



# پیرامون آگهی‌های تدریسی

سید حسام الدین تفرشی

بخش محلول‌های تزریقی انستیتو پاستور ایران

## اشاره

همه روزه در مطبوعات شاهد درج آگهی‌ها و مطالب مختلفی هستیم که به نحوی با سلامت و تندرستی افراد جامعه ارتباط دارند. موضوع این آگهی‌ها بسیار متنوع بوده و از انتخاب جنسیت فرزندان تا ترک اعتیاد و درمان چاقی و لاغری و ریزش مو را در بر می‌گیرد اما سوالی که به ذهن می‌رسد این است که تا چه حد مطالبی که در این آگهی‌ها می‌آیند پایه و اساس علمی دارند. این مقاله به بررسی سه موضوع تبلیغاتی پرداخته است که شاید بیشترین میزان تبلیغات را به خود اختصاص داده باشند. موضوع‌های مورد بررسی عبارتند از:

- ۱- ترک اعتیاد ۲- استفاده از گیاهان دارویی در درمان بیماری‌های مختلف ۳- درمان چاقی

## ۱- ترک اعتیاد

زمینه‌های شخصیتی- روانی و تربیتی نیز در چگونگی ابتلا به آن از اهمیت زیادی برخوردار است. در جدول [۱] فهرست‌وار به عللی که سبب اعتیاد به مواد مخدر می‌شوند اشاره شده است.

اعتیاد به مواد مخدر به عنوان یک مشکل اجتماعی پدیده‌ای است استعماری که علاوه بر زمینه‌های ناسالم اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و فرهنگی،

جدول ۱- علل و عواملی که سبب اعتیاد به مواد مخدر می‌شوند (۱).

<p><b>۱- عوامل اجتماعی</b></p> <p><b>الف- عوامل تربیتی و آموزشی</b></p> <p>خانواده: ناسازگاری‌ها و اختلافات خانوادگی، نابه‌سامانی و گسیختگی خانواده، کمبودهای عاطفی، اعتیاد افراد خانواده، بی‌سوادی و ناآگاهی والدین نسبت به مسائل اجتماعی، عدم احساس امنیت مدرسه: بی‌توجهی به نیازهای دانش‌آموزان، عدم وجود مدیریت درست گروه همسالان: معاشرت با رفقای معتاد و منحرف رساناهای گروهی: عدم وجود برنامه‌ها و کتب و مجلات آموزشی و یا برعکس وجود فیلم‌ها یا برنامه‌هایی که می‌تواند برای نوجوانان منحرف‌کننده باشد. اوقات فراغت: عدم وجود یا کمبود امکانات و تجهیزات کافی برای گذراندن اوقات فراغت به طور سالم و یا برعکس وجود تفریحات ناسالم فساد اجتماعی: در دسترس بودن مواد مخدر، تجمل پرستی، رقابت‌های بیهوده</p> <p><b>ب- عوامل اقتصادی</b></p> <p>فقر: گدایی، ولگردی، تورم و گرسنگی مهاجرت: آوارگی، تضاد و تعارض فرهنگی بیکاری سودجویی: از طریق تهیه و فروش مواد مخدر</p> <p><b>پ- عوامل سیاسی</b></p> <p>جنگ: آوارگی و بی‌خانمانی ناشی از جنگ سیاست: سیاست استعماری دولت‌های خارجی و سرمایه داران بزرگ بین‌المللی</p> <p><b>ت- عوامل فرهنگی</b></p> <p>بی‌سوادی یا کم سوادی عدم آگاهی به مضرات مواد مخدر فقدان احساس مسئولیت</p>	<p><b>۲- عوامل روانی</b></p> <p><b>الف- عوامل روان پزشکی</b></p> <p>انواع افسردگی‌ها انحرافات جنسی</p> <p><b>ب- عوامل روان شناسی</b></p> <p>ناپایداری عاطفی، اضطراب و بی‌قراری عدم اعتماد به محیط و آینده، احساس عدم توانایی عقده حقارت، عدم رشد شخصیت</p> <p><b>۳- عوامل طبیعی</b></p> <p><b>عوامل فیزیکی</b></p> <p>وجود بیماری و درمان سرخود نقص جسمی</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

همان طور که دیده می‌شود عوامل متعددی در اعتیاد به مواد مخدر موثر می‌باشند و در نتیجه در ترک اعتیاد مواد مخدر نیز عوامل مختلفی تاثیرگذار هستند که به اختصار به برخی از مهم‌ترین آنها پرداخته می‌شود:

۱- انگیزه: باید مشخص نمود که چه عاملی برای اولین بار سبب اولین تجربه با مواد مخدر شده است. برابر مطالعاتی که به عمل آمده، کنجکاوی، سرکشی و طغیان بر علیه والدین یا سایر افراد با نفوذ، خلاقیت، تقلید، فشار گروه هم‌سالان، احساس خستگی و نامرادی، آرزوی رهایی از یک رنج و فشار روانی، خستگی زیاد از کار فکری، به دست آوردن اطلاع در مورد آنچه داروی مخدر ممکن است انجام دهد، داشتن ارتباط شغلی با مواد مخدر، عدم رضایت از شغل خود و سرانجام انتظار عبث یک لذت مافوق تصور در اثر استعمال ماده مخدر و در دسترس بودن مواد مخدر، فرد را به تجربه کردن این مواد و اعتیاد سوق می‌دهد.

۲- شخصیت معتاد: شناخت رفتار و شخصیت معتادان به منظور اجرای برنامه‌های پیشگیری و انتخاب روش‌های درمانی مناسب بسیار حایز اهمیت است. طبق مطالعاتی که در ایران انجام شده، معتادان ایرانی افرادی بودند از لحاظ عاطفی نابالغ، عصیانگر، بی‌قرار، دارای احساسات خصومت‌زا و عدم رشد اجتماعی.

هم‌چنین برخی مطالعات دیگر نشان داده‌اند که معتادان افرادی هستند مضطرب، دارای گرایش‌های افسردگی، بی‌زاری، احساس بی‌کفایتی و تنها. معمولاً این افراد خود را قربانی خانواده می‌دانند، هم‌چنین خود را جدا از دیگران احساس می‌کنند و از درونی ساختن آداب و سنن

و ارزش‌های آن عاجز هستند. از طرح نقشه درباره آینده ناتوان می‌باشند. روابط اجتماعی آنان بسیار سطحی و تصنعی بوده و به ندرت می‌توانند پیوندهای مستحکم عاطفی و وفاداری داشته باشند. با توجه به این واکنش‌ها می‌توان وجود تمایلات سایکونوروتیک و سایکوپاتیک را در معتادان تشخیص داد.

بخش بزرگی از پژوهشگران معتقدند که قسمت اعظم تهیه‌کنندگان و مبتلایان به مواد مخدر و الکل را افرادی با شخصیت‌های ضداجتماعی و رفتارهای ضد اجتماعی (Antisocial Personality and Behavior) تشکیل می‌دهند که به اصطلاح «سایکوپات» خوانده می‌شوند. اینان افرادی هستند که اصولاً به تکالیف اجتماعی بی‌توجه می‌باشند، رفتارهای مورد قبول اجتماع را نمی‌پذیرند و بین رفتارهای آنان و رفتارهای شایع در اجتماع تفاوت‌های شدید وجود دارد و به این جهت به کرات دچار تضاد با جامعه می‌شوند (۱، ۲).

