

- ۱- انرژی دریافتی (مانند پرهیز غذایی ، مشتمل بر جلوگیری از مصرف الکل و صورت غذاهای مصرفی روزانه)
  - ۲- مصرف انرژی (فعالیت فیزیکی روزانه)
  - ۳- توجه به جلسات مشاوره روانشناسی / رفتاری
  - ۴- فشارهای اجتماعی، خانوادگی
  - ۵- مشکلات روانپزشکی ثابت شده (مانند افسردگی ، بیماری binge eating {زیاده روی در خوردن و آشامیدن})
- اگر کوششهای کاهش وزن با شکست مواجه شده اند و  $BMI \leq 40$  است ، یا بین ۳۵ تا ۳۹/۹ است و با عارضه کاهش کیفیت زندگی همراه است ، درمان جراحی باید مد نظر قرار گیرد.

## ۱۱ مشورتهای نگهدارنده

شواهد نشان می دهند که بیش از ۸۰ درصد از کسانی که وزنشان را کم کرده اند بتدریج آنرا افزایش داده اند. بیمارانی که از برنامه های نگهداری وزن استفاده می کنند شانس بیشتری را در نگهداری وزن بدن دارند.

نگهداری شامل تماس مداوم با درمانگر مراقبتهای بهداشتی درمانی برای انجام امور آموزشی، حمایت و پیگیریهای پزشکی می باشد. (صفحات ۵۰ تا ۵۱ را ببینید).

## ۱۲ آیا بیمار می خواهد که ورزش را کم کند؟

بیمارانی که نمی خواهند وزنشان را کم کنند اما در عین حال اضافه وزن دارند ( $BMI$  ۲۵ تا ۲۹/۹) و دور کمر بالایی ندارند و یک یا هیچگونه ریسک فاکتور قلبی عروقی ندارند ، برایشان باید مشاوره ای انجام شود که به نیازشان در جهت نگهداری وزن در سطح فعلی یا زیر آن توجه شده باشد. بیمارانی که می خواهند وزنشان را کم کنند باید به جعبه های ۸ و ۹ راهنمایی شوند. دلیل توجیهی ما جهت سعی در نگهداری وزن (بیش از کاهش) ، در این بیماران که اضافه وزن دارند ، از این بابت است که برای سلامتی

مضراست . ( اگر چه بالاتر از کسانی است که  $BMI > 25$  دارند و فقط افزایش وزن متوسطی داشته اند ) (صفحات ۲۹ تا ۳۲ را ببینید).

### نگهداری وزن

### ۱۳ توصیه به

#### تصحیح ریسک فاکتورها

بیمارانی که تاریخچه‌ای از اضافه وزن دارند و کسانی که در حال حاضر وزن مناسبی دارند و بیمارانی که اضافه وزن دارند اما چاق نیستند و کسانی که می‌خواهند روی نگهداری وزن فعلی شان تمرکز کنند، باید تحت مشاوره و ارشاد قرار گیرند تا وزنشان افزایش نیابد. هر افزایش در میزان وزن، ریسک سلامتی شان را نیز افزایش می‌دهد و باید از آن جلوگیری شود. پزشک باید استراتژیهای پیشگیرانه را که شامل افزایش توجه به پرهیز از مواد غذایی، فعالیت فیزیکی و رفتار درمانی است را پیش ببرد. جعبه ۶ را برای تصحیح دیگر ریسک فاکتورها ( حتی اگر کاهش وزن اصلاح نشود، دیگر ریسک فاکتورها باید درمان شوند ) ببینید.

### ۱۴ سابقه $BMI \leq 25$

این جعبه کسانی را که در حال حاضر اضافه وزن ندارند و هرگز نداشته اند را از کسانی که سابقه ای از اضافه وزن دارند افتراق میدهد. (جعبه ۲ را ببینید)

### ۱۵ ابقاء محکم

باید به کسانی که اضافه وزن ندارند و هرگز نداشته اند، این توصیه مهم را داد که در همین وضعیت بمانند.

۱۶

## چک کردن دوره ای وزن، BMI و دور کمر

بیماران باید پیگیریهای دوره ای در زمینه اندازه گیری وزن، BMI و دور کمر را انجام دهند. بیمارانی که اضافه وزن ندارند و یا سابقه ای از اضافه وزنی نداشته اند باید هر دو سال یکبار برای افزایش وزن غربال شوند. این دوره زمانی یک توافق قابل توجیه بین نیاز به تعیین اضافه وزن در اولین مرحله و نیاز به محدودیت زمانی، و هزینه های مربوط به تکرار اندازه گیریها می باشد.

### آماده ای یا نه؟

#### پیش گویی کاهش وزن

پیش بینی آمادگی یک بیمار برای کاهش وزن و تعیین متغیرهای پتانسیل همراه با موفقیت کاهش وزن، یک مرحله مهم در آگاهی از نیازهای بیماران می باشد. بهر حال ممکن است گفتن، آسانتر از عمل کردن باشد. محققین در طی سالیان متمادی با کسب بعضی از موفقیتها، سعی کردند تا میزان کاهش وزن را پیش بینی کنند. چنین پیشگوییهایی به درمانگران مراقبتهای بهداشتی درمانی این امکان را میدهند که قبل از درمان، افرادی را که احتمال موفقیت بالا یا پائینی دارند، تعیین کنند. از بین متغیرهای بیولوژیکی، وزن آغازین و میزان متابولیک در حال استراحت (RMR) مربوط

به کاهش وزن هستند. اشخاص سنگین تر بیشتر از افراد سبکتر تمایل به کاهش وزن دارند، اگر چه هر دو گروه تمایل به کاهش درصد‌های قابل مقایسه وزن اولیه هستند. مطالعات نشان نداده که چرخه وزن همراه با یک نتیجه درمانی ضعیف تر باشد. پیش بینی های رفتاری کاهش وزن ثابت کرده اند که ثبات کمتری می توانند داشته باشند. افسردگی، اضطراب، یا پرخوری مرضی ممکن است تا حدودی و در حد مطلوب کاهش وزن دهند، اگر چه یافته های متناقضی در این زمینه وجود دارد. همانگونه که سنجش آمادگی یا انگیزه جهت کاهش وزن عموماً پیش بینی شکست نتیجه را می تواند بدهد. در مقابل، اتکایی به گزارش بیماری که می تواند رفتارهای مورد نیاز برای کاهش وزن را انجام دهد پیش بینی موفقیت متوسط اما استوار را می تواند دهد. همچنین مطالعات متعدد به این نتیجه رسیده اند که مهارت‌های تقلیدی مثبت، به کنترل وزن کمک می کنند.

#### محرومیت از درمان کاهش وزن

زنان حامله یا شیرده، اشخاصی که بیماری روانی کنترل نشده مانند دپرسیون شدید و بیماری که تنوع بیماریهای جدی را دارند و کسانی که محدودیت کالری ممکن است بیماری شان را تشدید کند، جهت درمان کاهش وزن مناسب نیستند. سوء استفاده کنندگان فعال از مواد و کسانی که سابقه ای از آنورکسیا نروزا (anorexia nervosa) یا بولیمیانروزا (bulimia nervosa) دارند، باید تحت درمانهای تخصصی قرار گیرند.

#### برآورد رفتاری کوتاه

تجارب بالینی پیشنهاد می کنند که دست اندرکاران مراقبت‌های بهداشتی درمانی موارد ذیل را در زمان آمادگی افراد برای کاهش وزن، بطور کوتاه مد نظر قرار دهند:

▪ آیا افراد ( مؤنث یا مذکر ) در پی این هستند که خودشان جهت کاهش

وزن، پیش قدم شوند؟

اگر بیماران احساس کنند که از طرف اعضاء خانواده، کارکنان یا پزشکان تحت فشار هستند، تلاشهایی که در جهت کاهش وزن انجام می گیرد بعید است که با موفقیت انجام شود. قبل از شروع درمان، درمانگران مراقبت‌های بهداشتی درمانی باید با شناسایی نیازها و منافع، خواسته شان از کاهش وزن را مشخص کنند.

▪ در حال حاضر چه حوادثی منجر به سوق دادن بیمار به پیگیری کاهش وزن

شده است؟

پاسخ به این پرسش اطلاعاتی را در خصوص انگیزه و اهداف بیماران از کاهش وزن مهیا می کند. در بیشتر موارد، افراد برای مدت چند سال چاقی داشته اند. لذا بعضی از اتفاقاتی که افتاده منجر به پیگیری قضیه کاهش وزن در آنها شده است. لذا انگیزه از فردی به فرد دیگر متفاوت می باشد.

▪ سطح استرس و خلق و خوی بیمار چگونه است؟

در این حالت ممکن است مدت زمان زیادی برای کاهش وزن وجود نداشته باشد اما در بعضی، بهتر از دیگران است. در گزارشات آمده، کسانی که استرس بیشتر از سطح معمول در محیط کار، زندگی خانوادگی و یا مشکلات مالی دارند، ممکن است توانایی کافی جهت تمرکز در برنامه کنترل وزن را نداشته باشند. در چنین مواردی ممکن است درمان را به تأخیر بیندازند تا عامل استرس را عبور کند و شانس موفقیت را افزایش دهند. همچنین بطور مختصر خلق بیمار را جهت رد کردن دپرسیون یا دیگر عوارض بررسی کنید. گزارشی از بی خوابی، خلق پایین یا نداشتن احساس لذت در فعالیتهای

روزانه را می توان پیگیری کرد تا تعیین کرد که آیا مداخله لازم است یا نه ؟ معمولاً بهتر اینست که درمان بیمار خلقی قبل از تقبل کاهش وزن صورت گیرد.

▪ آیا فرد علاوه بر چاقی بیماری خاصی در ارتباط با غذا خوردن دارد؟ یا نه؟

تقریباً ۲۰٪ تا ۳۰٪ از افراد چاق که در پی کاهش وزن در کلینیکهای دانشگاهی هستند از عادت پرخوری وحشتناک (binge eating) رنج می برند. این به اصطلاح (binge eating) به تناول مجموعه ای از غذاها به مقدار زیاد و بطور غیر معمول و عدم کنترل پرخوری گفته می شود. کسانی که بطور وحشتناک غذا می خورند (binge eater) از پرخوری خود پشیمان هستند در حالیکه باید آنها را از کسانی که اعلام می کنند که از غذا خوردن و زیاد خوردن لذت می برند، افتراق داد. از بیماران باید در خصوص نوع غذاها و زمانهای مصرف سؤال نمود. Binge eater ها معمولاً برنامه غذایی منظمی ندارند، در عوض آنها در طی روز ته بندی می کنند. اگر چه بعضی از این افراد پاسخ خوبی به درمان کاهش وزن نشان می دهند ولی به دلیل اینکه بیشتر این بیماران نگرانی یا افسردگی دارند و یا الگوی غذایی شلوغتری دارند، به احتمال زیاد نیاز به مشاوره های روانشناسی یا تغذیه ای خواهند داشت.

▪ آیا فرد نیازهای درمانی را درک می کند و اعتقاد دارد که می تواند آنها را

اجرا نماید؟

درمانگر و بیمار هر دو باید یک دوره درمانی را انتخاب کنند و تغییرات در عاداتهای غذایی و فعالیتهایی که بیمار دوست دارد، انجام دهد را لحاظ کنند. مهم این نیست فعالیتهایی را انتخاب کنند که می توانند با موفقیت انجام دهند. مهم اینست که بیماران باید احساس کنند که وقت، تمایل و مهارتهایی را که جهت سازگاری با برنامه ای که برای آنها طرح ریزی شده، دارند.

▪ از بیمار انتظار دارید که چه مقدار وزن کم کند؟ انتظار چه منافع دیگری را دارید؟

اغلب مشاهده شده که افراد چاق خواهان ۲ تا ۳ بار کاهش وزن و بمیزان ۸ تا ۱۵ درصد می باشند و وقتی اینکار را نکنند، فکر می کنند که هیچ کاری انجام نداده اند. درمانگران باید به بیماران این کمک را نمایند تا بفهمند که غالباً متوسط ترین مقادیر کاهش وزن می توانند عوارض چاقی را بهبود بخشند. سپس با انجام این اهداف پیشرفت کار باید مورد ارزیابی مجدد قرار گیرد که این موارد ممکن است شامل خواب بهتر، داشتن انرژی بیشتر، کاهش درد و کسب سرگرمیهای جدید و یا کشف مجدد یکی از آن استعدادهای قبلی (بویژه زمانی که با آرامی و زنش را کم می کند و بعد قطع می کند) باشد.

### کنترل اضافه وزن و چاقی

هدف ابتدایی درمان کاهش وزن برای بیمارانی که اضافه وزن دارند، کاهش وزن بمیزان ۱۰٪ می باشد. اگر این هدف انجام شود، ممکن است برای کاهش وزن بعدی ملاحظاتی در نظر گرفته شود. درحالت کلی، بیماران تمایل به کاهش وزن بیش از ۱۰ درصد خواهند داشت، بنابراین درباره تحقق هدف اول نیاز به مشاوره خواهند داشت.<sup>۳۵ و ۳۶</sup>

بعد از اینکه هدف اولیه انجام شد و ۶ ماه به طول کشید، ادامه کاهش وزن باید مورد ارزیابی مجدد قرار گیرد. علت مهم بودن ۱۰ درصد (هدف ابتدایی کاهش وزن متوسط) از این بابت می باشد که می تواند شدت ریسک فاکتورهای همراه چاقی را کاهش دهد. بهتر اینست که وزن را در یک حد متوسط از کاهش وزن برسانند و بیش

از یک دوره طولانی در همان سطح نگهدارند تا بدنبال کاهش، و نشان مجدداً افزایش نیابد.

مساله بعدی لطماتی است که در طی دوره های زمانی، از بابت پرداخت هزینه ها و احترام به فرد وارد می شود.

