

اصول تغذيه و مصرف مواد مغذي در سالمندان



روندهای دموگرافیک جمعیت سالمند در حال تغییرات قابل ملاحظه ای است. در حقیقت سن شناسنامه ای که در یک فرد به عنوان سالمند در نظر گرفته می شود در بین گروهها متفاوت بوده و در طول زمان در حال تغییر است.

بر طبق تعریف WHO افراد سالمند به گروه سنی ۶۵ سال و بالاتر اطلاق میشود.

گروه های ویژه در این دوران عبارتند از ۶۵ تا ۷۴ سال سالمندان جوان (young old)، ۷۵ تا ۸۴ سال پیر پیر (old old) و ۸۵ سال به بالا: پیرترین پیر oldest (old) نامیده می شوند.

تغییرات ترکیب بدن

پیری با کاهش تقریباً ۲ تا ۳ درصد توده بدون چربی بدن در هر ۱۰ سال مشخص میشود.

سارکوپنیا (کاهش ماهیچه اسکلتی ناشی از افزایش سن) به کاهش قدرت ماهیچه ها، تغییرات در وضعیت قدم زدن و حفظ تعادل، کاهش عملکرد فیزیکی و افزایش خطر بیماریهای مزمن منجر میشود.

کاهش توده عضلانی لخم بدن، به عنوان فعالترین بافت
متابولیکی منجر به افزایش بافت چربی بدن و کاهش در
میزان متابولیسم همراه است.

میزان متابولیسم در حال استراحت (RMR) تقریباً ۱۵ تا ۲۰
درصد در طول زندگی کاهش می یابد.
در نتیجه انرژی مورد نیاز کاهش می یابد.

از دست دادن حواس

کاهش حواس پنج گانه:

- ◆ کاهش حس چشائی و بویائی که بر اشتها، انتخاب غذا و دریافت غذا تأثیر مهمی دارد
- ◆ کاهش حس چشائی باعث کاهش تعداد پرزهای چشائی ایجاد می شود.
- ◆ کاهش حس بویائی باعث اختلال در عصب بویائی ایجاد می شود.

عملکرد دستگاه گوارش

در طول فرایند پیری تغییرات متعدد تأثیرگذار بر روی دریافت مواد مغذی، هضم، جذب و متابولیسم آنها اتفاق می افتد.

تغییرات وابسته به سن در دستگاه گوارش (GI) با پاسخ های ایمنی مخاطی همراه است اما هنوز به خوبی در این مورد مطالعه نشده است.

دیس فازیا، آتروفی معده، تغییرات در اسیدیتة معده، تأخیر در تخلیه معده، کاهش فعالیت آنزیم لاکتاز، آکلریدی

یبوست: بعثت کاهش حرکات دودی دستگاه گوارش، کاهش مصرف آب و

مایعات، کمبود تحرک، کاهش مصرف فیبر غذایی، مصرف

داروها ایجاد می گردد.

کاهش یا افزایش اشتها : (کم خوری عصبی یا پر خوری عصبی) و که

در نتیجه باعث کاهش قابلیت هضم و جذب مواد غذایی و اختلال در

متابولیسم مواد مغذی و نهایتاً بروز سوء تغذیه میگردد.

عملکرد قلبی - عروقی:

در طول پیری کاهش الاستیسیته عروق خونی و افزایش مقاومت عروق محیطی باعث افزایش بروز پر فشاری خون، نرسیدن خون کافی به قلب، بروز آترواسکلروز افزایش مرگ و میر ناشی از سکته های قلبی و مغزی میگردد.

بالا بودن کلسترول تام خون، بالا بودن LDL و VLDL، بالا بودن تری گلیسرید

عملکرد کلیه:

عملکرد کلیه و میزان تصفیه گلومرول های کلیه در سنین بین ۳۰ تا ۸۰ سالگی حدود ۶۰ درصد کاهش می یابد که دلیل اولیه آن ناشی از کاهش تعداد نفرون ها (واحد عملکردی تولید ادرار در کلیه) است.

عملکرد سیستم عصبی:

عملکرد سیستم عصبی در سالمندان بنا به دلایلی از قبیل تغییر در عملکرد مغز و کاهش سنتز نروترنسمیترها و کاهش کفایت هدایت عصبی ممکن است به مخاطره بیفتد.

