



دانشگاه علوم پزشکی قزوین



دفتر بهبود تغذیه جامعه
معاونت بهداشت
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

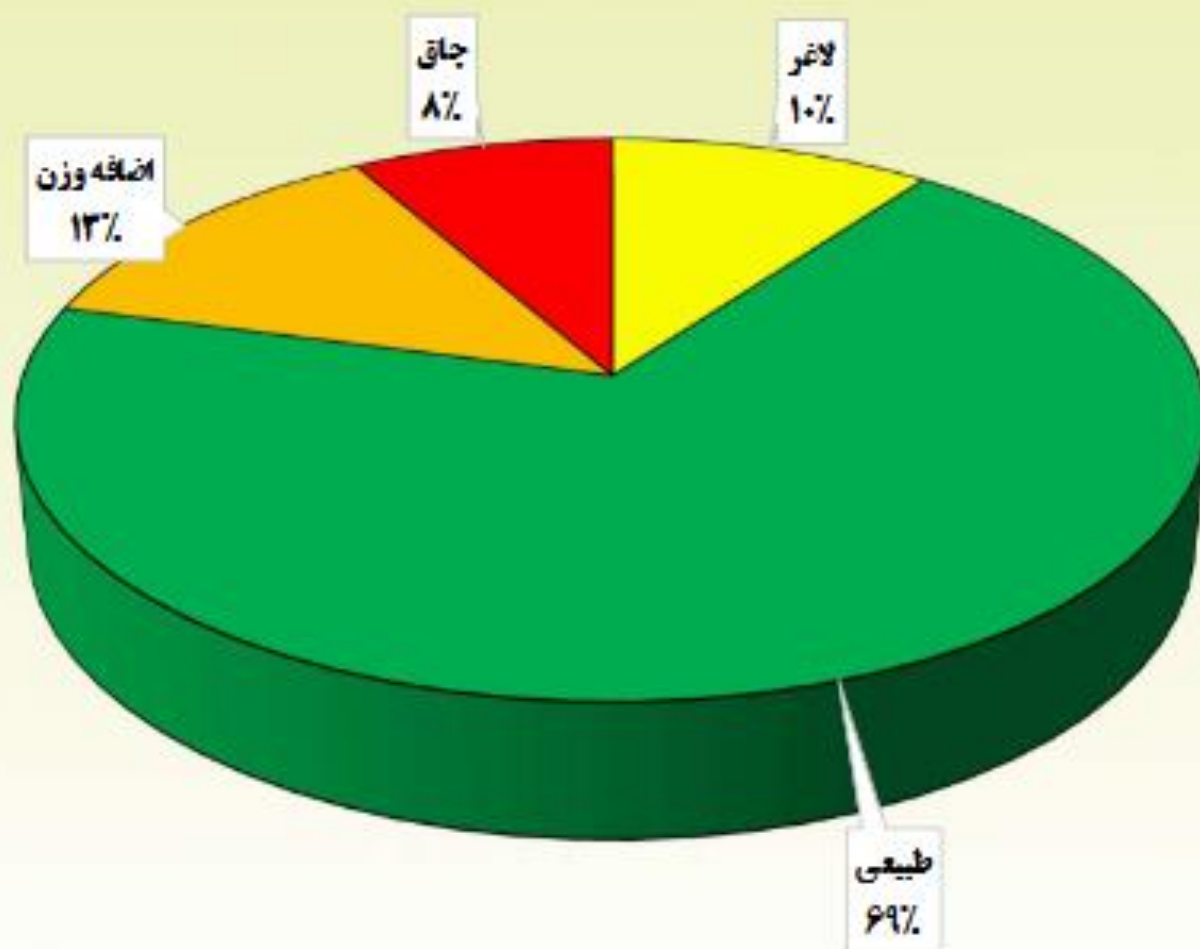
پیشگیری از اضافه وزن و چاقی در نوجوانان: مروری بر رویکردهای نوین در مشاوره و درمان

دکتر ساره عدالتی
گروه تغذیه جامعه، دانشکده بهداشت
دانشگاه علوم پزشکی قزوین

تاریخ: ۱۴۰۴/۰۲/۸

Email: Sarahedalati@gmail.com

نمودار تن سنجی گروه سنی نوجوان استان در سال ۱۴۰۱



عوارض چاقی در نوجوانان

Conditions caused or worsened in children with obesity:
all organ systems are affected

Psychosocial – stigmatization

Depression
Anxiety
Poor self-esteem
Social isolation
Eating disorder
Reduced cardio-respiratory fitness
Lower educational attainment

اختلالات
خوردن
عزت نفس
پایین
افسردگی
اضطراب

Endocrine and metabolic disturbances

Insulin resistance
Type 2 diabetes
Dyslipidemia
Thyroid dysfunction
Early puberty
Polycystic ovary syndrome
Hypogonadism (boys)
Gynecomastia (boys)

Cardiovascular co-morbidities

Hypertension
Left ventricular hypertrophy
Endothelial dysfunction
Reduced cardio-respiratory

فشار خون

Pulmonary complications

Obstructive sleep apnea
Asthma

آپنه
آسم



Cancer

Acute lymphatic leucemia

Neurological alterations

Pseudotumor cerebri
Cognitive dysfunction
Reduced eye health
Hearing loss

Impaired oral health

Orofacial growth alteration
Caries
Periodontitis

Immunologic and autoimmune diseases

Chronic low-intensity inflammation
Arthritis
Diabetes type I
Multiple sclerosis
Psoriasis

آرتریت روماتوئید
دیابت نوع یک
ام اس

Renal disturbances

Glomerulosclerosis
Hyperfiltration

Gastrointestinal and nutrition complications

Nonalcoholic fatty liver disease (NAFLD)
Gallstones
GERD (Acid reflux disease)
Vitamin D insufficiency
Iron deficiency

کمبود آهن
کمبود ویتامین D
کبد چرب غیر الکلی

Musculoskeletal disturbances

Abnormal bone content
Altered growth pattern
Stipped capital femoral epiphysis
Blount's disease
Flat feet
Fractures

توده استخوانی غیر طبیعی

Dermatologic complications

Acanthosis Nigricans
Stretch marks
Intertrigo

آکنه

Fig. 1 Diseases and conditions caused or aggravated by obesity during childhood and adolescence. Childhood obesity is a systemic disease and almost all organs in the body are potentially affected.

عوارض چاقی در نوجوانان

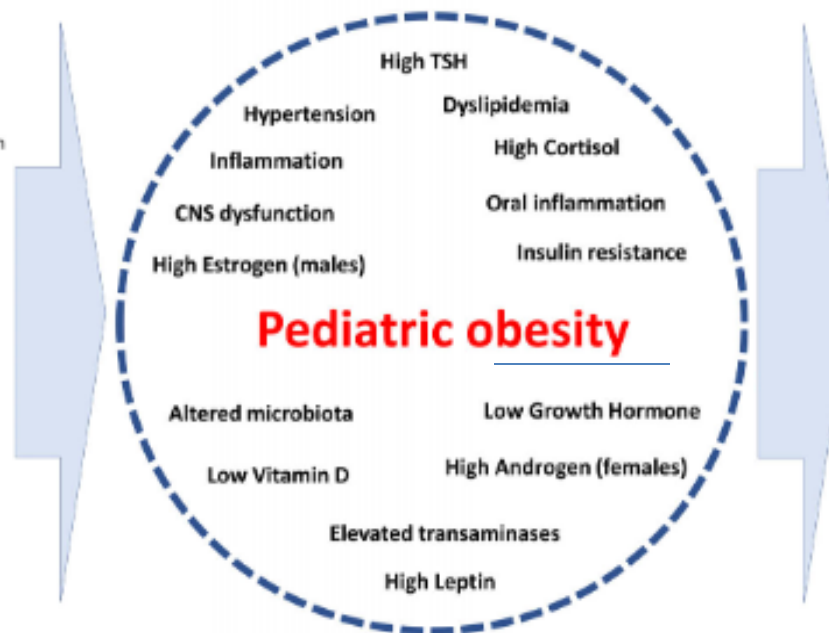
JIM

Pediatric obesity / C. Marcus et al.

Risk factors

- Genetics
- Epigenetics
- Obesogenic environment
 - 24/7- food availability, affordability of energy-dense foods
 - Sedentary activities
 - Limited access to recreation areas
- Unhealthy eating habits
 - Large portion sizes
 - High intake of sugar-sweetened beverages
 - High glycemic foods
 - High intake of fast foods
 - Low fiber content
 - Low intake of fruits and vegetables
 - Irregular food intake
- Lifestyle factors
 - Low physical activity
 - Sedentary lifestyle
 - Insufficient sleep
 - Stress and depression

Mechanisms



Long-term consequences

- Type 2 diabetes
- Type 1 diabetes
- Cardiovascular disease
- Nonalcoholic fatty liver disease
- Cognition defects
- Multiple sclerosis
- Periodontitis and Caries
- Cancer – malignancies
- Mb Crohn
- PCO syndrome
- Gynecomastia
- Premature mortality
- Pseudotumor Cerebri
- Asthma
- Arthritis

Fig. 2 Many different factors contribute to the long-term effects of childhood obesity. They interact in a complex pattern and it is difficult to identify one specific mechanism responsible for one long-term consequence. The low-intensity inflammation caused by obesity in young children already contributes to many obesity-associated diseases.

اثرات چاقی بر رشد و بلوغ در نوجوانان چاق

- کاهش ترشح هورمون رشد:
- **سرعت رشد کمتر** در دوران بلوغ
- تاثیر منفی بر سلامت روان (مانند کم‌رویی و حافظه)
- تاثیر منفی بر شاخص‌های متابولیک و قلبی-عروقی

اختلال در زمان‌بندی و کیفیت بلوغ

- در دختران
- قاعدگی‌های اغلب نامنظم
- شروع زودرس بلوغ
- مقاومت به انسولین
- وضعیت هایپرآندروژنیک (افزایش هورمون‌های مردانه)
- بروز سندرم تخمدان پلی‌کیستیک و ناباروری

