



گفت و گوی ویژه با  
دکتر «مهدی زرین»  
(مدیرعامل شرکت داروسازی راموفارمین)

**صنعت ما، دچار  
«ریسک مقیاس» است**



مجله تخصصی حوزه سلامت و صنعت داروی کشور • شماره بیست و هشتم • آذر ۱۴۰۴

ریخت‌شناسی دارو در ایران  
**نجات این صنعت نیازمند عزم ملی است**



**دیابت و انسولین**  
**فهرست خاموشی بیماران**  
در انتظار شنیده شدن

**پدیده‌ی مدیران پارکینگ!** ✓

# گروه اتاق تمیز سیوند صنعت



SIVAND SANAT



# SIVAND SANAT

cleanroom solutions

[www.SivandSanat.com](http://www.SivandSanat.com)

[Info@SivandSanat.com](mailto:Info@SivandSanat.com)

 [SivandSanat](#)

 [SivandSanat](#)

- مشاوره ساخت انواع خطوط تولید دارویی
- طراحی و اجرای پروژه های EPC اتاق تمیز
- ساخت و تامین تجهیزات اتاق تمیز
- تهیه مستندات کیفی و معتبر سازی



## Magnequin® و Osteopars®

ترکیبی معجزه آسا برای ارتقاء سلامت  
سیستم اعصاب و استخوان‌ها



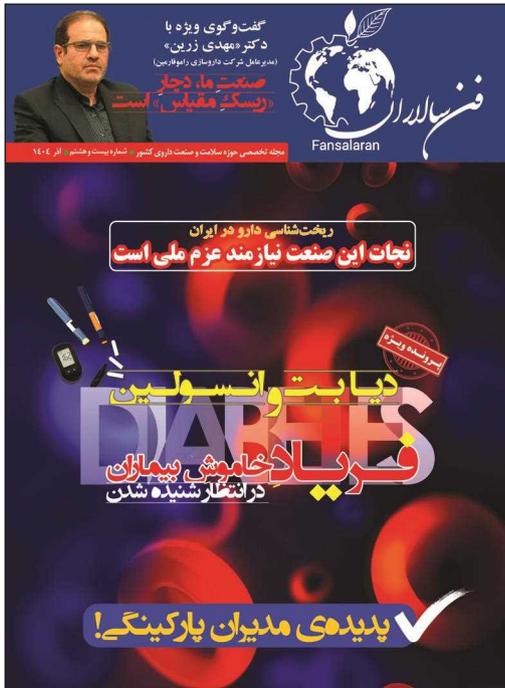
 [www.parsdarou.ir](http://www.parsdarou.ir)

 [pars\\_darou](https://www.instagram.com/pars_darou)

 صدای مشتری: ۰۲۱-۷۴۳۷۳

پارس دارو  
پیشرو و متمایز





**فن سالاران**  
سال سوم  
شماره بیست و هشتم  
آذر ۱۴۰۴  
مجله تخصصی  
حوزه سلامت  
و صنعت داروی کشور

صاحب امتیاز و سردبیر: رضا درستکار  
شورای نویسندگان: زیر نظر:

عکاسی: مائده موسوی  
طراحی و صفحه آرایی: افشین ضیائی‌ان، لیلی اسکندرپور  
طراح روی جلد این شماره: خدایار قاقانی

با قدردانی از همکاران و  
همراهان این شماره:

دکتر حبیب‌الله افشنگ، ابوذر پرهیزکاری، دکتر امیرحسین حاجی‌میری، دکتر منوچهر دادگرنژاد،  
تارا رضوانی، دکتر مهدی زرین، محدثه ساسانی، مهندس پویان شریعتی‌پناه، فاطمه شیروانی، دکتر  
محمد رضا غلامی، دکتر فیروزه کدخداییگی، دکتر مسعود کیهان و علی وحدتی

مارکتینگ: کامبیز بنان

بخش انگلیسی: دکتر سیامک صدقی

با تشکر از واحدهای بازاریابی،  
و روابط عمومی و ارتباطات:  
شرکت تولید مواد اولیه دارویی البرز بالک، شرکت تبلیغاتی طرح گندم، پارس دارو، راموفارمین، رسانه  
دنیای سلامت و دارو، شرکت سیوند صنعت و شرکت مصون دارو

پشتیبانی و اجرا: پویان درستکار  
روابط عمومی و ارتباطات: نیما خرم‌منش

تماس با واحد بازرگانی: ۰۹۱۹ - ۵۵۳۵۸۱۳ / ۰۲۱ - ۸۸۳۵۰۴۹۹

[www.sitefansalaran.ir](http://www.sitefansalaran.ir)   
 [@fansalaranir](https://www.instagram.com/fansalaranir)   
 [@fansalaranir](https://www.facebook.com/fansalaranir)  
[Info@sitefansalaran.ir](mailto:Info@sitefansalaran.ir)   
 [www.linkedin.com/in/fansalaran news](https://www.linkedin.com/in/fansalaran_news)  
[eitaa.com/fansalaran](http://eitaa.com/fansalaran)   
 [ble.ir/fansalaranir](https://ble.ir/fansalaranir)   
 [rubika.ir/fansalaran](http://rubika.ir/fansalaran)

بازنشر مطالب مندرج در فن سالاران، به شرط ذکر منبع، بلامانع است.



## لحظه‌ها همیشه آذر، ماه آخر پاییز



رضادریستگار

تصویر دردناک پای قطع شده‌اش، از ذهن هیچ‌کسی نمی‌رود (دیابت لعنتی کارش را کرده بود...!) هر عکس و هر تصویری هم که از انتشار می‌دادند، خشم و غضب را می‌توانستی در بند بند وجودش ببینی، آن چشم‌هایی که از درد زیستن، تنگ شده و می‌رفتند به سمت خط شدن، و آن خط‌های عمیقی که جا خوش کرده بودند در زیبایی صورت اصلاح کرده همیشه تمیزش، که دود سیگار را هم ملکه‌ی عکس می‌کرد در لحظه... در حال، نه تنها از تجربه و خشمی حکایت داشتند، که درد را هم لایه‌وار تماشا می‌دادند.

همیشه گلوبی پر درد و اعتراضی داشت، اما این آخرها، رنج پای قطع شده هم در وجودش نشسته بود (پای مشهورترین شاعر شهر را قطع کرده بودند و شده بود مثل یک حکم انتقام، مثل یک خبر دشمن شادکن!) با آن موهای جوگندمی پُر و مجعدش، که انگار قرار بود آن‌هم به تنهایی موجی از پریشانی و ویرانی‌اش را بازتاب دهد، که همیشه آراسته بود. یکی از عکس‌ها بود که نشسته بود روی یک صندلی و یک پارچه هم انداخته بود روی پایش، توگویی می‌خواهد خیلی شجاعانه از وضعیت جدید (کنار آمده‌اش) گزارشی بدهد و در عین حال این اتفاق سهمگین را هم بپوشاند و یا بی‌اهمیت جلوه دهد، دل آدم ریش می‌شدا و «غرور» که از عکس بیرون می‌زد، بی‌گمان درد را بیش‌تر گواهی می‌داد تا...

احمد شاملو، بزرگ‌شاعر معاصر ایران، در همین آذر، ماه آخر پاییز به دنیا آمده بود (یعنی بیست‌ویکمین روز آذر)، و این رنج عمیق، گشته و گشته بود و دامن این پیام‌آور زبان را گرفته بود، «دیابت»؛ ای دو صد لعنت! و حالا پای راستش را از زانو بریده بودند و...

شاملو، همه چیزش از خط بیرون زده بود، از شاعران کم‌مایه جدا شده بود، چون از خط بیرون زده بود، شعرش به درجای از کمال و پختگی رسیده و از استادش پیش افتاده بود، چون حسابی از خط بیرون زده بود، بلا را به جان خریده بود، لایه‌های زندگی را زیسته بود و جان سروده را از لای زورق تجمل و سایه‌نشینی به‌در آورده بود، هفت‌خوان را طی کرده بود، که هم‌وردی رستم ساده نبود، از قالب شعر مهاجرت کرده بود، به جهان رزم وارد و جنگیده و... و حالا هم از بد روزگار، میان این همه زخم، وسط معرکه‌ی حیات، دیابت نصیب‌اش شده بود! آی روزگار تلخ!

از خط بیرون زده بود، و حالا تصویری را با خود ابدی می‌کرد که واقعا آدمی در حکمتش در می‌ماند!

این تصویر احمد شاملو بود، احمد شاملوی بزرگ، که نظیر و همتا نداشته، ندارد، مهم‌ترین هنرمند شاعر عصر ما، که مبتلا به زخم کاری «دیابت» شده بود. آی مردم! مراقب این دشمن غدار باشید، مهابت‌اش را به «احمد شاملو» نشان داد! به شاملویی که خوابانند پشت حریفان، برایش مثل آب خوردن بود...

این بیماری مهلک و خوفناک را جدی بگیرید، می‌گویند در جان و تن ۴۰ درصد مردم ایران، خفته و آماده بیدار شدن است، چهار ستون آدم می‌لرزد!

این زخم بد ترکیب را، که با هستی شیرین من و ما درآویخته، که

تهدیدی شده به جان عزیز آدمی، که با شاملوی بزرگ می‌شد، بعد و توجه‌ای به آن داد، که هر آدمی بزرگ را از ریخت و از تمنای زیستن می‌اندازد، این بلای فعلی را دریابید، خطر دیابت در کمین است...

\*

بله! امروزه خیلی دیگر از هنرمندان هم هستند که به یکی از دو نوع دیابت گرفتارند، قطار نام‌هایشان را در ویکی‌پدیا تعقیب کنید تا ببینید چه کسانی به این مرض مزخرف مبتلایند... اما اینان، راه‌های کنترل آن را یافته‌اند، و البته چون شاملو از خط هم بیرون زده‌اند. شاملو انگار با «زخم» هم سر جنگ داشته! نمی‌دانم، اما برای کنترل دیابت داستان دگر است، باید چاره‌ای اندیشید.

\*

پدر خدایا! امروز من هم به ناچار یک‌سوم از کف پای خود را به دلیل سیاه شدن انگشتان، و خطر نفوذ تباهی به سمت بالا از دست داده بود، رنجی عمیق می‌کشید، و فرزندانش را در بهت آن تاب‌آوری غریب فرو می‌برد.

من که عاشق تماشای فرمان‌های زندگی‌ام، و در حیرت زنده بودن خودم بعد از مرگ پدر و مادر هستم، دل تماشای زخم و درد پدر را نداشتم. خدایش بیمارزد، یک روز فهمید دیابت دارد، و آن‌روز دیگر خیلی دیر شده بود. دکتر معتمدکلانتر (از اعظام قلب و عروق کشور)، ما را ملامت کرد که چرا این مرد را دیر آورده‌اید، خیلی هم تلاش کرد... اما دیابت به قربانیانش رحم نمی‌کند و پدری که سالم و با پای خودش رفته بود بیمارستان، قطعه‌ای از وجودش را جای گذاشت و با رنجی عمیق و تمام‌ناشدنی به خانه برگشت!

دیابت کوفتی به جان‌ها می‌نشیند و جسم را به سمت استهلاک و سیاهی سوق می‌دهد.

من از طریق همین کالبد بود که دیدم غرور عظیم پدرم رنگ باخت و شکست.

\*

باری! وسط گرفتاری‌های عدیده صنعت داروی کشور، در حالی که حقیقت، چیزی را می‌گوید که با واقعیت منطبق نیست (آه از مدیران دروغ‌پرداز حراف، که از مدیریت، فقط قصه‌بافی و شوآف‌های بی‌پوده را آموخته‌اند، و علم را هم در تزویر عدد و رقم و مایه، سلاخی و دفن کرده‌اند!) به سمت اولین پرونده موضوعی فن‌سالاران رفتیم: دیابت و راه کنترلی مسیر ابتلا، انسولین.

امیدواریم این مطالب مفید افتد. امیدواریم پدرها و مادرها را از این خطر پنهان و خفته آگاه گردانید، امیدواریم این یک قطره آگاهی، ولو به اندازه یک قطره زندگی نجات بخشد، امیدواریم...

قصه نیستم که بگویی

نغمه نیستم که بخوانی

صدا نیستم که بشنوی

یا چیزی چنان که ببینی

یا چیزی چنان که بدانی

من درد مشترکم...

مرا فریاد کن!

فریادی از احمد شاملو، شاعری که زاده آذر بود، آذر، ماه آخر پاییز



دکتر مسعود کیهان

بیمه‌های تکمیلی و هزینه‌های درمانی

## دست‌اندازی به جای دست‌گیری

این روزها بسیار می‌شنویم که با افزایش هزینه‌های درمانی شاهد رشد پرداختی از جیب بیماران هستیم. چندی پیش سلمان اسحاقی سخنگوی کمیسیون بهداشت مجلس گفته بود همان‌طور که امنیت مهم است، سلامت هم اهمیت دارد! امروز در حوزه داروهای سرطانی و شیمی‌درمانی افزایش قیمت به‌سمتی رفته است که یک داروی سرطانی یک نوبتش به یک میلیارد و ۸۰۰ میلیون تومان رسیده است. اگر این تزریق دارو مستمر ادامه یابد، یک کارمند یا یک کارگر یا یک فرد دارای شغل آزاد مگر چقدر درآمد دارد که برای این مقوله در نظر بگیرد؟

قبل یکی از دوستان موضوعی را در خصوص بیمه تکمیلی مطرح کرد که مدتی ذهنم را درگیر کرده بود، بر آن شدم تا از فضای رسانه تخصصی حوزه دارو و سلامت به آن بپردازم. این دوست می‌گفت، امسال برای خود و اعضای خانواده ام در طرح بیمه تکمیلی یکی از بیمه‌ها ثبت نام کردم اما در زمان پرداخت هزینه‌های درمانی که رسید متأسفانه شرکت بیمه‌گر به عنوانین مختلف از پرداخت هزینه‌های صورت گرفته اجتناب و هر سری به بهانه‌های آن را رد می‌کند.

مشابه صحبت‌های این دوست را از چندین فرد دیگر نیز در چند ماه اخیر شنیده‌ام. در اینکه کارمند بررسی‌کننده بیمه برای حفظ منافع شرکت حساسیت به خرج می‌دهد بحثی نیست ولی سوال این است که در این بین حق و حقوق بیمه‌گذاری که به امید جبران بخشی از هزینه‌های سرسام‌آور درمانی اقدام به ثبت‌نام و هزینه برای بیمه تکمیلی نموده است، چه می‌شود؟

البته برای پرداخت هزینه‌های درمان هم سیاست یک بام و دو هوا اجرا می‌شود! گاهی رقم‌های میلیاردی بستری در بیمارستان‌های لاکچری خارج از کشور برای افراد خاص بدون مشکل پرداخت شود اما پرداخت هزینه چند صد هزار یا چند میلیونی یک بیمه‌گذار دیگر به بن‌بست می‌خورد. گاهی بیمه‌ها از سوراخ سوزن رد می‌شوند، اما از در دروازه رد نمی‌شوند!

باری، این روزها که فشارهای اقتصادی سنگین روی دوش مردم قرار گرفته است، شایسته نیست بیمه‌ای که باید کمک حال بیماران در شرایط سخت باشد، با پرداخت نکردن هزینه‌های از جیب رفته مردم، فشاری مضاعف بر روح و روان مردم وارد سازد. اینکه بیمار علاوه بر رنج بیماری باید پیگیر رفع بهانه‌های بعضاً بنی‌اسرائیلی شرکت‌های بیمه باشد، بیمه‌هایی که باید در این شرایط دست‌گیر باشند، فلسفه حمایت‌گری بیمه‌های تکمیلی زیر سوال می‌رود! به این می‌اندیشم که این دوست ماجرای ما، بیمه پایه داشته و در بیمه تکمیلی به این مشکل خورده و صدایش بلند است. حال اینکه چه بسیاری از هموطنانمان بدون داشتن بیمه تکمیلی با هزینه‌های کمرشکن درمانی چه می‌کنند و در حالت بدتر برخی نیز هنوز هم از داشتن بیمه پایه محروم‌اند. در شرایط افزایش روافزون هزینه‌های گاه‌کمرشکن درمان، ضرورت نگاهی جامع برای حمایت حداکثری بیمه‌ها برای جبران بخشی از هزینه‌های از جیب رفته مردم بیش از پیش احساس می‌شود.

رضا صدیقی، نماینده آذرشهر در مجلس نیز با انتقاد از افزایش سرسام‌آور قیمت دارو، نسبت به خطر افتادن سلامت مردم هشدار داده و گفته: ناکارآمدی نظام بیمه‌ای در پوشش هزینه‌های درمانی کاملاً مشهود است و فشاری سنگین بر دوش خانوارها تحمیل کرده است. دولت باید در حراست از سلامت عمومی اقدامات عاجل و مؤثر انجام دهد تا مردم بیش از این در تأمین نیازهای دارویی و درمانی خود با مشکل مواجه نشوند.

مصطفی سالاری، رئیس سازمان تأمین اجتماعی هم با صحبت‌هایی به نوعی بر انتقادات مطرح شده از بالا رفتن هزینه‌های درمان صحنه گذاشته و گفته: امسال شاهد افزایش بسیار قابل توجه و بی‌سابقه‌ای در هزینه‌های درمان به ویژه در بخش دارو هستیم که این افزایش در اختیار سازمان نیست!



انسان سالم، محور توسعه پایدار بوده و سلامت آحاد مردم به عنوان یک حق در اصل ۲۹ قانون اساسی مورد توجه قرار گرفته است. در ایران بیمه‌های درمانی اعم از پایه و تکمیلی از ارکان مهم تأمین سلامت و حفاظت مالی خانوارها در زمان بروز بیماری‌ها و نیاز به خدمات درمانی هستند. در برنامه هفتم توسعه نیز بر افزایش پوشش بیمه‌ای کلیه خدمات و مراقبت‌های تشخیصی، درمانی، دارویی، طب سنتی ایرانی، خدمات حوزه سلامت و پرستاری در منزل و توان بخشی تأکید شده است.

بر اساس اهداف برنامه هفتم توسعه، باید سهم پرداختی مردم از جیب برای خدمات درمانی به کمتر از ۳۰ درصد کاهش پیدا کند اما در شرایط فعلی نه تنها این هدف محقق نشده است بلکه پرداختی مردم در حال افزایش است.

با افزایش قیمت خدمات درمانی، روزبه‌روز ضرورت افزایش پوشش خدمات بیمه‌ای به‌ویژه بیمه‌های تکمیلی آشکارتر می‌شود. چندی

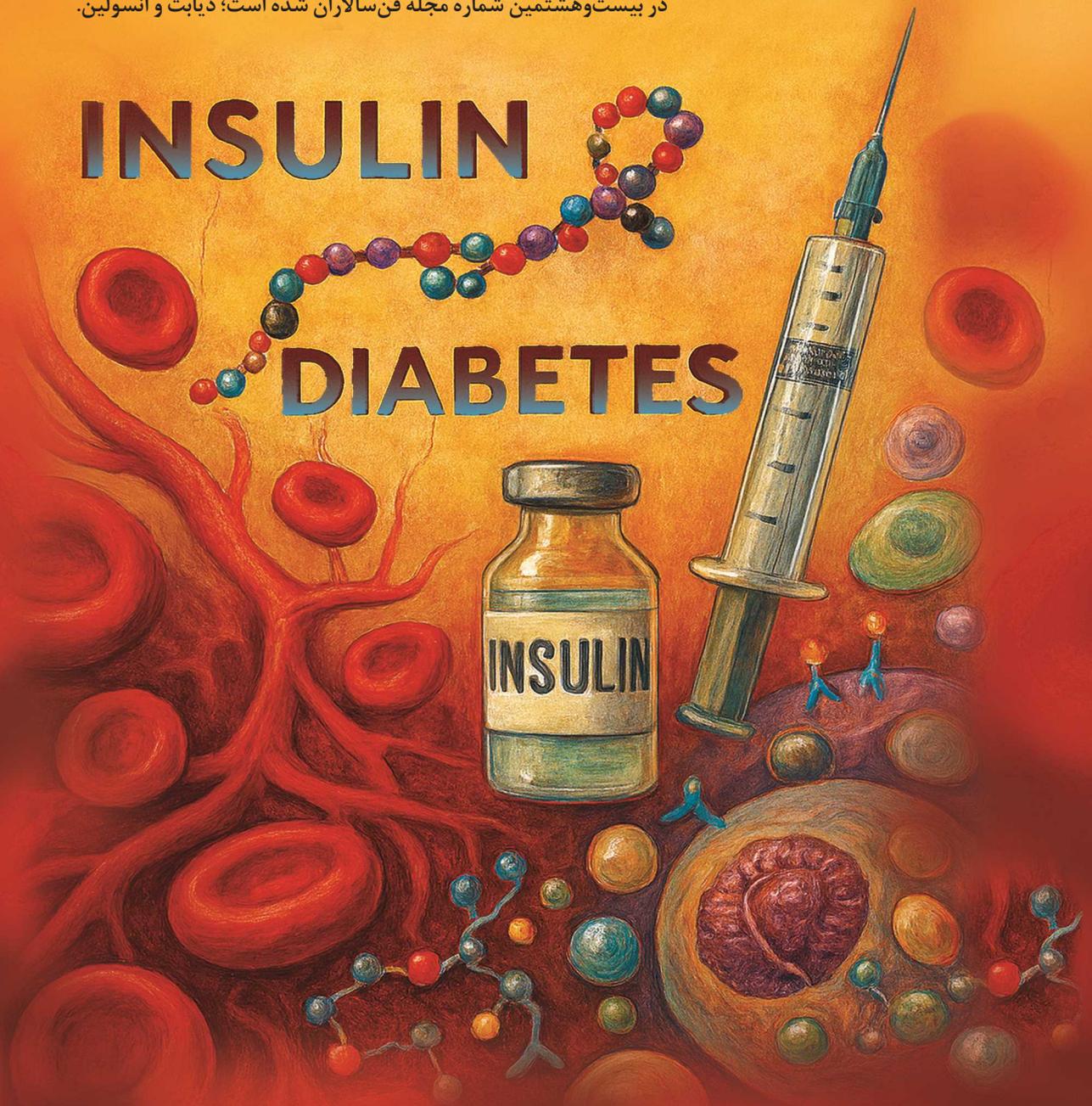
# دیابت

## ومسیرهای پیشگیری و درمان

بیش از ۴۰ درصد از جمعیت ۹۰ میلیونی ایران مبتلا یا در آستانه ابتلا به دیابت هستند، و بیش از ۱۰ میلیارد دلار هزینه برای طی کردن راه درمان، نیاز هست. آمار گسترش این بیماری و درمان‌های آن، موتور حرکت پرونده موضوعی ما در بیست‌وهشتمین شماره مجله فن‌سالاران شده است؛ دیابت و انسولین.

# INSULIN

# DIABETES



پایش دیابت در ایران؛

# بحران خاموش نوارهای تست قند خون

یویان شریعتی پناه

برآوردهای جهانی نشان می‌دهد که هر یک دلار سرمایه‌گذاری در آموزش و پایش بیماران دیابتی، تا ۸ دلار صرفه‌جویی در هزینه‌های درمانی ایجاد می‌کند.

کارشناسان تأکید می‌کنند که یکی از نقاط ضعف ساختار درمان دیابت در کشور، بی‌توجهی به آموزش و خودمراقبتی است. در حالی که ۹۰ درصد از درمان دیابت به خود بیمار وابسته است، هنوز آموزش بیماران تحت پوشش بیمه قرار نگرفته و مراکز آموزش دیابت از حمایت مالی کافی برخوردار نیستند.

