

Food Safety

# غذای ایمن



در این شماره میخوانید:

- بهبود امنیت غذایی با نگاهی به وضعیت ایران
- ایمنی مواد غذایی
- نگاهی به آخرین دستاوردها و تحقیقات در علوم پزشکی

به نام خدا

## کلید سلامت

شماره شاپا: ۶۰۱۸-۲۲۵۱

سال ششم - شماره ۵۷  
فروردین ۱۳۹۴

صاحب امتیاز و مدیر مسئول:  
دکتر کامران باقری لنگرانی، رئیس مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت

سر دبیر:  
دکتر احمد کلاته ساداتی

اعضای هیأت تحریریه:  
دکتر محمود نجابت، دکتر حسن جولایی، دکتر سولماز قهرمانی، دکتر مجید فروردین،  
دکتر نجمه مهارلویی

طراحی و صفحه آرایی:  
فرحناز ایزدی

همکاران این شماره:  
دکتر بهنام هنرور، مریم اکبری، ساره جنوبی، محبوبه جوهری، مریم نیک پور،  
لادن جمشیدی، خانم کسرائی و محبوبه افشارزاده

صفحه

عنوان

۳

سخن سردبیر

۴

شعار روز جهانی بهداشت سال ۲۰۱۵ (سالم مواد غذایی)

۶

ایمنی مواد غذایی

۹

بهبود امنیت غذایی با نگاهی به وضعیت ایران

۱۶

گزارش سمینار تصادفات

۱۷

برگزاری دومین نشست کمیته علمی چهارمین سمینار بین المللی سلامت زنان

۱۸

نگاهی به آخرین دستاوردها و تحقیقات در علوم پزشکی

مجله کلید سلامت آماده پذیرش آگهی در  
امور مختلف بهداشتی و درمانی است.

تلفن ۳۲۳۰۹۶۱۵  
<http://hkj.sums.ac.ir>

مواد غذایی می تواند بیماری را از فردی به فرد دیگر انتقال دهد و همچنین به عنوان محیط رشدی برای باکتریها یی باشد که منجر به مسمومیت غذایی می شوند. در کشورهای توسعه یافته استانداردهای پیچیده ای برای آماده سازی مواد غذایی وجود دارد، در حالی که در کشورهای کمتر توسعه یافته یا در حال توسعه، در دسترس بودن آب سالم به عنوان یک مورد حیاتی کافی به نظر می رسد.

ایمنی مواد غذایی یک رشته علمی توصیف کننده روشهایی برای دست زدن به مواد غذایی، آماده سازی، و ذخیره مواد غذایی است به گونه ای که، از بیماریهای منتقله از راه مواد غذایی جلوگیری کند. مهمترین مسیر ها برای ایمنی غذایی بین صنایع غذایی و بازار و سپس بین بازار و مصرف کننده می باشد. در سال ۲۰۰۳، سازمان جهانی بهداشت (WHO) و سازمان خواروباروکشاورزی (FAO) کتاب توصیه های غذایی (Codex Alimentarius) را منتشر کرد که به عنوان یک راهنما برای ایمنی مواد غذایی عمل می کند و نشاندهنده اهمیتی است که ایمنی غذایی برای سازمان بهداشت جهانی دارد. نامگذاری روز جهانی بهداشت سال ۲۰۱۵ به نام ایمنی غذایی خود شاخص دیگری از اهمیت این مقوله است.

در ایران نیز اخیرا گامهای مهمی در راه ارتقا ایمنی غذایی برداشته شده است؛ به گونه ای که به استناد بند الف ماده ۸۴ قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران مصوب سال ۱۳۸۳، شورای عالی سلامت و امنیت غذایی با ریاست رئیس جمهور و عضویت ۱۵ وزیر و روسای سازمان های مرتبط با مباحث سلامت و امنیت غذایی تشکیل گردیده است که آئین نامه اجرایی آن در تاریخ ۱۳/۸/۱۳۸۵ توسط هیأت وزیران تصویب و ابلاغ گردید.

با تصویب آیین نامه شورای برنامه ریزی و توسعه استان و کارگروه های تخصصی، مصوبات شورای عالی سلامت و امنیت غذایی در کنار توجه به سایر مشکلات و معضلات بهداشتی در استان ها اجرایی میگردد.

با توجه به اینکه ایمنی غذایی یک جزء مهم از امنیت غذایی است، طبیعی است که به دنبال تشکیل شورای عالی سلامت و امنیت غذایی، گام های مهمی در راه ارتقا ایمنی غذایی در کشور تاکنون برداشته شده است. از جمله اینکه بنا به گفته نماینده ایران در سازمان جهانی ایمنی غذایی، از سال ۱۳۹۰ استاندارد ملی تولیدات دامی و کشاورزی در کشور نهایی و به سازمان استاندارد ارائه شده است تا غذای تولیدی با ایمنی بالایی به دست مصرف کننده برسد. با تدوین این استانداردها غذای سالم با حداقل باقیمانده دارویی و در حد مجاز در اختیار مردم قرار می گیرد. برای تشویق تولیدی هایی که منطبق با استانداردها غذا تولید می کنند نیز از سوی سازمان جهانی ایمنی غذایی گواهی نامه بین المللی صادر می شود. در راستای اهداف فوق، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، اخیرا با اعلام اقلام غذایی غیربهداشتی و شرکت هایی که تولیدکننده این مواد غذایی هستند به مردم، گام دیگری در راه توسعه ایمنی و امنیت غذایی برداشته است که گام مهمی در این جهت به نظر می رسد.

امید است با تداوم این اقدامات ارزنده در جهت افزایش ایمنی غذایی، در سالی که از طرف سازمان بهداشت غذایی به عنوان ایمنی غذایی نامگذاری گردیده است، شاهد افزایش امنیت غذایی در کشور باشیم.

باشد در تضمین احساس رضایتمندی و اطمینان دیگران از سالم و مناسب بودن غذایی که در بشقاب برای خوردن دارند.

## نشریه

روز جهانی بهداشت ۲۰۱۵ فرصتی برای هشدار دادن به دولت ها، تولید کنندگان، خرده فروشان و عامه مردم در مورد اهمیت مطمئن بودن غذاها و همچنین نقش هر کدام از آنها در حصول اطمینان از این مسئله که غذای موجود در بشقاب غذای افراد ایمن و بی خطر است می باشد.

### مفاد سلامت عمومی

#### فاکتور های کلیدی

اطلاعات بیشتر در این زمینه را می توانید از داده های منتشر شده از طرف سازمان جهانی بهداشت استفاده کنید

- دسترسی به مقدار کافی از مواد غذایی ایمن و مغذی برای بهبود سلامت در زندگی بسیار ضروری می باشد.
- غذای غیر مطمئن - حاوی باکتری های مضر برای بدن، ویروس ها، انگل ها یا مواد شیمیایی - باعث بیش از ۲۰۰ بیماری می شوند (از اسهال گرفته تا سرطان ها).

- بیماری های منتقله از غذا و آب تقریباً دو میلیون نفر را در سال می کشد که بسیاری از آنان نیز کودکان هستند.
- مطمئن بودن غذا، مواد مغذی و امنیت غذا همگی به یکدیگر مرتبط می باشند. غذاهای غیر مطمئن چرخه ای وسیع از بیماری و سوء تغذیه را به وجود می آورند که به صورت بسیارس و ویژه بر جنین، کودکان و افراد مسن تاثیر می گذارند.

- بیماری های منتقله از غذاها مانع توسعه اجتماعی اقتصادی می شوند که این امر به خاطر تحت فشار قرار دادن سیستم های مراقبتی و آسیب رساندن به اقتصاد داخلی، توریسم و تجارت می باشد.

- امروزه غذاها مرز های جغرافیایی را درنوردیده اند و گستره آنها از جایی که تولید می شوند تا جایی که مصرف می شوند می باشد. همکاری مناسب بین دولت ها، تولید کنندگان و مصرف کنندگان می تواند به تضمین مطمئن بودن غذاها کمک کند. بیماری های منتقله از غذا معمولاً عفونی هستند یا اینکه از نظر ماهیت سمی می باشند. این بیماری ها می توانند به وسیله باکتری ها، ویروس ها، انگل ها یا مواد شیمیایی به وجود آیند که از طریق آب یا غذای آلوده وارد بدن می شوند. پاتوژن های منتقله از غذا می توانند باعث اسهال های بسیار شدید یا عفونتهای ناتوان کننده از قبیل مننژیت شوند. آلودگی های شیمیایی می توانند منجر به یک مسمومیت بسیار حاد یا دیگر بیماری های طولانی مدت از قبیل سرطان شوند. بیماری های منتقله از غذاها ممکن است منجر به ناتوانی های طولانی مدت یا حتی مرگ شوند. نمونه هایی از غذاهای غیر مطمئن شامل غذاهای پخته نشده با منشا حیوانی، میوه ها، سبزیجات آلوده شده با مدفوع و صدف های حاوی سم های زیستی دریایی می باشند.

دلایل اصلی بیماری های منتقله از غذاها عبارتند از:

- باکتری
- ویروس
- انگل ها
- پرپتون ها
- مواد شیمیایی (هم مواد شیمیایی طبیعی و هم مواد

## شعار روز جهانی بهداشت سال ۲۰۱۵: سالم بودن مواد غذایی

مواد غذایی نا سالم با مرگ حدود ۲ میلیون نفر در سال در مرتبط است که این عدد تعداد زیادی از کودکان را شامل می شود. مواد غذایی حاوی باکتری های مضر، ویروس ها، انگل یا مواد شیمیایی عامل بیش از ۲۰۰ بیماری، اعم از اسهال تا سرطان می باشد. تهدیدهای جدید که سلامت مواد غذایی را تحت تاثیر قرار می دهد به طور مداوم در حال ظهور هستند. تغییرات در روش تولید مواد غذایی، توزیع و مصرف، تغییرات زیست محیطی؛ پاتوژن های جدید و در حال ظهور، مقاومت ضد میکروبی، چالش هایی هستند که سیستم امنیت ملی مواد غذایی را تحت تاثیر قرار می دهند. افزایش سفرها و تجارت می تواند احتمال گسترش آلودگی را در سطح بین المللی بالا ببرد. موضوع روز جهانی بهداشت ۲۰۱۵ ایمنی مواد غذایی است، به دلیل اینکه عرضه مواد غذایی ما به طور فزاینده در حال جهانی شدن است، نیاز به تقویت سیستم سالم سازی مواد غذایی در داخل و در بین همه کشورها به طور قابل توجهی احساس می شود. به همین جهت سازمان بهداشت جهانی تمام تلاش خود را به کار گرفته تا سالم بودن مواد غذایی، از مزرعه تا بشقاب غذا (و تمام مراحل که در این میان وجود دارد) را در روز جهانی بهداشت، که ۷ آوریل ۲۰۱۵ می باشد را بهبود ببخشد. سازمان بهداشت جهانی به کشورها در جلوگیری، تشخیص و واکنش به شیوع بیماری ناشی از غذاها کمک می کند. این کمک در راستای Alimentarius Codex که مجموعه ی قوانین بین المللی معمول درباره استانداردها، راهنماها و دستورالعمل های غذایی می باشد و تمام مواد غذایی اصلی و فرایندهای پردازش آنان را شامل می شود. سازمان بهداشت جهانی با همراهی سازمان بین المللی غذا و کشاورزی (FAO) به کشورها درباره ضرورت سالم بودن مواد غذایی از طریق شبکه اطلاع رسانی بین المللی هشدار داده است. پنج کلید سالم ماندن مواد غذایی و ایمنی مواد غذایی یک مسئولیت مشترک است. این مهم است که سالم ماندن مواد غذایی در تمام طول زنجیره تولید مواد غذایی - از کشاورزان و تولید کنندگان تا فروشندگان و مصرف کنندگان حفظ شود. به عنوان مثال، پنج کلید سازمان بهداشت جهانی به منظور سالم ماندن مواد غذایی، راهنمایی های عملی را برای فروشندگان و مصرف کنندگان در جهت حمل و نقل و آماده کردن غذا پیشنهاد می دهد:

- کلید ۱: تمیز نگه داشتن مواد غذایی
  - کلید ۲: جداسازی مواد غذایی خام و پخته
  - کلید ۳: محصولات غذایی به طور کامل پخته شود
  - کلید ۴: نگه داشتن غذا در دمای مناسب
  - کلید ۵: استفاده از آب و مواد اولیه سالم
- روز جهانی بهداشت سال ۲۰۱۵ فرصتی است برای هشدار به مردم مشغول به کار در بخش های مختلف دولتی، کشاورزان، تولید کنندگان، خرده فروشان، پزشکان سلامت و همچنین مصرف کنندگان در مورد اهمیت سالم بودن مواد غذایی، و سهمی که هر کس می تواند داشته

ساخته دست بشر)

شمار ۲۰۱۵

- مصرف‌کنندگان طراحی کنید.
- برای دستیابی به سیستم‌های غذایی قابل‌اطمینان و مناسب همکاری بین بخشی را شکل دهید.
- همکاری نزدیک‌تری را بین بخش‌های مختلف درگیر در مورد مواد غذایی (کشاورزی، سلامت انسان، سلامت حیوانات، تجارت، گردشگری و ...) برای تقویت پیشگیری، کنترل و پاسخ به بیماری‌های ناشی از مواد غذایی ایجاد کنید.
- زمینه‌ی مشارکت همه‌ی افراد علاقه‌مند را فراهم آورید.
- شبکه‌هایی بسازید که برای پاسخ مناسب در شرایط اضطراری ایمنی مواد غذایی آماده شده باشند.
- جهانی ببینید، محلی عمل کنید.
- عرضه مواد غذایی جهانی است. مواد غذایی تولیدشده در یک مکان ممکن است در سمت دیگر جهان به فروش

