وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت بهداشت
دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس
اداره سلامت سالمندان

تغذیه سالم در دوران سالمندی

راهنمای بهبود شیوه زندگی در سالمندان



سالمندی سالم و فعال

بسم الله الرحمن الرحيم

عنوان و نام پدیدآور : تغذیه سالم در دوران سالمندی/ پدیدآورندگان: گروه مولفین؛ ویراستاری محسن شمس، دکتر سیده صالحه مرتضوی، صدیقه شریعتی‌نیا، مصطفی ملکی. مشخصات نشر : قم: اندیشه ماندگار، ۱۴۰۰. مشخصات ظاهری : ۲۱۲ ص.: مصور، جدول؛ ۲۲×۲۹ س‌م.
فروست : راهنمای بهبود شیوه زندگی در سالمندان. شابک : ۹۷۸-۶۲۲-۷۰۰۷-۸۰-۰
وضعیت فهرست نویسی : فیپا
یادداشت : کتابنامه: ص.۲۰۷ - ۲۱۲. موضوع : سالمندان - تغذیه Older people- Nutrition
رده بندی کنگره : ۶/RA۷۷۷ رده بندی دیویی : ۲۰۸۴۶/۶۱۳ شماره کتابشناسی ملی : ۸۷۰۷۰۰۲
اطلاعات رکورد کتابشناسی : فیپا

«سالمندی سالم و فعال»

تغذیه سالم در دوران سالمندی

راهنمای بهبود شیوه زندگی در سالمندان

نویسندگان (به ترتیب حروف الفبا):
دکتر لیلا آزادبخت، دکتر احمد اسماعیل زاده، دکتر محمد حسن انتظاری، دکتر شیما جزایری، دکتر محمد تقی جغتایی دکتر احسان حجازی، دکتر محمدجواد حسین‌زاده عطار، دکتر احمدرضا درستی مطلق، خدیجه رحمانی، دکتر شیما رئیسی، مرسا زرودی دکتر محسن شتی، زهرا صالحی، دکتر بهناز عبیری، محمدرضا عسکری، دکتر مجید کاراندیش، دکتر سیده صالحه مرتضوی دکتر محمدرضا وفا، دکتر رضوان هاشمی

تیم ویراستاری: دکتر محسن شمس، دکتر صدیقه شریعتی نیا، دکتر سیده صالحه مرتضوی، دکتر مصطفی ملکی

زیر نظر: دکتر سید حامد برکاتی، دکتر محمدرضا صائینی

همکاران (به ترتیب حروف الفبا): دکتر مونا اردستانی، دکتر پریسا ترابی، عاطفه خوش نواز، اعظم دخت رحیمی، دکتر مریم صلبی، طیبه صیفوری، دکتر منیژه مقدم، دکتر مهدیه یزدان پناه راوری

ناشر: اندیشه ماندگار
تیراژ: ۲۰۰۰ نسخه
نوبت چاپ: اول- ۱۴۰۱
شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۷۰۰۷-۸۰-۰

تدوین، چاپ و انتشار این مجموعه با حمایت و همکاری صندوق جمعیت سازمان ملل انجام شده است.
محتوای ارائه شده در این کتاب لزوما بازتاب نقطه نظرات حامی طرح (صندوق جمعیت سازمان ملل) نمی باشد.
کلیه حقوق مادی و معنوی این کتاب متعلق به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - اداره سلامت سالمندان است.
استفاده از مطالب کتاب با ذکر منبع بلامانع است.

انتشارات اندیشه ماندگار
قم . خیابان صفائیه (شهدا) . انتهای کوی بیگدلی . نبش کوی شهید گلدوست . پلاک ۲۸۴
تلفن: ۳۷۷۴۲۱۴۲-۳۷۷۳۶۱۶۵-۰۲۵ همراه: ۰۹۱۲۲۵۲۶۲۱۳

«سالمندی سالم و فعال»

تغذیه سالم در دوران سالمندی

راهنمای بهبود شیوه زندگی در سالمندان

اسامی نویسندگان (به ترتیب حروف الفبا):

دکتر لیلا آزادبخت- متخصص علوم تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر احمد اسماعیل زاده- متخصص علوم تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر محمد حسن انتظاری- متخصص علوم تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

دکتر شیما جزایری- متخصص علوم تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی ایران

دکتر محمد تقی جغتایی- فوق تخصص علوم اعصاب، دانشکده فناوری های نوین پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران

دکتر احسان حجازی- متخصص علوم تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

دکتر محمدجواد حسین زاده عطار- متخصص علوم تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر احمدرضا درستی مطلق- متخصص علوم تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی تهران

خدیجه رحمانی- عضو هیئت علمی دانشکده علوم تغذیه و صنایع غذایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

دکتر شیما رئیسی- متخصص طب سالمندی

مرسا زرودی- کارشناس ارشد علوم تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی ایران

دکتر محسن شتی- متخصص اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، اداره سلامت سالمندان، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

زهرا صالحی- کارشناس ارشد علوم تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر بهناز عبیری- متخصص تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور

محمدرضا عسکری- کارشناس ارشد علوم تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر مجید کاراندیش- متخصص علوم تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز

دکتر سیده صالحه مرتضوی- متخصص سالمند شناسی، دانشگاه علوم پزشکی ایران

دکتر محمدرضا وفا- متخصص علوم تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی ایران

دکتر رضوان هاشمی- متخصص علوم تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی تهران

تیم ویراستاری:

دکتر محسن شمس- متخصص آموزش بهداشت و ارتقا سلامت، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج

دکتر صدیقه شریعتی نیا - دانشجوی دکترای تخصصی آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

دکتر سیده صالحه مرتضوی- متخصص سالمند شناسی، دانشگاه علوم پزشکی ایران

دکتر مصطفی ملکی- دانشجوی دکترای تخصصی آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران

زیر نظر:

دکتر سید حامد برکاتی- متخصص کودکان و نوزادان، دفترسلامت جمعیت خانواده و مدارس، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

دکتر محمدرضا صائینی- پزشک عمومی، MPH مدیریت بیماری ها، دفتر سلامت جمعیت خانواده و مدارس، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

همکاران (به ترتیب حروف الفبا):

دکتر مونا اردستانی- دکتری آموزش و ارتقای سلامت- دفتر آموزش و ارتقای سلامت، وزارت بهداشت، درمان آموزش پزشکی

دکتر پریسا ترابی- پزشک عمومی، MPH &MBA ، دفتر بهبود تغذیه جامعه، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

عاطفه خوش نواز- کارشناس ارشد مامایی، MPH بهداشت باروری، اداره سلامت سالمندان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

اعظم دخت رحیمی- کارشناس مامایی، کارشناس ارشد جمعیت شناسی ، MPH بهداشت باروری، اداره سلامت سالمندان،وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دکتر مریم صلبی- پزشک عمومی، اداره سلامت سالمندان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

طیبه صیفوری- کارشناس ارشد آموزش بهداشت و MPH سلامت سالمندی، اداره سلامت سالمندان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دکتر منیژه مقدم- پزشک، MPH&PHD سالمند شناسی، اداره سلامت سالمندان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دکتر مهدیه یزدان پناه راوری- پزشک عمومی، MPH بهداشت باروری، اداره سلامت سالمندان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

فهرست

مقدمه ۶
پیشگفتار ۷
فصل اول: اصول و مفاهیم کلیدی مرتبط با تغذیه سالم در دوره سالمندی ۹
فصل دوم: باورها و نگرش های غلط درباره تغذیه در دوره سالمندی ۵۳
فصل سوم: تغذیه در بیماری های دوره سالمندی ۷۳
فصل چهارم: تغذیه در شرایط خاص دوران سالمندی ۱۴۵
فصل پنجم: آلرژی های غذایی، عدم تحمل غذایی و بیماری های منتقل شونده از راه غذا ۱۶۱
فصل ششم: تهیه و نگهداری غذای سالم ۱۶۹
فصل هفتم: تغذیه سالم سالمندان در دوران همه گیری کووید-۱ ..... ۱۹۵
فصل هشتم: رژیم های غذایی پیشنهادی برای سالمندان سالم ۲۰۳
منابع ۲۰۷

به نام خداوند جان و خرد

مقدمه

نقش تغذیه در افزایش طول عمر و کیفیت زندگی و پیشگیری از بیماری ها بر هیچ کس پوشیده نیست. تغذیه از دوران جنینی تا سالمندی بر وضعیت سلامت ما بسیار تأثیرگذار است. با افزایش سن تغییراتی در بدن ایجاد می شود که احتمال برخی کمبودهای تغذیه ای را افزایش می دهد. به عنوان مثال در بسیاری از سالمندان، ترشحات معده کاهش یافته و بر جذب بسیاری از ویتامین ها و املاح اثر می گذارد. هم چنین بسیاری از سالمندان، مبتلا به مشکلاتی همچون پرفشاری خون و چربی خون بالا هستند و یا از بیماری هایی نظیر دیابت و بیماری های قلب و عروق رنج می برند که تغذیه صحیح به کنترل آن ها کمک می کند. ابتلا به بیماری های مزمن، تغییر در احساس طعم و بو و واکنش متقابل غذا و داروهای مصرفی می توانند بر وضعیت تغذیه سالمند اثر بگذارند. وضعیت تغذیه ای در سالمندان از مهمترین عوامل تعیین‌کننده تعداد کل مراجعات به پزشک، اورژانس و بیمارستان می باشد. سالم غذا خوردن وضیعت تغذیه ای را بهبود می بخشد، خطر بیماری ها را کاهش می دهد، به مدیریت و کنترل بیماری های مزمن کمک می کند و سطح انرژی و توان افراد را برای زندگی روزمره بالا می برد. مطالعات نشان داده اند طول عمر، بیش از آنکه به زمینه های ژنتیکی بستگی داشته باشد به شیوه زندگی شامل عدم استعمال سیگار، ورزش و تغذیه مناسب مربوط است. هر چند که توصیه می شود اتخاذ شیوه زندگی سالم و تغذیه مناسب از ابتدای زندگی شروع شود، پیروی از شیوه زندگی و الگوی غذا خوردن سالم حتی در سنین بالا نیز فواید خود را دارد. مطالعات نشان داده است، افرادی که در دهه ششم و هفتم زندگی الگوی غذایی سالمی در پیش گرفته بودند شانس بیشتری داشتند که بیشتر از ۷۰ سال عمر کنند و از سلامتی بیشتر و احساس بهتری برخوردار باشند.

برخی افراد به دنبال غذاهای جادویی و معجزه آمیز هستند، ولی شواهد علمی نشان می دهد که چیزی به نام "غذاهای جادویی و معجزه آمیز" وجود ندارد. رژیم غذایی متعادل، متنوع، سالم و کافی در طول زندگی باعث بهبود سیستم ایمنی و ابتلای کم تر به بسیاری از بیماری ها می شود. مصرف مقادیر کافی سبزی، میوه، غلات کامل، مرغ، ماهی، گوشت، لبنیات کم چرب و هم چنین آب کافی و استفاده کم تر از غذاهای سرخ شده، شیرینی جات و نوشیدنی های پر انرژی خطر ابتلا به بیماری ها را کاهش می دهد و باعث افزایش طول عمر می شود. امروزه درجهان و نیز ایران، امید زندگی و طول عمر بیشتر شده است. سالمندان نسبت به گذشته سالم تر، فعال تر و در جست وجوی اطلاعات صحیح تغذیه ای هستند. سالمندان و نیز افرادی که از آنان مراقبت می کنند، مایلند بدانند چگونه سالم تر غذا بخورند، انگیزه و استقلال خود را حفظ کنند و کیفیت زندگی خود را ارتقا دهند.

کتاب حاضر به همت اداره سلامت سالمندان دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس وزارت بهداشت و با حمایت صندوق جمعیت سازمان ملل متحد، توسط جمعی از متخصصین برجسته و فعال در حوزه سالمندی بر اساس معتبرترین و به روز ترین منابع و شواهد علمی نوشته شده است و در پاسخ به سالمندان عزیزی است که در جست وجوی اطلاعات صحیح تغذیه ای برای پیش‌گیری از بیماری ها، عمر طولانی تر و با کیفیت بالاتر هستند. همچنین، سالمندان مبتلا به مشکلات و بیماری های مزمن همچون دیابت و بیماری های قلبی- عروقی که تغذیه در پیش‌گیری و کنترل آن ها نقش دارد، از مطالعه این کتاب سود خواهند برد.

البته باید توجه داشت که در هرحال لازم است علاوه بر عمل به توصیه های این کتاب، بطور ادواری به ارائه دهندگان خدمات سلامت مراجعه شود تا با انجام معاینات بالینی و آزمایشات لازم، اطلاع از وضعیت سلامتی حاصل گردد و در صورت نیاز اقدامات پیشگیرانه و کنترلی مناسب صورت گیرد.

دکتر کمال حیدری

معاون بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

پیش‌گفتار

خـوب غذاخوردن در هر سـنی مهم اسـت، ولی با افزایش سـن، اهمیت آن بیشـتر می‌شـود. گزارش‌های سـازمان بهداشـت جهانی نشان می‌دهند که بسیاری از بیماری‌های سالمندان، نتیجه نداشتن رژیم غذایی مناسب است. غـذا و تغذیه، نقش اساسـی در تأمین نیازهای عملکـردی و فیزیکی بدن دارد و تأثیر قابـل توجهی بر بهبود کیفیت زندگی در همه دوره‌های زندگی، به‌ویژه سـالمندی می‌گذارد. تغذیه سـالم می‌تواند در پیش‌گیری از بروز و پیشرفت بیماری‌های مرتبط با سالمندی و بسیاری از بیماری‌های مزمن غیرواگیر مرتبط با سن نقش داشته باشد. تغییرات عملکردی بدن ناشـی از افزایش سـن، مانند کاهش سـوخت و سـاز پایه‌ای بدن و تغییرات حس چشایی و بویایی، باعـث می‌شـوند دریافت مواد غذایـی کاهش یابد. البتـه عوامل دیگری ماننـد وضعیت تأهل، درآمـد، تحصیلات، وضعیت اقتصادی- اجتماعی، باورها و نگرش‌های مرتبط با غذا و سهولت دسترسی نیز در این کاهش دریافت مواد غذایی تأثیرگذار هستند. دریافت کم مواد مغذی و انرژی حاصل از آن‌ها، باعث می‌شود خطر بروز بیماری‌های ناشی از کمبود مواد غذایی افزایش یابد.

نیازهای تغذیه‌ای سالمندان بر اساس اندازه بدن، میزان فعالیت، جنس و ابتلا یا عدم ابتلا به بیماری‌های مختلف، متفاوت اسـت، در شـرایطی مانند ابتلا به برخی بیماری‌ها، عفونت‌ها، زخم‌ها و نیز دوره نقاهت، نیازهای تغذیه‌ای افزایش می‌یابند. بنابراین، توجه به تغذیه سالم در هر دوره از زندگی ضرورت دارد و در سالمندان مهم‌تر خواهد بود. یکی از رویکردهای مهم در اصلاح سـبک زندگی سـالمندان، آموزش اصول تغذیه مناسـب، نحوه انتخاب یک رژیم غذایی سالم و انجام رفتارهای تغذیه‌ای مناسب است. این محتوای آموزشی برای سالمندان، اعضای خانواده آن‌ها و کسانی است که به عنوان مراقبان غیررسمی از سالمندان مراقبت می‌کنند و در هشت فصل زیر تنظیم شده است:

- فصل اول: اصول و مفاهیم کلیدی مرتبط با تغذیه سالم در دوره سالمندی
- فصل دوم: باورها و نگرش‌های غلط درباره تغذیه در دوره سالمندی
- فصل سوم: تغذیه در بیماری‌های دوران سالمندی
- فصل چهارم: تغذیه در شرایط خاص دوران سالمندی
- فصل پنجم: آلرژی‌های غذایی، عدم تحمل غذایی و بیماری‌های منتقل‌شونده از راه غذا
- فصل ششم: تهیه و نگهداری غذای سالم
- فصل هفتم: تغذیه سالم سالمندان در دوران همه‌گیری کووید-۱۹
- فصل هشتم: رژیم‌های غذایی پیشنهادی برای سالمندان سالم

امید اسـت که مطالعه و کاربرد مطالب این کتاب بتواند به سـالمندان و مراقبان آن‌ها، در تصمیم‌گیری برای شروع و تداوم تغذیه سالم کمک کند تا «سالم» پیر شوند و «سالم» زندگی کنند.

فصل اول

اصول و مفاهیم کلیدی مرتبط با تغذیه سالم در دوره سالمندی

نیازهای تغذیه‌ای سالمندان

غـذا و تغذیه نقش اساسـی در تأمین نیازهای بـدن دارد و به طور قابل توجهی به کیفیـت زندگی در همه دوران ها، به‌ویژه دوره سالمندی کمک می‌کند. با افزایش سن در افراد، نقش حیاتی تغذیه در بازتوانی و ارتقای کیفیت زندگی پررنگ‌تر می‌شـود. برخی به اشـتباه فکر می‌کنند که نیازهای تغذیه‌ای سـالمندان کم‌تر از افراد غیرسـالمند اسـت؛ درحالی‌کـه درباره همه مواد مغذی چنین نیسـت. به عنـوان مثال، میزان نیاز به پروتئین، کلسـیم و ویتامین D در سالمندان بیشتر است.

نیازهای تغذیه‌ای افراد سـالمند برحسـب اندازه بـدن، میزان فعالیت، جنس و وجود یا عـدم وجود بیماری، متفاوت است و در شرایطی مانند بروز برخی بیماری‌ها، عفونت‌ها، زخم‌ها و دوران نقاهت پس از بیماری، نیازهای تغذیه ای می تواند افزایش یابد.

برخی حقایق مهم درباره سالمندان

- در سـالمندان بیماری های قلبی، سـرطان، افزایش چربی خون و فشـارخون بالا، بیش از سـایر گروه های سـنی دیده می‌شـود و این بیماری ها با تغذیه درسـت و فعالیت بدنی کافی، تا حدود زیادی قابل پیش‌گیری هسـتند. تعـداد قابل توجهی از سـالمندان، اضافـه وزن یا چاقی دارند و کاهش مقدار کمـی از وزن آنان، می تواند تأثیرات مهمی در سلامت آن ها داشته باشد. سالمندانی که فعالیت بدنی کافی داشته باشند، قلب سالم‌تری دارند و بهتر می‌توانند وزن خود را کنترل کنند، ولی متأسفانه، بیشتر سالمندان فعالیت بدنی کافی ندارند.
- بسـیاری از مردان و زنان سـالمند، بیش از مقدار مورد نیاز، سدیم (نمک) دریافت می‌کنند. در حالی که، کاهش نمک دریافتی می‌تواند به مقدار قابل توجهی از خطر فشارخون بالا بکاهد.
- دریافـت کافـی ویتامین ها و مواد معدنی مـورد نیاز می‌تواند از بروز مشـکلاتی مانند کم خونی، افسـردگی، پوکی اسـتخوان و نقـص حافظـه جلوگیری نماید؛ بـه بهبودی بعد از جراحی و یا آسـیب ها کمک کنـد و باعث تقویت اسـتخوان ها و دندان ها شـود. در بسیاری از سالمندان، کلسیم، اسید فولیک، ویتامین های B_6، B_{12}، ویتامین D و C به مقدار کافی از طریق غذا دریافت نمی‌شود.
- بسیاری از سالمندان، به‌ویژه زنان سالمند، سبزی و میوه، غلات، شیر و فرآورده های لبنی، گوشت و جانشین‌های گوشت را به مقدار کافی دریافت نمی‌کنند.
- در دوران سالمندی، اغلب میزان دریافت انرژی و پروتئین کاهش می‌یابد؛ درحالی‌که باید توجه داشت پروتئین برای ترمیم و حفظ بافت ها مورد نیاز اسـت و میزان نیاز به آن، با افزایش سـن بیشـتر می‌شـود. به عبارت دیگر، سـالمندان بـه پروتئین بیشـتر و با کیفیت بالاتـری نیاز دارند. دریافـت کم انرژی، پروتئیـن و ریزمغذی ها، خطر بیماری های مرتبط با تغذیه را افزایش می دهند.
- در هر سنی می‌توان روش تغذیه را تغییر داده، آن را بهبود بخشید. خوب غذاخوردن در هر سنی مهم است. ولی با افزایش سن، اهمیت بیشتری پیدا می‌کند.

وضعیت تغذیه‌ای هر دوره‌ای متأثر از سنین قبل و اثرگذار بر سنین بعد خواهد بود. به همین علت، اثر نامطلوب سـوءتغذیه در سـنین قبل، به صورت تجمعی در دوره سالمندی آشکار می‌شـود و از طرف دیگر، توانایی بدن برای مقابله با بیماری ها نیز در این دوره کاهش می یابد.

تغییرات سالمندی و تأثیر آن بر نیازهای تغذیه‌ای افراد

انتخاب رژیم غذایی مناسب می‌تواند به بهبود سلامت در دوره سالمندی کمک کند. بااین حال، برخی عوامل می‌توانند بر روی نیازهای تغذیه‌ای سالمندان و انتخاب آن‌ها تأثیرگذار باشند. مشکلات پزشکی در سالمندان از جمله این عوامل هستند که رژیم غذایی را تحت تأثیر قرار می‌دهند. برخی از این مشکلات عبارتند از:



- **مشکلات دندانی:** می‌تواند باعث اختلال در جویدن و بلعیدن غذا شود و در نتیجه، حفظ رژیم غذایی سالم را با مشکل مواجه کند. استفاده از دندان‌های مصنوعی مناسب و یا تغییر قوام غذا از جمله تهیه غذاهای پوره شده برای سالمند، می‌تواند تا حدودی این مشکل را حل کند.
- **کاهش احساس تشنگی:** سالمندان کم‌تر تشنگی را احساس می‌کنند و این مسئله به همراه کاهش توانایی کلیه‌ها در حفظ مایعات بدن، می‌تواند منجر به کم آبی در سالمند شود.
- **کاهش حس چشایی و بویایی:** در حدود سن ۶۰ سالگی، اندازه و تعداد جوانه‌های چشایی کاهش می‌یابد و در نتیجه، آستانه چشایی بالاتر می‌رود. به عبارت دیگر، باید طعم غذاها قوی‌تر باشد تا سالمند آن‌ها را حس کند. بسیاری از سالمندان توانایی خود را در درک طعم‌های شور، ترش، شیرین و تلخ تا حدود زیادی از دست می‌دهند و ترجیح می‌دهند شکر و نمک بیشتری به غذای خود اضافه کنند تا طعم شیرین و شور را حس کنند. از طرف دیگر، در سالمندان به‌تدریج قدرت درک بو نیز کاهش می‌یابد و این مشکل می‌تواند بر روی علاقه آن‌ها به غذاخوردن اثر بگذارد. مشکلات چشایی و بویایی می‌تواند بر روی ترشح آنزیم‌های گوارشی در دهان، معده و لوزالمعده نیز تأثیر منفی بگذارد و منجر به مشکلات گوارشی در سالمند شود. علاوه بر روند معمول کاهش قدرت حواس چشایی و بویایی در سالمندان، ابتلا به برخی بیماری‌ها و مصرف داروها در این گروه سنی نیز می‌تواند این مشکلات را تشدید کند.
- **کاهش اشتها:** حس گرسنگی و سیری، تحت تأثیر پیام‌هایی است که به مغز ارسال می‌شود. بسیاری از این پیام‌ها تحت تأثیر سالمندی قرار گرفته و باعث تغییر اشتها می‌شوند. البته این پیام‌ها می‌توانند در شرایط بیماری و مصرف داروها- که در سالمندی شایع است -نیز تغییر کرده و با وجود کمبودهای غذایی و تغذیه‌ای مورد نیاز در سالمند، مانع از ایجاد گرسنگی و اقدام برای دریافت مواد غذایی به مقدار کافی شود.

کاهش اشتها در سالمندان، علل مختلفی دارد که از جمله آن‌ها می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

- کاهش ترشح بزاق؛ با افزایش سن، بزاق کم‌تری در دهان تولید و ترشح می‌شود و مصرف برخی داروها در سالمندان نیز ترشح بزاق را کاهش می‌دهد. بزاق نقش مهمی در درک طعم و مزه غذاها، توانایی بلع و سلامت دندان‌ها دارد و کاهش آن اشتها را کم می‌کند.
- مصرف بعضی از داروها توسط سالمندان
- ابتلا به برخی بیماری‌ها و عفونت‌ها در دوران سالمندی
- کاهش مصرف و جذب ویتامین‌ها و مواد معدنی اساسی مانند ویتامین B_1، منیزیم، سدیم، آهن و روی، می‌تواند باعث کاهش اشتها شود.
- مشکلات عاطفی و هیجانی: استرس، افسردگی، عصبانیت، غم و غصه می‌توانند اشتها را کم کنند.

یکی از اقدامات مناسب برای بهبود اشتها در سالمندان، مصرف حجم کم‌تر غذا در دفعات بیشتر است.

باید توجه داشت که در بسیاری از سالمندان، «من گرسنه نیستم، پس نباید غذا بخورم»، یک باور نادرست است که می‌تواند کاهش دریافت مواد غذایی را به دنبال داشته باشد. تبدیل غذاخوردن به یک عادت مفید و لذت‌بخش، مصرف وعده غذایی یا میان‌وعده هر دو تا سه ساعت یکبار و مصرف مکمل‌های پروتئین بین وعده‌های غذایی، می‌تواند در پیش‌گیری از کاهش دریافت مواد غذایی در سالمندان تأثیر داشته باشد.

- **مشکلات بلعیدن غذا:** برخی سالمندان در بلعیدن مواد غذایی مشکل دارند. آسیب به بخش هایی از مغز که کنترل بلع را بر عهده دارد و ممکن است در سکته‌های مغزی رخ دهد و یا اختلال مغز به علت زوال عقل (دمانس، آلزایمر)، از علل مهم مشکلات بلع در سالمندان است. این مشکلات می‌توانند باعث ورود مواد غذایی به ریه و ایجاد عفونت در آن شوند. برای کمک به این بیماران، می‌توان غلظت مواد غذایی را تغییر داد و یا غذاهای جامد را به صورت پوره، رنده و یا له‌شده به سالمند داد.



- **مشکلات گوارشی:** عوامل مربوط به معده و روده می‌توانند روی دریافت، هضم و جذب غذا تأثیر بگذارند که از جمله آن‌ها می‌توان کاهش ترشحات مخاط لوله گوارش را نام برد که می‌تواند منجر به تحلیل لایه‌های پوشاننده معده و روده و اختلال در هضم و جذب برخی ویتامین‌ها و مواد معدنی شود.

کاهش آنزیم گوارشی لاکتاز و بروز عدم تحمل نسبت به شیر و برخی فرآورده‌های آن

افزایش سن می‌تواند باعث کاهش سرعت عبور مواد غذایی در لوله گوارش شود که به علت کندتر شدن حرکت آن است. این مسئله می‌تواند یبوست ایجاد کند و باعث تولید گاز بیشتر و ایجاد نفخ شکم گردد. از سایر علل کاهش حرکات لوله گوارش در سالمندان، می‌توان به مصرف ناکافی مایعات، کاهش فعالیت بدنی و رژیم غذایی کم‌فیبر (مصرف کم میوه و سبزی) اشاره کرد.

نیازهای غذایی اساسی در سالمندان

غذاهای مغذی اساس زندگی سالم را در هر سنی تشکیل می‌دهند. غذاهایی که در سنین قبل از سالمندی مصرف شده است، بر سلامت فرد در دوران سالمندی تأثیر دارد. تغذیه خوب به همراه فعالیت بدنی منظم، می‌تواند به سلامت بیشتر در سالمندی کمک کند. در مقابل، تغذیه نامناسب و فعالیت بدنی ناکافی می‌تواند مشکل ساز باشد.



الف. آب

دریافت آب کافی، یکی از عوامل کلیدی در پیش‌گیری از بیماری‌ها و مقابله با عفونت در سالمندان است. آب برای عملکرد طبیعی بدن شامل جذب و توزیع مواد مغذی، تنظیم حرارت بدن و دفع مواد زائد ضروری است. کاهش مایعات بدن، یکی از علل مرگ و ناتوانی در سالمندان محسوب می‌شود. سالمندان حس تشنگی و گرسنگی کم‌تری دارند و همین مسئله باعث می‌شود که مایعات و غذای کم‌تری دریافت کنند.

علل عدم مصرف آب و مایعات کافی در سالمندان

- کاهش حس تشنگی
- امتناع از خوردن مایعات به دلایل مختلف

- مصرف داروها به ویژه داروهای ادرارآور
- مشکلات بلعیدن غذا
- بیماری های گوارشی به ویژه اسهال و استفراغ
- عدم استفاده یا دسترسی به مایعات مورد علاقه یا ترس از مصرف آن ها
- ناتوانی در دیدن و تشخیص مایعات
- عدم توانایی استفاده از لیوان
- دوست نداشتن غلظت مایعات
- داشتن محدودیت برای توالت رفتن
- ترس از دفع بی‌اختیار ادرار (باید دانست که بی اختیاری ادرار، ارتباطی به محدودیت دریافت/ مصرف مایعات ندارد)

علائم کم آبی در سالمندان

- خشکی مخاط دهان، خشکی زبان و ترک لب ها
- ادرار بسیار کم و تیره
- کاهش تعریق در زیر بغل
- تغییرات اخیر در هوشیاری
- احساس ضعف و بی حالی

تأمین آب کافی می‌تواند علاوه بر رفع تشنگی و خشکی دهان، زبان، لب ها و مخاط، این فواید را هم داشته باشد:

- کاهش یبوست
- کاهش احتمال بروز عفونت های ادراری و سنگ های کلیوی
- کاهش احتمال بروز زخم های فشاری یا زخم بستر
- کاهش احتمال بروز فشارخون پایین و سرگیجه
- پیش‌گیری از لخته شدن خون
- کاهش گیجی و تحریک پذیری
- کاهش ضعف و خستگی
- تأثیر بهتر داروها (بیشتر داروها با مصرف آب کافی بهتر اثر می‌کنند)

مقدار آب مورد نیاز بدن

به طور کلی، نیاز روزانه سالمندان به آب، ۱/۵ تا دو لیتر (معادل شش تا هشت لیوان) است که در شرایط از دست دادن آب بدن، تب و یا هوای بسیار گرم، بیشتر می شود. سازمان بهداشت جهانی، نیاز یک بزرگسال با وزن طبیعی را دست‌کم سی میلی لیتر به ازای هر کیلوگرم وزن بدن اعلام کرده است. بنابراین، یک فرد بزرگسال با وزن هشتاد کیلوگرم، ۲/۴ لیتر آب در روز نیاز دارد. البته ممکن است نیاز سالمند برحسب شرایط متفاوت باشد و در نتیجه، در افراد مبتلا به بیماری ها و مشکلات قلبی، کلیوی، کبدی و تیروئید، باید مقدار آب مورد نیاز بدن با نظر پزشک تعیین شود.

تأمین آب کافی برای بدن، می‌تواند با این روش‌ها انجام شود:

مصرف آب بهداشتی معمولی یا آب معدنی

خوردن میوه‌های تازه و پر آب

مصرف شیر کم چرب، دوغ کم نمک یا شیر سویا

مصرف آب سبزی‌ها

مصرف سوپ کم نمک

مصرف قهوه یا چای (انواع مختلف چای سیاه، سبز یا دمنوش‌های گیاهی)

مصرف آب میوه صددرصد طبیعی حداکثر یک لیوان در روز

توصیه شده که از مجموع شش تا هشت لیوان مایعات مورد نیاز روزانه سالمندان، حدود نیمی از آن حتماً از آب و نیم دیگر از سایر مایعات باشد.

برای پیش‌گیری از کم آبی در سالمندان، توصیه می‌شود مایعات را به صورت منظم، در دفعات زیاد و حجم کم دریافت کنند و حجم زیادی از مایعات را یکدفعه ننوشند. نوشیدنی‌های الکلی منابع تأمین مایعات بدن محسوب نمی‌شوند. مصرف مایعات کافئین‌دار در حد متوسط (کم‌تر از سه فنجان قهوه در روز) خوب است. چای سبز و سیاه، کافئین کمی دارند؛ درحالی‌که دمنوش‌های گیاهی کافئین ندارند، اما بیشتر چای‌های طعم دار مقداری کافئین دارند. نوشابه‌های گازدار (کولاها) و سودا هم کافئین دارند. کم آبی یکی از مشکلات شایع در سالمندان است که می‌تواند باعث خواب‌آلودگی و گیجی شود. این مشکل می‌تواند سریع یا تدریجی رخ دهد. یکی از روش‌های تشخیص کم آبی، مشاهده ادرار و تغییر رنگ آن (تیره و پررنگ شدن رنگ ادرار) است.

مقدار آب موجود در برخی از مواد غذایی

نصف لیوان فرنی	۶۰ میلی لیتر	یک لیوان آب میوه	۲۲۰ میلی لیتر
سه چهارم لیوان سوپ	۱۵۰ میلی لیتر	نصف لیوان کمپوت	۸۰ میلی لیتر
صد گرم بستنی	۶۲۷ میلی لیتر	یک لیوان آب میوه تجاری	۲۱۵ میلی لیتر
نصف لیوان ژله	۱۰۰ میلی لیتر	یک لیوان قهوه	۲۱۰ میلی لیتر

نکات لازم در افزایش دریافت مایعات

- تعیین دمای آب مصرفی بر اساس پذیرش فرد
- زمان بندی سه بار در روز بین وعده‌های خوراکی روزانه، هر ۱/۵ ساعت یک بار
- تشویق به مصرف مایعات همراه با اعضای خانواده
- افزایش دفعات یا تعداد بار مصرف آب در حجم کم‌تر
- در دسترس بودن آب در زمان فعالیت یا مصرف دارو
- تشویق به مصرف یک لیوان آب همراه با داروها
- مصرف آب، پس از هر بار رفتن به توالت

ب. درشت مغذی ها

۱. پروتئین



پروتئین برای ترمیم و حفظ سلول ها و بافت های بدن مورد نیاز است و دریافت مقدار کافی پروتئین برای حفظ توده عضلانی و کاهش مشکلات استخوانی، مفصلی و عضلانی در سالمندان حیاتی است. سالمندان به پروتئین بیشتر و با کیفیت بالاتر نیاز دارند. واحد سازنده پروتئین ها، اسیدهای آمینه هستند که تعدادی از آن ها توسط بدن ساخته می شوند و تعدادی دیگر به علت آن‌که در بدن ساخته نمی شوند، باید از طریق غذا تأمین شوند. پروتئین ها در تولید آنزیم های بدن، ساخت سلول ها، تولید کلاژن در پوست، بهبود زخم و عملکرد سیستم ایمنی بدن نقش مهمی دارند. مقدار پروتئین مورد نیاز روزانه برای افراد بزرگسال ۰/۸ گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن است.

باید توجه داشت که سالمندان نسبت به افراد جوان تر، به مصرف اسیدهای آمینه بیشتری نیاز دارند. پیشنهاد می شود برای پیش‌گیری از کمبود پروتئین و ایجاد سوءتغذیه، مقدار دریافت پروتئین در سالمندان بیشتر در نظر گرفته شود. بنابراین، توصیه می شود ۲۰ تا ۲۵ درصد انرژی بدن سالمندان از طریق منابع پروتئینی تأمین شود (یک تا ۱/۲ گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن).

بهتر است که پروتئین از مواد غذایی مانند گوشت ها، مرغ، ماهی، تخم مرغ، پنیر، شیر، ماست و حبوبات تأمین شود و اگر بشقاب غذایی از نظر پروتئین غنی نیست، با این روش ها مقدار پروتئین آن افزایش یابد:

- در حدود یک مشت از مغزها، در میان وعده استفاده شود.
- کمی پنیر به غذای مورد استفاده فرد اضافه شود.
- از ماست و میوه ها در میان وعده استفاده شود.
- به جای یک بار استفاده از آب در روز، از شیر استفاده شود.
- از کره مغزها، مانند کره بادام زمینی و تخمه دانه ها در غذاها استفاده شود و یا این‌که این مواد در میان وعده مصرف شوند.
- از نخودچی و حبوبات پخته، مانند عدسی استفاده شود و یا به جای سس، حبوبات پخته شده به سالاد اضافه شود.

باید توجه داشت که در مصرف پروتئین زیاده روی نشود، زیرا دریافت بیش از حد پروتئین می تواند به کلیه ها فشار زیادی وارد کند.

۲. کربوهیدرات



کربوهیدرات ها به سه شکل قند، نشاسته و فیبر وجود دارند و بصورت طبیعی در بعضی غذاها مانند میوه ها، عسل، شیر، سبزیجات، شیرینی، شکلات، بیسکوئیت، نوشابه و... یافت می شوند. توصیه می شود که پنجاه تا شصت درصد انرژی بدن افراد از جمله سالمندان از طریق منابع کربوهیدرات تأمین شود. بهتر است کم تر از ده درصد انرژی بدن از طریق مصرف قندهای ساده تأمین شود. کربوهیدرات ها انرژی کافی برای بدن را تأمین می‌کنند تا از مصرف منابع پروتئینی بدن جلوگیری شود. در نتیجه، دریافت ناکافی

کربوهیدرات، می‌تواند باعث سوختن پروتئین و تحلیل رفتن توده عضلات شود. نقش کربوهیدرات در سلامت سالمندان خیلی شناخته شده نیست.

۳. چربی

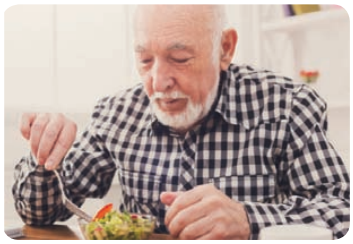
چربی بهترین منبع متراکم انرژی در بدن و تأمین‌کننده منبع انرژی به شکل تری‌گلیسرید است که در بافت چربی به صورت ذخیره وجود دارد. در صورت نیاز بدن به انرژی، تری‌گلیسیریدهای ذخیره‌شده تجزیه می‌شوند تا گلیسرول و اسیدهای چرب آزاد کنند. گلیسرول در کبد به گلوکز تبدیل می‌شود. چربی‌ها علاوه بر تأمین انرژی بدن، عامل تسهیل جذب ویتامین‌های محلول در چربی (ویتامین‌های K,D,A,E) بوده، نقش اساسی در ساختار ترکیبات حیاتی و عملکردهای تنظیمی بدن دارند. لازم است ۲۰ تا ۲۵ درصد کل انرژی بدن از طریق چربی‌ها تأمین شود. مصرف زیاد چربی می‌تواند منجر به دریافت انرژی اضافی و در نهایت افزایش وزن و چاقی شود و تجمع آن در جدار شریان‌ها نیز باعث تنگی آن‌ها و نرسیدن خون کافی به اندام‌های حیاتی به‌ویژه قلب و مغز گردد.

سالمندان باید مراقب چربی پنهان در غذاهایی مانند بیسکوئیت، کیک، شیرینی، شکلات، بستنی و غذاهای آماده باشند. این دسته از مواد غذایی می‌توانند باعث افزایش انرژی دریافتی و نیز افزایش کلسترول شوند.

نکته قابل توجه این‌که درصد چربی اشباع[1] نباید بیشتر از ۱/۵ درصد کل چربی باشد. بنابراین، اگر در برچسب مواد غذایی، میزان چربی اشباع بیش از پنج درصد نوشته شده باشد، مصرف آن‌ها توصیه نمی‌شود.

برای کاهش کلسترول این توصیه‌ها را باید جدی گرفت:

- محدودکردن کل چربی دریافتی (حتی از روغن‌های گیاهی) و حذف چربی‌های اشباع و یا جامد
- حذف چربی‌های موجود در گوشت و مرغ
- حذف غذاهای فرآوری شده، غذاهای آماده و سس‌های چرب
- محدودکردن مصرف مواد غذایی از قبیل بیسکوئیت‌ها، کیک‌ها، شیرینی‌ها، شکلات‌ها و بستنی‌ها (که در تهیه آن‌ها اغلب از چربی‌های اشباع یا جامد استفاده می‌شود)
- محدودکردن مصرف گوشت قرمز و استفاده بیشتر از گوشت سفید و حبوبات و تخم‌مرغ
- مصرف لبنیات (شیر، ماست و پنیر) کم‌چرب



۴. فیبر

فیبرها همان اسکلت باقی مانده از دیواره سلولی گیاهان موجود در رژیم غذایی هستند که نمی‌توانند با آنزیم‌های بدن هضم شوند و به دو دسته محلول و غیرمحلول تقسیم می‌شوند. فیبرهای غیرمحلول بیشتر در دیواره سلولی گیاهان وجود دارند و باعث حجیم شدن مدفوع می‌شوند. مدفوع حجیم شده، از یک طرف وزن بیشتری دارد و به جلو راندن آن توسط حرکات روده کمک می‌کند و از طرف دیگر آب بیشتری به خود می‌گیرد و اجابت مزاج راحت‌تر می‌شود. به این ترتیب، مانع از بروز چاقی، یبوست و بیماری‌های مرتبط با یبوست مانند هموروئید (بواسیر) می‌شود و نقش

۱. چربی اشباع به خاطر ساختار شیمیایی که دارد، در دمای اتاق جامد است. این نوع چربی‌ها در گوشت قرمز و گوشت‌های فرآوری شده مثل سوسیس و کالباس و نیز در فرآورده‌های لبنی مثل پنیر و کره وجود دارند.

مهمـی در پیش‌گیری از سـرطان روده بـزرگ دارد. در مقابل، فیبرهای محلول حجم مدفـوع را افزایش نمی‌دهند و نقش اصلی آن‌ها کاهش جذب کلسترول و در نتیجه کم‌کردن کلسترول خون است.

منابـع فیبرهای غیرمحلول شـامل سـلولز موجـود در دیواره سـلولی گیاهان، سـبوس، مغزها (آجیـل) و دانه‌ها، سـبزی‌هایی مانند کرفس، گل کلم، لوبیای سـبز، گوجه‌فرنگی، هویج و کاهو، پوست میوه‌ها و سبزی‌های ریشه‌ای هسـتند. حبوبـات (نخود فرنگـی، سـویا، باقلا، لوبیـا و عدس)، منابـع اصلی فیبرهـای محلول هسـتند. هم‌چنین، میوه‌هایی مانند سیب، توت‌فرنگی، توت، موز، گلابی، انبه، انجیر و هلو و برخی سبزی‌ها مانند کلم بروکلی، هویج و سـیب‌زمینی منابع خوراکی خوب این نوع فیبرها هسـتند. مقدار کل فیبر مورد نیاز روزانه برای مردان بزرگسال، ۳۸ گرم و برای زنان ۲۵ گرم اسـت که بعد از سـن پنجاه سـالگی این مقدار کاهش پیدا می‌کند (سی گرم برای مردان و ۲۱ گرم برای زنان).

۵. انرژی (کالری[۱])

انرژی مصرفی بدن به سوخت‌وسـاز پایه (انرژی مورد نیاز برای عملکرد طبیعی بدن در حالت اسـتراحت) و فعالیت بدنی فرد بسـتگی دارد. با افزایش سـن و از سـن پنجاه سـالگی به بعد، توده عضلانی بدن کاهش و توده چربی بدن افزایش می‌یابد. از آنجا که عضلات در بدن انسـان در مقایسـه با چربی؛ انرژی بیشـتری مصـرف می‌کنند، با کاهش حجم عضلات، سوخت و ساز در دوران سالمندی کاهش می‌یابد. دریافت مقدار ناکافی انرژی در سالمندان می‌تواند باعث اختلال در پاسـخ ایمنی بدن، اختلال در عضلات و عملکرد دسـتگاه تنفسی، تأخیر در بهبود زخم‌ها، بازتوانی طولانی‌تر و در نتیجه طولانی شـدن زمان بسـتری در بیمارسـتان و در نهایت، افزایش ابتلا به بیماری‌های مختلف شـود. اولویت بدن، تأمین نیاز خود از انرژی دریافتی از طریق غذاسـت و در صورت کمبود آن، بدن به سـراغ مصرف ذخیره انرژی در بدن (از جمله پروتئین‌ها) می‌رود. بنابراین، از یک طرف سوختن پروتئین‌ها به تحلیل رفتن عضلات منجر می‌شـود و از طرف دیگر، مواد زائد حاصل از سـوختن پروتئین‌ها باعث افزایش کار کلیه‌ها می‌شود و نیاز بدن به مایعات را بیشتر می‌کند. در یک فرد بالغ با تحرک کم، مقدار انرژی مورد نیاز بدن، روزانه ۲۵ کیلوکالری به ازای هر کیلوگرم وزن بدن است.

مرور سریع میزان انرژی، پروتئین و مایعات مورد نیاز سالمندان

انرژی مورد نیاز	سالمندان سالم زن	۱۸ تا ۲۲ کیلوکالری به ازای هر کیلوگرم وزن بدن در روز
	سالمندان سالم مرد	۲۰ تا ۲۴ کیلوکالری به ازای هر کیلوگرم وزن بدن در روز
	برای کسـب وزن در افراد کم وزن یا سـالمندانی که کاهش وزن ناخواسته دارند	۲۵ تا ۴۰ کیلوکالری به ازای هر کیلوگرم وزن بدن در روز
	مبتلایان به زخم بستر	۳۰ تا ۳۵ کیلوکالری به ازای هر کیلوگرم وزن بدن در روز
پروتئین مورد نیاز	سالمندان سالم	۱ تا ۱/۲گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن در روز
	افراد دیالیزی یا مبتلایان به زخم بستر	۱/۲ تا ۱/۵ گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن در روز
آب و مایعـات مـورد نیاز	سالمندان سالم	۲۵ تا ۳۰ میلی لیتر به ازای هر کیلوگرم وزن بدن در روز
	مبتلایان به نارسایی احتقانی قلب	۲۵ میلی لیتر به ازای هر کیلوگرم وزن بدن در روز

۱. انرژی را با واحدهای مختلفی اندازه‌گیری می‌کنند که یکی از آن‌ها کالری اسـت. یک کالری عبارت اسـت از مقدار انرژی لازم برای اینکه دمای یک گرم آب را یک درجه سـانتی‌گراد افزایش دهد. معمولاً در حوزه تغذیه از کیلوکالری استفاده می‌شود که برابر با هزار کالری است و برابر با مقدار انرژی لازم برای افزایش یک درجه سانتی گراد برای یک کیلوگرم آب است. گاهی برای اختصار از «کالری» به جای کیلوکالری استفاده می‌شود.

پ. ریزمغذی ها

ریزمغذی ها (مواد معدنی شامل کلسیم، فسفر، آهن، روی و... و ویتامین های مختلف) از جمله مواد غذایی هستند که بدن به میزان کمی از آن ها احتیاج دارد، اما در عین حال کمبود هر یک از آن ها بیماری های مختلفی را در انسان ایجاد می‌کند. سالمندان به علت کاهش دریافت غذاهای غنی از ویتامین ها و مواد معدنی، مستعد کمبود ریزمغذی ها هستند. شیوع کمبود مواد غذایی و سوءتغذیه در میان سالمندان بسیار سالخورده، زنان و نیز سالمندانی که ساکن مراکز نگهداری هستند، بیشتر است. ریزمغذی ها برای حفظ عملکرد جسمی و شناختی سالمندان بسیار ضروری هستند و دریافت ناکافی آن ها می تواند منجر به تهدید سلامت و پیشرفت بیماری های خاص در آن ها شود.

۱. ویتامین ها

- **ویتامین A:** در سبزی ها و میوه های زرد، نارنجی، قرمز یا بنفش و نیز سبزی های برگ سبز، رنگدانه های طبیعی وجود دارند که بدن نمی تواند آن ها را بسازد و باید از مواد غذایی دریافت شوند. گروهی از این رنگدانه های طبیعی در بدن به ویتامین A تبدیل می شوند. از طرف دیگر، منابع حیوانی مانند گوشت ها، ماهی، زرده تخم مرغ و شیر غنی شده نیز می توانند منابع ویتامین A باشند.
- **ویتامین C:** یک ویتامین محلول در آب است که در مرکبات، سبزی های برگی، توت فرنگی، خربزه، گوجه فرنگی، کلم بروکلی، فلفل و... وجود دارد و بدن انسان نمی تواند آن را تولید کند.



- **ویتامین D:** منبع اصلی ویتامین D، نور خورشید در هنگام ظهر (بین ساعت ده صبح تا سه بعدازظهر) است که با بیست دقیقه قرار گرفتن مستقیم (و نه از پشت شیشه) در این نور، می توان نیاز روزانه به ویتامین D را تأمین کرد. هر چه فرد به طرف میان سالی و پیری جلوتر می رود، قابلیت پوست برای تولید ویتامین D از طریق نور خورشید کم تر می شود. ویتامین D به طور طبیعی در منابع حیوانی مانند شیر غنی شده، ماهی آب های شور و روغن کبد ماهی به صورت پیش ویتامین وجود دارد. این پیش ویتامین در کلیه ها به شکل فعال ویتامین D تبدیل می شود. مقدار نیاز به ویتامین D، ۶۰۰ واحد برای افراد تا سن هفتاد سالگی ۸۰۰ واحد برای افراد هفتاد سال به بالاست. این مقدار را می توان با مصرف ماهانه یک عدد قرص ژله ای پنجاه هزار واحدی درصورت عدم کمبود این ویتامین تأمین کرد.
- **ویتامین ای:** کمبود این ویتامین نادر است و فقط در شرایط خاصی که به هر دلیل فرد دچار اختلال و اشکال در جذب چربی باشد، دیده می شود. مهم ترین منابع خوراکی این ویتامین، روغن های مایع خوراکی، مغز دانه ها، جوانه غلات و حبوبات، شیر و تخم مرغ تازه و انواع گوشت تازه هستند.
- **ویتامین های گروه ب:** ترکیبات مختلفی هستند که در مخمر آبجو، جگر سیاه، غلات کامل، برنج قهوه ای، مغزها، شیر، تخم مرغ، گوشت، ماهی، میوه، سبزی های برگ سبز و سایر مواد غذایی وجود دارند.



ویتامین‌های گروه B عبارتند از:

- **ویتامین B_1:** کمبود آن باعث بیماری «بری بری» می‌شود که علائم آن شامل کم‌خونی، تحلیل و ضعف عضلات، گرفتگی عضلات پاها و تشنج است. کمبود این ویتامین نادر است و اغلب در افراد معتاد به الکل رخ می‌دهد؛ زیرا الکل جذب آن را از روده مختل می‌کند.
- **ویتامین B_2:** کمبود آن باعث پوسته پوسته شدن پوست، شیار گوشه لب‌ها و التهاب گلو می‌شود.
- **ویتامین B_3:** برای سوختن غذا در بدن، سلامت پوست، اعصاب و دستگاه گوارش ضروری است. کمبود آن باعث بیماری «پلاگر» می‌شود که با اسهال، التهاب پوستی، زوال عقل و در نهایت مرگ ظاهر می‌شود.
- **ویتامین B_6:** این ماده برای تجزیه کربوهیدرات‌ها، پروتئین‌ها، چربی‌ها و تولید گلبول‌های قرمز ضروری است. کمبود آن نادر است و در معتادان به الکل دیده می‌شود. کمبود دریافت این ویتامین باعث التهاب پوست، التهاب حلق، اختلال اعصاب محیطی، گیجی، ناهماهنگی در اندام‌ها و بی‌خوابی می‌شود.
- **ویتامین B_9 (اسید فولیک):** این ویتامین همراه با ویتامین B_{12} در تولید ماده وراثت سلولی (دی. ان. آ[1]) نقش دارد و در تولید هموگلوبین نیز تأثیرگذار است. اسید فولیک توسط باکتری‌های معده و روده ساخته می‌شود و کمبود آن باعث کم‌خونی، اختلال رشد و التهاب حلق می‌شود که مشابه علائم کمبود ویتامین B_{12} است. اسید فولیک تقریباً در همه غذاهای طبیعی یافت می‌شود و کمبود آن در معتادان به الکل و افراد مبتلا به سوء جذب چربی دیده می‌شود. با حرارت دادن غذاها، بخش اعظم اسیدفولیک از بین می‌رود.
- **ویتامین B_{12}:** برای تجزیه کربوهیدرات‌ها، پروتئین‌ها و چربی‌ها، تولید هموگلوبین و حفظ لایه‌های عصبی لازم است و به عنوان یک عامل کمکی در تولید و ترمیم دی. ان. آ هم نقش دارد. ویتامین B_{12} ذخیره‌شده در کبد نیاز سه سال فرد را تأمین می‌کند. جذب آن نیازمند موادی است که از سلول‌های دیواره معده ترشح می‌شود. سوء جذب ویتامین B_{12} در اثر تحلیل‌رفتن معده دیده می‌شود که در بیش از چهل درصد سالمندان بالای هشتاد سال دیده می‌شود. کمبود ویتامین B_{12} می‌تواند باعث نوعی کم خونی شدید شود و اختلالات شناختی و اعصاب محیطی ایجاد می‌کند. میزان نیاز به این ویتامین در سالمندان ۲/۴ میلی‌گرم در روز است.

۲. مواد معدنی

مواد معدنی در بدن موجودات ساخته نمی‌شوند. بیشتر مواد معدنی رژیم غذایی ما یا به صورت مستقیم از گیاهان و یا به شکل غیرمستقیم از منابع حیوانی به دست می‌آیند و در آب هم به میزان کمی وجود دارند.

آهن

بخش اصلی بسیاری از پروتئین‌ها و آنزیم‌هاست و در تولید هموگلوبین خون (ماده اصلی موجود در گلبول‌های قرمز خون که به انتقال اکسیژن و دی اکسید کربن کمک می‌کند) نقش دارد. آهن به دو شکل هم[2] و غیرهم[3] در رژیم غذایی وجود دارد. آهن هِم، در غذاهای حیوانی حاوی هموگلوبین (مانند انواع گوشت‌ها) و آهن غیر هِم، در منابع غذایی گیاهی (مانند عدس، لوبیا، برنج، ذرت، سویا و گندم) موجود است. مقدار آهن مورد نیاز در زنان ۱۹ تا ۵۰ سال، ۱۸ میلی‌گرم روزانه است و در مردان در این سن ۸ میلی‌گرم است؛ درحالی‌که این مقدار در بالای پنجاه سال، در هر دو جنس برابر ۸ میلی گرم است. کمبود آهن، مهمترین اختلال کمبود تغذیه‌ای در جهان است و تقریباً

1. DNA
2. Heme
3. Non-Heme.

۸۰ درصد مردم دنیا درجاتی از کمبود آهن دارند، ولی فقط ۳۰ درصد ممکن است کم خونی فقر آهن داشته باشند. کم خونی فقر آهن در اثر دریافت کم آهن از مواد غذایی، جذب ناکافی آن و یا از دست دادن خون رخ می‌دهد. کمبود آهن را می‌توان با دادن مکمل‌های آهن (مانند فروس سولفات) اصلاح کرد. (عوارض گوارشی مصرف بیش از حد آهن و مصرف مکمل‌های حاوی آهن، به صورت تهوع، استفراغ، یبوست، اسهال، تیرگی رنگ مدفوع و احساس ناراحتی در شکم شایع است.[۱]

کلسیم

کلسیم برای رشد و تکامل طبیعی استخوان‌ها و دندان‌ها لازم است. سالمندان به علت کافی نبودن مقدار ویتامین D در رژیم غذایی، کاهش تولید فرم فعال ویتامین D در کلیه‌ها و به مقدار کافی قرار نگرفتن در معرض نور خورشید (به‌ویژه در سالمندانی که کم‌تر از خانه خارج می‌شوند و یا ساکن مراکز نگهداری هستند)، در معرض خطر کمبود ویتامین D و در نتیجه کاهش جذب کلسیم قرار دارند. نتیجه این کمبود، تحلیل توده استخوانی و افزایش خطر شکستگی استخوان در سالمندان است. در زنان یائسه و مردان بالای ۶۵ سال، به علت کاهش توده استخوان، کاهش جذب کلسیم، کاهش سطح ویتامین D و تغییرات قابل توجه در سوخت و ساز استخوان، عملکرد بدن در تنظیم کلسیم با اشکال مواجه می‌شود و در نتیجه، نیاز به کلسیم برای پیش‌گیری از تحلیل توده استخوانی افزایش می‌یابد.

مقدار مناسب دریافت کلسیم در زنان یائسه و مردان بالای ۶۵ سال، ۱۲۰۰ تا ۱۵۰۰ میلی‌گرم در روز است. در هر لیوان شیر، ۲۵۰ تا ۳۰۰ میلی‌گرم کلسیم وجود دارد.

استفاده از مکمل‌های ویتامین D، می‌تواند باعث بهبود تعادل کلسیم و کاهش خطر شکستگی استخوان در سالمندان شود. ویتامین D علاوه بر مکمل‌ها، می‌تواند با قرارگرفتن در مقابل نور خورشید و مصرف لبنیات غنی شده با ویتامین D، روغن کبد ماهی و ماهی‌های چرب تأمین شود. مقدار بالای این ویتامین D می‌تواند خطراتی مانند افزایش کلسیم خون یا افزایش دفع ادراری کلسیم را به دنبال داشته باشد. برخی از داروها مانند داروهای ضد تشنج می‌توانند سوخت و ساز ویتامین D و مواد معدنی موجود در استخوان را تغییر دهند.



بنابراین، سالمندانی که داروهای ضد تشنج استفاده می‌کنند، باید مراقب دریافت کلسیم کافی باشند. بی‌تحرکی باعث کاهش استخوان‌سازی و سریع‌تر شدن کاهش توده استخوانی در سالمندان بستری و یا سالمندانی می‌شود که دارای ناتوانی هستند. شیر و فرآورده‌های لبنی بهترین منبع کلسیم برای سالمندان به شمار می‌روند. گاهی عدم تحمل لاکتوز (قند موجود در شیر) در برخی سالمندان باعث می‌شود تا آن‌ها مصرف شیر و فرآورده‌های لبنی را حذف یا کم‌تر کنند. در حالی‌که می‌توان کلسیم را با خوردن شیر بدون لاکتوز یا مصرف سایر منابع دارای کلسیم (مانند کلم بروکلی، کاهو، حبوبات، کنسرو ماهی‌های ریز با استخوان) تأمین کرد. درصد کمی از سالمندان نیاز روزانه خود به کلسیم را می‌توانند از غذا تأمین کنند؛ در نتیجه، استفاده از مکمل‌های کلسیم در این گروه سنی توصیه می‌شود. لازم است کلیه سالمندان حدود نیم یا یک سوم میزان مورد نیاز ویتامین D خود را از طریق مکمل به صورت روزانه یک عدد قرص حاوی ۴۰۰ یا ۵۰۰ میلی گرم کلسیم یا کلسیم دی حاوی ۴۰۰ واحد ویتامین D دریافت نمایند.

۱. اطلاعات تکمیلی در فصل سوم بخش کم خونی ارائه شده است.

فسفر

فسـفر برای معدنی شـدن استخوان ها لازم اسـت و حدود ۸۵ درصد فسـفر بدن در افراد بزرگسـال، در استخوان ها ذخیره شده است. فسفر، در ساختار دیواره های سلولی و منبع اصلی انرژی بدن نقش دارد. در منابع غذایی، فسفر معمولاً به شکل فسفات موجود بوده و دریافت آن از طریق رژیم غذایی طبیعی امکان پذیر است. شیر و فرآورده های آن منابع غنی فسـفر هسـتند و هر لیتر شیر حدود ۱۰۰۰ میلی‌گرم فسفر دارد. کمبود فسفر در سوء جذب در معتادان به الکل، بیماری های ناتوان کننده، بیماری هایی که منجر به ازدست دادن فسفر از کلیه می شوند و برخی بیماران دیابتی ممکن اسـت دیده شود. کاهش فسـفر می تواند منجر به بی اشتهایی عصبی، اختلال رشد، نرمی استخوان، از بین رفتن بخش معدنی اسـتخوان ها، تحلیل و ضعف عضلات، نامنظمی ضربان قلب، اختلالات تنفسـی، افزایش گلبول های قرمز و اختلال عملکرد لنفوسیت ها (نوعی گلبول سفید)، اختلالات دستگاه عصبی و حتی مرگ شود.
زمان صحیح مصرف این مکمل بر اساس شرایط افراد متفاوت است و در این مورد، باید از پزشک راهنمایی بگیرید.

سدیم

سـدیم ماده اصلی در تنظیم مایعات بیرون سـلول ها و اصلاح کم آبی بدن است. این ماده علاوه بر حفظ تعادل آب بدن، به تعادل غلظت خون، تعادل اسید و باز، تنظیم حجم پلاسما، انتقال پیام های عصبی و انقباض عضلات هم کمک می‌کند. کاهش سدیم خون، با خواب آلودگی، گیجی، گرفتگی عضلات، تشنج و کما مشخص می شود و بالا رفتن سـطح سـدیم خون اغلب با افزایش فشـارخون و ورم همراه اسـت. در افراد مبتلا به فشـارخون بالا، با محدود کردن دریافـت نمـک به کم تر از ۲/۳ گرم در روز (همراه با فعالیت بدنی و دریافت چربی کم، رژیم غنی از میوه، سـبزیجات، غلات کامل و لبنیات کم چرب)، می توان تا حد زیادی و در مواردی بدون نیاز به دارو، فشارخون را کنترل کرد.

پتاسیم

پتاسیم نقش کلیدی در عملکرد طبیعی قلب، روده ها، عضلات و کلیه ها دارد و بهترین منبع آن، مواد غذایی تازه و فرآوری نشده مانند گوشت ها، ماهی، سبزی ها و برخی مواد نشاسته ای (به ویژه گوجه فرنگی و سیب زمینی)، میوه ها (به ویژه آووکادو، گلابی و موز)، مرکبات، فرآورده های لبنی و غلات کامل است. بیشتر پتاسیم مورد نیاز بدن، می تواند از طریق رژیم غذایی متنوع همراه با دریافت کافی شـیر، گوشـت ها، غلات، سبزی ها و میوه ها تأمین شود. با مصرف برخی داروها، ممکن اسـت پتاسـیم خون افزایش یابد. در مقابل، اسـتفاده از برخی دیگر از داروها می تواند پتاسیم خون را کاهش دهد.



منیزیم

تقریباً نیمی از کل منیزیم بدن در استخوان ها و نیم دیگر در داخل سلول، بافت ها و اندام های بدن اسـت. منیزیـم در عملکرد عصبی عضلانی، ضربان قلب، عملکرد ایمنی و تشـکیل اسـتخوان نقـش دارد و به تنظیـم میزان قند خون، فشـارخون، سوخت وسـاز انرژی و تولید پروتئین کمک می‌کند. سـبزی های دارای برگ سـبز، مانند اسفناج، حبوبات، مغزها و دانه های روغنی و غلات کامل تصفیه نشده، منابع تأمین منیزیم برای بدن هستند. آب آشـامیدنی هم می تواند منبع منیزیم باشـد، ولی مقدار آن برحسب منبع تأمین آب متفاوت است. آب هایی که مواد معدنی بیشتری داشته باشند،« آب سخت» نام دارند و آب های سخت، منیزیم بیشتری دارند. تقریباً بین یک

سوم تا نیمی از منیزیم موجود در رژیم غذایی، جذب می‌شود. در برخی بیماری‌های گوارشی ممکن است جذب منیزیم مختل شود. اسهال و استفراغ زیاد یا مزمن، ممکن است منجر به تخلیه منیزیم از بدن شود. از دست دادن زیاد منیزیم از راه ادرار در بیماری‌های کلیوی، دیابت کنترل نشده و در افراد معتاد به الکل هم مشاهده می‌شود. عوارض جانبی برخی داروها نیز منجر به از دست دادن زیاد منیزیم می‌شود. علائم اولیه کمبود منیزیم شامل کاهش اشتها، تهوع، استفراغ و ضعف است. کمبود طولانی منیزیم موجب کمبود کلسیم خون، کمبود پتاسیم، بی‌حسی، مورمور شدن، گرفتگی عضلانی، تشنج، تغییرات شخصیتی، نامنظمی ضربان قلب و گرفتگی عضله قلب می‌شود. کمبود منیزیم ممکن است مقاومت به انسولین را تشدید کند؛ در نتیجه افراد دچار این کمبود، برای تنظیم قند خون به میزان دارو یا انسولین بیشتری نیاز دارند.

در سالمندان اصلاح منیزیم خون ممکن است باعث بهبود پاسخ و عملکرد انسولین شود و به کنترل سوخت و ساز در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو کمک کند.

روی

روی در فعالیت بسیاری از آنزیم‌ها، عملکرد سیستم ایمنی و نیز حفظ حواس چشایی و بویایی نقش مهمی دارد. منبع مهم آن در رژیم غذایی، گوشت قرمز و گوشت پرندگان است. سایر منابع خوب شامل حبوبات، مغزها، برخی غذاهای دریایی، غلات صبحانه غنی‌شده و فرآورده‌های لبنی است. جذب روی از منابع پروتئینی حیوانی بیشتر از منابع گیاهی است. «فیتات»ها که در غلات و به‌ویژه غلات کامل و حبوبات وجود دارند، می‌توانند جذب روی را کم کنند. عدم دریافت انرژی، اعتیاد به الکل، جراحی‌های دستگاه گوارش، بیماری‌های سوءجذب و اسهال مزمن، ممکن است باعث کمبود روی شوند. نیاز روزانه سالمندان به این ریز مغذی، در مردان یازده و در زنان هشت میلی‌گرم در روز است.

تفاوت تغذیه در مردان و زنان

اساس رژیم غذایی سالم برای هر دو گروه مردان و زنان یکسان است و توصیه‌های کلی تغذیه‌ای برای زنان و مردان شامل موارد زیر است:

- از منابع غذایی گروه‌های اصلی؛ یعنی سبزی‌ها و میوه‌ها، غلات کامل، پروتئین و لبنیات کم چرب استفاده کنند.
- از مصرف اسیدهای چرب اشباع و ترانس، نمک زیاد و شکر افزودنی خودداری کنند.
- آب و مایعات کافی دریافت کنند.

۱. انرژی (کالری)

مردان در مقایسه با زنان هم‌وزن و هم‌قد خود به انرژی بیشتری نیاز دارند و تقریباً روزانه حدود ۴۰۰ کیلوکالری انرژی بیشتری مصرف می‌کنند. تفاوت کالری مورد نیاز زنان و مردان بالای پنجاه سال به شرح زیر است:

- زنان با عدم فعالیت بدنی، روزانه ۱۶۰۰ کیلوکالری
- زنان با فعالیت بدنی متوسط، روزانه ۱۸۰۰ کیلوکالری
- زنان با فعالیت بدنی زیاد، روزانه ۲۰۰۰ کیلوکالری
- مردان با عدم فعالیت بدنی، روزانه ۲۰۰۰ کیلوکالری

- مردان با فعالیت بدنی متوسط، روزانه ۲۲۰۰ تا ۲۴۰۰ کیلوکالری
- مردان با فعالیت بدنی زیاد، روزانه ۲۴۰۰ تا ۲۸۰۰ کیلوکالری

۲. ویتامین‌ها و مواد مغذی

علاوه بر انرژی، میزان مواد معدنی، کربوهیدرات‌ها، پروتئین‌ها، ویتامین‌های A و C، آهن و روی مورد نیاز مردان بیشتر از زنان است. در زنان، دریافت مقدار کافی کلسیم، آهن و اسید فولیک اهمیت بیشتری دارد؛ به علت تغییرات هورمونی، زنان بعد از یائسگی به میزان کلسیم بیشتری نیاز دارند.

۳. بیماری‌های مزمن در زنان نسبت به مردان

- به علت طول عمر بیشتر زنان نسبت به مردان، آمار زنان سالمند در همه جوامع بیشتر از مردان سالمند است و این الگو باعث می‌شود که بروز بسیاری از بیماری‌ها در زنان سالمند، بیشتر مشاهده شود.
- اضافه وزن و چاقی در مردان و زنان سالمند شایع است و در سالمندی، زنان بیش از مردان دچار اضافه‌وزن و چاقی هستند. شاید یکی از علل آن توده عضلانی بیشتر در مردان و توده چربی بیشتر در زنان است. میزان آب در بدن مردان، بیشتر از زنان است.
- زنان بعد از یائسگی در معرض کاهش سریع توده استخوانی قرار دارند و بروز پوکی استخوانی و شکستگی های مربوط به آن در زنان سالمند بیش تر است. عوامل سبک زندگی به ویژه رژیم غذایی، فعالیت بدنی با پوکی استخوان مرتبط هستند؛ به عنوان مثال، مصرف نمک زیاد، با دفع بیشتر کلسیم و افزایش بروز پوکی استخوان همراه است.

ترکیب و ارزش مواد غذایی



۱. روغن‌ها

روغن‌ها از مولکول‌های چربی تشکیل شده‌اند. یک مولکول چربی از ترکیب گلیسرین با یک تا سه اسید چرب ایجاد می‌شود. اسیدهای چرب در مقایسه با اسیدهای معمولی مولکول‌های بزرگی دارند و در نتیجه، نمی‌توانند در آب حل شوند و فقط در چربی قابل حل هستند. گلیسرین هم نوعی الکل است که قدرت اتصال به اسیدهای چرب آن از الکل معمولی بیشتر است.

تفاوت چربی و روغن

اگر ترکیب اسیدهای چرب و گلیسرین، در حرارت اتاق مایع باشد، به آن «روغن» و درصورتی‌که در حرارت اتاق جامد یا نیمه جامد باشد، به آن «چربی» گفته می‌شود. معمولاً روغن‌های گیاهی و غذاهای دریایی دارای اسیدهای چرب غیراشباع هستند.

اسیدهای چرب اشباع شده و اشباع نشده

اگر بین همه اتم‌های کربن در مولکول اسید چرب، پیوند شیمیایی یگانه و محکم وجود داشته باشد، به آن «اسید چرب اشباع شده» گفته می‌شود و اگر بین بعضی از کربن‌ها پیوند دوگانه و ضعیف‌تری وجود داشته باشد، به آن «اسید چرب غیراشباع یا اشباع نشده» می‌گویند.

اسیدهای چرب ضروری

با مصرف غذاهای حاوی چربی، بدن انسان قادر است بسیاری از اسیدهای چرب مورد نیاز خود را بسازد، ولی سه

نوع اسـید چرب وجود دارند که بدن نمی تواند آن ها را بسـازد و باید آن ها را از غذاها دریافت کند؛ به این سـه اسید چرب (اسید اولئیک، اسید لینولئیک و اسید لینولنیک) «اسیدهای چرب ضروری» گفته می شود.

اسیدهای چرب ترانس

در یک مولکول اسـید چرب اشـباع نشـده، بین دو اتم کربن پیونـد ضعیفی (دوگانه) وجود دارد کـه اگر در دو طرف ایـن پیونـد دوگانه، اتم های کربن به شـکل خاصی قرار گرفته باشـند، این اسـید چرب را «ترانس» می گویند. اسـید چـرب ترانـس، سـاختار غیرمتعادلی دارد و اگر وارد بدن شـود، به سـلول ها لطمه می زند و موجب تسـریع روند پیر شدن، بیماری و حتی گاهی سرطانی شدن سلول ها می شود. در طبیعت اسید چرب ترانس به ندرت در غذاها وجود دارد و همیـن مقدار کم نیز بیشـتر در گوشـت قرمز یافت می شـود. هنگامی که در کارخانه روغن کشـی از دانه های گیاهی، روغن حاصله را که به صورت مایع است، به روغن جامد تبدیل می کنند، مقداری اسید چرب ترانس به طور غیرطبیعی تولید می شود و چربی حاصل از آن می تواند برای سلامت خطرناک باشد.

امـروزه اسـتانداردهای جهانی توصیه می کنند کـه در طول روز نباید بیش از دو درصد کل نیاز بـدن به انرژی حاصل از چربی، از اسیدهای چرب ترانس تامین شود.

اسیدهای چرب امگا-۳

اتم های موجود در مولکول اسید چرب، به دو صورت شماره‌گذاری می شوند که یکی از این روش های شماره‌گذاری «امگا» نام دارد. اگر اولین کربن دارای پیوند دوگانه در این روش نام‌گذاری، کربن شماره ۳ باشد، به این اسید چرب، اسید چرب امگا-۳ گفته می شود. مصرف اسیدهای چرب امگا-۳ به سلامتی انسان کمک می کند.

از سـه نوع اسـید چرب امگا-۳، یک اسید چرب در روغن های گیاهی و دو اسید چرب دیگر در غذاهای دریایی وجود دارند. فواید اسیدهای چرب امگا-۳ موجود در غذاهای دریایی بیشتر است.

کلسترول

«کلسـترول» یک نوع چربی اسـت که هم توسط بدن ساخته می شود و هم می تواند از طریق غذا دریافت شود. این ماده به طور طبیعی در دیواره سـلول ها قرار گرفته، باعث اسـتحکام دیواره سـلول ها می شود. کلسترول در ساخت بسـیاری از هورمون هـا از جمله هورمون های جنسـی و غده فوق‌کلیـوی و ویتامین D نقش دارد. وجـود مقدار زیاد کلسـترول در دیواره سـلول ها، می تواند باعث سختی دیواره آن ها شـود. هم چنین مقدار بالای کلسترول در جریان خون، با رسوب در دیواره رگ ها، باعث سخت شدن و تنگی مجرای آن ها می شود.

کلسـترولی که از راه غذا وارد بدن می شـود و یا در بدن توسـط روده و کبد سـاخته می شـود، برای جابجا شدن در خـون باید به ماده‌ای متصل شـود کـه از ترکیب چربی و پروتئین ایجاد می شـود و «لیپوپروتئین» نـام دارد. دو نوع لیپوپروتئین در بدن وجود دارد که می تواند کلسـترول را حمل کند: لیپوپروتئین با تراکم بالا[1] و لیپوپروتئین با تراکم پایین[2]. کلسـترول دریافت شده از طریق غذا یا تولید شـده در بدن، از طریق لیپوپروتئین با تراکم پایین حمل شده و به سلول ها تحویل داده می شود. وقتی این ماده در خون زیاد باشد، یعنی سلول ها بیش از حد کلسترول دریافت

1. HDL
2. LDL

می‌کنند. چون بالا بودن کلسترول متصل به این نوع لیپوپروتئین خطرناک است، به آن کلسترول بد (مضر) گفته می‌شود. کلسترول می‌تواند از سلول‌ها گرفته شود و به سمت کبد هدایت شود تا در آن جا سوخته شود. لیپوپروتئینی که کلسترول را به کبد حمل می‌کند، تراکم بالایی دارد و به آن کلسترول خوب (مفید) گفته می‌شود.

مقدار توصیه شده دریافت چربی

بهترین حالت این است که ۲۵ تا ۳۵ درصد کل کالری رژیم غذایی، از طریق چربی تأمین شود و نباید بیشتر از ده درصد آن را اسیدهای چرب اشباع شده تشکیل دهد. دریافت اسیدهای چرب امگا-۳ حاصل از غذاهای دریایی و روغن‌های گیاهی مانند کانولا را نیز باید مدنظر قرار داد. تخم مرغ یک ماده مقوی، ارزان و راحت است و کلسترول آن بیشتر در بدن به لیپوپروتئین با تراکم بالا متصل می‌شود؛ بنابراین ماده غذایی با ارزشی است. افراد می‌توانند هر روز یک تخم مرغ با زرده و اگر تمایل داشته باشند تعدادی سفیده تخم مرغ مصرف کنند. کودکان تا روزی دو تخم مرغ و سالمندان مبتلا به مشکلات قلبی- عروقی، هفته‌ای دو تا سه تخم مرغ کامل می‌توانند مصرف کنند.

مقایسه انواع روغن‌های خوراکی

در ارزیابی انواع روغن‌های خوراکی برای مقایسه آن‌ها با هم، به این عوامل توجه می‌شود:

- میزان اسیدهای چرب ضروری موجود در روغن
- میزان اسیدهای چرب غیراشباع نسبت به اسیدهای چرب اشباع
- تأثیر روغن بر افزایش کلسترول خون (که به‌ویژه در افراد دچار چربی خون بالا اهمیت دارد).
- طعم و میزان پذیرش و مطبوعیت آن
- وجود مواد سمی و بقایای آفت‌کش‌ها در روغن در هنگام تولید و فرآوری آن
- تأثیر روش‌های فرآوری روی روغن و به‌ویژه میزان ترانس تولیدی در هنگام عمل فرآوری در کارخانه

هر یک از روغن‌ها از نظر برخی ویژگی‌ها ممکن است بهتر از انواع دیگر باشند. مثلاً روغن زیتون به عنوان ضدسرطان شناخته می‌شود و روغن کانولا، دارای اسید چرب امگا-۳ بالاتری است. با این حال، این ویژگی‌ها نباید باعث شود همیشه فقط یک یا دو نوع از روغن‌ها را مصرف کنیم و بقیه آن‌ها را از سبد غذایی خود حذف نماییم. رعایت تنوع از نکات کلیدی در تغذیه مناسب است و بهتر است انواع مختلف روغن به اندازه نیاز و به طور متنوع مصرف شوند.

روغن‌هایی که مصرف آن‌ها کم‌تر توصیه شده است:

- **روغن پنبه دانه:** این روغن در مقایسه با دیگر روغن‌های گیاهی، اسید چرب اشباع بیشتری دارد. در ضمن، بقایای مواد آفت‌کش گیاهی بیشتری در این نوع روغن وجود دارد. اغلب برای جامدسازی، از این روغن استفاده می‌شود؛ لذا چربی حاصله ترانس بیشتری از روغن‌های طبیعی دارد.
- **روغن هسته پالم:** پالم میوه‌ای شبیه خرماست، ولی در واقع خرما نیست و برخی به اشتباه روغن هسته پالم را روغن هسته خرما می‌نامند. روغنی که از هسته پالم گرفته می‌شود، سفیدرنگ است و ترکیب آن از تمام انواع روغن و چربی برای بدن خطرناک‌تر است. میزان اسیدهای چرب اشباع آن بالاتر از دیگر روغن‌های گیاهی است و اسید چرب موجود در آن در بدن کلسترول‌سازی را افزایش می‌دهد.
- **روغن نارگیل:** روغن نارگیل از تمام انواع روغن‌های گیاهی، چربی اشباع بیشتری دارد و مصرف فراوان آن، برای سلامت قلب مضر است. البته گاهی مقدار کمی از آن را برای معطرکردن غذا و شیرینی استفاده می‌کنند.

۲. لبنیات



لبنیات علاوه بر داشتن پروتئین مرغوب و قند لاکتوز، حاوی برخی از مواد معدنی با ارزش به‌ویژه کلسیم و فسفر هستند. فقط حدود دو تا سه لیوان لبنیات می‌تواند تمام کلسیم مورد نیاز یک فرد عادی را تأمین کند و با حذف لبنیات، احتمال تأمین مقدار کافی کلسیم از رژیم معمول غذایی بسیار سخت می‌شود. باید توجه داشت که نمی‌توان جای خالی لبنیات را با جایگزین کردن کنجد، سنجد و بادام در غذای روزانه پر کرد. ماست با داشتن اسید لاکتیک، علاوه بر کمک به جذب بهتر کلسیم، روده‌ها، به خصوص روده بزرگ را ضدعفونی می‌کند و برای درمان اسهال و مسمومیت، یک روش کمکی است. باکتری‌های موجود در ماست برای سلامتی انسان بسیار مفید هستند و به نوعی «پروبیوتیک» محسوب می‌شوند. این باکتری‌ها به سلامت روده‌ها کمک می‌کنند و در روده بزرگ ویتامین K تولید می‌کنند. فردی که آنتی بیوتیک خوراکی قوی مصرف کند، پس از مدتی باکتری‌های مفید روده‌های او از بین می‌روند و خطر بروز کمبود ویتامین K در او بالا می‌رود؛ بنابراین به این افراد پیشنهاد می‌کنند از ماست بیشتر استفاده کنند. سایر منافع حاصل از مصرف لبنیات را می‌توان چنین خلاصه کرد:

- ویتامین A، ویتامین B_2 و ویتامین B_{12} موجود در لبنیات ارزشمند است.
- بخش کمی از ویتامین D مورد نیاز با مصرف لبنیات تأمین می‌شود. این ویتامین برای جذب کلسیم در روده‌ها ضروری است و به سلامت استخوان‌ها کمک می‌کند و نیز در جلوگیری از برخی سرطان‌ها نقش دارد.
- عمده کلسیم مورد نیاز بدن از مصرف لبنیات تأمین شده، در نتیجه از پوکی و شکنندگی استخوان و تحلیل مفاصل جلوگیری می‌گردد.
- لبنیات تأمین‌کننده بخش مهمی از فسفر مورد نیاز بدن است که در تبادلات عصبی- عضلانی، سلامت و عملکرد مناسب دستگاه تأمین انرژی بدن نقش عمده‌ای دارد.
- لبنیات حاوی پروتئین با کیفیت مورد نیاز برای حفظ سلامت بدن است.
- اسیدهای چرب موجود در لبنیات در تأمین انرژی لازم برای فعالیت مناسب هستند.
- لاکتوز و اسید لاکتیک موجود در لبنیات، در افزایش جذب مواد معدنی و سلامت دستگاه گوارش نقش دارند. مصرف لبنیات با رساندن باکتری‌های مفید پروبیوتیک به دستگاه گوارش، به سلامت روده‌ها کمک می‌کند.
- استفاده از لبنیات در رژیم غذایی، به دلیل جلوگیری از بدخوری و نامناسب خوری، در پیش‌گیری از بیماری‌های قلبی -عروقی، دیابت و موارد مشابه مؤثر است.

مصرف ناکافی لبنیات و پوکی استخوان

در بیماری پوکی استخوان، املاح موجود در استخوان کاهش یافته، باعث می‌شود با یک ضربه بسیار کوچک استخوان ترک بردارد و یا بشکند. در افرادی که پوکی استخوان بسیار شدید دارند، حتی ممکن است استخوان به خودی خود نیز بشکند؛ البته اغلب چنین موارد شدید پوکی استخوان، در افرادی که علاوه بر کمبود دریافت کلسیم، مشکلات دیگری نیز از نظر سلامتی دارند، اتفاق می‌افتد. می‌توان با داشتن برنامه صحیح غذایی و انجام فعالیت بدنی، تراکم مناسبی برای استخوان ایجاد کرد.

برای تأمین کلسیم مورد نیاز بدن، باید روزانه سه واحد لبنیات مصرف شود، به طور مرتب و روزانه فعالیت بدنی انجام شود، الکل و دخانیات مصرف نشود و فرد روزانه حداقل پانزده دقیقه در معرض نور خورشید قرار گیرد. زنان

به علت زایمان و شـیردادن، بیشـتر در معرض خطر پوکی استخوان و عوارض مربوط به آن هستند. این مشکلات در دوران یائسگی به علت افت هورمون های زنانه، افزایش می‌یابد. مردان سالمندی که مصرف لبنیات اندک دارند نیز در گروه افراد در معرض خطر پوکی اسـتخوان و شکسـتگی ها قرار می‌گیرند. در افـرادی که کورتون یا برخی داروهای خاص (مانند داروهای ضدتشنج) استفاده می‌کنند، خطر پوکی استخوان بیشتر است.

با توجه به اسـتانداردهای جهانی و طبق تعریف سـازمان جهانی خواروبار و کشـاورزی، سرانه مصرف لبنیات برای هر نفر در سـال حدود ۱۸۰ کیلوگرم اسـت و مصرف کم‌تر از این میانگین، شـامل سـوءتغذیه می‌شود. این میزان در کشورهای پیشرفته بالای ۴۰۰ کیلوگرم است.

در یک رژیم غذایی سالم، باید دست‌کم دو لیوان شیر و ماست کم چرب وجود داشته باشد. این مقدار لبنیات، بیش از نیمی از کلسیم مورد نیاز روزانه یک فرد بالغ را تأمین می‌کنند.

بـا مصـرف شـیر کم چرب (و یا بـدون چربی) به جای شـیر کامل، حـدوداً پنجاه درصـد کالری کم‌تر بـه بدن وارد می‌شود. تمام پروتئین ها، مواد معدنی و ویتامین های گروه B موجود در شیر کامل، در شیرهای کم چرب هم عیناً وجود دارند. گرچه در شیر کم چرب مقداری از ویتامین های محلول در چربی همراه چربی شیر گرفته و جدا شدند، ولـی با مصرف سـه واحد لبنیـات در روز، مقدار ویتامین محلول در چربی به حد کافی به بدن خواهد رسـید. درباره کسـانی کـه کل لبنیات را بدون چربی مصرف می‌کنند، کمبود یا فقـدان این نوع ویتامین ها را نیز می‌توان با خوردن سبزی های سبز و زرد یا در صورت لزوم، با استفاده از قرص های ویتامین D تأمین و جبران کرد. افرادی که به هر دلیل مایل به خوردن شـیر نیسـتند، می‌توانند روزانه یک سوم لیوان شیرخشک به غذاهای خود اضافه کنند. این مقدار شیرخشک، معادل دو لیوان شیر معمولی است. بزرگسالان باید دو لیوان شیر در روز، کودکان و سالمندان سه لیوان شیر در روز و نوجوانان، چهار لیوان شیر در روز مصرف کنند و یا به جای آن می‌توانند از ماست، پنیر، کشک، دوغ و یا غذاهای حاوی محصولات لبنی استفاده کنند.

غنی کردن رژیم غذایی با کلسیم برای مبتلایان به پوکی استخوان

مبتلایـان به پوکی اسـتخوان، علاوه بر دریافت لبنیـات کافی، می‌توانند غذاهایی مصرف کنند که خود اسـتخوان در آن ها وجود داشـته باشـد. به عنوان مثال، ماهی کیلکا و ساردین، به علت سایز کوچک آن ها، وقتی پخته می‌شوند، با استخوان قابل جویدن و خورده شدن است. هم‌چنین، وقتی ران مرغ بسیار خوب پخته شود، می‌توان دو انتهای اسـتخوان ران را جوید و اسـتخوان را خورد. این روش بعد از مصرف لبنیات، بهترین طریق دریافت کلسـیم اضافی از طریق غذاست.

اگر به جای نوشابه و قهوه، از آب میوه یا میوه طبیعی استفاده شود، ویتامین C موجود در میوه یا آب میوه طبیعی جذب کلسیم را بالا می برد.

بعضـی از غذاهـای با منشـأ گیاهی، کلسـیم بالاتری دارند. به عنوان نمونه، سـبزی های برگ سـبز نظیـر انواع کلم، جعفـری، پونه و بـرگ مو را می‌توان نام برد. هم‌چنین زیره، لوبیاها، نخود، بادام و فندق هم مقداری کلسـیم دارند. بدیهی است مقدار کلسیمی که از این طریق به بدن می‌رسد، به هیچ وجه تأمین‌کننده نیاز بدن نیست و صرفاً یک روش کمکی است.

رابطه سبک زندگی با مصرف لبنیات

امروزه با تغییر شیوه زندگی و علاقه مردم به فعالیت در خارج از منزل، افراد فرصت کم‌تری برای تهیه غذای مناسب در منزل دارند و ضمناً هنگام غذا خوردن نیز زمان کافی برای توجه به غذای خود نداشته، ترجیح می‌دهند غذای خود را در مدت زمان کوتاهی صرف کنند. بسیاری افراد صبحانه نمی‌خورند و بسیاری دیگر از مردم از مصرف ماست و دوغ در انتهای ناهار و شام خودداری می‌نمایند. به نظر می‌رسد با توجه به این شرایط، مصرف مواد لبنی به میزان قابل توجهی کاهش یافته است. در واقع، به جای دو تا سه لیوان شیر و ماست و تکه‌ای پنیر یا کشک در روز، تنها حدود یک فنجان لبنیات در روز مصرف می‌کنند. از طرف دیگر، عده‌ای به غلط به اسم طب سنتی، طب گیاهی و امثال این‌ها، به مردم توصیه می‌کنند لبنیات مصرف نکنند. عده‌ای به تصور این که کلاً لبنیات «سرد» هستند، از مصرف آن‌ها خودداری می‌کنند، در حالی‌که این باور نادرست، در کنار عوارض ناشی از عدم مصرف لبنیات قابل توجیه نیست. عده‌ای حتی وقتی تصمیم می‌گیرند روزانه مقداری شیر دریافت کنند، با کمبود لاکتاز و ناراحتی گوارشی هنگام مصرف شیر رو به رو می‌شوند.

مردم کشورهای در حال توسعه، بسیار کم‌تر از مردم کشورهای توسعه یافته شیر مصرف می‌کنند. علت عمده مصرف کم لبنیات -که یکی از مشکلات اصلی تغذیه و سوءتغذیه در کشور ماست- فرهنگ نادرست غذایی و کم اهمیت دادن به این گروه غذایی است. امروز مصرف سرانه شیر و فرآورده‌های آن در یک جامعه، از شاخص‌های فرهنگی است. حتی برخی دولت‌ها برای عرضه فرآورده‌های شیری با قیمت ارزان، افزایش مصرف سرانه و داشتن جامعه سالم و پویا، مبالغی یارانه را از بودجه برای آن در نظر می‌گیرند. ترویج فرهنگ صحیح مصرف لبنیات در جامعه و کمک به افزایش مصرف سرانه آن، موجب کاهش هزینه‌های سنگینی می‌شود که به علت افزایش عوارض و ناتوانی‌های بزرگسالان و سالمندان مبتلا به سوءتغذیه و پوکی استخوان، همواره متوجه کشور است.

۳. نمک



از بین مواد معدنی مورد نیاز بدن، سدیم نقش ویژه‌ای در انتقال پیام‌های عصبی، عضلانی و نیز حفظ فشار اسمزی خون دارد؛ طوری‌که کمبود آن می‌تواند موجب غلیظ شدن خون تا حد مرگ شود و زیاد بودن آن نیز می‌تواند منجر به ورم در نقاط مختلف بدن شود. این ورم می‌تواند فشار بالایی را بر قلب و رگ‌های خونی تحمیل کند که باعث بروز فشارخون بالا و آسیب به دستگاه قلبی -عروقی در طی زمان شود. منبع اصلی سدیم، نمک خوراکی است؛ ولی این موضوع نباید موجب شود که افراد تصور کنند مزه خود سدیم شور است. درصورتی‌که مثلاً، جوش شیرین که مزه شیرینی هم دارد، دارای مقدار قابل توجهی سدیم است. برخی سبزی‌ها از قبیل کرفس، کنگر، ریواس، کلم، اسفناج و برگ چغندر، حاوی اگزالات سدیم نسبتاً زیادی هستند، ولی اصلاً مزه شوری ندارند.

کمبود سدیم در فعالیت اعصاب و عضلات به شدت اختلال ایجاد می‌کند و حتی می‌تواند منجر به مرگ شود. نمونه قابل ذکر برای این مطلب، افراد دچار گرمازدگی هستند. هنگامی که افرادی در گرمای شدید و تعریق بالا به مدت طولانی قرار بگیرند، به حدی که آب بدن آن‌ها و هم‌چنین سدیم بدنشان بسیار کاهش یابد، دچار غش می‌شوند و اگر فوراً به آن‌ها کمک نشود و مایعات و املاح به آن‌ها رسانده نشود، ممکن است بمیرند.

مقدار نمک مصرفی روزانه

افراد دارای زندگی کم تحرک امروزی -که کار بدنی سنگین ندارند و زیاد هم عرق نمی‌کنند- حتی اگر هنگام پخت و

مصرف غذا نمک خوراکی اســتفاده نکنند (البته به شــرط رعایت تعادل و تنوع غذایی و نیز زیاده‌روی نکردن و یا حذف نکردن بعضی غذاها)، سدیم کافی به بدن آن‌ها خواهد رسید. البته افرادی که به علت نوع شغل، زندگی در محیط بسیار گرم، ورزش ســنگین و دیگر شــرایط مشــابه، تعریق زیادی دارند، لازم اســت مقداری نمک خوراکی به غذای خود اضافه کنند. به علاوه، بیماران مبتلا به اســهال و اســتفراغ طولانی یا شدید نیز لازم است مقداری نمک خوراکی مصرف نمایند. هر ایرانی به طور متوسط در روز ۱۳ گرم نمک دریافت می‌کند، بدون افزودن نمک به غذاها نیز، سدیم کافی به بدن افراد معمولی می‌رسد. برای افرادی که لازم است سدیم دریافتی آن‌ها از حالت عادی نیز کم‌تر باشد (مثل افراد مبتلا به بیماری‌های پیشــرفته قلبی یا نارســایی قلبی)، نه‌تنها توصیه می‌شــود اصلاً به غذای خود نمک نزنند، بلکه لازم اســت از مصرف پنیر معمولی، غذاهای رســتورانی و انواع کنســرو، نان معمولی -که معمولاً نمک فراوانی هم دارد- و سبزی‌هایی که اگزالات کلسیم بالایی دارند نیز خودداری کرده، یا مصرف آن‌ها را محدود کنند. برای این افراد مقدار کمِ نمک هم خطرآفرین است و مصرف شوریجات و زیتون شور، فوق خطرناک است.

میزان مجاز مصرف نمک روزانه حدود شــش گرم (معادل یک قاشــق مرباخوری متوسط) است و میزان حداکثر مجاز دریافت سدیم روزانه برای بدن، حدود ۲۳۰۰ میلی گرم است.

عوامل مرتبط با مصرف بیش از حد نمک در جامعه ایرانی

- در کشــور ما، افراد در شــرایط معمول زندگی خود عادت دارند که هنگام پخت غذا، مقداری نمک خوراکی به آن اضافه کنند که مقدار نمک افزوده شــده بر حســب عادت خانواده های مختلف، متفاوت اســت. مشاهده شده در نقاطی از ایران که خاک شور دارد و در واقع نمک فراوانی در خاک وجود دارد و هم چنین معمولاً آب مصرفی این نقاط نیز ســنگین اســت (املاح و کلســیم زیادی در خود دارد)، مردم از قدیم عادت کرده‌اند که به غذا نمک فراوانی اضافه کنند. اگر غذای مصرفی مردم در این نقاط کم نمک پخته شــود، به علت مزه آب ســنگین مصرف شده هنگام پخت، مزه مناسبی در غذا احساس نمی شود. بنابراین، افراد در طی زمان عادت کرده‌اند که هنگام طبخ غذا، مقدار زیادی نمک اســتفاده نمایند. اگر مردمی که علاقه بسیاری به مصرف نمک دارند، آموزش داده شــوند که برای بهبود طعم غذا از طعم دهنده‌های سالمی مثل انواع سبزی‌های خشک، آب‌لیمو، آب غوره، آب نارنج، مواد تخمیری مانند ماست، سرکه، سس سویا و موارد مشابه استفاده کنند، مشکل اضافه مصرف نمک در آن‌ها می‌تواند کاهش یابد.
- مشکل بعدی در کشور ما نان مصرفی است. خمیر معمولی نان که حاوی نمک بالایی نباشد، نمی‌تواند به خوبی پهن شــود تا نان لواش و تافتون پخته شــود و خمیر در هنگام پهن شــدن حالت پاره پاره پیدا می‌کند. نمک زیاد زدن به خمیر، از این نظر موجب بهبود ســاختار خمیر می‌شــود که خمیر هنگام پهن شــدن قابلیت نازک شدن پیدا کند. متأســفانه طعم مطبوع نان گندم اجازه نمی‌دهد مصرف‌کننده احســاس کند که نان شــور اســت. به خمیر همین نان‌های مسطح، مقداری جوش شیرین نیز اضافه می‌شود که خود یکی دیگر از منابع سدیم است. لذا مصرف این انواع نان می‌تواند برای سلامتی خطر بیشتری داشته باشد.
- مشکل سومی که منجر به دریافت مقادیر بالایی از سدیم توسط ایرانیان می‌شود، پنیر است. برخی افراد هنگامی که برای اولین بار تصمیم به تهیه پنیر در منزل می‌گیرند، متوجه می‌شــوند که لازم اســت شــیر سرد یا داغ نباشد و به آن مقداری «رنین» اضافه شــود. در قدیم، رنین از روده حیوانات ذبح شــده به دســت می‌آمده ولی امروزه به

صورت قرص توسط کارخانجات دارویی تولید شده و در دسترس است. دستورالعمل همراه قرص رنین، به افراد آموزش می‌دهد که هنگام استفاده از این قرص باید مقدار نسبتاً بالایی نمک نیز به شیر اضافه شود تا پروتئین شیر دلمه شود و در ته ظرف رسوب نماید و آب جدا شده نیز روی ظرف قرار گیرد. در سیستم سنتی پس از چند ساعت زمان دادن به رنین و پس از جداکردن آب پنیر روی ظرف، دلمه حاصله را در کیسه پارچه‌ای و یا در پوست گوسفند می‌ریزند تا باز هم آب آن کاهش یابد و پنیر غلیظ تر و مطلوب‌تری به دست آید. در همین حال، روی پوست گوسفند یا کیسه پارچه‌ای هم مقداری نمک می‌پاشند تا فرآیند تولید پنیر سریع‌تر کامل شود. نه تنها پنیر بی‌نمک بسیار شل خواهد شد، بلکه مزه مطبوعی نیز از نظر مصرف‌کننده نخواهد داشت.

امروزه در کارخانه‌های پنیرسازی، پنیر کم نمک نیز تولید می‌شود که در واقع بخشی از نمک خوراکی یا کلرید سدیم را با نمک پتاسیم (کلرید پتاسیم) جایگزین می‌کنند. از آن جا که نمک پتاسیم شوری خیلی کمی دارد، عملاً ناچار هستند هنوز بین سی تا پنجاه درصد نمک مصرفی را از نمک خوراکی انتخاب نمایند؛ وگرنه مزه پنیر حاصله مطبوع نخواهد بود. چهارمین مشکل، استفاده از نمکدان در موقع صرف غذاست. برخی افراد عادت دارند که حتی قبل از شروع به خوردن غذا، مقداری نمک بر روی غذای خود می‌پاشند، بدون این‌که غذای خود را از نظر میزان نمک امتحان کرده باشند. این افراد اولین چیزی که سرسفره لازم است ببینند، نمک‌دان است و به طور کلی، به غذاهای شور عادت کرده‌اند. بدیهی است که نه تنها افراد نیازمند رژیم‌های غذایی کم‌نمک باید به‌طورکلی از به‌کار بردن نمک‌دان هنگام صرف غذا خودداری نمایند، بلکه افراد معمولی نیز باید از قرار دادن نمک‌دان سر سفره اجتناب کنند.

علت عدم توصیه به استفاده از نمک‌دان سرسفره، این است که هیچ نوع کنترلی بر مقدار نمک مصرفی در هنگام استفاده از نمک‌دان وجود ندارد.

خلاصه توصیه‌های لازم برای کاهش دریافت نمک

- نمک مصرفی خود را کاهش دهید و به جای آن، برای خوش‌طعم شدن غذا از سبزی‌های معطر (مانند رزماری، لیمو، آب‌لیمو، غوره، آب‌غوره، نارنج، انواع سرکه و ادویه) استفاده کنید.
- حتی الامکان، سر سفره نمک‌دان نیاورید.
- غذاهای صنعتی معمولاً پرنمک هستند (نمک علاوه بر این‌که نقش نگهدارنده دارد، مزه غذا را بهتر می‌کند و هزینه آن هم بالا نیست)، پس از آن‌ها کم‌تر استفاده کنید.
- از میان وعده‌های نمک‌دار مثل چوب شور، بیسکوئیت‌های نمک‌دار و... پرهیز کنید.
- حتی الامکان از نان‌ها و پنیرهای کم نمک استفاده کنید.
- از مواد غذایی با پسوند شور، مثل خیار شور، زیتون شور، گوجه شور، بادمجان شور و... کم‌تر استفاده کنید.
- میوه‌ها را با نمک نخورید.
- برخی مواد غذایی نمک بالایی دارند (مانند چغندر، کلم، هویج، اسفناج، کرفس)، آن‌ها را کم‌تر مصرف کنید.

به یاد داشته باشید

مواد غذایی زیر دارای نمک زیاد هستند:

- گوشت و ماهی‌های دودی، فرآوری شده یا تغییر یافته مانند انواع سوسیس و کالباس، هات داگ و انواع کنسرو ماهی
- همه انواع آب گوجه فرنگی و سس گوجه فرنگی، مگر این‌که برچسب غذایی نشان دهنده نمک کم باشد.

