

بررسی میزان، علل و نحوه مصرف گیاهان دارویی در دوران بارداری

مریم دبیری فرد^۱، زهرا مقصودی^۲، سارا دبیری فرد^۳، دکتر نیر سلمانی^{۴*}

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت ویژه نوزادان، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران.
۲. دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری سالمندی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران.
۳. کارشناس ارشد مدیریت دولتی، بیمارستان شهید بهشتی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران.
۴. استادیار گروه پرستاری اطفال، دانشکده پرستاری میبد، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۱/۲۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۴/۱۰

خلاصه

مقدمه: امروزه استفاده از گیاهان دارویی موضوعی نسبتاً رایج است، درحالی که گیاهان دارویی برخلاف داروهای شیمیایی، دارای دوزهای تنظیم شده مشخصی جهت مصرف نیستند و می‌توانند پیامدهای تهدیدکننده بیشتری را برای مادر و جنین به دنبال داشته باشند، لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی میزان، علل و نحوه مصرف گیاهان دارویی در دوران بارداری انجام شد.

روش کار: این مطالعه توصیفی تحلیلی در سال ۱۳۹۵ بر روی ۱۴۳ نفر از زنان زایمان کرده در بخش زنان بیمارستان شهید صدوقی یزد انجام شد. گردآوری داده‌ها با استفاده از پرسشنامه محقق ساخته که شامل ۲ بخش بود، انجام گرفت. بخش اول مربوط به گردآوری اطلاعات جمعیت شناختی و بخش دوم اطلاعات مربوط به عملکرد زنان در رابطه با مصرف گیاهان دارویی در طی بارداری (۱۳ سؤال) بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۱۹) و آزمون‌های کای اسکوئر، تی مستقل و رگرسیون لجستیک انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: ۱۲۹ نفر (۹۰/۲٪) از نمونه‌ها در دوران بارداری از گیاهان دارویی استفاده کرده بودند، ۷۸ نفر (۶۰/۴۶٪) ۱-۲ گیاه دارویی را به‌طور همزمان، ۹۵ نفر (۷۳/۶۴٪) گیاهان را به‌صورت دمنوش، ۵۳ نفر (۴۱/۰۸٪) زنجبیل (اکثراً برای کنترل تهوع و استفراغ) و ۳۹ نفر (۳۰/۲۳٪) نعناع (اکثراً برای کنترل سوزش سردل) استفاده کرده بودند. منبع دریافت اطلاعات ۱۲۲ نفر (۹۴/۵۷٪) خانواده و دوستان بود.

نتیجه‌گیری: با تمرکز بر آن که اکثر نمونه‌ها در طی دوران بارداری از گیاهان به دلایل مختلف استفاده کرده و منبع دریافت اطلاعات خود را، خانواده و دوستان بیان داشتند، لذا لزوم آگاهی دادن به مادران درباره عوارض و فواید گیاهی رایج مصرفی و بررسی ایمن بودن این گیاهان بر سلامت مادر و جنین امری ضروری به‌نظر می‌رسد.

کلمات کلیدی: بارداری، زنان، گیاهان دارویی

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر نیر سلمانی؛ دانشکده پرستاری میبد، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران. تلفن: ۰۳۵-۳۸۲۴۱۷۵۱؛ پستی الکترونیک: n.salmani@ssu.ac.ir

