



مهدی قربانی گرجی
(مدیر عامل شرکت لایرانوارهای سینا دارو)
**امید آفرینی برای
نادرترین بیماری‌ها**

پیاده‌سازی



مجله تخصصی حوزه سلامت و صنعت داروی کشور • شماره سی‌ام و سی و یکم • بهمن و اسفند ۱۴۰۴

صنعت پخش از التهابات اجتماعی تا تاب آوری

بودجه سال ۱۴۰۵ دارو؛

مالیات مصرف، فرایش تولید و باقی قضایا!

دو نگاه دو پیشنهاد به صنعت دارو



گروه اتاق تمیز سیوند صنعت



SIVAND SANAT

cleanroom solutions

www.SivandSanat.com

Info@SivandSanat.com

[in SivandSanat](https://www.linkedin.com/company/sivand-sanat/)

[@ SivandSanat](https://www.instagram.com/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 معتبرسازی

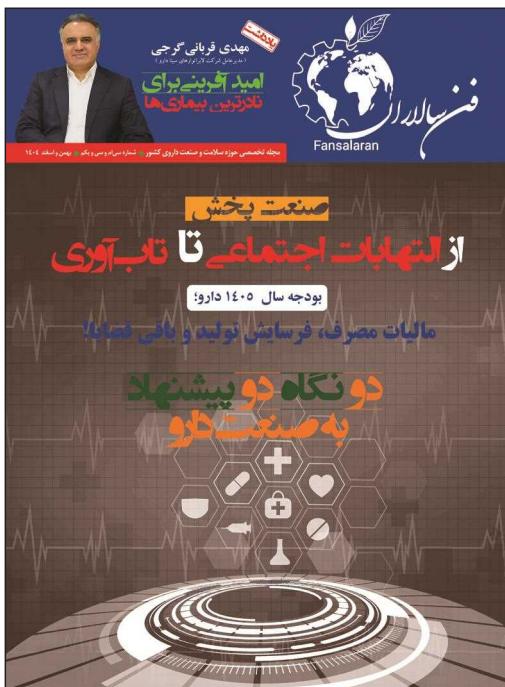
پارس دارو

اولین تولید کننده محصولات دارویی در بسته بندی تیوب لمینت

ABL, PBL



مدای مشتری: ۰۱۰۳۷۳۷۴۰۱
pars_darou
www.parsdarou.ir



حَسْبَ اللَّهِ الرَّحْمَنُ الرَّحِيمُ
پ



فنسالاران

سال سوم
شماره سیام و سی و یکم
۱۴۰۴ بهمن و اسفند
مجله تخصصی
حوزه سلامت
و صنعت داروی کشور

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

عکاس: مائده موسوی

طراحی و صفحه‌آرایی: افشین ضیاییان، لیلی اسکندرپور
طراح روی جلد این شماره: خدایار قاقانی

با قدردانی از همکاران و

همراهان این شماره: مهندس علی احمدی لیوانی، دکتر سیاوش افتخاری، دکتر حبیب‌الله افشنگ، دکتر ابوذر پرهیزکاری، دکتر یاسمن راهی، تارا رضوانی، مهندس پویان شریعتی‌پناه، دکتر محمدرضا غلامی، دکتر مهدی قربانی گرجی، دکتر فیروزه کدخابیگی، دکتر مسعود کیهان، دکتر رهبر مژده‌ی آذر، دکتر سعید مساح و پریسا مهرانی

مارکتبینگ: کامبیز بنان

با تشکر از واحدهای بازاریابی، **شرکت تولید مواد اولیه دارویی البرز بالک**، پارس‌دارو، راموفارمین، دفتر ثبت استناد رسمی شماره ۱۷۴۴، دنیای سلامت و دارو، پایگاه خبری سراچه صنعت، شرکت سیوند صنعت و شرکت مصنون دارو و روابط عمومی و ارتباطات:

پشتیبانی و اجرا: پویان درستکار

روابط عمومی و ارتباطات: نیما خرم‌منش

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

sitefansalaran.ir

@fansalaran

@fansalaranir

@fansalaranir

Info@sitefansalaran.ir

www.linkedin.com/in/fansalaran news

eitaa.com/fansalaran

ble.ir/fansalaranir

rubika.ir/fansalaran

ویتامین D و توجه به ایمنی در جهان

تحقیقات جدید نشان می‌دهد که کاهش سطح ویتامین D با افزایش شیوع افسردگی مرتبط است، اما این رابطه، ساده و یک طرفه نیست و مکانیسم‌هایی پیچیده در آن نقش دارند.

بر اساس یک مطالعه جدید، برای بزرگسالانی با سطح پایین ویتامین D در خون، احتمالی بیشتر برای ابتلاء به افسردگی وجود دارد، بهویژه زمانی که این سطح کمتر از حد کافی باشد.
افسردگی حدود ۵ درصد از بزرگسالان جهان را تحت تأثیر قرار می‌دهد و پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۳۰ به عامل اصلی بار بیماری‌ها تبدیل شود.
داروهای ضد افسردگی استاندارد برای بسیاری از بیماران مفید هستند، اما به طور میانگین اثرات آن‌ها تنها از حد متوسط تا کم است. این موضوع باعث شده است که علاقه به عوامل قابل تغییر و ایمن مانند ویتامین D همچنان بالا باشد.



فهرست مطالب

■ گشایش	۶	به جز بغض بگو چه در دولت داری؟
■ معجزه‌گر	۷	امیدآفرینی «برای» نادرترین بیماری‌ها
■ نگاه	۸	بودجه ناکافی را دریاب
■ افشارگر	۱۰	مالیات مصرف، فرسایش تولید و باقی قضايا
■ دنیا را پشت سر بگذار	۱۴	دان سیاست و نبرد بر آینده سلامت!
■ فرش ایرانی	۱۷	از التهابات اجتماعی تا تاب‌آوری
■ آخرین نگاهها	۲۰	پیش‌بسوی قیمت‌گذاری ترکیبی دردارو
■ آینده	۲۲	سطح‌بندی خدمات دارویی
■ روی خط	۲۵	همواره از نو شروع کن!
■ از خط عبور می‌کنیم	۲۶	ضرورت نظام‌مندسازی تاب‌آوری
■ یادآوری کامل	۳۱	از محصول محوری تا رژیم آفرینی پایدار
■ اعتبار	۳۲	سرمایه‌گذاری است یا بار مالی غیر ضروری؟!
■ مطالعه مورده‌ی	۳۶	برخاستن امپراتوری «بایر» از صنعت رنگ
■ تئوری مدیریت	۳۹	ایده‌های خلاقانه را به اشتراک بگذارید
■ نشانه‌ها	۴۲	خشم «بخش ضروری نظام هشداردهنده روان!
■ سایه یک شک	۴۶	مواجهه و شناخت



رashed سoltان کار

به جز بعض بگو چه در دلت داری؟

کشور به خاطر هزینه‌های بالای مستأجری، به نقطه فقر و فلاکت رسیده‌اند و شرایط خوبی برای ادامه زندگی ندارند.“ حاجی‌اسنده نمی‌خواهد به خیابان برویم و به تماشای خودمان بنشینیم. حق و شانمان این بود؟“

*
همه این سال‌ها در دو صنعت سینما و ”سلامت“ فعال بوده‌ام، فعلاً تا اطلاع ثانوی (به عنوان فرد حقیقی خودم و مسئولیت‌ها) دل و دماغی برای سینما ندارم. حتی ”**سینماسلامت**“ را برگزار نکردم. یادمان باشد این سینمای ما بود که تصویر انسان رئوف ایرانی (آن شمایل معنوی) را برای جهانیان ساخت. این فرهنگ بود که ما و شما و تاریخ ما را نجات بخشید؛ و این فرهنگ است که در غیبتاش به همگان لطمہ می‌زند.

تو را من در تابش فروتن این چراغ می‌بینم آن جا که تویی،
مرا تو در ظلمت‌کده ویران‌سرای من در می‌بابی
این جا که منم...

اما درباره مجله و پلتفرم دارویی فن‌سالاران، روا نبود به عنوان فعالیت‌های جمعی یک گروه جوان و پر تکاپو، منفعل و منزوی باشیم. رسانه و انسان و دارو تعطیل بردار نیستند. بنابراین با خطمشی‌ای که می‌دانید؛ چو غلام آفتایم؛ دست به زانو زدیم و برخاستیم، ولو که بعض گلوی‌مان را مدام بفشارد. سنگین و غمگین هستیم...

*
این نسخه مجله فن‌سالاران را دو شماره‌ای زدیم (۳۰ و ۳۱). نمی‌دانم بعدش چه می‌شود. امیدمان این است که قفنوس ایران دوباره برخیزد و به پرواز در آید و آفتاب بر بلندای ایران عزیزمان عالمگیر شود. اگر بودیم، دوباره بازمی‌گردیم، و دوباره چون ”سیزبیف“ سنگ را با تلاش تا بالای بلندی خواهیم برد و دوباره خواهیم کوشید، تا دوباره تک‌چراغی برافروزیم، تا دوباره؛ اگر هم نبودیم حلال‌مان کنید.

**به زبان خموش کردم که دل کباب دارم
دل تو بسوزد ار من ز دل کباب گویم**

دیدم میان شعله رقصیدم
میان گریه خندیدم
ولی تو را نباخشیدم

ترسناک‌ترین دی ماه تمام عمرم را دیدم و باورش برای من و خیل کثیری از مردم این سرزمین سخت است، بسیار سخت... زبانم قاصر است، و بعض امامت نمی‌دهد، آمار رسمی فاجعه‌بار است، و دیدن این همه مردم مصیبت دیده در توان آدم نیست و...؛ ای مرگ بیا که زندگی ما را کشت.

*
وسط آن همه تلخی و رنج و داغ، پرداختن به هر کاری دشوار بود، دشوار است. من که همه‌ی سال‌های عمرم را در مسیر روزنامه‌نگاری گذرانده‌ام، تا شمعی و تک‌چراغی بیافروز، از تصمیمات شگفت، تعطیلی نت، فشار و تلقین و درخواست‌های غیر، از خشونت ناتمام زیر پوست شهر به سته آدمم، مدتی به سکوت و آه و دعا و نفرین گذشت، تا این که دوباره قدم را به حرکت در آوردم. از انزوا و تعطیلی و غلاف قلم، فقط تاریکی است که بهره‌مند می‌شود؛ ما در این روزگار، روش‌ترین پیام به تاریکی هستیم: نه شبم نه شب پرستم که حدیث خواب گویم / چو غلام آفتایم، همه آفتاب گویم...

*
اکنون دوباره با هزار بدختی، دست به زانو زده‌ایم، برخاسته‌ایم. در این سال‌ها، همواره خواستند تا ما را زمین بزنند، آب خوش از گلوی کسی پایین نرود! تا چیزی شکل گرفت، شیاطین پیدایشان شد، فتنه‌ها کردند تا روزی‌ها خشک شود، تا مردم نجیب این سرزمین در عسر و حرج و دست‌تنگی باشند! به همین امسال نگاه کنید که چه مصائبی به سرمان آوردند! به این کمک‌های زیستی، یارانه و دهک و کالا برگ و چه و چه و چه نگاه کنید! از این‌ها چه دستگیر تان می‌شود؟ از این وادی چه ساختیم؟ صدای یک نماینده درآمده و پشت تربیبون فریاد می‌زند：“۵۰ درصد مستأجران کشور فقیر هستند! ۲.۵ میلیون خانوار در



مهدی فرجانی گرجی
مدیرعامل شرکت
لابراتوارهای سینادارو

قطره چشمی سیستینوزیس

امیدآفرینی «برای» نادرترین بیماری‌ها

سینادارو به عنوان تنها تولیدکننده داخلی قطره چشمی سیستینوزیس، امروز توانسته نقشی مؤثر و تعیین‌کننده در زندگی بیماران مبتلا به یکی از نادرترین بیماری‌های ژنتیکی ایفا کند، بیماری‌ای که اگرچه شمار مبتلایان آن در کشور حدود ۲۷۰ کودک و بزرگسال است، اما با رنج، درد و نگرانی آن برای بیماران و خانواده‌هایشان بسیار سنگین و عمیق است.



در کاهش رنج بیماران، آرامش خاطر خانواده‌ها و ایجاد امیدی تازه برای کودکانی است که زندگی روزمره‌شان تحت تأثیر مستقیم این بیماری قرار دارد.

ما در سینا دارو باور داریم که توجه به بیماری‌های نادر، معیاری مهم برای سنجش بلوغ و توانمندی صنعت داروسازی یک کشور است. هرچند تعداد بیماران کم باشد، اما مسئولیت ما در قبال آن‌ها کم‌رنگ‌تر نمی‌شود.

تولید قطره چشمی سیستینوزیس، نمادی از همین نگاه مسئولانه و آینده‌نگر است، نگاهی که توسعه درمان‌های تخصصی، خودکفایی دارویی و ارتقای کیفیت زندگی بیماران را در کنار هم دنبال می‌کند.

امیدواریم با افزایش آگاهی عمومی و تخصصی درباره بیماری‌های نادر، تشخیص زودهنگام علائم، پیگیری منظم درمان و حمایت همه‌جانبه از بیماران، بتوانیم مسیر زندگی این عزیزان را هموارتر کنیم و نشان دهیم که حتی در نادرترین بیماری‌ها نیز، می‌توان با علم، تعهد و همت جمعی، امید آفرید.

سیستینوزیس یک بیماری ژنتیکی ارثی و اتوزوم مغلوب است که در اثر اختلال در عملکرد پروتئین ناقل سیستین ایجاد می‌شود. پیامد این اختلال، تجمع غیرطبیعی اسیدآمینه سیستین در سلول‌ها و تشکیل کربستال‌هایی است که به ویژه در قرنیه چشم، آسیب‌های جدی ایجاد می‌کند.

درد شدید چشم، سوزش، اشک‌ریزش، تاری دید و حساسیت شدید به نور از نخستین نشانه‌های این بیماری است و در صورت عدم درمان به موقع، می‌تواند به کاهش بینایی و آسیب دائمی قرنیه منجر شود.

در کنار چشم، اندام‌های حیاتی دیگری همچون کلیه‌ها، عضلات و عده درون‌ریز نیز در معرض آسیب قرار دارند و همین موضوع، سیستینوزیس را به بیماری‌ای پیچیده و چندوجهی تبدیل کرده است.

نکته قابل توجه آن است که این بیماری هیچ ارتباطی با سبک زندگی یا عوامل محیطی ندارد. اغلب والدین، ناقل ژن مuibوب هستند بدون آن که خود علائمی داشته باشند.

از همین رو، آگاهی، مشاوره ژنتیک و تشخیص زودهنگام، نقشی کلیدی در مدیریت بهتر بیماری و کاهش پیامدهای آن ایفا می‌کند. در چنین شرایطی، دسترسی پایدار به داروی تخصصی، برای بیماران سیستینوزیس حیاتی است. قطره چشمی حاوی سیستامین، تنها درمان مؤثر برای کاهش تجمع کربستال‌های سیستین در قرنیه محسوب می‌شود و مصرف منظم آن، نقشی اساسی در کاهش درد، حفظ بینایی و بهبود کیفیت زندگی بیماران دارد.

تولید این دارو، به دلیل پیچیدگی فرمولا‌سیون و محدود بودن جمعیت بیماران، همواره با چالش‌های فنی و اقتصادی همراه بوده و به همین دلیل، تأمین آن از منابع خارجی نیز با عدم قطعیت‌های فراوان مواجه است.

سینادارو با تکیه بر دانش فنی داخلی، تعهد حرفه‌ای و باور به مسئولیت اجتماعی خود، موفق شده است تنها قطره چشمی سیستینوزیس کشور را تولید کند و نیاز مستمر بیماران را به طور پایدار تأمین کند.

این دستاورده، صرفاً یک موفقیت صنعتی نیست، بلکه گامی انسانی

دارو در CCU

بودجه ناکافی را دریاب



دکتر مسعود کیهان



نگاهی به لایحه بودجه سال ۱۴۰۵ نشانی از وضعیت مناسب حوزه سلامت به ویژه دارو دیده نمی شود. به نظر می رسد با این شرایط، مردم بعد از تحمل گرانی های کمرشکن در حوزه های مختلف باید خود را برای تأمین سخت تر و گران تر دارو در سال آینده آماده کنند. مشکلات این روزهای حوزه دارو برای تمامی زنجیره آن از شرکت های تولید مواد اولیه و تولید محصول نهایی گرفته تا شرکت های توزیع و داروخانه ها و در نهایت مشکلات تهیه و خرید برای مردم، آن قدر مبرهن است و گفته شده که به نظر دیگر نیازی به بازگو کردن ندارد. حال در این وضعیت در فصل بودجه ای کشور، همه نگاهها به اعداد و ارقام مربوط به نظام سلامت و به طور ویژه دارو دوخته شده است.

اولیه دیده شده و از سوی دیگر با عنوان جبران مابه التفاوت نرخ ارز، رقمی حدود ۵۷۲ هزار میلیارد تومان برای فاصله بین ارز ۲۸ هزار و ۵۰۰ تومانی تا ۷۵ هزار تومانی پیش‌بینی شده است. نگاهی به وضعیت تخصیص های ارز دارو در سال گذشته گویای این است که اگر بانک مرکزی بخواهد با همان دست فرمان جلو برود، نمی توان خیلی روی همین اعداد و ارقام پیش‌بینی شده در بودجه هم حساب باز کرد.

با استناد به صحبت های سلمان اسحاقی، سخنگوی کمیسیون بهداشت و درمان مجلس در سال ۱۴۰۳ حدود ۳.۵ میلیارد یورو

بعد از اعلام رسـمی حذف ارز ترجیحی کالاهای اساسی، دکتر ظفرقندی، وزیر بهداشت در نامه ای به رئیس جمهور خواستار ثابت ماندن ارز ۲۸ هزار و ۵۰۰ تومانی برای دارو در سال ۱۴۰۵ شد که به دلیل اهمیت و حساسیت های خاص دارو، اعلام شد ارز ترجیحی دارو حذف نخواهد شد.

بعد از آن بود که دکتر پیرصالحی، رئیس سازمان غذا و دارو اعلام کرد ۳.۵ میلیارد دلار ارز ترجیحی و ۲ میلیارد دلار ارز توافقی برای تأمین دارو و تجهیزات پزشکی در بودجه ۱۴۰۵ تخصیص داده شده است. در لایحه بودجه ۱۴۰۵، ارز ۲۸ هزار و ۵۰۰ تومانی برای دارو و مواد

برای دارو، مواد اولیه دارویی، تجهیزات و ملزومات پزشکی و شیرخشک پیش‌بینی شد، اما به درستی پرداخت نشد که نتیجه آن افزایش بی‌رویه قیمت دارو و کمبودهای گسترده در کشور بود. «عالیه زمانی»، عضو کمیسیون بهداشت و درمان مجلس هم در این ارتباط گفته که در حوزه دارو و لوازم مصرفی پزشکی، برای سال ۱۴۰۴ و نیمه دوم حدود ۳.۵ میلیارد دلار ارز پیش‌بینی شده بود، اما طبق گزارشی که معاون بانک مرکزی ارائه کرده، تاکنون تنها حدود ۱.۷ میلیارد دلار آن محقق شده است و این موضوع مستقیماً بر کمبود برخی اقلام دارویی اثر گذاشته است.

البته برخی نیز به ثابت ماندن نرخ ارز ترجیحی برای دارو و تجهیزات پزشکی در بودجه سال آینده با خوش‌بینی نگاه می‌کنند. رئیس هیئت مدیره انجمن تولید، تامین، توزیع و صادرکنندگان تجهیزات پزشکی و دارویی استان تهران گفته با توجه به صحبت‌های وزرای بهداشت و اقتصاد مبنی بر ثابت ماندن ارز ۲۸۵۰۰ برای دارو و تجهیزات، می‌توان امیدوار بود که وضعیت فعلی بازار دارو و تجهیزات پزشکی حفظ شود. واقعیت به ما می‌گوید تجربه حذف ارز ترجیحی در حوزه دارو و تجهیزات، بسیار ناموفق بوده و فاصله قیمتی بین خدمات و تعرفه‌ها و تجهیزات و دارو، هر روز افزایش پیدا کرده است.

از سوی دیگر حسین عبدالی، عضو کمیسیون بهداشت و درمان مجلس



سید محمد جمالیان: بودجه ۱۴۰۵

تنها بخشی از مشکلات سلامت را پوشش می‌دهد و برای کادر درمان یا مردم اتفاق خاصی رخ نخواهد داد. به جز برنامه پزشک خانواده، سایر بخش‌ها با همان مشکلات بودجه ۱۴۰۴ مواجه خواهند بود. بیمه‌ها، بهویژه بیمه سلامت، در شرایط بحرانی قرار دارند و بودجه پیش‌بینی شده پاسخگوی بدھی‌های انباسته نیست. این وضعیت پرداخت مطالبات مراکز درمانی، پرسنلی، دارویی و تجهیزات را با تأخیر مواجه خواهد کرد

سید محمد جمالیان، عضو کمیسیون بهداشت و درمان مجلس نیز

با انتقاد از ضعف‌های بودجه ۱۴۰۵ نسبت به کمبود دارو هشدار داده است. سلمان اسحاقی سخنگوی کمیسیون بهداشت و درمان مجلس نیز تاکید کرده اگر

مصطفوبات کمیسیون متبع‌عش برای پیش‌بینی در لایحه بودجه ۱۴۰۵ تأیید و تصویب نشود به‌طور قطع با بحران‌های جدی در حوزه سلامت مواجه خواهیم شد.

در همین شرایط رئیس کمیسیون بهداشت و درمان مجلس، در نامه‌ای به رئیس جمهور نسبت به بحرانی شدن وضعیت تأمین دارو و تجهیزات پزشکی، کاهش ارز مصوب سلامت و تأخیرهای گسترده در انتقال ارز هشدار داده است.

به‌نظر می‌رسد در صورت تصویب با همین اعداد و ارقام و با همین کیفیت بودجه، دشواری‌های حوزه سلامت کشور در سال آینده بیشتر خواهد شد و بعد از کوچک شدن سفره مردم شاهد کاهش کیفیت خدمات در سلامت مردم نیز خواهیم بود.

برای پایان این نوشتار بخشی از صحبت‌های سید محمد جمالیان را مناسب دیدم: «بودجه ۱۴۰۵ تنها بخشی از مشکلات سلامت را پوشش می‌دهد و برای کادر درمان یا مردم اتفاق خاصی رخ نخواهد داد. به جز برنامه پزشک خانواده، سایر بخش‌ها با همان مشکلات بودجه ۱۴۰۴ مواجه خواهند بود. بیمه، بهویژه بیمه سلامت، در شرایط

بحارانی قرار دارند و بودجه پیش‌بینی شده پاسخگوی بدھی‌های انباسته نیست. این وضعیت پرداخت مطالبات مراکز درمانی، پرسنلی، دارویی و تجهیزات را با تأخیر مواجه خواهد کرد.»

«منابع پیش‌بینی شده برای دارو، تجهیزات پزشکی و شیرخشک نسبت به بودجه مصوب سال ۱۴۰۴ حدود ۲۰ درصد افزایش یافته، اما این افزایش تنها به صورت اسمی است و در عمل نمی‌تواند پاسخگوی فشارهای واقعی و فزاینده در حوزه سلامت باشد»



دکتر سیاوش افتخاری



بودجه سال ۱۴۰۵ دارو

مالیات مصرف، فرسایش تولید و باقی قضایا!

لایحه بودجه ۱۴۰۵ را باید در مقام «قانون عملیاتی اقتصاد کلان» خواند؛ سندی که در آن دولت می‌کوشد با ثبتیت دامنه‌ای وسیع از تعهدات هزینه‌ای، همزمان منابع پایدارتر کم‌هزینه‌تر از حیث وصول و قابل انتقال تر در زنجیره مبادله را فعال کند. رقم بزرگ بوجه و منطق آن؛ سیاست‌گذار را به سمت ابزارهایی سوق می‌دهد که در کوتاه‌مدت توان تأمین نقدینگی دولت را افزایش می‌دهند حتی اگر در میان مدت به انباشت اعوجاج‌ها در سطح قیمت‌ها، سرمایه در گردش بنگاه‌ها و کیفیت استغال رسمی بینجامند.

تورمی تبدیل می‌شود و بنگاه‌ها و شبکه توزیع برای محافظت از سرمایه در گردش تمایل به پیش‌دستی در قیمت‌گذاری پیدا می‌کنند. در چنین الگوهایی سیاست رفاهی مبتنی بر افزایش درآمد مالیاتی از مصرف، از یک سو منابع بیشتری به دولت می‌رساند و از سوی دیگر از مسیر فشار قیمتی بخشی از اثر حمایتی را در قدرت خرید واقعی مستهلك می‌کند؛ همین تعارض درونی بین این اجتماعی سیاست را شکننده می‌سازد؛ چون خانوار همزمان پرداخت‌کننده مالیات مصرف است و دریافت‌کننده حمایتی که اثر واقعی اش زیر سایه تورم تضعیف می‌شود.