- عصاره های گوشت، سس های گوشتی و سایر چاشنی های مشابه
- میان وعده های شور (چیپس سیب زمینی، چیپس های تورتیلا، چیپس ذرت، آجیل شور، پاپ کورن و کراکر، پفک)
- انواع سس سالاد، چاشنی، سس کچاپ، سس کباب، سس سویا، انواع ترشی، خیارشور، زیتون شور و امثال آن ها
- پکیج های غذایی آماده حاوی سس ها، نودل، برنج، سیب زمینی، ماکارونی، پنیر و...
- انواع پنیر به ویژه پنیرهای محلی
- انواع کنسروها و غذاهای آماده مانند سوپ و...
- همه غذاهای تهیه شده بیرون از خانه

علاقه به غذاهای شور، یک عادت است که می تواند باعث بیماری شود.

۴. تخم مرغ



تخم مرغ، منبعی از پروتئین های با کیفیت بالاست؛ این ماده غذایی از نظر ترکیبات غذایی دیگر نیز امتیازات زیادی دارد و در صورت ترکیب با سایر مواد غذایی، می تواند در وعده های غذایی اصلی نیز برای سالمندان استفاده شود. یکی از غذاهای خوب در وعده صبحانه برای سالمندان محسوب می شود. سالمندان دارای سوء تغذیه و سالمندان مبتلا به اضافه وزن و چاقی می توانند از تخم مرغ در رژیم غذایی بهره مند شوند.

تخم مرغ، هم چنین می تواند یک غذای فوری و یا یک میان وعده غذایی قابل قبول باشد؛ برای مثال، تخم مرغ بر روی نان تُست یا تخم مرغ آب پز و یا نیمرو به صورت کم چرب و تهیه شده با روغن زیتون یا کانولا یا کلزا. تخم مرغ در صورت ترکیب با سایر مواد اولیه غذایی، می تواند برای وعده های غذایی اصلی نیز استفاده شود. سهولت پختن این غذا، عامل مهمی برای افرادی است که برای آشپزی به صورت ایستاده محدودیت دارند یا مهارت آشپزی بالایی ندارند؛ این افراد می توانند افراد مسنی باشند که تنها زندگی می کنند و یا سالمندانی که از همسر خود مراقبت می کنند. اگر جویدن یا قورت دادن برای فردی دشوار باشد، آماده سازی و پختن تخم مرغ با توجه به بافت نرم آن و راحت تر جویدن و قورت دادن، مصرف آن را برای افراد مسنی که دارای این مشکلات هستند، ممکن می سازد. از نظر منابع پروتئینی با کیفیت خوب، پروتئین های تخم مرغ، بالاترین قابلیت هضم را در بین منابع پروتئینی دارند و در مقایسه با شیر، پنیر، گوشت و ماهی این قابلیت بالاتر است. تخم مرغ از نظر اسیدهای آمینه، به ویژه اسید آمینه ضروری «لوسین» قابل توجه است. پروتئین با کیفیت بالا و قابلیت هضم سریع که درصد بالایی لوسین داشته باشد، نسبت به پروتئین های غذایی فاقد این خصوصیات، برای تولید پروتئین عضلانی مفیدتر است. در نتیجه، مصرف تخم مرغ در رژیم غذایی سالمندانی که فعالیت بدنی انجام می دهند، بسیار مهم است.

«کولین»[1] موجود در تخم مرغ می تواند تا حدودی با نقص عملکردهای مغز، از جمله توانایی شناختی و حافظه و بروز زوال عقل مقابله کند. یک تخم مرغ، ۲۰ درصد از مقدار مجاز و توصیه شده روزانه کولین را تأمین می کند که موجب بهبود حافظه و تقویت شناختی می شود. کولین موجود در تخم مرغ به کاهش التهاب های مزمن در بدن

---

۱. کولین جزئی از ویتامین های گروه B (ویتامین B_4) است. کولین برای متابولیسم و سوخت و ساز چربی لازم است و برای سوزاندن چربی در بدن مصرف می شود. این ماده بسیار مهم است. اگر مقدار کولین در بدن شما خیلی کم باشد، چربی اضافی در کبد جمع می شود. منابع کولین عبارتند از: دل و جگر گاو، زرده تخم مرغ، گل کلم، خیار و بادام زمینی.

کمک می‌کند که این التهاب‌ها در ایجاد بیماری زوال عقل نقش دارند. تخم‌مرغ می‌تواند اسید آمینه «تریپتوفان» را تأمین کند که در بدن به «سروتونین» تبدیل می‌شود. سروتونین، یک انتقال‌دهنده عصبی است که برای بهبود حالات روانی مهم است و می‌تواند به بهبود سلامت روان سالمندان کمک کند.

تخم‌مرغ یکی از معدود منابع غذایی ویتامین D به شمار می‌رود. هر تخم مرغ متوسط، ۱٫۶ میکروگرم ویتامین D دارد. اگرچه این مقدار، با مقدار آن در مکمل‌های تجویزی قابل مقایسه نیست، اما دریافت منظم این ویتامین از تخم‌مرغ، می‌تواند برای افرادی که فرصت محدودی برای تولید ویتامین D و قرارگرفتن در معرض نور خورشید دارند، مفید باشد. البته باید توجه داشت که با توجه به شیوع بالای کمبود ویتامین D در سالمندان ایرانی، مصرف تخم مرغ در جبران کمبود ویتامین D نقش بزرگی ندارد. تخم‌مرغ از نظر امگا-۳ غنی است. امگا-۳ می‌تواند در افراد مسن، تولید عضله را تحریک کند، در پیش‌گیری از بیماری‌های قلبی- عروقی نقش داشته باشد و نیز در سلامت روان و قدرت شناختی سالمندان مؤثر باشد. اعتقاد بر این است که امگا-۳ در بهبود عملکرد سیستم ایمنی و پیش‌گیری از عفونت‌ها، به‌ویژه عفونت‌های ویروسی نقش دارد.

به علاوه، تخم‌مرغ منبعی غنی از «سلنیوم» است که یک نوع ماده مغذی است و به محافظت از سلول‌ها کمک می‌کند. کمبود آهن خفیف، می‌تواند موجب کاهش سطح انرژی در افراد مسن شود که خود منجر به کاهش فعالیت بدنی در این افراد خواهد شد. زرده تخم‌مرغ، منبع قابل استفاده‌ای از آهن است که آهن آن نسبت به مکمل‌های آهن، قابلیت جذب بالاتری دارد.

قبلاً دستورالعمل‌ها به شدت افراد را از مصرف غذاهای حاوی تخم مرغ منع می‌نمود، اما دیگر این توصیه کاربردی ندارد و شواهد نشان می‌دهند رابطه شدیدی میان مصرف کلسترول تخم مرغ و سایر غذاها و سطح کلسترول سرم وجود ندارد.

۵. نوشیدنی‌ها



اگرچه آب بهترین نوشیدنی فاقد کالری و بسیار سالم است، برای سلامت و دفع مواد زائد بدن بسیار ارزشمند است و توصیه فراوانی به مصرف آب کافی وجود دارد، ولی واقعیت این است که انسان، تنوع‌طلب است و می‌تواند از نوشیدنی‌های دیگر نیز لذت ببرد.

از زمان قدیم، هنگامی که خانواده‌ها برای نگهداری میوه‌های تابستانی، آن‌ها را خشک کرده، یا تبدیل به مربا می‌کردند، در طول زمان هرگاه نیاز بود، میوه‌های خشک شده را خیس و مصرف می‌کردند. هنوز برخی افراد از خیساندن انجیر، برگه هلو، آلو، زردآلو و خشکه‌های دیگر و نوشیدن آب آن‌ها (مثلاً در ابتدای صبح) نه‌تنها لذت فراوانی می‌برند، بلکه به دستگاه گوارش خود کمک می‌کنند تا سالم‌تر و بهتر کار کند. هم‌چنین اضافه‌کردن آب به مرباها می‌تواند شربت میوه دلپذیری را در طی سال برای خانواده‌ها تدارک ببیند که در هنگام هوس یک لیوان نوشیدنی دلچسب، به کار می‌آید. هم‌چنین، از زمانی که انسان فرآیند شیر و تبدیل آن به ماست را فراگرفت، به هنگام رو به رو شدن با ماست ترش و گازدار شده طبیعی، با افزودن آب به آن، دوغ دلپذیری به دست می‌آورد که هنوز به اشکال و غلظت‌های مختلف و همراه با سبزی‌ها و افزودنی‌های متعدد، زینت‌بخش سفره‌های ایرانیان است.

با گذشت زمان و ورود تکنولوژی‌های جدیدی مانند دستگاه آب میوه‌گیری، مردم علاوه بر امکان نوشیدن شربت‌های قدیمی ذکر شده، به نوشیدن آب هویج، آب سیب، آب طالبی و دیگر آب میوه‌ها نیز روی آوردند. البته مغازه‌های

آب میوه فروشی هم به‌تدریج تأسیس شدند و مردم برای نوشیدن انواع آب طالبی، هویج، انبه، کرفس و امثال آن به این مغازه‌ها مراجعه کردند. از این زمان، احتمال آلودگی دست کارکنان، دستگاه‌ها، لیوان‌ها و بطری‌ها و ... و بیماری‌زایی این نوشیدنی‌ها هم مطرح شد. بسیاری از مغازه‌های آب میوه فروشی ضمناً بستنی فروش هم بوده و هستند و مواردی از بیماری تب مالت ناشی از شیر نجوشیده بستنی و مسمومیت ناشی از آب میوه‌های ناسالم، توجه مسئولان بهداشت و سلامت مردم را به این مغازه‌ها بیشتر کرد. برای داشتن سود بیشتر، برخی از این آب میوه فروش‌ها شروع به افزودن شکر و رقیق‌کردن آب میوه‌های خود کردند؛ برخی دیگر، به جای آب انار، رب انار را آب زدند و به مشتری تحویل دادند. به مرور ترکیباتی نیمه صنعتی به نام پودر پرتقال و پودر سایر میوه‌ها در اختیار همگان قرار گرفت که با آب زدن آن‌ها، محلولی اسیدی با اسانس پرتقال به نام آب پرتقال را در اختیار قرار می‌داد. حتی اگر خود مردم به این مواد نیمه صنعتی کم‌تر اقبال نشان می‌دادند، بعضی از فروشندگان آب میوه‌های نه چندان تازه و سالم، از این مواد برای تهیه آب میوه‌ها و فروش آن به مردم استفاده می‌کردند و هنوز هم استفاده می‌کنند.

نوشیدنی میوه‌ای کارخانه‌ای

سال‌هاست کارخانه‌های تولید آب میوه و شربت میوه، به تعداد بسیار زیادی وجود دارند و محصولاتی را که تولید می‌کنند، با تبلیغات مختلف به مردم معرفی کرده، مدعی هستند که محصولات آن‌ها کاملاً طبیعی و سالم است و حتی توصیه می‌کنند مردم به جای این‌که به خودشان زحمت بدهند و آب میوه و دوغ در منزل تهیه کنند، از این محصولات آماده استفاده کنند. اکنون آب میوه‌های بسته بندی شده با برندهای مختلف و متعدد در بازار به فروش می‌رسند، اما اغلب مردم نسبت به سالم یا ناسالم بودن آن‌ها و این که آیا مواد افزودنی و نگه‌دارنده به آن‌ها اضافه می‌شود یا خیر، نگران هستند. در سال‌های اخیر به دلیل افزایش بیماری‌ها در جامعه، حساسیت گروهی از مردم نسبت به انواع مواد غذایی و نوشیدنی آماده بیشتر شده و حتی برخی از مردم سعی می‌کنند تا بنابر توصیه متخصصان، بیشتر به سراغ غذا و نوشیدنی تهیه شده در منزل رفته، از این نوع مواد کم‌تر استفاده کنند.

سه نوع نوشیدنی میوه‌ای شامل آب میوه، نکتار و شربت میوه توسط کارخانجات تولید می‌شوند. آب میوه نوعی نوشیدنی است که ممکن است تا ۹۰ درصد حجم آن را عصاره طبیعی میوه تشکیل دهد و میزان آب، شکر و اسید سیتریک آن بسیار کم است. آب میوه‌ها از نظر شفافیت، به دو دسته کدر (حاوی تکه‌های کوچک میوه یا پالپ) و شفاف تقسیم می‌شود. در نکتار، میزان عصاره طبیعی میوه بین ۲۵ تا ۵۰ درصد است. نکتارها به نسبت آب میوه‌ها شفافیت کم‌تری دارند. شربت‌ها حدود ۳ تا ۲۰ درصد عصاره طبیعی دارند و بقیه آن‌ها را شکر و اسید سیتریک تشکیل می‌دهد.

از چندسال پیش محصولاتی به بازار آمد که تفاوت ظاهری با سایر آب میوه‌های صنعتی داشتند و در واقع حاوی قطعات کوچک میوه یا پالپ بودند. این محصول جدید علاوه بر طعم دلچسب آب میوه، لذت جویدن قطعات را به مصرف‌کننده می‌دهد. این محصولات شربت‌هایی با دانه‌های میوه هستند که میزان عصاره طبیعی میوه در آن‌ها بسیار کم است و برای ایجاد سوسپانسیون و به شکل ساده‌تر جلوگیری از ته نشین شدن قطعات میوه، گاهی از میزان غیرمجاز «پکتین» و «ایزوسوربات سدیم» استفاده می‌کنند. مصرف زیاد این ماده، موجب بروز عوارض دستگاه گوارش به‌ویژه در کودکان می‌شود.

در بازار مصرف، آنچه به نام آب میوه توسط اغلب کارخانجات تولید می‌شود و در اختیار مردم قرار می‌گیرد، به ندرت تماماً از خود میوه تازه تهیه شده و اغلب در بهترین شرایط، عصاره و یا پودر به‌دست آمده از آب میوه طبیعی همراه

با مقداری آب و شکر و طعم دهنده، اسانس ها و ترکیبات مختلف از قبیل ویتامین C دارویی، در بسته بندی های زیبایی به مصرف کننده تحویل می شود. به هرحال، عملاً در نوشیدنی های میوه‌ای کارخانه‌ای، میزان استفاده از آب میوه طبیعی بسیار کم است و اغلب در این نوشیدنی ها بیشتر از اسیدهای آلی، شکر و اسانس استفاده می شود تا قیمت تمام شده محصول پایین بیاید، اما از نظر تغذیه‌ای به هیچ وجه در حد آب میوه نبوده و در حقیقت نوشابه هایی هستند که طعم میوه داشته و مقادیر بسیار جزئی از آب میوه را در ترکیب خودشان دارند؛ به همین علت این آب میوه‌ها نمی توانند خون را قلیایی کنند و ضد خستگی باشند. مقدار بالای شکر وارد شده به بدن در هنگام مصرف این گونه مایعات، می تواند علاوه بر مشکلات دهان و دندان و گوارشی، مشکلات دیگری مانند بالا رفتن قند و چربی خون و خطر ابتلا به بیماری های قلبی -عروقی و دیابت را ایجاد و یا تشدید کند. البته تعداد معدودی از کارخانجات با استفاده از مقدار بیشتری از عصاره میوه و شکر کم نیز محصولات خود را به بازار عرضه می‌کنند. مسلماً مصرف کننده آگاه محصولی را انتخاب می‌کند که بیشترین مقدار آب میوه واقعی و کم‌ترین مقدار اضافات را داشته باشد.

نگهداری آب میوه های صنعتی

آب میوه به سرعت می تواند فاسد شود؛ معمولاً دو راه برای نگهداری آن مورد استفاده قرار می‌گیرد: روش اول استریل کردن است. اگر بتوان آب میوه را مانند شیر استریل کرد و در پاکت های مناسب نگهداری ترکیبات استریل، بسته‌بندی و عرضه نمود، می توان آن را تا چند ماه بدون نیاز به یخچال نگهداری کرد. روش دوم، افزودن مواد نگهدارنده به شربت ها و آب میوه های فرآوری شده است که اغلب بر روی برچسب آب میوه های کارخانه‌ای درج شده اند. خوشبختانه سال هاست وزارت بهداشت، تمام کارخانه ها را موظف کرده برچسب های حقایق تغذیه‌ای را به اشکال مختلف روی محصولات خود چاپ کنند. ضمناً با توجه به دستورهای وزارت بهداشت، استفاده از نگهدارنده های غیرطبیعی نیز ممنوع است. بااین حال، مردم به خوبی واقف هستند که هر ماده طبیعی و غیرطبیعی که بتواند رشد و نمو باکتری ها و قارچ های تک سلولی را متوقف یا کند نماید، مسلماً بر سلامت انسان بی اثر نخواهد بود.

نوشابه ها، سودا و دوغ

علاوه بر آب میوه های صنعتی، انواع مختلفی از نوشابه نیز امروزه به مردم عرضه می شود که مصرف فراوان آن ها به علت مقدار اسید فسفریک و اسید کربنیک بالا، موجب کاهش کلسیم استخوان ها و در نتیجه پوکی استخوان می شوند. ضمناً عموماً این نوشیدنی ها مقدار فراوانی قند به بدن مصرف‌کننده وارد می‌کنند. حتی نوشابه های بدون قند و فاقد کالری نیز چاق‌کننده هستند؛ چون اولاً به علت محتوی گازشان، دستگاه گوارش فرد را تحریک می‌کنند تا غذای بیشتری مصرف کند و ثانیاً سریع‌تر غذا را هضم و جذب کرده و باقی‌مانده آن را نیز زودتر تخلیه کند و در نتیجه، فرد مجدداً گرسنه می شود. این نوشابه ها، ماء الشعیرها و نوشابه‌هایی که امروزه با نام سودا (آب گازدار) به فروش می‌رسند، نباید با آب میوه اشتباه گرفته شوند، چون نه ارزش ویتامینی دارند و نه از نظر املاح، غنی هستند. کارخانه های مواد لبنی، عموماً بخشی از محصولات نزدیک به انتهای تاریخ مصرف و هم چنین مواد اولیه با کیفیت پایین تر را به شیرکاکائو، شیرهای میوه‌ای و دوغ تبدیل می‌کنند. مسلما آن چه به نام شیر میوه‌ای به مصرف کننده ارائه می شود، شیر تازه عالی به همراه آب میوه تازه طبیعی درجه یک نیست. آنچه به نام دوغ عرضه می شود، عموماً دارای نمک بالا، اسانس های مختلف و باقیمانده های لبنی با کیفیت پایین‌تر است و هرگز نمی تواند جایگزین دوغ سالمی باشد که در منزل تهیه می شود.

توصیه اکید متخصصان تغذیه بر تهیه شیر میوه‌ای و دوغ در منزل است؛ دلیل این توصیه چیست؟

امروزه به علت وضعیت اقتصادی و روی‌آوردن مصرف‌کنندگان به محصولات ارزان تر و هم چنین دسترسی کم‌تر کارخانه ها به خرید میوه و آب میوه طبیعی و سودجویی شدید بعضی از این کارخانجات (و البته نه همه آن ها)، عمده صنایع تولیدکننده آب میوه و نوشیدنی‌های میوه‌ای در ایران، به مرور از محتوی میوه در محصولات خود کم کرده و درصد شکر و بعضی ترکیبات مصنوعی را افزایش داده‌اند. استفاده از واژه «طبیعی» نیز گاهی موجب گمراهی مصرف‌کننده می‌شود. در واقع تمام مواد موجود در کره زمین به نوعی، طبیعی محسوب می‌شوند. مثلاً به طور طبیعی میوه حتی درون یخچال منزل ممکن است کپک بزند. اگر آب میوه های ساخت کشورهای اروپایی را چشیده باشید مطمئناً متوجه تفاوت طعم آن ها با محصولات مشابه ایرانی خواهید شد. محصولات ایرانی شیرین‌تر است و کارشناسان صنایع غذایی این کارخانه ها علت اصلی استفاده از شکر در محصولات ایرانی را ذائقه شیرین پسند ایرانی ها می‌دانند. اگر آب پرتقال بدون شکر وارد بازار شود مزه ترش آن باعث کاهش فروش می‌شود؛ در حالی‌که آب میوه های شیرین به علت کالری بالا و قیمت پایینی که در مقایسه با آب میوه‌های حاوی عصاره های طبیعی دارند، پرطرف‌دارتر هستند و اکثر اقشار کم درآمد جامعه، نوشیدن شربت میوه -که میزان شکر آن در مقایسه با نکتار و آب میوه طبیعی بسیار بالاست- را بر سایر انواع نوشیدنی‌های میوه‌ای ترجیح می‌دهند.

توصیه های اساسی

- آبمیوه‌های کارخانه‌ای باید در مدت کوتاهی پس از باز شدن بسته‌بندی، سریعاً مصرف شوند و تا پایان مدت زمان مصرف هم داخل یخچال نگهداری شوند.
- از خرید آب میوه شرکت هایی که تحت نظارت وزارت بهداشت و اداره استاندارد نیستند، خودداری کنید.
- هنگام خرید به برچسب غذایی، تاریخ تولید، شرایط نگهداری، مقدار شکر، میوه و نگهدارنده ها در آن ها دقت کنید.
- یک پاکت آب میوه صنعتی سالم و تازه باید از غلظت کافی برخوردار باشد و وقتی‌که بسته‌بندی آن را باز می‌کنید، رنگ، عطر و طعمی شبیه به آب میوه های خانگی را حس کنید. غلظت آب میوه می‌تواند نشان‌دهنده سطح بالای عصاره میوه در آن باشد. این در حالی است که آب میوه های غیراستاندارد و نامناسب، بسیار رقیق هستند و اصلاً هم بوی میوه مورد نظر را نمی‌دهند. این آب میوه ها بیشتر شبیه به آب و شکر رنگی هستند و به هیچ عنوان خواص یک آب میوه طبیعی را ندارند.

امید است که محصولات آب میوه‌ای و مشتقات آن به دلیل مصرف زیاد به‌ویژه توسط کودکان، به شکل سالم تولید شود و از افزودنی‌هایی مانند انواع نگهدارنده ها، نظیر بنزوات سدیم و سوربات پتاسیم و هم چنین «پارابن»ها -که برای سلامتی انسان ها خطرآفرین است -اجتناب شود. از استریلیزاسیون هم دوری شود و به جای آن، از روش های جدید سترون استفاده شود؛ چراکه دماهای بالا باعث از بین رفتن اکثر ویتامین ها می‌شود و ارزش تغذیه‌ای این محصولات را به شدت پایین می‌آورد.

در حال حاضر عبارت غنی‌شده با کلسیم یا ویتامین C، ویتامین D و امثال آن روی برخی از آب میوه های موجود در بازار دیده می‌شود. به همین دلیل معمولاً این سؤال برای خیلی‌ها پیش می‌آید که آیا مقدار مثلا کلسیم یا روی یا ویتامین ها و املاحی که به این آب میوه ها افزوده می‌شوند، جواب‌گوی بخشی از نیاز بدن به این گروه از ترکیب ها هست یا این کارها صرفاً جنبه تبلیغاتی دارند؟ باید گفت اگر میزان کلسیم یا سایر موادی که به آب میوه ها اضافه می‌شوند روی برچسب آن ها نوشته شده باشد و میزان این مواد جوابگوی حداقل ۳۰ درصد از نیاز روزانه بدن آن ها

باشد، می‌توان آن محصولات را واقعاً غنی‌شده دانست.

۶. ادویه‌ها و چاشنی‌ها



ادویه را بخشی از یک گیاه معطر تعریف می‌کنند که می‌تواند پوست درخت، تنه درخت (دارچین)، میوه گیاه (فلفل سیاه) و یا دانه گیاهان (جوزهندی) باشد و به صورت درسته، خردشده و یا پودرشده، برای عطر و رنگ بخشیدن به غذا استفاده شود. ادویه جات و گیاهان معطر، قرن هاست که به عنوان دارو مورد استفاده قرار گرفته و می‌گیرند؛ ولی برای درمان بیماری ها نمی‌توان به آن ها اکتفا کرد؛ چون بسیاری از نتایج تحقیقات بر روی تأثیرات ادویه ها، در آزمایشگاه ها به‌دست آمده و لذا هنوز به طور قطعی اثبات نشده‌اند. ضمناً مصرف زیاد گیاهان معطر و ادویه جات به دستگاه گوارش به‌ویژه معده آسیب می‌رساند. مقدار مصرف ادویه ها و نوع ادویه مصرفی در نقاط مختلف جهان بسیار متفاوت است.

هر چند مقدار ادویه‌ای که در هر وعده با غذا مصرف می‌کنیم کم است، ولی ادویه جات تنوع طعم و رنگ فوق العاده‌ای به غذاها می‌دهند. ادویه ها و گیاهان معطر، علاوه بر این‌که مقدار کمی ویتامین، املاح و فیبر به غذا اضافه می‌کنند، حاوی ضداکسیدان ها بوده که عوامل تخریب‌کننده سلول ها هستند؛ یعنی رادیکال های آزاد را خنثی کرده و سطح سلامتی را ارتقا می‌بخشند. پونه، آویشن، زُزماری، رازیانه، زردچوبه، زیره سیاه، بادیون، گشنیز، زیره سبز و ترخون، به عنوان مواد ضد سرطان معرفی شده‌اند. در زیر برخی از ادویه های پرکاربرد در رژیم غذایی ایرانیان را توضیح می‌دهیم.

پونه



قدرت ضداکسیدانی مواد موجود در پونه بسیار زیاد است؛ لذا برای سلامتی بسیار مفید است. پونه خواص دارویی نیز دارد و در طب سنتی معتقدند خاصیت ضدعفونی‌کنندگی و ضدالتهابی دارد و مصرف مناسب آن، فعالیت سیستم ایمنی را تا حدودی ارتقا داده، مشکلات تنفسی را کاهش می‌دهد. این ادویه خوشمزه، بهترین جایگزین برای نمک است. پونه حاوی بعضی ویتامین ها و مواد معدنی نیز هست، ولی باید دانست که مقدار ادویه‌ای که در روز مصرف می‌شود، نمی‌تواند نیاز بدن انسان به ویتامین ها و مواد معدنی را تأمین کند.

نعنا



شکل و مزه پونه و نعنا شبیه به هم است. از نعنا نه‌تنها به علت بوی خوش آن، بلکه برای خاصیت آرامش دهنده گوارشی استفاده می‌شود. عرق نعنا در کودکان مبتلا به دل درد از قدیم استفاده می‌شده و برای کودک و بزرگ قابل توصیه است. گرم بودن نعنا و عرق آن، موجب شده کسانی که با خوردن ماست ساده مشکل دارند، با اضافه کردن نعنا (و یا پونه) و مقداری گردو و کشمش (به عنوان مصلح) به ماست، خاصیت سردی ماست را از بین ببرند.

آویشن



آویشن مزه خاص و دلپذیری دارد و برای مصرف با گوشت و سبزی ها مناسب است. عسل آویشن نیز به علت عطر و طعم مطبوع، هواخواهان زیادی دارد.

آویشـن به هضم غذا کمک می‌کند و با گشـادکردن عروق و کمک به کاهش فشـارخون، از سـکته جلوگیری می‌کند؛ گرچه نمی‌تواند جایگزین داروهای کاهنده فشـارخون شـود. انجمن ملی سـرطان آمریکا آویشن را نیز به عنوان یکی از ادویه‌های ضدسـرطان معرفی کرده اسـت. در طب سـنتی از آن برای درمان بعضی مشکلات تنفسی مثل سرفه و حتی التهاب مجاری تنفسی استفاده می‌کنند. این گیاه در برخی افراد (به‌ویژه مبتلایان به حساسیت) ممکن است موجب تحریک غشاهای مخاطی و حتی آلرژی شود. آویشن مانند گیاهان خانواده کلم، مواد ایجادکننده گواتر[1] دارد و مصرف مقدار زیاد آن می‌تواند به عملکرد تیروئید آسیب بزند؛ بنابراین افرادی که داروهای تیروئید مصرف می‌کنند، باید در مصرف این گیاه احتیاط کنند.

رزماری



گیاهی اسـت که در مناطق مدیترانه‌ای به وفور یافت می‌شـود و در زمان باسـتان، یونانی‌ها از این گیاه برای کمک به حافظه و تحریک مغز استفاده می‌کردند. روغن این گیاه در افزایش حافظه نقش دارد و مالش شقیقه‌ها با روغن رزماری، به کاهش سـردرد کمک می‌کند؛ از ادویه جاتی اسـت کـه میزان بالایی ضداکسـیدان دارد و می‌تواند به مبارزه با باکتری‌ها و سـرطان کمک کند. بوی خاص رزماری، باعث دفع حشـرات، به‌ویژه پشه می‌شود. می‌توان هنگام خواب چند قطره از رزماری را در دستگاه هواساز یا بخور ریخت تا بوی آن در فضای اتاق پخش شود و یا این که قسمت‌های بدون لباس بدن با روغن رزماری آغشته شود تا پشه‌ها به فرد نزدیک نشوند. مصرف مقدار فراوان رزماری، ممکن اسـت موجب التهاب معده و روده و آسـیب به کلیه نیز بشود. توصیه شده افراد قبل از مالش روغن رزماری روی پوست، از عدم حساسیت به آن مطمئن شوند.

رازیانه



رازیانه، یک گیاه با بوی دلپذیر است که گل‌های زرد رنگی دارد و سال‌هاست برای درمان مشـکلات گوارشـی (از قبیل تهوع، کم‌اشـتهایی، نفخ، گاز روده و یبوسـت) و تنفسـی (آسم، سـرفه و تنگی نفس) از آن اسـتفاده می‌شـود. رازیانه می‌تواند به لاغرکـردن افراد کمک کند. روغـن رازیانه می‌تواند نیروی جنسـی مردان را کاهش دهد. آلرژی و حساسـیت در عده‌ای از اسـتفاده‌کنندگان رازیانه گزارش شـده اسـت. کسـانی که داروهای مربوط به تشنج یا صرع را مصرف می‌کنند، باید از رازیانه اجتناب نمایند.

زردچوبه



نقش بسزایی در تهیه غذاهای خوشمزه در سراسر جهان دارد و البته علاوه بر مزه دلپذیـر، به دلیل رنگ زرد یا نارنجی‌اش طرف‌داران زیادی دارد. مطالعات متعدد، قدرت عالی ضداکسـیدانی و خاصیت ضدالتهابی آن در بدن و کمک به محافظت در برابر برخی بیماری‌ها را نشـان داده اسـت. رنگ زرد آن به دلیل وجود ماده‌ای به‌نام «کورکومین» است که خطر سرطان و التهاب معده را کاهش می‌دهد و می‌تواند از بیماری‌های تخریب کننده اعصاب جلوگیری کند. مصرف روزانه یک تا ۱/۵ گرم زردچوبه در افراد بزرگسال، برای سلامتی مفید است، ولی مصرف

---

۱. گواتر به معنای بزرگ شدن غیرطبیعی غده تیروئید است.

فـراوان آن حالت تهوع و مشـکلات معده‌ای و گاهی سـردرد ایجاد می‌کند. از عوارض مصرف بیـش از حد زردچوبه، می‌توان مسمومیت کبدی را نام برد. در افراد مبتلا به سنگ کیسه صفرا و یا انسداد مجاری صفراوی، مصرف زردچوبه توصیه نمی‌شود.

زیره سیاه



یکـی از گیاهان بومی آسیاسـت که به خاطر عطر و مزه دلپذیـرش، در انواع غذاها به کار می‌رود. هنگامی که دانه‌هایش خشـک می‌شـود، به زیره سیاه شهرت پیدا می‌کنـد. هـر دوی دانه‌های زیره سـبز و زیره سـیاه، مزه خوبی به غـذا می‌دهند و هـر دو خاصیت ضـد نفخی دارند و به همین دلیل نیز در غذاهای شـرقی (به‌ویژه هندی-پاکسـتانی)، آلمانی و روسـی مورد اسـتفاده قرار می‌گیرند. مقداری مواد معدنی نظیر آهن، کلسـیم، روی و منیزیم و برخی ویتامین‌ها در زیره وجود دارد؛ ولی همان‌گونه که ذکر شد، مقدار این مواد در ادویه جات قادر به تأمین نیازهای روزانه افراد نیست. زیره را می‌توان در چای ریخت، به پنیر اضافه کرد، به عنوان چاشنی و اشتهاآور به کار برد. از زیره به عنوان جزئی از داروهای گیاهی مؤثر برای التیام جراحات هم اسـتفاده می‌شـود. در زمان‌های گذشـته که داروهای دفع انگل‌های روده‌ای وجود نداشتند، از تخمه خام کدو و زیره سیاه برای دفع کرم‌های روده‌ای استفاده می‌شـد و اکنون هم طب سـنتی آن را برای تسـکین برخی بیماری‌های گوارشـی و کاهش قند خون توصیه می‌کند. مصرف فراوان زیره سیاه موجب ناراحتی گوارشی و آروغ می‌شود و ممکن است برای کبد و کلیه خطراتی ایجاد کند.

زیره سبز



مزه خوبی به غذا می‌دهد و خاصیت ضداکسـیدانی دارد و در نتیجه رادیکال‌های آزاد را کاهش می‌دهد. مصرف مناسب آن، کلسترول را کنترل و خطر مشکلات قلبی را کاهش می‌دهد، اما باید توجه داشت که نمی‌توان آن را به جای دارو مصرف کرد. بسیاری از خواص و هم‌چنین مضرات آن شبیه زیره سیاه است که ذکر شد. بعضی داروهای کاهنده اشتها، حاوی زیره سبز هستند.

بادیان



رازیانه و بادیان، یک گیاه نیستند؛ درصورتی‌که ظاهر و عطری شبیه به هم دارند. از دانه بادیان خشک شده و آسیاب شده به عنوان ادویه استفاده می‌شود و برگ‌های ایـن گیاه هـم به عنوان سـبزی معطر مورد اسـتفاده قـرار می‌گیرند. عـلاوه بر مزه خوب این گیاه در تهیه غذا و داشـتن ضداکسیدان‌های ارزشمند، خواص درمانی مختلفی نیز برای آن ذکر شده که از جمله آن‌ها بهبود عملکرد دستگاه گوارش، بهبود برخی مشکلات تنفسی، کمک به کاهش وزن، درمان برخی مشـکلات پوسـتی و افزایش میل جنسـی را می‌توان نام برد. مصرف این گیاه در بعضی افراد واکنش‌های حساسـیتی ایجاد می‌کند؛ به خصوص در کسـانی که به رازیانه، کرفس و جعفری حساسیت دارند. هم‌چنین مشکلات گوارشی و پوستی نیز در عده کمی از مصرف‌کنندگان گزارش شده است.

گیشنیز

گیاهی است که به میزان فراوان در تهیه غذا در سراسر جهان مورد استفاده قرار می‌گیرد و استفاده از آن، چه به صورت خام و چه پخته، به غذا عطر دلپذیری می‌دهد. گیشنیز حاوی کاروتنوئیدها (پیش‌سازهای ویتامین A)، ویتامین C، ویتامین B_6، آهن، منیزیم، کلسیم، پتاسیم و فیبر است. گیشنیز به عنوان داروی معده و بهبود دهنده عمل گوارش و هضم غذا (ضد نفخ و اشتها آور) و کاهنده درد صفرا در طب سنتی شناخته می‌شود. این گیاه



نیز مانند برخی از ادویه‌ها، می‌تواند به کاهش قند خون کمک کند. خاصیت دیگر آن، خواب آوری و کاهش میل جنسی مردان است. از قدیم گیشنیز در سوپ افراد سرماخورده ریخته می‌شده و اثر مثبتی در کاهش علائم بیماری و تب نشان می‌دهد. استنشاق دود ناشی از تخم گیشنیر و یا استنشاق آب حاصل از جوشاندن تخم گیشنیز، برای بهبود سینوزیت توصیه شده است. اثر منفی مصرف فراوان گیشنیز، حالت بی‌حسی توام با خواب آلودگی شدید است.

فلفل سیاه



ادویه ضدالتهاب و ضداکسیدان است؛ بدن را در برابر رادیکال‌های آزاد و فشارخون محافظت می‌کند و عملکرد کلیه‌ها را بهبود می‌بخشد. مزه فلفل سیاه، روی گوشت، ماهی، سس ماکارونی و کباب عالی است و بوی ماهی و گوشت‌ها را به خوبی کاهش می‌دهد. مصرف کم‌تر از نیم‌گرم فلفل سیاه و فلفل قرمز در شبانه روز برای یک فرد سالم، می‌تواند به سلامتی او کمک کند. البته کسانی که مبتلا به ورم یا التهاب معده و یا آلوده به هلیکوباکتر هستند، بهتر است از این ادویه کم‌تر استفاده کنند.

زعفران



به دلیل وجود موادی که خاصیت تثبیت‌کنندگی خلق و خو و بهبود آن را دارند، باعث برطرف‌شدن افسردگی در افراد دچار نوسانات روحی و یا افسرده و هم‌چنین بهبود روحیه و خلق همه افراد می‌شود؛ گرچه برای مصرف بیش‌ازحد زعفران نیز اثرات سوء ذکر شده، ولی اثرات مضری برای مصرف مقدار معمول آن شناخته نشده است.

دارچین



برای طعم‌دادن به گوشت چرخ‌کرده و سبزی‌ها استفاده می‌شود. اسفناج خردشده را می‌توان با دارچین و کشمش تفت داد و یا چوب دارچین را با چای دم نمود. ادویه خوبی برای طعم‌دادن به هلو، موز، سیب و ماست شیرین است. در تهیه شیرینی‌جات و مواد حاوی چربی استفاده می‌شود. بهتر است روزانه حداکثر پنج‌گرم یا یک قاشق مرباخوری از آن به غذاها اضافه شود. این ادویه از بروز بیماری‌های مزمن به‌ویژه سرطان جلوگیری می‌کند و در کاهش تهوع نیز مؤثر است. دارچین تأثیرات مثبتی در درمان مشکلات تنفسی دارد و برای درمان دیابت نیز به عنوان درمان کمکی استفاده می‌شود. مصرف یک تا دو قاشق چای‌خوری دارچین به شکل کپسول، موجب کاهش مختصر قند و چربی خون شده، از افت و خیز زیاد انسولین در مبتلایان به دیابت نوع دو جلوگیری می‌کند. برای کمک به درمان آلزایمر و بیماری ام‌اس و حتی برای کمک به کاهش وزن نیز از آن استفاده می‌کنند. گرچه

مصرف مناسب آن تهوع را کاهش می دهد، ولی مصرف بیش از حد آن منجر به ناراحتی گوارشی، تهوع، التهاب پوستی، بی خوابی و حتی افسردگی می شود.

زنجبیل



یکی دیگر از ادویه های پرخاصیت و جایگزین نمک است که خاصیت ضدالتهابی و ضداکسیدانی دارد. به علت تأثیر آن بر افزایش سوخت و ساز بدن، از آن برای کمک به درمان کبد چرب و کاهش قند خون استفاده می شود. در برخی از مبتلایان به میگرن، استفاده از زنجبیل اثرات کاهندگی بیماری را نشان داده است. در کمک به بهبود جریان خون و در نتیجه کاهش خطر سکته مغزی و نیز در پیش‌گیری از سرطان، نقش دارد. اغلب ادویه های محرک و تند و تیز مانند زنجبیل، به مقدار کمی به کاهش وزن کمک می‌کنند ولی لازم است مراقب عوارض آن ها باشیم. سوزش معده ناشی از مصرف چنین ادویه هایی به ویژه در مبتلایان به بیماری های گوارشی باید مورد توجه باشد.

۷. ترشی ها و شوری ها

در قدیم که فریزرهای خانگی و صنعتی وجود نداشت، برای حفظ میوه ها و سبزی ها و استفاده از آن ها در فصول دیگر، مردم از ساز وکارهای مختلفی استفاده می‌کردند. خشک‌کردن غذا، دودی‌کردن، نمک سودکردن، قورمه‌کردن، مرباکردن، شورکردن و ترشی‌کردن از جمله روش های معمول در آن دوران بوده که امروز نیز معمول است. اگرچه آن هدف اولیه قبلی (نگهداری مواد غذایی)، امروز دیگر اهمیت ویژه اش را در تهیه ترشی و شور و روش های دیگر نگهداری، از دست داده، ولی ذائقه مردم در طی زمان به مصرف این گونه مواد غذایی نگهداری شده عادت کرده و مصرف آن ها برای مردم لذت بخش است. لذا ترشی و شوری فراوانی در کشور به صورت خانگی و یا غیرخانگی تولید می شود و به فراوانی در مراکز عرضه به فروش می رسد. بخشی از این محصولات به صورت فله و روباز و بخش دیگر به صورت محصولات کارخانه های مواد غذایی با بسته بندی های مختلف عرضه می شوند. صرف نظر از احتمال آلودگی و فساد محصولات فله‌ای و روباز، این سؤال همیشه مطرح بوده که آیا مصرف ترشی و شورها خوب است و ضرری را متوجه مصرف‌کننده نمی‌کند و یا این که باید در مصرف آن ها نکاتی را مورد توجه قرار داد. انواع شور و ترشی جزو خوراکی‌های طعم‌دهنده و اشتهاآور محسوب می شوند.

الف. شوری ها



تکلیف شوری ها کاملاً مشخص است. هر نوع تغذیه‌ای که منجر به دریافت بیشتر نمک شود، از نظر علمی قابل پذیرش نیست. انواع مختلف شوری که در ایران یافت می شود، در کشورهای پیشرفته دیده نمی شود و در آن جا فقط خیار شور/ ترش و زیتون شور/ ترش عرضه می شود و با مطالعه محتوای برچسب این مواد غذایی هم مشخص می شود که مقدار نمک موجود در آن محصولات غذایی، بسیار کم بوده و حتی مقدار سرکه چندانی هم ندارد و برای حفظ ماده غذایی و مزه مناسب آن، از شیره خرما و عصاره بعضی مواد گیاهی نیز استفاده شده است. در نتیجه، توصیه اکید به عدم مصرف شوری ها و از جمله خیار شور است.

درباره زیتون، از آنجا که زیتون تازه چیده شده به سرعت خراب می شود، فرآیند نگهداری آن از ابتدا به دو صورت تبدیل به روغن زیتون و تبدیل به زیتون شور در جامعه رواج یافته است. استفاده از روغن زیتون در حد مناسب

توصیه شـده، ولی اسـتفاده از زیتون شـور چندان قابل توصیه نیسـت و صرفـاً برای علاقمندان به آن ها پیشـنهاد می‌شود که روزانه دو تا سه عدد زیتون شور -که مدتی در آب قرار گرفته باشد تا حداقل بخشی هرچند اندک از سدیم آن کاهش یابد- بیشـتر مصرف نشـود. زیاده‌روی در مصرف شورها باعث وارد شـدن حجم بالایی از نمک به بدن و کم‌آبی بدن نیز می‌شود.

ب. ترشی‌ها



قبل از ورود به بحث ترشـی، لازم اسـت از آبغوره و آب لیمو نیز یاد کنیم که بسیاری از افراد به تصور این که این مایعات می‌توانند چربی مصرف شده (مثلاً هنگامی که یـک غذای چرب خورده شـده) را حل کنند و از بین ببرند، سـعی می‌کنند از آن‌ها در این مواقع استفاده نمایند. گروه دیگری صبح ناشتا مقداری آب غوره یا آب لیمو را بـا آب ولـرم مخلوط کرده و می‌نوشـند، به امید این‌که به لاغـری آن‌ها کمک کند. باید دانسـت که چنین تصوری نادرسـت اسـت و این مواد اسیدی نمی‌توانند چربی خورده شـده را نابود یا ناپدید سازند و ممکن است تأثیر بسیار اندکی روی وزن افراد داشـته باشـند. در واقع به دفعات مشـاهده شـده کسـانی که ناشـتا این مواد اسیدی را میل کرده‌اند، به ناراحتی‌های گوارشـی جدی مبتلا شـده اند. درضمن، آب غوره خریداری شـده نیز عموماً نمکی است و برای سالمندان و مبتلایان به فشارخون بالا مضرات زیادی دارد.

درباره ترشـی‌ها لازم اسـت ابتدا به فرآیند تهیه ترشـی، مختصری اشـاره کنیم. در زمان قدیم، ابتدا انگور را در کوزه تمیـزی می‌ریختنـد و آن‌را به مدت چهل روز در فضای مناسـبی که چندان گرم و یا بسـیار سـرد نباشـد، نگهداری می‌کردند. بسیاری از افراد علاقه‌مند به سرکه‌انداختن، از شستن انگور خودداری می‌کردند و معتقد بودند که شستن انگـور، باعث گندیدگی آن در کوزه و عدم ایجاد سـرکه می‌شـود. فرآیند تولید اسـید از قند انگـور، دو مرحله دارد. در مرحله اول، الکل تولید می‌شود و لذا اگر در روز بیستم (به جای روز چهلم) کوزه را باز می‌کردند، یک محصول الکلی داشـتند. در مرحلـه دوم، الکلی که توسـط یک گـروه از مخمرها (قارچ‌ها و باکتری‌های تک سـلولی) تهیه شـده، با همکاری گروه دیگر مخمرها به اسـید (سـرکه) تبدیل می‌شود. سپس سرکه به دست آمده، برای مصارف مختلف و از جمله تهیه ترشی، استفاده می‌شد. در سرکه طبیعی که چنین حاصل شده باشد، مقدار کمی هم الکل اتیلیک وجود دارد؛ ولی چون مقدار آن کم بوده و مست‌کننده نیست، در نتیجه حرام نیست. الکل اتیلیک در مشروبات الکلی به مقدار قابل توجه وجود دارد و اثر مست‌کنندگی و برخی عوارض دراز مدت برای بدن دارد؛ درحالی‌که الکل متیلیک عموماً در صنعت استفاده می‌شود و خوردن مقدار کمی از آن موجب کورشدن، اغما و مرگ مصرف‌کننده می‌شود. سـرکه‌ای که امروزه به صورت کارخانه‌ای تولید می‌شـود، معمولاً از چوب به‌دسـت می‌آید. چوب به جای قندهای شـیرینی مثل گلوکز و فروکتوز، دارای قند پیچیده‌ای به‌نام سـلولز است که دسـتگاه گوارش انسان قادر به تجزیه آن نیسـت و به همین دلیل، مصرف تنه، ریشـه، سـاقه و برگ درختان، فقط مقداری مواد معدنی، ویتامین‌ها و فیبر به بدن انسـان می‌رسـاند، درحالی‌که حیوانات با مصرف علف و شـاخ و برگ درخت به خوبی انرژی دریافت می‌کنند. مخمرهایی هم هسـتند که می‌توانند سـلولز را به الکل و سـپس اسـید تبدیل کنند و لذا پودر چوب خیس‌شده در اختیار مخمر قرار می‌گیرد تا سـرکه تولید شـود. برای تسـریع کار، دسـتگاهی مخلوط محتوی پودر چوب و مخمرها را هم می‌زند تا مخمرها سـریع‌تر به تمام نقاط ذرات چوب دسترسـی داشـته باشـند و کار خود را به انجام رسـانند. بسیاری از الکل‌های مورد استفاده در پزشکی و صنعت نیز از چوب و مواد گیاهی به‌دست آمده‌اند. در تهیه ترشی‌ها

فرآیند تخمیر ادامه می‌یابد. هر نوع سرکه (خانگی یا بازاری) که برای ترشی انداختن استفاده شود، به کمک باکتری و قارچ‌های موجود در مواد مختلف غذایی مورد استفاده برای تهیه ترشی، در طی زمان تخمیر می‌شود.

در غذاهای تخمیرشده، مخمرها از درشت مغذی‌ها و به‌ویژه از کربوهیدرات‌های موجود در ماده غذایی تغذیه می‌کنند و فرآیند سوخت‌وساز آن‌ها منجر به تولید اسید لاکتیک و ترکیبات جدید می‌شود. در این فرایند قندهای پیچیده موجود در مواد مغذی مصرف می‌شوند، ولی مواد معدنی، بخشی از ویتامین‌ها، چربی‌های مفید گیاهی و هم‌چنین بخشی از اسیدهای آمینه حفظ می‌شوند. به علاوه، در اثر تخمیر باکتریایی و قارچی، آنزیم‌های مفید، برخی ویتامین‌های گروه B، بعضی اسیدهای چرب مفید و تعدادی اسیدهای آمینه جدید در ماده غذایی نهایی ایجاد می‌شود. همچنین، رشد و تکثیر باکتری‌های مفید در ترشی، آن را تبدیل به یک ماده پروبیوتیک (پر از باکتری‌های مفید) می‌کند که برای سلامت دستگاه گوارش ارزشمند است. بنابراین، تخمیر طبیعی مواد غذایی، بخش عمده‌ای از مواد مغذی را حفظ می‌کند و غذا را به شکل قابل هضم‌تری تبدیل می‌کند. ترشی‌ها جزو مهمترین غذاهای تخمیر شده هستند که فواید و مضراتی نیز دارند.

بخش اصلی و وجه مشترک تمام ترشی‌ها، حضور سرکه است. سرکه، همان‌گونه که شرح داده شد، بر اثر تخمیر به وجود می‌آید و مقدار زیادی از خواص خوراکی‌های تخمیری مثل ضداکسیدان را داراست. سرکه اسیدی به نام «اسید استیک» دارد و محیط اسیدی آن از رشد عوامل بیماری‌زا جلوگیری می‌کند و جلوی فساد ترشی را می‌گیرد. البته از آنجا که بعضی باکتری‌ها و مخمرها محیط اسیدی را تحمل می‌کنند (به عنوان نمونه روی شیشه آب لیمو، آب غوره و سرکه، کپک می‌زند)، برای کاهش احتمال رشد آن‌ها در روی ترشی، به ترشی نمک فراوانی هم اضافه می‌شود که این نمک، می‌تواند مضر باشد و خواص ترشی را محدود کند.

اسید سیتریک، موجود در سرکه جذب کلسیم، آهن و روی را بهبود می بخشد و در افزایش سوخت‌وساز بدن مؤثر است. سرکه باکتری های مضر دستگاه گوارش را از بین می برد و از ایجاد گاز معده جلوگیری می‌کند. ترکیبات موجود در ترشی به سم‌زدایی کبد هم تاحدی کمک می کنند و صفرا را کم می کنند.

ترشی فله یا کارخانه‌ای

ترشی‌های آماده، هم به صورت کارخانه‌ای و هم به صورت باز در مغازه‌ها قابل خرید هستند. در ترشی‌های کارخانه‌ای امکان استفاده از مواد نگهدارنده و رنگ‌های خوراکی نیز هست. این ترشی‌ها به احتمال قوی میکروب ندارند و سالم هستند، اما ممکن است خواص آن‌ها به اندازه خواص ترشی تازه نباشد. از طرفی، روی ترشی‌های باز که در مغازه‌ها فروخته می‌شود، نظارتی وجود ندارد. این ترشی‌ها ممکن است به قارچ‌ها و باکتری‌های بیماری‌زا آلوده شده باشند؛ بنابراین بهتر است ترشی را خود افراد در منزل تهیه کنند و در تهیه آن از سبزی‌های تازه استفاده کنند. تهیه ترشی ساده است و در فضای مجازی انواع روش‌های خانگی به خوبی توضیح داده شده است. سبزی‌هایی از قبیل جعفری تازه، بوی خوبی به ترشی می‌دهند و خواص ارزشمند دیگری نیز دارند.

متأسفانه شور و ترشی عرضه شده در فروشگاه‌ها، هر دو دارای میزان بالایی از نمک هستند و به‌ویژه برای مبتلایان به نارسایی کلیوی، بیماران قلبی- عروقی و افراد دارای فشارخون بالا، محدودیت مصرف دارند. در هنگام تخمیر، مزه ترش و اسیدی در ترشی بر مزه شوری غالب می‌شود؛ لذا برخی افراد با این گمان که محصول ترش است و نمک کمی دارد، بیش از حد آن را می‌خورند. ضمن این‌که مصرف ترشی همراه غذا برای افراد مبتلا به زخم‌های

گوارشی اصلاً پیشنهاد نمی‌شود؛ چون احتمال تشدید بیماری با مصرف ترشی‌های حاوی سرکه یا آب غوره برای چنین بیمارانی وجود خواهد داشت.

افراد سالم هم باید حجم مناسب و متعادلی از شور و ترشی را با وعده‌های غذایی خود مصرف کنند. این حجم متعادل می تواند برابر با حدود دو تا سه قاشق مربا خوری باشد.

۸. غذاهای آماده

هنگامی که غذاهای فوری با غذاهای سنتی و سالم مقایسه می‌شوند، تفاوت‌های جدی بین آن‌ها مشخص می‌شود. اصولاً آشپزهای غذاهای بیرونی، برای خوش طعم کردن آن‌ها از چربی، نمک و شکر بیشتر و حتی موادی چون جوش شیرین و انواع رنگ‌های غذایی و جوهرها استفاده می‌کنند. بعضی از غذاها کم‌تر از حد حرارت می‌بینند و بعضی سوختگی پیدا می‌کنند. مواد اولیه مورد استفاده برای ارزان تمام شدن، کیفیت مطلوبی ندارند؛ مثلاً گوشت چرخ‌کرده عموماً دنبه چرخ کرده است که مقدار کمی گوشت دنده حیوان در خود دارد. روغن مورد استفاده برای سرخ‌کردن به دفعات فراوان استفاده شده و برای سرعت کار، حرارت بیش از حد دریافت کرده که سوخته و پر از مواد سرطان‌زا شده است.

مثال هایی از جایگزینی خوراکی‌های و نوشیدنی‌های سنتی و امروزی

سنتی	امروزی
انواع برنج (کته، همراه با حبوبات و سبزی‌ها)	چلوی آبکش رستورانی، برنج‌های کنسرو شده
انواع خورش‌های خانگی	انواع خوراک‌های کنسرو شده پر نمک و پر چربی
آش‌ها و سوپ‌های خانگی	پودر سوپ های آماده، سوپ‌های رستورانی گاه با مواد اولیه باقیمانده از ته‌مانده غذاهای قبلی
کوکوها، کتلت، کباب تابه‌ای	سوسیس و کالباس، همبرگر، سمبوسه و فلافل
ساندویچ تخم‌مرغ، مرغ، پنیر و خیار، سیب زمینی تنوری	ساندویچ‌های چرب، الویه و غذاهای آماده، سیب‌زمینی سرخ‌کرده
خوراک مرغ با هویج و سبزی‌ها، مرغ آب‌پز	مرغ سوخاری، سرخ‌کرده، بریانی
دوغ‌ها، شربت‌ها، آب‌میوه‌های خانگی، عرقی‌جات، بستنی‌های سالم سنتی (با شیر جوشیده)	نوشابه‌ها، شربت‌های صنعتی، بستنی‌های پرچرب و دارای مواد اضافی، دوغ‌های کم‌کیفیت و پرچرب و پر از نمک و اسانس
گندم و برنج بو داده، شاه‌دانه بو داده، توت خشکه، نخودچی و کشمش، برگه هلو، آلوچه خشکه	چیپس و غلات پف‌کرده و چوب‌شور

۹. قندهای ساده

طعم یا مزه شیرین، یکی از طعم‌های مطلوب است. این واقعیت در طبیعت و فرهنگ هم نمود دارد، معمولاً پدیده‌های نامطلوب با واژه تلخی و پدیده‌های مطلوب، با واژه شیرینی توصیف می‌شوند. در غذاهای فرآوری‌نشده، طعم شیرین قوی در حد جذاب به‌ندرت وجود دارد و امروزه در رژیم‌های غذایی، طعم شیرین با بهره‌برداری از فناوری‌های غذایی ایجاد می‌شود. آن بخش از مواد غذایی که طعم شیرین دارند، عمدتاً ساختمان کربوهیدراتی دارند. تعدادی از کربوهیدرات‌های ساده تک‌قندی یا دو قندی طعم شیرین دارند؛ از جمله گلوکز، فروکتوز و ساکاروز.



قندها را به دو دسته کلی تقسیم بندی می‌کنیم: قندهای داخل سلولی و قندهای خارج سلولی. این تقسیم بندی

بـه این دلیل اهمیت دارد کـه تعداد قابل توجهی از عوارض نامطلوب مصرف زیاد قندهـا به جایگاه آن ها در داخل یـا خارج دیواره سـلولی بسـتگی دارد. قندهای داخل سـلولی، قندهایی هسـتند کـه در درون یک دیواره سـلولی قرارگرفته اند؛ مثل قند میوه ها؛ از جمله خرما، کشمش، انجیر، هندوانه، طالبی، زردآلو، موز و سایر میوه های شیرین و هم چنین سـبزی ها از جمله هویج. این قندها معمولاً عوارض نامطلوب کم تری دارند. گروه دیگر قندها، قندهای خارج سـلولی هستند؛ مثل قند و شکر معمولی، نبات، پولکی، مربا، عسل، آب نبات، تافی، شکلات و نوشابه ها. این نوع قندها می توانند عوارض جانبی نامطلوب و متعددی مانند پوسـیدگی دندان ها داشته باشند. قند شیر استثنا اسـت و با اینکه از قندهای خارج سـلولی اسـت، عـوارض نامطلوب ندارد. بـا توجه به توضیحات ارائه شـده عنوان «قندهای خارج سـلولی» (غیر از قند شـیر) برای قندهایی که باید درباره مصرف زیاد آن ها احتیاط کرد، پیشـنهاد شده است؛ به جای آن برای سادگی مطلب در این متن، به طور خلاصه از واژه قندهای ساده استفاده می شود.

باید از مصرف زیاد قندهای سـاده خودداری کرد، زیرا می توانند خطر پوسـیدگی دندان را افزایش دهند و منجر به افزایـش دریافت انرژی و چاقی و در نتیجه، عوارض ناشـی از چاقی شـوند. هم چنین مصـرف زیاد این قندها ممکن است خطر افزایش تری گلیسیرید خون را نیز در پی داشته باشد. معمولاً رژیم های غذایی حاوی مقدار زیاد قندهای ساده رژیم هایی با کیفیت پایین هستند، چون قندهای ساده فقط انرژی به شکل کربوهیدرات را فراهم می کنند، اما سایر مواد مغذی مهم و مفید مثل ویتامین ها یا املاح معدنی را به همراه ندارند. درباره حداکثر مقدار مجاز مصرف قندهای ساده، کشورها و سازمان های مختلف، توصیه های متفاوتی ارائه کرده اند.

مصـرف قندهای سـاده باید حداکثر ده درصد انرژی روزانـه را تامین کند. پس در یک رژیم غذایـی با ۲۰۰۰ کیلوکالری انرژی، حداکثر پنجاه گرم قند سـاده مجاز اسـت (هر گرم قند سـاده معادل چهار کیلوکالری انرژی اسـت و یک قاشـق غذاخوری شکر، پانزده گرم قند دارد).

عـلاوه بر مقـدار مصرف، نوع قندهای سـاده و دفعات مصرف آن ها هـم اهمیت دارد. هرچه مـاده غذایی حاوی قندهای ساده، چسبندگی بیشتری به دندان ها و لثه داشته باشد (مانند شکلات، بیسکوئیت، کیک، تافی یا آب نبات)، اثرات زیان آور آن بیشـتر اسـت. به علاوه، هرچه تعداد دفعات خوردن قندهای سـاده بیشـتر باشد، اثرات نامطلوب آن ها بیشـتر اسـت، چون فرصت بیشتری برای فعالیت میکروارگانیسـم های مولد پوسیدگی دندان فراهم می شود.

نکات تغذیه ای درباره مصرف قندهای ساده:

- باید تا حد امکان از مصرف قندهای ساده پرهیز کرد.
- در تغذیه انسان، مصرف قندهای ساده ضروری نیست و مصرف زیاد آن ها می تواند به بدن آسیب وارد کند.
- مصرف زیاد قندهای ساده، حتماً باعث ایجاد عوارض و بیماری می شود.
- بهتر است تا حد امکان میوه های شیرین (مانند خرما، کشمش یا توت) را جایگزین قندهای ساده کرد.
- اکثر قریب به اتفاق ترکیبات شیرین، منشأ گیاهی دارند؛ عسل یک استثناست.
- قندهای موجود در میوه های شیرین، ساختمان شبیه سایر قندها دارند؛ ولی مثل آن ها زیان آور نیستند.
- انواع شربت و آب میوه های حاوی شکر، هیچ گاه جایگزین مناسبی برای رفع تشنگی و عطش نیستند.
- همراه با چای، به جای قند یا شکر می توان از میوه های شیرین مثل خرما، کشمش یا توت خشک استفاده کرد، اما نباید در مصرف آن ها نیز زیاده روی شود.

- بهتر است تا حد امکان از شربت‌ها، کمپوت‌ها، نوشابه‌ها و آب میوه‌های تجارتی شیرین پرهیز کرد.

در صورت مصرف غذاهای حاوی قندهای ساده بلافاصله بعد از مصرف، دهان و دندان‌ها را شسته و باقی‌مانده غذا را از لابه‌لای دندان‌ها خارج کنید.

۱۰. نان

علم تغذیه بر تنوع تأکید دارد؛ یعنی باید تلاش شود از هر گروه مربوط به هرم غذایی، مواد غذایی مختلفی مصرف شود و مثلا فقط یک نوع میوه خورده نشود، بلکه افراد با مصرف میوه‌های مختلف، این تنوع غذایی رعایت کنند. با این حال، درباره گروه نان و غلات و مواد نشاسته‌ای، وضعیت متفاوت است. تمام مردم جهان در غذای روزانه خود یکی از اعضای این گروه را بیشتر استفاده می‌کنند و اکثر روزهای هفته، از نان تغذیه می‌کنند.

گندم غنی‌ترین غله است که علاوه بر درصد بالای کربوهیدرات پیچیده (نشاسته) و حدود ده درصد پروتئین، برخی ویتامین‌های گروهB و مقدار اندکی ویتامین E و تعدادی از مواد معدنی از جمله آهن، کلسیم، منیزیم و روی را در خود دارد. نان گندم در بسیاری از نقاط جهان غذای اصلی یا «قوت غالب» محسوب می‌شود. انواع مختلفی از نان با شیوه‌های پخت و مواد افزوده مختلف و روش فرآوری متفاوت تولید می‌شوند که با توجه به روش به‌کار رفته در تهیه آن‌ها، می‌توانند ارزش تغذیه‌ای کم‌تر یا بیشتری داشته باشند.

سبوس، خارجی‌ترین لایه دانه است که فواید مصرف آن بسیار است. هیچ ماده غذایی در کمک به سلامت بدن و دستگاه گوارش از نظر رساندن فیبر، مواد معدنی و ویتامین‌های با ارزش، با آن برابری نمی‌کند. زیر سبوس یک لایه قهوه‌ای به‌نام «جرم گندم» وجود دارد که بسیار مغذی است و در نهایتِ بخش زایای گندم (بخشی که می‌تواند هنگام کاشته شدن گندم، گیاه جدیدی به وجود آورد) و بخش سفید دانه قرار گرفته که اغلب از نشاسته و تا حدودی پروتئین تشکیل شده است. پروتئینی به‌نام «گلوتن» در گندم وجود دارد که مسبب اصلی چسبندگی خمیر نان است و ضمناً موقع پخت نان، به پف‌کردن و تردی آن کمک می‌کند. مقدار این پروتئین در آرد جو بسیار کم بوده و در آرد برنج تقریباً صفر است؛ لذا اگر مقداری آرد برنج را آب بزنیم، به صورت خمیر نان و با چسبندگی مناسب نخواهد شد. هنگام پخت نان جو، برای تهیه خمیر مناسب، مقداری از آرد گندم را با آرد جو مخلوط می‌کنند.

در سبوس غلات، ماده‌ای به‌نام «فیتات» وجود دارد که به سلامت دستگاه گوارش کمک می‌کند، ولی می‌تواند با نامحلول‌کردن کلسیم، روی و آهن موجود در سبوس و در کل نان، قدرت جذب این مواد با ارزش را کاهش دهد. فرآیند تخمیر موجب تجزیه بخش بزرگی از فیتات به اسید فسفریک و بعضی دیگر از مواد قابل جذب می‌شود که در نتیجه به جذب بهتر مواد مغذی نان کمک می‌کند. برعکس، استفاده از جوش شیرین، نه‌تنها فیتات را کاهش نمی‌دهد، بلکه از قدرت دستگاه گوارش در هضم و جذب نان و ارزش غذایی آن می‌کاهد. در هنگام تهیه نان‌های ورقه‌ای (مانند لواش و تافتون) برای این‌که خمیر موقع نازک پهن کردن، بریده بریده نشود، نمک زیادی به آن اضافه می‌شود. متأسفانه این نمک اضافی در ذائقه مردم پذیرفته شده و آن‌ها با خوردن این نان‌ها، احساس شوری نکرده، خطر نمک فراوان آن را متوجه نمی‌شوند.

لازم است سبوس کافی در آرد نان باشد، نمک کمی برای پخت آن استفاده شود و ضمنا تخمیر مناسبی در آن انجام گردد. به علاوه، روش مناسب نگهداری نیز به حفظ ارزش غذایی آن و جلوگیری از رشد عوامل بیماریزا روی نان منجر می‌شود.

آرد گندم به چهار شکل مختلف تولید و مصرف می‌شود:

- **آرد کامل:** در تهیه نان سنگک و محصولات سبوس‌دار به کار می‌رود و نوعی است که پوسته گندم در زمان آسیاب شدن، از دانه جدا نمی‌شود و بالاترین ارزش غذایی را دارد.
- **آرد خبازی:** در نان لواش و تافتون به کار می‌رود و سبوس کم‌تری دارد.
- **آرد ستاره:** که در تهیه بربری و نان‌های فانتزی مصرف می‌شود و از نظر میزان سبوس در مقام سوم قرار دارد.
- **آرد نول:** در تهیه انواع شیرینی‌ها و کیک استفاده می‌شود و پایین‌ترین میزان سبوس و ارزش تغذیه‌ای را دارد.

ویژگی‌های نان خوب و روش نگهداری آن

نان سالم، نانی سبوس‌دار، کاملاً پخته و برشته است؛ اما سطح آن باید فاقد هرگونه نشانه‌ای از سوختگی باشد. در زمان سوخته شدن نان، مواد سرطان‌زایی به نام «آکریلامید» در آن ایجاد می‌شود. نان سالم، بافت نرم و یکنواختی دارد؛ عطر و طعم آن مقبول است؛ به راحتی بریده می‌شود و زود بیات نمی‌شود. نان حجیم پرسبوس که خوب تخمیر شده و نمک کم‌تری دارد، برای تغذیه ارجحیت دارد. نان کم‌سبوس، دیرتر فرد را سیر می‌کند و میزان بالایی نشاسته دارد که پس از مصرف، سریع‌تر از نان سبوس‌دار قند خون را افزایش می‌دهد و بدن به ناچار مقدار بیشتری انسولین در خون ترشح می‌نماید و در درازمدت، ممکن است به دیابت نوع دو منجر شود. ضمناً انسولین هورمونی است که در بدن چربی‌سازی را افزایش می‌دهد؛ لذا افراد با مصرف نان‌های سفید و کم سبوس، آمادگی بیشتری برای چاق شدن خواهند داشت. چیدن نان‌های داغ روی هم، منجر به کپک‌زدگی، بیات شدگی و فساد زودرس نان می‌شود که ضایعات نان و بیماری‌های گوارشی را افزایش می‌دهد. بهترین روش برای نگهداری نان، این است که اجازه دهیم تا پس از پخت، به دمای اتاق برسد و سپس آن را در پارچه تمیزی قرار داده، به محل مصرف برسانیم یا به قطعات کوچک تقسیم کرده، در بسته‌های پلاستیکی کوچک نهاده و در فریزر نگهداری کنیم. قرار دادن نان در یخچال، بیات شدن نان را تسریع می‌نماید.

لازم است هنگام خرید نان‌های صنعتی بسته‌بندی‌شده، به برچسب تغذیه‌ای، نشان سازمان غذا و دارو و نشانگرهای سلامت آن، توجه کافی شود.

خطرات ناشی از مصرف سبوس فله

در هنگام سبوس‌گیری از آردها، سبوس مازاد آن به‌عنوان دورریز از کارخانه خارج می‌شود؛ در نتیجه دقت و حساسیت لازم در زمینه بهداشتی را نخواهد داشت و ممکن است انواع آلودگی شیمیایی، میکروبی و قارچی را داشته باشد. معمولاً این سبوس‌های فله‌ای به مصرف دام می‌رسد و با توجه به آلودگی میکروبی، برای انسان قابل مصرف نیست. برخی اوقات نانواها بر روی نان سفید خود، مقداری از این سبوس آردشده را می‌پاشند تا مشتری از این‌که نان پرسبوس خریده، خوشحال شود، ولی باید توجه داشت که مصرف نان‌های حاوی این نوع سبوس، سموم و مواد شیمیایی را وارد بدن کرده، ممکن است در درازمدت، موجب سرطان شود. علاوه بر این، انواع آلودگی‌های قارچی و کپکی در سبوس‌های فله‌ای یا دامی، موجب افزایش بیماری‌های کبدی و کلیوی می‌شوند.

نان سنگک



نان سنگک در زمان‌های قدیم، غنی‌ترین نان از نظر تغذیه‌ای بود که حاوی بیشترین

میزان سبوس و کم‌ترین مقدار نمک بود. میزان سبوس‌گیری مجاز از آرد این نان، هفت درصد بوده و تقریباً آرد آن کامل و سبوس‌دار به حساب می‌آید. با وجود این، امروزه اغلب سنگک پزی‌ها از آرد سفید لواش برای پخت نان استفاده می‌کنند تا نان سفیدتر و مورد پسندتر مردم به دست آید. ضمناً آرد سنگک از بقیه آردها گران‌تر است؛ برخی نانوایان به آن اقبالی نشان نمی‌دهند. نان سنگک خوب، تیره‌تر از سایر نان‌ها بوده و هضم آن کمی طولانی‌تر است و لذا خاصیت سیرکنندگی بیشتری دارد.

نان لواش و تافتون




آرد این نان‌ها نسبت به سنگک، سبوس کم‌تری دارد و ۱۰۰ گرم آن‌ها ۲۸۳ تا ۲۹۳ کالری دارد. معمولاً میزان جوش‌شیرین و نمک موجود در این نان‌ها بیشتر و میزان سبوس‌گیری از این آرد مصرفی، ۱۲درصد است. تخمیر نشدن کامل و کافی در برخی از نان‌های لواش و تافتون، به همراه استفاده از جوش‌شیرین -که به‌شدت قلیایی بوده و سبب ورآمدن سریع نان به هنگام پخت می‌شود - و مصرف دائم این نان‌ها منجر به بروز عوارضی نظیر کم‌خونی، پوکی استخوان، سوء هاضمه، افسردگی، بی‌حالی، افزایش فشارخون، سوزش معده و سوء جذب آهن و کلسیم در بدن می‌شود.

نان بربری



بیشترین درصد سبوس‌گیری از آرد نان بربری و به میزان ۱۸ درصد است و در واقع سفیدترین آرد در گروه نان‌های سنتی محسوب می‌شود. در هنگام تهیه این نان، مقداری سبوس به آن اضافه می‌شود که تا حدی این کمبود سبوس جبران شود، اما این عمل زیان‌بارترین اقدام است؛ زیرا سبوس در هنگام تخمیر در معرض مخمرها قرار نگرفته و در ضمن به دفعات با دست و وسایل نانوا در تماس است. گاهی اوقات از سبوس استریل‌نشده یا دامی در پخت نان استفاده می‌شود.

نان‌های حجیم



این نوع نان‌ها که از آرد گندم سفید یا پرسبوس گرفته، تهیه می‌شوند بافتی یکنواخت و ضخامتی مناسب دارند. هم‌چنین پوسته آن تردی خوبی دارد و برای تهیه انواع ساندویچ مناسب است. در هر برش سی گرمی از نان صنعتی (شیرین‌نشده) حدود ۷۵ کیلوکالری انرژی وجود دارد. نان‌های صنعتی به دلیل تولید در کارگاه‌ها و کارخانه‌های بهداشتی، مکانیزه‌بودن و دخالت کم‌تر نیروی انسانی، بهداشتی‌تر هستند؛ ولی به علت تغییر فرهنگ و ذائقه خاص مردم، به سفره ایرانیان راه پیدا کرده‌اند. در پخت نان‌های صنعتی معمولاً زمان تخمیر بیشتر است. همه قسمت‌های این نان‌ها، حتی خمیرشان، قابل استفاده است، بنابراین نان‌های حجیم هیچ دورریزی ندارند. در واقع، مغذی‌ترین قسمت نان حجیم، مغز آن است که به اشتباه دور ریخته می‌شود.

نان‌های جو و گندم حجیم



در بعضی از نانوایی‌های فانتزی پز، نان‌های حجیم تیره‌رنگی با نام نان جو در انواع و اقسام مختلف به فروش می‌رسد. این نان‌ها بافتی ترد، مزه‌ای مطلوب و رنگ قهوه‌ای روشن یا تیره دارند. نان جوی واقعی، به دلیل تاثیر آن در پایین

آوردن و یا کنترل قند خون، بسیار مورد توجه مبتلایان به دیابت و کسانی است که به سلامت نان مصرفی و خودشان علاقه‌مند هستند، اما مسئله بسیار مهم این است که آرد جو بر خلاف آرد گندم، قابلیت ورآمدن و تبدیل شدن به خمیر را ندارد و نمی‌تواند بافت نان را پوک و متخلخل کند. این آرد به تنهایی باعث سفت و سیاه‌رنگ شدن نان می‌شود و اگر با پوسته‌اش آسیاب شود، طعم نان را تلخ و غیرقابل مصرف می‌کند؛ ازاین‌رو تولیدکنندگان برای تهیه این نان فقط حدود ۲۰ درصد آرد جو را با ۸۰ درصد آرد گندم و روغن مخلوط کرده، برای ایجاد طعم شیرین و رنگ تیره جو، از عصاره مالت استفاده می‌کنند که این خود می‌تواند باعث افزایش قند و کالری محصول شود. این نان جوی تقلبی نه‌تنها برای دیابت مفید نیست، بلکه مضرتر از نان سفید نیز هست. لذا برای خرید نان جوی مرغوبی که در واقع حدود ۴۰ تا ۵۰ درصد آرد گندم دارد، باید از نانواهای منصف و معتبر و یا از نان‌های شرکت‌های معتبر خریداری نمود.

نان چاودار (جوی دوسر) به کنترل اشتها کمک می‌کند. جوی دوسر و یا همان چاودار، از غلاتی است که از نظر اهمیت غذایی بعد از گندم قرار می‌گیرد. نان حاصل از جوی دوسر، در مقایسه با سایر غلات در معده به میزان بیشتری ژلاتینی و متورم می‌شود؛ لذا زودتر باعث احساس سیری و کنترل اشتها می‌شود و قند خون را نیز به کندی بالا می‌برد؛ بنابراین، مصرف آن در حد مناسب برای همه افراد و به‌ویژه افراد چاق، دیابتی و ورزشکاران توصیه می‌شود.

نان غنی شده



با توجه به این که تمام آردهای توزیعی در کشور بین ۱۵ تا ۲۰ درصد سبوس‌گیری می‌شوند، برخی تولیدکنندگان، آرد یا خمیر نان را با افزودن مقادیر مشخصی آرد سویا، پودر آب پنیر، سبوس و برخی ویتامین‌ها غنی می‌کنند تا ضمن جبران فقر غذایی نان، از بروز سوءتغذیه، کم خونی، پوکی استخوان و... در جامعه جلوگیری شود، اما این موضوع که این مواد تحت چه شرایطی و از سوی چه افرادی افزوده می‌شوند و تا چه میزان نان را غنی می‌کنند، مسئله‌ای قابل تأمل خواهد بود. تهیه این نوع نان‌ها که در بیشتر نانوایی‌های فانتزی پز سطح شهر پخت و عرضه می‌شود، کار ساده‌ای نیست و باید از سوی متخصصان و بر اساس فرمول تعریف شده‌ای تهیه شود که به اطلاعات علمی نیاز دارد.

نان مخصوص مبتلایان به سلیاک

چند سالی است که در برخی مراکز پخش محصولات نانوایی، نان تهیه شده از آرد ذرت به چشم می‌خورد. این نان برای کسانی که نسبت به مصرف سایر نان‌ها حساسیت دارند یا به نوعی گرفتگی شدید روده، یبوست‌های مکرر یا بیماری سلیاک (حساسیت به پروتئین گندم) مبتلا هستند، سودمند است. نان‌های تهیه شده با آرد سیب‌زمینی هم اخیراً به بازار آمده‌اند که البته اغلب قیمت گران‌تری دارند و گاهی بعضی از تولیدکنندگان حجم زیادی از آرد سیب‌زمینی را با آرد سایر غلات مخلوط و نان تهیه می‌کنند.

نان‌های خشک و سوخاری

بعضی اوقات، افرادی که قصد لاغری دارند، برای پرهیز از خوردن هله‌هوله، نان‌های خشک مغزدار، نان سوخاری، نان‌های خشک با طعم زیره، شوید و زنجبیل یا نان خشک اسکو -که مانند لواش مسطح است- مصرف می‌کنند. این افراد گمان می‌کنند که این نان‌ها به جهت ترد و نازک بودن کالری کم‌تری دارند و احتمالاً جلوی اشتها را هم می‌گیرند. در واقع، اگر به جای صد گرم نان تازه، صد گرم نان خشک مصرف شود، به علت کم‌تر بودن آب موجود در

آن، در واقع آرد بیشتر و کالری بیشتری به بدن می‌رسد. نان‌های چند غله با دارا بودن مغزها و دانه‌هایی چون تخمه آفتاب‌گردان، کنجد و شاه‌دانه، بسیار پرروغن هستند و کالری این نان‌ها بالاتر از نان معمولی است. نان سوخاری نیز دارای ترکیباتی چون آرد، روغن، شکر، شیرخشک و تخم‌مرغ بوده و نوعی شیرینی به حساب می‌آید و در مقایسه با نان‌های حجیم، پرکالری‌تر است.

۱۱. مواد تراریخته

تا دویست سال پیش، جمعیت کل دنیا از ۲۵۰ میلیون نفر تجاوز نمی‌کرد. مادران، کودکان بسیاری به دنیا می‌آوردند که تا قبل از بلوغ، در اثر بیماری‌های عفونی و سوءتغذیه از دنیا می‌رفتند. غذایی که تا آن زمان توسط انسان تولید می‌شد، از طریق کشاورزی سنتی و با استفاده از تلاش سنگین بدنی انسان و حیوانات حاصل می‌شد. بخش مهمی از این غذای تولیدی، توسط حشرات، جوندگان، پرندگان، چرندگان و دیگر حیوانات موذی تلف می‌شد. حتی دامپروری هم به علت بیماری‌های مختلف دام‌ها، با ضایعات بالا همراه بود. در نتیجه، محصولات به‌دست‌آمده برای جمعیت همان زمان نیز ناکافی بود. به مرور زمان و با پیشرفت علم، انسان راه‌های مبارزه با بیماری‌های عفونی و درمان آن‌ها را فراگرفت و بسیاری از کودکانی که قبلاً فوت می‌شدند، حالا زنده مانده، نیازمند غذا بودند. به موازات پیشرفت‌های علم پزشکی، علوم کشاورزی و علوم وابسته نیز به سمت پیشرفت و مکانیزه شدن حرکت کردند و با نوین شدن کشاورزی و استفاده از ماشین‌آلات و هم‌چنین به‌کارگیری کود و سم، کنترل خاک و آبیاری مناسب، به مرور محصولات کشاورزی و دامی نیز افزایش یافتند تا نیاز رو به افزایش جامعه را پاسخ دهند.

با وجود همه تلاش‌ها، همواره در روی زمین عده قابل توجهی گرسنه وجود دارند که به غذای کافی، دلخواه و مناسب دسترسی ندارند. بخشی از این عدم دسترسی البته به علت پرخوری و ضایع‌کردن غذا توسط گروه اندک دیگری از انسان‌هاست. از حدود چند دهه پیش تاکنون، جمعیت انسان‌ها در دنیا به سرعت در حال افزایش است و شاید بیش از دو برابر شده باشد. خوشبختانه هنوز اکثریت قریب به اتفاق مردم دنیا غذا دارند و اگر آن درصد کم جمعیت، این حجم ضایعات را تولید نکنند و همه مردم به اندازه توان خود سعی در تولید داشته باشند، شخص گرسنه‌ای در جهان باقی نمی‌ماند، اما طی این سال‌ها چه اتفاقی افتاد که تولید به قدری افزایش یافت که به جای گرسنه ماندن همان جمعیت چند دهه قبل، به دو برابر آن جمعیت هم غذا می‌رسد؟

پاسخ این است که بخشی از این کار با انتخاب گیاهان و حیوانات مقاوم به بیماری‌ها - که پربازده و پرتکثیر هستند- اتفاق افتاده است. گاوهایی که پنجاه سال پیش در ایران چرا می‌کردند، بسیار کوچک اندام و لاغر بودند و با وجود خوردن علوفه کافی، بازده گوشتی و شیر چندانی نداشتند. امروزه در مراکز نگهدای دام‌ها، گاوهای به مراتب بزرگتر و با تولید شیر و گوشت بیشتر پرورش داده می‌شوند. بخش دیگر این افزایش تولیدات کشاورزی، به محصولات تراریخته مربوط می‌شود. آمارهای اعلام شده نشان می‌دهند که حجم بالایی از سویا (دانه حبوباتی با بالاترین درصد پروتئین)، ذرت (که بخش بزرگی از نشاسته جهان را تأمین می‌کند)، برنج و گندم در بسیاری از نقاط دنیا، امروزه به صورت تراریخته تولید می‌شوند.

تفاوت محصولات کشاورزی معمولی، ارگانیک و تراریخته

«محصولات ارگانیک» به محصولاتی گفته می‌شوند که در کلیه مراحل کاشت، داشت و برداشت آن‌ها، از هیچ نوع فرآیند شیمیایی استفاده نمی‌شود. یعنی برای تولید محصولات از روش‌های کاملاً طبیعی استفاده می‌شود و هیچ‌گونه آسیبی نه برای انسان‌ها و نه برای محیط زیست وجود ندارد. اگر پس از بازرسی‌های گوناگون، هیچ‌گونه آلودگی

شیمیایی در آب، خاک یا محصول وجود نداشته باشد و تمام استانداردها رعایت شود، محصول ارگانیک خواهد بود. بدیهی است برای تولید این گونه محصولات، از کود شیمیایی و یا سموم استفاده نشده و دام های پرورش یافته نیز دارای آنتی بیوتیک، هورمون ها و داروهای دیگر در بدن خود نیستند و برای تغذیه آن ها نیز از محصولات ارگانیک استفاده شده است. مقدار تولید این قبیل محصولات در دنیا در مقایسه با کل تولیدات جهانی، بسیار کم بوده، هزینه تولیدشان بالاتر و قیمت عرضه آن ها در فروشگاه ها نیز کاملاً بالاتر از محصولات معمولی کشاورزی است. «محصولات تراریخته یا دست‌کاری شده ژنتیکی»، محصولاتی هستند که برای اهداف خاصی، آن ها را به شکل ژنتیکی، دستکاری می‌کنند. به‌عنوان مثال، یک ژن که سم تولید می‌کند را از یک باکتری جدا کرده، به گیاه ذرت یا سویا منتقل می‌کنند. در نتیجه، ذرت یا سویا با تولید سم، در برابر آفات از خود محافظت می‌کند و دچار آفت‌زدگی نمی شود.

محصولات تراریخته، روند طبیعی رشد و تولید را طی نکرده و به شکل ژنتیکی دست‌کاری می شوند و این امر، باعث تولید بیشتر و فراوان‌تر غذا می‌شود.

روند تولید محصولات تراریخته

سازمان‌های متولی امور بهداشت، محیط زیست و کشاورزی در جهان، اظهار نظرات مختلفی درباره محصولات دست‌کاری شده ژنتیکی دارند. رفتار مردم نیز درباره انتخاب این محصولات و در کشورهای مختلف، متفاوت بوده است. در آمریکا، امروزه بخش قابل توجهی از محصولات کشاورزی تراریخته شده‌اند، ولی اروپایی‌ها که معمولاً نسبت به سلامت محصولات غذایی خود وسواس بیشتری نشان می‌دهند، کم‌تر به مصرف محصولات تراریخته اقبال داشته و بخش کوچکی از قفسه مغازه‌های آن ها به محصولات تراریخته اختصاص دارد. به نظر می‌رسد اقبال عمومی در سطح جهان، نسبت به این محصولات رو به افزایش نیست.

بعضی محصولات مثلاً بعضی روغن ها برچسب «دستکاری ژنتیکی شده» یا «تراریخته» دارند و می‌توان از این طریق آن ها را تشخیص داد. خریدار می‌تواند با دیدن برچسب روی محصول به تراریخته بودن یا نبودن آن پی ببرد، ولی از نظر شکل ظاهری یا طعم و مزه آن نمی‌توان به تراریخته بودن محصول پی‌برد و تنها در آزمایشگاه های مجهز می‌توان این موضوع را تشخیص داد. راه تشخیص برای مردم، فقط برچسب محصول است.

تداخلات غذا و دارو



غذاها و مواد مغذی موجود در آن ها از عوامل مهمی هستند که بر عملکرد داروهای خوراکی در بدن تأثیر می گذارند. این اثرات به دلیل وجود ترکیبات متنوعی از مواد معدنی، مواد آلی، پروتئین ها و ویتامین ها در غذاها و هم چنین فرمول پیچیده داروهاست و در بسیاری از موارد قابل پیش بینی نیست. به همین علت، پیش‌گیری از تمام تداخلات احتمالی غذا و دارو دشوار است.

تأثیر غذاها بر جذب داروها از دستگاه گوارش

همان طور که گاه داروها باعث کاهش جذب مواد مغذی می شوند، مواد غذایی نیز ممکن است باعث کاهش اثر داروها شوند؛ بنابراین، به عنوان یک قانون کلی، زمان مناسب برای مصرف داروها حداقل نیم ساعت قبل و بعد از صرف غذا و یا هنگام خالی بودن معده است؛ یعنی ترجیحا یک ساعت قبل یا دو ساعت بعد از صرف غذا است؛ به جز در موارد استثنا و یا موارد دیگری که پزشک توصیه کرده باشد. چنان چه فرد مجبور به مصرف دارو همراه با غذا

باشـد، بایـد یـک نظم ثابت را دنبال کند. به این ترتیب که سـاعت صرف غذای خود را بـا دارو تنظیم کند، نه آن که ساعت صرف دارو را با زمان وعده غذایی تنظیم نماید. مثلاً اگر قرار است دارویی با صبحانه میل شود، زمان صبحانه نباید یک روز سـاعت هفت صبح و روز دیگر سـاعت ده صبح باشـد. این کار در جذب دارو در بدن اشکال ایجاد می کند، به ویژه وقتی که قرار است داروهایی به مدت طولانی مصرف شوند.

نمونه هایی از تأثیر غذا بر اثربخشی داروها در زیر آمده است:

- وجود غذا در معده باعث تأخیر در جذب برخی از آنتی بیوتیک ها (مانند پنی سیلین و آموکسی سیلین) می شود.
- وجـود غـذا در معده و تماس طولانی اسـید معده با برخی از داروها، باعث تجزیه سـریع تر برخـی داروها (مانند کاپتوپریل و اریترومایسین) می شود.
- مواد معدنی موجود در برخی مواد غذایی مثل آهن موجود در گوشت، با اتصال به برخی از آنتی بیوتیک ها (مانند تتراسیکلین و سیپروفلوکساسین) باعث کاهش جذب دارو و کاهش غلظت خونی آن می شود.
- لبنیات نیز باعث کاهش اثر برخی از آنتی بیوتیک ها (مانند تتراسـیکلین و سیپروفلوکساسـین) می شـوند. بنابراین توصیه می شود مصرف لبنیات و مکمل های کلسیم، حداقل با دو ساعت فاصله از مصرف این آنتی بیوتیک ها باشد.
- مصرف غلات، سبوس و حبوبات و نیز ریواس و اسفناج، جذب قرص کلسیم را کاهش می دهد.
- مصرف هم زمان چای و قهوه، حبوبات، تخم مرغ و لبنیات با مکمل آهن می تواند مانع جذب آهن شود.
- داروهای ضدقارچ محلول در چربی (مثل گریزئوفولوین و فلوکونازول)، اگر همراه با غذای چرب خورده شوند، بهتر جذب می شوند.

تأثیر غذاها بر تغییر سرعت سوخت و ساز داروها

- برخی مواد غذایی می توانند باعث افزایش یا کاهش سوخت و ساز داروها شوند. گریپ فروت، مهم ترین مثال برای این مورد است که باعث کاهش سرعت سوخت و ساز بسیاری از داروها و افزایش اثر آن ها می شود. اثر گریپ فروت حتی تا ۲۴ ساعت بعد از مصرف در بدن باقی می ماند.
- ترکیبـات غیرمغذی موجود در مواد غذایی، نظیـر برخی از ترکیبات موجود در خانواده کلم، در مرکبات و میوه ها و ترکیبات ایجاد شـده در غذاهایی که مسـتقیماً با زغال تهیه می شوند، سرعت سـوخت و ساز داروها را افزایش می دهنـد؛ برای مثال، مصرف هم زمان گوشـت قرمز کباب شـده با داروهای ضد آسـم (ماننـد تئوفیلین) باعث کاهش اثر این داروها به علت افزایش سوخت و ساز دارو می گردد.
- ترکیبات اسیدی موجود در آب میوه ها می توانند اثربخشی آنتی بیوتیک ها (مانند پنی سیلین) را کاهش دهند.

کاهش اثر داروها

- ترکیبات شـیرین بیان، نوشـابه های الکلی، موز، شـکلات، پنیر، انجیر، جگر، ماهی، ترشی، آناناس، مخمر و مالت ممکن اسـت سـبب کاهش اثر داروهای کاهش دهنده فشـارخون شـوند. البته مصرف یک بار در روز از ترکیبات شیرین بیان، مشکلی ایجاد نخواهد کرد.
- سبزیجات برگ سبز (مانند کاهو، اسفناج، کلم، شلغم و سویا) اثر داروی وارفارین را کاهش می دهند.
- مصرف مایعات داغ هم زمان با دارو، باعث از بین رفتن یا کاهش اثر دارو خواهد شد.
- کربوهیدرات زیاد، موجب کاهش جذب اغلب داروها می گردد.

افزایش اثر داروها

- مصرف سه تا چهار فنجان چای یا قهوه در روز، ممکن است اثر دگزامتازون و فنوتیازین را افزایش دهد.
- مصرف نوشابه های الکلی همزمان با داروهای آرام‌بخش و خواب‌آور باعث افزایش اثر تضعیف‌کنندگی دستگاه عصبی و بروز خواب آلودگی، اغما و حتی مرگ می‌شود.

اثرات دیگر

- مصرف شیر و لبنیات یا غذاهای حاوی کلسیم، هم‌زمان با دیگوکسین، ممکن است در ریتم ضربان قلب، اختلال و بی‌نظمی ایجاد کند.
- شیرین‌بیان می‌تواند باعث کاهش سطح پتاسیم خون و مسمومیت با دیگوکسین شود.

فصل دوم

باورها و نگرش های غلط
درباره تغذیه در دوره سالمندی

همه انسان ها در تلاش برای تهیه و مصرف غذای مناسب و دلپذیری هستند که علاوه بر خوش طعم و مطبوع بودن، به سلامت و نشاط آنان نیز منجر شود. بااین حال، باورها و نظرات غلط و نادرست می تواند باعث شود که غذای نامناسبی مصرف گردد و یا از مصرف غذای مناسب پرهیز شود. فرهنگ غذایی خانوار، تعیین‌کننده غذاهای خوب و بد است که از والدین به کودکان منتقل می شود. افرادی که در یک منطقه یا ناحیه زندگی می‌کنند و با یکدیگر ارتباط دارند، فرهنگ غذایی مشابهی دارند. فرهنگ غذایی، خود در طی زمان و تحت تأثیر عوامل گوناگون از جمله دسترسی به غذاهای خاص، به وجود آمده است. افرادی که در نواحی گرم و خشک زندگی می‌کردند و به دریا دسترسی نداشته‌اند، علاقه‌ای به خوردن غذاهای دریایی ندارند و برعکس، افرادی که در کنار دریا زندگی می‌کرده‌اند، حتی برای صبحانه خود نیز گاهی غذای دریایی مصرف می‌کنند. بسیاری از باورها درباره مواد غذایی مناسب برای مصرف، خوب هستند و به سلامت افراد کمک می‌کنند، اما اگر در بعضی از موارد باورهای رژیمی غلط وجود داشته باشد، می تواند به سلامتی افراد لطمه بزند و لازم است با آموزش و ارائه اطلاعات علمی، در اصلاح این باورها اقدام شود. برخی از این باورها در طی زمان با روش های علمی بررسی شده، غلط بودن آن ها مشخص شده است. در این قسمت، باورهای غلط رایج درباره مواد غذایی توضیح داده می شود.



باورها و رفتارهای غلط غذایی و تغذیه‌ای

برخی به دلایل مختلف از صرف صبحانه مناسب خودداری می‌کنند

بعضی افراد که شب دیر خوابیده و به علت شام سنگین شب قبل و هم چنین دیر بیدار شدن، اشتهای کافی ندارند، از صرف صبحانه خودداری می‌کنند. گروه دیگری از مردم به تصور این که مصرف صبحانه موجب گرسنه‌تر شدن در بین روز می شود، به صبحانه علاقه نشان نمی دهند. برعکس، عده‌ای نیز در وعده صبحانه زیاده‌روی می‌کنند و غذاهای پرکالری و گاهی پر از چربی اشباع (از قبیل کله پاچه و یا حلیم همراه با روغن حیوانی و یا کیک و شیرینی خامه‌ای) را به مقدار فراوان مصرف می‌کنند. بدیهی است این کار موجب می شود فعالیت دستگاه گوارش بسیار زیاد شود و خون فراوانی به سمت دستگاه گوارش سرازیر شود که ضمن بی حال کردن فرد در طی روز، به علت مقدار فراوان کالری دریافتی، او را به سمت چاقی می برد. چنین فردی با شکم کاملاً پر، نمی تواند فعالیت بدنی کافی داشته باشد که این مشکل، اوضاع را وخیم‌تر می نماید. مصرف قندهای ساده و شیرینی های مختلف حاوی قندهای ساده نیز در صبحانه، موجب سرازیر شدن مقدار فراوانی انسولین به درون خون می شود و در مدت کم‌تر از دو ساعت، فرد مجدداً گرسنه می شود. حضور انسولین فراوان در خون، به انباشت چربی در سلول های چربی منجر می شود که خود به چاقی دامن می زند. گرسنگی بی موقع نیز با حس بی حالی و هم چنین اضافه خواری، مزید علت برای اضافه شدن وزن خواهد بود. صبحانه مناسب، از غلات پرسبوس، شیر کم چرب، مغز دانه هایی چون گردو، بادام و بادام زمینی و یا کره حاصل از آن ها و هم چنین خیار، گوجه و سبزی ها تشکیل می شود.

سالمندان می‌توانند حداقل هفته‌ای دو بار یک تخم مرغ کامل در صبحانه داشته باشند. مصرف کره حیوانی و خامه باید به دفعات کمی در ماه محدود گردد.

گروهی به مصرف میان‌وعده‌ها عادت ندارند و حتی ممکن است در روز، یک وعده غذا میل کنند، که یک عادت نادرست است.



در علم تغذیه و با توجه به مطالعات متعدد انجام‌شده، پیشنهاد می‌شود که سه وعده اصلی و سه میان‌وعده استفاده شود. در افراد بزرگسال لازم است دست‌کم دو وعده اصلی و سه میان‌وعده وجود داشته باشد. کسانی که مایل باشند دو وعده اصلی غذایی مصرف کنند، می‌توانند صبحانه و عصرانه کامل (بر اساس توصیه‌های متخصص تغذیه و با توجه به نیاز بدنی) به اضافه میان‌وعده ساعت ده، میان‌وعده ساعت سیزده و میان‌وعده قبل از خواب (در قالب یک واحد میوه و یا یک فنجان شیر) را دریافت نمایند. افرادی هم که مایل به دریافت سه وعده اصلی و سه میان‌وعده باشند، صبحانه و ناهار و شام را به عنوان وعده‌های اصلی در نظر گرفته و ساعت ده صبح، عصر و قبل خواب، در میان‌وعده، مواد غذایی مناسب را دریافت نمایند.

زمانی که دستگاه گوارش مدت طولانی خالی باشد، بدن حس می‌کند قحطی شده، لذا سوخت و مصرف خود را کاهش می‌دهد و در هنگام دریافت غذای بعدی، سعی می‌کند میزان جذب خود را بالا ببرد. چنین فردی حتی با مصرف غذای کم‌تر، لاغر نمی‌شود و فقط احساس کم‌بنیگی و ضعف به او دست می‌دهد. یکی از مزایای روزه‌داری -که خداوند به تمام افراد بشر برای انجام آن فرمان داده- مقاوم شدن بدن نسبت به کم خوری و کم آشامیدن است. بدیهی است روزه داری زمان مناسبی برای لاغرشدن زیاد نخواهد بود و تنها مقداری از چربی‌های اضافی بدن مصرف می‌شوند تا بدن بعد به جایشان چربی‌های نو و سالم‌تری جایگزین نماید. دستور خداوند نیز یک ماه روزه داری در سال (و نه بیشتر) است.

بعضی افراد مبتلا به اضافه‌وزن و چاقی، برای کاهش وزن، تنها به کالری‌شماری و کم‌خوری اکتفا می‌کنند که کاری غیرصحیح است.

این کار برای مدت کوتاهی با تحلیل عضلات و ضعیف‌کردن بدن، آن‌ها را لاغر می‌کند. کاهش توده عضلات علاوه بر تضعیف قوای بدنی، از کاهش بیشتر وزن در آینده نزدیک جلوگیری می‌کند. متخصص تغذیه برای کمک به سلامت و لاغری مناسب این افراد، ابتدا مدتی به آن‌ها رژیمی را توصیه می‌کند که کالری به اندازه نیاز بدن (نه کم‌کالری و نه بیش‌کالری) دارد. هنگامی که بدن مجدداً سلامت خود را پیدا کرد و با رژیم مناسب به همراه فعالیت بدنی کافی، به وضعیت عادی برگشت، با ارائه رژیم کم‌کالری سالم، به ایشان کمک می‌کند تا به وزن ایده آل خود برسند.

بسیاری از کسانی که مدت‌ها با دوره‌های کم‌خوری و سپس پرخوری روبه‌رو شده‌اند، به علت رژیم یویویی (افزایش و کاهش متناوب دریافت مواد غذایی) با کاهش شدید سوخت و ساز بدن مواجه می شوند و در نتیجه با تمام تلاشی که به کار می برند، دیگر لاغر نمی‌شوند.

خوردن شام سنگین، دیر غذاخوردن و دیر خوابیدن برای گروه بزرگی از افراد به صورت عادت در آمده است.

از آنجا که سبک زندگی تغییر کرده و استفاده از انواع مختلف رسانه‌ها، وسایل تفریحی و ارتباطات مجازی افراد را تا اواخر شب به خود مشغول می‌کند، بسیاری از خانواده‌ها دیرهنگام شام می‌خورند. ضمناً چون طی روز، افراد خانواده همدیگر را نمی‌بینند، مصمم هستند که شام دلپذیری را - که عموماً بسیار پرچرب و پرکالری است- در کنار یکدیگر صرف نمایند. از زمانی که غذا خورده می‌شود، معمولاً بین دو تا شش ساعت در معده باقی می‌ماند و

سـپس به روده کوچک هدایت می‌شـود. لذا سـاعت‌ها پس از صرف غذا، مواد انرژی‌زا وارد جریان خون می‌شـوند و چون در نیمه‌های شب بدن به این مقدار کالری اضافه نیاز ندارد، در نتیجه این انرژی اضافی را در سلول‌های چربی ذخیره‌سازی می‌کند و فرد چاق می‌شود. سنگینی سردل موجب آسیب دستگاه گوارش و طعم بد دهان در صبح روز بعد و احساس خستگی در روز بعد می‌شود. ضمناً افرادی که شام را دیر می‌خورند، احتمالاً دیرهنگام نیز می‌خوابند و افرادی که دیر و نامرتب می‌خوابند، بیشـتر دچار سـوءتغذیه و به‌ویژه چاقی می‌شـوند. برخی افراد با وجود شـام مفصلی که می‌خورند، تا دیروقت به خوردن بستنی و میوه اضافی و تنقلات روی می‌آورند که باعث چاقی می‌شود.

برخی برای کاهش وزن، نان و برنج نمی خورند، چون به غلط فکر می‌کنند نشاسته سبب افزایش وزن می‌شود.



