

عنوان و نام پدیدآور: تغذیه مادران باردار و شیرده، ویژه کارکنان سطح محیطی شبکه‌های کشور/
[گروه مولفین زهرا عبداللهی و دیگران].

مشخصات نشر: اردبیل: باغ رضوان، ۱۳۹۴

مشخصات ظاهری: ۶۴ ص.: جدول، نمودار

شابک: ۲-۰۴-۷۹۳۱-۶۰۰-۹۷۸

وضعیت فهرست نویسی: فیپا

یادداشت: گروه مولفین: زهرا عبداللهی، احمد رضا درستی، خدیجه رحمانی، حسین فلاح، پریرا

ترابی، مرضیه بخشنده، مهران دخت عابدینی، شهرزاد والا فر، مینا مینایی، فرید نوبخت حقیقی

موضوع: آبستنی - تغذیه

موضوع: شیردهی - تاثیر تغذیه

موضوع: مادر - تغذیه

شناسه افزوده: عبداللهی، زهرا

RG رده بندی کنگره: ۱۳۹۴ ۷ت/۵۵۹

رده بندی دیوئی: ۲۴۲ /



نام کتاب: تغذیه مادران باردار و شیرده

مولفین: دکتر زهرا عبداللهی و همکاران

ناشر: انتشارات باغ رضوان

لیتوگرافی: شیران نگار

چاپ و صحافی: نقشینه

قطع: رحلی

تعداد صفحات: ۶۴

نوبت چاپ و سال انتشار: اول / بهار ۱۳۹۴

شمارگان: ۵۰۰۰

شابک: ۲-۰۴-۷۹۳۱-۶۰۰-۹۷۸



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت بهداشت

دفتر بهبود تغذیه جامعه

تغذیه مادران باردار و شیرده

ویژه کارکنان سطح ممیزی شبکه‌های بهداشتی، درمانی کشور

گروه مؤلفین:

- دکتر زهرا عبداللهی متخصص تغذیه، مدیر کل دفتر بهبود تغذیه جامعه معاونت بهداشت
- دکتر احمد رضا درستی، متخصص تغذیه، هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران
- خدیجه رحمانی کارشناس ارشد تغذیه، هیئت علمی انستیتو تحقیقات تغذیه‌ای و صنایع غذایی کشور
- حسین فلاح کارشناس ارشد تغذیه، دفتر بهبود تغذیه جامعه معاونت بهداشت
- دکتر پریسا ترابی، پزشک عمومی، دفتر بهبود تغذیه جامعه معاونت بهداشت
- مرضیه بخشنده کارشناس ارشد مامایی، اداره سلامت مادران دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس
- دکتر مهران دخت عابدینی متخصص زنان و زایمان، اداره سلامت مادران دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس
- شهرزاد والا فر کارشناس مامایی، اداره سلامت مادران دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس
- مینا مینایی، کارشناس ارشد تغذیه، دفتر بهبود تغذیه جامعه
- فرید نوبخت حقیقی، کارشناس ارشد تغذیه، دفتر بهبود تغذیه جامعه

با تشکر از دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اردبیل:

- دکتر صادق حضرتی، معاون بهداشتی
- آرش سیادت، کارشناس مسئول تغذیه
- دکتر وحید سپهرام، کارشناس مسئول آموزش سلامت

مقدمه

تغذیه صحیح در تمام دوره‌های زندگی از ارکان اصلی زندگی سالم به شمار می‌رود و در برخی از این دوره‌ها از اهمیت بیشتری برخوردار است. یکی از حساس‌ترین و مهم‌ترین دوران زندگی یک مادر، دوران بارداری و شیردهی است. با توجه به وضعیت فیزیولوژیک، سن بارداری یا شیردهی، میزان فعالیت و خصوصیات ویژه فردی، برخورداری از یک تغذیه مناسب برای مادر باردار و شیرده امری کاملاً ضروری است. نقش تغذیه مناسب در پیشگیری از عوارض و بیماری‌های مختلف در این دوران و ارتقای سلامتی مادران باردار و شیرده نیز بخوبی روشن شده است.

بر اساس نتایج مطالعات مختلف، وزن مناسب قبل از بارداری و افزایش مناسب وزن در طول بارداری با استفاده از تغذیه مناسب و کافی، دو راهکار مؤثر برای پیشگیری از تولد نوزاد کم‌وزن است. از سوی دیگر باورها و اعتقادات فرهنگی جامعه از عوامل تأثیرگذار بر دریافت مواد غذایی توسط مادران باردار است که باید در طراحی و اجرای مداخلات برای جامعه مد نظر قرار گیرد.

شناسایی زود هنگام مادران در معرض سوء تغذیه اقدامی مؤثر در پیشگیری و کنترل عوارض ناشی از آن است. طراحی روش‌های ارزیابی و مداخلات پیشگیری در مادران باردار کشور با استفاده از ابزارهای علمی معتبر و ساده، راهکارهای عملیاتی را در تشخیص بموقع سوء تغذیه و ارجاع سریع آنها به سطوح بالاتر خدمات ممکن ساخته است.

با توجه به کمبود منابع علمی و کاربردی به زبان فارسی در زمینه تغذیه مادران باردار و شیرده، دفتر بهبود تغذیه جامعه اقدام به تدوین «تغذیه مادران باردار و شیرده» نموده است. این راهنما بر اساس آخرین توصیه‌های علمی با هدف آشنا نمودن کارکنان بهداشتی با مراقبت‌های تغذیه‌ای مناسب در دوران بارداری و شیردهی تهیه شده است. پیشنهادات و نظرات شما همکار گرامی، ما را در جهت ارتقای کیفیت این مجموعه آموزشی یاری می‌رساند.

امید است با بکارگیری این راهنما در جهت سلامت مادران باردار و نوزادان این مرز و بوم گامی دیگر در راستای ارتقای سطح سلامت جامعه برداریم.

دکتر زهرا عبداللہی

مدیر دفتر بهبود تغذیه جامعه

فهرست مندرجات

فصل اول: اصول تغذیه صحیح و هرم غذایی	۱
مراقبت‌های تغذیه‌ای در دوران پیش از بارداری	۲
مراقبت تغذیه‌ای از خانم‌های مبتلا به سوء تغذیه در ملاقات پیش از بارداری	۴
اصول تغذیه مناسب	۵
گروه‌های غذایی	۸
گروه نان و غلات	۸
گروه سبزی‌ها	۸
گروه میوه‌ها	۹
گروه شیر و لبنیات	۹
گروه گوشت، تخم مرغ، حبوبات و مغزداشته‌ها	۱۰
گروه متفرقه	۱۱
مواد غذایی غیر مجاز در دوران بارداری	۱۲
انرژی و مواد مغذی مورد نیاز در دوران بارداری و شیردهی	۱۲
توصیه‌های تغذیه‌ای برای خانم‌های باردار دارای اضافه وزن و چاق (BMI بیشتر از ۲۵)	۱۴
الف) راه‌های کاهش دریافت چربی	۱۵
ب) راه‌های کاهش دریافت مواد قندی	۱۶
ج) راه‌های کاهش دریافت گروه نان و غلات	۱۶
د) راه‌های افزایش دریافت مواد پروتئینی	۱۶
ه) راه‌های افزایش دریافت فیبر	۱۶
و) اصلاح عادات و رفتارهای تغذیه‌ای	۱۷
توصیه‌های تغذیه‌ای برای خانم‌های باردار لاغر (BMI کمتر از ۱۸/۵)	۱۷
راه‌های افزایش دریافت انرژی (مقوی کردن)	۱۷
راه‌های افزایش دریافت پروتئین، ویتامین‌ها و مواد معدنی (مغذی کردن وعده غذایی)	۱۸
راه‌های افزایش اشتها و کاهش انرژی مصرفی خانم‌های باردار لاغر	۱۸
نحوه مصرف مکمل‌های ویتامین و مواد معدنی در دوران بارداری و شیردهی	۱۹
مکمل آهن	۱۹
مکمل مولتی ویتامین (ساده یا مینرال)	۱۹
مکمل اسید فولیک	۱۹
فصل دوم: وزن‌گیری در دوران بارداری	۲۱
روش‌های معمول برای تعیین نمایه توده بدنی (BMI) مادر	۲۲
الف) روش محاسبه	۲۲
ب) استفاده از نمودار گرام	۲۲
روش سنجش نمایه توده بدنی با استفاده از نمودار گرام	۲۳

فهرست مندرجات

وزن پیش از بارداری	۲۳
وزن گیری برای مادرهای باردار در تک قلوئی	۲۳
میزان افزایش وزن برای مادران نوجوان زیر ۱۹ سال	۲۴
میزان افزایش وزن برای مادرهای باردار در دو قلوئی	۲۶
تعیین میزان وزن گیری مادری که در سه ماهه اول بارداری (هفته های ۲ تا ۱۲) مراجعه می کند	۲۷
میزان وزن گیری مادری که در سه ماهه دوم بارداری (هفته های ۱۳ تا ۲۵) مراجعه می کند	۲۷
میزان وزن گیری مادری که در سه ماهه سوم بارداری (هفته های ۲۶ تا ۴۰) مراجعه می کند	۲۸
نحوه ترسیم نمودار وزن گیری دوران بارداری	۲۸
جدول ثبت میزان وزن گیری	۳۷
نحوه ترسیم نمودار وزن گیری مادر	۳۸
معیارهای وزن گیری نامناسب در مادران باردار	۴۲
وزن گیری کمتر از انتظار	۴۲
وزن گیری بیش از انتظار	۴۲
فصل سوم: توصیه های تغذیه ای در بیماری ها و مشکلات دوران بارداری	۴۵
ترش کردن و سوزش معده (HEART BURN)	۴۶
تهوع و استفراغ	۴۷
ادم و گرفتگی پا	۴۸
پیکا یا یار	۴۸
یبوست	۴۸
هموروئید یا بواسیر	۴۹
افزایش بزاق دهان یا پتالیسم (PTYALISM)	۴۹
توصیه های تغذیه ای در خصوص بیماری های شایع دوران بارداری	۴۹
پره اکلامپسی و اکلامپسی	۴۹
فشارخون بارداری	۵۰
کم خونی در بارداری	۵۰
آنمی فقر آهن	۵۱
عفونت های ادراری	۵۱
نکات تغذیه ای در سایر بیماری ها	۵۲
فصل چهارم: تغذیه مادران شیرده	۵۳
توجهات تغذیه ای خاص در دوران شیردهی	۵۴
فعالیت بدنی	۵۶
منابع	۵۶
پیوست ها	۵۷

فصل اول

اصول تغذیه صحیح و هرم غذایی

مراقبت‌های تغذیه‌ای در دوران پیش از بارداری

تغذیه در دوران قبل از بارداری تاثیر زیادی بر روند بارداری دارد به طوری که تغذیه نامناسب دختران در دوران بلوغ و حتی کودکی می‌تواند رشد و نمو را تحت تاثیر قرار دهد و با توقف رشد قدی و یا رشد محوطه لگن در دختران موجب محدود شدن فضای لگن شود. رژیم لاغری طولانی مدت می‌تواند موجب آمنوره (عدم قاعدگی) و در نهایت کاهش شانس باروری شود. همچنین کمبود مواد مغذی در دوران قبل از بارداری می‌تواند موجب کاهش ذخایر مواد مغذی و تاثیر منفی بر باروری شود.

میزان ذخایر چربی بدن قبل از بارداری به طور موثری بر قابلیت باروری تاثیر دارد. به طوری که زنان لاغر با ذخایر چربی کمتر از ۱۷٪ وزن بدن اغلب قاعدگی ندارند و زنان چاق که چربی بدنشان کمتر از ۲۲٪ است، با اختلال در تخمک گذاری مواجه‌اند. کاهش ذخایر چربی را معمولاً در زنانی که تمرینات ورزشی بیش از حد و غیر اصولی انجام داده و یا می‌دهند و یا رژیم‌های لاغری شدید و متعدد داشته‌اند می‌توان دید. دختران و زنانی که برنامه غذایی درستی ندارند، عادات و رفتارهای غلط غذایی و یا که با اختلالات خوردن نظیر بی‌اشتهایی عصبی مواجهند با کاهش ذخایر چربی بدن مواجه می‌شوند. علی‌رغم آن چه گفته شد، خوشبختانه تحقیقات نشان داده است که اصلاح رژیم غذایی می‌تواند از اختلالات تخمک گذاری کاسته و باروری را بهبود بخشد.

از دیگر اختلالات تغذیه‌ای که موجب کاهش باروری می‌شود می‌توان به کمبود ویتامین D در هر دو جنس مونث و مذکر اشاره کرد. در واقع جذب مناسب ویتامین D و به دنبال آن جذب کلسیم در مردان موجب تقویت فرایند تولید و فعال شدن اسپرم می‌شود. سطوح پایین مس و روی در زنان نیز تاثیر منفی بر تکامل تخمک می‌گذارد.

از سوی دیگر وجود اضافه وزن (وزن بیش از ۱۲۰ درصد وزن ایده‌ال) در زنان به دلیل تغییر در نسبت تستوسترون به استروژن و اختلال در تخمک گذاری، می‌تواند موجب بروز مشکلات باروری شود. در زنان چاق، دیابت تشخیص داده نشده قبل از بارداری، اختلال تحمل گلوکز و دیابت بارداری موجب شیوع بیشتر ناهنجاری‌های مادرزادی جنین می‌شود. بنابر این کنترل وزن قبل از بارداری می‌تواند از میزان خطر ابتلا به ناهنجاری‌های هنگام تولد بکاهد. رژیم غذایی سالم و غنی از آنتی اکسیدان و برنامه ورزشی مناسب به آماده شدن زنان برای بارداری مطلوب کمک می‌کند. در مردان نیز افزایش توده بدنی (BMI^1) با کاهش سطح تستوسترون سرم و کاهش میزان باروری همراه است.

با توجه به عوامل خطرزا (جدول شماره یک) خانم‌ها قبل از باردار شدن برای حصول اطمینان از سلامت و آمادگی کامل جسمانی و دریافت مراقبت، باید به مراکز بهداشتی درمانی و پزشک مراجعه نمایند. این مراقبت‌ها با هدف شناسایی خانم‌های باردار مبتلا به سوء تغذیه (کم وزن، اضافه وزن یا چاق) و رفع مشکل تغذیه‌ای و رساندن آنان به محدوده نمایه توده بدنی طبیعی و آماده کردن آنها برای داشتن یک بارداری ایمن و بدون خطر صورت می‌پذیرد.

¹ - Body Mass Index

جدول ۱: عوامل خطرزای مرتبط با تغذیه در دوران بارداری

۱. سن کمتر از ۱۸
۲. استعمال دخانیات به مقدار زیاد
۳. اعتیاد به مواد مخدر و مصرف الکل
۴. داشتن BMI بالاتر از ۲۵ یا کمتر از ۱۸/۵
۵. سابقه بارداری‌های متعدد با فاصله کمتر از ۳ سال از زایمان قبلی
۶. سابقه اختلالات باروری
۷. ابتلا به دیابت یا پرفشاری خون
۸. داشتن رژیم غذایی درمانی برای یک بیماری سیستمیک مزمن
۹. محرومیت اقتصادی، اجتماعی یا فرهنگی «درآمد کم یا نداشتن شغل ثابت سرپرست خانوار، کم سواد و محدودیت دسترسی به غذا»
۱۰. خرافات و باورهای نادرست غذایی «استفاده از رژیم غذایی غیر متعارف یا با ارزش تغذیه‌ای محدود»
۱۱. افزایش ناکافی وزن
۱۲. افزایش زیاد وزن
۱۳. کم‌خونی (هموگلوبین کمتر از ۱۱g/dl)
۱۴. بارداری بیش از یک جنین یا چندقلویی

برای داشتن یک بارداری و زایمان ایمن، قبل از بارداری خانم‌ها باید نکات زیر را رعایت نمایند:

۱. برنامه غذایی مناسب داشته باشند (رعایت سه اصل تعادل، تناسب و تنوع. یعنی در روز به مقدار کافی، متناسب و به شکل متنوع از انواع مواد غذایی در گروه‌های غذایی اصلی استفاده نمایند).
۲. قبل از باردار شدن تا حد امکان وزن خود را به محدوده BMI طبیعی برسانند. در صورتی که BMI فرد کمتر از ۱۸/۵ یا بالاتر از ۲۵ باشد باید رژیم غذایی متناسب برای او در نظر گرفته شود و بهتر است تا رسیدن به وزن مطلوب، بارداری خود را به تاخیر اندازد.
- بهتر است از بارداری قبل از ۱۸ سالگی اجتناب گردد زیرا معمولاً در این سنین ذخایر بدن زن جوان ناکافی است و در صورت بارداری، مادر علاوه بر مشکل تأمین سلامت خود با مسئله تأمین مواد مغذی برای رشد جنین مواجه می‌شود.
۳. ترجیحاً از سه ماه قبل از بارداری تا پایان بارداری روزانه یک عدد قرص اسید فولیک مصرف نمایند. مصرف اسید فولیک قبل از بارداری، از تولد نوزاد مبتلا به نقص لوله عصبی پیشگیری می‌کند.
۴. در صورت وجود کم‌خونی قبل از بارداری بهتر است درمان صورت پذیرد. بسته به شدت آنمی میزان مصرف مکمل آهن متفاوت است. استفاده از منابع غذایی غنی از آهن در هنگام درمان کم‌خونی ضروری است.

۵. در صورت ابتلاء به دیابت و چاقی ($BMI \geq 30$)، لازم است کاهش وزن تا رسیدن به محدوده BMI طبیعی صورت گیرد. علاوه بر کنترل مرتب قند و چربی خون، مصرف غذاهای کم چرب و پر فیبر (نان و غلات سبوس‌دار، حبوبات، سبزی و میوه) و همچنین انجام منظم تمرینات ورزشی توصیه می‌شود. این افراد باید به مشاور تغذیه ارجاع داده شوند.

مراقبت تغذیه‌ای از خانم‌های مبتلا به سوء تغذیه در ملاقات پیش از بارداری

هر دو صورت لاغری و چاقی سوء تغذیه تلقی می‌شود. BMI کمتر از ۱۸/۵ و بیشتر از ۲۵ سلامت مادر و جنین را در طی بارداری تهدید می‌کند به همین دلیل لازم است برای اصلاح وضعیت تغذیه خانم قبل از بارداری اقداماتی صورت گیرد. این اقدامات باید سوء تغذیه را اصلاح نموده و وزن فرد را به محدوده‌ی وزنی ایده‌آل یعنی BMI بین ۱۸/۵ تا ۲۴/۹ نزدیک کند. در جداول زیر توصیه‌هایی برای اصلاح وضعیت سوء تغذیه آمده است.

توصیه‌های تغذیه‌ای برای خانم‌های لاغر که BMI کمتر از ۱۸/۵ دارند
♦ تنوع غذایی را رعایت کرده و از انواع گروه‌های غذایی اصلی شامل نان و غلات، سبزی‌ها، میوه‌ها، شیر و لبنیات و گروه گوشت، حبوبات، تخم مرغ و مغزها، به میزان توصیه شده استفاده کنند. ♦ در وعده صبحانه از غذاهای پر انرژی مثل عسل، مربا و کره استفاده کنند. ♦ علاوه بر سه وعده اصلی غذایی از ۲ یا ۳ میان وعده استفاده کنند ♦ در میان وعده‌ها از بیسکوئیت (ترجیحاً ساده)، شیر، بستنی، کلوچه، نان و پنیر، خرما، سیب‌زمینی پخته، میوه‌های تازه و خشک و انواع مغزها (بادام، گردو، پسته، فندق) استفاده کنند. ♦ از گروه نان و غلات (نان، برنج و ماکارونی) بیشتر استفاده کنند. ♦ سبزی خوردن، سالاد همراه با روغن زیتون و یا میوه زیتون در کنار غذا مصرف کنند. ♦ جهت تحریک اشتها، از انواع چاشنی‌ها در طبخ غذاها استفاده کنند.

توصیه‌های تغذیه‌ای برای خانم‌های دارای اضافه وزن و چاق که BMI > ۲۵ دارند

- ♦ با استفاده از میان وعده‌ها، تعداد وعده‌های غذایی را در روز افزایش دهند و حجم غذایی هر وعده را کم کنند.
- ♦ ساعت ثابتی برای صرف غذا در وعده‌های مختلف روز داشته باشند.
- ♦ مصرف قند و شکر و خوراکی‌هایی مانند انواع شیرینی، شکلات، آب نبات، نوشابه‌های گازدار، شربت‌ها و آب میوه‌های صنعتی، مربا، عسل و... را بسیار محدود کنند.
- ♦ از مصرف زیاد نان، برنج و ماکارونی خودداری کنند.
- ♦ نان مصرفی باید از آرد سبوس‌دار تهیه شده باشد (نان سنگک، نان جو و...) و در عوض نان‌های فانتزی مثل انواع باگت و نان ساندویچی کمتر مصرف کنند.
- ♦ حبوبات پخته مثل عدس و لوبیا را بیشتر استفاده کنند.
- ♦ شیر و لبنیات خود را حتماً از نوع کم چرب انتخاب کنند.
- ♦ گوشت را کاملاً لخم و تا حد امکان چربی گرفته و مرغ و ماهی را بدون پوست مصرف کنند.
- ♦ از مصرف فرآورده‌های گوشتی پرچربی مثل سوسیس، کالباس، همبرگر، کله پاچه و مغز خودداری کنند.
- ♦ به جای گوشت قرمز، بیشتر از گوشت‌های سفید، خصوصاً ماهی استفاده کنند.
- ♦ مصرف تخم مرغ را به حداکثر ۳ عدد در هفته محدود کنند.
- ♦ میوه‌ها و سبزی‌ها را بیشتر به شکل خام مصرف کنند. مصرف سالاد و یا سبزیجات را قبل یا همراه با غذا توصیه کنید.
- ♦ به جای آب میوه بهتر است خود میوه را مصرف کنند. آب میوه‌های تازه و طبیعی که در منزل تهیه می‌شود به آب میوه‌های تجاری که معمولاً حاوی مقادیر قابل توجهی شکر است ارجحیت دارد.
- ♦ روغن مصرفی را از انواع مایع انتخاب کنند.
- ♦ غذاها را بیشتر به شکل آب پز و بخار پز و یا تنوری، تهیه و مصرف کنند.
- ♦ از مصرف غذاهای پرچرب و سرخ شده پرهیز کنند.
- ♦ از مصرف انواع سس سالاد، کره، خامه، سرشیر، شیر پرچرب، ماست و پنیرهای پرچرب خودداری کنند.
- ♦ مصرف دانه‌های روغنی مثل گردو، فندق، بادام، تخمه، پسته را محدود کنند.
- ♦ تنقلاتی مانند غلات حجیم شده (انواع نمکی‌ها) و چیپس را مصرف نکنند.
- ♦ از مصرف غذاهای آماده و کنسرو شده اجتناب کنند.
- ♦ مصرف نمک و غذاهای شور را محدود کنند.

اصول تغذیه مناسب

اصلی‌ترین راه برای داشتن تغذیه سالم رعایت تنوع و تعادل در مصرف مواد غذایی می‌باشد. بهترین راه برای اطمینان از مصرف متعادل و متنوع مواد غذایی در روز استفاده از همه گروه‌های اصلی غذایی یعنی گروه نان و غلات، گروه میوه‌ها، گروه سبزی‌ها، گروه شیر و لبنیات و گروه گوشت، تخم مرغ، حبوبات و مغز دانه‌ها بر اساس تعداد واحد توصیه شده در هرم غذایی مادران باردار و شیرده است.



