

دستاورد روز

تلفن‌های همراه آسیب‌زا نیستند



■ **شرق:** مدت‌هاست بر سر اینکه گوشی‌های موبایل برای مغز آسیب‌زا هستند یا نه، اختلاف نظر وجود دارد. گرچه بعضی‌ها حتی معتقدند که استفاده از موبایل احتمال ابتلا به

تومورهای مغزی را بالا می‌برد، اما برخی هم اعتقاد دارند شواهد لازم برای اثبات آسیب‌زا بودن موبایل، هنوز کافی نیستند. خیلی‌ها هم توصیه می‌کنند که بهتر است کاربران در استفاده از موبایل محتاط باشند مثلا چپ‌ها بهتر است فقط در مواقع اورژانسی از موبایل استفاده کنند و کاربران دیگر هم در هنگام مکالمه طولانی از هندزفری یا اسپیکر بهره ببرند. بر اساس تحقیق گسترده‌ای که به سفارش آژانس حفظ سلامتی در بریتانیا (اچ. پی. ای) صورت گرفته، هنوز هیچ مدرکی مبنی بر اینکه استفاده از تلفن همراه برای سلامتی زیان‌آور است، یافت نشده است. کارشناسان این آژانس می‌گویند که با بررسی صدها تحقیق در این‌باره، هنوز هیچ ارتباط مستقیمی بین استفاده از تلفن همراه با خطر ابتلا به سرطان، عملکرد مغز یا ابتلا به نابروری پیدا نکرده‌اند. به گفته آنها، تحقیقات باید ادامه یابد زیرا درباره تاثیرات بلندمدت آن هنوز چیز زیادی مشخص نیست. اچ. پی‌ای اعلام کرده است که با این حال والدین باید همچنان از استفاده بیش از حد کودکان از تلفن‌های همراه جلوگیری کنند. این گسترده‌ترین بررسی پیرامون ایمنی و اثرات تلفن‌های همراه بوده است.

کاهش علایم کبد چرب با سویا



■ **مهر:** محققان دانشگاه ایلینوی‌ز در تحقیقی که روی بیماران چاق انجام دادند، به تاثیرات قابل توجه پروتئین سویا در کاهش تجمع چربی و تری‌گلیسیرید کبد این بیماران پی بردند.

«هانگ‌چن» استادیای علوم غذایی و تغذیه در دانشگاه ایلینوی‌ز در این‌باره گفت: «چربی در کبد از طریق متابولیسم، دگرگون می‌شود و در صورتی که حمل چربی به بافت‌های چرب در افراد چاق کاهش یابد، کبد به مخزن ذخیره چربی اضافی تبدیل می‌شود. وقتی که چربی در بافتی چون کبد که قرار نیست چربی ذخیره کند متمرکز می‌شود، کارکرد حیاتی این بافت در خطر قرار می‌گیرد.» به نظر می‌رسد مصرف پروتئین سویا از منابعی چون توفو و ماست از برخی فشارهای کبد چرب می‌کاهد. «چن» در این تحقیق به مقایسه تجمع چربی در کبد‌های موش‌های چاق و لاغری پرداخت که طی ۱۷ هفته پس از قطع شیر مادر، از رژیم ماده پروتئینی شیر یا رژیم پروتئین سویا استفاده کرده بودند. در حالی‌که رژیم تاثیروری روی کبد حیوانات لاغر نداشت، تری‌گلیسیرید و تجمع کلی چربی در کبد موش‌های چاقی که از پروتئین سویا استفاده کرده بودند تا ۲۰ درصد کاهش یافت. بیماری کبد چرب با تجمع چربی در سلول‌های کبدی و التهاب کبد مشخص می‌شود و دیابت و بالا بودن چربی‌های خون نیز از علل زمینه‌ای آن است. عوامل مختلفی چون کاهش ناگهانی وزن، سوء‌تغذیه و گرسنگی طولانی که باعث تغییر متابولیسم در بدن می‌شوند نیز ممکن است باعث کبد چرب شوند.