بدن به مقدار کافی کربوهیدرات‌های پیچیده یا همان مواد نشاسته‌ای در روز نیاز دارد تا سوخت‌وساز مناسبی داشته باشد. در واقع، بدون حضور مواد قندی، بدن قادر به متابولیزه‌کردن سـایر درشـت‌مغذی‌ها (چربی‌ها و پروتئین‌ها) نیست. نان و برنج، تعـدادی از ویتامین‌های گروهB، بعضی از مـواد معدنی ضروری مثل آهن، روی، کلسـیم، فسفر و هم‌چنین فیبر مناسـبی دارند که برای سلامت کل بدن و از جمله سـلامت پوسـت و مو لازم اسـت. نان کامل یا پرسـبوس، نان جو و هم‌چنین برنج قهوه‌ای -که بخشی از فیبر غذایی را دارد- با داشتن اثر سیرکنندگی بالا، مانع ریزه‌خواری بین روز می‌شود.

برخی بر این باورند که در افراد مبتلا به اضافه‌وزن، مصرف میوه باعث کاهش وزن می‌شود و نیازی به داشتن رژیم مناسب نیست



افرادی با این اعتقاد، شام نمی‌خورند و در عوض، یک بشقاب میوه میل می‌کنند یـا این‌که صبحانه هم میوه می‌خورند. بدیهی اسـت که عدم رعایت تعادل و تنوع به سلامتی لطمه می‌زند. تعادل یعنی طبق هرم غذایی، فرد در روز دو تا سه واحد میـوه بخورد و از خوردن چند بشـقاب میـوه خودداری کند و ضمنـاً مصرف نان و غلات را در حد مناسـب داشـته باشـد. تنوع نیز بیان‌کننده این اسـت کـه از تمام گروه‌های غذایـی، انواع مختلفی مصرف شـوند و مثلاً فقط یک نوع میوه مصرف نشـود. میوه‌ها بین ۵درصد (لیموترش) تا ۳۰درصد (خرما) و به طور متوسط، حدود ۱۲ تا ۲۰درصد (سیب و پرتقال) قند دارند و اگر بیش‌ازحد مصرف شوند، سبب چاقی هم می‌شوند. حذف شام و مصرف میوه به جای شام، سبب بالارفتن سریع قند خون و هم‌چنین افت قند پس از یک تا دو ساعت و در نتیجه، احساس گرسنگی و ریزه‌خواری بعد از آن می‌شود.

گیاه‌خواری برای کمک به سلامت و لاغر شدن، تبلیغ می‌شود



این در حالی است که انسان، یک موجود همه‌چیزخوار است. همان‌طور که هرم غذایی نشـان می‌دهد، افراد در روز به‌مقدار کافی از مواد غذایی مختلف، شامل مـواد حیوانی و گیاهـی نیاز دارند و نمی‌توانند صرفاً به مـواد غذایی گیاهی اکتفا کنند. بعضی افراد ضمن مقایسه انسان با حیوانات، قضاوت می‌کنند که انسان‌ها نیز مانند علف‌خواران می‌توانند صرفاً با مصرف مواد گیاهی، سـالم و قوی باشـند؛ درحالی‌که آن گروه از موجودات قادرند سـلولز موجود در گیاهان را به گلوکز تبدیل کنند، ولی انسـان نمی‌تواند سـلولز را تجزیه کند. در نتیجه تمام

نیازهای او از گیاهان تأمین نخواهد شد. انسان ناچار است انواع مواد غذایی را به مقدار کافی دریافت نماید. ویتامین B_{12} که فقط در محصولات حیوانی وجود دارد، برای خون سازی در بدن انسان بسیار ضروری است و افراد صرفاً گیاه خوار، عموماً با دریافت مکمل های غذایی می توانند مقدار مورد نیاز خود را تأمین کنند. مقدار آهن موجود در غذاهای گوشتی (اعم از گوشت سفید یا قرمز) قابلیت جذب بهتری از آهن موجود در غذاهای گیاهی دارد. ضمناً فلوئور، سلنیوم، روی، اسیدهای چرب امگا-۳ و پروتئین بسیار پرکیفیت در گوشت ماهی، قابل مقایسه با غذاهای گیاهی نیست. بدیهی است که صرفاً مصرف غذاهای حیوانی و خودداری از مصرف غذاهای گیاهی نشاسته ای نیز اشتباه است و بدن انسان به تمام گروه های غذایی نیاز دارد. این تصور که غذاهای حیوانی بسیار پرکالری تر از غذاهای گیاهی است، نیز همیشه صحیح نیست. به عنوان مثال، پنیر سویا، مغزدانه ها، زیتون و میوه هایی مثل آووکادو، مقدار زیادی چربی دارند که در صورت مصرف بیش از حد، کالری فراوانی به بدن می رسانند.

این باور که «نوشیدن قهوه، کاکائو و چای برای انسان ضرر دارد» نیز نادرست است



نوشیدن دو تا سه فنجان چای در روز با رساندن مواد ضداکسیدان به بدن، به حفظ سلامتی آن کمک می کند. هم چنین نوشیدن یک فنجان قهوه معمولی یا قهوه فوری -که خیلی غلیظ نباشد- برای کسانی که فشارخون بالا نداشته و به قهوه حساس نباشند، نه تنها مضر نیست، بلکه به میزان کمی به سوخت وساز بدن کمک می کند. کاکائو نیز محرک است و مقدار کم آن به فعال تر کردن بدن فرد کمک می کند. بدیهی است زیاده روی در مصرف کاکائو و قهوه می تواند به تپش قلب و ناراحتی اعصاب (حداقل در گروهی از مردم) منجر شود؛ هم چنین مصرف زیاد چای به بدرنگ شدن دندان ها و لطمه دیدن سلول ها منجر می شود.

برخی به اشتباه بر این باورند که مصرف غذاهای بسیار کم چرب و یا بدون چربی، می تواند به لاغری کمک کند

این فرض در گروهی از افراد موجب شده که دائماً به دنبال تهیه غذاهای بسیار کم چرب باشند. اصولاً در غذاهای معمول انسان ها که لازم است ترکیبی از مواد غذایی پنج گانه هرم غذایی باشد، غذای بدون چربی وجود ندارد. در گروه غلات، براق بودن دانه آن ها (مثل گندم که دانه کامل آن براق است) در نتیجه مقداری چربی است؛ در واقع غلات حدود یک درصد چربی دارند. سبزیجات هم مقداری روغن دارند که در کارخانه های روغن کشی، می توانند روغن سبزی ها را استخراج کنند. به همین ترتیب، میوه هایی که به نظر بدون چربی هستند نیز در پوسته خود مقداری چربی دارند (سیب قرمز زیبا و براق را به یاد آورید). گوشت ها حتی در زمانی که کاملاً لخم شده باشند، حدود ۵ تا ۱۰ درصد چربی پنهان دارند. لبنیات کم چرب بین ۱ تا ۱/۵ درصد و انواع معمولی بین ۲/۵ تا ۳/۵ درصد چربی دارند. علاوه براین، بدن انسان باید در روز مقداری چربی از طریق غذا دریافت کند. چربی ها تعدادی اسید چرب ضروری دارند که سلامتی غشای سلول های بدن ما مدیون آن هاست. ویتامین های محلول در چربی نیز از طریق غذاها وارد بدن می شوند و کمبود آن ها برای بدن مصیبت بار و حتی کشنده است. چربی برای تأمین بخشی از کالری مورد نیاز بدن (حدود یک سوم نیاز روزانه بدن به انرژی)، کاملاً ضروری است. از طرف دیگر، چربی سیرکنندگی بهتری از سایر مواد غذایی دارد. ذکر این نکته ضروری است که چون چربی مزه خوبی به مواد غذایی می دهد، در صنعت برای تولید محصولات کم چرب، از جایگزین های چربی که گاهی مواد صنعتی هستند و یا از ترکیباتی حاوی قندها استفاده می کنند. پس انتخاب سس مایونز، سس ماست و سس های دیگری که با عنوان چربی کم مطرح هستند، همیشه و الزاماً به معنای سالم تر بودن آن ها نیست.

به جای غذای بدون چربی، باید به دنبال غذای کافی، مناسب، متعادل و سالم باشیم و در حد نیاز از تمام گروه های غذایی استفاده کنیم.

برخی افراد فقط برای میوه ها و سبزی های تازه ارزش غذایی قائلند و معتقدند انواع فریز شده، خشک و پخته شده، فاقد ارزش غذایی هستند.



این افراد تصور می‌کنند که نگهداری گوشت، مرغ، تخم مرغ و لبنیات نیز در یخچال و فریزر، ارزش غذایی آن ها را به شدت می‌کاهد و آرزو می‌کنند در مزرعه هایی زندگی کنند که پس از برداشت محصول، فوراً آن را مصرف کنند. گفتنی است که نگهداری مناسب مواد غذایی در یخچال و فریزر، کم‌ترین ضایعات را در آن ایجاد می‌کند مثلاً جوشاندن سبزی ها و میوه ها و یا پختن غذاها ضمن این‌که قدرت جذب برخی از مواد مغذی را افزایش می دهد، مقداری از ویتامین C و اسید فولیک سبزی ها را از بین می برد. ازاین رو توصیه علم تغذیه به مصرف سبزی های خام و پخته به طور توأم است. می توان کاهو، خیار و گوجه سالاد را با مقداری کلم بروکلی و کدوی پخته غنی نمود. خانواده کلم شامل کلم سبز، کلم قرمز، کلم بروکسل، گل کلم، بروکلی و شلغم، همگی هنگام پخته شدن، مواد گواترزا -که به تیروئید آسیب می زند- را از دست می دهند؛ ولی مقدار اسیدفولیک آن ها کاهش می یابد. توصیه می شود مقدار کمی از خانواده کلم به صورت خام در سالاد روزانه وجود داشته باشد و اگر مایل به مصرف مقادیر بیشتری هستیم، حتماً آن ها را آب پز نماییم. پختن هویج، امکان جذب پیش سازهای ویتامین A موجود در آن را افزایش می دهد؛ به همین ترتیب، پختن گوجه فرنگی، احتمال دریافت لیکوپن (ضداکسیدان بسیار عالی) آن را می افزاید.

بسیاری به اشتباه تصور می‌کنند که کلسترول زرده تخم‌مرغ به قدری بالاست که برای سلامتی ضرر دارد

تخم مرغ از نظر کیفیت بهترین پروتئین جهان را دارد و با تأمین بخشی از نیاز به ویتامین ها و مواد معدنی، مصرف آن برای سلامتی انسان ارزشمند است. تا سال ها تصور می‌شد که غذاهای دارای کلسترول بالا (مثلاً تخم مرغ) مضر هستند، اما کشف شده که این مواد، سطح کلسترول بد خون را بالا نمی‌برند. در حقیقت، این مواد می توانند بر سطح کلسترول خوب به‌ویژه در افراد مسن، به طور مثبتی تأثیر بگذارند. به علاوه، شواهد قابل توجهی وجود دارد مبنی بر این‌که تخم‌مرغ می تواند کلسترول بد را به کلسترول خوب خون تبدیل کند و با این کار، خطر حمله قلبی و یا سکته مغزی را کاهش دهد. این مزیت، خصوصاً برای افراد مسن مهم است. محققان در گذشته نمی‌دانستند که مصرف کلسترول غذایی، علت کلسترول بالای خون نیست. درصد ناچیزی از مردم که افزایش کلسترول خانوادگی دارند، باید مقدار مصرف تخم مرغ خود را به سه تا چهار بار در هفته محدود کنند. مصرف روزانه یک عدد تخم مرغ، نه تنها خطر بیماری های قلبی -عروقی را افزایش نمی دهد، بلکه حتی با کاهش خطر این بیماری ها به‌ویژه در جوامع آسیایی همراه است. ارتباطی بین مصرف تخم‌مرغ و ابتلا به بیماری دیابت نوع دو و افزایش خطر آن دیده نشده است. مصرف تخم مرغ می تواند در بهبود وضعیت چربی های خون مؤثر باشد. در نهایت این که، تخم مرغ قدرت سیرکنندگی مناسبی دارد و در کنترل اشتها برای سالمندان مبتلا به چاقی و یا اضافه وزن توصیه می شود.

مقدار کلسترول زرده تخم مرغ از نیاز روزانه یک فرد معمولی بیشتر نیست و بخشی از آن به لیپوپروتئین با تراکم بالا متصل شده و کلسترول خوب خون را تشکیل می دهد.

مصرف یک عدد تخم مرغ کامل در روز برای افراد عادی مشکلی ایجاد نمی‌کند و برای افراد مبتلا به بیماری های

قلبی- عروقی، مصرف دو عدد تخم مرغ کامل در هفته اشـکالی ندارد. مصرف سـفیده تخم مرغ بیشـتر از این، هیچ مشکلی ایجاد نمی‌کند. علاوه بر تخم مرغ، گوشت میگو نیز کلسترول بالایی دارد ولی مصرف یک بار در هفته آن نیز کاملاً بدون اشکال است.

تصور نادرسـت دیگر این اسـت که «تمام غذاها و مواد غذایی گیاهی دارای کالری بالا هسـتند و هیچ کدام صفر و یا دارای کالری منفی نیسـتند». این نکته قابل توجه اسـت که بدن برای هضم و جذب مواد غذایی مقداری انرژی مصـرف می‌کنـد. مصرف بعضی گیاهان به صورت خام، مقداری کالری وارد بدن می‌کند که از کل کالری مصرفی برای هضم آن مواد غذایی گیاهی کم‌تر اسـت. به عنوان نمونه، مصرف کرفس، کدو، خیار، گوجه و سـبزی های مشـابه، عملاً کالری صفر یا کالری منفی برای بدن خواهند داشـت. این مطلب از نظر علمی صحیح اسـت؛ از این رو به افراد سـالم و یا افراد دچار اضافه وزن و دیابتی می توان توصیه کرد که در روز از این‌گونه سـبزی ها فراوان و در حد تمایل مصرف کنند. البته بعضی گیاهان از قبیل کرفس، ریواس، چغندر و اسفناج، اگزالات سدیم بالایی دارند و بهتر است افراد مبتلا و یا در معرض خطر ابتلا به بیماری های قلبی -عروقی، در مصرف آن ها زیاده روی نکنند. هم چنین گفتنی است که مصرف کرفس خام، مفید است، ولی هنگامی که آب آن گرفته می شود، مقدار اگزالات سدیم آب کرفس بالا می‌رود؛ لذا مصرف فراوان آب کرفس می تواند سـنگ اگزالات در کلیه تولید کند و هم چنین سـدیم بالایی را به بدن برسـاند که موجب ورم بدن گردد. هویج خام که جویده و میل می شود، کالری کمی به بدن می‌رساند؛ ولی هنگامی که پخته می شود، کالری بیشتری در بدن از آن باقی می‌ماند؛ لذا گرچه هویج پخته، پیش ساز ویتامین A بهتری را به بدن می‌رساند، ولی مصرف فراوان آن به چاقی کمک می‌کند. میوه ها قند بالایی دارند و شامل این نکته نمی شوند و نمی‌توان خام یا پخته آن ها را بیش از حد مصرف نمود.

برخی به اشتباه بر این باورند که تلاش برای کاهش وزن برای کسانی که ژن چاقی دارند، ثمری ندارد

کسانی که به این مطلب معتقدند، به افراد چاقی اشاره می‌کنند که اغلب افراد فامیل شان دارای اضافه وزن هستند و بـه دفعات بـرای کاهش وزن خود تلاش کرده‌اند، ولی موفقیت کمی به دسـت آورده‌اند. باید اذعان کرد که ژنتیک چاقی، یک واقعیت غیرقابل انکار است، ولی بررسی ها نشان می دهد افرادی که فعالیت بدنی مناسب داشته باشند و طبق رژیم غذایی مناسب خود -که توسط یک متخصص تغذیه طراحی شده- غذا دریافت کنند، به خوبی می توانند وزن خود را کاهش دهند و همان وزن نهایی خود را تثبیت کنند. درصد بسـیار کمی از افراد نیز هسـتند که لاغرند و با خوردن اضافی به اضافه وزن مبتلا نمی شوند. این گروه از افراد، توان جذب کم‌تر و سوخت و ساز بیشتری دارند و این به معنای ضعیف‌تر بودن بدن آن ها در مقابل دیگر افراد عادی نیست. افراد معمول جامعه، نباید خود را با این گروه مقایسه کنند. گاهی دیده می شود افراد علاقه مند هستند اندام خود را به فردی که لاغر است و استخوان بندی ظریفی دارد شبیه سازند؛ در حالی‌که این فرد بسیار لاغر، اصولاً طبیعی محسوب نمی شود و ممکن است مستعد ابتلا به برخی بیماری ها باشد.

حتی افرادی که در خانواده خود، فرد دارای اضافه وزن نداشـته‌اند نیز اگر برای مدتی، بیش از نیازشـان مواد غذایی دریافت کنند، می توانند دچار اضافه وزن شوند.

باور غلط دیگر این است که «مرغ با یک بخار پخته می‌شود و جگر را هم می‌توان خام خورد»

اصولاً در داخل روده‌های ماکیان، باکتری «سالمونلا» به صورت مسالمت‌آمیز با آن‌ها زندگی می‌کند و خطری هم برای سلامت آن‌ها ندارد. وقتی این باکتری به مقدار زیاد همراه مواد غذایی وارد دستگاه گوارش انسان شود، می‌تواند مسمومیت غذایی شدیدی به نام مسمومیت «سالمونلایی» ایجاد نماید. هنگام ذبح، پرکندن و بسته بندی مرغ، این باکتری به تمام بدن مرغ سرایت می‌کند و نگهداری مرغ در یخچال هم آن را از بین نمی‌برد. لذا هنگام پختن مرغ ضروری است که آن را به طور کامل پخته و مصرف نمود. از آن جاکه پخت کامل مرغ موجب می‌شود سایز آن کاهش یافته و حتی گوشت از استخوان جدا شود (و به اصطلاح گوشت آن بریزد) بسیاری از آشپزها برای حفظ ظاهر غذای تهیه شده از مرغ، آن را فقط بیست تا سی دقیقه می‌پزند که این می‌تواند سالمونلا را در گوشت مرغ حفظ کرده و برای مصرف‌کننده این غذا، مسمومیت به همراه داشته باشد. در بخش بیماری‌های منتقله از راه غذا، به این مسمومیت می‌پردازیم.

هنگامی که پس از ذبح، جگر از لاشه حیوان جدا می‌شود، حتی اگر کاملاً سالم هم باشد، توسط دست و محیط آلوده می‌تواند کاملاً آلوده شود. ضمن این‌که گاهی خود جگر، دارای باکتری‌ها، ویروس‌ها و حتی انگل‌های خطرناکی است و به همین دلیل، لازم است حتماً جگر نیز به خوبی پخته و مصرف شود. شستن جگر و مرغ قبل از پخت، نمی‌تواند سالم بودن آن را تضمین کند و لازم است در هنگام خرید، نگهداری، پخت و توزیع، نکات بهداشتی و شرایط مناسب رعایت شود.

برخی فکر می‌کنند که تخم‌مرغ باعث یبوست می‌شود

هیچ مدرک علمی برای این فرضیه وجود ندارد و به احتمال بسیار زیاد، این امر حاصل گنجاندن تخم‌مرغ در یک رژیم غذایی ضعیف در گذشته است که در آن، مقدار کمی از مواد غذایی غنی از فیبر (از جمله سبزی‌ها، میوه‌ها و تمامی غلات) وجود داشته است. البته با توجه به احتمال آلودگی تخم‌مرغ به «سالمونلا»، حتماً باید تخم‌مرغ به خوبی پخته شود و حرارت ببیند. به علاوه، توصیه می‌شود حتماً تخم‌مرغ قبل از مصرف به خوبی شسته شود و فردی که دستش با پوسته تخم‌مرغ در تماس بوده نیز به دقت دست‌های خود را بشوید.

این نکته که «نمک یددار برای سلامتی مناسب نیست و بهتر است از نمک دریا و نمک سنگی استفاده شود» هم باوری نادرست است



«ید» از جمله مواد معدنی ضروری برای سلامتی انسان است و کمبود آن، موجب عوارضی مانند بزرگ شدن غده تیروئید (گواتر) می‌شود. کمبود ید غذا در مادران باردار، احتمال ناهنجاری‌های مادرزادی و نیز تولد نوزاد با ضریب هوشی بسیار پایین را افزایش می‌دهد. متأسفانه خاک کشاورزی در کشور ما ید کافی ندارد و محصولات کشاورزی ما ید کمی دارند. از طرف دیگر، بهترین منبع غذایی ید -که غذاهای دریایی هستند- نیز در کشور ما کم مصرف می‌شوند. بنابراین ضروری است ید مورد نیاز از راه دیگری (مانند نمک خوراکی یددار) به بدن برسد. سال‌هاست که وزارت بهداشت برنامه افزودن ید به نمک خوراکی را انجام داده و نمک سالم یددار در فروشگاه‌ها عرضه می‌شود. اگر این نمک در محیط اسیدی قرار گیرد، ید با اسید ترکیب شده و رنگ تیره‌ای تولید می‌کند. لذا ریختن نمک یددار در آب نارنج و موارد مشابه، موجب تیره شدن رنگ آن می‌شود که نکته‌ای مثبت و نشان‌دهنده وجود ید در نمک است. حتی در نمک سنگی نیز مقداری مواد زائد و ترکیبات نامناسب ممکن است وجود داشته باشد که در نمک تصفیه شده کارخانه‌ای، چنین ترکیباتی جداسازی می‌شوند و وجود ندارند.

نمک دریا نه‌تنها بد کافی ندارد، بلکه مواد سمی با مقادیراندک نیزدارد و نمی‌توان آن را جانشین مناسبی برای نمک یددار سالم دانست.

علت این‌که امروزه بر مصرف کم‌تر نمک تأکید می‌شود، بد بودن نمک نیست. بدیهی است که سدیم موجود در نمک خوراکی در بدن انسان وجود دارد و فعالیت‌های مهمی برای کارکرد اعصاب و عضلات انجام می‌دهد. ازاین‌رو دریافت مقدار کافی سدیم در روز ضروری است. مشکل وقتی بروز می‌کند که نمک بیش از حد دریافت می‌شود و در نتیجه بدن در معرض خطر ورم، رگ‌های بدن در معرض خطر آسیب و تنگی و قلب در معرض خطر سکته قرار می‌گیرد. مقدار مورد نیاز نمک (در جمعیت عادی، حداکثر حدود شش گرم نمک خوراکی که معادل یک قاشق مرباخوری سرصاف و برابر با ۲۳۰۰ میلی‌گرم سدیم است) از غذاهای معمول مصرفی در طی روز باید تأمین شود. مقدار نمک در نان و به‌ویژه در پنیر به اندازه‌ای است که خوردن چند لقمه نان و پنیر، بیش از این مقدار نمک وارد بدن می‌سازد. به علاوه، غذاهای کنسروی و فرآوری شده هم مقدار بالایی نمک و سدیم دارند. ضمناً مردم عزیز ما همواره گوشه چشمی هم به زیتون شور، خیارشور و سایر شورها داشته‌اند. حتی ترشی در کشور ما حاوی مقدار بالایی نمک خوراکی است. مردم ما علاقه دارند به همه غذاهای در حال پخت نیز نمک اضافه کنند. بعضی از افراد، سر سفره حتماً نمک می‌خواهند و حتی قبل از چشیدن غذا، به آن نمک می‌زنند. بدیهی است مصرف این همه نمک اضافی برای سلامتی بسیار خطرناک است؛ بنابراین، توصیه می‌شود از مصرف بیش از حد نمک خودداری شود.

باور نادرست دیگر این است که «هر قدر می‌توانید آب میوه طبیعی بخورید و در نبود آب میوه طبیعی، اصلا آب میوه صنعتی استفاده نکنید»



متخصصان تغذیه توصیه می‌کنند خود میوه در اولویت مصرف باشد و کم‌تر حتی از آب میوه طبیعی استفاده شود. میوه کامل، مقدار مناسبی فیبرهای محلول و غیرمحلول دارد و هنگامی که خورده می‌شود، بدن برای جویدن، هضم و جذب‌کردن مواد مغذی و قند میوه، تلاشی را به خرج می‌دهد که بخشی از کالری دریافتی از میوه را می‌سوزاند؛ درحالی‌که آب میوه مقدار زیادی قند را وارد بدن می‌کند و به سرعت جذب می‌شود. در صورت تمایل به مصرف آب میوه، استفاده از آب میوه طبیعی به عنوان توصیه متخصصان تغذیه مطرح است، اما همیشه و همه جا به آب میوه طبیعی سالم و بدون آلودگی، دسترسی وجود ندارد. در موارد معدودی که انسان هوس نوشیدن آب میوه داشته، ولی به آب میوه طبیعی دسترسی ندارد، می‌تواند به دفعات اندک، از آب میوه‌های صنعتی با محتوای میوه کافی و شکر کم یا فاقد شکر، که بسته‌بندی مناسبی داشته و آلودگی و بیماری را به انسان منتقل نمی‌کنند، استفاده نماید. بنابراین اگر خودتان آب میوه نمی‌گیرید، سعی کنید آن را از شرکت‌هایی تهیه کنید که مورد اعتماد هستند و علامت استاندارد، شماره بهره‌برداری وزارت بهداشت و حتی‌الامکان علامت «سیب سلامت» را دارند. به علاوه، به تاریخ تولید، تاریخ انقضا و مواد تشکیل‌دهنده آب میوه توجه نمایید.

باور نادرست دیگر این است که «نوشیدن حداقل هشت لیوان آب در روز برای همه اجباری است و حتی در صورت امکان، روزانه بیشتر از این مقدار آب نوشیده شود.»

آب، مایه حیات است و بدون داشتن کالری، تشنگی را رفع می‌کند؛ نقشی حیاتی در تثبیت دمای بدن دارد؛ برای عملکرد تمام آنزیم‌ها و هورمون‌ها در بدن ضروری است؛ به دفع ضایعات بدن کمک می‌کند و نقش‌های ارزشمند

متعدد دیگری نیز در بدن دارد. محاسبات و مطالعات علمی نشان می‌دهند که انسان روزانه به چندین لیتر آب نیاز دارد که البته بخش عظیمی از آن را از طریق غذا و نوشیدنی‌های دیگر (علاوه بر آب) به‌دست می‌آورد. با این حال، بعضی مقالات و محققان بر اساس نگرانی از کمبود آب در بدن -که موجب آسیب‌های جدی به سلامت فرد می‌شود- نوشیدن دست‌کم هشت لیوان آب را ضروری می‌دانند. ضمناً برخی دیگر از مطالعات نشان می‌دهند که در سنین بالا، مرکز تشنگی دچار ضعف عملکرد می‌شود و فرد قدرت درک تشنگی مناسبی ندارد و در نتیجه ممکن است کم‌تر از نیاز آب بنوشد و به تبعات منفی آن دچار شود. با وجود این، نقش تفاوت‌های فردی را نیز نباید نادیده گرفت؛ بعضی افراد تعریق بسیار شدیدی دارند یا به دفعات متعدد در طی روز، دفع ادرار دارند؛ درحالی‌که عده دیگری هم هستند که بسیار کم تعریق می‌کنند و بسیار کم دفع ادرار دارند. اگرچه باید افراد در حدی آب بنوشند که بدن عملکرد طبیعی داشته، ادرار غلیظ نباشد و حتماً دقت کنند که عدم احساس تشنگی آن‌ها، به صورت غیرعادی موجب کم آبی بدنشان نشود، ولی پیروی از یک قانون کلی برای همگان، می‌تواند سخت‌گیرانه و تا حدودی لطمه‌زننده باشد. اگر کسی واقعاً با نوشیدن چهار تا پنج لیوان آب در روز دچار عوارض کم‌آبی نمی‌شود و ادرار مناسبی هم دفع می‌کند، ممکن است پیشنهاد نوشیدن اجباری آب، به مسمومیت با آب نیز در او منجر شود. از طرف دیگر، بعضی افراد ممکن است هشت لیوان آب در روز برایشان کافی نباشد. به عبارت دیگر، میزان نیاز به آب در افراد مختلف، متفاوت و متناسب با نیاز آن‌هاست.

چای، قهوه و آب میوه نمی‌تواند جای نوشیدن آب خالص در روز را به طور کامل بگیرد و بهتر است روزانه، چند لیوان آب معمولی نوشیده شود. این آب نباید به‌شدت خنک و یا بسیار داغ باشد تا به دستگاه گوارش آسیب برساند.

«برای بلع و هضم غذا لازم است همراه با غذا آب مصرف شود»، این عقیده هم صحیح نیست

فعالیت‌های بلع، هضم و جذب غذا، یک فرآیند دقیق و برنامه‌ریزی شده طبیعی است و نیاز به مصرف آب همراه با غذا ندارد. در واقع، نوشیدن مایعات فراوان، از جمله آب به همراه غذا، موجب رقیق‌شدن شیره‌های گوارشی و اختلال در هضم و جذب غذا می‌شود.

برخی به اشتباه فکر می‌کنند «هر چه غذا بیشتر و طولانی‌تر سرخ شود و از روغن زیاد استفاده شود، بهتر است»

لازم است بدانیم که در هنگام سرخ‌کردن طولانی مدت غذاها، مواد سرطان‌زا، اکسیدکننده و خطرناکی تولید می‌شود. استفاده از روغن برای سرخ‌کردن به دفعات، این خطرات را بسیار افزایش می‌دهد. به علاوه، سرخ‌کردن غذا با از بین بردن بعضی از مواد مغذی، ارزش تغذیه‌ای آن را کاهش می‌دهد. مثلاً سرخ‌کردن ماهی با ضایع کردن اسیدهای چرب امگا-۳ موجود در آن، ارزش تغذیه‌ای آن را به شدت کاهش می‌دهد و در عوض، مقداری مواد خطرناک در آن به جای می‌گذارد. ضمناً سرخ‌کردن غذا موجب می‌شود آن غذا بیشتر خورده شود و در نتیجه باعث چاقی فرد، انواع بیماری‌های قلبی- عروقی، نفخ، دل‌پیچه و اختلالات گوارشی می‌شود.

توصیه می‌شود حتی‌الامکان از سرخ‌کردن غذا خودداری شود. در موارد ضروری، می‌توان به تفت دادن کوتاه‌مدت غذا اکتفا کرد.

این عقیده که «تمایل به مصرف بعضی مواد غذایی به علت نیاز بدن به آن مواد است» نیز صحیح نیست

گاهی علاقه شـدید به شـیرینی، شوری، ترشی و مواد مشـابه وجود دارد که افراد تصور می‌کنند بدنشان به آن غذاها حتمـاً نیازمند اسـت. ذکر این نکته درباره افراد دیابتی ضروری اسـت که گلوکز فراوان موجـود در خون این افراد، به میزان کافی به سلول هایشـان وارد نمی شـود؛ از این رو افراد دیابتی تمایل زیادی به مصرف مواد شـیرین دارند -که البته لازم اسـت با تنظیم برنامه صحیح غذایی این تمایل را کنترل کرد- ضمناً پرنوشـی و حالت تشنگی دائمی -که معمـولاً بـا پراداری نیز همراه اسـت- در اغلب افراد دیابتی که قند خونشـان کنترل نشـده، اتفـاق می افتد که این تشنگی، به علت کاهش آب بدن است. غیر از مواردی مشابه دیابت، در سایر موارد علاقه خاص به یک ماده غذایی اغلب یک عادت است و یا گاهی یک زمینه روانی در بروز آن نقش دارد؛ لذا نشانه نیاز واقعی بدن به آن مواد نیست و متخصص تغذیه می تواند به فرد کمک کند که با ترفندهایی این نیازهای کاذب را کاهش دهد.

مصـرف بعضـی مواد غذایی در وعده شـام منجر بـه لاغری و در وعده ناهـار، منجر به چاقی می‌شـود؛ این باور نادرست است

در واقع، استفاده از مواد غذایی کم‌کالری، به کاهش وزن کمک می‌کند. بدیهی است که مصرف مواد غذایی پرکالری به اضافه‌وزن منتهی می‌شود، فارغ از این‌که این مواد غذایی چه زمانی صرف شده باشند. البته مصرف غذای سنگین و پرکالری در وعده شـام، نسـبت به خوردن همان غذا در وعده ناهار، احتمال چاق‌کنندگی بیشـتری خواهد داشت.

این که «اسفناج یک منبع غنی آهن است» نیز نادرست است



اگرچـه اسـفناج مقداری آهـن دارد، ولی اولاً وجـود اگزالات فـراوان در آن، موجب کاهش جذب آهن می‌شـود و ثانیاً آهن موجود در اسفناج، از نوع غیر هم است که جذب آن از آهن هم -که در غذاهای حیوانی موجود اسـت- بسـیار کم‌تر اسـت. بنابراین توصیه به مصرف اسـفناج برای درمان کم خونی فقرآهن مناسـب نیست؛ گرچه مصرف آن به علت داشـتن فیبر بالا و نیز ویتامین‌ها و مواد معدنی مختلف توصیه می‌شـود. مصرف اسـفناج همراه ماست نیز ایده خوبی است که به علت رقابت کلسیم موجود در ماست با آهن برای اتصال به اگزالات، امکان جذب آهن موجود در اسفناج را افزایش می‌دهد.

این که «مصرف مایعات در طول ورزش مضر است و نباید بلافاصله بعد از ورزش، غذایی مصرف شود» باوری غلط است

افـراد در حیـن فعالیت به علت دفع آب بدن، باید با مصرف آب، این کمبود را جبران کنند و حتی افت دو درصد آب بـدن طی فعالیت، می‌تواند به مقدار زیادی عملکرد ورزشـی را کاهش دهد. بخـش اعظم و یا تمام گلیکوژن موجود در عضلات و کبد، هنگام فعالیت بدنی تحلیل می‌رود و اگر بلافاصله بعد از ورزش غذای کربوهیدراتی دریافت شود، می‌تواند به سرعت گلیکوژن را به بدن برگرداند و به قدرت بدنی ورزشکار بیفزاید؛ بنابراین نوشیدن آب میوه رقیق شده در طی ورزش در رساندن آب و کربوهیدرات به بدن کمک می‌کند و بلافاصله پس از ورزش نیز مصرف خرما، ماکارونی با سـس گوجه فرنگی، برنج و آب میوه و گاهی مقداری شیرعسـل، مناسب خواهد بود. البته سالمندان لازم است در این زمینه، از پزشک خود مشورت بگیرند.

دریافـت پروتئین اضافی فشـار زیـادی بر کبد (برای سـوزاندن پروتئین اضافـی) و کلیه (برای دفـع ترکیبات حاصل از سوخت و ساز پروتئین‌ها) خواهد داشت.

یکی از رایج‌ترین باورهای نادرست مردم، این است که فکر می‌کنند خوردن قند و شکر باعث دیابت می‌شود.

فرد دیابتی باید درباره دریافت کربوهیدرات، قند و شکر، کنترل قند خون و نوسانات آن دقت کافی داشته و حتماً از متخصص غدد و متخصص تغذیه کمک بگیرد، ولی صرفاً خوردن قند و شکر منجر به دیابت نمی‌شود، بلکه زیاده‌روی در مصرف قند و شکر و به‌طورکلی شیرینی‌ها باعث اضافه وزن و چاقی می‌شود که یکی از مهم‌ترین عوامل خطر دیابت نوع دو چاقی است. چاقی و دریافت بالای شیرینی‌ها و چربی‌ها در کنار عدم تحرک، فرد را مستعد ابتلا به دیابت می‌کند.

برخی گمان می‌کنند شکر قهوه‌ای بهتر از شکر سفید است



شکر قهوه‌ای در واقع همان شکر سفید است که به آن «ملاس» اضافه شده و مواد معدنی آن کمی بیشتر است، اما مصرف هر دو به یک اندازه به سلامتی لطمه وارد می‌کند و تفاوت مختصر مواد معدنی موجود در شکر قهوه‌ای، نباید به این باور دامن بزند که شکر قهوه‌ای بهتر از شکر سفید است.

باور نادرست دیگر این است که «تخم‌مرغ‌های قهوه‌ای و رسمی، ارزش غذایی بالاتری نسبت به تخم مرغ‌های سفید و ماشینی دارند»



برخلاف تصور مردم، رنگ پوسته تخم مرغ هیچ ارتباطی با کیفیت، طعم، ارزش غذایی تخم‌مرغ و نحوه پخت آن ندارد. رنگ پوسته تخم مرغ به نژاد و گونه مرغ بستگی دارد. تخم مرغ‌های با پوسته سفید، توسط مرغ هایی با پر سفید و تخم‌مرغ‌های با پوسته قهوه‌ای، توسط مرغ‌هایی با پرهای رنگی تولید می‌شوند. حتی رنگ تیره تر زرده تخم‌مرغ رسمی نباید این تصور را ایجاد کند که مواد مغذی بیشتری در آن است. در واقع با افزایش رنگدانه کاروتن در غذای مرغ، به‌راحتی می‌توان رنگ زرده را تیره‌تر و خوشرنگ‌تر نمود. بعضی اوقات افراد پول بیشتری برای خرید تخم‌مرغ رسمی پرداخت می‌کنند که از نظر تغذیه‌ای کاملاً ضرر کرده‌اند و در مقدار مساوی دو تخم‌مرغ رسمی و ماشینی، تفاوت واقعی از نظر مواد مغذی با ارزش وجود ندارد، ضمن این‌که تخم مرغ ماشینی معمولاً درشت‌تر هم هست و مواد مغذی بیشتری به فرد می‌رساند.

برخی به غلط تصور می‌کنند با اجتناب از غذاهای دریایی، کلسترول خون پایین می‌آید

در حقیقت کلسترول موجود در غذاهای دریایی (به‌ویژه میگو) اثر ناچیزی بر کلسترول بد خون در اغلب افراد دارد و اسیدهای چرب اشباع و ترانس، بیشترین اثر را در افزایش کلسترول خون دارند. اسیدهای چرب اشباع معمولاً در غذاهای حیوانی مانند گوشت، محصولات لبنی، کره، خامه، روغن نارگیل و غذاهای آماده و اسیدهای چرب ترانس در روغن‌های نباتی جامد و نیمه‌جامد و هیدروژنه شده، غذاهای سرخ‌شده، غذاهای آماده و مارگارین‌ها وجود دارند.

باور نادرست بعدی این است که «مغز (آجیل) نخورید، چون چاق‌کننده هستند»



این درست است که مغزها نسبتاً پرکالری هستند، اما این نکته نیز مهم است که مغزها و دانه‌های روغنی بخشی از یک رژیم غذایی سالم و غنی از اسیدهای چرب غیراشباع و به‌ویژه مقداری اسیدهای چرب امگا-۳ هستند که باعث ارتقای سلامت فرد می‌شوند. مطالعات نشان داده که مصرف متعادل و مناسب مغزها،

موجب کاهش کلسترول بد خون و کاهش خطر بیماری های قلبی- عروقی می شود. بهترین راه حل برای مصرف مغزها، این است که در رژیم غذایی، جایگزین غذاهایی شوند که غنی از اسیدهای چرب اشباع هستند.

گوشت ماکیان نیزتا حدودی اسیدهای چرب اشباع دارد که البته مقدارآن ها درپوست و چربی ماکیان بیشتراست و لذا بهتراست مرغ و بوقلمون بدون پوست پخته و مصرف شوند.

خیلی از افراد در سنین بالا و کسانی که بیماری های قلبی -عروقی دارند، اظهار می‌کنند که گوشت قرمز مصرف نمی‌کنند، چون برای سلامتی مضر است. درست است که مصرف گوشت قرمز به دلیل محتوای اسید چرب اشباع آن، باعث افزایش خطر بیماری های قلبی -عروقی می شود و علاوه بر این، گوشت ماکیان اسید چرب اشباع کم‌تری دارد، ولی بااین حال، گوشت قرمز مواد با ارزشی دارد که خوردن مقادیر متناسب از آن، برای همه افراد مناسب است.

اعتقاد نادرست دیگری در بعضی مردم رواج دارد که بر مبنای آن، گوشت قرمز برای سلامتی، بسیار بهتر از گوشت سفید است



برخی افراد معتقدند که بین انواع گوشت قرمز، گوشت گوسفند درجه یک بوده و بقیه گوشت ها، در درجه بعد قرار دارند. برخی هم معتقدند گوشت گوساله، سرد و گوشت گوسفند، گرم است و خوردن گوشت گاو و گوساله، منجر به ضعیف شدن بدن و به‌ویژه ضعف قوای جنسی در مردان می شود؛ درحالی‌که گوشت گوسفند به قدرتمند شدن انسان کمک می‌کند. اوج این اعتقاد در کسانی دیده می شود که معتقدند اصولاً غذای بدون گوشت گوسفند، بسیار کم‌قوت بوده و عدم مصرف گوشت گوسفند در درازمدت، فرد را کاملاً ضعیف می نماید. علم تغذیه امروز معتقد است میزان پروتئین صد گرم گوشت گوساله، بیش از میزان آن در همان مقدار گوشت گوسفند است. ضمناً مقدار ویتامین B_{12}، آهن و سایر مواد معدنی و ویتامین های موجود در همه انواع گوشت قرمز با یکدیگر شباهت زیادی دارند. در ضمن، مقدار ویتامین B_{12} در گوشت بعضی ماهی ها، بسیار زیاد بوده و پروتئین ماهی ها و ماکیان نیز بسیار ارزشمند است و حتی مقدار پروتئین گوشت مرغ از گوشت قرمز بیشتر است. البته میزان آهن گوشت قرمز اندکی بیشتر از گوشت های سفید است. بنابراین در جمع بندی به اصل تنوع می رسیم که خوب است انسان از انواع گوشت قرمز و انواع گوشت سفید در حد اعتدال مصرف کند.

عقیده نادرست و خطرناک بعدی این است که «روغن حاصل از آب کردن پیه و دنبه، برای سلامتی مفید است و روغن های گیاهی، صنعتی و خطرناک هستند»

روغن های اشباع موجود در پیه و دنبه که در دمای اتاق حالت جامد دارند، در دیواره رگ های خونی نیز تمایل به رسوب داشته، به مرور موجب تنگ شدن رگ های بدن می شوند و در نتیجه خطر بیماری های قلبی- عروقی را افزایش می دهند؛ مناسب است که از مصرف این گونه روغن ها اجتناب شود یا فقط در حد تفنن و دیر به دیر باشد. روغن های گیاهی که از پرس سرد و یا به کمک حلال از دانه های گیاهی و سبزی ها به دست می آیند، همان‌گونه که در محیط بیرون مایع هستند، در دیواره رگ های انسان نیز رسوب نمی‌کنند و خطر بیماری های قلبی-عروقی را افزایش نمی دهند. از طرف دیگر، اسیدهای چرب اشباع موجود در پیه و دنبه، منجر به افزایش کلسترول خون می شوند، هم‌زمان در خود پیه و دنبه نیز مقداری کلسترول وجود دارد که با ورود به بدن، به مرور میزان کلسترول خون را افزایش می دهد. کلسترول ماده ارزشمندی است که برای بسیاری از فعالیت های حیاتی بدن ضروری است، ولی بالا

بودن کلسترول (به ویژه کلسترول بد خون) در درازمدت منجر به ضایعات عروقی و سخت شدن دیواره رگ ها می شود.

توصیه می شود روغن در حد مناسب و نه بیش از حد، مصرف شود، از سرخ کردن غذا حتی الامکان خودداری شود، از روغن مایع گیاهی استفاده گردد و روغن های حیوانی، دیر به دیر و صرفا به عنوان تفنن، مصرف شوند.

گاهی عنوان می شود که اجداد ما و کسانی که در نواحی روستایی زندگی می کنند و علاقه مفرطی به مصرف روغن جامد حیوانی دارند، سالم تر از دیگران زندگی می کنند

علم تغذیه نشان داده که همین افراد اگر روغن مایع مصرف می کردند، عمر طولانی تری می داشتند. ضمن آن که سبک زندگی این افراد، با زندگی ماشینی و شهرنشینی قابل مقایسه نیست.

این باور که «مصرف کره محلی و چربی های گوشت باعث افزایش چربی خون نمی شود» به شدت اشتباه است

مصرف تمام مواد انرژی زا شامل کربوهیدرات ها، چربی ها (اعم از کره، پیه و دنبه و حتی چربی های گیاهی) و پروتئین ها هنگامی که در حد نیاز بدن باشد، ارزشمند و مناسب است. هنگامی که مقدار دریافت این مواد بیش از نیاز فرد باشد، بدن این مواد مغذی را به چربی تبدیل کرده، در خود ذخیره می کند که به مرور منجر به چاقی می شود؛ یکی از عوارض چاقی، افزایش چربی خون است. البته بعضی غذاها مثل نان کم سبوس و چربی ها، سریع تر منجر به افزایش چربی کل بدن و چربی خون می شوند.

عقیده نادرست دیگر آن است که «مصرف پنیر تازه و مانده محلی، سرشیر و ماست محلی، برای سلامتی مفیدتر از انواع کارخانه ای است»

نگهداری مواد غذایی در شرایط منزل دشوار است و احتمال آلودگی و ایجاد بیماری و مسمومیت در این شرایط بالاست. از طرف دیگر، مصرف محصولات لبنی پرچرب برای برخی افراد مناسب نیست. کارخانه های فرآوری و بسته بندی مواد غذایی، با تولید مواد لبنی کم چرب، نیم چرب و پرچرب (برای افراد با نیازهای مختلف) و نگهداری آن ها در بسته بندی های مناسب و بدون خطر آلودگی، به سلامت مصرف کنندگان کمک شایانی می کنند. تبلیغات گمراه کننده ای مبنی بر افزودن آب ژاول به لبنیات و یا نگرانی از افزودن روغن پالم به این محصولات کارخانه ای، منجر به ایجاد نگرانی در بعضی مصرف کنندگان شده است. با توجه به کنترل مداوم وزارت بهداشت و اداره استاندارد، محصولات کارخانه ای باز هم نسبت به مصرف محصولات تازه و یا نگهداری شده در شرایط منزل و گاوداری، خطر کم تری برای سلامتی خواهند داشت.

برخی عقیده دارند که مصرف سرشیر محلی، موجب افزایش قدرت پاها و کل بدن می شود. به همین ترتیب، «خوردن روغن زرد (روغن حیوانی) همراه با نان در کهنسالان، بنیه آن ها را تقویت می کند».

باید دانست که مصرف مواد غذایی تازه و سالم در حد مناسب و متنوع، به سلامتی، تقویت بدن و بنیه همه افراد منجر می شود و مصرف اضافه تمام مواد غذایی، مشکلات خاص خود را به دنبال دارد. در عین حال، لازم است سالمندان در مصرف چربی ها دقت بیشتری داشته باشند و با متخصص تغذیه برای تعیین مقدار مصرف این گونه مواد و کل رژیم غذایی مشورت نمایند.

این باور که «مصرف شیر در صبحانه باعث ایجاد درد شکم در سالمندان می شود» نیز صحیح نیست

قند شیر یا «لاکتوز» هنگام هضم و جذب شیر در دستگاه گوارش، توسط آنزیمی به نام «لاکتاز» شکسته شده و به

دو قند ساده به نام «گلوکز و گالاکتوز» تبدیل می‌شود. این دو قند ساده در روده‌ها جذب شده، وارد جریان خون می‌شوند و برای تولید انرژی و تأمین سلامت فرد مورد استفاده قرار می‌گیرند. ضمناً وجود قند لاکتوز در شیر، به جذب مواد معدنی در دستگاه گوارش کمک می‌کند. متأسفانه عده‌ای از سالمندان، به‌ویژه کسانی که سال‌ها به اندازه مناسب شیر مصرف نکرده باشند، به کمبود لاکتاز گوارشی مبتلا می‌شوند. کمبود لاکتاز موجب می‌شود که قند شیر مصرفی تجزیه نشود و توسط روده‌های فرد قابل جذب نباشد. لاکتوز جذب نشده توسط باکتری‌های دستگاه گوارش تخمیر می‌شود و مقداری اسید و گاز تولید می‌کند و به دل‌پیچه و تولید گاز زیاد در دستگاه گوارش منجر می‌شود که به آن نفخ شکم می‌گویند. ترس از نفخ، موجب خودداری هرچه بیشتر افراد از نوشیدن شیر می‌شود و این ماده غذایی با ارزش را از سفره غذایی آن‌ها دور می‌کند. توصیه می‌شود افراد مبتلا به کمبود لاکتاز، مقدار مصرف شیر در هر نوبت را کاهش دهند تا عوارض گوارشی آن بروز نکند یا کاهش یابد. در عوض، دفعات نوشیدن شیر را افزایش دهند؛ مثلاً علاوه بر نصف فنجان شیر در وعده صبحانه، همین مقدار نیز پیش از ظهر، عصر و قبل از خواب بنوشند. این کار موجب می‌شود که به مرور زمان توانایی بدن در هضم شیر، افزایش یافته، با مصرف مقدار بیشتر شیر نیز سازگاری حاصل شود. چنانچه با این وجود، هنوز افراد با مصرف شیر مشکلات گوارشی دارند، می‌توانند ماست و دوغ را جایگزین شیر کنند و به ازای یک لیوان شیر، یک لیوان ماست و یا دو لیوان دوغ میل کنند. عدم مصرف لبنیات در حد مناسب، به مشکلات استخوان و مفاصل منتهی می‌شود و یا به مشکلات موجود دامن می‌زند.

برخی از افراد به دلیل آن که «لبنیات کلاً سرد هستند» از مصرف آن‌ها خودداری می‌کنند

برای رفع سردی لبنیات در کسانی که با مصرف آن دچار مشکلات گوارشی می‌شوند، پیشنهاد می‌شود شیر را با کمی (مثلاً یک قاشق مرباخوری) عسل بخورند؛ یا ماست را با مقداری گردو، کشمش و نعنا مصرف کنند و به همین ترتیب، به دوغ مقداری نعنا یا عرق نعنا اضافه کنند تا سردی آن گرفته شود. در طب سنتی به افزودنی‌هایی که سردی یا گرمی یک غذا را کاهش می‌دهد، مصلح (اصلاح‌کننده) گفته می‌شود. علم امروز تغذیه نیز با افزودن این مواد به لبنیات موافق است.

باور نادرست دیگر این است که تخم مرغ، گوشت مرغ و ماهی پرورشی (ماشینی) مناسب خوردن نیستند

برخی معتقدند تمام مواد غذایی که از سلول‌های گیاهی و یا جانوری زنده و یا باقیمانده آن‌ها حاصل می‌شوند، ارزش غذایی پایین و هورمون زیادی دارند. تشکیل هر سلول نیازمند حضور مواد مغذی کافی از قبیل اسیدهای آمینه، اسیدهای چرب، کربوهیدرات‌ها، ویتامین‌ها و مواد معدنی خاص است. بدون وجود این مواد، سلول زنده جدیدی تشکیل نخواهد شد؛ لذا هنگامی که یک تخم مرغ به وجود می‌آید، اعم از این‌که از مرغ رسمی و یا مرغ ماشینی به‌دست آمده باشد، ترکیبات مواد مغذی موجود در آن به دیگر تخم مرغ‌ها بسیار شباهت دارد. البته ممکن است تنها اندازه تخم مرغ و یا رنگ زرده اندکی متفاوت باشد، ولی مواد اصلی موجود در همه انواع تخم مرغ‌ها بسیار مشابه است. به همین ترتیب، ترکیب مواد مغذی موجود در گوشت مرغ پرورشی و مرغ رسمی تفاوت بسیار ناچیزی دارند. همین مطلب درباره ماهی پرورشی نیز صدق می‌کند. در جمع‌بندی، باید اذعان نمود که به طور کلی، مصرف تمام مواد غذایی اعم از پرورش یافته در طبیعت و یا در شرایط تحت کنترل انسان، برای سلامتی مفید و مناسب هستند. البته میزان اسیدهای چرب امگا-۳ ماهی پرورشی تا حدی از ماهی اقیانوسی کم‌تر است، ولی در عوض میزان جیوه و مواد سمی موجود در گوشت آن نیز کم‌تر است؛ میزان این مواد در بدن هر دو نوع ماهی در حد خطرناکی نیست و سلامتی انسان را تهدید نمی‌کند.

این عادت که «همراه کلیه غذاها و از جمله همراه برنج، باید مقداری نان مصرف شود» نادرست است

غذای اصلی روزانه که به آن «قوت غالب» گفته می‌شود، می‌تواند از نان، برنج، ذرت و دیگر مواد نشاسته‌ای باشد و مصرف هر کدام از این مواد، قند پیچیده؛ یعنی نشاسته و دیگر مواد مغذی را به انسان می‌رساند تا برای تهیه انرژی مورد نیاز و حفظ سلامتی، از آن استفاده کند. ترکیب اصلی تمام این مواد تا حد زیادی به هم شباهت دارد و اگرچه قابل جایگزینی هستند، ولی بهتر است افراد این‌گونه مواد غذایی را با رعایت تنوع مصرف نمایند؛ مثلاً یک وعده برنج، وعده دیگر نان گندم و وعده دیگری بلغور جو استفاده کنند. بااین حال، در مصرف تمام مواد غذایی و از جمله قوت غالب و نان نیز رعایت تعادل ضروری است و تنها در حد نیاز باید این مواد غذایی مصرف شود. مصرف نان به همراه برنج، جو، سیب‌زمینی یا ذرت، اصولاً ضرورتی ندارد و انسان با مصرف متنوع و متعادل هر کدام از این مواد غذایی می‌تواند بدنی سالم داشته باشد.

برخی به اشتباه بر این باورند که «فرد جوان نیاز به کنترل رژیم غذایی‌اش ندارد و مصرف بی‌رویه قند و چربی هم موجب بیماری‌ها (از قبیل دیابت و فشارخون بالا) در فرد جوان نمی‌شود»

این باور احتمالاً از آن جا ناشی می‌شود که سالمندان ناچارند بسیار مراقب غذای مصرفی خود باشند، وگرنه با بروز و یا تشدید بسیاری از مشکلات و بیماری‌ها رو به رو می‌شوند. باید گفت بسیاری از مشکلات زمان پیری، ریشه در بدغذایی‌های دوران جوانی و میانسالی دارند. گرچه ممکن است فردی در جوانی با مصرف بی‌رویه غذاهای نامناسب و پر نمک، قند و چربی، ظاهراً مشکلی نداشته باشد، ولی قطعاً این سوء مصرف‌ها در سالمندی عوارض شدید خود را نشان می‌دهند. ضمن این‌که بسیاری اوقات بدخوری‌ها و پرخوری‌های سن جوانی در همان سال‌ها نیز عوارض خود را نشان می‌دهند. امروزه حتی شاهدیم کودکانی در اثر اضافه‌خواری به چاقی مفرط دچار هستند و در همان سنین پایین، به چربی خون بالا و عوارض دیگر، مبتلا شده‌اند. در هر سنی لازم است افراد با رعایت تعادل و تنوع، غذای مناسب خود را مصرف نمایند. هم‌چنین باید توجه داشت که پرخوری در هر سنی، منجر به بروز عوارض یا در همان سنین و یا مدتی بعد خواهد شد. اگر همواره به اندازه نیاز مصرف شود، نیازی به رژیم‌های نامناسب و بسیار کم‌کالری بعدی نخواهد بود؛ بنابراین، این‌که «در جوانی و تا سی سالگی باید پرخوری کرد و بعد از چهل سالگی رژیم گرفت»، کاملاً اشتباه است.

عقایدی مانند: «مصرف کله‌پاچه در زنان و خوردن ماست و ترشی موجب لک و پیس می‌شود، خوردن ماست و ماهی موجب بیمار شدن می‌شود»، در علم امروز بررسی شده، ولی تأیید نشده است



خوردن ماهی و ماست فقط در افراد معدودی که آمادگی بروز ناراحتی‌های گوارشی دارند، ممکن است منجر به بروز عوارضی شود که البته این عوارض خطرناک نیستند. به همین ترتیب، خوردن ماست و ترشی به عوارض پوستی منتهی نمی‌شود و حتی احتمال بروز آن را در افرادی که آمادگی بروز چنین بیماری‌هایی دارند، نیز افزایش نمی‌دهد. گرچه مصرف کله‌پاچه باید محدود باشد و این غذای سرشار از چربی و کلسترول، در کودکان حداکثر ماهی یک‌بار، در بزرگسالان فصلی یک‌بار و در مبتلایان به چربی و کلسترول بالا و یا دچار اضافه وزن، سالی یکی-دو بار بیشتر مصرف نشود، ولی ارتباط مصرف آن با ایجاد لک در صورت زنان، تأیید نشده است.

این که «خوردن برنج زیاد در سالمندان، موجب چسبیدن روده می‌شود» نادرست است

خـوردن برنـج زیاد در هیچ سـنی، قابل توصیه نیسـت؛ به‌ویژه که برنـج در ایران عموماً به صورت کاملاً سفیدشـده مصرف می‌شود و حتی در برخی نقاط، آب برنج را پس از جوشاندن دور می‌ریزند که خود مقداری از ویتامین‌های با ارزش آن را ضایع می‌کند؛ بنابراین، گرچه خوردن برنج زیاد در سالمندان منجر به چسبیدن روده‌ها نمی‌شود، ولی تعادل و تنوع تغذیه‌ای را مخدوش می‌کند. لذا بهتر است همه افراد و از جمله سالمندان، برنج را تنها بعضی از اوقات و آن هم به اندازه نیازشان و حتی‌الامکان به صورت برنج قهوه‌ای و کته پخت‌شده مصرف کنند تا از عوارض احتمالی آن در امان باشند و تنوع غذایی را بیشتر کنند.

یک باور بسیار رایج و غلط این است که «خوردن آب‌لیمو بعد از غذای چرب، موجب از بین رفتن چربی می‌شود»

باید دانسـت که چربی‌ها در غذای انسـان نقش خاص خود را دارند و نه‌تنها بخشی از انرژی را تأمین می‌کنند، بلکه ویتامین‌های محلول در چربی را نیز به بدن می‌رسانند و به سلامت بدن کمک می‌کنند. از آن‌جا که غذاهای پرچرب عموماً خوش‌مزه و خوش‌بو هستند، عده‌ای از افراد در مصرف آن‌ها افراط می‌نمایند و چون نگران عوارض ناشی از این بدخوری هستند، به دنبال راهی برای حذف این چربی اضافی هستند. این مطلب که خوردن آب‌لیمو یا آب غوره پس از مصرف غذای چرب، موجب از بین رفتن این چربی‌ها خواهد شد، به هیچ وجه صحیح نیست و این چربی‌ها ممکن است از محوطه دهان زودتر عبور کنند و به معده برسند؛ ولی قطعاً ناپدید نخواهند شد و یا به ماده دیگری (مثلاً به آب) تبدیل نمی‌شوند؛ بلکه در دستگاه گوارش هضم و جذب می‌شوند و عوارض بدخوری را برای بدن به ارمغان می‌آورند.

این عقیده که «خوردن اسپند فشارخون را کاهش می‌دهد» نادرست و غیرعلمی است



اسـپند به علت داشـتن خاصیت ضدعفونی‌کننده، از قدیم برای ضدعفونی کردن محیط زندگی مورد استفاده بوده و از دود آن برای این منظور بهره‌برداری می‌شده است. گرچه بسیاری از ایرانیان به خاصیت رفع چشم زخم اسپند نیز اعتقاد دارند که این عقیده اشکالی برای تغذیه و سلامتی ایجاد نمی‌کند، ولی خوردن دانه اسپند ممکن است علاوه بر عوارض گوارشی، موجب مسمومیت شود. هیچ مطالعه علمی تأثیر آن را بر کاهش فشار خون تأیید نکرده است.

باور نادرست بعدی این است که «آش از بیماری فصلی در افراد جلوگیری می‌کند».



مصرف انواع آش و سـوپ یکی از جنبه‌های بسیار مثبت و ارزشمند در آموخته‌های خوراکی ما ایرانیان اسـت. آش گندم، آش دوغ و آش ترخینه نیز از جمله موارد قابل تأیید و ارزشـمند است. بااین حال، این موضوع که صرفاً مصرف یک نوع آش بتواند از بیماری جلوگیری کند، قابل اطمینان نبوده و توسط منابع علمی نیز تأیید نشده اسـت. لذا باید انسـان تمام موارد احتیاطی برای دور مانـدن از ابتلا به بیماری‌های فصلی را رعایت کند و صرفاً به مصرف آش اکتفا نشود.

گروه زیادی از سالمندان فکر می‌کنند «باید کم آب بنوشند، تا بی‌اختیاری ادرار پیدا نکنند»

هیچ مطالعه‌ای نشـان نداده که نوشیدن آب به مقدار مناسـب، منجر به بی‌اختیاری ادرار در هیچ گروه سنی شده باشد؛ اما کم نوشیدن آب قطعاً به مشکلات کلیوی و ادراری منجر می‌شود و در درازمدت، به تمام بدن لطمه خواهد

زد. حس تشنگی در سالمندان ممکن است کاهش یابد و این افراد نتوانند بر اساس حس تشنگی، به اندازه کافی آب بنوشند. لذا سالمندان حتی در زمانی که تشنه نیستند نیز لازم است به حد کافی آب بنوشند؛ گرچه مقدار آب مورد نیاز در افراد مختلف، متفاوت است و در قسمت‌های قبلی ذکر شد که زیاده روی در نوشیدن آب هم کاری منطقی نیست. در صورت وجود بی‌اختیاری ادراری و مشکلات ناشی از آن، می‌توان با مشورت پزشک به راه حلی برای کاهش یا کنترل آن دست یافت. هرگز کاهش دریافت مایعات، روش مناسبی برای کنترل بی‌اختیاری ادراری نخواهد بود.

هرفرد در طی روز براساس میزان فعالیت، دمای هوا و تعریق خود، به چند لیوان آب نیاز دارد و خودداری از نوشیدن آب به سلامتی لطمه خواهد زد.

باور قدیمی وجود دارد که بر اساس آن، «ابتدا باید مردان غذا بخورند و باقی‌مانده غذا به زنان داده شود»

در برخی نقاط ایران، در زمان قدیم تصور می‌کردند که چون مردان باید کارهای سنگین خارج از منزل را انجام دهند تا درآمدی کسب کنند و غذای خانوار را تأمین کنند، در اولویت مصرف غذا هستند. رعایت نوبت در مصرف غذا به‌ویژه هنگامی که ممکن است غذا در حد کفایت برای تمام افراد خانواده وجود نداشته باشد، از نظر علم تغذیه نیز امر پسندیده‌ای است؛ به این ترتیب که با توجه به نیاز، ابتدا غذا باید در اختیار کودکان و بیماران باشد تا با مصرف غذای کافی به رشد و نمو و بهبود آن‌ها لطمه‌ای وارد نشود. گروه در معرض خطر بعدی، زنان سنین باروری هستند که ماهیانه مقداری خون از دست می‌دهند. لذا باید در مصرف غذا به آن‌ها اولویت داده شود. سالمندان مرد و زن، گروه سومی هستند که لازم است در اولویت قرار گیرند و در نهایت، مردان جوان و بزرگسال به علت داشتن بنیه قوی و ذخایر مواد مغذی مناسب در بدن، آخرین گروهی هستند که می‌توانند غذای باقی‌مانده را مصرف کنند. بدیهی است که در شرایط دسترسی مطلوب به میزان غذای مناسب، همه افراد باید در حد نیاز خود مواد غذایی را دریافت کنند.

گروهی معتقدند که «خوردن تخمه آفتاب‌گردان سبب جوش در صورت و بدن می‌شود»



مغز همه دانه‌ها مانند پسته، فندق، بادام، بادام زمینی، بادام هندی، گردو و هم‌چنین مغز تخمه‌ها، دارای مقدار قابل توجهی چربی هستند. البته بخش مهمی از این چربی، اسیدهای چرب امگا-۳ است، از این رو، مصرف متعادل و متنوع این مغزها، برای سلامتی مفید است؛ با وجود این، مصرف بیش از حد این مغزها، کالری بالایی به بدن وارد می‌کند. این نکته که خوردن این گونه مغزیجات موجب بروز جوش در صورت و بدن می‌شود، فقط تا حدودی صحیح است و اغلب به دنبال مصرف مقادیر فراوان این مغزها روی می‌دهد. ضمن آن‌که لازم است سایر عوامل مستعدکننده مانند مشکلات هورمونی، وجود باکتری‌های مؤثر در ایجاد جوش، دوره نوجوانی و عوامل مختلف دیگر نیز در نظر گرفته شود؛ بنابراین، مصرف متعادل و متنوع مغزیجات توصیه می‌شود.

عده‌ای به علت آن که «ماست، خیار و گوجه سرد هستند» از مصرف آن‌ها خودداری کرده، یا آن‌ها را کم مصرف می‌کنند

باید در نظر داشت که مصرف برخی مواد غذایی موجب کاهش دمای بدن می‌شود (سرد هستند) و خوردن بعضی دیگر از مواد نیز موجب گرم‌تر شدن دمای بدن می‌شود (گرم هستند). لذا این نکته که ماست، خیار و گوجه سرد هستند، قابل تأیید است؛ ولی همان‌گونه که طب سنتی اعلام می‌کند، مصرف این مواد همراه با مصلح (اصلاح‌کننده)

آن ها از قبیل نعنا، گردو و کشمش، می تواند سردی آن ها را از بین ببرد و یا بسیار کاهش دهد. سرد بودن بعضی مواد غذایی نباید موجب شود که از مصرف مقدار مناسب آن ها خودداری شود.



این که فکر کنیم «نوشابه به هضم غذا کمک می‌کند» نیز درست نیست.

نوشابه ها عموماً دارای مقداری گاز کربنیک و اسید فسفریک به همراه شیرین کننده (قندی یا مصنوعی)، مواد رنگ دهنده و طعم دهنده هستند. نوشابه حتی صرف داشتن اسید کربنیک -که از حل شدن گاز کربنیک در آب به دست می آید- با بیشتر کردن اشتهای فرد و تخلیه سریع تر دستگاه گوارش، به گرسنگی سریع تر و جذب بیشتر مواد غذایی منتهی می شود و در نتیجه، بررسی های علمی نشان داده که نوشیدن فراوان و دائم نوشابه (حتی نوع رژیمی و بدون قند آن) به چاق شدن فرد کمک می‌کند. در علم تغذیه به موادی از قبیل نوشابه، شربت ها، شیرینی ها، آجیل شور و موارد مشابه، «گروه غذایی متفرقه» گفته می شود و توصیه متخصصان تغذیه به صرفه جویی در مصرف چنین موادی است. به طور کلی، لزومی ندارد نوشابه کلاً حذف شود، بلکه بهتر است به صورت تفننی و فقط گاهی اوقات (مثلاً هفته ای یک لیوان) مصرف شود. بدیهی است که در موارد خاص مانند ابتلا به دیابت، این توصیه نیاز به تغییر و تعدیل دارد.

بعضی از مردم معتقدند «نوشابه سیاه باعث قطع اسهال می‌شود»

باید بدانیم که در موقع اسهال، نیاز است به بدن مایعات رسانده شود و نوشابه نیز می‌تواند در این زمان، بخشی از نیاز بدن به مایعات را تأمین نماید؛ ولی قطعاً موجب توقف و درمان اسهال نمی‌شود. نوشابه به هضم ناقص و سریع غذا منجر می‌شود و لذا بهتر است به طور دائم استفاده نشود.

یک باور بسیار غلط این است که «خوردن غذای آماده، سبب چاقی نمی‌شود»

گرچه اغلب غذاهای آماده با چربی فراوان و گاهی نمک و شکر زیاد عرضه می‌گردند و افراد به علت علاقه به مزه آن ها در مصرفشان زیاده روی می‌کنند و به این ترتیب کالری فراوانی را به بدنشان سرازیر می‌کنند، ولی بعضی تبلیغات ادعا می‌کنند که علت چاقی مصرف‌کنندگان، صرف خوردن غذای آماده نیست. گرچه عموماً (و نه همگی) مصرف‌کنندگان غذاهای آماده، فعالیت بدنی مناسبی هم ندارند و علاوه بر خوردن غذای آماده، از خوردن شیرینی، نوشابه، آجیل شور و دیگر مواد غذایی متفرقه نیز ابایی ندارند؛ ولی این جنبه از واقعیت که مصرف دائم غذای آماده می‌تواند به چاقی منجر شود، قابل کتمان نیست. لذا متخصصان تغذیه توصیه می‌کنند مصرف این گونه غذاها به کم‌ترین مقدار ممکن رسانده شده و صرفاً گاهی به صورت تفننی استفاده شود و همواره چاق‌کننده بودن آن ها مدنظر قرار گیرد.



عده‌ای فکر می‌کنند که «شیره انگور خونساز است و خون را زیاد می‌کند»

خونسازی در بدن انسان، نیازمند وجود مواد مغذی متعددی از قبیل آهن، ویتامین B_{12}، اسید فولیک، پروتئین ها و سایر مواد مغذی ارزشمند است. در بین مواد غذایی مختلف، گوشت ها بخشی از نیاز بدن برای تولید خون را تأمین می‌کنند و به همین ترتیب، نان و غلات، سبزی ها و میوه ها و هم چنین لبنیات، هر کدام بخشی از نیاز بدن برای خون سازی را تأمین می‌کنند؛ به همین دلیل، افرادی که تنوع و تعادل غذایی را رعایت نمی‌کنند، به کم

خونی مبتلا می‌شوند. شیره انگور اگر توسط فردی مصرف شود که مواد غذایی کافی و متعادل دریافت نمی‌کند (حتی به مقدار فراوان) به هیچ عنوان نمی‌تواند خون‌ساز باشد؛ بنابراین، بهتر است مقدار کمی شیره انگور در طول هفته به همراه تمام مواد غذایی مناسب دریافت شود و صرفاً به مصرف شیره انگور برای تولید خون در بدن، اکتفا نشود.

برخی عقیده دارند «برای احترام به مهمان، باید تکه‌های گوشت درون خورشت کاملاً بزرگ باشند»



لازم است تکه‌های گوشت قرمز هنگام طبخ، به قطعات کوچک تقسیم شده باشند تا حرارت کافی به مغز این تکه‌های گوشت برسد. کم پخته شدن گوشت، علاوه بر کاهش جذب مواد مغذی با ارزش آن، احتمال مسمومیت زایی آن را در صورت وجود میکروب‌ها و ترکیباتشان افزایش می‌دهد.

عده‌ای عادت دارند «بلافاصله بعد از صرف غذا، چای بنوشند»



کم خونی فقر آهن، از مشکلات گریبان‌گیر بسیاری از جوامع و از جمله بخشی از جامعه ایران است. بعضی مواد غذایی و نوشیدنی‌ها از جذب آهن -که برای خون‌سازی بسیار مهم است- پیش‌گیری می‌کنند که چای یکی از این نوشیدنی‌هاست. توصیه می‌شود نوشیدن چای حداقل یک ساعت با صرف غذا فاصله داشته باشد. اگر سلامت مهمان برای میزبان اهمیت داشته باشد، مناسب است که آوردن چای، مدتی پس از صرف غذا انجام شود.

فصل سوم

تغذیه در بیماری های دوره سالمندی

تغذیه در کم وزنی و سوءتغذیه سالمندان

در اثـر دریافت کم مواد مغـذی (پروتئین، کربوهیدرات، چربی ها، ویتامین ها و مواد معدنی) و یا دریافت بیش از حد انرژی (کالری)، مشکلاتی در بدن رخ می دهد که سلامت سالمندان را به خطر می اندازد و باعث کاهش عملکرد بدن و ایجاد یا تشـدید بیماری می شـود. کمبودهای تغذیه ای در سـالمندان، خطر عفونت های ریوی، مشکلات قلبی، لخته شـدن خون در سـیاه رگ های عمقی پا، زخم بسـتر، مـرگ و میر قبل از جراحی و اختلالات چنـد اندامی را بالا می برد. در بیماران سـالمند بستری در بیمارستان، ارتباط روشـنی بین عوامل سوءتغذیه و اختلالات بیمارستانی و میزان مرگ و میر وجود دارد.

عوامل مؤثر بر تغییرات ترکیب بدن در دوران سالمندی:

- کاهش فعالیت بدنی یا داشتن شیوه زندگی بدون تحرک
- برخی تغییرات هورمونی
- بیماری های مزمن
- درمان با داروهای مختلف
- رژیم غذایی
- زمینه ارثی و ژنتیک

اگرچه بسـیاری از سـالمندان در معرض خطر کم وزنی و سوءتغذیه هستند، ولی شیوع واقعی کم وزنی در سالمندان کم اسـت. در زنان سـالمند بالای ۶۵ سـال، شیوع کم وزنی سـه برابر بیشتر از مردان است. مشـخص شده که ۴۰ تا ۶۰درصد سالمندان بستری در بیمارستان ها، ۴۰ تا ۸۵درصد سالمندان در مراکز نگهداری سالمندان و ۲۰ تا ۶۰درصد سالمندان ساکن در منازل، در معرض سوءتغذیه قرار دارند. بسیاری از سالمندان در مراکز نگهداری، روزانه کم تر از ۱۰۰۰ کیلوکالری دریافت می کنند که از نظر تغذیه ای کافی نیست.

سالمندی که غذای کافی نمی خورد، حال خوبی ندارد و احساس می کند خوب نیست؛ در نتیجه تمایل به خوردن ندارد و غذا نمی خورد. بنابراین، حال او بد و بدتر می شود و این چرخه ادامه پیدا می کند.

سالمندان به علل مختلف در معرض خطر سوءتغذیه هستند که عبارتند از:

- تغییر و کاهش حس چشایی، بویایی
- مصرف داروها بویژه مصرف هم زمان چندین دارو
- فقدان دندان یا نامناسب بودن دندان های مصنوعی فرد
- سوءجذب
- کاهش بزاق و خشکی دهان
- دردهای مفصلی که تحرک سالمند را برای آماده سازی غذا و تهیه مواد غذایی کم می کند
- علل روانی مانند افسردگی، اضطراب و اختلال حافظه
- عوامل اقتصادی اجتماعی مانند عدم دست یابی به غذای مناسب
- وجود بیماری های مزمن و توصیه های پزشکی در محدود کردن مواد غذایی و تبعیت از رژیم های خاص

- اختلال در بلع و مشکلاتی که منجر به ناراحتی و شرم هنگام خوردن غذا می‌شود؛ مانند بیرون ریختن غذا از دهان
- ابتلا به بیماری‌های مزمن؛ بسیاری از بیماری‌ها مانند بیماری‌های قلبی -عروقی، اختلال کلیوی و سرطان‌ها می‌توانند منجر به التهاب و متعاقب آن از دست دادن توده عضلانی شوند.
- علل اجتماعی سوءتغذیه شامل: تنهایی، درآمد ناکافی، فقدان وسیله حمل و نقل و محدودیت در خرید و تهیه غذا

سوءتغذیه در سالمندان یکی از علت‌های اصلی مشکلات سلامتی است که می‌تواند منجر به زمین خوردن، گیجی، ابتلا به عفونت‌های مختلف، زخم فشاری یا زخم بستر، مشکلات بعد از عمل، کاهش توانایی‌های جسمی، ادراکی، حسی و حتی مرگ زودرس شود.

سالمندان کم‌درآمد، سالمندانی که نمی‌توانند خوب بجوند، سالمندان سیگاری و آن‌هایی که فعالیت بدنی ناکافی دارند، بیشتر در معرض خطر سوءتغذیه هستند.

علائمی که احتمال سوءتغذیه را مطرح می‌کنند:

- کاهش وزن
- کاهش اشتها
- عدم علاقه به خوردن و نوشیدن
- احساس خستگی در همه اوقات
- از دست دادن انرژی و توان کاری
- ضعف در تمرکز حواس
- خلق و خوی ضعیف یا افسردگی
- اغلب اوقات بیمار هستند و برای بهبودی به زمان زیادی نیاز دارند.

شایع‌ترین علامت سوء تغذیه، کاهش وزن، به‌ویژه کاهش وزن ناخواسته در طول مدت کوتاه (کم‌تر از چند ماه) است؛ در حالی‌که بیشتر افراد مبتلا به سوءتغذیه، وزن کم می‌کنند، احتمال دارد که افراد دارای وزن طبیعی و یا حتی اضافه وزن هم سوءتغذیه داشته باشند. بنابراین اگر در طول چند ماه گذشته فردی کاهش وزن ناخواسته داشته باشد، باید به پزشک و مشاور تغذیه ارجاع داده شود. کاهش وزن ناخواسته در سالمندان می‌تواند با افزایش میزان ابتلا به بیماری‌های مختلف و مرگ و میر همراه باشد. متأسفانه استانداردهای تن سنجی (مانند قد، وزن و نمایه توده بدنی) برای افراد تا سنین قبل از ۷۵ سالگی است و معمولاً برای سالمندان مسن‌تر صدق نمی‌کند. البته با وجود محدودیت‌های استفاده از شاخص توده بدنی، از این روش همچنان استفاده می‌شود. مقدار مناسب این شاخص برای دوران سالمندی ۲۵ تا ۲۷ است.

وزن پایین باعث ضعف حافظه و گیجی، کاهش در توانایی بدن برای مقاومت در برابر بیماری‌هایی مانند سرماخوردگی، آنفلوآنزا، ذات‌الریه، پوکی استخوان، کاهش قدرت عضلانی و توانایی انجام کارهای ساده، مانند راه رفتن و بالا رفتن از پله و کاهش دمای بدن می‌شود.

توصیه‌های غذایی برای سالمندان مبتلا به کم وزنی

- اضافه‌کردن عصاره گوشت، روغن زیتون، خامه و سرشیر به غذاها برای سهولت جویدن (با نظر پزشک و یا

متخصص تغذیه پس بررسی شرایط فرد)

- برای غنی‌کردن غذای سالمندان، اولویت با مواد غذایی است تا مکمل ها؛ یعنی در مرحله اول از مواد غذایی سالم و طبیعی و در دسترس برای غنی‌کردن استفاده کنید. درصورتی‌که به هر دلیلی امکان پذیر نبود، از مکمل های غذایی کامل که دارای پروتئین هم باشد، استفاده کنید.
- این سالمندان نیاز دارند تا بیشتر غذا بخورند، اما این کالری اضافی باید از غذاهای سالم تأمین شود. بهتر است از میان وعده های پرکالری استفاده شود. به عنوان مثال، کره بادام زمینی با یک تکه نان سبوس دار، یا یک برش سیب یا موز مصرف شود. پودر شیر کم چرب به شیر و ماست اضافه شود. غلات پخته با کشمش و شیر مصرف شوند. ممکن است نیاز به استفاده از پودر مکمل های غذایی وجود داشته باشد، ولی اولویت با مواد غذایی تازه و سالم است؛ در صورت عدم دسترسی به مواد غذایی، از مکمل استفاده شود. برای افزایش کالری، می توان پودر مغزها یا جوانه گندم را به ماست، سالاد، میوه ها یا غلات اضافه کرد. از سفیده تخم مرغ در املت و کوکوها، از پنیر روی غذاها، ساندویچ ها، کوکوها، سبزی های پخته، سوپ ها، برنج و یا ماکارونی استفاده شود.
- میزان مصرف گوشت ها، ماهی ها، شیر، مغزها، کره مغزها و حبوبات بیشتر شود.
- هیچ چیزی مانند غذای بی طعم اشتها را از بین نمی برد. سعی شود غذاها با آب لیمو، پودرهای گیاهی و چاشنی هایی مانند فلفل، سیر، پودر کاری، زنجبیل، پیاز، زیره سبز، تخم شوید، ریحان و نعناع خشک طعم دار شوند.
- آب، چای، قهوه یا آب میوه نباید همراه غذا مصرف شوند؛ چرا که باعث احساس پری معده و سیری زودرس می شوند. بهتر است این مواد بین وعده ها مصرف شود.
- در صورت امکان، همراه با دوستان و آشنایان غذا خورده شود. یک برنامه منظم برای غذا خوردن با آن ها داشته باشید. به این ترتیب فضای بهتری برای غذاخوردن خواهید داشت.

فعالیت بدنی را فراموش نکنید. فعالیت بدنی باعث تحریک اشتها، کاهش افسردگی و تقویت استخوان ها و عضلات می‌شود.

راهنمای عملی مراقبت تغذیه‌ای در سوءتغذیه

- در صورت امکان غذاها را با استفاده از گوشت چرخ‌کرده، پودر شیر خشک (یا دو پیمانه شیر معمولی)، پنیر، ماست چکیده، مغزها، تخم مرغ و ژلاتین از نظر پروتئین غنی کنید.
- غذاها را با استفاده از پوره سیب زمینی، جوانه گندم، آرد جو یا پرک جو، از نظر قند غنی کنید. می توان از سمنو در وعده های غذایی استفاده کرد.
- بافت غذا را با استفاده از ژلاتین، آرد جوانه گندم، نشاسته برنج، پوره سیب زمینی و سایر پوره ها غلیظ کنید.
- غذاها را با استفاده از مغزها، دانه های روغنی، خامه، روغن زیتون و روغن بذر کتان، از نظر کالری غنی کنید.
- از میان وعده های غذایی مقوی مانند سوپ غلیظ، پوره سیب زمینی با پنیر و یا گوشت مرغ، ساندویچ تخم مرغ یا انواع کوکو، پودر مخلوط مغزها، فالوده میوه ها و شیر غنی شده با پودر شیر خشک استفاده کنید.
- استفاده از مخلوط حبوبات و غلات در غذاها، مانند انواع پلوهای مخلوط و مغزها مانند مرصع پلو مفید است.
- ماکارونی را با گوشت، پنیر، تخم مرغ، ماهی و یا ژلاتین غنی کنید.
- انواع سبزی ها را مصرف کرده، پوره آن ها را به غذا اضافه کنید. سبزی های تازه را به صورت ساطوری شده در

ماست استفاده کنید.

- از مواد غذایی تازه و سالم استفاده کنید.
- از مصرف غذاهای غیر پاستوریزه اجتناب کنید.
- یکی از علل کم‌اشتهایی در سالمندان، کم‌آبی است. سعی کنید با استفاده از مایعات مختلف در بین وعده‌های غذایی، آب بدن را تأمین کنید. می‌توانید از شیره انگور یا خرما به صورت شربت استفاده کنید. از مصرف شربت‌های کارخانه‌ای و تجاری پرهیز کنید و در فواصل بین غذاها، روزانه حداکثر یک لیوان آب میوه طبیعی و یا حداکثر دو لیوان فالوده میوه‌ها استفاده کنید.



تغذیه در اضافه وزن و چاقی

چاقی به تجمع زیاد چربی در بدن گفته می‌شود که می‌تواند خطر مرگ زودرس و ابتلا به بیماری‌ها را بالا ببرد. برخی از بیماری‌های مرتبط با اضافه‌وزن و چاقی، شامل فشارخون بالا، دیابت، اختلالات چربی خون، بیماری عروق کرونر قلب و التهاب مفاصل و استخوان‌هاست. به علاوه، در سالمندان، اضافه‌وزن و چاقی باعث تشدید کاهش عملکرد بدنی ناشی از سن می‌شود؛ کیفیت زندگی را مختل کرده، منجر به ضعف و سستی بیشتر می‌گردد.

تعداد سالمندان دچار اضافه وزن و چاقی در سراسر دنیا در حال افزایش است، که این امر، ناشی از دو عامل افزایش جمعیت سالمندان و افزایش شیوع اضافه وزن و چاقی در این گروه است. افزایش شیوع اضافه وزن و چاقی در بین سالمندان، نظام‌های سلامت کشورهای مختلف را با چالش‌های جدی مواجه می‌کند و در درازمدت، مشکلات بسیاری را برای آن‌ها پدید می‌آورد. البته باید توجه داشت که در افراد بالای هشتاد سال، اضافه وزن و چاقی به طور قابل ملاحظه‌ای پایین است. راهکارهای کنترل وزن در سالمندان مبتلا به اضافه وزن و چاقی، عملکرد بدنی و کیفیت زندگی را در آن‌ها بهبود بخشیده، عوارض ناشی از اضافه وزن و چاقی را کم می‌کند. البته در درمان اضافه وزن و چاقی در سالمندان، به عوارض جانبی بالقوه کاهش وزن -که بر استخوان‌ها و توده عضلانی تأثیر منفی می‌گذارد- باید توجه کرد. سالمندی با بروز تغییرات قابل ملاحظه در ترکیب بدن و نحوه توزیع توده دارای چربی و بدون چربی در بدن همراه است. به این صورت‌که چربی داخل شکمی افزایش می‌یابد، ولی چربی زیر پوستی و نیز کل چربی بدن کم می‌شود.

تجمع چربی در بدن وقتی رخ می دهد که دریافت انرژی بیش از مصرف آن باشد.

در سالمندی، میزان دریافت انرژی تغییر نکرده، حتی ممکن است کاهش یابد، ولی کاهش مصرف انرژی قابل توجه است و مهم‌ترین نماد آن، کاهش فعالیت بدنی با افزایش سن است. تغییر در مقدار ترشح برخی هورمون‌ها در دوره سالمندی نیز می‌توانند در ایجاد اضافه‌وزن و چاقی تأثیر داشته باشد.

ارزیابی اضافه وزن و چاقی در سالمندی

یکی از روش‌های ارزیابی اضافه‌وزن و چاقی در سالمندی، بررسی میزان توده چربی بدن است. با توجه به این‌که اندازه‌گیری صحیح توده چربی بدن دشوار است و در همه مراکز ارائه خدمات سلامت در دسترس نیست، از دو روش بررسی معمول و آسان برای ارزیابی اضافه وزن و چاقی استفاده می‌شود که عبارتند از:

- **الف- محاسبه شاخص توده بدنی:** با وجود استفاده رایج از شاخص توده بدنی در ارزیابی اضافه وزن و چاقی،

به علت تغییرات ترکیب بدن در سالمندان و کوتاه شدن قد به دلیل فشردگی ستون مهره‌ها و ایجاد قوز پشتی، برآورد توده چربی بدن از طریق محاسبه و تفسیر شاخص توده بدنی در دوران سالمندی با خطا همراه است.

- **ب- اندازه گیری دور کمر:** در مقایسه با شاخص توده بدنی، اندازه دور کمر ارتباط بیشتری با چربی کل بدن و به‌ویژه چربی داخل شکمی دارد و می‌تواند شاخص بهتری برای تشخیص چاقی در سالمندان باشد. در زنان اندازه دور کمر ۸۹ سانتی‌متر و بیشتر و در مردان اندازه دور کمر ۱۰۲ سانتی‌متر و بیشتر مشخصه وزن زیاد است.

عوارض اضافه وزن و چاقی

- **مرگ و میر:** در سالمندان مبتلا به اضافه‌وزن و چاقی، همه عوامل مرتبط با مرگ و میر افزایش می‌یابد. با این حال، خطر مرگ و میر و سایر عوارض در سالمندان دارای اضافه‌وزن و چاقی خفیف (شاخص توده بدنی کم‌تر از ۳۵) در مقایسه با افراد دارای وزن طبیعی تفاوتی ندارد.
- **بیماری‌های زمینه‌ای:** چاقی به‌ویژه افزایش چربی شکمی با افزایش احتمال ابتلا به بیماری‌های مختلف همراه است. با افزایش سن، شیوع مشکلات پزشکی مرتبط با چاقی مانند دیابت، فشارخون بالا، بیماری‌های قلبی-عروقی و التهاب مفاصل و استخوان‌ها، بیشتر می‌شود. بنابراین، اضافه وزن و چاقی در میانسالی ممکن است به ایجاد و گسترش بیماری‌های مزمن مرتبط با چاقی و به دنبال آن، افزایش هزینه‌های سلامت در دوران سالمندی منجر شود.
- **اختلالات سوخت و ساز:** در سالمندان، میزان شیوع دیابت نوع دو بسیار بالاست. افزایش وابسته به سن در محتوای چربی و به‌ویژه چربی احشایی، می‌تواند علت اصلی ایجاد مقاومت به انسولین در سالمندی باشد. فشارخون بالا در جمعیت سالمندان شایع است و ۶۵ درصد همه افراد بالای شصت سال تحت تأثیر این بیماری هستند. در همه گروه‌های سنی از جمله سالمندان، ارتباط مشخصی بین چاقی و اختلالات چربی خون (افزایش تری‌گلیسیرید و کاهش کلسترول خوب خون) مشاهده می‌شود.



- **التهاب مفاصل و استخوان‌ها:** با افزایش سن و افزایش وزن و توده چربی بدن در سالمندی، احتمال ایجاد التهاب در مفاصل و استخوان‌ها افزایش می‌یابد. اضافه وزن در طی زندگی منجر به وارد آمدن فشار مزمن بر مفاصلی می‌شود که وزن بدن را تحمل می‌کنند و این موضوع، مهمترین عامل ایجاد این مشکلات در سالمندی است.
- **اختلالات ریوی:** چاقی با ایست تنفسی در هنگام خواب ارتباط دارد و با افزایش سن، احتمال بروز این مشکل بالاتر می‌رود. اندازه دور کمر، از مهم‌ترین عوامل بروز ایست تنفسی هنگام خواب در مردان سالمندِ با وزن طبیعی و نیز افراد مبتلا به اضافه‌وزن و چاقی است.
- **بی‌اختیاری ادرار:** شیوع بی‌اختیاری ادرار پس از ۶۵ سالگی افزایش می‌یابد. چاقی باعث می‌شود تا شیوع بی‌اختیاری ادرار در سالمندان بیشتر شود و این افزایش شیوع، با افزایش شاخص توده بدنی ارتباط دارد.
- **سرطان:** چاقی یک عامل خطر مهم بروز برخی سرطان‌ها از جمله سرطان‌های پستان، روده، کیسه صفرا، لوزالمعده و مثانه است. خطر نوعی سرطان بدخیم پوست و سرطان بافت رحم در زنان چاق پس از یائسگی در مقایسه با سایر زنان یائسه بالاتر است.
- **اختلال عملکرد و کیفیت زندگی:** اختلالات عملکرد در دوره سالمندی بر توانایی انجام فعالیت‌های زندگی روزانه

افراد تأثیر می‌گذارد، کیفیت زندگی آن‌ها را پایین می‌آورد و باعث افزایش مراجعه به مراکز درمانی می‌شود. اضافه وزن و چاقی در سالمندان، باعث تشدید کاهش عملکرد بدنی می‌شود که در اثر افزایش سن رخ می‌دهد. افزایش شاخص توده بدنی با اختلال در عملکرد بدنی سالمندان شامل اختلال در فعالیت‌های زندگی روزانه، محدودیت در حرکت، کاهش توان بدنی و افزایش خطر افت عملکرد، ارتباط نزدیکی دارد.

موارد قابل ذکر درباره اضافه‌وزن و چاقی در سالمندان

کاهش وزن حاصل از کاهش دریافت انرژی در رژیم غذایی، به همراه اجرای یک برنامه فعالیت بدنی، در مقایسه با هر یک از این دو مورد به‌تنهایی می‌تواند در پیش‌گیری از ناتوانی و حفظ کیفیت زندگی در سالمندان مبتلا به اضافه‌وزن و چاقی، تأثیر بیشتری داشته باشد. مداخلات رژیمی کاهش وزن در سالمندان باید با فعالیت بدنی سازمان‌دهی شده و افزایش فعالیت بدنی روزانه همراه باشد. باید توجه داشت که کاهش وزن برای همه سالمندان دچار اضافه وزن و چاقی توصیه نمی‌شود و رژیم‌های کاهش وزن، فقط برای سالمندانی که چاق (با شاخص توده بدنی ۳۰ و بیشتر) هستند و مشکلات سلامت مرتبط با وزن دارند توصیه می‌گردد. پس از دست‌یابی به کاهش وزن، پیروی از توصیه‌های موردنیاز برای حفظ وزن جدید، بسیار مهم است. سالمندان نباید از رژیم‌های غذایی بسیار کم‌کالری (کم‌تر از ۸۰۰ کیلوکالری در روز) استفاده کنند.

سالمندان باید از یک برنامه غذایی کم‌کالری پیروی کنند که حاوی مقادیر کافی پروتئین با کیفیت بالا باشد و همه ریزمغذی‌های مورد نیاز فرد را در حد توصیه شده، داشته باشد.

درمان‌های اضافه‌وزن و چاقی

کاهش وزن در افراد چاق می‌تواند عوارض مرتبط با چاقی را کاهش دهد و عملکرد بدنی و کیفیت زندگی را بهبود بخشد. کاهش وزن با کاهش توده چربی و توده بدون چربی بدن همراه است. متخصصان طب سالمندی اعتقاد دارند که ذخیره چربی بدن در سالمندان، به‌ویژه سالمندان بستری در بیمارستان، دارای منافعی است. در سالمندانی که از رژیم غذایی کاهش وزن پیروی می‌کنند، فعالیت بدنی منظم می‌تواند میزان از دست‌دادن توده بدون چربی بدن را کاهش دهد یا از آن جلوگیری کند. کاهش وزن در سالمندان دارای اضافه وزن و چاقی می‌تواند بر روی برخی عوامل خطر بیماری عروق کرونر قلب تأثیر کاهشی داشته باشد. چاقی یک علت قابل برگشت ایجاد ضعف، ناتوانی و اختلال در کیفیت زندگی سالمندان است، اما باید توجه داشت که کاهش وزن ممکن است باعث از دست‌دادن توده استخوانی در فرد سالمند شود. البته مشخص نیست که آیا از دست‌دادن توده استخوانی مرتبط با کاهش وزن، خطر ایجاد شکستگی‌های ناشی از پوکی استخوان را در افراد چاق افزایش می‌دهد یا خیر؛ بنابراین، در نظر گرفتن فعالیت بدنی به عنوان بخشی از یک برنامه کاهش وزن، به‌ویژه در سالمندان، مهم است تا میزان از دست‌دادن استخوان را کم‌تر کند. علاوه بر اثر کاهش وزن بر استخوان در سالمندان، کاهش وزن در این گروه می‌تواند تحلیل رفتن ماهیچه‌ها را نیز شدیدتر کند.

در سالمندان دارای اضافه وزن و چاقی، رژیم غذایی مناسب به همراه یک برنامه منظم و کافی فعالیت بدنی و در صورت لزوم، استفاده از درمان‌های دارویی و جراحی می‌تواند سودمند باشد.

رژیم غذایی کم‌کالری به همراه یک برنامه فعالیت بدنی

برای سالمندان با اضافه وزن (شاخص توده بدنی ۲۵ تا ۳۰) رژیم های کاهش وزن توصیه نمی‌شود، ولی این نوع رژیم های غذایی برای سالمندان چاق (شاخص توده بدنی ۳۰ و بیشتر) مناسب است. در این سالمندان، هدف اولیه باید کاهش حداکثر ۱۰درصد وزن بدن در مدت شش ماه باشد. در این افراد لازم است محدودیت خفیف کالری دریافتی به همراه افزایش فعالیت بدنی مورد توجه قرار گیرد. در سالمندان با سنین بالاتر، بهتر است هدف حفظ وزن (و نه کاهش وزن) باشد؛ زیرا وزن اضافی برای این گروه از سالمندان یک امتیاز محسوب می‌شود و داشتن وزن بالاتر بعد از هفتاد سالگی محافظ سلامت است. برای سالمندان مبتلا به چاقی، برنامه کاهش وزن باید به گونه‌ای باشد که میزان از دست دادن ماهیچه و استخوان را به حداقل برساند. یک برنامه کاهش وزن موفق، شامل رژیم غذایی کم‌کالری با محدودیت متوسط کالری (پانصد کیلوکالری در روز کم‌تر از نیاز تخمین‌زده شده انرژی) است.

همچنین در یک رژیم غذایی کم کالری، دریافت پروتئین حداقل یک گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن در روز توصیه شده است. دریافت پروتئین (۱۰ تا ۳۵درصد کل کالری دریافتی) هم سبب کاهش وزن و هم حفظ کاهش وزن می‌شود. لازم است از تأمین همه نیازهای تغذیه‌ای روزانه (شامل ۱۵۰۰ میلی‌گرم کلسیم و ۱۰۰۰ واحد ویتامین D برای پیش‌گیری از کاهش توده استخوانی) نیز اطمینان حاصل شود. باید از انتخاب رژیم های غذایی بسیار کم کالری (کم‌تر از هزار کیلوکالری در روز) اجتناب شود، زیرا می‌تواند باعث بروز عوارض جانبی مانند افزایش خطر سوءتغذیه، افزایش تحلیل ماهیچه و تشدید افت عملکردی شود. یک برنامه کاهش وزن موفق، باید شامل مقادیر کافی مواد غذایی و متناسب با شرایط اجتماعی فرد سالمند باشد. در نظر گرفتن یک برنامه فعالیت بدنی به‌ویژه در ابتدای دوره درمان، می‌تواند عملکرد بدنی و نیز ضعف و ناتوانی را در سالمند بهبود بخشد. این برنامه باید بر اساس شرایط پزشکی بیمار و میزان ناتوانی او به صورت فردی و اختصاصی تنظیم گردد.

مداخلات رفتاری

تغییرات رفتاری و سبک زندگی در سالمندان نیاز به مشاوره با متخصصان رفتاردرمانی، طب ورزش و رژیم‌شناس دارد. ایجاد تغییر در رژیم غذایی و میزان فعالیت بدنی سالمندان تا حدی چالش برانگیز است. افزایش ضعف و ناتوانی مزمن در دوره سالمندی، توان انجام فعالیت بدنی و ظرفیت انجام تمرین‌ها و حرکات ورزشی را کاهش می‌دهد. به علاوه، شرایط شایع در سالمندان مانند افسردگی، اختلال شناختی، وابستگی به دیگران، زندگی در مراکز نگهداری، از دست دادن همسر، تنهایی و انزوا نیز می‌تواند بر روی استقبال این گروه از ایجاد تغییر در سبک زندگی برای کاهش وزن، تأثیر منفی بگذارد. برای تداوم بهتر برنامه‌های مرتبط با تغییرات سبک زندگی، باید مشارکت سایر اعضای خانواده و مراقبان آن‌ها در این برنامه‌ها نیز مورد تشویق قرار گیرد.

مراحل برنامه ریزی برای کاهش وزن در سالمندان

- ارزیابی اولیه شامل بررسی کامل سوابق پزشکی، معاینه بدنی، درخواست آزمایش‌های تعیین وضعیت سلامت و عوامل خطر است. قبل از آغاز درمان کاهش وزن، باید اطلاعات دیگری مانند آمادگی سالمند برای کاهش وزن، تلاش‌هایی که قبلاً در جهت کاهش وزن داشته و نیز عادات سبک زندگی کنونی فرد، کسب گردد. تنظیم اهداف کاهش وزن توسط سالمند و با کمک متخصصان، اعضای خانواده و مراقبان سالمند ضرورت دارد. برنامه کاهش وزن به صورت فردی برای سالمند تنظیم می‌شود و لازم است نیازهای ویژه این گروه مدنظر قرار گیرد.

- **رژیم درمانی:** رژیم غذایی سالمندانی که برای آن ها مداخله در وزن بدن مناسب تشخیص داده شده، رژیم غذایی کم کالری با محدودیت متوسط انرژی است. هدف این استراتژی، کاهش وزن ۲۵۰ گرم تا یک کیلوگرم در هفته و کاهش حدود ۵ تا ۱۰ درصد از وزن اولیه بعد از یک دوره حداقل شش ماهه است. هم چنین در یک رژیم غذایی کم‌کالری دریافت پروتئین به میزان کافی توصیه می شود. از تأمین همه نیازهای تغذیه‌ای روزانه (شامل ۱۵۰۰ میلی‌گرم کلسیم و ۱۰۰۰ واحد ویتامین D برای پیش‌گیری از کاهش توده استخوانی) نیز اطمینان حاصل شود. جهت دریافت مشاوره تغذیه و آموزش مناسب باید به یک رژیم درمانگر مراجعه گردد.
- **رفتاردرمانی:** رفتاردرمانی باید هم رژیم غذایی و هم فعالیت بدنی را شامل شود؛ زیرا این دو، اجزای اساسی برنامه کاهش وزن و نیز حفظ وزن کاسته شده هستند. برای مشاوره رفتاردرمانی باید به رفتار درمانگر مراجعه گردد تا با استفاده از راهکارهای تغییر رفتار (مانند مدیریت استرس، کنترل محرک ها، مدیریت اتفاقات پیش‌بینی نشده، حل مسئله و حمایت های اجتماعی)، در جهت حل مشکل اضافه وزن و چاقی سالمند اقدام شود.
- **فعالیت بدنی:** برای فرد سالمند باید یک برنامه فعالیت بدنی تدریجی و انفرادی تدوین و این برنامه به طور منظم پایش گردد. تمرین های ورزشی باید شامل حرکات هوازی، قدرتی و کششی باشد.

