

تغذیه در معلولین

BY: MONA MORVARID



تعاریف معلولیت قبل از ۱۹۸۰

- ناتوان در اداره خود و وظایف خانوادگی
- ناتوان در مراقبت از خود
- ناتوان در کسب حرفه و انجام فعالیت‌های اجتماعی
- دارای مشکل در فعالیت‌های روزمره زندگی





ICIDH

- International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps (1980)



Sequence of Concepts ICIDH 1980

disorder

Impairments

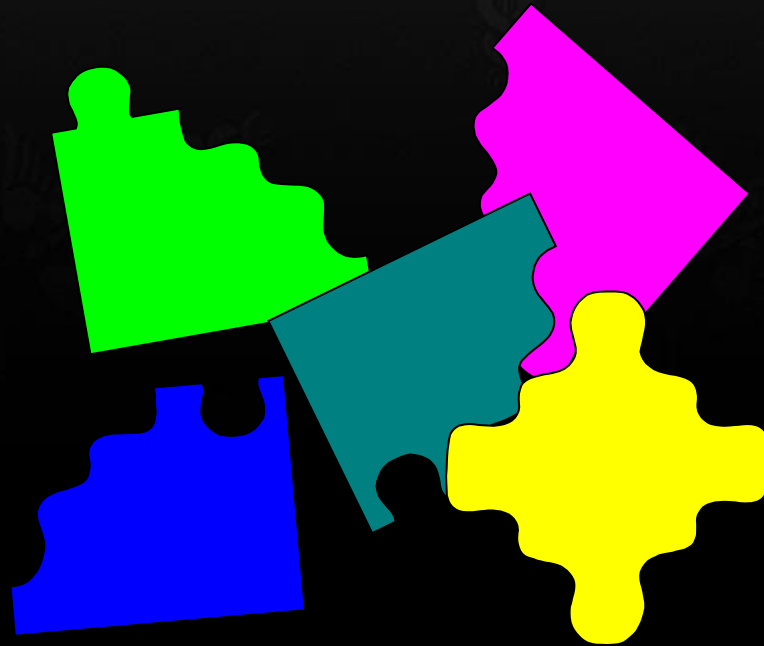
Disabilities

Handicaps



اختلال : (IMPAIRMENT)

- هرنوع ناهنجاري يا كمبود درساختار يا کارکرد رواني، فيزيولوژيکي يا کالبدي را گویند.



ناتواني: (DISABILITY)

- هرنوع كمبود يا فقدان توانايي (ناشي از اختلال) كه فعاليت فرد را براي انجام كاري به روشي كه افراد عادي انجام مي دهند ، محدود سازد و يا دامنه فعاليت وي را از حالت طبيعي خارج نمايد.



معلولیت: (HANDICAPS)

- معلولیت به ناتوانی در انجام تمام یا قسمتی از فعالیت های عادی زندگی فردی یا اجتماعی به علت وجود نقصی مادرزادی یا اکتسابی، در قوای جسمانی یا روانی اطلاق می شود.



انواع معلولیت ها



(۱) معلولیت حواسی مانند نابینایی و ناشنوایی

(۲) معلولیت حرکتی شامل انواع نقص عضوها، ضایعات نخاعی و ناهنجاری های مربوط به اسکلت و عضلات

(۳) معلولیت احشای داخلی شامل ناهنجاری های قلبی عروقی، تنفسی، کلیوی و ...

(۴) معلولیت ذهنی شامل عقب ماندگی ذهنی و بیماری روانی

علل معلولیت ها :

۱- علل اکتسابی شامل تصادفات، حوادث یا بلاهای طبیعی، جنگ، آتش سوزی، مسمومیت ها و یا بیماری های مزمن و عوارض ناشی از آنها.

۲- علل مادرزادی را به دو دسته تقسیم می کنند:

الف) دوران بارداری: نظیر عوامل ژنتیکی، سوء تغذیه مادر، سن بالای مادر، عدم رعایت بهداشت بارداری، اشعه، دارو، بیماری مادر و استعمال دخانیات.

