

چاقی در بزرگسالان: شیوع، غربالگری و ارزیابی

بیماری مزمن و یک اپیدمی جهانی است.

با غربالگری در مورد

خطرات سلامتی،

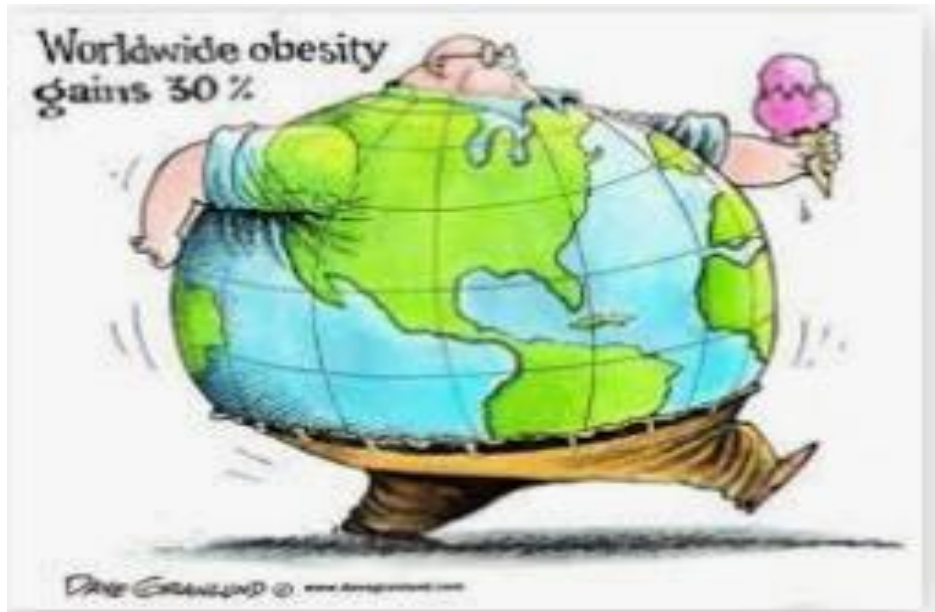
تغییرات سبک زندگی،

گزینه های درمانی چاقی

کاهش عوامل خطر میتوانند مشاوره دریافت کنند.



- در سال 2015، تقریباً 604 میلیون بزرگسال در سراسر جهان چاقی داشتند
- در اوایل بزرگسالی بالاترین میزان بود.
- شیوع چاقی در زنان بیشتر از مردان بود.



30 درصد جهان، گرفتار عوارض چاقی و امضاچه و...

دلیل غربالگری

- دیابت ،
- فشار خون بالا،
- دیس لیپیدمی،
- بیماری قلبی،
- سکته مغزی،
- آپنه خواب، و
- سرطان و
- مرگ و میر

سایر بیماریهای همراه

- استئوآرتریت علامت دار
- سنگ کلیه

• بیماری کبد چرب غیر الکلی

• PCOS

• افسردگی

• اختلال در کیفیت زندگی



موانع غربالگری

- انگ چاقی: اصطلاحات مناسبتر (مانند اضافه وزن "ناسالم" یا "اضافی")
- آموزش در مورد افزایش تعداد گزینه های درمانی موجب افزایش مشارکت بیمار میشود

• اندازه‌گیری‌ها

• قد، وزن و BMI در همه

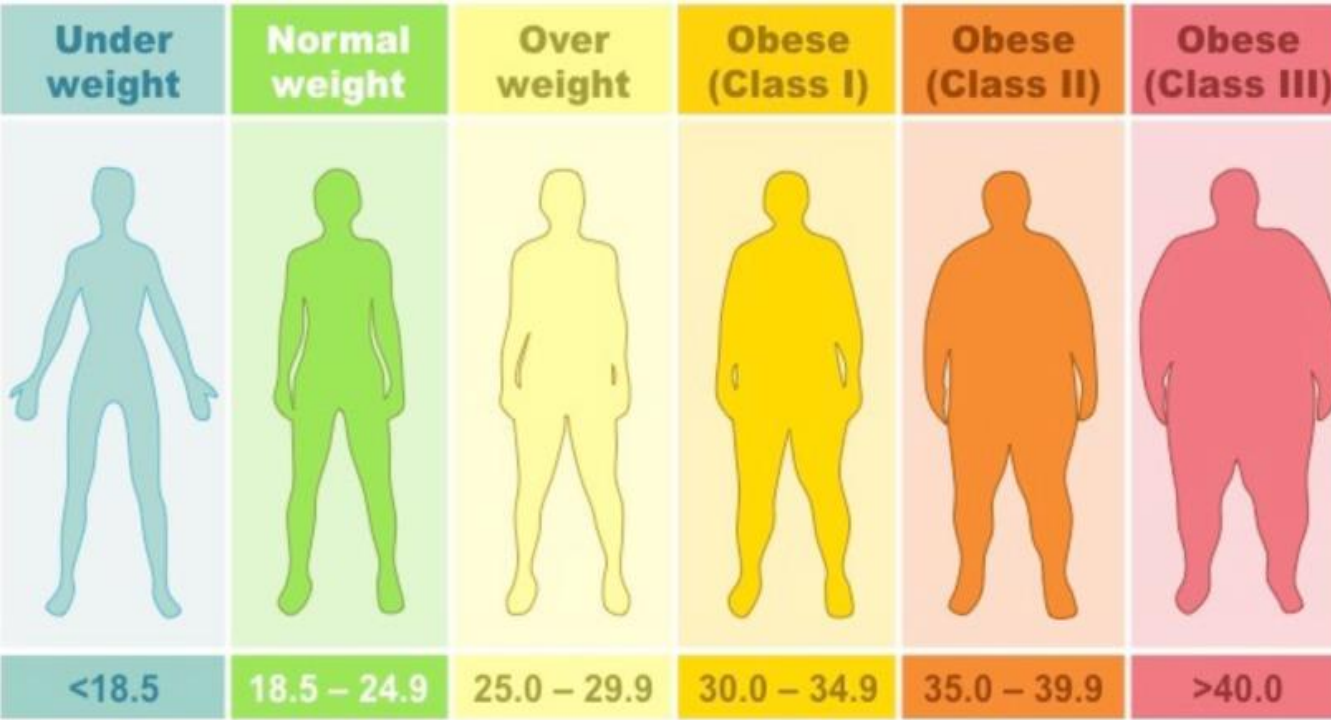
• اندازه‌گیری دور کمر در افرادی که BMI بین 25 تا 35 کیلوگرم بر متر مربع دارند

شاخص توده بدن - اندازه‌گیری BMI اولین قدم پذیرفته شده برای تعیین درجه اضافه وزن است .