برای سالمندان نیازمند به کاهش وزن، حفظ حداقل دریافت ۱۰۰۰ تا ۱۲۰۰ کیلوکالری در روز توصیه می شود. هدف برنامه باید کاهش وزن ۲۵۰ تا ۱۰۰۰ گرم در هفته و کاهش ۵ تا ۱۰ درصد وزن اولیه بعد از یک دوره حداقل شش ماهه باشد.

تغذیه در سارکوپنی[1]

سارکوپنی، در سالمندان به معنای کم‌شدن حجم و قدرت عضلات در اثر بالارفتن سن است. تشخیص سارکوپنی با حضور دو عامل کاهش حجم عضلانی و ضعف عملکرد عضلات مشخص می شود. کاهش پیش رونده و تدریجی توده عضلانی و استحکام آن در پیری، امری طبیعی است، اما در سارکوپنی به اوج خود می رسد. این کاهش عضله منجر به کاهش قدرت فرد می شود. در نتیجه، تعادل و راه رفتن آن ها نیز تحت تأثیر قرار می‌گیرد. سارکوپنی می تواند بر توانایی فرد در انجام کارهای روزمره مانند بالارفتن از پله ها، بلند کردن اجسام و حتی راه رفتن تأثیر بگذارد. توده عضلانی در حدود چهل سالگی شروع به کاهش می‌کند و این روند از دست دادن بافت های عضلانی، ممکن است با رسیدن به دهه شصت یا هفتاد زندگی با سرعت بیشتری پیشرفت کند. این بیماری با افزایش خطر زمین خوردن همراه است و وجود هم زمان پوکی استخوان در بیشتر افراد دارای سارکوپنی، می تواند خطر شکستگی استخوان را افزایش دهد.

با افزایش سن، تغییرات خاصی در بدن رخ می دهد که در رشد سارکوپنی در سالمندان نقش دارند؛ به عنوان مثال، با افزایش سن، توانایی بدن در تولید پروتئین هایی که برای رشد ماهیچه ها لازم است، کاهش می یابد. هنگامی که تولید پروتئین کاهش می یابد، سلول های عضلانی فرد کوچک تر می شوند. تغییرات هورمونی وابسته به سن، هم چنین ممکن است به کاهش حجم عضلات منجر شود.

دلایل سارکوپنی

به طورکلی اعتقاد بر این است که چندین عامل در ایجاد سارکوپنی نقش دارند و سارکوپنی به عنوان یک پیامد چندعاملی پزشکی، رفتاری و تغذیه‌ای مطرح شده است. از جمله مهم‌ترین دلایل سارکوپنی می توان به موارد ذیل

1. Sarcopenia

اشاره نمود:

- کاهش برخی هورمون‌ها مانند تستسترون و هورمون رشد انسانی که در رشد و حفظ عضله نقش مهمی دارند.
- افت تعداد سلول‌های عصبی ارسال‌کننده علائم از مغز به فیبرهای عضلات که به کاهش تحرک در عضلات منجر می‌شود.
- کاهش اشتها که به کاهش مصرف کالری و پروتئین می‌انجامد؛ درحالی‌که این دو برای حفظ توده عضلات مهم است.
- کاهش توانایی بدن برای تولید پروتئین و تبدیل آن به انرژی که باعث کاهش فعالیت فیزیکی افراد مسن می‌شود.
- علاوه بر موارد ذکر شده بالا، به بی‌تحرکی، التهاب مزمن و کمبود ویتامین D به عنوان عوامل اثرگذار در بروز سارکوپنی در برخی از منابع علمی اشاره شده است.

عوامل اثر گذار بر سارکوپنی

رژیم غذایی

رژیم غذایی می‌تواند نقش مهم و کلیدی در پیش‌گیری از تحلیل عضلانی و سارکوپنی داشته باشد. تغذیه مناسب برای درمان سارکوپنی، ضروری است و حتی ممکن است از بروز یا تأخیر این بیماری جلوگیری کند. یکی از مواردی که باید در برنامه ریزی رژیم غذایی دقت شود، میزان کافی پروتئین در برنامه غذایی روزانه است. اگر علت بیماری ساکوپنی در سالمند، کمبود کالری دریافتی روزانه باشد، جذب پروتئین روزانه می‌تواند در درمان این بیماری تأثیر مثبت بگذارد. بزرگسالان روزانه ۱ الی ۱٫۲ گرم پروتئین به ازای هر کیلوگرم وزن بدن میل کنند. غذاهای متفاوتی شامل پروتئین هستند. علاوه بر گوشت قرمز، غذاهای دریایی مانند ماهی قزل‌آلا نیز می‌توانند منابع خوبی برای پروتئین باشند. سعی کنید دست‌کم یک روز در هفته به خوردن غذاهای دریایی اختصاص دهید. حبوبات حاوی پروتئین فراوان همانند عدس و لوبیا را نیز در غذاهای خود استفاده کنید. برای این‌که از پروتئین موجود در مواد غذایی اطلاع پیدا کنید، می‌توانید میزان پروتئینی که بر روی بسته‌های غذایی درج شده را مطالعه کنید.

در سالمندان به دلیل وجود بیماری‌های مختلف دیگری همانند کلسترول و دیابت باید برنامه ریزی رژیم غذایی به شکلی باشد که علاوه بر دارا بودن میزان زیاد پروتئین، میزان چربی غذاها و قند آن‌ها کم باشد. راه‌های مختلفی برای افزایش پروتئین در غذا وجود دارد؛ به عنوان مثال، می‌توانید در سالادهای خود غذاهایی که حاوی پروتئین هستند، مانند تخم مرغ و پنیر را اضافه کنید. البته باید توجه داشت که استفاده از پروتئین در حد معمول خود باشد تا مشکلاتی را برای شما به وجود نیاورد؛ چراکه بدن تا حدودی توانایی دفع پروتئین‌های اضافی را دارد. مصرف برخی مکمل‌های غذایی ممکن است راه دیگری برای بهبود سارکوپنی یا کمک به پیش‌گیری از بیماری باشد. به عنوان مثال، حفظ مقادیر کافی ویتامین D از طریق رژیم غذایی یا مکمل‌ها، ممکن است به سالمندان در حفظ قدرت عضلات کمک کند. قبل از مصرف هرگونه مکمل، فرد باید با پزشک صحبت کند.

فعالیت بدنی

کار کردن عضلات به حفظ توده و قدرت عضلات کمک می‌کند. هنگامی که ماهیچه‌ها استفاده نمی‌شوند، کوچک می‌شوند. تمرین‌های قدرتی یا تمرین مقاومت می‌تواند اندازه، قدرت و فرم عضلات را بهبود بخشد. هم‌چنین می‌تواند استخوان‌ها، رباط‌ها و تاندون‌ها را تقویت کند که برای سلامتی کلی فرد مفید است.

افـراد مسـن باید حداقـل دو روز در هفتـه فعالیت هایی در راسـتای تقویت عضلـه انجام دهند. آن هـا باید تمام گروه های اصلی عضله، شـامل پا، بازوها، قفسـه سینه، شـانه ها، پشت و شـکم را تقویت کنند. انقباض عضله باعث ایجاد حجم در عضلات و افزایش قدرت می شود. تمرین های قدرتی ممکن است شامل استفاده از وزنه ها، کش ها یا دستگاه های ورزشی باشد. از وزن بدن شخص نیز می توان برای مقاومت استفاده کرد و برای این منظور تمرین های مختلفی با استفاده از وزن بدن می توان انجام داد. افراد مسن مبتلا به سارکوپنی، پیش از شروع برنامه ورزشی جدید باید با پزشک مشورت کنند.[1]

همیشه در نظر داشته باشید که پیش‌گیری از بیماری، مقدم بر درمان آن است. این اصل، شامل بیماری سارکوپنی نیز می‌شود. برای پیش‌گیری از بیماری از سنین میانسالی رژیم غذایی صحیح و ورزش روزانه را در دستور کار خود قرار دهید. مکمل های غذایی که طبق تجویز پزشک در اختیارتان قرار گرفته را مصرف کنید. هر راه حلی که به قدرت مند شدن عضلات و حجیم شدن آن ها کمک می‌کند، می تواند در پیش‌گیری از این بیماری مؤثر باشد.

تغذیه در فشارخون بالا



خونی که در داخل سرخ رگ ها جریان دارد، نیرویی به دیواره این رگ ها وارد می‌کند که «فشـارخون» نامیده می شود و شـریان های بزرگ به صورت لوله هایی با دیواره قابـل اتسـاع، وظیفه انتقال خون را از قلب به شـریان های کوچـک و مویرگ ها بر عهـده دارند. قلب به طـور مداوم با هر انقبـاض خود، خون را به داخل سـرخرگی به نام آئورت و شـاخه های آن که مسـئول رساندن اکسـیژن و مواد غذایی به تمام اعضای بدن هستند، می فرستد. فشـارخون به دو عامل مهم بسـتگی دارد: اول) مقدار خونی که در هر دقیقه به وسـیله قلب به درون شـریان آئورت پمپ می شـود؛ دوم) مقاومت بر سـر راه خروج خون از قلب در رگ ها. از آن جا که پمپاژ خون توسـط قلب به داخل شریان ها، ضربان دار است، فشارخون بین دو سطح حداکثر و حداقل در نوسان است. وقتی قلب منقبض می شود، خون وارد سرخرگ ها می شود و فشارخون به حداکثر مقدار خود می رسد که به آن فشارخون «سیستول» می‌گویند. در زمـان اسـتراحت قلب که خون وارد شـریان نمی شـود، با خروج تدریجـی خون از این سـرخرگ ها و جریان آن به سوی مویرگ ها، فشارخون کاهش یافته و به حداقل مقدار خود می رسد که به آن فشارخون «دیاستول» می‌گویند. بهترین راه برای پی بردن به مقدار فشارخون هر فرد، اندازه‌گیری منظم آن با دستگاه فشارسنج است.

فشـارخون طبیعی برای بدن ضروری اسـت، ولی کاهش و افزایش فشارخون، هر دو تهدیدکننده سلامت هستند. بنابراین، بدن از طریق راهکارهای مختلف با این افزایش و کاهش فشارخون مقابله می‌کند. فشارخون بالا اگر کنترل و درمان نشود، باعث آسیب به عروق قلب، مغز، کلیه ها، چشم و سایر بافت ها می شود. فشارخون هرچه بالاتر باشد، خطرناک تر است و آسیب بیشتری به بافت ها خواهد زد. بیش از ۲۰ درصد بزرگسالان و بیش از ۵۰ درصد سالمندان در جهان فشارخون بالا دارند. در ایران، حدود ۲۵ درصد بزرگسالان و ۴۲ درصد سالمندان، دارای فشارخون بالا هستند.

فشارخون بالا می‌تواند بدون علامت باشد و تا مدت‌ها پس از شروع بیماری، تشخیص داده نشود. به همین علت به آن بیماری کشنده خاموش هم می‌گویند.

---

۱. برای اطلاعات بیشتر از انواع فعالیت بدنی به کتاب اول (فعالیت بدنی در دوران سالمندی) مراجعه شود.

عواملی که با فشارخون بالا ارتباط دارند:

۱. چاقی

چاقی مهم‌ترین عامل مرتبط با تغذیه در فشارخون بالاست. وزن حدود ۶۰درصد از افراد دارای فشارخون بالا، ۲۰درصد بیشتر از وزن طبیعی است و شیوع فشارخون بالا در افراد چاق، دو تا شش برابر افراد طبیعی است. چاقی شکمی، نقش مهم‌تری در ایجاد فشارخون بالا (در مقایسه با سایر انواع چاقی) دارد. چاقی می‌تواند باعث فشارخون بالا شود و فشارخون بالا، می‌تواند چاقی را تشدید کند. با هر یک کیلوگرم کاهش وزن، فشارخون تقریباً یک میلی‌متر جیوه کم‌تر می‌شود.

طبقه‌بندی فشارخون در افراد بالغ

نوع فشارخون	فشارخون سیستولی (میلی متر جیوه)		فشارخون دیاستولی (میلی‌متر جیوه)
فشارخون طبیعی	کم‌تر از ۱۲۰	و	کم‌تر از ۸۰
پیش فشارخون	۱۲۰ الی ۱۳۹	و	۸۰ الی ۸۹
فشارخون بالا- درجه یک	۱۴۰الی ۱۵۹	یا	۹۰ الی ۹۹
فشارخون بالا- درجه دو	بیشتر و مساوی ۱۶۰	یا	بیشتر و مساوی ۱۰۰

هدف از کنترل فشارخون در افراد سالمند، با سایر گروه‌های سنی متفاوت است و باید در این زمینه، با پزشک مشورت شود.

توصیه‌هایی برای کاهش وزن در سالمندان مبتلا به فشارخون بالا

- هیچ وعده غذایی، به‌ویژه صبحانه و شام حذف نشود.
- آرام غذا بخورید؛ طوری که غذا خوردن شما حدود ۲۰ دقیقه طول بکشد.
- در صورت امکان و با موافقت پزشک، دست‌کم روزی نیم‌ساعت بیش از آن چه تاکنون فعالیت بدنی داشته‌اید، پیاده‌روی یا تمرین‌های ورزشی انجام دهید؛ این تمرین‌ها را ترجیحاً یک الی سه ساعت بعد از غذا و در هوای آزاد و خارج از خانه انجام دهید.
- شب زود بخوابید و صبح زود بیدار شوید.
- کم خوابی و پرخوابی هر دو سبب چاقی می‌شوند. بنابراین، در طول شبانه‌روز بیش از هشت ساعت و کم‌تر از شش ساعت در شب نخوابید.
- گرسنگی‌کشیدن سبب چاقی می‌شود. پس خود را گرسنه نگه ندارید و سر وقت غذا بخورید.
- به جای نوشابه، شربت و آب‌میوه، از خود میوه‌های تازه و رنگی هر فصل استفاده کنید.
- از نان‌های تهیه‌شده با غلات کامل استفاده کنید.
- چاقی در ایران بیشتر به علت مصرف مواد نشاسته‌ای و قندی تصفیه‌شده مانند نان‌های سفید، شیرینی‌جات و نوشیدنی‌هاست. در مصرف این مواد دقت کنید؛ این قندها سریع‌تر جذب می‌شوند و بدن چاره‌ای جز تبدیل آن‌ها به چربی و ایجاد چاقی ندارد. اگر بدن ما این نوع قندها را تبدیل به چربی نکند، با مازاد شدید قند خون و عوارض آن مواجه می‌شود. پس بدن ما بین بد و بدتری که ما به آن تحمیل کرده‌ایم، انتخاب می‌کند.

۲. نمک

نمک یک ماده ضروری برای بدن است، ولی مازاد آن می‌تواند عوارض جدی ایجاد کند. بدن ما در طول دوره تکامل

خود یاد گرفته که همه نمک (سـدیم) دریافتی را جذب کند تا در زمان فعالیت بدنی شـدید -که مقادیر زیادی از آن با عرق‌کردن دفع می‌شـود- مشـکلی نداشته باشیم، ولی در زندگی امروزی با کاهش سطح فعالیت بدنی و کم‌شدن میزان تعریق روزانه و هم‌زمان با آن، دریافت مقادیر بیشتر نمک، این مقادیر اضافی سدیم می‌تواند منجر به افزایش فشـارخون شـود. سـالمندان، افراد با پوسـت تیره، دیابتی‌ها، برخی افراد با فشـارخون بالا و افراد چاق به تغییرات دریافت نمک حسـاس تر هسـتند. تقریباً ۱۵ تا ۲۵ درصد افراد طبیعی و ۳۰ تا ۵۰ درصد افراد با فشارخون بالا، نسبت به تغییرات نمک دریافتی حساسیت نشان داده، با افزایش دریافت نمک، فشارخون آن‌ها بالا می‌رود.

در افراد با فشارخون بالا، مصرف نمک باید کم‌تر از چهار گرم در روز باشد.

نمک علاوه بر این‌که خود فشـارخون را بالا می‌برد، باعث افزایش دفع کلسـیم از راه ادرار هم می‌شـود که می‌تواند منجر به تشدید پوکی استخوان و افزایش فشارخون شود.[۱]

۳. فعالیت بدنی

فعالیت بدنی، از جمله موارد دیگری اسـت که می‌تواند با فشـار خون ارتباط داشته باشد،؛ ولی این ارتباط معکوس است؛ به این معنای که فعالیت بدنی علاوه بر این که مانع اضافه وزن و چاقی می‌شود، مستقیماً با باز کردن عروق، سبب کاهش فشارخون می‌شود.

۴. پتاسیم

تأثیر پتاسـیم بر کاهش فشـارخون، به‌ویژه در افراد حسـاس به سـدیم که با خوردن نمک فشـارخون آن‌ها افزایش می‌یابـد، اثبات شـده اسـت. در غذاهای طبیعـی که بدون هیچ تغییری بـه صورت خام یا پخته مصرف می‌شـوند، پتاسیم چندین برابر سدیم است. در گوشت قبل از پخته شدن، مقدار پتاسیم تقریباً هفت برابر سدیم است، ولی در فرآورده‌های گوشتی (مانند سوسیس و کالباس) مقدار سدیم ۲۲ برابر مقدار پتاسیم می‌شود. در گندم، پتاسیم صد برابر سدیم است، ولی در نان سفید (به علت گرفته شدن سبوس و اضافه کردن نمک به آن) سدیم دو برابر پتاسیم می‌شود. همه این موارد، می‌تواند به افزایش غیرطبیعی فشارخون در افراد مستعد بینجامد. میوه‌ها (به‌ویژه زردآلو، انبه، کیوی، گوجه‌فرنگی، هندوانه، طالبی، موز، پرتقال و گریپ‌فروت) و غلات (به‌ویژه غلات کامل)، مغزها (آجیل) و قارچ، بهترین منابع پتاسیم هستند.

۵. کلسیم

اثر کلسـیم در کاهش فشـارخون به اندازه پتاسیم تأیید نشده، ولی شواهد بسـیاری دال بر کاهش فشارخون در اثر دریافـت کلسـیم غذایی (نه مکمـل) وجود دارد. این امر به‌ویژه در افراد حسـاس به نمک و افـرادی که کم‌تر از ۶۰۰ میلی‌گرم کلسـیم دریافت می‌کنند، صدق می‌کند. دریافت کافی کلسـیم، باعث دفع سـدیم (نمک) اضافی و کاهش فشارخون می‌شود. فرآورده‌های لبنی کم چرب بهترین منابع کلسیم هستند، ولی بادام و کلم بروکلی هم منابع خوبی برای کلسیم محسوب می‌شوند.

برای دریافت کلسـیم کافی، دسـت‌کم دو جایگزین از گروه شـیر (دو لیوان شیر یا ماسـت کم چرب) باید در شبانه‌روز مصرف شود. به‌علاوه، روزانه سی دقیقه پیاده‌روی کنید که اگر نیمی از این زمان در معرض نور خورشید باشد، بهتر است.

۱. برای دریافت اطلاعات تکمیلی در خصوص مصرف نمک به فصل اول مراجعه شود.

۶. چربی‌ها

- جایگزین‌کردن روغن‌ها تأثیر چندانی بر فشارخون ندارد، ولی توصیه می‌شود افراد با فشارخون بالا به جای روغن‌های جامد گیاهی و جانوری، از روغن کانولا و روغن زیتون استفاده کنند و چربی‌های جامد گیاهی را (به علت وجود اسیدهای چرب ترانس) تا حد امکان کاهش دهند.
- چربی‌های غیراشباع امگا-۳ سبب کاهش فشارخون می‌شوند. گوشت ماهی دریا و کلاً فرآورده‌های دریایی، روغن کانولا و گردو، منابع خوبی از این نوع چربی‌ها می‌باشند.
- مصرف مکمل‌های امگا-۳ الزامی نیست و اگر هم تجویز شود، نباید از روزی ۵۰۰ میلی‌گرم (یک قرص) تجاوز کند.
- روغن‌های سرخ‌کردنی انتخاب بین بد و بدتر است. پس سعی کنید از غذاهای سرخ شده که پرکالری هستند، کم‌تر استفاده کنید. در هنگام سرخ‌کردن سیب‌زمینی، آب بدون کالری آن تبخیر می‌شود و روغن پرکالری، جایگزین آن می‌شود. با این کار، سیب زمینی که هر گرم آن تقریباً یک کیلوکالری انرژی دارد، به چیپسی تبدیل می‌شود که در هر گرم آن، پنج کیلوکالری انرژی وجود دارد.
- چربی شیر برای افرادی که چربی خون و فشارخون بالا دارند، کم خطرتر از روغن پالم نیست؛ بنابراین، بهتر است از لبنیات کم‌چرب استفاده شود.

۷. پروتئین‌ها

پروتئین‌های شیر کم‌چرب، سویا و سایر پروتئین‌های گیاهی (مانند گردو، پسته و حبوبات) باعث کاهش فشارخون می‌شوند. بهتر است مصرف گوشت قرمز را کاهش دهید. تأثیر گوشت‌های قرمز بر فشارخون، عکس تأثیر اسیدهای چرب امگا-۳ است.

توصیه می‌شود هر هفته دو بار گوشت ماهی دریا (غنی از امگا-۳) مصرف کنید و می‌توانید در هفته، چهار تا هفت عدد تخم مرغ مصرف نمایید.

۸. الکل

بین مصرف الکل و فشارخون ارتباط وجود دارد؛ بنابراین، برای جلوگیری از ابتلا به فشارخون بالا و یا تشدید آن باید از مصرف الکل اجتناب نمود. بدن ما الکل را به عنوان یک عامل خارجی شناخته، دفع آن را در اولویت کار خود قرار می‌دهد.

۹. ویتامین D

کمبود ویتامین D، سبب افزایش فشارخون می‌شود. دریافت تمامی ویتامین D مورد نیاز بدن از طریق غذا تقریباً غیرممکن است، بنابراین افرادی که کمبود ویتامین D دارند، بهتر است روزی بیست دقیقه در معرض نور مستقیم آفتاب (و نه از پشت پنجره) قرار گیرند (البته کارایی این روش در سالمندان کم‌تر است) یا با توصیه پزشک یا متخصص تغذیه، از مکمل‌های ویتامین D استفاده کنند.

۱۰. چای، قهوه و کاکائو

مقادیر کم این نوشیدنی‌ها در دراز مدت نه تنها مضر نیست، بلکه به دلیل وجود ضداکسیدان‌ها مفید است.

۱۱. منیزیم

منیزیم نیز همانند کلسیم، سبب کاهش فشارخون می‌شود. بهترین منابع غذایی منیزیم شامل سبزی‌های با برگ

سبز تیره، مغزها، حبوبات، نان و غلات سبوس دار و غذاهای دریایی است.

نمونه رژیم غذایی برای کاهش وزن و کاهش فشارخون

- **صبحانه:** دو کف دست نان سنگگ یا سبوس دار (شصت گرم) + یک قوطی کبریت پنیر کم چرب و کم نمک + سبزی خوردن معطر (یا پنج برش خیار با پوست یا شش برش گوجه فرنگی یا یک عدد گردو) + چای کم رنگ بدون قند
- **ده صبح:** یک عدد سیب بزرگ یا یک لیوان انگور قرمز یا یک عدد پرتقال
- **ده دقیقه قبل از ناهار:** یک شاخه کلم بروکلی
- **ناهار:** برنج به همراه خورش جمعاً ده قاشق غذاخوری (اگر خورش نیست همان ده قاشق برنج ولی به صورت عدس پلو، سبزی پلو، هویج پلو، کلم پلو، شوید پلو، لوبیا سبز پلو و...) + اندازه دو قوطی کبریت گوشت ماهی دریا یا دو قوطی کبریت گوشت سفید + ادویه تند + دورچین گوجه همراه فلفل دلمه‌ای خام یا پخته همراه با هویج + دو قاشق مرباخوری روغن زیتون یا کانولا (روغن جامد گیاهی مصرف نشود) + یک لیوان ماست کم چرب به همراه شوید یا سیر یا مرزه + سبزی خوردن + سالاد فصل بدون سس مایونز (شامل کاهو، گوجه، خیار، فلفل دلمه، هویج همراه با کلم بنفش، فلفل سبز و جوانه غلات)
- **عصرانه:** یک عدد هویج پوست‌کنده یا سه عدد مغز کاهو یا یک لیوان انار یا یک عدد پرتقال تو سرخ یا دو عدد گردو
- **یک ربع قبل از شام:** یک عدد سیب سبز یا یک لیوان ماست کم چرب همراه با خیار، سیر، نعنا، اسفناج یا یک لیوان گوجه
- **شام:** دو کف دست نان سبوس دار یا سنگگ یا نان جو + پنج قاشق غذاخوری لوبیا قرمز پخته همراه با دو قاشق مرباخوری روغن زیتون یا کانولا + یک عدد هویج پخته + یک عدد گوجه + چهار عدد قارچ پخته + ادویه + یک لیوان ماست همراه با اسفناج + سالاد (بدون مایونز) + سبزی خوردن (مرزه) + یک عدد سیب
- **در طول شب:** یک لیوان میوه پر رنگ + یک لیوان آب + کمی سیر با ماست

رژیم فوق به همراه نیم ساعت پیاده روی اضافی در روز + مصرف میوه های رنگی و سبزی توصیه می شود. در ضمن، باید توجه داشت که این یک رژیم نمونه است و لازم است برای هر فرد بسته به شرایط جسمی، شغلی و بیماری تعدیل شود.

مرور توصیه های کلی برای کاهش فشارخون

- وزن خود را کنترل کنید؛ چاقی، فشارخون را بالا می برد.
- مصرف نمک را کم کنید و برای خوشمزه‌کردن غذا از آب لیموی تازه، آبغوره، آب نارنج و ادویه جات استفاده کنید.
- شیر کم چرب مصرف کنید؛ در افراد مبتلا به فشارخون بالا، چربی شیر به اندازه روغن پالم و حتی بیشتر از آن ضرر دارد.
- بهتر است روغن مصرفی معمول شما روغن کانولا یا زیتون باشد.
- کمی به سمت گیاه خواری حرکت کنید.
- نان های خشک، سفید و چرب نخورید؛ بلکه نان تازه سبوس دار مصرف کنید.
- سیگار نکشید.
- مشروبات الکلی مصرف نکنید.
- میوه های فصل را فراموش نکنید.

- روزی نیم ساعت در فضای آزاد و زیر نور خورشید پیاده روی کنید؛ پیاده روی به کاهش وزن کمک می‌کند، آرام بخش است، جذب کلسیم را بالا می برد، از تنگ شدن رگ ها جلوگیری کرده، در نهایت به کاهش فشارخون منجر می شود.
- اگر چاق نیستید، روزانه چندین عدد گردو یا پسته خام یا بوداده مصرف کنید.
- گوشت ها (به ویژه گوشت ماهی) را سرخ نکنید.
- آرامش خود را (در شرایط مختلف، به ویژه هنگام رانندگی و غذا خوردن) حفظ کنید.
- در ماه های عادی، خوردن صبحانه و در ماه رمضان (در صورتی‌که روزه می‌گیرید)، خوردن سحری واجب است.
- سعی کنید عادت های بد تغذیه‌ای را کنار بگذارید.

راهنمای الگوی غذایی مخصوص کاهش فشارخون (۲۰۰۰ کیلوکالری)

مواد غذایی	تعداد وعده	هر واحد معادل
غلات	حداقل ۶ واحد در روز	یک کف دست نان کامل یا نصف لیوان غلات کامل پخته
سبزی ها	حداقل ۴ واحد در روز	یک لیوان سبزی برگ دار یا نصف لیوان سبزی های پخته
میوه ها	حداقل ۴ واحد در روز	یک عدد میوه متوسط یا نصف لیوان میوه تازه
لبنیات	حداقل ۲ واحد در روز	یک لیوان شیر یا ماست کم چرب
گوشت (ترجیحا دریایی)	کم‌تر از ۲ واحد در روز	۶۰ الی ۹۰ گرم
روغن یا چربی	۲ الی ۳ واحد در روز	یک قاشق چایخوری
مغزها، تخمه ها، حبوبات	۴ الی ۵ واحد در هفته	۵۰ گرم از مغزها یا دو قاشق غذاخوری تخمه یا نصف لیوان حبوبات پخته
شیرینی جات	کم‌تر از ۵ واحد در هفته	یک قاشق غذاخوری شکر یا مربا یا نصف لیوان شربت

تغذیه در بیماری های قلبی -عروقی



قلب در هر دقیقه به طور میانگین هفتاد بار می زند. به این ترتیب، در هر شبانه روز صد هزار بار، در هر سال ۳۵ میلیون بار و در طول عمر یک فرد عادی ۲/۵ میلیارد بار تپش خواهد داشت. قلب عضله‌ای بسیار قدرتمند است و در هر دقیقه پنج تا شش لیتر خون و در هر روز حدود ۸۰۰۰ لیتر خون توسط قلب تلمبه می شود.

بیماری های قلبی -عروقی، از جمله نگرانی های عمده سلامت در دوران سالمندی است. در ایران، بیماری های قلبی- عروقی، عامل اصلی مرگ و میر تقریباً نیمی از مرگ هاست.

شیوع بالای این بیماری ها در سالمندان باعث بستری های مکرر و کاهش کیفیت زندگی آنان از یک طرف و تحمیل هزینه های سنگین بر خانواده ها و زیرساخت های نظام ارائه خدمات سلامت از طرف دیگر می شود. با افزایش درصد سالمندان در طی دهه های آینده در جهان و ایران، پیش‌گیری و کنترل بیماری های قلبی- عروقی در سالمندان اهمیت دوچندان پیدا کرده و با توجه به نقش تغذیه نامناسب در بروز بیماری های قلبی -عروقی، آموزش سالمندان و افراد مرتبط با آن ها در زمینه اصلاح رفتارهای تغذیه‌ای بسیار مهم خواهد بود.

تغییرات دستگاه قلبی- عروقی در دوران سالمندی

دستگاه گردش خون از قلب و رگ ها تشکیل شده است. قلب، یک اندام عضلانی قوی توخالی در مرکز قفسه سینه است که دو بخش راست و چپ دارد. ضربان قلب می‌تواند خون را در رگ های بدن به حرکت درآورد و از این طریق، اکسیژن و مواد مغذی برای حرکت و فعالیت بخش های مختلف بدن را تأمین کند. میزان ضربان قلب، تعداد دفعات

انقباض یا تپش قلب در یک دقیقه است. هنگامی که بدن نیاز به اکسیژن بیشتری دارد (مانند زمان فعالیت بدنی و ورزش)، ضربان قلب افزایش می یابد و هنگامی که بدن نیاز به اکسیژن کم تری دارد (مانند زمان استراحت)، ضربان قلب کاهش می یابد.

رگ های خونی شامل شریان (سرخ رگ) ها، مویرگ ها و وریدها (سیاه رگ) هستند. خون از طریق شریان ها، از قلب خارج می شود و با ورود به اندام ها و بافت ها، سرخ رگ ها کوچک تر و کوچک تر می شوند تا در نهایت به مویرگ ها تبدیل می شوند. سپس، رگ ها دوباره جمع می شوند و وریدها را تشکیل می دهند که پس از تبدیل شدن به وریدهای بزرگتر، خون را به قلب باز می گردانند. شریان ها، قوی، انعطاف پذیر و دارای خاصیت ارتجاعی هستند و بیشترین فشار از طرف خون بر دیواره داخلی آن ها وارد می شود. دیواره شریان ها معمولاً دارای عضلات ظریف اما قوی هستند تا بتوانند قطر خود را برای حفظ فشارخون مناسب و کنترل جریان خون تغییر دهند. مویرگ ها، عروقی بسیار کوچک و دارای دیواره باریک هستند که به عنوان پلی بین شریان ها و وریدها عمل می کنند. دیواره نازک مویرگ ها اجازه تبادل اکسیژن و مواد مغذی را از مویرگ به سلول ها و انتقال دی اکسید کربن و مواد زائد را از سلول ها به مویرگ می دهد. ضخامت جدار ورید بسیار کم تر از شریان و فشارخون در آن ها پایین است.

قلب نیز مانند هر عضو دیگری در بدن، باید بتواند خون غنی از اکسیژن را دریافت کند و محصولات زائد تولید شده در سلول ها را از آنها خارج کند. شریان های مسئول خون رسانی به قلب، شریان های کرونر نام دارند که از اولین شاخه های جدا شده از شریان آئورت هستند.

هر یک از اجزای دستگاه گردش خون می توانند در اثر افزایش سن دچار تغییراتی شوند که خود می تواند ناشی از فرآیند طبیعی سالمندی، ناشی از سایر بیماری های دیگر و یا ایجادکننده بیماری های دیگر باشد. تغییرات اصلی دستگاه گردش خون با افزایش سن، شامل موارد زیر است:

تغییرات در قلب

- قلب دارای یک دستگاه ضربان ساز خودبه خودی است که ضربان قلب را کنترل می کند. برخی از مسیرهای این دستگاه با افزایش سن ممکن است دچار سختی (فیبروز) یا تجمع چربی شوند. دستگاه ایجادکننده ضربان خودبه خودی، ممکن است برخی سلول های خود را از دست بدهد و در نتیجه منجر به کاهش مختصر ضربان قلب شود.
- اندازه قلب یک فرد سالم بزرگسال، حدود یک مشت بسته شده دست است. در برخی افراد سایز قلب به ویژه سمت چپ قلب، ممکن است کمی افزایش یابد. دیواره قلب، ضخیم شده و در نتیجه میزان خونی که حفره قلبی می تواند در خود نگه دارد، با وجود بزرگ شدن اندازه قلب، کاهش می یابد. این مسئله منجر به کاهش سرعت فعالیت قلب و ایجاد نارسایی در عملکرد قلبی می شود.
- تغییرات قلبی با افزایش سن، منجر به تغییرات نوار قلبی حتی در سالمندان سالم در مقایسه با افراد سالم در سنین کم تر می شود. تغییرات ریتم قلبی در افراد دارای سن بالا شایع می باشد که ممکن است در اثر یک بیماری قلبی رخ دهد.
- با افزایش سن، سلول های عضله قلب به تدریج از بین رفته، دریچه های داخل حفره قلب که جهت جریان خون را کنترل می کنند، ضخیم و ناکارآمد می شوند.

تغییرات در رگ‌های خونی

گیرنده‌های خاصی در عروق، فشارخون را کنترل می‌کنند و با تغییراتی که در هنگام تغییر موقعیت یا انجام فعالیت‌ها ایجاد می‌کنند، فشارخون را نسبتا ثابت نگه می‌دارند؛ با افزایش سن، حساسیت این گیرنده‌ها کاهش می‌یابد. این مسئله می‌تواند توضیح دهنده افت فشارخون و در نتیجه ایجاد سرگیجه هنگام تغییر وضعیت از حالت خوابیده یا نشسته، به حالت ایستاده در سالمندان باشد. سرگیجه ممکن است به علت کاهش جریان خون به مغز هم باشد.
با افزایش سن، دیواره‌های مویرگی کمی ضخیم می‌شوند. این مسئله ممکن است باعث شود که تبادل مواد مغذی و مواد زائد در سطح سلول کمی آهسته‌تر صورت گیرد.
با افزایش سن، عملکرد دیواره داخلی عروق ممکن است دچار اختلال شود که خود می‌تواند در بروز بیماری‌های قلبی- عروقی مؤثر باشد. با افزایش سن، ممکن است شریان آئورت ضخیم‌تر، سفت‌تر و دارای انعطاف‌پذیری کم‌تر شود. این تغییرات باعث می‌شود فشارخون بالاتر رود و قلب با شدت بیشتری کار کند که ممکن است منجر به ضخیم‌شدن عضله قلب شود. به تبع آن، شریان‌های دیگر نیز در بدن ضخیم و سفت می‌شوند.

به طور کلی در بسیاری از افراد مسن، افزایش متوسط فشارخون رخ می‌دهد.

تغییرات خون

- محتوای خون با افزایش سن کمی تغییر می‌کند. فرآیند طبیعی سالمندی، باعث کاهش آب کل بدن می‌شود؛ از این‌رو به عنوان بخشی از این آب، مایعات کم‌تری نیز در جریان خون وجود خواهد داشت؛ بنابراین حجم خون کاهش می‌یابد. سرعت تولید گلبول‌های قرمز نیز ممکن است کاهش یابد. این مسئله باعث کندشدن واکنش بدن در برابر ازدست‌دادن خون و ایجاد کم خونی می‌شود.
- با افزایش سن، بیشتر گلبول‌های سفید در همان سطح قبلی باقی می‌مانند، اگرچه برخی گلبول‌های سفید خاص که برای سیستم ایمنی بدن مهم هستند، از نظر تعداد و توانایی مقابله با باکتری‌ها کاهش می‌یابند. این مسئله توانایی مقاومت در برابر عفونت را کاهش می‌دهد.

عوامل خطر بیماری‌های قلبی - عروقی

منظور از عوامل خطر یک بیماری، عواملی هستند که وجود آن‌ها احتمال ابتلا به بیماری در فرد را بالا می‌برد. این عوامل در دو گروه غیرقابل اصلاح (مانند سن، جنسیت، زمینه ژنتیکی و سابقه خانوادگی) و قابل اصلاح (مانند رفتارها و سبک زندگی) طبقه بندی می‌شوند. در زیر به توضیح درباره برخی از مهم‌ترین عوامل خطر بیماری‌های قلبی- عروقی می‌پردازیم:

- **سن بالا:** یکی از عوامل خطر مستقیم در بروز بیماری‌های قلبی- عروقی است و علاوه بر اثر مستقیم، می‌تواند با تأثیر بر سایر عوامل خطر، مانند فشارخون بالا، دیابت و چاقی -که با افزایش سن ارتباط دارند- درصد ابتلا به این بیماری‌ها را افزایش دهد.
- **اضافه وزن و چاقی:** دست‌یابی به وزن مناسب و حفظ آن در محدوده سالم، تأثیر مثبتی بر سایر عوامل خطر مرتبط با بیماری‌های قلبی- عروقی مانند فشارخون بالا، اختلالات چربی خون و دیابت دارد. کاهش وزن اندک، حتی اگر فرد را در محدوده شاخص توده بدنی طبیعی نیز قرار ندهد، می‌تواند منجر به اصلاح سطح کلسترول

بد خون[1] و تری‌گلیسرید خون، فشارخون بالا، قند خون بالا و التهاب گردد. علاوه بر وزن، مقدار توده چربی بدن و چگونگی توزیع آن در بدن نیز مهم است. چربی ذخیره شده در شکم (چاقی شکمی) که با دور کمر اندازه‌گیری می‌شود، در مقایسه با چاقی عمومی می‌تواند در بروز بیماری‌های قلبی - عروقی، نقش مهم‌تری داشته باشد. مهم‌ترین اصل برای داشتن وزن سالم در طی همه دوره‌های زندگی، تعادل دریافت انرژی و مصرف آن است. رعایت یک برنامه غذایی سالم و فعالیت بدنی منظم روزانه، در داشتن وزن سالم اهمیت بسیاری دارد.

- **تغذیه نامناسب:** در میان عوامل خطر شناخته شده بیماری‌های قلبی- عروقی، تغذیه نامناسب یکی از مهم‌ترین عوامل خطر رفتاری است که در کنار فعالیت بدنی ناکافی و مصرف دخانیات، نقش مهمی در بروز این بیماری‌ها دارد. بنابراین، طراحی و اجرای برنامه‌های اثربخش برای اصلاح این سه رفتار، می‌تواند تأثیر قابل توجهی بر سلامت داشته باشد. تغذیه مناسب در هر دوره‌ای از زندگی از جمله سالمندی نیز دارای اثر مستقیم بر حفظ وزن متناسب، افزایش مقاومت در برابر بیماری‌های حاد؛ مانند عفونت‌ها، کنترل پیشرفت بیماری‌های مزمن و مرگ زودرس و در نتیجه ارتقای سلامت و بهبود کیفیت زندگی است. تغذیه نامناسب با بیماری‌های مزمن از جمله بیماری‌های قلبی- عروقی، دیابت نوع دو، برخی از سرطان‌ها و سایر بیماری‌های مزمن در ارتباط است.

با وجودی که در سال‌های اخیر پیشرفت‌های زیادی در زمینه درمان بیماری‌های قلبی -عروقی حاصل شده، ولی هم‌چنان اصلاح شیوه زندگی سالم از اصول اولیه پیشگیری و درمان این بیماری‌ها محسوب می‌شود.

- **فعالیت بدنی ناکافی:** یک عامل خطر برای بیماری‌های قلبی- عروقی و عوامل مرتبط با آن مانند اختلالات چربی خون، قندخون بالا، اضافه وزن و چاقی است. سالمندان باید در صورت امکان و موافقت پزشک، هر هفته حداقل ۱۵۰ دقیقه فعالیت بدنی هوازی با شدت متوسط یا دست‌کم ۷۵ دقیقه فعالیت بدنی هوازی با شدت زیاد، یا ترکیبی از فعالیت‌های متوسط و شدید را در طول هفته انجام دهند. فعالیت‌های هوازی روزانه باید حداقل برای مدت ده دقیقه پشت سر هم باشد. برای مزایای سلامتی بیشتر، افراد مسن در صورت امکان باید فعالیت بدنی هوازی با شدت متوسط خود را به ۳۰۰ دقیقه در هفته افزایش دهند، یا ۱۵۰ دقیقه فعالیت بدنی هوازی با شدت زیاد در طول هفته داشته باشند. علاوه بر تمرین‌های هوازی، انجام فعالیت‌های قدرتی برای تقویت عضله، باید حداقل در دو روز هفته و فعالیت‌های تعادلی برای تقویت تعادل و جلوگیری از زمین خوردن، باید حداقل سه روز در هفته انجام شود. در سالمندانی که به علت شرایط سلامت یا به واسطه عدم فعالیت بدنی طولانی، قادر به انجام مقادیر توصیه شده فعالیت بدنی نباشند، باید به همان اندازه توانایی جسمی که شرایط آن‌ها اجازه می‌دهد، فعالیت بدنی را از زمان‌های کوتاه و شدت کم شروع کنند و در صورت امکان، به‌تدریج آن را افزایش دهند. فعالیت بدنی می‌تواند در قالب فعالیت‌های روزانه و سبک مانند پیاده‌روی، دوچرخه‌سواری و شناکردن انجام شود.
- **دخانیات:** خطر بیماری‌های قلبی -عروقی و مرگ ناشی از آن، با مصرف دخانیات (مانند سیگار، قلیان و پیپ) یا قرارگرفتن در معرض دود آن افزایش می‌یابد. اگر چه فواید ترک دخانیات در سالمندان نسبتاً کندتر از افراد جوان‌تر مشاهده می‌شود، ولی قطع مصرف آن مؤثرترین راه برای کاهش خطرات ناشی از استعمال دخانیات در همه سنین، از جمله سالمندی است.

1. LDL

- **مصـرف الکل:** مصرف الکل در سـالمندان می‌تواند منجر به بیماری‌های قلبی- عروقی و افزایش فشـارخون در آن‌ها شود. هم‌چنین مصرف طولانی‌مدت الکل می‌تواند به عضله قلب آسیب برساند و باعث بروز نارسایی قلب شود.
- **اسـترس بالا:** واکنش‌های عصبی، هورمونی را در بدن فعال می‌کند که منجر به افزایش ضربان قلب، فشـار خون و تحریک قلبی می‌شـود. تأثیر اسـترس بر خطر ابتلا به بیماری‌های قلبی- عروقی با فشـارخون بالا به یک اندازه است. سالمندان باید مهارت کنترل استرس را یاد بگیرند و از متخصصان در این زمینه کمک بگیرند.

بیماری‌های سیستم قلبی- عروقی در سالمندان

با افزایش سن، قلب هم‌چنان می‌تواند خون کافی را برای تأمین نیاز بدن در زمان استراحت، پمپاژ کند، ولی ممکن اسـت در زمانی که بدن باید فعالیت شـدیدتری داشته باشد، نتواند خون موردنیاز را تأمین نماید. مصرف داروهای خاص، اسـترس‌های جسـمی و روانی، بیماری‌ها، عفونت‌ها و آسـیب‌های بدنی می‌توانند قلب را مجبور به فعالیت شدیدتر کنند. به این ترتیب، عرضه خون به عضله قلب با نیاز آن به خون همخوانی ندارد. مشکلات اصلی دستگاه گردش خون شامل موارد زیر است:

- مهم‌ترین تغییر معمول عروق در دوران سالمندی، گرفتگی و سخت شدن رگ‌ها به‌ویژه «شریان‌های کرونر»[1] است که معمولاً طی سـال‌ها منجر به تشکیل رسوبات چربی یا پلاک‌ها در این شریان‌ها می‌شود. هنگامی که پلاک‌ها در داخل شـریان‌ها جمع می‌شـوند، فضای کم‌تری برای جریان خون باقی می‌ماند و در نهایت، اکسیژن‌رسـانی به عضله قلب دچار اختلال می‌شود. اگر جریان خون به قلب با ایجاد پلاک کاهش یابد یا با پارگی ناگهانی پلاک و ایجاد لخته در عروق، به طور ناگهانی مسدود شود، می‌تواند باعث ایجاد آنژین (درد قفسه سینه یا ناراحتی در قفسـه سینه)، سـکته قلبی و یا سکته مغزی شـود. هنگامی که عضله قلب به اندازه کافی اکسیژن و مواد مغذی را از خون دریافت نکند، دچار کم‌خونی می‌شـود و اگر بسته شـدن رگ به طور کامل رخ دهد، سـلول‌های عضله قلبی می‌میرند که به آن، «حمله قلبی» می‌گویند. گرفتگی شـریان‌های کرونری نباید به عنوان یک نتیجه ناگزیر و طبیعی در دوره سالمندی تلقی شود. مطالعات نشان داده که بسیاری از سالمندان، دارای دریچه‌های قلبی، ابعاد قلبی و شریان‌های کرونری سالم و بدون پلاک چربی هستند.

انواع مختلف نامنظمی در ریتم قلب (آریتمی)

- کم‌خونی اختلال دیگری اسـت که ممکن اسـت رخ دهد و احتمالاً با سوءتغذیه، عفونت‌های مزمن، خون‌ریزی دستگاه گوارش یا به عنوان عارضه سایر بیماری‌ها یا داروها مرتبط می‌باشد.
- نارسایی قلب که با کاهش عملکرد پمپاژ خون به بدن همراه است نیز در افراد مسن، بسیار شایع است. در افراد بالاتر از ۷۵ سال، نارسایی قلب ده برابر بیشتر از افراد جوان‌تر رخ می‌دهد.
- فشارخون بالا و افت فشار خون با تغییر وضعیت بدن نیز در سنین سالمندی رایج است.

---

۱. شـریان‌های کرونری از آئورت بیرون می‌آیند. آئورت، شـریان اصلی بدن اسـت که از بطن چپ، خون را خارج می‌سـازد. شـریانهای کرونری از ابتدای آئورت منشـعب می‌شـوند؛ بنابراین اولین شریان‌هایی هستند که خون حاوی اکسیژن زیاد را دریافت می‌دارند. دو شریان کرونری (چپ و راست) نسبتاً کوچک بوده و هر کدام فقط سه یا چهار میلی‌متر قطر دارند. این شریان‌های کرونری از روی سطح قلب عبور کرده، در پشت قلب به یکدیگر متصل می‌شوند و تقریباً یک مسیر دایره‌ای را ایجاد می‌کنند.

• بیماری های دریچه ای قلب نیز بیماری های شایعی هستند که در سالمندی خود را نشان می دهند.

بسیاری از تغییرات ذکر شده در دستگاه گردش خون، با رعایت سبک زندگی سالم مانند فعالیت بدنی منظم، عدم مصرف دخانیات و تغذیه مناسب قابل پیش‌گیری یا کاهش هستند؛ بنابراین، تغییر شیوه زندگی، کلیدی اساسی در ارتقای سلامت سالمندان و یک روش اساسی برای کاهش خطر بیماری های قلبی- عروقی در بزرگسالان است.

شناسایی و غربالگری بیماری های قلبی- عروقی در سالمندان

بیماری های قلبی در مراحل اولیه اغلب علامت ندارند و یا ممکن است علائم قابل توجهی نشان ندهند؛ به همین علت، معاینه منظم توسط پزشک در دوران سالمندی بسیار مهم است. سالمندان باید در صورت احساس درد، فشار و ناراحتی ناگهانی در قفسه سینه، فوراً با پزشک خود تماس بگیرند. دردی که منشأ قلبی دارد، علاوه بر قفسه سینه، می تواند در شانه ها، بازوها، فک و پشت هم احساس شود و ویژگی هایی دارد که آن ها را از دردهای غیرقلبی جدا می کند؛ این ویژگی ها عبارتند از:

• درد قفسه سینه در پشت جناغ سینه که به شانه چپ تیر می‌کشد.
• درد قفسه سینه که با فعالیت تشدید می شود و با استراحت تخفیف می یابد.
• درد قفسه سینه که با تعریق سرد، تهوع و یا استفراغ، یا تنگی نفس همراه است.
• درد قفسه سینه که با گذاشتن قرص زیرزبانی تری نیتروگلیسیرین بهتر می شود.

در صورت بروز این علائم و مراجعه به پزشک متخصص، از طریق آزمایش خون، اندازه‌گیری فشارخون، گرفتن نوار قلب، انجام اکوکاردیوگرافی و سایر روش های تشخیصی تکمیلی، تشخیص بیماری توسط پزشک نهایی می شود.

برنامه تغذیه‌ای در سالمندان مبتلا به بیماری های قلبی- عروقی

اهداف یک برنامه تغذیه‌ای که با هدف کاهش خطر یا کنترل بیماری های قلبی -عروقی تدوین می شود، عبارتند از:

• دست یابی به یک رژیم غذایی سالم
• دست یابی به وزن مناسب (اصلاح اضافه وزن و چاقی)
• دست یابی به فشارخون طبیعی (اصلاح فشارخون بالا)
• دست یابی به سطح توصیه شده چربی های خون (اصلاح اختلال چربی)

یکی از مهم ترین هدف ها در تدوین و اجرای یک برنامه رژیم غذایی سالم، اصلاح اختلال چربی است. چربی های خون شامل کلسترول و تری‌گلیسیریدها هستند. اختلال چربی خون، باعث ایجاد تغییراتی در چربی های خون می شود که خطر رسوب چربی در جدار عروق کرونر و انسداد نسبی یا کامل آن ها را افزایش می دهد. معمول ترین وضعیت در اختلال چربی خون شامل افزایش کلسترول بد و کاهش کلسترول خوب خون است. افزایش سطح کلسترول بد خون با گرفتگی عروق ارتباط مستقیم دارد، در حالی‌که بین سطح کلسترول خوب خون و خطر بروز بیماری های قلبی -عروقی، رابطه معکوس وجود دارد؛ بنابراین، کلسترول بد خون عامل ایجادکننده و کلسترول خوب خون عامل محافظت‌کننده در برابر بیماری های قلبی- عروقی محسوب می شوند. بخشی از انواع اختلال چربی خون نیز ممکن است زمینه ژنتیکی داشته باشند. یکی از این اختلالات با زمینه ژنتیکی، بالابودن سطح تری‌گلیسیرید خون است که می تواند منجر به اختلال در عملکرد سایر اندام ها مانند لوزالمعده شود. هم چنین

سطح بالای تری گلیسیرید خون به همراه فشارخون بالا، قند خون بالا و کلسترول خوب پایین، ویژگی های اساسی یک بیماری شناخته شده با نام «سندرم متابولیک» است.

برای کاهش خطر ابتلا به بیماری های قلبی- عروقی، تغییر شیوه زندگی و اصلاح رژیم غذایی برای همه افراد ضروری است. این موضوع در سالمندان اهمیت بیشتری دارد.

اصول یک برنامه غذایی سالم

- گروه های غذایی اصلی، شامل گروه غلات کامل، میوه ها، سبزی ها، شیر و لبنیات، گوشت ها و حبوبات است.
- گروه شیرینی جات و چربی ها، به ویژه چربی های مضر مانند چربی های اشباع و ترانس، باید در کم ترین میزان ممکن مورد استفاده قرار گیرند.
- انتخاب های غذایی از گروه های اصلی باید به نحوی انجام شود که تعادل، تنوع، میانه روی، در کنار کافی بودن و کنترل انرژی دریافتی مورد نیاز برای هر فرد در آن رعایت شده باشد.
- انرژی مورد نیاز برای هر فرد بر اساس سن، جنسیت، فعالیت بدنی، شرایط سلامت و بیماری تعیین می شود.
- در یک رژیم غذایی سالم باید حدود ۶۵- ۴۵ درصد انرژی از کربوهیدرات ها (مانند غلات، میوه و سبزی)، ۲۰- ۱۵ درصد انرژی از پروتئین ها و ۳۰- ۲۰ درصد انرژی از چربی ها (ترجیحاً چربی های سالم) تأمین شود.
- راهنمای «بشقاب من» برای برآورده کردن نیازهای روزانه افراد، راهنمایی ساده و کاربردی است. بر این اساس، نیمی از بشقاب غذا باید حاوی میوه و سبزی، یک چهارم بشقاب از غلات و یک چهارم آن نیز از پروتئین ها تشکیل گردد و کمی هم لبنیات در کنار این بشقاب مصرف شود.

اجزای یک رژیم غذایی مرتبط با بیماری های قلبی - عروقی

۱. چربی های اشباع

چربی اشباع معمولاً در پروتئین های حیوانی، لبنیات پرچرب، پوست مرغ، روغن های جامد، کره و دنبه یافت می شود. این چربی ها دسته ای از چربی های موجود در مواد غذایی هستند که مصرف بیش از اندازه آن ها با بروز بیماری های قلبی- عروقی و اختلال در چربی خون ارتباط مستقیم دارد. توصیه می شود که مقدار اسید چرب اشباع رژیم غذایی به کم تر از ده درصد کل انرژی روزانه محدود شود و بقیه چربی ها از اسیدهای چرب غیراشباع تأمین شود.

اگر اسید چرب غیراشباع (روغن های گیاهی مانند روغن زیتون و کلزا) جایگزین اسیدهای چرب اشباع شوند، باعث کاهش سطح کلسترول بد خون و در نتیجه، کاهش خطر حملات قلبی و مرگ ناشی از بیماری های قلبی -عروقی می شود. بنابراین توصیه زیر را جدی بگیرید:

- مقدار پروتئین حیوانی به ویژه گوشت قرمز، لبنیات پرچرب و روغن های جامد کاهش یابد.
- چربی های قابل مشاهده روی سطح گوشت ها، هنگام طبخ و مصرف باید به طور کامل جدا شود.
- غذاهای آماده دارای مقادیر قابل ملاحظه چربی های اشباع هستند و مصرف آن ها به ویژه در دوران سالمندی باید با رژیم غذایی سالم و سرشار از غلات سبوس دار و میوه و سبزی تازه جایگزین شود.
- جایگزین کردن پروتئین های حیوانی دارای مقادیر بالای چربی های اشباع با پروتئین های گیاهی مانند سویا توصیه می شود.

۲. چربی‌های ترانس

اسیدهای چرب ترانس در طی فرآیندهای مورد استفاده در صنایع غذایی -که به منظور افزایش ماندگاری مواد غذایی و ساخت روغن‌های جامد انجام می‌شود- تولید می‌شوند. با توجه به اثر چربی‌های ترانس بر افزایش کلسترول بد و کاهش کلسترول خوب خون، لازم است مصرف آن‌ها تا حد ممکن در رژیم غذایی محدود شود. توصیه می‌شود که بیشتر از یک درصد کالری روزانه از اسیدهای چرب ترانس تأمین نشود. اسیدهای چرب ترانس به صورت طبیعی نیز در برخی مواد غذایی حیوانی مانند گوشت یا محصولات لبنی وجود دارند. در محصولات لبنی بدون چربی یا کم‌چرب و گوشت «لخم»، میزان این اسیدهای چرب ترانس به شدت کاهش پیدا می‌کند.

بیشتر دریافت اسیدهای چرب ترانس در رژیم غذایی از روغن های جامد شده و مارگارین است و محصولات غذایی تولید شده با این روغن‌ها، غذاهای سرخ شده و غذاهای آماده نیز از منابع اصلی دریافت این چربی های خطرناک در رژیم غذایی افراد هستند.

۳. چربی‌های غیراشباع

به یاد داشته باشیم که در پیش‌گیری از بیماری‌های قلبی- عروقی، نوع چربی مصرفی در مقایسه با میزان کل چربی مصرفی، اهمیت بیشتری دارد. اسیدهای چرب غیراشباع، دسته‌ای از چربی‌ها هستند که ساختار متفاوتی از چربی‌های اشباع و ترانس دارند. این چربی‌ها معمولاً در دمای اتاق و یخچال مایع هستند. اسیدهای چرب غیراشباع در اکثر روغن‌های گیاهی، بسیاری از مغزها، زیتون، آووکادو و ماهی‌های چرب (مانند سالمون) وجود دارند. دسته‌ای از این چربی‌ها مانند چربی موجود در روغن زیتون درصورتی‌که جایگزین چربی‌های اشباع (مانند کره) شوند، می‌توانند باعث کاهش قابل توجهی در سطح کلسترول کل، کلسترول بد خون و تری‌گلیسیرید شوند.

دسته دیگری از چربی‌های غیراشباع شامل دو گروه چربی‌های امگا-۳ و امگا-۶ هستند که تعادل در مصرف آن‌ها در رژیم غذایی اهمیت زیادی دارد. امگا-۳ چربی‌های دوست‌دار قلب و ضدالتهاب در بدن هستند که به میزان فراوان در ماهی‌های چرب، روغن ماهی و ماهی‌های اقیانوسی وجود دارد. مطالعات نشان داده که مصرف ماهی با کاهش خطر بیماری‌های قلبی- عروقی همراه است. مصرف ماهی‌های دارای مقدار بالا چربی‌های امگا-۳ مانند سالمون، ماهی تن -که با تن ماهی بسیاری از کنسروها تفاوت دارد- و ساردین، دو بار در هفته، برای همه افراد جامعه از جمله سالمندان پیشنهاد می‌شود. برخی گیاهان نیز حاوی چربی‌های امگا-۳ هستند که از بین آن‌ها می‌توان به روغن کلزا، روغن سویا، بذر کتان و گردو اشاره کرد. مصرف چربی‌های امگا-۳ به شکل کپسول‌های روغن ماهی نیز با افزایش کلسترول خوب و کاهش تری‌گلیسیرید خون همراه است. البته اولویت با مصرف غذاهای حاوی امگا-۳ است و برای مصرف کپسول‌های روغن ماهی باید با یک متخصص تغذیه یا پزشک مشورت شود؛ زیرا ممکن است مصرف زیاد چربی‌های امگا-۳ در برخی افراد خاص با افزایش کلسترول خون یا خون‌ریزی در بدن همراه باشد.

۴. کلسترول غذایی

توصیه می‌شود که مصرف اغلب غذاهای غنی از کلسترول به این علت که دارای مقادیر بالای چربی‌های اشباع نیز هستند و می‌توانند کلسترول بد خون را بالا ببرند، در افراد درگیر بیماری‌های قلبی - عروقی محدود شود. غذاهای گیاهی از جمله روغن‌های گیاهی فاقد کلسترول هستند و کلسترول تنها در مواد غذایی حیوانی مانند جگر و دل و

قلوه، زرده تخم مرغ، فرآورده های لبنی پرچرب مانند کره، خامه و پنیر وجود دارد. این مواد غذایی به صورت متعادل و در چارچوب کل کالری و چربی دریافتی مجاز و با نظر متخصص تغذیه در رژیم غذایی قابل استفاده خواهند بود.

۵. فیبر غذایی

همان‌گونه که در فصل یک نیز اشاره شد، فیبرها ترکیباتی هستند که از گیاهان مشتق می‌شوند. گروه میوه‌ها مانند سیب و گلابی، سبزی‌ها مانند هویج و کلم‌ها، غلات سبوس‌دار و انواع حبوبات حاوی مقادیر فراوان فیبر هستند. بدن انسان قادر به هضم و جذب فیبرها نیست، اما مصرف آن‌ها برای سلامتی بسیار حیاتی است. غذاهایی با فیبر بالا، علاوه بر کاهش خطر ابتلا به بیماری‌های قلبی- عروقی و سکته مغزی، بر سلامت دستگاه گوارش و حفظ وزن متناسب یا کاهش وزن نیز مؤثر هستند. راهنمای بشقاب من که پیش‌تر به آن اشاره شد، به علاوه الگوهای غذایی سالم مدیترانه‌ای و الگوی غذایی خاص کاهش فشارخون، همگی بر مصرف میوه‌ها، سبزی‌ها، حبوبات و غلات سبوس‌دار تأکید دارند که این مواد از جمله منابع غنی فیبر به شمار می‌روند. مصرف فیبرها در کاهش کلسترول خون نقش بسزایی دارد؛ زیرا هم مانع جذب کلسترول در دستگاه گوارش می‌شوند و هم توسط باکتری‌های روده به ترکیباتی تبدیل می‌شوند که ساخته شدن کلسترول در بدن را محدود می‌کنند. هم‌چنین مواد غذایی غنی از فیبر، دارای مواد معدنی، ویتامین‌ها و ضداکسیدان‌های فراوانی هستند که همگی بر سلامت بدن مؤثر هستند. از آنجا که ممکن است برخی سالمندان با مشکلات لثه و دندان مواجه باشند و مصرف مقدار زیاد منابع گیاهی حاوی فیبر در فرم طبیعی برای آن‌ها دشوار باشد، می‌توانند این مواد را به شکل قطعات کوچک، رنده شده و یا پخته و نرم شده مورد استفاده قرار دهند. آب سبزی‌ها و آب میوه‌های طبیعی در مقایسه با میوه و سبزی تازه، مقدار بسیار کم‌تری فیبر دارد.

۶. ضداکسیدان ها

ضداکسیدان‌ها طیف وسیعی از ترکیبات مختلف هستند که اثرات فراوانی بر سلامت دستگاه گردش خون دارند. بتاکاروتن -که برای ساخته شدن ویتامین A لازم است- و نیز ویتامین‌های C و E دارای نقش ضداکسیدانی در بدن هستند. ویتامین E مؤثرترین ضداکسیدان موجود در بدن و مقدار آن ۲۰ تا ۳۰۰ برابر بیشتر از سایر ضداکسیدان‌هاست. یک رژیم غذایی غنی از غلات سبوس‌دار، آجیل‌ها و دانه‌ها (به‌ویژه دانه آفتابگردان) دارای مقادیر زیادی ویتامین E است. تعداد بسیار زیادی ضداکسیدان دیگر نیز در سایر مواد غذایی به‌ویژه میوه‌ها و سبزی‌ها وجود دارد. میوه‌ها و سبزی‌ها با رنگ‌های مختلف سفید، سبز، زرد، نارنجی، قرمز و بنفش، دارای انواع متفاوتی از ضداکسیدان‌ها هستند؛ بنابراین، مصرف انواع متفاوتی از این خوراکی‌ها در یک رژیم غذایی سالم برای عموم مردم، به‌ویژه افراد درگیر بیماری‌های قلبی- عروقی بسیار مهم است.

۷. شکر

نوشیدنی‌های شیرین‌شده با شکر یا سایر قندهای ساده، منابع خالص انرژی رژیم غذایی و دارای مصرف بالا در بسیاری جوامع هستند. مصرف منظم نوشابه‌های گازدار، سایر نوشیدنی‌های شیرین و آب میوه‌های بسته‌بندی علاوه بر بیماری‌های قلبی- عروقی با اضافه وزن، سندرم متابولیک، دیابت نوع دو و سایر بیماری‌ها مرتبط است. شکر و سایر ترکیبات شیرین کننده اضافه شده به مواد غذایی و نوشیدنی‌ها، بدون افزودن مواد مغذی اساسی، صرفاً کالری مواد غذایی را افزایش می‌دهند؛ بنابراین با مصرف حجم زیاد این مواد غذایی ناسالم، پاسخ‌گویی به

نیازهای ضروری تغذیه‌ای افراد دشوار می‌شود. برای داشتن یک الگوی غذایی سالم در بیماران قلبی- عروقی، قندهای ساده باید کم‌تر از ده درصد کالری روزانه آن‌ها را تشکیل دهند. مواد غذایی دارای قند ساده، شامل: قند، شکر، عسل، نبات، انواع نوشابه، آب میوه، کیک، بیسکوئیت، دونات، شیرینی‌ها، شکلات و آب‌نبات هستند.[۱]

۸. سدیم و نمک دریافتی

میزان نمک دریافتی روزانه نقش مهمی در سلامت دستگاه گردش خون دارد و بخش اصلی و مضر آن، سدیم موجود در آن است. به‌طورکلی و برای همه افراد، محدودیت دریافت سدیم، حد دو تا سه گرم در روز در حالت معمول و در موارد ابتلا به بیماری‌های خاص مانند فشار خون بالا، حداکثر تا یک و نیم گرم در روز توصیه می‌شود. دو تا سه گرم سدیم، تقریباً معادل یک قاشق مرباخوری سر صاف نمک در یک روز و برای همه غذاهای مورد استفاده است که در طی پخت و پز یا سر سفره به غذا اضافه شده است. با توجه به عادات غذایی، ممکن است مصرف این مقدار نمک برای همه افراد آسان نباشد. هم‌چنین ممکن است این محدودیت منجر به کاهش کلی دریافت‌های غذایی و عوارض ناشی از آن شود.

بخشی از پای‌بندی ضعیف به رژیم‌های کم‌نمک در اثر عدم آگاهی از انتخاب‌های غذایی حاوی سدیم و نمک کم و وجود این تصور غلط که این برنامه غذایی بسیار سخت و ناهماهنگ با سایر افراد جامعه است، رخ می‌دهد. کمبود مهارت‌های آشپزی یا امکانات ناکافی پخت و پز از موانع دیگر است؛ زیرا هم باعث می‌شود بیماران نتوانند غذاهای با طعم مطبوع بپزند و هم به خوردن غذاهای آماده که نمک زیاد دارند، روی بیاورند. میوه‌ها و سبزیجات تازه (نه کنسرو شده یا به شکل ترشی و شور) به طور معمول سدیم محدودی دارند. باید توجه داشت سدیم به اشکال دیگری غیر از نمک نیز به محصولات غذایی آماده اضافه می‌شود. برای آگاهی از محتوی سدیم، می‌توان برچسب‌های غذایی درج‌شده بر روی محصولات را مطالعه نمود.[۲]

الگوهای غذایی در سالمندان مبتلا به بیماری‌های قلبی - عروقی

از آن‌جا که مواد غذایی عموماً در ترکیب با هم و در قالب یک رژیم غذایی (نه به تنهایی) مصرف می‌شوند و هم‌چنین ممکن است مواد مغذی موجود در آن‌ها اثرات سلامتی‌بخش یکدیگر را تقویت یا تضعیف کنند، نیاز است سلامت برنامه غذایی از دیدگاه اثر الگوهای کلی تغذیه‌ای بر سلامت قلبی -عروقی نیز مورد توجه قرار بگیرد.

۱. الگوی غذایی مدیترانه‌ای

این الگو که با نام رژیم غذایی مدیترانه‌ای شناخته می‌شود، با کاهش میزان بیماری‌های قلبی -عروقی و مرگ و میر ناشی از آن و به‌طورکلی با کاهش همه انواع مرگ و میر در ارتباط است؛ بنابراین، یکی از بهترین الگوهای غذایی سالم در جهان به شمار می‌رود. رژیم غذایی مدیترانه‌ای دارای ویژگی‌های خاص، از جمله تعداد واحد بیشتری از گروه میوه‌ها و سبزی‌ها (عمدتاً انواع تازه) با تأکید بر مصرف سبزی‌های ریشه‌ای و سبز، غلات سبوس‌دار، ماهی چرب (سرشار از اسیدهای چرب امگا-۳)، مقادیر کم‌تری از گوشت قرمز و با تأکید بر گوشت‌های بدون چربی، لبنیات کم‌چرب، مقادیر فراوان آجیل و حبوبات، استفاده زیاد از روغن زیتون، روغن کلزا، روغن مغز دانه‌ها و روغن دانه کتان است. در این الگو بر مصرف میزان متوسط چربی (۳۵- ۳۲ درصد)، مقدار نسبتا کم چربی اشباع (۱۰- ۹ درصد)، مقادیر بالای اسیدهای چرب اشباع نشده (به خصوص امگا-۳) و فیبر (۳۷- ۲۷ گرم در روز) تأکید می‌شود.

۱. برای دریافت اطلاعات تکمیلی در خصوص قندهای ساده به فصل اول مراجعه کنید.

۲. برای دریافت اطلاعات تکمیلی در خصوص مصرف نمک به فصل اول مراجعه شود.

اسید اولئیک که چربی غالب در رژیم مدیترانه‌ای است و به مقدار فراوان در روغن زیتون موجود است، دارای اثرات ضدالتهابی است.

توصیه‌های کاربردی برای پیروی از رژیم غذایی مدیترانه ای

- استفاده از روغن سالم مانند روغن زیتون بر محدود کردن میزان مصرف روغن ارجحیت دارد. روغن زیتون جایگزین مناسبی برای کره و مارگارین است اما باید در چارچوب کل چربی دریافتی مجاز مصرف شود.
- روزانه ۱۰- ۷ واحد میوه و سبزی مصرف کنید.
- غلات مصرفی را به انواع سبوس دار تغییر دهید.
- غذاهای دریایی بیشتری مصرف کنید. ماهی بهتر است به صورت سرخ شده مصرف نشود. اگر به مصرف این غذاها عادت ندارید، با اختصاص یک وعده مشخص ماهی در هفته شروع کنید. حتی می‌توانید ماهی را به غذاهای مورد علاقه خود مثل بشقاب سبزی‌ها و سوپ اضافه کنید.
- گوشت‌های سفید مانند مرغ و حبوبات را جایگزین گوشت قرمز کنید و حتی الامکان از مصرف گوشت‌های فرآوری شده مانند سوسیس و کالباس بپرهیزید. اگر گوشت قرمز مصرف می‌کنید، تا حد ممکن قطعات کوچک‌تر و فاقد هر گونه چربی را انتخاب کنید و آن را سرخ نکنید.
- منابع لبنیات مانند ماست ساده و پنیرهای متنوع کم چرب نیز می‌توانند در برنامه غذایی قرار گیرند.
- ادویه‌های گیاهی جایگزین خوبی برای طعم دار کردن غذا و کاهش مصرف نمک هستند.
- نوشیدنی‌های سالم جایگزین الکل و نوشابه‌های گازدار یا شیرین شوند.
- مغزها جزء مهمی از رژیم مدیترانه‌ای هستند. با مصرف مغزهای خام و بدون نمک متنوع مانند بادام، بادام هندی، پسته، بادام زمینی، کنجد و... در چارچوب کالری دریافتی مجاز از برنامه غذایی لذت ببرید.
- مصرف گوجه فرنگی، سیر و پیاز از ویژگی‌های کلیدی رژیم غذایی مدیترانه‌ای است.

۲. الگوی غذایی اختصاصی برای اصلاح فشارخون بالا[1]

این الگوی غذایی غنی از میوه و سبزی‌ها، لبنیات کم چرب، غلات سبوس دار، ماهی و مغز دانه‌هاست و مقادیر کمی پروتئین حیوانی و قند دارد. تأثیر مثبت این برنامه غذایی در کاهش فشارخون، اثبات شده است.

۳. الگوی غذایی گیاهخواری

رژیم غذایی گیاه خواری انواع متفاوتی دارد. در برخی انواع سخت‌تر، رژیم غذایی شامل هیچ‌گونه منبع حیوانی نمی‌شود. در حال حاضر مطالعات علمی برای بررسی این‌که آیا واقعاً این دسته از رژیم‌ها در پیش‌گیری یا بهبود بیماری‌های قلبی-عروقی مؤثر هستند، در جریان است. باید توجه داشت که اگرچه میزان بالای غلات سبوس دار، میوه‌ها و سبزی‌ها در رژیم‌های گیاه خواری دارای اثرات مفیدی هستند، اما استفاده نکردن از هیچ یک از منابع حیوانی به‌ویژه در دوران سالمندی، می‌تواند مخاطراتی مانند انواع خاصی از کم خونی‌های شدید را در درازمدت ایجاد کند.

اولویت با مصرف انواع گروه‌های غذایی از جمله پروتئین های حیوانی، ولی از انواع سالم‌تر و فاقد چربی‌های اضافه است.

1. DASH

۴. الگوی غذایی غربی

رژیم غذایی غربی، یک الگوی رژیم غذایی مدرن است که عموماً با مصرف زیاد گوشت قرمز، گوشت های فرآوری شده مانند سوسیس و کالباس، غذاهای آماده طبخ یا آماده و بسته بندی شده، کره، شکلات ها و شیرینی جات، غذاهای سرخ شده، لبنیات پرچرب، غلات تصفیه شده و فاقد سبوس، سیب زمینی و نوشیدنی های شیرین مشخص می شود. از سایر مشخصات رژیم غذایی غربی، می توان به مصرف زیاد اسیدهای چرب اشباع و امگا-۶ همراه با کاهش چربی های امگا-۳، استفاده بیش از حد از نمک و شکر اشاره کرد. برای داشتن قلبی سالم، نیاز است همه افراد، به ویژه سالمندان، تا حد ممکن از این الگوی غذایی دوری کنند.

تغذیه در نارسایی قلب

نارسایی قلب به این معناست که قلب نمی تواند عمل پمپاژ خون را به شکلی که از آن انتظار می رود، انجام دهد. شرایط و بیماری هایی که به عضله قلب آسیب می رسانند (مانند بیماری عروق کرونر قلب، سکته قلبی، دیابت و فشارخون بالا) باعث بروز نارسایی قلب می شود. بدن انسان برای انتقال خون غنی از اکسیژن و مواد مغذی به سلول های بدن به عمل پمپ‌کردن قلب وابسته است. هنگامی که سلول ها به درستی تغذیه می شوند، بدن می تواند عملکرد عادی داشته باشد. قلب نارسا، ضعیف است و نمی تواند خون کافی به سلول های بدن برساند. این مشکل می تواند باعث خستگی و تنگی نفس در بیمار شود. با پیشرفت بیماری، فعالیت های روزمره مانند پیاده روی، بالا رفتن از پله ها یا حمل هر گونه بار دشوار می شود. سه علامت اصلی و شاخص این بیماری خستگی، تنگی نفس و حبس مایعات در بدن است. حبس مایعات در بدن منجر به ورم در اندام ها و ریه می شود. سایر علائم نارسایی قلب شامل سرد شدن دست ها و پاها، بی خوابی، کاهش سدیم سرم و اختلال عملکرد کلیوی به علت افزایش مایعات در بدن، گیجی و ازدست دادن حافظه به علت خونرسانی ناکافی به مغز، اضطراب و سردرد است. در این بیماری میزان مرگ و میر بالاست؛ بنابراین، پیش‌گیری اهمیت بسیاری دارد؛ انجام اقدامات لازم برای حفظ عملکرد سیستم قلبی-عروقی و جلوگیری از بیماری های قلبی، می تواند خطر ابتلا به نارسایی قلب را به میزان قابل توجهی کاهش دهد. تغییرات سبک زندگی مانند برخورداری از یک رژیم غذایی سالم و فعالیت بدنی منظم و کافی در اوایل زندگی در جلوگیری از بروز نارسایی قلب در بزرگسالی و سالمندی تأثیر دارد.

برنامه تغذیه‌ای در سالمندان مبتلا به نارسایی قلب

نارسایی قلب در مراحل پیشرفته می تواند منجر به سوءتغذیه شدید شود. در این نوع خاص از سوءتغذیه فرد به طور غیر عادی و در مدت کوتاه، وزن قابل توجهی از دست می دهد که فقط شامل توده چربی نیست و بافت عضلانی را نیز در بر می‌گیرد. با پیشرفت سوءتغذیه در این بیماران، عضله قلبی هم تحلیل می رود که باعث شدیدتر شدن نارسایی قلب خواهد شد. این نوع سوءتغذیه با مرگ و میر زیادی همراه است. عدم خون رسانی کافی به دستگاه گوارش، منجر به علائم متعدد گوارشی و درد می شود که با تشدید سوءتغذیه همراه است. ناکافی بودن جریان خون برای دستگاه گوارش، یک پارچگی جدار روده ها را از بین می برد و با ورود باکتری ها و سموم به خون، مشکلات فرد بدتر خواهد شد.

با مشاهده تغییرات قابل توجه در وزن، باید آن را با پزشک یا متخصص تغذیه در میان گذاشت. بررسی دقیق توسط پزشک یا متخصص تغذیه در ابتدای تشخیص بیماری، دریافت آموزش های تغذیه‌ای لازم و پیگیری منظم

وضعیت بیمار ضروری است؛ به‌ویژه اگر فرد بیماری زمینه‌ای دیگری مانند دیابت، فشارخون بالا، اختلال چربی خون و یا سابقه سکته‌های قلبی و مغزی داشته باشد. اصول کلی تغذیه سالم برای بیماری‌های قلبی -عروقی که در بخش‌های قبلی به آن پرداخته شد، در بیماران مبتلا به نارسایی قلب نیز صادق است. در این جا به برخی نکات دیگر خاص این بیماری پرداخته می‌شود.

۱. انرژی و پروتئین کافی

بیماران مبتلا به نارسایی قلب، در معرض از دست دادن وزن و توده چربی و عضلانی بدن خود هستند. بنابراین دریافت کافی و متناسب با نیاز انرژی و دریافت کافی پروتئین‌های با کیفیت، مانند گوشت‌های بدون چربی بسیار مهم است.

۲. وعده‌های غذایی

بیماران مبتلا به نارسایی قلب، وعده‌های غذایی کوچک و مکرر را بهتر از وعده‌های غذایی بزرگ‌تر و حجیم، تحمل می‌کنند. مصرف وعده‌های کم‌تعداد و حجیم باعث خستگی بیمار، بزرگ شدن شکم و افزایش قابل توجه مصرف اکسیژن می‌شود. همه این عوامل به قلب آسیب دیده بیمار، فشار مضاعفی وارد می‌کند.

در بیماران دچار نارسایی قلبی، وعده‌های پرتعداد و کم حجم می‌تواند به دریافت بهتر کالری مورد نیاز کمک کنند.

۳. محدودیت دریافت نمک

دریافت بیش از اندازه نمک با حبس مایعات در بدن و ورم اندام‌ها همراه است. مراحل مختلف بیماری و شدت علائم به‌ویژه ورم دست‌ها و پاها، وضعیت کلی تغذیه‌ای و داروهای مورد استفاده، در تعیین میزان مجاز مصرف نمک نقش دارند.[۱]

۴. ویتامین‌ها

برخی مطالعات نشان داده که رژیم غذایی غنی از اسید فولیک و ویتامین B_6 با کاهش خطر مرگ و میر ناشی از نارسایی قلبی و سکته مغزی همراه است. اسید فولیک در انواع سبزی‌ها به‌ویژه انواع برگی به وفور یافت می‌شود. ویتامین B_6 هم در منابع غذایی متعددی شامل سبزی‌ها، غلات و حبوبات وجود دارد. بیماران مبتلا به نارسایی قلب به علت کاهش دریافت غذایی، مصرف برخی داروها -که باعث افزایش دفع می‌شوند- و افزایش سن، در معرض کمبود برخی ویتامین‌ها از جمله ویتامین B_1 هستند. ویتامین B_1 برای تولید انرژی و عملکرد عضله قلب مورد نیاز است و کمبود آن می‌تواند باعث کاهش انرژی و ضعیف شدن تپش قلب شود. مصرف مکمل ویتامین B_1 در بسیاری بیماران می‌تواند منجر به بهبود عملکرد قلبی، کاهش وزن و سایر علائم نارسایی قلب شود که باید توسط متخصص قلب یا متخصص تغذیه برای بیمار تجویز شود. ویتامین D ویتامین دیگری است که باید وضعیت آن در بیماران مبتلا به نارسایی قلب بررسی و در صورت کمبود، درمان شود.[۲]

۵. مواد معدنی

کلسیم از مواد مغذی مهم مورد نیاز بدن است که در لبنیات یافت می‌شود. بیماران مبتلا به نارسایی قلبی به

۱. برای دریافت اطلاعات تکمیلی در خصوص مصرف نمک به فصل اول مراجعه شود.
۲. برای دریافت اطلاعات تکمیلی در خصوص ویتامین‌ها به فصل اول مراجعه شود.

دلیل سطح کم فعالیت بدنی، اختلال در عملکرد کلیه ها و داروهای مورد استفاده، در معرض خطر ابتلا به پوکی استخوان هستند. این مسئله در بیماران مبتلا به نارسایی قلب دچار سوءتغذیه، شدیدتر خواهد بود. انتخاب مصرف مکمل های کلسیم و مقدار مصرف آن باید با احتیاط و زیر نظر متخصصان انجام شود؛ زیرا ممکن است در برخی افراد با عوارض جانبی همراه باشد. کمبود منیزیم به علت کاهش دریافت و افزایش دفع ناشی از مصرف داروها در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی رایج است و می تواند تعادل سایر مواد معدنی مانند سدیم و پتاسیم را در بدن بر هم بزند. منابع غذایی خوب منیزیم شامل سبزی ها، حبوبات و مغزها (آجیل) هستند.[۱]

توصیه های کاربردی تغذیه ای در نارسایی قلب

- برقراری تعادل بین کالری دریافتی و فعالیت فیزیکی به منظور دست یابی و حفظ وزن مناسب
- مصرف یک الگوی غذایی بر پایه غلات سبوس دار، سبزی ها و میوه ها، که دارای فرآورده های لبنی کم چرب، گوشت مرغ و ماهی، حبوبات، روغن های گیاهی غیر جامد و مغزها (آجیل) نیز باشد. در الگوی غذایی باید مصرف شیرینی ها، نوشیدنی های حاوی شکر، چربی های مضر و گوشت قرمز محدود شود. برنامه غذایی باید با مشاوره متخصص تغذیه و با توجه به نیازهای انرژی هر فرد، ترجیحات غذایی شخصی و فرهنگی و تغذیه درمانی برای سایر شرایط پزشکی (از جمله ابتلا به دیابت و فشارخون بالا) تعیین شود.
- انتخاب گوشت لخم و بدون چربی و جایگزین های گیاهی حاوی پروتئین (حبوبات و سویا)
- کاهش دریافت چربی های اشباع به زیر ۱۰ درصد انرژی دریافتی در همه افراد و یا کم تر از ۵ تا ۶ درصد انرژی دریافتی در افراد دارای کلسترول بد بالا
- کاهش کالری دریافتی از چربی های مضر ترانس به زیر یک درصد انرژی دریافتی
- کاهش کلسترول دریافتی
- به حداقل رساندن مصرف روغن های جامد و استفاده از روغن مخصوص سرخ‌کردنی در سرخ‌کردن مواد غذایی
- استفاده از غذاهای پخته، گریل شده و کبابی به جای سرخ‌کردنی
- مصرف روزانه مغزهای خام و بدون نمک
- انتخاب لبنیات بدون چربی و یا کم چرب
- مصرف ماهی دست‌کم دو بار در هفته، به‌ویژه ماهی های چرب، یا منابع گیاهی امگا-۳ مانند گردو و بذر کتان
- انتخاب مواد غذایی کم نمک یا فاقد نمک؛ سدیم دریافتی روزانه باید معادل دو تا سه گرم و یا در حدود یک قاشق مربا خوری سرصاف نمک باشد. برخی افراد ممکن است نیاز به محدودیت های بیشتری داشته باشند.
- استفاده از میان‌وعده های سالم به جای اسنک ها و مواد غذایی صنعتی چرب و شور، مانند میوه تازه یا یخ‌زده همراه ماست کم چرب، ذرت بوداده با روغن اندک، بستنی کم چرب، لقمه نان و پنیر کم چرب و سبزی ها، شیر کم چرب و بیسکوئیت های رژیمی سبوس دار
- به حداقل رساندن مصرف نوشیدنی ها و مواد غذایی حاوی قندهای افزوده شده
- مصرف فیبرهای غذایی کافی به شکل غلات سبوس دار، انواع میوه ها و سبزی ها و حبوبات
- مصرف مقادیر کافی آب در طول روز با توجه به شرایط سلامتی

---

۱. برای دریافت اطلاعات تکمیلی در خصوص مواد معدنی به فصل اول مراجعه شود.

تغذیه در کم‌خونی‌ها

کم‌خونی، حالتی است که در آن اندازه و یا تعداد گلبول‌های قرمز تغییر کند، یا مقدار هموگلوبین خون کاهش یابد و این تغییرات باعث محدود شدن انتقال اکسیژن و دی اکسید کربن بین خون و سلول‌های بافت شود. کم‌خونی شایع‌ترین مشکل تغذیه‌ای در سطح جهان بوده و وضعیت تغذیه‌ای نامناسب، اصلی‌ترین علت آن است. کم‌خونی فقر آهن، به تنهایی نیمی از موارد کم‌خونی را شامل می‌شود، ولی کمبود چند ماده مغذی دیگر هم می‌تواند به کم‌خونی منجر شود. کم‌خونی در همه کشورهای جهان و در اکثر گروه‌های جمعیتی به چشم می‌خورد، ولی با توجه به محتوا و هدف از این کتاب، در این فصل بر جنبه‌های مختلف کم‌خونی در سالمندان تأکید شده است.

درست است که آهن یکی از از مهم‌ترین مواد مغذی برای خون‌سازی در بدن است، ولی برای خون‌سازی مواد مغذی دیگری غیر از آهن نیز لازم است که عبارتند از: مس، اسید فولیک، پروتئین، ریبوفلاوین، ویتامین B_6، ویتامین B_{12}، ویتامین C، ویتامین E و ویتامین K. با توجه به این‌که در سایر فصل‌های این کتاب در مورد مواد مغذی توضیح داده شده، در این فصل از توضیح مجدد آن‌ها خودداری می‌شود، ولی یادآوری این نکته لازم است که پیش‌گیری از کم‌خونی تغذیه‌ای مانند پیش‌گیری از سایر بیماری‌های تغذیه‌ای، نیازمند رعایت شیوه‌های صحیح زندگی است که بخش مهمی از این شیوه‌ها، تغذیه مناسب است.

بعضی از علائم و نشانه‌های معمول کم‌خونی

کم‌اشتهایی، بی‌نظمی در دفع مدفوع، درد قفسه سینه، تپش قلب، احساس سرما در دست‌ها و پاها، سرگیجه، تنگی نفس به خصوص هنگام ورزش، کاهش دفع ادرار، بی‌خوابی، احساس خستگی و ضعف و تحریک‌پذیری، سردرد، وزوز گوش، پریدگی رنگ مخاط چشم و تشنگی علائم و نشانه‌های معمول کم‌خونی است. نگاهی به این علائم و نشانه‌ها، حاکی از این است که کم‌خونی می‌تواند مسائل و مشکلات مختلف و جدی ایجاد کند، ولی از آنجا که تعدادی از این علائم و نشانه‌ها فقط در اثر کم‌خونی به وجود نمی‌آید و ممکن است به دلایل یا اختلالات دیگری به وجود آمده باشد، ضروری است سالمندان برای بررسی وضعیت کم‌خونی مورد معاینه و ارزیابی قرار گیرند.

کم‌خونی مزمن، هم در سالمندان و هم در مبتلایان به نارسایی قلبی شایع است.

کم‌خونی فقر آهن

این کم‌خونی که با تولید گلبول‌های قرمز کوچک و کاهش سطح هموگلوبین خون مشخص می‌شود، آخرین مرحله فقر آهن و نشان‌دهنده دریافت ناکافی آهن برای مدت طولانی است. عوامل متعددی باعث کمبود آهن می‌شوند که از جمله آن‌ها می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

- دریافت ناکافی آهن به علت فقر رژیم غذایی (مثلاً در گیاه‌خوارانی که آهن با قابلیت جذب بالا به مقدار کافی دریافت نمی‌کنند)
- جذب ناکافی آهن به علت اسهال، عدم ترشح اسید معده، بیماری‌های روده‌ای، التهاب معده، عمل جراحی برداشتن همه یا بخشی از معده، تداخل برخی داروها با جذب آهن[1] و مصرف ناکافی آهن به علت مشکلات گوارشی
- افزایش نیاز به آهن برای رشد حجم خون[2]

۱. برخی از داروها مانند آنتی اسیدها، کلیسترامین، سایمتدین، پانکراتین، رانتیدین و تتراسایکلین با جذب آهن تداخل دارند.
۲. در برخی دوره‌ها در زندگی بدن نیاز بیشتری به آهن دارد مانند: دوران نوزادی، نوجوانی، بارداری و شیردهی

- افزایش دفع به علت خون ریزی های ناشی از جراحت یا خون ریزی های مزمن ناشی از زخم ها، بواسیر، واریس های ریوی، التهاب روده باریک، التهاب روده بزرگ، برخی انگل ها و بیماری های بدخیم و حتی خون ریزی قاعدگی زنان
- نقص آزادسازی آهن از ذخایر بدن و نقص مصرف آهن به علت التهاب مزمن و سایر بیماری های مزمن

برای تشخیص فقرآهن، انجام بررسی های آزمایشگاهی لازم است.

درمان کم خونی باید عمدتاً بر روی بیماری یا عاملی که منجر به کم خونی شده، متمرکز شود. بااین حال، تعیین این علت گاهی مشکل است. هدف نهایی درمان در کم خونی فقر آهن باید پرسازی مجدد ذخایر آهن بدن، (نه فقط کاهش کم خونی) باشد. درمان اصلی در کم خونی فقر آهن، تجویز خوراکی مکمل آهن است.

آهن هنگامی بهترین جذب را دارد که معده خالی باشد؛ هر چند که تحت این شرایط ممکن است مقداری ناراحتی معده ایجاد کند. عوارض گوارشی مصرف قرص های آهن عبارتند از: تهوع، احساس ناراحتی سردل و نفخ، سوزش معده، اسهال و یبوست. اگر این عوارض رخ دهد، باید به بیمار گفته شود که آهن را همراه غذا بخورد؛ هر چند که این کار باعث کاهش قابلیت جذب آهن خواهد شد. متخصصان برای درمان کم خونی فقر آهن، به مدت سه ماه، آهن خوراکی را به دفعات مناسب در هر شبانه روز تجویز می کنند و اگر قرص با غذا خورده شود، درمان باید برای چهار تا پنج ماه ادامه یابد. بسته به شدت کم خونی و تحمل بیمار برای مکمل های آهن، مقدار مصرف روزانه آهن متغیر است. ویتامین C هم باعث افزایش جذب آهن و هم افزایش ناراحتی معده ناشی از آهن می شود.

افزایش تعداد گلبول های قرمز جوان در طی دو تا سه روز بعد از تجویز آهن مشاهده می شود. بهبود اشتها و خلق و خو در افراد مبتلا به کم خونی فقر آهن، ممکن است زودتر هم دیده شود. سطح هموگلوبین از روز چهارم درمان شروع به افزایش می کند، ولی باید توجه داشت که حتی بعد از رسیدن سطح هموگلوبین به میزان طبیعی، درمان با آهن باید برای ماه ها ادامه یابد تا ذخایر آهن بدن به طور کامل پر شود.

اگر آهن درمانی نتواند کم خونی را اصلاح کند، ممکن است موارد زیر وجود داشته باشد:

- بیمار دارو را (مثلاً به علت عوارض جانبی آن) به مقدار توصیه شده، مصرف نمی کند.
- خون ریزی سرعت بیشتری گرفته و مغز استخوان قادر به جایگزین کردن گلبول ها نیست.
- به علت برخی بیماری های سوء جذب، مکمل آهن جذب نمی شود.

در این شرایط ممکن است تجویز آهن به صورت تزریقی ضروری باشد. در این حالت، پر شدن ذخایر آهن بدن سریع تر است، ولی روشی گران تر بوده و به بی خطری آهن خوراکی نیست.

در تغذیه درمانی کم خونی فقر آهن، علاوه بر مکمل یاری با آهن، باید به مقدار آهن غذایی قابل جذب که فرد مصرف می کند نیز توجه کرد. جگر و قلوه، گوشت گوساله و زرده تخم مرغ، میوه های خشک، نخود و لوبیای خشک شده، مغزها و سبزیجات برگ سبز و نان های تهیه شده از گندم کامل و غلات غنی شده، غذاهایی هستند که از نظر محتوای آهن بیشترین مقادیر را دارند. باید توجه داشت که در پیش گیری و درمان کم خونی فقر آهن، مقدار آهنی که پس از خوردن مواد غذایی جذب شده و وارد گردش خون می شود، بسیار مهم تر از کل مقدار آهن مصرفی است. این میزان تحت تأثیر عوامل زیر قرار می گیرد:

- **وضعیت آهن بدن فرد (ذخایر آهن بدن)**: هر قدر ذخایر آهن فرد پایین باشد، میزان جذب آهن بالا خواهد بود.
- افراد دارای کم خونی فقر آهن، حدود ۲۰ تا ۳۰ درصد از آهن غذایی جذب می کنند، درحالی که در افراد بدون

کم خونی فقر آهن، این میزان ۵ تا ۱۰درصد است.

- **فرم آهن موجود در غذا نیز بر روی جذب آن تأثیر می‌گذارد:** میزان جذب آهن غیرهم از ۳ تا ۸درصد متغیر است ولی آهن هم که در گوشت، ماهی و ماکیان وجود دارد، بین ۱۵ تا ۲۵درصد جذب می‌شود.
- **جذب آهن در حضور عواملی مانند کربنات‌ها، اگزالات‌ها، فسفات‌ها و فیتات‌ها:** که در نان ورنیامده، غلات تصفیه نشده و لوبیای سویا وجود دارد، کاهش می‌یابد.
- **فیبر سبزیجات:** جذب آهن غیرهم را مهار می کند (کاهش می‌دهد).
- **مصرف چای و قهوه به همراه غذا:** می‌توانند از طریق تشکیل ترکیبات غیرمحلول آهن با تانن‌ها، جذب آهن را تا ۵۰ درصد کاهش دهند.
- **آهن موجود در زرده تخم‌مرغ:** به علت وجود فسفیتین کم‌تر جذب می‌شود.

برای افزایش جذب آهن و پیشگیری از کم خونی فقرآهن باید غذایی را انتخاب کرد که جذب آهن را افزایش دهد، یک منبع ویتامین C در هروعده غذایی گنجاند، و از نوشیدن مقادیرزیاد چای و قهوه به همراه غذا خودداری کرد.

کم خونی ناشی از کمبود ویتامین B_{12} و اسید فولیک

کمبود ویتامین B_{12} و اسید فولیک می‌تواند به نوع خاصی از کم خونی منجر شود که تعدادی از علائم آن‌ها تا حدودی مشابه است، ولی تفاوت هایی هم دارد. کمبود اسید فولیک زودتر ظاهر می شود. در افرادی که رژیم غذایی فاقد اسید فولیک مصرف می‌کنند، ذخایر طبیعی بدن در طی دو تا چهار ماه تخلیه می شود ولی تخلیه ذخایر ویتامین B_{12} بدن بعد از سال‌ها مصرف رژیم غذایی فاقد ویتامین B_{12} بروز می‌کند. در افرادی که کمبود ویتامین B_{12} دارند، مکمل یاری با اسید فولیک می‌تواند باعث پوشانده ماندن و مخفی ماندن کمبود ویتامین B_{12} گردد و لذا در درمان کم خونی، کمبود ویتامین B_{12} شاید مخفی بماند که می تواند منجر به اختلالات عصبی-روانی غیرقابل برگشت شود که فقط با ویتامین B_{12} برگشت پذیر است.

کم خونی ناشی از کمبود دریافت ویتامین B_{12} شایع نیست و به‌ندرت و در افراد گیاه خوار مطلق دارای رژیم غذایی بدون ویتامین B_{12} دیده می‌شود. در این افراد حتی اگر مکمل ویتامین B_{12} هم دریافت نکنند، سال‌ها طول می‌کشد تا به کمبود ویتامین B_{12} مبتلا شوند. شایع‌ترین نوع کم خونی ناشی از کمبود ویتامین B_{12}، اختلال جذب آن به علت نبود یا کمبود عامل داخلی است. عامل داخلی ماده‌ای است که توسط سلول‌های جداری معده ترشح و باعث جذب ویتامین B_{12} می‌شود. کم خونی‌ای راکه در اثر فقدان ترشح عامل داخلی ایجاد می‌شود، «کم خونی وخیم» می‌گویند.

کم خونی وخیم، نه تنها خون، بلکه مجرای گوارشی و سیستم عصبی مرکزی و محیطی را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد. این علائم می‌تواند آن را از کم خونی ناشی از فقر اسید فولیک مجزا سازد. علائم آشکار این کم خونی که به علت اشکال در غشای روی سلول‌های عصبی رخ می‌دهد، شامل اختلال در حس دست‌ها و پاها به صورت سوزن سوزن شدن، کاهش احساس ارتعاش و عدم شناخت وضعیت، ضعف و ناهماهنگی عضلانی، ضعف حافظه و توهم خواهد بود. اگر کمبود ویتامین B_{12} برای طولانی مدت ادامه داشته باشد، آسیب سیستم عصبی غیرقابل برگشت است و حتی با تأمین ویتامین نیز اصلاح نمی‌شود. آلودگی با هلیکوباکتر نیز می‌تواند به کمبود ویتامین B_{12} منجر شود. درمان بیماران مبتلا به کم خونی وخیم، شامل تزریق ویتامین B_{12} هفته‌ای یک بار، به صورت عضلانی یا زیرجلدی (با حداقل مقدار صد میکروگرم) است. بعد از پاسخ اولیه، دفعات تزریق کاهش می یابد و با تزریق

صد میکروگـرم ماهانـه ادامه می یابد. ژل هـای مصرفی از راه بینی و قرص های زیرزبانی نیز تجویز می شـوند و جذب خوبی دارند. پاسـخ به درمان با بهبود اشـتها، افزایش هوشـیاری و بهبود وضعیت خونی در طی چند ساعت بعد از تزریق، خود را نشان می دهد.

مصـرف یـک رژیم غذایی پر پروتئیـن (۱/۵ گرم به ازای هر کیلوگـرم وزن بدن) هم برای عملکـرد مطلوب کبدی و هم برای تولید خون، مناسـب اسـت. چون سـبزیجات برگ سـبز هم حاوی آهن و هم حاوی اسید فولیک هستند، رژیم غذایی باید مقادیر کافی از این مواد غذایی را داشـته باشـد. گوشت ها (به ویژه گوشت گوساله)، تخم مرغ، شیر و فـرآورده هـای آن غنی از ویتامین B_{12} هسـتند. مقدار توصیه شـده ویتامیـن B_{12} برای مردان و زنان بزرگسـال ۲/۴ میکروگرم در روز است.

استفاده طولانی مدت از رژیم های غذایی با مقدار ناکافی اسید فولیک یا جذب ناکافی و افزایش نیاز به آن به علت رشـد، از جمله علل اصلی کمبود اسـید فولیک به شـمار می روند. چون الکل با چرخه روده ای-کبدی اسید فولیک تداخل می کند، بسـیاری از الکلی ها دچار وضعیت نامناسب اسـید فولیک هستند. الکلی ها تنها گروهی هستند که تقریباً هر شـش علت کمبود اسـید فولیک را به طور هم زمان دارند: دریافت ناکافی، جذب و بهره وری ناکافی آن در بـدن، افزایش دفع، افزایش نیاز و افزایش تخریب اسـید فولیک. ذخایر طبیعی فـولات بدن در مدت دو تا چهار ماه مصرف رژیم غذایی فقیر از فولیک اسـید تخلیه و منجر به کم خونی می شـود. در این مرحله تعداد گلبول های قرمز، گلبول های سـفید و پلاکت ها کاهش یافته است. کم خونی ناشی از کمبود اسید فولیک با پایین بودن سطح فولات سـرم و گلبول های قرمز، خود را نشـان می دهد. پایین بودن سطح اسید فولیک سـرم، می تواند صرفاً نشان دهنده تعادل منفی اسـید فولیک در بدن باشـد. اسید فولیک موجود در گلبول های قرمز، ذخایر بدن را مشخص می کند؛ بنابراین، برای تعیین وضعیت فولات بدن ارجحیت دارد.

قبل از شـروع درمان، تشـخیص و شناسـایی علت اصلی این نوع کم خونی (ویتامین B_{12} یا اسید فولیک) اهمیت دارد. تجویز اسید فولیک مشکلات خونی ناشی از کمبود آن یا ویتامین B_{12} را اصلاح می کند، ولی با این کار، آسیب های عصبی ناشـی از کمبود ویتامین B_{12} را پنهان خواهد کرد و این امر، باعث می شـود تا آسـیب عصبی پیشـرفت کرده، غیرقابل برگشت شود.

