



## نقش و اهمیت تغذیه در دوران بارداری

### 1- سیده الهام حسینی المدنی 2- افسانه قرانت 3- سارا خضرپور\*

1. دانشجوی کارشناسی رشته مامایی، دانشگاه ازاد واحد استهبان، استهبان
2. دانشجوی کارشناسی رشته مامایی، دانشگاه ازاد واحد استهبان، استهبان
3. \*دانشجوی کارشناسی رشته مامایی، دانشگاه ازاد واحد استهبان، استهبان

## چکیده

دوران بارداری یکی از حساس‌ترین دوره‌های زندگی هر مادری است. در این مدت، مادر به مدت ۹ ماه نوزاد را در شکم خود نگه می‌دارد و رشد و نمو او به وسیله تغذیه مادر تامین می‌شود. به همین دلیل، تغذیه مادر در دوران بارداری از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. موارد مغذی مفید می‌توانند رشد نوزاد را بهبود ببخشند، در حالی که مصرف مواد مضر می‌تواند تأثیرات منفی بر رشد و سلامت نوزاد بگذارد و در مواردی حتی به سقط جنین یا کاهش رشد نوزاد منجر شود. این مقاله به بررسی نقش و اهمیت تغذیه در دوران بارداری، مواد مفید و مضر و مشکلات احتمالی ناشی از تغذیه نامناسب می‌پردازد.

کلمات کلیدی: بارداری، تغذیه، بیماری، مواد مضر و مفید

## مقدمه

دوران بارداری یکی از مهمترین مراحل زندگی یک زن به شمار می رود. این دوره، اگرچه برای بسیاری از زنان دوره ای مسرت بخش است، اما اغلب با استرس های زیاد و تغییرات فیزیولوژیکی و روانی همراه است (Mckee MD.2001). به همین دلیل، تغییرات زیادی در ابعاد مختلف سلامت جسمی، روحی، اجتماعی و در مجموع در کیفیت زندگی زنان باردار در سنین مختلف حاملگی رخ می دهد (Mirmohammadali M.2007). این تغییرات می توانند تأثیرات قابل ملاحظه ای بر فعالیت های روزانه زنان باردار داشته باشند (Attard CL.2002). بارداری به عنوان دوره ای ویژه در زندگی مادران، با افزایش نیازهای تغذیه ای همراه است. داشتن یک بارداری طبیعی و دستیابی به نتایج موفقیت آمیز، مستلزم دریافت کافی مواد غذایی است (Verbeke w.2007).

تغذیه صحیح از ارکان اصلی زندگی سالم به شمار می رود و در برخی از دوران های زندگی از اهمیت بیشتری برخوردار است؛ که یکی از این دوران ها، دوران بارداری و شیردهی است. با توجه به وضعیت فیزیولوژیک سن بارداری یا شیردهی، میزان فعالیت و خصوصیات ویژه فردی، بر خورداری از یک تغذیه مناسب برای مادر باردار و شیرده امری کاملاً ضروری است. نقش تغذیه مناسب در پیشگیری از عوارض و بیماری های مختلف در این دوران و ارتقای سلامتی مادران باردار و شیرده نیز به خوبی 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 موثر برای پیشگیری از تولد نوزاد کم وزن می باشد. شناسایی زود هنگام مادران در معرض سوء تغذیه اقدامی موثر در پیشگیری و کنترل عوارض ناشی از آن می باشد (بخشده 1392). فردی که در دوران جنینی به قدر کافی از مواد مغذی بهره برده سالم تر از فردی است که در این دوران شرایط تغذیه مناسبی نداشته است همچنین مادری که نیازهای غذایی به طور متعادل تأمین شده است آمادگی بیشتری برای زایمان و شیردهی و توان بیشتری برای مراقبت از نوزاد دارد افزایش وزن در این دوران از الگوی خاصی پیروی می کند. این الگو بر اساس نمایه توده بدنی قبل از بارداری مادر تعیین می شود (انصاری فر و همکاران 1397). رشد و نمو را می توان تابعی از رژیم غذایی مادر به ویژه در دوران بارداری و قبل از بارداری دانست لذا وزن گیری مناسب در طول دوران بارداری بر وزن و سلامت کودک در هنگام تولد موثر بوده و نتایج بارداری تا حدودی به وضعیت تغذیه زن قبل از بارداری بستگی دارد یکی از عوامل تعیین کننده مهم در مرگ و میر و بیماری نوزادان وزن هنگام تولد آنهاست. افزایش وزن مادر در بارداری از شاخص های معتبر کنترل وضعیت تغذیه است تغذیه کافی و صحیح علاوه بر تأمین رشد کافی و ایجاد ذخایر در جنین باعث تشکیل ذخایر معدنی در بدن مادر می شود. ایجاد این ذخایر در بدن مادر یکی از شرایط توفیق در شیردهی در شش ماهه اول است (عجم زبید 1397).