در جبهه بازار کار، لایحه افزایش ضریب ریالی حقوق و سایر افزایش‌های متناظر را در سطح ۲۰ درصد ثبتیت کرده است. این تصمیم در چهارچوب نظریه‌های اقتصاد نیروی کار و مالیه عمومی زمانی به بهبود پایدار رفاه می‌انجامد که یا تورم مهار شده باشد یا بهره‌وری نیروی کار همزمان رشد کند یا سازوکارهای حمایتی از مسیرهای کم‌اثر بر قیمت‌ها تأمین مالی شوند. در غیر این صورت افزایش مزد اسمی بهویژه وقتی با افزایش مالیات‌های مصرف همراه می‌شود به فرسایش مزد واقعی نزدیک می‌گردد.

بله! خانوار رقمی بالاتر دریافت می‌کند، اما با سطح قیمت‌های مواجه است که سهم مالیات در آن افزایش یافته و هزینه‌های ضروری را سنگین تر می‌کند. از منظر انتخاب عقلانی کارگر رسمی یک «محاسبه هزینه‌فایده» انجام می‌دهد. وقتی کسورات قطعی و

روبکرد یاد شده بیش از آنکه یک بحث مالی باشد پرسمانی درباره « تقسیم ریسک » است. ریسک ناترازی بودجه‌ای در چه نسبتی میان دولت، بنگاه رسمی و خانوار حقوق بگیر توزیع می‌شود و پیامد عمومی آن بر تولید، تورم و انگیزه شفافیت چیست؟

در کانون این سازوکار، مالیات بر مصرف جایگاهی ممتاز دارد؛ چون در نظام‌های تورمی و در بازارهایی که تقاضای مؤثر شکننده است، امکان «عبور دادن بار مالیاتی» از مسیر قیمت‌گذاری هم ساده‌تر است و هم از دیدگاه وصول، قابل اتکاک‌تر. لایحه، افزایش «نرخ واحد» مالیات بر ارزش افزوده را برای مصارف مشخص پیش‌بینی کرده است. یک واحد درصد برای هزینه‌های متناسب‌سازی حقوق بازنیستگان و دو واحد درصد برای کالا برگ خانوار.

در ظاهر واحد درصد‌ها کوچک به نظر می‌رسند؛ اما در اقتصاد کلان آنچه اهمیت دارد «اثر بر سطح قیمت‌ها و انتظارات» و نیز «سهم مالیات از سبد مصرف» است. وقتی پایه مالیات مصرف روزمره است هر افزایش نرخ، همزمان سه کanal را فعال می‌کند. کanal قیمت (افزایش سطح عمومی قیمت‌ها از مسیر انتقال هزینه در زنجیره توزیع)، کanal توزیع درآمد (فسار بیشتر بر دهک‌هایی که سهم مصرف ضروری در بودجه‌شان بالاتر است) و کanal انگیزه (کاهش جذابیت مبادلات رسمی و فاکتور محور در بخش‌هایی از بازار).

این‌جا مسئله «دو واحد درصد» نیست؛ مسئله این است که در محیط تورمی هر شوک هزینه‌ای قابل پیش‌بینی به سرعت به انتظارات

و خانوارها در مصرف روزمره پرداخت می‌کنند همگی برقرار می‌مانند و از کانال‌های ناهمسان به تنگی‌های مالی بنگاه و تضعیف انگیزه‌اشتغال رسمی سرریز می‌شوند.

به بیان دقیق‌تر در صنعتی که قیمت فروش محصول نهایی تحت کنترل اداری است و امکان «تسعیر کامل هزینه‌ها در قیمت» وجود ندارد، هر نوع افزایش بار مالی حتی اگر مستقیم روی فاکتور فروش دارو ننشیند از مسیر کاهش حاشیه سود، افزایش نیاز به سرمایه در گردش و تشديد هزینه مالی خود را نشان می‌دهد. معافیت دارو از ارزش افزوده یکی از مؤلفه‌های قیمت‌گذاری است؛ اما آنچه بنگاه را زمین‌گیر می‌کند ترکیب همزمان محدودیت در تعدیل قیمت، وقفه در وصول مطالبات و فشارهای مالیاتی و شبکه‌های مالیاتی رسمی است. در چنین ساختاری مالیات عملکرد و تکالیف مالیاتی بنگاه، به‌ویژه هنگامی که جریان نقدینگی نامطمئن و بازگشت پول با تأخیرهای طولانی مواجه است به یک فشار مستقیم بر نقدینگی تبدیل می‌شود؛ فشاری که از محل سود تحقق‌یافته تأمین نمی‌شود و ناچار بر سرمایه در گردش و حتی اصل سرمایه می‌نشیند.

نتیجه عملی آن است که بنگاه برای حفظ تولید یا باید هزینه مالی بیشتری بپردازد و از مسیر استقراض کوتاه‌مدت خود را سرپر نگه دارد یا ناچار به تعویق سرمایه‌گذاری‌های نگهداشت کیفیت، نوسازی خطوط و توسعه ظرفیت می‌شود. در حالت فرسایشی، کوچک‌سازی سبد محصول، کاهش تیراز اقلام کم‌حاشیه، عقب‌انداختن تعمیرات و خریدهای ضروری و در

نهایت کاهش اشتغال رسمی رخ می‌دهد و حتی اگر تعطیلی کامل واقع نشود سازوکارهای تعدیل آرام محتمل‌اند. عدم تمدید قراردادها، جایگزینی روابط پایدار با پیمانکاری، حذف مزايا و سوق دادن بخشی از فعالیت به حاشیه شفافیت برای کاهش هزینه تبعیت. از زاویه اقتصاد خرید و سیاست سلامت نیز باید با دقت تحلیل کرد. هرگاه فشارهای مالیاتی و هزینه‌های تبعیت به گونه‌ای توزیع شود که تولیدکننده رسمی از حیث نقدینگی و توان برنامه‌ریزی در تنگنا قرار گیرد، زنجیره تأمین دارو در معرض اختلالات دوره‌ای قرار می‌گیرد؛ اختلالی که هزینه نهایی آن فقط در صورت‌های مالی کارخانه دیده نمی‌شود و به سطح نظام درمان منتقل می‌گردد. وقتی بنگاه برای بقا‌نچار به کاهش تولید برخی اقلام، محدود کردن عرضه، یا تعویق تأمین مواد اولیه می‌شود، پیامدهای قابل پیش‌بینی پدید می‌آید. کمبودهای مقطوعی، افزایش هزینه‌های لجستیک و انبارداری در شبکه توزیع، کاهش قابلیت پیش‌بینی خریدهای بیمارستانی و بیمه‌ای و بالا رفتتن هزینه اداره کمبود در سطح سیاست‌گذار. در سطح کلان، یک تناقض نهادی رخ می‌دهد. دولت برای تأمین مالی

مالیات‌های غیرمستقیم افزایش می‌باید و خدمات عمومی متناظر با آن در تجربه روزمره ملموس نمی‌شود، جذابیت ماندن در اشتغال رسمی کاهش پیدامی کند و ترجیح به سمت قراردادهای کوتاه‌مدت، فعالیت‌های انعطاف‌پذیر و شبکه‌ای کمتر شفاف کسب در آمد می‌می‌کند. این واکنش را نباید به اخلاق اقتصادی تقلیل داد؛ این یک پاسخ پیش‌بینی‌پذیر به ساختار مشوق‌ها است ساختاری که هزینه شفافیت را بالا می‌برد و منفعت شفافیت را برای عامل اقتصادی کم‌رنگ می‌کند.

*

هم‌زمان، لایحه در حوزه مالیات مستقیم نیز نشانه‌هایی از فشردگی بر مؤدیان قابل رصد دارد؛ برای نمونه، سقف مجموع معافیت‌ها و مشوق‌های مالیاتی برای اشخاص حقیقی از ۷۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال به ۶۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال و برای اشخاص حقوقی از ۷۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال به ۶۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال کاهش یافته است. در تحلیل مالیه عمومی کاهش سقف معافیت‌ها در صورتی که هم‌زمان

**وقتی قیمت فروش محصول
نهایی تحت کنترل اداری است
و امکان «تسعیر کامل هزینه‌ها
در قیمت» وجود ندارد، هر
نوع افزایش بار مالی حتی اگر
مستقیم روی فاکتور فروش دارد،
نشیند از مسیر کاهش حاشیه
سود، افزایش نیاز به سرمایه در
گردش و تشديد هزینه مالی
خود را نشان می‌دهد**

با گسترش پایه مالیاتی و کاهش فرار مالیاتی انجام شود می‌تواند به کارایی نزدیک شود؛ اما اگر بر استری رخ دهد که اقتصاد سایه بزرگ است و بخش بزرگی از فعالیت‌ها خارج از دید نظام مالیاتی جریان دارد ریسک آن بالا است که فشار نهایی بر همان بخشی متتمرکز شود که شفاف‌تر، قابل پیگیری تر و کم‌هزینه‌تر از حیث وصول است. پیامد میان‌مدت چنین پیکربندی، می‌تواند تضعیف سرمایه‌گذاری رسمی افزایش میل به کم‌اظهاری و کاهش انگیزه ثبت و گزارش دقیق فعالیت اقتصادی باشد؛ فرآیندی که در نهایت پایه مالیاتی را تنگ‌تر می‌کند و دولت را در چرخه افزایش نرخ‌ها و تشیدی بی‌اعتمادی گرفتار می‌سازد.

این تصویر کلی هنگامی که بر صنعت دارو در ایران منطبق می‌شود حساسیت و مخاطره‌اش چند برابر می‌شود؛ زیرا این صنعت در نقطه تلاقی سه قید ساختاری قرار دارد. نخست، محدودیت‌های ارزی و ریسک مزمن در تأمین مواد اولیه و اقلام واسطه‌ای واردانی؛ دوم، قیمت‌گذاری اداری و محدودیت عملی در تعدیل قیمت متناسب با رشد هزینه‌ها؛ سوم، چرخه طولانی وصول مطالبات از شبکه توزیع و خریداران بزرگ که سرمایه در گردش را منجمد می‌سازد و بنگاه را به تأمین مالی پرهزینه و کوتاه‌مدت وابسته می‌کند. در این میان باید بر یک تمایز کلیدی تأکید کرد.

داروی انسانی در ایران از مالیات بر ارزش افزوده معاف است و این معافیت در سطح قیمت فروش دارو اثر بازدارنده دارد؛ اما این واقعیت به هیچ‌وجه به معنای رهایی زنجیره تولید دارو از فشار مالیاتی نیست زیرا مالیات عملکرد تولیدکننده، مالیات و کسورات قطعی حقوق نیروی کار، و نیز مالیات‌های غیرمستقیمی که کارکنان

افزایش در آمد متناظر تبدیل نمی‌شود و به ناچار از محل نقدینگی، بدھی کوتاه‌مدت یا کاهش مخارج نگهداشت کیفیت و ظرفیت تأمین می‌گردد. نقطه شکست همین جاست. صنعت دارو به دلیل نیاز شدید به سرمایه در گردش، با یک «قید نقدینگی» اداره می‌شود و هر سیاستی که هزینه‌های قطعی را بالا ببرد و هم‌زمان سرعت بازگشت پول را افزایش ندهد، تصمیمات تولید را از مسیر اقتصادی خارج می‌کند و به سمت کوچک‌سازی سبد محصول، کاهش تیراز، یا تعليق سرمایه‌گذاری سوق می‌دهد.

در سمت نیروی کار نیز ترکیب «افزایش مزد اسمی کمتر از تورم» با «پرداخت مستمر مالیات‌های غیرمستقیم در مصرف روزمره» و «کسورات قطعی اشتغال رسمی» یک وسیله انگیزشی می‌سازد که در کتاب‌شناسی اقتصاد کار به معنای افزایش شکاف میان هزینه استخدام رسمی برای بنگاه و دریافتی واقعی برای کارگر است. کارگر مستخدم پس از کسر مالیات و حق بیمه و سپس مواجهه با سبد مصرفی گران‌تر که سهم مالیات مصرف در آن بالاتر رفت؛ کاهش

دستمزد واقعی را تجربه می‌کند. وقتی در همان بازار کار فعالیت‌های غیررسمی یا شبه‌پیمانکاری امکان دریافت در آمد بالاتر فوری و بدون کسورات را فراهم کنند انتخاب فردی به سمت خروج از اشتغال رسمی متمایل می‌شود. این تغییر «تمایل به بی‌انضباطی» نیست؛ پیامد طبیعی ساختار مشوق‌ها است. رسمی بودن هزینه بیشتری پیدا می‌کند و منفعت ملموس کمتری عرضه می‌کند. خروج نیروی کار برای بنگاه دارویی هم یک مسئله منابع انسانی نیست؛ به افزایش جایه‌جایی، کاهش انباشت مهارت، افت بهره‌وری و رشد هزینه‌های پنهان تولید منتهی می‌شود و بنگاه را به سمت قراردادهای کوتاه‌تر و انعطاف‌پذیرتر سوق می‌دهد؛ و این خود پایه مالیاتی و بیمه‌ای را تنگ‌تر می‌کند و فشار را بر همان بخش‌های شفاف باقی مانده تشدید می‌سازد. تتجه چرخه‌ای است که در آن معافیت ارزش افزوده در

نقطه فروش دارو، جلوی فرسایش را نمی‌گیرد؛ چون بار اصلی از کانال‌های دیگر باز تولید می‌شود. تولید کننده در تنگی نقدینگی و حاشیه سود گرفتار می‌شود و نیروی کار با محاسبه سود و زیان واقعی از اشتغال رسمی فاصله می‌گیرد. در صنعت دارو، بدتر غم معافیت داروی انسانی از ارزش افزوده استمرار مالیات عملکرد تولید کننده و مالیات حقوق همراه با مالیات‌های غیرمستقیم پرداختی خانوارها، همان مسیر فرسایش را از کانال‌های دیگر فعال می‌کند و تاب آوری تولید را کاهش می‌دهد؛ هزینه این کاهش تاب آوری در نهایت به رفاه عمومی و امنیت درمانی جامعه گره می‌خورد.

تعهدات خود به منابعی اتکا می‌کند که از مسیر فشار بر فعالیت رسمی و مصرف روزمره وصول می‌شوند؛ از سوی دیگر همین فشارها در صنعتی مانند دارو که با قید قیمت و قید ارز و قید نقدینگی روبرو است می‌تواند هزینه‌های سلامت را بالا ببرد و نیاز به مداخله حمایتی را تشدید کند. در چنین منطق بودجه‌ای، هدف درآمدی کوتاه‌مدت با هزینه‌های اجتماعی و اقتصادی میان‌مدت در تعارض قرار می‌گیرد و کارایی حکمرانی اقتصادی کاهش می‌یابد. نقد علمی این چارچوب بر اساس نسبت دادن انگیزه و متکی بر داوری اخلاقی نیست و از منطق اقتصاد کلان و مالیه عمومی پیروی می‌کند. هرگاه تأمین مالی سیاست‌های هزینه‌ای بر شانه‌های بخش رسمی قابل رصد و مصرف روزمره سنگینی کند در اقتصادی تورمی و با اقتصاد سایه بزرگ پیامدهای قابل پیش‌بینی شکل می‌گیرد؛ فشار قیمتی تشدید می‌شود، مزد واقعی فرسایش می‌یابد، انگیزه شفافیت تضعیف می‌گردد، کیفیت اشتغال رسمی افت می‌کند و ریسک نقدینگی بنگاه‌ها بالا می‌رود.

در منطق اقتصاد بخش عمومی «معافیت دارو از مالیات بر ارزش افزوده» به معنای حذف بار مالیاتی از دوش تولید نیست؛ این معافیت بار مالیات مصرف را از قیمت نهایی دارو کنار می‌زند، آن هم در سطحی که به واسطه قیمت‌گذاری اداری امکان انتقال کامل هزینه‌ها به قیمت فروش محدود است. بنگاه دارویی همچنان با مالیات عملکرد، کسورات و مالیات‌های مرتبط با اشتغال رسمی، هزینه‌های تبعیت مالیاتی و بیمه‌ای و مجموعه‌ای از مالیات‌های غیرمستقیم بر نهاده‌ها و خدمات پشتیبان تولید مواجه می‌ماند؛ هزینه‌هایی که در محیط تورمی و در شرایط تأخیر در وصول مطالبات، سریع‌تر از درآمد قابل تحقق رشد می‌کنند. از منظر حسابداری مدیریتی این وضعیت یعنی افزایش پیوسته «هزینه ثابت و نیمه‌ثابت رسمی بودن» در حالی که درآمد بنگاه به دلیل سقف‌های قیمتی و محدودیت‌های خرید، کشش کافی برای



وقتی پایه مالیات بر مصرف روزمره استوار است هر افزایش نرخ، هم‌زمان سه کanal را فعال می‌کند. کanal قیمت، کanal توزیع در آمد، و کanal انگیزه، یعنی کاهش جذابیت مبادرات رسمی و فاکتور محور در بخش‌هایی از بازار

همراهی با تورم ندارد؛ برایند فشرده‌گی حاشیه سود و تشدید تنگی نای سرمایه در گردش است. به ویژه اگر ماهیت معافیت به گونه‌ای باشد که اعتبار مالیاتی حلقه‌های بالادست به سادگی قابل استرداد نباشد، بخشی از مالیات‌های پرداختی در زنجیره تأمین به هزینه واقعی تبدیل می‌شود و در نهایت روی تراز عملیاتی می‌نشیند. در چنین چهارچوبی افزایش ۲۰ درصدی مزد (با اندکی اختلاف افزایش کارگری بیشتر است) اسمی وقتی از تورم عقب است به خودی خود رفاه را ترمیم نمی‌کند، اما برای بنگاه یک رشد قطعی در هزینه دستمزد و مزايا ایجاد می‌کند. رشدی که با توجه به قیمت‌گذاری به

پایگاه خبری سراچه صنعت



کل رسانی خبری پژوهش
کل رسانی خبری پژوهش از همه صنایع



راه ارتباطی مستقیم: ۰۹۱۲۲۳۶۴۷۴۳



دکتر حسین‌الله افشنگ
داروساز

(بخش پایانی)

جهان و دارو در ۲۰۲۵

سال سیاست و نبرد برآیند سلامت!

سال ۲۰۲۵، صنعت داروسازی نه تنها یک رکن اقتصادی و علمی بود، بلکه بخشی از ساختار قدرت جهانی و فرهنگی بشری به حساب می‌آمد. پیشرفت‌های فناورانه در حوزه‌های ژنتیک، هوش مصنوعی و داروهای شخصی‌سازی شده، چهره‌ی درمان و سلامت را دگرگون ساختند. اما این دگرگونی با پرسش‌های بنیادین اخلاقی و اجتماعی نیز همراه بود؛ پرسش‌هایی که از عدالت در دسترسی به دارو تا تأثیر رسانه‌ها بر افکار عمومی و روابط ژئوپلیتیک میان قدرت‌های دارویی جهان را در بر می‌گیرد.

صنعت داروسازی در سال ۲۰۲۵ در چهار میدان عمدۀ درگیر بود: اخلاق، جامعه، قدرت و رسانه، و تعامل میان این میدان‌ها.

است. داروهای ژنی و درمان‌های مبتنی بر سلول بنیادی، اغلب هزینه‌هایی بسیار بالا دارند که تنها اقساط ثروتمند یا کشورهای توسعه‌یافته توان پرداخت آن را دارند. این شکاف درمانی، بحث عدالت در سلامت را به یکی از دغدغه‌های محوری سیاست‌گذاری جهانی تبدیل کرده است.

از سوی دیگر، تمرکز بیش از حد بر سود تجاری موجب شده بسیاری از شرکت‌ها اقدامات اخلاقی را نادیده بگیرند و اولویت را به تولید داروهای پرفروش (برای بیماری‌های شایع در جهان

◀ چالش‌های اخلاقی و اجتماعی داروسازی در سال ۲۰۲۵

در عصر پساکرونا، صنعت داروسازی با بحران اعتماد عمومی مواجه شد؛ بحرانی که در سال ۲۰۲۵ هم ادامه داشت. اینک مردم دیگر تنها مصرف‌کننده‌ی دارو نیستند، بلکه به‌واسطه‌ی دسترسی گستردۀ به داده‌ها و شبکه‌های اجتماعی، به تحلیل‌گر و منتقد سیاست‌های دارویی هم بدل شده‌اند. مهم‌ترین چالش اخلاقی، مسئله‌ی دسترسی ناعادلانه به داروهای نوآورانه

هم‌زمان، شرکت‌های چندملیتی دارویی، نفوذی فراتر از دولت‌ها یافته‌اند؛ آن‌ها بودجه‌های تحقیقاتی مستقل، متحдан سیاسی و شبکه‌های رسانه‌ای اختصاصی دارند. این شرکت‌ها می‌توانند با کنترل زنجیره تأمین مواد اولیه، قیمت جهانی داروها را تعیین کرده و حتی بر سیاست‌های بهداشتی کشورها اثر بگذارند. در نتیجه، داروسازی در سال ۲۰۲۵ نه فقط صنعتی علمی، بلکه میدانی از بازی قدرت و منافع راهبردی جهانی است که تعیین می‌کند چه کسی سالم می‌ماند، چه کسی درمان می‌شود و چه کسی از چرخه سلامت جهانی حذف خواهد شد.

دارو و رسانه؛ افکار عمومی زیر تأثیر شبکه‌ها

رسانه‌ها در سال ۲۰۲۵ قدرتی برابر با خود صنعت داروسازی یافته‌ند، شاید حتی بیشتر.

با ظهور رسانه‌های اجتماعی مبتنی بر ویدئوهای کوتاه، پلتفرم‌های خبری هوش‌محور و ربات‌های اطلاع‌رسانی، افکار عمومی درباره داروها در عرض چند ساعت شکل می‌گیرد. اما این سرعت، هم فرست است و هم تهدید. در این سال اخبار نادرست، تئوری‌های توظیه و کمپین‌های ضدواکسن همچنان در گرددش بودند. مردم بیش از آن که به داده‌های علمی معتبر اعتماد کنند، تحت تأثیر احساسات و روایت‌های ویدئویی قرار داشتند. این پدیده باعث

صنعتی) بدهند، در حالی که بیماری‌های مناطق کم‌درآمد مانند آفریقا و جنوب آسیا مغفول مانده‌اند. به علاوه، بهره‌گیری گسترده از هوش مصنوعی در پیش‌بینی اثر داروها و تحلیل داده‌های بیماران، خود چالشی جدید برای حریم خصوصی ایجاد کرده است. آیا داده‌های سلامت افراد به درستی محافظت می‌شوند؟ آیا الگوریتم‌ها بدون سوگیری عمل می‌کنند؟ این پرسش‌های اخلاقی در سال ۲۰۲۵ به موضوع روز و محور قوانین بین‌المللی تبدیل شدند. صنعت داروسازی بیش از هر زمانی دیگر باید میان نوآوری علمی و مسئولیت انسانی تعادل برقرار کند؛ چرا که بی‌اعتمادی عمومی می‌تواند نه تنها اعتبار بلکه ثبات اقتصادی این صنعت را تهدید کند.

داروسازی و بازی قدرت جهانی

داروسازی در دهه ۲۰۲۰ از مرز اقتصاد عبور کرده و به یکی از ابزارهای ژئوپلیتیک قدرت جهانی تبدیل شده است. انحصار در تولید واکسن‌ها و داروهای حیاتی برای بیماری‌های نوظهور، به دولتها اجازه می‌دهد نفوذ سیاسی خود را گسترش دهند. در سال ۲۰۲۵، سه قطب اصلی در عرصه داروسازی جهانی - ایالات متحده، اتحادیه اروپا و شرق آسیا (بهویژه چین و ژاپن) - درگیر رقابتی شدید برای تسلط بر فناوری‌های زیست‌دارویی بودند.



مهم‌ترین چالش اخلاقی دارو در این عصر، مسئله‌ی دسترسی ناعادلانه به داروهای نوآورانه است. داروهای ژنی و درمان‌های مبتنی بر سلول بنیادی، اغلب هزینه‌هایی بسیار بالا دارند که تنها افسار ثروتمند یا کشورهای توسعه‌یافته توان پرداخت آن را دارند

شده تصمیمات فردی و اجتماعی درباره سلامت، بیش از پیش از فضای مجازی نشأت بگیرد.