تجویز روزانه یک میلی گرم اسـید فولیک به صورت خوراکی به مدت دو تا سـه هفته می تواند ذخایر اسید فولیک بدن را پر کند. حفظ ذخایر پر شده اسید فولیک بدن، نیاز به دریافت خوراکی حداقل پنجاه تا صد میکروگرم اسید فولیک در روز دارد. بهبود بیمار که با افزایش هوشـیاری و بهبود اشـتها مشـخص می شود، در طی ۲۴ تا ۴۸ ساعت ظاهر می شـود و این تغییر، قبل از بازگشـت وضعیت خونی به حالت طبیعی -که حدود یک ماه طول می کشد- رخ می دهـد. بعـد از درمـان کم خونی، باید بـه بیمار آمـوزش داد که حداقل روزی یـک عدد میوه تـازه و غیرپخته و یا سـبزیجات بخورد و یا یک لیوان آب میوه طبیعی در هر روز مصرف کند. میوه ها و سـبزیجات تازه، منابع خوب اسید فولیک، هسـتند ولی اسـید فولیک در این مواد غذایی در اثر گرما خیلی زود تخریب می شـود. مقادیر توصیه شـده اسـید فولیک برای افراد بزرگسـال ۴۰۰ میکروگرم در روز اسـت و یک فنجان آب پرتقال، حدود ۱۳۵ میکروگرم اسـید فولیک را تأمین می کند.

کم خونی ناشی از بیماری مزمن (کم خونی ناشی از التهاب مزمن)

کم خونی ناشـی از بیماری مزمن، حالتی اسـت که در آن هر چند مقدار ذخایر آهن در بدن طبیعی یا زیاد است، ولی

بدن نمی‌تواند از آهن استفاده کند. این نوع کم خونی، بعد از کم خونی فقر آهن، شایع ترین نوع کم خونی است و در تعداد زیادی از بیماری ها از جمله بیماری های خود ایمنی، سـرطانی، التهابی و عفونی به وجود می‌آید. در بیماران مبتلا به روماتیسم و لوپوس، کم خونی ناشی از بیماری مزمن و کم خونی فقر آهن، به صورت هم‌زمان دیده می‌شود که ممکن اسـت به دلیل خون‌ریزی از دسـتگاه گوارش در اثر مصرف داروهای متعدد به وجود آمده باشـد. درمان موفق علت اصلی این نوع کم خونی، می‌تواند اکثر مبتلایان به کم خونی ناشی از بیماری مزمن را درمان کند.

تغذیه در بیماری‌های دستگاه گوارش

دستگاه گوارش سالمندان مانند سایر دستگاه های بدن، به دلیل افزایش سن دچار کاستی‌ها و اختلالاتی می‌شود. وقوع پاره‌ای از این مشـکلات می‌تواند ناشی از سایر اختلالات مزمن در سال های قبل باشد؛ مثلاً یبوست مزمن در دوران میانسالی می‌تواند خطر بعضی بیماری های خطرناک در روده را طی دوران سالمندی افزایش دهد. بنابراین، رعایت شـیوه زندگی سـالم در سال های ابتدایی و میانی عمر، باعث می‌شـود تا فرد دوران سالمندی با کیفیت‌تری داشته باشد. گروه دیگری از اختلالات گوارشی سالمندان در نتیجه تغییرات دوره سالمندی بروز می‌کند که از جمله آن ها می‌توان به مصرف دارو (اغلب اوقات داروهای متعدد) یا مشـکلات دندانی اشـاره کرد که می‌تواند اختلالاتی را در دستگاه گوارش باعث شود.

مشکلات بخش فوقانی دستگاه گوارش

آسیب یا بیماری حفره دهان، حلق، حنجره و مری می‌تواند عمل بلع را مختل کند. این شرایط ممکن است دریافت مـواد غذایی را با مشـکل مواجه کنـد؛ زیرا مقدار و نوع غذاهای مصرفی را تحت تأثیر قـرار می‌دهد و بر مدت زمان و تلاش بیمار برای هر نوبت بلع، مؤثر است. هر نوع اختلال هرچند کوچک در این بخش از دستگاه گوارش، می‌تواند عوارض قابل توجهی بر وضعیت تغذیه فرد داشـته باشـد؛ به‌ویژه در افرادی که به مدت طولانی به این اختلال مبتلا باشند و یا در مواردی که وضعیت تغذیه قبل از این بیماری هم نامناسب بوده است.

بخش فوقانی دسـتگاه گوارش مسـتعد برخی از انواع سـرطان و اختلالات شـدید خوش خیم نیز هسـت. ساخت و از بین‌رفتن سـلول های مخاط دهان، بسـیار سریع اسـت و تقریباً هر سـه تا هفت روز اتفاق می‌افتد. بنابراین، در حفـره دهان اغلب علائم و نشـانه های بیماری های سیسـتمیک خیلی زود ظاهر می‌شـود. وجود اختلالی کوچک می‌تواند حاکی از کمبود ریزمغذی ها و فقر وضعیت تغذیه‌ای باشد. در کم خونی فقر آهن و کم خونی کمبود ویتامین B_{12}، زبـان نرم و به رنگ قرمز پررنـگ در می‌آید. کمبود اکثر ویتامین های گروهB بر بافت های نرم دهان تأثیر دارند و باعث زخم های گوشـه لب ها می‌شـوند. کمبود ویتامین A می‌تواند باعث خشـکی دهان شـود. التهاب مری که در سلول های مخاطی این بافت رخ می‌دهد، اغلب ناشی از بازگشت محتویات معده به مری است. در اثر این التهاب، مخاط مری در مقابل اسید معده حساس می‌شود. برای این گروه از بیماران غذاهای نرم توصیه می‌شود. در صورت وجود علائم بیماری حاد، باید غذاهای نرم هم‌زده و غیرمحرک مصرف شود. بنابراین، همه این مشکلات بر دریافت مواد غذایی اثرگذار است.

سوء هاضمه

سـوء هاضمه یک درد گوارشـی بدون زخم اسـت و با علائمی چون: احسـاس درد و سـیری زودرس هنگام خوردن، سـوزش شـکم، نفخ، احساس گاز زیاد در شـکم، تهوع، اسـتفراغ خونی و ترش‌کردن غذا همراه اسـت. سوء هاضمه

ممکن اســت به عنوان یکی از علائم جانبی ســایر بیماری ها مانند گرفتگی شــریان های کرونر قلب، فشــارخون بالا، بیماری های کبدی یا کلیوی ایجاد شود. فشارهای عصبی هم می تواند باعث سوء هاضمه شود. علائم این وضعیت در بیماران مختلف ممکن اســت از خفیف تا شــدید دیده شــود. افزایش حساسیت معده یک عامل مهم در بروز آن اســت. باکتری های موجود در دســتگاه گوارش بر پاسخ های ایمنی مخاط دســتگاه گوارش تأثیر می گذارند و باعث افزایش نفوذپذیری مخاط و اختلال در سیستم عصبی دستگاه گوارش می شوند. اکثر بیمارانی که به سایر اختلالات دستگاه گوارش مبتلا هستند، ممکن است درجاتی از سوء هاضمه را هم نشان دهند.

تاریخچه و علایم بیان شده توسط بیمار، بررسی های بالینی از جمله اندوسکوپی و یافته های آزمایشگاهی مثل عفونت به هلیکوباکتر در تشخیص بیماری اهمیت دارند.

برای درمان این بیماری باید ابتدا مشــخص شــود که علت آن جســمی اســت یا به عوامل روانی ارتباط دارد. این بیماری را در سالمندان نباید یک مشکل کم اهمیت تلقی کرد. اگر سوء هاضمه توأم با سندروم روده تحریک پذیر[1] و سایر مشکلات دستگاه گوارش باشد، باید با برقراری ارتباط نزدیک با گروه درمان، تغییرات لازم در رژیم غذایی اعمال گردد و از مصرف داروهای زیاد پیش گیری شود.

توصیه های تغذیه ای در خصوص بیماری سوء هاضمه

- رژیم غذایی باید از غذاهای کاملاً پخته شده تشکیل شود که از نظر مقدار، کافی باشد، ولی در مصرف چاشنی ها زیاده روی نشود.
- هرگونه حساسیت غذایی احتمالاً تشخیص داده نشده، بررسی و اقدامات لازم انجام شود.
- مشروبات الکلی و نوشیدنی های حاوی کافئین در صورت امکان حذف یا به حداقل مقدار ممکن محدود شود.
- محیط آرامش بخش در این زمینه کمک کننده است.
- وعده های غذایی در مقادیر کم حجم، بهتر تحمل می شوند.
- اگر علت سوء هاضمه مشکلات جسمی باشد، رژیم غذایی نرم و کم چرب مفید است.
- اگر هم زمان بیمار به سندروم روده تحریک پذیر هم مبتلا باشد، نمی تواند سبوس را به خوبی تحمل کند.
- اگر بیمار مبتلا به انسداد در دستگاه گوارش باشد، تا زمان حل این مشکل، رژیم غذایی مایعات مفید است.
- اگر آنتی اسـید مصرف می شـود، باید عـوارض جانبی تغذیه ای ناشـی از مصرف بلندمدت آن هـا و احتمال بروز وابستگی به آن ها را مدنظر قرار داد.
- بعضـی از عوامل تشـدیدکننده سـوء هاضمه شـامل: کافئین، الکل، آسـپرین، آنتـی بیوتیک ها، اسـتروئیدها و تئوفیلین هستند که مصرف آن ها باید به کم ترین میزان ممکن کاهش یابد.
- داروها و مکمل های گیاهی نباید بدون مشورت با پزشک معالج مصرف شوند.
- از زنجبیل به عنوان ضدتهوع اسـتفاده می شود. در صورت مصرف وارفارین، آسپرین، سایر داروهای ضدانعقاد، داروهـای کاهنده فشـارخون و داروهای کاهنده قندخـون، نباید زنجبیل را در مقادیر زیـاد مصرف کرد. مصرف زنجبیل با این داروها باعث تغییر غیرقابل پیش بینی فشارخون، قند خون و وضعیت انعقاد خون می شود.

---

۱. سندرم روده تحریک پذیر یا آی بی اِس، نوعی اختلال در عملکرد روده است که با درد مزمن در ناحیه شکم، احساس ناراحتی، نفخ و تغییرات در عادات روده ای، بدون هرگونه علت ارگانیک دیگری، مشخص می شود. اسهال یا یبوست می توانند علامت غالب باشند که ممکن است به صورت متناوب ظاهر شوند.

- بابونه، نعناع فلفلی، فلفل قرمز و گشنیز، ممکن است توصیه شوند، ولی تاکنون اثربخشی آن ها تأیید نشده است.

در هنگام مواجهه با بیماران این نکات را باید رعایت کرد:

- سالمند را تشویق کنید تا در یک محیط آرام غذا بخورد.
- تا حد امکان مصرف کافئین و الکل قطع یا محدود شود.
- درباره نقش فیبر (میوه و سبزی) در حفظ عملکرد روده توضیح دهید.
- ورزش یوگا و برخی تغییرات در شیوه زندگی که استرس را کم می‌کنند، می‌توانند مفید باشند.
- در حمل و نقل و آماده سازی مواد غذایی، رعایت موارد بهداشتی و شستن دست ها اهمیت زیادی دارد.

تهوع و استفراغ

تهوع و استفراغ بیماری نیستند، اما ممکن است نشانه درگیری و بیماری دستگاه گوارش یا سایر نقاط بدن، عواقب ناشی از درمان (مانند شیمی‌درمانی)، عارضه جانبی دارو (آنتی‌بیوتیک ها) یا دارای منشأ روانی باشند. تهوع و استفراغ زیاد یا مداوم ممکن است دریافت غذا یا مایعات را مختل کند و وضعیت نامناسب تغذیه‌ای که احتمالاً از قبل وجود داشته را بدتر کند. توصیه های تغذیه‌ای به ماهیت و ریشه اصلی مشکل بستگی دارد.

در افراد سالم، تهوع و استفراغ ناشی از عفونت یا مسمومیت غذایی معمولاً خودبه خود برطرف می شود. در این موارد باید تا زمان توقف علایم حاد، از خوردن اجتناب کرد. بعد از بهبودی، مصرف مکرر ولی در حجم کم آب، حاوی مقداری شکر یا محلول‌های درمان کم‌آبی باعث بهبودی حال بیمار می‌شود.

بازگشت محتویات معده به مری (ریفلاکس)

بازگشت اسید با یا بدون درد، سوزش سردل و التهاب مری، ویژگی های بازگشت محتویات معده به مری هستند. سوزش سردل، یک مشکل شایع است که همراه با سوء هاضمه ایجاد می‌شود و مشخصه آن درد ناگهانی همراه با سوزش سردل یا بین شانه هاست. این درد ممکن است آن‌قدر شدید باشد که حتی با درد قلبی اشتباه گرفته شود. علت این مشکل، بازگشت محتویات معده حاوی اسید و آنزیم به داخل مری است که ممکن است قسمتی از آن وارد حفره دهان شده، یا در ته حلق احساس شود. این وضعیت مخاط مری را تحریک می‌کند و باعث درد می شود و وقوع مکرر آن باعث آسیب و التهاب مخاط مری می‌گردد. خطر ابتلا به سرطان مری در چنین شرایطی افزایش می یابد.

برخی از عوامل که در بازگشت محتویات معده به مری نقش دارند، عبارتند از:

- ضعف دریچه محل اتصال مری به معده
- فشار زیاد در معده
- مصرف مقدار زیاد غذا یا نوشیدنی در یک وعده
- وجود فشار زیاد از ناحیه شکم؛ مثلاً چاقی

رژیم غذایی و شیوه زندگی در کنترل بازگشت محتویات معده به مری مؤثرهستند. چاقی به خصوص چاقی شکمی در ابتلا به این اختلال نقش دارد. در نتیجه، کاهش وزن در بهبود علایم و کاهش خطرابتلا به سرطان مری می تواند مؤثرباشد.

توصیه‌های تغذیه‌ای برای افراد دچار بازگشت محتویات معده به مری

- مصرف وعده‌های غذایی کم‌حجم و در دفعات متعدد
- پرهیز از غذاهای پرچرب
- پرهیز از غذاهای پرادویه و محرک
- پرهیز از مصرف زیاد چای، قهوه و الکل
- جویدن کامل لقمه‌های غذایی
- پرهیز از خوردن شام یا غذای دیروقت در شب
- پرهیز از خم‌شدن، بلندکردن اجسام یا دراز کشیدن بعد از وعده‌های غذایی
- کاهش وزن در صورت ابتلا به چاقی
- پرهیز از مصرف دخانیات
- خوابیدن در حالت نیمه‌نشسته و یا قراردادن سر بالاتر از تنه
- علائم بیماری معمولاً با تجویز دارو زیر نظر پزشک بهبود پیدا می‌کند. در برخی شرایط شدید بیماری که به اصلاح شیوه زندگی و دارو پاسخ ندهد، ممکن است جراحی ضرورت پیدا کند.

التهاب معده

التهاب معده ممکن است به شکل حاد یا مزمن بروز کند. مصرف الکل، آسپیرین و داروهای ضدالتهاب غیرکورتونی (مانند ایبوپروفن، مفنامیک اسید، ناپروکسن، ایندومتاسین و پیروکسیکام)، مواد محرک شیمیایی و مواجهه با برخی عوامل بیماری‌زا، می‌توانند باعث التهاب حاد معده شوند که درد، تهوع و استفراغ کوتاه‌مدت از مهم‌ترین علائم آن است. معمولاً تغییر خاصی در رژیم غذایی ضروری نیست؛ هرچند مصرف آب کافی در صورت استفراغ حائز اهمیت است و وعده‌های غذایی باید به صورت مرتب، در حجم کم و در فواصل زمانی معین مصرف شوند. در فرم مزمن آن که ممکن است متعاقب حمله‌های مکرر نوع حاد ایجاد شود، ارتباط نزدیکی با عفونت هلیکوباکتر وجود دارد و با درمان این عفونت، علائم رفع می‌شوند. مهم‌ترین اقدام تغذیه‌ای در بیماران مبتلا به التهاب معده، اصلاح عوامل مرتبط با رژیم غذایی و شیوه زندگی، مانند حذف مصرف الکل و دخانیات، احتیاط در مصرف داروها و اصلاح عادات غذایی نادرست است.

در بیماران مبتلا به التهاب معده، تشویق به رعایت رژیم غذایی متعادل براساس اصول تغذیه سالم همراه با رفع کمبودهایی مانند کمبود آهن و ویتامین B_{12} که ممکن است در اثر خون‌ریزی مکرر و کاهش تولید فاکتور داخلی در معده ایجاد شود، ضروری است.

زخم پپتیک

زخم پپتیک، زخم لایه مخاطی معده یا دوازدهه است که با نام زخم معده یا زخم دوازدهه هم شناخته می‌شود. به هم‌خوردن تعادل بین ترشح اسید معده و سلامت لایه محافظ در برابر آن، عامل اصلی در بروز این زخم‌ها است. زخم پپتیک، در دوازدهه شایع‌تر است و ممکن است در محل اتصال معده به دوازدهه (پیلور) ایجاد شود و در اثر آن، سفتی و تنگی در این ناحیه رخ دهد که به تأخیر در تخلیه معده منجر می‌شود. در این حالت، باقی مانده قابل تخمیر مواد غذایی در معده باعث دل‌درد، تهوع، استفراغ و بوی بد دهان می‌شود. ارتباط بین زخم پپتیک

با عفونت با باکتری هلیکوباکتر[1] و یا مصرف داروهای ضدالتهاب غیرکورتونی شناخته شده است. عوامل دیگری مانند زندگی پر استرس، وعده های غذایی نامنظم، سرعت بالای غذاخوردن، جویدن ناکافی و مصرف دخانیات می توانند باعث بدتر شدن زخم شوند و یا بهبودی آن را به تأخیر بیندازند. با شناخت نقش هلیکوباکتر در ابتلا به زخم پپتیک، درمان این بیماری متحول شده و اساس آن بر تجویز آنتی بیوتیک برای ازبین بردن عفونت با این باکتری متمرکز شده است. دوره درمان هلیکوباکتر پیلوری حدود چهار تا هشت هفته است و رعایت رژیم غذایی و شیوه زندگی سالم باعث می شود که خطر ابتلای مجدد این بیماری به حداقل برسد.

التهاب کیسه های دیواره روده (دیورتیکولیت)

یک اختلال شایع دوره سالمندی است که با درد عود کننده شکم و تغییر در عادات و فعالیت های روده همراه است. مهمترین عامل خطر ابتلا به التهاب کیسه های دیوار روده، سن بالا است؛ ولی از جمله عوامل خطر دیگر آن می توان به چاقی، استعمال دخانیات، رژیم های غذایی کم فیبر، فعالیت بدنی ناکافی و مصرف زیاد گوشت قرمز و چربی های حیوانی اشاره کرد. تغییر در وضعیت میکروب های روده و التهاب ناشی از رژیم غذایی نیز در بروز این اختلال نقش دارند. عوارض این بیماری قابل توجه و شامل ایجاد ارتباط غیرطبیعی بین دو بخش روده (فیستول)، انسداد، خون ریزی و سوراخ شدگی روده است. بیماران مبتلا به التهاب کیسه های دیوار روده، نیازمند استراحت روده و استفاده از یک رژیم غذایی ملایم در طی مراحل حاد بیماری هستند. دریافت فیبر بالا می تواند در درمان این بیماری نقش داشته باشد. در ارزیابی های تغذیه‌ای این بیماران، باید تغییرات وزن فرد، وضعیت کم آبی و تغییر عادات روده نیز بررسی شود.

عوامل تغذیه‌ای مرتبط با التهاب کیسه های دیوار روده

۱. دریافت رژیم غذایی کم فیبر

رژیم غذایی کم فیبر، یک عامل خطر مهم ابتلا به التهاب کیسه های دیوار روده است. فیبر، بخشی از میوه ها، سبزی ها و غلات بوده که در دستگاه گوارش هضم نمی شود و در ایجاد حجم مدفوع نقش دارد. محدودیت دریافت فیبر منجر به کاهش حجم و کاهش تکرر دفع مدفوع می شود. نبود فیبر در رژیم غذایی منجر به عبور آهسته تر مواد در روده، بازجذب بیشتر آب و تولید مدفوع با حجم کم تر شده و در ایجاد کیسه های دیوار روده نقش دارد. دریافت رژیم غذایی کم فیبر منجر به تشدید انقباضات ماهیچه روده و افزایش فشار داخل روده و در نهایت ابتلا به بیماری التهاب کیسه های دیوار روده می شود. بنابراین، دریافت مقادیر بالای میوه و سبزی و یک رژیم غذایی پرفیبر در پیش‌گیری از ابتلا و هم چنین پیشرفت این بیماری نقش دارد. سالمند باید مقادیر کافی فیبر، به ویژه از طریق میوه ها و سبزی ها، دریافت نماید.

۲. گوشت قرمز

مصرف زیاد گوشت قرمز سوخت و ساز باکتری ها در روده بزرگ را تغییر می دهد و خطر ابتلا به التهاب کیسه های دیوار روده را دو تا چهار برابر افزایش می دهد. افرادی که مقادیر زیادی گوشت دریافت می کنند، در مقایسه با گیاه خواران، سه برابر احتمال بیشتری دارد که به التهاب کیسه های دیوار روده مبتلا گردند. سالمند باید از دریافت بالای گوشت

۱. هلیکوباکتر نوعی باکتری است که در ایجاد زخم معده نقش دارد. گونه ای از آن هلیکوباکتر پیلوری است که عامل اصلی بیماری هایی مثل زخم معده و ناراحتی های معده و ابتدای روده است. هم چنین اصلی ترین عامل سرطان معده است؛ طوری که ۹۰ درصد افراد مبتلا به سرطان معده، آلوده به این میکروب هستند.

قرمـز و فرآوری شـده و نیز رژیم هـای غذایی پرچرب، اجتناب نمایـد. دریافت یک رژیم غذایی بـر پایه گیاهان برای مبتلایان به این بیماری توصیه می‌شود؛ زیرا تأثیرات مفیدی بر پیش‌گیری از عود بیماری دارد.

۳. چربی

مصرف بالای چربی نیز در بروز این بیماری نقش دارد. مصرف چربی‌های اشـباع با خطر ابتلا به التهاب کیسـه‌های دیوار روده، به‌ویژه در شرایطی که میزان مصرف فیبر پایین باشد، ارتباط دارد. مصرف اسیدهای چرب امگا-۳ باعث کاهش خطر ابتلا به التهاب کیسه‌های دیواره روده می‌شود.

درمان تغذیه‌ای در التهاب کیسه‌های دیواره روده

در زمان تشـخیص التهاب کیسـه‌های دیواره روده، با نظر پزشـک یک رژیم غذایی مایع به مدت ۲ تا ۳ روز، تا زمان فروکش نمـودن علائم تجویز می‌شـود، زیرا هضم غذاهای جامد ممکن اسـت باعث تشـدید بیماری گردد. سـپس به‌تدریج غذاهای جامد در برنامه غذایی فرد قرار می‌گیرد. توصیه به افزایش دریافت فیبر، به‌ویژه از طریق میوه‌ها و سبزی‌ها، می‌تواند به کاهش خطر پیشرفت بیماری کمک نماید، اما باید از دریافت غذاهایی که باعث تحریک روده می‌شود، مانند پوست میوه‌ها و سبزی‌ها، دانه‌ها، مغزها و غذاهای ادویه‌دار، اجتناب گردد.

۱. یبوست

یبوست یک اختلال گوارشی شایع است. اگر شخصی کم‌تر از سه بار در هفته دفع داشته باشد، یا این‌که موقع دفع به دلیل سفتی مدفوع یا اختلال دفع اذیت شود، این جزو تعاریف یبوست تلقی می‌شود. فرم مزمن یبوست در بین سـالمندان، در مقایسـه با افراد جوان، شایع‌تر است. شیوع یبوست در سـالمندان ساکن مراکز مراقبتی بالاتر است (حدود ۵۰ درصد) و حدود ۷۴ درصد این سالمندان به طور روزانه از مسهل‌ها استفاده می‌کنند. یبوست را بر اساس دفعات، قوام و حرکات روده تعریف می‌کنند. در تعریف یبوسـت از ترکیبی از علائم عینی و قابل مشـاهده (دفعات و فشـار لازم جهت دفع) و ذهنی (مدفوع سـخت، دفع ناکامل، احسـاس انسداد و کشـیدگی قسمت انتهایی مجرای گوارشی) استفاده می‌شود. روش‌های درمانی موجود برای یبوست شامل نرم‌کننده‌های مدفوع، مکمل‌های دارای فیبر و مسهل‌ها هستند.

انواع یبوست را بر اساس علل بروز آن‌ها می‌توان به دو نوع یبوست عملکردی (اولیه) و ثانویه تقسیم نمود. «یبوست عملکردی» نوعی یبوسـت مزمن اسـت که علت دقیق آن مشـخص نیسـت، اما علل عصبی، روانی، یا روان‌تنی را در بروز آن مؤثر می‌دانند. در «نوع ثانویه»، یبوست ناشی از داروها یا شرایط پزشکی خاص است که باعث حبس مدفوع و دشواری در تخلیه آن می‌شود. یبوست بر کیفیت زندگی افراد تأثیر منفی گذاشته و با عوارض روان‌تنی و اجتماعی نیز در ارتباط است. بنابراین، درک علل و روش‌های کنترل و درمان یبوست، به‌ویژه در جمعیت سالمندان، ضروری است. یبوست در زنان بیش از مردان دیده می‌شود.

در درمان بیماران مبتلا به یبوسـت، یک رویکرد چندبعدی مورد نیاز اسـت که مرحله اول آن، تغییر سبک زندگی و ملاحظات تغذیه‌ای است. توصیه‌های تغذیه‌ای باید به‌گونه‌ای باشد که از دریافت وعده‌های غذایی منظم و یک رژیم غذایی متعادل حاوی فیبر کافی، غلات کامل، میوه‌ها و سـبزی‌ها، آب و مایعات کافی در کنار فعالیت بدنی در فرد اطمینان حاصل گردد.

عوامل مؤثر در بروز یبوست

- شیوع یبوست با افزایش سن بیشتر می‌شود. شیوع بالاتر آن در سالمندان ممکن است ناشی از تغییرات در رژیم غذایی، دریافت ناکافی مایعات، کم تحرکی، یا مصرف چند دارو باشد. داشتن سبک زندگی مستقل و فعال در سالمندان در کاهش شیوع یبوست نقش دارد. معمولاً احتمال کم‌تری وجود دارد که افراد سالم و فعال جامعه (و نه مقیم مراکز مراقبتی و بیمارستان‌ها)، به یبوست مزمن مبتلا شوند.
- دریافت پایین‌تر میوه‌ها، سبزی‌ها، غلات کامل و سایر منابع فیبر با بروز و تشدید یبوست به‌ویژه در سالمندان، در ارتباط است. سالمندان به علت دشواری در جویدن و مشکلات دندانی، مقادیر پایین‌تری فیبر دریافت می‌کنند. بیشترین تأثیر بر یبوست با محتوای فیبر نامحلول، به‌ویژه سلولز موجود در میوه‌ها و سبزی‌ها، در ارتباط است. فیبر نامحلول حجم مدفوع را افزایش داده، یک محرک بالقوه جهت عبور مواد در روده است که منجر به کاهش علائم یبوست می‌شود. بنابراین، دریافت یک رژیم غذایی پر فیبر همراه با توصیه‌های رژیم سالم برای سالمندان باید مدنظر قرار گیرد.
- کم آبی نیز یک عامل خطر مهم در انتقال آهسته مواد در روده یا کندنمودن دفع مدفوع است و در بین سالمندانی که تمایل کم‌تری به نوشیدن مایعات دارند، رخ می‌دهد.
- فعالیت بدنی ناکافی با بروز و تشدید یبوست در ارتباط است.

توصیه‌های مؤثر برای پیش‌گیری و درمان یبوست در سالمندان

- اگر یبوست جدید است و به‌تازگی ایجاد شده، با پزشک مشورت کنید و دلایل آن را بررسی نمایید.
- تشویق‌کردن سالمندان به دریافت خوراکی مایعات ضروری است. تشنگی با افزایش سن کاهش می‌یابد، بنابراین کم آبی ممکن است منجر به ایجاد یبوست گردد. در سالمندان تعیین زمان‌های منظم جهت نوشیدن مایعات، یبوست را بهبود می‌بخشد. دریافت ۱/۵ تا ۲ لیتر مایع در روز، توصیه شده است. خوردن آب ولرم به صورت ناشتا نیز می‌تواند کمک‌کننده باشد.[۱]
- دریافت مقادیر کافی میوه‌ها، سبزی‌ها، غلات کامل و سایر منابع فیبر جهت پیش‌گیری از بروز و تشدید یبوست اهمیت دارد.
- انجام فعالیت بدنی منظم و روزانه به همراه رژیم غذایی مناسب، در پیش‌گیری از بروز و تشدید یبوست نقش دارد.
- داشتن خواب منظم و کنترل استرس از جمله عوامل مؤثر است.
- داشتن برنامه غذایی منظم و صرف منظم وعده‌های غذایی در رفع یبوست مؤثر است.
- استفاده از میوه‌های خشک خیسانده‌شده و آب آن‌ها مثل انجیر و انواع برگه‌ها می‌تواند کمک‌کننده باشد.
- اگر بر اساس شرایط فرد از نظر پزشک یا متخصص تغذیه مشکلی نباشد، روغن زیتون به غذا یا سالاد اضافه شود.
- تنها زمانی به دست‌شویی بروید که زمان دفع رسیده باشد. زودتر یا دیرتر رفتن برای دفع، عوارض خاص خود را دارد. نکته مهم بعدی نحوه نشستن در توالت است. اگر از توالت فرنگی استفاده می‌کنید و اختلال دفع دارید، توصیه می‌شود که یک زیرپایی به ارتفاع حدود بیست سانتی زیر پاها بگذارید تا پاها به سمت شکم جمع شود. اگر هم از توالت ایرانی استفاده می‌کنید، از دمپایی‌هایی استفاده کنید که یک مقدار پاشنه بلندتری داشته باشد.

۱. برای دریافت اطلاعات بیشتر به مبحث آب در فصل اول مراجعه شود.

• اگر یبوست همراه با خون ریزی یا کاهش وزن یا اشتها باشد، باید به پزشک مراجعه شود.

لازم است از دریافت وعده‌های غذایی منظم و یک رژیم غذایی متعادل حاوی همه گروه های غذایی و به‌ویژه فیبر کافی، غلات کامل، میوه‌ها و سبزی‌ها و نیز نوشیدن مقادیر کافی آب و مایعات در طول روز اطمینان حاصل گردد. فعالیت بدنی نیز در کنار تغذیه مناسب باید مد نظر باشد.

اسهال

اسـهال تغییر در حرکات معمول روده اسـت که با افزایش در محتوای آب، حجم، یا تکرر مدفوع مشـخص می شـود. اسهال یک علامت (و نه یک بیماری) است که می تواند علل مختلفی داشته باشد. اسهال حاد، معمولاً علامت عفونت روده است که می تواند توسط ویروس، آلودگی غذا، عفونت باکتریایی، مصرف غذا یا آب آلوده، یا مصرف آنتی بیوتیک، ایجاد گردد. سـایر علل شـامل: اضطراب، شـیمی درمانی، التهاب حاد روده ناشـی از پرتودرمانی، نرسیدن خون به دسـتگاه گوارش و بیماری های التهابی روده اسـت. اسـتفاده از برخی داروها مانند داروهای ضدالتهاب غیرکورتونی نیز می توانند باعث اسـهال شوند. اسهال طولانی مدت عوارضی به دنبال دارد که شامل کم آبی، سوءتغذیه، کاهش وزن، کم خونی و به هم خوردن تعادل یون های بدن است.

ارزیابی وضعیت تغذیه‌ای در سالمندان مبتلا به اسهال

اندازه‌گیری وزن، قد و محاسبه نمایه توده بدنی بیماران مبتلا به اسهال، در طی دوره بیماری ضروری است. البته در هنگام اندازه‌گیری قد فرد به منظور تعیین نمایه توده بدنی، لازم است به خمیدگی احتمالی بدن نیز توجه شود و در صورت وجود احتمال خمیدگی، از اندازه‌گیری قد ساق پا و فرمول های برآورد قد فرد، برای سالمندان استفاده گردد. اگر بیمار دچار کاهش وزن شـده، باید درصد کاهش وزن بیمار بررسـی گردد. در ارزیابی سـالمندان مبتلا به اسهال، قدرت گرفتن یک شـیء با دسـت، اندازه‌گیری دور بازو و اندازه‌گیری چین پوسـتی جهت بررسـی توده چربی و توده عضلانی توصیه می شود.

اگر اشتهای بیمار کم شده باشد، بررسی تاریخچه رژیم غذایی بیمار و بررسی میزان فیبر دریافتی، دریافت غذای خاصی که منجر به بروز اسهال شده و نیز بررسی نوع و حجم مایعات مصرفی توسط بیمار ضروری است.

توصیه های تغذیه‌ای برای پیش‌گیری و درمان در سالمندان مبتلا به اسهال

اگر اسـهال خفیف باشـد، تمرکز اصلی توصیه های تغذیه‌ای بر روی پیش‌گیری از کم آبی از طریق تشویق به دریافت مایعاتی مانند آب و نوشیدنی های ملایم (و نه آب میوه ها) خواهد بود. محلول های سرمی حاوی آب، گلوکز و یون های مورد نیاز بدن به صورت خوراکی (او. آر. اس) یا تزریقی می تواند در بیماران دچار کم آبی تجویز شود. این محلول ها می توانند با تحریک انتقال دهنده های سدیم- گلوکز در روده کوچک، جذب آب را افزایش دهند.

سرطان روده بزرگ

از دیگر مشـکلات دسـتگاه گوارش، می توان به سرطان روده بزرگ اشاره نمود. سـرطان روده بزرگ، سومین سرطان شایع در دنیاست که بروز آن با افزایش سن، بیشتر می شود. علائم این سرطان شامل تغییر در وضعیت دفع مدفوع،

خون‌ریزی گوارشی، ابتلا به کم‌خونی همراه با درد شکمی، بی‌اشتهایی و کاهش وزن است. درمان اولیه در حدود ۸۰ درصد موارد مبتلا به این سرطان، جراحی است.

عوامل مؤثر در بروز سرطان روده بزرگ

- **رژیم غذایی:** اصلاح عادات غذایی می‌تواند تا حدود زیادی از بروز این بیماری پیش‌گیری کند. ارتباط کاهش خطر بروز این سرطان با مصرف غذاهای غنی از فیبرها و افزایش خطر آن با مصرف گوشت قرمز و گوشت‌های فرآوری شده، مشخص شده است.
- **چاقی:** افراد چاق به‌ویژه مبتلایان به چاقی شکمی، بیشتر در خطر ابتلا به این سرطان هستند. در مردان چاق، نسبت به مردان با وزن طبیعی، خطر بروز این سرطان حدود ۵۳ درصد بیشتر است.
- **فعالیت بدنی ناکافی:** می‌تواند خطر بروز سرطان روده بزرگ را افزایش دهد.
- **مصرف الکل:** برخی معتقدند که در افراد مصرف‌کننده مشروبات الکلی، معمولاً دریافت مواد مغذی در حد مطلوب نیست و در نتیجه، خطر ابتلا به سرطان روده بزرگ بالاتر است.

وضعیت تغذیه‌ای بیماران مبتلا به سرطان روده بزرگ

- **سوءتغذیه:** اختلال در وضعیت تغذیه‌ای، عارضه شایع در بیماران مبتلا به سرطان روده بزرگ است و می‌تواند بر نتایج درمان و کیفیت زندگی بیماران تأثیر منفی بگذارد. عوارض مرتبط با بیماری مانند اسهال، تهوع یا استفراغ نیز در بروز سوءتغذیه نقش دارند. آن دسته از بیمارانی که به سوءتغذیه نیز مبتلا هستند، به مداخلات درمانی مانند شیمی‌درمانی، پرتودرمانی و جراحی پاسخ ضعیفی می‌دهند و در مقایسه با بیمارانی که به خوبی تغذیه می‌شوند، موارد مرگ در آن‌ها بیشتر است.
- **سوءتغذیه پس از عمل جراحی:** بیمارانی که تحت جراحی دستگاه گوارش قرار می‌گیرند، در معرض افزایش خطر ابتلا به سوءتغذیه قرار دارند. به علاوه، سوءتغذیه می‌تواند بروز عوارض پس از عمل جراحی مانند تأخیر در بهبود زخم را افزایش دهد. ازدست‌دادن توده عضلانی بدن و کاهش قدرت عضلانی در نتیجه تخلیه شدن ذخایر پروتئین پس از عمل جراحی، خطر اختلال در عملکرد قلبی و ریوی را افزایش داده، عملکرد ایمنی را به مخاطره می‌اندازد و به این ترتیب با افزایش احتمال عفونت همراه است. نتایج درمان پس از عمل جراحی در بیماران مبتلا به سوءتغذیه چندان مطلوب نیست. در این موارد، پیش‌گیری از کاهش وزن بیماران مبتلا به سرطان روده بزرگ، قبل از عمل جراحی با استفاده از مکمل‌های تغذیه‌ای خوراکی مفید است. مکمل‌های خوراکی استاندارد، از بروز عفونت مرتبط با زخم در بیماران مبتلا به سرطان روده بزرگ -که دچار کاهش وزن شده‌اند- می‌کاهد.
- **تغذیه برای ارتقای عملکرد ایمنی:** برخی مواد مغذی خاص (مانند گلوتأمین[1] و اسیدهای چرب امگا-۳) عملکرد ایمنی فرد را بهبود می‌بخشند و اگر پیش از عمل جراحی استفاده شوند، خطر بروز عفونت و طول مدت بستری در بیمارستان را مقدار قابل توجهی کاهش می‌دهند.

بیماری‌های التهابی روده

بیماری‌های التهابی روده گروهی از اختلالات مزمن، عودکننده و ناتوان‌کننده در روده کوچک، بزرگ یا هر دو روده است. این بیماری‌ها در سالمندان شایع بوده و موارد آن در حال افزایش است. عوامل مختلفی را در بروز بیماری‌های التهابی

۱. گوشت قرمز، مرغ، ماهی، تخم‌مرغ، شیر، لبنیات، گندم، کلم، چغندر، لوبیا، اسفناج و جعفری حاوی گلوتأمین است.

روده مؤثـر می‌دانند که از بین آن‌ها می‌توان به پیش‌زمینه ژنتیکی و وجود عوامل محیطی به‌ویژه رژیم‌های غذایی نامطلوب اشاره کرد. در سالمندان مبتلا به بیماری‌های التهابی روده (نسبت به افراد جوان‌تر مبتلا به این بیماری)، ژنتیک نقش کم‌تری در بروز بیماری داشته و بیشتر عوامل محیطی و اختلال در عملکرد ایمنی در بروز آن مؤثر هستند.

عوامل تغذیه‌ای مرتبط با بیماری‌های التهابی روده

- **رژیـم غذایـی:** یک عامل مهـم در ایجاد و پیشـرفت بیماری‌های التهابی روده اسـت. عوامل تغذیـه‌ای مؤثر در ایـن بیماری شـامل مصرف مقادیر بیـش از حد برخی مواد مغذی خاص، کمبود در برخـی مواد دیگر یا دریافت بیش‌ازحد انرژی و چاقی است.
- **مصرف زیاد قندها:** شیرینی‌ها و مواد شیرین‌کننده با افزایش خطر بیماری‌های التهابی روده مرتبط است. مصرف مقادیر بالایی از میوه و سبزی، خطر ابتلا به این بیماری‌ها را کاهش می‌دهد.
- **مقادیر پایین برخی ریزمغذی‌ها:** مقدار کم روی و ویتامین D خطر بروز بیماری‌های التهابی روده را افزایش می‌دهد و در بیماران مبتلا سـطوح ناکافی ریزمغذی‌هایی مانند ویتامین‌های A، D،E و C، کلسـیم، اسید فولیک و آهن، گزارش شده است.
- **اضافه وزن و چاقی:** شیوع چاقی در بین افراد مبتلا به بیماری‌های التهابی روده رو به افزایش است و ممکن است با پیشرفت بیماری در ارتباط باشد. فعالیت بدنی منظم، رژیم غذایی سالم و حفظ نمایه توده بدنی در محدوده کم‌تر از ۲۵، می‌تواند در پیش‌گیری از بیماری‌های التهابی روده کمک نماید.

اجزای مرتبط با رژیم‌های غذایی غربی شـامل دریافت بالای چربی اشـباع، قندهای تصفیه‌شـده و نیز دریافت مقادیر پایین میوه‌ها، سبزی‌ها و فیبرها برابتلا به بیماری‌های التهابی روده تأثیر می‌گذارند.

تأثیر بیماری‌های التهابی روده بر وضعیت تغذیه‌ای

- **سـوءتغذیه:** علت بروز سـوءتغذیه در بیماری‌های التهابـی روده ، فقط یک عامل نیسـت. کاهش دریافت مواد غذایی، تغییر سوخت‌وسـاز انرژی و مواد مغذی، افزایش ازدسـت‌دادن مواد مغذی از طریق دسـتگاه گوارش و تداخل دارو با غذا، در ایجاد سـوءتغذیه در بیماری‌های التهابی روده نقش دارند. کاهش تراکم اسـتخوان و ابتلا به پوکی اسـتخوان، تظاهراًت خارجی و مهم بیماری‌های التهابی روده هسـتند که ممکن اسـت با افزایش خطر شکستگی نیز در ارتباط باشند. در بین بزرگسالان مبتلا به بیماری‌های التهابی روده (نسبت به افراد سالم)، خطر بروز شکستگی ستون فقرات و لگن حدود ۶۰ تا ۷۰ درصد بالاتر است. استفاده از کورتون‌های خوراکی جهت تسکین بیماری می‌تواند توجیه‌کننده خطر بالاتر شکسـتگی‌ها در این بیماران باشـد. بنابراین، به دلیل شایع بودن بروز پوکی استخوان در افراد مبتلا به بیماری‌های التهابی روده، دریافت روزانه هزار میلی‌گرم کلسیم توصیه می‌شود.
- **وضعیت ضداکسیدانی:** در افراد مبتلا به بیماری‌های التهابی روده، بار مواد اکسیدکننده افزایش یافته که باعث آسیب به روده می‌شود.
- **کم خونی:** خون‌ریزی گوارشـی یک علامت شـایع در بیماری‌های التهابی روده بـوده و کاهش هموگلوبین خون تقریباً در همه بیماران دیده می‌شـود. دو نوع غالب کم خونی در بیماری‌های التهابی روده شـامل کم خونی فقر آهن و کم خونی ناشـی از بیماری مزمن اسـت. بیمارانی که عمل جراحی قسمت‌های انتهایی روده باریک انجام

داده انـد، در معـرض خطر کمبود ویتامین B_{12} قـرار دارند، زیرا جذب این ویتامین در این قسـمت از روده انجام می‌شـود. پایش منظم غلظت ویتامین B_{12} خون و دریافت خوراکی این ویتامین به اندازه کافی توصیه می‌شـود. برای درمان کم خونی، تشخیص علت، نوع و شدت آن، ضروری است تا براساس آن، درمان مناسب انتخاب شود و وضعیت بیمار اصلاح گردد.

توصیه‌های تغذیه‌ای در سالمندان مبتلا به بیماری‌های التهابی روده

بروز سـوءتغذیه و کاهش وزن در افراد مبتلا به بیماری‌های التهابی روده شـایع است. بنابراین، در همه این بیماران باید وزن و نیازهای تغذیه‌ای ارزیابی شود. دریافت وعده‌های غذایی کوچک و پر انرژی و با تراکم بالای مواد مغذی، به طور مکرر در طول روز، تأثیرات مفیدی در این بیماری دارد. در شرایطی که بیمار کم‌اشتهاست، غنی‌سازی غذاها یا اسـتفاده از مکمل ممکن اسـت ضروری باشـد. در صورت وجود اسـهال و تب باید به دریافت کافی مایعات تأکید گردد. در برخی از افراد مبتلا به این بیماری، اجتناب از غذاهای خاص که منجر به تشـدید علائم می‌شـوند، ممکن اسـت ضـروری باشـد، اما از پرهیز غیر ضروری از غذاها باید اجتناب شـود. بسـیاری از این بیمـاران باید از غذاهای تحریک‌کننده و ادویه‌ها اجتناب نمایند تا علائم بیماری کاهش یابد. درصورتی‌که سوء جذب چربی منجر به تشدید علائم مشکل‌سـاز می‌شـود، محدودیت چربی تا حد قابل تحمل ضروری است؛ اما باید انرژی مورد نیاز بیمار تأمین شـود. در این شـرایط، ممکن اسـت ویتامین‌های محلول در چربی در حد بیشـتری مورد نیاز باشـند و اگر دریافت غذایی بیمار ناکافی بوده یا سوء جذب شدید است، تجویز مکمل روزانه به صورت مولتی‌ویتامین توصیه می‌شود.

روده تحریک‌پذیر

روده تحریک‌پذیر، یک اختلال مزمن است که با علائم عودکننده درد یا ناراحتی شکم همراه با تغییر در مدفوع همراه اسـت. عوامل ژنتیکی و عملکردی، حساسـیت بیش از حد بافت احشایی و تغییرات التهابی داخل دستگاه گوارش، عوامـل خطر مؤثـر در ایجاد روده تحریک‌پذیر مطرح شـده‌اند. هم چنین، افرادی که اسـترس‌های روانی اجتماعی شـدید و حاد را تجربه می‌نمایند، نیز در معرض خطر ابتلا به روده تحریک‌پذیر هسـتند. ترکیب بار میکروبی دستگاه گوارش نیز با ابتلا به روده تحریک‌پذیر در ارتباط اسـت و اختلال در هم‌زیسـتی این باکتری‌ها منجر به تداوم التهاب خفیف می‌شود.

تأثیر بیماری روده تحریک‌پذیر یا درمان‌های آن بر وضعیت تغذیه‌ای

دراکثـر بیمـاران مبتلا بـه روده تحریک‌پذیر، غذا نقش مهمی در ایجاد علائم دارد و برای بسـیاری از بیماران ترجیح داده می‌شود که برای بهبود علائم، رژیم غذایی اصلاح شود تا تحت درمان دارویی قرار بگیرند. بنابراین، اگرچه روده تحریک پذیر بر وضعیت تغذیه‌ای تأثیر نمی‌گذارد، ولی کنترل علائم با مداخلات رژیم غذایی سودمند است. مصرف برخی غذاها مانند لبنیات، غلات، میوه‌ها، سبزی‌ها و تخم‌مرغ، علائم روده تحریک‌پذیر را تشدید می‌کنند. از آن جا کـه غذاهایی کـه به طور رایج باعث تحریـک علائم بیماری می‌شـوند، غنی از مواد مغذی مهم برای بدن هسـتند، ناکافی بودن این مواد به‌ویژه ویتامین‌های گروه B، آهن و کلسـیم در بین بیماران مبتلا به این مشـکل، دور از ذهن نیسـت. در بیماران مبتلا به روده تحریک‌پذیر، رژیم درمانگر باید وضعیت بالینی، تن‌سـنجی، علائم بیماری، الگوی غذایی، دریافت تغذیه‌ای و مداخلات رژیمی احتمالی را که در گذشته برای بیمار تجویز شده، بررسی کند.

در این بیماران بررسی رفتارهای غذا خوردن (مانند تعداد دفعات خوردن، الگوی غذایی، و محیط غذا خوردن) مهم است زیرا علایم ممکن است منجر به کاهش تعداد وعده های غذایی و احتمالاً بیش خوری در هر وعده شود که این نیز با تشدید علایم همراه است.

توصیه به غذا خوردن در فواصل زمانی منظم و رفتارهای غذایی صحیح، اساس راهنماهای غذایی در این بیماران را تشکیل می دهد. در حالت نشسته و آهسته غذا خوردن، جویدن غذا به طور کامل و اجتناب از خوردن غذا در اواخر شب، توصیه های بسیار مفیدی هستند. همچنین، از محدودیت های غذایی غیرضروری نیز باید اجتناب گردد.

توصیه های غذایی در بیماران مبتلا به روده تحریک پذیر

- **لاکتوز:** سوء جذب لاکتوز (قند شیر) در حدود ۵۰درصد بیماران مبتلا به روده تحریک پذیر، بسته به نژاد افراد، مشاهده می شود. البته ممکن است با حذف غذاهای حاوی لاکتوز بالا، بهبود علائم رخ ندهد؛ زیرا سایر مواد غذایی نیز ممکن است لاکتوز داشته باشند.
- **قندهای ساده:** به طور معمول در روده تحریک پذیر، هدف کاهش مصرف قندهای ساده است، به ویژه در بیماران مبتلا به یبوست یا در بیمارانی که دفع مدفوع آن ها بین یبوست و اسهال در تغییر است. البته مشخص شده که عوامل حجم دهنده مدفوع، چه فیبر نامحلول (مانند سبوس گندم) یا فیبر محلول (مانند پسیلیوم)، در بهبود علائم روده تحریک پذیر مؤثر نیستند. دریافت فیبر نامحلول در بیماران مبتلا به روده تحریک پذیر توصیه نمی شود و حتی ممکن است سبوس گندم، علائم را تشدید کند.
- **کافئین:** محرک حرکات روده در افراد سالم است و احتمالاً در افراد مبتلا به روده تحریک پذیر، حساسیت و پاسخ علائم به دریافت کافئین تشدید می شود. بسیاری از این بیماران تشدید علائم را به دنبال مصرف کافئین گزارش می نمایند و معمولاً دریافت کافئین را محدود کرده، یا از آن اجتناب می نمایند.
- **الکل:** یک عامل محرک ایجاد علائم در حدود ۳۳ درصد بیماران مبتلا به روده تحریک پذیر است.
- **چربی:** چربی خوراکی معمولاً محرک ایجاد علائم گوارشی در بیماران مبتلا به روده تحریک پذیر است؛ به ویژه پس از وعده هایی که حاوی مقادیر زیادی خامه، روغن و کره است. چربی یک عامل محرک حرکات روده است و عبور گاز در روده تحریک پذیر را مختل می کند.
- **گلوتن**[1]: به عنوان یک عامل محرک علائم گوارشی مطرح است و معمولاً برای بیماران مبتلا به روده تحریک پذیر مشکل ساز است. پس از ورود مجدد گلوتن به رژیم غذایی افرادی که قبلاً رژیم فاقد گلوتن دریافت می نمودند، علائم بیماری عود می کند.
- **پروبیوتیک ها:** مشخص شده پروبیوتیک ها سازوکارهای متعددی دارند که ممکن است در درمان روده تحریک پذیر مهم باشند. این سازوکارها شامل تأثیرات ضدالتهابی، تعدیل کننده حساسیت احشایی، تأثیر بر نفوذپذیری روده کوچک و اثر بر عبور مواد در دستگاه گوارش هستند.

اختلالات لوزالمعده

اختلالات لوزالمعده ممکن است از نوع بدخیم یا خوش خیم باشد. این اختلالات، شامل: التهاب حاد و مزمن لوزالمعده و سرطان لوزالمعده است. لوزالمعده سه عملکرد مهم دارد که برای هضم و جذب مواد مغذی ضروری است

۱. گلوتن پروتئینی است که در گندم، جو و چاودار یافت می شود.

و عبارتند از:

- ترشح هورمون‌های انسولین و گلوکاگون که تنظیم قند خون را بر عهده دارند.
- ترشح آنزیم‌های مورد نیاز جهت هضم غذا
- ترشح بی‌کربنات برای خنثی‌کردن اسید معده

التهاب حاد لوزالمعده

التهاب حاد لوزالمعده، یک وضعیت التهابی شدید است که عمدتا با سنگ کیسه صفرا یا مصرف بالای الکل، یا علل دیگری شامل آسیب، جراحی، افزایش سطح تری‌گلیسیرید خون، یا واکنش‌های دارویی در ارتباط است. بسیاری از عوارض مرتبط با التهاب حاد لوزالمعده، می‌توانند بر تحمل تغذیه روده‌ای توسط بیمار تأثیر بگذارند که شامل افزایش سطح قند خون، سوء جذب، کاهش وزن و کاهش توده عضلانی، تأخیر در تخلیه معده، تهوع و استفراغ، اختلال در تعادل یون‌ها، ورم دستگاه گوارش و بروز اسهال و انسداد، ورم محیطی، آب‌آوردن شکم و حتی مرگ سلول‌های روده بزرگ هستند.

التهاب مزمن لوزالمعده

التهاب مزمن لوزالمعده یک بیماری التهابی پیشرونده بوده که منجر به تخریب لوزالمعده می‌شود. در ۹۰-۷۰ درصد موارد، این بیماری در نتیجه مصرف بالای الکل ایجاد می‌شود. در موارد شدید، این بیماری منجر به ایجاد درد غیرقابل تحمل و سوءتغذیه شدید و متعاقب آن بستری در بیمارستان خواهد شد.

سرطان لوزالمعده

سرطان لوزالمعده حدود ۲ تا ۳ درصد موارد بروز همه سرطان‌ها را به خود اختصاص داده و چهارمین علت شایع مرگ در جهان است. علائم این بیماری و شروع آن غیراختصاصی است و معمولاً این بیماری، در مراحل پیشرفته تشخیص داده می‌شود؛ بنابراین، درمان و کنترل آن معمولاً دشوار و حتی غیرممکن است. موارد بروز سرطان لوزالمعده در چند دهه اخیر افزایش یافته و با بالارفتن سن مرتبط است. بیشترین موارد بروز آن در سنین ۷۵-۶۵ سال مشاهده می‌شود. عوامل محیطی هم در گسترش این سرطان نقش دارند.

مصرف دخانیات مهم ترین عامل خطر ابتلا به سرطان لوزالمعده است.

سوخت و ساز غیرطبیعی گلوکز، مقاومت به انسولین، دیابت نوع دو و التهاب مزمن و طولانی مدت لوزالمعده، مصرف گوشت قرمز و فرآورده‌های گوشتی فرآوری شده، افزایش مقدار کل چربی دریافتی، چربی‌های اشباع، به‌ویژه با منبع گوشت قرمز و فرآورده‌های لبنی، در افزایش بروز سرطان لوزالمعده نقش دارند و ارتباط معکوسی هم بین مصرف میوه و سبزی با خطر سرطان لوزالمعده مشخص شده است. اضافه وزن و چاقی و فعالیت بدنی ناکافی نیز در ایجاد سرطان لوزالمعده نقش دارد.

تأثیر اختلالات لوزالمعده بر وضعیت تغذیه‌ای

- **درد:** یک علامت عمده در هر دو نوع بیماری خوش‌خیم و بدخیم لوزالمعده است و می‌تواند در ایجاد و گسترش سوءتغذیه نقش مهمی داشته باشد. درد معمولاً با دریافت غذا در ارتباط است و این به علت تحریک ترشحات

لوزالمعـده به دنبال خوردن غذاسـت؛ بنابراین، بیماران برای به حداقل رسـاندن درد، معمـولاً از خوردن پرهیز می‌کنند. تجویز رژیم‌های غذایی نرم یا بر پایه مایعات، معمولاً در این بیماران مفید اسـت؛ زیرا با کاهش تحریک لوزالمعده در ارتباط است.

- **ناکافی بودن ترشـح هورمون‌های لوزالمعده:** به دنبال جراحی لوزالمعده، ممکن اسـت دیابت رخ داده و بیمار را مسـتعد حملات قند خون کند. تجویز انسـولین معمولاً مورد نیاز اسـت و باید اطمینان حاصل شـود که برای بیماران مبتلا به سوءتغذیه، محدودیت نامتناسب انرژی تجویز نشود.
- **ناکافی بودن آنزیم‌ها و بی‌کربنات:** سـوء جذب ناشـی از ترشـح ناکافی آنزیم‌ها و بی‌کربنات توسـط لوزالمعده، منجر به ایجاد علائم مختلفی مانند اسهال چرب، نفخ شکم، کاهش وزن غیر قابل توجیه، کمبود ریزمغذی‌ها و به دنبال آن، کم‌خونی و کمبود ویتامین‌های محلول در چربی می‌شـود. سـوء جذب معمولاً با درمان جایگزینی آنزیم‌های لوزالمعده کنترل می‌شـود. بیشـتر بیماران مبتلا به اختلالات کبدی، باید در ابتدای مصرف هر وعده غذایی یا میان‌وعده، این آنزیم‌ها را دریافت نمایند.

توصیه‌های تغذیه‌ای در اختلالات لوزالمعده

- **رژیم‌هـای غذایی کم چرب:** در حال حاضر پذیرفته شـده که مصـرف رژیم‌های غذایی کم‌چرب، سـوءتغذیه را تشـدید می‌کند. بنابراین، محدودیت چربی تنها برای کنترل علائـم در افرادی که به درمان جایگزینی آنزیم‌های لوزالمعـده پاسـخ نمی‌دهند، توصیه می‌شـود. حمایت تغذیـه‌ای در این بیماران باید شـامل دریافت رژیم‌های غذایی پرکالری، پر پروتئین، همراه با جایگزینی آنزیم‌های لوزالمعده باشد.
- **کمبـود ریزمغذی‌هـا:** کمبود ویتامین D در بیماران اهمیت بیشـتری دارد و با نرمی و پوکی اسـتخوان در ارتباط اسـت. مواردی از کمبود ویتامین A و بروز شـب‌کوری، کمبود سلنیوم، روی و ویتامین ای و حتی کم‌خونی هم در این بیماران گزارش شده است.

تجویـز مکمل کلسـیم و ویتامین D، پایش منظم وضعیت ویتامیـن D و هورمون پاراتیروئید و نیز بررسـی منظم وضعیت استخوان در بیماران مبتلا به اختلالات لوزالمعده توصیه می‌شود.

بیماری‌های مزمن کبدی

آسـیب کبدی ممکن اسـت طی سال‌ها ایجاد شود و در ابتدا به شکل رسوب چربی در کبد (کبد چرب) بروز کرده، با ایجاد التهاب و در نهایت بیماری «سـیروز برگشـت‌ناپذیر» ادامه می‌یابد. در این بیماران، معمولاً سـطح آنزیم‌های کبـد افزایـش پیدا می‌کند. البته بسـیاری از بیماران بدون علامت هسـتند و اختلال عملکرد کبد در آن‌ها مشـاهده نمی‌شود. بیماری کبد چرب غیرالکلی، یکی از شایع‌ترین و مهم‌ترین بیماری‌ها در این گروه است.

شـیوع بیماری کبد چرب غیرالکلی با بالارفتن سـن، افزایش می‌یابد. این بیماری با مقاومت به انسـولین، دیابت، فشارخون بالا و چاقی (به‌ویژه چاقی شکمی) در ارتباط است. حدود نیمی از افراد مبتلا به کبد چرب غیرالکلی، بدون علامت هسـتند و بسـیاری از آن‌ها، علائم غیراختصاصی مانند خسـتگی و درد در ربع فوقانی و راست شکم را تجربه می‌کنند. تشخیص کبد چرب غیرالکلی، معمولاً با سطح غیرطبیعی آنزیم‌های کبدی مشخص می‌شود.

ابتلا به بیماری کبد چرب غیرالکلی تحت تأثیر چندین عامل شـامل زمینه ژنتیکی، فعالیت بدنی ناکافی، افزایش

دریافت کالری، چاقی، به‌ویژه چاقی شکمی و مقاومت به انسولین است. مصرف چربی‌های ترانس با ابتلا به بیماری کبد چرب غیرالکلی و التهاب کبدی در ارتباط است و دریافت چربی اشباع، یک عامل خطر ابتلا محسوب می‌شود. ارزیابی تغذیه‌ای در بیمار مبتلا به کبد چرب غیرالکلی شامل بررسی وزن، نمایه توده بدنی، سطح کلسترول خون، تری‌گلیسیرید، اندازه دور کمر و بررسی دریافت‌های غذایی است.

توصیه‌های تغذیه‌ای در سالمندان مبتلا به کبد چرب غیرالکلی

استاندارد طلایی کنونی برای درمان کبد چرب غیرالکلی، کاهش وزن تدریجی و متعادل و کاهش چاقی شکمی با مداخله رژیم غذایی و افزایش فعالیت بدنی است. کاهش وزن از طریق دریافت رژیم غذایی کم‌کالری به‌تنهایی و یا از طریق دریافت رژیم غذایی همراه با افزایش فعالیت بدنی، تجمع چربی در داخل سلول‌های کبدی را به‌طورکلی کاهش می‌دهد. باید توجه داشت که برای پیش‌گیری از افت توده عضلانی مرتبط با کاهش وزن در سالمندان، کاهش وزن حتماً باید همراه با افزایش فعالیت بدنی باشد.

کاهش حداقل ۳ تا ۵ درصد وزن بدن به بهبود نسبی کمک می‌کند، ولی برای بهبود التهاب، نیاز به کاهش وزن بیشتر(تا حدود ۱۰ درصد) هست. در سالمندان، این میزان کاهش وزن، باید با نظر پزشک باشد.

در این بیماران باید بر کاهش اندازه دور شکم تأکید شود. از کاهش وزن ناگهانی و شدید (بیش از یک کیلوگرم در هفته) باید اجتناب شود، زیرا این نوع کاهش وزن می‌تواند با سطح غیرطبیعی آنزیم‌های کبدی، تسریع فیبری شدن کبد و تشدید تجمع چربی در کبد مرتبط باشد. برای حمایت از پیروی بیماران از رعایت رژیم غذایی تجویز شده، می‌توان درمان‌های شناختی- رفتاری و نیز ترغیب افراد برای حضور در گروه‌های حمایتی را توصیه کرد. این بیماران باید رژیم‌های غذایی کم‌کربوهیدرات، با سطح پایین چربی اشباع و دارای میوه و سبزی بیشتر دریافت کنند و از مصرف نوشیدنی‌های حاوی فروکتوز بالا اجتناب نمایند. در صورت بالا بودن مقدار تری‌گلیسیرید، مصرف دو واحد ماهی چرب در هفته برای این بیماران توصیه می‌شود. اگر بیمار مبتلا به دیابت باشد، کنترل مطلوب قند خون طبق توصیه پزشک و در صورت بالابودن فشارخون، دریافت رژیم غذایی کم سدیم ضرورت دارد.

- **فعالیت بدنی:** به طور کلی، برای بیماران مبتلا به کبد چرب غیرالکلی فعالیت بدنی توصیه شده ۱۵۰ دقیقه فعالیت هوازی متوسط یا ۷۵ دقیقه فعالیت شدید همراه با فعالیت‌های کششی به میزان دو بار در هفته است. در افراد با نمایه توده بدنی بالاتر از چهل، این سطح از فعالیت بدنی احتمالاً تأثیرات مثبت کم‌تری نشان می‌دهد؛ بااین حال، حتی انجام مقادیر کم فعالیت بدنی در مقایسه با عدم انجام فعالیت بدنی، بهتر است. اما باید در نظر داشت که انجام فعالیت بدنی در سالمندان (به‌ویژه در صورت وجود بیماری‌های زمینه‌ای) باید با نظر و توصیه پزشک باشد.
- **ویتامین E:** تجویز ویتامین E به طور روزانه و با دوز هشتصد واحد در افراد غیردیابتی مبتلا به کبد چرب غیرالکلی، بافت کبد را بهبود می‌بخشد؛ بنابراین، باید به عنوان اولین خط دارو درمانی مورد توجه قرار گیرد. ویتامین E برای درمان بیماران دیابتی مبتلا به کبد چرب غیرالکلی یا سیروز کبدی توصیه نمی‌شود.
- **مواد معدنی:** توجه به سطح منیزیم و روی در بیماران مبتلا به کبد چرب غیرالکلی و در صورت لزوم، اصلاح آن‌ها از طریق دریافت مواد غذایی حاوی این مواد اهمیت دارد.
- **سایر توصیه‌ها:** اسیدهای چرب امگا-۳ می‌توانند برای کنترل و درمان تری‌گلیسیرید بالا در بیماران مبتلا به

کبد چرب غیرالکلی مورد استفاده قرار گیرند. به این بیماران توصیه می‌شود دست‌کم دو واحد ماهی چرب در هفته مصرف کنند.

تغذیه در بیماری‌های اسکلتی - عضلانی

کاهش پیش‌رونده و تدریجی توده عضلانی و استحکام آن در سالمندی، رخدادی طبیعی است و با افزایش سن انتظار کاهش حجم و قدرت عضلات وجود دارد. برآورد شده که یک فرد بزرگسال در بین سی تا شصت سالگی، سالانه به مقدار ۰/۴۵ کیلوگرم افزایش بافت چربی و ۰/۲۳ کیلوگرم کاهش توده بدون چربی (عضله) خواهد داشت. این کاهش توده عضلانی عمدتاً به دلیل کاهش تولید پروتئین در عضلات است تا افزایش تخریب پروتئین. کاهش حجم و قدرت عضلات با مرگ و میر زودرس، ناتوانی و ازدست‌دادن توانایی انجام امور روزمره زندگی و در نهایت ازدست‌دادن استقلال فردی و کاهش تحرک کلی بدن همراه است. افزایش خطر زمین‌خوردن، بروز پوکی استخوان و افزایش خطر شکستگی در سالمندان نیز از سایر عوارض کاهش توده عضلات است. عوامل متعددی در کاهش حجم و قدرت عضلات نقش دارند که از جمله آن‌ها می‌توان بی‌تحرکی، از بین رفتن حساسیت عضلات نسبت به اثرات تحریکی اسیدهای آمینه ضروری، التهاب خفیف و کمبود ویتامین D اشاره کرد. با توجه به شیوع بالای کمبود ویتامین D در سالمندان، غربالگری به منظور شناسایی کمبود ویتامین D در میان سالمندان و توصیه به مصرف مکمل در صورت لزوم، اهمیت دارد.

رژیم غذایی می‌تواند نقشی مهم و کلیدی در پیش‌گیری از کاهش حجم و قدرت عضلات داشته باشد. یک رژیم غذایی سالم که سرشار از میوه و سبزی‌ها، غلات سبوس‌دار و ماهی‌های چرب باشد، می‌تواند قدرت عضلانی را در سالمندان افزایش دهد. رژیم‌های غذایی ناسالم شامل مصرف کم میوه و سبزی‌ها و مصرف زیاد چربی‌های اشباع در سنین میانسالی، باعث توانایی عملکردی ضعیف‌تر در زندگی آینده می‌شوند. شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد سایر ریزمغذی‌ها از جمله ویتامین‌های C و E، کاروتنوئیدها و سلنیوم -که دارای عملکرد ضداکسیدانی هستند- در پیش‌گیری از کاهش توده عضلانی و استحکام آن نقش دارد. مصرف میوه و سبزی تازه به منظور دریافت ضداکسیدان‌ها در رژیم غذایی سالمندان اهمیت می‌یابد. به خصوص تأکید می‌شود که از همه زیرگروه‌های سبزی و میوه استفاده شود. مصرف غلات سبوس‌دار و ماهی می‌تواند در تأمین سلنیوم مفید باشد.

التهاب خفیف مزمن به طور چشمگیری به عنوان عامل بسیاری از بیماری‌ها و اختلالات شایع در افراد مسن از جمله کاهش حجم و قدرت عضلات شناخته می‌شود. اسیدهای چرب امگا-۳ دارای اثر ضدالتهابی بوده و می‌توانند برای درمان کاهش حجم و قدرت عضلات مناسب باشند. بنابراین، استفاده از منابع اسیدهای چرب امگا-۳ مانند آجیل‌ها، کنجد، ماهی و روغن‌های مایع گیاهی همچون روغن کانولا یا کلزا، توصیه می‌شود.

پروتئین‌ها مهمترین درشت مغذی‌هایی هستند که با کاهش حجم و قدرت عضلات و ضعف در سنین بالا، ارتباط دارند. در برخی افراد مسن، کاهش اشتها و کاهش مصرف مواد غذایی (از جمله منابع پروتئینی) دیده می‌شود. برخی منابع باکیفیت پروتئین، مانند گوشت، احتیاج به جویدن بیشتر، آماده‌سازی و یا پخت و پز بیشتری دارند و در صورتی که انجام هر یک از این مراحل برای فرد مسن دشوار باشد، ممکن است غذاهایی که حاوی پروتئین کم‌تر هستند، اما جویدن آن‌ها آسان‌تر است (مانند کیک یا ساندویچی که با مواد نرم مانند مربا پر شده) و یا غذاهایی که بلعیدن آن‌ها آسان‌تر است، (مانند مواد غذایی پوره شده)، را انتخاب و تهیه کنند. اهمیت دارد که سالمندان با غذاهای سالم و غذاهای ناسالم آشنایی داشته باشند و فقط راحتی جویدن یا در دسترس بودن غذاها معیار انتخاب‌شان نباشد.

میزان نیاز سالمندان به پروتئین به طور چشم‌گیری بیشتر از مقداری است که معمولاً توصیه می‌شود. کیفیت پروتئین مصرفی نیز احتمالاً در کاهش حجم و قدرت عضلات نقش دارد. کیفیت پروتئین رژیم غذایی و توانایی آن برای تأمین نیاز بدن به اسیدهای آمینه از چندین طریق، از جمله قابلیت هضم و ارزش زیستی آن، که نشان دهنده اسیدهای آمینه ضروری موجود در آن است، ارزیابی می‌شود.

التهاب مفاصل و استخوان‌ها

التهاب مفاصل (آرتریت) باعث سفتی، درد و تورم در مفاصل، ماهیچه‌ها، رباط‌ها، تاندون‌ها یا استخوان‌ها می‌شود. نزدیک به ۱۳۰ میلیون نفر تا سال ۲۰۵۰ م. در سراسر جهان به التهاب مفاصل و استخوان‌ها مبتلا خواهند بود و زنان تقریباً دو برابر بیشتر از مردان درگیر می‌شوند. التهاب مفاصل و استخوان‌ها یک بیماری مفصلی مزمن است که در آن غضروف‌های مفاصل تحمل کننده وزن بدن، تحلیل می‌روند. این غضروف‌ها به طور معمول اجازه می‌دهند تا استخوان‌ها به نرمی روی هم سر بخورند. مفاصلی که اغلب در التهاب مفاصل و استخوان‌ها تحت تأثیر قرار می‌گیرند، شست دست، زانوها، لگن، قوزک پا و ستون فقرات هستند که بخش عمده‌ای از وزن بدن را تحمل می‌کنند. آرنج‌ها، مچ دست و مچ پا کم‌تر تحت تأثیر قرار می‌گیرند.

التهاب مفاصل و استخوان‌ها عموماً به صورت دردی است که با حمل کردن وزن و فعالیت تشدید می‌شود و با استراحت تسکین می‌یابد. بیماران اغلب دچار سفتی صبحگاهی در مفصل درگیر را گزارش می‌کنند.

رژیم ضدالتهابی نیز باید مورد توجه قرار بگیرد. رژیم مدیترانه‌ای شامل استفاده از مقدار متوسط گوشت لخم و بدون چربی، اسیدهای چرب غیراشباع به جای اسیدهای چرب اشباع، مقدار فراوانی میوه، سبزی و ماهی و مصرف سه واحد لبنیات کم چرب در هر روز توصیه می‌شود.

یک رژیم پر انرژی ولی بدون مقادیر لازم مواد مغذی، خطر التهاب مفاصل و استخوان‌ها را افزایش می‌دهد. اگر اضافه وزن و چاقی وجود دارد، باید از یک رژیم با کالری کنترل شده استفاده شود. ارتباط شناخته شده‌ای بین اضافه وزن و چاقی با التهاب مفاصل و استخوان‌ها، به‌ویژه در زانوها وجود دارد. با کاهش وزن می‌توان هم شروع و هم پیشرفت التهاب مفاصل و استخوان‌ها در مفاصل تحمل‌کننده وزن را کاهش داد.

بسیاری از بیماران مبتلا به التهاب مفاصل و استخوان‌ها، کلسیم و ویتامین D کافی مصرف نمی‌کنند. ارتباط معکوسی بین سطح سرمی ویتامین D و علائم بالینی ناشی از تحلیل غضروف در مفصل و درد مفاصل وجود دارد، یعنی هر چه میزان ویتامین D کم‌تر باشد، احتمال بروز علائم و مشکلات در فرد بیشتر است. توجه به دریافت حداقل سطوح توصیه شده ویتامین D و سایر ریزمغذی‌ها حائز اهمیت است. برای مکمل یاری جهت دست یابی به سطوح توصیه شده، توجه ویژه به ویتامین B_6، ویتامین D، ویتامین K، اسید فولیک و منیزیم در این بیماران لازم است. کلسیم در سبزی‌های برگ‌دار با رنگ سبز تیره مانند کلم پیچ و بروکلی، سالمون با استخوان، شیر و محصولات لبنی مانند پنیر و ماست، نان غنی شده و شیر سویا وجود دارد؛ اما بهترین منبع کلسیم، لبنیات کم چرب است. ویتامین C برای داشتن کلاژن و غضروف سالم لازم است. منابع خوب این ویتامین شامل مرکبات، فلفل دلمه‌ای، گوجه فرنگی، هندوانه، توت فرنگی و کیوی هستند. ویتامین K در سبزی‌های برگ‌دار مانند کلم پیچ، بروکلی، اسفناج و جعفری و نیز به مقدار کم در روغن‌های زیتون، سویا یا کانولا یافت می‌شود.

شـاید بتوان کاهش وزن را درمان اولیه و یا اصلی‌ترین درمان التهاب مفاصل و اسـتخوان ها دانسـت. اضافه وزن باعث فشـار بر مفاصل می‌شـود و وضعیت بیماری را بدتر می‌کند. کاهش وزن خود دارای اثر ضدالتهابی نیز هست، زیرا کاهش توده چربی باعث کاهش تولید واسطه های التهابی ناشی از بافت چربی می‌شود.

تغذیه در سالمندان مبتلا به دیابت



دیابت یکی از شایع‌ترین بیماری های غیرواگیر در سطح جهان و عامل مهم مرگ و میر و ناتوانی در جوامع مختلف از جمله ایران اسـت. مشـخصه بیماری دیابت، سـطح بـالای قند خون و اختلال سـوخت و سـاز قنـد و چربی و پروتئیـن در بدن اسـت. توصیه هـای درمانی رایج بـرای کنترل و درمـان مبتلایان به ایـن بیماری، شامل استفاده از داروهای خوراکی و تزریق انسولین برای کاهش قند خون، همراه فعالیت بدنی و رژیم غذایی است. دسـتورالعمل های درمانی جدید، تأکید بیشتری بر اسـتفاده از رژیم غذایی مناسب و افزایش فعالیت بدنی دارند و تغذیه مناسـب و مصرف پروتئین کافی را برای سـالمندان مبتلا به دیابت توصیه می‌کنند. انجام ورزش منظم شامل فعالیت های هوازی، ورزش های تحمل‌کننده وزن بدن و یا تمرین های مقاومتی در همه سالمندانی که می‌توانند با امنیت کامل به چنین فعالیت هایی بپردازند، باید تشویق شود.[۱]

اهداف تغذیه درمانی دیابت، تأمین مواد مغذی کافی، کاهش خطر عوارض مزمن و علائم افزایش و یا کاهش قند خون است. استفاده از رژیم های حاوی غلات کامل و فیبر بالا در کنترل این بیماری نقش مؤثری دارند. در بسیاری از مطالعات دیابت به عنوان یک فرآیند التهابی مزمن مرتبط با مقاومت به انسولین و یا کاهش ترشح آن معرفی شده است.

توصیه های تغذیه‌ای در سالمندان مبتلا به دیابت نوع دو

- سالمندان مبتلا به دیابت، باید به طور منظم از نظر سوءتغذیه غربال شوند تا افراد در معرض خطر سوءتغذیه و یا دچار سوءتغذیه شناسایی شوند. برای جلوگیری از سوءتغذیه و کاهش عملکرد متعاقب آن در سالمندان مبتلا به دیابت -که غیرچاق و بدون مشکلات همراه هستند- از رژیم های محدودکننده باید خودداری شود. این رژیم ها تأثیر کمی دارند و می‌توانند منجر به کمبود مواد مغذی در این بیماران شوند. پیروی از رژیم غذایی متعادل در این افراد مفید است. در صورت سوءتغذیه سالمند مبتلا به دیابت، توصیه می‌شود که از همان دستورالعمل های سالمندان غیردیابتی تبعیت شود.
- متخصص تغذیه باید نیاز بیمار به قند و چربی را به صورت فردی و بر طبق سطح چربی و گلوکز محاسبه کند. برای این کار، لازم است تاریخچه غذایی، فعالیت بدنی و الگوی فعالیتی افراد بررسی شود.
- بـه بیمـاران توصیه می‌شـود کـه در رژیم غذایی خـود کربوهیـدرات در مقادیر مناسـب، غلات کامـل، میوه ها، سبزیجات و شیر کم چرب داشته باشند. عدم تعادل مایعات به دلیل کاهش حساسیت به تشنگی و در دسترس نبودن مایعات، سـالمندان را در معرض خطر بیشـتر کم آبـی و عوارض دیابت قرار می‌دهد. لـذا باید به دریافت مایعات در سالمندان مبتلا به دیابت نیز توجه شود.
- کنتـرل وزن، نقـش مهمـی در کنترل دیابت دارد و میزان مقاومت سـلول ها به انسـولین را کاهش می‌دهد. برای سالمندان مبتلا به دیابت نوع دو -که دچار اضافه وزن و یا چاقی هستند و توانایی ورزش کردن در شرایط ایمن

---

۱. اطلاعات بیشتر در خصوص فعالیت بدنی را در کتاب اول «فعالیت بدنی در دوران سالمندی» می‌توانید مطالعه کنید.

را دارند- باید مداخله در سبک زندگی با تأکید بر تغییر در رژیم غذایی، فعالیت بدنی و کاهش ۵ تا ۷ درصد وزن بدن در نظر گرفته شود. به طورکلی کاهش وزن و محدودیت کالری در بزرگسالان با سن بالاتر مبتلا به دیابت توصیه نمی‌شود و در موارد خاص، باید با احتیاط در نظر گرفته و اجرا شود. برای کاهش وزن در بیماران دیابتی، پیروی از رژیم غذایی سالم و دریافت مقادیر کافی پروتئین، در کنار افزایش فعالیت بدنی به سالمندان مبتلا به دیابت توصیه می‌شود. هم‌چنین باید توجه داشت که رژیم کم چرب و با پایه گیاهی، باعث کاهش وزن در افراد دارای اضافه وزن می‌شود و همین مسئله باعث بهبود حساسیت به انسولین و کنترل قند خون می‌شود.

فاصله‌گذاری بین وعده‌ها (توزیع دریافت مواد مغذی، به‌ویژه قندها در طول روز) و خوردن صبحانه اثرات سودمندی برروی چربی ناشتا و حساسیت انسولین بعد از غذا دارد. برنامه غذایی باید مطابق با ترجیحات غذایی بیمار و به صورت فردی تنظیم شود.

- در برنامه غذایی لازم است کربوهیدرات‌ها ۴۰ تا ۶۵ درصد از انرژی دریافتی روزانه را تشکیل دهد.
- در افراد با عملکرد طبیعی کلیه، باید پروتئین ۱۵ تا ۲۰ درصد از انرژی روزانه را شامل شود. هدف در این بیماران، دستیابی به کاهش وزن مورد نیاز آن‌هاست. تغذیه ناکافی به‌ویژه دریافت ناکافی پروتئین می‌تواند خطر تحلیل عضلانی و شکستگی در سالمندان را افزایش دهد.
- چربی باید ۲۵ تا ۳۵ درصد از انرژی دریافتی را شامل شود.
- مصرف فیبر برای افراد دیابتی، مانند سایر افراد عادی است. توصیه می‌شود از لوبیا، سبزیجات، سبوس جوی دو سر، بنشن‌ها، جو، سیب و پرتقال بیشتر استفاده گردد.
- اجتناب از مصرف نمک زیاد و محدودیت دریافت سدیم به میزان ۲/۳ گرم در روز و نمک به کم‌تر از شش گرم در روز توصیه می‌شود.
- برای اطمینان از دریافت کافی ویتامین‌ها و مواد معدنی از رژیم غذایی، پس از مشورت با پزشک یا کارشناس تغذیه، دریافت روزانه یک مکمل مولتی ویتامین مینرال می‌تواند مفید باشد.
- بر اهمیت وعده‌های منظم غذایی، استفاده از داروها و فعالیت بدنی متعادل تأکید می‌شود.
- لازم است توجه به برچسب‌های مواد مغذی آموزش داده شود تا در هنگام خرید کردن به آن توجه کنند.
- افراد دچار اضافه‌وزن را به انجام فعالیت بدنی تشویق کنید. کاهش وزن و فعالیت بدنی، روش‌های مداخله‌ای شناخته شده‌ای برای رسیدن به وزن مناسب و حفظ وزن کاهش یافته در بیماران دیابتی دارای اضافه‌وزن است.

در پیش‌گرفتن یک برنامه خودمدیریتی شیوه زندگی (شامل رژیم مدیترانه‌ای با چربی اشباع کم، درمان و کنترل استرس، حمایت گروهی و ترک مصرف دخانیات) می‌تواند خطر بیماری‌های قلبی - عروقی را در زنان یائسه مبتلا به دیابت نوع دو کاهش دهد.

تغذیه در سکته مغزی



سکته مغزی یکی از بیماری‌های حاد شایع در جهان است که منجر به مرگ و ناتوانی فیزیکی در بزرگسالان می‌شود. مغز به شبکه‌ای از عروق خونی وابسته است که خون حاوی مواد مغذی و اکسیژن را به آن می رسانند. سکته مغزی زمانی رخ می دهد که یکی از عروق مغزی، دچار انسداد یا پارگی شود. در نتیجه خون‌رسانی

متوقف می‌شود و اکسیژن و مواد مغذی به سلول‌های عصبی اطراف آن رگ خونی نمی‌رسد. وقتی سه تا چهار دقیقه اکسیژن به بافت نرسد، مرگ بافت آغاز می‌شود. اثرات طولانی مدت سکته مغزی بستگی به وسعت و محل ضایعه در مغز دارد.

ناتوانی‌های مختلفی در اثر سکته مغزی ممکن است ایجاد شود که برخی از آن‌ها عبارتند از: فلج شدن، ضعف، بی‌حسی در صورت، دست، پا و یا سایر قسمت‌های بدن، عدم توانایی در صحبت کردن یا درک صحبت دیگران، مشکل در برقرار کردن ارتباط، اختلال در بلع، اشکال در بینایی و از دست دادن حافظه.

خطر سکته مغزی با افزایش سن زیاد می‌شود. ابتلا به دیابت و فشارخون بالا و مصرف دخانیات، عوامل خطر مهم دیگر هستند. علاوه بر آن‌ها، ابتلا به بیماری‌های قلبی- عروقی، کم تحرکی، مصرف الکل، رژیم غذایی ناسالم، چاقی، چربی خون بالا، سکته مغزی در والدین و یا خواهر و برادر به ویژه قبل از ۶۵ سالگی، خطر ابتلا را افزایش می‌دهد. در صورت داشتن سابقه سکته مغزی یا قلبی، احتمال سکته مجدد بیشتر است. حدود یک سوم افراد با سابقه سکته مغزی، در پنج سال آینده مجدداً دچار سکته مغزی می‌شوند. برخی از عوامل خطر، غیر قابل تغییر هستند، ولی آگاهی از آن، باعث می‌شود فرد بر روی عوامل قابل تغییر، نظیر رژیم غذایی ناسالم تمرکز بیشتری کند.

پیش‌گیری از سکته مغزی

تغییر شیوه زندگی و کنترل فشارخون و سایر عوامل خطر، عناصر کلیدی برای پیش‌گیری از سکته مغزی هستند. رژیم غذایی سالم، احتمال ابتلا به بیماری‌هایی مانند فشارخون بالا، دیابت، چربی خون بالا، بیماری‌های قلبی عروقی و چاقی که خطر سکته مغزی را زیاد می‌کنند، کاهش می‌دهد.

برای پیش‌گیری از سکته مغزی نکات تغذیه‌ای زیر را رعایت کنید:

- تنوع را در رژیم غذایی خود رعایت کنید. هیچ ماده غذایی به تنهایی نمی‌تواند تمام مواد مغذی مورد نیاز ما را تأمین کند. هر روز از گروه‌های مختلف هرم غذایی میل کنید و در هر گروه، غذاهای مختلفی را انتخاب کنید.
- توصیه می‌شود که نیمی از غلات دریافتی، از غلات کامل مانند نان‌های سبوس‌دار باشد. روز را با دریافت غلات کامل مانند نان جو شروع کنید. میزان فیبر در غلات کامل بیشتر از غلات تصفیه شده مانند نان لواش است. دریافت فیبر به کنترل فشار، چربی، قند خون و وزن کمک می‌کند و اثرات بسیار مفیدی در پیش‌گیری از بیماری‌های مزمن دارد.
- در طول روز حداقل ۵ سهم سبزی و میوه میل کنید. یک سهم میوه، معادل یک عدد میوه متوسط و یک سهم سبزی، معادل یک لیوان سبزی خام یا نصف لیوان سبزی پخته است. میوه‌ها و سبزی‌های با رنگ‌های مختلف را در هر وعده خود بگنجانید. از سالاد یا سبزی خوردن در هر وعده غذایی استفاده کنید. بهتر است به جای آب میوه، خود میوه را میل کنید. به عنوان میان‌وعده، سبزی‌ها و میوه‌ها را انتخاب کنید. میوه‌ها و سبزی‌ها، حاوی منیزیم و پتاسیم، اسید فولیک و فیبر هستند که منجر به کاهش فشارخون و بهبود عملکرد عروقی می‌شوند. پتاسیم اهمیت زیادی در سلامت قلب و عروق دارد. دریافت پتاسیم کافی در کاهش فشارخون مؤثر و با کاهش خطر سکته مغزی همراه است. متأسفانه بسیاری از افراد پتاسیم کافی دریافت نمی‌کنند. پتاسیم در بسیاری از میوه‌ها، سبزی‌ها، لبنیات و حبوبات، به‌ویژه در موز، کیوی، زردآلو، پرتقال، طالبی، سیب زمینی، اسفناج و گوجه‌فرنگی وجود دارد.

- آجیل ها (مغزها) و دانه ها، حاوی منیزیم، پتاسیم و چربی های غیراشباع هستند و مصرف روزانه ۳۰-۲۰ گرم از آن ها برای سلامت قلب و عروق و پیش‌گیری از سکته مغزی توصیه می شود.
- حبوبات، حاوی منیزیم، پتاسیم و فیبر هستند. در میان غذاهای مختلف، بیشترین میزان فیبر در حبوبات وجود دارد. سعی کنید در بیشتر روزها آن ها را در برنامه غذایی خود بگنجانید.
- دریافت منظم شیر و سایر محصولات لبنی کم چرب توصیه می شود. لبنیات حاوی کلسیم، پتاسیم، منیزیم و پروتئین هستند. پنیر کم نمک و ماست هم منبع خوب لبنیات هستند. توجه داشته باشید که انواع کم چرب را انتخاب کنید.
- برای سلامت قلب و عروق، دریافت ماهی های چرب و نیم چرب، دو بار در هفته توصیه می شود. غذاهای دریایی و ماهی های چرب، حاوی اسیدهای چرب امگا-۳، ویتامین D و سایر مواد مغذی هستند. ماهی آزاد، شیر و قزل آلای رنگین‌کمان حاوی امگا-۳ به میزان مناسب هستند.
- به منظور حفظ سلامتی، دریافت کافی منابع پروتئینی توصیه می شود. ترجیحاً از گوشت سفید، مانند ماهی یا مرغ بدون چربی استفاده شود. تخم مرغ نیز یکی از منابع خوب پروتئین است. لبنیات، حبوبات و مغزها هم حاوی مقادیر زیادی پروتئین هستند. اگر مبتلا به نارسایی کلیه هستید، با پزشک و کارشناس تغذیه در مورد مصرف پروتئین مشورت کنید.
- دریافت متعادل قهوه و چای به‌ویژه چای سبز با خطر کم‌تر سکته مغزی همراه است. این نوشیدنی ها حاوی ترکیباتی با خاصیت آنتی اکسیدانی هستند که برای سلامتی مفیدند.
- دریافت شکلات به میزان متعادل با خطر کم‌تر سکته مغزی همراه است. این ماده غذایی، کلسترول خوب خون را بالا می برد و در بهبود عملکرد عروقی و کاهش فشارخون مؤثر است.
- در طول روز از مایعات کافی استفاده کنید. به طور کلی، بدن روزانه نیاز به ۸-۶ لیوان مایعات دارد، البته این میزان در افراد مختلف تا حدودی متغیر است. به خاطر داشته باشید که احساس تشنگی در افراد سالمند ممکن است مختل شود؛ بنابراین منتظر احساس تشنگی برای دریافت مایعات نباشید. بهترین مایع، آب است. اما چای کم‌رنگ، آب میوه و سوپ هم جزو مایعات محسوب می شوند. در صورت ابتلا به بیماری های مانند نارسایی قلبی و کلیوی با پزشک خود در مورد مصرف مایعات مشورت کنید.
- مصرف گوشت قرمز را به یک تا دو بار در هفته محدود کنید. از دریافت گوشت های فرآوری شده (مانند سوسیس و کالباس) تا حد ممکن پرهیز کنید. گوشت قرمز حاوی مقادیر زیادی اسیدهای چرب اشباع و سایر موادی است که خطر سکته مغزی را افزایش می دهند. به علاوه گوشت های فرآوری شده دارای نمک زیادی هستند که می تواند منجر به پرفشاری خون شوند. چربی گوشت را بگیرید.
- در مصرف نمک و غذاهای حاوی آن، میانه روی کنید. نمک باعث احتباس مایعات در بدن و افزایش فشارخون می شود. ارتباط قوی بین مصرف نمک زیاد و ابتلا به سکته مغزی وجود دارد. سر سفره از نمک دان استفاده نکنید. به جای نمک، از ادویه و آب لیمو برای طعم‌دار کردن غذا استفاده کنید. ترجیحاً به جای مواد غذایی کنسرو شده، از غذاهای تازه استفاده کنید. در انتخاب میان وعده ها و تنقلات دقیق باشید. بسیاری از میان وعده ها مانند چیپس، آجیل های شور و بیسکوئیت ها حاوی مقادیر بالای سدیم و نمک هستند. ترجیحاً میان وعده های سالم مانند سبزی و میوه را انتخاب کنید.

- از غذاهای آماده، کنسرو، فرآیندشده و منجمدشده به صورت صنعتی و سس های آماده کم‌تر استفاده کنید. در این مواد غذایی نمک به عنوان نگهدارنده استفاده می‌شود.
- در مصرف و انتخاب روغن‌ها و غذاهای چرب دقت کنید. روغن‌های حیوانی، کره، چربی گوشت و لبنیات حاوی مقادیر زیاد اسیدهای چرب اشباع هستند. رژیم‌های غذایی حاوی مقادیر زیادی اسیدهای چرب اشباع، با افزایش کلسترول خون همراه هستند و خطر بیماری‌های قلبی - عروقی را افزایش می‌دهند؛ بنابراین لازم است محدود شوند. اسیدهای چرب اشباع، علاوه بر منابع حیوانی در برخی روغن‌های گیاهی مانند روغن پالم و نارگیل نیز یافت می شوند.
- از مصرف مارگارین (کره گیاهی)، روغن‌های نباتی جامد و غذاهای تهیه‌شده با آن‌ها مانند کیک‌ها، کلوچه‌های صنعتی، شیرینی‌ها، بیسکوئیت‌ها و غذاهای سرخ‌شده بپرهیزید. روغن‌ها و منابع چربی ذکر شده، علاوه بر اسیدهای چرب اشباع، حاوی اسیدهای چرب ترانس هم هستند. این نوع اسید چرب نیز با افزایش کلسترول و خطر بیماری‌های قلبی - عروقی همراه هستند.
- به جای کره، مارگارین و روغن جامد از روغن‌های مایع، به‌ویژه روغن زیتون، کانولا و کنجد و مغزها و دانه‌ها مانند ارده استفاده کنید. روغن‌های ذکر شده، مغزها و دانه‌ها، حاوی اسیدهای چرب غیراشباع هستند که برای سلامت قلب و عروق مفیدند.
- در مصرف قند و شکر و غذاهای حاوی آن‌ها تعادل را رعایت کنید. دریافت زیاد قند و شکر با فشارخون بالا، چاقی، دیابت و چربی خون بالا که عوامل خطر سکته هستند، ارتباط دارد. عسل، مربا، نوشابه‌ها، آب‌میوه‌ها و نوشیدنی‌های شیرین حاوی قندهای ساده هستند. تعداد دفعات مصرف و میزان مصرف آن‌ها در هر بار را کاهش دهید. نوشیدنی‌های حاوی قند، اثرات نامطلوبی بر چربی و قند خون دارند و با افزایش خطر سکته مغزی همراه هستند. در مصرف خرما و توت هم افراط نکنید.
- از مصرف خودسرانه مکمل‌ها بدون تجویز پزشک یا کارشناس تغذیه خودداری کنید. در صورت نیاز شما و در موارد کمبود، این مکمل‌ها توسط آنان تجویز می‌شوند. مصرف بیش‌ازحد و خارج از نیاز این مکمل‌ها نه‌تنها مفید نیست، بلکه می‌تواند مضر هم باشد.
- در مصرف مکمل کلسیم محتاط باشید. این مکمل را به هیچ عنوان خودسرانه و بدون توصیه پزشک یا کارشناس تغذیه مصرف نکنید.
- برچسب اطلاعات تغذیه‌ای مندرج بر روی مواد غذایی را بخوانید و از محتوای مواد مغذی آن (انرژی، چربی به‌ویژه اسیدهای چرب اشباع و ترانس، سدیم و فیبر) آگاه شوید و در نتیجه سالم‌تر خرید کنید.
- سعی کنید وزن خود را کنترل کنید. البته به‌طورکلی کاهش وزن به جز در شرایط خاص در افراد سالمند توصیه نمی‌شود؛ اما تلاش کنید که وزن شما بیشتر از آن چه هست، نشود. توجه به اندازه پرس غذا یا اندازه مصرف در هر وعده غذایی، دریافت غذاهای با فیبر بالا و چربی کم، مانند سبزی‌ها و عادات غذایی سالم به کنترل وزن کمک می‌کند. در صورت توصیه پزشک به کاهش وزن، توجه داشته باشید که سرعت کاهش وزن باید بسیار آهسته، همراه با ورزش و دریافت پروتئین کافی و تحت نظر متخصص تغذیه انجام شود.
- فعال باشید. با پزشک خود مشورت کنید و درصورتی‌که منعی وجود ندارد، سعی کنید حداقل پنج روز در هفته نیم‌ساعت پیاده‌روی سریع داشته باشید. فعالیت بدنی در کاهش فشارخون، افزایش کلسترول خوب خون و

بهبود سلامت عروق و قلب شما مؤثر است. هم چنین به کنترل وزن و قند خون و کاهش استرس کمک می کند.

برای شروع شیوه زندگی و رژیم غذایی سالم‌تر، موارد زیر را در نظر داشته باشید:

- **واقع بین باشید:** هر ماه یک یا دو تغییر کوچک نظیر اضافه‌کردن سبزیجات یا مصرف سالاد همراه با وعده های غذایی ایجاد کنید و به آن پایبند باشید.
- **ماجراجو باشید:** تنوع غذایی خود را افزایش دهید و غذاهای جدید و مفید را امتحان کنید.
- **انعطاف پذیر باشید:** بین آن چه می خورید و فعالیت بدنی، تعادل برقرار سازید.
- **هوشیارانه عمل کنید:** از غذاها لذت ببرید، اما میانه روی در مصرف را رعایت کنید.
- **در صورت لزوم از یک مشاور تغذیه کمک بگیرید:** تا رژیم غذایی و شیوه زندگی سالم‌تری داشته باشید.

کلسیم، منیزیم، پتاسیم، اسیدهای چرب امگا-۳ و سایر اسیدهای چرب غیراشباع خطرسکته مغزی را کاهش می دهند. مصرف زیاد اسیدهای چرب اشباع و ترانس، غلات تصفیه شده و قندهای ساده، خطرسکته مغزی را زیاد می کنند؛ تا حد امکان غذاهای حاوی آن ها را کم‌تر مصرف کنید. دریافت اسیدهای چرب ترانس را به صفر برسانید.

تغذیه پس از سکته مغزی

تغذیه مناسب بعد از سکته مغزی، می تواند به بهبودی و برگشت به وضعیت قبل کمک کند. انتخاب غذاهای سالم و کافی می تواند در کنترل فشارخون و وزن بدن مؤثر باشد، احتمال سکته بعدی را کاهش دهد و نیازهای هنگام درمان را برطرف سازد. در دوران نقاهت پس از سکته مغزی، باید غذای کافی به منظور تأمین پروتئین، انرژی و سایر مواد مغذی دریافت شود. لازم است وزن بیمار مرتب اندازه‌گیری شود و در صورت کاهش، اقدامات مناسب انجام شود. برای انتخاب غذاهای سالم و کافی، توصیه های زیر را انجام دهید:

روزانه حداقل شش سهم از گروه نان و غلات دریافت کنید. نیمی از غلات دریافتی باید از غلات کامل مانند نان های سبوس دار و یا نان جو باشد. یک سهم غلات معادل سی گرم نان یا یک کف دست بدون انگشتان (یعنی یک برش ده در ده سانتی متری) از نان بربری، سنگک و دو برش برای نان تافتون و چهار برش (کف دست) برای نان لواش و یا نصف لیوان برنج یا ماکارونی پخته شده است.

- روزانه حداقل سه سهم از گروه سبزی ها دریافت کنید. سبزی های سبز تیره و نارنجی را در رژیم غذایی خود بگنجانید. یک سهم سبزی معادل یک لیوان سبزی های خام برگ دار (اسفناج و کاهو)، یا نصف لیوان سبزی های پخته یا نصف لیوان نخود سبز، لوبیا سبز و هویج خرد شده، یا یک عدد گوجه فرنگی یا هویج یا خیار متوسط است.
- روزانه حداقل دو سهم از گروه میوه دریافت کنید. سعی کنید از مرکبات استفاده کنید. یک سهم میوه معادل یک عدد میوه متوسط (سیب، موز، پرتقال یا گلابی)، یا نصف گریپ فروت، یا نصف لیوان از میوه های ریز مثل توت، انگور، دانه انار، یا نصف لیوان میوه پخته یا کمپوت میوه، یا یک چهارم لیوان میوه خشک یا خشکبار، یا سه چهارم لیوان آب میوه تازه و طبیعی است.
- روزانه حداقل سه سهم از گروه لبنیات کم چرب مانند ماست و پنیر دریافت کنید. یک سهم لبنیات معادل یک لیوان شیر یا ماست کم چرب (کم تر از ۲/۵ درصد)، یا ۴۵ تا ۶۰ گرم پنیر معمولی معادل اندازه قوطی کبریت، یا یک چهارم لیوان کشک می باشد.

- روزانه دست‌کم یک سهم از گروه حبوبات یا مغزها و دانه‌ها دریافت کنید. یک سهم از این گروه غذایی معادل نصف لیوان حبوبات پخته یا یک چهارم لیوان حبوبات خام یا یک سوم لیوان مغز دانه‌ها (گردو، بادام، فندق و پسته) است.
- روزانه حداقل ۱/۵ سهم از گروه گوشت و تخم مرغ دریافت کنید. ترجیحاً از گوشت‌های سفید استفاده کنید. یک سهم از گروه گوشت معادل دو تکه (هر تکه سی گرم) گوشت خورشتی پخته، یا نصف ران متوسط مرغ یا یک سوم سینه متوسط مرغ (بدون پوست)، یا یک تکه ماهی به اندازه کف دست (بدون انگشت) است.
- مصرف کره، مارگارین، روغن‌های جامد و چربی‌های حیوانی را محدود کنید. آن‌ها را با روغن‌های گیاهی به‌ویژه روغن زیتون، کانولا و یا کنجد جایگزین کنید.
- حداقل شش تا هشت لیوان مایعات دریافت کنید. مایعات شامل آب، چای کم‌رنگ و آب میوه طبیعی رقیق‌شده و حتی غذاهای مایع مانند سوپ است.
- در طبخ غذا نمک را محدود کنید. سایر ادویه‌ها و آب لیمو را جایگزین آن کنید.

بیماران مبتلا به سکته مغزی در معرض سوء تغذیه و کم شدن آب بدن هستند. به علاوه اختلال بلع نیز ممکن است در این بیماران رخ دهد که به نوبه خود می‌تواند سبب کاهش دریافت غذا و سایر مشکلات برای بیماران شود که در ذیل به آن‌ها می‌پردازیم.