- فوریه- مارس: آغاز جنبش رسانه‌های اجتماعی (نرم‌افزاری) از قبیل ترویج مطالب سمعی بصری (ویدئو و فراخوان عمومی)
- ۷ آوریل: روز جهانی بهداشت
- ۱۰ می - ۳۱ اکتبر: نمایشگاه میلان ۲۰۱۵، با موضوع «تغذیه سیاره، انرژی برای زندگی» که فرصتی ویژه را برای استحکام و تقویت پیام‌های این کارزار فراهم می‌کند. در این زمان (زمان برگزاری نمایشگاه) چندین نمایشگاه و کنفرانس با موضوع ایمنی غذا در ایتالیا و دیگر کشورها برگزار می‌شود.
- ۶-۱۰ ژوئیه: کمیسیون تدوین استانداردهای غذا (CICG)، (ژنو)



- اکتبر: شروع و نشر ارزیابی‌های WHO در مورد معضلات تحمیل‌شده‌ی بیماری‌های ناشی از غذا در جهان. پیام‌هایی که نیاز به توجه و اقدام فوری دارند:
  - پیام‌های زیر با هدف راهنمایی در جهت توسعه‌ی تولیدات ارتباطی و فرصت‌هاست (وب، بیانیه‌های رسمی، انفوگراف‌ها و...). سیاست‌گذاران، دولت‌ها و مصرف‌کنندگان و عموم مردم به‌عنوان مخاطبین اصلی مورد نظر می‌باشند.
  - برای سیاست‌گذاران
  - غذای سالم را در اولویت قرار دهید.
  - برنامه‌ی غذای سالم را با سیاست‌های غذایی گسترده‌تر ادغام کنید.
  - برنامه‌ی غذای سالم را با تغذیه و سیاست‌ها و برنامه‌های امنیت غذایی ادغام کنید.
  - از طریق ارتباطات شفاف و درست ایجاد اعتماد کنید.
  - از طریق ارتباطی شفاف بین ارزیابان خطر، مدیران خطر و کسانی که با خطر در ارتباط‌اند اطمینان‌خاطر ایجاد کنید.
  - آگاهی‌ها و درک از موضوعات غذای سالم را در میان عموم مردم ارتقا دهید.
  - کمپین‌های آموزشی برای مربیان آشپزی و
- رسید
  - تقویت سیستم ایمنی مواد غذایی در یک کشور به‌طور مستقیم بر ایمنی مواد غذایی در سایر کشورها تأثیر می‌گذارد
  - از شبکه‌های جهانی (به‌عنوان مثال INFOSAN) برای ارتباط مؤثر در شرایط اضطراری ایمنی مواد غذایی در سطح بین‌المللی استفاده کنید.
  - برای مصرف‌کنندگان
  - خود را آگاه سازید. چقدر در مورد غذایتان می‌دانید؟
  - هنگام خرید و آماده کردن مواد غذایی برچسب آن‌ها را بخوانید.
  - با مواد میکروبیولوژیکی و شیمیایی خطرناک در منطقه زندگی خود آشنا باشید.
  - زمانی که غذاهای خاصی را که اگر درست آماده نشوند می‌توانند خطرناک باشند تهیه می‌کنید، اینکه چگونه می‌توانید مراقب خطر آن‌ها باشید را بیاموزید (مانند مرغ خام، کاساوا و ...).
  - چگونگی آماده کردن و نگهداری غذاهای فرهنگ‌های دیگر را که با آن‌ها آشنا نیستید بیاموزید (مثل سوشی).
  - جابجایی، ذخیره‌سازی و تهیه غذا به‌گونه‌ای سالم و

- عادات مرتبط با سلامتی را به دیگران در جامعه‌ی خود آموزش دهید.
- تصمیم‌های درست و عاقلانه بگیرید.
- در آماده‌سازی غذا برای زنان باردار، کودکان، افراد مسن و بیماران (افرادی که سیستم ایمنی‌شان تضعیف شده است) توجه ویژه داشته باشید.
- هنگام خریدن غذا از دست‌فروشان، بوفه هتل‌ها و رستوران‌ها از اینکه غذاهای پخته با مواد غذایی خام که می‌توانند آن‌ها را آلوده کنند در تماس نیستند اطمینان حاصل کنید.
- اطمینان حاصل کنید که غذایی که می‌خورید در شرایط بهداشتی آماده و نگهداری شده است (تمیز بودن، مغزپخت باشد، در دمای مناسب نگاه‌داشته شده باشد یعنی گرم و یا سرد/ روی یخ).
- در هنگام خرید از تماس گوشت، مرغ، ماهی و صدف خام با سبب خرید خود یا چرخ خواروبارتان بپرهیزید و از کیسه‌های جدا برای حمل آن‌ها استفاده کنید.

- ایمن
- حین به کار بردن و آماده‌سازی مواد غذایی به ۵ کلید سازمان جهانی بهداشت برای داشتن غذایی سالم عمل کنید (نظافت را رعایت کنید- غذاهای خام و پخته را جدا کنید- غذا را کاملاً بپزید- غذا را در درجه حرارت مناسب طبخ کنید- آب و مواد اولیه مناسب استفاده کنید).
- موقع سرخ کردن، کباب کردن یا پختن غذاها از پخت بیش از حد که می‌تواند ترکیبات شیمیایی سمی تولید کند اجتناب کنید.
- در آشپزخانه‌تان مواد شیمیایی را در مکانی امن نگهداری کنید.
- ظروفی را که قبلاً برای نگهداری مواد شیمیایی استفاده شده بودند، برای نگهداری غذا استفاده نکنید.
- زمانی که در مغازه به فروختن غذا مشغولید، به‌صورت بهداشتی به غذا دست بزنید.
- برای پرورش ایمن میوه‌ها و سبزیجات به ۵ کلید سازمان جهانی بهداشت عمل کنید تا بتوانید آلودگی میکروبی را حین رشد میوه‌ها و سبزیجات برای خانواده یا جامعه‌تان کاهش دهید (بهداشت فردی را رعایت کنید- مزارع را از آلودگی با مدفوع حیوانات محافظت کنید- از کودهای حیوانی تصفیه‌شده استفاده کنید- خطرات آبیاری را ارزیابی و مدیریت کنید- تجهیزات درو و انبار کردن محصولات را تمیز و خشک نگهدارید).

## ایمنی مواد غذایی

### حقایق کلیدی

دارند که ناشی از باکتری‌ها، ویروس‌ها، انگل یا مواد شیمیایی است که از طریق غذا یا آب آلوده به بدن وارد می‌شوند. پاتوژن منتقله از غذا می‌تواند به اسهال شدید یا عفونت ناتوان کننده از جمله مننژیت منجر شود. آلودگی های شیمیایی می‌تواند به مسمومیت حاد یا بلندمدت از جمله سرطان منجر شود. بیماری‌های منتقله از غذا ممکن است به ناتوانی طولانی مدت و مرگ منجر شود. نمونه هایی از مواد غذایی نا امن شامل غذاهای نپخته از منشاء حیوانی، میوه‌ها و سبزیجات آلوده به مدفوع، و صدف خام حاوی سموم زیستی biotoxics دریایی می‌شود.

### باکتری:

- سالمونلا *Salmonella*، کمپیلوباکتر *Campylobacter*، و اینتره‌مورهایژیک اشریشیا کولی *Enterohaemorrhagic Escherichia coli* از شایع ترین پاتوژن های غذایی هستند که سالانه بر میلیون ها نفر از مردم تاثیر می‌گذارد - گاهی اوقات با نتایج شدید و کشنده همراه است. علائم شامل تب، سردرد، تهوع، استفراغ، درد شکم و اسهال می‌باشد. نمونه هایی از غذاهای این دسته باعث شیوع سالمونلوز تخم مرغ، مرغ و سایر محصولات با منشاء جانوری می‌باشند. موارد منتقله از غذا با کمپیلوباکتر به طور عمده توسط شیر خام، مرغ خام یا پخته و آب آشامیدنی ایجاد می‌شود. اینتره‌مورهایژیک اشریشیا

- دسترسی به مقادیر کافی از مواد غذایی سالم و مغذی کلیدی برای تداوم حیات و ارتقاء سلامت خوب است.
- مواد غذایی غیربهداشتی حاوی باکتری‌ها، ویروس‌ها، انگل یا مواد شیمیایی مضر باعث بیش از ۲۰۰ بیماری - اعم از اسهال تا ابتلا سرطان - می‌شود.
- بیماری‌های اسهال منتقله از غذا و آب سالانه باعث مرگ حدود ۲ میلیون نفر از جمله بسیاری از کودکان می‌شود.
- ایمنی مواد غذایی، تغذیه و امنیت غذایی به طور جدایی ناپذیری با یکدیگر مرتبط می‌باشند. مواد غذایی غیربهداشتی چرخه معیوب بیماری و سوء تغذیه، باعث بیماری نوزادان، کودکان، افراد مسن می‌شوند.
- بیماری‌های منتقله از غذا به علت فشار بر سیستم مراقبت های بهداشتی، و آسیب رساندن به اقتصاد ملی، گردشگری و تجارت مانع توسعه اجتماعی و اقتصادی می‌شود.
- زنجیره تامین مواد غذایی در حال حاضر موضوعی فراتر از مرزهای ملی است. همکاری خوب بین دولت‌ها، تولید کنندگان و مصرف کنندگان به اطمینان از ایمنی مواد غذایی کمک می‌کند.
- بیماری‌های منتقله از مواد غذایی و علل آن
- بیماری‌های منتقله از غذا معمولاً طبیعت عفونی یا سمی

### مواد شیمیایی:

بسیاری از نگرانی مرتبط با سلامتی به طور طبیعی شامل سموم و آلاینده های زیست محیطی می باشد. به طور طبیعی سموم شامل میکوتوکسینها، biotoxins دریایی، گلیکوزیدهای سیانوژنیک و سموم در قارچ سمی اتفاق می باشد. غذاهای اصلی مانند ذرت یا غلات می تواند حاوی سطوح بالایی از میکوتوکسینها، مانند آفلاتوکسین و ochratoxin. که قرار گرفتن طولانی مدت می تواند سیستم ایمنی بدن و رشد عادی، و یا علت سرطان باشد.

آلاینده های آلی پایدار Persistent organic pollutants POPs شامل ترکیباتی است که در محیط زیست و بدن انسان تجمع می یابند. نمونه شناخته شده دیوکسین و بی فنیل ها (PCBs) می باشد که محصولات جانبی ناخواسته از فرآیندهای صنعتی و زباله سوز هستند. آنها در سراسر جهان در محیط وجود دارد و در زنجیره مواد غذایی حیوانی تجمع می یابند. دیوکسین به شدت سمی است و می تواند مشکلات تولید مثل و رشد و نمو را به وجود آورد، همچنین عامل آسیب به سیستم ایمنی بدن، اختلال در هورمون ها و علت سرطان می باشد. فلزات سنگین مانند سرب، کادمیوم و جیوه باعث آسیب عصبی و کلیوی می شود. آلودگی توسط فلزات سنگین در مواد غذایی به طور عمده از طریق آلودگی هوا، آب و خاک رخ می دهد.

### جهان و مواد غذایی در حال تحول ایمنی

لوازم غذایی سالم عبارتند از حمایت اقتصاد ملی، تجارت و گردشگری که به امنیت غذا و تغذیه کمک می کند و زیر بنای توسعه پایدار است. شهرنشینی و تغییر در عادات مصرف کننده، از جمله سفر، خرید و خوردن مواد غذایی آماده در اماکن عمومی توسط تعداد زیادی از مردم را افزایش داده اند. جهانی شدن باعث شده است تقاضای مصرف کنندگان برای انواع گسترده تر از مواد غذایی افزایش یابد که منجر به زنجیره غذایی به طور فزاینده پیچیده و جهانی شده است.

همانطور که جمعیت جهان رشد می کند، کشاورزی صنعتی و پرورش حیوانات افزایش می یابد و افزایش تقاضا برای مواد غذایی فرصت ها و چالش ها را برای ایمنی مواد غذایی ایجاد می کند. پیش بینی تغییرات آب و هوایی نیز بر ایمنی مواد غذایی موثر است، که در آن تغییرات دما همراه است با تغییر در خطرات ایمنی مواد غذایی مرتبط با تولید مواد غذایی، ذخیره سازی و توزیع. این چالش ها مسئولیت بیشتری در تولید مواد غذایی برای اطمینان از ایمنی مواد غذایی را به وجود آورده است. حوادث محلی می تواند به سرعت به شرایط اضطراری بین المللی با توجه به سرعت و طیف وسیعی از توزیع محصولات بینجامد. شیوع بیماری جدی در هر قاره در دهه گذشته، اغلب به علت تجارت جهانی توسعه یافته به وجود آمده است. مثالها در این زمینه عبارتند از: آلودگی شیر خشک نوزاد با ملامین در سال ۲۰۰۸ (موثر بر ۳۰۰۰۰ نوزاد و کودک خردسال، ۶ نفر از آنها فقط در چین جان خود را از دست دادند) و ۲۰۱۱ شیوع اینتره موورهایک

کولی با شیر غیر پاستوریزه، گوشت پخته و میوه ها و سبزیجات تازه در ارتباط است.