### میزان کاهش وزن

مدت زمان قابل قبول برای انجام ۱۰ درصد کاهش وزن، ۶ ماه می باشد. برای انجام یک کاهش وزن مشخص، باید یک کمبود انرژی ایجاد و در همان سطح نگهداشته شود. معمولاً هر هفته باید ۱ الی ۲ پوند از وزن (براساس کمبود کالری بین ۵۰۰ و ۱۰۰۰ کیلوکالری در روز) کاهش یابد. از نظر تئوری بعد از ۶ ماه این کمبود کالری باید منجر به کاهش وزن بین ۲۶ و ۵۲ پوند (حدوداً بین ۱۱/۸ و ۲۳/۶ کیلوگرم) شود. در هر حال آنچه که در این زمان بطور واقعی مشاهده می شود کاهش وزن متوسط بین ۲۰ و ۲۵ پوند (حدوداً بین ۹/۵ و ۱۱/۵ کیلوگرم) می باشد. بنابراین در انتهای سال، کاهش وزن بمیزان زیاد نتیجه بهتری رانمی دهد. بخاطر میزان تغییراتی که در متابولیسم استراحت رخ می دهد و مشکلاتی که در تبعیت از استراتژیهای درمانی ایجاد می شود برای بیشتر بیماران مشکل است که بعد از ۶ ماه برنامه کاهش وزن را ادامه دهند.

به دلیل اینکه مقدار نیاز به انرژی کاهش یافته است، وزن هم کاهش می یابد. از طرفی دیگر بخاطر کمبود وزنی که ایجاد شده، اهداف فعالیتهای فیزیکی و رژیمی باید مورد بازبینی قرار گیرند تا به بیمار اجازه داده شود تا کاهش وزن را ادامه دهد. مجدداً بیمار برای اینکه وزن اضافه تری را کم کند، باید کالری را کم و یا فعالیتهای فیزیکی را افزایش دهد. بسیاری از مطالعات نشان می دهند که غالباً کاهش وزن سریع بدنبال افزایش وزن از دست رفته، بوجود می آید. علاوه براین با افزایش سرعت کاهش وزن، ریسک سنگهای صفراوی و احتمالاً اختلالات الکترولیتی افزایش می یابد.

### نگهداری وزن بدن در یک وزن پایین تر



از زمانیکه اهداف کاهش وزن با موفقیت انجام می‌گیرد، نگهداری وزن پایین آمده، بعنوان یک چالش بزرگ در پیش روی ما قرار می‌گیرد. در گذشته، بدست آوردن هدف کاهش وزن، بعنوان پایان درمان کاهش وزن در نظر گرفته می‌شد. متأسفانه اغلب بیماران وقتی رژیم درمانی را رها می‌کنند، مجدداً وزن از دست داده را بدست می‌آورند. معمولاً ۶ ماه بعد از کاهش وزن، مقدار وزنی که از دست رفته، کم می‌شود تا بحالت پایداری برسد. درمانگر مراقبتهای اولیه و بیمار باید هر دو این مسأله را بدانند که نگهداری وزن، دومین فاز کوششی برای کاهش وزن می‌باشد که باید در اولویت باشد. نگهداری موفقیت آمیز وزن اینگونه مشخص می‌شود: زمانیکه در طی مدت دو سال حداقل کمتر از ۶/۶ پوند (۳ kg) اضافه وزن و حداقل ۱/۶ اینچ (۴cm) افزایش دور کمر داشته باشد. اگر بیماری میل داشته باشد که بعد از یک دوره نگهدارنده، وزن بیشتری را از دست بدهد، همانگونه که در بالا بطور اختصار شرح داده شده، پروسه (روند) کاهش وزن را تکرار نماید. بعد از اینکه بیمار کاهش وزن هدف دارش را انجام داد، قیود ترکیب درمانی (شامل رژیم درمانی، فعالیتهای فیزیکی و رفتار درمانی) باید بطور غیر مشخص ادامه یابد و گرنه وزن اضافی را احتمالاً بدست خواهد آورد.

برخی از استراتژیها باعث تحریک بیماران می‌شوند. غالباً تمام اینها نیازمند تداوم برقراری ارتباط بین درمانگر و بیمار می‌باشد.

پیگیریهای طولانی مدت و تشویق به طرق مختلفی می‌تواند انجام گیرد:

ویزیتهای بالینی منظم، ملاقاتهای گروهی، از راه تلفن یا پست الکترونیکی، تا فاز نگهدارنده طولانی تر وزن بتواند بهتر قابل تحمل باشد و چشم انداز بهتری برای موفقیت طولانی مدت کاهش وزن فراهم آورد.

در طی فاز نگهداری وزن بدن، دارو درمانی با هر دو داروی مورد تأیید FDA (جهت کاهش وزن)، ممکن است بیشتر کمک کننده باشد.

#### اهداف کاهش و کنترل وزن

موارد ذیل اهداف عمومی کاهش و کنترل وزن هستند:

❖ کاهش وزن بدن

- ❖ نگهداری وزن بدن در سطح کمتر و به مدت طولانی تر
- ❖ جلوگیری از افزایش وزن بعدی (هدف کوچکتر)

مراقبتهای طولانی مدت و تشویق در جهت نگهداری کاهش وزن نیازمند ویزیت‌های بالینی منظم، ملاقاتهای گروهی یا تشویق از راه تلفن یا پست الکترونیکی می باشد.



## تکنیک های کنترل وزن

بمنظور کنترل موثر وزن از تکنیکها و استراتژیهای متعددی استفاده می شود، که شامل رژیم درمانی، فعالیت فیزیکی، رفتار درمانی، فارماکوتراپی و جراحی می باشد. و بهمان نحو استراتژی ترکیبی آنها را نیز شامل می شود. ضمناً بمنظور کنترل طولانی مدت وزن نیز می توان از استراتژیهای مرتبط با درمان در جهت تشویق و ترغیب و پیشگیری از افزایش وزن استفاده کرد.

بعضی از استراتژیها مثل تعدیل در رژیم غذایی دریافتی و فعالیت فیزیکی می توانند روی موربیدیتیهها و ریسک فاکتورهای همراه با چاقی اثر بگذارند. بخاطر اینکه رژیم پیشنهادی در پله اول رژیم کم کالری است، بهمین دلیل نه تنها کالری دریافتی تعدیل می شود، بلکه چربی اشباع شده، چربی کل و کلسترول دریافتی را نیز بمنظور کمک به پایین آوردن سطوح بالای کلسترول خون می تواند کاهش می دهد.

این رژیم پیشنهادی (که ذکر شد)، توصیه هایی را نیز در زمینه سدیم، کلسیم و فیبر دریافتی ارائه می دهد. افزایش فعالیت فیزیکی نه تنها روی کاهش و نگهداری وزن از دست رفته موثر می باشد بلکه روی دیگر موربیدیتیهها و ریسک فاکتورهای همراه مثل فشار خون بالا و سطوح بالای کلسترول خون نیز اثر می گذارد.

کاستن از وزن افرادی که وزن اضافی دارند و عبارتی چاق می باشند، نه تنها به کاهش رشد ریسک این موربیدیتیههای همراه کمک می کند بلکه به کنترل آن نیز کمک می نماید. تکنیک های کنترل وزن به دنبال این هستند که نیازهای شخصی افراد را در نظر بگیرند تا آنها خود بتوانند با توجه به ویژگیها و چشم اندازهای آن از نظر فرهنگی حساس شوند.

درمان اضافه وزن و چاقی، از زمانی باید جدی گرفته شود که بعنوان درمان بیماری (در یک دوره طولانی مدت) وارد عمل می شوید و برای کل خانواده منجر به ایجاد تغییر در مسیر زندگی می شوید.

تابلوی III، درمانهای مناسب قابل استفاده را در سطوح مختلف BMI و با توجه به وجود موربیدیتیههای همراه یا ریسک فاکتورها، نشان می دهد.

### راهنمای انتخاب درمان

انواع BMI					
درمان	۲۵-۲۶/۹	۲۷-۲۹/۹	۳۰-۳۴/۹	۳۵-۳۹/۹	۴۰≤
رژیم درمانی، فعالیت فیزیکی و رفتار درمانی	با موربیدیتیه‌های همراه	با موربیدیتیه‌های همراه	+	+	+
درمان دارویی		با موربیدیتیه‌های همراه	+	+	+
جراحی			با موربیدیتیه‌های همراه	با موربیدیتیه‌های همراه	با موربیدیتیه‌های همراه

- جلوگیری از افزایش وزن با استفاده از شیوه درمانی "اصلاح روش زندگی"، در هر بیمار، با  $BMI \leq 25 \text{ kg/m}^2$  توصیه می شود، حتی اگر موربیدیتی (عوارض) همراه نداشته باشد. در حالیکه کاهش وزن توصیه لازمی برای کسانی که BMI بین ۲۹/۹ - ۲۵  $\text{kg/m}^2$  یا یک دور کمر بالا دارند، نیست. مگر کسانی که دو یا بیشتر از موربیدیتیه‌های (عوارض) همراه را دارند.
- ترکیب درمانی با بهره گیری از یک رژیم کم کالری (LCD)، افزایش فعالیت فیزیکی و رفتار درمانی موفق ترین مداخله برای کاهش و نگهداری وزن بدن می باشد.
- فقط در صورتی که بیماری در طی مدت ۶ ماه از زمان شروع درمان و با استفاده از روش زندگی ترکیبی، هر هفته ۱ پوند از وزنش را از دست نداده باشد، درمان دارویی را در نظر بگیرید.
- "+" استفاده از اندیکاسیون درمانی را علیرغم موربیدیتیه‌های (عوارض) همراه نشان می دهد.

## رژیم درمانی

در بسیاری از بیمارانی که اضافه وزن و چاقی دارند، تنظیم رژیم، نیاز به کاهش کالری دریافتی خواهد داشت. رژیم درمانی شامل ارائه دستورات به بیمار در جهت تغییر در رژیم غذایی و در راستای کاهش کالری دریافتی می باشد. رژیمی که بصورت انفرادی برنامه ریزی می شود، کمبودی معادل ۵۰۰ تا ۱۰۰۰ کیلوکالری در روز ایجاد خواهد کرد تا بتواند بخش اعظمی از برنامه هدفمند را در جهت اجرای کاهش وزن، بمیزان ۱ تا ۲ پوند در هفته در پی داشته باشد. در هر حال کلیدی ترین پیشنهاد، کاهش متوسط کالری دریافتی می باشد که جهت کاهش آرام، ولی پیشرونده وزن، برنامه ریزی شده است. در حالت ایده آل، کالری دریافتی باید تا سطحی که باعث نگهداری وزن در سطح مطلوب

می باشد، کاهش یابد، اگر این سطح از کالری دریافتی صورت گیرد، وزن اضافی بتدریج کاهش خواهد یافت. معمولاً در دوره فعال کاهش وزن، از کمبود کالری به میزان بیشتری استفاده می شود، ولی باید از صرف رژیمهایی با محتوای کالری خیلی پایین نیز اجتناب شود. سرانجام اینکه، ترکیب رژیم باید طوری تغییر پیدا کند تا ریسک بیماریهای قلبی عروقی را کمتر کند.

بمنظور اطلاع از نحوه فعالیتهای فیزیکی و آگاهی از نوع رژیمهایی که به بیماران می توانید بدهید، ضمایم B-H را نگاه کنید.

هسته مرکزی رژیم درمانی ( برای کاهش وزن در افراد دارای اضافه وزن یا چاق ) یک رژیم کم کالری ( LCD ) می باشد. این رژیم با یک رژیم بسیار کم کالری ( VLCD ) ( کمتر از ۸۰۰ کیلوکالری در روز ) متفاوت می باشد .

توصیه به رژیم کم کالری که در اینجا (مانند پله اول رژیم) ذکر شده، شامل ترکیبات غذایی می باشد که بتواند ریسک فاکتورهای دیگر مثل کلسترول بالا ی سرم و فشار خون را کاهش دهد.

از میان مجموعه ترکیبات غذایی که در تابلوی ۴ آمده است، برای زنان می بایست رژیمی با محتوی ۱۰۰۰ تا ۱۲۰۰ کیلو کالری در روز و برای مردان نیز رژیم بین ۱۲۰۰ و ۱۶۰۰ کیلو کالری در روز را برگزینید.

در حالت معمولی نباید از رژیمهای دارای کالری بسیار کم (VLCD) استفاده کرد چون نیازمند مراقبتهای ویژه و اضافی می باشند<sup>۵</sup>. رژیم VLCD فقط بصورت خیلی محدود و باید آنها توسط درمانگران متخصصی که در این زمینه کار آزموده هستند تجویز می شود. علاوه براین تجربه های بالینی نشان میدهد که بعد از یک سال رژیم LCD بهمان میزان در کاهش وزن مؤثر است که رژیم، VLCD کاهش وزن ایجاد می کند،

#### رژیم کم کالری ( LCD )

برای بیشتر زنان رژیم ۱۰۰۰ تا ۱۲۰۰ کیلو کالری در روز

و

برای مردان نیز باید رژیم بین ۱۲۰۰ و ۱۶۰۰ کیلو کالری در روز در نظر گرفته شود.