رسانه‌ها از یک سو ابزار شفافیت هستند؛ آن‌ها می‌توانند فساد دارویی، قیمت‌گذاری‌های غیرمنصفانه یا تضاد منافع شرکت‌ها را افشا کنند. اما از سوی دیگر، به راحتی می‌توانند به مسیر انتشار اطلاعات جهت‌دار و سودجویانه بدل شوند. بسیاری از کمپین‌های خبری درباره داروهای جدید توسط لایه‌های دارویی پشتیبانی می‌شوند که هدفشان تأثیرگذاری روانی بر بازار سرمایه است. حتی نحوه گزارش نتایج آزمایش‌های بالینی در رسانه‌ها می‌تواند بر قیمت سهام شرکت‌ها تأثیر بگذارد. در نتیجه، رابطه داروسازی و رسانه دیگر صرفاً ارتباط اطلاع‌رسانی

این رقابت فراتر از منافع اقتصادی رفت؛ زیرا تولید و مالکیت دانش دارویی به‌نوعی "سرمایه قدرت نرم" محسوب می‌شود. در بحران‌های جهانی سلامت، مانند شیوع بیماری‌های ژنتیکی یا همه‌گیری‌های منطقه‌ای، کشورهایی که توانایی تولید داروهای اختصاصی دارند می‌توانند سیاست‌های خود را بر دیگران تحمیل کنند. دارو به ابزار دیپلماسی تبدیل شده است؛ از "دیپلماسی واکسن" گرفته تا "دیپلماسی ژن درمانی". حتی سازمان‌های بین‌المللی همچون WHO گاه زیر فشار منافع ملی قدرت‌های بزرگ برای تأیید یا تاخیر در انتشار نتایج داروهای خاص قرار می‌گیرند. در چنین فضایی، عدالت جهانی سلامت به یک آرمان، نه واقعیت، تبدیل شده است.



نیستند، در سیاست‌های سلامت خود تابع اراده دیگران می‌شوند.

از سوی دیگر، شرکت‌های فناوری بزرگ - مانند غول‌های هوش مصنوعی و تحلیل داده - در کنار شرکت‌های دارویی در حال شکل‌دهی ائتلاف‌های جهانی سلامت دیجیتال هستند. این ائتلاف‌ها به ظاهر دانش‌محورند، اما عملًا قدرت جهانی را

از دولت‌ها به بخش خصوصی منتقل می‌کنند. کنترل داده‌های پزشکی میلیارداها انسان به معنای کنترل آینده‌ی درمان‌ها و تصمیمات سلامت است؛ و بدین ترتیب قدرت علمی به قدرت سیاسی تبدیل می‌شود.

با این همه، امید همچنان وجود داشته و دارد. ظهور رسانه‌های مستقل، انجمن‌های دانش‌محور و جنبش‌های اخلاق علمی می‌تواند در برابر سوءاستفاده از قدرت مقاومت کند. اگر جهان بتواند مرز میان منافع اقتصادی و حق انسانی سلامت را به رسمیت بشناسد، صنعت داروسازی می‌تواند به جای میدان رقابت، بستر

همکاری جهانی برای نجات جان انسان‌ها باشد.

سال ۲۰۲۵ را باید سرآغاز عصری جدید در صنعت داروسازی دانست که در آن اخلاق، علم و شفافیت رسانه‌ای؛ سه ستون اصلی سلامت جهانی را تشکیل می‌دادند؛ البته اگر جهان تصمیم بگیرد قدرت را نه در انحصار، بلکه در مسئولیت تعريف کند.

بسیاری از شرکت‌های دارویی تمرکزی بیش از حد بر سود تجاری گذاشته و اقدامات اخلاقی را نادیده می‌گیرند و اولویت‌ها را به تولید داروهای پرفروش (برای بیماری‌های شایع در جهان صنعتی) می‌دهند

نیست، بلکه به اتحاد استراتژیک میان قدرت اقتصادی و تأثیر اجتماعی تبدیل شده است.

برای مقابله ایجاد تعادل در این وضعیت، انجمن‌های روزنامه‌نگاری سلامت در سال ۲۰۲۵ تلاش کردند معيارهای اخلاقی جدیدی برای اطلاع‌رسانی علمی وضع کنند: صحت داده‌ها، شفافیت منابع مالی، و تمایز میان تبلیغ و گزارش علمی. اما در جهانی که

الگوریتم‌های اجتماعی تصمیم می‌گیرند کدام محتوا دیده شود، حفظ صداقت خبری خود نبردی دشوار است. افکار عمومی زیر تأثیر شبکه‌ها به سرعت دگرگون می‌شود؛ اعتماد، هزینه‌ای سنگین دارد، و سلامت عمومی تبدیل به بازاری از روایت‌ها و منافع می‌شود.

◀ داروسازی و بازی قدرت جهانی (جمع‌بندی و لایه‌های پنهان)

اگرچه اصطلاح "بازی قدرت جهانی" در داروسازی اغلب به رقابت میان دولت‌ها اشاره دارد، اما لایه‌های پنهان‌تری نیز در آن نهفته است که ساختار اجتماعی

جهان را تغییر می‌دهد. یکی از این لایه‌ها، وابستگی کشورهای کمتر توسعه‌یافته به زنجیره‌ی تأمین داروهای کشورهای بزرگ است. این وابستگی، نوعی استعمار نوین علمی ایجاد کرده که نه از طریق ارتش، بلکه با مولکول و مجوز تولید دارو اعمال می‌شود. کشورهایی که قادر به تولید مستقل داروهای حیاتی



دکتر ابوذر پریبکاری
فعال اقتصادی حوزه دارو
و سلامت

از التهابات اجتماعی تا تاب آوری



در مقاطع رخداد ناپایداری‌های اجتماعی، آنچه بیش از هر چیز در معرض تهدید قرار می‌گیرد، نه تنها امنیت اقتصادی و روانی جامعه، بلکه پایداری خدمات حیاتی عمومی، بهویژه خدمات سلامت محور است. از این رو، نظام سلامت، به عنوان یکی از حساس‌ترین زیرساخت‌های اجتماعی، در چنین شرایطی نقشی فراتر از یک بخش خدماتی ایفا می‌کند و به عامل حفظ آرامش و اعتماد عمومی بدل می‌شود. در این میان، صنعت پخش دارویی به عنوان ستون میانی زنجیره تأمین دارو، نقشی کلیدی، اما کمتر دیده شده در حفظ تاب آوری نظام سلامت، بر عهده دارد؛ نقشی که در روزهای رخداد التهاب‌های اجتماعی، بیش از هر زمانی دیگر برجسته می‌شود و با توجه به شرایط فعلی کشور، به هیچ وجه دور از انتظار نیست.

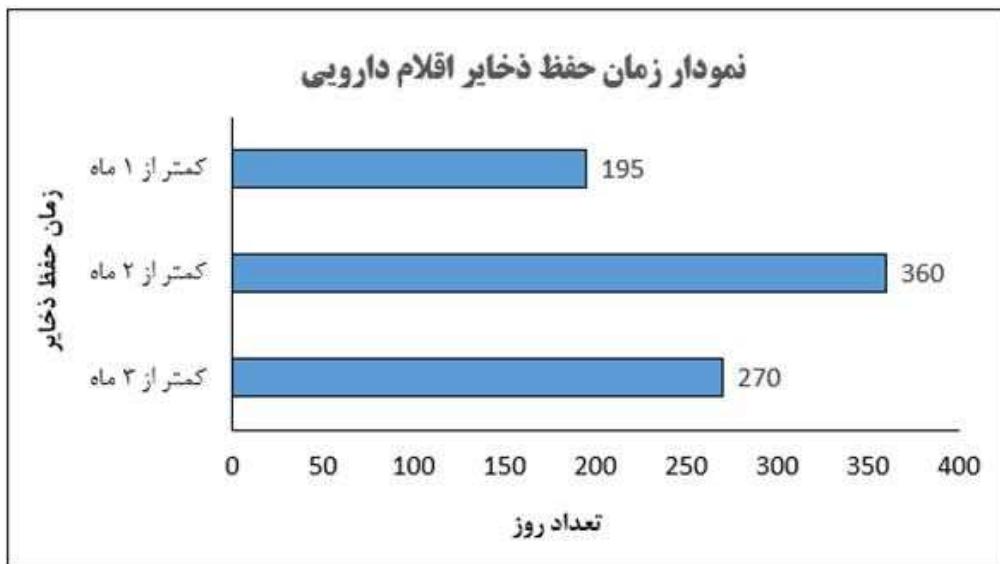
اقتصادی نیست، بلکه به عنوان ضامن تداوم دسترسی عادلانه به دارو، نقش اجتماعی و حتی امنیتی ایفا می‌کند.

► بحران در زنجیره تأمین دارو و ترس از خالی شدن ذخایر

در شرایط فعلی کشور به دلیل مجموعه عوامل اقتصادی (تورم، نوسان نرخ ارز، نقدینگی محدود، سیاست‌های قیمت‌گذاری دستوری)، اجتماعی (اعتراضات، ناپایداری اجتماعی، بیکاری، کاهش قدرت خرید، افزایش تقاضای ناگهانی) و ساختاری (ضعف ذخایر، لجستیک ناکافی و وابستگی به واردات)، ذخایر دارویی کشور به‌گونه‌ای قابل توجه کاهش یافته‌اند و این یکی از قابل

► دارو؛ کالای حیاتی در شرایط ناپایداری اجتماعی و اقتصادی

دارو برخلاف بسیاری از کالاهای مصرفی، ماهیتی کاملاً حیاتی، غیرقابل جایگزین و وابسته به زمان دارد. هرگونه اختلال در توزیع دارو، حتی در بازه‌های کوتاه‌مدت، می‌تواند پیامدهایی مستقیم بر سلامت بیماران مزمن، بیماران خاص و گروه‌های آسیب‌پذیر بگذارد. تجربه بحران‌های اجتماعی و اقتصادی در سال‌های اخیر نشان داده است که کوچک‌ترین نارسایی در زنجیره تأمین دارو، به سرعت به افزایش نگرانی عمومی، شکل‌گیری کمبودهای موضعی و تضعیف اعتماد اجتماعی منجر می‌شود. در چنین فضایی، صنعت پخش دارویی صرفاً یک بازیگر



ساختاری این روزهای صنعت پخش است. مطالبات شرکت‌های توزیع دارویی و پخش از سیستم سلامت کشور به حدود ۱۵۷ هزار میلیارد تومان رسیده است، که فشار نقدینگی را به طور محسوس افزایش می‌دهد. همچنین، گزارش‌ها حاکی از آن است که پرداخت پول دارو با تأخیر حدود ۴۰۰ روزه به صنعت پخش باز می‌گردد که نشان‌دهنده بی ثباتی منابع مالی است.

ضرورت تابآوری زنجیره تأمین دارو و صنعت پخش

تابآوری در زنجیره تأمین دارو به معنای توانایی سیستم در پیش‌بینی، جذب شوک، تطبیق سریع و بازگشت به عملکرد پایدار در شرایط بحران است. ناپایداری اجتماعی، بهویژه زمانی که با فشارهای اقتصادی، تورم، اختلالات لجستیکی و محدودیت‌های مالی همراه می‌شود، آزمونی جدی برای میزان تابآوری این زنجیره محسوب می‌شود.

در بسیاری از کشورها، پس از تجربه همه‌گیری کووید-۱۹، موضوع تابآوری زنجیره‌های دارویی به یکی از محورهای اصلی سیاست‌گذاری سلامت تبدیل شد. اما در ایران، هم‌زمانی چالش‌های ساختاری اقتصاد سلامت با ناآرامی‌های اجتماعی، فشار مضاعفی بر زنجیره تأمین دارو وارد کرده است.

چالش‌های ساختاری صنعت پخش دارویی در شرایط فعلی

صنعت پخش دارویی کشور پیش از ورود به دوره ناپایداری اجتماعی نیز با مشکلات عمیقی مواجه بوده است. بحران نقدینگی، تأخیر مزمن در پرداخت مطالبات، قیمت‌گذاری دستوری و افزایش هزینه‌های عملیاتی، از جمله چالش‌هایی هستند که توان تابآوری این صنعت را به ترتیج تضعیف کرده‌اند. بر اساس داده‌های رسمی و اظهارات فعالان صنفی، دوره وصول

لمس‌ترین شاخص‌های ضعف تابآوری در اقتصاد سلامت کشور محسوب می‌شود (شکل رو برو).

براساس داده‌های رسمی و آخرین اطلاعات دردسترس و قابل استناد، از مجموع قریب به ۳۰۰۰ قلم داروی موجود در فهرست رسمی کشور، حدود ۱۹۵ قلم کمتر از یک ماه، ۳۶۰ قلم کمتر از دو ماه و ۲۷۰ قلم کمتر از سه ماه ذخیره دارند؛ این نکته بیانگر زنگ خطری جدی برای امنیت دارویی کشور در شرایط رویارویی با بحران اجتماعی و تحول سیاسی است. داده‌های جداول زیر نیز نشان می‌دهد که بخشی بزرگ از داروهای حیاتی کشور در آستانه کمبود انبار و اختلال در توزیع قرار دارند؛ موضوعی که می‌تواند در شرایط ناپایداری اجتماعی، تبعات بسیار جدی برای سلامت عمومی به همراه آورد. همچنین، داده‌ها نشان می‌دهند که افزایش تورم و کاهش قدرت خرید عموم، مستقیماً با کاهش دسترسی به محصولات دارویی ارتباط دارد و کمبود اقلام دارویی در اقتصاد پرتنش تشدید می‌شود.

شاخص	مقدار حدودی
نرخ تورم (سالانه)	۴۸٪-۴۲٪
افت ارزش ریال	بیش از ۵۵٪ کاهش
افزایش قیمت دارو	۱۰۰٪-۴۰۰٪ بالای قلم
تعداد داروهای کمبود یا کاهش موجود	بالای ۳۰۰ قلم
نسبت کسانی که دارو را نمی‌خرند	۳۰٪ بیماران

علاوه بر کاهش یا سیر نزولی ذخایر دارویی و مشکلات تورمی، مسئله قفل نقدینگی (Liquidity lock) یکی دیگر از چالش‌های

کمک کند. در بسیاری از نظامهای سلامت پیشرفته، شرکت‌های پخش به عنوان مرجع داده‌های مصرف دارویی شناخته می‌شوند و نقش فعالی در سیاست‌گذاری‌های کوتاه‌مدت و مدیریت بحران ایفا می‌کنند. در ایران نیز تقویت این نقش می‌تواند به کاهش کمبودها، جلوگیری از احتکار و توزیع ناعادلانه دارو کمک شایان کند.

◀ لزوم بازنگری در سیاست‌گذاری نظام سلامت و پرمنگ دیدن صنعت پخش

یکی از نقاط ضعف اساسی نظام سلامت کشور، کمرنگ بودن نقش صنعت پخش دارو در فرآیندهای سیاست‌گذاری است. تصمیماتی که بدون در نظر گرفتن واقعیت‌های عملیاتی و مالی زنجیره توزیع اتخاذ می‌شوند، در شرایط ناپایداری اجتماعی (که در آینده نزدیک با احتمال بالا رخ خواهد داد)، می‌توانند آثار مخربی داشته باشند.

بازنگری در نظام پرداخت، اصلاح زمان‌بندی تسويه مطالبات، بازتعریف حاشیه سود مناسب با ریسک‌های واقعی و مشارکت دادن نمایندگان صنعت پخش در تصمیم‌سازی‌های کلان، از جمله اقداماتی است که می‌تواند تاب‌آوری این صنعت را فرازیش دهد و در نهایت به نفع کل نظام سلامت و جامعه تمام شود.

◀ جمع‌بندی نهایی

در این روزها که جامعه ایرانی با التهاب و نااطمینانی مواجه است، پایداری سلامت به یکی از مهم‌ترین مؤلفه‌های ثبات اجتماعی تبدیل می‌شود. صنعت پخش دارویی، به عنوان حلقه واسطه تولید و مصرف، در خط مقدم این پایداری قرار دارد و نقش آن فراتر از یک

بازیگر اقتصادی صرف است. تقویت تاب‌آوری صنعت پخش دارو، نه تنها یک ضرورت صنفی، بلکه یک الزام راهبردی برای حفظ امنیت دارویی، آرامش اجتماعی و اعتماد عمومی است. اگر سیاست‌گذاران حوزه سلامت، این صنعت را نه به عنوان یک منبع هزینه، بلکه به عنوان سرمایه‌ای برای پایداری نظام سلامت ببینند؛ می‌توان امیدوار بود که حتی در سخت‌ترین شرایط اجتماعی پیشرو نیز، مسیر دسترسی بیماران به دارو، با شرط عدالت اجتماعی و ثبات اقتصادی، هموار باقی خواهد ماند.

مطلوبات در زنجیره دارو در برخی موارد به بیش از ۳۵۰ تا ۴۰۰ روز رسیده است. این در حالی است که حاشیه سود شرکت‌های پخش دارویی، به طور متوسط در بازه‌ای محدود و بعضاً کمتر از ۱۰ درصد قرار دارد. تداوم چنین وضعیتی، توان سرمایه‌ای در گردش شرکت‌های پخش را بهشت کاهش داده و ظرفیت آن‌ها برای واکنش سریع در شرایط بحرانی را محدود کرده است. از سوی دیگر، کاهش ذخایر دارویی در سطح تولید، پخش و داروخانه‌ها، زنگ خطر جدی برای پایداری زنجیره تأمین محسوب می‌شود. در شرایطی که جامعه با التهاب و نااطمینانی مواجه است، کاهش ذخایر استراتژیک دارو می‌تواند پیامدهایی فراتر از یک بحران اقتصادی به همراه آورد.

◀ نقش صنعت پخش دارویی در حفظ آرامش اجتماعی

در دوره‌های ناآرامی اجتماعی، صنعت پخش دارویی در خط مقدم مواجهه با بحران قرار می‌گیرد. حفظ جریان منظم توزیع دارو، مدیریت هوشمند موجودی، پاسخ‌گویی به افزایش ناگهانی تقاضا در برخی مناطق و جلوگیری از ایجاد کمبودهای مصنوعی، از جمله مسئولیت‌هایی است که به طور مستقیم بر دوش این صنعت قرار دارد. در عمل، بسیاری از شرکت‌های پخش دارویی در شرایط دشوار اجتماعی، با افزایش شیفت‌های کاری، تحمل ریسک‌های لجستیکی و حتی پذیرش فشارهای مالی مضاعف تلاش کرده‌اند زنجیره تأمین دارو دچار وقفه نشود. این اقدامات، هرچند کمتر در فضای عمومی دیده می‌شود، اما نقش تعیین‌کننده‌ای در حفظ ثبات نسبی بازار دارو و کاهش تنش اجتماعی ایفا کرده است.



پایش مستمر الگوی مصرف دارو، پیش‌بینی تقاضا بر اساس داده‌های واقعی، ردیابی جریان دارو و شناسایی گلوگاه‌های توزیع، می‌تواند به تصمیم‌گیری سریع و مؤثر در شرایط بحرانی کمک کند

◀ داده‌محوری و هوشمندسازی؛ ابزار تاب‌آوری در بحران

یکی از مهم‌ترین ابزارهای افزایش تاب‌آوری صنعت پخش دارویی، استفاده از داده‌های دقیق و فناوری‌های هوشمند است. پایش مستمر الگوی مصرف دارو، پیش‌بینی تقاضا بر اساس داده‌های واقعی، ردیابی جریان دارو و شناسایی گلوگاه‌های توزیع، می‌تواند به تصمیم‌گیری سریع و مؤثر در شرایط بحرانی



دکتر سعید مسایح

یک پیشنهاد

پیش به سوی قیمت‌گذاری ترکیبی در دارو

با ارائه مستندات در خواست اصلاح قیمت دهنده و پرونده در کمیسیون مطرح می‌شود.

در ایران، قیمت‌گذاری داروها توسط سازمان غذا و دارو (IFDA) و در «کمیسیون قیمت‌گذاری دارو و مواد تحت کنترل» آن انجام می‌شود؛ و مهمنه ترین شیوه‌ها و سازوکارها قیمت‌گذاری عبارت اند از:

۵. روش مبتنی بر ارزش (Value-Based Pricing)

استفاده از مدل‌های مبتنی بر ارزش (ارزیابی هزینه-اثربخشی، کیفیت زندگی افزوده) در ایران هنوز در مراحل اولیه است. در مجموع، سیاست قیمت‌گذاری دارو در ایران ترکیبی از روش‌های هزینه‌به‌علاوه سود و مرجع خارجی، با کنترل دقیق حاشیه سود و بازنگری دوره‌ای است.

۱. روش هزینه‌به‌علاوه (Cost-Plus Pricing)

بیشتر داروهای تولید داخل و وارداتی بر اساس «جمع هزینه‌های تمام‌شده» (شامل هزینه تحقیقات، تولید، حمل و نقل و بیمه) به‌علاوه درصد مشخصی سود کارخانه‌ای، توزیع کننده و داروخانه قیمت‌گذاری می‌شوند.

۲. قیمت‌گذاری مرجع خارجی (External Reference Pricing - ERP)

برای داروهایی که برای اولین بار در داخل کشور تولید می‌شوند یا برای حمایت از تولیدکنندگان داخلی، قیمت پایه دارو بر اساس میانگین یا پایین ترین قیمت همان دارو در فهرست کشورهای مرجع (معمولًا ترکیبی از اروپا و برخی کشورهای همسایه) تعیین می‌شود.

۳. تنظیم درصد حاشیه سود (Markup Regulation)

HASHIYE سود توزیع کننده و داروخانه‌ها توسط ضوابط سازمان غذا و دارو محدود می‌شود.

۴. بازنگری دوره‌ای و در خواست اصلاح قیمت

علاوه بر بازنگری سالانه قیمت‌ها، در صورت تغییر بیش از ۱۵٪ در هزینه‌های تولید یا نرخ ارز مؤثر بر واردات دارو، شرکت‌ها می‌توانند

﴿مزایا روش فوق چیست؟﴾

- جلوگیری از افزایش بی‌رویه قیمت و سودجویی - در دسترس بودن دارو برای همگان (حمایت از قشر آسیب‌پذیر)

▶ معایب آن چیست؟

- کاهش انگیزه تولید و واردات
- احتمال ضرر تولیدکننده و واردکننده
- کمبودهای دارویی
- شکل‌گیری بازار سیاه
- قاچاق توسط سودجویان (برای مثال در خصوص انسولین‌های قلمی و داروهای ضد سرطان خارجی)
- کاهش کیفیت دارو

▶ پیشنهاد:

با بررسی اجمالی این موضوع در کشورهای کانادا، آمریکا، آلمان، انگلستان و هندوستان و همچنین شرایط کشور ایران (عدم پوشش کامل بیمه‌ها و تعدد آن، نبود بازار شفاف و نرخ تورم بسیار بالا) راهکار زیر پیشنهاد می‌شود؛ قیمت‌گذاری ترکیبی (دستوری و آزاد) در این نوع از قیمت‌گذاری، نرخ‌ها واقعی و علمی محاسبه شود؛ داروها به ۳ دسته حیاتی (مثل بسیاری از داروهای بیمارستانی)، درمانی (مانند آنتی‌بیوتیک‌ها، داروهای قلبی، اعصاب و...) و مکمل، دسته‌بندی شوند. دسته اول را با الگوی دستوری، و دسته دوم را، بسته به شرایط با الگوی ترکیبی قیمت‌گذاری کنند؛ دسته سوم را هم برای حمایت از نوآوری و سوددهی شرکت‌ها به الگوی بازار آزاد سنجاق کنند.