BMI ممکن است میزان چاقی را در افرادی که بسیار عضلانی هستند (، ورزشکاران حرفه‌ای) بیش از حد تخمین زده شود

اندازه‌گیری دور کمر در ارتباط با BMI می‌تواند اطلاعات بیشتری در مورد خطرات چاقی ارائه دهد

BMI از تقسیم وزن بر مجذور قد محاسبه می شود



- کم وزن - کمتر از 18.5 کیلوگرم بر متر مربع
- وزن معمولی - $18.5 \leq$ تا 24.9 کیلوگرم بر متر مربع
- اضافه وزن - $25.0 \leq$ تا 29.9 کیلوگرم بر متر مربع
- چاقی - $30 \leq$ کیلوگرم بر متر مربع

Class I – 30.0 to 34.9 kg/m²

Class II – 35.0 to 39.9 kg/m²

Class III – ≥ 40 kg/m² (also referred to as severe, extreme, or massive obesity)

میانگین BMI مرتبط با ایجاد پروفایل متابولیک نامطلوب در افراد جنوب آسیا **21** کیلوگرم بر متر مربع و در افراد سفیدپوست **30** کیلوگرم بر متر مربع بود

دور کمر

• دور کمر صفحه افقی در سطح تاج ایلپاک قرار می‌گیرد



- دور کمر **88 سانتی متر** برای زنان و **102 سانتی متر** برای مردان نشان دهنده افزایش خطرات متابولیک قلبی است.
- دور کمر ≤ 80 سانتی متر در زنان آسیایی و ≤ 90 سانتی متر در مردان آسیایی غیر طبیعی در نظر گرفته می‌شود.
- دور کمر معیار اندازه گیری چاقی شکمی است بیماران مبتلا به چاقی شکمی در معرض خطر ابتلا به بیماری قلبی، دیابت، فشار خون بالا، دیس لیپیدمی، بیماری کبد چرب غیر الکلی هستند، و میزان مرگ و میر کلی بالاتری دارند.
- دور کمر در BMI تا **25** تا **35 کیلوگرم** بر متر مربع استفاده می‌شود.
- اندازه گیری نسبت دور کمر به باسن هیچ مزیتی نسبت به دور کمر به تنهایی.

اگرچه جذب سنجی اشعه ایکس با انرژی دوگانه (DXA) ، توموگرافی کامپیوتری (CT) و تصویربرداری رزونانس مغناطیسی (MRI) اندازه گیری مستقیم تری نسبت به دور کمر برای ارزیابی توزیع چربی بدن ارائه می دهند، اما این آزمایشات پرهزینه هستند و عموماً برای این موارد در نظر گرفته شده است.

ارزیابی شرح حال،
معاینه فیزیکی، و

in or cm

lb or kg

calculated BMI, kg/m²

waist circumference, in or cm

blood pressure SBP/DBP, mmHg

fasting serum triglyceride, mg/dL or mmol/L

fasting HDL cholesterol, mg/dL or mmol/L

fasting blood glucose, mg/dL

fasting glycated hemoglobin [A1C], (%)

Are there symptoms of sleep apnea?

Are there medication(s) that increase body weight?

Are there regular physical activity?

Are there other possible etiologic factors?

ارزیابی شرح حال،
معاینه فیزیکی، و

Medications associated with weight gain and alternatives

Category	Drug class	Weight gain	Alternatives
Psychiatric agents	Antipsychotic	Clozapine, risperidone, olanzapine, quetiapine, haloperidol, perphenazine	Ziprasidone, aripiprazole
	Antidepressants/mood stabilizers: tricyclic antidepressants	Amytriptyline, doxepin, imipramine, nortriptyline, trimipramine, mirtazapine	Bupropion*, nefazodone, fluoxetine (short term), sertraline (<1 year)
	Antidepressants/mood stabilizers: SSRIs	Fluoxetine [¶] , sertraline [¶] , paroxetine, fluvoxamine	
	Antidepressants/mood stabilizers: MAOIs	Phenylzine, tranylcypromine	
	Lithium	-	
Neurologic agents	Antiseizure medications	Carbamazepine, gabapentin, valproate	Lamotrigine [¶] , topiramate*, zonisamide*
Endocrinologic agents	Diabetes drugs	Insulin (weight gain differs with type and regimen used), sulfonylureas, thiazolidinediones, sitagliptin [¶] , metiglinide	Metformin*, acarbose*, miglitol*, pramlintide*, edematide*, liraglutide*
Gynecologic agents	Oral contraceptives	Progestational steroids, hormonal contraceptives containing progestational steroids	Barrier methods, IUDs
	Endometriosis treatment	Depot leuprolide acetate	Surgical methods
Cardiologic agents	Antihypertensives	alpha-blocker [¶] , beta-blocker [¶]	ACE inhibitors [¶] , calcium channel blockers [¶] , angiotensin-2 receptor antagonists
Infectious disease agents	Antiretroviral therapy	Protease inhibitors	-
General	Steroid hormones	Corticosteroids, progestational steroids	NSAIDs
	Antihistamines/anticholinergics	Diphenhydramine [¶] , doxepin [¶] , cyproheptadine [¶]	Decongestants, steroid inhalers

تاریخچه پزشکی

- سن شروع افزایش وزن
 - رویدادهای مرتبط با افزایش وزن
 - تلاش های قبلی کاهش وزن
 - تغییر در الگوهای غذایی
 - سابقه ورزش
 - داروهای فعلی و گذشته
 - سابقه مصرف سیگار
 - توقف داروها ، به ویژه انسولین ، سولفونیل اوره ، تیازولیدین دیون ها ، گلوکوکورتیکوئیدها و آنتی سایکوتیک ها یکی از علل شایع افزایش وزن هستند
- ترک سیگار نیز با افزایش وزن همراه است.

زنان بعد از بلوغ پس از اولین بارداری

یافته های معاینه فیزیکی

• گواتر (کم کاری تیروئید)

• ضعف عضلانی پروگزیمال، رخساره ماه (moon face) و/یا استریا بنفش (سندرم کوشینگ)

• آکنه و/یا هیرسوتیسم (سندرم تخمدان پلی کیستیک PCOS) میتواند به علل ثانویه چاقی مرتبط باشند .

تست های آزمایشگاه

• اندازه گیری گلوکز ناشتا یا هموگلوبین گلیکوزیله

• TSH

• آنزیم های کبدی

• چربی های ناشتا

ارزیابی محور هیپوتالاموس-هیپوفیز در صورت وجود علائم اختلالاتی مانند سندرم کوشینگ، کمبود هورمون رشد یا چاقی هیپوتالاموس باشد .

آزمایشات ژنتیکی معمول توصیه نمی شود، زیرا اختلالات تک ژنی که شامل چاقی می شود نادر هستند و معمولاً در دوران کودکی وجود دارند .

اندازه گیری میزان متابولیسم توصیه نمی شود، زیرا به طور گسترده در دسترس نیست و ممکن است اشتباه تفسیر شود

- کودکان با وزن کم هنگام تولد

- آنهایی که وزن آنها در 10 سال اول با سرعت بیشتری افزایش می یابد، در بزرگسالی در معرض خطر بالای دیابت هستند

- کودکان مبتلا به چاقی در سن 7 سالگی و ادامه چاقی در طول بلوغ تقریباً به طور قطع در بزرگسالی دچار چاقی خواهند شد.