تغذیه مادران باردار و شیرده

جدول مقایسه میزان مورد نیاز مواد غذایی برحسب گروه‌های غذایی در دوران بارداری و شیردهی با غیر بارداری

منابع غذایی	معادل هر واحد	واحدهای مورد نیاز	
		باردار و شیرده	غیر باردار
گروه نان و غلات			
این گروه شامل انواع نان بخصوص نوع سبوس‌دار (سنگک، نان جو...) نان‌های سنتی سفید (لواش و تافتون)، برنج، انواع ماکارونی و رشته‌ها، غلات صبحانه و فرآورده‌های آنها به ویژه محصولات تهیه شده از دانه کامل غلات است. بهتر است نان و غلات سبوس‌دار را به دلیل تامین فیبر مورد نیاز در الویت قرار دهیم.	یک کف دست بدون انگشت (معادل ۳۰ گرم) انواع نان‌ها مثل نان بربری، سنگک و ۲ تا تافتون یا ۴ کف دست نان لواش (معادل ۳۰ گرم) یا نصف لیوان برنج یا سه چهارم لیوان ماکارونی پخته یا ۳ عدد بیسکویت ساده بخصوص سبوس‌دار	۷-۱۱	۶-۱۱
گروه سبزی‌ها			
این گروه شامل انواع سبزی‌های برگ دار، هویج، بادمجان، نخود سبز، انواع کدو، قارچ، خیار، گوجه فرنگی، پیاز، کرفس، ربواس و سبزیجات مشابه دیگر است.	یک لیوان سبزی‌های خام برگ‌ی یا نصف لیوان سبزی پخته یا خام خرد شده یا یک عدد گوجه فرنگی، پیاز، هویج یا خیار متوسط یا نصف لیوان آب هویج یا نصف لیوان نخود سبز، لوبیا سبز و یا هویج خرد شده	۴-۵	۳-۵
گروه میوه‌ها			
این گروه شامل انواع میوه مثل سیب، موز، پرتقال، خرما، انجیر تازه، انگور، برگه آلو، آب میوه طبیعی، کمپوت میوه‌ها و میوه‌های خشک مثل انجیر خشک، کشمش، برگه آلو است.	یک عدد میوه متوسط (سیب، موز، پرتقال یا گلابی و...) یا نصف لیوان میوه‌های ریز مثل توت، انگور، دانه‌های انار یا نصف لیوان میوه پخته یا کمپوت میوه یا یک چهارم لیوان میوه خشک یا خشکبار یا نصف لیوان آب میوه تازه و طبیعی و در مورد میوه‌های شیرین مانند آب انگور یک سوم لیوان	۳-۴	۲-۴
گروه شیر و لبنیات			
مواد این گروه شامل شیر، ماست، پنیر، بستنی، دوغ و کشک است.	یک لیوان شیر یا ماست کم چرب (کمتر از ۲/۵ درصد) یا ۴۵ تا ۶۰ گرم پنیر (دو قوطی کبریت پنیر) یا یک چهارم لیوان کشک مایع یا ۲ لیوان دوغ یا یک ونیم لیوان بستنی پاستوریزه	۳-۴	۲-۳
گروه گوشت، حبوبات، تخم مرغ و مغز دانه‌ها			
مواد این گروه شامل انواع گوشت‌های قرمز (گوسفند و گوساله)، گوشت‌های سفید (مرغ، ماهی و پرندگان) تخم مرغ، حبوبات (نخود، انواع لوبیا، عدس و لپه و...) و مغز دانه‌ها (گردو، بادام، فندق، بادام زمینی و...) است.	۶۰ گرم گوشت (یا دو تکه خورشتی) لخم و بی چربی پخته اعم از گوشت قرمز یا سفید (به اندازه سائز دو تکه جوجه کبابی یا دو قوطی کبریت کوچک) یا نصف ران متوسط یا یک سوم سینه متوسط مرغ (بدون پوست) یا ۶۰ گرم گوشت ماهی پخته شده (کف دست بدون انگشت) یا دو عدد تخم مرغ یا نصف لیوان حبوبات پخته یا یک سوم لیوان انواع مغزها (گردو، بادام، فندق، پسته و تخمه)	۳	۲-۳

گروه‌های غذایی

گروه نان و غلات

این گروه منبع عمده تأمین انرژی مورد نیاز روزانه است و شامل انواع نان، برنج، انواع ماکارونی و رشته‌ها، غلات صبحانه و فرآورده‌های آنها به ویژه محصولات تهیه شده از دانه کامل غلات است.

★ نکات کلیدی و مهم

- ✓ این گروه علاوه بر انرژی، بخشی از پروتئین، آهن و ویتامین‌های گروه (ب) مورد نیاز را هم تأمین می‌کنند.
- ✓ از نان‌های با تخمیر کامل و سبوس‌دار استفاده شود.
- ✓ مصرف مواد غذایی این گروه باعث می‌شوند که دستگاه عصبی جنین رشد و سلامت خوبی داشته باشند.
- ✓ ترجیحاً از نان‌های سبوس‌دار مانند سنگک استفاده شود.
- ✓ بهتر است برنج به صورت کته یا دمی پخته شود و به همراه حبوبات مصرف شود. به طور کلی مخلوط غلات و حبوبات مانند عدس پلو، لوبیا پلو، عدسی با نان و خوراک لوبیا با نان، پروتئین مناسبی را برای خانم باردار تأمین می‌کند.
- ✓ همراه با غلات روزانه، سبزی مصرف شود. استفاده از سبزی‌ها، هضم و جذب مواد نشاسته ای را کمی طولانی‌تر کرده و قند خون را تا مدت زمان طولانی‌تری ثابت و پایدار نگه می‌دارد. به این ترتیب مادر باردار در طول روز کمتر احساس ضعف می‌کند.

گروه سبزی‌ها

این گروه شامل انواع سبزی‌های برگ دار، هویج، بادمجان، نخود سبز، انواع کدو، قارچ، خیار، گوجه فرنگی، پیاز، کرفس، ریواس و سبزیجات مشابه دیگر است. این گروه دارای انواع ویتامین‌های آ، ب، ث و اسید فولیک، مواد معدنی مانند پتاسیم، منیزیم و مقدار قابل توجهی فیبر و آنتی اکسیدان است. مقدار توصیه شده از سبزی‌ها برای خانم‌های باردار و شیرده به طور متوسط ۵-۴ واحد در روز است.

★ نکات کلیدی و مهم

- ✓ سبزی‌هایی که به شکل خام خورده می‌شوند، باید قبل از مصرف به دقت شسته و ضد عفونی شوند. از قرار دادن سبزی در معرض هوا یا نور خورشید، پختن به مدت طولانی بخصوص در ظروف در باز و همراه آب زیاد و دور ریختن آب آن که سبب از بین رفتن ویتامین‌های موجود در سبزی‌ها می‌شود، خودداری گردد.
- ✓ روزانه سبزی‌های تازه (مانند سبزی خوردن، کاهو، گوجه فرنگی، هویج) همراه با غذا و یا به عنوان میان وعده و یا سبزی‌های پخته (هویج، نخود فرنگی، لوبیا سبز، کدو و...) در کنار غذا مصرف شود.

گروه میوه‌ها

این گروه شامل انواع میوه، آب میوه طبیعی، کمپوت میوه‌ها و میوه‌های خشک (خشکبار) می‌باشد. خانم‌های باردار باید از میوه‌های مختلف به طور متوسط ۳-۴ واحد در روز استفاده نمایند.

★ نکات کلیدی و مهم

- ✓ انواع میوه‌های تازه که در منطقه موجود است و میوه‌های خشک مانند کشمش، خرما، توت خشک، انجیر خشک، برگه هلو، زردآلو، یا آلوی خشک را می‌توان در میان وعده استفاده نمود.
- ✓ از آنجایی که خود میوه محتوی فیبر بیشتری نسبت به آب میوه می‌باشد ترجیحاً به جای آب میوه، خود میوه‌ها میل شود.

گروه شیر و لبنیات

این گروه منبع عمده تأمین کلسیم، فسفر، پروتئین و ویتامین‌های A و B2 می‌باشد که برای رشد و استحکام دندان‌ها و استخوان‌ها ضروری است. مواد این گروه شامل شیر، ماست، پنیر، بستنی، دوغ و کشک می‌باشد. در دوران بارداری و شیردهی مصرف روزانه ۳-۴ واحد از مواد غذایی این گروه توصیه می‌شود.

★ نکات کلیدی و مهم

- ✓ شیر را می‌توان به شکل ساده و یا داخل فرنی و یا شیر برنج به عنوان میان وعده استفاده نمود.
- ✓ کشک یک منبع غنی از پروتئین، کلسیم و فسفر است. در مناطقی که کشک در دسترس است توصیه می‌شود همراه با غذاهایی مانند آش و بادمجان استفاده شود.
- ✓ حتماً از کشک پاستوریزه استفاده شود و قبل از مصرف حداقل ۲۰ دقیقه جوشانده شود. در صورتی که دسترسی به کشک پاستوریزه وجود ندارد، با اضافه کردن کمی آب به کشک‌های خشک و رقیق کردن، آن را حرارت داده و قبل از مصرف به مدت ۲۰ دقیقه بجوشانند.
- ✓ اگر مصرف شیر سبب ایجاد نفخ و مشکل گوارشی می‌شود، توصیه می‌شود معادل آن از ماست یا پنیر استفاده کنند.

گروه گوشت، تخم مرغ، حبوبات و مغز دانه‌ها

این گروه منبع عمده تأمین پروتئین و املاحی نظیر آهن و روی است. مواد این گروه شامل انواع گوشت‌های قرمز (گوسفند و گوساله)، گوشت‌های سفید (مرغ، ماهی و پرندگان) تخم مرغ، حبوبات (نخود، انواع لوبیا، عدس و لپه و...) و مغز دانه‌ها (گردو، بادام، فندق، بادام زمینی و...) است. مقدار توصیه شده از مواد این گروه برای خانم‌های باردار و شیرده حدوداً ۳ واحد در روز است.

★ نکات کلیدی و مهم

- ✓ از مرغ یا جوجه به صورت کبابی یا آب پز شده همراه با برنج و انواع سبزی‌های پخته مثل هویج، نخود فرنگی، سیب‌زمینی، اسفناج، کدو، لوبیا سبز، کرفس و یا هر سبزی دیگری که در دسترس وجود دارد و یا به صورت سوپ مرغ و جوجه استفاده شود.
- ✓ ماهی‌ها به علت دارا بودن اسید چرب امگا ۳ در تکامل سیستم عصبی و افزایش قوای ذهنی جنین بسیار موثرند. بهتر است ماهی به صورت کبابی یا بخارپز تهیه شود. از طرفی به علت وجود متیل جیوه در بعضی از ماهی‌ها، مصرف بیش از دو بار در هفته توصیه نمی‌شود.
- ✓ مصرف ماهی تن و کنسرو ماهی محدود شود.
- ✓ ماهی‌هایی از قبیل ماهی آزاد، ساردین و قزل آلا استفاده شود.
- ✓ از ماهی‌های کوچک و ماهی‌های پرورشی که احتمال آلودگی با جیوه در آنها کمتر است استفاده شود.
- ✓ ترجیحاً به جای سرخ کردن ماهی، از شکل کباب پز، بخار پز و یا سرخ شده در فر بدون افزودن روغن استفاده شود. در صورتی که تمایل به سرخ کردن ماهی وجود دارد، حداقل مقدار روغن (آن هم از نوع مخصوص سرخ کردنی) را به کار برده و مدت زمان سرخ کردن را کاهش دهند.
- ✓ از تخم مرغ ترجیحاً به صورت آب پز و سفت استفاده و از مصرف آن به صورت خام یا نیم‌پز خودداری شود.
- ✓ مصرف متعادل تخم مرغ در هفته ۵-۴ عدد است.
- ✓ چربی گوشت قرمز را از آن جدا کرده و پوست و چربی طیور (مرغ و...) نیز مصرف نشود.
- ✓ طی دوره بارداری از مصرف انواع جگر که ممکن است حاوی باقیمانده داروها و مواد هورمونی باشد و نیز احتمال مسمومیت ویتامین A اجتناب شود.
- ✓ انواع مغز دانه‌ها مثل پسته، بادام، گردو، فندق، منابع خوب پروتئین و آهن هستند و می‌توان به عنوان میان وعده ترجیحاً از نوع خام و کم نمک آنها استفاده کرد.

گروه متفرقه

به غیر از گروه‌های غذایی اصلی، یک گروه متفرقه نیز وجود دارد که شامل انواع قندها و چربی‌ها مثل قند و شکر، شیرینی، روغن، کره، خامه، نمک، شکلات، سس مایونز، انواع مرباها، نوشابه‌های گازدار، انواع ترشی‌ها و شورها و غیره می‌باشد. به طور کلی مصرف مواد این گروه در حداقل مقدار توصیه می‌شود.

★ نکات کلیدی و مهم

- ✓ توجه شود نمک مصرفی در پخت حتما باید یددار و تصفیه شده باشد.
- ✓ نمک باید کم مصرف شود ولی همان مقدار کم از نوع یددار و تصفیه شده استاندارد استفاده شود.
- ✓ مصرف نمک‌هایی که فاقد استانداردهای لازم و پروانه ساخت از وزارت بهداشت هستند، مثل نمک دریا و... ممنوع است. *این نوع نمک‌ها علاوه بر اینکه ید کافی ندارند، به علت داشتن ناخالصی‌های فراوان سلامت مادر و جنین را به خطر می‌اندازند.*
- ✓ برای کاهش مصرف نمک، بهتر است از گذاشتن نمکدان در سفره و یا سر میز غذا خودداری شود.
- ✓ دریافت مقداری از روغن جهت اسیدهای چرب ضروری لازم است و بهتر است روغن‌های را انتخاب کنیم که دارای اسیدهای چرب ضروری باشند. مثل روغن زیتون. از روغن زیتون به اندازه یک قاشق غذاخوری همراه با سالاد می‌توان استفاده کرد.
- ✓ امگا ۳ یکی از انواع چربی‌های غیر اشباع است که در بدن ما ساخته نمی‌شود، بنابراین جزو چربی‌های ضروری برای بدن است.
- ✓ امگا ۳ در انواع ماهی و مغزهایی مانند گردو یافت می‌شود.

مواد غذایی غیر مجاز در دوران بارداری

این مواد شامل مواد غذایی است که اثر زیان‌بخش آن بر سلامت مادر و جنین ثابت شده و **مصرف آنها در طی بارداری به صورت نسبی یا مطلق ممنوع است.**

★ نکات کلیدی و مهم

- ✓ مصرف کم کافئین (قهوه و نوشابه‌های سیاه رنگ) و تثین (ماده موجود در چای) خطرناک نیست؛ اما مصرف زیاد آن می‌تواند باعث تولد نوزاد کم وزن یا نوزاد با عوارض عصبی شود.
- ✓ دم کرده‌های گیاهی (مانند چای نعناع یا گل گاوزبان) گاهی اثرات جانبی مانند حالت تهوع و استفراغ دارند، لذا مصرف آنها در دوران بارداری توصیه نمی‌شود.
- ✓ کلیه نوشیدنی‌های الکلی علاوه بر این که در دین اسلام حرام است موجب رشد غیر طبیعی جنین و کاهش مهارت عقلانی و هوشی او و بروز «سندروم الکلی جنین» (Fetal Alcohol Syndrome) می‌شوند.
- ✓ شکلات علاوه بر اینکه مقادیر کمی کافئین دارد، حاوی تتوبرومید نیز هست که به کافئین شبیه است. بنابراین، مصرف شکلات باید محدود شود.
- ✓ استعمال دخانیات در دوران بارداری می‌تواند با تولد نوزاد کم وزن همراه باشد. به مادران باردار توصیه می‌شود از استعمال دخانیات در دوران بارداری خودداری کنند.
- ✓ عفونت با «لیستریا» یکی از عوامل شناخته شده سقط غیر عمدی و مننژیت جنین و نوزاد است. لیستریا یک ارگانیسم موجود در خاک است که با مصرف غذاهای حیوانی آلوده و سبزیجات خام وارد بدن شده و ایجاد عفونت می‌کند. شیر خام، غذاهای دریایی دودی، کالباس، کباب کوبیده که خوب پخته نشده است، پنیرهای نرم و گوشت‌های پخته نشده و غذاهای مانده در یخچال منابع احتمالی آلودگی هستند. محصولات آبیاری شده با فاضلاب بایستی قبل از مصرف با آب آشامیدنی شستشو و ضد عفونی شوند.

انرژی و مواد مغذی مورد نیاز در دوران بارداری و شیردهی

انرژی: بهترین راه برای اطمینان از دریافت کافی انرژی، پایش میزان افزایش وزن دوران بارداری است. انرژی مورد نیاز مادران باردار در سه ماهه اول بارداری، شبیه زنان غیر باردار است (حدود ۱۰ کیلوکالری اضافی در روز)، اما در طی سه ماهه دوم ۳۶۰-۳۴۰ کیلوکالری در روز و در سه ماهه سوم ۱۱۲ کیلوکالری دیگر (علاوه بر ۳ ماهه دوم)، افزایش پیدا می‌کند. اضافه دریافت کالری، وزن مادر و جنین را افزایش می‌دهد. از سوی دیگر کمبود انرژی دریافتی موجب کاهش وزن و به حرکت در آوردن ذخایر چربی و تولید متعاقب کتون می‌گردد که می‌تواند اثرات منفی بر ضریب هوشی جنین داشته باشد.

بیشتر مادران می‌دانند که وقتی حامله هستند باید غذای بیشتری بخورند تا رشد و نمو جنین آنها دچار مشکل نشود، ولی غالباً نمی‌دانند چه قدر باید بخورند. این باور غلط وجود دارد که «زن باردار باید برای دو نفر غذا بخورد». واقعیت این است زنانی که برای دو نفر غذا می‌خورند، دچار افزایش وزن بیش از مقدار مورد نیاز می‌شوند. این گروه احتمالاً حین بارداری و زایمان و نیز بعد از آن با عوارض این اضافه وزن زیاد مواجه خواهند بود.

جدول ۲: جدول کالری برخی غذاها

کالری	ماده غذایی	کالری	ماده غذایی	کالری	ماده غذایی
۶۵۰	۱۰۰ گرم آجیل در هم (بدون پوست)	۸۰	نصف لیوان برنج	۸۰	یک کف دست نان بربری (بدون احتساب انگشتان)
۶۰	یک قاشق غذا خوری عسل	۷۵	یک قوطی کبریت گوشت	۷۵	یک قوطی کبریت پنیر
۲۰۰	یک ملاقه خورشت قورمه سبزی یا قیمه	۱۲۰	یک لیوان ماست	۱۲۰	یک لیوان شیر
۸۰	سه عدد بیسکویت ساقه طلایی	۶۰	یک عدد پرتقال	۶۰	یک عدد سیب
		۳۳۵	جمع کل	۳۳۵	جمع کل

کربوهیدرات: نقش اصلی کربوهیدرات‌ها تأمین انرژی برای بدن است. میزان نیاز به کربوهیدرات‌ها در بارداری حدود ۱۷۵g در روز است.

چربی: چربی منبع عمده تأمین انرژی برای بدن است و به جذب ویتامین‌های محلول در چربی و کاروتنوئیدها کمک می‌کند. در زمان بارداری در صورت داشتن رژیم غذایی حاوی ۳-۴ (۳۰g) نیاز به مصرف اضافه این اسید چرب به شکل مکمل نیست.

پروتئین: کمبود پروتئین در بارداری پیامدهای نامطلوب از جمله اختلال در رشد و سنتز سلول و بافت‌های جنین به دنبال دارد. حداکثر نیاز به پروتئین در دوران بارداری مربوط به سه ماهه سوم بارداری است.

فیبر: فیبر بخشی از میوه‌ها، سبزی‌ها و دانه‌های خوراکی به ویژه حبوبات و غلات می‌باشد که در بدن انسان هضم نمی‌شود. مصرف فیبر موجب حجیم شدن مدفوع و در نتیجه خروج راحت و سریع تر مدفوع شده و از بروز یبوست پیشگیری می‌کند. زنان باردار بایستی به مصرف نان‌های سبوس‌دار، غلات کامل، سبزیجات برگ سبز و زرد و میوه‌های تازه و خشک تشویق شوند.

ویتامین‌ها: در بارداری برخی ویتامین‌ها از اهمیت خاصی برخوردارند. بعضی از این ویتامین‌ها از طریق رژیم غذایی قابل تأمین است ولی در سایر موارد استفاده از یک مکمل ضروری است.

فولات (اسید فولیک): نیاز به اسید فولیک در دوران بارداری به علت تولید بیشتر گلبول‌های قرمز خون و شکل گیری دستگاه عصبی جنین افزایش می‌یابد. علاوه بر توصیه به مصرف منابع غنی اسید فولیک، لازم است مکمل آن نیز طبق دستور العمل کشوری به میزان ۴۰۰ میکرو گرم در روز برای خانم‌های باردار تجویز شود. مصرف به موقع و کافی این ویتامین از ایجاد ضایعات عصبی خصوصاً نقص مادر زادی لوله عصبی^۱ NTD پیشگیری می‌کند.

زنانی که سیگاری هستند و یا از مواد مخدر استفاده می‌کنند و همچنین زنانی که از ضد بارداری‌های خوراکی و داروهای ضد تشنج (مثل فنی توئین) استفاده می‌کنند و افرادی که مبتلا به سندروم‌های سوء جذب هستند، در معرض خطر کمبود اسید فولیک قرار دارند.

^۱ Neural Tube Defect

ویتامین D: بهترین منبع برای تولید ویتامین D نور خورشید است. سطوح پایین ویتامین D در طی بارداری فرد را مستعد ابتلا به پری‌اکلامپسی می‌کند. کمبود ویتامین D در مادر با کمبود کلسیم نوزادی و هیپوپلازی مینای دندان در کودکی، ارتباط دارد.

استفاده از نور مستقیم خورشید (نه از پشت شیشه) بهترین منبع برای تولید ویتامین D در بدن است؛ بنابراین به خانم باردار و شیرده توصیه کنید روزانه حداقل به مدت ۱۰ دقیقه دست و پا و صورت خود را در معرض نور مستقیم خورشید قرار دهد و زمان مناسب قبل از ساعت ۱۱ صبح و یا ۴ بعد از ظهر است. به علاوه، مصرف منابع غذایی غنی از این ویتامین (که در جدول پیوست ۲ ذکر شده است) نیز توصیه می‌شود. استفاده از کرم‌های ضد آفتاب مانع جذب نور خورشید و تولید ویتامین D در بدن می‌شوند.

مواد معدنی: در بارداری مواد معدنی همانند ویتامین‌ها از اهمیت خاصی برخوردارند. بعضی از این مواد معدنی مثل آهن از طریق رژیم غذایی قابل تأمین است ولی در سایر موارد استفاده از یک مکمل ضروری است.

آهن: وجود آهن برای تولید گلبول‌های قرمز خون، افزایش هموگلوبین، رشد و نمو و تأمین ذخایر کبدی جنین ضروری است. بیشترین نیاز به آهن پس از هفته بیستم بارداری رخ می‌دهد یعنی زمانی که بیشترین تقاضا از سوی مادر و جنین وجود دارد.

بندرت اتفاق می‌افتد که زنان با ذخایر کافی آهن جهت تأمین نیازهای فیزیولوژیک بارداری وارد مرحله بارداری گردند، بنابراین مصرف مکمل آهن علاوه بر منابع غذایی غنی از آهن طبق دستور العمل کشوری توصیه می‌شود.

ید: با توجه به نقش ید در متابولیسم بدن و تولید انرژی و نیز تکامل مغز جنین، میزان ید مورد نیاز در دوران بارداری افزایش می‌یابد به طوری که کمبود ید در دوران بارداری منجر به عقب ماندگی ذهنی، هیپوتیروئیدی و گواتر و در شکل شدید آن کرتینیسم در نوزاد می‌گردد. بهترین راه برای دریافت ید کافی، مصرف نمک یددار تصفیه شده به مقدار کم می‌باشد.

توصیه‌های تغذیه‌ای برای خانم‌های باردار دارای اضافه وزن و چاق (BMI بیشتر از ۲۵)

خانم‌های باردار در هر شرایطی که باشند (لاغر، طبیعی، اضافه وزن یا چاق)، باید افزایش وزن متناسب با وضعیت خود داشته باشند. بنابراین استفاده از رژیم غذایی محدود برای کاهش وزن خانم‌های باردار چاق توصیه نمی‌شود و باید با توصیه‌های تغذیه‌ای مناسب، میزان کالری دریافتی و در نهایت وزن آنان را کنترل نمود. خانم‌های باردار چاق نیز نیاز به افزایش وزن مطلوب دارند.

