

عنوان مقاله: چگونه از تغییر روش زندگی برای راهنمایی بیماران که افزایش وزن دارند استفاده کنیم؟

نویسنده: دکتر بهناز خانی*

*دانشیار گروه زنان و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

گروه‌های هدف: دانشجویان پزشکی و پرستاری، پزشکان عمومی، دستیاران و متخصصین رشته‌های مختلف علوم پزشکی و داروسازی و همچنین عموم مردم جامعه

اهداف آموزشی: ۱- یادگیرنده با ضرورت پیشگیری و کنترل اضافه وزن آشنا شود.
 ۲- یادگیرنده در مورد نقش محوری تغییر شیوهی زندگی برای پیشگیری و کنترل اضافه وزن آگاهی پیدا کند.
 ۳- یادگیرنده با راه‌های ساده‌ی و عملی و بدون هزینه‌ی درمان اضافه وزن آشنا شود.
 ۴- یادگیرنده در مورد عدم کارایی روش‌های تجاری رایج شده برای درمان اضافه وزن آگاهی پیدا کند.
 ۵- یادگیرنده بتواند افراد مختلف جامعه را با راه‌های ساده و عملی برای تغییر شیوهی زندگی در راستای پیشگیری و کنترل اضافه وزن آشنا نموده، با فرهنگ غلط استفاده از روش‌های تجاری در این رابطه مقابله نماید.

تعداد صفحات: ۱۴

تعداد جدول‌ها: ۲

تعداد نمودارها: -

تعداد منابع: ۷۶

آدرس نویسندهٔ مسئول:

دکتر بهناز خانی، استادیار گروه زنان و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

E-mail: af_emami@med.mui.ac.ir

همچنین زمینه‌های فرهنگی- اجتماعی و رفتاری بیشتر از قبل می‌باشد، فراوانی افزایش وزن و چاقی در بیشتر مناطق جهان از جمله تمام ۵۰ ایالت امریکا بدون در نظر گرفتن گروه سنی، سطح تحصیلات و حتی نژاد در هر دو جنس در حال افزایش است (۳-۱).

افزایش وزن با عوامل زیادی از جمله مصرف غذاهای پر کالری، افزایش اندازه‌های مواد غذایی، کاهش فعالیت و به عنوان مثال با افزایش کم تحرکی ارتباط دارد. با این وجود، اقدامات اخیر در مورد عوامل اثری جزئی بر روی همه‌گیری چاقی داشته است (۴).

اگر چه مطالعات نشان داده است که حتی ۵٪ کاهش وزن می‌تواند فواید مفیدی برای سلامتی داشته باشد. تعداد کمی از بیماران قادر به رسیدن به وزن مطلوب یا کاهش قابل توجه وزن می‌باشند (۶-۵).

بر اساس گزارش‌های موجود، بسیاری از زنان و مردان آمریکایی در همه‌ی لحظات زندگی برای کاهش وزن تلاش می‌کنند. با وجود این که جمع‌آوری آمار دقیق مشکل می‌باشد، مطالعات متعددی نشان داده است که ۹۰ تا ۹۵٪ افرادی که رژیم می‌گیرند بار دیگر اضافه وزن پیدا می‌کنند (۷).

البته بسیاری از افرادی که رژیم می‌گیرند، گروه هدف مناسبی برای درآمدهای بیلیون دلاری کارخانه‌های تولید کننده‌ی محصولات کاهش وزن می‌باشند.

بسیاری از این بیماران را می‌توان در مطب پزشک ملاقات کرد که برای مشکلاتی که به طور مستقیم یا غیرمستقیم در ارتباط با افزایش وزن آنها می‌باشد مراجعه نموده‌اند. اضافه وزن و چاقی تنها ناشی از مصرف زیاد مواد غذایی و عدم فعالیت کافی نمی‌باشد (۸)، بلکه وابسته به شکست تأثیر رژیم غذایی بر روی این مشکلات می‌باشد.

این مقاله راهکارهای لازم برای کمک به افرادی که همه‌ی راه‌ها را برای کاهش وزن امتحان کرده ولی موفق نبوده‌اند، به پزشکان می‌آموزد. ابتدا به شرح این موضوع می‌پردازیم که چرا رژیم غذایی خیلی محدود برای تنظیم وزن مؤثر نبوده است، سپس به راهکارهای مناسب برای تغییر شیوه‌ی زندگی برای افرادی که برای مشاوره‌ی مراجعه کرده‌اند اشاره خواهیم کرد.

نویسنده

دکتر میشل می بینانگذار برنامه تلویزیونی "آیا من گرسنه هستم؟" می‌باشد؛ این برنامه که در رابطه با تنظیم وزن می‌باشد، در کنفرانسی تحت عنوان آموزش بیماران در پاییز سال ۲۰۰۵ میلادی، جایزه‌ی امتیاز برتر و لوح افتخار را دریافت کرد. دکتر می، دریافت کننده‌ی جایزه‌ی مقاله "آیا من گرسنه هستم؟" و "چه باید کرد وقتی که رژیم غذایی مؤثر نیست؟" و همکار برنامه‌ی سلامتی و تنظیم وزن برای کودکان می‌باشد.