• عفونت لیستریا منجر به سقط جنین ناخواسته در زنان باردار و یا مرگ نوزادان تازه متولد شده می انجامد. اگر چه وقوع بیماری نسبتا کم است، اما پیامدهای شدید و گاهی اوقات کشنده لیستریا، به ویژه در میان نوزادان، کودکان و افراد مسن، آنها را در جزء عفونت های جدی به حساب آورده است. لیستریا در محصولات لبنی غیرپاستوریزه و مختلف و غذاهای آماده وجود دارد که می تواند در دمای سرد رشد پیدا کند.

• ویبریولکرا که از طریق آب یا غذای آلوده مردم را آلوده می کند. علائم آن شامل درد شکم، استفراغ و اسهال آبکی شدید، که ممکن است به کم آبی شدید و احتمالا مرگ منجر شود، می باشد. برنج، سبزیجات، حریره ارزن و انواع مختلفی از غذاهای دریایی در شیوع بیماری وبا شناخته شده اند.

آنتی میکروبیولهایمانند آنتی بیوتیک ها برای درمان عفونت ناشی از باکتری ضروری هستند. با این حال، استفاده بیش از حد و استفاده نادرست آنها در دامپزشکی و انسان به ظهور و گسترش باکتری مقاوم به درمان انجامیده است که ارائه درمان بیماری های عفونی در حیوانات و انسان را بی اثر می کند. باکتری های مقاوم از طریق حیوانات (به عنوان مثال سالمونلا از طریق جوجه) وارد زنجیره غذایی می شوند. مقاومت ضد میکروبی یکی از تهدیدهای اصلی طب مدرن است.

### ویروس ها:

عفونت های نورو ویروس ها با تهوع، استفراغ جهنده، اسهال آبکی و درد شکم مشخص می شود. ویروس هپاتیت A می تواند باعث بیماری کبدی طولانی مدت و به طور معمول از طریق غذاهای دریایی خام یا پخته و یا آلوده تولید خام گسترش می یابد. عرضه کنندگان مواد غذایی آلوده اغلب منبع آلودگی مواد غذایی می باشند.

### انگل:

برخی از انگل ها مانند ماهی منتقله ترماتودها fish-borne trematodes تنها از طریق مواد غذایی منتقل می شود. دیگران، به عنوان مثال اکینوкокوس Echinococcus spp، ممکن است از طریق غذا یا تماس مستقیم با حیوانات آلوده بیماران را آلوده کنند. انگل های دیگر، مانند آسکاریس، کریپتوسپوریدیوم، انتاموبیا هیستولیتیکا و یا ژiardیا، که از طریق آب یا خاک وارد زنجیره غذایی می شوند می تواند محصولات تازه را آلوده کند.

### پریون ها:

پریون ها، عوامل عفونی متشکل از پروتئین، منحصر به فرد هستند که با فرم های خاص بیماری عصبی همراه است. انسفالوپاتی اسفنجی شکل گاو (BSE)، و یا «بیماری جنون گاو» یک بیماری پریونی در گاو، در ارتباط با نوع بیماری کروتسفلد جاکوب (vCJD) در انسان است. مصرف فرآورده گاو حاوی مواد خطر مشخص، به عنوان مثال بافت مغز، به احتمال زیاد مسیر از انتقال عامل پریون برای انسان است.

تولید مواد غذایی امن در داخل کشور و سطح بین المللی.

گرداننده مواد غذایی و مصرف کنندگان می توانند:

- بدانند مواد غذایی که آنها استفاده می کنند (برچسب روی بسته بندی مواد غذایی، یک انتخاب آگاهانه، و آشنایی با خطرات مواد غذایی رایج).
- مدیریت و آماده سازی مواد غذایی تا با خیال راحت به مواد غذایی امن تر در خانه، و یا هنگام فروش در رستوران ها و یا در بازارهای محلی دسترسی ایجاد شود؛
- رشد میوه ها و سبزیجات با استفاده از پنج کلید WHO برای پرورش امن تر میوه ها و سبزیجات برای کاهش آلودگی میکروبی.

#### پاسخ WHO

هدف سازمان جهانی بهداشت، تسهیل پیشگیری جهانی، تشخیص و واکنش به تهدید بهداشت عمومی مرتبط با مواد غذایی پرخطر است. نتیجه این امر اطمینان از اعتماد مصرف کننده و اعتماد به نفس در تامین غذای سالم می باشد. بدین منظور به کشورهای عضو کمک می کند تا با ایجاد ظرفیت برای جلوگیری از انجام، شناسایی و مدیریت ریسک ایجاد شده با:

- ارائه ارزیابی های علمی مستقل در خطرات میکروبیولوژیکی و شیمیایی که استانداردهای بین المللی مواد غذایی، دستورالعمل ها و توصیه های شناخته شده به عنوان مستندات تغذیه ای، برای اطمینان از غذای سالم در هر جا را شکل می دهد.
- ارزیابی ایمنی فن آوری های جدید مورد استفاده در تولید مواد غذایی، مانند اصلاح ژنتیکی و فناوری نانو.
- کمک به بهبود سیستم های غذایی ملی و چارچوب های حقوقی و پیاده سازی زیرساخت های مناسب برای مدیریت خطرات ایمنی مواد غذایی. ایمنی مواد غذایی توسط مقامات شبکه بین المللی سازمان غذا و کشاورزی سازمان ملل متحد (FAO) به سرعت توسعه داده می شود، تا به اشتراک اطلاعات در مواقع اضطراری ایمنی مواد غذایی بپردازند.
- ترویج دست زدن به غذای امن از طریق پیشگیری از بیماری ها و آگاهی از برنامه های منظم، از طریق پنج کلید WHO به پیام و آموزش امن تر مواد غذایی مواد. و
- دفاع از ایمنی مواد غذایی به عنوان یک جزء مهم از امنیت سلامت و برای یکپارچه سازی ایمنی مواد غذایی به سیاست های ملی و برنامه های در خط با مقررات بین المللی بهداشت (IHR - ۲۰۰۵).

سازمان جهانی بهداشت از نزدیک با FAO، سازمان جهانی بهداشت حیوانات (OIE) و دیگر سازمان های بین المللی برای اطمینان از ایمنی مواد غذایی در کل زنجیره غذایی از تولید به مصرف همکاری می کند.

#### Reference:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs399/en/>

اشریشیا کولی در آلمان که مرتبط با جوانه شنبلیله آلوده بود که گزارش شد منجر به مرگ ۵۳ نفر در ۸ کشور در اروپا و شمال آمریکا شده است. شیوع باکتری E.coli در سال ۲۰۱۱ در آلمان باعث ۱،۳ میلیارد دلار در ضرر و زیان برای کشاورزان و صنایع و آمریکا شد که باعث پرداخت ۲۳۶،۰۰۰،۰۰۰ دلار غرامت و کمک اضطراری به ۲۲ کشور عضو اتحادیه اروپا شد.

#### ایمنی مواد غذایی: یکی از اولویت های بهداشت عمومی

مواد غذایی غیربهداشتی در شمار تهدید بهداشت جهانی است که همه را تهدید می کند. نوزادان، کودکان، زنان باردار، افراد مسن و کسانی که دارای یک بیماری زمینه ای می باشند، در این زمینه آسیب پذیر می باشند. بیماری منتقله از غذا و اسهال منتقله از راه آب حدود ۲ میلیون نفر از جمله بسیاری از کودکان و به ویژه در کشورهای در حال توسعه را در هر سال به کام مرگ می کشد. مواد غذایی غیربهداشتی، ایجاد یک چرخه معیوب اسهال و سوء تغذیه، و تهدید وضعیت تغذیه از آسیب پذیر ترین موارد هستند. از آنجا که تامین مواد غذایی نا امن می باشد، مردم تمایل به تغییر به رژیم غذایی کمتر سالم و مصرف بیشتر «غذاهای نا امن» دارند - که در آن مواد شیمیایی، میکروبیولوژیکی که سایر خطرات بهداشتی را در برخواهد داشت. ایمنی مواد غذایی بایستی در اولویت بهداشت عمومی دولتها باشد، آنها بایستی به عنوان نقش محوری در توسعه سیاست ها و چارچوب های قانونی، ایجاد و پیاده سازی سیستم های ایمنی مواد غذایی نقش ایفا کنند تا اطمینان حاصل شود که تولید کنندگان مواد غذایی و تامین کنندگان در طول کل زنجیره غذایی مسئولانه عمل می کنند و غذای سالم به مصرف کنندگان عرضه می شود.

مواد غذایی می تواند در هر نقطه از تولید و توزیع آلوده شود و مسئولیت اصلی نهفته در تولید مواد غذایی است. با این حال بخش بزرگی از حوادث بیماریهای ناشی از غذاهای نامناسب و یا بد به کار برده شده mishandled در خانه، در موسسات خدمات مواد غذایی، یا بازارها شکل می گیرد. همه عرضه کنندگان مواد غذایی و مصرف کنندگان باید نقش داشته باشند در راهبردهایی مانند اتخاذ شیوه های اساسی بهداشتی هنگام خرید، فروش و آماده سازی غذا برای محافظت از سلامت خود و جامعه و این موضوع را درک کنند. هر کس می تواند به ساخت غذای سالم کمک می کند. در اینجا چند نمونه از اقدامات موثر هستند:

سیاستگذاران می توانند:

- از طریق ساخت و نگهداری سیستم های غذای کافی و زیرساخت ها (به عنوان مثال آزمایشگاه) برای پاسخ به و مدیریت خطرات ایمنی مواد غذایی در کل زنجیره غذایی، از جمله در مواقع اضطراری.
- ایجاد همکاری چند بخشی بین بهداشت عمومی، بهداشت دام، کشاورزی و سایر بخش ها برای ارتباطات بهتر و اقدام مشترک.
- ادغام ایمنی مواد غذایی به سیاست های گسترده تر غذا و برنامه (به عنوان مثال تغذیه و امنیت غذایی).
- فکر و عمل در سطح جهانی و ملی برای اطمینان از



## بهبود امنیت غذایی با نگاهی به وضعیت ایران

دکتر سولماز قهرمانی، متخصص پزشکی اجتماعی

### مقدمه:

و به معنی رعایت بهداشت در تولید، نگهداری، توزیع و مصرف انواع غذاها است. امنیت غذایی یک مسئله پیچیده است و به توسعه اقتصادی پایدار، محیط زیست، و تجارت مرتبط است، همچنین از طریق سوء تغذیه به سلامت نیز مرتبط است. دریافت کافی مواد غذایی توسط خانواده ها، چگونگی توزیع غذا درون خانواده، برآوردن نیاز تغذیه ای همه اعضای خانواده گویای این مساله است که امنیت غذایی به وضوح به سلامت مرتبط است.

### عوامل مؤثر در امنیت غذا:

- سبب غذا و دسترسی اقتصادی
- تولید و بازاریابی غذا
- صنایع تبدیلی غذا
- فرهنگ و سواد تغذیه ای
- تحقیق، فناوری و تربیت نیروی انسانی

### بخش عمده ای از بحث در مورد امنیت غذایی در این مورد است که:

- مواد غذایی به اندازه کافی در جهان برای تغذیه هر کس به اندازه کافی وجود دارد، منتها مشکل در توزیع آن است.
- نیازهای غذایی در آینده می تواند - و یا نمی تواند - با سطح فعلی تولید بر آورده گردد.
- امنیت غذایی ملی خیلی مهم است - و یا دیگر مورد نیاز نیست، به علت به وجود آمدن تجارت جهانی.
- جهانی شدن (Globalization) میتواند - و یا نمیتواند - منجر به تداوم ناامنی غذایی و فقر در جوامع روستایی گردد.
- کشاورزی بزرگترین بخش اشتغال در بسیاری از کشورهای در حال توسعه است و موافقت نامه های بین المللی کشاورزی از نظر امنیت غذایی یک کشور حیاتی هستند. برخی از منتقدان استدلال می کنند که آزادسازی تجاری ممکن است امنیت غذایی یک کشور را با کاهش سطح اشتغال کشاورزی کاهش دهد.
- نگرانی در مورد این باعث شده است که گروهی از کشورهای عضو سازمان جهانی تجارت

کنفرانس جهانی غذا ۱۹۷۴ اعلام کرد که تأمین امنیت غذایی جهان عمدتاً در گرو افزایش تولید و عرضه غذا است؛ اما یک دهه بعد امنیت غذایی به صورت دسترسی یکایک افراد جامعه در تمام اوقات به غذای کافی برای زندگی سالم و فعال تعریف گردید (بانک جهانی، ۱۹۸۶). در اجلاس جهانی غذا در سال ۱۹۹۶ نیز همین تعریف برای امنیت غذایی اعلام گردید: « زمانی امنیت غذایی وجود دارد که همه مردم در تمام اوقات به مواد غذایی با مقدار کافی، ایمن و مغذی برای حفظ یک زندگی سالم و فعال دسترسی داشته باشند ». به طور شایعتر، مفهوم امنیت غذایی به صورت دسترسی فیزیکی و اقتصادی به مواد غذایی که بتواند نیازهای غذایی مردم را بر آورده کند و همچنین متناسب با ترجیحات آنان نیز باشد، تعریف شده است. به بیانی دیگر امنیت غذایی به توان بالقوه مصرف غذا در سطح خانوار می پردازد و سلامت تغذیه ای بر تأمین بالفعل مواد لازم برای حیات سلولی تکیه دارد. با توجه به اینکه روز جهانی بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۵ به نام ایمنی غذایی نامگذاری شده است و ایمنی غذایی یک زیر مجموعه مهم از امنیت غذایی است لذا در اینجا مختصراً به امنیت غذایی و اجزای آن میپردازیم.