برخی علل عمده افزایش وزن بیش از حد مطلوب شامل موارد ذیل است:

- عادات و رفتارهای غذایی نامناسب
- کم تحرکی و نداشتن فعالیت جسمانی
- ادم و احتباس مایعات و یا در مواردی ابتلا به پره‌اکلامپسی

برای کنترل افزایش وزن در خانم‌های باردار چاق، روش‌های زیر توصیه می‌شود:

۱. کاهش مصرف غذاهای پرکالری مانند شیرینی، کیک، آب نبات، شکلات، چیپس و نوشابه
۲. کاهش مصرف چربی
۳. کاهش مصرف مواد نشاسته‌ای
۴. کاهش مصرف مواد قندی
۵. افزایش مصرف مواد پروتئینی
۶. افزایش مصرف منابع غذایی حاوی فیبر
۷. اصلاح عادات و رفتارهای تغذیه‌ای نامناسب
۸. تحرک کافی از طریق پیاده روی منظم روزانه (مثل یک ساعت پیاده روی در روز) در صورت نداشتن ممنوعیت پزشکی.

الف) راه‌های کاهش دریافت چربی

- ۱) اجتناب از سرخ کردن غذاها و حتی الامکان طبخ غذاها به شکل آب پز، بخارپز و کبابی
- ۲) حذف چربی‌ها شامل کره حیوانی، مارگارین، خامه، سرشیر، دنبه، پیه و جدا کردن چربی‌های قابل رویت گوشت قرمز و پوست مرغ قبل از طبخ آنها
- ۳) استفاده از شیر و لبنیات کم چرب (کمتر از ۲/۵ درصد چربی) به جای شیر و لبنیات پرچرب
- ۴) محدود کردن مصرف شیرینی‌ها، کیک‌های خامه‌ای و دسرهای پرچرب یا شیرین و استفاده نکردن از تنقلات پرچرب نظیر چیپس، پیراشکی، شکلات و امثال آن
- ۵) محدود کردن مصرف کله پاچه، دل، قلوه، زبان و مغز، سوسیس، کالباس و پیتزا
- ۶) تفت دادن سبزی‌ها در آب گوشت کم چربی یا آب گوجه فرنگی به جای روغن
- ۷) خودداری از مصرف سس‌های چرب مانند مایونز و سس‌های مخصوص سالاد و استفاده از سس سالم (ماست کم چرب، کمی نمک، روغن زیتون، آب لیمو یا آب نارنج) به جای سس مایونز
- ۸) اضافه نکردن چربی و دنبه به گوشت در زمان چرخ کردن آن
- ۹) محدود کردن مصرف زرده تخم مرغ به سه عدد در هفته (به صورت مجزا یا داخل انواع غذاها مثل کوکو و املت)

به دلیل اهمیت دریافت ویتامین‌های محلول در چربی نباید همه چربی‌ها و روغن‌ها را حذف نمود بلکه نوع و مقدار روغن مصرفی مهم است.

ب) راه‌های کاهش دریافت مواد قندی

- ۱) استفاده از میوه‌های تازه به جای شیرینی و شکلات به عنوان میان وعده
- ۲) محدود کردن مصرف نان‌های شیرین (نان قندی، نان شیر مال، شیرینی، کیک و...) و انواع شکلات و آب نبات
- ۳) مصرف دوغ کم نمک وبدون گاز، آب و آب میوه‌های طبیعی به جای نوشابه‌های گازدار.
- ۴) کم کردن مصرف قند و شکر همراه با چای.

ج) راه‌های کاهش دریافت گروه نان و غلات

- ۱) محدود کردن مصرف نان، برنج و ماکارونی (به ۷ واحد در روز)
- ۲) خودداری از مصرف برنج و ماکارونی در وعده شام.
- ۳) خودداری از مصرف نان همراه با برنج در هنگام صرف غذا
- ۴) استفاده از میوه به جای نان و پنیر، بیسکوئیت یا کیک در میان وعده‌ها.

د) راه‌های افزایش دریافت مواد پروتئینی

- ۱) مرغ آب پز و یا کبابی، گوشت چربی گرفته، انواع ماهی تازه بخار پز یا کباب شده و شیر و لبنیات کم چرب
- ۲) استفاده از انواع حبوبات (عدس، لوبیا، ماش، باقلا و...) همراه با غلات مثلا به شکل عدس پلو، لوبیا پلو، عدسی با نان، خوراک لوبیا با نان.
- ۳) سفیده تخم مرغ کاملا پخته. سفیده تخم مرغ به عنوان یک منبع پروتئینی با ارزش می‌تواند در برنامه غذایی برای تأمین پروتئین استفاده شود.

ه) راه‌های افزایش دریافت فیبر

- ۱) مصرف روزانه سبزی خوردن، سبزی‌های محلی یا سالاد (کاهو، کلم، گوجه فرنگی، خیار، هویج، فلفل دلمه‌ای سبز و...) همراه با غذا.
- ۲) مصرف میوه‌های تازه به عنوان میان وعده.
- ۳) استفاده از خشکبار (برگه زردآلو، کشمش و...) و سبزی‌های تازه (هویج، گل کلم، خیار، گوجه فرنگی و...) به عنوان میان وعده.
- ۴) استفاده بیشتر از انواع حبوبات (لوبیا، عدس، ماش و نخود) در انواع سوپ‌ها و آش‌ها.
- ۵) استفاده از سبزی‌ها در اکثر غذاها (باقلا پلو، کلم پلو، لوبیا پلو، سبزی پلو، ماست و خیار، ماست و سبزی و انواع سوپ‌ها و آش‌ها).
- ۶) مصرف نان‌های سبوس‌دار (نان سنگک، نان جو) به جای نان‌هایی که با آرد سفید تهیه شده‌اند مثل نان لواش، بربری، نان فانتزی.

و) اصلاح عادات و رفتارهای تغذیه‌ای

برای کنترل اشتها و جلوگیری از پر خوری خانم‌های باردار که موجب اضافه وزن بیش از حد و چاقی می‌شود نکات ذیل توصیه می‌شود:

- ۱) در حالت نشسته و در یک مکان ثابت و دائمی غذا بخورند و غذا را آهسته و با آرامش میل کنند.
- ۲) قبل از صرف غذا، سالاد (بدون سس مایونز) میل کنند.
- ۳) سعی کنند وعده‌های اصلی غذا (صبحانه، ناهار و شام) را حذف نکنند، زیرا ناچار به ریزه خواری^۱ خواهند شد.
- ۴) سر سفره غذا، تنها از یک نوع غذا میل کنند.
- ۵) غذا را در ظرف کوچکتری بکشند تا مقدار کمتری غذا بخورند.
- ۶) پس از صرف غذا و سیر شدن، بلافاصله سفره را ترک کنند.
- ۷) خوردن آجیل و انواع تخمه را که حاوی چربی زیادی هستند محدود کنند.

توصیه‌های تغذیه‌ای برای خانم‌های باردار لاغر (BMI کمتر از ۱۸/۵)

یکی از اقدامات اولیه، تعیین دلایل لاغری مادر یا وزن‌گیری ناکافی او است. دریافت ناکافی مواد غذایی در دوران بارداری یکی از دلایل وزن‌گیری ناکافی در این دوران است. علاوه بر دریافت ناکافی مواد غذایی، عوامل دیگری مانند کم اشتها، فعالیت زیاد بدنی و مشکلات بهداشتی از دیگر دلایل لاغری زنان در دوره بارداری است. جمع‌آوری اطلاعات شامل عادات و رفتار غذایی، منابع غذایی، دریافت غذا و مایعات و شیوه زندگی در بهبود وضع تغذیه زنان باردار لاغر ضروری است. در صورتی که وزن‌گیری کم مادر به علت دریافت کم مواد غذایی باشد باید انرژی و مواد مغذی در رژیم غذایی مادر افزایش یابد.

راه‌های افزایش دریافت انرژی (مقوی کردن) عبارتند از:

- استفاده از مربا، عسل، خرما، شیره انگور و شیره خرما و سرشیر، خامه و کره همراه با صبحانه
- استفاده از حداقل دو میان وعده شامل بیسکوئیت (ترجیحاً سبوس‌دار) کیک، کلوچه، نان و پنیر، نان و سیب‌زمینی، نان و تخم مرغ، نان و خرما، نان روغنی، نان شیر مال همراه با یک لیوان شیر و انواع میوه در فواصل وعده‌های غذایی اصلی.
- مصرف مقدار بیشتری از گروه نان و غلات مثل نان، برنج و ماکارونی. خانم‌های باردار لاغر می‌توانند روزانه تا ۱۱ واحد از این گروه که معادل ۳۳۰ گرم نان یا ۷۷۰ گرم برنج پخته (حدود ۶ کفگیر) می‌باشد، مصرف کنند.
- استفاده بیشتر از سیب‌زمینی در انواع غذاها و یا در میان وعده‌ها
- مصرف نان همراه با سایر مواد غذایی مانند برنج در وعده ناهار و شام.

^۱ - تعریف ریزه‌خواری: مصرف مکرر وعده‌های غذایی کوچک از جمله میان وعده‌های غذایی و تنقلات

- استفاده از بستنی و میوه‌های شیرین (انگور، خربزه، انجیر، توت، خرما) شیرینی و انواع خشکبار به عنوان میان وعده
- استفاده از لبنیات پرچرب (شیر و ماست پرچرب، پنیر خامه‌ای و کشک)
- اضافه نمودن مقداری کره به غذا در هر وعده غذایی
- استفاده از روغن زیتون داخل سالاد
- استفاده از قلم گوسفند و گاو در طبخ غذاها

راه‌های افزایش دریافت پروتئین، ویتامین‌ها و مواد معدنی (مغذی کردن وعده غذایی) عبارتند از:

۱) افزایش دریافت گروه شیر و لبنیات

استفاده از شیر، ماست، پنیر، و بستنی به عنوان میان وعده (بیسکوئیت و شیر، نان و ماست، نان و پنیر، شیربرنج، فرنی و امثال آن). خانم‌های باردار لاغر می‌توانند روزانه تا ۴ واحد از مواد این گروه مصرف کنند. مصرف دوغ کم نمک و غلیظ و بدون گاز در وعده‌های غذایی. استفاده از کشک در غذاهایی نظیر آش کشک، آش دوغ، کشک بادمجان در برنامه غذایی روزانه.

۲) افزایش دریافت گروه گوشت، تخم مرغ، حبوبات و مغزها

استفاده بیشتر از غذاهای تهیه شده با انواع گوشت‌ها (کتلت، کباب، انواع خورش و...). استفاده از تخم مرغ در صبحانه یا میان وعده (آب پز، نیمرو، املت) یا همراه با غذا (عدس پلو یا رشته پلو همراه با خاگینه و انواع کوکو، کتلت و...). استفاده از غذاهای تهیه شده با انواع حبوبات (برخی از خورش‌ها، آش‌ها، خوراک‌ها، آبگوشت، عدسی، خوراک لوبیا و...). مصرف انواع خشکبار و مغزها (گردو، پسته، بادام، و...) به عنوان میان وعده.

۳) افزایش دریافت گروه میوه‌ها و سبزی‌ها

استفاده از سبزی‌هایی نظیر گوجه فرنگی، هویج، خیار، ساقه کرفس و میوه‌ها به عنوان میان وعده

راه‌های افزایش اشتها و کاهش انرژی مصرفی خانم‌های باردار لاغر عبارتند از:

- کشیدن غذا در بشقاب بزرگتر
- استفاده از سبزی‌های رنگی (هویج، گوجه فرنگی، فلفل دلمه‌ای و...) در غذا به منظور زیبا نمودن غذا و افزایش اشتها.
- استراحت کافی در طول روز. خانم‌های باردار لاغر باید حتماً در طول روز ساعاتی را استراحت نمایند. به ویژه استراحت پس از صرف غذا توصیه می‌شود.
- جلب حمایت همسر و اعضای خانواده برای ایجاد محیطی توأم با آرامش و کمک به او در انجام کارهای روزمره به منظور کاهش حجم کارهای خانم باردار. در این زمینه مشاوره با همسر و سایر اعضای خانواده باید انجام شود.

نحوه مصرف مکمل‌های ویتامین و مواد معدنی در دوران بارداری و شیردهی

مکمل آهن

در دوران بارداری نیاز به آهن تا دو برابر قبل از بارداری افزایش می‌یابد. این میزان افزایش نیاز به آهن برای رشد جفت و جنین به حدی است که به هیچ وجه از طریق مصرف مواد غذایی به تنهایی تأمین نمی‌شود. بر اساس دستور العمل کشوری برای پیشگیری از فقر آهن، خانم‌های باردار باید از شروع هفته ۱۶ بارداری یک عدد قرص سولفات فرو یا فومارات فرو (حاوی ۵۵ تا ۶۰ میلی گرم آهن المنتال) در روز مصرف کرده و تا سه ماه پس از زایمان ادامه دهند. لازم به ذکر است مصرف مکمل آهن در مورد خانم‌های باردار مبتلاء به تالاسمی نیز طبق برنامه کشوری مانند سایر خانم‌های باردار توصیه می‌شود.

مصرف قرص آهن ممکن است عوارضی مانند تهوع، درد معده، اسهال و یا یبوست به دنبال داشته باشد به همین دلیل توصیه می‌شود قرص آهن بعد از غذا میل شود تا عوارض جانبی به حداقل برسد. بهترین زمان برای مصرف مکمل آهن شب قبل از خواب می‌باشد.

در هر حال خانم باردار باید بداند هیچگاه نباید مصرف قرص آهن را قطع کند زیرا بعد از گذشت چند روز معمولاً این عوارض قابل تحمل شده و یا به طور کلی برطرف خواهند شد.

توصیه می‌شود از مصرف همزمان شیر و فرآورده‌های لبنی، چای و قهوه و قرص آهن خودداری شود زیرا کلسیم موجود در لبنیات و تانن موجود در چای و قهوه در جذب آهن اختلال ایجاد می‌کند.

مکمل مولتی ویتامین (ساده یا مینرال)

در دوران بارداری نیاز به ویتامین‌ها و مواد معدنی معدنی افزایش می‌یابد و باید اطمینان حاصل شود که برنامه غذایی روزانه، مواد مغذی مورد نیاز خانم باردار را تا حد زیادی تأمین کند. در کشور ما براساس دستورعمل‌های موجود، کلیه خانم‌های باردار از شروع هفته ۱۶ بارداری تا سه ماه بعد از زایمان باید روزانه یک عدد کپسول مولتی ویتامین ساده یا مینرال مصرف نمایند. بررسی‌های انجام شده توسط دفتر بهبود تغذیه جامعه مبین کمبود ید دریافتی در زنان باردار و شیرده کشورمان است، لذا توصیه می‌شود از مولتی ویتامین مینرال که دارای ۱۵۰ میکروگرم ید است استفاده شود.

مکمل اسید فولیک

نیاز به اسید فولیک در دوران بارداری افزایش می‌یابد به دلیل نقش اسید فولیک در پیشگیری از نقص مادرزادی لوله عصبی، بهتر است مصرف این مکمل از سه ماه قبل از بارداری شروع شود و برای خانم‌های بارداری که از قبل تصمیم به بارداری نداشته اند، به محض اطلاع از بارداری مصرف روزانه ۴۰۰ میکروگرم از این مکمل توصیه می‌شود.

نحوه مصرف مکمل‌های دارویی در دوران بارداری

مکمل‌های دارویی	زمان مصرف	مقدار مصرف
اسید فولیک	از ابتدا تا پایان بارداری روزانه ۴۰۰ میکروگرم اسید فولیک، مصرف این قرص از سه ماه قبل از بارداری توصیه می‌شود.	روزانه یک عدد
آهن	از شروع هفته ۱۶ بارداری تا پایان بارداری	روزانه یک عدد
مولتی ویتامین مینرال	از شروع هفته ۱۶ بارداری تا پایان بارداری	روزانه یک قرص یا کپسول مولتی ویتامین مینرال یا ساده
*در صورتی که قرص یا کپسول مولتی ویتامین دارای ۴۰۰ میکروگرم اسید فولیک باشد، نیاز به ادامه تجویز قرص اسید فولیک به صورت جداگانه از شروع هفته ۱۶ تا پایان بارداری نیست. *پس از زایمان روزانه یک عدد قرص آهن و یک عدد قرص یا کپسول مولتی ویتامین مینرال یا ساده تا ۳ ماه پس از زایمان مصرف شود.		



فصل دوم

وزن‌گیری در دوران بارداری

وزن‌گیری در دوران بارداری

تمام زنان در دوران بارداری در هر شرایط تغذیه‌ای که باشند (کم وزن، طبیعی، دارای اضافه وزن و یا چاق) باید افزایش وزن مناسبی داشته باشند. **الگوی افزایش وزن به اندازه افزایش وزن اهمیت دارد.** میزان افزایش وزن در طول ماه‌های مختلف دوره‌ی بارداری یکسان نیست. به طور متوسط در سه ماهه اول کمترین مقدار و در سه ماهه دوم و سوم بیشترین مقدار افزایش وزن وجود دارد. وزن‌گیری مناسب مادر در سه ماهه اول، دوم و سوم بارداری تضمین کننده سلامت مادر و جنین در دوران بارداری و سال‌های بعدی زندگی است.

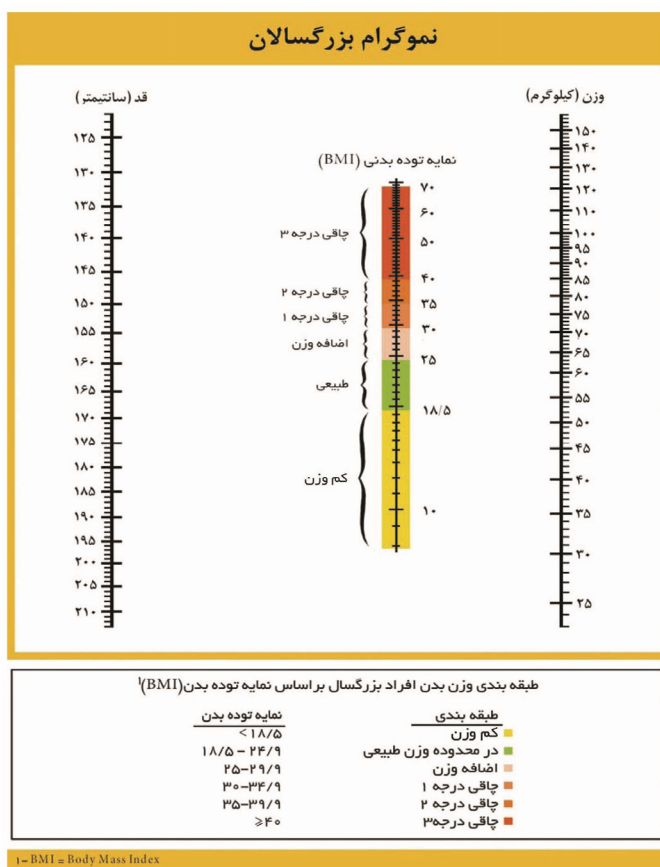
روش‌های معمول برای تعیین نمایه توده بدنی (BMI) مادر

الف) روش محاسبه

از تقسیم وزن (بر حسب کیلوگرم) بر مربع قد (بر حسب متر) نمایه توده بدنی (BMI) حاصل می‌شود. یعنی:

$$\text{نمایه توده بدنی} = \frac{\text{وزن (به کیلوگرم)}}{\text{قد (به متر)}^2}$$

ب) استفاده از نمودار گرام



روش سنجش نمایه توده بدنی با استفاده از نمودار گرام به شرح ذیل است:

نمودار گرام از سه خط مدرج عمودی تشکیل شده است. خط اول از سمت راست مربوط به وزن (بر حسب کیلوگرم)، خط وسط مربوط به نمایه توده بدنی (که نشان دهنده چاقی، اضافه وزن، طبیعی و کم وزنی است) و خط سوم مربوط به قد (بر حسب سانتی متر)، می باشد.

برای تعیین نمایه توده بدنی (BMI) ابتدا وزن و قد مادر را اندازه گیری کرده و اعداد مربوطه را روی خط وزن و قد نمودار تعیین کرده و علامت بزنید. حال اگر دو نقطه علامت خورده وزن و قد را با یک خط کش به هم وصل کنید نقطه تقاطع این خط با خط وسط تعیین کننده نمایه توده بدنی (BMI) مادر است.

وزن پیش از بارداری

وزن پیش از بارداری مهم ترین شاخص جهت تعیین نمایه توده بدنی مادر است و حداکثر می توان وزن تا سه ماه قبل از بارداری را به عنوان وزن پیش از بارداری ملاک عمل قرار داد؛ به شرط این که مادر در طی این سه ماهه تغییرات وزنی واضحی (بیش از حالت معمول) نداشته باشد. ملاک ثبت وزن در پیش از بارداری، ثبت آن توسط تیم سلامت و کارکنان بهداشتی است.

وزن گیری برای مادرهای باردار در تک قلوئی

جدول ۳: میزان افزایش وزن برای مادران باردار بالاتر از ۱۹ سال در بارداری تک

قلوئی بر اساس نمایه توده بدنی قبل از بارداری

رنگ ناحیه BMI	وضعیت تغذیه	BMI قبل از بارداری kg/m^2	محدوده مجاز افزایش وزن (کیلوگرم)	افزایش وزن از ابتدای هفته ۱۳ بارداری به بعد (کیلوگرم/هفته)
زرد	کم وزن	< 18.5	۱۸ - ۱۲/۵	۰/۵
سبز	طبیعی	۱۸/۵ - ۲۴/۹	۱۶ - ۱۱/۵	۰/۴
نارنجی	اضافه وزن	۲۵ - ۲۹/۹	۷ - ۱۱/۵	۰/۳
قرمز	چاق	≥ 30	۵ - ۹	۰/۲

الگوی وزن گیری مهم است. افزایش وزن باید تدریجی باشد. این افزایش وزن به طور متوسط طی سه ماهه دوم و سوم در مادران کم وزن ۰/۵ کیلوگرم، مادرانی که وزن طبیعی دارند ۰/۴ کیلوگرم، مادرانی که دارای اضافه وزن هستند حدود ۰/۳ کیلوگرم و در مادران چاق ۰/۲ کیلوگرم در هفته می باشد.

پند نکته:

- (الف) افزایش وزن در سه ماهه اول بارداری در حدود ۵/۰ تا ۲ کیلوگرم می‌باشد.
- (ب) افزایش وزن مناسب برای مادران دارای نمایه توده بدنی ۳۵ یا بیشتر باید توسط کارشناس تغذیه تعیین شود.
- (ج) در زنان کوتاه قد (کمتر از ۱۵۰ سانتی متر) افزایش وزن باید در محدوده حداقل میزان دامنه ارائه شده باشد.