دیابت بیماری‌ای نیست که با نسخه و دارو مهار شود؛ درمان آن نیازمند دانش، ابزار پایش و حمایت مداوم بیمه‌ای است. اگر نظام سلامت کشور به دنبال کنترل واقعی دیابت است، باید پوشش بیمه‌ای نوار تست قند خون را گسترش دهد، آموزش بیماران را به رسمیت بشناسد و پایش مداوم را به‌عنوان بخشی از درمان اجباری و حمایتی لحاظ کند.

دیابت را نمی‌توان با نادیده گرفتن هزینه‌های کوچک مهار کرد؛ زیرا هر نوار تستی که حذف می‌شود، در آینده ممکن است به هزینه یک دیالیز یا قطع عضو منجر شود.

کنترل مداوم قند خون، اساس پیشگیری از عوارض دیابت است. اما در ایران، جایی که بیش از هفت میلیون نفر به دیابت مبتلا هستند، حتی ابتدایی‌ترین ابزار پایش یعنی نوار تست قند خون به کالایی پرهزینه و نایاب تبدیل شده است. افزایش قیمت این نوارها تا مرز ۵۰۰ هزار تومان برای هر بسته و سهم ناچیز بیمه در پرداخت آن، بیماران را از امکان پایش منظم قند خون محروم کرده است.

در حال حاضر به‌صورت عملی و اجرایی پوششی مناسب برای نوارها وجود ندارد. از سوی دیگر، سهمیه‌بندی نوار تست در داروخانه‌ها باعث شده است بیماران تنها بتوانند یک بسته در ماه خریداری کنند؛ رقمی که با نیاز واقعی هیچ تناسبی ندارد. نتیجه روشن است: بسیاری از بیماران قند خون خود را به‌صورت منظم اندازه‌گیری نمی‌کنند و بیماری در سکوت پیشرفت می‌کند.

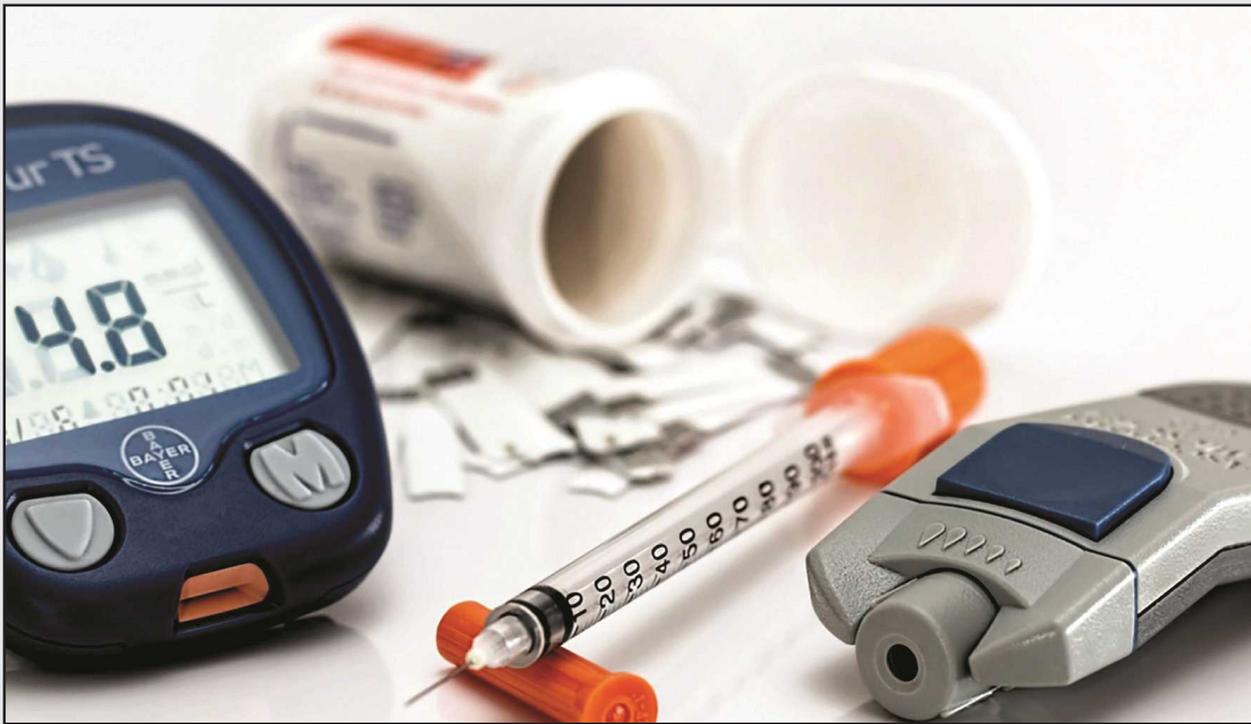
این وضعیت در حالی است که هزینه درمان عوارض ناشی از کنترل‌نشده قند خون -از جمله بیماری‌های چشمی، کلیوی، قلبی و قطع عضو- چندین برابر بیشتر از هزینه پیشگیری است.



فریاد خاموش بیماران دیابت

# قصه پرغصه انسولین

پویان شریعتی پناه



در گوشه و کنار این سرزمین، میلیون‌ها نفر با بیماری‌ای زندگی می‌کنند که برای کنترلش هر روز با ترس، نگرانی و هزینه دست‌وپنجه نرم می‌کنند؛ دیابت! این بیماری، اگرچه درمان‌پذیر نیست، اما با دارویی ساده و حیاتی به نام انسولین می‌توان آن را مهار کرد. این دارو نه دارویی لوکس است و نه انتخابی؛ بقای زندگی روزانه برخی افراد مبتلا، به آن وابسته است.

## انسولین؛ دارویی حیاتی برای بقا

انسولین، هورمونی است که در بدن انسان باعث تنظیم قند خون می‌شود. در بیماران دیابت نوع یک و برخی موارد نوع ۲، بدن به صورت طبیعی انسولین تولید نمی‌کند یا آن را به درستی مصرف نمی‌کند؛ در نتیجه، تزریق انسولین تنها راه پیشگیری از عوارض خطرناک و حتی مرگ است. اما طی سال‌های اخیر، بیماران دیابتی در ایران با چالشی روبه‌رو شده‌اند که از بیماری‌شان سخت‌تر است: دسترسی نامطمئن و نوسان در تأمین انسولین. در برخی ماه‌ها، بیماران مجبور شده‌اند چندین داروخانه را برای یافتن انسولین‌های سریع‌الاث‌ر مانند لیسپرو (Lispro) یا اسپارت (Aspart) جست‌وجو کنند. گاهی مجبورند به جای نوع تجویز شده

پزشک، از انسولین‌های جایگزین استفاده کنند که ممکن است پاسخ بدن‌شان به آن متفاوت باشد.

## هزینه و سردرگمی؛ دو دغدغه اصلی

افزایش قیمت دارو و ناهماهنگی در سامانه‌های بیمه باعث شده بیماران دیابتی، به‌ویژه خانواده‌های با درآمد کم، با فشار مالی سنگین روبه‌رو شوند. وقتی بیمار وابسته به انسولین ناچار می‌شود برای چند ویال دارو چند برابر هزینه کند یا در برخی مناطق به داروی مورد نیازش دسترسی نداشته باشد، آنچه از بین می‌رود تنها توان مالی نیست؛ بلکه احساس اعتماد و امنیت درمانی است. اضطراب ناشی از این وضعیت نه تنها بیمار، بلکه خانواده، پزشک



رسانه مطمئن صنعت غذا و دارو

The World Of Health & Pharma News

# رسانه دنیای سلامت و دارو

برای دسترسی به بروزترین خبرهای سلامت و دارو  
مارا در اینستاگرام دنبال کنید



www.whmnews.ir

و داروساز را نیز درگیر می‌کند. در حقیقت، کمبود دارو، به اندازه خود بیماری آسیب‌زا است.

### فاصله میان تصمیم و واقعیت

در گزارش‌های رسمی شاید گفته شود که «تأمین انسولین پایدار است»، اما در عمل، واقعیت میدان چیز دیگری است. در برخی شهرهای کوچک یا مناطق کم‌برخوردار، بیماران هنوز برای دریافت انسولین باید به مراکز استان مراجعه کنند. همچنین ورود نامنظم برندهای مختلف وارداتی و تغییر مکرر در موجودی بازار باعث شده بیماران در استفاده از قلم‌های انسولین و سوزن‌ها دچار سردرگمی شوند. «دسترسی به انسولین» اگر فقط بر کاغذ ممکن باشد، در واقعیتی که بیمار هر روز باید تزریق دقیقی انجام دهد، معنایی ندارد.

### نقش سازمان غذا و دارو؛ ضرورت شنیدن صدای جامعه

سازمان غذا و دارو، به عنوان نهاد راهبردی در نظارت بر دارو، نقشی تعیین‌کننده دارد. اما نگاه از بالا به آمار و گزارش‌ها کافی نیست. امروز جامعه دیابتی به اقدام ملموس نیاز دارد: به شبکه توزیع منسجم، یارانه عادلانه، نظارت دقیق بر بازار، و حمایت و حفظ کیفیت. هر تصمیم در این حوزه، مستقیماً با «جان انسان‌ها» گره خورده است. کمبود و نوسان انسولین فقط مسئله‌ای دارویی نیست؛ مسئله‌ای انسانی و اجتماعی است.

### پیشنهادهایی برای یک اقدام ملی

۱. راه‌اندازی سامانه‌ی عمومی و شفاف برای اطلاع‌رسانی موجودی انسولین در داروخانه‌ها.
۲. افزایش یارانه و پوشش بیمه‌ای کامل برای تمام انواع انسولین تزریقی.
۳. آموزش و نظارت مداوم بر کیفیت نگهداری و مصرف انسولین در داروخانه‌ها و مراکز درمانی.
۴. جلب مشارکت انجمن‌های دیابتی در تصمیم‌سازی‌ها.
۵. توسعه تولید داخلی با استانداردهای جهانی و تضمین ثبات عرضه.

### سخن پایانی

دیابت شاید بیماری خاموش باشد، اما صدای بیماران خاموش نیست. میلیون‌ها نفر در این کشور هر روز با شجاعت در برابر بیماری‌شان ایستاده‌اند. انتظار آن‌ها از نظام سلامت، نه لطف که حق مسلم انسان بودن است: دسترسی پایدار، قیمت منصفانه، و دارویی قابل اعتماد. بیایید کاری کنیم تا هیچ پدر یا مادری شب را با ترس از نبود انسولین برای فرزندش به صبح نرساند.

# Diabetes

بی توجهی بیمه‌ها در درمان دیابت؛

## داروهای خوراکی در انتظار تصمیمی بزرگ

فاطمه شیروانی

به گفته متخصصان غدد، درمان دیابت دیگر صرفاً «مصرف انسولین» نیست، بلکه ترکیبی از تغذیه، آموزش، پایش منظم و استفاده از درمان‌های خوراکی هدفمند است. در نظام‌های درمانی پیشرفته، بیمه‌ها داروهای ترکیبی را در اولویت پوشش قرار می‌دهند، زیرا اثربخشی آن‌ها در پیشگیری از عوارض دیابت و کاهش بستری‌های بیمارستانی به اثبات رسیده است.

اما در ایران، هنوز بخشی از نگاه سیاست‌گذاری در مرحله «انتظار و تردید» مانده است. تأخیر در تصمیم‌گیری درباره پوشش این داروها به معنای آن است که بیماران یا باید هزینه را از جیب خود بپردازند، یا با درمان‌های قدیمی‌تر ادامه دهند؛ و در هر دو حالت، سلامت و امید به زندگی آن‌ها آسیب می‌بیند.

اگر قرار است مدیریت دیابت در کشور به نتیجه برسد، باید داروهای خوراکی و ترکیبی نوین در اولویت پوشش بیمه‌ای قرار گیرند. حمایت از این داروها، نه تنها دسترسی بیماران را به درمان مؤثر تضمین می‌کند، بلکه گامی مهم در جهت کنترل هزینه‌های ملی سلامت است.

دیابت بیماری‌ای نیست که با رویکردهای تأخیری و محافظه‌کارانه مهار شود؛ بیماران نیاز به تصمیمات سریع، علمی و عادلانه دارند؛ تصمیماتی که سلامت را مقدم بر حساب‌های مالی ببینند.

تحول درمان دیابت در جهان طی یک دهه اخیر با ظهور داروهای خوراکی جدید و ترکیبی معنا پیدا کرده است؛ داروهایی که می‌توانند کنترل قند خون را به شکلی چشم‌افسار بهبود دهند، روند وابستگی به انسولین را به تعویق بیندازند و کیفیت زندگی بیماران را بالا ببرند. با این حال، بیماران ایرانی هنوز از این فرصت درمانی به‌طور کامل بهره‌مند نشده‌اند.

در حال حاضر، بسیاری از داروهای خوراکی مؤثر در کنترل دیابت، از جمله داروهای ترکیبی جدید که چندین مکانیسم کنترل قند خون را همزمان هدف می‌گیرند، هنوز تحت پوشش بیمه قرار نگرفته‌اند. در حالی که پزشکان سال‌هاست در نسخه‌های درمانی خود از این داروها استفاده می‌کنند، بیماران ناچارند هزینه‌های آن را به صورت آزاد پرداخت کنند؛ رقمی که در بسیاری از موارد از توان بیماران متوسط و کم‌درآمد فراتر بوده و آنان را با هزینه‌های کمرشکن مواجه می‌کند.

نکته نگران‌کننده‌تر آن است که برخی از این داروها توسط شرکت‌های داخلی نیز تولید یا بسته‌بندی می‌شوند، اما به دلیل طولانی شدن فرآیند تصمیم‌گیری بیمه‌ها، پوشش حمایتی آن‌ها متوقف مانده است. این در حالی است که داروهای ترکیبی می‌توانند آغاز درمان با انسولین را تا چند سال به تعویق بیندازند و هزینه‌های نظام سلامت را به شکلی قابل توجه کاهش دهند.



محدّثه ساسانی  
داروساز و دستیار تخصصی  
اقتصاد و مدیریت دارو

۱۰۰ سال با داروی انسولین

# بازار ایران و آنالوگ‌های جدید



بیش از یک قرن از کشف انسولین می‌گذرد؛ مولکولی که دیابت را به یک بیماری مزمن قابل مدیریت تبدیل کرد و در فهرست داروهای اساسی سازمان جهانی بهداشت<sup>۱</sup> جای داد(۱). انسولین، هم یک داروی ۱۰۰ ساله و حیاتی است و هم به‌طور همزمان، در خط مقدم نوآوری‌های بیوتکنولوژی قرار دارد. در عصری که دسته‌های دارویی جدیدتر مانند آگونیست‌های GLP-1 و مهارکننده‌های SGLT-2، تیتراهای اصلی کنگره‌های دیابت را به خود اختصاص داده‌اند، بازار انسولین همچنان به‌عنوان یک اکوسیستم استراتژیک، پر رقابت و سرشار از نوآوری باقی مانده است.

موجود در فهرست دارویی کشور عبارتند از:

INSULIN ASPART  
INSULIN BIPHASIC ISOPHANE  
INSULIN BIPHASIC LISPRO 25/75  
INSULIN DEGLUDEC / INSULIN ASPART  
INSULIN DETEMIR  
INSULIN GLARGINE  
INSULIN GLARGINE / LIXISENATIDE  
INSULIN GLULISINE  
INSULIN ISOPHANE  
INSULIN LISPRO  
INSULIN REGULAR

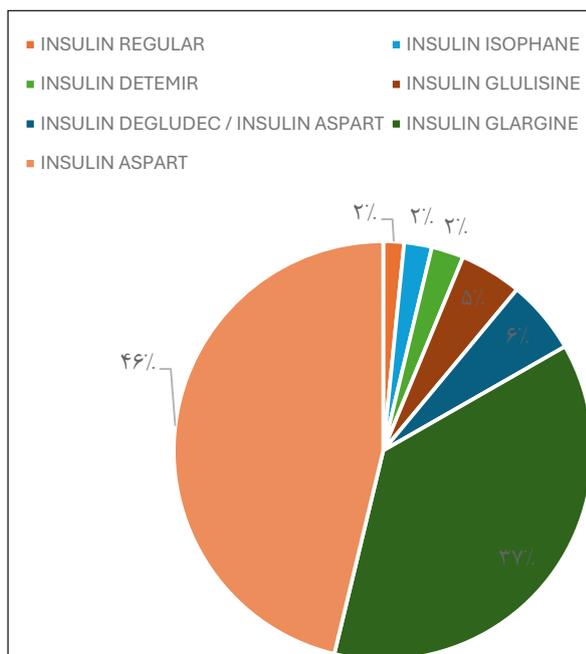
بازار جهانی انسولین برای دهه‌ها عملاً یک «انحصار چندجانبه<sup>۲</sup>» بوده و با شرکت‌های بزرگ Eli Lilly، Novo Nordisk و Sanofi تامین شده است. نقطه عطف و تغییر اساسی در این نقشه بازار، با انقضای پتنت‌های کلیدی، به‌ویژه انسولین گلارژین (Lantus) به‌عنوان پرفروش‌ترین انسولین پایه جهان، رقم خورد. این امر، بازیگرانی جدید را وارد عرصه کرد و سبب کاهش قیمت برندهای اصلی در سراسر جهان شد(۲).

بازار دارویی ایران میزبان طیفی کامل از انسولین‌ها، از اشکال قدیمی‌تر تا آنالوگ‌ها و ترکیبات جدید است. مولکول‌های اصلی

1- World Health Organization

2- Oligopoly

نمودار ۱ سهم انواع انسولین‌ها در کشور بر اساس ارزش ریالی<sup>۱</sup>



بدون پیک است. در حالی که نسل‌های قدیمی‌تر مانند INSULIN ISOPHANE، ریسک هایپوگلیسمی شبانه را افزایش می‌دهند، آنالوگ‌های نسل اول مانند GLARGINE و DETEMIR با ارائه پروفایل فارماکوکینتیک طولانی‌تر، این ریسک را به طرز چشم‌افسار کاهش دادند (۳).

انسولین‌های بولوس (غذایی): این نوع انسولین‌ها مانند REGULAR به دلیل نیاز به تزریق ۳۰ تا ۶۰ دقیقه قبل از غذا، جای خود را به آنالوگ‌های سریع‌اثر ASPART، LISPRO، GLULISINE داد. این آنالوگ‌ها با شروع اثر تقریباً آنی (۱۰-۲۰ دقیقه)، به بیماران اجازه تزریق همزمان با غذا را داده و کنترلی بسیار بهتر بر پیک قند پس از غذا اعمال می‌کنند (۴).

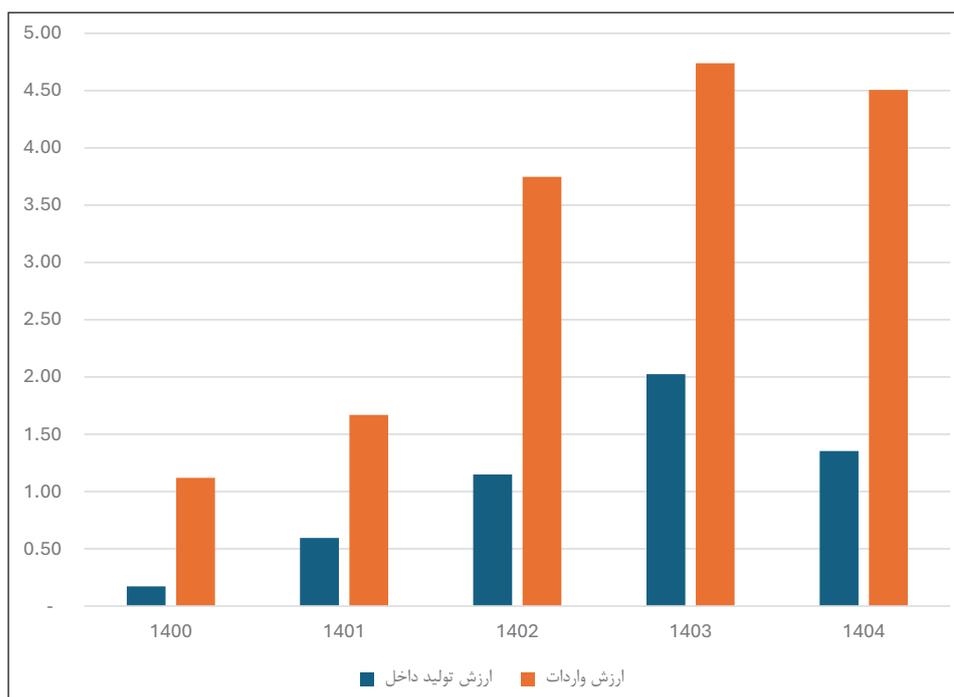
انسولین‌های ترکیبی: نسل جدید ترکیبات، اثربخشی سینرژیک را هدف قرار داده است. محصول INSULIN DEGLUDEC ASPART یک آنالوگ فوق طولانی‌اثر و یک آنالوگ سریع‌اثر را بدون تداخل فارماکوکینتیک در یک قلم ارائه می‌دهد (۴).

### تحلیل سهم بازار ریالی در ایران

داده‌های بازار دارویی ایران<sup>۲</sup> نشان می‌دهد که ترجیحات بالینی و الگوهای مصرف به سمت آنالوگ‌های مدرن متمایل است. بر اساس نمودار ۱ از منظر «ارزش ریالی»، سهم بیشتر بازار به دو آنالوگ اصلی (انسولین بولوس سریع‌اثر) و GLARGINE

از منظر فارماکولوژیک، اثربخشی این مولکول‌ها در توانایی آن‌ها برای «تقلید از پانکراس» سنجیده می‌شود: انسولین‌های بازال (پایه): هدف این گروه پوشش ۲۴ ساعته و

نمودار ۲: ارزش بازار انسولین کشور به تفکیک واردات و تولید داخل در سال‌های ۱۴۰۰ تا نیمه اول ۱۴۰۴ (همت)



۱- مواردی که سهم زیر ۱ درصد داشتند در نمودار آورده نشده است.  
 ۲- بر اساس آمارنامه رسمی کشور / <https://publicbi.fda.gov.ir/>

پپتید بزرگ است که به سرعت در دستگاه گوارش تخریب آنزیمی شده و جذب بسیار ضعیفی دارد. با وجود دهه‌ها تحقیق بر روی فناوری‌های نوین مانند نانو-انکیسولاسیون و بهبوددهنده‌های جذب، دستیابی به فراهمی زیستی پایدار و قابل پیش‌بینی یک چالش باقی مانده و منجر به شکست‌های متعدد در مراحل نهایی کارآزمایی بالینی شده است (۶).

بازار انسولین یک اکوسیستم پیچیده و پویا است؛ یک داروی ۱۰۰ ساله که همچنان در لبه علم بیوتکنولوژی قرار دارد. بازار ایران آینده‌ای از این پویایی جهانی است. از یک سو، تقاضای بالینی به وضوح به سمت آنالوگ‌های جدید و گران‌قیمت‌تر حرکت کرده است. از سوی دیگر، این ترجیح، وابستگی استراتژیک و ارزی شدیدی به واردات ایجاد کرده که به‌رغم رشد تولید داخل، همچنان مشخصه اصلی بازار است.

