



# گزیده‌های منهای بیست

گزیده مطالب رازی، بیست سال پیش از این در همین ماه

گردآوری و تدوین: دکتر مجتبی سرکندی

## مقدمه

زیرعنوان بالا مطالبی از رازی ۲۰ سال پیش در همین ماه ارایه می‌شود. گذشت ۳۰ سال از انتشار اولین شماره رازی، نامه اعمالمان را آن قدر قطور و سنگین کرده است که بشود گاه که دلمان تنگ آن روزها می‌شود، به شماره سنگین و وزین صحافی شده هر سال نگاهی بیاندازیم، تورقی بکنیم صفحاتی چند از آن‌ها را بخوانیم و... حالمان خوب شود. آن قدر انرژی بگیریم که هم چون مدیرمسئول محترم و سردبیر نازنین پا بر زمین محکم کنیم که: «به هر حال ما ادامه خواهیم داد». این سر زدن‌ها به شماره‌های پیشین ایده‌ای را در ذهن نشانند که گزیده‌هایی از همان شماره و صفحات مشابه ماه انتشاراتی فعلی مان گزین کنیم و شما را نیز در این «دل‌شدگی» با خودمان شریک نماییم.

خواننده‌های قدیمی آن روزها برایشان زنده می‌شود و تازه خواننده‌های رازی هم بی می‌برند که بیست سال پیش رازی در مورد عرصه دارو در ایران و جهان چه نوشت.

به هر حال، به جستجوی زمان از دست رفته برآمدیم که با قدری اغراق و اغماض و با استعاره‌ای ادبی «بهشت گمشده» دست به قلم‌های رازی بوده است، بهشت گمشده‌ای که گفته‌اند:

«بهشت گمشده» همان گذشته‌ای است که برای همیشه از دست داده‌ایم ولی ما قطعاتی از آن گذشته را در جلد‌های صحافی شده از تعرض زمانه مصون داشته‌ایم.

\*\*\*

مطالب این شماره گزیده‌ها به شرح زیر است:

۱- فهرست مطالب در شماره آذر ماه ۱۳۷۹ / به کوشش دکتر مجتبی سرکندی

۲- معنویت و سلامت / دکتر بهنام اسماعیلی

۳- صادرات دارو، راه‌کارها و موانع / دکتر بهنام اسماعیلی

۴- پیرامون آگهی‌های تندرستی / سیدحسام‌الدین تفرشی



## فهرست مقاله‌های آذر ماه ۱۳۷۹

تهیه و تنظیم: دکتر مجتبی سرکندی

عنوان	
سر مقاله	معنویت و سلامتی / دکتر بهنام اسماعیلی
علمی	سوماتولین طولانی اثر / دکتر فرشاد روشن ضمیر
	پرشش و پاسخ علمی / دکتر مرتضی ثمینی
	هوموسیستئین و بیماری‌های عرقی / دکتر عباس پوستی و دکتر حامد شفارودی
	پیش‌گیری از سردرد میگرنی / دکتر پریسا گازرانی
	راهنمای فشرده / مریم احمدی
	آنتی‌اکسیدان‌ها / نسرین السادات نورانی
	گیاهان دارویی feverfew / دکتر فراز مجاب
آزمایشگاهی	صادرات دارو، راه‌کارها و موانع / دکتر بهنام اسماعیلی
	پیرامون آگهی‌های تندرستی / سیدحسام‌الدین تفرشی
	شناخت سرنگ‌ها / دکتر عادل آراشی
	جدول علمی رازی / دکتر مرتضی ثمینی
	دیدگاه / دکتر کیوان حسن‌زاده
	رازی و خوانندگان



# معنویت

و

# سلامتی

همسفر نبوده است، زیرا در این آموزش‌ها امراض به دو گروه بیماری‌های کاملاً جسمانی و امراض کاملاً روحی و روانی تقسیم می‌شوند که باید بین این دو گروه دقیقاً تفاوت قایل شد. در چند دهه اخیر محققان یافته‌ها و اطلاعاتی را منتشر ساخته‌اند که مجدداً تأثیر روندهای روان‌شناختی بر بیماری‌ها را مطرح ساخته است. طی یک مطالعه برنامه ریزی شده مرگ‌ومیر در ۲۸۱۶۹ فرد بالغ چینی با ۴۱۲۶۳۲ فرد سفیدپوست مقایسه و مورد بررسی قرار گرفت. نتایج به‌دست آمده بیانگر این واقعیت بودند که افراد چینی به مراتب زودتر از افراد سفیدپوست دارای شرایط مشابه می‌میرند. نکته جالب در مطالعه مذکور این که بیمارانی زودتر از حد انتظار فوت می‌کنند که در سال‌های بدشگون یا بدیمن (ill-fated) از نظر طالع‌شناسان چینی به‌دنیا آمده‌اند. هرچه

آیا بین عوامل روان‌شناختی (Psychological actors) و ابتلا به بیماری‌ها ارتباطی وجود دارد؟ این سؤال است که اندیشمندان همواره کوشیده‌اند. پاسخی قانع‌کننده برای آن بیابند؟ به عقیده فلاسفه یونان باستان رابطه نزدیکی بین حالات روحی انسان‌ها و ابتلا به امراض وجود دارد. جالینوس از تألمات روحی به‌عنوان عامل احتمالی بیماری‌ها نام برده است. جدایی قطعی روح و جسم که ۳۵۰ سال قبل توسط دکارت مطرح گردید به‌عنوان اندیشه‌ای قوی ولی آموزه‌ای پذیرفته نشده در علم پزشکی باقی مانده است.

دکارتیون معتقد هستند که حالات روحی و روان‌شناختی تأثیری بر روند بیماری‌هایی که کاملاً جسمانی هستند، ندارند. موضوع چنین ارتباطی با آموزش‌های پزشکی نوین نیز چندان همخوان و



بر نتیجه بیماری برای مدت ۵، ۱۰ و حتی ۱۵ سال مؤثر است. در چند سال اخیر علاوه بر سرطان ارتباط حالات روانی با سیر پیشرفت بسیاری از بیماری‌ها مطرح شده است. با توجه به مسایل گفته شده می‌توان چنین نتیجه گرفت که اعتقادات و باورهای جوامع مختلف و هم‌چنین دیدگاه انسان‌ها در مورد جهان هستی و نقش ایشان در آن، تأثیر به‌سزایی بر سلامت و حیات بر جای می‌گذارد.

به‌نظر یکی از محققان ابتلا به هرگونه بیماری و مطابقت آن با آنچه که نزد بعضی افراد سرنوشت و تقدیر خوانده می‌شود باعث فرو ریختن کاخ آمال و آرزوهای فرد شده و نتایج نامطلوبی بر روند درمان خواهد داشت، براساس چنین عقایدی امروزه برای هر بیماری یک الگوی زیستی- روانی- اجتماعی (Biopsychosocial model) در نظر گرفته می‌شود. شاید بتوان گفت که بیماری و سلامت دو حالت قراردادی هستند که هر دو توسط عوامل اجتماعی، روان‌شناختی و زیستی مشخص می‌شوند. گرچه اهمیت نسبی هر کدام از این عوامل بر اساس نوع بیماری و فرد بیمار متفاوت خواهد بود ولی بدون شک باید در سبب‌شناسی، تشخیص، پیش‌آگهی و پیش‌گیری هر بیماری به آن‌ها توجه کرد. علم پزشکی زمانی موفق خواهد بود که علاوه بر درمان بیماری به فرد بیمار نیز بپردازد. بدیهی است که روحیه قوی بیمار و ایمان و اعتقادات وی نقش تعیین‌کننده‌ای در بهبود بیماری خواهند داشت.

