به مناسبت ۲۹ اکتبر (۷ آبان) روز جهانی پیشگیری از سکته مغزی

سکته مغزی قابل پیشگیری است، اگر...

علی نیکویی

سکته مغزی بیماری شایعی است و علت اصلی مرگ و ناتوانی در سراسر جهان است. آخرین آمار نشان می‌دهد که در جهان ۱۷ میلیون مورد به سکته مغزی در سال رخ داده و ۶.۵ میلیون مورد به مرگ انجامیده است و ۲۶ میلیون نفر بازمانده سکته مغزی در جهان زندگی می‌کنند. با افزایش سن پس از ۳۰ سالگی، خطر سکته مغزی به‌طور تصاعدی افزایش می‌یابد. دوسوم موارد سکته مغزی پس از ۶۵ سالگی رخ می‌دهند. در ایران بر اساس گزارش وزارت بهداشت، هر سال صدهزار سکته مغزی رخ می‌دهد. سکته مغزی دومین علت مرگ‌ومیر و اولین علت ناتوانی طولانی‌مدت در کشور است. از طرف دیگر در ایران از هر پنج مورد سکته مغزی یک مورد در سنین زیر ۵۵ سال رخ می‌دهد و با افزایش بروز موارد سکته مغزی در کشور، سن ابتلا به آن هم در حال کاهش است.

سکته مغزی چطور رخ می‌دهد؟

سکته مغزی یک فوریت پزشکی است و درصورتی‌که به‌طور فوری تشخیص داده شده و درمان نشود، ممکن است به عوارض بازگشت‌ناپذیر عصبی و حتی مرگ بینجامد. سکته مغزی به دو شکل ممکن است رخ دهد:

۱- نوع ایسکمیک (اختلال خون‌رسانی) که ناشی از انسداد شریان‌های خون‌رساننده به مغز است و اکثریت موارد سکته مغزی (۸۷ درصد) را تشکیل می‌دهد. در این نوع سکته مغزی معمول عارضه زمینه‌ای «آترواسکلروز» رسوب پلاک‌های چربی روی دیواره درونی رگ‌ها وجود دارد که باعث تنگ‌شدن آنها می‌شود. حال اگر لخته خونی روی این پلاک چربی ایجاد شود (ترومبوز) یا لخته‌های خونی که در جاهای دیگر بدن تشکیل شده‌اند، کنده شده و از راه جریان خون به این محل تنگی برسند (آمبولی)، ممکن است شریان خون‌رسان به بخشی از مغز را مسدود کنند. سلول‌های مغزی چنددقیقه پس از نرسیدن خون به آنها شروع به مردن می‌کنند و آسیب دائمی ایجاد می‌شود.

۲- نوع هموراژیک (خون‌ریزی‌دهنده) ناشی از پارگی دیواره ضعیف‌شده شریان مغزی و خون‌ریزی از آن به درون بافت مغزی اطراف است. تجمع خون باعث فشار بر بافت مغزی مجاور و آسیب‌زدن به آن می‌شود. نوع خون‌ریزی‌دهنده سکته مغزی خود به دو نوع تقسیم می‌شود: یکی خون‌ریزی داخل مغز و دیگری خون‌ریزی در فضای زیر عنکبوتیه (یکی از لایه‌های غلاف پوشاننده مغز یا مننژ). ضعف دیواره عروق خونی مغز و پارگی آن ممکن است به علت آنوریسم (بخشی از رگ که دیوار ضعیف‌شده دارد، به شکل یک بادکنک بیرون می‌زند) یا بدشکلی‌های شریانی- وریدی (مجموعه‌ای از عروق خونی که به‌طور ناهنجار تشکیل شده‌اند) باشد.

سکته مغزی قابل پیشگیری است

۹۰درصد موارد سکته‌های مغزی با ۱۰ عامل خطرساز اصلی مرتبط هستند. اگر دچار دیابت هستید، مشکلات قلبی یا سابقه سکته مغزی دارید، با دکترتان درباره خطر سکته مغزی و درمان‌های پیشگیری صحبت کنید. در اینجا به ۱۰ عامل خطرساز برای سکته مغزی و شیوه مقابله با آنها اشاره می‌کنیم:

۱- فشارخون بالا را کنترل کنید: فشارخون بالا تقریبا با نیمی از موارد سکته مغزی ارتباط دارد. دانستن فشارخونتان و در صورت بالابودن، کنترل‌کردن آن (با تغییرات سبک زندگی و دارو) خطر سکته مغزی در شما را کاهش خواهد داد.