- در پسران
- تأخیر در بلوغ
- ژنیکوماستی (بزرگ شدن سینه‌ها) نسبتاً شایع

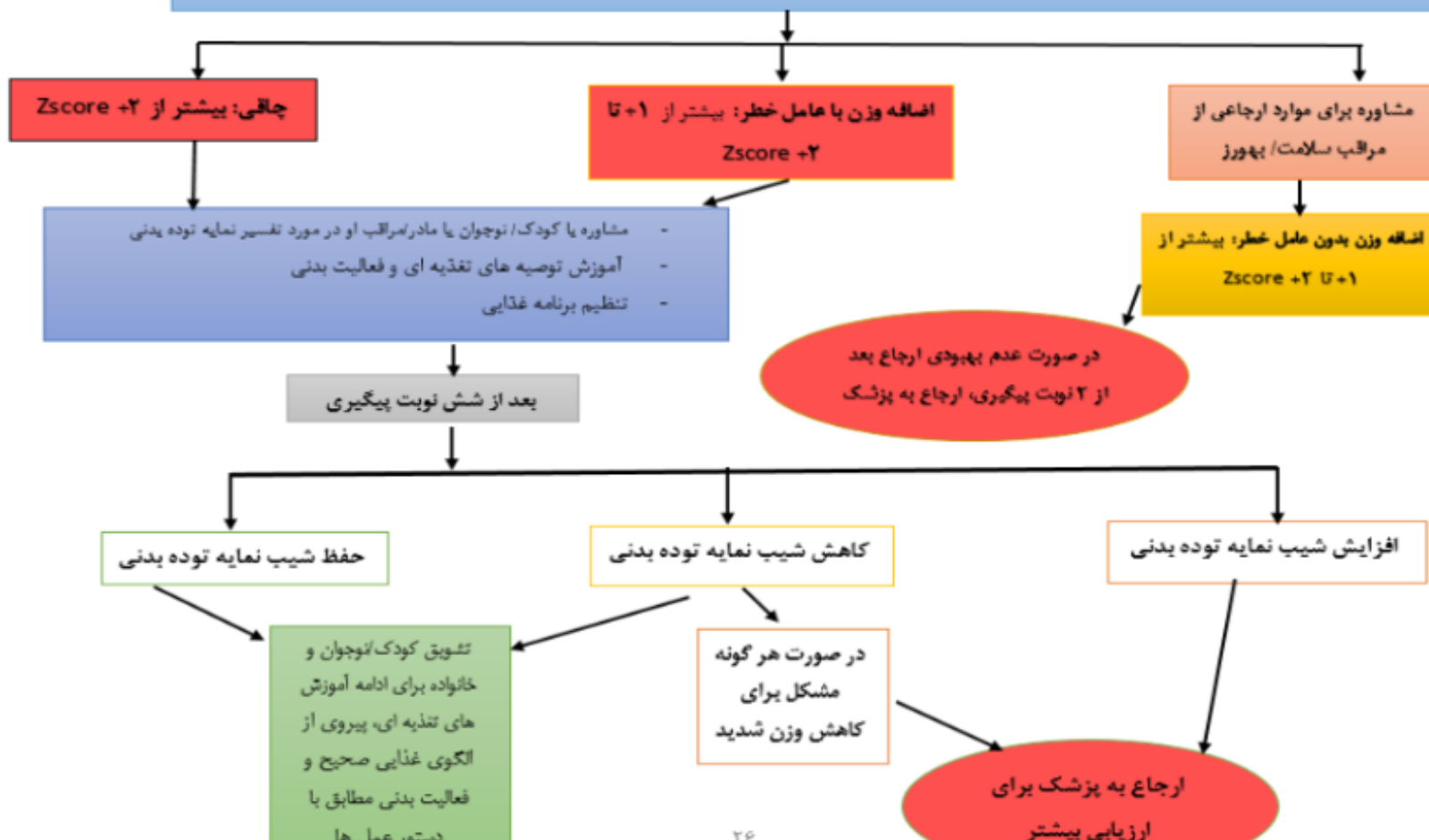
ویژگی های دوران نوجوانی

- ۱۰-۱۹ سال بر اساس تعریف WHO
- استقلال طلبی
- روحیه حساس به نقد
- حساس به ظاهر و تصویر بدنی
- تحت تاثیر همسالان
- اختصاص زمان زیادی به درس خواندن و آمادگی برای کنکور
- فشار از سمت خانواده
- نوجوان در نوجوانی در پی تفرد و استقلال خواهی است

رویکرد فعلی مدیریت وزن در نظام بهداشتی

شناسایی و پیشگیری از اضافه وزن و چاقی در کودک/ نوجوان ۵-۱۸ سال ویژه کارشناس تغذیه

کنترل قد، وزن و نمایه توده بدنی ثبت شده توسط مراقب سلامت/ بهورز در سامانه الکترونیک سیمب



اهداف مدیریت وزن در کودک/نوجوان مبتلا به اضافه وزن و چاقی به تفکیک نمایه توده بدنی و سن

گروه سنی	دسته بندی BMI	هدف وزن برای بهبود Z-score نمایه توده بدنی
۵ تا ۱۱ سال	Z-score نمایه توده بدنی بین +۱ تا +۲	ثابت نگه داشتن سرعت وزن (افزایش وزن با سرعت آهسته‌تر)
	Z-score نمایه توده بدنی بین +۱ تا +۲ همراه با عامل خطر سلامتی	ثابت نگه داشتن وزن
	Z-score نمایه توده بدنی بین +۲ تا +۳	کاهش وزن تدریجی (نیم کیلو در ماه)
	Z-score نمایه توده بدنی بیش از +۳	کاهش وزن (حداکثر یک کیلو در هفته)
۱۲ تا ۱۸ سال	Z-score نمایه توده بدنی بین +۱ تا +۲	ثابت نگه داشتن سرعت وزن و پس از آنکه رشد خطی کامل شد ثابت نگه داشتن وزن
	Z-score نمایه توده بدنی بین +۱ تا +۲ همراه با عامل خطر سلامتی	ثابت نگه داشتن وزن یا کاهش وزن تدریجی
	Z-score نمایه توده بدنی بین +۲ تا +۳	کاهش وزن (حداکثر یک کیلو در هفته)
	Z-score نمایه توده بدنی بیش از +۳	کاهش وزن (حداکثر یک کیلو در هفته)



Activate
Go to Settings to

مقدار نیاز روزانه کودکان و نوجوانان ۶ تا ۱۸ سال به انرژی (کیلوکالری) به تفکیک جنس و سطح فعالیت بدنی

دختران			پسران			سن (سال)
شدید ^۳	متوسط ^۲	سبک ^۱	شدید	متوسط	سبک	
۱۶۵۰	۱۴۲۵	۱۲۲۵	۱۸۰۰	۱۵۷۵	۱۳۵۰	۶-۷
۱۷۷۵	۱۵۵۰	۱۳۲۵	۱۹۵۰	۱۷۰۰	۱۴۵۰	۷-۸
۱۹۵۰	۱۷۰۰	۱۴۵۰	۲۱۰۰	۱۸۲۵	۱۵۵۰	۸-۹
۲۱۲۵	۱۸۵۰	۱۵۷۵	۲۲۷۵	۱۹۷۵	۱۶۷۵	۹-۱۰
۲۳۰۰	۲۰۰۰	۱۷۰۰	۲۴۷۵	۲۱۵۰	۱۸۲۵	۱۰-۱۱
۲۴۷۵	۲۱۵۰	۱۸۲۵	۲۷۰۰	۲۳۵۰	۲۰۰۰	۱۱-۱۲
۲۶۲۵	۲۲۷۵	۱۹۲۵	۲۹۲۵	۲۵۵۰	۲۱۷۵	۱۲-۱۳
۲۷۲۵	۲۳۷۵	۲۰۲۵	۳۱۷۵	۲۷۷۵	۲۳۵۰	۱۳-۱۴
۲۸۲۵	۲۴۵۰	۲۰۷۵	۳۴۵۰	۳۰۰۰	۲۵۵۰	۱۴-۱۵
۲۸۷۵	۲۵۰۰	۲۱۲۵	۳۶۵۰	۳۱۷۵	۲۷۰۰	۱۵-۱۶
۲۸۷۵	۲۵۰۰	۲۱۲۵	۳۸۲۵	۳۳۲۵	۲۸۲۵	۱۶-۱۷
۲۸۷۵	۲۵۰۰	۲۱۲۵	۳۹۲۵	۳۴۰۰	۲۹۰۰	۱۷-۱۸

نکات ضروری جهت رژیم نویسی در کودکان و نوجوانان

۱- جهت محاسبه انرژی برای کودکان و نوجوانان روش های مختلفی وجود دارد، یکی از این روش ها که مناسب و آسان است محاسبه انرژی بر حسب کیلو کالری توصیه شده به ازای هر سانتی متر قد کودک و نوجوان می باشد که در جدول زیر ذکر شده است:

سن (سال)	کیلوکالری به ازای هر سانتی متر قد
۱-۳	۱۵
۴-۶	۱۶
۷-۱۰	۱۵
پسران	
۱۱-۱۴	۱۶
۱۵-۱۸	۱۷
دختران	
۱۱-۱۴	۱۴
۱۵-۱۸	۱۳/۵

- راهنماهای غذایی برای کودکان ستین مدرسه، نوجوانان و بزرگسالان

گروه های غذایی	حداقل واحد توصیه شده در روز	از ۷ تا قبل از ۱۳ سالگی	حداقل واحد توصیه شده در روز	از ۱۳ تا ۱۸ سالگی	حداقل واحد توصیه شده در روز	از ۱۸ سالگی به بعد
گروه شیر شیر پنیر ماست	۳	۱ ل ۶۰ گرم ۱ ل	۳	۱ ل ۴۵ گرم ۱ ل	۲-۳	۱ ل ۴۵ گرم ۱ ل
گروه گوشت ها گوشت، مرغ، ماهی	۲	۶۰ گرم	۲-۳	۶۰-۹۰ گرم	۲-۳	۶۰-۹۰ گرم
لازم به ذکر است که هر ۱ عدد تخم مرغ یا ۱/۲ لیوان حبوبات پخته یا ۱/۳ لیوان مغزها معادل با ۳۰ گرم گوشت می باشد.						
گروه سبزی انواع سبزی (خام یا پخته) سبزی های برگ آب سبزی ها	۳	۱/۲ ل ۱ ل ۲/۴ ل	۳-۵	۱/۲ ل ۱ ل ۲/۴ ل	۳-۵	۱/۲ ل ۱ ل ۲/۴ ل
گروه میوه انواع میوه انواع میوه های پخته انواع آیمیه میوه های خشک	۲	۱ عدد ۱/۲ ل ۱/۲ ل ۱/۴ ل	۲-۴	۱ عدد ۱/۲ ل ۲/۴ ل ۱/۴ ل	۲-۴	۱ عدد ۱/۲ ل ۲/۴ ل ۱/۴ ل
گروه نان و غلات انواع نان ها انواع غلات پخته	۶	یک برش نان ۳۰ گرم ۲/۴ ل غلات پخته	۶-۱۱	یک برش نان ۳۰ گرم ۲/۴ ل غلات پخته	۶-۱۱	یک برش نان ۳۰ گرم ۲/۴ ل غلات پخته

ل- لیوان

- تعداد واحدهای ذکر شده از هر گروه حداقل تعدادی است که یک فرد می تواند مصرف نماید و در صورتیکه بخواهد می تواند تعداد واحدهای بیشتری را از هر گروه در محدوده انرژی مجاز دریافتی خود مصرف نماید.

۳- در کودکان و نوجوانان جهت رژیم حفظ وزن (Weight Maintenance) به این ترتیب عمل می‌نماییم که انرژی مورد نیاز آنها را بر مبنای قدشان محاسبه می‌نماییم اما از کل انرژی محاسبه شده برای آنها چیزی کم نمی‌کنیم. در این کودکان بتدریج که قدشان بلند می‌شود یا توجه به اینکه کالری اضافی

دریافت نمی‌کنند وزن آنها متناسب با قدشان خواهد شد. البته به تجربه دیده شده است اگر در این کودکان حدود ۱۵۰-۱۰۰ کیلوکالری هم روزانه از کل کالری مورد نیازشان کسر نماییم مشکلی پیش نخواهد آمد.

۴- در کودکان و نوجوانانی که کاهش وزنی معادل با نیم کیلوگرم در ماه توصیه می‌گردد جهت کاهش وزن معادل با نیم کیلوگرم در ماه می‌توانیم روزانه حداکثر ۱۲۵ کیلوکالری از کل انرژی مورد نیاز آنها در رژیم غذایی کسر نماییم. البته به تجربه دیده شده است اگر در این کودکان تا ۲۰۰ کیلوکالری هم روزانه از کل کالری مورد نیازشان کسر نماییم مشکلی پیش نخواهد آمد.

۵- در کودکان و نوجوانانی که کاهش وزنی حداکثر معادل با ۱ کیلوگرم در هفته توصیه شده است، بهتر است میزان کاهش وزن را روی ۰/۵ کیلوگرم در هفته (یا به عبارت دیگر ۲ کیلوگرم در ماه) تنظیم نماییم. جهت کاهش وزن معادل با ۲ کیلوگرم در ماه لازم است روزانه حدود ۵۰۰ کیلوکالری از کل انرژی مورد نیاز آنها در رژیم غذایی کسر نماییم. البته در صورتیکه کل انرژی محاسبه شده برای کودک یا نوجوان زیاد باشد می‌توانیم تا ۱۰۰۰ کیلوکالری نیز کسر نماییم.

۶- جهت استفاده از جدول فوق الذکر لازم است در برخی از موارد از منحنی صدک ۹۹ در مورد BMI برای سن استفاده نماییم اما در منحنی‌های پرستایی BMI برای سن استاندارد CDC، آخرین منحنی موجود منحنی صدک ۹۷ می‌باشد و لذا در این موارد در صورتیکه نقطه BMI برای سن کودک یا نوجوان به میزان قابل قبولی بالاتر از منحنی صدک ۹۷ باشد آن را می‌توانیم بطور تقریبی بالای منحنی

مروری بر نکات تاکید متفاوت در راهنماهای بین
المللی معتبر و به روز دنیا

SYSTEMATIC REVIEW



Management for children and adolescents with overweight and obesity: a recommendations mapping

Chen Tian^{1,2,3}, Meng Xu^{1,2,3}, Honghao Lai^{1,2}, Mingyao Sun⁴, Yao Lu^{1,2}, Yong Wang⁵, Bo Tong², Yiyun Wang², Feiyang Na⁶, Jing Wang⁷, Qiong Li⁸✉ and Long Ge^{1,2,3}✉

© The Author(s), under exclusive licence to the International Pediatric Research Foundation, Inc 2024

BACKGROUND: Childhood obesity is a global public health issue, and the status of clinical practice guidelines (CPGs) as instruction manuals for the management of childhood obesity remains unclear. This study aims to identify and apprise the methodological and reporting quality of CPGs focused on childhood obesity and provide an overview of key recommendations.