مقدمه

امروزه استفاده از گیاهان دارویی موضوعی نسبتاً رایج است (۳-۱) و شیوع استفاده از گیاهان دارویی در طول دوره بارداری بین ۴۵-۴٪ در ایالات متحده آمریکا، ۶-٪ ۱۲٪ در استرالیا و ۲۲/۳-۸۲/۳٪ در خاورمیانه گزارش شده است (۶-۲). اما علی‌رغم افزایش مصرف گیاهان دارویی، دانش مرتبط با مصرف آن‌ها در زمان بارداری محدود است (۷، ۵)؛ در حالی که بارداری وضعیتی است که با تغییرات فیزیولوژیک همراه می‌باشد و می‌تواند مسائل ناشی از بارداری از جمله تهوع، استفراغ، یبوست و رفلکس را منجر شود و به دنبال بروز عوارض، معمولاً زنان باردار در پی خوددرمانی می‌باشند و اغلب به‌خاطر اعتقاد به این مسئله که گیاهان دارویی برای جنین ایمن‌تر از گیاهان شیمیایی هستند، گیاهان دارویی را به داروهای تجویز شده پزشک ترجیح می‌دهند و به دنبال ترس و اضطراب ناشی از مصرف داروهای شیمیایی که احتمال آسیب‌رسانی به جنین را دارد، از پذیرش این نوع داروها کناره‌گیری کرده و به گیاهان دارویی روی می‌آورند (۶، ۸، ۹). این در حالی است که شواهد در زمینه ایمن بودن گیاهان دارویی در زمان بارداری ناکافی است و باید این گیاهان با احتیاط مصرف شوند، چرا که می‌توانند پیامدهای مضر را برای مادر و جنین به همراه داشته باشند؛ به‌طوری‌که برخی گیاهان دارویی تراژونیک هستند و مصرف برخی گیاهان طی بارداری، از جمله شیرین‌بیان، داروش، بزرک، رازیانه و بسیاری از گیاهان دیگر می‌توانند موجب انقباض رحم شوند، برخی دیگر منجر به افزایش احتمال زایمان زودرس و سقط می‌شوند (۱۴-۱۰). گیاهانی مانند سنا، روغن کرچک و ریواس ترکی می‌توانند موجب ناهنجاری مشخص در جنین شوند (۱۶، ۱۵)، به ویژه زمانی که مصرف آن‌ها بدون مشورت با اعضاء تیم مراقبتی انجام شود (۱۷). داروهای گیاهی، به‌دلیل آن‌که برخلاف داروهای شیمیایی دوزهای تنظیم شده مشخصی جهت مصرف ندارند، می‌توانند پیامدهای تهدیدکننده بیشتری را برای مادر و جنین به‌دنبال داشته باشند (۱۸، ۱۹). همچنین مصرف گیاهان دارویی تحت تأثیر منطقه جغرافیایی، جنبه‌های فرهنگی و اجتماعی و قومیت بوده و متأثر از

اعتقادات و باورهای افراد نیز می‌باشد (۲۰)، لذا ضروری است که دلیل مصرف گیاهان دارویی، انواع گیاهان مصرفی و شیوه مصرف آن‌ها توسط زنان باردار بررسی شود و به‌دلیل آن‌که مطالعات انجام شده در ایران بسیار محدود و انگشت‌شمار می‌باشد، مطالعه حاضر با هدف بررسی میزان، علل و نحوه مصرف گیاهان دارویی در دوران بارداری انجام شد.

روش کار

این مطالعه توصیفی تحلیلی در سال ۱۳۹۵ بر روی ۱۴۳ نفر از زنان زایمان کرده در بخش زنان بیمارستان شهید صدوقی یزد، انجام شد. حجم نمونه با استفاده از ۲۰ نفر به‌صورت آزمایشی و اندازه‌گیری $p=0/85$ ، با میزان خطای استاندارد $d=0/05$ و $\alpha=0/05$ ، بر حسب فرمول (حجم نمونه مورد نیاز برای برآورد نسبت جامعه با حداکثر خطای قابل قبول d و احتمال موفقیت p)، ۱۴۳ نفر محاسبه شد. نمونه‌ها به روش نمونه‌گیری در دسترس از بین افرادی که در بخش زنان بستری بودند و روز دوم بعد از زایمان را سپری می‌کردند، انتخاب شدند. بعد از ارائه اطلاعات در رابطه با هدف مطالعه و روش گردآوری داده‌ها و کسب رضایت شفاهی و کتبی از نمونه‌های مورد مطالعه، پرسشنامه محقق ساخته در اختیار افراد قرار گرفت. پرسشنامه شامل ۲ بخش بود. بخش اول مربوط به گردآوری اطلاعات جمعیت شناختی (سن، شغل، تحصیلات، وضعیت اقتصادی، محل تولد، تعداد فرزندان، رتبه بارداری) و بخش دوم اطلاعات مربوط به عملکرد زنان در رابطه با مصرف گیاهان دارویی در طی بارداری (۱۳ سؤال) بود. جهت بررسی روایی از شیوه روایی محتوا (نظر خواهی از ۱۰ نفر از اساتید دانشکده پرستاری و مامایی شهید صدوقی یزد) و جهت تعیین پایایی از روش آزمون-بازآزمون و ضریب همبستگی اسپیرمن براون استفاده شد که ۰/۸۷ به‌دست آمد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۱۹) و آمار توصیفی و آزمون‌های آماری کای اسکوئر، تی‌مستقل و رگرسیون لجستیک انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

۵۲ نفر (۳۶/۴٪) بارداری دوم و ۵۸ نفر (۴۰/۶٪) دارای ۱ فرزند بودند. سایر داده‌های مربوط به متغیرهای جمعیت شناختی در جدول ۱ ارائه شده است.

در مطالعه حاضر، میانگین سن مادران $28/77 \pm 5/62$ سال بود. ۱۱۸ نفر (۸۰/۴٪) از مادران خانه‌دار، ۴۲ نفر (۲۹/۴٪) سطح تحصیلات دیپلم، ۱۰۲ نفر (۶۶/۹٪) بومی، ۹۶ نفر (۶۷/۱٪) دارای وضعیت اقتصادی متوسط،

جدول ۱- فراوانی مطلق و نسبی متغیرهای جمعیت شناختی مادران

متغیرهای جمعیت شناختی		تعداد	درصد
شغل	خانه‌دار	۱۱۸	۸۲/۵
	کارمند	۲۵	۱۷/۵
سطح تحصیلات	زیر دیپلم	۲۸	۱۹/۶
	دیپلم	۴۲	۲۹/۴
	فوق دیپلم	۲۷	۱۸/۹
	لیسانس	۳۸	۲۶/۶
بومی بودن	فوق لیسانس	۸	۵/۵
	بله	۱۰۲	۷۱/۳
وضعیت اقتصادی	خیر	۴۱	۲۸/۷
	ضعیف	۱۵	۱۰/۵
رتبه بارداری	متوسط	۹۶	۶۷/۱
	خوب	۳۲	۲۲/۴
	اول	۴۰	۲۸
	دوم	۵۲	۳۶/۴
تعداد فرزندان	سوم	۲۸	۱۹/۶
	بیش از سه	۲۳	۱۶
	۰	۴۲	۲۹/۴
	۱	۵۸	۴۰/۶
	۲	۳۱	۲۱/۷
	۳	۹	۶/۳
	۴	۳	۲/۱

هفته ادامه داده بودند. از لحاظ روش مصرف گیاهان دارویی، ۴ روش توسط مادران ذکر شد که به ترتیب فراوانی شامل: دمنوش (۹۵ نفر، ۷۳/۶۴٪)، عرقیجات (۸۶ نفر، ۶۷/۶۷٪)، خام (۸۳ نفر، ۶۴/۳۵٪) و موضعی (۱ نفر، ۰/۷۷٪) بود. سایر داده‌های مربوط به عملکرد نمونه‌های مورد مطالعه در زمینه مصرف گیاهان در دوران بارداری در جدول ۲ ارائه شده است.