میزان افزایش وزن

برای مادران نوجوان

زیر ۱۹ سال

جدول ۳: زد اسکور (z-score) نمایه توده بدنی (BMI)

برای دختران ۱۹-۱۲ ساله

سن		Z-scores (BMI in kg/m ²)			
ماه : سال	ماه	-۱SD	میانه	۱SD	۲SD
۱۲:۰	۱۴۴	۱۶/۰	۱۸/۰	۲۰/۸	۲۵/۰
۱۲:۳	۱۴۷	۱۶/۱	۱۸/۲	۲۱/۱	۲۵/۳
۱۲:۶	۱۵۰	۱۶/۳	۱۸/۴	۲۱/۳	۲۵/۶
۱۲:۹	۱۵۳	۱۶/۴	۱۸/۶	۲۱/۶	۲۵/۹
۱۳:۰	۱۵۶	۱۶/۶	۱۸/۸	۲۱/۸	۲۶/۲
۱۳:۳	۱۵۹	۱۶/۸	۱۹/۰	۲۲/۰	۲۶/۵
۱۳:۶	۱۶۲	۱۶/۹	۱۹/۲	۲۲/۳	۲۶/۸
۱۳:۹	۱۶۵	۱۷/۱	۱۹/۴	۲۲/۵	۲۷/۱
۱۴:۰	۱۶۸	۱۷/۲	۱۹/۶	۲۲/۷	۲۷/۳
۱۴:۳	۱۷۱	۱۷/۴	۱۹/۷	۲۲/۹	۲۷/۶
۱۴:۶	۱۷۴	۱۷/۵	۱۹/۹	۲۳/۱	۲۷/۸
۱۴:۹	۱۷۷	۱۷/۶	۲۰/۱	۲۳/۳	۲۸/۰
۱۵:۰	۱۸۰	۱۷/۸	۲۰/۲	۲۳/۵	۲۸/۲
۱۵:۳	۱۸۳	۱۷/۹	۲۰/۴	۲۳/۷	۲۸/۴
۱۵:۶	۱۸۶	۱۸/۰	۲۰/۵	۲۳/۸	۲۸/۶
۱۵:۹	۱۸۹	۱۸/۱	۲۰/۶	۲۴/۰	۲۸/۷
۱۶:۰	۱۹۲	۱۸/۲	۲۰/۷	۲۴/۱	۲۸/۹
۱۶:۳	۱۹۵	۱۸/۲	۲۰/۸	۲۴/۲	۲۹/۰
۱۶:۶	۱۹۸	۱۸/۳	۲۰/۹	۲۴/۳	۲۹/۱
۱۶:۹	۲۰۱	۱۸/۴	۲۱/۰	۲۴/۴	۲۹/۲
۱۷:۰	۲۰۴	۱۸/۴	۲۱/۰	۲۴/۵	۲۹/۳
۱۷:۳	۲۰۷	۱۸/۵	۲۱/۱	۲۴/۶	۲۹/۴
۱۷:۶	۲۱۰	۱۸/۵	۲۱/۲	۲۴/۶	۲۹/۴
۱۷:۹	۲۱۳	۱۸/۵	۲۱/۲	۲۴/۷	۲۹/۵
۱۸:۰	۲۱۶	۱۸/۶	۲۱/۳	۲۴/۸	۲۹/۵
۱۸:۳	۲۱۹	۱۸/۶	۲۱/۳	۲۴/۸	۲۹/۶
۱۸:۶	۲۲۲	۱۸/۶	۲۱/۳	۲۴/۹	۲۹/۶
۱۸:۹	۲۲۵	۱۸/۷	۲۱/۴	۲۴/۹	۲۹/۶
۱۸:۱۱	۲۲۷	۱۸/۷	۲۱/۴	۲۵/۰	۲۹/۷
۱۹:۰	۲۲۸	۱۸/۷	۲۱/۴	۲۵/۰	۲۹/۷

برای قضاوت درباره وضعیت وزن مادر نوجوان، ابتدا نمایه توده بدنی (BMI) قبل از بارداری را محاسبه و بر اساس جدول زداسکور (Z-scores) تعیین می‌کنیم که مادر در کدام محدوده قرار دارد. سپس بر اساس جدول شماره ۴ در مورد وزن مادر قضاوت می‌شود.

مثال: در یک مادر ۱۸ ساله (۲۱۶ ماهه)، اگر BMI برابر ۱۷ باشد مقدار BMI کمتر از ۱- است یعنی مادر کم وزن است (این قسمت در جدول نشان داده نمی‌شود) و اگر BMI ۲۳ باشد، مقدار BMI بین زداسکور (Z-scores) ۱- و ۱+ قرار دارد و وزن این مادر طبیعی است (منطقه مشخص شده با رنگ زرد در جدول زد اسکور). و چنانچه BMI همین مادر ۲۶ باشد، BMI بین زد اسکور (Z-scores) ۱+ تا ۲+ قرار گرفته است که به معنی اضافه وزن می‌باشد (منطقه مشخص شده با رنگ نارنجی در

جدول زد اسکور) و اگر BMI بیشتر از ۲۹/۵ باشد مثلاً ۳۱ باشد BMI بیشتر از زد اسکور (Z-scores) +۲ بوده و مادر چاق است (این قسمت در جدول نشان داده نمی‌شود).

جدول ۴: میزان افزایش وزن برای دختران نوجوان در بارداری تک‌قلویی بر اساس نمایه توده بدنی قبل از بارداری

وضعیت تغذیه	z-score ^۱	محدوده مجاز افزایش وزن (کیلوگرم)	افزایش وزن از ابتدای هفته ۱۳ بارداری به بعد (کیلوگرم/هفته)
کم وزن	< -۱	۱۲/۵ - ۱۸	۰/۵
طبیعی	از -۱ تا +۱	۱۱/۵ - ۱۶	۰/۴
اضافه وزن	از +۱ تا +۲	۷ - ۱۱/۵	۰/۳
چاق	≥ +۲	۵ - ۹	۰/۲

نکته:

الف: بهتر است مادران باردار نوجوان حداکثر میزان دامنه وزن ارائه شده را بدست آورند.

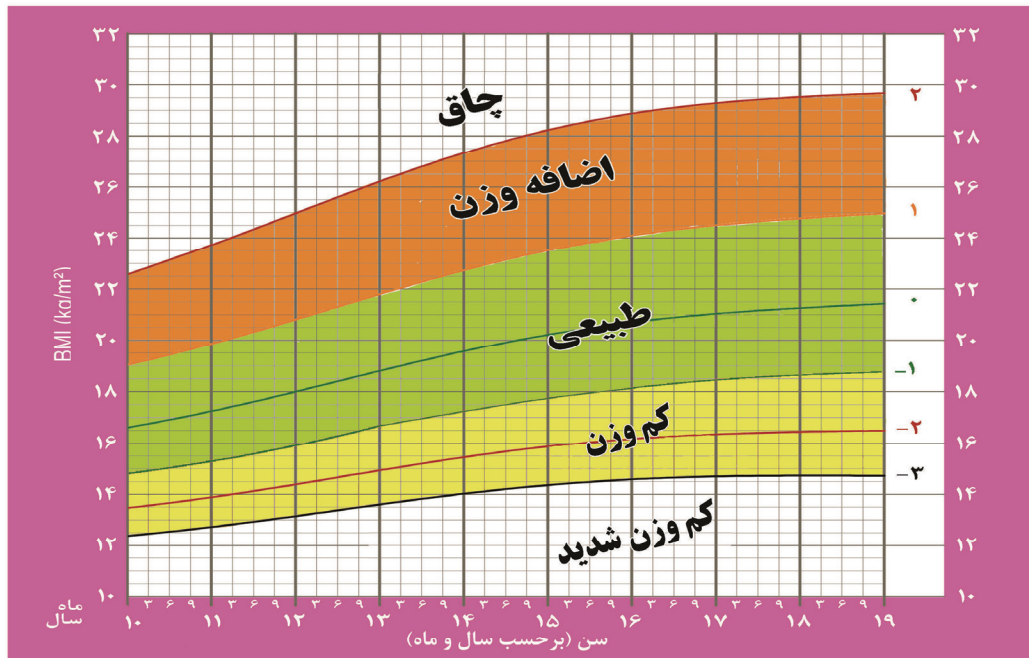
ب: در نوجوانان بارداری که تنها ۲ سال از قاعدگی آنها می‌گذرد افزایش وزن باید در حد بالای میزان دامنه ارائه شده باشد.

علاوه بر جدول زد اسکور (Z-scores) و جدول ۳ از نمودار صفحه بعد نیز می‌توان جهت تعیین وضعیت وزن مادران زیر ۱۹ سال استفاده نمود.

^۱ بر اساس توصیه سازمان جهانی بهداشت دخترانی که از نظر نمایه توده بدنی بر حسب سن در محدوده -2SD قرار می‌گیرند، کم وزن محسوب می‌شوند؛ با توجه به اینکه بر اساس نمایه توده بدنی (BMI) بر حسب سن دختران نوجوان کمتر از 1SD- در معرض خطر کمبودهای تغذیه‌ای هستند، به منظور پیشگیری از سوء تغذیه و بر اساس نظر کمیته کشوری تغذیه مادران باردار و شیرده، معیار کم وزنی در دختران نوجوان، نمایه توده بدنی (BMI) بر حسب سن کمتر از 1SD- در نظر گرفته شده است.

نمودار BMI برای سن (مادران باردار)

۱۰ تا ۱۹ سال (z-scores)



برگرفته از سازمان جهانی بهداشت (۲۰۰۷)

میزان افزایش وزن برای مادرهای باردار در دو قلوئی

برای تعیین میزان افزایش وزن توصیه شده برای مادران باردار دوقلو با توجه به وزن قبل از بارداری و نمایه توده بدنی از جدول شماره ۵ استفاده می‌شود.

جدول ۵: میزان افزایش وزن در بارداری دو قلوئی بر اساس نمایه توده بدنی قبل از بارداری

رنگ ناحیه BMI	وضعیت تغذیه	BMI قبل از بارداری kg/m ²	محدوده مجاز افزایش وزن (کیلوگرم)	افزایش وزن از ابتدای هفته ۱۳ بارداری به بعد (کیلوگرم/هفته)
زرد	* کم وزن	< ۱۸/۵	*	*
سبز	طبیعی	۱۸/۵ - ۲۴/۹	۱۷ - ۲۵	۰/۶۳
نارنجی	اضافه وزن	۲۵ - ۲۹/۹	۱۴ - ۲۳	۰/۶
قرمز	چاق	≥ ۳۰	۱۱ - ۱۹	۰/۴۵

* افزایش وزن مادران کم وزن دوقلو توسط کارشناس تغذیه تعیین شود.

نکته ۱: افزایش وزن توصیه شده در سه ماهه اول بارداری این گروه از مادران ۱/۵ تا ۲/۵ کیلوگرم می باشد.

نکته ۲: در موارد سه قلویی، میزان وزن گیری توصیه شده برای مادران باردار در حدود ۲۷-۲۲/۵ کیلوگرم می باشد. از این میزان مادر باید تا هفته ۲۴ حداقل ۱۶ کیلوگرم افزایش وزن داشته باشد.

تعیین میزان وزن گیری مادری که در سه ماهه اول بارداری (هفته های ۲ تا ۱۲) مراجعه می کند

بهترین معیار تعیین محدوده ی وزن گیری مناسب مادران در بارداری استفاده از نمایه توده بدنی (BMI) بر پایه وزن قبل از بارداری است. اگر وزن پیش از بارداری ثبت نشده باشد، وزن مادر باردار در اولین مراجعه (طی ۱۲ هفته اول بارداری) به عنوان وزن ابتدای بارداری در نظر گرفته می شود به شرط این که مادر در اثر تهوع و استفراغ بارداری، کاهش وزن شدیدی نداشته باشد. سپس با استفاده از فرمول یا نمودگرام، نمایه توده بدنی (BMI) تعیین می گردد و بر مبنای آن محدوده افزایش وزن مطلوب مشخص می شود. در این حالت ابتدای بارداری از محل تلاقی محور عمودی و افقی و از خط صفر شروع می شود.

نکته: در مادرانی که وزن قبل از بارداری شان مشخص نیست و در اثر تهوع و استفراغ زیاد، کاهش وزن شدید نیز داشته، وضعیت وزن و نحوه رسیدگی به او، توسط کارشناس تغذیه تعیین می گردد.

میزان وزن گیری مادری که در سه ماهه دوم بارداری (هفته های ۱۳ تا ۲۵) مراجعه می کند

در صورتی که اولین مراجعه مادر در هفته های ۱۳ تا ۲۵ بارداری باشد و وزن قبل از بارداری و یا وزن سه ماهه اول بارداری ثبت نشده باشد، اقدامات زیر باید انجام شود:

با استفاده از جدول شماره ۶ در صورتی که مادر در روند افزایش وزن مشکلی نداشته است، میزان افزایش وزن مادر در این بارداری را از وزن فعلی او کم کرده سپس نمایه توده بدنی مادر را محاسبه می کنیم. این مادران جهت کنترل بهتر وزن باید حداقل دو مرتبه دیگر و به فاصله یک ماه مراجعه نمایند. در صورت نیاز، ضروری است این مادران به کارشناس تغذیه ارجاع داده شوند.

جدول ۶: میزان افزایش وزن مادر در هفته های ۱۳ تا ۲۵ بارداری^۱

هفته بارداری	۱۳	۱۴	۱۵	۱۶	۱۷	۱۸	۱۹	۲۰	۲۱	۲۲	۲۳	۲۴	۲۵
میزان افزایش وزن از ابتدای بارداری	۱	۱/۴	۱/۸	۲/۲	۲/۶	۳	۳/۴	۳/۸	۴/۲	۴/۶	۵	۵/۴	۵/۸

مثال: مادری با قد ۱۶۰ سانتی متر و وزن ۶۱/۵ کیلوگرم در هفته ۱۸ بارداری مراجعه نموده و وزن قبل از بارداری یا وزن سه ماهه اول بارداری او ثبت نشده است. طبق جدول شماره ۵ میزان افزایش وزن مادر به خاطر بارداری ۳ کیلوگرم باید باشد.

^۱ متوسط وزن گیری در سه ماهه اول يك كيلوگرم و در هفته هاي ۱۳ تا ۲۵ بارداری ۴۰۰ گرم در نظر گرفته شده است.

با کسر نمودن ۳ کیلوگرم افزایش وزن به علت بارداری از وزن ۶۱/۵ کیلوگرم فعلی او (در هفته ۱۸ بارداری)، وزن قبل از بارداری ۵۸/۵ کیلوگرم محاسبه می‌گردد. در این صورت نمایه توده بدنی او ۲۲/۸۵ بوده و در محدوده طبیعی قرار می‌گیرد.

۱۶۰ = قد

۶۱/۵ کیلو گرم = وزن هفته ۱۸ بارداری

۳ کیلو گرم = کل افزایش وزن مادر در طول بارداری تا کنون

۵۸/۵ کیلو گرم = ۶۱/۵ - ۳ → وزن مادر در قبل از بارداری

۲۲/۸۵ = $(\frac{58.5}{1.6 \times 1.6})$ = نمایه توده بدنی (BMI)

میزان وزن‌گیری مادری که در سه ماهه سوم بارداری (هفته‌های ۲۶ تا ۴۰) مراجعه می‌کند

مادر بارداری که اولین مراجعه او در سه ماهه سوم بارداری بوده و وزن قبل از بارداری، یا وزن سه ماهه اول بارداری وی ثبت نشده باشد، باید برای تعیین محدوده افزایش وزن مناسب به کارشناس تغذیه ارجاع داده شود.

نحوه ترسیم نمودار وزن‌گیری دوران بارداری

پس از مشخص شدن محدوده وزن‌گیری بر اساس نمایه توده بدنی (BMI) لازم است در هر ملاقات معمول بارداری، طبق برنامه کشوری مراقبت‌های ادغام یافته سلامت مادران، نمودار وزن‌گیری ترسیم شود. نمودار وزن‌گیری به منظور بررسی روند وزن‌گیری مادر باردار و شناسایی مادران با میزان وزن‌گیری ناکافی و یا اضافی، برای انجام مداخلات بعدی به کار می‌رود. برای اندازه‌گیری وزن لازم است مادر باردار با لباس سبک و بدون کفش توزین شود. شرایط اندازه‌گیری از نظر زمان، مکان، ترازو، لباس مادر و فردی که اندازه‌گیری را انجام می‌دهد باید تا حد امکان در تمام مراحل یکسان باشد.

مشخصات و نحوه رسم نمودار و ثبت وزن‌گیری به شرح زیر است:

نمودار وزن‌گیری از خطوط عمودی و افقی تشکیل شده است. خطوط افقی نشان دهنده هفته‌های بارداری و هر خانه جدول در محور افقی، بیانگر یک هفته است. خطوط عمودی نشان دهنده میزان وزن‌گیری بر حسب کیلوگرم بوده و هر خانه جدول در محور عمودی بیانگر ۰/۵ کیلوگرم می‌باشد. روی خط افقی مینا، عدد صفر به معنای مبدأ شروع بارداری است. خطوط بالاتر از محور افقی مینا با اعداد مثبت، میزان وزن‌گیری یا افزایش وزن را نشان می‌دهد و خطوط پایین‌تر از محور افقی مینا با اعداد منفی، میزان کاهش وزن احتمالی^۱ را در هفته‌های اول بارداری مشخص می‌کند. در وسط جدول، خطوط مایل رسم شده است که فاصله بین آنها محدوده‌ی وزن‌گیری مناسب مادر را بر اساس نمایه توده بدنی او مشخص می‌کند.

^۱ زمانی منحنی وزن‌گیری مادر باردار به منطقه منفی (زیر صفر) وارد می‌شود که وزن مادر به جای افزایش، به حدی کاهش یابد که حتی از وزن قبل از بارداری که در کنار عدد صفر محور افقی مینا یادداشت شده است کمتر شود. در این صورت خط وزن‌گیری با شیب تند به سمت پایین برگشته و با قطع کردن محور صفر وارد منطقه منفی می‌شود. این وضعیت در صورتی که با عارضه بارداری همراه نباشد (مثل استفراغ شدید بارداری که نیازمند ارجاع فوری است) نیاز به ارجاع در اولین فرصت به متخصص زنان و سپس متخصص تغذیه دارد. (این حالت معمولاً در سه ماهه اول بارداری رخ می‌دهد)

برای بارداری تک قلوئی نمودار مربوط به مادر کم وزن ، طبیعی، اضافه وزن و چاق وجود دارد و برای بارداری دو قلوئی، نمودار مربوط به مادر با نمایه توده بدنی طبیعی، اضاف وزن و چاق وجود دارد.

توجه: برای تک قلوئی و دو قلوئی از نمودارهای مربوطه استفاده شود.

ضروری است ضمن تکمیل جدول ثبت میزان وزن گیری، روند وزن گیری بر روی نمودار وزن گیری دوران بارداری موجود در فرم مراقبت بارداری مادر و نیز دفترچه مراقبت مادران ثبت و در هر ملاقات معمول دوران بارداری ترسیم شود.

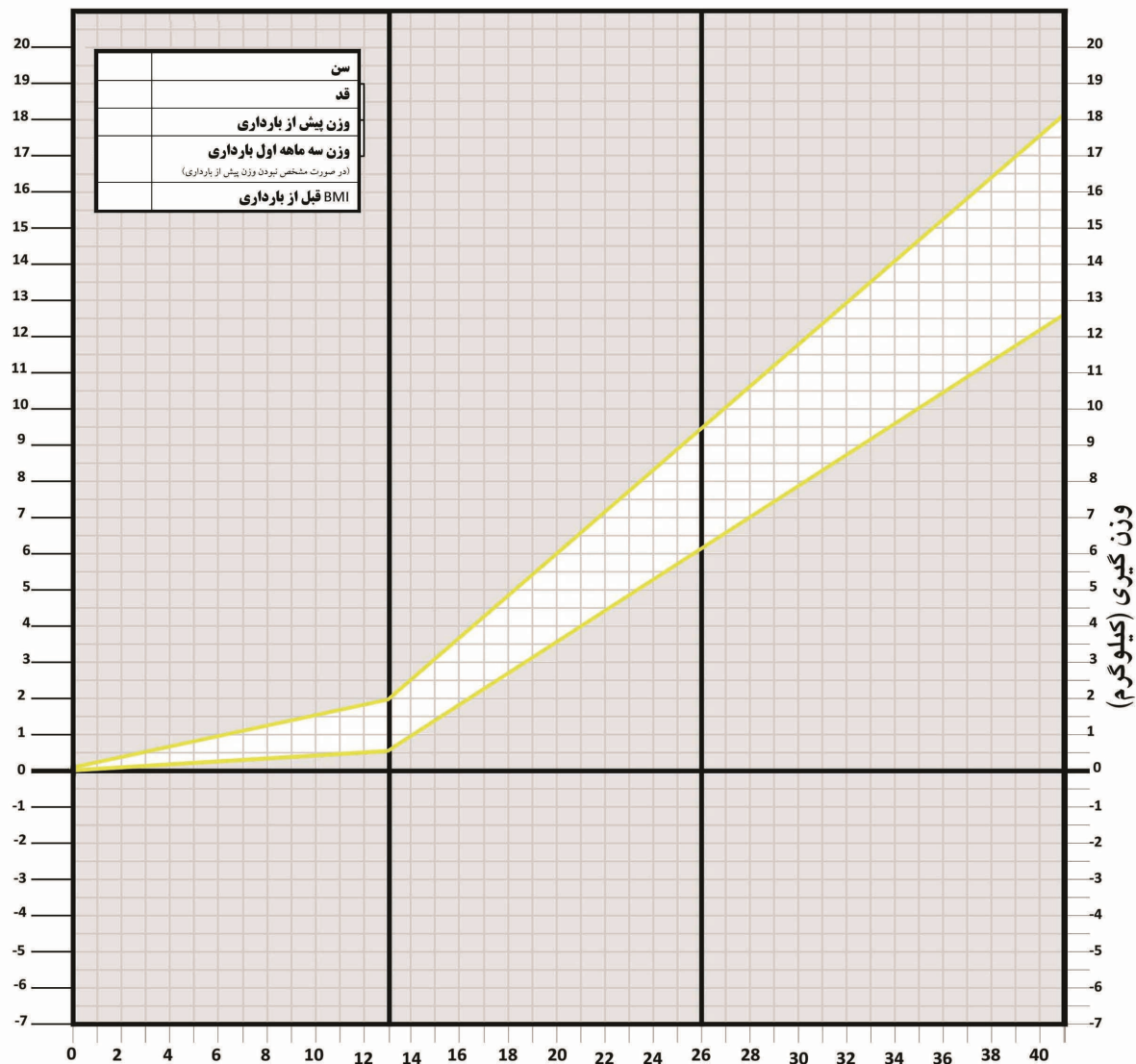
نکته: در صورتی که مادر، دو قلو تشخیص داده شود باید از نمودار وزن گیری دو قلوئی استفاده شود.



