



تغذیه مناسب در دوران بارداری

خانم های باردار می توانند بدون داشتن رژیم مخصوص و جداگانه مقدار بیشتر و متنوع تری از غذا نسبت به قبل از دوران بارداری مصرف کنند. بدیهی است که در صورت داشتن اضافه وزن و یا بیماری هایی که لازم باشد مادر به متخصص تغذیه مراجعه کند، پیروی از رژیم خاص توصیه شده توسط متخصص، ضروری خواهد بود.

خانم های باردار هم باید مانند سایر افراد خانواده هر روز از ۵ گروه غذایی اصلی استفاده کنند. آنچه که در تغذیه خانم باردار اهمیت دارد رعایت تنوع و تعادل در مصرف مواد غذایی می باشد.

چگونه می توان تعادل و تنوع را در برنامه غذایی روزانه رعایت نمود؟

بهترین راه برای اطمینان از مصرف متعادل و متنوع مواد غذایی در روز استفاده از همه گروه های اصلی غذایی یعنی گروه نان و غلات، گروه میوه ها، گروه سبزی ها، گروه شیر و لبنیات و گروه گوشت، تخم مرغ، حبوبات و مغزداانه ها است.

تعادل به معنی مصرف مقادیر کافی از تمام ۵ گروه مواد غذایی است و تنوع یعنی مصرف انواع مواد تقریباً یکسان قرار دارند و می توان از یکی به جای دیگری استفاده کرد.

مواد غذایی غیر مجاز

- دم کرده های گیاهی (مانند چای نعناع یا گل گاوزبان) گاهی اثرات جانبی مانند حالت تهوع و استفراغ دارند، لذا مصرف آن ها در دوران بارداری توصیه نمی شود.
- کلیه نوشیدنی های الکلی علاوه بر این که در دین اسلام حرام است باعث از بین رفتن اکسیژن شده و موجب رشد غیر طبیعی جنین و کاهش مهارت عقلانی و هوشی او و بروز سندروم الکلی جنین (Fetal Alcohol Syndrome) می شوند.
- شکلات علاوه بر اینکه مقادیر کمی کافئین دارد، حاوی تئوبرومید نیز هست که به کافئین شبیه است. بنابراین، مصرف شکلات باید محدود شود.
- استعمال دخانیات در دوران بارداری می تواند با تولد نوزاد کم وزن همراه باشد. به مادران باردار توصیه می شود 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 ارگانیسیم موجود د خاک است و عفونت آن از مصرف غذاهای حیوانی آلوده و سبزیجات خام ناشی می شود. شیر خام، غذاهای دریایی دودی، کالباس، گوشت کوبیده، پنیر های نرم و گوشت های پخته نشده 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 اضافی در طول بارداری جهت تامین نیاز متابولیک بارداری و رشد جنین مورد نیاز است. در این دوران متابولیسم تا ۱۵ درصد افزایش می یابد. انرژی مورد نیاز مادران باردار در سه ماهه اول بارداری، شبیه زنان غیر باردار است (حدود ۱۰ کیلو کالری اضافی در روز)، اما در طی سه ماهه دوم ۳۶۰-۳۴۰ کیلوکالری در روز، و در سه ماهه سوم ۱۱۲ کالری دیگر (علاوه بر ۳ ماهه دوم)، افزایش پیدا می کند. مصرف زیاد غذاهای پرکالری وزن مادر و جنین را افزایش می هد و کمبود انرژی دریافتی روزانه نیز موجب کاهش وزن و به حرکت در آوردن ذخایر چربی و تولید متعاقب کتون می گردد که احتمال دارد روی ضریب هوشی نوزاد اثر منفی بگذارد.

پروتئین

نیاز به پروتئین در بارداری جهت تامین سنتز بافت های مادر و جنین افزایش پیدا می کند ولی در زمینه مقدار این افزایش، اطمینان وجود ندارد. نیاز های پروتئین در بارداری افزایش پیدا می کند و حداکثر آن در سه ماهه سوم بارداری می باشد. مصرف روزانه پروتئین در سه ماه اول بارداری مشابه زنان غیر باردار است (۰/۶۶ گرم پروتئین به ازاء کیلوگرم وزن بدن) و در سه ماهه دوم بارداری افزایش می یابد. به 71 gr/kg/d افزایش پیدا می کند. بنابراین در سه ماهه اول بارداری روزانه ۸۰ گرم پروتئین مخلوط، در سه ماهه دوم روزانه ۱۰۰ گرم و در سه ماهه سوم روزانه ۱۲۰ گرم از منابع پروتئین گیاهی و حیوانی باید مصرف شود. بطور کلی لازم است نیمی از پروتئین از منابع گیاهی و حداقل نیمی از منابع پروتئین حیوانی مصرف شود.