رویداد

دومین سمینار تازه‌های سمک و کاشت حلزون

۴۰۰۰ عمل کاشت حلزون در ایران

■ **شرق:** «از سال ۱۳۷۱ تاکنون بیش از ۴۰۰۰ نفر در ایران مورد کاشت حلزون قرار گرفته‌اند و بدین ترتیب شنوایی کامل خود را به دست آورد‌اند.» دکتر «حسام‌الدین امام‌جمعه»، رییس دومین سمینار تازه‌های سمک و کاشت حلزون با اعلام این خبر اظهار داشت: «شنوایی‌شناسان ایران از جمله متخصصانی هستند که با تلاش مناسب تا به امروز توانسته‌اند خود را به علم روز آراسته کرده و با ایجاد یک رابطه تکنانگ با فناوری‌های جدید به توسعه روزافزون ابزار و تجهیزات شنوایی داخل در مقایسه با سطح بین‌المللی ببردارند.» عضو مرکز تحقیقات گوش و حلق و بینی دانشگاه تهران با اشاره به یکی از مهم‌ترین معضلات جامعه سالمندی کشور که همان پیرگوشی است، افزود: «افراد سالمند به علت مشکلات عروقی و متابولیک و در برخی موارد به علت مشاغل قبلی از جمله محیط‌های کاری پر سر و صدا، دچار درجاتی از افت شنوایی یا پیرگوشی می‌شوند که این امر به دوری آنها از جامعه منجر می‌شود و لازم است با تشخیص صحیح برای آنها اقدامات بازبینشی و استفاده وسایل مناسب کمک‌شنوایی در نظر گرفته شود. خوشبختانه در ایران پیشرفته‌ترین انواع وسایل کمک‌شنوایی قابل دسترس است ولی معضل اصلی و مشکل سالمندان در این موارد، عدم حمایت سازمان‌های بیمه از هزینه‌های این وسایل کمک‌شنوایی است که امیولاریم در آینده شاهد توجه بیشتر سازمان‌های ذی‌بط در جهت کمک به این قشر از جامعه باشیم.»
قابل ذکر است دومین سمینار تازه‌های سمک و کاشت حلزون از ۲۴ تا ۲۵ خردادماه سال جاری در سالن عرضی بیمارستان میلاد تهران برگزار می‌شود.

در یک دهه اخیر، به دلیل گسترش شهرنشینی و به دنبال آن ایجاد آلودگی‌های غذایی جدید و شکل‌گیری مصرف‌کنندگان تازه، زنجیره نظام غذایی رشد قابل توجهی را به ویژه در کشورهای در حال توسعه تجربه کرده است. در این میان آن چیزی که امروزه سر آن تاکید می‌شود و علوم مختلفی در حوشی آن به وجود آمده ، استفاده آگاهانه از موادغذایی است. غذایی که براساس دانش و اطلاعات تغذیه‌ای انتخاب و تهیه می‌شود، می‌تواند دارای همه مواد مغذی برای اعمال طبیعی بدن، افزایش طول عمر، افزایش کارایی و یادگیری انسان، ترمیم آسیب‌های وارده و تقویت سیستم ایمنی بدن برای مقابله موثر با عوامل بیماری‌زا و در نهایت کاهش دوره نقاهت باشد. امروزه استفاده آگاهانه از غذا به منظور پیشگیری از بیماری‌ها، حفظ تندرستی، طول عمر مطلوب و درمان بیماری‌ها را «غذا درمانی» می‌نامیم. اسناد تاریخی بیانگر قدمت چهار هزار ساله غذاهای ایرانی نظیر انواع سوپ، آش و… است و اکنون پزشکان در قرن بیست و یکم برای «غذا درمانی» در تمام دنیا علاوه بر