۲- پنج‌بار در هفته ورزش با شدت متوسط انجام دهید: بیش از یک‌سوم از سکته‌های مغزی در افرادی رخ می‌دهد که ورزش منظم انجام نمی‌دهند. ورزش با شدت متوسط پنج‌بار در هفته خطر سکته مغزی را کاهش می‌دهد.

۳- رژیم غذایی سالم و متعادل داشته باشید: تقریبا یک‌چهارم سکته‌های مغزی به علت رژیم غذایی نامناسب، به‌خصوص مصرف کم میوه‌ها و سبزی‌ها رخ می‌دهد. خوردن پنج وعده یا بیشتر میوه و سبزی خطر سکته مغزی را کاهش خواهد داد.

۴- کلسترولتان را کاهش دهید: بیش از یک‌چهارم سکته‌های مغزی با میزان بالای کلسترول بد (LDL) ارتباط دارند. خوردن چربی‌های اشباع‌نشده و غیرهیدروژنه خطر سکته مغزی را کاهش خواهد داد. اگر نتوانید میزان کلسترولتان را فقط با رژیم غذایی در حد طبیعی نگه دارید، باید با دکترتان درباره درمان‌هایی که می‌توانند به شما کمک کنند، مشورت کنید.

۵- شاخص توده بدنی یا نسبت دور کمر به دور لگن را در حد طبیعی نگه دارید: تقریبا یک‌پنجم موارد سکته مغزی به چاقی مربوط هستند. یک شیوه خوب برای دانستن اینکه آیا نیاز به کم‌کردن وزن دارید یا نه، این است که اندازه دور کمرتان را بر اندازه دور لگنتان تقسیم کنید.

۶- سیگارکشیدن را کنار بگذارید و از دود سیگار محیطی پرهیز کنید: از هر ۱۰ سکته مغزی، یک مورد به سیگارکشیدن ارتباط دارد. متوقف‌کردن سیگارکشیدن خطر سکته مغزی را کاهش خواهد داد. کمک‌گرفتن از متخصصان، احتمال موفقیت در ترک سیگار را افزایش می‌دهد.

۷- از مصرف نوشیدنی‌های الکلی بپرهیزید: مصرف الکل یک عامل خطرساز برای سکته مغزی است. بیش از یک میلیون سکته مغزی در سال با مصرف مفرط مشروبات الکلی ارتباط دارند.

۸- فیبریلاسیون دهلیزی (یک نوع اختلال ریتم قلب) را شناسایی و درمان کنید: بی‌نظمی‌های ضربان قلب و سایر مشکلات قلبی با ۹ درصد از سکته‌های مغزی ارتباط دارند. برای درمان احتمالی و کاهش خطر در این زمینه با دکترتان مشورت کنید.

۹- دیابت را جدی بگیرید: دیابت علاوه بر اینکه عوامل خطرساز مشترکی با سکته مغزی دارد، خطر سکته مغزی را هم افزایش می‌دهد. اگر مبتلا به دیابت هستید، با دکترتان درباره درمان‌هایی که به کاهش خطر سکته مغزی کمک می‌کنند، صحبت کنید.

۱۰- درآمد و تحصیلات: تفاوت میزان درآمد و تحصیلات درون هر کشور در میان کشورها با سکته مغزی ارتباط دارد. سیاست‌های دولت برای کاهش فقر و بهبود دسترسی برابر به مراقبت‌های بهداشتی و تحصیلات اثر مثبتی از لحاظ کاهش خطر سکته مغزی و سایر بیماری‌های غیرواگیردار دارد.