چاقی در بزرگسالان: رژیم درمانی

- توضیح خطرات سلامتی ناشی از چاقی بیش از حد،
- ارزیابی هزینه - اثربخشی، نوع درمان را انتخاب کرد.
- اهداف کاهش وزن
- اهمیت کاهش وزن بر سلامت جسمی، ذهنی و عملکردی را توضیح دهیم .
- تهیه یک برنامه عملیاتی کاهش وزن
- اجرای فرآیند پشتیبانی از آن مهم است.

هدف اولیه

- کاهش وزن 5 تا 7
- کاهش وزن بیش از 5 درصد بیماری های قلبی عروقی مانند دیس لیپیدمی، فشار خون بالا و دیابت کاهش مییابد
- دریافت کالری کمتر از میزان مصرف انرژی

عواملی که پاسخ به رژیم غذایی را پیش بینی می کنند

- شامل رعایت رژیم غذایی

- عوامل ژنتیکی موثر

- مصرف انرژی است

➤ مردان نسبت به زنان بیشتر وزن کم می کنند.

زیرا مردان درصد چربی بدن کمتر و عضله بیشتر دارند

➤ افراد مسن تر انرژی کمتری مصرف می کنند و دیرتر وزن کم می کنند

میزان متابولیسم تقریباً 2 درصد در هر دهه کاهش می یابد.

میزان اولیه کاهش وزن می تواند نشانگر موفقیت درازمدت باشد .

1. برای حفظ یک کیلوگرم وزن بدن در بزرگسالان با وزن طبیعی، تقریباً 22 کیلو کالری بر کیلوگرم مورد نیاز است .

• بنابراین، مصرف انرژی مورد انتظار یا محاسبه شده برای یک زن با وزن تغییرپذیری ± 20 درصد می تواند نیازها 100 کیلوگرم تقریباً 2200 کیلو کالری در روز است. انرژی را بین 2620 کیلوکالری در روز تا 1860 کیلوکالری در روز محاسبه می کند .

توصیه عمومی - کاهش کل انرژی (کالری) دریافتی باید جزء اصلی هر مداخله کاهش وزن باشد.

مداخله درمانی

- تاریخچه از رژیم غذایی 24 ساعته
- حذف نوشیدنی های کالری دار
- حذف غذاهای فرآوری شده
- خود نظارتی
- اتخاذ یک رویکرد سالم و طولانی مدت برای غذا خوردن

نظارت بر خود،

- شامل استفاده از یادداشتهای غذایی،
- سوابق فعالیت

انواع رژیم های غذایی

رژیم های غذایی معمولی با انرژی بالای 800 کیلو کالری در روز

- رژیم های متعادل کم کالری

- رژیم های غذایی سالم نسخه های کم کالری

مانند رژیم های مدیترانه ای و رژیم های غذایی برای توقف فشار خون بالا ([DASH])

- رژیم های کم چرب

- رژیم های کم کربوهیدرات

- رژیم های پر پروتئین

- رژیم های بسیار کم کالری رژیم های مد روز (رژیم های غذایی شامل ترکیب غیر عادی غذاها یا توالی های خوردن) بسیار محبوب هستند اما فقط برای مدت کوتاهی موثرند اکثر رژیم های غذایی مد روز دراز مدت پایدار نیستند .

- غذاهای بسیار فرآوری شده، شیرین کننده های غیر مغذی و سایر افزودنی های مصنوعی ممکن است بر وزن بدن فراتر از کالری هایی که دارند به طور مستقیم یا غیرمستقیم از طریق اصلاح میکروبیوم روده تأثیر بگذارند



رژیم‌های متعادل کم کالری

1- تعیین میزان کالری دریافتی

2- سپس انتخاب مواد غذایی

شامل پروتئین، کربوهیدرات و اسیدهای چرب ضروری

باید **الکل**، **نوشیدنی‌های حاوی قند** و **شیرینی‌های با غلظت بالا** را به حداقل برسانند یا حذف کنند، زیرا حاوی مقادیر کافی از سایر مواد مغذی لازم برای سلامتی نیستند.



فیت شف، با خیال راحت رژیم بگیرا - مجله پیکنیک استودیو

غذاهای بسته بندی شده (روش ساده)

- نوشیدنی های رژیمی با فرمول غذایی با استفاده از رژیم های غذایی پودری یا مایع،
- میله های تغذیه
- غذای منجمد (حاوی 250 تا 350 کیلوکالری در بسته بندی)
- وعده های غذایی از پیش بسته بندی شده که می توانند در دمای اتاق نگهداری شوند.

توصیه ما

برای صبحانه رژیم های غذایی شیر خشک یا میله های صبحانه

برای ناهار رژیم های غذایی با فرمول یا یک غذای ناهار منجمد؛

برای شام و یک غذای منجمد با کالری کنترل شده با سبزیجات اضافی را توصیه کرده ایم.

به این ترتیب می توان رژیم غذایی 1000 تا 1500 کیلوکالری در روز را با کالری کنترل کرد.

در یک مطالعه تصادفی چهار ساله، جایگزینی دو وعده غذایی و دو میان وعده با غذاهای آماده شده با کنترل انرژی، حاوی ویتامین و مواد معدنی منجر به کاهش وزن اولیه و حفظ وزن در مقایسه با یک رژیم غذایی همکالری شد.

- تصمیمات غذایی درست
- زمان صرف شده برای پخت و پز و خرید را کاهش می دهد
- نظارت دقیق تری بر میزان کالری دریافتی را ترویج می کند

موفقیت مرتبط است با

- سلیقه های بیمار
- تمایل به امتحان کردن وعده های غذایی کنترل شده،
- رضایت از طعم
- تنوع گزینه های غذایی
- درک در پایداری در مصرف این نوع از غذا

رژیم های غذایی سالم (نسخه های کم کالری)

رژیم غذایی مدیترانه ای الگوی غذایی که در مناطق زیتون کاری شامل

1. سطح بالایی چربی غیراشباع

2. مصرف متوسط الکل

3. مصرف زیاد سبزیجات، میوه ها

4. حبوبات

5. آجیل و

6. غلات

7. مصرف متوسط شیر و فرآورده های لبنی، بیشتر به شکل پنیر

8. مصرف نسبتاً کم فرآورده های گوشتی.

به نظر می رسد رژیم غذایی مدیترانه ای با فوایدی، از جمله کاهش خطر قلبی عروقی و پیشگیری از دیابت مرتبط می باشد .



رژیم غذایی برای توقف فشارخون

DASH با کالری محدود

چهار تا پنج وعده میوه،

• چهار تا پنج وعده سبزیجات و غلات

• دو تا سه وعده لبنیات کم چرب و ماهی و مرغ و اجیل کم سدیم در روز

• کمتر از 25 درصد رژیم غذایی از چربی است.