مقدمه‌ای در باب آگاهی و رویا

این منِ سرگردان



دکتر عبدالرضا نامر مقدسی

متخصص مغز و اعصاب

بارها شده‌است که خودمان را در رویاهایمان دیده‌ایم. در رویا دیده‌ام که پیر شده‌ایم، دیده‌ام که کودک هستیم، حتی خود را به شکل و شمایل دیگری دیده‌ایم، ولی در همه این موارد در همان رویا می‌دانیم که این فرد دگرگون‌شده همان خود ما هستیم. در واقع انگار یک نخ نامرئی مفهوم من یا خود را به‌رغم تغییر تمام ظواهر در رویا حفظ می‌کند. شاید مفهوم «من» یا «خود» ثابت‌ترین مفهوم در یک رویا باشد. در یک رویا یا در الگوی غیرمنطقی و پریشان دو عامل همواره ثابت باقی می‌ماند؛ اولان این رویا متعلق به ماست. این ما هستیم که رویا می‌بینیم، مقوله‌ای که در بیداری نیز ادامه می‌یابد. وقتی بیدار می‌شویم با همان می‌آید که «من» رویایی را دیده‌ام. انگار چشم «من» در رویا، بر گوش‌های از جهان سایه افکنده است. رویای ما را شخص دیگری نمی‌بیند. ثانیاً ما همواره قادر به تشخیص خودمان در یک رویا هستیم. در یک رویا ممکن است پیر شویم، جوان شویم، شکل و قیافه‌مان عوض شود ولی همواره می‌دانیم این فرد که این‌گونه عوض شده است، همان خود ما هستیم. رویا ساختاری درهم و غیرمنطقی دارد. حال این سوال مطرح می‌شود که به‌رغم این درهم بودن، چه چیزی باعث حفظ «من» یا «خود» در طول رویا می‌شود؟ چرا طی یک رویا ساختار «من» فرو نمی‌ریزد؟ چرا ما نباید خودمان را طی یک رویا شناسیم؟ پاسخ به این سوال، مستلزم پاسخ به سوال مهم‌تری است: منظور از من چیست؟ وقتی عنوان می‌کنیم که «من» غذا خوردم یا «من» تلوزیون نگاه می‌کنم، منظورمان از «من» چیست؟ واژه «من» که به‌طور روزمره بارها و بارها توسط ما به کار می‌رود دلالت بر خودِ آگاهی ما دارد. کاربرد واژه «من» بیانگر نوعی احساس شخصی از آگاهی بودن بر آنچه که بر ما می‌گذرد، است و می‌تواند دلالت بر احساس ما به پدیده‌های مختلف باشد. از ایس رو به قول «ی.ی. یو»، «خود» یا «گو» نت‌ها فاعل تجربه است بلکه این توانایی را دارد که خودش را به عنوان فردی که عامل تجربه است، نیز بشناسد. اما وقتی از حضور پلانماز «من» یا «خود» در طول یک رویا سخن می‌گوییم، لاجرم باید حضور «من» را هم بدپذیریم زیرا آگاهی جزو لاینفک و مقوم ساختار «من» به عنوان فاعل تجربه‌کننده است. طبق تعریف «توماس ناگل» آگاهی جنبه ذهنی (subjective) تجربه ماست؛ چیزی است که به یک تجربه شکل می‌دهد؛ چیزی است که فرمز بودن سبب یا سبز بودن چمن را از یک دانه حسی صرف خارج کرده و به آن معنای بخشد؛ معنایی که پایایی برای تجربه ما در کسب معنای فرمز بودن سبب می‌شود. آگاهی به ما کمک می‌کند تعریفی از خود یا من داشته باشیم. به درون خود بنگریم و پردازش‌های فکری خود را ببینیم و از همه آنها به تعریفی از «خود» یا «من» برسیم؛ به قول «دبلاک» آگاهی این پردازش‌ها را آگاهانه در دسترس قرار می‌دهد. آگاهی کارکردهای متعددی دارد. طبق بیان «بی‌جی‌بارس» آگاهی برای یادگیری موفق و حل مسائل، ضروری است. آگاهی سبب دسترسی به خود یا من است. «من» یا «گو» در مونیتور کردن و کنترل و دستیابی به وقایع و حفظ و تدوام آنها در موقعیت‌های مختلف زندگی دخالت دارد. آگاهی می‌تواند فرآیندهای ناخودآگاه را در مسیرهای تازه‌ای به کار گیرد و این‌ها تنها بخشی از کارکرد آگاهی است. اما حضور «آگاهی»