ب) هنگام زایمان: زایمان مشکل و طولانی، زایمان های غیربهداشتی و ضربات وارده به نوزاد هنگام تولد



معلول ذهنی

❖ معلولیت ذهنی چه به صورت حاد و چه به صورت مزمن باید دارای نشانه های زیر باشد:

- 1- اختلال مغزی یا فیزیکی یا ترکیبی از اختلال مغزی و فیزیکی.
- 2- تا پیش از سن ۲۲ سالگی این اختلال بروز کند.
- 3- تا آخر عمر اختلال ادامه یابد.



- معلولان ذهنی به علت مشکلات غذا خوردن و تداخل غذا و دارو و تغییرات در الگوی رشد و یا وجود اختلالات متابولیکی در معرض کمبودهای تغذیه ای قرار دارند (اطلاعات تغذیه ای و انتخاب غذای مناسب).
- برنامه ریزی صحیح تغذیه ای می تواند تاثیر مثبتی روی سلامت معلول ذهنی داشته باشد.



مشکلات تغذیه ای در معلولان ذهنی:

- ✓ کاهش آب بدن: کاهش احساس عطش و ناتوانی در جذب آب
- ✓ اختلال در رشد
- ✓ بیوست به دلیل اختلال در خوردن و کاهش مصرف آب و مواد فیبری.
- ✓ کاهش اشتها به دلیل تداخل غذا و دارو که می تواند در نهایت به کم خوری و سوءتغذیه منجر شود. (داروهای ضد تشنج سبب اختلال در جذب اسید فولیک، ویتامین B₆، 12B، C، D و همچنین عناصر کلسیم، منیزیم، روی، فسفر می شود که در نهایت روی سلامت استخوان و دندان اثر منفی می گذارد).
- ✓ آنمی یا کم خونی: زیرا اغلب از غذاهای نرم و یا عصاره استفاده می شود و میزان بالای مصرف شیر که از نظر آهن منبع فقیری است می تواند به کم خونی منجر شود.
- ✓ آلرژیهای غذایی
- ✓ نبود تحملهای غذایی
- ✓ خرابی دندان و ناتوانی در عمل جویدن و بلع و کنترل زبان
- ✓ اختلال در خوردن مانند اشکال در بلع که خطر آسپیراسیون (یا ورود غذا به مجرای ریوی) را دارد.



ارزیابی وضعیت تغذیه ای:

- برآورد وضعیت تغذیه در معلولان ذهنی کار بسیار مشکلی است و درباره نیاز کالری در بیماران مبتلا به نشانگان داون که یک نقش ژنتیکی است، در درجات گوناگون بارز می شود.
- نیاز کالری در سنین ۵ تا ۱۱ سالگی براساس شدت و ضعف معلولیت ذهنی بر طبق جدولهای طراحی شده محاسبه می شود.



توصیه هایی برای بهبود نیازهای معلولان ذهنی

❑ استفاده از غذاهای سرد و شیرین برای تحریک ترشح بزاق و بلع آسان .

❑ بهداشت دهان و دندان: زیرا فساد دندانی و مشکلات دهانی می تواند سبب محدود شدن تکامل کودک شود.

❑ توصیه رژیم مناسب هر فرد: داروهای محرک سیستم عصبی سبب کاهش اشتها و به دنبال آن کاهش رشد می شود یا داروهای ضد افسردگی سبب افزایش اشتها و به دنبال آن افزایش وزن می شود. استفاه از ملینها در درمان یبوست روی جذب مواد غذایی اثر سو می گذارد.





نیازهای تغذیه ای (انرژی) در معلولان ذهنی

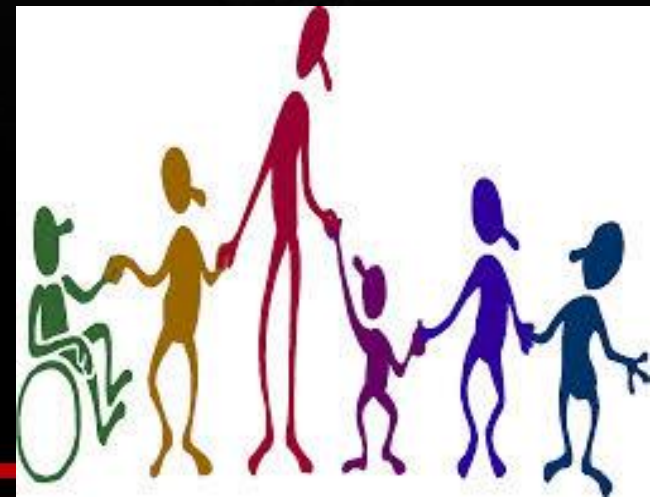
- کودکان مبتلا به عقب ماندگی ذهنی دارای نیازهای انرژی متفاوتی هستند به عنوان مثال، کودکان مبتلا به نشانگان داون و فلج مغزی چون فعالیت بدنی اندکی دارند، نیاز به انرژی این افراد کاهش می یابد و به طور معمول افراد دچار چاقی می شوند.