#### منابع:

- Rosenfeld L. Insulin: discovery and controversy. Clin Chem. 2002 Dec;48(12):2270-88. PMID: 12446492.
- Matli MC, Wilson AB, Rappsilber LM, Sheffield FP, Farlow ML, Johnson JL. The First Interchangeable Biosimilar Insulin: Insulin Glargine-yfgn. J Diabetes Sci Technol. 2023 Mar;17(2):490-494. doi: 10.1177/19322968211067511. Epub 2021 Dec 31. PMID: 34971335; PMCID: PMC10012380.
- Korsatko S, Deller S, Mader JK, Glettler K, Koehler G, Treiber G, Urschitz M, Wolf M, Hastrup H, Søndergaard F, Haahr H, Pieber TR. Ultra-long pharmacokinetic properties of insulin degludec are comparable in elderly subjects and younger adults with type 1 diabetes mellitus. Drugs Aging. 2014 Jan;31(1):47-53. doi: 10.1007/s40266-013-0138-0. PMID: 24263619; PMCID: PMC3880476.
- Hirsch IB. Insulin analogues. N Engl J Med. 2005 Jan 13;352(2):174-83. doi: 10.1056/NEJMra040832. PMID: 15647580.
- Nuffer W, Trujillo JM, Ellis SL. Technosphere insulin (Afrezza): a new, inhaled prandial insulin. Ann Pharmacother. 2015 Jan;49(1):99-106. doi: 10.1177/1060028014554648. Epub 2014 Oct 13. PMID: 25313261.
- Wang J, Wang Z, Yu J, Kahkoska AR, Buse JB, Gu Z. Glucose-Responsive Insulin and Delivery Systems: Innovation and Translation. Adv Mater. 2020 Apr;32(13):e1902004. doi: 10.1002/adma.201902004. Epub 2019 Aug 18. PMID: 31423670; PMCID: PMC7141789.

انسولین پایه طولانی‌اثر) اختصاص دارد. این دو مولکول به‌تنهایی بخشی عمده از ارزش بازار را تشکیل می‌دهند. نکته قابل توجه، جایگاه سوم DEGLUDEC (ترکیبی جدید) است که نشان‌دهنده پذیرش بالای فرمولاسیون‌های پیشرفته در بازار است. در مقابل، انسولین‌های انسانی قدیمی‌تر مانند INSULIN ISOPHANE و REGULAR سهم ارزشی بسیار کمتری را به خود اختصاص داده‌اند. تحلیل داده‌های کلان بازار انسولین در ایران از سال ۱۴۰۰ تا نیمه اول ۱۴۰۴ نشان می‌دهد بازار انسولین کشور به واردات وابسته است. بر اساس نمودار ۲ در طول این دوره، سهم ارزشی واردات به طور مداوم بالای ۷۰ درصد باقی مانده است. برای مثال، در سال ۱۴۰۰، حدود ۸۷ درصد از ارزش بازار از طریق واردات تامین شده است. اگرچه سهم تولید داخل در سال‌های بعد، به‌ویژه در سال ۱۴۰۳ که به حدود ۳۰ درصد از ارزش بازار رسید، رشدی قابل توجه را تجربه کرد، اما این روند در نیمه اول ۱۴۰۴ مجدداً به حالت قبل بازگشته است. این نوسانات نشان می‌دهد که به‌رغم تلاش‌ها برای افزایش تولید داخلی و انتقال تکنولوژی، تامین پایدار این داروی استراتژیک همچنان یک چالش عمده و وابسته به منابع خارجی است. همزمان، رشد کلی ارزش ریالی بازار نشان‌دهنده فشار ترکیبی تورم و افزایش تقاضا برای آنالوگ‌های گران‌قیمت‌تر است.



اگرچه عمده بازار انسولین در انحصار اشکال دارویی تزریقی ویال و عمدتاً قلم‌های از پیش پر شده است، اما تحقیقات گسترده‌ای برای حذف تزریق روزانه در جریان است. با این حال، تاریخ این تحقیقات خالی از شکست‌های تجاری نیست. برجسته‌ترین نمونه، انسولین استنشاقی بود. اگرچه این محصول به دلیل پروفایل فارماکوکینتیک فوق‌سریع خود از نظر تئوری جذاب بود، اما در عمل با موانع جدی شامل محدودیت در انعطاف‌پذیری دوزینگ، نیاز به پایش منظم عملکرد ریوی و هزینه بالا مواجه شد. با این وجود نمونه‌های محدودی از این شکل دارویی هنوز در بازار وجود دارند (۵). علاوه بر این انسولین خوراکی نیز با موانع بیولوژیک تقریباً غیرقابل عبور مواجه است. انسولین یک



دکتر حبیب‌الله افشنگ



## تاریخچه انسولین

# از کشف حماسی تا عصر طلایی داروسازی هوشمند

انسولین، قهرمان غیبی دیابت، داستانی از نبوغ، پشتکار و تحول پارادایم‌های پزشکی را روایت می‌کند. این مقاله مروری جامع بر مسیر تکاملی این هورمون حیاتی ارائه می‌دهد؛ از شناسایی آن در پانکراس توسط بنت و همکاران در سال ۱۹۲۱، از طریق خالص‌سازی اولیه، تا ظهور نسل‌های جدید آنالوگ‌های انسولین و سیستم‌های هوشمند داروسازی. هدف این نوشتار، ارائه تحلیلی دقیق از نقاط عطف تاریخی، چالش‌های صنعتی و جهش‌های تکنولوژیک است که چشم‌انداز مدیریت دیابت را برای همیشه دگرگون ساخته است. این سیر تاریخی، نه تنها گواهی بر پیشرفت علم زیست‌پزشکی است، بلکه نقشه راهی برای محققان و متخصصان صنعت داروسازی در مواجهه با چالش‌های آینده محسوب می‌شود.

تحت نظارت جان مک‌لئود (John J.R. Macleod)، و با کمک چارلز بست (Charles Best) و بیوشیمیستی به نام جیمز کولپ (James Collip)، این تیم عصاره‌ای از لوزالمعده سگ‌های آزمایشگاهی تهیه کردند. **کشف بنت:** بنت به این نتیجه رسید که برای استخراج هورمون، باید عملکرد آنزیم‌های گوارشی که پروتئین‌ها را تجزیه می‌کنند، مسدود شود. خالص‌سازی کولپ: کار کولپ برای تبدیل عصاره‌ی خام به فرم قابل تزریق و پایدار (انسولین خالص‌شده) حیاتی بود و این موفقیت بود که راه را برای کار آزمایشی‌های بالینی هموار کرد.

### شبیه به معجزه!

نخستین تزریق موفقیت‌آمیز در ژانویه ۱۹۲۲ بر روی لئونارد تامپسون، یک پسر چهارده ساله، انجام شد که در آستانه مرگ

## ۱. عصر پیش از انسولین: بحران دیابت نوع یک

پیش از کشف انسولین، تشخیص دیابت نوع یک، معادل یک حکم اعدام بود. بیماران، عمدتاً کودکان و نوجوانان، ظرف چند ماه به دلیل کتواسیدوز دیابتی (DKA) جان خود را از دست می‌دادند. رژیم‌های غذایی بسیار سخت‌گیرانه‌ای که تنها با هدف به تعویق انداختن مرگ تجویز می‌شد، تنها تسکینی موقت بود.

این دوره، نمایانگر خلأ درمانی عمیقی بود که ضرورت یک مداخله بیوشیمیایی را فریاد می‌زد.

## ۲. طلوع: کشف و خالص‌سازی (۱۹۲۱-۱۹۲۳)

نقطه عطف در نوامبر ۱۹۲۱ در دانشگاه تورنتو رقم خورد، جایی که فردریک بنت (Frederick Banting)، با الهام از تئوری‌های پاول لانگهانس در مورد جزایر لانگهانس، فرضیه‌ای را مطرح کرد.



#### ۴. عصر آنالوگ‌ها: مهندسی فارماکوکینتیک (دهه ۲۰۰۰ تا کنون)

با استانداردسازی انسولین انسانی، تمرکز صنعت داروسازی به سمت بهینه‌سازی فارماکوکینتیک و فارماکودینامیک (PK/PD) تغییر یافت تا الگوی ترشح طبیعی انسولین در افراد سالم (بیزال و بولوس) شبیه‌سازی شود.

##### ۴.۱. آنالوگ‌های سریع‌الاثرا (Rapid-Acting)

این دسته، با تغییرات ساختاری کوچک، نیمه‌عمر را کاهش داده و جذب را تسریع کردند تا اثرگذاری‌شان به سرعت پس از وعده غذایی شروع شود. نمونه‌ها عبارتند از: لیسپرو (Humalog)، آسپارت (NovoLog) و گلوالبیزین (Apidra). این تغییرات برای متخصصان تغذیه و مهندسان دارویی یک موفقیت بزرگ به حساب می‌آید، زیرا انعطاف‌پذیری بیشتری در زمان‌بندی وعده‌های غذایی ایجاد می‌کرد.

##### ۴.۲. آنالوگ‌های طولانی‌اثر (Long-Acting)

هدف این گروه، ایجاد یک اثر پایه (Basal) پایدار و تخت در طول ۲۴ ساعت یا بیشتر بود تا نیاز به تزریق‌های مکرر شبانه کاهش یابد. این امر از طریق مهندسی‌هایی مانند افزودن اسیدهای چرب (افزایش اتصال به آلبومین پلاسما) یا تغییر نقطه ایزوالکتریک (مانند گلازین - Lantus) محقق شد.

#### ۴.۳. انسولین‌های اولترا-سریع‌الاثرا و با اثر فوق‌العاده طولانی

تحقیقات ادامه یافت تا به محدوده ۳۶ تا ۴۸ ساعته (مانند دگلو تک - Tresiba) دست یابد و همچنین، فرمولاسیون‌هایی که

بود. تأثیر انسولین فوری، معجزه‌آسا بود و انقلابی را در پزشکی پایه گذارد. بنت، مک‌لئود، بسنت و کولپ متعاقباً برنده جایزه نوبل فیزیولوژی و پزشکی شدند و بنت حق اختراع خود را به دانشگاه تورنتو واگذار کرد تا انسولین با قیمت پایین برای عموم در دسترس قرار گیرد.

#### ۳. انقلاب صنعتی: از لوزالمعده حیوانی تا نوترکیبی (دهه‌های ۱۹۴۰ تا ۱۹۸۰)

در دهه‌های اولیه، انسولین مورد استفاده، از پانکراس گاو و خوک استخراج می‌شد. این امر چالش‌هایی جدی به همراه داشت:

۱. تفاوت‌های جزئی ساختاری: تفاوت‌های آمینواسیدی انسولین حیوانی با انسولین انسانی (به‌ویژه در انسولین خوک) می‌توانست منجر به واکنش‌های حساسیتی و لیپودبسترونی (آتروفی یا هایپر تروفی بافت چربی در محل تزریق) شود.
۲. تأمین و قیمت: نیاز به مقادیر عظیمی از لوزالمعده حیوانی، یک چالش لجستیکی و اخلاقی بود.

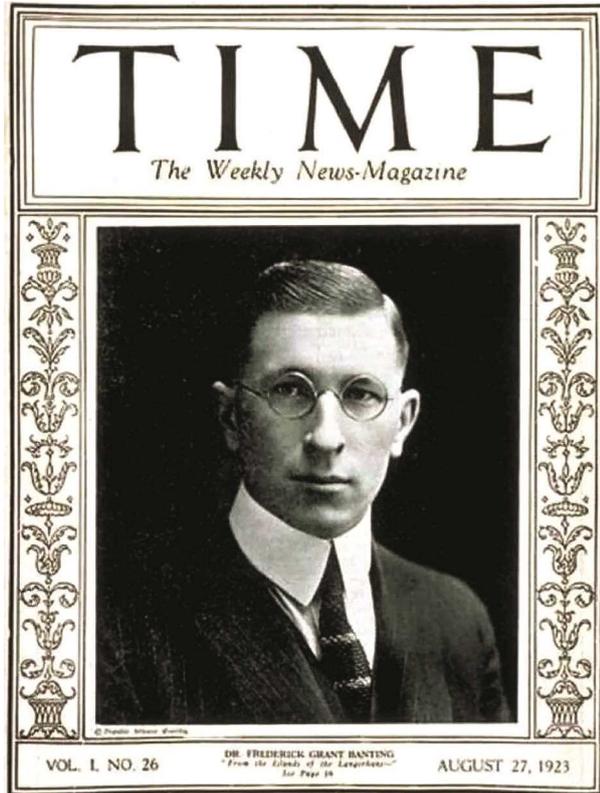
#### جهش بزرگ (۱۹۷۸-۱۹۸۲)

با توسعه فناوری DNA نوترکیب، دورانی جدید آغاز شد. محققان شرکت ژنتک (Genentech) با همکاری شرکت ایلی لی (Eli Lilly)، موفق شدند با استفاده از باکتری اشرشیا کلی (E. coli) که ژن انسولین انسانی در آن قرار داده شده بود، انسولین نوترکیب انسانی (Human Insulin) را تولید کنند. این دستاورد، که اولین داروی تولیدی توسط مهندسی ژنتیک بود، وابستگی به منابع حیوانی را قطع کرد و ایمنی و خلوص دارو را به طرز چشم‌افسار افزایش داد.

ساختار شیمیایی یک دارو (مثل جابه‌جایی یک اسید آمینه) می‌تواند اثرات عظیم فارماکولوژیکی بگذارد. برای داروسازان و مهندسان صنعت، این سیر تاریخی نشان می‌دهد که موفقیت در مدیریت دیابت وابسته به تعامل نزدیک میان شیمی آلی، مهندسی ژنتیک، بیوشیمی و فناوری‌های نوین دارورسانی است. آینده، بدون شک، متعلق به سیستم‌های خودتنظیمی خواهد بود که نیاز به تصمیم‌گیری لحظه‌ای توسط بیمار را به حداقل می‌رسانند.



۲۰۰ واحد یا ۱۰ سی‌سی انسولین مربوط به دهه‌ی ۱۹۳۰ که شرکت ایلای لی‌لی تولید کرده بود



فردریک بنتینگ روی جلد مجله تایم در ۲۷ اوت ۱۹۲۳

به سرعت پس از تزریق زیر پوستی، به شکل محلول درآمده و عمل کنند (مانند فی اسپیک - Fiasp).

### ۵. آینده: دارورسانی هوشمند (Smart Drug Delivery)

مهم‌ترین چالش باقی‌مانده، مدیریت مداوم قند خون بدون دخالت فعال بیمار است. پژوهشگران صنعت دارو اکنون بر روی سیستم‌های Closed-Loop یا "لوزالمعده مصنوعی" تمرکز کرده‌اند.

پمپ‌های انسولین هوشمند: دستگاه‌هایی که با سنسورهای مداوم قند خون (CGM) ارتباط برقرار کرده و الگوریتم‌هایی برای تنظیم دوز بولوس و پایه به صورت خودکار به کار می‌برند. انسولین‌های فعال شده توسط گلوکز (Glucose-Responsive Insulins): این نسل آینده، ترکیبی از هورمون و حسگرهای بیولوژیکی است. انسولین در حالت غیرفعال (Inactive) باقی می‌ماند و تنها زمانی که سطح گلوکز از یک آستانه مشخص بالاتر برود، به‌طور خودکار فعال شده و جذب می‌شود. این فناوری، به دلیل پتانسیل در کاهش ریسک هیپوگلیسمی (افت قند خون)، محور تحقیقات کنونی در بسیاری از لابراتوارهای نانو تکنولوژی دارویی است.

### نتیجه‌گیری برای صنعت دارو

تاریخ انسولین یک درس محوری است: کوچک‌ترین تغییر در



فردریک بنتینگ (راست) و چارلز بست (چپ) با سگی روی پشت‌بام ساختمان پزشکی دانشگاه تورنتو در اوت ۱۹۲۱



API PRODUCT LIST

- |    |                                |    |                                   |
|----|--------------------------------|----|-----------------------------------|
| 1  | APREPITANT                     | 19 | GABAPENTIN                        |
| 2  | ATORVASTATIN CALCIUM           | 20 | IBUPROFEN                         |
| 3  | AZITROMYCINE                   | 21 | LIDOCAINE BASE                    |
| 4  | BETAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE | 22 | LIDOCAINE HYDROCHLORIDE           |
| 5  | BETAMETHASONE VALERATE         | 23 | LOSARTAN POTASSIUM                |
| 6  | CARBAMAZEPINE                  | 24 | LORATADINE                        |
| 7  | CEFIXIME TRIHYDRATE            | 25 | METHYL PARABEN                    |
| 8  | CIPROFLOXACIN HYDROCHLORIDE    | 26 | METOPROLOL SUCCINATE              |
| 9  | CITALOPRAM HYDROBROMIDE        | 27 | METOPROLOL TARTRATE               |
| 10 | CYPROTERONE ACETATE            | 28 | ONDANSETRON HYDROCHLORIDE         |
| 11 | DAPOXETINE HYDROCHLORIDE       | 29 | OXYMETHOLONE                      |
| 12 | DESLORATADIN                   | 30 | PREGABALIN                        |
| 13 | DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE | 31 | PROPYL PARABEN                    |
| 14 | DEXTROMETHORPHAN HYDROBROMIDE  | 32 | RIVAROXABAN                       |
| 15 | DICLOFENAC SODIUM              | 33 | ROSUVASTATIN CALCIUM              |
| 16 | DICLOFENAC POTASSIUM           | 34 | SERTRALINE HYDROCHLORIDE          |
| 17 | ESCITALOPRAM OXALATE           | 35 | SITAGLIPTIN PHOSPHATE MONOHYDRATE |
| 18 | FLUVOXAMINE MALEATE            | 36 | TRIAMCINOLONE ACETONIDE           |



+9821 8894 0140 +9821 8894 0114  
sales@alborzbulk.com

HEAD OFFICE:  
NO.2. NIKKHAHALLEY . OSTAD NEJATOLLAHYST  
ENGHELAB AVE . TEHRAN . IRAN

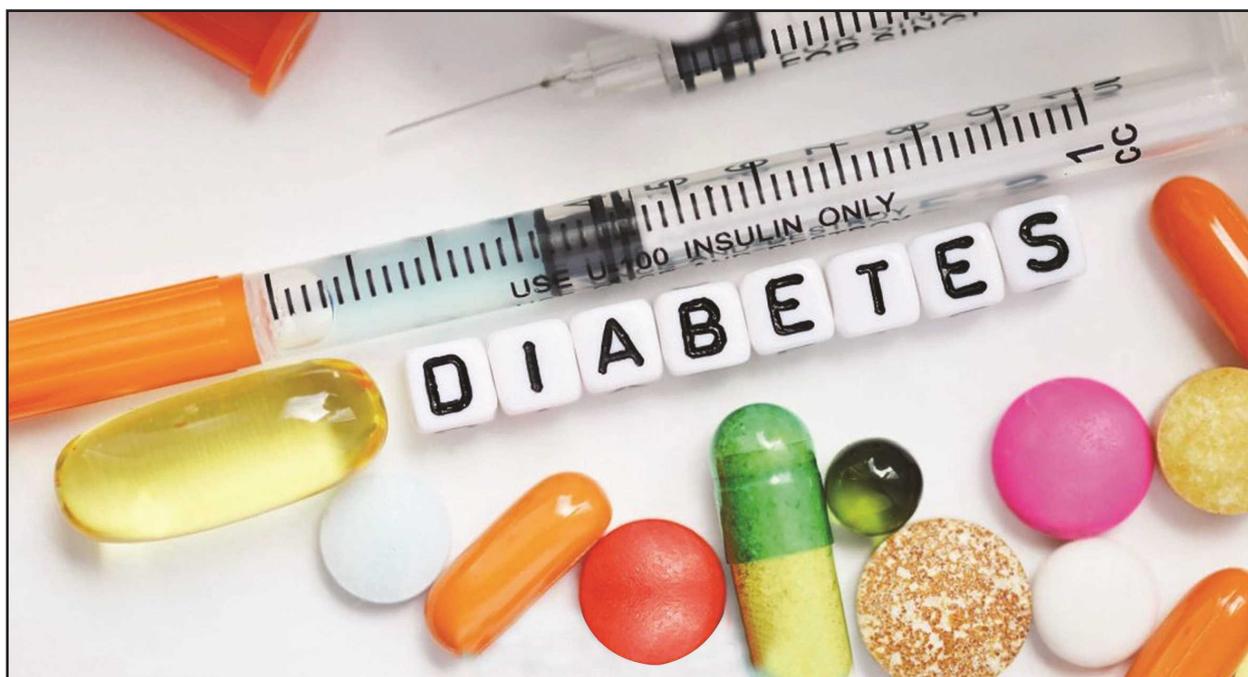
alborzbulk.com



علی وحدتی

از daily routine به weekly routine

# آینده‌ی انسولین‌تراپی متفاوت خواهد بود



انسولین همچنان سنگ بنای درمان دیابت است؛ اما از نظر مصرف درست این داروی حیاتی، آمارهای جهانی حقیقتی تلخ را آشکار می‌کنند. بسیاری از بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲، به‌رغم این‌که قند خون کنترل‌شده‌ای ندارند، شروع درمان با انسولین را به تعویق می‌اندازند. طبق داده‌های موجود، ۵۰ درصد از این بیماران به‌طور متوسط شروع درمان را ۱۵ ماه به تاخیر می‌اندازند. دلیل این مقاومت در اکثر مواقع بار روانی و فیزیکی تزریق‌های روزانه است. حتی پس از شروع درمان، حدود یک‌سوم از بیماران به رژیم درمانی خود پایبند نیستند. این عدم پایبندی یا adherence پایین، به معنای افزایش ریسک عوارض جبران‌ناپذیر دیابت مانند نارسایی کلیوی، مشکلات بینایی، اختلال در عملکرد اعصاب محیطی و بیماری‌های قلبی است. این عوارض ثانویه، بار مالی سنگینی را بر دوش سیستم‌های سلامت می‌گذارند. بنابراین، هر استراتژی که بتواند پایبندی بیمار به رژیم درمانی را بهبود بخشد، در واقع یک استراتژی همراه با صرفه‌جویی در هزینه برای کل نظام سلامت محسوب می‌شود. این‌جاست که انسولین‌های هفتگی وارد میدان می‌شوند تا با کاهش تعداد تزریق‌ها، مانع بزرگ پذیرش درمان را از میان بردارند.

