامی (نماینده برنامه جهانی غذا در ایران)، ریو جئونگ هیون (سفیر کره در ایران)، الیز بیجون (سرپرست مشارکت بخش خصوصی منطقه‌ای برنامه جهانی غذا برای خاورمیانه، آفریقای شمالی، آسیای مرکزی و اروپای شرقی) برپا شد؛ بر از بین بردن معضل گرسنگی در جهان تا سال ۲۰۳۰ تأکید شد.

با ایران همکاری داشته باشند، گفت: معضل گرسنگی در دهه ۵۰، کشور کره را با ویرانی روبرو کرده بود اما در حال حاضر و تنها با گذشت ۶ دهه، با کمک دیگر کشورها، دیگر با معضل گرسنگی روبرو نیستیم. سفیر کره جنوبی ادامه داد: وظیفه همه ماست تا برای اینکه دنیا را جای بهتری برای زندگی کنیم، تلاش کرده و در این راه باید بدانیم، تلاش‌های فرهنگی و دیپلماتیک بین کشورها می‌تواند بسیار موثر باشد و نه تنها به روابط بین کشورها کمک کند که با معضلات جهانی چون گرسنگی جنگیده و آن‌ها را ریشه‌کن کند.

جئونگ هیون، با بیان اینکه سرمایه‌گذارهایی موفق هستند که تمایل بیشتری به مسائل اخلاقی از خود نشان دهند، عنوان داشت: همواره در نظر گرفتن مسائل اخلاقی و انسانی توانسته است روابط دیپلماتیک بین کشورها را تعالی بخشد.

سفیر جمهوری کره با اشاره به این مطلب که دو کشور ایران و کره در طی این سال‌ها روابط بسیار خوبی با یکدیگر داشته‌اند؛ گفت: شرکت‌های کره‌ای بسیار علاقمند هستند تا علی‌رغم تحریم‌ها، حضورشان را در ایران حفظ کنند و روابط و اهداف فرهنگی‌شان را ادامه دهند و روابط دیپلماتیک با ایران داشته باشند.

جئونگ هیون، ایران و کره را دو دوست قدیمی خواند که روابط معناداری با یکدیگر دارند و در طی دهه‌ها، همراهمان خوبی با یکدیگر بوده‌اند. وی در ادامه صحبت‌های خود، معضل گرسنگی در جهان را یکی از مهمترین چالش‌های پیش‌رو دانست و ادامه داد: رسیدگی به مسئله سوءتغذیه که میلیون‌ها نفر را در دنیا درگیر خود کرده است، به تنهایی و توسط سازمان‌های بشردوستانه نمی‌تواند حل شود و دولت‌ها باید با همکاری یکدیگر بتوانند نقش گسترده و مهمی در این زمینه ایفا کنند.

نماینده برنامه جهانی غذا در ایران: ۸۰ میلیون نفر در جهان گرسنه‌اند!

در ابتدای کنفرانس که با پخش کلیبی درباره فعالیت برنامه جهانی غذا همراه بود، نگار گرامی (نماینده برنامه جهانی غذا در ایران) با بیان اینکه، برنامه جهانی غذا با وجودیکه سر و صدای زیادی ایجاد نکرده است اما بزرگترین آژانس بشردوستانه سازمان ملل به حساب می‌آید؛ گفت: هدف اصلی برنامه جهانی غذا به صفر رساندن گرسنگی در جهان تا سال ۲۰۳۰ است.

نگار گرامی، تعداد گرسنگان در جهان امروز را که مورد حمایت این آژانس قرار می‌گیرد، ۸۰ میلیون نفر اعلام کرد و هدف این نشست را جلب مشارکت جمعی شرکت‌هایی عنوان کرد که در این نشست حضور دارند. گرامی گفت: معضل گرسنگی خیلی دور از همه ما نیست و با اینکه ما ایرانی‌ها همواره به‌عنوان افرادی خیر شناخته شده‌ایم اما اگر کمک‌هایمان جنبه مشارکتی و هدفمند به خود نگیرند، نمی‌توان به‌صورت سازمان یافته و موثر به افراد نیازمند کمک رساند.

نماینده برنامه جهانی غذا در ایران با اظهار امیدواری از اینکه با برگزاری جلسات هم‌اندیشی با کارشناسان داخلی و بین‌المللی بتوانیم جرقه این همکاری را روشن و بتوانیم مسئولیت اجتماعی‌مان را به شکل درستی ایفا کنیم؛ افزود: برنامه جهانی غذا نمی‌خواهد بحث آکادمیک داشته باشد و به‌دنبال کارهای عملیاتی در کشورها با توجه به پتانسیل‌های موجود است.

سفیر کره جنوبی در ایران: گرسنگی، کره دهه ۵۰ را ویران کرد

ریو جئونگ هیون، سفیر کره جنوبی، سخنران بعدی این مراسم بود. وی با تأکید بر اینکه شرکت‌های کره‌ای با وجود تحریم‌های جدید می‌خواهند

و تنها به واسطه حمایت‌های مردمی و خصوصی فعالیت دارد؛ گفت: ما حدود ۱۶ هزار کارمند در اقصی نقاط جهان داریم که از این تعداد ۹۰ درصد آن‌ها بومی مناطق هستند.

او با بیان اینکه ما تنها غذا برای رفع گرسنگی به مردم نمی‌دهیم، عنوان داشت: اولویت اصلی ما در برنامه‌هایمان حفظ کرامت انسانی افراد است و به‌همین دلیل در صدد هستیم تا آن‌ها را برای زندگی توانمند سازیم و با حمایت‌های خود زیرساخت یک زندگی سالم را برای آن‌ها فراهم آوریم که البته پیش‌شرط آن عدم گرسنگی است.

الیزا بیجون، با بیان اینکه تمرکز برنامه جهانی غذا بر روی زنان و کودکان به‌عنوان اقشار آسیب‌پذیرتر است، گفت: همه شما می‌توانید در برنامه‌های ما با هر میزان بودجه و روشی که انتخاب می‌کنید، مشارکت داشته و نه تنها مسئولیت اجتماعی خود را ایفا کنید که بستری را فراهم کرده تا نام خود را در عرصه بین‌المللی مورد شناخت دیگران قرار دهید.

سرپرست بخش خصوصی منطقه‌ای برنامه جهانی غذا در ایران، تاکید کرد با مشارکت شرکت‌ها می‌توان گرسنگی را در جهان به صفر رساند.

سرپرست واحد ارتباطات برنامه جهانی غذا در ایران: ما خبریه نیستیم!

در ادامه این نشست، دارا دربندی، سرپرست واحد ارتباطات برنامه جهانی غذا در ایران نیز با تاکید بر این مطلب که برنامه جهانی غذا، یک خیریه نیست و یک سازمان بشردوستانه است؛ گفت: خیریه کارکردی شبیه به قلک دارد که یک فرد پول می‌ریزد و دیگری استفاده می‌کند در حالی که فعالیت ما فضایی را فراهم می‌کند تا هر دو طرف در یک بازی برد - برد مشارکت داشته باشند.

دربندی میزان مشارکت و وفاداری مشتری‌ها را به شرکت‌هایی که فعالیت خیرخواهانه داشته‌اند، بسیار بیشتر دانست و گفت: تحقیقات نشان داده که اگر شما فعالیت خیرخواهانه داشته باشید حتی اگر کالای تان را با قیمت بالاتر ارائه دهید، مشتری‌ها از محصول شما استقبال می‌کنند چراکه می‌دانند با شما در فعالیت‌های خیرخواهانه شریک شده‌اند.

وی این مشارکت را دارای نتایج بسیاری از جمله پیدا کردن بعد بین‌المللی برای شرکت‌های حامی دانست و اضافه کرد: هر کدام از شما می‌توانید با هر رقمی که در نظر می‌گیرید، در برنامه جهانی مشارکت داشته باشید و باید بدانید بقای ما وابسته به کمک‌هایی است که دریافت می‌کنیم و بدون این کمک‌ها حتی یک روز و به یک نفر در جهان نمی‌توانیم کمک‌رسانی داشته باشیم. حمایت از زنان سرپرست خانواده‌های آسیب‌پذیر، آموزش دختران و دادن وام برای اینکه افراد بتوانند کار شخصی خود را راه‌اندازی کنند و به افرادی شاغل تبدیل شوند، از دیگر کارهایی بود که دارا دربندی به آن‌ها اشاره کرد که توسط برنامه جهانی غذا در ایران انجام گرفته است.

در پایان این نشست شرکت‌های حامی و همچنین افراد حاضر به طرح این سوال پرداختند که چطور می‌توانند با این آژانس جهانی همکاری داشته باشند.

گفتنی است، کنفرانس مسئولیت اجتماعی شرکت‌ها (مشارکت بخش خصوصی در ایران در راستای به صفر رساندن گرسنگی) توسط برنامه جهانی غذا در ایران و با همکاری سفارت کره جنوبی در تهران برگزار شد. ▶

سفیر کره جنوبی، حمایت دولت‌ها از شرکت‌های خصوصی را که می‌خواهند در زمینه مبارزه با گرسنگی همکاری داشته باشند، بسیار مهم دانست و گفت: دولت‌ها باید با حمایت همه‌جانبه از این شرکت‌ها به آن‌ها کمک کنند تا در این فضای مشارکتی باقی بمانند و همکاری‌های خصوصی‌شان را با این نهادها ادامه دهند.

وی پاسخگو بودن به امکاناتی را که کشورها برای همدیگر فراهم می‌کنند، ادامه‌دهنده چرخه کمک و رفع مسائل جهانی دانست و از مردم کشور کره جنوبی به‌عنوان کسانی نام برد که قدر دان کمک‌های بشر دوستانه هستند و فعالیت امروزشان نشانگر این روحیه بوده و بی‌پاسخ نگذاشتن کمک‌هایی است که روزی به آن‌ها شده است.

سرپرست مشارکت بخش خصوصی منطقه‌ای برنامه جهانی غذا: همه ما می‌توانیم گرسنگی را تجربه کنیم!

الیزا بیجون (سرپرست مشارکت بخش خصوصی منطقه‌ای برنامه جهانی غذا برای خاورمیانه، آفریقای شمالی، آسیای مرکزی و اروپای شرقی) دیگر سخنران این مراسم بود. بیجون با عنوان این مطلب که همه ما می‌توانیم در عین ناباوری در موقعیتی قرار بگیریم که گرسنگی را تجربه کنیم؛ گفت: حق همه مردم است که دسترسی به غذا داشته باشند تا بتوانند زندگی فعالی را برای خود رقم بزنند و این بسیار ناعادلانه است که بسیاری از ما دسترسی به غذای سالم داریم در حالی که در دنیا افراد بسیاری از جمله کودکان گرسنه باشند.

سرپرست مشارکت بخش خصوصی منطقه‌ای برنامه جهانی غذا که برای اولین بار و به‌واسطه برنامه جهانی غذا در تهران حضور پیدا کرده بود، اهمیت حضور در بخش‌های بومی و استفاده از نیروهای فعال در همین مناطق را بسیار مهم دانست و توضیح داد: برنامه جهانی غذا، بزرگترین سازمان بشردوستانه جهان است در حالی که این موضوع خیلی مورد تبلیغات قرار نمی‌گیرد.

وی که در حضور نمایندگان بیش از ۲۰۰ شرکت خصوصی و از جمله نمایندگان از وزارت بهداشت صحبت می‌کرد، به نقش فعال و مهم شرکت‌های خصوصی در مبارزه با معضل گرسنگی اشاره کرد و ادامه داد: با در نظر گرفتن اهداف تجاری خوب و در عین حال کمک‌کننده، می‌توانیم متحول‌کننده زندگی‌ها باشیم و این یکی از اهداف اصلی برنامه جهانی غذا است.

الیزا بیجون، برنامه جهانی غذا را دارای دو بخش برنامه‌های بلند مدت و کوتاه مدت معرفی کرد و گفت: برنامه جهانی غذا، بازوی کمکی سازمان ملل است و در برنامه‌های کوتاه مدت خود به کسانی که در جنگ، بحران‌های غذایی و بلاهای طبیعی گرفتار شده‌اند، کمک‌رسانی می‌کند.

بیجون مردم کشور یمن را در حال حاضر از جمله کسانی دانست که به‌دلیل شرایط جنگی در معرض گرسنگی قرار گرفته‌اند. وی عنوان کرد: در حال حاضر، در یمن ۸ میلیون نفر مورد پوشش غذایی برنامه غذایی بوده که این تعداد رو به افزایش است. همچنین تعداد ۴ میلیون سوری، مورد حمایت برنامه جهانی غذا هستند و در کل ۸۰ میلیون نفر از ۸۰ کشور جهان مورد حمایت ما قرار دارند.

سرپرست مشارکت بخش خصوصی منطقه‌ای برنامه جهانی غذا، با بیان اینکه این آژانس هیچ‌گونه بودجه مشخصی ندارد



مسئولین وزارت بهداشت و سازمان غذا و دارو درباره کمبود دارو چه می‌گویند؟

علت کمبود دارو واکاوی شود

«مردم در مورد دارو نگران نباشند. در مورد داروی وارفارین نیاز چهار ماه را در بازار توزیع کرده‌ایم، اما در عرض یک هفته تمام شد چراکه مردم از بیم کمبود دارو، بیش از مقدار مصرف خود خریداری کردند.» این‌ها گفته‌های معاون کل وزارت بهداشت، دکتر ایرج حریرچی است که وضعیت دارویی امروز را امن و مشکلات پیش‌آمده در کمبود برخی از اقلام دارویی را نشان از ترس ایجاد شده در بین مردم و تهیه داروی بیش از حد نیاز می‌داند. در گزارشی که می‌خوانید نگاهی داشته‌ایم به گفته‌های مسئولین وزارت بهداشت و درمان، درباره وضعیت دارو و کمبود اقلام دارویی و تجهیزات پزشکی که این روزها شاهد آن هستیم.

تاکید کرده و ادامه داد: اکثر همکاران و بیمارستان‌ها این موضوع را رعایت می‌کنند اما به صراحت اعلام می‌کنم که هرگونه پرداختی که خارج از صندوق بیمارستان یا فاکتور داروخانه و درمانگاه باشد، غیرقانونی بوده و تخلف محسوب می‌شود.

وی اعزام بیمار به خارج از بیمارستان اعم از بیمارستان‌های دولتی، خصوصی، تأمین اجتماعی، نیروهای مسلح و خیریه را به هر دلیل ممنوع اعلام کرد و گفت: مردم هرگونه تخلف در این زمینه را به سامانه ۱۹۰ گزارش دهند. همچنین افراد می‌توانند از طریق سامانه ۱۹۰ از موجودی داروها در داروخانه اطلاعات کسب کنند.

عرضه داروهای خاص در داروخانه‌های خاص

حریرچی درباره توزیع برخی داروهای خاص نیز اظهار داشت: به دلیل نیاز به کنترل بیشتر داروها، برخی از داروهای خاص در بعضی از داروخانه‌های دولتی و بزرگ که نظارت بهتری در آن‌ها صورت می‌گیرد، توزیع می‌شود. اگرچه می‌دانیم که شاید مراجعه به این داروخانه‌ها برای مردم سخت باشد و آن‌ها نتوانند دارو را از داروخانه محل، تهیه کنند، اما خواهش ما این است که آن‌ها نیز ما را همراهی کنند تا این دوران را به خوبی سپری کنیم و کمبودهای دارویی را در مقطع کنونی کنترل کنیم. سخنگوی وزارت بهداشت همچنین از مردم خواسته بود تا برای تشکیل پرونده الکترونیک سلامت، به مراکز بهداشتی درمانی دولتی مراجعه کنند.

مکمل دارو نیست و کمبودش به ما ربطی ندارد

دکتر حریرچی، در نشست خبری که در آبان ماه در وزارت بهداشت برگزار شد، با بیان اینکه در حال حاضر، بازار دارو و تجهیزات پزشکی به شرایط عادی و مشابه سال‌های ۹۴ و ۹۵ رسیده است، در پاسخ به کیود اقلام دارویی و همچنین تجهیزات پزشکی عنوان کرد: برخی از اقلامی که به‌عنوان کمبود مطرح شده، جزء مکمل‌ها هستند و بارها تأکید شده طبق قانون، مکمل‌ها دارو نیستند و مصرف آن‌ها در اکثر مواقع ضرورتی ندارد، بنابراین مردم منابع مالی خود را برای خرید کالایی غیر ضروری هزینه نکنند.

معاون کل وزارت بهداشت همچنین خبر داد: با توجه به برنامه‌ریزی‌های وزارت بهداشت و حمایت‌های دولت از ۳/۵ میلیارد دلاری که برای تأمین دارو و ملزومات پزشکی، لازم است، ۳ میلیارد دلار تاکنون، تخصیص پیدا کرده است و در نتیجه توانستیم اقدامات مغرضانه دشمنان را که سلامت مردم را نشانه گرفته بود، کنترل کنیم.

سخنگوی وزارت بهداشت ضمن تأکید بر این موضوع که داروهای تولید داخل، کیفیت خوبی دارند و مردم از این بابت آسوده‌خاطر باشند و پول خود را برای خرید داروهایی که قاچاق بوده و کیفیت مناسبی ندارند، صرف نکنند؛ گفت: طبق قانون مکلف هستیم که مشابه خارجی داروهایی که تولید داخل دارند، وارد کشور نشوند.

حریرچی همچنین بر اهمیت جلوگیری از تخلفات پزشکی و تعرفه‌ای

مدیرکل دارو سازمان غذا و دارو، خاطرنشان کرد: در حال حاضر، تامین دارو از حالت کمبود نسبی خارج شده، اما برخی موارد کمبود هنوز به طور کامل رفع نشده است که با جدیت در دستور کار قرار دارد.

علت کمبود دارو؛ واکاوی شود!

بشیر خالقی، عضو کمیسیون بهداشت و درمان مجلس، اما در آذر ماه امسال درباره وضعیت کمبود دارو در کشور گفت: کسری دارو در کشور با توجه به اینکه نرخ ارز دولتی برای تامین دارو اختصاص یافته است، منطقی نیست زیرا تمهیداتی از چندماه گذشته در نظر گرفته شده است، بنابراین اگر کسری دارو در بازار وجود دارد باید علت آن واکاوی شود.

وی با بیان اینکه تنها درد کسری دارو را بیمار و همراهان آن به نحو مطلوب درک می‌کنند زیرا کمبود دارو، می‌تواند مشکلات بزرگی در راستای درمان کامل بیمار ایجاد کند؛ عنوان داشت: تامین و تهیه دارو باید در اولویت اساسی دولت یازدهم قرار گیرد و این در حالی است که وزارت بهداشت و درمان، می‌بایست تمهیداتی اتخاذ کند، که گرانی داروهای آزاد نیز بر دوش بیماران نباشد و به نوعی از طریق تعامل با بیمه این معضلات را برطرف کند.

بشیر خالقی، با تاکید بر اینکه گرانی داروهای آزاد باید با تمهیدات اقتصادی متوقف شود زیرا این نوع گرانی داروهای آزاد، مسیر سوءاستفاده را در بازار دارویی کشور باز می‌کند؛ تصریح کرد: گرانی داروهای آزاد با اقتصاد بیماران همخوانی ندارد و کسری دارو با تخصیص ارز دولتی معنایی ندارد، بنابراین بیماران نباید با معضل کسری دارو روبرو باشند.

طبق این گفته‌ها و اظهار نظرها، کمبود دارو در بازار وجود دارد اما منوط به دو موضوع است، یکی اینکه این کمبود، تنها شامل اقلام محدودی می‌شود و دیگر اینکه ترس حاکم بر فضای دارویی خصوصا درباره داروهایی که باید به صورت طولانی مدت مصرف شوند، باعث شده تا خرید این داروها به صورت غیر منطقی باشد و باعث انبار کردن آن‌ها شود. در حالی که دارو شباهتی به اقلام بهداشتی و غذایی ندارد و تاریخ محدود نگهداری آن و همچنین فضایی که باید در آن قرار گیرد، موجب می‌شود تا نه تنها انبار کردن آن بازار مصرف را دچار بحران کند که سلامت دارو را به خطر بیندازد. این موضوع نه تنها تلاش و برنامه‌ریزی مسئولین را می‌طلبد که فرهنگ‌سازی و آگاهی‌بخشی مردم نیز در پیشگیری از این موضوع بسیار اهمیت دارد. ▶



۱۶ میلیون وارفراین در شهریور و مهر به اندازه نیاز ۴ ماه

کشور توزیع شده است، اما با این حال، براساس اعلام

سامانه ۱۹۰ بیشترین تماس‌ها کماکان مربوط به این دارو

است، بنابراین باید نظارت بر توزیع دارو دقیق‌تر دنبال

شود.

به گفته حریریچی، در حال حاضر، بیش از ۷۲ میلیون نفر از افراد جامعه اطلاعات اولیه خود را برای تشکیل پرونده الکترونیک ثبت کرده‌اند و بیش از ۵۲ میلیون نفر نیز حداقل یک خدمت از طریق پرونده الکترونیک سلامت، دریافت کرده‌اند.

کمبود دارو تنها در ۳۰ قلم بود

مدیرکل امور دارو و مواد تحت کنترل سازمان غذا و دارو نیز با اشاره به اینکه تعداد اقلام فهرست کمبود دارویی در آبان ماه به کمتر از ۳۰ قلم رسید، عنوان داشت: با اقدامات صورت گرفته، وضعیت دارو به نقطه قابل قبولی رسیده و کمبود در مورد داروهایی که مشابه تولید داخل ندارند، موردی است.

دکتر محمد عبده‌زاده که در کارگاه آموزشی "بررسی آثار تحریم بر دارو و تجهیزات پزشکی، فرصت‌ها و چالش‌ها" سخن می‌گفت؛ با اشاره به اینکه پیگیری‌های بین‌المللی در حوزه تحریم دارو و تجهیزات پزشکی ارجح است، عنوان داشت: علی‌رغم ادعای آمریکا مبنی بر عدم تحریم دارو و تجهیزات پزشکی، در یکی از بندهای مصوبه کنگره آمریکا، وارد کردن حداکثر فشار به مردم ایران ذکر شده است که ایجاد مشکل در دسترسی به کالاهای اساسی و دارو، از جمله اقدامات آمریکا در این راستا است. بنابراین اگر در بخش بین‌الملل فعال نباشیم، مردم دچار مشکل خواهند شد.

عبده‌زاده، با بیان اینکه در سه ماه گذشته، روزهای سختی به‌ویژه در حوزه تامین مواد اولیه دارو داشتیم، ادامه داد: ذخایر برخی داروهای مورد نیاز کشور در وضعیت مطلوبی نبود، اما خوشبختانه با کمک تولیدکنندگان، واردکنندگان، انجمن‌ها، سندیکاها و تمامی ذی‌نفعان این حوزه، برای تمام داروها، برنامه تولید و واردات تدوین شد.

وارفراین توزیع کردیم؛ اما نیست!

مدیرکل امور دارو سازمان غذا و دارو، اظهار داشت: براساس گزارش دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور، میزان کمبود داروها در ماه گذشته به کمتر از ۲۰ تا ۳۰ قلم (داروهایی که مشابه تولید داخل ندارند) رسید، در حال حاضر نیز به جز کمبودهای موردی، مشکل جدی در تامین دارو وجود ندارد.

وی با اشاره به اینکه قسمت عمده ارز مورد نیاز دارو تخصیص یافته و حتی به حساب ذی‌نفعان واریز شده است، گفت: کل ارز دارو و تجهیزات ضروری ۳/۵ میلیارد دلار بوده که ۳ میلیارد دلار آن تخصیص پیدا کرده است.

به گفته دکتر عبده‌زاده، با تمهیدات اندیشیده شده و اقدامات صورت گرفته، در حال حاضر برای مبادلات مالی دارو در برخی کشورها مشکلی وجود ندارد و امیدواریم مشکلات ایجاد شده در چین نیز به زودی حل شود، با احتساب این موارد حداقل در حوزه تولید دارو با مشکلی مواجه نخواهیم بود.

وی با تاکید بر لزوم نظارت بیشتر دانشگاه‌های علوم پزشکی بر دارو، عنوان کرد: برای مثال ۱۶ میلیون وارفراین در شهریور و مهر، به اندازه نیاز ۴ ماه کشور توزیع شده است، اما با این حال براساس اعلام سامانه ۱۹۰، بیشترین تماس‌ها کماکان مربوط به این دارو است، بنابراین باید نظارت بر توزیع دارو دقیق‌تر دنبال شود.

در نشست "دارو و تحریم" عنوان شد:

صنعت دارو باید از فلاکت قیمتی خارج شود!

نشست دارو و تحریم در تالار رازی دانشکده داروسازی دانشگاه علوم پزشکی دانشگاه تهران در بیست و هفتم آبان ماه با حضور دکتر هاله حامدی فر، مدیرعامل شرکت سیناژن و دکتر علی مهرآمیزی، مدیرعامل شرکت داروسازی تهران شیمی برگزار شد. در این نشست دکتر هاله حامدی فر، با بیان اینکه اگر قرار است در زمینه تحریم دارو، ستاد بحرانی تشکیل شود؛ گفت: ستاد بحران یک سری خصوصیات دارد. یکی اینکه هرکسی برای خودش فکر نمی‌کند بلکه یک نفر فکر کرده، ریسک می‌کند و سپس گروه آن را عملیاتی می‌کند اما متأسفانه هم‌اکنون قدرت ریسک کردن در مدیران وجود ندارد.

کنید، ابتدا باید تابوی قیمت نازل داروی تولید داخل را بشکنید چراکه ضمن آینده شغلی و ارزآوری برای کشور، شکستن این تابو است و این کار یک کار فرهنگی طولانی مدت می‌خواهد.

دکتر حامدی فر، ضعف صنعت داروسازی را ناشی از قیمت نازل آن دانست و اظهار داشت: هم‌اکنون پزشک و بیمار معتقدند، داخل داروی تولید داخلی، به دلیل ارزانی آن گچ است و از طرفی به دلیل قیمت‌های پایین، امکان کار روی ارتقاء GMP کارخانه‌ها وجود ندارد و با کوچکترین نوسان نرخ ارز، کمر صنعت دارو می‌شکند.

حامدی فر، با انتقاد از اینکه قیمت هر چیزی در کشور بجز دارو تغییر می‌کند؛ گفت: هم‌اکنون در کشور این تابو وجود دارد که قیمت دارو کلاً قرار نیست تکان بخورد و بعضاً حتی شاهدیم که به داروی تولید داخل، مجوز افزایش قیمت نداده‌اند اما همان دارو را با ۱۰ برابر قیمت وارد کرده‌اند. این معضل باعث شده صنعت داروسازی توان بازاریابی قوی نداشته باشد و کالاهای وارداتی با بسته‌بندی شیک و بازاریابی بهتر، تاج سر می‌شود چراکه قیمت مناسب و درستی به آن داده‌اند.

هم‌اکنون در کشور این تابو وجود دارد که قیمت دارو کلاً

قرار نیست تکان بخورد و بعضاً حتی شاهدیم که به داروی

تولید داخل مجوز افزایش قیمت نداده‌اند اما همان دارو را با

۱۰ برابر قیمت وارد کرده‌اند. این معضل باعث شده صنعت

داروسازی توان بازاریابی قوی نداشته باشد و کالاهای

وارداتی با بسته‌بندی شیک و بازاریابی بهتر، تاج سر

می‌شود چرا چون قیمت مناسب و درستی به آن داده‌اند.

دکتر هاله حامدی فر مدیرعامل شرکت سیناژن با بیان این که مسئولان و خود ما اگر بحران هم ندیده باشیم، فیلم جنگی که دیده‌ایم و مشاهده کردیم که چطور یکی ریسک می‌کند و بعضاً جواب هم می‌دهد و در حال حاضر چاره‌ای هم غیر از این وجود ندارد، گفت: هر هفته مدل کار در سامانه ثبت سفارش وزارت صنعت تغییر می‌کند و باید مجدداً فرآیند ثبت سفارش را از ابتدا طی کنیم درحالی که در شرایط کنونی این تغییرات و کارها ضروری نیست و نباید به این شکل انجام شود.

وی ادامه داد: کالای من در گمرک می‌ماند چون گمرک می‌خواهد مطمئن شود پول طرف مقابل را پرداخت کرده‌ام تا اجازه ترخیص دهد. شما فرض کنید، اصلاً من این محصول را دزدیده‌ام، چرا در شرایط تحریمی و بحرانی کنونی این‌گونه با ما برخورد می‌کنید. شاید ما آنقدر اعتبار داشته باشیم که بتوانیم بدون پرداخت، کالا را از طرف مقابل دریافت کنیم، این موضوع به گمرک چه ارتباطی دارد؟

مدیرعامل شرکت سیناژن با بیان این مطلب که به نظر می‌رسد برخی مدیران دولتی هنوز شرایط تحریمی و بحرانی کنونی را درک نکرده‌اند؛ اظهار داشت: در بین همه صنایع، من به‌شخصه ندیدم بدنه هیچ صنعتی مثل صنعت دارو اینقدر تحت فشار قرار داشته باشد، درحالی که کار ما تولید دارو و در واقع جابجایی سلامت است و نمی‌توانیم مثل کامیون‌داران باشیم و ممکن نیست بتوانیم آن را رها کنیم چراکه با سلامت مردم سروکار داریم.

دکتر هاله حامدی فر، تحریم‌ها را شرایطی گذران دانست اما تأکید کرد، این شرایط مثل هر جنگی است که یک سری قربانی و تلفات دارد اما باید تلاش کنیم که تلفات را به حداقل برسانیم.

وی به دانشجویان حاضر در نشست گفت: من به شما دانشجویان توصیه می‌کنم که اگر در داروسازی می‌خواهید روی موضوع خاصی کار

پرمصرف و مهم اولویت بیشتری برای تولید داده‌ایم.

تحریم اثر دارد

دکتر مهرآمیزی گفت: اینکه بگوییم تحریم اثر ندارد، حرف درستی نیست چراکه تحریم‌ها موثر است اما می‌توان با مدیریت درست اثرات منفی آن را به حداقل رساند.

وی ادامه داد: باید در شرایط کنونی اطلاعات درستی به بیماران ارائه شود و از برخی نگرانی‌های آن‌ها درخصوص کمبود دارو کاسته شود اما متأسفانه اطلاعات جامعی در دست مدیران وجود ندارد و شجاعت لازم برای تصمیم‌گیری در شرایط بحرانی و چشم‌پوشی از برخی موارد، وجود ندارد.

مهرآمیزی خواستار عملکرد با برنامه‌ریزی مدیرانش شد و درباره عملکرد مدیرکل امور دارو و مواد تحت کنترل سازمان غذا و دارو گفت: دکتر عبده‌زاده شجاعت لازم را داشته و اطلاعات خوبی هم دارد اما شاید دستش باز نیست و برای همین، کار زیادی نمی‌تواند انجام دهند.

علی مهرآمیزی، درباره قیمت دارو نیز با انتقاد از قیمت‌های در نظر گرفته شده، عنوان داشت: هم‌اکنون تنها کالایی که به ریال فاکتور می‌شود و مهر می‌زنند، دارو است و تازه در آخر هم به ما می‌گویند گران‌فروشی می‌کنید! ▶

این مدیرعامل شرکت دارویی؛ خواستار تغییر فرهنگ قیمت پایین دارو شد و اظهار داشت: آنقدر قیمت داروی تولید داخل پایین است که برای داروخانه فروش آن، به صرفه نیست و صنعت دارو باید از این فلاکت قیمتی خارج شود.

بدون برنامه، با تحریم نمی‌توان مقابله کرد

علی مهرآمیزی، مدیرعامل شرکت داروسازی تهران شیمی که در این نشست حضور داشت با بیان این مطلب که «ما تجربه مدیریت شرایط تحریمی را داریم اما به نظر می‌رسد در حال حاضر برنامه مدون و مشخصی با سناریوهای مختلف به خوبی از سوی برنامه‌ریزان تدوین نشده است.» گفت: اثر تحریم روی دارو بیشتر و متفاوت‌تر از سایر محصولات است و تنوع تحریم هم حتی در مورد این کالا بیشتر است، چراکه مواد اولیه مورد نیاز در تولید یک دارو بسیار متنوع است.

مهرآمیزی با عنوان اینکه ما تجربه مدیریت شرایط تحریمی را داریم اما به نظر می‌رسد در حال حاضر برنامه مدون و مشخصی با سناریوهای مختلف به خوبی از سوی برنامه‌ریزان تدوین نشده و یا بازیگران این برنامه‌ها مشخص نیستند؛ گفت: ما به عنوان یک شرکت داروسازی در سطح بینگامی تلاش کردیم، برنامه‌ای برای مدیریت شرایط تحریمی داشته باشیم و بتوانیم برای ۱۵۰ محصول تولیدی‌مان نیاز بازار را تأمین کنیم، ضمن اینکه به داروهای

غیر از افکار مریض، هیچ کس از تحریم و جنگ استقبال نمی‌کند!

وزیر بهداشت گفت: بارها گفته‌ام حرف از تحریم در قرن ۲۱، یک شوخی بیش نیست آن هم برای کشوری که حداقل از ۱۵ همسایه برخوردار است، به غیر از افکار مریض و بیمار هیچ کس از تحریم و جنگ استقبال نمی‌کند. دکتر ایرج حریرچی نیز در نشست خبری وزارت بهداشت در پاسخ به سوالی درباره تورم حوزه سلامت در سال ۹۷، گفت: امسال اولین سالی است که در هشت ماه نخست سال، تورم حوزه سلامت به طرز معنی‌داری از تورم عمومی جامعه کمتر بوده است که این موضوع اثر خود را در تورم ماهانه، نقطه به نقطه و سالانه نشان داده است و نتیجه سیاست‌گذاری وزارت بهداشت و همکاری جامعه پزشکی و مراکز ارائه‌کننده خدمت بوده است. این نتیجه حاصل سیاست‌هایی بوده که در چگونگی تعیین تعرفه و خدمات اتفاق افتاده است.

دکتر حریرچی اما در پاسخ به سوالی درباره پیشنهاد سفیر سوئیس مبنی بر ایجاد مسیرهای مالی جدید برای انجام مبادلات در حوزه سلامت، گفت: برخی از دوستان خارجی چنین مطالبی را اعلام کرده‌اند. به صراحت می‌گویم که خیلی از کشورها علاقه دارند که خطوط ارتباطی در این حوزه ایجاد شود، اما از طریق رسمی هنوز خطی ایجاد نشده است. این به دلیل دروغ‌گویی و دشمنی آمریکایی‌هاست که به ظاهر می‌گویند دارو مشمول تحریم نیست، اما جالب است که طرف آمریکایی به یکی از کشورها اعلام کرده که شما می‌توانید به ایران دارو دهید اما باید تضمین کنید که این دارو در اختیار افرادی که تحریم شده‌اند، قرار نمی‌گیرد. اینها دشمنی خودشان را اعمال می‌کنند، اما به‌وضوح اعلام می‌کنم که در حوزه دارو و تجهیزات پزشکی، اکثر توطئه‌هایشان را نقش بر آب کرده‌ایم به‌طوری‌که میزان کمبود مواد اولیه دارویی به شرایط معمول که کمتر از یک درصد اقلام دارویی موجود است، بازگشته است. ▶



دکتر حسن قاضی‌زاده هاشمی، وزیر بهداشت در مراسم رونمایی از محصول دارویی دانش بنیان که در ساختمان مرکزی وزارت بهداشت برگزار شد، با بیان اینکه خودباوری و استفاده از فرصت‌ها در زمان تحریم باید انجام شود، گفت: استفاده از جوانان و دانشمندان کشورمان به نوعی مقابله با تحریم‌ها است که این کار با شعار، اجرایی نمی‌شود و باید به آن عمل کنیم. هاشمی تأکید کرد: تحریم‌ها را محکوم می‌کنیم، تحریم به نوعی جنگ و حمله است و منافع یک ملت را به خطر می‌اندازد. تحریم در حوزه پزشکی، سلامت انسان را به خطر می‌اندازد و بیشتر جنبه انسانی دارد. آمریکا و هم‌پیمانانش در منطقه ادعا می‌کنند که دارو و تجهیزات پزشکی تحریم نیست اما این ادعا دروغ است. آمریکایی‌ها ادعا می‌کنند که در زمینه دارویی ما هیچ‌گونه تحریمی را اعمال نکرده‌ایم اما در طول یک ماه گذشته هیچ شرکت دارویی قادر نبوده است تبادل مالی با سایر کشورها داشته باشد.

رسانه‌های بین‌المللی درباره تأثیرات تحریم‌های جدید آمریکا بر وضعیت دارو در ایران می‌گویند

کشتن بانگ ک

یا نرساندن غذا و دارو؟

رسول سعدونی: با از سرگیری تحریم‌های آمریکا علیه ایران، توجه رسانه‌های جهان، به ابعاد مختلف این اتفاق و تأثیرات آن بر زندگی مردم عادی جلب شده است. از مهمترین و بحث برانگیزترین ابعاد این اتفاق، تأثیر تحریم‌ها بر روند تامین دارو و محصولات مورد نیاز پزشکی است که تحت گروه اقلام بشردوستانه دسته‌بندی می‌شوند. اعلام بازگشت تحریم‌ها و مشخص شدن حجم و ابعادشان منجر به اشارات مستقیم سیاست‌مداران و صاحب‌نظران و همچنین اظهار نظر مسئولین نهادهای بین‌المللی نیز شده است. با اهمیت پیدا کردن بعد انسانی این اتفاق، افکار عمومی جهان به سرنوشت مردم ایران پس از بازگشت تحریم‌ها معطوف شده است. در ادامه، خلاصه‌ای از گزارش‌های اختصاصی نیویورک تایمز، المانیور و کریستین ساینس مانیور را در این باره مرور می‌کنیم.

ژرار آرو، نماینده فرانسه در سازمان ملل در این باره می‌گوید: «واقعیت این است که بانک‌ها از تحریم‌ها، وحشت‌زده هستند و نمی‌خواهند هیچ‌گونه ارتباطی با ایران داشته باشند. بنابراین، خطر اساسی در این است که طی چند ماه آینده، کمبود دارو تبدیل به نگرانی بزرگی در ایران شود.»

با شروع برنامه فشار حداکثری دولت ترامپ به اقتصاد ایران، مسیرهای محدود روابط بانکی ایران نیز رفته رفته مسدود شده‌اند. یکی از واردکنندگان عمده دارو به ایران که نخواسته نامش فاش شود، عنوان کرده است که مشتریان اروپایی و آمریکایی او در انتظار اعلام بانک‌های دارای قابلیت مرادده تجاری با ایران هستند تا بتوانند فعالیت خود را بدون خطر مواجهه با جریمه‌های مالی بین‌المللی از سر بگیرند.

سختی تامین مواد موثره داروهای بیماران روانپزشکی

چندی پیش، حدود ۲۰۰ متخصص سلامت روان، نامه سرگشاده‌ای خطاب به مسئولین دارویی و پزشکی منتشر کردند. یکی از امضاءکنندگان این نامه، دکتر امیرحسین جلالی، روانپزشکی ساکن تهران است که در مصاحبه با خبرنگار نیویورک تایمز گفت: «حتی بخشی از تولیدات داخلی که نیاز به ماده موثره وارداتی دارند نیز با کمبودهای مختلفی مواجه شده‌اند.» وی افزود که تغییر روند مصرف داروی بیماران به‌ویژه بیماران که از مشکلات روانی و بیماری‌های مزمن رنج می‌برند، بسیار مشکل است. یافتن درمان موثر می‌تواند بسیار سخت باشد و حتی جایگزین کردن دارو با محصولی دارای مواد شیمیایی هم‌خانواده آن نیز می‌تواند بیمار را دچار مشکلات عدیده‌ای کند.

نیویورک تایمز: خطر بحران کمبود دارو در ایران

نیویورک تایمز در گزارشی به قلم نیلو تبریزی، با اشاره به خروج یک‌جانبه ایالات متحده آمریکا از توافق هسته‌ای با ایران، در گزارشی تحت عنوان «با تشدید تحریم‌ها، نگرانی ایرانیان نسبت به کمبود اقلام دارویی افزایش پیدا می‌کند»، طی مصاحبه با دیپلمات‌ها و جوانان ایرانی، ابعاد مختلف این اتفاق و تأثیر آن بر زندگی مردم را مورد بررسی قرار می‌دهد.

یکی از افراد مورد مصاحبه در این گزارش جوانی ساکن تهران است که برای تامین قرص دیازوکسید پدرش که با سرطان پانکراس دست و پنجه نرم می‌کند، با مشکلات متعددی مواجه شده است. دیازوکسید از اقلام وارداتی است که تامین آن تا چند ماه پیش، به آسانی و با مراجعه به چند داروخانه امکان‌پذیر بود. اما با زمزمه‌های شروع تحریم‌ها، و اعلام تاریخ بازگشتشان، بیمار موفق به تهیه آن نشده است. این امر سبب شده که مجبور به کاهش مصرف شود و این کاهش اجباری، عواقب مختلفی را به دنبال داشته است. برای کنترل میزان انسولین، جلوگیری از تشنج و پیشگیری از رفتن به کما، این بیمار به‌صورت شبانه‌روزی می‌بایست تحت نظر باشد.

در این گزارش می‌خوانیم: محدودیت‌های شدید بانکی و خطر تحریم‌های ثانویه برای شرکت‌هایی که به هر نحوی با ایران در ارتباط هستند، فعالیت شرکت‌های دارویی بین‌المللی در ایران را عملاً غیرممکن کرده است. این در حالی است که مسئولین دولت ترامپ عنوان کرده‌اند که تحریم‌های جدید موارد بشردوستانه را شامل نمی‌شوند و تسهیلاتی برای تامین این محصولات اندیشیده شده است.

یکی از پژوهش‌گران مسائل مربوط به تحریم‌ها و داد و ستد اقلام بشردوستانه اذعان می‌کند، دولت ترامپ در صدور مجوز برای داد و ستد اقلام بشردوستانه با ایران، کند و کارشکنانه عمل می‌کند. این مجوزها به شرکت‌ها اجازه داد و ستد با ایران و دیگر کشورهایی را که آمریکا آن‌ها را تحت عنوان حامی تروریسم وارد لیست سیاه کرده است، نمی‌دهد.

یکی دیگر از مصاحبه‌شوندگان، زنی مبتلا به بیماری ام اس بود که عنوان کرد، چندی پیش آخرین قرص اورلپت خود را مصرف کرده و طی سه ماه گذشته موفق به یافتن آن و یا داروهای جایگزین نشده است. این عامل سبب شده که امکان ادامه کار و حتی تمرکز را از دست بدهد. پس از سه ماه جستجو و سختی‌های کمبود داروی اورلپت که غالباً برای بیماران مبتلا به فلج و بیماری‌های عصبی تجویز می‌شود، وی موفق شد جایگزین ایرانی این دارو را تأمین کند که فاقد تأثیرگذاری نمونه آلمانی آن است. این بیمار مبتلا به ام اس می‌گوید: «در حال حاضر داروی ایرانی را مصرف می‌کنم که باعث سردرد و مشکلات بینایی شده است. نمونه آلمانی همین دارو باعث سردرد نمی‌شد، تمرکز را افزایش می‌داد و تأثیری روی بینایی‌ام نداشت.»

باتمانقلیچ، محقق رسانه بورس و بازار، معتقد است که دولت ترامپ می‌توانست با اعلام شرایط ویژه برای شرکت‌های دارویی که با ایران همکاری می‌کنند وضعیت را بهبود بخشد. وی با اشاره به سخنان مایک پمپئو، وزیر امور خارجه آمریکا افزود: «تاکنون هیچ اشاره کاربردی و مشخصی از پمپئو نداشتیم. همه سخنان وی یا انعکاس‌دهنده درگیری‌های داخلی دولت ترامپ هستند و یا عدم آگاهی از اتفاقاتی که در جریان است.»

کریستین ساینس مانیاتور: چه افرادی مورد هدف تحریم‌ها قرار می‌گیرند؟

کریستین ساینس مانیاتور در گزارشی تحت عنوان «در ایران تحریم‌های آمریکا بیش از پیش احساس می‌شوند» به قلم اسکات پیترسن، این سوال را مطرح کرده که تحریم‌ها چه کسانی را هدف قرار می‌دهند. همچنین با وجود اعلام معافیت اقلام بشردوستانه از تحریم‌ها، موسسه خیریه محک، در گفتگو با این رسانه، از سختی‌های تأمین دارو به دلیل محدودیت‌های بانکی گفته است. یکی از واضح‌ترین نشانه‌های تأثیرات تحریم‌های جدید آمریکا را می‌توان در اضطراب مسئولین محک، از بزرگترین خیریه‌های کودکان مبتلا به سرطان، مشاهده کرد. این خیریه بودجه سالانه‌ای حدود ۶۰ میلیون دلار دارد و ۱۷.۵۰۰ بیمار مبتلا به سرطان در سراسر کشور از پوشش رایگان خدمات این مجموعه بهره می‌برند. با این وجود، مسئولین محک عمیقاً نگران تأمین داروهای اساسی هستند که با توقف همکاری شرکت‌ها و بانک‌های بین‌المللی با واردکنندگان ایرانی، امکان واردات آن‌ها با مشکل مواجه شده است. در حالی که طبق اعلام دولت آمریکا، محصولات بشردوستانه از تحریم‌های آمریکایی معاف هستند، محدودیت‌های سنگین بانکی همان تأثیر منفی را بر داد و ستد این محصولات گذاشته‌اند. مسئولین این خیریه عنوان می‌کنند که با وجود صدور مجوز خاص برای جابه‌جایی کمک‌های مالی به موسسه محک، بانک‌هایی که پیش از این به صورت متداول با این مجموعه همکاری می‌کردند، از این کار سر باز می‌زنند.

با وجود واردات مصرف یک سال برخی از داروها، موجودی چهار داروی به خصوص که تاریخ مصرف کوتاهی دارند و امکان انبار کردنشان وجود نداشت، به پایان رسیده است. شرکت‌های دارویی و بانک‌های بین‌المللی نیز کمکی نمی‌کنند، چراکه از جریمه‌های سنگین دولت آمریکا هراس دارند. مدیر ارشد اجرایی محک عنوان می‌کند: «واقعیت این است که هیچ شرکت و هیچ بانکی حاضر نیست هیچ‌گونه فعالیتی که به ایران ارتباط داشته باشد را انجام دهد چراکه از عواقب آن اطلاعی ندارند. می‌توانید از طراحان این تحریم‌ها بپرسید که چاره ما چیست؟»

با خروج ترامپ از برجام، کشورهای اروپایی، روسیه و چین ابراز مخالفت کرده و همگی عنوان کردند برای کاهش تأثیر تحریم‌ها تلاششان را انجام خواهند داد تا ایران متعهد به این توافق نامه بماند.

