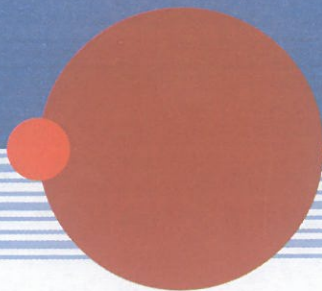


فصل سوم
تغذیه در بیماری های
دوره سالمندی



تغذیه در کم وزنی و سوءتغذیه سالمندان

در اثر دریافت کم مواد مغذی (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 تشدید بیماری می شود. کمبودهای تغذیه ای در سالمندان، خطر عفونت های ریوی، مشکلات قلبی، لخته شدن خون در سیاه رگ های عمقی پا، زخم بستر، مرگ و میر قبل از جراحی و اختلالات چند اندامی را بالا می برد. در بیماران سالمند بستری در بیمارستان، ارتباط روشنی 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 بسیاری از سالمندان در معرض خطر کم وزنی و سوءتغذیه هستند، ولی شیوع واقعی کم وزنی در سالمندان کم است. در زنان سالمند بالای ۶۵ سال، شیوع کم وزنی سه برابر بیشتر از مردان است. مشخص شده که ۴۰ تا ۶۰ درصد سالمندان بستری در بیمارستان ها، ۴۰ تا ۸۵ درصد سالمندان در مراکز نگهداری سالمندان و ۲۰ تا ۶۰ درصد 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 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 می شود؛ مانند بیرون ریختن غذا از دهان
- ابتلا به بیماری های مزمن؛ بسیاری از بیماری ها مانند بیماری های قلبی - عروقی، اختلال کلیوی و سرطان ها می توانند منجر به التهاب و متعاقب آن از دست دادن توده عضلانی شوند.
- علل اجتماعی سوء تغذیه شامل: تنهایی، درآمد ناکافی، فقدان وسیله حمل و نقل و محدودیت در خرید و تهیه غذا
- سوء تغذیه در سالمندان یکی از علت های اصلی مشکلات سلامتی است که می تواند منجر به زمین خوردن، گیجی، ابتلا به عفونت های مختلف، زخم فشاری یا زخم بستر، مشکلات بعد از عمل، کاهش توانایی های جسمی، ادراری، حسی و حتی مرگ زودرس شود.

سالمندان کم درآمد، سالمندانی که نمی توانند خوب بچوند، سالمندان سیگاری و آن هایی که فعالیت بدنی ناکافی دارند، بیشتر در معرض خطر سوء تغذیه هستند.

علائمی که احتمال سوء تغذیه را مطرح می کنند:

- 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.
- شایع ترین علامت سوء تغذیه، کاهش وزن، به ویژه کاهش وزن ناخواسته در طول مدت کوتاه (کم تر از چند ماه) است؛ در حالی که بیشتر افراد مبتلا به سوء تغذیه، وزن کم می کنند، احتمال دارد که افراد دارای وزن طبیعی و یا حتی اضافه وزن هم سوء تغذیه 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 می تواند با افزایش میزان ابتلا به بیماری های 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 مسن تر صدق نمی کند. البته با وجود محدودیت های استفاده از شاخص توده بدنی، از این روش همچنان استفاده می شود. 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 بیماری هایی مانند سرماخوردگی، آنفلوآنزا، ذات الریه، پوکی استخوان، کاهش قدرت عضلانی و توانایی انجام کارهای ساده، مانند راه رفتن و بالا رفتن از پله و کاهش دمای بدن می شود.

توصیه های غذایی برای سالمندان مبتلا به کم وزنی

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

متخصص تغذیه پس بررسی شرایط فرد)

- برای غنی کردن غذای سالمندان، اولویت با مواد غذایی است تا مکمل‌ها؛ یعنی در مرحله اول از مواد غذایی سالم و طبیعی و در دسترس برای غنی کردن استفاده کنید. در صورتی که به هر دلیلی امکان پذیر نبود، از مکمل‌های 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 وعده‌های 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 مکمل‌های 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، می‌توان پودر مغزها یا جوانه گندم را به ماست، سالاد، میوه‌ها یا غلات اضافه کرد. از سفیده تخم مرغ در املت و کوکوها، از پنیر روی غذاها، ساندویچ‌ها، کوکوها، سبزی‌های پخته، سوپ‌ها، برنج و یا ماکارونی استفاده شود.
- میزان مصرف گوشت‌ها، ماهی‌ها، شیر، مغزها، کره مغزها و حبوبات بیشتر شود.
- هیچ چیزی مانند غذای بی‌طعم اشتهاراز بین نمی‌برد. سعی شود غذاها با آب لیمو، پودرهای گیاهی و چاشنی‌هایی 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 می‌شوند. بهتر است این مواد بین وعده‌ها مصرف شود.
- در صورت امکان، همراه با دوستان و آشنایان غذا خورده شود. یک برنامه منظم برای غذا خوردن با آن‌ها داشته باشید. به این ترتیب فضای بهتری برای غذا خوردن خواهید داشت.

فعالیت بدنی را فراموش نکنید. فعالیت بدنی باعث تحریک اشتها، کاهش افسردگی و تقویت استخوان‌ها 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. می‌توان از سمنو در وعده‌های غذایی استفاده کرد.
- بافت غذا را با استفاده از ژلاتین، آرد جوانه گندم، نشاسته برنج، پوره سیب زمینی و سایر پوره‌ها غلیظ کنید.
- غذاها را با استفاده از مغزها، دانه‌های روغنی، خامه، روغن زیتون و روغن بذر کتان، از نظر کالری غنی کنید.
- از میان وعده‌های غذایی مقوی مانند سوپ غلیظ، پوره سیب زمینی با پنیر و یا گوشت مرغ، ساندویچ تخم مرغ یا انواع کوکو، پودر مخلوط مغزها، فالوده میوه‌ها 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 سبزی‌ها را مصرف کرده، پوره آن‌ها را به غذا اضافه کنید. سبزی‌های 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 شیر، 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 اضافه وزن و چاقی، شامل فشارخون بالا، دیابت، اختلالات چربی خون، بیماری عروق کرونر قلب و التهاب مفاصل و استخوان‌هاست. به علاوه، در سالمندان، اضافه وزن 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 صورت که چربی داخل شکمی افزایش می‌یابد، ولی چربی زیر پوستی و نیز کل چربی بدن کم می‌شود.

تجمع چربی در بدن وقتی رخ می‌دهد 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 اضافه وزن و چاقی تأثیر داشته باشد.

ارزیابی اضافه وزن و چاقی در سالمندی

یکی از روش‌های ارزیابی اضافه وزن و چاقی در سالمندی، بررسی میزان توده چربی بدن است. با توجه به این که اندازه‌گیری صحیح توده چربی بدن دشوار است و در همه مراکز ارائه خدمات سلامت در دسترس نیست، از 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- اندازه‌گیری دور کمر:** در مقایسه با شاخص توده بدنی، اندازه دور کمر ارتباط بیشتری با چربی کل بدن و به ویژه 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 اضافه وزن و چاقی، همه عوامل مرتبط با مرگ و میر افزایش می‌یابد. با این حال، خطر مرگ و میر و سایر عوارض در سالمندان دارای اضافه وزن و چاقی خفیف (شاخص توده بدنی کم‌تر از ۳۵) در مقایسه با افراد دارای وزن طبیعی تفاوتی ندارد.

● **بیماری‌های زمینه‌ای:** چاقی به ویژه 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 به ویژه 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 سالمند با وزن طبیعی و نیز افراد مبتلا به اضافه وزن 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 اضافه وزن 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 به تنهایی می‌تواند در پیش‌گیری از ناتوانی و حفظ کیفیت زندگی در سالمندان مبتلا به اضافه وزن 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 اضافه وزن 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 منفی 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) رژیم‌های کاهش وزن توصیه نمی‌شود، ولی این نوع رژیم‌های غذایی برای سالمندان چاق (شاخص توده بدنی ۳۰ و بیشتر) مناسب است. در این سالمندان، هدف اولیه باید کاهش حداکثر ۱۰ درصد 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 تخمین زده شده انرژی) است.

همچنین در یک رژیم غذایی کم‌کالری، دریافت پروتئین حداقل یک گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن در روز توصیه شده است. دریافت پروتئین (۱۰ تا ۳۵ درصد 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 رژیم‌های غذایی بسیار کم‌کالری (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 به ویژه 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 آن‌ها 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. هم‌چنین در یک رژیم غذایی کم‌کالری دریافت پروتئین به میزان کافی توصیه می‌شود. 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.
- **رفتار درمانی:** رفتار درمانی باید هم‌رژیم 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 رفتار درمانی باید به رفتار درمانگر مراجعه گردد تا با استفاده از راهکارهای تغییر رفتار (مانند مدیریت استرس، کنترل محرک‌ها، مدیریت اتفاقات پیش‌بینی نشده، حل مسئله و حمایت‌های 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 پیش‌گردد. تمرین‌های 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 می‌شود. 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^۱

سارکوپنی، در سالمندان به معنای کم شدن حجم و قدرت عضلات در اثر بالارفتن سن است. تشخیص سارکوپنی با حضور دو عامل کاهش حجم عضلانی و ضعف عملکرد عضلات مشخص می‌شود. کاهش پیش‌رونده و تدریجی توده عضلانی و استحکام آن در پیری، امری طبیعی است، اما در سارکوپنی به اوج خود می‌رسد. این کاهش عضله منجر به کاهش قدرت فرد می‌شود. در نتیجه، تعادل و راه رفتن آن‌ها نیز تحت تأثیر قرار می‌گیرد. سارکوپنی می‌تواند بر توانایی فرد در انجام کارهای روزمره مانند بالارفتن از پله‌ها، 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 بافت‌های 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 هم‌زمان پوکی استخوان در بیشتر افراد دارای سارکوپنی، می‌تواند خطر شکستگی استخوان را افزایش دهد. با افزایش سن، تغییرات خاصی در بدن رخ می‌دهد که در رشد سارکوپنی در سالمندان نقش دارند؛ به عنوان مثال، با افزایش سن، توانایی بدن در تولید پروتئین‌هایی که برای رشد ماهیچه‌ها لازم است، کاهش می‌یابد. هنگامی که تولید پروتئین کاهش می‌یابد، سلول‌های عضلانی فرد کوچک‌تر می‌شوند. تغییرات هورمونی وابسته به سن، هم‌چنین ممکن است به کاهش حجم عضلات منجر شود.

دلایل سارکوپنی

به‌طور کلی 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 می‌توان به موارد ذیل

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؛ در حالی که 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 بی‌حرکی، التهاب مزمن و کمبود ویتامین D به عنوان عوامل اثرگذار در بروز سارکوپنی در برخی از منابع علمی اشاره شده است.

عوامل اثرگذار 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 سارکوپنی 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 این که از پروتئین موجود در مواد غذایی اطلاع پیدا کنید، می‌توانید میزان پروتئینی که بر روی بسته‌های غذایی درج شده را مطالعه کنید.

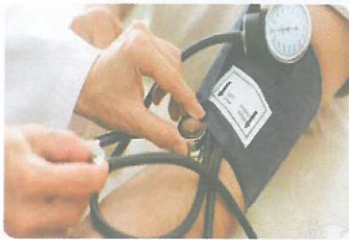
در سالمندان به دلیل وجود بیماری‌های مختلف دیگری همانند کلسترول و دیابت باید برنامه ریزی رژیم غذایی به شکلی باشد که علاوه بر دارا بودن میزان زیاد پروتئین، میزان چربی غذاها و قند آن‌ها کم باشد. راه‌های مختلفی برای افزایش پروتئین در غذا وجود دارد؛ به عنوان مثال، می‌توانید در سالادهای خود غذاهایی که حاوی 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؛ چرا که 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.

افراد مسن باید حداقل دو روز در هفته فعالیت‌هایی در راستای تقویت عضله انجام دهند. آن‌ها باید تمام گروه‌های اصلی عضله، شامل پا، بازوها، قفسه سینه، شانه‌ها، پشت و شکم را تقویت کنند. انقباض عضله باعث ایجاد حجم در عضلات و افزایش قدرت می‌شود. تمرین‌های قدرتی ممکن است شامل استفاده از وزنه‌ها، کش‌ها یا دستگاه‌های ورزشی باشد. از وزن بدن شخص نیز می‌توان برای مقاومت استفاده کرد و برای این منظور تمرین‌های مختلفی با استفاده از وزن بدن می‌توان انجام داد. افراد مسن مبتلا به سارکوپنی، پیش از شروع برنامه ورزشی جدید باید با پزشک مشورت کنند.^۱

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. مکمل‌های غذایی که طبق تجویز پزشک در اختیارتان قرار گرفته را مصرف کنید. هر راه حلی که به قدرت مند شدن عضلات و حجیم شدن آن‌ها کمک می‌کند، می‌تواند در پیش‌گیری از این بیماری مؤثر باشد.



تغذیه در فشارخون بالا

خونی که در داخل سرخرگ‌ها جریان دارد، نیرویی به دیواره این رگ‌ها وارد می‌کند که «فشارخون» نامیده می‌شود و شریان‌های بزرگ به صورت لوله‌هایی با دیواره قابل اتساع، وظیفه انتقال خون را از قلب به شریان‌های کوچک و مویرگ‌ها بر عهده دارند. قلب به طور مداوم با هر انقباض خود، خون را به داخل سرخرگی به نام آئورت و شاخه‌های آن که مسئول رساندن اکسیژن و مواد غذایی به تمام اعضای بدن هستند، می‌فرستد. فشارخون به دو عامل مهم بستگی دارد: اول) مقدار خونی که در هر دقیقه به وسیله قلب به درون شریان آئورت پمپ می‌شود؛ دوم) مقاومت بر سر راه خروج خون از قلب در رگ‌ها. از آن‌جا که پمپاژ خون توسط قلب به داخل شریان‌ها، ضربان دار است، فشارخون بین دو سطح حداکثر و حداقل در نوسان است. وقتی قلب منقبض می‌شود، خون وارد سرخرگ‌ها می‌شود و فشارخون به حداکثر مقدار خود می‌رسد که به آن فشارخون «سیستول» می‌گویند. در زمان استراحت قلب که خون وارد شریان نمی‌شود، با خروج تدریجی خون از این سرخرگ‌ها و جریان آن به سوی مویرگ‌ها، فشارخون کاهش یافته و به حداقل مقدار خود می‌رسد که به آن فشارخون «دیاستول» می‌گویند. بهترین راه برای پی بردن به مقدار فشارخون هر فرد، اندازه‌گیری منظم آن با دستگاه فشارسنج است. فشارخون طبیعی برای بدن ضروری است، 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، کلیه‌ها، چشم و سایر بافت‌ها می‌شود. فشارخون هرچه بالاتر باشد، خطرناک‌تر است و آسیب بیشتری به بافت‌ها 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 ۶۰ درصد از افراد دارای فشارخون بالا، ۲۰ درصد 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.

طبقه بندی فشارخون در افراد بالغ

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

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، به ویژه 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 نیم ساعت 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 پر خوابی هر دو سبب چاقی می‌شوند. بنابراین، در طول شبانه‌روز بیش از هشت ساعت و کم‌تر از شش ساعت در شب نخوابید.
- گرسنگی کشیدن سبب چاقی می‌شود. پس خود را گرسنه نگه ندارید و سر وقت غذا بخورید.
- به جای نوشابه، شربت و آب میوه، از خود میوه‌های تازه و رنگی هر فصل استفاده کنید.
- از نان‌های تهیه شده با غلات کامل استفاده کنید.
- چاقی در ایران بیشتر به علت مصرف مواد نشاسته‌ای و قندی تصفیه شده 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 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 (سدیم) دریافتی را جذب کند تا در زمان فعالیت بدنی شدید - که مقادیر زیادی از آن با عرق کردن دفع می‌شود - مشکلی نداشته باشیم، ولی در زندگی امروزی با کاهش سطح فعالیت بدنی و کم شدن میزان تعریق روزانه و هم‌زمان با آن، دریافت مقادیر بیشتر نمک، این مقادیر اضافی سدیم می‌تواند منجر به افزایش فشارخون شود. سالمندان، افراد با پوست تیره، دیابتی‌ها، برخی افراد با فشارخون بالا و افراد چاق به تغییرات دریافت نمک حساس تر هستند. 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 این که خود فشارخون را بالا می‌برد، باعث افزایش دفع کلسیم از راه ادرار هم می‌شود که می‌تواند منجر به تشدید پوکی استخوان و افزایش فشارخون شود.^۱

۳. فعالیت بدنی

فعالیت بدنی، از جمله موارد دیگری است که می‌تواند با فشار 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 پتاسیم بر کاهش فشارخون، به ویژه در افراد حساس به سدیم که با خوردن نمک فشارخون آن‌ها افزایش می‌یابد، اثبات شده است. در غذاهای طبیعی که بدون هیچ تغییری به صورت خام یا پخته مصرف می‌شوند، 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 (به ویژه زردآلو، انبه، کیوی، گوجه‌فرنگی، هندوانه، طالبی، موز، پرتقال و گریپ فروت) و غلات (به ویژه غلات کامل)، مغزها (آجیل) و قارچ، بهترین منابع پتاسیم هستند.

۵. کلسیم

اثر کلسیم در کاهش فشارخون به اندازه پتاسیم تأیید نشده، ولی شواهد بسیاری دال بر کاهش فشارخون در اثر دریافت کلسیم غذایی (نه مکمل) وجود دارد. این امر به ویژه در افراد حساس به نمک و افرادی که کم‌تر از ۶۰۰ میلی‌گرم کلسیم دریافت می‌کنند، صدق می‌کند. دریافت کافی کلسیم، باعث دفع سدیم (نمک) اضافی و کاهش فشارخون می‌شود. فرآورده‌های لبنی کم‌چرب بهترین منابع کلسیم هستند، ولی بادام و کلم بروکلی هم منابع خوبی برای کلسیم محسوب می‌شوند.

برای دریافت کلسیم کافی، دست‌کم دو جایگزین از گروه شیر (دو لیوان شیر یا ماست کم‌چرب) باید در شبانه‌روز مصرف شود. به علاوه، 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

- جایگزین کردن 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، سیب‌زمینی 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، کم‌خطرتر 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 ضد اکسیدان‌ها مفید است.

۱۱. منیزیم

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

سبزی 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 پنچ 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 سبزی پلو و...) + اندازه دو قوطی کبریت گوشت ماهی دریا یا دو قوطی کبریت گوشت سفید + ادویه تند + دورچین گوجه همراه فلفل دلمه ای 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 پوست کنده 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 + پنچ 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 خوشمزه کردن 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 می‌برد، از تنگ شدن رگ‌ها جلوگیری کرده، در نهایت به کاهش فشارخون منجر می‌شود.
- اگر چاق نیستید، روزانه چندین عدد گردو یا پسته خام یا بوداده مصرف کنید.
- گوشت‌ها (به ویژه گوشت ماهی) را سرخ نکنید.
- آرامش خود را (در شرایط مختلف، به ویژه هنگام رانندگی و غذا خوردن) حفظ کنید.
- در ماه‌های عادی، خوردن صبحانه و در ماه رمضان (در صورتی که روزه می‌گیرید)، خوردن سحری واجب است.
- سعی کنید عادت‌های بد تغذیه‌ای را کنار بگذارید.