شرق: «به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر، حدود ۱۰۰۰ نفر سالانه در کشور به بیماری سرطان مبتلا می‌شوند که این آمار در مردان بیش از زنان است.» دکتر «محمدعلی محققی» معاون آموزشی وزارت بهداشت، چهارشنبه گذشته در میزگرد «چالش‌های درمان سرطان» که همزمان با برپایی یازدهمین کنگره سراسری مدیکال آنکولوژی و هماتولوژی ایران (ششم تا هشتم اردیبهشت ماه) برگزار شد، ضمن بیان مطلب فوق گفت: «طبق برآورد مرکز آمار در سال ۹۰، مجموع هزینه‌هایی که از بیت‌المال صرف سلامت شد، ۴هزار۵هزار میلیارد ریال است که این مبلغ صرف سه بخش آموزش، تحقیقات و امور دانشگاهی، پیشگیری و بهداشت و مباحث مربوط به توانبخشی و بازتوانی شده‌است.» وی در ادامه افزود: «به عبارتی ۱۶۰هزار میلیارد که ۴۰درصد این بودجه است، صرف سه بخش مورد اشاره و ۶۰درصد بقیه صرف هزینه‌های درمانی می‌شود، در حالی که این میزان در نظام‌های معتبر سلامت معکوس و به نفع نظام سلامت است.» معاون آموزشی وزارت بهداشت با اشاره به اینکه یک سوم سرطان‌ها در مراحل اولیه قابل پیشگیری است، گفت: «پرش اساسی این است که نظام سلامت ما چه اقداماتی را برای پیشگیری از سرطان در جامعه و چه سرمایه‌گذاری را در این زمینه برای نسل‌های بعدی انجام داده است؟» وی با انتقاد از اینکه نظام سلامت ما بیمار‌محور است، یادآور شد:

امنیت غذایی را جدی بگیرید

جامعه سالم با مصرف موادغذایی سالم

فاطمه احمدیان

صرف این غذاهای قدیمی، غذاهای فرموله را نیز تدارک دیده و در وضعیت‌های خاص و ویژه توصیه می‌کنند. در شرایط حاد و بحرانی خصوصاً زمانی که بیمار قادر به خوردن نیست و عمل بلع نیز راحت نیست (مثلاً در سکنه‌های مغزی)، بسته به وضعیت بیمار از روش تغذیه با لوله استفاده می‌شود. همچنین برای آن دسته از سالمندانی که دچار اختلال بلع شده‌اند یا بیمارانی سرطانی که به دلیل شیمی درمانی، اشتهای خود را از دست داده‌اند یا دچار تهوع هستند نیز از این شیوه تغذیه‌ای استفاده می‌شود. در این روش تمام موادغذایی و آب مورد نیاز به صورت مایع یکدست و هموزن در حجم و زمان‌های مشخص غنی‌تر از غذای آشپزخانه‌ای است، رعایت اصول بهداشتی نیز

در این نوع تغذیه سه‌ل‌تر و میسرتر است. براساس یکی از جدیدترین تعریف‌های امنیت غذایی، «امنیت غذایی آن هنگام وجود خارجی دارد که همه انسان‌ها در همه حال به غذای سالم، کافی و مقوی که نیازهای غذایی یک انسان را برآورده می‌کند، دسترسی آسان داشته باشند. چه این فرد روی تخت بیمارستان خوابیده باشد یا اینکه یک انسان فعال و پرتحرک باشد.» در پایان باید گفت، در جهان امروز غذا نقش اساسی و استراتژیکی را بر عهده دارد. بدون تردید در بین اولویت‌های اهداف توسعه هر کشور، دستیابی به امنیت غذایی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. اگر کشوری از نظر تولید موادغذایی بتواند در حد خوبی قرار گیرد و خودکفا شود، پس از آن یا بهتر بگوییم همزمان با آن باید به علوم تغذیه توجه کند، صرف غذا خوردن و معده را از غذا نباشته کردن اگر ضرر نداشته باشد، مطمئناً سودمند نخواهد بود. در واقع ریشه اصلی مفهوم امنیت غذایی را باید در «علم تغذیه انسانی» جست‌وجو کرد، دانشی که عمدتاً بر ارتباط میان غذای مصرفی و سلامت انسان تمرکز دارد.