کربوهیدرات

نقش اصلی کربوهیدرات ها تامین انرژی برای سلول های بدن به ویژه مغز و سیستم عصبی، گلبول های قرمز و سفید خون و مدولای کلیه است. در بارداری جنین از گلوکز به عنوان منبع اصلی انرژی استفاده می کند. انتقال گلوکز از مادر به جنین حدود $17-26 \text{ g/day}$ تخمین زده شده است. تا پایان بارداری همه این گلوکز توسط مغز جنین مصرف می شود. میزان نیاز به کربوهیدرات ها در بارداری (بر اساس RDA) حدود 175 g در روز است.

چربی

چربی منبع بزرگ انرژی برای بدن است و به جذب ویتامین های محلول در چربی و کاروتنوئیدها کمک می کند. در مغز در حال تکامل جنین و شیرخوار (طی ۲ سال اول زندگی) به مقدار زیادی DHA (دو کوزاهگزانوئید) یا ماده اولیه اسید چرب امگا ۳ (W3) تجمع می یابد. در زمان بارداری در صورت داشتن رژیم غذایی حاوی W3 نیازی به مصرف اضافه این اسید چرب به شکل مکمل نیست.

فیبر:

فیبر بخشی از میوه ها، سبزی ها و دانه های خوراکی به ویژه حبوبات و غلات می باشد که در بدن انسان هضم نمی شود. غذاهای پرفیبر به سیر شدن کمک می کنند و سبب می شوند غذا و خصوصا چربی کمتری مصرف شود. مصرف فیبر موجب حجیم شدن مدفوع و در نتیجه خروج راحت و سریع تر مدفوع شده و از بروز یبوست پیشگیری می کند. هم چنین احتمال بروز بیماری های روده مانند سرطان و بواسیر را کاهش می دهد. از سوی دیگر فیبرها موجب کاهش کلسترول خون می شوند و خطر ابتلاء به بیماری های قلبی- عروقی را کاهش می دهند.

زنان باردار بایستی به مصرف نان ها و غلات با دانه کامل، سبزیجات برگ سبز و زرد و میوه های تازه و خشک جهت تامین مواد معدنی، ویتامین ها و فیبر اضافی، تشویق گردند.

ویتامین ها

در بارداری برخی ویتامین ها از اهمیت خاصی برخوردارند. بعضی از این ویتامین ها از طریق رژیم غذایی قابل تامین است ولی در سایر موارد استفاده از یک مکمل ضروری است.

تیامین (ویتامین ب ۱)، ریبولوین (ویتامین ب ۲) و نیاسین

با توجه به افزایش انرژی مورد نیاز روزانه در دوران بارداری و شیردهی و نقش این سه ویتامین در سوخت و ساز کربوهیدرات ها نیاز به این ویتامین ها در این دوران افزایش می یابد. بنابراین مصرف منابع غذایی حاوی این ویتامین ها از جمله گوشت، تخم مرغ، شیر، غلات سوس دار و حبوبات توصیه می شود

پیریدوکسین (B6)

RDA ویتامین B6 در بارداری ۱/۹ میلی گرم در روز می باشد. 0.6mg/d اضافی تر از مقادیر توصیه شده برای زنان غیر باردار است که به دلیل تامین افزایش نیاز برای ساختن اسید های آمینه غیر ضروری و ساختن نیاسین از تریپتوفان می باشد، که وابسته به ویتامین های گروه B است.

ویتامین B12

با توجه به نقش این ویتامین در عملکرد سیستم عصبی، تقسیم سلولی و خون سازی نیاز به آن در دوران بارداری اندکی افزایش می یابد. مصرف مکمل ویتامین B12 خصوصا در مادران باردار گیاهخوار ضروری است. چون ویتامین ب ۱۲ در منابع غذایی گیاهی وجود ندارد و در صورتی که از منابع غذایی حیوانی مانند شیر و لبنیات و گوشت ها در برنامه غذایی استفاده نشود این ویتامین تامین نمی شود.