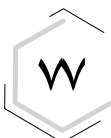
**دکتر بهنام اسماعیلی**

وابستگی و اعتقاد افراد مورد مطالعه به رسومات چینی بیشتر باشد احتمال فوت زودتر بیمار متولد شده در ایام بدشگون بیشتر می‌شود. نتیجه فوق نه تنها در مورد مبتلایان به سرطان بلکه در مورد افراد مبتلا به امراض قلبی- عروقی و تنفسی نیز صدق می‌کرده است.

این مطالعه علاوه بر این که اهمیت و ارزش طب روان‌تنی (Psychosomatic medicine) را روشن می‌سازد، تأییدی است بر یافته‌های قلبی دانشمندان مبنی بر این که عوامل روان‌شناختی می‌توانند بر درازی عمر بیافزایند.

تحقیق دیگری در زمینه رابطه روح و جسم در مورد مردم چین نشان داده است که میزان مرگ‌ومیر در این جوامع قبل از مراسم و اعیاد مذهبی و یا جشن برداشت محصول کاهش می‌یابد و کمی بعد از این اعیاد دوباره افزایش می‌یابد. از این رو، به‌نظر می‌رسد می‌توان مرگ را تا کمی بعد از رویدادها و حوادث مهم به تعویق انداخت به‌طوری که این گروه از محققان عنوان مقاله خود را مرگ به مرخصی می‌رود گذاشتند. در سال ۱۹۸۹ برای مطالعه اثرات درمانی‌های روانی بر طول بقای بیماران مبتلا به سرطان پستان مناساز داده، گروهی از مبتلایان به‌گونه‌ای تصادفی انتخاب و برای مدت یک سال هر هفته به‌طور گروهی تحت درمان قرار گرفتند.

گروه مورد مطالعه به‌طور متوسط ۱۸ ماه بیشتر از سایر مبتلایان زندگی کردند. نتیجه مطالعه طولانی مدت دیگری (۱۹۹۱- ۱۹۷۲) در مورد افراد مبتلا به سرطان نشان داد که پاسخ‌های روانی به سرطان





دکتر بهنام اسماعیلی

بالا و ظرفیت تولید قابل توجه که عملاً بخش قابل توجهی از این صنعت و سرمایه‌گذاری بلااستفاده مانده است.

دیدگاه اقتصادی حاکم در سالیان اولیه پس از پیروزی انقلاب چهره‌ای از استقلال را در خودکفایی تعریف می‌کرد که برداشتی صحیح و پذیرفتنی است

آمار و ارقام بیانگر رشد قابل توجه صنایع داروسازی در دو دهه اخیر می‌باشد. فعالیت ۵۵ کارخانه داروسازی فعال در هر دو زمینه تولید مواد اولیه و داروهای ساخته شده گرچه در قدم اول چهره‌ای فعال و اشتغال‌زار می‌نمایاند ولی در پس این چهره در حال حاضر، با صنعتی مواجه هستیم با سرمایه‌گذاری



توجه قرار گرفته و در واقع، زمینه‌ای نوین را در فعالیت شرکت‌های داروسازی داخلی گشوده است.

بحث صادرات دارو از چند جهت قابل بررسی است. در واقع، باید گفت که برای موفقیت در این زمینه باید کاملاً آماده و مهیا گردید. شناخت کامل بازار جهانی دارو و ویژگی‌های منطقه‌ای این بازار، نحوه تفکر حاکم بر مدیریت صنایع داروسازی، درک اهمیت صادرات در موفقیت درآمدت صنایع داروسازی، ارتقای سطح کیفی تولیدات، تهیه مدارک و پرونده‌های لازم برای صادرات، برقراری ارتباط با بازارهای در دسترس، آگاهی کامل از نحوه ثبت، بازاریابی و فروش دارو در هر بازار، آموزش پرسنل شاغل در صنایع داروسازی در زمینه دانش صادرات و مدیریت بازاریابی از جمله عوامل کسب موفقیت محسوب می‌شوند.

صادرات امری است که هر شرکت داروسازی باید خود رأساً در آن فعال بوده و با کمک تجربه قدم به قدم پیش رود. شاید بتوان گفت که عدم موفقیت صنایع داروسازی در امر صادرات از سنگ بنای نادرست صادرات دارو در ایران نشأت می‌گیرد. چندین سال قبل با تأسیس چند شرکت صادراتی توسط سازمان صنایع ملی که متولی صادرات اغلب شرکت‌های داروسازی بود قدم اولیه برای رفتن به سوی صادرات دارو برداشته شد.

چنین الگویی البته، در تعدادی دیگری از کشورهای اروپایی و آسیایی نیز به کار گرفته شده است مانند مجارستان که امور صادراتی کالاهای خود را از طریق یک شرکت خاص مستقر در سفارت

ولی مرزی برای این امر تعیین و تعریف نشده است. در شرایط فعلی حاکم بر اقتصاد جهانی به جز چند قدرت طراز اول صنعتی جهان هیچ کشوری قادر به تأمین کلیه نیازهای خود در داخل نخواهد بود. ایران نیز از این قاعده مستثنی نبوده و صنایع داروسازی نیز به هکذا.

اولین شاخصه نظام داروسازی که در مصاحبه‌ها و مقالات منتشره توسط مسؤولان ذکر می‌شود، تولید بیش از ۹۰ درصد نیاز دارویی توسط صنایع داخلی است. در حالی که، ارز تخصیص یافته به ۵ درصد داروهای وارداتی معمولاً یک سوم و یا حتی مقادیر بیشتری از کل ارز مورد نیاز نظام دارویی را شامل می‌شود. به بیان دیگر، علی‌رغم سرمایه‌گذاری‌های قابل توجه و تأسیس و راه‌اندازی تعداد زیادی کارخانه داروسازی و نیز تولید بیش از ۹۰ درصد داروهای مورد نیاز، میزان خودکفایی و عدم نیاز به واردات تنها به حدود ۷۰-۵۰ درصد نیاز سالانه دارویی بازار مصرف ایران محدود می‌شود.

با گذشت چندین سال بحران فعلی صنایع داروسازی ظرفیت خالی قابل توجه این صنایع و عدم تناسب هزینه‌ها و سرمایه‌گذاری با درآمد حاصل از آن است. با فعالیت تعداد کمتری از این شرکت‌ها ولی با ظرفیت تولید کامل نیز نیاز بازار داخلی قابل تأمین است بنابراین، تنها راه خروج کارخانجات داروسازی از مشکلات گریبانگیر فعلی روی آوردن آن‌ها به بازارهای مصرف جدید و روی آوردن به صادرات دارو است. امر صادرات و ارزش و اهمیت آن در حیات اقتصادی صنایع داروسازی از چندین سال قبل مورد