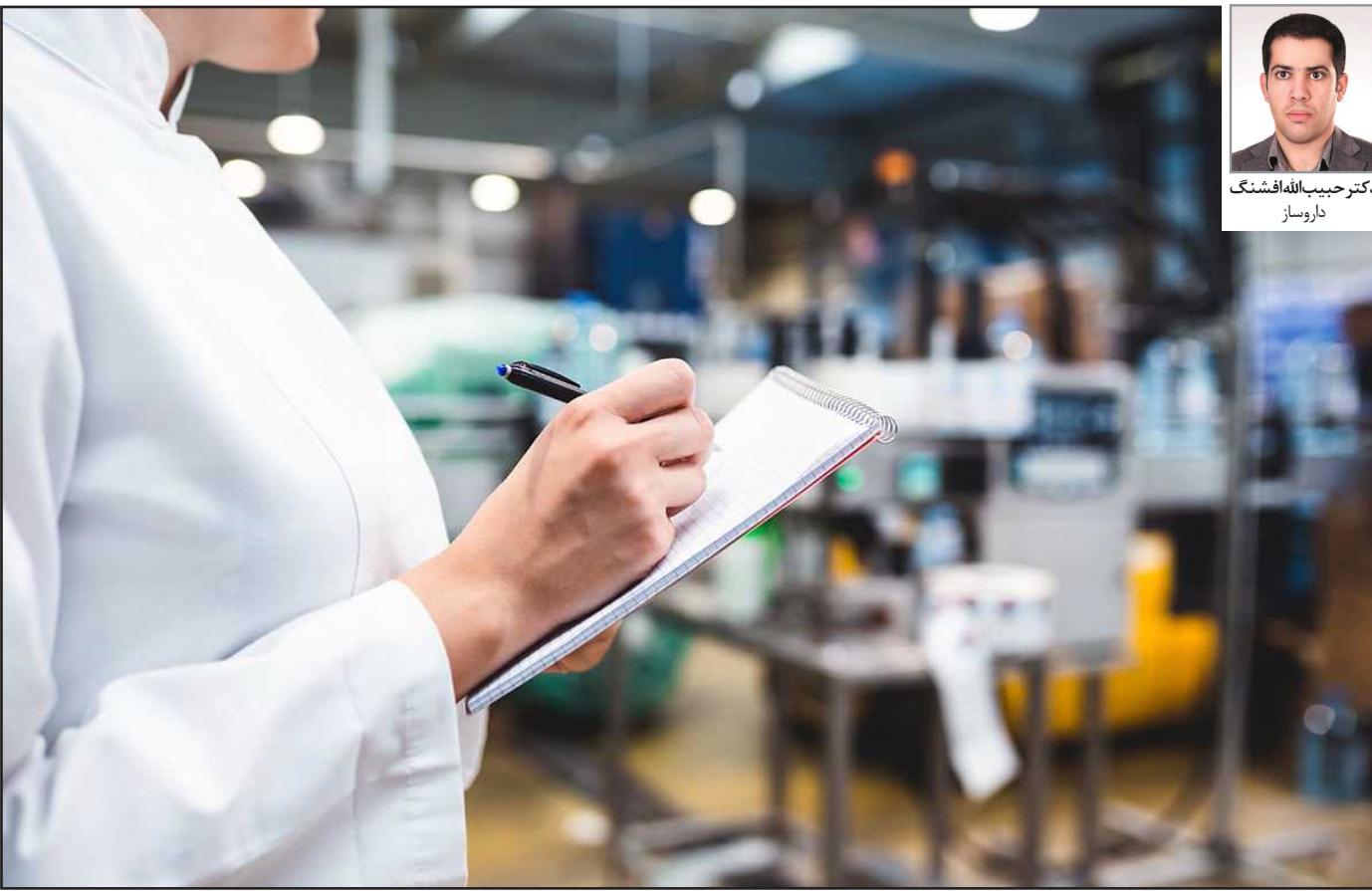


▶ اقدامات موازی جهت نظارت بیشتر به بازار دارویی:

- تجمعیت بیمه‌های پایه متعدد و کم کارآمد
- ترویج بیمه‌های مکمل قوی
- اعطای یارانه هدفمند به بیمار یا سرپرست بیمار
- حمایت از بیماران خاص
- شفافسازی و نظارت بیشتر بر کل چرخه توزیع
- بهروزرسانی منظم فهرست دسته‌بندی داروها
- بازبینی منظم قیمت‌ها و احتساب تورم واقعی
- تقویت سامانه ردیابی دارو (تی‌تک).



دکتر حبیب‌الله افشنگ
داروساز



همانند پیشنهادی روی میز

سطح‌بندی خدمات دارویی

در راستای سیاست‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و لزوم بازتعریف نقش داروسازان در نظام سلامت، "سطح‌بندی خدمات دارویی" می‌تواند به عنوان یکی از محورهای اساسی اصلاح ساختار خدمات سلامت کشور مطرح شود. اجرای صحیح این نظام، ای بسا که هزینه‌های درمانی را کاهش داده، خدمات دارویی را در دسترس‌تر و ارزان‌تر کرده و در عین حال نقش داروساز را در پیشگیری، درمان و مراقبت‌های سلامت به صورت ساختاری و قابل ارزیابی در نظام سلامت کشور ثبت کند. این مبحث می‌تواند به تحقق عدالت در سلامت، ارتقای کیفیت خدمات دارویی و هم‌افزایی با طرح پزشک خانواده یاری رساند. همچنین لازم است کلیه خدمات داروسازان، متناسب با سطح فعالیت حرفه‌ای، در تعهد بیمه‌ها قرار گیرد تا بیماران با هزینه منطقی از خدمات دارویی بهره‌مند شوند و داروسازان نیز برای ارائه خدمات علمی و بالینی انگیزه کافی پیدا کنند. هدف از این طرح، حرکت به سمت توامندسازی حرفه‌ای داروسازان و توسعه خدمات نوین دارویی است تا داروخانه از نقش صرفاً فروش دارو، به یک مرکز سلامت‌محور تبدیل شود.

◀ سطح ۱ - خدمات پایه دارویی (General Pharmacy Practice)

- نحوه مصرف، تداخلات و عوارض دارویی.
- ب: ارائه داروهای بدون نسخه (OTC) و فرآورده‌های بهداشتی، آرایشی، مکمل‌ها و اقلام سلامت‌محور.
- ج: آموزش عمومی بیماران در خصوص مصرف اینمان داروها و پیشگیری از خوددرمانی نادرست.
- الف: تحویل دارو طبق نسخه پزشک و ارائه مشاوره در خصوص

و: مشارکت در برنامه‌های آموزشی و پژوهشی دانشگاهی مرتبط با خدمات دارویی.

ز: ارائه خدمات واکسیناسیون در داروخانه، در صورت صدور مجوز رسمی وزارت بهداشت.

د: ثبت دقیق اطلاعات نسخه‌ها در سامانه‌های بیمه‌ای و تی‌تک و رعایت ضوابط فنی داروخانه.

ه: ارائه مشاوره اولیه در خصوص علائم عمومی و هدایت بیمار به پزشک در صورت نیاز.

بدیهی است که تمامی داروخانه‌ها مجاز به ارائه خدمات سطح یک هستند.

در صورت تمایل به اجرای خدمات سطح بالاتر، چنانچه داروساز دارای گواهینامه‌های آموزشی و مهارتی معتبر مورد تأیید وزارت بهداشت باشد، می‌تواند با ارائه درخواست کتبی و بدون نیاز به طی فرآیندهای اداری، نسبت به اجرای آن خدمات اقدام نماید.

سطح ۳ - خدمات تخصصی و نوآورانه دارویی (Advanced / Specialty Pharmacy Services)

داروخانه‌هایی که دارای تجهیزات، زیرساخت فنی، نیروی انسانی متخصص و مجوزهای ویژه هستند می‌توانند در این سطح فعالیت کنند.

این خدمات شامل موارد زیر است:

الف: تهیه و ارائه داروهای ترکیبی (Compounding) طبق استانداردهای GMP و الزامات ایمنی.

ب: ارائه خدمات دارویی در حوزه‌های تخصصی مانند انکولوژی، پیوند، بیماری‌های نادر و درمان‌های ویژه.

ج: مشارکت در طرح‌های پژوهشی، مطالعات بالینی و برنامه‌های پایش ایمنی دارو (Pharmacovigilance).

د: ارائه خدمات سلامت از راه دور (Telepharmacy) برای بیماران در مناطق محروم یا فاقد داروخانه.

سطح ۲ - خدمات بالینی و مراقبتی و دارو درمانی (Clinical / MTM Services)

در این سطح، داروسازان عمومی آموزش‌دهنده در حوزه‌های بالینی، مراقبتی و آموزشی فعالیت می‌کنند. محور اصلی خدمات این سطح، مدیریت درمان دارویی (Medication Therapy Management – MTM) است.

خدمات این سطح شامل موارد زیر است:

الف: ارائه خدمات (Medication Therapy Management (MTM



اجرای نظام سطح‌بندی خدمات دارویی، در صورت تدوین دقیق تر، دستورالعمل‌های اجرایی و حمایت بیمه‌ها، می‌تواند به عنوان یکی از پایه‌های تحول نظام دارویی کشور اجرا شود و جایگاه داروساز را هم به عنوان متخصص سلامت جامعه به درستی احیا کند

ه: خدمات فارماکوژنومیکس و درمان شخصی‌سازی شده (Pharmacogenomics & Personalized Medicine) در داروخانه‌های دارای مجوز تخصصی.

ز: ارائه پیشنهادهای دارویی در قالب توافقنامه‌های مشارکت درمانی (Collaborative Practice Agreement – CPA) تحت نظر ارت پزشک معالج، در چارچوب ضوابط وزارت بهداشت.

بررسی جامع داروهای مصرفی بیمار، پایش تداخلات، اصلاح رژیم دارویی و بهبود پایبندی درمان.

ب: مدیریت دارویی بیماری‌های جزئی طبق پروتکلهای مصوب وزارت بهداشت (مانند سرماخوردگی، آرژی خفیف، عفونت‌های سطحی و مشکلات گوارشی ساده و...).

ج: مشاوره تخصصی در بیماری‌های مزمن مانند دیابت، فشار خون، آسم، دیس‌لیپیدمی و سایر اختلالات شایع.

د: انجام خدمات سنجش سلامت از جمله فشار خون، قند خون، چربی و شاخص توده بدنی (BMI).

ه: آموزش و پیگیری بیماران خاص و مزمن برای بهبود مصرف دارو و کاهش عوارض.

نکات تکمیلی و الزامات اجرایی

الف: هدف از سطح‌بندی، ارتقای کیفیت خدمات دارویی و توانمندسازی داروسازان است، نه ایجاد محدودیت.

ب: اجرای سطح‌بندی باید مرحله‌ای، داوطلبانه و تشویقی باشد تا



ی: در جهت توسعه خدمات نوین، فروش اینترنتی اقلام سلامت محور (مکمل‌ها، فرآورده‌های بهداشتی و آرایشی، تجهیزات و ملزومات دارویی) باید مطابق با دستورالعمل‌های مصوب وزارت بهداشت مجاز شناخته شود. (همچنین داروخانه‌ها می‌توانند با رعایت اصول امنیت داده، محترمانگی اطلاعات سلامت و دستورالعمل‌های مصوب، نسبت به دارورسانی به درب منزل بیماران اقدام کنند).

ک: تمامی خدمات الکترونیک و از راه دور باید در بسترهای دارای مجوز، ایمن و سازگار با ضوابط حفظ محترمانگی اطلاعات سلامت انجام گیرد.

﴿جمع‌بندی نهایی﴾

اجرای نظام سطح‌بندی خدمات دارویی، می‌تواند گامی مهم در جهت اصلاح ساختار نظام سلامت، و افزایش نقش داروساز در مراقبت از بیماران، و همچنین کاهش هزینه‌های درمانی و

ارتفاعی کیفیت خدمات دارویی کشور باشد.

این طرح، در صورت تدوینی دقیق‌تر، دستورالعمل‌های اجرایی و حمایت‌بیمه‌ها، می‌تواند به عنوان یکی از پایه‌های تحول نظام دارویی کشور اجرا شود و جایگاه داروساز را به عنوان متخصص سلامت جامعه به درستی احیا کند.

بدین ترتیب، داروسازی کشور می‌تواند با تکیه بر ظرفیت علمی و فناوری داخلی، به سوی نظام سلامت دیجیتال، کارآمد و مردم‌محور حرکت کند.

چنانچه داروساز دارای گواهینامه‌های آموزشی و مهارتی معتبر مورد تأیید وزارت بهداشت باشد، می‌تواند با ارائه درخواست کتبی و بدون نیاز به طی فرآیندهای اداری، نسبت به اجرای آن خدمات اقدام نماید

دارو خانه‌ها بتوانند با تمایل خود به سطح بالاتر ارتقاء یابند. ج: وزارت بهداشت و انجمن داروسازان ایران پیش‌قدم شوند برای تبیین برنامه‌های آموزشی و ارائه گواهی صلاحیت حرفه‌ای (Competency Certificates) برای سطح بالاتر. د: خدمات داروسازان باید دارای تعریفه رسمی و مستقل از فروش دارو بوده و مشمول پوشش بیمه‌ای متناسب با نوع خدمت (مشاوره، MTM، مراقبت بالینی و...) شوند.

ه: دانشگاه‌های علوم پزشکی باید دستورالعمل نظارت، ارزیابی و گزارش عملکرد داروخانه‌ها را در چارچوب این سطح‌بندی تدوین کنند.

ز: در تعیین محل تأسیس داروخانه‌ها، پراکندگی جغرافیایی، جمعیت، نیاز مناطق محروم و میزان دسترسی مردم به داروخانه و پزشک هم‌زمان مد نظر قرار گیرد تا توزیع خدمات دارویی و پزشکی به گونه‌ای متوازن و بر مبنای شاخص نیاز منطقه‌ای صورت گیرد.

ح: در طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع، سطح‌بندی خدمات دارویی و پزشکی باید به صورت هماهنگ طراحی شود تا سطح خدمات دارویی مکمل سطح خدمات پزشکی باشد و در صدور مجوزها تناسب سطح رعایت شود.

ط: برای تسهیل فعالیت داروخانه‌ها، امکان افزایش یا کاهش ساعات فعالیت و تبدیل وضعیت از روزانه به شبانه‌روزی (و بالعکس) باید با درخواست رسمی داروساز فراهم شود؛ مشروط بر رعایت ضوابط فنی و اعلام قبلی به دانشگاه علوم پزشکی.



دکتر هبر مژدهی آذر

SAMSUNG



روایتی متفاوت از سخنرانی انقلابی رئیس هیئت مدیره سامسونگ

همواره از نو شروع کن!

لی کان هی، رئیس هیئت مدیره شرکت سامسونگ در سال ۱۹۹۳ و در یک هتل بین المللی، یک سخنرانی برای بررسی عملکرد کارکنان شرکتش ایجاد کرد، که تاریخی شد.

"سم گوریات" خبرنگار خبرگزاری بلومبرگ که در آن نشست حضور داشت. او روایت کرده است:

"لی" از آنچه دیده بود، مطلقاً رضایت نداشت. می‌گفت، در کالیفرنیای جنوبی وارد یک مغازه الکترونیکی شده و جعبه‌های تلویزیون سامسونگ را در گوشی مغازه دیده که در حال خاک خوردن بوده‌اند! آن طرف اما، محصولات سونی و پاناسونیک در صدر فروش‌ها می‌درخشیدند!

طبعی بود کسی که نگاه کلان به مجموعه خود داشت، از آن وضعیت رضایتی نداشته باشد. آقای لی هم از وضعیت سامسونگ به هیچ جه راضی نبود، او می‌خواست کمپانی اش، بزرگ و قدرتمند شود و توسعه یابد. به همین دلیل در آن روز تاریخی، یک ضرب‌الاجل تا سال ۲۰۰۰ تعیین کرد، و خودش هم آستین‌ها را بالا زد....

سخنرانی لی در هتل فالکنتین، یک نقل قول فوق العاده هم داشت: "به جز خانواده‌ام همه چیز را تغییر دهید."

از آن روز به بعد بود که سامسونگ از یک شرکت درجه ۲ تولید قطعات، توانست به بزرگ‌ترین تولیدکننده تلویزیون و محصولات هوشمند در جهان تبدیل شود.

دلیل فشار سازنده و انقلابی "لی کان هی"، رئیس هیئت مدیره شرکت سامسونگ بر کارکنانش برای خلاقیت بیشتر نیز همین بود؛ "تولید محصولات جدید هم، دیگر کافی نیست؛ من یک نیروی مولد قهر و بهروز، یک سامسونگ متفاوت می‌خواهم."

این جا سامسونگ مهم نیست، مهم آن مدیری است که یک شرکت قوی را رهبری می‌کرد. لی می‌خواست دستگاه‌هایی را تولید کند و دنیا را بگیرد. او نگران آینده بود، آینده‌ای که در دنیای الکترونیک، وجود رقبای قدرتمند، بسیار متزلزل می‌نمود؛ لی این را می‌دانست و تحمل تزلزل را نداشت. همین.

*
در سال ۱۹۹۳ سامسونگ ۲۱۵ میلیون تلفن همراه هوشمند به نقاط مختلف جهان فرستاد، اما لی نگران چیزی بود و قانع نمی‌شد! او عقیده داشت که سامسونگ یک کمپانی همه‌چیز تمام



دکتر محمد رضا غلامی
دستیار تخصصی گروه
اقتصاد و مدیریت دارو

ملاحظات راهبردی در حکمرانی دارویی

ضرورت نظام‌مندسازی تاب‌آوری



در عصر حاضر، با افزایش پیچیدگی تهدیدات فراملی و ظهور پدیده‌هایی همچون تحریمهای اقتصادی هوشمند، بی ثباتی بازارهای مالی جهانی و همه‌گیری‌های بیماری‌های واگیردار، پارادایم‌های سنتی مبتنی بر «کارایی صرف» و «بهینه‌سازی هزینه» در نظامهای سلامت چالش‌های جدی شده‌اند. واقعیت تلح آن است که نظامهای دارویی که صرفاً بر مبنای معیارهای اقتصادی کوتاه‌مدت طراحی شده‌اند، در مواجهه با شوک‌های غیرمنتظره، چالش فروپاشی زنجیره تأمین و ناکارآمدی شدید خواهند شد.

در این راستا، مفهوم «تاب‌آوری» به عنوان یک ضرورت اجتناب‌ناپذیر و یک شاخص کلیدی در سیاست‌گذاری دارویی مطرح شده است. تاب‌آوری، فراتر از مفهوم مقاومت است، به معنای توانایی سیستم برای جذب اختلالات، بازآرایی سریع ساختارها و حفظ عملکرد حیاتی در شرایط تنفس است. با این حال، بررسی‌های اولیه حاکی از آن است که حکمرانی دارویی در کشور هنوز در اسارت رویکردهای واکنشی و مدیریت بحران است و از یک نگاه سیستمی و پیشگیرانه برای توسعه تاب‌آوری محروم مانده است.

که سیاست‌گذاری در این حوزه عمده‌اً بر پایه «مدیریت بحران»، تصمیمات مقطوعی و دستوری استوار بوده که مانع از شکل‌گیری یک پایداری بلندمدت شده است.

از منظر کارشناسی، می‌توان به چهار چالش ساختاری کلیدی به عنوان موانع توسعه تاب‌آوری اشاره کرد:

۱. ناکارآمدی نظام قیمت‌گذاری و شکست بازار

یکی از عمیق‌ترین آسیب‌ها، ناکارآمدی مکانیسم قیمت‌گذاری دارو است. نظام فعلی با تکیه بر رویکرد «هزینه محور» و نادیده

﴿نقض وضعیت موجود: آسیب‌شناسی چندبعدی و ناکارآمدی‌های ساختاری﴾

بورسی‌های عملکرد نظام دارویی کشور حاکی از آن است که چالش‌های پیش رو، فراتر از یک مسئله تک‌بعدی «مشکلات خارجی» است. اگرچه وابستگی ساختاری به واردات مواد اولیه دارویی و تجهیزات مصرفی، یک پاشنه آشیل در بدنه نظام دارویی محسوب می‌شود، اما ریشه‌های ناکارآمدی در لایه‌های داخلی و سازوکارهای حکمرانی نهفته است. متاسفانه باید گفت

دست و پاگیر گمرکی با اولویت‌های سلامت در تعارض است. این پراکندگی ساختاری باعث می‌شود که در زمان بحران، سرعت واکنش سیستم به شدت کاهش یابد و منابع پهینه تخصیص نیابند.

۴. ضعف در نظام نظارت و کیفیت

با وجود افزایش کمی تولید، نظارت بر کیفیت و اثربخشی داروها با چالش مواجه است. فشارهای هزینه‌ای ناشی از قیمت‌گذاری دستوری، ممکن است تولیدکنندگان

را به سمت استفاده از مواد اولیه با کیفیت پایین تر یا کاهش تست‌های کنترل کیفی سوق دهد. این مسئله می‌تواند منجر به ایجاد «خطرات پنهان» در سیستم سلامت شود که در کوتاه‌مدت آشکار نیست اما در بلندمدت اعتماد عمومی به تولید داخلی را خدشه‌دار می‌کند. بنابراین، وضعیت موجود نظام دارویی کشور نه تنها با چالش‌های بیرونی روبرو است، بلکه با مجموعه‌ای از معضلات درونی شامل «شکست مکانیسم قیمت‌گذاری»، «بحران نقدینگی

ساختاری»، «پراکندگی حکمرانی» و «ریسک‌های کیفی» دست و پنجه نرم می‌کند. بدون تعارف باید گفت که تابآوری بدون اصلاح این بسترها داخلي، محقق نخواهد شد.

تبیین نظریه تابآوری و مؤلفه‌های ساختاری در

اکوسیستم دارویی

تابآوری در نظام دارویی، مفهومی فراتر از «مقاآمت» یا «پایداری ایستا» است. از منظر مهندسی سیستم‌ها، تابآوری به معنای توانایی سیستم برای «جذب اختلالات»، «بازآرایی خود» و «پرش به وضعیت مطلوب‌تر» در مواجهه با شوک‌های پیش‌بینی نشده است. برای دستیابی به این سطح از کارایی سیستمی، تأمین

گرفتن واقعیت‌های تورمی و نوسانات نرخ ارز، باعث شده است که قیمت‌های مصوب با هزینه‌های واقعی تولید، فاصله‌ای معنادار را تجربه کنند. این شکاف قیمتی، به طور مستقیم حاشیه سود تولیدکنندگان را هدف قرار داده و منجر به «فرار سرمایه» از بخش تولید داروهای استراتژیک به سمت تولید کالاهایی با حاشیه سود بالاتر (مانند مکمل‌ها یا لوازم آرایشی) شده است. این پدیده که در ادبیات اقتصاد به عنوان «انگیزه معکوس» شناخته می‌شود، امنیت دارویی کشور را بیش از تحریم‌های خارجی تهدید می‌کند.

۲. فروپاشی زنجیره تأمین مالی و نقدینگی

تأخیر در بازپرداخت مطالبات از سوی سازمان‌های بیمه‌گر، باعث ایجاد «بحران نقدینگی» در زنجیره تأمین شده است. این مسئله شرکت‌ها را مجبور می‌کند تا برای تأمین نقدینگی مورد نیاز برای خرید مواد اولیه، به بازارهای غیررسمی و با نرخ‌های سود بالا (بیشاز ۲۰ تا ۳۰ درصد) روی آورند. این هزینه‌های مالی سنگین در نهایت یا باعث کاهش کیفیت تولید می‌شود و یا دست و پنجه نرم می‌کند. بدون تضعیف تابآوری سیستم افزایش قیمت تمام شده، که هر دو به تضییف تابآوری سیستم منجر می‌شوند.

۳. تکه‌تکه شدن حکمرانی و فقدان یکپارچگی

حکمرانی دارویی در کشور از «اثر سیلو» رنج می‌برد؛ به این معنا که دستگاه‌های دخیل (وزارت بهداشت، سازمان غذا و دارو، وزارت صمت، بانک مرکزی، گمرک و سازمان برنامه‌ووجه) هر کدام در جزایر جدایگانه خود عمل می‌کنند و فاقد یک پلتفرم تصمیم‌گیری مشترک هستند. برای مثال، سیاست‌های ارزی بانک مرکزی همسو با نیازهای وارداتی وزارت بهداشت نیست و یا قوانین



تمامی لوازم و پیش‌نیازهای زیر در چهار بُعد فنی و مدیریتی ضروری به نظر می‌رسد:

۱. بعد مهندسی زنجیره تأمین و استقلال عملیاتی

این بُعد به معماری زنجیره ارزش دارویی اشاره دارد. تاب آوری در اینجا به معنای گذار از یک زنجیره تأمین «خطی و نازک» به یک زنجیره تأمین «چاپک و تاب آور» است.

● بومی‌سازی عمودی: کاهش وابستگی به واردات مواد اولیه (بهویژه در یکسری مواد اولیه خاص) تنها یک شعار سیاسی نیست، بلکه یک ضرورت مهندسی برای حذف «نقاط شکست تکمنبیعی» است.

● تکرارپذیری و افزونگی: ایجاد ظرفیت‌های مازاد تولید و تنوع بخشی به تأمین کنندگان، به سیستم اجازه می‌دهد تا در صورت از کار افتادن یک یونیت، سیستم متوقف نشود. اگرچه این امر ممکن است در کوتاه‌مدت هزینه‌های کارایی را افزایش دهد، اما در بلندمدت هزینه‌های بحران را بهشت کاهش می‌دهد.

۲. بعد حکمرانی هوشمند و انعطاف‌پذیری نهادی

حکمرانی دارویی در شرایط عدم قطعیت، نیازمند سازوکارهای تصمیم‌گیری «سیستماتیک و منعطف» است.