تغذیه مادران باردار و شیرده

محدوده افزایش وزن ۱۸-۱۲/۵ کیلو گرم

بخش ۶: نمودار وزن گیری (کم وزن-تک قلویی)



هفته های بارداری

از این نمودار برای رسم منحنی وزن گیری مادران با نمایه توده بدنی قبل از بارداری کمتر از ۱۸/۵ استفاده شود

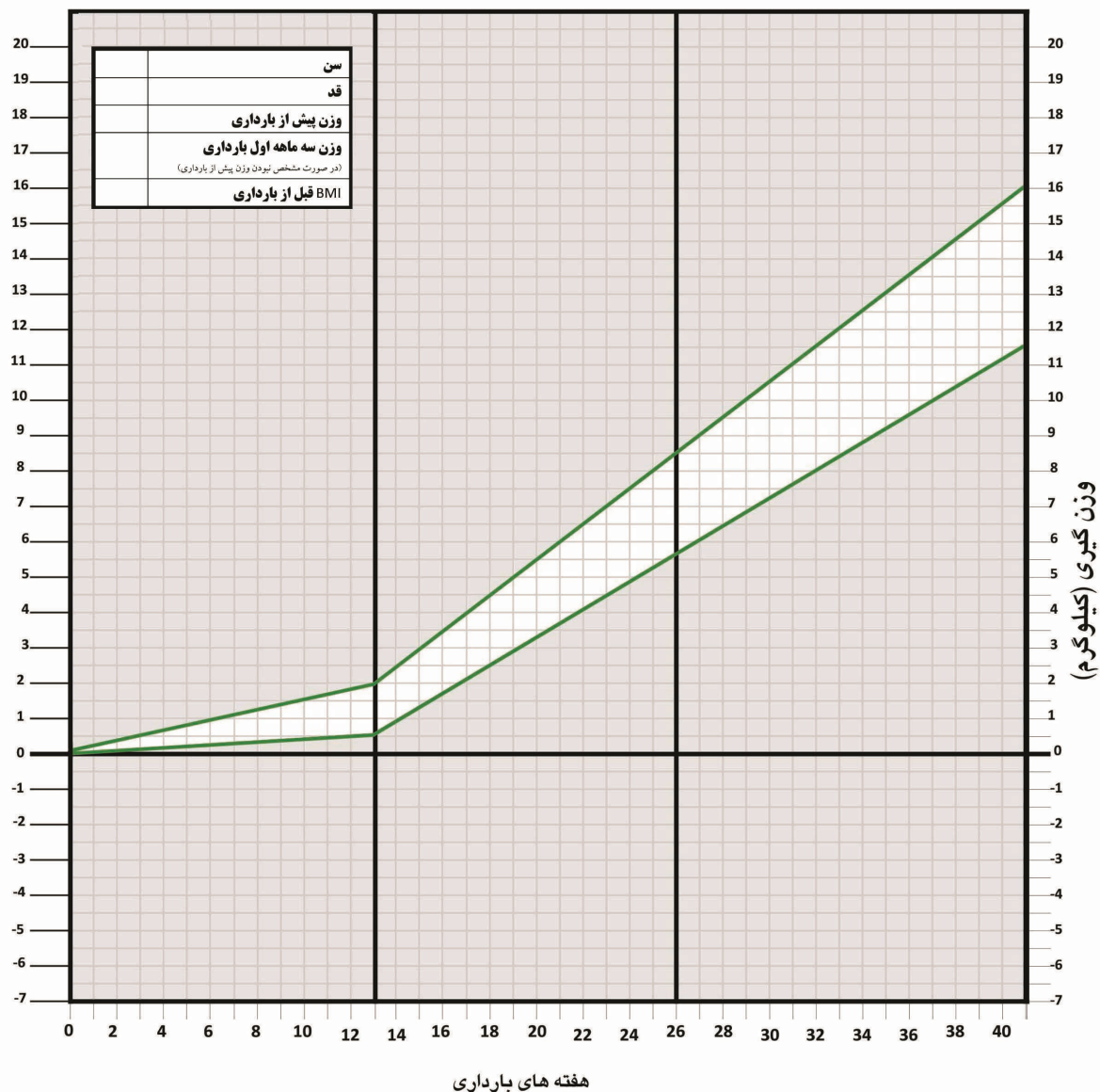
جدول ثبت میزان وزن گیری

۳۱	۳۰	۲۹	۲۸	۲۷-۲۵	۲۴-۲۱	۲۰-۱۶	۱۵-۱۱	۱۰-۶	قبل از بارداری	زمان ملاقات
										هفته بارداری
										وزن مادر
										میزان وزن گیری مادر نسبت به مراقبت قبلی
										میزان وزن گیری مادر از ابتدای بارداری
										وزن گیری نامناسب

تغذیه مادران باردار و شیرده

بخش ۶: نمودار وزن گیری (طبیعی-تک قلوئی)

محدوده افزایش وزن ۱۶-۱۱/۵ کیلو گرم

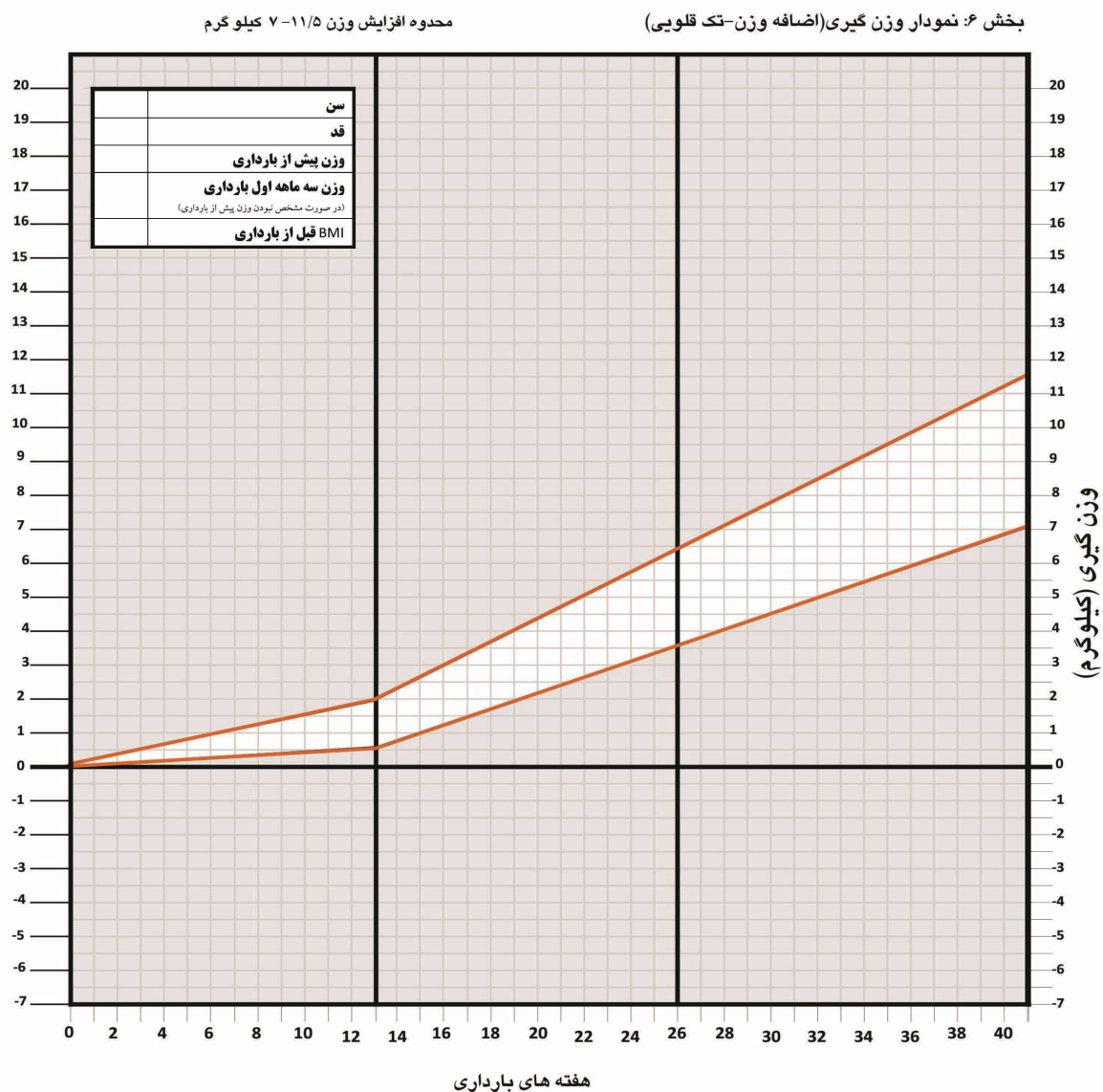


از این نمودار برای رسم منحنی وزن گیری مادران با نمایه توده بدنی قبل از بارداری ۲۴/۹ - ۱۸/۵ استفاده شود

جدول ثبت میزان وزن گیری

۳۱	۳۰	۲۹	۲۸	۲۷-۲۵	۲۳-۲۱	۲۰-۱۸	۱۵-۱۱	۱۰-۶	قبل از بارداری	زمان ملاقات
										هفته بارداری
										وزن مادر
										میزان وزن گیری مادر نسبت به مراقبت قبلی
										میزان وزن گیری مادر از ابتدای بارداری
										وزن گیری نامناسب

تغذیه مادران باردار و شیرده

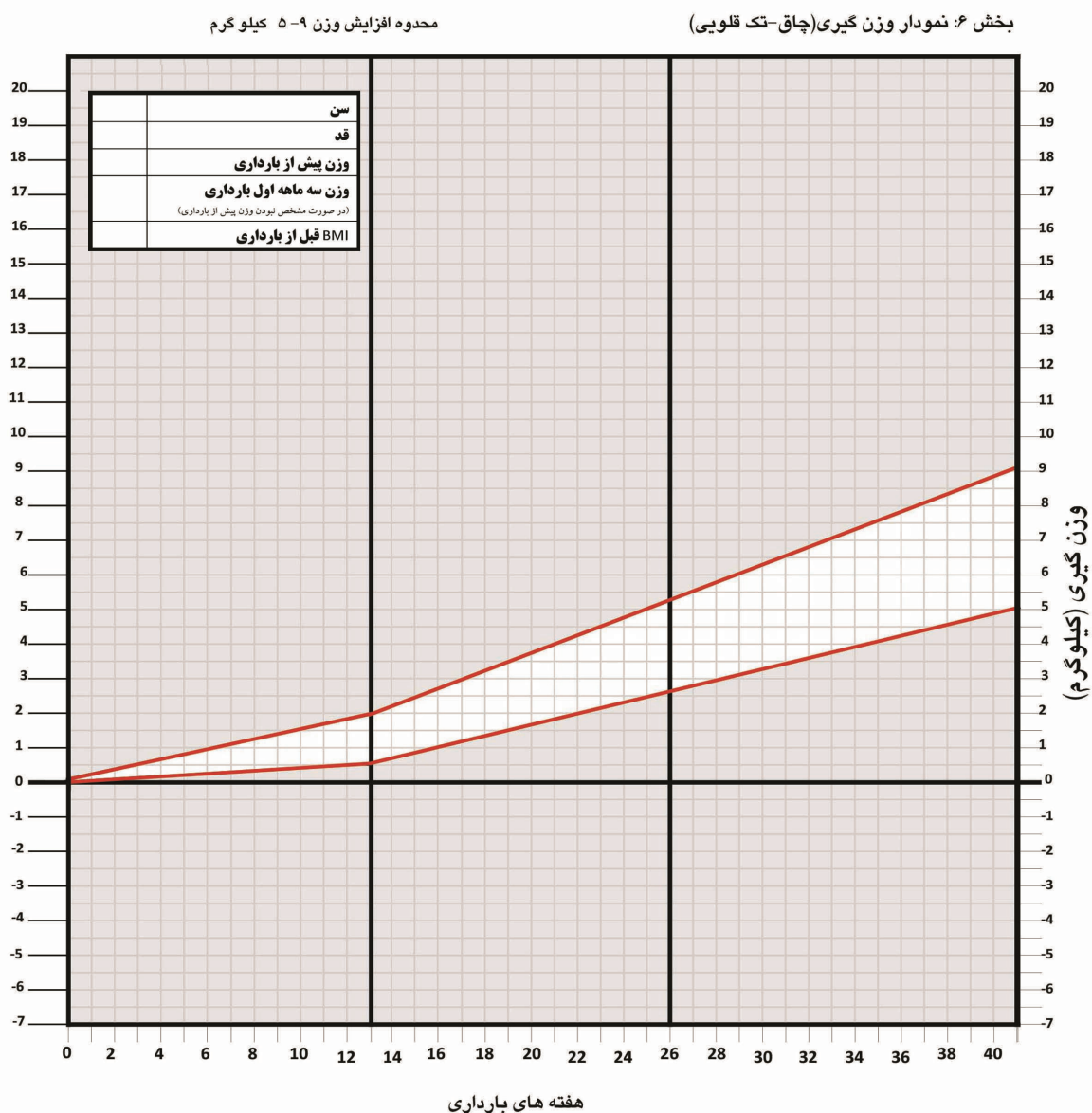


از این نمودار برای رسم منحنی وزن گیری مادران با نمایه توده بدنی قبل از بارداری ۲۹/۹ - ۲۵ استفاده شود

جدول ثبت میزان وزن گیری

زمان ملاقات	قبل از بارداری	۶-۱۰	۱۱-۱۵	۱۶-۲۰	۲۱-۲۵	۲۶-۳۰	۳۱-۳۴	۳۵-۳۷	۳۸	۳۹	۴۰	۴۱
هفته بارداری												
وزن مادر												
میزان وزن گیری مادر نسبت به مراقبت قبلی												
میزان وزن گیری مادر از ابتدای بارداری												
وزن گیری نامناسب												

تغذیه مادران باردار و شیرده

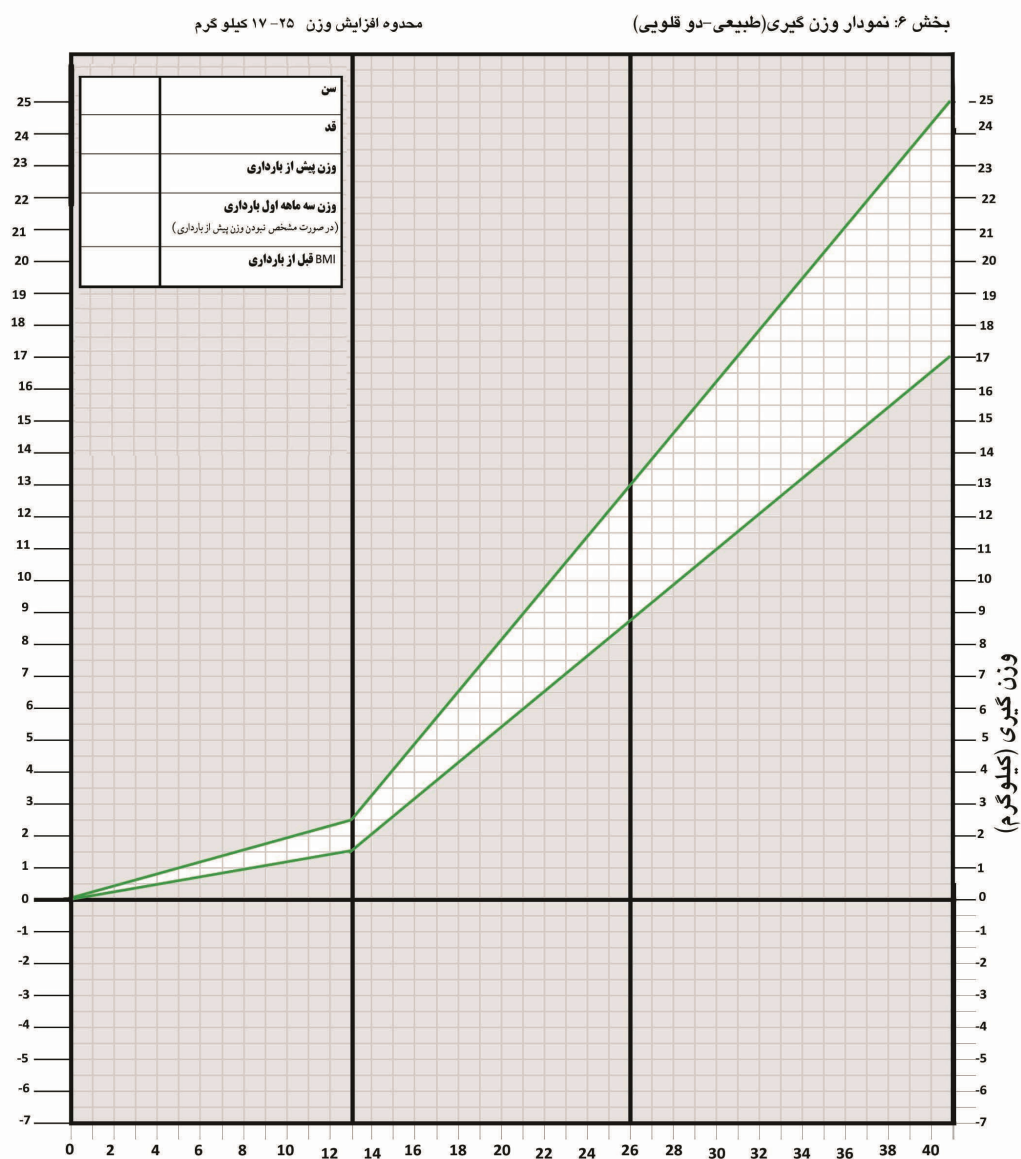


از این نمودار برای رسم منحنی وزن گیری مادران با نمایه توده بدنی قبل از بارداری بیشتر یا مساوی ۳۰ استفاده شود

جدول ثبت میزان وزن گیری

۳۱	۳۰	۲۹	۲۸	۲۷-۲۵	۲۴-۲۳	۲۲-۲۰	۲۰-۱۶	۱۵-۱۱	۱۰-۶	قبل از بارداری	زمان ملاقات
											هفته بارداری
											وزن مادر
											میزان وزن گیری مادر نسبت به مراقبت قبلی
											میزان وزن گیری مادر از ابتدای بارداری
											وزن گیری نامناسب

تغذیه مادران باردار و شیرده



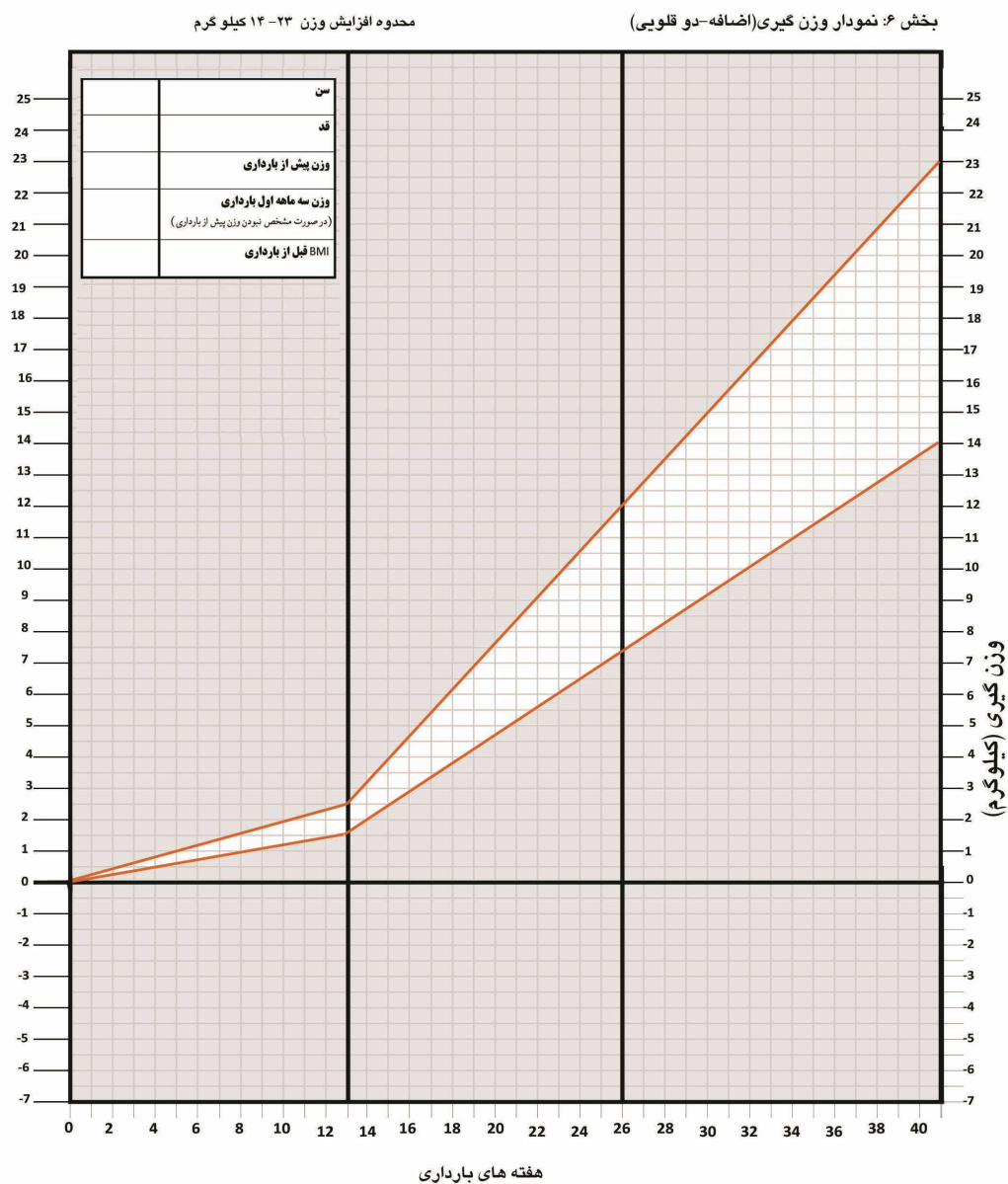
هفته های بارداری

از این نمودار برای رسم منحنی وزن گیری مادران با نمایه توده بدنی قبل از بارداری ۲۴/۹ - ۱۸/۵ استفاده شود

جدول ثبت میزان وزن گیری

۳۱	۳۰	۲۹	۲۸	۲۷-۲۵	۲۴-۲۱	۲۰-۲۶	۲۵-۲۱	۲۰-۱۶	۱۵-۱۱	۱۰-۶	قبل از بارداری	زمان ملاقات
												هفته بارداری
												وزن مادر
												میزان وزن گیری مادر نسبت به مراقبت قبلی
												میزان وزن گیری مادر از ابتدای بارداری
												وزن گیری نامناسب

تغذیه مادران باردار و شیرده

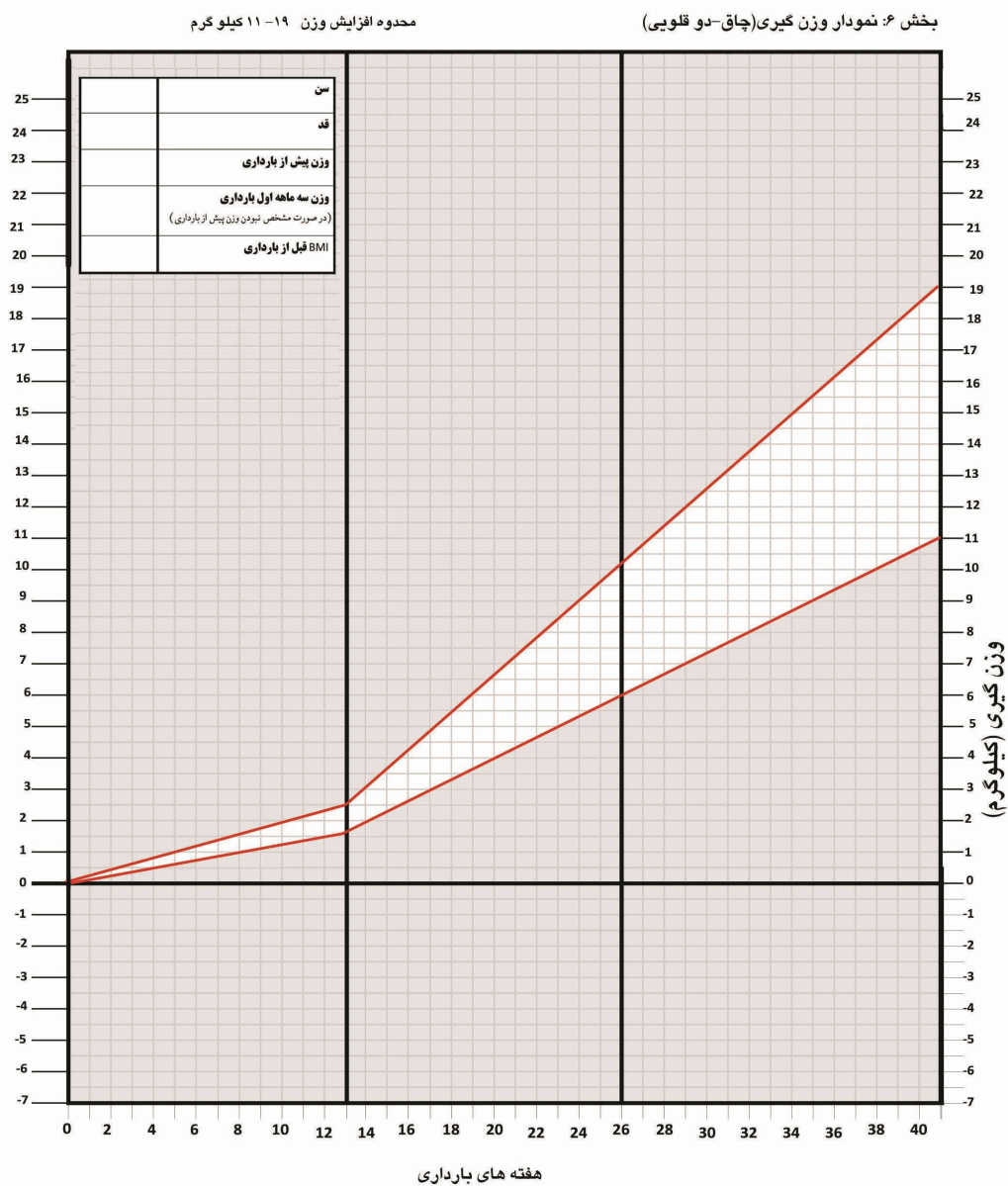


از این نمودار برای رسم منحنی وزن گیری مادران با نمایه توده بدنی قبل از بارداری ۲۹/۹ - ۲۵ استفاده شود

جدول ثبت میزان وزن گیری

۳۱	۳۰	۲۹	۲۸	۲۷-۲۵	۲۴-۲۱	۲۰-۱۶	۱۵-۱۱	۱۰-۶	قبل از بارداری	زمان ملاقات
										هفته بارداری
										وزن مادر
										میزان وزن گیری مادر نسبت به مراقبت قبلی
										میزان وزن گیری مادر از ابتدای بارداری
										وزن گیری نامناسب

تغذیه مادران باردار و شیرده



از این نمودار برای رسم منحنی وزن گیری مادران با نمایه توده بدنی قبل از بارداری بیشتر یا مساوی ۳۰ استفاده شود.