راهنمای الگوی غذایی مخصوص کاهش فشارخون (۲۰۰۰ کیلوکالری)

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



تغذیه در بیماری‌های قلبی-عروقی

قلب در هر دقیقه به طور میانگین هفتاد بار می‌زند. 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 می‌شود.

بیماری‌های قلبی-عروقی، از جمله نگرانی‌های عمده سلامت در دوران سالمندی است. در ایران، بیماری‌های قلبی-عروقی، عامل اصلی مرگ و میر تقریباً نیمی از مرگ‌هاست.

شیوع بالای این بیماری‌ها در سالمندان باعث بستری‌های مکرر و کاهش کیفیت زندگی آنان از یک طرف و تحمیل هزینه‌های سنگین بر خانواده‌ها و زیرساخت‌های نظام ارائه خدمات سلامت از طرف دیگر می‌شود. با افزایش درصد سالمندان در طی دهه‌های آینده در جهان و ایران، پیش‌گیری و کنترل بیماری‌های قلبی-عروقی در سالمندان اهمیت دوچندان پیدا کرده و با توجه به نقش تغذیه نامناسب در بروز بیماری‌های قلبی-عروقی، آموزش سالمندان و افراد مرتبط با آن‌ها در زمینه اصلاح رفتارهای تغذیه‌ای بسیار مهم خواهد بود.

تغییرات دستگاه قلبی-عروقی در دوران سالمندی

دستگاه گردش خون از قلب و رگ‌ها 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 رگ‌های بدن به حرکت درآورد و از این طریق، اکسیژن و مواد مغذی برای حرکت و فعالیت بخش‌های 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 می‌یابد و هنگامی که بدن نیاز به اکسیژن کم‌تری دارد (مانند زمان استراحت)، ضربان قلب کاهش می‌یابد.

رگ‌های خونی شامل شریان (سرخ‌رگ)‌ها، مویرگ‌ها و وریدها (سیاه‌رگ) هستند. خون از طریق شریان‌ها، از قلب خارج می‌شود و با ورود به اندام‌ها و بافت‌ها، سرخ‌رگ‌ها کوچک‌تر و کوچک‌تر می‌شوند تا در نهایت به مویرگ‌ها تبدیل می‌شوند. سپس، رگ‌ها دوباره جمع می‌شوند و وریدها را تشکیل می‌دهند که پس از تبدیل شدن به وریدهای بزرگتر، خون را به قلب باز می‌گردانند. شریان‌ها، قوی، انعطاف‌پذیر و دارای خاصیت ارتجاعی هستند و بیشترین فشار از طرف خون بر دیواره داخلی آن‌ها وارد می‌شود. دیواره شریان‌ها معمولاً دارای عضلات ظریف اما قوی هستند تا بتوانند قطر خود را برای حفظ فشارخون مناسب و کنترل جریان خون تغییر دهند. مویرگ‌ها، عروقی بسیار کوچک و دارای دیواره باریک هستند که به عنوان پلی بین شریان‌ها و وریدها عمل می‌کنند. دیواره نازک مویرگ‌ها اجازه تبادل اکسیژن و مواد مغذی را از مویرگ به سلول‌ها و انتقال دی اکسید کربن و مواد زائد را از سلول‌ها به مویرگ می‌دهد. ضخامت جدار ورید بسیار کم‌تر از شریان و فشارخون در آن‌ها 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 سلول‌ها را از آنها خارج کند. شریان‌های مسئول خون‌رسانی به قلب، شریان‌های کرونر نام دارند که از اولین شاخه‌های جدا شده از شریان آئورت هستند.

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

تغییرات در قلب

- قلب دارای یک دستگاه ضربان‌ساز خودبه‌خودی است که ضربان قلب را کنترل می‌کند. برخی از مسیرهای این دستگاه با افزایش سن ممکن است دچار سختی (فیبروز) یا تجمع چربی شوند. دستگاه ایجادکننده ضربان خودبه‌خودی، ممکن است برخی سلول‌های 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 می‌تواند در خود نگه دارد، با وجود بزرگ شدن اندازه قلب، کاهش می‌یابد. این مسئله منجر به کاهش سرعت فعالیت قلب و ایجاد نارسایی در عملکرد قلبی می‌شود.
- تغییرات قلبی با افزایش سن، منجر به تغییرات نوار قلبی حتی در سالمندان سالم در مقایسه با افراد سالم در سنین کم‌تر می‌شود. تغییرات ریتم قلبی در افراد دارای سن بالا شایع می‌باشد که ممکن است در اثر یک بیماری قلبی رخ دهد.
- با افزایش سن، سلول‌های عضله قلب به تدریج از بین رفته، دریچه‌های داخل حفره قلب که جهت جریان خون را کنترل می‌کنند، ضخیم و ناکارآمد می‌شوند.

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 نسبتاً 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 شریان‌های انبساط پذیر کم‌تر شود. این تغییرات باعث می‌شود فشارخون بالاتر رود و قلب با شدت بیشتری کار کند که ممکن است منجر به ضخیم شدن 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 این رو 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 کند شدن واکنش بدن در برابر از دست دادن خون و ایجاد کم‌خونی 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) طبقه‌بندی 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^۱ و تری گلیسرید 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 مهم تری 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، قند خون 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، به تدریج آن را افزایش دهند. فعالیت بدنی می‌تواند در قالب فعالیت‌های روزانه و سبک مانند پیاده‌روی، دوچرخه سواری و شنا کردن انجام شود.

• **دخانیات:** خطر بیماری‌های قلبی-عروقی و مرگ ناشی از آن، با مصرف دخانیات (مانند سیگار، قلیان و پپ) 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.

● **مصرف الکل:** مصرف الکل در سالمندان می‌تواند منجر به بیماری‌های قلبی - عروقی و افزایش فشارخون در آن‌ها شود. هم‌چنین مصرف طولانی‌مدت الکل می‌تواند به عضله قلب آسیب برساند و باعث بروز نارسایی قلب شود.

● **استرس بالا:** واکنش‌های عصبی، هورمونی را در بدن فعال می‌کند که منجر به افزایش ضربان قلب، فشارخون و تحریک قلبی می‌شود. تأثیر استرس بر خطر ابتلا به بیماری‌های قلبی - عروقی با فشارخون 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 است در زمانی که بدن باید فعالیت شدیدتری داشته باشد، نتواند خون موردنیاز را تأمین نماید. مصرف داروهای خاص، استرس‌های جسمی و روانی، بیماری‌ها، عفونت‌ها و آسیب‌های 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 به ویژه «شریان‌های کرونر»^۱ است که معمولاً طی سال‌ها منجر به تشکیل رسوبات چربی یا پلاک‌ها در این شریان‌ها می‌شود. هنگامی که پلاک‌ها در داخل شریان‌ها جمع می‌شوند، فضای کم‌تری برای جریان خون باقی می‌ماند و در نهایت، اکسیژن‌رسانی 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 قفسه سینه)، سکته قلبی و یا سکته مغزی شود. هنگامی که عضله قلب به اندازه کافی اکسیژن و مواد مغذی را از خون دریافت نکند، دچار کم‌خونی می‌شود و اگر بسته شدن رگ به طور کامل رخ دهد، سلول‌های عضله قلبی می‌میرند که به آن، «حمله قلبی» می‌گویند. گرفتگی شریان‌های 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 است که ممکن است 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 جوان تر رخ می‌دهد.
- فشارخون بالا و افت فشار خون با تغییر وضعیت بدن نیز در سنین سالمندی رایج است.

۱. شریان‌های کرونری از آنورت بیرون می‌آیند. آنورت، شریان اصلی بدن است که از بطن چپ، خون را خارج می‌سازد. شریان‌های کرونری از ابتدای آنورت منشعب می‌شوند؛ 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.

• بیماری‌های دریچه‌ای قلب نیز بیماری‌های شایعی هستند که در سالمندی خود را نشان می‌دهند. 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 بیماری‌های قلبی-عروقی در بزرگسالان است.

شناسایی و غربالگری بیماری‌های قلبی-عروقی در سالمندان

بیماری‌های 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، می‌تواند در شانه‌ها، بازوها، فک و پشت هم احساس شود و ویژگی‌هایی دارد که آن‌ها را از دردهای غیرقلبی جدا می‌کند؛ این ویژگی‌ها عبارتند از:

- درد قفسه سینه در پشت جناغ سینه که به شانه چپ تیر می‌کشد.
- درد قفسه سینه که با فعالیت تشدید می‌شود و با استراحت تخفیف می‌یابد.
- درد قفسه سینه که با تعریق سرد، تهوع و یا استفراغ، یا تنگی نفس همراه است.
- درد قفسه سینه که با گذاشتن قرص زیرزبانی تری‌نیتروگلیسرین بهتر می‌شود.

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

برنامه تغذیه‌ای در سالمندان مبتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی

اهداف یک برنامه تغذیه‌ای که با هدف کاهش خطر یا کنترل بیماری‌های قلبی-عروقی تدوین می‌شود، عبارتند از:

- دست‌یابی به یک رژیم غذایی سالم
- دست‌یابی به وزن مناسب (اصلاح اضافه وزن و چاقی)
- دست‌یابی به فشارخون طبیعی (اصلاح فشارخون بالا)
- دست‌یابی به سطح توصیه‌شده چربی‌های خون (اصلاح اختلال چربی)

یکی از مهم‌ترین هدف‌ها در تدوین و اجرای یک برنامه رژیم غذایی سالم، اصلاح اختلال چربی است. چربی‌های خون شامل کلسترول و تری‌گلیسیریدها هستند. اختلال چربی خون، باعث ایجاد تغییراتی در چربی‌های خون می‌شود که خطر رسوب چربی در جدار عروق کرونر و انسداد نسبی یا کامل آن‌ها را افزایش می‌دهد. معمول‌ترین 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 حالی که بین سطح کلسترول خوب خون و خطر بروز بیماری‌های قلبی-عروقی، رابطه معکوس وجود دارد؛ بنابراین، کلسترول بد خون عامل ایجادکننده و کلسترول خوب خون عامل محافظت‌کننده در برابر بیماری‌های قلبی-عروقی محسوب می‌شوند. بخشی از انواع اختلال چربی خون نیز ممکن است زمینه ژنتیکی داشته باشند. یکی از این اختلالات با زمینه ژنتیکی، بالا بودن سطح تری‌گلیسیرید خون است که می‌تواند منجر به اختلال در عملکرد سایر اندام‌ها مانند لوزالمعده شود. هم‌چنین

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 کم چرب و گوشت «لخم»، میزان این اسیدهای چرب ترانس به شدت کاهش پیدا می‌کند.

بیشتر دریافت اسیدهای چرب ترانس در رژیم غذایی از روغن‌های 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 چربی‌های 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 در صورتی که 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

همان گونه که در فصل یک نیز اشاره شد، فیبرها ترکیباتی هستند که از گیاهان مشتق می شوند. گروه میوه ها مانند سیب و گلابی، سبزی ها مانند هویج و کلم ها، غلات سبوس دار و انواع حبوبات حاوی مقادیر فراوان فیبر هستند. بدن انسان قادر به هضم و جذب فیبرها نیست، اما مصرف آن ها برای سلامتی بسیار حیاتی است. غذاهایی با فیبر بالا، علاوه بر کاهش خطر ابتلا به بیماری های قلبی - عروقی و سکتته مغزی، بر سلامت دستگاه گوارش و حفظ وزن متناسب یا کاهش وزن نیز مؤثر هستند. راهنمای بشقاب من که پیش تر به آن اشاره شد، به علاوه الگوهای غذایی سالم مدیترانه ای و الگوی غذایی خاص کاهش فشارخون، همگی بر مصرف میوه ها، سبزی ها، حبوبات و غلات سبوس دار تأکید دارند که این مواد از جمله منابع غنی فیبر به شمار می روند. مصرف فیبرها در کاهش کلسترول خون نقش بسزایی دارد؛ زیرا هم مانع جذب کلسترول در دستگاه گوارش می شوند و هم توسط باکتری های روده به ترکیباتی تبدیل می شوند که ساخته شدن کلسترول در بدن را محدود می کنند. هم چنین مواد غذایی غنی از فیبر، دارای مواد معدنی، ویتامین ها و ضد اکسیدان های 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 آن ها دشوار باشد، می توانند این مواد را به شکل قطعات کوچک، رنده شده و یا پخته و نرم شده مورد استفاده قرار دهند. آب سبزی ها و آب میوه های طبیعی در مقایسه با میوه و سبزی تازه، مقدار بسیار کمتری فیبر دارد.

۶. ضد اکسیدان ها

ضد اکسیدان ها 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 ویتامین های C و E دارای نقش ضد اکسیدانی در بدن هستند. ویتامین E مؤثرترین ضد اکسیدان موجود در بدن و مقدار آن ۲۰ تا ۳۰۰ برابر بیشتر از سایر ضد اکسیدان ها است. یک رژیم غذایی غنی از غلات سبوس دار، آجیل ها و دانه ها (به ویژه دانه آفتابگردان) دارای مقادیر زیادی ویتامین E است. تعداد بسیار زیادی ضد اکسیدان دیگر نیز در سایر مواد غذایی به ویژه میوه ها و سبزی ها وجود دارد. میوه ها و سبزی ها با رنگ های مختلف سفید، سبز، زرد، نارنجی، قرمز و بنفش، دارای انواع متفاوتی از ضد اکسیدان ها هستند؛ بنابراین، مصرف انواع متفاوتی از این خوراکی ها در یک رژیم غذایی سالم برای عموم مردم، به ویژه افراد درگیر بیماری های قلبی - عروقی بسیار مهم است.

۷. شکر

نوشیدنی های شیرین شده با شکر یا سایر قندهای ساده، منابع خالص انرژی رژیمی غذایی و دارای مصرف بالا در بسیاری جوامع هستند. مصرف منظم نوشابه های گازدار، سایر نوشیدنی های شیرین و آب میوه های بسته بندی علاوه بر بیماری های قلبی - عروقی با اضافه وزن، سندرم متابولیک، دیابت نوع دو و سایر بیماری ها مرتبط است. شکر و سایر ترکیبات شیرین کننده اضافه شده به مواد غذایی و نوشیدنی ها، بدون افزودن مواد مغذی اساسی، صرفاً کالری مواد غذایی را افزایش می دهند؛ بنابراین با مصرف حجم زیاد این مواد غذایی ناسالم، پاسخ گویی 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، بیسکویت، دونات، شیرینی‌ها، شکلات و آب نبات 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. به طور کلی 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 پای بندی ضعیف به رژیم‌های کم نمک 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 درج شده بر روی محصولات را مطالعه نمود.^۲

الگوهای غذایی در سالمندان مبتلا به بیماری‌های قلبی - عروقی

از آن جا 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 سلامتی بخش 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 به طور کلی 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 سبزی، غلات سبوس دار، ماهی چرب (سرشار از اسیدهای چرب امگا-۳)، مقادیر کم تری از گوشت قرمز و با تأکید بر گوشت‌های بدون چربی، لبنیات کم چرب، 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 نسبتاً 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 مدیترانه‌ای

- 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 ۷-۱۰ 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 هرگونه چربی را انتخاب کنید و آن را سرخ نکنید.
- منابع لبنیات مانند ماست ساده و پنیرهای متنوع کم‌چرب 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 گوجه‌فرنگی، سیر و پیاز از ویژگی‌های کلیدی رژیم غذایی مدیترانه‌ای است.

۲. الگوی غذایی اختصاصی برای اصلاح فشارخون بالا

این الگوی غذایی غنی از میوه و سبزی‌ها، لبنیات کم‌چرب، غلات سبوس‌دار، 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 گیاه‌خواری 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 سبوس‌دار، میوه‌ها و سبزی‌ها در رژیم‌های گیاه‌خواری دارای اثرات مفیدی هستند، اما استفاده نکردن از هیچ‌یک از منابع حیوانی به ویژه در دوران سالمندی، می‌تواند مخاطراتی مانند انواع خاصی از کم‌خونی‌های شدید را در درازمدت ایجاد کند.

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

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 پمپ کردن 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 تغذیه ای در سالمندان مبتلا به نارسایی قلب

نارسایی قلب در مراحل پیشرفته می تواند منجر به سوء تغذیه شدید شود. در این نوع خاص از سوء تغذیه 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 می گیرد. با پیشرفت سوء تغذیه در این بیماران، عضله قلبی هم تحلیل می رود که باعث شدیدتر شدن نارسایی قلب خواهد شد. این نوع سوء تغذیه 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 سوء تغذیه 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 تغذیه ای لازم و پیگیری منظم

وضعیت بیمار ضروری است؛ به ویژه اگر فرد بیماری زمینه‌ای دیگری مانند دیابت، فشارخون بالا، اختلال چربی خون و یا سابقه سکنه‌های 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 به ویژه 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_{۱۲} با کاهش خطر مرگ و میر ناشی از نارسایی قلبی و سکنه مغزی همراه است. اسید فولیک در انواع سبزی‌ها به ویژه انواع برگی به وفور یافت می‌شود. ویتامین B_{۱۲} 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_۱ هستند. ویتامین B_۱ برای تولید انرژی و عملکرد عضله قلب مورد نیاز است و کمبود آن می‌تواند باعث کاهش انرژی و ضعف شدن تپش قلب شود. مصرف مکمل ویتامین B_۱ 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 کلیه‌ها 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 مکمل‌های 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 می‌تواند تعادل سایر مواد معدنی مانند سدیم و پتاسیم را در بدن بر هم بزند. منابع غذایی خوب منیزیم شامل سبزی‌ها، حبوبات و مغزها (آجیل) هستند.^۱

توصیه‌های کاربردی تغذیه‌ای در نارسایی قلب

- برقراری تعادل بین کالری دریافتی و فعالیت فیزیکی به منظور دست‌یابی و حفظ وزن مناسب
- مصرف یک الگوی غذایی بر پایه غلات سبوس‌دار، سبزی‌ها و میوه‌ها، که دارای فرآورده‌های لبنی کم‌چرب، گوشت مرغ و ماهی، حبوبات، روغن‌های گیاهی غیر جامد و مغزها (آجیل) نیز باشد. در الگوی غذایی باید مصرف شیرینی‌ها، نوشیدنی‌های حاوی شکر، چربی‌های 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 جایگزین‌های گیاهی حاوی پروتئین (حبوبات و سویا)
- کاهش دریافت چربی‌های اشباع به زیر ۱۰ درصد انرژی دریافتی در همه افراد و یا کم‌تر از ۵ تا ۶ درصد انرژی دریافتی در افراد دارای کلسترول بد بالا
- کاهش کالری دریافتی از چربی‌های مضر ترانس به زیر یک درصد انرژی دریافتی
- کاهش کلسترول دریافتی
- به حداقل رساندن مصرف روغن‌های 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 کم‌چرب
- مصرف ماهی دست‌کم دو بار در هفته، به ویژه ماهی‌های چرب، یا منابع گیاهی امگا-۳ مانند گردو و بذر کتان
- انتخاب مواد غذایی کم‌نمک 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 محدودیت‌های بیشتری داشته باشند.
- استفاده از میان‌وعده‌های سالم به جای اسنک‌ها و مواد غذایی صنعتی چرب و شور، مانند میوه تازه یا یخ‌زده همراه ماست کم‌چرب، ذرت بوداده با روغن اندک، بستنی کم‌چرب، لقمه نان و پنیر کم‌چرب و سبزی‌ها، شیر کم‌چرب و بیسکویت‌های رژیمی سبوس‌دار
- به حداقل رساندن مصرف نوشیدنی‌ها و مواد غذایی حاوی قندهای افزوده شده
- مصرف فیبرهای غذایی کافی به شکل غلات سبوس‌دار، انواع میوه‌ها و سبزی‌ها 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 کم خونی ها

کم خونی، حالتی است که در آن اندازه و یا تعداد گلبول های قرمز تغییر کند، یا مقدار هموگلوبین خون کاهش یابد و این تغییرات باعث محدود شدن انتقال اکسیژن و دی اکسید کربن بین خون و سلول های بافت شود. کم خونی شایع ترین مشکل تغذیه ای در سطح جهان بوده و وضعیت تغذیه ای نامناسب، اصلی ترین علت آن است. کم خونی فقر آهن، به تنهایی نیمی از موارد کم خونی را شامل می شود، ولی کمبود چند ماده مغذی دیگر هم می تواند به کم خونی منجر شود. کم خونی در همه کشورهای جهان و در اکثر گروه های جمعیتی به چشم می خورد، ولی با توجه به محتوا و هدف از این کتاب، در این فصل بر جنبه های مختلف کم خونی در سالمندان تأکید شده است. درست است که آهن یکی از مهم ترین مواد مغذی برای خون سازی در بدن است، ولی برای خون سازی مواد مغذی دیگری غیر از آهن نیز لازم است که عبارتند از: مس، اسید فولیک، پروتئین، ریبوفلاوین، ویتامین B_{۱۲}، ویتامین C، ویتامین E و ویتامین K. با توجه به این که در سایر فصل های این کتاب در مورد مواد مغذی توضیح داده شده، در این فصل از توضیح مجدد آن ها خودداری می شود، ولی یاد آوری این نکته لازم است که پیش گیری از کم خونی تغذیه ای مانند پیش گیری از سایر بیماری های تغذیه ای، نیازمند رعایت شیوه های صحیح زندگی است که بخش مهمی از این شیوه ها، تغذیه مناسب است.