سوء تغذیه پس از سکته مغزی

سکته مغزی ممکن است بر غذاخوردن اثر بگذارد. پس از سکته، ممکن است هوشیاری فرد کاهش یابد و یا توانایی وی برای انجام کارهای روزانه (مانند خرید کردن، تهیه غذا، قرار دادن غذا در دهان، جویدن و بلع غذا) دچار مشکل شود. درصورتی‌که نیازهای تغذیه‌ای برآورده نشود، فرد مبتلا به سوء تغذیه می‌شود. سوء تغذیه سبب تحلیل و ضعف عضلانی می‌شود که بر کیفیت زندگی اثر می‌گذارد و طول عمر را کاهش می‌دهد. به یاد داشته باشید که فرد مبتلا به سوء تغذیه ممکن است کم‌وزن نباشد؛ لازم است که وزن فرد مرتب اندازه‌گیری شود و حتی در بیماران دارای اضافه وزن نیز، به کاهش وزن اهمیت داده شود. در افراد چاق هم کاهش وزن ناخواسته و ناگهانی می‌تواند نشانه سوء تغذیه باشد. اگر فرد قبل از سکته مغزی، مبتلا به سوء تغذیه باشد، خطر مرگ و میر و عوارض بیماری در وی بیشتر است. معمولاً در هفته اول بعد از سکته، وضعیت تغذیه بیمار بدتر می‌شود. فرد مبتلا به سوء تغذیه در بسیاری از موارد اشتهای کمی دارد. به یاد داشته باشید که در موارد کاهش دریافت‌های غذایی و یا کاهش وزن، لازم است با کارشناس تغذیه و پزشک مشاوره شود و اقدام مناسب انجام شود. به‌طورکلی در موارد کاهش وزن پس از سکته مغزی، درصورتی‌که بیمار اختلال بلع ندارد و قادر به غذا خوردن است، موارد زیر را در تغذیه بیمار در نظر بگیرید:

- سعی کنید تعداد وعده‌های غذایی را افزایش دهید. اضافه‌کردن میان‌وعده بین وعده‌های اصلی غذا بسیار کمک‌کننده است و باعث افزایش دریافت غذا می‌شود.
- غنی‌سازی غذاها توصیه می‌شود که به معنای افزایش انرژی و یا پروتئین غذاست، بدون آن‌که بر حجم، طعم، بو و ظاهر غذا اثر داشته باشد. غنی‌سازی غذا فرد را قادر می‌سازد که در حجم معین غذا، انرژی و یا پروتئین بیشتری دریافت کند. در صورت نیاز به غنی کردن غذا حتماً با یک کارشناس تغذیه مشورت کنید؛ به ویژه در صورتی که از بیماری‌های دیگر مانند دیابت و یا بیماری‌های کلیوی رنج می‌برید.

(در صورت تایید متخصص تغذیه شما) برای غنی‌کردن غذاها موارد عملی زیر پیشنهاد می شود:

- غنی‌کردن غذاها می‌تواند با استفاده از موادی مانند روغن، خامه، شیر خشک و یا محصولات ویژه موجود در بازار انجام شود. برای افزودن چربی می‌توان از روغن زیتون یا خامه استفاده کرد. کربوهیدرات را می توان با استفاده از پودرهای موجود در بازار به غذا اضافه کرد و محتوای پروتئینی غذا با استفاده از پودرهای پروتئینی موجود در بازار و یا سفیده تخم مرغ مایع پاستوریزه قابل افزایش است.
- می‌توانید به شیر، ماست و سوپ، یک قاشق غذاخوری شیر خشک یا پودر پروتئینی اضافه کنید.
- به سوپ یا برنج می‌توان کره یا خامه یا روغن زیتون افزود.
- استفاده از مکمل های تغذیه‌ای خوراکی، راهکاری دیگر برای افزایش دریافت غذاست. این مکمل ها حاوی انرژی، پروتئین، ویتامین و مواد معدنی هستند و به شکل های مختلف در بازار وجود دارند. به عنوان مثال، برخی به شکل پودر هستند و در آب حل می شوند و برخی به شکل نوشیدنی هستند. این محصولات دارای طعم های مختلف هستند و بر اساس ذائقه فرد می تواند انتخاب شود. حتماً با پزشک یا کارشناس تغذیه مشورت کنید تا از بین محصولات موجود در بازار، انواع مناسب با ویژگی های فردی انتخاب شود. این مکمل ها می توانند به عنوان میان‌وعده مصرف شوند. البته درباره زمان مصرف نیز هماهنگی با عادات قبلی، بسیار مهم است. توصیه می‌شود این مکمل ها حداقل یک ماه مصرف شوند و در پایان ماه، وزن فرد اندازه‌گیری و اثر مکمل، ارزیابی شود.
- در بیماران مبتلا به سوء تغذیه، استفاده از مکمل های ویتامین، املاح و یا اسیدهای چرب امگا-۳ ممکن است مورد نیاز باشد. اما در نظر داشته باشید بسیاری از این مکمل ها ممکن است با داروها تداخل داشته باشند، بنابراین لازم است این مواد تحت نظر پزشک یا کارشناس تغذیه مصرف شوند. از مصرف خودسرانه مکمل ها جداً بپرهیزید؛ چرا که می‌توانند عوارض جبران ناپذیری داشته باشند.
- جایگزین‌کردن غذاهای کم انرژی و کم پروتئین با غذاهای حاوی انرژی و پروتئین بیشتر می‌تواند کمک‌کننده باشد. به عنوان مثال، به جای ماست کم‌چرب می توان از انواع دارای انرژی و پروتئین بیشتر استفاده کرد.
- در بیمار مبتلا به سوء تغذیه، محدودیت های غذایی که منجر به کاهش دریافت غذا می شوند، معمولاً مفید نیستند. بنابراین توصیه می شود که تا حد امکان، بیمار پرهیز غذایی نداشته باشد و بر اساس علاقه و ذائقه غذا میل کند، مگر این‌که بیمار نارسایی پیشرفته کلیه داشته باشد که در این صورت، دریافت پروتئین باید محدود شود.
- به یاد داشته باشید که مصرف غذا در افراد سالمند بر اساس عادات شکل یافته آن ها در طول زندگی است. بنابراین تغییر رژیم غذایی امری مشکل است. تغییر در رژیم غذایی باید هماهنگ با عادات قبلی بیمار باشد و به آهستگی انجام شود. به ترجیحات فرد، علایق و ویژگی های وی اهمیت بدهید و کیفیت زندگی را در نظر بگیرید. در بسیاری از موارد لازم است این افراد در هنگام دریافت غذا حمایت شوند. فراهم آوردن محیطی مطبوع در هنگام صرف غذا و غذا خوردن در جمع خانوادگی، منجر به افزایش دریافت و بهبود کیفیت زندگی می شود.

اختلال بلع پس از سکته مغزی

پس از سکته مغزی در تعدادی از بیماران، بلع غذا دچار مشکل می شود. در این صورت ممکن است مواد غذایی وارد دستگاه تنفس شود و ایجاد خفگی کند. به علاوه این بیماران، در خطر ذات‌الریه ناشی از ورود مواد غذایی یا ترشحات دهان به ریه هستند که می‌تواند عارضه‌ای بسیار خطرناک با احتمال مرگ و میر بالا باشد؛ بنابراین شناسایی و درمان اختلال بلع در این بیماران بسیار مهم است. سکته مغزی از راه های مختلف می تواند توانایی

جویدن و یا بلع را مختل کند. مشکل در بلع می‌تواند به علت ضعف در عضلات زبان یا از دست رفتن هماهنگی در حرکات زبان باشد. جمع شدن غذا در گوشه دهان و آب ریزش از دهان، پریدن غذا در گلو، سرفه در زمان غذاخوردن یا بعد از آن، گرفتگی صدا و احساس خفگی از دیگر علائم مشکل در بلع هستند. اختلال در بلع، ممکن است عفونت تنفسی مزمن در فرد ایجاد کند. کاهش دریافت غذا و آب و به تبع آن سوء تغذیه و کم شدن آب بدن از دیگر پیامدهای اختلال در بلع است. اختلال در بلع ممکن است باعث شود فرد دریافت برخی گروه‌های غذایی را حذف کند. در صورت وجود اختلال بلع، تغییرات در رژیم غذایی بر اساس شرایط فرد با توجه به نوع و وسعت اختلال لازم است و باید با پزشک، گفتاردرمانگر و متخصص تغذیه مشاوره انجام شود.

بسته به شدت اختلال در بلع، تغییر قوام یا بافت غذا می‌تواند کمک‌کننده باشد. در موارد شدید، غذاها باید به شکل پوره در آورده شوند، یعنی کاملاً یک‌دست باشند، قطعات مواد غذایی در آن وجود نداشته باشد و چسبناک هم نباشد. سیب زمینی و سایر سبزیجات، میوه‌ها و گوشت باید به صورت پوره میل شوند. معمولاً در این موارد، ماست هم قابل استفاده است. مغزها (آجیل) و دانه‌ها نباید مصرف شوند. حتی شاید در بعضی موارد نیاز باشد که با اضافه کردن مایعات، پوره کمی رقیق‌تر هم شود و غلظتی مانند فرنی رقیق پیدا کند.

در برخی بیماران که اختلال کم‌تری در بلع دارند، دریافت غذای کاملاً نرم حاوی قطعات بسیار کوچک، می‌تواند کمک‌کننده باشد. غذاهایی مانند تخم‌مرغ هم‌زده که اگر با چنگال فشار داده شود، اجزا به راحتی جدا می‌شوند می‌تواند مصرف شود. سختی قطعات باید در حدی باشد که به راحتی توسط زبان فشرده شود. این غذاها قدری نیاز به جویده شدن دارند. سبزی‌ها و میوه‌های پخته، گوشت چرخ‌کرده نرم و مرطوب مثال‌های دیگری از این غذاها هستند. در موارد خفیف‌تر، غذا هم‌چنان باید نرم باشد؛ درحدی‌که با چنگال قابل فشردن باشد و شکل خودش را از دست بدهد. در این مرحله نیز غذا نباید حاوی آب جداگانه و رقیق باشد. در این حالت اندازه قطعات مواد غذایی تا ۱/۵ سانتی‌متر می‌تواند باشد. غذاهای نرم جامد، مانند میوه‌های نرم و گوشت نرم که به راحتی توسط چنگال قطعه قطعه می‌شود، در این مرحله مناسب هستند. قسمت‌های ترد و سخت نان مانند رویه نان ساندویچی، مغزها (آجیل)، میوه‌های سفت و سبزی‌های خام، ذرت و غذاهای خیلی خشک نباید مصرف شوند.

اضافه کردن سس‌ها، آب‌گوشت و خورش، غذا را نرم و مرطوب می کند، بلع را راحت‌تر می کند و به ویژه در افرادی که بزاق آنها کم شده، مفید است.

آموزش به بیماران برای کاهش مشکل اختلال بلع و پیش‌گیری از ورود محتویات معده و مری به داخل ریه لازم است که این آموزش‌ها شامل موارد زیر است:

۱. اصلاح وضعیت نشستن بیمار هنگام غذا خوردن

وضعیت نشستن بیمار هنگام غذاخوردن باید به صورت نشسته مستقیم باشد؛ طوری که گردن با سطح زمین زاویه ۹۰ درجه تشکیل دهد. برای هماهنگی بین مراحل دهانی و مری بلع و کاهش خطر ورود محتویات معده و مری به داخل ریه، نزدیک‌کردن چانه به گردن هنگام غذاخوردن، می‌تواند موجب کاهش سرعت عبور لقمه شود. در مواردی که بیمار به هر دلیلی دچار ضعف عضلات یک‌طرفه شده (مانند سکته مغزی که با فلج نیمه بدن همراه است)، لقمه را در طرف قوی‌تر دهان قرار دهد (مثلاً اگر فرد دچار فلج نیمه چپ بدن است، لقمه را در سمت راست دهان قرار دهد) و سپس سر خود را به سمت ضعیف تر بچرخاند (به اصطلاح به سمت آسیب‌دیده نگاه کند) یا سر

خود را به سمت سالم خم کند.

۲. تنظیم سرعت غذا خوردن

از خوراندن غذا به بیمار در هنگام خستگی، بی حوصلگی و استرس باید پرهیز کرد. لقمه ها باید کوچک و نرم باشند، طوری که به راحتی بلعیده شوند. از قاشق کوچک برای خوردن غذا استفاده شود. غذا دادن به بیمار سالمند باید در زمان طولانی و با حوصله انجام پذیرد. از خوراندن آب و مایعات زمانی که لقمه در دهان بیمار است، اجتناب شود و بین مصرف غذا و مایعات فاصله باشد. استفاده از آبگوشت، سس و موادی که موجب نرم شدن و چسبندگی لقمه می شود، در غذای بیمار توصیه می شود. هنگام غذا خوردن تمام تمرکز بیمار باید بر بلع باشد و هر عامل محیطی که می تواند حواس بیمار را پرت نماید (مانند تلویزیون یا رادیو) باید حذف شود. بعد از اتمام غذا به منظور اطمینان از باقی نماندن تکه های مواد غذایی در دهان، باید دهان بیمار با آب شست وشو شود.

۳. تغییر قوام غذا و مایعات

- در مواردی که اختلال بلع وجود دارد، بلع آب و مایعاتی مانند آن -که جاری و فاقد چسبندگی هستند- می تواند با مشکلاتی همراه باشد. در این موارد جهت کاهش خطر ورود محتویات معده و مری به داخل ریه، لازم است مایعات با افزودن برخی مواد مانند پودر ژلاتین، قوام بیشتری پیدا کنند. بلع آب ژله ای یا آب غلیظ شده که از حل کردن ورق یا پودر ژلاتین در آب گرم و سپس خنک کردن آن در یخچال تهیه می شود، برای بیمار کم خطرتر خواهد بود. هم چنین مصرف آب گازدار یا سودا نیز موجب کاهش خطر ورود محتویات معده و مری به داخل ریه بیمار می شود. مایعات را می توان به شکل نکتار (افزودن پالپ میوه به آب میوه) یا با قوام بیشتر مثل عسل یا به صورت پودینگ یا فرنی غلیظ به بیمار خوراند.
- تغلیظ مایعات، احتمال ورود آن ها به دستگاه تنفس را کاهش می دهد؛ اما ممکن است باعث باقی ماندن مقداری از غذا یا مایعات پس از بلع در دهان یا حلق شود. در ضمن، به خاطر داشته باشید که در مورد مایعات غلیظ شده نیز خطر ورود به دستگاه تنفس وجود دارد و خطر آن ها حتی از مایعات غلیظ نشده نیز بیشتر است. در مورد غلیظ کردن مایعات حتماً با پزشک و گفتاردرمانگر مشورت کنید. تجویز مایعات غلیظ شده باید توسط افراد متخصص و بعد از بررسی های متعدد انجام شود.
- تغلیظ مایعات می تواند با استفاده از نشاسته ذرت یا پودرهای غذای کودک (سرلاک) با طعم های مختلف و یا سایر تغلیظ کننده های تجاری انجام گیرد. باید ترجیحات غذایی و ذائقه فرد در نظر گرفته شود. بسته به شدت اختلال و برحسب تجویز پزشک میزان تغلیظ مایعات، متفاوت است. استفاده از مایعات غلیظ شده می تواند منجر به کاهش دریافت آب و سایر مایعات شود، بنابراین در این موارد توجه به دریافت مایعات کافی و پیش گیری از کم آبی بدن، بسیار مهم است. افراد به طور معمول نیاز به دریافت ۸-۶ لیوان مایعات در روز دارند.

۴. توانبخشی برای بلع

این قسمت شامل آموزش مانورهایی است که توسط گفتاردرمانگران به بیمار آموزش داده می شود و موجب بهبود عملکرد بلع در بیماران می گردد.

۵. استفاده از ابزارهای کمکی

وسـایل کمکـی برای خوردن و آشـامیدن بیماران طراحی شـده که به بهبـود وضعیت دریافت غذایـی آن ها کمک می‌کند. این ابزارها شـامل قاشـق ها و لیوان هایی است که به واسـطه طراحی خاص خود، باعث کاهش خطر ورود محتویات معده و مری به داخل ریه می شوند.

در بیماران مبتلا به سـکته مغزی، معمولاً بلع مایعات رقیق مانند آب و آب میوه مشـکل تر از غذاهای جامد اسـت. بلع مایعات نیاز به کنترل و هماهنگی به موقع و سـریع دارد. مایعات به راحتی وارد ریه می شـوند و به دنبال آن ممکن اسـت عارضه خطرناک ذات الریه ایجاد شود. حتی ورود بزاق فرد به دستگاه تنفس می تواند این عارضه خطرناک را ایجاد کند.

نکات مهم درباره تغذیه در افراد مبتلا به اختلال بلع

- از غذاهایی که به راحتی در دهان خرد می شوند و قطعات آن از هم جدا می شود، بپرهیزید. دریافت این غذاها احتمال خفگی را زیاد می‌کنند.
- از مواد غذایی نرم، آب دار و یا پوره استفاده کنید.
- افزایش تعداد وعده های غذایی و کاهش حجم در هر وعده غذایی، می تواند به بهبود عمل بلع و برآوردن نیازهای تغذیه‌ای کمک کند.
- سعی کنید لقمه های کوچک بردارید و آهسته غذا بخورید.
- دو نوع غذا را هم‌زمان (در یک لقمه) میل نکنید. غذاهای جامد و مایع را با هم مخلوط نکنید و بلافاصله بعد از غذاهای جامد، مایعات ننوشید.
- نان ها، بیسکوئیت ها، کیک ها و مواد غذایی مشابه را قبل از استفاده در آب، چای، شیر یا آب میوه قرار دهید تا نرم شوند و سپس استفاده کنید.
- انواع گوشت ها بهتر است به صورت چرخ شده و کاملاً پخته و آب دار مصرف شوند.
- سبزی های به‌کار رفته در تهیه غذاها کاملاً پخته و نرم باشند و در صورت استفاده از سبزی های خام، سبزی هایی با بافت نرم انتخاب و کاملاً جویده شود و در صورت تهیه سالاد، از سالادهای رنده شده و آب دار استفاده گردد.
- میوه های خام بهتر است به صورت پوره و همراه با آب میوه مصرف شوند.
- در هنگام غذاخوردن از حرف زدن بپرهیزید و حواستان به غذاخوردن باشد.
- وقتی که یک طرف دهانتان ضعیف است، غذا را در طرف قوی تر قرار دهید.
- در پایان غذاخوردن، داخل گونه ها را بررسی کنید تا غذا در آن جا باقی نمانده باشد.
- افراد مبتلا به اختلال بلع برای دریافت مایعات، نباید از نی استفاده کنند.
- در برخی بیماران نیز، تمرین ها و ورزش هایی که عضلات بلع را تقویت می‌کند، می تواند مفید باشد. تقویت عضلات تنفسی بازدمی و ورزش های مرتبط می تواند باعث بهبود عملکرد بلع شود. در این موارد حتماً با فیزیوتراپیست مشاوره انجام شود.
- ممکن است پزشک یا کارشناس تغذیه برای برخی از بیماران، مکمل ویتامین و مواد معدنی تجویز کند. اگر انواع جویدنی قابل تحمل نبود، از اشکال مایع می توان استفاده کرد.
- حتـی در صـورت ایجاد تغییر در قوام غذا و مصرف غذاهای نرم یا پوره شـده و تغلیظ مایعات، بیمار همچنان در معرض خطر ورود مواد به دستگاه تنفس، کم شدن آب بدن و سوء تغذیه است. بنابراین باید به طور مرتب، وزن بیمار اندازه‌گیری شده، از نظر کم آبی و سایر عوارض بررسی شود.

بیمار مبتلا به اختلال بلع، باید مرتب ارزیابی شود و در صورت لزوم تغییراتی در رژیم غذایی او ایجاد شود. در بسیاری از بیماران، اختلال بلع بعد از مدتی بهبود می یابد و بیمار قادر به دریافت رژیم غذایی معمولی می شود.

تغذیه در سرطان ها

سـرطان به علت تغییرات سـلولی کنترل نشده در تقسیم یا مرگ سـلول ها حاصل می شود. بیشتر سلول های بدن عملکردهای خاص و طول عمر ثابت دارند. برخی سـلول ها، دسـتور مرگ را دریافت می‌کنند تا بدن بتواند آن ها را با سـلول های جدیدتر و دارای کارایی بهتر جایگزین کند. سـلول های سرطانی، فاقد مرگ برنامه ریزی شده سلولی هسـتند که سـبب می شود به طور مداوم در حال تکثیر و رشد باشند. در نتیجه، آن ها با استفاده از اکسیژن و مواد مغذی سـلول های طبیعی، می توانند باعث ایجاد تغییرات دیگری شـوند که مانع عملکرد طبیعی بدن می شـود. عوامل متعدد در ایجاد سـرطان نقش دارند که برخی از آن ها قابل پیش‌گیری اسـت. عوامل خطر قابل پیش‌گیری سرطان شامل موارد زیر است:

- استعمال دخانیات
- مصرف الکل
- اضافه وزن بدن
- عدم تحرک جسمی کافی
- تغذیه نامناسب

سـایر علل سرطان قابل پیش‌گیری نیست. در حال حاضر مهم‌ترین عامل خطر غیر قابل پیش‌گیری برای سرطان، سن است. عوامل ژنتیکی می توانند در ایجاد سرطان نقش داشته باشند. کد ژنتیکی یک شخص به سلول های خود می‌گوید که کی باید تقسیم شوند و بمیرند. تغییر در ژن ها می تواند منجر به دستورالعمل های ناقص و در نتیجه بروز سرطان شود. ژن ها هم چنین بر تولید پروتئین ها که در رشد و تقسیم سلول ها نقش دارند، تأثیر می‌گذارند. بعضی از ژن ها پروتئین هایی را تغییر می دهند که معمولاً سلول های آسیب دیده را ترمیم می‌کنند و این تغییر، می تواند منجر به سـرطان شـود. اگر والدین این ژن ها را داشته باشند، می توانند دسـتورالعمل های تغییریافته را به فرزندان خود منتقـل کننـد. برخی تغییرات ژنتیکی بعد از تولد رخ می دهند و عواملی ماننـد دخانیات و قرارگرفتن زیاد در معرض آفتاب می توانند خطر رخ دادن این تغییرات را افزایش دهند.

عوارض جانبی در بیماران سرطانی و راهکارهایی برای بهبود دریافت تغذیه‌ای در این عوارض

۱. تهوع و استفراغ در سرطان

تهوع و استفراغ از شدیدترین عوارض جانبی شیمی‌درمانی در بیماران مبتلا به سرطان است. تهوع و استفراغ ناشی از شیمی درمانی و اشعه درمانی از جمله شایع‌ترین، مقاوم ترین و ناخوشایندترین عوارض جانبی در بیمارانی است که تحت درمان سرطان هستند. تهوع و استفراغ حدوداً ۶۰درصد بیماران مبتلا به سرطان در مراحل مختلف را تحت تأثیر قرار می دهد. بروز حاد و با تأخیر تهوع و استفراغ پس از شیمی‌درمانی، حتی پس از مصرف داروهای ضدتهوع، بیش از ۵۰ درصد اسـت. تهوع و اسـتفراغ معمولاً در ۴۸-۲۴ ساعت اول شـیمی درمانی ایجاد می شود و می تواند تا ۵-۲ روز باقـی بمانـد. حتی با بهترین داروهای ضد تهوع، بیش از نیمی از بیماران مبتلا به سـرطان، زمانی که تحت

درمان هستند، به صورت مداوم تهوع و استفراغ را تجربه می‌کنند. طی دو دهه اخیر، داروهایی با اثر بیشتر و قابل تحمل‌تر برای پیش‌گیری از تهوع و استفراغ ناشی از شیمی‌درمانی ساخته شده‌اند.

داروهای گیاهی متعدد به همراه درمان‌هایی مثل طب سوزنی و هیپنوتیزم در کنترل تهوع و استفراغ مورد استفاده قرار می‌گیرند. اگرچه هیچ‌کدام از این رویکردهای غیردارویی به تنهایی کارآیی کافی را ندارند، اما می‌توانند در کنار روش‌های دارویی برای کنترل تهوع و استفراغ نقش نسبی داشته باشند.

از مهم‌ترین گیاهان دارویی که برای کنترل تهوع و استفراغ استفاده می‌شود، می‌توان به زنجبیل اشاره کرد؛ زنجبیل، برای درمان تهوع ناشی از علل مختلف از جمله تهوع و استفراغ ناشی از شیمی‌درمانی کارآمد است. اگرچه استفاده از زنجبیل اثرات سمی ندارد، اما دوز روزانه تا شش گرم، از نظر دارویی کم‌ترین عوارض جانبی را دارد. وعده‌های پرپروتئین با زنجبیل، تهوع و استفراغ بعد از شیمی درمانی را بهبود می‌بخشد. مکمل زنجبیل در دُز ۰/۵ تا ۱ گرم در روز به طور چشمگیری باعث کاهش تهوع در بیماران بزرگسال می‌شود.

راهکارهایی برای بهبود دریافت تغذیه‌ای در تهوع و استفراغ ناشی از سرطان

- مصرف داروی ضدتهوع قبل از وعده غذایی باعث می‌شود اثر دارو در طول وعده و بعد از آن باقی بماند.
- مصرف وعده‌های کوچک و مکرر و میان‌وعده‌هایی مثل تست، کراکر و چیپس برای کاهش تهوع در زمانی که معده خالی است، کمک‌کننده است.
- به بیماران توصیه شود که مدت طولانی بدون غذا نمانند.
- دوری از غذاهایی که طعم و بوی قوی دارند، توصیه می‌شود.
- بهتر است از طبخ غذا یا قرارگرفتن در محیط‌هایی که در آن غذا طبخ می‌شود، اجتناب کنند.
- عدم مصرف غذاهایی که تند، چرب و پرنمک هستند، کمک کننده است.
- اضافه‌کردن برخی غذاها که به عنوان «غذاهای آسان» به‌ویژه برای بیماران شناخته می‌شوند (مثل جو دو سر، ماکارونی و پنیر)، در حد نیاز توصیه می‌شود.
- اگر بیمار تهوع صبحگاهی دارد، مصرف کراکرها (بیسکوئیت‌های ترد و شکننده) در رختخواب و بلافاصله پس از بیدارشدن توصیه می‌شود.
- بهتر است بیمار غذا را در محیطی که تهویه مطلوب دارد و دور از بوی غذا باشد (مثلا در اتاق غذاخوری؛ نه در آشپزخانه) مصرف کند.
- غذاهایی که بهتر تحمل می‌شوند، شامل غذاها با طعم ملایم مثل پوره گندم یا برنج یا جو، سیب‌زمینی آب‌پز یا نودل‌ها، منابع با پروتئین و چربی کم مثل مرغ بدون چربی، بوقلمون، تخم‌مرغ، هلو و گلابی کنسرو شده، پوره سیب، یا سایر میوه‌ها و سبزی‌های نرم و مخلوط، مایعات صاف‌شده مثل آب سیب و زغال‌اخته، آب‌گوشت کم‌نمک، چای، چای‌های زنجبیلی و نعنایی (اگر مشکل بازگشت محتویات معده به مری وجود دارد باید از نعنا پرهیز شود)، هستند که به صورت سرد یا نیمه‌گرم مصرف می‌شوند.
- نوشیدن به وسیله نی می‌تواند بو را کنترل کند.
- توصیه می‌شود بیمار دقت کند که تهوع چه زمانی و در اثر چه عاملی (مثلاً غذاهای خاص، رویدادهای اطراف و...) ایجاد شده و اگر الگوی خاصی دیده شد، آن را تغییر دهد.
- توصیه می‌شود بیماران یک ساعت پس از خوردن وعده غذایی به صورت نشسته، استراحت کنند. تماشای

تلویزیـون، خوانـدن مجله، صحبت با فرد مورد علاقه، بـازی با یک حیوان خانگی و ... می‌توانـد حواس فرد را از تهوع پرت کند.

- پرهیز از غذاهای سرخ شده، چرب و سنگین ضرورت دارد.
- پرهیز از اجبار بیمار به خوردن غذا حتی غذاهای مورد علاقه وی، به‌ویژه قبل و بعد از شیمی درمانی مهم است.
- بیماران تا زمانی که تهوع آن ها کنترل نشده، باید از خوردن و نوشیدن پرهیز کنند.
- توصیه می‌شود بیماران تلاش کنند حجم های کوچک مایعات شفاف مثل آب، آب‌گوشت، آب سیب و زغال اخته و سـایر آب میوه هـای بدون قطعـات میوه، دم‌نـوش زنجبیل، دسـرهای ژلاتینی، نوشـیدنی های ورزشـی، آب سبزی ها و چای مصرف کنند.
- تمرین های رفتاری مثل آرام سازی و گوش دادن به موسیقی می‌توانند علائم را کاهش دهند.
- از غذاهای داغ، تند یا سایر غذاهایی که باعث ناراحتی دستگاه گوارش می‌شوند، پرهیز شود.
- مایعات و الکترولیت ها به میزان کافی مصرف شوند.
- پرهیز از صرف غذا حداقل دو ساعت پیش از درمان، ضرورت دارد.

۲. بی‌اشتهایی

بی‌اشـتهایی منجر به کاهش غیرارادی دریافت غذا و سـوء تغذیه می‌شـود. در بیشتر موارد، بی اشتهایی سرطان با حمایت های تغذیه‌ای و درمان علت بیماری، قابل اصلاح است. بااین حال، بی اشتهایی به همراه افزایش سوخت و ساز و تغییرات شدید و سریع در ترکیب بدنی و وزن همراه است که باعث آسیب روحی بیمار و خانواده بیمار می‌شود. سـوء تغذیه باعث کاهش پاسـخ‌دهی به شـیمی‌درمانی و اشـعه‌درمانی، افزایش مرگ و میر بعد از عمل در بیماران سـرطانی، بدتر شـدن کیفیت زندگی و به علاوه کاهش بقا می‌شـود. بیش از ۵۰ درصد بیماران مبتلا به سـرطان، از بی‌اشـتهایی ناشـی از سرطان یا درمان سرطان رنج می‌برند. این وضعیت می‌تواند در بیماران مبتلا به سرطان های پیشـرفته یا بیماران مبتلا به سـرطان های لوزالمعده و دستگاه گوارش بیشتر باشـد. بی‌اشتهایی، شایع ترین علت سـوءتغذیه در بیماران سـرطانی اسـت. مطالعات اخیر نشان می‌دهند که درمان بی‌اشـتهایی، مثل لاغری ناشی از سرطان، در افراد مسن سخت تر از افراد جوان است.

درصورت بی اشتهایی، توصیه های زیر را رعایت کنید:

- وعده های غذایی را در حجم کم و تعداد دفعات بیشتر مصرف کنید.
- در زمان هایی که اشتهای بیشتری دارید، مواد غذایی بیشتری مصرف کنید.
- لازم اسـت مصرف مایعات همراه با وعده های غذایی در حد ضرورت باشـد تا باعث پر شـدن معده و احسـاس سیری نشود. بهتر است مایعات در فاصله وعده های غذایی، به میزان کافی مصرف شود.
- غذاها به نحوی تهیه شوند که طعم، بو و رنگ آن ها اشتها آور باشد.
- از چاشنی های اشتها آور مانند آب‌لیمو، آب غوره، سرکه، رب گوجه‌فرنگی و ترشی های تهیه شده با سرکه در رژیم غذایی خود استفاده کنید. البته درصورتی‌که سبب بروز مشکلات دهانی یا مشکلات گوارشی نمی‌شوید.
- از مصرف غذاهای پرچربی و غذاهای نفاخ پرهیز کنید؛ چراکه سبب سیری زودرس می‌شوند.
- قبـل از وعـده های غذایی، درصورت امـکان، ورزش مختصر از قبیل قدم‌زدن یا نرمش انجـام دهید؛ این امر به

افزایش اشتها کمک می‌کند.

- محیطی را که در آن غذا می‌خورید، لذت بخش کنید. برای مثال، می‌توانید هنگام غذا خوردن به موسیقی مورد علاقه‌تان گوش دهید.
- وجود یبوست، حالت تهوع و احساس درد سبب کاهش اشتها می‌شود. جهت بهبود این مشکلات با پزشک خود و متخصص تغذیه مشورت کنید.

۳. لاغری ناشی از سرطان

لاغری ناشی از سرطان از عوامل اصلی مرگ و میر در بیماران سرطانی است. لاغری ناشی از سرطان، به دلیل تحلیل ماهیچه (اسکلتی و قلبی) و ذخایر چربی است که به صورت علائمی مانند لاغری، اختلال سیستم ایمنی، اختلال در سوخت و ساز بدن و کیفیت پایین زندگی آشکار می‌شود. اخیراً دستورالعمل هایی برای لاغری ناشی از سرطان ارائه شده است. در افراد مسن، درمان سوءتغذیه پیشرفته سخت‌تر است و به طور معکوس بر کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارد. لاغری ناشی از سرطان در ۵۰ تا ۸۰ درصد بیماران سرطانی اتفاق می‌افتد.

در بیماران مبتلا به لاغری ناشی از سرطان، تغذیه کافی شامل افزایش دهنده های «کالری» و «پروتئین» و مکمل یاری تغذیه‌ای برای اطمینان از دریافت پروتئین بسیار مهم است. اگر دریافت پروتئین ناکافی بود، باید از مکمل های پروتئینی که به نوشیدنی های طعم دار اضافه می‌شوند، استفاده کرد. مکمل یاری با مولتی‌ویتامین ها و املاح برای پیش‌گیری از کمبودها و تأمین نیازهای افزایش یافته فرد بیمار نیز توصیه می‌شود. این موارد باید زیر نظر متخصص تغذیه انجام شود.

۴. تغییرات احساس چشایی

طعم و بوی غذا معمولاً اولین عامل محرک برای مصرف غذا در انسان است. بیماران مبتلا به سرطان که در حال شیمی‌درمانی، پرتودرمانی و درمان های ترکیبی هستند، تغییراتی را در حس چشایی و بویایی خود با شدت، دفعات و مدت متفاوت بیان می‌کنند. البته گاهی مصرف داروهای ضد افسردگی، ضد فشارخون و ضد استفراغ در این بیماران ممکن است مسئول تغییرات حس چشایی باشند.

فقدان یا تغییر حس چشایی و بویایی، دریافت غذایی را به شدت تحت تأثیر قرار می دهد، وضعیت تغذیه را به خطر انداخته، موجب اختلال در مجموعه درمان ها، عدم تحمل درمان و اختلال در روند بهبودی حاصل از مداخلات درمانی می‌شود و کیفیت زندگی را نیز تحت تأثیر قرار می دهد.

تغییر در حواس چشایی و بویایی مانند کاهش حس چشایی و مزه فلزی در دوره درمان سرطان و پس از آن، به طور مداوم توسط بیماران گزارش می‌شود. معمولاً در این بیماران، آستانه دریافت مزه تلخی پایین می‌آید (فرد زودتر و بیشتر مزه تلخ را احساس می‌کند) در حالی‌که آستانه برای مزه شیرینی افزایش می‌یابد (و بیمار دیرتر مزه شیرینی غذا را احساس می‌کند). مزه شوری هم دیرتر تغییر می‌کند. برخی از بیماران غذاهای شیرین را ترجیح می‌دهند، در حالی‌که سایرین توانایی بیشتری در تحمل غذاهای شور دارند. بیشترین بیزاری غذایی نسبت به گوشت و به دنبال آن نسبت به شکلات، میوه و قهوه مشاهده شده است. این تغییرات در چشایی و بویایی در بیماران مبتلا به سرطان، با بیزاری های غذایی و کاهش دریافت انرژی و مواد مغذی تظاهر پیدا می‌کند. نارسایی چشایی ممکن است به دلیل آسیب های وارده به جوانه های چشایی، تا زمان پاک شدن داروها از بدن باقی بماند. اکثر بیمارانی که با اشعه درمانی در ناحیه

سر و گردن درمان شده اند، تغییر در حس چشایی را در طول و پس از درمان گزارش کرده‌اند. اختلالات چشایی در مدت کوتاهی پس از آغاز پرتودرمانی شروع می‌شود و به دنبال اشعه درمانی، آستانه چشایی پس از سه تا پنج هفته به حداکثر می‌رسد. بااین حال این بهبود حسی پس از شش ماه تا یک سال به وضعیت اولیه خود باز می‌گردد.

در صورت تغییر حس چشایی و احساس طعم نامطلوب در دهان، توصیه های زیر را رعایت کنید:

- از مواد غذایی تازه یا نهایتاً فریز شده در تهیه غذاها استفاده کنید و از غذاهای کنسرو شده پرهیز کنید.
- از غذاهای پروتئینی شامل گوشت مرغ، ماهی، تخم مرغ و سویا به طور متنوع استفاده کنید.
- در تهیه غذاها از ادویه ها، سس، آب لیمو، سرکه، نعنا و نمک برای ایجاد طعم مطلوب استفاده کنید و درباره غذاهایی که امکان پذیر است، از مواد غذایی شیرین در ایجاد طعم مطلوب استفاده کنید.
- نوشیدنی های دارای طعم مطلوب از جمله شربت ها را می توانید برای از بین بردن طعم نامطلوب دهان به صورت جرعه جرعه مصرف کنید. مصرف بستنی یخی و آب نبات دارای طعم مطلوب نیز می تواند در این زمینه کمک نماید.
- مصرف مواد غذایی بعد از رسیدن غذا به درجه حرارت محیط صورت گیرد و در صورت امکان، مواد غذایی به صورت سرد مصرف شوند.
- از مصرف مواد غذایی در ظرف فلزی و استیل پرهیز کنید.
- در طول روز به طور مکرر دهان خود را بشویید.

۵. التهاب مخاط دهان

التهاب مخاط دهان در ۷۵ تا ۸۰درصد بیمارانی که مقادیر بالای داروهای شیمی‌درمانی قبل از پیوند سلول های خونساز دریافت کرده اند و یا در بیمارانی که تحت درمان با مقادیر استاندارد شیمی درمانی قرار داشته‌اند، دیده می‌شود. از آنجا که التهاب مخاط دهان می تواند با عفونت های قارچی همراه باشد، سرما درمانی (با استفاده از تکه های یخ) اثرات سودمندی در پیش‌گیری از آن دارد. ترکیباتی مانند نمک و جوش شیرین نیز می توانند در توقف علائم التهاب مخاط دهان مؤثر باشند.

برای تهیه محلول نمک و جوش شیرین، باید روزانه در چهار لیوان آب جوشیده، یک قاشق چای خوری نمک و یک قاشق چای خوری جوش شیرین اضافه کرد و دهان را مرتب شست وشو داد.

در صورت التهاب دهان یا مری، توصیه های زیر را رعایت کنید:

- از مواد غذایی نرم و آب دار در رژیم غذایی استفاده کنید.
- از مصرف مواد غذایی خشک و مواد غذایی دارای بافت زبر و خشن مانند نان ها و بیسکوئیت های سبوس دار پرهیز کنید. نان های مصرفی از نوع نان سفید با بافت نرم (مانند نان لواش نرم) باشند. هم چنین بهتر است بیسکوئیت ها، کیک ها و مواد غذایی مشابه را قبل از استفاده در آب، چای، شیر یا آب میوه قرار داد تا نرم شوند.
- از مصرف مواد غذایی پر ادویه و تند، مواد غذایی اسیدی همانند آب لیمو، آب مرکبات، آب غوره، سرکه و هم چنین گوجه فرنگی، مرکبات با طعم ترش، فلفل ها و سایر مواد غذایی تحریک کننده پرهیز کنید.

- مصـرف مواد غذایی بعد از رسـیدن غذا بـه درجه حرارت محیط صورت گیرد و در صـورت امکان مواد غذایی به صورت سرد مصرف شوند.
- استفاده از بستنی یخی و مکیدن قطعات کوچک یخ توصیه می‌شود.
- از مصرف الکل پرهیز شود.

۶. اختلال بلع

اختـلال بلـع بـه علل مختلفی از جمله اختلال در سـاز و کار بلع -که در سـرطان شـایع اسـت- و اختلال دسـتگاه عصبی- عضلانی ایجاد می‌شود. در بیماران مبتلا به سرطان، اختلال بلع یکی از علائم شایع ناشی از تومورهای دهان، مری، سر، گردن و مغز است یا در اثر شیمی‌درمانی و جراحی سرطان‌ها یا در اثر ضعف عمومی ناشی از عدم استفاده یـا کاهش اسـتفاده از عضلات بلعی ایجاد می‌شـود. اختلال بلـع طولانی‌مدت می‌تواند منجر بـه دریافت تغذیه‌ای ناکافی، سـوء تغذیه، کاهش وزن، تشـدید بیماری و پیامدهای درمان و در نهایت، کاهش کیفیت زندگی بیمار شود.

عدم تشخیص و درمان اختلال بلع، می‌تواند منجربه ورود محتویات هضم‌شده یا ترشحات بزاقی یا هردو، از طریق نای به داخل ریه شود و ذات الریه ایجاد کند و اگراین وضعیت مکرر رخ دهد، بیماری‌های مزمن ریوی ایجاد می‌شوند.

اگـر علـت اختلال بلع، وجـود تومور باشـد، درمان اولیه شـامل جراحی تومـور و بازگرداندن مجرای مری اسـت و درمان‌های پس از جراحی، از جمله شیمی‌درمانی به منظور حفظ اندام و اشعه‌درمانی با هدف کاهش آسیب انجام می‌شود. راهکارهای جبرانی شامل تغییر وضعیت بدن، تغییر راهکارهای غذاخوردن و تغییرات رژیم غذایی هستند. فرآیندهای درمانی شامل برنامه فعالیت بدنی و تمرین حرکات بلع، می‌تواند عملکرد بلع را آسان کند. شیوع اختلال بلع در بیماران مبتلا به سرطان، تحت تأثیر سن و مشکلات خاص مربوط به افزایش سن است.[۱]

۷. خستگی مرتبط با سرطان

یک علامت ناتوان‌کننده و آزاردهنده اسـت که توسـط بیماران به شـکل خسـتگی بیان می‌شـود که به سرطان و یا درمان آن مرتبط است و تداوم دارد. خستگی با ازدست‌دادن حالت تحریکی، کمبود انرژی، حالت افسردگی و فقدان انرژی و نشـاط همراه اسـت. این خستگی با اسـتراحت و خواب نیز رفع نمی‌شود. بیماران سرطانی معمولاً خستگی را بر اسـاس چهار تغییر توصیف می‌کنند: کاهش کارایی بدن، خسـتگی شـدید و غیرمعمول، احساس ضعف و نیاز غیرعادی به اسـتراحت. خسـتگی شایع‌ترین علامتی اسـت که توسط بیماران مبتلا به سـرطان گزارش می‌شود. به طور کلی، ۵۰ تا ۹۰درصد بیماران مبتلا به سـرطان، خسـتگی را تجربه می‌کنند. خسـتگی در ۴۰درصد از بیماران در زمان تشـخیص سـرطان، در بیش از ۹۰درصد از آن‌هایی که اشعه درمانی می‌شـوند و بیش از ۸۰درصد بیمارانی که شیمی‌درمانی می‌شوند گزارش شده است.

برخی داروهای شـیمی‌درمانی، سـطح سـرمی مواد تنظیم‌کننـده خـواب را در بیماران مبتلا به سـرطان افزایش می‌دهند. بیمارانی که تحت عمل جراحی سرطان قرار می‌گیرند، میزان بالایی از خستگی‌های بعد از جراحی را نشان می‌دهند که با گذر زمان بهبود می‌یابد. خستگی توسط بیمارانی که در معرض پرتو قرار می‌گیرند نیز به صورت مداوم گزارش می‌شـود و یکی از عوارض معمول و محدودکننده فعالیت بیماران اسـت. بیشتر بیماران افزایش خستگی در مـدت پرتودرمانـی را گزارش می‌کنند که در اواسـط آن بیشـترین افزایش را دارد. سـپس تا زمان پایـان پرتودرمانی،

۱. اطلاعات بیشتر در خصوص اختلال بلع و راهکارهای تغذیه‌ای برای کاهش مشکلات ناشی از آن در بخش سکته مغزی ارئه شده است.

خستگی در همین حد باقی می‌ماند و در طول دو ماه بعد از تکمیل دوره درمان، تا حدودی بهبود می‌یابد. البته بسیاری از بیماران به سطح انرژی قبل از درمان باز نخواهند گشت. بیماران دریافت‌کننده پرتودرمانی که در سنین بالا هستند و درمان‌های چندگانه دریافت می‌کنند، در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به خستگی هستند.

قدم اول در ارزیابی خستگی، باید شامل تشخیص بیماری‌های همراه مثل ناهنجاری‌های تیروئید، کم خونی در بیماران مصرف‌کننده داروهای ضد سرطان، درد، آشفتگی روانی، بی خوابی و سایر بیماری‌های همراه که قابل شناسایی و درمان هستند، باشد. در این بیماران باید از دریافت کافی پروتئین و انرژی اطمینان حاصل شود.

فهرستی از مکمل‌های پر پروتئین و پر انرژی، برای انتخاب از بین آن‌ها در اختیار بیماران گذاشته شود و تغییرات چشایی، سیری زودرس، تهوع و استفراغ -که علائم رایجی در این بیماران است- مورد توجه قرار گیرد. برای جلوگیری از اختلالات الگوی خواب، لازم است از مصرف نوشیدنی‌های کافئین دار مثل قهوه و چای، نوشیدنی‌های گازدار و نوشیدنی‌های الکلی اجتناب شود.

۸. التهاب روده‌ای ناشی از پرتودرمانی

التهاب روده‌ای ناشی از پرتودرمانی، شامل اختلال عملکردی روده بزرگ و کوچک است که در طی یا پس از یک دوره پرتودرمانی شکم، لگن یا راست روده اتفاق می‌افتد. این بیماری با علائمی هم چون درد، نفخ شکم، استفراغ و اسهال همراه است و می‌تواند با اختلال و از بین رفتن عملکرد دستگاه گوارش، سوء جذب چربی، قند شیر، اسیدهای صفراوی و ویتامین B_{12} خود را نشان دهد. آسیب به مقعد در اثر پرتودرمانی معمولاً در طی شش هفته از درمان رخ می‌دهد و شامل علائمی مانند اسهال و خون ریزی غیرمعمول از مقعد است. علائم التهاب حاد روده معمولاً دو تا سه هفته پس از اتمام مراحل درمان برطرف می‌شود. پرتودرمانی شکمی برای سرطان دهانه رحم، تخمدان، پروستات و روده بزرگ در بیش از ۸۰ درصد بیماران مبتلا به سرطان، مسئول اسهال ناشی از پرتودرمانی، التهاب روده کوچک و بزرگ است. استفاده منظم از پروبیوتیک‌ها، مانند مکمل پروبیوتیک یا فرآورده‌های لبنی حاوی پروبیوتیک در کاهش علائم التهاب روده‌ای ناشی از پرتودرمانی مؤثر است، اما هنگام شیمی‌درمانی چون احتمال تضعیف سیستم ایمنی وجود دارد، باید با احتیاط مصرف شود یا مصرف نشود.

در صورت بروز اسهال طی یا پس از پرتودرمانی، توصیه‌های زیر را رعایت کنید:

- غذاهای خود را در حجم کم و تعداد دفعات بیشتری مصرف کنید.
- مصرف سبزی‌ها را در رژیم غذایی کاهش دهید و از مصرف سبزی‌های نفاخ (از قبیل انواع کلم‌ها، انواع ترب‌ها، پیاز، خیار و ذرت) پرهیز کنید.
- مصرف میوه‌ها را در رژیم غذایی کاهش دهید و حتماً پوست میوه را جدا کنید. از میان میوه‌ها، سیب و موز در کمک به بهبود اسهال مؤثر هستند.
- در رژیم غذایی از نان‌های سفید، برنج و سیب زمینی استفاده کنید و از مصرف نان‌ها و غلات سبوس دار پرهیز کنید.
- میزان نمک در رژیم غذایی در حد کافی باشد.
- از مصرف حبوبات و مغزها پرهیز کنید.
- از مصرف مواد غذایی بسیار سرد یا بسیار داغ پرهیز کنید.

- مصرف چای با درجه حرارت کم توصیه می‌شود.
- از مصرف زیاد قند، شکر، عسل، نوشابه‌ها، ماء الشعیر، آب میوه های صنعتی، شربت، بستنی و مواد غذایی شیرین پرهیز شود.
- از مصرف شیر پرهیز شود.
- چربی رژیم غذایی در حد کم باشد و از روغن های مایع جهت پخت و پز استفاده شود. از مصرف غذاهای پرچرب، غذاهای سرخ‌شده در روغن و چربی‌های جامد، لبنیات پرچرب، خامه، کره، سوسیس، کالباس و گوشت های پرچربی اجتناب شود.
- از مصرف مواد غذایی تند و حاوی ادویه زیاد پرهیز گردد.
- مصرف مایعات به میزان کافی صورت گیرد و بعد از هر بار اجابت مزاج در حالت اسهال، یک لیوان آب یا مایعات مجاز دیگر مصرف شود.
- از مصرف نوشیدنی‌های الکلی پرهیز شود.

در صورت بروز یبوست طی پرتودرمانی یا پس از آن، توصیه های زیر را رعایت کنید:

- همراه با وعده‌های غذایی صبحانه، ناهار و شام به میزان کافی از گروه سبزی‌ها مصرف کنید.
- در طول روز به میزان کافی از گروه میوه (حداقل چهار عدد) استفاده کنید.
- در رژیم غذایی خود میزان مصرف برنج، سیب‌زمینی و نان های سفید را کاهش دهید و به جای آن‌ها از نان های سبوس‌دار استفاده کنید.
- در صورت مصرف بیسکوئیت، از بیسکوئیت های سبوس‌دار استفاده کنید.
- در رژیم غذایی خود از حبوبات استفاده کنید.
- در طول روز حداقل هشت تا ده لیوان مایعات، به‌ویژه آب مصرف کنید.
- در طول روز همراه با مایعات دریافتی می توانید از تخم شربتی یا خاکشیر به همراه آب ولرم نیز استفاده کنید که می تواند به برطرف شدن یبوست کمک نماید.
- مصرف میوه‌های خشک خیسانده شده در آب، مانند آلو خشک، انجیر خشک و برگه های هلو یا زرد آلو می‌تواند به برطرف‌شدن یبوست کمک نماید.
- از مصرف زیاد مواد غذایی حاوی کافئین (قهوه، کاکائو، شکلات، نوشابه‌های سیاه و چای پر رنگ) پرهیز شود.
- در صورت امکان، در طول روز به میزان کافی فعالیت بدنی داشته باشید و دست‌کم نیم تا یک ساعت ورزش یا پیاده‌روی انجام دهید. کم‌تحرکی سبب بروز یبوست می شود.
- اجابت مزاج را به تأخیر نیندازید و به محض احساس دفع، اجابت مزاج داشته باشید.
- نداشتن استرس و حفظ آرامش روحی می‌تواند در بهبود یبوست مؤثر باشد.

۹. تضعیف سیستم ایمنی

افراد مبتلا به سرطان، ممکن است به دلیل تغییراتی که در سیستم ایمنی بدن آن‌ها اتفاق می‌افتد، بیشتر در معرض خطر عفونت قرار بگیرند. درمان سرطان و خود بیماری سرطان، می‌تواند به روش‌های مختلف بر سیستم ایمنی و سایر دستگاه‌های بدن تأثیر بگذارد. سیستم ایمنی بدن، گروهی از سلول‌ها، بافت‌ها و اندام‌هایی هستند که با هم کار

می‌کنند تا در یافتن و حذف میکروب هایی که به بدن حمله می‌کنند و باعث عفونت می شوند، کمک کنند. گلبول های سفید (بخشی از سیستم ایمنی بدن)، اصلی‌ترین نوع سلول است که وظیفه محافظت از بدن در برابر عفونت ها را بر عهده دارد. انواع مختلف گلبول های سفید وجود دارد و هر کدام در دفاع از بدن در برابر عفونت ها نقش دارند.

کمبود ویتامین ها، مواد معدنی، انرژی و پروتئین، می‌تواند سیستم ایمنی بدن را تضعیف کرده، باعث شود کم‌تر بتواند میکروب ها را پیدا کرده، از بین ببرد. این بدان معناست که افراد از نظر تغذیه‌ای ضعیف (مبتلا به سوءتغذیه)، به احتمال زیاد دچار عفونت می شوند. افرادی که دچار سوءتغذیه می شوند، انرژی و مواد مغذی کافی دریافت نمی‌کنند، یا بدن نمی‌تواند از مواد غذایی موجود در آن استفاده کند. در هر صورت، این موارد می‌توانند سیستم ایمنی بدن را تضعیف کنند. افراد مبتلا به سرطان، معمولاً برای حمایت از سلول های سیستم ایمنی و بافت های دیگر به کالری و پروتئین اضافی نیاز دارند. مثلاً در مرحله بهبودی پس از جراحی نیاز بدن به مواد مغذی افزایش پیدا می‌کند.

ضعف تغذیه ای در افراد مبتلا به سرطان، علل مختلفی دارد. اولاً: سرطان به خودی خود می تواند خوردن یا هضم غذا را دشوار کند. این مشکل در افرادی که سرطان دستگاه گوارش، دهان یا گلو دارند، شایع‌تر است. دوماً: درمان سرطان مانند پرتودرمانی و شیمی‌درمانی می‌تواند باعث تهوع و از بین رفتن اشتها شود.

درمان سرطان می‌تواند خطر عفونت را افزایش دهد

- **جراحی:** هر نوع جراحی عمده می‌تواند سیستم ایمنی بدن را تضعیف کند. بی‌هوشی ممکن است در تضعیف سیستم ایمنی نقش داشته باشد. ممکن است بهبود کامل سیستم ایمنی بدن ده روز یا بیشتر طول بکشد. در جراحی، هم‌چنین پوست شکافته می‌شود که می‌تواند به غشاهای مخاطی و بافت زیر پوست آسیب برساند و باعث قرار گرفتن آن در معرض عوامل بیماری‌زا شود.
- **شیمی‌درمانی:** شایع‌ترین علت ضعف سیستم ایمنی در افرادی است که به درمان سرطان می‌پردازند. شیمی‌درمانی می‌تواند باعث کاهش تعداد سلول های نوتروفیل -که نوعی گلبول سفید مسئول دفاع بدن است- شود؛ در نتیجه، بدن به خوبی قادر به مبارزه با عفونت ها نخواهد بود. تأثیر شیمی‌درمانی بر سیستم ایمنی بدن به موارد بسیاری بستگی دارد که شامل نوع داروی مصرفی، دُز شیمی‌درمانی (چه مقدار از هر دارو به طور هم‌زمان تجویز می‌شود)، دفعات دریافت شیمی‌درمانی، درمان های گذشته سرطان، سن فرد (افراد مسن بیشتر احتمال دارد با یا بدون سرطان دچار عفونت شوند)، وضعیت تغذیه‌ای فرد، نوع سرطان و مرحله سرطان است. برخی داروها بر مغز استخوان و سیستم ایمنی بدن تأثیر می‌گذارند.
- **پرتو درمانی:** پرتودرمانی می‌تواند باعث کاهش گلبول های سفید خون شود که خطر عفونت را افزایش می‌دهد. عوامل مرتبط با تأثیر اشعه درمانی بر سیستم ایمنی بدن عبارتند از: مقدار کل تابش، برنامه تابش، قسمتی از بدن که تحت تابش اشعه قرار می‌گیرد، مقداری از بدن که اشعه می‌گیرد و دریافت هم‌زمان راهکارهای درمانی دیگر.

در صورت ضعیف بودن سیستم ایمنی بدن، توصیه های زیر را رعایت کنید:

- قبل از تهیه غذاها، کلیه ظروف، وسایل و موادغذایی مورد نیاز را کاملاً بشویید.
- قبل از مصرف غذاها، دست های خود را با آب گرم و صابون به خوبی بشویید.
- کلیه غذاها و به‌ویژه انواع گوشت ها، مرغ و ماهی را به خوبی بپزید.

- از مصرف میوه‌ها و سبزی‌هایی که فاقد پوست هستند و یا پوست نازک دارند، پرهیز کنید. تنها میوه‌ها و سبزی‌هایی را که می‌توان پوست آن‌ها را جدا نمود و پوست آن‌ها کاملاً بدون آسیب دیدگی است، مصرف کنید و قبل از مصرف، این میوه‌ها و سبزی‌ها را کاملاً بشویید.
- هنگامی که میوه‌ای پوست کنده می‌شود، مصرف شود و میوه‌ای که پوست کنده در دمای معمولی یا یخچال نگهداری شده، مجدد مصرف نشود.
- مصرف سبزی‌ها و میوه‌ها به صورت پخته مجاز است.
- از لبنیات پاستوریزه شامل شیر و ماست پاستوریزه استفاده کنید و از مصرف لبنیات غیرپاستوریزه پرهیز شود. هم‌چنین سایر محصولاتی که از شیر تهیه می‌شوند، همانند بستنی‌ها، باید پاستوریزه باشند.
- از مصرف تخم‌مرغ خام و مواد غذایی حاوی تخم‌مرغ خام پرهیز کنید.
- از مصرف عسل غیر پاستوریزه و آب میوه‌های غیرپاستوریزه پرهیز شود.
- از مصرف ادویه‌های خام و سایر مواد گیاهی مشابه به صورت خام پرهیز کنید.
- غذاهایی که لازم است در سرما نگهداری شوند را بر حسب نوع ماده غذایی در یخچال یا فریزر نگهداری کنید و از مصرف غذاهایی که بیش از دو ساعت بیرون از یخچال بوده‌اند، پرهیز کنید.
- غذاهای گرم را بلافاصله بعد از خنک شدن مصرف کنید و از مصرف مجدد آن‌ها برای وعده‌های بعد پرهیز کنید.
- از مصرف غذاهای آماده موجود در اغذیه‌فروشی‌ها و مواد غذایی ارائه شده توسط دست‌فروش‌ها پرهیز کنید.
- از مصرف مواد غذایی تاریخ گذشته و مواد غذایی کپک‌زده پرهیز کنید.
- از مصرف مواد غذایی کنسرو شده که شکل قوطی‌های کنسرو آن‌ها تغییر کرده، مواد غذایی موجود در جعبه‌های آسیب‌دیده و هم‌چنین مواد غذایی که روکش پلاستیکی آن‌ها آسیب دیده، پرهیز کنید.
- برای مصرف آب آشامیدنی می‌توانید از آب لوله‌کشی سالم و یا بطری‌های آب بسته‌بندی شده استفاده کنید.

بیماران با پیوند مغزاستخوان، بهتراست تا صد روز بعد از پیوند، از مصرف میوه‌ها و سبزی‌های خام پرهیزکنند.

۱۰. تغذیه پس از درمان سرطان

هنگامی که مراحل درمان سرطان تمام شد، افراد باید تغییراتی در روش زندگی و نحوه غذا خوردن خود ایجاد کنند و نکات زیر را جهت حفظ سلامت و پیش‌گیری از بروز مجدد بیماری خود رعایت کنند:

- غذاها را کاملاً بجوید و آهسته میل کنید.
- از غذاهای سرخ‌شده در روغن، غذاهای پرچرب و غذاهای کبابی پرهیز کنید.
- غذاها را به صورت آب‌پز یا بخارپز مصرف کنید. تهیه غذاهای آب‌پز طوری باشد که طعم آن مطلوب باشد.
- از مصرف روغن‌ها و چربی‌های جامد پرهیز کنید. برای پخت و پز از روغن‌های گیاهی مایع استفاده کنید؛ بهترین روغن در این زمینه روغن کُلزا (یا روغن کانولا) می‌باشد.
- از مصرف چربی گوشت‌ها، پوست مرغ، پوست ماهی، لبنیات پرچرب، سس‌های سفید، کره، خامه و شیرینی‌های خامه‌ای پرهیز کنید.
- بخش عمده گوشت مصرفی از نوع گوشت سفید (مرغ و ماهی) باشد و از مصرف گوشت قرمز، به‌ویژه گوشت‌های قرمز پرچربی مثل گوشت‌های قرمز چرخ‌کرده، پرهیز کنید. مصرف گوشت قرمز کم‌چربی نیز به دو بار در هفته

کاهش یابد.

- از مصرف سوسیس، کالباس و سایر مواد غذایی گوشتی فرآوری شده مانند همبرگر و ... پرهیز کنید.
- از قراردادن نمک‌دان بر سر سفره پرهیز کنید. میزان نمک غذاها در حد متعادل باشد. از مواد غذایی شور مانند خیار شور، ترشی شور و ... تا حد امکان کم استفاده کنید.
- از مصرف مواد غذایی دودی پرهیز کنید.
- همراه با غذا، به میزان کافی از گروه سبزی‌ها استفاده کنید.
- مصرف میان‌وعده‌ها الزامی است. مصرف میوه در میان‌وعده‌ها توصیه می‌گردد.
- در رژیم غذایی خود از مواد غذایی سبوس‌دار شامل نان‌های سبوس‌دار، مانند نان سنگگ و بیسکوئیت های سبوس‌دار، مانند بیسکوئیت ساقه‌طلایی استفاده کنید.
- در رژیم غذایی روزانه خود از لبنیات کم‌چرب به میزان کافی استفاده کنید.
- در رژیم غذایی خود از چای سبز استفاده کنید.
- مصرف قند، شکر، مربا، عسل، شربت و سایر غذاها که در تهیه آن‌ها از شکر استفاده شده، در حد متعادل باشد.
- در صورت امکان، روزانه حداقل نیم‌ساعت تا یک‌ساعت پیاده‌روی کنید.
- از مصرف الکل و کشیدن سیگار پرهیز کنید.

فصل چهارم
تغذیه در شرایط خاص
دوران سالمندی

تغذیه در سالمندان آسیب پذیر[1]

آسیب پذیری[2] یک اختلال است که در ۵ تا ۲۷ درصد سالمندان بالای ۶۵ سال دیده می شود و با کاهش قدرت عضلات و اختلال در عملکرد بدنی تعریف می‌گردد. آسیب پذیری می تواند موجب افزایش زمین خوردن، بستری مکرر در بیمارستان و مرگ و میر در سالمندان شود. خوشبختانه با انجام مداخلات مختلف، کمبودهای تغذیه‌ای و کاهش عملکرد بدنی شایع در افراد آسیب پذیر، قابل پیش‌گیری و برگشت پذیر است. مواد مغذی مختلف در حفظ عملکرد عضلات و استخوان ها و پیش‌گیری از کاهش عملکرد سالمندان مؤثر شناخته شده‌اند. با افزایش سن، معمولاً میزان دریافت غذا به علل متعددی کاهش می یابد و می تواند منجر به کاهش دریافت انرژی و سوءتغذیه گردد. سالمندان در مقایسه با جوانان، کم‌تر گرسنه و تشنه می شوند و آرام‌تر غذا می خورند؛ کاهش حس چشایی و بویایی، احساس سیری زودتر به دنبال مصرف غذا، مشکلات دندانی، اختلال در جویدن و بلع و تغییر عملکرد دستگاه گوارش، از جمله این علل هستند.

حفظ تغذیه مناسب در سالمندی از عوامل بسیار مهم در پیش‌گیری از بروز آسیب پذیری است و کفایت دریافت پروتئین و انرژی جهت حفظ عملکرد عضلات و استخوان ها در سالمندان ضروری است.

دریافت مقدار کافی انرژی

سالمندان براساس میزان فعالیتی که دارند، به انرژی معادل ۱/۴ تا ۱/۸ برابر مقدار انرژی پایه برای سوخت و ساز بدن نیاز دارند. این مقدار برای مردان بین ۱۹۸۲ تا ۲۸۹۰ کیلوکالری و برای زنان، معادل ۱۶۲۵ تا ۲۳۱۶ کیلوکالری در روز است. هر صد کیلوکالری افزایش در دریافت انرژی، موجب ۵درصد کاهش خطر بروز آسیب پذیری می شود. عدم دریافت انرژی به اندازه کافی عموماً منجر به کاهش وزن می شود و کاهش وزن در سالمندان، موجب اختلال عملکرد بدنی در اندام ها، به خصوص کاهش قدرت پاها خواهد شد.

خطر بروز آسیب پذیری در سالمندان چاقی که به منظور کاهش وزن بدون انجام فعالیت بدنی منظم از رژیم هایی با کالری محدود تبعیت می‌کنند، بسیار بالاست. بنابراین، لازم است کاهش وزن سالمندان چاق با محدودیت اندک کالری و همراه با فعالیت بدنی باشد.

دریافت مقدار کافی پروتئین

دریافت مقدار کافی پروتئین، از تحلیل عضلات و استخوان ها جلوگیری می‌کند. عدم تعادل بین میزان دریافت و میزان مورد نیاز پروتئین می تواند به کاهش توده عضلانی منجر شود. دریافت پروتئین توسط سالمندان کم‌تر از جوانان است. عواملی مانند تغییرات بدنی و بیماری های وابسته به سن، بی اشتهایی در سالمندی، عدم وجود امنیت غذایی مرتبط با مسائل اقتصادی و محدودیت های اجتماعی، می تواند باعث این کاهش دریافت شود. مقدار پروتئین مورد نیاز روزانه در سالمندان سالم ۱ تا ۱/۲ گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن است و این مقدار برای سالمندانی که از سوءتغذیه یا بیماری های حاد رنج می برند، ۱/۲ تا ۱/۵ گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن است. علاوه بر میزان دریافت روزانه پروتئین، توزیع پروتئین در وعده های مختلف غذایی در روز اهمیت خاصی دارد، به نحوی که در هر وعده غذایی اصلی (صبحانه، ناهار و شام) حداقل حدود ۲۵ تا ۳۰ گرم پروتئین با کیفیت بالا

1. Frail
2. Frailty

باید مصرف شود. دریافت کم‌تر از ۶۶ گرم پروتئین در روز در مردان و کم‌تر از ۵۵ گرم در روز پروتئین در زنان، با افزایش خطر آسیب‌پذیری همراه است. پروتئین علاوه بر ایفای نقش در کاهش خطر آسیب‌پذیری، در پیش‌گیری از شکستگی‌های استخوانی ناشی از پوکی استخوان هم مؤثر است.

دریافت مقدار کافی ریزمغذی‌ها

کمبود ریزمغذی‌ها در سالمندان شایع است و این شیوع بالا، به علت کاهش دریافت غذا در سالمند، قیمت و هزینه بالای ریزمغذی‌ها و نبود تنوع در غذای مصرفی است. دو ریز مغذی که کمبود آن‌ها در سالمندی شایع‌تر از بقیه است ویتامین D و ویتامین B_{12} هستند.

عدم دریافت مقادیر کافی ویتامین D در گروه سالمندان بسیار شایع است و به طور مستقیم با آسیب‌پذیری در ارتباط است. ویتامین D با ایفای نقش در معدنی کردن استخوان‌ها، تحریک تولید پروتئین در عضلات و پیش‌گیری از بروز تحلیل عضلانی، مانع آسیب‌پذیری سالمندان می‌شود. میزان ویتامین D روزانه مورد نیاز در افراد جوان‌تر، ۶۰۰ واحد و در سالمندان، ۸۰۰ واحد است. ارتباط بین ویتامین B_{12} و سلامت استخوان و عضلات مشخص شده است. نیاز روزانه به منظور جلوگیری از کمبود این ویتامین، ۴ میکروگرم است، ولی مقادیر مشخصی برای گروه سالمندان به طور مجزا تعیین نشده است. در مواردی که سوء جذب ویتامین B_{12} وجود دارد، درمان خوراکی یا تزریق عضلانی آن مؤثر است.

الگوهای غذایی

بر اساس مطالعات، تبعیت از رژیم مدیترانه‌ای با کاهش خطر آسیب‌پذیری همراه است. رژیم مدیترانه‌ای شامل مقادیر قابل توجهی از غذاهای گیاهی، مقادیر متوسط تا زیاد از ماهی، مقادیر متوسط تخم‌مرغ، مرغ و مقادیر کمی گوشت قرمز است و منبع اصلی روغن در این الگوی غذایی، روغن زیتون است. به طورکلی جهت پیش‌گیری از آسیب‌پذیری تبعیت از یک رژیم متعادل توصیه می‌شود.

دریافت بالای پروتئین (به جز در بیماران کلیوی و کبدی) در رژیم غذایی می‌تواند مانع بروز آسیب‌پذیری شود.

براساس مطالعات دریافت دست‌کم سه واحد میوه در روز با کاهش ۲۵ درصدی میزان آسیب‌پذیری همراه است، در حالی‌که دریافت دو سهم سبزی موجب ۴۴ درصد کاهش این خطر می‌شود. مصرف توام روزانه پنج سهم یا بیشتر از میوه و سبزی با کاهش ۷۰ درصدی خطر آسیب‌پذیری در سالمندان همراه است. بر این اساس، سودمندی مصرف میوه‌ها و سبزی‌ها در کاهش خطر کوتاه‌مدت آسیب‌پذیری در افراد بالای هفتاد سال مؤثر است.

دریافت ضداکسیدان‌ها

از آنجا که ضداکسیدان‌ها در پیش‌گیری از تحلیل عضلانی مؤثر هستند، به نظر می‌رسد مصرف آن‌ها در پیش‌گیری از آسیب‌پذیری نیز تأثیر داشته باشد. ارتباط بین دریافت بیشتر ضداکسیدان‌ها با کاهش خطر بروز آسیب‌پذیری اثبات شده است. مصرف میوه‌ها، چای سبز و قهوه با افزایش ظرفیت کل ضداکسیدانی در کاهش خطر بروز آسیب‌پذیری مؤثر است. مقادیر پایین بتاکاروتن، لوتئین[1]، ویتامین‌های A، C و E، B_6 و اسید فولیک با شیوع بیشتر آسیب‌پذیری همراه است و هرچه دریافت این ریز مغذی‌ها کم‌تر باشد، این خطر نیز بیشتر است.

---

۱. لوتئین به عنوان یک آنتی‌اکسیدان در برخی از مواد غذایی مانند سبزیجات برگ‌دار و تیره رنگ مانند کلم و کاهو با برگ‌های سبز تیره یافت می‌شود. لوتئین در زرده تخم‌مرغ و ذرت نیز یافت می‌شود. این ماده مفید علاوه بر مقابله با بیماری‌های مهلکی مثل سرطان و تنگی عروق به پیش‌گیری از بیماری‌های چشمی و پوستی نیز کمک می‌کند. لوتئین به عنوان یک آنتی‌اکسیدان، از آسیب رساندن رادیکال‌های آزاد به سلول‌های بدن محافظت می‌کند.

اسیدهای چرب امگا-۳

مکمل یاری با روغن ماهی می‌تواند موجب بهبود عملکرد عضلات شود. بعضی مطالعات بر اثرات دریافت اسیدهای چرب امگا-۳ بر کاهش خطر بروز آسیب پذیری تأکید دارند، اما یافته ها در این زمینه کافی نیست.

مداخلات توصیه شده برای کاهش آسیب پذیری در سالمندان عبارتند از:

- افزایش فعالیت بدنی و تبعیت از شیوه زندگی فعال و پر تحرک
- رژیم غذایی سالم
- قطع مصرف دخانیات
- حفظ وزن مناسب
- کنترل عوامل خطر عروقی مانند بالا بودن چربی خون، دیابت و فشارخون بالا

به منظور اثر بخشی بیشتر مداخلات غذایی، توصیه می شود مداخلات تغذیه هم زمان با افزایش فعالیت بدنی باشد.[۱]

تغذیه در آلزایمر و سایر انواع زوال عقل

زوال عقل، اصطلاحی کلی است که برای توصیف کاهش عملکرد ذهنی در شدتی که زندگی روزانه را مختل کند، به کار می رود و شامل مجموعه‌ای از علائم است که بر حافظه، تفکر، استدلال، شخصیت، اخلاق و رفتار فرد اثر می گذارد. به بیان دیگر، وقتی بخش هایی از مغز که در یادگیری، حافظه، تصمیم‌گیری و زبان نقش دارند، دچار اختلال می‌شوند، فرد مبتلا به زوال عقل می‌شود.

شایع‌ترین علت زوال عقل، بیماری آلزایمر است. اما بیماری های عروقی مغز، پارکینسون و سایر بیماری ها نیز می‌توانند سبب زوال عقل شوند. برخی به اشتباه تصور می کنند که با افزایش سن، بروز زوال عقل امری طبیعی است؛ اما این تفکر صحیح نیست و بروز زوال عقل در سالمندی، طبیعی نیست و نیاز به مراجعه به پزشک و درمان دارد. از سوی دیگر، باور شایع غلطی وجود دارد که کاهش حافظه همیشه به معنای این است که فرد، مبتلا به زوال عقل شده است. باید توجه کرد که علل زیادی برای این امر وجود دارد و از دست دادن حافظه،لزوماً به معنای ابتلا به زوال عقل نیست. در سن بالا کاهش مختصری در حافظه، طبیعی در نظر گرفته می شود؛ چرا که با افزایش سن برخی از سلول های مغزی از بین می روند، اما کاهش حافظه مرتبط با سن، خفیف است، در طول زمان تغییرات زیادی نمی کند و در حدی نیست که فرد را ناتوان کند و در عملکرد روزانه وی مشکل ایجاد کند. به عنوان مثال، به خاطر سپردن شماره تلفنی جدید، ممکن است مشکل باشد و یا فرد به طور موقت اسامی افراد را به یاد نیاورد.

سن بالا، مهمترین عامل خطر برای ابتلا به زوال عقل است. این اختلال قبل از شصت سالگی نادر است، اما بعد از این سن، بروز آن هر ده سال تقریباً دو برابر می‌شود. اگر پدر، مادر، خواهر یا برادر شما مبتلا هستند، احتمال ابتلای شما بیشتر است، به‌ویژه اگر قبل از هفتاد سالگی مبتلا شده باشند. عوامل خطر بیماری های قلبی - عروقی شامل فشارخون بالا، کلسترول بالا، دیابت، چاقی به‌ویژه در میانسالی و استعمال دخانیات نیز خطر ابتلا به زوال عقل را بالا می‌برند. هم چنین مصرف الکل، ضربه به سر، برخی کمبودهای تغذیه‌ای، خواب نامناسب، تحصیلات کم، آلودگی هوا، برخی بیماری های جسمانی نظیر نارسایی کلیه، افسردگی و حتی برخی داروها در ابتلا به این بیماری مؤثر هستند. شواهدی وجود دارد که سایر عوامل مربوط به شیوه زندگی نیز تأثیرگذار هستند.

با آن‌که درمان قطعی برای بیماری آلزایمر و سایر انواع زوال عقل وجود ندارد، اما به نظر می رسد راه هایی برای

۱. برای دریافت اطلاعات بیشتر در خصوص فعالیت بدنی به کتاب اول: فعالیت بدنی در دوران سالمندی مراجعه شود.

پیش‌گیـری از آن وجـود دارد. فعالیت بدنی، تعاملات اجتماعی و فعالیت هـای ذهنی، نقش محافظت‌کننده دارند. هم چنین کاهش عوامل خطر بیماری های قلبی - عروقی به‌ویژه درمان فشـار خون بالا، بسـیار کمک کننده است. رژیم غذایی سالم و پیش‌گیری از کمبودهای تغذیه‌ای هم احتمالاً در پیش‌گیری مؤثر هستند. شیوه زندگی سالم نه تنها در دوران میانسالی مفید است و افراد را در سنین بالاتر محافظت می‌کند، در دوران سالمندی نیز می‌تواند مؤثر باشد. عادات سالم، علاوه بر پیش‌گیری از بیماری آلزایمر و سایر انواع زوال عقل، مزایای فراوانی برای سلامت دارند و از بسیاری از بیماری های مزمن جلوگیری می‌کنند.

ارتباط معکوسی بین فعالیت بدنی به‌ویژه در سنین ۳۵ تا ۵۵ سالگی و ابتلا به زوال عقل در سال های بعد زندگی دیده شـده اسـت. اثرات مفید فعالیت بدنی تا سـی سـال بعد هم باقی می‌ماند. درصورتی‌که منعی برای آن وجود ندارد، سعی کنید حداقل نیم ساعت در روز فعالیت های هوازی مانند پیاده‌روی سریع داشته باشید.

پیروی از یک رژیم غذایی خاص که ترکیبی از رژیم غذایی مدیترانه‌ای و رژیم غذایی پیش‌گیری و درمان فشارخون بالاست، در به تاخیر انداختن تخریب عصبی، افت عملکرد شناختی و خطر ابتلا به آلزایمر و سایر انواع زوال عقل تأثیر مثبت دارد. این رژیم، تلفیقی از مواردی است که برای پیش‌گیری از دیابت و بیماری های قلبی -که دو خطر شناخته شده برای آلزایمر و سایر انواع زوال عقل هستند- توصیه می شود و حاوی غذاهای مفید برای مغز است. در این رژیم غذایـی، دریافـت کره، مارگارین، روغن جامد، گوشـت قرمز، انواع خوراکی های شـیرین، کیک و شـیرینی و غذاهای سرخ‌شده محدود می‌شود و برعکس، تأکید بر مصرف روغن زیتون، غلات کامل، سبزی ها، مغزها، دانه ها، غذاهای دریایی و گوشت پرندگان است.

ویژگی های این رژیم غذایی به شرح زیر است:

- سـبزی های برگ سـبز مانند کاهو، اسـفناج، بروکلی، کلم و سـبزی خوردن دسـت‌کم شـش بار در هفته مصرف می‌شوند. این مواد غذایی حاوی اسید فولیک هستند که برای عملکرد مغزی مفید است.
- سایر سبزی ها مانند گل کلم، هویج، فلفل دلمه، کرفس، خیار، پیاز، سیر، قارچ و لوبیای سبز روزانه مصرف می‌شود.
- مغزها و انواع آجیل ها شـامل گردو، پسـته، بادام، بادام هندی، حداقل پنج سـهم در هفته دارند. مغزها حاوی ویتامین E هستند. دریافت بیشتر این ویتامین از طریق غذا، با خطر کم‌تر ابتلا به زوال عقل همراه است. به‌علاوه گردو حاوی اسیدهای چرب امگا-۳ نیز هست که در سلامت قلب و عروق و مغز مؤثر است.
- روغن زیتون به عنوان منبع اصلی چربی در رژیم غذایی، بوده و از روغن زیتون «فرابکر»[1] به عنوان روغن اصلی در پخت و پز و سس ها استفاده می‌شود.
- میوه‌های خانواده توت؛ شامل توت فرنگی، انار، مویز، تمشک و شاتوت، حداقل دو بار در هفته هر بار یک سهم (نصف لیوان) مصرف شود. این میوه ها حاوی مواد مفیدی هستند که در سلامت مغز مؤثرند.
- غلات کامل شامل نان جو، نان سبوس‌دار و ماکارونی حاوی گندم کامل، حداقل سه روز در هفته استفاده می‌شوند.
- غذاهـای دریایـی به‌ویـژه ماهی های چرب یک بـار در هفته مصرف می‌شـود. ماهی آزاد، ماهی شـیر و قزل‌آلای رنگین‌کمان حاوی اسیدهای چرب امگا-۳ هستند که برای سلامت مغز و قلب و عروق مفید هستند.

---

۱. واژه "فرابکر" یا Extra Virgin که روی بسته بندی‌های محصول درج می شود به چه معنای است؟ روغن زیتون فرابکر با فشرده سازی و خرد کردن میوه زیتون به‌دست آمده است. برای تهیه این روغن زیتون درجه یک از هیچ ماده شیمیایی استفاده نشده و هم چنین حرارت نخواهد دید. این نوع روغن زیتون سرشار از امگا ۹ بوده که برای تندرستی بدن بسیار مفید است. رنگ این نوع روغن زیتون، کمی تیره‌تر است و گاهی رنگ آن بین زرد طلایی تا سبز تیره می‌شود. از روغن زیتون فرابکر برای مزه دار کردن سالاد، نان، خوراکی های دیگر و هم چنین برای پخت و پز با حرارت کم استفاده می شود.

- حبوبات شامل عدس، نخود، لوبیا چشم بلبلی، باقلا، لوبیا سفید و لوبیا چیتی، یک روز در میان استفاده می‌شوند.
- ماکیان شامل مرغ و بوقلمون، حداقل دو بار در هفته مصرف می‌شود.
- گوشت قرمز شامل گوشت گوساله و گوسفند کم‌تر از چهار بار در هفته استفاده می‌شود.
- دریافت خوراکی‌های شیرین شامل کیک‌ها، کلوچه‌ها، انواع شرینی جات، شکلات، تافی، آبنبات، باید به کم‌تر از پنج بار در هفته کاهش یابد.
- غذاهای سرخ‌شده شامل مرغ و میگوی سرخ شده، سبزی‌های سرخ شده، سیب زمینی سرخ‌کرده کم‌تر از یک سهم در هفته دریافت می‌شود. این غذاها حاوی اسیدهای چرب اشباع و ترانس است که برای مغز و قلب مضر است.
- مصرف کره، مارگارین، روغن نارگیل، روغن حیوانی و سایر روغن‌های جامد به کم‌تر از یک قاشق غذاخوری در روز کاهش یابد. این مواد غذایی نیز حاوی اسیدهای چرب ترانس و اشباع هستند.
- کمبود ویتامین C می‌تواند خطر ابتلا به زوال عقل را افزایش دهد؛ با مصرف کافی سبزی و میوه تازه، سعی کنید ویتامین C کافی دریافت کنید.

چاقی در میانسالی، احتمال زوال عقل را در سالمندی افزایش می‌دهد. توصیه می‌شود افراد زیر شصت سال، وزن سالم خود را حفظ کنند و در صورتی‌که اضافه وزن دارند، وزن خود را با رژیم غذایی، فعالیت بدنی و تغییرات رفتاری کاهش دهند. اما در سنین سالمندی، کاهش وزن به جز در موارد خاص توصیه نمی‌شود. در این سنین، برای پیش‌گیری از افزایش وزن، بیشتر می‌توانید با کارشناس تغذیه مشورت کنید. در صورت تجویز پزشک به کاهش وزن، حتماً تحت نظر متخصص تغذیه، با دریافت کافی پروتئین و فعالیت بدنی این کار را انجام دهید.

کاهش وزن در افراد بالای شصت سال ممکن است احتمال زوال عقل را زیاد کند. اگر بدون علت وزن شما کاهش یافت، آن را مهم تلقی کنید و به پزشک مراجعه کنید تا علت آن مشخص شود. لاغری بیش از حد نیز در سنین سالمندی، خطر زوال عقل را افزایش می‌دهد.

مصرف مکمل‌های غذایی نقشی در پیش‌گیری ندارد. بنابراین لازم است از مصرف آن‌ها، بدون تجویز پزشک خودداری شود. شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد کمبود برخی مواد مغذی نظیر اسیدهای چرب امگا-۳، برخی ویتامین‌های گروه B و ویتامین D ممکن است احتمال زوال عقل را افزایش دهد. سعی کنید با رعایت اصول تغذیه صحیح و دریافت غذایی کافی، متنوع و متناسب، مواد مغذی کافی دریافت کنید. در مواردی که احتمال می‌دهید مبتلا به کمبود یک ماده مغذی هستید، می‌توانید با یک متخصص تغذیه مشورت کنید. رعایت رژیم غذای سالم همراه با فعالیت بدنی، توانبخشی شناختی و کاهش عوامل خطر بیماری‌های قلبی - عروقی نظیر فشار خون بالا می‌تواند در پیش‌گیری از زوال عقل مؤثر باشد.

ملاحظات تغذیه‌ای در بیماران مبتلا به زوال عقل

در بیمار مبتلا به زوال عقل، دریافت کافی غذا و مایعات برای برآوردن نیازهای تغذیه‌ای بیمار اهمیت زیادی دارد. برای این امر، لازم است بیمار توصیه‌های هرم راهنمای غذایی را رعایت کند. پیروی از رژیم غذایی ذکر شده در قسمت قبل، در پیش‌گیری از آلزایمر مفید است، اما دریافت غذای سالم و کافی در بسیاری از موارد کاری مشکل است. به یاد داشته باشید پیش‌گیری از کمبودهای تغذیه‌ای و اصلاح کمبودهای موجود بسیار مهم است.

بیماران مبتلا به زوال عقل از مراحل اولیه بیماری، در معرض خطر کاهش وزن و سوء تغذیه هستند. بنابراین لازم است وزن بیمار به طور منظم اندازه‌گیری شده در صورت مشاهده کوچک‌ترین کاهش وزن، اقدام مناسب انجام شود.

در شروع کاهش وزن، مداخلات تغذیه‌ای می‌تواند مفید باشد، اما اگر دیر اقدام شود و فرد بسیار کم وزن شده باشد، این اقدامات خیلی سودمند واقع نمی‌شوند. دریافت‌های غذایی درصد کمی از بیماران در مراحل اولیه بیماری، ممکن است بیش از حد باشد؛ بنابراین وزن آنان افزایش می‌یابد. در این بیماران معمولاً نیاز است مداخلاتی برای پیش‌گیری از افزایش وزن صورت گیرد. ازدست‌دادن علاقه به غذا، بی‌اشتهایی، عادات غذایی نامناسب و مقاومت در برابر غذا خوردن در این گروه از بیماران ممکن است مربوط به عوامل زیر باشد:

- **ازدست‌دادن حافظه:** فرد مبتلا به زوال عقل، ممکن است فراموش کند غذا بخورد یا آب بنوشد.
- **اختلال در تشخیص ترتیب کارها یا انجام هم‌زمان چند کار:** مشکل در برنامه‌ریزی و پیگیری مراحل انجام کار ممکن است منجر به ایجاد مشکل در آشپزی یا تهیه غذا شود.
- **تغییرات حسی:** کاهش در حس چشایی یا بویایی ممکن است منجر به از دست‌رفتن یا کاهش علاقه به غذا شود.
- **بی‌قراری:** بی‌قراری زمان غذا خوردن و تغییرات رفتاری ممکن است منجر به کاهش دریافت غذا شود.
- **مشکلات دندانی:** دندان مصنوعی نامناسب، زخم‌های دهانی یا سایر مشکلات دندانی ممکن است منجر به پرهیز از غذا خوردن یا نوشیدن آشامیدنی‌ها شود.
- **داروها:** برخی داروها ممکن است منجر به بی‌اشتهایی شوند.
- **ازدست‌دادن هماهنگی در حرکات بدن و عضلات:** اختلال در هماهنگی بدنی می‌تواند استفاده از قاشق، چنگال و سایر ظروف غذاخوری را دچار مشکل سازد.
- **افسردگی:** این بیماری می‌تواند منجر به کاهش اشتها و ازدست‌دادن علاقه به خوردن شود.
- **یبوست:** عدم دریافت فیبر و آب کافی و بی‌تحرکی، احتمال یبوست را افزایش می‌دهد که می‌تواند منجر به کاهش اشتها گردد.
- **اشکال در جویدن و یا بلع غذا:** بسیاری از بیماران در مراحل آخر این بیماری، در جویدن و بلع غذا مشکل دارند.

اگر رفتارهایی نظیر انباشته‌کردن غذا، خوردن وسواسی و یا فراموشی (ممکن است فرد به یاد نیاوردکه غذا خورده است و دوباره بخواهد غذا بخورد) وجود داشته باشد، ممکن است افزایش وزن رخ دهد. به علاوه بیماری‌های روان‌پزشکی همراه، ممکن است استفاده از داروهای مؤثر بر روان را ضروری سازد. برخی از این داروها باعث تغییر در سوخت‌وساز بدن، افزایش اشتها و وزن می‌شوند. با پیشرفت بیماری، مشکلات تغذیه‌ای بیشتر شده، ممکن است اختلال در جویدن و بلع مواد غذایی هم رخ دهد که می‌تواند بر کیفیت زندگی و سلامتی بیمار اثر بگذارد.

حمایت تغذیه‌ای از بیماران در مراحل اولیه زوال عقل

در این مرحله، بیماران ممکن است در خرید مواد غذایی، تهیه غذا و به خاطر سپردن خوردن یا نخوردن غذا دچار مشکل باشند. هم‌چنین این بیماران ممکن است فراموش کنند غذا بخورند. اگر بیمار تنها زندگی می‌کند و یا احتیاج به مراقبت دائمی ندارد، اقدامات زیر در بهبود تغذیه بیمار، می‌تواند مؤثر باشد:

- تماس با بیمار جهت یادآوری غذا خوردن در زمان مناسب
- کمک به بیمار در خرید مواد اولیه؛ طوری که تهیه مواد غذایی سالم، آسان‌تر باشد.

- تهیه غذا از قبل برای بیمار و ارائه آموزش ها و راهنمایی های لازم برای گرم‌کردن آن که باید با رعایت موارد ایمنی همراه باشد. فراموشکاری، حواس پرتی و عدم توانایی در رعایت نکات ایمنی می تواند به سوختگی یا آتش سوزی منجر شود.
- تحویل غذا درب منزل

در مراحل اولیه بیماری، ممکن است برخی از بیماران بیش از حد غذا بخورند. ممکن است این بیماران به یاد نیاورند که به تازگی غذا صرف کرده اند و یا احساس سیری در آنان ممکن است مختل شده باشد. در نتیجه تعداد وعده ها و میان وعده ها افزایش یابد. این افراد ممکن است در طول روز، ریزه خواری داشته باشند که منجر به افزایش وزن ناخواسته می شود. برخی از افراد ممکن است تمایل زیادی به دریافت غذاهای شیرین داشته باشند و به یاد نیاورند مقدار متعادل دریافت مواد غذایی چقدر است. در این بیماران، محدود کردن دسترسی به برخی از غذاها می تواند مفید باشد و از اضافه وزن جلوگیری کند. استفاده از غذاهای مغذی و سالم که به طور طبیعی شیرین هستند، نظیر سبزی هایی مانند هویج، شلغم، لبو و کدو حلوایی می تواند مؤثر باشد. حتی می توان کمی عسل یا سس های شیرین به این مواد غذایی اضافه کرد.

گاهی ترجیحات غذایی بیمار تغییر می‌کند؛ برخی بیماران طعم و بوی غذاها را حس نمی‌کنند. با استفاده از سیر، فلفل و آب‌لیمو می‌توان طعم غذا را بهتر کرد. همچنین استفاده از زردچوبه نیز مفید است. به علاوه این ادویه دارای ترکیبی است که بر شناخت مؤثر است، به‌ویژه اگر همراه فلفل سیاه میل شود.

حمایت تغذیه‌ای از بیماران در مراحل پیشرفته‌تر زوال عقل

با پیشرفت بیماری، افراد ممکن است چگونگی غذا خوردن را فراموش کنند. حتی شاید نتوانند مواد خوراکی را شناسایی کنند و چگونگی استفاده از قاشق، چنگال و ظروف غذاخوری را به یاد نیاورند. هم چنین در برخی بیماران احساس گرسنگی و سیری مختل می شود. در این مرحله بیماران نیاز به نظارت، تذکر و تشویق در زمان صرف غذا و میان وعده ها دارند. به علاوه در مراحل انتهایی بیماری، ممکن است اختلال در جویدن و بلع هم رخ دهد. البته توانایی آشامیدن، خوردن و بلع، معمولاً آخرین عملکردی است که دچار اختلال می شود، اما عوارض مهمی همچون کاهش دریافت غذایی و سوء تغذیه دارد. هم چنین اختلال بلع می تواند باعث ورود مواد غذایی و ترشحات دهان و بزاق به راه های هوایی و در نتیجه خفگی یا ذات الریه شود. احساس گیجی و بی قراری، مشکل غذا خوردن را پیچیده تر می‌کند. این مشکلات در غذا خوردن، اغلب منجر به کاهش وزن می شود. کاهش وزن حتی اگر کاملاً تدریجی و آهسته نیز باشد، یک خطر تغذیه‌ای محسوب می شود و معمولاً با کاهش اشتها و علاقه به غذا همراه بوده و منجر به سوء تغذیه می شود. کاهش وزن و کم وزنی با افت عملکرد شناختی، تشدید بیماری، مرگ و میر و بروز عوارض مرتبط است.

در زمان صرف غذا، ممکن است بیمار رفتارهای نامناسبی داشته باشد. این افراد ممکن است بی قرار و پرخاشگر باشند، رفتار خصمانه داشته باشند و کمک دیگران را رد کنند. برخی از بیماران غذا را در فضای بین دندان و گونه نگاه می دارند که منجر به افزایش خطر خفگی می شود. تعدادی از این افراد نمی‌توانند در زمان غذا خوردن آرام بنشینند و تحت تأثیر محیط اطراف، دچار حواس پرتی می شوند. دریافت غذای کافی با استفاده از روش های خلاقانه و فائق آمدن بر مشکلات رفتاری مرتبط بسیار مهم است. به خاطر داشته باشید هدف از مداخلات تغذیه ای، تأمین غذای کافی است؛ به نحوی که بیمار به میزان مورد نیاز، انرژی و مواد مغذی لازم را دریافت کند، کاهش وزن نداشته باشد، از کیفیت خوبی در زندگی برخوردار باشد و از زندگی خود تا حد امکان لذت ببرد. در جدول زیر

مشکلات رفتاری مربوط به غذا خوردن بیماران مبتلا به زوال عقل و چگونگی برخورد با آن ها توضیح داده شده است.

مشکلات رفتاری مربوط به غذا خوردن و چگونگی مدیریت آن

مشکلات رفتاری در غذا خوردن	راهکار پیشنهادی
کم توجهی	- تذکر شفاهی - قرار دادن غذا و نوشیدنی در معرض دید - دادن یک غذا در هر بار - دادن لقمه های کوچک - استفاده از غذاهای نرم برای کاهش نیاز به جویدن - دادن غذا در محیط خلوت - به حداقل رساندن پرت شدن حواس بیمار - استفاده از ظروف ساده مانند ظروف سفید - استفاده از قاشق و کاسه
راه رفتن در هنگام غذا خوردن	- ارائه غذاهایی که با دست خورده می شوند. - استفاده از فنجان در دار که مایعات نریزد.

مشکلات رفتاری مربوط به غذا خوردن و چگونگی مدیریت آن

مشکلات رفتاری در غذا خوردن	راهکار پیشنهادی	
بیمار پرخاشگر است	- شرایط تحریک‌کننده را پیدا کنید و سعی کنید آن را حذف کنید. - از بشقاب های نشکن استفاده کنید. - به رفتار درست پاداش بدهید.	
بیمار به طور مداوم می جود	- بعد از هر لقمه به او تذکر دهید. - لقمه های کوچک به او بدهید.	- غذاهای مناسب به او بدهید.
بیمار اشیای غیرخوراکی مصرف می‌کند	- اشیاء غیرخوراکی را دور از دسترس قرار دهید.	- غذاهای انگشتی به بیمار بدهید.
بیمار سریع غذا می خورد	- عدم استفاده از غذاهایی که نیاز به جویدن زیاد داشته باشد. - قاشق یا فنجان کوچک تر استفاده کنید.	- غذاها را جداگانه بدهید.
بیمار آهسته غذا می خورد	- به او تذکر دهید.	- از ظروف عایق دار استفاده کنید.
بیمار فراموش می کند غذا را ببلعد	- به او تذکر دهید. - قبل از لقمه بعدی، مطمئن شوید که غذا را بلعیده باشد.	
بیمار ابراز احساسات غیرعادی دارد	- این رفتار نادیده گرفته شود و با بیمار صحبت شود.	- محیطی آرام فراهم شود.
بیمار دائما در حال راه رفتن است	- در کنار بیمار بنشینید. - محل غذا خوردن عوض شود. - فنجان در دار استفاده شود.	- قبل از غذا ورزش هوازی انجام شود. - غذاهای انگشتی داده شود.
بیمار با غذا بازی می‌کند	- غذاها تک‌تک داده شود. - غذاهای انگشتی داده شود.	- هر بار لیوان تا نیمه پر شود.
بیمار سوء ظن دارد	- غذا در ظروف دربسته، سرو شود. - همیشه غذا به شکل ثابت ارائه شود.	- دارو داخل غذا ریخته نشود.

مشکلات رفتاری مربوط به غذا خوردن و چگونگی مدیریت آن

مشکلات رفتاری در غذا خوردن	راهکار پیشنهادی
بیمار غذا را بیرون پرتاب می‌کند	- توانایی جویدن و بلعیدن بررسی شود. - به او گفته شود این کار را انجام ندهد. - در هنگام غذا خوردن تحت نظر باشد.
بیمار به اتاق غذاخوری نمی رود	- علت این رفتار، بررسی شود. - مکان غذا خوردن تغییر کند. - غذا داخل اتاق سرو شود.

روش‌های زیر می تواند به بیمار کمک کند تا در زمان غذاخوردن تجربه خوبی داشته باشد:

- برنامه منظم برای غذا دادن به بیمار داشته باشید. تا حد امکان هر روز در ساعت معینی به بیمار غذا بدهید.
- تا حد امکان تلاش کنید بیمار در غذا خوردن استقلال داشته باشد و در صورت لزوم، به وی کمک کنید.
- اگر زمان غذاخوردن بیش از حد طول می‌کشد، می توانید تعداد وعده‌ها را بیشتر و حجم هر وعده را کم‌تر کنید.
- برای غذاخوردن بیمار، ۳۰ تا ۴۵ دقیقه وقت بگذارید.
- در طول روز چند بار با لیوان های کوچک آب یا سایر مایعات را به بیمار بدهید و غذاهای با محتوای آب زیاد مانند میوه‌ها، سوپ و آش را به بیمار پیشنهاد کنید. به طور کلی، افراد روزانه به شش تا هشت لیوان آب نیاز دارند.
- زمان غذا خوردن، محیطی آرام برای بیمار فراهم آورید. تلویزیون، رادیو، تلفن و هر آن چه را که موجب پرت شدن حواس بیمار می شود، خاموش کنید. میز را مرتب کنید و وسایل اضافی غیرضروری نظیر دستمال سفره، رومیزی، سفره و زیربشقابی را از روی میز بردارید.
- از ظروفی استفاده کنید که استفاده از آن‌ها برای بیمار راحت باشد. ظروف سفید بدون طرح و کاسه به جای بشقاب، قاشق به جای چنگال و حتی استفاده از دست، به جای قاشق و چنگال، می‌تواند کمک‌کننده باشد. از نی‌های قابل خم‌شدن و فنجان‌های دارای سرپوش استفاده کنید.
- با پیشرفت بیماری و رسیدن به نقطه‌ای که استفاده از قاشق و چنگال سخت است، غذاهایی که با دست خورده می‌شوند، می‌تواند مفید باشد. غذا را به قطعات کوچک خرد کنید تا خوردن آن راحت تر باشد.
- در هر وعده غذایی، هر زمان فقط یک ماده غذایی یا غذا به بیمار بدهید. به عنوان مثال ابتدا پلو و سپس ماست را در اختیار بیمار قرار دهید. انتخاب از بین چند ماده غذایی، بیمار را دچار بی‌قراری می کند.
- در انتخاب غذاها دقت کنید. غذاهای آشنا و مورد علاقه بیمار را تهیه کنید. توجه داشته باشید که مقادیر کافی میوه، سبزی، غلات کامل و سایر گروه‌های غذایی در رژیم غذایی بیمار گنجانده شود.
- در انتخاب غذا انعطاف پذیر باشید. ممکن است بیمار غذاهایی را که قبلاً دوست داشته، کنار بگذارد. سعی کنید فهرستی از غذاهای مورد علاقه بیمار تهیه کنید. در برخی بیماران یادآوری نام غذاها ممکن است مشکل باشد. در این موارد می‌توانید از تصاویر غذاها کمک بگیرید.
- آشنابودن با میز و ظروف غذاخوری و حتی جای نشستن فرد نیز مهم است.
- فعالیت بدنی قبل از غذا خوردن، پیاده‌روی مختصر و استفاده از هوای تازه می‌تواند باعث غذاخوردن بهتر شود.
- در ساعات خاصی از روز ممکن است بیمار بی‌قرار باشد، منزوی شود یا حواس پرتی پیدا کند. این موضوع می‌تواند بر دریافت مایعات و غذا توسط بیمار تأثیر منفی بگذارد. دریافت غذا در وعده ناهار را به حداکثر برسانید. معمولاً در این هنگام، بهترین حالت شناختی برای بیمار وجود دارد.
- تعاملات اجتماعی و صرف غذا با خانواده و دوستان را تا حد امکان افزایش دهید.
- بیمار را تشویق کنید و سعی کنید در زمان غذا خوردن، الگوی بیمار باشید. با نشان دادن چگونگی گرفتن قاشق در دست و چگونگی جویدن غذا، می‌توانید به بیمار کمک کنید. به آرامی دست بیمار را بگیرید تا به وی در استفاده از قاشق و چنگال کمک دهید.
- مصرف نوشیدنی‌های الکلی باعث بی‌قراری و گیجی می‌شود و خطر زمین خوردن را افزایش می‌دهد.