خود را در حوزه انسولین‌های پایه نیز گسترش دادند. شرکت نوو نوردیسک با معرفی انسولین آیکودک (با نام تجاری Awiqli) در این حوزه نیز پیشگام است. icodec یک انسولین پایه (basal) است که به‌گونه‌ای طراحی شده تا کل نیاز انسولین پایه بیمار را برای یک هفته کامل، تنها با یک تزریق زیرجلدی پوشش دهد. اما این امر چگونه ممکن است؟ محققان این شرکت، مولکول انسولین انسانی را دستکاری کرده‌اند تا نیمه‌عمر آن را به حدود ۷ روز برسانند. مکانیزم عمل آیکودک بر پایه اتصال به پروتئین آلبومین در خون استوار است. پس از تزریق، مولکول‌های

تصور کنید که یک بیمار دیابتی به جای ۳۶۵ تزریق در سال، تنها ۵۲ تزریق و به‌صورت هفتگی انجام دهد. دنیای داروسازی در آستانه یک تغییر پارادایم در دارودرمانی بیماران دیابتی با انسولین قرار گرفته است. تغییری که هم‌قرار است کیفیت زندگی بیماران را افزایش دهد هم‌به‌صحنه نبردی جدید برای غول‌های داروسازی دنیا تبدیل شده است. دو غول بزرگ صنعت داروسازی دانمارک و آمریکا یعنی نوونوردیسک و ایلای لی‌لی در این زمینه هم‌رقابتی تنگاتنگ با یکدیگر دارند. پس از معرفی داروهای ضدچاقی سماگلو تاید و تیرزپاتاید، این دو زمین بازی

طبیعی بدن استفاده کند و برای مدتی بسیار طولانی تر در گردش خون باقی بماند، بدون آنکه تجزیه شود. این تفاوت بنیادین در فرمولاسیون نشان می‌دهد اگرچه هدف هر دو شرکت یکی بوده، اما مسیرهای تحقیق و توسعه کاملاً متفاوتی را برای رسیدن به این نقطه پیموده‌اند. نتایج اخیر مطالعات QWINT نشان داده است که افیستورا نیز مانند آیکودک، در کنترل قند خون و کاهش HbA1c عملکردی مشابه انسولین‌های روزانه دارد. با این حال، لی‌لی نیز با چالش‌هایی مشابه در دیابت نوع یک روبه‌رو شده است، جایی که نرخ هیپوگلیسمی شدید در مقایسه با انسولین‌های روزانه بالاتر گزارش شده است. به نظر می‌رسد عارضه اصلی این نوع انسولین‌ها همین هیپوگلیسمی شدید و کلینیکال باشد که به دلیل پیش‌بینی ناپذیر بودن میزان آزادسازی انسولین در بعضی افراد رخ می‌دهد.

رقابت میان نوو نوردیسک و ایلای لی‌لی، فراتر از سهم بازار و سودآوری، نویدبخش عصری جدید در مدیریت بیماری‌های مزمن است. تاکید بر تجربه بیمار از مصرف دارو و کاهش استرس

آیکودک به آلبومین متصل می‌شوند و یک مخزن غیرفعال را تشکیل می‌دهند. این اتصال باعث می‌شود که انسولین به سرعت تجزیه نشود و به آرامی و در طول هفته از آلبومین جدا شده و اثر کاهندگی قند خون خود را اعمال کند.

برای دستیابی به این پایداری مولکولی بالا، سه اسید آمینه در ساختار انسولین جایگزین شده‌اند تا تجزیه آنزیمی آن به حداقل برسد و پاکسازی دارو از طریق گیرنده‌ها کاهش یابد. یکی از نکات جالب در طراحی آیکودک، فرمولاسیون غلیظ آن است. این دارو با غلظت ۷۰۰ واحد در میلی‌لیتر فرموله شده است تا بیمار دوز هفتگی را به صورت یک‌جا دریافت کند. از طرفی هم حجم تزریق نباید آنقدر زیاد باشد که دردناک یا غیرقابل تحمل شود. با این غلظت بالا، حجم تزریق هفتگی آیکودک مشابه حجم تزریق روزانه انسولین‌های متداول مانند گلازژین یا دگلودک باقی می‌ماند. برای مثال اگر بیمار روزی ده واحد گلازژین تزریق می‌کرده می‌تواند هفته‌ای هفتاد واحد آیکودک تزریق کند. علاوه بر مزایای بالینی، نوو نوردیسک بر جنبه‌های زیست‌محیطی این



هر ایده‌ای که بتواند پایداری بیمار به رژیم درمانی را بهبود بخشد، در واقع یک استراتژی همراه با صرفه‌جویی در هزینه برای کل نظام سلامت محسوب می‌شود

و بار روانی؛ زیربنایی جدید است که درمان‌های نوین بر پایه آن‌ها پایه گذاری شده‌اند. این نسل جدید از داروها دیگر صرفاً قرار نیست دیابت را کنترل کنند و تولید انسولین کاهش یافته را جبران کنند؛ بلکه به دنبال بهبود کیفیت زندگی میلیون‌ها انسان هستند. بیماران دیابتیکی که سال‌هاست زندگی‌شان با ساعتی مشخص از روز جهت تزریق تنظیم شده است. اگرچه آیکودک فعلاً پشت درهای FDA مانده و افیستورا در حال تکمیل پرونده خود است، اما مسیر روشن است. آینده‌ی انسولین‌تراپی متفاوت خواهد بود.

این فناوری نه تنها پایداری به درمان را افزایش می‌دهد، بلکه با کاهش عوارض بلندمدت ناشی از عدم کنترل دیابت، بار عظیم هزینه‌های بستری و درمان عوارض را از دوش سیستم‌های بیمه و سلامت برمی‌دارد. در نهایت، برنده واقعی این نبرد تکنولوژیک، بیماری است که می‌تواند با خیالی آسوده‌تر و چالش‌های کم‌تر، زندگی خود را مدیریت کند.

محصول نیز تاکید دارد؛ کاهش تعداد تزریق‌ها به معنای مصرف کمتر قلم‌های انسولین و کاهش ۸۰ درصدی مصرف پلاستیک در مقایسه با انسولین‌های روزانه است.

در سوی دیگر میدان، ایلای لی‌لی که نمی‌خواست از رقیب دیرینه خود عقب بماند، با انسولین افیستورا آلفا (Efstora Alfa) وارد کارزار شده است. در حالی که آیکودک تا امروز تاییدیه FDA را نگرفته، افیستورا در حال گذراندن مراحل نهایی کارآزمایی‌های بالینی فاز ۳ خود تحت عنوان تراپال QWINT است. تفاوت اصلی میان این دو رقیب، در مهندسی مولکولی و نحوه دستیابی به اثر طولانی‌مدت است. در حالی که آیکودک بر اتصال به آلبومین تکیه دارد، افیستورا آلفا یک پروتئین فیوژن (همجوشی) با پایه آنتی‌بادی است (Fc-Fusion Protein).

در طراحی افیستورا، یک آنالوگ انسولین تک‌زنجیره‌ای به دامنه Fc یک آنتی‌بادی انسانی (IgG2) متصل شده است. این ساختار باعث می‌شود که مولکول دارو بتواند از مکانیسم‌های بازیافت



دکتر حبیب‌الله افشنگ

تحلیل ساختار بازار جهانی انسولین

# سلطه ۳ گانه



بازار جهانی انسولین، یکی از حیاتی‌ترین بخش‌ها در حوزه درمان بیماری‌های مزمن است، و این روزها شاهد تمرکز بی‌سابقه در تولید محصول نهایی است.

این مقاله به بررسی ساختار کنونی این بازار پرداخته و بر نقش محوری سه شرکت بزرگ داروسازی - ایلی لی (Eli Lilly)، نوو نوردیسک (Novo Nordisk) و سانوفی (Sanofi) - متمرکز می‌شود. این سه بازیگر، مجموعاً بیش از ۹۶ درصد از حجم و ۹۹ درصد از ارزش بازار جهانی انسولین را در اختیار دارند. تحلیل این سلطه برای درک پویایی‌های قیمت‌گذاری، نوآوری‌های آتی و چالش‌های دسترسی به دارو در سطح جهان، برای متخصصان صنعت دارو و محققان ضروری است.

## ۱. مقدمه: اهمیت استراتژیک انسولین در داروسازی نوین

انسولین، به‌عنوان ستون اصلی درمان دیابت (به‌ویژه دیابت نوع یک، و بخش قابل توجهی از دیابت نوع ۲)، نه تنها یک محصول درمانی، بلکه یک داروی حیاتی با زنجیره تأمین پیچیده و تشخیص نظارتی شدید است. از زمان کشف آن در دهه ۱۹۲۰، تاریخچه انسولین همواره با نوآوری‌های ساختاری (از انسولین حیوانی تا آنالوگ‌های سریع‌الاثرو طولانی‌اثر) گره خورده است. با این حال، در دهه‌های اخیر، نگاه از نوآوری صرف به سمت اقتصاد دسترسی و ساختار تولید معطوف شده است.

## ۲. تسلط متمرکز: غول‌های بازار انسولین

داده‌های بازار نشان می‌دهند که به‌رغم وجود چندین شرکت دارویی درگیر در تولید مواد اولیه (API) یا نسخه‌های ژنریک، تولید و عرضه محصول نهایی انسولین تحت سلطه سه شرکت آمریکایی/اروپایی است:

**الف) ایلی لی (Eli Lilly and Company)**

لی لی یکی از پیشگامان در توسعه آنالوگ‌های مدرن انسولین است. این شرکت همواره در رقابت برای ارائه سریع‌ترین و طولانی‌ترین زمان اثر در محصولات خود بوده است. حضور قوی لی لی در بازارهای اصلی، به‌ویژه در آمریکای شمالی، وزنی قابل توجه در ارزش بازار جهانی به آن می‌بخشد.

مواجه می‌شوند که ممکن است در برخی موارد خاص بیماران (مانند بیماران با نیازهای دارویی خاص یا حساسیت‌های دارویی)، پاسخگوی ایده آل نباشند. این امر نیاز به تحقیق در زمینه توسعه محصولات جایگزین یا آنالوگ‌های جدید را برجسته می‌سازد.

#### برای مدیران مالی و قیمت‌گذاری

تمرکز بازار (Oligopoly) پتانسیلی بالا برای کنترل قیمت‌ها فراهم می‌کند. این ساختار، نبرد اصلی قیمت‌گذاری را بین این سه بازیگر و تأمین‌کنندگان بیمه یا دولت‌ها قرار می‌دهد. مدیران مالی باید با دقت تغییرات قیمت‌گذاری در این سه شرکت را رصد کنند، زیرا هرگونه تعدیل قیمت توسط یکی از آن‌ها، به سرعت بر کل اکوسیستم جهانی اثر می‌گذارد.

#### ۴. چالش‌های دسترسی و رقابت‌های نوظهور

با وجود این تسلط، فشارهای رقابتی از سوی شرکت‌های کوچک‌تر مانند Mannkind (با افری‌زای استنشاقی) و همچنین توسعه مدل‌های انسولین‌های بیوسیمیلار (Biosimilars) توسط شرکت‌هایی مانند Viatrix (با محصول Semglee)، سعی در شکستن این انحصار دارند. ورود موفقیت‌آمیز بیوسیمیلارها که اغلب با قیمت‌های پایین‌تر عرضه می‌شوند، می‌تواند ساختار سه‌گانه فعلی را در بلندمدت به چالش بکشد و دسترسی جهانی به انسولین را بهبود بخشد.

#### نتیجه‌گیری

بازار انسولین یک نمونه برجسته از تمرکز صنعتی است که در آن کیفیت، سابقه و قدرت سرمایه‌گذاری، سه شرکت را به جایگاه غالب رسانده است. برای متخصصان صنعت دارو، درک عمیق استراتژی‌های این سه بازیگر اصلی - Sanofi و Lilly، Novo Nordisk - نه تنها برای حفظ دانش فنی، بلکه برای برنامه‌ریزی‌های مالی و تحقیقاتی آینده، یک ضرورت است. هرگونه تغییر در این ترکیب سه تایی، می‌تواند نقطه عطفی در تاریخ درمان دیابت باشد.

#### (ب) نوو نوردیسک (Novo Nordisk)

این شرکت دانمارکی با سابقه طولانی در درمان دیابت، به عنوان یکی از بزرگ‌ترین تولیدکنندگان انسولین در جهان شناخته می‌شود. تمرکز نوو نوردیسک نه تنها بر انسولین، بلکه بر راه‌حل‌های جامع مدیریت دیابت (مانند آگونیست‌های گیرنده GLP-1) است که موقعیت رهبری آن‌ها را تثبیت کرده است. کنترل حجم بالایی از بازار، نشان‌دهنده ظرفیت تولیدی و شبکه توزیع گسترده آن‌ها است.

#### (ج) سانوفی (Sanofi)

شرکت فرانسوی سانوفی با مجموعه‌ای متنوع از انسولین‌های پایه تا پیشرفته، یکی از ارکان اصلی این بازار محسوب می‌شود. سانوفی با مدیریت پورتفولیوی وسیع خود، توانسته است سهمی قابل توجه از بازار را در سراسر جهان، به ویژه در بازارهای نوظهور، حفظ کند.

#### ۳. پیامدهای استراتژیک برای صنعت داروسازی

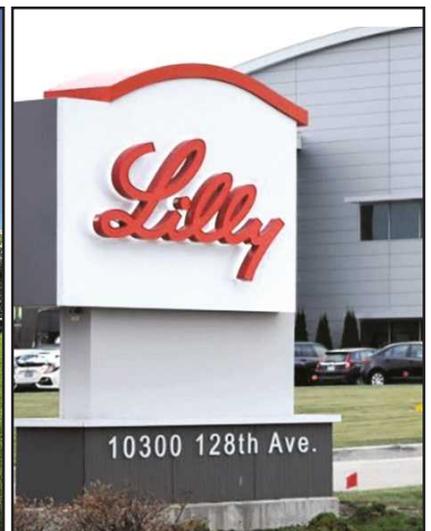
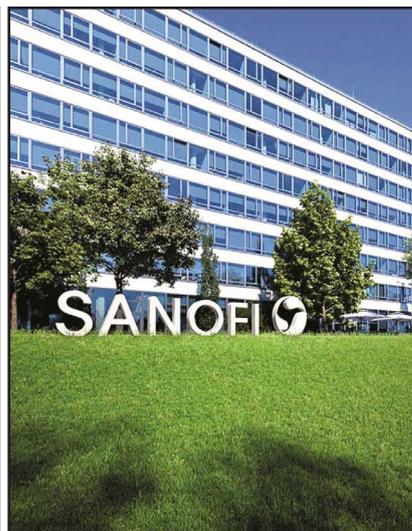
تسلط این سه شرکت بر تقریباً کل بازار، تبعاتی مهم برای بخش‌های مختلف صنعت دارد:

#### برای مهندسان صنعت و تولید

این تمرکز به معنای استانداردسازی بالای فرآیندهای بیوتکنولوژیکی و تولیدی است. نوآوری‌ها در مقیاس‌بندی تولید (Scale-up)، فناوری‌های تزریق (مانند قلم‌های هوشمند) و بهینه‌سازی زنجیره سرد (Cold Chain) عمدتاً توسط این سه شرکت هدایت می‌شود. شرکت‌های کوچک‌تر برای ورود به این حوزه، نیازمند سرمایه‌گذاری‌های هنگفت برای برآورده کردن الزامات کیفی این غول‌ها هستند.

#### برای داروسازان و محققان

انتخاب‌های محدود در بازار محصول نهایی، به معنای وابستگی شدید به استراتژی‌های تحقیق و توسعه این سه نهاد است. محققان و داروسازان اغلب با پلتفرم‌های دارویی محدودی





دکتر فیروزه کدخدایی



## ابعاد روانشناختی دیابت در کودکان

دیابت یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن در دوران کودکی است که به دلیل اختلال در ترشح یا کارکرد انسولین، تعادل متابولیک بدن را دچار اختلال می‌سازد. ابتلای کودک به دیابت، صرفاً یک مسئله‌ی زیست‌پزشکی نیست؛ بلکه تجربه‌ای چندبعدی است که بر ساحت‌های هیجانی، روانشناختی، رفتاری و تعاملات اجتماعی او اثر می‌گذارد. کودک در روند سازگاری با این بیماری، با تغییراتی زیاد در سبک زندگی، محدودیت‌های غذایی، پایش مداوم قند خون و تزریق منظم انسولین مواجه می‌شود. این تغییرات می‌توانند بر احساس کنترل، هویت بدنی، عزت‌نفس و روابط بین‌فردی او اثرگذار باشند. از این‌رو، توجه هم‌زمان به ابعاد روانشناختی و اجتماعی در کنار درمان پزشکی، برای ارتقای کیفیت زندگی و بهبود سازگاری روانی کودک ضروری است. والدین، معلمان و متخصصان سلامت روان، نقش کلیدی در حمایت، آموزش و توانمندسازی کودک دارند تا او بتواند با بیماری خود کنار بیاید و یک الگوی زیستی - روانی - اجتماعی سالم را حفظ کند.

### انواع دیابت در کودکان

دیابت در کودکان به‌طور کلی در دو شکل اصلی بروز می‌کند: دیابت نوع یک و دیابت نوع ۲.

دیابت نوع یک شایع‌ترین شکل این بیماری در سنین کودکی محسوب می‌شود و معمولاً به‌صورت ناگهانی ظاهر می‌شود. این نوع ماهیتی خودایمنی دارد؛ یعنی سیستم ایمنی کودک به اشتباه سلول‌های بتای پانکراس را که وظیفه تولید انسولین دارند، مورد حمله قرار می‌دهد. با تخریب این سلول‌ها، بدن توانایی تولید انسولین را از دست می‌دهد و در نتیجه قند خون افزایش می‌یابد. کودک برای تنظیم قند خون نیازمند تزریق روزانه انسولین است؛ به‌صورت قلم، پمپ یا سرنگ. علاوه بر آن، پایش مداوم قند خون، آگاهی از نشانه‌های افت و افزایش قند، و رعایت برنامه‌ی غذایی متناسب با وضعیت پزشکی کودک اهمیت زیادی دارد. شروع ناگهانی بیماری ممکن است با علائم شدید

همراه باشد و در برخی موارد، کودک با کتواسیدوز دیابتی - یک وضعیت خطرناک و اورژانسی - به مراکز درمانی مراجعه می‌کند. بنابراین آموزش تخصصی به والدین و کودک، نقش کلیدی در پیشگیری از عوارض و مدیریت بلندمدت این بیماری دارد. در مقابل دیابت نوع یک، دیابت نوع ۲ در گذشته تقریباً مختص بزرگسالان بود؛ اما امروزه به دلیل تغییر سبک زندگی کودکان، افزایش چاقی، کاهش تحرک بدنی، استفاده طولانی از تجهیزات دیجیتال و مصرف غذاهای پرکالری، در سنین پایین نیز مشاهده می‌شود. در دیابت نوع ۲، مسئله‌ی اصلی ناکافی بودن انسولین نیست، بلکه مقاومت سلولی نسبت به اثر آن است؛ یعنی انسولین در بدن وجود دارد اما سلول‌ها به آن پاسخ نمی‌دهند. اگر این وضعیت ادامه یابد، پانکراس دچار خستگی شده و میزان تولید انسولین نیز به مرور کاهش پیدا می‌کند. کودکانی که سابقه خانوادگی دیابت، چاقی شکمی، سبک زندگی کم‌تحرک یا

در ادامه روند سازگاری، بعضی کودکان دچار خستگی روانی از درمان یا همان Diabetes Burnout می‌شوند. پایش مداوم قند، رژیم غذایی سخت‌گیرانه و تزریق روزانه می‌تواند کودک را فرسوده کند و احساس بی‌عدالتی را در او تقویت کند. در این مرحله ممکن است او از دیگران فاصله بگیرد، انگیزه‌اش برای پیگیری درمان کاهش یابد، یا خلق پایین و بی‌حوصلگی نشان دهد. در موارد شدیدتر، کودک ممکن است عمداً اندازه‌گیری قند خون را رها کند یا تزریق را به تأخیر بیندازد که نشانه‌ای مهم برای مداخله روانشناختی است.

یکی دیگر از ابعاد مهم، تأثیر دیابت بر تصویر بدنی و هویت کودک است. دستگاه‌ها، تزریق‌ها و محدودیت‌هایی که بیماری ایجاد می‌کند، گاهی باعث می‌شود کودک بدن خود را «ضعیف» یا «معیوب» تصور کند. این برداشت می‌تواند به کاهش عزت‌نفس، شرم از بدن و کاهش تعاملات اجتماعی بینجامد. در نوجوانان، که در مرحله شکل‌گیری هویت قرار دارند، این مسئله حساس‌تر و آسیب‌پذیرتر است و می‌تواند احساس ارزشمندی آنها را تحت تأثیر جدی قرار دهد.

در محیط‌های اجتماعی، مانند مدرسه یا جمع دوستان، کودک ممکن است نگران دیده‌شدن تزریق، قضاوت همسالان یا پرسش «بیمار» باشد. این نگرانی می‌تواند او را به سمت کناره‌گیری، کاهش مشارکت در فعالیت‌ها یا حتی پنهان کردن بیماری سوق دهد. تجربه‌های منفی در این حوزه، مانند تمسخر یا ناآگاهی همسالان، می‌تواند فشار روانی کودک را تشدید کرده و احساس تفاوت یا طردشدگی را تقویت کند.



به‌طور کلی، تجربه‌ی کودک مبتلا به دیابت فقط تجربه‌ی جسمانی نیست، بلکه سفری روانی و اجتماعی است که نیازمند حمایت مداوم، پذیرش محیط، آموزش مناسب و مداخلات تخصصی برای تقویت سازگاری و سلامت روان اوست. هر چه کودک در این مسیر تنها نباشد، خطر فرسودگی، اضطراب و افت عزت‌نفس کمتر خواهد شد و توانایی او برای مدیریت بیماری افزایش می‌یابد.

استرس مزمن دارند، بیشتر در معرض ابتلا قرار می‌گیرند. روند درمان معمولاً با تغییرات مهم در زندگی روزمره آغاز می‌شود؛ اصلاح تغذیه، افزایش فعالیت بدنی و ایجاد الگوهای خواب سالم. در صورتی که این اقدامات کافی نباشد، از داروهای خوراکی یا حتی انسولین نیز استفاده می‌شود. تشخیص زودهنگام و مداخله سریع می‌تواند از پیامدهای متابولیک و روانی در آینده جلوگیری کند.

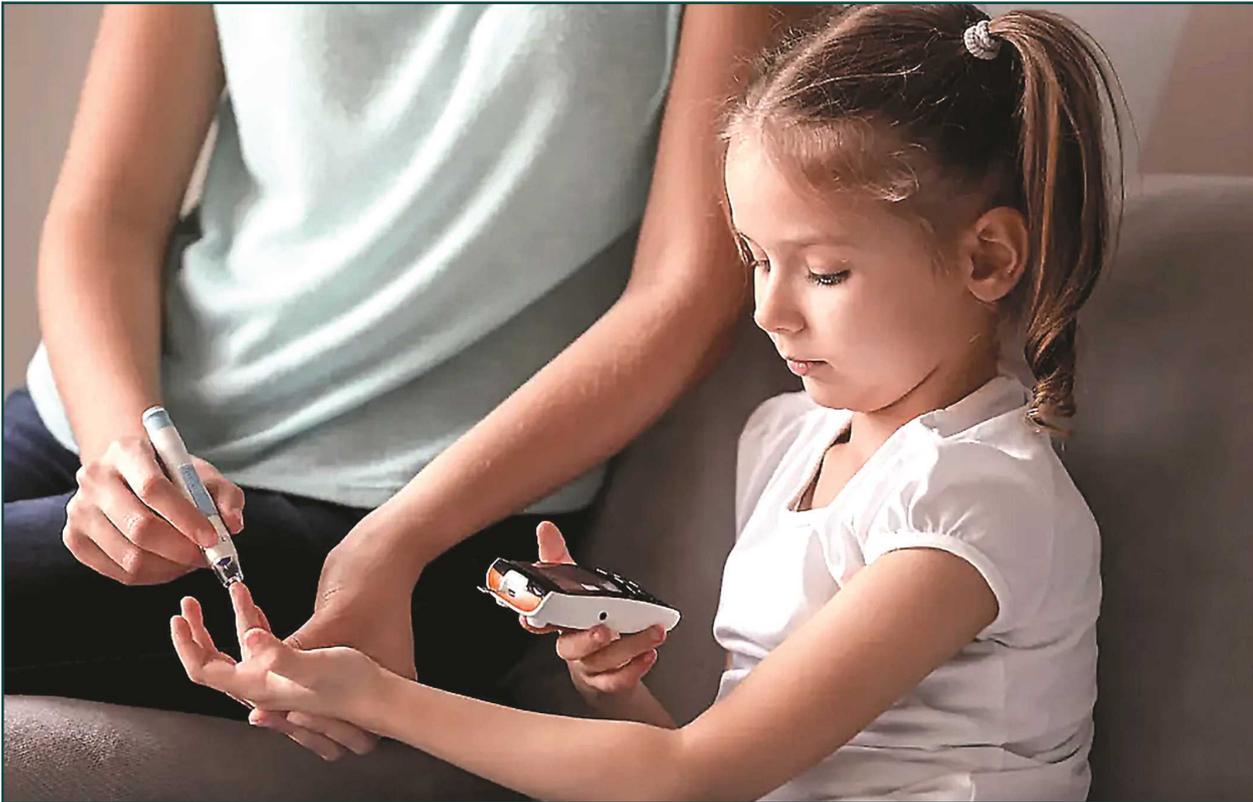
### ابعاد روانشناختی دیابت در کودکان

ابتلای کودک به دیابت، یک تجربه‌ی عمیقاً چندلایه است که هم‌زمان بر بدن، ذهن، احساسات و ارتباطات اجتماعی او اثر می‌گذارد. وقتی دیابت تشخیص داده می‌شود، کودک وارد مسیری می‌شود که باید با مفهومی تازه به نام «بیماری مزمن» کنار بیاید؛ مفهومی که برای بسیاری از کودکان از نظر شناختی هنوز قابل درک و هضم نیست. به همین دلیل، در روزها و هفته‌های نخست، معمولاً نوعی شوک هیجانی و شناختی رخ می‌دهد. کودک تلاش می‌کند بخشی از واقعیت جدید را انکار کند؛ گاهی تصور می‌کند بیماری موقتی است، یا امید دارد که با چند دارو برطرف شود. این انکار دفاعی، تلاش ناخودآگاه کودک برای حفظ حس کنترل و امنیت روانی است، زیرا تغییرات ناگهانی در روال زندگی و مواجهه با تزریق یا محیط درمانی برایش تهدیدکننده است.

