

## توصیه های تغذیه ای لازم در طی دوره بارداری

- کالری: افزایش 300 کیلو کالری در روز (معادل 15%) افزایش انرژی در دوران بارداری به نسبت قبل از بارداری توصیه می شود. مصرف کالری از نظر تولید انرژی اهمیت دارد و هرگاه میزان کالری مصرفی کافی نباشد آنگاه پروتئین به عوض اینکه جهت رشد و نمو ذخیره شود، متابولیزه می شود.
  - پروتئین: احتیاج به پروتئین برای رشد و ترمیم جنین، جفت، رحم و پستانها، افزایش حجم خون مادری و احتیاج پایه مادر در دوران بارداری افزایش می یابد و در 6 ماهه آخر بارداری تقریباً یک کیلو گرم پروتئین که به طور متوسط برابر 5-6 گرم در روز است ذخیره می شود. بهتر است که بیشتر پروتئین ها از منابع حیوانی مثل شیر، گوشت، تخم مرغ، مرغ و ماهی تأمین شود. چرا که این مواد اسید آمینه های ضروری را به طور مناسبی به بدن می رسانند. این مواد علاوه بر پروتئین، کلسیم لازم را نیز برای بدن تأمین می کنند.
  - مواد معدنی: تنها آهن به عنوان ماده معدنی مفید مورد استفاده قرار گیرد و همچنین نمک ید دار هم مصرف گردد.
  - آهن: از 800 میلی گرم آهن که در نیمه دوم بارداری مصرف می شود 300 میلی گرم شامل جنین و جفت و 500 میلی گرم آهن موجود در هموگلوبین مادر می باشد. میزان آهن مورد احتیاج روزانه یک خانم حامله 7 میلی گرم می باشد که 6 میلی گرم میزان مورد احتیاج و 1 میلی گرم برای جبران آن مقداری است از مادر دفع می شود. آهن معمولاً به صورت نمک ساده گلوکونات سولفات یا فو مارات فرو در نیمه بارداری حدود 30 میلی گرم در روز تجویز می شود. همین مقدار آهن مکمل نه تنها نیازهای ناشی از بارداری را تأمین می کند بلکه از ذخایر آهن نیز حفاظت به عمل می آورد که به این منظور کافی است که مصرف آهن از نیمه دوم بارداری شروع شود. اما چنانچه خانم باردار حاملگی دو قلو دارد و یا خیلی دیر خوردن آهن را شروع کرد بایستی در روز 100 mg آهن مصرف نماید. در صورت فقر آهن شدید روزانه 200 mg آهن نیز می توان جهت مادر باردار تجویز نمود.
  - مصرف همزمان آهن با کلسیم و منیزیم (در فرم مکمل های حاوی مواد ویتامینی و مواد معدنی)، مصرف همزمان مواد حاوی آهن با شربت یا داروهای آنتی اسید، جذب آهن را کاهش می دهد.
- نکته:** ساده ترین و موثرترین راه برای بهبود و جذب آهن، مصرف قرص های حاوی آهن به طور ساده و بدون ترکیب با مواد فوق می باشد.
- بالا بودن هموگلوبین مادر (بالا تر از حد متوسط) خطراتی نظیر افزایش خطر مرگ ومیر پری ناتال، تولد نوزاد با وزن کمتر از حد طبیعی (LBW) و زایمان زودرس را به دنبال دارد.
- نکته:** تحقیقات نشان داده است مصرف آهن مکمل در زنانی که از نظر آهن موجود در ذخایر بدن و رژیم غذایی کمبود و مشکلی ندارند سبب افزایش سیر طبیعی هموگلوبین نخواهد شد.

— کلسیم: در طی بارداری 30 گرم کلسیم در مادر ذخیره می شود که در اواخر بارداری در جنین مصرف می شود. این مقدار کلسیم تنها 2/5% از کل کلسیم مادر می باشد که در استخوان وجود دارد و برای رشد جنین استفاده می شود. در طول بارداری جذب کلسیم از طریق روده افزایش می یابد.

**نکته:** محرومیت از آفتاب و فقدان کلسیم کافی و محرومیت از ویتامین D برای مدت زمان طولانی موجب استئومالاسی در مادران باردار می شود.

