

فهرست مطالب

سخن آغازین.....	۷
پیشگفتار مترجمین.....	۹
بخش سیزدهم: Common Clinical Problems.....	۱۰
فصل ۵۶: چاقی.....	۱۱
فصل ۵۷: مراقبت از بیمار پیچیده (چالش برانگیز).....	۱۹
فصل ۵۸: مراقبت از بیمار با شکایت خستگی.....	۲۹
فصل ۵۹: مراقبت از بیماران با اختلال خواب.....	۳۵
فصل ۶۰: مراقبت‌های پزشکی از بیمار جراحی.....	۴۵
فصل ۶۱: مراقبت از بیماران با نگرانی‌های جنسی.....	۵۹
فصل ۶۲: مراقبت از بیمار الکلی.....	۷۳
فصل ۶۳: مراقبت از بیمار با درد مزمن.....	۹۱
فصل ۶۴: مراقبت از بیمار در حال مرگ.....	۱۰۳
فصل ۶۵: مراقب از پناهجویان.....	۱۱۳
فصل ۶۶: اختلالات مصرف مواد.....	۱۲۱
بخش چهاردهم: Nervous System.....	۱۴۰
فصل ۶۷: سردرد.....	۱۴۱
فصل ۶۸: صرع.....	۱۵۵
فصل ۶۹: بیماری‌های عروقی مغز.....	۱۷۱
فصل ۷۰: اختلالات حرکتی.....	۱۹۱
فصل ۷۱: بیماری‌های سیستم اعصاب محیطی.....	۲۰۱
فصل ۷۲: بیماری‌های انتخابی سیستم اعصاب.....	۲۱۳

۲۲۵	بخش پانزدهم: The Eye
۲۲۷	فصل ۷۳: چشم قرمز
۲۴۱	فصل ۷۴: ترومای چشم
۲۴۹	فصل ۷۵: اختلالات منتخب چشم
۲۶۰	بخش شانزدهم: The Ear, Nose, and Throat
۲۶۱	فصل ۷۶: عفونت گوش میانی و خارجی
۲۶۹	فصل ۷۷: بیماری‌های حفره دهان
۲۷۹	فصل ۷۸: اختلالات منتخب گوش، حلق و بینی
۲۹۳	بخش هفدهم: The Cardiovascular System
۲۹۵	فصل ۷۹: فشار خون بالا
۳۰۷	فصل ۸۰: بیماری ایسکمیک قلب
۳۱۷	فصل ۸۱: آریتمی‌های قلبی
۳۳۹	فصل ۸۲: بیماری‌های دریچه ای قلب
۳۵۱	فصل ۸۳: نارسایی قلبی
۳۶۵	فصل ۸۴: اورژانس‌های قلب و عروق
۳۷۵	فصل ۸۵: ترومبوآمبولیسم وریدی
۳۸۹	فصل ۸۶: سایر اختلالات سیستم قلبی-عروقی
۴۰۹	واژه یاب

سخن آغازین

جامعه آرمانی ترسیم شده در سند ۱۴۰۴، جامعه‌ای است که باید از حداکثر سلامت بر خوردار باشد. طبق این سند، نظام جمهوری اسلامی ایران، نظامی است مسئول و پاسخگو که وظیفه دارد ضمن برآورده کردن دستیابی به بالاترین سطح امید به زندگی همراه با کیفیت برای آحاد مردم، اعتماد کامل آنان را جلب نماید و با کسب حمایت همه سازمان‌ها و نهادها رویکرد سلامت را در تمامی سیاست‌ها اجرایی سازد.^۱ پس از بیانییه سازمان بهداشت جهانی در نشست آما آتا (۱۹۷۹ میلادی- ۱۳۵۷ هجری شمسی) مهم‌ترین دغدغه‌ی نظام سلامت در تمامی کشورهای جهان دسترسی همگانی و عادلانه به سلامت با شعار "سلامتی برای همه" بوده است. این مهم منجر به اقدامات مختلفی در غالب "اصلاحات نظام سلامت" گردیده است و اهمیت نظام مراقبت‌های اولیه سلامت کارا به عنوان "قلب نظام سلامت" پررنگ نموده است.

بررسی تاریخچه تحولات نظام و مراقبت‌های اولیه‌ی سلامت در جهان نشان می‌دهد که در طی سالها تعاریف و اصولی برای مراقبت‌های اولیه‌ی سلامت شکل گرفته است. گرچه این تعاریف هم پوشانی و گاهی نیز اختلافاتی داشته‌اند، نهایتاً در سال ۲۰۰۱ میلادی بارابرا استارفید هفت ویژگی اصلی را برای مراقبت‌های اولیه سلامت جمع‌بندی و معرفی نمود. با شکل‌گیری "پزشکی خانواده" هفت اصل مراقبت‌های اولیه سلامت بعنوان ویژگی‌های طبابت پزشک خانواده نیز برشمرده شده است. این هفت ویژگی بدین شرح است:

- پیوسته - Continuous: ارتباط مداوم با افراد و خانواده‌ها در طول زمان در وضعیت سلامت و بیماری
 - تماس اول - First Contact: امکان مراجعه بدون محدودیت و از طریق خود-ارجاعی
 - فراگیر - Comprehensive: پوشش طیف کامل خدمات، از آموزش و پیشگیری، تا تشخیص و درمان و بازتوانی
 - هماهنگ - Coordinated: اعضای درگیر در مراقبت‌های اولیه سلامت بطور هدفمند و هماهنگ با یکدیگر و همچنین با ارائه‌کنندگان خدمات سطوح دوم و سوم عمل می‌کنند.
 - جامعه نگر - Community Oriented: ارائه‌کنندگان مراقبت‌های اولیه سلامت، نه تنها در ارتباط با سلامت افراد، بلکه در برابر سلامت جوامع مسئولیت می‌پذیرند.
 - خانواده محور - Family Centered: در مراقبت‌های اولیه سلامت، تأثیر خانواده بر سلامت افراد و همچنین تأثیر بیماری افراد بر وضعیت خانواده آنان در نظر گرفته می‌شود.
 - توانا برای مواجهه با فرهنگ‌های مختلف - Culturally Competent: در مراقبت‌های اولیه سلامت، تأثیر ارزشها، باورها، هنجارها، و فرهنگ‌های مختلف بر تجربه افراد از سلامت، بیماری، و دریافت خدمات بالینی مورد تأکید قرار می‌گیرد.^۲
- از طرفی عمده‌ی مراجعات برای دریافت خدمات سلامت در سطح یک و در حیطه‌ی مراقبت‌های اولیه می‌باشد. بطوری که مطالعات نشان داده‌اند در طی یک ماه از هر ۱۰۰۰ فردی که ناخوشی یا علائم بیماری را تجربه می‌کنند تنها ۱ نفر نیاز به خدمات فوق تخصصی، در سطح سوم ارائه‌ی خدمات داشته است. از آنجا که عمده‌ی پزشکانی که در سطح یک (سطح با بیشترین مراجعات) به ارائه‌ی خدمات می‌پردازند، پزشکان عمومی هستند، بنابراین پزشکان عمومی "قلب نظام مراقبت‌های اولیه سلامت" محسوب می‌شوند.

۱. نسخه‌ی ۰۳ برنامه‌ی پزشک خانواده، ۱۴۰۲/۱/۱۴۰۱

۲. چپستی و چرایی پزشکی خانواده، شهرام یزدانی، ۲۰۱۱

در جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۳۸۶ و بدلیل نیاز به یک برنامه مدون برای ارتقا عملکرد پزشکان عمومی در نظام مراقبت‌های اولیه سلامتی در کشور، کمیته‌ای به این منظور در مرکز مدیریت شبکه معاونت بهداشتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی شروع به کار نمود. در مطالعه‌ای که از دیدگاه دست اندرکاران نظام سلامت در آن سالها انجام شد، مشخص گردید که طبابت پزشکان عمومی در ایران تا حد زیادی "عمومی"، در حد کم "فراگیر"، "پیوسته" و "خانواده محور"، و در حد بسیار کم "همه‌پوش"، "جامعه نگر" و "مبتنی بر نظام سلامت" بوده است.^۱ لذا در آن زمان مشخص شد طبابت پزشکان عمومی در ایران فاقد ویژگی‌های "پزشکی خانواده" است. پس از آنکه آیین نامه اولیه پزشکی خانواده و نظام ارجاع طی سالهای ۱۳۷۸ تا ۱۳۸۳ در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور تدوین شد، در سال ۱۳۸۴ مجلس شورای اسلامی تمامی اعتبارات درمان روستاییان را در اختیار سازمان بیمه خدمات درمانی قرار داد. بدین ترتیب از مرداد ماه ۱۳۸۴ اجرای طرح پزشک خانواده و بیمه روستایی با همکاری گام به گام وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و سازمان بیمه خدمات درمانی وقت آغاز شد. پس از گذشت نزدیک به سه سال از اجرای طرح پزشک خانواده در روستاها و شهرهای زیر ۱۴ هزار نفر در کشور و بر اساس الزامات قانونی دولت موظف به گسترش این برنامه به شهرها گردید.^۲ پس از تصمیم هیأت دولت مبنی بر اجرای برنامه در شهرها طی دو سال از تاریخ ۲۶ فروردین ۱۳۹۱ و همچنین پیرو تصویب نسخه ۲۰ از تابستان سال ۱۳۹۱ اجرای برنامه‌ی پزشک خانواده‌ی شهری در استان فارس و پاییز همان سال در استان مازندران آغاز شد.

در ابتدای شروع برنامه‌ی پزشک خانواده (۱۳۸۸) با توجه به نیاز به تعداد زیاد پزشکان خانواده (یک پزشک به ازای هر ۲۰۰۰ تا ۳۰۰۰ نفر)، عدم وجود بستر و تجربه دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور، برنامه‌های توانمندی‌سازی پزشکی خانواده در غالب پودمانی و ضمن خدمت برای پزشکان شاغل در سیستم بهداشتی شکل گرفت، که گرچه دست آوردهایی داشت و مسیر ارجاع را مشخص نمود اما همچنان تا تحقق اهداف نظام مراقبت‌های اولیه سلامت و مفهوم پزشک خانواده فاصله بسیار داشت. لذا طی سال ۵/۱۳۹۴ بدنبال انجام اصلاحات نظام سلامت در غالب "طرح تحول سلامت" و احساس نیاز بیش از پیش به توانمندسازی پزشکان عمومی بطور تخصصی، تخصص پزشکی خانواده شکل گرفت. هم اکنون با رسیدن به فاز نهایی و فراگیر برنامه‌ی پزشک خانواده، تحت عنوان "سلامت خانواده" نیاز و نقش اساسی پزشکان خانواده به مراتب پررنگ‌تر از قبل است. طی این سالها دوره‌ی تخصصی پزشکی خانواده به مدت سه سال، با یاری و مشارکت اساتید رشته‌های مختلف بالینی شکل گرفته و روبه اعتلا می‌باشد. همانند سایر رشته تخصصی، کتب مرجع رشته پزشکی خانواده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای مطالعه، افزایش دانش و به عنوان منبع آزمون‌های ارتقا سالیانه و برد معرفی شده است که کتاب پیش رو با عنوان "پزشکی خانواده: اصول و عملکرد" آخرین و بروزترین مرجع رشته تخصصی پزشک خانواده است که با توجه به روانی نگارش و جامع بودن مطالب می‌تواند مورد استفاده کلیه پزشکان عمومی، پزشکان شاغل در سطح بهداشت و مراکز خدمات جامع سلامت، متخصصین سایر رشته‌های بالینی و دانشجویان پزشکی قرار بگیرد. در آخر، از آنجا که پزشکی خانواده اساس نظام ارجاع و همه‌پوشی کننده سطوح مختلف نظام خدمات سلامت است و همچنین با توجه به گستردگی دانش، وظایف و عملکرد، این رشته، قلب و محل رجوع تمامی خدمت دهنندگان در نظام سلامت محسوب می‌شود. ترجمه‌ی پیش رو از کتاب مرجع پزشکی خانواده اولین گام در اشتراک دانش این رشته ما بین ارائه دهنندگان خدمات سلامت و در سطوح مختلف خواهد بود. در آخر صمیمانه از تلاش همکاران محترم متخصص پزشکی خانواده و سایر رشته‌های تخصصی در جهت ترجمه‌ی کتاب "پزشکی خانواده: اصول و عملکرد" و هموار نمودن مسیر پزشکی خانواده سپاسگزارم.

با امید به ثمر نشستن برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در مسیر دسترسی همگانی به خدمات سلامت.

دکتر سید محمد طباطبائی

معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی ایران

فروردین ۱۴۰۳

۱. چپستی و چرایی پزشکی خانواده، شهرام یزدانی، ۲۰۱۱

۲. در آمدی بر مدل اجرایی پزشکی خانواده، کامران باقری لنگرانی (و گروه نویسندگان)

پیشگفتار مترجمین

با یاری خداوند متعال و همکاری گروهی توانمند از متخصصین پزشکی خانواده و متخصصین سایر رشته‌های بالینی، مرجع پزشکی خانواده با عنوان "پزشکی خانواده: اصول و عملکرد" ترجمه و در اختیار دانشجویان رشته پزشکی، دستیاران تخصصی، همکاران محترم و اساتید علاقمند به مباحث پزشکی خانواده قرار گرفته است. در این مسیر از همکاری و تلاش ناشر محترم در حمایت از اثر و تعهد ایشان در فراهم نمودن شرایط انتشار، صمیمانه قدردانی می‌نماییم.

از سالهای گذشته مانند بسیاری از کشورهای تحول‌گرا در نظام سلامت، "پزشکی خانواده" در نظام سلامتی و بهداشتی کشور عزیزمان متولد شده در حال رشد و شکل‌گیری است. فراز و نشیب‌های زیادی را در دوره‌های متمادی پشت سر گذاشته و امروز در مسیر بهبود و تکامل است. ما جمعی از مترجمین با تلاش در مسیر دستیابی به اهداف غایی پزشکی خانواده و نظام مراقبت‌های اولیه‌ی سلامتی و بهداشتی، که همانا سلامت برای همه و دسترسی همگانی به خدمات سلامت است، بر آن شدیم تا با ترجمه‌ی مرجع تخصصی پزشکی خانواده قدمی در این راه برداریم. مبرهن است که این ترجمه جایگزین نوشتار اصلی نخواهد بود اما با توجه به حجم وسیع مطالب و گستردگی حیطه‌ی پزشکی خانواده، ترجمه به زبان اصلی خوانندگان "فارسی"، فرآیند مطالعه و دریافت مطالب را تسهیل و تسریع می‌نماید و علاوه بر این ترجمه را قدم اول در تولید علم بومی می‌توان در نظر گرفت. امیدواریم با استفاده و بهره‌مندی از شواهد و تجربیات موجود در زمینه پزشکی خانواده در جهان، در مسیر تولید مرجع و راهنماهای بالینی ملی گام برداریم، زیرا نیاز به علم بومی منطبق با شرایط جمعیتی - شناختی در علم پزشکی و بویژه در حیطه‌ی پزشکی خانواده بی‌تردید و انکارناپذیر است.

در پایان، صمیمانه از کلیه‌ی خوانندگان کتاب پیش رو خواهشمندیم، نکات نیازمند اصلاح و نظرات خود را برای ناشر محترم و یا مترجمین از طریق مسیر ارتباطی درج شده، ارسال بفرمایید، تا به امید خدا در چاپ‌های بعدی اصلاح گردد.

ارادتمند جویندگان علم

آرزومند بالندگی و سرافرازی کشور

با امید به سلامت و تندرستی برای همه مردم نازنین ایران

مترجمین

بخش سیزدهم

Common Clinical Problems

چاقی

دکتر هاجر نیک‌بخت فینی

بورده تخصصی پزشکی خانواده، استادیار و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران

Nikbakht.h@iums.ac.ir

فهرست

اصول کلی

مدیریت بیمار مبتلا به چاقی

مدیریت بالینی

شرح حال

معاینه

تست‌های آزمایشگاهی

درمان

رژیم غذایی

فعالیت بدنی

مداخلات رفتاری در درمان چاقی

مداخلات دارویی در درمان چاقی

مداخلات جراحی در درمان چاقی

منابع

اصول کلی

در حال حاضر، گزینه‌های درمانی که بتوان برای کاهش وزن پایدار معرفی نمود، چندان زیاد نیست و این در حالیست که نرخ چاقی در حال افزایش است. این چالش، کاهش وزن را برای بیماران دشوار تر می‌کند. به عنوان ارائه دهندگان خدمات به بیماران مبتلا به چاقی، در سطح مراقبت‌های اولیه سلامتی و بهداشتی باید از سه نکته‌ی کلیدی آگاه باشید:

۱. مفهوم چاقی را به عنوان یک بیماری مزمن و نیازمند به روش‌های متعدد درمانی در نظر بگیرید.

۲. سوگیری‌ها را در درمان چاقی به حداقل برسانید (مترجم : از قضاوت در مورد علت چاق شدن و اراده‌ی بیمار در کاهش وزن اجتناب کنید).

۳. نتایج موثر بر بهبود وضعیت سلامتی بیمار را به جای تمرکز بر کاهش وزن، به عنوان هدف اولیه در نظر بگیرید.

همه‌گیرشناسی

چاقی یک مشکل رایج در ایالات متحده است بطوری که انجمن پزشکی آمریکا در سال ۲۰۱۳ چاقی را به عنوان یک بیماری اعلام

کرده است. در حال حاضر، در ایالات متحده، شیوع اضافه وزن و چاقی در بیش از دو سوم بزرگسالان و یک سوم کودکان و نوجوانان گزارش شده است. چاقی کودکان در ۸۰ درصد موارد تا بزرگسالی ادامه دارد. تا سال ۲۰۳۰، پیش‌بینی می‌شود که بیش از نیمی از جمعیت بزرگسال ایالات متحده چاق و از هر چهار بزرگسال آمریکایی یک نفر به شدت چاق باشند. احتمالاً زنان، بزرگسالان سیاه‌پوست غیر اسپانیایی و بزرگسالان کم‌درآمد بیشتر تحت تأثیر این روند افزایشی قرار خواهند گرفت. روند مشابهی از افزایش شیوع چاقی برای اکثر نقاط جهان پیش‌بینی شده است.

تعریف و طبقه‌بندی

به عبارت ساده، چاقی، چربی اضافی بدن است. از آنجایی که تعیین توزیع توده چربی در بالین دشوار است، شاخص توده بدنی (BMI) به منظور طبقه‌بندی مدنظر قرار گرفته است. چهار دسته‌بندی با توجه به BMI وجود دارد: کم وزن (کمتر از ۱۸ کیلوگرم بر متر مربع)، وزن طبیعی (۱۹-۲۴/۹ کیلوگرم بر متر مربع)، اضافه وزن (۲۵-۲۹/۹ کیلوگرم بر متر مربع)، و چاق (۳۰ کیلوگرم بر متر مربع).

عصبی-بیولوژیکی است که با واسطه هیپوتالاموس در مغز، بافت چربی، دستگاه گوارش واز طریق ترشح هورمون‌های متعدد، مصرف غذا و انرژی را کنترل می‌کند. این هورمون‌ها برای محافظت از بدن در برابر کاهش وزن عمل می‌کنند و مفهوم یک حد آستانه برای کنترل وزن بدن توسط عملکرد "ژن صرفه‌جویی"^۲ را تقویت می‌کنند. فیزیولوژی انسان برای افزایش وزن و ذخیره انرژی طراحی شده است و همان طور که نتایج مطالعات بر روی شرکت کنندگان در مسابقه‌ی تلوزیونی "بزرگترین از دست دهندگان وزن"^۳ نشان داده است، تلاش برای کاهش وزن ارادی با بسیاری از تغییرات فیزیولوژیکی مقابله کننده کنترل می‌شود. در نتیجه، تلاش برای کاهش وزن دشوار است و معمولاً دوباره برمی‌گردد! اخیراً یک تغییر دیدگاه به سمت اجتناب از سرزنش شخصی و قضاوت‌های غیر منصفانه در حال شکل‌گیری است که ضرورت در نظر گرفتن معیار جدید صلاحیت سنجی در ارائه دهندگان خدمات درمان چاقی را ایجاد کرده است. چنین رویکردی بر اهمیت درک مشکل چاقی به عنوان یک بیماری پیچیده و چند وجهی به منظور کاهش سوگیری و قضاوت در ارائه دهندگان خدمات درمان چاقی در مواجهه با این بیماران تأکید می‌کند.

اثرات افزایش وزن: چاقی بر تمامی ارگان سیستم‌های بدن تأثیر می‌گذارد. به طور کلی منجر به افزایش مرگ و میر می‌شود و از طرفی با همه‌ی علل منجر به افزایش مرگ و میر نیز در ارتباط است. BMI بهینه برای یک طول عمر مطلوب، محدوده ۲۵-۲۱ کیلوگرم بر متر مربع است. بیماری‌های متابولیک و قلبی عروقی بیشترین ارتباط را با چاقی دارند. این ارتباط ممکن است مستقل از توده بدنی یا BMI به خصوص در نژادهای آسیایی باشد. سندرم متابولیک و مقاومت به انسولین با تظاهر دیس لیپیدمی و پرفشاری خون، پیش در آمد دیابت نوع ۲ هستند. آکانتوز نیگریکانس، سندرم تخمدان پلی کیستیک، بیماری کبد چرب غیرالکلی و نقرس نیز

BMI به عنوان یک عامل تعیین کننده‌ی پیش‌آگهی دارای اهمیت است و ارتباط مستقیمی با افزایش خطر مرگ و میر دارد. BMI به عنوان یک ابزار غربالگری در نظر گرفته می‌شود و پیشگویی کننده‌ی عوارض مرتبط با چاقی است. در مراقبت‌های کودکان، سامانه‌های الکترونیک ثبت داده‌های پزشکی، BMI را بر اساس وزن و قد موجود در جمعیت کودکان ۲۰-۲ ساله محاسبه می‌کنند. صدک‌های استاندارد BMI بر اساس سن و جنس در این سامانه‌ها تعریف شده است.

دور کمر (WC) که منعکس کننده تجمع چربی در شکم است، با پیامدهای خطر قلبی عروقی مستقل از وزن، در ارتباط است. دستورالعمل‌ها اندازه‌گیری WC را برای بیماران با BMI بین ۲۵ تا ۳۴/۹ کیلوگرم بر متر مربع توصیه می‌کنند. اندازه دور کمر بیشتر از ۴۰ اینچ در مردان و ۳۵ اینچ در زنان معیارهای طبقه‌بندی "چاق" را در نژاد قفقازی پر می‌کنند.

علت‌شناسی

چاقی نتیجه‌ی انرژی اضافی ذخیره شده در سلول‌های چربی است که ممکن است به دلایل مختلفی ایجاد شده باشد. چند علت نادر چاقی وجود دارد که کاملاً تک ژنی هستند. شروع زودهنگام چاقی قبل از ۲ سالگی، سابقه خانوادگی یا وجود سایر ناهنجاری‌ها ممکن است نشان دهنده‌ی سندرم پرادر ویلی، لپتین، POMC یا MC4R باشد. توجیه فعلی این است که برای اکثریت قریب به اتفاق جمعیت، استعداد ژنتیکی در زمینه‌ی محیطی که فاکتورهای چاق کننده در آن فراهم است، باعث ایجاد و ذخیره‌ی انرژی اضافی می‌شود. کاهش فعالیت بدنی و بی‌حرکتی به عنوان پیامد رفتاری ثانویه چاقی در این افراد بیشتر از افراد غیر چاق تشدید می‌شود. معمولاً تأثیرات ژنتیکی چند ژنی هستند و با ژن‌های مختلفی مرتبط هستند که در بررسی‌های انجام شده "ژن مرتبط با توده چربی و چاقی" (FTO)^۱ بیشتر از سایر ژن‌ها و در ۴۳ درصد از جمعیت یافت می‌شود. تغییرات اپی ژنتیک ممکن است منجر به تغییرات متابولیک مادام العمر شود. سایر عوامل دخیل در پاتوژنز چاقی عبارتند از: داروهای افزایش وزن، میکروبیوم روده، اختلال خواب، اختلالات غدد درون ریز، گرم شدن کره زمین، سیاست‌های غذایی و غیره.

کنترل فیزیولوژیک وزن بدن: یک فرآیند تنظیمی پیچیده‌ی

۲. "Thrifty gene ژن‌های صرفه‌جویی": ژن‌هایی هستند که افراد را قادر می‌سازند تا به طور مؤثر در دوره فراوانی غذا آن را ذخیره و فرآوری و چربی را ذخیره کنند تا در دوره‌های کمبود غذا انرژی مورد نیاز بدن انسان را تأمین کنند.

۳. Biggest loser reality shows: مسابقات تلویزیونی که ابتدا در سال ۲۰۰۴ در آمریکا شروع شد. مشابه آن در سایر نقاط جهان نیز وجود دارد و به افرادی که در مدت تعیین شده در این برنامه‌ها بیشترین کاهش وزن را داشته باشند جوایزی تعلق می‌گیرد.

نتایج مطالعاتی که بر روی برندگان این مسابقات انجام شده است نشان داده اند، علی رغم کاهش وزن زیاد در یک بازه‌ی زمانی مشخص، این وزن برای مدت طولانی حفظ نشده است.

1. Fat mass and obesity-associated (FTO)

بعلت افزایش توده چربی است، باعث آرتروز، آپنه خواب و مشکلات تنفسی، بی‌اختیاری ادرار، ریفلاکس معده و فتق می‌شود. مشکلات ارتوپدی لگن در کودکان مبتلا به چاقی می‌تواند یک اورژانس جدی باشد. در بزرگسالان، افزایش درد بدن با اختلال و دشواری در فعالیت فیزیکی منجر به افت کیفیت زندگی می‌شود.

تأثیرات روانی افزایش وزن بر اختلالات سلامت روان کاملاً همسو هستند. بدین معنی که، افسردگی اغلب با افزایش وزن همراه است، اما چاقی همچنین می‌تواند افسردگی زمینه‌ای را تشدید کند. افزایش رفتارهای تکانشگری در سطح اپیدمیولوژی مشاهده‌ای و ژنتیکی رخ می‌دهد (بر اساس متن اصلی). قضاوت‌های سوگیرانه در زمینه‌ی چاقی بسیار شایع است که می‌تواند توسط ارائه دهندگان خدمات سلامت نسبت به بیماران یا حتی توسط بیماران نسبت به خودشان تجربه شود. قرار گرفتن در معرض قضاوت‌های سوگیرانه در مورد وزن با کاهش کیفیت زندگی مرتبط است. جنبه‌های اقتصادی چاقی شامل کاهش ظرفیت درآمدزایی و افزایش بروز ناخوشی‌ها در عین درآمد کمتر است که نهایتاً با افزایش کلی میزان مرگ و میر ناشی از چاقی همراه می‌باشد. همه‌ی این‌ها در حالی ست که هزینه‌های ملی مراقبت‌های بهداشتی در نتیجه‌ی چاقی روز به روز افزایش می‌یابد.

مدیریت بیمار مبتلا به چاقی

رویکرد به بیمار لازم است رویکرد بیمار محور در مورد مبتلا یان به چاقی، تشویق شود. در این زمینه از رویکرد A۵ استفاده می‌شود: Ask "بپرسید، Assess ارزیابی کنید، Advise توصیه کنید، Agree (برای روش مناسب درمان) با بیمار توافق کنید و Assist کمک کنید. " (A۵)

مدیریت بالینی

غربالگری: همه کودکان بالای ۶ سال، نوجوانان و بزرگسالان با محاسبه‌ی BMI، غربالگری می‌شوند. این غربالگری با ارزیابی عوامل خطر مرتبط با چاقی برای هر بیمار به طور جداگانه تکمیل می‌شود. ارزیابی علل ثانویه چاقی لازم نیست، مگر اینکه بررسی اولیه حاکی از وجود یک علت زمینه‌ای مرتبط با غدد درون ریز یا علل ژنتیکی باشد. لازم است در کودکان، احتمال بیشتری برای ارتباط چاقی با ناهنجاری ژنتیکی یا بیماری غدد درون ریز در نظر گرفته شود. در

بطور چشمگیری در ارتباط با سندرم متابولیک هستند. دیابت نوع ۲ و چاقی نزدیک ترین و بیشترین ارتباط را با یکدیگر دارند و هم در بزرگسالان و هم در کودکان شایعترین مشکلی است که همراه با "دیابت" رخ می‌دهد. چاقی یک عامل خطر رایج برای فشار خون بالا است، از طرفی همراهی چاقی با آپنه خواب نیز خود به ایجاد فشا ر خون کمک کند. خطر ابتلا به بیماری‌های قلبی عروقی در نتیجه دیس لیپیدمی، فشار خون بالا، دیابت و آپنه خواب افزایش می‌یابد. عوارض قلبی عروقی مرتبط با چاقی به دلیل افزایش التهاب سبب اندوتلیال، مقاومت به انسولین، کلسیفیکاسیون عروق کرونر و فعال شدن مسیر انعقاد، سیستم رنین-آنژیوتانسین یا سیستم عصبی سمپاتیک است. الگوی دیس لیپیدمی در سندرم متابولیک شامل افزایش کلسترول تام و تری گلیسیرید بالا به همراه با HDL پایین است. بیماری عروق کرونر قلب، نارسایی قلبی، فیبریلاسیون دهلیزی، ترومبوآمبولی وریدی و سکته در بیماران مبتلا به چاقی و دارای عوامل خطر قلبی مرتبط با چاقی شایع تر است.

بیماری کبد چرب غیر الکلی (مترجم: به عنوان یکی از عوارض چاقی) به سرعت در حال تبدیل شدن به مهمترین علت بیماری کبد و علت اصلی پیوند ناشی از سیروز کبدی در آینده است. لازم به ذکر است افزایش ناباروری و سندرم تخمدان پلی کیستیک در زنان و هیپوگنادیسم در مردان می‌تواند (مترجم: در نتیجه‌ی چاقی) بر سلامت باروری اثر بگذارد.

در حالی که اثرات قلبی و متابولیک چاقی به خوبی شناخته شده است، بتازگی ارتباط قوی با سرطان و زوال عقل در حال اثبات است. امروزه ارتباط بین چاقی و افزایش اندازه‌ی دور کمر با زوال عقل آشکارتر شده است. با افزایش BMI، هم چنین بروز هر نوع سرطان افزایش می‌یابد. عمده این سرطان‌ها مرتبط با سیستم باروری یا گوارشی هستند، با این حال، حتی ملانوم بدخیم در بیماران چاق بیشتر از بیماران لاغر رخ می‌دهد. در زنان، سرطان سینه و سرطان رحم و در مردان سرطان روده بزرگ و سرطان پروستات شایع تر است. با توجه به تاثیر سایتوکین‌های پیش التهابی، جنبه‌های ایمنونولوژیک چاقی و افزایش وضعیت التهابی پایه در بیماران چاق توانایی مقابله با عفونت‌ها کاهش می‌یابد. بنابر این بیماران چاق بعلت کاهش پاسخ به واکسن‌ها همانطور که در مورد آنفولانزا و در اپیدمی اخیر ۲۰۲۰ با شیوع کرونا دیده شد، در معرض خطر بیشتر ابتلا به عفونت هستند. اثرات مکانیکی افزایش وزن و اندازه بدن که

مرحله‌ی غربالگری دورکمر (WC) را نیز می‌توان اندازه‌گیری کرد.

شرح حال

ابتدا مراقب سلامت، شرح حالی از روند تغییرات وزنی، تغذیه و فعالیت بدنی بیمار را به همراه سابقه پزشکی، اجتماعی و خانوادگی دریافت و ثبت می‌کند. اطلاعات تکمیلی در مورد وجود بیماری‌های همراه و عوارض احتمالی نیز مورد نیاز است. تمام داروهای مصرفی، تجویز شده و بدون نسخه، باید به دقت مورد ارزیابی قرار گیرند و از نظر پتانسیل ایجاد چاقی بررسی شوند. اطلاع از سابقه باروری در زنان شامل بررسی دوره‌های قاعدگی، آکنه و هیپرسوتیسم می‌باشد. در کودکان، سندرم‌های تک ژنی ممکن است با رشد شدید و سریع در اوایل دوران کودکی یا با وجود سابقه‌ای از بیماری مشابه در خانواده آشکار شوند. در صورتی که درد لگن در کودکان وجود داشته باشد، به‌عنوان نشانه‌ی احتمالی از لغزش اپی‌فیز فوقانی سر استخوان ران، نیازمند ارجاع فوری می‌باشد. در نهایت یک ارزیابی جامع لازم است که شامل بررسی کنش‌ها و باورهای اجتماعی-فرهنگی، تجربیات نامطلوب دوران کودکی و عوامل روان‌شناختی مانند خلق و خو، اضطراب، اختلال پرخوری، اختلال کمبود توجه/بیش‌فعالی، عزت نفس و هویت می‌شود.

معاینه

وزن و قد باید به دقت اندازه‌گیری شود. برای اندازه‌گیری صحیح فشار خون، باید کاف فشار سنج با اندازه مناسب در دسترس باشد. اگر آینه خواب درمان نشده یا فشار خون بالا وجود داشته باشد، اندازه‌گیری دور گردن نیز توصیه می‌شود. معاینه فیزیکی باید کامل باشد و فقط در صورت لزوم شامل ارزیابی علل ثانویه چاقی خواهد بود. بررسی وجود بیماری‌های مرتبط با چاقی که نیاز به درمان دارند نیز بسیار مهم است. در کودکان، معاینه ارتوپدی و سیستمیک دقیق تر ضروری است.

تست آزمایشگاهی

آزمایش‌های معمول به منظور بررسی بیماری‌های همراه و ارزیابی ریسک خطر ابتلا به بیماری‌های قلبی عروقی مرتبط با چاقی انجام می‌شود. این آزمایش‌ها شامل اندازه‌گیری سطح کلسترول، قند خون ناشتا، HbA1c و آنزیم‌های کبدی است. آزمایش روتین انسولین، بررسی دقیق غدد درون ریز، و سایر ارزیابی‌ها برای علل ثانویه به طور معمول لازم نیست. در کودکان بررسی ژنتیک ممکن

است در صورت ظهور چاقی شدید و زود هنگام، مد نظر قرار گیرد، به ویژه اگر سایر تظاهرات سندرمیک یا سابقه خانوادگی به نفع بیماری ژنتیک با تظاهر چاقی، وجود داشته باشد.

درمان

اهداف: کاهش وزن، به میزان متوسط ۵ تا ۱۰ درصد اغلب برای کاهش عوامل خطر مرتبط با چاقی و به عنوان هدف اولیه در کلینیک مراقبت‌های اولیه بهداشتی و سلامتی در نظر گرفته می‌شود. گرچه کاهش وزن بیشتر نیز امکان‌پذیر است، اما ماندگاری طولانی مدت بدون جراحی چاقی هنوز به وضوح اثبات نشده است. حفظ وزن فعلی بیمار، بهبود سلامت و کیفیت زندگی اغلب اهداف واقع بینانه‌ای برای بزرگسالان محسوب می‌شود.

دستورالعمل‌ها: در حال حاضر دستورالعمل‌های متعددی با رویکردهای چند گانه برای مدیریت وزن وجود دارد که شامل: اصلاح سبک زندگی، دارودرمانی و جراحی چاقی.

دستورالعمل ۲۰۱۶ AACE تمرکز بر BMI را با برخی معیارهای دیگر جایگزین نموده است. آخرین راهنمای بالینی کانادایی منتشر شده در سال ۲۰۲۰، ارتقا سلامت و بهبود کیفیت زندگی را در مقابل اهداف وزنی ارجحیت داده است و به این صورت شیفت بیشتری از معیار BMI به سایر معیارها ایجاد شده است. مدیریت چاقی در کودکان در حال حاضر نظر گرفتن مداخلات دارویی و جراحی را نیز شامل می‌شود. کاهش وزن در سالمندان با توجه به نبودن راهنمای بالینی در این زمینه چالش برانگیز است و حفظ توده عضلانی در این گروه سنی در اولویت قرار دارد.

برنامه‌ی جامع سبک زندگی: USPSTF توصیه می‌کند همه بیماران مبتلا به چاقی وارد یک برنامه جامع شوند. اجزای هر برنامه جامع شامل رژیم غذایی، فعالیت بدنی و اصلاح رفتار است. در طولانی مدت چنین برنامه‌هایی به حدود ۳ تا ۵ درصد کاهش وزن منجر می‌شود. برنامه‌های جامع علاوه بر کاهش وزن می‌تواند فواید دیگری نیز داشته باشد از طرفی کمترین عوارض جانبی در تغذیه سالم و افزایش فعالیت بدنی نسبت به سایر مداخلات وجود دارد.

رژیم غذایی

تغییرات رژیم غذایی عمدتاً بر کاهش وزن با محدودیت دریافت انرژی متمرکز است. این تغییرات می‌توانند یک رژیم غذایی کم کالری یا کاهش یک درشت مغذی مانند رژیم کم چرب و رژیم کم

مداخلات دارویی در درمان چاقی

استفاده از داروها برای کاهش وزن در بیماران با $BMI = 30 \text{ kg/m}^2$ و یا با توده‌ی بدنی 27 kg/m^2 (BMI) که دچار عوارض مرتبط با چاقی هستند، به عنوان مداخله‌ی مکمل اصلاح سبک زندگی، و نه به تنهایی، اندیکاسیون دارد. در حال حاضر داروهای اندکی به منظور کاهش وزن و برای استفاده طولانی مدت موجود است، بسیاری از داروهای کاهش وزن در طی این سال‌ها به دلیل عوارض جانبی و نگرانی از عدم ایمنی از بازار دارویی حذف شده‌اند. مصرف دارو به مدت بیش از ۳ تا ۶ ماه توصیه نمی‌شود. ابتدا قبل از تجویز هر گونه داروی کاهش وزن، اگر بیمار در حال مصرف داروهای دیگری است، باید فهرست داروهای بیمار را مرور کرد تا بدانیم آیا می‌توان دارویی را که منجر به افزایش وزن می‌شود، تغییر داد یا با داروی دیگری جایگزین کرد. اثربخشی داروهای مورد تایید FDA از ۳/۹٪ کاهش وزن برای اورلیستات تا ۷/۸٪ کاهش وزن یک ساله برای لیراگلوتاید متغیر است. تمام داروهای کاهش وزن در بارداری منع مصرف دارند.

داروهای سمپاتومیمتیک قدیمی برای استفاده کوتاه مدت (تا ۱۲ هفته) تایید شده‌اند. گرچه با توجه به مکانیسم اثرشان عوارض جانبی نامطلوب زیادی دارند که شامل افزایش فشار خون، بی‌خوابی، تپش قلب و سوء استفاده احتمالی می‌باشد. فنتیرامین رایج‌ترین دارویی است که برای درمان چاقی استفاده می‌شود. اخیراً دوز ۸ میلی گرم (این دارو، برای مصرف سه بار در روز (مترجم: هر دوز نیم ساعت قبل از مصرف غذا، بدلیل ایجاد بی‌خوابی ترجیحاً دیر وقت استفاده نشود) موجود شده است.

اورلیستات مهارکننده لیپاز پانکراس است که سالهاست، برای بزرگسالان و کودکان ۱۲ سال به بالا، به صورت ۱۲۰ میلی گرم سه بار در روز قبل از، غذا نسخه می‌شود. دوز کمتر (۶۰ میلی گرم) بدون نسخه نیز در دسترس است. شواهد کمی وجود دارد که نشان بدهند کاهش وزن بیشتر از ۳ درصد با اورلیستات، برای زمان طولانی پایدار می‌ماند. این دارو که به صورت خوراکی تجویز می‌شود، مسیر جذب چربی را از روده را مسدود می‌کند. اثرات مطلوب متابولیک اولیستات شامل به تأخیر انداختن دیابت و بهبود پروفایل لیپیدی نیز گزارش شده است. اما استفاده از آن به دلیل عوارض جانبی قابل توجه ۱. مترجم: تا پیش از سال ۲۰۱۶ این دارو با دوزهای ۱۵ و ۳۰ و ۳۷/۵ میلی گرم موجود بوده است که با هدف کاهش اثرات جانبی و شروع درمان با حداقل دوز، فنتیرامین ۸ میلی گرمی اخیراً در بازار دارویی موجود شده است.

کربوهیدرات باشد. سایر رژیم‌های غذایی که پروتئین‌ها یا کتون‌ها را افزایش می‌دهند نیز محبوبیت دارند. با توجه به نتایج جدیدترین مطالعات به نظر می‌رسد همه انواع رژیم‌ها برای دوره‌های کوتاه ۳ تا ۶ ماهه مشابه هم هستند و کارایی یکسان دارند. رژیم‌هایی که در آنها یک مدت طولانی چیزی نمی‌خورند (مثل روزه داری) و سپس در زمان معینی غذا می‌خورند، تبدیل به مد روز شده اند اما در حال حاضر شواهدی مبنی بر اثربخشی آنها وجود ندارد. آنچه به وضوح ثابت شده است این است که پیروی از رژیم غذایی مناسب و سالم به مراتب حیاتی‌تر است. یک الگوی تغذیه سالم شامل افزایش میزان غذاهای غنی از مواد مغذی از همه گروه‌های غذایی، محدود کردن دریافت موادی که فقط کالری دارند، (مثل قندهای افزوده و چربی اشباع شده) و کاهش مصرف سدیم است.

فعالیت بدنی

هم ورزش غیر حرفه‌ای و هم فعالیت فیزیکی به عنوان بخشی از زندگی روزمره که نیاز به مصرف انرژی دارند، برای سلامتی مهم هستند. فعالیت بدنی بطور مستقیم به جلوگیری از برگشتن وزن کمک می‌کند و مزایای قابل توجه دیگری هم دارد که ممکن است لزوماً به وزن مرتبط نباشد. دستورالعمل‌های بالینی تمرینات مقاومتی یا تحمل وزن را به مدت ۱۵۰ دقیقه و دو بار در هفته توصیه می‌کنند. گرچه بطور کلی توصیه می‌شود فعالیت بدنی مداوم حتی به مقدار کم انجام شود. فعالیت هوازی ۳۰ تا ۶۰ دقیقه در بیشتر روزهای هفته می‌تواند منجر به کمی کاهش وزن شود و هم چنین به حفظ وزن کمک می‌کند. فعالیت بدنی مرگ و میر ناشی از همه علل را کاهش می‌دهد و برای اکثر افراد سالم رسیدن به این اهداف بدون تلاش بیش از اندازه، امکان‌پذیر است.

مدیریت رفتاری

مداخلات روان‌شناختی چند جزئی نسبتاً مؤثر هستند و شواهد نشان می‌دهند که مداخلات رفتاری فشرده و چند جزئی با ۱۲ تا ۲۶ جلسه در سال بیشترین تأثیر را خواهند داشت. این مداخلات شامل مصاحبه انگیزشی، خودنظارتی، تعیین هدف، کاهش استرس و بازسازی شناختی است. فعالیت‌های گروهی یا روش‌های حضوری نسبت به فعالیت‌هایی که بصورت آنلاین و فردی انجام می‌شوند، نتایج بهتری می‌تواند داشته باشد.

گوارشی از جمله، کرامپ‌های شکمی، افزایش گاز معده و بی‌اختیاری مدفوع محدود شده است.

در سال ۲۰۱۲، ترکیبی از فنتیرامین و توپیرامات، دو دارویی که مورد تایید قبلی سازمان غذا و دارو بود، بصورت یک داروی جدید کاهش وزن و با تاییدیه‌ی FDA وارد بازار دارویی گردید. عوارض جانبی این داروی ترکیبی شامل عوارض فنتیرامین به اضافه‌ی عوارض توپیرامات است. این عوارض شامل پارستزی، دیسگوژیا^۱، تغییرات شناختی، گلوکوم و پتانسیل ایجاد سمیت جنینی (fetal toxicity) است. خطر ایجاد عوارض قلبی عروقی در دو مطالعه بررسی شده است و مطلوب بود. با این حال، هزینه و عوارض جانبی استفاده گسترده از این دارو را محدود کرده است.

داروهای نوظهور چاقی شامل سماگلوتاید و گزینه‌های درمانی متعدد دیگری بصورت تک دارویی یا ترکیبی از هورمون‌های مختلف (GLP-۱، GIP، گلوکاگون، اکسینتومودولین، آمیلین، PYY) است. لا زم به ذکر است با وجود ادعاهای فراوان در اینترنت، رسانه‌های جمعی و یا افراد مختلف، هیچ مکمل یا داروی بدون نسخه مفیدی که برای کاهش وزن موثر باشد، یافت نشده است.

درمان جراحی چاقی

جراحی چاقی برای بیماران با شاخص توده بدنی بالای ۴۰ یا ۳۵ که دچار عوارض و بیماری‌های مرتبط با چاقی می باشد، اندیکاسیون دارد. در مان جراحی بادوام ترین و مؤثرترین روش برای درمان چاقی و عوارض مرتبط با آن است. از آنجایی که نتایج جراحی چاقی همواره نشان دهنده‌ی کاهش وزن و هم چنین کاهش دیابت نوع ۲ بوده است، روش‌های مختلف جراحی با هدف کاهش وزن افزایش یافته است. انواع جراحی‌های چاقی بصورت محدود کننده، ایجاد کننده‌ی سوء جذب یا هر دو هستند که در این بین اسلیو و بای پس معده محبوب تر هستند. بررسی نتایج دراز مدت پس از جراحی چاقی در روش بای پس معده، نشان دهنده‌ی میانگین کاهش وزن ۷ ساله به مقدار ۲۸/۴ درصد است. شیوع دیس لیپیدمی، دیابت، فشار خون بالا نیز در این مطالعه کاهش یافته بود. بهبودی دیابت در بازه‌ی ۷ ساله ۶۰/۲٪ برای بای پس معده Roux-en-Y و ۲۰/۳٪ برای حلقه گذاری قابل تنظیم معده (Laparoscopic adjust-^۱

able gastric banding) گزارش شده است. (مترجم: متن اصلی نامفهوم بود و جهت حفظ صحت علمی با مراجعه به رفرانس ۳۱ در متن اصلی، ترجمه به صورت مطلب صحیح نوشته شده است) باند قابل تنظیم لاپاروسکوپی معده (حلقه معده) زمانی رایج ترین عمل جراحی با روش محدودکننده بود. دراین شیوه یک باند قابل تنظیم محکم در بالای معده و یک پورت انفوزیون همراه آن قرار می گرفت تا تنظیمات تنگی حلقه (باند) را انجام دهد. تنوع و میزان استفاده از روش‌های باند به دلیل عوارض جانبی و کاهش وزن اندک پس از ۲ سال، کاهش یافته است.

گاسترکتومی اسلیو لاپاراسکوپی (Sleeve) یکی دیگر از روش‌های جراحی محدود کننده است که دریک مرحله انجام می شود. در این روش حدود ۸۵ درصد معده برداشته می شود و یک لوله یا "اسلیو"^۲ باقی می ماند. این روش با ماندگاری حدود ۵-۹٪ سال در حال تبدیل شدن به رایج ترین روش جراحی درمان چاقی است. علائم GERD ممکن است در بیمارانی که تحت این نوع جراحی قرارگرفته اند تشدید شود، هم چنین کاهش وزن به اندازه روش بای پس معده حفظ نمی شود و نهایتاً برخی از بیماران بعلت علایم شدید ریفلاکس، ممکن است نیاز به جراحی مجدد داشته باشند. از آنجایی که بروز عارضه سوء جذب دراین روش چشمگیر نیست، کمبود ویتامین و پروتئین نیز نسبتاً نادر است.

بای پس معده (Roux-en-Y) شامل دو مرحله است: قسمت اول شامل بریدن معده و ایجاد یک کیسه به اندازه‌ی یک توپ کوچک طلایی در قسمت فوقانی است که ازباقی مانده معده جدا قرار می گیرد. مرحله‌ی دوم شامل ایجاد یک اتصال یا بای پس مابین قسمت باقی مانده معده و روده است. این اتصال با بالا کشیدن یک قسمت از ژژنوم (قسمت ابتدای روده بعد از دئودنوم)، بریدن یک انتها و سپس اتصال به کیسه کوچک بالای معده که درمرحله‌ی اول ایجاد شده بود، برقرار می شود. با توجه به محدودیت‌های این روش که شامل نشت از محل‌های اتصال، فتق و سایر عوارض جراحی است، علاوه بر نیاز مادام العمر به مکمل ها، ویتامین و گاهی پروتئین و آهن، در نتیجه‌ی بخش‌های منجر به سوجذب آن، دیده می شود. پیشگیری: هنگامی که اضافه وزن ایجاد شد، گزینه‌های نیل به کاهش وزن، بدلیل اثرات مقابله کننده‌ی فیزیولوژیک (مترجم: تمایل

۲. Sleeve در فارسی به معنای آستین است. که چون قسمت باقی مانده‌ی معده در این روش شبیه آستین است به این نام مشهور شده است.

۱. تلخی دهان یا "Dysgeusia" احساس تغییرطعم در دهان است. افرادی که دائماً احساس طعم‌های بد در دهان‌شان می کنند، ممکن است حتی با خوردن آب هم این مزه‌ها را در دهان خود احساس کنند.

3. Wharton S, Lau DC, Vallis M, Sharma AM, Biertho L, Campbell-Scherer D, Adamo K, Alberga A, Bell R, Boulé N, Boyling E. Obesity in adults: a clinical practice guideline. *Cmaj*. 2020 Aug 4;192(31):E875–91.
4. Styne DM, Arslanian SA, Connor EL, Farooqi IS, Murad MH, Silverstein JH, Yanovski JA. Pediatric obesity – assessment, treatment, and prevention: an Endocrine Society Clinical Practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2017;102:709–57.
5. (2020) Overweight & Obesity. <https://www.cdc.gov/obesity/index.html>. Accessed 31 Aug 2020.
6. (2013) AMA declares obesity a disease. <https://www.advisory.com/daily-briefing/2013/06/18/ama-is-obesity-a-disease>. Accessed 31 Aug 2020.
7. Ward ZJ, Bleich SN, Cradock AL, Barrett JL, Giles CM, Flax C, Long MW, Gortmaker SL. Projected US state-level prevalence of adult obesity and severe obesity. *New Engl J Med*. 2019;381(25):2440–50.
8. Abarca-Gómez L, Abdeen ZA, Hamid ZA, Abu-Rmeileh NM, Acosta-Cazares B, Acuin C, Adams RJ, Aekplakorn W, Afsana K, Aguilar-Salinas CA, Agyemang C. Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128·9 million children, adolescents, and adults. *Lancet*. 2017;390(10113):2627–42.
9. World Health Organization. Overweight and obesity. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>. [Accessed 19 January 2021].
10. Qi L, Kang K, Zhang C, van Dam RM, Kraft P, Hunter D, Lee CH, Hu FB. Fat mass–and obesity-associated (FTO) gene variant is associated with obesity: longitudinal analyses in two cohort studies and functional test. *Diabetes*. 2008;57(11):3145–51.
11. Godfrey KM, Costello PM, Lillycrop KA. Development, Epigenetics and Metabolic Programming. *Nestle Nutr Inst Workshop Ser*. 2016;85:71–80. <https://doi.org/10.1159/000439488>. Epub 2016 April 18.
12. Rosenbaum DL, White KS. Understanding the complexity of biopsychosocial factors in the public health epidemic of overweight and obesity. *Health Psychol Open*. 2016;3(1):2055102916634364. <https://doi.org/10.1177/2055102916634364>.
13. Sternson SM, Eiselt AK. Three pillars for the neural control of appetite. *Annu Rev Physiol*. 2017;79:401–23.
14. Fothergill E, Guo J, Howard L, Kerns JC, Knuth ND, Brychta R, Chen KY, Skarulis MC, Walter M, Walter PJ, Hall KD. Persistent metabolic adaptation 6 years after “The Biggest Loser” competition. *Obesity*. 2016;24(8):1612–9.
15. Hall KD, Kahan S. Maintenance of lost weight and long-term management of obesity. *Med Clin*. 2018;102(1):183–97.
16. Bradley DW, Dietz WH; Provider Training and Education Workgroup. Provider Competencies for the Prevention and Management of Obesity. Washington, DC: Bipartisan Policy Center; 2017. <https://bipartisanpolicy.org>.

به خوردن مواد غذایی پرکالری، عدم تمایل به فعالیت بدنی و... و همچنین قرار گرفتن مداوم در محیط هایی که منجر به چاقی می شوند (مترجم: میهمانی ها، محل کار و...) محدود می شوند. بنابراین پیشگیری از هر گونه افزایش بیشترین ضروری است.

یک رویکرد چند بعدی آن گونه که توسط مدل AACE (American Association of Clinical Endocrinology) ارائه شده است، چندین دهه طول می کشد تا پیاده سازی شود. در این مدت طولانی، افزایش نرخ چاقی تنها اتفاقی است که می افتد! برای ارائه دهندگان خدمت در حیطه ی پزشکی خانواده (در سطح مراقبت های اولیه ی سلامتی و بهداشتی)، تمرکز بر بهینه سازی افزایش وزن در بارداری، مدیریت وزن در دوران کودکی و مدیریت تهاجمی بیماری های مرتبط با چاقی در بزرگسالان استراتژیک ترین رویکرد در زمینه پیشگیری از چاقی و عوارض آن می باشد.

References

1. Garvey WT, Mechanick JL, Brett EM, Garber AJ, Hurlley DL, Jastreboff AM, Nadolsky K, Pessah-Pollack R, Plodkowski R, Reviewers of the AACE/ACE Obesity Clinical Practice Guidelines. American Association of Clinical Endocrinologists and American College of Endocrinology comprehensive clinical practice guidelines for medical care of patients with obesity. *Endocr Pract*. 2016;22(s3):1–203.
2. Jensen MD, Ryan DH, Apovian CM, Ard JD, Comuzzie AG, Donato KA, et al.; American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Obesity Society: 2013 AHA/ACC/TOS Guideline for the Management of Overweight and Obesity in Adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and The Obesity Society. *Circulation* 2014; 129 suppl 2: S102–S138. Erratum in *Circulation*. 2014;129(suppl 2):S139–40.