۳- علل ترک اعتیاد: از عوامل مهم دیگری که در ترک اعتیاد تاثیر می‌گذارد علت و انگیزه ترک اعتیاد است که عبارتند از: فشار و تشویق خانواده و در مواردی دوستان، بی‌پولی، دل‌زدگی و خستگی از اعتیاد، کسب حیثیت و موقعیت اجتماعی، تصمیم و اراده خود فرد، ضعف جسمانی-روانی و آگاهی از عواقب اعتیاد که مهم‌ترین علت فشار و تشویق خانواده بوده است.

۴- دفعات ترک اعتیاد و علل بازگشت مجدد به آن: علل عمده‌ای که معتادان در بازگشت به اعتیاد دوباره یا چند باره خود برشمرده‌اند عبارتند از: دوستان معتاد، نقص معالجه، محیط اجتماعی

آلوده، بیماری یا وابستگی جسمی و روحی، در دسترس بودن مواد مخدر، برخورد بد جامعه و خانواده یا معتاد، بیکاری و به طور کلی باقی ماندن عوامل قبلی که علت اعتیاد اولیه آنها بوده است. در این میان تماس دوباره با دوستان معتاد عامل عمده بازگشت به اعتیاد مجدد به شمار می‌رود (۱).

بنابراین در ترک اعتیاد به مواد مخدر با چند سوال اساسی روبرو هستیم:

۱- چه انگیزه‌ای برای اولین بار سبب مصرف مواد مخدر گردیده است؟

۲- شخصیت معتاد چگونه است؟

۳- آیا معتاد تاکنون اقدام به ترک اعتیاد کرده است؟ در صورت مثبت بودن پاسخ انگیزه آن چه بوده است؟ و در صورت شکست در ترک اعتیاد (علت) آن چه بوده است؟

البته پرسش‌هایی در خصوص نوع ماده اعتیادآور، مقدار آن، شدت وابستگی جسمی - روانی، سن، شغل، میزان درآمد ماهیانه و چگونگی گذراندن اوقات فراغت نیز در جای خود مهم هستند.

با توجه به توضیحات فوق دیگر شکی نیست که درمان افراد معتاد بدون توجه به مسایل احساسی، روانی، شخصیتی و فرهنگی آنان که در حقیقت متأثر از جامعه و فرهنگی است که فرد بدان تعلق دارد نمی‌تواند موفقیت‌آمیز باشد چرا که اعتیاد یک پدیده اجتماعی است و علل بی‌شماری دارد. بنابراین درمان معتادان علاوه بر این که با توجه به ارزش‌های اجتماعی و فرهنگی مختلف روش‌های خاصی با ویژگی‌های آن جامعه می‌خواهد بلکه با توجه به شخصیت و مسایل روحی و احساسی افراد کاملاً یکسان نیز

نمی‌تواند باشد (۱). ولی متأسفانه در حال حاضر کوشش‌های درمانی به طور عمده تنها معطوف به قطع ساده مواد مخدر است که معمولاً در جایی انجام می‌پذیرد که بتوان اعمال بیمار را تحت بررسی قرار داد و او را از شر تهیه کنندگان مواد مخدر محفوظ نگه داشت ولی غفلت و عدم توجه به اختلال روانی بیمار سبب عود مجدد اعتیاد می‌گردد. بنابراین، مهم‌ترین اصل درمانی باید بر این هدف استوار گردد که اختلال شخصیتی و یا حالت نوروتیک یا سایکوتیک بیمار اصلاح گردد. پس بیمار باید تقریباً مدتی طولانی در محل ترک باقی بماند تا او را هر عارضه و بیماری جسمی او بهبود یابد و ثانیاً فرصتی برای کسب عادت‌های جدید زندگی و کار بدون ماده مخدر بیابد و سوم این که باید به او کمک کرد تا منبع مشکل روانی خود را کشف نماید (۲).

### درمان اعتیاد

به طور کلی درمان معتادان ۲ مرحله دارد:

۱- مرحله بازگیری ۲- مرحله بازتوانی

۱- مرحله بازگیری: مرحله بازگیری یا درمان جسمی از دو راه شامل روش‌های دارویی و روش‌های غیر دارویی امکان‌پذیر است که هر دو روش می‌توانند به طریق ترک تدریجی یا ترک ناگهانی باشند.

بد نیست در همین جا به یک نکته اشاره گردد و آن استفاده از طب سوزنی<sup>۱</sup> در درمان اعتیاد است. گزارش‌هایی که درباره استفاده از طب سوزنی در ترک اعتیاد وجود دارد نشان می‌دهد که علائم ترک مانند اشک ریزش، جاری شدن آب بینی، دردهای استخوانی، دردهای معدی، احساس سرما و حالت بی‌قراری به گونه‌ای قابل

ملاحظه تقلیل می‌یابد ولی هنوز روشن نیست که چه عامل یا عواملی در چگونگی عملکرد طب سوزنی موثر می‌باشد. بنابراین، در نهایت استفاده از طب سوزنی به منظور کاهش «نشانه‌های ترک» می‌باشد و نه خود «ترک اعتیاد».

**۲- مرحله باز توانی:** در این مرحله سعی می‌شود با استفاده از روش‌های مختلف روان درمانی غیر دارویی و در مواردی از راه‌های روان درمانی دارویی معتاد را برای بازگشت به یک زندگی متعارف و سازنده آماده سازند به طوری که به اعتیاد مجدد روی نیاورد. منظور از روان درمانی آن بخش از درمان است که بدان وسیله بیمار بتواند تعادل جسمی و روحی خویش را بازیابد. اهداف درمان عبارتند از:

- افزایش آگاهی و بصیرت بیمار نسبت به مشکلات خود
- برطرف کردن و یا کاهش دادن تعارض‌های بیمار
- تغییر عادت‌های غیر مطلوب و مضر و جایگزین نمودن الگوهای سازنده
- افزایش قابلیت‌های بیمار به منظور ایجاد روابط سالم فردی و اجتماعی
- اصلاح پندارها، تصورات و باورهای غلط بیمار
- باز نمودن روزنه‌ای به سوی یک زندگی با هدف و با معنی
- روان درمانی غیر دارویی توسط متخصصان مختلف مانند روان شناس، روان پزشک و مددکار اجتماعی به صورت انفرادی یا گروهی با توجه به امکانات و اهداف صورت می‌گیرد و به شیوه‌های مختلفی انجام می‌شود (۱).

تاکنون به اصولی اشاره گردید که باید در ترک اعتیاد مورد توجه قرار گیرند. در پایان این قسمت ابتدا یک طرح موفقیت‌آمیز در ترک اعتیاد را معرفی می‌کنیم و سپس به بررسی برخی آگهی‌های چاپ شده در مطبوعات می‌پردازیم.