## نقش و اهمیت مواد غذایی و تقسیم بندی مواد غذایی

با توجه به عوامل خطرزا در دوران بارداری لازم است خانم ها قبل از باردار شدن برای حصول اطمینان از سلامت و آمادگی کامل جسمانی و مشاوره به مراکز بهداشتی درمانی مراجعه نمایند. هدف عمده از این مراقبت ها شناسایی خانم های باردار مبتلا به سوء تغذیه (لاغر، دارای اضافه وزن یا چاق) و رفع مشکل تغذیه ای و رساندن آنان به محدوده BMI طبیعی و آماده کردن خانم ها برای داشتن یک بارداری ایمن و بدون خطر است.

به کلیه خانم ها قبل از بارداری باید نکات زیر یادآوری شود تا از یک بارداری ایمن برخوردار گردند:

برنامه غذایی مناسب داشته باشند (رعایت اصل تنوع و تعادل، یعنی در روز به مقدار کافی از انواع مواد غذایی در گروه های اصلی استفاده نمایند). بارداری قبل از سن 18 و بالاتر از 35 سالگی ممکن است به علت کمی ذخایر بدن مخاطره آمیز باشد خصوصاً بارداری در سنین پایین مادر را با مشکل تأمین مواد مغذی برای رشد جنین و تأمین سلامت خود مادر مواجه می کند و نتیجه آن تولد نوزاد کوچک با احتمال بالای آنومالی های فیزیکی و اختلالات شناختی خواهد بود. در صورت ابتلاء به بیماری های گوارشی زمینه ای، قبل از بارداری با متخصص داخلی مشورت نمایند.

خانم های باردار و شیرده هم باید مانند سایر افراد خانواده هر روز از 4 گروه غذایی اصلی استفاده کنند. آنچه که در تغذیه خانم باردار اهمیت دارد رعایت تنوع و تعادل در مصرف مواد غذایی می باشد (بخشده و همکاران 1391).

تعادل به معنی مصرف مقادیر کافی از مواد غذایی است و تنوع یعنی مصرف انواع مواد غذایی که در گروه های غذایی قرار دارند. در هر گروه غذایی، مواد غذایی با ارزش غذایی تقریباً یکسان قرار دارند و می توان از یکی به جای دیگری استفاده کرد.

## الف - گروه های غذایی اصلی

### 1- گروه نان و غلات:

این گروه منبع عمده تامین انرژی مورد نیاز روزانه است و شامل انواع نان، برنج، ماکارونی، رشته، گندم، جو، ذرت و ... می باشد.

### 2- گروه میوه ها و سبزی ها:

این گروه منبع عمده تامین ویتامین ها به ویژه ویتامین های A و C و املاح معدنی و فیبر می باشد.

الف) میوه ها:

انواع میوه شامل سیب، انگور، گیلان، گلابی، طالبی، هندوانه، انواع مرکبات و ... است.

ب) سبزی ها:

شامل انواع سبزی های برگی، هویج، گوجه فرنگی، کدو، سیب زمینی، خیار، کلم، قارچ، شلغم، چغندر، انواع جوانه ها و ... می باشد.

### 3- گروه شیر و لبنیات:

این گروه منبع عمده تامین کلسیم، فسفر، پروتئین و ویتامین های A و B2 می باشد که برای رشد و استحکام دندان ها و استخوان ها ضروری است. مواد این گروه شامل شیر، ماست، پنیر، بستنی و کشک می باشد.

### 4- گروه گوشت، تخم مرغ، حبوبات و مغزها:

این گروه منبع عمده تامین پروتئین و املاحی نظیر آهن و روی است. مواد این گروه شامل انواع گوشت سفید و قرمز، ماهی، دل، جگر، تخم مرغ، عدس، حبوبات مثل نخود و لوبیا و مغزها مثل پسته، بادام، گردو و ... می باشد.

### ب\_ گروه متفرقه:

به غیر از گروه های غذایی اصلی، یک گروه متفرقه نیز وجود دارد که شامل انواع قندها و چربی ها مثل قند و شکر، شیرینی، روغن، کره، خامه، نمک، شکلات، سس مایونز، انواع مرباها، نوشابه های گازدار، انواع ترشی ها و شور ها و ... می باشد. به طور کلی مصرف مواد این گروه در حداقل مقدار توصیه می شود (بخشنامه و همکاران 1391).