فولات (اسید فولیک)

نیاز به اسید فولیک در دوران بارداری به علت تولید بیشتر گلبول های قرمز خون و شکل گیری دستگاه عصبی جنین افزایش می یابد. لازم است علاوه بر توصیه به مصرف منابع غنی اسید فولیک، مکمل آن نیز طبق دستور العمل کشوری به میزان ۴۰۰ میکرو گرم در روز برای

خانم های باردار تجویز شود. مصرف به موقع و کافی این ویتامین از ایجاد ضایعات عصبی خصوصا نقص مادر زادی لوله عصبی¹ NTD پیشگیری می کند.

برای پیشگیری از نقائص مادرزادی لوله عصبی ، مکمل اسید فولیک از سه ماه قبل از بارداری تا یک ماه پس از زایمان باید مصرف شود. لوله عصبی در ۲۸ تا ۳۰ روز اول بارداری بسته می شود (قبل از اینکه اکثر زنان بدانند که باردار هستند) بنابراین مکمل یاری با اسید فولیک بایستی پیش از بارداری شروع شود.

در حال حاضر در کشور ما برنامه غنی سازی آرد با آهن و اسید فولیک اجرا می شود. مصرف نان های غنی شده همراه با مصرف مکمل اسید فولیک در ماه اول بارداری شیوع NTD را بطور قابل ملاحظه ای کاهش می دهد.

زنانی که سیکاری هستند و یا از مواد مخدر استفاده می کنند و همچنین زنانی که از ضد بارداری های خوراکی و داروهای ضد تشنج (مثل فنی توئین) استفاده می کنند و افرادی که مبتلا به سندروم های سوء جذب هستند در معرض خطر کمبود اسید فولیک قرار دارند.

ویتامین A

RDA ویتامین A برای زنان باردار و غیر باردار ۷۷۰ میکروگرم از معادل های تینول ها یا ۲۵۶۴ واحد بین المللی (IU) است. ذخایر مادری به آسانی میزان افزایش مورد نیاز جنین را تامین می کند. غلظت ویتامین A در خون بند ناف انسان با وزن، دورسر، قد هنگام تولد و طول دوره ی بارداری رابطه دارد. استفاده از دوزهای زیاد ویتامین A مثلا دریافت غیر عمدی بیشتر از ۳۰۰۰۰ واحد بین المللی می تواند خطر ناک باشد. جگر حاوی مقادیر زیادی ویتامین A است و در بارداری نباید مصرف شود.

ویتامین D

نیاز به ویتامین D در دوران بارداری و شیردهی مشابه قبل از بارداری است. این ویتامین به جذب کلسیم و فسفر از دستگاه گوارش کمک می کند. بر اساس اطلاعات مشهود نقش های دیگری را برای ویتامین D، شامل افزایش عملکرد ایمنی و تکامل مغز جنین مطرح شده است.

استفاده از نور مستقیم خورشید بهترین منبع برای تولید ویتامین D در بدن است.

بنابراین به خانم باردار و شیرده توصیه کنید روزانه حداقل به مدت ۱۰ دقیقه دست به صورت خود را در معرض نور مستقیم خورشید قرار دهد.

¹.Neural Tube Defect

به علاوه مصرف منابع غذایی غنی از این ویتامین از جمله زرده تخم مرغ نیز توصیه می شود. استفاده از کرم های ضد آفتاب مانع جذب نور خورشید و تولید ویتامین D در بدن می شوند.

املاح معدنی

املاح دسته بزرگی از ریزمغذی ها را تشکیل می دهند. این مواد به دو دسته تقسیم می شوند: املاح عمده مانند کلسیم و املاح جزئی مانند آهن که در مقادیر بسیار کم در روز مورد نیاز هستند. به طور کلی قابلیت جذب املاح از مواد غذایی حیوانی بیشتر از مواد غذایی گیاهی است.

کلسیم

کلسیم از فراوانترین املاح معدنی در بدن است. ۹۹٪ کلسیم در استخوان و دندان وجود دارد. ۱٪ بقیه کلسیم در خون و مایعات خارج سلولی و در داخل سلول های بافت ها وجود دارد که سبب تنظیم بسیاری از عملکرد های متابولیکی مهم می گردد. تقریباً ۳۰ گرم کلسیم در طول بارداری ذخیره می شود. که ۲۵ گرم آن در اسکلت جنین و باقی آن در اسکلت مادر تجمع می یابد تا احتمالاً به عنوان منبع تامین نیاز کلسیم دوران شیر دهی استفاده شود. بیشترین ذخیره جنینی در سه ماهه آخر بارداری اتفاق می افتد.