مسئله اعتیاد در شهر نیویورک مسأله بزرگی است. با وجود آن که سازمان‌های گوناگونی برای مبارزه با اعتیاد در نیویورک موجود است ولی موفق نبوده‌اند و عدم موفقیت این برنامه‌ها در کوچک بودن برنامه‌ها، عدم همکاری بین دستگاه‌ها و برنامه‌ها و اساس فلسفی غلط آنها می‌دانند (عدم اطمینان به بهبود معتادین) ولی گزارش زیر برنامه آزمایشی و تحقیقی می‌باشد که در «پورتوریکو» اجرا شد و نتایج آن هم موفقیت‌آمیز بود.

در این پروژه از ۱۲۴ نفر معتادی که معالجه شده‌اند فقط ۷ نفر (۵/۶ درصد) بعد از سه سال و نیم به اعتیاد باز گشته‌اند. این میزان در مقادیر مقایسه با میزان عود در مراکز مشابه مانند بیمارستان‌های دولتی کنتاکی (Kentucky) و لگزینگتون (Lexington) بسیار ناچیز است. چون میزان بازگشت در این بیمارستان‌ها ۹۲ درصد و حتی در پیشرفته‌ترین مراکز آزمایشی ایالات متحده، ۷۰ تا ۷۵ درصد بوده است. در این برنامه متوجه شده‌اند که احتیاجات فیزیولوژیک بیمار را به ماده مخدر به آسانی می‌توان از بین برد ولی مطلب مهم از بین بردن اعتیاد روانی او است که از بین بردن آن مشکل می‌باشد و مطالعه پورتوریکو نشان داد که تمام بیماران دچار یک نوع انحراف شخصیتی و خلقی هستند که با روش معمول روان کاوی نمی‌توان آنها را معالجه کرد و در نتیجه باید از روش‌های دیگر استفاده نمود. اصول فلسفی

این برنامه به شرح زیر است:

۱- این برنامه بر این اساس گذارده شده است که معتاد قابل معالجه است مگر آن که خلافتش ثابت شود.

۲- معتاد می تواند مسئول اعمال خودش باشد.

۳- هدف معالجه باید ایجاد یک سازگاری عمیق شخصیتی باشد.

در این معالجه معتاد تحت سه جریان رشد قرار می گیرد:

الف- شرطی کردن رفتار

ب- تغییر طرز رفتار

پ- ایجاد یک بلوغ عاطفی و حرفه ای.

برای این هدفها از شیوه های جدیدی استفاده شده است که مهم ترین آنها استفاده از کارشناسان عام یا معتادان معالجه شده (معتادان سابق) است. استفاده از کارشناسان عام دو علت دارد: یکی این که آنها مثال های زنده ای برای ممکن بودن معالجه و امیدوار کردن معتادان هستند؛ دیگر این که آنها بهتر می توانند حالات مریض را برای پزشکان متخصص بیان کنند، زیرا در اوایل درمان، معتادان به آسانی نمی توانند درباره خودشان با اطبا صحبت کنند. این برنامه از سه دوره القا، اجتماع درمانی و بازگشت به اجتماع تشکیل شده است.

۱- دوره القا: این دوره حدود ۲ تا ۳ ماه طول می کشد و از ۳ مرحله تشکیل شده است:

۱- الف- در این مرحله از طریق معتادان سابق با معتادان تماس گرفته می شود. چون تماس فردی و ارتباط شخصی موثرتر از تبلیغات است.

۱- ب- پس از آن که معتادان تصمیم به معالجه گرفتند توسط معتادان سابق که در مراکز راهنمایی محلی کار می کنند به مراکز مراقبتی

فرستاده می شوند که کارکنان آن را متخصصان و معتادان سابق تشکیل می دهند. در این مراکز مراقبت، معتاد را نصف روز بستری می کنند و با این کار ۲ هدف برآورده می شود. اول این که معتاد را حداقل برای نصف روز از کوچه و خیابان جمع آوری می کنند که موجب می شود از فعالیت های بزهکارانه او کم شود و در نتیجه استعمال مواد مخدر او هم کاهش می یابد. دوم این که معتاد را بیشتر به فکر معالجه مشغول کرده و به او کمک می کنند تا به یک زندگی روزمره در بیمارستان عادت کند. در اغلب موارد رفع مسمومیت فیزیولوژیک در این مرحله به پایان می رسد.

۱- پ- در این مرحله که سومین مرحله دوره القا است بیمارانی را که مرحله قبلی را به پایان رسانده اند به بخش رفع مسمومیت می فرستند. این بخش به تمام تجهیزات پزشکی مجهز است. در این بخش روان پزشکان، روان شناسان، مددکاران اجتماعی و متخصصان مختلف به معتاد کمک می کنند که خود را برای معالجه طولانی مدت آماده سازد. در حقیقت درمان واقعی بیمار از این مرحله شروع می گردد.

۲- دوره اجتماع درمانی: مدت این دوره ۶ تا ۸ ماه است. این دوره دارای ۲ هدف می باشد:

۲- الف- از بین بردن رفتاری که ناشی از شکست و عدم اطمینان به خود است

۲- ب- تغییر شخصیت و خلق شخص به نحوی که هم قطاران، خانواده و اطرافیان او را موجودی مفید و موثر برای اجتماع ببینند.

در این دوره تغییرات عمیقی در رفتار و افکار معتاد ایجاد می شود. معالجه در محلی که حالت یک

بیمارستان روانی را دارد صورت می‌گیرد. در این محل یک نوع زندگی دسته جمعی وجود دارد و این اجتماع را اجتماع درمانی می‌گویند. این اجتماع گنجایش ۴۰ نفر را دارد و توسط معتادان سابق تحت نظر متخصصان رهبری می‌شود. در این مرحله بیمار در حدود ۱۶ ساعت در روز با متخصصان، معتادان سابق و بیماران نظیر خود مواجه است و این مقابله یک نوع زورآزمایی بوده و سبب می‌شود که معتاد نقش خود را در اجتماع مجدداً ارزش‌یابی کرده و تاریخچه اعتیادش را دوباره بررسی نماید و شروع به قبول مسئولیت برای خود، خانواده و اجتماعش کند.

**۳- دوره بازگشت به اجتماع:** در این دوره معتادان را برای بازگشت به اجتماع آماده می‌کنند و در واقع معالجه اساسی معتاد در این مرحله تمام شده است ولی هنوز برای بازگشت به اجتماع و شرکت فعال و موفقیت‌آمیز در آن آماده نیست. برای تسهیل این بازگشت تعلیماتی به معتادان داده می‌شود. بازگشت به اجتماع به دو صورت ممکن است انجام پذیرد:

**۳- الف- از طریق خانه بازگشت (خانه بازگشت اقامت گاهی است که در آن مردان و زنان معتاد تحت نظر قرار می‌گیرند).**

**۳- پ- از طریق اقامت در منزل و شرکت در برنامه‌های بازگشت.**

بعد از اتمام دوره بازگشت به اجتماع به معتاد سابق تصدیقی بر نوتوانی او داده می‌شود. ورود در یک چنین برنامه درازمدتی برای معتاد فایده‌ای ندارد مگر آن‌که او مطمئن شود که اجتماع او را دوباره به صورت یک فرد سالم و مورد احترام قبول می‌کند (۱).