بعضی از علائم و نشانه های معمول کم خونی

کم اشتها، بی نظمی در دفع مدفوع، درد قفسه سینه، تپش قلب، احساس سرما در دست ها و پاها، سرگیجه، تنگی نفس به خصوص هنگام ورزش، کاهش دفع ادرار، بی خوابی، احساس خستگی و ضعف و تحریک پذیری، سردرد، وزوز گوش، پریدگی رنگ مخاط چشم و تشنگی علائم و نشانه های معمول کم خونی است. نگاهی به این علائم و نشانه ها، حاکی از این است که کم خونی می تواند مسائل و مشکلات مختلف و جدی ایجاد کند، ولی از آنجا که تعدادی از این علائم و نشانه ها فقط در اثر کم خونی به وجود نمی آید و ممکن است به دلایل یا اختلالات دیگری به وجود آمده باشد، ضروری است سالمندان برای بررسی وضعیت کم خونی مورد معاینه و ارزیابی قرار گیرند.

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

کم خونی فقر آهن

این کم خونی که با تولید گلبول های قرمز کوچک و کاهش سطح هموگلوبین خون مشخص می شود، آخرین مرحله فقر آهن و نشان دهنده دریافت ناکافی آهن برای مدت طولانی است. عوامل متعددی باعث کمبود آهن می شوند که از جمله آن ها می توان به موارد زیر اشاره کرد:

- دریافت ناکافی آهن به علت فقر رژیم غذایی (مثلاً در گیاه خوارانی که آهن با قابلیت جذب بالا به مقدار کافی دریافت نمی کنند)
- جذب ناکافی آهن به علت اسهال، عدم ترشح اسید معده، بیماری های روده ای، التهاب معده، عمل جراحی برداشتن همه یا بخشی از معده، تداخل برخی داروها با جذب آهن^۱ و مصرف ناکافی آهن به علت مشکلات گوارشی
- افزایش نیاز به آهن برای رشد حجم خون^۲

۱. برخی از داروها مانند آنتی اسیدها، کلیسترآمین، سایمتدین، پانکراتین، رانتیدین و تتراسایکلین با جذب آهن تداخل دارند.

۲. در برخی دوره ها در زندگی بدن نیاز بیشتری به آهن دارد مانند: دوران نوزادی، نوجوانی، بارداری و شیردهی

- افزایش دفع به علت خون ریزی های ناشی از جراحی 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 فقر آهن، انجام بررسی های آزمایشگاهی لازم است.

درمان کم خونی باید عمدتاً بر روی بیماری یا عاملی که منجر به کم خونی شده، متمرکز شود. با این حال، تعیین این علت گاهی مشکل است. هدف نهایی درمان در کم خونی فقر آهن باید پراسازی 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، در حالی که در افراد بدون

- کم خونی فقر آهن، این میزان ۵ تا ۱۰ درصد است.
- فرم آهن موجود در غذا نیز بر روی جذب آن تأثیر می‌گذارد: میزان جذب آهن غیرهم از ۳ تا ۸ درصد متغیر است ولی آهن هم که در گوشت، ماهی و ماکیان وجود دارد، بین ۱۵ تا ۲۵ درصد 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 می‌کند (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 تخم مرغ: به علت وجود فسفیتین کم‌تر جذب می‌شود.

برای افزایش جذب آهن و پیشگیری از کم خونی فقر آهن باید غذایی را انتخاب کرد که جذب آهن را افزایش دهد، یک منبع ویتامین C در هر وعده غذایی گنجانند، و از نوشیدن مقادیر زیاد چای و قهوه به همراه غذا خودداری کرد.

کم خونی ناشی از کمبود ویتامین B_{۱۲} و اسید فولیک

کمبود ویتامین B_{۱۲} و اسید فولیک می‌تواند به نوع خاصی از کم خونی منجر شود که تعدادی از علائم آن‌ها تا حدودی مشابه است، ولی تفاوت‌هایی هم دارد. کمبود اسید فولیک زودتر ظاهر می‌شود. در افرادی که رژیم غذایی فاقد اسید فولیک مصرف می‌کنند، ذخایر طبیعی بدن در طی دو تا چهار ماه تخلیه می‌شود ولی تخلیه ذخایر ویتامین B_{۱۲} بدن بعد از سال‌ها مصرف رژیم غذایی فاقد ویتامین B_{۱۲} بروز می‌کند. در افرادی که کمبود ویتامین B_{۱۲} دارند، مکمل یاری با اسید فولیک می‌تواند باعث پوشانده ماندن و مخفی ماندن کمبود ویتامین B_{۱۲} گردد و لذا در درمان کم خونی، کمبود ویتامین B_{۱۲} شاید مخفی بماند که می‌تواند منجر به اختلالات عصبی-روانی غیرقابل برگشت شود که فقط با ویتامین B_{۱۲} برگشت پذیر است.

کم خونی ناشی از کمبود دریافت ویتامین B_{۱۲} شایع نیست و به ندرت و در افراد گیاه خوار مطلق دارای رژیم غذایی بدون ویتامین B_{۱۲} دیده می‌شود. در این افراد حتی اگر مکمل ویتامین B_{۱۲} هم دریافت نکنند، سال‌ها طول می‌کشد تا به کمبود ویتامین B_{۱۲} مبتلا شوند. شایع‌ترین نوع کم خونی ناشی از کمبود ویتامین B_{۱۲}، 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_{۱۲} می‌شود. کم خونی‌ای را که 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_{۱۲} 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_{۱۲} منجر شود. درمان بیماران مبتلا به کم خونی وخیم، شامل تزریق ویتامین B_{۱۲} هفته‌ای یک بار، به صورت عضلانی یا زیرجلدی (با حداقل مقدار صد میکروگرم) است. بعد از پاسخ اولیه، دفعات تزریق کاهش می‌یابد و با تزریق

صد میکروگرم ماهانه ادامه می‌یابد. ژل‌های مصرفی از راه بینی و قرص‌های زیرزبانی نیز تجویز می‌شوند و جذب خوبی دارند. پاسخ به درمان با بهبود اشتها، افزایش هوشیاری و بهبود وضعیت خونی در طی چند ساعت بعد از تزریق، خود را نشان می‌دهد.

مصرف یک رژیم غذایی پر پروتئین (۱/۵ گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن) هم برای عملکرد مطلوب کبدی و هم برای تولید خون، مناسب است. چون سبزیجات برگ سبز هم حاوی آهن و هم حاوی اسید فولیک هستند، رژیم غذایی باید مقادیر کافی از این مواد غذایی را داشته باشد. گوشت‌ها (به ویژه گوشت گوساله)، تخم مرغ، شیر و فرآورده‌های آن غنی از ویتامین B_{۱۲} هستند. مقدار توصیه شده ویتامین B_{۱۲} برای مردان و زنان بزرگسال ۲/۴ میکروگرم در روز است.

استفاده طولانی مدت از رژیم‌های غذایی با مقدار ناکافی اسید فولیک یا جذب ناکافی و افزایش نیاز به آن به علت رشد، از جمله علل اصلی کمبود اسید فولیک به شمار می‌روند. چون الکل با چرخه روده‌ای-کبدی اسید فولیک تداخل می‌کند، بسیاری از الکل‌ها دچار وضعیت نامناسب اسید فولیک هستند. الکل‌ها تنها گروهی هستند که تقریباً هر شش علت کمبود اسید فولیک را به طور هم‌زمان دارند: دریافت ناکافی، جذب و بهره‌وری ناکافی آن در بدن، افزایش دفع، افزایش نیاز و افزایش تخریب اسید فولیک. ذخایر طبیعی فولات بدن در مدت دو تا چهار ماه مصرف رژیم غذایی فقیر از فولیک اسید تخلیه و منجر به کم‌خونی می‌شود. در این مرحله تعداد گلبول‌های قرمز، گلبول‌های سفید و پلاکت‌ها کاهش یافته است. کم‌خونی ناشی از کمبود اسید فولیک با پایین بودن سطح فولات سرم و گلبول‌های قرمز، خود را نشان می‌دهد. پایین بودن سطح اسید فولیک سرم، می‌تواند صرفاً نشان‌دهنده تعادل منفی اسید فولیک در بدن باشد. اسید فولیک موجود در گلبول‌های قرمز، ذخایر بدن را مشخص می‌کند؛ بنابراین، برای تعیین وضعیت فولات بدن ارجحیت دارد.

قبل از شروع درمان، تشخیص و شناسایی علت اصلی این نوع کم‌خونی (ویتامین B_{۱۲} یا اسید فولیک) اهمیت دارد. تجویز اسید فولیک مشکلات خونی ناشی از کمبود آن یا ویتامین B_{۱۲} را اصلاح می‌کند، ولی با این کار، آسیب‌های عصبی ناشی از کمبود ویتامین B_{۱۲} را پنهان خواهد کرد و این امر، باعث می‌شود تا آسیب عصبی پیشرفت کرده، غیرقابل برگشت شود.

تجویز روزانه یک میلی‌گرم اسید فولیک به صورت خوراکی به مدت دو تا سه هفته می‌تواند 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 هوشیاری و بهبود اشتها مشخص می‌شود، در طی ۲۴ تا ۴۸ ساعت ظاهر می‌شود و این تغییر، قبل از بازگشت وضعیت خونی به حالت طبیعی - که حدود یک ماه طول می‌کشد - رخ می‌دهد. بعد از درمان کم‌خونی، باید به بیمار آموزش داد که حداقل روزی یک عدد میوه تازه و غیرپخته و یا سبزیجات بخورد و یا یک لیوان آب میوه طبیعی در هر روز مصرف کند. میوه‌ها و سبزیجات تازه، منابع خوب اسید فولیک، هستند ولی اسید فولیک در این مواد غذایی در اثر گرما خیلی زود تخریب می‌شود. مقادیر توصیه شده اسید فولیک برای افراد بزرگسال ۴۰۰ میکروگرم در روز است و یک فنجان آب پرتقال، حدود ۱۳۵ میکروگرم اسید فولیک را تأمین می‌کند.

کم‌خونی ناشی از بیماری مزمن (کم‌خونی ناشی از التهاب مزمن)

کم‌خونی ناشی از بیماری مزمن، حالتی است که در آن هر چند مقدار ذخایر آهن در بدن طبیعی یا زیاد است، ولی

بدن نمی تواند 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، سرطانی، التهابی و عفونی به وجود می آید. در بیماران مبتلا به روماتیسم و لوپوس، کم خونی ناشی از بیماری مزمن و کم خونی فقر آهن، به صورت هم زمان دیده می شود که ممکن است به دلیل خون ریزی از دستگاه گوارش در اثر مصرف داروهای متعدد به وجود آمده باشد. درمان موفق علت اصلی این نوع کم خونی، می تواند اکثر مبتلایان به کم خونی ناشی از بیماری مزمن را درمان کند.

تغذیه در بیماری های دستگاه گوارش

دستگاه گوارش سالمندان مانند سایر دستگاه های بدن، به دلیل افزایش سن دچار کاستی ها و اختلالاتی می شود. وقوع پاره ای از این مشکلات می تواند ناشی از سایر اختلالات مزمن در سال های قبل باشد؛ مثلاً بیوست مزمن در دوران میانسالی می تواند خطر بعضی بیماری های خطرناک در روده را طی دوران سالمندی افزایش دهد. بنابراین، رعایت شیوه زندگی سالم در سال های ابتدایی و میانی عمر، باعث می شود تا فرد دوران سالمندی با کیفیت تری داشته باشد. گروه دیگری از اختلالات گوارشی سالمندان در نتیجه تغییرات دوره سالمندی بروز می کند که از جمله آن ها می توان به مصرف دارو (اغلب اوقات داروهای متعدد) یا مشکلات دندانی اشاره کرد که می تواند اختلالاتی را در دستگاه گوارش باعث شود.

مشکلات بخش فوقانی دستگاه گوارش

آسیب یا بیماری حفره دهان، حلق، حنجره و مری می تواند عمل بلع را مختل کند. این شرایط ممکن است دریافت مواد غذایی را با مشکل مواجه کند؛ زیرا مقدار و نوع غذاهای مصرفی را تحت تأثیر قرار می دهد و بر مدت زمان و تلاش بیمار برای هر نوبت بلع، مؤثر است. هر نوع اختلال هرچند کوچک در این بخش از دستگاه گوارش، می تواند عوارض قابل توجهی بر وضعیت تغذیه فرد داشته باشد؛ به ویژه 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 دستگاه گوارش مستعد برخی از انواع سرطان و اختلالات شدید خوش خیم نیز هست. ساخت و از بین رفتن سلول های مخاط دهان، بسیار سریع است و تقریباً هر سه تا هفت روز اتفاق می افتد. بنابراین، در حفره دهان اغلب علائم و نشانه های بیماری های سیستمیک خیلی زود ظاهر می شود. وجود اختلالی کوچک می تواند حاکی از کمبود ریزمغذی ها و فقر وضعیت تغذیه ای باشد. در کم خونی فقر آهن و کم خونی کمبود ویتامین B₁₂، زبان نرم و به رنگ قرمز پررنگ در می آید. کمبود اکثر ویتامین های گروه B بر بافت های نرم دهان تأثیر دارند و باعث زخم های گوشه لب ها می شوند. کمبود ویتامین A می تواند باعث خشکی دهان شود. التهاب مری که در سلول های مخاطی این بافت رخ می دهد، اغلب ناشی از بازگشت محتویات معده به مری است. در اثر این التهاب، مخاط مری در مقابل اسید معده حساس می شود. برای این گروه از بیماران غذاهای نرم توصیه می شود. در صورت وجود علائم بیماری حاد، باید غذاهای نرم هم زده و غیرمحرک مصرف شود. بنابراین، همه این مشکلات بر دریافت مواد غذایی اثرگذار است.

سوء هاضمه

سوء هاضمه یک درد گوارشی بدون زخم است و با علائمی چون: احساس درد و سیری زودرس هنگام خوردن، سوزش شکم، نفخ، احساس گاز زیاد در شکم، تهوع، استفراغ خونی و ترش کردن غذا همراه است. سوء هاضمه

ممکن است به عنوان یکی از علائم جانبی سایر بیماری‌ها مانند گرفتگی شریان‌های کرونر قلب، فشارخون بالا، بیماری‌های کبدی یا کلیوی ایجاد شود. فشارهای عصبی هم می‌تواند باعث سوء هاضمه شود. علائم این وضعیت در بیماران مختلف ممکن است از خفیف تا شدید دیده شود. افزایش حساسیت معده یک عامل مهم در بروز آن است. باکتری‌های موجود در دستگاه گوارش بر پاسخ‌های ایمنی مخاط دستگاه گوارش تأثیر می‌گذارند و باعث افزایش نفوذپذیری مخاط و اختلال در سیستم عصبی دستگاه گوارش می‌شوند. 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، بررسی‌های بالینی از جمله اندوسکوپی و یافته‌های آزمایشگاهی مثل عفونت به هلیکوباکتر در تشخیص بیماری اهمیت دارند.

برای درمان این بیماری باید ابتدا مشخص شود که علت آن جسمی است یا به عوامل روانی ارتباط دارد. این بیماری را در سالمندان نباید یک مشکل کم‌اهمیت تلقی کرد. اگر سوء هاضمه توأم با سندروم روده تحریک پذیر 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 پیش‌گیری شود.

توصیه‌های تغذیه‌ای در خصوص بیماری سوء هاضمه

- رژیم غذایی باید از غذاهای کاملاً پخته شده تشکیل شود که از نظر مقدار، کافی باشد، ولی در مصرف چاشنی‌ها زیاده روی نشود.
- هرگونه حساسیت غذایی احتمالاً تشخیص داده نشده، بررسی و اقدامات لازم انجام شود.
- مشروبات الکلی و نوشیدنی‌های حاوی کافئین در صورت امکان حذف یا به حداقل مقدار ممکن محدود شود.
- محیط آرامش بخش در این زمینه کمک‌کننده است.
- وعده‌های غذایی در مقادیر کم حجم، بهتر تحمل می‌شوند.
- اگر علت سوء هاضمه مشکلات جسمی باشد، رژیم غذایی نرم و کم چرب مفید است.
- اگر هم‌زمان بیمار به سندروم روده تحریک پذیر هم مبتلا باشد، نمی‌تواند 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 آنتی‌اسید مصرف می‌شود، باید عوارض جانبی تغذیه‌ای ناشی از مصرف بلندمدت آن‌ها و احتمال بروز وابستگی به آن‌ها را مدنظر قرار داد.
- بعضی از عوامل تشدیدکننده سوء هاضمه شامل: کافئین، الکل، آسپرین، آنتی‌بیوتیک‌ها، استروئیدها و تئوفیلین هستند که مصرف آن‌ها باید به کم‌ترین میزان ممکن کاهش یابد.
- داروها و مکمل‌های گیاهی نباید بدون مشورت با پزشک معالج مصرف شوند.
- از زنجبیل به عنوان ضدتهوع استفاده می‌شود. در صورت مصرف وارفارین، آسپرین، سایر داروهای ضدانعقاد، داروهای کاهنده فشارخون و داروهای کاهنده قندخون، نباید زنجبیل را در مقادیر زیاد مصرف کرد. مصرف زنجبیل با این داروها باعث تغییر غیرقابل پیش‌بینی فشارخون، قندخون و وضعیت انعقاد خون می‌شود.