**نکته:** کمبود کلسیم در بارداری از نظر ایجاد پوسیدگی دندان اهمیت چندانی ندارد.

- فسفر: معمولاً یک رژیم غذایی متعادل، فسفر کافی را به بدن زن باردار می رساند.
- روی: کمبود شدید آن ممکن است باعث کاهش اشتها، رشد کمتر از حد طبیعی و اختلال در التیام زخم ها شود. و اگر این کمبود بسیار شدید باشد ممکن است باعث کوتولگی و هیپوگنادیسم شود و عارضه پوستی اکرودرماتیت انتروپاتیکا می دهد. هر چند مقدار روی تکمیلی برای بارداری خطری ندارد ولی هنوز به وضوح مشخص نشده و مقدار پیشنهاد شده در طی بارداری 15 میلی گرم در روز است.
- ید: مصرف نمک یددار توسط زن باردار نه تنها جهت برآوردن نیازهای جنین بلکه به منظور جبران افزایش از دست دادن ید از طریق کلیه ها در جریان بارداری اندیکاسیون دارد. کاهش شدید ید باعث کرتینیسم اندمیک در فرزندان می شود و علامت نقایص شدید و متعدد عصبی می باشد.
- منیزیم: کمبود منیزیم به علت بارداری به وجود نمی آید و تجویز آن بر روی بارداری تاثیری نخواهد داشت. این مشکل فقط در مادران بارداری که سابقه جراحی بای پس روده داشته اند، مشاهده شده است.
- مس: کمبود مس در طی بارداری انسان به وجود نمی آید لذا افزودن مس اضافی به شکل قرص های ویتامین مینرال به رژیم غذایی مادر ارزشی ندارد.
- سلنیوم: در برخی کشورها به علت فقر خاک آن منطقه کمبود آن دیده شده است که می تواند منجر به کاردیومیوپاتی کشنده شود، ولی با این حال هیچ لزومی برای تجویز تکمیلی آن وجود ندارد.
- کروم: مدرکی وجود ندارد که نشان دهد که در طول بارداری افزودن کروم مناسب باشد و به عنوان کوفاکتور انسولین نقش فیزیولوژیکی خود را ایفا می کند.
- منگنز: آنزیم هایی مانند گلیکوزیل ترانسفراز بوسیله منگنز فعال می شود و در سنتز گلیکوپروتئین ها و پلی ساکاریدها نقش دارند. افزودن منگنز به رژیم غذایی زن باردار لزومی ندارد.
- پتاسیم: هر عاملی که در زن غیر باردار موجب کمبود پتاسیم شود در زن باردار نیز می تواند سبب این مشکل گردد. به دنبال وجود تهوع و استفراغ طولانی، خطر هیپوکالمی و آلكالوز ناشی از آن وجود دارد، از طرفی در صورت مصرف برخی دیورتیک ها نظیر استازولامید، هیپوکالمی به وجود می آید.

- سدیم: در طی بارداری غلظت پلاسمایی سدیم چند میلی اکی والان کاهش دارد ولی دفع سدیم در بارداری بدون تغییر می ماند. البته این تغییرات مشکلی ایجاد نمی کند.
- فلوراید: ارزش تجویز فلوراید اضافی به زن باردار مورد سوال می باشد. به هر ترتیب افزودن مکمل های حاوی فلوراید هنوز از طرف انجمن دندان پزشکی امریکا مورد تأیید قرار نگرفته است.
- ویتامین ها: معمولاً در رژیم غذایی متعادل که به اندازه کافی کالری و پروتئین مناسب دارد. نیازی به افزودن ویتامین به صورت مکمل به تغذیه زن باردار ضرورتی ندارد، به جز اسید فولیک در مواقعی که مادر به دلایلی نظیر استفراغ و خیم بارداری آنمی همولتیک و حاملگی چند قلو نیاز به اسید فولیک افزایش می یابد.
- اسید فولیک: اگر چه مدارک زیادی وجود دارد که نشان می دهد نیاز زن باردار به فولات طی دوره بارداری افزایش می یابد اما هنوز مفید بودن مصرف فولات به شکل مکمل در زن باردار ثابت نشده است. چون مصرف فولیک اسید پیش از بارداری به میزان قابل ملاحظه ای خطر بروز ناهنجاری های سیستم عصبی (نقص های لوله عصبی) را کاهش داده، لذا هر زن بارداری می بایست روزانه 0/4 میلی گرم فولیک اسید مصرف نماید. نیاز به اسید فولیک در طی بارداری و شیر دهی افزایش دارد.
- ویتامین A: هیچ دلایلی مبنی بر افزایش نیاز به مصرف ویتامین A در بارداری وجود ندارد.
- ویتامین B<sub>12</sub> در پلاسمای خون مادر کاهش می یابد و با تجویز مکمل های دارویی تا اندازه ای از کمبود این ویتامین جلوگیری می شود.
- نکته:** ویتامین B<sub>12</sub> فقط در غذاهایی با منشأ حیوانی یافت می شود.
- در زنانی که رژیم صرفاً گیاه خواری دارند، ذخایر ویتامین B<sub>12</sub> در نوزاد کمتر شده و از طرفی در شیر مادر نیز کمبود ویتامین B<sub>12</sub> وجود دارد، لذا مشکل نوزاد بتدریج بیشتر می شود.
- ویتامین B<sub>6</sub>: بعضی از محققان اختلال در تست تحمل گلوکز را ناشی از کاهش مقدار B<sub>6</sub> در طول بارداری می دانند. به این دلیل برخی معتقدند که باید به رژیم غذایی زن باردار روزانه 2/5 میلی گرم پیریدوکسین مکمل اضافه شود.
- ویتامین C: حدود 70 میلی گرم در روز یا 20% بیشتر از زمان غیر بارداری در رژیم خانم حامله توصیه می شود.