کاهش تطابق و تعادل، تغییرات در میزان هوش، بیان احساسات، کاهش چابکی و مهارت، تغییرات خلق و خو و اختلال در بازیابی اطلاعات

◆ اختلال در شنوایی

◆ درمان: B12 و ویتامین د

◆ اختلال در بینایی: بتا کاروتن، ویتامین ث، ای، سلنیوم

تقسیم بندی BMI در سالمندان

BMI ≤ 22 : لاغر

طبیعی: $22 < \text{BMI} < 24$

اضافه وزن: $25 < \text{BMI} \leq 29$

چاق: $30 \leq \text{BMI}$

انرژی:

متوسط کالری دریافتی، روز/ Kcal ۲۰۰۰ برای مردان
سالمند و روز/ Kcal ۱۶۰۰ برای زنان سالمند است.
هنگامی که دریافت ها کمتر از روز/ Kcal ۱۵۰۰ باشد،
مشکلات بهداشتی افزایش می یابد. برای کسانی که دریافت
کالری شدیداً محدودی دارند، مکمل های غذایی معمولاً
مورد نیاز می باشند.

پروتئین

از آنجا که در افراد سالمند عضلات تحلیل می رود و نیاز به انرژی کاهش می یابد ، باعث اهمیت بیشتر دریافت پروتئین رژیمی بخصوص از منابع با کیفیت بالا (منابع حیوانی) می گردد .

دریافت 1 g/kg جهت حفظ تعادل مثبت ازت در سالمندان مورد نیاز است. دریافت $1-25 \text{ g/kg}$ پروتئین برای سالمندان ایمن و بی خطر است.

مصرف پروتئین حدود ۱۵٪ کل انرژی روزانه را تشکیل میدهد توصیه می شود حدود نصف پروتئین مصرفی روزانه از منابع حیوانی باشد.

نیازهای پروتئین بسته به شدت و طول مدت بیماریها افزایش می یابد. محرکهای روانی و فیزیکی استرس را می توانند منجر به تعادل منفی ازت گردند.

قابل اعتمادترین شاخص وضعیت پروتئین در سالمندان مقدار آلبومین سرم است

کربوهیدراتها:

تقریباً ۴۵ تا ۶۵ درصد کل کالری روزانه از کربوهیدراتها تأمین شود. فیبر غذایی به مقدار ۲۰ تا ۳۵ گرم روزانه توصیه می شود. مصرف کربوهیدراتهای پیچیده بیشتر از قندهای ساده توصیه می شود. کربوهیدراتهای پیچیده علاوه بر تأمین انرژی حاوی فیبر غذایی، فیتوکمیکال ها، پروتئین گیاهی، ویتامینها و املاح می باشند.

لازم به ذکر است که کمبود کربوهیدراتها در رژیم غذایی روزانه، موجب استفاده بدن از پروتئین بعنوان منبع تولید انرژی می شود.

چربی ها

♦ ۲۵ تا ۳۰ درصد کل کالری روزانه باید از چربی تأمین شود

از طرف دیگر محدود کردن چربی رژیم غذایی به کمتر از ۲۰ درصد کل کالری ممکن است کیفیت کل رژیم را تحت تأثیر قرار دهد و اثرات منفی بر طعم، سیری و دریافت غذا بگذارد.

چربی اشباع حداکثر ۱۰٪ رژیم غذایی و میزان کلسترول کمتر از ۳۰۰ میلی گرم.

املاح

پیری تغییرات فیزیولوژیکی ایجاد می کند که نیاز به مواد مغذی ضروری را تحت تأثیر قرار میدهد

افزایش سن باعث میشود که جذب کلسیم کاهش یابد که علت اولیه آن تغییر در انتقال کلسیم و کاهش گیرنده های ویتامین D میباشد.

دریافت روی در سالمندان به علت کاهش دریافت انرژی کاهش می یابد و بسیار کمتر از مقدار توصیه شده ۱۵ میلیگرم در روز برای مردان و ۱۲ میلیگرم در روز برای زنان است.