این رژیم فشار را بیشتر از رژیم غذایی غنی از میوه ها و سبزیجات به تنهایی کاهش می دهد

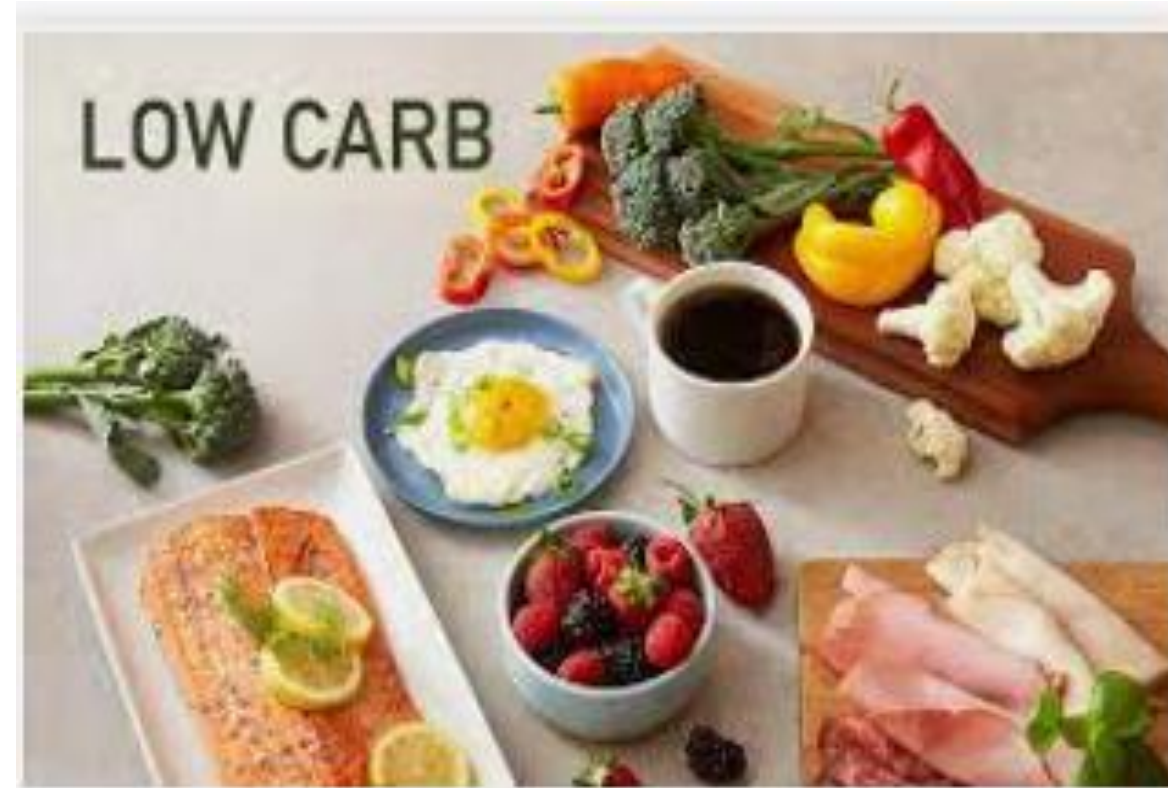
ترکیب رژیم غذایی DASH با 25 دقیقه فعالیت بدنی در روز منجر به کاهش وزن 5.8 کیلوگرمی در طول 26 هفته می شود.



رژیم های کم کربوهیدرات - طرفداران رژیم های کم کربوهیدرات استدلال کرده اند که افزایش اپیدمی چاقی ممکن است تا حدی به **دلیل رژیم های کم چرب و پر کربوهیدرات** باشد .

• اما این ممکن است به نوع کربوهیدرات هایی که خورده می شوند بستگی داشته باشد، مانند تنقلات پر انرژی و نوشیدنی های حاوی قند یا فروکتوز بالا .

• اگر یک رژیم غذایی کم کربوهیدرات انتخاب شود، انتخاب های سالم برای چربی (چربی های غیراشباع) و پروتئین (ماهی، آجیل، حبوبات و مرغ) باید تشویق شوند



رژیم های کم کربوهیدرات (60 تا 130 گرم) و

کربوهیدرات بسیار کم (0 تا <60 گرم) برای کاهش وزن کوتاه مدت موثرتر از رژیم های کم چرب هستند، برای کاهش وزن طولانی مدت مفید نیست زیرا محدودیت کربوهیدرات ها منجر به تحرک گلیکوژن می شود

اگر دریافت کربوهیدرات کمتر از **50 گرم** در روز باشد، کتوز ایجاد می شود و کاهش وزن سریع اتفاق می افتد، که در درجه اول به دلیل تجزیه گلیکوژن و از دست دادن مایعات به جای کاهش چربی است.

علاوه بر این، رژیم های کتوژنیک با کربوهیدرات بسیار کم با افزایش اندکی در مصرف انرژی همراه است که در طول زمان میزان آن کاهش می یابد.



رژیم های بسیار کم کربوهیدرات ممکن است با عوارض جانبی مکرر نسبت به رژیم های کم چرب همراه باشد.

در یکی از کارآزمایی‌هایی که در بالا ذکر شد، تعدادی از علائم به طور قابل‌توجهی در گروه کم کربوهیدرات در مقایسه با گروه رژیم غذایی کم‌چرب به طور قابل‌توجهی بیشتر رخ داد.

اینها شامل یبوست (68 در مقابل 35 درصد)، سردرد (60 در مقابل 40 درصد)، بوی بد دهان (38 در مقابل 8 درصد)، گرفتگی عضلات (35 در مقابل 7 درصد)، اسهال (23 در مقابل 7 درصد)، ضعف علیرغم نرخ بالاتر علائم، [45] عمومی (25 در مقابل 8 درصد). و راش (13 در مقابل 0 درصد) نرخ ترک تحصیل در کارآزمایی‌های بالینی برای رژیم‌های کم کربوهیدرات و کم‌چرب مشابه بوده است.

رژیم های غذایی با پروتئین بالا، که در آن حداقل 20 درصد کالری روزانه از پروتئین تامین می شود، برای درمان چاقی توصیه شده است،

زیرا آنها **سیر کننده تر** هستند و **گرمزایی** را تحریک می کنند

در یک متآنالیز کارآزمایی ها که اثرات **طولانی مدت رژیم های غذایی کم چرب** را با **محتوای پروتئین بالا** یا در کم مقایسه کرد، تفاوت معنی داری در **کاهش وزن، دور کمر، چربی ها و فشار خون** وجود نداشت

متآنالیز دیگری میانگین مدت آزمایش **12 هفته** کاهش متوسطی در وزن، توده چربی و تری گلیسیرید با **رژیم غذایی پروتئینی بالا** در مقایسه با **رژیم غذایی استاندارد** مشاهده شد اگر چربی رژیم غذایی ثابت بماند، انرژی ناشی از منابع کربوهیدرات با کاهش انرژی از پروتئین رژیم غذایی افزایش می یابد .