جدول ثبت میزان وزن گیری

زمان ملاقات	قبل از بارداری	۶-۱۰	۱۱-۱۵	۱۶-۲۰	۲۱-۲۵	۲۶-۳۰	۳۱-۳۴	۳۵-۳۷	۳۸	۳۹	۴۰	۴۱
هفته بارداری												
وزن مادر												
میزان وزن گیری مادر نسبت به مراقبت قبلی												
میزان وزن گیری مادر از ابتدای بارداری												
وزن گیری نامناسب												

جدول ثبت میزان وزن گیری

در قسمت پایین نمودار وزن گیری، جدولی رسم شده است که شامل اجزای زیر است:

زمان ملاقات: زمانی است که مادر جهت مراقبت‌های بارداری مراجعه می‌کند که به صورت قبل از بارداری، هفته ۱۰-۶، هفته ۱۵-۱۱، هفته ۲۰-۱۶، هفته ۲۵-۲۱، هفته ۳۰-۲۶، هفته ۳۴-۳۱، هفته ۳۷-۳۵، هفته ۳۸، هفته ۳۹، هفته ۴۰ و هفته ۴۱ می‌باشد.

هفته بارداری: منظور سن دقیق بارداری بر حسب هفته در زمان مراجعه مادر است. به طور مثال در صورت مراجعه در هفته ۱۸ بارداری، باید در خانه مربوط به محدوده ۲۰-۱۶ عدد ۱۸ ثبت گردد.

وزن مادر: وزن مادر در زمان مراجعه در هفته مربوطه نوشته شود. مثلاً در هفته ۱۸ بارداری وزن او ۶۱/۵ کیلوگرم بوده، لذا در جدول مربوطه عدد ۶۱/۵ ثبت می‌شود.

میزان وزن گیری نسبت به مراقبت قبلی: در هر ملاقات تفاوت بین وزن مادر در مراقبت فعلی با وزن وی در مراقبت قبلی محاسبه و نوشته شود. مثلاً مادری که وزن او در مراقبت قبلی ۵۹ کیلوگرم بوده و وزن فعلی او به ۶۱/۵ کیلوگرم افزایش یافته است در خانه مربوطه عدد ۲/۵ نوشته می‌شود.

میزان وزن گیری مادر از ابتدای بارداری: در هر ملاقات میزان افزایش وزن با توجه به وزن قبل از بارداری (در صورت نبودن وزن قبل از بارداری اولین وزن در سه ماهه اول قابل قبول است) نوشته شود. مثلاً مادری که وزن قبل از بارداری او ۵۸ کیلوگرم بوده و در هفته ۱۸ بارداری وزن او به ۶۱/۵ کیلوگرم افزایش یافته است در خانه مربوطه عدد ۳/۵ نوشته می‌شود.

وزن گیری نامناسب: در صورتی که مادر وزن گیری نامناسب داشته باشد، باید در جدول مربوطه علامت زده شود و بر اساس دستورعمل مراقبت‌های ادغام یافته سلامت مادران پیگیری شود.

جدول ثبت میزان وزن گیری

زمان ملاقات	قبل از بارداری	۱۰-۶	۱۵-۱۱	۲۰-۱۶	۲۵-۲۱	۳۰-۲۶	۳۴-۳۱	۳۷-۳۵	۳۸	۳۹	۴۰	۴۱
هفته بارداری	۱۰	۱۸										
وزن مادر	۵۸	۵۹	۶۱/۵									
میزان وزن گیری مادر نسبت به مراقبت قبلی	۱	۲/۵										
میزان وزن گیری مادر از ابتدای بارداری	۱	۳/۵										
وزن گیری نامناسب												

نحوه ترسیم نمودار وزن‌گیری مادر

برای ترسیم نمودار وزن‌گیری مادر به شرح زیر اقدام کنید:

۱- در صورتی که وزن قبل از بارداری مادر مشخص است (معیار، ثبت وزن در پرونده است):

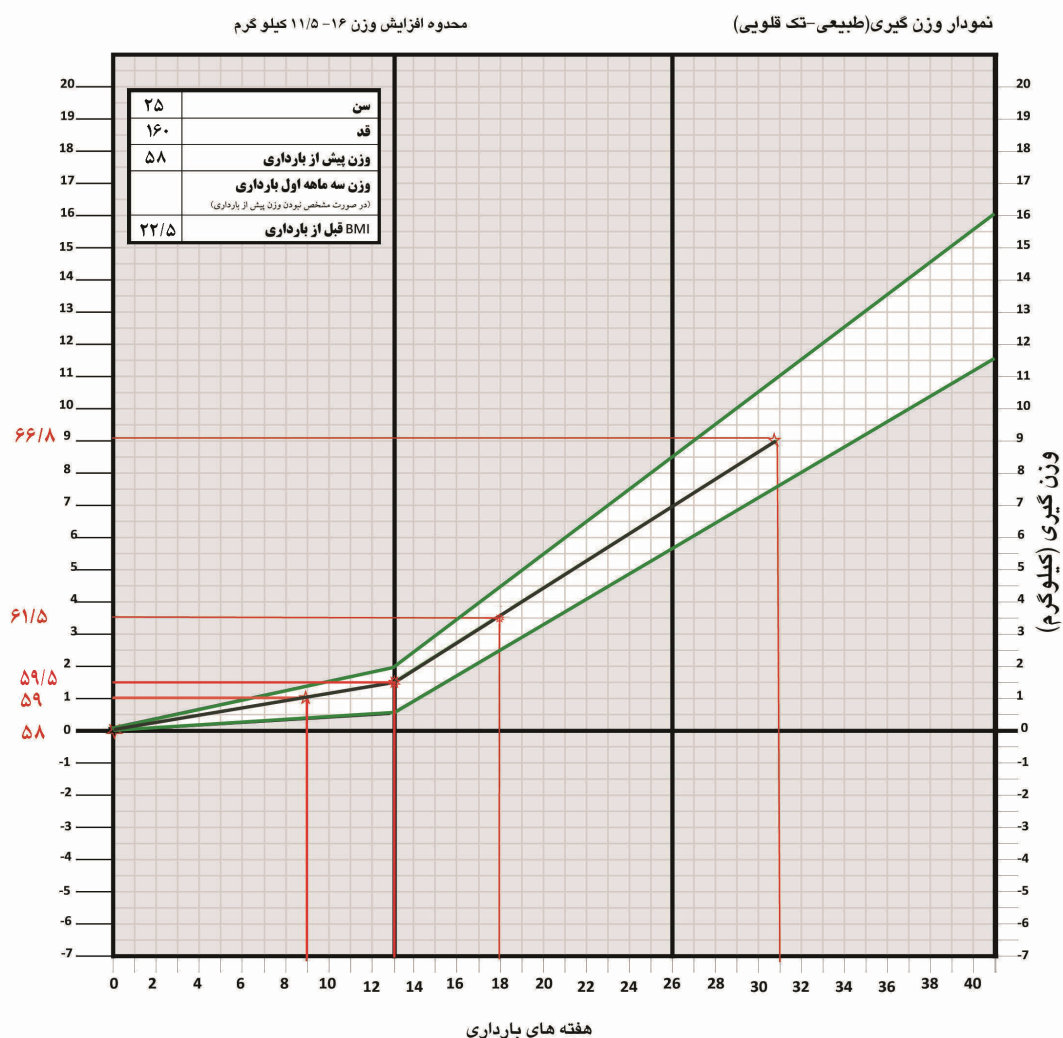
اگر وزن قبل از بارداری مادر (حداکثر ۳ ماه قبل از بارداری) مشخص باشد، آن را دقیقاً روی عدد صفر در نمودار وزن‌گیری ثبت و علامت $\times$ (ضربدر) بگذارید. این ضربدر به این معناست که وزن‌گیری در شروع بارداری صفر است. طی هر نوبت ملاقات با مادر باردار پس از توزین او و مقایسه وزن جدید با وزن قبلی، مقدار افزایش وزن را محاسبه و در جدول ثبت وزن بنویسید. پس از تعیین مقدار افزایش وزن روی محور عمودی مبنا در نمودار وزن‌گیری، وزن مادر در زمان مراجعه را در کنار آن ثبت کنید. سپس محل تلاقی خط وزن‌گیری و خط هفته بارداری مربوطه را پیدا کنید و علامت $\times$ (ضربدر) بگذارید. در هر نوبت مراجعه به همین ترتیب تا پایان ملاقات‌های بارداری عمل کرده و در هر ملاقات، نقاطی را که با ضربدر مشخص شده است به هم وصل کنید.

نکته: در صورتی که میزان وزن‌گیری مادر به صورت عدد اعشاری باشد، در نمودار، آن را گرد کنید؛ اما هنگام ثبت وزن در جدول، همان وزن واقعی مادر ثبت شود. مثلاً $3/800$ کیلوگرم وزن‌گیری را 4 کیلوگرم در نظر بگیرید و یا $3/300$ کیلوگرم وزن‌گیری را $3/5$ کیلوگرم در نظر بگیرید.

مثال: در مادری ۲۵ ساله با قد ۱۶۰ سانتی‌متر وزن قبل از بارداری ۵۸ کیلوگرم ثبت شده است. وزن این مادر در هفته ۹ بارداری ۵۹ کیلوگرم، در هفته ۱۳ بارداری ۵۹/۵، در هفته ۱۸ بارداری ۶۱/۵ کیلوگرم و در هفته ۳۱ بارداری به ۶۶/۸ کیلوگرم رسیده است.

با توجه به این که قد مادر ۱۶۰ سانتی‌متر و وزن پیش از بارداری او ۵۸ کیلوگرم بوده است، نمایه توده بدنی او $22/65$ می‌باشد. در این صورت از جدول وزن‌گیری طبیعی برای محاسبه میزان افزایش وزن مطلوب استفاده می‌شود، در نمودار طبیعی کنار عدد صفر محور وزن‌گیری عدد ۵۸ نوشته می‌شود. تا هفته ۹ بارداری، وزن مادر به ۵۹ کیلوگرم رسیده است یعنی به میزان ۱ کیلوگرم از ابتدای بارداری به وزن مادر افزوده شده است و بنابراین در کنار عدد ۱ در محور هفته وزن‌گیری عدد ۵۹ نوشته شده و در محل تلاقی علامت ضربدر گذاشته می‌شود. در هفته ۱۳ بارداری، وزن مادر به ۵۹/۵ کیلوگرم رسیده است یعنی به میزان $1/5$ کیلوگرم از ابتدای بارداری به وزن مادر افزوده شده است و بنابراین در کنار عدد $1/5$ محور هفته وزن‌گیری عدد ۵۹/۵ نوشته شده و در محل تلاقی علامت ضربدر گذاشته می‌شود. در هفته ۱۸ بارداری، وزن مادر به ۶۱/۵ کیلوگرم رسیده است یعنی به میزان $3/5$ کیلوگرم از ابتدای بارداری به وزن مادر افزوده شده است و بنابراین در کنار عدد $3/5$ محور هفته وزن‌گیری عدد ۶۱/۵ نوشته شده و در محل تلاقی علامت ضربدر گذاشته می‌شود. در هفته ۳۱ بارداری، وزن مادر به ۶۶/۸ کیلوگرم رسیده است یعنی به ۸/۸ کیلوگرم از ابتدای بارداری به وزن مادر افزوده شده است که با گرد کردن ۹ کیلوگرم در نظر گرفته می‌شود و بنابراین در کنار عدد ۹ محور هفته وزن‌گیری عدد ۶۶/۸ نوشته می‌شود (عدد $66/8$ گرد شده و ۶۷ کیلو در نظر گرفته می‌شود) و در محل تلاقی علامت ضربدر گذاشته می‌شود. نقاط حاصل از چهار ضربدر به دست آمده را در هر نوبت مراجعه به هم وصل می‌کنیم. جدول وزن‌گیری و نمودار وزن‌گیری به شکل زیر رسم خواهد شد:

تغذیه مادران باردار و شیرده



از این نمودار برای رسم منحنی وزن گیری مادران با نمایه توده بدنی قبل از بارداری ۲۴/۹ - ۱۸/۵ استفاده شود

جدول ثبت میزان وزن گیری

زمان ملاقات	قبل از بارداری	۱۰-۶	۱۵-۱۱	۲۰-۱۶	۲۵-۲۱	۳۰-۲۶	۳۴-۳۱	۳۷-۳۵	۳۸	۳۹	۴۰	۴۱
هفته بارداری		۹	۱۳	۱۸			۳۱					
وزن مادر	۵۸	۵۹	۵۹/۵	۶۱/۵			۶۶/۸					
میزان وزن گیری مادر نسبت به مراقبت قبلی	۱	۰/۵	۲				۵/۳					
میزان وزن گیری مادر از ابتدای بارداری	۱	۱/۵	۳/۵				۸/۸					
وزن گیری نامناسب												

۲- در صورتی که وزن مادر در قبل از بارداری مشخص نیست اما وزن در سه ماهه اول بارداری مشخص است:

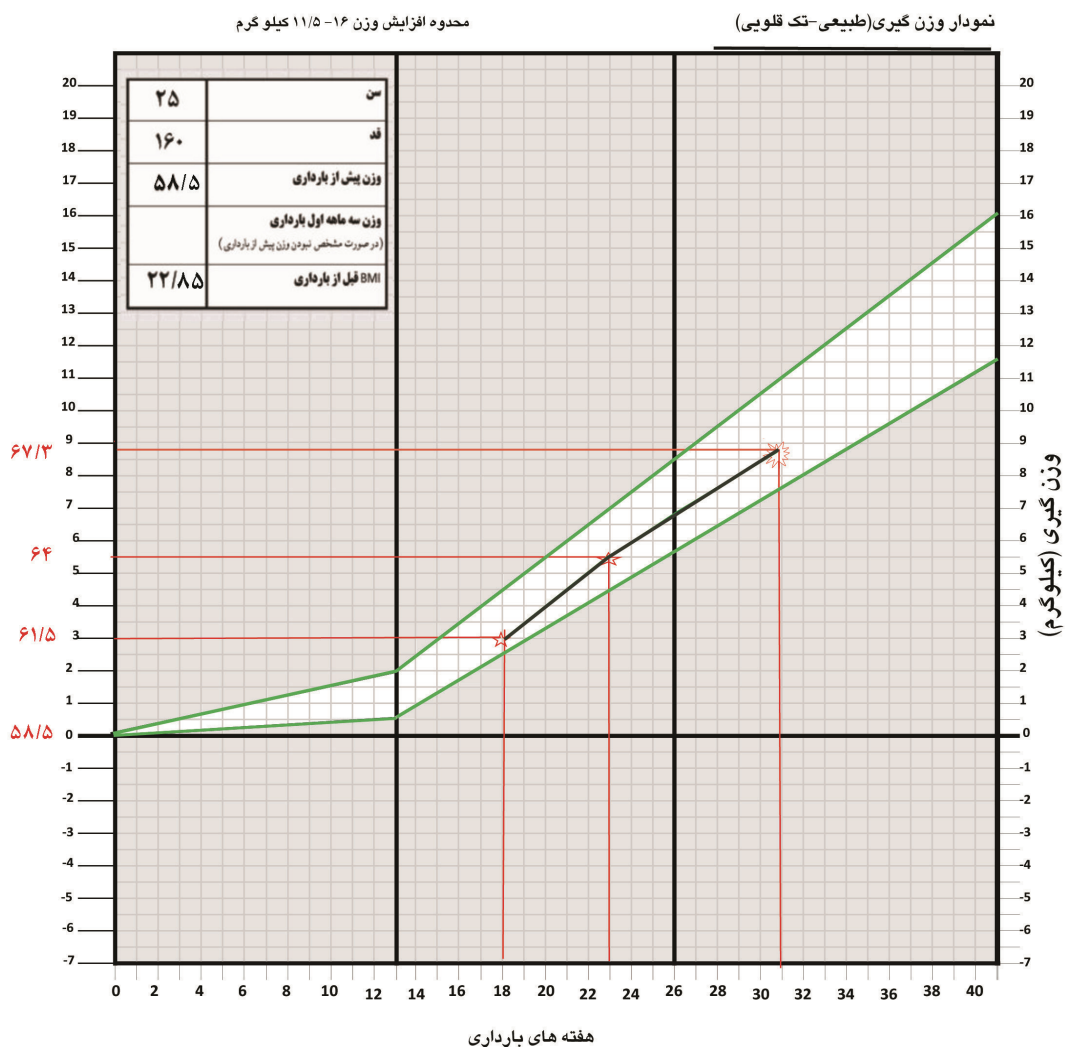
در این مورد مطابق مبحث میزان وزن‌گیری مادری که در سه ماهه اول بارداری مراجعه می‌کند، رفتار می‌شود. نحوه ترسیم نمودار این گونه مادران شبیه مورد ۱ (وزن قبل از بارداری مادر مشخص است) است. در این حالت ابتدای بارداری را از محل تلاقی محور عمودی و افقی و از خط صفر شروع می‌کنیم.

۳- در صورتی که اولین مراجعه مادر در هفته‌های ۱۳ تا ۲۵ بارداری باشد و وزن قبل از بارداری و یا وزن سه ماهه اول بارداری ثبت نشده باشد، مطابق جدول شماره ۶ (میزان وزن‌گیری مادری که در هفته‌های ۱۳ تا ۲۵ بارداری مراجعه می‌کند)، رفتار می‌شود.

مثال: مادری ۲۵ ساله در هفته ۱۸ بارداری مراجعه نموده است و قد مادر ۱۶۰ سانتی‌متر و وزن او ۶۱/۵ کیلوگرم است و وزن قبل از بارداری یا وزن سه ماهه اول بارداری او ثبت نشده است. در هفته ۲۳ بارداری وزن او به ۶۴، و در هفته ۳۱ بارداری وزن او به ۶۷/۳۰۰ کیلوگرم رسیده است.

مطابق جدول شماره ۶، فرض می‌شود که طی ۱۸ هفته، ۳ کیلوگرم به وزن مادر افزوده شده است و لذا وزن قبل از بارداری مادر ۵۸/۵ و نمایه توده بدنی او نیز در قبل بارداری ۲۲/۸۵ بوده است. به این ترتیب، برای این مادر، از جدول وزن‌گیری طبیعی استفاده می‌کنیم. در نمودار وزن‌گیری طبیعی وزن ۵۸/۵ کیلوگرم را کنار نقطه صفر می‌نویسیم و در محور افقی، هفته ۱۸ بارداری را مشخص کرده و از آن نقطه، خطی به طور عمودی رسم می‌کنیم. در محور عمودی وزن ۶۱/۵ کیلوگرم (یعنی ۳ کیلوگرم بالاتر از نقطه صفر) را مشخص کرده و از آن نقطه، خطی به طور افقی رسم می‌کنیم. حال محل تلاقی این خط افقی با خط عمودی مربوط به هفته ۱۸ بارداری را خواهیم داشت. در هفته ۲۳ بارداری وزن مادر به ۶۴ کیلوگرم رسیده است، نسبت به نقطه صفر یا ابتدای بارداری (۵۸/۵ کیلوگرم) به اندازه ۵/۵ کیلوگرم و نسبت به مراجعه قبلی ۲/۵ کیلوگرم مادر افزایش وزن داشته است. بنابراین در محور عمودی وزن ۶۴ کیلوگرم (یعنی ۵/۵ کیلوگرم بالاتر از نقطه صفر) را مشخص کرده و از آن نقطه، خطی به طور افقی رسم می‌کنیم. حال محل تلاقی این خط و هفته ۲۳ بارداری را - که نقطه افزایش وزن است - خواهیم داشت. به همین ترتیب، از اتصال خط عمودی مربوط به هفته ۳۱ بارداری و خط افقی مربوط به وزن مادر یعنی ۶۷/۳ کیلوگرم (یعنی ۹ کیلوگرم بالاتر از نقطه صفر یا ابتدای بارداری) نقطه افزایش وزن را خواهیم داشت. از اتصال نقاط افزایش وزن هفته‌های ۱۸، ۲۳ و ۳۱ نمودار وزن‌گیری مادر به دست می‌آید. این نمودار نشان می‌دهد که مادر تا هفته ۳۱ بارداری ۹ کیلوگرم افزایش وزن داشته است.

تغذیه مادران باردار و شیرده



از این نمودار برای رسم منحنی وزن گیری مادران با نمایه توده بدنی قبل از بارداری ۲۴/۹ - ۱۸/۵ استفاده شود

جدول ثبت میزان وزن گیری

زمان ملاقات	قبل از بارداری	۱۰-۶	۱۵-۱۱	۲۰-۱۶	۲۵-۲۱	۳۰-۲۶	۳۴-۳۱	۳۷-۳۵	۳۸	۳۹	۴۰	۴۱
هفته بارداری				۱۸	۲۳		۳۱					
وزن مادر	۵۸/۵			۶۱/۵	۶۴		۶۷/۳					
میزان وزن گیری مادر نسبت به مراقبت قبلی					۲/۵		۳/۳					
میزان وزن گیری مادر از ابتدای بارداری				۳	۵/۵		۸/۸					
وزن گیری نامناسب												

معیارهای وزن‌گیری نامناسب در مادران باردار

بهترین معیار برای قضاوت در مورد وزن‌گیری مناسب در طی بارداری استفاده از جدول و نمودار وزن‌گیری مادران باردار است. به هر دلیل که وزن‌گیری مادر باردار (در هر یک از گروه‌های کم وزن، طبیعی، اضافه وزن یا چاق) بر اساس جدول و نمودار وزن‌گیری پیشرفت نکند، وزن‌گیری نامناسب اطلاق می‌شود. وزن‌گیری نامناسب به دو شکل قابل مشاهده است. وزن‌گیری کمتر از حد انتظار و وزن‌گیری بیش از حد انتظار، در هر دو حالت بسیار مهم است که علت زمینه‌ای وزن‌گیری نامناسب بررسی و معین گردد. **این کار با معاینه و ارزیابی وضعیت مادر باردار و نیز انجام آزمایشات پاراکلینیکی انجام می‌شود.**

وزن‌گیری کمتر از انتظار

- ۱- هرگاه مادر باردار بر اساس جدول وزن‌گیری افزایش وزن کمتری داشته باشد و یا شیب نمودار وزن‌گیری مادر/از شیب نمودار مرجع کمتر و یا مسطح گردد، وزن‌گیری کمتر از حد انتظار محسوب می‌گردد.
- ۲- چنانچه از هفته ۱۵ بارداری به بعد مادر باردار چاق (با نمایه توده بدنی مساوی یا بالاتر از ۳۰) کمتر از نیم کیلوگرم در ماه افزایش وزن داشته باشد.
- ۳- چنانچه از هفته ۱۵ بارداری به بعد مادر باردار با وزن طبیعی، کمتر از یک کیلوگرم در ماه افزایش وزن داشته باشد.