METHODS: Databases and websites reporting guidelines were searched from January, 2018 to September, 2023. The methodological quality was graded using the AGREE II, and RIGHT was used to assess the reporting completeness.

RESULTS: Among the six included CPGs, two were rated as high quality and considered "Recommended" and three were reported no less than 80%. CPGs included 184 recommendations cover diagnosis, assessment and management of complications, interventions and prevention. The diagnostic criteria for children with obesity over 2 years of age are based on normative BMI percentiles, depending on sex and age. CPGs recommended the delivery of multi-component behavior-changed interventions included controlling diet and increasing physical activity. Pharmacological interventions and bariatric surgery are considered as complementary therapies.

CONCLUSION: CPGs for childhood obesity should emphasize the impact of psychological factors and consider the provision of interventions from multiple settings, and could consider the role of complementary alternative therapies.

Pediatric Research; <https://doi.org/10.1038/s41390-024-03357-3>

IMPACT:

- Six guidelines have been published in the past 5 years focusing children obesity.
- Recommendations covered diagnosis, multiple intervention and prevention.
- Guidelines should focus on the role of complementary alternative therapies.
- Guidelines should emphasize the impact of psychological factors.
- Guidelines should consider the provision of interventions from multiple settings.

• ارزیابی کیفیت گایدلاین‌ها و شفافیت توصیه‌ها:

-دامنه و هدف

-مشارکت ذی‌نفعان

-دقت روش‌شناختی

-شفافیت در ارائه توصیه‌ها

-کاربردپذیری

--آیا توصیه‌ها "قوی" یا

"ضعیف" هستند؟

سطح اطمینان به شواهد چقدر

است (بسیار بالا، متوسط، پایین،

خیلی پایین)

اجراش در عمل چقدر ممکنه؟

دو راهنمای با کیفیت بالا AAP و NICE

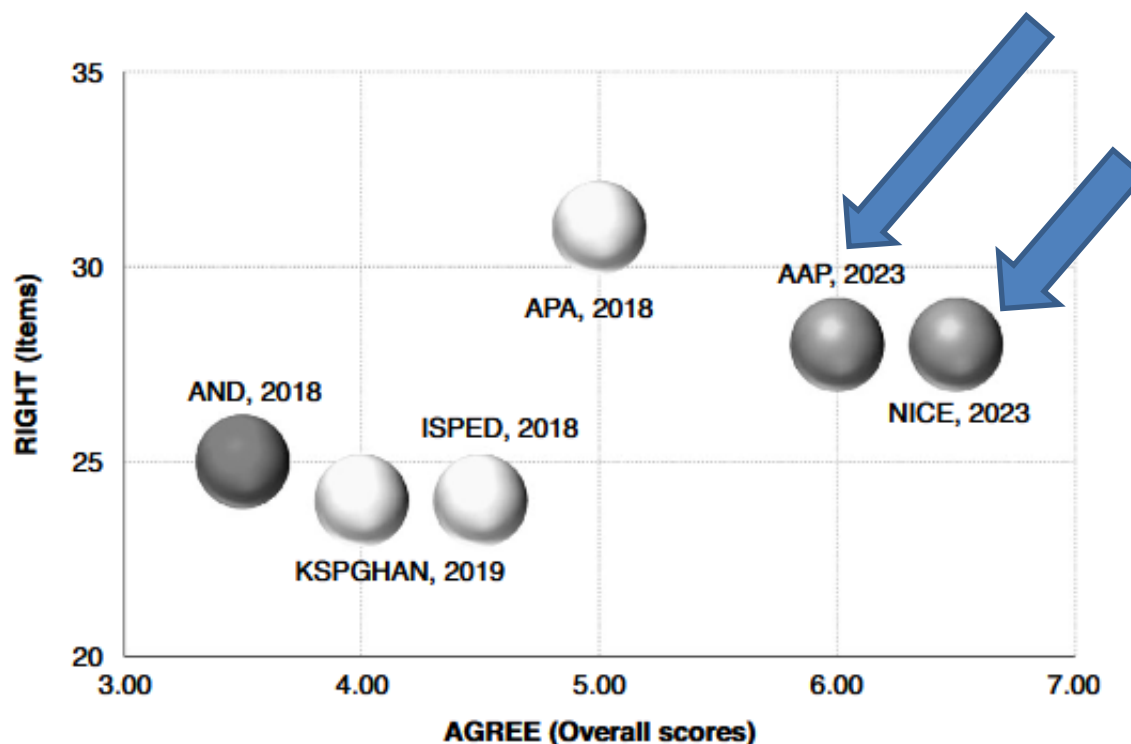


Fig. 2 Grading and analysis of methodological quality and reporting completeness of CPGs. Green indicates rated as high quality and considered recommended, yellow indicates moderate quality and recommended with modifications, and red indicates low quality and recommended with modifications.

تشخیص اضافه وزن و چاقی در کودکان و نوجوانان بر اساس دو راهنما

وضعیت	AAP	NICE
اضافه وزن	BMI بین صدک ۸۵ تا کمتر از صدک ۹۵	BMI برابر با صدک ۹۱ (تقریباً) معادل ۱,۳۴ (انحراف معیار)
چاقی	BMI برابر یا بیشتر از صدک ۹۵	BMI برابر با صدک ۹۸ (تقریباً) معادل ۲,۰۵ (انحراف معیار)
چاقی شدید	BMI برابر یا بیشتر از ۱۲۰٪ صدک ۹۵	BMI برابر با صدک ۹۹,۶ (تقریباً) معادل ۲,۶۸ (انحراف معیار)
چاقی مرکزی (شکمی)	-	بر اساس نسبت دور کمر به قد 0.4-0.49: ♦ سالم 0.5-0.59: ♦ افزایش خطر ≥0.6: ♦ خطر بسیار بالا



توصیه‌های NICE و AAP برای غربالگری بیماری‌های مرتبط با چاقی در کودکان و نوجوانان

بیماری همراه	روش غربالگری پیشنهادی
دیابت نوع دو	<ul style="list-style-type: none"> ❖ قند خون ناشتا ❖ تست تحمل گلوکز ۲ ساعته / HbA1c
فشار خون بالا	<ul style="list-style-type: none"> ❖ اندازه‌گیری فشار خون از ۳ سالگی به بعد در کودکان دارای اضافه‌وزن یا چاقی
چربی خون بالا	<ul style="list-style-type: none"> ❖ آزمایش ناشتا: کلسترول، HDL، تری‌گلیسیرید
کبد چرب غیر الکلی	<ul style="list-style-type: none"> ❖ ALT و سونوگرافی کبد ❖ تکرار تست‌ها بعد از ۶ ماه کاهش وزن در صورت نتایج غیرطبیعی

درمان دارویی در مدیریت اضافه وزن/چاقی کودکان و نوجوانان

پیشنهاد	موضوع
دارو می تواند به عنوان مکمل مداخلات رفتاری و سبک زندگی، برای حفظ کاهش وزن (نه ادامه آن) مورد استفاده قرار گیرد. (AAP, NICE)	استفاده از دارو
برای نوجوانان بالای ۱۲ سال فقط در صورت وجود بیماری های همراه جسمی یا روان شناختی شدید. AAP و NICE	تجویز اورلیستات
تجویز دارو باید توسط تیم چند رشته ای صورت گیرد و پایش شود. NICE	تجویز توسط تیم تخصصی
در صورت نگرانی از دریافت ناکافی ریزمغذی ها، باید مکمل هایی با میزان توصیه شده ویتامین ها و مواد معدنی در نظر گرفته شود. NICE	مکمل های غذایی

پیشنهاد	موضوع
مداخلات شدید رفتاری و سبک زندگی باید برای کودکان ۶ سال به بالا انجام یا ارجاع داده شود و می‌توان آن را برای کودکان ۲ تا ۵ سال نیز در نظر گرفت. (AAP)	سن شروع مداخله
مداخلات چندمولفه‌ای شامل راهبردهای تغییر رفتار، افزایش فعالیت بدنی، کاهش بی‌حرکی، بهبود تغذیه و کاهش دریافت انرژی توصیه می‌شود. هردو	نوع درمان ترجیحی
در انتخاب درمان، باید ترجیحات فردی، شرایط اجتماعی، تجربیات قبلی از درمان‌ها، و شدت اضافه وزن یا ریسک سلامتی بر اساس نسبت دور کمر به قد در نظر گرفته شود. (NICE)	توجه به ویژگی‌های فردی
تغییرات رژیم غذایی باید متناسب با <u>ترجیحات غذایی فرد</u> و <u>انعطاف‌پذیر</u> باشد و با راهنمای تغذیه سالم و متناسب با سن هماهنگ باشد. هردو	تغییرات تغذیه‌ای
نباید از رژیم‌های محدودکننده و غیرمتعادل از نظر تغذیه‌ای استفاده شود. (NICE)	رژیم‌های غذایی نامناسب
کودکان باید به بهبود رژیم غذایی تشویق شوند، حتی اگر کاهش وزن حاصل نشود. در صورت اضافه‌وزن، <u>انرژی دریافتی باید کمتر از مصرف انرژی باشد.</u> هردو	اصلاح تغذیه بدون لزوماً کاهش وزن
افزایش فعالیت بدنی در کودکان و نوجوانان حتی بدون کاهش وزن، فواید سلامتی دارد. (NICE)	نقش فعالیت بدنی
توصیه می‌شود فعالیت‌هایی مانند <u>پیاده‌روی، دوچرخه‌سواری، استفاده از پله، فوتبال، شنا یا رقص در برنامه روزانه گنجانده شود.</u> هردو	فعالیت بدنی روزمره
باید رفتارهای کم‌تحرک مانند <u>تماشای تلویزیون و بازی‌های ویدیویی</u> کاهش یابند. هردو	کاهش رفتارهای بی‌تحرک
برای کودکان دارای اضافه‌وزن، حداقل ۶۰ دقیقه فعالیت بدنی در روز توصیه می‌شود. (NICE)	فعالیت بدنی در کودکان دارای اضافه‌وزن

جراحی چاقی در کودکان و نوجوانان

پیشنهاد	موضوع
اصولاً توصیه نمی‌شود، مگر در شرایط خاص یا زمانی که بلوغ فیزیولوژیک تقریباً کامل شده باشد. AAP NICE	انجام جراحی
جراحی باید توسط تیمی با تخصص چندرشته‌ای انجام شود. (AAP, NICE)	تیم مجری
نوجوانان باید تحت ارزیابی جامع روان‌شناختی، آموزشی، خانوادگی و اجتماعی قرار گیرند و غربالگری ژنتیکی برای رد علل نادر و قابل درمان انجام شود. NICE	ارزیابی‌های پیش از عمل
وضعیت تغذیه‌ای نوجوانان باید حداقل سالانه پس از جراحی بررسی شود، مکمل‌های مناسب تجویز شود، و مراقبت پرستاری تا حداقل ۲ سال ادامه یابد. NICE	پیگیری تغذیه‌ای پس از عمل

راهنمای انجمن کودکان امریکا ۲۰۲۳

FROM THE AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS | CLINICAL PRACTICE GUIDELINE | JANUARY 09
2023

Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Treatment of Children and Adolescents With Obesity **FREE**

Sarah E. Hampl, MD, FAAP ✉; Sandra G. Hassink, MD, FAAP; Asheley C. Skinner, PhD; Sarah C. Armstrong, MD, FAAP;
Sarah E. Barlow, MD, MPH, FAAP; Christopher F. Bolling, MD, FAAP; Kimberly C. Avila Edwards, MD, FAAP;
Ihuoma Eneli, MD, MS, FAAP; Robin Hamre, MPH; Madeline M. Joseph, MD, FAAP; Doug Lunsford, MEd;
Eneida Mendonca, MD, PhD, FAAP; Marc P. Michalsky, MD, MBA, FAAP; Nazrat Mirza, MD, ScD, FAAP;
Eduardo R. Ochoa, Jr, MD, FAAP; Mona Sharifi, MD, MPH, FAAP; Amanda E. Staiano, PhD, MPP;
Ashley E. Weedn, MD, MPH, FAAP; Susan K. Flinn, MA; Jeanne Lindros, MPH; Kymika Okechukwu, MPA

Address correspondence to Sarah Hampl, MD. E-mail: shampl@cmh.edu

FINANCIAL/CONFLICT OF INTEREST DISCLOSURES: An Independent review for bias was completed by the American Academy of Pediatrics. Dr Barlow has disclosed a financial relationship with the Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development as a co-investigator.

