

مدیریت چاقی در بارداری



بتول سلیمانی
واحد بهبود تغذیه جامعه

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



۱۳	مراجعه کننده در صورت لزوم ی‌راساس دستورعمل یه سطح ۲ ارجاع می شود و مشاهده و ارائه ی‌ازخورد ارجاعات دریافتی، همچنین مشاهده و نظارت ی‌ر ثیت ی‌ازخورد‌های دریافتی و اقدام لازم انجام می شود.	در یررسی ۴ پرونده نیازمند مراقبت ویژه: یررسی ارجاعیات در سامانه/ تکمیل ی‌ودن ته یرگ قرم ارجاع یررسی سامانه سب	۱						۴
۱۴	یر ارجاع و پیگیری مادران ی‌اردار یا تشخیص ، اختلال مصرف دخانیات، الککل و مواد نظارت دارد.	در یررسی پرونده (پیگیری) مادران ی‌اردار و تطابق یا لیست مادران ی‌اردار یا تشخیص یرزشک، نظارت یر موارد ارجاع و پیگیری بیماران انجام شده است (۴ امتیاز)، ۷۵ درصد موارد (۳ امتیاز) پنجاه درصد (۲ امتیاز) و کمتر از آن (۱ امتیاز)	۱						۴
۱۵	شناخت مشکلات و مداخلات تغذیه ای مادران ی‌اردار انجام می شود.	آگاهی از شاخص های مورد نظر و نظارت یر استخراج و یوشش مکمل یاری (۲ امتیاز) و نظارت یر ارتقای شاخص ها (۲ امتیاز) استاندارد: شناخت مشکلات، اجرای مداخله آموزشی، ارجاع، اطلاع از آمار مادران ی‌اردار یا مشکل وزن گیری نامناسب/ طراحی مداخلات یا مشارکت شورا و یا موارد مشابه	۱						۴
۱۶	انجام مراقبت های ی‌ارداری متناسب یا هفته ی‌ارداری	یررسی ۴ پرونده یا ذکر کد ملی	۲						۸
۱۷	انجام مراقبت کامل پس از زایمان	یررسی ۴ پرونده یا ذکر کد ملی	۲						۸
جمع امتیازات مادران: ۱۶۰									

نام و نام خانوادگی و امضاء پایش شونده:

نام و نام خانوادگی و امضاء پایش کننده:

ابزار پایش ماما- ماما مراقب در برنامه مادران در شهرستان های تابعه دانشگاه علوم پزشکی اصفهان- ۱۴۰۵

نام شبکه نام مرکز / پایگاه نام و نام خانوادگی پایشگر نام و نام خانوادگی پایش شونده تاریخ

ردیف	فرآیند (بررسی موارد ثبت شده در سامانه- ترجیحا موارد از مادران مراقبت ویژه انتخاب گردد)	مسیر پایش						امتیاز مطلوب	امتیاز مکتسبه
		نام و نام خانوادگی:							
		کد ملی:							
		هفته ختم بارداری:							
		بلای	خبر	بلای	خبر	بلای	خبر		
۱۴	پیگیری مادرانی که به موقع مراجعه نکرده اند.						۳		
۱۵	ارجاع موارد نیازمند ارجاع به کارشناس تغذیه بر اساس دستور عمل						۳		
۱۶	پیگیری مادرانی که به کارشناس تغذیه مراجعه نکرده اند.						۳		
۱۷	انجام کامل مراقبت پیش از بارداری						۳		



حیطه	ردیف	نوع فعالیت	توضیح موارد	امتیاز مطلوب	امتیاز مکتسبه
مهارت ارائه دهنده خدمت	۳۲	موجود بودن و تسلط بر استفاده از یوگلت مادران و یسته آموزشی و یسته جامع خدمات تغذیه و ینکارگیری آن		۲	
	۳۳	مهارت در کار یا سامانه سیب		۲	
	۳۴	توانایی اخذ گزارش از موارد ثبت شده		۲	
	۳۵	اطلاع از تعداد و وضعیت مادران نیازمند مراقبت ویژه و داشتن لیست اسامی	تکمیل قایل اکسل ثبت مادران یاردار	۲	
	۳۶	توانایی انجام معاینه شکمی بر اساس سن حاملگی (مانورهای لئوپولد)		۱	
	۳۷	سمع صحیح و ثبت قلب جنین		۱	
	۳۸	اندازه گیری استاندارد فشارخون، وزن و قد		۲	
جمع:					۱۲
جمع کل:					۱۰۰



جدول راهنمای مراقبتها ی پیش از بارداری، باردار ی

مراقبت نوع مراقبت	پیش از بارداری	مراقبت ۱ هفته ۶ تا ۱۰	مراقبت ۲ هفته ۱۶ تا ۲۰	مراقبت ۳ هفته ۲۴ تا ۳۰	مراقبت ۵ و ۲ هفته ۳۱ تا ۳۴ هفته ۳۵ تا ۳۷	هفته ۳۸ تا ۴۰ (هر هفته یک مراقبت)
تشکیل پرونده و ارزیابی	- تشکیل پرونده، وضعیت فعلی، سابقه بارداری و زایمان قبلی، بیماری و ناهنجاری، رفتارهای پر خطر - غربالگری اولیه مصرف دخانیات، الکل و مواد	- تشکیل پرونده، وضعیت بارداری فعلی، بارداری و زایمان قبلی، بیماری و ناهنجاری، رفتارهای پر خطر - غربالگری اولیه مصرف دخانیات، الکل و مواد - ارزیابی تغذیه - مصرف مکمل های غذایی - علائم نیازمند مراقبت ویژه بارداری	- بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر - علائم نیازمند مراقبت ویژه بارداری - غربالگری اولیه مصرف دخانیات، الکل و مواد - رفتارهای پر خطر - مصرف مکمل های غذایی	- بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر - علائم نیازمند مراقبت ویژه بارداری - مصرف مکمل های غذایی	- بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر - علائم نیازمند مراقبت ویژه بارداری - مصرف مکمل های غذایی - رفتارهای پر خطر - غربالگری اولیه مصرف دخانیات، الکل و مواد (مراقبت ۴)	- بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر - علائم نیازمند مراقبت ویژه بارداری - مصرف مکمل های غذایی - رفتارهای پر خطر - غربالگری اولیه مصرف دخانیات، الکل و مواد
معاینه بالینی	- اندازه گیری قد و وزن و تعیین نمایه توده بدنی - علائم حیاتی - معاینه فیزیکی (چشم، دهان و دندان، تیروئید، قلب، ریه، پستان، اندام، لگن، رحم و ضمامن)	- اندازه گیری قد و وزن و تعیین نمایه توده بدنی - علائم حیاتی - معاینه فیزیکی (چشم، دهان و دندان، تیروئید، قلب، ریه، پستان، اندام)	- اندازه گیری وزن، علائم حیاتی - معاینه فیزیکی (چشم، پوست، اندام، دهان و دندان) - صدای قلب جنین - ارتفاع رحم	- اندازه گیری وزن، علائم حیاتی - معاینه فیزیکی (چشم، پوست، اندام، دهان و دندان) - صدای قلب جنین - ارتفاع رحم	- اندازه گیری وزن، علائم حیاتی - معاینه فیزیکی (چشم، پوست، اندام) - صدای قلب جنین - ارتفاع رحم	- اندازه گیری وزن، علائم حیاتی - معاینه فیزیکی (چشم، پوست، اندام) - صدای قلب جنین - ارتفاع رحم
آزمایش ها یا بررسی تکمیلی	CBC, TSH, HBsAg و FBS, پاپ اسمیر (در صورت نیاز)، تیترا آنتی بادی ضد سرخجه (در صورت نیاز) و HIV (در رفتارهای پرخطر)	CBC, BG, Rh, FBS, U/A, U/C, BUN, Crea, HIV, HBsAg, VDRL, نوبت اول کومبس غیر مستقیم (در مادر Rh منفی پس از اطلاع از مثبت بودن Rh همسر)، TSH در صورت نیاز، سونوگرافی بارداری	- سونوگرافی در هفته ۱۶ تا ۱۸ بارداری	CBC, U/A, U/C, نوبت دوم کومبس غیر مستقیم (در مادر Rh منفی با همسر Rh مثبت) OGTT برای افراد غیر دیابتیک در هفته ۲۴ تا ۲۸ بارداری	سونوگرافی در هفته ۳۱ تا ۳۴ بارداری، آزمایش HIV در افراد پر خطر رفتاری (در هفته ۳۱ تا ۳۴ بارداری)	-----



زمان مراقبت نوع مراقبت	پیش از بارداری	مراقبت ۱ هفته ۶ تا ۱۰	مراقبت ۲ هفته ۱۶ تا ۲۰	مراقبت ۳ هفته ۲۴ تا ۳۰	مراقبت ۴ و ۵ هفته ۳۱ تا ۳۴ هفته ۳۵ تا ۳۷	مراقبت ۶ تا ۸ هفته ۳۸ تا ۴۰ (هر هفته یک مراقبت)
آموزش و مشاوره	- بهداشت فردی، روان، جنسی، دهان و دندان - <u>تغذیه/ مکمل</u> های دارویی - عوارض مصرف دخانیات، الکل و مواد - تاریخ مراجعه بعدی	- بهداشت فردی، روان، جنسی، دهان و دندان - <u>تغذیه/ مکمل</u> های دارویی - <u>علائم نیازمند</u> مراقبت ویژه/ شکایت های شایع - تاریخ مراجعه بعدی	- بهداشت فردی، روان، دهان و دندان - <u>تغذیه/ مکمل</u> های دارویی - <u>علائم نیازمند</u> مراقبت ویژه/ شکایت های شایع - عوارض مصرف دخانیات، الکل و مواد - توصیه به شرکت در کلاس آمادگی زایمان - تاریخ مراجعه بعدی	- سلامت روان، جنسی - <u>تغذیه/ مکمل</u> های دارویی - <u>علائم نیازمند</u> ویژه بارداری - شکایت های شایع - شیردهی توصیه به شرکت در کلاس آمادگی زایمان - تاریخ مراجعه بعدی	- <u>علائم نیازمند</u> مراقبت ویژه بارداری - عوارض مصرف دخانیات، الکل و مواد - فواید زایمان طبیعی و ایمن، آمادگی و محل مناسب زایمان - اصول شیردهی - توصیه به شرکت در کلاس آمادگی زایمان - مراقبت نوزاد، <u>علائم</u> نیازمند مراقبت ویژه نوزادی - تاریخ مراجعه بعدی	- سلامت روان - <u>علائم نیازمند</u> مراقبت ویژه بارداری - شکایت های شایع - عوارض مصرف دخانیات، الکل و مواد - فواید زایمان طبیعی و ایمن، آمادگی و محل مناسب زایمان - اصول شیردهی - مراقبت از نوزاد، <u>علائم</u> نیازمند مراقبت ویژه نوزادی - تاریخ مراجعه بعدی
	مکمل های دارویی	اسید فولیک همراه با ید	اسید فولیک همراه با ید (از ابتدای بارداری تا پایان بارداری)، آهن و مولتی ویتامین مینرال (از شروع هفته ۱۶ بارداری تا پایان بارداری)، ویتامین د (از ابتدا تا پایان بارداری)			
	ایمن سازی (در صورت نیاز)	سرخچه، هیپاتیت، توأم	توأم (بهترین زمان ۲۷ تا ۳۶ بارداری)، آنفلوآنزا - ایمنوگلوبولین ضد دی از هفته ۲۸ تا ۳۴ بارداری (در صورت نیاز) هیپاتیت (در صورت نیاز)			

شماره : ۵/۶۳/۲۱۳۴
تاریخ : ۱۴۰۵/۰۳/۱۶
ساعت : ۱۳:۵۶
پیوست : دارد

بسم الله الرحمن الرحيم



شبکه بهداشت و درمان
شهرستان فلاورجان

مرکز خدمات جامع سلامت / پایگاه سلامت / خانه بهداشت

با سلام و احترام

به پیوست وضعیت مصرف مکمل ید فولیک در مادران باردار در سال ۱۴۰۴ به تفکیک واحدهای بهداشتی درمانی حضورتان ارسال می گردد. با توجه به اهمیت مصرف ید در پیشگیری از مشکلات تیروئید و افزایش دو برابری مشکل هیپوتیوئیدی نوزادی در شهرستان نسبت به سال ۱۴۰۳ لازم است در تجویز ، آموزش و ثبت این مکمل دقت بیشتری صورت گیرد.

دکتر سید امیر علی فاطمی طبائی
مدیر شبکه بهداشت و درمان فلاورجان

از طرف: دکتر زهرا اسکندری دوریاطی
معاون بهداشتی

رونوشت :

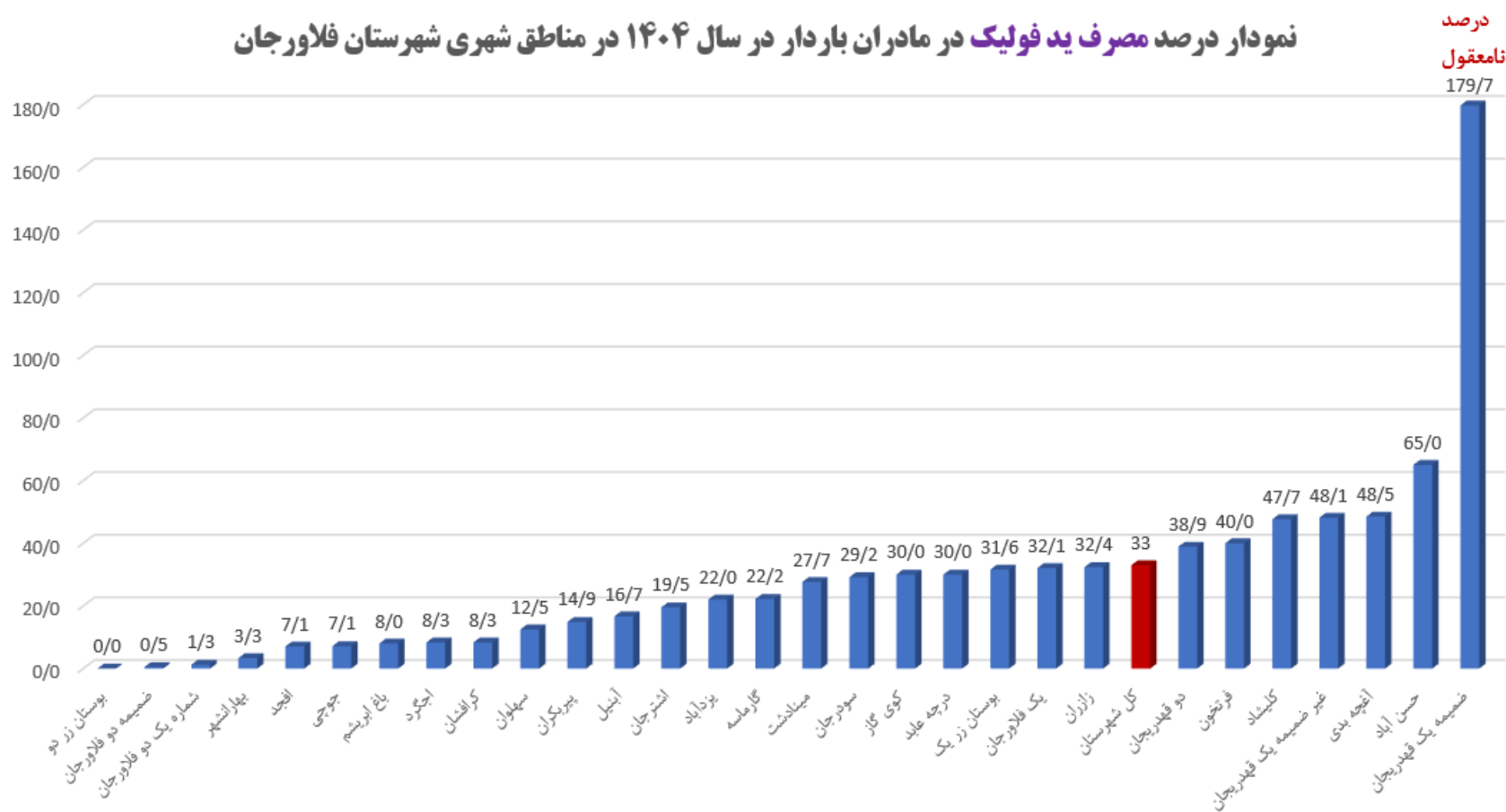
کارشناس محترم برنامه مادران سرکارخانم مستاجران
رئیس محترم گروه بیماریهای واگیر و غیر واگیر جناب آقای کریم زاده

فلاورجان ، خیابان طالقانی ، روبروی شهرداری ، شبکه بهداشت و درمان شهرستان فلاورجان
کد پستی : ۷۳۵۴۹-۸۴۵۱۶ ، تلفن : ۰۳۱-۳۷۴۲۱۱۰۱-۳ ، تلفکس : ۰۳۱-۳۷۴۲۲۷۲۷

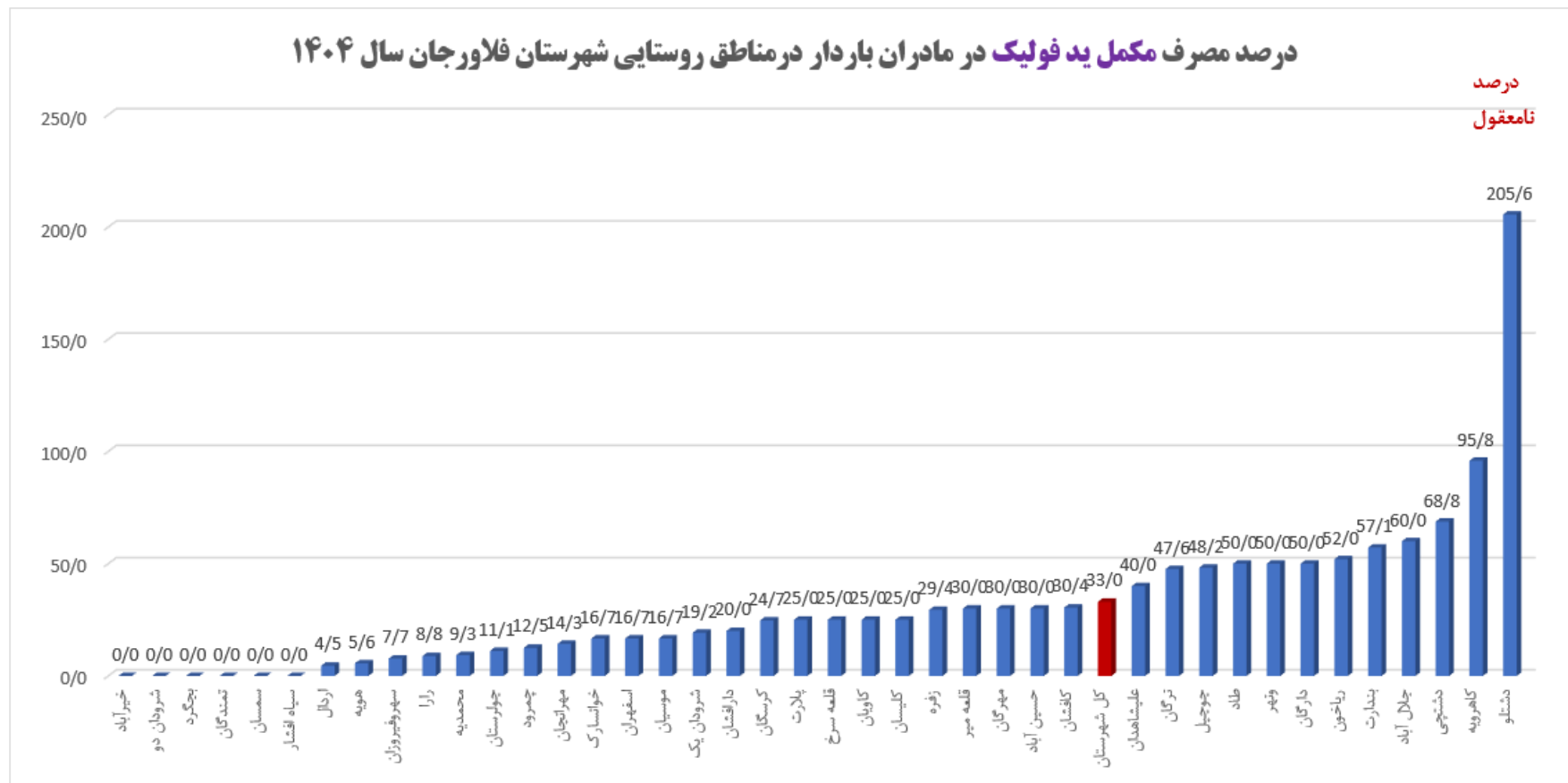
Email : falavarjan-health@mui.ac.ir Web : shf.mui.ac.ir