نکاتی درباره درد مفصل فکی-گیجگاهی

به درمان‌های کوتاه‌مدت اکتفا نکنید

یاشیل احدی‌مقدم
جراح و دندان‌پزشک

در مواردی بیمار دچار درد در قسمتی از فک یا تمام فک بالا و پایین می‌شود به طوری که منشأ درد مشخص نیست. این درد بیشتر در فک بالا احساس می‌شود و دندان‌های عقب دچار دردگرفتگی هم‌زمان می‌شوند. این درد تا چند روز هم باقی می‌ماند. در بیشتر موارد، مشکل بیمار، درد مفصل فکی‌گیجگاهی (Temporomandibular Joint) است. اگر در یک سمت صورت و در سمت دندان‌های عقب بالا احساس درد می‌کنید، ممکن است ناشی از مفصل گیجگاهی‌فکی (TMJ) باشد. معمولا این درد با درد دندان عقل اشتباه گرفته می‌شود. این درد معمولا به سمت فک پایین و اطراف گوش منتشر می‌شود و حتی ممکن است به صورت سردرد نیز احساس شود. اگر شما همراه با این درد، برای بازکردن دهان هم مشکل داشته باشید، می‌توان با قطعیت بیشتری گفت که ناشی از همین عارضه است. البته اگر دندان عقل نهفته یا نیمه‌نهفته نیز وجود داشته باشد، به تشدید این درد کمک می‌کند. از عوامل ایجاد این مشکل، نحوه ناصحیح قرارگیری فک‌ها روی هم (اکلوژن) و تماس‌های پیش‌رس دندانی (مانند پرکردگی‌های بلند) است که با درمان این مشکلات، درد برطرف خواهد شد. این درد معمولا در افرادی که تنش عصبی، استرس یا فشار روحی دارند، تشدید می‌شود. در این موارد، توصیه می‌شود با مراجعه به دندان‌پزشک، نخست از بود یا نبود مشکل اکلوژنی مطلع شوید. با برطرف‌کردن این مشکل، عامل ایجاد این درد از بین رفته و درد نیز برطرف خواهد شد. برای درمان در زمان ایجاد این درد شدید، می‌توان از مسکن‌های ضدالتهاب غیراستروئیدی مثل ژلوفن و همچنین برای ازبین‌بردن سفتی عضلات مربوطه، از دیازپام با دوز پایین استفاده کرد. وقتی درگیر این درد شده‌اید، تا مدتی از جویدن غذاهای سفت و میوه‌های سفت به طور جدی خودداری کنید (به عنوان مثال میوه را تکه‌تکه کنید و با چنگال بخورید) و دهان را بیش از دو انگشت باز نکنید تا این حالت حاد برطرف شود. توضیح این نکته ضروری است که این پاسخ به هیچ‌وجه مجوز و نسخه‌ای برای انجام درمان نیست و مشکل، صرفا بر اساس نوشته‌های شما «حدس» زده شده است. بدیهی است برای اطمینان و اقدام به مصرف هر نوع دارویی نیاز به مراجعه حضوری به دندان‌پزشک هست. احتمال تشخیص درد مفصل فکی‌گیجگاهی در مواردی قوی‌تر است که فک یک طرف صورت شما دچار این مشکل می‌شود. درصورتی‌که این درد دو طرف صورت را هم‌زمان درگیر کند، به احتمال زیاد این تشخیص (درد مفصل فکی‌گیجگاهی) منتفی است و بهتر است برای بررسی وضعیت سینوس‌های خود به متخصص گوش و حلق و بینی مراجعه کنید. در مواردی درد مفصل فکی وارد مرحله حاد خود می‌شود. به حدی که شخص چه در حالت استراحت و چه موقع حرف‌زدن، درد شدید فک (بیشتر از ناحیه شقیقه‌ها) دارد. اطراف دهان شخص سفت می‌شود و در مواردی توانایی حرف‌زدن را نیز از بیمار می‌گیرد. در این موارد برای برطرف‌شدن فاز حاد درد مفصلی فک، باید ملاحظات زیر را به مدت دو هفته رعایت کنید تا مشکل از مرحله حاد خود خارج شود.

- سعی کنید دهانتان را به هیچ وجه زیاد باز نکنید. در این مدت نهایت بازشدگی دهان از دو انگشت (حدود ۲۰ میلی‌متر) بیشتر نشود.
- روی دو طرف شقیقه‌هایتان کمپرس گرم انجام داده و ماساژ دهید.
- غذاهای سفت مانند ته‌دیگ، سیب، خیار و... را در این مدت یا نخورید یا خرد کرده و بعد بخورید. برای خوردن برنج و... از قاشق کوچک استفاده کنید.
- در این دو هفته اصلا سعی نکنید تست کنید که آیا دردتان کمتر شده یا نه!
- در مواقع درد از مسکن‌های معمولی استفاده و سعی کنید از مسکن‌های قوی استفاده نکنید.