Pediatrics (2023) 151 (2): e2022060640.

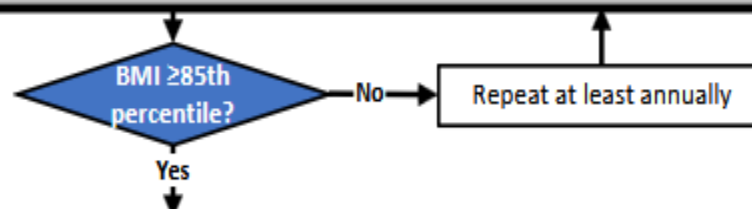
<https://doi.org/10.1542/peds.2022-060640> **Article history** ⓘ

تاکید بر این که درمان
باید بلافاصله بعد از
تشخیص شروع شود
Watchful waiting: X

APPENDIX 1 Algorithm for Screening, Diagnosis, Evaluation, and Treatment of Children and Adolescents with Obesity

SCREENING

P&PHCPs should measure height & weight, calculate BMI, and assess BMI percentile using age- and sex-specific CDC growth charts or severe obesity growth charts for all children 2-18 years (KAS 1)

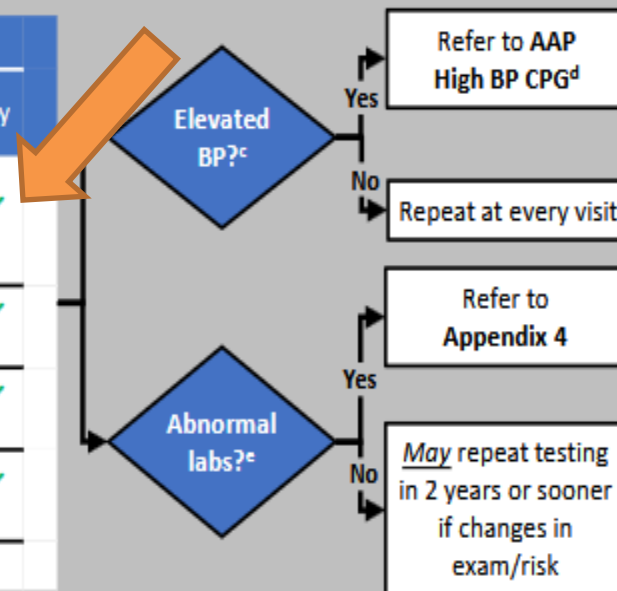


DIAGNOSIS

Overweight	Obesity	Severe Obesity
BMI ≥85th to <95th percentile	BMI ≥95th percentile	BMI ≥120% of the 95th percentile

EVALUATION

Components of Comprehensive Evaluation	Overweight		Obesity	
	<10y	≥10y	<10y	≥10y
Comprehensive history, MBH screening, SDOH evaluation, physical examination, & diagnostic studies (KAS 2)	✓	✓	✓	✓
Blood pressure (KAS 8)	✓ ^a	✓	✓ ^a	✓
Fasting lipid panel (KAS 3, 3.1, 5)		✓	⚖️	✓
FPG, OGTT, or HgbA1C (KAS 3, 3.1, 6) & ALT (KAS 3, 3.1, 7)		⚖️ ^b		✓



TREATMENT

P&PHCPs should treat overweight/obesity & comorbidities concurrently (KAS 4) following the principles of the **medical home** and the **chronic care model**, using a **family-centered** and **non-stigmatizing** approach that acknowledges obesity's **biologic, social, and structural drivers**. (KAS 9)

Components of Comprehensive Treatment	Overweight			Obesity		
	<6y	6 to <12y	≥12y	<6y	6 to <12y	≥12y
Motivational Interviewing ^f (KAS 10)	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Intensive Health Behavior and Lifestyle Treatment ^g (KAS 11)	⚖	✓	✓	⚖	✓	✓
Weight Loss Pharmacotherapy ^h (KAS 12)						✓
Offer referral to Comprehensive Pediatric Metabolic & Bariatric Surgery programs ⁱ (KAS 13)						✓ ⁱ

✓ = P&PHCPs should; ⚖ = P&PHCPs may

✓^a = In children **3y and older** with overweight/obesity, P&PHCPs should evaluate for hypertension using blood pressure

⚖^b = In the presence of risk factors for T2DM or NAFLD, P&PHCPs may evaluate for abnormal glucose metabolism and liver function. **T2DM risk factors:** family history of T2DM in 1st or 2nd degree relative, maternal gestational diabetes, signs of insulin resistance or conditions associated with insulin resistance (acanthosis nigricans, hypertension, dyslipidemia, polycystic ovary syndrome, or small-for-gestational-age birth weight), obesogenic psychotropic medication. **NAFLD risk factors:** Male sex, prediabetes/diabetes, obstructive sleep apnea, dyslipidemia, or sibling with NAFLD.

^c **Elevated BP:** ≥90th percentile (<13 years old) or ≥120/80 (≥13 years) – confirm initial high BP reading with average of repeat BP x 2 using auscultation to classify as abnormal

^d 2017 Clinical Practice Guideline for Screening and Management of High Blood Pressure in Children and Adolescents ([link](#))

^e Abnormal lab results for which additional testing is recommended: LDL ≥130; TG ≥100 (<10 years) or 120 (≥10 years); Prediabetes: HbA1c ≥5.7 – 6.4; FBS 100–125; OGTT 140–199.

TABLE 1 Selected Examples of Multilevel Influencers and Contributors to Obesity

Example	Description
A. Policy factors	<ul style="list-style-type: none">• Marketing of unhealthy foods• Underresourced communities• Food insecurity
B. Neighborhood and community factors	<ol style="list-style-type: none">1. School environment2. Lack of fresh food access3. Fast food proximity4. Access to safe physical activity5. Environmental health
C. Family and home environment factors	<ol style="list-style-type: none">1. Parenting feeding style2. Sugar-sweetened beverages3. Portion sizes4. Snacking behavior5. Dining out and family meals6. Screen time7. Sedentary behavior8. Sleep duration9. Environmental smoke exposure10. Psychosocial stress11. Adverse childhood experiences

توصیه به دقت بر رفتار و مکالمات مادر. اگر مواردی مانند نگرانی‌های شدید، استرس‌های طولانی‌مدت یا الگوهای منفی در ارتباطات مادر مشاهده شد، حتماً به کارشناس سلامت روان ارجاع دهیم.

ملاحظات ویژه	تأثیر بر خطر چاقی	ویژگی‌ها	عامل
بهبود خودتنظیمی در تغذیه، افزایش مصرف غذای سالم، فعالیت بیشتر	▼ کاهش خطر چاقی	پاسخگو، گرم، با انتظارات بالا و مرزبندی مناسب	سبک فرزندپروری مقتدرانه (Authoritative)
اختلال در خودتنظیمی انرژی کودک، احتمال پرخوری بالا	▲ افزایش خطر چاقی	کنترل‌گر، بدون پاسخگویی به نیاز کودک	سبک فرزندپروری مستبدانه (Authoritarian)
آزادی بیش از حد در انتخاب غذا، بی‌توجهی به محدودیت‌ها	▲ افزایش خطر چاقی	گرم و پاسخگو، اما بدون قوانین و ساختار مشخص	سبک سهل‌گیر یا لوس‌کننده (Permissive)
کمترین نظارت و هدایت؛ محیط ناسالم برای رشد و تغذیه مناسب	▲▲ بیشترین خطر چاقی	نه پاسخگو، نه ساختارمند	سبک غافل یا بی‌توجه (Negligent)
صرف‌نظر از سن کودک، تأثیر مثبت دارد	▼ کاهش خطر چاقی	وجود برنامه غذایی منظم، محدودیت‌گذاری، داشتن روتین خانوادگی	نظم در محیط خانه

D. Individual factors

D.1. Genetic factors

- a. Monogenetic syndromes and polygenetic effects
- b. Epigenetic effects

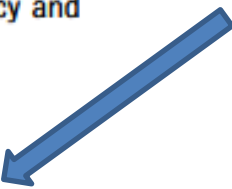
D.2. Prenatal risk

- a. Parental obesity
- b. Maternal weight gain
- c. Gestational diabetes
- d. Maternal smoking

D.3. Postnatal risk

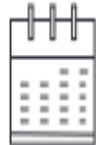
- a. Birth weight
- b. Early breastfeeding cessation and formula feeding
- c. Rapid weight gain during infancy and early childhood
- d. Early use of antibiotics

D.4. Childhood risk

- a. Endocrine disorders
 - b. Children and youth with special health care needs
 - 1. Children with autism spectrum disorder
 - 2. Children with developmental and physical disabilities
 - 3. Children with myelomeningocele
 - c. Attention-deficit/hyperactivity disorder
 - d. Weight-promoting appetitive traits
 - e. Medication use (weight-promoting medications)
 - f. Depression
- 

درمان فشرده رفتار و سبک زندگی

Intensive Health Behavior and Lifestyle Treatment (IHBLT)

WHO:	WHEN:	WHAT:	WHERE:	DOSAGE:	FORMAT:	CHANNEL:
 Patient and family in partnership with a multidisciplinary treatment team*	 Promptly for child or adolescent with overweight or obesity	 Health education and skill building on multiple topics  Behavior modification and counseling	 Healthcare setting  Community-based setting with linkage to medical home	 Longitudinal treatment across 3-12 months with ideally ≥ 26 contact hours	 Group,  Individual, or  Both	 Face-to-face (strongest evidence)  Virtual (growing evidence)

* PCPs and/or PHCPs with training in obesity as well as other professionals trained in behavior and lifestyle fields such as dietitians, exercise specialists and behavioral health practitioners

آموزش به نوجوان و خانواده برای تغییر رفتار (چطور بتوانند..)