بنابراین، بیمارانی که به طور تصادفی به رژیم غذایی کم چرب و پر پروتئین اختصاص داده شده اند، مصرف کربوهیدرات کمتری نسبت به افرادی که در رژیم غذایی کم چرب و کم پروتئین اختصاص داده

شده اند داشتند (معمولاً 40 در مقابل 55 تا 65 درصد کالری دریافتی روزانه)

هرم غذایی رژیم پرپروتئین و کم کربوهیدرات



رژیم های بسیار کم کالری - رژیم های غذایی با سطح انرژی بین **200 تا 800 کیلو کالری** در روز
"**رژیم های بسیار کم کالری** نامیده می شوند

در حالی که رژیم های **زیر 200 کیلو کالری** در روز را می توان **رژیم های گرسنگی** نامید .

اساس این رژیم ها این تصور بود که هرچه کالری دریافتی کمتر باشد، کاهش وزن سریع تر خواهد بود،
زیرا انرژی خارج شده از ذخایر چربی بدن تابعی از کمبود انرژی است. **گرسنگی رژیم غذایی بسیار کم کالری نهایی است و منجر به سریع ترین کاهش وزن می شود**



رژیم های غذایی گرسنگی اگرچه زمانی محبوب بودند، اما برای درمان چاقی توصیه نمی شوند.

نشان داده نشده است که رژیم های بسیار کم کالری نسبت به رژیم های معمولی برای کاهش وزن کوتاه مدت برتری دارند .

در یک متآنالیز کاهش وزن کوتاه مدت با رژیم های بسیار کم کالری بیشتر بود . اما تفاوتی در طولانی مدت نداشت .

افزایش وزن با توقف رژیم اغلب سریع است، و بهتر است رویکرد پایدارتری نسبت به استفاده از روشی که قابل تداوم نیست در پیش بگیرید.

از **عوارض رژیم های بسیار کم کالری** می توان به

- ریزش مو
- نازک شدن پوست
- و سردی اشاره کرد
- سنگ های صفراوی

رژیم ها در افراد **شیرده یا باردار و در کودکانی** که برای رشد خطی به پروتئین نیاز دارند منع مصرف دارد .

مانند همه رژیم های غذایی، **تجمع کلسترول از ذخایر چربی محیطی افزایش می یابد**، بنابراین خطر ابتلا به سنگ های صفراوی افزایش می یابد.

رژیم های بسیار کم کالری باید برای افرادی در نظر گرفته شود که برای **هدف خاصی مانند جراحی به کاهش وزن سریع نیاز دارند** .

روزه داری متناوب - استراتژی های روزه متناوب، از جمله روزه داری متناوب و تغذیه با محدودیت زمانی، به عنوان رویکردی برای کاهش وزن استفاده شده است، شواهد مبنی بر اثربخشی آنها متفاوت است .

تغذیه با محدودیت زمانی (TRF) **قطع غذا در زمان معینی** در هر روز (مثلاً در اوایل بعد از ظهر) منجر به یک دوره طولانی روزه داری می شود که تا روز بعد .

ممکن است منجر به بهبود حساسیت به انسولین و اثرات ضد التهابی باشد



در تجربه ما، **برخی از بیماران ترجیح می‌دهند**

به **تنهایی** با استفاده از کتاب‌های رژیم غذایی خودیاری،

برنامه‌های کاربردی تلفن همراه («برنامه‌ها»)،

یا برنامه‌های مبتنی بر اینترنت، یک استراتژی رژیم غذایی را دنبال کنند

سایر بیماران **برنامه‌های مداخله‌ای** در سبک زندگی را ترجیح می‌دهند که

از آموزش در مورد تغذیه، فعالیت، و موضوعاتی که شامل عنصر حمایت گروهی و تبادل اطلاعات از طریق جلسات حضوری یا جلسات مجازی (تماس‌های کنفرانس تلفنی یا بهداشت از راه دور) استفاده کنند

هیچ رژیم غذایی واحدی وجود ندارد که برای همه بیماران مناسب باشد .

انواع استراتژی های غذایی وجود دارد که می تواند در کاهش کالری دریافتی و کاهش وزن موثر باشد .

بیماران اغلب برای انتخاب استراتژی غذایی مناسب برای آنها بر اساس

• عادات غذایی معمول و

• ترجیحات غذایی،

• سبک یادگیری ترجیحی

• و قابلیت ها، و توانایی درک شده برای مدیریت گرسنگی،

• حفظ پایبندی

• حفظ لذت از خوردن، به راهنمایی نیاز دارند.

مشاوره فردی

یک متخصص تغذیه می‌تواند با استفاده از یک رویکرد تصمیم‌گیری مشترک، استراتژی اجرای رژیم غذایی را برای هر بیمار تنظیم کند تا به تعیین اینکه آیا رویکرد شمارش (کالری، گرم چربی، یا کربوهیدرات)، الگوی غذایی/رویکرد منو، استفاده از غذاهای کنترل‌شده در وعده غذایی، یا دستورالعمل‌ها و اهداف فردی برای شکل دادن به غذا خوردن در طول زمان برای سبک یادگیری ترجیحی بیمار مناسب است

].

محدودیت های کالری طولانی برخی از

کاهش مصرف انرژی است که منجر به کاهش تولید گونه‌های فعال اکسیژن (و در نتیجه کاهش آسیب اکسیداتیو) می‌شود. که نشان دهنده یک اثر ضد پیری احتمالی طولانی مدت است

محدودیت کالری اثر بهبود حساسیت، به انسولین و اثر ضد پیری دارد.

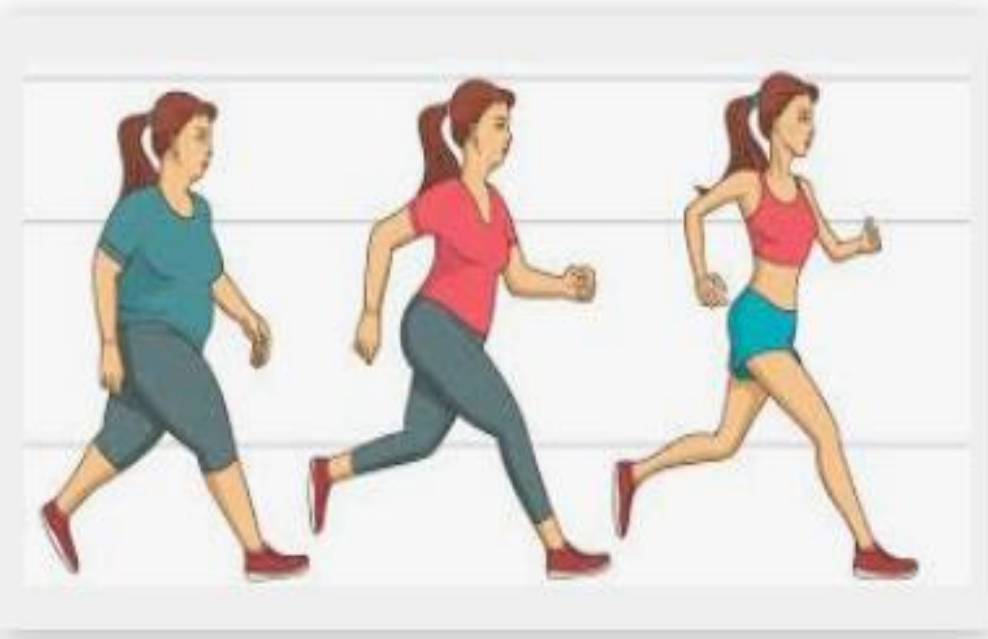
نقش فعالیت بدنی و ورزش

اجزای مصرف انرژی عبارتند از:

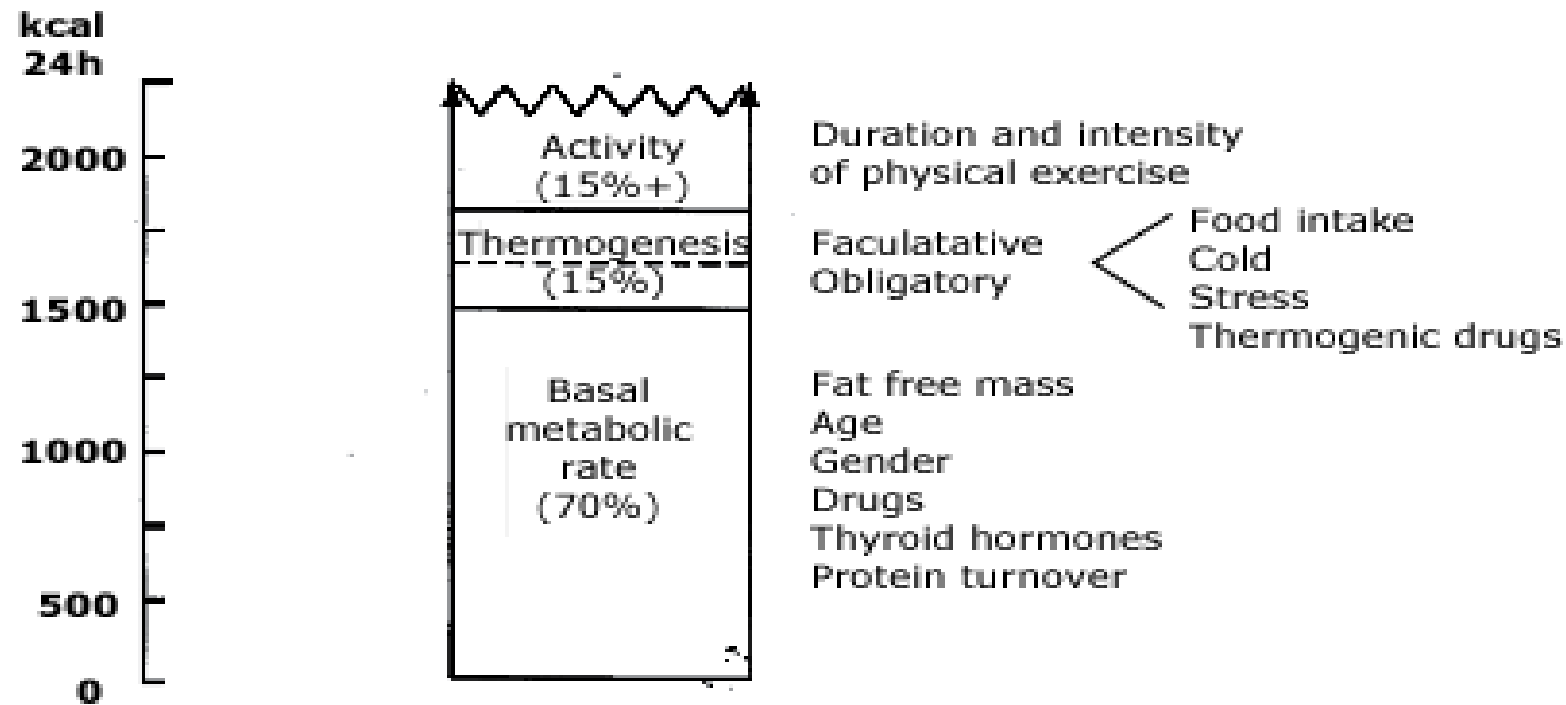
نرخ متابولیک استراحت (BMR)

اثر حرارتی تغذیه (TEF)

فعالیت بدن میباشد



اجزای مصرف انرژی



اجزای مصرف انرژی فعالیت های متابولیک پایه (مانند تولید گرما برای حفظ دمای بدن، حفظ گرادیان های یونی در سلول ها، عملکرد قلبی و تنفسی)، اثر حرارتی غذا (ترموژنز) و فعالیت بدنی است.

مدیریت اضافه وزن و چاقی شامل ترکیبی از تغییرات رژیم غذایی، افزایش فعالیت بدنی و اصلاح رفتار است.

برخی از بیماران ممکن است و در نهایت به درمان دارویی یا جراحی چاقی برای کاهش وزن نیاز داشته باشند .

ورزش و فعالیت بدنی برای حفظ کاهش وزن طولانی مدت و در حفظ توده بدون چربی بدن در طول کاهش وزن و بعد از آن کلیدی هستند .

- ورزش
- برای پیشگیری چاقی
- حفظ کاهش وزن
- برای حفظ وزن طبیعی بدن در میانسالی (تقریباً 60 دقیقه در روز) مفید بود .
- هنگامی که کسی اضافه وزن داشته باشد، فعالیت بدنی در غیاب دریافت کالری کنترلی مانع از افزایش وزن نمیشود
- ورزش فقط کاهش وزن را به میزان متوسطی بهبود می بخشد.
- علاوه بر این، برای بیمارانی که به تمرینات ورزشی پایبند هستند، افزایش توده عضلانی، حجم پلاسما و ذخایر گلیکوژن ممکن است از دست دادن بافت چربی را جبران کند و در نتیجه کاهش وزن خالص کمتری داشته باشد.

در افراد مسن

- ورزش ترکیبی هوازی و مقاومتی برای کاهش وزن بهترین است
- ورزش از کاهش توده عضلانی و استخوانی جلوگیری میکند
- تمرینات هوازی و مقاومتی ترکیبی در وضعیت عملکردی فرد مفیدتر است
- برنامه ورزشی باید با سن و سلامتی و شرایط فیزیکی و شرایط پزشکی فرد متناسب باشد .
- افراد باید در مورد استرس و فشارهای اسکلتی عضلانی و آسیب مفاصل آگاه شوند .



- کاهش وزن تقریباً 20 درصد به دلیل از دست دادن توده بدون چربی بدن (مثلاً توده عضلانی) و 80 درصد باقی مانده به دلیل از دست دادن چربی است .

- افزایش فعالیت بدنی باعث کاهش از دست دادن توده عضلانی ناشی از رژیم غذایی می شود که به نوبه خود باعث افزایش عملکرد فیزیکی و حساسیت به انسولین می شود.

- هر دو فعالیت بدنی هوازی و تقویت کننده عضلات مفید هستند.