آ. ن. ی.

و نورونی که طی رویا فعال می‌شوند، همان‌هایی هستند که طی بیداری به کار گرفته شده و به سخن دیگر تسهیل شده باشند. حال دوباره به مفهوم نوروفیز یولوژیک آگاهی بازمی‌گردیم. طی بیداری و در فعالیت روزانه‌مان بسیاری از اعمال ما آگاهانه است. ما از دیدن یک منظره زیبا به وجد می‌آییم. مطالب مختلفی را با دقت و آگاهانه می‌خوانیم. با هوشیاری تمام به مخاطب‌مان گوش می‌دهیم و صدها فعالیت مشابه را انجام می‌دهیم. پس طی روز، مدارها و سیستم‌های عصبی مربوط به آگاهی به شکل فرآیندهای به کار رفته و تسهیل می‌شوند، بنابراین طبق نظریه شناختی «دامهوف» هیچ دور از ذهن و بعید نخواهد بود اگر همین مکانیسم‌ها طی خواب نیز فعال باشند و واکنشی را طی یک رویا بپوشد. آوردن که مشابه واکنش آگاهانه ما در بیداری باشد. در واقع نیز این اتفاق می‌افتد. یک حادثه خوب در رویا ما را به شدت به وجد می‌آورد به طوری که بعد از بیداری آرزوی می‌کنیم کهای کلش آن حادثه رویا نبود. این تجربه، این به وجد آمدن، همانند به وجد آمدن ما در هنگام خواندن شعر حافظ یا دیدن تابلوی نقاشی جیف «فوارد موش» است و ما می‌دانیم که این شکل تجربه به واسطه نوعی از آگاهی اتفاق می‌افتد که «ند بسلاک» در تقسیم‌بندی منشورش از آن با عنوان آگاهی بیداری نام می‌برد. شاید بتوان گفت ما در جهان خواب نیز به نوعی آگاه هستیم، خودمان را در خواب می‌بینیم، خودمان را می‌شناسیم و طبق منطق بی‌منطق خواب، حوادث و رویدادها را بپذیری می‌کنیم. اما اینکه آگاهی در رویا نیز حضور دارد، واقعاً به چه معناست؟ آیا این احساس ضروری است؟ ما می‌دانیم که محاصل جهان رویا انطباقی با جهان واقع ندارد، اما اگر آگاهی‌ای که مربوط به ارتباط ما با دنیا واقعی است، در عالم رویا نیز امتداد یابد آیا ممکن نیست که عناصری از رویا را وارد ادراک ما از جهان واقعی کند و بدین ترتیب نوعی آگاهی کاذب به وجود آورد؟ آیا تکامل، آگاهی را از جایگاه اصلی خود فراتر برده است؟

آنکولوژی و هماتولوژی ایران در گفت‌وگو با مهر، ضمن ابراز نگرانی از بروز موارد جدید سرطان در کشور گفت: «همیزان بروز موارد جدید سرطان در کشور در حال افزایش است به گونه‌ای که سالانه حدود ۸۰هزار مورد جدید سرطان گزارش می‌شود.» وی در ادامه ضمن انتقاد از نبود آمار در زمینه میزان شیوع و مرگ‌ومیر ناشی از سرطان در کشور اظهار داشت: «لازم است تا مسوولان کشور نسبت به جمع‌آوری آمارهایی در زمینه میزان شیوع سرطان‌های رایج در کشور و میزان شیوع و مرگ‌ومیر ناشی از این بیماری به تفکیک سن، جنس و موقعیت جغرافیایی اقدام کنند.» وی سرطان‌های، سینه، معده، روده بزرگ و رکتوم، مثانه، مری، پروستات، ریه، خون و دستگاه لنفاوی را از شایع‌ترین سرطان‌ها در کشور ذکر کرد و یادآور شد: «تعداد بیماران سرطانی گزارش‌شده در کشور در یک دوره ۲۰ ساله از ۱۳۴۵ تا ۱۳۸۴ در یک گزارش مستند علمی تقریباً سه برابر شده است.» دکتر «پاک‌پور» در ادامه با تاکید بر اینکه دانش کشور در این حوزه به تولید علم زیادی منجر نشده است، گفت: «پیشنهادهای منظور به روز کردن روش‌های درمانی و داده‌های متخصصان در این حوزه، برگزاری کنگره به گونه‌ای برنامه‌ریزی شود که امکان حضور همه متخصصان رشته‌های جراحی داخلی و پروتورمانی که به نوعی با درمان و تشخیص سرطان در ارتباط هستند، فراهم شود.