درصد مصرف مکمل ید فولیک در مادران باردار در سال ۱۴۰۴ در شهرستان فلاورجان

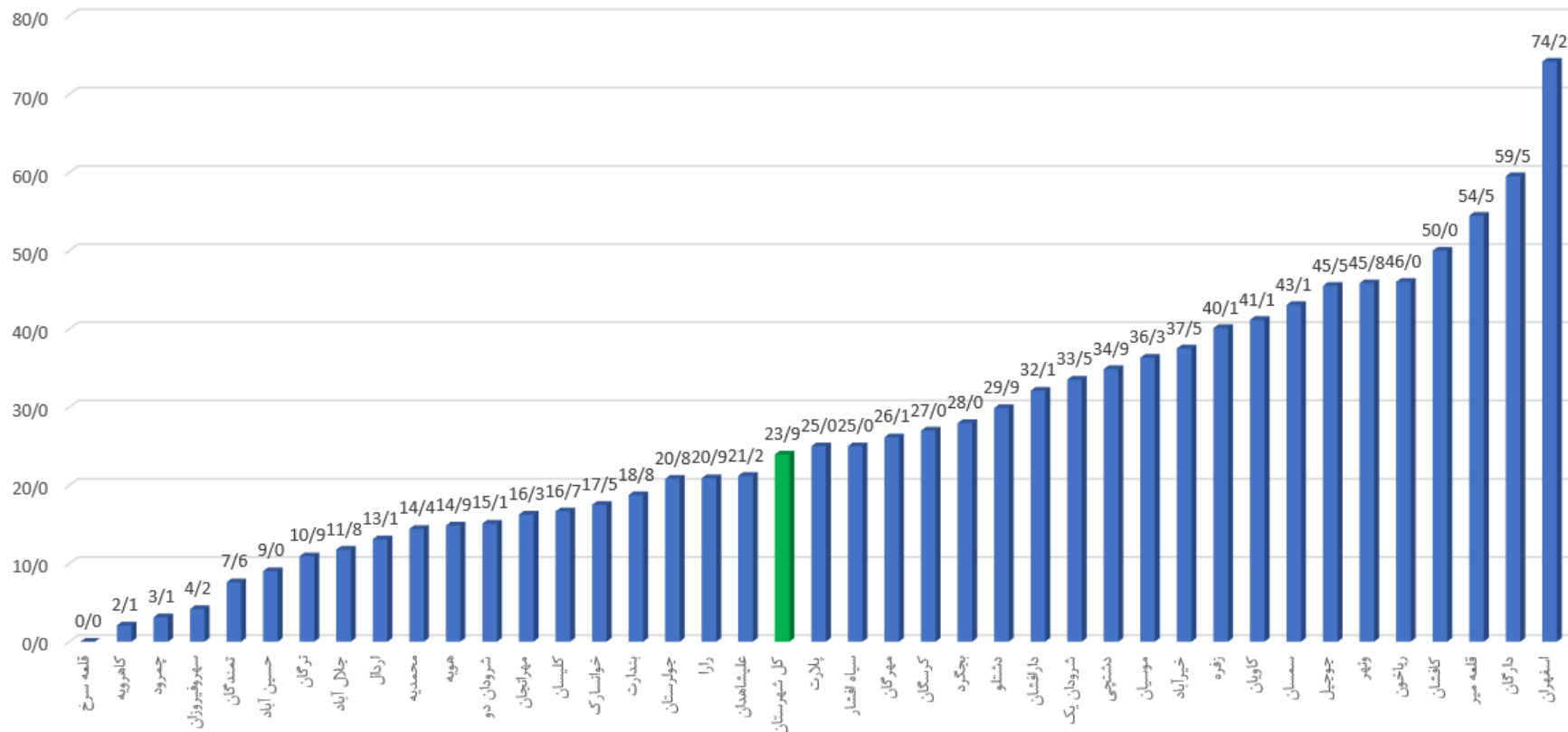
نمودار درصد مصرف ید فولیک در مادران باردار در سال ۱۴۰۴ در مناطق شهری شهرستان فلاورجان



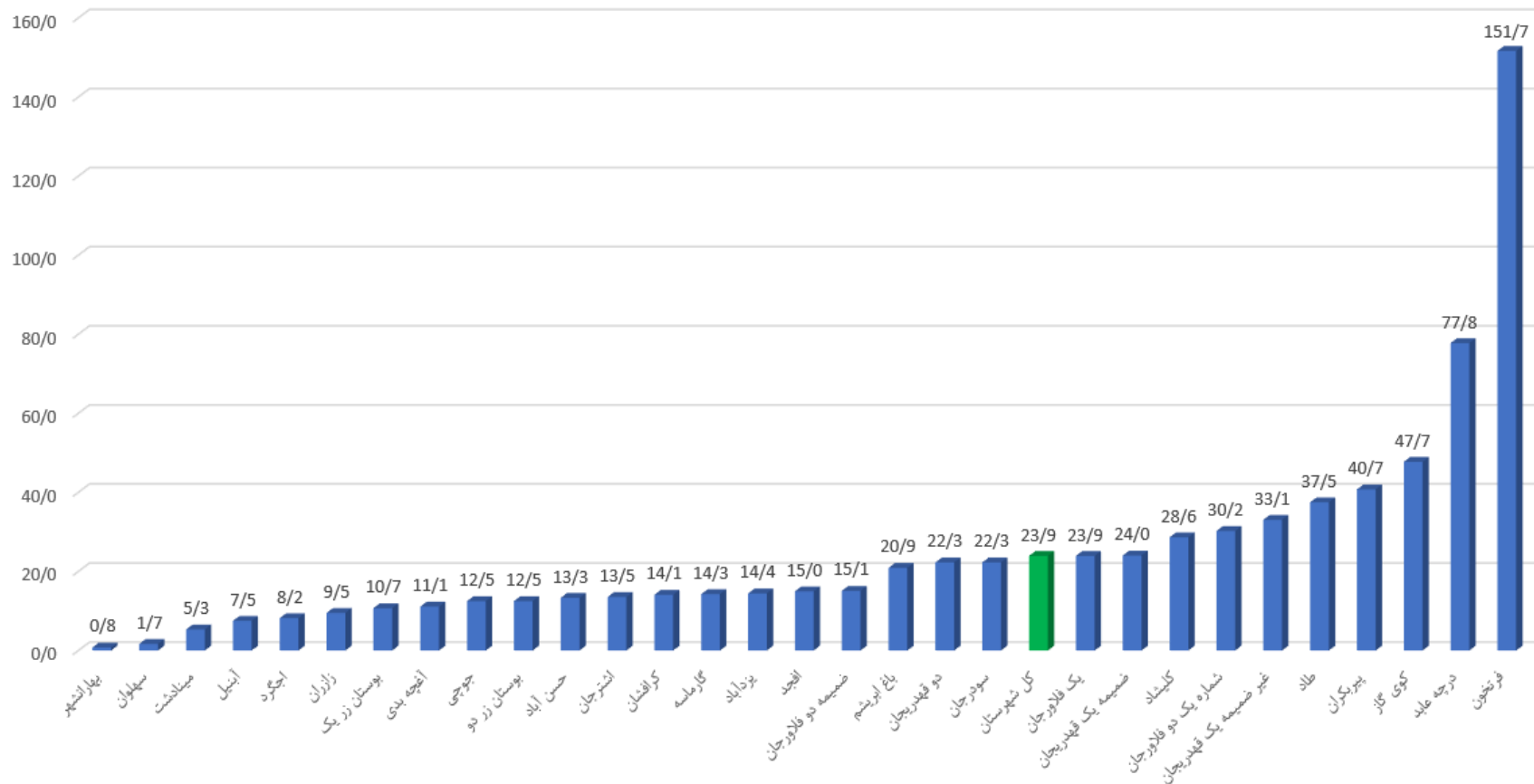
درصد مصرف مکمل ید فولیک در مادران باردار در سال ۱۴۰۴ در شهرستان فلاورجان



درصد مصرف مکمل آهن در مادران باردار در مناطق روستایی شهرستان فلاورجان سال ۱۴۰۴



نمودار درصد مصرف مکمل آهن در مادران باردار در سال ۱۴۰۴ در مناطق شهری شهرستان فلاورجان



شماره :۵/۶۳/۱۱۱۱۴.....
تاریخ :۱۴۰۴/۱۰/۲۰.....
ساعت :۱۱:۴۶.....
پیوست :۱۵۰۰.....



شبکه بهداشت و درمان شهرستان فلاورجان

همچنین موارد ذیل نیازمند ارجاع از ماما/ ماما مراقب به کارشناس تغذیه می باشد :

الف- مادران باردار زیر ۱۹ سال با هر نمایه توده بدنی در ابتدای بارداری.

ب- مادران بارداری که بنا به نظر متخصص زنان علت وزن گیری نامناسب آنها مربوط به عوارض بارداری نبوده و علل تغذیه ای عامل وزن گیری نامناسب است.

ج- مادر باردار مبتلا به دیابت، آنمی، بیماری کلیوی، فشار خون، بیماری های خاص و ...

د- مادران باردار دارای نمایه توده بدنی غیرطبیعی (کمتر از ۱۸/۵ و یا بیشتر از ۲۵).

خاطر نشان می گردد در مورد مادران باردار با نمایه توده بدنی غیرطبیعی (کمتر از ۱۸/۵ یا ۲۵ و بالاتر) انجام سایر اقدامات براساس بوکلت مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران نیز الزامی است.

دکتر سید امیرعلی فاطمی طباطبائی
مدیر شبکه بهداشت و درمان فلاورجان

رونوشت :
کارشناس محترم آموزشگاه بهورزی
رئیس محترم گروه گسترش شبکه سرکارخانم حسینی
مسئول محترم واحد بهبود تغذیه سرکارخانم سلیمانی

فلاورجان ، خیابان طالقانی ، روبروی شهرداری ، شبکه بهداشت و درمان شهرستان فلاورجان

کد پستی : ۸۴۵۱۶-۷۳۵۴۹ ، تلفن : ۰۳۱-۳۷۴۲۱۱۰۱-۳ ، تلفکس : ۰۳۱-۳۷۴۲۲۲۷

Email : falavarjan-health@mui.ac.ir

Web : shf.mui.ac.ir

شماره :۵/۶۳/۱۱۱۱۴.....
تاریخ :۱۴۰۴/۱۰/۲۰.....
ساعت :۱۱:۴۶.....
پیوست :۱۵۰۰.....



شبکه بهداشت و درمان شهرستان فلاورجان

مرکز خدمات جامع سلامت/پایگاه سلامت/خانه بهداشت

با سلام و احترام

پس از حمد خداوند متعال و درود و صلوات بر محمد و آل محمد (ص)، همانگونه که آگاهی دارید انجام منظم و به موقع مراقبت های دوران بارداری از مهم ترین ارکان پیشگیری از عوارض بارداری و پیامدهای ناگوار آن از جمله مرگ مادر است. یکی از اجزای کلیدی این مراقبت ها، مشاوره تغذیه صحیح و هدفمند است که نقش مستقیمی در سلامت مادر و جنین، پیشگیری از زایمان زودرس، وزن گیری مناسب و مدیریت بارداری های نیازمند مراقبت ویژه دارد.

با عنایت به مطالب پیشگفت انتظار می رود تمامی ماما/ماما مراقبین محترم نسبت به ارجاع مادران باردار نیازمند مشاوره تغذیه به کارشناس محترم تغذیه و پیگیری (مراجعه بار اول) ایشان اقدام نموده و کارشناسان محترم تغذیه نسبت به انجام خدمات لازم و ثبت پیگیری ۱۰۰٪ مادران باردار (درمراجعات دوم به بعد) با اولویت مادران نیازمند مراقبت ویژه در زمان مقرر و تعیین شده در سامانه سیب توجه نمایند.

با توجه به نواقص مشاهده شده در برخی از پرونده های مربوط به مرگ مادران باردار و به منظور پیشگیری از تکرار آن، موارد ذیل مورد تاکید است، لذا مقتضی است در این راستا اقدام لازم انجام پذیرد:

۱. در صورت تغییر و یا قطع همکاری کارشناس تغذیه مرکز خدمات جامع سلامت (به هر دلیل)، کارشناس مذکور می بایست لیستی از مادران باردار نیازمند پیگیری به روز شده را به کارشناس تغذیه جایگزین خود تحویل نماید.

۲. بهترین معیار جهت تعیین محدوده وزن گیری مناسب مادران باردار استفاده از نمایه توده بدنی بر پایه وزن قبل از بارداری است. بدیهی است در مواردی که وزن قبل از بارداری ثبت نشده است وزن اولین مراجعه (طی ۱۲ هفته اول بارداری) به شرط عدم کاهش وزن شدید به علت تهوع و استفراغ بارداری مدنظر قرار خواهد گرفت.

۳. مادران بارداری که وزن قبل بارداری ایشان ثبت نشده و اولین مراجعه ایشان در سه ماهه سوم بارداری است برای تعیین نحوه ارزیابی روند وزن گیری به کارشناس تغذیه ارجاع شوند.

فلاورجان ، خیابان طالقانی ، روبروی شهرداری ، شبکه بهداشت و درمان شهرستان فلاورجان

کد پستی : ۸۴۵۱۶-۷۳۵۴۹ ، تلفن : ۰۳۱-۳۷۴۲۱۱۰۱-۳ ، تلفکس : ۰۳۱-۳۷۴۲۲۲۷

Email : falavarjan-health@mui.ac.ir

Web : shf.mui.ac.ir

انجام خدمت ارزیابی چاقی ۵۹-۳۰ سال پزشک در سن بارداری ۶ هفتگی در تاریخ ۲۰,۱۱,۴۰۴ و تعیین BMI: ۲۸,۴۴ ثبت بارداری توسط بهورز در سن بارداری ۷ هفتگی در تاریخ ۲۷,۱۱,۴۰۴ انجام شده با BMI: ۳۱,۶
قد ثبت شده توسط پزشک ۱۵۸ و توسط بهورز و ماما ۱۵۴ سانتی متر است

سن: ۳۴ سال و ۲۵ روز

تاریخ ثبت: ۲۰ بهمن ۱۴۰۴ ساعت ۹:۱۱

پزشک خانوده روستایی:

محل خدمت: مرکز خدمات جامع سلامت شهری / روستایی:

سوال ها

وزن	۷۱	قد	۱۵۸
نمایه توده بدنی (BMI)	۲۸,۴۴	دور کمر	۸۵
سابقه فشار خون بالا	خیر	مصرف دخانیات	خیر
سابقه دیابت	خیر	نفروپاتی (GFR کمتر از ۶۰ میلی لیتر در دقیقه)	خیر
سابقه چربی خون بالا	خیر	سابقه سکته مغزی	خیر
سابقه سکته قلبی	خیر		
توضیحات:			

تشخیص

۱- اضافه وزن (BMI=SBMI)

۲- امتیاز ارزیابی غیر پزشک برای میانسال: ۱-

اقدام

۱- آموزش تغذیه سالم، رژیم غذایی و تمرینات بدنی برای کاهش وزن

۲- ۳ ماه بعد پیگیری و مجدداً قد و وزن و نمایه توده بدنی اندازه گیری شود و تا رسیدن به وزن مناسب ۳ ماهانه پیگیری شود.

درصد	عوامل موثر قابل اجتناب در مرگ های مادری سال های ۹۹ تا ۹۷ - ۳۲ مورد
۶۸/۷۵	مشکلات مربوط به ثبت خدمات در پرونده الکترونیک سلامت- پیگیری مادران نیازمند مراقبت ویژه
۶۲/۵	عدم ارائه یا ثبت مراقبت ها براساس دستورالعمل ها و بوکلت مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران در واحدهای بهداشتی
۴۰/۶۲	عدم بهره مندی از مراقبت پیش از بارداری در گروه هدف
۴۰/۶۲	فقدان یا نقص کارت مراقبتی مادر باردار در بخش خصوصی
۳۷/۳۴	تشخیص یا درمان نامناسب عوارض دوران بارداری توسط متخصصین زنان و زایمان در بخش خصوصی
۲۸/۱۲	ناکافی بودن یا نامطلوب بودن خدمات پیش از بارداری
۲۱/۸۷	عدم توجیه یا توجیه ناکافی مادر و همراه وی در مورد خطرات احتمالی توسط مراقبین در بخش های خصوصی یا دولتی
۱۸/۷۵	مشکلات مرتبط با ارزیابی روند وزن گیری مادر باردار در مراقبت های بخش های خصوصی و واحدهای بهداشتی
۱۸/۷۵	حساس نبودن مادر و خانواده به علائم خطر دوران بارداری و عدم توجه به توصیه های پرسنل بهداشتی درمانی
۱۸/۷۵	تاخیر در مراجعه به موقع به علت بی توجهی مادر و خانواده به علائم خطر و عدم توجه به توصیه های کارکنان
۱۵/۶۲	تشخیص یا درمان نامناسب عوارض دوران بارداری در واحدهای بهداشتی
۶/۲۵	عدم بهره مندی از خدمات باروری سالم علی رغم نیاز
۶/۲۵	نامطلوب بودن کیفیت خدمات باروری سالم و عدم استفاده صحیح از روش های پیشگیری از بارداری
۶/۲۵	عدم دریافت هرگونه مراقبت دوران بارداری، زایمان یا پس از زایمان
۶/۲۵	اعتیاد مادر به مواد مخدر و معضلات اجتماعی

درصد	فراوانی	عامل موثر قابل اجتناب در مرگ های مادری سال های ۱۴۰۰ تا ۱۳۹۸ - ۴۳ مورد (بخش خدمات سرپایی)
۲,۳۲	۱	عدم بهره مندی از خدمات باروری سالم علی رغم نیاز
۲,۳۲	۱	اعتیاد مادر به مواد مخدر و معضلات اجتماعی
۴,۵۶	۲	نامطلوب بودن کیفیت خدمات باروری سالم و عدم استفاده صحیح از روش های پیشگیری از بارداری
۴,۵۶	۲	عدم دریافت هرگونه مراقبت دوران بارداری، زایمان یا پس از زایمان
۶,۹۷	۳	ضعف عملکرد دستیاران زنان و زایمان در مراکز آموزشی درمانی
۹,۳	۴	تشخیص یا درمان نامناسب عوارض دوران بارداری در واحدهای بهداشتی
۹,۳	۴	عدم توجه یا توجه ناکافی مادر و همراه وی در مورد خطرات احتمالی توسط مراقبین در بخش های خصوصی یا دولتی
۱۱,۶۲	۵	مشکلات مرتبط با ارزیابی روند وزن گیری مادر باردار در مراقبت های بخش های خصوصی و واحدهای بهداشتی
۱۱,۶۲	۵	عدم تشکیل شورای پزشکی در مراکز پزشکی در موارد نیاز
۱۶,۲۷	۷	نواقص مربوط به ارائه یا ثبت خدمات توسط متخصصین زنان و زایمان در مراکز پزشکی
۲۵,۵۸	۱۱	ناکافی بودن یا نامطلوب بودن خدمات پیش از بارداری
۲۵,۵۸	۱۱	مشکلات و نواقص مرتبط با فرایند اعزام و انتقال بیمار (اعم از نواقص مربوط به ارائه و ثبت خدمات مرکز فوریت های پزشکی یا شرایط اعزام مادر)
۳۷,۲	۱۶	فقدان یا نقص کارت مراقبتی مادر باردار در بخش خصوصی
۳۹,۵۳	۱۷	مشکلات مربوط به پی گیری مادران پرخطر (عدم پیگیری، پی گیری ناقص، عدم پی گیری به موقع، ...)
۳۹,۵۳	۱۷	حساس نبودن مادر و خانواده به علائم خطر دوران بارداری و عدم توجه به توصیه های پرسنل بهداشتی درمانی
۳۹,۵۳	۱۷	تاخیر در مراجعه به موقع به علت بی توجهی مادر و خانواده به علائم خطر و عدم توجه به توصیه های کارکنان
۴۶,۵۱	۲۰	عدم بهره مندی از مراقبت پیش از بارداری در گروه هدف
۴۸,۸۳	۲۱	تشخیص یا درمان نامناسب عوارض دوران بارداری توسط متخصصین زنان و زایمان در بخش خصوصی
۶۰,۴۶	۲۶	عدم ارائه یا ثبت مراقبت ها براساس دستورالعمل ها و بوکلت مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران در واحدهای بهداشتی
۶۲,۷۹	۲۷	مشکلات مربوط به ثبت خدمات در پرونده الکترونیک سلامت
۶۵,۱۱	۲۸	غفلت و عدم حساسیت پزشک، ماما و سایر کادر درمانی بیمارستان در ارائه خدمات مورد نیاز
۸۱,۳۹	۳۵	عدم حساسیت و بی توجهی پزشکان و سایر کارکنان به وضعیت مادر و تاخیر در ارائه خدمات مورد نیاز به مادر در مراکز پزشکی

عوامل قابل اجتناب منجر به مرگ مادر در سال ۱۴۰۱-۱۱ مورد

درصد	فراوانی	
۶۳,۶	۷	عدم بهره مندی از مراقبت پیش از بارداری
۹,۱	۱	ناکافی بودن یا نامطلوب بودن خدمات پیش از بارداری
۰	۰	عدم دریافت هرگونه مراقبت دوران بارداری، زایمان یا پس از زایمان
۹,۱	۱	اعتیاد مادر به مواد مخدر و معضلات اجتماعی
۹,۱	۱	حساس نبودن مادر و خانواده به علائم نیازمند مراقبت ویژه دوران بارداری و عدم توجه به توصیه های پرسنل بهداشتی درمانی
۳۶,۴	۴	تاخیر در تصمیم گیری و مراجعه به موقع به علت بی توجهی مادر و خانواده به علائم نیازمند مراقبت ویژه
۱۸,۲	۲	غفلت و عدم حساسیت پزشک، ماما و سایر کادر بهداشتی در ارائه خدمات مورد نیاز در زمان مناسب
۹,۱	۱	تشخیص یا درمان نامناسب عوارض دوران بارداری در واحدهای بهداشتی
۳۶,۴	۴	عدم ارائه مراقبت ها براساس دستورالعمل های سلامت مادران در واحدهای بهداشتی (براساس مدارک ثبتی)
۳۶,۴	۴	نواقص مرتبط با ارزیابی روند وزن گیری مادر باردار در مراقبت های واحدهای بهداشتی
۴۵,۵	۵	نواقص مربوط به ثبت صحیح خدمات در پرونده الکترونیک سلامت
۶۳,۶	۷	مشکلات مربوط به پی گیری مادران نیازمند مراقبت ویژه در واحدهای بهداشتی و مراکز درمانی (عدم پیگیری، پی گیری ناقص، عدم پی گیری به موقع، ...)
۵۴,۵	۶	فقدان یا نقص کارت مراقبتی مادر باردار در بخش خصوصی
۵۴,۵	۶	تشخیص یا درمان نامناسب عوارض دوران بارداری توسط متخصصین زنان و زایمان در بخش خصوصی
۹,۱	۱	ضعف عملکرد دستیاران زنان و زایمان در مراکز آموزشی درمانی
۴۵,۵	۵	عدم تشکیل شورای پزشکی در مراکز پزشکی در موارد نیاز
۹,۱	۱	مشکلات مرتبط با بیهوشی و ارائه خدمات نامناسب توسط متخصص بیهوشی
۶۳,۶	۷	غفلت و عدم حساسیت پزشک، ماما و سایر کادر درمانی بیمارستان در ارائه خدمات مورد نیاز
۶۳,۶	۷	نواقص مربوط به ارائه یا ثبت خدمات توسط متخصصین زنان و زایمان در مراکز پزشکی (نظیر عدم ویزیت بیمار و صدور دستورات تلفنی، تشخیص یا درمان نامناسب، ...)
۴۵,۵	۵	تشخیص و درمان نامناسب و غلط در مراکز بیمارستانی
۹,۱	۱	مشکلات و نواقص مرتبط با فرآیند اعزام و انتقال بیمار (اعم از نواقص مربوط به ارائه و ثبت خدمات مرکز فوریت های پزشکی یا شرایط اعزام مادر)
۴۵,۵	۵	عدم حساسیت و بی توجهی پزشکان و سایر کارکنان به وضعیت مادر و تاخیر در ارائه خدمات مورد نیاز به مادر در مراکز پزشکی (تاخیر در درمان)
۳۶,۴	۴	تاخیر در ارجاع به سطح بالاتر

درصد	عوامل قابل اجتناب منجر به مرگ مادر د ع پ اصفهان در سال ۱۴۰۲ - ۷ مورد
۷۱,۴	عدم بهره مندی از مراقبت پیش از بارداری
۶۳,۶	مشکلات مربوط به پی گیری مادران نیازمند مراقبت ویژه در واحدهای بهداشتی و مراکز درمانی (عدم پیگیری، پی گیری ناقص، عدم پی گیری به موقع، ...)
۶۳,۶	غفلت و عدم حساسیت پزشک، ماما و سایر کادر درمانی بیمارستان در ارائه خدمات مورد نیاز
۶۳,۶	نواقص مربوط به ارائه یا ثبت خدمات توسط متخصصین زنان و زایمان در مراکز پزشکی (نظیر عدم ویزیت بیمار و صدور دستورات تلفنی، تشخیص یا درمان نامناسب، ...)
۵۷,۱	عدم حساسیت و بی توجهی پزشکان و سایر کارکنان به وضعیت مادر و تاخیر در ارائه خدمات مورد نیاز به مادر در مراکز پزشکی (تاخیر در درمان)
۵۴,۵	فقدان یا نقص کارت مراقبتی مادر باردار در بخش خصوصی
۵۴,۵	تشخیص یا درمان نامناسب عوارض دوران بارداری توسط متخصصین زنان و زایمان در بخش خصوصی
۴۵,۵	نواقص مربوط به ثبت صحیح خدمات در پرونده الکترونیک سلامت
۴۵,۵	عدم تشکیل شورای پزشکی در مراکز پزشکی در موارد نیاز
۴۵,۵	تشخیص و درمان نامناسب و غلط در مراکز بیمارستانی
۳۶,۴	عدم ارائه مراقبت ها براساس دستورالعمل های سلامت مادران در واحدهای بهداشتی (براساس مدارک ثبتی)
۳۶,۴	نواقص مرتبط با ارزیابی روند وزن گیری مادر باردار در مراقبت های واحدهای بهداشتی
۲۸,۶	تاخیر در ارجاع به سطح بالاتر
۱۴,۳	تاخیر در تصمیم گیری و مراجعه به موقع به علت بی توجهی مادر و خانواده به علائم نیازمند مراقبت ویژه
۱۸,۲	غفلت و عدم حساسیت پزشک، ماما و سایر کادر بهداشتی در ارائه خدمات مورد نیاز در زمان مناسب
۹,۱	ناکافی بودن یا نامطلوب بودن خدمات پیش از بارداری
۹,۱	اعتماد مادر به مواد مخدر و معضلات اجتماعی
۹,۱	حساس نبودن مادر و خانواده به علائم نیازمند مراقبت ویژه دوران بارداری و عدم توجه به توصیه های پرسنل بهداشتی درمانی
۹,۱	تشخیص یا درمان نامناسب عوارض دوران بارداری در واحدهای بهداشتی
۹,۱	ضعف عملکرد دستیاران زنان و زایمان در مراکز آموزشی درمانی
۹,۱	مشکلات مرتبط با بیهوشی و ارائه خدمات نامناسب توسط متخصص بیهوشی
۹,۱	مشکلات و نواقص مرتبط با فرآیند اعزام و انتقال بیمار (اعم از نواقص مربوط به ارائه و ثبت خدمات مرکز فوریت های پزشکی یا شرایط اعزام مادر)

درصد	عوامل قابل اجتناب منجر به مرگ مادر د.ع.پ. اصفهان در سال ۱۴۰۳-۳ مورد
۱۰۰	نواقص مربوط به ارائه یا ثبت خدمات توسط متخصصین زنان و زایمان در مراکز پزشکی (خدمات بستری نظیر عدم ویزیت بیمار و صدور دستورات تلفنی، تشخیص یا درمان نامناسب)
۱۰۰	مشکلات مربوط به نحوه ثبت خدمات در پرونده الکترونیک سلامت
۱۰۰	مشکلات مربوط به پی گیری مادران نیازمند مراقبت ویژه در واحدهای بهداشتی و مراکز درمانی (عدم و یا نقص در پیگیری به موقع، ...)
۱۰۰	عدم حساسیت و بی توجهی پزشکان و سایر کارکنان به وضعیت مادر و تاخیر در ارائه خدمات مورد نیاز به مادر در مراکز پزشکی
۶۶.۶	مشکلات مرتبط با ارزیابی روند وزن گیری مادر باردار در مراقبت های واحدهای بهداشتی
۶۶.۶	فقدان یا نقص کارت مراقبتی مادر باردار در بخش خصوصی
۶۶.۶	عدم رعایت ماده ۵۱ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت (نقص در ارائه مراقبت های ویژه مربوط به خدمات باروری سالم)
۶۶.۶	عدم تشکیل شورای پزشکی در مراکز پزشکی در موارد نیاز
۶۶.۶	عدم بهره مندی از مراقبت پیش از بارداری در گروه هدف
۶۶.۶	عدم ارائه مراقبت ها براساس دستورالعمل ها و بوکلت مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران در واحدهای بهداشتی
۳۳.۳	ناکافی بودن یا نامطلوب بودن خدمات پیش از بارداری
۳۳.۳	ضعف عملکرد دستیاران زنان و زایمان در مراکز آموزشی درمانی
۳۳.۳	مشکلات و نواقص مرتبط با فرآیند اعزام و انتقال بیمار (اعم از نواقص مربوط به ارائه و ثبت خدمات مرکز فوریت های پزشکی یا شرایط اعزام مادر)
۳۳.۳	غفلت و عدم حساسیت پزشک، ماما و سایر کادر بهداشتی در ارائه خدمات مورد نیاز در زمان مناسب
۳۳.۳	حساس نبودن مادر و خانواده به علائم خطر دوران بارداری و عدم توجه به توصیه های پرسنل بهداشتی درمانی
۳۳.۳	تشخیص غلط یا درمان نامناسب عوارض دوران بارداری توسط متخصصین زنان و زایمان در بخش خصوصی (خدمات سرپایی)
۳۳.۳	تاخیر در مراجعه به موقع به علت بی توجهی مادر و خانواده به علائم خطر و عدم توجه به توصیه های کارکنان
۰	عدم دریافت هرگونه مراقبت دوران بارداری
۰	تشخیص یا درمان نامناسب عوارض دوران بارداری در واحدهای بهداشتی

نواقص تغذیه ای سناریوهای مرگ مادری

- ❑ عدم پیگیری ارجاعات به کارشناس تغذیه توسط ماما/ مامامراقب/ بهورز (بعد از اولین ارجاع به کارشناس تغذیه که توسط پزشک مرکز انجام می گردد، پیگیری مراجعه به کارشناس تغذیه بر عهده **ماما/ مامامراقب/ بهورز** بوده اما متعاقب دریافت اولین مراقبت تغذیه ای، در صورت نیاز به مراجعه مجدد، مسئولیت پیگیری های بعدی بر عهده **کارشناس تغذیه** می باشد.
- ❑ با توجه به BMI چاق مادر و ارجاع در اولین مراقبت به کارشناس تغذیه به منظور ارائه الگوی برنامه تغذیه ای توسط ایشان، پیگیری های دو هفته یکبار مادر تا زمان اصلاح وضعیت توسط کارشناس تغذیه انجام نشده است.
- ❑ عدم تعیین **تاریخ پیگیری** ارجاع به کارشناس تغذیه به صورت پیگیری توسط دیگران برای (ماما/ مامامراقب/ بهورز) توسط پزشکان

❑ عدم تحویل و تحول مادران نیازمند پیگیری و اقدام توسط کارشناسان تغذیه در

هنگام جابجایی نیروها

❑ عدم هم خوانی قد ثبت شده توسط پزشک، ماما، مراقب سلامت و کارشناس

تغذیه در مراقبت های مختلف

❑ عدم پیگیری موارد نیازمند ارجاع به کارشناس تغذیه در مراقبت پیش از بارداری

با توجه به نمایه توده بدنی مادر توسط ماما/ مامامراقب و سهل انگاری در

خصوص اصلاح وضعیت تغذیه و نمایه توده بدنی در دوران پیش از بارداری

❑ عدم آرایه مراقبت های تغذیه ای ویژه مادران باردار در شهرستان های دچار

کمبود نیروی کارشناس تغذیه و عدم تعیین تکلیف توسط واحدهای ستادی

متولی در این رابطه

❑ بی توجهی به اختلال در روند وزن گیری مادران باردار



پ ۱۴- وزن گیری نامطلوب (کاهش یا افزایش وزن)

اقدام

تشخیص احتمالی

علائم همراه

سن بارداری

ارزیابی

سؤال کنید:

تغذیه نامناسب، رژیم غذایی خاص، تهوع و استفراغ، سابقه بیماری زمینه ای، وضعیت اقتصادی اجتماعی، اختلالات روانپزشکی و علائم افسردگی، مصرف دخانیات، مواد و الکلی، حجم کار و استراحت روزانه

تعیین کنید:

فشارخون، وزن، قد، توجه به نمایه توده بدنی

نیمه
دوم
بارداری

افزایش وزن بیش از یک کیلوگرم در هفته و فشارخون بالا	پره اکلامپسی	اقدام طبق پ ۲
افزایش وزن ناگهانی (بیش از ۱ کیلو گرم در هفته)، با یا بدون ورم	شروع پره اکلامپسی / بیماری قلبی	- بررسی روزانه فشارخون تا یک هفته - غربالگری کاردیومیوپاتی در ملاقات ۳۵-۳۷ بارداری طبق ح ۱۱
تغذیه نامناسب، رژیم غذایی خاص، استفراغ، مصرف دخانیات، مواد و الکلی، وضعیت اقتصادی اجتماعی نامطلوب، نمایه توده بدنی کمتر از ۱۸/۵، شغل سخت و سنگین، علائم غیر طبیعی در معاینه قلب و شکم و ... علائم خلقی و روانی	سوء تغذیه / اعتیاد / بیماری زمینه ای	- برحسب علل سوء تغذیه: ارایه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای کشوری تغذیه دوران بارداری و شیردهی (مباحث سوء تغذیه، مراقبت های لازم در مواردی که وزن گیری مناسب وجود ندارد، شکایت شایع بارداری) - ارجاع در اولین فرصت به پزشک
کاهش یا افزایش وزن نامطلوب	تغذیه نامناسب	<u>اقدام پزشک</u> - معاینه شکم، قلب، ریه، اندام ها - بررسی علل سوء تغذیه - ارزیابی سلامت روان و در صورت وجود علائم اختلال روانپزشکی: ارجاع در اولین فرصت به کارشناس سلامت روان - ارجاع غیر فوری به متخصص تغذیه / کارشناس تغذیه - بررسی وضعیت تغذیه ای مادر ارایه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای جامع تغذیه مادران باردار و شیرده - پیگیری بعد از دو هفته - در صورت عدم اصلاح وزن گیری: ارجاع غیر فوری به کارشناس تغذیه پس از ۲ هفته تا یک ماه

بسته جامع خدمات تغذیه در برنامه تحول سلامت

ویژه مراقب سلامت، بهورز، ماما، کارشناس تغذیه و پزشک
دفتر بهبود تغذیه جامعه، معاونت بهداشت، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی



شاخص ارزیابی	طبقه بندی		وضعیت نمایه توده بدنی	امتیاز الگوی تغذیه	شرح اقدامات مراقب سلامت / ماما / بهورز	شرح اقدامات پزشک	شرح اقدامات کارشناس تغذیه
	BMI بیشتر از ۱۹ سال	Z Score کمتر از ۱۹ سال					
قبل از بارداری	۱۸/۵ <	کمتر از ۱-	لاغر	با هر امتیاز	• تجویز ویتامین D ۱۰۰۰ واحدی، مکمل مولتی ویتامین مینرال حاوی ۱۵۰ میکروگرم ید، اسید فولیک و آهن مطابق با جدول مکمل یاری گروه سنی / کنترل مصرف منظم آن • آموزش الگوی تغذیه سالم بر اساس امتیاز مطابق با بسته آموزشی تغذیه • تاکید برای شرکت در کلاس های آموزش گروهی کارشناس تغذیه مرکز و پیگیری آن • شناسایی مادر باردار نیازمند جهت معرفی برای دریافت سید حمایتی تغذیه ای • ارجاع به پزشک جهت انجام بررسی ها و اقدامات پزشکی • ارجاع به کارشناس تغذیه و پی گیری جهت مراجعه پی گیری ۲ هفته بعد برای مراجعه به کارشناس تغذیه • شناسایی مادر باردار نیازمند جهت معرفی برای دریافت سید حمایتی تغذیه ای • ادامه مراقبت ها مطابق بسته خدمت	• ارزیابی فرد و اقدام مطابق بسته خدمت گروه سنی • ارزیابی بیماری های زمینه ای (مشکلات گوارشی، دیابت، پرکاری تیروئید، سرطان و ...) • و بیماری های عفونی احتمالی (مانند سل، ایدز، عفونت های فرصت طلب، زخم یا عفونت قارچی در دهان و ...) • ثبت تشخیص علت در پرونده الکترونیک • درخواست آزمایشات و اقدامات پاراکلینیک مربوطه • انجام اقدامات درمانی • ارجاع به کارشناس تغذیه جهت اجرای مراقبت های تغذیه ای • پی گیری اقدامات کارشناس تغذیه در پرونده	• آموزش گروهی هدفمند • در مراجعه اول: • کنترل شاخص های تن سنجی • انجام ارزیابی های تخصصی تغذیه ای در فرم مندرج در سامانه سیب • کنترل نتایج آزمایشگاهی موجود • ارائه آموزش و مشاوره تخصصی تغذیه ای و آموزش برای کنترل وزن • تنظیم رژیم غذایی • درج پسخوراند برای مراقب سلامت، ماما یا پزشک ارجاع دهنده • در پیگیری (مراجعه مستقیم به کارشناس تغذیه): • پیگیری جهت مراجعه فرد به مرکز • نیاز به ارجاع از سوی پزشک نیست • تواتر مراجعه: • پی گیری پس از ۲ هفته تا زمان کنترل وزن • کنترل شاخص های تن سنجی و پی گیری وضعیت وزن گیری • آموزش و مشاوره تغذیه در موارد عدم پیروی از اصول تغذیه سالم • ارزیابی میزان پیروی از رژیم غذایی تنظیم شده • درج پسخوراند برای مراقب سلامت، ماما یا پزشک ارجاع دهنده
	۲۴/۹ - ۱۸/۵	بین ۱- تا +۱	طبیعی	۷-۱۱	• تجویز ویتامین D ۱۰۰۰ واحدی، مکمل مولتی ویتامین مینرال حاوی ۱۵۰ میکروگرم ید، اسید فولیک و آهن مطابق با جدول مکمل یاری گروه سنی / کنترل مصرف منظم آن • آموزش الگوی تغذیه سالم بر اساس امتیاز مطابق با بسته آموزشی تغذیه • پی گیری برای مراجعه سه ماه بعد جهت کنترل مجدد الگوی تغذیه • تاکید به شرکت در جلسات آموزش گروهی کارشناس تغذیه	• آموزش گروهی هدفمند	• آموزش گروهی هدفمند
				۶-	• تجویز ویتامین D ۱۰۰۰ واحدی، مکمل مولتی ویتامین مینرال حاوی ۱۵۰ میکروگرم ید، اسید فولیک و آهن مطابق با جدول مکمل یاری گروه سنی / کنترل مصرف منظم آن • تاکید برای شرکت در کلاس های آموزش گروهی کارشناس تغذیه مرکز و پیگیری آن • پیگیری سه ماه بعد برای مراجعه و کنترل مجدد الگوی تغذیه		• آموزش گروهی هدفمند

شاخص ارزیابی	طبقه بندی		وضعیت نمایه توده بدنی	امتیاز الگوی تغذیه	شرح اقدامات مراقب سلامت / ماما / بهورز	شرح اقدامات پزشک	شرح اقدامات کارشناس تغذیه
	BMI	Z Score					
قبل از بارداری BMI	بیشتر از ۱۹ سال	بیشتر از ۱۹ کمتر از ۱۹ سال	اضافه وزن	با هر امتیاز	• تجویز ویتامین D ۱۰۰۰ واحدی، مکمل مولتی ویتامین مینرال حاوی ۱۵۰ میکروگرم ید، اسید فولیک و آهن مطابق با جدول مکمل یاری گروه سنی / کنترل مصرف منظم آن • آموزش الگوی تغذیه سالم بر اساس امتیاز مطابق با بسته آموزشی تغذیه • آموزش در خصوص تحرک و فعالیت بدنی • تاکید برای شرکت در کلاس های آموزش گروهی کارشناس تغذیه مرکز و پیگیری آن • ارجاع به پزشک جهت انجام بررسی ها و اقدامات پزشکی • ارجاع به کارشناس تغذیه و پی گیری جهت مراجعه • پی گیری ۲ هفته بعد برای مراجعه به کارشناس تغذیه • ادامه مراقبت ها مطابق بسته خدمت	• ارزیابی و اقدام مطابق بسته خدمت • ارجاع به کارشناس تغذیه جهت اجرای مراقبت های تغذیه ای	• آموزش گروهی هدفمند • کنترل شاخص های تن سنجی • انجام ارزیابی های تخصصی تغذیه ای در فرم مندرج در سامانه سیب • کنترل نتایج آزمایشگاهی موجود • ارائه آموزش و مشاوره تخصصی تغذیه ای و آموزش برای کنترل وزن • تنظیم رژیم غذایی • درج پسخوراند برای مراقب سلامت / ماما یا پزشک ارجاع دهنده • در پیگیری (مراجعه مستقیم به کارشناس تغذیه): • پیگیری جهت مراجعه فرد به مرکز نیاز به ارجاع از سوی پزشک نیست • تواتر مراجعه: • پی گیری پس از ۲ هفته و سپس همزمان با مراجعه به پزشک مطابق بسته خدمت تا حصول نتیجه • کنترل شاخص های تن سنجی و پی گیری وضعیت وزن گیری • ارزیابی میزان پیروی از رژیم غذایی تنظیم شده در صورت لزوم • آموزش و مشاوره تغذیه در موارد عدم پیروی از اصول تغذیه سالم • درج پسخوراند برای مراقب سلامت، ماما یا پزشک ارجاع دهنده
	۲۹/۹ - ۲۵	بیشتر از +۱ تا +۲			• تجویز ویتامین D ۱۰۰۰ واحدی، مکمل مولتی ویتامین مینرال حاوی ۱۵۰ میکروگرم ید، اسید فولیک و آهن مطابق با جدول مکمل یاری گروه سنی / کنترل مصرف منظم آن • آموزش الگوی تغذیه سالم بر اساس امتیاز مطابق با بسته آموزشی تغذیه • آموزش در خصوص تحرک و فعالیت بدنی • تاکید برای شرکت در کلاس های آموزش گروهی کارشناس تغذیه مرکز و پیگیری آن • ارجاع به پزشک جهت انجام بررسی ها و اقدامات پزشکی • ارجاع به کارشناس تغذیه و پی گیری جهت مراجعه • پی گیری ۲ هفته بعد برای مراجعه به کارشناس تغذیه • ادامه مراقبت ها مطابق بسته خدمت	• ارزیابی و اقدام مطابق بسته خدمت • بررسی های آزمایشگاهی لازم • ارجاع به کارشناس تغذیه جهت اجرای مراقبت های تغذیه ای	• آموزش گروهی هدفمند • کنترل شاخص های تن سنجی • انجام ارزیابی های تخصصی تغذیه ای در فرم مندرج در سامانه سیب • ارزیابی آزمایشات سرمی • ارائه آموزش و مشاوره تخصصی تغذیه ای • تنظیم رژیم غذایی • درج پسخوراند برای مراقب سلامت، ماما یا پزشک ارجاع دهنده • در پیگیری (مراجعه مستقیم به کارشناس تغذیه): • پیگیری جهت مراجعه فرد به مرکز نیاز به ارجاع از سوی پزشک نیست • تواتر مراجعه: • پی گیری پس از ۲ هفته و سپس همزمان با مراجعات به پزشک مطابق بسته خدمت تا حصول نتیجه • کنترل شاخص های تن سنجی و پی گیری وضعیت وزن گیری • ارزیابی میزان پیروی از رژیم غذایی تنظیم شده • آموزش و مشاوره تغذیه در موارد عدم پیروی از اصول تغذیه سالم • درج پس خوراند برای پزشک • پیگیری تا ۳ نوبت طبق برنامه زمانی مراجعه به پزشک تا زمان کنترل قند خون و کنترل وزن • در صورت عدم حصول بهبودی و کنترل وزن با رژیم غذایی، ارجاع به پزشک مرکز برای بررسی بیشتر