- در دوره حفظ کاهش وزن، بیشتر افراد بیش از 60 دقیقه در روز به فعالیت با شدت متوسط نیاز دارند تا کاهش وزن را با موفقیت حفظ کنند

• کنترل قند خون

• بهبود حساسیت به انسولین

• بهبود وضعیت غلظت لیپوپروتئین سرم

• بهبود ترکیب بدن و ظرفیت هوازی

• بهبود فاکتورهای هموستاتیک مرتبط با ترومبوز

• رژیم های ورزش هوازی بلند مدت، تأثیر مفیدی بر فشار خون سیستمیک داشته است

• کاهش بیشتر چربی شکم نسبت به چربی پایین بدن

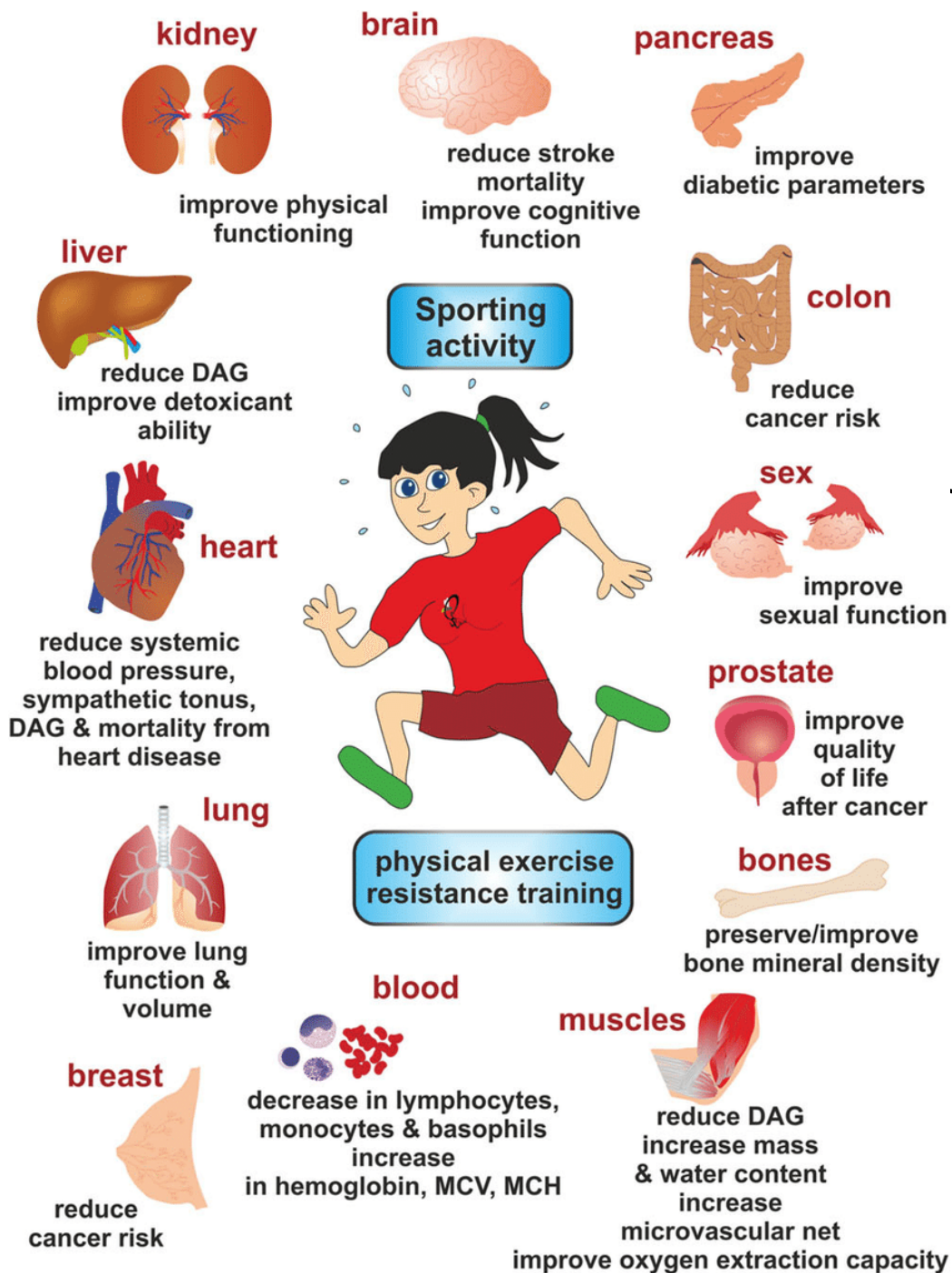
خطرات

افزایش خطر آسیب های اسکلتی عضلانی،

آریتمی قلبی،

انفارکتوس حاد میوکارد

اسپاسم برونش



رفتار درمانی

رفتار درمانی

● اصلاح و نظارت بر مصرف غذای آنها

● اصلاح فعالیت بدنی آنها

● کنترل سرنخ ها و محرک هایی در محیط که باعث خوردن و پرخوری می شود

تغییر رژیم غذایی به تنهایی می تواند باعث کاهش وزن 5 تا 10 درصدی کمتر از وزن اولیه شود،
و اصلاح جامع سبک زندگی (ترکیبی از تغییر رژیم غذایی، ورزش، و مداخلات رفتاری) منجر به کاهش
وزن بیشتری می شود.

در بزرگسالان با شاخص توده بدنی $BMI \geq 30$ ، مداخلات رفتاری لازم است.



تغییرات شامل

- محیط را تغییر دهد
- به تغییرات احتمالی تقویت محیطی توجه کند
- رفتار درست خوردن و فعالیت بدنی را شکل دهد
- بیماری های مرتبط با چاقی، و فواید سلامتی را بداند

عناصر تغییر رفتار مداخلات سبک زندگی شامل آموزش تغذیه و رفتارهای فعالیت بدنی و خود تنظیمی است.

ایجاد انگیزه (چرا)

تسهیل (چگونه)

حذف عوامل محرک

رسیدن به یک هدف رفتاری خاص (مثلاً نوشیدن آب به جای نوشیدنی های شیرین)

حمایت اجتماعی

درک مزایای تغییر رفتار

خطرات عدم تغییر رفتار

خودکارآمدی

عوامل تسهیل کننده

شامل دانش و مهارت است.

خودتنظیمی شامل مجموعه ای از رفتارهای حمایتی است که برای بهبود شروع و حفظ تغییر رفتار مفید است، مانند:

● تعیین هدف

● خود نظارتی

● کنترل یا اصلاح محرک هایی که خوردن را فعال می کنند

● سبک غذا خوردن (کاهش سرعت غذا خوردن)

● انقباض و تقویت رفتاری

● برنامه ریزی غذایی

● بازسازی شناختی

● حل مشکل

همه این عناصر تغییر رفتار برای حفظ کاهش وزن، به ویژه فعالیت بدنی و نظارت دوره ای وزن توصیه می شود.

- تعیین اهداف کاهش وزن

تغییرات در رفتار غذایی نیازمند زمان و تعهد است

اهداف کاهش وزن مانند 0.5 تا 1 کیلوگرم در هفته یا 5 تا 10 درصد از وزن اولیه را در شش دوره تعیین کنند.