در این مقاله راه‌حلهایی برای راهنمایی پزشکان ارابه می‌گردد که برای کمک به آن گروه از بیماران که تمامی راه‌های کاهش وزن را امتحان کرده ولی نتیجه‌ای نگرفته‌اند، مورد استفاده قرار گیرد.

ابتدا به بررسی این موضوع می‌پردازیم که چرا رژیم غذایی محدود برای تنظیم طولانی مدت وزن مؤثر نبوده است و سپس نکاتی در مورد چگونگی تغییر شیوه زندگی ارابه می‌نماییم.

در یک نگاه سطحی، کنترل وزن آسان به نظر می‌رسد، به این ترتیب که با کاهش کالری مصرفی و افزایش سوخت کالری می‌توان باعث کاهش وزن شد. به هر حال، با وجودی که امروزه اطلاعات ما در مورد زمینه‌های ژنتیک، سوخت و ساز، روحی- روانی و

بیشتر از قبل اضافه وزن پیدا کند. بدبختانه وقتی که بیماران دچار اضافه وزن، بار دیگر افزایش وزن پیدا می‌کنند، این افزایش بیشتر شامل بافت چربی خواهد بود و بدون ورزش، فرد نخواهد توانست نسج عضلانی ازدست رفته را به دست آورد که نتیجه‌ی آن یک درصد چربی بیشتر با سطح سلامتی پایین‌تر می‌باشد. این روند به طور نمادین، بیانگر یک چرخه‌ی معیوب می‌باشد که در نهایت، منجر به افزایش وزن بیشتر می‌گردد. پژوهش‌های مختلف نشان داده است افرادی که سابقه‌ی تغییرات وزن دوره‌ای دارند، در طی یک دوره‌ی زمانی محدود، افزایش وزن بیشتری نسبت به سایرین پیدا می‌کنند.

اثرات روحی - روانی رژیم غذایی محدود

رژیم‌های غذایی محدود، اثرات روحی - روانی عمده‌ای در بر دارند (۱۵-۱۳). در ابتدا ممکن است کاهش وزن یک روند اختیاری تحریک کننده باشد. به هر حال بیشتر رژیم‌های معمولی بر پایه‌ی، برخی روش‌های خارجی محدود کردن مصرف کالری مثل محاسبه‌ی مقدار کالری، کاهش مصرف چربی و یا محدود کردن بعضی از غذاهای خاص مثل مواد نشاسته‌ای (کربوهیدرات‌ها) می‌باشند.

در حالی که این روش‌ها اقدامات منطقی برای برقراری تعادل انرژی می‌باشند. روش محدودیت رژیم غذایی نیاز به فردی دارد که بتواند تمایلات غذایی خود را مطابق با قانون کنترل کند. فردی که رژیم می‌گیرد در صورتی که نتواند رژیم غذایی خود را رعایت کند یک مشغله‌ی ذهنی در مورد غذا و احساس محرومیت غذایی مثل احساس گناه و اهمال دارد. در نتیجه، چنین فردی دچار احساس شکست می‌شود که به نوبه‌ی خود

با وجود افزایش فراوانی چاقی، درصد بیمارانی که تحت راهنمایی کارشناسان مربوط قرار گرفته‌اند کاهش یافته است ولی به هر حال افرادی که توسط دست اندرکاران امر سلامت تحت راهنمایی قرار گرفته‌اند، بیشتر تمایل به کاهش وزن دارند تا افرادی که تحت این راهنمایی قرار نگرفته‌اند (۹).

اثرات فیزیکی رژیم‌های غذایی محدود

شکارچیان قدیمی برای جمع‌آوری غذا تلاش زیادی می‌کردند، وقتی که غذا فراوان بود و آنها می‌توانستند هر زمانی که گرسنه بودند غذا بخورند بدن آنها از مواد غذایی استفاده می‌کرد و مابقی آن بصورت چربی ذخیره می‌گردید. در طی دوره گرسنگی، بدن آنها چربی را برای تولید سوخت مصرف می‌کرد و به این ترتیب سوخت به اندازه‌ی کافی برای تولید انرژی و افزایش احتمالی بقای فراهم می‌گردید. زمانی که مقدار مصرف غذا بار دیگر افزایش می‌یافت، سوخت و ساز (متابولیسم) پایین بدن آنها به سرعت ذخیره‌ی چربی خود را برای قحطسالی بعدی جایگزین می‌ساخت. رژیم‌های غذایی که مقدار کالری آنها بسیار پایین می‌باشد، همان اثرات قحطسالی را دارند (۱۰). بدن فرد رژیم گیرنده، در زمان محدودیت غذایی، چربی و عضله را مصرف می‌کند که به مرور منجر به کاهش میزان متابولیسم و افزایش توانایی بدن در ذخیره‌ی چربی می‌گردد (۱۲-۱۱).