با گذشت دوره، درد مفصل‌تان از حالت حاد خارج می‌شود و درمان کوتاه‌مدت حاصل خواهد شد. اما توجه داشته باشید که درمان قطعی این مشکل با جراحی فک میسر است. برای این کار به متخصص جراحی فک و صورت مراجعه کنید.

موانع بهره‌گیری مردم از دانش روان‌پزشکی-۱

فقدان آگاهی کافی عمومی از گستره و اَشکال اختلالات روانی

امیر شعبانی
روان‌پزشک

روان‌پزشکی بخشی از دانش پزشکی است و پیشگیری و درمان مشکلات ذهنی و رفتاری مردم از مهم‌ترین موضوعات مورد بحث آن است. با وجود فراوانی بسیار زیاد اختلالات و مشکلات روان‌پزشکی در میان مردم ایران و سایر کشورهای جهان، موانع بزرگی در مسیر بهره‌گیری نیازمندان از این دانش پزشکی وجود دارد. یکی از این موانع، فقدان آگاهی کافی عمومی از گستره و اَشکال این اختلالات است. هنوز بسیاری از مردم اختلالات روان‌پزشکی را معادل با آنچه در گذشته «جنون» دانسته می‌شد یا برابر با فقدان تعقل یا رفتار نامعقول می‌دانند. به بیان دیگر، این اختلالات در منظر بسیاری از افراد و حتی جمعیت تحصیل‌کرده، معادل بخشی از این دسته از بیماری‌هاست که در حقیقت «اقلیت کوچکی» از گروه بزرگ اختلالات روان‌پزشکی را شامل می‌شود. به عبارتی دیگر، وضعیت‌های روان‌پریشی که با ویژگی‌های توهم، هذیان و آشفتگی‌های عمیق تفکری و رفتاری نمایان می‌شود، تنها نسبت اندکی از اختلالات روان‌پزشکی را تشکیل می‌دهد و برخلاف باور عموم، «اکثریت قاطع» مبتلایان به این اختلالات، همان افراد عادی پیرامون ما و خود ما هستند و هستیم. با وجود ارتقای نسبی آگاهی‌های عمومی، به شکل حیرت‌انگیز و عمیقی باورهای نادرست درباره رشته روان‌پزشکی در میان عموم گسترده است، به‌گونه‌ای که مدت قابل‌توجهی از کار روزمره درمانی روان‌پزشکان به آموزش مراجعان درباره کارکرد این رشته و مفیدبودن راهکارهای درمانی آن سپری می‌شود و تلاش مستمر آنها برای همراه‌کردن مراجعان خود و خانواده و اطرافیان آنها با ادامه درمان، امری روزمره و گاه به شکلی طاقت‌فرسا تکرارشونده است.