شاخص ارزیابی	نتیجه ارزیابی	امتیاز الگوی تغذیه	شرح اقدامات مراقب سلامت / ماما / بهورز	شرح اقدامات پزشک	شرح اقدامات کارشناس تغذیه
روند وزن گیری		۱۲	• تجویز ویتامین D ۱۰۰۰ واحدی، مکمل مولتی ویتامین مینرال حاوی ۱۵۰ میکروگرم ید، اسید فولیک و آهن مطابق با جدول مکمل یاری گروه سنی / کنترل مصرف منظم آن • تشویق فرد و ادامه مراقبت		
	مطلوب	۷-۱۱	• تجویز ویتامین D ۱۰۰۰ واحدی، مکمل مولتی ویتامین مینرال حاوی ۱۵۰ میکروگرم ید، اسید فولیک و آهن مطابق با جدول مکمل یاری گروه سنی / کنترل مصرف منظم آن • آموزش الگوی تغذیه سالم بر اساس امتیاز مطابق با بسته آموزشی تغذیه • پی گیری برای مراجعه سه ماه بعد جهت کنترل مجدد الگوی تغذیه		
		۶-۸	• تجویز ویتامین D ۱۰۰۰ واحدی، مکمل مولتی ویتامین مینرال حاوی ۱۵۰ میکروگرم ید، اسید فولیک و آهن مطابق با جدول مکمل یاری گروه سنی / کنترل مصرف منظم آن • آموزش الگوی تغذیه سالم بر اساس امتیاز مطابق با بسته آموزشی تغذیه • تاکید برای شرکت در کلاس های آموزش گروهی کارشناس تغذیه مرکز و پیگیری آن	آموزش گروهی هدفمند	
	نامطلوب (کمتر از حد انتظار / بیشتر از حد انتظار)	با هر امتیاز	• تجویز ویتامین D ۱۰۰۰ واحدی، مکمل مولتی ویتامین مینرال حاوی ۱۵۰ میکروگرم ید، اسید فولیک و آهن مطابق با جدول مکمل یاری گروه سنی / کنترل مصرف منظم آن • آموزش الگوی تغذیه سالم بر اساس امتیاز مطابق با بسته آموزشی تغذیه • آموزش در خصوص تحرک و فعالیت بدنی • تاکید برای شرکت در کلاس های آموزش گروهی کارشناس تغذیه مرکز و پیگیری آن • ارجاع به پزشک جهت انجام بررسی ها و اقدامات پزشکی • ارجاع به کارشناس تغذیه و پی گیری جهت مراجعه • پی گیری ۲ هفته بعد برای مراجعه به کارشناس تغذیه • شناسایی مادر باردار نیازمند با وزن گیری کمتر از حد مطلوب جهت معرفی برای دریافت سبد حمایتی تغذیه ای • ادامه مراقبت ها مطابق بسته خدمت	• ارزیابی و اقدام مطابق بسته خدمت • درخواست انجام آزمایشات سرمی مورد نیاز مطابق بسته خدمت • ارزیابی نتایج • ارجاع به کارشناس تغذیه جهت اجرای مراقبت های تغذیه ای	• کنترل شاخص های تن سنجی • کنترل نتایج آزمایشگاهی موجود • انجام ارزیابی های تخصصی تغذیه ای در فرم مندرج در سامانه سیب • ارائه آموزش و مشاوره تخصصی تغذیه ای • تنظیم رژیم غذایی • تاکید برای مراجعه به پزشک (در موارد ارجاع مستقیم از مراقب به کارشناس تغذیه) • درج پسخوراند برای مراقب یا پزشک ارجاع دهنده • در پیگیری (مراجعه مستقیم به کارشناس تغذیه): • پیگیری جهت مراجعه فرد به مرکز • نیاز به ارجاع از سوی پزشک نیست • ناتر مراجعه: • پی گیری پس از ۲ هفته در ۴ دوره (و در صورتیکه بهبودی و کنترل وزن با رژیم غذایی حاصل نشد ارجاع به سطح تخصصی از طریق پزشک) • کنترل شاخص های تن سنجی و پی گیری وضعیت وزن گیری • آموزش و مشاوره و پیگیری رژیم غذایی • درج پسخوراند برای مراقب یا پزشک ارجاع دهنده • ادامه پیگیری همزمان با مراجعه به پزشک مطابق بسته خدمت

شاخص ارزیابی	امتیاز الگوی تغذیه	شرح اقدامات مراقب سلامت / ماما / بهورز	شرح اقدامات پزشک	شرح اقدامات کارشناس تغذیه
مبتلا به پره دیابت، دیابت، فشار خون بالا، پیش فشار خون بالا، هایپر لیپیدمی	با هر امتیاز	• تجویز ویتامین D ۱۰۰۰ واحدی، مکمل مولتی ویتامین مینرال حاوی ۱۵۰ میکروگرم ید، اسید فولیک و آهن مطابق با جدول مکمل یاری گروه سنی / کنترل مصرف منظم آن • آموزش الگوی تغذیه سالم مطابق با بسته آموزشی تغذیه آموزش در خصوص تحرک و فعالیت بدنی • تاکید برای شرکت در کلاس های آموزش گروهی کارشناس تغذیه مرکز و پیگیری آن • ارجاع به پزشک جهت انجام بررسی ها و اقدامات پزشکی • ارجاع به کارشناس تغذیه در موارد تایید شده و تحت درمان پزشک و پی گیری جهت مراجعه • ادامه مراقبت ها مطابق بسته خدمت • در صورت عدم کنترل دیابت و فشارخون با اصلاح رژیم غذایی پس از ۳ نوبت پیگیری و مشاوره کارشناس تغذیه، اقدام مطابق با بسته خدمت بیماری های غیر واگیر	• ارزیابی خانم باردار و اقدام مطابق بسته خدمت گروه سنی • درخواست انجام آزمایشات سرمی مورد نیاز مطابق بسته خدمت و ارزیابی نتایج • ارجاع به کارشناس تغذیه جهت اجرای مراقبت های تغذیه ای • پیگیری اقدامات کارشناس تغذیه در پرونده بیماران ارجاع شده	آموزش گروهی هدفمند در مراجعه اول: • کنترل شاخص های تن سنجی • کنترل نتایج آزمایشگاهی موجود • انجام ارزیابی های تخصصی تغذیه ای در فرم مندرج در سامانه سیب • ارائه آموزش و مشاوره تخصصی تغذیه ای • تنظیم رژیم غذایی • تاکید برای مراجعه به پزشک (در موارد ارجاع مستقیم از مراقب سلامت یا به کارشناس تغذیه) • درج پاسخوراند برای مراقب سلامت، ماما یا پزشک ارجاع دهنده در پیگیری (مراجعه مستقیم به کارشناس تغذیه): • پیگیری جهت مراجعه فرد به مرکز • نیاز به ارجاع از سوی پزشک نیست تواتر مراجعه: • در دیابت و فشار خون بالای کنترل شده طبق برنامه زمانی مراجعه به پزشک • در پیش فشار خون بالا و فشار خون بالای کنترل نشده طبق برنامه زمانی مراجعه به پزشک تا زمان کنترل فشار خون • در پره دیابت، دیابت کنترل نشده پی گیری ۲ هفته بعد، سپس طبق برنامه زمانی مراجعه به پزشک تا زمان کنترل قند خون • در هایپر لیپیدمی کنترل نشده پیگیری ۲ هفته بعد، سپس طبق برنامه زمانی مراجعه به پزشک، تا زمان کنترل قند خون • کنترل شاخص های تن سنجی و پی گیری وضعیت وزن • ارزیابی میزان پیروی از رژیم غذایی تنظیم شده • آموزش و مشاوره تغذیه در موارد عدم پیروی از اصول تغذیه سالم • درج پاسخوراند برای مراقب سلامت، ماما یا پزشک ارجاع دهنده • پیگیری تا ۳ نوبت طبق برنامه زمانی مراجعه به پزشک تا زمان کنترل قند خون • در صورت عدم حصول بهبودی و کنترل بیماری با رژیم غذایی، ارجاع به پزشک مرکز برای بررسی بیشتر



تأثیر چاقی در باروری

*اضافه وزن و چاقی

چربی اضافی بدن باعث افزایش التهاب و مقاومت به انسولین می شود. مقاومت به انسولین می تواند:

- باعث اختلال در تخمک گذاری شود

- سطح هورمون های مردانه (آندروژن ها) را در زنان افزایش دهد

- احتمال ابتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک (PCOS) را بالا ببرد



تأثیر چاقی در باروری

در مردان، چاقی می تواند:

- سطح تستوسترون را کاهش دهد

- کیفیت و تحرک اسپرم را کم کند

- آسیب اکسیداتیو به DNA اسپرم وارد کند

✓ حتی کاهش ۵ تا ۱۰ درصد وزن در افراد دارای اضافه وزن می تواند به شکل قابل توجهی شانس باروری را افزایش

دهد.



۲- نقش قند خون و انسولین در باروری

تعادل قند خون یکی از مهم‌ترین عوامل در سلامت باروری است.

مصرف زیاد:

- شیرینی‌ها ، کیک ، کلوچه و بیسکویت های شیرین

- نوشیدنی‌های قندی

- نان سفید و برنج سفید

- غذاهای فرآوری شده

باعث افزایش سریع قند خون می‌شوند. این نوسانات شدید باعث ترشح بیش از حد انسولین می‌شود و

انسولین بالا می‌تواند:

- تخمک‌گذاری را مختل کند

- سطح هورمون‌های مردانه را افزایش دهد

- کیفیت تخمک را کاهش دهد

در مردان نیز مقاومت به انسولین و افزایش قند خون با کاهش کیفیت اسپرم و اختلال نعوظ مرتبط است.

✓ جایگزین مناسب: غلات کامل، حبوبات، سبزیجات و منابع فیبر بالا که قند خون را به آرامی افزایش می‌دهند.



۳- التهاب و استرس اکسیداتیو

یکی از دلایل مهم کاهش باروری، افزایش التهاب مزمن در بدن است.

استرس اکسیداتیو زمانی رخ می‌دهد که میزان رادیکال‌های آزاد بیشتر از ظرفیت دفاعی بدن (آنتی‌اکسیدان‌ها) باشد. این وضعیت می‌تواند:

- به DNA آسیب بزند
- کیفیت تخمک را کاهش دهد
- باعث اختلال در لانه‌گزینی جنین شود

*مواد غذایی ضدالتهاب:

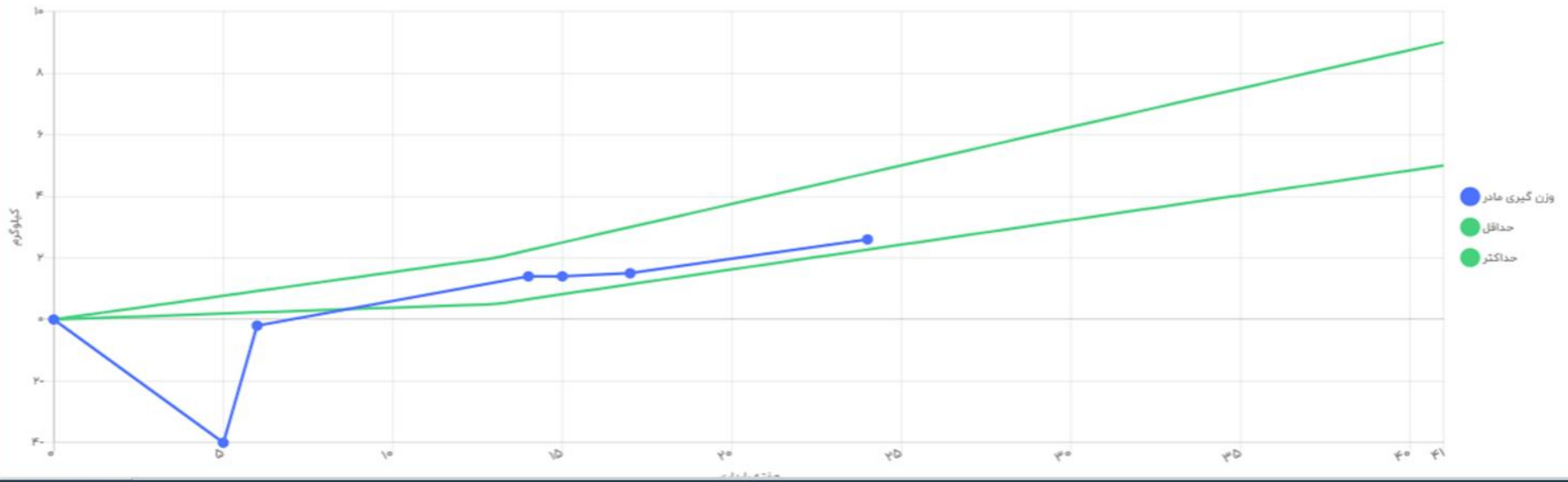
- میوه‌ها به ویژه میوه‌های رنگی (توت‌ها، انار، مرکبات)
- سبزیجات (به ویژه خانواده کلم، سیر، چغندر و سبزیجات با برگ سبز تیره)
- روغن زیتون و کانولا
- منابع غذایی غنی از اسید چرب امگا ۳ مانند ماهی‌های چرب (سالمون، ساردین، تن)، گردو، بذر کتان، مغزها

* مواد غذایی التهاب‌زا :

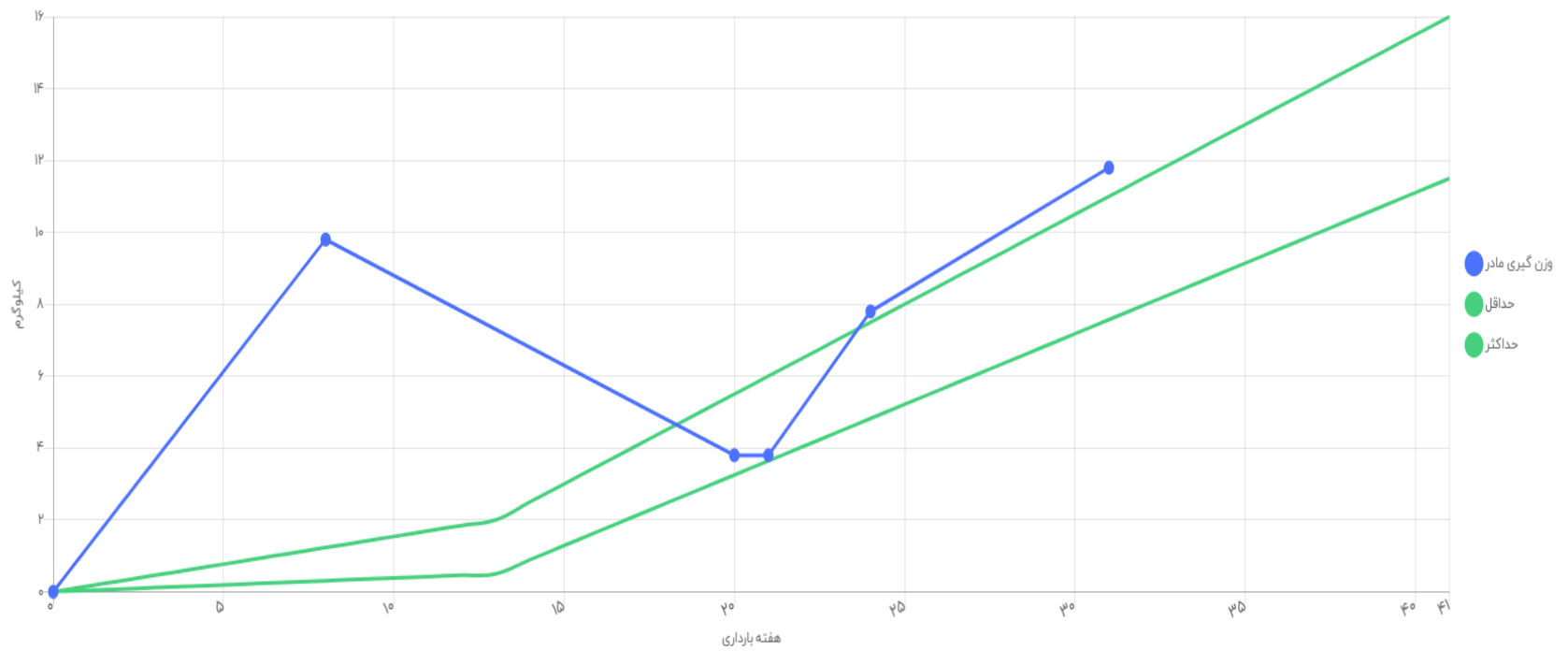
- فست‌فود
- غذاهای سرخ‌کرده
- چربی‌های ترانس
- قندهای تصفیه‌شده
- الکل و دخانیات



نمودار وزن گیری مادر باردار (توده بدنی قبل از بارداری ۳۱.۶۲ کیلوگرم بر متر مربع)

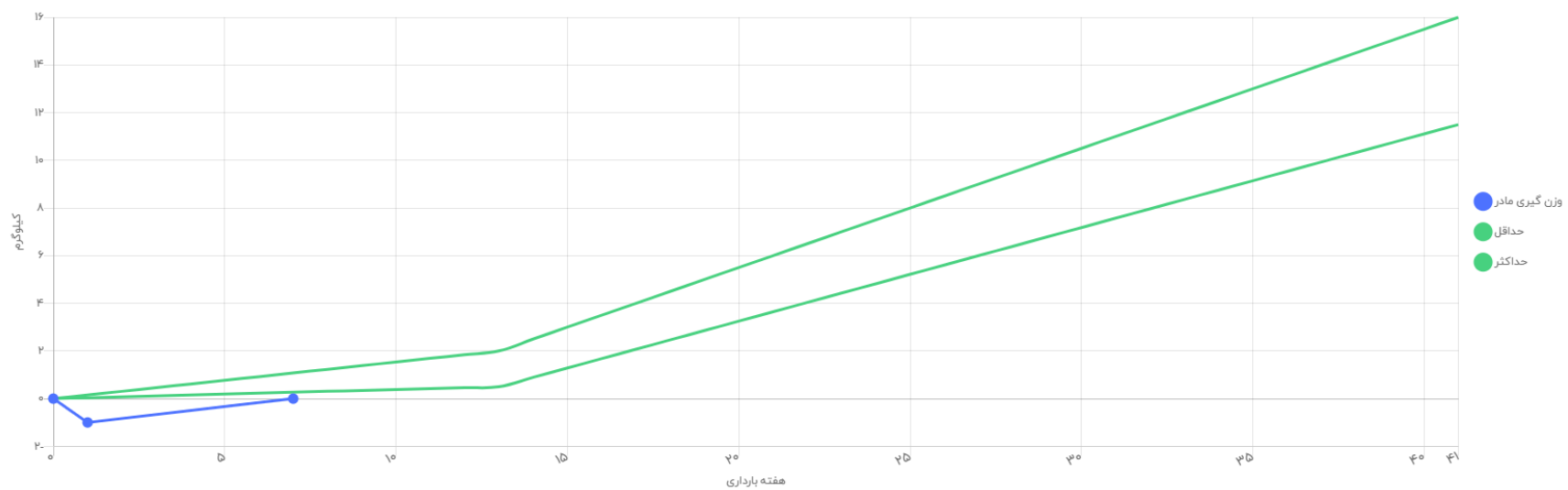


نمودار وزن گیری مادر باردار (توده بدنی قبل از بارداری ۲۵.۵۳ کیلوگرم بر متر مربع)

