

نکردن منابع غذایی آهن، سابقه خونریزی زیاد طی دوران قاعدگی (قبل از بارداری) و بارداری‌های مکرر خصوصاً با فاصله کم می‌باشد.

علت آنمی در دوران بارداری به ندرت می‌تواند کمبود فولیک اسید و یا کمبود ویتامین B12 (آنمی مگالوبلاستیک) باشد. در صورتی که علت آنمی، کمبود فولیک اسید تشخیص داده شود مصرف منابع غذایی غنی از این ویتامین (جدول پیوست انتهای کتاب) و عمل به توصیه‌های تغذیه‌ای ارائه شده در مبحث مکمل اسید فولیک را به مادران تأکید کنید.

اگر آنمی با تجویز مکمل آهن اصلاح نشد باید به متخصص ارجاع داده شود تا از نظر کمبود فولیک اسید و ویتامین B12 مورد بررسی قرار گیرد.

در درمان آنمی فقر آهن علاوه بر توصیه‌های تغذیه‌ای فوق باید بر مصرف روزانه و منظم مکمل آهن از خانم باردار سوال و بر مصرف آن تأکید کرد.

- در رابطه با درمان آنمی به برنامه‌های مراقبتی ادغام یافته سلامت مادران مراجعه کنید.

- در صورت وجود آنمی مگالوبلاستیک، باید خانم باردار جهت درمان تخصصی به متخصص ارجاع داده شود.

۲- پره اکلامپسی و اکلامپسی (افزایش فشارخون در اثر بارداری)

(Preeclampsia & Eclampsia)

پره اکلامپسی با افزایش فشارخون و پروتئینوری بعد از هفته بیستم بارداری واکثراً نزدیک به ترم تشخیص داده می‌شود. این حالت اغلب در اولین حاملگی‌ها و در سنین زیر ۲۰ یا بالای ۳۵ سال اتفاق می‌افتد.

اکلامپسی منجر به تشنج^۱ می‌شود. با تشخیص پره اکلامپسی معمولاً خانم باردار باید بستری شود. رژیم غذایی توصیه شده به این خانم‌ها شامل مصرف مقادیر دلخواه از منابع پروتئین (گوشت، تخم مرغ، حبوبات، شیر و لبنیات)، کالری (گروه غذایی نان و غلات) و مایعات می‌باشد. نباید برای این افراد در مصرف نمک محدودیت قائل شد. چاقی یکی از عوامل خطر ابتلاء به پره اکلامپسی می‌باشد.

- سابقه تولد نوزاد کم وزن
- چندقلویی
- حاملگی قبل از ۱۸ و بعد از ۳۵ سالگی
- حاملگی‌های مکرر خصوصا "با فاصله کم (کمتر از سه سال)
- ناآگاهی زنان از تغذیه صحیح در دوران بارداری
- در آمد ناکافی و وضعیت اقتصادی نامطلوب خانواده
- ابتلاء به بیماریهای مزمن نظیر بیماریهای قلبی، کلیوی، دیابت و فشارخون بالا
- ابتلاء به بیماریهای عفونی نظیر سل و مالاریا
- محروم بودن یا نداشتن دسترسی به خدمات و مراقبتهای دوران بارداری
- اعتیاد
- فعالیت بدنی سنگین و زیادمانند کارسخت درمزرعه یا ایستادن به مدت طولانی در محل کار یا منزل

● عوارض:

سوء تغذیه حاد و شدید دوران بارداری در خانم‌هایی که قبل از بارداری نیز از تغذیه مناسبی برخوردار نبوده‌اند خطر تولد نوزاد نارس و مرگ جنین را افزایش می‌دهد. سوء تغذیه شدید در اوایل بارداری سبب بروز نقایص جسمی و ذهنی در جنین و در اواخر بارداری عمدتاً سبب کاهش رشد جنین و تولد نوزاد کم وزن خواهد شد. سوء تغذیه چه خفیف و متوسط و چه شدید هم بر سلامت مادر و هم بر سلامت جنین موثر است. وزن گیری کمتر از حد مطلوب در بارداری سبب وزن گیری ناکافی جنین، کم وزنی نوزاد در زمان تولد (LBW) و افزایش احتمال مرگ جنین و در مادران باردار سبب افزایش خطر اکلامپسی و پره اکلامپسی، خونریزی و کم خونی مزمن پس از زایمان و عوارض طولانی مدت آن می‌گردد. خستگی، ضعف و عدم توانایی در شیر دهی و نگهداری نوزاد از دیگر عوارض وزن گیری ناکافی می‌باشد.