### امنیت غذایی از سه رکن ساخته شده است:

- در دسترس بودن مواد غذایی (Food availability): مقدار کافی از مواد غذایی بطور پایدار در دسترس باشد.
- دسترسی به غذا (Food access): داشتن منابع کافی برای فراهم کردن مواد غذایی مناسب برای یک رژیم غذایی مغذی.
- استفاده از مواد غذایی (Food use): استفاده مناسب از مواد غذایی بر اساس دانش تغذیه و همچنین استفاده از آب کافی.

### ایمنی مواد غذایی (Food safety):

یکی از زیر مجموعه های امنیت غذایی رعایت بهداشت و ایمنی مواد غذایی در جهت دستیابی به غذای ایمن برای مصرف کنندگان است،

آب، قیمت بالای انرژی و تغییرات آب و هوایی همگی نشان می‌دهد که باید با منابع کمتر، غذای بیشتری برای مردم سرتاسر جهان تولید شود. رشد پایدار در بخش کشاورزی، عاملی حیاتی برای تغذیه جهان در دهه‌های آتی است. آخرین گزارش سازمان خواربار و کشاورزی جهانی (FAO) حاکی از آن است که بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۱۹۹۲، ۸۲۳/۱ میلیون نفر در کشور های در حال توسعه دچار سوءتغذیه بوده‌اند. ولی این آمار پس از ۱۰ سال تنها سه میلیون نفر کاهش داشته و به ۸۲۰/۲ میلیون نفر در بین سال‌های ۲۰۰۱ تا ۲۰۰۳ رسیده است. این کاهش نشان دهنده ضعف بارز کشور های در حال توسعه در زمینه فراهم کردن مواد غذایی مورد نیاز اقشار ضعیف و آسیب پذیر و زنان و کودکان است. در اغلب مناطقی که با موضوع سوءتغذیه مواجه هستند، زنان و دختران، کودکان، اقشار ضعیف و افرادی که در شرایط مرزی به سر می‌برند بیش از سایر افراد در معرض خطر قرار دارند. آفریقا و منطقه صحرا به دلیل شرایط ویژه و همچنین اوضاع اجتماعی و سیاسی نابسامان و بسیاری از کشورهای دیگر این قاره بیش از دیگر نقاط جهان با نبود امنیت غذایی مواجه هستند، گستردگی و رشد روزافزون جوامعی که از عدم امنیت غذایی رنج می‌برند باعث شده بسیاری از جوامع و سازمان های بین المللی نسبت به رخ دادن فاجعه ای انسانی در این منطقه هشدار دهند.

۲۰۶/۲ میلیون نفر در بین سال‌های ۲۰۰۱ تا ۲۰۰۳ در این منطقه دچار سوءتغذیه بودند. این مقدار در مقایسه با ده سال قبل آن ۳۷ میلیون نفر افزایش نشان می‌دهد. در این میان جمهوری دموکراتیک کنگو و اتیوپی در وضعیتی بسیار خطرناک به سر می‌برند. کنگو از ۱۲/۲ میلیون نفر افراد مبتلا به سوءتغذیه در سال‌های ۱۹۹۰ تا ۱۹۹۳ به ۳۷ میلیون نفر در سال‌های ۲۰۰۱ تا ۲۰۰۳ رسیده است. جهش ۲۵ میلیون نفری باعث شده است نسبت افراد دچار سوءتغذیه به کل جامعه رقم ۷۵ درصد را نشان دهد. بدین معنی که از چهار نفر سه نفر به سوءتغذیه مبتلا هستند. اتیوپی نیز با ۳۱ میلیون نفر مبتلا به سوءتغذیه دوشادوش کنگو به پیش می‌رود. درگیری های داخلی، وضعیت آشفته اقتصادی و نبود حکومت های پایدار از جمله عواملی است که امنیت غذایی در این کشور ها را به رویایی دست نیافتنی بدل کرده است.

### خاورمیانه و جایگاه ایران

خاورمیانه با افزایش افراد مبتلا به سوءتغذیه در محدوده سال های آمار گیری FAO یعنی ۲۰۰۱ تا ۲۰۰۳ مواجه بوده است. این منطقه در این سال ها ۳۷/۶ میلیون نفر از افرادی که دچار سوءتغذیه بودند را در حیطه جغرافیایی خود جا داده بود. جمهوری اسلامی ایران با یک رشد ۶ میلیون نفری در جمعیت دچار سوءتغذیه بوده است. این جمعیت در آخرین سال های آمار گیری (FAO) ۲۰۰۱ تا ۲۰۰۳ به دو میلیون و هفتصد هزار نفر رسیده است، در حالی که این رقم در ۱۰ سال پیش از این تاریخ دو میلیون و صد هزار نفر عنوان شده است. در هر دو دوره ۱۰ ساله این گزارش چهار درصد از جمعیت ایران با معضل سوءتغذیه مواجه بودند و این رقم با گذشت ۱۰ سال هیچ تغییری نشان نداده است. عوامل مختلفی چون

(WTO) توصیه کنند که در مذاکرات در موافقت نامه های کشاورزی به کشورهای در حال توسعه اجازه داده شود که برای محافظت از امنیت غذایی ملی و اشتغال در آن کشور ها محصولات کلیدی مجددا ارزیابی شده و تعرفه بر روی آن کالاها را افزایش دهند. آنها استدلال می کنند که موافقت نامه های سازمان تجارت جهانی، با اعمال فشار برای ایجاد بازار آزاد، منجر به تهدید امنیت غذایی کلیه جوامع میشود.

### برخی مسائل مرتبط شامل:

- تاثیر خالص آزادسازی در تجارت غذا و کشاورزی، با توجه به شرایط متفاوت کشورهای در حال توسعه چیست؟

- تا چه حد سیاست های داخلی اقتصادی و اجتماعی - و سیاست های توسعه روستایی غذا و کشاورزی - می تواند اثرات متنوع ( و احتمالا منفی ) سیاست های بین المللی، مانند آنهایی که مربوط به تجارت بین المللی است را خنثی کند؟

- تا چه حد دستاوردهای اقتصادی ناشی از تجارت به نفع کسانی است که به احتمال زیاد از ناامنی غذایی رنج می‌برند؟

- چگونه می توان تولید و تجارت غذا و کشاورزی را از بهره برداری بیش از حد از منابع طبیعی که ممکن است امنیت غذایی داخلی را در دراز مدت را به خطر اندازد مصون نگه داریم؟

- چگونه اطمینان حاصل شود که محصولات غذایی وارداتی از کیفیت قابل قبول برای غذا خوردن برخوردارند و به قدر کافی ایمن هستند؟

امنیت غذایی امروزه در بسیاری از کشور های آفریقایی چالشی است که انسان را تهدید می کند. فجایعی در دارفور رخ می دهد که نمونه بارز از بین رفتن امنیت غذایی در آن منطقه است. تحولات سریع صنعتی در کشور های در حال توسعه همواره باعث شده، امنیت غذایی جمعیت، در معرض خطر قرار گیرد. سازمان جهانی بهداشت شاخص مفهومی عینی تری از امنیت غذایی ارائه داده است، شاخصی که به وسیله آن می توان تصویر واضح تری از آن داشت: «مصرف کمتر از ۸۰ درصد از کالری مورد نیاز روزانه بر حسب عرضه کافی مواد غذایی.» بر اساس این تعاریف کشوری دارای امنیت غذایی است که بتواند به نیاز های غذایی جامعه خود پاسخ دهد و هراس از نبود غذا در آن جامعه وجود نداشته باشد.

### داده ها:

گزارش (FAO) سازمان خواربار و کشاورزی جهانی: سازمان فائو طی گزارشی اعلام کرد که برای تامین غذای جمعیت ۹ میلیارد نفری جهان در سال ۲۰۵۰، باید دو برابر میزان کنونی تولید کرد و برای رسیدن به این هدف باید موانعی مانند محدودیت زمین های کشاورزی، کمبود آب، قیمت بالای انرژی، افت سرمایه گذاری در زمینه تحقیقات کشاورزی و افزایش ضایعات غذایی را در نظر داشت. سازمان فائو با توجه به چشم انداز امنیت غذایی قرن ۲۱ جهان مربوط به کمبود مواد غذایی، تولید مواد غذایی را در قرن حاضر با مشکلاتی پیش بینی نموده است. . از این رو رقابت بر سر زمین های کشاورزی و منابع

بالای ۳۰ درصد است. در استان های آذربایجان غربی، خوزستان، ایلام، لرستان، زنجان و همدان پرمصرفی بسیار بالاست. این تصویر، در حقیقت، عدم تعادل شدید الگوی مصرف غذا در ایران را نشان می دهد. بدین معنا که سفره مردم از نظر کیفیت نارسایی های عمده ای دارد؛ ولی از نظر کمیت در مجموع کافی است. با وجود این از هر ده نفر دو نفر کمبود دارند؛ چهار نفر پرمصرفی می کنند و فقط چهار نفر در سطح مطلوب غذا می خورند. از دیدگاه کیفیت سفره غذا، وضعیت به نحو دیگری است، به این معنا که پنج نفر دچار کمبود هستند؛ سه نفر پرمصرفی دارند و فقط دو نفر از وضعیت مطلوب برخوردارند.

در مجموع، ترکیب سفره تناسبی با نیازهای سلولی نداشته و اعضای خانوار فقط از طریق پرخوری شدید توانسته اند ویتامینهای ب ۲ و آ مورد نیاز خود را تأمین کنند. این تحلیل نمایانگر مشکلات فرهنگی و عادات غذایی در جامعه ایرانی است. بررسی سبب غذایی خانوار نشان می دهد که سیاست های حمایت از مصرف کنندگان در مورد عرضه نان به بهای ارزان هر چند دسترسی به این ماده غذایی را برای طبقات کم درآمد، به ویژه در مناطق شهری، آسان ساخته؛ اما پیامدهایی را در برداشته است. ارزانی این محصول سبب جایگزینی آن با مواد غذایی گران تر مانند مواد پروتئینی و محصولات باغی در سفره گردیده و موجب عدم تعادل در تأمین نیازهای سلولی شده است. مدیریت نان در کشور به سبب مداخله گسترده دولت، موجب افزایش ضایعات در مسیر حرکت محصول از مزرعه به ناواییها، در داخل خانه و نیز دیگر مراکز مصرف گردیده است. سیاست فعلی یارانه عمومی نان مانع از ایجاد جایگزینی سیب زمینی با نان در سفره خانوار در سطح مطلوب می باشد؛ توضیح این که میانگین تولید سیب زمینی در کشور در حال حاضر ۲۱ تن در هکتار و میانگین تولید گندم ۱/۵ تن در هکتار است. مقایسه تولید این دو محصول با یکدیگر و قابلیت جایگزینی آن در سفره خانوار به عنوان منبع انرژی نشان می دهد که این جایگزینی به سود کشور و موجب کاهش مصرف گندم و در نتیجه کاهش میزان واردات خواهد شد. به نظر می رسد که سیاست های دولت در زمینه واردات برنج و توزیع آن به بهای ارزان از طریق کالا برگ به عموم خانوارها موجب افزایش مصرف برنج گردیده است. از سوی دیگر، عدم برنامه ریزی دولت در زمینه ذخیره سازی و واردات برنج در پاره ای از سال ها نوسانات شدید قیمت این محصول و تضعیف درآمد تولیدکنندگان را در پی داشته است. فقدان نظام اطلاعات بازاریابی در کشور و همچنین نبود انبارهای مناسب برای نگهداری سیب زمینی موجب افزایش بروز نوسانات در تولید و قیمت این محصول گردیده است. علاوه بر این، عدم ثبات سیاست های بازرگانی، به ویژه در مورد ممنوعیت صادرات این محصول در برخی سال ها، باعث کاهش انگیزه تولید و درآمد تولیدکنندگان شده است.

در زمینه تولید گوشت قرمز بررسی ها نشان می دهند که به عکس محصولات زراعی، مانند گندم، برنج و شکر، فاصله میان تولید و مصرف سرانه گوشت کاهش یابد، اختلاف اندک میان تولید و مصرف سرانه نتیجه دخالت کم تر دولت در نظام قیمتگذاری گوشت در مقایسه با محصولات زراعی دیده می شود.

تغییر شرایط و مشکلات اقتصادی و افزایش حاشیه نشینی در شهر های بزرگ و در نتیجه عدم دسترسی به منابع غذایی مفید و بسیاری دیگر از عوامل باعث شده جمعیت افرادی که دارای امنیت غذایی نیستند، افزایش نشان دهد. گذر تغذیه ای در ایران حاکی از این است که در بیست سال آینده توجه به بیماری های متابولیک او لویت و اهمیت خاصی می یابد. از یک طرف جامعه ایرانی به سوی شهرنشینی می رود، و از طرف دیگر با افزایش امید به زندگی جامعه سالمندتر خواهد شد. عوامل مخاطره ای متعدد، بروز بیماری های متابولیک را تشدید خواه ند کرد ضمن آن که بار بیماری های واگیردار به احتمال زیاد سبک تر خواهد شد. از جمله عوامل خطرزایی که زمینه را برای شدت گرفتن بیماری های متابولیک در ایران فراهم می سازند، می توان به شتاب روزافزون شهرنشینی، تغییرات وسیع غذا و شیوه غذا خوردن، گرایش به پرمصرفی، به خصوص مصرف چربی، کاهش فعالیت های جسمی و استعمال دخانیات، اشاره کرد.

