فصلنامهٔ علمی ـ پژوهشی رفاه اجتماعی، سال شانزدهم، پاییز ۹۵، شماره ۶۲
Social Welfare Quarterly, Vol 16, Fall 2016, No 62

نظام اجتماعی، چاقی کودکان و درمانهای روان‌شناختی

Social System, Childhood Obesity and Psychological Treatments

نسیم رضوی*، حسن احدی، غلامرضا صرامی فروشانی*****

مقدمه: چاقیِ کودکی در کشورهای درحال‌توسعه و توسعه‌یافته به‌شدت افزایش‌یافته و شیوعی چشم‌گیر را تجربه می‌کند. چاقی بیماریِ متابولیکیِ مرتبط با شماری از بیماریها چه در قالب زنجیره علی و یا برکنار از چنان رابطه‌ای، به‌گونه‌ای یکتا و منفرد تحت تأثیر عاملی واحد، در نظر گرفته شده است. همچنین به‌احتمال‌زیاد، چاقیِ کودکی به چاقی بزرگ‌سالی نیز بدل می‌شود. بررسیهای گوناگونی گویای این حقیقت است که چاقی، زادهٔ کنش و واکنشِ عوامل وراثتی (ژنتیک)، عوامل روانی- اجتماعی و متغیرهای محیطی است. برکنار از این باورِ درست که چاقی را پدیده‌ای زادهٔ ترکیبی از عوامل می‌داند، دیدگاههای سلامت در گسترده‌ترین معنای آن و در فرجامین تحلیل، تنها به فرد می‌پردازند. بر این اساس، دیدگاههای یادشده در اکثر موارد، بی‌اعتنا به ساختار جامعه و منافع گروههای قدرتمند که چاقی را در کنار امری ژنتیک، زیستی، روان‌شناختی و رفتاری، درعین‌حال پدیده‌ای اقتصادی-سیاسی می‌سازند، سکوت پیشه کرده‌اند. لیکن تأکید یک‌سویه بر احتمال رابطه مورد اشاره بدون توجه موشکافانه‌ای بر این واقعیت که ژنتیک

* دکتر روانشناس سلامت، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرج، ایران، (نویسنده مسئول)، <nasimr55@yahoo.com>
** دکتر روانشناس سلامت، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرج، ایران
*** دکتر روانشناس، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

Nasim Razavi[1], Hasan Ahadi[2], Gholamreza Seramiforooshani[3]

Introduction: The prevalence of childhood obesity has increased in developed and developing countries. Obesity is a metabolic disorder that is related to many diseases and can be caused by one factor or a chain of factors. Moreover, childhood obesity will most probably turn into adult obesity. Various research indicates that obesity is caused by the interaction of genes, psycho-social factors and environmental variables. Regardless of the true belief that obesity is caused by a mixture of factors, health viewpoints merely study individuals. In other words, these viewpoints neglect the structure of society and interest of power groups which make obesity an economic-political phenomenon as well as a genetic, biological, psychological and behavioral phenomenon. Therefore, it should be accepted that genetics is not the only reason for the high prevalence of obesity in developed and develop-

1. Ph.D in Health psychologist, <nasimr55@yahoo.com>
2. Ph.D in Health psychologist
3. Ph.D in Psychologist

ing countries. Other factors such as environmental, behavioral and psychosocial factors play a role as well, specially in the era of globalization.

Critical Review: In reviewing the available treatments for obesity, all unilateral treatments are being challenged. Treatments which only modify nutrition or physical activity are being questioned in terms of efficiency and maintenance of weight loss. Combined treatments for lifestyle modification which take nutrition and physical activity modifications into account, have resulted in efficiency improvement. However, they do not take psychological factors causing and maintaining obesity into account. Review of "cognitive behavioral therapy" points out that, in many studies, this model has been successfully used for losing or maintaining weight. However, applying this model with or without involving parents is a question that affects arrangement of the therapy.

On the path of change from second to third wave of psychology, obesity treatments had an eye on mindfulness interventions, however, as they are new therapies more research needs to be done to evaluate them more precisely.

Discussion: This study tried to inves-

تحت هیچ شرایطی نمی‌تواند افزایش شدید شیوع چاقی آن‌هم در دهه‌های اخیر چه در جوامع پیشرفته و یا درحال‌توسعه را توجیه کند، عوامل اصلی یعنی متغیرهای محیطی، رفتاری و روانی- اجتماعی آن‌هم در چارچوب سرمایه‌داری به‌ویژه در عصر جهانی‌سازی از بالا یا از دریچه اقتصاد، اهمیتی بی‌مانند به کف می‌آورند.

مرور انتقادی منابع: در مرور درمانهای موجود برای چاقی، تمامی درمانهایی که یک‌جانبه عمل می‌کنند را به چالش کشیده و درمانهایی که برنامه اصلاح صرف تغذیه یا صرف فعالیت بدنی دارند، از لحاظ کارایی و زمان نگهداری وزن کاهش‌یافته زیر سؤال می‌روند. درمانهای ترکیبی برای اصلاح سبک زندگی که هم اصلاح تغذیه و هم فعالیت بدنی را مدنظر قرار می‌دهند، بهبود کارایی را به همراه داشتند، لیکن همچنان بعضی عوامل روان‌شناختی که در ایجاد و حفظ چاقی نقش دارند را در نظر نمی‌گیرند. در مرور رفتاردرمانی شناختی، کارایی در کاهش و نگهداری وزن در تحقیقات زیادی نشان داده‌شده است، هرچند که نحوه اجرای آن همراه با والدین و یا بدون والدین نیز از پرسشهای نحوهٔ چینش ساختار درمان بوده است. سیر تحول درمان چاقی همگام با تغییر در موج دوم به سوم در روان‌شناسی به درمانهای ذهن‌آگاهی پرداخته است که به دلیل جدید بودن این درمان هنوز در بررسی مروری آن نیاز به پیشینهٔ بیشتری از تحقیقات داریم.

بحث: این مطالعه سعی داشته است با

معرفی منطق درونی سرمایه‌داری و تأکید بر سبک زندگی سرمایه‌داری، الگوی مصرف بی‌رویه مواد غذایی و به‌وجود آمدن الگوی غذایی ناسالم برای انباشت سرمایه، به‌عنوان مشکلاتی در ساختار جامعه‌ای و نظام اقتصادی حاکم، بر مشکلات مربوط به سلامتی در چاقی کودکان، راههای درمان رایج و نواقص موجود در آنها نظر افکنده و با در نظر گرفتن تعیین‌کننده‌های اجتماعی و تغییرات محیطی عصر حاضر، ساختار محیطی و اجتماعی را به چالش کشد و نیاز به مداخلهٔ زودهنگام برای درمان چاقی را پررنگ و عوامل مؤثر در کارایی درمان چاقی در کودکان را معرفی کند.

کلیدواژه‌ها: چاقی، درمانهای روان‌شناختی، سلامتی، کودکی

تاریخ دریافت: ۹٤/٤/٥

تاریخ پذیرش: ۹۵/۸/۲۲

tigate childhood obesity issues, its common treatments and their shortages by introducing the internal logic of capitalism and emphasizing on the capitalism lifestyle, excessive food consumption patterns and the development of unhealthy dietary pattern for capital accumulation. It considered social determinants and contemporary environmental changes to challenge environmental and social structure and to emphasize on the need for immediate obesity treatment. It also identified factors affecting the treatment of obesity in children.

Key words: childhood, health, obesity, psychological interventions

مقدمه:

قبل از پرداختن به مباحث سلامتی و رابطه آن با چاقی آن‌هم با تأکید بر چاقی کودکان، نگاهی به نظام سرمایه‌داری و تحولات آن ضروری است. در این رابطه معرفی منطق درونی[1] سرمایه‌داری اهمیتی اساسی دارد. زیرا نشان می‌دهد که چگونه الگو یا سبک زندگی سرمایه‌داری متکی بر مصرف بی‌پایان، به چاقی آحاد مردم منجر شده و سپس با توجه به همان سبک زندگی که بر تناسب‌اندام تأکید می‌کند، انباشت سرمایه برای لاغر سازی در دستور قرار

1. Inner-logic

می‌گیرد. مسئله اصلی را باید در منطق درونی سرمایه‌داری، جستجو کرد. منطق یادشده شاه‌کلید درک تحولات سه قرن اخیر و اگر سرمایه‌داری تجاری نیز به‌حساب آید بهتر است گفته شود، پنج قرن اخیر است. پس ضرورت دارد تا به‌عنوان مدخلی برای ورود به بحث اصلی و برای درک بهتر منطق یادشده که الگوی غذایی متکی به فست فود را همه‌گیر کرده و خوردن دائمی منجر به چاقی را باب نموده است، به تحلیلِ منطق درونی سرمایه‌داری و انباشت دائمی سرمایه از تمامی راهها ازجمله الگوی غذایی و تحولات نظام سرمایه‌داری که ارزش مصرف یعنی مصرف برای نیازی واقعی را به حاشیه رانده و ارزش مبادله یعنی مصرف نه ضرورتاً برای نیازی واقعی بلکه مصرف برای انباشت سرمایه به هر طریق و هر شکل و در تمامی زمینه‌ها ازجمله الگوی غذایی و خوردن تا سرحد چاقی مفرط و ابتلا به دهها بیماری و سپس انباشت مجدد سرمایه از طریق جراحی و دارودرمانی برای بهبود یافتن از یک‌سو و مصرف و لذا بازهم انباشت این بار برای لاغر شدن، از دیگر سو اشاره کنیم: ازاین‌روی خلاصه‌ای از تحلیلهای پرویز پیران که در آثار متعددی به این موضوع پرداخته است، آورده می‌شود: منطق سرمایه‌داری عبارت است از انباشتِ دم افزونِ سرمایه برای سرمایه‌گذاری، سپس انباشت مجدد و بیشتر تا بی‌نهایت و بی‌پایان، به قول متفکری «انباشت کن، انباشت کن، این است موسی این است پیامبران».

به همین دلیل گاه سرمایه‌داری را سرمایه خدایی خوانده‌اند. هنگامی‌که به منطق درونی سرمایه‌داری توجه و به‌ویژه بر بی‌نهایت بودن انباشت، تأمل شود، عبث و نابودکننده بودن آن از پرده برون می‌افتد. به همین دلیل محقق از سی سال پیش، منطق درونی سرمایه‌داری و لذا خود سرمایه‌داری را با اسطوره‌های

یونـان باسـتان کـه بـر عبـث بـودن زندگـی تأکیـد روا می‌دارنـد، مقایسـه کـرده اسـت. سـیزیف پادشـاه تردسـت افیـرا[1] کـه امـروزه کوری‌نـت (Corinth) خوانـده می‌شـود، بـه خشـم خدایـان محکـومِ غلطانیـدنِ سـنگی عظیـم بـه قلـه کوهـی بـود امـا یک‌قـدم مانـده بـه قلـه، سـنگ بـه پاییـن در می‌غلطیـد و سـیزیف بایـد تـا ابـد بـه ایـن کار ادامـه دهـد. مثـال دیگـری کـه محقـق همـواره بـرای مقایسـه منطـق درونـی سـرمایه‌داری به‌کاربـرده اسـت اسـطوره دانائیدهـای (Danaids) افسـانه‌ای اسـت، شـاهزادگانی کـه به‌علـت قتـل شوهرانشـان در شـب زفـاف، محکـوم بـه کشـیدن آب اقیانوسـی بـا سـطلی بـدون تـه یـا به‌قـول برخـی از منابـع، بـا سـطلی دارای کفـی مشـبک، شـدند. دوبـاره سـخن از کاری بیهـوده آن‌هـم بـرای ابـد اسـت.

منطـق درونـی سـرمایه‌داری انباشـت ابـدی سـرمایه یعنـی محکومیـت ابـدی انسـان مـدرن بـه انباشـت بـرای انباشـت اسـت. ایـن نـوع بردگـی مـدرن گرچـه فاقـد خشـونت فیزیکـی مسـتقیم و روزانـه اسـت، بدتریـن، عمیق‌تریـن و گسـترده‌ترین نـوع بردگـی و خشـونتِ تاریـخِ حیـاتِ انسـانی اسـت. انباشـت دم افـزونِ سـرمایه کـه بـه شـکل سـود بـر سـرمایه اولیـه اضافـه می‌شـود تـا سـرمایه‌گذاری بیشـتر و بیشـتری را رقـم زنـد، سـبب به‌دنیـا آمـدن نظامـی گردیـده اسـت کـه در سـالنامه حیـاتِ آدمـی، پویاتریـن نظـام جهانـی اسـت. نظامـی کـه دائمـاً بایـد گسـترش یابـد و همیـن الـزام بـه گسـترش کـه پادزهـر مـرگ و نابـودی آن اسـت، از سـویی نـوآوری دائمـی را رقـم می‌زنـد و از سـوی دیگـر، سـبب بحـران‌زا شـدن نظـام سـرمایه‌داری می‌شـود. همـان دو لبـهٔ سـرمایه‌داری یعنـی سـازندگی دائمـی و لبـه دیگـر یعنـی نابودسـازی دائمـی کـه در بـاب آن این‌همـه حرف‌وحدیـث گفتـاری و نوشـتاری پدیـد آمـده اسـت. درعین‌حـال دو لبـهٔ یادشـده عامـلِ آن اسـت کـه سـرمایه‌داری به‌اجبـار از سـرمایه‌داری تجـاری بـه صنعتـی، از

1. Ephyra

صنعتی به انحصاری و بالاخره از راه جهانی‌سازی از بالا یا از دریچه اقتصاد متشکل فراملیتی شده، به سرمایه‌داری کازینویی (قمارخانه‌ای) با حاکمیت بازار سهام (بورس)، تغییر شکل دهد. ولی علیرغم تمامی تلاشهای پیش‌گفته، قادر به از میان بردنِ بحران نشده است. زیرا بحران، ذاتی سرمایه‌داری و برآمده از منطقِ درونی سرمایه‌داری است که همان انباشت بی‌پایان یا دائماً افزایش‌یابنده است. پس تا سرمایه‌داری به حیات خود ادامه می‌دهد، آن‌هم به‌هر شکل و شمایل و با هر حیله‌ای که بتواند باید انباشت افزون شونده سرمایه برای سرمایه‌گذاری و بازهم انباشت بیشتر را ادامه دهد. به‌هرتقدیر تحولات سرمایه‌داری که به انباشت دائمی برای سرمایه‌گذاری دائمی و گسترش روزمره در تمامی حیطه‌ها، جهتها، منظورها، کارکردها و... نیاز دارد، یعنی تشفی منطق درون سرمایه‌داری، سبب سلطه ارزشِ مبادله[1] بر ارزشِ مصرف می‌شود.