اکنون در شکل به چند آگهی در این زمینه

توجه کرده و سپس به بررسی آنها می‌پردازیم.  
**۱- استفاده از طب سوزنی در درمان اعتیاد:** همان طور که در مرحله بازگیری اشاره گردید طب سوزنی در کاهش نشانه‌های ترک موثر می‌باشد نه خود ترک اعتیاد.

**۲- کوتاه‌بودن دوره ترک اعتیاد به‌عنوان یک مزیت:** امروزه غالب متون معتقدند که هر قدر مرحله سندرم قطع (Withdrawal Syndrome) با ناراحتی‌های کمتری همراه باشد (آرام‌تر، راحت‌تر و بدون دردتر) احتمال بهبود نهایی بیشتر است و برعکس اگر شخصی سندرم قطع مشکلی را تحمل کند احتمال عدم ادامه درمان و شروع مجدد مصرف ماده مخدر در او بیشتر خواهد بود. علائم وابستگی جسمی معمولاً در طول یک هفته ظاهر شده و برطرف می‌گردند.

شروع علائم چند ساعت پس از قطع مصرف بوده و بسته به علامتی که ایجاد می‌شود. طول علامت مورد بحث تا یک هفته و حداکثر ۱۰ روز خواهد بود. طبق آمار ارایه شده هرویین و تریاک بیشترین مصرف در ایران دارند. اگر معمول‌ترین درمان‌های دارویی رایج را برای این دو ماده و فقط در مرحله علائم سندرم قطع ۲ در نظر بگیریم شاهد هستیم که درمان با متادون حدود ۱۰ روز و کلونیدین حدود ۱۴ روز طول می‌کشد (۳).

از مطالب فوق به این نتیجه می‌رسیم که اگر کوتاه بودن دوره ترک یک نقص نباشد حداقل مزیتی هم ندارد و در ضمن همان طور که قبلاً اشاره گردید درمان اعتیاد فقط از بین بردن علائم جسمی نیست بلکه باید علل روانی نیز مورد ملاحظه قرار گیرند. طبق آمار ارایه شده

<p><b>ترک اعتیاد</b></p> <p>در کمتر از ۵ روز (تضمینی) توسط پزشک مجرب با ۱۰ سال تجربه موفق در درمان (هزاران) بیمار ویژگی مهم و انحصاری روش ما: <b>ایجاد تنفر از مواد مخدر در شروع درمان بعد از درمان و برای همیشه</b></p> <p>درمان، سرپایی و فقط با یکبار مراجعه و بدون هیچ دردی می باشد جهت کلیه شهرستانها دارو یا بست ارسال می گردد</p> <p>تلفنهای کلینیک: ۰۲۱-۸۸۸۸۸۸۸۸ - ۰۲۱-۸۸۸۸۸۸۸۸ - ۰۲۱-۸۸۸۸۸۸۸۸</p>	<p><b>ترک اعتیاد تضمینی</b></p> <p>یاقوتترین گیاهان ترک اعتیاد بدون درد بستی، بدون عوارض همراه با ایجاد تنفر از مواد مخدر</p> <p>۰۲۱-۸۸۸۸۸۸۸۸ - ۰۲۱-۸۸۸۸۸۸۸۸ - ۰۲۱-۸۸۸۸۸۸۸۸</p> <p>ارسال دارو جهت شهرستانها (بانا از لترین قیمت)</p> <p><b>کلینیک فوق تخصصی طب سوزنی از چین</b></p> <p>جدیدترین روشهای درمانی بوسیله طب سوزنی از جنبه فتح صورت و بدن، آسود، روماتیسم مفصلی، میگرن انواع اعتیاد، سردگی، ترس، اضطراب، بی خوابی، غمناکیت، کمردرد، چین و چروک، صورت</p> <p>۰۲۱-۸۸۸۸۸۸۸۸ - ۰۲۱-۸۸۸۸۸۸۸۸ - ۰۲۱-۸۸۸۸۸۸۸۸</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

شکل ۱ - چند آگهی تبلیغاتی درباره ترک اعتیاد

است که صرف نظر از درمان جسمی احتیاج به نظر کارشناسی متخصصان فن، روان شناسان، روان پزشکان و مددکاران اجتماعی در درمان روانی معتاد دارد. معتادان یک گروه همگن و یکسان نیستند که برای همه آنها یک برنامه در نظر گرفته شود بلکه هر فرد معتاد ویژگی های منحصر به فردی دارد که آن ویژگی ها باید در ترک اعتیاد همان فرد مورد ملاحظه قرار گیرد و به عبارت دیگر یک معتاد با معتاد دیگر مقایسه نشود.

## ۲ - استفاده از گیاهان دارویی در درمان بیماری های مختلف

بنابر تعریف شورای بررسی و تدوین داروهای گیاهی ایران، فرآورده گیاهی عبارت است از: گیاهان و یا قسمتی از گیاهان و فرآورده های حاصل از آنها به صورت خام یا به عمل آمده در صورتی که برای پیش گیری یا درمان بیماری ها، حفظ سلامتی جسم و روان و یا تاثیر بر اعمال فیزیولوژیک بدن به کار روند (۶). یک گیاه دارویی وقتی دارای اثر است که:

۱ - از گونه دارویی (officinale) باشد.

وجود علایم ناراحت کننده در مرحله بروز سندرم قطع باعث می شود تا میزان بالایی از معتادان، دوره ترک را به پایان نرسانند. این مقدار برای بیماران بستری ۲۵ درصد و برای بیماران سرپایی ۸۰ درصد است (۴).

۳ - به کار بردن کلماتی نظیر تضمینی، موثرترین و معتبرترین: همان طور که در قبل اشاره گردید در طرح پورتوریکو که یکی از موفقیت آمیزترین طرح ها در زمینه درمان اعتیاد می باشد حدود ۵/۶ درصد بازگشت به اعتیاد مشاهده شده است. بنابراین به نظر می رسد استفاده از این کلمات جنبه گمراه کننده داشته باشد. اگر این موضوع صدق کند به استناد ماده ۱۲ از تخلفات انتظامی که بیان می دارد: «هر نوع تبلیغ گمراه کننده از طریق وسایل تبلیغاتی مانند رادیو، تلویزیون و آگهی در جراید و نصب آگهی در اماکن و معابر ممنوع است» عملی خلاف محسوب می گردد (۵).

## نتیجه گیری

ترک اعتیاد یک موضوع بسیار مهم پزشکی





به طور خلاصه نازایی در مردان ممکن است علل مختلفی از جمله واریکوسل، پروستاتیت واپی دیدیمیت، کریپتورکیدیسم، اختلالات هورمونی و کروموزومی، منشا دارویی و یا ایمنولوژیک داشته باشد.

در زنان نیز نازایی می‌تواند ناشی از اختلالات تخمک گذاری، اختلالات مادرزادی، اندومترئوز، علل رحمی و واژینال و یا علل عفونی باشد (۷). یا اگر یکی از بیماری‌های پوست به عنوان مثال آکنه در نظر بگیریم؛ آکنه می‌تواند آکنه دارویی، هورمونی، شغلی، ناشی از آفتاب، آکنه و لگاریس و هم‌چنین می‌تواند نشانه‌ای از بیماری‌های سیستمیک مانند سندرم کوشینگ، ویریلیزم و سندرم تخمدان پلی‌کیستیک باشد (۸).