**داده های موجود در ایران سه روند مهم و تعیین کننده در زمینه غذا و بیماری های متابولیکی را نشان می دهد:**

۱. افزایش چشم گیر مصرف چربی در جامعه  
۲. افزایش سریع و چشم گیر مرگ و میر ناشی از بیماری های قلب و عروق

۳. اضافه وزن و چاقی بخصوص در زنان میانسال

مروری بر میزان مصرف سرانه مواد غذایی در سفره مردم نشان می دهد که مصرف نان در روستاها به شدت از شهرها بالاتر و مصرف قند و شکر تا حدی بیشتر است. در مقابل، مصرف گوشت و تخم مرغ در شهرها بالاتر است، به طوری که روستاییان ۲۵ درصد کم تر از شهرنشینان گوشت مصرف می کنند؛ این در حالی است که مصرف برنج، حبوبات، لبنیات، سبزی ها، ماکارونی و چربی در شهر و روستا تفاوت عمد های با یکدیگر ندارند.

در ارزیابی تغذیه ای از سفره مردم نشان می دهد که بجز ویتامین ب ۲ در کل کشور و ویتامین آ در روستاها، دریافت متوسط سرانه سایر مواد مغذی از نیاز متوسط بالاتر است؛ به عبارت دیگر، سفره مردم در کشور از نظر تأمین ویتامین ب ۲ و سفره روستاییان از نظر تأمین دو ویتامین ب ۲ و آ مشکل دارد.

در یک جمع بندی کلی می توان گفت که از سویی حدود ۲۰ درصد مردم دچار کمبود انرژی و حدود ۵۰-۴۰ درصد دچار کمبود کلسیم و ویتامین های آ و ب ۲ هستند.

مردم مشکل سیری شکم و بیش از ۵۰ درصد مشکل سیری سلول دارند؛ به عبارت دیگر از نظر تأمین سلامت تغذیه ای در کشور، نیمی از مردم دچار مشکل هستند. تفاوت های استانی در ارزیابی سفره غذایی مردم از نظر سیری شکم در استان های کرمان، بوشهر، چهارمحال و بختیاری، تهران و اصفهان درصد کمبود، از متوسط کشور بالاتر است. از نظر سیری سلولی و تأمین سلامت تغذیه ای، یا به عبارت دیگر کیفیت سفره، تمامی استان ها وضعیت نامطلوبی دارند و کمبود شدید ریزمغذی ها مشهود است. در این میان، استان های سیستان و بلوچستان، کرمان، یزد، همدان، بوشهر، هرمزگان، خراسان، آذربایجان شرقی و ایلام مشکلات بیش تری دارند.

بر اساس شاخص مصرف انرژی بیش از ۴۰ درصد جامعه پرمصرفی دارند. پرمصرفی در مورد ویتامین آ و کلسیم

به وضعیت بهتری رسیده اند. در مجموع، مطالعات هزینه خانوار به خوبی نشان می دهد که بیش از ۲۰ درصد جامعه توانایی مالی برای سیری شکم ندارند و حدود ۵۰ درصد برای تأمین سیری سلولی دچار مشکل هستند. یافته های بررسی تغذیه ای انستیتو تحقیقات تغذیه ای نیز دقیقاً همین نتیجه گیری را تأیید می کنند؛ به زبان ساده تر نیمی از مردم ایران برای تأمین نیازهای سلولی و حفظ سلامت تغذیه ای با مشکل مواجهند. سلامت تغذیه ای حاصل دسترسی مداوم و مطلوب به مواد مغذی مورد نیاز انسان در سطح سلولی است. بنابراین، سلامت تغذیه ای جامعه هنگامی حاصل می شود که خطر عدم دسترسی به مواد مغذی مورد نیاز در سطح سلول پایین باشد.

مطالعات و گزارش های پراکنده نشان داده که علاوه بر مواد مغذی اصلی شامل پروتئین، انرژی، ویتامین ای ب ۲ و آ و کلسیم که خطر بروز کمبود آن ها در جامعه بالاست، اختلالات ناشی از کمبود ید و کمبود ویتامین د و کمبود فلوئور در آب های ایران، از دیگر مسائل و مشکلات تغذیه ای در کشور محسوب می شوند. از دیدگاه ارتقای سلامت تغذیه ای، مادران و کودکان زیر ۵ سال، به عنوان گروه های آسیب پذیر مورد توجه خاص هستند. سلامت تغذیه ای این گروه با شاخص های متعدد ارزیابی می شود؛ اما وزن نوزاد به هنگام تولد و رشد جسمی کودکان زیر ۵ سال، از شاخص های مهم ارزیابی سلامت تغذیه ای نوزادان و کودکان به شمار می روند. تأخیر رشد کودکان زیر ۵ سال در چند سال اخیر، به عنوان یک مسأله عمده بهداشتی و سلامتی در کشور مطرح بوده است.

تازه ترین اطلاعات که حاصل بررسی های تن سنجی ۱ روی کودکان زیر ۵ سال کشور در سال ۱۳۷۷ است نشان می دهد که از هر پنج کودک در روستاها و از هر ده کودک در شهرها یک کودک دچار کوتاهی توسط یا شدید قد است؛ این شاخص نمایانگر سوء تغذیه در طول پنج سال اول زندگی کودکان است و فراوانی آن در جامعه روستایی به میزان ۲ برابر مناطق شهری است. مقایسه همزمان شیوع نسبی کم وزنی، اسهال، بی سوادی همسران و کمبود غذایی در استان های کشور گویای این است که میان شیوع اسهال و سوء تغذیه، همبستگی زیادی دیده نمی شود؛ ولی سواد همسران و کمبود ریزمغذیها با سوء تغذیه همبستگی قوی دارد. آهن، ماده مغذی دیگری است که جامعه ایران از نظر دسترسی سلولی به آن دچار مشکل است. ارزیابی بد و سفره در سطح ملی به خوبی نشان می دهد که در سبب و سفره غذایی همه گروه های سنی و مناطق شور به لحاظ آهن کمبودی وجود ندارد، ولی بررسی های بیوشیمیایی حاکی از آن است که ۲۰ درصد جامعه در دسترسی به آهن در سطح سلولی دچار مشکل هستند. این مشکل از مواردی است که در خط اتصال سفره و سلول پدیدار می شود. بررسی های انجام شده نشان می دهد که براساس اندازه گیری میزان هموگلوبین حد و ۳۲/۵ درصد زنان شهری و ۳۲/۳ درصد زنان روستایی دچار کم خونی هستند، از این تعداد حدود یک سوم یا فریتین سرم زیر ۱۲ میکروگرم در لیتر دچار فقر شدید آهن میباشند. نکته درخور توجه این که میزان کم خونی زنان در کشور بیشتر ناشی از فقر آهن است. بررسی بیش تر در این زمینه می تواند تصویر شفاف تری از مشکلات تغذیه ای و نقش احتمالی مواد مغذی دیگر

مقایسه روند افزایش تولید و مصرف شیر نیز نشان می دهد که میانگین رشد تولید با مصرف آن متعادل شود و کشور به مرحله خودکفایی برسد. یکی از عوامل مؤثر در این زمینه، اجرای سیاست تعدیل اقتصادی و تجدیدنظر در قیمت خرید شیر بود که سبب تقویت انگیزه تولید گردید، به طوری که روند تولید شیر خام در سال های اخیر سیر صعودی داشته است. بررسی آمار مربوط به تولید میوه و سبزی نشان می دهد که هر چند وضعیت سفره خانوار و میزان مصرف فعلی از سبب کف بالاتر است، اما برای رسیدن به سطح مطلوب، مصرف سرانه میوه و سبزی می باید به ۲۷ و ۲۱ کیلوگرم در سال افزایش یابد. با استفاده از داده های مرکز آمار ایران تصویری از سبب غذای مردم در طبقات مختلف درآمدی در سال های ۱۳۶۴ و ۱۳۷۴ به دست آمده است. بررسی اطلاعات ده سال مذکور نشان می دهد که میزان مصرف گوشت، سبزی ها، میوه ها و لبنیات در سبب غذای جامعه کاهش و از طرف دیگر مصرف چربی، قند و شکر، برنج و ماکارونی افزایش داشته است. اما تغییرات سبب در طبقات مختلف درآمدی یکسان نبوده است، بدین معنا که در طول ده سال وزن سبب غذایی در طبقه درآمدی پایین تقریباً ثابت باقی مانده، در طبقه درآمدی متوسط با کاهش جزئی در حدود ۴ درصد و در طبقه درآمدی بالا با کاهش بیش از ۱۱ درصد همراه بوده است. در بررسی تحولات سبب غذا در طول ده سال از نظر ارزش مواد مغذی هم با نکات مهمی رو به رو می شویم. براساس اطلاعات در دسترس، در شرایطی که سبب غذای جامعه روستایی بهبود نسبی یافته است وضعیت سبب غذای طبقه کم درآمد روستایی از نظر کمی و کیفی بدتر شده است. در مقابل، سبب غذای روستاییان پردرآمد با بهبود زیادی همراه بوده است. در یک جمع بندی کلی می توان گفت که در طول سال های مذکور سبب غذا در کشور کوچک تر شده است، با این توضیح که در همین زمان سبب غذای طبقات کم درآمد در شهر بهتر و در روستاها بدتر گردیده است. از آن جا که وضعیت سبب غذایی در طبقات پردرآمد روستایی بهبود چشمگیری داشته، بنابراین می توان گفت که شکاف و نابرابری ها در روستا روندی رو به افزایش دارد. نکته درخور توجه دیگر این که مصرف قند، شکر و چربی در طول ده سال، سیر صعودی داشته است.

نتیجه گیری این که در طول این ده سال جابه جایی عمده ای در سبب غذایی جامعه شهری و روستایی به چشم می خورد؛ برای مثال مصرف غلات در تمام طبقات درآمدی جامعه شهری بالا رفته و در مقابل مصرف سبزی ها و گوشت ها کاهش یافته است. این تغییرات و جانشینی ها نشانگر عدم تعادل بیش تر در رژیم غذایی مردم است. توضیح این که جرم حجمی ریزمغذی ها در واحد انرژی نمایانگر تعادل و کیفیت است. محاسبه دقیق تر درصد تغییرات سبب غذا در فاصله سال های ۱۳۷۰ تا ۱۳۷۴ در طبقات درآمدی بالا و پایین به خوبی نشان می دهد که تغییرات در پنج سال اخیر بر سبب روستاییان کم درآمد اثر منفی شدیدی داشته است و در این مورد طبقات کم درآمد شهری آسیب کم تری دیده اند؛ به عبارت دیگر هر چند در هر دو گروه سبب غذایی از نظر کیفیت سیر نزولی داشته، اما شکاف میان فقیر و غنی در روستا بیش تر شده است. در مقابل طبقات پردرآمد شهری از نظر سلامتی

عمده زراعی است. قلمرو امنیت غذا و تغذیه، دارای چهار حوزه درآمد، غذا، فرهنگ و بیماری، سه متولی دولت، مردم و جامعه علمی و سه سطح ملی، استانی و محلی است. در سال های اخیر پیگیری مباحث مربوط به امنیت غذا و تغذیه در سطوح و مراجع سیاستگذاری، تحقیقاتی و اجرایی کشور با اولویت و توجه خاص رو به رو شده است، اجرای طرح ملی امنیت غذا و تغذیه کشور، برگزاری کارگاه ها و سمینارهای توجیهی نتایج طرح و تصویب ماده (۱۹۷) قانون برنامه سوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور (به شرح ذیل) همگی بیانگر عنایت و توجه سیاست گذاران به این مهم هستند:

**ماده ۱۹۷:** به منظور نهادینه کردن امنیت غذا (دسترسی همه افراد جامعه به غذای کافی و سالم) بهبود تغذیه مردم و کاهش بیماریهای حاصل از سوء تغذیه و ارتقای سلامت جامعه، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است حداکثر طی مدت یک سال نسبت به تعیین سبب غذایی مطلوب اقدام کند. به استناد بند الف ماده ۸۴ قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران مصوب سال ۱۳۸۳، شورای عالی سلامت و امنیت غذایی با ریاست رئیس جمهور و عضویت ۱۵ وزیر و روسای سازمان های مرتبط با مباحث سلامت و امنیت غذایی تشکیل گردید که آئین نامه اجرایی آن در تاریخ ۱۳/۸/۱۳۸۵ توسط هیأت وزیران تصویب و ابلاغ گردید. در همین ارتباط معاونت هماهنگی و دبیرمجامع در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بعنوان دبیرخانه این شورای عالی مشغول فعالیت بوده و در زیر مجموعه آن کمیسیون ویژه شورای عالی متشکل از نمایندگان تام الاختیار وزرا و رؤسای عضو شورای عالی قرار دارد و با کمک دو کمیته تخصصی بنام های کمیته تخصصی سلامت در معاونت سلامت و کمیته تخصصی غذا و دارو در معاونت غذا و دارو وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در مورد پیشنهاد و تدوین سیاستهای بخش سلامت و امنیت غذایی براساس نیاز جامعه و نظرات دستگاهها اقدام و مطالب را جهت تصویب به شورای عالی سلامت و امنیت غذایی ارائه می دهد. باتصویب آیین نامه شورای برنامه ریزی و توسعه استان و کارگروه های تخصصی موضوع تصویب نامه کمیسیون موضوع اصل ۱۳۸ قانون اساسی فعالیت شورای سلامت و امنیت غذایی استانها در قالب تشکیل کارگروه های تخصصی سلامت و امنیت غذایی ادامه می یابد تا در راستای اجرایی نموده مصوبات شورای عالی سلامت و امنیت غذایی و سایر مشکلات و معضلات بهداشتی در استانها اقدام لازم بعمل آید. امور شورای عالی سلامت و امنیت غذایی در نیمه دوم سال ۱۳۸۸ با توجه به سیاستهای اتخاذ شده در سطح وزارت متبوع به حوزه سلامت (معاونت بهداشت) و شورای سیاستگذاری واگذار گردید. در کلیه استانهای کشور شورای سلامت و امنیت غذایی استان به منظور حفظ، ارتقای سلامت و بهبود کیفیت زندگی آحاد مردم و گسترش هماهنگی و همکاری های بین بخشی برای اجرایی نمودن مصوبات شورای عالی سلامت و امنیت غذایی و نیز اتخاذ تدابیر مناسب، سیاستها و راهبردها در سطح استان در قلمرو سلامت همگانی و امنیت غذا و تغذیه تشکیل می شود. در اینجا پاره ای از مشکلاتی که بر سر راه امنیت غذایی وجود دارد ذکر میگردد.