### پروتئین:

در دوران بارداری سوخت و ساز کل پروتئین بدن افزایش می یابد و مقداری از پروتئین صرف رشد و نمو جنین، تشکیل جفت، خون، مایع آمنیوتیک و حفظ بافت های بدن مادر در این دوران می شود. پروتئین مورد نیاز روزانه در دوران بارداری 15 گرم و در دوران شیردهی 20 گرم بیش تر از مقادیر توصیه شده برای زنان قبل از بارداری بر اساس مقدار توصیه شده روزانه (RDA) مواد مغذی می باشد. در چند قلو زایی، نیاز به پروتئین بیش تر از مقدار فوق خواهد بود.

### 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- day/g 26 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 2 سال اول زندگی) به مقدار زیادی DHA (دوکوزا هگزائونوئید اسید) یا ماده اولیه اسید چرب امگا 3 تجمع می یابد. در صورت داشتن رژیم غذایی حاوی امگا 3 و امگا 6 نیازی به مصرف اضافه این دو اسید چرب به شکل مکمل نیست (بخشنامه و همکاران 1391).

**مواد غذایی مضر در دوران بارداری:** این مواد شامل مواد غذایی است که اثر زیان بخش آن بر سلامت مادر و جنین ثابت شده است و مصرف آن در طی بارداری به صورت نسبی یا مطلق ممنوع است.

1. مصرف کم کافئین (قهوه و نوشابه های سیاه رنگ) و تئین (چای) خطرناک نیست؛ اما مصرف زیاد آن می تواند باعث تولد نوزاد کم وزن یا نوزاد با عوارض عصبی شود.
2. دم کرده های گیاهی (مانند چای نعنا یا گل گاوزبان) گاهی اثرات جانبی مانند 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 موجب رشد غیرطبیعی جنین و کاهش مهارت عقلانی و هوشی او و بروز سندروم الکلی جنین (Fetal Alcohol Syndrome) می شود.
3. شکلات علاوه بر این که مقادیر کمی کافئین دارد، حاوی تتوبرومید نیز هست که به کافئین شبیه است؛ بنابراین، مصرف شکلات باید محدود شود (عبداللهی و همکاران 1392).
4. دخانیات یکی از شایع ترین علل پیشگیری پیامدهای نامطلوب مادری\_نوزادی می باشد. از اثرات جانبی مصرف دخانیات و سیگار مادر در دوران بارداری بر ظرفیت تولید اسپرم فرزند پسر می توان نام برد (زارع ام البنین 1392).
5. 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 و حداقل مقدار در معرض دود سیگار نیز قرار نگیرند (عبداللهی و همکاران 1392).
6. عفونت با "لیستریا" یکی از عوامل شناخته شده سقط غیر عمدی و مننژیت جنین و نوزاد است. لیستریا یک ارگانیزم موجود در خاک است که با مصرف غذاهای حیوانی آلوده و سبزیجات خام وارد بدن شده و ایجاد عفونت می کند. شیرخام، غذاهای دریایی دودی، کالباس، کباب کوبیده که خوب پخته نشده است، پنیرهای نرم و گوشت های پخته نشده و غذاهای مانده در یخچال منابع احتمالی آلودگی هستند. محصولات آبیاری شده با فاضلاب بایستی قبل از مصرف با آب آشامیدنی شست و شو و ضد عفونی شوند (عبداللهی و همکاران 1392).
6. کمبود یون ها و مواد معدنی به خصوص در نوزادان نارس و کم وزن می تواند منشا بسیاری از مشکلات رفتاری و اجتماعی در بزرگسالی شود. کمبود آهن شایع ترین اختلال در رژیم غذایی زنان حامله است و نیاز به آهن در حاملگی ۲ برابر افزایش می یابد و این ماده در تکامل لوله عصبی و رشد مغزی جنین نقش مهمی را ایفا می کند (افضلی و همکاران 1395).