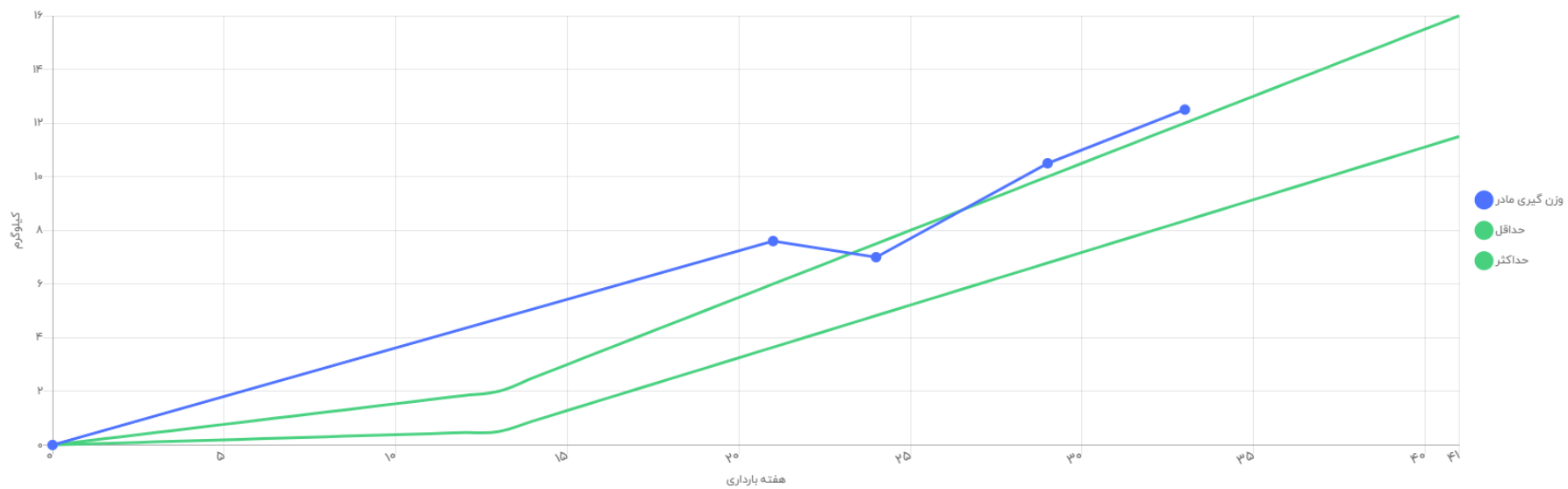




نمودار وزن گیری مادر باردار (توده بدنی قبل از بارداری ۱۹.۲۳ کیلوگرم بر متر مربع)



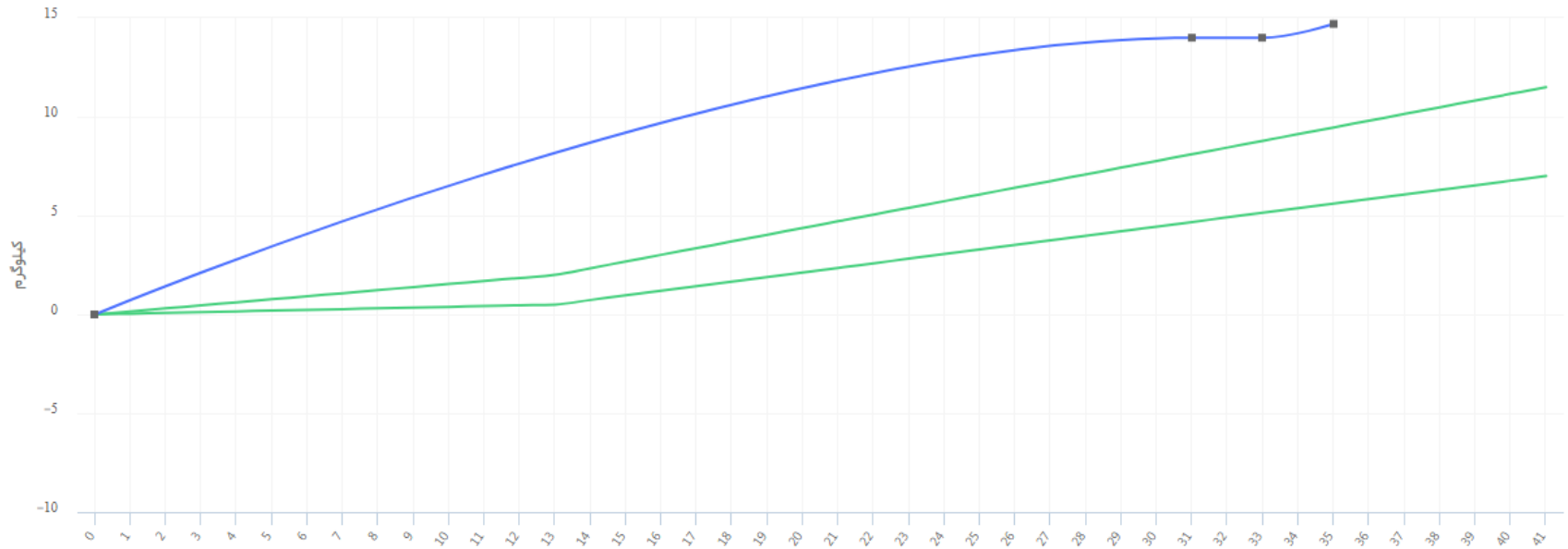
نمودار وزن گیری مادر باردار (توده بدنی قبل از بارداری ۲۲.۸۱ کیلوگرم بر متر مربع)



نمودار وزن گیری مادر باردار (توده بدنی قبل از بارداری 26.89 کیلوگرم بر متر مربع)

نمودار وزن گیری مادر باردار (توده بدنی قبل از بارداری 26.89 کیلوگرم بر متر مربع)

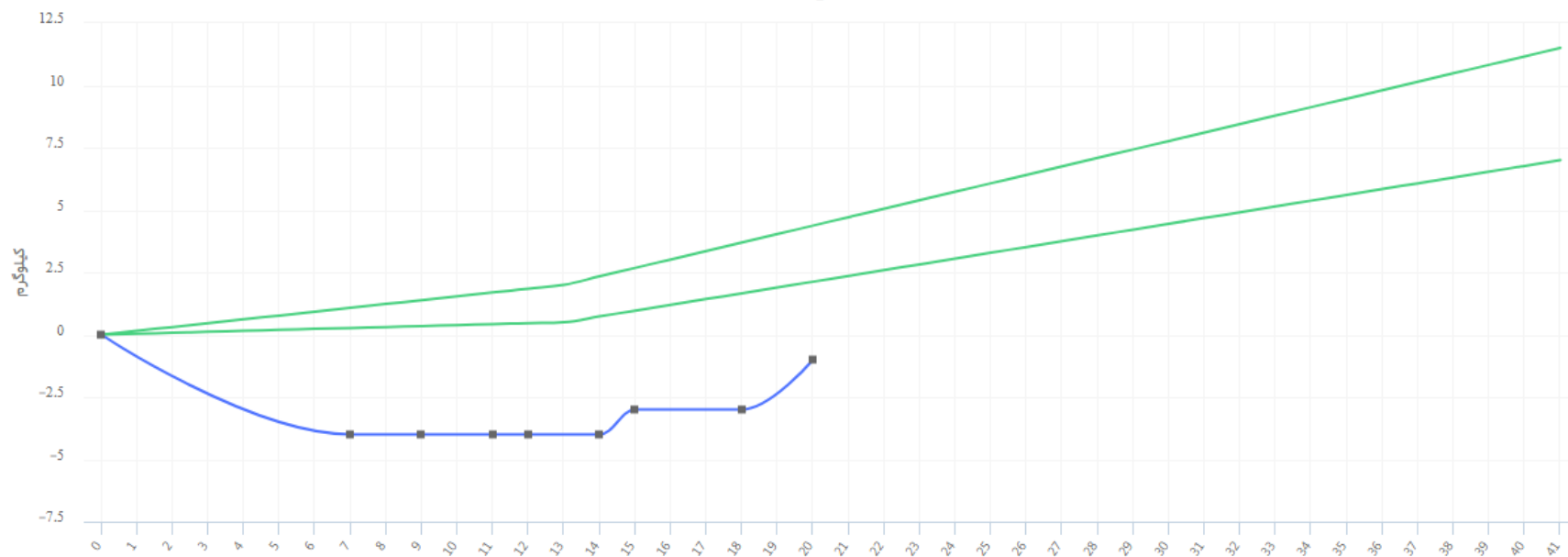
تاریخ بروز رسانی :



نمودار وزن گیری مادر باردار (توده بدنی قبل از بارداری 25.46 کیلوگرم بر متر مربع)

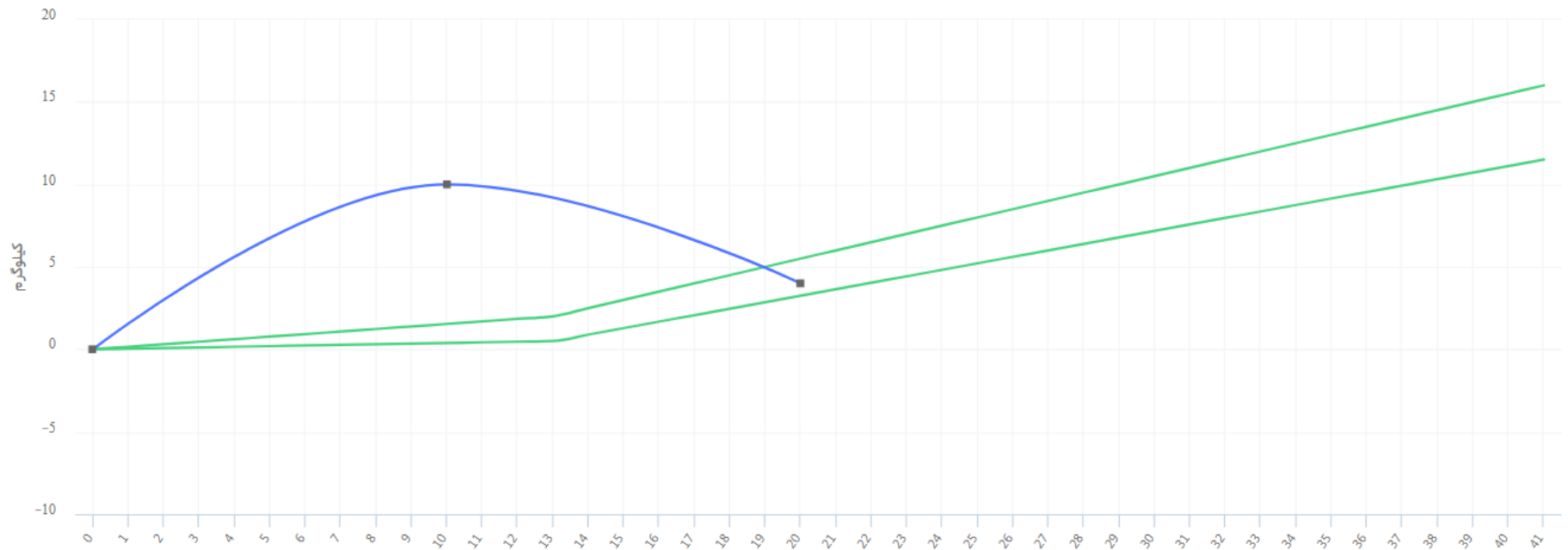
نمودار وزن گیری مادر باردار (توده بدنی قبل از بارداری 25.46 کیلوگرم بر متر مربع)

تاریخ بروز رسانی :



نمودار وزن گیری مادر باردار (توده بدنی قبل از بارداری 23.05 کیلوگرم بر متر مربع)

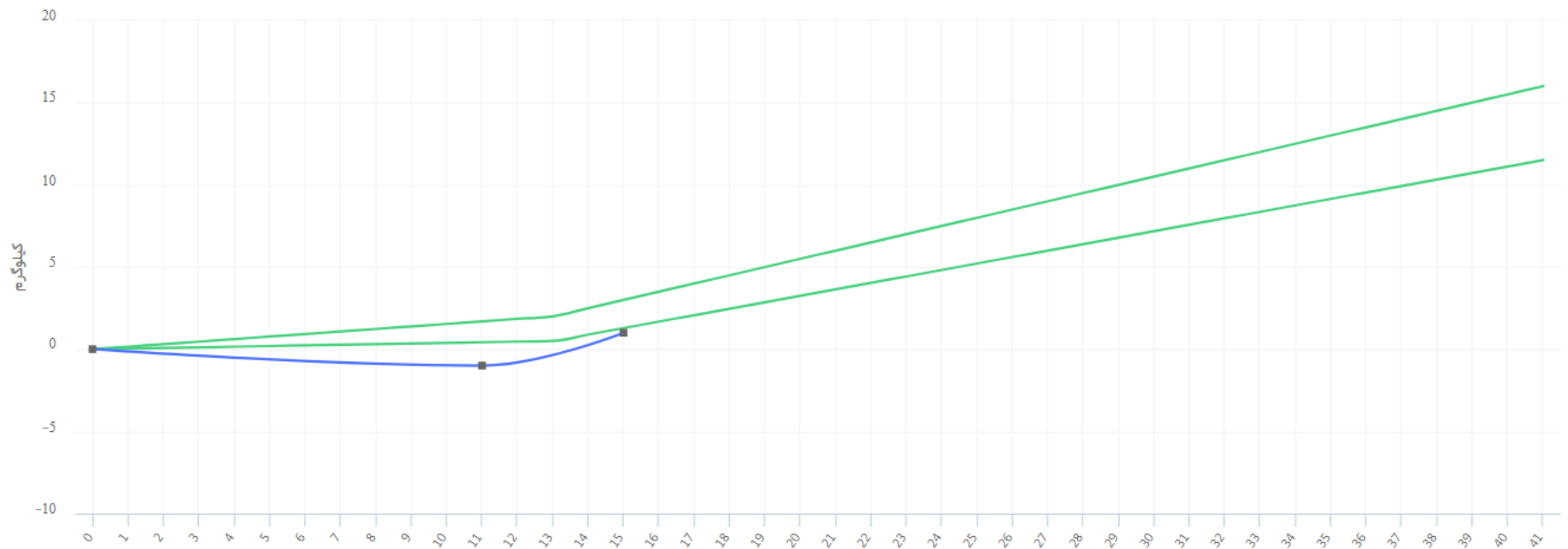
تاریخ بروز رسانی:



نمودار وزن گیری مادر باردار (توده بدنی قبل از بارداری 18.75 کیلوگرم بر متر مربع)

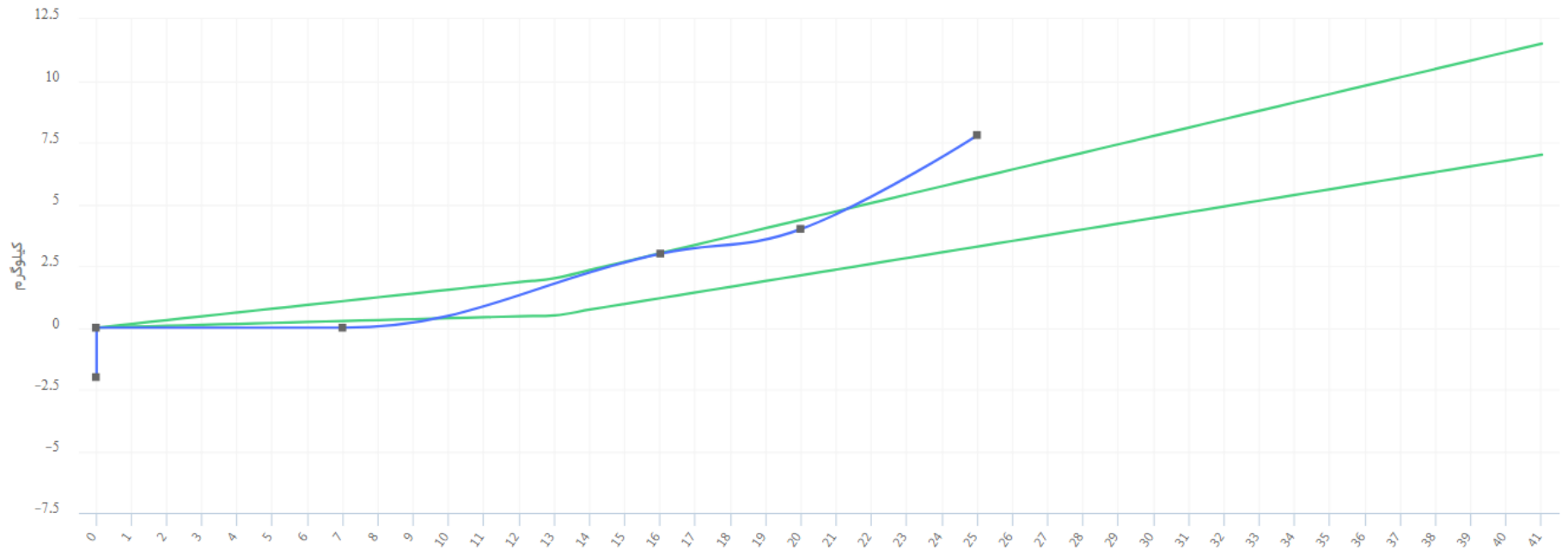
نمودار وزن گیری مادر باردار (توده بدنی قبل از بارداری 18.75 کیلوگرم بر متر مربع)

تاریخ بروز رسانی :



نمودار وزن گیری مادر باردار (توده بدنی قبل از بارداری 27.1 کیلوگرم بر متر مربع)

تاریخ بروز رسانی :

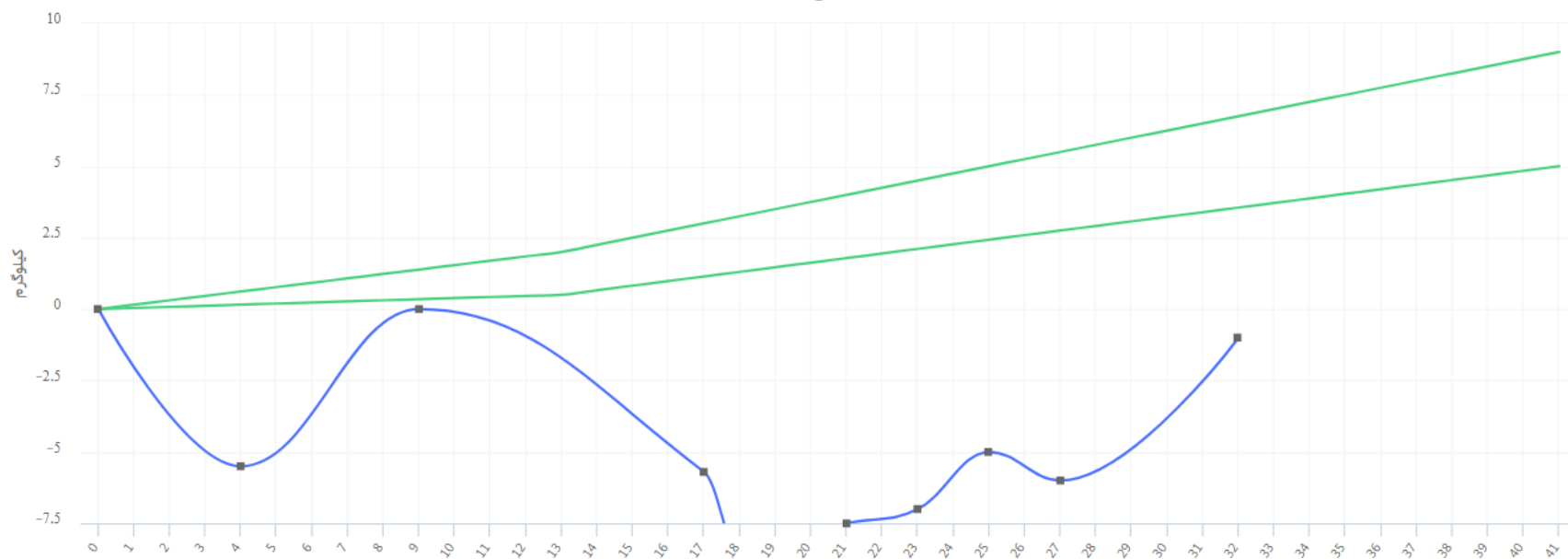


عدم اطلاع از بارداری در فاصله بین LMP و مثبت باردای و ثبت وزن در پرونده توسط پزشک (وزن قبلی)

نمودار وزن گیری مادر باردار (توده بدنی قبل از بارداری 32.7 کیلوگرم بر متر مربع)

نمودار وزن گیری مادر باردار (توده بدنی قبل از بارداری 32.7 کیلوگرم بر متر مربع)