فردی که رژیم غذایی محدود دارد، در معرض محرومیت قرار می‌گیرد و زمانی که فرد وزن از دست می‌دهد بدن او به کالری کمتری نیاز دارد، به ویژه اگر به طور مرتب ورزش نکند. ولی اگر فرد همان الگوی غذایی قبلی خود را شروع کند، ممکن است حتی

شرایط مطب باید طوری باشد که بیماران را با هر گونه افزایش وزنی بپذیرد. بیماران را باید در مورد روش زندگی سالم تشویق کرد و در بدو ورود بیمار، محیط فیزیکی باید خوش‌آیند باشد؛ به عنوان مثال دارای صندلی (و در صورت لزوم لباس) برای بیماران با جثه‌های مختلف باشد.

در حین وزن کردن و گرفتن شرح حال، باید حریم خصوصی بیمار در نظر گرفته شود. وسایل معاینه باید استوار و متعادل باشند و باید از پوسترهایی که در مورد تغذیه و فعالیت‌های جسمی به بیماران آموزش می‌دهد، کمک گرفت. نکته‌ی مهم آن است که بیماران از نظر علل و عواقب چاقی، موانع پزشکی و فیزیکی مثل جراحی یا درد که فعالیت جسمی را محدود می‌کند یا سایر علل مثل افسردگی و اضطراب مورد بررسی قرار گیرند. مشاوره در قالب یک معاینه‌ی سلامتی و یا بررسی بر اساس مشکل و یا عوارض همراه، یک روش معمول و قابل قبول می‌باشد.

محدودیت زمانی یک مانع قوی برای مشاوره‌ی مناسب می‌باشد. به هر حال بیشتر متخصصین معتقدند که صحبت در مورد تغییر روش‌های زندگی یک رضایت دو جانبه‌ی مؤثر درمانی را با بیمار برقرار می‌سازد. احتمال زیادی وجود دارد که این نوع ارتباط تأثیر و نتایج بهتری نسبت به سایر روش‌ها داشته باشد.

استراتژی‌های مشاوره

روش‌های مشاوره‌ی زیر از کنترل وزن در مطب حمایت می‌کنند.

۱- مرحله‌ی تغییر: به جای این که فقط به بیمار بگویید که چه باید بکند تا وزن خود را از دست بدهد، آمادگی وی برای تغییر را بررسی کنید.

منجر به از دست دادن اعتماد به نفس و کاهش احساس مؤثر بودن شده، در نهایت منجر به افزایش مقدار خوردن می‌گردد. مشکل مهم دیگر این است که غذا خوردن افرادی که دچار اضافه وزن هستند، بیشتر تحت تأثیر عوامل هیجانی و محیطی است تا در اثر احساس گرسنگی (۱۷-۱۶، ۱۰).

به هر حال، رژیم غذایی بر روی نوع ماده‌ی غذایی و مقدار آن تأکید دارد، بدون این که ذکر کند چرا فرد در ابتدا پرخوری داشته است و در نتیجه، به طور معمول فردی که رژیم می‌گیرد، یاد نمی‌گیرد به نحو مطلوبی عامل تحریک کننده‌ی اشتها را کنترل کند و با احتیاجات روحی-روانی خود مواجه شود (۱۸). این محرک‌ها و احتیاجات غیر منتظره‌اند که باعث بروز پرخوری می‌شوند و به عنوان یک عامل مخالف رژیم غذایی، رژیم‌های غذایی توصیه شده قدرت خارجی هستند که به رژیم گیرنده می‌آموزند تا تمایل داخلی خود را نادیده بگیرد (۱۹).

تغییر شیوه‌ی زندگی

تغییر اختیاری رژیم غذایی همراه با ورزش‌های سنگین ممکن است در افرادی که به رژیم غذایی سخت، پاسخ کمی داده‌اند مؤثر باشد "تکیه‌ی اصلی کنترل وزن" باید بر روی پیروی از تغذیه‌ی سالم همراه با آموزش‌های لازم باشد که فرد بتواند عوامل محیطی یا هیجانی که منجر به شعله‌ور ساختن غذا خوردن می‌گردد را از نیازهای حقیقی بدن خود برای غذا که به وسیله‌ی گرسنگی مشخص می‌شود، افتراق دهد.

یک عامل مؤثر برای تغییر در شیوه‌ی زندگی

پزشکان و سایر مراقبین سلامتی موقعیت منحصر به فردی برای کمک و حمایت از بیمارانشان دارند.

نقش پزشک تسهیل پدیده‌ی تغییر شیوه‌ی زندگی است، نه این که به بیمار بگوید چه کاری انجام دهد. به عنوان مثال باید به بیمار بگوید به نظر می‌رسد که شما برنامه‌ی خوبی برای کاهش وزن دارید؛ اگر بیمار بگوید که او فرصت کافی برای رفتن به ورزشگاه را ندارد، پزشک باید بگوید که جای ورزش فقط در ورزشگاه نیست و یا از بیمار بخواهد فکر کند که در عرض ۳۰ دقیقه چه کار دیگری می‌تواند به جای ورزش انجام دهد تا در زندگی از نظر جسمی فعال‌تر باشد.

باید بیمار را تشویق کرد که چالش‌هایش را همانند موفقیت‌هایش با دیگران تقسیم کند. باید به بیمار یادآوری کرد که لازم نیست که به ایده‌آل‌هایش دست یابد، بلکه باید اشتباهاتش را به عنوان یک بخش طبیعی این پدیده در نظر بگیرد؛ با یافتن اشتباه، می‌توان به او کمک نمود که راه درست را انتخاب کند. باید گروهی متشکل از روانشناس، رفتار درمان، متخصص ورزش و تغذیه تشکیل داد تا در صورت لزوم بیمار را به آنها ارجاع نمود (۲۶-۲۴).

پنج استراتژی برای بیماران

باید بیمار را راهنمایی کرد که تغییرات جزئی را در روش زندگی خود ایجاد کند نه این که به دنبال تغییرات کلی باشد یا بالعکس هیچ تغییری ایجاد نکند (۲۷، ۲۳). به عبارت دیگر باید به وی توصیه کنید که در ایجاد تغییر میانه‌رو باشد. در ذیل به پنج استراتژی که می‌تواند برای بیماران کمک کننده باشد، اشاره می‌نمایم.

۱- تشخیص گرسنگی و پاسخ مناسب به آن: یک راه مناسب برای تشخیص نیاز به مواد سوختی و تنظیم مصرف مواد غذایی، تشخیص گرسنگی و پاسخ مناسب به آن می‌باشد. افرادی که وزن مناسب دارند

ابتدا باید از بیمار پرسید که آیا هیچ مانعی برای ایجاد تغییر در رژیم غذایی او وجود دارد یا نه؟ که در صورت مثبت بودن پاسخ، پزشک می‌تواند او را تشویق کند که با مشکلات مواجه گردد و بیمار و پزشک می‌توانند راه‌های احتمالی غلبه بر این موانع را پیدا کنند. باید به بیمارانی که به دنبال انگیزه هستند کمک کرد. باید از آنها سؤالاتی در مورد شیوه‌ی زندگی و باورهای آنها پرسید و فرصت‌هایی را برای بهینه‌سازی وضعیت تغذیه و فعالیت‌های جسمی آنها پیدا کرد تا بتوان سلامتی آنها را بهبود بخشید. اصلاح وضع تغذیه و افزایش مقدار ورزش، حتی اگر منجر به کاهش وزن نگردد، اگر به همراه یکدیگر استفاده شوند برای سلامت فرد مفید خواهند بود. باید بیماران را تشویق کرد که به جای کاهش وزن کوتاه مدت، روی تغییرات دراز مدت شیوه‌ی زندگی تمرکز کنند و این پیشرفت را از روی افزایش سطح انرژی روزانه، بهبود کلسترول و گلوکز خون و احساس بهتر بودن ارزیابی کنند. هنگامی که دستورات کاهش وزن با مشکل مواجه می‌شود، ممکن است ایجاد تغییرات کوچک و پیشرونده، موفقیت‌آمیز باشند (۲۳). به عنوان مثال ممکن است بیماران در ابتدا مقدار میوه و سبزی مصرفی را افزایش داده، غذاهای حاوی چربی‌های اشباع را کم کنند و مقدار راه رفتن روزانه خود را به مدت ده دقیقه افزایش دهند. در نتیجه، حتی اگر بیماران موفق به کاهش وزن اندکی هم شوند، اعتماد به نفس آنها افزایش یافته، ترغیب می‌شوند که تغییرات بیشتری را در روش زندگی خود ایجاد کنند. باید موانع را شناسایی کرد و از بیماران هم خواست موانعی که برنامه‌ی آنها را به هم می‌زند شناسایی و برطرف کنند.

در می‌یابند و می‌توانند یاد بگیرند که خوردن را قبل از این که زیاده‌روی کرده باشند، متوقف کنند و هدف این است که به بیماران کمک کرد که به مقدار مناسب غذا بخورند و از آن لذت ببرند.