حداقل ۲۶ ساعت تماس مستقیم با بچه‌ها و خانواده‌ها

ماه ۳-۱۲

• کاهش مصرف نوشیدنی‌های شیرین

- شامل نوشابه، نوشیدنی‌های ورزشی، انرژی‌زا و آب‌میوه‌های صنعتی
- مصرف زیاد این نوشیدنی‌ها با افزایش وزن در کودکان و بزرگسالان مرتبط است
- توصیه انجمن قلب آمریکا: حداکثر ۲۵ گرم شکر افزوده در روز
- AAP نوشیدنی‌های انرژی‌زا را برای کودکان و نوجوانان توصیه نمی‌کند
- آب‌میوه جایگزین مناسبی برای میوه کامل نیست
- **استفاده از الگوی MyPlate بشقاب من:**
- راهنمای تغذیه سالم از طرف وزارت کشاورزی آمریکا
- تأکید بر:

- مصرف کم شکر و چربی‌های متمرکز
- مواد مغذی بالا ولی کالری کم
- تعادل بین پروتئین و کربوهیدرات
- قابل انطباق با فرهنگ‌های غذایی مختلف

حداقل ۶۰ دقیقه فعالیت بدنی متوسط تا

شدید روزانه:

فعالیت‌هایی مثل دویدن، بازی‌های پرتحرک، ورزش‌های هوازی باعث بهبود وزن بدن و کنترل قند خون می‌شود
تمرینات با شدت بالا ممکن است چربی بدن و عوامل خطر قلبی-متابولیکی را هم کاهش دهند
توصیه راهنمای فعالیت بدنی آمریکا: ۶۰ دقیقه در روز برای کودکان و نوجوانان
کاهش رفتارهای بی‌تحرک (مثل استفاده زیاد از صفحه‌نمایش):
کاهش زمان تماشای تلویزیون و استفاده از موبایل و تبلت
AAP توصیه می‌کند:

کودکان زیر ۱۸ ماه: بدون رسانه

کودکان ۲ تا ۵ سال: حداکثر ۱ ساعت در روز

کودکان بزرگ‌تر: با نظارت والدین و بدون

افراط

راهکارهای افزایش فعالیت کودکان و نوجوانان



افزایش آگاهی کودکان و نوجوانان

هدفمندی و برنامه‌ریزی برای کودکان

تشویق و پاداش

کاهش زمان تلویزیون و بازیهای رایانه‌ای

انتخاب فعالیتهای جسمی سرگرم‌کننده

همبازی شدن با فرزندان در حد امکان

الگو شدن برای فرزندان با افزایش فعالیتهای بدنی

والدین



▶ زمینه‌سازی مناسب برای افزایش فعالیت بدنی یا ورزشی فرزندان



▶ تشویق فرزندان به فعالیتهای بدنی

▶ افزایش فعالیتهای بدنی در مدارس

▶ افزایش پیاده‌روی بجای وسایل نقلیه موتوری

▶ یادداشت کردن فعالیتهای بدنی روزانه و مقدار زمان

هریک در جدولی توسط کودکان و والدین

▶ برای جلوگیری از خستگی و دل‌زدگی کودکان جهت افزایش فعالیت بدنی روزانه،

مدت افزایش فعالیت را باید به چند دوره ۵ تا ۱۰ دقیقه‌ای تقسیم کرد. جدول زیر

می‌تواند راهنمای مناسبی جهت افزایش فعالیت روزانه است.



ماه	فعالیت متوسط روزانه	فعالیت شدید روزانه
اول	۲۰ دقیقه	۱۰ دقیقه
دوم	۳۰ دقیقه	۱۵ دقیقه
سوم	۴۰ دقیقه	۲۰ دقیقه
چهارم	۵۰ دقیقه	۲۵ دقیقه
پنجم	۶۰ دقیقه	۳۰ دقیقه

• **❖ خوردن صبحانه**

- نخوردن صبحانه باعث افزایش احتمال اضافه وزن و کاهش کیفیت رژیم غذایی در طول روز می شود.

• **❖ رژیم چراغ راهنمایی (Traffic Light Diet):**

- غذاها به سه رنگ تقسیم می شوند:

- - سبز (غذاهای سالم: بخور با خیال راحت)
- - زرد (غذاهای متوسط: با احتیاط)
- - قرمز (غذاهای ناسالم: کم مصرف کن)
- در برنامه های چند جزئی (همزمان با ورزش، آموزش خانواده و...) خیلی موفق بوده
- اطلاعات کامل تر در سایت آکادمی تغذیه و رژیم درمانی آمریکا: andeal.org

خواب کافی

- **خواب کم** باعث افزایش گرسنگی و کاهش فعالیت بدنی میشه
- تغییرات هورمونی:
 - افزایش گرلین (هورمون گرسنگی)
 - کاهش لپتین (هورمون سیری)
- در نهایت = خطر چاقی بیشتر

❖ **پیام ساده و به یادماندنی ۵-۲-۱-:**

۵ وعده میوه و سبزی در روز

۲ ساعت یا کمتر استفاده از صفحه نمایش

۱ ساعت یا بیشتر فعالیت بدنی

♦ نوشیدنی شیرین

سادست، اما رسیدن کامل به این چهار رفتار

هنوز در کودکان کم اتفاق می افتد

❖ **بازی های ویدیویی فعال (Exergames):**

بازی هایی که با حرکت بدن انجام می شن (مثل

Kinect یا Wii)

می تونن باعث کاهش وزن یا جلوگیری از

افزایش وزن بشن

- توصیه برای خواب کافی در کودکان و نوجوانان
-  بر اساس توصیه آکادمی خواب آمریکا (AASM):
- **کودکان ۶ تا ۱۲ ساله:**

باید ۹ تا ۱۲ ساعت خواب شبانه داشته باشند تا از نظر سلامت جسمی و روانی در وضعیت خوبی باشند.

- **نوجوانان ۱۳ تا ۱۸ ساله:**

به ۸ تا ۱۰ ساعت خواب شبانه نیاز دارند تا بدن و مغزشون خوب بازسازی بشه و عملکرد تحصیلی و احساسی خوبی داشته باشند.

– بچه‌هایی که حدود ۱۰ ساعت خواب در شب → ۷۶٪ بیشتر در خطر چاقی در مقایسه با بچه‌هایی که حدود ۱۲ ساعت می‌خوابن

The adolescent with special healthcare needs and obesity

- تعریف کلی:

کودکان و نوجوانانی که علاوه بر چاقی، به دلایل **مختلف دچار مشکلات دیگری نیز هستند**، در این گروه قرار می‌گیرند. این مشکلات می‌توانند شامل مواردی همچون ناتوانی ذهنی، اختلالات حرکتی و مشکلات متابولیکی باشند.

- چه مشکلاتی شامل این گروه می‌شود؟

- اوتیسم

- سندروم داون

- سندروم پرادر-ویلی

- سندروم BBS و برخی دیگر از اختلالات ژنتیکی نادر

یکی از ویژگی‌های خاص این کودکان این است که تنظیم وزن بدن آنها به طور طبیعی تغییر می‌کند. این تغییر باعث می‌شود بدنشان تمایل بیشتری به چاقی داشته باشد، و در نتیجه، شاخص توده بدنی آنها معمولاً بالا باقی می‌ماند.

- **نکات تغذیه‌ای ویژه این نوجوانان:**

- در برنامه‌های درمانی این گروه از نوجوانان، متخصص تغذیه نقش حیاتی دارد و معمولاً در کنار تیم درمانی حضور دارد تا نیازهای کالری روزانه آن‌ها را به دقت محاسبه کند. این مقدار معمولاً **کمتر از حد معمول** است چرا که این نوجوانان ممکن است:
 - تحرک کمتری داشته باشند.

- **نقش روان‌شناس یا کاردرمانگر در تغذیه:**

- این متخصصین بررسی می‌کنند که آیا نوجوان از برخی غذاها پرهیز می‌کند (غذاگریز یا picky eater) یا خیر. در صورتی که رژیم غذایی نوجوان به شدت محدود شده باشد، روان‌شناس یا کاردرمانگر کمک می‌کنند تا:
 - غذاهایی که قبلاً دوست داشته را دوباره به رژیم غذایی خود وارد کند.
 - به تدریج تنوع غذایی او افزایش یابد.
- **استراتژی‌های ساده و مؤثر برای کاهش وزن:**
- **چرخش غذاها:** به این معنا که نباید یک غذا را تا ۴۸ ساعت متوالی مصرف کرد.
- **کوچک کردن اندازه وعده‌ها:** این تغییرات ساده می‌تواند حتی بدون اضافه کردن غذاهای جدید به رژیم غذایی، به بهبود وضعیت وزن کمک کند.

adolescent with SHCN are listed in [Table 1](#).

Table 1. Strategies for successful implementation of plan of obesity care for the adolescent with obesity and special healthcare needs (SHCN).

Strategy 1	Decreasing highly processed foods and added sugar in the diet leads to decreased hunger and cravings, decreasing set point over time.
Strategy 2	Improved sleep schedule and sleep quality improves sleep hormones, leading to decreased storage of adiposity and increases in metabolism.
Strategy 3	Increase in water consumption decreases hunger and improves hunger versus thirst discrimination.
Strategy 4	Increased activity builds muscle mass, decreases boredom, and increases distraction.
Strategy 5	Physical activity alone has limited effectiveness compared to nutritional interventions but does support other weight loss interventions.
Strategy 6	Promoting healthy weight and managing health behaviors can contribute to improved health outcomes and quality of life.
Strategy 7	Increased protein and fiber intake from non-starchy vegetables can lead to decreased hunger and improved exercise performance and endurance.

NHLBI Criteria for Lipid Testing Results

Lipid Category	Low (mg/dL)	Acceptable (mg/dL)	Borderline High (mg/dL)	High (mg/dL)
Total cholesterol	—	<170	170–199	≥200
LDL cholesterol	—	<110	110–129	≥130
HDL cholesterol	<40	>45		—
Triglycerides				
0–9 y	—	<75	75–99	≥100
10–19 y	—	<90	90–129	≥130
Non-HDL cholesterol	—	<120	120–144	≥145

criteria for Diagnosing Prediabetes and T2DM⁹⁰

	Prediabetes or Impaired Glucose Tolerance	Diabetes Mellitus ^a
Fasting plasma glucose (FBG) ^b	100–125 mg/dL	≥126 mg/dL
2-h plasma glucose (OGTT) ^c	140–199 mg/dL	≥200 mg/dL
Random plasma glucose (RBG) ^d	Not applicable	≥200 mg/dL
HbA1c ^e	5.7% to 6.4%	≥6.5%

Risk Factors for Diagnosis and Progression of NAFLD^{88,397,433}

NAFLD	Risk Factors ^a
Diagnosis	Male sex, ≥ 10 y, obesity, sibling with NAFLD, prediabetes or diabetes mellitus, obstructive sleep apnea, dyslipidemia
Progression	Adolescent ≥ 14 y; higher or increasing alanine transaminase; elevated baseline aspartate transaminase, γ glutamyl transferase (GGT), and LDL cholesterol; prediabetes or diabetes mellitus; obstructive sleep apnea; increasing wt or waist circumference

BP Categories by Age and Number of Visits Needed for Diagnosis

BP Category	Children 1–13 Years of Age	Children ≥ 13 Years of Age	Number of Visits to Diagnosis
Normal	BP < 90th percentile	BP <120/80 mm Hg	NA
Elevated	BP $\geq$ 90th percentile to <95th percentile	120/<80 to 129/<80 mm Hg	3
Stage 1	BP $\geq$ 95th percentile to <95th percentile + 12 mmHg	130/80 to 139/89 mm Hg	3
Stage 2	BP $\geq$ 95th percentile + 12 mm Hg	$\geq 140/90$ mm Hg	2

داروهای چاقی‌زا	نوع دارو
• آنتی‌هیستامین‌ها، • استروئیدها (سیستمی)	مدیریت آلرژی‌ها و آسم
• آمی‌تریپتیلین، • نور‌تریپتیلین، پاروکستین، • سرتالین	داروهای ضد افسردگی
• کاربامازپین، • گاباپنتین، • پرگابالین، والپروات، • ویگاباترین	داروهای ضد صرع
• آریپیپرازول، • کلوزاپین، • هالوپریدول، میرتازاپین، • اولانزاپین، • پره‌فنازین، کوتیاپین، • ریسپریدون	داروهای ضد روان‌پریشی
غیر قابل اعمال	داروهای ضد اضطراب
• آمی‌تریپتیلین، • آتنولول، • دیوالپروئکس سدیم، • فلوناریزین، • گاباپنتین، ایمیپرامین، • نور‌تریپتیلین	مدیریت میگرن
• کاربامازپین، • گاباپنتین، • لیتیوم، والپروات	ثبات‌دهنده‌های خلق و ضد مانیا
غیر قابل اعمال	داروهای محرک روان

توضیحات تکمیلی	شرایط استفاده	سن مجاز	نام دارو
مانع جذب چربی در روده؛ ممکن است با مشکلات گوارشی همراه باشد	با نظارت تخصصی	≤ 12 سال	Orlistat
محرک؛ کاهش دهنده اشتها؛ خطر عوارض قلبی-عصبی دارد	کوتاه مدت؛ در موارد خاص و با نظارت دقیق	≤ 16 سال	Phentermine
تزریقی؛ تنظیم اشتها و گرسنگی از طریق هورمون ها	با نسخه؛ در موارد چاقی متوسط تا شدید	≤ 12 سال	Liraglutide (GLP-1 agonist)
مطالعات نویدبخش ولی هنوز در حال بررسی برای کودکان	با تأیید تخصصی و فقط در چاقی شدید	≤ 12 سال (در برخی کشورها)	Semaglutide (GLP-1 agonist)
داروی هدفمند برای نقص های نادر در مسیر تنظیم اشتها	برای شرایط نادر مثل POMC deficiency ، Bardet-Biedl syndrome	فقط در سندروم های ژنتیکی خاص چاقی	Setmelanotide