#### استعمال دخانیات:

استعمال دخانیات یکی از عوامل اصلی قابل پیشگیری مرگ و میر پری ناتال پیامدهای نامطلوب مادری\_نوزادی و همچنین ناباروری می باشد (عبداللهی و همکاران 1392). دود سیگار حاوی ترکیب پیچیده ای از نیکوتین، کوتینین، سیانید، تیوسیانات، مونواکسید کربن، کادمیوم، سرب و انواع هیدروکربن ها است. نیکوتین با آثار نامطلوبی بر تکامل مغز و ریه جنین همراه است. علاوه بر فتوتوکسیک بودن دخانیات، بسیاری از این مواد با آثار وازواکتیو خود سبب کاهش میزان اکسیژن می شوند. این احتمال وجود دارد که ویژگی های وازواکتیو دود سیگار بتوانند سبب ناهنجاری های مادرزادی مرتبط با اختلالات عروقی شوند. به عنوان مثال گزارش شده است که میزان شیوع توالی پولند که در اثر اختلال خون رسانی به یک سمت قفسه سینه جنین و بازوی همان سمت به وجود می آید، در فرزندان زنان سیگاری دو برابر افزایش پیدا می کند. استعمال دخانیات و تماس با دود سیگار به صورت شخص دوم با افزایش تقریباً یک و نیم برابری خطر شکاف های دهانی\_صورتی همراه بوده است. شایع ترین عارضه زایمانی ناشی از استعمال دخانیات کاهش وابسته به دوز رشد جنین است. نوزادان مادران سیگاری به طور متوسط ۲۰۰ گرم کم وزن تر از نوزادان مادران غیر سیگاری هستند. استعمال دخانیات خطر وزن کم هنگام تولد را دو برابر می کند و خطر محدودیت رشد جنین را ۲ الی ۳ برابر افزایش می دهد. سایر پیامدهای نامطلوب مرتبط با استعمال دخانیات شامل زایمان پره ترم، پارگی پره ترم پرده ها، پلاسنتا پرویا و دکولمان جفت هستند. حدود یک سوم موارد سندرم مرگ ناگهانی نوزاد به استعمال دخانیات نسبت داده شده اند. همچنین خطر چاقی و آسم دوران کودکی نیز افزایش پیدا می کند (کانینگهم و همکاران 2022).

#### کافئین:

مطالعات متعددی اثرات مصرف کافئین بر باروری و حاملگی را بررسی کرده اند. برخی از این مطالعات به ارتباط بین مصرف کافئین و باروری یا سقط جنین اشاره دارند. در این تحقیقات توصیه شده است که مصرف کافئین در دوران بارداری به کمتر از ۲۰۰ میلی گرم در روز محدود شود. دکتر ریوارد و همکارانش در سال ۱۹۹۳ گزارش دادند که سقط جنین نه تنها با میزان مصرف روزانه کافئین در دوران بارداری مرتبط است، بلکه با مصرف کافئین قبل از

بارداری نیز ارتباط دارد (Infante.1993). حدود نیمی از سقطهای خود به خودی به علت ناهنجاری های کروموزومی رخ می دهند (خزاعی و همکاران 1381). همچنین، نتایج نشان داده اند که دریافت کافئین می تواند باعث تغییرات آتروفیک در شبکه چشم نوزدان شود و کاهش تراکم سلول های لایه گانگلیونی، ضخامت شبکه و ضخامت لایه شبکه داخلی را به همراه داشته باشد. علاوه بر این، مطالعات نشان می دهند که کافئین اثرات زیانباری بر استخوان سازی دارد و عواملی مانند مدت زمان مصرف، دوز و زمان مصرف بر وقوع ناهنجاری های مختلف در جنین تاثیرگذار هستند (زارعی، 1396).

### سندروم الکل جنینی:

همانطور که قبلا در مواد غذایی مضر به این نکته اشاره شد، کلیه نوشیدنی های الکلی باعث رشد غیرطبیعی، کاهش مهارت عقلانی و هوشی و بروز سندروم الکل جنینی (FAS) در جنین می شود. الکل از جفت عبور می کند و در نوزادانی که مادران آن ها الکل زیادی در زمان بارداری شان مصرف می کنند این سندروم به وجود می آید. اختلالات طیف الکل جنینی (FASD) ها، شایع ترین علل قابل پیشگیری تأخیر تکاملی و ناتوانی ذهنی هستند (عبدالهی و همکاران 1392). سندروم الکل جنینی، دارای معیارهای اختصاصی است؛ این معیارها به شرح زیر هستند: اختلالات دستگاه عصبی مرکزی (CNS)، اختلال رشد قبل یا پس از تولد و الگوی مشخص از اختلالات خفیف (مینور) صورت، ناهنجاری های قلبی و کلیوی، مشکلات ارتوپدیک و اختلالات چشمها و گوشها؛ همچنین ارتباطی بین مصرف الکل در دوره حول و حوش لقاح با اوفالوسل و گاستروشیزی گزارش شده است (کانینگهم و همکاران 2022).

### معیارهای تشخیصی سندروم الکل جنینی \_تمام موارد ضرورت دارند:

- ۱) ویژگی های دیس مورفیک صورت (دو یا بیش از دو مورد ضرورت دارد)
  - الف) شکاف های پلکی کوتاه
  - ب) نازک بودن حاشیه ورمیلیون لب فوقانی
  - پ) فیلتروم صاف
- ۲) اختلال پره ناتال یا پست ناتال رشد (یا هر دو)، مساوی یا کمتر از صدک دهم
- ۳) غیرطبیعی بودن رشد، مورفوژن یا فیزیولوژی مغز (یک یا بیش از یک مورد ضرورت دارد)
  - الف) دور سر مساوی یا کمتر از صدک دهم
  - ب) اختلال ساختمانی مغز
  - پ) تشنج های راجعه غیر مرتبط با تب
- ۴) اختلال عصبی رفتاری (به صورت بیش از یک و نیم انحراف معیار پایین تر از میانگین تعریف می شود)
  - الف) کودک زیر ۳ سال: وقفه تکاملی
  - ب) کودک ۳ ساله و بزرگتر: اختلال شناختی همه جانبه، یا نقص شناختی حداقل در یک حوزه عصبی رفتاری، یا نقص رفتاری حداقل در یک حوزه (کانینگهم و همکاران 2022).

**قلبی:** نقایص دیواره دهلیزی یا بطنی، عروق بزرگ نابجا، نقایص مخروطی تنه ای قلب اسکلتی: سینوستوز رادیواولنار، نقایص قطعه بندی مهره ها، کنترکچر های مفصلی، اسکولیوز

**کلیوی:** کلیه های آپلاستیک یا هیپوپلاستیک، کلیه های دیس پلاستیک، کلیه نعل اسبی، دوپلیکاسیون حالب

**چشمها:** استرابیسم، پتوز، اختلالات عروق شبکه، هیپوپلازی عصب اپتیک

**گوشها:** کاهش شنوایی از نوع هدایتی یا عصبی حسی

عوامل ژنتیکی، وضعیت تغذیه ای، عوامل محیطی، بیماری های همزمان مادر و سن مادر، آسیب پذیری جنین را در برابر الکل تعدیل می کنند. با وجود این، اعتقاد بر این است که مصرف افراطی الکل با خطر بسیار بالای ناهنجاری های مادرزادی مرتبط با الکل همراه است و همچنین سبب افزایش خطر مرده زایی می شود.

هیچ مقداری از الکل را نمی توان در دوران حاملگی بی خطر دانست (کانینگهم و همکاران 2022).

پس خانم هایی که قصد بارداری دارند قبل از باردار شدن باید نوشیدن الکل را کنار بگذارند چون این کار تنها راه و روش پیشگیری قطعی از این سندروم می باشد.

آسم:

آسم شایع‌ترین بیماری التهابی مزمن راه‌های هوایی می‌باشد که بیش از 311 میلیون نفر در سراسر دنیا از این بیماری رنج می‌برند؛ و سالیانه 20 میلیون سال عمر از دست رفته توام با ناتوانی آسم به آن نسبت داده شده است. محیط پری ناتال از جمله رژیم غذایی مادران و نوزادان ممکن است در شیوع آن نقش داشته باشد. تحقیقات اخیر نشان می‌دهد که مصرف مکمل‌هایی چون ویتامین E و D و اسیدهای چرب اشباع‌نشده برای پیشگیری از آسم مؤثر است. مطالعات اپیدمیولوژیک نشان می‌دهد که مصرف امگا ۳ و ماهی توسط مادران در دوران بارداری و شیردهی خطر ابتلا به آسم را در نوزادان کاهش می‌دهد (مرادی محمودی آبادی 1393).

### نقایص لوله عصبی:

در دوران بارداری نیاز به فولیک اسید به دلیل شکل‌گیری دستگاه عصبی جنین و تولید بیش‌تر گلبول‌های قرمز خون (RBC) افزایش پیدا 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 تونین) استفاده می‌کنند و افرادی که مبتلا به سندروم‌های سوءعذب هستند، در معرض خطر کمبود اسید فولیک قرار دارند.

مصرف به موقع و کافی این ویتامین از ایجاد ضایعات عصبی خصوصاً نقص مادر زادی لوله عصبی (NTD) پیشگیری می‌کند (عبداللهی و همکاران 1392).

نقایص لوله عصبی شامل: میلو مننگوسل (اسپاینا بیفیدا)، آنانسفالی، دیس رافیس‌های نادر مهره‌ها و سفالوسل می‌باشد. برای پیشگیری از این نقایص مصرف مکمل فولیک‌اسید از سه ماه قبل از بارداری توصیه می‌شود؛ زیرا لوله عصبی به طور طبیعی قبل از این‌که اکثر زنان بدانند که باردار هستند در سن رویانی ۲۸\_۳۰ روز بسته می‌شود. در صورت عدم مصرف این مکمل در دوران حول و حوش حاملگی، میزان عود نقایص به ۳ تا ۵ درصد می‌رسد (کانینگهم و همکاران 2022).

در حال حاضر در کشور ما برنامه غنی‌سازی آرد با آهن و اسیدفولیک اجرا می‌شود. مصرف نان‌های غنی‌شده همراه با مصرف مکمل اسیدفولیک در ماه اول بارداری از بروز NTD به طور قابل ملاحظه‌ای پیشگیری می‌کند (عبداللهی و همکاران 1392).

### تغذیه نوزاد

از مسائل قابل توجه در رابطه با تغذیه نوزادان و شیرخواران، زمان‌بندی دفعات تغذیه با شیر مادر می‌باشد که تاثیر به سزایی در شاخص‌های رشد دارد. با توجه به پژوهش‌های به دست آمده فوایدی نظیر برآورده شدن نیازهای فیزیولوژیک، عدم یادگیری ارتباط بین گریه‌های طولانی و تغذیه، جلوگیری از احتقان سینه، افزایش تولید شیر بدون احتقان در بازه زمانی ۴۸ الی ۲۴ ساعت اول بعد از زایمان، لذت بخش بودن تغذیه برای نوزاد (به وجود آمدن ارتباط مناسب بین والد و کودک در آینده، بهبود یافتن رشد و تکامل نوزاد نارس در مبحث روش تغذیه بر پایه‌ی تقاضا برشمرده شده است. مصرف شیر مادر تاثیر ویژه‌ای بر سلامت نوزادان دارد و احتمال ابتلا به سوتغذیه، آلرژی‌ها و بیماری‌های عفونی دستگاه گوارش و سیستم تنفس را در شیرخواران کاهش می‌دهد. برای مقایسه تاثیر تغذیه براساس تقاضا و تغذیه مداوم با شیر مادر بر رشد نوزاد یک پژوهش بر روی نوزادان متولد شده در بیمارستان دکتر شبیه‌خوانی در کاشان در سال‌های ۱۳۷۶\_۱۳۷۵ (شمسی) انجام گرفت. این تحقیق با نمونه‌گیری مداوم به صورت نیمه‌تجربی انجام گرفته که با توجه به برآوردهای آماری تعداد نمونه‌ها ۸۵ نفر (۴۰ نفر تغذیه براساس تقاضا و ۴۵ نفر گروه تغذیه مکرر) تعیین شده است (تقریبی و همکاران 1380).

در این پژوهش ارزیابی کودک در اولین روز تولد در دو بررسی جداگانه در میان روز ۱۴ و ۲۸ تولد انجام گرفته است. به منظور دستیابی به نتایج دقیق و صحیح در روند این پژوهش اطلاعاتی در زمینه چگونگی پیگیری و ثبت زمانی تغذیه در اختیار مادران قرار گرفت. به این صورت علاوه بر آموزش و ارائه توضیحاتی در رابطه با علائم گرسنگی به مادران در گروه تغذیه براساس تقاضا توصیه شده است هر زمان که نوزاد به تشخیص مادر، گرسنه به نظر رسید او را تغذیه کند و همچنین به مادران گروه تغذیه مکرر پیشنهاد شده است که تغذیه کودک در فاصله‌های زمانی ۲ ساعت در طول روز (از ۶ صبح تا ۱۲ شب) و هر سه ساعت در طول شب (از ۱۲ تا ۶ صبح) انجام شود. مطالعه نشان دهنده‌ی افزایش وزن نوزاد در گروه تغذیه مکرر ۵۳/۶ درصد بیش‌تر از افزایش وزن نوزاد در گروه تغذیه براساس تقاضا می‌باشد. تغذیه در دوران بارداری تاثیرات زیادی بر روند بارداری دارد، به طوری که تغذیه ی نامناسب می‌تواند رشد و نمو جنین را تحت تاثیر قرار دهد (تقریبی و همکاران 1380).