المانیتور: پیروی از معافیت‌های اقلام بشردوستانه غیرممکن است

در گزارشی دیگر به قلم کارشناس مسائل ایران، ویرجینیا پیترومارچی که در المانیتور منتشر شد، تأثیرات بازگشت تحریم‌ها بر زندگی مردم عادی ایران در تأمین داروهای اساسی و اقلام پزشکی مورد توجه قرار گرفته است. در این گزارش، تحت عنوان «ضربه مجدد تحریم‌ها به بیماران ایرانی»، خبرنگار المانیتور سراغ تعدادی از بیماران رفته است.

یک دانشجوی دختر مصرف‌کننده وارفارین (یک داروی انعقاد خون که تولیدکننده اصلی آن در کشور فنلاند است) از تجربه جستجوی خود می‌گوید که متصدی یکی از داروخانه‌های تهران به او گفته است که ظرف امروز و فردا مایحتاج خود را تهیه کند چراکه طی روزهای آتی، تهیه آن غیرممکن خواهد شد. تنها طی چند ماه، قیمت این دارو با سقوط ارزش ریال، سه برابر شد.

رئیس جمهور آمریکا، دونالد ترامپ، با انتشار تصویری با المان‌های بصری یک سریال پرطرفدار در توئیتر، دنبال‌کنندگان خود را سرگرم کرده و بازگشت موج دوم تحریم‌ها را اعلام کرد. این در حالی است که میلیون‌ها ایرانی تحت تأثیر مستقیم این اقدامات قرار گرفته‌اند. این تحریم‌ها که از میانه آبان از سر گرفته شد، بار مضاعفی روی اقتصاد نابسمان ایران وارد کرده است.

روی کاغذ، محصولات بشردوستانه‌ای چون غذا، دارو و تجهیزات پزشکی از تحریم‌های آمریکا مصون هستند. با این وجود، در عمل محدودیت‌های آمریکا در نقل و انتقالات بانکی میان ایران و بانک‌های خارجی چنان سخت هستند که عملاً اعمال معافیت اقلام بشردوستانه کاری غیرممکن است. به بیان دیگر، حتی زمانی که شرکت‌هایی مایل به فروش داروهای ضروری به ایران باشند، امکان تأمین حمایت بانکی وجود ندارد. دلیل اصلی این وضعیت، مقرر کردن جریمه‌های بسیار سنگین برای کسانی است که از تحریم‌های ثانویه آمریکا تخطی کنند.

ایران دارای صنعت دارویی پویایی است، تولیدکنندگان داخلی توانایی تولید ۹۶ درصد محصولات مورد نیاز جمعیت ۸۰ میلیونی ایران را دارند. با این وجود، عباس کبریایی‌زاده، نایب رئیس سندیکای صاحبان صنایع داروهای انسانی ایران می‌گوید که نیمی از مواد موثره اولیه این تولیدات، وارداتی هستند. این امر باعث می‌شود که تولیدکنندگان داخلی نیز تحت فشار محدودیت‌های بین‌المللی قرار بگیرند. همچنین ۴ درصد دارویی که تولیدکنندگان ایرانی توانایی تولیدشان را ندارند، داروهای تخصصی هستند که می‌بایست از تولیدکنندگان خارجی تأمین و وارد کشور شوند.

یک محقق پزشکی ساکن تهران که نخواست هویتش فاش شود

با شروع برنامه فشار حداکثری دولت ترامپ به اقتصاد ایران، مسیرهای محدود روابط بانکی ایران نیز رفته رفته مسدود شده‌اند. یکی از واردکنندگان عمده دارو به ایران که خواسته نامش فاش شود، عنوان کرده است که مشتریان اروپایی و آمریکایی او در انتظار اعلام بانک‌های دارای قابلیت مرادده تجاری با ایران هستند تا بتوانند فعالیت خود را بدون خطر مواجهه با جریمه‌های مالی بین‌المللی از سر بگیرند.

نگرانند این رقم افزایش داشته باشد، چراکه طی دوره پیشین تحریم‌ها و به گزارش سازمان غذا و دارو، حدود ۳۵۰ دارو شامل کمبود شدند. در تحقیقی که در سال ۲۰۱۳ و دو سال پیش از توافق هسته‌ای توسط مرکز تحقیقاتی ویلسون منتشر شد، پیش‌بینی شد که صادرات محصولات دارویی از آمریکا و اروپا حدود یک سوم کاهش یابد.

وزیر امور خارجه آمریکا، مایک پمپئو، بارها تاکید کرده که «تحریم‌ها و فشارهای اقتصادی ما متوجه حکومت ایران است، و نه مردم ایران». این در حالی است که تحریم بانک خصوصی پارسیان که تامین‌کننده بخش زیادی از نقل و انتقالات مالی مرتبط با اقلام بشردوستانه بود، در تضاد با این گفته است.

یک ماه پیش از خروج ترامپ از توافق هسته‌ای با ایران، دکتر مجید آراسته، رییس انجمن تالاسمی ایران، اعلام کرد هفت بیمار به دلیل داروهای بی‌کیفیت و کمبود تجهیزات پزشکی فوت کرده‌اند. از ۱۸۰۰۰ بیمار تالاسمی در ایران، ۱۲۰۰۰ نفر مصرف‌کننده داروهای وارداتی هستند. آراسته، پیش از این عنوان کرده بود که وقتی طی چند ماه آینده موجودی این داروها تمام شود، زندگی این افراد در خطر خواهد بود.

در گزارشی که برایان هوک، نماینده ویژه آمریکا در امور ایران، منتشر کرد، آمریکا را از مسئولیت وضعیت موجود مبری دانست. هوک به خبرنگاران گفت: «مسئولیت معرفی مسیرهای امن، ایالات متحده آمریکا نیست. ما نقش خود را در اجازه به فروش محصولات بشردوستانه انجام داده‌ایم. این بانک‌ها هستند که به نظام بانکی ایران اعتماد ندارند. این مشکل ایران است.»

در پایان این گزارش آمده است، مردم ایران با مشکلی اساسی مواجه هستند. یک طراح ساکن تهران به المانیتور گفت که برای تامین داروهای موردنیاز شیمی‌درمانی مادرزگش با مشکل مواجه است. وی ادامه داد: «چه تفاوتی وجود دارد بین اینکه کسی را بکشیم و یا با جلوگیری از رساندن دارو و غذا بگذاریم بمیرد؟»

به خبرنگار المانیتور درباره تامین داروهای وارداتی گفت: «داروهای بیماری‌های خاص و مزمن غالباً وارداتی هستند و به‌دلیل تحریم‌ها، دولت حمایتی برای تامین داروهای خاص که مشابه داخلی دارند، نمی‌کند. مردم عادی چاره‌ای جز مراجعه به بازار سیاه ندارند، جایی که قیمت‌ها با سرعت بالایی رو به افزایش است.»

اما قیمت‌های نجومی تنها نگرانی ایرانی‌ها نیست. نایاب شدن داروهای خارجی در داروخانه‌ها مستقیماً سبب افزایش داروهای تقلبی و تاریخ گذشته و در نتیجه افزایش نگرانی بیماران شده است. در این میان، تفاوت کیفیت و اثرگذاری داروهای خارجی و داروهای مشابه تولید داخل نیز مطرح است.

دکتر بابک روشنایی مقدم، موسس و مدیر مرکز مطالعات روانشناختی تهران در مصاحبه با المانیتور می‌گوید: «شیفت کردن به سمت داروهای دیگر و یا داروهای ساخت داخل می‌تواند خطرناک باشد. واقعیت این است که بسیاری از این داروها کیفیت مشابهی ندارند. تعدادی از بیماران من در حال حاضر با تاثیرات جانبی داروهای جایگزین دست و پنجه نرم می‌کنند.»

سخنگوی وزارت بهداشت، فروردین امسال عنوان کرد که ۵۷ قلم تجهیزات پزشکی از موارد کمیاب اعلام شده است. اما پزشکان





در هم‌اندیشی مسئولان سلامت برای رفع مشکلات حوزه دارو مطرح شد:

داروها در گروه یک تخصیصی ارز ۴۲۰ تومانی

اعضای کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی با مسئولان حوزه دارو، درمان و تجهیزات پزشکی کشور روز سیزدهم آبان ماه، در محل اداره کل تجهیزات پزشکی، جلسه‌ای داشتند تا به بررسی وضعیت دارو و تجهیزات پزشکی در زمان تحریم بپردازند. در این نشست، معاون درمان وزارت بهداشت، معاون غذا و دارو و رئیس سازمان غذا و دارو نیز حضور داشتند.

ضمن اینکه مشخص شد داروها معمولاً در گروه یک تخصیص ارز ۴۲۰ تومانی قرار دارند که مراکز دولتی در این رده قرار می‌گیرند و تجهیزات پزشکی بخش خصوصی در گروه دو قرار می‌گیرد. این نماینده مردم در مجلس دهم، یادآور شد: البته اینکه ما تعرفه‌ها را در بخش خصوصی هم ثابت نگه داشته‌ایم، یک نقصان است و افزایش ۲ تا ۵/۲ برابری نرخ تجهیزات پزشکی قطعاً در روند سرمایه‌گذاری، مشارکت بخش خصوصی و کیفیت ارائه خدمات این بخش صدمه وارد خواهد کرد. عضو هیئت رئیسه کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی، تاکید کرد: به نظر می‌رسد باید هم در کمیسیون بهداشت و درمان مجلس و هم وزارت بهداشت و درمان برای رفع مشکلات تامین منابع مورد نیاز بخش خصوصی، تدبیری بیندیشیم یا حداقل انبساطی در تعرفه‌ها ایجاد کنیم یا به نحوی تخصیص ارز مناسبی را برای این بخش در نظر بگیریم.

وزیر نباید کفش آهنی بپوشد!

پیش از این جلسه در شهریور ماه جاری، رئیس مجلس شورای اسلامی از درخواست رئیس کمیسیون بهداشت مجلس بر ضرورت تشکیل نشست هم‌اندیشی مسئولان مربوطه به منظور رفع مشکلات حوزه سلامت خبر داده بود. علی لاریجانی عنوان کرده بود: حدود ۹۵ درصد داروهای مورد نیاز کشور در داخل تولید می‌شود و اگر همین رویکرد را در تجهیزات پزشکی به نتیجه برسانیم و در این زمینه به شرکت‌های دانش‌بنیان اعتماد کنیم، قطعاً رشد خواهند کرد، بنابراین در این زمینه امکان گشایش فراهم است و بستگی به رویکرد ما دارد که اینک در زمان جنگ هم این‌گونه بود که ابتدا مشکلاتی داشتیم تا جایی که سرزمین‌هایمان را دشمن گرفته بود، از سوی دیگر به دلیل استفاده از ساز و کار کلاسیک، موفق نبودیم و بعد از ابتکارات جدید و پیوستن مردم به جنگ، کار جنس دیگری پیدا کرد و شاهد فتوحاتی بودیم که اینک خرمشهر آزاد شد.

لاریجانی با اشاره به مشکلات بدهی به بیمارستان‌ها و داروخانه‌ها از آن به‌عنوان اشکالی مهم نام برده و اضافه کرد: باید به گونه‌ای تصمیم‌گیری شود که بودجه‌های تعیین‌شده، تخصیص یابد و این روند همراه با اعمال شاقه نباشد. چراکه این اقدام درستی نیست و وزیر بهداشت نباید برای دستیابی به این میزان اعتبارات، کفش آهنی بپوشد همچنین برای سال آینده نیز نیاز به ابتکارات جدید وجود دارد. ▶

محمد نعیم امینی‌فر، نماینده مردم ایرانشهر در مجلس شورای اسلامی، با بیان اینکه در شرایط جدیدی که در کشور ایجاد شده، حساسیت کمیسیون روزافزون شده است، گفت: ما جلسات متعددی با وزیر بهداشت، ریاست مجلس شورای اسلامی، رئیس بانک مرکزی و معاونت‌های مختلف وزارت بهداشت و درمان برگزار کردیم و مهمترین هدف از برگزاری این جلسات این بوده که نیازهای دارویی و تجهیزات پزشکی یک‌ساله به طرز مناسبی از بُعد نقدینگی و تخصیص ارز تامین شود.

۶۲۰ میلیون دلار برای واردات مورد نیاز است

وی تصریح کرد: هم‌اکنون ۹۰ درصد داروهای مورد نیاز در داخل کشور تولید می‌شود، اما حداقل مبلغ ۶۲۰ میلیون دلار برای واردات مورد نیاز است، بنابراین در نهایت به این نتیجه رسیدیم که با ذخیره‌سازی استراتژیک باید حدود ۵/۳ میلیارد دلار به حوزه دارو و تجهیزات پزشکی اختصاص پیدا کند.

امینی‌فر اظهار کرد: نوسانات ارزی، تغییراتی را در زمینه تصمیم‌گیری‌ها برای حوزه دارو و تجهیزات پزشکی ایجاد کرد، اما نتیجه این است که در شرایط کنونی سامانه‌های هوشمندی از سوی وزارت بهداشت و درمان طراحی شده است که بر اساس اطلاعات مندرج در آن با اطمینان قابل توجهی تخصیص ارز صورت می‌گیرد.

نقصان ثابت نگه داشتن تعرفه‌ها در بخش خصوصی

وی افزود: در این نشست، توضیحات لازم در مورد مکانیزم‌های طراحی‌شده برای شفاف‌سازی به‌ویژه در ارتباط با تخصیص ارز، ارائه شد

نوسانات ارزی، تغییراتی را در زمینه تصمیم‌گیری‌ها برای

حوزه دارو و تجهیزات پزشکی ایجاد کرد، اما نتیجه این

است که در شرایط کنونی سامانه‌های هوشمندی از سوی

وزارت بهداشت و درمان طراحی شده است که بر اساس

اطلاعات مندرج در آن با اطمینان قابل توجهی تخصیص ارز

صورت می‌گیرد.

عضو کمیته آموزش فدراسیون بدنسازی و پرورش اندام در آستانه سومین سمپوزیوم مکمل‌های ورزشی و تجهیزات وابسته، عنوان کرد:

برندهای خوب

مکمل و تولیدکنندگان مطرح را

نم‌شناسیم!

"یکی از مباحث مهم در سومین سمپوزیوم مکمل‌های ورزشی و تجهیزات وابسته، موضوع برندهای مکمل‌های ورزشی و تولیدکنندگان مطرح داخلی است که متأسفانه بسیاری از آن‌ها به‌خوبی معرفی و شناخته نشده‌اند و به‌همین دلیل بسیاری از مردم دنبال مکمل‌ها و برندهایی می‌روند که اطمینان و اطلاعات کافی از آن‌ها ندارند و یا محصولاتی را استفاده می‌کنند که میزان اثرگذاری آن‌ها اثبات نشده است." در آستانه برگزاری "سومین سمپوزیوم مکمل‌های ورزشی و تجهیزات وابسته" دکتر الیاس کوثری، عضو کمیته آموزش فدراسیون بدنسازی و پرورش اندام جمهوری اسلامی ایران، در گفت‌وگویی به اهمیت برگزاری این دوره، ارتباط فضای دانشگاهی با سمپوزیوم و نقشی که در آگاه‌سازی فضای جامعه دارد، پرداخت.

تولیدکنندگان داخلی مطرح است که متأسفانه بسیاری از آن‌ها به‌خوبی معرفی و شناخته نشده‌اند. به‌همین دلیل بسیاری از مردم دنبال مکمل‌ها و برندهایی می‌روند که اطمینان و اطلاعات کافی از آن‌ها ندارند یا محصولاتی را استفاده می‌کنند که میزان اثرگذاری آن‌ها اثبات نشده است. به‌همین دلیل من این موضوع را برای سخنرانی انتخاب کرده‌ام.

وی ادامه داد: مهم دانستن این موضوع است که ما نه از نظر تنوع محصولات آن‌قدر توانایی و امکانات داریم و نه از نظر مالی و اقتصادی، شرایطمان آنقدر خوب است که بتوانیم هزینه زیادی را صرف کنیم و بنابراین از نظر علمی، سلامتی و اقتصادی برای ما مقرون به صرفه نیست که بسیاری از مکمل‌ها را تهیه و استفاده کنیم و تازه بعد از آسیب‌هایی که متوجه‌مان می‌شود، درباره آن‌ها تحقیق کنیم.

دکتر الیاس کوثری، عضو کمیته آموزش فدراسیون بدنسازی و پرورش اندام جمهوری اسلامی ایران، درباره ضرورت آگاه‌سازی فضای ورزشی (به‌ویژه بدنسازی و پرورش اندام) گفت: همان‌طور که در تمرین‌های ورزشی و بدنسازی دنبال این هستیم که بهترین حرکت را برای تقویت و عضله‌سازی انتخاب کنیم، در تغذیه هم غذایی را انتخاب می‌کنیم که بهترین اثر را روی بدن داشته باشد، درباره استفاده از مکمل‌ها هم باید، سراغ مکملی برویم که از اثرگذاری آن مطمئن باشیم تا به سلامت‌مان آسیب نزنیم و آن را به خطر نیندازیم، در عین حال که پول‌مان را دور نریزیم.

وی در پایان، معرفی مکمل‌های سالم و کارآمد را یکی از اهداف سمپوزیوم دانست و گفت: سعی داریم مباحثی را مطرح کنیم که بعد از سمپوزیوم، فردی که به مکمل نیاز دارد، بداند چه مکملی برایش مفید، کمک‌کننده و از نظر اقتصادی به صرفه است، همچنین شرکت واردکننده یا تولیدکننده داخلی هم شناختی از سمت و سوی بازار بدست آورد، به نتیجه مطلوب‌تری برسد و مکمل تولیدی‌اش را با قیمت کمتر در اختیار مصرف‌کننده قرار دهد. ▶

دکتر کوثری با بیان اینکه مشکل مهم ورزشکاران و مردمی که فعالیت بدنی را به‌صورت حرفه‌ای ادامه می‌دهند، دسترسی نداشتن راحت و مستقیم به کارشناسان ورزشی و سلامتی است، گفت: عدم ارتباط مستقیم بین این افراد و قهرمانان رشته‌های ورزشی و نبودن امکان کسب تجربه، راهنمایی و اطلاعات، نبود فضا و محیط‌هایی است که افراد بتوانند به‌راحتی کنار هم قرار بگیرند و از تجربه‌های یکدیگر استفاده کنند تا ورزش را علمی‌تر و با آسیب کمتر پیش ببرند و با توجه به تمام این موارد برگزاری سمپوزیوم‌ها، نمایشگاه‌ها و همایش‌هایی از این دست، بسیار کمک‌کننده خواهد بود.

عضو کمیته آموزش فدراسیون بدنسازی و پرورش اندام جمهوری اسلامی ایران درباره نوع ارتباط دانشگاه با برگزاری این سمپوزیوم نیز توضیح داد: در چنین سمپوزیوم و نمایشگاهی نه تنها یک متخصص، بلکه متخصصان زیادی با گرایش‌های متفاوت و تحقیقات گوناگون، حاضر می‌شوند، به سوالات مربیان و ورزشکاران پاسخ می‌دهند و از طرف دیگر قهرمانان ورزشی نیز حضور دارند و این موضوع باعث می‌شود تا فاصله زیادی که بین علم و تجربه وجود دارد، کمتر شود.

وی ادامه داد: نتیجه این سمپوزیوم این خواهد بود، فردی که از نظر علمی اطلاعات دارد، می‌داند مطالعات و تحقیقاتش را به کدام سمت، سوق دهد و این موضوع برای خود کارشناسان هم موثر است چراکه اگر دانش و اطلاعات ما فقط در لابراتوار و آزمایشگاه تولید شده، باقی بماند و کاربردی نشود، ثمره زیادی برای جامعه و خودمان در بر نخواهد داشت. از طرف دیگر فرد قهرمان یا کسی که ورزش را به‌صورت تجربی و حرفه‌ای ادامه می‌دهد، با علم روز و اطلاعات جدید آشنا می‌شود و با آسیب کمتری به هدفش می‌رسد.

دکتر الیاس کوثری، در پاسخ به این سوال که سمپوزیوم در این دوره‌هایی که برگزار شده، تا چه حد توانسته با مخاطب مورد هدف خود ارتباط برقرار کند، گفت: یکی از مباحث مهم این ورزش، موضوع برندهای ورزشی و

دکتر مصطفی موسوی، عضو کمیته آموزش فدراسیون بدنسازی و پرورش اندام در آستانه سمپوزیوم مکمل‌های ورزشی و تجهیزات وابسته عنوان کرد:

انتخاب و استفاده مکمل‌ها دچار افراط و تفریط شده!

سلامت مکمل‌های ورزشی یکی از دغدغه‌های جامعه ورزش است، خصوصا که خیلی افراد از مکمل‌های استاندارد استفاده نمی‌کنند یا اگر انواع سالم آن‌را تهیه نمایند، درباره نوع و میزان مصرف، اطلاعات کافی ندارند. سمپوزیوم پایش مکمل‌های ورزشی یکی از راه‌های اطلاع‌رسانی و آموزش مصرف مکمل‌ها بین ورزشکاران است. سومین دوره آن با عنوان «سمپوزیوم مکمل‌های ورزشی و تجهیزات وابسته» و با هدف «شناسایی مکمل‌های غذایی و ورزشی کارآمد و تحلیل آن‌ها به منظور دستیابی به بهترین ترکیب بدنی» ششم و هفتم دی‌ماه در مجموعه ورزشی انقلاب تهران برگزار خواهد شد. در مصاحبه‌ای با دکتر مصطفی موسوی (استاد دانشگاه و عضو کمیته آموزش فدراسیون بدنسازی و پرورش اندام) درباره اهمیت و تاثیر این سمپوزیوم گفت‌وگویی داشته‌ایم که می‌خوانید.

دکتر مصطفی موسوی درباره ارتباط دانشگاه با برگزاری این سمپوزیوم عنوان کرد: از گذشته تا به امروز دانشگاه سهم ویژه‌ای در ارتقاء سطح علمی دانشجویان در حوزه‌های مختلف داشته است. از طرف دیگر این نهاد علمی با ایجاد گرایش‌های مختلف در زمینه تغذیه ورزشی، علوم تربیتی و نیز برپایی سمینارهای گوناگون سطح دانش و آگاهی را در این حوزه‌ها افزایش داده است. خوشبختانه در حال حاضر دانشگاه‌ها به صورت مستقیم و غیرمستقیم از این سمپوزیوم حمایت می‌کنند، با این حال ضرورت ایجاد و برقراری تبادل و تعامل بیشتر بین دانشگاه‌ها، فدراسیون‌ها و موسسات آموزشی بیش از پیش حس می‌شود.

دکتر موسوی درباره موضوع سخنرانی که در این سمپوزیوم دارد، گفت: با توجه به‌عنوان، سابقه و مشاهدات خودم در زمینه مکمل‌های ورزشی، فکر می‌کنم بسیاری از ورزشکاران در انتخاب و استفاده از این محصولات دچار افراط یا تفریط شده‌اند. بنابراین همیشه لزوم بررسی و آنالیز مکمل‌های رایج در فازهای مختلف تمرینی، وجود داشته است. به‌همین دلیل لازم است به افراد شرکت‌کننده، اطلاعات و آگاهی داده شود تا انتخاب‌های درست و دقیق‌تری داشته باشند. رسیدن به این هدف می‌تواند از آسیب ورزشکاران جلوگیری کند و در عین حال باعث کاهش هزینه‌های آنان شود. از طرف دیگر مصرف هوشمندانه و صحیح مکمل‌ها برای دستیابی به عملکرد حداکثری در حین ورزش و به‌ویژه در اوج فعالیت، موثر است.

وی در پایان یکی از راهکارها برای پیشگیری از تاثیر منفی تحریم‌ها و شرایط اقتصادی بر بازار مکمل‌ها و به‌ویژه سلامت ورزشکاران را اختصاص ارز برای تهیه مکمل‌های سالم و سرعت بخشی به روند ثبت و واردات مکمل‌های اروپایی دانست و گفت: باید فضای مناسبی فراهم شود تا کشورهایی که در تولید مکمل‌های استاندارد پیشرو هستند، برای سرمایه‌گذاری و تولید در کشور خودمان اقدام نمایند. ▶

دکتر مصطفی موسوی، استاد دانشگاه و عضو کمیته آموزش فدراسیون بدنسازی و پرورش اندام، با بیان اینکه برگزاری چنین دوره‌های آموزشی باعث ارتقاء سطح علمی مربیان و دانشجویان در حوزه تناسب اندام خواهد شد، گفت: قطعاً توجه به سلامتی این بخش، تاثیر مستقیمی بر ارتقاء سطح سلامتی جامعه و کاهش هزینه‌های درمان در سطح کلان خواهد داشت. از آنجا که بالا بودن سطح سلامت اقشار مختلف یکی از نکات مهم و موثر در سلامت کل هر جامعه است، در برگزاری سمپوزیوم این نکته نیز در نظر گرفته می‌شود و برای دستیابی به هدف سلامت افراد جامعه موثر خواهد بود.

این استاد دانشگاه و عضو کمیته آموزش فدراسیون بدنسازی و پرورش اندام عنوان داشت: با توجه به استقبال خوب مخاطبان از دوره‌های پیشین، می‌توانیم بگوییم که این سمپوزیوم موفق بوده و مورد توجه دانشجویان قرار گرفته است. البته این نکته را هم باید در نظر بگیریم که اگر برگزاری دوره‌ها استمرار داشته باشد، تاثیر و نتیجه آن بیشتر خواهد بود؛ به‌ویژه در حوزه‌هایی که ورزشکاران به‌صورت مستقیم با آن سر و کار دارند، مثلاً برگزاری همزمان دوره‌های عملی در بخش‌های گوناگون سمپوزیوم؛ همچنین می‌توانیم آموزش دقیق‌تری در زمینه تربیت مربی داشته باشیم.

وی ادامه داد: با توجه به توسعه روزافزون مکان‌های ورزشی و افزایش تعداد سالن‌های بدنسازی در کشور، می‌توانیم برآورد کنیم که جامعه در حال حرکت به سمت زندگی سالم‌تر است. با این حال در این فضاها، امکان آسیب بیشتر نیز ایجاد خواهد شد، به‌ویژه در زمینه مصرف مکمل‌های ورزشی، احتمال خطا و آسیب ورزشکاران بالاست. ارائه اطلاعات به ورزشکاران مختلف در ارتقاء سطح سلامت این افراد در سنین مختلف موثر خواهد بود و برگزاری چنین سمپوزیوم‌هایی می‌تواند تا حد زیادی از چنین آسیب‌هایی در ورزش حرفه‌ای جلوگیری کند.



گزارش‌ها و گفته‌ها در روز جهانی ایدز خبرهای خوشی درباره این بیماری قابل پیشگیری نداشتند

۲۰ میلیون نفر در دنیا نمی‌دانند ایدز دارند!

"با وجود اینکه پیشرفت‌هایی در کنترل ابتلا به ایدز صورت گرفته، اما این پیشرفت‌ها کند بوده و در بسیاری از کشورها شکننده است، چراکه وابسته به کشورهای دیگر هستند و چنانچه تحت تاثیر تحریم یا کشمکش‌های سیاسی قرار گیرند، روی برنامه مبارزه با ایدز نیز اثرگذار خواهند بود. برای مثال این شکنندگی‌ها را می‌توان در کشور اوکراین مشاهده کرد. آنچه خواندید گفته‌های دکتر محمدمهدی گویا (رییس مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر) در همایش روز جهانی ایدز است. روزی که هر ساله در اول دسامبر (دهم آذر ماه) در سراسر جهان به نام سرخ ایدز، نام‌گذاری شده است و درحالی‌که وخامت حال آگاهی درباره این بیماری مثل روزهای اول شناسایی این بیماری نیست اما همچنان این بیماری نیازمند فعالیت‌های گسترده نه تنها بهداشتی که اجتماعی، اقتصادی و سیاسی نیز هست.

دکتر محمدمهدی گویا، با بیان اینکه دنیا ثابت کرده است که پیشگیری از HIV بدون برنامه کاهش آسیب، امکان ندارد، اظهار داشت: برای رسیدن به اهداف پیشگیری، برنامه کاهش آسیب را ارتقاء کیفی و برنامه testing را به‌صورت همه‌جانبه ارتقاء داده‌ایم. همچنین نه تنها جمعیت پرخطر، بلکه مناطق پرخطر نیز در ابتلا به ایدز نقش دارند. بر اساس مطالعات دقیق، در تلاشیم که از مناطق استان‌ها، محل‌های در معرض خطر را بیشتر تحت نظر قرار دهیم. ۵۷۰ هزار مادر باردار نیز تست شدند و البته این کار آسان نبود و در این بین تنها دو کودک مبتلا به HIV در ۸۰ میلیون جمعیت شناسایی شدند که آن هم به‌دلیل دیر مراجعه کردن خود مادران بود.

رییس مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر وزارت بهداشت، چهار کشوری را که به هدف پیشگیری از حذف انتقال اچ‌آی‌وی از مادر به فرزند دست یافتند، دارای جمعیت زیر ۵ میلیون دانست و اضافه کرد: تنها کشوری که بالای پنج میلیون جمعیت دارد، تایلند است.

سخت‌ترین راه کنترل اچ‌آی‌وی مربوط به اعتیاد تزریقی

این مقام مسئول با بیان اینکه با اتکا به سرمایه‌های ملی، برنامه‌هایی به‌صورت سیستماتیک انجام دادیم و نرخ شیوع HIV در زنان تن‌فروش و معتادان تزریقی را کاهش دادیم، گفت: حدود

رییس مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر وزارت بهداشت، با بیان اینکه موارد ابتلا به ایدز در خاورمیانه و شمال آفریقا از مرز هشدار گذشته است، در عین حال از ادغام خدمات پیشگیری، درمان و مراقبت HIV در نظام خدمات بهداشتی اولیه (PHC) خبر داد. دکتر محمدمهدی گویا، با بیان اینکه ابتلا به HIV در بسیاری از کشورها کاهش یافته است اما در ۵۰ کشور شاهد افزایش موارد ابتلا به این بیماری بوده‌ایم، گفت: در منطقه خاورمیانه و شمال آفریقا موارد ابتلا به ایدز از مرز هشدار عبور کرده است و در این میان به وضعیت نوجوانان و جوانان که بیشتر در معرض خطر هستند، کمتر توجه شده است.

پیوست ایران به اعتراف پیشگیری از اچ‌آی‌وی

رییس مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر ادامه داد: بر اساس همین آمارها ما به سازمان جهانی بهداشت متعهد شده‌ایم که به هدف ۹۰ درصد، تا سال ۲۰۲۰ برسیم. در همین راستا به اعتراف پیشگیری از اچ‌آی‌وی پیوستیم و معتقدیم که می‌توانیم پرچمدار این اعتراف در این منطقه خاورمیانه باشیم. همچنین تصمیم گرفتیم که هر چقدر تحت تاثیر تحریم و کشمکش‌های سیاسی قرار بگیریم، تسلیم نشویم و اقدامات خود را انجام دهیم. در همین راستا برنامه کشوری ترسیم کردیم، اجراهای ساختاری داشتیم و سرمایه‌گذاری را افزایش دادیم.

کرد: امسال در سی‌امین سالگرد نام‌گذاری روز جهانی ایدز، تم وضعیت خودت را بدان "Know your status" به عنوان شعار انتخاب شده است. واقعیت این است که در ایران نیز مثل سایر کشورها یکی از چالش‌های مهم مقابله با ایدز این است که افراد مبتلا به ایدز از وضعیت خود اطلاع ندارند. البته باید اشاره کرد که برآوردهای جهانی نشان می‌دهد، حدود ۹ میلیون و چهارصد هزار نفر از کسانی که با ویروس HIV زندگی می‌کنند از وضعیت خود مطلع نیستند. محمد شریعتمداری ادامه داد: بر این اساس همانگونه که در "چهارمین برنامه استراتژیک ملی کنترل عفونت اچ ای وی جمهوری اسلامی ایران" ذکر شده است، مداخله‌های هدفمند و موثر برای انجام تست اچ ای وی، یک اقدام ضروری است که تحقق این امر نیز مستلزم آگاهی‌سازی عمومی و انگیزه‌زایی بوده و همچنین نیازمند افزایش دسترسی به تست است. نکته‌ای دیگر که در خصوص ایدز نگران‌کننده است، همان چیزی بوده که در برنامه استراتژیک ملی به آن اشاره شده است: "امکان در پیش بودن موج چهارم انتقال ایدز که تلفیق موج دوم و موج سوم است یعنی انتقال همزمان از طریق سرنگ آلوده و روابط جنسی پرخطر." «عمیقاً بر این باورم که موفقیت در برنامه‌های ملی کنترل ایدز به جز از مسیر انسجام و هماهنگی بین دستگاه‌های ذی‌ربط از یکسو و مشارکت همه فعالان مدنی و افراد با دانش در این حوزه از سوی دیگر، امکان‌پذیر نخواهد بود. باید سیاست‌گذاری مشارکتی به معنای واقعی اجرایی شود. به‌ویژه در حوزه مسائلی نظیر ایدز که شاخص‌های اپیدمیولوژیک نظیر درصد زنان در موارد تشخیص داده شده، روند درصد انتقال و روند درصد سنی، نگران‌کننده است و باید یک عزم ملی ایجاد شود." وزیر تعاون، کار و رفاه اجتماعی با اشاره به این موضوع که باید عزم ملی برای انگ‌زدایی، از بین بردن تابوهای موجود، آموزش پیشگیری و مراقبت از خود به عموم مردم، بسترسازی و حمایت از نهادهایی که در این حوزه فعالیت می‌کنند، ایفای دقیق نقش و وظایف خود و همراهی گروه‌های مرجع که بر جامعه مخاطب خود به شدت مؤثرند، شکل گیرد؛ عنوان داشت: باید بخش‌های مختلف دولت و سایر نهادهای حکومتی، نهادهای مدنی، کنشگران رسانه‌ای، احزاب سیاسی، دانشگاهیان، روحانیون، همه و همه نقش فعال خود را در مسیر مقابله با ایدز یعنی پیشگیری، مداوا، مراقبت و حمایت، انجام دهیم. به‌عنوان وزیر تعاون، کار و رفاه اجتماعی، ضمن تعهد به حمایت از فعالان مدنی و زمینه‌سازی برای مشارکت ساختارمند آن‌ها در سیاست‌گذاری در این حوزه، تلاش خواهیم کرد که در نهادهای تصمیم‌گیرنده، بیش از پیش در خصوص ضرورت‌ها و الزامات موفقیت در کنترل و کاهش ایدز سخن بگویم. از مشکلات و انتظارات مبتلایان به ایدز حرف خواهیم زد چراکه معتقدم باید مبتلایان احساس کنند که مسئولان آن‌ها را می‌بینند و همدلانه انتظارات آن‌ها را می‌شنوند.

وی در پایان افزود: دستگاه‌ها و معاونت‌های تابعه وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی که در برنامه استراتژیک ملی، کنترل وظایفی در حوزه‌های بیمه‌ای، حمایت معیشتی، آموزش‌های فنی و حرفه‌ای و خدمات اشتغال‌زایی، بر عهده دارند در کنار سازمان بهزیستی کشور که در مواردی نظیر آموزش و اطلاع‌رسانی، پیشگیری از انتقال تزریقی و کاهش آسیب، پیشگیری از انتقال جنسی، حمایت و توانمندی دارای مسئولیت هستند، موظف خواهند شد که اقدامات خود را به‌صورت ادواری به مردم گزارش دهند و در اجرای سیاست‌های خود با ارتقاء رویکرد علمی و سیاستی از ظرفیت کنشگران مدنی، بیش از پیش بهره‌مند شوند. ▶

۲۰ مرکز به‌صورت سیستماتیک به این زنان سرورس می‌دادند. همچنین یکی از سخت‌ترین راه‌های کنترل اچ ای وی در دنیا مربوط به اعتیاد تزریقی است. تحقق تمام برنامه‌های ما به‌واسطه کاهش آسیب بوده است.

گویا اظهار کرد: اطلاع از وضعیت ابتلا و افزایش پوشش درمان از مهمترین اهداف پیشگیری است. مهمترین ابزار این آگاهی، آزمایش است، اگر آزمایش هدفمند باشد ما را به هدف خود می‌رساند. دانش و آگاهی قدرت ما است. مصداق دانش در مورد HIV، آگاهی از میزان ابتلا، پوشش درمان و پایش Viral load است.

وی با بیان اینکه آخرین گزارش سازمان ملل نشان می‌دهد ۷۵ درصد از مبتلایان به HIV در دنیا از ابتلای خود آگاهی دارند و نزدیک به ۲۰ میلیون نفر نمی‌دانند که مبتلا به این عفونت هستند، افزود: این میزان در شمال آفریقا و منطقه خاورمیانه، ۳۴ درصد و در کشور ما ۴۱ درصد است. در شمال آفریقا و خاورمیانه پوشش درمان، ۵۳ درصد و در کشور ما ۵۸ درصد است و ما اصلاً از این موضوع راضی نیستیم.

گویا در ادامه صحبت‌هایش گفت: برای شناسایی افراد مبتلا به اچ ای وی، انجام مشاوره و آزمایش لازم است. ما برای انجام مشاوره و آزمایش پنج اصل مهم را در نظر گرفتیم؛ هرگز بدون رضایت فرد برای او آزمایشی انجام ندهیم، محرمانه بودن انجام آزمایش و ارائه پاسخ آن را به‌طور کامل رعایت کنیم، هرگز بدون مشاوره، آزمایش انجام ندهیم، نتایج تست مثبت را هر چه سریع‌تر با انجام آزمایش تاییدکننده، رد یا قبول کنیم. فرد شناسایی شده را به خدمات پیشگیری، درمان و مراقبت، ارتباط دهیم.

ادغام پیشگیری، درمان و مراقبت اچ ای وی در نظام خدمات بهداشتی اولیه

وی درباره اقداماتی که از سال گذشته تاکنون برای کنترل و درمان اچ ای وی انجام شده، گفت: ما خدمات پیشگیری، درمان و مراقبت اچ ای وی را در نظام خدمات بهداشتی اولیه (PHC) خود ادغام کردیم. آخرین مراحل فنی آن نیز طی شده است. امکانات دسترسی به آزمایش را با روش‌های خودمان فراهم کردیم. کلیه امکانات وصل آزمایش سریع به خدمات آزمایشی تاییدکننده و برنامه پیشگیری، مراقبت و درمان را در سراسر کشور ایجاد کردیم.

وی ادامه داد: درمان‌های جدید را به درمان استاندارد کشوری مانند سال‌های گذشته اضافه کردیم. امکانات انجام آزمایش Viral load را در کشور فراهم کردیم. برنامه کاهش آسیب را از نظر کیفی ارتقاء دادیم.

گویا، درباره انجام "تست سریع" و "سلف تست" گفت: تجربه جهانی نشان داده است که تشخیص زودهنگام HIV، اولین گام برای تداوم بقای فرد مبتلا، مراقبت، درمان و در سطح کلان خودپیشگیری و کنترل HIV است.

وی در پایان افزود: مردم می‌توانند از این تست در مراکزی غیر از مراکز بهداشتی و درمانی استفاده کنند. انجام این تست عمدتاً برای افرادی است که امکان مراجعه به مراکز درمانی بهداشتی و دسترسی به انجام آزمایش را ندارند و همچنین کسانی که دسترسی به آن‌ها برای ما دشوار است. برای انجام این تست، تحمیلی وجود ندارد و انجام آن، نیازمند مشاوره درست است.

افراد مبتلا به ایدز از وضعیت خود اطلاع ندارند

محمد شریعتمداری (وزیر تعاون، کار و رفاه اجتماعی) به مناسبت سی‌امین سالگرد نام‌گذاری روز جهانی ایدز، طی یادداشتی عنوان

علی پاشا میثمی، رییس انجمن علمی
پزشکی اجتماعی ایران:

جایگاه پیشگیری در نظام سلامت پررنگ نیست

زهره صدری نژاد: رشته «پزشکی اجتماعی» اولین بار در دهه پنجاه در دانشگاه شیراز راه اندازی اما پس از چند دوره پذیرش دستیار، سال ۱۳۵۷ متوقف شد. پس از انقلاب و با راه اندازی شبکه بهداشت و درمان، مسئولان این برنامه پیشنهاد کردند که متخصصانی برای مدیریت برنامه های سلامت و مراکز بهداشتی، تربیت شوند و بدین ترتیب، پذیرش دانشجو در این رشته از سر گرفته شد. با گذشت بیش از ۳۰ سال از راه اندازی و بازنگری «پزشکی اجتماعی» هنوز این رشته و دانش آموختگان آن جایگاه اصلی خود را در کشور نیافته اند. در آستانه برگزاری دومین کنگره «پزشکی اجتماعی» با دکتر «علی پاشا میثمی» - رییس انجمن علمی پزشکی اجتماعی ایران و رییس دومین کنگره «پزشکی اجتماعی» - درباره اهمیت این رشته، دلایل محجور ماندن آن و محورهای دومین کنگره، گفتگو کردیم.

تعریف شما از پزشکی اجتماعی چیست؟

وظیفه آن ها، پیشگیری از بروز بیماری ها در افراد به ظاهر سالم جامعه، همراهان بیماران و خانواده های آن ها است. در عین حال، پیشگیری از پیشرفت بیماری در افراد بیمار نیز بخشی از کار همین افراد است. از سوی دیگر متخصصان حوزه «پزشکی اجتماعی» می توانند تهیه و تدوین شواهد و مستندات لازم به منظور تدوین و اتخاذ سیاست های هزینه ای اثربخش در حوزه های مختلف مرتبط با سلامت را برعهده بگیرند.

لازم است به این واقعیت مهم توجه کنیم که در تمامی جوامع، مراقبت های درمانی ارائه شده در نظام سلامت حداکثر می تواند یک چهارم عوامل تأثیرگذار بر سلامت جامعه را کنترل کند. نیمی از این موارد، جزء عوامل تعیین کننده اجتماعی سلامت هستند که دانش آموختگان رشته «پزشکی اجتماعی» برای مدیریت آن ها در حوزه سلامت، مهارت های لازم را می آموزند. بنابراین عرصه فعالیت و تأثیرگذاری این متخصصان در راستای ارتقاء سلامت جامعه خیلی گسترده است و از مراقبت های پیشگیرانه فردی تا ارائه سیاست های سلامتی در سطح کلان را شامل می شود، در واقع همان مفاهیم طب پیشگیری و سلامت عمومی را بیان می کنند.

نکته مهم دیگر در این رشته تخصصی، بررسی جامع و همه جانبه موضوعات و به بیان دیگر، نگاه کل نگر به مسائل موجود در نظام سلامت است. به عنوان مثال در تأمین هزینه های مراقبت های سلامتی، پرداخت یارانه و پوشش بیمه ای جزء نکات کلیدی هستند. در ظاهر، کاهش پرداخت از جیب بیماران، یک اقدام بسیار مفید در کاهش بار هزینه های درمان برای بیماران محسوب می شود، اما ظرایف و نکات بسیار مهمی در مدیریت هزینه ها وجود دارد که اگر در نظر گرفته نشود، چنان بار هزینه های بخش بیمه و بخش

رشته تخصصی «پزشکی اجتماعی» در دنیا با نام های دیگری مثل طب پیشگیری و سلامت عمومی (Community Medicine, Preventive Medicine and Public Health) نیز شناخته می شود و یکی از رشته های تخصصی و کلیدی در حفظ سلامت جامعه و ارتقاء آن به شمار می رود. در یک جمله می توانیم بگوییم، وظیفه دانش آموختگان این رشته تلاش در جهت پیشگیری از بروز هر چیزی است که مغایر با سلامتی فرد باشد. هدف و تاکید اصلی پزشکی اجتماعی، پیشگیری از بروز بیماری ها و رخدادهای نامطلوب سلامتی در افراد جامعه است. در عین حال این رشته تمامی رویکردهای اجتماعی، اقتصادی، زیست محیطی و سیاسی را که ممکن است به طور مستقیم و غیرمستقیم بر سلامتی شهروندان تأثیرگذار باشند، شامل می شود. هر جامعه ای که بخواهد، ارتقاء سلامت شهروندان را سرلوحه خود قرار دهد، به دانش متخصصان «پزشکی اجتماعی» در تمامی حوزه ها به شدت نیازمند است، حوزه هایی شامل پیشگیری از بیماری ها در تمامی سطوح، تعیین اولویت ها، سیاست گذاری، تأمین منابع، مدیریت منابع، انتخاب استراتژی ها، پیاده سازی و اجرای برنامه ها، و نحوه مدیریت و ارائه مراقبت های سلامتی، تحلیل، پایش و ارزشیابی هر یک از اقدامات.

باتوجه به اینکه «پزشکی اجتماعی» مواردی مثل طب پیشگیری و سلامت عمومی را شامل می شود، آیا تفاوت خاصی بین عناوین یا عملکرد این رشته ها وجود دارد؟

در واقع دانش آموختگان رشته «پزشکی اجتماعی» در جایگاه هایی مثل کلینیک های پیشگیری و ارتقاء سلامت مشغول می شوند. هدف و

برای برخی از مسئولان حوزه سلامت، روشن نیست. رویکردهای موجود در فلسفه پزشکی اجتماعی، متفاوت است و تعارض آشکاری با منافع و اهداف بعضی از گروه‌های تخصصی درمانی دارد که طبیعتاً در کسب درآمد آن‌ها اثر منفی خواهد داشت. پزشکی اجتماعی، پیاده‌سازی رویکردهای صحیح و ارائه مراقبت‌های سلامتی را ضروری می‌داند. با این حال به دلیل ساختار موجود در نظام سلامت کشور، چنین استنباطی مبنای تصمیم‌گیری نبوده و رویکردهای درمانی، مبنای اصلی محسوب می‌شود که همچنان هزینه‌های بسیاری را به جامعه تحمیل می‌کند و طبیعتاً در موارد مشخصی، نگرش‌ها به پزشکی اجتماعی مثبت نیست. امیدواریم با تلاش بیشتر همکاران، ارائه دست‌آوردها و استفاده از فرصت کنگره پیش‌رو، نقش راهبردی این رشته تخصصی، بیش از پیش برای گروه‌های تصمیم‌ساز آشکار شود.

در آستانه دومین کنگره پزشکی اجتماعی هستیم؛ این دوره با چه اهداف متفاوتی نسبت به دوره اول برگزار خواهد شد؟

سند پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر در کشور ما تدوین و استراتژی‌های لازم برای دستیابی به اهداف این برنامه مشخص شده است. با توجه به گذشت چند سال از تصویب این سند، لازم است برخی مسائل مرتبط با آن بررسی شوند، مواردی مثل: مرور دست‌آوردها، یادآوری راهبردها و اهداف، بازآموزی مداخلات سودمند و هزینه اثربخش برای گروه‌های مختلف ارائه‌کننده مداخلات پیشگیرانه. پوشش و بررسی همین موارد بخشی از اهداف اصلی کنگره دوم است.