نگرانی افراد از ادامه درمان‌های دارویی گاه به اندازه‌ای است که در هر ملاقات با روان‌پزشک به‌جای نشان‌دادن دغدغه خود برای بهبودی بیشتر یا در جهت مهار بازگشت نشانه‌های بیماری، دغدغه اصلی خود را حتی در شرایطی که به آرامشی آرمانی دست یافته‌اند و رنجی از عارضه جانبی دارو ندیده‌اند، «هرچه کوتاه‌ترشدن مدت درمان» بیان می‌کنند و بهبودی خود را در زمانی که در حال مصرف دارو هستند، کم‌اهمیت می‌انگارند. این در حالی است که برخی به توصیه دیگران، مصرف مواد مخدر را جایگزین درمان دارویی می‌کنند و این را بر آن ترجیح می‌دهند! برای افراد اخیر، نگرش منفی به داروهای روان‌پزشکی بسیار بیش از مواد مخدر است. هرچند درباره سایر علوم پزشکی نیز رایج به‌نظر می‌رسد، ارائه توصیه و راهکار درمانی توسط افراد عادی یا غیرحرفه‌ای برای رهایی دیگران از اختلالات روان‌پزشکی ظاهرا رایج‌تر است. از آنجا که روان‌پزشکی به مسائل ذهنی و رفتاری می‌پردازد و همه دارای تجارب بسیاری در تقلاهای ذهنی و رفتاری در زندگی خود هستند، بسیاری می‌اندیشند که خود می‌توانند در جایگاه یک کارشناس به ارائه رهنمود بپردازند. حتی برخی پا را فراتر گذاشته و در عمل به معالجه مردم می‌نشینند یا با استنباط‌های شخصی از متون علمی و حتی غیرعلمی، دست به تشخیص و درمان می‌زنند. به شکلی دیگر می‌توان گفت که «ساده و پیش‌پاافتاده دیدن» ارائه راه‌حل برای مسائل ذهنی و رفتاری، بسیاری از افراد را برای حل این قبیل از مشکلات خود به نزد افراد مدعی درمان و البته غیرکارشناس می‌کشاند. در واقع هنوز برای افراد زیادی روشن نیست که برای مشکلات رفتاری و ذهنی نیز دانشی وجود دارد که دستاوردهای خود را نه بر اساس تجربه‌های شخصی افراد، نه بر پایه باورهای سنتی آنها و نه حتی با تکیه بر نقل سینه‌به‌سینه روش‌های پیشینیان صاحب‌نام به چنگ آورده است؛ بلکه این دستاوردها حاصل فرایندی به نام «علم» (Science) است که از سوی دانشمندان و جامعه علمی روشی قابل قبول تلقی می‌شود و مورد اجماع آنهاست. در این فرایند، نظر اشخاص صرفا به دلیل پیشینه و جایگاه آنها مورد قبول جامعه علمی قرار نمی‌گیرد و کسی نمی‌تواند تنها با استناد به سخنان تاریخی بزرگان علمی کشورش یا مشاهیر برجسته جهان در طول تاریخ، رهنمود یا شیوه‌ای برای درمان یک بیماری یا حل یک مسئله را به‌عنوان یک یافته علمی مطرح کند. به‌جای همه اینها، یافته‌ای «علمی» (Scientific) تلقی می‌شود که بر پایه «روشی علمی» و در فرایندی مورد قبول «جامعه علمی کنونی» به‌دست آمده باشد و در این فرایند، امری که به پرسش‌گرفتنش نامقبول باشد، وجود ندارد. بنابراین افراد مدعی شیوه‌های درمانی، باید «چگونگی» دستیابی به نتایج خود را «منتشر» کنند و آن را به داوری جامعه علمی بگذارند. در واقع، ارزیابی اثربخشی روش‌های درمانی، شیوه‌ای علمی و پیچیده دارد و برخلاف آنچه به‌ظاهر به‌نظر می‌رسد، تنها با مشاهده بهبودی یک نفر با یک شیوه درمان، نمی‌توان این بهبودی را الزاما به آن شیوه نسبت داد! عکس این موضوع هم صادق است؛ همواره نمی‌توان عدم بهبودی یا حتی تشدید یک بیماری را با درمانی که برای آن به‌کار رفته مرتبط کرد. بنابراین، ارزیابی مؤثربودن درمان‌ها را باید به جامعه علمی سپرد و نه به باورهای عمومی یا سنت‌های آزموده‌نشده یا نظرات بزرگانی که هرچند در زمان خود سرآمد بوده‌اند، اما در عصر حاضر تنها ایده‌هایی امتحان‌نشده یا نظریه‌هایی مردود تلقی می‌شوند. هرچند متولیان امر در زمینه هدایت مردم به روش‌های درمانی علمی در حیطه‌ای نظارت‌شده، دارای مسئولیت هستند و بر آرای مردم اثرگذارند، گرایش مردم به شیوه‌های گوناگون درمانی صبغه‌ای از شیوه تفکر و نگرش آنها به علم نیز دارد و الزاما بر پایه توصیه‌های مراجع علمی یا رسمی، بدون تلاش برای اصلاح نگرش‌های ناکارآمد و باورهای مستحکم‌شده نادرست، شکل نمی‌گیرد. در ادامه این مطلب و در مجالی دیگر، باز هم به موانع بهره‌گیری مردم از دانش روان‌پزشکی پرداخته می‌شود.

زاویه دید

به دنبال طرح زندگی‌مان باشیم

صدساله‌های کره زمین چگونه زندگی می‌کنند؟

وحید شامخی*

دوست دارید بدانید در دنیای امروزمان، چه کسانی به طور طبیعی بیشترین طول عمر را دارند؟ به احتمال زیاد نشنال‌جئوگرافیک را با مستندهای فوق‌العاده‌اش از طبیعت و کره زمین می‌شناسید. این مؤسسه، حدود ۱۵ سال قبل تصمیم گرفت پاسخ پرسش جذاب خط اول را بیابد! یکی از کارمندانش به نام «دَن باتنِر» مأمور انجام این پروژه شد تا دنیا را بگردد و بیابد افرادی که بیشترین طول عمر را دارند، چه نحوه زندگی‌ای را دنبال می‌کنند؟ چه عادت‌هایی دارند؟ آیا ویژگی‌های مشترکی میان آنها وجود دارد یا خیر؟ پس از بررسی‌های اولیه متوجه شدند پنج نقطه از کره زمین وجود دارد که میانگین طول عمر مردم آن مناطق از جاهای دیگر بالاتر است. ساردینیا، جزیره‌ای در مدیترانه و متعلق به ایتالیا، ایکاریا، جزیره‌ای در یونان، شبه‌جزیره نیکویا در کاستاریکا، لوما لیندا، شهری در کالیفرنیا و نهایتا اوکیناوای ژاپن! مشخصه مشترک این پنج منطقه این است که بیشترین تعداد انسان‌ها با سن صد سال یا بیشتر را دارند. «دن باتنر» این مناطق را مناطق آبی نامید و سال‌ها مصاحبه و تحلیل انجام داد تا دریابد آیا نحوه زندگی مشترکی میان مناطق آبی وجود دارد یا خیر؟ پس از مدتی عادت‌ها یا رفتارهای مشترکی میان آنها پیدا کرد که شش مورد از آنها را مرور می‌کنیم: یک اینکه، این افراد به باشگاه بدن‌سازی یا ورزش نمی‌روند، بلکه نحوه زندگی روزمره‌شان به‌گونه‌ای است که پر از تحرک و فعالیت بدنی است. هر روز مجبورند که فعالیت بدنی برای کارهای روزانه‌شان (رفت‌وآمد، شغلشان و...) انجام دهند. دو، سطح استرس خود را پایین می‌آورند، چگونه؟ اوکیناوایی‌ها هر روز زمانی به اجداد خود فکر می‌کنند یا کالیفرنیایی‌ها دعا می‌خوانند. سوم اینکه قانونی به نام ۸۰ درصد را دنبال می‌کنند. ۲۰ درصد از حجم معده خود را خالی نگه می‌دارند؛ یعنی قبل از اینکه احساس سیری کنند، دست از غذا می‌کشند و همین‌طور از غروب به‌بعد یا غذا نمی‌خورند یا خیلی کم می‌خورند. چهارم اینکه تقریبا همه این افراد به یک جامعه ایمانی یا گروه اعتقادی- مذهبی تعلق‌خاطر داشته و دارند و به‌طور منظم حداقل ماهی چهارمرتبه در برنامه‌های گروهی آنها شرکت می‌کنند. پنجم اینکه برای خانواده خود اهمیت ویژه‌ای قائل هستند و حتی پدران، مادران و پدربزرگ و مادربزرگ‌های خود را در نزدیکی خود نگهداری می‌کنند! و ششم اینکه، هدف دارند! بله، هدف! شاید عجیب به نظر برسد، اما برای مثال اوکیناوایی‌ها اصطلاحی به نام «ایکیگای» دارند که به این معنی است: چرا صبح بیدار می‌شوم؟ اینکه اصلا اگر عمرمان بیشتر شود خوب است یا بد، موضوع این یادداشت نیست. نکته بسیار جالب اینجاست که حتی مردم این پنج منطقه دنیا که عموما از مناطق بسیار توسعه‌یافته و پیشرفته تمدنی نیستند، بدون اینکه دوره‌ها و کلاس‌های مدیریت را بگذرانند، به دنبال هدف خود هستند و چنین دغدغه‌ای موجب افزایش طول عمرشان نیز شده است. اینکه بدانند هر روز صبح برای چه از خواب برمی‌خیزند؟ و چرا باید به دنبال مابقی روزها و ساعت‌های زندگی‌شان باشند؟ انگار هدفمندی پای ثابت موفقیت‌های ما انسان‌هاست؛ حال این موفقیت، طول عمر بیشتر باشد، علم بیشتر باشد، ثروت بیشتر باشد، معنویت بیشتر باشد یا هر مفهوم دیگری که آن را موفقیت بنامیم. به قول مردم شبه‌جزیره نیکویا، یکی از همان مناطق صدساله‌خیز دنیا، به دنبال طرح زندگی‌مان (Plan de vida) باشیم!