حال بیماری را در نظر می‌گیریم که به عنوان مثال دچار نازایی است با یکی از فروشنندگان فوق تماس تلفنی برقرار می‌کند و یا به طور حضوری مراجعه می‌کند و تقاضای داروی گیاهی ضد نازایی را می‌کند. چند سوال در این باره به ذهن می‌رسد:

- ۱- بیمار به کدام یک از علل نازایی مبتلا است؟
  - ۲- چه شخصی (با کدام نظر کارشناسی) این علت را تشخیص و داروی گیاهی مورد نظر را می‌دهد؟
  - ۳- آیا داروی گیاهی مورد نظر دارای شرایط گفته شده می‌باشد؟
- اگر پاسخ پرسش‌های فوق در مورد هر بیماری به دقت و به طور کامل مشخص نباشد داروهای گیاهی مورد نظر اثر درمانی مورد انتظار را نخواهند داشت. شاید این تصور به ذهن برسد که اینجانب از مخالفان استفاده از گیاهان دارویی هستم ولی به طور دقیق عکس این قضیه

صادق است و نگارنده این سطور خود از طرفداران ترویج طب سنتی ایران است ولی فروش این گونه داروهای گیاهی را عامل اصلی بی‌اعتمادی مردم به طب سنتی می‌داند.

### نتیجه‌گیری

اگر ارابه داروهای گیاهی به همین منوال توسط افراد فاقد صلاحیت ادامه داشته باشد و از آن جلوگیری نشود، علاوه بر به خطر افتادن سلامتی مردم و بی‌اعتمادی آنها به طب سنتی بعدها باید هزینه گزاف و سنگینی را برای تشویق و ترغیب مردم به استفاده از گیاهان دارویی پرداخت نمود. لازم به ذکر است که بنا بر گزارش سازمان ملل در بسیاری از کشورهای مختلف دنیا، داروهای گیاهی که حتی در بازارهای محلی به فروش می‌رسند تحت کنترل و نظارت بازرسان وزارت بهداشت که دکترهای داروساز هستند قرار دارد (۹).

### ۳- درمان چاقی

چاقی شایع‌ترین و پرخرج‌ترین مسأله در ایالات متحده است و قریب ۲۳ درصد افراد بالغ بدان مبتلا می‌باشند. هزینه سالانه حفظ تندرستی افراد چاق تقریباً به ۶۸ میلیارد دلار بالغ می‌شود. سالانه ۳۰ میلیارد دلار هم برای کاهش وزن و تهیه غذاهای مخصوص خرج می‌شود. با وجود این، درمان درازمدت کاهش وزن به طور عمده بی‌اثر است و ۹۰ تا ۹۵ درصد افرادی که وزن کم می‌کنند دوباره چاق می‌شوند (۱۰).

**تعریف:** در ابتدا باید دید چه فردی چاق است؟ نمایه توده بدنی یا BMI (Body Mass Index) شاخصی است که با اندازه‌گیری آن می‌توان

تعریف بالینی از چاقی به دست آورد و از مقدار وزن (برحسب کیلوگرم) بر مربع قد (بر حسب متر) به دست می‌آید:

$$BMI = \frac{\text{Weight (kg)}}{\text{Length}^2 \text{ (m)}}$$

وضعیت فرد	BMI	درجه چاقی
حدود تغییرات ایده‌آل	۲۰-۲۴/۹	درجه صفر
چاقی خفیف	۲۵-۲۹/۹	درجه ۱
چاقی متوسط	۳۰-۳۹/۹	درجه ۲
چاقی شدید	$\geq 40$	درجه ۳

یک روش دیگر محاسبه وزن ایده‌آل است. چون استخوان بندی افراد با یکدیگر فرق دارد پس باید اول نوع استخوان بندی فرد را مشخص کنیم. نوع استخوان بندی از تقسیم قد (برحسب سانتی‌متر) به دور میچ (برحسب سانتی‌متر) دست می‌آید و به ۳ نوع درشت، متوسط و ریز تقسیم بندی می‌شود:

$$\text{نوع استخوان بندی} = \frac{\text{قد (سانتی‌متر)}}{\text{دور میچ (سانتی‌متر)}}$$

جنسیت	مردان	زنان
استخوان بندی درشت	$< 9/6$	$< 9/9$
استخوان بندی متوسط	$10/4 - 9/6$	$10/9 - 9/9$
استخوان بندی ریز	$> 10/4$	$> 10/9$

روش محاسبه وزن ایده‌آل بدن یا Ideal BodyWeight برای زنان و مردان:

استخوان بندی متوسط [۱۵۰-قد (سانتی‌متر)]

$$I.B.W = 48 + 1/1 \text{ مردان}$$

استخوان بندی متوسط [۱۵۰-قد (سانتی‌متر)]

$$I.B.W = 45 + 0/9 \text{ از زنان}$$

برای استخوان بندی‌های درشت و ریز جواب به ترتیب ۱۰ درصد زیاد و کم می‌شود. با این روش اگر وزن فرد ۱۰ درصد بالاتر از وزن ایده‌آل باشد اشکالی ندارد. اگر وزن فرد از ۱۰ درصد بیشتر و از ۲۰ درصد وزن ایده‌آل کمتر باشد اضافه وزن دارد و اگر وزن فرد از وزن ایده‌آل ۲۰ درصد بیشتر باشد، فرد چاق محسوب می‌شود.

### علل چاقی

چاقی علل مختلفی دارد که از جمله می‌توان به عوامل فرهنگی - اجتماعی، عادت غلط غذایی، کاهش فعالیت بعد از سن ۳۰ سالگی، آسیب هیپوتالاموس، عدم تعادل هورمونی و عوامل ژنتیک اشاره نمود (۱۱). برای مثال از عوامل فوق به عامل ژنتیک اشاره‌ای می‌گردد.

لپتین (Leptin) هورمونی است که توسط سلول‌های چربی تولید می‌شود. این هورمون بر مغز تاثیر کرده و موجب کاهش مصرف غذا و لاغری می‌شود.

در افراد چاق، میزان لپتین بالا است و این حدس را به وجود می‌آورد که شاید مقاومت نسبت به لپتین وجود دارد. در حال حاضر محققان آمریکایی ثابت کرده‌اند که افراد چاق از نظر انتقال لپتین از خون به CSF (مایع مغزی نخاعی) نسبتاً بدون کارایی هستند (۱۲).

طبق پژوهش‌های به عمل آمده گیرنده لپتین در غشاهای سلولی وجود دارد. به نظر می‌رسد چاقی به علت مقاومت نسبت به لپتین می‌باشد که مشابه مقاومت نسبت به انسولین در دیابت غیروابسته به انسولین است. محتمل‌ترین مکانیزم‌ها عبارت است از: موتاسیون در ژن

سازنده گیرنده یا نقص پردازش درون سلولی پس از پیوند لپتین با گیرنده. هم‌چنین در مطالعات آزمایشگاهی موش‌هایی که از نظر ژنتیک چاق بوده‌اند فاقد لپتین می‌باشند و هنگامی که به این موش‌ها لپتین تزریق شود به صورتی مناسب یک سوم وزن بدن خود را از دست می‌دهند (۱۲).