افراد سالمندی که از خوردن گوشت و ماهی اجتناب می‌کنند،
خطر وضعیت نامطلوب روی در آنها افزایش می‌یابد،
زیرا زیست دسترسی روی از سایر منابع غذایی کمتر است

دریافت رژیمی سدیم را کم کرده و تقریباً به ۱-۲ گرم در
روز برسانیم و دریافت سایر املاح از قبیل پتاسیم، منیزیم
و کلسیم را افزایش دهیم

ویتامینها

بررسی دریافت ویتامین A مهم است، زیرا این ویتامین غالباً در رژیمهای غذایی سالمندان کم است.

سالمندان اغلب سطح سرمی ویتامین C پایین تری از افراد جوانتر دارند

استرس، سیگار کشیدن و بعضی از داروها میتواند نیاز به ویتامین C را افزایش دهد.

تشویق به مصرف غذاهای غنی از ویتامین C ممکن است سودمندترین راه بهبود وضعیت ویتامین C در سالمندان باشد

ویتامین D:

نیاز به ویتامین D بستگی به غلظت کلسیم و فسفات در رژیم غذایی و سن، جنس و میزان در معرض آفتاب بودن و پیگمانتاسیون پوست دارد.

توانایی سنتز پوستی ویتامین D از نور خورشید در سالمندان تقریباً ۶۰ درصد کمتر است. در نتیجه نیاز به این ویتامین افزایش (۱۵-۱۰ میکروگرم) می‌باشد.

کاهش ضخامت پوست به طور نسبی مرتبط با کاهش مقدار ۲۵ هیدروکسی ویتامین D است که با سالمندی همراه است.

ویتامین D ممکن است به بهبود آسیبها و جراحات پوستی (به خصوص آنهایی که ناشی از درماتوز هستند)، اختلالات افزایش تکثیر ناشی از سرطان و کراتوز ناشی از مواد شیمیایی کمک کند

ویتامین E :

به علت خاصیت آنتی اکسیدانی این ویتامین در این دوران به مقدار ۱۵ mg همانند دوران قبل از سالمندی توصیه می شود دریافت کافی ویتامین E از عوارض ناشی از پراکسیداسیون لیپیدها جلوگیری نموده و منجر به کاهش تولید سیتوکینهای التهابی توسط سلولهای آندوتلیال عروق و در نتیجه حفظ سلامت غشا می گردد.

ویتامین های گروه B:

کمبودهای شدید فولات در سالمندان ممکن است منجر به کم خونی و بالا رفتن سطح هموسیستئین سرم و افزایش خطر بیماریهای قلبی - عروقی گردد.

۱۰ تا ۱۵ درصد سالمندان بالای ۶۰ سال تحت تأثیر کمبود B12 قرار میگیرند.

علل شایع کمبود B12 : کاهش ترشح اسید معده در نتیجه کاهش فاکتور داخلی معده ، گاستریت آتروفیک، رشد زیاد باکتریایی، کم خونی پریشیوز (مرگبار) و کاهش جذب ناشی از شرایطی مثل بیماری کرون، برداشتن ایلئوم یا سندرمهای سوء جذب است. توصیه به مصرف مواد غذایی (گوشت قرمز ، ماهی جگر، شیر ، تخم مرغ)

ویتامین B6: با بالا رفتن سن متابولیسم این ویتامین افزایش و جذب آن کاهش می یابد. توصیه به استفاده از منابع غذایی (گوشت ، جگر، شیر ، تخم مرغ ، حبوبات و غلات کامل مصرف شود)

آب

نیاز روزانه مایعات تقریباً ۳۰ تا ۳۵ میلی لیتر به ازاء هر کیلوگرم وزن واقعی بدن یا حداقل ۱۵۰۰ میلیگرم در روز یا ۱ تا ۵/۱ میلی لیتر به ازاء هر کیلوکالری مصرفی میباشد.

با افزایش سن کل مایعات بدن کاهش می یابد.
آب تقریباً ۵۰ درصد وزن یک فرد سالمند را تشکیل می دهد
که این مقدار حدود ۱۰ درصد کمتر از بزرگسالان است.

اصول برنامه‌ریزی مقدماتی رژیمی که شامل تعادل، تناسب و تنوع است برای سالمندان نیز کاربرد دارد که باید همراه با رعایت راهنماهای رژیمی و هرم راهنمای غذایی USDA باشد.

۴ یا ۵ وعده کوچکتر غالباً بهتر از ۳ وعده اصلی پذیرفته می‌شود.

خسته
نباشید