در رابطه با مصرف گیاهان دارویی، ۱۲۹ نفر (۹۰/۲٪) از واحدهای پژوهش در دوران بارداری از گیاهان دارویی استفاده کرده بودند و ۶ نفر (۴/۲٪) از مادران بیان داشتند که قبل از بارداری نیز از گیاهان دارویی استفاده می‌کردند. ۷۸ نفر (۶۰/۴۶٪) مادران در طی بارداری، ۲- ۱ گیاه دارویی را به‌طور همزمان مصرف کرده بودند و ۴۶ نفر (۳۵/۶۵٪) مصرف گیاه دارویی را برای بیش از دو

جدول ۲- عملکرد مادران در دوران بارداری در رابطه با مصرف گیاهان دارویی

عملکرد مادران در دوران بارداری در رابطه با مصرف گیاهان دارویی		تعداد	درصد
مصرف گیاهان دارویی در طی بارداری	بله	۱۲۹	۹۰/۲
	خیر	۱۴	۹/۸

۶۰/۴۶	۷۸	۱-۲	تعداد گیاه مصرف شده در یک زمان
۳۲/۵۵	۴۲	۳-۴	
۵/۴۴	۷	۵-۶	
۱/۵۵	۲	بیشتر از ۶	
۴۷/۲۸	۶۱	۱-۳ روز	تعداد روزهای مصرف گیاه
۱۰/۱۷	۱۳	۴-۸ روز	
۶/۹۰	۹	۹-۱۴ روز	
۳۵/۶۵	۴۶	بیشتر از ۱۵	
۶۴/۳۵	۸۳	بله	مصرف گیاه به شکل خام
۳۵/۶۵	۴۶	خیر	
۶۷/۶۷	۸۶	بله	مصرف گیاه به شکل عرقیجات
۳۳/۳۳	۴۳	خیر	
۷۳/۶۴	۹۵	بله	مصرف گیاه به شکل دمنوش
۲۶/۳۶	۳۴	خیر	
۰/۷۷	۱	بله	مصرف گیاه به شکل موضعی
۹۹/۲۳	۱۲۸	خیر	

کنترل سوزش سردل (۲۸ نفر، ۲۱/۷۰٪)، کاسنی برای پیشگیری از زردی نوزاد (۲۱ نفر، ۱۶/۲۷٪)، بیدمشک برای برطرف کردن استرس و اضطراب (۱۴ نفر، ۱۰/۸۵٪)، گل‌گاوزبان برای برطرف کردن استرس و اضطراب (۱۴ نفر، ۱۰/۸۵٪)، چای سبز برای برطرف کردن سردرد (۱۰ نفر، ۷/۷۵٪)، خاکشیر برای پیشگیری از زردی نوزاد (۸ نفر، ۶/۲۰٪)، گلاب برای برطرف کردن استرس و اضطراب (۱۰ نفر، ۷/۷۵٪)، آویشن برای رفع سرماخوردگی (۱۲ نفر، ۹/۳۰٪)، بابونه برای برطرف کردن دل درد (۳ نفر، ۲/۳۲٪) و قدومه برای رفع سرفه و گلو درد (۵ نفر، ۳/۸۷٪) بود. سایر داده‌های مربوط به نوع و علل مصرف گیاهان در جدول ۳ ارائه شده است.

نتایج مطالعه حاضر، نشان داد که ۴۳ نوع گیاه در طی بارداری مورد استفاده مادران بود. ۱۰ گیاهی که نسبت به بقیه گیاهان از فراوانی بیشتری برخوردار بودند، به ترتیب شامل: زنجبیل (۵۳ نفر، ۴۱/۰۸٪)، نعناع (۳۹ نفر، ۳۰/۲۳٪)، کاسنی (۳۵ نفر، ۲۷/۱۳٪)، بیدمشک (۳۳ نفر، ۲۵/۵۸٪)، گل‌گاوزبان (۳۲ نفر، ۲۴/۸۰٪)، چای‌سبز (۲۳ نفر، ۱۷/۸۲٪)، خاکشیر (۲۰ نفر، ۱۵/۵۰٪)، گلاب (۲۰ نفر، ۱۵/۵۰٪)، آویشن (۱۷ نفر، ۱۳/۱۷٪)، بابونه (۹ نفر، ۶/۹۷٪) و قدومه (۸ نفر، ۶/۲۰٪) بود.