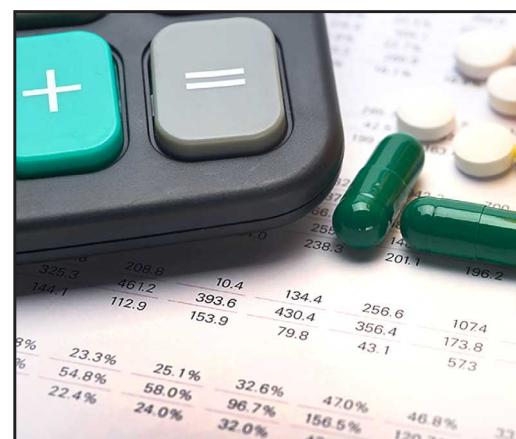
● مدیریت بر اساس ریسک: جایگزینی رویکرد انفعालی با رویکرد پیش‌بینانه؛ به طوری که سیاست‌ها بر اساس سناریوهای پیش‌بینی شده از بحران‌ها تدوین شوند.

● یکپارچگی افقی: شکستن سیلوهای سازمانی و ایجاد یک «فرماندهی مشترک» متشکل از ذی‌نفعان سلامت و اقتصاد.

این ساختار باید اختیارات لازم برای دور زدن بروکراسی‌های اداری در زمان بحران را به دست آورد تا سرعت واکنش سیستم به حداقل برسد.

۳. بعد اقتصادی و پایداری مالی

تاب آوری اقتصادی، تضمین کننده بقای بازیگران سیستم در فشارهای بازار است.



شکاف قیمتی، به‌طور مستقیم حاشیه سود تولیدکنندگان را هدف قرار داده و منجر به «فرار سرمایه» از بخش تولید داروهای استراتژیک به سمت تولید کالاهایی با حاشیه سود بالاتر (مانند مکمل‌ها یا لوازم آرایشی) شده است

◆ درس‌های استخراج شده از تجربیات جهانی: الگوهای موفق در حکمرانی تاب آور

مررور ادبیات نظام‌های سلامت و تجربیات بین‌المللی نشان می‌دهد که کشورهایی که موفق شده‌اند در برابر شوک‌های بیرونی (همه‌گیری، جنگ، تحریم) تاب آوری خود را حفظ کنند، از الگوهای رفتاری و ساختاری مشترکی پیروی می‌کنند. این کشورها با درک اینکه تاکید افرادی بر «کارایی» می‌تواند مانعی بر سر راه توسعه «تاب آوری» باشد، استراتژی‌های زیر را به کار بسته‌اند:

۱. استراتژی تنوع بخشی به منابع تأمین

یکی از اصول بنیادین در مدیریت زنجیره تأمین، اجتناب از «وابستگی تکمنبیعی» است. نظام‌های تاب آور جهانی، با توزیع ریسک میان چندین تأمین‌کننده در مناطق جغرافیایی مختلف، خود را در برابر اختلالات منطقه‌ای یا سیاسی بیمه کرده‌اند.

PRICING STRATEGY



پژوهش‌های بالینی و تولید مواد موثره، کنترل فنی زنجیره دارو را در دست گرفته‌اند. این استقلال فنی، آن‌ها را در برابر فشارهای سیاسی برای قطع انتقال تکنولوژی مصون می‌دارد.

این رویکرد نیازمند دیپلماسی دارویی فعال و ایجاد شبکه‌های لجستیکی جایگزین است تا در صورت قطع یک کانال، کانال‌های دیگر فعال شوند.

۵. انعطاف‌پذیری قانون‌گذاری

در بحران‌های جهانی مشاهده شده است که سازمان‌های نظارتی مانند FDA یا EMA با ایجاد مسیرهای سریع تر برای تأیید داروها و واکسن‌ها، چاکری سیستم را افزایش داده‌اند. این انعطاف‌پذیری قانونی، به همراه حفظ استانداردهای کیفی، اجازه می‌دهد که راهکارهای درمانی جدید در کوتاه‌ترین زمان ممکن در اختیار جامعه قرار گیرد.

◀ الامات سیاست‌گذاری و راهکارهای عملیاتی برای ارتقای تاب آوری

با توجه به آسیب‌شناسی‌های ساختاری انجام‌گرفته و مبانی نظری تبیین شده، سیاست‌گذاران حوزه دارو و سلامت باید با درک حساسیت موضوع، از رویکردهای مقطوعی فاصله گرفته و به سمت اصلاحات ریشه‌ای حرکت کنند. راهکارهای زیر بر اساس اصول حکمرانی و مدیریت سیستم‌های پیچیده تدوین شده‌اند:

۱. بازندهی نظام قیمت‌گذاری و اصلاح حاشیه سود

برای مقابله با «شکاف قیمتی» و انگیزه‌های معکوس موجود در زنجیره تأمین، ضروری است که مکانیزم قیمت‌گذاری از حالت دستوری و هزینه محور صرف، به سمت مدل‌های پویا تغییر یابد. ● ایجاد نرخ بازده داخلی هدف: تضمین یک حاشیه سود منطقی واقعی برای تولیدکنندگان داروهای استراتژیک و مواد اولیه،

۲. مکانیزم ذخیره‌سازی راهبردی هوشمند

تجربیات جهانی نشان داده است که اینبارداری سنتی و کورکورانه، نه تنها هزینه‌بر است بلکه به دلیل تاریخ انقضای داروهای، ناکارآمد نیز هست. الگوی موفق، استقرار سیستم‌های «مدیریت موجودی توسط فروشنده» و استفاده از الگوریتم‌های پیش‌بینی تقاضا است. این سیستم‌ها با تحلیل داده‌های اپیدمیولوژیک و الگوهای مصرف، ذخایر راهبردی را به صورت پویا مدیریت می‌کنند و قبل از وقوع بحران، هشدارهای لازم را صادر می‌کنند.

۳. سیاست‌گذاری مبتنی بر «امنیت ملی»

در بسیاری از کشورهای پیش‌رو، صنعت دارویی به عنوان یک صنعت استراتژیک و امنیتی تلقی می‌شود، نه صرفاً یک صنعت تجاری. این دیدگاه باعث شده است که دولت‌ها از ابزارهای حمایت‌هایی تعریف‌های، یارانه‌های تحقیق و توسعه و خریدهای تضمینی برای حفظ توان تولیدی استفاده کنند. حتی در زمان صلح، این کشورها حاضرند بخشی از «کارایی اقتصادی» را فدای «امنیت تأمین» کنند تا زیرساخت‌های تولیدی خود را حفظ کنند.

۴. بومی‌سازی دانش فنی و فناوری

درس مهم دیگر، حرکت از مونتاژ و بسته‌بندی به سمت «طراحی و فرمولاسیون» است. کشورهای تاب آور، وابستگی خود را به دانش فنی خارجی کاهش داده و با سرمایه‌گذاری سنگین بر روی

۵. استقرار سیستم‌های نظارت هوشمند و ردیابی

برای مقابله با خروج دارو از چرخه قانونی و مدیریت دقیق موجودی‌ها، باید زیرساخت‌های فناوری اطلاعات تقویت شود. ● الزام برای استفاده از سیستم‌های ردیابی دیجیتال (مانند کدگذاری سریال) در تمامی مراحل تولید و توزیع با تمرکز بر اصلاح ضعف‌های سیستم فعلی.

این ابزار به سیاست‌گذار اجازه می‌دهد تا در زمان واقعی، جریان دارو را رصد کرده و قبل از وقوع کمبود در بازار، با تخصیص هوشمند منابع، از بحران پیشگیری کند.

نتیجه‌گیری: گذار از واکنش‌گری به پیش‌گیری فعال

نظام دارویی کشور در مقطع کنونی، با مجموعه‌ای از تهدیدات پیچیده و چندلایه روبرو است که نمی‌توان با ابزارها و رویکردهای سنتی مدیریت اش کرد.

آسیب‌شناسی‌های انجام‌گرفته در این مقاله نشان داد که چالش اصلی، تنها محدود به «مشکلات خارجی» نیست؛ بلکه ریشه‌های بحران در «ناکارآمدی‌های داخلی» نظری شکست مکانیسم قیمت‌گذاری، بحران نقدینگی ساختاری، پراکندگی حکمرانی و خطرات کیفی نهفته است. ادامه روند فعلی که بر پایه مدیریت بحران و تصمیمات مقطوعی استوار است، نه تنها تاب‌آوری سیستم را ارتقا خواهد داد، بلکه با فرسایش تدریجی توان تولیدی، امنیت دارویی‌کشور را در برابر شوک‌های آتی با مخاطرات جدی روبه‌رو خواهد ساخت.

تجربیات نظری و جهانی بیانگر آن است که تاب‌آوری، یک ویژگی ذاتی نیست، بلکه حاصل یک حکمرانی آگاهانه است.

طرحی مهندسی شده و حکمرانی آگاهانه است. کشورهایی که موفق شده‌اند در طوفان‌های جهانی غرق نشوند، اصولی همچون تنوع‌بخشی به منابع، استقلال فنی، و انعطاف‌پذیری قانونی را سرلوحه سیاست‌های خود قرار داده‌اند.

سیاست‌گذاران باید بدانند که امنیت دارویی، بخشی لاینفک از امنیت ملی است. هزینه نادیده گرفتن هشدارهای امروز و عدم سرمایه‌گذاری بر لوازم تاب‌آوری، فاجعه‌هایی در آینده خواهد بود که دیگر به آسانی و با هزینه‌های تقویت سیستم موجود نمی‌توان با آن مقابله کرد. تنها از طریق یک نظام دارویی تاب‌آور، مبتنی بر دانش بومی و مدیریت یکپارچه، می‌توان اطمینان حاصل کرد که سلامت مردم، در هر شرایطی، محفوظ و تضمین شده خواهد بود.

تا انگیزه سرمایه‌گذاری در این بخش‌ها حفظ شود.

● صندوق تعدیل قیمت‌ها: ایجاد یک سازوکار بیمه‌ای برای پوشش نوسانات نرخ ارز، تا تولیدکننده در برابر جهش‌های ناگهانی هزینه‌های وارداتی مصون بماند و از کاهش کیفیت برای حفظ سود جلوگیری شود.

۲. تأسیس «صندوق پایداری و تاب‌آوری دارویی»

برای رفع بحران نقدینگی ساختاری و تأخیر در بازپرداخت بیمه‌ها، پیشنهاد می‌شود یک نهاد مالی تخصصی تحت نظارت بانک مرکزی و وزارت بهداشت تأسیس شود.

● این صندوق با هدف تأمین نقدینگی گردشی برای زنجیره تأمین عمل کرده و با استفاده از ابزارهای مالی، مطالبات تولیدکنندگان را در کوتاه‌ترین زمان ممکن نقد می‌کند. این اقدام هزینه‌های تأمین مالی غیررسمی را کاهش داده و پایداری تولید را تضمین می‌کند.

۳. ارتقای حکمرانی یکپارچه و ایجاد «فرماندهی مشترک»

برای غلبه بر «ثرسیلو» و پراکندگی تصمیم‌گیری بین دستگاهی، باید یک ساختار فرابخشی با اختیارات قانونی مشخص ایجاد شود.

● این ستاد متشكل از نمایندگان وزارت بهداشت، وزارت صمت، بانک مرکزی، گمرک و سازمان برنامه و بودجه باید مسئولیت هماهنگی سیاست‌های ارزی، تعرفه‌ای و تأمین را بر عهده بگیرد. اختیارات این ستاد باید در شرایط بحران به گونه‌ای باشد که بتواند با سرعت عمل، قوانین دست و پاگیر اداری را موقتاً معلق کرده و اولویت تأمین دارو را بر مصالح تجاری مقدم بدارد.

۴. اولویت‌بندی استراتژیک در تولید مواد اولیه

سیاست‌گذار باید با استفاده از ماتریس‌های اولویت‌بندی (مانند ماتریس تأثیر-وابستگی)، فهرستی از «داروهای حیاتی و استراتژیک» را تدوین کند.

● برای این گروه از داروها، باید سیاست «جایگزینی واردات» با تمام قوا پیگیری شود. این امر شامل ارائه یارانه‌های سرمایه‌ای و یارانه‌های تحقیق و توسعه برای احداث کارخانه‌های تولید مواد موثره است.



پریسامهرانی
مدیر بازاریابی شرکت
داروسازی راموقارمین

بازاریابی و فروش در داروسازی

از محصول محوری تا ارزش آفرینی پایدار

صنعت داروسازی یکی از حساس‌ترین حوزه‌های اقتصادی و سلامت‌محور در جهان است. بازاریابی و فروش در این صنعت، صرفاً به معنای افزایش سهم بازار یا رشد عددی فروش نیست؛ بلکه فرآیندی پیچیده، چندلایه و مبتنی بر اعتماد است که مستقیماً با سلامت جامعه و کیفیت زندگی بیماران گره خورده است. در چنین فضایی، موفقیت سازمان‌های دارویی وابسته به ترکیبی از علم، اخلاق حرفه‌ای، شناخت بازار، و استراتژی‌های نوین فروش است.

تصمیم‌گیری‌هایی دقیق‌تر و سریع‌تر در بازار بگیرند.

۵. تیم فروش؛ سفیران علمی سازمان

نیروی فروش در شرکت داروسازی صرفاً فروشنده نیست؛ بلکه نماینده علمی و حرفه‌ای سازمان است. موفق‌ترین تیم‌های فروش دارای ویژگی‌هایی چون: دانش علمی و داروشناسی قوی، مهارت ارتباطی بالا، توان تحلیل نیاز بازار و اخلاق حرفه‌ای و مسئولیت‌پذیری است.

۱. ویژگی‌های منحصر به فرد بازاریابی دارویی

بازاریابی در صنعت داروسازی تفاوت‌های بنیادین با سایر صنایع دارد. از جمله:

- وجود قوانین و چارچوب‌های نظارتی ویژه
- تأثیر مستقیم بر سلامت بیماران
- اهمیت شواهد علمی در معرفی محصولات در نتیجه، مارکتینگ دارویی بیش از آنکه تبلیغ‌محور باشد، باید دانش‌محور و مبتنی بر ارزش درمانی باشد.



۶. آینده فروش دارویی؛ رقابت بر سر ارزش است، نه قیمت

در آینده نزدیک، شرکت‌هایی موفق خواهند بود که بتوانند: محصولات باکیفیت و مبتنی بر نیاز واقعی بازار تولید کنند، ارتباط پایدار با پزشکان و داروخانه‌ها برقرار سازند، بر اساس داده و تحلیل تصمیم بگیرند، و تجربه درمانی بیمار را محور اصلی استراتژی قرار دهند. بازار دارو دیگر صرفاً میدان رقابت تجاری نیست؛ بلکه عرصه رقابت بر سر اعتماد، نوآوری و ارزش آفرینی درمانی است.

جمع‌بندی

بازاریابی و فروش در صنعت داروسازی، تلفیقی از علم، اخلاق، استراتژی و ارتباط انسانی است. شرکت‌های دارویی برای رشد پایدار باید از نگاه صرفاً فروش‌محور فاصله گرفته و به سمت مدل‌های ارزش آفرین، دانش‌محور و مبتنی بر اعتماد حرکت کنند. در نهایت، موفقیت واقعی زمانی رقم می‌خورد که فروش بیشتر، هم‌زمان با ارتقای سلامت جامعه و رضایت بیماران حاصل شود.

۳. نقش برندهای سرمایه‌برند در بازار دارویی

در بازار دارو، اعتماد مهم‌ترین سرمایه‌برند است. پزشکان و داروسازان زمانی یک محصول را در نسخه یا پیشنهاد خود قرار می‌دهند که:

- به کیفیت تولید اطمینان یابند، از پشت‌توانه علمی محصول مطلع باشند و تجربه بالینی مثبتی از آن داشته باشند. بنابراین، سرمایه‌گذاری در برندهای سازی علمی و ارتباط مؤثر با جامعه پزشکی از ارکان اصلی مارکتینگ دارویی است.

۴. تحول دیجیتال و بازاریابی نوین دارویی

با گسترش فناوری و تغییر رفتار مخاطبان، بازاریابی دارویی نیز وارد مرحله‌ای جدید شده است. ابزارهای نوین شامل: بازاریابی دیجیتال (Digital Marketing)، تحلیل داده‌های فروش و بازار (Data-Driven Marketing) و مدیریت ارتباط با مشتری (CRM) است و شرکت‌هایی که از این ابزارها بهره می‌گیرند، می‌توانند

اهمیت توجه به واحدهای تضمین کیفیت در صنعت دارو



یاسمین راهی

سرمایه‌گذاری است یا بار مالی غیر ضروری؟!



در صنعت تولید دارو، فعالیت‌های تضمین کیفیت (Quality Assurance - QA) اغلب به عنوان مراکز هزینه‌ای ناشی از الزامات قانونی

تلقی می‌شوند، نه به عنوان سازوکارهای راهبردی!

سوال! آیا هزینه‌های مرتبط با کیفیت، واقعاً بار مالی غیر ضروری محسوب می‌شوند یا یک سرمایه‌گذاری پیشگیرانه و توجیه‌پذیر

در چارچوب عملیات دارویی تحت نظارت‌های قانونی؟!

معادل ۵.۳ ارزیابی شده است که نشان می‌دهد به ازای هر یک دلار سرمایه‌گذاری در تضمین کیفیت، حدود ۵.۳ دلار از هزینه‌های ناشی از شکست و عدم کیفیت پیشگیری می‌شود.

بحث

هزینه‌های هزینه‌ها، سرمایه‌گذاری‌های پیشگیرانه (QA) سهمی نسبت‌اندک از مجموع هزینه‌های مرتبط با کیفیت را به خود اختصاص می‌دهند، در حالی که هزینه‌های ناشی از عدم انطباق و شکست‌های کیفی؛ از جمله فراخوان محصولات، اقدامات اجرایی و تنبیه‌ی نهادهای نظارتی، وقفه در تولید و لطمہ به اعتبار سازمان؛ بخش عمده بار مالی را تشکیل می‌دهند. افزایش تدریجی و هدفمند سرمایه‌گذاری در حوزه QA منجر به ایجاد منافع اقتصادی پایدار، قابل پیش‌بینی و قابل اتقام می‌شود و نقشی مؤثر در یکپارچه‌سازی

در یک پژوهش جامع، مؤلفه‌های کلیدی سیستم کیفیت دارویی در ICH Q10-به‌ویژه مسئولیت مدیریت، پایش عملکرد فرآیندها و اقدامات اصلاحی و پیشگیرانه (CAPA)-در زمینه کاهش ریسک‌های اقتصادی و مقرراتی مورد بررسی قرار گرفته و نتایجی به دست آمده است.

در بخش ارزیابی هزینه‌ها، سرمایه‌گذاری‌های پیشگیرانه در حوزه QA با آثار مالی مستقیم و غیرمستقیم ناشی از فراخوان داروها مقایسه شده است. با استفاده از چارچوب هزینه کیفیت Cost of Quality - CoQ، هزینه‌های پیشگیری از هزینه‌های ناشی از شکست تفکیک شده‌اند؛ هزینه‌هایی که شامل اجرای فراخوان، اقدامات نظارتی و تنبیه‌ی نهادهای رגולاتوری، اختلال در تولید و آسیب به اعتبار سازمان می‌شوند. بازده اقتصادی این سرمایه‌گذاری با استفاده از نسبت فایده به هزینه Benefit-Cost Ratio - BCR می‌باشد.

ملاحظات کیفی با برنامه‌ریزی مدیریتی و تخصیص منابع مبتنی اثربخشی و توجیه اقتصادی بسیار بالاتری برخوردار است.

◀ توزیع هزینه کیفیت (Cost of Quality)

توزیع هزینه کیفیت (CoQ) نشان می‌دهد که هزینه‌های پیشگیری؛ شامل پایش فرآیندها، آموزش نیروی انسانی و ممیزی‌های کیفی؛ تنها سهمی اندک از کل هزینه‌های مرتبط با کیفیت را تشکیل می‌دهند، در حالی که هزینه‌های ناشی از شکست‌های کیفی سهم غالب را به خود اختصاص داده‌اند (شکل ۲). این یافته تأیید می‌کند که بخش عمده زیان‌های مالی از ناحیه شکست‌ها و عدم کنترل‌های مؤثر ناشی می‌شود، نه از اقدامات پیشگیرانه. از این رو، اهمیت استقرار پایش مستمر فرآیندها و به کارگیری نظام‌های قوی اقدامات اصلاحی و پیشگیرانه (CAPA) برای شناسایی زودهنگام انحرافات و پیشگیری از تشدید پیامدهای کیفی و اقتصادی بیش از پیش بر جسته می‌شود.

هزینه‌های پیشگیرانه تنها بخشی کوچک از مجموع هزینه‌های مرتبط با کیفیت را تشکیل می‌دهند؛ در مقابل، هزینه‌های ناشی از شکست؛ از جمله فراخوان مخصوص‌لات، جرایم و اقدامات تنبه‌یه رگولاتوری، توقف تولید و آسیب به اعتبار سازمان؛ سهم غالب این توزیع را به خود اختصاص می‌دهند. این امر ارزش اقتصادی شناسایی زودهنگام انحرافات و استقرار نظام‌های قدرتمند اقدامات اصلاحی و پیشگیرانه (CAPA) را به روشنی بر جسته می‌سازد (شکل ۲)

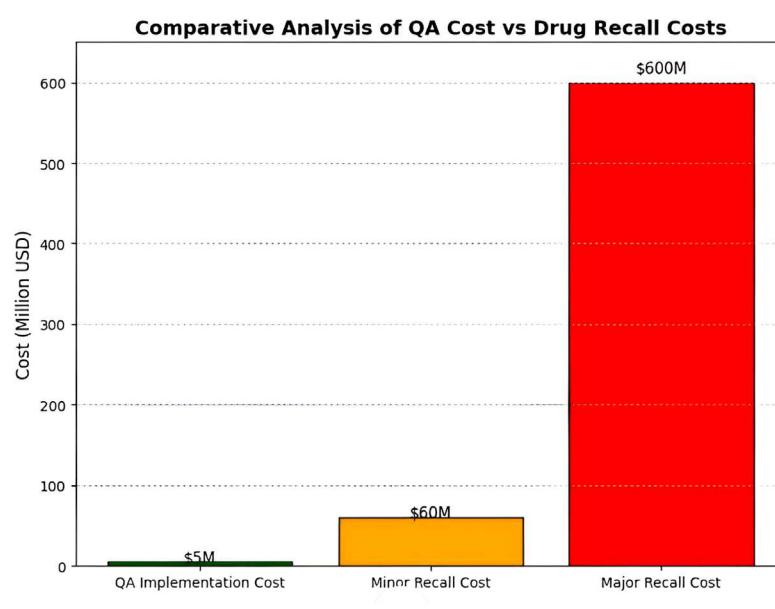
حتی پیاده‌سازی برنامه‌های جامع و پیشرفت‌ه تضمین کیفیت

نیز مستلزم سرمایه‌گذاری نسبتاً محدودی است، در حالی که هزینه‌های ناشی از یک فراخوان جزئی می‌تواند چندین برابر این سرمایه‌گذاری باشد و فراخوان‌های گسترده و بحرانی، ممکن است زیان‌هایی باشد تصاعدی ایجاد کنند.