شکل دیگری از سوء تغذیه:

وزن گیری بیش از مقدار لازم در دوران بارداری (اضافه وزن و چاقی در مادر) نیز نوعی سوء تغذیه محسوب می‌شود که سبب طولانی شدن مدت بارداری، دیابت بارداری،

۳- سوء تغذیه (Malnutrition) با کاهش وزن گیری:

● علائم بالینی

علائم سوء تغذیه اعم از کمبود انرژی، انواع ریزمغذی‌ها (ویتامین‌ها و املاح) و درشت مغذی‌ها (پروتئین) بسته به نوع و شدت کمبود متفاوت است: وزن گیری ناکافی، کاهش چربی بدن، ضعف و خستگی، آتروفی عضلات، ابتلاء به عفونت‌های مکرر، ادم، تحمل نکردن سرما، تاخیر در بهبود زخم، زخم‌های پوستی و ریزش مو از علائم عمده سوء تغذیه هستند.

● راه‌های تشخیص

بهترین علامت سوء تغذیه در خانم‌های باردار وزن گیری نامناسب در طول دوران بارداری است. البته اندازه گیری چین پوستی عضله تری سپس (سه سر بازو) و محاسبه کالری رژیم غذایی روزانه نیز از سایر روش‌های غیر آزمایشگاهی تشخیص سوء تغذیه می‌باشد.

یک معاینه فیزیکی دقیق نیز می‌تواند علائم سوء تغذیه را مشخص کند. البته برخی از این علائم غیر اختصاصی هستند و تغییرات فیزیولوژیک بارداری ممکن است تفسیر یافته‌های بالینی را مغشوش کند. به عنوان مثال ادم اندام تحتانی اغلب زمانی که کمبود پروتئین انرژی وجود دارد رخ می‌دهد اما ممکن است یک یافته طبیعی در سه ماهه سوم بارداری نیز باشد. تفسیر یافته‌های بالینی با گرفتن شرح حال و سابقه بیماری در خانم باردار و در صورت لزوم درخواست برخی تست‌های آزمایشگاهی، ساده تر می‌شود. اندازه‌های آنتروپومتریکی اطلاعات سودمندی از وضعیت تغذیه خانم باردار در کوتاه مدت (مانند سوءتغذیه حاد) و دراز مدت (مانند سوء تغذیه مزمن) ارائه می‌دهد.

در بررسی وضعیت تغذیه خانم‌های باردار آزمایشاتی همچون CBC، پروتئین پلاسما (آلبومین و پره آلبومین)، آهن و فریتین سرم و ... می‌تواند کمک کننده باشد.

● علل سوء تغذیه مادران در دوران بارداری:

عوامل مستعد کننده زنان به سوء تغذیه در دوران بارداری عبارتند از:

- BMI کمتر از ۱۸/۵ قبل از بارداری

- کوتاهی قد (کمتر از ۱۵۰ سانتیمتر)

رعایت تنوع و تعادل در مصرف مواد غذایی:

- از هیپرگلیسمی و کتوز پیشگیری شود (با کنترل شدید قند خون و انسولین درمانی).
 - از وزن‌گیری مناسب آن‌ها اطمینان حاصل شود.
- به خانم‌های باردار مبتلا به دیابت توصیه کنید:
- ۱- حتماً غذا را در حجم کم و به دفعات بیشتر (۵ وعده در روز) میل کنند.
 - ۲- در هیچ وعده‌ای بیش از حد غذا نخورند.
 - ۳- در برنامه غذایی خود از همه گروه‌های غذایی به شکل متنوع و متعادل استفاده کنند.
 - ۴- مصرف غذاهای چرب و سرخ کرده را کاهش دهند.
 - ۵- مصرف نمک را کاهش دهند.
 - ۶- روزانه از مواد غذایی فیبردار مانند حبوبات، سبزی، میوه و نان‌های سبوس‌دار مانند سنگک که در کاهش قندخون موثر است استفاده کنند.
 - ۷- مصرف قندهای ساده (مانند قند، شکر، تنقلات شیرین و میوه‌های شیرین) را کاهش دهند.
- ۸- مواد غذایی با نمایه گلیسمی پایین (نان بربری، نان تافتون، سنگک، چغندر، لپه، عدسی، لوبیا قرمز، لوبیا چیتی و ماش) را جایگزین مواد غذایی با نمایه گلیسمی بالا (لواش ماشینی، باقلا بدون پوست، هویج، سیب زمینی و پوره سیب زمینی) نمایند.
- در خانم‌های باردار مبتلا به دیابت بارداری با BMI بالاتر از ۲۶ توصیه می‌شود در طول بارداری وزن‌گیری تا حدود ۹ کیلوگرم داشته باشند. علاوه بر توصیه‌های فوق، بر رعایت نکات ذیل تاکید شود:
- از مصرف میان وعده‌های متعدد خودداری کنند.
 - بعد از وعده‌های غذایی کمی پیاده روی داشته باشند.
 - کنترل قند خون را به طور مرتب و طبق نظر متخصص انجام دهند.

۵- دیابت آشکار یا از پیش شناخته شده (Overt Diabetes)

احتمال بروز عوارض دیابت در افراد باردار که دیابت شناخته شده دارند افزایش می‌یابد. این افراد باید قبل از بارداری با پزشک متخصص مشاوره نمایند. کنترل دیابت و مشاوره قبل از بارداری از اهمیت زیادی برخوردار است زیرا بسیاری از اختلالات مادرزادی جنین، ناشی از دیابت مادر و عوارض ناشی از اختلالات متابولیک مادر و اثرات آن بر روی

پره‌اکلامپسی، افزایش احتمال عوارض زمان زایمان، خونریزی بعد از زایمان، ماکروزومی جنین، دشوار شدن زایمان، افزایش احتمال سزارین، عفونت زخم، عفونت دستگاه ادراری، عفونت لگن، مرده‌زایی و بازنگشتن وزن مادر به میزان قبل از بارداری حتی با گذشت سالها از زمان زایمان می‌شود. به همین علت باید به کنترل وزن خانم باردار و جلوگیری از اضافه وزن او تاکید شود. با این حال تجویز رژیم لاغری برای مادران چاق در دوران بارداری توصیه نمی‌شود.

درمان:

گرفتن شرح حال کامل و اطلاع از وضعیت تغذیه خانم باردار در اولین ملاقات دوران بارداری ضروری می‌باشد. با توجه به علت سوء تغذیه و با هدف بهبود وضعیت تغذیه و تامین مواد مغذی و کالری لازم برای خانم باردار لازم است مداخله مناسب صورت گیرد. همه خانم‌های باردار مشکوک به سوء تغذیه به مراقبت‌های ویژه نیاز دارند. خانم‌های باردار را به مراجعه منظم و به موقع برای کنترل دقیق وزن و فشارخون، تغذیه کافی و مناسب، استراحت کافی و استفاده به موقع از مکملهای دارویی مانند قرص آهن، اسید فولیک و کپسول مولتی ویتامین (مینرال و یا ساده) تشویق کنید. همچنین توصیه‌های تغذیه‌ای مناسب برای خانم‌های باردار لاغر، دارای اضافه وزن و یا چاق در فصل سوم کتاب بسته به مورد به کار گرفته شود. در موارد چندقلویی رژیم غذایی غنی از پروتئین توصیه می‌شود.

۴- دیابت بارداری (Gestational Diabetes Mellitus):

دیابت بارداری یک اختلال نیمه دوم حاملگی است و عموماً بعد از ختم حاملگی برطرف می‌شود. در حالی که هیپرگلیسمی در تریمستر اول معمولاً به معنای دیابت آشکار است. از عوامل خطر آن سابقه مرده‌زایی، $BMI \geq 30$ ، سابقه تولد نوزاد با وزن بالاتر از ۴۰۰۰ گرم و سابقه خانوادگی دیابت می‌باشد. این دیابت مربوط به خانم‌های بارداری است که قبلاً هیچ سابقه‌ای از دیابت نداشته‌اند. در این اختلال احتمال تولد نوزاد نارس، ماکروزومی، اریترمی، هایپربیلی روبینمی، هایپوگلیسمی نوزاد، مرده‌زایی و افزایش فشار خون (پره‌اکلامپسی) افزایش می‌یابد. ساده‌ترین تست برای تشخیص دیابت حاملگی، GCT می‌باشد. برای خانم‌هایی که دیابت بارداری در آنها تشخیص داده شده است باید علاوه بر تاکید بر