- بچه های بیش فعال و بچه های دچار فلج مغزی که مبتلا به بی قراری هستند، دچار افزایش نیاز به انرژی می شوند و اگر محاسبه کالری مورد نیاز این افراد به طور صحیح انجام نگیرد، به لاغری این کودکان منجر می شود.



راه های پیشگیری از معلولیت ها

- ❖ پرهیز از ازدواج های فامیلی
- ❖ مراقبت های دوران بارداری و تغذیه صحیح مادر
- ❖ اجتناب از باردار شدن در سنین بالای ۳۵ سال و زیر ۱۸ سال
- ❖ مصرف نکردن دارو در هنگام بارداری
- ❖ اجتناب از در معرض اشعه قرار گرفتن
- ❖ انجام زایمان در شرایط کاملا بهداشتی و تحت نظر پزشک متخصص



تعیین نیاز به انرژی

□ برای بچه‌هایی که محدود به تخت نیستند (۵ تا ۱۲ سال) نیاز انرژی $13,9 \text{ Kcal/cm}$

□ در بچه‌هایی که محدود به تخت هستند (۵ تا ۱۲ سال) نیاز انرژی $11,1 \text{ kcal/cm}$

- CHO (۶۵٪)

- Protein (۲۰-۲۵٪)

- Fat (۱۰-۱۵٪)

- Vitamins

- Minerals

- Fiber



بهبود وضعیت تغذیه

- کیفیت غذا و ظاهر خوشایند
- دلیزیربودن محل صرف غذا
- در مورد افرادی که بازوها کاملاً توانایی ندارند، می توان با تکیه دادن بازو به صندلی یا با استفاده از بالش، به آنها کمک نمود.
- وسایل غذا خوری مانند قاشق، چاقو، بشقاب، لیوان و... باید بر اساس نیازهای فردی اصلاح یا طراحی شوند. به عنوان مثال از لیوان نی دار یا لیوانی که دسته آن خیلی داغ یا سرد نباشد، استفاده شود و یا استفاده از قاشقی که با دستگیره به راحتی در دست فرد جای گیرد. هدف از به کارگیری چنین وسایل ویژه ای این است که بیمار را به حرکت واداشته و او بتواند بدون کمک دیگران کارهای خود را انجام دهد.



مشکلات تغذیه ای رایج در معلولین بدنی :

(۱) سوء تغذیه

(۲) **دهیدراتاسیون** (از دست دادن آب بدن)
ثبت دقیق مایعات دریافتی ، بخش مهمی از مراقبت های تغذیه ای را تشکیل می دهد.
دریافت مایعات به مقدار کافی جهت پیشگیری از تشکیل سنگ کلیه و عفونت های ادراری.

(۳) **یبوست**
- دریافت مایعات فراوان (۲-۳ لیتر در روز).
- مصرف آلو و انجیر خشک و میوه های مناسب.



۴) بی اشتهایی

بی اشتهایی معمولاً به دلیل افسردگی، جذاب نبودن غذا و بی علاقه‌گی به آن، وجود زخم‌های بستر و عدم توانایی در انجام ورزش و فعالیت، بروز می‌کند. همچنین ممکن است به صورت اثر ثانویه، به علت یبوست بروز کرده باشد.

۵) کمبود مواد مغذی

به علت وابستگی زیاد بیمار به داروهای ملین

۶) اضافه وزن

برای رسیدن به وزن ایده آل در معلولین چاق، کاهش وزن با سرعت حداکثر نیم کیلوگرم در هفته توصیه می‌شود.