۱. سندرم روده تحریک‌پذیر یا آی‌بی‌اس، نوعی اختلال در عملکرد روده است که با درد مزمن در ناحیه شکم، احساس ناراحتی، نفخ و تغییرات در عادات روده‌ای، بدون هرگونه علت ارگانیک دیگری، مشخص می‌شود. اسهال یا یبوست می‌توانند 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 آن‌ها 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 آماده‌سازی مواد غذایی، رعایت موارد بهداشتی و شستن دست‌ها 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 (آنتی‌بیوتیک‌ها) 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. توصیه‌های تغذیه‌ای به ماهیت و ریشه اصلی مشکل بستگی دارد.

در افراد سالم، تهوع و استفراغ ناشی از عفونت یا مسمومیت غذایی معمولاً خودبه‌خود برطرف می‌شود. در این موارد باید تا زمان توقف علائم 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، ویژگی‌های 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 بین‌شانه‌هاست. این درد ممکن است آن قدر 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 می‌شود و وقوع مکرر آن باعث آسیب و التهاب مخاط مری می‌گردد. خطر ابتلا به سرطان مری در چنین شرایطی افزایش می‌یابد.

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 مؤثر هستند. چاقی به خصوص چاقی شکمی در ابتلا به این اختلال نقش دارد. در نتیجه، کاهش وزن در بهبودی علائم و کاهش خطر ابتلا به سرطان مری می‌تواند مؤثر باشد.

توصیه‌های تغذیه‌ای برای افراد دچار بازگشت محتویات معده به مری

- مصرف وعده‌های غذایی کم حجم 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 خم شدن، 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، مگنمیک 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 کوتاه مدت 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_{۱۲} 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 هم خوردن 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 هلیکوباکترا^۱ یا مصرف داروهای ضدالتهاب غیرکورتونی شناخته شده است. عوامل دیگری مانند زندگی پر استرس، وعده‌های غذایی نامنظم، سرعت بالای غذا خوردن، جویدن ناکافی و مصرف دخانیات می‌توانند 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 از بین 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 می‌شود که خطر ابتلای مجدد این بیماری به حداقل برسد.

التهاب کیسه‌های دیواره روده (دیورتیکولیت)

یک اختلال شایع دوره سالمندی است که با درد عودکننده شکم و تغییر در عادات و فعالیت‌های روده همراه است. مهمترین عامل خطر ابتلا به التهاب کیسه‌های دیواره روده، سن بالا است؛ ولی از جمله عوامل خطر دیگر آن می‌توان به چاقی، استعمال دخانیات، رژیم‌های غذایی کم فیبر، فعالیت بدنی ناکافی و مصرف زیاد گوشت قرمز و چربی‌های حیوانی اشاره کرد. تغییر در وضعیت میکروب‌های 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، خون‌ریزی و سوراخ‌شدگی روده است. بیماران مبتلا به التهاب کیسه‌های دیواره روده، نیازمند استراحت روده و استفاده از یک رژیم غذایی ملایم در طی مراحل حاد بیماری هستند. دریافت فیبر بالا می‌تواند در درمان این بیماری نقش داشته باشد. در ارزیابی‌های تغذیه‌ای این بیماران، باید تغییرات وزن فرد، وضعیت کم‌آبی و تغییر عادات روده نیز بررسی شود.

عوامل تغذیه‌ای مرتبط با التهاب کیسه‌های دیواره روده

۱. دریافت رژیم غذایی کم فیبر

رژیم غذایی کم فیبر، یک عامل خطر مهم ابتلا به التهاب کیسه‌های دیواره روده است. فیبر، بخشی از میوه‌ها، سبزی‌ها و غلات بوده که در دستگاه گوارش هضم نمی‌شود و در ایجاد حجم مدفوع نقش دارد. محدودیت دریافت فیبر منجر به کاهش حجم و کاهش تکرر دفع مدفوع می‌شود. نبود فیبر در رژیم غذایی منجر به عبور آهسته‌تر مواد در روده، بازجذب بیشتر آب و تولید مدفوع با حجم کم‌تر شده و در ایجاد کیسه‌های دیواره 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 کیسه‌های دیواره روده می‌شود. بنابراین، دریافت مقادیر بالای میوه و سبزی و یک رژیم غذایی پرفیبر در پیش‌گیری از ابتلا و هم‌چنین پیشرفت این بیماری نقش دارد. سالمند باید مقادیر کافی فیبر، به ویژه از طریق میوه‌ها و سبزی‌ها، دریافت نماید.

۲. گوشت قرمز

مصرف زیاد گوشت قرمز سوخت و ساز باکتری‌ها در روده بزرگ را تغییر می‌دهد و خطر ابتلا به التهاب کیسه‌های دیواره روده را دو تا چهار برابر افزایش می‌دهد. افرادی که مقادیر زیادی گوشت دریافت می‌کنند، در مقایسه با گیاه‌خواران، سه برابر احتمال بیشتری دارد که به التهاب کیسه‌های دیواره روده مبتلا گردند. سالمند باید از دریافت بالای گوشت

۱. هلیکوباکتر نوعی باکتری است که در ایجاد زخم معده نقش دارد. گونه‌ای از آن هلیکوباکتر پیلوری است که عامل اصلی بیماری‌هایی مثل زخم معده و ناراحتی‌های معده و ابتدای روده است. هم‌چنین اصلی‌ترین عامل سرطان معده است؛ طوری که ۹۰ درصد افراد مبتلا به سرطان معده، آلوده به این میکروب هستند.

قرمز و فرآوری شده و نیز رژیم‌های غذایی پرچرب، اجتناب نماید. دریافت یک رژیم غذایی بر 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 اشباع با خطر ابتلا به التهاب کیسه‌های دیوار روده، به ویژه 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 تشخیص التهاب کیسه‌های دیواره روده، با نظر پزشک یک رژیم غذایی مایع به مدت ۲ تا ۳ روز، تا زمان فروکش نمودن علائم تجویز می‌شود، زیرا هضم غذاهای جامد ممکن است باعث تشدید بیماری گردد. سپس به تدریج غذاهای جامد در برنامه غذایی فرد قرار می‌گیرد. توصیه به افزایش دریافت فیبر، به ویژه 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 این که موقع دفع به دلیل سفتی مدفوع یا اختلال دفع اذیت شود، این جزو تعاریف یبوست تلقی می‌شود. فرم مزمن یبوست در بین سالمندان، در مقایسه با افراد جوان، شایع‌تر است. شیوع یبوست در سالمندان 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 یبوست از ترکیبی از علائم عینی و قابل مشاهده (دفعات و فشار لازم جهت دفع) و ذهنی (مدفوع سخت، دفع ناکامل، احساس انسداد و کشیدگی 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 یبوست مزمن است که علت دقیق آن مشخص نیست، 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، به ویژه در جمعیت سالمندان، ضروری است. یبوست در زنان بیش از مردان دیده می‌شود.

در درمان بیماران مبتلا به یبوست، یک رویکرد چندبعدی مورد نیاز است که مرحله اول آن، تغییر سبک زندگی و ملاحظات تغذیه‌ای است. توصیه‌های تغذیه‌ای باید به گونه‌ای باشد که از دریافت وعده‌های غذایی منظم و یک رژیم غذایی متعادل حاوی فیبر کافی، غلات کامل، میوه‌ها و سبزی‌ها، 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 به ویژه 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، به ویژه 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.
- کم‌آبی نیز یک عامل خطر مهم در انتقال آهسته مواد در روده یا کند نمودن 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 به تازگی ایجاد شده، با پزشک مشورت کنید و دلایل آن را بررسی نمایید.
- تشویق کردن سالمندان به دریافت خوراکی مایعات ضروری است. تشنگی با افزایش سن کاهش می‌یابد، بنابراین کم‌آبی 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 خیس‌انده شده 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 دست شویی 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 بیوست 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 گروه‌های غذایی و به ویژه 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

اسهال تغییر در حرکات معمول روده است که با افزایش در محتوای آب، حجم، یا تکرر مدفوع مشخص می‌شود. اسهال یک علامت (و نه یک بیماری) است که می‌تواند علل مختلفی داشته باشد. اسهال حاد، معمولاً علامت عفونت روده است که می‌تواند توسط ویروس، آلودگی غذا، عفونت باکتریایی، مصرف غذا یا آب آلوده، یا مصرف آنتی‌بیوتیک، ایجاد گردد. سایر علل شامل: اضطراب، شیمی‌درمانی، التهاب حاد روده ناشی از پرتودرمانی، نرسیدن خون به دستگاه گوارش و بیماری‌های التهابی روده است. استفاده از برخی داروها مانند داروهای ضدالتهاب غیرکورتونی نیز می‌توانند باعث اسهال شوند. اسهال طولانی مدت عوارضی به دنبال دارد که شامل کم‌آبی، سوءتغذیه، کاهش وزن، کم‌خونی و به هم خوردن تعادل یون‌های 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 فرمول‌های برآورد قد فرد، برای سالمندان استفاده گردد. اگر بیمار دچار کاهش وزن شده، باید درصد کاهش وزن بیمار بررسی گردد. در ارزیابی سالمندان مبتلا به اسهال، قدرت گرفتن یک شیء با دست، اندازه‌گیری دور بازو و اندازه‌گیری چین پوستی جهت بررسی توده چربی و توده عضلانی توصیه می‌شود.

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.

توصیه‌های تغذیه‌ای برای پیش‌گیری و درمان در سالمندان مبتلا به اسهال

اگر اسهال خفیف باشد، تمرکز اصلی توصیه‌های تغذیه‌ای بر روی پیش‌گیری از کم‌آبی از طریق تشویق به دریافت مایعاتی مانند آب و نوشیدنی‌های ملایم (و نه آب میوه‌ها) خواهد بود. محلول‌های سرمی حاوی آب، گلوکز و یون‌های مورد نیاز بدن به صورت خوراکی (او. آر. اس) یا تزریقی می‌تواند در بیماران دچار کم‌آبی تجویز شود. این محلول‌ها می‌توانند با تحریک انتقال‌دهنده‌های سدیم-گلوکز در روده کوچک، جذب آب را افزایش دهند.

سرطان روده بزرگ

از دیگر مشکلات دستگاه گوارش، می‌توان به سرطان روده بزرگ اشاره نمود. سرطان روده بزرگ، سومین سرطان شایع در دنیاست که بروز آن با افزایش سن، بیشتر می‌شود. علائم این سرطان شامل تغییر در وضعیت دفع مدفوع،

خون ریزی گوارشی، ابتلا به کم خونی 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 به ویژه 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. از دست دادن 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 گلوتامین^۱ 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 گلوتامین است.

روده مؤثر می‌دانند که از بین آن‌ها می‌توان به پیش‌زمینه ژنتیکی و وجود عوامل محیطی به ویژه 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

- **رژیم غذایی:** یک عامل مهم در ایجاد و پیشرفت بیماری‌های التهابی روده است. عوامل تغذیه‌ای مؤثر در این بیماری شامل مصرف مقادیر بیش از حد برخی مواد مغذی خاص، کمبود در برخی مواد دیگر یا دریافت بیش از حد 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 سطوح ناکافی ریزمغذی‌هایی مانند ویتامین‌های A، D، E و C، کلسیم، 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 نمایی توده بدنی در محدوده کم‌تر از ۲۵، می‌تواند در پیش‌گیری از بیماری‌های التهابی روده کمک نماید.

اجزای مرتبط با رژیم‌های غذایی غربی شامل دریافت بالای چربی اشباع، قندهای تصفیه‌شده و نیز دریافت مقادیر پایین میوه‌ها، سبزی‌ها و فیبرها بر ابتلا به بیماری‌های التهابی روده تأثیر می‌گذارند.

تأثیر بیماری‌های التهابی روده بر وضعیت تغذیه‌ای

- **سوءتغذیه:** علت بروز سوءتغذیه در بیماری‌های التهابی روده، فقط یک عامل نیست. کاهش دریافت مواد غذایی، تغییر سوخت و ساز انرژی و مواد مغذی، افزایش از دست دادن مواد مغذی از طریق دستگاه گوارش و تداخل دارو با غذا، در ایجاد سوءتغذیه در بیماری‌های التهابی روده نقش دارند. کاهش تراکم استخوان و ابتلا به پوکی استخوان، تظاهرات خارجی و مهم بیماری‌های التهابی روده هستند که ممکن است 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 شکستگی‌ها در این بیماران باشد. بنابراین، به دلیل شایع بودن بروز پوکی استخوان در افراد مبتلا به بیماری‌های التهابی روده، دریافت روزانه هزار میلی‌گرم کلسیم توصیه می‌شود.
- **وضعیت ضد اکسیدانی:** در افراد مبتلا به بیماری‌های التهابی روده، بار مواد اکسیدکننده افزایش یافته که باعث آسیب به روده می‌شود.
- **کم‌خونی:** خون‌ریزی گوارشی یک علامت شایع در بیماری‌های التهابی روده بوده و کاهش هموگلوبین خون تقریباً در همه بیماران دیده می‌شود. دو نوع غالب کم‌خونی در بیماری‌های التهابی روده شامل کم‌خونی فقر آهن و کم‌خونی ناشی از بیماری مزمن است. بیماران که عمل جراحی قسمت‌های انتهایی روده باریک انجام

داده اند، در معرض خطر کمبود ویتامین B_{۱۲} قرار دارند، زیرا جذب این ویتامین در این قسمت از روده انجام می‌شود. پایش منظم غلظت ویتامین B_{۱۲} خون و دریافت خوراکی این ویتامین به اندازه کافی توصیه می‌شود. برای درمان کم‌خونی، 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 سوءتغذیه و کاهش وزن در افراد مبتلا به بیماری‌های التهابی روده شایع 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 استفاده از مکمل ممکن است ضروری باشد. در صورت وجود اسهال و تب باید به دریافت کافی مایعات تأکید گردد. در برخی از افراد مبتلا به این بیماری، اجتناب از غذاهای خاص که منجر به تشدید علائم می‌شوند، ممکن است ضروری باشد، اما از پرهیز غیر ضروری از غذاها باید اجتناب شود. بسیاری از این بیماران باید از غذاهای تحریک‌کننده و ادویه‌ها اجتناب نمایند تا علائم بیماری کاهش یابد. در صورتی که سوء جذب چربی منجر به تشدید علائم مشکل‌ساز می‌شود، محدودیت چربی تا حد قابل تحمل ضروری است؛ اما باید انرژی مورد نیاز بیمار تأمین شود. در این شرایط، ممکن است ویتامین‌های محلول در چربی در حد بیشتری مورد نیاز باشند 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 است. عوامل ژنتیکی و عملکردی، حساسیت بیش از حد بافت احشایی و تغییرات التهابی داخل دستگاه گوارش، عوامل خطر مؤثر در ایجاد روده تحریک‌پذیر مطرح شده‌اند. هم‌چنین، افرادی که استرس‌های روانی اجتماعی شدید و حاد را تجربه می‌نمایند، نیز در معرض خطر ابتلا به روده تحریک‌پذیر هستند. ترکیب بار میکروبی دستگاه گوارش نیز با ابتلا به روده تحریک‌پذیر در ارتباط است و اختلال در هم‌زیستی این باکتری‌ها منجر به تداوم التهاب خفیف می‌شود.

تأثیر بیماری روده تحریک‌پذیر یا درمان‌های آن بر وضعیت تغذیه‌ای

در اکثر بیماران مبتلا به روده تحریک‌پذیر، غذا نقش مهمی در ایجاد علائم دارد و برای بسیاری از بیماران ترجیح داده می‌شود که برای بهبود علائم، رژیم غذایی اصلاح شود تا تحت درمان دارویی قرار بگیرند. بنابراین، اگرچه روده تحریک‌پذیر 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 آن‌جا که غذاهایی که به طور رایج باعث تحریک علائم بیماری می‌شوند، غنی از مواد مغذی مهم برای بدن هستند، ناکافی بودن این مواد به ویژه ویتامین‌های گروه B، آهن و کلسیم در بین بیماران مبتلا به این مشکل، دور از ذهن نیست. در بیماران مبتلا به روده تحریک‌پذیر، رژیم درمانگر باید وضعیت بالینی، تن‌سنجی، 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 علائم ممکن است منجر به کاهش تعداد وعده‌های غذایی و احتمالاً بیش‌خوری در هر وعده شود که این نیز با تشدید علائم همراه است.

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

توصیه‌های غذایی در بیماران مبتلا به روده تحریک‌پذیر

- **لاکتوز:** سوء جذب لاکتوز (قند شیر) در حدود ۵۰ درصد بیماران مبتلا به روده تحریک‌پذیر، بسته به نژاد افراد، مشاهده می‌شود. 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 تحریک‌پذیر، هدف کاهش مصرف قندهای ساده است، به ویژه در بیماران مبتلا به یبوست یا در بیمارانی که دفع مدفوع آن‌ها بین یبوست و اسهال در تغییر است. البته مشخص شده که عوامل حجم‌دهنده مدفوع، چه فیبر نامحلول (مانند سبوس گندم) یا فیبر محلول (مانند پسیلیوم)، در بهبود علائم روده تحریک‌پذیر مؤثر نیستند. دریافت فیبر نامحلول در بیماران مبتلا به روده تحریک‌پذیر توصیه نمی‌شود 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 تحریک‌پذیر، حساسیت و پاسخ علائم به دریافت کافئین تشدید می‌شود. بسیاری از این بیماران تشدید علائم را به دنبال مصرف کافئین گزارش می‌نمایند و معمولاً دریافت کافئین را محدود کرده، یا از آن اجتناب می‌نمایند.
- **الکل:** یک عامل محرک ایجاد علائم در حدود ۳۳ درصد بیماران مبتلا به روده تحریک‌پذیر است.
- **چربی:** چربی خوراکی معمولاً محرک ایجاد علائم گوارشی در بیماران مبتلا به روده تحریک‌پذیر است؛ به ویژه پس از وعده‌هایی که حاوی مقادیر زیادی خامه، روغن و کره است. چربی یک عامل محرک حرکات روده است و عبور گاز در روده تحریک‌پذیر را مختل می‌کند.
- **گلوتن^۱:** به عنوان یک عامل محرک علائم گوارشی مطرح است و معمولاً برای بیماران مبتلا به روده تحریک‌پذیر مشکل‌ساز است. پس از ورود مجدد گلوتن به رژیم غذایی افرادی که قبلاً رژیم فاقد گلوتن دریافت می‌نمودند، علائم بیماری عود می‌کند.
- **پروبیوتیک‌ها:** مشخص شده پروبیوتیک‌ها سازوکارهای متعددی دارند که ممکن است در درمان روده تحریک‌پذیر مهم باشند. این سازوکارها شامل تأثیرات ضدالتهابی، تعدیل‌کننده 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 خوش‌خیم 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 می‌شود.