رژیم درمانی تنها روش کنترل این بیماری است. مهمترین هدف رژیم درمانی در این بیماری قبل و در حین بارداری حفظ سطح فنیل آلانین خون در محدوده ۲ تا ۶ میلی گرم در دسی لیتر می باشد. به منظور حصول اطمینان از باقی ماندن سطح فنیل آلانین خون در محدوده طبیعی، ضروری است اندازه گیری میزان این اسید آمینه در خون به طور منظم انجام شود.

مبتلایان به این بیماری نمی توانند آزادانه مواد غذایی دلخواه خود را انتخاب کنند. استفاده از مواد غذایی حاوی مقادیر زیاد این اسید آمینه موجب محدودیت شدید دریافت سایر مواد غذایی و عدم تامین انرژی و مواد مغذی مورد نیاز می گردد. غذاهایی که حاوی پروتئین زیاد هستند فنیل آلانین بالایی نیز دارند مانند شیر و لبنیات، گوشت، مرغ، ماهی، تخم مرغ، باقلا، لوبیا، مغزها.

چند نکته مهم در تنظیم رژیم غذایی این افراد باید مد نظر قرار گیرد:

- در مادرانی که در رژیم غذایی خود سهل انگاری می کنند حداقل از ۳ ماه قبل از بارداری، باید محدودیت مصرف مواد غذایی حاوی فنیل آلانین در رژیم غذایی رعایت گردد.
- در مصرف مواد غذایی و داروهایی که در ترکیب آنها از فنیل آلانین یا آسپارتام استفاده شده است باید احتیاط کرد. آسپارتام یک دی پپتید حاوی فنیل آلانین است که به عنوان شیرین کننده مصنوعی در برخی از مواد غذایی یا داروها مورد استفاده قرار می گیرد. به طور مثال نوشابه های رژیمی اغلب حاوی شیرین کننده آسپارتام می باشند. هر قوطی از این نوشابه ها به حجم تقریبی ۳۳۰ میلی لیتر حاوی حدود ۱۰۵ میلی گرم فنیل آلانین است که این مقدار معادل ۲۵ تا ۵۰ درصد از کل میزان مجاز دریافت فنیل آلانین روزانه مبتلایان به PKU می باشد.
- در مادرانی که از غذاهای مخصوص رژیمی به مقدار مناسب استفاده نمی کنند (به دلیل در دسترس نبودن، گران بودن و ...) لازم است مصرف ویتامین‌ها خصوصا B12 و اسید فولیک به میزان کافی مورد تاکید قرار گیرد.
- تجویز انواع مکمل های ویتامین و املاح خصوصا روی، منگنز و نیاسین در این بیماران ضروری است.
- دریافت ناکافی انرژی و یا صدمه ناشی از بیماری و عفونت، به تجزیه پروتئین های بدن و در نتیجه رها شدن آمینو اسیدها از جمله فنیل آلانین در خون و افزایش سطح خونی آن منجر می شود.

جنین می‌باشد. تنظیم انسولین مورد نیاز این افراد نیاز به کنترل‌شدید و پی‌گیری سطح گلوکز در طول دوران بارداری دارد. رژیم غذایی این افراد باید با هدف وزن‌گیری مناسب تنظیم شود. در صورت امکان و دسترسی، ارجاع به مشاور تغذیه و رژیم درمانی صورت گیرد. توصیه‌های تغذیه‌ای در این مورد نیز مشابه توصیه‌های مربوط به دیابت حاملگی است.