وزن‌گیری بیش از انتظار

- ۱- هرگاه مادر باردار بر اساس جدول وزن‌گیری، افزایش وزن بیشتری داشته باشد و یا شیب نمودار وزن‌گیری مادر از شیب نمودار مرجع بیشتر گردد وزن‌گیری بیش از حد انتظار محسوب می‌گردد.
- ۲- بعد از هفته ۲۰ بارداری مادر نباید ماهانه بیش از ۳ کیلوگرم افزایش وزن داشته باشد. گاهی اوقات این امر به دلیل جمع شدن آب به طور غیر طبیعی در بدن است که اولین علامت پره‌کلامپسی است. در این صورت اقدامات لازم برای کنترل مسمومیت بارداری باید انجام شود. این اقدامات در مجموعه مراقبت‌های ادغام یافته دوران بارداری توضیح داده شده است.
- ۳- اگر افزایش وزن مادر در طول بارداری بیش از یک کیلوگرم در هفته باشد، بیشتر از حد انتظار وزن اضافه کرده است.

نکته: در مورد مادران بارداری که کمتر یا بیشتر از حد لازم وزن گرفته‌اند مشروط بر اینکه عارضه دیگر بارداری وجود نداشته باشد باید حداکثر دو هفته بعد جهت بررسی مجدد وزن پیگیری شوند.

مهمترین عللی که سبب وزن‌گیری نامناسب مادر در دوران بارداری می‌شوند عبارتند از:

- دسترسی ناکافی به برخی از گروه‌های غذایی
- عادات غذایی نامناسب و پیروی از رژیم‌های غذایی خاص (کم خوری، رژیم درمانی و یا خرافات غذایی)
- تهوع و استفراغ دوران بارداری
- ابتلا به بیماری‌های زمینه‌ای یا سابقه ابتلا به آنها (مانند بیماری‌های قلبی – عروقی، دیابت و...)
- عفونت‌های ادراری
- ابتلا به اختلالات روانی و افسردگی
- مشکلات خانوادگی و نارضایتی از بارداری
- اعتیاد به مواد مخدر، داروهای مخدر و دخانیات
- مصرف زیاد و غیر عادی مواد خوراکی و غیر خوراکی (ویار حاملگی و پیکا)
- مشکلات اقتصادی و درآمد ناکافی خانواده
- حجم زیاد کار روزانه و استراحت ناکافی
- تحرک ناکافی و نداشتن فعالیت بدنی روزانه
- سن کمتر از ۱۸
- چندقلویی
- سابقه زایمان زودرس (قبل از ۳۷ هفته کامل بارداری) یا سقط
- سابقه تولد نوزاد کم وزن
- فاصله بارداری کمتر از ۳ سال با زایمان قبلی

خلاصه‌ای از مهمترین علل وزن‌گیری نامناسب و راهکارهای پیشنهادی در جدول شماره ۷ (صفحه بعد) شرح داده شده است

جدول ۷: علل وزن‌گیری نامناسب در دوران بارداری و راهکارهای پیشنهادی

علل وزن‌گیری نامناسب در دوران بارداری	راهکار پیشنهادی
دسترسی نداشتن به برخی اقلام غذایی	معرفی جانشین‌های غذایی در هر گروه غذایی (متناسب با غذاهای بومی منطقه) مثلاً استفاده از حبوبات و یا تخم مرغ به جای گوشت در وعده غذایی
خرافات و محدودیت‌های غذایی	شناسایی خرافات غذایی منطقه و اصلاح نگرش با ارائه آموزش‌های لازم
ناآگاهی تغذیه‌ای مادر و اطرافیان	مشاوره و آموزش چهره به چهره و ارائه متون آموزشی ساده به مادر باردار و همراهان او
افسردگی و بی‌اشتهایی ناشی از آن	مشاوره با مادر جهت علت یابی مشکل موجود ارجاع به روانپزشک یا روان‌شناس جهت مشاوره
مشکلات مالی و اقتصادی	معرفی خانواده به کمیته امداد امام خمینی (ره) و سایر سازمان‌های حمایتی که با مرکز بهداشت استان همکاری دارند. (بر اساس دستورالعمل)
بیماری‌های زمینه‌ای (دیابت، عفونی، قلب و عروق و...)	تشخیص نوع بیماری و درمان آن و در صورت نیاز ارجاع به پزشک متخصص، کنترل تداخل غذا و داروی مصرفی با نظر متخصص تغذیه
تهوع و استفراغ بارداری	در صورت شدید بودن، ارجاع به متخصص جهت بستری در بیمارستان و سرم درمانی تا زمان تثبیت وضعیت بیمار. در صورت خفیف تا متوسط بودن طبق توصیه‌های که در راهنمایی کشوری تغذیه مادران باردار و شیرده آمده است عمل شود.
حجم زیاد کار روزانه و استراحت ناکافی	مشاوره با همسر و سایر اعضای خانواده برای کمک به مادر باردار و کاهش حجم کار و افزایش مدت استراحت او توصیه به مادر جهت پرهیز از دیر خوابیدن شبانه
بی‌حرکی یا کم بودن فعالیت‌های جسمی	توصیه به پیاده روی در طول روز و انجام کارهای روزمره در حد متعادل
پرفشاری خون	ارجاع به متخصص زنان و متخصص تغذیه
اکلامپسی و پره اکلامپسی	ارجاع به متخصص زنان
استعمال سیگار و سایر مواد اعتیاد آور و برخی داروها	مشاوره با مادر در مورد قطع مصرف سیگار و دوری از انواع دود و آموزش در زمینه مضرات آن برای سلامت مادر و جنین اقدام برای ترک اعتیاد کنترل داروهای مصرفی و تعدیل دوز بر اساس نوع بیماری کنترل تداخل غذا و داروی مصرفی با نظر متخصص تغذیه

مواردی که مادر باردار باید به کارشناس تغذیه ارجاع داده شود:

- ۱- مادران زیر ۱۹ سال
- ۲- مادرانی که بنا به نظر متخصص زنان علت وزن‌گیری نامناسب آنها مربوط به عوارض بارداری و یا بیماری‌ها نبوده و علل تغذیه‌ای عامل وزن‌گیری نامناسب تشخیص داده شده است.
- ۳- BMI قبل از بارداری یا سه ماهه اول بارداری زیر ۱۸/۵ یا بیشتر از ۲۵.
- ۴- داشتن رژیم غذایی درمانی برای یک بیماری خاص.
- ۵- بیماری‌های مادر باردار شامل دیابت، آنمی، بیماری کلیوی، فشار خون و....

فصل سوم

توصیه‌های تغذیه‌ای در بیماری‌ها و شکایات دوران بارداری

توصیه‌های تغذیه‌ای در هنگام شکایات شایع دوران بارداری

ترش کردن و سوزش معده (Heart Burn)

یک رخداد معمول در اواخر بارداری است و معمولاً در شب‌ها روی می‌دهد. بازگشت اسید معده به مری موجب سوزش انتهایی مری می‌شود و به دلیل این که قسمت انتهایی مری در نزدیک قلب است از این حس سوزش به عنوان (سوزش سردل) یاد می‌شود و این سوزش ربطی به قلب و یا کار آن ندارد. در بیشتر موارد، این مسئله به دلیل بزرگ شدن رحم و فشار آن بر روده‌ها و معده و نیز شل شدن اسفنکتر مری و بازگشت محتویات معده به داخل مری ایجاد شده و باعث احساس سوزش می‌شود. این عارضه با خوردن غذای زیاد و تشکیل گاز شدت می‌یابد.

توصیه‌های تغذیه‌ای هنگام ترش کردن و سوزش سردل

- ✓ غذا در وعده‌های کوچک و متعدد (هر ۲ تا ۳ ساعت) مصرف شود.
- ✓ به جای استفاده از مواد غذایی سرخ کرده، از غذاهای آب پز و بخار پز ویا کبابی استفاده کنند.
- ✓ غذا به آرامی و در محیطی با آرامش میل شود.
- ✓ از خوردن غذاهای حجیم قبل از خواب اجتناب شود.
- ✓ از نوشیدن آب و مایعات در حین غذا و یا بلافاصله پس از اتمام غذا خودداری شود. آب و مایعات را می‌توان ۱-۲ ساعت پس از صرف غذا مصرف نمود.
- ✓ بعد از صرف غذا کمی پیاده روی کنند.
- ✓ رژیم غذایی باید پروتئین و بدون قندهای ساده (قند، شکر، عسل و محصولات غذایی حاوی قند و شکر مثل مربا) باشد. مواد غذایی پروتئینی ترشح گاسترین را تحریک کرده و فشار اسفنکتر تحتانی مری را افزایش می‌دهند؛ اما مواد غذایی حاوی قندهای ساده ترشح انسولین را تحریک می‌کنند و باعث کاهش فشار اسفنکتر تحتانی مری می‌شوند.
- ✓ رژیم غذایی باید کم‌چرب و حاوی مقادیر کمی از غذاهای سرخ شده، سس‌های خامه‌دار، آبگوشت‌های چرب غلیظ، گوشت‌های پرچرب، شیرینی‌ها و مغزها باشد.
- ✓ از غذاهای ادویه‌دار، بخصوص ادویه تند کمتر استفاده کنند. هر چه غذا ادویه کمتر و طعم ملایم‌تری داشته باشد، ترشح اسید معده را کمتر تحریک می‌کند.
- ✓ مصرف غذاهای کاهش دهنده فشار اسفنکتر تحتانی مری، نظیر نعناع، پیاز، سیر، چاشنی‌ها، شکلات، قهوه، چای، نوشابه‌های گازدار، و سایر نوشیدنی‌های حاوی کافئین را قطع کرده و به جای آن آب بنوشند. در صورت مصرف چای، از چای پررنگ اجتناب کرده و به جای آن از چای کم رنگ حداکثر ۲-۳ فنجان در روز استفاده شود.
- ✓ غذاهای مایع مثل آش و سوپ مصرف نکنند.
- ✓ بعد از صرف غذا یا آشامیدن، از دراز کشیدن یا خم شدن به جلو پرهیز کنند.
- ✓ در هنگام استراحت زیر سر را بالاتر از سطح بدن قرار دهند.
- ✓ اجتناب از دراز کشیدن ۱-۲ ساعت بعد از خوردن یا آشامیدن به ویژه قبل از خواب و بلافاصله بعد از غذا.

در صورتی که با رعایت همه اصول فوق، سوزش سر دل همچنان ادامه داشت، می‌توان با نظر ماما یا پزشک از آنتی‌اسیدها استفاده کرد.

تهوع و استفراغ

شیوع این عارضه بین ۵۰ تا ۷۰ درصد است و اغلب در سه ماهه اول بارداری رخ می‌دهد و تا هفته ۱۶ بارداری بهبود می‌یابد. از آنجایی که این مشکل در صبح‌ها تشدید می‌شود، بیماری صبحگاهی (Morning Sickness) نامیده می‌شود؛ گرچه ممکن است در هر ساعتی از شبانه روز اتفاق بیفتد. در ۵ تا ۱۰ درصد موارد ممکن است تهوع و استفراغ تا پایان بارداری ادامه داشته باشد و متأسفانه احتمال وقوع کم‌وزنی نوزاد، زایمان زودرس (به میزان ۱۷٪) و سقط جنین و مرده‌زایی را (به میزان ۳۰٪) افزایش می‌دهد.

- تهوع بارداری تنها تهوعی است که با حضور غذا در معده بهبود می‌یابد و تغذیه به عنوان بخشی از درمان در نظر گرفته می‌شود.
- هنگامی تهوع بارداری نیازمند پیگیری فوری است که موجب کاهش وزن شود، در این زمان ارزیابی تغذیه‌ای باید انجام شود.

توصیه‌های تغذیه‌ای هنگام تهوع و استفراغ بارداری

- ✓ معده را خالی نگه ندارند اما در عین حال از پری و سنگینی معده هم خودداری کنند.
- ✓ مصرف مقدار غذای کمتر در هر وعده
- ✓ افزایش تعداد وعده‌های غذایی که ممکن است برحسب تحمل مادر تا ۹ وعده در روز هم برسد.
- ✓ استفاده از کربوهیدرات‌های زود هضم و مصرف پروتئین مفید است.
- ✓ بیسکویت یا نان خشک قبل از برخاستن از رختخواب مصرف کرده و پس از ۱۵ دقیقه از رختخواب برخاسته و صبحانه سبک و زود هضم بخورند.
- ✓ از مصرف همزمان غذا و مایعات خودداری شود.
- ✓ از خوردن غذاهای پر ادویه، سرخ شده، نقّاح، حجیم و دیر هضم اجتناب شود.
- ✓ از آنجایی که غذاها و مایعات سرد بیش از نوع گرم آنها قابل تحمل‌اند از غذاهای سرد با دمای یخچال استفاده شود و نیز از غذاهایی که بوی محرک دارند اجتناب شود.
- ✓ در صورت مصرف مایعات و غذاهای سرد با دمای یخچال مراقب آلودگی‌های میکروبی باشند.
- ✓ در زمان آشپزی، پنجره آشپزخانه را باز بگذارند تا بوی شدید و تند غذا آزار دهنده نباشد و در صورت عدم تحمل توصیه می‌شود غذا بوسیله سایر افراد خانواده تهیه گردد.
- ✓ در صورت بروز ناراحتی معده همراه با تهوع می‌توان یک تکه نان یا بیسکویت مصرف کرد.
- ✓ به آرامی غذا بخورند.
- ✓ به مدت طولانی گرسنه نمانند.
- ✓ از رایحه‌های آزار دهنده و بوی تند برخی غذاها و سایر بوهای آزار دهنده اجتناب کنند.
- ✓ در تهوع و استفراغ شدید حمایت روانی مادر توسط اطرافیان خصوصاً همسر خانم باردار توصیه می‌شود.
- ✓ مواد غذایی حاوی کربوهیدرات پیچیده نظیر نان برشته، بیسکویت نمکی (کراکر)، نان خشک یا نان سوخاری مصرف شود.
- ✓ در صورتی که تهوع و استفراغ بارداری خفیف باشد ویتامین B6 می‌تواند موجب تخفیف علائم می‌شود.

عواملی نظیر بوهاء، نور و شرایط آب و هوایی، سر و صدا، اضطراب و هیجان می‌تواند باعث بدتر شدن تهوع و استفراغ بارداری شود. به همین دلیل توصیه می‌شود که زنان مبتلا به تهوع از هر چیزی که حس تهوع آنها را افزایش می‌دهد اجتناب کنند.

تهوع و استفراغ شدید بارداری (Hyperemesis Gravidarum) در ۲٪ موارد مشاهده می‌شود. این موارد با افزایش هورمون تیروئید آزاد و هورمون‌های HCG مادر همراه است و در ۳۷٪ موارد با بستری بیمار و سرم درمانی و کنترل آب و الکترولیت و حمایت تغذیه‌ای مورد درمان قرار می‌گیرد. در صورت عدم درمان، تهوع و استفراغ و کمبود شدید الکترولیت می‌تواند منجر به بی‌نظمی‌های قلبی و اختلالات تنفسی و حتی اختلالات شناختی و آنسفالوپاتی شود. در تهوع و استفراغ شدید حمایت روانی مادر حائز اهمیت زیادی است.

ادم و گرفتگی پا

در سه ماهه سوم بارداری به علت فشار رحم روی وریدها و انسداد بازگشت خون به قلب ادم خفیفی در ناحیه ساق پا ایجاد می‌شود. این نوع ادم که به نوعی فیزیولوژیک تلقی می‌شود نباید با ادم پاتولوژیک مربوط به پره اکلایمپسی اشتباه گرفته شود.

در صورت بروز ادم توصیه می‌شود خانم باردار ۴-۵ بار در روز به پهلو دراز بکشد. دراز کشیدن به پهلو (خصوصاً به پهلوی چپ) سبب خون‌رسانی بهتر به اعضای لگنی از جمله رحم، جنین و نیز سهولت در بازگشت خون از پاها می‌شود. این کار از پیشرفت ادم نیز جلوگیری می‌کند. همچنین بهتر است زن باردار از ایستادن و یا نشستن طولانی مدت و با پایهای آویزان از صندلی خودداری کند. علاوه بر این دراز کشیدن متناوب در طول روز به شکلی که پاها در سطحی بالاتر از بدن قرار گیرد (مثلاً با گذاشتن بالش زیر پاها) به بازگشت خون وریدی از پاها کمک می‌کند.

پیکا یا وبار

منظور از پیکا خوردن مواد نامناسبی است که از نظر تغذیه‌ای کم ارزش، بی‌ارزش و یا مضر هستند. در دوران بارداری این مواد نامناسب اغلب شامل مصرف خاک یا نشاسته (رایج‌ترین) و مصرف مواد غیر غذایی دیگر از قبیل یخ، کبریت سوخته، سنگ، زغال، خاکستر، سیگار، مهر نماز، نفتالین و... است. جایگزین کردن مواد نامناسب سبب کاهش دریافت مواد مغذی مفید و در نتیجه کمبود ریز مغذی‌ها می‌شود. همچنین مصرف زیاد موادی که حاوی انرژی هستند از قبیل نشاسته می‌تواند سبب چاقی شود. برخی دیگر از مواد نامناسب (پیکا) نیز ممکن است حاوی مواد سمی یا آلودگی میکروبی باشند و یا ممکن است در جذب مواد معدنی از قبیل آهن اختلال ایجاد کنند. در نهایت مشکلاتی نظیر مسمومیت، یبوست، کم‌خونی همولیتیک جنینی، بزرگ شدن بناگوش و انسداد معده و روده کوچک و آلودگی انگلی از عوارض پیکا هستند.

یبوست

تغییرات هورمونی دوران بارداری و فشار ناشی از بزرگ شدن رحم به روده به ویژه در اواخر دوران بارداری سبب کاهش حرکات دستگاه گوارش و در نتیجه ممکن است در اجابت مزاج مشکل ایجاد کند. در زنانی که قرص آهن را برای پیشگیری یا درمان کم‌خونی مصرف می‌کنند یبوست غیر معمول نیست.

توصیه‌هایی برای پیشگیری و یا رفع یبوست:

- ✓ افزایش دریافت مایعات به خصوص همراه با مکمل آهن و یا داروی اوندانسترون
- ✓ مصرف مداوم سبزی‌ها و میوه‌های تازه
- ✓ افزایش فعالیت بدنی و قدم زدن روزانه به صورت منظم و مداوم
- ✓ مصرف غذاهای ملین طبیعی مانند غلات کامل و حبوبات، میوه‌ها و سبزی‌های فیبر دار و میوه‌های خشک بخصوص آلو و انجیر

هموروئید یا بواسیر

واریسی شدن سیاهرگ‌های موجود در مقعد را هموروئید یا بواسیر می‌نامند. علت آن افزایش فشار ناشی از وزن جنین است. هموروئید ممکن است باعث ایجاد ناراحتی، سوزش و خارش شود و گاه پاره شدن مویرگ‌ها سبب خونریزی از مقعد و کم‌خونی می‌گردد.

معمولاً مشکل هموروئید با تغییر و اصلاح عادات بد غذایی، کنترل کردن یبوست از طریق اجابت مزاج در زمان‌های احساس دفع و پیروی از دستورات بهداشتی از قبیل استراحت به منظور کاهش فشار رحم به روده برطرف می‌شود.

افزایش بزاق دهان یا پتالیسم (Ptyalism)

پتالیسم عبارت است از ترشح بیش از حد بزاق در طی بارداری که ممکن است ناشی از تحریک غدد بزاقی به علت مصرف مواد غذایی نشاسته‌ای مثل نان، برنج، سیب‌زمینی، نشاسته و... باشد این حالت گذرا بوده و جز در موارد آزاردهنده نیاز به درمان خاصی ندارد.

توصیه‌های تغذیه‌ای در خصوص بیماری‌های شایع دوران بارداری

پره اکلامپسی و اکلامپسی

پره اکلامپسی سندرمی است که با مجموعه‌ای از علائم ادم، پروتئینوری و پرفشاری خون همراه است و در نیمه دوم بارداری (معمولاً بعد از هفته ۲۰ حاملگی) اتفاق می‌افتد. چنانچه این عارضه با تشنج همراه شود اکلامپسی نامیده می‌شود. اکلامپسی و پره اکلامپسی در ۷ درصد بارداری‌ها بروز می‌کند و در صورت تشخیص باید بستری، درمان و در مواردی ختم بارداری انجام شود. توصیه‌های تغذیه‌ای به صورت مکمل با درمان دارویی و یا بستری و درمان فرد در بیمارستان مفید است و به تنهایی نمی‌تواند موجب پیشگیری یا درمان این عارضه شود. **توصیه‌های تغذیه‌ای شامل** تجویز ویتامین E، مصرف کافی کلسیم و پتاسیم، مصرف غذاهای پرپروتئین و استفاده از منابع غذایی اسیدهای چرب ضروری اسید لینولئیک و آراشیدونیک می‌باشد.

- ✓ فشارخون ناشی از پره اکلامپسی و اکلامپسی نیازمند دارو درمانی و بستری در بیمارستان است و با توصیه‌های تغذیه‌ای بهبود نمی‌یابد.
- ✓ محدودیت شدید مصرف نمک در پره اکلامپسی و اکلامپس توصیه نمی‌شود.

فشارخون بارداری

به افزایش فشارخون بدون ادم و پروتئینوری که از قبل از بارداری وجود داشته و در هر زمان از بارداری ممکن است اتفاق افتد فشارخون بارداری می‌گویند. اضافه وزن و چاقی یکی از مهم‌ترین عوامل موثر بر ایجاد فشارخون در بارداری و سایر دوران‌های زندگی است. بنابر این بهتر است بعد از کاهش وزن و کنترل فشارخون، بارداری صورت پذیرد. توصیه‌های تغذیه‌ای و رژیم غذایی همزمان با درمان دارویی و ورزش می‌تواند مفید باشد و به تنهایی نمی‌تواند موجب پیشگیری یا درمان این عارضه شود.

توصیه‌های تغذیه‌ای شامل موارد زیر است:

- تنظیم کالری مورد نیاز با مشاوره کارشناس تغذیه
- افزایش مصرف سبزی‌ها و میوه‌ها و کاهش مصرف قندهای ساده
- محدودیت مصرف نمک

کم‌خونی در بارداری

تعریف کم‌خونی در دوران بارداری اندکی با کم‌خونی برای افراد معمول متفاوت است زیرا افزایش حجم خون در بارداری باعث می‌شود غلظت گلبول‌های قرمز در خون به طور فیزیولوژیک کاهش یابد. در حالی که کم‌خونی در زنان غیر باردار با هموگلوبین کمتر از ۱۲ گرم در دسی‌لیتر تعریف می‌شود **در دوران بارداری هموگلوبین کمتر از ۱۱ گرم در دسی‌لیتر کم‌خونی محسوب می‌شود**. تعریف پذیرفته شده که در کتاب مراقبت‌های ادغام یافته به آن اشاره شده برای سه ماهه اول و سوم، هموگلوبین کمتر از ۱۱ گرم در دسی‌لیتر و در سه ماهه دوم هموگلوبین کمتر از ۱۰/۵ گرم در دسی‌لیتر کم‌خونی اطلاق می‌گردد. پایین بودن میزان هموگلوبین در بارداری مخاطراتی را برای مادر و نوزاد ایجاد می‌کند که در نمودار زیر آمده است.



آنمی فقر آهن

مهمترین علت کم‌خونی در بارداری، فقر آهن است. مصرف ناکافی منابع غذایی آهن، سابقه خونریزی شدید در قاعدگی‌ها یا بارداری‌های قبلی، تعداد زیاد بارداری و بارداری مجدد با فاصله کمتر از ۳ سال احتمال ابتلا به کم‌خونی فقر آهن را افزایش می‌دهد. تغذیه مناسب می‌تواند نقش مهمی در درمان و پیشگیری از کم‌خونی فقر آهن و سایر کم‌خونی‌ها ایفا نماید.