و عبارتند از:

- ترشح هورمون های انسولین و گلوکاگون که تنظیم قند خون را بر عهده دارند.
- ترشح آنزیم های مورد نیاز جهت هضم غذا
- ترشح بی کربنات برای خنثی کردن اسید معده

التهاب حاد لوزالمعده

التهاب حاد لوزالمعده، یک وضعیت التهابی شدید است که عمدتاً با سنگ کیسه صفرا یا مصرف بالای الکل، یا علل دیگری شامل آسیب، جراحی، افزایش سطح تری گلیسیرید خون، یا واکنش های دارویی در ارتباط است. بسیاری از عوارض مرتبط با التهاب حاد لوزالمعده، می توانند بر تحمل تغذیه روده ای 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 یون ها، ورم دستگاه گوارش و بروز اسهال و انسداد، ورم محیطی، آب آوردن شکم و حتی مرگ سلول های روده بزرگ هستند.

التهاب مزمن لوزالمعده

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

سرطان لوزالمعده

سرطان لوزالمعده حدود ۲ تا ۳ درصد موارد بروز همه سرطان ها 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 می شود؛ بنابراین، درمان و کنترل آن معمولاً دشوار و حتی غیرممکن است. موارد بروز سرطان لوزالمعده در چند دهه اخیر افزایش یافته و با بالا رفتن سن مرتبط است. بیشترین موارد بروز آن در سنین ۶۵-۷۵ سال مشاهده می شود. 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 فرآورده های گوشتی فرآوری شده، افزایش مقدار کل چربی دریافتی، چربی های اشباع، به ویژه با منبع گوشت قرمز و فرآورده های 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 تغذیه ای

- **درد:** یک علامت عمده در هر دو نوع بیماری خوش خیم و بدخیم لوزالمعده است و می تواند در ایجاد و گسترش سوء تغذیه نقش مهمی داشته باشد. درد معمولاً با دریافت غذا در ارتباط است و این به علت تحریک ترشحات

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

• **ناکافی بودن ترشح هورمون‌های لوزالمعده:** به دنبال جراحی لوزالمعده، ممکن است دیابت رخ داده و بیمار را مستعد حملات قند خون کند. تجویز انسولین معمولاً مورد نیاز است و باید اطمینان حاصل شود که برای بیماران مبتلا به سوء تغذیه، محدودیت نامتناسب انرژی تجویز نشود.

• **ناکافی بودن آنزیم‌ها و بی‌کربنات:** سوء جذب ناشی از ترشح ناکافی آنزیم‌ها و بی‌کربنات توسط لوزالمعده، منجر به ایجاد علائم مختلفی مانند اسهال چرب، نفخ شکم، کاهش وزن غیر قابل توجیه، کمبود ریزمغذی‌ها و به دنبال آن، کم خونی و کمبود ویتامین‌های محلول در چربی می‌شود. سوء جذب معمولاً با درمان جایگزینی آنزیم‌های لوزالمعده کنترل می‌شود. بیشتر بیماران مبتلا به اختلالات کبدی، باید در ابتدای مصرف هر وعده غذایی یا میان وعده، این آنزیم‌ها را دریافت نمایند.

توصیه‌های تغذیه‌ای در اختلالات لوزالمعده

• **رژیم‌های غذایی کم چرب:** در حال حاضر پذیرفته شده که مصرف رژیم‌های غذایی کم چرب، سوء تغذیه را تشدید می‌کند. بنابراین، محدودیت چربی تنها برای کنترل علائم در افرادی که به درمان جایگزینی آنزیم‌های لوزالمعده پاسخ نمی‌دهند، توصیه می‌شود. حمایت تغذیه‌ای در این بیماران باید شامل دریافت رژیم‌های غذایی پرکالری، پر پروتئین، همراه با جایگزینی آنزیم‌های لوزالمعده باشد.

• **کمبود ریزمغذی‌ها:** کمبود ویتامین D در بیماران اهمیت بیشتری دارد و با نرمی و پوکی استخوان در ارتباط است. مواردی از کمبود ویتامین A و بروز شب‌کورگی، کمبود سلنیوم، روی و ویتامین ای و حتی کم خونی هم در این بیماران گزارش شده است.

تجویز مکمل کلسیم و ویتامین D، پایش منظم وضعیت ویتامین D و هورمون پاراتیروئید و نیز بررسی منظم وضعیت استخوان در بیماران مبتلا به اختلالات لوزالمعده توصیه می‌شود.

بیماری‌های مزمن کبدی

آسیب کبدی ممکن است طی سال‌ها ایجاد شود و در ابتدا به شکل رسوب چربی در کبد (کبد چرب) بروز کرده، با ایجاد التهاب و در نهایت بیماری «سیروز برگشت‌ناپذیر» ادامه می‌یابد. در این بیماران، معمولاً سطح آنزیم‌های کبد افزایش پیدا می‌کند. البته بسیاری از بیماران بدون علامت هستند و اختلال عملکرد کبد در آن‌ها مشاهده نمی‌شود. بیماری کبد چرب غیرالکلی، یکی از شایع‌ترین و مهم‌ترین بیماری‌ها در این گروه است.

شیوع بیماری کبد چرب غیرالکلی با بالا رفتن سن، افزایش می‌یابد. این بیماری با مقاومت به انسولین، دیابت، فشارخون بالا و چاقی (به ویژه چاقی شکمی) در ارتباط است. حدود نیمی از افراد مبتلا به کبد چرب غیرالکلی، بدون علامت هستند و بسیاری از آن‌ها، علائم غیراختصاصی مانند خستگی 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 شامل زمینه ژنتیکی، فعالیت بدنی ناکافی، افزایش

دریافت کالری، چاقی، به ویژه چاقی شکمی و مقاومت به انسولین است. مصرف چربی های ترانس با ابتلا به بیماری کبد چرب غیرالکلی و التهاب کبدی در ارتباط است و دریافت چربی اشباع، یک عامل خطر ابتلا محسوب می شود. ارزیابی تغذیه ای در بیمار مبتلا به کبد چرب غیرالکلی شامل بررسی وزن، نمایه توده بدنی، سطح کلسترول خون، تری گلیسیرید، اندازه دور کمر و بررسی دریافت های غذایی است.

توصیه های تغذیه ای 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 کم کالری به تنهایی و یا از طریق دریافت رژیم غذایی همراه با افزایش فعالیت بدنی، تجمع چربی در داخل سلول های کبدی را به طور کلی کاهش می دهد. باید توجه داشت که برای پیش گیری 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 می کند، 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 می تواند با سطح غیرطبیعی آنزیم های کبدی، تسریع فیبری شدن کبد و تشدید تجمع چربی در کبد مرتبط باشد. برای حمایت از پیروی بیماران از رعایت رژیم غذایی تجویز شده، می توان درمان های شناختی- رفتاری و نیز ترغیب افراد برای حضور در گروه های حمایتی را توصیه کرد. این بیماران باید رژیم های غذایی کم کربوهیدرات، با سطح پایین چربی اشباع و دارای میوه و سبزی بیشتر دریافت کنند و از مصرف نوشیدنی های حاوی فروکتوز بالا اجتناب نمایند. در صورت بالا بودن مقدار تری گلیسیرید، مصرف دو واحد ماهی چرب در هفته برای این بیماران توصیه می شود. اگر بیمار مبتلا به دیابت باشد، کنترل مطلوب قند خون طبق توصیه پزشک و در صورت بالا بودن 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 فعالیت های 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 کم تری نشان می دهد؛ با این 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 (به ویژه در صورت وجود بیماری های زمینه ای) 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 می بخشد؛ 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 نمی شود.

● **مواد معدنی:** توجه به سطح منیزیم و روی در بیماران مبتلا به کبد چرب غیرالکلی و در صورت لزوم، اصلاح آن ها از طریق دریافت مواد غذایی حاوی این مواد اهمیت دارد.

● **سایر توصیه ها:** اسیدهای چرب امگا-۳ می توانند برای کنترل و درمان تری گلیسیرید 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 از دست دادن توانایی انجام امور روزمره زندگی و در نهایت از دست دادن استقلال فردی و کاهش تحرک کلی بدن همراه است. افزایش خطر زمین خوردن، 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 ضد اکسیدانی هستند - در پیش‌گیری از کاهش توده عضلانی و استحکام آن نقش دارد. مصرف میوه و سبزی تازه به منظور دریافت ضد اکسیدان‌ها 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 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 نشان‌دهنده 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 تحمل‌کننده 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 کم‌چرب 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، به ویژه 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 دستیابی به سطوح توصیه شده، توجه ویژه به ویتامین B_{۱۲}، 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 کم‌چرب 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.

شاید بتوان کاهش وزن را درمان اولیه و یا اصلی‌ترین درمان التهاب مفاصل و استخوان‌ها دانست. اضافه وزن باعث فشار بر مفاصل می‌شود و وضعیت بیماری را بدتر می‌کند. کاهش وزن خود دارای اثر ضدالتهابی نیز هست، زیرا کاهش توده چربی باعث کاهش تولید واسطه‌های التهابی ناشی از بافت چربی می‌شود.



تغذیه در سالمندان مبتلا به دیابت

دیابت یکی از شایع‌ترین بیماری‌های غیرواگیر در سطح جهان و عامل مهم مرگ و میر و ناتوانی در جوامع مختلف از جمله ایران است. مشخصه بیماری دیابت، سطح بالای قند خون و اختلال سوخت و ساز قند و چربی و پروتئین در بدن است. توصیه‌های درمانی رایج برای کنترل و درمان مبتلایان به این بیماری، شامل استفاده از داروهای خوراکی و تزریق انسولین برای کاهش قند خون، همراه فعالیت بدنی و رژیم غذایی است. دستورالعمل‌های درمانی جدید، تأکید بیشتری بر استفاده از رژیم غذایی مناسب و افزایش فعالیت بدنی دارند و تغذیه مناسب و مصرف پروتئین کافی را برای سالمندان مبتلا به دیابت توصیه می‌کنند. انجام ورزش منظم شامل فعالیت‌های هوازی، ورزش‌های تحمل‌کننده وزن بدن و یا تمرین‌های مقاومتی در همه سالمندانی که می‌توانند با امنیت کامل به چنین فعالیت‌هایی 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 رژیم‌های 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.

توصیه‌های 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 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 رژیم‌های محدودکننده باید خودداری شود. این رژیم‌ها 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 دستورالعمل‌های 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.
- به بیماران توصیه می‌شود که در رژیم غذایی خود کربوهیدرات در مقادیر مناسب، غلات کامل، میوه‌ها، سبزیجات و شیر کم چرب داشته باشند. عدم تعادل مایعات به دلیل کاهش حساسیت به تشنگی و در دسترس نبودن مایعات، سالمندان را در معرض خطر بیشتر کم آبی و عوارض دیابت قرار می‌دهد. لذا باید به دریافت مایعات در سالمندان مبتلا به دیابت نیز توجه شود.
- کنترل وزن، نقش مهمی در کنترل دیابت دارد و میزان مقاومت سلول‌ها به انسولین 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 طور کلی کاهش وزن و محدودیت کالری در بزرگسالان با سن بالاتر مبتلا به دیابت توصیه نمی شود 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 می شود. هم چنین باید توجه داشت که رژیم کم چرب و با پایه گیاهی، باعث کاهش وزن در افراد دارای اضافه وزن می شود و همین مسئله باعث بهبود حساسیت به انسولین و کنترل قند خون می شود.

فاصله گذاری بین وعده ها (توزیع دریافت مواد مغذی، به ویژه قندها در طول روز) و خوردن صبحانه اثرات سودمندی بر روی 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 کربوهیدرات ها 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 آن هاست. تغذیه ناکافی به ویژه دریافت ناکافی پروتئین می تواند 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 می شود از لوبیا، سبزیجات، سبوس جوی دو سر، بنشن ها، 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 کم تر از شش گرم در روز توصیه می شود.
- برای اطمینان از دریافت کافی ویتامین ها و مواد معدنی از رژیم غذایی، پس از مشورت با پزشک یا کارشناس تغذیه، دریافت روزانه یک مکمل مولتی ویتامین مینرال می تواند مفید باشد.
- بر اهمیت وعده های منظم غذایی، استفاده از داروها و فعالیت بدنی متعادل تأکید می شود.
- لازم است توجه به برچسب های مواد مغذی آموزش داده شود تا در هنگام خرید کردن به آن توجه کنند.
- افراد دچار اضافه وزن را به انجام فعالیت بدنی تشویق کنید. کاهش وزن و فعالیت بدنی، روش های مداخله ای شناخته شده ای برای رسیدن به وزن مناسب و حفظ وزن کاهش یافته در بیماران دیابتی دارای اضافه وزن است.

در پیش گرفتن یک برنامه خودمدیریتی شیوه زندگی (شامل رژیم مدیترانه ای با چربی اشباع کم، درمان و کنترل استرس، حمایت گروهی و ترک مصرف دخانیات) می تواند خطر بیماری های قلبی - عروقی را در زنان یائسه مبتلا به دیابت نوع دو کاهش دهد.

تغذیه در سکنه مغزی



سکنه مغزی یکی از بیماری های حاد شایع در جهان است که منجر به مرگ و ناتوانی فیزیکی در بزرگسالان می شود. مغز به شبکه ای از عروق خونی وابسته است که خون حاوی مواد مغذی و اکسیژن را به آن می رسانند. سکنه مغزی زمانی رخ می دهد که یکی از عروق مغزی، دچار انسداد یا پارگی شود. در نتیجه خون رسانی

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، کم‌تحركی، 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 میان وعده، 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، به ویژه در موز، کیوی، زردآلو، پرتقال، طالبی، سیب زمینی، اسفناج و گوجه‌فرنگی وجود دارد.

- آجیل‌ها (مغزها) و دانه‌ها، حاوی منیزیم، پتاسیم و چربی‌های غیراشباع هستند و مصرف روزانه ۳۰-۲۰ گرم از آن‌ها برای سلامت قلب و عروق و پیش‌گیری از سکته مغزی توصیه می‌شود.
- حبوبات، حاوی منیزیم، پتاسیم و فیبر هستند. در میان غذاهای مختلف، بیشترین میزان فیبر در حبوبات وجود دارد. سعی کنید در بیشتر روزها آن‌ها را در برنامه غذایی خود بگنجانید.
- دریافت منظم شیر و سایر محصولات لبنی کم چرب توصیه می‌شود. لبنیات حاوی کلسیم، پتاسیم، منیزیم و پروتئین هستند. پنیر کم‌نمک و ماست هم منبع خوب لبنیات هستند. توجه داشته باشید که انواع کم‌چرب را انتخاب کنید.
- برای سلامت قلب و عروق، دریافت ماهی‌های چرب و نیم‌چرب، دو بار در هفته توصیه می‌شود. غذاهای دریایی و ماهی‌های چرب، حاوی اسیدهای چرب امگا-۳، ویتامین D و سایر مواد مغذی هستند. ماهی آزاد، شیر و قزل‌آلای رنگین‌کمان حاوی امگا-۳ به میزان مناسب هستند.
- به منظور حفظ سلامتی، دریافت کافی منابع پروتئینی توصیه می‌شود. ترجیحاً از گوشت سفید، مانند ماهی یا مرغ بدون چربی استفاده شود. تخم‌مرغ 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 به ویژه چای سبز با خطر کم‌تر سکته مغزی همراه است. این نوشیدنی‌ها حاوی ترکیباتی با خاصیت آنتی‌اکسیدانی 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 می‌برد 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 می‌شوند. در صورت ابتلا به بیماری‌های 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 گوشت‌های 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 می‌دهند. به علاوه گوشت‌های فرآوری شده دارای نمک زیادی هستند که می‌تواند منجر به پرفشاری خون شوند. چربی گوشت را بگیرید.
- در مصرف نمک و غذاهای حاوی آن، میانه‌روی کنید. نمک باعث احتباس مایعات در بدن و افزایش فشارخون می‌شود. ارتباط قوی بین مصرف نمک زیاد و ابتلا به سکته مغزی وجود دارد. سر سفره از نمک‌دان استفاده نکنید. به جای نمک، از ادویه و آب‌لیمو برای طعم‌دار کردن غذا استفاده کنید. ترجیحاً به جای مواد غذایی کنسرو شده، از غذاهای تازه استفاده کنید. در انتخاب میان‌وعده‌ها و تنقلات دقیق باشید. بسیاری از میان‌وعده‌ها مانند چیپس، آجیل‌های شور و بیسکویت‌ها حاوی مقادیر بالای سدیم و نمک هستند. ترجیحاً میان‌وعده‌های سالم مانند سبزی و میوه را انتخاب کنید.

- از غذاهای آماده، کنسرو، فرآیند شده و منجمد شده به صورت صنعتی و سس های آماده کم تر استفاده کنید. در این مواد غذایی نمک به عنوان نگهدارنده استفاده می شود.
- در مصرف و انتخاب روغن ها و غذاهای چرب دقت کنید. روغن های حیوانی، کره، چربی گوشت و لبنیات حاوی مقادیر زیاد اسیدهای چرب اشباع هستند. رژیم های غذایی حاوی مقادیر زیادی اسیدهای چرب اشباع، با افزایش کلسترول خون همراه هستند و خطر بیماری های قلبی - عروقی را افزایش می دهند؛ بنابراین لازم است محدود شوند. اسیدهای چرب اشباع، علاوه بر منابع حیوانی در برخی روغن های گیاهی مانند روغن پالم و نارگیل نیز یافت می شوند.
- از مصرف مارگارین (کره گیاهی)، روغن های نباتی جامد و غذاهای تهیه شده با آن ها مانند کیک ها، کلوچه های صنعتی، شیرینی ها، بیسکویت ها و غذاهای سرخ شده بپرهیزید. روغن ها 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 بیماری های قلبی - عروقی همراه هستند.
- به جای کره، مارگارین و روغن جامد از روغن های مایع، به ویژه روغن زیتون، کانولا و کنجد و مغزها و دانه ها مانند ارده استفاده کنید. روغن های ذکر شده، مغزها و دانه ها، حاوی اسیدهای چرب غیراشباع هستند که برای سلامت قلب و عروق مفیدند.
- در مصرف قند و شکر و غذاهای حاوی آن ها تعادل را رعایت کنید. دریافت زیاد قند و شکر با فشارخون بالا، چاقی، دیابت و چربی خون بالا که عوامل خطر سکتته هستند، ارتباط دارد. عسل، مربا، نوشابه ها، آب میوه ها و نوشیدنی های شیرین حاوی قندهای ساده هستند. تعداد دفعات مصرف و میزان مصرف آن ها در هر بار را کاهش دهید. نوشیدنی های حاوی قند، اثرات نامطلوبی بر چربی و قند خون دارند و با افزایش خطر سکتته مغزی همراه هستند. در مصرف خرما و توت هم افراط نکنید.
- از مصرف خودسرانه مکمل ها بدون تجویز پزشک یا کارشناس تغذیه خودداری کنید. در صورت نیاز شما و در موارد کمبود، این مکمل ها توسط آنان تجویز می شوند. مصرف بیش از حد و خارج از نیاز این مکمل ها نه تنها مفید نیست، بلکه می تواند 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 تغذیه ای مندرج بر روی مواد غذایی را بخوانید و از محتوای مواد مغذی آن (انرژی، چربی به ویژه اسیدهای چرب اشباع و ترانس، سدیم و فیبر) آگاه شوید و در نتیجه سالم تر خرید کنید.
- سعی کنید وزن خود را کنترل کنید. البته به طور کلی کاهش وزن به جز در شرایط خاص در افراد سالمند توصیه نمی شود؛ 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 سبزی ها و عادات غذایی سالم به کنترل وزن کمک می کند. 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 در صورتی که منعی وجود ندارد، سعی کنید حداقل پنج روز در هفته نیم ساعت پیاده روی 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 سالم تر، موارد زیر را در نظر داشته باشید:

- **واقع بین باشید:** هر ماه یک یا دو تغییر کوچک نظیر اضافه کردن 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 سالم تری داشته باشید.