۶- عفونتهای ادراری (Urinary Tract Infections)

عوامل متعددی که در ایجاد عفونتهای ادراری نقش دارند عبارتند از: قلیایی شدن ادرار (افزایش PH) و کاهش حرکات پرستالتیک مجاری ادراری برای پیشگیری از عفونتهای ادراری و یا عود مجدد آن توصیه می‌شود:

۱- از مصرف مواد غذایی محرک خودداری شود. این مواد عبارتند از:

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

۲- با اسیدی کردن ادرار می‌توان از ایجاد محیط مناسب برای رشد و تکثیر باکتری‌ها جلوگیری کرد. مواد غذایی زیر در اسیدی کردن ادرار موثرند:

انواع گوشت لحم (قرمز و سفید)، ماهی و تخم مرغ، پنیر، شکلات و غلاتی که کمتر قابل تخمیر هستند مانند: برنج و انواع نان.

۳- مجاری ادراری شستشو داده شود. برای این کار باید حداقل ۲ لیتر از مایعات در روز نوشیده شود. باید توجه داشت که از آبهای قلیایی استفاده نشود.

۷- فنیل کتونوری (PKU)

در این اختلال متابولیک ارثی، اسید آمینه فنیل آلانین به علت کمبود آنزیم فنیل آلانین هیدروکسیلاز، در خون تجمع می‌یابد. تجمع فنیل آلانین و متابولیت‌های آن در خون موجب اختلال رشد و عقب ماندگی ذهنی کودکان می‌شود. همچنین در صورتی که فنیل آلانین خون کمتر از ۶۰ میکرومول در لیتر باشد ممکن است منجر به تحلیل عضلات و رشد ناکافی جنین شود.

مقایسه مقدار فنیل آلانین چند ماده غذایی در ۱۰۰ گرم ماده خوراکی

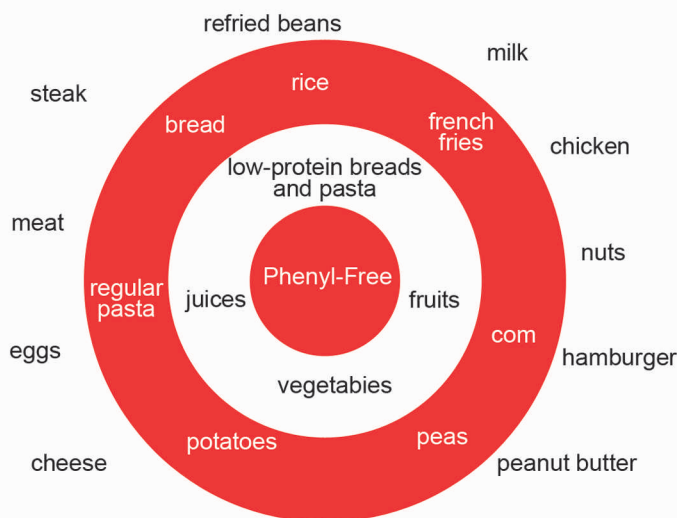
مقدار فنیل آلانین (mg)	ماده خوراکی	مقدار فنیل آلانین (mg)	ماده خوراکی
۵۰	پرتقال	۰	قند و شکر
۵۴	فلفل دلمه	۳	آب سیب
۶۵	کاهو	۱۴	خیار
۶۶	لوبیا سبز	۱۵	سیب
۷۷	گل کلم	۱۵	عسل
۸۶	سیب زمینی	۲۰	نشاسته ذرت *
۱۱۰	خامه (۳۰٪ چربی)	۲۰	نشاسته گندم *
۱۱۰	اسفناج	۲۰	مربا
۱۵۰	شیر گاو	۲۰	آب انگور
۲۳۰	ماست	۲۵	گلابی
۲۶۰	نخود سبز	۳۰	آلبالو
۲۵۰	برنج	۳۰	انگور
۴۵۰	نان سفید	۳۲	کلم
۴۹۰	گوشت گوسفند	۳۴	کره**
۶۷۰	ماهی	۳۵	هوئج
۶۸۰	ماکارونی	۳۵	پیاز
۷۵۰	تخم مرغ کامل	۴۰	گیلاس
۷۹۰	گوشت گوساله	۴۰	آب پرتقال
۸۵۰	مرغ	۴۵	زرد آلو

* استفاده از نشاسته ذرت و گندم به دلیل میزان بسیار کم فنیل آلانین برای تهیه انواع نان، رشته در سوپ و... توصیه می‌شود.