خطرات و عوارض	دلایل عدم توصیه	نام دارو/مکمل	نوع دارو
خطراتی مانند مشکلات گوارشی، عدم کنترل دوز، عدم شفافیت در ترکیبات	شواهد ناکافی از اثربخشی، عدم کنترل بر ترکیبات	چای‌های لاغری، عصاره‌های گیاهی (مثلاً Garcinia CLA, Cambogia)	مکمل‌ها و داروهای بدون نسخه
تحریک بیش از حد قلب، مشکلات قلبی، اضطراب و بی‌قراری	خطرات قلبی و عروقی، افزایش فشار خون	افدرین سینفرین، کافئین بالا	داروهای چربی‌سوز ترموژنیک
خطر تداخل با فرآیند رشد طبیعی، عوارض گوارشی	مناسب فقط برای دیابت نوع ۲، نه برای کاهش وزن	متفورمین برای کاهش وزن	داروهای خارج از کاربرد اصلی
اختلالات حافظه، اختلالات رفتاری، عدم مناسب بودن برای کودکان	عوارض شناختی و عصبی، تأثیر منفی بر عملکرد مغزی	Topiramate برای کاهش وزن	داروهای ضد تشنج
خطرات روانی، تغییرات در رفتار و خلق و خو، اضطراب	مناسب فقط برای بزرگسالان، عدم تأیید برای کودکان	Bupropion/Naltrexone (Contrave)	ترکیب دارویی ضد افسردگی/لاغری
اعتیاد، اضطراب، تحریک‌پذیری، مشکلات قلبی	خطر وابستگی و اعتیاد، مشکلات رفتاری و روانی	Amphetamine-like stimulants (فنترمین با شرایط خاص)	داروهای کنترل اشتها

توجه به ریشه های روانشناختی چاقی، سبک های خوردن در اتاق مشاوره

- نظریه روان تنی و سبک خوردن هیجانی: گرسنگی واقعی را تشخیص نمی دهند و بیشتر در پاسخ به حالت های هیجانی شروع به خوردن می کنند.
- نظریه برونی بودن: افراد چاق بیشتر تحت تاثیر محرک های محیطی دست به خوردن می زنند و نه با توجه به گرسنگی واقعی شان
- نظریه بازداری منع: این افراد به آن علت که از خوردن بعضی خوراکی ها منع شده اند نسبت به خوردن آن غذاها تمایل بیشتری پیدا می کنند

پرهیز از انگ مرتبط با اضافه وزن و چاقی (Weight/obesity stigma) در هنگام مشاوره

تاکید راهنماها و بیانیه‌های بین‌المللی مدیریت وزن در زمینه جلوگیری از انگ چاقی

- ۱. بیانیه مشترک بین‌المللی برای پایان دادن به انگ چاقی (۲۰۲۰)
- راهنمای WHO در زمینه مدیریت اضافه وزن در نوجوانان در PHC
- ۲. راهنمای مدیریت اضافه وزن و چاقی (2025) NICE
- ۳. راهنمای CDC برای مشاوره با کودکان و نوجوانان چاق
- ۴. بیانیه اجماع انجمن غدد درون‌ریز آمریکا 2023 AACE
- ۵. راهنمای فدراسیون جهانی چاقی (World Obesity Federation)
- ۶. انجمن کودکان آمریکا (۲۰۲۳)

تعریف انگ چاقی

- نگرش ها و باورهای منفی و کلیشه های رایج در زمینه فرد چاق
- سرزنش، تحقیر، تمسخر و قضاوت های منفی در مورد فرد چاق
- متهم و مقصر شناختن فرد چاق
- احساس شرم و گناه به فرد چاق
- پیش داوری در مورد فرد چاق:
- نافرمان (عدم پایبندی به توصیه ها)
- غیرصادق
- تنبل
- فاقد کنترل بر خود
- ضعیف اراده
- کم هوش
- ناموفق

شیوع جهانی بالای انگ چاقی

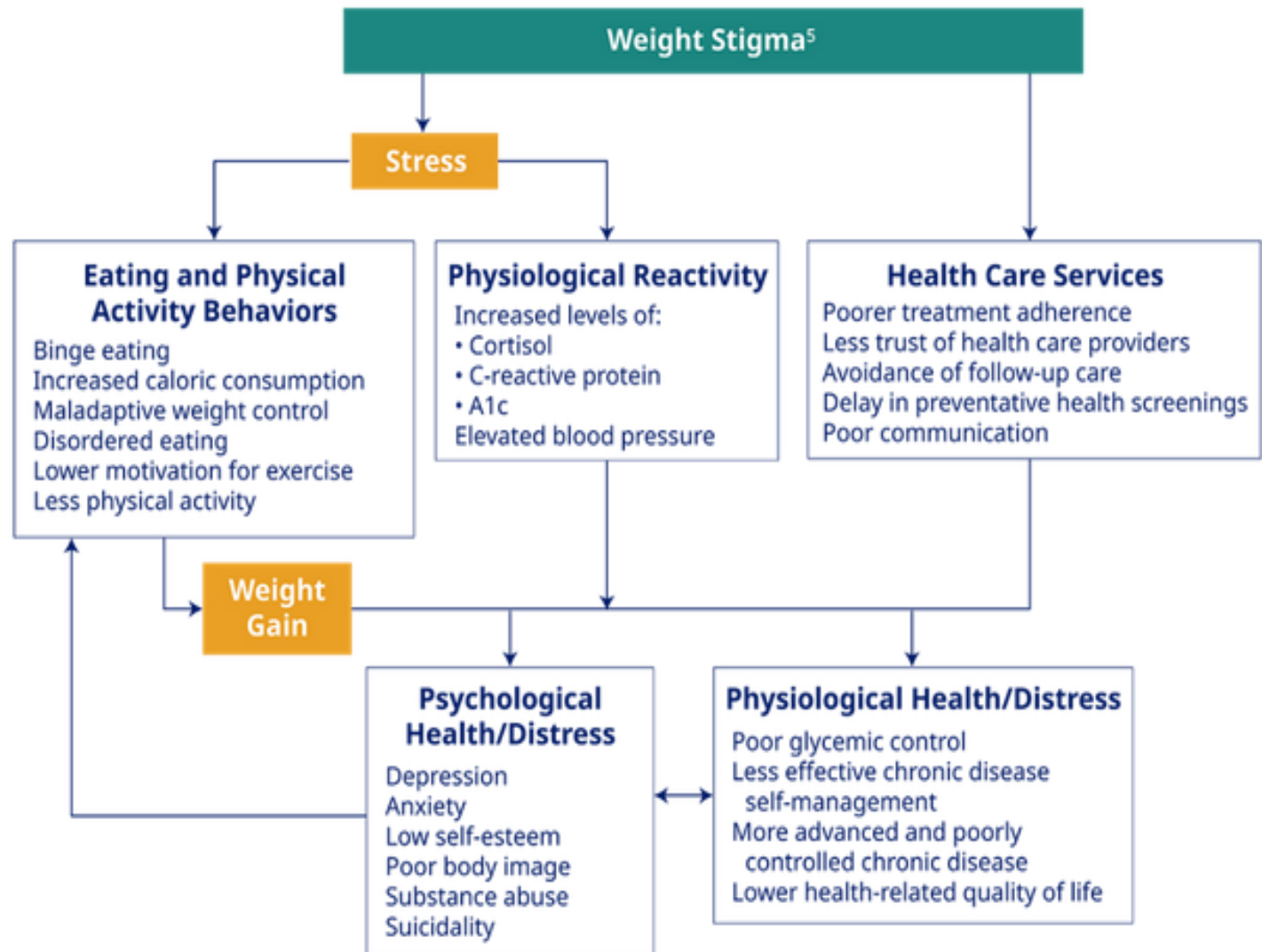
- مطالعه بر روی ۲۴۰۰ زن امریکایی: تجربه انگ چاقی از منابع مختلف: ۷۲٪ خانواده، ۶۴٪ از همکلاسی ها، ۶۰٪ از دوستان، ۵۴٪ از همکاران، ۳۲ درصد از معلمان
- مطالعه ای در انگلستان: ۲۶٪ افراد چاق: برخوردار محترمانه از تیم درمان و ۴۲ درصد تجربه انگ چاقی
- در ایران ؟

پیامدهای انگ چاقی



- افزایش استرس اجتماعی
- افسردگی
- عزت نفس و خودکارمدی پایین
- ترس از تجمع چربی
- تقویت اختلالات خوردن و خوردن هیجانی
- کاهش مراجعات به مراکز درمانی برای کنترل مطلوب وزن
- عدم پایبندی به رژیم غذایی
- تشدید عوارض و مرگ و میر مرتبط با چاقی مستقل از چربی بدن اضافه

Multiple adverse health consequences can result from experiences of weight stigma.⁵



Words matter in obesity⁹



- ✓ Use person-first language
- ✓ Use terms preferred by patients such as “weight,” “excess weight,” and “BMI” when discussing obesity¹⁰
- ✓ Avoid use of stigmatizing terms like “fat”¹⁰

The AMA recognizes the resolutions of the Obesity Medicine Association to destigmatize obesity and educate on a nonbiased dialogue⁹

- ✓ Everybody deserves respect
- ✓ Increase awareness of weight bias
- ✓ Equip clinics with appropriate furniture, gowns, and equipment for all patients

Visit RethinkObesity.com for resources to help you and your patients

References: 1. Kaplan LM, Golden A, Jinnett K. Perceptions of barriers to effective obesity care: results from the national ACTION Study. *Obesity*. 2018;26(1):61-69. 2. Obesity Action Coalition. Understanding Obesity Stigma. Pamphlet. 2017. Accessed June 2, 2023. <https://www.obesityaction.org/wp-content/uploads/Understanding-Obesity-Stigma.pdf>. 3. Amy NK, Aalborg A, Lyons P, Keranen L. Barriers to routine gynecological cancer screening for White and African-American obese women. *Int J Obes (Lond)*. 2006;30(1):147-155. 4. Ratanaphrucks J. Weight bias, the psychological impact of obesity, and helpful resources. Obesity Medicine Association. October 14, 2020. Accessed April 27, 2023. <https://obesitymedicine.org/weight-bias-and-psychological-impact-of-obesity/>. 5. Puhl RM, Heuer CA. Obesity stigma: important considerations for public health. *Am J Public Health*. 2010;100(6):1019-1028. 6. Fruh SM, Nadglowski J, Hall HR, Davis S, Crook ED, Zlomke K. Obesity stigma and bias. *J Nurse Pract*. 2016;12(7):425-432. 7. Centers for Medicare & Medicaid Services. Intensive behavioral therapy for obesity. November 2011. Accessed April 27, 2023. <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/view/ncd.aspx?NCDId=353>. 8. Vallis M, Piccinini-Vallis H, Sharma AM, Freedhoff Y. Modified 5 As: minimal intervention for obesity counseling in primary care. *Can Fam Physician*. 2013;59(1):27-31. 9. American Medical Association House of Delegates approves resolution to help destigmatize obesity. News release. Obesity Medical Association. June 13, 2017. Accessed April 27, 2023. <https://obesitymedicine.org/ama-destigmatize-obesity-resolution/>. 10. Wadden TA, Didie E. What's in a name? Patients' preferred terms for describing obesity. *Obes Res*. 2003;11(9):1140-1146.

نمونه‌هایی از پیام‌های ناحواسته آسیب‌زننده به نوجوان چاق

در اتاق مشاوره

پیام: در مشاوره‌های تغذیه‌ای با نوجوانان چاق، ضروری است که از زبان و رویکردهایی استفاده شود که حمایت‌کننده، بدون قضاوت و انگیزه‌بخش باشند.