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

تغذیه پس از سکتة مغزی

تغذیه مناسب بعد از سکتة 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 سکتة بعدی را کاهش دهد و نیازهای هنگام درمان را برطرف سازد. در دوران نقاهت پس از سکتة مغزی، باید غذای کافی به منظور تأمین پروتئین، انرژی و سایر مواد مغذی دریافت شود. لازم است وزن بیمار مرتب اندازه گیری 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، سنگگ 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، لویاسبز 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 دست کم 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 به ویژه 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 رقیق شده 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 سکتة 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 سکتة مغزی

- سکتة مغزی ممکن است بر غذا خوردن اثر بگذارد. پس از سکتة، 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. در صورتی که 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 سکتة مغزی، مبتلا به سوء تغذیه باشد، خطر مرگ و میر و عوارض بیماری در وی بیشتر است. معمولاً در هفته اول بعد از سکتة، وضعیت تغذیه بیمار بدتر می‌شود. فرد مبتلا به سوء تغذیه در بسیاری از موارد اشتها 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. به طور کلی در موارد کاهش وزن پس از سکتة مغزی، در صورتی که 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. اضافه کردن 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 غنی کردن غذاها موارد عملی زیر پیشنهاد می شود:

- غنی کردن غذاها می تواند با استفاده از موادی مانند روغن، خامه، شیر خشک و یا محصولات ویژه موجود در بازار انجام شود. برای افزودن چربی می توان 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.
- می توانید به شیر، ماست و سوپ، یک قاشق غذاخوری شیر خشک یا پودر پروتئینی اضافه کنید.
- به سوپ یا برنج می توان کره یا خامه یا روغن زیتون افزود.
- استفاده از مکمل های تغذیه ای 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 میان وعده مصرف شوند. البته درباره زمان مصرف نیز هماهنگی با عادات قبلی، بسیار مهم است. توصیه می شود این مکمل ها حداقل یک ماه مصرف شوند و در پایان ماه، وزن فرد اندازه گیری 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 پرهیزید؛ چرا که می توانند عوارض جبران ناپذیری داشته باشند.
- جایگزین کردن غذاهای کم انرژی و کم پروتئین با غذاهای حاوی انرژی و پروتئین بیشتر می تواند کمک کننده باشد. به عنوان مثال، به جای ماست کم چرب 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 این که 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 ذات الریه ناشی از ورود مواد غذایی یا ترشحات دهان به ریه هستند که می تواند عارضه ای 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 غذا خوردن 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 یک دست 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 تخم مرغ 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 هم چنان باید نرم باشد؛ در حدی که 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 قطعه‌قطعه 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 می‌کند، بلع را راحت‌تر می‌کند 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 غذا خوردن 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، نزدیک کردن چانه به گردن هنگام غذا خوردن، می‌تواند موجب کاهش سرعت عبور لقمه شود. در مواردی که بیمار به هر دلیلی دچار ضعف عضلات یک طرفه 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 ضعیف‌تر 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. لقمه‌ها 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 می‌شود، در غذای بیمار توصیه می‌شود. هنگام غذا خوردن تمام تمرکز بیمار باید بر بلع باشد و هر عامل محیطی که می‌تواند حواس بیمار را پرت نماید (مانند تلویزیون یا رادیو) باید حذف شود. بعد از اتمام غذا به منظور اطمینان از باقی نماندن تکه‌های مواد غذایی در دهان، باید دهان بیمار با آب شست و شو 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 - می‌تواند 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 ژله‌ای یا آب غلیظ شده که از حل کردن ورق یا پودر ژلاتین در آب گرم و سپس خنک کردن آن در یخچال تهیه می‌شود، برای بیمار کم‌خطرتر خواهد بود. هم‌چنین مصرف آب گازدار یا سودا نیز موجب کاهش خطر ورود محتویات معده و مری به داخل ریه بیمار می‌شود. مایعات را می‌توان 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 آن‌ها به دستگاه تنفس را کاهش می‌دهد؛ 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 آن‌ها 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 بررسی‌های متعدد انجام شود.
- تغلیظ مایعات می‌تواند با استفاده از نشاسته ذرت یا پودرهای غذای کودک (سرلاک) با طعم‌های مختلف و یا سایر تغلیظ‌کننده‌های 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 می‌تواند منجر به کاهش دریافت آب و سایر مایعات شود، بنابراین در این موارد توجه به دریافت مایعات کافی و پیش‌گیری از کم‌آبی 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 می‌شود و موجب بهبود عملکرد بلع در بیماران می‌گردد.

۵. استفاده از ابزارهای کمکی

وسایل کمکی برای خوردن و آشامیدن بیماران طراحی شده که به بهبود وضعیت دریافت غذایی آن‌ها کمک می‌کند. این ابزارها شامل قاشق‌ها و لیوان‌هایی است که به واسطه طراحی خاص خود، باعث کاهش خطر ورود محتویات معده و مری به داخل ریه می‌شوند.

در بیماران مبتلا به سکته مغزی، معمولاً بلع مایعات رقیق مانند آب و آب میوه مشکل‌تر از غذاهای جامد است. بلع مایعات نیاز به کنترل و هماهنگی به موقع و سریع دارد. مایعات به راحتی وارد ریه می‌شوند و به دنبال آن ممکن است عارضه خطرناک ذات‌الریه ایجاد شود. حتی ورود بزاق فرد به دستگاه تنفس می‌تواند این عارضه خطرناک را ایجاد کند.

نکات مهم درباره تغذیه در افراد مبتلا به اختلال بلع

- از غذاهایی که به راحتی در دهان خرد می‌شوند و قطعات آن از هم جدا می‌شود، بپرهیزید. دریافت این غذاها احتمال خفگی را زیاد می‌کنند.
- از مواد غذایی نرم، آب‌دار و یا پوره استفاده کنید.
- افزایش تعداد وعده‌های غذایی و کاهش حجم در هر وعده غذایی، می‌تواند به بهبود عمل بلع و برآوردن نیازهای تغذیه‌ای کمک کند.
- سعی کنید لقمه‌های 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.
- نان‌ها، بیسکویت‌ها، کیک‌ها 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 گوشت‌ها بهتر است به صورت چرخ‌شده و کاملاً پخته و آب‌دار مصرف شوند.
- سبزی‌های به‌کار رفته در تهیه غذاها کاملاً پخته و نرم باشند و در صورت استفاده از سبزی‌های خام، سبزی‌هایی با بافت نرم انتخاب و کاملاً جویده شود و در صورت تهیه سالاد، از سالادهای رنده‌شده و آب‌دار استفاده گردد.
- میوه‌های خام بهتر است به صورت پوره و همراه با آب میوه مصرف شوند.
- در هنگام غذا خوردن از حرف زدن بپرهیزید و حواستان به غذا خوردن باشد.
- وقتی که یک طرف دهانتان ضعیف است، غذا را در طرف قوی‌تر قرار دهید.
- در پایان غذا خوردن، داخل‌گونه‌ها را بررسی کنید تا غذا در آن جا باقی‌نمانده باشد.
- افراد مبتلا به اختلال بلع برای دریافت مایعات، نباید از نی استفاده کنند.
- در برخی بیماران نیز، تمرین‌ها و ورزش‌هایی که عضلات بلع را تقویت می‌کند، می‌تواند مفید باشد. تقویت عضلات تنفسی بازدمی و ورزش‌های مرتبط می‌تواند 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 می‌توان استفاده کرد.
- حتی در صورت ایجاد تغییر در قوام غذا و مصرف غذاهای نرم یا پوره‌شده و تغلیظ مایعات، بیمار همچنان در معرض خطر ورود مواد به دستگاه تنفس، کم‌شدن آب بدن و سوء تغذیه است. بنابراین باید به‌طور مرتب، وزن بیمار اندازه‌گیری شده، از نظر کم‌آبی 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

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

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

سایر علل سرطان قابل پیش گیری نیست. در حال حاضر مهم ترین عامل خطر غیر قابل پیش گیری برای سرطان، سن است. عوامل ژنتیکی می توانند در ایجاد سرطان نقش داشته باشند. کد ژنتیکی یک شخص به سلول های خود می گوید که کی باید تقسیم شوند و بمیرند. تغییر در ژن ها می تواند منجر به دستورات عملی 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 می گذارند. بعضی از ژن ها پروتئین هایی را تغییر می دهند که معمولاً سلول های آسیب دیده را ترمیم می کنند و این تغییر، می تواند منجر به سرطان شود. اگر والدین این ژن ها را داشته باشند، می توانند دستورات عملی های تغییر یافته را به فرزندان خود منتقل کنند. برخی تغییرات ژنتیکی بعد از تولد رخ می دهند و عواملی مانند دخانیات و قرار گرفتن زیاد در معرض آفتاب می توانند خطر رخ دادن این تغییرات را افزایش دهند.

عوارض جانبی در بیماران سرطانی و راهکارهایی برای بهبود دریافت تغذیه ای در این عوارض

۱. تهوع و استفراغ در سرطان

تهوع و استفراغ از شدیدترین عوارض جانبی شیمی درمانی در بیماران مبتلا به سرطان است. تهوع و استفراغ ناشی از شیمی درمانی و اشعه درمانی از جمله شایع ترین، مقاوم ترین و ناخوشایندترین عوارض جانبی در بیمارانی است که تحت درمان سرطان هستند. تهوع و استفراغ حدوداً ۶۰ درصد بیماران مبتلا به سرطان در مراحل مختلف را تحت تأثیر قرار می دهد. بروز حاد و با تأخیر تهوع و استفراغ پس از شیمی درمانی، حتی پس از مصرف داروهای ضد تهوع، بیش از ۵۰ درصد است. تهوع و استفراغ معمولاً در ۴۸-۲۴ ساعت اول شیمی درمانی ایجاد می شود و می تواند تا ۲-۵ روز باقی بماند. حتی با بهترین داروهای ضد تهوع، بیش از نیمی از بیماران مبتلا به سرطان، 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 شیمی‌درمانی را بهبود می‌بخشد. مکمل زنجبیل در دوز ۵/۰ 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 ضد تهوع قبل از وعده غذایی باعث می‌شود اثر دارو در طول وعده و بعد از آن باقی بماند.
- مصرف وعده‌های کوچک و مکرر و میان وعده‌هایی 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 قرار گرفتن در محیط‌هایی که در آن غذا طبخ می‌شود، اجتناب کنند.
- عدم مصرف غذاهایی که تند، چرب و پرنمک هستند، کمک‌کننده است.
- اضافه کردن برخی غذاها که به عنوان «غذاهای آسان» به ویژه برای بیماران شناخته می‌شوند (مثل جو دو سر، ماکارونی و پنیر)، در حد نیاز توصیه می‌شود.
- اگر بیمار تهوع صبحگاهی دارد، مصرف کراکرها (بیسکویت‌های ترد و شکننده) در رختخواب و بلافاصله پس از بیدار شدن توصیه می‌شود.
- بهتر است بیمار غذا را در محیطی که تهویه مطلوب دارد و دور از بوی غذا باشد (مثلاً 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، سیب زمینی آب‌پز یا نودل‌ها، منابع با پروتئین و چربی کم مثل مرغ بدون چربی، بوقلمون، تخم مرغ، هلو و گلابی کنسرو شده، پوره سیب، یا سایر میوه‌ها و سبزی‌های نرم و مخلوط، مایعات صاف شده مثل آب سیب و زغال‌اخته، آب‌گوشت کم‌نمک، چای، چای‌های زنجبیلی و نعنائی (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

تلویزیون، خواندن مجله، صحبت با فرد مورد علاقه، بازی با یک حیوان خانگی و ... می‌تواند 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، به ویژه قبل و بعد از شیمی درمانی مهم است.
- بیماران تازمانی که تهوع آن‌ها کنترل نشده، باید از خوردن و نوشیدن پرهیز کنند.
- توصیه می‌شود بیماران تلاش کنند حجم‌های کوچک مایعات شفاف مثل آب، آب گوشت، آب سیب و زغال اخته و سایر آب میوه‌های بدون قطعات میوه، دم‌نوش زنجبیل، دسرهای ژلاتینی، نوشیدنی‌های ورزشی، آب سبزی‌ها و چای مصرف کنند.
- تمرین‌های رفتاری مثل آرام‌سازی 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 الکترولیت‌ها به میزان کافی مصرف شوند.
- پرهیز از صرف غذا حداقل دو ساعت پیش از درمان، ضرورت دارد.

۲. بی‌اشتهایی

بی‌اشتهایی منجر به کاهش غیرارادی دریافت غذا و سوء تغذیه می‌شود. در بیشتر موارد، بی‌اشتهایی سرطان با حمایت‌های تغذیه‌ای و درمان علت بیماری، قابل اصلاح است. با این حال، بی‌اشتهایی 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. سوء تغذیه باعث کاهش پاسخ‌دهی به شیمی‌درمانی و اشعه‌درمانی، افزایش مرگ و میر بعد از عمل در بیماران سرطانی، بدتر شدن کیفیت زندگی و به علاوه کاهش بقا می‌شود. بیش از ۵۰ درصد بیماران مبتلا به سرطان، از بی‌اشتهایی ناشی از سرطان یا درمان سرطان رنج می‌برند. این وضعیت می‌تواند در بیماران مبتلا به سرطان‌های پیشرفته یا بیماران مبتلا به سرطان‌های لوزالمعده و دستگاه گوارش بیشتر باشد. بی‌اشتهایی، شایع‌ترین علت سوءتغذیه در بیماران سرطانی است. مطالعات اخیر نشان می‌دهند که درمان بی‌اشتهایی، مثل لاغری ناشی از سرطان، در افراد مسن سخت‌تر از افراد جوان است.

در صورت بی‌اشتهایی، توصیه‌های زیر را رعایت کنید:

- وعده‌های غذایی را در حجم کم و تعداد دفعات بیشتر مصرف کنید.
- در زمان‌هایی که اشتها بیشتری دارید، مواد غذایی بیشتری مصرف کنید.
- لازم است مصرف مایعات همراه با وعده‌های غذایی در حد ضرورت باشد تا باعث پر شدن معده و احساس سیری نشود. بهتر است مایعات در فاصله وعده‌های غذایی، به میزان کافی مصرف شود.
- غذاها به نحوی تهیه شوند که طعم، بو و رنگ آن‌ها اشتها آور باشد.
- از چاشنی‌های اشتها آور مانند آب‌لیمو، آب‌غوره، سرکه، رب‌گوجه‌فرنگی و ترشی‌های تهیه شده با سرکه در رژیم غذایی خود استفاده کنید. البته در صورتی که سبب بروز مشکلات دهانی یا مشکلات گوارشی نمی‌شوید.
- از مصرف غذاهای پرچربی و غذاهای نفاخ پرهیز کنید؛ چرا که سبب سیری زودرس می‌شوند.
- قبل از وعده‌های غذایی، در صورت امکان، ورزش مختصر از قبیل قدم‌زدن یا نرمش انجام 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 دستورالعمل‌هایی 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 دهنده‌های «کالری» و «پروتئین» و مکمل یاری تغذیه‌ای برای اطمینان از دریافت پروتئین بسیار مهم است. اگر دریافت پروتئین ناکافی بود، باید از مکمل‌های پروتئینی که به‌نوشیدنی‌های طعم دار اضافه می‌شوند، استفاده کرد. مکمل یاری با مولتی‌ویتامین‌ها 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 درمان‌های 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 می‌دهد، وضعیت تغذیه را به خطر انداخته، موجب اختلال در مجموعه درمان‌ها، عدم تحمل درمان و اختلال در روند بهبودی حاصل از مداخلات درمانی می‌شود و کیفیت زندگی را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد.

تغییر در حواس چشایی و بویایی مانند کاهش حس چشایی و مزه‌فلزی 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 حالی که 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 حالی که 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 بی‌زاری‌های غذایی و کاهش دریافت انرژی و مواد مغذی تظاهر پیدا می‌کند. نارسایی چشایی ممکن است به دلیل آسیب‌های وارده به جوانه‌های چشایی، تا زمان پاک شدن داروها از بدن باقی بماند. اکثر بیماران که با اشعه درمانی در ناحیه

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

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 ۸۰ درصد بیماران که مقادیر بالای داروهای شیمی درمانی قبل از پیوند سلول های خونساز دریافت کرده اند و یا در بیماران که تحت درمان با مقادیر استاندارد شیمی درمانی قرار داشته اند، دیده می شود. 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 پیش گیری 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 و بشو 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 پرادویه 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.

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

۶. اختلال بلع

اختلال بلع به علل مختلفی از جمله اختلال در ساز و کار بلع - که در سرطان شایع است - و اختلال دستگاه عصبی - عضلانی ایجاد می شود. در بیماران مبتلا به سرطان، اختلال بلع یکی از علائم شایع ناشی از تومورهای دهان، مری، سر، گردن و مغز است یا در اثر شیمی درمانی و جراحی سرطان ها یا در اثر ضعف عمومی ناشی از عدم استفاده یا کاهش استفاده از عضلات بلعی ایجاد می شود. اختلال بلع طولانی مدت می تواند منجر به دریافت تغذیه ای ناکافی، سوء تغذیه، کاهش وزن، تشدید بیماری و پیامدهای درمان و در نهایت، کاهش کیفیت زندگی بیمار شود.

عدم تشخیص و درمان اختلال بلع، می تواند منجر به ورود محتویات هضم شده یا ترشحات بزاقی یا هر دو، از طریق نای به داخل ریه شود و ذات الریه ایجاد کند و اگر این وضعیت مکرر رخ دهد، بیماری های مزمن ریوی ایجاد می شوند.