** سایر روغن‌ها فاقد فنیل آلانین هستند.

- به منظور اطمینان از رعایت رژیم غذایی، میزان فنیل آلانین خون ۲ بار در هفته کنترل شود زیرا میزان فنیل آلانین و سایر اسیدهای آمینه خون که در نتیجه متابولیسم فنیل آلانین به وجود می‌آیند (مانند تیروزین) بر اساس رژیم غذایی مادر در ماه‌های مختلف حاملگی و میزان اضافه وزن تغییر می‌کند.
 - میزان پروتئین مورد نیاز در این مادران از میزان توصیه شده (RDA) بیشتر است و این میزان پروتئین باید از مواد غذایی مخصوص^۱ که فاقد فنیل آلانین هستند تامین شود.
 - غذاهای مخصوص فاقد اسید آمینه فنیل آلانین از نظر ویتامین‌ها و املاح غنی سازی می‌شوند لذا در صورت استفاده از این نوع غذاها لازم است مصرف کپسول‌های ویتامینی خصوصا^۲ ویتامین‌های A و D قطع شود.
 - از آنجایی که مادران مبتلا به P.K.U در معرض خطر زایمان زودرس قرار دارند لازم است تحت نظارت دقیقتری قرار گیرند (حتی در زمانی که میزان فنیل آلانین خون در محدوده طبیعی قرار دارد).
- شمای صفحه بعد در انتخاب نوع مواد غذایی کمک کننده است. همچنین جدول مقایسه‌ای مقدار فنیل آلانین چند ماده غذایی در ۱۰۰ گرم ماده خوراکی نمایش داده شده است. در نهایت توصیه می‌شود برنامه غذایی این افراد تحت نظر مشاور رژیم درمانی به شکل دقیق تنظیم گردد.