به عنوان نمونه، یکی از فراخوان‌های شاخص سازمان غذاداری ایالات متحده (FDA) در ارتباط با یک فرآورده تزریقی کورتیکوس‌استروئیدی آلوده، منجر به بروز ۷۵۱ مورد منزئت و ۶۴ مورد مرگ شد و پیامدهای انسانی و اقتصادی بسیار سنگینی به همراه داشت؛ پیامدهایی که به مراتب فراتر از هزینه‌های متعارف تضمین کیفیت بودند. این شواهد به روشنی نشان

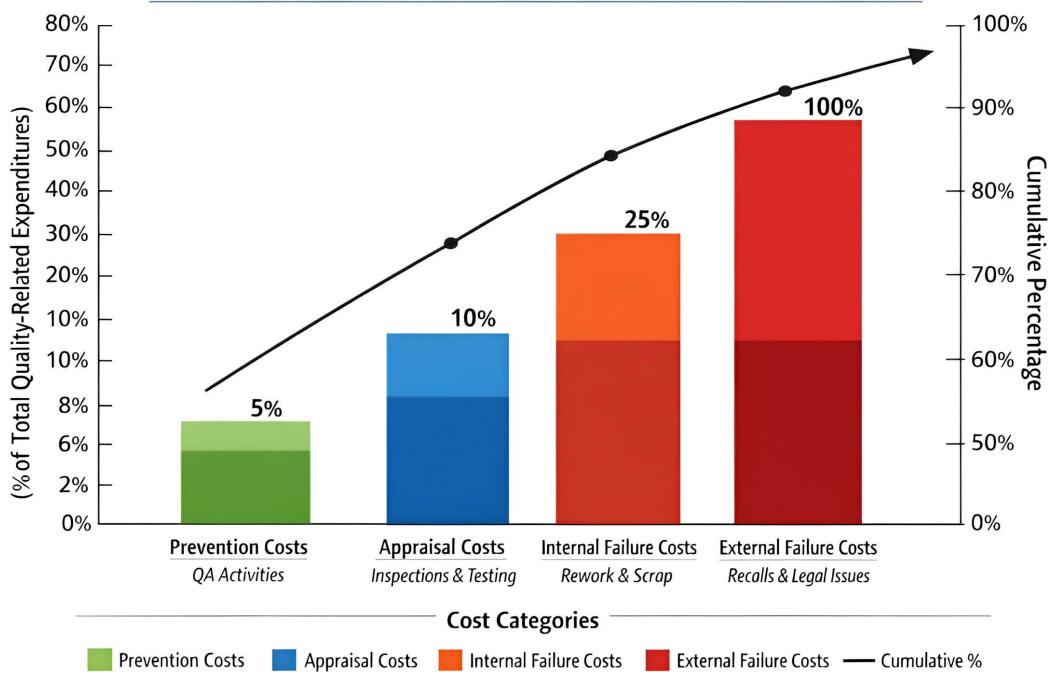
ثبت شده است تصمیم‌گیری
مبتنی بر تضمین کیفیت
موجب کاهش ریسک‌های
مالی، ارتقای انطباق با
الزامات رگولاتوری و حمایت
از ایمنی بیماران می‌شود

می‌دهد که سرمایه‌گذاری پیشگیرانه در حوزه QA از منظر اقتصادی به مراتب مقرون به صرفه‌تر و اثربخش‌تر از تحمل زیان‌های بالقوه ناشی از شکست‌های کیفی است (شکل ۱). حتی اجرای یک برنامه جامع تضمین کیفیت نیز مستلزم سرمایه‌گذاری نسبتاً محدودی است، در حالی که زیان‌های مالی ناشی از فراخوان‌های جزئی می‌تواند چندین برابر این پیشگیرانه باشد و فراخوان‌های گسترده ممکن است به هزینه‌هایی باشد تصاعدی منجر شوند (شکل ۱). این موضوع به روشنی نشان می‌دهد که هزینه کرد پیشگیرانه در حوزه تضمین کیفیت، در مقایسه با زیان‌های بالقوه ناشی از شکست‌های کیفی، از



(شکل ۱)

Economic Composition of Quality-Related Costs in Pharmaceutical Manufacturing



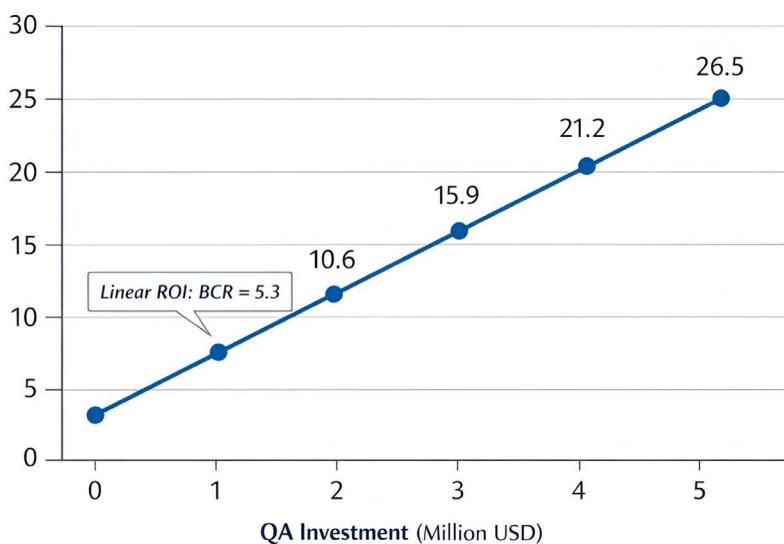
(شکل ۲)

نسبت فایده به هزینه (Benefit-Cost Ratio - BCR) مدل سازی شده

معادل ۵.۳، وجود یک رابطه خطی میان سرمایه‌گذاری در تضمین کیفیت (QA) و بازده اقتصادی حاصل از آن را نشان می‌دهد؛ به گونه‌ای که به ازای هر یک دلار هزینه کرد در حوزه QA، می‌توان از تحمیل حدود ۵.۳ دلار هزینه ناشی از شکست‌های کیفی پیشگیری کرد. این خطی بودن رابطه، بر منافع مالی قابل پیش‌بینی و اتقاپذیر افزایش تدریجی سرمایه‌گذاری در تضمین کیفیت تأکید دارد (شکل ۳).

پایداری اقتصادی سرمایه‌گذاری‌های تضمین کیفیت

مدل سازی بازده سرمایه‌گذاری نشان می‌دهد که به ازای هر دلار افزایش سرمایه‌گذاری در حوزه تضمین کیفیت (QA)، به طور متوسط حدود ۵.۳ دلار از هزینه‌های ناشی از شکست‌های کیفی جلوگیری می‌شود. وجود رابطه‌ای خطی میان میزان سرمایه‌گذاری در QA و منافع اقتصادی حاصل از آن، بیانگر بازدهی قابل پیش‌بینی این سرمایه‌گذاری‌هاست و از ادغام نظاممند هزینه‌های تضمین کیفیت در چارچوب‌های تصمیم‌گیری مدیریتی حمایت می‌کند (شکل ۳).



(شکل ۳)



است. سازمان‌هایی که در QA سرمایه‌گذاری ناکافی دارند، در معرض زیان‌های مالی قابل توجه، تحریم‌های رگولاتوری و تهدید ایمنی بیماران قرار می‌گیرند؛ پیامدهایی که به مراتب فراتر از هزینه اقدامات پیشگیرانه هستند.

References

1. International Council for Harmonisation of Technical Requirements for Pharmaceuticals for Human Use. (2008). ICH Q10 Pharmaceutical Quality System. Retrieved from <https://www.ich.org/page/quality-guidelines>
2. Juran, J. M., & Godfrey, A. B. (1999). Juran's Quality Handbook (5th ed.). McGraw Hill.
3. Crosby, P. B. (1979). Quality is Free: The Art of Making Quality Certain. McGraw Hill.
4. U.S. Food and Drug Administration. (2012). Compounding steroid injections: Meningitis outbreak. Retrieved from <https://www.fda.gov>
5. European Medicines Agency. (2023). EU GMP Guide, Part I: Chapter 1 – Pharmaceutical Quality System. Retrieved from <https://www.ema.europa.eu>
6. U.S. Food and Drug Administration. (2021). Drug Recalls & Enforcement Reports. Retrieved from <https://www.fda.gov/drugs/drug-safety-and-availability/drug-recalls>

تحلیل یکپارچه نشان می‌دهد که تصمیم‌گیری مبتنی بر تضمین کیفیت (QA) موجب کاهش ریسک‌های مالی، ارتقای انطباق با الزامات رگولاتوری و حمایت از ایمنی بیماران می‌شود. سرمایه‌گذاری ناکافی در حوزه QA سازمان‌ها را در معرض ریسک‌های نامناسبی قرار می‌دهد، از جمله فراخوان‌های گستردۀ محصولات، مسئولیت‌های حقوقی و از دست رفتن غیرقابل جبران اعتماد عمومی. این یافته‌ها بر مسئولیت مدیریت ارشد تأکید می‌کنند، همان‌طور که در بند ۲.۲ راهنمای ICH Q10 آمده است، مبنی بر اینکه منابع کافی باید به سیستم‌های کیفیت اختصاص یابد و این تصمیم‌گیری‌ها باید بر اساس تحلیل ریسک و ارزیابی اقتصادی انجام شود. سیستم‌های QA قادر تمند نه تنها تضمین‌کننده انطباق هستند، بلکه ارزش اقتصادی قابل اندازه‌گیری نیز ایجاد می‌کنند.

نتیجه‌گیری

با استفاده از تحلیل مقایسه‌ای هزینه‌ها، مدل سازی هزینه کیفیت (CoQ) و ارزیابی بازده سرمایه‌گذاری (ROI)، این مطالعه تأیید می‌کند که سرمایه‌گذاری‌ها در تضمین کیفیت (QA) در صنعت تولید دارو نه بیش از حد و نه اختیاری هستند. هزینه‌های پیشگیرانه QA در مقایسه با پیامدهای مالی، رگولاتوری و اخلاقی ناشی از شکست‌های کیفی بسیار ناچیز است.

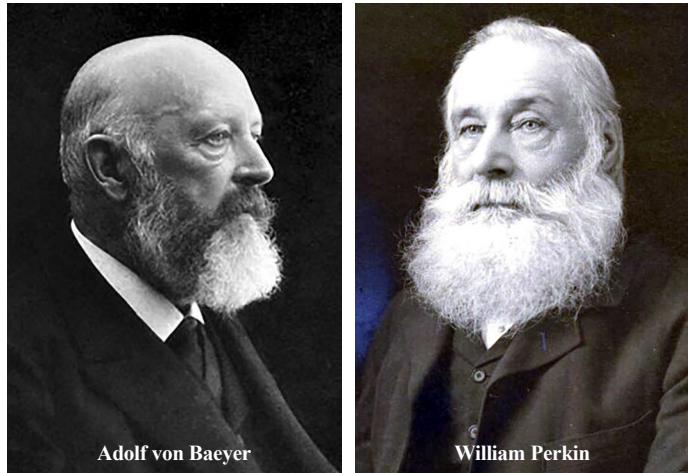
تضمین کیفیت یک عملکرد راهبردی محوری است که ارزش اقتصادی، انطباقی و بهداشتی قابل اندازه‌گیری ایجاد می‌کند. سرمایه‌گذاری مناسب در QA برای پایداری عملیات دارویی و اتخاذ تصمیمات کیفی مبتنی بر شواهد و مسئولانه ضروری

پایه‌گذار داروسازی مدرن

برخاستن امپراتوری «بایر» از صنعت رنگ



دکتر حبیب‌الله افشنگ
داروساز



Adolf von Baeyer

William Perkin

در نگاه نخست، رنگ و دارو به ظاهر دو قلمرو کاملاً متفاوت‌اند: یکی برای زیبایی و هنر به کار می‌رود و دیگری برای بهبود و نجات جان انسان‌ها. اما تاریخ علم در قرن نوزدهم نشان می‌دهد که این دو صنعت، ریشه‌هایی مشترک دارند و از دل یک انقلاب شیمیایی واحد متولد شده‌اند؛ انقلابی که مسیر پژوهشی، تجارت و حتی سیاست جهانی را تغییر داد. در مرکز این انقلاب نامهای چون ویلیام پرکین (William Perkin) و شرکت بایر (Bayer) حضور دارند؛ جایی که نخستین رنگ‌های مصنوعی راه را برای نخستین داروهای شیمیایی باز کردند.

شد و دولتها و کارخانه‌ها را به سرمایه‌گذاری در صنعت رنگ‌های شیمیایی سوق داد.

آلمان، زادگاه رنگ و دارو

در این دوران، آلمان توانست مرکز جهانی شیمی کاربردی شود. اشتینگ‌هوزن هامبورگ و لورفیلد لورکوزن (که بعدها خانه بایر شد) به شهرهای آزمایشگاه‌محور تبدیل شدند. دانشگاه‌های آلمان از جمله گوتینگن و هایدلبرگ، پیوندی میان تحقیق بنیادی و صنعت برقرار کردند؛ الگویی که پایه‌گذار پژوهش صنعتی مدرن شد.

شرکت‌هایی چون باسف (BASF)، هوئشت (Hoechst)، و بایر (Bayer) با تولید رنگ‌های مصنوعی از بازمانده‌های قطران زغال‌سنگ (Coal tar) رشد کردند. علت انتخاب قطران آن بود که منبع ارزان و غنی از ترکیبات آروماتیک مانند آنیلین و تولوئیدین به شمار می‌رفت؛ موادی که بعداً هسته‌ی اصلی داروسازی مدرن شدند.

از رنگ تا درمان: بایر وارد صحنه می‌شود

شرکت بایر در سال ۱۸۶۳ در شهر ووپرتال آلمان (آن زمان بارمن نام داشت) تأسیس شد و نخست فعالیت آن تولید رنگ‌های نساجی بود. بنیان‌گذارانش، فریدریش بایر و یوهان فریدریش وسکوت، هر

از شیمی آلی تا تولد رنگ‌های مصنوعی

در نیمه‌ی قرن نوزدهم، شیمی آلی در اروپا، جوان اما پرهیجان بود. شیمیدانان تازه دریافت‌هه بودند که می‌توانند ترکیباتی پیچیده زیستی را از مواد اولیه‌ی معدنی سنتز کنند. در سال ۱۸۵۶ نوجوانی ۱۸ ساله بنام ویلیام هنری پرکین هنگام آزمایش برای تولید «کینین» (داروی ضد مALARIA) از زغال‌سنگ، به طور تصادفی ترکیبی ارغوانی و درخشان به دست آورد که بعداً به نام «مایوین» (Mauveine) یا رنگ بنفسن پرکین شناخته شد.



این کشف نه تنها آغاز صنعت رنگ‌های مصنوعی آنیلینی بود، بلکه سرآغاز یکی از بزرگ‌ترین تحولات در اقتصاد شیمیایی جهان محسوب می‌شود. رنگ مایوین به سرعت در سراسر اروپا محبوب

در سال ۱۹۰۹، از همین مسیر، داروی سالوارسان (Arsphenamine) به عنوان نخستین درمان مؤثر برای سیفلیس تولید شد. جالب اینجا است که ماده‌ای اولیه‌ی آن از رنگ‌های صنعتی استخراج شده بود.

۲. تولد «آسپرین»: مشهورترین فرزند بایر
در سال ۱۸۹۷، شیمیدان جوان شرکت بایر، فلیکس هافمن، در تلاش برای یافتن جایگزینی کم‌عارضه برای سالیسیلات‌ها، توانست اسید استیل‌سالیسیلیک را سنتز کند. این ترکیب؛ که امروز با نام آسپرین (Aspirin) شناخته می‌شود؛ از مشتقات یک مولکول فنولی استخراج شده از همان خانواده ترکیبات آروماتیک بود که صنعت رنگ از آن‌ها استفاده می‌کرد.
به‌این ترتیب، دارویی که امروز در فهرست مهم‌ترین داروهای جهان است، از دل شیمی رنگ‌سازی زاده شد.



مشارکت بایر در مفهوم «داروسازی تحقیق محور»
بایر یکی از نخستین شرکت‌هایی بود که آزمایشگاه تحقیقاتی اختصاصی با همکاری دانشگاه‌ها تأسیس کرد. در آن زمان، بیشتر داروسازان داروهای طبیعی و گیاهی می‌فروختند. اما بایر و رقبا دریافتند که دانش شیمی قادر است مولکول‌هایی تازه با اثرات درمانی دقیق تر خلق کند.
بعبارت دیگر، بایر به جای تقلید از طبیعت، به طراح دارو تبدیل شد.
این گذار نخست در رنگ‌ها اتفاق افتاد: طراحان رنگ به‌دقت می‌دانستند که با تغییر یک گروه متیل یا هیدروکسی، چه تفاوتی در رنگ حاصل می‌شود. همین نوع «تفکر ساختار-کارکرد» بعدها اساس طراحی دارویی شد.

رنگ‌ها و عصر نوین داروشناسی هدفمند
از نگاه تاریخی، بسیاری از اولین داروهای انتخابی ضدمیکروبی از ترکیبات رنگ‌های قطران زغال‌سنگ منشأ گرفتند:
- متیلن بلو (Methylene Blue) ابتدا یک رنگ آزمایشگاهی بود، اما در اواخر قرن نوزدهم به عنوان داروی ضد مالاریا به کار رفت.

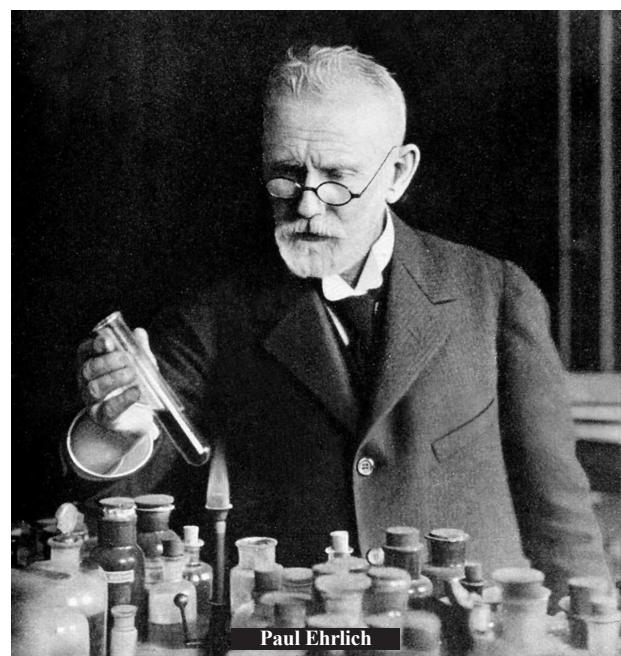
دو در ابتدا رنگ‌ساز بودند و هیچ تصویری از داروسازی نداشتند. اما مسیر شرکت به‌زودی تغییر کرد. رنگ‌های از ترکیبات آلی مانند آنیلین ساخته می‌شدند، و شیمیدانان دریافتند که تغییر کوچک در ساختار مولکولی آن‌ها ممکن است اثرات بیولوژیک غیرمنتظره‌ای ایجاد کند. این مشاهدات، جرقه‌ای برای تولد «فارماکوشیمی» (Pharmacochemistry) بود.



◀ اکتشاف تصادفی داروهای از میان رنگ‌ها

در دهه‌های پایانی قرن نوزدهم، چند کشف سرنوشت‌ساز رخ داد که مرز میان صنعت رنگ و داروسازی را شکاند:

۱. رنگ آلی به عنوان ماده ضدباکتری: پاول ارلیش (Paul Ehrlich)، پدر علم ایمونولوژی، مشاهده کرد که برخی از رنگ‌های آنیلینی می‌توانند سلول‌های خاصی از باکتری‌ها را هدف بگیرند و وارد بافت‌های انسانی نشوند. او ایده‌ی مشهور «گلوله جادویی» را مطرح کرد؛ دارویی که فقط عامل بیماری را هدف بگیرد بدون آسیب به بدن میزبان.





◀ میراث علمی و فناورانه

اگر امروزه شرکت‌هایی چون بایر، مرک (Merck)، و روش (Roche) در خط مقدم پژوهش‌های زیست‌پزشکی هستند، دلیلش سنتی است که از ترکیب صنعت و دانشگاه، رنگ و دارو آغاز شد. میراث آن قرن شیمیایی نه تنها دارو بلکه مدل تحقیق و توسعه (R&D) را در صنایع مدرن تعریف کرد.

از نظر فناوری، روش‌های خالص‌سازی ترکیبات، سنتز کنترل شده، و تحلیل طیفی همه در کارخانه‌های رنگ توسعه یافت و بعدها وارد داروسازی شد. حتی واژگانی مانند «Batch production» و «reactor» ریشه در همان عصر رنگ‌سازی دارند.

◀ ادامه مسیر

در قرن ۲۱ نیز این پیوند ادامه دارد. بسیاری از رنگ‌های زیستی، مانند نشانگرهای فلورسانس در تصویربرداری ژنتیکی، از همان خانواده‌های شیمیایی قدیمی برگرفته‌اند. امروزه، زمانی که محققان با نشانگرهای رنگی جریان سلولی را تحت نظر می‌گیرند، در واقع از نسلی جدید از همان «مایوین پرکین» بهره می‌برند. به نوعی، می‌توان گفت که صنعتی که به دنبال رنگ بخشیدن به پارچه بود، اکنون در حال رنگ بخشیدن به سلول‌ها و ژن‌ها است.

◀ نتیجه گیری

تاریخ شرکت بایر و صنعت داروسازی نمونه‌ای بی‌بدیل از فرگشت دانش علمی در بستر اقتصاد و جامعه است. از آزمایشگاه نوجوانی انگلیسی تا کارخانه‌های عظیم آلمانی، از رنگ پارچه تا بهبود درد و تب انسان، این مسیر نشان می‌دهد که خلاقیت علمی هیچ مرزی نمی‌شناسد.

آن‌چه با یک لکه بنفش کوچک آغاز شد، امروزه به میلیاردها ترکیب دارویی و درمانی انجامیده است. شیمیدانان قرن نوزدهم شاید نمی‌دانستند، ولی در واقع با ساخت رنگ‌ها، به علم پژوهشی، داروسازی و حتی زیست‌فناوری آینده رنگ حیات دادند.

- ترکیب‌هایی مانند آکریدین نارنجی و پروفیلین بعدها وارد نسوج عفونی شدند و سرآغاز گروه داروهای ضدپرتوزوایی بودند. حتی برخی می‌دانستند که با تغییر یک گروه متیل یا هیدروکسی، چه تفاوتی در رنگ حاصل می‌شود. همین نوع «تفکر ساختار-کارکرد» بعدها اساس طراحی دارویی شد.

◀ بایر و IG Farben: یک رویداد ۲ وجهی

در دهه‌ی ۱۹۲۰، دولت آلمان گروهی از غول‌های شیمیایی؛ از جمله BASF، Hoechst و Bayer؛ را در قالب کنسرسیومی عظیم به نام IG Farben متحدد کرد. این ائتلاف نه فقط صنعت رنگ، بلکه داروسازی جهانی را نیز در کنترل داشت.

از دل همین ساختار، داروهایی نظیر پروتوسیل (Prontosil) متولد شدند؛ نخستین داروی «سولفلا» با اثر ضدباکتری، که به طور تصادفی از یک رنگ قرمز آزمایشگاهی به دست آمد، پروتوسیل آغازگر عصر آنتی‌بیوتیک‌ها پیش از کشف پنی‌سیلین بود. اما در عین حال، IG Farben در دوران نازی‌ها نقشی تباہ پیدا کرد؛ از بهره‌کشی از کار اجباری گرفته تا ساخت گازهای شیمیایی! و پس از جنگ جهانی دوم هم منحل شد، و بایر در قالبی مستقل دوباره احیا گردید. این تاریخ تلخ یادآور آن است که پیشرفت‌های دارویی و علمی، بدون چارچوب اخلاقی، می‌توانند در جهت‌های ویرانگر نیز به کار روند.





مهندس علی احمدی لیوانی

۱۵ توصیه مدیریتی از اعضای شورای ارتباطات فوربز (Forbes)

ایده‌های خلاقانه را به اشتراک بگذارید



معمولاً افراد بازاریاب این وظیفه هیجان‌انگیز و اغلب چالش برانگیز را بر عهده دارند تا یک جریان ثابت از ایده‌های خلاقانه برای شرکت‌ها یا مشتریان خود را ایجاد کنند.

یک نفر، به تنها یعنی نمی‌تواند تمام مفاهیم و هر آن‌چه را که برای این کمپین‌ها مورد نیاز است، ارائه دهد، بنابراین لازم است راهبران بازاریابی بر دیدگاه‌ها و تصورات مختلف تیم‌های خود تکیه کنند. با این حال، همیشه آسان نیست که همه کارکنان را وادار کنیم تا ایده‌های درخشنان خود را به اشتراک بگذارند. کارکنان درونگرای شما، کمتر تمایل دارند تا در طول جلسات صحبت کنند، گاهی اوقات نیز پیش می‌آید که افراد در مسیرهای خلاقانه، کیر کرده باشند، در این صورت فقط به کمی انگیزه نیاز هست.

در اینجا می‌توانیم ۱۵ راه را که اعضای شورای ارتباطات فوربز (Forbes) تهیه کرده‌اند، بخوانیم و بفهمیم که چگونه می‌توان همه اعضای تیم را تشویق کرد تا ایده‌های خلاقانه و فعالیتی خود را روی میز بگذارند.