اگر علت اختلال بلع، وجود تومور باشد، درمان اولیه شامل جراحی تومور و بازگرداندن مجرای مری است و درمان های پس از جراحی، از جمله شیمی درمانی به منظور حفظ اندام و اشعه درمانی با هدف کاهش آسیب انجام می شود. راهکارهای جبرانی شامل تغییر وضعیت بدن، تغییر راهکارهای غذا خوردن و تغییرات رژیم غذایی هستند. فرآیندهای درمانی شامل برنامه فعالیت بدنی و تمرین حرکات بلع، می تواند 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 ناتوان کننده و آزار دهنده است که توسط بیماران به شکل خستگی بیان می شود که به سرطان و یا درمان آن مرتبط است و تداوم دارد. خستگی با از دست دادن حالت تحریکی، کمبود انرژی، حالت افسردگی و فقدان انرژی و نشاط همراه است. این خستگی با استراحت و خواب نیز رفع نمی شود. بیماران سرطانی معمولاً خستگی را بر اساس چهار تغییر توصیف می کنند: کاهش کارایی بدن، خستگی شدید و غیر معمول، احساس ضعف و نیاز غیرعادی به استراحت. خستگی شایع ترین علامتی است که توسط بیماران مبتلا به سرطان گزارش می شود. به طور کلی، ۵۰ تا ۹۰ درصد بیماران مبتلا به سرطان، خستگی را تجربه می کنند. خستگی در ۴۰ درصد از بیماران در زمان تشخیص سرطان، در بیش از ۹۰ درصد از آن هایی که اشعه درمانی می شوند و بیش از ۸۰ درصد بیماران که شیمی درمانی می شوند گزارش شده است.

برخی داروهای شیمی درمانی، سطح سرمی مواد تنظیم کننده خواب را در بیماران مبتلا به سرطان افزایش می دهند. بیماران که تحت عمل جراحی سرطان قرار می گیرند، میزان بالایی از خستگی های بعد از جراحی را نشان می دهند که با گذر زمان بهبود می یابد. خستگی توسط بیماران که در معرض پرتو قرار می گیرند نیز به صورت مداوم گزارش می شود و یکی از عوارض معمول و محدود کننده فعالیت بیماران است. بیشتر بیماران افزایش خستگی در مدت پرتودرمانی را گزارش می کنند که در اواسط آن بیشترین افزایش را دارد. سپس تا زمان پایان پرتودرمانی،

۱. اطلاعات بیشتر در خصوص اختلال بلع و راهکارهای تغذیه ای برای کاهش مشکلات ناشی از آن در بخش سکنه مغزی ارائه شده است.

خستگی در همین حد باقی می ماند و در طول دو ماه بعد از تکمیل دوره درمان، تا حدودی بهبود می یابد. البته بسیاری از بیماران به سطح انرژی قبل از درمان باز نخواهند گشت. بیماران دریافت کننده پرتودرمانی که در سنین بالا هستند و درمان های چندگانه دریافت می کنند، در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به خستگی هستند.

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

فهرستی از مکمل های پر پروتئین و پر انرژی، برای انتخاب از بین آن ها 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 نوشیدنی های کافئین دار مثل قهوه و چای، نوشیدنی های گازدار و نوشیدنی های الکلی اجتناب شود.

۸. التهاب روده ای ناشی از پرتودرمانی

التهاب روده ای 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 می افتد. این بیماری با علائمی هم چون درد، نفخ شکم، استفراغ و اسهال همراه است و می تواند با اختلال و از بین رفتن عملکرد دستگاه گوارش، سوء جذب چربی، قند شیر، اسیدهای صفراوی و ویتامین B_{۱۲} خود را نشان دهد. آسیب به مقعد در اثر پرتودرمانی معمولاً در طی شش هفته از درمان رخ می دهد 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 می شود. 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 پروبیوتیک ها، مانند مکمل پروبیوتیک یا فرآورده های لبنی حاوی پروبیوتیک در کاهش علائم التهاب روده ای ناشی از پرتودرمانی مؤثر است، اما هنگام شیمی درمانی چون احتمال تضعیف سیستم ایمنی وجود دارد، باید با احتیاط مصرف شود یا مصرف نشود.

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

- غذاهای خود را در حجم کم و تعداد دفعات بیشتری مصرف کنید.
- مصرف سبزی ها را در رژیم غذایی کاهش دهید و از مصرف سبزی های نفاخ (از قبیل انواع کلم ها، انواع ترب ها، پیاز، خیار و ذرت) پرهیز کنید.
- مصرف میوه ها را در رژیم غذایی کاهش دهید و حتماً پوست میوه را جدا کنید. از میان میوه ها، سیب و موز در کمک به بهبود اسهال مؤثر هستند.
- در رژیم غذایی از نان های سفید، برنج و سیب زمینی استفاده کنید و از مصرف نان ها 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 می شود.
- از مصرف زیاد قند، شکر، عسل، نوشابه ها، 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 سرخ شده در روغن و چربی های 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 نوشیدنی های الکلی پرهیز شود.

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

- همراه با وعده های غذایی صبحانه، ناهار و شام به میزان کافی از گروه سبزی ها مصرف کنید.
- در طول روز به میزان کافی از گروه میوه (حداقل چهار عدد) استفاده کنید.
- در رژیم غذایی خود میزان مصرف برنج، سیب زمینی و نان های سفید را کاهش دهید و به جای آن ها از نان های سبوس دار استفاده کنید.
- در صورت مصرف بیسکوئیت، از بیسکوئیت های سبوس دار استفاده کنید.
- در رژیم غذایی خود از حبوبات استفاده کنید.
- در طول روز حداقل هشت تا ده لیوان مایعات، به ویژه 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 میوه های خشک خیسانده شده در آب، مانند آلو خشک، انجیر خشک و برگه های هلو یا زرد آلو می تواند به برطرف شدن یبوست کمک نماید.
- از مصرف زیاد مواد غذایی حاوی کافئین (قهوه، کاکائو، شکلات، نوشابه های سیاه و چای پر رنگ) پرهیز شود.
- در صورت امکان، در طول روز به میزان کافی فعالیت بدنی داشته باشید و دست کم نیم تا یک ساعت ورزش یا پیاده روی انجام دهید. کم تحرکی 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 می تواند در بهبود یبوست مؤثر باشد.

۹. تضعیف سیستم ایمنی

افراد مبتلا به سرطان، ممکن است به دلیل تغییراتی که در سیستم ایمنی بدن آن ها اتفاق می افتد، بیشتر در معرض خطر عفونت قرار بگیرند. درمان سرطان و خود بیماری سرطان، می تواند به روش های مختلف بر سیستم ایمنی و سایر دستگاه های بدن تأثیر بگذارد. سیستم ایمنی بدن، گروهی از سلول ها، بافت ها و اندام هایی هستند که با هم کار

می‌کنند تا در یافتن و حذف میکروب‌هایی که به بدن حمله می‌کنند و باعث عفونت می‌شوند، کمک کنند. گلبول‌های سفید (بخشی از سیستم ایمنی بدن)، اصلی‌ترین نوع سلول است که وظیفه محافظت از بدن در برابر عفونت‌ها را بر عهده دارد. انواع مختلف گلبول‌های سفید وجود دارد و هر کدام در دفاع از بدن در برابر عفونت‌ها نقش دارند. کمبود ویتامین‌ها، مواد معدنی، انرژی و پروتئین، می‌تواند سیستم ایمنی بدن را تضعیف کرده، باعث شود کم‌تر بتواند میکروب‌ها را پیدا کرده، از بین ببرد. این بدان معناست که افراد از نظر تغذیه‌ای ضعیف (مبتلا به سوءتغذیه)، به احتمال زیاد دچار عفونت می‌شوند. افرادی که دچار سوءتغذیه می‌شوند، 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 سلول‌های سیستم ایمنی و بافت‌های دیگر به کالری و پروتئین اضافی نیاز دارند. مثلاً در مرحله بهبودی پس از جراحی نیاز بدن به مواد مغذی افزایش پیدا می‌کند.

ضعف تغذیه‌ای در افراد مبتلا به سرطان، علل مختلفی دارد. اولاً: سرطان به خودی خود می‌تواند 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 سلول‌های نوتروفیل - که نوعی گلبول سفید مسئول دفاع بدن است - شود؛ در نتیجه، بدن به خوبی قادر به مبارزه با عفونت‌ها 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، درمان‌های 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.
- **پرتودرمانی:** پرتودرمانی می‌تواند باعث کاهش گلبول‌های سفید خون شود که خطر عفونت را افزایش می‌دهد. عوامل مرتبط با تأثیر اشعه‌درمانی 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، تومیه‌های زیر را رعایت کنید:

- قبل از تهیه غذاها، کلیه ظروف، وسایل و مواد غذایی مورد نیاز را کاملاً بشویید.
- قبل از مصرف غذاها، دست‌های خود را با آب گرم و صابون به خوبی بشویید.
- کلیه غذاها و به‌ویژه انواع گوشت‌ها، 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 محصولات که از شیر تهیه می‌شوند، همانند بستنی‌ها، باید پاستوریزه باشند.
- از مصرف تخم مرغ خام و مواد غذایی حاوی تخم مرغ 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 دست فروش‌ها پرهیز کنید.
- از مصرف مواد غذایی تاریخ گذشته و مواد غذایی کپک زده پرهیز کنید.
- از مصرف مواد غذایی کنسرو شده که شکل قوطی‌های کنسرو آن‌ها تغییر کرده، مواد غذایی موجود در جعبه‌های آسیب دیده 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 مغز استخوان، بهتر است تا صد روز بعد از پیوند، از مصرف میوه‌ها و سبزی‌های خام پرهیز کنند.

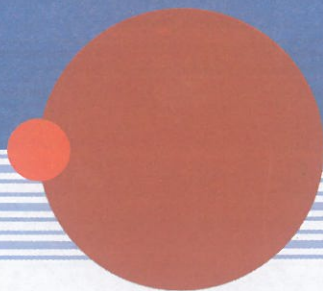
۱۰. تغذیه پس از درمان سرطان

- 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 سرخ شده 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 گلزا (یا روغن کانولا) می‌باشد.
 - از مصرف چربی‌گوشته‌ها، 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، به ویژه 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 نمک دان 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 سبزی ها استفاده کنید.
- مصرف میان وعده ها الزامی است. مصرف میوه در میان وعده ها توصیه می گردد.
- در رژیم غذایی خود از مواد غذایی سبوس دار شامل نان های سبوس دار، مانند نان سنگگ و بیسکوئیت های سبوس دار، مانند بیسکوئیت ساقه طلایی استفاده کنید.
- در رژیم غذایی روزانه خود از لبنیات کم چرب 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 آن ها از شکر استفاده شده، در حد متعادل باشد.
- در صورت امکان، روزانه حداقل نیم ساعت تا یک ساعت پیاده روی کنید.
- از مصرف الکل و کشیدن سیگار پرهیز کنید.

فصل چهارم
تغذیه در شرایط خاص
دوران سالمندی



تغذیه در سالمندان آسیب پذیر^۱

آسیب پذیری^۲ 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 می گردد. 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 تغذیه ای و کاهش عملکرد بدنی شایع در افراد آسیب پذیر، قابل پیش گیری و برگشت پذیر است. مواد مغذی مختلف در حفظ عملکرد عضلات و استخوان ها و پیش گیری از کاهش عملکرد سالمندان مؤثر شناخته شده اند. 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، کم تر گرسنه و تشنه می شوند و آرام تر 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 پیش گیری 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 ۵ درصد 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 می کنند، 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 می کند. عدم تعادل بین میزان دریافت و میزان مورد نیاز پروتئین می تواند به کاهش توده عضلانی منجر شود. دریافت پروتئین توسط سالمندان کم تر از جوانان است. عواملی مانند تغییرات بدنی و بیماری های وابسته به سن، بی اشتهاپی 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

باید مصرف شود. دریافت کم تر از ۶۶ گرم پروتئین در روز در مردان و کم تر از ۵۵ گرم در روز پروتئین در زنان، با افزایش خطر آسیب پذیری همراه است. پروتئین علاوه بر ایفای نقش در کاهش خطر آسیب پذیری، در پیش گیری از شکستگی های استخوانی ناشی از پوکی استخوان هم مؤثر است.

دریافت مقدار کافی ریزمغذی ها

کمبود ریزمغذی ها در سالمندان شایع است و این شیوع بالا، به علت کاهش دریافت غذا در سالمند، قیمت و هزینه بالای ریزمغذی ها و نبود تنوع در غذای مصرفی است. دو ریز مغذی که کمبود آن ها در سالمندی شایع تر از بقیه است ویتامین D و ویتامین B_{۱۲} هستند.

عدم دریافت مقادیر کافی ویتامین D در گروه سالمندان بسیار شایع است و به طور مستقیم با آسیب پذیری در ارتباط است. ویتامین D با ایفای نقش در معدنی کردن استخوان ها، تحریک تولید پروتئین در عضلات و پیش گیری از بروز تحلیل عضلانی، مانع آسیب پذیری سالمندان می شود. میزان ویتامین D روزانه مورد نیاز در افراد جوان تر، ۶۰۰ واحد و در سالمندان، ۸۰۰ واحد است. ارتباط بین ویتامین B_{۱۲} 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_{۱۲} وجود دارد، درمان خوراکی یا تزریقی عضلانی آن مؤثر است.

الگوهای غذایی

بر اساس مطالعات، تبعیت از رژیم مدیترانه ای با کاهش خطر آسیب پذیری همراه است. رژیم مدیترانه ای شامل مقادیر قابل توجهی از غذاهای گیاهی، مقادیر متوسط تا زیاد از ماهی، مقادیر متوسط تخم مرغ، مرغ و مقادیر کمی گوشت قرمز است و منبع اصلی روغن در این الگوی غذایی، روغن زیتون است. به طور کلی جهت پیش گیری از آسیب پذیری تبعیت از یک رژیم متعادل توصیه می شود.

دریافت بالای پروتئین (به جز در بیماران کلیوی و کبدی) در رژیم غذایی می تواند مانع بروز آسیب پذیری شود.

بر اساس مطالعات دریافت دست کم سه واحد میوه در روز با کاهش ۲۵ درصدی میزان آسیب پذیری همراه است، در حالی که دریافت دو سهم سبزی موجب ۴۴ درصد کاهش این خطر می شود. مصرف توام روزانه پنج سهم یا بیشتر از میوه و سبزی با کاهش ۷۰ درصدی خطر آسیب پذیری در سالمندان همراه است. بر این اساس، سودمندی مصرف میوه ها و سبزی ها در کاهش خطر کوتاه مدت آسیب پذیری در افراد بالای هفتاد سال مؤثر است.

دریافت ضد اکسیدان ها

از آنجا که ضد اکسیدان ها در پیش گیری از تحلیل عضلانی مؤثر هستند، به نظر می رسد مصرف آن ها در پیش گیری از آسیب پذیری نیز تأثیر داشته باشد. ارتباط بین دریافت بیشتر ضد اکسیدان ها با کاهش خطر بروز آسیب پذیری اثبات شده است. مصرف میوه ها، چای سبز و قهوه با افزایش ظرفیت کل ضد اکسیدانی در کاهش خطر بروز آسیب پذیری مؤثر است. مقادیر پایین بتا کاروتن، لوتئین^۱، ویتامین های A، C، B_۶ و E، و اسید فولیک با شیوع بیشتر آسیب پذیری همراه است و هرچه دریافت این ریز مغذی ها کم تر باشد، این خطر نیز بیشتر است.

۱. لوتئین به عنوان یک آنتی اکسیدان در برخی از مواد غذایی مانند سبزیجات برگ دار و تیره رنگ مانند کلم و کاهو با برگ های سبز تیره یافت می شود. لوتئین در زرده تخم مرغ و ذرت نیز یافت می شود. این ماده مفید علاوه بر مقابله با بیماری های مهلکی مثل سرطان و تنگی عروق به پیش گیری از بیماری های چشمی و پوستی نیز کمک می کند. لوتئین به عنوان یک آنتی اکسیدان، از آسیب رساندن رادیکال های آزاد به سلول های بدن محافظت می کند.

اسیدهای چرب امگا-۳

مکمل یاری باروغن ماهی می تواند موجب بهبود عملکرد عضلات شود. بعضی مطالعات بر اثرات دریافت اسیدهای چرب امگا-۳ بر کاهش خطر بروز آسیب پذیری تأکید دارند، اما یافته‌ها 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 پرتحرک
- 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 می شوند، فرد مبتلا به زوال عقل می شود.

شایع ترین علت زوال عقل، بیماری آلزایمر است. اما بیماری های عروقی مغز، پارکینسون و سایر بیماری ها نیز می توانند 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 می شود. اگر پدر، مادر، خواهر یا برادر شما مبتلا هستند، احتمال ابتلا شما بیشتر است، به ویژه اگر قبل از هفتاد سالگی مبتلا شده باشند. عوامل خطر بیماری های قلبی - عروقی شامل فشارخون بالا، کلسترول بالا، دیابت، چاقی به ویژه در میانسالی و استعمال دخانیات نیز خطر ابتلا به زوال عقل را بالا می برند. هم چنین مصرف الکل، ضربه به سر، برخی کمبودهای تغذیه ای، 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 آن که 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.

پیش‌گیری از آن وجود دارد. فعالیت بدنی، تعاملات اجتماعی و فعالیت‌های ذهنی، نقش محافظت‌کننده دارند. هم‌چنین کاهش عوامل خطر بیماری‌های قلبی - عروقی به ویژه درمان فشار خون بالا، بسیار کمک‌کننده 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 بیماری‌های آلزایمر و سایر انواع زوال عقل، مزایای فراوانی برای سلامت دارند و از بسیاری از بیماری‌های مزمن جلوگیری می‌کنند.

ارتباط معکوسی بین فعالیت بدنی به ویژه در سنین ۳۵ تا ۵۵ سالگی و ابتلا به زوال عقل در سال‌های بعد زندگی دیده شده است. اثرات مفید فعالیت بدنی تا سنی سال بعد هم باقی می‌ماند. در صورتی که منعی برای آن وجود ندارد، سعی کنید حداقل نیم ساعت در روز فعالیت‌های 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 بیماری‌های قلبی - که دو خطر شناخته شده برای آلزایمر و سایر انواع زوال عقل هستند - توصیه می‌شود و حاوی غذاهای مفید برای مغز است. در این رژیم غذایی، دریافت کره، مارگارین، روغن جامد، گوشت قرمز، انواع خوراکی‌های شیرین، کیک و شیرینی و غذاهای سرخ‌شده محدود می‌شود و برعکس، تأکید بر مصرف روغن زیتون، غلات کامل، سبزی‌ها، مغزها، دانه‌ها، غذاهای دریایی و گوشت پرندگان است.

ویژگی‌های این رژیم غذایی به شرح زیر است:

- سبزی‌های برگ سبز مانند کاهو، اسفناج، بروکلی، کلم و سبزی خوردن دست‌کم شش بار در هفته مصرف می‌شوند. این مواد غذایی حاوی اسید فولیک هستند که برای عملکرد مغزی مفید است.
- سایر سبزی‌ها مانند گل کلم، هویج، فلفل دلمه، کرفس، خیار، پیاز، سیر، قارچ و لوبیای سبزرزانه مصرف می‌شود.
- مغزها و انواع آجیل‌ها شامل گردو، پسته، بادام، بادام هندی، حداقل پنج سهم در هفته دارند. مغزها حاوی ویتامین E هستند. دریافت بیشتر این ویتامین از طریق غذا، با خطر کم‌تر ابتلا به زوال عقل همراه است. به علاوه 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 «فراپکر»^۱ به عنوان روغن اصلی در پخت و پز و سس‌ها 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 میوه‌ها حاوی مواد مفیدی هستند که در سلامت مغز مؤثرند.
- غلات کامل شامل نان جو، نان سبوس دار و ماکارونی حاوی گندم کامل، حداقل سه روز در هفته استفاده می‌شوند.
- غذاهای دریایی به ویژه ماهی‌های چرب یک بار در هفته مصرف می‌شود. ماهی آزاد، ماهی شیر و قزل‌آلای رنگین‌کمان حاوی اسیدهای چرب امگا-۳ هستند که برای سلامت مغز و قلب و عروق مفید هستند.