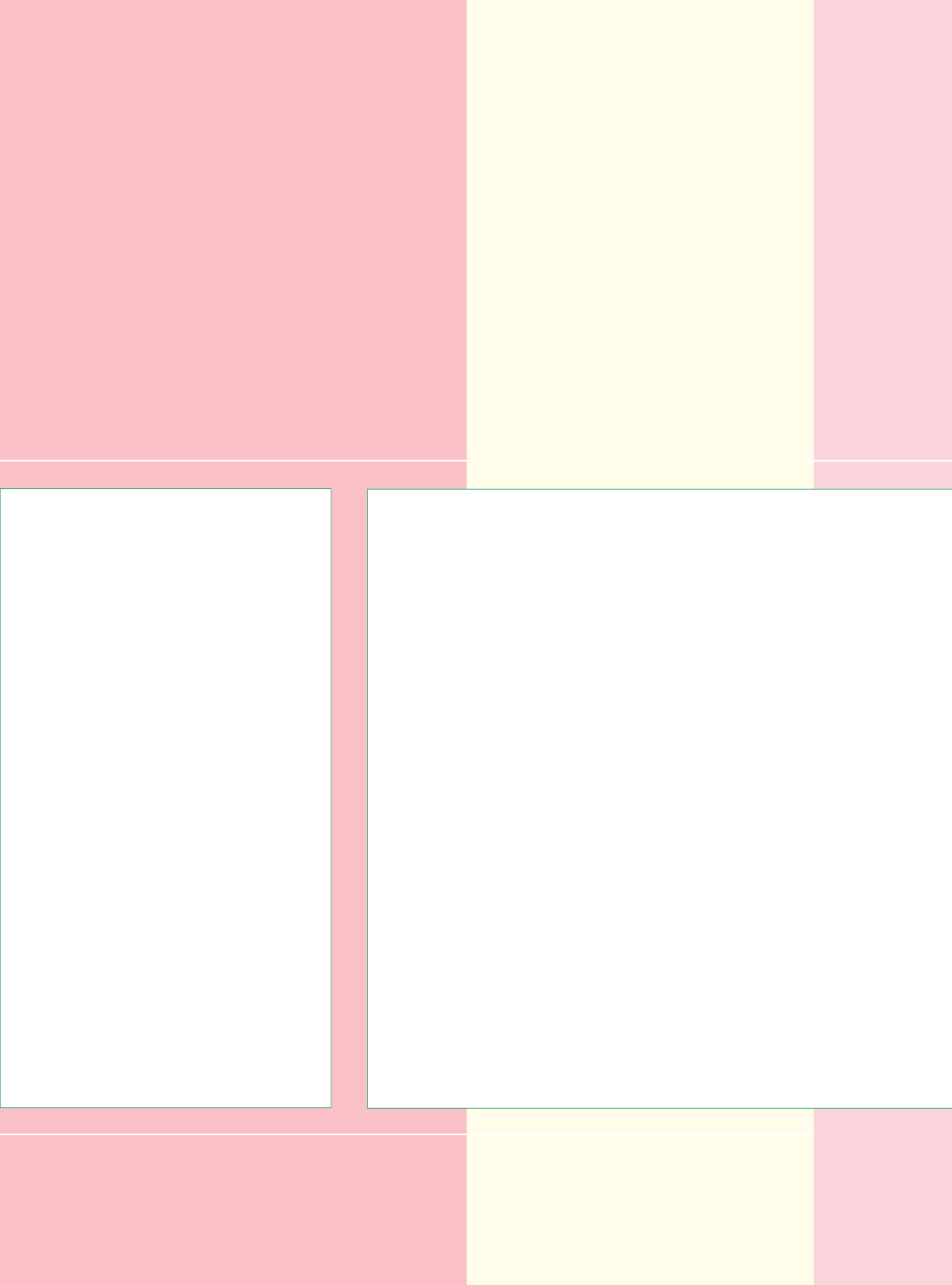
Target Your Food Choices



۱- برای دریافت آخرین اطلاعات در زمینه تهیه شیر و مواد غذایی مخصوص این بیماران توصیه می‌شود با انجمن PKU در تهران و کلینیک‌های مخصوص بیماران فنیل کتونوری در دانشگاه‌های علوم پزشکی ارتباط برقرار شود.

فصل پنجم

– تغذیه مادران شیرده



فصل پنجم

تغذیه مادران شیرده

مصرف مواد مغذی به مقدار لازم و کافی در دوران شیردهی، مادر را در تداوم شیردهی موفقیت آمیز خود کمک می کند. تغذیه مناسب مادر در این دوران برای حفظ بنیه، سلامت و اعتماد به نفس مادر و همچنین تامین نیازهای تغذیه ای نوزاد ضروری می باشد. توجه به تغذیه دوران شیردهی از جهت حفظ و نگهداری ذخایر بدن مادر نیز اهمیت زیادی دارد. از فواید شیردهی مادر می توان به نکات ذیل اشاره کرد:

۱- افزایش سطح ایمنی بدن شیرخوار در برابر ابتلا به انواع عفونتهای حاد تنفسی و اسهال و تامین انواع املاح و ویتامین ها به مقدار لازم و کافی (در صورت تغذیه مناسب مادر) برای شیرخوار.

۲- مصرف کالری در بدن مادر و بازگشت او به وزن قبل از بارداری
حجم شیر مادر رابطه مستقیمی با تکرر شیردهی دارد. تغذیه مکرر نوزاد با شیر مادر سبب می شود شیر بیشتری تولید شود. با شروع مصرف غذاهای کمکی و کاهش دفعات شیردهی، حجم شیر تولید شده نیز کاهش می یابد و بالطبع نیاز افزایش یافته مادر به مواد مغذی نیز تعدیل می شود.

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

توجهات تغذیه ای خاص در دوران شیردهی:

هرم غذایی و سهم های توصیه شده در هر گروه از مواد غذایی در دوران شیردهی مشابه دوران بارداری می باشد.

● نیاز مادر شیرده به کالری حدود ۵۰۰ کیلوکالری بیش از دوران قبل از بارداری است. برای تامین این مقدار کالری علاوه بر مواد غذایی مقوی (شامل انواع چربی ها و پروتئین، که

مواد مغذی لازم با مصرف مواد غذایی مناسب و کافی برای مادر تامین شود. کاهش وزن دوران شیردهی باید بیشتر متکی بر افزایش تحرک و انجام فعالیت های بدنی باشد تا کم خوری و محدود کردن رژیم غذایی. وزن گیری مناسب شیرخوار در طول دوران شیرخوارگی بخصوص ۶ ماه اول نشان دهنده کافی بودن مقدار شیر مادر می باشد و مادر با اطمینان از کافی بودن شیرخود می تواند کمتر از ۴۵۰ گرم در هفته کاهش وزن داشته باشد.