دلیل انتخاب موارد اعلام‌شده به‌عنوان محورهای دومین کنگره چیست؟

عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامتی که در رأس آن وضعیت اقتصادی و اجتماعی قرار دارد و به‌عنوان مهمترین بخش در پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر، تعیین‌کننده نیمی از وضعیت سلامتی افراد جامعه مد نظر هستند. در راستای تحقق اهداف مرتبط با کنترل عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامتی، مسئولیت اجتماعی و شفافیت سازمانی جزء ارکان کلیدی است که از محورهای دیگر این کنگره هستند. در راستای پیشگیری از هر بیماری، توجه به عوامل خطر و شناسایی روند تغییرات و نتیجه مداخلات بر این روند نیز جزء موارد کلیدی محسوب می‌شود که محور دیگر این کنگره نیز هست. به‌منظور تغییر روند عوامل خطر، مداخلات در ساختار نظام سلامت باید نهادینه شود که رویکردهای موجود در نظام سلامت و پزشک خانواده در این مهم به‌عنوان محور دیگر در کنگره بحث خواهد شد.

در تحلیل نتایج مداخلات، مطالعه بار بیماری‌ها و نتایج اقتصادی مترتب بر پیامدها از ابزارهای کلیدی است که در محور دیگر مورد بحث قرار خواهد گرفت. این محورها می‌توانند مجموعه اطلاعات و توانمندی‌های لازم جهت اجرای کامل استراتژی‌های پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر را متناسب با شرایط موجود در کشور، به مخاطبان ارائه نماید.

تمرکز دومین کنگره بر این موضوعات را چقدر مؤثر در نتیجه نهایی و به‌ویژه معرفی این رشته می‌دانید؟

امیدواریم با مشارکت بالای همکاران مختلف از تمامی گروه‌های مرتبط، انجمن علمی پزشکی اجتماعی بتواند مجدداً در معرفی نقشه راه به تصمیم‌سازان و متخصصان مختلف از جمله همکاران متخصص پزشکی اجتماعی و دیگر گروه‌های ارائه‌دهنده مراقبت‌های سلامتی بپردازد و به این ترتیب بخشی از اهداف کلان ارتقاء سلامت در کشور پوشش داده شود. این موضوع همان رسالت رشته تخصصی پزشکی اجتماعی است. ▶

دولتی را افزایش خواهد داد که می‌تواند به سادگی، بیمه‌ها را در آستانه ورشکستگی قرار دهد. به‌طور مثال، تغییر الگوی دریافت مراقبت‌های سلامتی، مراقبت‌های القایی، مراقبت‌های غیرضروری و ارائه مراقبت بدون سطح‌بندی و بدون تبعیت از شواهد تأییدکننده هزینه اثربخشی مراقبت‌ها، یقیناً بار هزینه‌ها را به شکل سرسام‌آوری افزایش خواهد داد. تاکنون نیز توجه ناکافی به این موارد و نتایج منفی ناشی از آن در طرح تحول سلامت مشاهده شده است.

دلیل ناشناخته ماندن یا حداقل، کمتر شناخته شدن این رشته در ایران چیست؟

تقریباً تمام تأکید و تلاش در نظام سلامت کشورمان متمرکز بر درمان و رشته‌های درمانی تخصصی و فوق تخصصی است و رسیدن به این هدف و پوشش خدمات در بیمارستان‌های تخصصی و فوق تخصصی با تأمین هزینه‌های گزاف همراه است. سهم گروه‌های بالینی در تعیین نگرش دانشجویان پزشکی در مقابل تلاش‌های اساتید رشته «پزشکی اجتماعی» غالب است. به‌همین دلیل گرایش بیشتر دانشجویان به رشته‌های تخصصی و فوق تخصصی درمانی است و تعداد کمی در رشته‌های مرتبط با پیشگیری و مراقبت‌های کم‌هزینه فعال می‌شوند. متأسفانه جایگاه پیشگیری در نظام سلامت چندان پررنگ نیست و با وجود عرصه گسترده برای فعالیت دانش‌آموختگان «پزشکی اجتماعی» و اثرگذاری آن، محدودیت‌های جدی در تأمین منابع، تعریف جایگاه‌ها و به کارگیری این نیروهای تخصصی در نظام سلامت، وجود داشته و اعمال شده است.

این موضوع (شناخت و استفاده کم جامعه از پزشکی اجتماعی) چه هزینه‌هایی برای ما داشته است؟

همان‌طور که تأکید کردم کم‌هزینه‌ترین، اثربخش‌ترین و کارآمدترین مداخلات در ارتقاء سلامتی در هر جامعه، مداخلات پیشگیری از بروز بیماری‌هاست. مادامی که این رویکردها مورد کم‌توجهی و کم‌لطفی قرار گیرند، بروز بیشتر بیماری‌ها، منجر به از کارافتادگی بیشتر و زود هنگام نیروی مولد در جامعه می‌شود که خودش از دست رفتن منابع و درآمد محسوب می‌شود. علاوه بر این، تشخیص، درمان و بازتوانی موارد بیماری نیز هزینه‌های بسیاری را بر نظام سلامت، بیمه و آحاد مردم جامعه تحمیل می‌کند. رویکردهای ساده و کم‌هزینه در زمان سلامتی یا در شروع مراحل اولیه بیماری با هزینه‌های بسیار ناچیز و تأثیری بسیار بیشتر، پیامدهای سلامتی را تضمین خواهند کرد و در مولدتر شدن اقتصاد کشور بیش از گذشته، نقش خواهند داشت. کم‌توجهی به این مقوله از هر جهت زیان‌بار است.

فراگیر شدن این شاخه پزشکی چقدر مؤثر و مفید خواهد بود؟

حفظ و ارتقاء سلامتی افراد جامعه و محیط‌زیست یکی از ارکان اساسی در اقتصاد سبز (Green Economy) است. این سرمایه‌گذاری در حوزه سلامت، ارزش افزوده بسیار بالایی در درآمد ناخالص ملی هر کشور به همراه خواهد داشت. توجه به عوامل اجتماعی سلامت، پیشگیری و کنترل بیماری‌ها، در رشد همه ابعاد اقتصادی و اجتماعی جامعه، نقش کلیدی و راهبردی دارد. لذا به‌کارگیری دانش تخصصی فارغ‌التحصیلان این رشته و مهارت‌های آن‌ها به‌خوبی می‌تواند در مسیر توسعه، کمک و حامی همه دولت‌ها باشد.

در حال حاضر نگاه مسئولان به این حوزه و نوع شناخت آن‌ها به پزشکی اجتماعی چگونه است؟

متأسفانه کارکردها، مهارت‌ها و دانش مرتبط با این رشته تخصصی

مرکز تحقیقات داروسازی

رئیس مرکز رشد فناوری‌های دارویی:

دانشجویان باید خودشان به فکر خودشان باشند!

صحرا بختیاری: «مرکز رشد فناوری‌های دارویی در دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی» یکی از سه مرکز رشد کشور است که با هدف جذب و حمایت نخبگان و ایده‌پردازان حوزه دارویی و پزشکی، فعالیت می‌کند. دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی به‌عنوان سازمان مؤسس و هیئت امنای دانشگاه، اداره این مرکز را به عهده دارند. دکتر سیدعباس طباطبایی (رئیس مرکز رشد فناوری‌های دارویی) یکی از سخنرانان رویداد «فردای داروسازی؛ شرکت‌های دانش‌بنیان» بود که درباره وظایف و اهداف مراکز رشد و دلایل موفق نبودن این مراکز نیمه‌دولتی در ابتدای فعالیت خود، صحبت و تاکید کرد که باید دانشجویان و فارغ‌التحصیلان به‌جای اساتید جذب این مراکز شوند چراکه انگیزه بالاتری برای فعالیت و پیشرفت دارند. آنچه در ادامه می‌خوانید، گزیده صحبت‌های دکتر سیدعباس طباطبایی است.

خروجی شرکت‌های وابسته به مرکز رشد، بسیار کم است. به گواه آماري که مشاوران ما تهیه کرده‌اند در ایران خروجی مراکز رشد بسیار پایین است و فقط نزدیک ۲٪ آن‌ها می‌توانند در بازار دوام بیاورند. در حالی که ما در این مراکز از هر ایده و پیشنهادی استقبال می‌کنیم و

در مراکز رشد از هر ایده و پیشنهادی استقبال می‌کنیم و جواب رد به کسی نمی‌دهیم ولی کسانی می‌توانند انگیزه کافی داشته باشند که واقعا به دنبال اشتغال و تولید ثروت هستند؛ متأسفانه بسیاری از کسانی که در ابتدا وارد این مراکز شدند، این شرط لازم را نداشتند و نتیجه کار برایشان خیلی مهم نبود. در واقع هدف ما تحقق پیدا نکرد چون این فضای اشتغال هنوز بین دانشجویان نیامده و به آن‌ها معرفی نشده است. اما امروز خوشحالیم که چنین تشکلهایی به‌صورت خودجوش - و نه دستوری - ایجاد می‌شود و فضای مراکز رشد را به دانشجویان معرفی می‌کند. چنین فعالیتهایی نشان می‌دهد دانشجویان به این نتیجه رسیده‌اند که باید خودشان به فکر آینده باشند و کسی به فکرشان نیست. در واقع نمی‌توانیم همیشه از دیگران انتظار داشته باشیم که دست ما را بگیرند و برایمان کاری کنند، باید به فکر خودمان باشیم.

مدت‌ها پیش این ذهنیت بین بیشتر هم‌سن و سالان من - که با سختی مدرک دانشگاهی گرفتند - وجود داشت که مدرک برایشان اشتغال ایجاد می‌کند و با گرفتن آن می‌توانند جایی استخدام شوند، سابقه و درآمدی داشته باشند و زندگی خود را بچرخانند. اما نسل جدید به تدریج به این نتیجه می‌رسند که دیگر آن مدرک برای به‌دست آوردن شغل کافی نیست و برای هر شغلی تعداد زیادی فارغ‌التحصیل و داوطلب وجود دارد و به اصطلاح دست زیاد شده است؛ به‌همین دلیل فکر می‌کنند خودمان باید به فکر خودمان باشیم و بتوانیم گلیم‌مان را از آب بیرون بکشیم.

اهداف مراکز رشد کدامند؟

دولت از قدیم زیرساخت‌هایی برای اشتغال ایجاد و برایشان هزینه کرده است ولی کم‌کم به این نتیجه می‌رسد که آن‌ها را در اختیار فارغ‌التحصیلان و کسانی بگذارد که تخصصی دارند. نیت ما در مرکز رشد این بود که فضای کارآفرینی و اشتغال را بین دانشجویان و مخاطبان اصلی کسب و کار دانش‌بنیان بیاوریم و طبیعتاً خیل عظیمی از فارغ‌التحصیلانی که هر سال وارد جامعه می‌شوند، این نیاز را ایجاد می‌کنند. در واقع لازم است تسهیلات ارزان‌قیمت و قطعا نه رایگان در اختیار کسانی قرار گیرد که می‌توانند برای خودشان و دیگران اشتغال ایجاد کنند، اما تا الان در مرکز رشد کمتر به این اهداف رسیده‌ایم که چند دلیل دارد.

یکی از دلایل عدم دستیابی به نتیجه مطلوب این بود که مسئله و موضوع ابتدا در جایی مطرح شد که به گوش افراد اصلی و گروه هدف نرسید بلکه به گوش کسانی رسید که از قبل شغل و جایگاه ثابتی داشتند و به‌همین خاطر انگیزه لازم را برای اینکه وارد مرکز رشد شوند، نداشتند. مثلاً بعضی از اساتید دانشگاه، شرکت‌هایی تاسیس و کاری را شروع کردند ولی انگیزه لازم برای آنکه فعالیت‌شان را به هدف نهایی برسانند، نداشتند و در پایان

مرکز رشد و برگزاری ایونت‌ها این امکان را به افراد می‌دهد تا بتوانند ایده خود را عرضه کنند، حرف‌هایشان شنیده شود و از امکان سرمایه‌گذاری روی طرح‌شان استفاده کنند. همچنین درهای این مرکز به روی دانشجویان باز است، هم برای شنیدن ایده‌ها و هم برای بررسی آن‌ها. لازم نیست نگران لو رفتن ایده‌هایشان باشند چون راهکارهای قانونی برای حفظ حق و حقوق افراد پیش‌بینی شده و این موضوع را نیز در نظر گرفته‌اند.

کمک مرکز رشد به تامین تسهیلات و سرمایه‌گذار

اولین نیاز شرکت‌های نوپا، آشنایی با فضای کسب و کار است. بسیاری از کسانی که به این مرکز می‌آیند حتی نمی‌دانستند چطور پروپوزال مرتبط را بنویسند و فکر می‌کردند پروپوزال، یک طرح تحقیقاتی شبیه کارهای دانشگاهی است در صورتی که پروپوزال‌های کاری با انواع تحقیقاتی کاملا متفاوت است. بعد از اینکه یک طرح تحقیقاتی به نتیجه رسید و معلوم شد عملی هست یا خیر، کار مرکز رشد شروع می‌شود تا کمک کند این پروژه عملیاتی به بازار برسد.

یکی دیگر از نکات مهم برای ورود به بازار، داشتن سرمایه است. در مرحله تحقیقاتی تامین هزینه‌ها برای ما ساده است اما در مرحله ورود به بازار حتی اگر بخواهیم از وام‌های بانکی استفاده کنیم، از عهده ما خارج است و نمی‌توانیم آن را بپردازیم. ولی در مراکز رشد با کسانی ارتباط داریم که حاضرند سرمایه‌گذاری پرخطر انجام دهند. از طرفی آن‌ها برای ایده هزینه صرف نکرده و روی طرحی سرمایه‌گذاری می‌کنند که تا حدی پخته و تضمین شده باشد. زمانی ایده برای سرمایه‌گذار جذاب است که بررسی و عملی شده باشد. طبیعتاً سرمایه‌گذار نیز این کار را به خاطر خودش انجام می‌دهد و وقتی حس کند که می‌تواند برایش بازدهی خوبی داشته باشد، اقدام می‌کند.

به همین دلیل حضور در مرکز رشد و برگزاری ایونت‌ها، این امکان را به افراد می‌دهد تا بتوانند ایده خود را عرضه کنند، حرف‌هایشان شنیده شود و از امکان سرمایه‌گذاری روی طرح‌شان استفاده کنند. همچنین درهای این مرکز به روی دانشجویان باز است، هم برای شنیدن ایده‌ها و هم برای بررسی آن‌ها. لازم نیست نگران لو رفتن ایده‌هایشان باشند چون راهکارهای قانونی برای حفظ حق و حقوق افراد پیش‌بینی شده و این موضوع را نیز در نظر گرفته‌اند. ▶

جواب رد به کسی نمی‌دهیم ولی کسانی می‌توانند انگیزه کافی داشته باشند که واقعا به دنبال اشتغال و تولید ثروت هستند. متأسفانه بسیاری از کسانی که در ابتدا وارد این مراکز شدند این شرط لازم را نداشتند و نتیجه کار برایشان خیلی مهم نبود. در واقع هدف ما تحقق پیدا نکرد چون این فضای اشتغال هنوز بین دانشجویان نیامده و به آن‌ها معرفی نشده است. خوشحالم که چنین تشکلهایی به صورت خودجوش - و نه دستوری - ایجاد می‌شود و فضای مراکز رشد را به دانشجویان معرفی می‌کند. چنین فعالیتهایی نشان می‌دهد دانشجویان به این نتیجه رسیده‌اند که باید خودشان به فکر آینده باشند و کسی به فکرشان نیست. در واقع نمی‌توانیم همیشه از دیگران انتظار داشته باشیم که دست ما را بگیرند و برای ما کار کنند، باید به فکر خودمان باشیم.

وظایف مراکز رشد کدامند؟

ایده، اولین مسئله لازم برای شروع کسب و کار جدید است ولی کافی نیست و هر ایده‌ای منجر به تولید اشتغال و ثروت نمی‌شود. فاصله زیادی از ایده تا بازار و موفقیت وجود دارد که باید پر شود. خیلی از افراد به دلیل نداشتن امکانات و سرمایه، سراغ نمی‌روند، ایده‌ای را که در ذهنشان جرقه زده است، پیگیری نکرده و خودشان را بازنده حس می‌کنند. در صورتی که اگر با بسیاری از این ایده‌ها درست و منطقی برخورد شود، موفق خواهند شد که وارد بازار شده و ثروت و اشتغال ایجاد کنند.

وظیفه مراکز رشد، کمک به همین افراد است که انگیزه کافی و ایده خوب دارند و می‌خواهند وارد بازار شوند ولی راه آن را بلد نیستند. ما می‌خواهیم این راه را به آن‌ها نشان دهیم و کمک‌شان کنیم. در مراکز رشد بعضی تسهیلات ارزان قیمت را در اختیار کسانی قرار می‌دهیم که ایده‌های خوبی دارند. روش مراکز این طور نیست که تسهیلات کاملا رایگان باشد چون باعث کاهش انگیزه و تلاش افراد می‌شود، ما هزینه ورود به بازار را برای این افراد کم می‌کنیم و حتی اگر هم بتوانیم آن را به صفر نمی‌رسانیم چون هزینه و سرمایه‌ای که خود فرد می‌گذارد، باعث می‌شود کارش را جدی بگیرد، در حالی که اگر این جدیت را نداشته باشد، کار به نتیجه نخواهد رسید.

دفتر کار، آزمایشگاه و در کنار آن امکان استفاده از تجهیزات آزمایشگاهی ارزان را در اختیار ایده‌پردازان می‌گذاریم و سعی می‌کنیم با مشاوره‌های بازاریابی و امکان‌سنجی کمک کنیم تا فرد طرح خودش را بررسی کرده و بداند که آیا به نتیجه می‌رسد یا خیر. در واقع نمی‌خواهیم فرد وقت و سرمایه‌اش را هدر بدهد و به همین خاطر در ابتدای کار برای این مطالعات کمک‌شان می‌کنیم و وقتی با راهنمایی افراد متخصص به این نتیجه رسیدند که طرح‌شان بازار دارد و می‌تواند سود ده باشد، پیگیر آن شوند.





اداره کل فرهنگ و ارشاد اسلامی
استان تهران



سازت علمی و فناوری ریاست جمهوری
ستاد توسعه علوم و فناوری
گیاهان دارویی و طب سنتی



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
دفتر طب ایرانی



سازمان غذا و دارو

هشتمین همایش

طلای سبز

داروهای گیاهی و فرآورده‌های طبیعی و صنایع وابسته

The 8th Conference on
Green Gold

Herbal Medicine, Natural Products and Related Industries

فراخوان مقاله

(آخرین مهلت ارسال مقالات تا ۱۰ خرداد ۱۳۹۸)

همراه با امتیاز بازآموزی

۱۹ تا ۲۱ تیر ۱۳۹۸ مرکز همایش‌های بین‌المللی دانشگاه شهید بهشتی

www.green-gold.ir

واحد ثبت‌نام و آموزش: ۸۸۸۷۱۲۲۷-۸

واحد بازاریابی (رزروغرفه): ۸۸۲۰۳۸۴۵-۶



غذا و دارو

دانش

به مناسبت ۱۰ آذر، روز جهانی ایدز

مبارزه با ایدز، از ایمن سازی تا واکسن

آزمایش واکسن HIV در فاز انسانی، نتایج امیدوارکننده‌ای را نشان داده است، چراکه احتمالاً می‌تواند از سرایت چندین گونه ویروس جلوگیری کند. به گزارش اسپوتنیک، به نقل از MedicalXpress، یک تیم بین‌المللی از دانشمندان، آزمایش‌های کلینیکی گسترده‌ای از واکسن جدید Ad26 را که برای مبارزه علیه ویروس نقص ایمنی بدن ساخته شده است، بر روی بیش از ۴۰۰ فرد بزرگسال، انجام دادند. در این بخش، علاوه بر مقالات علمی و گزارش‌ها، درباره ایمن سازی و کشف روش جدید مقابله با ایدز می‌خوانیم.

تأثیر مصرف مکمل کراتین بر فعالیت آنزیم‌های کراتین کیناز و لاکتات دهیدروژناز پس از یک جلسه ورزش شدید در دختران ورزشکار

مهسا صداقت^{۱*}، محمد رشیدی^۲

۱. مربی، دانشجوی دکترای فیزیولوژی ورزشی، گروه تربیت بدنی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد سمنان، سمنان، ایران.

۲. استادیار، دکترای فیزیولوژی ورزشی، گروه تربیت بدنی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد سمنان، سمنان، ایران.

*پست الکترونیکی نویسنده مسئول: sedaghat.mahsa61@gmail.com

چکیده هدف:

کراتین یکی از مهمترین و متداولترین مکمل‌های مورد استفاده ورزشکاران است؛ اگرچه مکانیسم‌های مولکولی تاثیر آن و آثار جانبی آن کمتر شناخته شده است. این مطالعه با هدف تعیین تاثیر مکمل‌سازی مونوهیدرات کراتین بر فعالیت آنزیم‌های کراتین کیناز و لاکتات دهیدروژناز پس از یک جلسه ورزش شدید در دختران ورزشکار انجام شد.

مواد و روش‌ها

سی دختر دانشجوی ورزشکار از طریق تست ۷ مرحله‌ای بروس انتخاب شدند و به شیوه تصادفی به دو گروه تجربی (مکمل‌سازی کراتین ۷/ روز: $n=15$) و کنترل (دارونما: $n=15$) تقسیم شدند. از همه افراد رضایت‌نامه کتبی اخذ شد. سپس برای اندازه‌گیری کراتین کیناز و لاکتات دهیدروژناز، خون‌گیری از آزمودنی‌ها در شرایط قبل از مکمل‌سازی و ۲۴ ساعت پس از آزمون ورزشی کانینگهام انجام شد.

یافته‌ها:

در شرایط پایه (پیش آزمون)، تفاوت معنی‌داری در سطوح کراتین کیناز ($p = 0/621$) و لاکتات دهیدروژناز ($p = 0/852$) بین دو گروه مشاهده نشد. در گروه تجربی، تفاوت معنی‌داری در سطوح کراتین کیناز ($p = 0/214$) و لاکتات دهیدروژناز ($p = 0/325$) بین دو وضعیت پیش و پس آزمون مشاهده نشد. همه متغیرها در گروه کنترل تغییر نکردند ($p > 0/5$).

نتیجه‌گیری:

مکمل‌سازی کراتین مونوهیدرات، تاثیر معنی‌داری بر فعالیت آنزیم‌های کراتین کیناز و لاکتات دهیدروژناز پس از یک تست ورزشی در دختران ورزشکار نداشت.

کلیدواژه‌ها: کراتین مونوهیدرات، آسیب سلولی، ورزش شدید، مکمل‌سازی.

مقدمه

عضلات اسکلتی، بافت اصلی درگیر در فعالیت‌های بدنی هستند؛ بنابراین بررسی تغییرات و آسیب‌های وارده بر این بافت طی فعالیت‌های ورزشی گوناگون اهمیت زیادی دارد. بسیاری از ورزشکاران برای افزایش و بهبود عملکرد و اجرای ورزشی در هنگام مسابقه از عوامل کمک‌کننده بی‌شماری مثل تمرینات اختصاصی، تغذیه و مکمل‌های ورزشی استفاده می‌کنند. استفاده از مکمل‌های ورزشی در جوامع امروزی گسترش زیادی پیدا کرده است. بسیاری از مکمل‌ها تاثیر روانی روی افراد دارند و بعضی از مکمل‌ها مانند کراتین - که در تمرینات و مسابقات از آن استفاده می‌شود - احتمالاً می‌توانند با به تاخیر انداختن خستگی و افزایش تحمل لاکتات، سرعت عملکرد ورزشی را بهبود بخشند. کراتین ترکیبی از دسته ترکیبات پروتئینی است که از ۳ آمینواسید متیونین، آرژنین و گلیسین تشکیل می‌شود. این ماده در بدن به صورت ترکیب فسفات (کراتین فسفات) درآمده و به عنوان یکی از منابع ذخیره انرژی به ویژه در فعالیت‌ها و ورزش‌های سرعتی و انفجاری به کار می‌رود. بیشتر ذخیره کراتین در ماهیچه‌های اسکلتی قرار دارد (۱،۲). در حال حاضر، سالیان متمادی است که این ترکیب به عنوان مکمل در ورزش‌های مختلف به کار می‌رود و مطالعات سالیان اخیر نشانگر آن است که مصرف مکمل کراتین می‌تواند موجب افزایش میزان و محتوای کراتین موجود در عضلات شود. البته بر اساس برخی مطالعات دیگر پس از مصرف این مکمل، افزایشی در توان ورزشی ورزشکاران مشاهده نشد (۳،۴). هم‌زمان با وقوع استرس اکسیداتیو، دستگاه ضداکسایشی بدن نیز فعال تر می‌شود و استفاده از برخی مکمل‌های آنتی‌اکسیدانی به منظور تعدیل فشار اکسایشی حاصله، فعالیت دستگاه ضداکسایشی بدن را کاهش می‌دهد. متعاقب فشار اکسایشی، آسیب‌های سلولی اتفاق می‌افتد که با شاخص‌هایی همچون کراتین کیناز (CK) و لاکتات دهیدروژناز (LDH) اندازه‌گیری می‌شود. از طرفی، این کاهش عملکرد سلولی با کاهش عملکرد بدن همراه است. در این راستا به نظر می‌رسد استفاده از مکمل‌های ضداکسایشی یکی از راهکارهای موثر برای افزایش عملکرد بدن است. آسیب عضلانی ممکن است در پاسخ به کشش (انقباض‌های استریک) و تحریکات گوناگون دیگر ناشی از فعالیت ورزشی خسته‌کننده ایجاد شود که در تحقیقات گذشته نشان داده شده است (۵). در مطالعات زیادی از شاخص کراتین کیناز و لاکتات دهیدروژناز به عنوان شاخص‌های ارزیابی آسیب سلول استفاده شده است (۶،۷). لین تنگ با بررسی و مقایسه

موش‌های تمرین کرده (دویدن روی تردمیل با ۷۰٪ حداکثر اکسیژن مصرفی) و تمرین نکرده، افزایش معنی‌دار مقادیر کراتین کیناز، لاکتات دهیدروژناز، لاکتات و اسیداوریک را در تمرین کرده‌ها نشان داد (۷). سانچیک و همکاران اظهار کردند پس از فعالیت ورزشی شامل ۴۵ دقیقه دویدن در سرازیری با شدت ۷۵٪ حداکثر اکسیژن مصرفی به مدت ۱۲ هفته در هر دو گروه، مقادیر مالون دی‌آلدئید (MDA) و کراتین کیناز آزمودنی‌های جوان و مسن افزایش یافت (۸). نظریات ضدونقیضی در رابطه با آثار مکمل‌سازی کراتین مونوهیدرات بر شاخص‌های سلامتی افراد وجود دارد. برخی مطالعات در این زمینه، هیچ خطری را بر سلامتی افراد گزارش نکرده‌اند. برای مثال، کوک و همکاران نشان دادند با مکمل‌سازی کراتین مونوهیدرات، میزان آنزیم کراتین کیناز کاهش معنی‌دار می‌یابد (۹). روسن و همکاران نشان دادند با مکمل‌سازی کراتین هیچ‌یک از شاخص‌های سرمی آسیب سلولی (کراتین کیناز و لاکتات دهیدروژناز) افزایش نمی‌یابد (۱۰). پرو پزوک و همکاران گزارش کردند مکمل‌سازی کراتین اثر معنی‌دار بر شاخص‌های آسیب سلولی (کراتین کیناز و لاکتات دهیدروژناز) نداشت (۱۱)؛ در حالی که آتشک و همکاران گزارش کردند مکمل‌سازی کراتین همراه با تمرین مقاومتی بر فعالیت کراتین کیناز تاثیر معنی‌دار خواهد داشت (۱۲). آسیب‌های عضلانی ناشی از ورزش پس از مقاومت با شدت بالا و ورزش استقامتی رخ می‌دهد (۱۳، ۱۴). سوسا و همکاران در مطالعه‌ای رژیم مکمل‌درمانی را برای تمرینات با آسیب عضلانی توصیه کردند و نشان دادند استفاده از مکمل‌های غذایی یک راهکار برای کاهش آسیب‌های عضلانی ناشی از ورزش است (۱۵). نتایج مطالعات نشان داد آثار ارگونومیک کراتین برای بهبود اجرای ورزشی مثل توان انفجاری عضلانی به‌خوبی شناخته شده است (۱۶، ۱۷). مطالعات دیگر گزارش کردند کراتین، آسیب‌های عضلانی بعد از ورزش شدید و سنگین را کاهش نمی‌دهد (۳). با این حال، برخی مطالعات نشان داد مصرف کراتین در آسیب‌های عضلانی ناشی از ورزش مفید نبود (۳، ۱۸). به‌طور مشابه، مک‌کینون و همکاران گزارش کردند مصرف کراتین با دوز بارگیری ۴۰ گرم، دو وعده در روز، به مدت ۵ روز، با دوره نگهداری ۱۰ گرم، دو وعده در روز و به مدت ۵ روز هیچ تاثیری در آسیب‌های عضلانی ناشی از ورزش نداشت (۳). این نتایج متضاد ممکن است تا حدودی ناشی از تفاوت در پروتکل ورزش باشد که در مطالعات ذکر شده است. با وجود این در مطالعه‌ای مروری که در آن آثار تنظیمی کراتین روی آسیب عضله با اطلاعات منتخب از علوم پایه و مطالعات پیشنهاد می‌کنند مصرف کراتین آسیب عضله را از طریق کاهش پاسخ‌های التهابی و استرس اکسیداتیو کاهش می‌دهد و کراتین شاید از طریق رژیم مکمل برای جلوگیری از آسیب عضله و تسهیل در بازگشت به حال اولیه پس از فعالیت شدید مفید باشد. با این حال، مکانیسم‌های متعدد نحوه جلوگیری از آسیب عضلانی ناشی از ورزش باید در مطالعات آینده به‌خوبی بررسی شود (۱۹). دی‌انتونا و همکاران در مطالعه‌ای بیان کردند کراتین به‌طور طبیعی عناصر شیمیایی داخلی که در کلیه، پانکراس و کبد از متیونین، گلیسین و آرژنین سنتز می‌شود را تولید می‌کند و به داخل خون می‌ریزد. سطوح بالای کراتین در گوشت و ماهی یافت می‌شود (۲۰). لوسیانو و همکاران در مطالعه‌ای پیشنهاد کردند مکمل کراتین، استرس اکسیداتیو و التهاب را بعد از انقباض اکسنتریک کاهش نمی‌دهد (۲۱). با توجه به نتایج متناقض مطالعاتی که تاثیر مصرف مکمل کراتین بر روی شاخص‌های آسیب سلولی را بررسی کرده‌اند و عدم قطعیت در مورد وقوع آسیب عضلانی و آثار احتمالی مکمل‌سازی بر اثر شدت و مدت تمرین در دیگر شیوه‌های فعالیت ورزشی به‌همراه مکمل‌سازی کراتین، هدف از این مطالعه بررسی تاثیر مصرف مکمل کراتین بر فعالیت آنزیم‌های کراتین کیناز و لاکتات دهیدروژناز پس از یک جلسه ورزش شدید در دختران ورزشکار است تا بدین‌وسیله نقش این مکمل‌سازی بر فعالیت شاخص‌های آسیب‌های سلولی مشخص شود.

مواد و روش‌ها:

جامعه آماری این مطالعه نیمه تجربی دوسوکور را دانشجویان دختر ورزشکار در دامنه سنی ۳±۲۱ سال و وزن ۱۳±۶۲ کیلوگرم تشکیل دادند که با آزمون ورزشی ۷ مرحله‌ای بروس انتخاب شدند. آنان به شیوه تصادفی در دو گروه تجربی (مکمل‌سازی کراتین مونوهیدرات: ۱۵ = n) و کنترل (دارونما: ۱۵ = n) قرار گرفتند. همه افراد، ورزشکار و غیر سیگاری بودند. در طول ۶ ماه گذشته از دارو و مکمل‌های غذایی و رژیم غذایی خاصی استفاده نکرده بودند و نوسان وزن آنان در طول ۶ ماه گذشته کمتر از یک کیلوگرم بود. افرادی که سابقه بیماری‌های مزمن نظیر بیماری‌های قلبی - عروقی، صرع، دیابت، آسم و سایر بیماری‌های متابولیکی داشتند. از شرکت در مطالعه منع شدند. همچنین داشتن مشکلات حرکتی یا ناهنجاری‌های ارتوپدی از معیارهای خروج از مطالعه بود. همه آزمودنی‌ها فرم رضایت‌نامه را تکمیل کردند.

شاخص‌های آنترپومتریکی:

قد و وزن افراد، بدون کفش و با کمترین پوشش اندازه‌گیری شد. یک نفر با ابزار اندازه‌گیری مشترک، شاخص‌های آنترپومتریکی را اندازه‌گیری کرد. برای اندازه‌گیری وزن بدن از ترازوی سکا با دقت ۰/۵ کیلوگرم و برای اندازه‌گیری قد از قدسنج دیواری با دقت خطای کمتر از ۰/۵ سانتی‌متر استفاده شد. شاخص توده بدن با مجذور قد به وزن بدن محاسبه شد.

آزمون ورزشی و اندازه‌گیری متغیرهای بیوشیمیایی:

پس از اندازه‌گیری شاخص‌های تن‌سنجی، تمام افراد متعاقب ۱۰ تا ۱۲ ساعت گرسنگی شبانه در حالت ناشتا بین ساعت‌های ۸ تا ۹ صبح در آزمایشگاه خون حضور یافتند. پس از ۱۵ دقیقه استراحت جهت اندازه‌گیری سطوح پایه فعالیت آنزیم‌های کراتین کیناز و لاکتات دهیدروژناز، ۵ میلی‌لیتر خون از ورید بازویی آنان گرفته شد. نمونه‌خون‌ها جهت جداسازی سرم برای مدت یک دقیقه با سرعت ۲۰۰۰ دور بر دقیقه سانتریفیوژ شد و تا زمان اندازه‌گیری متغیرها در دمای ۷۶- درجه سانتی‌گراد نگهداری شد. افراد گروه تجربی مکمل کراتین مونوهیدرات را برای مدت ۷ روز و افراد گروه کنترل در طول این مدت پودر نشاسته را به‌عنوان دارونما مصرف کردند. پس از اتمام دوره مکمل‌سازی، هر دو گروه، آزمون ورزشی و امانده‌ساز کانینگهام را اجرا کردند و ۲۴ ساعت متعاقب آن با هدف اندازه‌گیری میزان فعالیت کراتین کیناز و لاکتات دهیدروژناز از آنان خون‌گیری مجدد (ناشتا) شد. به آزمودنی‌ها تاکید شد در فاصله ۲۴ ساعت قبل از اجرای آزمون، از فعالیت فیزیکی شدید خودداری کنند. کراتین کیناز و لاکتات دهیدروژناز به روش اسپکتروفتومتریک با دستگاه اتوآنالایزر هیتاچی مدل ۹۰۲، ساخت کشور ژاپن، و با کیت شرکت پارس آزمون تهران اندازه‌گیری شد.

روش‌های آماری:

مقایسه‌های آماری در محیط نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ انجام شد. جهت اطمینان از توزیع طبیعی داده‌ها از آزمون کولموگروف - اسمیرنوف استفاده شد. جهت مقایسه پیش‌آزمون‌ها در دو گروه از آزمون آماری تی مستقل استفاده شد. تفاضل بین پیش و پس آزمون‌ها در دو گروه با آزمون تی مستقل مقایسه شد. جهت تعیین سطح تغییرات درون گروهی از آزمون تی همبسته استفاده شد. سطح معناداری (P<5%) بود.

یافته‌ها

بر پایه یافته‌های حاصل از مطالعه، تفاوت معنی‌داری در شاخص‌های آنتروپومتریکی بین دو گروه کنترل و تجربی در وضعیت پیش‌آزمون مشاهده نشد ($p > 0/05$) (جدول ۱). همچنین نتایج حاصل از آزمون تی مستقل آشکار نمود که تفاوت معنی‌داری در فعالیت کراتین کیناز و لاکتات دهیدروژناز در وضعیت پیش‌آزمون بین دو گروه وجود ندارد (جدول ۲). یافته‌های حاصل از مطالعه تفاوت معنی‌داری را در دلتای کراتین کیناز بین دو گروه نشان نداد ($P=0/183$). به عبارتی، مکمل‌سازی کراتین، فعالیت کراتین کیناز را نسبت به گروه کنترل دستخوش تغییر معنی‌داری نمی‌کند. یافته‌های حاصل از مطالعه تفاوت معنی‌داری را در دلتای لاکتات دهیدروژناز بین دو گروه نشان نداد ($P=0/227$). به عبارتی، مکمل‌سازی کراتین، فعالیت لاکتات دهیدروژناز را نسبت به گروه کنترل دستخوش تغییر معنی‌داری نمی‌کند (جدول ۲). از طرفی، مقایسه پس‌آزمون‌ها توسط آزمون تی مستقل نشان داد که تفاوت معنی‌داری در کراتین کیناز و لاکتات دهیدروژناز بین دو گروه وجود ندارد (جدول ۲).

بحث

نتایج این تحقیق نشان داد یک دوره مکمل‌گیری کراتین تاثیر معنی‌داری بر فعالیت کراتین کیناز و فعالیت لاکتات دهیدروژناز نسبت به گروه کنترل نداشت. در مطالعات نشان داده شد اجرای فعالیت‌های ورزشی به‌ویژه فعالیت‌های ورزشی استرنیک، با آسیب‌های عضلانی همراه است (۵، ۶، ۷، ۸). در این مطالعه، مکمل‌سازی کراتین فعالیت کراتین کیناز را نسبت به گروه کنترل دستخوش تغییر معنی‌دار نکرد؛ این یافته پژوهشی با بعضی از مطالعات همسوست (۳، ۱۱، ۱۸، ۲۱). بنابراین می‌توان گفت کراتین احتمالاً بر تثبیت غشای سلول عضلانی تاثیر مثبت نداشته و نمی‌تواند از نفوذپذیری بیشتر آن در اثر ورزش جلوگیری کند؛ این یافته با برخی مطالعات همسو نیست. به‌طور مثال، در برخی مطالعات آمده است با مکمل‌سازی کراتین مونوهیدرات، میزان آنزیم کراتین کیناز کاهش معنی‌دار می‌یابد (۹) یا در مطالعه‌ای دیگر مشخص شد با مکمل‌سازی کراتین هیچ‌یک از شاخص‌های سرمی آسیب سلولی (کراتین کیناز و لاکتات دهیدروژناز) افزایش نمی‌یابد (۱۰). همچنین آتشک و همکاران گزارش کردند مکمل‌سازی کراتین همراه با تمرین مقاومتی تاثیر معنی‌داری بر فعالیت کراتین کیناز خواهد داشت (۱۲). بنابراین کراتین احتمالاً با افزایش پایداری غشاء از نشر آنزیم‌ها به بیرون از غشای سلول ممانعت می‌کند؛ به این معنی که بارگیری و مصرف کراتین احتمالاً می‌تواند از افزایش میزان فعالیت آنزیم کراتین جلوگیری کند. این یافته‌ها با نتایج مطالعه حاضر همخوانی ندارد. علت احتمالی آن ممکن است تفاوت در شیوه مکمل‌سازی کراتین یا پروتکل تمرینی باشد. در هر حال، مصرف مکمل کراتین بر میزان تغییرات فعالیت آنزیم کراتین کیناز معنی‌دار نبود. دلیل آن احتمالاً به محدودیت‌های تحقیق مربوط باشد. با توجه به اینکه در تحقیق حاضر میزان فعالیت کراتین کیناز کل سرمی، ملاک ارزیابی بود محدودیت این پژوهش عدم اندازه‌گیری ایزوآنزیم‌های کراتین کیناز است. لذا به انجام مطالعات بیشتر، نیاز است. در این مطالعه مکمل‌سازی کراتین سطوح لاکتات دهیدروژناز را نسبت به گروه کنترل دستخوش تغییر معنی‌دار نکرد. این یافته پژوهشی با برخی از مطالعات همخوانی دارد (۳، ۱۱، ۱۸، ۲۱). بنابراین مصرف کراتین بر میزان فعالیت آنزیم لاکتات دهیدروژناز تاثیر معنی‌دار نداشت. مطالعات دیگر نیز عدم تاثیر مصرف کراتین و فعالیت‌های ورزشی را بر میزان فعالیت لاکتات دهیدروژناز گزارش کردند. به‌طور مثال، در مطالعه راوسن تحت عنوان «اثرات مکمل کراتین بر شاخص‌های تخریب عضله پس از ورزش برون‌گرای شدید روی ۲۳ نفر آزمودنی جوان». میزان آنزیم‌های کراتین کیناز و لاکتات دهیدروژناز به‌طور معنی‌داری افزایش یافت (۱۸). به‌علاوه مشخص شد که اوج فعالیت این آنزیم در سرم، ۸ ساعت بعد از فعالیت ورزشی است. در همین راستا در مطالعه حاضر، خون‌گیری و اندازه‌گیری فعالیت آنزیم لاکتات دهیدروژناز ۲۴ ساعت بعد از فعالیت و امانده‌ساز بود. بنابراین، این‌گونه فعالیت‌ها احتمالاً موجب پارگی سارکولم و افزایش نفوذپذیری آن می‌شود که نهایتاً ترشح آنزیم لاکتات دهیدروژناز به درون خون را بیشتر می‌کند. احتمالاً کراتین بر تثبیت غشای سلول عضلانی تاثیر مثبتی ندارد و نمی‌تواند از افزایش میزان فعالیت لاکتات دهیدروژناز در اثر ورزش جلوگیری کند. در نتیجه، میزان ترشح آنزیم به درون خون پس از ورزش کاهش نمی‌یابد (۳، ۱۱، ۱۸). نتایج مطالعه حاضر با برخی مطالعات همخوانی ندارد (۹، ۱۰، ۱۲، ۱۹). بر اساس این مطالعات کراتین احتمالاً با افزایش پایداری غشاء از ترشح بیشتر آنزیم‌ها به بیرون از غشای سلول ممانعت می‌کند؛ به این معنی که مصرف کراتین، احتمالاً می‌تواند از افزایش میزان فعالیت آنزیم جلوگیری کند. علت این تناقض ممکن است ناشی از اختلاف شیوه مصرف کراتین و نوع تمرین ورزشی یا جنسیت آزمودنی‌ها در این مطالعه با مطالعات دیگر باشد. برخی دیگر از محدودیت‌های مطالعه حاضر، عدم کنترل فعالیت‌های جسمانی افراد و احتمالاً جنسیت نمونه‌ها از لحاظ مشارکت همه جانبه و عدم کنترل میزان استراحت، خواب و تغذیه افراد بود.

نتیجه‌گیری

به‌طور کلی با توجه به مطالعات صورت گرفته در زمینه مکمل کراتین مونوهیدرات مشخص می‌شود این مکمل روی توده بدنی ورزشکاران و سطح اجرای آنان آثار مثبت دارد؛ اما این نتایج مثبت به گروه خاصی از افراد قابل تعمیم است. تحقیقات اندکی در این حوزه انجام شده است؛ بنابراین اظهارنظرها در این مورد قطعی نیست و ممکن است در آینده تغییر کند. با در نظر گرفتن همه جوانب موضوع، تاکنون در تحقیقات، آثار جانبی برای مکمل کراتین مونوهیدرات یافت نشده است. اگرچه همان‌طور که قبلاً گفته شد این تحقیقات، محدودیت‌هایی داشته‌اند و برای نتیجه‌گیری قطعی باید پژوهش‌های بیشتری انجام شود. در مجموع، این مطالعه نشان داد مکمل‌سازی کراتین مونوهیدرات بر فعالیت آنزیم‌های کراتین کیناز و لاکتات دهیدروژناز پس از یک تست ورزشی شدید در دختران ورزشکار، تاثیر معنی‌دار نداشت. ▶

References

1. Chrusch MJ, Chillibeck PD, Chad KE, Davison KS, Burke DG. Creatine supplementation combined with resistance training in older men. *Medicine and science in sports and exercise*. 2001;33(12):2111-7.
2. Shao A, Hathcock JN. Risk assessment for creatine monohydrate. *Regulatory Toxicology and Pharmacology*. 2006;45(3):242-51.
3. McKinnon NB, Graham MT, Tiidus PM. Effect of creatine supplementation on muscle damage and repair following eccentrically-induced damage to the elbow flexor muscles. *Journal of sports science & medicine*. 2012;11(4):653.
4. Rawson ES, Conti MP, Miles MP. Creatine supplementation does not reduce muscle damage or enhance recovery from resistance exercise. *Journal of strength and conditioning research*. 2007;21(4):1208.
5. Clanton TL, Zuo L, Klawitter P. Oxidants and skeletal muscle function: physiologic and pathophysiologic implications. *Proceedings of the Society for Experimental Biology and Medicine*. 1999;222(3):253-62.
6. Balogh N, Gaal T, Ribiczeyn PS, Petri A. Biochemical and antioxidant changes in plasma and erythrocytes of pentathlon

- horses before and after exercise. *Veterinary Clinical Pathology*. 2001;30(4):214-8.
7. Lin WT, Yang SC, Tsai SC, Huang CC, Lee NY. L-Arginine attenuates xanthine oxidase and myeloperoxidase activities in hearts of rats during exhaustive exercise. *British journal of nutrition*. 2006;95(1):67-75.
8. Satchek JM, Milbury PE, Cannon JG, Roubenoff R, Blumberg JB. Effect of vitamin E and eccentric exercise on selected biomarkers of oxidative stress in young and elderly men. *Free radical biology and medicine*. 2003;34(12):1575-88.
9. Cooke MB, Rybalka E, Williams AD, Cribb PJ, Hayes A. Creatine supplementation enhances muscle force recovery after eccentrically induced muscle damage in healthy individuals. *Journal of the International Society of Sports Nutrition*. 2009;6(1):13-23.
10. Rosene J, Atthews T, Ryan C, Belmore K, Bergsten A, Blaisdell J, et al. Short and longer-term effects of creatine supplementation on exercise induced muscle damage. *Journal of sports science & medicine*. 2009;8(1):89-96.
11. Poprzecki S, Zajac A, Czuba M, Waskiewicz Z. The effects of terminating creatine supplementation and resistance training on anaerobic power and chosen biochemical variables in male subjects. *Journal of Human Kinetics*. 2008;20:99-110.
12. Atashak S, Jafari A. Effect of short-term creatine monohydrate supplementation on indirect markers of cellular damage in young soccer players. *Science & Sports*. 2012;27(2):88-93. [persian]
13. Santos RV, Bassit RA, Caperuto EC, Rosa LC. The effect of creatine supplementation upon inflammatory and muscle soreness markers after a 30km race. *Life sciences*. 2004 75(16):1917-24.
14. Veggi KF, Machado M, Koch AJ, Santana SC, Oliveira SS, Stec MJ. Oral creatine supplementation augments the repeated bout effect. *International journal of sport nutrition and exercise metabolism*. 2013;23(4):378-87.
15. Sousa M, Teixeira VH, Soares J. Dietary strategies to recover from exercise-induced muscle damage. *International journal of food sciences and nutrition*. 2014;65(2):151-63.
16. Claudino JG, Mezêncio B, Amaral S, Zanetti V, Benatti F, Roschel H, et al. Creatine monohydrate supplementation on lower-limb muscle power in Brazilian elite soccer players. *Journal of the international society of sports nutrition*. 2014;11(1):32.
17. Zuniga JM, Housh TJ, Camic CL, Hendrix CR, Mielke M, Johnson GO, et al. The effects of creatine monohydrate loading on anaerobic performance and onerepetition maximum strength. *The Journal of Strength & Conditioning Research*. 2012;26(6):1651-6.
18. Rawson ES, Gunn B, Clarkson PM. The effects of creatine supplementation on exercise induced muscle damage. *The Journal of Strength & Conditioning Research*. 2001;15(2):178-84.
19. Kim J, Lee J, Kim S, Yoon D, Kim J, Sung DJ. Role of creatine supplementation in exercise induced muscle damage: A mini review. *Journal of exercise rehabilitation*. 2015;11(5):244-250.
20. D'Antona G, Nabavi SM, Micheletti P, Di Lorenzo A, Aquilani R, Nisoli E, et al. Creatine, L-carnitine, and ω 3 polyunsaturated fatty acid supplementation from healthy to diseased skeletal muscle. *BioMed research international*. 2014;2014:613890.
21. Silva LA, Tromm CB, Da Rosa G, Bom K, Luciano TF, Tuon T, De Souza CT, Pinho RA. Creatine supplementation does not decrease oxidative stress and inflammation in skeletal muscle after eccentric exercise. *Journal of sports sciences*. 2013;31(11):1164-76.