برای دستیابی به این هدف، شرکت کنندگان تشویق می شوند که **انرژی دریافتی خود را به میزان 500 کیلوکالری در روز کاهش دهند**، که می تواند با آموزش رژیم غذایی، تهیه غذا یا استفاده از غذاهای کنترل شده انجام شود.

افراد با کاهش وزن ماه به ماه و به کاهش وزن پایدارتر و بیشتر در طول سال اول و کاهش وزن بهتری در طول چهار سال دست یافتند

• تعیین اهداف رفتاری - تعیین اهداف رفتاری نیز مهم است .

• این اهداف S اختصاصی ،

• قابل اندازه گیری M easurable،

• دست یافتنی A chievable،

• Reasonable

• مرتبط با زمان T ime

(SMART) - هستند و باید تحت کنترل بیمار باشند . برخی از مثال‌ها عبارتند از: نیمی از بشقاب خود را میوه و سبزیجات درست کنید و کمتر از یک بار در هفته فست فود بخورید.

خود نظارتی

یادداشت های غذایی، ثبت کالری موجود در غذا و موقعیتی که در آن می خورند
سوابق فعالیت و خود توزینی

یکی از عناصر یک برنامه کاهش وزن رفتاری موفق است

ارتباط ثابتی بین خود نظارتی (وزن، رژیم غذایی و ورزش) و کاهش وزن موفق وجود داشت
روش های مختلفی برای انجام خودمانیتورینگ استفاده شد، از جمله

- خاطرات کاغذی،

- برنامه های کاربردی اینترنتی

- برنامه های کاربردی گوشی های هوشمند

- ترازوهای دیجیتال برای ثبت وزن

کنترل محرک - کنترل عوامل محیطی که باعث خوردن غذا می شوند

حذف یا اصلاح عوامل محیطی که پرخوری را تسهیل می کنند از آنجایی که غذا یک مسئله کلیدی در افزایش وزن است، به شرکت‌کنندگان آموزش داده می‌شود که میوه‌ها و سبزیجات تازه بیشتری بخرند، غذاهایی با کالری کمتر تهیه کنند و آن‌ها را به‌طور برجسته در یخچال یا پیشخوان قرار دهند.

کنترل محرک همچنین شامل تمرکز بر روی عمل غذا خوردن است

بنابراین، خاموش کردن تلویزیون و کنار گذاشتن مطالب خواندنی ممکن است به فرد اجازه دهد تا روی غذا خوردن تمرکز کند .

سبک غذا خوردن - آهسته کردن روند غذا خوردن ممکن است به سیگنال های "فیزیولوژیک" برای سیری زمان بدهد .

غذاهای آگاهانه" شامل تمرکز بر طعم و بافت غذا و مزه کردن چیزی است که با آهسته جویدن غذا خورده می شود . این تکنیک می تواند سرعت غذا خوردن را کاهش دهد .

تکنیک‌های دیگر ممکن است شامل ترک کردن میز برای مدت کوتاهی در طول غذا و نوشیدن آب بین لقمه‌ها یا درست قبل از غذا باشد.

• **توزین منظم** . نگرانی‌هایی وجود داشت که وزن‌کردن منظم ممکن است منجر به اضطراب و بازیابی وزن شود.

• **تقویت رفتاری** - تقویت نتایج موفقیت آمیز با ارائه پاداش برای کاهش وزن ممکن است سودمند باشد .

• انگیزه کسب پاداش بزرگتر، و به دست آوردن انگیزه ای که سایر اعضای گروه با نرسیدن به هدف ماهانه از دست داده اند، ممکن است یک عامل انگیزشی برای شرکت کنندگان مشوق گروه باشد.

• **کنترل وعده غذایی و برنامه ریزی وعده غذایی** کنترل وعده غذایی و برنامه ریزی وعده غذایی نیز استراتژی های رفتاری مفیدی هستند

• ارائه یک ساختار غذایی تعریف شده منجر به کاهش وزن بیشتر از عدم وجود چنین ساختاری می شود استفاده از بشقاب های کنترل شده یا جایگزینی وعده های غذایی نمونه هایی از چنین استراتژی هایی هستند.

استفاده از جایگزین‌های وعده‌های غذایی کاهش وزن را به میزان کم افزایش داده است.

حمایت اجتماعی - گنجاندن اعضای خانواده یا همسران یکی از راه‌های تحقق این امر است .
برنامه هایی که شامل **حمایت قوی خانواده** می شوند، هم مزایای کوتاه مدت و هم درازمدت دارند .
حمایت اجتماعی همچنین می تواند به نفع اعضای خانواده باشد .

-

ابزارهای دیگر

بازسازی شناختی

اتخاذ خودگویی مثبت به جای منفی (مثلاً اگر یک تکه کیک بخورد، به جای سرزنش کردن خود، ورزش را انتخاب کنید)

حل مسئله توسعه راهبردهایی برای مدیریت مصرف غذا در موقعیت های دشوار مانند رستوران ها و مهمانی ها

آموزش جرات ورزی یادگیری "نه" گفتن

کاهش استرس شناسایی و کاهش عوامل استرس زا که محرک های خوردن هستند

• برنامه مداخله سبک زندگی فشرده که از طریق یک محیط مراقبت های اولیه به بزرگسالان در یک جمعیت کم درآمد .

• خودیاری یا برنامه های کاهش وزن تجاری خودیاری یا برنامه های کاهش وزن تجاری درجات مختلفی از استراتژی های اصلاح رفتار را شامل می شوند . آنها می توانند گران باشند و از رژیم های غذایی بسیار کم کالری استفاده کنند و فقط برخی از آنها در کار آزمایی های بالینی کنترل شده ارزیابی شده اند .

برنامه های دیجیتال . چنین برنامه هایی به دلیل سهولت استفاده و راحتی بسیار جذاب هستند . استفاده از چنین فناوری دیجیتالی برای بهبود پایبندی با نظارت بر خود نشان داده شده است و با کاهش وزن همراه است .

جلسات گروهی حضوری

• عناصر مهم شامل راهنمایی و بازخورد از یک مداخله گر آموزش دیده و درمان با شدت بالا است که شش ماه با حداقل 14 جلسه طول می کشد .

مشاوره تلفنی نیز ممکن است برای حفظ کاهش وزن موثر باشد. ویژگی های دو جهته (تعاملی)، با پیام های شخصی

یک مداخله ایمیلی هفتگی با شدت کم مؤثرتر است .

حفظ کاهش وزن با ادامه

استراتژی‌های اصلاح رفتار

رژیم غذایی

فعالیت بدنی.

افزایش مجدد وزن ناشی از سازگاری متابولیکی است که مصرف انرژی را در پاسخ به کاهش وزن کاهش می‌دهد.

تماس‌های تلفنی بعدی که آموزش و نگهداری و پشتیبانی است

دوره‌های بالا و پایین‌شدن وزن که "**چرخه‌های وزن**" نامیده می‌شود، **خطر ابتلا به دیابت را** افزایش می‌دهد.

b