خوراک‌بان

ضرورت کارآزمایی بالینی در تغذیه فردی

بهره‌وری بالا با انتخاب‌های درست



حمید خواجهپور

کارشناس تغذیه

■ اگر به خاطر داشته باشید با ورود به حیطه مهم «تغذیه صحیح از دوران کودکی» و اهمیت دقت در نوع و مقدار غذای مصرفی از سنین پایین، محور اصلی مباحث مطرح‌شده ستون خوراک‌بان در چند هفته انتهایی سال گذشته، بر مبنای اهمیت توجه به اختصاصات فردی و چگونگی آگاهی یافتن از آنها در جهت کمک به انتخاب بهترین غذا برای هر فرد قرار داشت. از این هفته نیز قصد داریم در ادامه میحث، با یادآوری مختصری از دلایل اهمیت پرداختن به موضوع و چرایی انتخاب شیوه در پیش گرفته‌شده با عنوان فرعی «کارآزمایی بالینی در تغذیه فردی» به همراه ذکر نمونه‌هایی از این روش، مخاطبان گرامی را در استفاده از روشی ساده و کاربردی برای شناخت بهتر موادغذایی مناسب وضعیت خویش، سهیم کنیم. متأسفانه در تمامی کتب معتبر و منابع مورد وثوق دانش روز تغذیه تنها اشارات موجود در این میحث برمی‌گردد به توصیه‌هایی مبنی بر بررسی نتیجه آزمایش‌های خون و ادرار یا سابقه قلمیلی و بیماری‌های قبلی شخص. اما روابط محکم و قابل‌مشاهده بین نوع غذای مصرفی با نموده‌ای عینی جسمی یا روانی حاصل از مصرف آنها در هر فرد به‌خصوص، به خوبی بیانگر وجود مسائل دیگری است که همه ما به وضوح در زندگی روزمره خود با آنها روبرو هستیم؛ روابط علت و معلولی که فراتر از آزمایش‌های شناخته‌شده بیوشیمیایی مربوط به خون یا مواد قابل شناسایی و کشف‌شده‌ای همچون املاح و ویتامین‌های موجود در هر ماده غذایی است و همگی موید وجود تفاوت آشکار عکس‌العمل مطلوب یا نامناسب افراد مختلف در برابر یک ماده غذایی خاص هستند. بر همین اساس باید به دنبال راهکاری بود که علاوه بر در نظر گرفتن توصیه‌های هرم غذایی و اجرایی کردن الزامات روزانه آن در جهت تامین مایحتاج بدن خود که بحق می‌توان آن را بهترین و مفیدترین دستورالعمل غذایی برای هر انسان سالمی دانست، بتوانیم نیازگاهی هم به بعد دیگر قضیه یعنی برآورده کردن نیازهای اختصاصی بدن خویش با انتخاب مناسب‌ترین و هماهنگ‌ترین ماده یا موادغذایی از هر گروه غذایی موجود در هرم با شرایط خاص خود داشته باشیم. بدیهی است که هرچه موادغذایی مورد استفاده با خصوصیات شخص هماهنگ‌تر باشد، در تمامی مراحل تغذیه از هضم و جذب گرفته تا فواید حاصل از ورود مواد تشکیل‌دهنده آن غذا در فعل و انفعالات حیاتی بدن واردشد بالاتر از بهره‌وری و میزان عوارض احتمالی کمتری روبرو خواهیم شد. البته این را هم فراموش نکنیم که آزمایش تاثیرات مثبت یا منفی حاصل از افزایش یا حذف یک غذا یا شیوه خاص تغذیه در یک بازه زمانی خاص و بررسی و پایش برآیند ثابت و علایم بارز حاصل از