شناخت بازار مصرف برای داروهای تولید داخل و شرایط حاکم بر آن قدمی مهم و جدی در جهت تضمین موفقیت در امر صادرات دارو است. بدیهی است صنایع داروسازی ما شانس چندانی برای ورود به بازارهای اروپایی و آمریکایی ندارند بنابراین، به طور طبیعی تمرکز بر بازارهای منطقه‌ای و کشورهای همسایه خواهد بود. از میان کشورهای همسایه بازار افغانستان در دسترس‌ترین محل برای فروش داروهای ایرانی است که نیاز به ثبت و بازاریابی و غیره و ذالک نداشته و شرکت‌های بازرگانی با اخذ مجوز لازم از وزارت بهداشت و سایر مراکز ذی ربط مستقیماً کالا را به خریدار می‌فروشند. بازار عراق از شرایط خاصی برخوردار است که همان قرارداد دارو و غذا در برابر نفت تحت نظارت سازمان ملل است که تلاش انجام شده از طریق شرکت‌های واسطه جهت ورود به این بازار متأسفانه به دلایل عدیده چندان موفقیت‌آمیز نبوده است. در مورد سایر کشورهای همسایه و نیز بازارهای عربی و آفریقایی اقدام به ثبت شرکت سازنده و محصول مورد نظر جهت صادرات ضروری است که در این میان، وضعیت در کشورهای عربی بسیار به سامان‌تر و سازمان‌یافته‌تر است در صورتی که در کشورهای تازه استقلال یافته از شوروی سابق و یا آفریقایی چندان نظم و ترتیب و سامانی وجود ندارد. تجربه نشان داده که در بین کشورهای عربی در دسترس‌ترین بازار برای فروش دارو یمن و از کشورهای آفریقایی سودان و چند جمهوری از کشورهای استقلال یافته شوروی سابق هستند. بازار مصرف قابل توجه بعدی آسیای جنوب شرقی

خانه‌های خود انجام داده و می‌دهد و یا کره جنوبی که شرکت‌های صنعتی قوی آن فعالیت صنایع کوچک را برای صادرات کالاهای آن‌ها پوشش می‌دهند. متأسفانه، این الگو در ایران چندان موفقیت‌آمیز نبوده و تمرکز فعالیت‌های صادراتی در پوشش این شرکت‌ها موجب گردید که تا چند سال اغلب شرکت‌های داروسازی خود رأساً به این وادی قدم نگذاشته و با شکست فعالیت‌های شرکت‌های واسطه عملاً خود مجبور به شروع از نقطه صفر شوند. در دو دهه اخیر مدیریت صنایع داروسازی ایران، مدیریتی دولتی و وابسته به تشکیلات تحت نظر دولت بوده که اولاً جایگاهی تضمین شده از نظر شغلی بوده، ثانیاً با تزیق ارز دولتی توسط وزارت بهداشت و ریال مورد نیاز توسط ارگان پوشش‌دهنده عملاً بیشتر دیدگاهی متمایل به کنترل امور روزمره و رفع تعهدات داده شده را یافته و چندان محلی برای نوآوری و تجربه زمینه‌های جدیدی همانند صادرات باقی نگذاشته بود.

علی‌رغم این که ترکیب مدیریتی صنایع داروسازی تغییر چندانی در این سالیان نکرده و فقط شاهد جابه‌جایی مکرر مدیران بوده است و نیز با وجود حمایت‌های ارزی و ریالی موجود خوشبختانه تفکر حاکم بر این مدیریت امروزه متحول شده و رشد شکوفایی صنایع تحت کنترل را حداقل در خط مشی‌گذاری و تعاریف سرلوحه اقدامات مدیریتی خود قرار داده‌اند که از جمله این خط‌مشی‌ها توجه آنان به صادرات دارو و درک ارزش آن در حفظ حیات صنایع داروسازی است.



ثبت شرکت و داروهای تولیدی آن مستلزم تهیه مدارک متعدد و مختلفی است که در قالب پرونده‌های ثبت به کشور مقصد ارسال می‌گردد. نقطه ضعف عمده شرکت‌های داروسازی داخلی در همین نکته نهفته است. تقریباً اکثر شرکت‌های داروسازی داخلی فاقد پرونده‌های کامل و مورد نیاز جهت ثبت داروهای خود بوده و تقریباً در تمامی موارد بر حسب نیاز و درخواست موجود دست به تهیه مقطعی مدارک لازم می‌زنند. اتفاق مرسوم در صنایع داروسازی بدین صورت است که اگر به‌طور مثال امکان ورود به یک بازار مصرف فراهم شود، نماینده یا فرد متقاضی جهت ثبت دارو درخواست مدارک می‌کند. به‌طور طبیعی انتظار دارد پس از یکی دو هفته مدارک را دریافت کند در صورتی که چنین مدارکی اصولاً از قبل تهیه نشده‌اند و تکمیل آن‌ها نیز گاهی تا چند ماه طول می‌کشد. در این حالت نماینده که می‌تواند یک شرکت واسطه داخلی و یا شرکتی در کشور مقصد باشد کم‌کم امید خود به همکاری متقابل با سازنده را از دست می‌دهد و این انتقاد به جایی است که همواره به صنایع داروسازی داخلی وارد بوده است. ساختار صنایع داروسازی ایران همانند بسیاری از صنایع دیگر اصولاً برای صادرات ساخته و پرداخته نشده است. ورود به این عرصه نیازمند تغییرات ماهوی و سازمانی خاص در این صنایع است. خوشبختانه با درک اهمیت صادرات در ادامه حیات صنایع داروسازی، امروزه در کلیه شرکت‌های داروسازی بخش صادرات عمدتاً در کنار واحد بازرگانی تشکیل شده و فعالیت مستقل خود را شروع کرده

است که ورود به آن در مورد بعضی از کشورها مانند سنگاپور عملاً بسیار سخت و غیرممکن به‌نظر می‌رسد ولی پایگاه اصلی جهت ورود به این منطقه می‌تواند مالزی باشد که گرچه ثبت دارو و شرکت سازنده در آن روندی طولانی و مشکل است ولی در صورت موفقیت دسترسی به تمامی بازارهای منطقه از جمله ویتنام را ممکن می‌سازد. بنگلادش و سری لانکا نیز بازارهایی هستند که با برنامه‌ریزی صحیح حضور در آن‌ها امکان‌پذیر است.

در مورد کشورهای عربی به غیر از یمن سایر کشورها از شرایط و مقررات نسبتاً مشابه و روزآمدی در زمینه ثبت شرکت‌های داروسازی و فرآورده‌های دارویی برخوردار هستند. به نظر می‌رسد بالاترین حد استانداردهای ثبت دارو متعلق به دو کشور عربستان و کویت باشد به طوری که ثبت سازنده دارو و دارو در عربستان توسط سایر کشورهای عربی مانند عمان مورد قبول بوده و تقریباً نیاز به ثبت مجدد وجود ندارد. با شناخت بازارهای مختلف مصرف و قوانین و شرایط و ریزه‌کاری‌های حاکم بر هر بازار باید شرکت‌های داروسازی خود را برای حضور در این رقابت تجهیز کنند. زیرا ورود به هر بازار مصرف به منزله دست زدن به رقابتی سخت به شرکت‌هایی است که سال‌ها تأمین‌کننده نیاز بازار مورد نظر بوده‌اند. تقریباً در تمامی بازارها ابتدا باید شرکت سازنده و سپس محصول مورد نظر را به ثبت رساند. تجربه نشان می‌دهد که مهم‌ترین حالت داشتن یک نماینده محلی است که بتواند به نحو احسن این روند را به پیش برده و سریعاً به نتیجه برساند.





ایران مدیران ارشد این شرکت به دنبال استفاده از ظرفیت خالی صنایع داروسازی داخلی جهت تولید محصولات خودشان بوده‌اند. روشی که می‌تواند کمک بزرگی به صنایع داروسازی ایران بوده و سایر کشورها از جمله اردن نیز نسبت به آن تمایل نشان می‌دهند.

در چند سال اخیر رویکرد و تلاش بسیاری جهت ورود به عرصه صادرات در صنایع داروسازی مشاهده می‌شود. رفع مشکلات و کسب تجربه عامل مهم حصول موفقیت در این امر است.