جدول شماره (۱): میانگین و انحراف استاندارد شاخص های آنتروپومتریکی در وضعیت پیش از آزمون بین دو گروه مورد مطالعه

متغیر	گروه تجربی	گروه کنترل	سطح معنی داری
سن (سال)	۲۱/۸ ± ۲/۱۷	۲۱/۶ ± ۲/۲۱	۰/۹۱۱
قد (سانتی متر)	۱۶۳/۵ ± ۵/۲۲	۱۶۵/۶ ± ۴/۱۵	۰/۹۳۳
وزن (کیلوگرم)	۶۳/۲ ± ۱۳/۷	۶۱/۵ ± ۱۲/۳	۰/۵۳۳
محیط شکم (سانتی متر)	۷۵ ± ۱۱/۳	۷۷ ± ۱۰/۴	۰/۷۵۱
شاخص توده بدن (کیلوگرم بر متر مربع)	۲۳/۴۶ ± ۳/۵۹	۲۲/۴۳ ± ۳/۵۸	۰/۶۵۶

- آزمون تی مستقل

جدول شماره (۲): تاثیر مصرف مکمل کراتین بر فعالیت آنزیم کراتین کیناز و لاکتات دهیدروژناز در شرایط قبل و پس از مداخله در گروه های مورد مطالعه

سطح معنی داری بین دو گروه	کراتین کیناز (U/L)		لاکتات دهیدروژناز (U/L)		گروه تجربی	گروه کنترل
	پیش از آزمون	پس از آزمون	پیش از آزمون	پس از آزمون		
—	۳۲۸ ± ۴۴	۳۱۴ ± ۵۵	۱۱۴ ± ۱۱	۱۱۹ ± ۱۳	۰/۲۱۴	۰/۳۲۵
—	۳۲۱ ± ۶۱	۳۲۸ ± ۴۴	۱۱۸ ± ۱۲	۱۲۲ ± ۱۴	۰/۳۱۱	۰/۲۸۳
—	—	—	—	—	—	—

- آزمون تی مستقل

- آزمون تی همبسته

اثر مکمل‌سازی حاد گلوتامین بر التهاب ناشی از فعالیت ورزشی شدید در مردان جوان ورزشکار

جواد مهربانی^{۱*}، امید خوشخوی^۲

۱. استادیار دانشگاه گیلان

۲. کارشناس ارشد فیزیولوژی ورزش

*پست الکترونیکی نویسنده مسئول: mehrabanij@gmail.com

چکیده

هدف:

یکی از پیامدهای مهم اجرای فعالیت‌های ورزشی شدید، بروز التهاب سیستمی است که منجر به افت عملکرد و بروز پاسخ‌های مرحله حاد التهاب می‌شود. احتمالاً مصرف مکمل‌های تقویت‌کننده سیستم ایمنی، می‌تواند بر بهبود این اختلالات اثرگذار باشد. پژوهش حاضر اثر یک جلسه فعالیت شدید روی تردمیل به دنبال مکمل‌سازی کوتاه مدت گلوتامین بر سطوح خونی گلوکز، انسولین، hs-CRP، فیبرینوژن، گلبول‌های سفید و سطح لاکتات خون در ۱۹ مرد جوان ورزشکار را مورد ارزیابی قرار داده است.

روش‌شناسی:

آزمودنی‌ها با روش نمونه‌گیری تصادفی به دو گروه گلوتامین (تعداد ۹ نفر؛ سن: 21.1 ± 0.8 سال؛ وزن: 68.9 ± 6.2 کیلوگرم) و دارونما (تعداد ۱۰ نفر؛ سن: 20.9 ± 0.6 سال؛ وزن: 66.9 ± 6.8 کیلوگرم) تقسیم شدند. گروه گلوتامین ۱۶ گرم گلوتامین را با ۵۰ گرم ساکاروز (شکر معمولی) مخلوط کرده و همراه ۱/۵ گرم اَبلیمو در ۳۰۰ میلی‌لیتر آب مصرف کردند. گروه دارونما نیز به ازای هر نفر ۳۰۰ میلی‌لیتر آب حاوی ۵ درصد ساکاروز و ۰/۱۵ درصد اَبلیمو به آن افزوده شده بود مصرف کردند. پس از ۱۵ دقیقه استراحت آزمودنی‌ها به روش دوسوکور محلول گلوتامین و دارونما را مصرف و پس از ۱ ساعت استراحت، فعالیت و آمادگی‌ساز بروس را انجام دادند.

یافته‌ها:

بین مقادیر hs-CRP در گروه گلوتامین نسبت به دارونما بلافاصله بعد از فعالیت و یک ساعت بعد از فعالیت نسبت به قبل از فعالیت تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد. مقادیر گلوکز، انسولین و فیبرینوژن خون بلافاصله پس از فعالیت بین دو گروه تفاوت معنی‌دار و نسبت به قبل از فعالیت افزایش معنی‌داری نشان داد ($P < 0.05$). مقادیر گلبول‌های سفید خون مشابه با سطوح لاکتات، بلافاصله پس از فعالیت نسبت به پیش از آن در دو گروه تغییر معنی‌دار و در همین مرحله بین دو گروه تفاوت معنی‌داری را نشان داد ($P < 0.05$).

نتیجه‌گیری:

به نظر می‌رسد مصرف گلوتامین پیش از فعالیت ورزشی شدید از افزایش hs-CRP سرم پس از فعالیت جلوگیری کرده اما نتوانسته مانع از افزایش فیبرینوژن شود. به‌طور کلی مصرف مکمل گلوتامین احتمالاً موجب کاهش مهم‌ترین شاخص مرحله حاد التهاب یعنی CRP پس از یک وهله فعالیت شدید می‌شود.

واژگان کلیدی: دویدن شدید، hs-CRP، گلوتامین، فیبرینوژن.

مقدمه

عوامل خطرزای گوناگونی در ابتلای به بیماری‌های قلبی عروقی به خصوص آتروسکلروز نقش دارند که در این بین نیمرخ نامطلوب لیپیدهای خونی، پرفشار خونی، دیابت نوع ۲، فعالیت بدنی اندک، اختلال در تحمل گلوکز و همچنین افزایش شاخص‌های التهابی از جمله پروتئین واکنشگر C (CRP) و فیبرینوژن از اهمیت زیادی برخوردار هستند. این دو شاخص از گلیکوپروتئین‌های محلول در پلاسما هستند و به دنبال آسیب بافتی، عفونت و واکنش‌های حاد وارد عمل می‌شوند. فرآیند افزایش این عوامل التهاب نام دارد که به دو شکل حاد و مزمن عمل می‌کند. سایتوکاین CRP به عنوان یک پروتئین مرحله حاد التهاب است که به همراه فیبرینوژن در واکنش‌های التهابی عروق کرونری در روند ابتلای به آتروسکلروز نقش دارند (۱). آزاد شدن برخی سایتوکاین‌ها به عنوان عوامل تنظیم‌کننده کلی و موثر در پاسخ‌های التهابی مانند IL-1 و IL-6 سبب تحریک در تولید و ترشح CRP و فیبرینوژن از کبد می‌شوند (۲). افزایش مقدار پایه CRP سرم و فیبرینوژن پلاسما از عوامل هشدار دهنده مستقل و قوی خطرات بیماری‌های قلبی عروقی معرفی شده‌اند (۳). افزایش CRP باعث افزایش دو تا پنج برابری خطر بیماری سرخرگ کرونری می‌گردد. CRP و به‌ویژه شکل حساس آن (hs-CRP) که یکی از دقیق‌ترین شاخص‌های التهابی و پیشگوی مستقل بیماری‌های قلبی عروقی است (۴)، با مقاومت به انسولین و دیابت نوع ۲ ارتباط مستقیمی دارد (۵) و با اتصال به فسفولیپیدهای سلول‌های آسیب‌دیده و افزایش مصرف این سلول‌ها به وسیله ماکروفاژها در سرعت ابتلا به آتروسکلروز موثر است (۶). فیبرینوژن نیز که در فرآیندهای انعقادی و آسیب اندوتلیوم نقش دارد، تحت تأثیر القای IL-6 توسط سلول‌های کبدی سنتز می‌شود (۲). هنگام بروز التهاب که سطوح IL-6 و CRP پلاسما افزایش می‌یابد، سطوح فیبرینوژن نیز زیاد می‌شود (۷). بروز التهاب حاد یکی از پیامدهای اجرای فعالیت‌های بدنی با شدت بالاست؛ به ویژه فعالیت‌هایی که به صورت یک وهله‌ای اجرا می‌شوند (۸). یکی از راهکارهای عمده به منظور کاهش فرآیند التهاب و آثار نامطلوب ناشی از فعالیت‌های شدید و آمادگی‌ساز حاد و تأمین منابع انرژی مورد

نیاز در اینگونه فعالیت‌ها، استفاده از مکمل‌های غذایی است که در این بین مکمل اسید آمینه گلوتامین به‌عنوان منبع انرژی سلول‌های ایمنی و یک عامل تقویت‌کننده مکانیزم‌های ضد التهابی، مورد توجه ورزشکاران قرار دارد (۹، ۱۰). یکی از دلایل مصرف این مکمل این است که سطح گلوتامین خون اغلب در شرایط استرس‌زا مانند گرسنگی یا تمرین بدنی شدید به‌صورت چشمگیری کاهش می‌یابد. در این مواقع احتمال تضعیف دستگاه ایمنی بیشتر شده و نیاز به گلوتامین افزایش می‌یابد. به نظر می‌رسد چنانچه منابع گلوتامین بدن به‌صورت مکمل پیش از فعالیت تامین شود، احتمالاً آثار مثبتی بر عملکرد ایمنی و پاسخهای التهابی دارد. گزارش شده گلوتامین با کاهش در تولید سایتوکاین‌های پیش التهابی (۱۱) و hs-CRP (۱۲) در کاهش تولید عوامل التهابی موثر است؛ این در حالی است که آکروستروم و همکاران (۱۳) گزارش کردند مصرف گلوتامین تأثیری بر مقدار CRP خون دوندگان پس از یک دوی ماراثن ندارد. به هر حال، تاکنون میزان اثر و سازوکار دقیق تأثیر مصرف گلوتامین بر کاهش التهاب مشخص نشده است؛ اما، برخی پژوهشگران بر این باورند که گلوتامین با غیرفعال سازی مسیر پیام‌رسانی عامل هسته‌ای کاپا بی و آنزیم نیتریک اکساید سنتاز (۱۴) به‌طور غیر مستقیم از افزایش hs-CRP (۱۵)، جلوگیری می‌کند؛ این در حالی است که در اغلب پژوهش‌ها اشاره شده که بروز التهاب و ضعف کارکرد دستگاه ایمنی در ورزشکارانی که تمرینات ورزشی سنگین و طولانی مدت انجام می‌دهند ممکن است ناشی از تخلیه مکرر ذخایر گلوتامین بدن باشد (۱۰). در مراحل اولیه تمرین شدید و وامانده‌ساز، کاهش منابع انرژی از جمله گلوکز خون و گلیکوژن عضلانی نیز اتفاق می‌افتد که در افت عملکرد نقش دارد (۲۰). در این زمان دستگاه بی‌هوای یا لاکتات شروع به تولید اسیدلاکتیک می‌کند. تجمع اسیدلاکتیک در عضلات فعال در نهایت منجر به حالت اسیدوز در داخل و اطراف سلول‌های عضلانی می‌شود. اسیدوز به جدار سلول عضلانی آسیب‌زده و باعث نشت مواد به داخل خون می‌گردد که پیامد آن بروز التهاب و افزایش شاخص‌های التهابی در خون است. در این شرایط برای بازسازی مجدد منابع انرژی و کاهش شاخص‌های التهابی، نیازمند یک دوره بازسازی است که به آن ریکاوری اطلاق می‌شود (۱۴). در این حالت بدن با یک بازسازی سریع علاوه بر موارد فوق، مقدار لاکتات دفعی را افزایش و بدن را از حالت اسیدوز خارج می‌کند. یکی از عواملی که می‌تواند در تسریع روند ریکاوری اثر گذار باشد، احتمالاً افزایش سطوح خونی گلوتامین پلاسما است که در کاهش التهاب و بهبود عملکرد ایمنی اثر گذار است (۱۴). با توجه به تأثیر التهاب در بروز تغییرات نامطلوب در دستگاه ایمنی به ویژه پس از فعالیت‌های شدید، پژوهش حاضر با هدف ارزیابی اثر یک جلسه تمرین بدنی شدید به دنبال مکمل‌سازی کوتاه مدت گلوتامین بر سطوح hs-CRP، فیبرینوژن، گلبول‌های سفید و سطح لاکتات خون انجام شد.

روش پژوهش

آزمودنی‌ها و روند اجرا: از بین افرادی که از طریق اطلاعیه تحقیق ورزشی به‌صورت داوطلبانه اعلام آمادگی کرده بودند، تعداد ۱۹ مرد ورزشکار که حداقل سابقه بیش از سه سال شرکت منظم در فعالیت‌های ورزشی را داشتند، انتخاب و در پژوهش شرکت کردند. پس از ارزیابی‌های اولیه برای انتخاب آزمودنی‌ها، به شیوه انتخاب تصادفی ساده در دو گروه گلوتامین (۹ نفر) و دارونما (۱۰ نفر) تقسیم‌بندی شدند. آزمودنی‌ها سابقه ورزشی در رشته‌های مختلف با ماهیت هوایی را داشتند و حداقل سه روز در هفته و هر جلسه ۶۰ دقیقه فعالیت بدنی منظم انجام می‌دادند. هیچ یک از آن‌ها مشکل و آسیب جسمی و فیزیولوژیک نداشتند. شاخص توده بدن آزمودنی‌ها پایینتر از ۲۵ بود؛ بر اساس محاسبه کالری مصرفی سه وعده غذایی در سه روز قبل از فعالیت و مطابق با توده بدنی هر نفر، مقدار و نوع کالری مصرفی روز قبل و روز آزمونگیری تجویز شد. آزمودنی‌ها سه روز قبل از فعالیت هیچگونه دارویی مصرف نکرده و فعالیت بدنی انجام ندادند. آزمودنی‌ها حداقل به مدت ۳ ماه از داروها یا مکمل‌های اثرگذار بر نتایج پژوهش شامل انواع ویتامین‌ها یا هورمون‌ها و داروهای ضدالتهابی یا تقویت‌کننده عملکرد ایمنی و آنتی‌اکسیدانی استفاده نمی‌کردند. در جلسه هماهنگی، پس از تشریح روند کار و آگاهی از فواید و خطرات احتمالی و تکمیل فرم رضایت‌نامه و پرسشنامه آمادگی شرکت در فعالیت‌های ورزشی (PAR-Q) ترکیب بدن آزمودنی‌ها اندازه‌گیری شد. شاخص توده بدن (BMI)، توده چربی، دور کمر به لگن (WHR) و درصد چربی با روش مقاومت بیوالکتریک به وسیله دستگاه (InBody ۰/۳ ساخت کره جنوبی) اندازه‌گیری شد.

اندازه‌گیری شاخص‌های خونی: پس از تمیز کردن محل خونگیری با پنبه آغشته به الکل ایزوپروپانول ۷۰٪، برای اندازه‌گیری متغیرهای پژوهش، مقدار ۱۰ میلی‌لیتر خون از سیاهرگ بازویی هر فرد گرفته و بلافاصله درون لوله‌های و نوجکت با درپوش بنفش محتوی EDTA ریخته شد. نمونه‌ها ابتدا به مدت ۱۵ دقیقه در دمای اتاق قرار گرفت و سپس در دمای ۴ درجه سانتی‌گراد، با سرعت ۳۰۰۰ rpm و به مدت ۲۰ دقیقه سانتریفیوژ شده و پس از ته‌نشین شدن سلول‌های خونی و پیش از انعقاد، پلاسما و پس از انعقاد، سرم جداسازی و برای اندازه‌گیری‌های بعدی در دمای ۸۰- درجه سانتی‌گراد فریز شدند. برای دقت بیشتر، اندازه‌گیری‌ها در دو نوبت انجام شد. فیبرینوژن پلاسما با کیت ویژه فیبرینوژن ساخت شرکت ایرانی مهساپاران و با استفاده از دستگاه hs-CRP، sysmex، با کیت انسانی Diagnostics Biochem ساخت کشور کانادا به وسیله دستگاه Flexor full analyze و مقادیر لاکتات با کیت انسانی ساخت شرکت zellbio آلمان با استفاده از دستگاه Flexor full analyze مورد اندازه‌گیری قرار گرفت.

فعالیت ورزشی شدید: پس از ورود به آزمایشگاه ورزشی، ابتدا آزمودنی‌ها ۱۵ دقیقه استراحت کردند. سپس نمونه‌گیری اول انجام شد. پس از آن هر کدام از آزمودنی‌ها با توجه به تقسیم‌بندی گروه‌ها، محلول گلوتامین و دارونما را که درون بطری‌های یک شکل و یک رنگ بود، نوشیدند. مصرف گلوتامین و دارونما به شیوه دوسوکور بود. گروه گلوتامین ۱۶ گرم گلوتامین ساخت شرکت myProtein USA، را با ۵۰ گرم ساکاروز (شکر معمولی) مخلوط کرده و همراه ۱/۵ گرم آلیمو در ۳۰۰ میلی‌لیتر آب مصرف کردند. گروه دارونما نیز به ازای هر نفر ۳۰۰ میلی‌لیتر محلول ۵ درصد ساکاروز یعنی ۳۰۰ میلی‌لیتر آبی که در آن ۵ درصد ساکاروز و ۰/۱۵ درصد آلیمو افزوده شده بود مصرف کردند. بعد از ۱ ساعت استراحت، آزمودنی‌ها شروع به فعالیت شدید روی تردمیل کردند و بلافاصله بعد از پایان فعالیت و رسیدن به خستگی، نمونه‌گیری دوم و پس از یک ساعت استراحت (ریکاوری) نمونه‌گیری سوم انجام شد. فعالیت ورزشی شدید شامل یک مرحله اجرای پروتکل بروس بود که روی تردمیل اجرا می‌شد. فعالیت وامانده‌ساز بروس، شامل مراحل ۳ دقیقه‌ای بود که شیب مرحله اول ۱۰ درصد و پس از آن به ازای هر مرحله، ۲ درصد به شیب دستگاه افزوده می‌شد (۲۰). هنگام اجرای این فعالیت، میزان تحمل فشار برای رسیدن به خستگی کامل با مقیاس درک فشار بورگ مورد اندازه‌گیری قرار گرفت. به آزمودنی‌ها توصیه شد تا آنجا که می‌توانند به فعالیت روی تردمیل ادامه دهند تا زمانی که ادامه فعالیت امکان‌پذیر نبود و به سر حد خستگی می‌رسیدند (شکل ۱). در پایان فعالیت، با محاسبه زمان طی شده، مقدار VO_2max آزمودنی‌ها محاسبه شد.

تجزیه و تحلیل آماری: از آزمون t مستقل به منظور مقایسه گروه‌ها در مراحل مختلف اندازه‌گیری و از آزمون ANOVA با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی برای ارزیابی تغییرات در سه مرحله اندازه‌گیری استفاده شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از

نرم افزار spss نسخه ۱۶ در سطح معنی داری ۰/۰۵ انجام شد.

یافته‌های پژوهش

در جدول ۱ مشخصات فردی ترکیب بدن و VO_2max آزمودنی‌ها ارائه شده است. نتایج نشان داد تفاوت معنی داری بین متغیرها در دو گروه وجود نداشته است.

نتایج آزمون‌های t مستقل و ANOVA با اندازه‌گیری‌های مکرر نشان داد، بین مقادیر خونی hs-CRP در هر دو گروه در مرحله دوم (بلافاصله بعد فعالیت)، نسبت به قبل از فعالیت تغییر معنی داری وجود نداشت؛ تفاوت بین دو گروه نیز معنی دار نبود (شکل ۲). شکل ۳ نشان می‌دهد در مقادیر فیبرینوژن پلاسما در مرحله دوم بین گروه گلوتامین و دارونما تفاوت معنی داری مشاهده شد ($P<0/05$). یافته‌ها نشان داد در هر دو گروه در مرحله دوم، مقادیر فیبرینوژن نسبت به مرحله اول افزایش یافت؛ همچنین در هر دو گروه در مرحله سوم نسبت به مرحله دوم کاهش معنی داری مشاهده شد ($P<0/05$).

یافته‌ها نشان می‌دهد در سطوح لاکتات خون (شکل ۴) و همچنین در مقادیر گلبول‌های سفید خون (شکل ۵) در مرحله دوم بین دو گروه تفاوت معنی داری وجود داشت ($P<0/05$). در ارزیابی تغییرات سه مرحله، نتایج نشان داد مقادیر گلبول‌های سفید خون در گروه گلوتامین در مرحله دوم نسبت به مرحله اول به‌طور معنی داری افزایش یافته بود ($P<0/05$)، اما نسبت به مرحله سوم تفاوت معنی داری وجود نداشت.

بحث و نتیجه‌گیری

بعد از اجرای یک وهله فعالیت ورزشی شدید روی تردمیل تغییر و تفاوت معنی داری در سطوح سرمی hs-CRP آزمودنی‌ها در دو گروه گلوتامین و دارونما مشاهده نشد. این یافته نشان داد که مصرف کوتاه مدت گلوتامین توانسته مانع از افزایش مقادیر hs-CRP پس از فعالیت شدید و در مرحله ریکاوری پس از آن شود. نتایج این مطالعه با تحقیقات میبیر و همکاران (۲۱)، فنگ و همکاران (۲۲)، چارچ و همکاران (۱۶)، استافر و همکاران (۲۳) که افزایش در مقادیر hs-CRP را متعاقب اجرای فعالیت وامانده‌ساز نشان داده بودند مغایرت دارد. بر این اساس به نظر می‌رسد مکمل‌سازی گلوتامین احتمالاً می‌تواند بر عملکرد ایمنی و پاسخ التهابی اثر گذار باشد. همچنین شاره‌هاگ و همکاران (۲۴) در تحقیق خود روی ورزشکاران مختلف نتیجه گرفتند که فعالیت وامانده‌ساز می‌تواند باعث افزایش در مقادیر hs-CRP شود. یکی از دلایل این مغایرت، می‌تواند مربوط به مصرف مکمل گلوتامین باشد. گزارش‌های پژوهشی مختلفی نشان داده‌اند که مقدار hs-CRP تا شش ساعت پس از التهاب حاد افزایش پیدا کرده و به تدریج به مقدار اولیه بر می‌گردد (۲۵). نتایج این مطالعه با یافته‌های ترتیبیان و آزادپور نیز متناقض است (۲۶). آن‌ها گزارش کردند که بلافاصله بعد از تمرین هوازی مقادیر hs-CRP خون به‌طور معنی داری افزایش یافت (۲۶). همچنین بیژه و همکاران گزارش کردند که hs-CRP سرم پس از تمرین قدرتی در گروه تجربی افزایش معنی داری یافته بود (۲۸). استدلال این است که این تغییرات احتمالاً به علت تحریک کبد توسط اینترکولین ۶- مشتق از بافت عضلانی باشد که به عنوان سیگنالی برای تحریک لیپولیز و گلیکوکورتیزولیز عمل می‌کند (۲۸). اسپیریولوس و همکاران در مطالعه‌ای به این نتیجه رسیدند که مقادیر CRP در این افراد پس از مسابقه دوی مارتن نسبت به پیش از آن افزایش معنی داری یافته بود (۲۷). محققان دیگری نیز به این نتیجه رسیدند که hs-CRP خون در مردان غیرفعال پس از یک جلسه تمرین وامانده‌ساز هوازی به‌طور معنی داری افزایش پیدا می‌کند (۲۹). یافته‌های پژوهش حاضر با گزارش جعفری و همکاران همخوانی دارد. آن‌ها نشان دادند که افزایش hs-CRP در اثر اجرای فعالیت ورزشی شدید، در گروه گلوتامین معنی دار نبود؛ در حالی که در گروه کنترل افزایش این شاخص معنی دار بود. آن‌ها عنوان کردند با توجه به افزایش کمتر hs-CRP گروه گلوتامین در مقایسه با گروه کنترل می‌توان بیان کرد که احتمالاً مصرف گلوتامین می‌تواند در تعدیل hs-CRP یا التهاب موثر باشد (۲۱). مطالعاتی که برای تعیین اثر تمرینات ورزشی بر سیستم ایمنی انجام شده‌اند نشان می‌دهند، فعالیت بدنی آثار متناقضی را بر سلول‌ها و سیستم ایمنی بر جای می‌گذارد؛ بدین معنا که تمرین با شدت متوسط، موجب ارتقاء پاسخ‌های ایمنی می‌شوند؛ در حالی که فعالیت‌های ورزشی شدید و وامانده‌ساز پیامدهای سرکوب‌کنندگی دستگاه ایمنی بدن دارند (۳۰). بر این اساس و با توجه به نتایج مطالعه حاضر به نظر می‌رسد چنانچه تمرینات شدید بدنی کوتاه مدت پس از مصرف گلوتامین اجرا شوند، احتمالاً می‌توانند این اثر سرکوب‌کنندگی دستگاه ایمنی فعالیت ورزشی شدید را تا حدودی کاهش و عملکرد این دستگاه به ویژه اثر گلبول‌های سفید خون، به‌عنوان اولین سد دفاعی بدن را بهبود بخشند. همچنین مطالعاتی که رابطه بین آسیب عضلانی ناشی از تمرینات ورزشی، آغاز واکنش آبخاری سایتوکاین‌های التهابی و سرکوب سیستم ایمنی را مورد بررسی قرار داده‌اند، این موضوع را مورد تأیید قرار می‌دهند. نشان داده شده که فعالیت ورزشی شدید موجب بروز آسیب بافتی، تولید هورمون‌های استرسی و تغییر در کارکرد و کیفیت سلول‌های مختلف دفاعی می‌شود. این تغییرات تحت تأثیر فاکتورهای عصبی - هورمونی مانند کاتکولامین‌ها، هورمون رشد، کورتیزول، بتا اندورفین، و هورمون‌های جنسی قرار دارند (۳۰). در اثر اجرای فعالیت‌های بدنی شدید، بافت‌های عضلانی آسیب می‌بینند که پیامد آن معیوب شدن توانایی التیام‌بخشی و کاهش عملکرد دفاعی بدن در برابر التهاب است که توانایی اجرای تمرین و مسابقه را کاهش می‌دهد (۳۱). رود و همکاران گزارش کردند مصرف مکمل گلوتامین روی دستگاه ایمنی تأثیری نداشته و تضعیف این دستگاه پس از تمرینات شدید نمی‌تواند در اثر کاهش مقادیر گلوتامین خون باشد (۹). از طرفی کوفیر و همکاران بیان کردند که گلوتامین با کاهش تولید سایتوکاین‌های پیش التهابی می‌تواند در کاهش التهاب موثر باشد (۱۱). به‌طور کلی می‌توان عنوان کرد که سطح hs-CRP بلافاصله و حتی تا ۲۴ ساعت پس از اتمام فعالیت ورزشی شدید و یک جلسه‌ای افزایش می‌یابد که دلیل آن ممکن است پاسخ التهابی به آسیب‌های عضلانی ناشی از فعالیت ورزشی باشد (۳۲). اما با گذشت زمان و ریکاوری لازم، سطح hs-CRP کاهش پیدا می‌کند که یکی از دلایل آن از بین رفتن پاسخ التهابی در اثر آسیب‌های ناشی از فعالیت بدنی است (۳۲). با توجه به این دلایل می‌توان اظهار داشت که افزایش مقدار hs-CRP پس از یک جلسه فعالیت وامانده‌ساز در مطالعه حاضر به‌عنوان پاسخی طبیعی به روند افزایش التهاب در بافت‌های مختلف بدن قابل انتظار بود؛ اما این موضوع که تغییرات این متغیر در سه مرحله اندازه‌گیری معنی دار نبود احتمالاً به دلیل تأثیر مصرف گلوتامین بوده است. بنابراین عدم تغییر این متغیر از روند طبیعی ترشح آن پیروی می‌کند که می‌تواند با بروز التهاب همراه داشته باشد. هرچند گزارش شده این اسید آمینه می‌تواند از افزایش نامطلوب hs-CRP جلوگیری کند (۱۵). آکرستروم و همکاران (۱۰) نیز عنوان کردند که مصرف گلوتامین تأثیری بر hs-CRP دوندگان ماراتن ندارد. اگرچه در بیشتر پژوهش‌های قبلی اشاره شده که بروز التهاب و ضعف کارکرد دستگاه ایمنی در ورزشکاران شرکت‌کننده در تمرینات ورزشی سنگین و طولانی مدت ممکن است ناشی از تخلیه مکرر ذخایر باشد (۱۳). در تئوری به نظر می‌رسد که پائین بودن سطح گلوتامین می‌تواند اثر منفی بر سیستم ایمنی بدن می‌گذارد. با این وجود در مطالعه‌ای که اخیراً انجام شده است، گزارش شده مکمل گلوتامین هیچ تأثیری بر متابولیسم لنفوسیت‌ها در موش‌های آزمایشگاهی ورزیده نداشت (۳۳). به‌طور کلی، فعالیت‌های شدید و طاقت فرسا سطوح گلوتامین پلاسما را کاهش می‌دهند و از آنجا که این موضوع عامل مهمی در

تخریب پاسخ سلول‌های ایمنی در مواجهه با التهاب است، به نظر می‌رسد گلوتامین مکمل بسیار مناسبی برای جلوگیری از تأثیر فعالیت‌های ورزشی شدید بر دستگاه ایمنی باشد (۳۴،۳۵). نوشولم پیشنهاد کرد کاهش در دسترس بودن گلوتامین در سلول‌های ایمنی ممکن است عاملی کلیدی در تغییرات دستگاه ایمنی ورزشکاران باشد (۳۶). نتایج این تحقیق همچنین درباره فیبرینوژن پلاسما نشان داد در مرحله دوم بین دو گروه گلوتامین و دارونما تفاوت وجود داشت. اما در سایر مراحل این تفاوت معنی‌دار نبود. این موضوع نشان می‌دهد که مصرف کوتاه مدت گلوتامین نتوانسته مانع از افزایش مقادیر فیبرینوژن پس از فعالیت بدنی وامانده‌ساز شود. با توجه به نتایج به دست آمده از مطالعه حاضر و سایر گزارش‌های پژوهشی می‌توان نتیجه گرفت که مصرف مکمل گلوتامین احتمالاً در بهبود عملکرد ایمنی و تعدیل شاخص‌های التهابی پس از یک وهله فعالیت شدید فزاینده اثرگذار است. ►

References

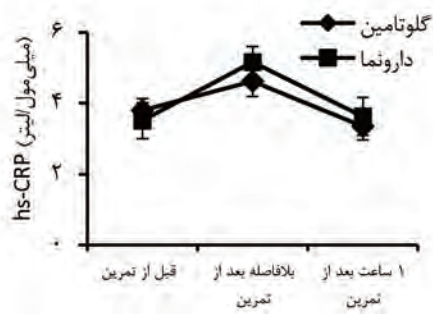
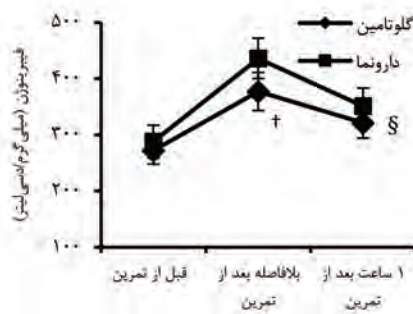
1. Nikbakht H, Amirtash A, Gharoni M, and Zafari A. (2007). Correlation of physical activity with serum fibrinogen and homocysteine concentration in active, sedentary and with CAD males. *Olympic*, 38: 71-80.
2. Meyer G. Anaerobic exercise induces moderate acute phase response. (2001). *Med Spo Exer*, 33(4): 549-55.
3. De Lange DW, and Hiymering ML. (2004). Rapid intake of alcohol inhibits platelet adhesion to fibrinogen number flow. *Alcohol Clin Exp Res*, 28(10): 1562-1568.
4. Gaeini AA, Dabidi Roushan VA, Ravasi AA, and Joulazadeh T. (2008). The effect of a period of intermittent aerobic training on hsCRP in old rats. *Res Sport Sci*, 6(19): 39-54.
5. Hamedinia MR, Haghighi AH, and Ravasi AA. (2009). The effect of aerobic training on inflammatory markers of cardiovascular disease risk in obese men. *World J Sport Sci*, 2(1): 7-12.
6. Kasapis C, and Thompson PD. (2005). The effects of physical activity on serum C-reactive protein and inflammatory markers: a systematic review. *J Am Coll Cardiol*, 45(10): 1563-1569.
7. Reinhart WH. (2003). Fibrinogen-marker or mediator of vascular disease. *Vasc Med*, 8(3): 211-216.
8. Koopman R. (2010). Dietary protein and exercise training in ageing. *Proc Nutr Soc*, 22: 1-10.
9. Rohd T, Maclean DA, and Pedersen BK. (1998). Effect of glutamine supplementation on changes in the immune system induced by repeated exercise. *Med Sic Sports Exerc*, 30(6): 856-862.
10. Kargotich S, Goodman C, and Dawson B. (2005). Plasma glutamine responses to high-intensity exercise before and after endurance training. *Res Sports Med*, 13(4): 287-300.
11. Coeffier M, Miralles-Barrachina O, Pessot FL, Lalaude O, and Daveau M. (2000). Influence of glutamine on cytokine production by human gut in vitro. *Cytokine*, 13(3): 148-154.
12. Engel JM, Pitz S, Muhling J, Menges T, Martens F, Kwapisz M, and Hempelmann G. (2009). Role of glutamine administration on T-cell derived inflammatory response after cardiopulmonary bypass. *Clin Nutr*, 28(1): 15-20.
13. Akerstrom T, and Pedersen BK. (2007). Strategies to Enhance Immune Function for Marathon Runners: What can be done? *Sports Med*, 37(4): 416-419.
14. Lu J, Wang XY, and Tang WH. (2009). Glutamine attenuates nitric oxide synthase expression and mitochondria membrane potential decrease in interleukin-1beta-activated rat hepatocytes. *Eur J Nutr*, 48(6): 333-339.
15. Singleton KD, and Wischmeyer PE. (2008). Glutamine attenuates inflammation and Nf-kappa B activation via Cullin-1 deneddylation. *Biochem Biophys Res Commun*, 373: 445-449.
16. Church TS, Barlow CE, Earnest CP, Kampert JB, Priest EL, and Blair SN. (2002). Association between cardiorespiratory fitness and C-reactive protein in men. *Arterioscler Thromb Vase Biol*, 22: 1869-1876.
17. Rawson ES, Freedson PS, and Ockene IS. (2003). Body mass index, but not physical activity, is associated with C-reactive protein: *Med Sci Spo Exer*, 35(7): 1160-1166.
18. Stevenson ET, Davy KP, and Seals DR. (1995). Hemostatic, metabolic and androgenic risk factors for coronary heart disease in physically active and less active postmenopausal women. *Arterioscler Thromb Vase Biol*, 15(5): 669-677.
19. King DE, Carek P, Mainous AG, and Pearson WS. (2003). Inflammatory markers and exercise: differences related to exercise type. *Med Sci Sports Exerc*, 35: 575-581.
20. Bruce RA, Kusumi F, and Hosmer D. (1973). Maximal oxygen intake and nomographic assessment of functional aerobic impairment in cardiovascular disease. *Am Heart J*, 85: 546-562.
21. Jaafari A, Aghaee, F, and Dabbagh S. (2009). Effect of an exhaustive exercise and short-term glutamine supplementation on serum hs-CRP, in non-athlete males. *Sport Exer Physiol*, 4: 305-314. (Persian)
22. Feng D, Tracy RP, Lipinska I, Murillo J, McKenna C, Tofler GH. (2000). Effect of short-term aspirin use on C-reactive protein. *J Thrombo Thromb*, 9: 37-41.
23. Stauffer H, and Smith D. (2004). Plasma C-reactive protein is not elevated in physically active postmenopausal

- women taking hormone replacement therapy. *Appl Physiol*, 96: 143-148.
24. Scharhag J, Meyer T, Gabriel HW, Schlick B, Faude O, and Kindermann W. (2004). Does prolonged cycling of moderate intensity affect immune cell function? *Br J Sports Med*, 39: 171-177.
25. Cancalon PF. (2004). One paper on inflammation and associated disease: beneficial role of citrus. Florida, Department of Citrus, 1-131.
26. Tartibian B, and Azadpoor N. (2008). Effects of exercise intensity on inflammatory markers and muscle damage indices in young untrained males. *Sport Exer Physiol*, 1: 32-42. (Persian)
27. Spiropoulos I, Goussetis E, Margeli A, Premetis E, Skenderi K, Graphakos S, et al. (2010). Effect of inflammation induced by prolonged exercise on circulating erythroid progenitors and markers of erythropoiesis. *Clin Chem Lab Med*, 8: 199-203.
28. Bizheh N, Rashidlamir A, Zabihi AR, and Jaafari M. (2011). The acute effects of strength training on inflammatory markers predicting atherosclerosis: a study on inactive middle-aged men. *Tehran Uni Med J*, 69(3): 204-209. (Persian)
29. Mohebbi H, Moghadasi M, Rahmaninia F, Hassannia S, and Noroozi H. (2010). Effect of 12 weeks life-style activity modification (LAM) on adiponectin gene expression and plasma adiponectin in obese men. *Iranian J Endocrin Met*, 12(1): 25-33. (Persian)
30. Pedersen BK, and Hoffman-Goetz L. (2000). Exercise and the immune system: regulation, integration, and adaptation. *Physiol Rev*, 80(3): 1055-1081.
31. Spence L, Brown WJ, Pyne DB, Nissen MD, Sloots TP, McCormack JG, et al. (2007). Incidence, etiology, and symptomatology of upper respiratory illness in elite athletes. *Med Sci Sports Exerc*, 39(4): 577-586.
32. Weight LM, Alexander D, and Jacobs P. (1991). Strenuous exercise: analogous to the acute-phase response? *Clin Sci (London)*, 81: 677-683.
33. Hetzler RK, Knowlton RG, Brown DD, Noakes TA. (1989). The effect of voluntary ventilation on acid-base responses to a Moo Duk Tkow Form. *Res Qual Exer Sports*, 60: 77-80.
34. Sesboue B, and Guincestre JY. (2006). Muscular fatigue. *Ann Readapt Med Phys*, 49: 257-264: 348-354.
35. Krieger JW, Crowe M, and Blank SE. (2004). Chronic glutamine supplementation increases nasal but not salivary IgA during 9 days of interval training. *J Appl Physiol*, 97: 585-591.
36. Newsholme EA. (1994). Biochemical mechanisms to explain immuno suppression in well-trained and overtrained athletes. *Int J Sports Med*, 15: 142-147.

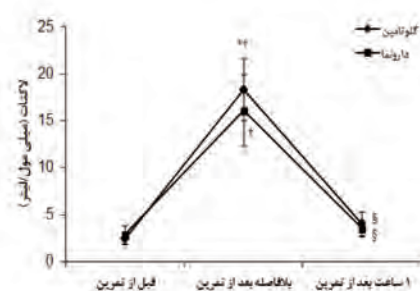
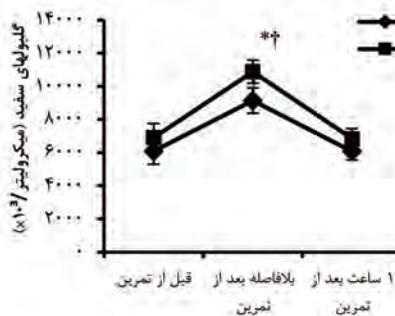


جدول ۱. ترکیب بدن، VO₂max و ویژگی‌های فردی آزمودنی‌ها در دو گروه گلوتامین و دارونما

گروه گلوتامین (۹ نفر)	گروه دارونما (۱۰ نفر)	
۲۰/۹±۰/۶	۲۱/۱±۰/۸	سن (سال)
۱۷۳/۸±۶/۵	۱۷۳/۹±۵	قد (سانتی‌متر)
۶۶/۹±۶/۸	۶۸/۹±۶/۳	وزن (کیلوگرم)
۲۲/۲±۱/۸	۲۳/۱±۱/۶	شاخص توده بدن (متر مربع/کیلوگرم)
۸/۶±۲/۸	۱۰/۳±۲/۱	توده چربی (کیلوگرم)
۵۸/۴±۵/۸	۵۸/۶±۵/۴	توده بدون چربی (کیلوگرم)
۱۲/۷±۳/۷	۱۴/۹±۲/۶	چربی بدن (درصد)
۰/۷۸±۰/۰۲	۰/۸۰±۰/۰۲	دور کمر به لگن
۴۸/۲±۴/۸	۴۷/۸±۴/۲	VO ₂ max (میلی لیتر/کیلوگرم/دقیقه)



شکل ۲. مقادیر hs-CRP قبل، بلافاصله و یک ساعت پس از فعالیت ورزشی شدید
شکل ۳. مقادیر فیبرینوژن
*اختلاف معنی‌دار با گروه دارونما؛ افزایش معنی‌دار نسبت به قبل از فعالیت؛ †کاهش معنی‌دار نسبت به بلافاصله پس از فعالیت



شکل ۴. سطوح لاکتات خون
شکل ۵. مقدار گلبولهای سفید خون
*اختلاف معنی‌دار با گروه دارونما؛ افزایش معنی‌دار نسبت به قبل از فعالیت

اختلال طیف اتیسم از تشخیص تا درمان

نویسنده مسئول: زهرا اکبری بیاتانی

گروه روانشناسی بالینی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران
z.a0067@yahoo.com

چکیده
مقدمه:

اختلال طیف اتیسم یکی از اختلالات جدی در زمینه رشد است که معمولاً قبل از سه سالگی تشخیص داده شده است. هرچند علائم و شدت آن در افراد مختلف، متفاوت است، همه انواع اتیسم بر توانایی برقراری ارتباط با دیگران تأثیر می‌گذارد. تغییرات مرتبط با بلوغ ناچیز مغز در رشد اتیسم مؤثر هستند. تعداد کودکان مبتلا به اتیسم در حال رشد است. هرچند درمان قطعی برای اتیسم وجود ندارد، اما درمان جدی و به موقع اتیسم تغییرات بزرگی در زندگی کودکان مبتلا به این بیماری ایجاد می‌کند. اتیسم موجب اختلال در رفتارهای اجتماعی و مهارت‌های ارتباطی می‌شود. کودکان و بزرگسالان مبتلا به اتیسم در ارتباطات کلامی و غیرکلامی و همچنین در فعالیت‌های سرگرم‌کننده دارای مشکل هستند.

نتیجه‌گیری

در این مقاله مروری به اهمیت مسئله اتیسم، تعریف، علائم و تشخیص و نیز سیر تحولی آن می‌پردازیم و برنامه جامع راهبردهای مداخله درمانی ارائه می‌شود.

کلید واژه‌ها: اختلال طیف اتیسم، ارتباطات، درمان

مقدمه

اختلال طیف اتیسم (ASD)، حداقل با تاخیر یا کارکرد ناهنجار در یکی از حوزه‌های تعامل اجتماعی، زبان مورد استفاده در ارتباطات اجتماعی و بازی تخیلی و نمادین ظهور می‌یابد. کودک مبتلا به اختلال طیف اتیسم در دنیای درون خود زندگی می‌کند و از آنجا که برقراری ارتباطات مناسب اجتماعی نیازمند دریافت و پردازش صحیح اطلاعات حسی و اتخاذ رفتار مقتضی، مبتنی بر این اطلاعات است، در این دنیای درونی شده، ارتباط وی با دنیای بیرون قطع می‌شود و نقصان دریافت و ادراک محرکات حسی خارجی، فرآیند یادگیری و ارتباطات مناسب اجتماعی وی را مختل می‌کند. در سال ۲۰۱۰ در آمریکا آمار کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم، یک نفر از هر ۱۱۰ نفر اعلام شده است. در ایران، میزان شیوع طیف اتیسم را ۹۵/۲ در ۱۰ هزار نفر گزارش کرده‌اند (۱).