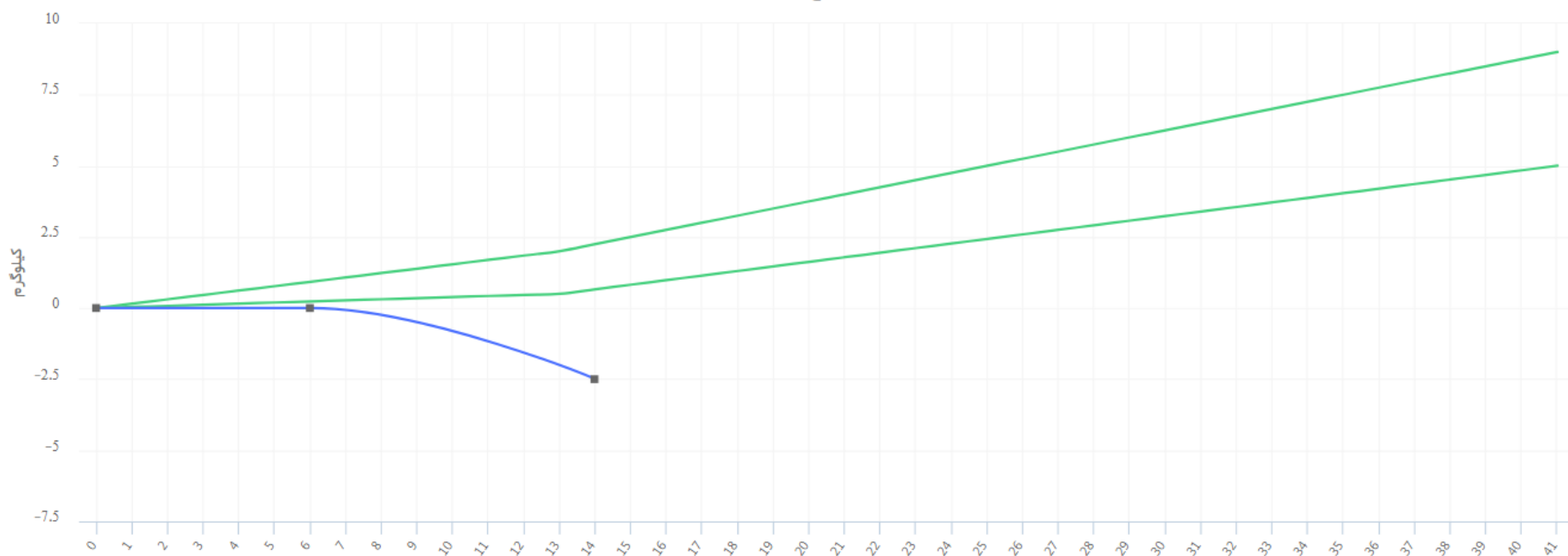
تاریخ بروز رسانی:



نمودار وزن گیری مادر باردار (توده بدنی قبل از بارداری 37.58 کیلوگرم بر متر مربع)

نمودار وزن گیری مادر باردار (توده بدنی قبل از بارداری 37.58 کیلوگرم بر متر مربع)

تاریخ بروز رسانی :

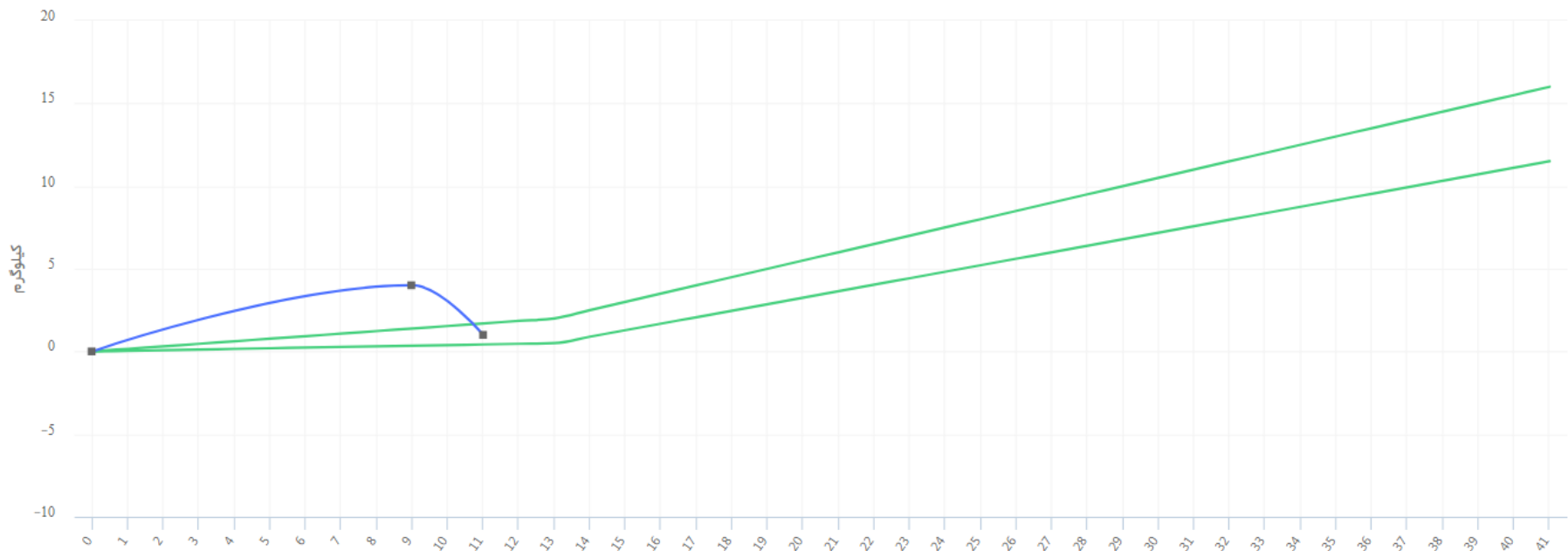


عدم اطلاع از بارداری در فاصله بین LMP و ثبت باردای و ثبت وزن در پرونده توسط پزشک (وزن قبلی) و وزن پیش از بارداری با وزن قبل از ۱۲ هفته ۱ کیلو تفاوت دارد که بهتر بود وزن فعلی به عنوان وزن پیش از بارداری ثبت می شد

نمودار وزن گیری مادر باردار (توده بدنی قبل از بارداری 21.91 کیلوگرم بر متر مربع)

نمودار وزن گیری مادر باردار (توده بدنی قبل از بارداری 21.91 کیلوگرم بر متر مربع)

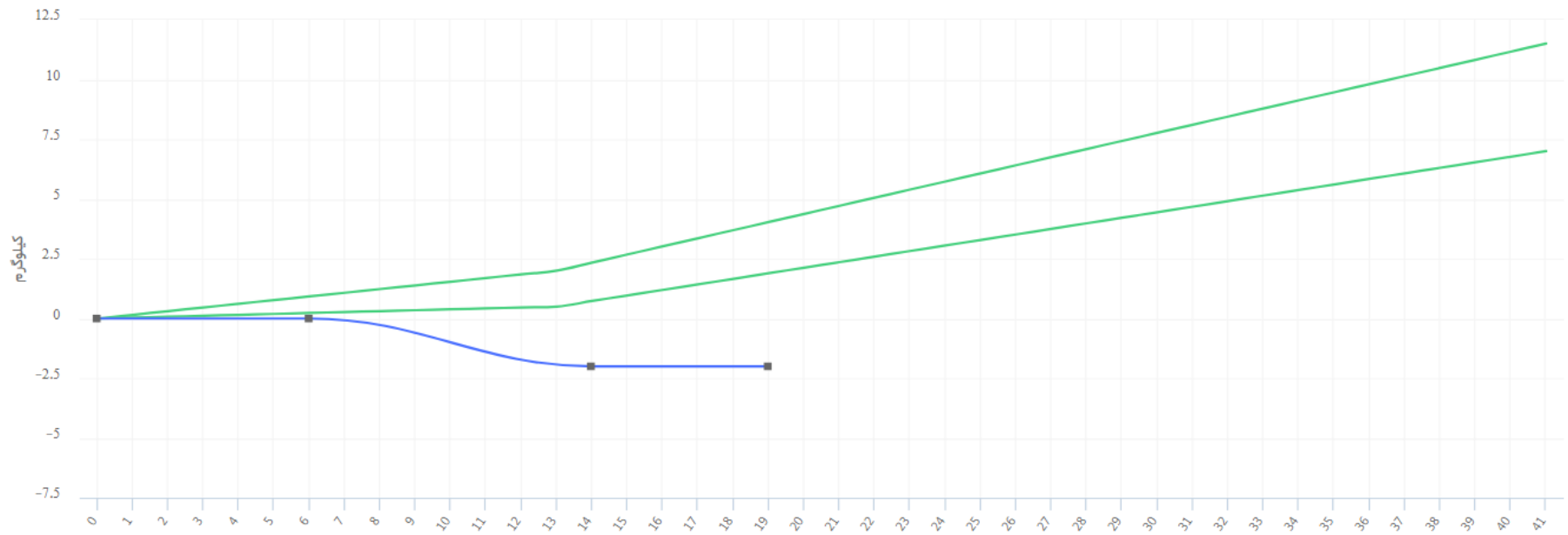
تاریخ بروز رسانی:



نمودار وزن گیری مادر باردار (توده بدنی قبل از بارداری 28.8 کیلوگرم بر متر مربع)

نمودار وزن گیری مادر باردار (توده بدنی قبل از بارداری 28.8 کیلوگرم بر متر مربع)

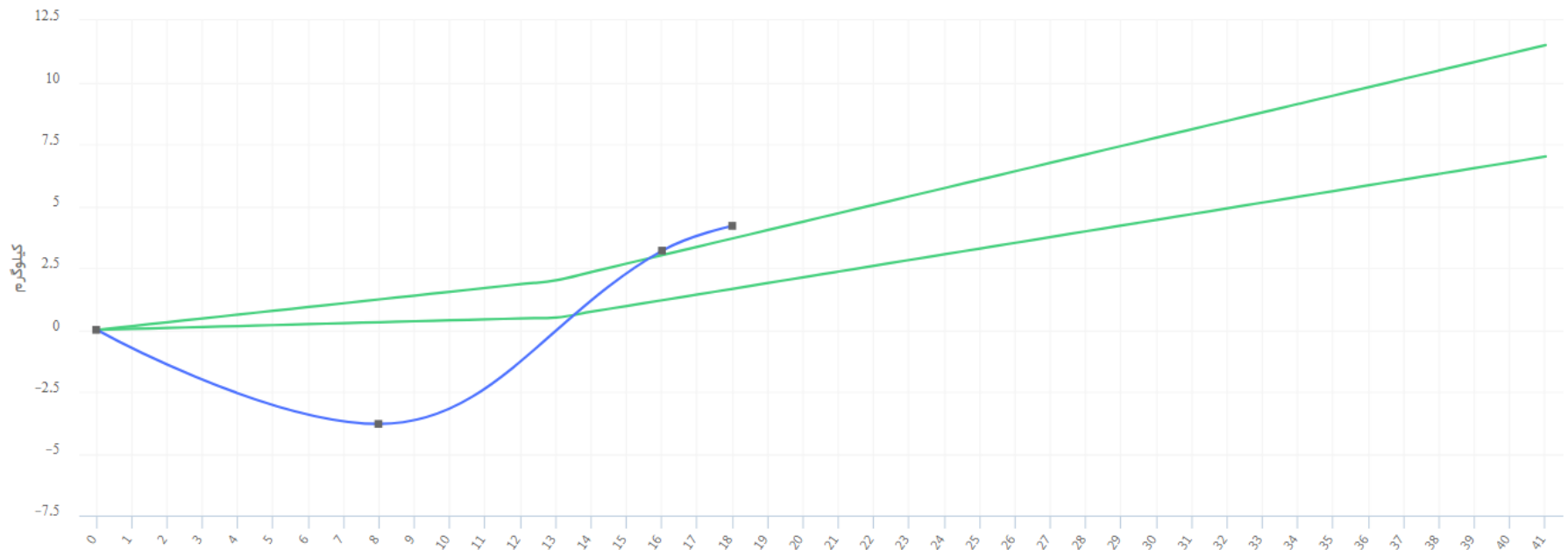
تاریخ بروز رسانی:



نمودار وزن گیری مادر باردار (توده بدنی قبل از بارداری 25.14 کیلوگرم بر متر مربع)

نمودار وزن گیری مادر باردار (توده بدنی قبل از بارداری 25.14 کیلوگرم بر متر مربع)

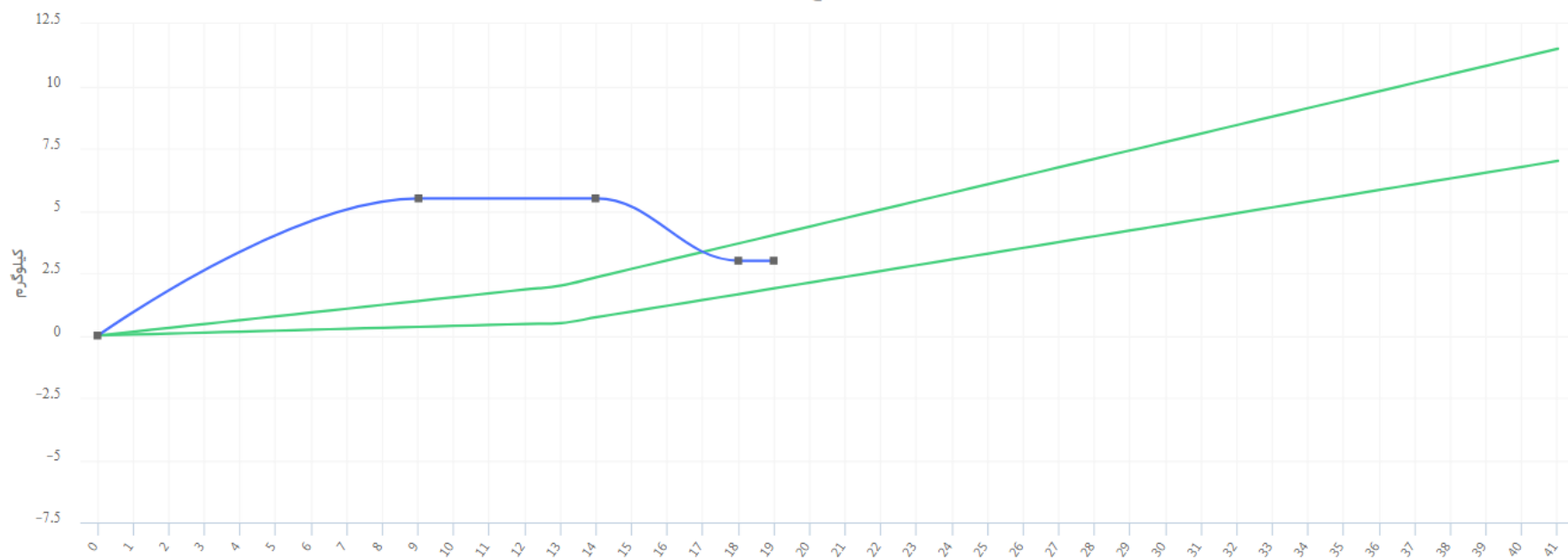
تاریخ بروز رسانی :



نمودار وزن گیری مادر باردار (توده بدنی قبل از بارداری 25 کیلوگرم بر متر مربع)

نمودار وزن گیری مادر باردار (توده بدنی قبل از بارداری 25 کیلوگرم بر متر مربع)

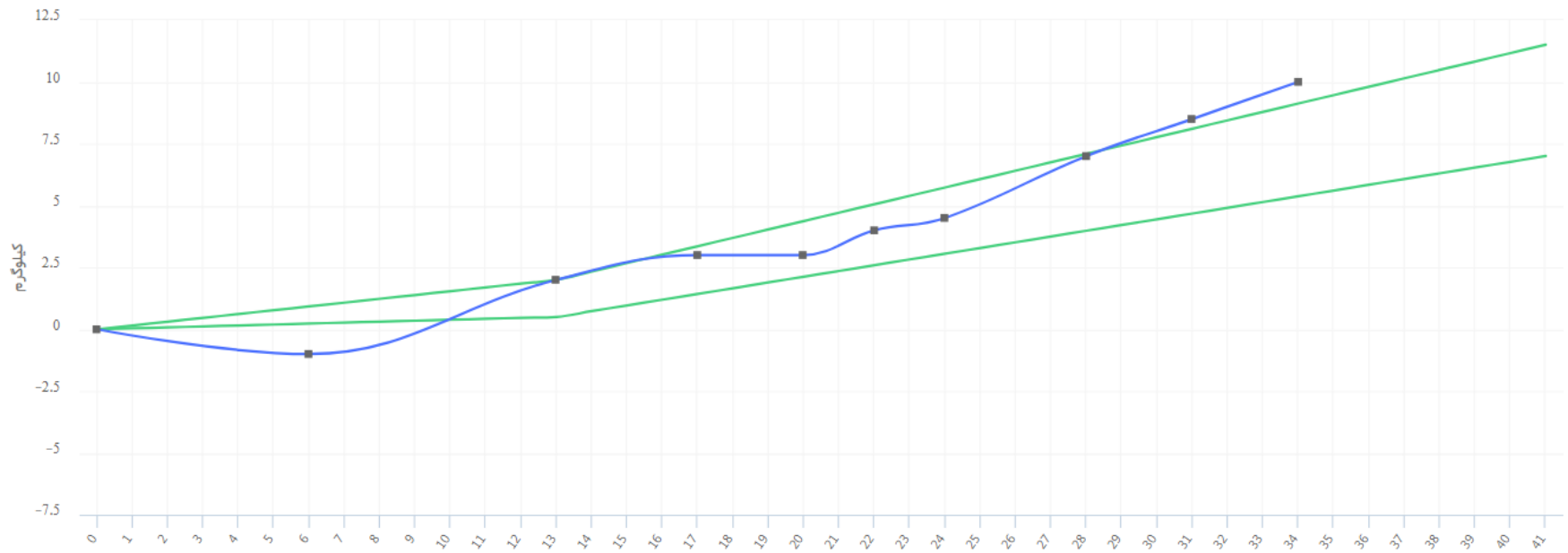
تاریخ بروز رسانی :



نمودار وزن گیری مادر باردار (توده بدنی قبل از بارداری 25.91 کیلوگرم بر متر مربع)

نمودار وزن گیری مادر باردار (توده بدنی قبل از بارداری 25.91 کیلوگرم بر متر مربع)

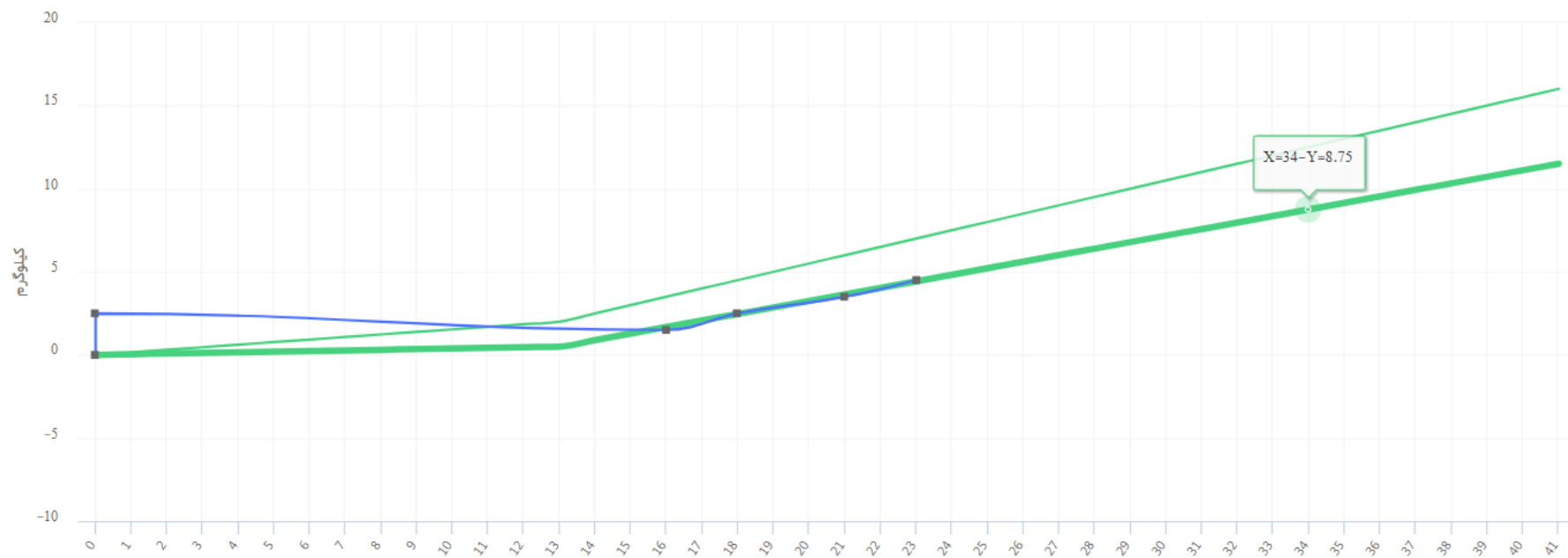
تاریخ بروز رسانی:



نمودار وزن گیری مادر باردار (توده بدنی قبل از بارداری 21.02 کیلوگرم بر متر مربع)

نمودار وزن گیری مادر باردار (توده بدنی قبل از بارداری 21.02 کیلوگرم بر متر مربع)

تاریخ بروز رسانی :



ارایه خدمات تغذیه ای به مادران

*در مادران دارای BMI طبیعی:

- چنانچه در خدمت غربالگری الگوی غذایی مادران، امتیاز الگوی غذایی متوسط تا مطلوب (کمتر از ۱۲) باشد، پس از انجام مشاوره و ارائه توصیه های لازم، تاریخ مراجعه بعدی برای تکرار غربالگری الگوی غذایی مادران باردار یک ماه بعد تعیین و در صورت تداوم امتیاز نامطلوب ارجاع به کارشناس تغذیه انجام گردد.

*در مادران دارای BMI غیرطبیعی:

- در مادران دارای BMI غیرطبیعی پس از انجام مشاوره و ارائه توصیه های لازم، ارجاع به کارشناس تغذیه انجام و پیگیری برای مراجعه به کارشناس تغذیه تا دو هفته بعد صورت پذیرد.

*در کلیه ی مادران (با هر وضعیت BMI):

- در صورت روند وزن گیری نامطلوب و فقدان سایر علائم غیرطبیعی همراه، پس از انجام مشاوره و ارائه توصیه های لازم، پیگیری دو هفته بعد تعیین و در صورت عدم اصلاح وزن گیری ارجاع غیرفوری به کارشناس تغذیه انجام و پی گیری برای مراجعه به کارشناس تغذیه تا دو هفته بعد انجام شود.