فروش دارو در سایر کشورها به دو صورت امکان‌پذیر است. روش اول از طریق مناقصه‌های دولتی مربوط به داروها است و روش دوم فروش مستقل دارو در بازار و از طریق رقابت با سایر تولیدکنندگان.

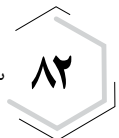
با توجه به هزینه‌های پایین‌تر و در نتیجه قیمت کمتر داروهای صادراتی ایران احتمال موفقیت در مناقصه‌های دارویی بیشتر است. عمده صادرات داروهای ساخته شده در چند سال اخیر نیز از همین طریق بوده است. در حال حاضر، بیشترین حجم صادرات به نسبت میزان کل تولید متعلق به شرکت تماد است که کدیین، نوسکاپین و چند قلم دیگر از مواد اولیه تولیدی آن مرتباً به خارج صادر شده و گاهی اوقات تولیدات آن تا چند ماه پیش فروش شده است.

است. تعدادی از شرکت‌های وابسته نیز تشکیلات کاملاً مستقل و خاصی در این زمینه ایجاد کرده‌اند. با ایجاد دیدگاه‌های نوین مدیریت، شناخت کامل بازارهای در دسترس، تأمین و تهیه مدارک و پرونده‌های لازم قدم بعدی بهره‌مندی از علم و یا هنر بازاریابی و کسب موفقیت در این امر است. آموزش مداوم پرسنل درگیر در امر صادرات، تماس و حضور مداوم در کشورهای مقصد و پیگیری آموز از طریق نمایندگان منتخب در هر کشور لازمه پیشرفت امور و حصول به نتیجه مناسب است.

سایر کشورها با ظرفیت و توان به مراتب کمتر از ایران ولی با قدم گذاشتن در راه درست موفقیت‌های بسیاری کسب کرده‌اند که برای ما نیز دور از دسترس نخواهد بود. به طور مثال، کشور قبرس دارای چند کارخانه مهم داروسازی است ولی تنها کمتر از ۲ درصد تولید این کارخانجات در بازار مصرف داخلی به فروش می‌رسد.

در اردن ۱۴ کارخانه تولید دارو و مواد اولیه فعالیت دارند. دومین قلم عمده صادرات این کشور پس از پتاس، دارو است که در سال ۹۹ میلادی بالغ بر ۲۰۰ میلیون دلار بوده است.

شرکت الجفار امارات متحده عربی از مجهزترین و بزرگ‌ترین شرکت‌های داروسازی کشورهای حاشیه خلیج فارس است. موفقیت این شرکت در ورود به سایر بازارها به حدی بوده است که اخیراً در مسافرتی به





# پیرامون آگهی‌های تندرستی

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 برمی‌گیرد اما سؤالی 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

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

همان‌طور که دیده می‌شود عوامل متعددی در اعتیاد به مواد مخدر مؤثر می‌باشند و در نتیجه، در ترک اعتیاد مواد مخدر نیز عوامل مختلفی تأثیرگذار 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، کنجکاو، سرکشی و طغیان 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 به‌ندرت 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 معتقد هستند که قسمت اعظم تهیه‌کنندگان و مبتلایان به مواد مخدر و الکل را افرادی با شخصیت‌های ضداجتماعی و رفتارهای ضداجتماعی (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).



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

۱ - عوامل اجتماعی	
<p><b>الف - عوامل تربیتی و آموزشی خانواده:</b> ناسازگاری‌ها و اختلافات خانوادگی، نابه‌سامانی و گسیختگی خانواده، کمبودهای عاطفی، اعتیاد افراد خانواده، بی‌سوادی و ناآگاهی والدین نسبت به مسایل اجتماعی، عدم احساس امنیت مدرسه: بی‌توجهی به نیازهای دانش‌آموزان، عدم وجود مدیریت درست گروه همسالان: معاشرت با رفقای معتاد و منحرف</p> <p><b>رساناهای گروهی:</b> عدم وجود برنامه‌ها و کتب و مجلات آموزشی و یا برعکس وجود فیلم‌ها یا برنامه‌هایی که می‌تواند برای نوجوانان منحرف‌کننده باشد.</p> <p><b>اوقات فراغت:</b> عدم وجود یا کمبود امکانات و تجهیزات کافی برای گذراندن اوقات فراغت به‌طور سالم و یا برعکس وجود تفریحات ناسالم</p> <p><b>فساد اجتماعی:</b> در دسترس بودن مواد مخدر، تجمل‌پرستی، رقابت‌های بیهوده</p>	<p><b>ب - عوامل اقتصادی</b> 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> جنگ: آوارگی و بی‌خانمانی ناشی از جنگ سیاست: سیاست استعماری دولت‌های خارجی و سرمایه‌داران بزرگ بین‌المللی</p>	<p><b>ت - عوامل فرهنگی</b> بی‌سوادی یا کم‌سوادی عدم آگاهی به مضرات مواد مخدر فقدان احساس مسؤلیت</p>
۲ - عوامل روانی	
<p><b>الف - عوامل روان‌پزشکی</b> انواع افسردگی‌ها انحرافات جنسی</p>	<p><b>ب - عوامل روان‌شناسی</b> ناپایداری عاطفی، اضطراب و بی‌قراری عدم اعتماد به محیط و آینده، احساس عدم توانایی عقد حقارت، عدم رشد شخصیت</p>
۳ - عوامل طبیعی	
<p><b>عوامل فیزیکی</b> وجود بیماری و درمان سرخود نقص جسمی</p>	

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 بی شماری 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 به‌طور 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 تهیه‌کنندگان 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 اولاً 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).

**۳- علل ترک اعتیاد:** از عوامل مهم دیگری که در ترک اعتیاد تأثیر 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 برشمردند 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 با معتاد، بیکاری و به‌طور کلی باقی‌ماندن 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 سؤال اساسی روبه‌رو 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،

## □ درمان اعتیاد

به‌طور 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 غیردارویی امکان‌پذیر است که هر دو روش می‌توانند به طریق ترک تدریجی یا ترک ناگهانی باشد.

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 به‌گونه‌ای قابل ملاحظه تقلیل می‌یابد

ولی هنوز روشن نیست که چه عامل یا عواملی در

چگونگی عملکرد طب سوزنی مؤثر می‌باشد. بنابراین،

در نهایت استفاده از طب سوزنی به منظور کاهش

«نشانه‌های ترک» می‌باشد و نه خود «ترک اعتیاد».

۲- **مرحله بازتوانی:** در این مرحله سعی می‌شود با

استفاده از روش‌های مختلف روان‌درمانی غیردارویی

و در مواردی از راه‌های روان‌درمانی دارویی معتاد را

برای بازگشت به یک زندگی متعارف و سازنده آماده

سازند به‌طوری که به اعتیاد مجدد روی نیورد. منظور

از روان‌درمانی ان بخش از درمان است که بدان

وسیله بیمار بتواند تعادل جسمی و روحی خویش را

باز یابد. اهداف درمان عبارتند از:

✦ افزایش آگاهی و بصیرت بیمار نسبت به

مشکلات خود

✦ برطرف کردن و یا کاهش دادن تعارض‌های

بیمار

✦ تغییر عادت‌های غیرمطلوب 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 روزه‌ای به سوی یک زندگی با

هدف و با معنی

روان‌درمانی غیردارویی توسط متخصصان مختلف

مانند روان‌شناس، روان‌پزشک 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.

مطالعه 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

معتادان) ولی گزارش زیر برنامه آزمایشی و تحقیقی

می‌باشد که در «پورتوریکو» اجرا شد و نتایج آن هم

موفقیت‌آمیز بود.



شده است که مهم‌ترین آن‌ها استفاده از کارشناسان عام یا معتمدان معالجه شده (معتادان سابق) است. استفاده از کارشناسان عام دو علت دارد: یکی این که آن‌ها مثال‌های زنده‌ای برای ممکن بودن معالجه و امیدوار کردن معتمدان هستند، دیگر این که آن‌ها بهتر می‌توانند حالات مریض را برای پزشکان متخصص بیان کنند، زیرا در اوایل درمان، معتمدان به آسانی نمی‌توانند 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 می‌کشد و از ۳ مرحله تشکیل شده است:

**۱- الف:** در این مرحله از طریق معتمدان سابق با معتمدان تماس گرفته می‌شود. چون تماس فردی و ارتباط شخصی مؤثرتر از تبلیغات است.

**۱- ب:** پس از آن که معتمدان تصمیم به معالجه گرفتند توسط معتمدان سابق که در مراکز راهنمایی محلی کار می‌کنند به مراکز مراقبتی فرستاده می‌شوند که کارکنان آن را متخصصان و معتمدان سابق تشکیل می‌دهند. در این مراکز مراقبت، معتمدان را نصف روز بستری می‌کنند و با این کار ۲ هدف برآورده می‌شود. اول این که معتمد را حداقل برای نصف روز از کوچه و خیابان جمع‌آوری می‌کنند که موجب می‌شود از فعالیت‌های بزهکارانه او کم شود و در نتیجه، استعمال مواد مخدر او هم کاهش می‌یابد، دوم این که معتمد را بیشتر به فکر معالجه مشغول کرده و به او کمک می‌کنند تا به یک زندگی روزمره در بیمارستان عادت کند. در اغلب موارد رفع مسمومیت

در این پروژه از ۱۲۴ نفر معتادی که معالجه شده‌اند فقط ۷ نفر (۵/۶ درصد) بعد از سه سال و نیم به اعتیاد بازگشته‌اند. این میزان در مقام مقایسه با میزان عود در مراکزمانند 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، ۷۹ تا ۷۵ درصد بوده‌است. 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 روان‌کاوی 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 خلافش ثابت شود.**

**۲- معتاد می‌تواند مسؤول اعمال خودش باشد.**

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

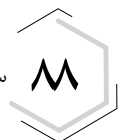
در این معالجه معتاد تحت سه جریان رشد قرار می‌گیرد:

**الف- شرطی کردن رفتار**

**ب- تغییر طرز رفتار**

**پ- ایجاد یک بلوغ عاطفی و حرفه‌ای.**

برای این هدف‌ها از شیوه‌های جدیدی استفاده





تاریخچه اعتیادش را دوباره بررسی نماید و شروع به قبول مسؤلیت 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 اقامت‌گاهی 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 آن که او مطمئن شود که اجتماع او را دوباره به صورت یک فرد سالم و مورد احترام قبول می‌کند (۱).

اکنون در شکل (۱) به چند آگهی در این زمینه توجه کرده و سپس به بررسی آن‌ها می‌پردازیم.

#### ۱- استفاده از طب سوزنی در درمان اعتیاد:

همان‌طور که در مرحله بازگیری اشاره گردید طب سوزنی در کاهش نشانه‌های ترک مؤثر می‌باشد نه خود ترک اعتیاد.

#### ۲- کوتاه بودن دوره ترک اعتیاد به‌عنوان یک

**مزیت:** امروزه غالب متون معتقد هستند که هر قدر مرحله سندروم قطع (Withdrawal Syndrome)

فیزیولوژیک در این مرحله به پایان می‌رسد.  
**۱- پ-** در این مرحله که سومین مرحله دوره اقل است بیمارانی که مرحله قبلی را به پایان رسانده‌اند به بخش رفع مسمومیت می‌فرستند.

این بخش به تمام تجهیزات پزشکی مجهز است. در این بخش روان‌پزشکان، روان‌شناسان، مددکاران اجتماعی و متخصصان مختلف به معتاد کمک می‌کنند که خود را برای معالجه طولانی مدت آماده سازد. در حقیقت، درمان واقعی بیمار از این مرحله شروع می‌گردد

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

**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 هم‌قطاران، خانواده و اطرافیان او را موجودی مفید و مؤثر برای اجتماع ببینند.

در این دوره تغییرات عمیقی در رفتار و افکار معتاد ایجاد می‌شود. معالجه در محلی که حالت یک بیمارستان روانی را دارد صورت می‌گیرد. در این محل یک نوع زندگی دسته‌جمعی 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



**ترک اعتیاد**  
 در کمتر از ۵ روز (تضمینی) توسط پزشک  
 محروم با ۱۰ سال تجربه موفق در درمان  
 (هزاران) بیمار ویژگی مهم و انحصاری روش ما:  
**ایجاد تنفر از مواد مخدر در شروع درمان**  
 بعد از درمان و برای همیشه  
 درمان، سرپایی و فقط با یکبار مراجعه و بدون هیچ دردی می‌باشد  
 جهت کلیه شهر ستانها دارو با پست ارسال می‌گردد  
 تلفنهای کلینیک: ۰۲۱-۸۸۸۸۸۸۸۸ - ۰۲۱-۸۸۸۸۸۸۸۸

**ترک اعتیاد تضمینی**  
 با قویترین گیاهان ترک اعتیاد  
 بدون درد و بستری، بدون عوارض  
 همراه با ایجاد تنفر از مواد مخدر  
 ارسال دارو جهت شهر ستانها (با نازلترین قیمت)  
 کلینیک فوق تخصصی طب سوزنی از چین  
 جدیدترین روشهای درمانی بوسیله طب سوزنی  
 از جمله علاج صورت و بدن آسود روماتیسم مفصلی میگرن  
 انواع اعتیاد الکل، ترنس، افستریل، برنج، خواب، معصنیت  
 کمربند، چین و تپو، صورت

شکل ۱ - چند آگهی تبلیغاتی درباره ترک اعتیاد

ندارد و در ضمن، همان‌طور 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 وجود علائم ناراحت‌کننده در مرحله بروز سندروم قطع باعث می‌شود تا میزان بالایی از معتادان، دوره ترک را به پایان نرسانند. این مقدار برای بیماران بستری ۳۵ درصد و برای بیماران سرپایی ۸۰ درصد است (۴).

۳- به کار بردن کلماتی نظیر تضمینی، مؤثرترین و معتبرترین: همان‌طور که در قبل اشاره گردید در طرح پورتوریکو که یکی از موفقیت‌آمیزترین طرح‌ها در زمینه درمان اعتیاد می‌باشد حدود ۵/۶ درصد بازگشت به اعتیاد مشاهده شده است. بنابراین، به نظر می‌رسد استفاده از این کلمات جنبه گمراه‌کننده داشته باشد. اگر این موضوع صدق کند به استناد ماده ۱۲ از تخلفات انتظامی که بیان می‌دارد: «هر نوع تبلیغ گمراه‌کننده از طریق وسایل تبلیغاتی مانند

با ناراحتی‌های کمتری همراه باشد (آرام‌تر، راحت‌تر و بدون دردتر) احتمال بهبود نهایی بیشتر است و برعکس اگر شخصی سندروم 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 علام مورد بحث تا یک هفته و حداکثر ۱۰ روز خواهد بود. طبق آمار ارایه شده هرویین و تریاک بیشترین مصرف را در ایران دارند. آگیر معمول‌ترین درمان‌های دارویی رایج را برای این دو ماده و فقط در مرحله علائم سندروم قطع<sup>۲</sup> 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



۴- به روش مناسبی خشک و در وضعیت مطلوبی نگهداری و انبار شده باشد (انبار باید دما، رطوبت، نور مناسب و تهویه کافی داشته باشد).