تا اواسط قرن بیستم میلادی، هیچ نامی برای اختلالی که هم‌اکنون تحت عنوان اختلال اتیسم یا درخودماندگی شناخته می‌شود، وجود نداشت. در اواسط قرن بیستم یعنی سال ۱۹۴۳، دکتر لئو کانر در بیمارستان هایپکنز، یک گروه ۱۱ نفری از کودکان را مورد مطالعه قرار داد که دارای ویژگی‌هایی چون تنهایی، درخودماندگی، ناتوانی در ارائه زست‌های بدنی خاص و قابل انتظار، تأخیرات تحولی، تکرار یا پژواک کلام، وارونگی ضمیر، یکنواختی صدا و کلام، حافظه طوطی‌وار و عالی، رفتارهای کلیشه‌ای، اصرار بر یکنواختی محیط و ممانعت از تغییر در آن، تماس چشمی ضعیف، رابطه غیرطبیعی با دیگران، تصاویر و اشیاء بی‌جان بودند. هرچند که در آن سال‌ها کانر، به این کودکان برچسب اتیسم یا درخودماندگی را داد اما تا سال‌های ۱۹۸۰ میلادی، این کودکان در طبقه عقب ماندگی ذهنی و یا اسکیزوفرنی کودکی جای می‌گرفتند. بعدها مشخص شد (۲)، گرچه این اختلال می‌تواند با اسکیزوفرنی کودکی باشد اما دو پدیده مجزا از یکدیگر هستند. در سال‌های آینده، محققین چندین نوع اختلال دیگر را که هر کدام در یکسری علائم، و نشانه‌گان شبیه اتیسم بودند، ارائه دادند نظیر اسپرگر سندروم رت، اختلال فروپاشنده دوران کودکی و اختلال اتیسم که به گونه‌ای دیگر مشخص نشده است (۳). در واقع، تمامی محققین با توجه به تغییرات علائم و وجود علائم شبیه به هم و نیز با توجه به اینکه، این اختلال‌ها، تمامی جنبه‌های تحولی کودک یعنی جنبه‌های شناختی، ادراکی، عاطفی، رفتاری، زبانی، ارتباطی، اجتماعی و بازی را درگیر می‌کنند، به آن‌ها اختلالات فراگیر تحولی، اختلالات نافذ رشدی و نیز اخیراً اختلال‌های طیف اتیسم می‌گویند (۴).

پاتوفیزیولوژی اتیسم

به نظر می‌رسد اتیسم از عواملی رشدی ناشی می‌شود که بر همه یا بسیاری از سیستم‌های عملکردی مغز اثر گذاشته و روند رشد و تحول مغز را دچار تغییر می‌نمایند. مطالعات نورواناتومیک قویاً حکایت از آن دارد که تغییر یا اختلال در رشد مغز مبتلایان به اتیسم، در هفته‌های اول بارداری شروع می‌شود. ظاهراً این تغییرات رشدی، حوادثی پاتولوژیک در مغز پدید می‌آورند که مغز را به شدت تحت تأثیر عوامل محیطی قرار می‌دهد. با توجه به اینکه اغلب مطالعاتی که پس از مرگ مبتلایان به اتیسم روی مغز آن‌ها صورت گرفته به مواردی مربوط می‌شود که اتیسم با عقب ماندگی ذهنی همراه بوده است نتیجه‌گیری قطعی از این مطالعات دشوار است. با آنکه می‌دانیم وزن و حجم مغز کودکان اوتیستیک بیشتر از همتایان سالم ایشان است. ولی اساس سلولی و مولکولی این رشد بیش از اندازه شناخته شده نیست (۵). فرضیاتی در زمینه ساختار مغز مبتلایان به اتیسم مطرح می‌باشد که به‌طور خلاصه به برخی اشاره می‌نماییم (نمودار ۱).

تعاملات میان سیستم ایمنی و سیستم عصبی از همان مراحل اولیه رشد جنینی آغاز می‌شود و رشد عصبی موفقیت‌آمیز، به پاسخ متعادل سیستم ایمنی بدن بستگی دارد. این احتمال وجود دارد که فعالیت غیرعادی سیستم ایمنی در طی مراحل حساس رشد عصبی به بروز

شکل‌هایی از اختلال طیف اتیسم بینجامد. چندین ناهنجاری نوروترانسمیتری در مبتلایان به اتیسم تشخیص داده شده که مهمترین آن‌ها افزایش سطح خونی سروتونین است. برخی یافته‌ها هم از افزایش هورمون‌های رشد و برخی از کاهش فاکتورهای رشد حکایت دارد. نظریه دیگری که در باب مشکلات عصب شناختی در اتیسم مطرح است، نظریه سیستم نورون‌های آینه‌ای است. مطابق این نظریه، اختلال در تحول سیستم نورون‌های آینه‌ای، به اشکال در توانایی تقلید می‌انجامد و در نهایت به پدید آمدن اشکالات ارتباطی و اجتماعی منجر می‌گردد. یافته دیگری که در مطالعات سیستم عصبی کودکان مبتلا به اتیسم حاصل شده است به ارتباطات شبکه‌های عصبی در گیر در پردازش‌های عاطفی و اجتماعی مربوط می‌شود. به طور مثال، در جدیدترین مطالعه در این باره در تصویربرداری مغزی از مبتلایان به اختلال طیف اتیسم، الگوی خاصی از سیگنال‌ها در قشر سینگولیت مشاهده شد که متفاوت از الگوی طبیعی عملکرد این بخش از قشر است (۵).

تعریف و علایم اختلالات طیف اتیسم

اصلاحیه جدید قانون آموزش افراد دارای ناتوانی (IDEA) تعریف اتیسم را به شرح زیر ارائه داده است. اتیسم، نوعی ناتوانی تحولی است که به طور چشمگیری در ارتباط کلامی و غیرکلامی و تعامل اجتماعی تأثیر می‌گذارد و معمولاً پیش از ۳ سالگی پدید می‌آید. این ناتوانی، در عملکرد تحصیلی کودک تأثیر منفی می‌گذارد و دیگر ویژگی‌های آن شامل: فعالیت‌های تکراری و حرکات کلیشه‌ای، مقاومت در برابر تغییرات محیط یا تغییر در روال عادی زندگی روزمره و تجربه‌های حسی غیرطبیعی (۵) است. نکته این است که اگر عملکرد تحصیلی کودک به دلیل آشفتگی هیجانی آسیب‌دیده باشد، از اصطلاح اتیسم استفاده نمی‌شود؛ اما در تعریف جدید، امروزه به اتیسم، اختلال اسپرگر، سندروم رت، اختلال فروپاشنده دوران کودکی و اختلال فراگیر تحولی که به گونه‌های دیگر مشخص نشده است، اختلالات طیف اتیسم گفته می‌شود و منظور این است که در تعریف، تمامی این کودکان از خصوصیات اصلی مانند نقص در ارتباط اجتماعی، وجود رفتارها، علائق و فعالیت‌های کلیشه‌ای، محدود و تکراری و نیز نقص در مهارت‌های کلامی رنج می‌برند. افزوده شدن اصطلاح «طیف» در تعریف مذکور، به این موضوع اشاره دارد که علایم این اختلال بسته به شدت آن‌ها، سطح تحولی و سن تقویمی بسیار متغیر هستند (۶).

علایم اختلال طیف اتیسم طبق نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5)

الف: فرد به طور دایم در موقعیت‌های مختلف، در ارتباط اجتماعی و تعامل اجتماعی مشکل دارد و این موضوع را معیارهای زیر نشان می‌دهند:

۱. فرد در تقابل اجتماعی-هیجانی نقص دارد. نقص در تعامل اجتماعی-هیجانی متقابل یک پیوستار است که از نزدیک شدن به دیگران به صورت غیرعادی و عدم مصاحبت نوبتی شروع می‌شود، از علاقه اندک به اشتراک گذاشتن علائق، هیجان‌ها و عواطف خود و واکنش نه چندان زیاد و مناسب به علائق، هیجان‌ها و عواطف دیگران عبور می‌کند و به بی‌اعتنایی کامل به تعامل اجتماعی و پیش قدم شدن در آن خاتمه می‌یابد.
۲. فرد در رفتارهای ارتباطی غیرکلامی که برای تعامل اجتماعی ضرورت دارد، نقص دارند. نقص در رفتارهای ارتباطی غیرکلامی یک پیوستار است که از ضعف فرد در ادغام روش‌های ارتباطی کلامی و غیرکلامی شروع می‌شود، از ناهنجاری در تماس چشمی و زبان بدن، یا نقص در درک روش‌های غیرکلامی و استفاده از آن‌ها عبور می‌کند و به فقدان کامل حالات هیجانی صورت یا ژست‌های بدنی خاتمه می‌یابد.
۳. فرد در ایجاد، حفظ و درک روابط میان فردی نقص دارد. نقص در ایجاد و حفظ روابط میان فردی یک پیوستار است که از دشواری در تنظیم رفتار برای مطابقت داشتن با موقعیت‌های اجتماعی مختلف شروع می‌شود، از دشواری در بازی‌های تخیلی با دیگران و دوست پیدا کردن عبور می‌کند و به عدم علاقه ظاهری به مردم خاتمه می‌یابد. (به نظر می‌رسد که فرد به دیگران علاقه ندارد).

ب: مجموعه‌ای از رفتارها، علائق و فعالیت‌های محدود و تکراری که حداقل دو مورد از موارد زیر آن را نشان می‌دهند:

۱. فرد حرکات فیزیکی کلیشه‌ای و تکراری دارد، یا از اشیا همیشه به یک شکل استفاده می‌کند (مثلاً حرکات کلیشه‌ای ساده، اکولیا) تکرار گفتار (استفاده تکراری از اشیا یا عبارات).
۲. فرد به شدت پایبند روتین است. رفتارهای کلامی و غیرکلامی او نظم و ترتیب خاصی دارند و به شدت در مقابل تغییر مقاومت نشان می‌دهند (مثلاً: حرکات فیزیکی با نظم و ترتیب خاص، پافشاری بر یک مسیر همیشه، پافشاری بر یک غذای همیشه، سوالات پی‌درپی و تکراری یا ناراحتی شدید در مقابل کوچکترین تغییرات).
۳. فرد علائقی بسیار محدود و ثابت دارد که از لحاظ شدت یا میزان توجه غیرعادی هستند (مثلاً دلبستگی شدید به اشیا غیرمعمولی، یا اشتغال ذهنی در مورد موضوعات غیرعادی، دایره علائق فرد بسیار محدود است، یا علائقش را اصلاً تغییر نمی‌دهد).
۴. واکنش افراطی یا تفریطی در مقابل محرک‌های حسی یا علاقه غیرمعمولی به بعضی جنبه‌های حسی محیط (مثل: فرد ظاهراً به درد / گرما / سرما بی‌تفاوت است، به بعضی صداها یا بافت‌های اشیا واکنش خصمانه نشان می‌دهد، بعضی اشیا را به طور افراطی بو یا لمس می‌کند، به بعضی نورها یا اشیا چرخان علاقه بسیار شدیدی نشان می‌دهد).

ج: علایم باید در نوزادی و خردسالی حضور داشته باشند (هرچند ممکن است فقط زمانی به چشم بیاید که الزام‌های اجتماعی از توانایی‌های محدود فرد فراتر می‌روند، یا ممکن است راهبردهایی که فرد در دوره‌های بعدی زندگی یاد گرفته است آن‌ها را پنهان کنند).

د: علایم در عملکرد اجتماعی، شغلی یا سایر زمینه‌های عملکردی مهم اختلال ایجاد می‌کنند. و: معلولیت ذهنی یا تأخیر رشدی کلی نمی‌تواند علت بهتری برای این علایم باشد.

توجه: افرادی که طبق معیارهای DSM-IV مبتلا به اختلال اتیستیک، اختلال اسپرگر یا اختلال رشدی فراگیر نامشخص شناخته شده‌اند، اکنون باید مبتلا به اختلال طیف اتیسم تشخیص‌گذاری شوند. افرادی که در ارتباط اجتماعی نقص‌های شدید دارند، اما علایم آن‌ها معیارهای لازم برای اختلال طیف اتیسم را برآورده نمی‌کنند، باید برای اختلال ارتباط اجتماعی معاینه شوند.

تشخیص اتیسم

برای تشخیص این بیماری هیچ آزمون پزشکی وجود ندارد. برای تشخیص اتیسم در یک کودک باید رفتار، ارتباط و سطح رشد ذهنی

کودک به دقت بررسی شود. از آنجایی که بعضی از علائم این بیماری با بعضی از بیماری‌های دیگر مشترک است ممکن است متخصصان آزمایش‌ها و آزمون‌های پزشکی متفاوتی را برای کودک تجویز کنند تا از وجود یا عدم وجود مشکلات دیگر در کودک مطمئن شوند. با یک بررسی کوتاه در یک جلسه ممکن نیست که بتوان به‌طور قطع وجود اتیسم را در کودکی ثابت کرد. مشاهدات والدین و بررسی کامل مراحل رشد کودک از الزامات تشخیص اتیسم در یک کودک است. در نگاه اول ممکن است کودک اتیستیک به نظر عقب‌مانده ذهنی، دارای اختلال رفتاری، دارای مشکل شنوایی و یا دارای رفتارهای عجیب به نظر برسد. البته ممکن است تمام این علائم در یک کودک اتیستیک وجود داشته باشند که این امر خود باعث مشکل‌تر شدن تشخیص می‌شود. اتیسم یک بیماری روانی نیست. کودکان اتیستیک قابل درمان هستند و نباید از آن‌ها قطع امید شود و نیز بهتر است بدانید که هیچ عامل روانی شناخته نشده است که باعث بروز اتیسم در کودکان شود. به هر حال در ابتدای امر بایستی معاینه دقیق و کاملی از کودک به عمل آید زیرا به این ترتیب می‌توان یک برنامه مناسب و دقیق برای کمک به کودک اتیستیک و درمان او تهیه کرد (۷).

روش‌های تشخیص

علائم و نشانه‌های اتیسم ممکن است در زمان نوزادی بروز کنند و شاید هم این اتفاق نیافتد ولی نشانه‌های این بیماری حتماً بین ۲۴ ماهگی الی ۶ سالگی خود را نشان خواهند داد. یک دکتر متخصص بایستی یک سری سئوالات مشخص و دقیقی در رابطه با چگونگی رشد جسمی و ذهنی کودک تهیه کرده و جواب آن‌ها را از طریق والدین و مشاهدات دقیق به‌دست آورد.

انجمن ملی پرورش و سلامت کودکان در آمریکا این پنج سوال اولیه را برای یک معاینه از کودک اتیستیک تهیه کرده است:

۱. آیا کودک شما تا قبل از ۱۲ ماهگی صداسازی و نجوا داشته است؟
۲. آیا کودک شما تا قبل از ۱۲ ماهگی از اشاره، اداها و یا گرفتن دست دیگران و همین‌طور بای بای کردن استفاده کرده است؟
۳. آیا کودک شما تا قبل از ۱۶ ماهگی از کلمات تنها استفاده کرده است؟
۴. آیا کودک تا قبل از ۲۴ ماهگی از ترکیب دو کلمه استفاده کرده است؟
۵. کودک هیچ‌کدام از مهارت‌های کلامی و اجتماعی خود را از دست داده است؟ در صورت جواب منفی به چهار سوال اول و جواب مثبت به سوال آخر احتمال وجود اتیسم در کودک داده می‌شود (۸). البته باز هم یادآوری می‌شود که برای تشخیص قطعی، نیاز به بررسی‌های بسیار دقیق و جامعی است که باید توسط افراد متخصص و آگاه صورت بگیرد. برای یک بررسی دقیق و کامل یک کودک مظنون به اتیسم بایستی توسط متخصص اطفال، روانشناس، مشاور آموزش و یادگیری کودکان، متخصص اعصاب، متخصص گفتاردرمانی و سایر متخصصان در زمینه اتیسم معاینه شود.

مشاوره با متخصصان:

اگر کودک از طرف شما و یا دکتر مخصوص خود، مظنون به اتیسم باشد به هر حال بایستی توسط شخصی که در زمینه اتیسم تخصص دارد معاینه دقیق شود. ممکن است این فرد یک روانشناس، روانپزشک و یا یک متخصص رشد اطفال باشد. گاهی ممکن است برای یک تشخیص دقیق و درمان به یک تیم متخصص نیاز شود این تیم می‌تواند از افراد: متخصص رشد در اطفال، روانپزشک کودک، روانشناس کودک، کاردرمان، گفتار درمان و مشاور خانواده تشکیل شود (۹).

عوامل خطر ساز ابتلا به اتیسم

همه کودکان از هر نژاد و یا ملیتی ممکن است دچار بیماری اتیسم شوند، اما عواملی خاص که در ادامه گفته می‌شود، می‌تواند خطر این بیماری را افزایش دهد، این عوامل شامل:

جنسیت کودک - پسرها چهار تا پنج برابر بیشتر در خطر ابتلا به بیماری اتیسم هستند.

سابقه خانوادگی - در خانواده‌هایی که یک کودک مبتلا به اتیسم وجود دارد، خطر اینکه کودکی دیگر با این بیماری داشته باشند بیشتر است. همچنین خیلی غیرمعمول نیست که پدر و مادر و یا سایر اقوام نزدیک کودک مبتلا به اتیسم، در ارتباط با دیگران و ... مشکلاتی داشته باشند.

سایر اختلالات - کودکانی که بیماری خاصی دارند بیشتر از کودکان سالم در خطر ابتلا به بیماری اتیسم هستند.

سن والدین - ممکن است بین سن والدین و ابتلای کودک به اتیسم رابطه‌ای وجود داشته باشد. اعتقاد بر این است که فرزندان والدین بزرگسال بیشتر از دیگران در خطر ابتلا به این بیماری هستند. با این حال تحقیقات بیشتری در این رابطه مورد نیاز است (۹).

مداخلات درمانی، توان‌بخشی و آموزشی

از آنجایی که اتیسم یک طیف از بیماری‌های مشابه است، نمی‌توان گفت که یک درمان خاص برای همه این طیف ممکن است مؤثر باشد. ولی به هر حال متخصصان و خانواده‌ها به این نتیجه رسیده‌اند که با استفاده از چند روش درمانی یا ترکیبی از آن‌ها، می‌توان به کودکان اتیستیک کمک کرد تا رفتارهای اختلالی آن‌ها بهتر شود و عملکرد کلی آن‌ها پیشرفت کند. این ترکیب درمانی ممکن است ترکیبی از روش‌های روانشناسی و دارویی باشد.

مداخله تحلیل رفتار کاربردی (ABA):

شامل راهبردهای مختلفی مثلاً استفاده از تقویت و پاداش برای رفتار مثبت و جداسازی کودک از محیط، در مواقع بروز رفتار منفی است. این راهکارها برای افزایش رفتارهای مناسب مثل ایجاد ارتباط کلامی و ایجاد روابط اجتماعی استفاده می‌شود. این راهبرد برای کم کردن مشکلات رفتاری کودک مثل بیش‌فعالی یا خودآزاری هم استفاده می‌شود (۱۰، ۹).

تیج

در روش تیج سعی بر این است، به جای اینکه به کودک یک مهارت و توانایی خاص آموزش داده شود، به کودک مهارت‌هایی آموزش داده شود تا بتواند محیط اطراف خود و رفتارهای اطرافیان خود را بهتر درک کند. این کار از طریق تطبیق محیط زندگی کودک با وی صورت می‌گیرد. مراحل اجرای این روش به اختصار در ذیل ذکر شده است:

۱. بهبود سازگاری از طریق آموزش مهارت‌ها به کودک و تغییر محیط زندگی وی
۲. همکاری کردن خانواده
۳. ارزیابی کودک برای درمان انفرادی
۴. آموزش سازمان‌یافته

فلور تایم

روش فلور تایم شباهت زیادی با بازی درمانی دارد و در آن سعی بر این است که ارتباط کودک با یک فرد دیگر از طریق برنامه‌های دقیق بازی، بیشتر و مؤثرتر شود. این روش شامل شش مرحله است که در آن طی مراحل، کودک از یک بزرگتر تقلید می‌کند و چگونگی رفتار را فرا می‌گیرد (۱۱).

۱. علاقه‌مندی به نور و صدا
۲. توانایی در برقراری ارتباط با مردم
۳. توانایی انتخاب کردن از بین اشیاء
۴. توانایی در اشاره‌های پیچیده کردن و فهمیدن اشاره‌های دیگران و حل مشکلات
۵. توانایی بیان کردن نظر و عقیده
۶. توانایی برقراری ارتباط بین اظهار نظر و اجرای آن

روش داستان‌های اجتماعی

در روش داستان‌های اجتماعی، مهارت‌های اجتماعی به کودکان اتیستیک آموزش داده می‌شود تا از این طریق توانایی درک احساسات و منظور و برنامه‌های دیگران را داشته باشند (۱۲). در این روش، داستان بر اساس یک موقعیت خاص با اطلاعات فراوان تهیه شده است. به کودک کمک می‌شود تا از طریق گوش کردن به آن بفهمد چه جواب یا عکس‌العمل مناسبی باید از خود نشان دهد. این داستان‌ها معمولاً از ۳ جزء تشکیل شده‌اند:

۱. اطلاعاتی درباره افراد داستان و مکان و اجزای آن.
۲. احساسات و افکار شخصیت‌ها.
۳. داستان؛ جواب‌ها و عکس‌العمل‌های مناسبی که باید وجود داشته باشند.

سیستم نظام تبادل تصویری (PECS):

این روش بر ارتباط و آموزش معنی‌دار، تأکید می‌کند، چون اعتقاد بر این است که یک چیز معنی‌دار، در فرد انگیزه به وجود می‌آورد. این روش به‌عنوان یک بسته آموزشی جایگزین و کمکی برای افراد دارای اختلالات طیف اتیسم ارائه شد تا با استفاده از آن به برقراری ارتباط اقدام کنند. این برنامه برگرفته از دیدگاهی رفتاری است و در آغاز به فرد آموزش می‌دهد تا با استفاده از تصویر و با مبادله آن بتواند خوراکی یا اسباب بازی دلخواه خود را به دست آورد. در این روش، برای هر شیئی یک نماد تصویری جایگزین شده است (۱۳).

برنامه آموزشی سان رایز:

در روش سان رایز، «والدین» درمانگران اصلی و شکل‌دهنده به برنامه آموزشی هستند. در این برنامه، به والدین آموخته می‌شود که به کودک خود عشق بورزند و به او احترام بگذارند و او را «آنچنان که هست» بپذیرند تا از طریق این پذیرش، کودک خود را به برقراری رابطه‌های دوجانبه در محیط آرامش‌بخش خانه تشویق کنند (۱۴).

یکپارچگی حسی

بسیاری از کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم، از نقص و بدعملکردی حسی رنج می‌برند. بدین معنی که همه و یا تعدادی از ۵ حس آن‌ها نمی‌تواند به اطلاعات مورد نیاز برای تفکر و پردازش صحیح دست یابند تا بر اساس آن متوجه شوند چه چیزی را می‌شنوند، می‌چشند، احساس و یا لمس می‌کنند. در واقع، در این کودکان، داده‌های حسی که از طریق گیرنده‌های حسی از محیط دریافت می‌شوند، به درستی در مغز پردازش و ادراک نمی‌شوند و رفتارهای خاص آن‌ها مثل جیغ کشیدن، قشقرق به راه انداختن، به دور خود چرخیدن و پیچ و تاب خوردن ناشی از همین مسئله عدم یکپارچگی حسی است (۱۵). در واقع، کودکان اتیستیک، از این حرکات و رفتارها برای سازش با محیط پیرامون خود استفاده می‌کنند. روش یکپارچگی حسی برای اولین بار به منظور حل مشکلات کودکان مبتلا به اختلال‌های یادگیری بوده است تا کودک بتواند در محیطش توازن و تعادل برقرار نماید. این درمان کمک می‌کند تا کودک تعادلی بین درون داده‌های دریافتی که بر اساس آن‌ها می‌تواند یاد بگیرد و پاسخ صحیح به محرک‌ها بدهد، برقرار نماید. در درمان‌های مربوط به یکپارچگی حسی، به سیستم‌های حسی لامسه، عمقی و حس دهلیزی (وستیبولار) اهمیت زیادی داده می‌شود زیرا حس لامسه که گیرنده‌های آن در پوست وجود دارند، کمک می‌کنند تا فرد از درد، فشار، گرما و سرما آگاه شود. حس عمقی که گیرنده‌های آن در مفاصل و عضلات هستند، به درک حرکت مفاصل و بدن کمک می‌کند و درک وضعیت بدن و یا اجزاء بدن در فضا را ایجاد می‌نماید. در واقع، به کمک حس عمقی، فرد می‌تواند جهت‌گیری فضایی بدن و یا اجزاء آن در فضا، سرعت حرکات، مقدار نیروی عضلانی و سرعت کشش عضله را تعیین کند و به خاطر وجود حس دهلیزی است که در تاریکی و با چشمان بسته هم می‌توانیم تشخیص دهیم اعضای بدنمان کجا هستند و آن‌ها را لمس کنیم در غیر این صورت باید برای تشخیص مکان اعضايمان به آن‌ها نگاه می‌کردیم و مثلاً اگر می‌خواستیم پایمان را لمس کنیم ابتدا باید به آن نگاه می‌کردیم سپس به کمک چشمان دستمان را به سمتش هدایت می‌کردیم هم در شکل‌دهی معنای دنیا و پدیده‌ها در ذهن ما مؤثر است. اگر هر کدام از این حواس درست کار نکنند (یا اصلاً کار نکنند) درک ما از دنیا درک ناقصی است و به همان نسبت واکنش ما به پدیده‌های جهان هم واکنش نامناسبی خواهد بود (۱۶). بر اساس مطالعات انجام گرفته در زمینه یکپارچگی حسی، کودکان اتیسم در این سه سیستم حسی بیشترین مشکل را دارند و این سیستم‌ها در آن‌ها یکپارچه نیست. بسیاری از این کودکان دچار مشکلاتی چون کند حسی و یا تند حسی هستند. برنامه‌های یکپارچگی حسی در قالب ماساژهای لمسی، حرکات تعادلی منظم و ریتمیک روی تاپ، توپ درمانی و الکلنگ می‌تواند به کودک کمک کند تا بهتر از این اطلاعات حسی بهره‌مند شود (۱۷).

درمان‌های رژیمی و دارویی

به‌طور معمول دارودرمانی در مبتلایان به اختلالات اوتیسم بر کاهش علایم رفتاری نظیر تحریک‌پذیری، بیش‌فعالی، تهاجم و سایر رفتارهای خود آزارنده که بر توانایی کودک در یادگیری و محیط خانوادگی آن‌ها تأثیر گذارند، متمرکز است. درصدی از مبتلایان به اوتیسم که رفتارهای تهاجمی از خود نشان می‌دهند، هنوز مورد بررسی قرار نگرفته‌اند. هرچند، یک مطالعه نشان داده است نزدیک به ۲۰ درصد از مبتلایان اختلال تکاملی فراگیر غیراختصاصی، تحریک‌پذیری متوسط تا شدید را تجربه می‌کنند. هم‌اکنون فقط دو داروی مورد تأیید سازمان غذا و داروی آمریکا برای درمان تحریک‌پذیری مرتبط با اوتیسم وجود دارد. این دو دارو، یعنی ریسپریدون و آریپیپرازول، هر دو در گروه داروهای آنتی‌سایکوتیک آتیپیک قرار دارند و با بلوک گیرنده‌های پس‌سیناپسی دوپامین و سروتونین اثر می‌کنند (۱۷).

ریسپریدون: این دارو در اکتبر ۲۰۰۶ میلادی از سوی سازمان غذا و داروی آمریکا برای درمان تحریک‌پذیری مرتبط با اوتیسم در کودکان و نوجوانان ۵ تا ۱۶ سال مورد تأیید قرار گرفت. آنتی‌سایکوتیک آتیپیک ریسپریدون هر دو گیرنده‌های دوپامینرژیک و سروتونینی را آنتاگونیست می‌کند. البته گرایش آن به گیرنده‌های سروتونین بیشتر است. تصمیم‌گیری برای تأیید ریسپریدون در درمان اوتیسم پس از انتشار چند مطالعه کلیدی در این زمینه صورت گرفت. یکی از این مطالعات شامل بررسی ۸ هفته‌ای تصادفی بود که با یک دوره درمانی ۴ ماهه و سپس فاز قطع درمان ۲ ماهه ادامه یافت. در مرحله اول درمان، ۱۰۱ کودک ۵ تا ۱۷ ساله به‌طور تصادفی تحت درمان با ریسپریدون یا دارونما قرار گرفته بودند. ریسپریدون با دوز ۰/۲۵ میلی‌گرم شب هنگام برای بیماران با وزن کمتر از ۲۰ کیلوگرم و ۰/۵ میلی‌گرم برای بیماران با وزن بالا یا برابر ۲۰ کیلوگرم تجویز شد. نتایج مطالعات کاهش ۵۶ درصدی در میزان تحریک‌پذیری دریافت‌کنندگان ریسپریدون در مقایسه با کاهش ۱۴ درصدی این علامت در دریافت‌کنندگان دارونما را نشان دادند. شایع‌ترین عوارض جانبی گزارش شده در این مطالعات شامل: افزایش اشتها، احتقان بینی، ضعف، استفراغ، افزایش وزن و یبوست بودند (۱۸).

آریپیپرازول: در نوامبر ۲۰۰۹ میلادی، پس از دو مطالعه بالینی تصادفی، سازمان غذا و داروی آمریکا آریپیپرازول را برای درمان تحریک‌پذیری مرتبط با اختلالات اوتیسم در بیماران ۶ تا ۱۷ سال مورد تأیید قرار داد. اولین مطالعه با شرکت ۲۱۸ بیمار ۶ تا ۱۷ ساله بود که به‌طور کاملاً تصادفی تحت درمان با دارونما یا ۵، ۱۰ یا ۱۵ میلی‌گرم آریپیپرازول روزانه برای مدت ۸ هفته بودند. نتایج این مطالعه نشان داد دریافت‌کنندگان آریپیپرازول کاهش به‌طور متوسط ۱۳ درصدی در علایم در مقایسه با کاهش ۸ درصدی در دریافت‌کنندگان دارونما نشان دادند. ۸۴ درصد از بیماران هم طی مطالعه حداقل یک عارضه جانبی گزارش کردند. عوارض جانبی گزارش شده از جمله خواب‌آلودگی، ضعف، افزایش اشتها، سردرد، علایم اکستراپیرامیدال و افزایش وزن، خفیف تا متوسط بودند. در مطالعه دوم که دوز آریپیپرازول متغیر بود، ۹۸ بیمار شرکت داشتند. این بیماران هم بین ۶ تا ۱۷ سال سن داشتند و طول دوره مطالعه در این گروه هم ۸ هفته بود. هر چند نتایج به‌دست آمده از این مطالعه نیز رضایت‌بخش بود اما همچنان مطالعات بیشتری برای اطمینان از اثربخشی و ایمنی آریپیپرازول مورد نیاز است (۱۸).

همچنین مشاهده شده است که تغییرات رژیم غذایی و افزودن برخی ویتامین‌ها و مواد معدنی می‌تواند در بهبود بعضی از اختلالات اوتیسم، مؤثر باشد. در طی ده سال گذشته تحقیقات زیادی در این باره انجام شده است. نتایج برخی از آن‌ها حاکی از این است که افزودن ویتامین‌هایی مانند ب ۶ و ب ۱۲ می‌تواند در بهبود عملکرد سیستم گوارشی و آلرژی‌ها و رفتارهای کودک تأثیر مثبت داشته باشد (۱۸) و همچنین حذف برخی مواد مانند گلوتن و کازئین از رژیم غذایی کودک نیز مؤثر است. البته تمامی تحقیق‌ها و بررسی‌ها، این مطلب را به‌صورت علمی و قطعی ثابت نمی‌کنند. تعدادی از داروهای بیماری‌های دیگر وجود دارند که درباره بعضی از کودکان اتیستیک اثرات مثبت نشان داده‌اند. این داروها معمولاً در درمان بیش‌فعالی و اختلالات توجه و نگرانی در کودکان اتیستیک مؤثر بوده‌اند (۱۹). در اصل می‌توان گفت هدف از استفاده دارو در کودکان اتیستیک، کاهش رفتارهای اختلالی برای استفاده بهتر و بیشتر کودک از جلسات درمانی است. نمی‌توان به‌طور نظری مشخص کرد که کدام روش درمانی درست است. درباره هر ناتوانی، باید تصمیم‌های خاصی گرفته شود و به‌گزینه‌های شدت اختلال، رفتارهای شخص، پذیرش اجتماعی روش‌های درمانی از نظر معلمان و والدین و وضعیت محیطی توجه شود. اوتیسم طیف گسترده‌ای دارد و با رفتارهای گوناگونی همراه است؛ بنابراین نمی‌توان فقط با استفاده از یک رویکرد، نشانه‌های اوتیسم را کاهش داد (۲۰).

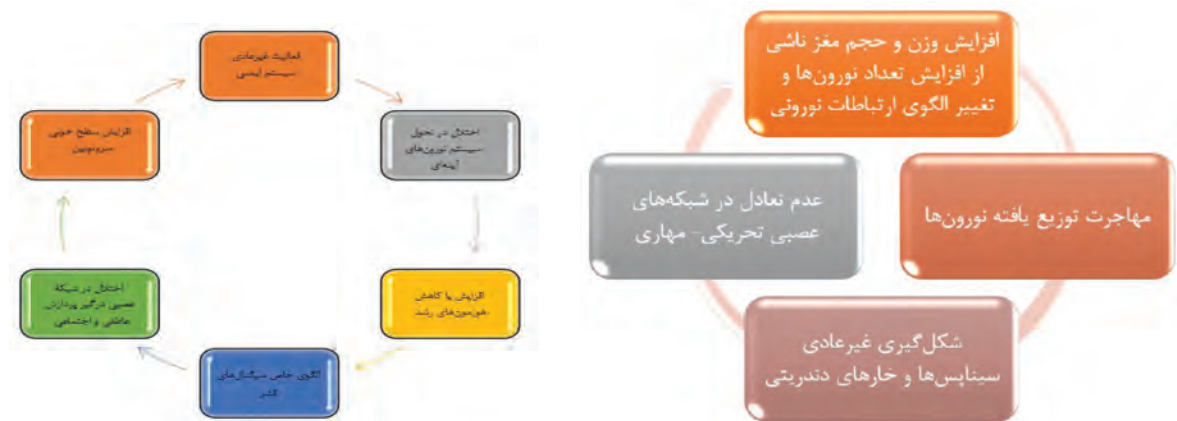
نتیجه‌گیری

در این مقاله به بررسی مسئله اوتیسم، تعاریف، عوامل مؤثر و سیر تحولی و طبقه‌بندی مداخله‌ها و راهبردهای توانبخشی، آموزشی و درمانی آن پرداخته شد. آنچه اهمیت دارد، توجه به این نکته است که در بحث مداخله‌های درمانی، با توجه به اینکه بنابر پژوهش‌ها و مطالعات انجام‌گرفته، اکثر این کودکان به محرک‌های حسی بهتر از محرک‌های انسانی واکنش نشان می‌دهند، خوب است بسیاری از مداخله‌هایی که به آن‌ها اشاره گردید، به‌صورت ترکیبی به کار برده شوند. مثلاً برای بهبود ارتباط و توجه کودک، می‌توان روش‌های یکپارچگی حسی و دارودرمانی را با هم ترکیب نمود تا وضعیت شناختی - ادراکی کودک بهبود پیدا کرده و ارتباط بهتری نیز با سایرین برقرار نماید. روش‌های درمانی برای اوتیسم به‌وجود آمده است که به کودکان اتیستیک کمک می‌کند تا توانایی‌های خود را افزایش بدهند و حتی برخی نیز توانسته‌اند با کمک این شیوه‌های درمان اوتیسم به بهبودی کامل برسند. این رویکردهای درمان علاوه بر اینکه کمک می‌کنند تا رفتارهای اختلالی کودک کم شوند، همچنین کارهای استقلالی را نیز به کودک می‌آموزند تا کودک بتواند به‌طور مستقل نیازهای خود را برآورده و به تدریج به یک زندگی عادی برسد (۲۱). نکته مهم دیگر اینکه بهتر است مداخله‌های مذکور حتی الامکان خانواده محور باشند؛ یعنی خانواده به‌ویژه والدین، در جلسات آموزشی، روش‌ها را فراگرفته و در منزل انجام دهند تا به نتایج مطلوب‌تری در زمینه بهبود علایم دست یابند. نکته آخر؛ علی‌رغم مطالعات و پژوهش‌های انجام شده، هنوز درمان قطعی در زمینه اوتیسم و اختلال‌های طیف اوتیسم، به‌دست نیامده و تمام مداخله‌های موجود، صرفاً در زمینه بهبود علایم است. ►

References

1. Samadi SA, McConkey R. Impacts on Iranian parents who have children with and Autism spectrum- disorder (ASD). J Intellect Disabil Res. 2014; 58(3): 243-54.

2. Fombonne E. The prevalence of autism. JAMA. 2003;289(1): 87-9.
3. Halfon N, Kuo AA. What DSM-5 could mean to children with autism and their families. JAMA Pediatr. 2013; 167(7): 608-13.
4. Ozonoff S. Editorial perspective: autism spectrum disorders in DSM-5-an historical perspective and the need for change. J Child Psychol Psychiatry. 2012;53(10): 1092-4.
5. Hus V, Lord C. The autism diagnostic observation schedule, module 4: revised algorithm and standardized severity scores. J Autism Dev Disord. 2014; 44(8):1-17.
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th Ed. (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Association.2013.
7. King M, Bearman P. Diagnostic change and the increased prevalence of autism. Int J Epidemiol. 2009;38(5): 1224-34.
8. Harsstad EB, Fogler J, Sideridis G, Weas S, Mauras C, Barbaresi WJ. Comparing diagnostic outcomes of autism spectrum disorder using DSM-IV-TR and DSM-5 Criteria. J Autism Dev Disord. 2015; 45(5):1437-50.
9. Lord C, Bishop SL. Recent advances in autism research as reflected in DSM-5 criteria for autism spectrum disorder. Annu Rev Clin Psychol. 2015; 11:53-70.
10. Kulage KM, Smaldone AM, Cohn EG. How will DSM-5 affect autism diagnosis? A systematic literature review and meta-analysis. J Autism Dev Disord. 2014;44(8): 1918-32.
11. Lord C, Petkova E, Hus V, Gan W, Lu F, Martin D, et al. A multisite study of the clinical diagnosis of different autism spectrum disorders. Arch Gen Psychiatry. 2012;69(3): 306-13.
12. Maenner MJ, Rice CE, Arneson CL, Cunniff C, Schieve LA, Carpenter LA, et al. Potential impact of DSM-5 criteria on autism spectrum disorder prevalence estimates. JAMA Psychiatry. 2014; 71(3): 292-300.
13. Huerta M, Bishop SL, Duncan A, Hus V, Lord C. Application of DSM-5 criteria for autism spectrum disorder to three samples of children with DSM-IV diagnosis of pervasive developmental disorders. Am J Psychiatry. 2012; 169(10): 1056-64.
14. Mazurek MO, Handen BL, Wodka EL, Nowinski L, Butter E, Engelhardt CR. Age at first autism spectrum disorder diagnosis: the role of birth cohort, demographic factors, and clinical features. J Dev Behav Pediatr. 2014;35(9): 561-9.
15. Young RL, Rodi ML. Redefining autism spectrum disorder using DSM-5: The implications of the proposed DSM-5 criteria for autism spectrum disorders. J Autism Dev Disord. 2014; 44(4): 758-65.
16. McPartland JC, Reichow B, Volkmar FR. Sensitivity and specificity of proposed DSM-5 diagnostic criteria for autism spectrum disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2012; 51(4): 368-83.
17. Miller JN, Ozonoff S. The external validity of Asperger disorder: Lack of evidence from the domain of neuropsychology. J Abnorm Psychol. 2000; 109(2): 227-38.
18. Kim YS, Fombonne E, Koh YJ, Kim SJ, Cheon KA, Leventhal BL. A comparison of DSM-IV pervasive developmental disorder and DSM-5 autism spectrum disorder prevalence in an epidemiologic sample. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2014; 53(5): 500-8.
19. Roid GH, Miller LJ, Pomplun M, Koch C. Leiter-3: leiter international performance scale. 3rd ed. Torrance, CA: Western Psychological Services. 2013.
20. Matson JL, Kozłowski AM, Hattier MA, Horovitz M, Sipes M. DSM-IV vs DSM-5 diagnostic criteria for toddlers with autism. Dev Neurorehabil. 2012; 15(3):185-90.
21. Autism spectrum disorder (ASD). Centers for disease control and prevention. <https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/facts.html>. 2017



نمودار ۲- علل بروز اتیسم در مراحل اولیه رشد جنینی.

نمودار ۱- فرضیات ساختار مغز مبتلایان به اتیسم.

مدل مفهومی امنیت غذا و تغذیه در ایران

شیرین سیدحمزه^۱، بهزاد دماری^{۲*}

۱. دانشجوی دکتری تخصصی سیاست‌های غذا و تغذیه، دانشکده علوم تغذیه و رژیم‌شناسی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۲. استادیار پزشکی اجتماعی، گروه مؤلفه‌های اجتماعی سلامت، مرکز تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران، دانشگاه علوم

پزشکی تهران، تهران، ایران

* پست الکترونیکی نویسنده مسئول: Email: bdamari@tums.ac.ir

چکیده

زمینه و هدف:

با اینکه تأمین غذایی پایدار یک دغدغه ملی و فراملی می‌باشد، اما هنوز روش‌های مختلفی برای اندازه‌گیری آن وجود دارد. این مطالعه با هدف تبیین یک مدل مفهومی با قابلیت سنجش همه ابعاد امنیت غذایی در کشور طراحی شده است.

روش و مواد:

این مطالعه به صورت کیفی و در سه مرحله انجام شد. ابتدا مدل‌های مفهومی در زمینه امنیت غذا و تغذیه بررسی شدند، سپس از کارشناسان تغذیه معاونت بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور و نیز کارشناسان دفتری بهبود تغذیه جامعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به صورت هدفمند نظرخواهی شد و در نهایت برای ارائه یک مدل مفهومی با در نظر گرفتن همه ابعاد مؤثر جلسه بحث گروهی متمرکز با حضور کارشناسان مسئول تغذیه دانشگاه‌ها و خبرگان تشکیل شد.

یافته‌ها:

در این الگو که به منظور نشان دادن عوامل مؤثر بر تغذیه و امنیت غذایی طراحی شده است، «سفره خانوار» تحت تأثیر عوامل کلان (فرهنگی) و عوامل خرد (عادات غذایی و شیوه زندگی) می‌باشد و شاخص‌های آنتروپومتریک و ریزمغذی‌ها متأثر از «سفره خانوار» است.

نتیجه‌گیری:

این مدل مفهومی می‌تواند در توصیف وضعیت، تحلیل علل و عوامل، برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری عرصه غذا و تغذیه کاربرد داشته باشد. همچنین به منظور تعیین سهم و نقش هر یک از دستگاه‌های متولی می‌تواند به کار گرفته شود.

مقدمه

امنیت غذا و تغذیه زمانی حاصل می‌شود که همه افراد در همه زمان‌ها مقدار کافی و با کیفیت از غذاهای متنوع با محتوای مواد مغذی و ایمن برای تأمین احتیاجات رژیم غذایی مصرف کنند و یک زندگی فعال و سالم توأم با بهداشت محیط، سلامت و مراقبت مکفی داشته باشند (۱). افرادی که به طور مزمین نامن غذایی هستند هم‌اکنون زیر آستانه امنیت غذایی زندگی می‌کنند و افرادی که بالقوه نامن غذایی هستند در مرز ناامنی هستند. هرچند که امروز نامن نیستند اما در آینده به احتمال زیاد نامنی غذایی خواهند داشت (۲). شیوع ناامنی غذایی در کشورهای در حال توسعه و توسعه یافته بین شش تا ۷۳٪ می‌باشد (۳-۵). در نقشه جهانی امنیت غذایی منتشر شده در سال ۲۰۰۸ کشور ایران جزء مناطق پرخطر قرار گرفته است. در این نقشه تقسیم‌بندی کشورها در طیف بسیار پرخطر، پرخطر، با خطر متوسط و کم خطر بوده است. در مطالعه کشوری سمپات (۶) هفت استان در وضعیت ناامن (خوزستان، کرمان، ایلام و بوشهر) تا بسیار ناامن (هرمزگان، کهگیلویه و بویراحمد، سیستان و بلوچستان) قرار دارند. در مطالعه شرفخانی و همکاران (۷) نیز که در شمال غرب ایران انجام شد ۵۹/۴٪ خانواده‌ها ناامن بودند. قرار گرفتن تقریباً نصف استان‌های کشور در طیف نسبتاً ناامن غذایی تا بسیار ناامن غذایی هشدار برای بهبود وضعیت امنیت غذایی کشور آن هم با رعایت عدالت در دسترسی و بهره‌مندی خانوارها است. ناامنی غذایی بر وضعیت فیزیکی، اجتماعی و روانی جامعه اثرگذار است (۸). بنابراین امنیت غذا و تغذیه فراتر از تأمین غذا بوده و تأمین آن، تضمین‌کننده سلامت جامعه است. از سوی دیگر در اسناد بالادستی کشور با اشاره به ابعاد امنیت غذایی آن را یکی از الویت‌ها در نظر گرفته است. از جمله این اسناد می‌توان به اصل سه بند ۱۲ قانون اساسی (۹) در برطرف نمودن هرنوع محرومیت در زمینه تغذیه و نیز سند چشم‌انداز ۱۴۰۴ (۱۰) به برخورداری از امنیت غذایی اشاره نمود. از عوامل مهم و مؤثر بر وضعیت امنیت غذایی یک جامعه نظام مدیریت امنیت غذایی آن است که سیستم رصد (هشدار دهنده) و نظام پاسخ‌دهی، تحقیقات کاربردی، ارزیابی و مداخله سریع در بحران و نیروی انسانی متخصص را شامل می‌شود (۱۱). اما از مقیاس‌های مختلفی در بررسی‌های میزان ناامنی غذایی خانواده استفاده می‌شود (۱۲-۱۸) و بنابراین مقایسه داده‌ها در مطالعات مختلف به راحتی امکان‌پذیر نمی‌باشد. وجود چارچوب و مدل برای تعیین و تغییر نتایج نامطلوب با تجزیه و تحلیل فعالیت‌ها مفید است. با توجه به اینکه تأمین امنیت غذایی از اهداف راهبردی و سند چشم‌انداز ۲۰ ساله کشور می‌باشد، نیاز به یک مدل مفهومی جامع تغذیه و امنیت غذایی در کشور وجود دارد تا علاوه بر در نظر گرفتن تمامی جنبه‌های مؤثر بر امنیت غذایی کشور برای سیاست‌گذاران و محققین در همسازسازی مقیاس‌ها در جهت سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی راهبر باشد. همچنین با وجود یک مدل کارآمد می‌توان استراتژی‌هایی برای کاهش آسیب‌پذیری تعیین کرد.