از قبیل اسید فولیک ارائه کند. آخرین ماده مغذی مورد بررسی ید است که کمبود آن در ایران به اثبات رسیده است؛ ولی از آن جاییکه در ده سال اخیر اقدامات گسترده ملی در زمینه مبارزه با اختلالات ناشی از کمبود ید، از نظر ارزیابی مشکل، هیه و اجرای برنامه های مداخله ای و بالاخره ارزشیابی برنامه های انجام شده صورت گرفته است و این طرح به عنوان یک برنامه موفق در سطح جهانی مطرح است، در گزارشات کشوری از بررسی بیش تر آن چشم پوشی شده است. تصویر فعلی از گذر تغذیه ای در ایران حاکی از این است که در بیست سال آینده توجه به بیماری های متابولیک او لویت و اهمیت خاصی می یابد. از یک طرف جامعه ایرانی به سوی شهرنشینی می رود، و از طرف دیگر با افزایش امید به زندگی جامعه سالمندتر خواهد شد. عوامل مخاطره ای متعدد، بروز بیماری های متابولیک را تشدید خواهد کرد ضمن آن که بار بیماری های واگیردار به احتمال زیاد سبک تر خواهد شد. از جمله عوامل خطرزایی که زمینه را برای شدت گرفتن بیماری های متابولیک در ایران فراهم می سازند، می توان به شتاب روزافزون شهرنشینی، تغییرات وسیع غذا و شیوه غذا خوردن، گرایش به پرمصرفی، به خصوص مصرف چربی، کاهش فعالیت های جسمی و استعمال دخانیات، اشاره کرد. در جمع بندی پایانی می توان گفت که گذر تغذیه ای در ایران از دو دیدگاه قابل بررسی است؛ نخست، از سوء تغذیه ناشی از فقر در کشورهای در حال توسعه، به عنوان ترمز برنامه توسعه ملی یاد شده است. در چرخه معیوب سوء تغذیه و فقر، کودکان در مراحل جنینی و طفولیت بر اثر کمبودهای غذایی و عفونتها دچار تأخیر رشد جسمی و ذهنی میشوند که این مشکلات در سنین دبستان به صورت افت تحصیلی بروز میکنند و در بزرگسالی توانایی رقابت در اشتغال، کسب درآمد، تولید و توان جسمی و فکری را کاهش میدهد و در کل، روی طول عمر، یادگیری، مصونیت در مقابل بیماری و قدرت تولید جسمی و فکری، اثر منفی میگذارد. این بحث در منابع مکتوب علمی جهانی، تحت عنوان تغذیه و کارایی تولید شناخته می شود. دیدگاه دوم، تغییر الگوی مصرف و شیوع بیمار یهای مزمن مثل بیمار یهای قلبی و دیابت ناشی از افزایش مصرف چربی و شهرنشینی. بررسی ها نشان می دهند که در ایران سیاست کشاورزی وجود دارد؛ اما کشور فاقد سیاست غذایی است. تردیدی نیست که تصمیمات درباره تولید غذا باید با آگاهی از نیازهای تغذیه ای جمعیت و درک پیامدهای تغذیه ای ناشی از اجرای این تصمیمات اتخاذ گردد؛ به بیان دیگر برای آن که اهداف امنیت غذایی و تغذیه مناسب عملیاتی شود، باید در کشور سیاست غذایی وجود داشته باشد. بررسی سیاست های موجود در زمینه غذا و تغذیه نشان می دهد که سیاست های کشاورزی با هدف افزایش تولیدات کشاورزی به گونه ای محدود می نگرند. بررسی و تحلیل تولید و عرضه برخی از محصولات اساسی گویای آن است که در حالی که تولید سرانه گندم در ایران به طور متوسط سالانه ۱۸۱ کیلوگرم است، مصرف سرانه آن ۲۳۵ کیلوگرم است، در حالی که میزان مصرف نان و ماکارونی در سفره ۱۲۸ کیلوگرم در سال است که در یک سبد مطلوب این میزان باید به ۱۰۰ کیلوگرم در سال کاهش یابد. بررسی سایر اطلاعات نشان دهنده عدم هماهنگی میان سیاست های تولید و مصرف محصولات

### قیمت مواد غذایی

بانک جهانی از کاهش ۱۲ درصدی قیمت غذا نسبت به زمان مشابه در سال ۲۰۱۲ خبر داده است، این در حالی است که قیمت مواد غذایی در ایران مدت زیادی است روند صعودی گرفته است.

### مصرف خارج از کنترل کود

مصرف کود در ایران ۵/۱ درصد بیشتر از دیگر نقاط جهان است. آلودگی مواد غذایی به فلزات سنگین از جمله سرب و کادمیوم از راه کودهای فسفاته و لجن‌های فاضلابی وارد گیاه شده و در اثر تغذیه دامها با علوفه آلوده و وارد شدن سرب و کادمیوم در شیر وارد چرخه غذایی انسان می‌شود. این فلزات سمی در ارگانهای بدن به ویژه کلیه تجمع پیدا کرده و در نتیجه باعث نارسایی کلیوی می‌شود. تغذیه با مواد غذایی آلوده به آفلاتوکسین مانند گندم و آرد، پسته، بادام زمینی و شیر باعث بروز سرطان کبد در انسان می‌شود. وجود بقایای سموم آلی کلردار که دسته بزرگی از حشره کش‌های دفع آفات را تشکیل می‌دهند و از دیر باز علیه بیماری مالاریا و نیز آفات و حشرات مورد استفاده قرار می‌گیرند و آلودگی مواد غذایی از طریق مواد شیمیایی در صنایع بسته بندی نیز در سال‌های اخیر نگرانی‌هایی را بوجود آورده است

### اصلاح الگوی مصرف؛ نیل به امنیت غذایی

نیل به امنیت غذایی بیش از هر چیز دیگری توجه ما را به اصلاح الگوی مصرف جلب می‌کند، حجم زیاد ضایعات نان، اتلاف زیاد منابع آبی به دلیل استفاده روش‌های نادرست آبیاری کشاورزی و از جهت دیگر عدم توجه به نگهداری مناسب از محصولات زراعی و باغی از مصادیق نگران کننده در این زمینه است. گذر از بحران غذا و نیل به توسعه منابع طبیعی و انسانی با تکیه به کشاورزی، به عنوان موتور توسعه پایدار امکان پذیر است. برای این منظور، باید توانمندی‌ها و قابلیت‌های بخش کشاورزی را شناخت و برای برطرف کردن موانع و عوامل بازدارنده توسعه تلاش کرد. دولت‌ها در قالب برنامه‌های توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در صدد هستند تا ضرورت‌ها و چالش‌های اساسی کشورهای خود را مانند جوانی جمعیت، افزایش سطح مشارکت‌های اجتماعی، توجه به امر اشتغال و فراهم آوردن رشد اقتصادی مورد نیاز برای کاستن از نرخ بیکاری فعلی، توسعه منابع انسانی، فناوری و بهره مندی از منابع و امکانات کشور را جهت رشد و پیشرفت هر چه سریع تر جوامع خود بکار گیرند. اصلاح الگوی مصرف و تقویت فرایند بازاریابی و رسیدگی بیشتر به امور بسته بندی و توزیع مناسب محصولات غذایی جهت جلوگیری از اتلاف آنها مانند نان و سایر اقلام خوراکی از مهمترین وظایف مسئولین و مردم در هر نظام اجتماعی می‌باشد.

### سرمایه گذاری در کشاورزی

پیشرفت اجتماعی، سیاسی و اقتصادی و فرهنگی جامعه است. سرمایه گذاری در کشاورزی از اهمیت بالایی برخوردار است. با سرمایه گذاری در بخش کشاورزی و حمایت و توسعه آموزش و بهداشت در جامعه می‌توان به امنیت غذایی در جامعه کمک کرد تا همه دنیا از آن

سودمند خواهند شد. سازمان فائو برای ارتقاء امنیت غذایی با کشورهای جهان همکاری نزدیک دارد. در ایران گرچه وضعیت امنیت غذایی خوب است اما در سطح بسیاری از کشورهای دیگر دنیا این گونه نیست. سازمان فائو از سال ۱۹۶۴ میلادی با همکاری بنگاه‌های مالی دولتی و خصوصی به کشورهای عضو یاری رسانده است و برنامه‌های بسیاری در سرمایه گذاری در کشاورزی و توسعه بخش روستایی به اجرا گذاشته است. سازمان فائو در ایران نیز بعد از انقلاب اسلامی، بیش از دهها پروژه در زمینه‌های گوناگون مانند امنیت زیستی، تغذیه، سلامت و کیفیت غذا، اقتصاد و آمار، آبیاری و ذخائر آبی، ماهیگیری و آبزیان و همچنین تولیدات و بهداشت دام، با هدف بالا بردن سطح تغذیه ارتقاء تولیدات کشاورزی، بهبود زندگی جمعیت روستایی و توانمندسازی به انجام رسانده است. این پروژه‌ها به طور مستقیم یا غیرمستقیم در خدمت دستیابی به امنیت غذایی در ایران بوده است. هدف برخی پروژه‌ها تدوین چارچوبی برای توسعه پایدار کشاورزی و کمک به کشورهای عضو اکو از جمله ایران، جهت طراحی برنامه منطقه‌ای برای امنیت غذایی بوده است و از طریق این پروژه‌ها کمک‌های اضطراری، به نیازهای اضطراری کشورها در زمان بحران‌هایی چون زلزله، سیل، خشکسالی و آنفلوآنزای مرغی، پاسخ داده شده است.

### ضایعات محصولات کشاورزی

از بین رفتن بخش زیادی از محصولات کشاورزی و اتلاف آن‌ها از چرخه تولید تا مصرف رایج می‌باشد، به طوری که به طور متوسط ۳۵ درصد از محصولات کشاورزی در ایران و در مراحل گوناگون ضایع می‌شوند و این مقدار غذای ۱۵ تا ۲۰ میلیون نفر از جمعیت کشور است. ضایعات کشاورزی در سه مرحله پیش از برداشت، برداشت و پس از آن روی می‌دهد ولی قسمت عمده ضایعات مربوط به مراحل برداشت و توزیع محصولات می‌باشد. ضایعات پس از برداشت محصولات غیر دانه‌ای در مرحله جابه‌جایی، حمل و نقل، انبارداری و فرآوری و محصولات دانه‌ای در مرحله خشک کردن و ذخیره سازی رخ می‌دهد. جابه‌جایی نامناسب در زمان رساندن محصول به بازار موجب زخمی شدن محصول و آسیب‌های مکانیکی می‌شود و امکان فعالیت و رشد ریززنده‌ها را فراهم می‌کند. در مرحله نگهداری در انبار نیز عدم کنترل شرایط محیطی سبب افت کمی و کیفی قابل ملاحظه‌ای می‌گردد. به طور کلی نگهداری مناسب و فرآوری پس از برداشت با گسترش صنایع تبدیلی کشاورزی افزون بر رعایت مراقبت‌های قبل از برداشت، بروز فساد به وسیله عوامل خارجی یا داخلی را به تعویق انداخته یا ممانعت به عمل می‌آورد که در نتیجه آن مواد غذایی می‌تواند برای مدت طولانی‌تری قابل مصرف باقی بماند، بنابراین کاهش ضایعات محصولات کشاورزی، اصلاح سیستم غذایی و متعادل کردن مصرف نیاز به برنامه‌ریزی منسجم و هماهنگ با جمیع عوامل مؤثر دارد. افزایش تولید محصولات کشاورزی با توجه به شرایط آب و هوایی، محدودیت منابع آبی و نیز محدودیت زمین‌های دارای پتانسیل تولید کشت‌های دیم در بسیاری از نقاط جهان امکان پذیر نیست بنابراین برای تأمین مواد غذایی باید بهره‌وری از عوامل تولید به ویژه آب و خاک افزایش و ضایعات مواد غذایی تا حد امکان کاهش یابد.

در کشور ما به دلیل نارسایی‌های موجود در سیستم نگهداری، تبدیل و توزیع مقداری از محصولات کشاورزی ضایع می‌شود که مقدار آن به نسبت بالا است. کاهش ضایعات محصولات کشاورزی سبب افزایش در تولید آنها بدون افزایش در سطح زیر کشت آنها می‌شود که این امر فشار کمتری به محیط زیست را در پی خواهد داشت با کاهش ضایعات محصولات کشاورزی هزینه‌های تولید کاهش و کیفیت محصولات افزایش می‌یابد، به دنبال آن درآمد تولید کنندگان بویژه کشاورزان خرده پا و دیگر شاغلین افزایش می‌یابد و وضعیت تغذیه‌ای مردم با افزایش دسترسی آنها به محصولات کشاورزی اصلاح و بهبود می‌یابد. دولت‌ها باید با تقویت بخش کشاورزی، زیرساخت‌های این بخش را تقویت و بر افزایش بهره‌وری و مدیریت آب تاکید کنند، سیستم‌های آبیاری را اصلاح و بخش کشاورزی را به ایجاد مجتمع‌های پیشرفته و مدرن کشاورزی تشویق و توجه به صنایع تبدیلی و اختصاص بخش قابل ملاحظه‌ای از تسهیلات بانکی را به این بخش مد نظر قرار دهند. صنایع تبدیلی غذایی، مجموعه‌ای از شرکت‌ها، کارخانه‌ها و گروه‌های مختلف تولیدی است که همه آن‌ها در یک نقطه مشترکند و آن تبدیل مواد خام طبیعی به محصولات فرایند شده یا به محصولات واسطه‌ای مورد نیاز در فرایند نهایی تولید است.