۲. به‌طور منظم بارش افکار تیمی برگزار کنید

جلسات بارش افکار (brainstorms) مदاوم را با ریتمی مشخص در جلسات هفتگی یا ماهانه بگنجانید. این جلسات یک فرهنگ تعامل باز ایجاد می‌کند و به تیم شما اطمینان می‌دهد که خودتان هم باور دارید که ایده‌های آن‌ها ارزشمند است. برای همه ایده‌هایی که انتخاب می‌شوند، جوابی تشویقی ترتیب دهید. حتی اگر این جوابی یک کارت هدیه کوچک، یک وعده غذا باشما یا دسترسی به محصولات و خدمات شرکت باشد، به نشان دادن قدردانی و تقویت نوآوری در آینده، کمک زیادی می‌کند. جنبین را برتسون

۱. مسئله را شخصی کنید

این که فعالیت مورد نظر به‌طور واقعی یک علاقه شخصی باشد و یا بین بسیاری از اعضاء مشترک باشد، نقطه خوب و درستی برای شروع کار است. شما از شباهت‌هایی که با کار حرفه‌ای خود پیدا می‌کنید، شگفت‌زده خواهید شد و کارکنان نیز از کشف روش‌های مختلف تفکر در مورد کار خود لذت می‌برند. از بسکتبال گرفته تا موسیقی و علم، وقتی تیم با موضوعی شروع می‌کند که خودش

۳. محیطی مناسب بسازید

به عنوان یک راهبر، نقش شما این است که دیوارها را خراب کنید و محیطی ایجاد کنید که تفکر خلاقانه را در تیم شما برانگیزد. تیم باید احساس کند که از صدای آن‌ها قدردانی می‌شود و آن‌ها فضای موردنیاز برای انجام کارهای جالب را دارند. بگذارید کارکنان ایده‌های خود را آزمایش کنند، بینند چه چیزی بهتر کار می‌کند و چه چیزی می‌تواند بهبود یابد، و مطمئن شوید که می‌دانند فرصت لازم برای انجام این کار را دارند. نوح میترووش

۴. ایجاد قلمروهای نوآوری

وقتی فضاهای اداری گشوده، پذیرا و باز هستند، فرصت‌هایی نامحدود برای اعضای تیم وجود دارد تا ایده‌های خلاقانه خود را رائه دهند. دفتر ما شامل یک قلمرو نوآوری جداگانه است که به‌طور خاص برای همکاری تیمی طراحی شده است. این فضاروشن و باز است و تیم‌های بازاریابی ما به‌طور موقت برای بارش افکار و برنامه‌ریزی کمپین‌های بازاریابی جدید از این فضا استفاده می‌کنند. جنیفر بست

۵. درمورد اهداف کلی کسب و کار شفاف باشید

هرچه تیم‌ها در مورد تغییر اهداف و فرصت‌های جدید کسب و کار اطلاعات بیشتری دارند، در موقیت آن احساس مشارکتی بیشتر خواهند داشت. ایده‌های خلاقانه بازاریابی به‌طور طبیعی از تمایل به مشارکت در رشد شرکت و آگاهی ناشی می‌شود. آن دسته از کمپین‌های بازاریابی که نتیجه موفقیت‌آمیزی داشتن، وفاداری کارکنان را تقویت کرده‌اند و منفعت شرکت را به مسئله‌ای عمومی تبدیل کرده‌اند. کورتنی دیل

۶. از تیم بپرسید که می‌خواهند چه یاد بگیرند

یکی از بهترین راههای درگیر کردن تیم این است که از آن‌ها بپرسید می‌خواهند چه یاد بگیرند. برای مثال، اگر کسی می‌گوید «محتوای ویدیویی»، پژوهشی ایجاد کنید که او را تشویق کند تا به‌طور عمیق در کاری غوطه‌ور شود که انجام می‌دهید.

در مورد رقبای کاری خود در فضای کاری تحقیق کنید و ایده‌های استراتژیک ارائه کنید. این پژوهه به تیم شما کمک می‌کند تا بازخوردها را ساختارمند کنند و از این تجربه‌های آموزشی بسیار بیشتر از زمانی بیاموزند که تنها ایده‌های اولیه خود را به اشتراک می‌گذاشتند. مندی مناکر



یک ایده فقط یک بذر است
برای زنده کردن آن، به یک تیم با
تعامل متقابل نیاز است

محبوبیت پست‌های وبلاگ می‌شود. پاول کیجکو

۱۰. اشتباها را تشویق کنید

یکی از بهترین راه‌ها برای تشویق ایده‌های خلاقانه این است که به‌طور واقعی روشن کنید که اشتباها نه تنها قابل تحمل نیستند بلکه تشویق هم می‌شوند. در ک این موضوع که قرار نیست تمامی ایده‌های خلاقانه برند باشند، محیطی راحت برای ایده‌پردازی و پرسه‌زدن در میان مفاهیم جدید را ایجاد می‌کند. اشتباها نیز

تفسیر می‌کند، که در نتیجه طیفی کامل از ایده‌ها برای به اشتراک گذاشتن در جلسات بازاریابی هفتگی مانند بارش افکار ایجاد می‌شود. شان پی فینیلی

بخشی از هر فرآیند خلاقانه‌ای هستند و ایجاد فضا برای آن‌ها امکان تفکر نوآورانه را فراهم می‌کند. فهیمه انور

۱۱. اهداف کمپین را مشخص کنید

به عنوان یک راهبر بازاریابی، این‌که از تیم‌های خود ایده‌های خلاقانه دریافت کنید بسیار مهم است. برای این کار شما باید اهداف شفاف و مشخص بیایید که با کمپین‌های مورد نظر مرتبط باشند.

لازم است محیطی امن ایجاد کنید که در آن افراد احساس راحتی کنند و ایده‌های خود را به اشتراک بگذارند. این شرایط می‌تواند به افراد این فرصت را بدهد که پس از یک جلسه بارش افکار به صورت کتبی مشارکت کنند و نظر خود را بنویسند. سرز وارتانف

۱۴. نظرات مثبت ارائه دهید

گاهی اوقات بهترین راه برای تشویق اعضای تیم این است که آن‌ها را دلسرد نکنید. اگر یکی از اعضای تیم ایده‌ای را پیشنهاد می‌کند که به‌وضوح ناکارآمد و یا حتی نامربوط است، آن‌ها را به‌ویژه در مقابل دیگران نادیده بگیرید. در این صورت اگر در آینده ایده خوبی بیابند، ممکن است از ترس این‌که مورد تمسخر قرار بگیرند، تردید کنند یا از اشتراک‌گذاری ایده امتناع کنند.

محیطی را پرورش دهید که در آن هیچ ایده بدی وجود ظهور نیابد. استیون بالدوین

۱۵. فرایнд خلق ایده را دموکراتیک کنید

افرادی که در به اشتراک‌گذاشتن ایده‌های خود خجالتی هستند، معمولاً احساس می‌کنند که ایده‌شان عالی نیست و ممکن است در مقابل همکاران خود بد به نظر برسند. این ادعا را مطرح کنید که هیچ ایده‌ای احمقانه نیست و از همه ایده‌ها استقبال می‌کنید.



به تیم خود اجازه دهید ایده‌های خود را از طریق ایمیل یا یک به یک ارسال کنند. ایده‌های ارسالی را به صورت ناشناس در جلسات تیم مورد بحث قرار دهید تا همه بتوانند در مورد آن‌ها نظر خود را بگویند. همچنین به کارکنان اجازه دهید ایده‌ای را انتخاب کنند که دوست دارند. انشو آگاروال

۱۲. مکالمات کارکردی متقابل را تقویت کنید

شتاب زمانی ایجاد می‌شود که بتوانید اعضای بخش‌های مختلف سازمان خود را برای ارائه ایده و اجرا گرد هم بیاورید. یک بازاریاب محصول، می‌تواند گزینه‌ای خوب برای ارائه‌ای از تجربه کاری خود باشد، که به ارتقا ایده بازاریابی برنده کمک می‌کند. یک Analytical Wizard (تجزیه و تحلیل مراقبت‌های بهداشتی

دفتر ما شامل یک قلمرو نوآوری
جداگانه است که به‌طور ویژه
برای همکاری تیمی طراحی شده
است. این فضا روشن و باز است و
تیم‌های بازاریابی ما به‌طور موقت
برای بارش افکار و برنامه‌ریزی
کمپین‌های بازاریابی جدید از این
فضا استفاده می‌کنند

با ترکیب هوش مصنوعی، بهترین راه برای گرفتن داده‌ها را می‌شناسد. تیم‌های محتوا و روابط عمومی همگی می‌توانند به نوبه خود کمک زیاد به بخش‌های دیگر برسانند. یک ایده فقط یک بذر است و برای زنده کردن آن، به یک تیم با تعامل متقابل نیاز است. جودی هربست

نکته پایانی:

یادتان باشد اشتراک‌گذاری ایده‌های خلاقانه در کار تیمی، باعث ارتقاء نوآوری می‌شود و این وظیفه بر عهده مدیران متخصص است که بتوانند محیطی را آماده کنند تا اعضای تیم بتوانند با اشتیاق ایده‌های خلاقانه خود را به اشتراک بگذارند.

۱۳. مغز آن‌ها را تقدیه کنید

برای داشتن فعالیت‌های آموزشی در هفته کاری تیم خود، برنامه‌ریزی کنید. من و تیم در یک دوره زمانی مشابه به کتاب‌های صوتی برندینگ یا آخرین سخنرانی‌های بازاریابی گوش می‌دهیم. سپس هر فرد این اطلاعات تازه به دست آمده را به گونه‌ای متفاوت

اهمیت ابراز و مدیریت هیجان در کودکان



دکتر فیروزه کردخایی‌گی

«خشم» بخش ضروری نظام هشداردهنده روان!



کنترل خشم در کودکان یکی از مؤلفه‌های اساسی «خودتنظیمی هیجانی» محسوب می‌شود؛ مهارتی که نقشی بنیادین در تحول شخصیت، سازگاری اجتماعی و عملکرد شناختی کودک دارد. از دیدگاه روانشناسی رشد، خشم نه تنها یک هیجان طبیعی بلکه بخشی ضروری از نظام هشداردهنده روان است که در پاسخ به ناکامی، تمدید ادراک شده یا احساس بی‌عدالتی فعال می‌شود. با این حال، آنچه اهمیت تربیتی دارد، نحوه پردازش، ابراز و مدیریت این هیجان است.

شرايطی، تمرکز صرف بر مهار رفتار پرخاشگرانه بدون توجه به ریشه‌های هیجانی آن، نه تنها مؤثر نیست بلکه ممکن است باعث سرکوب هیجان و بروز مشکلات عمیق تر در آینده شود.

در رویکردهای نوین فرزندپروری، تنظیم خشم کودکان در چارچوب «هم تنظیمی هیجانی» تعریف می‌شود. هم تنظیمی به این معناست که والد یا مربی ابتدا با حفظ آرامش، به کودک کمک می‌کند شدت هیجان خود را کاهش دهد و سپس مهارت‌های تنظیم هیجان را به او آموزش می‌دهد.

تحقیقات نشان می‌دهد کودکانی که در محیط‌های پاسخگو، حمایتگر و دارای مرزهای روش رشد می‌کنند، توانایی بیشتری در مدیریت خشم و سایر هیجان‌های منفی دارند.

یکی از اصول مهم تربیتی در این زمینه، آموزش «سواد هیجانی» است. سواد هیجانی شامل توانایی شناسایی، نام‌گذاری و درک احساسات است. زمانی که کودک بتواند تجربه هیجانی خود را با واژه‌ها بیان کند، احتمال بروز رفتارهای تکانشی کاهش می‌یابد.

از منظر عصب روانشناختی، سیستم تنظیم هیجان در کودکان هنوز در حال رشد است. بخش‌هایی از مغز مانند قشر پیش‌پیشانی که مسئول کنترل تکانه، تصمیم‌گیری و مهار رفتارهای هیجانی است، تا اواخر نوجوانی به بلوغ کامل نمی‌رسد. در مقابل، ساختارهای هیجانی مانند آمیگدالا که مسئول واکنش‌های سریع هیجانی است، در سنین پایین تر فعال تر عمل می‌کند. همین عدم توازن رشدی باعث می‌شود کودکان خشم را شدیدتر تجربه کنند اما ابزارهای شناختی و رفتاری لازم برای مدیریت آن را در اختیار نداشته باشند. بنابراین، کنترل خشم مهارتی اکتسابی است که از طریق تعاملات تربیتی، تجربه‌های ارتباطی و آموزش مستقیم شکل می‌گیرد.

از دیدگاه تربیتی، خشم کودک اغلب «پیام» یک نیاز برآورده نشده یا تجربه‌ی هیجانی پردازش نشده است. کودک ممکن است به دلیل ناتوانی در بیان احساساتی مانند ترس، شرم، ناکامی یا حسن طردشده‌گی، این هیجان‌ها را در قالب خشم نشان دهد. در چنین

اسـت، احتمـالـی بـیـشـتر دـارـد کـه بـه وـاـكـنـشـهـای هـیـجـانـی شـدـید متـوـسـل شـود. اـز منـظـر عـصـب روـانـشـناـختـی نـیـز رـشد نـاـکـامـل سـاخـتـارـهـای مـغـزـی مـرـتـبـط باـكـنـترـل تـکـانـهـ، نقـشـی مـهـم درـبـروـز خـشـم دـارـد. بـخـشـهـایـی اـز مـغـزـ کـه مـسـئـول مـهـار رـفـتـارـهـای تـکـانـشـی و تـنـظـیـم هـیـجـانـی هـسـتـنـد، تـاـسـالـهـای پـایـانـی نـوـجوـانـی بـه بـلـوـغـ کـامـل نـمـیـرـسـنـد. درـنـتـیـجـهـ، کـوـدـکـانـ بـه طـور طـبـیـعـی درـمـدـیرـیـت وـاـكـنـشـهـای هـیـجـانـی باـمـحـدـودـیـتـهـایـی موـاجـهـهـسـتـنـد وـبـرـای يـادـگـیرـی مـهـارـتـهـایـی خـودـکـنـترـلـیـ بـه هـدـایـت وـحـمـایـت بـزـرـگـسـالـانـ نـیـازـ دـارـنـد. هـمـچـنـین درـبـرـخـیـ مـراـحلـ رـشـدـ، بـهـوـیـهـ دـورـانـ بـیـشـدـبـسـتـانـی، کـوـدـکـانـ تـمـایـلـیـ شـدـیدـ بـهـ تـجـرـبـهـ اـسـتـقـلـالـ دـارـنـد. زـمانـیـ کـهـ اـینـ نـیـازـ بـاـمـحـدـودـیـتـهـایـیـ شـدـیدـ یـاـ کـنـترـلـ اـفـرـاطـیـ موـاجـهـمـیـ شـودـ، مـمـکـنـ استـ بـهـ شـکـلـ رـفـتـارـهـایـ خـشـمـآـلوـدـ وـمـقـابـلـهـایـ بـرـوزـ پـیـداـکـندـ.

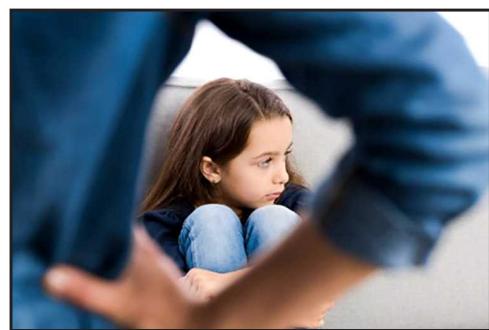
محـیـطـ خـانـوـادـگـیـ نـیـزـ نقـشـیـ بـسـیـارـ تـعـیـینـکـنـنـدـهـ درـشـکـلـ گـیرـیـ الـگـوهـایـ اـبـرـازـ خـشـمـ دـارـد. کـوـدـکـانـ بـخـشـیـ قـابـلـ تـوـجـهـ اـزـ رـفـتـارـهـایـ هـیـجـانـیـ خـودـ رـاـ اـزـ طـرـیـقـ مشـاهـدـهـ وـ تـقـلـیدـ اـزـ والـدـینـ مـیـ آـمـوزـنـدـ. زـمانـیـ کـهـ کـوـدـکـ درـمـحـیـطـ رـشـدـ مـیـ کـنـدـ کـهـ درـ آـنـ خـشـمـ بـهـ صـورـتـ پـرـخـاـشـگـرـانـهـ یـاـ کـنـترـلـنـشـدـهـ اـبـرـازـ مـیـ شـودـ، اـحـتمـالـ دـارـدـ هـمـمـیـنـ الـگـوـرـاـدـ رـفـتـارـهـایـ خـودـ باـزـ تـولـیـدـ کـنـدـ. عـلـاـوـهـ بـرـ اـینـ، سـبـکـهـایـ فـرـزـنـدـپـرـورـیـ مـیـ تـوـانـدـ بـرـ نـحـوـ تـنـظـیـمـ هـیـجـانـ کـوـدـکـ تـأـثـیرـ مـسـتـقـیـمـ دـاشـتـهـ باـشـنـدـ. سـخـتـگـیرـیـ اـفـرـاطـیـ وـ اـسـتـفـادـهـ مـکـرـرـ اـزـ تـنـبـیـهـ مـمـکـنـ اـسـتـ منـجـرـ بـهـ سـرـکـوبـ هـیـجـانـ یـاـ بـرـوزـ خـشـمـ شـدـیدـ شـودـ، دـرـ حـالـیـ کـهـ نـبـودـ مـرـزـهـایـ رـفـتـارـیـ مشـخـصـ نـیـزـ مـیـ تـوـانـدـ مـانـعـ شـکـلـ گـیرـیـ مـهـارـتـهـایـ خـودـکـنـترـلـیـ درـ کـوـدـکـ گـرـددـ.

*

درـ مقابلـ، مـحـیـطـ تـرـبـیـتـیـ حـمـایـتـگـرـ کـهـ درـ آـنـ مـحـبـتـ عـاطـفـیـ هـمـراـهـ بـاـ تـعـیـینـ مـرـزـهـایـ روـشـ وـجـودـ دـارـدـ، بـیـشـتـرـینـ تـأـثـیرـ رـاـ درـ رـشـدـ تـنـظـیـمـ هـیـجـانـ دـارـدـ. تـنـشـهـاـ وـ تـعـارـضـهـایـ خـانـوـادـگـیـ نـیـزـ مـیـ تـوـانـدـ اـحـسـانـ نـاـمـنـیـ رـاـ درـ کـوـدـکـ اـفـزـیـشـ دـهـدـ وـ باـعـثـ شـوـدـ سـیـسـتـمـ عـصـبـیـ اوـ دـرـ حـالـتـ آـمـادـهـ باـشـ باـقـیـ بـمـانـدـ. چـنـینـ وـضـعـیـتـیـ زـمـینـهـسـازـ وـاـكـنـشـهـایـ هـیـجـانـیـ شـدـیدـ، اـزـ جـمـلـهـ خـشـمـ، خـواـهـدـ بـودـ. هـمـچـنـینـ بـیـ تـوـجـهـ بـهـ نـیـازـهـایـ عـاطـفـیـ کـوـدـکـ، مـانـنـدـ نـیـازـ بـهـ تـوـجـهـ، پـذـیرـشـ وـ اـحـسـانـ اـرـزـشـمنـدـیـ، مـیـ تـوـانـدـ باـعـثـ شـوـدـ کـوـدـکـ اـزـ خـشـمـ بـهـ عـنـوانـ روـشـیـ بـرـایـ جـلـبـ تـوـجـهـ یـاـ بـیـانـ نـارـاحـتـیـ خـودـ اـسـتـفـادـهـ کـنـدـ.

درـ کـنـارـ عـوـاـمـلـ خـانـوـادـگـیـ، مـحـیـطـ اـجـتـمـاعـیـ کـوـدـکـ نـیـزـ نقـشـیـ مـهـمـ درـ بـرـوزـ خـشـمـ دـارـدـ. مـدـرـسـهـ وـ رـوـابـطـ بـاـ هـمـسـالـانـ اـزـ مـهـمـ تـرـینـ زـمـینـهـهـایـ تـجـرـبـهـ نـاـکـامـیـ وـ تـعـارـضـ بـرـایـ کـوـدـکـانـ مـحـسـوبـ مـیـ شـونـدـ. فـشـارـهـایـ تـحـصـیـلـیـ، رـقـابتـ بـاـ هـمـسـالـانـ یـاـ تـجـرـبـهـ طـردـ وـ تـمـسـخرـ

گـفـتـوـگـوهـایـ هـمـدـلـانـهـ والـدـینـ وـ باـزـ تـابـ اـحـسـاسـاتـ کـوـدـکـ نقـشـیـ مـهـمـ درـ تـقـوـیـتـ اـیـنـ مـهـارـتـ دـارـدـ. هـمـچـنـینـ، سـبـکـهـایـ فـرـزـنـدـپـرـورـیـ نقـشـیـ تـعـیـینـکـنـنـدـهـ درـ نـحـوـ مـدـیرـیـتـ خـشـمـ کـوـدـکـ دـارـدـ. سـبـکـ فـرـزـنـدـپـرـورـیـ مـقـتـدـرـانـهـ کـهـ تـرـکـیـبـیـ اـزـ مـحـبـتـ، حـمـایـتـ عـاطـفـیـ وـ قـاطـعـیـتـ درـ تـعـیـینـ مـوـزـهـاـ استـ، بـیـشـتـرـینـ تـأـثـیرـ مـثـبـتـ رـاـ درـ رـشـدـ مـهـارـتـهـایـ تـنـظـیـمـ هـیـجـانـ دـارـدـ. درـ مـقـابـلـ، سـبـکـهـایـ مـسـتـبـدـانـهـ یـاـ سـهـلـ گـیرـانـهـ اـفـرـاطـیـ مـیـ تـوـانـدـ اـحـتمـالـ بـرـوزـ رـفـتـارـهـایـ پـرـخـاـشـگـرـانـهـ رـاـ اـفـزـیـشـ دـهـنـدـ. اـزـ منـظـرـ تـرـبـیـتـیـ، آـمـوزـشـهـایـ جـایـگـزـینـ نـیـزـ اـهـمـیـتـیـ زـیـادـ دـارـدـ. کـوـدـکـ بـایـدـ بـیـامـوزـدـ کـهـ مـیـ تـوـانـدـ خـشـمـ خـودـ رـاـ بـهـ رـوـشـهـایـ قـابـلـ قـبـولـ مـانـنـدـ بـیـانـ کـلامـیـ اـحـسـاسـاتـ، درـخـواـستـ کـمـکـ، فـاصـلـهـ گـرفـتنـ مـوقـتـ اـزـ مـوـقـعـیـتـ تـنـشـزـاـ یـاـ اـسـتـفـادـهـ اـزـ فـعـالـیـتـهـایـ تـخـلـیـهـ هـیـجـانـ اـبـرـازـ کـنـدـ. اـینـ آـمـوزـشـهـایـ زـمانـیـ مـؤـثـرـ خـواـهـنـدـ بـودـ کـهـ بـهـ صـورـتـ مـسـتـمـرـ، تـدـرـیـجـیـ وـ مـنـتـنـاـسـ بـاـسـطـحـ رـشـدـیـ کـوـدـکـ اـرـائـهـ شـوـنـدـ. درـ نـهـایـتـ، کـنـترـلـ خـشـمـ درـ کـوـدـکـانـ صـرـفـاـ بـهـ معـنـایـ کـاـهـشـ رـفـتـارـهـایـ پـرـخـاـشـگـرـانـهـ نـیـسـتـ، بلـکـهـ فـرـآـینـدـیـ رـشـدـیـ اـسـتـ کـهـ بـهـ شـکـلـ گـیرـیـ مـهـارـتـهـایـ اـجـتـمـاعـیـ، اـفـزـیـشـ اـنـعـاطـافـپـذـیرـیـ رـوـانـیـ وـ تـقـوـیـتـ سـلـامـتـ رـوـانـ کـوـدـکـ مـنـجـرـ مـیـ شـودـ. نقـشـ والـدـینـ وـ مرـبـیـانـ درـ اـیـجادـ مـحـیـطـ اـمـنـ، قـابـلـ بـیـشـبـینـیـ و~ سـرـشارـ اـزـ تـعـامـلـاتـ هـیـجـانـیـ سـالـامـ، یـکـیـ اـزـ مـهـمـ تـرـینـ عـوـاـمـلـ درـ شـکـلـ گـیرـیـ اـینـ مـهـارـتـ مـحـسـوبـ مـیـ شـودـ.