روش و مواد

این مطالعه به صورت کیفی و در سه مرحله انجام شد. در مرحله اول مرور کلیه داده‌های ثانوی منتشر شده در ارتباط با تغذیه و امنیت غذایی برای توصیف وضعیت فعلی و روند آن در یک دهه گذشته بررسی شد. این مستندات شامل گزارش‌های سالانه دفتر، گزارش پایش و ارزشیابی برنامه‌ها، اسناد بالادستی مرتبط با تغذیه و امنیت غذایی، مستندات طرح‌های راهبردی قبلی و مستند برنامه‌های موجود و گزارش‌های تحقیقاتی و آمارهای جمع‌آوری شده بود. همچنین گزارش‌های سازمان جهانی بهداشت، بانک جهانی، برنامه‌های تغذیه و امنیت غذایی قاره اروپا و آفریقا، سازمان بین‌المللی غذا انتخاب، مطالعه و تلخیص شد تا به عنوان راهنمایی برای تدوین مدل مفهومی به کار گرفته شود. پس از بررسی متون، با بررسی تجربه سایر کشورها در ایجاد سامانه و مدل‌های مختلف پایش امنیت غذا و تغذیه، مدل مفهومی پایش امنیت غذا و تغذیه و زیرساخت‌های آن تعیین گردید. همزمان از کارشناسان ستادی و استانی بهبود تغذیه جامعه نظرخواهی شد. انتخاب کارشناسان به صورت نمونه‌گیری هدفمند انجام شد. منطق و قدرت انتخاب کارشناسان تغذیه برای تعیین مدل مفهومی بستگی به میزان اطلاعات آن‌ها بر اساس سئوال مطالعه در تعیین عوامل مؤثر بر امنیت غذا و تغذیه کشور داشت و در مرحله سوم برای ارائه یک مدل مفهومی با در نظر گرفتن همه ابعاد مؤثر جلسه بحث متمرکز با حضور کارشناسان مسئول تغذیه دانشگاه‌ها و خبرگان (جدول شماره ۱) به صورت یک روزه تشکیل شد.

با استفاده از داده‌های جمع‌آوری شده وضعیت موجود از نظر شاخص‌های تغذیه‌ای و امنیت غذایی، روند آن‌ها، قوت و ضعف‌های نظام مدیریت تغذیه و امنیت غذایی کشور و تحلیل برنامه‌های موجود و عوامل مؤثر بر وضعیت فعلی تغذیه و امنیت غذایی جمع‌آوری شد.

یافته‌ها

برای تعریف مدل مفهومی علل و عوامل مؤثر بر وضعیت فعلی تغذیه و امنیت غذایی و مداخلات در سه سطح تأمین پایدار غذا، ایمنی غذایی و تغذیه تهیه گردید (۱۹). در این الگو که به منظور نشان دادن عوامل مؤثر بر تغذیه و امنیت غذایی طراحی شده است، در مجموع «سبب غذایی» که به محیط خانواده آورده می‌شود با عوامل کلان (فرهنگی) و خرد (عادات غذایی، شیوه زندگی) در ارتباط بوده و با توجه به وضعیت سلامت محیط خانوار و افراد درون خانه «سفره خانوار» را شکل می‌دهد.

شاخص‌های پیامد: برای بررسی شاخص‌های پیامد کوتاه‌مدت تغذیه‌ای (متوسط و شدید)، کمتر از دو انحراف معیار از میانه قد برای سن جمعیت مرجع، کم وزنی (متوسط و شدید)، کمتر از دو انحراف معیار از میانه وزن برای قد جمعیت مرجع) و توده بدنی (لاغری)، اضافه وزن و چاقی) در نظر گرفته شده است. میزان آهن، ید، ویتامین A، کلسیم و ویتامین D برای بررسی وضعیت ریزمغذی‌های شاخص پیامد در نظر گرفته شد (۲۰).

وضعیت ریزمغذی‌های کشور در سال ۱۳۸۵ منتشر شد. در این بررسی وضعیت کم‌خونی، روی، ویتامین A و D نشان داد که بیشترین میزان شیوع کم‌خونی در کودکان ۲۳-۱۵ ماهه و سپس زنان باردار دیده می‌شود. کمبود روی یکی دیگر از مشکلات ریزمغذی‌ها بود و همه زنان و مردان مورد بررسی در شهر و روستا از حدود ۲۰ تا حدود ۴۰٪ با کمبود آن مواجه بودند. کمبود ویتامین A به‌ویژه در زنان باردار با شیوع بالاتری دیده شد و بررسی کمبود ویتامین D در زنان باردار پنج ماهه در کل کشور ۳/۳۷٪ ارزیابی گردید (۲۱). همچنین در چهارمین پایش ملی بررسی دریافت ید، نتایج برخی استان‌ها نگران‌کننده بود (۲۲). از آنجایی که کاهش دریافت ید در خانم‌های باردار و شیرده می‌تواند پیامدهای نامطلوبی برای جنین و نوزاد داشته باشد (۲۳). باید به میزان دریافت این ریزمغذی نیز توجه شود. در نتیجه بهبود وضعیت ریز مغذی‌ها و نیاز به ایجاد نظام پایش و ارزشیابی غذا و تغذیه و اطمینان از سیری سلولی و سلامت تغذیه‌ای جامعه به‌عنوان پیامدها در مدل مفهومی امنیت غذا و تغذیه کشور در نظر گرفته شدند.

دسترسی فیزیکی: دسترسی فیزیکی به توانایی تهیه نوع، میزان کیفیت و مقدار غذای مورد نیاز اشاره دارد. دسترسی فیزیکی تحت تأثیر عوامل مختلف تولید محلی، ذخیره، فرآوری، توزیع، حمل و نقل، محل خرید و غنی‌سازی قرار می‌گیرد. تولید بیانگر میزان و نوع غذاهای مصرفی به صورت محلی و داخلی است. نحوه ذخیره‌سازی، میزان دسترسی غذا در زمان‌های مختلف و مقدار را تعیین می‌کند. فرآوری غذا نوع و فرم غذای در دسترس، توزیع، نحوه انتقال فیزیکی، شکل توزیع و زمان مصرف، حمل و نقل تعیین‌کننده مقدار فراهمی غذا از طریق داد و ستد، خرید یا وام را به غیر از تولید محلی نشان می‌دهد. سطح درآمد، قدرت خرید، روابط اجتماعی، آداب و رسوم، مهاجرت، سن و جنس افراد جامعه، بازار، شرایط تجارت، ارزش پول و یارانه‌ها بر داد و ستد مؤثرند.

دسترسی اقتصادی: قدرت خرید خانوار یا جامعه به قیمت غذا وابسته است. افزایش قیمت غذا باعث کاهش تنوع و کیفیت تغذیه‌ای رژیم غذایی می‌شود و برای بسیاری از افراد جامعه به خصوص دهک‌های پایین درآمدی مقدار غذا را هم تحت تأثیر قرار می‌دهد. سیاست‌های قیمت‌گذاری، درآمد، یارانه‌ها و سطح رفاه میزان دسترسی اقتصادی را تغییر می‌دهند.

ایمنی غذا: ایمنی غذایی به خطرات مواد شیمیایی اضافه شده حین تولید، فرآوری، بسته‌بندی، و بیماری‌های ناشی از غذا مانند سالمونلا اشاره می‌کند. تعیین‌کننده‌های اصلی شامل استانداردها و قوانین تولید غذا، فرآوری و بسته‌بندی است. علاوه بر انواع آلودگی‌ها و بهداشت محیط، محیط زیست نیز از طریق زمین‌های کشاورزی و تولید محلی نیز بر ایمنی غذایی تأثیرگذار است.

سواد تغذیه‌ای: آموزش و سطح سواد تغذیه‌ای بر نحوه پخت و آماده‌سازی غذا مؤثر بوده و میزان ارزش تغذیه‌ای غذا را مشخص می‌کند. سواد تغذیه‌ای بستگی به میزان سواد و سطح آموزش، تبلیغات و بازاریابی دارد. تبلیغات و رسانه‌ها نوع و مقدار غذا، افراد جامعه و انتخاب آن‌ها را هدف قرار می‌دهد. بازاریابی که از سویی بر توزیع اثرگذار است خود تحت تأثیر سواد تغذیه‌ای افراد جامعه می‌باشد. سواد تغذیه‌ای علاوه بر انتخاب سبب غذایی، بر سفره خانوار نیز تأثیرگذار است. دسترسی فیزیکی و اقتصادی، ایمنی غذا، سواد تغذیه‌ای و عوامل تعیین‌کننده آن‌ها بر انتخاب سبب غذایی مؤثر است اما آنچه سفره خانوار را شکل می‌دهد نتیجه فرهنگ، عادات غذایی، شیوه زندگی و سواد تغذیه‌ای است. فرهنگ و ارزش‌ها میزان تقاضا را برای انواع خاصی از غذاها تعیین می‌کند. اعتقادات مذهبی، طعم‌ها، عادات و شیوه زندگی (مثلاً شهرنشینی و شاغل بودن زنان) سفره خانوار را تغییر می‌دهد. همچنین فرهنگ ابعاد مصرف غذا مثلاً خوردن غذا با اعضای خانواده یا غذاهای خاص در مراسم و اعیاد مهم را نیز شامل می‌شود. در برخی مناطق خوردن غذاهای محلی یک ارزش محسوب می‌شود. درک دید جامعه و روابط خانوار همچون فرهنگ در مدل مفهومی جای گرفته است. وضعیت سلامت بر پیامدهای تغذیه‌ای و سفره خانوار تأثیر می‌گذارد. وضعیت سلامت میزان بهره‌وری از غذا و نیازهای متفاوت به مواد مغذی، میزان کالری و پروتئین را نشان می‌دهد. چگونگی ارائه خدمات سلامت و یا بهداشت آب بر وضعیت سلامت مؤثر بوده و میزان دسترسی از سفره و پیامدهای تغذیه‌ای را تغییر می‌دهد.

عوامل محیطی: بسیاری از تغییرات محیطی اثرات مستقیم بر تولید غذا دارد، هر چند که پیامدهای آن بر امنیت غذایی ممکن است

غیرمستقیم باشد. به طور مثال تغییرات محیط زیست، تولید محصولات داخلی و در نتیجه دسترسی، توزیع و تبادلات آن را تغییر می‌دهد. در مدل مطالعه حاضر به بازارهای بین‌المللی در عوامل محیطی مشخصاً اشاره شده است چون احتمال آسیب‌پذیری پایدار در کشورهای که به بازارهای غذایی بین‌المللی متکی هستند، وجود دارد. ابعاد مؤثر در امنیت غذایی تحت تأثیر عوامل و ظرفیت‌های کشورهاست. برای رسیدن به امنیت غذا و تغذیه سیاست‌ها، برنامه‌ها و چارچوب قانونی کشور باید مورد بررسی قرار گیرند. وضعیت اقتصادی از جمله عوامل محیطی می‌باشد که از طریق دسترسی اقتصادی و همچنین صادرات، واردات و قیمت جهانی غذا بر امنیت غذایی تأثیر می‌گذارد. عامل فناوری نیز به دلیل تأثیر بر تسریع و تسهیل نمودن فرآیندها و کنترل دقیق و سریع موانع در مدل اهمیت دارد.

بحث

غذا یک «موضوع راهبردی» است که تحت تأثیر هر شش عامل بیرونی شامل: سیاسی، اقتصادی، اجتماعی، فن‌آوری، بین‌المللی و اکوسیستم می‌باشد. در مدل مفهومی امنیت غذا و تغذیه برآیند چهار بعد اثرگذار دسترسی فیزیکی، دسترسی اقتصادی، ایمی‌غذایی و سواد تغذیه‌ای، سبب غذایی را شکل داده که با تأثیر فرهنگ، عادات غذایی و شیوه زندگی و در نظر داشتن سواد تغذیه‌ای، سفر خانوار یعنی "آنچه خورده می‌شود" تعیین می‌گردد. وضعیت سلامت افراد میزان بهره‌برداری از غذا را نشان می‌دهد و آنچه ماحصل امنیت تغذیه‌ای است از طریق شاخص‌های پیامد قابل اندازه‌گیری می‌باشد.

بیشتر مدل‌ها مانند FIVIMS (۲۴)، FANAT (۵۲)، IFPRI (۶۲) از مدل سوء تغذیه کودکان یونیسف (۷۲) استفاده کردند اما در این مدل از قالب سازمان جهانی بهداشت استفاده شده است. دلیل استفاده از مدل یونیسف تأثیرپذیری وضعیت تغذیه‌ای افراد به علت سطوح مختلف سوء تغذیه می‌باشد. این سطوح به سه قسمت علل سریع و فوری، زمینه و پایه تقسیم می‌شوند هر چند که این مدل بر وضعیت تغذیه کودکان تمرکز دارد اما برای گروه‌های سنی مختلف نیز قابل استفاده می‌باشد. علل سریع در سطح فردی می‌باشد. اما با در نظر گرفتن عوامل فوق فاکتورهای دیگری مانند عادات و رفتارها، تبلیغات و فاکتورهای روانی همچون فرآیندهای ذکر شده در سطوح مختلف تأثیرگذارند. سازمان جهانی بهداشت (۹۱) علاوه بر در نظر گرفتن فاکتورهای پایه، زمینه و عوامل تعیین‌کننده اجتماعی را نیز مورد توجه قرار داده است، چراکه نابرابری حتی در سطح خانوار یکسان نیست. این مدل نشان‌دهنده تداخلات ساختار با وضعیت اجتماعی و سیاسی است. به همین دلیل از مدل WHO استفاده شد. در مدل مفهومی Sobal و همکاران (۱۸) از منابع طبیعی و اجتماعی به تولیدکنندگان سپس مصرف‌کنندگان (و بالعکس) و در نهایت تغذیه (و بالعکس) و سلامتی رسیده است. در این مدل محیط بیوفیزیک و اجتماعی در دو سطح جداگانه تفکیک شده‌اند که می‌توانند بر منابع و مصرف‌کنندگان تأثیرگذارند. در نمای دوم از مدل مفهومی مطالعه Sobal سیستم غذا و تغذیه در ارتباط با دولت، سیستم مراقبت سلامت، حمل و نقل، اقتصاد، محیط طبیعی و فرهنگ ترسیم شده است. اما در مدل مطالعه حاضر سعی شده است همه ابعاد امنیت غذا و تغذیه در یک مدل گنجانده شود.

در مدل مفهومی سامانه ملی پایش امنیت غذا و تغذیه چهار بعد کشاورزی-اقلیمی، اقتصادی-اجتماعی، جمعیتی و بهداشتی، تغذیه و امنیت غذایی در نظر گرفته شده است. در مقایسه مدل مفهومی مطالعه حاضر ابعاد غذا و تغذیه، ارتباط آن با سبب‌گذاری و سفره خانوار نشان داده شده و شاخص پیامد برای ارزشیابی وضعیت امنیت غذایی تعریف شده است، همچنین امنیت غذا و تغذیه در سه سطح خانوار، ملی و بین‌المللی مطرح شده که برای اندازه‌گیری آن در هر سطح، از ابعاد و شاخص‌های متفاوتی استفاده می‌شود. در سطح خانوار مصرف، تحت شرایط اقتصادی همچون دستمزد، اشتغال و قیمت‌ها به طور مستقیم بررسی می‌شود. در سطح ملی می‌توان با استفاده از ابزارهایی مانند میزان تولید در برابر نیاز، ظرفیت واردات مواد غذایی، مواد مغذی موجود در سطح کلان، ترکیب غذای کشور و روند تغییرات آن در طول زمان، قیمت‌ها و میزان تغییرات آن اندازه‌گیری کرد. سرانه عرضه کالری، پروتئین، چربی و تولید، واردات مواد غذایی، کمک‌های غذایی، سرانه تولید ناخالص داخلی و ملی و نرخ رشد آن از معیارهای سنجش امنیت غذایی در سطح فراملی می‌باشد که در مقالات (۲۸ و ۲۹) نیز به آن‌ها اشاره شده است. مدل‌های مفهومی در مطالعات مختلف، متفاوت تعریف شده است. مثلاً در یک نمونه مدل مفهومی از محیط سیستم غذایی شروع می‌شود که وضعیت سلامت، محیط بیوفیزیک، محیط اجتماعی اقتصادی، سیاسی، خصوصیات دموگرافیک بر سیستم غذایی شامل منابع طبیعی، تولیدات، انتقال ذخیره‌سازی و داد و ستد، مصرف و سلامت و تغذیه تأثیر می‌گذارد و تغییرات در محیط سیستم غذا باعث پیامدهایی در سطح محیط زیست، اجتماعی اقتصادی و وضعیت سلامت و تغذیه می‌شود که تقریباً مشابه با مدل مطالعه حاضر است با این تفاوت که در مدل ما تأکید بیشتری بر وضعیت تغذیه‌ای شده است و شاخص‌های پیامد در نتیجه سفره خانوار تعریف شده‌اند (۳۰). در مقاله مروری Renzaho و همکاران (۳۱) به اهمیت نقش فرهنگ در امنیت غذایی و نادیده گرفته شدن آن اشاره می‌شود، هرچند که باید برای رسیدن به امنیت غذایی بر فرهنگ مربوطه تمرکز و توجه شود. اما در مطالعه حاضر به این بعد بصورت مشخص اشاره می‌شود که بر سفره خانوار اثرگذار است.

Hammond و همکاران در مقاله خود کاربرد نظریه سیستمی و بین بخشی را برای بهبود امنیت غذا و تغذیه تشریح کرده‌اند، در این مطالعه چهار دسته عوامل اثرگذار در ناامنی غذا و تغذیه معرفی شده‌اند (۳۲) عوامل کلان: سیاست‌های بازار، مالکیت زمین و ابزار، سیاست‌های تولید، هنجارهای اجتماعی و فرهنگی، عوامل زراعی: از مرحله تولید موادخام، نگهداری، تبدیل، بسته‌بندی، زنجیره تأمین (حمل و نقل، توزیع و مصرف)، عوامل سلامتی: اختلال فیزیولوژیک و بیماری‌ها، آب و خوراک سالم و عوامل زیست محیطی: تغییرات جوی، رشد جمعیت، توسعه اقتصادی، شهرنشینی، مهاجرت، تغییرات اکوسیستم. در مدل مطالعه حاضر علاوه بر عوامل فوق سواد تغذیه‌ای را به عنوان عامل مؤثر بر انتخاب سبب غذایی خانوار در نظر گرفته است.

در مدل UCFA (۳۳) که مدل مفهومی عملیاتی برای امنیت غذا و تغذیه و بحران غذا در جهان را مطرح کرده دو هدف تعیین شده است که شامل تأمین نیازهای سریع جمعیت آسیب‌پذیر و تحکیم امنیت غذایی و تغذیه جهان در دراز مدت می‌باشد. تفاوت عمده این مدل با مدل مفهومی این مطالعه بعد آن از نظر جهانی و کشوری است. مدل UCFA در راستای هدف کلی توسعه هزاره در ریشه‌کنی فقر و گرسنگی طراحی شده است هرچند که پیامدهای آن در کشور و منطقه نیز قابل بررسی است. مدل مطالعه انجام شده اگرچه در سطح کشوری است اما در نظر گرفتن سیستم رصد و هشداردهنده و نظام پاسخ‌دهی، ارزیابی و مداخله سریع در بحران این مزیت مقایسه را با مدل جهانی UCFA فراهم می‌کند.

مفیدترین مدل‌های مفهومی سیستم غذا را به صورت زنجیره‌ای از فعالیت‌ها از تولید (زمین) تا مصرف (سفره) با تأکید بر فرآوری، بازاریابی و تغییرات حاصل از آن‌ها ترسیم می‌کند (۳۴-۳۶). در مدل‌های مفهومی کمتر اشاره مستقیمی به انتخاب سبب و سفره خانوار می‌شود (۳۷) و این در حالی است که با وجود تمام شرایط امنیت غذایی در صورتی که سبب به گونه مطلوب تهیه نشده و در سفره گنجانده نشود عملاً امنیت غذا و تغذیه میسر نخواهد شد. هرچند که مدل مطالعه حاضر با نظر کارشناسان و خبرگان تعریف شده است اما نیاز به استفاده از آن

در مطالعات تجربی وجود دارد باید توجه داشت که همه گام‌ها یا روش‌ها در مدل‌ها و چارچوب‌های تعریف شده با یکدیگر مساوی نخواهند بود و بستگی به هدف و موضوع انتخابی محقق دارد.

نتیجه‌گیری

این مدل مفهومی می‌تواند راهگشای تحقیقات علمی و کاربردی امنیت غذایی کشور باشد و نتایج آن برای سیاست‌گذاران عرصه غذا و تغذیه قابل استفاده است. با دانستن سهم هر یک از عوامل مؤثر بر امنیت غذا و تغذیه و تأثیر آن بر شاخص‌های پیامد می‌توان استراتژی‌ها و برنامه‌های منطبق با الیت‌ها را در دستور کار قرار داده تا به امنیت غذایی پایدار دست یافت. به همین دلیل بهتر است برای بررسی کاربرد و اثربخشی مدل مفهومی فوق، مطالعات امنیت غذایی در آینده با به کارگیری ابعاد این مدل صورت گیرد. ►

References:

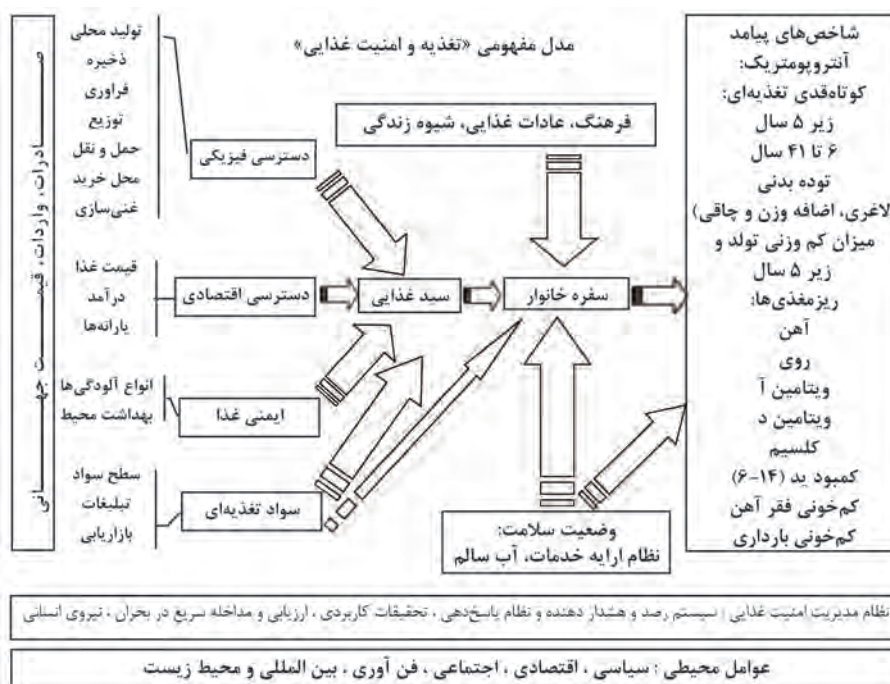
1. Cfs. Coming to Terms with Food Security, Nutrition Security, Food Security and Nutrition, Food and Nutrition Security, Available at: <http://www.fao.org/docrep/meeting/026/MD776E.pdf> [Accessed September 19, 2012], 2012.
2. Gross R ,Schoeneberger H ,Pfeifer H ,Preuss H-J. The Four Dimensions of Food and Nutrition Security :Definitions and Concepts .SCN News 2000;20:5-20.
3. US Department of Agriculture (2008) Food Insecurity in United States .<http://www.ers.usda.gov/Briefing/FoodSecurity/readings.htm#statistical> (accessed June.2008)
4. Campbell CC. Food Insecurity: A Nutritional Outcome or A Predictor Variable ? The Journal of Nutrition.1991;121(3):408-15.
5. Djazayeri A, Pourmoghim M, Omidvar N. Assessment and Comparison of Food Security and Nutrient Intake among High School Girls From Two Areas In North and South of Tehran. Iranian Public Health J.1999:1-4.
6. Kolahdooz FN ,Farid .Report of a National Survey :Food Security Information and Mapping System in Iran.2012 .
7. Bakhshi M, Samadi M, Baradaran Nasiri M. Maintaining the Status of Iran in Southwest Asia on the Indicators Defining Vulnerability and Food Security. Agricultural Economics and Development. 2008;16(63):21-50.
8. Alimoradi Z ,Kazemi F ,Mirmiran P ,Estaki T .Household Food Security in Iran :Systematic Review of Scales, Prevalnce ,Influencing Factors and Outcomes.2014 .
9. <https://www.emdad.ir/central/asnad/files/ghanoonasasi.pdf> (Full Text in Persian)
10. https://goums.ac.ir/files/gonbad/pages/sanad_cheshmandaz_20_saleh.Pdf . (Full Text in Persian)
11. http://v-health.mums.ac.ir/images/v-health/bahranis1/pdf/taghzieh/Sanad_Meli_Taghzie.pdf. (Full Text in Persian)
12. Mohammadi F, Omidvar N, Harrison GG, Ghazi-Tabatabaei M, Abdollahi M, Houshiar-Rad A, Et Al. Is Household Food Insecurity Associated with Overweight/Obesity in Women? Iranian Journal of Public Health. 2013;42(4):380.
13. Mohammadi F, Omidvar N, Houshiar Rad A, Mehrabi Y, Abdollahi M. Association of Food Security and Body Weight Status of Adult Members of Iranian Households. Iranian Journal of Nutrition Sciences & Food Technology.2008;3(2):41-53.
14. Mohammadpour Kaldeh M, Fouladvand M, Avakh Keisami M. Food Insecurity as a Risk Factor for Obesity in Low-Income Boushehrian Women. ISMJ. 2010;13(4):263-72.
15. Mohammadzadeh A, Doroshty Motlagh A, Eshraghian M. The Association of Food Security with Socio-Economic Factors and Weight Status among Adolescents. Iranian Journal of Nutrition Sciences & Food Technology.2010;5(1):55-62.
16. Rafiei M, Rastegari HA, Ghiasi M, Shahsanaie V. Household Food Security in Isfahan Based on Current Population Survey Adapted Questionnaire. International Journal of Preventive Medicine. 2013;4(12):1421.
17. Ramesh T, Doroshty Motlagh A, Abdollahi M. Prevalence of Household Food Insecurity in the City of Shiraz And its Association with Socio-Economic and Demographic Factors, 2008. Iranian Journal of Nutrition Sciences & Food Technology. 2010;4(4):53-64.
18. Sobal J, Khan LK, Bisogni C. A Conceptual Model of the Food and Nutrition System. Social Science & Medicine.1998;47(7):853-63.
19. WHO .(2010) A Review of Nutrition Policies .WHO ,Geneva .Available from http://www.who.int/nutrition/EB128_18_Backgroundpaper1_A_review_of_nutritionpolicies.
20. Siassi F ,Mohammas K ,Djazayeri A ,Djalali M ,Abdollahi Z ,Doroshty A.R ,Pouraram H ,Heshmat R ,Khadaverdian K ,Sotoudeh G ,Yarparvar A.H ;National Integrated Micronutrient Survey 2012 (NIMS II) .Tehran :Ministry of Health and Medical Education.2015, (Full Text in Persian)
21. National Integrated Micronutrient Survey 2006 (NIMS I). Tehran :Ministry of Health and Medical Education2006 , (Full Text in Persian)
22. Delshad H, Amouzgar A, Mirmiran P, Azizi F. Eighteen Years Of Universal Salt Iodization in Iran; The Fourth National Survey of Goiter Prevalence and Urinary Iodine Excretion of Schoolchildren (2007-2008), 2013. (Full Text in Persian)
23. Delange F. Iodine Deficiency As A Cause Of Brain Damage. The Fellowship of Postgraduate Medicine; 2001.
24. FIVIMS (Food Insecurity and Vulnerability Information and Mapping). 2012. FIVIMS/FAOframework, http://www.fivims.org/index2.php?option=com_sobi2&sobi2Task=dd_download&fid=17&no_html=1. Ac-

cessed January 3, 2012.

25. Riely F, Mock N, Cogill B, Bailey L, Keneffick E. Food Security Indicators and Framework for use in the Monitoring and Evaluation of Food Aid Programs. Nutrition Technical Assistance Project (FANTA), Washington, DC. 1999.
26. Ecker O, Breisinger C. The Food Security System: A New Conceptual Framework. International Food Policy Research Institute (IFPRI), 2012.
27. Unicef. Strategy for Improved Nutrition of Children and Women in Developing Countries: Unicef. 1990 ;
28. Abolhassani MH, Kolahdooz F, Majdzadeh R, Eshraghian M, Shaneshin M, Jang SL, Et Al. Identification And Prioritization of Food Insecurity and Vulnerability Indices in Iran. Iranian Journal of Public Health. 2015;44(2):244.
29. Lang T, Heasman M. Food Wars: The Global Battle for Mouths, Minds and Markets: Routledge. 2015 ;
30. Pinstrup-Andersen P, Watson II DD. Food Policy For Developing Countries: The Role of Government in Global, National, and Local Food Systems: Cornell University Press; 2011.
31. Renzaho AM, Mellor D. Food Security Measurement in Cultural Pluralism: Missing the Point or Conceptual Misunderstanding? Nutrition. 2010;26(1):1-9.
32. Hammond RA, Dubé L. A Systems Science Perspective and Transdisciplinary Models for Food and Nutrition Security. Proceedings of the National Academy of Sciences. 2012;109(31):12356-63.
33. Nabarro D, Editor The UN System High Level Task Force (HLTF) on the Global Food Security Crisis and the Updated Comprehensive Framework for Action UCFA). ECOHEALTH); 2011: SPRINGER 233 SPRING ST, NEW YORK, NY 10013 USA
34. Ericksen PJ. Conceptualizing Food Systems for Global Environmental Change Research. Global Environmental Change. 2008;18(1):234-45.
35. Lang T, Heasman M. Food wars. London: Earthscan; 2004;278-301.
36. Lovendal CR, Knowles M. Tomorrow's Hunger: A Framework for Analysing Vulnerability to Food Security. Research Paper, UNU-WIDER, United Nations University (UNU), 2006 9291909033.
37. Heller MC, Keoleian GA. Assessing the Sustainability of the US Food System: A Life Cycle Perspective. Agricultural Systems. 2003;76(3):1007-41.
38. Pollack K, Editor A. Framework for Assessing Effects of the Food System. 143rd APHA Annual Meeting And Expo (Oct 31-Nov 4, 2015); 2015: APHA.

جدول شماره ۱- اعضای خبرگان برای بحث متمرکز مدل مفهومی تغذیه و امنیت غذایی کشور

ردیف	خبرگان	تعداد (نفر)
۱	استاد تغذیه دانشگاه علوم پزشکی تهران	۲
۲	موسسه تغذیه سلامت و توسعه	۱
۳	متخصص سلامت خانواده	۱
۴	انیستیتو تحقیقات تغذیه و صنایع غذایی	۱
۵	فرهنگستان علوم پزشکی ایران	۱



دستورالعمل ایمن سازی در مبتلایان به ایدز

بزرگسالان مبتلا به عفونت HIV در مقایسه با افراد سالم ممکن است به دنبال مواجهه با بیماری‌های قابل پیشگیری به وسیله واکسن، در معرض خطر عفونت به میزان بیشتر یا ابتلا به بیماری شدیدتر باشند. در نتیجه ممکن است آستانه توصیه به ایمن سازی نسبت به جمعیت عمومی، پایین تر باشد. پاسخ به واکسیناسیون در افراد مبتلا به عفونت HIV اغلب کمتر از حد مطلوب است و این افراد ممکن است از دوزهای بالاتر یا دفعات بیشتر واکسیناسیون بهره ببرند. به علاوه با توجه به میزان کمتر پاسخ و دوام کمتر اثر واکسن ممکن است بعد از واکسیناسیون برای تعیین سطح آنتی بادی و بررسی نیاز به دوز یادآوری و کنترل مکرر آزمایش‌های سرولوژیک لازم باشد.

بی‌زیانی واکسیناسیون یکی از مهمترین مسائل است. واکسن‌های غیر فعال را می‌توان در افراد مبتلا به عفونت HIV با اطمینان خاطر استفاده کرد. به طور کلی واکسن‌های زنده در عفونت HIV منع مصرف دارند. با این حال بازسازی ایمنی ناشی از ART احتمال خطر عوارض نامطلوب را کاهش داده و در بعضی موارد نسبت خطر به فایده به نفع واکسیناسیون تغییر یافته است. مثال‌های مهمی از واکسن‌های زنده که می‌توان در افراد مبتلا به عفونت HIV با احتیاط استفاده کرد عبارتند از سرخک، اوریون و سرخچه (MMR) و واریسلا.

اصول کلی ایمن سازی در بزرگسالان مبتلا به HIV

- در افراد مبتلا به عفونت علامت دار HIV یا $CD4 < 200 \text{ cell/ml}$ نباید واکسن‌های زنده تجویز شوند. در صورت لزوم بعد از بازسازی ایمنی واکسیناسیون باید مجدداً مدنظر قرار گیرد.
- افراد خانواده و سایر نزدیکان افراد مبتلا به عفونت HIV و مبتلا به نقص ایمنی شدید نباید واکسن پولیوی خوراکی و واکسن‌های آنفلونزای داخل بینی را دریافت کنند اما می‌توانند واکسن MMR و واریسلا را استفاده کنند.
- افراد بدون علامت مبتلا به HIV با تعداد $CD4$ بالاتر از $400 - 500 \text{ cell/ml}$ معمولاً واجد صلاحیت کافی ایمنی در نظر گرفته می‌شوند در حالی که افراد با تعداد $CD4$ بین 200 و $400 - 500 \text{ cell/ml}$ دارای نقص ایمنی محدود به حساب می‌آیند. در حالی که می‌دانیم در افراد درمان شده با سابقه بیماری علامت دار و افت شمارش سلول $CD4$ ممکن است بازسازی ایمنی ناکامل باشد، ولی معمولاً توصیه می‌شود که شمارش فعلی $CD4$ را می‌توان برای دسته‌بندی افراد مبتلا به عفونت HIV به کار برد. زمانی که براساس سطح نوسازی ایمنی، نگرانی از بی‌زیانی واکسن باعث محدودیت استفاده از واکسن شود توصیه می‌شود که حداقل به مدت سه ماه قبل از اقدام به واکسیناسیون شمارش سلول $CD4$ به طور ثابت بالاتر از سطح آستانه قرار داشته باشد.
- صرف نظر از شمارش سلولی $CD4$ ، موارد ممنوعیت استفاده از واکسن‌های زنده که در جمعیت عمومی مورد استفاده قرار می‌گیرد، در افراد مبتلا به عفونت HIV نیز کاربرد دارند (مانند کورتیکوئیدی، شیمی درمانی ایمنوساپرسیو، پیوند اعضای توپر، پیوند سلول بنیادی).
- به طور کلی توصیه می‌شود که واکسیناسیون در افراد دارای $CD4$ کمتر از 200 cell/ml در صورت لزوم و بی‌زیانی واکسن، انجام شود و در صورت ضرورت بعد از نوسازی ایمنی تکرار شود.
- افزایش گذرا در مقدار HIV RNA در پلاسما بعد از تجویز چندین واکسن گزارش شده است.

جنبه‌های عملی ایمن سازی و موارد ممنوعیت عمومی

- واکسن‌های زنده را می‌توان همزمان در نقاط مختلف یا با فاصله زمانی ۴ هفته تجویز نمود. زمانی که چند واکسن هم زمان تجویز می‌شوند باید از نقاط جداگانه برای تزریق استفاده شود. اگر واکسن‌ها در یک اندام تزریق شوند نقاط تزریق حداقل باید $2/5$ سانتی متر جدا از یکدیگر باشند.
- واکسن‌های زنده حداقل باید ۱۴ روز قبل یا سه ماه بعد از استفاده از فرآورده‌های خونی حاوی آنتی بادی، تزریق شوند. زیرا ممکن است آنتی بادی‌های اکتسابی پاسیو با پاسخ به واکسن تداخل داشته باشند.
- به عنوان یک قانون کلی، در افراد دارای سابقه قبلی واکنش شدید یا آلرژی به واکسن یا اجزای آن، این واکسن‌ها ممنوعیت دارند. به علاوه افراد مبتلا به بیماری‌های حاد همراه با تب شدید یا متوسط معمولاً تا بهبود علائم نباید واکسینه شوند.
- واکسن‌های غیرفعال در صورت وجود خطر قابل توجه عفونت ممکن است در بارداری استفاده شوند. واکسن‌های زنده در بارداری ممنوعیت دارند ولی در بسیاری از موارد، خطر فرضی برای جنین در حال رشد بسیار اندک است. با این حال رجوع به نظر متخصصین امر در این موارد توصیه می‌گردد.
- BCG Vaccine: خطر واکسن BCG در شیرخواران مبتلا به عفونت HIV از منافع آن بیشتر است. توصیه می‌شود تا روشن شدن وضعیت HIV در شیرخوار واکسیناسیون به تاخیر بیافتد و در صورت اثبات عفونت با HIV از تزریق واکسن خوداری شود.
- Polio Vaccine: کودکان مبتلا به عفونت HIV باید یک دوره واکسیناسیون با پنج نوبت IPV دریافت کنند. افراد دارای سابقه واکسیناسیون ناکامل باید بقیه دوزهای IPV را، صرف نظر از آخرین نوبت و نوع واکسن دریافتی قبلی، برای تکمیل دوره پنج نوبتی واکسیناسیون دریافت نمایند.
- برای بزرگسالان غیر واکسینه مبتلا به عفونت HIV که در معرض خطر پولیویروس قرار دارند مجموعه اولیه IPV توصیه می‌شود. ▶

منبع: مجموعه دستورالعمل‌های مراقبت و درمان HIV/AIDS (مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی)

جدول واکسیناسیون در بالغین مبتلا به HIV:

نوع واکسن	توصیه
آنتیفلوآنزا(غیر فعال)	در همه مبتلایان به صورت سالیانه توصیه می شود. (اثربخشی واکسن زنده معلوم نیست و استفاده نشود)
توأم بزرگسال	همچون سایر بزرگسالان هر ده سال یکبار
هیپاتیت B	<p>در همه مبتلایان توصیه می شود، مگر آنکه قبلاً ایمن باشند (HBS Ab+ باشند) یا عفونت فعال داشته باشند (HBSAg+ یا HBc Ab+ و HBV DNA+ باشند):</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ واکسن در ۳ دوز تزریق می شود (صفر، یک ماه و شش ماه) در شرایط خاص ممکن است از ✓ بصورت تسریع شده توصیه شود (۰ و ۱ و ۲ که البته توصیه می شود پس از ۱۲ ماه دوز چهارم تجویز شود. این روش ممکن است در گروههای با دسترسی کمتر نظیر معتادان تزریقی توصیه شود) ✓ تیتر HBSAb یک تا و ماه بعد از آخرین دوز تکمیل واکسیناسیون باید چک شود. تیتر بالای ۱۰ نشانه ایمنی است. ✓ اگر تیتر کمتر بود، واکسیناسیون باید تکرار شود. در این صورت در دور دوم واکسیناسیون... از دوز دو برابر (40µg) استفاده شود. افراد مبتلا به HIV که HBSAb+ Isolated هستند، نیاز به واکسیناسیون به یک دوز دارند. یک ماه تا دو ماه بعد HBS Ab و اگر منفی بود.... ✓ در صورت عدم پاسخ ایمنی به تجویز سه دوز واکسن اولیه هیپاتیت تجویز دوره دوم واکسن با دوز دو برابر توصیه میشود. می توان تجویز دوره دوم را به هنگامی که CD4 به مدت سه ماه بالای ۳۵۰ بود و یا بار ویروسی به مدت یک سال در حد صفر بود موکول نمود ✓ در مبتلایان به اج ای وی که دارای یکی از شرایط زیر باشند، تیتر HBS Ab سالانه چک شود و اگر تیتر به کمتر از ۱۰ بود، یک دوز بوستر تزریق شود: <ul style="list-style-type: none"> ○ مصرف کنندگان تزریقی مواد ○ افراد تحت دیالیز ○ افرادی که شریک جنسی هیپاتیت بی مثبت دارند
پنوموکوک	<p>در همه مبتلایان توصیه می شود. واکسن پنوموکوکی دارای دو نوع پلی ساکارییدی (PPV23) و کوئوگه (PPV13) است. هر دو نوع باید به شیوه زیر تزریق شود. اما اگر یکی از واکسن ها در دسترس نبوده، حتماً هر کدام که موجود بود را در اولین فرصت استفاده کنید و پس از تهیه نوع دوم با در نظر گرفتن توصیه های زیر آنرا هم تجویز کنید:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ اگر هر دو واکسن موجود بود: <ul style="list-style-type: none"> ○ ابتدا واکسن PPV13 تزریق میشود ○ بعد از ۲ ماه واکسن ۲۳ ظرفیتی تزریق می شود ○ ۵ سال بعد تکرار واکسن ۲۳ ظرفیتی توصیه می شود. ○ اگر CD4 بیمار کمتر از ۲۰۰ بود می توان تزریق PPV23 را تا افزایش آن به بیش از ۲۰۰ به تعویق انداخت. ✓ در صورتی که فردی قبلاً واکسن ۲۳ ظرفیتی دریافت کرده باشد، حداقل با فاصله یک سال واکسن PPV13 تزریق میشود و واکسن ۲۳ ظرفیتی بعدی با فاصله ۵ سال از واکسن ۲۳ ظرفیتی اول تزریق خواهد شد.
MMR	<ul style="list-style-type: none"> ✓ در همه افراد با CD4 بالای ۲۰۰ توصیه می شود دو دوز به فاصله یک ماه ✓ در افراد با CD4 کمتر از ۲۰۰ ممنوع است
مننگوکوک	<ul style="list-style-type: none"> ✓ دو نوبت واکسن MenACWY-CRM یا MenACWY-D به فاصله ۱۲-۸ هفته از هم تزریق می شود ✓ بوستر بعد از ۳ سال در افرادی که سری اول واکسن خود را قبل از ۷ سالگی دریافت کرده اند و بعد از ۵ سال اگر سری اول واکسن بعد از ۷ سالگی تجویز شده است. ✓ حداقل فاصله ۴ هفته با واکسن پنوموکوک داشته باشد
HPV	در صورت در دسترس بودن در همه افراد ۳ دوز تزریق در ماههای 0، 1-2، 6 به تفکیک در پسران و دختران توصیه می شود

کشف روش جدید مقابله با ایدز

برابر اچ آی وی، برخوردار بوده است. این دو آنتی بادی که توسط پژوهشگران دانشگاه راکفلر شناسایی شده‌اند 3BNC117 و ۱۰۷۴-۱۰ نام دارند و به سیستم ایمنی بدن کمک می‌کنند تا با عفونت‌ها به شکلی قوی‌تر مقابله کنند و برخی پروتئین‌های مضر موجود در روی سطح ویروس اچ آی وی را هدف بگیرند. قرار است داروهای جدید ضد ایدز با ترکیب این دو آنتی‌بادی تولید شوند و پس از انجام برخی آزمایش‌های اولیه در مورد نحوه تکمیل این روش درمانی تصمیم‌گیری شود. ▶

منبع: <http://cterc.sbm.ac.ir>

متمرکز شده‌اند. داروهایی که فعلا برای درمان ایدز تولید شده‌اند باید به‌طور مرتب مصرف شوند و در غیر این‌صورت فرد در خطر مرگ ناشی از ابتلا به انواع بیماری‌ها قرار می‌گیرد.

اما به تازگی شناسایی دو نوع آنتی بادی طبیعی که در بدن برخی افراد یافت شده‌اند شانس مخفی کردن بیماری اچ آی وی و مهار ویروس آن را افزایش داده است.

آنتی بادی‌های یادشده در بدن افرادی کشف شده‌اند که جسم آن‌ها در مقایسه با دیگر افراد مبتلا از توانایی بیشتری برای دفاع از خود در

پژوهشگران روش تازه‌ای را برای درمان بیماری ایدز ابداع کرده‌اند که در قالب آن می‌توان ویروس عامل این بیماری را برای ماه‌ها مخفی کرد تا کنترل و مدیریت آن ساده‌تر شود. پژوهشگران روش تازه‌ای را برای درمان بیماری ایدز ابداع کرده‌اند که در قالب آن می‌توان ویروس عامل این بیماری را برای ماه‌ها مخفی کرد تا کنترل و مدیریت آن ساده‌تر شود. ایدز بیماری است که افراد مبتلا را تا آخر عمر درگیر می‌کند و در شرایطی که هیچ درمان قطعی برای این بیماری وجود ندارد، پزشکان فعلا بر روی مهار و کنترل ویروس اچ آی وی

موثرترین واکسن مبارزه با ایدز ساخته شد



نتایج آزمایش، امن بودن واکسن Ad26 را به اثبات رساند زیرا داوطلبان فقط در محل تزریق احساس درد کردند. اگرچه پژوهش‌های زیادی در سرتاسر جهان در مورد ویروس اچ‌آی‌وی و راه‌های مؤثر پیشگیری از آن یا درمان بیماری ایدز در جریان است اما تا رسیدن به راه‌های اثربخش و نهایی، زمان نامشخصی مانده است. با این حال می‌توان به آینده امیدوار باقی ماند.

این یکی از پنج واکسنی است که تاکنون توانسته به مرحله آزمایش انسانی برسد، اما هیچ‌کدام از آن‌ها به اندازه کافی موثر نبودند.

با این حال، یک انگیزه قوی برای موفقیت این واکسن وجود دارد. برخلاف تلاش‌های گذشته که تنها بر روی گونه‌های خاصی از اچ‌آی‌وی متمرکز شده بود، این واکسن یک "واکسن موزاییکی" است، بدین معنی که برای جلوگیری از چندین گونه ویروس و در تلاش برای ایجاد یک داروی جهانی طراحی شده است.

اگر اثربخشی این واکسن اثبات شود، پزشکان می‌توانند واکسن را در مقیاس گسترده تجویز کنند، چراکه واکسن‌های گذشته، حتی اگر دارای اثربخشی مناسبی بودند، فقط برای جمعیت‌های کوچک کارایی داشتند. بعید به نظر می‌رسد که این واکسن یک راه حل جامع باشد، اما اگر همه چیز خوب پیش برود، ممکن است یک سلاح قابل توجه در برابر اچ‌آی‌وی باشد. ▶

منبع: <https://af.sputniknews.com>

آزمایش واکسن HIV در فاز انسانی، نتایج امیدوارکننده‌ای را نشان داده است، چراکه احتمالا می‌تواند از سرایت چندین گونه ویروس جلوگیری کند.