احتمالاً کاهش موفقیت آمیز وزن توسط LCD ، زمانی اتفاق می افتد که بتوانید سلیقه های بیمار را در انتخاب یک رژیم ویژه در نظر بگیرید. جهت اطمینان از اینکه آیا تمام انتظارات از رژیمهای پیشنهادی برآورده می شوند یا نه ، باید مراقبتهای لازم نیز لحاظ شوند. در این رژیم ممکن است به استفاده از یک نوع رژیم و یا ویتامینهای اضافی نیاز باشد. بنابر این جهت نیل به این اهداف باید آموزشهای لازم در خصوص تنظیم رژیم LCD داده شود . لذا در ارائه برنامه های آموزشی باید به موضوعهای زیر ، با توجه ویژه ای نگاه کنیم :

- ارزش انرژی غذاهای مختلف
- چربیها، کربوهیدراتها (شامل فیبر غذایی) و پروتئینهای ترکیبات غذایی
- ارزیابی برچسبهای تغذیه ای جهت تعیین محتوای کالری و ترکیبات غذایی
- عاداتهای جدید (خرید غذاهای کم کالری را ترجیح می دهند)
- به هنگام تهیه غذا ، از اضافه کردن اجزا دارای کالری زیاد در طی آشپزی پرهیز شود (مثل چربیها و روغنها).
- پرهیز از مصرف زیاد غذاهای پرکالری
- (هم غذاهای پرچربی و هم پرکربوهیدرات )
- مصرف کافی آب
- کاهش اندازه وعده غذایی
- محدودیت مصرف الکل

تابلوی ۴، پله اول رژیم کم کالری

تغذیه	مصرف پیشنهادی
کالری <sup>۱</sup>	تقریباً ۵۰۰ تا ۱۰۰۰ کیلوکالری در روز کاهش (از مصرف معمولی) یابد.
چربی تام <sup>۲</sup>	۳۰ درصد یا کمتر از کالری تام
اسیدهای چرب اشباع شده <sup>۳</sup>	۸ تا ۱۰ درصد از کالری تام
منواسیدهای چرب اشباع نشده	حداکثر تا ۱۵ درصد از کالری تام
پلی اسیدهای چرب اشباع نشده	حداکثر تا ۱۰ درصد از کالری تام
کلسترول <sup>۳</sup>	> ۳۰۰ میلی گرم در روز
پروتئین <sup>۴</sup>	تقریباً ۱۵ درصد از کالری تام
کربوهیدرات <sup>۵</sup>	۵۵ درصد یا بیشتر از کالری تام
کلرید سدیم (نمک)	کمتر از ۱۰۰۰ میلی مول در روز (تقریباً ۲/۴ <sup>g</sup> سدیم یا تقریباً " ۶ <sup>g</sup> کلرید سدیم)
کلسیم <sup>۶</sup>	۱۰۰۰ تا ۱۵۰۰ میلی گرم در روز
فیبر <sup>۵</sup>	۲۰ تا ۳۰ گرم در روز

۱- کاهش کالری بمیزان ۵۰۰ تا ۱۰۰۰ کیلوکالری در روز به کاهش وزن به میزان ۱ تا ۲ پوند در هفته کمک خواهد کرد. الکل، کالری هایی که مورد نیاز نیستند را فراهم و بیشتر جایگزین مواد غذایی می کند. در افراد چاق مصرف الکل، نه فقط میزان کالری در یک رژیم را افزایش می دهد بلکه در مطالعات اپیدمیولوژیک<sup>۳۸-۴۱</sup> نیز همانند مطالعات تجربی<sup>۴۲-۴۵</sup> نیز ثابت شده که به دلیل، اثرات شدید کالری الکل روی تمام نیازهای کالری یک فرد، نیازمند برآورد و کنترل مناسب می باشد (عدم مصرف الکل).

۲- غذاهای حاوی چربی تغییر شکل یافته ممکن است استراتژی قابل قبولی را برای پایین آوردن سطح کلی چربی مصرفی آماده کنند، اما این استراتژی فقط زمانی

مؤثر خواهد بود که غذا کالری کمی داشته باشد و کالری فرد از غذاهای دیگر جبران نشود.

۳- بیمارانی که کلسترول خونشان بالاست، ممکن است برای انجام کاهش سطح بعدی کلسترول LDL، به پله دوم رژیم نیاز داشته باشند. در پله دوم رژیم، چربیهای اشباع شده به کمتر از ۷ درصد از کالری تام کاهش می یابند و سطح کلسترول به کمتر از ۲۰۰ میلی گرم در روز می رسد. ضمناً سایر مواد غذایی مشابه پله اول هستند.

۴- در این رژیم اکثر پروتئین ها باید از منابع گیاهی تامین شوند و از پروتئینهای حیوانی بمقدار کم استفاده گردد.

۵- کربوهیدراتهای سبزیجات مختلف، میوه جات و تمام حبوبات منبع خوبی برای تامین ویتامینها، مواد معدنی و فیبرهای بدن هستند.

یک رژیم سرشار از فیبرهای محلول، شامل سیوس جو (دوسر)، سبزی خوردن، جو و بیشتر میوه و سبزیجات ممکن است در کاهش سطح کلسترول خون مؤثر باشند.

همچنین رژیمی که از نظر وجود انواع فیبرها غنی باشد، ممکن است در کنترل وزن با بهره گیری از تحریک سیری، در پایین آوردن کالری و چربی مصرفی کمک کننده باشد. بعضی از مؤلفین مصرف ۲۰ تا ۳۰ گرم فیبر روزانه و با حداکثر سقف ۳۵ گرم را توصیه می کنند.<sup>۴۶-۴۸</sup>

۶- در طول انجام برنامه کاهش وزن، توجه ما باید به مصرف مقادیر مناسبی از ویتامینها و مواد معدنی معطوف باشد. مقدار کلسیم نگهدارنده (پیشنهادی)، خصوصاً در زنانی که در ریسک استئوپوروز می باشند ۱۰۰۰ تا ۱۵۰۰ میلی گرم در روز می باشد.<sup>۴۹</sup>





## فعالیت فیزیکی ( بدنی )

فعالیت فیزیکی باید جزء لاینفک ، از برنامه های درمانی کاهش و نگهداری وزن بدن باشد. برای شروع کار ابتدا ، بیماران باید جهت انجام فعالیتهای فیزیکی متوسط بمدت ۳۰ تا ۴۵ دقیقه و در طی ۳ تا ۵ روز در هفته مورد تشویق قرار گیرند .

کلیه افراد بالغ باید خود را جهت اجرای یک هدف طولانی مدت و صرف حداقل ۳۰ دقیقه یا بیشتر در زمینه فعالیت فیزیکی متوسط و ترجیحاً در تمام روزهای هفته آماده نمایند.

افزایش فعالیت فیزیکی جزء مهمی از درمان کاهش وزن<sup>۳۱</sup> می باشد ، اما اصولاً نسبت به خود رژیم غذایی ( و در طی مدت ۶ ماه ) به کاهش وزن بیشتری منجر نخواهد شد<sup>۵۱</sup> . بیشترین مقدار کاهش وزن بخاطر کاهش انرژی دریافتی می باشد. بنابراین فعالیت فیزیکی طولانی و ممتد در جلوگیری از افزایش وزن مجدد کمک کننده خواهد بود.<sup>۵۲ و ۵۳</sup>

لذا فعالیت فیزیکی علاوه بر کاهش وزن، در کاستن از ریسک بیماریهای قلبی عروقی و دیابت نوع ۲ نیز مفید می باشد.

بسیاری از افراد که زمین گیر هستند، آموزش یا مهارتهای کمتری را در امر فعالیتهای فیزیکی دارند و مشکل بتوان آنان را به افزایش فعالیتهای فیزیکی تحریک کرد.

به همین دلیل ، آغاز برنامه فعالیت فیزیکی ممکنست نیازمند نظارت بر بعضی از افراد نیز باشد. اجتناب از سانحه درحین فعالیت فیزیکی از اولویت بالایی برخوردار است. افرادی که بینهایت چاق می باشند در آغاز راه ممکنست به ورزشهای ساده با قابلیت

تشدید تدریجی نیاز داشته باشند. درمانگر باید قبل از اقدام به انجام هر گونه فعالیت فیزیکی جدید و پس از انجام تستهای ورزشی (از نظر اثبات بیماریهای قلبی عروقی) در خصوص بیمار تصمیم گیری کند.

این تصمیم گیری باید براساس سن، علائم و ریسک فاکتورهای همراه بیمار باشد. در مورد بیشتر بیماران چاق، فعالیت فیزیکی باید به آرامی آغاز و شدت آن بتدریج افزایش یابد. فعالیتهای اولیه ممکن است شامل کارهای کوچکی از فعالیتهای روزمره از قبیل راه رفتن از پله، قدم زدن یا شنای آرام باشد. بیمار ممکن است در طول زمان بسته به میزان پیشرفت کاهش وزن و ظرفیت عملی، فعالیتهای شدیدتری را بکارگیرد. بعضی از این فعالیتهای عبارتند از: پیاده روی مناسب، دوچرخه سواری، پارو زدن، اسکی صحرایی، حرکات ریتمیک هوازی و طناب بازی (Jumping rope). آهسته دویدن یک نوع ورزش هوازی با شدت زیاد می باشد اما ممکن است این ورزش منجر به بروز ضایعات ارتوپدی شود. اگر تمایل به آهسته دویدن است در ابتدا باید توانایی بیمار برای انجام آن برآورد شود. اغلب دسترسی به یک محیط امن نیز برای دوندۀ آهسته رو لازم است.

همانطوری که در مثالهای مندرج در تابلوی ۵ نشان داده، ورزشهای مسابقه ای مثل تنیس و والیبال می توانند فعالیت فیزیکی لذت بخشی را برای بسیاری از افراد فراهم کنند، اما بویژه در افراد مسن باید مراقب بود تا از بروز سوانح در آنان اجتناب شود. فعالیتهای فیزیکی متوسط را به طرق مختلف می توان انجام داد. مردم می توانند فعالیتهایی که از آنها لذت می برند و متناسب با فعالیتهای روزانه شان است را انتخاب نمایند. بخاطر اینکه میزان فعالیت تابع مدت، شدت و فرکانس است، شرکت در جلسات طولانی تر از فعالیتهایی که شدت متوسطی دارند (مانند پیاده روی تند) به مثابه انجام جلسات کوتاهتر از فعالیتهای شدیدتر (مثل دویدن) می باشد.

برای بسیاری از افراد خصوصاً کسانی که اضافه وزن یا چاقی دارند رژیم پیاده روی روزانه، شکل جذابتری از فعالیت فیزیکی می باشد. بیمار می تواند کارش را با ۱۰ دقیقه پیاده روی و سه روز در هفته آغاز کند و برای پیاده روی شدیدتر می تواند

مقدارش را به ۳۰ تا ۴۵ دقیقه و حداقل سه بار در هفته برساند ( نه تمام روزهای هفته )  
و آن را به بیشتر روزهای هفته تعمیم دهد. ۵۲ و ۵۳

### تابلوی ۵

مثالهایی از فعالیتهای فیزیکی متوسط x

کارهای روزمره	فعالیتهای ورزشی	شدت کمتر، زمان بیشتر ↑
شستشو و واکس ماشین بمدت ۴۵ تا ۶۰ دقیقه	والیبال بمدت ۴۵ تا ۶۰ دقیقه	
شستن پنجره ها یا کف اتاق بمدت ۴۵-۶۰ دقیقه	فوتبال سنگین بمدت ۴۵ دقیقه	
باغبانی بمدت ۳۰-۴۵ دقیقه	پیاده روی $1\frac{3}{4}$ مایل (۲/۸ کیلومتر) ( هر مایل تقریباً معادل ۱/۶ کیلومتر) در ۳۵ دقیقه ، (۲۰ دقیقه / مایل)	
خودچرخانی ویلچر بمدت ۳۰-۴۰ دقیقه	بسکتبال (پرتاب بسوی سبد) بمدت ۳۰ دقیقه	
هل دادن یک قدم زن به طول یک ونیم مایل ( ۲/۴ کیلومتر ) در مدت ۳۰ دقیقه	دوچرخه سواری به طول ۵ مایل ( ۸ کیلومتر ) در عرض ۳۰ دقیقه	
جمع آوری برگها بمدت ۲۰ دقیقه	حرکات ریتمیک سریع (جمعی) بمدت ۳۰ دقیقه	
پیاده روی ۲ مایل (۳/۲ کیلومتر) در ۳۰ دقیقه (۱۵ دقیقه / مایل)	هوایی آبی بمدت ۳۰ دقیقه	
برف پارو کردن بمدت ۱۵ دقیقه	بسکتبال (یک گیم بازی کردن) بمدت ۲۰-۱۵ دقیقه	
از پله بالا رفتن بمدت ۱۵ دقیقه	طناب بازی بمدت ۱۵ دقیقه	
	دویدن ۱/۵ مایل (۲/۴ کیلومتر) در ۱۵ دقیقه (۱۵دقیقه /مایل)	

\* فعالیتهای فیزیکی متوسط، تقریباً " معادل با ۱۵۰ کالری از انرژی روزانه یا ۱۰۰۰ کالری بصورت هفتگی می باشد.  
† بعضی از فعالیتها را می توان با شدتهای متفاوتی انجام داد، زمانهای پیشنهادی برابر با انتظاری است که از شدت تلاش داریم.

با بهره گیری از این رژیم ، ۱۰۰ تا ۲۰۰ کیلوکالری اضافی از راه فعالیت فیزیکی مصرف می شود. میزان کالری مصرفی براساس تفاوتهای موجود در وزن بدن اشخاص و شدت فعالیت آنها متفاوت خواهد بود.

این رژیم با فعالیتهای فیزیکی دیگری هم می تواند هماهنگ شود اما پیاده روی بخاطر اینکه مطمئن تر و قابل دسترس تر می باشد، جذابیت بیشتری دارد. با گذشت زمان، حجم زیادتری از فعالیتهای فیزیکی هفتگی می تواند انجام گیرد تا باعث کاهش وزن بیشتری گردد، ولی بشرطی که این مقدار با مصرف مقادیر بیشتری از کالری جبران نشود.

کاهش در زمان نشستن، مانند زمانیکه صرف تماشای تلویزیون یا انجام بازیهای ویدیویی می کنید نیز روش دیگری برای افزایش فعالیت است. بیماران باید تشویق شوند که فعالیتهای فیزیکی را روزانه ادامه دهند. مثالهای دیگر شامل پیاده شدن از وسایل حمل و نقل عمومی یک ایستگاه قبل از محل معمول، پارک کردن ماشین دورتر از محل معمول جهت انجام کار یا خرید و بالاتر رفتن از پله ها بجای استفاده از بالا برها یا پله برقی می باشد. اشکال جدید فعالیتهای فیزیکی پیشنهادی عبارتند از: باغبانی، قدم زدن، پیاده روی روزانه یا دیگر فعالیتهای ورزشی جدید. با تعیین محل امنی جهت انجام فعالیت (مانند پارک های عمومی، ورزشگاهها، استخرها و کلوپهای سلامتی) می توان بهره برداری از فعالیتهای فیزیکی را تسهیل کرد. در هر حال وقتی این محلها قابل دسترس نباشند، یک نقطه از منزل را می توان جهت انجام آن تعیین کرد و اگر ممکن باشد با بهره گیری از وسایلی مثل یک دوچرخه ثابت یا یک *treadmill* آن را تجهیز کرد.

پرسنل اماکن مراقبتهای بهداشتی درمانی باید بیماران را به برنامه ریزی تشویق نمایند تا فعالیت فیزیکیشان را (به طور هفتگی) از نظر میزان پیشرفت، بودجه و زمان لازم برای انجام آن در قالب جدول و بصورت فهرست در آورند و با تهیه یک دفترچه خاطرات روزانه و ثبت مدت و شدت ورزش، آن را مستند تر کنند.