پس از عبور از این مرحله، کودکان بسیاری با موجی از اضطراب روبه‌رو می‌شوند. ترس از تزریق‌های مکرر، نگرانی درباره افت یا افزایش قند خون، احساس متفاوت بودن نسبت به همسالان،

تجربه‌ی کودک مبتلا به دیابت فقط تجربه‌ی جسمانی نیست، بلکه سفری روانی و اجتماعی است که نیازمند حمایت مداوم، پذیرش محیط، آموزش مناسب و مداخلات تخصصی برای تقویت سازگاری و سلامت روان اوست

یا تصور اینکه «آیا من بالاخره خوب می‌شوم؟» می‌تواند ذهن کودک را مدام درگیر نگه دارد. این اضطراب ممکن است به رفتارهایی مثل چسبیدن به والدین، بی‌خوابی، بی‌قراری یا پرهیز از مراقبت‌های درمانی منجر شود. هرچه آگاهی شناختی کودک بالاتر باشد، این نگرانی‌ها درباره آینده، عملکرد بدن و محدودیت‌ها عمیق‌تر تجربه می‌شوند.



### ◀ نقش خانواده و مدرسه در سازگاری روانی - اجتماعی کودکان مبتلا به دیابت

وسواس گونه والدین می تواند نتیجه ای معکوس ایجاد کند؛ یعنی افزایش مقاومت، پنهان کاری درمانی، یا کاهش اعتماد به نفس. حمایت مؤثر زمانی اتفاق می افتد که والدین در کنار کودک باشند، نه به جای او.

از سوی دیگر، حفظ ساختار طبیعی زندگی - شامل بازی، ارتباط با دوستان، فعالیت های مدرسه و برنامه های روزمره - برای کودک حیاتی است. زمانی که بیماری محور اصلی زندگی قرار می گیرد، هویت کودک به تدریج با «بیماری بودن» تعریف می شود. در مقابل، زمانی که خانواده اجازه می دهد کودک همچنان تجربه های طبیعی کودک را داشته باشد، سلامت روانی و احساس عادی بودن او حفظ می شود.

مدرسه نیز نقش تعیین کننده ای در کیفیت تجربه کودک دارد. مدرسه تنها محیطی نیست که کودک ساعت ها در آن حضور دارد؛ بلکه فضایی است که در آن عزت نفس، هویت اجتماعی و احساس تعلق شکل می گیرد. آگاهی و آمادگی معلمان برای مدیریت شرایط پزشکی کودک، از جمله تشخیص نشانه های افت قند خون یا افزایش آن، نه تنها امنیت جسمی کودک را تضمین می کند، بلکه موجب کاهش ترس کودک از «اتفاقات غیرمنتظره در مدرسه» می شود. زمانی که کودک بداند بزرگسالان مسئول و آگاه در کنار او هستند، اضطراب او درباره حضور در مدرسه کاهش می یابد.

بخشی دیگر از نقش مدرسه به حمایت از مشارکت اجتماعی کودک مربوط است. کودک باید بتواند بدون محدود شدن و

سازگاری روانشناختی کودک مبتلا به دیابت به شدت تحت تأثیر کیفیت حمایت محیطی است؛ به ویژه نقشی که خانواده و مدرسه در کاهش تنش و ایجاد احساس امنیت بازی می کنند. خانواده نخستین بستر شکل گیری واکنش های هیجانی کودک است. زمانی که والدین بیماری را نه به عنوان فاجعه ای غیرقابل کنترل، بلکه به عنوان بخشی از واقعیت زندگی کودک درک می کنند، فضای احساسی خانه برای پذیرش و انطباق فراهم می شود. نوع مواجهه والدین، پیام ضمنی مهمی به کودک منتقل می کند: اگر والدین آرامش، پذیرش و اطمینان نشان دهند، کودک نیز احساس کنترل و کفایت بیشتری خواهد داشت؛ اما هنگامی که واکنش والدین با ترس، نگرانی افراطی یا دلسوزی بیش از حد همراه باشد، کودک ممکن است بیماری خود را با ناتوانی، خطر یا ضعف پیوند بزند.

در این میان، مشارکت کودک در روند مراقبت درمانی اهمیت ویژه ای دارد. هنگامی که کودک به تدریج در اندازه گیری قند خون، انتخاب خوراکی مناسب یا آماده سازی تزریق ها حضور فعال پیدا می کند، احساس مالکیت و مسئولیت پذیری نسبت به بیماری خود در او تقویت می شود. این مشارکت، یکی از عوامل کلیدی کاهش اضطراب و پیشگیری از وابستگی افراطی است؛ زیرا کودک درمی یابد که می تواند بخشی از مسیر درمان را مدیریت کند. در مقابل، نظارت بسیار سخت گیرانه یا کنترل

پیدا می‌کند. کودک در فضایی امن می‌تواند احساساتش را درباره متفاوت بودن، نگرانی از تزیق‌ها، ترس از افت قند یا اضطراب در محیط مدرسه بیان کند. درمانگر به او کمک می‌کند این هیجانات را پردازش کند، افکار ناسازگار را شناسایی کند و راهبردهای مقابله‌ای سالم‌تری یاد بگیرد؛ مثل مهارت حل مسئله، درخواست کمک یا تنظیم هیجان.

برای کودکان کم‌سن‌تر، که توانایی بیان کلامی هیجانات محدود است، بازی‌درمانی و هنردرمانی ابزارهایی بسیار مهم هستند. کودک از طریق نقاشی، کار با عروسک یا بازی‌های نمادین می‌تواند ترس‌ها، خشم یا ناراحتی‌هایش را نشان دهد؛ درمانگر نیز از همین مسیر وارد می‌شود تا هیجانات سرکوب‌شده را آزاد و تجربه‌ی بیماری را برای کودک قابل‌درک‌تر و قابل‌تحمل‌تر کند. در مواردی که اضطراب، افسردگی یا افکار منفی درباره خود و آینده برجسته‌تر هستند، درمان شناختی-رفتاری (CBT) به‌عنوان یک رویکرد ساختاریافته وارد عمل می‌شود. CBT به کودک کمک می‌کند بفهمد چگونه افکارش بر احساسات و رفتارهایش اثر می‌گذارند، افکار تحریف‌شده را اصلاح کند و به‌جای آنها الگوهای فکری واقع‌بینانه‌تر و حمایت‌کننده‌تری انتخاب کند. این فرآیند هم در کاهش اضطراب و غم مؤثر است و هم در افزایش انگیزه‌ی او برای پیگیری درمان. یکی دیگر از ابزارهای بسیار ارزشمند، گروه‌های حمایتی ویژه‌ی کودکان مبتلا به دیابت است. حضور در کنار همسالانی که تجربه‌ی مشابه دارند، احساس تنهایی، شرمندگی یا «متفاوت بودن» را کاهش می‌دهد و باعث می‌شود کودک خودش را بخشی از یک گروه ببیند، نه فردی

بدون برچسب «بیمار»، در فعالیت‌های ورزشی، رقابتی و گروهی شرکت کند. حذف یا استثنا کردن کودک از این فعالیت‌ها این پیام منفی را به او منتقل می‌کند که «متفاوت و ناتوان» است. در نقطه مقابل، فراهم کردن شرایطی انعطاف‌پذیر - مانند اجازه خوردن میان‌وعده هنگام نیاز یا امکان استراحت کوتاه - به کودک کمک می‌کند احساس کند بخشی عادی از گروه است. همچنین، مدرسه نقشی مهم در پیشگیری از برچسب‌زنی و تمسخر همسالان دارد. بسیاری از نگرش‌های منفی کودکان نسبت به بیماری‌ها ناشی از ناآگاهی است. زمانی که آموزگاران با لحنی ساده و محترمانه اطلاعاتی درباره دیابت ارائه می‌کنند، بدون اینکه کودک را در معرض توجه افراطی قرار دهند، احتمال شکل‌گیری انگ‌زنی یا قضاوت‌های نادرست به‌طور قابل‌توجهی کاهش می‌یابد. این نوع آموزش، فضایی امن و فراگیر ایجاد می‌کند که در آن کودک می‌تواند بدون ترس از تمسخر یا نگاه متفاوت دیگران، به فعالیت‌های روزمره خود ادامه دهد.

به‌این ترتیب، همکاری هماهنگ بین خانواده و مدرسه، یکی از ستون‌های اصلی سازگاری روانی کودک مبتلا به دیابت است. زمانی که هر دو محیط با رویکردی آگاهانه، پذیرا و حمایتگر عمل کنند، کودک نه تنها با بیماری خود کنار می‌آید، بلکه می‌تواند احساس کفایت، استقلال و ارزشمندی را در مسیر رشد روانی - اجتماعی خود حفظ کند.

#### مداخلات روانشناختی مؤثر برای کودکان مبتلا به دیابت

درمان‌ها و مداخلات روانشناختی برای کودکان مبتلا به دیابت،



مداخلات روانشناختی برای  
کودکان دیابتی باید چندطرفه،  
مستمر و متناسب با سن و مرحله‌ی  
رشدی کودک باشد

جدافتاده. این فضا همچنین فرصتی ایجاد می‌کند تا مهارت‌های اجتماعی تقویت شوند و کودکان از راهکارهای موفقیت‌آمیز یکدیگر الهام بگیرند.

در مجموع، مداخلات روانشناختی برای کودکان دیابتی باید چندطرفه، مستمر و متناسب با سن و مرحله‌ی رشدی کودک باشد؛ زیرا تنها کنترل قند خون کافی نیست، بلکه سلامت روان و احساس امنیت هیجانی کودک است که کیفیت زندگی او را تعیین می‌کند.

با هدف کاهش فشار هیجانی، افزایش همکاری درمانی و کمک به رشد سازگاران‌های کودک طراحی می‌شوند. اولین گام، آموزش روانی (Psychoeducation) است؛ در این مرحله، کودک و خانواده به زبانی قابل‌فهم اما علمی با ماهیت بیماری، نقش انسولین، اهمیت رژیم غذایی و پیامدهای نادیده‌گرفتن درمان آشنا می‌شوند. این آگاهی باعث می‌شود ترس‌های مبهم کودک به درک روشن‌تری تبدیل شود و والدین بتوانند حمایت مؤثرتری ارائه دهند. پس از آن، مشاوره‌ی فردی (Individual Counseling) نقش اساسی

## گفت‌وگو با دکتر مهدی زرین،

مدیرعامل شرکت داروسازی راموفارمین

صنعت ما دچار  
«ریسک مقیاس» است!

ورود:

از اتفاق‌های جالب صنعت داروی کشور، یکی هم واگذاری یک شرکت عمومی دارویی به بخش خصوصی بود. این آرزوی بسیاری از دغدغه‌مندان است که باید چرخه نادرست خصوصیتی‌ها را از کار انداخت، و خط بطلانی بر این دایره تفاخر و اشتباهات مدیریتی کشید و کشور و تولید را به مسیر درست رهنمون کرد. انتصاب‌های نابه‌جا، دخالت نهادهای بی‌ربط، تزریق افراد بی‌کفایت به صنعت تخصصی، نظارت‌سازی‌های مکرر و فیلترینگ لایه‌لایه و... از عمده مشکلات شرکت‌های خصوصی / دولتی‌ها است. شرکت‌هایی که گاهی افسارشان به دست دو تا و نصفی سهام‌دار خرد می‌افتد و یا ناچارند کل سودشان را تقسیم کنند و از چرخه بازسازی و به‌روزرسانی و تاریخ، عقب می‌افتند و تصمیم‌گیری در آن، با افراد محافظه‌کاری که بر مصدرشان نشست‌اند، شدنی نیست و...

راموفارمین و دکتر مهدی زرین این راه رفتند، راموفارمین از هلدینگ شفا دارو جدا شد (با تمام گرفتاری‌هایش) و دکتر زرین با سابقه‌ای طولانی در صنعت به‌عنوان مدیرعامل، ساکنان دار هدایت این مجموعه شد؛ و اکنون با شرکتی آرام و در مسیر بازگشت به روندهای سازنده، پیش می‌رود.

گفت‌وگوی ما با دکتر زرین به انتخاب ایشان، با مبحثی جدی آغاز شد و کلا در سه مورد؛ «ریسک مقیاس»، حال امروز راموفارمین و نگاهی به صنعت دارویی کشور ادامه یافت.

این چنین فرصت گفت‌وگویی جامع‌تر پابرجا باقی ماند. ما سوال‌ها را حذف کرده و شما مطالب ایشان را می‌خوانید. سردبیر



من عجالتاً تصمیم دارم مطلبی مهم را به سمع و نظر خوانندگان محترم فن‌سالاران برسانم و آن، ریشه‌یابی فرهنگی ریسک مقیاس است. شما خوب می‌دانید که برای درک اهمیت و جایگاه «ریسک مقیاس»، باید از محدوده‌ی اقتصاد فراتر رفت و به بُعد فرهنگی آن پرداخت.

اصلاً فرهنگ زندگی ما ایرانی‌ها؛ فارغ از سطح تحصیلات، موقعیت اقتصادی یا جایگاه اجتماعی؛ به‌گونه‌ای شکل گرفته که از کودکی با «ریسک مقیاس» زندگی می‌کنیم. این پدیده فقط در عدد تولید، فروش یا سود خلاصه نمی‌شود؛ بلکه در عمق رفتارها و الگوهای زیستی ما ریشه دارد.

ببینید! در ساختار حکمرانی کشورمان، تقریباً در کنار هر وزارتخانه، سازمان یا نهاد نظارتی، یک نهاد موازی دیگر تأسیس شده است! این تکثیر بی‌پایان ساختارها، نمونه‌ی آشکار همان «ریسک مقیاس» در مدیریت عمومی است.

در سطح اجتماعی هم می‌توان در پدیده‌هایی چون تب خرید ملک، این موضوع را ملاحظه کرد! از حدود دو دهه پیش، مردم به‌گونه‌ای نظام‌مند به سمت سرمایه‌گذاری در آپارتمان و ویلا سوق داده شدند، در حالی که زمین (به‌عنوان منبع قدرت اقتصادی) جای خود را به آپارتمان (به‌عنوان هزینه نگهداری) داده! همین نگاه را در بسیاری از سازمان‌ها و بانک‌ها نیز می‌توان دید که سود خود را نه در توسعه فناوری یا تحقیق، بلکه در خرید ملک انباشته‌اند!

این رفتارها فقط در اقتصاد ریشه نندوانده؛ در لایه‌های رفتاری ما نیز دیده می‌شود؛ در دوستی‌ها و روابط کاری یا خانوادگی، اغلب یا بیش از اندازه نزدیک می‌شویم یا به‌شدت فاصله می‌گیریم.

این نوسان شدید که در ادبیات مدیریتی، از آن با عنوان ریسک مقیاس فرهنگی یاد می‌شود. به بیان دیگر، ما در بسیاری از جنبه‌های زندگی؛ از مصرف تا روابط انسانی؛ دچار نوعی بزرگ‌نمایی یا افراط هستیم؛ رفتاری که در نهایت به همان چرخه‌ی ناپایدار رشد در سطح کلان اقتصادی منتهی می‌شود.

در ساختار اقتصادی ایران، واژه‌ی «ریسک» اغلب به زیان مالی تعبیر می‌شود، در حالی که در جهان صنعتی امروز، ریسک مفهومی چندبُعدی است؛ از ریسک تولید و مالی تا ریسک ساختاری و نهادی.

در دهه‌ی اخیر، با گسترش شرکت‌ها، پلتفرم‌ها و نهادهای

موازی، نوعی ریسک تازه در حال شکل‌گیری است که می‌توان آن را «ریسک مقیاس» نامید: زمانی که رشد، از ظرفیت واقعی سیستم پیشی می‌گیرد و نقطه‌ی تعادل میان توسعه و توان اقتصادی از بین می‌رود.

به‌نظر من، در صنایع پیچیده‌ای مانند داروسازی، فهم درست از مقیاس و ظرفیت تولید باید از هیئت‌مدیره تا کارشناسان فنی آموزش داده شود. افزایش ظرفیت تولید یا توسعه سازمانی، زمانی ارزشمند است که با توان تأمین مالی، نقدینگی و زیرساخت هماهنگ باشد.

هر رشدی که بدون ارزیابی دقیق رخ دهد، دیر یا زود به ناترازی، انباشت بدهی و افت بهره‌وری منجر خواهد شد؛ همان وضعیتی که بارها در صنایع مختلف کشور تجربه شده است.

در سال‌های اخیر، بخشی از تصمیم‌سازان اقتصادی کشور به‌جای تمرکز بر اصلاح زیرساخت‌های واقعی اقتصاد، انرژی خود را صرف سیاست‌هایی با عنوان «مقررات‌زدایی» کرده‌اند. اما در عمل، بسیاری از این تصمیم‌ها نه تنها منجر به رشد مولد نشده، بلکه ریسک مقیاس به بخش خصوصی انتقال یافته است! نکته قابل تأمل آن که، این تحمیل گاه با همراهی و همدلی بخشی از فعالان همان صنایع صورت گرفته است؛ از پلتفرم‌های فروش اینترنتی دارو گرفته تا شرکت‌های فین‌تک، داروخانه‌ها، استارت‌آپ‌های حمل‌ونقل، پلتفرم‌های سفارش غذا، خدمات آموزشی آنلاین و حتی کسب‌وکارهای محتوایی، همه در مقاطعی طعم این سیاست‌های ناپایدار را چشیده‌اند.

ریسک مقیاس، یک بیماری مزمن است که درمانش پرهزینه و گاه تقریباً ناممکن است. اقتصاددانان، هنگامی که

بر صندلی تصمیم‌سازی می‌نشینند، باید پیش از هر چیز به همان مبانی پایه‌ای بازگردند؛ نیازی به نظریه‌های جدید یا کتاب‌های پیچیده نیست، فقط یادآوری همان اصول ساده اقتصاد خرد و کلان، کفایت می‌کند.

تصمیم‌سازان ما باید دقت کنند که ریسک‌هایی که در نتیجه‌ی این مصوبه‌ها به اقتصاد تزریق می‌شوند، دیر یا زود در قالب بحران‌های جدید بازمی‌گردند. سپس همان تصمیم‌گیران، این بار در نقش «راه‌حل‌جویان»، به دنبال درمان عوارض تصمیم‌های پیشین خود برمی‌آیند؛ سمینار برگزار می‌کنند، برنامه می‌نویسند، اما چرخه‌ی تکرار ادامه می‌یابد!

من می‌توانم سه بُعد ریسک را در صنعت دارو بشمارم. ۱. ریسک تولیدی؛ یعنی گسترش ظرفیت، فراتر از توان بازگشت سرمایه؛

با ظرفیت اصلی تولیدی که در صنعت داروسازی ایران وجود دارد؛ شامل دانش، تخصص و تأمین مواد اولیه؛ به راحتی می‌توان نیاز دارویی سه کشور ۹۰ میلیونی را تأمین کرد



نشده و چرا روی کالاهایی سرمایه‌گذاری شده که «ارزش آتی» نداشته‌اند؟

از شما می‌پرسم! اگر ۱۰ سال پیش، به جای تجهیزات چینی تولید مکمل، مثلاً تکنولوژی و تجهیزات پیشرفته تولید داروهای بیوتک، پپتید، ضد سرطان و زیرساخت‌های گسترش تولید مواد اولیه دارای مزیت رقابتی وارد کشور می‌شد، چه اتفاقی برای صنعت دارویی ایران می‌افتاد؟ بله...!

نتیجه این است که مدیریت صنعت دارو در جایی و در مقاطع زمانی، دچار تفکر ریسک مقیاس شده است و نتوانسته آن‌طور که باید هدایت کند تا سرمایه‌گذاری روی حوزه‌ای دارای ارزش آتی بیشتر فراهم شود.

این موضوع، طبعاً به این معنا نیست که شرایط را درک نمی‌کنیم؛ خیر. می‌دانیم که نوسانات ارزی شدید است، مشکلات نقدینگی و تاخیر در بازپرداخت‌ها (مثلاً از طرف بیمه‌ها) وجود دارد و بازار صادرات دارو هم خیلی محدود است. اما دلیل اصلی این مسائل، تصمیم‌گیری‌های متعدد گذشته و بعضاً حال است که صنعت دچار ریسک مقیاس بوده و هست.

\*

برای بررسی شاخص‌های اقتصادی در کشور، مانند بورس ایران، باید وضعیت بورس‌های معتبر دنیا را هم رصد کرد. وقتی صنایع دارویی کشور را با هم‌تایان جهانی مقایسه می‌کنید، اختلاف‌هایی قابل توجه می‌بینید. در بورس‌های پیشرفته، حداکثر ۳۵ تا ۴۰ درصد سود تقسیم می‌شود، ۲۵ تا ۳۰ درصد سرمایه‌گذاری و مابقی صرف موارد دیگر می‌شود. در ایران، تفکر برخی مدیران این است که ۸۰ تا ۹۰ درصد سود تقسیم بشود!

۲. ریسک مالی و ارزی؛ یعنی وابستگی شدید به واردات مواد اولیه و نوسانات نرخ ارز؛ و ۳. ریسک سازمانی و نهادی؛ یعنی قیمت‌گذاری دستوری، تعدد مجوزها و تصمیم‌گیری‌های غیرتخصصی.

در بسیاری از این موارد، سرمایه‌گذاری‌ها به جای توسعه زیرساخت‌های حیاتی (تجهیزات، مواد اولیه، تحقیق و توسعه) به سمت پروژه‌های کم‌اثر یا نمایشی رفته‌اند. این همان نقطه‌ای است که «رشد ظاهری» به «فرسایش ساختاری» تبدیل می‌شود.