لپتین ممکن است در مناسب کردن چربی بدن برای تولید مثل دارای نقش مهمی باشد. هنگامی که چربی بدن بسیار کم است (مثل حالت آنورکسی یا ورزشکاران) دوره قاعدگی کم می‌شود و در زنان بسیار چاق نامنظم می‌گردد (۱۲).

**انواع چاقی و خطرانی که افراد چاق را تهدید می‌کند:** در حالی که چربی کل بدن یک عامل خطر مهم برای بروز بسیاری از بیماری‌ها می‌باشد، توزیع چربی انبار شده هم ممکن است اثر زیادی بر روی این بیماری‌ها داشته باشد. الگوی توزیع ذخیره‌های چربی در زنان و مردان متفاوت است. مردان بیشتر به ذخیره چربی در ناحیه شکم تمایل دارند (نوع آندرویدیا مردانه) در حالی که در زنان چربی بیشتر در ناحیه ران‌ها و گلوئتال ذخیره می‌گردد (نوع ژینویدیا زنانه). با اندازه‌گیری دور کمر به باسن (Waist to Hip Ratio) می‌توان ارزیابی ذخیره‌های چربی بدن را انجام داد. با افزایش این نسبت خطر بروز بیماری‌های قلبی - عروقی، دیابت ملیتوس و هیپرتانسیون به میزان بیشتری افزایش می‌یابد. به عبارت دیگر توزیع چربی بدن در تنه یا بالاتنه (نسبت اندازه دور کمر به دور باسن بیش از ۰/۹۰ در مردان و بیش از ۰/۸۰ در زنان) همراه با خطر زیادتر ابتلا به بیماری و مرگ و میر است تا توزیع محیطی آن (در پایین تنه) (۱۴). ولی به طور کلی

هیپرتانسیون، دیابت، افزایش کلسترول خون، سرطان کولون، مشکلات جراحی، مشکلات بارداری (در زنان)، تشدید نقرس و استئوآرتریت خطرانی است که زندگی افراد چاق را تهدید می‌کند (۱۱).

### درمان چاقی

هدف تمام درمان‌های چاقی کاهش وزن است ولی این کاهش وزن باید به منظور تخفیف حالت مرضی باشد نه رسیدن به استاندارد زیبایی لاغری. افراد چاق باید توجه داشته باشند که هر نوع تغییر نحوه زندگی به صورت افزایش فعالیت‌های عضلانی یا کاهش دریافت کالری برای کاهش وزن حداقل به آن نیاز دارد که همواره ادامه داشته باشد. حفظ کاهشی که در وزن حاصل شده است - عموماً از طریق فعالیت‌های عضلانی و جیره غذایی بدون نیاز به نظارت و جراحی و روی آوردن به دارو - به احتمال قوی در افرادی با موفقیت همراه خواهد بود که تا حدودی چاق‌اند نه آنها که بسیار چاق هستند. با وجود استفاده فراوان از داروهای گوناگون و جراحی از دهه ۱۹۵۰ به این طرف شیوع چاقی هم‌چنان سیر صعودی دارد و نتایج درمان‌ها رضایت بخش نیست. تقریباً دو سوم افرادی که وزن کم می‌کنند ظرف یک سال آن را بار دیگر به دست می‌آورند و تقریباً همه افراد چاقی که وزن کم می‌کنند در ظرف ۵ سال به وزن اولیه می‌رسند (۱۰).

**برای کاهش وزن از روش‌های مختلفی استفاده می‌شود که در زیر به برخی از آنها اشاره می‌گردد:**

۱ - استفاده از داروها برای کاهش وزن: بد

نیست در این مورد به یک گزارش دارویی توجه کنیم. فن فلورامین دکسفن فلورامین بیش از ۳۰ سال است که به عنوان داروهای ضد اشتها وارد بازار دارویی تعدادی از کشورهای صنعتی شده‌اند. فن فلورامین یا دکسفن فلورامین به تنهایی یا در ترکیب با یک ضد اشتهای دیگر مانند فن ترمین به کار می‌رود. این ترکیب دارویی فن - فن (Fen - Phen) و دکسفن - فن (Dexfen - Phen) نام دارد. در سال ۱۹۹۶ کمیته فرآورده‌های دارویی اختصاصی (CPMP) در اتحادیه اروپا محدودیت‌هایی را در مورد مصرف داروهای ضد اشتها با مکانیزم عمل مرکزی (شامل فن فلورامین، دکسفن فلورامین، فن مترازین، فن ترمین، و مازنیدول) به علت خطر هیپرتانسیون اولیه شدید ریوی و غالباً کشنده آنها انتشار داد. این داروها ممکن است به واسطه اثر انقباض عروقی سروتونین یا تغییر دپولاریزاسیون غشا عضله صاف عروق ریوی موجب هیپرتانسیون ریوی گردند.

در حال حاضر گزارش‌های زیادی حاکی از آن است که مصرف فن فلورامین و دکسفن فلورامین به تنهایی یا در ترکیب با فن ترمین در ایجاد نقص‌های دریچه قلبی و اکوکاردیوگرام غیر طبیعی نقش دارد. تا سپتامبر ۱۹۹۷، FDA (سازمان غذا و داروی آمریکا) بالغ بر ۱۰۰ گزارش از بیماری‌های دریچه قلبی که اساساً با مصرف فن فلورامین یا دکسفن فلورامین به تنهایی یا ترکیب آنها با فن ترمین در ارتباط بوده، دریافت کرده است.

در نتیجه بیماران مورد نظر برای دریافت این داروها باید از عوارض جانبی بالقوه و جدی آنها از قبیل هیپرتانسیون ریوی یا بیماری‌های

دریچه‌ای قلب آگاد شوند و بررسی‌های گسترده‌تری لازم است تا سالم بودن سایر داروهای ضد اشتها با مکانیزم اثر مرکزی مورد قضاوت قرار گیرد (۱۵).

گاهی مشاهده می‌شود برای کاهش وزن از هورمون‌های تیرویدی استفاده می‌شود. استفاده از هورمون‌های تیرویدی برای درمان چاقی مناسب نیست مگر این که مطالعات آزمایشگاهی، کم کاری تیروید را تایید کرده باشند. در غیر این صورت، مصرف این داروها ممکن است موجب پرکاری تیروید در افراد دارای تیروید طبیعی گردد (۱۶).