## دیدگاه طب سنتی

از دیدگاه طب سنتی ایران رعایت اصول ضروری در سبک زندگی منجر به حفظ زندگی سالم و پیشگیری از بروز بیماری‌ها می‌شود. تغذیه از جمله مواردی است که نقش مهمی در سلامت افراد و به خصوص مادران در دوران بارداری دارد و در طب سنتی نیز توجه ویژه‌ای به آن شده است؛ که در ادامه به چند مورد از نکات تغذیه‌ای توصیه شده و منع شده می‌پردازیم: با توجه به این‌که نیاز مادر به مواد غذایی در دوران بارداری بیشتر از زمان‌های دیگر است، لازم است مادر غذای خود را در چند وعده و در هر وعده حجم کمتری را مصرف کند (می‌تواند به تدریج میزان غذای هر وعده را بیشتر کند) تا در هضم به مشکل برخورد و همچنین نیاز خود و جنینش را تامین کند (مکبری‌نژاد و همکاران 1393). برای مصارف سبزیجات و میوه‌جات مطلوب است از موارد زیر استفاده شود: انگور، گلابی، بادام، مویز، انار، ملس، کاسنی و کاهو. همچنین در این دوران از شیرینی و چربی زیاد باید پرهیز شود. از خوراکی‌هایی با دمای بسیار کم مانند بستنی، برف و آب یخ اجتناب شود. خوردن غذاهایی که موجب ایجاد قاعدگی می‌شوند مانند نخود، رازیانه، شنبلیله، کنجد، کرفس و... ممنوع می‌باشد. سرکه نیز در این دوران ممنوع است. گرسنگی و پرخوری بسیار آسیب‌زا می‌باشد. همچنین مطلوب است در یک وعده چند نوع ماده‌ی غذایی مختلف صرف نشود. مادران در این دوران حساس و مهم باید مقدار غذای خود را طوری تنظیم کنند (به میزان متوسط) که هضم آن در دستگاه گوارش به راحتی انجام گیرد. نکات و موارد ذکر شده در برخی زنان باردار در صورت رعایت اعتدال مشکلی را ایجاد نمی‌کند؛ اما در زنانی که سابقه‌ی سقط پیشین یا بارداری پرخطر تجربه کرده‌اند، این پرهیزات را به طور ویژه‌ای به انجام برسانند تا بتوانند این دوران را با سلامتی و آسودگی خاطر به پایان برسانند.

## نتیجه گیری

دوران بارداری یکی از حساس‌ترین و مهم‌ترین دوره‌ها برای هر مادر است. در این دوران، نوزاد ابتدا به صورت نطفه شکل می‌گیرد و با دریافت مواد مغذی به جنین تبدیل می‌شود. رشد و نمو نوزاد به تغذیه مادر وابسته است و غذایی که مادر مصرف می‌کند، مستقیماً به نوزاد منتقل می‌شود. بنابراین، تغذیه در دوران بارداری اهمیت فراوانی دارد و باید به گونه‌ای باشد که به نوزاد آسیبی نرساند. مواد غذایی می‌توانند هم برای رشد و نمو نوزاد مفید باشند و هم ممکن است به او آسیب برسانند. وزن مناسب قبل از بارداری و افزایش مناسب وزن در طول بارداری، با استفاده از تغذیه متعادل و کافی، دو راهکار موثر برای پیشگیری از تولد نوزاد کم وزن هستند. گروه‌های اصلی مواد غذایی شامل نان و غلات، میوه‌ها، شیر و لبنیات، گوشت و حبوبات، باید به طور منظم در برنامه غذایی مادر وجود داشته باشند تا مواد مغذی لازم به نوزاد برسد. مصرف بیش از حد کافئین می‌تواند باعث تولد نوزاد کم وزن یا نوزادی با مشکلات عصبی شود. همچنین، استفاده از دخانیات و مصرف زیاد دم کرده‌های گیاهی نیز باید محدود گردد. به طور کلی، مصرف مواد غذایی و نوشیدنی‌ها در دوران بارداری باید متعادل باشد و به ویژه از مصرف نوشیدنی‌های حاوی الکل و دخانیات باید کاملاً پرهیز شود. علاوه بر این، در زمینه تغذیه نوزادان و شیرخواران، زمان بندی مناسب دفعات شیردهی با شیر مادر تاثیر قابل توجهی بر شاخص‌های رشد آن‌ها دارد.