۵- ماده مؤثره گیاه توسط افراد متخصص تعیین مقدار شده باشد.

۶- اگر برای استفاده از گیاه، فرآیند خاصی (مانند عصاره‌گیری) لازم است این عمل باید به روش علمی صورت پذیرد.

۷- مانند هر داروی دیگر به مقدار لازم، با فواصل مناسب و در درمان بیماری خاصی به کار رود.

۸- روش استفاده از گیاه دارویی مشخص باشد مانند دم کرده، جوشانده، خیسانده و ...

اگر یکی از شرایطی که در بالا به آن‌ها اشاره گردید. برای یک گیاه دارویی فراهم نباشد، داشتن انتظار اثر درمانی از چنین گیاهی توقع بی‌مورد است.

حال به چند آگهی تبلیغاتی در این مورد توجه می‌کنیم (شکل ۲).

همان‌طور که ملاحظه می‌شود از گیاهان دارویی برای درمان بیماری‌هایی استفاده شده است که تشخیص آن‌ها علاوه بر نظر کارشناسی متخصص رشته مربوط، به آزمایش‌ها و روش‌های تشخیصی بسیار دقیق نیازمند است از جمله نازایی، سرطان، بیماری‌های اعصاب و بیماری‌های پوستی.

برای بررسی و ارزیابی این آگهی‌ها فقط به علل بروز نازایی و از بیماری‌های پوستی به علل اکنه اشاره می‌گردد. تو خود حدیث مفصل بخوان از این مجمل. به‌طور خلاصه نازایی در مردان ممکن است علل مختلفی از جمله واریکوسل، پروستاتیت و

رادیو، تلویزیون و آگهی در جراید و نصب آگهی در اماکن و معابر ممنوع است» عملی خلاف محسوب می‌گردد (۵).

### □ نتیجه‌گیری

ترک اعتیاد یک موضوع بسیار مهم پزشکی است که صرف نظر از درمان جسمی احتیاج به نظر کارشناسی متخصصان فن، روان‌شناسان، روان‌پزشکان 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 ویژگی‌های منحصر به فردی دارد که آن ویژگی‌ها 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 بیماری‌های مختلف

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

۱- از گونه دارویی (officinale) باشد.

۲- در شرایط اقلیمی مناسب (از نظر نور، رطوبت، دما و ترکیب خاک) رشد کرده باشد.

۳- در زمان مناسب و توسط افراد متخصص جمع‌آوری شده باشد.

**گیاه دارویی تضمینی**

عرضه کننده گیاهان ضد چاقی و لاغری، کوچک نمودن شکم، ترک سیگار و عوامل خانمانسوز، گیاهان نازایی، ناتوانی‌های جنسی، انواع گیاهان برطرف‌کننده چین و چروک صورت، لکه، جوش و ناراحتی‌های پوستی و سفتی و شفافیت صورت، گیاهان تقویت‌کننده موی سر، ایرو، مزه، گیاهان رفع سردها گیاهان دارویی دیگر. شما علاقمندان جهت دریافت لیست راهنمای گیاهان مبلغ ۲۵۰ تومان همراه نامه به آدرس: **پسته - صندوق پستی ۳۵۰۸۹۹ تهران، پاساژ مرکزی، جنب مسجد چیتا** ارسال نمایید (ضمناً به سراسر ایران توسط پست درو ارسال می‌شود) تلن مستقیم **۰۲۱۳۸۸۸۸۸۸۸** تلفن: **۰۲۱۳۸۸۸۸۸۸۸۸**

**گیاه دارویی جوش**

با ۲۰ سال سابقه و تجربه درخشان عرضه کننده گیاهان دارویی با قویترین قیمت و ارسال آن با سیستم پستی به سراسر کشور

ضدچاقی و لاغری، کوچک نمودن شکم، برطرف کننده موه‌های زائد صورت، رفع زارش مو، تقویت حافظه، شب ادرازی بیهوش، نازایی، دیسک کمز، آرتروز، (ماتیسم، ترک سیگار و ترک اعتیاد

آدرس: **پاساژ مرکزی - بلاک ۸**  
تلفن: **۰۲۱۳۸۸۸۸۸۸۸۸**

**گیاهان دارویی تضمینی**

**مؤثرترین دارو جهت ترک سیگار و عوامل خانمانسوز بدون درد**

عرضه کننده گیاهان ضدچاقی و ضد لاغری، گیاهان نازایی و مشکلات جنسی، گیاهان تقویت موی سر، ایرو، مزه، اعصاب و حافظه، گیاهان رفع جوش و لکه و موه‌های زائد صورت و سردها گیاه دارویی دیگر علاقه‌مندان جهت دریافت لیست راهنمای گیاهان مبلغ ۳۰۰ تومان همراه نامه به آدرس تهران، صندوق پستی: **۳۵۰۸۹۹** ارسال نمایند.

تلفن: **۰۲۱۳۸۸۸۸۸۸۸۸**

طی روزی مورد نیاز شما فقط با یک تلفن به تمام نقاط تهران و شهرستان ارسال می‌گردد  
آدرس: **پاساژ مرکزی - بلاک ۸**

شکل ۲ - چند آگهی تبلیغاتی درباره اثر درمانی گیاهان دارویی

تلفنی برقرار می‌کند و یا به‌طور حضوری مراجعه می‌کند و تقاضای داروی گیاهی ضدنازایی را می‌کند. چند سؤال 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 به‌طور کامل مشخص نباشد داروهای گیاهی مورد نظر اثر درمانی مورد انتظار را نخواهند داشت. شاید این تصور به ذهن برسد که این جانب از مخالفان استفاده از گیاهان دارویی هستم ولی به‌طور دقیق عکس این قضیه صادق است و نگارنده این

آبی دیدیمیت، گریپتورکیدیسم، اختلال‌های هورمونی و کروموزومی، منشا دارویی و یا ایمنونولوژیک داشته باشد.

در زنان نیز نازایی می‌تواند ناشی از اختلال‌های تخمک‌گذاری، اختلال‌های مادرزادی، اندومترئوز، علل رحمی و واژینال و یا علل عفونی باشد (۷). یا اگر یکی از بیماری‌های پوست به‌عنوان مثال آکنه در نظر بگیریم: آکنه می‌تواند آکنه دارویی، هورمونی، شغلی، ناشی از آفتاب، آکنه ولگاریس و هم‌چنین می‌تواند نشانه‌ای از بیماری‌های سیستمیک مانند سندروم کوشینگ، ویریلیزم و سندروم تخمدان پلی‌کیستیک باشد (۸).

حال بیماری را در نظر می‌گیریم که به‌عنوان مثال دچار نازایی است با یکی از فروشدگان فوق تماس



بالینی از چاقی به دست آورد و از مقدار وزن (برحسب کیلوگرم) بر مربع قد (برحسب متر) به دست می آید.

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

درجه چاقی	BMI	وضعیت فرد
درجه صفر	۲۰ - ۲۴/۹	حدود تغییرات ایده‌آل
درجه ۱	۲۵ - ۲۹/۹	چاقی خفیف
درجه ۲	۳۰ - ۳۹/۹	چاقی متوسط
درجه ۳	≥ ۴۰	چاقی شدید

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 سانتی متر) به دور مچ (برحسب سانتی متر) به دست می آید و به ۳ نوع درشت، متوسط و ریز تقسیم بندی می شود:

$$\text{نوع استخوان بندی} = \frac{\text{قد (سانتی متر)}}{\text{دور مچ (سانتی متر)}}$$

جنسیت	مردان	زنان
استخوان بندی درشت	< ۹/۶	< ۹/۹
استخوان بندی متوسط	۱۰/۴ - ۹/۶	۱۰/۹ - ۹/۹
استخوان بندی ریز	> ۱۰/۴	> ۱۰/۹

سطور خود از طرفداران ترویج طب سنتی ایران است ولی فروش این گونه داروهای گیاهی را عامل اصلی بی اعتمادی مردم به طب سنتی می دانند.