۲- کاهش انرژی دریافتی: عوامل موثر در عدم تعادل انرژی عبارتند از:

الف - الگوی خانوادگی مصرف (نوع غذاهای مصرفی)

ب - اشتهای زیاد

پ - عدم آگاهی از ارزش غذایی مواد غذایی

ت - خورده‌ریزی

ث - الگوی زندگی (مانند شغل‌های با فعالیت کم استفاده از وسایل نقلیه، ورزش نکردن و خوابیدن زیاد)

ج - وضعیت روحی (در وضعیت‌های مختلف روحی ممکن است فرد کم یا زیاد بخورد)

چ - اجتماعی بودن (فردی که مرتب به جشن‌ها و مهمانی‌ها می‌رود)

ح - کاهش نیاز به انرژی با افزایش سن

خ - گرایش به مصرف مواد غذایی غنی از انرژی اصلاح عادت‌های غذایی مهم‌ترین عامل در

درمان چاقی محسوب می‌شود. هدف از درمان چاقی باید از بین بردن چربی اضافه بدن باشد نه این که فرد دچار عوارض شدید جسمی و روحی

کاهش وزن شود. رژیم درمانی نباید طوری باشد که فرد درمان شونده احساس ضعف و گرسنگی کند و یا به عواقب عصبی عمومی ناشی از هیپوگلیسمی دچار شود زیرا خود این عامل باعث عدم همکاری بیمار و در نهایت ناموفق بودن درمان می‌شود.

کاهش وزن ایده‌آل  $2 \pm 10$  کیلوگرم در طی ۳ ماه بعد از درمان می‌باشد. خاطر نشان می‌سازد کاهش ناگهانی و کوتاه مدت وزن بدن علاوه بر این که باعث آسیب‌های کبدی و کلیوی می‌گردد، با مکانیزم‌هایی که به آنها اشاره خواهد شد باعث افزایش وزن به بیش از وزن اولیه می‌گردد. بهترین رژیم درمانی غذایی آن است که به تدریج باعث کاهش وزن شده و فرد پس از رسیدن به وزن مطلوب و مورد نظر با رژیم غذایی نگهدارنده، وزن خود را در حد ثابتی حفظ نماید (۱۱). جهت روشن شدن مطلب به توضیحات زیر توجه می‌کنیم:

پیام‌هایی که توسط بدن گرسنگی کشیده به مغز ارسال می‌شوند، مرحله پرخوری را که تقریباً هم زمان با دوره محدودیت رژیم غذایی است آغاز می‌نمایند. منشا این پیام‌ها شناخته نشده است ولی تنگی نیست که وجود دارند چرا که مصرف غذا پدیدای است که توسط سیستم مرکزی تنظیم می‌شود. این پیام‌های مغزی فرد را به سوی غذاهای پر انرژی و پر کالری هدایت می‌کنند. این پیام‌ها علت برگشت وزن افرادی را روشن می‌سازد که جهت کاهش وزن محدودیت در مصرف انرژی دارند. همچنین یکی از عواقب کاهش وزن سریع خصوصاً وقتی ناشی از رژیم‌های غذایی بسیار کم کالری و کم کربوهیدرات باشد، کاهش پروتئین بدن یا LBM

می‌باشد. این امر به خصوص در افرادی که از نظر فیزیکی غیر فعال هستند رخ می‌دهد. Lean Body Mass یا LBM از لحاظ متابولیکی و از نقطه نظر احتیاجات انرژی فعال‌ترین بافت بدن می‌باشد که علت اهمیت کالری‌های مصرفی را جهت تامین نیاز انرژی بنیادین (Basal) یعنی ۶۰ تا ۷۰ درصد نیاز انرژی روزانه را برای افراد بالغ بیان می‌کند. بنابراین هر چه میزان پروتئین بدن کمتر باشد نیاز به انرژی کمتر است. اگر کاهش وزن شامل مقادیر قابل توجهی از پروتئین باشد، شخص چاق نیاز انرژی بنیادین کمتر و کارایی انرژی افزایش یافته خواهد داشت که به صورت بازگشت وزن به شکل چاقی بروز خواهد کرد (۴).

**۳- افزایش فعالیت بدنی:** در این مورد به تاثیر ورزش و افزایش فعالیت بدنی در کنار یک رژیم غذایی مناسب اشاره می‌شود. به هنگام محدودیت غذایی، ماشین متابولیکی تا حد امکان شروع به حفظ انرژی کرده و مغز را جهت مصرف غذاهای پر انرژی تحریک می‌کند.

بنابراین اگر چه بیمار سعی در کنترل غذای مصرفی خود دارد ولی بدن به منظور برطرف کردن پیام‌های بیولوژیکی که بدن را به سمت چاقی هدایت می‌کنند، تلاش می‌کند تا به وضعیت ثابت چاقی پیشین خود برگردد. به هر حال وقتی بیمار به دقت مصرف انرژی خود را کنترل می‌کند و آگاهانه تصمیم به تنظیم آن دارد، ممکن است به علت کارایی افزایش یافته انرژی بدن و تمایل آن به سنتز و ذخیره چربی (به صورت ارجح نسبت به پروتئین)، برگشت وزن اتفاق بیفتد. در چنین شرایطی یک برنامه ورزشی خوب معمولاً مفید است. ورزش منظم، افزایش پروتئین عضله را تحریک کرده و مصرف انرژی را افزایش می‌دهد.

ورزش می‌تواند کمک خوبی برای محدودیت مصرف انرژی باشد. در افراد کم‌فعالیت، کاهش وزن هم در میزان چربی و هم پروتئین رخ می‌دهد. در افراد ورزشکار با محدودیت غذایی، کاهش وزن اساساً به صورت کاهش چربی است. به علاوه به نظر می‌رسد ورزش ملایم تا متوسط مصرف غذا را کم می‌کند لذا فواید محدودیت غذایی با ورزش افزایش می‌یابد (۱۴).

همان‌طور که در آگهی‌ها خواهیم دید مخاطب اکثر آگهی‌های درمان چاقی بانوان هستند. به همین دلیل و با توجه به موضوع این قسمت، زنان‌های ورزش سنگین در بانوان ذکر می‌گردد. متأسفانه تاثیر فعالیت فیزیکی روی تراکم استخوانی در بانوان را نمی‌توان نادیده گرفت. به عنوان مثال زنان ورزشکار که تمرین‌های سنگین انجام می‌دهند ممکن است به مدت طولانی دچار آمنوره شوند. غالباً وزن پایین، الگوی تغذیه‌ای نامنظم و نامرتب و تمرین‌های سنگین سبب اختلال در عادت ماهانه شده و در نتیجه سندرمی را به نام The Female Athlete Triad شکل می‌دهد. از طرف دیگر زنانی که به مدت طولانی دچار این سندرم هستند غالباً دارای اختلال در سیستم اسکلتی - عضلانی و کاهش تراکم استخوانی می‌باشند زیرا کاهش وزن استاندارد، این بانوان را در معرض خطر لاغری شدید قرار می‌دهد. مثل بالرین‌ها (Ballet gymnastic)، اسکیتینگ‌ها (Skatings) و دوندگان‌های مسافت‌های طولانی و قایقران‌های سبک وزن که به علت فشار و فعالیت فیزیکی هیکل باریک و قلمی دارند و سطح پایین وزن و یا چربی بدن موجب افزایش خطر در آنها می‌شود. در گذشته توسط رسانه‌های گروهی و کارکنان بهداشتی، بانوان و دختران را برای کم کردن وزن

به رژیم‌های بسیار سخت با کالری بسیار پایین تشویق می‌کردند. چنین رژیم‌هایی برای کاهش وزن بسیار خطرناک بود و سلامت روانی و فیزیکی آنها را به خطر می‌انداخت. همچنین فرد را به اشتیاق ذخیره مواد غذایی سوق داده و سبب پایین آمدن اعتماد به نفس و رابطه غلط با غذا و کار می‌شد که در نهایت الگوی تغذیه‌ای نادرست پاتولوژیک دیگری را برای کنترل وزن به وجود می‌آورد (۱۷).