\*

در دو دهه اخیر، بخشی بزرگ از شرکت‌های دارویی ایران در تقسیم سود، دچار ریسک مقیاس بوده‌اند.

در حالی که میانگین جهانی تقسیم سود در این صنعت بین ۳۵ تا ۴۰ درصد است، در ایران گاه تا ۹۰ درصد سود میان سهام‌داران توزیع می‌شود! نتیجه، کاهش سرمایه‌گذاری در تحقیق، آموزش و توسعه فناوری است، همان حلقه‌ای که باید رشد آینده را تضمین کند. با تأکید عرض می‌کنم که بحث من کاملاً مبتنی بر مدیریت اقتصاد و تعاریف اصولی، درست و به‌روز آن است.

\*

ما شرکتی در ایران داریم که در داروهای بیوتک و پپتید سرمایه‌گذاری کرده است. اگر بخواهیم همانند آن مجموعه را بسازیم، به ده‌ها میلیون دلار سرمایه‌گذاری نیاز داریم، در حالی که بیست سال قبل همین سرمایه‌گذاری می‌توانست حدود ۲ تا ۳ میلیون دلار باشد.

خب! این‌جا این پرسش مطرح می‌شود که چرا در گذشته، برای زیرساخت‌های صنعت دارو چنین سرمایه‌گذاری‌هایی انجام

دیگر، حالا به‌شکلی «زیبا و چشم‌نواز»، ریسک مقیاس را در زنجیره صنعت دارو می‌توان مشاهده کرد! اگر بخواهیم آینده یک داروساز را تضمین کنیم، نمی‌توانیم در زمان فارغ‌التحصیلی این حجم بالای ریسک مقیاس را به او تحمیل کرده و او را روانه بازار کنیم. این موضوع ضربه‌ای سنگین به اقتصاد سلامت وارد می‌کند. نگاه انتقادی هم، به معنای نفی نیست؛ بلکه تحلیلی است از موقعیت کنونی صنعت دارو و میزان مواجهه آن با ریسک مقیاس. نکته مهم این است که حتی اگر برخی اقدامات را پسندیده انجام دهیم، باید باز هم از اقتصاددان‌ها بخواهیم که وارد شده و درباره کنترل ریسک مقیاس اظهار نظر کرده و راهکار ارائه دهند. آقای درستکار! توسعه در وسعت نیست، در هوشمندی است. توسعه واقعی، افزایش زمین یا سالن تولید نیست؛ توسعه یعنی افزایش بهره‌وری، دیجیتالی‌سازی فرآیندها و رشد چابک (Smart Scaling).

صنعت دارویی باید به جای وسعت‌دادن فیزیکی، به سمت مقیاس‌پذیری هوشمند حرکت کند؛ جایی که زیرساخت‌های دیجیتال، تضمین کیفیت و صادرات پایدار مبنا باشند.

\*

«راموفارمین» یکی از الگوهای موفق بهینه‌سازی خصوصی در کشور است. زمانی که ما این شرکت را تحویل گرفتیم، از دید دیگران امیدی به زنده ماندن آن وجود نداشت. با این حال، هیئت‌مدیره و «گروه سرمایه‌گذاری خشت»، سیاستی مدون تدوین و ابلاغ کردند که اجرای آن، جدای از زمان‌بر بودن، نیازمند برنامه‌ریزی دقیق، آینده‌نگری و سرمایه‌گذاری در منابع انسانی بود. در حال حاضر، تمامی

سیاست‌ها و استراتژی‌ها با دقت در بخش‌های مختلف شرکت در حال اجرا هستند.

به عنوان مثال، در سیاست‌های جدید، توجهی ویژه به واحد Quality Assurance / تضمین کیفیت شده است؛ به‌گونه‌ای که شاید «راموفارمین» جزو معدود شرکت‌هایی باشد که یک واحد کاملاً مستقل برای این بخش در نظر گرفته است. اعتقاد داریم که یکی از عوامل کلیدی برای رشد توسعه‌ای و چابک شرکت، گسترش فرهنگ تضمین کیفیت و اهمیت دادن به آن است. شاخص‌های کیفیت در «راموفارمین» نه تنها در سودآوری، بلکه در توسعه فعالیت‌ها و به‌ویژه صادرات خلاصه شده، که یکی از اهداف جدید ماست، اثرات مثبت و قابل‌مشاهده‌ای هم دارد.

نشان می‌دهد که شرکت‌های دارویی ایران طی ۲۰ سال گذشته در تقسیم سود دچار ریسک مقیاس بوده‌اند و عملاً هیچ سرمایه‌گذاری جدی‌ای روی تکنولوژی جدید، زیرساخت‌ها، منابع انسانی و آموزش نکرده‌اند.

این مشکل تنها به بخش دولتی محدود نیست؛ بخش خصوصی هم به‌نوعی درگیر همین معضل است. به‌همین دلیل، جدا از تصمیم‌گیری‌ها و سیاست‌گذاری‌ها، عدم سرمایه‌گذاری روی زیرساخت‌ها منجر به محدودیت صادرات دارو شده است.

آقای درستکار! بدانید که با شاخص‌هایی مانند قیمت‌گذاری دستوری، وابستگی شدید به واردات مواد اولیه، نوسانات ارزی، محدودیت نقدینگی، مشکلات بازپرداخت از سوی بیمه‌ها و بازار صادرات بسیار محدود، هرچه شرکت یا سازمان بزرگ‌تر شود، در معرض نوسانات سیستماتیک بیشتری قرار می‌گیرد.

در مقابل، سازمان‌هایی که مقیاسی کوچک‌تر دارند، قادرند ریسک مقیاس را بهتر کنترل کنند.

به عنوان مثال، در هلدینگ‌های دارویی، گاهی بدون برنامه اقتصادی به زیرمجموعه‌ها دستور داده می‌شود که «بزرگ‌تر شوند و بیشتر توسعه پیدا کنند». این دستورات، به‌جای کاهش ریسک، آن را افزایش می‌دهد.

زمانی که دانش اقتصادی کافی در یک مجموعه وجود ندارد و سنجش، صرفاً بر اساس عدد تولید انجام می‌شود، سازمان عملاً در معرض نوسانات و ریسک مقیاس قرار می‌گیرد.

\*

بله. نقطه بهینه مقیاس در داروسازی ایران را هم عرض می‌کنم.

ببینید! هر صنعت نقطه‌ای دارد که در آن، توازن میان تولید و نقدینگی برقرار می‌شود. بر اساس تحلیل‌های میدانی،

در صنعت داروسازی ایران، این نقطه اغلب میان ۸۰ تا ۱۰۰ میلیارد تومان تولید ماهیانه قرار دارد.

فراتر از آن، فشار بر منابع نقدی، هزینه‌های مالی و ریسک بازپرداخت افزایش می‌یابد. آن مدیریتی هوشمند است که این نقطه را بشناسد و به آن وفادار بماند.

\*

یک بار در سال ۱۳۹۳ به یکی از مسئولان دارویی کشور گفتم: «چرا این قدر مجوز پخش صادر می‌کنید؟! این اقدام عوارضی شدید ایجاد می‌کند...؛ خب آن زمان، قابل رویت نبود، اما حالا اگر خوب نگاه کنیم، زنجیره این ریسک مقیاس با افزایش بی‌رویه تاسیس داروخانه‌ها قابل رویت شده است! به‌عبارت

یک بار به یکی از مسئولان دارویی گفتم: «چرا این قدر مجوز پخش می‌دهید؟! این اقدام عوارضی شدید ایجاد می‌کند...؛ آن زمان، عوارض قابل رویت نبود، اما حالا زنجیره این ریسک مقیاس، با افزایش بی‌رویه تاسیس داروخانه‌ها قابل رویت شده است»



می‌گویم، اگر تعهدات و بدهی‌های سنوات گذشته و هزینه‌های گزافی که برای اصلاح عملکرد عملیاتی صرف شد، وجود نداشت، امروز فروش شرکت می‌توانست نزدیک به یک همت برسد. این موفقیت نتیجه تصمیم جمعی و برنامه‌ریزی دقیق است. همکاران و مدیران «راموفارمین» موفق شدند یک مجموعه زمین خورده و از شاخص‌ها دورافتاده را در مدت کوتاهی به این مرحله برسانند؛ موفقیتی که می‌توان آن را به عنوان یک استعداد ناب در صنعت داروسازی کشور تلقی کرد.

\*

بر اساس تجربه عملیاتی در صنعت دارو معتقدم تفکر این تیم می‌تواند اثراتی قابل توجه در کل صنعت داروسازی کشور بگذارد. چه خوب بود که این دستاوردها توسط NGOها یا انجمن‌های تخصصی، مانند انجمن مدیریت اقتصاد و دارو، به صورت تحلیلی بررسی شود؛ از جمله تعیین نقطه بهینه خصوصی سازی، نحوه شروع و پایان آن و عملکرد سیستم‌های اصلاحی.

راموفارمین نمونه‌ای از بازتعادل موفق در صنعت دارو است؛ شرکتی که با تصمیم‌گیری دقیق هیئت‌مدیره، کنترل هزینه‌ها، تقویت تضمین کیفیت و تمرکز بر صادرات، تلاش کرده رشد خود را در محدوده‌ی بهینه‌ی مقیاس نگه دارد. ما نشان دادیم که «توسعه واقعی» الزاماً به معنی گسترش فیزیکی نیست، بلکه در گرو هوشمندی، بهره‌وری و تعادل پایدار است.

\*

منهای همه‌ی نقدهای مدیریتی، این را هم باید اذعان کرد کارکنان تولید، کارشناسان QC، متخصصان R&D، مدیران و کارگران صنعت دارو ایران در دنیا واقعا کم‌نظیرند. در شرایط

نتایج فرآیندهای اصلاح‌شده در «راموفارمین» باید به سمت صادرات هدایت شود. در این مسیر، همکاری و همیاری ارکان سازمان غذا و دارو که طی مدت اخیر تلاشی قابل توجه داشته‌اند، بسیار ارزشمند بوده است. امید داریم با ایجاد زیرساخت‌های لازم طی دو سال آینده، «راموفارمین» به یکی از افتخارات صادراتی کشور تبدیل شود.

با وجود موفقیت‌های فروش، تمرکز ما صرفاً بر فروش نیست. رکوردهایی که شرکت طی شش ماهه و نه ماهه سال میلادی ثبت کرده، بی‌نظیر است و آمار و ارقام آن حسابرسی شده‌اند. اطمینان دارم اگر نگرانی و استرس ناشی از ریسک مقیاس را کنار بگذاریم، می‌توانیم با همین زیرساخت‌ها به سطوح بالای فروش در صنعت داروسازی کشور دست پیدا کنیم. با این حال، بررسی‌های اقتصادی و ملاحظات مدیریتی باعث شد که شرکت در حد نقطه بهینه تولید حرکت کند.

\*

بخشی از تعهداتی که طی سالیان گذشته برای شرکت ایجاد شده بود، با تلاش همکاران دپارتمان مالی تقریباً ۸۰ تا ۹۰ درصد حل شده است. شرکت پیش از این از چندین جهت دچار افت شده بود؛ در شاخص‌های منابع انسانی، تولید، فروش، تجهیزات و زیرساخت‌های کیفی. رفع این موارد نیازمند کنترل و نظارت روزانه بوده و اکنون با تلاش تیم‌ها، شرکت در مسیر درست قرار گرفته است.

با وجود تمام محدودیت‌ها، از این میزان رشد خوشحالم و به همکارانم در «راموفارمین» افتخار می‌کنم که بر اساس استانداردهای جهانی، رو به جلو حرکت می‌کنند. قاطعانه

صرفاً به ظاهر، بلکه به کارگران، کارشناسان، مدیران و همه سرمایه‌های انسانی این سرزمین. با ظرفیت اصلی تولیدی که در صنعت داروسازی ایران وجود دارد؛ شامل دانش، تخصص و تأمین مواد اولیه؛ به راحتی می‌توان نیاز دارویی سه کشور ۹۰ میلیونی را تأمین کرد.

\*

اگر این واقعیت درک شود و سرمایه‌گذاری و برنامه‌ریزی عملی و دقیق روی این صنعت انجام شود و نیروی انسانی آن مورد توجه قرار گیرد، با تزریق دانش و همفکری می‌توان گفت که صنعت دارویی ایران می‌تواند جزو صنایع دارای مزیت رقابتی ملی و هم‌پای صنایعی چون نفت و پتروشیمی باشد. از نظر دانش داروسازی، ما برتری‌های خاص داریم که در منطقه باید از آن‌ها بهره‌برداری کنیم. امیدوارم مسائل مربوط به ارز، شرایط اقتصادی، نقدینگی و غیره با تزریق دانش، همفکری، همدلی و هماهنگی در مدیریت‌های اقتصادی به مرور حل شود و مطمئن هستیم که این اتفاق خواهد افتاد.

\*

بله، این روزها نوسانات ارزی شدید است، مشکلات نقدینگی و تاخیر در بازپرداخت‌ها (مثلاً از طرف بیمه‌ها) فشار ایجاد می‌کنند و بازار صادرات دارو محدود شده. اما دلیل اصلی این

سخت اقتصادی، با دانش و تعهد، چرخ تولید دارو را در کشور زنده و سرپا نگه داشته‌اند.

این سرمایه انسانی، اگر در سیاست‌گذاری‌ها مورد حمایت قرار گیرد، می‌تواند صنعت دارویی ایران را در کنار صنایع نفت و پتروشیمی به یکی از صنایع دارای مزیت رقابتی ملی تبدیل کند.

\*

سیستم فکری من درباره حضور در نمایشگاه‌های دارویی این است که اگر شرکت در آن نمایشگاه برای سازمانی که در آن فعالیت می‌کنم خروجی مثبتی نیاورد، برای بار دوم در آن شرکت نمی‌کنم. خوشبختانه با تلاش همکارانم در مجموعه «راموفارمین»، حضور ما در دو نمایشگاه «فارمکس» و «ایران فارما»، فارغ از فراز و نشیب‌های سیستم برگزاری نمایشگاه، بسیار مفید و مؤثر بود.

در ایران فارما شرکت‌های خارجی زیادی حضور نداشتند، اما دستاورد حضور در این دو نمایشگاه باعث شد که صادقانه و شخصاً بسیار به مجموعه صنعت دارویی کشور افتخار کنم. بله، شرایطی ویژه در ایران وجود دارد، اما کشورهای دیگر نیز شرایط خاص خود را دارند. با این حال، وقتی با این حجم انرژی، ابتکار، تخصص و مهارت در صنعت دارویی کشور روبه‌رو می‌شویم، چگونه می‌توان به تک تک اعضای این صنعت افتخار



به نظر من، در صنایع پیچیده‌ای مانند داروسازی، فهم درست از مقیاس و ظرفیت تولید باید از هیئت‌مدیره تا کارشناسان فنی آموزش داده شود. افزایش ظرفیت تولید یا توسعه سازمانی، زمانی ارزشمند است که با توان تأمین مالی، نقدینگی و زیرساخت هماهنگ باشد

مسائل، تصمیم‌گیری‌های متعدد گذشته و بعضاً حال است که دچار ریسک مقیاس بودند و هستند.

\*

باز هم به‌عنوان حرف آخر، دوست دارم به «ریسک مقیاس» اشاره کنم، نه یک مفهوم انتزاعی، بلکه واقعیتی اقتصادی و فرهنگی. وقتی رشد صنعتی با توان سیستم اقتصادی هم‌تراز نباشد، نتیجه نه توسعه بلکه ناترازی است. اگر مدیران و تصمیم‌سازان کشور این مفهوم را در تصمیم‌گیری‌های کلان لحاظ کنند، صنعت دارویی ایران می‌تواند از چرخه‌ی نوسانات، وارد مسیر رشد هوشمند شده، چابک و پایدار شود...

نکرد؟ به‌جرات می‌گویم که کارکنان تولید، کارشناسان QC، تیم‌های R&D، هیأت‌مدیره‌ها و مدیرعامل‌های شرکت‌های دارویی کشور، انصافاً و وجداناً در دنیا بی‌نظیر هستند و تحت شرایط محدود، با این میزان تکنولوژی و تلاش، دستاوردهای حیرت‌انگیزی خلق کرده‌اند.

\*

به مسئولان اجرایی کشور به‌عنوان یک شهروند داروساز عرض می‌کنم؛ بدون اغراق به تک تک همکاران صنعت دارویی کشور باید افتخار کرد. من از ته قلبم برای موفقیت همگی‌شان دعا می‌کنم. مسئولان کشور باید به این صنعت افتخار کنند؛ نه



دکتر امیرحسین حاجی میری  
متخصص اقتصاد و مدیریت دارو

سازمان‌های ایرانی به این موضوع حساسیتی بیمارگونه دارند

# مأموریت‌های خارجی، ممنوع!



مأموریت‌های خارج از کشور که در جهان ابزاری طبیعی برای تبادل دانش و گسترش افق‌های حرفه‌ای فراتر از مرزهای هر کشور محسوب می‌شود، در ایران گاه به میدان رقابت‌های پنهان، حسادت‌های سازمانی و بازی‌های قدرت بدل می‌شود. امروزه در بسیاری از سازمان‌های ایرانی، مأموریت‌های خارجی از کارکرد اصلی خود فاصله گرفته و به مسئله‌ای پرحاشیه و رقابت‌آمیز تبدیل شده‌اند. حساسیت‌های سازمانی، انحصار تصمیم‌گیری، ترس‌های نهادی و نگاه پاداش‌محور به سفر، سبب شده است که حتی سفر خارجی به جای فرصتی برای پیشرفت، به منبعی برای بی‌اعتمادی تبدیل شود.

باشد، جایزه‌ای برای افراد تعبیر می‌شود و همین تلقی، حساسیت و رقابت را شعله‌ور می‌سازد. در برخی سازمان‌ها نیز مدیران ارشد تمایل دارند تمامی سفرهای خارجی را شخصاً انجام دهند، حتی اگر موضوع سفر ماهیتی فنی یا کارشناسی باشد. این رفتار، علاوه بر ایجاد احساس نابرابری در سطوح پایین‌تر، مانع از رشد مهارتی کارکنان و انتقال واقعی تجربه به بدنه سازمان می‌شود. تقریباً در هر اداره و سازمان ایرانی می‌توان شنید:  
"همه زحمتش را ما کشیدیم، ولی سفرش را فلانی رفت!"  
این جمله بارها و بارها تکرار می‌شود و تبدیل به بخشی از حافظه

در بسیاری از سازمان‌های ایرانی، مأموریت خارجی به جای آنکه به‌عنوان موضوعی از موضوعات حرفه‌ای مربوط به کار روتین تلقی شود، نماد امتیاز، قدرت یا اعتماد مدیریتی است. به همین دلیل، رقابت برای رفتن به سفر خارجی، اغلب رنگ و بوی شخصی می‌گیرد. این جابه‌جایی معنا، شاید ریشه در نبود نظام انگیزشی سالم دارد؛ جایی که پاداش‌ها جایگزین فرصت‌های یادگیری شده‌اند و سفر خارجی به نشانه منزلت سازمانی بدل شده است. در چنین فرهنگی، مدیران ارشد نمی‌پرسند "چه کار کنیم که از این فرصت بهترین بهره‌برداری شود؟" بلکه می‌پرسند "چه کسی را بفرستیم؟" در چنین فرهنگی، سفر خارجی به جای آن که وظیفه

جمعی شده است که در سطح ناخودآگاه، سفر خارجی به نماد عدالت از دست‌رفته بدل می‌شود. فرد حس می‌کند با نرفتن، سهمی از فرصت و شأن سازمانی‌اش از او دریغ شده است.

در نهادهای غیر خصوصی موضوع کمی پیچیده‌تر هم می‌شود جایی که پای کمیته‌های تصمیم‌گیری در خصوص اعزام ماموران به خارج از کشور باز می‌شود. کمیته‌هایی که اغلب برخی اعضایشان نه تجربه فعالیت بین‌المللی دارند، نه دانش فنی موضوع مأموریت را درک می‌کنند و با اصول و انضباط مأموریت‌های بین‌المللی نیز بیگانه‌اند.

تصمیم‌گیری درباره اعزام افراد، به‌جای آن که بر معیارهای تخصصی و فنی استوار باشد، اغلب درگیر لایه‌های متعددی از ملاحظات نهادی بوده و در مجموع این وضعیت در کشور موجب شکل‌گیری نوعی فرهنگ بدبینی و حرص نسبت به سفرهای خارجی شده که آثار آن در رفتار کارکنان، فرآیندهای تصمیم‌گیری و حتی تصویر بین‌المللی کشور قابل مشاهده است.

این پدیده البته یک ریشه فرهنگی نیز دارد. در ذهن بسیاری از ایرانیان، اعزام به سفر خارجی از دوران گذشته نشانه‌ای از اعتبار، برتری یا ویژه‌بودن داشته است.

هنوز در گفتار روزمره شنیده می‌شود که یک نفر با احساسی ویژه مثلاً حسرت یا افتخار خاصی بگوید «فلانی رفت خارج!»؛ این بار ارزشی، وقتی وارد فضای سازمانی می‌شود، رقابتی ناسالم ایجاد می‌کند.

جالب است که در دهه‌های گذشته، سفرهای خارجی برای آموزش، الگوگیری یا همکاری‌های انتقال فناوری بسیار رایج بوده. در سابقه بسیاری از مدیران دهه ۷۰ و ۸۰ شمسی می‌بینیم که در طول یک سال چندین بار به مأموریت‌های خارجی هدفمند رفته‌اند، چیزی را تحویل یا یاد گرفته‌اند و برگشته‌اند و منتقل کرده‌اند. چرا اکنون چنین نیست؟ آیا نهادها

به کارکنان خود و به نیت آنان اعتماد ندارند یا مثلاً افزایش حساسیت اجتماعی به تفاوت‌ها باعث شده که هر امتیاز کوچک به‌سرعت در شبکه‌های سازمانی بازتاب یابد و حس بی‌عدالتی را دامن زند یا هر دلیل دیگر.

نتیجه این همه حساسیت، ترس، و بروکراسی در نهایت چیزی جز انزوا نیست. در جهانی که دانش هر روز در گردش است، سازمان‌های ایرانی فرصت یادگیری و تعامل واقعی را از دست می‌دهند. فرهنگ «بهتر است نرویم تا حرف درنیاید» به تدریج جای فرهنگ «باید

برویم تا یاد بگیریم» را گرفته است. برای بازگرداندن مأموریت خارجی به جایگاه واقعی خود، باید مجموعه‌ای از اصلاحات نهادی و فرهنگی به صورت هم‌زمان اجرا شود:

● **شفاف‌سازی معیارهای اعزام:** تدوین شاخص‌های فنی برای انتخاب مامور

● **آموزش مهارت‌های بین‌المللی:** برگزاری دوره‌های اجباری برای آشنایی با اصول دیپلماسی حرفه‌ای، آداب حضور بین‌المللی و اخلاق نمایندگی

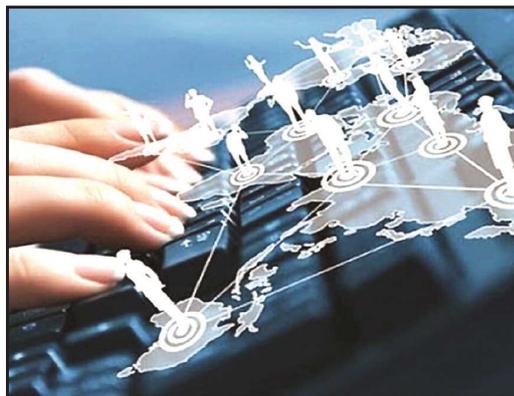
● **توزیع عادلانه فرصت‌ها:** طراحی نظام چرخشی سفرها متناسب با تخصص حرفه‌ای افراد فارغ از جایگاه سازمانی

● **نظام گزارش‌دهی و انتقال دانش:** الزام هر مأمور به ارائه گزارش دستاورد و برنامه انتقال تجربه پس از بازگشت

از منظر روان‌شناسی اجتماعی، هر گونه منع یا محدودیت افراطی نسبت به یک رفتار یا تجربه، به‌جای کاهش میل به آن، اغلب منجر به افزایش اشتیاق، کنجکاوی و حرص پنهان می‌شود. پدیده مأموریت‌های خارجی در سازمان‌های ایرانی نیز از همین قاعده تبعیت می‌کند. به بیان دیگر، ما جامعه‌ای ساخته‌ایم که نسبت به سفر خارجی حریص است، زیرا این مقوله را بدل به امری ویژه و استثنایی کرده‌ایم.