سوء تغذیه و اختلال بلع در بیماران مبتلا به زوال عقل

درصورتی‌که تغییری در وزن، عادات غذایی و یا جویدن و بلع بیمار مشاهده گردید، حتماً آن را با پزشک در میان بگذارید تا در صورت لزوم بررسی‌های لازم انجام شود. این امکان وجود دارد بیماری جدیدی نظیر عفونت و سکته مغزی اضافه شده باشد. زوال عقل به‌ویژه در مراحل پیشرفته تر، به تنهایی، بر غذا خوردن و وزن اثر می‌گذارد. جدول زیر برخی از علل سوء تغذیه در این بیماران و روش‌های مدیریت آن‌ها را نشان می‌دهد.

برخی از علل سوء تغذیه در بیماران مبتلا به زوال عقل و راه‌کارهای پیشنهادی

علل سوء تغذیه	راه‌کار پیشنهادی
مشکل در جویدن غذا	- بهداشت دهان و دندان - درمان مشکلات دندانی - تغییر قوام یا بافت غذا
مشکل در غذا خوردن و بلع	- ارزیابی و آموزش بیمار - تغییر قوام یا بافت غذا
خشکی دهان	بررسی داروهای مصرفی و عوارض جانبی آن‌ها و تغییر دارو در صورت امکان دریافت مایعات کافی استفاده از دهان شویه ها
محدودیت در حرکت	فیزیوتراپی و کاردرمانی ورزش‌های گروهی و تقویت عضلات کمک در خرید، آشپزی تهیه غذا برای بیمار
بیماری‌های روان‌پزشکی نظیر اضطراب و افسردگی	غذا خوردن در کنار دیگران ایجاد محیط و جو مطبوع برای غذا خوردن فعالیت‌های گروهی و کاردرمانی
بیماری‌های حاد و مزمن جسمانی (درد و...)	درمان بیماری
عوارض جانبی داروها مانند خشکی دهان و بی اشتهایی	در جریان قراردادن پزشک و کنترل و مدیریت عوارض جانبی داروها
مشکلات اجتماعی مانند عدم حمایت خانوادگی	حل مشکلات خانوادگی
مشکل در خرید کردن، تهیه غذا	کمک در خرید و انجام کارهای خانه
فراموش کردن غذا خوردن	نظارت بر غذا خوردن بیمار تذکر به موقع و در وقت لزوم و تشویق بیمار
کاهش توانایی تشخیص مواد خوراکی و غذا خوردن مستقل	یاری رساندن در هنگام غذا خوردن اختصاص زمان بیشتر برای صرف غذا استفاده از غذاهای با حجم کم و کالری زیاد

در صورت کاهش وزن، افزایش تعداد وعده‌های غذایی، استفاده از غذاهای پرانرژی و پر پروتئین، غنی‌کردن غذاها، حذف پرهیزهای غذایی، استفاده از غذاهایی که بیمار ترجیح می‌دهد و حتی اضافه کردن کمی شکر به برخی مواد غذایی برای بهتر کردن طعم آن، می‌تواند مؤثر باشد. بیمار ممکن است به مکمل ویتامین‌ها، مواد معدنی و یا مکمل‌های تغذیه‌ای خوراکی نیاز داشته باشد. مشاوره با کارشناس تغذیه در این موارد کمک کننده است. در صورت لزوم، کاردرمانگر می‌تواند آموزش‌هایی را برای تقویت مهارت غذا خوردن ارائه دهد و ابزارهایی معرفی کند که غذا خوردن را ساده کند. به خاطر داشته باشید که در شروع کاهش وزن، مداخلات تغذیه‌ای بسیار حائز اهمیت است؛ در صورتی‌که زمان زیادی گذشته باشد و بیمار بسیار کم وزن شده باشد، راهکار تغذیه‌ای کم‌ترین تأثیر را دارد و ممکن است چندان مؤثر واقع نشود. در بیمارانی که مشکل در بلع یا جویدن غذا دارند، مشاوره با کارشناس تغذیه ضروری است. تغییر بافت یا قوام غذا و تغلیظ مایعات می‌تواند کمک‌کننده باشد. مشاوره با گفتاردرمانگر، بسیار کمک‌کننده است.

توصیه های تغذیه‌ای برای فعال نگه‌داشتن مغز

- منظم غذا بخورید.
- به غذای خود توجه کنید. برای تأمین کربوهیدرات و مواد مغذی لازم جهت کمک به دسترسی مداوم مغز به قند خون، پروتئین را در مرکز غذا و سبزی ها، میوه ها و غلات را در کنار آن قرار دهید.
- آب بدن خود را تأمین کنید. برای تأمین آب بدن، به طورکلی روزانه به ۸- ۶ لیوان مایعات نیاز دارید. لازم نیست که همه این مقدار، فقط آب باشد. اگر خوب غذا می خورید بیشتر آن آب باشد، ولی اگر اشتهای کمی دارید، سعی کنید یک نوشیدنی دارای مواد مغذی مانند شیر، مکمل های نوشیدنی، سوپ یا آب میوه طبیعی بخورید تا آب بدن را حفظ کنید.
- از مواد غذایی رنگی استفاده کنید. مواد غذایی رنگی، دارای ضداکسیدان ها و سایر موادی هستند که به کاهش بیماری های التهابی مزمن کمک می‌کنند. ضداکسیدان ها، رادیکال های آزاد را -که ممکن است با افزایش سن، به سلول ها و مغز شما آسیب برسانند- از بین می برند. در هر وعده، مواد غذایی رنگی (فلفل دلمه‌ای، هویج، گوجه، سبزی ها و...) را با غذاها مخلوط کنید.

راه‌هایی برای فعال نگه‌داشتن مغز و پیش‌گیری از زوال عقل

۱. با خودتان چالش داشته باشید.

- مغز شما تمایل به یادگیری دارد و با چیزهای تازه درگیر می شود. همین امر از تحلیل رفتن قوای ذهنی ناشی از افزایش سن جلوگیری می‌کند. هر روز یک کلمه تازه یاد بگیرید.
- سعی کنید هر روز جدول کلمات متقاطع حل کنید.
- فعالیت هایی انجام دهید که علاوه بر کار ذهنی به کار دستی نیاز دارد (مانند طراحی، نقاشی و نواختن موسیقی).

۲. اجتماعی باشید.

اجتماعی بودن بهتر از تنهایی است و باعث می شود که مغز شما دائم در حال ابداع فرآیند تفکر پیچیده درگیر در محاوره، رفتار مناسب، مذاکره و سایر فعالیت ها باشد. از طریق فعالیت های اجتماعی مانند جست‌وجوی باشگاه های کتاب خوانی یا کلاس های آشپزی، ذهن خود را فعال نگهدارید.

۳. فعالیت بدنی داشته باشید

فعالیت بدنی باعث می شود که خون در مغز جریان پیدا کند. هم چنین باعث هماهنگی دستگاه های متفاوت هماهنگ‌کننده عملکرد عضلات و حفظ تعادل می شود. فعالیت بدنی میزان مواد خاصی را که به تشکیل ارتباطات تازه در مغز کمک می‌کند، افزایش می دهد. این کار در درازمدت برای سلامت مغز فوق العاده مهم است.

- ورزش را یک کار اجتماعی قرار دهید. یک دوست پیدا کنید یا با یکی از افراد خانواده ورزش کنید یا دوست جدیدی در کلاس یا کلوپ ورزشی انتخاب کنید.
- فعالیت هایی را انتخاب کنید که با روش زندگی، بودجه، توانایی بدنی، زمان و مکان شما مناسب باشد.
- از روش هایی استفاده کنید که هر روز شما را فعال نگهدارد. مثلا دورتر از مغازه پارک کنید و بقیه مسیر را پیاده روی کنید یا به جای آسانسور، از پله استفاده کنید.
- تمرین های ورزشی مانند ورزش های رزمی و تای چی انجام دهید.



تغذیه در سالمندان بستری در بیمارستان

سالمندانی که در بیمارستان بستری‌اند، به علت بروز مشکلات زیر نیازمند توجه ویژه به وضعیت تغذیه‌ای هستند:

۱. سوءتغذیه

کمبود مواد مغذی در سالمندان بسیار شایع است، بر اساس مطالعات بین ۴۰ تا ۵۰ درصد سالمندان غیر بستری دچار مشکلات تغذیه‌ای هستند که این میزان در سالمندان بستری به مقدار قابل توجهی افزایش می‌یابد. سوءتغذیه زمانی رخ می‌دهد که دریافت مواد غذایی برای تأمین نیازهای بدن فرد کافی نباشد یا نیاز فرد به انرژی بیشتر شده باشد. با توجه به اهمیت تغذیه در سالمندان برای همه بیمارانی که در بیمارستان بستری می‌شوند توسط کارشناسان تغذیه، ارزیابی‌هایی صورت می‌گیرد و در صورت نیاز مداخلات لازم جهت تأمین انرژی و پروتئین انجام می‌شود. لازم است سالمندان از تمام گروه‌های غذایی شامل غلات، گوشت و پروتئین، لبنیات، میوه‌ها و سبزی‌ها استفاده نمایند. هرگونه بی‌اشتهایی و عدم مصرف غذا توسط سالمند بستری باید به پزشک معالج اطلاع داده شود تا مشاوره تغذیه انجام شود.[۱]

۲. کم آبی

مصرف آب و مایعات در سالمندان بستری، از موارد بسیار مهم است. کم آبی یکی از مشکلات سالمندان است و در سالمندان بستری باید بیشتر مورد توجه قرار گیرد. سالمندان کم‌تر از سایر گروه‌های سنی تشنگی را احساس می‌کنند و به علت وجود بی اختیاری ادرار و نیز کندی در حرکات به دلیل دردهای مفصلی، مصرف مایعات و آب را محدود می‌کنند؛ به این ترتیب میزان ادرار و نیاز خود به استفاده از دست‌شویی را کاهش می‌دهند. این امر به خصوص در مواردی که تب، اسهال و استفراغ وجود دارد یا هنگامی که سالمند به علت اجتناب از دست‌شویی رفتن از مصرف آب خودداری می‌کند، خطر کم آبی را افزایش می‌دهد. این موارد در سالمندان بستری به دلیل شرایط خاص آن‌ها بیشتر دیده می‌شود. کم‌آبی می‌تواند منجر به گیجی و عدم تعادل و افزایش خطر زمین خوردن، افزایش درجه حرارت بدن، عفونت ادراری، عفونت ریه، بروز زخم بستر و در موارد شدید، مرگ شود. علائم کم آبی در سالمندان ممکن است مانند سایر گروه‌های سنی با خشکی پوست و مخاط قابل تشخیص نباشد و برای تعیین آن، نیاز به اندازه‌گیری غلظت ادرار یا خون باشد.

برای تامین آب مورد نیاز سالمندان می توان از مایعات مختلف سرد و گرم، شامل انواع نوشیدنی‌ها، شیر، دوغ، سوپ‌های رقیق و مواد غذایی نیمه جامد مانند بستنی و ژله استفاده کرد.

بهتر است مایعاتی که بیمار مصرف آن‌ها را ترجیح می‌دهد، در اختیار وی قرار گیرد. گاهی نیز افزودن قطعاتی از میوه یا آب لیموترش یا پرتقال، مصرف مایعات را مطبوع‌تر می‌کند. اگر بیمار در نوشیدن مایعات دچار مشکل است، می‌توان از وسایلی مانند نی، لیوان‌های مخصوص دسته‌دار و دردار استفاده کرد. در مواردی که این امکان نیز میسر نیست، لازم است همراه بیمار در خوراندن مایعات به وی کمک کنید. بهتر است بیماران همراه داروهای خود یک لیوان آب مصرف نمایند.[۲]

---

۱. اطلاعات بیشتر در خصوص سوءتغذیه را در فصل سوم بخش «تغذیه در کم وزنی و سوءتغذیه سالمندان» مطالعه بفرمایید.

۲. اطلاعات بیشتر در خصوص کم آبی را در فصل اول بخش « نیازهای غذایی اساسی در سالمندان - آب» مطالعه بفرمایید.

۳. یبوست

یکی از مشکلات شایع در سالمندان بستری، یبوست است. همانگونه که پیشتر توضیح داده شد، علت این مسئله می‌تواند بی تحرکی، مصرف داروهای متعدد، وجود بیماری های اعصاب یا دیابت و عوامل تغذیه‌ای باشد. یبوست به خصوص در سالمندان بستری افزایش می یابد و موجب تشدید ناراحتی بیمار می‌شود. کاهش دریافت فیبر، سبزی ها و میوه ها که معمولاً به دلیل وجود سوءهاضمه یا فقدان دندان ها رخ می دهد، از علل مهم در بروز یبوست هستند. عامل دیگر کاهش دریافت آب به علت عدم وجود حس تشنگی و نیز محدودیت خودخواسته در مصرف آب است. از طرف دیگر پاسخ هورمونی به افزایش غلظت خون در این گروه سنی دیرتر رخ می دهد؛ بنابراین، مصرف کم‌تر مایعات منجر به بروز و تشدید یبوست می‌گردد. با توجه به علل بروز یبوست، لازم است سالمندان بستری میزان کافی مایعات و منابع فیبری دریافت نمایند. نکته مهم، توجه به دریافت غذایی سالمند است. سالمندان بستری که بی اشتها بوده و غذای کافی دریافت نمی‌کنند، دفع مناسبی نخواهند داشت. ازاین‌رو بهتر است در میان‌وعده ها از میوه های حاوی فیبر بیشتر، مانند گلابی و آلو استفاده شود. به منظور تأمین فیبر مورد نیاز بدن، مصرف مقادیر کافی از سبزی ها به خصوص سبزی های پخته که هضم راحت‌تری دارند و کم‌تر موجب نفخ می‌شوند، توصیه می‌شود. در سالمندان با مشکلات دندانی، تهیه پوره نرم سبزی ها (شامل سبزی خوردن، کاهو، کلم، کرفس، کدوی سبز، خیار، گوجه فرنگی، سیر، پیاز، بادمجان و هویج) در افزایش مصرف منابع فیبر مؤثر است.

هم چنین خروج از تخت و تحرک کافی درصورتی‌که منع پزشکی وجود نداشته باشد، در افزایش حرکات دستگاه گوارش مؤثر است. در کنار موارد تغذیه‌ای ذکر شده، استفاده از درمان های دارویی تجویز شده از طرف پزشک مانند پودرهای پسیلیوم به عنوان حجم‌دهنده های مدفوع، شربت لاکتولوز و منیزیم هیدروکسید، پودر پلی اتیلن گلیکول و قرص های سنا؛ در رفع یبوست سالمندان بستری مؤثر هستند.

۴. اختلال بلع

با افزایش سن، مکانیسم بلع غذا حتی در سالمندان سالم، دست خوش تغییراتی می‌شود؛ این تغییرات، شامل کاهش فشار زبان، کاهش سرعت بلع و خستگی عضلات دخیل در بلع است. تغییرات ذکر شده می‌توانند منجر به سختی در بلع، عدم توانایی بلع غذاهایی با قوام خاص یا ورود غذا به راه های هوایی شوند.

داروها و بیماری ها موجب تشدید این مسئله می‌شوند. از جمله بیماری هایی که می‌توانند برای بیمار مشکل بلع ایجاد نمایند، می‌توان به صدمات مغزی، سکته مغزی، آلزایمر و سایر انواع زوال عقل، پارکینسون، بیماری های عضلانی - اسکلتی، ام. اس، مشکلات تیروئید و بیماری های عفونی اشاره کرد. بعضی از داروها مانند آنتی هیستأمین ها و داروهایی که دریچه پایینی مری را شل می‌کند نیز در بروز اختلال بلع، نقش دارند.[1]

وجود اختلال بلع با تأثیر بر دریافت غذاها می‌تواند موجب کاهش دریافت انرژی و سوءتغذیه در سالمند شود. بنابراین، باید به سالمند و مراقبان آنها، اطلاعات لازم در زمینه دشواری بلع، اختلال بلع مایعات یا غذاهای جامد و راه های رفع این مشکل داده شود.

۱. اطلاعات بیشتر در خصوص اختلال بلع، در فصل سوم در بخش اختلال بلع پس از سکته مغزی ارائه شده است.

تغذیه روده‌ای در سالمندان بستری

در مواردی که اختلال بلع به صورت شدید باشد یا زمان هایی که هوشیاری بیمار پایین بوده، امکان تغذیه از طریق دهان میسـر نباشـد، برای تأمین انـرژی لازم برای بیمار و جلوگیری از کاهش عضـلات و پروتئین های بدن، تغذیه از طریق قرار دادن لوله هایی که از راه بینی وارد معده می شود، انجام می پذیرد. به این نوع تغذیه «گاواژ» گفته می شود. حتی در مواردی که بیمار سالمند قادر به خوردن غذا هست، ولی مقدار انرژی دریافتی او از طریق غذا کم باشد (و کم تر از نصف انرژی موردنیاز روزانه دریافت کند)، تغذیه از طریق لوله بسیار مهم و کمک‌کننده است. ماده مغذی مناسب برای گاواژ بیماران، پودرها و محلول های انرژی-پروتئین تجاری است که توسط کارشناس و متخصص تغذیه تجویز می‌شود. این محصولات تأمین‌کننده تمامی ریزمغذی ها و درشت مغذی های مورد نیاز بیمار است و طراحی آن به شـکلی صورت گرفته که بهترین هضم و کم‌ترین عوارض گوارشـی را برای بیمار داشته باشد. غذای تهیه شده توسط همراه بیمار در منزل، هرچه قدر که مقوی باشـد، چون جهت عبور از لوله باید رقیق شـود، انرژی کافی برای تأمین نیاز سالمند را ندارد. محلول ها آماده مصرف هستند، اما پودرها باید به صورت حل شده در آب، مصرف شوند. نحوه آماده سازی محلول گاواژ در سالمندانی که بعد از ترخیص از بیمارستان در منزل نیز با لوله تغذیه می شوند، مهم است.

نکته بسـیار مهم در تهیه محلول گاواژ، رعایت اصول بهداشـتی است که به برخی از این اصول در ادامه اشاره شده است:

- ظروفی که برای تهیه محلول گاواژ استفاده می شوند، باید به خوبی شسته و جوشانده شوند.
- آب مورد استفاده برای آماده سازی محلول های گاواژ، باید جوشانده شده و خنک گردد و هم دمای محیط شود.
- تعداد پیمانه و میزان آبی که در هر وعده گاواژ باید استفاده شود، توسط کارشناس تغذیه مشخص می‌گردد. تهیه محلول با غلظت صحیح در جلوگیری از عوارضی مانند اسهال، بسیار مهم است.
- لازم اسـت محلـول گاواژ، قبـل از هر وعده آماده شـود و بلافاصله مورد اسـتفاده قرار گیرد. محلول آماده شـده را نمی‌توان در هوای آزاد یا یخچال نگهداری کرد و در صورت عدم مصرف، باید دور ریخت.
- گاواژ بیماران هر سه ساعت یک بار و از شش صبح تا دوازده شب، در هفت نوبت انجام می‌گیرد. از ساعت دوازده شب تا شش صبح گاواژ انجام نمی شود.
- بهتر اسـت گاواژ بیمار با اسـتفاده از یک سـرنگ ۵۰ سـی سی با سـرعت یکنواخت و به آرامی انجام شود و دمای محلول گاواژ هم‌دمای محیط باشد.
- در مواردی که بیمار دچار عوارضی مانند اسهال، استفراغ یا عدم تحمل نسبت به گاواژ می شود، می‌توان یک یا دو وعده گاواژ را متوقف کرد و به پزشک معالج اطلاع داد.
- وقفه در گاواژ بیمار نباید طولانی باشد، چون باعث بروز سوء تغذیه می شود.

درصورتی‌که تغذیه با لوله بیشـتر از یک ماه ادامه پیدا کند و اختلال بلع بیمار بهبودی نداشـته باشد، باید با مراجعه به پزشک، مسیر مناسب تری از جمله لوله‌گذاری در معده با استفاده از اندوسکوپ را جایگزین تغذیه از طریق لوله بینی-معدی کرد.

استفاده از مکمل های پروتئین و انرژی

در مواردی که سالمند تغذیه دهانی دارد، اما به واسطه بی اشتهایی یا ضعف قادر به دریافت مقادیر کافی انرژی روزانه نیست، از محلول ها یا پودرهای مکمل پروتئین و انرژی می توان کمک گرفت. میزان مصرف در روز توسط کارشناس تغذیه مشخص می‌گردد. نحوه آماده سازی این محلول ها مانند آماده سازی گاواژ است.

تغییرات در حفره دهان

تغییراتی که با افزایش سن در حفره دهان رخ می‌دهد، توانایی سالمندان را در لذت بردن از طعم غذا و نیز دریافت انرژی کافی محدود می‌سازد. این تغییرات شامل کاهش حس چشایی، کاهش ترشح بزاق، پوسیدگی و ازدست دادن دندان ها، التهاب لثه ها و مشکلات دندان های مصنوعی است. کاهش بزاق و خشکی دهان در سالمندی به علت مصرف داروهای مختلف، بیماری های زمینه‌ای مانند دیابت، مصرف کم آب و مشکلات دهانی روی می‌دهد و در سالمندان بستری، می‌تواند موجب کاهش دریافت انرژی شود. توصیه های غذایی جهت کاهش خشکی دهان شامل توجه به بهداشت دهان و دندان، شست‌وشوی مناسب دندان مصنوعی، خارج نمودن آن در زمان خواب و مصرف کافی مایعات است.

استفاده از آب نبات های نعنایی بدون قند و آدامس های بدون قند هم در کاهش خشکی دهان مؤثر است. از آن جاکه بعضی از داروها از مهم‌ترین علل خشکی دهان هستند، لازم است پزشک معالج در جریان بروز خشکی دهان قرار گیرد تا در صورت امکان، از داروی جایگزین استفاده شود.

زخم بستر

تغذیه نامناسب و ناکافی از عواملی است که موجب بروز زخم بستر می‌شود. عدم دریافت انرژی کافی و سوءتغذیه موجب تأخیر در بهبود زخم می‌گردد. به همین دلیل لازم است بیماران سالمند که زخم بستر دارند، تغذیه مناسب و دریافت کافی مایعات داشته باشند. دریافت کافی پروتئین از طریق غذا و نیز مکمل های پروتئینی در بهبود زخم، بسیار مؤثر است. هم چنین دریافت ویتامین های C و A و ریزمغذی هایی مانند روی و آهن، در بهبود زخم ها نقش دارند. با توجه به مواردی که ذکر شد، سالمندانی که زخم بستر دارند، باید تغذیه مطلوب داشته باشند.

فصل پنجم

آلرژی‌های غذایی، عدم تحمل غذایی و بیماری‌های منتقل شونده از راه غذا

مشکلات ناشی از مصرف مواد غذایی، به علل زیر ایجاد می‌شوند:



۱. عدم تحمل غذایی

ایـن بیماری‌ها وقتی رخ می‌دهنـد که فرد با مصرف یک ماده غذایی خاص، دچار مشـکلات گوارشی شـود. این مشکل عموماً به علت نداشـتن قدرت تجزیه یکی از مواد موجود در ماده غذایی توسـط دستگاه گوارش فرد روی می‌دهد. برای مثال، برخی افراد با مصرف شیر به ناراحتی‌های گوارشی مبتلا می‌شوند. قند شیر «لاکتوز» نام دارد و در روده افراد عادی، آنزیمی به نام «لاکتاز» آن را به دو قند ساده‌تر (گلوکز و گالاکتوز) تبدیل می‌کند. این قندهای ساده به راحتی در روده جذب شده، در بدن، تولید انرژی می‌کنند. این در حالی است که در روده افراد مبتلا به کمبود لاکتاز، بخشی یا عمده «لاکتوز» قابل جذب نیسـت و این باقیمانده شـیر، پس از عبور از روده کوچک، به روده بزرگ منتقل می‌شـود و در آنجا لاکتوز توسط باکتری‌های مفید روده تجزیه می‌شود و اسید، الکل و گاز تولید می‌شود. اسید تولید شده موجب ناراحتی روده‌ها و دل پیچه می‌شـود، گاز تولیدی هم در روده‌ها جابه‌جا شـده، موجب سروصدای روده‌ها، آزردگی روده‌ها و افزایش دفعات رفتن به توالت می‌شود.

افراد مبتلا به عدم تحمل شـیر، باید از فرآورده‌های شـیری در مقدار کم اسـتفاده کنند، یا آنها را همراه با وعده و یا میان‌وعده‌های غذایی استفاده کنند، یا این‌که از فرآورده‌های بدون لاکتوز یا لاکتوز هیدرولیزشده استفاده کنند، یا شیر کم لاکتوز یا قرص لاکتید استفاده نمایند.

بعضی افراد عدم تحمل نسبت به حبوبات دارند و نمی‌توانند قندهای موجود در حبوبات را تجزیه کنند. در نتیجه، ایـن قندها به روده بزرگ رسـیده، ایجاد مشـکلات گوارشـی می‌نمایند. افراد مبتلا به مشـکل عـدم تحمل حبوبات، می‌توانند مدتی حبوبات را در آب خیسـانده، آب آن را مصرف نکنند. برخی افراد عدم تحمل پروتئین غلات، کافئین یا سس‌های تند دارند و یا برخی بعد از خوردن برخی میوه‌ها مانند توت فرنگی دچار مشکل می‌شوند. برخی افراد به گرده‌های گیاهی آلرژی دارند و علائمی مانند خارش دهان، سوزش لب‌ها، آبریزش چشم و بینی و عطسه پیدا می‌کنند و با خوردن برخی غذاهای خاص این علائم بدتر می‌شـوند. برای تشـخیص عدم تحمل غذایی تسـت ساده خاصی وجود ندارد. اگر فکر می‌کنید که دارای عدم تحمل غذایی هسـتید، با پزشـک یا کارشـناس تغذیه مشاوره کنید. لازم نیست که حتماً آن را حذف کنید، بلکه ممکن است در هنگام مصرف مقدار کم، مشکلی برای شما به وجود نیاید.



۲. حساسیت‌های غذایی

ایـن حسـایت‌ها وقتـی رخ می‌دهنـد که فرد نسـبت به یکـی از پروتئین‌هـای ماده غذایی حسـاس باشـد؛ هر غذایی که خورده می‌شـود، در دسـتگاه گوارش به مواد ساده‌تر تجزیه می‌شود؛ پروتئین‌ها نیز در دستگاه گوارش به اسیدهای آمینه تجزیه می‌شوند. اگر فرد نسبت به یک یا چند تا از پروتئین‌های غذایی حساس باشد، یعنی آن پروتئین را به عنوان عامل خطر خارجی محسوب کند، به محض ورود ماده غذایی حاوی آن پروتئین خاص به بدن، ماده‌ای بر ضد آن تولید می‌شـود که با آن ماده خارجی ترکیب می‌شـود. ترکیب این دو ماده حساسیت‌زاست و فرد علائم حساسیت (قرمزی پوسـت و خارش شـدید برخی نقاط بدن) را نشـان می‌دهد. حساسـیت غذایی در موارد شـدید ممکن است حتی

کشنده باشد و موجب شوک گردد که در صورت عدم رسیدگی سریع به فرد مبتلا، مرگ حادث می‌شود.

بعضی افراد به بادام‌زمینی حساسیت دارند، برخی دیگربه گوجه فرنگی، ادویه ها، تخم مرغ و امثال این مواد غذایی ممکن است حساسیت داشته باشند.

۳. مسمومیت‌های غذایی

مسمومیت غذایی عبارت است از هر نوع بیماری ناشی از یک عامل طبیعی عفونی یا سمی که با مصرف مستقیم یا غیرمستقیم غذا و آب آلوده ایجاد می‌شود و نه‌تنها شامل بیماری‌های حاد با نشانه‌هایی از قبیل اسهال و استفراغ می‌شود، بلکه بیماری‌هایی با تظاهرات غیرمرتبط با علائم گوارشی را نیز در بر می‌گیرد.

عوامل ایجاد کننده مسمومیت غذایی

الف. ترکیبات غیر زنده

- برخی فلزات، آفت کش‌ها و مواد شیمیایی می‌توانند موجب بروز مسمومیت غذایی شوند. مثلا پختن و انتقال غذا در ظروف مسی، رویی (از جنس روی)، آلومینیومی و سربی در درازمدت می‌تواند موجب مسمومیت شود.
- در کودکانی که ورقه‌های رنگ جدا شده از دیوار را وارد دهان خود می‌کنند و یا کارگران که در صنایع مرتبط با سرب کار می‌کنند، علائم مسمومیت با سرب دیده شده است. سرب می‌تواند به آرامی در استخوان‌ها جایگزین کلسیم شود و در موارد پیشرفته، ممکن است استخوان را تخریب کند.
- استفاده از آب‌های آلوده به زباله‌ها و فاضلاب‌ها موجب تجمع فلزات سنگین مانند نیکل، کادمیوم و دیگر سموم در گیاهانی می‌شود که با این آب‌ها، آبیاری شده‌اند. این گیاهان از نظر ظاهری تفاوتی با گیاهانی که با آب سالم آبیاری شده‌اند، ندارند و چون مواد سمی به درون گیاه نفوذ کرده، با شستن و ضدعفونی کردن، این مواد از گیاه خارج نمی‌شوند و مصرف‌کننده را مسموم می‌کنند.
- مصرف مواد سمی آفت‌کش به‌تدریج سبب تجمع آن‌ها در بدن می‌شود؛ هنگامی که مقدار این مواد در بدن به نقطه بحرانی رسید، به طور ناگهانی منجر به بروز علائم شدید و کشنده مسمومیت می‌شود.
- نیترات‌ها و نیتریت‌ها، سولفات‌ها، فسفات‌ها و مواد مشابه به طور طبیعی در بسیاری از غذاها وجود دارند؛ ولی افزودن این مواد در حد وسیع به مواد غذایی جهت طعم دادن، خوش‌رنگ‌کردن و به عنوان نگهدارنده، سبب ایجاد مسمومیت‌های خفیف تا شدید در مصرف‌کننده می‌شود.
- در برخی غذاهای مانده نیز مواد سمی تولید می‌شود. در پنیرهای مانده، برخی مواد سمی (مانند نیتروزآمین‌ها و تیرآمین) تجمع می‌یابند و می‌توانند منجر به بیماری[1] شوند. عسل نیز گاهی می‌تواند مسمویت‌زا باشد و به نظر می‌رسد زنبور عسل تولید کننده آن در این موارد از گیاه مشکل‌دار تغذیه کرده است.
- بسیاری از موادی که قبلا به عنوان نگهدارنده مجاز به غذاها اضافه می‌شدند، برای سلامت خطرناک است.
- در اثر مصرف طولانی مدت روغن‌ها جهت سرخ‌کردن، مواد سرطان‌زا و مسموم کننده‌ای در آن‌ها ایجاد می‌شوند. ضمناً مصرف مواد غذایی سوخته شده هم به همین ترتیب خطرناک و مسمومیت‌زا می‌باشد.
- بسیاری از ظروف پلاستیکی غیراستاندارد نیز وقتی غذا و مایعات داغ در آن‌ها قرار گیرد، مواد خطرناکی را وارد ماده خوراکی می‌نمایند.

---

۱. بیماری به نام «مت هموگلوبینمی» در اثر تجمع مواد سمی در پنیر ایجاد می شود که در آن تغییر در ترکیب هموگلوبین خون، مانع از آزادشدن اکسیژن در بافت ها می شود.

ب. ترکیبات بالقوه سمی در مواد غذایی

برخی ترکیبات طبیعی در غذا وجود دارند که در شرایط خاصی می‌توانند سمی شوند. این ترکیبات عبارتند از:

- ترکیباتی که در ماده غذایی موجود است، ولی اگر فرد به اندازه مشخصی آن غذا را مصرف کند، بیمار می‌شود (مانند سولانین موجود در سیب زمینی).
- مصرف مواد غذایی گیاهی یا جانوری از نوعی که گیاه یا حیوان در شرایط غیرطبیعی قرار گرفته باشد (مانند نوروتوکسین موجود در صدف دوکپه‌ای سمی و عسلی که زنبور تولیدکننده آن از گیاه مشکل دار تغذیه کرده است).
- مصرف‌کنندگانی که حساسیت غیرطبیعی نسبت به برخی ترکیبات دارند (مانند عسلی که زنبور تولید کننده آن از گیاه مشکل‌دار تغذیه کرده است).
- آلودگی ناشی از باکتری‌های بیماری زا که موجب بیماری‌های حاد، به‌ویژه بیماری‌های گوارشی می‌شود (مانند عفونت با سالمونلا، کامپیلوباکترها، سموم تولید شده به وسیله استافیلوکوکوس اورئوس و یا کلستریدیوم بوتولینوم که ظاهراً خود غذا به نظر نمی‌رسد که فاسد شده باشد).
- سموم قارچی به صورت غذای کپک زده و یا فاسد شده (مانند سم آفلاتوکسین حاصل از قارچ آسپرژیلوس فلاووس که موجب سرطان کبد می‌شود).
- ترکیبات ساخته انسان مانند افزودنی‌های غذایی یا مواد شیمیایی مورد استفاده در کشاورزی و دام پروری

پ. مسمومیت‌های ناشی از موجودات پرسلولی



- مصرف سیب‌زمینی‌های سبز و یا جوانه زده، سمی به نام «سلانین» را به بدن منتقل می‌کند که مسمومیت ایجاد می‌کند. سلانین و مشتقات آن در بادمجان نارس، گوجه فرنگی نارس و فلفل سبز هم وجود دارد، ولی مقدار آن در این غذاها مسمومیت جدی ایجاد نمی‌کند. برخی از لوبیاهای مانده حاوی سمی به نام «ویسین» هستند که مصرف فراوان آن‌ها ایجادکننده کم خونی کشنده است.
- موز حاوی ماده‌ای به نام هیدروکسی تریپتامین۵ است که در هنگام مصرف زیاد، می‌تواند مسمومیت در مصرف کننده ایجاد کند.
- در خردل ماده‌ای به نام «سانگینارین» وجود دارد و مصرف زیاد آن به نوعی مسمومیت منجر می‌شود.
- در بادام، بادام تلخ (وحشی)، لوبیا و برخی حبوبات دیگر و هم چنین در ذرت خوشه‌ای مقداری سیانور وجود دارد که مصرف زیاد آن‌ها ممکن است فرد را دچار مسمویت کند.



- مصرف فراوان برخی گیاهان از قبیل ریواس، اسفناج، سیب زمینی شیرین، کاکائو، چای، گوجه فرنگی، کنجد و جعفری، به علت دارا بودن ماده‌ای به نام «اگزالات»، علاوه بر تداخل در جذب مواد معدنی مانند آهن، روی و کلسیم، می‌تواند باعث بروز مشکلات کلیوی و دفع اگزالات از ادرار شود. باید توجه داشت که در علم تغذیه توصیه به تعادل و تنوع است و نباید هیچ ماده غذایی به صورت غیرعادی و به مقدار بسیار زیاد مصرف شود و هر روز نیز تنها از یک ماده غذایی خاص نباید استفاده شود. به این ترتیب، اگر بعضی روزها ریواس مصرف شود، مشکلی ایجاد نمی‌شود، ولی کسانی که هر روز از این مواد غذایی به مقدار زیاد مصرف

می‌کنند، در معرض خطر مسمومیت قرار دارند.

- «تانن» موجود در پوست انار، چای و قهوه، می‌تواند مانع از جذب برخی مواد معدنی مانند آهن از دستگاه گوارش شود. بنابراین، توصیه می‌شود یک ساعت بین مصرف غذا و نوشیدن چای و قهوه، فاصله گذاشته شود.
- برخی ترکیبات[۱] موجود در انواع کلم، شلغم، تخم خردل (سفید و سیاه)، سویا، گردو و بادام زمینی موجب گواتر می‌شوند. این مواد با پخته شدن بی‌اثر می‌شوند؛ لذا افراد مبتلا به مشکلات تیروئید باید از مصرف مقدار فراوان این مواد غذایی به صورت خام، خودداری کنند.
- «فوراتوکومارین» موجود در پوست لیمو، کرفس و جعفری نیز برای بدن انسان سمیت دارد. نیترات موجود در چغندر، اسفناج و هویج نیز مسمومیت‌زا هستند. البته مصرف بسیار زیاد و دائم این مواد غذایی خطرناک است.
- گیاهان وحشی ناشناخته هم ممکن است دارای موادی باشند که برای انسان مسمومیت‌زا باشند. حتی در برخی گیاهانی که به عنوان داروهای گیاهی مورد استفاده قرار می‌گیرند (از جمله سنبل‌الطیب) نیز مقداری مواد سمی ناشناخته وجود دارد. جوشاندن طولانی مدت بسیاری از گیاهان طبی و نگهداری مایع حاصل همراه تفاله هم موجب ایجاد مواد سمی در آن‌ها می‌شود. نگهداری چای دم‌کرده به همراه تفاله برای مدت طولانی شامل همین قانون است. در نتیجه، پس از دم کردن چای، بهتر است تفاله چای جدا و برای مصرف بعدی نگهداری شود.
- مصرف مواد غذایی آلوده شده با برخی قارچ‌های ذره بینی[۲]، به علت تولید شدن «افلاتوکسین»[۳] در آن‌ها، مسمومیت شدید ایجاد می‌کند. لذا تنها قارچ‌های شناخته شده و کشت داده شده در گلخانه قابل تأیید هستند و نباید به قارچ‌های رشد کرده در طبیعت اعتماد کرد.
- برخی ماهی‌ها که از جلبک‌های سمی قرمز و قهوه‌ای در بعضی فصول تغذیه می‌کنند، می‌توانند منجر به مسمومیت شوند[۴]. مصرف روغن‌هایی که از کبد ماهی‌ها تهیه می‌شود نیز در مواردی موجب مسمومیت شده است؛ بنابراین باید از مصرف ماهی‌های ناشناخته و هم‌چنین ماهی‌های صید شده از مناطقی که آب آن‌ها به علت رشد جلبک‌ها رنگی شده‌اند، خودداری شود. بسیاری از اوقات این ماهیان خودشان نیز به علت مسمومیت ناشی از مصرف جلبک‌های سمی و یا کاهش شدید اکسیژن آب در مناطقی که جلبک‌ها شدیداً تکثیر شده‌اند، تلف می‌شوند و لاشه‌های آن‌ها در کنار ساحل دیده می‌شود.
- امروزه دریاها محل تخلیه زباله‌ها و مواد نفتی شده اند که سموم مربوطه در بافت‌های موجودات دریایی تجمع یافته، از این طریق به انسان‌ها منتقل می‌شوند. به همین ترتیب، چنان‌چه از علوفه آلوده جهت پرورش دام‌ها استفاده شود، سموم در بدن حیوان تجمع یافته و بعداً به انسان منتقل می‌شوند.

مسمومیت‌های ناشی از مصرف غذاهای دریایی علاوه برتهوع، استفراغ و اسهال، ممکن است آلرژی، خارش، بی‌حسی، تنگی نفس و نشانه‌های عصبی نیزایجاد کند.

---

۱. تیوسیانات، گواترین و آلیل ایزوسیانات

۲. قارچ هایی مانند: آسپرژیلوس فلاووس و آسپرژیلوس پارازیتیکوس

۳. افلاتوکسین: سمی بسیار قوی و کشنده است

۴. مسمومیت با ماهی تترودون (فوگل یا چلابی) که حاوی سم تترودوتوکسین است و ماهی سیگاترا از این دست است.

ت. مسمومیت ناشی از باکتری‌ها، ویروس‌ها و قارچ‌های تک سلولی

پس از مصرف مواد غذایی حاوی این موجودات و یا مواد تولید شده آن‌ها، مدتی زمان لازم است تا علائم مسمومیت غذایی ظاهر شود که به آن دوره زمانی، «دوره نهفتگی» گفته می‌شود. از زمان ظهور علائم نیز مدتی علامت‌های بیماری طول می‌کشد که به آن، «دوره علامت‌دار بیماری» می‌گویند.

پیش‌گیری از مسمومیت‌های غذایی

- مواد غذایی پخته شده را یا باید کاملاً سرد (در یخچال و فریزر) و یا کاملاً داغ (در حرارت بالای هفتاد درجه روی شعله ملایم آتش) نگه داشت.
- غذای پخته نگهداری شده در یخچال را قبل از مصرف، باید حداقل ده دقیقه حرارت داد.

از تماس مواد غذایی آماده مصرف، با مواد غذایی خام و ظروف و وسایل مرتبط با آنها باید اجتناب کرد.

- مواد غذایی کنسروی را پس از باز کردن قوطی، به سرعت باید مصرف نمود. ضمناً علاوه بر دقت در سلامت کنسرو، جوشاندن محتوای قوطی پیش از باز کردن و قبل از مصرف، خطر مسمومیت ناشی از بوتولیسم را برطرف می‌سازد.
- اگر آلودگی جوش‌ها و زخم‌های پوستی و هم چنین ترشحاتی که هنگام صحبت کردن، عطسه و سرفه به اطراف پخش می‌شود، به داخل مواد غذایی وارد گردد، خطر مسمومیت‌های استافیلوکوکی را افزایش می‌دهد.
- در کشک مایع که در شیشه‌های دربسته و یا پاکت‌های پلاستیکی عرضه می‌شود، ممکن است عامل بوتولیسم وجود داشته باشد. بنابراین، جوشاندن آن قبل از مصرف (به مدت بیست دقیقه) و برای اطمینان خاطر لازم است.

پیش‌گیری از آلودگی ثانویه مواد غذایی

برای جلوگیری از آلودگی مواد غذایی مورد استفاده، موارد ذیل حائز اهمیت است:

- بهداشت فردی و کنترل سلامت افراد مؤثر در فرآیند تولید غذا
- بهداشت محیط؛ شامل تهیه آب سالم کافی، دفع صحیح زباله و مواد دفعی، مبارزه با حشرات، سوسک، مگس و موش و پیش‌گیری از ورود گردوغبار و مواد خارجی
- رعایت بهداشت از ابتدای تهیه تا لحظه مصرف غذا

رعایت بهداشت از ابتدای تهیه تا لحظه مصرف

الف. جداسازی

- مهم است که مواد غذایی خام، مانند انواع گوشت‌ها، ماهی و غذاهای دریایی از سایر مواد غذایی به صورت مجزا پاک سازی تمییز، پاک‌سازی و نگهداری شوند.
- پخت مناسب غذا، باکتری‌ها را از بین می‌برد، اما مواد غذایی مثل میوه و سبزی که خام مصرف می‌شوند، نباید با این غذاها در تماس باشند و حتی باید سطح آماده سازی آن‌ها (تخته آشپزخانه) مجزا باشد.

ب. خرید و نگهداری

- خرید مواد غذایی سرد و فریز شده را به انتهای خرید خود منتقل کنید.

- گوشت‌ها را از سایر مواد غذایی جدا نمایید.
- تا حد امکان گوشت چرخ کرده خریداری نکنید و گوشت و مرغ خریداری‌شده نیز پس از تکه‌تکه شدن در اندازه مناسب، شسته شده و سپس بسته‌بندی و نگهداری شوند.
- گوشت‌ها را در قفسه جداگانه و در پایین فریزر قرار دهید.
- در صورت تماس با این مواد، باید دست‌ها را به خوبی با آب و صابون بشویید.

پ. شستن دست‌ها و تخته آشپزخانه

- دست‌ها را قبل از دست زدن به وسایلی که برای تهیه غذا لازم است و نیز بعد از کار کردن با موادی مانند گوشت، به خوبی با آب گرم و صابون برای حداقل بیست ثانیه بشویید.
- برای ضد عفونی کردن تخته آشپزخانه، از آب داغ و یا مخلوط ۷۵۰ میلی‌لیتر آب و پنج میلی‌لیتر ماده سفیدکننده استفاده کنید.

فصل ششم

تهیه و نگهداری غذای سالم

روش‌های نگهداری مواد غذایی

غذاها دارای منشأ حیوانی، گیاهی و یا هر دو هستند و از سلول‌های حاوی آنزیم‌ها و ترکیبات زیستی - شیمیایی تشکیل شده‌اند. غذاها می‌توانند محل زیست و رشد موجودات زنده ذره‌بینی باشند. حشرات هم باعث از بین رفتن ماده غذایی می‌شوند؛ بنابراین، لازم است با به‌کارگیری روش‌های مختلف، از فساد آن‌ها جلوگیری کرد.

از نظر فسادپذیری، مواد غذایی را می‌توان به سه گروه تقسیم نمود:

- مواد غذایی زودفاسد شونده، مثل شیر، گوشت‌ها و ماهی
- مواد غذایی نیمه‌فسادپذیر، مثل بسیاری از میوه‌ها
- مواد غذایی دیر فاسد شونده، مثل آجیل و خشکبار. غلات نیز به علت آب کم قابلیت نگهداری طولانی (در محیط‌های مناسب مانند سیلوها) را دارند.

روش‌های فرآوری سازی



- **دود دادن (دودی کردن):** برای حفظ مواد گوشتی از قبیل ماهی و گوشت قرمز، در قدیم آن‌ها را دود می‌دادند. دودها عموماً سرطان‌زا و حاوی مواد سمی خطرناکی بودند و امروزه تلاش می‌شود تا با افزودن ترکیبات شیمیایی، مزه دود به غذا افزوده گردد.



- **خشک کردن:** از روزگاران گذشته، به طور سنتی، مواد غذایی را با قراردادن در معرض آفتاب خشک می‌کردند. امروزه از تونل خشک‌کننده، اسپری خشک کننده و یخچال خشک کننده استفاده می‌شود و موادی مانند پودر شیر و پودر قهوه تهیه می‌شود. باکتری‌ها نمی‌توانند در غذاهای دودی و خشک‌شده رشد کنند و آنزیم‌هایی که باعث فساد آن‌ها می‌شوند، مهار می‌شوند.
- **فریز کردن:** با فریزکردن مواد غذایی، به علت کاهش فعالیت آنزیم‌ها و هم‌چنین کاهش آب در دسترس، رشد باکتری‌ها متوقف می‌شود.
- **سرد نگاه داشتن:** با قرار دادن مواد غذایی در محیط‌های سرد (از طریق نگهداری در یخچال)، موجودات زنده ذره‌بینی از بین نمی‌روند، ولی آن‌هایی که وجود دارند، نمی‌توانند تکثیر شوند و یا به آهستگی تکثیر می‌یابند. در نتیجه سردکردن، احتمال تغییر غذاها توسط آنزیم‌های داخل آن‌ها نیز کاهش می‌یابد.
- **افزودن نمک یا شکر:** با اضافه‌کردن نمک یا شکر به مواد غذایی، غلظت مواد افزایش می‌یابد و در نتیجه، آب داخل مواد غذایی کم می‌شود و جلوی رشد باکتری‌ها گرفته می‌شود.
- **اسیدی‌کردن:** در مواد غذایی که در سرکه گذاشته شده و تبدیل به ترشی می‌شوند، باکتری‌ها رشد نمی‌کنند.
- **قورمه‌کردن:** از این روش در گذشته در روستاهای ایران استفاده می‌شد. گوشت به همراه دنبه آن تکه تکه شده و در آب کم جوشانده، سپس در داخل پوست گوسفند و یا ظرفی دبه مانند ریخته و بعد از خنک شدن، چربی روی ظرف غذا سفت می‌شد. این لایه چربی قرار بود از نفوذ عوامل بیماری‌زا تا حدودی جلوگیری کند، ولی عموماً خود تبدیل به محل رشد این عوامل می‌شد. «بوتولیسم» بیماری‌ای بود که از طریق انتقال سم از این مواد غذایی به بدن اتفاق می‌افتاد.
- **پرتودهی مواد غذایی:** یک تکنیک جدید است که می‌تواند عمر توت فرنگی و پوست قارچ را طولانی کند، جوانه‌زدن سیب زمینی و پیاز را مهار کرده، عوامل بیماری‌زا بر روی پوست مرغ را از بین ببرد.

- **تخمیر:** با سـرکه انداختن یا ترشـی درسـت کردن، تخمیر اتفاق می‌افتد که در طی آن اسـید، الکل یا هر دو تولید می‌شوند و می‌توانند عوامل بیماری‌زا و فاسدکننده را مهار کنند.
- **نگه دارنده‌های شـیمیایی:** اضافه‌کردن مقادیر مشـخص از برخی مواد شیمیایی به بعضی غذاها (مانند اسید بنزوئیک، اسید پروپیونیک و اسید سوربیک که به طور طبیعی در قره قروت (سیاه‌کشک)، برخی انواع پنیر و میوه سماق کوهی وجود دارد)، می‌تواند از رشد میکروب‌ها جلوگیری نماید.
- **بسـته‌بندی:** برای پیش‌گیری از آلودگی مجدد غذایی که با اسـتفاده از حرارت، موجودات زنده ذره‌بینی آن از بین رفته (و اسـتریل شده اسـت)، می‌توان آن را به درون یک قوطی یا کیسه پلاستیکی غیرقابل نفوذ نسبت به هوا، یا کارتن کاغذی و یا پلاسـتیکی چند لایه قرارداد و آن را کاملاً بسـت. بسـته‌بندی مواد غذایی بدون رعایت شـرایط اسـتریل، گرچه از رشـد باکتری‌ها پیش‌گیری نمی‌کند، ولی احتمال آلودگی را کم کرده، از تبخیر آب آن جلوگیری می‌کند.
- حرارت‌دادن با چند روش انجام می‌شود:
  - قراردادن ماده غذایی در معرض دمای ۱۰۰ درجه سانتی‌گراد به مدت یک تا هشت دقیقه، قبل از فریزکردن و کنسروکردن آن موجب غیرفعال‌شدن آنزیم‌ها می‌شود.
  - پاستوریزاسیون شیر (قراردادن شیر به مدت ۱۵ ثانیه در معرض دمای ۷۲ درجه سانتی‌گراد) موجب تخریب عوامل بیماری‌زا می‌شود، ولی تأثیری بر روی سایر عوامل ندارد.
  - پختن ماده غذایی، سـبب تخریب تمام و یا تقریباً تمام عوامل بیماری‌زا (به جز هاگ بعضی میکروب‌ها) می‌شود.
  - اسـتریل‌کردن مواد غذایی بـا درجه حرارت بالا (قراردادن آن‌ها در معرض دمای ۱۳۰ درجه سـانتیگراد به مدت چند ثانیه) همراه با فشـار یا بدون فشـار صورت می‌گیرد. در این صورت، کلیه میکروارگانیسـم‌ها و عوامل انتقال‌دهنده آن‌ها از بین می‌روند و تخریب می‌شوند.

افزودنی‌های غذایی

افزودنی‌هایی که انسـان به مواد غذایی اضافه می‌کند، ترکیبات سـمی نیسـتند. آن‌ها بـر روی چندین نوع حیوان آزمایش شـده و به طور مداوم توسط متخصصان سم‌شناسی مواد غذایی، مورد بررسی قرار می‌گیرند. مقادیر مجاز، مقادیری است که باید حداکثر دریافت ماده افزودنی از غذا، از آن مقدار تجاوز نکند.

- **ضداکسیدان‌ها:** برای پیش‌گیری از ترکیب‌شدن آهسته روغن‌ها و چربی‌ها با اکسیژن هوا و جلوگیری از پیشرفت فساد آن‌ها استفاده می‌شود.
- **مواد حافظ رطوبت:** از خشک‌شدن مواد غذایی جلوگیری می‌نمایند. گلیسرول مثالی از آن‌هاست.
- **اسـیدهای مواد غذایی:** اسـیدهایی هسـتند که به طور طبیعی در مواد غذایی یافت می‌شـوند و از آن‌ها برای خوشـمزه‌کردن و یا به دلایل فنی اسـتفاده می‌شـود و هم‌چنین می‌توانند به عنوان نگهدارنده مواد غذایی عمل کنند.
- **مواد ضد چسبندگی:** از گلوله‌شدن مواد غذایی پودر مانند جلوگیری می‌کند.
- **غلیظ‌کننده‌ها:** می‌توانند صمغ گیاهان، مشتقات سلولز و یا مشتقات نشاسته باشند.
- **مواد مغذی افزودنی:** اسامی آن‌ها بر روی برچسب‌ها اعلام می‌شود. امروزه تعدادی از غذاها با مواد مغذی، غنی

می‌شوند. برای مثال، می‌توان مارگارین حاوی ویتامین‌های A و D، آرد و نان و بعضی از غذاهای تهیه شده از غلات حاوی برخی از ویتامین‌های گروه B و پروتئین‌های تهیه شده از گیاهان حاوی ویتامین B_{12} را نام برد.

- **افزودنی‌های متفرقه:** شامل سایر افزودنی‌ها مانند مواد بهبود دهنده آرد، مواد سفت‌کننده، تثبیت‌کننده‌ها، افزایش دهنده‌های طعم، محرک‌ها و مواد لعاب دهنده هستند.
- شیرین‌کننده‌های مصنوعی مجاز مانند ساخارین، آسپارتام و آس سولفام پتاسیم
- رنگ‌های مجاز که شامل برخی مواد طبیعی (مانند چغندر قرمز، کلروفیل نوع دو و انواع کاروتنوئیدها) و بعضی مواد مصنوعی (مانند رنگ‌های شیمیایی دارای ریشه نیتروژنی و اریتروزینی) هستند.
- **طعم دهنده‌ها:** طعم دهنده‌ها به مقدار بسیار کم به مواد غذایی اضافه می‌شوند و خطری برای سلامت ندارند. آن‌ها هم به شکل طعم دهنده‌های طبیعی و هم به شکل ترکیبات شیمیایی وجود دارند. معمولاً اسامی طعم دهنده‌ها بر روی برچسب‌ها اعلام نمی‌شود و اگر از طعم دهنده‌ای استفاده شود، در فهرست اجزای تشکیل دهنده ماده غذایی ذکر می‌شود.

اتلاف مواد مغذی در فرآوری کردن

- ویتامین C و اسید فولیک نسبت به سایر ویتامین‌ها در برابر حرارت ناپایدارتر هستند؛ در حالی‌که ویتامین C در مقایسه با اسید فولیک در محیط اسیدی، دوام بیشتری دارد.
- ویتامین B_1 در برابر حرارت نسبتاً ناپایدار است.
- ریبوفلاوین در زیر نور ماوراء بنفش تجزیه می‌شود.
- ویتامین‌های محلول در آب در داخل آب پخت و پز حل شده و هرچه از مقدار آب بیشتری برای پختن غذا استفاده گردد، ویتامین‌های محلول در آب به مقدار بیشتری از بین می‌روند.
- مواد معدنی موجود در مواد غذایی پایدارتر هستند، ولی اگر از مقادیر زیادی آب برای پخت و پز استفاده شود، از دست می‌روند.
- «لیزین» اسید آمینه محدود غلات است که نسبت به دیگر اسیدهای آمینه ضروری ناپایدارتر است. مخلوطی از کربوهیدارت‌ها و لیزین، موجب طلایی رنگ شدن سطح نان می‌شود که این قسمت از نان برای مصرف‌کننده بی ارزش است.
- اگر از روغن استفاده شده، برای سرخ‌کردن مجدد استفاده گردد، به‌ویژه در درجه حرارت بالا، مقداری اسید لینولئیک موجود در روغن نابود می‌شود.
- در اثر خردکردن و یا فریزکردن سبزی‌های برگ‌دار، آسیب بافتی ایجاد می‌شود. ضمناً حرارت دادن در آب قلیایی (مثلاً افزودن بی‌کربنات سدیم یا همان جوش شیرین به آب)، تماس با مس و شست‌وشو در طی فرآوری و یا پختن آن در آب، موجب تجزیه اکسیداتیو ویتامین C می‌شود.

اختلافاتی بین سه روش پخت (یعنی جوشاندن، استفاده از امواج مایکروویو و پختن در زودپز) از نظر مقدار اتلاف ویتامین C وجود دارد، ولی در صورتی که از مقدار آب کمتری برای طبخ غذا استفاده شود، ویتامین C به میزان کمتری از ماده غذایی وارد آب می‌شود.

اصول نگهداری مواد غذایی در یخچال

- میکروب های سرمادوست و کپک ها در داخل یخچال می توانند رشد کنند.
- مواد غذایی در ظروف مناسب دردار نگهداری شوند.
- از قرار دادن مواد غذایی در داخل یخچال یا فریزر، بیش از حد ظرفیت این وسایل باید خودداری کرد.
- از گذاشتن مواد غذایی گرم و داغ در داخل یخچال خودداری شود.
- مواد غذایی در حلب یا قوطی کنسرو، پس از باز شدن به ظرف شیشه‌ای یا ظرف مخصوص منتقل شوند.
- از قرار دادن مواد غذایی خام در مجاورت مواد غذایی پخته شده در یخچال باید اجتناب کرد.
- غذاهایی که در یخچال نگهداری می‌شود، سالم، تمیز و بهداشتی باشد.

اصول یخ زدایی

- بهتر است یخ‌زدایی گوشت ها در یخچال، مایکروفر و یا قرار دادن در آب معمولی صورت گیرد.
- اگر از مایکروفر استفاده کردید، بلافاصله باید آن را پخت نمایید.
- نکته مهم این است که این مواد را نباید دوباره فریزکرد.
- بلافاصله باید پس از پاک سازی گوشت، تمامی سطوح در تماس را به دقت بشویید.

مدت زمان نگهداری مواد غذایی با منشا دامی در یخچال

ماده غذایی	درجه حرارت	زمان نگهداری
گوشت چرخ‌کرده	۰-۴ درجه سانتی‌گراد	۱۲ ساعت
قطعات گوشت بسته بندی شده	۰-۲ درجه سانتی‌گراد	۲-۳ روز
گوشت مرغ تازه	۰-۲ درجه سانتی‌گراد	۶-۸ روز
برش کالباس بسته‌بندی شده	۴-۶ درجه سانتی‌گراد	۶-۱۰ روز
سس مایونز	۴-۶ درجه سانتی‌گراد	۴-۶ هفته
شیر پاستوریزه	۰-۴ درجه سانتی‌گراد	۲-۳ روز

مدت زمان نگهداری گوشت ها در فریزر

ماده غذایی منجمد شده	زمان نگهداری
گوشت چرخ کرده	۳ ماه
گوشت طیور	۷-۱۲ ماه
گوشت گاو	۹-۱۸ ماه
ماهی‌های پرچرب	۳ ماه
ماهی‌های کم چرب	۴-۵ ماه

نکات مورد توجه در ذخیره سازی

- گوشت ها را بعد از پاک کردن و شستن به یخچال و یا فریزر منتقل کنید. دمای فریزر لازم است حداقل ۱۷- درجه سانتی‌گراد باشد. دمای درون یخچال نیز بین ۱ تا ۴ درجه باشد. معمولاً باکتری ها در دمای بین ۵ تا ۶۰ درجه قادر به رشد مناسب و تکثیر هستند.
- گوشت ها را نباید بیش از دو ساعت در دمای اتاق نگه داشت.

- همواره به تاریخ مصرف همبرگر، سوسیس و کالباس توجه کنید. یادآوری می‌شود که تاریخ انقضای محصولات خوراکی برای مدت زمانی است که آن‌ها به صورت بسته بندی دست نخورده و باز نشده نگهداری شوند. در صورت باز شدن بسته‌بندی، لازم است ماده غذایی حداکثر طی ۳-۲ روز مصرف شود.
- سالاد را به صورت تازه و قبل از غذا آماده کنید.

به هیچ عنوان نمی توان با بو کردن و یا چشیدن غذا به سلامت آن پی برد. اگر کوچک ترین شکی وجود دارد، بهتر است برای حفظ سلامت، از مصرف کردن غذا خودداری شود.

روش‌های نگهداری مواد غذایی در منزل

الف. نان

نان خوب، نانی است که آرد آن خوب، خمیر آن تخمیر شده، نانوایش ماهر و مصرف‌کننده آن، واقف به اصول نگهداری صحیح باشد. رعایت این نکات در نگهداری نان مهم است:

- چیدن نان‌های داغ بر روی هم کپک زدگی را تسریع می‌کند و ضایعات نان را تشدید می‌کند.
- قبل از سرد شدن کامل نان‌ها، آن‌ها را دسته نکنید.
- خرید نان مازاد بر نیاز روزانه، یکی از علل افزایش ضایعات نان است.
- قرار دادن نان در یخچال، بیات شدن آن را تسریع می‌کند.
- هنگام خرید نان، یک سفره پارچه‌ای یا پلاستیکی به همراه داشته باشید.
- بعد از سرد شدن نان، آن را در فریزر قرار دهید.

ب. سبزی و میوه

- از قرار دادن سبزی‌ها در داخل روزنامه یا نایلون‌های بازیافتی خودداری کنید.
- در صورت کپک زدگی باید سریعاً میوه و سبزی کپک زده از یخچال خارج کنید؛ زیرا باعث انتشار آلودگی در یخچال می‌شود. در صورت مشاهده چنین مواردی، باید ظروف نگهداری این مواد را از یخچال خارج کرده، به دقت شست و ضد عفونی کرد.
- برای خرد کردن سبزی از چاقوی تیز استفاده کنید.
- برای نگهداری میوه‌ها در یخچال باید توجه داشت که هوای سرد در اطراف میوه جریان پیدا کند و از نگهداری آن در کیسه نایلون خودداری شود.

برای پختن سبزی، ابتدا آب را بجوشانید و سپس سبزی را در آن بریزید و به مدت بیست دقیقه بپزید. از سرخ کردن سبزی بپرهیزید و در هنگام پخت، در ظرف را ببندید.

توصیه‌هایی برای بهداشت غذا در منزل

- خوب پختن غذا
- دور نگه داشتن غذای خام از پخته
- نگهداری غذای پخته شده در وضعیت مناسب
- ترشی، سرکه و آب‌لیمو را نباید در ظروف فلزی و پلاستیکی نامناسب نگهداری کرد.

- بعد از تماس با تخم مرغ حتماً باید دست ها را شست.
- تخته آماده سازی گوشت از سبزیجات جدا باشد (استفاده از تخته زالامید به جای تخته چوبی بهتر است)
- بسته بندی مواد غذایی در نایلون فریزر بهداشتی و در اندازه های مناسب
- برای خارج کردن گوشت از حالت انجماد از روش نادرست خیساندن در آب گرم استفاده نکنید. گوشت را در یخچال قرار دهید تا از حالت انجماد، خارج شود یا در مایکروفر قرار دهید و یا از آب با دمای معمولی استفاده کنید.
- نور آفتاب می تواند بعضی از مواد غذایی را فاسد یا بی اثر کند. از قرار دادن روغن مایع، آب لیمو، سیب زمینی و پیاز در مقابل نور آفتاب خودداری کنید.
- برای خشک کردن دست ها و ظروف باید از دستمال های جداگانه استفاده کرد و روزانه آن ها را شست.
- در تهیه ادویه ها دقت شود؛ دارچین و میخک در کشتن باکتری ها مؤثرند. زنجبیل، خردل و جوز هندی اثر کم تری دارند. ادویه آلوده نه تنها از رشد عوامل بیماری زای غذا جلوگیری نمی کند، بلکه به آن می افزاید.
- پیاز و سیر، به دلیل داشتن «آکرولئین» و ترب کوهی، به خاطر دارا بودن «تیوسیانات»، باکتری ها را از بین می برند.
- اگر لازم است غذای پخته بیشتر از پنج ساعت نگهداری شود، باید آن را داغ (بالای ۷۰ درجه) و یا سرد (پایین تر از ۱۰ درجه) نگه داشت.
- غذای پخته که در یخچال نگهداری شود، برای مصرف دوباره باید خوب گرم شود؛ طوری که همه جای آن تا ۷۰ درجه حرارت ببینند.

ظروف مناسب پخت و نگهداری مواد غذایی

۱. ظروف ملامین



ترکیب شیمیایی مورد استفاده در تهیه این ظروف، حاوی مقداری مواد نیتروژن دار است. اگر خراش های زیادی در این ظروف به وجود آمده باشد و به ویژه هنگام صرف غذا در این گونه ظروف، احتمال ورود مواد ملامینی به غذا و ایجاد مسمومیت هایی هرچند خفیف وجود دارد. از طرف دیگر، این منافذ و خراش های موجود در سطح ظروف ملامینی، محل مناسبی برای رشد و تکثیر انواع میکروب هاست. علت علاقه مردم به خرید این ظروف، مقاومت آن ها در برابر شکسته شدن و هم چنین ارزان و سبک بودن است. گرچه امروزه توجه به این گونه ظروف تا حدودی کاهش یافته و با ورود ظروف دیگری نظیر پیرکس، چینی و آرکوپال، این ظروف کاربرد خویش را در مجالس و محافل رسمی از دست داده و تنها در برخی اوقات خاص نظیر مسافرت ها و پیک نیک مورد استفاده قرار می گیرند. برای اجتناب از آسیب به پوشش خارجی این ظروف، شستن آن ها نباید توسط سیم ظرف شویی یا دیگر اجسام خشن صورت گیرد. همچنین، از ظروف ملامین نباید برای خردکردن سبزی، گوشت و حتی بریدن میوه استفاده کرد، زیرا ممکن است چاقو به لعاب واقع در سطح خارجی ظرف آسیب زده و علاوه بر خطرات ذکر شده، تمیز کردن این ظروف را سخت کند. مرور زمان نیز ممکن است باعث از بین رفتن کیفیت این ظروف یا لب پر شدن آن ها شود و به دلیل احتمال ایجاد آلودگی، استفاده از ملامین های ترک دار و کهنه توصیه نمی شود.

۲. ظروف شیشه‌ای



شیشـه بسیار کم حل می‌شود و تنها در آزمایشـگاه، چنانچه پودر شیشه را در آب داغ مدتی به هم زنند، به مقدار بسیار ناچیز حل می‌شود. لذا، ظروف شیشه‌ای به دلیل عدم ورود به غذا و هم چنین بخاطر این که با ترکیبات غذایی واکنش نداده و تأثیری بر مواد مغذی غذاها ندارند، ظروف مناسـب و قابل استفاده‌ای هستند. البته لازم اسـت در هنگام اسـتفاده از آن‌ها رعایت نکات احتیاطی برای اجتناب از شکسته شـدن و یا غیربهداشتی شـدن غذای مورد طبخ، به‌عمل آید. امروزه اسـتانداردهای مورد نیاز برای سـاخت ظروف شیشه‌ای مناسب وجود دارد. موارد زیر برای ظروف شیشه‌ای مورد استفاده برای طبخ و نگهداری مواد غذایی ذکر شده است:

- عاری از هر گونه ترک باشند؛ زیرا ترک باعث کاهش مقاومت مکانیکی شیشه می‌شود.
- سطوح داخلی و خارجی ظروف باید صاف و یکنواخت باشد.
- محل اتصال و جوش روی بدنه نباید تیز و برنده باشد و حداکثر برآمدگی مجاز در این نواحی ۰/۵ میلی‌متر است.
- ظروف شیشه‌ای نباید دارای رگه‌های رنگی قابل رؤیت باشند.
- وجود سطوح تیره یا لکه در ظروف شیشه‌ای که در اثر شست‌وشو با آب داغ تمیز نشود، غیرمجاز است.
- از آن جا که وجود حباب در ظروف شیشـه‌ای موجب افزایش خطر شکنندگی در این ظروف می‌شود، بهتر است ظروف شیشه‌ای فاقد هر گونه حباب باشند.
- از آن جا که شیشه، بو، رنگ و مزه‌ای را به موادی که با آن در تماس است منتقل نمی‌کند، لذا نگهداری چای خشک، پودر قهوه، ادویه جات و گیاهان خشک در این ظروف مناسب است. اسانس‌های میوه‌ها و سبزیجات به کمک حلال‌های قوی استخراج می‌شوند و بسیار فرار هستند. وجود حلال در این اسانس‌ها موجب می‌شود که ظروف پلاسـتیکی نازک را تخریب کنند. در صورت نگهداری اسـانس‌ها در ظروف فلزی، حالت اسانس تغییر می‌کند و یا ظروف را تخریب می‌کند. در حالی‌که نگهداری آن‌ها در ظروف شیشـه‌ای بسـیار مناسـب است. توصیه می‌شود برای نگهداری اسانس‌ها از ظروف شیشه‌ای رنگی استفاده شود.

۳. ظروف پیرکس



اصـول تولیـد این ظـروف نیز مشـابه با ظـروف شیشـه‌ای معمولی بـوده و تنها با گذرانـدن یک مرحله تولیـدی خاص، مقاومت این ظـروف در برابر حرارت افزایش می‌یابـد؛ بنابراین می‌تـوان این ظروف را برای پخت و پـز و نگهداری غذای گرم به کار برد. از آنجا که شیشـه رسـانای خوبی نیسـت، انتقال حرارت در این ظروف به سرعت و به طور یکنواخت صورت نمی‌گیرد و به همین دلیل هنگامی که از این ظروف برای پخت مواد غذایی بر روی شعله گاز استفاده می‌شود، لازم اسـت غذا به طور مداوم به هم زده شـود تا انتقال حرارت در ماده غذایی به طور مناسـب صورت گیرد. این ظروف برای نگهداری انواع مواد غذایی گرم، اسـیدی (نظیر ترشیجات)، قلیایی (حاوی جوش شیرین یا دیگر مواد قلیایی) و معطر مناسب هستند. پخت و پز مواد غذایی در این ظروف بر روی شعله مستقیم گاز و یا در دستگاه مایکروفر نیز قابل انجام اسـت؛ گرچه لازم اسـت از ریختن آب یا غذای سـرد بر روی آن‌ها هنگامی که بسیار داغ هستند، اجتناب شود و نیز ظروف داغ به طور ناگهانی به فریزر منتقل نشوند.

۴. ظروف آرکوپال



این‌گونه از ظروف چینی که زیبایی مشابه دیگر ظروف چینی و استحکامی بیش از آن را داشته و در عین حال سبک و تاحدودی شفاف هستند، مورد اقبال عمومی قرار گرفته است. در واقع، این ظروف از شیشه زیباتر، نشکن‌تر و هم چنین از چینی سبک‌تر است. برای تولید این ظروف، مواد اولیه ظروف شیشه‌ای را به همراه برخی مواد معدنی تا دمای ۱۵۰۰ تا ۱۶۰۰ درجه سانتی‌گراد حرارت می‌دهند تا ذوب شود. مراحل تولید این ظروف تا این مرحله مشابه سایر ظروف شیشه‌ای است؛ ولی در مرحله انتهایی که مرحله قالب‌ریزی است به جای قالب‌ریزی معمول در سایر ظروف، از دستگاهی مشابه سانتریفوژ استفاده می‌شود که با استفاده از نیروی گریز از مرکز، ظروفی نازک را شکل می‌دهد. این ظروف نیز همانند ظروف پیرکس در مقابل حرارت مقاومت قابل توجهی دارند.

نکاتی که در هنگام تهیه ظروف شیشه‌ای و آرکوپال باید توجه داشت، عبارتند از:

- ظروفی که دارای موج کم‌تری باشند، خریداری فرمایید.
- در صورت خرید ظروف بلورین برای استفاده‌های روزمره، از خرید انواع فانتزی این ظروف -که به علت شکل ظاهری غیرمعمول، شستن آن‌ها دشوار است- پرهیز نمایید.
- چنان چه لب پریدگی یا هر نوع آسیب ظاهری و خش فراوان در این ظروف وجود دارد، بهتر است دیگر از آن‌ها استفاده نکنید. لب پریدگی‌ها علاوه بر جمع کردن باکتری‌ها و عوامل بیماری‌زا، خطر مجروح‌کردن لب و دهان را نیز به همراه دارند و شست‌وشوی این قسمت‌ها نیز دشوار است.
- از قرار دادن این ظروف در شرایط شوک حرارتی، یعنی گرم و سردشدن ناگهانی و شدید، اجتناب کنید. در غیر این صورت خطر شکستن ناگهانی این ظروف را تهدید می‌کند.

از مزایای ظروف شیشه‌ای مشخص بودن مواد غذایی درون آنهاست. لذا انواع شفاف این ظروف را انتخاب کنید تا شکل و رنگ مواد غذایی را که نشانگر کیفیت و تازگی آنها است، به‌راحتی تشخیص دهید.

۵. ظروف چینی



این ظروف در واقع نوعی سرامیک هستند که جهت تهیه، سرو و صرف غذا مورد استفاده واقع می‌شوند و هم چون سرامیک در طی دو مرحله پخته و آماده عرضه می‌شوند. در اولین مرحله، خاک چینی به صورت گل در آورده شده و درون قالب‌ها شکل داده می‌شود (مثلاً به شکل دیس یا بشقاب) و در کوره حرارت می‌بینند. سپس با لعاب خاصی پوشانده شده و دوباره در کوره قرار می‌گیرد. در هر دو مرحله، عملیات پخت با دمای بیش از ۱۰۰۰ درجه سانتی‌گراد انجام می‌شود. این ظروف را بر اساس فرآیند تولید (از جمله فرآوری حرارتی، دمای پخت، درصد جذب آب و شفافیت) تقسیم‌بندی می‌نمایند. لازم است این ظروف طبق استاندارد ویژگی‌های زیر را داشته باشند:

- ترکیب آن‌ها شیشه‌ای و سفید رنگ باشد.
- چنان چه ضربه‌ای آرام به ظرف چینی وارد شود، صدای زنگ دار و طولانی مدتی از آن شنیده شود.
- با رنگ‌های مصنوعی تزئین شده باشند که در نتیجه نسبت به آب غیرقابل نفوذ باشند.
- جذب آب در انواع چینی‌ها ناچیز بوده و از ۰/۲ تا حداکثر ۱ درصد متفاوت است.

۶. ظروف سرامیکی



سرامیک محصول خاک رُس و سخت کردن این ماده به وسیله حرارت دادن آن است. سرامیک شکننده و در عین حال، بسیار سخت و محکم است. این محصول می‌تواند کاربردهای زیادی داشته باشد. همانطور که قبلاً اشاره شد، چینی‌ها هم نوعی سرامیک هستند با این تفاوت که از مواد بهتر و حرارت بیشتری برای تولید آن‌ها استفاده می‌شود و این باعث می‌شود که چینی‌ها از نظر وزنی سبک‌تر و از نظر ضخامتی، نازک‌تر باشند.

ظروف سرامیکی زودتر لب پریده می‌شوند. مقاومت ظروف چینی بیشتر است و کم‌تر هم لک می‌شوند؛ بنابر این، این‌که کدام یک از این ظروف را انتخاب کنید، به هدف شما بستگی دارد. به طور مثال، یک ظرف سرامیکی قهوه را برای مدت طولانی‌تر گرم نگه می‌دارد و در عوض، در یک ظرف چینی ،طعم قهوه به هیچ وجه تغییر نمی‌کند.

غذاها و نوشیدنی‌های اسیدی را در ظروف سرامیک نگهداری نکنید و نوشیدنی‌های گرم مانند چای، قهوه یا آبمیوه‌های اسیدی و ترش را در فنجان‌های سرامیک ننوشید.

ویژگی‌های ظاهری ظروف سرامیک و چینی

- رنگ و جلای لعاب به‌کار رفته در یک قطعه، باید یکنواخت و هماهنگ باشد.
- ظروف باید عاری از تاب برداشتگی باشند. تاب برداشتگی در لبه یا پایه ظروف، سبب لق خوردن و یا شیب‌دار شدن سطح ظرف می‌شود.
- پرداخت پایه ظروف باید به گونه‌ای باشد که با لمس کردن پایه ظروف، برآمدگی، شکست و یا تیزی قابل لمس وجود نداشته باشد.
- لعاب ظرف، جوش (حباب هوای زیر لعاب که ممکن است ترکیده شده باشد) نداشته باشد. هم چنین لب پریدگی، پوسته شدن و یا شره‌کردن و موج داشتن لعاب، ترک در بدنه و لعاب نگرفتگی آن‌ها قابل پذیرش نیست. وجود سوراخ سنجاقی در لعاب -که در سطوح در معرض دید بیش از دو عدد و در سطح دور از دید بیش از چهار عدد باشد- ذرات و اجسام خارجی چسبیده به لعاب، لک و خال در لعاب در معرض دید (به تعداد بیش از یک عدد و قطر بیش از یک میلی‌متر)، بدچسبیدن قطعات الحاقی به بدنه (به عنوان مثال اتصال نامناسب دسته فنجان به بدنه آن که علاوه بر شکل نامناسب ظرف، شست‌وشو و بهداشت آن را با مشکل روبه‌رو می‌کند)، همگی از ایرادهای جدی ظروف سرامیک و چینی هستند که آن‌ها را از استاندارد خارج می‌سازد.
- در زیر هر ظرف، باید نام واحد تولیدی، علامت تجاری و یا هر مشخصه دیگری که معرف تولیدکننده آن باشد، قید شود. برای ظروف استاندارد، استفاده از «مهر استاندارد ایران» بر روی کالاها و بسته‌بندی آن‌ها ضروری است.

کاربرد ظروف چینی و سرامیک برای صرف غذا

ظروف چینی و سرامیک درصورتی‌که دارای پوشش لعاب مناسب و ویژگی‌های یاد شده طبق استاندارد باشند، ظروف مناسبی برای صرف غذا هستند. پوشش استانداردشده لعاب این ظروف بر ترکیبات غذایی تأثیری ندارد و می‌توان آن‌ها را برای نگهداری و مصرف مواد غذایی گرم و سرد به کار برد. این ظروف برای حرارت دادن غذا قابل استفاده نیستند. با توجه به آنکه برای اعطای نشان استاندارد، بر روی ظروف تعداد زیادی آزمون‌های شیمیایی،

فیزیکی و حتی استحکام انجام می‌شود، بنابراین هنگام خرید این ظروف، انتخاب انواعی که دارای نشان استاندارد هستند، مناسب است. در هنگام خرید، باید وضعیت پوشش لعاب بر روی تمام سطح در تماس با ماده غذایی، بررسی شود. بر اساس قانون مواد خوردنی و آشامیدنی، ظروف شکستنی مورد استفاده در مواد غذایی باید تمیز، بدون ترک خوردگی و لب پریدگی باشند و باید از به کار بردن ظروف سرامیک و چینی که دچار آسیب‌هایی نظیر لب پریدگی و خراش‌های عمیق هستند -که با آسیب دیدن لعاب همراه است- پرهیز شود. با توجه به آن‌که درصد جذب آب در ظروف چینی کم‌تر است، این ظروف به انواع معمول ظروف سرامیک ترجیح داده می‌شوند. اگرچه به دلیل سبک بودن و قیمت کم‌ترشان، بسیاری از افراد به خرید و استفاده از ظروف سرامیکی به جای ظروف چینی علاقه بیشتری دارند.



۷. ظروف فلزی

انسان زمانی از سنگ به عنوان ظرفی برای پختن و نگهداری غذا استفاده می‌کرد. از زمانی که فلز کشف و به زندگی انسان وارد شد، استفاده از ظروف فلزی نیز برای پخت، نگهداری و مصرف غذا آغاز شد. این ظروف به دلیل انتقال مناسب حرارت، عدم شکنندگی و هم‌چنین مقاومت جدی در مقابل صدمه و ضربه، در آشپزخانه‌ها بسیار مورد استفاده هستند. انتقال سریع حرارت در این ظروف، موجب پخت سریع و کامل مواد غذایی می‌شود. استفاده از ظروف فلزی معمول در مایکروفر خطرناک بوده، منجر به جرقه‌های شدید و انفجار خواهد شد؛ بااین حال، امروزه به برکت پیشرفت فناوری، ظروف فلزی مناسب این قبیل دستگاه‌ها نیز به بازار عرضه شده‌اند. در بین این ظروف، انواع آهنی برای پخت مناسب‌ترین هستند؛ زیرا با وارد کردن آهن یونیزه به غذا، ارزش غذایی آن را می‌افزایند و هیچ‌گونه ضرری نیز برای مصرف‌کنندگان ایجاد نمی‌کنند. استفاده از روکش تفلون برای ظروف چدنی و آلومینیوم فشرده نیز موجب شده که بدون نگرانی از ایجاد عوارض، این ظروف جای مناسب خود را در بین مصرف‌کنندگان پیدا کنند.

تأثیر فلزات بر روی غذاهای اسیدی (ترشیجات) و قلیایی (جوش شیرین)

از آن جا که فلزات با مواد قلیایی و اسیدی واکنش نشان داده، ترکیبات جدید نامناسبی برای سلامت تولید می‌کنند، توصیه شده ترشی‌جات را در ظروف شیشه‌ای و یا چینی، فرآوری یا نگهداری کنند. نگهداری ترشی در ظروف فلزی موجب واکنش فلز با اسید استیک (سرکه) شده، موجب تغییر عطر و طعم ترشی و تیره شدن رنگ آن می‌شود. پخت غذای قلیایی در ظروف فلزی نیز توصیه نمی‌شود.



۸. ظروف آلومینیومی

این ظروف در عین سبک بودن، به خوبی گرما را انتقال می‌دهند. امروزه بازار ظروف از آلومینیوم و به‌ویژه آلومینیوم فشرده، اشباع شده؛ طوری که بیش از نیمی از ظروف پخت‌وپز امروزی آلومینیومی هستند. با استفاده روزانه از ظروف آلومینیومی پوشش داده نشده برای پخت‌وپز و نگهداری مواد غذایی، هر روز تقریباً ۳٫۵ میلی‌گرم آلومینیوم وارد بدن فرد می‌شود. مسلماً هرچه مدت نگهداری و پخت غذا در این ظروف بیشتر باشد، مقدار آلومینیوم وارد شده به غذا بیشتر می‌شود. تنها راه ورود آلومینیوم به بدن، از طریق غذا و آب نیست بلکه مصرف برخی داروها نیز مقادیری از این فلز را وارد بدن می‌سازند. به عنوان مثال، یک قرص آنتی اسید حاوی

۵۰ میلی‌گرم و یک قرص آسپیرین، حاوی ۲۰-۱۰ میلی گرم آلومینیوم است.

درباره فلزات مورد استفاده در ساخت ظروف آشپزخانه، مشخص شده که هرچه مدت زمان پخت بیشتر شود، میزان یون‌های آزاد شده نیز افزایش می‌یابد. همچنین، استفاده از اسیدهای خوراکی مثل سرکه، آب لیمو و آب غوره در غذا موجب افزایش آزاد شدن یون‌ها می‌شود. نگهداری و پخت سبزی‌های برگی و غذاهای اسیدی یا نمکی هم چون گوجه فرنگی، مرکبات و ریواس در ظروف آلومینیومی، موجب جذب بیشتر آلومینیوم در این غذاها شده، ممکن است باعث شوند این ظروف حتی متخلخل (با فرو رفتگی یا سوراخ هایی در سطح ظرف) شوند. بنابراین پخت غذا و به‌ویژه این‌گونه مواد در ظروف آلومینیومی، توصیه نمی‌شود.

بهتر است از ظروف آلومینیومی برای سرخ‌کردن غذا و نگهداری روغن استفاده نشود؛ زیرا نمک به کار رفته در غذا باعث تخریب ظروف آلومینیومی و سبب نفوذ آلومینیوم به درون روغن می‌شود که مسمومیت زاست. برای سرخ‌کردن بهتر است از ظروف آهنی و مسی نیز استفاده نشود، زیرا روند تخریب روغن را تسریع می‌کنند. استفاده از ظروف حاوی پوشش تفلون، برای سرخ‌کردن مناسب‌تر خواهد بود. در صورت استفاده از ظروف آلومینیومی، بهتر است از این ظروف برای پخت غذاهایی که زمان پخت کم‌تری نیاز دارند، استفاده شود. افرادی که از این ظروف استفاده می‌کنند پس از مدتی -که ممکن است بر اساس نوع به‌کارگیری از چند هفته تا چند ماه طول بکشد- با تغییر رنگ و تیرگی درون این ظروف مواجه می‌شوند. دلیل عمده این حالت، جوشاندن آب درون این ظروف است که به طور معمول با ورود فلز آلومینیوم به داخل ماده غذایی و آب همراه است. هنوز دلیل و مستندات علمی مبنی بر نیاز بدن انسان به آلومینیوم گزارش نشده، ولی دریافت زیاده از حد آن با اختلالاتی همراه است. در هنگام مسمومیت با آلومینیوم، عملکرد سلول‌هایی به نام «استئوبلاست» (سلول‌هایی که در بازسازی و تشکیل توده استخوانی نقش دارند) دچار اختلال شده، موجب کاهش در فرآیند بازسازی و ترمیم استخوان می‌شود که این امر ممکن است به پیدایش «استئومالاسی» (نرمی استخوان) منجر شود. البته تاکنون گزارشی از بروز علائم مسمومیت آلومینیومی در اثر مصرف مواد غذایی ارائه نشده و این مسمومیت تنها در بیمارانی که دچار نارسایی مزمن کلیه بوده و دیالیز می‌شوند (به دلیل وسایل آلومینیومی‌که در دیالیز استفاده می‌شود) گزارش شده است.

توصیه‌هایی برای به‌کارگیری بهتر ظروف آلومینیومی

- تا حد امکان از ظروف آلومینیومی بدون پوشش، برای پخت و یا نگهداری مواد غذایی استفاده نکنید. این پوشش‌ها (و نیز پوشش تفلون) از تماس سطح فلزی ظرف با ماده غذایی و در نتیجه ورود آلومینیوم به داخل ماده غذایی جلوگیری می‌کنند.
- پختن غذاهای اسیدی و یا قلیایی در این ظروف، موجب تغییر رنگ و سیاه شدن این ظروف می‌شود. نگهداری آب و محلول‌های دارای املاح زیاد نیز باعث این مسئله می‌شود. این لایه تیره‌رنگ اگرچه بر کیفیت ماده غذایی تأثیری ندارد، ولی ممکن است ورود فلز آلومینیوم را به مواد غذایی تسریع و تسهیل کند. امروزه اغلب افرادی که از این ظروف استفاده می‌کنند، لایه تیره مورد نظر در این ظروف را با ساییدن از بین می‌برند. برای برطرف‌کردن این لایه، غوطه‌ورکردن ظرف در محلول آب لیمو یا سرکه مفید خواهد بود.



۹. ظروف مسی

در گذشته نه چندان دور، استفاده از این فلز برای تولید ظروف بسیار رایج بود؛

به‌گونه‌ای که حتی این ظروف به عنوان بخشی ارزشمند از جهیزیه دختران آماده ازدواج شناخته می‌شد. این عنصر فلزی نیز رسانای خوبی برای انتقال حرارت بوده، همین امر از قدیم موجب به‌کارگیری آن در تولید ظروف خانگی شد. مقادیر اندک مس، برای سلامتی مفید بوده و عنصری ضروری است که در فرآیندهای گوناگون بدن، نظیر فرآیند خون‌سازی و عملکرد سیستم ایمنی نقش دارد، ولی مقادیر زیاد آن می‌تواند مسمومیت‌زا باشد. دریافت زیاده از حد و طولانی مدت این فلز -که به‌ندرت دیده می‌شود- مسمومیت جدی در پی خواهد داشت و اختلالاتی در عملکرد کبد، تشکیل گلبول‌های قرمز و عملکرد سیستم ایمنی بدن ایجاد می‌کند. گفتنی است موارد مسمومیت با این عنصر از طریق دریافت غذایی مشاهده نشده و اغلب به واسطه مصرف مکمل‌های این عنصر و یا مصرف سموم نباتی حاوی مس گزارش شده است. پخت غذا در ظروف مسی اندود نشده (قرمز رنگ) چندان مناسب نیست؛ زیرا بر خصوصیات غذا تأثیر زیادی داشته و به سرعت از ترکیبات غذایی، به‌ویژه ترکیبات اسیدی تأثیر می‌پذیرد. از آنجا که مردم از قدیم متوجه شده بودند که پخت غذا در ظروف مسی اندود نشده موجب ایجاد حالت مسمومیت می‌شود -که در مراحل اولیه با حالت تهوع و استفراغ، اسهال و سردرد مشخص می‌شود- لذا سفید کردن مس با دیگر فلزات رایج بود. این فلزات گاهی حاوی نیکل و عموماً حاوی قلع بودند که خود دارای ترکیبات سرب بوده، مسمومیتی خاموش در مدت استفاده از آن گریبان‌گیر مصرف‌کنندگان می‌شود. مسمومیت با سرب، به مراتب از مسمومیت با مس برای انسان خطرناک‌تر است و در طول زمان موجب آسیب به دستگاه عصبی (مغز) و استخوان‌ها می‌شود. تراشیدن این ظروف می‌تواند از رویه سفیدکننده عبور کند و باعث تماس غذا با فلز مس و مسمومیت با آن شود.

درباره مصرف ظروف مسی بدون پوشش، هشدار داده شده است. این فلز هنگامی که در مقادیر زیاد وارد غذا شود، باعث تهوع، استفراغ و اسهال می‌شود.

توصیه‌هایی برای مصرف بهینه ظروف مسی

- از پختن و یا نگهداری طولانی مدت غذاهای اسیدی در ظروف مسی پرهیز کنید. به‌ویژه اگر این ظروف پوشش خود را از دست داده باشند.
- در هنگام استفاده از این ظروف، دقت کنید که از پوشش موجود درون آن تا حد امکان محافظت نموده، از آسیب آن جلوگیری کنید. آسیب این لایه موجب می‌شود که بدنه از جنس مس ظروف، در تماس با ماده غذایی قرار گیرد و این امر با افزایش ورود مس به درون غذا و افزایش دریافت این عنصر همراه است. در صورت مشاهده خراش‌های متعدد در پوشش این ظروف، نسبت به ترمیم و بازسازی این لایه اقدام کنید و البته مسلماً بهتر است این لایه از جنسی غیر از قلع تهیه شده باشد.

۱۰. ظروف روحی (از جنس فلز روی)



تا همین چند سال پیش، استفاده از این فلز نیز برای تولید ظروف بسیار رایج بود؛ به‌گونه‌ای که این ظروف بخش اعظم ظروف هر آشپزخانه را تشکیل می‌دادند. این عنصر فلزی نیز تا حدود زیادی رسانا و منتقل‌کننده حرارت بوده و این امر موجب به‌کارگیری آن در تولید ظروف خانگی شده بود. امروزه استفاده از این ظروف (تا حدودی بخاطر قیمت گران‌تر از ظروف آلومینیومی) کم شده و به‌ندرت به فروش می‌رسد. مقادیر اندک روی، برای

حفظ سلامت افراد، رشد قدی کودکان و هم چنین سلامت مو و ناخن مفید است و در کمبود آن، پرزهای چشایی لطمه دیده و اشتها به شدت کاهش می یابد. هم چنین کمبود آن موجب اختلالات گوارشی و عقب افتادگی بلوغ جنسی نیز می شود؛ لذا به عنوان عنصری کاملاً ضروری شناخته می شود. بااین حال، ورود مقادیر زیاد آن به بدن، می تواند مسمومیت زا باشد. دریافت زیاده از حد و طولانی مدت این فلز نیز مسمومیت جدی می دهد و موجب ایجاد علائمی از قبیل حالت تهوع و استفراغ، اسهال و سردرد می شود. پخت غذا به ویژه غذای اسیدی (ترش) و نگهداری غذا در ظروف روحی موجب ورود مقدار زیادی از این فلز به داخل غذا می شوند. از آنجا که چسبندگی غذا به ظروف رویی زیاد است، اغلب در هنگام صرف غذا اقدام به تراشیدن باقیمانده غذا از ظرف می کنند که خود مقدار زیادی از روی را در غذای تراشیده شده، وارد ساخته و همین افزایش ورود روی به بدن، موجب عوارض مسمومیت خواهد شد. از آنجا که کمبود روی تأثیر مستقیمی روی افزایش قد دارد، امروزه برخی افراد مکمل آن را برای افزایش قد به کودکان تجویز می کنند که استفاده نادرست و بیش از حد آن، موجب حالت مسمومیت شده، اثر مناسبی نیز بر افزایش قد ندارد.

۱۱. ظروف تفلون



یکی از انواع مواد پلیمری که رویه فلز را پوشانده و از چسبیدن مواد غذایی به ظرف در حین پخت جلوگیری می کند، «تفلون» نام دارد. دو ویژگی که این پوشش را در مقابل سایر پوشش ها برتری می بخشد، مقاومت حرارتی بالا و مقاومت زیاد در برابر اسیدها و قلیاهاست. تفلون در مقایسه با پوشش های نچسب دیگر، بالاترین ضریب نچسبی را دارد. مهم ترین ماده اصلی نچسب در ظروف تفلون -که امروزه نیز به کار می رود- همان ترکیب «پلی تترافلوئوراتیلن» است که ماده ای غیرسمی، دارای مقاومت حرارتی مطلوب، ضریب اصطکاک کم، از نظر شیمیایی بی اثر و عایق الکتریسیته است. ظروف تفلون از آلومینیوم، آلومینیوم فشرده، فولاد ضدزنگ و یا چدن -که در شرایط عادی، مصرف مواد غذایی در آن ها موجب آلودگی و مسمومیت غذایی نشود- ساخته می شوند. اگرچه پوشش این ظروف با خراشیدن یا ساییدن کنده می شود، ولی تأیید شده که این ذرات بدون تغییر از بدن عبور می کنند و دفع می شوند و خطری برای سلامت ندارند. ظروف نچسب، تنها وقتی مضر می شوند که تا دمای بالاتر از ۳۵۰ درجه سانتی گراد حرارت داده شوند. این وضعیت هنگامی رخ می دهد که یک ماهیتابه خالی، روی شعله گذاشته شده است. در این حالت، لایه نچسب، دودی آزاد می کند که سمی و آزاردهنده است؛ البته از دودی که روغن های معمولی روی حرارت ایجاد می کنند، کم تر سمی است.

طبق استانداردهای ملی در آلومینیوم یا آلیاژهایی که در ساخت این ظروف مورد استفاده قرار می گیرد موارد زیر رعایت می شود:

- مقدار سرب نباید از ۰/۰۵ درصد تجاوز کند.
- روش ساخت باید به گونه ای باشد که بدنه ظروف صاف و صیقلی و عاری از شکاف ها، شیارها و عیوب داخلی و خارجی دیگر باشد. برطرف کردن این عیوب با سوهان زنی و لکه گیری مجاز نیست.
- شکل ظروف باید به طوری باشد که در حالت پر یا خالی، پایدار باشد و پوشش رنگ خارجی بدنه و درپوش به هیچ وجه نباید در تماس مستقیم با غذا قرار گیرد.

در تولید تفلون رنگ های گوناگونی نیز به کار می رود. در ترکیب ماده نچسب، از یک ماده اصلی پلیمری و موادی

از قبیـل آب، رنگ هـای مجاز، مـواد رقیق‌کننده و حلال اسـتفاده می‌شـود. در مجموع مواد به‌کار رفته در سـاخت پوشـش‌ها، نباید هیچ نوع ترکیبات مضری برای سـلامت انسـان داشـته باشـد؛ لـذا از مواد افزودنی مجاز (شـامل رنگ‌های مجاز خوراکی و آب) می‌توان به منظور ساخت پوشش استفاده کرد.

هرگز نسبت به بازسازی ظروف تفلون اقدام نکنید؛ زیرا براساس اعلام نظروزارت بهداشت، نوع تفلون مصرفی و نحوه فعالیت بسیاری از واحدهای بازسازی تفلون، مورد تأیید نیست.

دستورالعمل ظروف تفلون بر اساس استاندارد ملی

- قبل از اسـتفاده از ظرف تفلون برای اولین بار، آن را با آب داغ و مایع ظرف‌شـویی بشـویید و با روغن مایع آغشته کنید.
- از کفگیـر یا دیگر وسـایل مشـابه فلزی در ظروف نچسـب با مقاومت معمولی اسـتفاده نکنید و بـرای این کار از قاشق‌های تفلون یا چوبی استفاده نمایید.
- برای شست‌وشوی این نوع از ظروف، هیچ‌گاه از سیم یا پودرهای شوینده که ممکن است موجب ساییدگی کف ظرف شود، استفاده نکنید.
- از حرارت دادن ظرف خالی پرهیز کنید.

۱۲. ظروف استیل



این ظروف از ترکیب آلیاژ آهن با سـایر فلزات تهیه می‌شـوند. بـا ترکیب آهن و دیگر فلـزات، مقاومت و دوام ظروف آهنی حاصله -که اسـتیل نام دارد- افزایش می‌یابد و ظروف اسـتیل را به ظروفی مقاوم در برابر آسیب‌ها و خوردگی‌های رایج در ظروف آهنـی تبدیل می‌کنـد. در واقع این ظروف تا حدودی سـبک‌تر و بسـیار مقاوم‌تر از ظروف آهنی هستند. ظروف استیل مقاومت بالایی دارند و در مقابل آسیب ناشی از حرارت بالا، خراشیدگی و ساییده شـدن مقاومند، اما انتقال حرارت در آن‌ها تا حدی پایین است. علاوه بر انتقال حرارتی کم‌تر، چسبیدن مواد غذایی به این ظروف نیز به عنوان دومین مشـکل شـناخته می‌شـود. برای رفع این دو مشکل توصیه می‌شود هنگام پخت غـذا بـه طور مرتب مـاده غذایی را در آن به هم بزنیـد و مخلوط کنید تا تمامی غذای درون ظرف، حرارتی مناسـب و یکنواخت ببینند. غذاهای اسیدی که در تماس با ظروف استیل هستند، باعث برداشت کروم می‌شوند و ممکن است به مسـمومیت با کروم منجر شـوند. پخت و پز در ظروف اسـتیل ضد زنگ از عمده‌ترین منابع آلودگی با کروم اسـت؛ بنابراین توصیه می‌شـود از این ظروف کم‌تر اسـتفاده شود و به جای آن از ظروف چدنی در پخت و پز استفاده گردد. این گروه از ظروف نیز همانند سایر ظروف فلزی در تماس طولانی مدت با برخی مواد غذایی، تغییراتی را در ترکیب آن ماده غذایی به وجود آورده، یا بعضی مواد غذایی موجب رهاسازی یون‌های فلزی از این ظروف می‌شود و این یون‌ها وارد غـذا می‌شـوند. به همین دلیل توصیه می‌شـود از این ظروف برای نگهداری طولانی مـدت غذاهایی که ترکیبی اسیدی دارند و یا نمک سود شده‌اند و با افزایش میزان نمک برای مدت طولانی نگهداری می‌شوند، استفاده نشود.

در هنگام خرید ظروف استیل

- تا حد امکان در هنگام خرید، محصولات شرکت‌های معتبر را در اولویت خرید خویش قرار دهید.

- صاف و صیقلی بودن کف ظرف را به دقت بررسی نمایید. پس از مدتی به‌کارگیری این ظروف و استفاده از وسایل فلزی برای برداشت غذا از این ظروف، این کف صاف و صیقلی آسیب خواهد دید. هرچه در ابتدا تعداد و میزان این آسیب‌ها به دیواره در تماس با غذا کم‌تر باشد، از نظر بهداشت مواد غذایی بهتر خواهد بود.
- دسته‌ها و دست‌گیره‌های ظروف پخت غذا اهمیت خاصی دارند. هنگام خرید این ظروف به نصب مناسب، جنس دسته‌ها و جنس پیچ یا پرچ هایی که برای اتصال به ظرف به کار رفته‌اند و در برخی موارد ممکن است با ماده غذایی نیز در تماس باشند، توجه کنید.

۱۳. ظروف چدنی



ظروفی که در بازار مصرف به نام ظروف چدنی شهرت یافته‌اند، در واقع از فلز آلومینیوم با فرآیند ریخته‌گری تهیه می‌شوند. این فرآیند موجب افزایش مقاومت و نیز افزایش جرم حجمی و در نتیجه سنگین شدن این ظروف می‌شود. اگرچه این ظروف نسبت به ظروف فلزی دیگر نظیر ظروف مسی، آلومینیومی و استیل، رسانایی حرارتی ضعیف‌تری دارند، لیکن حرارت به خوبی در این ظروف پخش شده و به طور یکنواخت به ماده غذایی منتقل می‌شود. ظروف موسوم به ظروف چدنی نیز مانند ظروف فلزی در صورت تماس نزدیک با مواد غذایی در هنگام پخت، بر کیفیت آن‌ها تأثیر می‌گذارند. لیکن این ظروف به صورت بدون پوشش و لعاب، در بازار مصرف به ندرت یافت می‌شوند و اغلب دارای پوشش تفلون هستند.