نوع انگ یا تبعیض	مثال‌ها
قضاوت و کلیشه‌سازی درباره شخصیت نوجوان	– «تو فقط باید بخوای لاغر شی، ولی انکار نمی‌خوای.» – «اگه یه ذره اراده داشتی، الان این‌طور نبودی.»
تحقیر و تمسخر ظاهر یا رفتار نوجوان	– «لباسات دیگه اندازه‌ات نمی‌شن، فکر نمی‌کنی زشته؟» – «یه نگاهی به خودت بنداز. این اضافه‌وزن خیلی زننده‌ست.»
سرزنش و مقصر دانستن نوجوان برای وضعیتش	– «خودت خواستی این شکلی بشی.» – «این همه راه بلدیم، تو فقط انجام نمی‌دی.»
شرم‌افکنی و القای احساس گناه	– «با این خوردن‌ها ت داری خودتو می‌کشی.» – «مامانت ناراحته از وضع تو، خوبه ناراحتش می‌کنی؟»
پیش‌داوری درباره آینده و توانمندی‌های نوجوان	– «آدمای چاق معمولاً موفق نمی‌شن.» – «اگه بخوای تو زندگی به جایی برسی، اول باید لاغر شی.»

جملات آسیب زننده در اتاق مشاوره

«اگه یه کم اراده داشتی، تا الان لاغر شده بودی.»
«این همه غذا می خوری، معلومه که چاق می شی!»
«ببین لباست چه قدر تنگ شده! خجالت نمی کشی؟»
«تو هیچ وقت نمی تونی لاغر شی با این کارا.»
«اگه بخوای تو زندگی موفق شی، باید اول لاغر شی!»
«خودت باعث این چاقی شدی.»
«با این وضعیت سلامتت رو به خطر انداختی. به خانوادت فکر کن!»
«حتی نمی تونی از خوردن چیپس بگذری؟!»

"I wish my doctor would see me as a person first who has feelings."

نمونه‌هایی از پیام‌های ناخواسته آسیب‌زننده در مشاوره با نوجوانان چاق

چرا انگ‌زننده است؟	شکل انگ‌زننده
حالت دستوری دارد و احساس اجبار و گناه ایجاد می‌کند.	"تو باید رژیم بگیری."
تهدیدآمیز است و حس بی‌ارزشی منتقل می‌کند.	"اگه همین‌طور ادامه بدی، مریض می‌شی."
فرد را به تنبلی یا ضعف شخصیتی متهم می‌کند.	"تو تنبلی که وزن کم نمی‌کنی."
زیبایی را به وزن ربط می‌دهد، که خودش یک کلیشه مخرب است.	"اگه لاغر شی، قشنگ‌تر می‌شی."
حالت تمسخر دارد و عزت‌نفس را پایین می‌آورد.	"این شکم واسه چی درست کردی؟"

جایگزین توصیه شده و محترمانه	شکل انگ زننده
"وزنت بالاتر از محدوده‌ی سلامته"	"تو چاقی"
"وزنت الان در محدوده‌ایه که می‌تونه روی سلامتی‌ات تأثیر بذاره"	"اضافه وزن داری"
"اگه بتونی کمی وزنت رو کم کنی، ممکنه فشار خونت و قندت بهتر کنترل بشه"	"باید وزن کم کنی"
"دوست داری با هم برنامه‌ای بچینیم که کمک کنه راحت‌تر غذاهای سالم بخوری؟"	"رژیم بگیر"

جملات آسیب زننده در اتاق مشاوره و جایگزین مناسب تر آن

نسخه جایگزین با رویکرد انگیزشی و بدون قضاوت	جمله آسیب زننده یا کلیشه‌ای
«کنترل وزن می‌تونه خیلی سخت باشه. به نظرت چه چیزی باعث می‌شه تغییر برات دشوار بشه؟»	«اگه یه کم اراده داشتی، تا الان لاغر شده بودی.»
«گاهی انتخاب‌های غذایی، بیشتر از احساس یا شرایط اطرافمون تأثیر می‌گیرن. مایلی راجع بهش صحبت کنیم؟»	«این همه غذا می‌خوری، معلومه که چاق می‌شی!»
«لباس‌هایی که راحت و مناسب باشن می‌تونن حس بهتری بهت بدن. برات مهمه که در لباس‌ها حس خوبی داشته باشی؟»	«ببین لباس‌ها چقدر تنگ شده! خجالت نمی‌کشی؟»
«قبلاً برای تغییر چه کارایی کردی؟ چه چیزی برات بهتر جواب داده؟»	«تو هیچ وقت نمی‌توننی لاغر شی با این کارا.»
«خوبه که روی سلامت تمرکز کنی، چون می‌تونه بهت انرژی بیشتری بده برای رسیدن به هدفت. تو چه هدف‌هایی داری؟»	«اگه بخوای تو زندگی موفق شی، باید اول لاغر شی!»
«می‌دونم که شرایط زیادی ممکنه روی وزن تأثیر بذارن. دوست داری با هم دلایلش رو بررسی کنیم؟»	«خودت باعث این چاقی شدی.»
«به نظر می‌رسه نگرانی‌هایی درباره سلامت وجود داره. چی برات مهم‌تره وقتی به آیندهت فکر می‌کنی؟»	«با این وضعیت سلامت رو به خطر انداختی. به خانوادت فکر کن!»
«اگه قرار باشه یه تغییر کوچیک در خوراکی‌های میان‌وعدهات بدی، چی برات قابل امتحان‌تره؟»	«حتی نمی‌توننی از خوردن چیپس بگذری؟!»

مقاله پژوهشی

توصیف نوجوانان از پدیده چاقی: پژوهش کیفی براساس نظریه زمینه‌ای

به نظرم به افرای می گن زیبا که بدنشون به قول ما پسرا روی فرم باشه. سینه شون کشیده باشه قد کوتاه نباشن و به قولی چهارشونه باشن. اما کدوم یک از این خصوصیات را افراد چاقی مثل من دارند.

بیشتر افراد به جای این که مثلا اسم کوچک من رو صدا بزنن به من میگن خرس مهربون یا پاندا. یا اینکه در ساعت های ورزش اگر بچه ها یک کیلومتر می دوند من بیشتر از ۵۰۰ متر نمی تونم بدوم. همین باعث تمسخر من میشه. خب ترجیح میدم ساعت های کلاس ورزش، ورزش نروم تا همکلاسی هایم مسخره ام نکنن

گفت و گو بدون برچسب در اتاق مشاوره

- سه عامل کلیدی برای تسهیل گفت‌وگویی بدون برچسب و انگ‌زدایی درباره وزن با بیماران و خانواده‌ها:
- اجازه بگیرید
پیش از صحبت درباره شاخص توده بدنی اجازه بگیرید
- از برچسب زدن خودداری کنید
از زبان مبتنی بر شخص استفاده کنید، مانند:
X نه «کودک چاق»
X نه «بیمار من چاق است»
- از واژگان خنثی و محترمانه استفاده کنید
X استفاده نشود:
- واژگان تحقیرآمیز درباره وزن، اندازه بدن یا رابطه فرد با غذا، مانند: «خیلی چاق»، «خوردن مثل خوک»
- کلیشه‌هایی درباره شخصیت یا رفتار افراد چاق، مانند: «تنبل»، «فاقد اراده»، «ناموفق»، «ناسازگار»

توصیه‌های کلیدی برای کاهش انگ چاقی در مشاوره‌های تغذیه

- استفاده از زبان مبتنی بر فرد: به جای اصطلاحاتی مانند "فرد چاق"، از عباراتی مانند "فردی با چاقی" استفاده شود تا هویت فرد به چاقی تقلیل پیدا نکند
- پرهیز از قضاوت و سرزنش: از بیان جملاتی که فرد را مقصر وضعیت خود می‌دانند، خودداری شود.
- ترویج رفتارهای سالم بدون تمرکز بر وزن: بر رفتارهای سالم مانند تغذیه مناسب و فعالیت بدنی تأکید شود، نه صرفاً کاهش وزن.

توصیه‌های کلیدی برای آموزش های گروهی در نوجوانان چاق و والدین آن ها

- پرهیز از زبان جنگ طلبانه
- گاهی در حمایت از خدمات یا سیاست‌های مرتبط با چاقی از زبان جنگ طلبانه استفاده می‌شود. این نوع زبان حالت تهاجمی دارد و می‌تواند منجر به دل‌سردی و کاهش مشارکت افراد در رفتارهای سلامت‌محور شود.
- استفاده شود: ✓
- «حمایت از افراد دارای اضافه‌وزن یا چاقی»
- «کمک به افراد برای دستیابی و حفظ وزن سالم‌تر»
- «حمایت از خانواده‌ها برای اتخاذ سبک زندگی سالم‌تر»
- «تشویق به رفتارهای ارتقاء سلامت»
- استفاده نشود (بار منفی)، ✗
- خشونت آمیز و تهدید آمیز و تحریک حس گناه، شرم و اضطراب:
- «بحران چاقی»
- «مبارزه با چاقی»
- «ریشه‌کنی چاقی»
- «مقابله با مشکل چاقی و اضافه‌وزن»
- «رنج بردن از چاقی»
- «همه‌گیری دیگر»

X ما باید جلوی بحران چاقی را بگیریم

✓ می‌خواهیم با هم یاد بگیریم چگونه انتخاب‌های سالم‌تری برای

بدن‌مان داشته باشیم

توصیه‌های کلیدی برای توسعه ابزارهای آموزشی

- **استفاده از تصاویر مناسب در ابزارهای آموزشی**
- تصاویر در رسانه‌ها، به‌ویژه در فضای مجازی، اغلب کلیشه‌ای و غیرانسانی هستند؛ مثلاً نمایش افراد چاق در حال پرخوری، ناراحت یا بدون نشان دادن چهره (فقط شکم). این تصاویر غالباً نمایانگر واقعیت زندگی افراد چاق نیستند و کلیشه‌ها را تقویت می‌کنند.
- **✗ استفاده نشود:**
- تصاویری که فقط بخش‌هایی از بدن (مثلاً شکم) را نشان می‌دهند یا افراد چاق را زشت، تنبل یا افسرده نشان می‌دهند.
- استفاده شود:
- ✓ تصاویری از افراد چاق که در فعالیت‌های روزمره، از جمله سبک زندگی سالم، حضور دارند.
- منابع تصویری پیشنهادی:
- بانک تصویر فدراسیون جهانی چاقی
- بانک تصویر چاقی کانادا
- بانک تصویر EASO

Search



DOWNLOADS

FILTER

Images per page:

10

Category

- ☐ Daily Life
- ☒ Family
- ☐ Medical Setting
- ☐ Physical Activity
- ☐ Working Day
- ☐ Youth Podcast

Setting

- ☐ External/Outside
- ☐ Internal/Inside

Country

Gender

Meta Data



VIEW

ADD TO DOWNLOADS



VIEW

ADD TO DOWNLOADS



VIEW

ADD TO DOWNLOADS



VIEW

ADD TO DOWNLOADS



VIEW

ADD TO DOWNLOADS



VIEW

ADD TO DOWNLOADS



نحوه مشاوره نوجوان چاق بهتر است چگونه باشد؟

چالش شما در رویایی با این مراجعین چیست؟

چه رویکردی به کار گرفته اید که جواب داده؟

توصیه به استفاده از رویکرد مصاحبه انگیزشی در مشاوره نوجوانان چاق

- اغلا مراجعین مشارکت با انگیزه کمی در جلسات مشاوره دارند و اتکا صرف افراد حرفه ای به توصیه و نصیحت
- روش مراجع محور با **هدف افزایش انگیزه درونی افراد** برای تغییر رفتار بهداشتی مثبت از طریق تقویت انگیزه درونی و کشف شناسایی و حل تردیدها در دوسوگرایی ها در حوزه پزشکی، بهداشت و روانپزشکی
- یک شیوه مصاحبه بیمار محور است
- پیاده سازی به روش فردی و گروهی
- نباید به دنبال ایجاد انگیزه در درون افراد بود
- تقویت کلامی مثبت برای ارتقای اعتماد به نفس افراد
- گام های کوچک و مرحله به مرحله

مصاحبه انگیزشی را با کلمه اختصاصی RULE توضیح داده اند
که شامل موارد زیر است:

- R: مقاومت در برابر بازتاب اصلاحی

- U: درک انگیزه فرد

- L: گوش دادن به فرد

- E: توانمندسازی فرد

- هرچه ما به عنوان متخصص در راستای متقاعد کردن فرد مبتلا به چاقی بحث در برابر مزایا تغییر و هشدار .. قدم برداریم مقاومت فرد افزایش پیدا می کند.