سفر خارجی در سازمان‌های ایرانی، آینه‌ای است که در آن می‌توان تمام ضعف‌های فرهنگی و نهادی ما را دید: بی‌اعتمادی، حسادت، نبود شفافیت و تبدیل ابزار توسعه به امتیاز شخصی. تا زمانی که این نگاه تغییر نکنند، مأموریت خارجی به‌جای دروازه‌ای برای یادگیری جهانی، تنها تبدیل به میدان کوچکی از رقابت‌های داخلی خواهد بود؛ جایی که همه در نهایت می‌گویند: «ما که نرفتیم!»

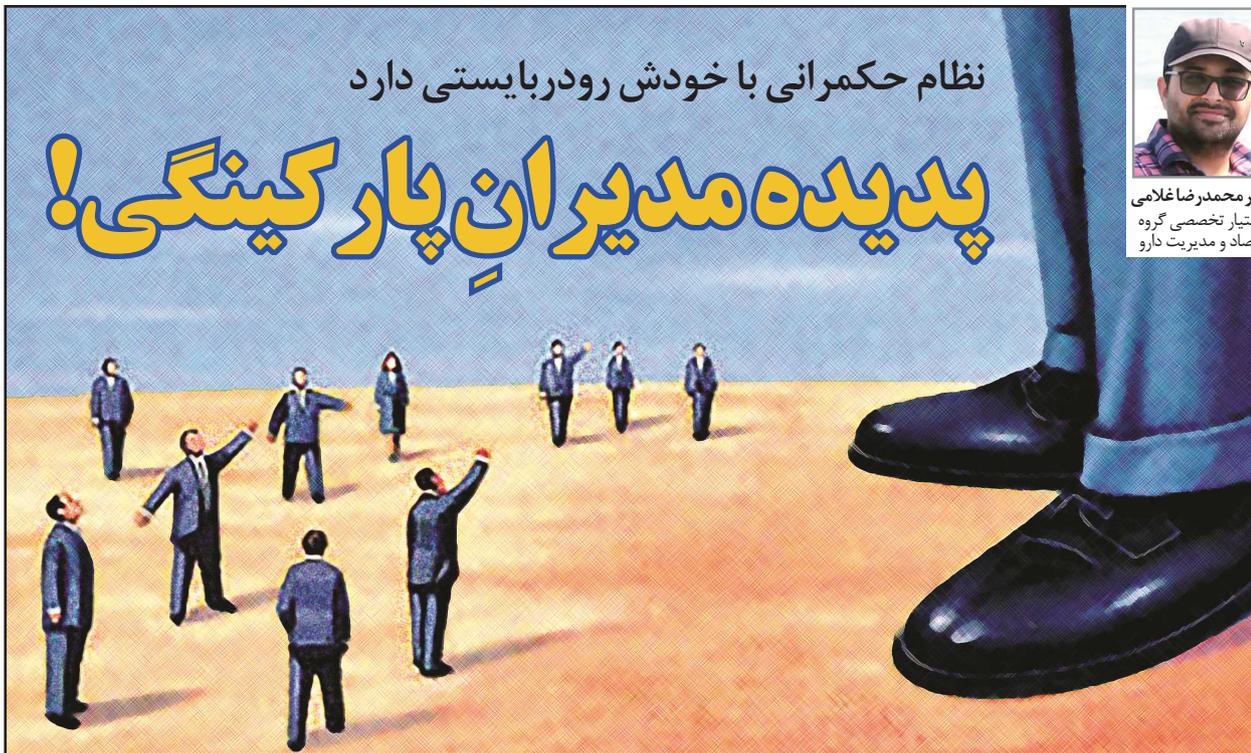
این کار تنها با آموزش، اعتماد و عادی‌سازی ارتباط بین‌المللی ممکن است. اگر مأموریت خارجی به امری طبیعی، آموزشی و تکرارپذیر بدل شود، حساسیت جای خود را به بلوغ سازمانی خواهد داد. جامعه‌ای که می‌آموزد چگونه «برود، بیاموزد، بازگردد و منتقل کند»، نه از جهان می‌ترسد و نه نسبت به آن حریص است. این نقطه تعادل، همان جایی است که در آن سفر خارجی، نه تهدید است و نه پاداش و نه هیچ پدیده پیچیده دیگر، بلکه بخشی است از مسیر عادی رشد هر سازمان رهسپار تعالی.



اگر مأموریت خارجی به امری طبیعی، آموزشی و تکرارپذیر بدل شود، حرص و حساسیت جای خود را به بلوغ سازمانی خواهد داد. جامعه‌ای که می‌آموزد چگونه «برود، بیاموزد، بازگردد و منتقل کند»، نه از جهان می‌ترسد و نه نسبت به آن حریص است



دکتر محمدرضا غلامی  
دستیار تخصصی گروه  
اقتصاد و مدیریت دارو



نظام حکمرانی با خودش رودر بایستی دارد

# پدیده مدیران پارکینگی!

این یادداشت به بهانه صحبت‌های اخیر دکتر پیر صالحی، معاون وزیر بهداشت و رئیس سازمان غذا و دارو در مراسم افتتاح ساختمان مرکز تحقیقات این سازمان قلمی شده است. ایشان گفته بود: «مرکز تحقیقات باید با ارائه راهکارهای علمی و تجربی، چه از سوی اعضای هیئت علمی و چه با همکاری اداره کل‌ها، نقشی مؤثر در بهبود فرآیندهای سازمان داشته باشد و از تبدیل آن به صرفاً «پارکینگ مدیران» جلوگیری شود.»

نه از آن‌ها استفاده ساختار یافته می‌شود. فقط از یک پست اجرایی به موقعیتی بی‌اثر منتقل می‌گردند. مشکل اصلی هم این نیست که این مدیران باقی می‌مانند؛ خیر! مشکل این است که هیچ‌کس مدیریت‌شان نمی‌کند.

در سیستمی که همه چیز باید مدیریت شود، خود مدیران مدیریت نمی‌شوند. نه برای پایان دوره‌شان برنامه‌ای وجود دارد، نه برای استفاده درست از تجربه‌شان ساز و کاری. در نتیجه، بدنه‌ی اداری از افراد باتجربه‌ای انباشته می‌شود که در جای نادرست و زمان نادرست نشسته‌اند.

## ◀ هزینه‌ای که کمتر دیده می‌شود: از دست رفتن فرصت‌ها

مشکل مدیریت پارکینگی فقط به سکون و بی‌اثر شدن محدود نمی‌شود. هزینه واقعی آن در فرصت‌هایی است که از دست می‌رود. وقتی یک مدیر ناکارآمد در ساختار باقی می‌ماند، فقط خودش ناکارآمدی نمی‌آورد، بلکه جای یک مدیر تازه‌نفس، صاحب‌فکر یا نسل جدید را هم اشغال می‌کند. توقف چرخش نخبگان، سرریز نکردن تجربه به لایه‌های پایین‌تر، و انسداد در انتقال ایده‌های نو، هزینه‌های بلندمدت پنهانی‌اند که سیستم حتی نمی‌بیندشان. پارکینگ مدیران، نوعی انجماد ظرفیت‌های آینده است.

در بسیاری از نهادهای عمومی کشور، پدیده‌ای شکل گرفته که شاید در ظاهر یک مصلحت‌سنجی اداری به نظر برسد، اما در واقع ریشه‌ای عمیق در ناکارآمدی ساختار حکمرانی دارد و آن پدیده‌ای است به نام؛ مدیریت پارکینگی.

مدیرانی که دیگر امکان تداوم در مسئولیت اصلی خود را ندارند به دلایل سیاسی، عملکردی و یا شخصی - اما بنا به ملاحظاتی حذف‌شدنی هم نیستند، در پست‌هایی قرار می‌گیرند که نه مسئولیت واقعی دارند، نه اثرگذاری مشخص. نام این موقعیت‌ها اغلب محترمانه و فریبنده است: مرکز تحقیقات، مشاور عالی، شورای راهبردی و امثال آن. در عمل اما، این‌ها پارکینگ‌هایی برای مدیران بی‌نقش هستند؛ راه‌حل‌های موقتی که به بحران‌های دائمی منجر می‌شوند.

## ◀ قانون پایستگی مدیر؛ صورت مسئله‌ای که پاک نمی‌شود

در دل این وضعیت، یک اصل نانوشته اما رایج حکمرانی خود را نشان می‌دهد: قانون پایستگی مدیر؛ مدیر از بین نمی‌رود، بلکه فقط از مسئولیتی به مسئولیت دیگر منتقل می‌شود. در نبود نظام ارزیابی عملکرد، ساز و کار خروج، یا بازنشستگی مؤثر، مدیران به جای آنکه مسیر شفاف پایان مأموریت را طی کنند، صرفاً جابه‌جا می‌شوند؛ نه حذفی در کار است و نه ارتقایی، و

مدیر، یک مأموریت دارد، نه یک صندلی دائمی. بعد از پایان دوره، بر اساس کارنامه‌اش می‌تواند در قالب‌های مشخصی باقی بماند:

- عضویت در هیئت مشاوران بدون قدرت اجرایی
  - فعالیت در برنامه‌های منتورینگ و انتقال تجربه
  - هدایت پروژه‌های محدود با اهداف مشخص
- مدیر در چنین حالتی نه پارک می‌شود، نه حذف. بلکه مدیریت می‌شود. در چنین سیستم‌هایی، وفاداری شخصی جایگاهی ندارد. ملاک فقط عملکرد و تناسب با مأموریت آینده است. مهم‌تر از همه، مدیران خود نیز می‌دانند که مدیریت یک هویت دائمی نیست، یک مسئولیت موقتی است.

### راه حل چیست؟ ساختار، نه سلیقه

برای عبور از این چرخه فرساینده، باید پذیرفت که راه، حذف کامل مدیران با سابقه نیست؛ بلکه استفاده‌ی هدفمند و ساختاریافته از تجربه‌ی آن‌هاست.

برای این کار، چند پیش‌نیاز ضروری است:

۱. طراحی نظام ارزیابی دقیق برای عملکرد مدیران
۲. تعریف مسیرهای خروج شفاف، محترمانه و تدریجی
۳. ایجاد جایگاه‌های مشورتی محدود با مأموریت مشخص و زمان‌بندی شده
۴. تربیت نسل جایگزین برای جلوگیری از وابستگی دائمی به چهره‌های تکراری
۵. تغییر نگرش از "مدیریت = قدرت" به "مدیریت = مسئولیت".

### جمع‌بندی

پارکینگ مدیران، نه راه‌حل است نه احترام؛ یک عقب‌نشینی مدیریتی است.

نظام حکمرانی‌ای که نتواند با مدیران ناکارآمد یا پایان‌یافته، گفت‌وگوی شفاف برقرار کند، در نهایت با خودش رودربایستی پیدا می‌کند؛ و این رودربایستی، مقدمه‌ی انباشت ناکارآمدی، هدررفت منابع انسانی، و

فلج شدن سیستم تصمیم‌سازی خواهد بود. در پایان باید گفت که:

مدیران را نه باید حذف کرد، نه بی‌هدف جابه‌جا؛ بلکه باید مدیریتشان کرد. اگر این اصل پذیرفته نشود، هر چقدر هم ساختارها اصلاح شود، آدم‌ها از پنجره برمی‌گردند، وقتی از در خارج‌شان کرده‌ایم.

## همه مدیران یکسان نیستند: تفاوت میان بی‌اثرها و آسیب‌زننده‌ها

در این میان، باید تفاوت قائل شد میان دو گروه از مدیران: ۱. کسانی که دوره اثربخشی‌شان گذشته، اما همچنان می‌توانند در قالب‌های محدود مشورتی یا انتقال تجربه مفید باشند ۲. کسانی که با ادامه حضورشان، ذهنیت‌های فرسوده، شبکه‌های ناکارآمد و مقاومت در برابر اصلاح را بازتولید می‌کنند. با گروه اول می‌شود محترمانه و مؤثر برخورد کرد؛ اما نگاه‌داشتن گروه دوم به‌خاطر رودربایستی، یعنی دعوت از بحران برای ماندن در قلب سیستم.

### شکاف در اعتماد عمومی؛ اثر جانبی خطرناک

وقتی بدنه سازمان یا حتی مردم عادی می‌بینند مدیرانی با کارنامه ضعیف صرفاً جابه‌جا می‌شوند، نه تنها احساس عدالت تضعیف می‌شود، بلکه باور به امکان تغییر نیز از بین می‌رود.

این وضعیت نه فقط ناکارآمدی تولید می‌کند، بلکه سرمایه اجتماعی را هم به فرسایش می‌برد. پیام پنهان چنین ساختاری روشن است: در این سیستم، حذف وجود ندارد. فقط چرخش صندلی‌هاست؛ و این پیام، برای هیچ سیستم حکمرانی‌ای نباید قابل تحمل باشد.

### مراکز تحقیقاتی؛ قربانیان بی‌صدا

از آسیب‌دیده‌ترین بخش‌های این چرخه معیوب، مراکز تحقیقات و نهادهای فکری هستند.

جایی که باید محل هم‌افزایی دانش، تحلیل و سیاست‌سازی باشد، گاه به پناهگاه محترمانه مدیرانی تبدیل می‌شود که به دلایل غیرعلمی در آن جا مستقر شده‌اند. نتیجه، بی‌اعتبار شدن نهاد علمی، بی‌اثر شدن خروجی‌ها، و بی‌انگیزگی بدنه‌ی کارشناسی است. وقتی مراکز فکری تبدیل به انبار نیروهای سیاسی می‌شوند، دیگر نمی‌توان از آن‌ها انتظار تحلیل راهبردی و تولید ایده‌ی

اثربخش داشت. نخبگان واقعی، این مراکز را جدی نمی‌گیرند؛ و نظام تصمیم‌سازی، از پشتوانه‌ی دانشی خود تهی می‌شود.

### حکمرانی در دنیا چگونه عمل می‌کند؟

در مدل‌های موفق جهانی، خروج مدیران یک فرآیند عادی و از پیش تعریف‌شده است.



مرکز تحقیقات باید با ارائه راهکارهای علمی و تجربی، چه از سوی اعضای هیئت علمی و چه با همکاری اداره کل‌ها، نقشی مؤثر در بهبود فرآیندهای سازمان ایفا کند و از تبدیل آن به صرفاً "پارکینگ مدیران" جلوگیری شود



ریخت‌شناسی دارو در ایران

## نجات این صنعت نیازمند عزم ملی است

دکتر منوچهر دادگر نژاد

صنعت دارویی ایران با وجود تولید ۹۷ درصد داروهای مورد نیاز داخلی، در سال ۱۴۰۴ با بحران‌های ساختاری، اقتصادی و مدیریتی مواجه است. این گزارش بر اساس تحلیل داده‌های موجود تا سال ۱۴۰۳ و روندهای جاری تهیه شده و هدف آن جلب توجه ذی‌نفعان برای اصلاح نظام دارویی و تضمین سلامت عمومی است.

- **تی‌پی‌کو، وابسته به تأمین اجتماعی:** ۳۰ درصد سهم بازار، تمرکز بر داروهای ژنریک و بیوتکنولوژیک.
- **برکت، وابسته به ستاد اجرایی فرمان امام:** ۲۰-۲۵ درصد سهم بازار، تمرکز بر داروهای بیوتکنولوژیک و واکسن.
- **بانک ملی (از طریق گروه شفا و سرمایه‌گذاری ملی):** ۱۵-۲۰ درصد سهم بازار، تمرکز بر داروهای ژنریک.
- **رشد شرکت‌های کوچک‌تر:**
- **شرکت‌هایی مانند دکتر عبیدی، البرزدارو و سبحان دارو** با تمرکز بر داروهای تخصصی رشد ۱۲-۲۰ درصدی در فروش داشته‌اند.

### چالش‌های کلیدی

۱. وابستگی به مواد اولیه وارداتی ۳۰ درصد و تأثیر تحریم‌ها.
۲. کمبود نقدینگی و بدهی‌های سنگین بیمه‌ها ۳۰ هزار میلیارد تومان در ۱۴۰۳.
۳. قیمت‌گذاری دستوری و تأخیر در تخصیص ارز ترجیحی.

### وضعیت موجود

#### ارزش بازار دارویی:

ارزش بازار در سال ۱۴۰۲ حدود ۸.۲۱ میلیارد دلار بود و با فرض رشد سالانه ۱۰-۱۵ درصد در سال ۱۴۰۴ به حدود ۹.۸۵ تا ۱۰.۵ میلیارد دلار رسیده است.

#### ساختار زنجیره تأمین:

● **تولید:** ۱۱۴ کارخانه تولید داروهای انسانی و ۴۳ کارخانه تولید مواد اولیه فعال هستند. ۹۷ درصد داروها در داخل تولید می‌شوند، اما ۳۰ درصد مواد اولیه وارداتی است.

● **پخش:** ۶۰ شرکت پخش سراسری و ۱۸۰ شرکت استانی مسئول توزیع دارو هستند.

● **عرضه:** حدود ۱۵.۰۰۰ داروخانه فعال وجود دارد که با چالش‌های نقدینگی و رقابت با پلتفرم‌های آنلاین مواجه‌اند.

#### شرکت‌های اصلی و سهم بازار:

سه هلدینگ بزرگ کنترل ۶۶-۶۷ درصد بازار را در دست دارند:

۴. انحصار در بخش تولید و بخش سه هلدینگ بزرگ ۶۶-۶۷ درصد بازار را کنترل می‌کنند.
۵. فشار بر داروخانه‌ها: ۴۰ درصد داروخانه‌ها در آستانه ورشکستگی هستند.
۶. کمبود داروهای حیاتی: بیش از ۱۰۰ قلم دارو از جمله آنتی‌بیوتیک‌ها و انسولین کمیاب شده‌اند.
۷. مصرف بی‌رویه دارو: مصرف سرانه دارو در ایران ۴ برابر میانگین جهانی است.
۸. تراز تجاری منفی: صادرات دارو ۱۲۰،۹ میلیون دلار در مقابل واردات ۱،۳ میلیارد دلار در ۱۴۰۲.

### راه‌حل‌های پیشنهادی

#### کوتاه‌مدت:

- پرداخت فوری مطالبات بیمه‌ای ۱۸ هزار میلیارد تومان.
- تشکیل کارگروه مشترک ذی‌نفعان برای تخصیص عادلانه ارز.
- حمایت موقت از داروخانه‌ها معافیت مالیاتی، وام کم‌بهره.
- ارتقای سامانه تی‌تک برای شفافیت در تخصیص ارز و قراردادهای.

#### بلندمدت:

- تصویب قوانین ضد تعارض منافع برای مدیران دولتی.
- کاهش انحصار با تعیین سقف سهمیه برای شرکت‌ها.

### ریشه‌های مشکلات آسیب‌شناسی

- سیاست‌های ناکارآمد مانند گذاری دستوری و چندنرخ ارز.
- عدم هماهنگی بین نهادهای نظارتی.
- تورم بالا ۴۰ درصد و کاهش قدرت خرید.
- ضعف در نوآوری و سرمایه‌گذاری در تحقیق و توسعه تنها ۰،۵ درصد بودجه سلامت.
- فساد و رانت ساختاری در تخصیص ارز و قراردادها.



رانت، انحصار و سیاست‌های ناکارآمد، تولیدکنندگان و داروخانه‌ها را تحت فشار قرار داده‌اند. نجات این صنعت نیازمند عزم ملی، شفافیت، همکاری بین ذی‌نفعان و الگوبرداری از تجربه‌های موفق جهانی است

### اثرگذاری قوانین و مقررات دولتی

- ایجاد صندوق سرمایه‌گذاری های مستقل سلامت برای حمایت از نوآوری.
- تقویت نقش انجمن داروسازان در سیاست‌گذاری.
- آموزش و فرهنگ‌سازی برای کاهش مصرف بی‌رویه دارو.

- قیمت‌گذاری دستوری باعث کاهش حاشیه سود و کمبود نقدینگی شده است.
- دخالت‌های غیر تخصصی و مقررات چندگانه، هماهنگی بین نهادها را کاهش داده است.
- قوانین ارزی و تحریم‌ها هزینه‌های تولید را تا ۴۰۰ درصد افزایش داده‌اند.
- ضعف نظارتی منجر به نشت دارو به بازار سیاه شده است.
- تعدد قوانین و تغییرات مکرر برنامه‌ریزی بلندمدت را مختل کرده است.

### نتیجه‌گیری و فراخوان

زنجیره تامین دارویی ایران در آستانه بحرانی است که سلامت عمومی را تهدید می‌کند. رانت، انحصار و سیاست‌های ناکارآمد، تولیدکنندگان و داروخانه‌ها را تحت فشار قرار داده‌اند. نجات این صنعت نیازمند عزم ملی، شفافیت، همکاری بین ذی‌نفعان و الگوبرداری از تجربه‌های موفق جهانی است.

انجمن داروسازان ایران می‌تواند با برگزاری نشست‌های مشترک، گام اول را برای اصلاح و ارتقا نظام دارویی بردارد.

### تجربه‌های جهانی و درس‌های آموخته‌شده

۱. اتحادیه اروپا: شفافیت در تخصیص قراردادهای ایجاد نهاد ضدفساد.