### □ نتیجه گیری

گر ارایه داروهای گیاهی به همین منوال توسط افراد فاقد صلاحیت ادامه داشته باشد و از آن جلوگیری نشود. علاوه بر به خطر افتادان سلامتی مردم و بی اعتمادی آن ها 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 می رسند تحت کنترل و نظارت بازرسان وزارت بهداشت که دکترهای داروساز هستند، قرار دارد (۹).

### ۳- درمان چاقی

درمان شایع ترین و پرخرج ترین مسأله در ایالات متحده است و قریب ۳۳ درصد افراد بالغ بدان مبتلا می باشند. هزینه سالانه حفظ تندرستی افراد چاق تقریباً به ۶۸ میلیارد دلار بالغ می شود. سالانه ۳۰ میلیارد دلار هم برای کاهش وزن و تهیه غذاهای مخصوص خرج می شود. با وجود این، درمان درازمدت کاهش وزن به طور عمده بی اثر است و ۹۰ تا ۹۵ درصد افرادی که وزن کم می کنند دوباره چاق می شوند (۱۰).

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

به CSF (مایع مغزی نخاعی) نسبتاً بدون کارایی هستند (۱۲).

طبق پژوهش‌های به‌عمل‌آمده گیرنده لپتین در غشاهای سلولی وجود دارد. به‌نظر می‌رسد چاقی به علت مقاومت نسبت به لپتین می‌باشد که مشابه مقاومت نسبت به انسولین در دیابت غیروابسته به انسولین است. محتمل‌ترین مکانیسم‌ها 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 به‌صورتی مناسب یک سوم وزن بدن خود را از دست می‌دهند (۱۳).

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 خطراتی 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 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 آندروئید یا مردانه) در حالی که در زنان چربی بیشتر در ناحیه ران‌ها و گلوئیتال ذخیره می‌گردد (نوع ژنیوئید یا زنانه) با اندازه‌گیری دور کمر به باسن (Waist to Hip Ra-

روش محاسبه وزن ایده‌ال بدن یا Ideal body Weight برای زنان و مردان:

استخوان‌بندی متوسط [۱۵۰ - قد (سانتی‌متر)]  
 مردان  $I.B.W = 48 + 1/1$

استخوان‌بندی متوسط [۱۵۰ - قد (سانتی‌متر)]  
 زنان  $I.B.W = 45 + 0/9$

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

#### □ علل چاقی

چاقی علل مختلفی دارد که از جمله می‌توان به عوامل فرهنگی - اجتماعی، عادات 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 تأثیر کرده و موجب کاهش مصرف غذا و لاغری می‌شود.

در افراد چاق، میزان لپتین بالا است و این حدس را به‌وجود 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



صعودی دارد و نتایج درمان‌ها رضایت‌بخش 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 زن 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. فن‌فلورامین دکسفن‌فلورامین بیش از ۳۰ سال است که به‌عنوان داروهای ضداشته‌ها وارد بازار دارویی تعددی از کشورهای صنعتی شده‌اند. فن‌فلورامین یا دکسفن‌فلورامین به تنهایی یا در ترکیب با یک ضداشته‌های دیگر مانند فن‌ترمین 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 ضداشته‌ها با مکانیسم عمل مرکزی (شامل فن‌فلورامین، دکسفن‌فلورامین، فن‌مترازین، فن‌ترمین و مازنیدول) به‌علت خطر هیپرتانسیون اولیه شدید ریوی و غالباً کشنده آن‌ها انتشار داد. این داروها ممکن است به واسطه اثر انقباض عروقی سروتونین یا تغییر دیپولاریزاسیون غشا عضله صاف عروقی ریوی موجب هیپرتانسیون ریوی گردند.

در حال حاضر، گزارش‌های زیادی حاکی از آن است که مصرف فن‌فلورامین و دکسفن‌فلورامین به

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 مرگ‌ومیر است تا توزیع محیطی آن (در پایین تنه) (۱۴). ولی به‌طور 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 چاق هستند 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

استفاده از وسایل ثقلیه، 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  $2 \pm 10$  طی ۳ ماه بعد از درمان می‌باشد. خاطرنشان می‌سازد کاهش ناگهانی و کوتاه‌مدت وزن بدن علاوه بر این که باعث آسیب‌های کبدی و کلیوی می‌گردد. با مکانیسم‌هایی 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:

تنهایی یا در ترکیب با فن‌ترمین در ایجاد نقص‌های دریچه قلبی و اکوکاردیوگرام غیرطبیعی نقش دارد. تا سپتامبر ۱۹۹۷، FDA (سازمان غذا و داروی آمریکا) بالغ بر ۱۰۰ گزارش از بیماری‌های دریچه قلبی که اساساً با مصرف فن‌فلورامین یا دکسفن‌فلورامین به تنهایی یا ترکیب آن‌ها با فن‌ترمین 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 آگاه شوند و بررسی‌های گسترده‌تری لازم است تا سالم بودن سایر داروهای ضدآشته‌ها با مکانیسم 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، کم‌کاری تیروئید را تأیید کرده باشند. در غیر این صورت، مصرف این داروها ممکن است موجب پرکاری تیروئید در افراد دارای تیروئید طبیعی گردد (۱۶).

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

الف - الگوی خانوادگی مصرف (نوع غذاهای مصرفی)

ب - اشتیهای زیاد

پ - عدم آگاهی از ارزش غذایی مواد غذایی

ت - خورده‌ریزی

ث - الگوی زندگی (مانند شغل‌های با فعالیت کم



غذایی، ماشین متابولیکی تا حد امکان شروع به حفظ انرژی کرده و مغز را جهت مصرف غذاهای پرنرژی تحریک می‌کند.

بنابراین، اگرچه 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 بنابراین، 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، زبان‌های ورزش سنگین در بانوان ذکر می‌گردد. متأسفانه تأثیر فعالیت فیزیکی روی تراکم استخوانی در بانوان را نمی‌توان نادیده گرفت. به عنوان

پیام‌هایی که توسط بدن گرسنگی کشیده به مغز ارسال می‌شوند، مرحله پرخوری را که تقریباً هم‌زمان با دوره محدودیت رژیم غذایی است آغاز می‌نمایند. متشابه این پیام‌ها شناخته نشده است ولی شکی نیست که وجود دارند چرا که مصرف غذا پدیده‌ای است که توسط سیستم مرکزی تنظیم می‌شود. این پیام‌های مغزی فرد را به سوی غذاهای پرنرژی و پرکالری 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 کم‌کالری و کم‌کربوهیدرات باشد، کاهش پروتئین بدن یا LBM می‌باشد. این امر به خصوص در افرادی که از نظر فیزیکی غیرفعال 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 تأمین نیاز انرژی بنیادین (Basal) یعنی ۶۰ تا ۷۰ درصد نیاز انرژی روزانه را برای افراد بالغ بیان می‌کند. بنابراین، هرچه 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 تأثیر ورزش و افزایش فعالیت بدنی در کنار یک رژیم غذایی مناسب اشاره می‌شود. به هنگام محدودیت



۱- «به‌طور کلی تبلیغات فردی و آگهی و درج اسامی پزشکان و دندان‌پزشکان و درج اسامی مؤسسات پزشکی در روزنامه‌ها و مجلات و دفاتر راهنمای پزشکی و نظایر آن ممنوع است (۵).