از دـیدـگـاهـ تـرـبـیـتـیـ، خـشـمـ
کـوـدـکـ اـغـلـبـ «ـپـیـامـ»ـ یـکـ
نـیـازـ بـرـآـورـدـنـشـدـهـ یـاـ تـجـرـبـهـیـ
هـیـجـانـیـ پـرـدـازـشـنـشـدـهـ اـسـتـ

خـشـمـ درـ کـوـدـکـانـ پـدـیدـهـایـ بـیـچـیدـهـ وـ چـنـدـبـعـدـیـ اـسـتـ کـهـ مـعـمـولاـ درـ نـتـیـجـهـ تعـامـلـ عـوـاـمـلـ زـیـسـتـیـ، روـانـشـناـختـیـ وـ مـحـیـطـ شـکـلـ مـیـ گـیرـدـ. اـزـ دـیدـگـاهـ رـوـانـشـناـسـیـ رـشـدـ، خـشـمـ زـمانـیـ بـرـوزـ مـیـ کـنـدـ کـهـ کـوـدـکـ باـ نـاـکـامـیـ، اـحـسـاسـ بـیـ عـدـالـتـیـ، تـهـدـیدـ یـاـ نـاتـوـانـیـ درـ بـرـآـورـدـهـ شـدـنـ نـیـازـهـایـ هـیـجـانـیـ خـودـ مـوـاجـهـمـیـ شـودـ. درـ بـسـیـارـ اـزـ مـوـارـدـ، خـشـمـ نـهـ یـکـ رـفـتـارـ مـشـکـلـسـازـ، بلـکـهـ نـشـانـهـایـ اـزـ نـیـازـهـایـ رـشـدـیـ یـاـ عـاطـفـیـ پـاـسـخـ دـادـهـ نـشـدـهـ اـسـتـ وـ دـرـ کـهـ اـینـ مـوـضـعـ نـقـشـیـ مـهـمـ درـ مـدـاـخـلـاتـ تـرـبـیـتـیـ مـؤـثـرـ دـارـدـ. درـ سـالـهـایـ اـولـیـهـ زـنـدـگـیـ، مـهـارـتـهـایـ زـیـانـیـ وـ شـناـختـیـ کـوـدـکـ هـنـوزـ درـ حـالـ شـکـلـ گـیرـیـ اـسـتـ وـ اوـ اـغـلـبـ تـوـانـیـیـ بـیـانـ دـقـیـقـ اـحـسـاسـاتـ پـیـچـیدـهـ خـودـ رـاـنـدارـدـ. درـ چـنـینـ شـرـایـطـیـ، خـشـمـ مـیـ تـوـانـدـ بـهـ عنـوانـ یـکـ اـبـزارـ اـرـتـبـاطـیـ ظـاهـرـ شـودـ وـ کـوـدـکـ اـزـ طـرـیـقـ رـفـتـارـهـایـ مـانـنـدـ گـرـیـهـ، پـرـخـاـشـگـرـیـ یـاـ لـجـبـازـیـ تـلاـشـ مـیـ کـنـدـ اـحـسـاسـاتـ خـودـ رـاـ منتـقلـ کـنـدـ. عـلـاـوـهـ بـرـ اـینـ، مـهـارـتـ حلـ مـسـئـلـهـ درـ کـوـدـکـانـ بـهـ تـدـرـیـجـ وـ هـمـراـهـ باـ رـشـدـ کـارـکـرـدـهـایـ اـجـرـایـیـ مـغـزـ توـسـعـهـ مـیـ یـابـدـ. زـمانـیـ کـهـ کـوـدـکـ هـنـوزـ رـاـهـبـرـدـهـایـیـ مـؤـثـرـ بـرـایـ مـوـاجـهـهـ بـاـ نـاـکـامـیـ نـیـامـوـختـهـ

قهربانی کردن، کناره‌گیری از تعاملات اجتماعی یا امتناع از صحبت کردن می‌تواند نشانه‌ای از تجربه خشم یا ناراحتی عمیق باشد. این نوع واکنش‌ها گاهی کمتر مورد توجه قرار می‌گیرند، اما می‌توانند بیانگر فشار هیجانی قابل توجهی باشند و در صورت تداوم، بر روابط اجتماعی و عزت نفس کودک تأثیر منفی بگذارند. خشم علاوه بر جنبه‌های رفتاری، با تغییرات جسمانی نیز همراه است. فعال شدن سیستم عصبی خودکار در هنگام تجربه خشم می‌تواند باعث افزایش تنفس عضلانی، بی‌قراری، تپش قلب یا افزایش سطح برانگیختگی فیزیولوژیک شود. این واکنش‌ها بخشی از پاسخ طبیعی بدن به موقعیت‌های استرس‌زا هستند، اما اگر به‌طور مکرر رخ دهد، ممکن است به مشکلاتی مانند بی‌قراری مداوم یا ناتوانی در آرام شدن منجر شوند.

در بسیاری از کودکان، خشم می‌تواند بر عملکردهای شناختی نیز تأثیر بگذارد. مشکلات تمرکز، کاهش توجه، افت عملکرد تحصیلی یا اختلال در خواب از جمله پیامدهای رایج تجربه خشم مزمن است. زمانی که کودک درگیر تنفس هیجانی مداوم باشد، منابع شناختی او صرف مدیریت هیجان می‌شود و توانایی پردازش اطلاعات و یادگیری کاهش می‌یابد. همچنین اختلالات خواب می‌توانند چرخه‌ای معیوب ایجاد کند که در آن خستگی و تحریک‌پذیری، شدت واکنش‌های خشم‌آور را افزایش می‌دهد. از دیدگاه تربیتی، نشانه‌های خشم باید به عنوان پیام‌هایی در نظر گرفته شوند که نشان‌دهنده نیازهای هیجانی یا رشدی کودک هستند. تمرکز صرف بر حذف رفتارهای پرخاشگرانه بدون توجه به معنا و زمینه هیجانی آن‌ها، ممکن است اثربخشی محدودی داشته باشد. رویکردهای تربیتی مؤثر بر شناسایی عوامل محرك خشم، آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان و ایجاد محیطی امن و حمایت‌گر تأکید دارند. زمانی که والدین و مریبیان بتوانند نشانه‌های اولیه خشم را شناسایی کنند، امکان مداخله زودهنگام و پیشگیری از تشدید رفتارهای پرخاشگرانه فراهم می‌شود.

در مجموع، نشانه‌های خشم در کودکان طیفی از واکنش‌های رفتاری، هیجانی و جسمانی را شامل می‌شود که شناخت دقیق آن‌ها می‌تواند به درک بهتر وضعیت هیجانی کودک و طراحی مداخلات تربیتی مناسب کمک کند. توجه حساس و همدلانه به این نشانه‌ها، نقشی مهم در رشد مهارت‌های تنظیم هیجان و سلامت روان کودک دارد.

راهکارهای تربیتی برای کنترل خشم در کودکان

آموزش کنترل خشم در کودکان یکی از ارکان اساسی رشد هیجانی و اجتماعی محسوب می‌شود. از دیدگاه روانشناسی تحولی، توانایی تنظیم هیجان بخشی از مهارت‌های «خودتنظیمی» است که نقشی مهم در سازگاری فرد با محیط، شکل‌گیری روابط اجتماعی سالم و موفقیت تحصیلی دارد. کودکانی که در مدیریت خشم با مشکل مواجه هستند، معمولاً در تعامل با همسالان دچار تعارض می‌شوند، احتمال طرد اجتماعی

می‌تواند احساس ناکامی و کاهش عزت نفس را در کودک ایجاد کند و احتمال بروز رفتارهای پرخاشگرانه را افزایش دهد. همچنین رویدادهای استرس‌زا مانند مهاجرت، جدایی والدین یا بحران‌های اجتماعی ممکن است احساس ثبات و امنیت کودک را مختل کند. در چنین شرایطی، کودک ممکن است هیجان‌هایی پیچیده را تجربه کند که توانایی پردازش آن‌ها را ندارد و این هیجان‌ها در قالب خشم بروز پیدا می‌کنند.

در مجموع، خشم در کودکان اغلب نشانه‌ی وجود نیازهای رشدی، هیجانی یا محیطی برآورده شده است. رویکرد تربیتی مؤثر به جای تمرکز صرف بر مهار رفتارهای پرخاشگرانه، بر شناخت ریشه‌های خشم، تقویت مهارت‌های تنظیم هیجان و فراهم کردن محیطی امن، حمایت‌گر و قابل پیش‌بینی تأکید دارد. چنین رویکردی به کودک کمک می‌کند تا به تدریج توانایی مدیریت هیجان‌های خود را درونی کند و روابط اجتماعی سالم‌تری را تجربه نماید.



نشانه‌های خشم در کودکان

نشانه‌های خشم در کودکان معمولاً در سه حوزه هیجانی، رفتاری و جسمانی بروز پیدا می‌کند و شناخت این نشانه‌ها برای والدین و مریبان اهمیت زیادی دارد؛ زیرا خشم در کودکان اغلب به صورت مستقیم و کلامی بیان نمی‌شود، بلکه در قالب واکنش‌های رفتاری و بدنی ظاهر می‌شود. از منظر روانشناسی رشد، کودکان هنوز مهارت‌های لازم برای تنظیم و بیان دقیق هیجان‌های خود را به طور کامل نیاموشته‌اند، به همین دلیل هیجان خشم می‌تواند به شکل رفتارهای آشکار یا غافلگیری فیزیولوژیک نمایان شود.

در سطح رفتاری، یکی از شایع ترین نشانه‌های خشم، بروز رفتارهای پرخاشگرانه مانند فریاد زدن، داد کشیدن یا استفاده از کلمات تند است. این رفتارها معمولاً زمانی دیده می‌شود که کودک در مدیریت ناکامی یا احساس بی‌عدالتی با مشکل مواجه شده باشد. در برخی موارد، خشم می‌تواند به رفتارهای فیزیکی مانند پرت کردن وسایل، کوبیدن اشیا یا ضربه زدن به دیگران منجر شود. این واکنش‌ها اغلب ناشی از ضعف در کنترل تکانه و ناتوانی کودک در یافتن راههای جایگزین برای بیان هیجان است. در مقابل، برخی کودکان خشم خود را به صورت درون‌ریزی شده نشان می‌دهند.

رفتارهای خشم آلود دارد. کودکانی که می‌آموزند برای موقعیت‌های دشوار راه حل‌های جایگزین پیدا کنند، کمتر به واکنش‌های تکانشی متولّ می‌شوند. گفت و گوهای راهبردی والدین که کودک را به فکر کردن درباره گزینه‌های مختلف تشویق می‌کند، به رشد کارکردهای اجرایی مغز و افزایش تحمل ناکامی کمک می‌کند.

تعیین قوانین و مرزهای رفتاری روشن نیز از عوامل اساسی در تنظیم هیجان کودک است. کودکان برای احساس امنیت روانی نیاز دارند بدانند چه رفتارهایی قابل قبول و چه رفتارهایی غیرقابل پذیرش است. قوانین زمانی اثربخش هستند که واضح، ثابت و همراه با پیامدهای منطقی باشند. ثبات والدین در اجرای این قوانین، به کودک کمک می‌کند ساختارهای رفتاری منظم تری را درونی کند.

تقویت رفتارهای مثبت یکی دیگر از اصول تربیتی مؤثر در کنترل خشم است. زمانی که کودک برای

بیان مناسب احساسات خود مورد تشویق قرار می‌گیرد، احتمال تکرار رفتارهای سازگارانه افزایش می‌باید. این رویکرد بر تقویت توانمندی‌های کودک تمرکز دارد و باعث شکل‌گیری احساس شایستگی در او می‌شود. همچنین توجه به نیازهای عاطفی کودک نقشی اساسی در کاهش رفتارهای پرخاشگرانه دارد. بسیاری

از واکنش‌های خشم آلود در کودکان ناشی از احساس ناامنی، کمبود توجه یا تجربه طردشده‌ی است. برقراری ارتباط عاطفی گرم، اختصاص زمان باکیفیت و پاسخ‌دهی همدلانه به نیازهای هیجانی کودک، به شکل‌گیری دلبلستگی این و افزایش توانایی تنظیم هیجان کمک می‌کند. در برخی موارد، شدت یا تداوم خشم کودک ممکن است نشان‌دهنده نیاز به مداخلات تخصصی باشد. زمانی

که خشم به صورت مکرر و شدید بروز پیدا کند، به خود یا دیگران آسیب وارد کند، عملکرد تحصیلی و اجتماعی کودک را مختل سازد یا با سطح رشدی کودک همخوانی نداشته باشد، مراجعه به روانشناس کودک ضروری است.

مداخلات تخصصی می‌تواند شامل آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان، کار با خانواده و بررسی عوامل زمینه‌ای مؤثر بر رفتار کودک باشد. در مجموع، آموزش کنترل خشم فرآیندی تدریجی و تربیتی است که از طریق تعاملات روزمره، الگوسازی والدین و آموزش مهارت‌های هیجانی شکل می‌گیرد. توجه آگاهانه به این مهارت، زمینه‌ساز رشد شخصیت سالم، روابط اجتماعی موفق و سلامت روان کودک در سال‌های آینده خواهد بود.

در آن‌ها افزایش می‌باید و ممکن است در محیط‌های آموزشی نیز با کاهش تمرکز و افت عملکرد تحصیلی رو به رو شوند. علاوه بر این، تجربه مکرر ناکامی در کنترل رفتارهای خشم آلود می‌تواند بر شکل‌گیری عزت نفس کودک تأثیر منفی بگذارد و زمینه بروز رفتارهای پرخطر یا مشکلات هیجانی در سال‌های بعدی زندگی را فراهم کند. در مقابل، کودکانی که مهارت‌های تنظیم هیجان را می‌آموزند، توانایی بیشتری در مدیریت تعارض‌ها، برقراری ارتباط مؤثر و تحمل ناکامی دارند. این مهارت‌ها باعث افزایش احساس شایستگی، تقویت اعتماد به نفس و ارتقای سازگاری اجتماعی می‌شود. از منظر تربیتی، آموزش کنترل خشم نه تنها برای کاهش رفتارهای پرخاشگرانه، بلکه برای پرورش مهارت‌های زندگی و ارتقای سلامت روان کودک ضروری است.

یکی از نخستین گام‌ها در آموزش کنترل خشم، کمک به کودک برای شناخت و نام‌گذاری احساسات است. بسیاری از کودکان زمانی که دچار خشم می‌شوند، قادر به تشخیص دقیق تجربه هیجانی خود نیستند و ممکن است هیجان‌هایی مانند ترس، شرم یا ناکامی را به صورت خشم بروز دهند. زمانی که والدین و مریبان با بازتاب همدلانه احساسات کودک و استفاده از گفت و گوهای حمایتی به او کمک می‌کنند هیجان‌های خود را شناسایی کند، سطح خود آگاهی هیجانی کودک افزایش می‌باید و احتمال بروز واکنش‌های تکانشی کاهش پیدا می‌کند.

*

الگوسازی رفتاری نیز نقشی مهم در آموزش تنظیم خشم دارد. کودکان بیش از آنکه از توصیه‌های کلامی بیاموزند، رفتار والدین را مشاهده و تقلید می‌کنند. زمانی که بزرگسالان در

شرایط تنش، آرامش خود را حفظ کرده و از راهبردهای سالم برای مدیریت هیجان استفاده می‌کنند، کودک به تدریج این الگوها را درونی می‌کند. در مقابل، مواجهه مکرر با رفتارهای پرخاشگرانه در محیط خانواده می‌تواند این الگوها را در رفتار کودک تثبیت کند. آموزش مهارت‌های آرام‌سازی نیز از دیگر مؤلفه‌های مهم در مدیریت خشم است. تکنیک‌هایی مانند تنفس عمیق، فاصله گرفتن وقت از موقعیت تنش‌زا یا انجام فعالیت‌های آرام‌بخش، به کاهش برانگیختگی فیزیولوژیک ناشی از خشم کمک می‌کند. این مهارت‌ها به کودک می‌آموزد که پیش از واکنش رفتاری، فرصتی برای آرام شدن و بازگشت به تعادل هیجانی ایجاد کند. از منظر تربیتی، تقویت مهارت حل مسئله نیز نقشی مهم در کاهش



محیط خانوادگی نقشی بسیار

تعیین کننده در شکل‌گیری الگوهای ابراز خشم دارد. کودکان بخشی قابل توجه از رفتارهای هیجانی خود را از طریق مشاهده و تقلید از والدین می‌آموزند

که خشم به صورت مکرر و شدید بروز پیدا کند، به خود یا دیگران آسیب وارد کند، عملکرد تحصیلی و اجتماعی کودک را مختل سازد یا با سطح رشدی کودک همخوانی نداشته باشد، مراجعه به روانشناس کودک ضروری است.

مداخلات تخصصی می‌تواند شامل آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان، کار با خانواده و بررسی عوامل زمینه‌ای مؤثر بر رفتار کودک باشد. در مجموع، آموزش کنترل خشم فرآیندی تدریجی و تربیتی است که از طریق تعاملات روزمره، الگوسازی والدین و آموزش مهارت‌های هیجانی شکل می‌گیرد. توجه آگاهانه به این مهارت، زمینه‌ساز رشد شخصیت سالم، روابط اجتماعی موفق و سلامت روان کودک در سال‌های آینده خواهد بود.



تارا رضوانی

بررسی اختلال سازگاری

مواجهه و شناخت



اختلال سازگاری (Adjustment Disorder) یک واکنش هیجانی و رفتاری غیرمعمول به یک یا چند عامل استرس‌زا است که باعث اختلال در عملکرد اجتماعی، شغلی یا تحصیلی فرد می‌شود. این اختلال معمولاً ظرف سه ماه پس از مواجهه با عامل استرس‌زا آغاز می‌شود و شدت واکنش فرد معمولاً با شدت محرك استرس‌زا همخوانی ندارد. برخلاف اختلالات روانی مزمن، اختلال سازگاری اغلب کوتاه‌مدت و برگشت‌پذیر است، بهویژه اگر فرد از حمایت اجتماعی و مداخلات روانشناسی مناسب بهره‌مند شود.

◀ علل و عوامل مؤثر

علل ایجاد کننده اختلال سازگاری شامل تعاملی پیچیده از عوامل فردی، محیطی و روانی است. رویدادهای زندگی: حوادثی مانند طلاق، از دست دادن شغل، مهاجرت، تغییر محل زندگی یا بیماری‌های شدید جسمی. ویژگی‌های فردی و روانی: سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد، اعتماد به نفس پایین، حساسیت هیجانی بالا و تجربه‌های استرس‌زا در کودکی.

◀ نشانه‌های اختلال سازگاری متعدد و شامل تغییرات هیجانی و رفتاری هستند:

- اضطراب و نگرانی مداوم
- خلق افسرده و کاهش انگیزه
- بی‌قراری و تحریک‌پذیری
- اختلالات خواب و تغییرات اشتها

مکانیسم‌های روان‌شناسی افراد مبتلا به اختلال سازگاری توانایی محدودی در مدیریت هیجانات و تغییرات محیطی دارند. سختی در آرام شدن پس از تجربه استرس و ناتوانی در سازگاری با تغییرات باعث پاسخ‌های

◀ پیشگیری و نقش متخصص سلامت روان

- تشخیص دقیق، و تمیز اختلال سازگاری از سایر اختلالات (مانند افسردگی یا اضطراب فراگیر).
- آموزش مهارت‌های تاب آوری و مقابله با استرس پیش از مواجهه با تغییرات بزرگ زندگی.
- حمایت مستمر و پیگیری روند درمان: شامل جلسات منظم روان‌درمانی، آموزش خانواده و محیط اجتماعی برای کاهش تنفس و افزایش حمایت است.

◀ درمان اختلال سازگاری

درمان اختلال سازگاری عموماً شامل ترکیبی از روان‌درمانی، حمایت اجتماعی و در صورت نیاز دارودرمانی است. مداخلات تخصصی و پیشگیرانه به شکل زیر سازماندهی می‌شوند.

◀ روان‌درمانی و آموزش مهارت‌ها

- روان‌درمانی و مدیریت استرس: کمک به فرد برای شناسایی الگوهای فکری و رفتاری ناسازگار و اصلاح پاسخ‌های هیجانی به محرک‌های استرس‌زا.



- آموزش مهارت‌های مقابله‌ای و تنظیم هیجان: تقویت توانایی مدیریت هیجانات و انتخاب پاسخ‌های رفتاری مناسب در مواجهه با تغییرات و فشارهای محیطی.
- تکنیک‌های آرامسازی و ذهن آگاهی: کاهش اضطراب و بی‌قراری و تسريع بازگشت فرد به حالت تعادل پس از تجربه استرس.

◀ حمایت روانی و اجتماعی

- مشاوره فردی، خانوادگی یا گروهی: ارائه فضایی امن برای بیان هیجانات و حل تعارضات.

- تقویت شبکه حمایت اجتماعی: افزایش منابع حمایتی خانواده، دوستان و محیط کار یا تحصیل.

◀ دارودرمانی

- استفاده کوتاه مدت از داروهای ضد افسردگی یا ضد اضطراب تحت نظر متخصص برای کنترل علائم شدید.

◀ انواع اختلال سازگاری

- **اختلال سازگاری با خلق افسرده:** در این نوع، نشانه‌های اصلی شامل احساس غم، نالمیدی، کاهش علاقه یا لذت و گریه است. ممکن است انگیزه و انرژی فرد کمتر از حد معمول باشد، اما علائم به شدت یک دوره افسردگی اساسی نرسند.

- **اختلال سازگاری با اضطراب:** نشانه‌های غالب شامل نگرانی، تنفس، بی‌قراری، احساس فشار و مشکل در تمرکز است. در کودکان ممکن است اضطراب جدایی یا ترس از دوری از والدین همراه شود.

- **اختلال سازگاری مختلط با خلق افسرده و اضطراب:** در این حالت، فرد هم‌زمان علائم افسردگی و اضطراب را تجربه می‌کند، اما هیچکدام به تنها یک غالب نیستند. این ترکیب شایع‌ترین نوع اختلال سازگاری است.

- **اختلال سازگاری با اختلال رفتاری:** در این نوع، واکنش فرد به استرس به شکل مشکلات رفتاری بروز می‌کند؛ مانند پرخاشگری، سریبی از قوانین، رفتارهای بی‌پروا یا تخریب اموال. این الگو در نوجوانان بیشتر دیده می‌شود.

- **اختلال سازگاری نامشخص:** در این نوع، علائم وجود دارند اما بهطور کامل در هیچ یک از دسته‌های بالا قرار نمی‌گیرند. ممکن است شامل علائم جسمانی، کناره‌گیری اجتماعی یا مشکلات عملکردی دیگر باشد.

◀ تأثیر بر روابط و عملکرد اجتماعی

اختلال سازگاری می‌تواند باعث سوءتفاهم و تنفس در روابط فرد با خانواده، دوستان و همکاران شود. کاهش تعامل اجتماعی و حمایت اجتماعی ناکافی، شدت علائم را افزایش می‌دهد و فرآیند بهبود را کند می‌کند.

◀ اختلال سازگاری در گروه‌های سنی مختلف

- **کودکان و نوجوانان:** کاهش عملکرد تحصیلی، پرخاشگری و اضطراب جدایی.

- **بزرگسالان:** خلق افسرده، اضطراب مزمن و کاهش کارآمدی در محیط کاری یا زندگی روزمره.

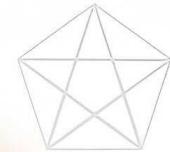
- **سالمندان:** از نزواه اجتماعی، کاهش انگیزه. این تفاوت‌های سنی تأکید می‌کند که ارزیابی و مداخلات درمانی باید متناسب با ویژگی‌ها و نیازهای روانی-اجتماعی هر گروه انجام شود.

پژوهش‌ها نشان می‌دهند که گروه‌های آسیب‌پذیر در اختلال سازگاری شامل افرادی هستند که با استرس‌های روزمره یا تغییرات بزرگ زندگی مواجه‌اند، مهارت‌های مقابله‌ای ضعیفی دارند، سابقه اختلالات روانی دارند یا حمایت اجتماعی کافی دریافت نمی‌کنند. این عوامل باشدت بیشتر علائم و طولانی تر شدن دوره اختلال مرتب هستند و بهزیستی روانی فرد می‌تواند نقشی مهم در کاهش اثر این عوامل ایفا کند.



Masport®

Clostridium Botulinum Toxin Type A



Starfill

Produced by Visionmed Korea
Distributed by Masoondarou Co.

MDPC
Biotechnology and Biopharmaceutics
Masoondarou Co.

استارفیل (هیالورونیک اسید)
محصول جدید مصون دارو



محصولات آنتی بیوتیک شرکت البرز بالک



- Azithromycin Dihydrate
- Ciprofloxacin Hydrochloride
- Cefixime Trihydrate

شرکت تولید
مواد اولیه دارویی
البرز بالک

ALBORZBULK

021-88940140

@ALBORZBULK.COM

WWW.ALBORZBULK.COM





فنسالاران

Fansalaran
Magazine No. 30-31

دفتر ثبت
اسناد رسمی
۱۷۴۴ تهران

قوه قضائیه



سازمان ثبت اسناد و املاک کشور

۰۹۱۲۷۶۵۲۷۹۲
۰۲۱۲۶۴۲۱۴۹۳



بلوار میرداماد
نرسیده به میدان مادر
قبل از کوچه حصاری
پلاک ۱۳۸، طبقه اول
واحد ۵

دکتر فرزان احمدی کنجہ