ابوذر پرهیزکاری  
فعال اقتصادی حوزه دارو  
و سلامت

# اثر مکانیسم ماشه بر صنعت دارویی کشور

## هوای مه آلود جذب سرمایه گذاری خارجی



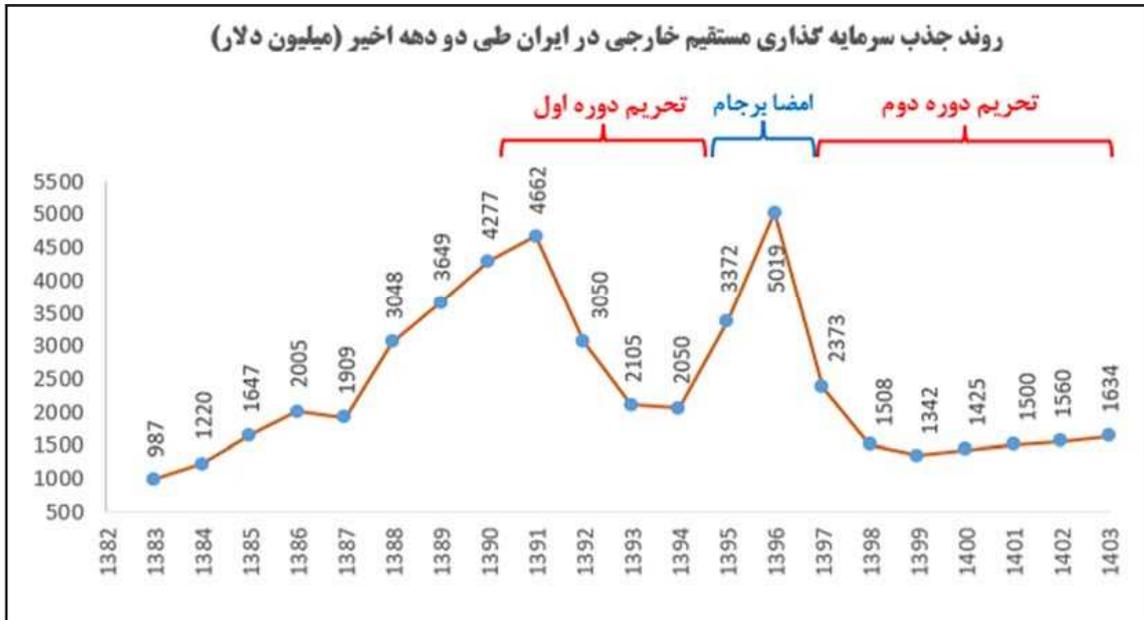
صنعت دارویی ایران طی دهه‌های اخیر سهمی بالا در تأمین نیازهای داخلی و رشد فناوری داشته است. بیش از ۹۰ درصد داروهای پایه و ژنریک در داخل تولید می‌شوند و ایران در شاخص‌های علمی داروسازی در رتبه‌های برتر منطقه و جهان قرار دارد. با این حال، جذب سرمایه‌گذاری خارجی به‌ویژه در حوزه‌های پیشرفته مانند بیوتکنولوژی، بسته‌بندی هوشمند و زنجیره تأمین مواد اولیه، در سال‌های اخیر با چالش‌هایی متعدد مواجه شده است. یکی از عوامل اصلی این وضعیت، داستان فعال شدن «مکانیسم ماشه» در چارچوب برجام و قطعنامه ۲۲۳۱ شورای امنیت است که فضای سرمایه‌گذاری را به‌صورت محسوس «مه آلود» کرده است.

### اهمیت سرمایه‌گذاری خارجی

سرمایه‌گذاری مستقیم خارجی (FDI) موتور رشد اقتصادی و انتقال فناوری در کشورهای در حال توسعه است که علاوه بر تأمین منابع مالی، موجب افزایش تولید، اشتغال، دانش‌مدیریتی و رقابت‌پذیری می‌شود. در اغلب کشورها، قوانین حمایتی، ثبات اقتصادی و شفافیت نهادی به‌عنوان پیش‌شرط جذب سرمایه تلقی می‌شود؛ اما در ایران، با وجود ظرفیت‌های علمی و بازار مصرفی گسترده، جذب FDI به‌ویژه در صنایع دانش‌محور هنوز در سطح مطلوبی قرار ندارد.

### وضعیت صنعت دارویی ایران و جذب سرمایه‌گذاری در آن

بازار دارویی ایران با گردش مالی حدود ۵/۵ میلیارد دلار و رشد سالانه بیش از ۲۵ درصد، از جذاب‌ترین بخش‌های اقتصادی کشور به‌شمار می‌رود. حدود ۱۱۰ تولیدکننده، ۱۳۵ واردکننده، ۶۰ شرکت پخش و بیش از ۱۳ هزار داروخانه در زنجیره دارویی کشور فعال‌اند. ارزش تولید داخلی حدود ۷۰ درصد کل بازار را تشکیل می‌دهد و حاشیه سود خالص سالانه در حدود ۲۶ درصد برآورد می‌شود. با وجود این جذابیت، سرمایه‌گذاری خارجی در این بخش در مقایسه با کشورهای همسایه مانند ترکیه،



همکاری خود را با شرکت‌های ایرانی محدود می‌کنند. ریسک سیاسی و عدم قطعیت: احتمال بازگشت تحریم‌ها باعث می‌شود شرکت‌های چندملیتی از سرمایه‌گذاری‌های بلندمدت در ایران پرهیز کنند.

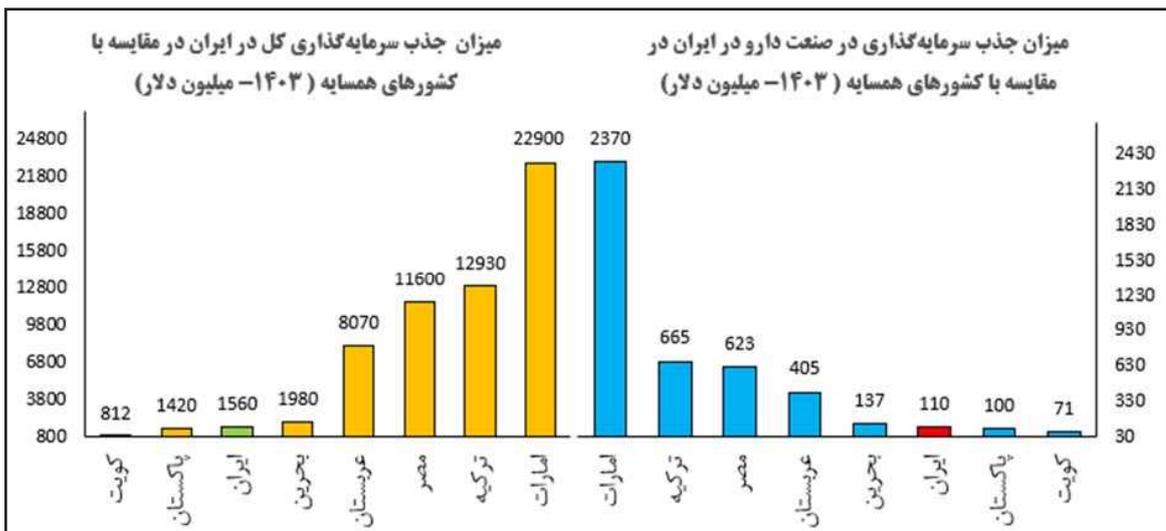
عربستان و امارات ناچیز است. در حالی که کشورهای یادشده با سیاست‌های شفاف، معافیت‌های مالیاتی و ثبات سیاسی توانسته‌اند سرمایه‌هایی قابل توجه را به صنعت دارویی خود جذب کنند، ایران هنوز در مرحله جلب اعتماد سرمایه‌گذاران قرار دارد.

#### فرصت‌ها و چالش‌های فعلی

بازار بزرگ داخلی و وجود زیرساخت‌های تحقیق و توسعه، همچنان فرصت‌هایی برای همکاری‌های مشترک ایجاد می‌کند. پروژه‌هایی چون ایجاد شهرک‌های دارویی، پارک‌های فناوری سلامت و توسعه تولید ژنریک می‌تواند برای سرمایه‌گذاران خارجی جذاب باشد. با این حال، چالش‌های جدی نیز پابرجاست: - محدودیت‌های بانکی و مالی ناشی از تحریم - نوسانات ارزی و افزایش هزینه واردات مواد اولیه

#### «مکانیسم ماشه» و اثر بر فضای سرمایه‌گذاری

مکانیسم ماشه، بازگشت خودکار تحریم‌های لغوشده در صورت نقض تعهدات طرفین است. فعال‌شدن این سازوکار می‌تواند تحریم‌های بین‌المللی علیه ایران را بدون نیاز به رأی جدید شورای امنیت -یکضرب- بازگرداند. این مسئله دو پیامد دارد: - ریسک حقوقی و بانکی: حتی اگر دارو از تحریم‌ها مستثنی باشد، بانک‌ها و بیمه‌ها به دلیل ترس از تحریم‌های ثانویه،





بین‌المللی برای دارو و مواد اولیه.  
- کاهش وابستگی به واردات و توسعه همکاری‌های R&D: ایجاد مشارکت‌های مشترک با شرکت‌های خارجی برای تولید فناوری و مواد اولیه در داخل کشور.

- افزایش ثبات و پیش‌بینی‌پذیری محیط کسب‌وکار: تدوین سیاست‌های پایدار در قیمت‌گذاری دارو، تعرفه واردات و صادرات و اطلاع‌رسانی شفاف در خصوص وضعیت تحریم‌ها.

- توسعه صادرات و منطقه‌ای‌سازی تولید: استفاده از مزیت جغرافیایی ایران برای تبدیل شدن به هاب صادرات دارویی خاورمیانه و ارائه مشوق به شرکت‌های خارجی برای سرمایه‌گذاری صادرات‌محور.

#### ◀ جمع‌بندی

صنعت دارویی ایران می‌تواند قطب منطقه باشد، اما تحقق این هدف بدون جذب سرمایه‌گذاری خارجی ممکن نیست. در شرایطی که احتمال

فعال شدن مکانیسم ماشه، فضای تعاملات اقتصادی را مبهم کرده، کشور نیازمند اتخاذ سیاست‌هایی است که ریسک‌های سیاسی و مالی را برای سرمایه‌گذاران کاهش دهد. ثبات اقتصادی، شفافیت حقوقی و حمایت از سرمایه‌گذاری مشترک، می‌تواند مسیر ورود سرمایه‌های خارجی را هموار کند. اگر سیاست‌گذاران بتوانند فضای مه‌آلود کنونی را با اقدامات هدفمند شفاف‌تر سازند، صنعت دارویی کشور نه تنها در تأمین نیاز داخلی، بلکه در بازارهای منطقه‌ای نیز جایگاهی شایسته‌تر خواهد یافت.

- نبود ثبات و شفافیت در مقررات داخلی  
- ریسک سیاسی ناشی از احتمال بازگشت تحریم‌ها  
- اثر بازدارندگی تحریم‌ها بر برندها و شرکت‌های بزرگ بین‌المللی.

#### ◀ چرا فضای سرمایه‌گذاری مه‌آلود شده است؟

سرمایه‌گذار خارجی به محیطی نیاز دارد که قابل پیش‌بینی و امن باشد؛ اما افزایش ابهام در آینده روابط بین‌الملل و نبود سازوکارهای تضمینی برای حمایت از سرمایه‌گذار، فضای اعتماد را تضعیف کرده است. از سوی دیگر، سرعت تغییر در سیاست‌های اقتصادی و خارجی ایران بیش از چرخه تصمیم‌گیری شرکت‌های بین‌المللی است. در چنین شرایطی، سرمایه‌گذاران ترجیح می‌دهند گزینه‌های کم‌ریسک‌تری انتخاب کنند. این مسئله به‌ویژه برای صنایع دارویی که به زنجیره تأمین جهانی وابسته‌اند، به معنای کاهش ورود فناوری و سرمایه است.

#### ◀ راهکارهای پیشنهادی

- ایجاد چارچوب حقوقی و حمایتی مطمئن: تدوین قوانین خاص سرمایه‌گذاری در بخش دارویی شامل تضمین بازگشت سرمایه، بیمه ریسک سیاسی و حمایت از مالکیت فکری.  
- تقویت زیرساخت‌های مالی و بانکی: توسعه سازوکارهای مالی شفاف، استفاده از بانک‌های منطقه‌ای و تسهیل پرداخت‌های

سرمایه‌گذار خارجی به محیطی نیاز دارد که قابل پیش‌بینی و امن باشد؛ اما افزایش ابهام در آینده روابط بین‌الملل و نبود سازوکارهای تضمینی برای حمایت از سرمایه‌گذار، فضای اعتماد را تضعیف کرده است

نخستین شرکت فعال ایرانی  
در زمینه صادرات مواد اولیه دارویی  
حد واسطها، اقلام آزمایشگاهی  
وانجام خدمات مالی بین الملل  
در جنوب شرق آسیا

واردات  
صادرات

Import & Export



Sky Tech Bridge Co.Ltd

فروش مواد اولیه  
به صورت فاینانس

MD@skytechbridge.com

Tel: (+۶۶۹۴۲۹۳۲۹۲۶)

www.Skytechbridge.com



تارا رضوانی

کمال‌گرایی و سلامت روان

# از انگیزه تا فرسودگی



کمال‌گرایی (Perfectionism) یکی از ویژگی‌های شخصیتی است که به تمایل فرد برای تعیین و پیگیری استانداردهای بسیار بالا در عملکردهای مختلف زندگی از جمله تحصیل، کار و روابط بین‌فردی اشاره دارد. در نگاه نخست، این ویژگی می‌تواند عاملی انگیزشی برای رشد و پیشرفت فردی باشد؛ با این حال، هنگامی که به شکل افراطی بروز یابد، می‌تواند پیامدهای منفی روان‌شناختی و اجتماعی به همراه آورد.

**انتظارات از دیگران:** انتظار بی‌نقص بودن از اطرافیان و نیاز به تأیید مستمر از سوی آنان.  
**ترس از قضاوت و طرد:** نگرانی مداوم از ارزیابی منفی و طرد شدن توسط دیگران.  
 کمال‌گرایی در صورت افراطی شدن می‌تواند اثرات منفی متعددی بر سلامت روان و عملکرد اجتماعی فرد بر جای گذارد.  
**افزایش اضطراب و افسردگی:** احساس مداوم ناکافی بودن در نتیجه فشار برای بی‌نقص بودن.  
**فرسودگی شغلی و تحصیلی:** ناتوانی در پذیرش خطا و شکست، و صرف انرژی بیش از حد برای جزئیات.  
**اختلال در روابط بین‌فردی:** انتظارات غیر واقع‌بینانه و انتقادگری مفرط نسبت به خود و دیگران که منجر به فاصله عاطفی و تنش می‌شود.

**کمال‌گرایی سازگار:** این نوع کمال‌گرایی با انگیزه بالا، نظم شخصی و تلاش برای پیشرفت همراه است و معمولاً با سلامت روان و عملکرد بهتر ارتباط دارد.  
**کمال‌گرایی ناسازگار:** این با خودانتقادی شدید، ترس از شکست و اضطراب همراه است و می‌تواند زمینه‌ساز افسردگی، اضطراب، فرسودگی و مشکلات بین‌فردی شود.  
 بر اساس یافته‌های پژوهشی، کمال‌گرایی پدیده‌ای چند بعدی است که شامل مؤلفه‌های زیر می‌شود.  
**انتظارات شخصی بالا:** تمایل به تعیین اهداف و استانداردهای بسیار دشوار برای خود.  
**خودانتقادگری:** تمایل به سرزنش شدید خود در مواجهه با نقص یا شکست.



رفتارهای ناکارآمد: از جمله اهمال کاری، وسواس در جزئیات و ناتوانی در تفویض مسئولیت.

### ◀ عوامل شکل گیری کمال گرایی

**تربیت و محیط خانواده:** والدین سختگیر یا مشروط محور، که عشق و تأیید را به عملکرد وابسته می کنند. **ویژگی های شخصیتی:** افرادی با وجدان بالا و حساسیت به انتقاد، بیشتر مستعد کمال گرایی هستند.

### ◀ نقش فضای مجازی در تشدید کمال گرایی

در سال های اخیر، فضای مجازی به یکی از عوامل تقویت کننده ی گرایش های کمال گرایانه تبدیل شده است. دسترسی دائمی به زندگی به ظاهر بی نقص دیگران، مقایسه ی اجتماعی مستمر را افزایش می دهد. افراد کمال گرا به دلیل حساسیت بالا نسبت به ناکافی بودن، تحت فشار قرار می گیرند تا تصویری ایده آل از خود ارائه دهند. این امر منجر به اضطراب، خودانتقادی شدید و احساس ناکامی مداوم می شود. نمایش انتخابی زندگی ها و استانداردهای غیر واقعی در شبکه های اجتماعی، اهدافی دست نیافتنی را در ذهن افراد ایجاد می کند و در نتیجه رفتارهای تلاش محور افراطی و فرسودگی روانی را تشدید می کند.

دسترسی دائمی به زندگی به ظاهر بی نقص دیگران، مقایسه ی اجتماعی مستمر را افزایش می دهد. افراد کمال گرا به دلیل حساسیت بالا نسبت به ناکافی بودن، تحت فشار قرار می گیرند تا تصویری ایده آل از خود ارائه دهند

### ◀ ارتباط کمال گرایی و وسواس

کمال گرایی و وسواس شباهت های زیادی از نظر شناختی و هیجانی دارند. هر دو شامل نیاز شدید به کنترل، ترس از اشتباه و ناتوانی در تحمل نقص هستند. افراد کمال گرا معمولاً درگیر افکار تکراری و رفتارهای وسواسی مانند بازبینی مداوم ناتوانی در پایان دادن به کارها می شوند. در نهایت، کمال گرایی سازگار می تواند عاملی مثبت برای رشد و پیشرفت فردی باشد، اما اگر ناسازگار باشد، ممکن است به اضطراب، استرس، افسردگی و کاهش کیفیت زندگی منجر شود. در این شرایط، متخصص سلامت روان با مداخلات روان شناختی فرد را به سوی تعادل، پذیرش واقعیت و نگرش مهربانانه تر نسبت به خود هدایت می کند.



سینما سلامت



## آگاهی و رنج باز حاصل می‌شوند

ای بسا که خودش می‌تواند به یک سکوی پرتاب بدل شود. چون آگاهی با رنج حاصل می‌شود. مثل همین فیلم که زاده رنج‌های من است و اما گشاینده مسیرهای ادراکی و آگاهی هم بوده است.

میثاق زارع (بازیگر) هم گفت: یک شخصیت خاکستری را بازی کردم و بازخوردهای خوبی نسبت به این نقش گرفته‌ام. علی‌اکبر تقفی (تهیه‌کننده) هم اضافه کرد:

اگر چند خانواده این فیلم را می‌دیدند، شاید نسبت به انسان‌هایی که با بیماری ترنس مواجه‌اند، آگاهی بیشتری پیدا می‌کردند، از بازخورد فیلم نزد مخاطبان سینما سلامت لذت بردم و حتما فرصتی را برای ادامه کار کارگردان مهیا خواهیم کرد.

در این برنامه هم تعدادی از هنرمندان حضور داشتند: خسرو معصومی، سیف‌الله صمدیان، محسن بدرقه، علی افشار و... هم از چهره‌های سینمایی این نشست بودند و با نگاهی مثبت به بیان دیدگاه‌های خود پرداختند.

ششمین اکران برنامه‌های سینما سلامت (آبان ۱۴۰۴) به‌نمایش فیلم سینمایی "بیوگرافی" به‌کارگردانی فاطمه ثقفی اختصاص داشت.

رضا درستکار (دبیر این نشست‌ها) در آغاز گفت: برنامه‌های سینما سلامت به نقد صرف زیبایی‌شناسانه نمی‌پردازد و آثار، محملی برای گفت‌وگو هستند که با حضور عوامل، و مخاطبان گرامی درباره‌شان حرف می‌زنیم.

می‌توان فارغ از موضوعات قالبی به تماشای این آثار ارزشمند (و گاهی مهجور) نشست. "بیوگرافی" پنجره‌ای مومنانه به سوی نمایش رنج‌های بشر امروز می‌گشاید، و فیلم آن‌جایی که به تک تک آدم‌های حق زندگی و اشتباه کردن را می‌دهد، تفاوت لازم را ایجاد کرده و رسیدن به مفهوم همدلی، نقطه قوت این اثر است.

فاطمه ثقفی هم گفت: به‌عنوان یک زن برای تمام چیزهایی که به‌دست آورده‌ام، شاید ده برابر یک مرد تلاش کرده‌ام. در فیلم‌هایم نشان می‌دهم رنج هیچ‌گاه تمام نمی‌شود و

## Impact of Social Media on Consumer Behavior: Case Studies and Empirical Insights (Part 2)

This section delves deeper into the influence of social media on consumer behavior within the dietary supplements industry. The focus is on the unique features of platforms such as Instagram, YouTube, TikTok, X (formerly Twitter), and Telegram, each attracting distinct audiences and shaping behaviors like purchase decision-making, trust-building, and engagement. Short visual content emphasizes impulsive buying, while educational videos reinforce informed decision-making.



**Instagram:** With over 3 billion active users in 2025, it emphasizes visual content such as Reels, Stories, and carousel posts. Its algorithm prioritizes interactions (likes, comments, shares), with audiences primarily aged 18-35. This platform influences consumer behavior through emotional empathy, where authentic content can increase purchase decisions by up to 40%.



**YouTube:** It focuses on long-form videos (5-20 minutes) and an algorithm based on watch time. Audiences are interested in in-depth reviews and educational content. The platform boosts trust by providing social proof (e.g., comments and Q&A), with over 50% of the younger generation viewing it as their primary source for health-related perspectives.



**TikTok:** Featuring short videos (15-60 seconds) and a For You Page (FYP) algorithm centered on viral trends, it primarily attracts Generation Z (aged 13-28). This platform stimulates impulsive purchases, with a high percentage of users buying after viewing a video.



**X (Network X):** It emphasizes short text tweets and hashtags. The algorithm prioritizes discussion interactions (replies, retweets), targeting young, professional audiences interested in quick news. This platform shapes consumer behavior through public dialogue, enhancing trust via transparency.



**Telegram:** With over 1 billion global users (approximately 50 million in Iran), it focuses on broadcast channels and interactive groups. It utilizes bots for automation (polls, payments). This platform fosters loyal communities and encourages repeat purchases through exclusive content and personalized recommendations, aligning with Iranian cultural preferences for credible consultations.

**Key Lessons:** Success depends on adapting to each platform's features: visual for empathy, educational for trust, viral for excitement, and dialogue-oriented for community-building. The third impression will address sustainable strategies and future innovations.





# Masport®

Clostridium Botulinum Toxin Type A



## Starfill

Produced by Visionmed Korea  
Distributed by Masoondarou Co.



استارفیل (هیالورونیک اسید)  
محصول جدید مصون دارو





GANDOM  
ADVERTISING CO.

Search...



# SEO

## طرح گندم همراه رشد و درخشش خانواده سلامت ایران



**هدیه ویژه خانواده**

**سلامت ایران**

فقط با ارائه مجوز فعالیت در حوزه سلامت، از ما هدیه بگیرید:

✓ طراحی کارت ویزیت دیجیتال کاملاً رایگان — حتی اگر مشتری ما نباشید

✓ مشاوره تخصصی رایگان دیجیتال مارکتینگ



**همراهی واقعی یعنی:**

- ✓ تخفیف‌های استثنایی جشنواره پاییزه
- ✓ پرداخت اقساطی حتی بدون پیش‌پرداخت
- ✓ گارانتی صد درصد رضایت و پشتیبانی بی‌قید و شرط با طرح گندم،

در دنیای پر رقابت امروز، دیده شدن هنر است و اعتماد، سرمایه. ما در طرح گندم باور داریم که پزشکان، درمانگران و فعالان حوزه سلامت شایسته بهترین تصویر و جایگاه در ذهن مخاطب‌اند.

برای همین، در **جشنواره پاییزه طرح گندم** فرصتی طلایی فراهم کرده‌ایم تا با خدمات فول سرویس دیجیتال مارکتینگ در کنار شما باشیم:



**SEO**

- ✓ طراحی سایت و سئو
- ✓ برندینگ و طراحی لوگو عکاسی و تیزر حرفه‌ای
- ✓ چاپ، کاتالوگ، بروشور و سیستم‌سازی کسب‌وکار

مشاور شما دکتر غلاملو

☎ 0912 00 44 279

☎ 021 52 372 000

دیده شوید، رشد کنید، بدرخشید.

tarhegandom.com



فانسالاران

# Fansalaran

Magazine No. 28

زیبایی وقتی ماندگاره که از ریشه تقویت بشه



راموفارمین