۱۴. ظروف مخصوص فریز کردن



برای فریز کردن مواد غذایی باید از ظروف مخصوص این کار استفاده کرد، در غیر این صورت ممکن است سایر ظروف در مقابل دمای پایین فریزر دوام نیاورده، به غذا صدمه برسانند. امروزه ظروف فریزری از جنس پلاستیک، شیشه، آلومینیوم و یا مقواهای کاغذی روغنی ساخته شده‌اند که برای بسته‌بندی مناسب هستند. معمولاً این ظروف قابل استفاده مجدد هستند. ظروف شیشه‌ای معمولی برای فریزکردن مناسب نیستند؛ زیرا تحمل دمای پایین فریزر را ندارند. بااین حال، ظروف شیشه‌ای مخصوصی ساخته شده‌اند که تحمل دماهای پایین‌تر را نیز دارند و با قرار گرفتن در فریزر صدمه نمی‌بینند. در صورت استفاده از ظروف شیشه‌ای برای غذاهای مایع، سر شیشه را مقداری خالی نگهدارید، زیرا حجم مایعات در هنگام انجماد افزایش می‌یابد.

چنان‌چه از قوطی جهت نگهداری غذای منجمد استفاده می‌کنید، آن را در یک کیسه پلاستیکی قرار دهید و دهانه کیسه را با نوار مخصوص فریزر محکم ببندید؛ زیرا در قوطی‌ها مانع ورود هوا به داخل آن نمی‌شوند.

۱۵. ظروف یکبار مصرف



- از لیوان‌های یکبار مصرف از جنس «پلی استایرن» جهت نوشیدنی‌های داغ مانند چای استفاده نکنید. این لیوان‌ها باید تنها برای نوشیدنی‌های سرد مصرف شوند، زیرا احتمال بروز سرطان را افزایش می‌دهند.
- از قرار دادن ظروف پلی‌استیلن حاوی مواد غذایی چرب در فریزر خودداری کنید.

- بطری‌های نوشـابه و آب معدنی، یک‌بار مصرف بوده و پس از اسـتفاده باید دور انداخته شوند. از قرار دادن این نوع ظروف محتوی آب به مدت طولانی در یخچال و فریزر خودداری کنید.
- از ریختن مواد غذایی ترش مانند آب غوره و آب‌لیمو در بطری‌های نوشابه و آب معدنی خودداری کنید.
- از ظروف فوم پلی اسـتیلن در پیتزافروشـی‌ها نباید اسـتفاده شـود، زیرا دمای بسـیار زیاد پیتزا (بالای ۱۲۰ درجه سانتی‌گراد) باعث ذوب شدن آن‌ها می‌شود.
- در هنگام استفاده از ظروف یک‌بار مصرف، باید به علائم اختصاری که در کف ظروف حک شده توجه کرد؛ چون برخی از این ظروف تنها برای بسـته‌بندی کاربرد دارند؛ برخی فقط برای نوشـیدنی‌های سـرد مناسـبند و برای نگهداری غذای گرم مناسب نیستند.
- زمان برگشـت ظروف پلاسـتیکی یک‌بار مصرف به طبیعت بسـیار طولانی اسـت، ولی ظروف جدید تهیه‌شده از نشاسـته ذرت، در کم‌تر از شـش ماه دوباره تجزیه و به چرخه طبیعت بازگردانده می‌شـوند و هیچ‌گونه مشـکل زیست محیطی ندارند.



۱۶. ظروف پلاستیکی/ فوم/ گیاهی/ مقوایی

امروزه همه مردم از خطر ورود ترکیبات سرطان‌زا از ظروف پلاستیکی به درون غذای نگهداری شده در آن خبر دارند. فقط ظروف پلاستیکی از نوعی که روکشی از جنس محافـظ دارند، می‌توانند برای نگهداری غذا اسـتفاده شـوند. البتـه این روکش‌ها مدت نسبتاً کوتاهی سالم باقی می‌مانند. به عنوان مثال، بطری‌های پلاستیکی آب معدنی، نباید به دفعات استفاده شـوند و پس از آن که دفعات محدودی اسـتفاده شـدند، باید با زباله‌های پلاستیکی دفع شـوند. نگهداری چای و غذای داغ در لیوان و ظروف پلاستیکی خطرناک تلقی می‌شود و از این ظروف تنها برای نگهداری کوتاه مدت غذای سرد و نوشیدنی‌های خنک می‌توان استفاده کرد.

مدتی اسـت ظروف فوم برای نگهداری غذای داغ مورد اسـتفاده قرار گرفته است؛ زیرا تصور این است که خطر نفوذ مواد خطرناک آن به درون غذا، کم‌تر است. با ظهور ظروف گیاهی، این نگرانی‌ها رفع شد و امروزه می‌توان از ظروف نگهداری غذا و لیوان گیاهی با خیال راحت اسـتفاده کرد. ضمناً این ظروف به طور طبیعی تجزیه شـده، به طبیعت باز می‌گردند؛ در حالی‌که حداقل شصت سال طول می‌کشد تا ظروف پلاستیک تجزیه شوند. نگهداری چای در لیوان مقوایی مسلماً از لیوان پلاستیکی بسیار بهتر به نظر می‌رسد. در هر حال، لیوان‌های مقوایی لایه نازکی از پلاستیک درون خود دارند و احتمالاً لیوان‌های مقوایی ارزان قیمت غیراسـتاندارد، از پلاسـتیک مناسـبی استفاده نکرده‌اند؛ ازاین‌رو بهترین ظروف از این دست، ظروف گیاهی هستند.

شست‌وشو، نگهداری و بوزدایی ظروف

- برای نگهداری قهوه از بسته‌بندی‌های کاغذی یا پلاستیکی استفاده نکنید و حتماً ظروف فلزی یا شیشه‌ای باشند.
- برای برطرف کردن بوی ماهی از ظروف، آب گرم و آرد خردل را به آن‌ها بمالید.
- برای تمیزکردن ماهیتابه‌های ته‌گرفته، خمیری از جوش شیرین تهیه و برای هفت ساعت روی ته‌گرفتگی قرار دهید.
- برای از بین بردن بوی نامطبوع ظروف پلاستیکی، می‌توانید روزنامه مرطوب را درون ظرف به مدت چند ساعت قرار دهید و در آن را ببندید؛ بوی نامطبوع از بین می‌رود.

- از آب گازدار می‌توان برای جلادادن و صیقلی‌کردن برخی فلزات مانند ظروف نقره و یا استیل ضدزنگ استفاده کرد. کافی است با یک پارچه نرم و مرطوب شده با جوش شیرین، این ظروف را جلا بدهید.
- برای از بین بردن لکه‌های کوچک از روی ظروف مسی، پوست لیموترش را به نمک آغشته کرده، روی آن بمالید. افزودن چند قطره آمونیاک به یک قاشق مایع ظرف‌شویی برای لکه‌زدایی یک ظرف مسی مناسب است.
- برای تهیه نان می‌توانید از ظروف سفالی و یا کماج استفاده کنید. حسن این ظروف به این است که نان بهتر پخته می‌شود، زیرا ظروف سفالی گرما را در خود بیشتر نگه می‌دارند.
- حداقل هفته‌ای یک‌بار اسفنج، اسکاچ و پارچه‌های مخصوص خشک‌کردن ظروف را با ماشین لباس‌شویی شست‌وشو کنید.
- ذرات غذایی در اطراف حلقه سینک به همراه رطوبت، محیط مناسبی برای رشد باکتری‌ها هستند؛ بنابراین، به طور روزانه سینک ظرف‌شویی را بشویید و ضدعفونی کنید. این عمل را می‌توان با یک قاشق چای‌خوری پرکلرین در یک لیتر آب و یا با استفاده از راهنمای ضدعفونی‌کننده‌های تجاری انجام داد.
- اگر از تخته برش چوبی استفاده می‌کنید، بهتر است چوب آن صاف و سخت باشد و اگر از جنس پلاستیکی استفاده می‌کنید، باید فاقد ترک خوردگی و درز باشد. از تخته برش‌های نرم و نفوذپذیر هرگز استفاده نکنید. تخته برش را با آب داغ و صابون بشویید و در صورت نیاز، از برس مخصوص ساییدن استفاده کنید. برای ضدعفونی‌کردن آن می‌توان مانند ضدعفونی سینک و سایر سطوح عمل کرد.
- برای از بین بردن بوی نامطبوع از تخته گوشت خردکن، پس از خردکردن گوشت، سبزی و یا ماهی، چون تخته بو را به خود جذب می‌کند، باید خمیری از جوش شیرین و آب درست کرد و روی آن پهن نمود. سپس تخته را شست تا بوی نامطبوع از بین برود.
- وقتی برای پختن غذا از مایکروفراستفاده می‌کنید، از ظروف ایمن و مخصوص مایکروفر استفاده نمایید.

روش‌های پخت و کمک به حداکثر بهرمندی بدن از غذا

پختن نه‌تنها مزه، بو و ظاهر مواد غذایی را بهبود می‌بخشد، بلکه می‌تواند قابلیت هضم آن را نیز افزایش دهد؛ برای مثال، گوشت سفت، چنان‌چه با روش مناسبی طبخ شود، می‌تواند ترد شود و این عمل، جویدن و هضم آن را آسان‌تر می‌کند. پختن غذا باعث افزایش سلامت و نگهداری کیفیت غذا نیز می‌شود، یعنی با از بین بردن کپک‌ها، مخمرها، باکتری‌ها و عوامل بیماری‌زا که باعث فساد می‌شوند، می‌توانیم زمان ماندگاری غذا را افزایش دهیم. پختن را می‌توان به سادگی به عنوان عملیاتی حرارتی که به منظور بهبود مطبوعیت، قابلیت هضم و سلامت مواد غذایی انجام می‌شود، تعریف کرد. روش‌های مختلفی برای پخت غذا وجود دارد که در زیر به آن‌ها اشاره می‌شود:

الف. روش‌های حرارت مرطوب

در روش‌های پخت با حرارت مرطوب درجه حرارت‌های نسبتاً کم به کار گرفته می‌شود؛ بنابراین تخریب مواد مغذی توسط حرارت زیاد نخواهد بود، ولی زمان پخت در چنین درجه حرارت‌های کمی، طولانی است و این امر منجر به واردشدن مقدار زیادی از مواد مغذی محلول در آب به داخل مایع مورد استفاده برای پخت می‌شود. ویتامین C به آسانی در هنگام پختن از بین می‌رود. به این ترتیب، می‌توان این ویتامین را به عنوان شاخصی برای شدت فرآیند پخت در نظر گرفت. اگر مقدار کمی از ویتامین C از دست برود، می‌توان فرض کرد که فرآیند پخت ملایم است و نقصان سایر مواد مغذی کم خواهد بود. در مجموع این روش‌های پخت برای سالمندان و در دوران سالمندی به

نسبت روش‌های حرارت خشک، مناسب‌تر هستند.

۱. جوشاندن و نیم جوش کردن

به پختن مواد غذایی در یک مایع در نقطه جوش ۱۰۰ درجه سانتی‌گراد، جوشاندن و در حرارت ۹۰ درجه، نیم‌جوش کردن گفته می‌شود. مایع می‌تواند آب خالص و یا همراه با ادویه باشد. در این روش‌ها از این واقعیت استفاده می‌شود که آب به علت آن‌که دارای گرمای بالایی است، مخزن حرارتی سودمندی است. بنابراین، محیط مناسبی برای انتقال حرارت به ماده غذایی می‌باشد. سهولت دسترسی به آن، عامل مهم دیگر است. یکی از معایب آب به عنوان محیط انتقال حرارت آن است که به علت حلالیت خوب آن، ماده غذایی پخته شده در آن ممکن است مقدار قابل ملاحظه‌ای از مواد محلول خود را از دست بدهد. برای مثال، سبزی‌ها را معمولاً توسط جوشاندن می‌پزند و این امر منجر به از دست رفتن اجتناب‌ناپذیر برخی از عناصر معدنی و ویتامین‌ها می‌شود. با وجود آنکه هنگام جوشاندن سبزی‌ها، نقصان کاروتن در آن‌ها ناچیز یا هیچ است، ولی مقادیر قابل توجهی از ویتامین B_1 و ویتامین C از بین می‌روند؛ زیرا هر دوی این ویتامین‌ها محلول در آب هستند و به آسانی توسط حرارت تخریب می‌شوند. البته باید توجه داشت چنان‌چه مواد غذایی، مخصوصاً سبزی‌ها را به جای قرار دادن در آب سرد و سپس حرارت دادن بعدی، وارد آب جوش کنند، کاهش مواد مغذی بسیار کم‌تر خواهد بود.

از دست رفتن بخشی از مواد مغذی محلول در آب از طریق شسته شدن به داخل آب در طول جوشاندن غیرقابل اجتناب است، ولی میزان این از دست رفتن، تا اندازه‌ای تحت تأثیر مقدار آبی است که استفاده می‌شود. از دست رفتن عناصر معدنی و نیز ویتامین‌های محلول در آب، با افزایش مقدار آب مصرفی زیاد می‌شود. مدت زمانی که مواد غذایی جوشانده می‌شوند نیز مواد مغذی از دست می‌روند. برای مثال، هنگامی که زمان پخت طولانی می‌شود، از دست رفتن ویتامین C شدید است. عامل دیگری که در از دست رفتن ماده مغذی مؤثر است، عملیاتی است که قبل از جوشاندن روی ماده غذایی انجام می‌شود. برای مثال، هر چه سطح ماده غذایی بزرگ‌تر باشد، از دست رفتن مواد مغذی محلول در آب از طریق ورود به آب پخت بیشتر است. خرد و له کردن، بریدن، برش دادن و ریز کردن ماده غذایی نه‌تنها سطح را افزایش می‌دهد، بلکه آنزیم‌ها را نیز آزاد می‌کند و از دست رفتن بیشتری را موجب می‌شوند. پوست‌گیری سبزی‌ها قبل از پخت نیز از دست رفتن مواد مغذی را افزایش می‌دهد.

۲. آب‌پز کردن



در آب‌پز کردن، پخت ماده غذایی در آب داغی که درجه حرارت آن پایین‌تر از نقطه جوش نگه داشته شده، رخ می‌دهد. معمولاً درجه حرارت ۸۰-۷۰ درجه سانتی‌گراد مورد استفاده قرار می‌گیرد. بنابراین ماهیت تغییراتی که در آب پز کردن رخ می‌دهد، مشابه جوشاندن بوده، ولی با سرعت کم‌تری انجام می‌گیرد. چون آب پز کردن روش پخت آهسته‌ای است، از دست رفتن قابل ملاحظه‌ای از مواد محلول را در بر دارد. برای مثال، در آب پز کردن ماهی، یک سوم املاح معدنی و مواد استخراجی و نیز ویتامین‌های محلول در آب ممکن است از دست بروند. بدین ترتیب ماهی پخته شده با این روش طعم کمی دارد و ارزش تغذیه‌ای آن کم‌تر از ماهی خام است. ولی اگر مایعی که در آن ماده غذایی پخته شده، برای تهیه سس یا سوپ مورد استفاده قرار گیرد، وارد شدن مواد مغذی به آب پخت باعث از دست رفتن ارزش تغذیه‌ای نمی‌شود و این مایع طعم از دست رفته غذای پخته را حفظ می‌کند.

از مزایای آب پز کردن، آن است که به علت استفاده از درجه حرارت پایین، پروتئین‌ها فقط اندکی منعقد می‌شوند؛

بنابرایـن قابـل هضم ترین فرم خود را دارند. آب پز کردن روی غذای پروتئینی اثر تردکنندگی دارد، زیرا کلاژن سـفت و نامحلـول توسـط تماس طولانی بـا آب داغ، تبدیل به ژلاتین محلول می شـود. بنابراین، آب پـز کردن روش پخت مناسبی برای گوشت سفت است.

۳. بخارپز کردن



در این روش پخت از بخار تولید شده از آب جوش استفاده می شود. از آنجا که تماس بین ماده غذایی و آب، کم تر از روش جوشـاندن اسـت، از دست رفتن مواد محلول کم تر اسـت، ولـی چون مدت پخت طولانی تـری مورد نیاز اسـت، ویتامین C تجزیه شده توسـط حرارت، افزایش می یابد. سـرعت بخارپزکردن را می توان با استفاده از بخار تحت فشـار، زیاد کرد که این موضوع اسـاس پختن تحت فشـار یا دیگ زودپز را تشـکیل می دهد. چون افزایش فشار، نقطه جوش را بالا می برد، درجه حرارت پخت از صد درجه سانتی گراد بیشتر است. بنابراین کاربرد دیگ زودپز در حفظ ویتامین میوه ها و سـبزی ها و نیز کاهش زمان پخت سـودمند است. البته گوشت قرمز را معمولاً نمی توان با این روش به خوبی پخت.

۴. بلانچ کردن



بـه پختن مختصـر مواد غذایی در آب جـوش اطلاق می شـود. در این روش مواد غذایی به طور مختصر و کوتاه مدت درون آب جوش قرار داده شـده، سپس درون آب یـخ ریخته می شـوند. هـدف از این روش پخت، ممکن اسـت خارج سـاختن ناخالصی هـا و نمک گوشـت باشـد و امـا سـبزی ها و میوه ها را به ایـن علت بلانچ می کنند تا هم رنگشان تثبیت گردد و هم قوام و طعم آن ها حفظ شود. برای سست کردن پوست برخی مواد غذایی مانند برخی آجیل ها و یا سیب زمینی نیز می توان از این روش استفاده کرد.

۵. پختن در زودپز



به پختن مواد غذایی در یک ظرف دربسته و تحت فشار گفته می شود. این روش سـرعت پخـت را افزایش می دهد. در این روش تخریب بـرای مواد غذایی و مغذی کمتـر اتفاق می افتـد؛ هرچند مزه غذای زودپز شـده به مطبوعیـت غذای قابلمه معمولی و به ویژه غذای آرام پز شده نیست.

۶. آرام پز کردن

در این روش پخت، گوشت ابتدا درون روغن اندکی سرخ می شود تا رنگ آن به قهوه ای متمایل گردد و سپس درون آب بـا حرارت ملایم و طولانی مدت پخته می شـود. مـدت طولانی پخت، بخش عمده ای از ویتامین های حسـاس شـامل ویتامین C و اسـید فولیک را نابود می سـازد، ولی طعم مطبوع غذا موجب می شود برخی به این روش توجه نشان دهند. از طرف دیگر، آرام پزهای الکتریکی این مزیت را برای افراد شاغل فراهم می سازند که صبح مواد اولیه را در آرام پز ریخته، با خیال راحت سر کار خود بروند و هنگام بازگشت، با بوی مطبوع غذا رو به رو شوند.

ب- روش های حرارت خشک

در روش های پخت با حرارت خشـک، از درجه حرارت های بالاتری نسـبت به روش های حرارت مرطوب، اسـتفاده

می‌شود و از دست رفتن مواد مغذی که نسبت به حرارت حساس هستند، به همان میزان بیشتر است. صرف نظر از املاح معدنی که در برابر حرارت پایدار هستند، تمام مواد مغذی تا اندازه‌ای تحت تأثیر حرارت خشک قرار می‌گیرند. پختن با حرارت خشک ویتامین هایی را که در برابر حرارت ناپایدار هستند تخریب می‌کند. ویتامین C در درجه حرارت های خیلی کم تخریب می‌شود. از ویتامین های گروه ب، ویتامین B_1 راحت تر از بقیه از بین می‌رود، درحالی‌که ویتامین B_2 نسبتاً پایدار است و مشروط به اسیدی بودن ماده غذایی، مقدار کمی از آن از دست می‌رود. ویتامین های A و D در مقابل حرارت مقاوم هستند و در پختن با حرارت خشک، از دست نمی روند. پروتئین ها در برابر حرارت، بی‌نهایت حساس هستند، ولی ارزش تغذیه‌ای آن ها به میزان قابل توجهی تغییر نمی‌کند مگر آنکه تا درجه حرارت نسبتاً بالایی حرارت ببینند.

از دست رفتن ارزش تغذیه ای نه تنها به درجه حرارت پخت؛ بلکه به مدت پخت و حضور سایر مواد مغذی، مخصوصاً کربوهیدرات ها نیز بستگی دارد.

۱. کباب کردن

بر اساس محل قرارگرفتن منبع حرارتی انواع مختلفی دارد:

- **کباب‌کردن گوشت:** هنگامی که منبع حرارتی، از سمت بالا تأمین شود، نیاز به میزان حرارت بالایی دارد. اغلب فرهای الکتریکی، «المنت گریل» دارند که در بالای غذای در حال کباب شدن قرار می‌گیرد.
- **گریل کردن:** به کباب کردن گوشت روی شبکه فلزی، هنگامی که منبع حرارتی از پایین تأمین شود، گریل‌کردن می‌گویند. منبع حرارتی می‌تواند المنت الکتریکی، شعله گاز و یا زغال و شعله آن به صورت مستقیم باشد.
- **باربیکیو:** به کباب کردن گوشت هنگامی که منبع حرارتی از پایین تأمین شود، باربیکیو می‌گویند. در این روش معمولاً منبع حرارتی زغال بوده، روند کباب‌کردن خیلی آرام و با حرارت ملایم انجام می‌شود و شعله آن به صورت غیرمستقیم است.



- سالم‌ترین شکل این روش، استفاده از فرهای الکتریکی است؛ درحالی‌که در روش استفاده از منقل گازی، روغن‌های چکیده روی آتش، دودی حاوی ترکیبات سرطان‌زا را به غذا وارد می‌کنند. در پخت با زغال، اوضاع باز هم بدتر است و خود زغال نیز مواد خطرناکی به غذا اضافه می‌کند. پس منقل زغالی بدترین روش برای کباب کردن است.

۲. پختن

به حرارت دادن غیرمستقیم گفته می‌شود. در این روش، گرمای خشک به مواد غذایی در فضای محصور شده‌ای مثل فِر و تنور اعمال می‌شود. گرمای خشک در فرآیند پخت، باعث می‌شود که سطح غذا از بیرون قهوه‌ای شده، رطوبت آن از درون، حفظ شود. از این روش معمولاً در پخت انواع شیرینی‌ها، نان‌ها و دسرها استفاده می‌شود.

۳. بریان کردن یا برشته کردن

به پختن مواد غذایی در احاطه شعله های آتش مستقیم با اندکی روغن آغشته شده به مواد مذکور اطلاق می‌شود. در این روش، غذا خشک‌تر شده و رنگ آن قهوه‌ای‌تر می‌شود. برشته‌کردن در محیط باز و از طریق قرارگرفتن غذا

در برابر حرارتی بیش از ۵۰۰ درجه سانتی‌گراد انجام می‌شود که بسته به نوع مواد غذایی، دمای گوشت یا سبزی‌ها بین ۲۲۰ تا ۲۳۰ درجه سانتی‌گراد کاهش می‌یابد. این باعث می‌شود که بیشتر آب موجود در بافت‌های مواد غذایی تبخیر شود. در این روش، پخت تمام قسمت‌های غذا نسبتاً به‌طور یکنواخت صورت می‌گیرد، زیرا تمام سطح غذا به یک اندازه در معرض حرارت قرار می‌گیرد.

۴. تفت دادن



به پختن مواد غذایی در مدت کوتاه و حرارت بالا درون ماهیتابه حاوی روغن و پیاز اطلاق می‌شود. این روش، نیاز به یک ماهیتابه بسیار داغ دارد. به این صورت که ابتدا ماهیتابه برای یک دقیقه گرم می‌شود. بعد کمی روغن در آن ریخته می‌شود تا به خوبی داغ گردد. سپس مواد غذایی به ماهیتابه منتقل می‌شوند. در این روش مواد غذایی را به قطعات ریز خرد کرده، با هم تفت می‌دهند. نکته مهم دیگر این است که نباید ماهیتابه بیش از حد پر یا لبریز شود. برای رسیدن به رنگ قهوه‌ای دلخواه غذا، لازم است ماهیتابه داغ نگه داشته شود. حجم زیاد غذا، گرمای مورد نیاز را از بین می‌برد و باعث می‌شود که غذا بیشتر آب پز یا بخارپز شود؛ برای آشپزی به این روش، بهتراست از ماهیتابه‌های مخصوص با عمق بیشتر استفاده شود.

۵. سرخ‌کردن معمولی

به حرارت‌دادن مواد غذایی درون مقداری روغن اطلاق می‌شود. تفاوت این روش با روش قبلی در این است که در این روش روغن کم‌تر و حرارت پایین‌تری استفاده می‌شود. در مورد غذاهای چرب مانند بیکن، به هیچ روغنی نیاز نیست. سرخ‌کردن معمولی می‌تواند به حفظ آب موجود در بافت غذاهایی مانند گوشت، ماهی و غذاهای دریایی کمک کند. در این روش، معمولاً از تکه‌های بزرگ گوشت و ماهی استفاده می‌شود. استفاده از حرارت پایین باعث مرطوب‌ماندن فضای داخل ماهیتابه شده، به پخت کامل غذا کمک می‌کند. این در حالی است که سطح بیرون مواد غذایی سرخ شده، قهوه‌ای رنگ می‌شوند. غذاهایی که به این روش آماده می‌شوند، لعاب‌دار و بسیار مطبوع هستند. با این حال، توصیه می‌شود که سالمندان عزیز کم تر از این دست غذاها استفاده نمایند.

۶. سرخ‌کردن عمیق



به سرخ‌کردن مواد غذایی به طور کاملاً غوطه‌ور در روغن اطلاق می‌شود. در این روش تنها باید به سرخ‌کردن مواد غذایی با قطعات کوچک اقدام کرد. برای به حداقل رساندن جذب روغن، باید درجه حرارت کنترل گردد. باید دقت شود که هیچ چیز مرطوب یا نم‌داری در روغن داغ قرار نگیرد. برای این کار، باید مواد غذایی قبل از سرخ‌شدن با یک دستمال کاغذی کاملاً خشک شوند. در این روش، روغن باید دمایی بین ۲۵۰-۱۶۰ درجه داشته باشد و میزان گرمای روغن به حدی باشد که آب غذای درون آن را به خوبی بخار کند. اگر روغن خنک‌تر از این دما باشد، غذا به ماهیتابه می‌چسبد. پس از اتمام پخت، مواد سرخ‌شده باید مقدار بسیار کمی روغن داشته باشند. توصیه می‌شود که سالمندان عزیز از این روش برای پخت غذای خود استفاده نکنند.

امروزه برای سرخ‌کردن، از سرخ‌کن‌های الکتریکی استفاده می‌شود که احتمال ضایع‌شدن غذا و روغن را به حداقل می‌رساند و دمای سرخ‌کن به خوبی توسط دستگاه الکتریکی کنترل می‌شود. توصیه اکید، مصرف نکردن روغن

جامد و به جای آن، استفاده از روغن مایع مخصوص سرخ‌کردنی است. روغن‌های مایعی که دمای جوش بسیار بالا ندارند، برای سرخ‌کردن مناسب نیستند و فقط برای تفت‌دادن قابل استفاده‌اند. نمونه این روغن‌ها، روغن هسته انگور، زیتون، کانولا و یا دیگر روغن‌های گیاهی مایع هستند.

استفاده از مایکروویو در پخت غذا



روش پختن مواد غذایی درون مایکروویو سبب پخته شدن هم‌زمان سطح و مغز مواد غذایی می‌شود. بعضی افراد نسبت به این دستگاه باورهایی دارند که موجب می‌شود از آن کم‌تر استفاده کنند. در مایکروویو از امواج با طول موج کوتاه و تعداد نوسان بسیار بالا استفاده می‌شود و میزان نفوذ امواج آن نسبتاً بالاست.

وقتی امواج دارای طول موج کوتاه به ماده‌ای برخورد کنند باعث ارتعاش در آن ماده می‌شوند و این جنبش بالای مولکول‌ها و نوسان شدید آنها در جای خود، باعث برخورد ملکول‌ها به هم و ایجاد اصطکاک و در نهایت گرم شدن آن ماده می‌شود.

نقش آب درون ماده غذایی بارزتر است و مولکول‌های آن بیشتر تحت تأثیر نوسان‌ها قرار گرفته و به شدت شروع به جابه جایی در محل خود می‌کنند. به همین علت، هرچه غذا رطوبت بیشتری داشته باشد، سریع‌تر تحت تأثیر این امواج قرار می‌گیرد. امروزه اغلب دستگاه‌های ماکروفر، علاوه بر لرزاننده (نوسان‌ساز یا موج‌ساز)، دارای یک یا چند سیم فلزی دارای مقاومت بالا (المنت) هستند که با عبور جریان برق از آن‌ها گرم می‌شوند. این سیم‌ها به عنوان کباب‌پز یا فر در داخل دستگاه قرار داده می‌شوند.

برخی مشکلات استفاده از مایکروویو (اعلام شده توسط برخی مقالات)

- غذای طبخ‌شده در مایکروویو، چندان خوشمزه نیست.
- تنها بخشی از غذا که نزدیک منبع ارتعاش قرار دارد، گرم می‌شود. میزان نفوذ امواج در ماده غذایی حدود ۲/۵ تا سه سانتی‌متر است. بنابراین چرخاننده و پروانه گرداننده هوا، گرما را به تمام مواد غذایی می‌رساند.
- ارتعاشات شدید مایکروویو موجب پاره‌شدن دیواره سلول‌های غذاها و در هم ریختن ساختمان ظریف برخی مواد غذایی از جمله ویتامین‌ها شده و آن‌ها را از بین می‌برد.
- در اثر به جای ماندن رادیکال‌های آزاد باقی‌مانده حاصل از ضایعات ویتامین‌ها و دیگر مولکول‌های تخریب شده، ممکن است ترکیبات جدید خطرناکی هم درون غذا ایجاد شوند.
- از هر نوع ظرفی نمی‌توان در اجاق‌های مایکروویو استفاده کرد؛ زیرا برخورد امواج با سطح فلزات ممکن است موجب ایجاد شعله و آتش‌سوزی و حتی انفجار دستگاه شود و برخی ظروف پلاستیکی هم از بین می‌روند.
- برخی از ظروف پلاستیکی غیراستاندارد در هنگام تماس با مواد داغ، پلیمرهای شیمیایی را منتشر می‌کنند که برای بدن انسان سمی است و مصرف غذاهای گرم‌شده در این ظروف را خطرناک می‌سازد. استفاده از چنین ظروفی در مایکروویو، می‌تواند خطرات بالقوه بیشتری در پی داشته باشد.
- مواردی از نشت امواج از اجاق‌های مایکروفر گزارش شده که در درازمدت، موجب نابودی برخی اعضای بدن و یا مرگ افراد شده است. امروزه مایکروویوها نسبت به اولین نسل این دستگاه‌ها ایمنی بیشتری دارند و امکان

خروج امواج از آن ها بسیار کم تر است؛ مایکروویوها هیچ اشعه رادیو اکتیوی ندارند.

- پختن تخم مرغ در این دستگاه، گاه به انفجار آن در محوطه اجاق مایکروویو منجر می شود.
- گرم کردن شیر در ظروف شیشه ای سبب می شود که حرارت شیر بسیار بیشتر از حرارت ظرف آن باشد که موجب درک اشتباه افراد شده، نوشیدن چنین شیری موجب سوختگی شدید هم گردیده است؛ مواردی از کاهش سطح هموگلوبین خون در اثر مصرف شیر گرم شده با مایکروویو گزارش شده است.
- سفال معمولاً بیش از موادی که در آن است، گرم می شود. در نتیجه، دست زدن به ظروف سفالی که داخل مایکروویو قرار داده شده، می تواند موجب سوختگی شود.
- هنگام استفاده از اجاق مایکروویو جهت گرم کردن نان شیرینی مربایی، مربا به شدت گرم می شود، در حالی که بقیه مواد هنوز خیلی گرم نشده اند.
- هوایی که در داخل دستگاه مایکروویو وجود دارد، خنک تر از غذایی است که در حال پختن و یا گرم شدن است؛ زیرا ارتعاشات تولیدی اجاق مایکروویو موجب لرزش مولکول های غذایی و هم چنین مولکول های هوا می شود ولی این ارتعاشات به گرم شدن هوا نمی انجامد.

محاسن استفاده از مایکروویو

مدت حرارت دهی کم تر، احتمال کم تر ایجاد بو و خشک شدن غذا، حفظ مواد مغذی در حد بقیه روش های پخت، از بین رفتن باکتری ها و دیگر عوامل بیماری زا و عدم اثبات سمیت ناشی از پختن در مایکروویو، مهم ترین محاسن آن هستند. به برخی از دیگر محاسن استفاده از ماکروویو در ذیل اشاره شده است:

- استفاده از مایکروویو زیانی ندارد و حتی برخی معتقدند که استفاده از سرعت بالای گرم کردن به کمک این دستگاه، موجب کاهش احتمال تخریب برخی مواد غذایی می شود.
- احتمال سوختگی در اثر استفاده از اجاق های مایکروویو، نه تنها بیشتر از سایر روش های پخت نیست، بلکه به خوبی مشخص شده که احتمال سوختگی در این روش بسیار کم تر از سایر روش هاست. با این حال بهتر است در هنگام کار این اجاق ها، از آن ها دور بمانید و فاصله ای در حد دو متر با آن داشته باشید.
- این دستگاه ها انرژی کم تری مصرف می کنند؛ بنابراین علاوه بر زمان، در سوخت نیز صرفه جویی می کنند و مقرون به صرفه هستند.
- استفاده از مایکروویو احتمال ورود مواد خطرناک از ظروف پلاستیکی در هنگام پخت را در مقایسه با سایر روش های پخت، بیشتر نمی کند.
- پختن سبزیجات در فرهای مایکروویو به مدت کوتاه (به جای آب پز کردن آن ها در مدت طولانی تر)، سبب حفظ بیشتر ارزش غذایی و ویتامین های آن ها می شود.
- کیفیت پروتئین های غذایی در روش پخت با این اجاق ها بهتر از روش های دیگر حفظ می شود که علت آن احتمال کم تر اکسیده شدن گوشت های پخته در مایکروویو است.
- در روش سنتی جوشاندن لوبیا سبز، امکان اتلاف تیامین و ریبوفلاوین در مقایسه با مایکروویو بیشتر است.
- استفاده از مایکروویو برای جوشاندن شیر، میزان بیشتری از اتلاف ویتامین ها، اسیدهای چرب ضروری و ایمنوگلبولین ها را در مقایسه با سایر روش ها به دنبال ندارد.
- مایکروویو کردن روغن زیتون از فعالیت آنزیم های «لیپاز» و «لیپوپراکسیداز» موجود در روغن جلوگیری نموده،

احتمال فساد آن را کاهش می‌دهد.

- مایکروویو کردن پسته، بادام زمینی و ذرت زرد، احتمال آلودگی آن‌ها به «آفلاتوکسین» را کم می‌کند.
- احتمال ابتلا به سرطان کبد با مصرف نمک، غذاهای دودی (به‌ویژه طبخ‌شده با چوب)، غذاهای خشک‌شده، غذهاای سرخ شده و غذاهای پر از شکر مصنوعی بالا می رود، درحالی‌که احتمال ابتلا به سرطان کبد با مصرف غذاهای بدون نگهدارنده، غذاهای خام، غذاهای پخته‌شده در زودپز، غذاهای پخته‌شده با اجاق الکتریکی و یا پخته شده با مایکروویو، کم می‌شود.
- در برخی مکان‌های عمومی از قبیل بیمارستان‌ها و خوابگاه‌ها، روزانه برای عده زیادی غذا تهیه و توزیع می‌شود. مدت گرم نگه‌داشتن غذا در این موارد طولانی است و احتمال آلوده‌شدن غذا و هم‌چنین کاهش کیفیت آن مطرح است. اگر به جای گرم نگه داشتن غذا، آن را سرد نموده و نگهداری کنند و در موقع لزوم، به سرعت با اجاق مایکروویو آن را گرم نمایند، کیفیت و سلامت غذا بهتر تأمین خواهد شد.

توصیه‌هایی برای استفاده بهتر از مایکروویو

- ماندن طولانی غذا در اجاق، ممکن است موجب آلودگی و افت کیفیت غذا شود. بنابراین، پس از اتمام پخت در اجاق مایکروویو، باید مدت کوتاهی صبر کرد؛ زیرا پخت غذا تا مدتی پس از خاموشی دستگاه ادامه می‌یابد، سپس غذا را از دستگاه خارج نموده، مصرف کرد و یا دیگر مراحل پخت توسط سایر وسایل را ادامه داد.
- غذای یخ زدایی شده باید به سرعت از فر خارج شود و مورد استفاده قرار گیرد؛ زیرا آمادگی بالایی جهت آلودگی میکروبی و فساد دارد.
- بهتر است از ظروف کم عمق و دردار استفاده شود؛ غذا به قطعات کوچک‌تر تقسیم شود و گوشت‌ها از استخوان‌ها جدا شوند و در طول مراحل پخت نیز مواد غذایی چندین بار توسط فرد استفاده‌کننده به هم زده شود که گرما به خوبی و به مقدار کافی به تمام نقاط غذا برسد تا علاوه بر پخت مناسب، احتمال آلودگی میکروبی به حداقل برسد. البته پختن غذا با هر روشی، همیشه نمی‌تواند خطرات ناشی از آلودگی‌های میکروبی را به کلی رفع نماید.
- در پایان مراحل پخت، باید گرما به مقدار کافی و به تمام محتویات ظرف رسیده باشد، به حدی که گرمای ته ظرف دست را بسوزاند. از آنجا که قدرت گرم‌کنندگی اجاق مایکروویو در سطح غذا بیشتر است، بهتر است قطعات کوچک‌تر در مرکز ظرف و قطعات بزرگ‌تر مواد غذایی در کناره ظرف قرار گیرند تا حرارت مناسب به قطعات بزرگ‌تر برسد.
- بهتر است پس از پایان پخت، مدتی به ظرف دست نزنیم تا حرارت به خوبی در تمام نقاط منتشر گردد.
- درِ ظرف باید در مراحل پخت، روی آن باشد تا مقداری بخار در ظرف جمع شود و به پخت مناسب‌تر غذا کمک کند، ولی خروج مقداری بخار باید ممکن باشد.
- اگر از قدرت کم‌تر دستگاه، به مدت طولانی‌تر برای پخت غذا استفاده شود، بهتر از زمانی است که دستگاه با قدرت بالا و مدت کوتاه غذا را بپزد.
- بهتر است از ظروف گرد یا بیضی شکل استفاده شود؛ زیرا پختن در ظروف گوشه‌دار موجب رسیدن حرارت بیشتر به غذاهای قرارگرفته در گوشه‌های ظرف شده، به سوختگی یا کاهش کیفیت این بخش از غذا منجر می‌شود.

فصل هفتم

تغذیه سالم سالمندان
در دوران همه گیری کووید-۱۹

• بهترین ظروف برای استفاده در اجاق های مایکروویو، ظروف شیشه‌ای مناسب پخت هستند.

بیماری کووید-۱۹، در اثر آلودگی با یک نوع ویروس کرونا ایجاد می شود. ویروس های کرونا دسته بزرگی از ویروس ها هستند که بیماری های مختلفی را ایجاد می‌کنند و سرماخوردگی، یکی از آن هاست.



کووید-۱۹ در اثر تماس با ترشحات یا قطرک های خارج شده از دهان یا بینی افراد آلوده منتقل می شود. در تاریخ ۲۱ اسفند سال ۱۳۹۸، سازمان جهانی بهداشت کووید-۱۹ را یک همه‌گیری جهانی معرفی کرد. آمار رسمی نشان می دهند که تا ۲۹ اسفند ۱۳۹۹ بیش از ۱۲۰ میلیون نفر به کووید-۱۹ مبتلا شده‌اند و بیش از ۲/۶ میلیون نفر در اثر این بیماری فوت کرده‌اند.

بهترین راهکار برای کنترل کووید-۱۹، پیشگیری از مبتلا شدن به آن است که با روش های ساده‌ای از جمله رعایت فاصله فیزیکی از دیگران، استفاده صحیح از ماسک صورت امکان پذیر است.

خوشبختانه تحقیقات انجام شده بر روی تولید واکسن مؤثر، در طی ۱/۵ سال گذشته موفق بوده و در حال حاضر، انواع مختلفی از واکسن برای ایمن سازی علیه کووید-۱۹ ساخته شده که در حال تزریق به مردم، در کشورهای مختلف جهان است.

با توجه به جدید بودن کووید-۱۹، اطلاعات مربوط به این بیماری هم چنان در حال گسترش است، ولی در کنار اطلاعات صحیح از منابع معتبر، اطلاعات غیردقیق و حتی اشتباه و گمراه‌کننده‌ای نیز وجود دارد که در حال تبادل در فضای مجازی و شبکه های مختلف ارتباطی است. بنابراین، دریافت اطلاعات از منابع معتبر بسیار اهمیت دارد.

از همان ابتدای شیوع کووید-۱۹ مشخص شد که سالمندان یکی از گروه های آسیب پذیر در مقابل این بیماری هستند. مطالعات مختلف نشان داد که شدت و میزان کشندگی کووید-۱۹ در سالمندان بیشتر است. کووید- ۱۹ یک بیماری ویروسی است و برای مقابله با آن، بدن باید ایمنی قوی داشته باشد. بسیاری از سالمندان سیستم ایمنی قوی ندارند که یک علت آن، سن بالاست. بااین حال، تغذیه نامناسب و عدم تأمین مواد مغذی در سالمندان نیز ممکن است در ایجاد ضعف سیستم ایمنی نقش داشته باشد. بسیاری از سالمندان با توجه به مشکلاتی مانند مشکلات دندانی یا گوارشی، نمی‌توانند بعضی از منابع غذایی مناسب برای تقویت سیستم ایمنی (مانند گوشت ها، سبزیجات و میوه ها) را مصرف کنند. البته در این میان وضعیت اقتصادی سالمندان نیز نقش دارد. بسیاری از سالمندان که از نظر دندان ها و دستگاه گوارش مشکلی ندارند، ممکن است به علت وضعیت اقتصادی نامناسب، نتوانند مواد غذایی کافی و با کیفیت مناسب را تهیه کنند. مسئله دیگری که بر تغذیه سالمندان در دوران همه‌گیری کرونا تأثیر می‌گذارد، لزوم رعایت فاصله از دیگران و اجتناب از دورهمی هاست که باعث می شود سالمندان تنهاتر شوند. در شرایط تنهایی، اشتهای سالمندان کم‌تر می شود و در نتیجه، دریافت مواد مغذی در آن ها کاهش می یابد.

ارتباط تغذیه با سیستم ایمنی بدن

تغذیه صحیح برای کارکرد مناسب سیستم ایمنی بدن، مهم و ضروری است که با رعایت سه اصل کفایت، تعادل و تنوع تأمین می‌گردد. دریافت برخی مواد مغذی شامل پروتئین، روی، کلسیم، آهن و ویتامین های C و D باعث می شود که سیستم ایمنی بدن کار خود را درست انجام دهد. باید توجه داشت که اصلاً لازم نیست در شرایط همه‌گیری کووید-۱۹، مقدار زیادی از غذاهای خاص مصرف شود. انتشار اطلاعات غیردقیق و نادرست در فضای

مجـازی دربـاره نقش یک ماده غذایی خـاص در پیش‌گیری یا کنترل کووید-۱۹ و اغـراق در زمینه تأثیر آن ها (مانند آن چه درباره سـیر یا زنجبیل بیان می شـود) باعث می شـود که مردم برای خرید این نوع مواد غذایی هجوم بیاورند و باعـث کمبود یا گرانی آن ها شـوند! با اطمینان می توان گفت کـه در حال حاضر، هیچ ماده غذایی یا ادویه خاصی کـه بتوانـد به طور انفـرادی از کووید-۱۹ پیش‌گیری کنـد یا در صورت ابتلا بـه این بیماری، آن را درمـان کند، وجود ندارد و حتی این احتمال وجود دارد که مصرف زیاد آن ها وضعیت بیماری را نه تنها بهتر نکند، بلکه باعث شدیدتر و طولانی‌تر شدن سیر آن شود.

با رعایت اصول تغذیه صحیح می‌توان امیدوار بود که از ابتلا به این بیماری پیشگیری کرد و یا در صورت ابتلا، شدت آن را کم‌تر و طول مدت آن را کوتاه‌تر نمود.

ارتباط مواد غذایی با کووید-۱۹

ویروس کرونا از طریق تماس بین افراد و انتقال ترشـحات یا قطرک های تنفسـی در هنگام سـرفه، عطسه یا صحبت کـردن، از فـرد آلـوده به دیگران سـرایت می‌کنـد. البته پـس از لمس کردن سـطوح یا اشـیا از جمله مـواد غذایی یا بسـته بندی های غذایی که این ویروس روی آن ها وجود دارد و سـپس لمس دهان، بینی یا چشم ها، ممکن است بیماری منتقل گردد، ولی مشخص شده که این موضوع راه اصلی انتقال ویروس نخواهد بود. بااین حال، لازم است بعد از خرید و آوردن بسـته بندی های غذایی به منزل یا قبل از آماده سـازی یا خوردن غذا، دست ها با آب و صابون به مدت حداقل بیست ثانیه شسته شود. اگر صابون و آب در دسترس نبود، می‌توان از ضدعفونی کننده های دست حاوی حداقل ۷۰ درصد الکل اسـتفاده کرد. تمام سطوح دست ها باید با مایع الکلی مرطوب و دست ها به خوبی به همدیگر مالیده شـود تا خشک شـود. برای کاهش خطر انتقال بیماری، رعایت دستورالعمل های ایمنی و بهداشت مواد غذایی همیشه الزامی است.

خطر ابتلا به کووید-۱۹ از طریق غذاهایی که در منزل پخته می شوند یا غذاهایی که از رستوران به صورت بیرون بر خرید می شـوند، بسـیار پایین اسـت. همچنین، خطر عفونت با ایـن ویروس از طریق محصـولات غذایی، غذاهای بسـته بندی شـده یا سـاک های خرید، غذا کم اسـت و تاکنون مـوردی از انتقال کوویـد-۱۹ از طریـق لمس غذا یا بسته بندی غذایی یا ساک های خرید گزارش نشده است؛ اگرچه بعضی کارکنان مراکز یا کارخانجات تولید یا فرآوری مواد غذایی به کووید-۱۹ مبتلا شده‌اند، ولی شواهد علمی وجود ندارد که مصرف مواد غذایی بسته بندی شده در مراکزی که بعضی از کارکنان آن ها مبتلا بوده‌اند، باعث گسترش این ویروس شده باشد.

در حـال حاضـر، شـواهدی مبنی بر گسـترش ویـروس کرونـا از طریق مـواد غذایی گزارش نشـده، امـا باید تمام دستورالعمل های بهداشت و ایمنی مواد غذایی را تحت هر شرایطی قبل، در حین و بعد از آماده سازی مواد غذایی رعایـت کرد. حمل و نقل، آماده سـازی و پخت مواد غذایی در درجه حرارت های مناسـب باید انجام شـود. تاکنون عامل کووید-۱۹ در آب آشامیدنی یافت نشده و انتقال آن از طریق آب، رد شده است.

برای کاهش انتقال عامل کووید- ۱۹ توصیه می شـود سـطوح آشپزخانه و کابینت ها به طور مرتب با ترکیبات مناسب تمیز و ضدعفونی شـود و بعد از ضدعفونی کردن سـطوح، آنها را با آب شست‌وشـو داد و بعد مواد غذایی را روی این سطوح گذاشت.

باید مراقب بود که ترکیبات ضدعفونی‌کننده روی مواد غذایی یا بسـته بندی های مواد غذایی اسـتفاده نشـود. اگر

کسی در منزل بیمار است، سطوحی مانند دستگیره درها، سطوح کابینت ها، دستگیره های وسایل آشپزخانه و کلید چراغ ها را که زیاد لمس می شود، تمیز و ضدعفونی کنید. پس از بیرون آوردن مواد غذایی خریداری شده از بسته بندی ها، در کم تر از دو ساعت بعد از خرید، آن ها (به ویژه گوشت، مرغ، تخم مرغ، غذاهای دریایی و سایر غذاهای مستعد عفونت) را در یخچال یا فریزر قرار دهید. از ترکیبات مخصوص ضدعفونی سطوح سفت، مثل سفیدکننده ها یا وایتکس بر روی بسته های مواد غذایی یا پلاستیک های خرید استفاده نکنید. در صورت استفاده از ساک های خرید پارچه ای، باید آن ها را به صورت مناسب شست و در گرم ترین درجه حرارت ممکن خشک کرد. مواد غذایی را نباید با صابون، سفیدکننده، ضدعفونی کننده، الکل یا سایر مواد شیمیایی مشابه شست وشو داد. میوه ها و سبزی های تازه را با آب لوله کشی خنک بشویید. تأثیر ضدعفونی کنندگی مؤثری از نمک، فلفل، سرکه و آب لیمو گزارش نشده است.

هرچند شواهدی مبنی بر انتقال ویروس کووید-۱۹ از طریق مواد غذایی در دست نیست، اما این موارد را هنگام خرید و بردن این محصولات به منزل باید رعایت کرد: عوامل بیماری زا در درجه حرارت بین ۵ تا ۶۰درجه سانتی گراد سریع ترین رشد را دارند. بنابراین لازم است گوشت مرغ و ماهی را در حد امکان در درجه حرارت های کم تر از ۵ درجه منتقل کرد و ضمناً نباید محصولاتی را که نیاز به درجه حرارت سرد برای نگهداری دارند، بیشتر از دو ساعت در درجه حرارت اتاق قرار داد. اگر درجه حرارت محیط از ۳۲ درجه سانتی گراد بالاتر است، نباید این غذاها را بیشتر از یک ساعت در درجه حرارت محیط نگه داشت. اگر از بسته بندی این گونه محصولات، نشت مایع وجود دارد، باید آن بسته بندی را در ظرف دیگری قرار داد و در مورد گوشت، مرغ و ماهی باید بعداً محل نشتی را به خوبی تمیز و ضدعفونی کرد.

نکات تغذیه ای مهم در پیش‌گیری و درمان کووید-۱۹ در سالمندان

سالمندان معمولاً به بیماری های مختلفی مبتلا هستند که ضعف عضلانی، کاهش قدرت بلع و جذب مواد غذایی و نیز کاهش توانایی ذهنی از جمله آن هاست. بیماری های زمینه ای مثل فشار خون بالا، دیابت، بیماری های قلبی-عروقی، بیماری مزمن تنفسی و سرطان با افزایش خطر ابتلا و مرگ ناشی از کووید- ۱۹ ارتباط دارد.

معمولاً بیماری های زمینه ای در سالمندان شیوع بالاتری دارند. به همین دلیل حفظ وضعیت تغذیه ای مناسب و پیشگیری از عفونت، در افراد سالمند اهمیت بسیار زیادی دارد.

ثابت شده که تغذیه، فعالیت بدنی و ارتباط اثربخش با دیگران، در حفظ سلامت جسمی و روانی نقش مهمی دارد. هر سه این شرایط به دلیل شیوع کووید-۱۹ دچار محدودیت شده و می تواند باعث مشکلات جدی تری در سالمندان شود. در زمان همه‌گیری کووید-۱۹ مراقبت های تغذیه‌ای به منظور بهبود وضعیت سیستم ایمنی بدن و کاهش میزان ابتلا و شدت عفونت در افراد سالمند، اهمیت زیادی دارد. رعایت یک برنامه غذایی مناسب و خوردن سه وعده غذایی منظم در شبانه روز، برای حفظ سلامت لازم است. قبل از همه‌گیری کووید-۱۹ اثبات شده بود که سوء تغذیه، باعث افزایش خطر ابتلا به آنفلوآنزا می شود. این موضوع را می توان به کووید- ۱۹ نیز تعمیم داد.

مطابق بعضی راهنماهای غذایی، نیاز سالمندان به پروتئین، نسبت به سایر بزرگسالان بیشتر است. این نیاز به پروتئین معادل ۱۵ تا ۲۰ درصد انرژی روزانه یا ۱/۲ تا ۱/۵ گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن است. با افزایش سن، توانایی ساختن ماهیچه در بدن کاهش پیدا می‌کند و به همین دلیل لازم است پروتئین با کیفیت خوب در اختیار بدن قرار گیرد. گروهی از منابع غذایی مانند ماهی، گوشت پرندگان، گوشت گاو، تخم مرغ، حبوبات و شیر می توانند پروتئین

با کیفیت خوب را برای جلوگیری از تحلیل عضلات و هم چنین بهبود عملکرد روده ها و تقویت سیستم ایمنی بدن فراهم کنند. در شرایط نامناسب تغذیه ای، دریافت ویتامین ها و مواد معدنی نیز مشکل خواهد داشت و کمبود این مواد مغذی، می تواند باعث اختلال در عملکرد سیستم ایمنی بدن شود. برخی مطالعات نشان می دهد که کمبود ویتامین D که در سالمندان شایع است، باعث افزایش خطر ابتلا به بیماری های عفونی می شود. ویتامین A نیز در حفاظت بدن در مقابل بیماری های عفونی نقش دارد. سایر ویتامین ها مانند ویتامین B_6، E و B_{12} و مواد معدنی مثل سلنیوم و روی نیز در کارکرد صحیح سیستم ایمنی بدن نقش مهمی ایفا می کنند.

ویتامین D به صورت طبیعی در ماهی های چرب و در مقادیر کم تر در لبنیات، زرده تخم مرغ و قارچ وجود دارد و ویتامین A یا پیش سازهای آن در جگر، هویج، کدو حلوایی، گوجه فرنگی، کلم بروکلی و اسفناج موجود است. با گنجاندن غذاهای دریایی، میوه ها، سبزی ها، لبنیات و حبوبات در برنامه غذایی افراد سالمند، می توان از تأمین این مواد مغذی مهم برای عملکرد مناسب سیستم ایمنی بدن اطمینان حاصل کرد. پروبیوتیک ها در حفظ عملکرد روده ها نقش مفیدی دارند. این مواد در محصولات لبنی مثل ماست وجود دارند. انواع محصولات غذایی غنی از پروبیوتیک ها هم در بازار در دسترس است.

پرسش های متداول در مورد ارتباط غذا و تغذیه با کووید-۱۹

آیا تغذیه در نحوه عملکرد سیستم ایمنی بدن نقش دارد؟

تغذیه صحیح می تواند مواد مغذی لازم برای سیستم ایمنی بدن را فراهم کند. باید سعی شود تا حد امکان مواد مغذی ضروری از طریق مواد غذایی و رژیم غذایی مناسب تأمین شود.

راهکارهای اصلی برای حفظ و تقویت عملکرد سیستم ایمنی بدن چیست؟

حفظ وزن مناسب، انجام فعالیت بدنی، داشتن رژیم غذایی صحیح، مصرف غلات کامل، میوه ها، سبزی ها و حبوبات، محدود کردن مصرف فست فود، گوشت قرمز، غذاهای فرآوری شده و نوشابه ها، عدم مصرف نوشیدنی های الکلی و مصرف نکردن دخانیات، از جمله راهکارهای اساسی در تقویت سیستم ایمنی بدن است.

آیا امکان ابتلا به کووید- ۱۹ از طریق خوردن غذاهای تازه، مثل میوه ها و سبزی ها وجود دارد؟

خیر. در صورت رعایت دستورالعمل های بهداشتی، مصرف غذاهای تازه مثل میوه ها و سبزی ها باعث ابتلا نمی شود.

در دوره همه گیری کووید- ۱۹ میوه ها و سبزی ها را چگونه باید بشوییم؟

شست وشوی میوه ها و سبزی ها در دوره همه گیری کووید-۱۹ با سایر شرایط تفاوتی ندارد. قبل از پاک کردن آن ها، باید دست ها را با آب و صابون بشویید. سپس میوه ها و سبزی ها را به صورت کامل و صحیح با آب تمیز شست وشو دهید، به خصوص اگر آن ها را به صورت خام مصرف می کنید. برای شست وشو مراحل ذیل را انجام دهید:

۱. ابتدا سبزی را پاک کنید و برگ های زرد، چوب ها و گل ولای های موجود را از سبزی جدا کنید و سپس سبزی را در آب خالص قرار دهید تا گل و لای آن جدا و ته نشین شود. به آرامی سبزی را از آب خارج کنید. در این مرحله سبزی را از روی آب بردارید و به هم نزنید تا گل و لای ته نشین شده مجدد بلند نشود.

۲. در مرحله بعد، باید از سبزی انگل زدایی شود. برای این منظور در یک ظرف آب، به ازای هر لیتر آن، بین دو تا چهار قطره مایع ظرفشویی بریزید. غوطه ور نمودن سبزی ها به مدت سه تا پنج دقیقه در کفاب، موجب جذب ماده

شوینده در سبزی و یا سرطان زایی آن نمی شود. این کار باعث می‌شود که تخم و کیست انگل ها، لیز و لزج شود و به سطح آب بیاید. در این مرحله از شست‌وشو، آب روی سبزی را به آرامی خالی می‌کنیم و سپس سبزی را از طرف خارج می‌کنیم.

۳. مرحله بعد میکروب یا ویروس زدایی با محلول ضدعفونی‌کننده است. نصف قاشق چای خوری پودر پرکلرین را در پنج لیتر آب حل کنید و سپس سبزی انگل زدایی‌شده را برای مدت پنج دقیقه در این محلول ضدعفونی‌کننده قرار داده تا میکروب ها یا ویروس های آن از بین برود.

۴. مرحله چهارم، آب‌کشی ساده است تا اثر مواد شیمیایی کاملاً از بین برود. سبزی ها را با آب ساده و فراوان خوب شست‌وشو دهید تا اثری از کلر باقی نماند.

آیا ویروس عامل کووید-۱۹ می‌تواند روی بسته‌بندی‌های مواد غذایی زنده بماند؟

ویروس کرونا به محیط زنده یا انسان برای زنده ماندن و تکثیر شدن نیاز دارد و نمی تواند روی سطوح بسته بندی های مواد غذایی تکثیر شود. ضدعفونی‌کردن بسته بندی های مواد غذایی ضروری نیست، اما باید دست ها را بعد از لمس‌کردن بسته بندی ها و هم چنین قبل از خوردن غذا با آب و صابون بشویید.

آیا ویروس عامل کووید-۱۹ می‌تواند از طریق مواد غذایی پخته از جمله غذاهای حیوانی منتقل شود؟

در حال حاضر شواهدی مبنی بر ابتلای مردم به کووید-۱۹ از طریق غذا وجود ندارد. ویروس عامل این بیماری در همان درجه حرارت هایی که سایر ویروس ها و باکتری ها از بین می‌روند، کشته می شود. غذاهایی از جمله گوشت، مرغ و تخم‌مرغ باید به صورت کامل و در درجه حرارت حداقل ۷۰ درجه سانتی‌گراد پخته شود. محصولات غذایی حیوانی خام، قبل از پختن باید به صورت مناسب جابه جا شوند تا باعث انتقال عفونت به غذاهای پخته نشوند.

آیا در دوران همه‌گیری کووید- ۱۹ رفتن به میوه فروشی‌ها یا بازارهای مواد غذایی ایمن است؟

به‌طورکلی رعایت دستورالعمل های بهداشتی برای بیرون رفتن از خانه، از جمله رفتن به مراکز خرید مواد غذایی ضروری است و رعایت این موارد توصیه می شود: قبل از ورود به فروشگاه دست های خود را ضدعفونی کنید؛ در هنگام سرفه یا عطسه، دهان خود را در مقابل آرنج خود بگیرید یا آن را با دستمال بپوشانید؛ حداقل یک متر از دیگران فاصله بگیرید و از ماسک صورت استفاده کنید.

آیا خرید مواد غذایی به صورت سفارش تلفنی یا اینترنتی ایمن است؟

بله. سفارش تلفنی یا اینترنتی مواد غذایی ایمن است. البته مأمورین تحویل اجناس باید دستورالعمل های بهداشتی را رعایت کنند. بعد از تحویل‌گرفتن سفارش ها، باید دست ها را به صورت صحیح بشویید.

بهترین ترکیبات ضدعفونی‌کننده سطوح، برای استفاده در منزل کدام است؟

ترکیبات شوینده و ضدعفونی‌کننده معمولی برای از بین بردن ویروس از سطوح خانه به خوبی تأثیر دارند، ولی می‌توان از ضدعفونی کننده های ویروس‌کش (به عنوان مثال، محلول هیپوکلریت سدیم با غلظت ۰/۰۵ درصد و یا محصولات بر پایه الکل با غلظت حداقل ۷۰ درصد) استفاده کرد.

چه غذاهایی را برای تقویت سیستم ایمنی بدن باید مصرف کرد؟

برای تقویت سیستم ایمنی، چندین ماده مغذی لازم است. مصرف مواد غذایی سالم و به صورت متنوع، در چارچوب

یک رژیم غذایی مناسب، شامل غلات کامل، حبوبات، سبزی ها، میوه ها، مغزها و مواد غذایی با منشأ حیوانی این مواد مغذی تأمین می شوند. هیچ ماده غذایی خاصی که بتواند از ابتلا به کووید-۱۹پیش‌گیری کند، وجود ندارد.

آیا برای پیش‌گیری و درمان کووید-۱۹ مصرف مکمل های ویتامین و مواد معدنی ضروری است؟

در حال حاضر مصرف مکمل های مواد مغذی برای پیش‌گیری از بیماری کووید ۱۹ در افراد سالم یا درمان این بیماری در مبتلایان توصیه نمی شود. ریزمغذی ها برای عملکرد صحیح سیستم ایمنی ضروری هستند و در حفظ و ارتقای وضعیت تندرستی و تغذیه نقش دارند. تا حد امکان باید سعی شود ریزمغذی ها در چارچوب یک رژیم غذایی صحیح تأمین شوند. البته در صورت کمبود ریزمغذی ها، باید مکمل آن ها طبق دستورالعمل های مطمئن مصرف شود.[۱]

آیا مصرف مکمل ویتامین D ضروری است؟

ویتامین D می تواند در صورت مواجهه پوست بدن با نور مستقیم خورشید ساخته شود و مقداری نیز از طریق بعضی مواد غذایی مثل ماهی های چرب، روغن جگر ماهی، جگر گاو، پنیر و زرده تخم مرغ تأمین می شود. بعضی از مواد غذایی به صورت غنی شده با این ویتامین در بازار موجود است. مکمل های ویتامین D هم در دسترس است. درصورتی‌که وضعیت ویتامین D در بدن مناسب نباشد، غذاهای غنی از ویتامین D هم به اندازه کافی مصرف نشود و مواجهه با نور خورشید کافی نباشد، مصرف مکمل ویتامین D توصیه می شود. دستورالعمل های مشخصی برای مکمل یاری با ویتامین D در سالمندان وجود دارد که از جمله آن ها می توان به مصرف ماهانه یک عدد قرص ژله ای ۵۰ هزار واحدی اشاره کرد.

آیا دمنوش یا داروی سنتی خاصی برای پیش‌گیری یا درمان کووید-۱۹ وجود دارد؟

هیچ‌گونه شواهدی در خصوص مصرف دمنوش ها یا داروهای سنتی برای پیش‌گیری یا درمان کووید-۱۹ وجود ندارد. فقط از این موارد برای تسکین علامت ها زمان بیماری می توان استفاده کرد. دم نوش هایی مانند بابونه و آویشن می تواند کمک‌کننده باشد.[۲]

آیا مصرف زنجبیل از ابتلا به کووید-۱۹ پیش‌گیری می کند؟

خیر. هیچگونه شواهدی مبنی بر پیش‌گیری از کووید-۱۹ با مصرف زنجبیل در دست نیست. البته زنجبیل یک ماده غذایی است که تا حدی تأثیرات ضدمیکروبی و خواص ضدالتهابی دارد.

آیا مصرف سیر از ابتلا به کووید-۱۹ پیش‌گیری می کند؟

خیر. هیچ‌گونه شواهدی در خصوص پیش‌گیری از کووید-۱۹ با مصرف سیر وجود ندارد. در عین حال، سیر یک ماده غذایی است که ممکن است تا حدی خواص ضد میکروبی داشته باشد.

آیا اضافه‌کردن فلفل به سوپ یا مواد غذایی در پیش‌گیری یا درمان کووید- ۱۹ مؤثر است؟

هیچ‌گونه شواهدی مبنی بر پیش‌گیری یا درمان کووید-۱۹ با افزودن فلفل به سوپ یا سایر خوراکی ها وجود ندارد.

---

۱. برای دریافت اطلاعات کامل تر در خصوص ریز مغذی ها به فصل اول مراجعه شود.

۲. برای دریافت اطلاعات بیشتر به فصل اول مراجعه کنید.

فصل هشتم

رژیم های غذایی پیشنهادی برای سالمندان سالم

رژیم ۱۲۵۰ کیلوکالری

صبحانه

- ۴۵ گرم نان، ۳۰ گرم پنیر، دو عدد مغزگردوی کامل، یک لیوان شیر، یک لیوان چای با یک قاشق مرباخوری عسل
- یا کورن فلکس یا غلات صبحانه ساده، یک کاسه سوپ خوری همراه یک لیوان شیر
- ۱ تا ۲ بار در هفته: ۴۵ گرم نان، یک تخم مرغ، یک لیوان شیر
- یک بار در هفته: ۴۵ گرم نان، یک قاشق غذاخوری کره بادام زمینی، یک قاشق غذاخوری عسل، یک لیوان شیر

پیش از ظهر (حدود ساعت ۱۰/۳۰)

- یک لیوان چای با یک عدد خرما و ۵ عدد کشمش، ۲۰۰-۱۵۰گرم میوه (مثل یک عدد سیب متوسط)

ناهار

- سبزیجات یا سالاد یک پیش‌دستی با یک قاشق غذاخوری آب‌لیمو و روغن زیتون در ابتدای ناهار
- ۶۰ گرم نان و یا ۶ قاشق غذاخوری برنج و یا همین اندازه ماکارونی
- ماهی یا مرغ (و هفته‌ای یک بار گوشت قرمز) ۶۰ گرم و یا ۴ قاشق غذاخوری خورشت کم چربی
- یک فنجان ماست و کشمش در انتهای ناهار

عصرانه

- ۲ ورق بیسکوئیت سبوس‌دار و یا ۳۰ گرم نان جو، یک لیوان چای با یک عدد خرما و یک عدد کاکائوی تلخ
- ۱۵۰ تا ۲۰۰ گرم میوه، خیار و هویج رنده‌شده دلخواه

شام

- ۴۵ گرم نان، یک کاسه سوپ خوری ماست و خیار با یک قاشق کشمش و یک عدد گردو و پودر نعنا و پودر گل سرخ
- یا ۴۵ گرم نان، ۳۰ گرم پنیر همراه با خیار و گوجه دلخواه
- ۲ تا ۳ بار در هفته: ۴۵ گرم نان (و یا ۴ قاشق غذاخوری برنج)، ۶۰ گرم مرغ یا ماهی، یک فنجان ماست
- هر یک از موارد بالا به همراه سبزیجات از قبیل سالاد و یا سبزی خوردن می‌تواند میل شود.

پیش از خواب

- ۲۰۰ گرم میوه مانند یک عدد سیب متوسط
- به طور کلی توصیه می شود که نان پرسبوس، برنج قهوه ای، لبنیات کم چرب و گوشت چربی گرفته مصرف شود.

رژیم ۱۴۵۰ کیلوکالری

صبحانه

- ۶۰ گرم نان، ۳۰ گرم پنیر، ۲ عدد مغز گردوی کامل، یک لیوان شیر، یک لیوان چای با یک قاشق مرباخوری عسل،
- یا کورن فلکس یا غلات صبحانه ساده یک کاسه سوپ خوری همراه یک لیوان شیر
- ۱ تا ۲ بار در هفته: ۶۰ گرم نان، یک تخم مرغ، یک لیوان شیر
- یک بار در هفته: ۶۰ گرم نان، یک قاشق غذاخوری کره بادام زمینی، یک قاشق غذاخوری عسل، یک لیوان شیر

پیش از ظهر (حدود ساعت ۱۰/۳۰)

- یک لیوان چای با یک عدد خرما و ۵ عدد کشمش، ۲۰۰-۱۵۰ گرم میوه (مثل یک عدد سیب متوسط)

ناهار

- سبزیجات یا سالاد، یک پیش‌دستی با یک قاشق غذاخوری آب‌لیمو و روغن زیتون در ابتدای ناهار
- ۹۰ گرم نان و یا ۸ قاشق غذاخوری برنج و یا همین اندازه ماکارونی
- همراه با ماهی یا مرغ (و هفته‌ای یک بار گوشت قرمز) ۶۰ گرم و یا ۴ قاشق غذاخوری خورشت کم چربی
- یک فنجان ماست و کشمش انتهای ناهار

عصرانه

- ۲ ورق بیسکوئیت سبوس‌دار و یا ۳۰ گرم نان جو، یک لیوان چای با یک عدد خرما و یک عدد کاکائوی تلخ
- ۱۵۰ تا ۲۰۰ گرم میوه، خیار و هویج رنده‌شده به مقدار دلخواه

شام

- ۶۰ گرم نان، یک کاسه سوپخوری ماست و خیار با یک قاشق کشمش و یک عدد گردو و پودر نعنا و پودر گل سرخ
- و یا ۶۰ گرم نان، ۳۰ گرم پنیر همراه با خیار و گوجه به مقدار دلخواه
- ۲ تا ۳ بار در هفته: ۶۰ گرم نان (و یا ۵ قاشق غذاخوری برنج)،۶۰ گرم مرغ یا ماهی، یک فنجان ماست
- هر یک از موارد بالا به همراه سبزیجات از قبیل سالاد و یا سبزی خوردن می‌تواند میل شود.

قبل از خواب

- ۲۰۰ گرم میوه مانند یک عدد سیب متوسط
- به طور کلی توصیه می شود که نان پرسبوس، برنج قهوه‌ای، لبنیات کم چرب و گوشت چربی گرفته مصرف شود.

رژیم ۱۷۵۰ کیلوکالری

صبحانه

- ۷۵ گرم نان، ۳۰ گرم پنیر، ۲ عدد مغز گردوی کامل، یک لیوان شیر، یک لیوان چای با یک قاشق مرباخوری عسل،
- یا کورن فلکس یا غلات صبحانه ساده یک کاسه سوپخوری همراه یک لیوان شیر
- ۱ تا ۲ بار در هفته: ۷۵ گرم نان، یک تخم مرغ، یک لیوان شیر
- یک بار در هفته: ۷۵ گرم نان، یک قاشق غذاخوری کره بادام زمینی، یک قاشق غذاخوری عسل، یک لیوان شیر

پیش از ظهر (حدود ساعت ۱۰/۳۰)

- یک لیوان چای با یک عدد خرما و ۵ عدد کشمش، ۲۰۰-۱۵۰ گرم میوه (مثل یک عدد سیب متوسط)

ناهار

- سبزیجات یا سالاد یک پیش دستی با یک قاشق غذاخوری آب‌لیمو و روغن زیتون در ابتدای ناهار
- ۱۰۰ گرم نان و یا ۹ قاشق غذاخوری برنج و یا همین اندازه ماکارونی
- همراه با ماهی یا مرغ (و هفته‌ای یک بار گوشت قرمز) ۹۰ گرم و یا ۵ قاشق غذاخوری خورشت کم چربی
- یک فنجان ماست و کشمش در انتهای ناهار

عصرانه

- ۲ ورق بیسکوئیت سبوس‌دار و یا ۳۰ گرم نان جو، یک لیوان چای با یک عدد خرما و یک عدد کاکائوی تلخ
- ۱۵۰ تا ۲۰۰ گرم میوه، خیار و هویج رنده‌شده به مقدار دلخواه

شام

- ۷۵ گرم نان، یک کاسه سوپ خوری ماست و خیار با یک قاشق کشمش و یک عدد گردو و پودر نعنا و پودر گل سرخ

- و یا ۷۵ گرم نان، ۳۰ گرم پنیر همراه با خیار و گوجه به مقدار دلخواه
- ۲ تا ۳ بار در هفته: ۷۵ گرم نان (و یا ۷ قاشق غذاخوری برنج)، ۶۰ گرم مرغ یا ماهی، یک فنجان ماست
- هر یک از موارد بالا به همراه سبزیجات از قبیل سالاد و یا سبزی خوردن می‌تواند میل شود.

پیش از خواب

- ۲۰۰ گرم میوه، یک فنجان شیر
- به طور کلی توصیه می شود که نان پرسبوس، برنج قهوه ای، لبنیات کم چرب و گوشت چربی گرفته مصرف شود.

رژیم ۲۱۰۰ کیلوکالری

صبحانه

- ۹۰ گرم نان، ۳۰ گرم پنیر، ۲ عدد مغز گردوی کامل، یک لیوان شیر، یک لیوان چای با یک قاشق مرباخوری عسل،
- یا کورن فلکس یا غلات صبحانه ساده یک کاسه سوپ خوری همراه یک لیوان شیر
- ۱ تا ۲ بار در هفته: ۹۰ گرم نان، یک تخم مرغ، یک لیوان شیر
- یک بار در هفته: ۹۰ گرم نان، یک قاشق غذاخوری کره بادام‌زمینی، یک قاشق غذاخوری عسل، یک لیوان شیر

پیش از ظهر (حدود ساعت ۱۰/۳۰)

- یک لیوان چای با یک عدد خرما و ۵ عدد کشمش، ۲۰۰-۱۵۰ گرم میوه (مثل یک عدد سیب متوسط)

ناهار

- سبزیجات یا سالاد یک پیش‌دستی با یک قاشق غذاخوری آب‌لیمو و روغن زیتون در ابتدای ناهار
- ۱۲۰ گرم نان و یا ۱۱ قاشق غذاخوری برنج و یا همین اندازه ماکارونی
- همراه با ماهی یا مرغ (و هفته‌ای یک بار گوشت قرمز) ۱۲۰ گرم و یا ۷ قاشق غذاخوری خورشت کم چربی
- یک فنجان ماست و کشمش انتهای ناهار

عصرانه

- ۲ ورق بیسکوئیت سبوس‌دار و یا ۳۰ گرم نان جو، یک لیوان چای با یک عدد خرما و یک عدد کاکائو تلخ
- ۲۰۰ تا ۳۰۰ گرم میوه، خیار و هویج رنده شده به مقدار دلخواه

شام

- ۹۰ گرم نان، یک کاسه سوپ خوری ماست و خیار با یک قاشق کشمش و یک عدد گردو و پودر نعنا و پودر گل سرخ
- یا ۶۰ گرم نان، ۹۰ گرم پنیر همراه با خیار و گوجه به مقدار دلخواه
- ۲ تا ۳ بار در هفته: ۹۰ گرم نان (و یا ۸ قاشق غذاخوری برنج)، ۶۰ گرم مرغ یا ماهی، یک فنجان ماست
- هر یک از موارد بالا به همراه سبزیجات از قبیل سالاد و یا سبزی خوردن می‌تواند میل شود.

قبل از خواب

- ۲۰۰ گرم میوه، یک لیوان شیر
- به طور کلی توصیه می‌شود که نان پرسبوس، برنج قهوه‌ای، لبنیات کم چرب و گوشت چربی گرفته مصرف شود.

توجه: ۳۰ گرم نان: یک کف دست بدون انگشتان یا یک برش ۱۰×۱۰ سانتی‌متری از نان بربری، سنگک و ۲ برش نان تافتون و ۴ برش نان لواش است.

منابع

1. Raymond JL, Morrow K. Krause and Mahan's Food and the Nutrition Care Process E-Book: Elsevier Health Sciences; 2020.
2. Escott-Stump S, Director DI. Nutrition and diagnosis-related care. 2015: Lippincott Williams & Wilkins.
3. Nelms M, Sucher KP. Nutrition therapy and pathophysiology. 4th ed. 2020: Nelson Education.
4. Burgos R, Bretón I, Cereda E, Desport JC, Dziewas R, Genton L, et al. ESPEN guideline clinical nutrition in neurology. Clinical Nutrition. 2018;37(1):354-96.
5. Qu Y, Hu H-Y, Ou Y-N, Shen X-N, Xu W, Wang Z-T, et al. Association of body mass index with risk of cognitive impairment and dementia: A systematic review and meta-analysis of prospective studies. Neuroscience & Biobehavioral Reviews. 2020; 115:189-98.
6. Pownall S, Taylor C. Use of thickening agents and nutritional supplements for patients with dysphagia following stroke. British Journal of Neuroscience Nursing. 2017;13(6):260-8.
7. Asthana S, Halter JB, High KP, Ouslander JG, Ritchie CS, Studenski S, et al. Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology, 7e: McGraw-Hill Education LLC.; 2017.
8. Volkert D, Beck AM, Cederholm T, Cruz-Jentoft A, Goisser S, Hooper L, et al. ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. Clinical nutrition. 2019;38(1):10-47.
9. Volkert D, Chourdakis M, Faxen-Irving G, Frühwald T, Landi F, Suominen MH, et al. ESPEN guidelines on nutrition in dementia. Clinical nutrition. 2015;34(6):1052-73.
10. Yu J-T, Xu W, Tan C-C, Andrieu S, Suckling J, Evangelou E, et al. Evidence-based prevention of Alzheimer's disease: systematic review and meta-analysis of 243 observational prospective studies and 153 randomised controlled trials. Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry. 2020;91(11):1201-9.
11. Deutz NE, Bauer JM, Barazzoni R, Biolo G, Boirie Y, Bosy-Westphal A, et al. Protein intake and exercise for optimal muscle function with aging: recommendations from the ESPEN Expert Group. Clinical nutrition. 2014;33(6):929-36.
12. Waters D, Baumgartner R, Garry P, Vellas B. Advantages of dietary, exercise-related, and therapeutic interventions to prevent and treat sarcopenia in adult patients: an update. Clinical Interventions in aging. 2010;5:259.
13. Rondanelli M, Faliva M, Monteferrario F, Peroni G, Repaci E, Allieri F, et al. Novel insights on nutrient management of sarcopenia in elderly. Clinical Nutrition and Aging. 2017:35-66.
14. Smith GI, Atherton P, Reeds DN, Mohammed BS, Rankin D, Rennie MJ, et al. Dietary omega-3 fatty acid supplementation increases the rate of muscle protein synthesis in older adults: a randomized controlled trial. The American journal of clinical nutrition. 2011;93(2):402-12.
15. Calder PC. n− 3 Polyunsaturated fatty acids, inflammation, and inflammatory diseases. The American journal of clinical nutrition. 2006;83(6):1505S-19S.
16. Kim J-S, Wilson JM, Lee S-R. Dietary implications on mechanisms of sarcopenia: roles of protein, amino acids and antioxidants. The Journal of nutritional biochemistry. 2010;21(1):113-.
17. Cruz-Jentoft AJ, Landi F, Schneider SM, Zúñiga C, Arai H, Boirie Y, et al. Prevalence of and interventions for sarcopenia in ageing adults: a systematic review. Report of the International Sarcopenia Initiative (EWGSOP and IWGS). Age and ageing. 2014;43(6):748-59.
18. Morley JE, Anker SD, Von Haehling S. Prevalence, incidence, and clinical impact of sarcopenia: facts, numbers, and epidemiology—update 2014. Springer; 2014.
19. Beaudart C, Rizzoli R, Bruyère O, Reginster J-Y, Biver E. Sarcopenia: burden and challenges for public health. Archives of Public Health. 2014;72(1):1-8.
20. Maeda K, Akagi J. Sarcopenia is an independent risk factor of dysphagia in hospitalized older people. Geriatrics & gerontology international. 2016;16(4):515-21.
21. Murton AJ. Muscle protein turnover in the elderly and its potential contribution to the development of sarcopenia. Proceedings of the Nutrition Society. 2015;74(4):387-96.
22. Robinson S, Cooper C, Aihie Sayer A. Nutrition and sarcopenia: a review of the evidence and implications for preventive strategies. Journal of aging research. 2012;2012.
23. Malafarina V, Uriz-Otano F, Gil-Guerrero L, Iniesta R. The anorexia of ageing: physiopathology, prevalence, associated comorbidity and mortality. A systematic review. Maturitas. 2013;74(4):293-302.
24. Organization WH, University UN. Protein and amino acid requirements in human nutrition: World Health Organization; 2007.
25. Bollwein J, Diekmann R, Kaiser MJ, Bauer JM, Uter W, Sieber CC, et al. Distribution but not amount of protein intake is associated with frailty: a cross-sectional investigation in the region of Nürnberg. Nutrition journal. 2013;12(1):1-7.
26. Tucker K, Rosen C. Prevention and management of osteoporosis. Modern Nutrition in Health and Disease 11th ed Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins. 2014:1227-40.
27. Mahan LK, Raymond JL. Krause's Food & the Nutrition Care Process, Iranian Edition E-Book: Elsevier; 2016.

28. Escott-Stump S. Nutrition and diagnosis-related care: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
29. Ross AC, Caballero B, Cousins RJ, Tucker KL, Ziegler TR. Modern nutrition in health and disease: Lippincott Williams & Wilkins; 2012.
30. Weaver CM, Proulx WR, Heaney R. Choices for achieving adequate dietary calcium with a vegetarian diet. The American journal of clinical nutrition. 1999;70(3):543s-8s.
31. Shams-White MM, Chung M, Du M, Fu Z, Insogna KL, Karlsen MC, et al. Dietary protein and bone health: a systematic review and meta-analysis from the National Osteoporosis Foundation. The American journal of clinical nutrition. 2017;105(6):1528-43.
32. Matía-Martín P, Torrego-Ellacuría M, Larrad-Sainz A, Fernández-Pérez C, Cuesta-Triana F, Rubio-Herrera MÁ. Effects of milk and dairy products on the prevention of osteoporosis and osteoporotic fractures in Europeans and non-Hispanic Whites from North America: a systematic review and updated meta-analysis. Advances in Nutrition. 2019;10(suppl_2):S120-S43.
33. Rizzoli R, Bianchi ML, Garabédian M, McKay HA, Moreno LA. Maximizing bone mineral mass gain during growth for the prevention of fractures in the adolescents and the elderly. Bone. 2010;46(2):294-305.
34. Brennan-Olsen SL, Vogrin S, Leslie WD, Kinsella R, Toombs M, Duque G, et al. Fractures in indigenous compared to non-indigenous populations: a systematic review of rates and aetiology. Bone reports. 2017; 6:145-58.
35. Ghodsi M, Keshtkar AA, Nasli-Esfahani E, Alatab S, Mohajeri-Tehrani MR. Mechanisms involved in altered bone metabolism in diabetes: a narrative review. Journal of Diabetes & Metabolic Disorders. 2016;15(1):1-9.
36. Okazaki R, Watanabe R, Inoue D. Osteoporosis associated with chronic obstructive pulmonary disease. Journal of bone metabolism. 2016;23(3):111-20.
37. Goldring SR. Inflammatory signaling induced bone loss. Bone. 2015; 80:143-9.
38. Li G, Thabane L, Papaioannou A, Ioannidis G, Levine MA, Adachi JD. An overview of osteoporosis and frailty in the elderly. BMC musculoskeletal disorders. 2017;18(1):1-5.
39. de Jonge EA, Kiefte-de Jong JC, Hofman A, Uitterlinden AG, Kieboom BC, Voortman T, et al. Dietary patterns explaining differences in bone mineral density and hip structure in the elderly: the Rotterdam Study. The American journal of clinical nutrition. 2017;105(1):203-11.
40. Bonjour J-P, Kraenzlin M, Levasseur R, Warren M, Whiting S. Dairy in adulthood: from foods to nutrient interactions on bone and skeletal muscle health. Journal of the American College of Nutrition. 2013;32(4):251-63.
41. Felson DT. Epidemiology of hip and knee osteoarthritis. Epidemiologic reviews. 1988; 10:1-28.
42. Bijlsma JW, Berenbaum F, Lafeber FP. Osteoarthritis: an update with relevance for clinical practice. The Lancet. 2011;377(9783):2115-26.
43. Johnson VL, Hunter DJ. The epidemiology of osteoarthritis. Best practice & research Clinical rheumatology. 2014;28(1):5-15.
44. Cross M, Smith E, Hoy D, Nolte S, Ackerman I, Fransen M, et al. The global burden of hip and knee osteoarthritis: estimates from the global burden of disease 2010 study. Annals of the rheumatic diseases. 2014;73(7):1323-30.
45. Chopp-Hurley JN, Wiebenga EG, Keller HH, Maly MR. Diet and nutrition risk affect mobility and general health in osteoarthritis: Data from the Canadian Longitudinal Study on Aging. The Journals of Gerontology: Series A. 2020;75(11):2147-55.
46. Organization WH. Priority diseases and reasons for inclusion. Chapter 622-Pneumonia. 2020.
47. Sansone V, Applefield RC, De Luca P, Pecoraro V, Gianola S, Pascale W, et al. Does a high-fat diet affect the development and progression of osteoarthritis in mice? A systematic review. Bone & joint research. 2019;8(12):582-92.
48. Heidari B. Knee osteoarthritis prevalence, risk factors, pathogenesis and features: Part I. Caspian journal of internal medicine. 2011;2(2):205.
49. Zhang Y, Jordan JM. Epidemiology of osteoarthritis. Clinics in geriatric medicine. 2010;26(3):35569-.
50. Freedman MR, King J, Kennedy E. Popular diets: a scientific review. 2001.
51. Elma Ö, Yilmaz ST, Deliens T, Coppieters I, Clarys P, Nijs J, et al. Do nutritional factors interact with chronic musculoskeletal pain? A systematic review. Journal of clinical medicine. 2020;9(3):702.
52. Mobasheri A, Henrotin Y. Biomarkers of (osteo) arthritis. Taylor & Francis; 2015.
53. Ameye LG, Chee WS. Osteoarthritis and nutrition. From nutraceuticals to functional foods: a systematic review of the scientific evidence. Arthritis research & therapy. 2006;8(4):1-22.
54. DiNubile NA. A potential role for avocado-and soybean-based nutritional supplements in the management of osteoarthritis: a review. The Physician and sportsmedicine. 2010;38(2):71-81.
55. Kobayashi H, Giles JT, Polak JF, Blumenthal RS, Leffell MS, Szklo M, et al. Increased prevalence of carotid artery atherosclerosis in rheumatoid arthritis is artery-specific. The Journal of rheumatology. 2010;37(4):730-9.
56. Miossec P. Rheumatoid arthritis: still a chronic disease. The Lancet. 2013;381(9870):884-6.
57. Tanaka T, Hishitani Y, Ogata A. Monoclonal antibodies in rheumatoid arthritis: comparative effectiveness of tocilizumab with tumor necrosis factor inhibitors. Biologics: targets & therapy. 2014; 8:141.

58. Stavropoulos-Kalinoglou A, Metsios GS, Koutedakis Y, Kitas GD. Body-size phenotypes and cardiometabolic risk in Rheumatoid Arthritis. Mediterranean Journal of Rheumatology. 2016;27(2).
59. Feng X, Xu X, Shi Y, Liu X, Liu H, Hou H, et al. Body mass index and the risk of rheumatoid arthritis: an updated dose-response meta-analysis. BioMed research international. 2019;2019.
60. Malm K, Bremander A, Arvidsson B, Andersson ML, Bergman S, Larsson I. The influence of lifestyle habits on quality of life in patients with established rheumatoid arthritis-a constant balancing between ideality and reality. International journal of qualitative studies on health and well-being. 2016;11(1):30534.
61. Oliviero F, Spinella P, Fiocco U, Ramonda R, Sfriso P, Punzi L. How the Mediterranean diet and some of its components modulate inflammatory pathways in arthritis. Swiss medical weekly. 2015;145(4546).
62. Forsyth C, Kouvari M, D'Cunha NM, Georgousopoulou EN, Panagiotakos DB, Mellor DD, et al. The effects of the Mediterranean diet on rheumatoid arthritis prevention and treatment: a systematic review of human prospective studies. Rheumatology international. 2018;38(5):737-47.
63. Marian M, Roberts S. Clinical nutrition for oncology patients: Jones & Bartlett Publishers; 2010.
64. Elliott L, Molseed LL, McCallum PD. The clinical guide to oncology nutrition: American Dietetic Associati; 2006.
65. Muscaritoli M, Arends J, Bachmann P, Baracos V, Barthelemy N, Bertz H, et al. ESPEN practical guideline: Clinical Nutrition in cancer. Clinical Nutrition. 2021;40(5):2898-913.
66. World Health Organization, United Nations University. Protein and amino acid requirements in human nutrition: World Health Organization; 2007.
67. Layman DK, Rodriguez NR. Egg protein as a source of power, strength, and energy. Nutrition Today. 2009;44(1):43-8.
68. Bauer J, Biolo G, Cederholm T, Cesari M, Cruz-Jentoft AJ, Morley JE, et al. Evidence-based recommendations for optimal dietary protein intake in older people: a position paper from the PROT-AGE Study Group. Journal of the american Medical Directors association. 2013;14(8):542-59.
69. Wallace TC, Fulgoni VL. Usual choline intakes are associated with egg and protein food consumption in the United States. Nutrients. 2017;9(8):839.
70. Sanchez CJ, Hooper E, Garry PJ, Goodwin JM, Goodwin JS. The relationship between dietary intake of choline, choline serum levels, and cognitive function in healthy elderly persons. Journal of the American Geriatrics Society. 1984;32(3):208-12.
71. Markus CR, Verschoor E, Firk C, Kloek J, Gerhardt C. Effect of tryptophan-rich egg protein hydrolysate on brain tryptophan availability, stress and performance. Clinical Nutrition. 2010;29(5):610-6.
72. Hurrell R, Lynch S, Trinidad T, Dassenko S, Cook J. Iron absorption in humans: bovine serum albumin compared with beef muscle and egg white. The American journal of clinical nutrition. 1988;47(1):102-7.
73. Drouin-Chartier J-P, Schwab AL, Chen S, Li Y, Sacks FM, Rosner B, et al. Egg consumption and risk of type 2 diabetes: findings from 3 large US cohort studies of men and women and a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. The American journal of clinical nutrition. 2020;112(3):619-30.
74. Feart C. Nutrition and frailty: current knowledge. Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry. 2019;95:109703.
75. Cruz-Jentoft AJ, Kiesswetter E, Drey M, Sieber CC. Nutrition, frailty, and sarcopenia. Aging clinical and experimental research. 2017;29(1):43-8.
76. O'Connell ML, Coppinger T, McCarthy AL. The role of nutrition and physical activity in frailty: A review. Clinical nutrition ESPEN. 2020;35:1-11.
77. Lorenzo-López L, Maseda A, de Labra C, Regueiro-Folgueira L, Rodríguez-Villamil JL, Millán-Calenti JC. Nutritional determinants of frailty in older adults: a systematic review. BMC geriatrics. 2017;17(1):1-13.
78. Villareal DT, Banks M, Sinacore DR, Siener C, Klein S. Effect of weight loss and exercise on frailty in obese older adults. Archives of internal medicine. 2006;166(8):8606-.
79. Mahan L, JL R. Krause and Mahans Food & the Nutrition Care Process. St Louis, MO: Saunders. 2020.
80. Pownall S, Taylor C. Use of thickening agents and nutritional supplements for patients with dysphagia following stroke. British Journal of Neuroscience Nursing. 2017;13(6):260-8.
81. Wirth R, Smoliner C, Jäger M, Warnecke T, Leischker AH, Dziewas R. Guideline clinical nutrition in patients with stroke. Experimental & translational stroke medicine. 2013;5(1):1-11.
82. Wirth R, Dziewas R, Beck AM, Clavé P, Hamdy S, Heppner HJ, et al. Oropharyngeal dysphagia in older persons-from pathophysiology to adequate intervention: a review and summary of an international expert meeting. Clinical interventions in aging. 2016;11:189.
83. Kopelman PG. Obesity as a medical problem. Nature. 2000;404(6778):635-43.
84. Arterburn DE, Crane PK, Sullivan SD. The coming epidemic of obesity in elderly Americans. Journal of the American Geriatrics Society. 2004;52(11):1907-12.
85. apane KL, Resnik L. Obesity in nursing homes: an escalating problem. Journal of the American Geriatrics Society. 2005;53(8):1386-

91.
86. Wallace JI, Schwartz RS. Involuntary weight loss in elderly outpatients: recognition, etiologies, and treatment. Clinics in geriatric medicine. 1997;13(4):717-36.
87. Beaufrere B, Morio B. Fat and protein redistribution with aging: metabolic considerations. European journal of clinical nutrition. 2000;54(3): S48-S53.
88. Elia M, Ritz P, Stubbs R. Total energy expenditure in the elderly. European journal of clinical nutrition. 2000;54(3): S92-S103.
89. Schwartz RS, Schwartz RS. Trophic factor supplementation: effect on the age-associated changes in body composition. The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences. 1995;50(Special_Issue):151-6.
90. Khan AR, Awan FR. Leptin resistance: a possible interface between obesity and pulmonary-related disorders. International journal of endocrinology and metabolism. 2016;14(1).
91. Flegal KM, Kit BK, Orpana H, Graubard BI. Association of all-cause mortality with overweight and obesity using standard body mass index categories: a systematic review and meta-analysis. Jama. 2013;309(1):71-82.
92. Donini LM, Savina C, Gennaro E, De Felice M, Rosano A, Pandolfo M, et al. A systematic review of the literature concerning the relationship between obesity and mortality in the elderly. The journal of nutrition, health & aging. 2012;16(1):89-98.
93. Daviglus ML, Liu K, Yan LL, Pirzada A, Manheim L, Manning W, et al. Relation of body mass index in young adulthood and middle age to Medicare expenditures in older age. Jama. 2004;292(22):2743-9.
94. Kahn S, Schwartz R, Porte Jr D, Abrass I. The glucose intolerance of aging. Implications for intervention. Hospital practice (Office ed). 1991;26(4A):29-38.
95. Hajjar I, Kotchen TA. Trends in prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in the United States, 19882000-. Jama. 2003;290(2):199-206.
96. Masaki KH, Curb JD, Chiu D, Petrovitch H, Rodriguez BL. Association of body mass index with blood pressure in elderly Japanese American men: the Honolulu Heart Program. Hypertension. 1997;29(2):673-7.
97. Al Snih S, Graham JE, Kuo Y-F, Goodwin JS, Markides KS, Ottenbacher KJ. Obesity and disability: relation among older adults living in Latin America and the Caribbean. American Journal of epidemiology. 2010;171(12):1282-8.
98. Lazarus R, Sparrow D, Weiss ST. Effects of obesity and fat distribution on ventilatory function: the normative aging study. Chest. 1997;111(4):8918-.
99. Carmelli D, Swan GE, Bliwise DL. Relationship of 30-year changes in obesity to sleep-disordered breathing in the Western Collaborative Group Study. Obesity Research. 2000;8(9):632-7.
100. Hunskaar S. A systematic review of overweight and obesity as risk factors and targets for clinical intervention for urinary incontinence in women. Neurourology and Urodynamics: Official Journal of the International Continence Society. 2008;27(8):749-57.
101. Wolk A, Gridley G, Svensson M, Nyrén O, McLaughlin JK, Fraumeni JF, et al. A prospective study of obesity and cancer risk (Sweden). Cancer causes & control. 2001;12(1):1321-.
102. Reeves GK, Pirie K, Beral V, Green J, Spencer E, Bull D. Cancer incidence and mortality in relation to body mass index in the Million Women Study: cohort study. Bmj. 2007;335(7630):1134.
103. Reid IR, Cornish J, Baldock PA. Nutrition-related peptides and bone homeostasis. Journal of Bone and Mineral Research. 2006;21(4):495500-.
104. Himes CL, Reynolds SL. Effect of obesity on falls, injury, and disability. Journal of the American Geriatrics Society. 2012;60(1):124-9.
105. Inelmen EM, Sergi G, Coin A, Miotto F, Peruzza S, Enzi G. Can obesity be a risk factor in elderly people? Obesity reviews. 2003;4(3):14755-.
106. Villareal DT, Miller III BV, Banks M, Fontana L, Sinacore DR, Klein S. Effect of lifestyle intervention on metabolic coronary heart disease risk factors in obese older adults. The American journal of clinical nutrition. 2006;84(6):1317-23.
107. Miller GD, Nicklas BJ, Davis C, Loeser RF, Lenchik L, Messier SP. Intensive weight loss program improves physical function in older obese adults with knee osteoarthritis. Obesity. 2006;14(7):121930-.
108. Riedt CS, Cifuentes M, Stahl T, Chowdhury HA, Schlussel Y, Shapses SA. Overweight postmenopausal women lose bone with moderate weight reduction and 1 g/day calcium intake. Journal of Bone and Mineral Research. 2005;20(3):455-63.
109. Expert Panel on Detection E. Executive summary of the third report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) expert panel on detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults (adult treatment panel III). Jama. 2001;285(19):2486-97.
110. Holloszy JO, Kohrt WM. Handbook of Physiology. Aging. London, United Kingdom: Oxford University Press; 1995.
111. Fillit HM, Rockwood K, Young JB. Brocklehurst's textbook of geriatric medicine and gerontology E-book: Elsevier Health Sciences; 2016.
112. Saghaleini SH, Dehghan K, Shadvar K, Sanaie S, Mahmoodpoor A, Ostadi Z. Pressure ulcer and nutrition. Indian journal of critical

care medicine: peer-reviewed, official publication of Indian Society of Critical Care Medicine. 2018;22(4):283.
113. Gandy J. Manual of dietetic practice: John Wiley & Sons; 2019.
114. Spiller R. Changing views on diverticular disease: impact of aging, obesity, diet, and microbiota. Neurogastroenterology & Motility. 2015;27(3):30512-.
115. Painter NS, Burkitt DP. Diverticular disease of the colon: a deficiency disease of Western civilization. British medical journal. 1971;2(5759):450.
116. Arfwidsson S, Knock N, Lehmann L, Winberg T. Pathogenesis of multiple diverticula of the sogmoid colon in diverticular disease. Acta Chirurgica Scandinavica Supplementum. 1964; 63:168-.
117. Cummings J, Hill M, Bone E, Branch W, Jenkins D. The effect of meat protein and dietary fiber on colonic function and metabolism II. Bacterial metabolites in feces and urine. The American Journal of Clinical Nutrition. 1979;32(10):2094101-.
118. Aldoori WH, Giovannucci EL, Rimm EB, Wing AL, Trichopoulos DV, Willett WC. A prospective study of diet and the risk of symptomatic diverticular disease in men. The American journal of clinical nutrition. 1994;60(5):75764-.
119. 119. Miettinen T, Tarpila S. Fecal β-sitosterol in patients with diverticular disease of the colon and in vegetarians. Scandinavian journal of gastroenterology. 1978;13(5):5736-.
120. Hyland J, Taylor I. Does a high fibre diet prevent the complications of diverticular disease? Journal of British Surgery. 1980;67(2):77-9.
121. Parks T, Connell A. The outcome in 455 patients admitted for treatment of diverticular disease of the colon. British Journal of Surgery. 1970;57(10):7758-.
122. Bowen KJ, Sullivan VK, Kris-Etherton PM, Petersen KS. Nutrition and cardiovascular disease—an update. Current atherosclerosis reports. 2018;20(2):111-.
123. Zipes DP, Libby P, Bonow RO, Mann DL, Tomaselli GF. Braunwald's heart disease e-book: A textbook of cardiovascular medicine: Elsevier Health Sciences; 2018.
124. Mach F, Baigent C, Catapano AL, Koskinas KC, Casula M, Badimon L, et al. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk. Atherosclerosis. 2019;290:140205-.
125. Members TF, Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, Albus C, Brotons C, et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts): Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). European journal of preventive cardiology. 2016;23(11):NP1-NP96.
126. DeSalvo KB, Olson R, Casavale KO. Dietary guidelines for Americans. Jama. 2016;315(5):4578-.
127. Dashraath P, Wong JLJ, Lim MXK, Lim LM, Li S, Biswas A, et al. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic and pregnancy. American journal of obstetrics and gynecology. 2020;222(6):52131-.
128. Garcia M, Lipskiy N, Tyson J, Watkins R, Esser ES, Kinley T. Centers for Disease Control and Prevention 2019 novel coronavirus disease (COVID-19) information management: addressing national health-care and public health needs for standardized data definitions and codified vocabulary for data exchange. Journal of the American Medical Informatics Association. 2020;27(9):1476-87.
129. McIntosh K, Hirsch MS, Bloom A. Coronavirus disease 2019 (COVID-19). UpToDate Hirsch MS Bloom. 2020;5(1).
130. Evans R. European Centre for Disease Prevention and Control. Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain): 1987). 2014;29(9):30-.

Healthy Nutrition in older adults

Lifestyle modification: A guide for the Elderly

Elderly Health Office,MOHME

UNFPA

2022

HEALTHY NUTRITION IN OLDER ADULTS

Lifestyle modification: A guide for the Elderly



Healthy and active aging

UNFPA

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت بهداشت
دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس
اداره سلامت سالمندان

ISBN 622700780-3

9 786227 007800