حرف	مفهوم	توضیح ساده
R	Resist the righting reflex	مقاومت در برابر وسوسه‌ی اصلاح کردن یا نصیحت مستقیم. مثلاً نگوئید «باید ورزش کنی»، بلکه کمک کنید خود فرد به این نتیجه برسد.
U	Understand the person's motivations	درک انگیزه‌های درونی فرد. مثلاً بپرسید: «چه چیزی برای <u>ت</u> مهمه که بخوای تغییری بدی؟»
L	Listen with empathy	گوش دادن همدلانه و بدون قضاوت. نه فقط شنیدن، بلکه واقعاً درک کردن احساسات طرف مقابل.
E	Empower the person	توانمندسازی فرد برای تصمیم‌گیری. به او کمک کنید احساس کند که می‌تواند تغییر را شروع کند.

مؤلفه	مشاوره دستوری	مصاحبه انگیزشی
لحن	توصیه محور، هشداردهنده	بازتابی، همدلانه، کنجکاوانه
واکنش به مقاومت	اصرار، تاکید بر خطرات	پذیرش، جلب مشارکت فرد
نقش نوجوان	گیرنده‌ی منفعل توصیه	مشارکت‌کننده‌ی فعال در تصمیم
تمرکز	رژیم و تغییر فوری	ارزش‌ها، نگرش‌ها، آمادگی روانی
خطر	خجالت، احساس گناه	حس مالکیت و خودباوری
هدف جلسه اول	ارائه رژیم، تغییر سریع رفتار	کشف انگیزه‌های فردی، جلب اعتماد و کاشت بذر تغییر

مشاوره عادی	مصاحبه انگیزشی	مشاوره عادی
اغلب آموزنده، دستوری، تاکید بر اطلاعات و توصیه‌ها	مشارکتی، غیردستوری، بر اساس ارزش‌ها و انگیزه درونی مراجع	رویکرد
انتقال دانش و ارائه توصیه‌های رفتاری	افزایش انگیزه درونی و تقویت احساس خودکارآمدی	هدف
متخصص، راهنما، گاه اقتدارگرا	راهنما، شنونده فعال، همدل	نقش مشاور
تاکید بر "چه کاری باید کرد"، ممکن است مقاومت ایجاد شود	تمرکز بر کشف "چرا"ی رفتار، کاهش مقاومت	تعامل با نوجوان
توصیه مستقیم، آموزش تغذیه، برنامه غذایی	پرسش‌های باز، تصدیق، بازتاب، خلاصه‌سازی)	ابزارهای کلیدی
اثربخشی محدودتر بدون همراهی با تکنیک‌های انگیزشی	اثربخشی مثبت در تغییر رفتارهای غذایی، افزایش فعالیت بدنی و کاهش BMI در نوجوانان	شواهد اثربخشی

تحقیقی

اثر مصاحبه انگیزشی بر کاهش وزن

دکتر فیروزه مصطفوی^۱، دکتر سید کمال الدین میر کریمی^{۲*}، رحمان بردی اوزونی دوجی^۳، دکتر محمدعلی وکیلی^۴، دکتر سمیرا عشقی نیا^۵

۱- اسنادپار، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان. ۲- دکتری آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان. ۳- دانشجوی دکتری مشاوره، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان. ۴- اسنادپار، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان. ۵- اسنادپار، مرکز تحقیقات بیوشیمی و اختلالات متابولیک و مرکز تحقیقات قلب و عروق، گروه تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی گلستان.

چکیده

زمینه و هدف: چاقی به عنوان یکی از مهم‌ترین مشکلات بهداشت عمومی مطرح بوده و تهدیدی قابل پیشگیری برای سلامت انسان‌ها در سراسر جهان است. مصاحبه انگیزشی، روشی مراجع محور و مستقیم به منظور افزایش انگیزه درونی افراد برای تغییر رفتار از طریق بررسی و حل ابهامات است که نتایج سودمند آن در زمینه سلامت به طور گسترده‌ای مورد تایید قرار گرفته است. این مطالعه به منظور مقایسه اثر مصاحبه انگیزشی و مصاحبه انگیزشی به همراه قصد بر کاهش وزن زنان بر اساس تئوری انگیزش محافظت انجام شد.

روش بررسی: در این کار آزمایی بالینی ۱۵۰ نفر از زنان چاق با دارای اضافه وزن به طور تصادفی در سه گروه ۵۰ نفری کنترل، مصاحبه انگیزشی و مصاحبه انگیزشی به همراه قصد قرار گرفتند. اطلاعات از طریق پرسشنامه محقق ساخته در دو نوبت (ابتدای مطالعه و

مثال روش سنتی

- مشاوره دستوری

- کارشناس تغذیه:

«...جان، تو خیلی اضافه وزن داری. این اصلاً برای سنت خوب نیست. باید فوراً رژیم بگیری و ورزش رو شروع کنی. این فهرست غذاهاست، همه‌ش رو رعایت کن. اگه نخوری، وضعت بدتر می‌شه.»

مراجعه کننده:

«باز هم رژیم؟ همه‌ش همینو می‌گین... من نمی‌تونم، همه مسخره‌م می‌کنن، بی‌فایده‌ست...»

کارشناس تغذیه:

نه علی‌جان، باید تلاش کنی. این رژیمی که برات توضیح می‌دهم رو حتماً رعایت کن. اگه رعایت نکنی، ممکنه دیابت بگیری.

«علی جان، خیلی خوشحالم که امروز اومدی. راستش امروز نمی‌خوام فوراً درباره رژیم یا ورزش حرف بزنیم... دلم می‌خواد اول یه کم بشنوم که این روزا چی حس می‌کنی نسبت به خودت و وضعیتت؟»

«نمی‌دونم... همه می‌گن چاقم، اذیت می‌کنن. بعضی وقتا دلم می‌خواد وزنم کمتر باشه، ولی می‌دونم از کجا شروع کنم.»

این که گفתי بعضی وقتا دلت می‌خواد تغییر کنی، نشون می‌ده که برات مهمه. می‌تونم بپرسم چی باعث می‌شه بخوای تغییر کنی؟ چی اذیت می‌کنه؟»

وقتی فوتبال بازی می‌کنن، نمی‌تونم بدوم. عقب می‌مونم. دلم می‌خواد با بچه‌ها باشم پس مهمه برات که بتونی با دوستان بازی کنی. اگه قرار باشه یه تغییر کوچیک بکنی که بهت کمک کنه، چی می‌تونه باشه؟ فقط یه قدم کوچیک، مثلاً یه تغییری توی تغذیه‌ت که خودت انتخاب کنی.

- شاید بتوانم بعد مدرسه به جای چیپس، میوه بخورم. ماما همیشه میوه می‌ذاره.
- این تصمیم خیلی خوبیه! بهش افتخار کن. موافقی هفته بعد دوباره با هم حرف بزنیم و ببینیم چطوری پیش رفتی؟»
- نمی‌دونم...
- به جای دستور، گزینه‌هایی برای انتخاب ارائه می‌دیم:
- اگه بخوای یه تغییر کوچولو امتحان کنی، بعضی‌ها دوست دارن به جای خوراکی‌های شور یا چرب مثل چیپس، مثلاً ماست یا میوه یا حتی یه سالاد کوچیک بخورن. تو فکر می‌کنی کدومش ممکنه برایت آسون‌تر باشه؟ یا شاید چیز دیگه‌ای به ذهنت می‌رسه؟»
 - بدون قضاوت و توصیه مستقیم
 - کشف انگیزه‌های درونی
 - استفاده از مقیاس آمادگی
 - تأکید بر نقاط قوت و احساسات فرد
 - طراحی قدم کوچک قابل انجام

تکنیک قیف سوالات در مشاوره تغذیه

- یکی از اصول کلیدی در مهارت‌های بالینی و مشاوره (به‌ویژه مشاوره تغذیه) استفاده از تکنیک «قیف سوالات» (Funnel questioning) است.
- مشاوره را با سوالات باز شروع کنیم (تا بیمار یا مراجع آزادانه صحبت کند)
- سپس با سوالات نیمه‌باز و در نهایت با سوالات بسته، اطلاعات را دقیق و کامل کنیم

انواع رژیم های درمانی: مرور مطالعات

› [Nutr Rev.](#) 2025 Apr 15:nuaf029. doi: 10.1093/nutrit/nuaf029. Online ahead of print.

Low-Carbohydrate Diets for the Management of Pediatric Obesity: A Systematic Review and Meta-analysis

Elora Fournier¹, Halim Moore¹, Zainab S Alghamdi^{1 2}, David Thivel¹

Affiliations + expand

PMID: 40233200 DOI: [10.1093/nutrit/nuaf029](#)

Abstract

Data extraction and analysis: Data before and after the LC intervention and control comparisons (if applicable) were extracted from 19 studies, 17 of which were pooled in random-effects meta-analyses.

Results: Children on LC diets (Mean = 30 [IQR: 30-60] g/d), for approximately 3 months (IQR: 3-4 months) significantly reduced their weight (mean change [MC] = -7.09 [95% CI: -9.60, -4.58] kg; $P < .001$), body mass index (BMI) (MC = -3.01 [-3.71, -2.30] kg/m²; $P < .001$), and BMI z-score (MC = -0.27 [-0.48, -0.06]; $P = .020$), on average, with concomitant improvements in different metabolic biomarkers, such as serum triglycerides (MC = -29.16 [-45.06, -13.26] mg/dL; $P = .002$) and insulin (MC = -7.13 [-9.27, -4.99] μ U/mL; $P < .001$). Evidence from 5 out of 7 controlled trials suggests that LC diets without caloric restriction may lead to similar or greater improvements in anthropometric and lipid-related outcomes relative to caloric-restricted or low-fat diets. However, meta-analyses demonstrated high between-study heterogeneity, indicative of a wide variety of methodologies, including intervention duration and degree of carbohydrate restriction.

Conclusion: Overall, this review found that short-term LC diets can be beneficial for weight loss and improving cardiometabolic parameters with or without calorie restriction. However, the limited number of controlled trials and the demonstrable diversity in methods prevent firm conclusions regarding their efficacy relative to traditional approaches, such as energy restriction.

Systematic review registration: PROSPERO registration no. CRD42023440835.

Keywords: adolescent; children; ketogenic diet; low-carb diet; obesity; weight loss.

میزان مورد نیاز مواد غذایی گروه سنی ۱۸-۱۲

متفرقه

..... واحد



شیر و فرآورده ها

۳ واحد



گوشت و تخم مرغ

۲ واحد

حبوبات و مغزها

۱ واحد

سبزی ها

۳-۵ واحد



میوه ها

۳-۴ واحد



نان و غلات

۹-۱۱ واحد

یک واحد نان و غلات: یک کف دست بدون انگشت (معادل ۳۰ گرم) انواع نان ها یا نان لواش چهار کف دست یا نصف لیوان برنج

یا ماکارونی پخته

یک واحد سبزی: یک لیوان سبزی برگری یا نصف لیوان سبزی پخته یا سبزی خام خرد شده یا یک عدد سیب زمینی یا گوجه

فرنگی یا پیاز یا خیار متوسط

یک واحد میوه: یک عدد میوه متوسط مانند سیب، پرتقال و ... یا نصف لیوان آب میوه تازه و طبیعی یا نصف لیوان میوه های

رزم مثل نوت یا یک چهارم لیوان میوه خشک

یک واحد شیر و فرآورده ها: یک لیوان شیر یا یک لیوان ماست کم چرب یا ۴۵-۶۰ گرم پنیر (۲ قوطی کبریت پنیر) یا دو لیوان دوغ

یک واحد گوشت: ۶۰ گرم گوشت تخم پخته شده (یا ۲ قطعه خورشتی) یا نصف ران متوسط یا نصف سینه متوسط مرغ یا دو عدد تخم مرغ

یک واحد حبوبات: نصف لیوان حبوبات پخته یا یک سوم لیوان انواع مغزها (گردو، فندق، بادام، پسته و نخمه)