*مشاور مدیریت استراتژیک

خوراک‌بان

کسب‌وکار پررونق این روزها فرصتی برای اصلاح تغذیه جامعه

رستوران، تهدید یا فرصت؟

حمید خواجه‌پور
کارشناس و تحلیلگر حوزه سلامت

«علی بلوکباشی» در کتاب ارزنده و تحقیقی خود، «آشپز و آشپزخانه»، تاریخچه و چگونگی رواج طبخ غذا در بیرون از منزل و تأسیس رستوران‌های گوناگون در تهران را به تفصیل شرح داده و صفحاتی از کتاب را هم به ذکر خصوصیات و صفات حسنه و مرسوم آشپزان همان سال‌های نه‌چندان‌دور اختصاص داده است؛ مرامی که با وجود فقر در تحصیلات و نیز عدم برخورداری از آگاهی کافی و علمی در آن زمان، تنها ملجأ سلامت کارشان محسوب می‌شده است، اما امروزه اگر شاهد به‌کارگیری روغن جامد یا زعفران تقلبی به هنگام طبخ غذا هستیم، دیگر بهانه‌ای برای کمبود اطلاعات نداریم و دلیلش را باید در کم‌رنگ‌شدن اخلاق و تشدید مرام اقتصادی برخی از صاحبان این حرفه جست‌وجو کرد.

از سوی دیگر اگر تا چند سال پیش می‌توانستیم رستوران‌گردی و تهیه غذا از بیرون را نوعی تنوع غذایی یا تفریح به حساب آوریم و این بیرون‌روی‌های گاه‌به‌گاه را چندان در سلامت فرد مؤثر نمی‌دانستیم، اما امروزه و به‌خصوص در شهرهای بزرگ، با توجه به رشد آماری اعجاب‌آور و افتتاح رستوران‌های رنگارنگ در سطح شهر و افزایش اقبال عموم مردم نسبت به آنها، حال چه به دلیل مشغله زیاد و چه به‌واسطه بالارفتن نسبت تعداد خانوارهای تک‌نفره به چندنفره، استفاده از غذای بیرون به نحوی زیرپوستی و بطئی تبدیل به یک عادت روزمره شده است، طوری که می‌توانید تقریبا هر روز هفته را به یک رستوران جدید بروید و دچار تکرار هم نشوید! دیگر تمام اقشار جامعه؛ چه از نقطه‌نظر فرهنگی- اجتماعی و چه از نظر مالی به نوعی از این شیوه تغذیه در برنامه غذایی خود پیروی می‌کنند، حال از جگرکی سر کوچه گرفته تا گران‌ترین رستوران فرانسوی در شمال شهر؛ به‌هرحال همگی در جرگه عرضه غذاهای غیرخانگی یا بنا به‌اصطلاح عام‌تر، غذای بیرون قرار می‌گیرند. بنابراین به نظر می‌رسد لازم است توجه ویژه‌ای به این مقوله داشته باشیم و قدری بیشتر مراقب رستوران‌گردی‌های خود یا فرزندانمان باشیم. البته قصد نداریم مواردی مانند کنسروجات یا سایر غذاهای آماده صنعتی مانند سوسیس و کالباس یا انواع الویه بسته‌بندی‌شده را هم در این بحث وارد کنیم، چراکه مضرات این نوع موادغذایی از نوعی دیگر است و کمابیش در موردشان بحث شده و اکثرا با اکراه یا به‌اجبار به سمتشان می‌رویم. درحالی‌که وزن و حجم اشتیاق حضور در رستوران هنوز در برابر میزان آگاهی‌هایمان از خطرات پنهان، اما عظیم روی‌آوردن به این نحوه تغذیه بیشتر است، شوروشوقی که به قول «حسن قاضی‌مرادی» با فرهنگ ایرانی راحت‌طلب و آسایش‌جوی ما سازگار است و مقاومت در برابر آن کاریست بس ناممکن. (کتاب کار و فراغت ایرانیان صفحه ۱۵۵ و ۱۵۶ نشر اختران).