فعالیت فیزیکی متوسط به سختی، معادل با مصرف ۱۵۰ کالری انرژی در روز یا ۱۰۰۰ کالری در هفته می شود.

- برای کسانی که می خواهند تازه شروع کنند یا افرادی که خیلی زمینگیر شده اند، فعالیت های خیلی سبک مثل فعالیت های سرپایی ، نقاشی در اطاق ، هل دادن ویلچر، کار در محوطه ، اطو زنی ، آشپزی و نواختن موسیقی افزایش پیدا کند.
- فعالیت های سبک شامل پیاده روی آهسته (۲۴ دقیقه / مایل) ، کاردر گاراژ ، تمیز کردن بخاری در منزل ، نگهداری بچه ، گلف بازی ، قایق سواری و تنیس روی میز مفرح می باشند.
- فعالیت متوسط شامل پیاده روی ( ۱۵ دقیقه / مایل ) ، حرس کردن و کندن علف های هرزه و بیل زدن باغچه ، حمل بار ، دوچرخه سواری ، اسکی، تنیس و حرکات ریتمیک می باشد.
- فعالیت شدید شامل آهسته دویدن بمیزان یک مایل در عرض ۱۰ دقیقه ، بردن بار به بالای تپه ، قطع درخت، حفاری سنگین بصورت دستی ، کوهپیمایی و فوتبال باشد.
- دیگر فعالیت های کلیدی شامل نرمش های انعطاف پذیر جهت دستیابی به جلوگیری از محدودیت کامل حرکات مفصلی ، ورزش های قدرتی یا استقامتی و هوازی می باشد.

## رفتار درمانی

رفتار درمانی روشهایی را برای غلبه بر موانع و در جهت قبول رژیم درمانی و یا افزایش فعالیت فیزیکی فراهم می کند و این روشها از ارکان مهم درمان کاهش وزن می باشند. رویکرد زیر جهت کمک به کسانی که می خواهند رفتار درمانی را بگیرند، مفید می باشد. استراتژیهای رفتار فردی برای رفع نیازهای بیمار، درست بهمان صورتی که در استراتژیهای رژیمی و ورزشی مطرح بود، باید بر رفتار درمانی تأکید داشته باشد.<sup>۵۴</sup> علاوه درمانگر باید بتواند انگیزه بیمار را جهت ورود به درمان کاهش وزن و آگاهی از اجرای پلان (طرح) برآورد نماید، تا بتواند راهکارهای مناسب را جهت تحریک بیماران مشخص نماید.

## بیمار را خوب ویزیت کنید

### نحوه برخورد، اعتقادات و سوابق بیمار را مدنظر بگیرید.

در ارتباط بین بیمار و آماده گر برنامه درمانی، سوابق، طرز برخوردها و عقاید ممکن است بر هر دو قسمت اثر نمایند. تشخیص چاقی بجز در بیمارانی که اخیراً اضافه وزن پیدا کرده اند، بندرت خبری تازه یا جدید برای بیمار می باشد. معمولاً بیماران در اطاق مشاوره سابقه ای از دخالت یک عامل خنثی کننده، سخت، مشکل و قابل مشاهده را بیان می نمایند. افراد چاق غالباً توسط افراد غریبه مورد استهزا و تبعیض قرار می گیرند و گاهی از اوقات نیز مطالبی که باعث آزرده گی خاطرشان می شود را از شاغلین مراقبتهای بهداشتی درمانی قبلی دریافت کرده اند. از طرفی بیمار چاق ممکن است دفاع قابل فهمی در باره مشکلش داشته باشد.

- مراقب برخورد ناداورانه باشید، تا بین مشکل چاقی و بیمار مشکل دار فرق بگذارید. از بیمار (مرد یا زن) بخواهید تا سابقه ای از ورزش و اینکه چگونه

چاقی بر زندگی وی تاثیر گذاشته است، را بازگو کند. نگرانی خود در خصوص ریسکهای سلامتی همراه با چاقی و چگونگی تاثیر آن را بر سلامتی بیمار ابراز کنید.

مشابهاً درمانگران برنامه های درمانی نیز تجربه های بی ثمر بیشتری را در برخورد با بیماران دچار مشکلات وزنی داشته اند. توجه ویژه به دشواری در کنترل و درمان طولانی مدت وزن، ممکن است به احساس رفلکسی بیهودگی و بی فایدهگی مبدل شود. زمانیکه تلاشها جهت کمک به بیماران در زمینه کاهش وزن ناکام ماند، آماده گر ممکن است ناامید شود و بیمار را مقصر این شکست بداند و بیمار چاق را منحصراً سخت و غیر قابل تسلیم بداند و ممکن است احساسات و تعصبات ضد چاقی خیلی زیادی بخود بگیرد.

- حقیقتاً عقاید و طرز برخورد های خود را در خصوص چاقی و افراد چاق بیازمائید. بیاد داشته باشید که چاقی همانند دیابت و فشار خون، یک بیماری مزمن است. در حقیقت، بیماران کوششهایی را متناسب با بدن خودشان انجام می دهند تا روند کاهش وزن را متوقف کنند.

بخاطر داشته باشید که پذیرش بیشتر رژیمهای درمانی طولانی مدت که نیازمند تغییر در رفتار است، ضعیف می باشد. رسیدن به انتظارات واقع بینانه، بستگی به آسانی، مقدار، سرعت و دوام تغییر وزن دارد.

### **برقراری مشارکت با بیمار**

بیمار باید مشارکت فعالی در زمینه مشاوره داشته باشد و در تنظیم اهداف تغییر رفتاری شرکت کند. این بیمار است که باید تغییرات را ایجاد کند تا کاهش وزن انجام شود. بیمار پیش از این، اهداف نگران کننده کاهش وزن را پیش رو دارد و اینکه چگونه آنها را به انجام رساند؟ این اهداف ممکن است از آن چیزهایی که آماده گر باید انتخاب کند، متفاوت باشد. آماده گر برای بیمار می تواند نقش اطلاعات عمومی، پیش بینی

کننده، پشتیبانی و برخی از شاخص‌های راهنما را داشته باشد، اما از کسی که تاکنون اهداف ما را قبول نکرده، نباید انتظار نتیجه‌گیری مناسب داشته باشید.

- زمانیکه برای اولین بار، وزن بالا رفت، از بیمار بپرسید که اهداف وزنی‌اش چیست؟ شما ممکن است به این نتیجه برسید که اهداف وزنی بیمار بیش از مقدار مورد نیاز جهت بهبود سلامتی جاه طلبانه است. اما اعتراف کنید که بیمار ممکنست دلایل بسیار دیگری برای انتخاب اهداف مختلف داشته باشد. بین نتیجه تغییرات رفتاری، کاهش وزن در طولانی مدت و کوتاه مدت (رژیم، فعالیت و غیره) که فرصتی بر آن پایان‌ها هستند، فرق بگذارید. تأکید کنید که این بیمار است که تشخیص خواهد داد چه اهداف ویژه‌ای باید پیگیری شود و منظور اصلی از مرور آن (هدف مورد نظر بدست آمده)، ارزیابی برنامه است نه بیمار.

بعلاوه تأکید کنید مهمترین چیزی که بیمار می‌تواند انجام دهد اینست که حتی اگر اهدافش برآورده نشدند، وعده‌های ملاقات را ادامه دهد.

### **تنظیم اهداف اجرایی**

فعالیت‌های منتهی به تنظیم اهداف، باید با تشریح مساعی همراه باشد. از میان کل رژیم‌های موجود و تغییرات فعالیت‌های فیزیکی که ممکن است انجام شود، تعداد کمی از آنها ممکن است براساس شدت نسبی وزن، سلامتی، وضع فعلی، رضایت بیمار و توانایی انجام آن انتخاب شوند.

بعد از آنکه اهداف انتخاب شدند، برنامه عملی مطابق با آن هم در جهت ایجاد تغییرات باید تعبیه شود.

- بیمار بعد از اینکه رژیم‌های پیشنهادی و راهنمای فعالیت فیزیکی را در نظر گرفت، باید جهت انتخاب دو یا سه هدف که مورد نظرش (زن یا مرد) است و می‌تواند آنها را بعهده بگیرد، مورد تشویق قرار گیرد.



اگر بیمار محلی را که به ظاهر نیاز به تغییر دارد، انتخاب نمیکنند. هزینه ها و فواید موفقیت آنرا بدون وجود آن بعنوان یک تعهد والزام امتحان کنید. "چیزی که بنظر می رسد برای بیشتر بیماران مهم است فعالیت فیزیکی می باشد. عقیده شما در باره افزایش سطح فعالیت فیزیکی چيست؟" توانایی مشهود بیمار را جهت پاسخگویی به یک هدف ویژه برآورد کنید. (براساس امتیاز بندی ۱ تا ۱۰، چگونه شما مطمئن می شوید که می توانید این هدف را برآورده کنید؟)

بیماران باید مشارکت فعال داشته باشند و در تنظیم اهداف جهت ایجاد تغییرات در رفتار شرکت نمایند.

اهداف مؤثر، ویژه، قابل حصول و اغماض می باشند (کمتر از عالی). بنابراین "ورزش بیشتر باید" پیاده روی بمیزان ۳۰ دقیقه و ۳ روز در هفته، باشد.

### قالب بندی

قالب بندی، یک نوع تکنیک رفتاری است که دربرگیرنده انتخاب یک سری از اهداف کوتاه مدت است که فرد را به هدف نهایی نزدیک و نزدیکتر کند (مانند کاهش اولیه چربی دریافتی از ۴۰ درصد کالری به ۳۵ درصد و بعدها تا ۳۰ درصد). از زمانی که بیمار یک هدف را انتخاب می کند، کمی او را راهنمایی کنید که چه کاری انجام دهد تا به آن برسد؟ (بهترین روزهایی که شما می توانید پیاده روی کنید چه روزهایی هستند؟ چه وقتی از روز برای شما بهتر است؟ چه نظم و ترتیبی را برای مراقبت از کودک نیاز خواهید داشت تا ایجاد کنید؟)

برای بیمار نسخه ای تهیه کنید که لیست هدفهای رفتاری انتخابی در آن نوشته شده باشد. جهت ثبت وزن و هدف (ضمیمه J را ببینید) در چارت و بمنظور حفظ نشانی از تغییرات وزن و اهداف می توانید از آن کپی بردارید. اهداف بیمار، در زمینه رژیمهای غذایی و نوع فعالیتهای روزانه را بصورت هفتگی یادداشت کنید. (ضمیمه K را ببینید)

## توسعه مشارکت

ویزیت‌هایی که بمنظور پیگیری انجام می‌شوند فرصتهای مناسبی را برای آگاهی از وضعیت سلامتی وزن بدن و مراقبت از پاسخ دهی برای هر رژیم دارویی فراهم می‌کند. همچنین فرصتهایی را برای برآورد پیشرفت به سمت اهداف انتخابی در ویزیت‌های قبلی، کسب حمایت و ارائه اطلاعات اضافی و تعیین اهداف برای ویزیت‌های بعدی فراهم میکند. در عمل، دستیابی ناقص به هدف یک امر عادی است. روی تغییرات مثبت تمرکز کنید و رویکردهای حل مشکل را که در جهت کاستن از آنها پیش می‌روند، بپذیرید. اینکه بوسیله ارتباطی که دارید این هدف انجام شده، نه بوسیله بیمار، جای بحث دارد.

• بیمار در حالیکه در اتاق انتظار نشسته است، می‌تواند نتایج اهداف قبلی، چشم اندازه‌های مختلف برنامه درمانی (رژیم، فعالیت، دارو)، موضوعهایی که با شما بحث می‌کند و اهداف ممکنه را برای پی‌ریزی اهداف جدید یادداشت کند. در هنگام مشاوره یک رویکرد آزموده رتبه‌ای، می‌تواند با طرح سؤالاتی مثل "چند روز در هفته شما می‌توانید پیاده روی کنید؟" "بیش از" آیا شما به هدف پیاده روی رسیدید؟ ارتباط برقرار کند. موفقیتها باید توجه و تمجید مثبتی را دریافت کنند. اگر بیمار با موفقیت به هدف دلخواه نرسیده، به بازکردن رویکردهای هدف وی (زن و مرد) اهمیت دهید.  
("ولو اگر بیمار نتوانسته بود چهار روز در هفته پیاده روی کند، حداقل ۲ بار در هفته اینکار را انجام دهد")

قبول کنید که طبیعت چالشهای کنترل وزن با پاسخهای حل‌کننده مشکل برای آن اهداف، سازگاری کاملی پیدا نکرده‌اند. تأکید می‌شود که آزمودن کیفیت اهدافی که محقق نشده‌اند می‌تواند به بروز استراتژیهای جدید و مؤثرتر منجر شوند. ("در خصوص مداخلاتی که در زمینه برنامه‌های پیاده روی در روزهایی که انجام نمی‌شود، چه تدبیری اندیشیده‌اید؟")

براین مساله که کنترل وزن، دوره ای از حیات زندگی است نه یک سرنوشت و بعضی از اشتباهات، فرصتهای مسلمی را برای یادگیری در زمینه چگونگی رسیدن به موفقیت بیشتر فراهم می کنند، تأکید داشته باشید.

- با همکاری بیمار، هدفها را جهت ویزیت بعدی تنظیم کنید. این اهداف باید براساس نتیجه اهداف قبلی، ملاحظات در هدف انتخابی بیمار و ارزیابی حال بیمار باشد. اگر هدف قبلی میزان زیادی از دست برود، ممکن است در بعضی مواقع جهت پایین آوردن هدف کمک کننده باشد.

#### در تماس بودن

تداوم تماسهای درمانی یک موفقیت بزرگ و برجسته در کنترل وزن هستند، اما افرادی که توسط متولیان امر ویزیت می شوند نیازی به برقراری تماس مستقیم ندارند. از فرصتهای موجود جهت برقراری و تداوم تماس با بیمار می توانید، بهره گیرید.

- بیماران را در مطب تشویق کنید تا در بین زمانهای مشاوره، که جهت چک کردن وزن صورت می گیرد، آنقدر معطل شوند تا (با همکاری پرستار مطب یا سایر پرسنل) با انواع غذاهای هفتگی و فعالیت روزانه آشنا شوند. همچنین نوارهای ویدئویی آموزشی را تماشا کنند و یا دیگر مواد آموزشی را بگیرند.

چنین ویزیتهای موقتی ممکن است نوبت بندی شده و تنها در صورت ضرورت، می بایست ترک شود که آن بستگی به نیازها و نظرات بیمار دارد.

این مواد یا پاسخهای آموزشی ممکنست از طرف شما و یا پرسنل زیر مجموعه شما بوسیله نامه، پست الکترونیکی یا تلفن ارسال گردد. لذا ممکنست بمنظور پشتیبانی از درمان بیماران، یکی از افراد مطب شما و در بین ویزیتها با بیماران تماس برقرار کند.

#### جهت تغییر رفتار به بیمار کمک کنید.

بمنظور یاری رساندن به بیماران در زمینه کنترل وزن، ممکن است از تکنیکهای اثبات شده تغییر رفتار، استفاده شود.

بعضی از افراد از طریق خواندن و بعضی دیگر از راه نوشتن می توانند ارتباط برقرار کنند. هدف ممکنست استفاده از یک یا چند تکنیک باشد. لذا بمنظور استفاده بیماران می توانید از دست نوشته ضمیمه A، کپی تهیه کنید.

خود مراقبتی، به مشاهدات و ثبت بعضی از چشم اندازهای رفتاری مثل کالری دریافتی، جلسات ورزشی، داروهای مورد استفاده و... یا شمه ای از این رفتارها مثل تغییرات در وزن بدن اشاره می کند.

- خود مراقبتی رفتاری، معمولاً رفتار را در جهت تمایلی که دارند تغییر می دهد و می توانند، با یادداشت برداری، زمان های واقعی را برای پیگیری بیشتر فراهم کنند. بعضی از بیماران دریافته اند که فرمهای خود مراقبتی برایشان راحت تر است، در حالتی که عده ای دیگر ترجیح می دهند تا از سیستمهای یادداشت شخصی خود استفاده کنند. ثبت رژیم دریافتی (انتخابهای غذایی، مقادیر و دفعات) اگرچه بنظر بعضی از بیماران یک کار معمولی بحساب می آید، ولی یک کاربرد خیلی مفید از خود مراقبتی است.

هر چند بعضی از بیماران ترجیح می دهند که روزانه خود را وزن کنند و بعضی دیگر آنرا با اندازه گیری کمتر از حد معمول و همیشگی انجام می دهند، ولی خود مراقبتی منظم برای نگهداری طولانی مدت وزن امری ضروری است.

- **بمنظور تشویق برای کسب هدفهای رفتاری** خصوصاً کسانی که مشکلاتی جهت رسیدن به آن دارند، از پاداش می توان استفاده کرد. یک پاداش اثر بخش چیزی است که از نظر زمانی مطلوب و احتمالاً برآورنده هدف باشد. پاداشهای بیماران تحت نظر ممکنست ملموس (مانند یک فیلم، CD موسیقی یا پرداخت هزینه خرید چیزهای بیشتر) و یا غیر ملموس (مانند مرخص شدن از یک کار بعد از ظهر یا یکساعت استراحت دور از خانواده) باشد. پاداشهای کوچک برای برآوردن اهداف کوچکتر داده

می شود و ترجیحاً پاداشهای بزرگ نیاز به انجام کوششهای سخت و طولانی دارند.

• **تغییر در کنترل انگیزه** ، شامل روشهای مختلف در زمینه آموزش های اجتماعی و محیطی است که بنظر می رسد فرد را تشویق به خوردن موارد غیر دلخواه و آنگاه تغییر در رویه ها می کند. بعنوان مثال بیمار(مرد یا زن) ممکنست از انعکاس یا یادداشتهای خود مراقبتي متوجه شود که در حین تماشای تلویزیون غذای نسبتاً زیادی خورده و یا نشان دهد هر وقت که جهت استفاده از قهوه جوش اداره تعارف می شود یا وقتی که در بین دوستان است ، بیشتر غذا می خورد.

نتیجه این استراتژیها ، باید جداسازی کارهای روزمره از غذا خوردن باشد (در حالیکه تلویزیون نگاه می کنید غذا نخورید). کنار گذاشتن از کارهای روزمره باشد (بعد از اینکه قهوه را ریختید بلافاصله اتاق قهوه را ترک کنید) و یا وضعیت محیط کار را تغییر دهید(برنامه ریزی جهت ملاقات با دوستان در محلی که در آن محل دسترسی به غذا وجود ندارد). اغلب در حالت عادی و روزمره برای موارد غذایی قابل دسترس و مشاهده ، برنامه ای وجود ندارد.

به آسانی با تغییر رفتار در رژیم غذایی می توان کاری کرد تا فرد بتواند بدون احساس محرومیت، غذای کمتری را بخورد.

یک تغییر مهم ، برنامه ریزی جهت غذا خوردن آرام می باشد تا اجازه دهیم قبل از آنکه غذا تمام شود، سیگنالهای سیری شروع به فعالیت کنند.

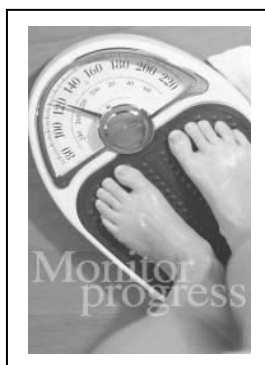
تاکتیک دیگر استفاده از ظروف کوچکتر است تا قطعات متوسط در ظاهر بصورت کم بنظر نیایند .

تغییر فهرست غذایی برای کسانی می تواند مفید واقع شود که از زیر بار غذا خوردن طفره می روند و یا دیر می خورند و متعاقب آن زیاد می خورند.

### **تمرکز روی محتوای مواد**

هدف از درمان چاقی ، بهبود سلامتی بیمار است. برای بیمار و متولی امر درمان، توسعه مراقبت، روند انگیزشی مداوم و مهمی است. چگونگی وضعیت وزن بدن در حال حاضر، ریسک فاکتورهای مربوطه و دیگر پارامترهای سلامتی و نیل به هدف باید بصورت یادداشتهای ساده و روان ثبت شوند.

- جهت خلاصه نمودن تغییرات وزن و ریسک فاکتورهای همراه که بطور اولیه وجود دارند یا از سابقه خانوادگی بیمار که بدست می آیند از چارتهای ساده یا گرافیکی استفاده کنید. بعنوان مثال در بیماری که BMI ۳۳، فشار خون و سابقه خانوادگی از دیابت نوع ۲ دارد، چارت باید شامل اندازه گیری متوالی وزن، BMI، دور کمر، فشار خون و قند ناشتا باشد. این یادداشتهای را برای بیمار کپی کنید. برای بیماری که برایش نسخه رفتاری نوشته شده، لیست هدفهای برگزیده را تهیه کنید. ضمناً جهت استفاده از چارت. می توان از برگه وزن و هدف کپی تهیه کرد (ضمیمه ۱ را ببینید) ، تا از آخرین وضعیت تغییرات وزن و هدف اطلاع حاصل کرد .



هدف از درمان چاقی ، بهبود سلامتی بیمار است. برای بیمار و متولی درمان ، توسعه مراقبت ، روند انگیزشی مداوم و مهمی است.



## درمان دارویی

داروهای کاهنده وزن که توسط FDA جهت استفاده طولانی مدت مورد تأیید قرار گرفته اند، ممکنست نسبت به رژیم درمانی و فعالیت فیزیکی برای بیمارانیکه  $BMI \leq 30$  و ریسک فاکتور یا بیماری همراهی ندارند، در مرحله بعدی قرار گیرند. همچنین استفاده از درمان دارویی برای بیمارانیکه  $BMI \leq 27$  و ریسک فاکتور یا بیماریهای همراه چاقی دارند، نیز مفیدمی باشد.

داروها باید بعنوان جزئی از یک برنامه که شامل رژیم غذایی، فعالیت فیزیکی و رفتار درمانی است، مورد استفاده قرار گیرد.

در طی چند سال گذشته، تفکرات ما در خصوص درمان دارویی دچار تغییرات اساسی شده است. طی پیگیری چهار ساله، آزمایش هایی که با فنترمین (Phentermine) و فنفلورامین (Fenfluramine) بوسیله ون تراب Weintraub در سال ۱۹۹۲ انجام شده و با کشف لپتین (Leptin) (هورمون بافت چربی)، درمان دارویی شروع به تغییر جهت از استفاده کوتاه مدت به بلند مدت نمود. دکسفنفلورامین (Dexfenfluramine)، فنفلورامین و ترکیب فنترامین (Phenteramine) و فنفلورامین (Fenfluramine) داروهایی هستند که برای استفاده طولانی مدت تجویز می گردند.

در هر حال نگرانیهای قابل انتظار در خصوص اثرات جانبی غیر قابل قبول مانند رگورژیتاسیونهای دریچه ای ضایعات قلبی<sup>۵۵</sup>، در سپتامبر ۱۹۹۷ منجر به بیرون کشیدن دکسفنفلورامین و فنفلورامین از بازار مصرف شد<sup>۵۶</sup>. بنابراین تا نوامبر ۱۹۹۷ هیچ داروی مورد تأیید FDA که قابل استفاده برای مدت بیش از سه ماه باشد، وجود نداشت. زمانیکه FDA سیبوترامین (Sibutramine) را جهت استفاده طولانی مدت درمان چاقی تأیید کرد، در آوریل سال ۱۹۹۹، استفاده طولانی مدت از اورلیستات (Orlistat) را نیز مورد تأیید قرار داد.

منظور از کاهش و نگهداری وزن بدن، کاهش ریسکهای سلامتی است. اگر وزن دوباره اضافه شود، ریسکهای سلامتی نیز افزایش می یابند. بسیاری از بیمارانی که وزنشان را از دست داده اند دوباره آنرا بدست می آورند<sup>۵۷</sup>. بنابراین چالش بیمار و درمانگر نگهداری کاهش وزن است. لذا بخاطر تمایلی که به افزایش وزن بعد از کاهش وزن وجود دارد، استفاده از داروها برای درمان طولانی مدت بمنظور کمک به درمان چاقی، ممکنست در بیمارانی که نگرانی بیشتری دارند، اندیکاسیون (مورد) داشته باشد. داروهای مورد استفاده جهت کاهش وزن از دسته آنورکسیانتهای (Anorexiant) یا سرکوب کنندگان اشتها می باشند. سه کلاس از داروهای آنورکسیانتهای ساخته شده که همگی اثر نوروترانسمیتری بر مغز دارند و وجه مشخصه شان ممکنست بصورت ذیل باشد:

۱- آنهایی که اثر کاتاکولامینی دارند مانند دوپامین و نوراپی نفرین

۲- آنهایی که اثر سروتونینی دارند.

۳- آنهایی که بیش از یک اثر نوروترانسمیتری دارند.

این داروها با افزایش ترشح دوپامین، نوراپی نفرین یا سروتونین به داخل شکاف سیناپتیک عصبی و با مهار جذب مجدد این نوروترانسمیترها بداخل نرون یا با ترکیب این دو مکانیسم عمل می کنند.

سیبوترامین جذب مجدد نوراپی نفرین و سروتونین را مهار می کند. اورلیستات یک

سرکوب کننده اشتها نیست و مکانیسم عمل متفاوتی دارد و حدوداً  $\frac{1}{3}$  از جذب چربیها را بلوک می کند. با هر کدام از این داروهای جدید آزمایشهایی که بیش از ۶ ماه طول کشیده باشد، کم انجام شده است. این داروها توانایی متوسطی در جهت کاهش وزن دارند. طبق گزارشهای اعلام شده، کاهش وزن خالص که به کمک داروها صورت گرفته بین ۲ تا ۱۰ کیلوگرم (۴/۴ تا ۲۲ پوند) می باشد. اگرچه بعضی از بیماران مشخصاً وزن بیشتری کم می کنند اما در کل و بطور مشخص امکان ندارد بتوان پیشگویی کرد که چگونه وزن اضافی یک فرد ممکنست از دست برود. بیشترین کاهش وزن در طی ۶ ماهه اول درمان اتفاق می افتد.

#### تابلوی ۶

#### داروهای کاهش وزن\*



اثرات جانبی	نحوه اثر	دوز	دارو
افزایش ضربان قلب و فشار خون	مهار کننده باز جذب نوراپینفرین، دوپامین و سروتونین	۵،۱۰،۱۵ میلیگرم، جهت شروع ۱۰ میلیگرم خوراکی روزانه، ممکنست تا ۱۵ میلیگرم افزایش یا تا ۵ میلی گرم کاهش یابد.	سیبوترامین (Meridia)
کاهش جذب ویتامینهای محلول در چربی، مدفوع نرم و نشت از آنال (مخرج)	مهار لیپاز پانکراتیک، کاهش جذب چربی	۱۲۰ میلی گرم؛ ۱۲۰ میلی گرم خوراکی سه بار در روز (قبل از غذا)	اورلیستات (Xenical)

\* افرین بعلاوه کافئین و فلوکستین برای کاهش وزن آزمایش شده اند اما جهت استفاده برای درمان چاقی تایید نشده اند. مازیندول (Mazindol)، دی اتیل پروپیون (Diethylpropion)، بنزفتامین (Benzphetamine) و فن دیمترازین (Phendimetrazine) فقط جهت استفاده کوتاه مدت در درمان چاقی تایید شده اند. فرآورده های گیاهی بعنوان جزئی از برنامه کاهش وزن توصیه نمی شوند. این فرآورده ها مقادیر غیر قابل پیش بینی از اجزای فعال دارند و غیر قابل پیش گویی هستند و از نظر پتانسیلی اثراتشان مضر است.

اثرات جانبی قابل ملاحظه در درمان با سیبوترامین Sibutramin شامل افزایش فشار خون و تعداد ضربان قلب میباشد<sup>۵۸</sup>. کسانیکه فشار خون بالا، CHD، نارسائی احتقانی قلب، آریتمی یا سابقه ای از سکته مغزی دارند نباید سیبوترامین بخورند. در داخل بسته بندیهای سیبوترامین آمده {بخاطر اینکه این دارو ذاتاً موجب افزایش فشار خون در بعضی از بیماران می گردد، زمانی که سیبوترامین تجویز می شود باید بطور منظم فشار خون آنان اندازه گیری شود}.

با مصرف اورلیستات، کاهش احتمالی ویتامینهای محلول در چربی وجود دارد. مدفوع شل و چرب نیز از اثرات جانبی آن است. بنابراین وقتی که این دارو مصرف می شود، استفاده از مولتی ویتامین مکمل توصیه می شود. اثرات جانبی این داروها عموماً خفیف هستند و ممکنست با ادامه مصرف خوب شوند. اگر چه اصرار بر مصرف آن، منجر به قطع

درمان دارویی می گردد. تابلوی ۶، دوز، نحوه اثر و اثرات جانبی سیبوترامین و اورلیستات را نشان میدهد.

برای کاهش وزن، افدرین به همراه کافئین و فلوکستین مورد آزمایش قرار گرفته، اما استفاده از آنها جهت درمان چاقی مورد تأیید قرار نگرفته است. مازیندول (Mazindol)، دی اتیل پروپیون (Diethylpropion)، بنزفتامین (Benzphetamine) و فن دیمترازین (Phendimetrazine) فقط جهت استفاده کوتاه مدت در درمان چاقی تایید شده اند. فرآورده های گیاهی بعنوان جزئی از برنامه کاهش وزن توصیه نمی شوند. این فرآورده ها مقادیر غیر قابل پیش بینی از اجزای فعال دارند و غیر قابل پیش گویی هستند و از نظر پتانسیلی اثراتشان مضر است.

براساس توصیه متخصصین، اگر بیماری ۶ ماه بعد از آغاز رژیم کاهش وزن (که شامل رژیم کم کالری، افزایش فعالیت فیزیکی و رفتار درمانی بوده) به میزان ۱ پوند در هفته وزن کم نکرده، ممکنست جهت پیگیری دقیقتر، تحت فارماکوتراپی قرار گیرد. برخی از مطالعات طولانی مدت، ایمنی یا اثر بخشی داروهای شایع مورد تایید در خصوص کاهش وزن را مورد ارزیابی قرار داده اند.

در حال حاضر سیبوترامین و اورلیستات جهت استفاده طولانی مدت در دسترس هستند. با لحاظ نمودن نسبت ریسک پذیری به فایده، می توان این داروها را جهت استفاده و بعنوان یک ضمیمه در برنامه های رژیم درمانی و فعالیت فیزیکی برای بیماران با  $BMI \leq 30$  بدون ریسک فاکتورها یا بیماریهای همراه با چاقی و برای بیماران با  $BMI \leq 27$  که ریسک فاکتورها یا بیماریهای همراه با چاقی نیز دارند، استفاده کرد<sup>۵۹</sup>. فقط کسانی که در معرض افزایش ریسک سلامتی بخاطر افزایش وزنشان هستند باید از داروهای کاهنده وزن استفاده کنند و بخاطر زیبایی نباید از این داروها استفاده نمایند.

هر بیماری به درمان دارویی نمی تواند پاسخ مناسب بدهد. آزمایشات مختلف بیانگر این حقیقت می باشد که پاسخ دهندگان ابتدایی، به درمان نیز خوب پاسخ می دهند. هر جا که از ابتدا پاسخی داده نشده با افزایش دوز هم، پاسخی نخواهند گرفت.<sup>۶۰ و ۶۱</sup>

اگر بیماری در طی مدت ۴ هفته پس از آغاز درمان، به میزان ۲ کیلوگرم (۴/۴ و پوند) وزن کم نکرده است، احتمالاً پاسخ وی در طولانی مدت نیز خیلی کم خواهد بود.<sup>۶۱</sup>

این راهنما ممکنست جهت راهنمای درمانی در ادامه مصرف دارو در پاسخ دهندگان یا قطع آن در کسانی که پاسخی نمی دهند، مورد استفاده قرار گیرد. اگر در طی ۶ ماه پس از آغاز درمان، وزن بیمار کاهش یابد و یا اگر وزن، بعد از آغاز فاز کاهش وزن حفظ شود، دارو درمانی ممکنست ادامه یابد. مهم اینجاست که بیاد داشته باشید که نقش اصلی این داروها کمک به بیمارانی می باشد که برنامه های رژیم غذایی و فعالیت فیزیکی را حین کاهش وزن رعایت کرده اند. هر وقت که مصرف دارو قطع شد نباید انتظار داشته باشیم که داروها اثربخشی شان در کاهش یا نگهداری وزن ادامه داشته باشد.<sup>۶۳و۶۲</sup>

استفاده از دارو تازمانی که اثر بخش است و اثرات جانبی اش قابل کنترل است و مشکل جدی ایجاد نکند، ممکنست ادامه یابد. متأسفانه هنوز اندیکاسیون بخصوصی که تا چه مدت باید داروی کاهش وزن ادامه یابد، وجود ندارد. بنابراین یک دوره ابتدایی آزمایشی چند هفته ای برای دادن دارو به بیمار ممکنست جهت تعیین اثربخش بودن آن کمک کننده باشد.

اگر بیمار به هنگام استفاده از دارو پاسخ قابل قبولی به درمان کاهش وزن ندهد، طبیب مجدداً باید بیمار را جهت رعایت رژیمهای دارویی و درمانهای الحاقی مورد ارزیابی قرار دهد و نیاز او (مذکر/مؤنث) به تنظیم دوز را مد نظر قرار دهد. اگر در بیمار تداوم عدم پاسخ به دارو وجود داشته باشد و یا در وی، اثر جانبی جدی رخ داده باشد، درمان دارویی را باید قطع کند.<sup>۶۴</sup>

در بین مصرف کنندگان علاقه بسیاری برای کاهش وزن با استفاده از دارو وجود دارد. لذا، بر درمانگر واجب است تا بخاطر جلوگیری از بروز اثرات جانبی بعدی، دارو درمانی را با احتیاط انجام دهد.

داروهای گیاهی بعنوان جزئی از برنامه کاهش وزن توصیه نمی شوند، زیرا این فرآورده ها مقادیر غیر قابل پیش بینی از اجزای فعال دارند و غیر قابل پیش بینی هستند و از نظر پتانسیلی اثراتشان مضر است.

در بیمارانی که ریسک پایین تری از لحاظ چاقی دارند، درمانهای غیر دارویی، درمانهای انتخابی هستند. مسأله مهم اینست که کلینیسین مراقب اثر بخشی و اثرات جانبی داروهای شایع در بازار باشد.

به دلیل اینکه ممکنست در ترکیب داروهای مختلف با این داروها اثرات جانبی شان افزایش یابد ( تا زمان کسب اطلاعات ایمن تر در خصوص آنها ) استفاده شخصی از داروهای کاهش دهنده وزن بدن باید با احتیاط بیشتری صورت گیرد. ضمناً بعضی از بیماران با دوزهای کمتر به درمان پاسخ خواهند داد. بنابراین همیشه نیازی به دادن دوز کامل نیست.

از داروها باید و فقط بعنوان قسمتی از یک برنامه جامع که شامل رفتاردرمانی ، رژیم درمانی و فعالیت فیزیکی می باشد ، استفاده نمود. در تمام مدتی که از دارو بعنوان قسمتی از رژیم استفاده می گردد، مراقبتهای مناسب از بابت اثرات جانبی باید ادامه یابد. لازم است بیماران هر ۲ تا ۴ هفته یکبار، جهت ویزیت مراجعه نمایند، بعد ویزیتهای ماهانه ، بمدت ۳ ماه و سپس هر ۳ ماه یکبار تا مدت یکسال بعد از شروع درمان دارویی، بعد از آن، پزشک توصیه های مناسب را جهت ویزیتهای بعدی انجام خواهد داد. هدف از این ویزیتها، پیگیری وزن ، اندازه گیری فشار خون ، گرفتن نبض ، گفتگو در خصوص عوارض جانبی داروها در بدن ، انجام تستهای آزمایشگاهی و جواب دادن به سؤالات بیمار می باشد.

از آنجایی که چاقی بیماری مزمنی می باشد ، استفاده کوتاه مدت از داروها کمک کننده نخواهد بود. از نقطه نظر پزشکی باید داروهایی را استفاده نمود که در استراتژی درمان طولانی مدت قرار می گیرند.<sup>۶۵</sup>

بخاطر اینکه در حال حاضر اطلاعات قابل دسترس برای داروهایی که در طولانی مدت مصرف می شوند کافی نمی باشد (< ۱ سال) ، نسبت ریسک پذیری به فایده استفاده از آنها ، قابل پیش بینی نمی باشد .

## جراحی کاهش وزن

جراحی‌هایی که بمنظور کاهش وزن صورت می‌گیرد، روش انتخابی برای کسانی است که از نظر بالینی چاقی شدید دارند، مثلاً  $BMI \leq 40$  یا  $BMI \leq 35$  همراه با موربیدیتی دارند. همچنین جراحی کاهش وزن برای بیمارانی که از دیگر روشهای درمانی شکست خورده اند و کسانی که از نظر بالینی چاقی شدیدی دارند (عموماً بعنوان "چاقی عارضه دار" ارجاع می‌شوند) باید در نظر گرفته شود. واضحاً از نقطه نظر پزشکی، جراحی در بیشتر بیماران، منجر به کاهش وزن بمدت بیش از پنج سال می‌گردد. دو روش جراحی معمول که میتوانند در این زمینه مؤثر باشند، عبارتند از:

- (۱) روشهایی که حجم معده را محدود می‌کنند ( banded gastroplasty )
- (۲) روشهایی که علاوه بر آن، غذای مصرفی را نیز محدود می‌کنند و باعث می‌شوند که کیفیت هضم غذا تغییر یابد ( Roux-en-Y gastric by pass ). لطفاً شکل ۵ را ببینید

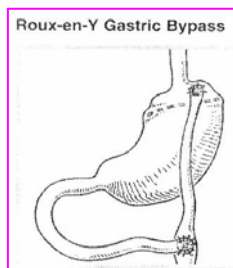
بعد از جراحی نیز لازم است تا مراقبتهای پزشکی تا آخر عمر ادامه پیدا کند. عوارض حین جراحی با توجه به وزن و وضعیت کلی سلامتی افراد فرق می‌کند. در مقالات منتشر شده آمده است که مورتالیتی ( مرگ و میر ) در بیماران جوان بدون موربیدیتی همراه با  $BMI > 50 \text{ kg/m}^2$  که تحت عمل جراحی قرار گرفته اند، کمتر از ۱ درصد می‌باشد، در حالیکه در بیماران چاق سنگین وزنی که  $BMI < 60 \text{ kg/m}^2$  و همراه آن دیابت، فشار خون، نارسائی قلبی ریوی نیز دارند. ممکنست مرگ و میر در آنها به ۲ تا ۴ درصد برسد.

شکل ۵.

روشهای شایع جراحی

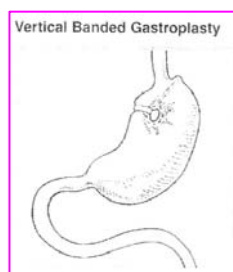
### Roux-en- Y gastric By pass

(شکل روش جراحی)



### Vertical Banded gastroplasty

(شکل روش جراحی)



عوارض جراحی شامل نشت از محل آناستوموز، آبه ساب فرنیك، آسیب طحالی، آمبولی ریوی، عفونت محل زخم و استوماستنوزیس در کمتر از ۱۰ درصد بیماران دیده می شود.<sup>۶۷</sup>

قبل و بعد از جراحی ، برنامه منسجمی را که شامل راهنمایی در زمینه استفاده از رژیم غذایی، فعالیت فیزیکی و بحثهای روانشناسی می باشد را پیاده کنید. مسلماً بیشتر بیماران با اصلاح دیابت، کنترل فشار خون ، بهبودی قابل ملاحظه در حرکت ، بازگشت باروری ، درمان پseudotumor سربری و بهبودی مشخص در کیفیت زندگی ، شانس خوب شدن را پیدا می کنند. عوارض دیررس شایع نیستند اما بعضی از بیماران

ممکنست بسمت هرنی انسیزیونال، سنگ صفراوی و با شیوع کمتر شکست در کاهش وزن و سندروم دامپینگ بروند.

مسلمانان بیماری که دستورات درمانگر را در زمینه حفظ، نگهداری و با بهره گیری از مصرف مقادیر کافی از ویتامینها و مواد معدنی اجرا نمی کنند، ممکنست بعدها دچار کمبود ویتامین B<sub>12</sub>، آهن و نهایتاً آنمی شوند.

در موارد نادر نیز ممکنست سمپتومهای نورولوژیک اتفاق بیافتد. بنابراین مراقبت باید شامل نظارت بر عدم کفایت مواد تغذیه ای نیز باشد.

لذا قبل از عمل جراحی، ارائه مدرکی دال بر بهبودی از موربیدیتها همراه سودمند می باشد و توصیه می شود که حتماً انجام شود.

### ارزیابی پزشکی، درمان و مراقبت از رژیم کاهش وزن در بیمار چاق رویکرد و دیدگاه طبیب



## • ارزیابی قبل از درمان

در آغاز اگر در طی یکسال گذشته از افراد چاق، تستهای آزمایشگاهی معمولی و معاینه فیزیکی صورت نگرفته نباشد، اینکار انجام شود. در سابقه پزشکی و معاینه فیزیکی باید روی علل و عوارض چاقی تمرکز کرد. BMI باید محاسبه و دور کمر اندازه گیری شود تا ریسک سلامتی بهتر برآورد شود و همچنین به بیمار شاخصهای عملی را علاوه بر کاهش وزن پیشنهاد کنید. اگر چه علل چاقی کاملاً شناخته شده نیستند، ولی واضحاً فاکتورهای مشخصی در آن نقش دارند.

سابقه خانوادگی بخاطر قدرت توارثی چاقی مهم است. بیماری تخمدان پلی کیستیک و هیپوتیروئیدیسم نیز از علل شناخته شده اضافه وزن هستند. ضد افسردگیها، لیتیم، فنوتیازینها، گلوکوکورتیکوئیدها، هورمونهای پروژسترونی، سیپرو هپتادین و شاید دیگر آنتی هیستامینها، سولفونیل اوره ها، انسولین و دیگر داروها نیز با

اضافه وزن همراه هستند. در بعضی از موارد ممکنست که داروها را بنحوی تغییر دهند تا اضافه وزنی صورت نگیرد.