تخمین میزان شیوع ناتوانی ها در کشورهای در حال توسعه

نوع محدودیت	میزان شیوع
اختلالات حرکتی	۰/۲-۲/۵ درصد
اختلالات بینایی	۰/۵-۰/۸ درصد
اختلالات گفتاری و شنوایی	۰/۵-۰/۸ درصد
اختلالات یادگیری	۰/۲-۰/۴ درصد
صرع مزمن	۰/۳-۰/۶ درصد
اختلالات رفتاری	۰/۱-۰/۲ درصد
اختلالات چندگانه	۲/۰-۳/۰ درصد
جمع	۴-۵ درصد



Physically disabled athletes



معلولین ورزشکار:

احتمال بیشتر malnutrition , CVD, obesity, osteoporosis

➤ میزان بیشتر مرگ ومیر

➤ حجم ماهیچه ای کمتر



دریافت انرژی برای یک فرد سالم:

❖ ۵۵-۶۰٪ کربوهیدرات

❖ ۱۲-۱۵٪ پروتئین

❖ >۳۰٪ چربی

✓ در معلولین با تحرک کم کاهش دریافت چربی به >۲۰٪

✓ افزایش نیاز پروتئین در ضربه، جراحی، شوک، آسیب (تروما)

❑ کمبودهای تغذیه ای رایج معلولین ورزشکار: آهن-کلسیم-ویتامین سی-

ویتامین ب ۱-فولات-بتا کاروتن



مزایای ورزش در معلولین:

- کاهش میزان چاقی
- بهبود استقامت
- افزایش اعتماد به نفس
- کاهش افسردگی
- ورزش باعث کاهش ابتلا به عفونت و سایر بیماریها میشود.



Frequently used medications among athletes with disabilities

<i>Primary classification</i>	<i>Common medications used</i>
Bowel-management/stool softeners and Laxatives	Bisalax
Bladder control / antiseptics	Ditropan
Antispasmodics/ muscle relaxants	Diazepam (Valium) Baclofen
Pain relief/ antidepressants	Medications--:containing codeine



نکات مهم در ورزشکار معلول :

- مصرف مایعات
- مصرف بالای کلسیم
- مصرف کافی کلسیم-آهن و نیاسین در ورزشکاران زن
- تغذیه مناسب و توجه به تداخلات دارویی



What is The Female Athlete Triad ?

The Female Athlete Triad is a syndrome of three interrelated conditions that exist on a continuum of severity:

Energy Deficit/Disordered Eating

An energy deficit is an imbalance between the amount of energy consumed and the amount of energy expended during exercise. The primary cause of the Female Athlete Triad is energy deficiency. Often, this can involve a conscious restriction of food intake, problems with body image and a high drive for thinness. Sometimes, these conditions can lead to disordered eating, or more serious eating problems, like anorexia or bulimia.

Menstrual Disturbances/Amenorrhea

The most serious menstrual problem associated with the Triad is amenorrhea, defined as no menstrual period for 3 months or more. However, athletes who have irregular menstrual cycles are also susceptible to the effects of the Triad.

Bone Loss/Osteoporosis

Women with the Triad are at higher risk for low bone mass leading to weakened bones, called osteoporosis in its severe form. This type of bone loss can cause an increased risk of fractures.



Factors affecting bone loss in female endurance athletes: a two-year follow-up study.

Braam LA¹, Knapen MH, Geusens P, Brouns F, Vermeer C. Author information

¹Department of Biochemistry, University of Maastricht, Maastricht, The Netherlands.(2003)

Abstract

Low bone mass leading to stress fractures is a well-known and yet unsolved problem among female athletes.

PURPOSE:

To quantify the rate of bone loss in healthy female athletes and investigate the effects of estrogen and vitamin K supplementation on bone loss.

METHODS:

We classified 115 female endurance athletes into amenorrheic, eumenorrheic, or estrogen-supplemented groups and randomized them to receive vitamin K. The bone mineral densities of the subjects' femoral neck and lumbar spine were measured at baseline and after 2 years.

RESULTS:

Bone mineral density in the lumbar spine remained constant, but bone density in the femoral neck had decreased significantly after 2 years in all three subgroups. The decrease was higher in amenorrheic than in eumenorrheic and estrogen-supplemented athletes. Supplementation with vitamin K did not affect the rate of bone loss.

CONCLUSIONS:

The rate of bone loss in all three subgroups of female athletes was unexpectedly high; neither estrogen nor vitamin K supplementation prevented bone loss.

CLINICAL RELEVANCE:

High-intensity training maintained over several years must be regarded in women as a risk factor for osteoporosis, and protocols for optimal treatment should be developed.





Thank you !!!