همان‌گونه که نگارنده بارها تأکید کرده است، با غلبه ارزش مبادله بر ارزش مصرف، پیوند کهن‌سال کالا و نیازهای پایه‌ای انسان به‌استثناء چندین قلم کالا، به‌کلی از بین می‌رود. اکنون انبوهِ باور نکردنی کالا، در بی‌شمار اندازه، رنگ، طرح، مقیاس و... تولید می‌شود و نیازهای کاذب از طریق تبلیغات فریبنده و سوءاستفاده از انسان، چه زن و چه مرد، از خصوصی‌ترین نیاز و سایرِ نیازهای پایه‌ای با بمباران تبلیغاتی شبانه‌روزی انواع گروههای هدف، ساخته می‌شوند. تلویزیون این جعبه جادو در مقیاس غیرقابل تصور، مغزشویی همگانی را برعهده گرفته به بهترین شکل موفق می‌شود. هدف شکل‌دهی به آقای جونز، خانم جونز و دختر و پسرِ خانم و آقای جونز است. تمام جمعیت کره زمین باید شبیه این چهار نفر شوند و اگر لحظه‌ای عقب بمانند، نادان، فقیر، عقب‌مانده، ابتدایی،

1. Exchange Value

نفهم، بی‌سواد، بی‌فرهنگ، بی‌تمدن، آشغال، منفور، حقیر، به‌دردنخور، مرجوع شده یا مرجوعی، مسئله‌دار و حتی علی‌رغم زیبا بودن، زشت و بدقواره، خوانده می‌شوند. باور کنید که در آنچه آمد، کم‌ترین اغراقی، وجود ندارد و به‌راستی از روشنی پگاه، راستین‌تر و روشن‌تر است. زیرا نزدیکی و دوری به الگو، نمونهٔ نظری یا تیپ ایده‌آل[1] (خانواده جونز) ملاک ارزیابی تمامی آدمیان شده است که باید چون خانواده جونز غذا بخورند، بیاشامند، بپوشند، خلاصه با چشم باز کردن چون آنان رفتار کنند و نهایتاً در اتاق‌خوابی چون محل خواب خانواده جونز، با خوردن داروهای معده و پس از چند ساعت انواع قرصِ خواب و اعصاب و ضدکابوس، سر بر بالین نهند. فقط کافی است آدمی در خیابانهای شهرهای بزرگ سرمایه‌داری به‌ویژه در ایالات‌متحده قدم زند تا خیلی زود دریابد که سرمایه‌داری با عرضه انواع غذا و تنقلات، چه بر سر آدمیان یا قربانیان خود آورده است. تا امروز درصد قابل‌توجهی را به‌شدتی باور نکردنی چاق کرده است و اکنون نوبت به لاغر کردن آنان با فروش انواع محصولات ازجمله دارو است (پیران؛ ۱۳۹۵).

با این مقدمه مشخص می‌شود که انباشت بی‌پایان سرمایه که به‌تمامی عرصه‌های زندگی ازجمله غذا و سبک زندگی به شکل و میزانی باور نکردنی، نفوذ کرده است، هزاران هزار نوع مواد غذایی خوشمزه را تولید و از طریق پیچیده‌ترین شیوه‌های تبلیغ همگانی می‌سازد، نمی‌تواند بحران‌زا نباشد. پس بحران‌زا بودن سبب دگرگونی نظام سرمایه‌داری از سرمایه‌داری تجاری به صنعتی، سپس به سرمایه‌داری انحصاری و بالاخره در زمان حاضر به سرمایه‌داری قمارخانه‌ای یا کازینویی شده است. اما علیرغم این دگرگونیها قادر به حل

1. Ideal Type

مشکلات ذاتی خود نشده ولی با نوآوری دائمی از یک‌سو بر میزان، نوع، تنوع و گستردگی مصرف در تمامی زمینه‌ها توانا شده که غذا نیز استثنا نیست. از سوی دیگر با نوآوریهای خیره‌کننده از تحرک روزمره آدمیان نیز کاسته است. ترکیب مصرف بیشتر انواع خوراکی و تحرک کمتر سبب چاق شدن انبوه بیشتری از انسانها آن‌هم از طریق مغزشویی و برده ساختن آنان شده است. اکنون می‌توان با در نظر گرفتن ساختار جامعه‌ای و نظام اقتصادی حاکم، به بحثهای تخصصی‌تر در باب چاقی، ازجمله و با تأکید بر چاقیِ کودکان، سلامت به‌طورکلی و راههای برون‌رفت از آن پرداخت.

سلامت طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت وضعیت کاملی از آسایش بدنی روانی و اجتماعی است و فقط به نبود بیماری اطلاق نمی‌شود (برانن و فیست[1]، ۲۰۰۷). سلامت یک موضوع فردی است و سلامت عمومی یک مسئلهٔ اجتماعی محسوب می‌شود. درد و رنج، بیماری و مرگ زودرس از عواملی هستند که ایجاب می‌کنند عوامل به‌وجود آورندهٔ آن در سلامت عمومی مورد بررسی قرار گیرند (جانک- ووک[2]، ۲۰۰۵). ازجمله بیماریهایی که باعث مرگ‌ومیر، ایجاد دیگر بیماریهای مرتبط و بار اقتصادی بالا در جامعه به‌ویژه به‌دلیل هزینه‌های پزشکی می‌شود، چاقی است. افزایش چربی بدن با مرگ‌ومیر و بسیاری از بیماریها همبستگی دارد و همچنین ریسک بیماریهای تهدید کنندهٔ زندگی را بالا می‌برد، مثل سکته، بیماری قلبی، دیابت و بعضی از انواع سرطان. به‌علاوه می‌تواند کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (مانسون[3] و همکاران، ۲۰۰۲). بار اقتصادی افراد مبتلا به دیابت در سال ۲۰۱۲ در آمریکا برابر با ۲۴۵ بیلیون دلار

1. Brannon and Feist
2. Jong-wook
3. Manson

گـزارش شـده اسـت (انجمـن دیابـت آمریـکا، ۲۰۱۳). همان‌طـور کـه می‌دانیـم دیابـت نـوع ۲ بـا چاقـی همبسـتگی بالایـی دارد چراکـه اغلـب افـراد مبتـلا بـه دیابـت، چـاق هسـتند (اکل، ۲۰۱۱). لـذا بـرای کنتـرل ایـن بیمـاری عـلاوه بـر مصـرف دارو، نیـاز بـه رعایـت رژیـم غذایـی و فعالیـت بدنـی داریـم. درواقـع می‌توانیـم نتیجـه بگیریـم کنتـرل چاقـی بـه کنتـرل دیابـت نیـز منجـر خواهـد شـد. از دیگـر بیماریهایـی کـه بـا چاقـی رابطـه دارد انـواع سـرطان اسـت، ازجملـه سـرطان پسـتان، سـرطان روده و سـرطان رحـم (گریگـز و سـابل[1]، ۲۰۰۸). چاقـی عـلاوه بـر ایجـاد سـرطان می‌توانـد عوارضـی در درمـان آن نیـز ایجـاد کنـد (لیتـون[2] و همـکاران، ۲۰۰۸).

بـار اقتصـادی سـرطانهای پسـتان و روده در سـال ۲۰۱۱ در آمریـکا هرکـدام حـدود ۱۵۰۰۰ بیلیـون دلار گـزارش شـده اسـت (یابـروف و همـکاران، ۲۰۰۶). بنابرایـن پیامدهـای چاقـی مشـکلات بسـیاری را بـر فـرد و جامعـه تحمیـل می‌کنـد. علیرغـم تلاشـهای فـردی از قبیـل رژیمهـای غذایـی، ورزش، دارودرمانـی و جراحـی کـه بـرای کنتـرل چاقـی صـورت گرفتـه اسـت، شـیوع جهانـی چاقـی بیـن سـالهای ۱۹۸۰ و ۲۰۱٤ بیشـتر از ۲ برابـر شـده اسـت (سـازمان جهانـی بهداشـت، ۲۰۱۵). بیـش از یک‌سـوم بزرگ‌سـالان آمریکایـی (۳٦/۵٪) چـاق محسـوب می‌شـوند. همچنیـن شـیوع چاقـی در ایـران ۲٦/۳٪ تخمیـن زده شـده اسـت کـه حاکـی از ضـرورت بررسـی و توجـه بیشـتر دارد (رشـیدی و همـکاران، ۲۰۰۵).

چاقـی، نتیجـه تعامـلات بیـن ژنتیـک، عوامـل روانـی – اجتماعـی و عوامـل محیطـی اسـت. بیـان شـده اسـت کـه وزن بـدن فـرد تحـت تأثیـر عوامـل ژنتیکـی قـرار می‌گیـرد، امـا محیـط، تعیین‌کننـده بـروز ایـن تمایـلات ژنتیکـی اسـت. بـر طبـق ایـن نظریـه

1. Griggs and Sabel
2. Litton

وزن بـدن در پاسـخ بـه تغییـرات در دسـترس بـودن غـذا و فعالیـت بدنـی تغییـر پیـدا می‌کنـد. در محیـط کنونـی چاقـی‌زا، افـراد بسـیار کمـی قـادر بـه کنتـرل اضافـه‌وزن و چاقـی هسـتند. بنابرایـن، تغییـرات محیطـی و تأثیـر ایـن تغییـرات بـر عادتهـای خـوردن و فعالیـت محیطـی، مسـئول افزایـش شـیوع اضافـه‌وزن و چاقـی گزارش‌شـده در سـالهای اخیـر بوده‌انـد (سـوینبرن و اگـر[1]، ۲۰۰٤ ؛ هورگـن و براونـل[2]، ۲۰۰۲). مطالعـات طولـی بزرگ‌سـالان نشـان داده اسـت کـه میـزان فعالیـت بدنـی پائیـن و کاهـش فعالیـت بدنـی، از قوی‌تریـن پیش‌بینهـای وزن بـدن و بازگشـت وزن در پیگیـری بوده‌انـد (بلیـر و لیمیکـر[3]، ۲۰۰۲). میـزان کاهـش فعالیـت بدنـی در سـالهای اخیـر بـه تغییـرات محیطـی و تغییـر در سـبک زندگـی برمی‌گـردد. سـبک پشـت میزنشـینی مشـاغل، اسـتفاده از وسـیله نقلیـهٔ شـخصی و آسانسـور، نداشـتن زمـان و انـرژی کافـی بـرای ورزش کـردن، کوچـک شـدن فضـای زندگـی، تغییـرات محیطـی هسـتند کـه روی سـبک زندگـی افـراد تأثیـر می‌گذارنـد.

بسـیاری از تحقیقـات نشـان می‌دهنـد کـه چربـی و نـه کل انـرژی مصرفـی در چاقـی مهـم اسـت. چربـی به‌آسـانی جـذب شـده و بـه ذخایـر چربـی بـدن افـزوده می‌شـود همچنیـن چربـی به‌راحتـی اکسـید نمی‌شـود. غذاهـای پرچـرب بـه سـیری کمتـر و مصـرف غـذای بیشـتر در وعده‌هـای بعـدی منجـر می‌شـود (جـب[4]، ۲۰۰۲). غذاهـای فسـت فـود در مقایسـه بـا غذاهـای سـالمی کـه در گذشـته وجـود داشـته اسـت، حـاوی چربـی بسـیار زیادتـری اسـت و موجـب چاقـی می‌شـود. از دیگـر تغییـرات اجتماعـی کـه بـر زندگـی افـراد تأثیـر می‌گـذارد تجربـهٔ روزانـهٔ اسـترس به‌واسـطهٔ ادارهٔ زندگـی اسـت. مطالعـات نشـان می‌دهنـد کـه یـک رخـداد اسـترس‌زا می‌توانـد تغییراتـی در

1. Swinburn and Egger
2. Horgen and Brownell
3. Blair and Leermakers
4. Jebb

بعضی از هورمونها به‌وجود آورد که باعث چاقی شود (ویسناتی و همکاران، ۲۰۰۹). بنابراین افرادی که از لحاظ ژنتیکی آمادگی دارند ممکن است به دلایل محیطی-اجتماعی و همچنین با مواجهه با استرس روزمره دچار چاقی شوند که به نظر می‌رسد توجیه افزایش شیوع چاقی در دو دههٔ اخیر بوده است. اگر علل ایجاد کنندهٔ چاقی مشخص هستند، پس راه و روش درمان چاقی را مشخص می‌کنند. اگر مصرف غذاهای ناسالم، زندگی کم‌تحرک و ناتوانی در مقابله با استرس مورد هدف قرار گیرند، می‌توانیم یک روش درمان همه‌جانبه در کنترل چاقی به‌وجود آوریم. لیکن عاملی وجوددارد که چاقی را به یک بیماری مزمن تبدیل می‌کند و آن بازگشت وزن است. اغلب بیماران ۱۰٪ وزن از دست داده را بعد از یک سال دوباره کسب می‌کنند و به‌طور معمول بعد از ۳ الی ۵ سال به‌همان وزن اولیه بازمی‌گردند (ویس[1] و همکاران، ۲۰۰۷).

در مطالعه‌ای که ۳ روش درمان شناختی-رفتاری جدید، رفتاردرمانی و خودآموزی را در کاهش وزن و حفظ کاهش وزن بعد از ۳ سال در ۱۵۰ زن مورد مقایسه قرار داد، نشان داد که دو روش اصلی شناختی-رفتاری و رفتاردرمانی به کاهش وزن ۱۰٪ وزن اولیه منجر شد ولی هر دو گروه بعد از ۳ سال تقریباً تمامی وزن از دست داده را مجدداً کسب کردند (کوپر[2] و همکاران، ۲۰۱۰). درواقع شکست در این روشها که عوامل روان‌شناختی را که باعث بازگشت وزن می‌شوند را نیز مدنظر داشته‌اند، تمرکز بر درمان چاقی را به پیشگیری می‌کشاند و مداخله در زمان کودکی را پررنگ می‌کند. در این زمینه، تغییرات در صنایع غذایی، سازه‌های محیطی، مدرسه و زمینهٔ مراقبتی کودک، مورد مطالعه قرارگرفته‌اند.

1. Weiss
2. Cooper

افزایش دسترسی غذاها و نوشیدنیهای پرکالری، افزایش مصرف غذاهای بیرون یا نیمه آماده باوجود والدین شاغل، کاهش فعالیت بدنی محیطی کودکان و افزایش مدت‌زمان تماشای تلویزیون و بازیهای کامپیوتری، ازجمله تغییرات محیطی هستند که روی چاقی کودکان تأثیر گذاشته‌اند (اندرسون و بوچر[1]، ۲۰۱۲). شیوع چاقی در کودکان و نوجوانان کشورهای توسعه‌یافته به‌شدت افزایش داشته است. در کشورهای توسعه‌یافته در سال ۲۰۱۳ پسران ۸/۲۳٪ و دختران ۶/۲۲٪ اضافه‌وزن و یا چاقی داشته‌اند. همچنین شیوع در کشورهای درحال‌توسعه نیز در سال ۲۰۱۳ برای پسران از ۸۱٪ به ۶/۱۲٪ و دختران از ۴/۸ به ۴/۱۳٪ افزایش داشته است (ان جی[2] و همکاران، ۲۰۱۳).

بزرگ‌ترین خطر چاقی کودکی این است که چاقی در کودکی به احتمال زیادی به چاقی در بزرگسالی تبدیل می‌شود (ویتاکر[3] و همکاران، ۲۰۰۰). مطالعات همچنین رابطهٔ بین حجم چربی و زمان بی‌تحرکی را در کودکان نشان می‌دهد (مافیس[4]، ۲۰۰۰). از طرفی دیگر نتایج تحقیقات نشان می‌دهند که کودکان چاق (فربه) زمان کمتری را صرف حرکت کردن نسبت به کودکان لاغر می‌کنند (برکویتز و استانکارد[5]، ۲۰۰۲). برکی و همکاران افزایش بیشتر در BMI[6] (شاخص تودهٔ بدن) را در کودکانی که بیشترین زمان تماشای تلویزیون را داشتند، گزارش کردند (برکی و همکاران، ۲۰۰۰). بنابراین، تلویزیون با کاهش انرژی مصرفی، تشویق بی‌تحرکی و افزایش انرژی دریافتی از طریق تشویق تنقلات و انتخاب غذایی کم‌ارزش، اضافه‌وزن به‌وجود می‌آورد (هورگن و براونل، ۲۰۰۲).

رفتار کودکان تا حدود زیادی بسته به رفتار والدین است. رفتار خوردن

1. Anderson and Butcher
2. Ng
3. Whitaker
4. Maffeis
5. Berkowitz and Stunkard
6. Body Mass Index

نیز، شامل خوردن و فعالیت بدنی تحت تأثیر رشد، تجارب و یادگیری گذشته، شناخت، ارزش و عوامل اجتماعی- فرهنگی قرار دارد (هیل و ملانسون[1]، ۱۹۹۹). در ایران و بسیاری از دیگر کشورها، برای رشد بهینهٔ نوزادان، مصرف شیر مادر بسیار توصیه می‌شود و الگوی کاملی از مصرف خوراکیهای سالم و مغذی به شکل فرایندی در دسترس متخصصین و والدین قرار داده شده است. این می‌تواند راهنمای بسیار خوبی برای تغذیه کودک باشد. ولی متأسفانه بعد از گذشتن از این دوره، تأکید کمتری بر رعایت تغذیهٔ سالم می‌شود و مصرف تنقلات و غذاهای پرکالری افزایش می‌یابد.

پیامدهای پزشکی چاقی کودکان

عوامل خطر برای بسیاری از اختلالات وابسته به وزن (برای مثال، دیابت نوع ۲ و بیماری قلبی) که زمانی به نظر می‌آمد که در بزرگسالی رخ می‌دهند، اکنون در کودکان و نوجوانان بروز می‌کند. بااینکه بیشترین پیامدهای جدی چاقی با چاقی شدید رابطه دارند، کسانی که در بالاتر از محدوده وزن نرمال قرار دارند نیز می‌توانند با احتمال بالا، خطر ابتلا به بیماری را داشته باشند. کاهش وزن، حتی به میزان جزئی می‌تواند مرگ‌ومیر و بیماریهای بدنی و روانی- اجتماعی را در افراد چاق کاهش دهد (مانسون، اسکرت و ویلت، ۲۰۰۲؛ وادن[2] و همکاران، ۲۰۰۲). در سالهای اخیر، شاهد افزایش بروز دیابت نوع ۲ در کودکان و نوجوانان بوده‌ایم. مطالعات نشان می‌دهد که این شیوع افزایش‌یافته با افزایش شیوع چاقی در این جمعیت، رابطه دارد. همچنین پیشتر فشارخون در کودکان نادر پنداشته می‌شد، ولی در سالهای اخیر به‌شدت با چاقی شایع شده است.

1. Hill and Melanson
2. Wadden

کـودکان چـاق ۳ برابـر بیشـتر از کـودکان غیـر چـاق در معـرض خطـر فشـارخون قـرار دارنـد (سـوروف و دنیلـز[1]، ۲۰۰۲). ریسـک فاکتورهـای بیمـاری قلبـی در کـودکان و نوجوانـان، بـا وزن اضافـی و توزیـع چربـی در بـدن رابطـه دارد و عواملـی مثـل افزایـش فشـارخون و سـطوح لیپیـد و تحمـل گلوکـز در کودکـی و نوجوانـی ظاهـر می‌شـوند (دیتـز، ۲۰۰۲). یـک مطالعـه همه‌پرسـی اپیدمیولوژیکـی طولـی مقطعـی نشـان داد کـه شـاخصهای اولیـه آرترواسـکلروز، لخته‌هـای چربـی و پلاکهـای فیبـروز در رگهـای عروقـی از ۲ تـا ۱۵ سـالگی وجـود داشـتند و بـا افزایـش سـن زیـاد شـدند (فریدمـن و همـکاران، ۱۹۹۹).

ونهـالا[2] و همـکاران در تحقیقشـان دریافتنـد کـه شـیوع سـندروم متابولیـک در افـراد بزرگسـالی بالاتـر اسـت کـه در سـن ۷ سـالگی اضافـه‌وزن داشـتند یـا چـاق بودنـد. همچنیـن آنهـا افزودنـد کـه چاقـی بزرگسـالی، اگـر از کودکـی آغـاز شـده باشـد، حـاوی ضـرر و زیـان بیشـتری اسـت و تشـخیص و درمـان افـراد جوان‌تـر فربـه می‌توانـد از سـندروم متابولیـک و خطـر قلبـی – عروقـی در بزرگسـالی جلوگیـری کنـد (ونهـالا و همـکاران، ۱۹۹۸). از دیگـر بیماریهـا کـه بـا چاقـی کـودکان در ارتبـاط بوده‌انـد بیمـاری کیسـه صفـرا، کبـد چـرب غیرالکلـی، آپنـه خـواب، آسـم، سـرطان، اختـلالات اسـتخوانی و بیماریهـای رحـم می‌باشـند. همبسـتگی بیـن وزن و بیمـاری کیسـه صفـرا بسـیار قـوی اسـت، ولـی بیمـاری چنـد کیسـتی رحمـی در کـودکان و نوجوانـان شـیوع پائینـی دارد. بیمـاری هپاتیـت غیرالکلـی در کـودکان و نوجوانـان فربـه شـایع اسـت. در مطالعـه‌ای، گوزالونـی[3] و همکارانـش یافتنـد کـه شـیوع کبـد چـرب بـا تشـخیص سـونوگرافی در کـودکان، قبـل از بلـوغ ۳۳٪ و در اواخـر بلـوغ ۴۷٪ اسـت.

1. Sorof and Daniels
2. Vanhala
3. Guzzaloni

شاخص BMI به‌طورکلی با درجه کبد چرب در تمام گروههای سنی، رابطه دارد (گوزالونی و همکاران، ۲۰۰۰). بیماری کبد چرب غیرالکلی یک پیامد متابولیکی چاقی و دلیل متداول بیماری کبد مزمن در بزرگ‌سالان چاق است و به‌طور افزایشی به‌عنوان علت بیماری کبد مزمن در کودکان چاق شناخته می‌شود (لی[1] و همکاران ۲۰۰۶؛ لی و همکاران، ۲۰۰۸). همچنین تجارب بالینی همبستگی بین آسم و چاقی را نشان می‌دهند، بااینکه علت آن قابل تعیین شدن نیست (انجمن ملی سلامت و تحقیقات پزشکی[2]، ۲۰۰۳). علاوه بر این، بین درجه چاقی و شدت مشکل خواب نیز مشکل وجوددارد. چاقی احتمال آپنه خواب را تا ٤/٥ برابر افزایش می‌دهد (ردلاین[3] و همکاران، ۱۹۹۹). نا هنجاریهای مربوط به قاعدگی نیز در کودکان چاق معمول است. دختران چاق قاعدگی را زودتر تجربه می‌کنند. به‌عنوان مثال قاعدگی معمولاً قبل از ۱۰ سالگی رخ می‌دهد و این فرضیه را بر می‌آورد که وزن بدن و فربهی، راه اندازهای روان‌شناختی بحرانی برای قاعدگی محسوب می‌شوند (کرافورد و اوسلر[4]، ۱۹۷۵؛ فریش[5]، ۱۹۸٤).

پیامدهای روانی- اجتماعی چاقی کودکان

چاقی علاوه بر پیامدهای جسمانی (پزشکی)، پیامدهای روانی و اجتماعی در پی دارد که نباید نادیده گرفته شوند. پیامدهای روانی- اجتماعی بیشتر از مشکلات پزشکی شیوع دارند. از پیامدهای اجتماعی چاقی می‌توان به انگ چاقی و تبعیض اشاره کرد.

انگ چاقی و تبعیض وزنی: مطالعات اخیر نشان می‌دهد که شیوع تبعیض وزنی در دهۀ اخیر ٦٦٪ نسبت به دهۀ گذشته افزایش داشته است و در حال حاضر

1. Lee
2. National Health and Medical Research Council
3. Redline
4. Crawford and Osler
5. Frisch

با تبعیض نژادی در آمریکا قابل‌مقایسه است (اندریوا[1] و همکاران، ۲۰۰۸). فعالیت بدنی و به‌طورکلی شرکت در ورزش معمولاً یک موقعیت اجتماعی برای نوجوانان و بزرگسالان است و از آنجائی که بین سلامت روانی – اجتماعی کلی و ورزش رابطه وجوددارد، افراد چاق و دارای اضافه‌وزن که در این فعالیتها شرکت نمی‌کنند یک فرصت مهم برای تبادلات اجتماعی و بهبود کارکرد روانی – اجتماعی مثبت از دست می‌دهند (الیسون[2] و همکاران، ۲۰۰۵). انگ اجتماعی چاقی به‌خوبی شناخته شده است. افراد چاق کمتر دوست داشته می‌شوند و کمتر جذاب دیده می‌شوند و به شکل تنبل، کم‌هوش و زشت توصیف می‌شوند. همچنین معمولاً تبعیض در استخدام، مسکن و فرصتهای آموزشی را تجربه می‌کنند (فالکنر و همکاران، ۱۹۹۹؛ فرایدمن و براونل، ۲۰۰۲؛ پول و براونل[3]، ۲۰۰۲)

مطالعات آینده‌نگر نشان می‌دهند که نوجوانان دچار اضافه‌وزن با احتمال کمتر ازدواج می‌کنند، درآمد پائین‌تر دارند و میزان فقر خانگی بیشتری را در آینده‌شان تجربه می‌کنند (گورتمیکر[4] و همکاران، ۱۹۹۳). درجه انگ اجتماعی که توسط افراد تجربه می‌شود، پیش‌بینی کننده پیامدهای روان‌شناختی است که تجربه می‌کنند. تبعیض مربوط به وزن در زمینهٔ اجتماعی می‌تواند از مهد کودک شروع شود. کودکان سن پیش‌دبستان چاقی را با صفات نامطلوب ارتباط می‌دهند و کودکان چاق را در پائین‌ترین گروه همکلاسیهای دوست داشتنی رتبه‌بندی می‌کنند (استافیری[5]، ۱۹۶۷). در کودکان دبستانی، چاقی نسبت به هر ناتوانی بدنی دیگر مثل قطع عضو بدن، ناهنجاریهای بدنی و سوختگی شدید، انگ بیشتری دارد (گودمن[6] و همکاران، ۱۹۶۳). بنابراین با توجه به آنچه گفته شد و همچنین به‌دلیل تأکید بسیار

1. Andreyeva
2. Allison
3. Puhl and Brownell
4. Gortmaker
5. Staffieri
6. Goodman

بـر روی لاغـری در فرهنـگ غربـی و توجـه خـاص بـر هنجارهـای ظاهـر و تأثیـر مسـخره کـردن بـر مسـائل مربـوط بـه تصویـر بـدن، نوجوانـان آسـیب‌پذیری بیشـتری دارنـد.

چاقـی در رشـد هیجانـی کـودک یـا نوجوانـی کـه از تبعیـض و انـگ چاقـی رنـج می‌بـرد، تأثیـر زیـادی دارد. افـراد کـم سـن چـاق در خطـر پیامدهـای منفـی روانـی – اجتماعـی مثـل مسـخره شـدن، تبعیـض و عـزت نفس پائین قـرار دارنـد (فرنچ و همـکاران، ۱۹۹۵؛ کلگـس[1] و همـکاران، ۱۹۹۲؛ فیلیپـس و هیـل[2]، ۱۹۹۸). در واقـع چاقـی کودکـی بـا پیامدهـای روانـی– اجتماعـی نامطلوبـی همـراه اسـت کـه بـا چاقـی بزرگ‌سـالی متفـاوت اسـت (دیتـز، ۲۰۰۲). مثـل طـرد همسـالان کـه از شـایع‌ترین نـوع تبعیـض در کـودکان مدرسـه‌ای اسـت و کـودکان دچـار اضافـه‌وزن دور شـدن از فعالیتهـای اجتماعی‌شـان و کمبـود دوستانشـان را بـه وزن‌شـان نسـبت می‌دهنـد (گورتمیکـر، ۱۹۹۳).

پیامدهـای روانـی اجتماعـی چاقـی می‌تواننـد کیفیـت زندگـی را پائیـن آورده و بـه ایجـاد بـار بیمـاری کمـک بسـیار کنـد، هرچنـد کـه در تحقیقـات کمتـر بـه ایـن مسـئله توجـه شـده اسـت (زلـر[3] و همـکاران، ۲۰۰۶). در یـک مطالعـه مقطعـی از ۱۰۶ کـودک و نوجـوان شـدیداً چـاق (بیـن ۵ تـا ۱۸ سـال)، کیفیـت زندگـی مرتبـط بـا سـلامتی را در تمامـی زمینه‌هـا (بدنـی، روانـی – اجتماعـی، هیجانـی، اجتماعـی و کارکـرد مدرسـه) نسـبت بـه کـودکان و نوجوانـان سـالم مشـخصاً پائین‌تـر، گـزارش کردنـد (شـویمر[4] و همـکاران، ۲۰۰۳).

به‌طورکلـی افـراد چـاق مسـائل روان‌شـناختی بیشـتری را تجربـه می‌کننـد کمااینکـه مطالعـات نشـان می‌دهنـد کـه افـراد چاقـی کـه بـه جسـتجوی درمـان می‌رونـد، عـزت نفـس پائین‌تـر، تصویـر بـدن مختـل، اختـلالات خـوردن و سـطوح بالاتـری از افسـردگی و

1. Klesges
2. Phillips and Hill
3. Zeller
4. Schwimmer

کاهش کیفیت زندگی را گزارش می‌کنند (براونل و وادن[1]، ۱۹۹۲؛ فرایدمن و همکاران، ۱۹۹۵). چون تصویر بدن، بازگشت وزن را پیش‌بینی می‌کند و کاهش وزن به تنهایی تصویر بدن را ضرورتاً بهبود نمی‌بخشد، مداخله تصویر بدن یک عنصر ضروری در درمان چاقی است (روزن[2]، ۱۹۹۷ و ۲۰۰۲؛ سارور و تامسون[3]، ۲۰۰۲). به نظر می‌رسد نوجوانی که یک دوره بحرانی برای ایجاد تصویر بدن می‌باشد و نوجوانان چاق گزارش درجه بالاتری از هشیاری و توجه نسبت به ظاهر جسمی دارند وآن می‌تواند به‌دلیل تغییرات بدنی و روانی اجتماعی باشد که در دوره بلوغ تجربه می‌کنند (روزن، ۲۰۰۲). همچنین پرخوری در نوجوانان نیاز به بررسی روان‌شناختی دارد چراکه تحقیقات این عامل را با سطوح پائین‌تر عزت نفس و عزت بدن و سطوح بالاتر اضطراب و افسردگی مرتبط دانسته است (دکالوو و همکاران، ۲۰۰۳).

پیامدهای اقتصادی

پیامدهای اقتصادی چاقی را نباید از قلم انداخت. چاقی یکی از مشکلات سلامت عمومی است که با پسامدهای اقتصادی شدید همراه است. به‌علاوهٔ هزینه‌های بالا برای خود فرد، چاقی با هزینه‌های قابل‌توجهی در جامعه نیز رابطه دارد. کل بار اقتصادی چاقی شامل هزینه‌های مستقیم بیماری و هزینه‌های غیرمستقیم مرگ‌ومیر و بیماریهای مرتبط است (ولف[4]، ۲۰۰۲؛ فیلد و همکاران، ۲۰۰۲)

پیامدهای کاهش وزن

طبق گزارش گروه ویژه خدمات پیشگیری آمریکا (USPSTF) [5] کاهش وزن با بهبود بسیاری از بیماریها رابطه دارد، مثل کاهش آسم و آپنهٔ خواب، کاهش هم

1. Brownell and Wadden 2. Rosen 3. Sarwer and Thompson
4. Wolf 5. Preventive services task force

ابتلایی دیابت و فشارخون، بهبود افسردگی و کیفیت زندگی (شامل ناراحتی و کارکرد روانی-اجتماعی)، ظرفیت و عملکرد تناسب بدنی و کارکرد بدنی (نیروی خدمات پیشگیری آمریکا، ۲۰۱۵). کاهش بین ۵ تا ۲۰ درصد از وزن اولیه، که بین ۲ تا ۵ سال حفظ شود، می‌تواند به مزایای سلامتی پایدار بیانجامد. کاهش وزن جزئی با بهبود در ریسک فاکتورهای بیماریهای متابولیک، از قبیل فشارخون، کلسترول LDL، کلسترول مجموع، تری گلیسیرید، سطح انسولین، تناسب قلبی و عروقی و کنترل گلیسمیک ارتباط دارد، همچنین نرخ اختلالهای تنفسی راههای هوایی و آپنه خواب را کاهش می‌دهد که به بهبود کیفیت خواب می‌انجامد (بلک‌برن[1]، ۲۰۰۲). بر اساس مطالعه بروز رسانی شده در مزایای کاهش وزن، اینطور گزارش شده است که کاهش وزن متوسط بر ریسک فاکتورهای قلبی-عروقی مزایای سودمندی دارد و از فشارخون و دیابت نوع ۲ جلوگیری می‌کند ولی متأسفانه، همان مشکل نگهداری وزن در دورهٔ پیگیری مطرح شده است و بیان شده است که تنها عدهٔ محدودی از افراد قادر به حفظ وزن از دست داده می‌باشند (ویدال[2]، ۲۰۰۲). علاوه بر این باید توجه داشت که برای رسیدن به پیامدهای روان‌شناختی مطلوب، کاهش وزن باید با سرعت مناسب و با اهداف واقع‌بینانه انجام شود (استانکارد، ۱۹۶۷). به هر نحو کاهش وزن مزایایی به همراه دارد که با کاهش بیشتر وزن، مزایای آن بیشتر می‌شود. برای مثال، در مطالعه‌ای برای بررسی بهبود ریسک فاکتورهای قلبی- عروقی در افراد چاق و دارای اضافه‌وزن، نتایج نشان دادند که کاهش وزن متوسط بین ۵ تا ۱۰ درصد وزن اولیه با بهبود قابل ملاحظه‌ای در ریسک فاکتورهای قلبی تا یک سال

1. Blackburn
2. Vidal

رابطه داشت، ولی کاهش وزن بیشتر، مزایای بیشتری داشته است (وینگ[1] و همکاران، ۲۰۱۱).

مروری بر درمانها

درمان چاقی کودکان، شامل مداخلات رژیمی و ورزش به شکل بستری، مداخلات تغذیه‌ای در کودکان و مداخلات ورزشی کودکان، مداخلات مبتنی بر کلینیک و مداخلات روان‌شناختی است. در کودکان مداخلات دارودرمانی و هچنین جراحی برای درمان چاقی توصیه نشده است (انجمن سلامت ملی و تحقیقات پزشکی، ۲۰۰۳).

تغذیه

مطالعات نشان می‌دهند که کاهش کل کالری دریافتی می‌تواند به کاهش وزن قابل ملاحظه در کوتاه مدت منجر شود، ولی اکثریت شرکت کنندگان، وزن از دست داده را در طولانی مدت مجدداً کسب می‌کنند. فقط ۱۰ تا ۱۵٪ بزرگسالانی که از طریق محدودیت کالری وزن کم کرده‌اند، کاهش وزن ۵ کیلوگرم یا بیشتر را ۳ تا ۵ سال بعد از مداخله حفظ می‌کنند (سلیمان، آزادبخت، ۲۰۱٤).

فعالیت بدنی

فعالیت بدنی و ورزش در مداخلات به تنهایی و یا به‌صورت ترکیبی با رژیمهای غذایی و دیگر مداخلات می‌توانند به‌کار روند. مزایای ورزش برای کاهش وزن واضح نیستند، ولی استفاده از آن چه به تنهایی و چه به‌صورت ترکیبی باعث بهبود تناسب‌اندام و کاهش ریسک فاکتورهای بیماریهای مرتبط

1. Wing

با چاقی می‌شوند. به‌دلیل این تأثیرات شدیداً توصیه شده است که ورزش در تمامی مداخلات چاقی گنجانده شود (اپستین و گولدفیلد[1]، ۱۹۹۹؛ سامربل و همکاران، ۲۰۰۵). مشکل در پایبندی به ورزش نگرانی عمده در سنجش عناصر ورزشی مربوط به مداخلات چاقی است. چراکه پایبندی به توصیه‌های ورزشی به‌طور معمول پائین است و چاقی خود پایبندی ضعیف‌تر را نیز پیش‌بینی می‌کند (اپستین و همکاران، ۱۹۹۶)

تغییر سبک زندگی

از آنجا که درمانهای مبتنی بر تغذیه و فعالیت بدنی کارایی لازم را نداشته است، بنابراین بحث تغییر سبک زندگی به‌میان آمده است. تغییرات سبک زندگی به‌صورت مداخلات روان‌شناختی و رفتاری انجام می‌شود. راهکارهای روان‌شناختی تغییر رفتار همراه با مداخلات رژیم‌درمانی و فعالیت بدنی به شکل ترکیبی به‌کار برده شده است. این راهکارها برای بهبود و حفظ تغییرات رفتاری لازم برای کاهش وزن به‌کار برده می‌شوند و برای پرداختن به موانع مرتبط به تغییر رفتاری و بهبود حفظ تغییرات رژیمی و فعالیت بدنی طراحی شده‌اند (شاو[2] و همکاران، ۲۰۰۵). این درمانها معمولاً شامل ایجاد تغییر در تغذیه، فعالیت بدنی و رفتاردرمانی است.

رفتاردرمانی

راهکارهای رفتاری به‌کار برده شده در کاهش وزن شامل خودپایشی، هدف‌گذاری، کنترل محرک و کنترل وابستگی است. بسیاری از مداخلات کاهش

1. Epstein and Goldfield
2. Shaw

وزن به‌راستی مبنای رفتاری دارند که پایه‌ای برای درمان محسوب می‌شوند و تمامی تغییرات رژیمی و فعالیت بدنی را پایه‌ریزی می‌کنند. این روش درمانی برای افرادی که آمادگی برای کاهش وزن دارند، قادر است که BMI را تا ۰/۹- کاهش دهد. برنامه رفتاردرمانی می‌تواند با یک ماه خودپایشی و ٦ ماه مشاهدات منظم انجام شود (آداچی، ۲۰۰۵). بسیاری از برنامه‌های کاهش وزن شامل راهکارهای رفتاری هستند که به‌صورت ترکیبی با رژیم و ورزش انجام می‌شوند. برنامهٔ کاهش وزن SHAPE DOWN در بهبود وزن در کودکان بین ۸ تا ۱۲ سال موفقیتی پایا نشان داد (اپستین و همکاران، ۱۹۹۸). به‌طورکلی برنامه‌های مبتنی بر رفتار و برنامه‌هایی که از راهکارهای رفتاری استفاده می‌کنند، قادر به کند کردن سرعت وزن‌گیری هستند و در بعضی موارد به کاهش وزن و کاهش چربی می‌انجامند. مطالعهٔ مروری که توسط NIH[1] (انستیتو ملی سلامت) از ۳٦ تحقیق آزمایشی تصادفی کنترل شده در زمینهٔ رفتاردرمانی در چاقی انجام شد، نشان داد که رفتاردرمانی در ایجاد عادتهای رژیمی و فعایت بدنی مؤثر است. همچنین نشان داد که وقتی با درمان رژیمی و فعالیت بدنی ترکیب می‌شود مزایای درمانی و نگهداری متعاقب کاهش وزن را تا یک‌سال بهبود می‌بخشد. ولی این مزایا، اگر بیماران به‌حال خود گذاشته شوند، بیش از ۳ سال باقی نمی‌ماند (انستیتو ملی سلامت، ۱۹۹۸). برای کودکان «رفتاردرمانی مبتنی بر خانواده» توصیه شده است. در تحقیقی در مقایسهٔ دو گروه شرکت کنندهٔ تنها-والدین و والدین-کودک در کاهش وزن فرزندان بین ٦ تا ۱۱ سال‌شان، مشخص شد که گروه تنها-والدین موفق به کاهش قابل ملاحظهٔ وزن کودکانشان شدند

1. National Institute of Health

(گلن[1] و همکاران، ۲۰۰۶). مطابق تحقیقی در سال ۲۰۱۳، درمان شناختی-رفتاری می‌تواند در کاهش چاقی و افزایش کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در کودکان مؤثر باشد (ووس[2] و همکاران، ۲۰۱۲). این تحقیق شامل یک فاز درمان به‌مدت ۳ ماه و ۱۲ ماه پیگیری است که کاهش BMI از ٤/۲ به ۳/۸ را به‌دنبال داشت. این مداخله درمان شناختی-رفتاری چند رشته‌ای مبتنی بر خانواده بوده است که برای کودکان توصیه شده است.

درمانهای روان‌شناختی ترکیبی

بررسی تأثیرات سودمند کوتاه مدت و بلند مدت مداخلهٔ ترکیبی رژیمی-رفتاری- فعالیت بدنی، اهمیت برنامه‌های چند وجهی برای درمان چاقی کودکان را پررنگ کرد و نتایج بر تأثیرات بلند مدت امید بخشید (نمت[3] و همکاران، ۲۰۰۵). مطابق یک مطالعهٔ مروری روی نوجوانان زیر ۱۸ سال، مشاهده شد که درمانهای چاقی در مدرسه که با تغییرات تغذیه و فعالیت بدنی همراه است و والدین را برای ایجاد سبک زندگی سالم درگیر می‌کند دارای بیشترین کارایی است (کلیشادی و عزیزی سلیمانی، ۲۰۱٤). آنچه دربارهٔ مداخلات روان‌شناختی تاکنون می‌دانیم این است که بعضی از مداخلات از قبیل مداخلات چند وجهی رفتاری مبتنی بر خانواده و مداخلاتی که با هدف کاهش زمان بی‌تحرکی و افزایش فعالیت بدنی انجام می‌شود، علاوه بر درمانهای جمعیتی مبتنی بر مدرسه، برای درمان چاقی دختران نیز مؤثر بوده‌اند (بوگل و سایکس[4]، ۲۰۱۱). در دو دههٔ اخیر، «درمان شناختی-رفتاری» برای درمان روان‌شناختی چاقی معرفی شده است. بعضی عوامل روان‌شناختی در حفظ وزن بحرانی معرفی شده‌اند،

1. Golan
2. Vos
3. Nemet
4. Bogle and Sykes

ازجملـه شکسـت در دسـتیابی بـه هـدف وزنـی، نارضایتـی از وزن به‌دسـت آمـده، تمایـل بـه ارزیابـی ارزش شـخصی در واژه‌هـای وزن و شـکل انـدام، نداشـتن ترصـد مرتبـط بـا کنتـرل وزن، تفکـر سـفید وسـیاه، تمایـل بـه اسـتفاده از خـوردن به‌عنـوان ابـزاری بـرای تعدیـل خلـق، کـه بایـد در اهـداف درمـان بـه آنهـا پرداختـه شـود. مداخـلات شـناختی می‌تواننـد بـه تنهایـی یـا همـراه بـا مداخـلات رفتـاری انجـام شـوند. به‌طورکلـی، مداخـلات رفتـاری بـرای بهبـود سـریع تغییـرات رفتـاری بـه‌کار گرفتـه می‌شـوند، ولـی راهکارهـای شـناختی تعمیـم و نگهـداری پیشـرفتهای به‌دسـت آمـده را بهبـود می‌بخشـند (کنـدال[1]، ۲۰۰۰). در راهکارهـای شـناختی-رفتاری نیـز گفتـه شـده اسـت کـه راهکارهـای رفتـاری در بهبـود کاهـش وزن مؤثرنـد، در صورتیکـه راهکارهـای شـناختی در حفـظ تغییـرات و جلوگیـری از بازگشـت مـا را یـاری می‌کننـد (کوپـر و همـکاران، ۲۰۰۳؛ کوپـر و فربـورن[2]، ۲۰۰۱). تحقیقـات زیـادی اثربخشـی ایـن روش درمانـی نشـان داده‌انـد، ازجملـه مطابـق تحقیقـی در سـال ۲۰۰۸، درمـان شـناختی-رفتاری در بهبـود رژیـم غذایـی و ترکیـب بـدن نوجوانـان مؤثـر نشـان داده شـد. ایـن تحقیـق، مداخلـه‌ای را به‌مـدت ۱۰ هفتـه بـرای نوجوانـان بـه همـراه ۱۰ هفتـهٔ دیگـر تمـاس تلفنـی بـه شـکل یـک هفتـه در میـان انجـام داد، کـه بهبـود رژیـم غذایـی و نتیجتـاً کاهـش وزن را به‌دنبـال داشـت، ولـی در فعالیـت بدنـی تغییـری مشـاهده نشـد (تسـیروس[3] و همـکاران، ۲۰۰۸). مطالعـه‌ای دیگـر در سـال ۲۰۱۳ کـه بـه شـکل مداخلـهٔ شـناختی- رفتـاری مبتنـی بـر خانـواده روی کـودکان ۷ تـا ۱۳ سـال انجـام شـد، نتایـج بهبـود BMI، عـزت نفـس و نشـانه‌های افسـردگی را در پـی داشـت (دنیلسـن و همـکاران، ۲۰۱۳). در مطالعـهٔ مـروری کـه توسـط شـاو در سـال ۲۰۰۵ انجـام شـد، ۳۶ مطالعـه در تحقیـق وارد شـدند

1. Kendall
2. Cooper and Fairburn
3. Tsiros

و نتایج نشان دادند که افرادی که اضافه‌وزن دارند یا چاق هستند از مداخلات روان‌شناختی سود می‌برند، به‌ویژه راهکارهای رفتاری و شناختی – رفتاری که برای بهبود کاهش وزن صورت می‌گیرد. این مداخلات وقتی با راهکارهای رژیمی و ورزشی ترکیب می‌شوند، سودمندی بیشتر می‌یابند. اثربخشی دیگر مداخلات روان‌شناختی برای کاهش وزن کمتر ارزیابی شده‌اند (شاو و همکاران، ۲۰۰۵). کماکان در تحقیقی دیگر در سال ۲۰۱۳، درمان شناختی-رفتاری می‌تواند در کاهش چاقی و افزایش کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در کودکان مؤثر باشد (ووس و همکاران، ۲۰۱۲). این تحقیق شامل یک فاز درمان به‌مدت ۳ ماه و ۱۲ ماه پیگیری است که کاهش BMI از ٤/۲ به ۳/۸ را به‌دنبال داشت. این مداخله درمان شناختی-رفتاری چند رشته‌ای مبتنی بر خانواده است که برای کودکان توصیه شده است. از مطالعات داخلی می‌توان به مطالعه‌ای که اخیراً روی ۳۰ کودک چاق انجام شده است اشاره داشت، نتایج نشان داد که برنامه شناختی-رفتاری مبتنی بر خانواده روش مؤثری در درمان چاقی می‌باشد. این برنامه شامل ٦ جلسهٔ گروهی یک بار در هفته بوده است (بیات و همکاران، ۱۳۹۳). ولیکن در اینجا خوب است به دیدگاه جدید در درمان چاقی که یک دیدگاه کل نگر برای دستیابی به بهزیستی است، اشاره کنیم: «درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی».

ذهن‌آگاهی:

مفاهیم مربوط به ذهن‌آگاهی به‌طورکلی به این صورت تعریف شده‌اند: «توجه هدفمند، بودن در لحظه بدون قضاوت» (کابات زین[1]، ۲۰۰۳). ذهن‌آگاهی، مهارت شناختی طبیعی و قابل رشد است که با آسایش روانی در نوجوانان و

1. Kabat-Zinn

بزرگسالان رابطه دارد (کابات زین، ۱۹۸۲). ذهن‌آگاهی با هوشیاری و پذیرش افکار، هیجانات و حسهای بدنی حاضر در لحظه خصیصه‌بندی می‌شود و می‌تواند با استفاده از تکنیکهای عمومی گرفته شده از تمرینات مراقبه ایجاد شود. برنامه‌های آموزش ذهن‌آگاهی به شکل گسترده‌ای بر روی بزرگسالان و تاحد کمتری بر کودکان و نوجوانان انجام شده است (گراسمن[1] و همکاران، ۲۰۰٤؛ بورکه[2]، ۲۰۰۹). این یافته که ذهن‌آگاهی این پتانسیل را دارد که کارکرد اجتماعی و هیجانی افراد جوان را ارتقا بخشد و عملکرد تحصیلی را بهبود می‌بخشد به ایجاد برنامه‌هایی منجر شده است که ذهن‌آگاهی را در مدارس آموزش دهد (سمپل[3] و همکاران، ۲۰۰۵؛ ماینارد[4] و همکاران، ۲۰۱٤). پیشنهادهای موجود در متون تحقیقات، نیاز به درمانهای ترکیبی پایا را نشان می‌دهند. در تائید این امر، مطالعه‌ای در سال ۲۰۱۲، مداخلات ذهن- بدن را برای ترکیب درمان پیشنهاد می‌دهد و بیان می‌کند که تمرینات ذهن‌آگاهی شواهد خوبی را نشان می‌دهند (سوچر[5] و همکاران، ۲۰۱۲). اخیراً مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی با هدف تأثیرگذاری بر رفتارهای خوردن مورد توجه قرار گرفته است. یک مطالعهٔ مروری بر تأثیر این مداخلات در درمان رفتارهای خوردن مرتبط با چاقی مثل پرخوری با ولع، خوردن هیجانی و خوردن محیطی انجام شده است. در بین تحقیقات انجام شده در این زمینه، ۸٦٪ بهبود در رفتارهای خوردن مورد هدف در درمان را گزارش کردند. به‌طورکلی این مطالعه از تأثیر مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر رفتارهای مرتبط با چاقی به‌ویژه پرخوری با ولع، خوردن هیجانی و خوردن محیطی حمایت می‌کند (اوریلی[6] و همکاران، ۲۰۱٤). در مطالعه‌ای دیگر در بررسی اثربخشی مداخلات

1. Grossman 2. Burke 3. Semple
4. Maynard 5. Sojcher 6. O'Reilly

ذهن‌آگاهی روی وزن، رفتارهای خوردن و نتایج روان‌شناختی در افراد چاق، دریافتند که این مداخلهٔ کوتاه ٦ هفته‌ای روی ۱۰ نفر از افراد چاق قادر به تغییر در وزن، رفتارهای خوردن، افسردگی، استرس ادراک شده و عواطف منفی به میزان قابل‌توجهی بوده است. این مداخله شامل مدیتیشن ذهن‌آگاهی، خوردن با ذهن‌آگاهی و بحث گروهی با تأکید بر آگاهی روی حسهای بدنی، هیجانات و محرکهای زیاده خوری بوده است (دالن و همکاران، ۲۰۱۱). همچنین با توجه به تحقیقی که توسط استیون هیز در زمینهٔ چاقی انجام شده است، ذهن‌آگاهی و پذیرش[1]، قادر به بهبود انگ مربوط به چاقی، تحمل ناراحتی و پذیرش وزن و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به‌دلیل بهبود کنترل وزن بوده است (لیلیس[2] و همکاران، ۲۰۰۹). یک مطالعهٔ مروری دیگر که در بررسی مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی در درمان چاقی و اختلالات خوردن توسط گودسی[3] در سال ۲۰۱۳ انجام گرفته است که به نظر می‌آید مطالب جدیدی در درمان چاقی را مطرح می‌کنند. این مطالعه بیان کرده است که در گذشته بیشتر درمانها بر مداخلاتی تمرکز داشتند که فعالیت بدنی را افزایش و کالری دریافتی را کاهش می‌دادند. این راهکارهای کاهش وزن در آمریکا که به اصلاحات تغذیه‌ای و ورزشی کمک می‌کردند، در دست‌یابی به کاهش وزن مؤثر نشان داده شدند، ولی بیشتر وزن بعد از مدت‌زمانی بازگشت پیدا می‌کرد. مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی، به شکل ترکیبی با دیگر راهکارهای کاهش وزن، این توان را داشته که یک دیدگاه بلند مدت کل‌نگر در سلامتی ارائه کند (گودسی، ۲۰۱۳). از مطالعات داخلی انجام شده می‌توان به مطالعه‌ای دیگر در سال ۲۰۱۳ اشاره کرد که روش

1. Acceptance
2. Lillis
3. Godsey

شـناخت‌درمانی مبتنـی بـر ذهن‌آگاهـی را روی نوجوانـان ۱۱ تـا ۱۶ سـال در ایـران انجـام داد و نشـان داد کـه ایـن روش درمـان در کاهـش وزن و بهبـود کیفیـت زندگـی مؤثـر بـوده اسـت. ایـن مطالعـه روی ۳۰۰ دانش‌آمـوز دختـر بـا روش ترکیبـی تکنیکهـای ذهن‌آگاهـی کابات-زیـن و تکنیکهـای شـناختی-رفتاری انجـام شـد (سـلیمانی ننادگانـی و شـاه محمـدی، ۲۰۱۳).

بحث:

تـا اینجـا پیدایـش و درمـان چاقـی، عوامـل ژنتیکـی، روانی-اجتماعـی و محیطـی در ایجـاد چاقـی مطـرح شـدند. از آنجائـی کـه عوامـل روانی-اجتماعـی و محیطـی به‌نوعـی بـه نظـام اجتماعـی مربـوط اسـت، ابتـدا در نظـام اجتماعـی بـه نظـام سـرمایه‌داری اشـاره شـد. در واقـع شـرایط و توانایـی اقتصـادی افـراد و یـا پایـگاه اقتصـادی ایشـان لاجـرم در پایـگاه اجتماعـی افـراد متجلـی شـده و در قالـب سـبک زندگـی، زندگـی شـهری و فرهنـگ و نـوع تغذیـه خـود را نشـان داده و موجبـات افزایـش بی‌سـامان وزن و چاقـی را فراهـم آورده اسـت و متقابـلاً فقـر و توانایـی ضعیـف اقتصـادی موجـب تغذیـه ناسـالم بـا غذاهـای پرکالـری و غیـر مغـذی می‌شـود و همـان نتیجـهٔ چاقـی را به‌دنبـال خواهـد داشـت. بنابرایـن نقـش فقـر کـه یکـی از تعییـن کننده‌هـای اجتماعـی در بـروز چاقـی اسـت، پررنـگ می‌شـود. از دیگـر تعییـن کننده‌هـای اجتماعـی می‌تـوان بـه تولیـدات ناسـالم کارخانـه‌ای ارزان قیمـت، غذاهـای فسـت فـود[1]، سـطح تحصیـلات، وضعیـت اقتصادی-اجتماعـی (SES)[2]، رفتـار خـوردن در خانـواده (شـامل تعـداد وعده‌هـای غذایـی، آمـوزش کـودکان در نحـوه تغذیـه سـالم، پویایـی خانـواده زمـان خـوردن و...) و فرهنـگ و سـنن اشـاره داشـت. بنابرایـن سـبک زندگـی برگرفتـه از عوامـل روانـی-

1. Fast-food
2. Socio-economic Status

اجتماعی در فرهنگ تغذیه، فرهنگ شهری و غیره متجلی می‌شوند. لذا چون به نظر می‌رسد سلامت اجتماعی به‌نحوی با سلامت جسمی در سامانه کلی پیوند خورده‌اند، نظام اجتماعی از عوامل روانی-اجتماعی چاقی تأثیر پذیرفته است. این تعیین کننده‌های اجتماعی از طرفی بر سبک زندگی کنونی مرتبط با رفتار خوردن تأثیر منفی داشته و از طرفی دیگر مشوق سبک بی‌تحرکی (استفاده از وسیله نقلیه، استفاده از آسانسور به‌جای پله، کمبود وقت برای ورزش و...) بوده است. لیکن درعین‌حال بر تناسب‌اندام تأکید می‌کند و شکستهای درمانی، هزینه مضاعفی را برای لاغرسازی موجب می‌کند. در مرور درمانهای چاقی، مداخلات مربوط با تغذیه، فعالیت بدنی، سبک زندگی و درمانهای روان‌شناختی بررسی شدند. درمانهای مبتنی بر اصلاح تغذیه کارایی طولانی مدت به همراه ندارند و فعالیت بدنی به شکل ترکیبی با دیگر روشها مورد استفاده قرار می‌گیرد و نتایج استفاده از آن به شکل تنها مورد توجه نیست. اصلاح سبک زندگی دارای این مزیت است که طولانی مدت بوده و نتایج کاهش وزن تا مدت‌زمان بیشتری حفظ می‌شوند، اما به بعضی عوامل روان‌شناختی مرتبط با چاقی که به بازگشت وزن می‌انجامد، پرداخته نمی‌شوند. رفتاردرمانی شناختی و رفتاردرمانی (به‌ویژه برای کودکان) درمانهایی هستند که مزایای کاهش وزن و نگهداری آنها در تحقیقات بسیاری به اثبات رسیده است. لیکن این مزایا نهایتاً تا ۳ سال قابل نگهداری هستند. در پایان به روش درمان ذهن‌آگاهی اشاره شد که می‌تواند یک رویکرد کلی‌نگر برای حفظ سلامتی ارائه دهد که هم جنبه پیشگیری از چاقی و دیگر بیماریها و هم حفظ سلامتی داشته باشد. این درمان به تازگی مورد توجه قرار گرفته است و برای ارزیابی نیاز به تحقیقات بیشتری دارد. از آنجائی که برای درمان چاقی کودکان استفاده از دارودرمانی و جراحی پیشنهاد نمی‌شود، درمانهای روان‌شناختی

نقش بیشتری می‌گیرند و چون درمانهای پیشنهاد شده تا حدودی در درمان کامل چاقی شکست خورده‌اند، در عامل پیشگیری از چاقی و شروع درمانهای چاقی در کودکی تأکید بیشتری به‌عمل آمده است. لذا در بررسی نقایص درمانهای مطرح شده، عواملی عنوان شدند که در طراحی درمانهای آتی برای درمان چاقی کلیدی هستند که به آنها اشاره خواهد شد.

والدین عامل کلیدی در پیشگیری و درمان:

مطالعات، همبستگی قوی بین وزن بدن والدین و فرزندانشان را نشان می‌دهند. در حالیکه قسمتی از رابطه به‌دلایل ژنتیکی مربوط هستند، عوامل محیطی نیز نقش مهمی را بازی می‌کنند. در کودکان و نوجوانان، محیط خانواده از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. تأثیر محیط خانواده بر سلامت روان و جسمی کودکان و نوجوانان امری مبرهن است. محیط خانواده و رفتار والدین به‌ویژه در گسترش چاقی تعیین کننده معرفی شده‌اند (استانکارد و همکاران، ۱۹۹۹). سطوح فعالیت بدنی والدین با فعالیت بدنی کودکان مرتبط است. والدین فعال، کودکان فعال‌تری دارند. مادران فعال ۲ برابر بیشتر و پدران فعال ۳ برابر بیشتر احتمال دارد که کودکان فعال داشته باشند. کودکانی که والدین فعال دارند، ٦ برابر بیشتر احتمال دارد که فعال باشند. قسمتی از این همبستگی می‌تواند توسط ژنتیک توجیه شود، هرچند مدل‌سازی، تشویق و ارائه دسترسی به امکانات و تسهیلات نیز همچنین احتمال دارد که نقش داشته باشند (فوگلهلم و همکاران، ۱۹۹۹؛ مور[1] و همکاران، ۱۹۹۱؛ سالیس[2] و همکاران، ۱۹۸۸). ادراک نوجوانان از فعالیت بدنی والدین در زمان فراغت و نگرش والدین به فعالیت بدنی و گزارش کمک

1. Moore
2. Sallis

و حمایتهای والدین برای ورزش، همه در سطوح فعالیت بدنی نوجوانان مؤثر نشان داده شده است (اندرسن و وولد[1]، ۱۹۹۲). والدین همچنین می‌توانند روی رفتار خوردن فرزندانشان تأثیر بگذارند ونتیجتاً روی وزن آنها نیز نقش دارند. کودکان اصول خوردن را از والدین‌شان می‌آموزند، مثل مقدار غذای مصرفی، سرعت خوردن و انتخاب خوراکیها. مطالعات نشان می‌دهند که والدینی که اصول خوردن غیرطبیعی دارند، با احتمال بیشتری کودکان فربه دارند (ویتاکر و همکاران، ۲۰۰۰). والدین و کودکان فربه نسبت به والدین و کودکان دارای وزن طبیعی، غذای بیشتری را با سرعت بالاتر می‌خورند (بیرچ و فیشر[2]، ۲۰۰۰؛ بیرچ و همکاران، ۲۰۰۳). همچنین والدینی که شدیداً کودکان‌شان را به خوردن تشویق می‌کنند، کودکان سنگین‌تری دارند (کلگس و همکاران، ۱۹۸۳). رفتار والدین همچنین در رشد ترجیحات غذایی کودکان نقش مهمی بازی می‌کند. کودکان ترجیح ثابت در غذاهای آشنا نشان می‌دهند. بنابراین غذاهایی که توسط والدین تهیه می‌شود، به احتمال زیادی قسمتی از عادات غذایی کودک می‌شود (بیرچ، ۱۹۹۶؛ بیرچ و فیشر، ۱۹۹۸ و ۲۰۰۰؛ بیرچ و همکاران، ۲۰۰۳). بنابراین والدین در پیشگیری از چاقی نقش اصلی را داشته و همچنین بنا بر آنچه در درمان چاقی کودکان گفته شد والدین نقش مهمی در درمان دارند و درمانهایی که این مسئله را در نظر می‌گیرند و والدین را در درمان درگیر می‌سازند، کارایی بالاتری دارند. برای مثال در تحقیقی در مقایسهٔ دو گروه شرکت کننده تنها-والدین و والدین-کودک برای کاهش وزن فرزندان بین ٦ تا ۱۱ سال، نشان داده شد که گروه تنها-والدین موفق به کاهش قابل ملاحظهٔ وزن کودکانشان شد (گولن، کافمن و

1. Anderssen and Wold
2. Birch and Fisher

شـاهار، ۲۰۰۶). بنابرایـن نقـش والدیـن را به‌شـدت پررنـگ می‌سـازد.

مدرسه

در ایـن بابـت، اقداماتـی بـه شـکل ابتکارهـای دولتـی و صنعتـی در پاسـخ بـه شـیوع افزایـش چاقـی در کـودکان و نوجوانـان، انجـام شـده اسـت کـه بیشـتر بـر محیـط مـدارس تمرکـز دارنـد. اینهـا شـامل تلاشـهای پیشـگیرانه در تغییـر برنامه‌هـای غذایـی، حـذف ماشـینهای خوراکـی، اصـلاح مـواد غذایـی در دسـترس در مـدارس می‌باشـد. برنامه‌هـای مبتنـی بـر مـدارس بـرای تشـویق فعالیـت بدنـی بعـد از برنامه‌هـای مدرسـه نیـز انجـام شـده اسـت. ایـن مداخـلات قـادر هسـتند کـه اطلاعـات کـودکان و نگـرش آنهـا را نسـبت بـه خـوردن سـالم و فعالیـت بدنـی تغییـر دهنـد و میـزان تغییـرات موفقیت‌آمیـز رفتـاری را بهبـود بخشـند. هرچنـد کـه به‌سـختی روی چاقـی و پیامدهـای آن و بیماریهـای مرتبـط بـا آن اثـر گذارنـد (اتکینسـون[1] و نیتزکـه[2]، ۲۰۰۱).

تلویزیون

اسـتفاده از رسـانه‌های گروهـی توسـط کـودکان بـه زمـان تماشـای تلویزیـون برمی‌گـردد کـه بـا چاقـی همبسـتگی دارد. هرچنـد کـه علـت ایـن مکانیسـم مشـخص نیسـت، آن چیـزی کـه واضـح اسـت، اینسـت کـه بـا کاهـش زمـان تماشـای تلویزیـون شـاهد بهبـود وضعیـت وزنـی کـودکان هسـتیم. تبلیغـات تلویزیونـی غذاهـای ناسـالم بـا تأثیـر بـر ترجیحـات، خواسـته‌ها و سـبک غذایـی کـودکان، بـه ایجـاد و گسـترش چاقـی کمـک می‌کننـد. تلاشـهای صنایـع غذایـی مبنـی بـر بهبـود کیفیت غذایـی بـرای تبلیغـات تلویزیون کـودکان، به شکسـت انجامیـده اسـت. ایـن امـر مسـئولین بهداشـت عمومـی را بـر این مـی‌دارد کـه منع دولتـی برای

1. Atkinson
2. Nitzke

تبلیغـات ناسـالم در تبلیغـات مختـص کـودکان را پیشـنهاد کننـد (هینـگل و کونـکل[1]، ۲۰۰۶).

پیشنهادها

آنچـه در ایـن مقالـه آورده شـده اسـت، تلاشـهای انجـام شـده در جهـت بهبـود درمـان به‌دلایـل نقصهـا و کاسـتیهای نتایـج درمـان می‌باشـد. براونـل[2] در سـال ۲۰۱۰ پیشـنهاد می‌دهـد کـه باوجـود اینکـه کـه تـلاش بـرای بهبـود درمـان بایـد ادامـه پیـدا کنـد، تغییـر در سیاسـت عمومـی و تعهـد در پیشـگیری بـرای مدیریـت مشـکل چاقـی ضـروری خواهـد بـود (براونـل، ۲۰۱۰). در همیـن راسـتا، از آنجـا کـه مداخـلات روان‌شـناختی در نگهـداری وزن در بزرگسـالان بـا شکسـت روبـرو می‌شـوند (کوپـر و همـکاران، ۲۰۱۰)، درمـان و پیشـگیری از چاقـی در زمـان کودکـی بـه پیشـگیری از چاقـی در بزرگسـالی ترجیـح داده و نهایتـاً پیشـنهادهای پیشـگیرانه و ضـروری را مطـرح می‌کنیـم. بـا توجـه بـه نتایـج مطالعـه‌ای در کشـور ژاپـن بـا ۱۲ سـال پیگیـری کـودکان چـاق درمـان شـده، چنیـن نشـان داد کـه کـودکان شـدیداً چـاق در خطـر بالاتـری در چاقـی بزرگسـالی هسـتند، هرچنـد درمـان چاقـی در کودکـی دریافـت کـرده باشـند. ولـی درعین‌حـال مشـاهد شـد کـه بسـیاری از مـوارد چاقـی کودکـی می‌توانـد بـا درمـان چاقـی حـل شـوند، کـه به‌نوبـهٔ خـود می‌توانـد ریسـک بیماریهـای مزمـن بزرگسـالی را کاهـش دهـد (توگاشـی[3] و همـکاران، ۲۰۰۲). بنابرایـن هـر درمانـی از بی‌درمانـی بهتـر اسـت. همچنیـن مطابـق مطالعه مـروری جهـت بروزرسـانی درمـان چاقـی کـودکان، نشـان داده شـد کـه طـول درمـان بـا کاهـش وزن بیشـتر رابطـه دارد (گولدفیلـد و همـکاران، ۲۰۰۲). ایـن بدیـن معناسـت کـه بـه بیمـاری چاقـی نمی‌تـوان بـا نـگاه حـل کوتـاه مـدت برخـورد کـرد و بـرای حفـظ

1. Hingle and Kunkel
2. Brownell
3. Togashi

وزن باید به یک رویکرد عمری توسل جست. بنا بر آنچه در مورد نقش والدین گفته شد، در دسترس قرار دادن انواع غذاها به‌منزلهٔ ایجاد عادتهای عمری در کودکان می‌شود. در تحقیقی که اهمیت اجتماعی و هیجانی غذاها مورد بررسی قرار گرفت، غذاها به ٤ دسته تفسیم شدند: غذاهای نوستالژی، غذاهای زیاده‌روی، غذاهای آسودگی و غذاهای راحتی جسمانی. تلویحات عملی این تحقیق به فهم نقشی که خلق در انتخاب غذاها بازی می‌کند و اینکه چرا ایجاد تغییرات غذایی فرد را مواجه با مشکلات بسیاری می‌کند، کمک می‌کند (لوچر و همکاران، ۲۰۰۵). انتخاب انواع غذاها به تجربه و یادگیری ما در کودکی برمی‌گردد و تغذیهٔ ما در کودکی تعیین کنندهٔ انتخاب غذاهای ما در بزرگسالی است.

بنابراین خلاصهٔ پیشنهادات را بدین شکل می‌توانیم فهرست‌بندی کنیم:

۱. ایجاد تغییر در سیاستهای عمومی (جلوگیری از تولید و تبلیغ مواد غذایی ناسالم، آموزش تغذیه سالم در مدارس و پیش‌دبستانیها برای کودکان و والدین، ایجاد مراکز و تسهیلات ورزشی در اماکن عمومی و مدارس و...) برای پیشگیری از چاقی

۲. یاری گرفتن از مداخلات چاقی در زمان کودکی

۳. بهره جستن از مداخلات روان‌شناختی ترکیبی مرتبط با چاقی

٤. گرفتن مداخله در سن پایین‌تر عامل کلیدی

۵. طول درمان بیشتر، مزایای سلامتی بالاتر

٦. آموزش والدین در کنترل چاقی کودکان و ایجاد عادات سالم

۷. توجه به رویکرد درمانی جامعی که علاوه بر حل مشکل چاقی، بتواند بهزیستی کامل فراهم آورد

۸. آگاه‌سازی عمومی و معرفی برده‌داری نوین وضرورت رهایی از آن حداقل برای سالم زیستن

- بیات، ع. ، رحیمیان بوگر، ا. ، طلع پسند، س. ، یوسفی چایجان، پ. (۱۳۹۳). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر خانواده در کاهش وزن کودکان مبتلا به چاقی. ***مجله غدد درون ریز و متابولیسم ایران***، شماره ۷۶، مهر و آبان ۱۳۹۳ صص ۲۶۱-۲۵٤

- پیران، پرویز. «سخن آغازین: حق مشخص به شهر مشخص» ***فصلنامه تخصصی هفت شهر*** ۱۳۹۵، تهران، صص ۸۳-۲۱.

Allison, K. R. , Adlaf, E. M. , Irving, H. M. , Hatch, J. L. , Smith, T. F. , Dwyer, J. J. M. , et al. (2005). Relationship of vigorous physical activity to psychologic distressamong adolescents. ***Journal of Adolescent Health***, 37, 164-166.

-American Diabetes Care. (2013). ***Ecenonmic costs of diabetes in the U. S in 2012.*** March 6, 2013, doi: 10. 2337/dc12-2625 Diabetes Care March 6, 2013

- Anderssen, N. , & Wold, B. (1992). Parental and peer influences on leisure-time physical activity in young adolescents. ***Research Quarterly for Exercise and Sport,*** 63 (4), 341-348.

- Anderson, P. M. , Butcher, K. F. (2012), ***Childhood Obesity: Trends and Potential Causes***, Pediatr Clin North Am, 59 (3):677-92, ix. doi: 10. 1016/j. pcl. 2012. 03. 021.

-Andreyeva, T. , Puhl, R. M. , Brownell, K. D. (2008), ***Changes in perceived weight discrimination among Americans***, 1995-1996 through 2004-2006. Obesity. 16 (5):1129-34. doi: 10. 1038/oby. 2008. 35. Epub 2008 Feb 28.

- Atkinson, R. L. , & Nitzke, S. A. (2001). School based programmes on obesity: Increase knowledge about nutrition but do not change eating habits by much. ***British Medical Journal***, 323 (7320), 1018-1019.

-Berkowitz, R. I. , & Stunkard, A. J. (2002). ***Development of childhood obesity.*** In, T. A. Wadden & A. J. Stunkard (Eds.), Handbook of obesity treatment (pp. 515-531). New York: Guilford Press.

-Birch, L. L. , & Fisher, J. O. (2000). Mothers' child-feeding practices influence daughters' eating and weight. ***American Journal of Clinical Nutrition,*** 71, 1054- 1061.

-Birch, L. L. , Fisher, J. O. , & Davison, K. K. (2003). Learning to overeat: Maternal use of restrictive feeding practices promotes girls' eating in the absence of hunger. ***American Journal of Clinical Nutrition***, 78, 215-220.

-Blackburn, G. L. (2002). ***Weight loss and risk factors***. In C. G. Fairburn & K. D. Brownell (Eds.), Eating disorders and obesity. A comprehensive handbook. (2nd ed.). New York: Guilford Press.

-Blair, S. N. , & Leermakers, E. A. (2002). ***Exercise and weight management.*** In T. A. Wadden & A. J. Stunkard (Eds.), Handbook of obesity treatment. New York: Guilford Press.

- Bogle V, Sykes C. (2011), ***Psychological interventions in the treatment of childhood obesity:*** what we know and need to find out.. J Health Psychol,16 (7):997-1014. doi: 10. 1177/1359105310397626. Epub 2011 Mar 28.

- Brannon, L. , Feist J. (2007), ***Health Psychology: An Introduction to Behavior and Health Thomson/ Wadsworth.***

-Brownell, K. D. (2010). The humbling experience of treating obesity: should we persist or desist? ***Behaviour Research and Therapy***, 48, 717–719.

- Brownell, K. D. , & Wadden, T. A. (1992). Etiology and treatment of obesity: Understanding a serious, prevalent, and refractory disorder. ***Journal of Consulting and Clinical Psychology,*** 60 (4), 505-517.

-Burke, C. A. Mindfulness-Based Approaches with Children and Adolescents: A Preliminary Review of Current Research in an Emergent Field 2009. ***J Child Fam Stud DOI*** 10. 1007/s10826-009-9282-x

- Cooper, Z. , Doll, H. A. , Hawker, D. M. , Byrne, S. , Bonner, G. , Eeley, E. , O'Connor, M. E, Fairburn, C. G. (2010). Testing a new cognitive behavioral treatment for obesity: A randomized controlled trial with three-year follow-up. Behav Res Ther. 2010 Aug; 48 (8): 706–713. doi: 10. 1016/j. brat. 2010. 03. 008, PMCID: PMC2923743. doi:10. 1016/j. brat. 2010. 03. 008,***Behaviour Research and Therapy*** 48 (2010) 706e713

-Cooper, Z. , & Fairburn, C. G. (2001). A new cognitive behavioural approach to the treatment of obesity. ***Behaviour Research and Therapy,*** 39, 449-511.

- Cooper, Z. , Fairburn, C. F. , & Hawker, D. M. (2003). ***Cognitive-behavioral treatment of obesity***. A clinician's guide. New York: Guilford Press.

- Crawford JD, Osler DC. (1975), Body composition at menarche. The Frisch- Revelle hypothesis revisited. ***Pediatrics*** 1975;56:449-58.

- Dalen, J. ,Smith, B. W. , Shelley, B. M. ,LeeSloan, A. , Leahigh, L. , Begay, D. (2010). Complementary Therapies in Medicine (2010) Pilot study :Mindful Eating and Living (MEAL):Weight, eating behavior, and psychological outcomes associated with a mindfulness-based intervention for people with obesity. ***Complementary Therapies in Medicine***. YCTIM-1044; No. ofPages5

-Danielsen, Y. S. , Nordhus, I. H. , Júlíusson, P. B. , Mæhled, M. , Pallesen, S. (2013). Effect of a family-based cognitive behavioural intervention on body mass index, self-esteem and symptoms of depression in children with obesity (aged 7—13): A randomised waiting list controlled trial, ***Obesity Research & Clinical Practice***. 7, e116—e128

- Decaluwe, V. , Braet, C. , & Fairburn, C. G. (2003). Binge eating in obese children and adolescents. ***International Journal of Eating Disorders,*** 33, 78-84.

- Dietz, W. H. (2002). ***Medical complications of obesity in children and adolescents.*** In C. G. Fairburn & K. D. Brownell (Eds.), ***Eating disorders and obesity***. A comprehensive handbook. (2nd ed.). New York: Guilford Press.

-Eckel, R. et al. (2011). Obesity and Type 2 Diabetes: What Can Be Unified and What Needs to Be Individualized. ***Care diabetes journal***. no. 34 ; p. 1424 (Eds.), Eating disorders and obesity. A comprehensive handbook. (2nd ed.). New York: Guilford Press.

- Epstein, L. H. , Coleman, K. J. , & Myers, M. D. (1996). Exercise in treating obesity in children and adolescents. ***Medicine and Science in Sports and Exercise***, 28 (4), 428-435.

- Epstein, L. H. , & Goldfield, G. S. (1999). Physical activity in the treatment of childhood overweight and obesity: Current evidence and research issues. ***Medicine and Science in Sports and Exercise***, 31 (11), s553-559

- Falkner, N. , French, S. , Jeffery, R. , Neumark-Sztainer, D. , Sherwood, N. , & Morton, N. (1999). Mistreatment due to weight: prevalence and sources of perceived mistreatment in women and men. ***Obesity Research,*** 7 (6), 572-576.

-Field, A. E. , Barnoya, J. , & Colditz, G. A. (2002). ***Epidemiology and health and economic consequences of obesity***. In T. A. Wadden & A. J. Stunkard (Eds.), Handbook of obesity treatment (pp. 3-18). New York: Guilford Press.

- Fogelholm, M. , Nuutinen, O. , Pasanen, M. , Myohanen, E. , & Saatela, T. (1999). Parentchild relationship of physical activity patterns and obesity. ***International Journal of Obesity***, 23, 1262-1268.

- Freedman, D. S. , Dietz, W. H. , Srinivasan, S. R. , & Berenson, G. S. (1999). The relation of overweight to cardiovascular risk factors among children and adolescents: The Bogalusa Heart Study. ***Pediatrics***, 103 (6), 1175-1182.

- French, S. A. , Story, M. T. , & Perry, C. L. L. (1995). Self-esteem and obesity in children and adolescents: A literature review. ***Obesity Research***, 3, 479-490.
- Friedman, M. A. , & Brownell, K. D. (2002). ***Psychological consequences of obesity.*** In C. G. Fairburn & K. D. Brownell (Eds.), Eating disorders and obesity. A comprehensive handbook. (2nd ed.). New York: Guilford Press. 55
- Friedman, M. A. , Wilfley, D. E. , Pike, K. M. , Striegel-Moore, R. H. , & Rodin, J. (1995). The relationship between weight and psychological functioning among adolescent girls. ***Obesity Research***, 3, 57-62.
- Frisch RE. (1984). Body fat, puberty ad fertility. ***Biol Rev***;59:161-88.
- Godsey, J. (2013). The role of mindfulness based interventions in the treatment of obesity and eating disorders: an integrative review. ***Complement Ther Med.*** 21 (4):430-9. doi: 10. 1016/j. ctim. 2013. 06. 003. Epub 2013 Jul 9.
- , Golan M. , Kaufman, V. ,Shahar, D. R. (2006). Childhood obesity treatment: targeting parents exclusively v. parents and children. ***British Journal of Nutrition*** / Volume 95 / Issue 05 / May 2006, pp 1008-1015,Copyright © The Nutrition Society, DOI: http://dx. doi. org/10. 1079/BJN20061757
-Goldfield, Gary S. ; Raynor, Hollie A. ; Epstein, Leonard H. Wadden, Thomas A. (Ed); Stunkard, Albert J. (Ed), (2002). ***Treatment of pediatric obesity***, Handbook of obesity treatment. , (pp. 532-555). New York, NY, US: Guilford Press, xv, 624 pp.
- Goodman, N. , Dornbusch, S. M. , Richardson, S. A. , & Hastorf, A. H. (1963). Variant reactions to physical disability. ***American Sociological Review,*** 28, 47-55.
-Gortmaker, S. L. , Must, A. , Perrin, J. M. , Sobol, A. M. , & Dietz, W. H. (1993). Social and economic consequences of overweight in adolescence and young adulthood. ***New England Journal of Medicine***, 329 (14), 1008-1012.
- Griggs, J. J. , Sabel, M. S. (2008). ***Obesity and Cancer Treatment: Weighing the Evidence by American Society of Clinical Oncology***
- Grossman, P. , Niemann, L. , Schmidt, S. , Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits. ***A meta-analysis. J Psychosom Res***. 2004 Jul; 57 (1):35-43.