توصیه‌های تغذیه‌ای در پیشگیری و درمان کم‌خونی

- ✓ منابع غذایی حاوی آهن مثل گوشت، مرغ، ماهی، جگر، حبوبات و سبزی‌های سبز تیره مثل جعفری، برگ چغندر و برگ‌های تیره رنگ کاهو در برنامه غذایی روزانه مصرف شود.
- ✓ از انواع مغزها مثل گردو، بادام، پسته، فندق و انواع خشکبار مثل برگه‌ها، توت خشک، کشمش و خرما که منابع خوبی از آهن هستند به عنوان میان وعده استفاده شود.
- ✓ منابع غذایی ویتامین C مثل سبزی‌های تازه و سالاد (شامل گوجه فرنگی، کلم، گل کلم، فلفل دلمه‌ای) و هم‌چنین چاشنی‌هایی مثل آب لیمو و آب نارنج تازه که جذب آهن را افزایش می‌دهند به همراه غذا مصرف شود.
- ✓ برای جذب بهتر آهن غذا، از مصرف چای، قهوه و دم کرده‌های گیاهی یک ساعت قبل از غذا و حداقل دو ساعت پس از غذا خودداری گردد هم‌چنین از مصرف چای پررنگ اجتناب شود.
- ✓ برای کاهش اختلالات گوارشی و جذب بهتر آهن، بهترین زمان مصرف قرص آهن پس از غذا و یا شب قبل از خواب است.

عفونت‌های ادراری

عفونت‌های ادراری دوران بارداری اغلب از نوع عفونت‌های باکتریایی هستند که باید تشخیص داده شده و درمان شوند. گاهی نیز سوزش ادرار با منشاء غیر عفونی و به دلیل استفاده از مصرف مواد غذایی محرک ایجاد می‌شود. در این موارد که موضوع ابتلا به عفونت ادراری پس از بررسی‌های آزمایشگاهی منتفی شده است توصیه می‌شود از مصرف برخی غذاها خودداری شود.

این مواد غذایی عبارتند از:

- ادویه‌ها: فلفل سبز، فلفل قرمز، خردل و...
- فرآورده‌های گوشتی نمک سود به ویژه سوسیس و کالباس
- سیرابی، گوشت‌های کنسرو شده و صنعتی
- مواد غذایی گوگرددار مانند مارچوبه، تربچه، سیر و پیاز
- نوشیدنی‌های حاوی ترکیبات گزانتیک مانند قهوه

همچنین با اسیدی کردن ادرار می‌توان از ایجاد محیط مناسب برای رشد و تکثیر باکتری‌ها جلوگیری کرد. مواد غذایی نظیر انواع گوشت لخم (قرمز و سفید) ماهی و تخم مرغ، پنیر، شکلات و غلاتی که کمتر قابل تخمیر هستند مانند برنج و انواع نان در اسیدی کردن ادرار موثرند. نوشیدن مایعات زیاد به خصوص آب با افزایش دفع ادرار موجب کاهش PH ادرار و نیز کاهش غلظت ادرار و تخفیف علایمی نظیر سوزش می‌گردد.

نکات تغذیه‌ای در سایر بیماری‌ها

- همزمان با مصرف داروهای تیروئید از مصرف سویا، کلم و ترب خام خودداری شود.
- از مصرف هم‌زمان آسپرین با سیر اجتناب شود.
- از مصرف هم‌زمان قرص فشار خون با گریپ فروت اجتناب شود.



فصل چهارم

تغذیه مادران شیرده

تغذیه مادران شیرده

پیروی از یک برنامه غذایی روزانه صحیح که در آن از پنج گروه غذایی اصلی به مقادیر توصیه شده وجود داشته باشد و ضمن رعایت تنوع از تعادل نیز برخوردار باشد در دوران شیردهی هم برای حفظ ذخایر بدن مادر و هم برای تولید کافی شیر حائز اهمیت است. تداوم تغذیه با شیر مادر مستلزم مصرف مواد مغذی و مقوی توسط مادر است. تغذیه مناسب مادر در این دوران علاوه بر تأمین نیازهای تغذیه‌ای نوزاد (از جمله مواد معدنی و ویتامین‌ها)، برای حفظ بنیه، سلامت و اعتماد به نفس مادر و نیز حفظ و نگهداری ذخایر بدن مادر ضروری است. تغذیه با شیر مادر هم‌چنین موجب بهبود سطح ایمنی بدن شیرخوار در برابر ابتلاء به انواع عفونت‌های حاد تنفسی، اسهال و نیز بازگشت وزن مادر به قبل از بارداری می‌شود.

حجم شیر مادر رابطه مستقیم با تکرر شیردهی دارد. تغذیه مکرر نوزاد با شیر مادر سبب می‌شود شیر بیشتری تولید شود. با شروع مصرف غذاهای کمکی و کاهش دفعات شیردهی، حجم شیر تولید شده نیز کاهش می‌یابد و بالطبع نیاز افزایش یافته مادر به مواد مغذی نیز تعدیل می‌شود.

یکی از علل کاهش تولید شیر، خستگی مادر، خصوصاً در ۴ تا ۶ ماه اول شیردهی است. مادر شیرده را باید تشویق کرد تا در طول روز به اندازه کافی استراحت کند، حجم کارهای خود را کاهش دهد و از اطرافیان خود در کارها کمک بگیرد. بخصوص حمایت همسر در این زمینه از اهمیت زیادی برخوردار است.

توجهات تغذیه‌ای خاص در دوران شیردهی

در هرم غذایی، واحدهای توصیه شده در هر گروه از مواد غذایی در دوران شیردهی مشابه دوران بارداری است.

● نیاز مادر شیرده به کالری حدود ۵۰۰ کیلو کالری بیش از دوران قبل از بارداری است. برای تأمین این مقدار کالری اضافی، علاوه بر مواد غذایی مقوی، از چربی‌های ذخیره شده در بدن مادر در دوران بارداری نیز استفاده می‌شود. ذخایر چربی مادر که در طی بارداری ذخیره شده است، ۱۰۰ تا ۱۵۰ کیلوکالری از انرژی مورد نیاز برای تولید شیر را فراهم می‌کند. دریافت کالری ناکافی سبب کاهش تولید شیر می‌شود.

● هر چند تولید شیر مادر بستگی به مقدار مایعات مصرفی مادر ندارد و مصرف مایعات سبب افزایش تولید شیر نمی‌شود ولی برای پیشگیری از کم آبی بدن، مادران شیرده باید به مقدار کافی مایعات بنوشند. حدود ۱۰-۸ لیوان در روز مایعات شامل شیر، دوغ کم نمک و بدون گاز، چای و آب میوه طبیعی بنوشند و حتی مواد غذایی آبدار مانند انواع آش سوپ و انواع خورش‌ها را میل کنند.

● مصرف نوشابه‌های کافئین‌دار اعم از چای غلیظ، قهوه، کاکائولا و... باید کاهش یابد زیرا مصرف این مواد ممکن است سبب تحریک‌پذیری، بی‌اشتهایی و کم‌خوابی شیرخوار شود. هم‌چنین از نوشیدن الکل باید خودداری کرد.

● غذای مادر شیرده باید حاوی مقادیر کافی از پنج گروه غذایی اصلی باشد تا از دریافت ویتامین و املاح معدنی به میزان کافی اطمینان حاصل شود. مقدار ویتامین موجود در شیر مادر عمدتاً انعکاسی از مقدار ویتامین مصرفی مادر است. میزان ویتامین D شیر مادر به میزان قرار گرفتن او در معرض نور مستقیم خورشید وابسته است. در این مورد توصیه مانند دوران بارداری است.

● وجود مواد معدنی نظیر کلسیم، آهن، روی، مس، فسفر و ید در تغذیه مادر شیرده ضروری است. با این حال برخی از مواد معدنی مانند کلسیم، فسفر، آهن و روی، بدون توجه به دریافت غذا، می‌تواند از ذخایر بدن مادر به شیر وارد شوند. اما وجود برخی مواد معدنی همچون ید در شیر مادر ارتباط مستقیمی با تغذیه او دارد. در هر حال تغذیه مناسب مادر شیرده جهت تأمین انواع مواد معدنی ضروری مخصوصاً کلسیم، آهن و ید برای سلامتی مادر و شیرخوار ضروری است. توصیه می‌شود مادران شیرده همچون دوران بارداری از منابع کلسیم و سایر مواد معدنی استفاده کنند و همچنین از نمک یددار تصفیه شده به مقدار کم و با شرایط نگهداری مناسب استفاده کنند. یعنی با نگهداری نمک یددار در ظروف در بسته و دور از نور، ید موجود در نمک را حفظ کنند. همچنین توصیه می‌شود برای پایدار ماندن ید در غذاها، نمک در انتهای پخت به غذا اضافه شود.

● لازم است مصرف قرص آهن (فروس سولفات یا فرو فومارات) تا ۳ ماه بعد از زایمان ادامه یابد.

● مصرف برخی غذاها مانند سیر، انواع کلم، پیاز، مارچوبه و تربچه و یا غذاهای پرادویه و پرچاشنی ممکن است روی طعم شیر اثر بگذارد و تغییر ناگهانی طعم شیر سبب تمایل نداشتن شیرخوار به شیر خوردن شود. با توجه به تأثیر برخی مواد غذایی بر طعم شیر، در صورتی که شیرخوار از شیر خوردن امتناع می‌کند بهتر است مادران از مصرف این مواد خودداری کرده یا مصرف آن را محدود کنند.

● کاهش وزن بعد از زایمان باید تدریجی صورت گیرد تا بر مقدار شیر مادر تأثیر نگذارد. لازم به ذکر است که شیردهی خود سبب کاهش تدریجی وزن مادر می‌شود، با این شرط که مواد مغذی لازم با مصرف مواد غذایی مناسب و کافی برای مادر تأمین شود. کاهش وزن دوران شیردهی باید بیشتر از کم‌خوری و محدود کردن رژیم غذایی، متکی بر افزایش تحرک و انجام فعالیت‌های بدنی باشد. وزن‌گیری مناسب شیرخوار در طول دوران شیرخوارگی به خصوص ۶ ماه اول نشان دهنده کافی بودن مقدار شیر مادر است و مادر با اطمینان از کافی بودن شیر خود می‌تواند کمتر از ۴۵۰ گرم در هفته کاهش وزن داشته باشد. زنان شیرده دارای اضافه وزن می‌توانند با کاهش مصرف غذاهای سرشار از چربی و قندهای ساده در حدود ۵۰۰ کیلوکالری از انرژی دریافتی را کاهش دهند اما باید غذاهای سرشار از کلسیم، سبزی‌ها و میوه‌ها را بیشتر مصرف کنند.

● تولید شیر در مادران مبتلا به سوء تغذیه شدید ممکن است از سایر مادران کمتر باشد. در این مورد و مواردی که BMI کمتر از ۱۸/۵ باشد، مادران باید انرژی دریافتی روزانه خود را تا ۷۵۰ کیلوکالری افزایش دهند. در این خصوص استفاده از توصیه‌های تغذیه‌ای مناسب برای خانم‌های باردار کم وزن (BMI کمتر از ۱۸/۵) به منظور بهبود وضعیت سلامت مادر شیرده و افزایش تولید شیر مادر پیشنهاد می‌شود. مادر شیرده حتی اگر مبتلا به سوء تغذیه باشد، می‌تواند شیر تولید کند؛ اما باید توجه داشت که در چنین شرایطی ذخایر غذایی بدن مادر صرف تولید شیر می‌شود و در نتیجه مادر به دلیل تخلیه ذخایر بدنی خود و احساس ضعف، خستگی و بی‌حوصلگی توان مراقبت از کودک را

نخواهد داشت. بنابراین تغذیه مناسب مادر در دوره شیردهی برای پیشگیری از سوء تغذیه او که هم سلامت خود را به خطر می‌اندازد و هم در مراقبت از کودک اختلال ایجاد می‌کند حائز اهمیت است. در صورت تغذیه نادرست و ناکافی در دوران شیردهی، مادر بیش از شیرخوار متضرر می‌شود و با عوارضی همچون پوکی استخوان، مشکلات دندانی، کم‌خونی و... مواجه خواهد شد.

♦ بعضی از شیرخواران ممکن است غذاهایی را که مادر مصرف کرده و وارد شیر او شده تحمل نکنند. به عنوان مثال، مصرف سیر، پیاز و یا حبوبات توسط مادر ممکن است موجب دردهای شکمی و یا تولید قولنج در شیرخوار شود. همچنین کلم، شلغم و یا میوه‌هایی مثل زرد آلو، آلو، هلو، هندوانه و بعضی سبزی‌ها در صورتی که زیاد مصرف شوند ممکن است موجب نفخ و دردهای شکمی در شیرخوار شوند. بنابراین مادر باید دقت کند در صورتی که طی ۲۴ ساعت پس از خوردن موادی که در بالا ذکر شد، شیرخوار دچار نفخ و دل درد شود از مصرف آنها خودداری کند. به طور کلی مادر شیرده هر غذایی را که میل دارد می‌تواند مصرف کند مگر آنکه حس کند شیرخوار وی پس از خوردن آن غذا توسط مادر دچار دردهای شکمی می‌شود.

فعالیت بدنی

فعالیت بدنی مناسب برای بهبود وضعیت جسمانی و روانی مادر شیرده مهم است. اگر چه ورزش منظم و در حد متعادل در زنانی که قبل از بارداری از نظر جسمانی متناسب بوده‌اند مانعی در برابر شیردهی نیست، اما گاهی دیده شده پس از فعالیت بدنی شدید و ورزش مادر شیرده (به علت ورود اسید لاکتیک به شیر)، طعم تلخ در شیر ایجاد می‌شود و شیرخوار از خوردن شیر امتناع می‌کند. در این مواقع لازم است مادر قبل از شیر دادن، سینه خود را بشوید. و اگر هنوز شیرخوار مایل به شیر خوردن نیست مقدار کمی از شیر خود را قبل از تغذیه شیرخوار بدوشد و دور بریزد و سپس اقدام به شیردهی نماید.

منابع

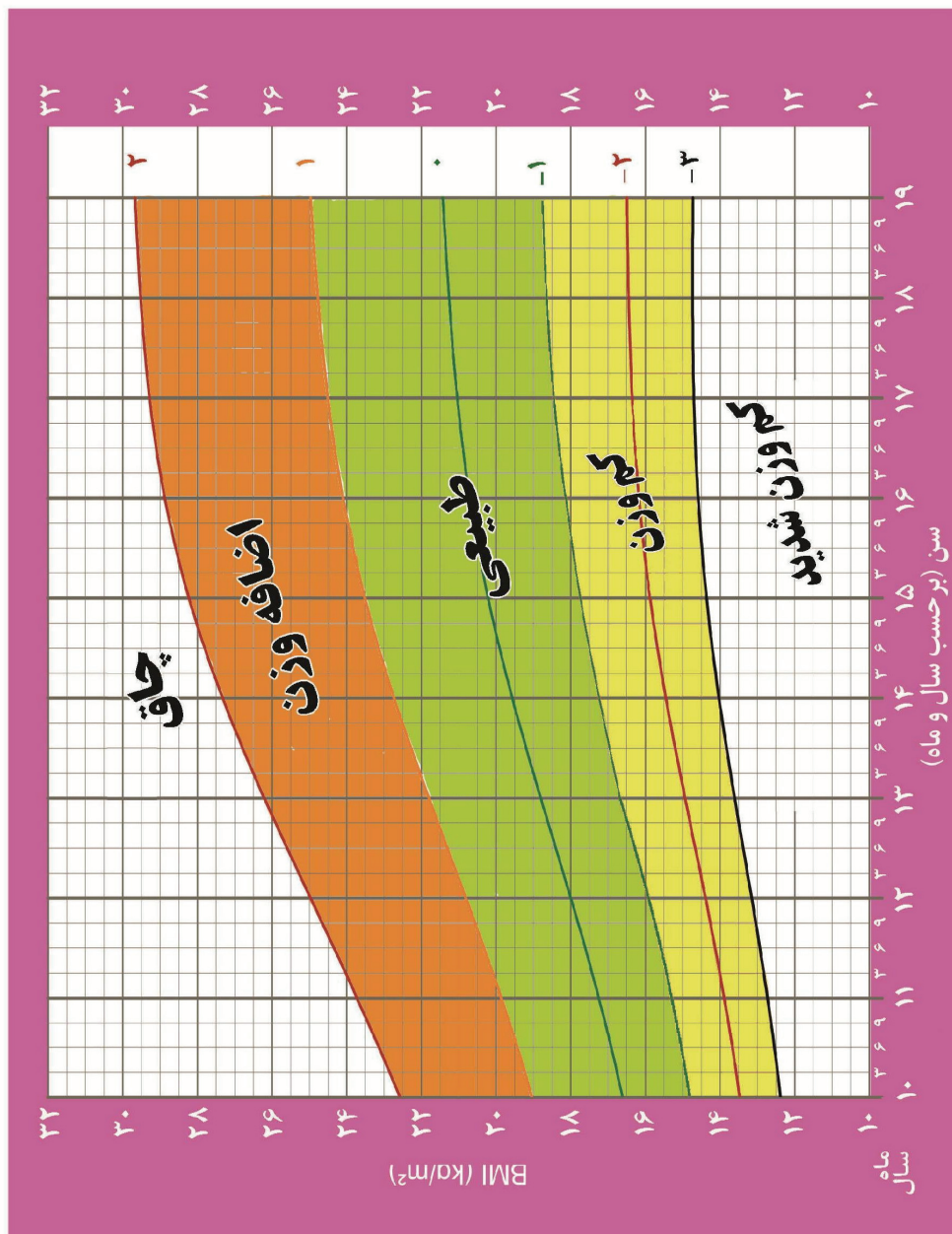
دکتر عبداللهی، ز. دکتر درستی، ا. فلاح، ح و سایر همکاران. راهنمای آموزشی تغذیه در سنین مدرسه. ۱۳۹۳. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت بهداشت، دفتر بهبود تغذیه جامعه.

تغذیه مادران باردار و شیرده

رنگ ناحیه BMI	وضعیت تغذیه	BMI قبل از بارداری kg/m ²	محدوده مجاز افزایش وزن (کیلوگرم)	افزایش وزن از ابتدای هفته ۱۳ بارداری به بعد (کیلوگرم/هفته)
زرد	کم وزن	< ۱۸/۵	۱۲/۵ - ۱۸	۰/۵۱ (۰/۴۴ - ۰/۵۸)
سبز	طبیعی	۱۸/۵ - ۲۴/۹	۱۱/۵ - ۱۶	۰/۴۲ (۰/۳۵ - ۰/۵۰)
نارنجی	اضافه وزن	۲۵ - ۲۹/۹	۷ - ۱۱/۵	۰/۲۸ (۰/۲۳ - ۰/۳۳)
قرمز	چاق	≥ ۳۰	۵ - ۹	۰/۲۲ (۰/۱۷ - ۰/۲۷)

نمودار BMI برای سن (مادران باردار)

۱۰ تا ۱۹ سال (z-scores)



برگرفته از سازمان جهانی بهداشت (۲۰۰۷)

تغذیه مادران باردار و شیرده

مواد مغذی	منابع غذایی	نقش آنها در بدن
ویتامین A	جگر ^۷ ، قلمه، زرده تخم مرغ، سبزیها و میوهه ای سبز تیره، زرد، نارنجی و قرمز رنگ از جمله اسفناج، هویج و جعفری، فلفل‌های دلمه ایی رنگی، زردآلو، هلو، موز، انبه و...	- قدرت دید چشم - رشد و نمو طبیعی بافت استخوان و دندان - رشد و نمو و حفاظت از پوست - کمک به خونسازی با تنظیم متابولیسم آهن
ویتامین D	زرده تخم مرغ، جگر، ماهی، محصولات غذایی غنی شده مثل شیر غنی شده با ویتامین d	- رشد و نمو و حفظ بافت طبیعی استخوان و دندان -تنظیم سوخت و ساز کلسیم و فسفر در بدن - پیشگیری از دیابت - حفظ سلامت پوست
ویتامین E	انواع روغن‌های گیاهی، زرده تخم مرغ، شیر، انواع مغزها، سبزیجات با برگ سبز تیره	- پیشگیری از همولیز گلبول‌های قرمز خون - به تاخیر انداختن پیری سلو ل‌ها - پیشگیری از اکسیداسیون اسیدهای چرب و ویتامین A
ویتامین B1	گوشت، جگر، دل، قلمه، زرده تخم مرغ، غلات، حبوبات، سیوس و آرد کامل گندم، سیب‌زمینی	- رشد طبیعی بدن - حفظ سلامت سیستم عصبی - حفظ اشتها در حد طبیعی - تنظیم متابولیسم انرژی
ویتامین B2	جگر، دل، قلمه، امعاء و احشاء، تخم مرغ، شیر و فرآورده‌های آن، سبزی‌های برگ سبز	- سوخت و ساز کربوهیدرات، چربی و پروتئین - شرکت در فعالیت آنزیمی بدن و رساندن اکسیژن به بافت‌ها - کمک به خونسازی
نیاسین	جگر، گوشت قرمز، ماهی، مرغ، تخم مرغ، شیر، حبوبات، بادام زمینی	- شرکت در سوخت و ساز کربوهیدراتها، چربی‌ها و پروتئین‌ها - حفظ سلامت دستگاه عصبی و کار مغز
ویتامین B6	انواع گوشت، جگر، شیر، تخم مرغ، حبوبات و غلات	- خونسازی - رشد و نمو طبیعی بدن - سوخت و ساز مواد غذایی در بدن
اسید فولیک	جگر، تخم مرغ، ماهی، گندم، نخود، لوبیا، عدس، سبزی‌های برگ سبز	- خونسازی - شرکت در تشکیل اسیدهای نوکلئیک
ویتامین B12	گوشت قرمز، ماهی، دل، قلمه، تخم مرغ، شیر و لبنیات	- خونسازی - شرکت در تشکیل اسیدهای نوکلئیک - نقش در رشد و نمو طبیعی بدن - متابولیسم اسید فولیک
ویتامین C	انواع مرکبات، گوجه فرنگی، فلفل سبز، گل کلم، سیب‌زمینی، طالبی، خربزه، توت فرنگی، اسفناج و کاهو	- التیام زخم‌ها و بهبود حساسیت‌ها - کمک به خونسازی با افزایش جذب آهن - حفظ سلامت لثه‌ها - حفظ و تشکیل کلاژن در بافت‌ها
کلسیم	شیر و لبنیات	- تشکیل و حفظ بافت طبیعی استخوان‌ها و دندان‌ها - انعقاد طبیعی خون - عملکرد طبیعی قلب و عضلات بدن - پیشگیری از پوکی استخوان در میانسالی - تنظیم فشار خون
آهن	زرده تخم مرغ، گوش، ماهی، جگر، حبوبات، سبزی‌های برگ سبز تیره مثل جعفری، گشنیز و....	- خونسازی - شرکت در ساختمان بعضی از آنزیم‌ها
ید	غذاهای دریایی (ماهی و میگو)	- شرکت در سنتز هورمون تیروکسین در غده تیروئید - سوخت و ساز مواد در بدن
روی	جگر، گوشت، مرغ، ماهی، شیر، پنیر، حبوبات، غلات	- بهبود و التیام زخم‌ها - شرکت در ساختمان انسولین و بعضی از آنزیم‌ها - رشد و نمو طبیعی بدن - شرکت در سوخت و ساز اسیدهای نوکلئیک
امگا۳	انواع ماهی، لوبیای سویا، گردو، جوانه گندم	- شرکت در تشکیل غشای سلولی - کاهش التهاب، اتساع عروق خونی، کاهش تجمع پلاکت‌ها

^۷ - اگر چه جگر منبع خوب بسیاری از مواد مغذی است اما ممکن است حاوی باقیمانده داروها و مواد هورمونی باشد و نیز به دلیل احتمال مسمومیت با ویتامین A در بارداری نباید مصرف شود.