- 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 ۱۹/۸ می باشد مادران باید انرژی دریافتی روزانه خود را (تا ۷۵۰ کیلو کالری) افزایش دهند. در این خصوص استفاده از توصیه های تغذیه ای مناسب برای خانم های باردار لاغر (BMI کمتر از ۱۹/۸) در فصل سوم جهت بهبود وضعیت سلامت مادر شیرده و افزایش تولید شیر پیشنهاد می شود.

- مادر شیرده حتی اگر مبتلا به سوء تغذیه باشد می تواند شیر تولید کند اما باید توجه داشت که در چنین شرایطی ذخایر غذایی بدن مادر صرف تولید شیر می شود و در نتیجه مادر به دلیل تخلیه ذخایر بدنی خود و احساس ضعف، خستگی و بی حوصلگی 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 می اندازد و هم در مراقبت از کودک اختلال ایجاد می کند حائز اهمیت است.

پس از اتمام دوران شیردهی، نیازهای تغذیه ای مادر به وضعیت عادی باز می گردد. در صورت تغذیه نادرست و ناکافی در دوران شیردهی، مادر بیش از شیرخوار متضرر می شود و با عوارضی همچون پوکی استخوان، مشکلات دندانی، کم خونی و... مواجه خواهد شد.

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 بوده اند 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 می شود و شیرخوار از خوردن شیر امتناع می کند. در این مواقع لازم است مادر قبل از شیردادن، سینه خود را بشوید و اگر هنوز شیر خوار 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.

- لازم است در این دوران مصرف شود) از چربی‌های ذخیره‌شده در بدن مادر در دوران بارداری نیز استفاده می‌شود. دریافت کالری ناکافی سبب کاهش تولید شیر می‌شود.
- مادران شیرده جهت پیشگیری از کم‌آبی بدن باید به اندازه کافی (حدود ۱۰-۸ لیوان در روز) مایعات شامل شیر، دوغ، چای و آب میوه بنوشند و حتی مواد غذایی آب دار مانند انواع خورش‌های میوه، به عنوان مثال نوشیدن یک لیوان شیر، آب میوه یا آب در هر وعده غذا و هر نوبت شیردهی توصیه می‌شود. لازم به ذکر است تولید شیر مادر بستگی به مقدار مصرف مایعات ندارد به عبارت دیگر افزایش مصرف مایعات سبب افزایش تولید شیر نمی‌شود. از طرف دیگر، مصرف نوشابه‌های کافئین دار اعم از چای غلیظ، قهوه، کوکاکولا و باید کاهش یابد زیرا مصرف این مواد ممکن است سبب تحریک پذیری، بی‌اشتهایی و کم‌خوابی شیرخوار شود. همچنین از نوشیدن الکل باید خودداری کرد.
 - از نظر ویتامینها، غذای مادر شیرده باید حاوی مقادیر زیادی مواد مغذی باشد. مقدار ویتامین موجود در شیر مادر عمدتاً انعکاسی از مقدار ویتامین مصرفی مادر است.
 - از نظر املاح معدنی، برخی از این مواد مانند کلسیم، فسفر، آهن و روی بدون دخالت تغذیه مادر، از ذخایر بدن او در شیر وارد می‌شوند. اما مقدار برخی املاح همچون ید در شیر مادر ارتباط مستقیمی با تغذیه او دارد. توصیه می‌شود مادران شیرده همچون دوران بارداری از نمک یددار تصفیه شده به مقدار کافی 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 جهت پایدار ماندن ید در غذاها، نمک در انتهای پخت به غذا اضافه شود. بنابراین در هر حال تغذیه مناسب مادر شیرده جهت تامین انواع املاح ضروری مخصوصاً کلسیم، آهن و ید برای سلامتی مادر و شیرخوار ضروری است.
 - از نظر مکملها، لازم است مصرف قرص فرسولفات 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 تاثیر برخی مواد غذایی بر طعم شیر، در صورتی که شیر خوار 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 تاثیر نگذارد. لازم به ذکر است که شیردهی خود سبب کاهش تدریجی وزن مادر می‌شود، با این شرط که

پیوست‌ها