درمانگر باید بدنبال جستجوی عوارض چاقی مثل هیپرتنشن ( پرفشاری )، دیابت نوع دوم، هیپرلیپیدمی، بیماری قلبی عروقی آترواسکلروتیک، استئوآرتریت اندامهای تحتانی، بیماری کیسه صفرا، نقرس و سرطانها باشد. در مردان، چاقی می تواند همراه با سرطانهای کولورکتال و پروستات و در زنان همراه با سرطانهای اندومترال، کیسه صفرا، گردن رحم، تخمدان و پستان باشد.<sup>۳</sup>

علائم و نشانه های این بیماریها ممکن است توسط بیمار مخفی نگه داشته شود و درمانگر باید با دقت آنها را مرور کند. بعنوان مثال: در اغلب موارد، کاهش وزن سمپتومی از آغاز دیابت نوع ۲ می باشد. بعضی از بیماران که در ابتدا برای ویزیت می آیند، ممکنست به کاهش وزن اخیرشان مغرور شوند و از اهمیت آن ( وجود دیابت ) بی خبر باشند.

همچنین درمانگر باید نسبت به وجود احتمالی، آپنه خواب انسدادی، بیماری که در بیماران چاق اغلب نادیده گرفته می شود، آگاهی داشته باشد. علائم و نشانه های این بیماری شامل خروپف خیلی بلند یا قطع تنفس حین خواب است که اغلب با یک تنفس بلند پاک می شود. بیمار ممکنست هنگام خواب بیقرار باشد، عده ای نیز دریافته اند که فقط در حالت نشسته می توانند راحتتر بخوابند. همسر بیمار ممکنست این سمپتومها را بهتر توضیح دهد.

خستگی روزانه ممکنست، با خواب آلودگی نامناسب و سردرد صبحگاهی تظاهر کند. در معاینه ممکنست فشار خون، باریکی راه تنفس فوقانی، تزریق اسکلا وادم پا ثانویه به هیپرتنشن ریوی مشاهده شود. یافته های آزمایشگاهی ممکنست پلی سیتمی را نشان دهد. اگر علائم آپنه خواب وجود دارد ارجاع به یک متخصص ریه یا متخصص خواب مناسب است.

تیروئید را معاینه کنید و بدنبال تظاهرات هیپرتیروئیدیسم بگردید. بعلاوه ادم پا، سلولیت، آکانتوزیس نیگریکانس (پوست پیگمانته زبر که علامتی از هیپرانسولینماست) و راشهای اینترتریژینوس باعلائم شکست پوست، عموماً در افراد خیلی چاق دیده می شود.



## • تستهای آزمایشگاهی

تستهای آزمایشگاهی پایه و تشخیصی ممکنست شامل اندازه گیری الکترولیتها، تستهای عملکردی کبد، شمارش خون کامل، کلسترول توتال، کلسترول HDL و LDL، تری گلیسیریدها و هورمون محرکه تیروئید یا تستهای عملکردی کامل باشد. یک الکتروکاردیوگرافی (نوار قلب) پایه که اخیراً گرفته شده، باید به همراه داشته باشد و اگر ندارد باید انجام دهد. براساس یافته های ناشی از ارزیابی اولیه، دیگر اقدامات آزمایشگاهی را نیز باید انجام داد.

## • شیوه زندگی، پرهیز و فعالیت فیزیکی

اگر بیمار نزد کارشناس تغذیه یا مشاورین دیگر نرفته است، یادداشتهای مربوط به تغذیه و ورزش را باید حین ویزیت در مطب بمنظور برآورد قابلیت رژیم تجویز شده و توصیه های ورزشی لازم مرور کرد. رویکرد حمایتی و علامتی (بیش از قضاوت) به همان نحوی که در صفحات ۶۳ تا ۷۱ توضیح داده شده، پیشنهاد می گردد. ویزیتهای مکرر که برای وزن کشی و پیگیری های مثل آن از قبیل گرفتن دارو، رژیم غذایی و ورزش انجام می شود، ممکنست با کاهش وزن بهتری همراه باشد. این ویزیتها ممکنست کوتاه و توسط یک پرستار یا شخص دیگری از پرسنل مطب صورت گیرد.

## • مراقبتهای رایج

معمولاً جهت اطلاع از وضعیت سلامتی بیمارانی که تحت رژیم کاهش وزن قرار گرفته اند، باید ۲ تا ۴ هفته پس از آغاز درمان و بمنظور مراقبت از اثربخشی درمانی و اثرات جانبی آن، ویزیت در مطب انجام شود. اگر بیماری در سه ماهه اول درمان، به کاهش وزن دلخواه خود رسیده و عوارض جانبی کمی هم داشته، هر ۴ هفته یکبار، یک ویزیت کافی می باشد. براساس قضاوتهای بالینی، خصوصاً اگر بیمار عوارض پزشکی هم دارد، ممکنست نیاز به ویزیتهای مکرر داشته باشد.

اندازه گیری فشار خون، گرفتن نبض و وزن در هر بار ویزیت و اندازه گیری دور کمر باید نوبتی انجام گیرد. بعد از ۶ ماهه اول، پیگیری کمتری لازم است.

## • نشان دادن بهبود وضعیت سلامتی

قبل از آغاز درمان، نتایج معاینات فیزیکی و تستهای آزمایشگاهی باید با بیمار در میان گذاشته شود، بخاطر انتظاری که بویژه افراد چاق جهت روند کاهش وزن دارند، تأکید ما اینست که هر یافته جدیدی باید جایگزین موارد قبلی شود.

بیمار باید روی این پارامترهای بهبود سلامتی پیش از هر اقدامی در جهت رسیدن به وزن ایده آل یا کاهش وزن به میزان زیاد که ممکنست در دسترس باشد و یا نباشد، تمرکز کند. پیشرفت عوارض درمانی باید بصورت یک پایه در حال پیشرفت شرح داده شود.

بسیاری از بیماران این محرک را مفید می دانند، زیرا در بعضی موارد وزن، در یک سطح نسبتاً بالاتری از وزن ایده آل خودش پایدار می ماند.

احتمالاً با جلب توجه بیمار به فواید پزشکی کاهش وزن بیش از مساله زیبایی آن، او را در راه رسیدن به اهدافش بیشتر از پیش می توانید راهنمایی نمایید.



## کاهش وزن بعد از ۶۵ سالگی

پره والانس چاقی بین افراد مسن، در حال رشد می باشد. سن بتنهایی نباید مانع از درمان چاقی در بالغین ( زن و مرد ) شود. باید توجه کسانی را که می گویند از درمان چاقی در افراد مسن باید صرفنظر کرد به سمت فواید بالقوه کاهش وزن در بهبود عملکرد روزانه آنان و کاهش عوارض قلبی عروقی بعدی و بهمان اندازه، انگیزه بیماران در این زمینه معطوف کرد.

بنظر نمی رسد که چاقی برای افراد مسن نفعی داشته باشد. لذا پس از حصول اطمینان از اینکه هر برنامه کاهنده وزن اثرات جانبی روی سلامت استخوانها یا دیگر ابعاد موقعیتهای تغذیه ای ندارد، درمان باید انجام شود. به هر حال حاضر مستندات اندکی هم وجود دارند که نشان می دهند از درمان چاقی در زنان و مردان با پایه سنی ۸۰ سال باید خودداری نمود.

واضحاً پره والانس ریسک فاکتورهای قلبی عروقی در افراد مسن دارای اضافه وزن، بیشتر از افرادی است که اضافه وزن ندارند. بعلاوه چاقی یک پیش بینی کننده بزرگ در زمینه محدودیتهای کاری و عیوب حرکتی در افراد مسن می باشد. بنابراین کاستن از وزن ، نه تنها ریسک فاکتورها را کاهش می دهد ، بلکه وضعیت عملکردی را در افراد مسن مثل افراد جوان بهبود می بخشد.

بهر حال ، غالباً برنامه کنترل وزن باید بصورت انفرادی ریخته شود تا نتیجه

مطلوبی داشته باشد.

این برنامه باید شامل حفظ بدنه توده سلولی و عملکرد آن و کاهش توده چربی باشد. ۶۸-۷۵

## References

1. National Research Council. Committee on Diet and Health. Implications for reducing chronic disease risk. Washington, DC: National Academy Press; 1989.
2. Kuczmarski RJ, Carrol MD, Flegal KM, Troiano RP. Varying body mass index cutoff points to describe overweight prevalence among U.S. adults: NHANES III (1988 to 1994). *Obes Res.* 1997;5:542-548.
3. Dyer AR, Elliott P. The INTERSALT study: relations of body mass index to blood pressure. INTERSALT Co-operative Research Group. *J Hum Hypertens.* 1989;3:299-308.
4. Tchernof A, Lamarche B, Prud'Homme D, et al. The dense LDL phenotype: association with plasma lipoprotein levels, visceral obesity, and hyperinsulinemia in men. *Diabetes Care.* 1996;19(6):629-637.
5. Lew EA, Garfinkel L. Variations in mortality by weight among 750,000 men and women. *J Chronic Dis.* 1979;32:563-576.
6. Larsson B, Bjorntorp P, Tibblin G. The health consequences of moderate obesity. *Int J Obes.* 1981;5:97-116.
7. Ford ES, Williamson DF, Liu S. Weight change and diabetes incidence: findings from a national cohort of U.S. adults. *Am J Epidemiol.* 1997;146:214-222.
8. Lipton RB, Liao Y, Cao G, Cooper RS, McGee D. Determinants of incident non-insulin-dependent diabetes mellitus among blacks and whites in a national sample. The NHANES I Epidemiologic Follow-up Study. *Am J Epidemiol.* 1993;138:826-839.
9. Hubert HB, Feinleib M, McNamara PM, Castelli WP. Obesity as an independent risk factor for cardiovascular disease: a 26-year follow-up of participants in the Framingham Heart Study. *Circulation.* 1983;67:968-977.
10. Rexrode KM, Hennekens CH, Willett WC, et al. A prospective study of body mass index, weight change, and risk of stroke in women. *JAMA.* 1997;277:1539-1545.
11. Stampfer MJ, Maclure KM, Colditz GA, Manson JE, Willett WC. Risk of symptomatic gallstones in women with severe obesity. *Am J Clin Nutr.* 1992;55:652-658.
12. Hochberg MC, Lethbridge-Cejku M, Scott WW Jr, Reichle R, Plato CC, Tobin JD. The association of body weight, body fatness and body fat distribution with osteoarthritis of the knee: data from the Baltimore Longitudinal Study of Aging. *J Rheumatol.* 1995;22:488-493.
13. Young T, Palta M, Dempsey J, Skatrud J, Weber S, Badr S. The occurrence of sleep-disordered breathing among middle-aged adults. *N Engl J Med.* 1993;328:1230-1235.
14. Chute CG, Willett WC, Colditz GA, et al. A prospective study of body mass, height, and smoking on the risk of colorectal cancer in women. *Cancer Causes Control.* 1991;2:117-124.
15. McGinnis JM, Foege WH. Actual causes of death in the United States. *JAMA.* 1993;270:2207-2212.
16. Broussard BA, Sugarman JR, Bachman-Carter K, et al. Toward comprehensive obesity prevention programs in Native American communities. *Obes Res.* 1995;3:2895-2975.
17. Najjar MF, Kuczmarski RJ. Anthropometric data and prevalence of overweight for Hispanics: 1982-1984. National Center for Health Statistics. *Vital Health Stat [11].* 1989;239:1-106.
18. Heymsfield SB, Allison DB, Heshka S, Pierson RN Jr. Assessment of human body composition. In: Allison DB, ed. *Handbook of Assessment Methods for Eating Behaviors and Weight Related Problems: Measures, Theory, and Research.* Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1995:515-560.
19. Jensen MD, Kanaley JA, Reed JE, Sheedy PF. Measurement of abdominal and visceral fat with computed tomography and dual-energy x-ray absorptiometry. *Am J Clin Nutr.* 1995;61:274-278.
20. Abate N, Garg A, Peshock RM, Stray-Gundersen J, Adams-Huet B, Grundy SM. Relationship of generalized and regional adiposity to insulin sensitivity in men with NIDDM. *Diabetes.* 1996;45:1684-1693.
21. Dowling HJ, Pi-Sunyer FX. Racedependent health risks of upper body obesity. *Diabetes.* 1993;42:537-543.
22. Kissebah AH, Vydelingum N, Murray R, et al. Relation of body fat distribution to metabolic complications of