### بهداشت عمومی

تمرینات ورزشی: محدودیتی در تمرینات ورزشی برای خانم باردار وجود ندارد به شرطی که مادر خود را خسته نکند و خطری برای خود و جنین بوجود نیورد. در حاملگی های پر خطر نظیر فشار خون حاملگی، چند قلبی و بیماری شدید

قلبی و احتمال وجود IUGR بهتر است که مادر از انجام ورزش های شدید پرهیز کند و استراحت کافی داشته باشد. محدودیت حرکتی در بیماریهای قلبی شدید توصیه می شود.

اشتغال: توصیه می شود مشاغلی که موجب خستگی زیاد مادر می شود، بایستی کنار گذاشته شود و در فواصل کار روزانه استراحت کافی در نظر گرفته شود. در زنانی که سابقه مشکل در بارداری از قبیل نوزاد با وزن کمتر از طبیعی داشته اند باید کارهای فیزیکی به حداقل رسانیده شود.

مسافرت: در حالت عادی مسافرت در کل دوران بارداری بلامانع است. اما بهتر است از مسافرت در ماه آخر بارداری اجتناب شود. آنچه در رابطه با مسافرت حائز اهمیت است اجتناب از بی حرکتی طولانی مدت است و بایستی در طول مدت سفر هر 1 تا 2 ساعت به مدت 10 دقیقه شخص پاها را نرمش داده و راه برود. در ضمن زن باردار بایستی هنگام سوار شدن به اتومبیل باید از کمربند ایمنی استفاده کند. قسمت پایین کمربند زیر شکم و قسمت های شانه ای آن از بین دو سینه بگذرد و روی شکم قرار نگیرد.

استحمام (Bathing): در سه ماه آخر بارداری به واسطه بزرگی رحم و افزایش وزن احتمال سر خوردن و افتادن وجود دارد لذا در این زمینه آموزش های لازم داده می شود.

پوشاک (Clothing): لباس زن باردار باید آزاد و راحت باشد. استفاده از کمرست های مناسب موجب کاهش احساس ناراحتی و درد پستان طی بارداری خواهد شد. با بستن شکم بندهای محافظت کننده می توان لوردوز و کمردرد زن باردار را تسکین بخشید. استفاده از کمربندهای محکم به دلیل اختلال در بازگشت وریدی و تشدید واریس مناسب نیست. دلیلی وجود ندارد که مادر باردار مجبور به استفاده از کفش های پاشنه کوتاه باشد. در صورتی که زن باردار قادر به حفظ تعادل خود بوده و از درد کمر به علت بلندی بیش از حد پاشنه شکایت ندارد آزاد است که از کفش با پاشنه دلخواه خود استفاده کند.

اجابت مزاج (Bowel habit): کاهش حرکات روده ها وانسداد نسبی حاصل از رحم بزرگ، در دوران بارداری باعث بروز یبوست در بارداری می شود. اما معمولاً با مصرف کافی مایعات، ورزش و افزایش مصرف فیبر غذایی و در صورت لزوم و بر حسب مورد از مسهل ضعیف (شیر منیزی)، نرم کننده های مدفوع (نظیر پسیلیوم و یا حجیم کننده های مدفوع می توان استفاده کرد.

**نکته:** مصرف مسهل های قوی (از جمله بیزاکودیل و تنقیه) ممنوع است.

اعمال جنسی (Coitus): هر زمان خطر سقط یا زایمان زودرس وجود دارد باید از نزدیکی اجتناب کرد. با این وجود توصیه می شود در ماه آخر از نزدیکی اجتناب شود. نزدیکی در 4 هفته آخر بارداری احتمال عفونت مایع آمنیون و افزایش مورتالیتی پری ناتال را افزایش می دهد.

دوش واژینال (Douches): اگر بیمار از ترشحات فراوان واژینال و سرویکس شاکی است و مایل به انجام دوش واژینال می باشد باید موارد زیر را رعایت کند:

- 1- استفاده از سرنگ دستی و دارای مخزن به علت احتمال آمبولی هوا ممنوع می باشد.
- 2- مخزن دوش نباید در ارتفاعی بیش از 60 سانتی متری قرار داده شود تا به این ترتیب جریان مایع با فشار زیاد وارد واژن نگردد
- 3- لوله تخلیه کننده مایع نباید بیشتر از 5/5 cm داخل واژن گردد.

**نکته مهم:** داوطلبین محترم توجه فرمایید که با تهیه این جزوات دیگر نیاز به خرید هیچ گونه کتاب مرجع دیگری نخواهید داشت. برای اطلاع از نحوه دریافت جزوات کامل با شماره های زیر تماس حاصل فرمایید.

021/66902061- 66902038

013/33338002(رشت)

013/42342543(لاهیجان)