۲- قوانین تغذیه‌ای سخت را حذف کنید: بشر بیشتر با لذت تحریک می‌شود تا با درد؛ بنابراین بسیاری از مردم نمی‌توانند از غذاهای خوشمزه، حتی اگر پیامدهای ناخوشایندی برای سلامتی آنها داشته باشد، چشم‌پوشی کنند و حتی بیماران با وزن طبیعی متعاقب رژیم غذایی سخت مثل غذاهای با کالری پایین مشکل دارند. در یک رژیم وابسته به تغییر روش زندگی، هیچ نوع قانون تغذیه‌ای یا غذایی سختی وجود ندارد و هر نوع غذایی را می‌توان در محدوده‌ای که گرسنگی را رفع کند، مصرف نمود.

این فرضیه بر این مشاهده استوار است که بیشتر بیماران لاغر به اندازه کافی نمی‌خورند و این که یک غذای کامل شامل غذاهای مختلفی از جمله غذاهای خورده شده به منظور لذت می‌باشد. وقتی که غذاهای خوشمزه ممنوع نیستند و می‌توانند بدون احساس گناه خورده شوند، احتمال ایجاد اضافه وزن در اثر مصرف آنها کمتر خواهد بود. وقتی که رویکرد محرومیت ابزار کاهش وزن نیست، افراد قدرت تشخیص پیدا می‌کنند و برای مصرف غذاهای مختلف، از جمله غذاهایی که برای سلامتی لازم باشد، احساس گرسنگی پیدا می‌کنند. بدین ترتیب از طریق آموزش و تجربه‌ای که در مورد اثر غذاهای مختلف بر روی بدن به دست می‌آورند، تمایلشان به مصرف غذای سالم افزایش خواهد یافت. چگونگی تأثیر غذاهای مختلف روی بدن افراد، تغییرات روش زندگی را تعیین می‌کند به نحوی که آنها ممکن است به تدریج یاد بگیرند رژیم

احتمال بیشتری وجود دارد که در پاسخ به گرسنگی غذا بخورند. در حالی که افراد چاق در پاسخ به سایر محرک‌ها غذا می‌خورند. محرک‌های محیطی و هیجانی می‌توانند میل شدیدی را نسبت به خوردن و یا ادامه‌ی خوردن ایجاد کنند، با وجود این که ممکن است احتیاج فیزیکی برای سوخت وجود نداشته باشد. هنگامی که بیماران سعی می‌کنند که وزن خود را با استفاده از راهنمای رژیم غذایی کنترل کنند، آنها را راهنمایی کنید که چه نوع غذایی و تا چه اندازه باید بخورند. ممکن است آنها از تشخیص و پاسخ به گرسنگی از راه طبیعی فراتر بروند (۲۸).

برای تنظیم وزن به مدت طولانی بدون استفاده از رژیم غذایی طولانی مدت، بیماران باید گرسنگی را به عنوان اولین علامت برای خوردن در نظر بگیرند.

یک روش مفیدتر این است که بیماران را تشویق کنیم که قبل از خوردن از خود بپرسند که آیا گرسنه هستند یا نه (۱۸)؛ باید بیماران را راهنمایی کرد که از روی علائم گرسنگی مثل سر و صدای روده‌ها، احساس سبکی سر، تحریک پذیری و سایر علائمی که نشانگر این است که معده‌ی آنها خالی است و قند خون آنها در حال کاهش می‌باشد، به خوردن بپردازند. با فهمیدن احساس گرسنگی و تشخیص آن از سایر احساساتی که باعث خوردن می‌شوند (مثل انواع تش‌عصبی)، به تدریج گرسنگی ناشی از نیاز بدن به مواد غذایی را از گرسنگی ناشی از محیط و هیجان تشخیص می‌دهند و در طی این مراحل آنها به طور معمول در می‌یابند که انتظار مناسب برای گرسنگی رضایت آنها را افزایش می‌دهد. در حالی که انتظار طولانی مدت اغلب منجر به زیاد خوردن می‌گردد. با آگاهی از این علائم فیزیکی این بیماران سیر شدن را

برداشته، تصمیم بگیرند که آیا واقعاً گرسنه هستند یا نه؛ وقتی که تشخیص بدهند که تمایل برای خوردن به وسیله‌ی عاملی در محیط شعله ور شده است، می‌توانند خود را کنترل کنند تا این تمایل از بین برود و به یاد بیاورند که فقط وقتی بخورند که گرسنه باشند و می‌توانند از فعالیت‌هایی مانند مطالعه کردن، نوشتن، خواندن روزنامه و یا کارهایی از این قبیل برای سرگرم کردن خود استفاده کنند. آنها می‌توانند بعضی از محرک‌های محیطی را با گذاشتن غذا خارج از دید، وارد نشدن به اتاق غذا خوری و یا سفارش دادن غذای نیم پرس و یا شراکت غذایی با دیگران استفاده کنند. این اقدامات به بیماران کمک می‌کند که عادت زیاد خوردن همراه با بعضی از فعالیت‌ها، مردم و محل‌ها را ترک کنند و به این ترتیب وقتی که گرسنه نیستند، کمتر بخورند.