## منابع

1. بخشنده، مرضیه، راهنمای جامع تغذیه مادران باردار و شیرده، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، دفتر بهبود تغذیه جامعه، چاپ دوم، زمستان ۱۳۹۲
2. عجم زبید، توسلی، طاهره، اهمیت تغذیه در دوران بارداری، مجله بهروز، سال سی و چهارم، تابستان ۱۴۰۲
3. انصاری‌فر، طاهره، رمضان‌زاده، زهرا، دباغیان، مرضیه، امیرزاده، احمد، راستگو، افسانه، مراقبت‌های تغذیه‌ای در دوران بارداری و پیش از آن، بهروز، سال بیست و هشتم، بهار ۱۳۹۷
4. کاینکهم، لونو، دشی، هافمن، اسپانگ، کیسی، کتاب بارداری و زایمان ویلیامز، ویراست ۲۶\_ سال ۲۰۲۲ ترجمه دکتر بهرام قاضی جهانی و همکاران
5. عبداللّهی، زهرا، درستی، احمدرضا، فلاح، حسین، بخشنده، مرضیه، ترابی، پریرسا، رحمانی، خدیجه، والاقر، شهرزاد، پورآرام، حامد، مینایی، مینا، دخت‌عابدینی، مهران، ترکستانی، فرحناز، راهنمای جامع تغذیه مادران باردار و شیرده چاپ دوم، زمستان ۱۳۹۲
7. تقربی، زهرا، مهاجر، تانیا، سوکی، زهرا، شریفی، منیژه، مقایسه تاثیر تغذیه بر اساس تقاضا و تغذیه مکرر با شیر، فصل‌نامه علمی پژوهشی فیض، شماره ۱۷، بهار ۱۳۸۰
8. مکبری‌نژاد، روشنک و تن‌ساز، مژگان و بیوس، سودابه و جعفری دهکردی، عفت و اختری، الهام و یوسفی، صدیقه و روح‌اللّهی، منیرالسادات و تبرایی آرانی، ملیحه و ماهرزاده، سمیه و بعیری، نسرين، 1393، بارداری سالم از دیدگاه طب سنتی ایران و مقایسه اجمالی آن با طب نوین، <https://civilica.com/doc/1728332>
9. افصلی، سید محمد، مشکنازی، رسول، بهنام، مسموعی، بهنام، مروری بر تاثیر تغذیه بر سلامت سیستم عصبی نوزادان، سومین کنگره سلامت نوزادان ایران، آذرماه ۱۳۹۵
10. مرادی محمود آبادی، فرحناز، فرج خدا، تهمنه، نقش مصرف ماهی و امگا ۳ در دوران بارداری و شیر دهی خطر ابتلا به آسم نوزادی، چهارمین همایش سراسری راهکارهای ارتقا کیفیت خدمات پرستاری و مامایی، اسفند ۱۳۹۳
11. زارعی، لیلا، مولودی تپه، مونس، بررسی اثر مهارکنندگی کافئین در دوران بارداری بر روی مورفوزنر استخوان‌ها در جنین موش صحرایی، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان، دوره بیست و دوم، خرداد ۱۳۹۶
12. زارع، ام‌البین، استعمال دخانیات در بارداری، کنگره مرکز تحقیقات بهداشت باروری و ناباروری، سال ۱۳۹۲
13. مروتی، حسن، عیتی، لیلا، ادیب مرادی، مسعود، عنبر، حجت، تاثیر کافئین در دوران بارداری بر هیستولوژی، مورفومتری، فلورسنت بافتی و بیان ژن در شبکه چشم‌نوزاد موش بزرگ آزمایشگاهی، مجله سلول و بافت، شماره دو، تابستان ۱۳۹۷
14. مجله دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران (حیات) دوره 15، شماره 1388،
15. مرادی محمودآبادی، فرحناز، فرج خدا، تهمنه، نقش مصرف ماهی و امگا۳ در دوران بارداری و شیردهی کاهش خطر ابتلا به اسم نوزادی، چهارمین همایش سراسری راهکارهای ارتقا کیفیت خدمات پرستاری و مامایی، اسفند، ۱۳۹۳
16. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام و سال منهم شماره ۳۶ و ۳۷ پاییز و زمستان ۸۱
17. Mckee MD, Cunningham M, Jankowski KR, Zayas L. Health-related functional status in pregnancy: relationship to depression and social support in a multi-ethnic population. Obstet Gynecol. 2001Jun; 97(6): 988-93.

Mirmohammadali M, Khakbazan Z, Kazemnejad A, Abbaszadeh F. [Comparison of quality of life and depression among women with normal and high risk pregnancies]. "Hayat" Journal of Faculty of





6th International Conference on

Nursing , Midwifery and Care

Event Place: Tbilisi, Georgia

[www.nmconf.ir](http://www.nmconf.ir)

ششمین کنفرانس بین المللی

پرستاری، ماماای و مراقبت گرجستان



6th International Conference on Nursing , Midwifery and Care

مجلات معتبر بین المللی

گواهینامه بین المللی

Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences. 2007; 13(1): 35-42. (Persian)

Attard CL, Kohli MA, Coleman S, Bradley C, Hux M, Atanackovic G, Torrance GW. The burden of illness of severe nausea and vomiting of pregnancy in the United States. Am J Obstet Gynecol. 2002 May; 186(5 Suppl Understanding): S220-7

Verbeke W, De Bourdeaudhuij I. Dietary behaviour of pregnant versus non-pregnant women. Appetite. 2007 Jan;48(1):78-86.