از سوی دیگر پناه‌بردن به محیطی امن برای برآورده‌کردن میل غریزی برخورداری از ارتباطات اجتماعی و صدالبته صرف غذای حاضروآماده نیز بر این روند تصاعدی استقبال از صرف غذا در بیرون از منزل بی‌تأثیر نیست. هرچند آمار مراجعه افراد به رستوران یا استفاده از غذای بیرون مانند بسیاری دیگر از آمارهای حیاتی جامعه در دسترس نیست، اما با کمی دقت در نحوه تغذیه خود و اطرافیانمان به‌راحتی می‌توانیم از سهم بالای کنونی آن در این حیطه باخبر شویم. فضای مجازی هم که سرشار است از عکس‌های سلفی یا چندنفره که گاه با دنبال‌کردن یک پروفایل، قادرید در طول یک ماه آلبومی از تمام سالن‌های رستوران‌های سطح شهر را داشته باشید! حال اگر این موضوع را در کنار نرخ افزایش برخی بیماری‌های ناشی از تغذیه غلط قرار دهیم، از اضافه‌وزن و فشارخون گرفته تا کمبود بسیاری از ریزمغذی‌های ضروری، قدری مسئله حادتر می‌شود. تکلیف فست‌فود که روشن است. پیتزا و سیب‌زمینی سرخ‌کرده با نوشابه یا مرغ سوخاری و انواع سوسیس و کالباس با سس فراوان را هرکسی می‌داند که خوردنشان نوعی خودزنی توأم با عوارض ریزودرشت حاصله است، اما در مورد غذاهایی که تحت عنوان هلثی‌فود یا غذای سالم عرضه می‌شوند چطور؟ آیا واقعا پاستا پنه با سس آلفردوی مغروق در سس خامه‌ای که معلوم نیست اصل و نسب آن چیست، هیچ ارجحیتی بر پیتزا دارد؟ آیا منظور از هلثی همان چند برگ ریحان روی غذاست یا وجودشان فقط برای تزئین و استفاده از کلمه سبزیجات در منو است؟ یا به‌همین‌ترتیب، مواردی دیگر که آدمی را به یاد همان مرام و آگاهی و سایر قضایا می‌اندازند!

یادمان باشد که هدف اول و اصلی راه‌اندازی هر رستورانی مانند سایر بنگاه‌های اقتصادی، کسب درآمد و سود مالی است. شاید مهم‌ترین اصل هر آشپزی هم درنظرگرفتن لذت مزه و ایجاد رنگ‌ولعاب و طعم دلپذیر در غذا باشد. بنابراین بهتر است ما هم اگر به سلامت خود و خانواده‌مان می‌اندیشیم، همواره این دو اصل را به خاطر داشته باشیم که باعث شود یا با دقت بیشتری رستوران و منوی غذایی آن را مدنظر قرار دهیم یا وقت بیشتری را به آشپزی اختصاص دهیم. از سوی دیگر این دقت‌نظر در طرز انتخاب و ارجحیت مراجعان در سفارش غذای سالم، می‌تواند در کنار حجم روزافزون استقبال عمومی از صرف غذا در رستوران، فرصتی ایجاد کند برای آنهایی که عزم خود را جزم کرده‌اند که به هر طریقی، علاوه بر تحقق سود مالی و راه‌اندازی کسب‌وکار، غذای سالم و باکیفیتی هم عرضه کنند که منطبق بر همان مرام انسانی قدیمی و شناخته‌شده ایرانی است. خوشبختانه تجربه هم نشان داده که این دیدگاه، خریداران خاص و متعددی دارد که روزبه‌روز بر تعدادشان افزوده می‌شود.