۴- روش‌های غلبه بر احساسات را توسعه بدهید:
همه‌ی بیماران به دلایل احساسی می‌خورند؛ مثل جشن‌ها، اظهار عشق یا احساس راحتی کردن در خانه‌ی مادر بزرگ و مسایل اجتماعی بیشتر در اطراف خوردن دور می‌زنند و احساس هیجان با خوردن بخشی طبیعی از خوردن می‌باشد، خوردن‌های هیجانی که انسان در ابتدا برای غلبه بر احساسش از آن استفاده می‌کند ناخوشایند بوده و اغلب به دنبال آن افزایش وزن ایجاد شده است که برطرف نمودن این افزایش وزن به تدریج مشکل و مشکل‌تر می‌گردد ولی این بدان معنی نیست که همه‌ی بیماران دارای اضافه وزن، مشکلات روحی- روانی جدی دارند. این به سادگی این معنی را دارد که آنها قصد دارند غذا را به منظور دیگری غیر از انرژی و تغذیه استفاده کنند. محرک‌های

غذایی خود را با توجه به تغذیه‌ای که سبب بهبود سلامت و احساس بهتری در آنها می‌گردد، تنظیم کنند. یک راه ساده‌ی دیگر برای ارتباط برقرار کردن با بیمار این است که به او تفهیم کنیم که همه‌ی انواع غذاها می‌توانند در یک رژیم غذایی سالم قرار بگیرند و فقط کافی است که توازن، تنوع و میانه‌رو بودن را رعایت نمایند (۲۹). تنوع مواد غذایی می‌تواند در هر موقعیتی به کار برده شود بویژه هنگامی که بدون در نظر گرفتن جنبه‌های اجتماعی خوردن به بیمار در مورد تغذیه، خرید، پختن و خوردن آموزش داده شده باشد.

۳- کاهش دادن پاسخ‌ها به محرک‌های محیطی:

محرک‌های محیطی نه تنها بر روی تصمیم برای خوردن اثر دارند، بلکه بر روی اینکه چه غذایی و به چه میزان مصرف شود هم مؤثرند (۳۰). مردم بیشتر دوست دارند غذاهای کمتر سالم ولی لذیذ را بیش از حد بخورند؛ اگر گرسنگی فیزیکی محرک شروع خوردن نباشد، رضایت فیزیکی نمی‌تواند نشان دهنده‌ی پایان خوردن باشد. بنابراین مردم تا زمانی که بشقاب آنها خالی شود و یا این که از نظر فیزیکی احساس ناراحتی کنند، می‌خورند. مثال‌های محرک‌های محیطی شامل غذاهای اشتها آور، ساعت‌های غذایی، تعطیلات، آگهی‌های تجاری و غذاهای با حجم زیاد است. صدها مثال وجود دارد که فراهم بودن مواد غذایی پرکالری، غذاهای با ظاهر جذاب و با اندازه‌های حجیم هم برای فرد و هم برای اجتماع مشکل‌ساز می‌باشند.

برای کاهش خوردن در پاسخ به محرک‌های محیطی، در ابتدا بیماران باید از عوارض آنها آگاه باشند. هر زمان که امکان پذیر باشد بیماران باید سعی کنند که برای چند لحظه توجهشان را از غذا

می‌کنند (۳۸). نکته‌ی قابل توجه این که ورزش حتی اگر با کاهش وزن همراه نباشد، سبب بهبود سلامت و کاهش مرگ و میر می‌گردد (۳۹).

افرادی که اضافه وزن دارند ولی ورزش می‌کنند از افراد با وزن طبیعی که زندگی نشسته دارند، سالم‌تر می‌باشند (۴۰). ورزش به بیماران کمک می‌کند، بار دیگر با بدن خود ارتباط برقرار کنند و با احساس بهتر بودن، زندگی آنها نیز بهتر می‌گردد (۴۱).

ورزش برای بسیاری از مردمی که اضافه وزن دارند ناراحت کننده است و ممکن است پیامدهای بدی برای آنها داشته باشد. اگر بیماران آمادگی ورزش کردن را ندارند، باید به آنها یاد داد که فعالیت‌های معمولی زندگی را افزایش دهند؛ فعالیت‌هایی نظیر رفتن به پارکی که از ساختمان آنها دور می‌باشد و قدم زدن به طرف صندوق پستی. در نتیجه، با افزایش تحمل آنها، فعالیت آنها نیز افزایش می‌یابد. همچنین باید به خاطر داشت، اگر قرار است ورزش طولانی مدت انجام گردد، باید راحت، تشویق کننده و همراه با تفریح باشد.

نتیجه گیری

دست اندرکاران امر سلامت و بهداشت در بهترین موقعیت ممکن برای کمک به افراد چاق در جهت کاهش وزن هستند و می‌توانند تغییرات محسوسی را که منجر به ایجاد وزن سالمتری گردد، ایجاد کنند. آنها باید رژیم غذایی سخت را کنار بگذارند و به بیماران خود کمک کنند تا اهداف قابل دستیابی و حقیقی را در نظر بگیرند.

