

# چاقی؛ روایتِ تغییر جهانِ تغذیه و تحرک

در حالی که برخی آن را بیماری می‌دانند و برخی نه، فراگیری جهانی چاقی نشان می‌دهد این پدیده تأثیرات عمیق خود را بر نظام سلامت و حیات اجتماعی تحمیل کرده است



چاقی در دهه‌های اخیر از یک مسئله فردی به یکی از مهم‌ترین چالش‌های بهداشت عمومی در جهان تبدیل شده است؛ پدیده‌ای که ابعاد آن از مرزهای سبک زندگی فراتر رفته و اکنون در کانون یکی از جدی‌ترین مناقشات علمی قرار دارد. پرسش بنیادین این است که آیا چاقی صرفاً نتیجه عادات نادرست تغذیه‌ای و کم‌تحرکی است یا باید آن را یک بیماری واقعی با ریشه‌های زیستی و سازوکارهای پیچیده بدن انسان دانست. در سال‌های اخیر بسیاری از نهادهای معتبر پزشکی در جهان به سوی تعریف دوم گرایش یافته‌اند. انجمن پزشکی آمریکا در سال ۲۰۱۳ چاقی را «بیماری مزمن پیچیده و عودکننده» توصیف کرد و آن را اختلالی چندبعدی در حوزه‌های متابولیک و هورمونی دانست که طیفی از پیامدهای آسیب‌شناختی را در پی دارد و برای مدیریت آن به مجموعه‌ای از مداخلات درمانی و پیشگیرانه نیاز است. بر اساس این دیدگاه، چاقی واجد شاخص‌های اصلی یک بیماری است؛ وضعیتی که سلامت فرد را مختل می‌کند، نشانه‌ها و تظاهرات مشخص دارد و می‌تواند زمینه‌ساز ناتوانی و حتی مرگ زودرس شود. افزون بر این، چاقی یکی از مهم‌ترین عوامل خطر برای طیفی از بیماری‌های مزمن از جمله بیماری‌های قلبی-عروقی، دیابت نوع دو و برخی سرطان‌ها به‌شمار می‌آید و با کاهش امید به زندگی ارتباط مستقیم دارد. پژوهش‌های پزشکی نشان می‌دهند که این اختلال حاصل برهم‌کنش پیچیده سازوکارهای متابولیک، بیوشیمیایی و ژنتیکی است که در نهایت به تجمع غیرطبیعی چربی در بدن و بروز پیامدهای جسمی و روانی-اجتماعی منجر می‌شود.

## ریشه‌های غیر رفتاری چاقی

در رویکردهای نوین پزشکی، چاقی دیگر صرفاً پیامد پرخوری یا کم‌تحرکی تلقی نمی‌شود، بلکه محصول برهم‌کنش پیچیده‌ای از عوامل ژنتیکی، محیطی، رفتاری و هورمونی است؛ مجموعه‌ای درهم‌تنیده که به‌مراتب فراتر از اراده فرد یا

## بازآفرینی علم کنترل اشتها

داروهای نوین GLP-1 معادلات درمان چاقی، رفتار تغذیه‌ای و حتی اقتصاد جهانی غذا را دگرگون کرده‌اند

درمان چاقی سال‌ها به دلیل پاتوفیزیولوژی پیچیده این اختلال و اثربخشی محدود داروهای موجود با بن‌بست‌های جدی روبه‌رو بوده است؛ چنان‌که نگرانی درباره عوارض، سبب خروج چندین داروی ضد چاقی از بازار شد. اما ورود نسل تازه داروهای آگونیست گیرنده GLP-1، مانند سماگلوتاید و تیرازپاتاید، نقطه‌عطفی در این مسیر ایجاد کرد. این داروها که نخست برای دیابت نوع دو طراحی شده بودند، در کارآزمایی‌های بالینی کاهش وزن چشمگیری نشان دادند و به‌سرعت جایگاه خود را در درمان چاقی تثبیت کردند؛ تحولی که بنیان رویکرد دارودرمانی در این حوزه را دگرگون ساخت.

## تنظیم زیستی اشتها

GLP-1 یا «پپتید شبه گلوکاگون-۱» یکی از هورمون‌های طبیعی دستگاه گوارش است که پس از صرف غذا از روده ترشح شده و وارد جریان خون می‌شود. این هورمون نقشی مهم در تنظیم سوخت‌وساز بدن دارد؛ از یک‌سو ترشح انسولین را افزایش می‌دهد تا سطح قند خون در محدوده طبیعی باقی بماند، و از سوی دیگر پیام سیری را به مغز منتقل می‌کند و میل به خوردن را کاهش می‌دهد.

انتخاب‌های روزمره او عمل می‌کند. پژوهش‌ها نشان می‌دهند استعداد ژنتیکی هر فرد در کنار محیطی که در آن زندگی می‌کند—از ترکیب غذایی در دسترس گرفته تا سبک زندگی خانواده، همسالان و الگوهای تغذیه‌ای رایج—می‌تواند مسیر افزایش وزن را تعیین کند. افزون بر این، مصرف برخی داروهای رایج در درمان بیماری‌های مزمن، از اختلالات خلقی گرفته تا مشکلات هورمونی، خود به‌عنوان یکی از عوامل شناخته‌شده افزایش وزن معرفی شده‌اند. عوامل محیطی و اجتماعی نیز نقش پررنگی ایفا می‌کنند؛ از طراحی شهری و نبود فضاهای ایمن برای فعالیت بدنی گرفته تا قیمت بالای غذاهای سالم و دشواری دسترسی به آنها. چنین شرایطی نشان می‌دهد که بخش بزرگی از موارد چاقی، حاصل محدودیت‌های ساختاری و اجتماعی است، نه انتخاب‌های فردی. از این رو، پیشگیری مؤثر نیازمند مداخلاتی در سطح کلان است؛ از اصلاح محیط شهری برای افزایش حرکت روزانه تا بهبود دسترسی به مواد غذایی سالم و مقرون به‌صرفه، به گونه‌ای که انتخاب سالم‌ترین گزینه، آسان‌ترین و طبیعی‌ترین انتخاب برای افراد باشد.

## چالش‌های تعریف بیماری

در برابر رویکردی که چاقی را یک بیماری مزمن و چندوجهی می‌داند، گروهی از متخصصان و منتقدان بر مجموعه‌ای از چالش‌های مفهومی و بالینی تأکید می‌کنند. به‌باور آنان، نخستین ابهام از نبود اجماع درباره معیارهای تشخیصی آغاز می‌شود؛ چرا که ابزارهای سنجش موجود، از جمله شاخص توده بدنی، نه تنها برای همه گروه‌ها دقت یکسانی ندارد، بلکه در میان افراد مختلف نیز الزاماً به اختلالات مشابه در کارکرد بدن منتهی نمی‌شود. برای نمونه، ورزشکاران قدرتی ممکن است شاخص بالایی داشته باشند؛ بی‌آنکه چربی ناسالم در بدن انباشته کرده باشند. منتقدان همچنین یادآور می‌شوند افزایش خطر دیابت یا بیماری‌های قلبی به معنای ابتلای قطعی همه افراد چاق نیست

و این رابطه در هر دو سوی طیف استثناهای فراوان دارد. از نگاه آنان، بیماری نامیدن چاقی ممکن است پیامدهای ناخواسته‌ای ایجاد کند؛ از جمله کاهش حس مسئولیت‌پذیری فردی، اتکای بیش از حد به دارو یا مداخلات درمانی، و حتی تقویت تبعیض بر پایه وزن. به همین دلیل، این گروه خواهان نگاهی احتیاط‌آمیزتر و چندلایه‌تر به مقوله چاقی هستند.

## ریشه‌های زیستی و محیطی

چاقی در ساده‌ترین تعریف، حاصل برهم‌خوردن تعادل میان انرژی دریافتی از طریق رژیم غذایی و انرژی مصرفی در فعالیت‌های بدنی است. با این حال، پژوهش‌های نوین نشان می‌دهند که این پدیده بسیار پیچیده‌تر از یک معادله ساده کالری است. در اغلب موارد، چاقی نتیجه تعامل چندین عامل درهم‌تنیده از جمله ویژگی‌های ژنتیکی، شرایط محیطی و عوامل روانی-اجتماعی است که به‌طور هم‌زمان بر الگوهای تغذیه و سوخت‌وساز بدن اثر می‌گذارند. در برخی افراد نیز می‌توان منشأهای مشخص‌تری را شناسایی کرد؛ از جمله مصرف برخی داروها، اختلالات هورمونی، بیماری‌های تک‌ژنی یا سندرم‌های ژنتیکی و همچنین بی‌تحرکی طولانی‌مدت. افزون بر این، ساختارهای محیطی و اجتماعی نقش تعیین‌کننده‌ای در گسترش اضافه‌وزن دارند. محدودیت دسترسی به مواد غذایی سالم و مقرون به‌صرفه، کمبود فضاهای ایمن برای فعالیت بدنی و ضعف سیاست‌های نظارتی در حوزه سلامت، همگی به افزایش شیوع چاقی دامن می‌زنند. در کنار این عوامل، ناکارآمدی نظام‌های بهداشتی در شناسایی زودهنگام اضافه‌وزن در کودکان نیز سبب می‌شود تجمع چربی بدن در سال‌های نخست زندگی نادیده‌بماند و زمینه چاقی در سنین بالاتر فراهم شود.

## همه‌گیری جهانی چاقی

فارغ از آنکه چاقی را بیماری بنامیم یا پیامدی چندعاملی بدانیم، یک واقعیت روشن پیش‌روی نظام‌های سلامت جهان قرار دارد: گسترش بی‌سابقه چاقی در مقیاسی که می‌توان آن را یکی از مهم‌ترین چالش‌های عصر جدید دانست. سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۹۷ رسماً از «همه‌گیری جهانی چاقی» سخن گفت؛ تعبیری که بیانگر عبور این پدیده از چارچوب‌های فردی و ملی و تبدیل آن به بحرانی فراگیر بود. بر پایه برآوردهای این سازمان، امروز بیش از یک میلیارد نفر در جهان با چاقی زندگی می‌کنند و روندهای سه دهه گذشته نشان می‌دهد که از سال ۱۹۹۰ تا ۲۰۲۲ میزان چاقی در بزرگسالان بیش از دو برابر و در میان کودکان و نوجوانان ۵ تا ۱۹ سال چهار برابر شده است. افزون بر آن، نزدیک به نیمی از جمعیت بزرگسال جهان اکنون اضافه‌وزن دارند؛ وضعیتی که چشم‌انداز سلامت آینده را دشوارتر می‌سازد. این همه‌گیری به سنین پایین نیز رسیده است، چنان‌که ۳۵ میلیون کودک زیر پنج سال و بیش از ۳۹۰ میلیون کودک و نوجوان در گروه سنی ۵ تا ۱۹ سال با اضافه‌وزن یا چاقی زندگی می‌کنند. نکته نگران‌کننده‌تر آن که چاقی که زمانی پدیده‌ای ویژه کشورهای ثروتمند تلقی می‌شد، امروز در کشورهای کم‌درآمد و میان‌درآمد، به‌ویژه در میان اقشار کم‌برخوردار، با سرعتی روبه افزایش است.

## پیامدهای بهداشتی چاقی

پیامدهای بهداشتی اضافه‌وزن و چاقی امروز دیگر در شمار فرضیه‌های محل مناقشه نیست، بلکه در گستره‌ای وسیع از پژوهش‌های پزشکی به‌روشنی مستند شده است. این وضعیت هر سال جان حدود ۲۰۷ میلیون نفر را در جهان، عمدتاً بر اثر بیماری‌های غیرواگیر، می‌گیرد؛ از بیماری‌های قلبی عروقی و دیابت گرفته تا برخی سرطان‌ها، اختلالات عصبی، بیماری‌های مزمن تنفسی و مشکلات گوارشی. اهمیت مسئله اما تنها در بار بیماری‌ها بزرگسالان خلاصه نمی‌شود، زیرا اضافه‌وزن در کودکی و نوجوانی نیز با آغاز زودهنگام بیماری‌های مزمن و افزایش احتمال ابتلا به دیابت نوع دو و بیماری‌های قلبی همراه است. افزون بر این، چاقی در سنین پایین اغلب با انگ‌زنی، تبعیض و آزار همسالان پیوند می‌خورد و از این‌رهگذر، کیفیت زندگی و عملکرد تحصیلی را نیز تضعیف می‌کند. از همین منظر، چاقی را باید نه رخدادی گذرا، بلکه زنجیره‌ای از آسیب‌های جسمی، روانی و اجتماعی دانست که از کودکی آغاز می‌شود و تاب‌زرگسالی امتداد می‌یابد.

## توصیه‌های سازمان بهداشت جهانی

سازمان بهداشت جهانی، استفاده از داروهای خانواده GLP-1 را به‌عنوان بخشی از رویکردی جامع برای مدیریت چاقی تأیید می‌کند؛ رویکردی که تنها با کنار هم قرار گرفتن رژیم غذایی سالم، فعالیت بدنی منظم و حمایت حرفه‌ای متخصصان می‌تواند به نتایج پایدار منجر شود. این سازمان تأکید دارد که هیچ دارویی—حتی با کارآمدی بالا—به تنهایی قادر به حل مسئله چاقی نیست؛ چرا که چاقی نه یک مشکل صرفاً فردی، بلکه چالشی اجتماعی و چندلایه است که پیامدهای آن از سطح زیست‌فردی فراتر می‌رود.

بر همین اساس، WHO خواستار تغییریری اساسی در نگاه به چاقی و حرکت به‌سوی یک سیاست جامع پیشگیری و درمان است؛ سیاستی که بر سه ستون استوار است:

نخست، ایجاد محیط‌های سالم‌تر از طریق سیاست‌های جمعیت‌محور برای ارتقای سلامت و کاهش عوامل خطر. دوم، شناسایی و حمایت ساختار یافته از افراد در معرض خطر با غر با لگري و مداخلات زودهنگام و سوم، تضمین دسترسی مداوم و مادام‌العمر افراد به مراقبت‌های یکپارچه، فردمحور و پایدار.

# سلامت

## همه چیز درباره جراحی باریاتریک

جراحی‌های کاهش وزن یا آنچه در ادبیات پزشکی «جراحی باریاتریک» خوانده می‌شود، در سال‌های اخیر به یکی از پرمنافشه‌ترین و در عین حال پرکاربردترین گزینه‌های درمان چاقی بدل شده است. در این روش‌ها، بخشی از معده برداشته می‌شود یا مسیر عبور غذا تغییر می‌کند تا حجم دریافتی کاهش یابد و سازوکارهای هورمونی تنظیم اشتها دگرگون شود. در گذشته این جراحی‌ها عمدتاً برای افراد با شاخص توده بدنی ۴۰ و بالاتر یا بیماران دارای شاخص ۳۵ همراه با عوارض جدی توصیه می‌شد، اما اکنون انجمن‌های علمی چاقی و دیابت، دامنه توصیه را گسترش داده‌اند و افراد با شاخص ۳۵ یا حتی ۳۰ همراه با یک بیماری مرتبط را نیز در بر می‌گیرند. این تغییر رویکرد، نشانه‌ای از بازتعریف چاقی به‌مثابه یک بیماری مزمن و چندوجهی است، نه صرفاً مسئله‌ای زیبایی‌شناختی. تکنیک‌های جراحی کاهش وزن که نخستین بار در دهه ۱۹۵۰ معرفی شدند، طی دهه‌ها تکامل یافته‌اند و امروز با روش‌های کم‌تравمی و عمدتاً از طریق لاپاراسکوپی انجام می‌شوند؛ به این معنا که برش‌ها کوچک‌اند و بیمار معمولاً تنها یک شب بستری می‌شود. در ورش اصلی بیش از دیگر روش‌ها رواج یافته‌اند: «معه‌برداری آستیینی» که طی آن حدود ۶۰ تا ۷۰ درصد معده برداشته و مخزنی باریک شبیه به موز ایجاد می‌شود؛ و «بای‌پس معده» که با تغییر مسیر بخشی از روده، کیسه‌ای بسیار کوچک—در حدود ۳۰ میلی‌لیتر—پدید می‌آورد و احساس سیری را پس از مصرف مقدار اندکی غذا القا می‌کند. در برخی مراکز، فناوری‌های رباتیک نیز به کار گرفته می‌شود تا دقت جراحی افزایش یابد. با این حال، اثرگذاری این جراحی‌ها صرفاً به کوچک‌سازی معده محدود نمی‌شود. پژوهش‌ها نشان می‌دهد تغییر در ترشح هورمون‌های روده‌ای، به‌ویژه افزایش GLP-1 و GIP، نقشی تعیین‌کننده در کاهش اشتها و بهبود متابولیسم دارد. همین سازوکار هورمونی الهام‌بخش نسل جدید داروهای ضد چاقی شده است که می‌کوشند اثرات پس از جراحی را به‌طور دارویی بازآفرینی کنند. از نظر نتایج بالینی، بای‌پس معده معمولاً بیشترین کاهش وزن—در حدود ۳۳ درصد—و بیشترین موفقیت در کنترل دیابت نوع دو را به همراه دارد، در حالی‌که معده‌برداری آستیینی با سادگی بیشتر و کاهش وزنی در حدود ۲۵ درصد، نزدیک به ۷۰ درصد جراحی‌های انجام‌شده را تشکیل می‌دهد. با وجود این دستاوردها، جراحی باریاتریک راه‌حلی آتی و بی‌هزینه نیست. این روش‌ها برگشت‌ناپذیرند، نیازمند هفته‌ها دوره نقاهت و مستلزم تغییرات غذایی مادام‌العمرند. مهم‌تر آنکه چاقی بیماری‌ای مزمن و پیچیده است و برای برخی بیماران، ترکیبی از مداخله جراحی و درمان دارویی می‌تواند اثربخش‌تر باشد. در نهایت، تصمیم به جراحی باید نه از سر شتاب، بلکه بر پایه ارزیابی دقیق پزشکی و گفت‌وگوی آگاهانه میان پزشک و بیمار اتخاذ شود؛ چرا که هدف نهایی، نه صرفاً کاهش وزن، بلکه بازگرداندن کیفیت زندگی و سلامت پایدار است.