تغذیه در دوران بارداری



هرم غذایی ایرانی

متفرقه



شیر و فرآورده‌ها
۲-۳ واحد



گوشت و تخم مرغ
۱-۲ واحد



حبوبات و مغزا
۱ واحد

سبزی‌ها
۳-۵ واحد



میوه‌ها
۲-۳ واحد



نان و غلات
۶-۱۱ واحد

مادران باردار و شیرده

هرم راهنمای غذایی



مراقبت مادران باردار

جدول ۶- 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	< -1	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	$\geq +2$	۵ - ۹	۰/۲

جدول ۷- میزان افزایش وزن در بارداری دوقلویی 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	*	*
سبز	طبیعی	$18.5 - 24.9$	۱۷-۲۵	۰/۶۳
نارنجی	اضافه وزن	$25 - 29.9$	۱۴-۲۳	۰/۶
قرمز	چاق	≥ 30	۱۱-۱۹	۰/۴۵



جدول شماره ۸: میزان افزایش وزن مادر در هفته‌های 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 بر حسب کیلوگرم	۱	۱/۴	۱/۸	۲/۲	۲/۶	۳	۳/۴	۳/۸	۴/۲	۴/۶	۵	۵/۴	۵/۸

میزان افزایش وزن در هفته ۲۶ تا ۴۰ بارداری

هفته بارداری	۲۶	۲۷	۲۸	۲۹	۳۰	۳۱	۳۲	۳۳	۳۴	۳۵	۳۶	۳۷	۳۸
میزان افزایش وزن از ابتدای بارداری بر حسب کیلوگرم	۶،۲	۶،۶	۷	۷،۴	۷،۸	۸،۲	۸،۶	۹	۹،۴	۹،۸	۱۰،۲	۱۰،۶	۱۱



انرژی و مواد مغذی مورد نیاز دوران بارداری

زنان باردار	انرژی (کیلوکالری)
در سه ماهه اول بارداری ۱۰+ (شبیه زنان غیرباردار)	
در سه ماهه دوم بارداری ۳۶۰ تا ۳۴۰+ نسبت به سه ماهه اول	
در سه ماهه سوم بارداری ۱۱۰+ نسبت به سه ماهه دوم	



مراقبت مادران باردار

- در مورد مادر باردار سه قلوئی میزان وزن گیری توصیه شده برای مادران باردار در حدود ۲۲,۵-۲۷ کیلوگرم می باشد. از این میزان مادر باید تا هفته ۲۴ بارداری حداقل ۱۶ کیلوگرم افزایش وزن داشته باشد.



نکات مهم در تغذیه زنان باردار

➤ در صورتی که مادر باردار قبل از ۱۲ هفته بارداری مراجعه کند: وزن پیش از بارداری در صورتی که مربوط به ۳ ماه قبل از بارداری باشد در پرونده موجود باشد و با وزن فعلی بیش از ۱ کیلوگرم تفاوت نداشته باشد به عنوان وزن پیش از بارداری در ترسیم نمودار از آن استفاده می شود.

➤ در صورتی که مادر باردار بعد از ۱۲ هفته مراجعه کند

۱- وزن مربوط به ۳ ماه قبل از بارداری در پرونده موجود است

۲- وزن پیش از بارداری موجود نیست



جدول شماره ۸: میزان افزایش وزن مادر در هفته‌های 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 بر حسب کیلوگرم	۱	۱/۴	۱/۸	۲/۲	۲/۶	۳	۳/۴	۳/۸	۴/۲	۴/۶	۵	۵/۴	۵/۸

میزان افزایش وزن در هفته ۲۶ تا ۴۰ بارداری

هفته بارداری	۲۶	۲۷	۲۸	۲۹	۳۰	۳۱	۳۲	۳۳	۳۴	۳۵	۳۶	۳۷	۳۸
میزان افزایش وزن از ابتدای بارداری بر حسب کیلو گرم	۶،۲	۶،۶	۷	۷،۴	۷،۸	۸،۲	۸،۶	۹	۹،۴	۹،۸	۱۰،۲	۱۰،۶	۱۱



نکات مهم در تغذیه زنان باردار

- فرم غربالگری تغذیه زن باردار در اولین مراقبت تکمیل شود
- ثبت مکمل ها : مکمل ها به شکل صحیح ثبت شود.
- مکمل اسید فولیک ۴ میلی گرمی
- مکمل اسید فولیک ۵ میلی گرمی
- مکمل یدو فولیک
- مکمل مولتی ویتامین
- مکمل ویتامین D
- مکمل آهن



مکمل اسید فولیک

○ **سابقه NTD در نوزاد یا نوزادان قبلی** : از سه ماهه قبل از بارداری تا سه ماهه اول بارداری روزانه **اسید فولیک ۴ میلی گرم** و سپس اسید فولیک ۴۰۰ میکروگرم تا پایان بارداری

○ **در صورت سابقه فامیلی NTD** : در سه ماهه اول بارداری روزانه یک میلی گرم اسید فولیک و سپس اسید فولیک ۴۰۰ میکروگرم تا پایان بارداری



مکمل اسید فولیک

○ **آنمی داسی شکل** : از سه ماهه قبل از بارداری تا سه ماهه اول بارداری روزانه اسید فولیک ۵ میلی گرم

○ **دیابت . صرع** : از یک ماه قبل از بارداری تا سه ماهه اول بارداری روزانه **اسید فولیک یک میلی گرم و** سپس اسید فولیک ۴۰۰ میکروگرم تا پایان باردای

○ تبصره: در صورت مصرف کاربامازپین و والپرات سدیم روزانه **اسید فولیک ۴ میلی گرم** استفاده شود.

○ داروهای ضد تشنج اثر بخشی فولات را کاهش می دهد.

○ میزان نیاز مادر باردار دو قلو به اسید فولیک : **۱ میلی گرم**

○ مکمل اسید فولیک در اکثر گایدلاین‌ها برای زنان مبتلا به **چاقی قبل از بارداری** و در سه‌ماهه اول به طور قطعی توصیه شده است.

آنمی فقر آهن در پیش از بارداری

- هموگلوبین کمتر از ۱۲ گرم در دسی لیتر
- فریتین کمتر از ۳۰ نانوگرم در میلی لیتر
- توصیه به مصرف ۳ عدد قرص فروس سولفات و ۱ میلی گرم اسید فولیک به مدت ۴ هفته سپس ارزیابی مجدد فریتین و در صورت عدم اصلاح ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی
- ارجاع به کارشناس تغذیه



آنمی فقر آهن در بارداری

- هموگلوبین بین ۷ تا ۱۰ گرم در دسی لیتر
- توصیه به مصرف ۳ عدد قرص فروس سولفات به مدت یک ماه
- درخواست آزمایش اندکس رتیکولوسیت بعد از دو هفته از شروع درمان
- در صورت عدم افزایش اندکس رتیکولوسیت یا عدم دسترسی به آزمایشگاه :
ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی



- مصرف بیش از حد آهن ممکن است با **دیابت بارداری** یا **GDM** و **پره اکلامپسی** همراه باشد.
- مکمل یاری با منیزیم بروز پره اکلامپسی را کاهش می دهد.
- در مادران باردار مبتلا به هیپر تیروئیدی مکمل حاوی ید توصیه نمی شود.
- کمبود ویتامین دی در بارداری فرد را مستعد پره اکلامپسی می کند.
- مکمل ویتامین دی ۱۰۰۰ واحدی از ابتدا تا انتهای بارداری توصیه می شود.
- قرص آهن تا یک ماه بعد از سقط جهت مادران توصیه می شود.



عوامل موثر بر سلامتی نوزاد

ژنتیک

سن مادر

بیماریهای
دوره
بارداری

مصرف سیگار

مصرف الکل

مواد شیمیایی
و داروها

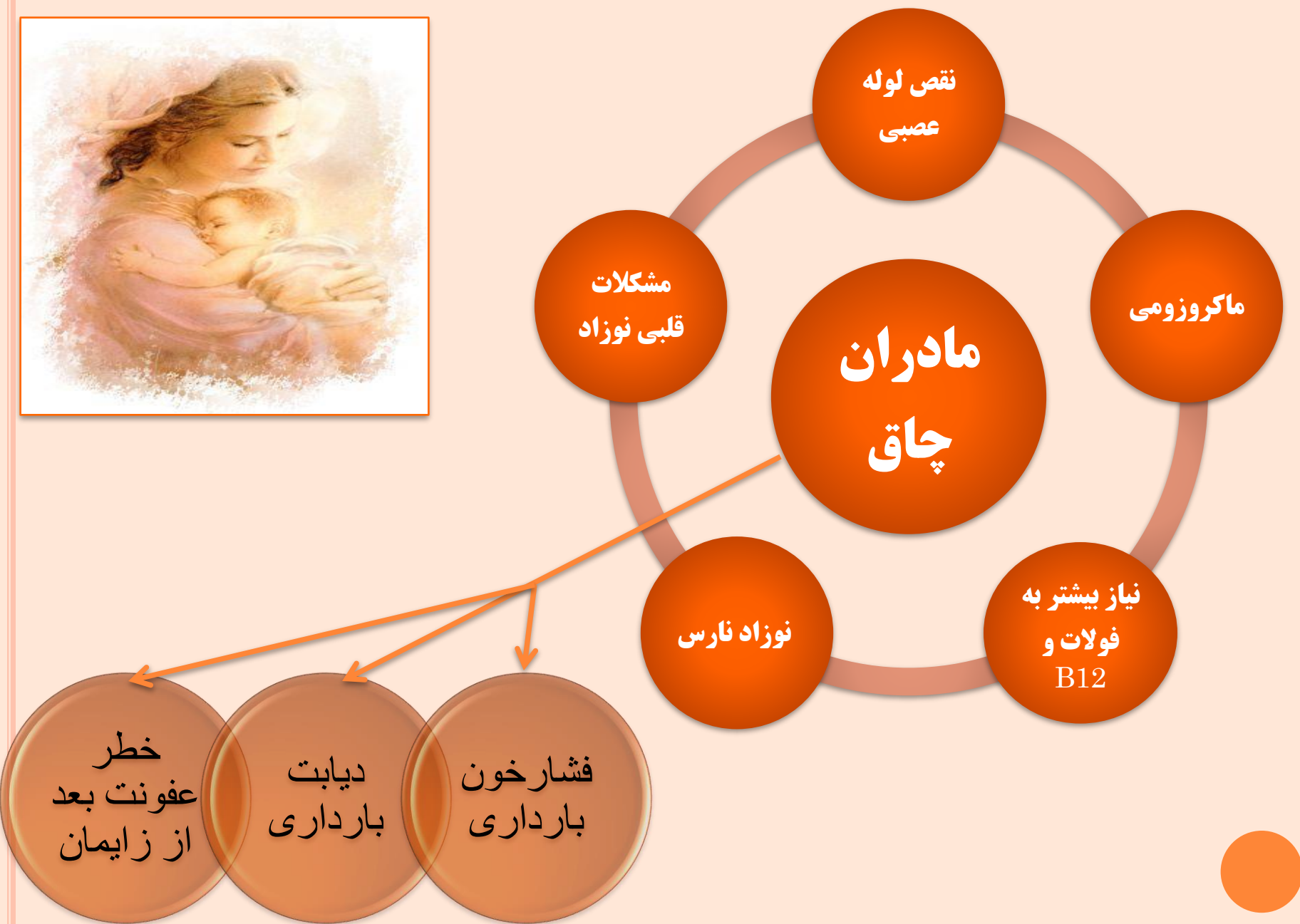
تغذیه مادر در قبل
و حین بارداری



- بیشتر زنان باردار افزایش نیاز انرژی برای وزن گیری را با کم کردن فعالیتشان جبران می کنند. بنابراین ممکن است کل انرژی روزانه در بارداری بیشتر از قبل بارداری نباشد.

ورزش:

- ورزش زیاد به همراه عدم دریافت انرژی کافی ممکن است منجر به وزن گیری ناکافی مادر و نقص در رشد جنین شود.
- نیم ساعت پیاده روی در روز به صورت ۳ تا ده دقیقه ای برای اغلب زنان باردار مفید است و از افزایش وزن بیش از حد آنها پیشگیری کرده و ادم را کاهش می دهد.



● ۵۰٪ زنان با BMI بالا،

● بیش از وزن هدف توصیه شده وزن به دست می آورند.

● زنان چاق و دارای اضافه وزن

● در معرض خطر مرگ داخل رحمی جنین و یا سقط جنین هستند.

● فشار خون بالا القاء شده با بارداری و سزارین در این گروه افزایش می یابد.

● خطر دیابت بارداری

● در جنین زنان مبتلا به GDM، جنین تسریع نرخ رشد را نشان می دهد.

● خطر زایمان بسیار زودرس نوزاد (< 32 هفته)

● تولد نوزاد مبتلا به نقص قلبی، نقص لوله عصبی (NTD)

● افزایش ماکروزومی (وزن > 4000 گرم)

● چاقی به خودی خود یک حالت التهابی است.



اثرات وزن گیری کمتر از حد مطلوب

○ وزن گیری و رشد ناکافی جنین

- اثر سوء تغذیه بر جنین بستگی به دوره حیاتی رشد بافتها دارد :
- دوره رشد حیاتی مغز و قلب ۱۴ هفته ابتدایی زندگی جنین است.
- دوره رشد حیاتی بافت ریه ۱۰ هفته بعدی زندگی جنین است.

در نتیجه

سوء تغذیه در ابتدای بارداری به سلامت مغز و قلب آسیب می رساند
و در میانه بارداری منجر به آسیب ریه می شود



○ کم وزنی نوزاد در زمان تولد (LBW)

- افزایش احتمال مرگ جنین
- کاهش ذخایر بدن مادر بعد از زایمان
- ناتوانی در شیردهی مرتب
- ناتوانی در نگهداری از نوزاد
- انمی مزمن پس از زایمان

علل وزن گیری نامناسب



- دسترسی ناکافی به برخی مواد غذایی
- پیروی از رژیم غذایی خاص
- تهوع و استفراغ بارداری
- ابتلا به بیماری های زمینه ای (دیابت، عفونت بارداری و...)
- اختلالات روانی و افسردگی
- مشکلات خانوادگی و نارضایتی از بارداری
- اعتیاد به مواد مخدر، داروهای مخدر و دخانیات
- مصرف زیاد و غیرعادی 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
- قد کمتر از ۱۵۰ سانتی متر، سن کمتر از ۱۸ یا بالاتر از ۳۵ سال، چند قلویی
- فاصله بارداری کمتر از ۳ سال تا زایمان قبلی



مادران نیازمند توجه بیشتر

- مادران چاق
- مادران لاغر
- مادران نوجوان
- مادران با بارداری دوقلو و یا بیشتر



مصرف مکمل

قبل از بارداری

- مادر: ۴۰۰ میکروگرم اسید فولیک برای تمام زنان سنین باروری (بارداری برنامه ریزی نشده).
- موارد برنامه ریزی: دریافت همین مقدار اسید فولیک یک ماه قبل از بارداری تا هفته شانزدهم
- پدر: مکمل آنتی اکسیدان

طول بارداری

- قرص آهن: از هفته ۱۶ بارداری تا ۳ ماه پس از زایمان یک عدد قرص سولفات فرو (۳۰ میلی گرم)
- در مادران کم خون ۶۰ تا ۹۰ میلی گرم آهن توصیه می شود.
- کپسول مولتی ویتامین - مینرال: از هفته ۱۶ بارداری تا سه ماه بعد از زایمان روزانه یک عدد.

نکات قابل توجه

- خطر نقص لوله عصبی با کمبود فولات، متیونین، کولین، آهن، منیزیم و نیاسین افزایش می یابد.
- مکمل یاری با آهن و فولات در تمام بارداری ها توصیه می شود.

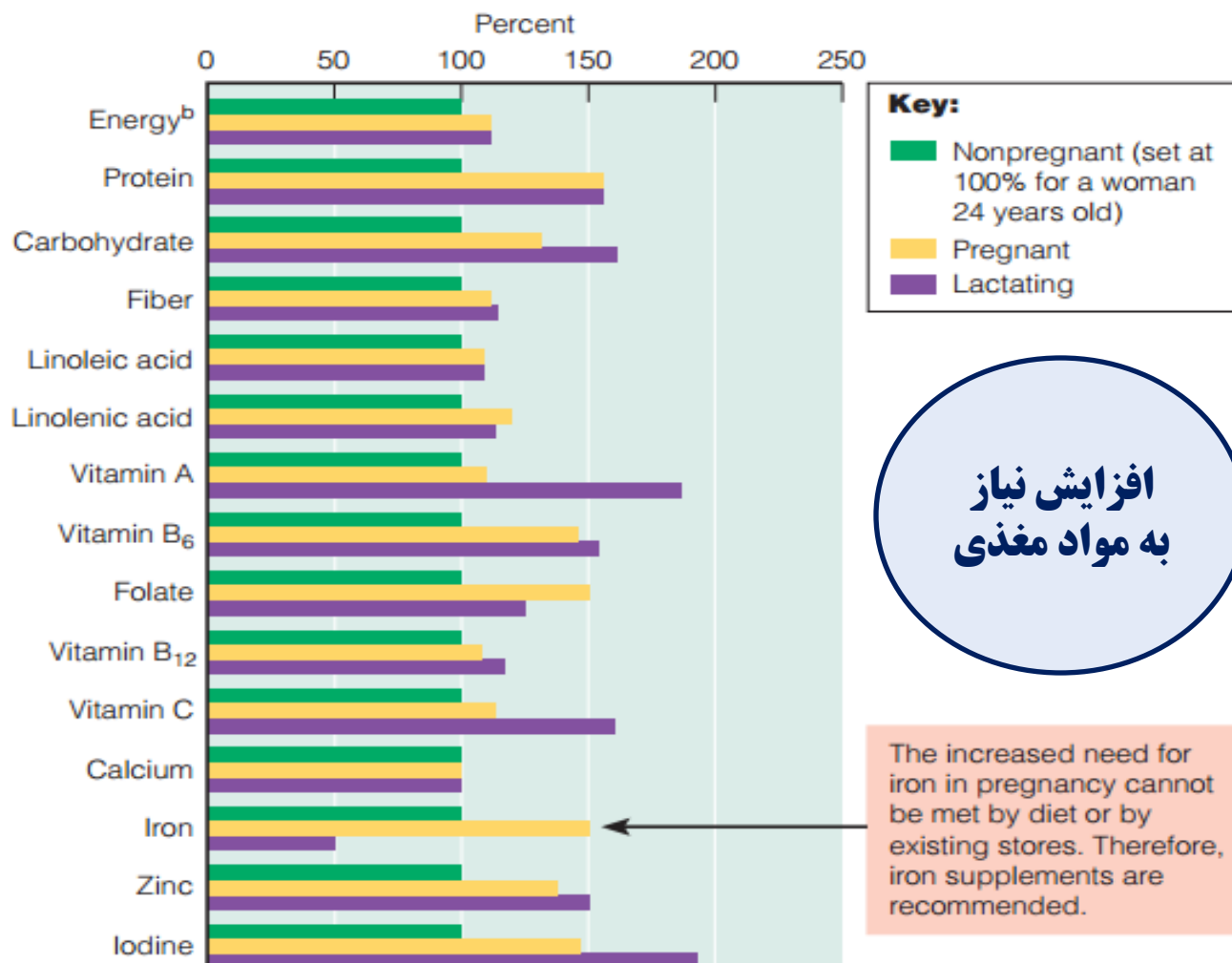
- منابع غذایی متیونین: تخم مرغ و گوشت
- منابع غذایی کولین: دل و جگر گاو ، زرده تخم مرغ، گل کلم،
- منابع غذایی نیاسین: مرغ، ماهی ، تخم مرغ ، تخمه آفتابگردان



داشتن رژیم مخصوص و جداگانه برای زنان باردار لازم نیست
استفاده از غذای خانواده به مقدار بیشتر نسبت به قبل از بارداری



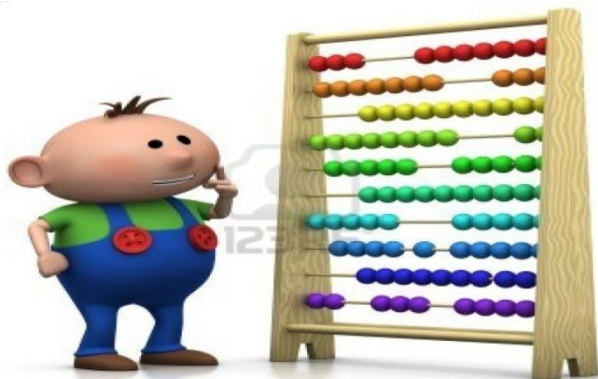
Comparison of Selected Nutrient Recommendations for Nonpregnant, Pregnant, and Lactating Women^a



^aValues for other nutrients are listed on the inside front cover, pages A and B.

^bEnergy allowance during pregnancy is for 2nd trimester; energy allowance during the 3rd trimester is slightly higher; no additional allowance is provided during the 1st trimester. Energy allowance during lactation is for the first 6 months; energy allowance during the second 6 months is slightly higher.

رژیم غذایی مناسب برای دوران بارداری



تغذیه مادر باردار در دوران بارداری باید متعادل و متنوع باشد
زن باردار باید از کم خوری و پر خوری پرهیز کند.

مادران باردار باید روزانه:

۱۱-۷ سهم از گروه نان و غلات،

۵-۴ سهم از گروه میوه ها و سبزی ها،

۴ سهم از گروه گوشت، حبوبات و مغزها

۴-۳ واحد از گروه شیر و لبنیات مصرف کنند.