تشویق به تغییرات کوچک و افزایش یافته و حفظ یک محیط حمایت کننده، اساسی می‌باشد؛ هدف این است که بیماران را به طرف یک رژیم غذایی سالم و رضایت بخش ناشی از ورزش و خوردن تشویق کنیم.

احساسی مثل تنش عصبی، غمگین بودن، عصبانیت، تنهایی و حتی شادی می‌تواند برای مردم راهی جهت راحت کردن و دور کردن خود از سایر هیجان‌ها و استرس‌ها باشد که اگر بیمار جایگزینی برای آن پیدا نکند، استرس افزایش یافته، زیاده‌روی در خوردن دوباره بر می‌گردد. خوردن ناشی از هیجان‌ات یک مبارزه‌ی جدی برای بعضی از بیماران بوده، احتمال می‌رود مهمترین علت برای شکست رژیم غذایی باشد (۳۳-۳۴). در مقابل، هنگامی که بیماران قادر باشند نسبت به محرک‌های هیجانی خود آگاهی پیدا کنند، قادر به شناسایی احساسات خود گشته، می‌توانند مکانیسم‌های جبرانی خود را توسعه دهند. از جمله روش‌هایی که بازدهی دارد، افکار مثبت و برقراری محدودیت‌ها در ارتباطات و کنترل استرس می‌باشد. اغلب مهارت‌ها و وسایل جدید برای رسیدن به این موارد لازم می‌باشد و بهتر است بیماران را هر زمانی که لازم باشد برای مشاوره بفرستیم. هنگامی که بیماران یاد می‌گیرند روش‌های مؤثر برای سازگاری با هیجان‌اتشان را به کار بگیرند و غذا را کمتر استفاده کنند، به منظور راحتی یا اجتناب از مبارزه با احساساتشان دو حادته اتفاق می‌افتد:

۱- تمایل آنها به زیاد خوردن کاهش می‌یابد.
۲- مهمتر این که آنها تجاربی را غیر از خوردن به دست می‌آورند و احتیاجات حقیقی خود را به طور مؤثرتری برآورده می‌سازند.

۵- افزایش فعالیت جسمی: ورزش از طریق افزایش مصرف کالری و بهبود سوخت و ساز بدن فواید بسیار زیادی برای سلامتی جسمی و روحی دارد (۳۵).

مطالعات نشان داده‌اند که ۹۱٪ از مردمی که موفق به کاهش وزن خود می‌شوند، به طور منظم ورزش