- Guzzaloni, G. , Grugni, G. , Minocci, A. , Moro, D. , & Morabitio, F. (2000). Liver steatosis in juvenile obesity: Correlation with lipid profile, hepatic biochemical parameters and glycemic and insulinemic responses to oral glucose tolerance test. ***International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders,*** 24, 772- 776.
-Hill, J. O. , & Melanson, E. L. (1999). Overview of the determinants of overweight and obesity: Current evidence and research issues. ***Medicine and Science in Sports and Exercise***, 31 (11), s515-s521.
- Hingle M, Kunkel D. (2006). Childhood obesity and the media. ***From: The Future of Children,*** Volume 16,pp. 19-45 | 10. 1353/foc. 2006. 0001
-Horgen, K. B. , & Brownell, K. D. (2002). ***Confronting the toxic environment: Environmental public health actions in a world crisis***. In T. A. Wadden & A. J. Stunkard (Eds.), Handbook of obesity treatment (pp. 95-106). New York: Guilford Press.
-Jebb, S. A. (2002). Energy intake and body weight. In C. G. Fairburn & K. D. Brownell (Eds.), ***Eating disorders and obesity***. A comprehensive handbook. (2nd ed.).
- Jong-wook, L. (2005). Public health is a social issue. ***The Lancet*** , Volume 365 , Issue 9464 , 1005 – 1006 19 March 2005
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: theoretical considerations and preliminary results. ***Gen Hosp Psychiatry***. 4 (1):33-47.
-Kabat-Zinn, J. (2003). "Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. " ***Clinical Psychology: Science & Practice*** 10 (2): 144-156.
-Kelishadi, R. ,Azizi-Soleiman, F. (2014). Controlling childhood obesity: A systematic review on strategies and challenges. ***journal of research in medical sciences.*** J Res Med Sci. 19 (10): 993–1008. PMCID: PMC4274579
- Kendall, P. C. (2000a). ***Guiding theory for therapy with children and adolescents.*** In P. C. Kendall (Ed.), Child and adolescent therapy cognitive behavioral procedures (2nd ed. , pp. 3-27). New York: Guilford Press.
-Kendall, P. C. (Ed.). (2000b). ***Child and adolescent therapy.*** Cognitive-behavioral procedures. New York: Guilford Press.
- Klesges, R. C. , Haddock, C. K. , Stein, R. J. , Klesges, L. M. , Eck, L. H.

, & Hanson, C. L. (1992). Relationship between psychosocial functioning and body fat in preschool children: A longitudinal investigation. ***Journal of Consulting and Clinical Psychology,*** 60 (5), 793-796.

- Lee, Y. S. , Kek, B. L. K. , Poh, L. K. S. , Saw, S. M. , Loke, K. Y. (2008). The association of raised liver transaminases with physical inactivity, increased waist-hip ratio and other metabolic morbidities in severely obese children. ***J Pediatr Gastroenterol Nutr***;47:172-8.

- Lee, Y. S. , Kek, B. L. K. , Poh, L. K. S. , Vaithinathan, R. , Saw, S. M. , Loke, K. Y. (2006) Characterisation of metabolic consequences in severely obese children. In: Paediatric endocrinology: looking into the future: Proceedings of the 4th biennial scientific meeting Asia Pacific Paediatric Endocrine Society; 2006 Nov 1-4; Bangkok, Thailand. Bangkok: ***Asia Pacific Paediatric Endocrine Society***:92.

- Lillis, J. , Hayes, S. C. , Bunting, K. , Masuda, A. (2009). Teaching acceptance and mindfulness to improve the lives of the obese: a preliminary test of a theoretical model. ***Ann Behav Med***37 (1):58-69. doi: 10. 1007/s12160-009-9083-x. Epub 2009 Feb 28.

- Litton JK, Gonzalez-Angulo AM, Warneke CL, et al: Relationship between obesity and pathologic response to neoadjuvant chemotherapy among women with operable breast cancer. ***J Clin Oncol*** 26:4072-4077, 2008

-Maffeis, C. (2000). Aetiology of overweight and obesity in children and adolescents. ***European Journal of Pediatrics***, 159 (s1), s35-s44.

- Manson, J. E. , Skerrett, P. J. , & Willett, W. C. (2002). Epidemiology of health risks associated with obesity. In C. G. Fairburn & K. D. Brownell (Eds.), ***Eating disorders and obesity***. A comprehensive handbook (2nd ed.). New York:Guilford Press.

- Maynard, B. R. , Solis, M. R. , Miller, V. (2014). ***Mindfulness-Based Interventions for Improving Academic Achievement, Behavior and Socio-Emotional Functioning of Primary and Secondary Students: A Systematic Review***. Campbell collaboration

- Moore, L. L. , Lombardi, D. A. , White, M. J. , Campbell, J. L. , Olivera, S. A. , & Ellison, R. C. (1991). Influence of parents' physical activity levels on activity levels of young children. ***Journal of Pediatrics,*** 118, 215-219.

- National Health and Medical Research Council. (2003a). ***Clinical practice guidelines for the management of overweight and obesity in adults***. Canberra: National Health and Medical Research Council.
-National Health and Medical Research Council. (2003b),***Clinical practice guidelines for the management of overweight and obesity in children and adolescents***. Canberra: National Health and Medical Research Council.
- National Institutes of Health. (1998). ***Clinical guidelines on the identification, evaluation and treatment of overweight and obesity in adults***. Bethesta: National Institutes of Health.
- Nemet,D. et. Al. (2005). Short- and Long-Term Beneficial Effects of a Combined Dietary–Behavioral–Physical Activity Intervention for the Treatment of Childhood Obesity,***Pediatrics*** Vol. 115 No. 4. pp. e443 -e449 (doi: 10. 1542/peds. 2004-2172)
-Ng, M. , et al. (2013). Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: ***a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study.*** Volume 384, No. 9945, p766–781, 30 August 2014
- O'Reilly, G. A. , Cook, L. , Spruijt-Metz, D. , Black, D. S. (2014). Mindfulness-based interventions for obesity-related eating behaviours: a literature review. ***Obes Rev***. 15 (6):453-61. doi: 10. 1111/obr. 12156. Epub 2014 Mar 18.
- Phillips, R. G. , & Hill, A. J. (1998). Fat, plain, but not friendless: Self esteem and peer acceptance of obese pre-adolescent girls. ***International Journal of Obesity***, 22, 287-293.
- Puhl, R. , & Brownell, K. D. (2002). Stigma, discrimination, and obesity. In C. G. Fairburn & K. D. Brownell (Eds.), ***Eating disorders and obesity.*** A comprehensive handbook. (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Rashidi, A. , Mohammadpour-Ahranjani, B. , Vafa, M. R. , Karandish, M. (2005), Prevalence of obesity in Iran. ***Obes Rev.*** 6 (3):191-2.
- Redline, S. , Tishler, P. V. , Schluchter, M. , Aylor, J. , Clark, K. , & Graham, G. (1999). Risk factors for sleep-disordered breathing in children. Associations with obesity, race and respiratory problems. ***American Journal of Critical Care***, 159,1527-1532.
- Rosen, J. C. (1997). ***Cognitive-behavioral body image therapy***. In D.

M. Garner & P. E. Garfinkel (Eds.), Handbook of treatment for eating disorders (2nd ed. , pp. 188- 201). New York: Guilford Press.
- Rosen, J. C. (2002). ***Obesity and body image***. In C. G. Fairburn & K. D. Brownell (Eds.), Eating disorders and obesity. A comprehensive handbook. (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Sallis, J. F. F. , Patterson, T. L. , McKenzie, T. L. , & Nader, P. R. (1988). Family variables and physical activity in preschool children. J Dev Behav ***Pediatric***, 9, 57-61.
- Sarwer, D. B. , & Thompson, J. K. (2002). ***Obesity and body image disturbance***. In T. A. Wadden & A. J. Stunkard (Eds.), Handbook of obesity treatment (pp. 447-464). New York: Guilford Press.
- Schwimmer, J. B. , Burwinkle, T. M. , & Varni, J. W. (2003). Health related quality of life of severely obese children and adolescents. ***Journal of the American Medical Association,*** 289 (14), 1813-1819.
- Shaw, K. , O'Rourke, P. , Del Mar, C. , & Kenardy, J. (2005). Psychological interventions for overweight or obesity. ***Cochrane Database of Systematic Reviews***, Issue 2. Art. No. : CD003818. DOI: 10. 1002/14651858. CD003818. pub2.
- Semple, R. J. , Reid, E. F. G. , & Miller, L. (2005). Treating anxiety with mindfulness: An open trial of mindfulness training for anxious children. ***Journal of Cognitive Psychotherapy***, 19, 379– 392.
- Soeliman,F. A. ,& Azadbakht,L. (2014). Weight loss maintenance: A review on dietary related strategies. ***J Res Med Sci***. 2014 Mar; 19 (3): 268–275.
- Soleimaninanadegani, M. , Shahmohammadi, N. (2013), The Impact of Mindfulness-based Cognitive Therapy on Anthropometric Indices Balance in High-school Obese Girls' Students in Iran. ***Procedia - Social and Behavioral Sciences,*** 84:542 – 548
-Sojcher, R. 1. , Gould Fogerite, S. , Perlman, A. (2012). ***Evidence and potential mechanisms for mindfulness practices and energy psychology for obesity and binge-eating disorder.*** Explore (NY). 2012 Sep-Oct;8 (5):271-6. doi: 10. 1016/j. explore. 2012. 06. 003.
- Sorof, J. , Daniels, S. (2002). Obesity hypertension in children: a problem of epidemic proportions. ***Hypertension*** ,40:441-7
- Staffieri, J. R. (1967). A study of social stereotypy of body image. ***Journal of Personality and Social Psychology,*** 7, 101.
- Stunkard, A. J. , Berkowitz, R. I. , Stallings, V. A. , & Schoeller, D. A.

(1999). Energy intake, not energy output, is a determinant of body size in infants. ***American Journal of Clinical Nutrition,*** 69 (3), 524-530.
-Swinburn, B. A. , & Egger, G. (2004). The runaway weight gain train: Too many accelerators, not enough brakes. ***British Medical Journal,*** 329, 736-739.
- Togashi K, Masuda H, Rankinen T, Tanaka S, Bouchard C, Kamiya H. (2002). Human Genomics Laboratory, Pennington Biomedical Research Center, Baton Rouge, Louisiana, USA. togashi@edu. mie-u. ac. jp International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders : Journal of the International Association for the Study of Obesity [26 (6):770-777] Type: ***Journal Article DOI:*** 10. 1038/sj. ijo. 0801992
- Tsiros, M. D. , Sinn, N. , Brennan, L. , Coates, A. M. , Walkley, J. W. , Petkov, J. , Howe, P. R. , Buckley, J. D. (2008). Cognitive behavioral therapy improves diet and body composition in overweight and obese adolescents. ***Am J Clin Nutr,*** 87 (5):1134-40.
- U. S. Preventive services task force. (2015). ***Final Research Plan: Obesity and Weight Management in Children and Adolescents: Screening and Interventions***. http://www. uspreventiveservicestaskforce. org
- Vanhala, M. , Vanhala, P. , Kumpusalo, E. , Halonen, P. , & Takala, J. (1998). Relation between obesity from childhood to adulthood and the metabolic syndrome: population based study. ***British Medical Journal***, 317, 319.
- Vidal J. (2002). Updated review on the benefits of weight loss. ***Int J Obes Relat Metab Disord.*** 2002 Dec;26 Suppl 4:S25-8.
- Vos, R. C. , Huisman, S. D. , Houdijk, E. C. , Pijl, H. , Wit, J. M. (2012). The effect of family-based multidisciplinary cognitive behavioral treatment on health-related quality of life in childhood obesity. ***Qual Life Res***, 21 (9):1587-94. doi: 10. 1007/s11136-011-0079-1. Epub 2011 Dec 8.
- Wadden, T. A. , Womble, L. G. , Stunkard, A. J. , & Anderson, D. A. (2002). ***Psychosocial consequences of obesity and weight loss***. In T. A. Wadden & A. J. Stunkard (Eds.), Handbook of Obesity Treatment (pp. 144-169). New York: Guilford Press.
- Whitaker, R. C. , Deeks, C. M. , Baughcum, A. E. , & Specker, B. L. (2000). The relationship of childhood adiposity to parent body mass index and eating behavior. ***Obesity Research,*** 8 (3), 234-240.
-Whitaker, R. C. , Wright, J. A. , Pepe, M. S. , Seidel, K. D. , & Dietz,

W. H. (1997). Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity. ***New England Journal of Medicine***, 337 (13), 869 -873.
- Wing, R. et. Al. (2011). ***Benefits of Modest Weight Loss in Improving Cardiovascular Risk Factors in Overweight and Obese Individuals*** With Type 2 Diabetes the Look AHEAD Research Grou***p***, doi: 10. 2337/dc10-2415 Diabetes Care July 2011 vol. 34 no. 7 1481-1486
-Wolf, A. M. (2002). ***The health economic of obesity and weight loss***. In C. G. Fairburn & K. D. Brownell (Eds.), Eating disorders and obesity. A comprehensive handbook. (2nd ed.). New York: Guilford Press.
-World Health Organisation. (2015). ***Obesity and overweight,*** Fact sheet N°311, Updated January 2015
- Yabroff, R. K. , Lund, J. , Kepka, D. , Mariotto, A. (2011). Economic Burden of Cancer in the US: Estimates, Projections, and Future Research. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. Author manuscript; available in PMC 2012 Oct 1. Published in final edited form as: ***Cancer Epidemiol Biomarkers Prev***. 2011 Oct; 20 (10): 2006–2014.
doi: 10. 1158/1055-9965. EPI-11-0650 PMCID: PMC3191884 NIHM-SID: NIHMS319751
- Vicennati, V. , Pasqui, F. , Cavazza, C. , Pagotto, U. , Pasquali, R. (2009). Stress-related development of obesity and cortisol in women. ***Obesity*** (Silver Spring). 2009 Sep; 17 (9):1678-83.
- Weiss, E. C. , Galuska, D. A. , Kettel Khan, L. , Gillespie, C. , Serdula, M. K. (2007). Weight regain in U. S. adults who experienced substantial weight loss, 1999-2002. ***Am J Prev Med***. 2007 Jul; 33 (1):34-40.
-Zeller, M. H. , Roehrig, H. R. , Modi, A. C. , Daniels, S. R. , Inge, T. H. (2006), Health-related quality of life and depressive symptoms in adolescents with extreme obesity presenting for bariatric surgery. ***Pediatrics***; 117:1155-61