۱. واژه «فراپکر» یا Extra Virgin که روی بسته‌بندی‌های محصول درج می‌شود به چه معنای است؟ روغن زیتون فراپکر با فشرده‌سازی و خرد کردن میوه زیتون به دست آمده است. برای تهیه این روغن زیتون درجه یک از هیچ ماده شیمیایی استفاده نشده و هم‌چنین 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 فراپکر برای مزه دار کردن سالاد، نان، خوراکی‌های دیگر و هم‌چنین برای پخت و پز با حرارت کم استفاده می‌شود.

- حبوبات شامل عدس، نخود، لوبیا چشم بلبلی، باقلا، لوبیا سفید و لوبیا چیتی، یک روز در میان استفاده می شوند.
 - ماکیان شامل مرغ و بوقلمون، حداقل دو بار در هفته مصرف می شود.
 - گوشت قرمز شامل گوشت گوساله و گوسفند کم تر از چهار بار در هفته استفاده می شود.
 - دریافت خوراکی های شیرین شامل کیک ها، کلوچه ها، انواع شربتی جات، شکلات، تافی، آبنبات، باید به کم تر از پنج بار در هفته کاهش یابد.
 - غذاهای سرخ شده شامل مرغ و میگوی سرخ شده، سبزی های سرخ شده، سیب زمینی سرخ کرده کم تر از یک سهم در هفته دریافت می شود. 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 روغن های جامد به کم تر از یک قاشق غذاخوری در روز کاهش یابد. این مواد غذایی نیز حاوی اسیدهای چرب ترانس و اشباع هستند.
 - کمبود ویتامین C می تواند 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 می دهد. توصیه می شود افراد زیر شصت سال، وزن سالم خود را حفظ کنند و در صورتی که 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 نمی شود. در این سنین، برای پیش گیری از افزایش وزن، بیشتر می توانید 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 می دهد.

مصرف مکمل های غذایی نقشی در پیش گیری ندارد. بنابراین لازم است از مصرف آن ها، بدون تجویز پزشک خودداری شود. شواهدی وجود دارد که نشان می دهد کمبود برخی مواد مغذی نظیر اسیدهای چرب امگا-۳، برخی ویتامین های 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 می دهید مبتلا به کمبود یک ماده مغذی هستید، می توانید با یک متخصص تغذیه مشورت کنید. رعایت رژیم غذای سالم همراه با فعالیت بدنی، توانبخشی شناختی و کاهش عوامل خطر بیماری های قلبی - عروقی نظیر فشار خون بالا می تواند در پیش گیری از زوال عقل مؤثر باشد.

ملاحظات تغذیه ای در بیماران مبتلا به زوال عقل

در بیمار مبتلا به زوال عقل، دریافت کافی غذا و مایعات برای برآوردن نیازهای تغذیه ای بیمار اهمیت زیادی دارد. برای این امر، لازم است بیمار توصیه های هرم راهنمای غذایی را رعایت کند. پیروی از رژیم غذایی ذکر شده در قسمت قبل، در پیش گیری از آلزایمر مفید است، اما دریافت غذای سالم و کافی در بسیاری از موارد کاری مشکل است. به یاد داشته باشید پیش گیری از کمبودهای تغذیه ای 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. از دست دادن 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:

- **از دست دادن 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 دست رفتن 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.
- **از دست دادن 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 از دست دادن علاقه به خوردن شود.
- **یبوست:** عدم دریافت فیبر و آب کافی و بی‌حرکی، 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 انباشته کردن غذا، خوردن وسواسی و یا فراموشی (ممکن است فرد به یاد نیاورد که غذا خورده است و دوباره بخواد 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 سوخت و ساز 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 آموزش‌ها و راهنمایی‌های لازم برای گرم کردن آن که باید با رعایت موارد ایمنی همراه باشد. فراموشکاری، حواس پرتی و عدم توانایی در رعایت نکات ایمنی می‌تواند 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 کرده‌اند و یا احساس سیری در آنان ممکن است مختل شده باشد. در نتیجه تعداد وعده‌ها و میان وعده‌ها افزایش یابد. این افراد ممکن است در طول روز، ریزه خواری داشته باشند که منجر به افزایش وزن ناخواسته می‌شود. 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 می‌تواند مفید باشد و از اضافه وزن جلوگیری کند. استفاده از غذاهای مغذی و سالم که به طور طبیعی شیرین هستند، نظیر سبزی‌هایی مانند هویج، شلغم، لبو و کدو حلوائی می‌تواند مؤثر باشد. حتی می‌توان کمی عسل یا سس‌های 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 آب لیمو 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، به ویژه 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. هم‌چنین در برخی بیماران احساس گرسنگی و سیری مختل می‌شود. در این مرحله بیماران نیاز به نظارت، تذکر و تشویق در زمان صرف غذا و میان وعده‌ها 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 می‌شود، اما عوارض مهمی همچون کاهش دریافت غذایی و سوء تغذیه دارد. هم‌چنین اختلال بلع می‌تواند باعث ورود مواد غذایی و ترشحات دهان و بزاق به راه‌های هوایی و در نتیجه خفگی یا ذات‌الریه شود. احساس گیجی و بی‌قراری، مشکل غذا خوردن را پیچیده‌تر می‌کند. این مشکلات در غذا خوردن، اغلب منجر به کاهش وزن می‌شود. کاهش وزن حتی اگر کاملاً تدریجی و آهسته نیز باشد، یک خطر تغذیه‌ای محسوب می‌شود و معمولاً با کاهش اشتها و علاقه به غذا همراه بوده و منجر به سوء تغذیه می‌شود. کاهش وزن و کم‌وزنی 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 بی‌قرار 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 می‌دارند که منجر به افزایش خطر خفگی می‌شود. تعدادی از این افراد نمی‌توانند در زمان غذا خوردن آرام بنشینند و تحت تأثیر محیط اطراف، دچار حواس پرتی می‌شوند. دریافت غذای کافی با استفاده از روش‌های خلاقانه و فائق آمدن بر مشکلات رفتاری مرتبط بسیار مهم است. به خاطر داشته باشید هدف از مداخلات تغذیه‌ای، 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 تحریک کننده 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.
بیمار اشیای غیرخوراکی مصرف می کند	= 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 بلعد	= به او تذکر دهید. = قبل از لقمه بعدی، مطمئن شوید که غذا را بلعیده باشد.
بیمار ابزار 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 دردار استفاده شود.
بیمار با غذا بازی می کند	= غذاها تک تک داده شود. = غذاهای انگشتی داده شود.
بیمار سیو ظن دارد	= غذا در ظروف دربسته؛ سرو شود. = همیشه غذا به شکل ثابت ارائه شود.

مشکلات رفتاری مربوط به غذا خوردن و چگونگی مدیریت آن

مشکلات رفتاری در غذا خوردن	راهکار پیشنهادی
بیمار غذا را بیرون پرتاب می کند	= 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.

روش های زیر می تواند به بیمار کمک کند تا در زمان غذا خوردن 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 غذا خوردن بیش از حد طول می کشد، می توانید تعداد وعده ها را بیشتر و حجم هر وعده را کم تر کنید.
- برای غذا خوردن 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 میوه ها، 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 آن ها 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، می تواند کمک کننده باشد. از نی های قابل خم شدن و فنجان های دارای سرپوش استفاده کنید.
- با پیشرفت بیماری و رسیدن به نقطه ای که استفاده از قاشق و چنگال سخت است، غذاهایی که با دست خورده می شوند، می تواند 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 بی قراری 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 گروه های 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 می توانید 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، پیاده روی مختصر و استفاده از هوای تازه می تواند باعث غذا خوردن بهتر شود.
- در ساعات خاصی از روز ممکن است بیمار بی قرار باشد، منزوی شود یا حواس پرتی پیدا کند. این موضوع می تواند 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، می توانید به بیمار کمک کنید. به آرامی دست بیمار را بگیرید تا به وی در استفاده از قاشق و چنگال کمک دهید.
- مصرف نوشیدنی های الکلی باعث بی قراری و گیجی می شود و خطر زمین خوردن را افزایش می دهد.

سوء تغذیه و اختلال بلع در بیماران مبتلا به زوال عقل

در صورتی که 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 سکنه مغزی اضافه شده باشد. زوال عقل به ویژه 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 شویه‌ها
محدودیت در حرکت	فیزیوتراپی و کاردرمانی ورزش‌های گروهی و تقویت عضلات کمک در خرید، آشپزی تهیه غذا برای بیمار
بیماری‌های روان پزشکی 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 بی‌اشتهایی	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، غنی کردن 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 کمک‌کننده 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 صورتی که 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 تغذیه ای برای فعال نگه داشتن 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 طور کلی 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 اشتها 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 ضد اکسیدان ها و سایر موادی هستند که به کاهش بیماری های التهابی مزمن کمک می کنند. ضد اکسیدان 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 دلمه ای، هویج، گوجه، سبزی ها و...) را با غذاها مخلوط کنید.

راه هایی برای فعال نگه داشتن مغز و پیش گیری 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 می کند. 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 جست و جوی 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 هماهنگ کننده عملکرد عضلات و حفظ تعادل می شود. فعالیت بدنی میزان مواد خاصی را که به تشکیل ارتباطات تازه در مغز کمک می کند، 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. مثلاً 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 بستری اند، به علت بروز مشکلات زیر نیازمند توجه ویژه به وضعیت تغذیه‌ای هستند:

۱. سوء تغذیه

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. سوء تغذیه 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 بی‌اختیاری ادرار و نیز کمبود در حرکات به دلیل دردهای مفصلی، مصرف مایعات و آب را محدود می‌کنند؛ به این ترتیب میزان ادرار و نیاز خود به استفاده از دست شویی را کاهش می‌دهند. این امر به خصوص در مواردی که تب، اسهال و استفراغ وجود دارد یا هنگامی که سالمند به علت اجتناب از دست شویی 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. کم آبی 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 تأمین آب مورد نیاز سالمندان می‌توان 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 پیگ لیوان آب مصرف نمایند.^۲

۱: اطلاعات بیشتر در خصوص سوء تغذیه را در فصل سوم بخش «تغذیه در کم وزنی و سوء تغذیه سالمندان» مطالعه بفرمایید.
 ۲: اطلاعات بیشتر در خصوص کم آبی را در فصل اول بخش «نیازهای غذایی اساسی در سالمندان - آب» مطالعه بفرمایید.

۳. بیوست

یکی از مشکلات شایع در سالمندان بستری، بیوست است. همانگونه که پیشتر توضیح داده شد، علت این مسئله می‌تواند بی‌حرکی، مصرف داروهای متعدد، وجود بیماری‌های اعصاب یا دیابت و عوامل تغذیه‌ای باشد. بیوست به خصوص در سالمندان بستری افزایش می‌یابد و موجب تشدید ناراحتی بیمار می‌شود. کاهش دریافت فیبر، سبزی‌ها و میوه‌ها که معمولاً به دلیل وجود سوءهاضمه یا فقدان دندان‌ها رخ می‌دهد، از علل مهم در بروز بیوست 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 می‌دهد؛ بنابراین، مصرف کم‌تر مایعات منجر به بروز و تشدید بیوست می‌گردد. با توجه به علل بروز بیوست، لازم است سالمندان بستری میزان کافی مایعات و منابع فیبری دریافت نمایند. نکته مهم، توجه به دریافت غذایی سالمند است. سالمندان بستری که بی‌اشتها بوده و غذای کافی دریافت نمی‌کنند، دفع مناسبی نخواهند داشت. از این رو بهتر است در میان وعده‌ها از میوه‌های حاوی فیبر بیشتر، مانند گلابی و آلو استفاده شود. به منظور تأمین فیبر مورد نیاز بدن، مصرف مقادیر کافی از سبزی‌ها به خصوص سبزی‌های پخته که هضم راحت‌تری دارند و کم‌تر موجب نفخ می‌شوند، توصیه می‌شود. در سالمندان با مشکلات دندانی، تهیه پوره نرم سبزی‌ها (شامل سبزی خوردن، کاهو، کلم، کرفس، کدوی سبز، خیار، گوجه فرنگی، سیر، پیاز، بادمجان و هویج) در افزایش مصرف منابع فیبر مؤثر است. هم‌چنین خروج از تخت و تحرک کافی در صورتی که منع پزشکی وجود نداشته باشد، در افزایش حرکات دستگاه گوارش مؤثر است. در کنار موارد تغذیه‌ای ذکر شده، استفاده از درمان‌های دارویی تجویز شده از طرف پزشک مانند پودرهای پسیلیوم به عنوان حجم‌دهنده‌های مدفوع، شربت لاکتولوز و منیزیم هیدروکسید، پودر پلی‌اتیلن‌گلیکول و قرص‌های سنا؛ در رفع بیوست سالمندان بستری مؤثر هستند.

۴. اختلال بلع

با افزایش سن، مکانیسم بلع غذا حتی در سالمندان سالم، دست‌خوش 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 راه‌های هوایی شوند. داروها و بیماری‌ها موجب تشدید این مسئله می‌شوند. از جمله بیماری‌هایی که می‌توانند برای بیمار مشکل بلع ایجاد نمایند، می‌توان به صدمات مغزی، سکته مغزی، آلزایمر و سایر انواع زوال عقل، پارکینسون، بیماری‌های عضلانی - اسکلتی، ام.اس، مشکلات تیروئید و بیماری‌های عفونی اشاره کرد. بعضی از داروها مانند آنتی‌هیستامین‌ها و داروهایی که درجه پایینی مری را شل می‌کند نیز در بروز اختلال بلع، نقش دارند.^۱

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 راه‌های 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 زمان‌هایی که هوشیاری بیمار پایین بوده، امکان تغذیه از طریق دهان میسر نباشد، برای تأمین انرژی لازم برای بیمار و جلوگیری از کاهش عضلات و پروتئین‌های بدن، تغذیه از طریق قرار دادن لوله‌هایی که از راه بینی وارد معده می‌شود، انجام می‌پذیرد. به این نوع تغذیه «گاوژ» گفته می‌شود. حتی در مواردی که بیمار سالمند قادر به خوردن غذا هست، ولی مقدار انرژی دریافتی او از طریق غذا کم باشد (و کم‌تر از نصف انرژی مورد نیاز روزانه دریافت کند)، تغذیه از طریق لوله بسیار مهم و کمک‌کننده است. ماده مغذی مناسب برای گاوژ بیماران، پودرها و محلول‌های انرژی-پروتئین تجاری است که توسط کارشناس و متخصص تغذیه تجویز می‌شود. این محصولات تأمین‌کننده تمامی ریزمغذی‌ها و درشت مغذی‌های مورد نیاز بیمار است و طراحی آن به شکلی صورت گرفته که بهترین هضم و کم‌ترین عوارض گوارشی را برای بیمار داشته باشد. غذای تهیه شده توسط همراه بیمار در منزل، هرچه قدر که مقوی باشد، چون جهت عبور از لوله باید رقیق شود، انرژی کافی برای تأمین نیاز سالمند را ندارد. محلول‌ها آماده مصرف هستند، اما پودرها باید به صورت حل شده در آب، مصرف شوند. نحوه آماده‌سازی محلول گاوژ در سالمندانی که بعد از ترخیص از بیمارستان در منزل نیز بالوله تغذیه می‌شوند، مهم است.

نکته بسیار مهم در تهیه محلول گاوژ، رعایت اصول بهداشتی است که به برخی از این اصول در ادامه اشاره شده است:

- ظرفی که برای تهیه محلول گاوژ استفاده می‌شوند، باید به خوبی شسته و جوشانده شوند.
- آب مورد استفاده برای آماده‌سازی محلول‌های گاوژ، باید جوشانده شده و خنک گردد و هم‌دمای محیط شود.
- تعداد پیمانه و میزان آبی که در هر وعده گاوژ باید استفاده شود، توسط کارشناس تغذیه مشخص می‌گردد. تهیه محلول با غلظت صحیح در جلوگیری از عوارضی مانند اسهال، بسیار مهم است.
- لازم است محلول گاوژ، قبل از هر وعده آماده‌شود و بلافاصله مورد استفاده قرار گیرد. محلول آماده‌شده را نمی‌توان در هوای آزاد یا یخچال نگهداری کرد و در صورت عدم مصرف، باید دور ریخت.
- گاوژ 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 گاوژ انجام نمی‌شود.
- بهتر است گاوژ بیمار با استفاده از یک سرنگ ۵۰ سی‌سی با سرعت یکنواخت و به آرامی انجام شود و دمای محلول گاوژ هم‌دمای محیط باشد.
- در مواردی که بیمار دچار عوارضی مانند اسهال، استفراغ یا عدم تحمل نسبت به گاوژ می‌شود، می‌توان یک یا دو وعده گاوژ را متوقف کرد و به پزشک معالج اطلاع داد.
- وقفه در گاوژ بیمار نباید طولانی باشد، چون باعث بروز سوء تغذیه می‌شود.

در صورتی که تغذیه بالوله بیشتر از یک ماه ادامه پیدا کند و اختلال بلع بیمار بهبودی نداشته 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 مکمل‌های پروتئین و انرژی

در مواردی که سالمند تغذیه دهانی دارد، اما به واسطه بی‌اشتهایی یا ضعف قادر به دریافت مقادیر کافی انرژی روزانه نیست، از محلول‌ها یا پودرهای مکمل پروتئین و انرژی می‌توان کمک گرفت. میزان مصرف در روز توسط کارشناس تغذیه مشخص می‌گردد. نحوه آماده‌سازی این محلول‌ها مانند آماده‌سازی گاوآڑ 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 از دست دادن دندان‌ها، التهاب لثه‌ها و مشکلات دندان‌های مصنوعی است. کاهش بزاق و خشکی دهان در سالمندی به علت مصرف داروهای مختلف، بیماری‌های زمینه‌ای مانند دیابت، مصرف کم آب و مشکلات دهانی روی می‌دهد و در سالمندان بستری، می‌تواند موجب کاهش دریافت انرژی شود. توصیه‌های 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 نبات‌های نعنایی بدون قند و آدامس‌های بدون قند هم در کاهش خشکی دهان مؤثر است. آن‌جا که 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 مکمل‌های پروتئینی در بهبود زخم، بسیار مؤثر است. هم‌چنین دریافت ویتامین‌های C و A و ریزمغذی‌هایی مانند روی و آهن، در بهبود زخم‌ها نقش دارند. با توجه به مواردی که ذکر شد، سالمندانی که زخم بستر دارند، باید تغذیه مطلوب داشته باشند.