به گزارش اسپوتنیک، به نقل از MedicalXpress، یک تیم بین‌المللی از دانشمندان، آزمایش‌های کلینیکی گسترده‌ای از واکسن جدید Ad26 را که برای مبارزه علیه ویروس نقص ایمنی بدن ساخته شده است، بر روی بیش از ۴۰۰ فرد بزرگسال، انجام دادند.

نتایج آزمایش‌ها، پاسخ ایمنی پایدار بدن علیه ویروس و بی‌خطر بودن این دارو را تایید کرد. گفته می‌شود که در حال حاضر، این واکسن، یگانه داروی موثر در میان داروهای آزمایش شده به‌شمار می‌رود.

آزمایش این واکسن بر روی بیش از ۳۹۳ فرد کاملا سالم بین سنین ۱۸ تا ۵۰ ساله از ۱۲ کلینیک در مناطق مختلف: آفریقای جنوبی و شرقی، تایلند و ایالات متحده آمریکا، انجام شد.

آزمایش در دو مرحله شامل، مرحله بی‌خطر بودن واکسن و اندازه تزریق واکسن، صورت گرفت. تمام شرکت‌کنندگان به‌طور تصادفی به ۸ گروه تقسیم شدند. این آزمایش به گونه غیر روشن اجرا شد، یعنی نه شرکت‌کنندگان و نه سازمان‌دهندگان تا پایان آزمایش، نمی‌دانستند که کدام گروه واکسن را دریافت می‌کنند و کدام یک نه.

این علائم به شما می گویند مبتلا به هپاتیت شد هاید



در میان آدم‌های عادی، زندانیان بیشتر از هرکس دیگری در معرض هپاتیت قرار دارند. دلایل ابتلا به هپاتیت را بشناسید. دکتر محمد مهدی گویا، درخصوص بیماری هپاتیت اظهار داشت: هپاتیت‌های ویروسی، دو گروه بسیار بزرگ هستند که یک گروه از آن‌ها (هپاتیت A و E)، از طریق آب و مواد غذایی آلوده منتقل می‌شوند و گروه دیگر (B، C و D) که فراوانی بیشتری دارند، از طریق تزریقات با سرنگ آلوده و تماس جنسی منتقل می‌شوند. گویا درخصوص هپاتیت‌های ویروسی که از طریق تزریقات، خون و تماس جنسی منتقل می‌شود، عنوان کرد: مهمترین نوع هپاتیت که از طریق تزریقات و تماس جنسی انتقال پیدا می‌کند، هپاتیت B و C است.

وی درخصوص آمار مبتلایان به بیماری هپاتیت در جهان، گفت: در دنیا، تعداد ناقلین مزمن ویروس هپاتیت B، بالغ بر ۲۴۸ میلیون نفر و تعداد مبتلایان به هپاتیت C نیز بالغ بر ۷۱ میلیون نفر برآورد شده است و هر ساله حدود ۶۰۰ هزار در اثر هپاتیت B و ۷۰۰ هزار نفر در اثر هپاتیت C، جان خود را از دست می‌دهند.

رئیس مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر وزارت بهداشت، اظهار داشت: تا حدود سه سال پیش، روند افزایش بیماری و مرگ ناشی از هپاتیت‌ها در دنیا رو به افزایش بود، اما از حدود سه سال پیش تاکنون با تحولاتی که در عرصه شناخت روش‌های درمان بیماری صورت گرفته است و روش‌های تشخیصی و درمانی جدید، دریچه دیگری برای نظام سلامت در کشورها در مواجهه با این بیماری باز شد. در حال حاضر، هپاتیت C به یک بیماری کاملاً قابل درمان تبدیل شده است و انواع مزمن هپاتیت B نیز با داروهای جدید و در نتیجه مراقبت و درمان در سال‌های طولانی، قابل کنترل است. گویا، درخصوص راه‌های انتقال بیماری هپاتیت، تصریح کرد: این بیماری عمدتاً از طریق مادر به کودک، سرنگ آلوده، عدم غربالگری خون و فرآورده‌های خونی (در بعضی از کشورها)، تجهیزات دندانپزشکی آلوده، استفاده از وسایل آرایشی آلوده در آرایشگاه‌ها مانند تیغ ریش تراشی، انتقال از طریق زباله‌های عفونی و رفتارهای جنسی پرخطر، به فرد دیگری انتقال پیدا می‌کند. وی اظهار داشت:

جمهوری اسلامی ایران، برنامه حذف هپاتیت‌های ویروسی را تهیه کرده و با رویکردی جامع که بخش اصلی آن به واکسیناسیون هپاتیت B در کودکان و گروه‌های پرخطر (در درجه اول، افرادی که در بخش‌های بهداشتی و درمانی کار می‌کنند و با بیمار سروکار دارند، افرادی که مشاغل خاص دارند، مانند آرایشگرها،

آزمایشگاهیان، زندانیان و افرادی که رفتارهای پرخطر دارند) اختصاص دارد و قدم بعدی این برنامه، به آموزش و اطلاع‌رسانی به مردم و کسب دانش کافی توسط مردم برای اینکه چطور از خود مراقبت کنند، ارتباط دارد. گام سوم، برنامه غربالگری افرادی است که بیشتر در معرض خطر ابتلاء به بیماری قرار دارند و بالاخره گام چهارم نیز، درمان بیماران است.

رئیس مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر وزارت بهداشت، بیان کرد: درحال حاضر بیماری که به هپاتیت C مبتلا است، می‌تواند با پروسه درمانی ۳ ماهه بهبودی کامل به دست آورد، اما فردی که مبتلا به هپاتیت B است، چنانچه تحت درمان قرار گیرد، باید تا پایان عمرش درمان‌های فعلی را ادامه دهد و اگر این درمان‌ها به‌طور صحیح پیگیری شود، امکان داشتن عمر طبیعی برای بیمار وجود دارد و به عوارض بیماری مانند نارسایی کبد و سرطان کبد، مبتلا نخواهد شد.

گویا، با بیان اینکه عزم جدی وزارت بهداشت بر حذف هپاتیت‌های ویروسی تا سال ۱۴۱۰ است، ادامه داد: جمهوری اسلامی ایران در نظر دارد، با استفاده از چهار استراتژی که نام برده شد، تا سال ۱۴۰۰، موارد جدید ابتلای به عفونت هپاتیت را ۳۰٪، مرگ و میر ناشی از این بیماری را نیز، به ۱۰٪ کاهش دهد.

وی با بیان اینکه با برنامه واکسیناسیون، راه انتقال مادر به کودک بسته شده است، تصریح کرد: شایع‌ترین راه انتقال بیماری هپاتیت B، انتقال از مادر به کودک است، لذا واکسیناسیون سهم عمده‌ای در کاهش آن دارد. درحال حاضر افرادی که به هپاتیت B مبتلا می‌شوند، بیشتر جزء گروه‌های دارای رفتارهای پرخطر هستند.

رئیس مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر وزارت بهداشت، درخصوص آمار ابتلا به هپاتیت در ایران گفت: در حال حاضر شیوع هپاتیت B در ایران به کمتر از ۱/۵٪ و شیوع هپاتیت C نیز به کمتر از نیم درصد رسیده است و جزء کشورهای با شیوع پایین هستیم.

وی با بیان اینکه برنامه کشوری هپاتیت تهیه شده است، افزود: برنامه دیده‌وری در معنای و زنان دارای رفتارهای پرخطر، دیده‌وری هپاتیت در زندانیان، راه اندازی مراکز مشاوره هپاتیت در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور، غربالگری هپاتیت در زنان باردار، پوشش بیمه‌ای داروها، تدوین پیش‌نویس برنامه حذف هپاتیت‌های ویروسی و ادغام برنامه هپاتیت در نظام شبکه بهداشتی کشور، از جمله اقداماتی است که توسط وزارت بهداشت، درحال انجام و پیگیری است.

گویا تصریح کرد: وزارت بهداشت از سال گذشته، برنامه حذف هپاتیت را آغاز کرده و بیماری‌یابی و درمان رایگان بیماری هپاتیت C نیز با مشارکت مرکز تحقیقات بیماری‌های کبد و گوارش دانشگاه

و هیچ مشکلی از این جهت وجود ندارد. تمام خون‌ها و محصولات خونی که در کشور مورد استفاده قرار می‌گیرد، از نظر هیپاتیت بررسی می‌شوند و خون سالم به بیماران تزریق می‌شود. با همکاری سازمان انتقال خون کشور، برنامه واکسیناسیون دهندگان مستمر خون که بالغ بر ۵۰۰ هزار نفر است، در کل کشور، علیه ویروس هیپاتیت B، در سال ۹۷ انجام می‌شود. در این راستا نیز تفاهم‌نامه‌ای بین مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر وزارت بهداشت و سازمان انتقال خون کشور، منعقد شده است.

وی درخصوص علائم بیماری هیپاتیت، بیان کرد: علائم بیماری هیپاتیت، متفاوت است و در اکثر موارد به‌خصوص در هیپاتیت C، علامت ظاهری ایجاد نمی‌شود، اما افرادی که دچار علائم بیماری می‌شوند، بیماری‌شان با علائمی همچون تب خفیف، تهوع، استفراغ، زردی چشم و زیر زبان، ادرار تیره رنگ، خونریزی از بینی و لثه و علائم عصبی، بروز پیدا می‌کند. ▶ منبع: بهداشت نیوز

بیماری تزریقات و سرنگ آلوده و تماس‌های شغلی است. رییس مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر وزارت بهداشت، در مورد مقایسه بیماری ایدز و هیپاتیت، عنوان کرد: در مورد بیماری ایدز، نگرانی‌های بیشتری وجود دارد، چراکه راه‌های انتقال آن اهمیت زیادی داشته، اما از طرفی، شانس اینکه یک فرد با تزریق آلوده به هیپاتیت مبتلا شود، بیشتر است. به عبارت دیگر، تزریق با سرنگ آلوده شانس ابتلا به هیپاتیت را بیش از ایدز فراهم می‌کند. وی، با اشاره به اینکه، بیماری ایدز پرخواب‌تر بوده و درمان دشوارتر و پرهزینه‌تری دارد، گفت: فقط درصدی از افرادی که به هیپاتیت مبتلا می‌شوند، دچار عوارض بیماری می‌شوند، اما فردی که به ویروس ایدز دچار می‌شود، در طول زمان به فاز مزمن بیماری مبتلا خواهد شد و در صورت عدم درمان، عوارض بیماری برای آن‌ها محتمل‌الوقوع است.

گویا گفت: آزمایش‌های تشخیصی هیپاتیت در سراسر کشور موجود است و مدرن‌ترین دستگاه‌های تشخیصی در کشور موجود بوده

علوم پزشکی تهران، در زندان‌ها انجام می‌شود. وی با بیان اینکه این برنامه در استان‌های گلستان و البرز نیز برای زندانیان به‌طور آزمایشی آغاز شده است، یادآور شد: زندانیان بیش از بقیه در معرض خطر ابتلا به هیپاتیت قرار دارند، لذا در سال گذشته، با کمک سازمان زندان‌ها، واکسیناسیون هیپاتیت B را در تمام زندان‌های کشور، برای افراد ۲۵ تا ۴۰ ساله انجام دادیم و حدود ۱۳۰ هزار زندانی در سه نوبت واکسینه شدند.

وی درخصوص آمار مرگ و میر بیماری هیپاتیت در ایران گفت: طبق آخرین اطلاعات، در سال ۹۴ افرادی که در اثر هیپاتیت مزمن یا عوارض آن (نارسایی کبد و سرطان کبد) جان خود را از دست دادند، ۶۴۴۹ نفر بودند که از همان سال با شروع برنامه درمانی هیپاتیت، آمار مرگ و میر کاهش یافت. گویا، با بیان اینکه امکان ابتلا به بیماری هیپاتیت در تمام گروه‌های سنی وجود دارد، عنوان کرد: افرادی که در سنین جوانی قرار دارند، بیشترین فراوانی را در ابتلا به بیماری هیپاتیت دارند و شایع‌ترین راه انتقال این

آغاز طرح ملی پیشگیری از هیپاتیت B در اهداء کنندگان مستمر خون از اول مهر

سخنگوی سازمان انتقال خون اعلام کرد: از ابتدای مهر ماه سال ۹۷، طرح ملی پیشگیری و واکسیناسیون اهداکنندگان مستمر خون در مقابل هیپاتیت B در سراسر کشور اجرا می‌شود.

دکتر بشیر حاجی‌بیگی، عنوان کرد: اهداکنندگان مستمر خون که پیش از اول فروردین سال ۶۸ متولد شده باشند، از اول مهرماه سال جاری تا ابتدای اسفند ماه فرصت دارند تا با مراجعه به نزدیکترین مرکز اهدای خون شهر محل سکونت خود، معرفی‌نامه واکسیناسیون دریافت کنند و با مراجعه به مراکز بهداشتی درمانی مجری برنامه، واکسن هیپاتیت B مورد تایید وزارت بهداشت را به‌طور رایگان در سه نوبت دریافت کنند و همچنین جمعیت هدف این طرح ملی، گروه سنی ۲۹ سال به بالا هستند.

وی افزود: با توجه به تفاهم‌نامه‌ای که میان سازمان انتقال خون ایران و مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر وزارت بهداشت منعقد شد، برای رسیدن به خطر صفر انتقال بیماری‌های منتقله از طریق خون و فرآورده‌های آن، واکسیناسیون اهداکنندگان مستمر خون علیه عفونت هیپاتیت B انجام می‌شود. در فاز اول این طرح مقرر است که در پنج ماه از تاریخ اول مهرماه سال جاری تا ابتدای اسفندماه سال ۹۷، مراکز مختلف انتقال خون با تکریم اهداکنندگان در تمام ساعات کاری مراکز، خدمات واکسیناسیون را ارائه دهند. حاجی بیگی افزود: در عین حال، کارتی با عنوان کارت واکسیناسیون، ویژه اهداکنندگان مستمر خون طراحی شده که پس از انجام واکسیناسیون به اهداکنندگان گروه هدف در ادارات کل انتقال خون سراسر کشور، ارائه می‌شود. همچنین بعد از پایان کار این کمپین، ارزیابی‌های لازم برای بررسی نتایج این اقدام در سطح استان‌ها انجام خواهد شد.

سخنگوی سازمان انتقال خون، تولید واکسن نو ترکیب هیپاتیت B را در ایران فرصت مناسبی برای واکسیناسیون افراد جامعه دانست که می‌تواند زمینه ریشه‌کنی این بیماری را در جامعه فراهم کند. همچنین در صورت واکسیناسیون عمومی می‌توانیم امکان انتقال هیپاتیت B از طریق خون را در کشور به صفر برسانیم و آن را تضمین کنیم.

حاجی بیگی در پایان اظهار داشت: این واکسن هیپاتیت B، در سه نوبت، یک بار در زمان مراجعه، زمان دوم یک ماه پس از مراجعه نوبت اول و زمان سوم، ۶ ماه پس از مراجعه نوبت اول و به‌طور دقیق بر اساس تاریخ‌های مقرر در محل بازو انجام می‌شود.

وی افزود: ما برنامه آزمایش و غربالگری اهداکنندگان بار اولی را هم اجرا می‌کنیم که این برنامه هم می‌تواند خطر صفر هیپاتیت در انتقال خون را تضمین کند و تامین واکسن مورد نیاز آن که به رایگان به اهداکنندگان خون تزریق می‌شود، بر عهده مرکز مدیریت بیماری‌ها است و کارایی واکسن‌ها نیز پایش می‌شود. ▶

منبع: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

چگونه با خودمراقبتی سلامتی خود را تضمین کنیم؟

بهبود می‌یابند. مطالعه‌ای در انگلستان نشان داد که، حدود ۲۰ درصد از مراجعات به پزشکان و مراکز درمانی، مربوط به همین بیماری‌های جزئی است، در حالی که بخش عمده‌ای از این بیماری‌ها توسط خود مردم قابل مراقبت است.

طبق آمار شبکه سلامت انگلستان، نزدیک به دو سوم مشاوره‌های پزشکان عمومی که منجر به تجویز دارو می‌شود، بدون دارو یا با استفاده از داروهای بی‌نیاز از نسخهٔ پزشک، قابل درمان است. توصیه‌های خودمراقبتی در چنین مواردی، می‌تواند مردم را توانمند کند تا به‌طور مناسبی مشکل خود را حل کنند و از دریافت غیرضروری دارو اجتناب کنند. آموزش همگانی سلامت و ارائه منابع اطلاعاتی قابل اعتماد، برای خودمراقبتی در ناخوشی‌های جزئی، می‌تواند دست کم جلوی یک پنجم از مراجعات پزشکی بی‌مورد را بگیرد. در انگلستان، تنها از این منظر سالانه مبلغ ۹۶ میلیارد دلار در نظام سلامت، صرفه‌جویی شده، که اگر به آن، صرفه‌جویی‌های ناشی از عدم نیاز به غیبت از کار و کاهش هزینه‌های حمل و نقل را هم اضافه کنیم، صرفه‌جویی نهایی، بسیار بزرگتر خواهد بود.

خودمراقبتی در بیماری‌های مزمن

چالش اصلی نظام‌های سلامت دنیا در قرن بیست و یکم، بیماری‌های مزمن است. امروزه، اپیدمی بیماری‌های غیرواگیر مزمن، مسئول ۶۰ درصد مرگ و میر در جهان است. ۸۰ درصد مراجعات سرپایی در انگلستان و ۷۵ درصد هزینه‌های نظام سلامت در آمریکا، مرتبط با بیماری‌های مزمن است. امروزه پاسخ‌گویی به حجم بالای خدمات در مراقبت بیماری‌های مزمن، اولویتی کلیدی برای بخش سلامت، محسوب می‌شود و حمایت از خودمراقبتی در بیماری‌های مزمن، جزئی اساسی از این کار است. پژوهش‌ها نشان داده است که خودمراقبتی در بیماری‌های مزمن، می‌تواند ۴۰ درصد مراجعات به پزشکان عمومی، ۱۷ درصد مراجعات به پزشکان متخصص و ۵۰ درصد مراجعه به مراکز اورژانس را کاهش دهد. همچنین خودمراقبتی می‌تواند هر یک از موارد «بستری بیمارستانی» و «روزهای غیبت از کار» را به میزان ۵۰ درصد کاهش دهد. گفته می‌شود یک بیمار مبتلا به دیابت، به‌طور متوسط در طول یک سال، حدود ۳ ساعت با یک متخصص بهداشتی در تماس است و ۸۷۵۷ ساعت باقیمانده را با استفاده از همان توصیه‌هایی که در آن ۳ ساعت فراگرفته یا با استفاده از مهارت‌های خودمراقبتی، می‌گذراند. منبع: بهداشت نیوز

سلامت کامل سپری می‌کنند، اما همهٔ ما گهگاه به بیماری‌های خفیف و گذرا مبتلا می‌شویم، گاهی از بیماری‌های حاد رنج می‌بریم و گاهی در دوران میانسالی و سالمندی، با بیماری‌های مزمن دست و پنجه نرم می‌کنیم.

خودمراقبتی در تمام طیف سلامت و بیماری معنی پیدا می‌کند و مراقبت‌های بهداشتی در طیفی قرار می‌گیرند که دامنه‌اش از خودمراقبتی ۱۰۰ درصد (مثل مسواک زدن منظم روزانه) تا مراقبت حرفه‌ای ۱۰۰ درصد (مثل جراحی اعصاب)، متغیر است. بخشی از ناخوشی‌های جزئی، بیماری‌های مزمن و بیماری‌های حاد، نیازمند مراقبت‌های پزشکی حرفه‌ای است و هدف خودمراقبتی، این است که بخش حرفه‌ای مراقبت از این بیماری‌ها را به حداقل برساند.

انواع خودمراقبتی را می‌توان در ۴ گروه کلی، طبقه‌بندی کرد

۱. خودمراقبتی برای حفظ سلامت
۲. خودمراقبتی در بیماری‌های جزئی
۳. خودمراقبتی در بیماری‌های مزمن
۴. خودمراقبتی در بیماری‌های حاد

خودمراقبتی برای حفظ سلامت

مطالعه‌ای در سال ۱۳۸۲ نشان داد که بخش عمده سال‌های از دست رفته عمر در کشور ما، به سبب مرگ زودرس و معلولیت ناشی از حوادث، بیماری‌های روانی و اختلالات رفتاری و همچنین بیماری‌های قلبی است. کاهش بار این بیماری‌ها قطعاً مستلزم ارتقاء سطح آگاهی مردم و تغییر رفتار سلامت آن‌هاست. منبع اطلاعات بیشتر مردم در حوزه سلامت، معمولاً نشریات، اینترنت و تلویزیون است؛ این در حالی است که متأسفانه فقط کسر کوچکی از این اطلاعات، مستند و قابل اعتمادند.

خودمراقبتی در بیماری‌های جزئی

بخش عمده‌ای از بیماری‌ها را، بیماری‌های جزئی تشکیل می‌دهند، بیماری‌هایی که در مدتی کوتاه، بدون درمان یا با درمان‌های خانگی ساده،

به گزارش بهداشت نیوز، خودمراقبتی، گام اول سلامت است. گام اول سلامت، همین است که ما یاد بگیریم، خودمان از خودمان مراقبت کنیم. بین ۶۵ تا ۸۵ درصد از مراقبت‌هایی که به سلامت ما منجر می‌شود، محصول همین خودمراقبتی است؛ یعنی فعالیت‌هایی که خود یا خانواده‌مان برای حفظ یا ارتقاء سلامت‌مان، پیشگیری از ابتلا به بیماری، درمان بیماری یا کاهش عوارض آن انجام می‌دهیم.

خودمراقبتی یعنی چه

خودمراقبتی، گام اول سلامت است و عملی است که در آن هر فردی از دانش، مهارت و توان خود، به‌عنوان یک منبع استفاده می‌کند تا «به‌طور مستقل» از سلامت خود مراقبت کند.

منظور از «به‌طور مستقل» تصمیم‌گیری دربارهٔ خود و با اتکا به خود است. البته این تصمیم‌گیری می‌تواند شامل مشورت و کسب کمک تخصصی یا غیرتخصصی از دیگران (چه متخصص، چه غیرمتخصص) نیز باشد. اگرچه خودمراقبتی، فعالیتی است که مردم برای تأمین، حفظ و ارتقاء سلامت خود انجام می‌دهند، ولی گاهی این مراقبت به فرزندان، خانواده، دوستان، همسایگان، هم‌محلی‌ها و همشهریان آن‌ها نیز گسترش می‌یابد. به هر حال، در تعریف خودمراقبتی، پنج ویژگی زیر مستتر است:

- رفتاری است داوطلبانه
- فعالیتی است آموخته شده
- حق و مسئولیتی است همگانی برای حفظ سلامت خود، خانواده و نزدیکان
- بخشی است از مراقبت‌های نوزادان، کودکان، نوجوانان و سالمندان
- بزرگسالانی که قادر به خودمراقبتی نیستند، نیازمند دریافت مراقبت‌های بهداشتی از ارائه‌دهندگان خدمات اجتماعی یا بهداشتی خواهند بود.

مزایای خودمراقبتی

- انرژی ما را تجدید می‌کند.
- استرس ما را کاهش می‌دهد.
- چشم‌اندازی نو و احساسی مثبت، برای زندگی به ما می‌بخشد.
- احساس شادی، آرامش و صلح را در ما ایجاد می‌کند.
- احساس سلامت و تندرستی در جسم خود می‌کنیم.
- اعتماد به نفس و عزت نفس ما را افزایش می‌دهد.
- شور و شوق زندگی و انگیزه موفقیت ما را افزایش می‌دهد.

انواع خودمراقبتی

بیشتر انسان‌ها قسمت عمده جوانی خود را در



غذا دارو

علم و فرهنگ

سینما، آموزش، رشد

فرهنگ همیشه پلی برای ساده شدن انتقال مفاهیم بوده است. در این میان نقش مدیوم سینما به دلیل جذابیت و تعداد مخاطبانی که دارد، پررنگ‌تر از دیگر رسانه‌ها بوده است. شکل‌گیری جشنواره‌های مختلف موضوعی هم نشان از این امر دارد. جشنواره بین‌المللی فیلم رشد چهل و پنجمین دوره آن برگزار شد؛ جشنواره‌ای دیرپا که مخصوص دانش‌آموزان است. فیلم‌هایی با محوریت آموزش در آن نمایش داده می‌شوند و به رقابت با هم می‌پردازند. در این بخش گزارشی از این رویداد را با هم مرور خواهیم کرد؛ ضمن اینکه نگاهی به فیلمی با موضوع ایدز، تازه‌ترین کشفیات حوزه غذا و دارو و همچنین معرفی یک دوره آموزشی تخصصی داروسازی و ... داریم.



مسعود جعفری جوزانی از آخرین ساخته‌اش درباره ایدز گفت

ایدز، پشت دیوار سکوت

پشت دیوار سکوت، فیلمی به کارگردانی مسعود جعفری جوزانی است که فیلمنامه‌اش را کارگردان به همراه دخترش سحر جعفری جوزانی نوشته است. این فیلم که به موضوع بیماری ایدز می‌پردازد، در روز جهانی ایدز (دهم آذرماه) در دانشگاه علوم پزشکی نمایش داده شد. جوزانی در این نشست به تفاوت نگاه سینماگران و هنرمندان با سیاستمداران اشاره کرد و گفت: کار سیاستمداران کتمان حقیقت، ولی کار هنرمندان افشاء و تاباندن نور به حقیقت است. در ادامه گزارشی از این نشست را می‌خوانید:

ما به دلایل نه چندان قابل توجیه، روی صندلی‌های حامل قدرت می‌نشینیم و برای مردم تصمیم‌های بیهوده و گاهی خطرآفرین می‌گیریم یعنی با نادیده گرفتن دیگران و اصالت دادن به اندیشه خود، فکر می‌کنیم اگر حقیقت را کتمان کنیم، خدمت کرده‌ایم و این عمل، موجب سالم ماندن جامعه می‌شود. به نظرم تفاوت سینما و هنرمندان با بیشتر سیاستمداران در همین نگرش و جمله نهفته است، که کار بیشتر سیاستمداران کتمان حقیقت، ولی کار هنرمندان افشاء و تاباندن نور به حقیقت و قراردادن آن در مظان افکار عمومی است.

هیولاهای خیالی، زاینده ذهن خرافاتی

کارگردان «پشت دیوار سکوت» با اشاره به اینکه گذشته نشانگر این واقعیت است که کتمان حقیقت، جهل و تاریکی و خرافات به همراه دارد چراکه آدم جاهل و خرافاتی از هر پدیده ناشناخته، هیولا درست می‌کند، عنوان کرد: این هیولاهای خیالی، زاینده ذهن خرافاتی بیمار است. جهل، ترس به وجود می‌آورد. آدم جاهل، از هر چیزی می‌ترسد. اما آدم‌های دانا و دانشمند و آدم عاقل، هر پدیده ترسناکی را زیر میکروسکوپ قرار می‌دهد، اطرافش را می‌سنجد و برایش چاره‌ای می‌اندیشد و از آن پلکانی به وراء و تکامل انسان برمی‌دارد. در نتیجه، علم پدید می‌آید. من باور دارم انسان بر هر چیزی در این عالم، فائق خواهد آمد، حقیقت، علم و پدیدآورنده افکارنویین است و خوشبختانه من این واقعیت را دیده‌ام و هیچ نگرانی ندارم.

تابوی ایدز را شکستیم

مسعود جعفری جوزانی درباره تجربه خودش در ساخت این فیلم،

بعد از اکران فیلم سینمایی «پشت دیوار سکوت» دکتر مهدی نوروزی، مدیر امور هنری و فوق برنامه فرهنگی دانشگاه علوم پزشکی تهران، گفت: هر چقدر بیشتر نسبت به ارتقاء آگاهی و سلامت جامعه، برنامه‌ریزی شود، بیشتر نیز تأثیرگذار خواهد بود و بایستی بتوانیم از هوشمندی و رشد و پروس‌ها جلوگیری کنیم. خیلی خوشحالم که آقای مسعود جعفری جوزانی، کارگردان سینمای ایران نیز با هنر خودشان بر روی موضوع ایدز کار کردند و این حرکت ایشان باعث شد که تابوی ایدز شکسته شده و همچنین ما یک گام به جلو برداریم.

دکتر مهدی نوروزی، ساخت فیلم سینمایی «پشت دیوار سکوت» را در حوزه اجتماعی شدن سلامت، حائز اهمیت دانست و ادامه داد: همکاری هنرمندان و بخش‌های علمی و مؤسساتی همچون انجمن احیاء ارزش‌ها، باعث پدید آمدن گفتمان در جامعه و سلامت اجتماعی شده است. ما می‌خواهیم از دانشگاه‌ها به بیرون بیاییم و واقعا به دنبال اجتماعی شدن سلامت هستیم چون بحث پیشگیری، یک اصل عمومی برای ریشه‌کن کردن بیماری‌ها است.

کتمان حقیقت خدمت نیست

در ادامه مسعود جعفری جوزانی، کارگردان «پشت دیوار سکوت» با اشاره به این مطلب که این فیلم بر اساس زندگی و خاطرات یک مددکار ساخته شده است، گفت: جوانان صادق و عاشقی، مثل همین خانم صالحی (مددکار مورد اشاره) همواره در بزنگاه تاریخ به داد ایران و ایرانی رسیده‌اند و این همان راز بزرگ پایداری و ماندگاری این جاودانه خاک مقدس است. اما به موازات و همدوشی این تلاش سازنده و پر فروغ، این واقعیت تلخ هم وجود دارد که گروهی از

خوشحالم که درباره بیماری ایدز، فیلمی توسط آقای جعفری جوزانی ساخته شده که مشحون از وقایع بسیار تلخ است، اما این تلخی مثل یک طعم و مزه آمده است و ما در پایان، با یک رستگاری و پرواز و با یک پالایش روحی با پرده نقره‌ای، خداحافظی می‌کنیم.

این کارگردان و فیلمنامه‌نویس سینما افزود: به نظر من فقط از یک استاد مسلم سینما برمی‌آید که بتواند در ۹۰ دقیقه تلخی‌های پی‌درپی که در جامعه وجود دارد را خیلی عریان و واقعی بازسازی کند تا جایی که ما خیلی خوب تشخیص ندهیم که کجای فیلم واقعی بود و کجا مستند و کجا بازسازی شده بود و در پایان نیز با این حس تمام شود که من این دیوار را خواهم شکست و رشد خواهم کرد.

برای پول درآوردن، لودگی نکردیم

در ادامه این نشست، فتح‌الله جعفری جوزانی، تهیه‌کننده و همچنین بازیگر فیلم سینمایی «پشت دیوار سکوت» درباره ساخت این اثر گفت: خوشحالم در شرایطی که ویروس غربی به جان فرهنگ این مملکت افتاده است، در موقعیتی که صرفاً پول درآوردن و دست به هر لودگی‌زدن برای اینکه یک فیلم فروش بیشتری داشته باشد، ما سعی کرده‌ایم بخشی از وظیفه‌ای که در مقابل جامعه بر گردن داشتیم را ادا کنیم.

فتح‌الله جعفری جوزانی، تهیه‌کننده با اشاره به این مطلب که در سال ۱۳۷۶ حدود ۲۰ سال پیش، در یکی از قسمت‌های سریال «آژانس دوستی» اولین کسی بوده که به بیماری ایدز پرداخته، اظهار داشت: با وجود اینکه طی ۲۰ سال گذشته، این سریال بارها از شبکه‌های مختلف بازپخش شده، قسمت مربوط به ایدز را دیگر پخش نکردند و ظاهراً در صدا و سیما به جای پیشرفت در این مدت، پسرفت کرده‌ایم.

همچنین در پایان این مراسم، انجمن علمی دانشجویان پزشکی، مدیریت امور هنری و فوق برنامه دانشگاه علوم پزشکی تهران، با اهدای لوح تقدیر و هدایایی از مسعود جعفری جوزانی، کارگردان «پشت دیوار سکوت» و عوامل این فیلم تقدیر کردند. ▶



گفت: چون در حوزه بیماری ایدز با چشمان خود دیدم که در داخل ایران، جوان‌هایی هستند که با همه وجودشان داوطلب شده‌اند تا آن را ریشه‌کن کنند و بیماران را به زندگی اجتماعی برگردانند، این موضوع برایم بسیار شیرین و جذاب بود، به‌ویژه وقتی دریافتم که بیشتر این داوطلبان، زنان دلاور وطنم هستند.

وی ادامه داد: آن‌ها کسانی بودند که بدون ترس به خانه این بیماران رفت و آمد می‌کنند. طبیعی است که امثال من تحت تأثیر این همه خلوص و شهادت مددکاران، قرار می‌گیرند. کاری که ما در سینما انجام می‌دهیم همین است. وقتی به حقیقتی پی می‌بریم، همه تلاش و کوشش خود را بکار می‌گیریم تا آن را آشکار کنیم یعنی به‌جای پنهان کاری، درد را به مردم نشان دهیم. کار ما سبب می‌شود که سلول‌های فعال جامعه، کنشگران و کسانی که به دنبال حقیقت هستند، خودشان بقیه کارها را پیش ببرند. ما با ساخت «پشت دیوار سکوت» در جامعه تابوی ایدز را شکستیم و نشان دادیم که هر تابویی به راحتی شکسته می‌شود.

ترس از ایدز به دلیل ناآگاهی است

در بخش دیگری از این برنامه، سحر جعفری جوزانی، نویسنده و بازیگر فیلم سینمایی «پشت دیوار سکوت» گفت: موضوع اصلی و درسی که من از این کار گرفتم، این است که هنوز هستند جوان‌ها و زنان کنشگری مثل خانم صالحی که من نقش ایشان را بازی کردم و ایشان این نقش را زندگی کرده‌اند یعنی دیدم که او و دوستان، از صمیم قلب و با خلوص نیت به بیمارانی که ایدز داشتند، در نهایت شجاعت کمک می‌کردند.

وی همچنین گفت: ترس معقول، چیز بدی نیست، اگر انسان نترسد هیچوقت به دنبال کشف چیزی نمی‌رود. ما از چیزی که آگاهی نداریم، می‌ترسیم و وقتی آگاهی پیدا کردیم، ترسمان می‌ریزد و آن موقع است که می‌توانیم با آن روبرو شویم و آن را کشف کنیم. من وقتی که متوجه شدم، رفت‌وآمد و نشست و برخاست با یک مبتلا به ایدز به این سادگی من را مبتلا نمی‌کند، پس می‌توانم با او کار کنم و با او حرف بزنم. می‌توانم به او امید به زندگی بدهم، آن وقت است که «سی.دی. ۴» خوش بالا می‌رود و امید به زندگی در او زیاد می‌شود. امید در بیمار مبتلا به ایدز باعث می‌شود به زندگی برگردد و انگیزه کار و تلاش در جهت بهبود کیفیت زیستن و حتی ازدواج و تشکیل خانواده‌ای پر نشاط، پیدا کند.

تلخی با مزه رستگاری

در بخش دیگری از این برنامه، دکتر محمدهادی کریمی، کارگردان با اشاره به روز جهانی ایدز درباره فیلم «پشت دیوار سکوت» گفت: امروز که روز جهانی ایدز است، خیلی خوشحالم که در کنار شما همکاران خودم حضور دارم و برای بیستمین بار فیلمی را با اشتیاق دیدم و به تماشای آن نشستیم. «پشت دیوار سکوت» فقط فیلمی درباره بیماری ایدز نیست، درباره تمام دیوارهای سکوتی است که ما بین خودمان و بسیاری از چیزها قرار داده‌ایم. راجع به تک‌تک مسائلی است که آن‌ها را تابو فرض کرده و بایکوت خبری می‌کنیم. همچنین در مورد آن‌ها، بحث و اطلاع‌رسانی نمی‌کنیم. حتی فراتر از این‌ها، تمام ترس‌هایی است که به شکل فوبیا یا ترس‌های مرضی، ممکن است در ذهن جامعه وجود داشته باشد.

دکتر محمدهادی کریمی ادامه داد: «پشت دیوار سکوت» که من اسم آن را دیوار بیم می‌گذارم، بایستی به هر حال بشکند و تا زمانی که این اتفاق نیافتد، ما به آن سوی دیوار نمی‌رویم و تا به آن سوی دیوار نرویم، رهایی و رستگاری با ما نخواهد بود. خیلی



نگاهی به چهل و هشتمین جشنواره بین‌المللی فیلم رشد

وقته که گوئیم از دواج زودهنگام ممنوع برای مان دست نمے زنند!

چهل و هشتمین جشنواره بین‌المللی فیلم رشد از ۲۵ آبان تا ۲ آذر در محل سینما فلسطین برگزار شد. در این جشنواره که یکی از قدیمی‌ترین جشنواره‌های فرهنگی کشور محسوب می‌شود، فیلم‌های بسیاری در چهار گروه کوتاه، بلند، مستند و پویانمایی برای دو گروه کودک و نوجوان و بزرگسال به نمایش درآمدند. در حاشیه جشنواره و برنامه نمایش‌ها اما نشست‌ها و گفت‌وگوهایی مهم برگزار شد که نه تنها بر اهمیت استفاده از رسانه سینما در امر آموزش تاکید داشتند که بر توجه به موضوعات مطرح‌شده در فیلم‌ها نیز به‌عنوان شمایی از جامعه نیز صحنه گذاشتند. آنچه می‌خوانید گوشه‌ای از این بحث‌ها و گفته‌هایی است که در جشنواره چهل و هشتم فیلم رشد، گفته و شنیده شد.

وجود دارد که ما می‌بایست از نظر محتوا، ساختار و همچنین از نظر فرم، به جایی برسیم که بتوانیم رقابت کنیم و قدرت آن را داشته باشیم که مخاطب کودک را جذب کنیم.

فرهنگ توران خانم را به مدارس ببریم!

یکی از فیلم‌های مهمی که در جشنواره بین‌المللی فیلم رشد نمایش داده شد و مورد نقد و بررسی قرار گرفت، فیلم "توران خانم" ساخته رخشان بنی‌اعتماد و مجتبی میرتهماسب بود. فیلم که به شخصیت توران میرهادی می‌پردازد، کسی که سیستم آموزشی ایران را متحول کرد و در سال‌های آخر، زندگی خود را صرف نوشتن و جمع‌آوری فرهنگ‌نامه کودکان و نوجوانان کرد.

رخشان بنی‌اعتماد، کارگردان فیلم "توران خانم" در جلسه پرسش و پاسخ این فیلم با اشاره به این مطلب که آموزش و پرورش نیازمند ترمیم و اصلاح است و برگزاری چنین جشنواره‌هایی می‌تواند قدم‌هایی را در این زمینه بردارد، گفت: برخی از فیلم‌هایی که برای نمایش دانش آموزان انتخاب می‌شوند اصلاً مناسب آنان نیست اما فیلم‌هایی چون فیلم‌های پروژه "کارستان" که امروز نمایش آن‌ها در اروپا و آمریکا با استقبال روبرو شده، در کشور خودمان با بی‌توجهی مسئولان مواجه می‌شود.

بنی‌اعتماد، خواستار باز شدن درهای مدارس به روی فرهنگ‌نامه ارزشمندی شد که "توران میرهادی" و همکارانش عمرشان را در راه آن گذاشتند تا مرجعی برای کودکان و نوجوانان ایرانی باشد. کاری

فیلم‌های آموزشی صرف جواب نمی‌دهد

ابراهیم فروزش، کارگردان و فیلمنامه‌نویس پیشکسوت و برجسته سینمای ایران که سابقه کاری‌شان به کانون پرورش فکری می‌رسد، دلیل برگزاری جشنواره‌هایی چون رشد را که ویژه دانش‌آموزان است، دادن اطلاعات درست آموزشی به آن‌ها دانست.

فروزش با بیان اینکه باید از فیلم‌های کودک و نوجوان حمایت کرده و این واقعیت را قبول کنیم که ساخت فیلم و برگزاری جشنواره برای این رده سنی هزینه دارد، گفت: دولت باید از سینمای کودک و نوجوان حمایت کند چون بخش خصوصی به‌دلیل عدم سوددهی به این سینما وارد نمی‌شود. اگر این حمایت‌ها از طرف دولت نباشد باید فاتحه سینمای کودک و نوجوان را بخوانیم.

وی فیلم‌هایی را که صرفاً آموزشی باشند، موثر برای گروه کودک و نوجوان ندانست و ادامه داد: فیلم‌های خوب آموزشی باید در قالب قصه‌های جذاب به بچه‌ها آموزش داده شود تا آن‌ها نیز درک بهتری از موضوع داشته باشند و هم اینکه از فیلم‌ها استقبال کنند.

ابراهیم فروزش، نتیجه جدی نگرفتن سینمای آموزشی کودک و نوجوان را به نوعی فراموشی سینمای کودک دانست و گفت: کشورهای هستند که با تکنولوژی‌های جدید می‌توانند جذابیت‌های خاص به فیلم‌ها بدهند و بچه‌ها را به سینما بکشاند. با در نظر داشتن اینکه در هر خانه‌ای، با داشتن تکنولوژی‌های مدرن، دنیای مجازی، ماهواره و امکانات پیشرفته، کودکان و نوجوانان می‌نشینند و به آسانی با زدن دکمه‌ای فیلم‌هایشان را می‌بینند بنابراین یک رقابت خیلی سخت و تنگاتنگی

کجاست؟» که فیلمی کاملا هنری است و اصلا نمی‌خواهد چیزی را به صورت مستقیم آموزش دهد.

سعید پوراسماعیلی درباره اینکه چقدر می‌توان از سینما برای تفهیم مسائلی کمک گرفت که درباره آن‌ها نمی‌توان با کلام و کتاب به کودکان آموزش داد، گفت: اگر موضوع کاملا مشخصی برای آموزش به کودکان داریم همچون آزار جنسی که امروزه به توجه به مسائل روز جامعه، موضوع جدی و مهمی است، در ابتدا باید مرز ممیزی آن را رد کنیم و این نکته را در نظر بگیریم که برای این موضوع، دیگر خط ممنوعه‌ای وجود ندارد، زیرا در حال حاضر جامعه نیاز دارد که والدین بدانند باید این قبیل مسائل را به فرزندان خود آموزش دهند. همچنین اگر قرار است فیلم برای کودکان به نمایش درآید، او باید به زبان خیلی ساده یاد بگیرد که چگونه از خودش مراقبت کند یا اگر دچار مشکلی شد یا خطری او را تهدید کرد، به چه کسانی مراجعه کند.

ازدواج زودهنگام در جشنواره فیلم رشد

یکی از بخش‌های مهم و پر مخاطب جشنواره، نشست‌های نقد و بررسی مجموعه فیلم‌هایی بود که با یک موضوع و در یک گروه به نمایش در می‌آمدند. یکی از این نشست‌ها به موضوع «ازدواج‌های زود هنگام» اختصاص داشت. در این نشست، اشرف گرامی‌زادگان (مدیرکل دفتر حقوقی معاونت امور زنان و خانواده) و پروانه سلحشوری (نماینده مجلس شورای اسلامی) حضور داشتند. پروانه سلحشوری، نماینده مجلس شورای اسلامی با اشاره به اینکه امروز جامعه روی مسائل کودکان حساس شده و آشنایی با این مسائل و دغدغه‌مند کردن جامعه نسبت به این اتفاق‌ها، می‌تواند توسعه‌دهنده فرهنگ باشد، گفت: ازدواج کودکان تنها مختص ایران نیست و در کشورهای آسیایی دیگر نیز وجود دارد و با اینکه راهکارهای قانونی درباره جلوگیری از ازدواج کودکان وجود دارد، این اتفاق می‌افتد چراکه زیرساخت‌هایی را برای جلوگیری از این کار می‌خواهد که هنوز به‌وجود نیامده است.

پروانه سلحشوری، نماینده مجلس با اشاره به فیلم هندی و هرمز که به موضوع ازدواج زودهنگام می‌پرداخت، گفت: ما همواره فکر می‌کنیم در ازدواج زودرس، تنها دختر است که آسیب می‌بیند در حالی که فیلم هندی و هرمز نه تنها موقعیت دختر را نشان می‌داد که قربانی شدن پسر را نیز با ازدواج زودهنگام، به‌خوبی به تصویر کشید.

سلحشوری با بیان اینکه وقتی در مخالفت با ازدواج زودهنگام حرف می‌زنیم، به سرعت از انگ‌های وابستگی در مورد ما صحبت می‌شود، گفت: ازدواج زیر ۱۳ سال برای دختران و زیر ۱۸ سال برای پسران مطلقا ممنوع است و حالا که می‌خواهیم این سن را بالاتر ببریم با مخالفت‌های بسیاری روبرو شده‌ایم و این طرح هنوز به صحن مجلس راه نیافته است. وی خواستار فشار اجتماعی به مجلس برای تصویب طرح‌هایی شد که به آسیب‌های اجتماعی می‌پردازد و گفت: مردم با قدرت خود می‌توانند نمایندگان مجلس را با مسائلی مواجهه کنند که مورد پذیرش بسیاری از آن‌ها نیست.

اشرف گرامی‌زادگان، مدیرکل دفتر حقوقی معاونت امور زنان و خانواده نیز با بیان اینکه بسیاری از مردان مجلس و حتی برخی زنان نماینده به مسائل زنان رای نمی‌دهند چراکه به نفع آن‌ها نیست، گفت: زمانی که ما می‌گوییم ازدواج دختران نباید زیر سن ۱۳ سال صورت بگیرد برای ما کف نمی‌زنند.

مدیرکل دفتر حقوقی معاونت امور زنان و خانواده، علت اصلی ازدواج زودهنگام کودکان را سنت، شرایط و عدم آگاهی و آموزش خانواده‌ها دانست و گفت: باید این سوال مهم را بپرسیم که طی این سال‌ها چقدر دولت توانسته است به مردم آموزش بدهد که ازدواج زودهنگام می‌تواند چه آسیب‌هایی را به دختر و پسر و خانواده وارد کند. ▶

که متأسفانه تا به امروز با بی‌توجهی روبرو شده است. نوش آفرین انصاری همکار "توران میرهادی" نیز در این نشست با تأکید بر این مطلب که در کنار کتاب‌های درسی برای ساخت انسان‌های توانمند، نیاز داریم که آن‌ها را با ادبیات و مفهوم آزادی آشنا کنیم، گفت: توران میرهادی، نویسنده کتاب درسی نیز بودند اما همیشه عقیده داشتند در کنار قیده‌های موجود، آزادی است که انسان را می‌سازد و برای همین این وجه را در کتابخانه‌ها می‌دیدند، بهشتی که به کودک آزادی می‌دهد تا خودش و موضوع مورد علاقه‌اش را پیدا کند.