۲- عبارتهایی مانند صد درصد 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 مؤسسه‌های درمان چاقی و لاغری این عمل را معجزه!!؟! نامیده است مانند معجزه کاهش وزن به مقدار ۲۵ کیلو در ۳۸ روز یا ۱۳ کیلو در ۲۲ روز و یا در یک مؤسسه دیگر کاهش ۳۳ کیلو در ۴۵ روز.

۴- برخی از مؤسسه‌های درمان چاقی برای ارزیابی وضعیت فرد چاق یا لاغر فرمی را به چاپ رسانده‌اند که باید تکمیل گردد. ولی مؤسسه‌های مذکور تعریفی از سؤال‌های خود ارائه نداده‌اند، زیرا این سؤال‌ها دارای تعریف علمی، پزشکی و تغذیه‌ای هستند. به‌عنوان مثال چگونه یک فرد می‌تواند نوع استخوان‌بندی خود را تعیین کند؟

#### □ نتیجه‌گیری

چاقی یک اختلال متابولیک است که عوامل متعددی از جمله فرهنگی - اجتماعی، ژنتیک و عدم تعادل هورمونی در بروز آن دخالت دارند و در نتیجه، درمان آن نیز به نظر کارشناسی پزشک، متخصص تغذیه، متخصص ورزش و گاهی از موارد به نظر کارشناسی روان‌پزشک (چاقی ناشی

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 سندرومی را به نام The Female Athlete Triad شکل می‌دهد. از طرف دیگر، زنانی که به مدت طولانی دچار این سندروم 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 دونده‌های مسافت‌های طولانی و قایقران‌های سبک وزن که به‌علت 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 به‌وجود می‌آورد (۱۷).

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



### قابل توجه افراد چاق و لاغر

## تناسب برای همه

### جرمی اضافی مغزترین عامل تهدید کننده سلامتی است و تناسب اندام و داشتن وزن ایده آل مضمّن ترین شاخص سلامتی

گامش وزن به میزان حد اقل ۱۰ کیلوگرم در ۶ هفته افزایش وزن به میزان حد اقل ۱۰ کیلوگرم در ۶ هفته در کمترین زمان و با پیشرفته ترین برنامه های غذایی و ورزشی (آیروبیگ و ایتروال) بصورت کاملاً علمی در منزل خود را متناسب بسازید.

چرا بعضی ها برای کم کردن چربی به عمل جراحی متوسل می شوند؟  
چرا بعضی ها وزن خود را کاهش می دهند ولی چربی خود را نمی سوزانند؟  
عضلات خود را کوچک کرده اند و همچنان چربی در بدن آنها فراوان است.  
با برنامه های غذایی ما فقط چربی خود را کم می کنید و پوستی ظریف و بدون چروک و شاداب داشته باشید بدون اینکه گرسنگی احساس کنید.

**«لاغر ها»**  
افراد لاغر نیز می توانند در کمترین زمان نیز به وزن مورد نظر خود برسند و از بدنی متناسب برخوردار باشند زیرا نظراسناد **بیپا** بررسی رسمی گندراسیون آسایش و دارای غاروب مهم ورزشی و علمی با همکاری دکتر **بیپا** برای سگانه یا ما فرم زیر را پر کنید.

نام و نام خانوادگی	قد	وزن	سن
نوع استخوان بندی ریز	متوسط	درشت	آیا تا به حال به دکتر مراجعه کرده اید؟
سابقه بیماری های مزمن	بی	آیا لاغری شما ارثی است؟	آیا چاقی شما ارثی است؟

نمونه های صلیبی که در مدت کوتاهی وزن خود را کاهش داده اند:

- در مدت ۲۰ روز ۱۵ کیلوگرم کاهش دادم
- در مدت ۳۰ روز ۲۰ کیلوگرم کاهش دادم
- در مدت ۱ ماه ۱ کیلوگرم کاهش دادم
- در مدت ۲۵ روز ۳۰ کیلوگرم کاهش دادم

### معجزه رژیم بیپا

اولین مبتکر روش صحیح به دست آوردن تناسب اندام همراه با سلامتی با مجوز وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی

### چرا خود را عذاب می دهید؟

گرسنگی نکشید بخورید و لاغر شوید بدون مصرف هیچگونه دارو از ۵ کیلو به بالا تا برطرف شدن اضافه وزن شما

شکل ۳ - چند آپکی تبلیغاتی درباره درمان چاقی

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

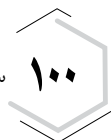
از وضعیت های خاص روحی) احتیاج دارد.

### تشکر و قدردانی

بدین وسیله از زحمات همکار محترم و گرمی



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.

### پیوست ۲ - منابع آکبی‌ها (جهت اطلاع داور محترم ماهنامه دارویی رازی)

- درمانی شهید بهشتی و کارکنان محترم کتابخانه عمومی شهرستان شهریار تشکر و قدردانی می‌گردد.  
۱- آوردن این مطلب به هیچ‌وجه 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 سندروم قطع، درمان نگهدارنده (با مواد جانشینین) 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. سجادیه، 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 ۸-۳، ۱۳۷۶.
۴. بیرشک، گیتی. سلیمی، علیرضا. ترک اعتیاد برق‌آسا، مجله ماهنامه دارویی رازی، شماره سوم، ص ۶۴-۶۲، ۱۳۷۸.
۵. عبادی، شیرین. حقوق پزشکی، چاپ دوم، انتشارات گنج دانش، تهران، ص ۳۰ و ۱۲۴، ۱۳۷۲.
۶. مجله طب و تزکیه، شماره سی‌ام، ص ۵۴، پاییز ۱۳۷۷.
7. Becker KL, Principles and practice of Endocrinology and Metabolism, Second Edition, J.B.L Lippincott Company, Philadelphia. 1995; pp:949, 1108.
8. Vivter AD. Atlas of Clinical Dermatology. Chutchill Livingston, Fdinburg. 1986; pp: 20.2, 6.
9. Bannerman RH. Burton J. Wen-Chich C. Traditional Medicine and Health Cave Coverage, World Heathh Organization, Geneva, 1988.
۱۰. بهزاد، محمود (مترجم). چاقی - تازه‌های شناخت علل و درمان، ماهنامه دارویی رازی، شماره دوازدهم، 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، هفته‌نامه پزشکی امروز، شماره ۱۹۲، ص ۱ و ۷، ۱۳۷۶.
۱۳. لپتین چیست؟ نکته‌نامه پزشکی امروز، شماره ۱۷۱، ص ۱ و ۷، ۱۳۷۶.
۱۴. پورمختار، مزگان. چاقی یا اضافه وزن بدن، هفته‌نامه پزشکی امروز، شماره‌های ۲۱۹ و ۲۲۰، ۱۳۷۶.
۱۵. نیات‌دوست، ناهید. گزارش‌های دارویی، ماهنامه دارویی رازی، شماره ۱۱، ص ۶۳-۵۸، ۱۳۷۷.
۱۶. اطلاعات و کاربرد بالینی داروهای ژنریک ایران، چاپ اول، بخش بررسی‌های علمی شرکت سهامی داروپخش، تهران، ص ۱۰۸۷، ۱۳۶۹.
۱۷. دانش کجوری، مهوش. بانوان و فعالیت جسمانی، هفته‌نامه پزشکی امروز، شماره ۲۷۴، ص ۱ و ۲، ۱۳۷۷.