حال در شکل ۳ به چند آگهی تبلیغاتی درباره چاقی توجه می‌کنیم و بعد به بررسی آنها می‌پردازیم:

۱- «به طور کلی تبلیغات فردی و آگهی و درج اسامی پزشکان و دندانپزشکان و درج اسامی موسسات پزشکی در روزنامه‌ها و مجلات و دفاتر راهنمای پزشکی و نظایر آن ممنوع است. (۵۱).

۲- عبارتهایی مانند صد در صد، تضمینی و بدون بازگشت از اعتبار علمی برخوردار نیستند.

۳- کوتاه بودن دوره درمان و کاهش وزن ناگهانی یک مزیت محسوب شده است ولی همان‌طور که اشاره گردید این عمل حداقل با آسیب‌های جسمی همراه است. اما یکی از موسسه‌های درمان چاقی و لاغری این عمل را معجزه!! نامیده است مانند معجزه کاهش وزن به مقدار ۲۵ کیلو در ۳۸ روز یا ۱۲ کیلو در ۲۲ روز و یا در یک موسسه دیگر کاهش ۳۲ کیلو در ۴۵ روز.

۴- برخی از موسسه‌های درمان چاقی برای ارزیابی وضعیت فرد چاق یا لاغر فرمی را به چاپ رسانده‌اند که باید تکمیل گردد. ولی موسسه‌های مذکور تعریفی از سوال‌های خود ارایه ندادند زیرا این سوال‌ها دارای تعریف علمی، پزشکی و تغذیه‌ای هستند. به عنوان مثال چگونه یک فرد می‌تواند نوع استخوان بندی خود را تعیین کند؟





پیوست ۱

کنترل گیاهان دارویی در بازارهای محلی توسط بازرسان وزارت بهداشت.



- ۱- نیازمندی‌های روزنامه همشهری مورخ ۱۳۷۷/۱۲/۱۶.
- ۲- روزنامه همشهری، شماره ۱۷۳۱، پنجشنبه ۱۳۷۷/۱۰/۱۰، ص ۶.
- ۳- مجله خانواده شماره ۱۵۵، سال هشتم، ۱۳۷۷/۱۰/۱۵.
- ۴- نیازمندی‌های روزنامه همشهری، دوشنبه ۱۳۷۵/۷/۲.
- ۵- نیازمندی‌های روزنامه همشهری، یکشنبه ۱۳۷۸/۱/۲۲، شماره ۱۸۰۱، ص ۲۳.

### تشکر و قدردانی

بدین وسیله از زحمات همکار محترم و گرامی جناب آقای دکتر عباس کاظمی اقدم مسؤول آموزش بهداشت شبکه بهداشت و درمان شهرستان شهریار، کارکنان محترم کتابخانه و بخش انتشارات دانشکده داروسازی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی شهید بهشتی و کارکنان محترم کتابخانه عمومی شهرستان شهریار تشکر و قدردانی می‌گردد.

۱- آوردن این مطلب به هیچ وجه به معنی توصیه نگارنده مقاله به استفاده از طب سوزنی در کاهش نشانه‌های ترک اعتیاد نیست.

۲- درمان دارویی شامل ۳ مرحله است: درمان مرحله سندرم قطع، درمان نگهدارنده (با مواد جانشینی) و خاتمه دادن به درمان نگهدارنده.

### منابع:

- ۱- اورنگ، جمیله؛ پژوهشی درباره اعتیاد، چاپ اول، سازمان چاپ و انتشارات وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی، تهران، ۱۳۶۷.
- ۲- سجادی، محمدعلی؛ فدایی، فرید؛ شناخت، پیشگیری و درمان اعتیاد، چاپ اول، نشر تایماز، تهران، ۱۳۶۵.
- ۳- جهانگیری، بیژن؛ درمان دارویی اعتیاد به مواد مخدر، مجله نبض، شماره چهارم، ص ص: ۸-۳، ۱۳۷۶.
- ۴- بیرشک، گیتی؛ سلیمی، علیرضا؛ ترک اعتیاد برق آسا،

مجله ماهنامه دارویی رازی، شماره سوم، ص ص: ۶۴-۶۲، ۱۳۷۸.

۵- عبادی، شیرین؛ حقوق پزشکی، چاپ دوم، انتشارات گنج دانش، تهران، ص ص: ۳۰ و ۱۲۴، ۱۳۷۲.

۶- مجله طب و تزکیه، شماره سی‌ام، ص: ۵۴، پاییز ۱۳۷۷.  
7. Becker, K.L. et al; Principles and Practice of Endocrinology and Metabolism, Second Edition, J.B.Lippincott Company, philadelphia, 1995, pp: 949, 1108.

8. Vivier, A.D.; Atlas of Clinical Dermatology, Churchill Livingstone, Edinburg, 1986, pp: 20.2, 6.

9. Bannerman, R.H.; Burton, J; Wen-chich, C.; Traditional Medicine and Health Cave Coverage, World Health Organization, Geneva, 1988.

۱۰- بهزاد، محمود (مترجم)؛ چاقی- تازه‌های شناخت علل و درمان، ماهنامه دارویی رازی، شماره دوازدهم، ص ص ۲۸-۱۴، ۱۳۷۷.

۱۱- کشاورز، حسن؛ رژیم درمانی سوء تغذیه چاقی، سمینار آموزشی بیماری‌های ناشی از سوء تغذیه و درمان چاقی و لاغری، سالن کنفرانس بیمارستان امام سجاد (ع) شهرستان شهریار، ۲۸ و ۲۹ بهمن ماه ۱۳۷۷.

۱۲- کلید چاقی، هفته نامه پزشکی امروز، شماره ۱۹۳، ص ص: ۱ و ۷، ۱۳۷۶.

۱۳- لپتین چیست؟ هفته نامه پزشکی امروز، شماره ۱۷۱، ص ص: ۱ و ۷، ۱۳۷۶.

۱۴- پورمختار، مژگان؛ چاقی یا اضافه وزن بدن، هفته نامه پزشکی امروز، شماره‌های ۲۱۹ و ۲۲۰، ۱۳۷۶.

۱۵- نیات دوست، ناهید؛ گزارش‌های دارویی، ماهنامه دارویی رازی، شماره ۱۱، ص ص: ۶۳-۵۸، ۱۳۷۷.

۱۶- اطلاعات و کاربرد بالینی داروهای ژنریک ایران، چاپ اول، بخش بررسی‌های علمی شرکت سهامی داروپخش، تهران، ص ص: ۸۷-۱، ۱۳۶۹.

۱۷- دانش کجوری، مهوش؛ بانوان و فعالیت جسمانی، هفته نامه پزشکی امروز، شماره ۲۷۴، ص ص: ۱ و ۲، ۱۳۷۷.