References

1. Ogden CL, Carroll MD, Curtin LR, McDowell MA, Tabak CJ, Flegal KM. Prevalence of overweight and obesity in the United States, 1999-2004. *JAMA* 2006; 295(13): 1549-55.
2. Hedley AA, Ogden CL, Johnson CL, Carroll MD, Curtin LR, Flegal KM. Prevalence of overweight and obesity among US children, adolescents, and adults, 1999-2002. *JAMA* 2004; 291(23): 2847-50.
3. Flegal KM, Carroll MD, Ogden CL, Johnson CL. Prevalence and trends in obesity among US adults, 1999-2000. *JAMA* 2002; 288(14): 1723-7.
4. Ness-Abramof R, Apovian CM. Diet modification for treatment and prevention of obesity. *Endocrine* 2006; 29(1): 5-9.
5. Cummings S, Parham ES, Strain GW. Position of the American Dietetic Association: weight management. *J Am Diet Assoc* 2002; 102(8): 1145-55.
6. Field AE, Wing RR, Manson JE, Spiegelman DL, Willett WC. Relationship of a large weight loss to long-term weight change among young and middle-aged US women. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2001; 25(8): 1113-21.
7. Dohm FA, Beattie JA, Aibel C, Striegel-Moore RH. Factors differentiating women and men who successfully maintain weight loss from women and men who do not. *J Clin Psychol* 2001; 57(1): 105-17.
8. Miller WC. How effective are traditional dietary and exercise interventions for weight loss? *Med Sci Sports Exerc* 1999; 31(8): 1129-34.
9. Abid A, Galuska D, Khan LK, Gillespie C, Ford ES, Serdula MK. Are healthcare professionals advising obese patients to lose weight? A trend analysis. *MedGenMed* 2005; 7(4): 10.
10. Mela DJ, Rogers PJ. *Food, Eating and Obesity: The Psychobiological Basis of Appetite and Weight Control*. London: Chapman & Hall; 1998.
11. American College of Sports Medicine's Resource Manual for Guidelines for Exercise Testing and Prescription. 4th ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins; 2001.
12. Connolly J, Romano T, Patruno M. Selections from current literature: effects of dieting and exercise on resting metabolic rate and implications for weight management. *Fam Pract* 1999; 16(2): 196-201.
13. Polivy J, Coleman J, Herman CP. The effect of deprivation on food cravings and eating behavior in restrained and unrestrained eaters. *Int J Eat Disord* 2005; 38(4): 301-9.
14. Lowe MR, Foster GD, Kerzhnerman I, Swain RM, Wadden TA. Restrictive dieting vs. "undieting" effects on eating regulation in obese clinic attenders. *Addict Behav* 2001; 26(2): 253-66.
15. Polivy J. Psychological consequences of food restriction. *J Am Diet Assoc* 1996; 96(6): 589-92.
16. Woods SC, Seeley RJ, Porte D, Jr., Schwartz MW. Signals that regulate food intake and energy homeostasis. *Science* 1998; 280(5368): 1378-83.
17. Magnen JL. *Hunger*. UK: Press Syndicate of the University of Cambridge; 1985.
18. May ML, Galper LS, Carr J. *Am I Hungry? What to Do When Diets Don't Work*. Phoenix: Nourish Publishing; 2005.
19. Miller WC, Robinson MS. HAES around the world. *Health at Every Size*. 2006;19: 193-4.
20. American Academy of Family Physicians. *Aim to Change: Family Physician Primer*. Leawood: American Academy of Family Physicians; 2005.
21. Zimmerman GL, Olsen CG, Bosworth MF. A 'stages of change' approach to helping patients change behavior. *Am Fam Physician* 2000; 61(5): 1409-16.
22. Miller WR, Rollnick S. *Motivational Interviewing*. [cited 28 July 2006]. Available from URL: <http://www.motivationalinterviewing.org>.
23. Jacobs AV. Translating theory into practice: self-efficacy and weight management. *Healthy Weight J* 2002; 86-8.
24. Shaw K, O'Rourke P, Del MC, Kenardy J. Psychological interventions for overweight or obesity. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; (2): CD003818.
25. Wadden TA, Butryn ML. Behavioral treatment of obesity. *Endocrinol Metab Clin North Am* 2003; 32(4): 981-1003, x.
26. Riebe D, Blissmer B, Greene G, Caldwell M, Ruggiero L, Stillwell KM, et al. Long-term maintenance of exercise and healthy eating behaviors in overweight adults. *Prev Med* 2005; 40(6): 769-78.
27. Bacon L, Stern JS, Van L, Keim NL. Size acceptance and intuitive eating improve health for obese, female chronic dieters. *J Am Diet Assoc* 2005; 105(6): 929-36.
28. Tribole E, Resch E. *Intuitive Eating*. New York: St Martin's Press; 1995.
29. Freeland-Graves J, Nitzke S. Position of the American Dietetic Association: total diet approach to communicating food and nutrition information. *J Am Diet Assoc* 2002; 102(1): 100-8.
30. Herman CP, Polivy J. Normative influences on food intake. *Physiol Behav* 2005; 86(5): 762-72.
31. Wansink B. Environmental factors that increase the food intake and consumption volume of unknowing consumers. *Annu Rev Nutr* 2004; 24: 455-79.
32. Rolls BJ. The Supersizing of America: Portion Size and the Obesity Epidemic. *Nutr Today* 2003; 38(2): 42-53.

33. Byrne S, Cooper Z, Fairburn C. Weight maintenance and relapse in obesity: a qualitative study. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2003; 27(8): 955-62.
34. Elfhag K, Rossner S. Who succeeds in maintaining weight loss? A conceptual review of factors associated with weight loss maintenance and weight regain. *Obes Rev* 2005; 6(1): 67-85.
35. Bensimhon DR, Kraus WE, Donahue MP. Obesity and physical activity: a review. *Am Heart J* 2006; 151(3): 598-603.
36. Wing RR. Physical activity in the treatment of the adulthood overweight and obesity: current evidence and research issues. *Med Sci Sports Exerc* 1999; 31(11 Suppl): S547-S552.
37. Stiegler P, Cunliffe A. The role of diet and exercise for the maintenance of fat-free mass and resting metabolic rate during weight loss. *Sports Med* 2006; 36(3): 239-62.
38. Hill J, Wing R. The National Weight Control Registry. 2003. [cited 28 July 2006] Available from URL: <http://xnet.kp.org/permanentejournal/sum03/registry.html>.
39. Poirier P, Despres JP. Exercise in weight management of obesity. *Cardiol Clin* 2001; 19(3): 459-70.
40. Carroll S, Dudfield M. What is the relationship between exercise and metabolic abnormalities? A review of the metabolic syndrome. *Sports Med* 2004; 34(6): 371-418.
41. Kruger J, Bowles HR, Jones DA, Ainsworth BE, Kohl HW, III. Health-related quality of life, BMI and physical activity among US adults (≥ 18 years): National Physical Activity and Weight Loss Survey, 2002. *Int J Obes (Lond)* 2007; 31(2): 321-7.