کربوهیدرات

● فراهم سازی کالری کافی در رژیم غذایی

● پیشگیری از کتونمی

● افزایش اجسام کتونمی در خون مادر
باعث کاهش IQ جنین می شود.



گروه های غذایی اصلی

- ۱- گروه نان و غلات: تامین انرژی، شامل: نان، برنج، ماکارونی، رشته، گندم، جو، ذرت
مواد مغذی مهم: انرژی، بعضی از انواع ویتامین های گروه ب، آهن و مقداری پروتئین.
- مقدار توصیه شده: ۱۱-۷ واحد در روز
- هر واحد: یک برش ۳۰ گرمی (یک کف دست) نان سنگک، تافتون یا بربری یا ۴ برش نان لواش = نصف لیوان غلات پخته مانند برنج یا ماکارونی

ب) راه‌های کاهش دریافت مواد قندی

۱. استفاده از میوه‌های تازه به جای شیرینی و شکلات به عنوان میان‌وعده
۲. محدود کردن مصرف نان‌های شیرین (نان قندی، نان شیرمال، شیرینی، کیک و...) و انواع شکلات و آب نبات
۳. مصرف دوغ کم‌نمک و بدون گاز، آب و آب میوه‌های طبیعی به جای نوشابه‌های گازدار.
۴. استفاده از میوه‌هایی نظیر سیب، هلو و گلابی که قند کمتری دارند.
۵. خودداری از مصرف کمپوت میوه. در صورت تمایل به مصرف کمپوت میوه بهتر است آن را در منزل تهیه کنند. برای این کار تکه‌های میوه را با مقدار کمی آب و بدون اضافه کردن شکر به مدت چند دقیقه بجوشانند و سپس برای مصرف روزانه آن را در یخچال نگهداری کنند.
۶. استفاده از خرما، کشمش یا توت خشک (به مقدار کم) به جای قند و شکر همراه با چای.

منابع شکر مخفی:

نوشابه، دلستر، انواع شربت ها، رانی، ساندیس، پاستیل ها، نانهای فانتزی، بعضی از لواشک ها، آبمیوه ها، اسموتی ها، نوشیدنی های انرژی زا، آیس تی، آیس کافی، ماست میوه ای، سس مایونز، سس کچاپ، انواع دسر ها و



گروه های غذایی اصلی

- ۳- شیر و لبنیات: تامین کلسیم، فسفر، پروتئین و ویتامین های A و B2 ، شامل: شیر، ماست، پنیر، بستنی و کشک
- مقدار توصیه شده: ۳-۴ واحد در روز



گروه های غذایی اصلی

- ۲- گروه میوه ها و سبزی ها: تامین ویتامین ها به ویژه ویتامین های A و C و املاح

معدنی

- مقدار توصیه شده: ۴-۵ واحد در روز

- هر واحد میوه: یک عدد سیب یا پرتقال یا موز متوسط = نصف لیوان کمپوت یا میوه پخته = ۳ عدد زردآلو = نصف لیوان حبه انگور = یک چهارم طالبی متوسط = نصف لیوان آب میوه = ۲ قاشق غذاخوری میوه خشک

- هر واحد سبزی: یک لیوان سبزی خام برگ دار یا سالاد سبزیجات (گوجه فرنگی، کاهو، کلم، فلفل دلمه ای) = نصف لیوان سبزی های پخته

گروه سبزی ها

- 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.
- 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
- میزان مورد نیاز ۴ تا ۵ سهم در روز



گروه میوه ها

- 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
- میزان مورد نیاز: ۳ تا ۴ سهم



گروه های غذایی اصلی

- ۴- گوشت، تخم مرغ، حبوبات و مغزها: تامین پروتئین و املاحی نظیر آهن و روی.

شامل: انواع گوشت سفید و قرمز، دل، جگر، تخم مرغ، عدس، حبوبات، مغزها (پسته، بادام، گردو)

- مقدار توصیه شده: ۳ واحد در روز

- هر واحد: ۳۰ گرم گوشت پخته = نصف لیوان حبوبات خام یا یک لیوان پخته = یک عدد

تخم مرغ = یک چهارم لیوان مغزهای خام

گروه گوشت، تخم مرغ

- این گروه شامل انواع گوشت‌های قرمز (گوسفند و گوساله)، گوشت‌های سفید (مرغ، ماهی و پرندگان) و تخم مرغ است.
- ۶۰ گرم گوشت (یا دو تکه خورشتی) لحم 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
- میزان توصیه شده ۲ سهم در روز



حبوبات و مغز دانه‌ها

- حبوبات (نخود، انواع لوبیا، عدس و لپه و...) و مغز دانه‌ها (گردو، بادام، فندق، بادام زمینی و...) است.
- نصف لیوان حبوبات پخته یا یک سوم لیوان انواع مغزها (گردو، بادام، فندق، پسته و تخمه)
- میزان توصیه شده یک سهم



۵- گروه متفرقه

- شامل انواع قند ها، چربی ها، شیرینی، روغن، کره، خامه، نمک، شکلات، سس مایونز، انواع مرباها، نوشابه های گازدار، انواع ترشی ها و شورها و غیره
- مقدار توصیه شده: حداقل مقدار



راههای افزایش دریافت پروتئین، ویتامین ها و املاح در وعده غذایی

۱- افزایش دریافت گروه شیر و لبنیات

- استفاده از شیر، ماست، پنیر و بستنی بعنوان میان وعده (بیسکویت و شیر، نان و ماست، نان و پنیر، شیربرنج، فرنی) خانم های باردار لاغر می توانند روزانه تا ۴ سهم از مواد این گروه مصرف کنند.
- مصرف دوغ کم نمک و غلیظ در وعده های غذایی
- استفاده از 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)
- استفاده از تخم مرغ همراه با غذا (عدس پلو یا رشته پلو همراه با خاگینه)
- استفاده از غذاهای تهیه شده با تخم مرغ (انواع کوکو، کتلت و)
- استفاده از غذاهای تهیه شده با انواع حبوبات (برخی از خورش ها، آش ها، خوراک ها، آبگوشت، عدسی، خوراک لوبیا)
- مصرف انواع خشکبار و مغز ها (گردو، پسته، بادام و) بعنوان میان وعده

۳- افزایش دریافت گروه میوه ها و سبزی ها

- استفاده از سبزی هایی نظیر گوجه فرنگی، هویج و گل کلم و انواع میوه ها به عنوان میان وعده
- استفاده بیشتر از غذاهای تهیه شده با سبزی ها (انواع آش، سوپ، خورش ها و انواع کوکو و کتلت).

توصیه های غذایی دوران بارداری



- از شیر کم چربی و پنیر کم نمک استفاده شود.
- از کشک در انواع آش ها و غذاهای دیگر استفاده شود.
- انواع مغزها منابع خوبی از پروتئین و روی هستند و می توان به عنوان میان وعده از نوع خام آنها که نمک کمتری دارد استفاده کرد.
- از ماهی ۲ بار در هفته استفاده کنند زیرا ماهی در تکامل سیستم عصبی و افزایش قوای ذهنی جنین بسیار مؤثر است.

انجمن تغذیه کانادا مصرف ماهی بیش از دو بار در هفته در زنان باردار را به علت خطر آلودگی به جیوه مجاز نمی داند.





نکات قابل توجه



- ✓ مصرف روزانه بیش از ۵۰۰ میلی گرم کافئین :
- ✓ افزایش خطر سقط خودبخودی در سه ماهه اول
- ✓ و اوایل سه ماهه دوم حاملگی

- ✓ آشامیدن حداکثر ۲ لیوان قهوه
- ✓ و یا حداکثر ۴ لیوان نوشابه های حاوی کافئین در دوران بارداری مجاز است.

- ✓ در دوران بارداری کاهش وزن توصیه نمی شود
- ✓ چون سموم ذخیره شده در بافت چربی
- میتواند در جنین ایجاد علایم عصبی کند.



نکات قابل توجه

- نیاز به ویتامین های محلول در چربی در دوران بارداری مشابه قبل از بارداریست
 - به جز ویتامین A
 - مصرف مکمل ویتامین A در دوران بارداری منجر به بروز نقایص عصبی در جنین میشود.
- دریافت کولین در دوران بارداری ضروری است.
- منابع کولین: جوانه گندم، سویا، گوشت و زرده تخم مرغ





فعالیت فیزیکی در دوران بارداری



○ اثرات فعالیت فیزیکی

- ارتقا سلامت مادر
- کاهش درد و تسهیل روند زایمان
- کاهش خطر دیابت بارداری
- کاهش استرس های روحی

○ ورزش مناسب

- پیاده روی
- نرمش سبک
- شنا
- ایروبیک در آب
- یوگا

○ در حین ورزش دمای داخلی بدن نباید افزایش پیدا کند.

- عدم استفاده از جکوزی و سونا
- ورزش در هوای مناسب

○ دریافت کافی آب قبل، در حال ورزش و بعد از آن اهمیت دارد.



عفونت ادراری

گاهی نیز سوزش ادرار با منشأ غیر عفونی و به دلیل استفاده از مصرف مواد غذایی محرک ایجاد می شود در این موارد که موضوع ابتلا به عفونت ادراری پس از بررسی های آزمایشگاهی منتفی شده است توصیه می شود از مصرف برخی غذاها خودداری شود.

این مواد غذایی عبارت اند از:

- ادویه ها: فلفل سبز، فلفل قرمز، خردل و...
- فرآورده های گوشتی نمک سود به ویژه سوسیس و کالباس
- سیرابی، گوشت های کنسرو شده و صنعتی
- مواد غذایی گوگردار مانند مارچوبه، تربچه، سیر و پیاز
- نوشیدنی های حاوی ترکیبات گزانتیک مانند قهوه

همچنین با اسیدی کردن ادرار می توان از ایجاد محیط مناسب برای رشد و تکثیر باکتری ها 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 مؤثرند.

نوشیدن مایعات زیاد به خصوص آب با افزایش دفع ادرار موجب کاهش PH ادرار و نیز کاهش غلظت ادرار و تخفیف علائمی نظیر سوزش می گردد.



پره اکلامپسی و اکلامپسی

پره اکلامپسی سندرمی است که با مجموعه‌ای از علائم ادم، پروتئینوری و پر فشاری 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. توصیه‌هایی تغذیه‌ای به صورت مکمل با درمان دارویی و با 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، پروتئین و پتاسیم، مصرف غذای پر پروتئین و استفاده از منابع غذایی اسیدهای چرب ضروری اسید لینولئیک و اسید لینولنیک می‌باشد.

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

در زن چاق با BMI=38 و سابقه پره اکلامپسی، بهترین اقدام شروع آسپرین با دوز پایین است.



منابع غذایی لینولئیک و لینولنیک اسید

○ روغن‌های آفتابگردان، گلرنگ، سویا، ذرت و کلزا و همچنین آجیل و دانه‌ها



تهوع معمولاً از اوایل بارداری
شروع شده و حداکثر تا هفته ۱۷
برطرف می شود.

• مصرف مکمل ویتامین B6 و زنجبیل به
کاهش حالت تهوع و استفراغ کمک میکند.



خوردن صبحانه:

- خوردن صبحانه به میزان قابل توجهی منجر به افزایش متابولیسم پایه در فرد می شود و حس گرسنگی او را در طی روز کاهش می دهد.
- تغذیه نادرست و ناکافی و از جمله نخوردن صبحانه، از علل اصلی افزایش وزن در طی بارداری است.
- خانم های بارداری که صبحانه نمی خورند نسبت به آنهایی که می خورند، چاق ترند.

روش های درست پخت غذا

برای حفظ مواد مغذی در پختن غذا یک قانون کلی وجود دارد:

«هرچه در تهیه غذا، آب، زمان و روغن کمتری استفاده شود، مواد مغذی کمتری از بین خواهد رفت»

غذاها را بصورت آبپز، بخارپز یا کبابی تهیه کنید.

تهوع و استفراغ:

درمان های دیگر شامل

- خوردن نان خشک و بیسکوئیت در حالت ناشتا و کراکرها یا چیپس سیب زمینی در طی روز،
- بو کردن لیموترش،
- مصرف غذاها با دمای نزدیک به دمای اتاق،
- آب نبات های مخصوص،
- کاهش سروصدا،
- طب سوزنی و هیپنوتیزم

تهوع و استفراغ:

- ۴ تا ۵ وعده غذا در حجم کم
- حذف غذاهای چرب، سرخ کرده و پر ادویه
- باز گذاشتن پنجره
- مصرف مایعات بین وعده ها
- غذاها و مایعات سرد
- آرام غذا خوردن و استراحت کافی
- گرسنه نماندن
- حذف رایحه آزار دهنده
- حمایت روحی
- تجویز ویتامین B6

پیکا و ویار حاملگی

- پیکا (مصرف مواد با ارزش تغذیه ای اندک یا بدون ارزش) در حاملگی اغلب شامل خاک خوری (مصرف خاک یا گل) یا نشاسته خواری (مصرف مواد نشاسته ای غیرمغذی مثل پودر رختشویی) است.
- مواد غیرغذایی دیگر که در دوران بارداری خورده می شوند. شامل یخ، کاغذ، کبریت سوخته، سنگ یا ماسه، زغال چوب، دوده، خاکستر سیگار، قرص های آنتی اسید، شیر منیزیم، جوش شیرین و دانه های قهوه است.
- بروز پیکا محدود به منطقه جغرافیایی، نژاد، جنس، فرهنگ یا وضعیت اجتماعی نیست و فقط به زنان بارداری منحصر نمی شود.
- سبب شناسی (اتیولوژی) پیکا به خوبی مشخص نیست. یک فرضیه بیان می دارد که مواد غیرخوراکی تهوع و استفراغ را برطرف می کند. تئوری دیگری می گوید که کمبود یک ماده مغذی ضروری مثل کلسیم یا آهن موجب می شود فرد به خوردن منابع غیرغذایی این املاح تمایل پیدا کند.
- سوءتغذیه یکی از نتایج پیکا می باشد، چرا که مواد غیرخوراکی نمی توانند مواد مغذی مورد نیاز را فراهم بیاورند. مصرف بیش از حد نشاسته، موجب بروز چاقی می شود و این مسئله بخصوص در زنان مبتلا به دیابت ملیتوس حائز اهمیت است. برخی مواد حاوی ترکیبات سمی مثل فلزات سنگین هستند و بقیه می توانند با جذب مواد معدنی مثل آهن تداخل ایجاد کنند. مصرف بیش از حد مواد غیرخوراکی مثل نشاسته یا گل می تواند موجب انسداد روده شود.

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 کم خونی مصرف می کنند یبوست غیر معمول نیست.

○ توصیه های پیشگیری و یارفع یبوست:

- افزایش دریافت مایعات به خصوص همراه با مکمل آهن
- مصرف مداوم سبزیها و میوه های تازه
- افزایش فعالیت بدنی و قدم زدن و فعالیت ائروبیک روزانه بصورت منظم و مداوم
- مصرف غذاهای ملین طبیعی مانند غلات کامل و حبوبات، میوه ها و سبزی های فیبر دار و میوه های خشک بخصوص آلو و انجیر



پیکا

پیکا (مصرف مواد با ارزش تغذیه ای اندک یا بدون ارزش)

* بروز پیکا محدود به منطقه جغرافیایی، نژاد، جنس، فرهنگ یا وضعیت اجتماعی نیست.

* اغلب شامل خاک خوری (مصرف خاک یا گل)

* نشاسته خواری (مصرف مواد نشاسته ای غیر مغذی مثل پودر رختشویی)

مواد غیر غذایی دیگر که در دوران بارداری خورده می شوند:

یخ، کاغذ، کبریت سوخته، سنگ یا ماسه، زغال چوب، دوده، خاکستر سیگار،

قرص های آنتی اسید، شیر منیزیم، جوش شیرین و دانه های قهوه

سبب شناسی پیکا به خوبی مشخص نیست:

▪ مواد غیر خوراکی تهوع و استفراغ را برطرف می کند.

▪ کمبود یک ماده مغذی ضروری مثل کلسیم یا آهن

سوء تغذیه یکی از نتایج پیکا می باشد

○ مصرف بیش از حد نشاسته، موجب بروز چاقی می شود.

○ برخی مواد حاوی ترکیبات سمی مثل فلزات سنگین هستند

○ برخی می توانند با جذب مواد معدنی مثل آهن تداخل ایجاد کنند.

○ مصرف بیش از حد مواد غیر خوراکی مثل نشاسته یا گل می تواند موجب انسداد روده شود.

سوزش سر دل :

برگشت محتویات معده به مری در نیمه دوم بارداری

این وضعیت در ۳ ماهه آخر بارداری شایع است که عمدتاً به علت افزایش حجم و رشد جنین و فشار آن به معده و دستگاه گوارش مادر ایجاد می شود.

توصیه ها

- بعد از صرف غذا یا مایعات از دراز کشیدن پرهیز شود.
- به تعویق انداختن ورزش به حداقل ۲ ساعت پس از صرف غذا
- وعده های کوچک و متعدد
- به جای ۳ وعده غذا ۵-۴ وعده غذا در حجم کم میل کنند
- آرامش در هنگام غذا خوردن، خوب جویدن و آهسته خوردن
- پرهیز از مصرف چربی زیاد
- پرهیز از مصرف غذاهای پرادویه
- پرهیز از مصرف غذاهای نفاخ
- مصرف مایعات خارج از وعده های اصلی
- پوشیدن لباس های گشاد و راحت
- به جای مصرف شکلات، قهوه و چای از آب استفاده شود

راه های افزایش دریافت فیبر برای درمان یبوست



۱- مصرف نانهای سبوس دار (نان سنگک، نان جو)

۲-مصرف روزانه سبزی خوردن و سالاد

(کاهو، کلم، گوجه فرنگی، خیار،هویج، فلفل دلمه ای سبز) همراه با غذا

۳-مصرف میوه های تازه بعنوان میان وعده (استفاده از خود میوه بجای آب میوه)

۴- استفاده از خشکبار (برگه زردآلو، کشمش و)

و سبزی های تازه (هویج، گل کلم، خیار، گوجه فرنگی و) بعنوان میان وعده

۵- استفاده بیشتر از انواع حبوبات (لوبیا، عدس، ماش و نخود) در انواع سوپ و آش

۶- استفاده از کاهو، گوجه فرنگی، جعفری و پیاز، کلم، فلفل دلمه در انواع ساندویچ

۷- استفاده از سبزی ها در اکثر غذاها (ماکارونی، باقلا پلو، کلم پلو، سبزی پلو)، ماست و خیار،ماست و

سبزی و انواع سوپ ها



ادم بارداری

ورم مختصر در ساق و قوزک پا

در نتیجه فشار رحم و محتویات آن روی ورید های لگنی

و مختل شدن باز گشت وریدی خون از پاها

توصیه ها:

محدودیت نمک و غذاهای شور، چیپس و ترشیجات

۴ تا ۵ بار در روز به پهلوی دراز بکشد

(خون رسانی بهتر به اعضای لگنی ، رحم و جنین و جلوگیری از پیشرفت ادم)

ایستادن و نشستن روی صندلی با پاهای آویزان ادم را بیشتر می کند

دیابت بارداری

شروع در دوران بارداری معمولاً در سه ماهه دوم یا سوم

در اثر هورمونهای مترشحه از جفت

درمان با رژیم غذایی

در صورت لزوم انسولین برای کنترل دقیق گلوکز خون

شیوع در ۲ تا ۵ درصد زنان باردار

عدم تحمل گذرا ولی قابل برگشت نسبت به گلوکز:

➤ عود در حاملگی های بعدی

➤ ۳۰ تا ۴۰ درصد بیماران در عرض ۱۰ سال به دیابت نوع ۲ مبتلا می شوند.

عوامل
خطر

چاقی
حاملگی بالای ۳۰ سال
سابقه فامیلی دیابت
سابقه نوزاد درشت

تستهای غربالگری می بایست بین هفته های ۲۸-۲۴ حاملگی انجام شود.

توصیه های تغذیه ای در دیابت بارداری:

- رژیم غذایی باید نیازهای سنی را تامین کند و متناسب با اهداف وزنی فرد باشد.

رژیم غذایی مناسب حاوی

۳۵-۳۰ kcal/kg انرژی

۲۰ تا ۲۵٪ کل انرژی از پروتئین

۳۵ تا ۴۰٪ کربوهیدرات

۳۵ تا ۴۰٪ چربی باشد.

- محدود کردن کل کربوهیدرات دریافتی به ۳۵ تا ۴۰٪ انرژی

■ قادر است سطح گلوکز خون مادر را بهبود ببخشد.

- دریافت مقدار کافی کربوهیدرات در هر روز ضروری است

- اجتناب از دریافت زیاد شکر توصیه میشود.



توصیه های تغذیه ای در دیابت بارداری:

- زمان بندی غذاها و وعده های غذایی اهمیت ویژه دارد.
- به ویژه وعده قبل از خواب
- نباید هیچ وعده غذایی در این افراد حذف شود.
- انجام ورزشهای منظم آئروبیک شاید مفید باشند.
- انجام پیاده روی در بعد از غذا شاید در کنترل سطح قند خون کمک کننده باشد.

بطور کلی:

محدودیت متوسط انرژی (۱۸۰۰ کیلوکالری)
محدودیت کربوهیدرات در وعده صبحانه
افزایش پروتئین در میان وعده صبح
ورزش متوسط





سپاس از توجه شما