آهن

وجود آهن برای تولید گلبول های قرمز خون، افزایش هموگلوبین، رشد و نمو و تامین ذخایر کبدی جنین ضروری است. بنابراین نیاز به آهن در دوران بارداری تا حد دو برابر افزایش می یابد و در دوران شیردهی به حد نیاز قبل از بارداری می رسد.

بندرت اتفاق می افتد که زنان با ذخایر کافی آهن جهت تامین نیاز های بارداری وارد مرحله بارداری گردند، بنابراین مصرف مکمل آهن علاوه بر منابع غذایی غنی از آهن توصیه می شود. نیاز به آهن در مادران باردار گیاهخوار حدود ۱/۸ برابر سایر مادران باردار است.

آهن غذایی از دو منبع غذایی گیاهی (غیرهم) و حیوانی (هم) تامین می شود. آهن موجود در غذاهای حیوانی ۴۰٪ به صورت هم و ۶۰٪ به صورت غیر هم است و در غذاهای گیاهی ۱۰۰٪ به صورت غیر هم است.

جذب آهن از منابع غذایی حیوانی (هم) هم تنها کمی تاثیر غذا و ترشحات دستگاه گوارش قرار می گیرد. و ممکن است تا ۲۵٪ هم جذب شود. در حالیکه جذب آهن از منابع غذایی گیاهی (غیر هم) غیر هم تحت تاثیر مواد غذایی است و جذب آن حدود ۵٪ است. به طور کلی در بارداری و شیردهی جذب آهن افزایش می یابد.

به طور ایده آل مکمل آهن بایستی بین وعده های غذایی مصرف شود و با شیر، چای یا قهوه نیز استفاده نشود چون این مواد با جذب آهن تداخل می کنند.

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 می یابد به طوری که کمبود ید در دوران بارداری منجر به عقب ماندگی ذهنی، هیپوتیروئیدی و گواتر و در شکل شدید آن کرتینیسم در نوزاد می گردد.

نیاز به مصرف منابع غنی از ید (مانند انواع ماهی) در دوران شیردهی بیش از دوران بارداری می باشد. مصرف زیاد ید در دوران بارداری منجر به بروز گواتر و هیپوتیروئیدی در نوزاد می شود. منابع غایی حاوی ید بسیار محدود است و بطور کلی در صورتی که آب و خاک در یک منطقه فاقد ید باشد، محصولات غذایی نیز در آن منطقه از نظر میزان ید فقیر هستند. تنها راه برای تامین ید مورد نیاز بدن، استفاده از نمک ید دار تصفیه شده است. بطور کلی در دوران بارداری نمک باید کم مصرف شود ولی همان مقدار کم، حتما از نوع نمک یددار تصفیه شده باشد.

روی

روی به طور عمده به صورت یون داخل سلولی در ارتباط با بیش از ۳۰۰ آنزیم مختلف عمل می کند. کمبود روی در رژیم غذایی به حرکت موثر روی ذخیره شده در اسکلت مادر منتج نمی شود، بنابراین در صورت به خطر افتادن روی، به سرعت پیشرفت میکند. کمبود روی منجر به ناهنجاری های مادرزادی، رشد غیر طبیعی مغز در جنین و رفتار غیر طبیعی در نوزاد میگردد. سطح پایین روی همچنین اثرات سوء بر وضعیت ویتامین A دارد. زنان با غلظت پایین روی ۲/۵ برابر در معرض خطر بیشتری برای تولد نوزاد با وزن کمتر از ۲۰۰۰ گرم بوده و زنان زیر ۱۹ سال حتی در معرض خطر بالاتر میباشند.



جگر، غلات دانه کامل، لوبیاهای خشک و مغزه و شیر و لبنیات از منابع خوب روی هستند. قابل دسترس ترین شکل روی در گوشت حیوانات به خصوص گوشت قرمز و ماکیان وجود دارد. به طور کلی دریافت روی بستگی به مصرف منابع غذایی پروتئینی دارد. نیاز به روی در زنان بارداری که از رژیم غذایی گیاهخواری پیروی می کنند تا گیاهخواران نیز تا ۵۰٪ افزایش می یابد.

حسین فلاح، کارشناس ارشد دفتر بهبود تغذیه جامعه

معاونت بهداشت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی