

תוצאות מחקר לשם קבלת תואר מוסמך בהנחיית ד"ר מוריה גולן וד"ר דנית שחר  
בית הספר למדעי התזונה, הפקולטה למדעי החקלאות ברחובות, האוניברסיטה העברית בירושלים

הילדים בלבד. במחקר נמצא כי בדרגת עודף המשקל חלה ירידה של כ-15% בקבוצת המחקר בהשוואה ל-8.4% בקבוצת הביקורת (Mean  $\pm$  SD 14.89 $\pm$ 2.03 (n=29), 8.43 $\pm$ 1.89 (n=21) P<0.02) יעילותה של תוכנית ההתערבות נשמרה לאורך זמן (7).

מטרת המחקר הנוכחי הייתה להשוות יעילות טיפול משפחתי בהשמנת ילדים, בו ההורים הם סוכני השינוי העיקריים (קבוצת המחקר) עם יעילות טיפול משפחתי בהשמנת ילדים, בו ההורים והילדים הם סוכני השינוי (קבוצת הביקורת). במחקר השתתפו 37 ילדים בין הגילאים 6-11, בניס ובנות בעלי BMI גבוה מאחוזון 95 למין ולגיל (8). בקבוצת המחקר היו 17 ילדים בקבוצת הביקורת 20 ילדים. ההתערבות נמשכה חצי שנה, המשתתפים נכחו במפגשים קבוצתיים בהנחיית דיאטנית קלינית. במחקר נבדקו מדדים אנתרופומטריים, התנהגותיים ומשפחתיים. תוצאות עיקריות: נמצא כי בעודף המשקל חלה ירידה של כ-20% בקבוצת המחקר בהשוואה ל-4% בקבוצת הביקורת (Mean  $\pm$  SD 20.37)  $\pm$ 19.6 (n=13), 3.9 $\pm$ 17.58 (n=18) P<0.02

השמנת ילדים היא בעיה קלינית ופסיכולוגית המהווה עניין חשוב בבריאות הציבור. היארעות עודף משקל בילדים בארה"ב, הוכפלה במהלך שני העשורים האחרונים ועומדת כיום על כ-25% בגילאים 6-17 (1).

השמנת ילדים קשורה להתפתחות גורמי סיכון למחלות כרוניות כגון סוכרת, מחלות לב וכלי דם, סוגי סרטן מסוימים - מחלות, בעלות שיעורי תחלואה ותמותה גבוהים (2).

ילדים שמנים נמצאו במחקרים רבים בעלי קשיים חברתיים, בעיות התנהגותיות, ודמו עצמי ירוד בהשוואה לילדים בעלי משקל תקין (3). האטיולוגיה של השמנה זו היא רב גורמית, מיוחסת בחלקה לתורשה, אך עיקרה מיוחס לגורמים חברתיים, תרבותיים, התנהגותיים ופסיכולוגיים (1). קיים קונצנזוס כי טיפול מוקדם בהשמנת ילדים הכרחי למניעת התרחבות התופעה (4). גישה משפחתית לטיפול בהשמנה הפכה להיות גולת הכותרת של הטיפול בתופעה זו (5,6). מחקר אב בוצע בין השנים 1995-1997. בקבוצת המחקר סוכני השינוי העיקריים היו ההורים בלבד ואילו בקבוצת הביקורת סוכני השינוי היו

## References

1. Troiano RP, Flegal KM. Overweight children and adolescents: description, epidemiology, and demographics. Pediatrics 1998;101:497-504.
2. Must A, Jacques Pf, Dallal GE, Bejema CY, Dietz WH. Long-term morbidity and mortality of overweight adolescents. N Eng J Med 1992; 327:1350-5.
3. Pi Sunyer FX. Medical hazards of obesity. Ann Intern Med 1993; 119(7) Part II: 655-660.
4. Nadar PR. The role of the family in obesity prevention and treatment. Ann NY Acad Sc 1993; 699:147-153.
5. Epstein LH, McCurley J, Wing RR and Valoski A. Five-year follow-up of family-based behavioral treatments for childhood obesity. J Consult Clin Psychol 1990; 58; 661-664.
6. Epstein LH, Valoski AM, Wing RR Ten year follow-up of behavioral, family-based treatment for obese children. J Am Med Assoc 1990; 264: 2519-2523.
7. Golan M, Fainaru M, and Weizman A. Role of behavior modification in the treatment of childhood obesity with the parents as the exclusive agents of change. Int J Obes 1998; 22:1-8.
8. National Center for Health Statistics. CDC Growth Charts: United States. Advance Data No. 314, Vital and Health Statistics of the Centers for Disease Control and Prevention, May 30, 2000.