سینما و حرف زدن از مسائلی که در کتاب نیست

حسین قناعت، کارگردانی که در کارنامه کاری خود فیلم‌های بسیاری برای کودکان ساخته و امسال با فیلم "من و تیلی" در جشنواره فیلم رشد حاضر شده بود، درباره تأثیرگذاری سینما بر دانش آموزان در گفت‌وگویی عنوان کرد: سینما امروز تأثیرگذارترین رسانه در جهان است و همچنین بزرگترین رسانه‌ای است که دانش‌آموزان با آن ارتباط دارند. وزارت آموزش و پرورش باید نیاز سینما در آموزش را بیش از این احساس کند و از سینما برای تدریس درس‌ها و مسائل آموزشی کودکان و نوجوانان بهره ببرد.

حسین قناعت با اشاره به این مطلب که باید زمینه‌های فراهم شود تا دانش‌آموزان بتوانند در سینما فیلم‌های مربوط به کودکان و نوجوانان را ببینند، گفت: بایستی مثل زنگ تاریخ، ریاضی و ورزش، زنگ سینما هم در مدارس داشته باشیم تا هم بچه‌ها با سینما آشنا شوند و هم موضوعاتی مانند انسانیت و مسائل اخلاقی را که از طریق کتاب نمی‌توان به آن‌ها آموزش داد، به‌واسطه فیلم‌های سینمایی آموزش دهیم.

وی ادامه داد: در همه فیلم‌هایی که در تمام دنیا ساخته می‌شود، مسائل اخلاقی مورد توجه قرار می‌گیرد. می‌توان مسائل آموزشی که از حوصله کودکان و نوجوانان خارج است را از طریق فیلم سینمایی و در قالب داستان به آن‌ها آموزش داد و باید در مسائل آموزشی برای کودکان از شعارزدگی پرهیز کنیم و با نمایش درست، آن‌ها را درگیر این موضوعات کنیم و بدانیم سینما می‌تواند برای بچه‌ها دغدغه‌مندی ایجاد کند و ذهن کنجکاو آن‌ها را درگیر کرده و بچه‌ها را به تفکر در مورد هر مسئله‌ای وادار کند.

زنگی به نام سینما

یکی دیگر از کارگردانان حاضر در جشنواره، پوران درخشنده بود که فیلم زیر سقف دودی او هم نمایش داده شد. درخشنده با بیان اینکه کودک و نوجوان از خاستگاهی به اسم «خانواده» می‌آید، خانواده‌ای که باید مسیر و بستر رشد و آگاهی را فراهم کند و تأثیر اصلی را بر آینده فرزندان می‌گذارد، گفت: لازم است در مدارس زنگی به اسم زنگ سینما داشته باشیم و فرصتی برای دیدن فیلم در جمع به کودکان بدهیم تا همراه با یکدیگر فیلم را ببینند و به محتوای آن فکر کنند.

فیلم ساختن کیارستمی برای کودکان با عین و شین و قاف

سعید پوراسماعیلی، کارگردان سینما و معاون فرهنگی و آموزشی انجمن سینمای جوانان ایران نیز که از اعضای هیئت داوران جشنواره بود، در نشست بررسی فیلم‌های آموزشی عباس کیارستمی، گفت: ممکن است موضوعی، دغدغه، علاقه و مبحث مورد مطالعه یک فیلمساز باشد که در نتیجه یک اثر هنری همچون فیلم‌های عباس کیارستمی خلق می‌شود که همه آن‌ها کارکرد آموزشی مطلوبی دارند. از فیلمی مثل «مشق شب» گرفته که موضوع و معضلات کودکان است و بزرگ‌ترها و سیستمی مثل آموزش و پرورش باید به آن توجه کند تا فیلمی مثل «خانه دوست

ربات مهربان با سالمندان

داروی افسردگی برای آلزایمر



ربات مهربان با سالمندان

مهندسان "کالج ترینیتی دوبلین" در کنفرانس "Maker Faire Rome ۲۰۱۸" از یک ربات که برای کمک به سالمندان ساخته شده، رونمایی کردند. رباتی که مهندسان توسعه داده‌اند، استیو (Stevie) نام دارد و برای تسهیل انجام امور و کمک به سالمندان و افراد ناتوان، طراحی شده است. استیو، یک ربات صمیمی، با ویژگی‌های انسانی است. او به‌طور مستقل، برخی از امور را انجام داده و برخی امور دیگر را، تحت کنترل انسان انجام می‌دهد. برخی از اولین وظایف استیو، انجام کارهای معمول خانه‌های سالمندان و مراقبت ویژه از آنان است. سرپرست این پروژه، گفت: خانه‌های سالمندان، با چالش‌های قابل ملاحظه‌ای، مواجه است، مخصوصاً در طول شب که تعداد پرستاران کم است. این ربات می‌تواند، چندین وظیفه معمولی را انجام دهد، که این عمل، باعث بهبود کارایی و کاهش قابل ملاحظه فشار وارده بر کاربران می‌شود. استیو ۲ دست دارد و با تکان دادن سر می‌تواند با افرادی که در اطرافش هستند، ارتباط برقرار کند. صداها، چراغ‌ها، حالات چهره و زبان بدن به این ربات کمک می‌کند تا با موقعیت‌های مختلفی که ممکن است با آن روبرو شود، ارتباط برقرار کرده و به‌طور مناسب پاسخگو باشد. استیو متحرک است و مجهز به سنسورهای عمقی و لمسی است. دوربین‌هایی که درون آن تعبیه شده، او را قادر می‌سازد تا با محیط اطراف خود هوشمندانه ارتباط برقرار کند. این ربات، مجهز به پردازنده‌های هوشمند، اتصال بیسیم مانند Wi-Fi و بلوتوث نیز است.

استیو همچنین می‌تواند، به لوازم خانگی هوشمند متصل شده و بر دمای اتاق، نظارت کند و کاربر را از تغییرات دما مطلع سازد. این ربات تا سال ۲۰۲۱ به بازار عرضه می‌شود.

داروهای گیاهی انسانی و دامی ایران در اوگاندا و کنیا

دو شرکت دانش بنیان ایرانی، با راه‌اندازی خط تولید داروهای گیاهی انسانی و دامی، محصولات ایرانی را در آفریقا به تولید می‌رسانند. دکتر حجت‌الله ذبیحی، مدیرعامل شرکت دانش‌بنیان تولیدکننده داروهای گیاهی، در خصوص تفاهم‌نامه‌هایی که با اوگاندا و کنیا منعقد شده است، گفت: موفق شدیم قراردادی به میزان پنج میلیون دلار با کنیا، و دو میلیون دلار با کشور اوگاندا، در راستای تولید داروهای گیاهی ایرانی، منعقد کنیم و در آینده نزدیک، سه خط تولیدی مربوط به تولید پماد، شربت و کپسول و دو خط تولیدی برای محصولات دامی در کنیا و اوگاندا، ایجاد خواهد شد.

هوش مصنوعی و تشخیص سرطان سینه

سرطان سینه، سالانه نیم میلیون نفر را در سراسر جهان، به کام مرگ می‌کشاند، ولی محققان شرکت Naval Medical در سن دیه گو با همکاری گوگل، الگوریتم هوش مصنوعی جدیدی را ابداع کرده‌اند، که به‌طور خودکار قادر به شناسایی غدد لنفاوی آلوده به تومورهای سرطانی است.

این سیستم هوش مصنوعی Lymph Node Assistant یا LYNA نام دارد و در بررسی‌های انجام شده توانسته با دقت ۹۹ درصد، احتمال ابتلای افراد به سرطان سینه را پیش‌بینی کند. سیستم یادشده با جمع‌آوری اطلاعات انبوهی از زنان مبتلا به سرطان سینه و تحلیل داده‌های مربوط به آن‌ها چارچوبی برای تشخیص دقیق این مشکل ابداع کرده و مبتنی بر یک مدل منبع باز شناسایی و درک تصاویر موسوم به Inception-v۳ است که حداقل دقت آن ۷۸.۱ درصد است. قرار است بعد از انجام بررسی‌های نهایی، از این سیستم هوش مصنوعی به‌طور عملی برای تشخیص ابتلای افراد به بیماری سرطان سینه، استفاده شود.

نانو و ماندگاری بیشتر محصولات پروتئینی

یک شرکت با استفاده از کیسه‌های پلاستیکی دارای خواص آنتی‌باکتریال، ماندگاری محصولات پروتئینی را، تا دو برابر زمان معمول افزایش داده است. این کیسه‌ها با استفاده از فناوری نانو، از خواص آنتی‌باکتریال برخوردار شده‌اند و می‌توانند ماندگاری محصولات پروتئینی را، از سه روز به ۶ روز افزایش دهند. این محصول، در

حال حاضر توسط یک شرکت خریداری شده تا برای بسته‌بندی محصولات از آن استفاده شود. اشرافی، کارشناس ستاد ویژه توسعه فناوری نانو، درباره حجم فروش این محصول، گفت: براساس توافق‌های انجام شده، فروش سالانه مستریج مربوط به این نوع کیسه پلاستیکی، بیش از ۷۰ تن در سال خواهد بود. دامنه کاربرد این کیسه‌ها تنها به بسته‌بندی محصولات پروتئینی محدود نبوده، و از آن می‌توان برای کیسه‌های زباله، کیسه‌های بیمارستانی و ظروف غذاخوری نیز استفاده کرد.



داروهای افسردگی برای آلزایمر

متخصصان در یک مطالعه جدید دریافتند، داروهای افسردگی می‌توانند نه تنها برای درمان افسردگی تجویز شوند، بلکه در درمان زوال عقل نیز اثربخش هستند. طبق اعلام انجمن آلزایمر آمریکا، از میان هر ۱۰ فرد ۶۵ سال به بالا، یک نفر به بیماری آلزایمر، که نوعی از زوال عقل به حساب می‌آید، دچار است. این اختلال، با از دست رفتن قدرت حافظه و داشتن مشکل در انجام فعالیت‌های روزمره شناخته می‌شود. علاوه بر این، افراد مبتلا به آلزایمر اغلب با مشکلات سلامت روان، به‌ویژه افسردگی درگیر هستند. بر همین اساس، پزشکان ممکن است مصرف بازدارنده‌های بازجذب سروتونین (SSRI)، که نوعی داروی افسردگی است را، به بیماران مبتلا به زوال عقل توصیه کنند. به تازگی گروهی از متخصصان کانادایی به مکانیزمی دست پیدا کردند که نشان می‌دهد، رشد توده‌های مرتبط با زوال عقل را در مغز متوقف می‌کند. به گفته محققان، یافته‌های بدست آمده می‌تواند، برای مبتلایان به بیماری آلزایمر، که از این گروه از داروها مصرف می‌کنند، امیدبخش باشد. محققان کانادایی اظهار داشتند: این یافته‌ها نه تنها تأکید کننده فواید این دارو برای بیماران مبتلا به افسردگی و آلزایمر است، بلکه می‌تواند به روند کشف و تولید داروهای درمانی این دو بیماری در آینده، کمک کند. ▶



اصول مشاوره و آموزش بیمار (با رویکرد مراقبت‌های دارویی)

مولفان: دکتر خیراله غلامی، دکتر محمدرضا جوادی، دکتر مرزده محمدی
انتشارات: آبادیس طب
زبان نگارش: فارسی
سال انتشار: ۱۳۹۶
تعداد صفحه: ۲۷۰

امروزه کتاب‌های مختلف و اینترنت اطلاعات فراوان پزشکی و دارویی را در میان اقشار جامعه گسترش داده و زبان پزشکی را ساده نموده‌اند. به بیان دیگر می‌توان گفت: بیماران نسبت به گذشته دسترسی بیشتری به اطلاعات دارند اما به هر حال عده‌ای از بیماران همچنان توصیه‌های ارائه شده را فراموش کرده و یا از آن‌ها غافل می‌شوند. آموزش به بیمار شامل کمک به وی جهت کسب اطلاعات، یادگیری مهارت‌ها، و تغییر نگرش‌هاست و به این ترتیب بیمار قادر خواهد بود شرایط موجود را مدیریت نموده، از عهده تأثیرات ناشی از بیماری و تغییر نقش خود در زندگی برآید، از بروز بیماری، عوارض و ناتوانی‌های ناشی از برخی بیماری‌ها، پیشگیری نموده، تغییرات سبک زندگی را اعمال نماید، و رژیم‌های درمانی پیچیده را مدیریت کند. تمرکز بر نیازهای هر فرد در آموزش به بیمار به کادر درمان کمک می‌نماید تا نگرانی‌ها، حمایت‌ها و موانع موجود بر سر راه تمایلات و توانایی‌های بیمار جهت وارد نمودن اطلاعات به زندگی‌اش را دریابند. در واقع می‌توان گفت: آموزش به بیمار یک برنامه سازمان‌یافته و منظم است که جهت مهیا نمودن بیماران با اطلاعات و تسهیل یادگیری آن‌ها به کار می‌رود. ▶

www.abadisteb.ir



راهنمای کاربردی تزریق فیلرهای پوستی

گروه ترجمه: دکتر پروین منصوری، دکتر سید مهدی طبایی، دکتر معصومه روحانی نسب، دکتر زهرا عزیزیان، دکتر هدی برنجی اردستانی
انتشارات: اندیشه رفیع
زبان نگارش: فارسی
سال انتشار: ۱۳۹۵
تعداد صفحه: ۲۰۰

کاربرد فیلرها برای بهبود و جایگزینی بافت نرم از سال ۱۸۹۳ توسط Neuber شروع شد و در اواسط قرن بیستم با کاربرد سیلیکون شکوفا گردید. پس از آن با معرفی کلاژن گاوی و به دنبال آن کلاژن غیر گاوی و اسید هیالورونیک در اوایل قرن بیست و یکم، انقلابی در این زمینه به‌وجود آمد.

بازار فیلرهای درمال در تمام دنیا به سرعت رو به رشد است. هدف نهایی فیلرهای درمال، صاف کردن چین و چروک‌های پوستی، محو نمودن اسکارها، حجم‌دهی برای فرورفتگی‌ها و گودی‌ها، ترمیم ناهمواری‌ها و شلی پوست و بالاخره برگشت ۳۶۰ درجه‌ای پوست با نمای جوان و بازسازی شده است. به‌منظور دسترسی به نتایج مطلوب، ضرورت دارد که متخصصین پوست و زیبایی، با مشخصات فیلرهای موجود، کاربردهای آن‌ها، موارد منع استفاده، مشکلات و فواید موجود و راهکارهای برطرف‌سازی عوارض ذاتی فیلرها، آشنایی دقیق داشته باشند.

این کتاب برای کسب دانش بیشتر و به‌عنوان یک راهنمای عملی، کاربرد فیلرها برای دانش پژوهان و متخصصین، تدوین شده است.

www.andisherafi.com



فارماکولوژی پایه و بالینی کاتزونگ (جلد اول)

تالیف: برترام جی، کاتزونگ
ترجمه: دکتر خسرو سبحانیان، دکتر الهام فخارزاده
فخارزاده نائینی، دکتر مینا فتحی کازرونی، دکتر صدیقه حسنی
زیر نظر: دکتر بیژن جهانگیری
انتشارات: ارجمند
زبان نگارش: فارسی
سال انتشار: ۱۳۹۷
تعداد صفحه: ۷۶۸

هدف اصلی چاپ‌های مکرر «فارماکولوژی کاتزونگ» رسیدن به تالیف یک کتاب جامع کلاسیک رشته فارماکولوژی بوده و تجربه ۳۵ ساله نویسندگان شاهد توفیق ایشان در رسیدن به این هدف است.

کتاب مجموعه‌ای است جامع، بدین معنی که در برگزیده تمام فصول فارماکولوژی است و در سرفصل ابتدایی و نیز در هر فصل به‌طور مستقل، مبانی و اصول فارماکولوژی آورده شده و سپس داروهای اصلی هر فصل و متعاقباً اطلاعات فارماکولوژی بالینی داروها شرح داده شده است. ترتیب عرضه فصول مختلف از یک روند و منطق کلاسیک تبعیت کرده ولی استقلال هر فصل حفظ شده به نحوی که احتیاجات آموزشی خواننده تک فصل‌های متفاوت، به‌خوبی برآورده می‌شود. مزیت دیگر حفظ استقلال فصول، سهولت استفاده از مطالب مربوط به هر فصل در مورد آموزش به روش INTEGRATED است.

www.arjmandpub.com

Headlines

Countries of the Region Wish and Hope for Reaching the Iranian Pharmaceutical Industries Status



Dr. Morteza Kheirabadi, Member of the Iranian Pharmaceutical Industries

When we go through the financial documents and paper work for their imports of pharmaceuticals or take a look at the pharmaceutical expenses of Armenia or Turkey, we can take pride in the pharmaceutical industries in Iran and we can see that all countries of the region are wishing and hoping to reach our status in pharmaceutical industries. In his recent visit to Turkey, the Russian president Vladimir Putin, gave \$ 20 billion to the Turkish pharmaceutical industries and asked them to reach half the potential of the Iranian industries in terms of quality and quantity. Many of our companies are currently transferring their know-how and technology to Russian companies. Knowing this fact, will make any Iranian proud, a pride made available by the successful pharmaceutical managers and executives in Iran. Companies on Monday afternoon, December 10th, at the ministry of culture and Islamic Guidance.

China, Constant and Diverse Presence



IRANPHARMA EXPO 2018 hosted the official Chinese pavilion. In a space of approximately 400 m², 25 Chinese pharmaceutical manufacturers in different sectors were present. The diversity of their activities, from API to equipment, machinery, packaging, biotechnology, distribution, trading, etc. was notable. A general look at the visit rate of the Chinese pavilion, indicates their rate of satisfaction with the exhibition. According to polls, almost all companies expressed their desire for participating in IRANPHARMA EXPO 2019.

Wan Ting, one of the executives present at the pavilion, described the general atmosphere of international businesses operating in the Iranian pharmaceutical industries and said that: "Despite international sanctions and difficult economic conditions, IRANPHARMA EXPO

2018 was a step forward in comparison with last year's edition. We are receiving a large number of visitors from international companies." He then explained the reasons for his continuing presence in the Iranian market despite difficulties and said that: "With regard to the amount of investment returns, the strategic importance of this market, and the commitment we feel toward our clients in Iran, finding the right path for active participation in the market becomes easier. Industries that have attained bigger shares in the Iranian market through constant activities, will not lose this opportunity easily. This has led IRANPHARMA EXPO to be a rendezvous for revisiting old friends in Iran, as well as a place for expanding the business scope, and meeting industrialists who have just begun their work in Iran."

IRANPHARMA EXPO, Major Event Hosting Diverse Pharmaceutical Sectors



A good number of pharmaceutical companies from across the world have participated in IRANPHARMA EXPO 2018. Peter Emile Iverson, a manager at a pharmaceutical information technology firm from the Scandinavian region was among the participants of this exhibition. Experiencing his first visit to Iran, he described his experience and said that: "IRANPHARMA EXPO is a major event held in a beautiful venue, hosting diverse pharmaceutical sectors." Applauding the exhibition organization, Iverson mentioned the IT domain as one of the sectors in the pharmaceutical industries of Iran as one with great potentials for growth and development. Despite difficulties and complications of being in Iran, Iverson expressed his hope for participating in future editions of IRANPHARMA EXPO.

Headlines

IRANPHARMA EXPO 2019 Poster Unveiled



The IRANPHARMA EXPO 2019 Poster Unveiling Ceremony was held in the presence of the head of the Iranian Pharmaceutical Industries Syndicate, deputy of culture and media at the general office of culture and Islamic guidance, general manager of the culture and Islamic guidance organization, general manager of the Iranian Food and Drug Administration, cultural consultant to Imam Khomeini Musalla, public relations manager of Imam Khomeini Musalla, board members of the Iranian Pharmaceutical Industries Syndicate, Dr. Jafar Mirfakhraei and CEOs and representatives from pharmaceutical companies on Monday afternoon, December 10th, at the ministry of culture and Islamic Guidance.

IRANPHARMA EXPO is a Symbol of Iran's Capabilities



Dr. Ahmad Sheibani, chairman of the Iranian Pharmaceutical Industries Syndicate

pointing out the participation of two official pavilions of China and India in IRANPHARMA EXPO 2018 stated that: "China and India have had the most collaboration with the Iranian pharmaceutical industries and one of the best parts of the closing ceremony for IRANPHARMA EXPO 2018 was when different companies from different countries, especially Europeans expressed their satisfaction with this exhibition and announced their readiness for taking part in IRANPHARMA EXPO 2019, despite sanctions. Dr. Sheibani also mentioned the visit by 6 official political and commercial envoys from European countries as one of the most important highlights of this year's edition of the exhibition.

IRANPHARMA EXPO 2019 Pre-Registration and Stand Booking Begins

Pre-registration and stand booking for IRANPHARMA EXPO 2019 has begun. All companies that are willing to take part in this major pharmaceutical event can log into the expo website at www.iranpharmaexpo.com and do their registration. IRANPHARMA EXPO 2019 will be held on September 24-26, 2019, in Imam Khomeini Musalla of Tehran, Iran.

The American's Plot against the Pharmaceutical Industry Defeated



Dr. Iraj Harirchi, Spokesperson for the Ministry of Health and Medical Education

Many countries are interested in creating hotlines in the pharmaceutical sector, but until now, we are yet to establish an official line of connection. This is because of the enmity of the US, which apparently claims that the pharmaceutical industry is exempt from the sanctions. However, the claim demanded from one of the countries as a condition to guarantee that the drugs will not be delivered to those who were sanctioned. They have explicitly showed their enmity, but I can clearly declare that in the pharmaceutical sector and in medical equipment we have been able to defeat their plots, in a way that the shortage in API has been reduced to the normal condition, which is less than 1 percent of the available pharmaceutical items.

Drugs are Sanctioned for Iranians



Dr. Ahmad Sheibani, Chairman of the Iranian Pharmaceutical Industries Syndicate in Reaction to The Guardian's Report on Pharmaceutical Shortage

Despite the American sanctions and their claims of not sanctioning the drugs, pharmaceutical items are directly or indirectly sanctioned, as some of the companies are reluctant to sell us API in fear of the Americans' sanctions and some others that are not prohibited from sending or selling drugs to Iran, but we are unable to purchase pharmaceuticals from them because of banking sanctions.

However, during the years that we have been sanctioned, we have used these problems as means to use the potentials and turning them into opportunities and currently, although we are not claiming that we are not facing problems in providing special drugs and cancer treatment, we can claim that by replacing them with similar options, or manufacturing their counterparts domestically, we will prevent serious problems happening our patients.

IRANPHARMA EXPO

IRANPHARMA EXPO which will be held in its 5th edition on September 24-26 2019, has in its team different executive and exhibition departments that contribute to its success. IRANPHARMA EXPO is not merely a pharmaceutical exhibition, it is an event of various aspects, a pharmaceutical, industrial and cultural event. The executive committee of IRANPHARMA EXPO encompasses the four departments of executive secretariat, registration department, expo services department and international affairs department. Also, book fair, media exhibition, student tours, workshops and roundtables are among its subsidiary events.

Book Fair and Media Exhibition

Two of the most important sections of the past few editions of IRANPHARMA EXPO which has increased its cultural poignancy, are the Pharmaceutical and Medical-Academic Book Fair and the Exhibition on Health-Oriented Media. These pharmaceutical events are organized with the support and help of the ministry of culture and Islamic guidance and the general office of culture and Islamic guidance in Tehran, concurrent with IRANPHARMA EXPO. The success of these sections has led to the incorporation of this event in the Iranian events calendar.



Workshops and Roundtables

Student tours are among the most important events in IRANPHARMA EXPO, during which the students visit different parts of the exhibition and get to meet the professionals of the sector. They can also take part in job opportunity workshops and get to know the basics and principles of presenting their capabilities to the professionals in this sector. They are guided to present their professional and academic CVs to major domestic and international companies and take part in workshops for free.



Student Tour

Registration dept. works under the secretariat and throughout the year, and with the announcement of the registration dates for IRANPHARMA EXPO, begins its activity. Since IRANPHARMA EXPO is a specialized event, only professionals and those active in the field will be allowed to register



info@iranpharmaexpo.com

IRAN PHARMA Departments



Executive Committee

This committee, which encompasses the departments of registration, public relations, advertisement and international affairs, is responsible for releasing the latest news from the exhibition and supervising the registration of all companies. In fact, this committee, does all the expo-related activities from the beginning to the end and throughout the year, it is responsive towards companies and those interested in taking part in the exhibition in any way or form.



Expo Services Department

This department is responsible for delivering services related to exhibitors with the aim of meeting international exhibition standards in providing top quality services. Required arrangements for erecting booths and beginning activity, booth allocation and providing for the requirements in medical equipment are among the responsibilities done in this department.



Registration Department

Registration dept. works under the secretariat and throughout the year, and with the announcement of the registration dates for IRANPHARMA EXPO, begins its activity. Since IRANPHARMA EXPO is a specialized event, only professionals and those active in the field will be allowed to register



RASA BOARD

www.rasaboard.ir

هدف از تشکیل این مرکز، توسعه توانایی‌ها و مهارت‌های مدیران و فعالان حوزه سلامت است

تجارت نوین در گرو آموزش نوین

رسابورد به‌عنوان مرکز آموزش‌های تخصصی حوزه سلامت در مهر ماه ۱۳۹۷ آغاز به فعالیت کرده است. هدف از تشکیل این مرکز، توسعه توانایی‌های مدیران و کارشناسان، ارائه آموزش‌های ویژه مهارتی، انتقال دانش و افزایش توانمندی و مهارت‌های حوزه بهداشت و سلامت است.

در دوره‌های بلندمدت و یا مطالعه منابع گسترده را ندارند. دانش‌پذیر با ثبت‌نام در این دوره‌ها می‌تواند به‌صورت فشرده مطالب اصلی و کاربردی را در کوتاه مدت و با هزینه‌ای کم بیاموزد.

برگزاری دوره به درخواست سازمان‌ها

دوره‌های کوتاه مدت رسابورد، برای سازمان‌هایی که تمایل دارند با توجه به استراتژی‌هایشان، پرسنل خود را با صرف زمان و هزینه‌ای معقول به فنون و روش‌های مورد نیاز تجهیز کنند، بسیار مفید است و رسابورد بنا بر درخواست سازمان‌ها، دوره‌های مورد نظر آن‌ها را برگزار می‌کند.

اساتید رسابورد

رسابورد با بهره‌گیری از مشاور مطرح و برجسته حوزه‌های مختلف دانش کنکور اساتید خود را از میان بهترین اساتید انتخاب می‌کند، اساتیدی که از نظر علمی و تجربی در حوزه کاری خود سرآمد هستند تا حداکثر رضایت شرکت‌کنندگان هر دوره که از مأموریت‌های این موسسه است، کسب شود.

اعطای گواهینامه معتبر:

یکی از ویژگی‌های بارز موسسه آموزشی رسابورد، اعطای مدارک معتبر برای دانش‌پذیران دوره‌های آموزشی و مهارتی موسسه است که پس از فراگیری مطالب آموزشی، گواهینامه آموزشی این مؤسسه صادر می‌شود. این گواهینامه صرفاً به دانش‌پذیرانی که در این دوره‌ها شرکت می‌کنند، اعطا می‌شود و برای افرادی که در این دوره‌ها حضور نداشته باشند، صادر نمی‌شود.

رسابورد پس از نظرسنجی، تحقیقات و نیازسنجی که از داروسازان، پزشکان، صاحبان کسب و کار، مسئولین فنی و دانشجویان علوم پزشکی و دارویی انجام داده است، موضوع‌های مورد نیاز و به روز را استخراج کرده و برگزاری دوره‌های آموزشی کوتاه مدت را به‌عنوان روش اجرایی خود در سال آغازین فعالیت، برگزیده است، موضوعاتی که بر رشد کسب و کار و یا اتخاذ تصمیمات راهبردی به‌ویژه در شرایط کنونی کشور برای فعالان حوزه سلامت اثرگذار است.

چرا موسسه رسابورد؟

اساس کار موسسه رسابورد بر دانش و تجربه برآمده از نیاز صنایع استوار است، با تکیه بر شبکه‌ای از متخصصان، با شناسایی نیازهای بازار، محتواهای کاربردی را در قالب دوره‌های آموزشی طراحی و اجرا می‌کنیم. نتیجه این رویکرد، انتقال هم‌زمان دانش و تجربه بر اساس نیازهای واقعی بازار کار است. ما دانش آکادمیک را به‌شیوه‌ای موثر و کاربردی آموزش می‌دهیم تا مهارت شما را با اصول و مفاهیم رایج در صنایع کامل کنیم.

چرا دوره‌های کوتاه مدت؟

امروز مشغله‌های مختلف باعث شده بسیاری از افراد وقت کافی برای جستجو، یافتن و مطالعه مباحث مورد علاقه و نیاز خود را نداشته باشند و در پی فراگیری مواد آموزشی در کمترین زمان ممکن هستند. همچنین از جمله ملزومات حیاتی دنیای کسب‌وکار دانش‌محور امروز، یادگیری مباحثی است که دارای کاربرد ضروری در صنعت و بازار است. دوره‌های کوتاه مدت و تخصصی رسابورد ویژه کسانی است که قصد فراگیری مهارت‌های علمی و کاربردی خاص را داشته ولی وقت کافی برای حضور

ثبت نام: ۸۸۱۹۸۵۱۴

تهران، خیابان توانیر، خیابان پیوند، نبش کوچه حماسی
پلاک ۲۶، طبقه اول موسسه رسابورد
www.rasaboard.ir RASA BOARD



وزارت علوم، تحقیقات و فناوری
اتحادیه انجمن های علمی گیاهان دارویی



کد اختصاصی: ۰۲۹۰۸-۹۷۱۸۱

چاپ مقالات در مجلات
علمی پژوهشی، ISI, ISC

دومین همایش ملی گیاهان دارویی و گونه های موثر بر کبد چرب

۱ و ۲ اسفند ماه ۱۳۹۷

تهران

FEBRUARY 18-19, 2019

تاریخ های مهم:

آخرین مهلت ارسال اصل مقالات :

۱۵ بهمن ۱۳۹۷

آخرین مهلت ثبت نام در کنفرانس :

۲۰ بهمن ۱۳۹۷

2nd National Conference MEDICINAL PLANTS AND SPECIES AFFECTING THE FATTY LIVER

WWW.CONFMP.IR
INFO@CONFMP.IR

آدرس :

تهران، کیلومتر ۵ آزاد راه تهران - کرج،
انتهای ۲۰ متری دوم، موسسه تحقیقات
جنگل ها و مراتع کشور

تلفن : ۰۲۱-۷۱۰۵۳۱۹۹

فکس : ۰۲۱-۷۱۰۵۳۱۹۸

محورهای کنفرانس :

- ۱- دیدگاه و راهکارهای طب ایرانی
در درمان کبد چرب و عوارض آن
- ۲- نقش سبک زندگی در پیشگیری،
در درمان کبد چرب و عوارض آن
- ۳- پیشرفت های نوین در درمان
کبد چرب با رویکرد در مان های طبیعی



گامی بلند در مسیر
سلامت جامعه ایرانی



گامی بلند در مسیر اشتغال زایی جوانان

LIVING INNOVATION
FOR A HEALTHY FUTURE



گامی بلند در مسیر
سلامت جامعه ایرانی

گامی بلند در مسیر تولید ملی





CERTIFIED
EU GMP

شرکت سیناژن
CinnaGen

www.cinnagen.com
info@cinnagen.com

Tel: + 98 21 42815

Fax: + 98 21 88561575

FINISHED PRODUCT
**MONOCLONAL
ANTIBODY**
BIOPHARMACEUTICAL
RECOMBINANT
PROTEINS
TECHNOLOGY



Our Ambition is Beyond Imagination



Ferro Fort®

Ferrous Glycine Sulphate

A promise for a happier life

- ✓ **Very high oral bioavailability**^{1,2}
- ✓ **High efficacy in treatment of anemia**²
- ✓ **Favorable response in patients with gastritis**³
- ✓ **Very low GI side effects**⁴
- ✓ **Once daily for patient's compliance**²



References:

1. *Dutch Pharmacist Journal* 1986;126: 681-690.
2. *Drug Res.* 2005;55(7):376-381.
3. *Acta Haematol.* 2007;118(1):19-26.
4. *Curr Med Res Opin.* 2013; 29(4): 291-303.

Coldax®

Different Power!



موثر و قوی در مهار درد و تب

بدون خواب آلودگی در طول روز
(به علت عدم وجود آنتی هیستامین در قرص روز)



کلداکس® سینوس و آلرژی

- ضد درد و تب
- ضد احتقان
- آنتی هیستامین



کلداکس® روز و شب

- روز (قرص زرد)
- ضد درد و تب، ضد احتقان، ضد سرفه
- شب (قرص آبی)
- ضد درد و تب، ضد احتقان، ضد سرفه، آنتی هیستامین

IR-0317-CLD-2422-AD

@manosarmakhordegi

@manosarmakhordegi

www.coldax.ir

* Drug Facts and Comparisons. 2011 ed. St. Louis, MO: Wolters Kluwer Health, Inc; 2011. p.1143,1159.



VESIFEN[®]

Solifenacin

Balance of efficacy and tolerability



- Effective for all symptoms of urge urinary incontinence, urgency, and frequency ⁽¹⁾
- Favorable tolerability profile, with mild dry mouth ⁽²⁾
- Improvement as early as week 2 of treatment ⁽²⁾
- Maintaining of improvement over 12-week and 1-year time periods ⁽²⁾
- Improvement Without being compromised by the age or gender of the patient⁽²⁾
- Improving quality of sleep in patients with overactive bladder ⁽³⁾
- 24-hour control of the urinary bladder smooth muscle tone with a once daily dose⁽⁴⁾

YOUR HEALTH IS OUR CONCERN ...



Zaxaban[®]

Rivaroxaban

A big jump in anticoagulation therapy


- Less drug–drug interactions
- No dietary restriction
- Predictable PK and PD
- Rapid onset and offset
- Lack of need for laboratory monitoring
- Wide therapeutic windows
- Take once daily
- Ability for conversion from other anticoagulation medicines to Rivaroxaban



9th .Km of Karaj Makhsoos Rd. Tehran-Iran.
Tehran Darou Pharmaceutical Company

Tel: +98 (21) 44 50 48 41-3
Fax: +98 (21) 44 50 48 40

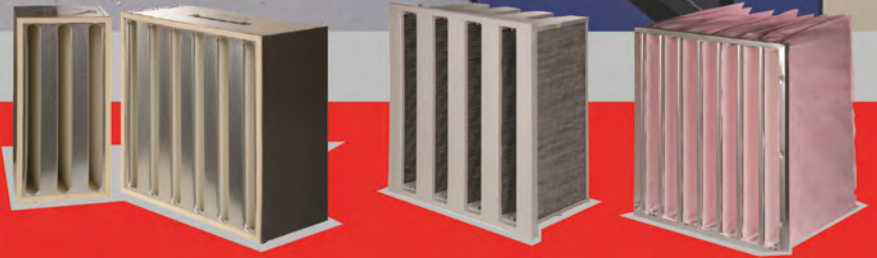
 www.tehrandarou.com

 www.instagram.com/tehrandarou

شرکت آرتا صنعت گاتا

طراح و مجری اتاق های تمیز ، ارائه دهنده انواع تجهیزات اتاق تمیز

- انجام مشاوره و طراحی Basic, Conceptual و Detail با در نظر گرفتن کلیه اهداف و نیازهای کارفرما
- نماینده انحصاری شرکت ULPATEK ترکیه (تولیدکننده انواع فیلتر و دستگاههای تصفیه کننده هوا و BIBO)
- نماینده انحصاری شرکت ULPADUST ترکیه (تولیدکننده انواع دستگاههای غبار گیر)
- نماینده انحصاری شرکت MPM ایتالیا (تولیدکننده انواع اتصالات PVC)
- نماینده انحصاری شرکت Otto Chemie آلمان (تولیدکننده انواع چسب های سیلیکون)
- ارائه کننده انواع هواساز هایژنیک، استاندارد و چیلرهاو خنک
- طراح ، سازنده و مجری تابلوهای برق و سیستم کنترل
- ارائه دهنده انواع پس باکس، پس ترو، هود لامینار ، اتاقک توزین و نمونه برداری
- سازنده و ارائه دهنده انواع درب و پنجره اتاق تمیز و درب Fast roll up



We believe in Commitment, Innovation and Quality...







Afa chemi

داروسازی آفاشیمی



**New
Products**



Afa chemi
داروسازی آفاشیمی

www.afachemi.com



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

تلفن: ۶۴۰۵۹ فکس: ۶۶۷۸۰۷۸۱

تهران - کیلومتر ۵ جاده قدیم کرج
ابتدای خیابان نورد
پلاک ۱۳- داروسازی آفاشیمی

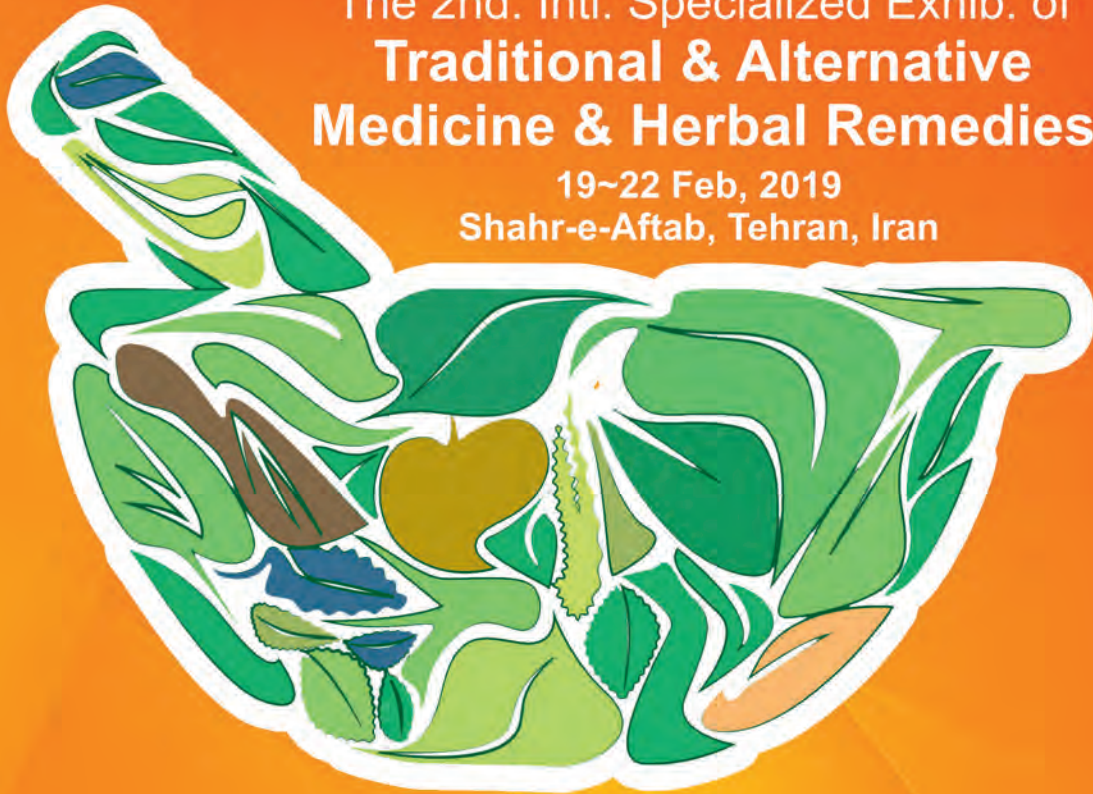


شرکت منیر تجهیز امین
www.monirexpo.com

دومین رویداد سلامت پایدار

Sustainable Health Event
The 2nd. Intl. Specialized Exhib. of
**Traditional & Alternative
Medicine & Herbal Remedies**

19~22 Feb, 2019
Shahr-e-Aftab, Tehran, Iran



TRAMEDEX

دومین نمایشگاه بین المللی تخصصی

طب سنتی، طب جایگزین و داروهای گیاهی

تهران، شهرآفتاب، ۳۰ بهمن تا ۳ اسفند ۱۳۹۷

ثبت نام آنلاین برای شرکت کنندگان در نمایشگاه از طریق سایت

www.tramedex.ir

و یا تماس با تلفن های ۰۲۱ ۹۳۵۱۲-۴۴۶ ۹۳۸۷۵-۴۴۶



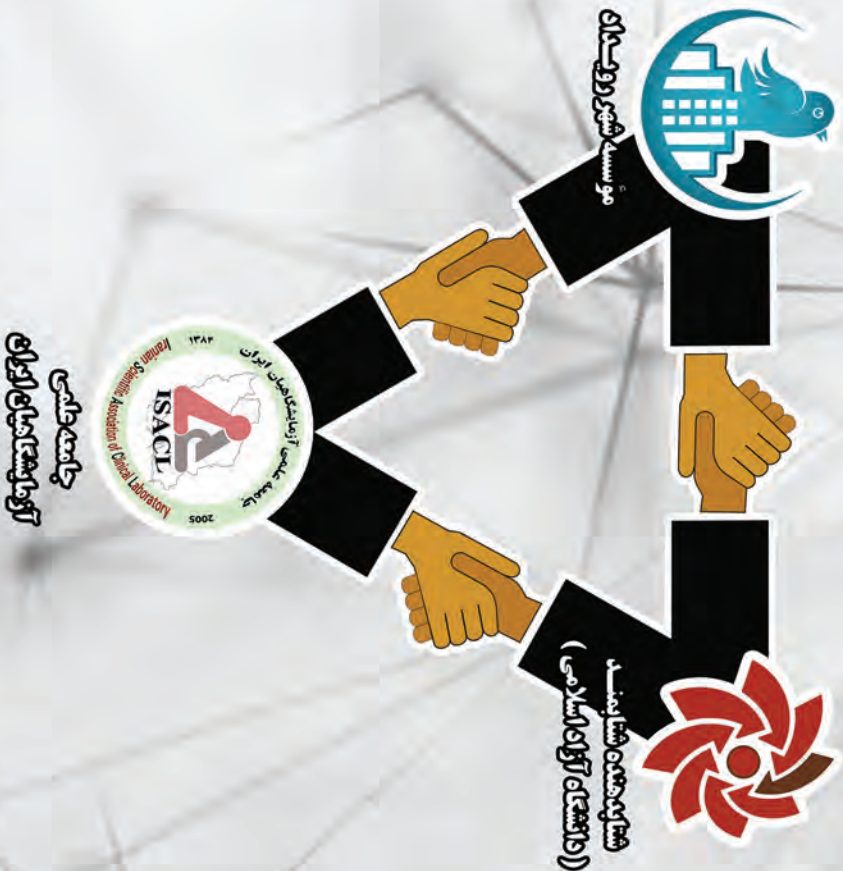
TRAMEDEX



www.tramedex.ir

ICCCE

فصلیہ سیمینار کے انعقاد کے لیے



دانشگاہ علامہ اقبال پرنشپل کے تھران، دانشگاہ پرنشپل کے
۲۶ الے ۲۸ سی ماہ ۱۳۹۷
۸۸۴۵۰۲۵۲ - ۸۸۴۰۳۵۹۸ - ۰۹۱۲۰۲۸۲۸۱۸

ورلڈ ویل

استلارت آپ ماو صلاحیان ایده

جهت شرکت در جشنواره ملی
سلامت و مسابغه ایده بالاربا
امدلی، جلالیزه ملی سلامت

تحت حمایت شت ابد هندسه شتابمند،
دانشگاه علامه اقبال پرنشپل کے تھران، صندوق
نوآوری و شکوفایی نهاد ریاست جمعہوری
و سرمدیہ گڈالان بخش خصوصے



مرکز تحقیقات علوم دارویی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و
نشریه پزشکی دارویی نوین دارو برگزار می نمایند:



- ۱۷ لغایت ۱۹ بهمن ماه ۱۳۹۷
- تهران - مرکز همایش های بین المللی رازی
- مهلت ارسال مقالات: ۲۰ آذر ۱۳۹۷

نوین داروسازی دوین گنگره بین المللی ۲



دوین گنگره ی
شیمی دارویی
ایران

همایش
فناوری های
نوین دارویی

اولین
همایش دارودمانی
بالینی

گنگره های همزمان افتخاری:

- ۳ سالن همزمان سخنرانی های کلیدی
- سالن اختصاصی دانشجویان
- نمایشگاه های تخصصی جانبی
- کارگاه های آموزشی و پژوهشی
- پانل های اختصاصی
- بازدیدهای علمی

2nd International Congress on Pharmacy Updates

February 6-8, 2019 Iran-Tehran
Razi Conference Center - Tehran

www.Pharmacyupdates.com

Pharmacyup2019

@Pharmacyup2019

info@pharmacyupdates.com

(021) 88108541 - 88481057-8

(021) 88482713

250 & 500 ml



Femolife®

فمولایف®

هیدروکسی
پروژسترون
کاپروات

- پیشگیری از زایمان زودرس
- درمان آمنوره ثانویه
- درمان خونریزی غیرمعمول رحمی
- درمان القای قاعدگی
- سنجش تولید داخلی استروژن
- سنجش ترشحات ، تخریب و ریزش اپی تلیال اندومتريوم



پایان فروش انتظار ...



Instagram
@aburaihanpharma



Aburaihan Pharmaceutical Co.
Fax: 0098 21 77702066
Tel: 0098 21 77715554
E-mail: info@aburaihan.com . URL: www.aburaihan.com
Distributors: Darupakhsh Distributor Co. & Hejrat Co.
Exir pharma Distributor Co.



Fertigest®

Progesterone

200 & 400 mg Suppository
(Rectal-Vaginal)

تحقق آرزو



چیران کمبود پروژسترون در فاز لوتئال

افزایش سطح پروژسترون در زنان تحت درمان ناباروری

کمک به جایگزینی جنین در رحم و پتانسیل بارداری

درمان آمنوره ثانویه، خونریزی های غیر عادی رحم و

بی نظمی سیکل های قاعدگی

درمان سندروم قبل از قاعدگی



Aburaihan Pharmaceutical Co.

Fax: 0098 21 77702066

Tel : 0098 21 77715554

E-mail: info@aburaihan.com , URL: www.aburaihan.com

Distributors: Darupakhsh Distribution Co. & Hejrat Distribution Co.
Exir pharma Distribution Co.



Instagram

@aburaihanpharma



ششمین جشنواره
طب سنتی

طب سنتی



اداره کل فرهنگ و ارشاد اسلامی
استان تهران



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
دفتر طب ایرانی



باغ موزه قصر

۸ تا ۱۰ اسفند ۹۷



بخش‌های جشنواره

ارائه سخنرانی‌های علمی و نشست‌های تخصصی
نمایشگاه جانبی تخصصی فرآورده‌های طبیعی، سنتی و کتب تخصصی
سلامتکده طب سنتی با حضور متخصصین طب سنتی

www.traditionalmedicine.ir