سلامت یا ناهماهنگی درونی بدن یک شخص باید در مواردی اجرا شود که از بی‌خطر بودن آن صددرصد مطمئن باشیم، مثلاً شاید شنیده باشید که مصرف برخی غذاها همچون قیمه بادجان برای شخصی که مبتلا به مخمک است، می‌توند با خطر ایجاد نابینایی در فرد همراه باشد. بنابراین آزمایش شخصی این مطلب به هیچ‌وجه عقلانی نخواهد بود. اما استفاده منطقی همراه با دقت از مواد هم‌خانواده برای یافتن مناسب‌ترین آنها مطلبی است که ما به دنبال آنیم. مانند آنچه در قسمت‌های قبل در مورد تفاوت‌های موجود در ترکیب گندم و برنج که دو غله اساسی و غالب مورد استفاده در کشورمان هستند، بیان کردیم. برای یک فرد سالم و در حالت عادی امکان به وجود آمدن خطرات جسمانی شدید در اثر حذف یکی از این دو غله در مدت‌زمانی کوتاه قطعاً با کاهش میزان مصرف موادغذایی بدست‌آمده از گندم و آرد، آن متوجه عملکرد بهتر دستگاه گوارش خود شویم یا در مورد شکل‌های گوناگون لبنیات مانند شیر، ماست یا پنیر با کمی دقت و حوصله قادر باشیم مطلوب‌ترین نوع آن را با توجه به تفاوت‌های جسمانی موجود، برای تک‌تک اعضای خانواده خویش متفاوت بباییم. به همین منظور و قبل از بازگشت به بحث اصلی و بررسی تفاوت‌های بین مصرف گندم و برنج ابتدا دو مورد از مهم‌ترین تجربیات شخصی سال گذشته خود را که مدت‌ها بود در منابع گوناگون و مقالات متعدد با آنها برخورد کرده بودم، اما از قطعیت‌شان مطمئن نبودم، با‌گو می‌کنم. نکته اول در مورد جداسازی زمان مصرف موادغذایی خام از پخته است. به این معنا که عملکرد دستگاه گوارش در فرآیند هضم و جذب مواد مغذی موجود در غذاهای گوناگون با رعایت فاصله زمانی بین مصرف غذای پخته (مثلاً چلوخورشت کرفس) و موادغذایی خام (مثلاً سالاد) در طول روز بهبود می‌یابد. نکته دوم هم در مورد جداسازی زمانی مصرف موادغذایی بود که میزان وجود یک ماده مغذی خاص مانند پروتئین، چربی یا کربوهیدرات در آنها غلبه دارد. مثلاً زمان مصرف موادغذایی پرنشاسته را از موادغذایی پرپروتئین جدا کنیم. در دو قسمت اتی از موادغذایی مورد نیاز، گوارش تشخصی‌اند حاصل از هضم و جذب به گونه‌ای باشد که در کنار شناخت فرایزوبوی‌های خاص (مثلاً سالاد) در کارآزمایی بالینی می‌تواند برای هر یک از ما با شرایط ویژه‌ای که داریم، در اثبات این امر راهگشا باشد. چه بسا افرادی که با مراجعه به پزشک، مشکل‌شان سوءهاضمه و رفرد به سیستم گوارش تشخصی‌اند باشد (مثلاً سوزش دلیل اصلی آن، عادت نادرستی است که اکثراً به دلیل دیر برگشتن از سر کار یا رفتن به میهمانی‌های چشم و هم‌چشمانه وجود دارد، یعنی مصرف یکباره و در عرض کمتر از یک‌ساعته شامی معمولاً از انواع موادغذایی به‌علاوه سالاد و پس از آن هم چای و شیرینی به‌علاوه میوه.