- obesity. *J Clin Endocrinol Metab.* 1982;54:254-260.
23. Gallagher D, Visser M, Sepulveda D, Pierson RN, Harris T, Heymsfield SB. How useful is body mass index for comparison of body fatness across age, sex, and ethnic groups? *Am J Epidemiol.* 1996;143:228-239.
24. Norgan NG, Jones PR. The effect of standardising the body mass index for relative sitting height. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 1995;19:206-208.
25. Chan JM, Rimm EB, Colditz GA, Stampfer MJ, Willett WC. Obesity, fat distribution, and weight gain as risk factors for clinical diabetes in men. *Diabetes Care.* 1994;17:961-969.
26. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic of obesity. Report of the WHO Consultation of Obesity. Geneva, 3-5 June 1997.
27. Lemieux S, Prud'homme D, Bouchard C, Tremblay A, Despres J. A single threshold value of waist girth identifies normal-weight and overweight subjects with excess visceral adipose tissue. *Am J Clin Nutr.* 1996;64:685-693.
28. Fujimoto WY, Newell-Morris LL, Grote M, Bergstrom RW, Shuman WP. Visceral fat obesity and morbidity: NIDDM and atherogenic risk in Japanese-American men and women. *Int J Obes.* 1991;15(Suppl 2):41-44.
29. National Cholesterol Education Program. Second Report of the Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel II). *Circulation.* 1994;89:1333-1445.
30. The Sixth Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Arch Intern Med.* 1997;157:2413-2446.
31. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Surgeon General's report on physical activity and health. Atlanta, GA: CDC; 1996.
32. Leon AS, ed. Physical activity and cardiovascular health: a national consensus. Champaign, IL: Human Kinetics; 1997.
33. Paffenbarger RS Jr, Hyde RT, Wing AL, Lee IM, Jung DL, Kampert JB. The association of changes in physical activity level and other lifestyle characteristics with mortality among men. *N Engl J Med.* 1993;328:538-545.
34. NIH Consensus Conference. Triglyceride, high-density lipoprotein, and coronary heart disease. NIH Consensus Development Panel on Triglyceride, High-Density Lipoprotein, and Coronary Heart Disease. *JAMA.* 1993;269:505-510.
35. Foster GD, Wadden TA, Vogt RA, Brewer G. What is a reasonable weight loss? Patients' expectations and evaluations of obesity treatment outcome. *J Consult Clin Psychol.* 1997;65:79-85.
36. Williamson DF, Serdula MK, Ananda RF, Levy A, Byers T. Weight loss attempts in adults: goals, duration, and rate of weight loss. *Am J Pub Health.* 1992;82:1251-1257.
37. Wadden TA, Foster GD, Letizia KA. One-year behavioral treatment of obesity: comparison of moderate and severe caloric restriction and the effects of weight maintenance therapy. *J Consult Clin Psychol.* 1994;62:165-171.
38. Tremblay A, Buemann B, Theriault G, Bouchard C. Body fatness in active individuals reporting low lipid and alcohol intake. *Eur J Clin Nutr.* 1995;49:824-831.
39. Gruchow HW, Sobocinski KA, Barboriak JJ, Scheller JG. Alcohol consumption, nutrient intake and relative body weight among US adults. *Am J Clin Nutr.* 1985;42:289-295.
40. de Castro JM, Orozco S. Moderate alcohol intake and spontaneous eating patterns of humans: evidence of unregulated supplementation. *Am J Clin Nutr.* 1990;52:246-253.
41. Veenstra J, Schenkel JA, van Erp-Baart AM, et al. Alcohol consumption in relation to food intake and smoking habits in the Dutch National Food Consumption Survey. *Eur J Clin Nutr.* 1993;47:482-489.
42. Tremblay A, Wouters E, Wenker M, St-Pierre S, Bouchard C, Despres JP. Alcohol and a high-fat diet: a combination favoring overfeeding. *Am J Clin Nutr.* 1995;62:639-644.
43. Tremblay A, St-Pierre S. The hyperphagic effect of a high-fat diet and alcohol intake persists after control for energy density. *Am J Clin Nutr.* 1996;63:479-482.
44. Poppitt SD, Eckhardt JW, McGonagle J, Murgatroyd PR, Prentice AM. Short-term effects of alcohol consumption on appetite and energy intake. *Physiol Behav.* 1996;60:1063-1070.
45. Foltin RW, Kelly TH, Fischman MW. Ethanol as an energy source in humans: comparison with dextrose-containing beverages. *Appetite.* 1993;20:95-110.
46. Butrum RR, Clifford CK, Lanza E. NCI dietary guidelines: rationale. *Am J Clin Nutr.* 1988;48(3 Suppl):888-895.
47. U.S. Public Health Service. Office of the Surgeon General. Nutrition and health: a report of the Surgeon General. Washington, DC: Government Printing Office; 1988:192.
48. American Diabetes Association. ADA clinical practice recommendations 1998. *Diabetes Care.* 1998;21(Suppl 1):S1-S93.
49. NIH Consensus Conference. Optimal calcium intake. NIH Consensus Development Panel on Optimal Calcium Intake. *JAMA.* 1994;272:1942-1948.

50. Very low-calorie diets. National Task Force on the Prevention and Treatment of Obesity, National Institutes of Health. JAMA. 1993;270:967-974.
51. Katzell LI, Bleecker ER, Colman EG, Rogus EM, Sorkin JD, Goldberg AP. Effects of weight loss vs aerobic exercise training on risk factors for coronary disease in healthy, obese, middle-aged and older men. A randomized controlled trial. JAMA. 1995;274:1915-1921.
52. Pate RR, Pratt M, Blair SN, et al. Physical activity and public health. A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. JAMA. 1995;273:402-407.
53. NIH Consensus Conference. Physical activity and cardiovascular health. JAMA. 1996;276:241-246.
54. Wadden TA, Foster GD. Behavioral assessment and treatment of markedly obese patients. In: Wadden TA, VanItallie TB, eds. Treatment of the Seriously Obese Patient. New York: Guilford Press; 1992:290-330.
55. Connolly HM, Crary JL, McGoon MD, et al. Valvular heart disease associated with fenfluramine-phentermine. N Engl J Med. 1997;337: 581-588.
56. Centers for Disease Control and Prevention. Cardiac valvulopathy associated with exposure to fenfluramine or dexfenfluramine: U.S. Department of Health and Human Services interim public health recommendation, November 1997. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 1997;46: 1061-1066.
57. Methods for voluntary weight loss and control. NIH Technology Assessment Conference Panel. Ann Intern Med. 1992;116:942-949.
58. Bray GA, Ryan DH, Gordon D, Heidingsfelder S, Cerise F, Wilson K. A double-blind randomized placebocontrolled trial of sibutramine. Obes Res. 1996;4:263-270.
59. Food and Drug Administration. Draft guidance clinical evaluation of weight control drug. Rockville, MD: FDA; 1996.
60. Weintraub M, Sundaesan PR, Madan M, et al. Long-term weight control study. I (weeks 0 to 34). The enhancement of behavior modification, caloric restriction, and exercise by fenfluramine plus phentermine versus placebo. Clin Pharmacol Ther. 1992;51:586-594.
61. Guy-Grand B, Apfelbaum M, Crepaldi G, Gries A, Lefebvre P, Turner P. International trial of long-term dexfenfluramine in obesity. Lancet. 1989;2:1142-1145.
62. Bray GA. Use and abuse of appetitesuppressant drugs in the treatment of obesity. Ann Intern Med. 1993;119: 707-713.
63. Galloway SM, Farquhar DL, Munro JF. The current status of antiobesity drugs. Postgrad Med J. 1984;60 (Suppl 3): 19-26.
64. Long-term pharmacotherapy in the management of obesity. National Task Force on the Prevention and Treatment of Obesity. JAMA. 1996;276:1907-1915.
65. Weintraub M, Bray GA. Drug treatment of obesity. Med Clin North Am. 1989;73:237-249.
66. Gastrointestinal surgery for severe obesity. National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement. Am J Clin Nutr. 1992; 55:615S-619S.
67. Pories WJ, Swanson MS, MacDonald KG, et al. Who would have thought it? An operation proves to be the most effective therapy for adult-onset diabetes mellitus. Ann Surg. 1995;222:339-350.
68. Hubert HB, Bloch DA, Fries JF. Risk factors for physical disability in an aging cohort: the NHANES I Epidemiologic Followup Study. J Rheumatol. 1993;20:480-488.
69. Galanos AN, Pieper CF, Coroni-Huntley JC, et al. Nutrition and function: is there a relationship between body mass index and the functional capabilities of community-dwelling elderly? J Am Geriatr Soc. 1994;42:368-373.
70. Launer LJ, Harris T, Rumpel C, et al. Body mass index, weight change, and risk of mobility disability in middleaged and older women. JAMA. 1994;271:1093-1098.
71. Ensrud KE, Nevitt MC, Yunis C, et al. Correlates of impaired function in older women. J Am Geriatr Soc. 1994; 42:481-489.
72. Coakley EH, Kawachi I, Manson JE, et al. Lower levels of physical functioning are associated with higher body weight among middle-aged and older women. Int J Obesity. 1998; 22:958-965.
73. Visser M, Langlois J, Guralnik JM, et al. High body fatness, but not low fatfree mass, predicts disability in older men and women: the Cardiovascular Health Study. Am J Clin Nutr. 1998;68:584-590.
74. Visser M, Marris TB, Langlois J, et al. Body fat and skeletal muscle mass in relation to physical disability in very old men and women of the Framingham Heart Study. J Gerontology. 1998;53A:M214-221.
75. Apovian CM, Frey CM, Rogers JZ, et al. Body mass index and physical function in obese older women. J Am Geriatr Soc. 1996;44:1487-1488.
76. Marcus B, Taylor E, Bock B, Simkin-Silverman L, Emmons K, Linnan L. Working healthy: Lifespan Employee Health Promotion Program (pamphlet). Center for Behavioral and Preventive

Medicine, Miriam Hospital,  
Providence, RI, 1995.

# ضمائم

Obesity

Waist Circumference

BMI

مقدمه ضمایم

بمنظور کاهش و نگهداری وزن بدن ، نیازمند این هستید که بدانید چه باید بکنید و چه انگیزه ای برای انجام آن داشته باشید؟ این ضمایم شامل تمام اطلاعات پایه ای که شما نیاز دارید بهتر بخورید و به وضعیت بهتر برسید و سلامتی تان را بهبود بخشید، می باشد. این با شما و دکتر شماست که تصمیم بگیرید که چه چیزی برای شما بهتر است اما این ضمایم محل خوبی برای شروع است.



ضمیمہ A . تابلوی شاخص تودہ عضلانی بدن  
**Appendix A. Body Mass Index Table**

Appendix A. Body Mass Index Table

BMI	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35
Height (inches)	Body Weight (pounds)																
58	91	96	100	105	110	115	119	124	129	134	138	143	148	153	158	162	167
59	94	99	104	109	114	119	124	128	133	138	143	148	153	158	163	168	173
60	97	102	107	112	118	123	128	133	138	143	148	153	158	163	168	174	179
61	100	106	111	116	122	127	132	137	143	148	153	158	164	169	174	180	185
62	104	109	115	120	126	131	136	142	147	153	158	164	169	175	180	186	191
63	107	113	118	124	130	135	141	146	152	158	163	169	175	180	186	191	197
64	110	116	122	128	134	140	145	151	157	163	169	174	180	186	192	197	204
65	114	120	126	132	138	144	150	156	162	168	174	180	186	192	198	204	210
66	118	124	130	136	142	148	155	161	167	173	179	186	192	198	204	210	216
67	121	127	134	140	146	153	159	166	172	178	185	191	198	204	211	217	223
68	125	131	138	144	151	158	164	171	177	184	190	197	203	210	216	223	230
69	128	135	142	149	155	162	169	176	182	189	196	203	209	216	223	230	236
70	132	139	146	153	160	167	174	181	188	195	202	209	216	222	229	236	243
71	136	143	150	157	165	172	179	186	193	200	208	215	222	229	236	243	250
72	140	147	154	162	169	177	184	191	199	206	213	221	228	235	242	250	258
73	144	151	159	166	174	182	189	197	204	212	219	227	235	242	250	257	265
74	148	155	163	171	179	186	194	202	210	218	225	233	241	249	256	264	272
75	152	160	168	176	184	192	200	208	216	224	232	240	248	256	264	272	279
76	156	164	172	180	189	197	205	213	221	230	238	246	254	263	271	279	287

BMI	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54
58	172	177	181	186	191	196	201	205	210	215	220	224	229	234	239	244	248	253	258
59	178	183	188	193	198	203	208	212	217	222	227	232	237	242	247	252	257	262	267
60	184	189	194	199	204	209	215	220	225	230	235	240	245	250	255	261	266	271	276
61	190	195	201	206	211	217	222	227	232	238	243	248	254	259	264	269	275	280	285
62	196	202	207	213	218	224	229	235	240	246	251	256	262	267	273	278	284	289	295
63	203	208	214	220	225	231	237	242	248	254	259	265	270	278	282	287	293	299	304
64	209	215	221	227	232	238	244	250	256	262	267	273	279	285	291	296	302	308	314
65	216	222	228	234	240	246	252	258	264	270	276	282	288	294	300	306	312	318	324
66	223	229	235	241	247	253	260	266	272	278	284	291	297	303	309	315	322	328	334
67	230	236	242	249	255	261	268	274	280	287	293	299	306	312	319	325	331	338	344
68	236	243	249	256	262	269	276	282	289	295	302	308	315	322	328	335	341	348	354
69	243	250	257	263	270	277	284	291	297	304	311	318	324	331	338	345	351	358	365
70	250	257	264	271	278	285	292	299	306	313	320	327	334	341	348	355	362	369	376
71	257	265	272	279	286	293	301	308	315	322	329	338	343	351	358	365	372	379	386
72	265	272	279	287	294	302	309	316	324	331	338	346	353	361	368	375	383	390	397
73	272	280	288	295	302	310	318	325	333	340	348	355	363	371	378	386	393	401	408
74	280	287	295	303	311	319	326	334	342	350	358	365	373	381	389	396	404	412	420
75	287	295	303	311	319	327	335	343	351	359	367	375	383	391	399	407	415	423	431
76	295	304	312	320	328	336	344	353	361	369	377	385	394	402	410	418	426	435	443

## **ضمیمه B . خرید - به دنبال چه هستید ؟**

### **غذاهای کم کالری و چربی**

استفاده از این راهنما به شما کمک خواهد کرد تا اولاً غذاهایی را خریداری کنید که مغذی باشند و کالری و چربی کمتری داشته باشند و ثانیاً شما را در راه رسیدن به هدف وزنی یاری خواهد نمود. آموزش قرائت برچسبهای محتوایی مواد غذایی، به شما این کمک را می کند تا در فروشگاهها در وقت خود صرفه جویی کنید و آشپزخانه منزلتان را از غذاهای کم کالری پر کنید.

زمانیکه برای خرید مراجعه می کنید برچسبهای مواد غذایی را حتماً بخوانید. به مقدار، اندازه و محتویات هر ظرف توجه کنید. تمام برچسبها، کالریهای کل و چربی در یک وعده از محصول آن محصول را به صورت یک لیست به شما نشان می دهند. همیشه دقت کنید در محصولی که انتخاب می کنید، کالری توتال را با مشابه آن مقایسه کنید، سپس محصولی را انتخاب کنید که پایین ترین میزان از نظر کالری و چربی را داراست. بعنوان نمونه و جهت آشنایی در زیر برچسبی که حاوی اطلاعات مهم تعیین محتوای مواد غذایی می باشد، وجود دارد.

جهت رسیدن به هدف وزنی خود ممکن است نیاز به خوردن غذا به میزانی کمتر از آن میزانی که در این راهنما آمده، داشته باشید. بعنوان مثال:

اگر شما در هر روز ۱۶۰۰ کالری غذا می خورید، محدودیت چربی کل روزانه باید ۵۳ گرم (۳۰ درصد کالری از چربی) و چربی اشباع شده ۱۸ گرم (۱۰ درصد کالری از چربی) باشد.

اگر شما روزانه ۱۲۰۰ کالری غذا می خورید، محدودیت چربی کل روزانه باید ۴۰ گرم (۳۰ درصد کالری از چربی) و محدودیت چربی اشباع شده باید ۱۳ گرم (۱۰ درصد کالری از چربی) باشد.