چاقی

1– مقدمه

امروزه چاقی یکی از معضلاتی است که بیشتر مردم دنیا یا به آن گرفتار هستند و یا از گرفتار شدن به آن هراس دارند. به طوری که آمارها نشان می دهند حدود ۲۵٪ مردم دنیا دچار چاقی هستند. پژوهشگران چاقی را ذخیره بیش از حد انرژی به صورت چربی در بدن تعریف می کنند. آنها معتقدند که میزان انرژی مورد نیاز به طور متوسط برای مردان در یک روز ۲۵۰۰ کالری و برای زنان ۲۰۰۰ کالری است و برای ورزشکاران حرفه‌ای ۴۰۰۰ کالری بیشتر و برای زنان حامله و شیرده ۳۰۰ تا ۵۰۰ کالری بیشتر از حد معمول نیاز است.

2– علل چاقی

پژوهش‌ها نشان می‌دهند که چاقی در بزرگسالی به علت بزرگ شدن سلولهای چاقی در بدن است نه ایجاد سلول های چربی تازه، ولی چاقی در کودکان به دلیل ایجاد سلول های تازه در بدن است. به همین دلیل کسانی که در کودکی چاق هستند معمولاً در بزرگسالی هم چاق هستند و کم کردن وزن برای این افراد بسیار سخت و دشوار است، اما کسانی که در کودکی وزن نرمال دارند و در بزرگسالی دچار افزایش وزن می شوند، راحت‌تر می‌توانند وزن خود را کم کنند.

شواهد نشان می‌دهند که افزایش وزن ضرورتاً مربوط به زیاد خوردن نیست. بسیاری از افراد گرچه در حد متوسطی غذا می‌خورند اما چاق هستند و افرادی هم وجود دارند که با وجود آن که زیاد غذا می‌خورند اما لاغر هستند.

چاقی علل زیادی دارد که مهم ترین آنها عبارتند از:

1) عوامل ارثی و فیزیولوژی
2) مصرف غذای بیش از نیاز بدن
3) کم تحرکی و ورزش نکردن
4) تنوع غذاهای پرکالری
5) تبلیغات زندگی شهر نشینی
6) جهانی شدن
7) مصرف زیاد الکل
8) زندگی مدرنیزه و تبلیغات رفاهی

3– علل چاقی از دیدگاه نظریه‌های روانشناسی

- **دیدگاه زیستی عصبی:**

طرفداران این دیدگاه چاقی را ناشی از نابهنجاری های زیست-شیمیایی با احتمال ارتباط آن با ژنتیک می‌دانند. (کلامپ. کای. واستروبر 2001). در تحقیقاتی که در آن دوقلوهای یک تخمکی با دوقلوهای دو تخمکی مقایسه شدند، میزان توارث پذیری 48٪ تا 61٪ به دست آمد که این بدان معنی است که وراثت حداقل نیمی از تنوع در آسیب پذیری در برابر چاقی را توجیه می کند. (کوتگارد و همکاران 2001).

شواهد روز افزونی حاکی از آن است که چاقی به نابهنجاری‌هایی در سیستم عصبی مربوط است، مثلاً کمبود سروتونین با پرخوری و افزایش سروتونین با بی اشتهایی رابطه مستقیم دارد.

- **دیدگاه شناختی:**

از دیدگاه شناختی چاقی در کسانی ایجاد می‌شود که از آشوب و عذاب درونی زیاد رنج می‌برند، دل مشغول مسائل جسمانی می شوند و برای اینکه احساس آرامش و حمایت شدن کنند، به غذا روی می‌آورند.

این افراد در درک هیجان‌های خود و نام‌گذاری آنها مشکل دارند و به مرور زمان یاد می‌گیرند که خوردن می تواند وسیله ای برای حل و فصل کردن هیجان های ناخوشایند و مبهم باشد (لئون-فولکراس-پری و ایرلی-زالد 1995).

دیدگاه شناختی، عوامل شناختی را با اختلال های خوردن مرتبط می داند. طبق نظریه های شناختی افراد مبتلا به چاقی به مرور زمان به علت مقاومت کردن در برابر تغییر دادن فرایندهای تفکرشان در دام الگوهای بیمارگون خود گرفتار می‌شوند (میزس و کریستیانو 1995).

- **دیدگاه روان‌کاوی:**

مطابق این دیدگاه، پرخوری و چاقی نتیجه تثبیت در مرحله دوم رشدی (مقعدی) است (فروید). بعضی از پژوهشگران برای آگاه شدن از دلایل ایجاد واکنش خوردن نابهنجار به خصوص به این واقعیت توجه کرده‌اند که برخی از زنان مبتلا به چاقی سابقه مورد سوء استفاده جنسی و جسمی واقع شدن در کودکی را داشته‌اند (آندرز-والنتین و والنتین 1995).

- **دیدگاه اجتماعی فرهنگی:**

در این دیدگاه عامل اصلی در چاقی نگرش‌های جامعه است به خوردن است. به عنوان مثال در کردستان ایران زنانی مورد پسند مردان هستند که چاق باشند، به همین دلیل زنان آن منطقه الگوی چاق شدن را می پسندند (محقق). مطابق این دیدگاه افراد چاق در مورد مفهوم خود اجتماعی مشکل دارند (استریگل-مور-سیلبراستین 1993).

4- چگونه چاقی را اندازه میگیریم ؟

محققین روش‌های مختلفی را جهت مشخص نمودن چاقی پیشنهاد کرده‌اند که بهترین آن شاخص توده بدنی می‌باشد که اصطلاحاً آن را BMI می نامند.

$$\text{BMI(شاخص توده بدنی)} = \frac{\text{وزن}}{\text{قد} * \text{قد}}$$

اگرچه BMI (شاخص توده بدن) وسیله اندازه گیری مستقیم بافت چربی نیست اما در حال حاضر یکی از بهترین شیوه ها برای درجه بندی چاقی می باشد.

شاخص توده بدنی عبارت است از نسبت (وزن بر حسب کیلوگرم) بر مجذور قد (بر حسب متر).

پزشکان BMI بین ۲۵ تا ۳۰ را اضافه وزن و بالای ۳۰ را چاقی توصیف می نمایند.

5– برخی از مشکلات همراه چاقی عبارتند از:

1- بیماریهای قلبی و سکته مغزی: این دو عارضه شایع ترین علت مرگ و میر و ناتوانی در هر دو گروه زنان و مردان می‌باشند.

2- دیابت: چاقی خطر بروز دیابت نوع دوم یا دیابت شیرین غیروابسته به انسولین را افزایش می دهد.

3- سرطان: چاقی خطر بروز سرطان رحم، کیسه صفرا، گردن رحم، تخمدان، پستان و روده بزرگ را در زنان و سرطان‌های راست روده، پروستات و روده بزرگ را در مردان افزایش می‌دهد.

4- وقفه تنفسی هنگام خواب:چاقی، اشکال در نفس کشیدن هنگام خواب را افزایش می دهد.

5- استئوآرتریت: چاقی باعث سایش مفاصل زانو، لگن و کمر میشود.

6- بیماریهای کیسه صفرا: خطر بروز بیماری های کیسه صفرا با بالا رفتن وزن افزایش می یابد.

درمان

برای درمان چاقی روش های گوناگون وجود دارد، از جمله رژیم های مختلف غذایی چون روزه گرفتن-مصرف داروهای از بین برنده اشتها- خواب مصنوعی(هیپنوتیزم)- روان درمانی فردی و گروهی-گروه‌های خودیاری- درمان رفتاری شناختی- ورزش کردن- رفتار درمانی و بسیاری از روش‌های دیگر.

اکثر روش‌ها می‌تواند تا حدودی در کم کردن وزن موفق باشند ولی به جز بعضی از روش‌ها بقیه در حفظ وزن ایده‌آل ناموفق بوده‌اند و افراد بعد از مدتی دوباره به وزن قبلی خود برگشته‌اند. به همین دلیل استون کارد (1958 ص 79) در یک اظهارنظر بدبینانه گفته است که اکثر اشخاص چاق در برنامه رفع چاقی باقی نخواهند ماند.

بین چاقی و عوامل اجتماعی فرهنگی چون پایگاه اجتماعی- تحرک اجتماعی و متغیرهای نژادی و خانوادگی ارتباط وجود دارد. همچنین افراد چاق مقدار کالری‌ای که از طریق غذا خوردن کسب می‌کنند خیلی بیشتر از مقدار کالری است که از طریق فعالیت جسمانی از دست می‌دهند. و همچنین تاثیرات یادگیری اجتماعی در چاقی یک عامل تعیین کننده است به همین دلیل در درمان چاقی باید به تمام عوامل موثر در چاقی توجه داشت.

چندین پژوهش نشان داده اند که تغییر رفتار از شرایط کنترلی که شامل طرح ریزی رژیم غذایی، دادن اطلاعات در مورد ارزش غذایی مواد خوراکی و حتی روان درمانی حمایتی موثرتر است (هریس 1969-پنیک-فیلون-فاکس-استون کارد 1971). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که چاقی کودکی بیشتر از چاقی بزرگسالی مشکل‌زاست و در برابر درمان مقاوم تر است (استون کارد و ماهونی 1959).

1– درمان شناختی–رفتاری در چاقی

فنون شناختی رفتاری در درمان چاقی کاملاً صریح هستند به طوری که فیر بورن اعلام کرده است این درمان ۱۲ عنصر دارد.

1- برقرار کردن رابطه درمانی خوب

2- خود بازبینی

3- آموزش درباره مدل شناختی ادامه پرخوری عصبی و نیاز به تغییر رفتاری و شناختی

4- برقراری وزن کم کردن منظم به صورت هفتگی

5- آموزش درباره تنظیم وزن بدن- عوارض ناگوار رژیم‌های غیراستاندارد- و عواقب تخلیه کردن

6- تجویز الگوی خوردن منظم (۳ وعده غذا در روز به علاوه چاشت‌های برنامه‌ریزی شده)

7- راهبردهای کنترل شخصی (مانند فنون کنترل محرک)

8- مسئله گشایی

9- تغییر دادن رژیم گرفتن سخت (مصرف کردن غذاهایی که قبلاً از مصرف آنها خودداری می‌شد)

10- بازسازی شناختی برای غلبه کردن بر نگرانی از خوردن و شکل و وزن بدن

11- روشهای مواجه سازی پذیرش بیشتر وزن و شکل بدن

12- آموزش پیشگیری از برگشت

درمان های رفتاری چاقی از هر نوع درمان رفتاری دیگری رایج ترند. یکی از دلایل آن هم رابطه چاقی با اختلالاتی همچون دیابت ، فشار خون، بیماری قلبی-عروقی و برخی از سرطان‌هاست (برانون و فیست، 1997). در عین حال چاقی از لحاظ اجتماعی شرم آور است و به خودپنداره افراد و حضور موثر و عملکرد آنها در موقعیت‌های اجتماعی لطمه می‌زند. معمولاً ریشه چاقی افراد به دوران کودکی آنها برمی گردد: ۱۰ تا ۲۵ درصد از کودکی چاق‌اند و ۸۰ درصد از این کودکان چاق در بزرگسالی هم چاق می‌مانند (استانکارد، 1979).

با وجود ژنتیکی بودن چاقی (میر و استانکارد 1993)، در این مورد تعاملی بین عوامل زیست شناختی، اجتماعی، و رفتاری وجود دارد و نمی توان سازوکارهای آن را دقیقاً مشخص کرد. طب سنتی و رژیم های غذایی هم در این مورد چندان موثر نبوده است. افراد چاق به کمک این روش ها وزن خود را کم می کنند اما در فاصله کوتاهی مجددا به همان وزن اولیه برمی‌گردند. علاوه بر این میزان کسانی که از برنامه های سنتی کنترل وزن تخطی می‌کنند، ۸۰ درصد است، در حالی که اوضاع در مورد درمان های رفتاری امیدوار کننده است (هیگن 1981). برخی از درمان های رفتاری عبارتند از: کنترل وابستگی، حمایت خانوادگی، الزامات عمومی برای کاهش وزن، برنامه های منظم ورزشی و آموزش های ورزشی. اما باز هم پیشگیری زودهنگام بهترین راه کنترل وزن است. یک نمونه جالب چنین رویکردی طرح چاقی نوجوانان استنفورد است (کوتزوتورسن 1981). در این طرح برای پیشگیری از چاقی نوجوانان در بزرگسالی از راهبردهای مختلف استفاده شد. این راهبردها عبارت بودند از: مشاهده خود، حذف نشانه ها، و

حمایت اجتماعی و خانوادگی. این راهبردها در مواقعی که والدین در آنها دخالت می‌کردند موثرتر بودند. نمونه دیگر بررسی ۱۰ ساله یک نوع رفتار درمانی خانوادگی چاقی دوران کودکی بود. نتایج این بررسی نشان می‌داد که مداخله زودهنگام در دوران کودکی تاثیر چشمگیری دارد و تاثیرات طولانی و بادوامی بر کنترل وزن می گذارد (اپستاین، والواسکی، وینگ، و مک کورلی 1994).

روش های رفتاری کنترل وزن

1- توصیف رفتار مورد کنترل

در این روش از درمانجو خواسته می شود تا گزارش مفصل درباره مقدار، ماهیت، زمان و شرایط خوردن تهیه کند. همچنین از او خواسته می شود تا بر وزن روزانه خود نظارت داشته و منحنی آن را رسم نماید. این داده ها درمانجو را کمک می کند تا محرکات تمیزی فراخوان و تقویت کننده مسبب ادامه رفتار نابسامان خوردن را که باید تغییر کنند مشخص نمایند.

ثبت موارد بالا همچنین برای درمانجو یک منبع دائمی بازخورد درباره اینکه برنامه مورد استفاده چقدر موثر است و چگونه باید بهبود یابد فراهم می‌آورد. استوارت و دیویس (1972) داده‌هایی گزارش کرده‌اند حاکی از اینکه مردم فربه در مواردی که از میزان مصرف خوراکی آگاه هستند، از مردم غیرفربه کمتر می خورند.

2– تغییر دادن کنترل محرک خوردن

به درمانجویان فربه آموزش داده می‌شود که چگونه از تعداد زیاد محرکات تمیزی که سبب خوردن آنان می‌شود بکاهند. به آنان گفته می‌شود که تنها در اوقات از پیش تعیین شده و بر روی میز مشخص با رومیزی و دستمال سفره هایی که رنگ مشخص دارند غذا بخورند. خوردن در جاهای دیگر یا اوقات دیگر یا با فعالیت های دیگر چون مطالعه یا مشاهده تلویزیون ممنوع می‌شود. مثال های دیگر از حذف اشاره های وابسته به خوردن عبارتند از نگهداری حداقل مواد غذایی که نیاز به آماده شدن در منزل دارد و رفتن به بیرون از خانه برای خرید مواد غذایی تنها پس از خوردن یک غذای کامل؛ و بدین نحو کاستن از تاثیر رغبت‌انگیزترین تبلیغات مربوط به مواد غذایی. همچنین در دست داشتن فهرستی از مواد غذایی از پیش تعیین شده نیز در این شرایط می‌تواند کمک‌کننده باشد.

3– تغییر دادن رفتار واقعی خوردن

افراد چاق تندتر از افرادی که وزن بهنجار دارند غذا می خورند. برای شکستن زنجیره این نوع پاسخ‌های خودکار، افراد باید جویدن و بلعیدن لقمه را تمام کنند و بعد لقمه دیگری را بردارند، خیلی آرام غذا بخورند، و در زمان غذا خوردن فواصل کوتاهی را دست از غذا خوردن بکشند.

4– تقویت رفتار خود کنترل کننده

شیوه های بالا برای تقویت و هدایت افراد تنظیم شده‌اند و این کار از راه آموزش دادن به آنان به منظور کاهش دادن احتمال روی آوردن بعدی آنان به رفتار نامناسب خوردن صورت می‌گیرد. برقرار کردن پاسخ های خود کنترل

کننده کار دشواری است، زیرا رفتارهای نیرومندی که این پاسخ ها باید آنها را تغییر دهند، تقویت مثبت فوری تولید می‌کنند، در حالی که پیامدهای بیزارکننده نهایی آنها با تاخیر ظاهر می شود.

هدف کاهش وزن عموماً حدود نیم تا یک کیلوگرم در هفته است و در مورد اشخاصی که خیلی چاق هستند ممکن است هفته‌ها به طول انجامد تا کاهش وزن برای فرد قابل تشخیص باشد و خاصیت تقویت کنندگی پیدا کند. در نتیجه سایر منابع تقویتی لازمند تا در مرحله بدوی، فعالیت‌های کنترل شخصی را ادامه دهند. این منابع کمکی عبارتند از اطمینان دهی و تشویق به وسیله درمانگر (و به وسیله افراد با نفوذ در محیط طبیعی درمانجو) و مهمتر از همه تقویت شخصی به وسیله خود درمانجو.

رویداد های تقویتی که درمانجویان می‌توانند برای خود ترتیب دهند متنوع‌اند، و شامل هرگونه رفتار با احتمال زیاد چون تماشا کردن تلویزیون یا خواندن که بر طبق اصل پریماک (1965) می‌توان با وابسته کردن آنها به رفتار با احتمال کم، رفتار با احتمال کم را تقویت کرد، هستند.

رفتارهای نیرومند نامطلوب چون خوردن مفرط را می‌توان با آوردن پیامدهای آزارنده یا بیزار کننده فوری به دنبال آنها مستقیماً کاهش داد. صورت های مختلفی از این روش وجود دارند: فرستر و همکارانش (1962) از درمانجویان خود خواستند تا ذهن خود را بر پیامدهای بیزارکننده نهایی پرخوری متمرکز کنند. وی این کار را با ذکر آثار معکوس پرخوری بر درمانجویان و با نشان دادن تصویر ناموزونی از آنان در لباس شنا انجام داد. استوارت (1967) از استفاده شخصی از تخیلات آزارنده که در آن خوردن غذاهای پر کالری با تهوع و استفراغ همراه است، سود جست.

دونالد آ.ویلیامسون یک شیوه رفتار درمانی برای کنترل وزن را توصیف کرده است. رفتار درمانی برای کنترل وزن به مجموعه‌ای از شیوه‌های رفتاری اطلاق می شود که در درمان چاقی موثر واقع شده اند. رفتار درمانی برای کنترل وزن بر پایه این امر استوار است که چاقی از عادت‌های خوردن و ورزش ناکافی ناشی می شود که باعث می گردد کالری های اضافی در بدن جذب شود و کمتر از حد لازم بسوزند. رفتار درمانی برای کنترل وزن به این منظور طراحی شده است که به اشخاص کمک کند تا برای کاهش وزن، عادت‌های خوردن غذا و ورزش کردن را در خود تغییر دهند. شیوه های رایجی که جهت تغییر عادت‌های غذاخوردن مورد استفاده قرار می گیرند عبارتند از خود بازبینی رفتار غذا خوردن، جذب کالری‌ها و وزن، روش هایی برای افزایش کنترل محرک در زمینه خوردن، روش هایی برای کاهش مقدار غذا خوردن، روش هایی برای کاهش جذب کالری، و پیمان رفتاری برای افزایش انگیزه. روش هایی که معمولا برای افزایش مصرف یا سوخت کالری به کار می‌روند نیز عبارتند از ورزش‌هایی نظیر دویدن، راه رفتن و ورزش‌های سبک. رفتار درمانی برای کنترل وزن معمولا موجب کاهش تدریجی وزن می‌شود (در هفته در حدود نیم کیلو) و معلوم شده است که در مطالعات دقیق بسیاری که پیامدهای گروهی را مورد توجه قرار داده اند، این روش بر عدم درمان و دیگر گونه‌های شرایط گواه، ترجیح دارد.

نقص عمده رفتار درمانی برای کنترل وزن، آن است که نمی تواند در بلند مدت در کاهش وزن موفق باشد. پژوهش‌های اخیر نشان داده‌اند که می‌توان از راهبردهای حفظ وزن بهره برد تا از افزایش مجدد وزن پس از درمان جلوگیری شود. راهبردهایی موثر در این زمینه عبارتند از آموزش جلوگیری از عود چاقی، و درگیر ساختن همسر مراجع در مراحل اولیه رفتار درمانی برای کنترل وزن.

ای توماس داود و داگلاس اچ اولسون یک شیوه در رفتار درمانی را ابداع کردند که به قرارداد وابستگی مشهور است. این روش برای درمان چاقی هم کاربرد فراوانی دارد. این روش نوعی روش تغییر رفتار است که در آن بین

اشخاصی که خواهان تغییر رفتار هستند (برای مثال والدین، معلمان، مشاوران و غیره) و کسانی که باید رفتارشان تغییر یابد (برای مثال کودک، دانش آموز، مراجع) توافقی برقرار می‌شود. پیمان‌های وابستگی، معمولا در شکل توافق نامه مکتوب، روابط بین رفتارها و پیامدهای آن ها را مشخص می‌کنند. این پیمان مشخص می‌کند که در رفتارهای خاص چه پیامدهای مثبت یا منفی را می‌توان انتظار داشت. پیمان‌ها بیانگر رابطه (اگر...، آنگاه) بین رفتارها و پیامدهای آن ها هستند. برای مثال (اگر تو غذا را آماده کنی، من ظرف ها را می‌شویم). افرادی که در پیمان نامه‌های وابستگی شرکت می‌کنند، به روشنی درباره مواد آن به گفتگو می پردازند، آنگاه هر دو طرف قرارداد بر سر محتوای آن به توافق می‌رسند و آن را امضا می‌کنند.

بر اساس این شیوه می‌توان با افرادی که چاق بوده و خواهان لاغر شدن هستند و با استفاده از روابط خوب آنها با افراد نزدیکشان، یک قرارداد وابستگی برقرار نموده و با استفاده از متدهای این روش به لاغر شدن آنها کمک کرد.