**با توجه به این تعریف، اهداف بالقوه زیر را میتوان برای این صنعت قائل شد:**

- تأمین محصولات غذایی بیش تر
- عرضه و تقاضا در فصول مختلف
- تسهیل قابلیت استفاده از مواد غذایی
- حاملی مؤثر برای ریزمغذیها
- افزایش عمر ماندگاری محصولات
- کاهش قیمت و ایجاد ارزش افزوده
- جلوگیری از فساد و ضایعات
- تسهیل در حمل و نقل و انبار کردن و کمک به توزیع و فروش کالا که با استفاده از عمل آوری و بسته بندی انجام می شود.
- با توجه به مشکلات حاصل از عدم دسترسی مستمر به مواد اولیه در صنایع تبدیلی غذایی، با احداث مجتمع‌های کشت و صنعت، قطب‌های تولید و تبدیل در کنار هم قرار گیرند.

### کشاورزی ارگانیک

یکی از روش‌های تولید غذای سالم کشاورزی ارگانیک است و تولید غذای کافی و سالم برای آحاد جامعه از اهداف بخش کشاورزی است. این روش به حفظ تعادل اکولوژیک و تقویت فرآیندهای بیولوژیک کمک می‌کند. علل توجه زیاد به کشاورزی ارگانیک در جهان: استفاده زیاد از کود و سم شیمیایی نگرانی‌هایی را درباره از بین رفتن گونه‌های حیات وحش و زیستگاه‌های طبیعی، مصرف منابع تجدید ناپذیر محیط، بیماری‌های ناشی از باقی ماندن سموم در مواد غذایی، افزایش آگاهی عمومی درباره مصرف محصولات ارگانیک و جهت‌گیری مجدد کشاورزی به سوی نیازهای مردم موجب افزایش سطح اراضی تحت مدیریت ارگانیک در جهان شده‌است. باید کشاورزی کشور از معیشتی به اقتصادی تبدیل شود.



## بیانیه پنجمین سمینار بین المللی کاهش سوانح ترافیکی

های مورد استفاده عابرین باید ارزش اصلی را به عابرین پیاده بدهند. اصلاح محیط های شهری، حاشیه شهرها، مکانهای مسکونی برون شهری، اصلاح تسهیلات عبور و مرور از خیابان باید وجهه همت مسئولین ذی ربط قرار گردد. حمایت از عابرین آسیب پذیر همچون سالمندان، معلولین و کودکان از نکات پر اهمیت این مسیر است.

۶- دیده شدن عابرین پیاده، به ویژه در شهرها احتیاج به روشنایی مناسب معابر و نیز استفاده از آشکار سازی کاربران ترافیکی نظیر نوارهای فلور سانس دارد. این مداخلات با توجه به روند فزاینده نرخ مرگ عابرین و درصد بالای عابرین کشته شده در حوادث ترافیکی احتیاج به سرعت عمل بیشتر با در نظر گرفتن الزامات فرهنگی و ارزشی آن دارد.

۷- استفاده از سیستم های هوشمند در محافظت از عابران پیاده همینطور تدوین و اجرای قوانین حمایتی از عابران و کنترل سرعت نیاز به توجه خاص دارد. افزایش ایمنی عابران پیاده و کاهش مصدومیت های این گروه با استفاده از تجارب خام و روش های آزمون و خطا جوابگو نیست و لازم است با حمایت از پروژه های تحقیقاتی، روش های مناسب و موثر این مهم انجام پذیرد.

۸- شرکت های خودرو سازی در ایمن سازی بیشتر خودروهای تولیدی خود می بایست به ایمنی عابران پیاده توجه ویژه داشته باشند.

۹- رسیدن به اهداف مندرج در دهه اقدام برای ایمنی راه که مورد تاکید کشور ما نیز می باشد، نیازمند توجه ویژه به موضوع ایمنی عابران پیاده است. کاهش مرگ و مصدومیت های عابران پیاده در ایران همانند کلیت مقوله سوانح ترافیکی لازم است در اولویت برنامه های اجرایی، سازمان ها و بخش های ذیربط کشور قرار گرفته و دولت محترم، ایمنی راه و ایمنی عابران پیاده را در اولویت تکالیف خود بداند تا در آینده نزدیک شاهد جامعه ای ایمن تر برای تمامی مردم عزیز کشورمان باشیم.

۱۰- از آنجا که مدیریت دوگانه در حاشیه های شهرها و کمربندی و ۳۰ کیلومتری ورودی شهرها باعث تراکم حوادث در این نقاط شد هماهنگ سازی، تغییر تدریجی از حمل و نقل درون شهری به برون شهری و بالعکس و همدلی دستگاه های ذی ربط به ویژه شهرداری ها و وزارت راه و شهرسازی از اولویت های مهم برای اقدام سریع در این عرصه است.

امید است با همت همه و با تکیه بر مردم شاهد تحولات چشمگیری در این عرصه باشیم. وعده ما در بهمن سال ۹۴ برای ششمین همایش کاهش بار حوادث ترافیکی با موضوع ایمنی در سالمندان خواهد بود.

کنگره بین المللی کاهش سوانح ترافیکی با محوریت عابرین پیاده در تاریخ ۶ و ۷ اسفندماه ۹۳ با حضور صاحب نظران ملی و بین المللی در مجتمع فرهنگی ولایت و به میزبانی دانشگاه علوم پزشکی شیراز توسط مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت برگزار گردید.

متن بیانیه کنگره:

با استعانت از درگاه ایزمنان پنجمین همایش بین المللی کاهش بار تصادفات با همکاری ۱۵ مرکز تحقیقاتی، نیروی انتظامی، فرهنگستان علوم پزشکی و دانشگاه جان هاکینین، انستیتو تحقیقات فن آوری هندوستان و شورای اسلامی شهر شیراز با موضوع محوری ایمنی عابرین پیاده در تاریخ ششم و هفتم اسفند ماه سال ۱۳۹۳ در شیراز برگزار گردید.

با توجه به اهم مطالب مطروحه در این همایش موارد زیر به عنوان تاکیدات پژوهشگران این عرصه اعلام می گردد:

۱- دستاوردهای جمهوری اسلامی ایران در طی دهه گذشته در کاهش بار تصادفات ترافیکی در خور تحسین و از پرشتاب ترین تحولات مثبت در این عرصه در سطح جهانی است. کاهش بیش از ۴۰ درصدی در مرگ ناشی از تصادفات های ترافیکی طی کمتر از ده سال حاصل همکاری بین بخشی، روز آمد کردن مراقبت های پیش بیمارستانی اصلاح نقاط پرخطر، اعمال قانون فعالیت بیش از ۳۵ نهاد و از همه بالاتر آگاهی و ارتقای فرهنگ مردم است.

۲- برای ادامه این روند ضمن تحکیم راههای قبلی احتیاج به نو آوری و یافتن گلوگاهها این عرصه است که در حال تغییر و گذار هستند. با روزمرگی و بسنده کردن به کارهای قبل نمی توان توفیقات بیشتری دست یافت. راه حل های کم فایده پر هزینه آفت این مسیر هستند.

۳- اهمیت آموزشی و جنبه های فرهنگی معضل ترافیکی بر کسی پوشیده نیست. اما آموزش غیر مفید که اغلب هزینه بر هم هستند نه تنها به کاهش مرگ و میر نمی انجامد بلکه آثار سوء در ایجاد اعتماد به نفس کاذب در کودکان زیر ۹ سال به افزایش مرگ حاصل از حوادث ترافیکی نیز بیانجامد. لذا ورود در این عرصه احتیاج به کارشناسی دقیق تر، استفاده از روش های موثرتر با توجه به مخاطبین دارد.

۴- علیرغم کاهش بار مرگ و میر، کاهش چندانی مجروحین حوادث ترافیکی ملاحظه نمی شود و روندها حاکی از افزایش درصد مرگ عابرین پیاده به ویژه در کلان شهرها است، به نحوی که نرخ آن از ۲۰ درصد در برخی از شهرهای بزرگ به بالای ۴۵ درصد رسیده است. این روند نگران کننده احتیاج به نگاهی علاج جویانه دارد.

۵- شهرها و جاده ها باید انسان محور تر شوند. محیط



مقرر شد پذیرش مقاله تا تاریخ ۱۵ فروردین ماه تمدید گردد. سپس برنامه اولیه سمینار بین حضار توزیع و نظرات کارشناسی آنها پرسیده شد. بر این اساس مقرر گردید مباحثی در خصوص گذار جمعیتی در ایران، سلامت روان در بانوان، تهدید کننده های سلامت بانوان، تغذیه، راهکارهای ارتقای زندگی سالم، سلامت باروری، مشکلات دندانپزشکی در بارداری و نقش توانبخشی در ارتقای سطح سلامت ارائه گردد. لازم به ذکر است سمینار در تاریخهای ۳۰ و ۳۱ اردیبهشت ماه سال ۱۳۹۴ در شیراز برگزار خواهد گردید.

برنامه این سمینار قرار گیرد، را ارائه نمودند. سپس خانم دکتر نجمه مهارلویی، دبیر علمی سمینار نیز در مورد برنامه های علمی سمینار و کارهای اجرایی از جمله سایت پذیرش مقالات، دعوت از مهمانان خارج از کشور و توزیع پوستره های سمینار در سطح کشور گزارشی ارائه نمودند.

**بر این اساس ثبت نام در کنگره از طریق سایت:**

[whc2015.sums.ac.ir](http://whc2015.sums.ac.ir)

خواهد بود و پذیرش مقاله تا تاریخ ۲۹ اسفند ماه ادامه خواهد داشت. همچنین بر اساس پیشنهاد حضار

## برگزاری دومین نشست کمیته علمی چهارمین سمینار بین المللی سلامت زنان:

دومین جلسه کمیته علمی چهارمین سمینار بین المللی سلامت زنان با حضور اساتید و صاحب نظران از ساعت ۱۰:۳۰-۱۲:۳۰ دوشنبه مورخ یازدهم اسفند ماه ۱۳۹۳ به میزبانی مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت در سالن ریاست دانشکده پزشکی شیراز برگزار گردید. در این جلسه دکتر کامران باقری لنگرانی رئیس سمینار مطالبی را در خصوص چالش های مهم پیش رو در سلامت زنان که بایستی محوریت

## یک استناد علمی:

مقاله مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت با عنوان :

Pulmonary and latent tuberculosis screening in opiate drug users: an essential and neglected approach for harm-reduction facilities.

در فصل ۱۰۶ کتاب :

Textbook of Addiction Treatment: International Perspectives –Springer-Verlag Italia 2015 (DOI: -88-978/10.1007 82\_9-5322-470)

با عنوان

Substance Use and Co-Occurring Infections: An Overview

مورد استناد قرار گرفت.

## ارزشیابی مرکز در سال ۱۳۹۲ :

این ارزشیابی که توسط وزارتخانه انجام گرفت نشان می دهد مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت ، در بین مراکز داخل دانشگاه رتبه ۳۶ را کسب نموده است . که نسبت به سال گذشته (۸ از ۳۶) ارتقاء رتبه دارد. رتبه مرکز در سال ۹۲ در بین مراکز هم گروه (بیومدیكال بالای ۳ سال ) در کشور ۲۶ از ۱۱۶ می باشد. که در مقایسه با سال ۹۱ در بین مراکز هم گروه (بیومدیكال ۱-۳ سال ) ۸۹ ،

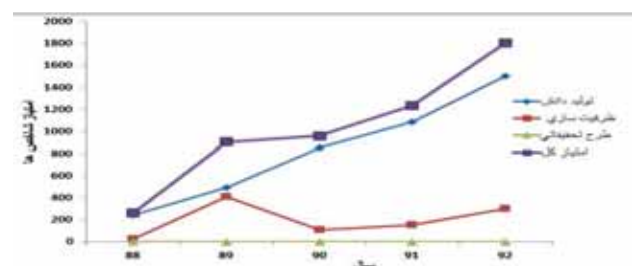
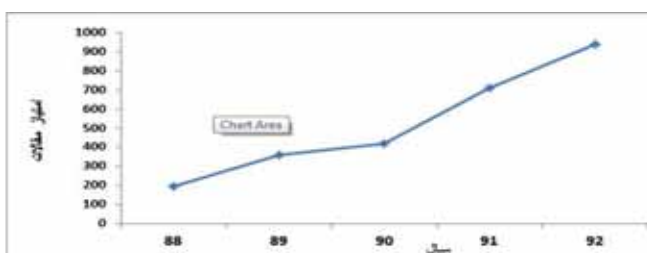
کاهش امتیاز دارد.

شاخص های کسب امتیاز مرکز به ترتیب بالاترین امتیاز شامل موارد زیر می باشد:

- ۱- مقالات منتشر شده در مجلات خارجی
- ۲- ارجاع مقاله به نام مرکز
- ۳- برگزاری همایش بین المللی
- ۴- مقالات منتشر شده در مجلات داخلی
- ۵- ارائه مقاله در همایش خارجی و بین المللی
- ۶- ارائه مقاله در همایش داخلی
- ۷- شاخص های بدون امتیاز مرکز

شامل موارد زیر می باشد:

- ۱- ارجاع به مقاله مرکز در کتب مرجع
- ۲- کسب رتبه های برتر در جشنواره رازی و خوارزمی
- ۳- تالیف کتاب
- ۴- طرحهایی که حداقل ۳۰ درصد بودجه آن از سازمان های دولتی به جز وزارت بهداشت تامین شده باشد
- ۵- نوآوری و اکتشاف
- ۶- برگزاری همایش کشوری
- ۷- همکاری رسمی با سازمان های بین المللی
- ۸- طرح های با بودجه منابع خارج از کشور
- ۹- طرح های مداخله ای
- ۱۰-



## جهش هایی که به تازگی شناسایی شده اند مانند یک درمان مادام العمر برای کلسترول بالا عمل می کنند.

مطالعه ی ژنتیکی بزرگ در ژورنال پزشکی New England شواهد قانع کننده ای در حمایت از نقش محوری برای کلسترول LDL در بیماری عروق کرونر قلب ارائه می دهد. محققان ۱۵ جهش نادر که فعالیت یک ژن به نام C1 Like-Niemann-Pick ۱ (NPC1L1) را مسدود می کند را شناسایی کردند. میانگین سطح متوسط LDL در حامل های جهش ۱۲mg/dl پایین تر از غیر حامل ها بود. در حامل های جهش خطر ابتلا به CHD در مقایسه با آنهایی که این جهش را نداشته اند ۵۳ درصد پائین تر بوده است. NPC1L1 همان ژنی است که توسط داروی کاهش کلسترول ezetimibe بلوکه می شود. این گونه تصور می شود که جهش ها می توانند اثری مشابه یک عمر درمان با دارو را تولید کنند. به عقیده ی محقق ارشد این مطالعه: « یکی از مفاهیم کلیدی در اینجا این است که، ممکن است موضوع اصلی این نباشد که شما چگونه LDL را پایین می آورید یا چقدر کم LDL مصرف می کنید بلکه این مهم مطرح است که برای چه مدت زمان LDL پائین نگه داشته یا پائین آورده شده است. ما باید در مورد LDL همان طوری فکر کنیم که در مورد سیگار کشیدن فکر می کنیم. به طور معمول سیگار کشیدن به صورت تعداد پاکت - سال ها اندازه گیری می شود، حاصل ضرب تعداد سال هایی که سیگار کشیده شده است در تعداد پاکت هایی که در روز کشیده می شده. به همین ترتیب مفهومی که در مورد اندازه گیری LDL مورد تأکید است می تواند LDL - سال ها باشد.

Ref. Larry Husten Link(s): NEJM article; Background: Physician's First Watch coverage of study casting doubt on ezetimibe's efficacy (Free)

## تجویز Prasugrel قبل از انجام PCI در بیماران NSTEMI مفید نیست

انجام این شیوه با احتمال بروز وقایع دارای خونریزی همراهی دارد اما در سایر پیامدهای مهم تفاوتی وجود ندارد. برخلاف تئوری، استفاده از داروهای ضد پلاکت قبل از انجام یک پروسه تهاجمی در بیماران دارای انفارکشن قلبی بدون بالا رفتن قطعه NSTEMI (ST) مفید نیست. امروزه، محققان، اطلاعات حاصل از یک مطالعه مداخله ای وسیع، تصادفی، دوسوکور که توسط صنعت ACCOAST حمایت می شد و با هدف مطالعه اثر چنین پیش درمان هایی در ۲۷۷۰ بیمار NSTEMI که انجام مداخله بر روی عروق کرونر از طریق زیر پوستی (PCI) را بعنوان یک برنامه تهاجمی در آینده نزدیک داشتند، بررسی کرده اند. بعد از تشخیص NSTEMI و قبل از انجام آنژیوگرافی تشخیصی، بیماران ۳۰ میلی گرم از Prasugrel یا دارونما را دریافت کردند. حین PCI، به گروه پیش درمان، ۳۰ میلی گرم و به گروه کنترل ۶۰ میلی گرم Prasugrel اضافه داده شد. متوسط فاصله زمانی بین تصادفی سازی و انجام PCI حدود ۴/۲۵ ساعت بود. نقطه اولیه مرگ، سکته قلبی، سکته مغزی و نیاز به revascularization فوری و کمک مهارکننده glycoprotein (GP) IIb/IIIa تا ۷ روز اول، بین دو گروه تفاوتی نداشت (۱۳/۱٪). وجود angiographic thrombus در حدود ۲۰٪ از بیماران با بروز بیشتر پیامدهای اولیه در ۷ تا ۳۰ روز اول مرتبط بود (نسبت خطر ۲/۶۱) اما بر روی میزان stent thrombosis اثری نداشت. برخلاف روش دسترسی با radial (۴۳٪)، استفاده از وسیله در femoral closures (۴۰٪) و میزان کمتر استفاده از مهارکننده های GP IIb/IIIa، بروز خونریزی که غیر مرتبط با coronary artery bypass grafting بود در گروهی که پیش درمان بودند بیشتر بود (۱،۴٪ vs ۰،۵۱٪; HR, ۲،۶۹).

Ref & Lnk: <http://www.jwatch.org/na05/01/2015/36572/prasugrel-pretreatment-before-pci-nstemi-patients-not?ijkey=KuxmlcsjsaVdY&keytype=ref&siteid=jwatch&query=jwcardhub&variant=fuII-text#sthash.Mk6ebSCy.dpuf>

## درمان جدید سه دارویی درمان سل

لانست ۱۷ مارچ ۲۰۱۵  
گردآورنده: دکتر بهنام هنرور

ترکیب دارویی موکسی فلوکساسین، پری تومانیس و پیرازینامید بمراتب اثر باکتریسیدها قویتر نسبت به داروهای استاندارد معمولی ضد سل دارند. تحقیقات بعمل آمده در ۸ منطقه آفریقای جنوبی و تانزانیا نشان داد که سه داروی ذکر شده در مقایسه با رژیم چهار دارویی (ایزونیازید، ریفامپین، پیرازینامید و اتامبوتول HRZE) در درمان موارد سل اسمییر خلط مثبت که شامل بیماران مبتلا به HIV با تعداد CD<sup>4</sup> بیش از ۲۰۰ سلول در هر میلی متر مکعب نیز بود نتایج موفق تری در پی داشت. البته در بین بیماران فوق موارد سل خارج ریوی و اریتمی قلبی وجود نداشت. در این تحقیق ۱۸۱ بیمار حساس به دارو را به سه گروه تقسیم نمودند: گروه اول رژیم سه دارویی مشتمل بر ۱۰۰ میلی گرم پری تومانیس (MPa<sup>100</sup>Z)، گروه دوم رژیم سه دارویی مشتمل بر ۲۰۰ میلی گرم پری تومانیس (MPa<sup>200</sup>Z) و گروه سوم چهار داروی استاندارد ایزونیازید، ریفامپین، پیرازینامید و اتامبوتول را گرفتند. بعلاوه، ۲۶ بیمار سل مقاوم به دارو به صورت غیر تصادفی MPa<sup>200</sup>Z گرفتند. نتایج نشان داد که میزان متوسط کاهش روزانه کلونی های سازنده باسیل سل طی روزهای ۱ تا ۱۴ در گروه MPa<sup>200</sup>Z بیش از گروه ۴ دارویی بود. بعد از ۸ هفته از درمان، گروه MPaZ بیش از گروه ۴ دارویی HRZE کشت خلط شان منفی شد در حالی که این شاخص ها در گروه سل مقاوم به چند دارو گیرنده MPaZ با HRZE مشابه بود. در گروه تحت درمان (سه دارویی) هیپر اورمی، تهوع و استفراغ در ۸۸٪ بیماران دیده شد ولی در ۴٪ جدی بود. نتیجه آن که درمان سه دارویی موکسی فلوکساسین، پری تومانیس و پیرازینامید فعالیت باکتریسیدها بهتری را تا ۸ هفته در مقایسه با رژیم استاندارد HRZE نشان داده و از ایمنی قابل قبولی نیز برخوردار است. به خصوص این نوع درمان در بیماران مبتلا به HIV همزمان که روی داروهای مانع پروتئاز هستند و نمیتوان برای آن ها ریفامپین تجویز نمود مفید است. همچنین برای درمان بیماران مسلول مقاوم به دارو که به پیرازینامید حساس هستند این نوع درمان با هزینه کمتری همراه است. هر چند که انجام تحقیقات وسیعتر در این زمینه در فاز سوم این تریال و به منظور اطمینان کامل از ایمنی، طول دوره درمان مورد نیاز با این نوع درمان، احتمال مقاومت به این نوع درمان و درمان در بیماران سل مقاوم به چند دارو لازم است.

مجله کلید سلامت آماده پذیرش آگهی در  
امور مختلف بهداشتی و درمانی است.

تلفن ۳۲۳۰۹۶۱۵

وب سایتهای مجلات مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت



**Shiraz E Medical Journal**  
SEMJ is a peer reviewed online quarterly journal published by Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran  
ISSN: 1735-1391



<http://emedicalj.com>



**مجله کلید سلامت**  
Health Policy Research Center



<http://hkj.sums.ac.ir>



**Women's Health Bulletin**  
The Official Journal of Shiraz University of Medical Sciences  
pISSN: 2345-5136  
eISSN: 2382-9990



<http://womenshealthbulletin.com>



**International Journal of School Health**  
The Official Journal of Shiraz University of Medical Sciences  
eISSN: 2383-1219  
pISSN: 2345-5152



<http://intjsh.com>



**Social Pharmacy Journal**



<http://socialpharmacyjournal.com>



WOMEN'S HEALTH  
Bulletin

# WOMEN'S HEALTH Bulletin

Number 1, Volume 1, Issue 1, April 2014



p-ISSN: 2345-5146  
e-ISSN: 2382-9048

[womenshealthbulletin.com](http://womenshealthbulletin.com)

p-ISSN: 2345-5152

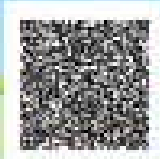


INTERNATIONAL JOURNAL OF  
SCHOOL HEALTH

# INTERNATIONAL JOURNAL OF SCHOOL HEALTH

Number 1, Volume 1, Issue 1, June 2014





www.health-policy.org

6<sup>th</sup> International Conference on Reducing Burden of Traffic Accidents (Challenges and Strategies)

# ایمنی در سالمندان

## Elderly Safety

شهر آراستگان ماه ۱۳۹۴  
February 2018 - Shiraz, Iran



# The 4 Iranian International Conference on Women's Health

May 20 and 21, 2015  
Shiraz, Iran

Abstract Submission Deadline: **March 20, 2015**



**TOPIC:**

- Healthy Aging
- Communicable & Non-communicable Diseases
- Psychosocial Aspects of Woman's Health
- Health Promotion
- Reproductive Health
- Nutrition in pregnancy, breast feeding and menopause
- Staff & Women's Health

with maximum CME credit

Sava and Saba Conventional Center, Shiraz, Iran  
Health Policy Research Center, Shiraz University of Medical Sciences

www.health-policy.ir

تلفون: +98-71-82309615



# بهداشتِ بهداشت

دانش و تجارب مدیران ارشد و خبرگان در روند

توسعه شبکه های بهداشتی ایران



مؤلفان:

تاجران باقری لنگرانی

رحمت الله جعفری

سید مهرداد علویان

سید علیرضا مولیان

حسام ریضان پور خانی

محمدعلی فیاض بخش

محمدحسین شالیکی

بهنام هروی

سولماز قهرمانی

طراح: ایرج جلالی

بهبود وضعیت شاخص های بهداشتی در کشور، مرهون تلاش های افرادی است که شاید هیچ گاه نامی از آن ها برده نشده باشد، ولی اثر اقدامات ایشان، به میلیون ها نفر از مردم ایران زندگی بخشیده است. هرچند آن چه ما میبینیم، اثرات اقدامات این بزرگان است و لیکن دانش و تجارب آن ها که اندوخته سالیان متمادی خدمت آن ها است، گنجینه ارزشمندی است که تلاش برای حفظ و نشر آن، وظیفه مهمی است که سرمایه ای ارزشمند برای آیندگان ایجاد خواهد نمود. کتاب **به داشتِ بهداشت** به بخش کوچکی از این فعالیت ها پرداخته است.

متقاضیان جهت خرید کتاب فوق به آدرس: شیراز، میدان امام حسین، دانشکده پزشکی، ساختمان شماره ۲، طبقه ۸،

مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت مراجعه نمایند.

شماره تماس: ۰۷۱۳۲۳۰۹۶۱۵



Shiraz International Congress in

# mHEALTH

SIM Congress

Shiraz-I.R.IRAN

May 17,18<sup>th</sup> 2015

Abstract deadline:  
April 9<sup>th</sup> 2015

## Conference Topic:

- Guidelines and standards in mHealth
- Uses of mHealth
- Epistemological debates on mHealth
- Health literacy and mhealth
- Investment and marketing in mHealth
- Pharmacy and mHealth
- Implementation of mhealth

Proceedings indexed by



Health Policy Research Center, Building No.28th Floor, School of Medicine,Zand Avenue,Shiraz,Iran

website: [mhealth.sums.ac.ir](http://mhealth.sums.ac.ir)