علل مصرف گیاهان دارویی در طی دوران بارداری توسط مادران بر حسب نوع گیاه مصرفی شامل: زنجبیل برای کنترل تهوع و استفراغ (۳۰ نفر، ۲۳/۲۵٪)، نعناع برای

جدول ۳- گیاهان مصرف شده و علل مصرف در طی بارداری

نام گیاه	علل مصرف
گل‌گاوزبان، گل بنفشه، آویشن، عناب، گل ختمی، شلغم، اسفرزه، شیرین بیان، اسطوخودوس، قدومه	برطرف کردن مشکلات سیستم تنفسی (گرفتگی بینی، سرماخوردگی، گلو درد)
زنجبیل، نعناع، خاکشیر، بارهنگ، بادپون، اسفرزه، گلبر، آلونه‌ورا، سیخ شاتره، زیتون، رازیانه، دارچین، آویشن	برطرف کردن مشکلات سیستم گوارشی (تهوع، استفراغ، سوزش سردل، یبوست)
گل‌گاوزبان، گلاب، چای سبز، بیدمشک، بهارنارنج	کاهش دادن استرس و اضطراب
زنجبیل، گل‌گاوزبان، اسفرزه، اسطوخودوس، دارچین، بهارنارنج، ختمی	کاهش دادن سردرد
کاسنی، گل بنفشه، ترنجبین، شیر خشت، خاکشیر	پیشگیری کردن از زردی نوزاد
کاسنی، خاکشیر، کیالک، ختمی، شاطره، تخم شربتی، بیدمشک	برطرف کردن گرمی
زنجبیل، مرزنجوش، گلبر، هل، سیاه دانه، زیتون، رازیانه، گل محمدی، دارچین	برطرف کردن سردی
زنجبیل	برطرف کردن ورم و ادم
گل‌گاوزبان، بیدمشک	برطرف کردن بی‌خوابی

کاهش دادن قند خون	هندوانه ابوجهل، بیدمشک، شنبلیله، دارچین
برطرف کردن دندان درد	آویشن، بارهنگ، شیرین بیان
تسریع کردن فرآیند زایمان	بارهنگ
بالا بردن فشار خون	بیدمشک
کاهش دادن فشار خون	زرشک
باهوش شدن جنین	کندر
زیبا شدن جنین	رازیانه
برطرف کردن عفونت ادراری	زیتون
پیشگیری از عفونت در بارداری	زیره، خارخسک
برطرف کردن کم خونی	اسفناج
پرمو شدن جنین	شنبلیله

اساس تقسیم‌بندی مادران در ۴ گروه سنی، آزمون آماری کای اسکور اختلاف معنی‌داری را نشان داد ($p=0/002$) و بر اساس نتایج رگرسیون لجستیک تک متغیره، با یک سال افزایش سن مادر احتمال استفاده از گیاهان دارویی به میزان ۱/۲ واحد افزایش یافت (جدول ۴). بر اساس نتایج آزمون تی مستقل، بین میانگین سنی مادرانی که استفاده و یا عدم استفاده از گیاهان دارویی داشتند، تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($p=0/012$)؛ به‌طوری‌که سن مادرانی که از گیاهان دارویی استفاده کرده بودند از سن مادرانی که از گیاهان دارویی استفاده نکرده بودند، بیشتر بود (۲۹/۱۶ سال در برابر ۲۵/۲۱ سال).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که ۹۵ نفر (۶۵/۷٪) مادران در دوران بارداری پزشک معالج خود را از مصرف گیاهان دارویی مطلع می‌سازند. منابع اطلاعاتی که مادران برای جستجوی اطلاعات درباره گیاهان دارویی مورد استفاده قرار می‌دهند به ترتیب فراوانی شامل: خانواده و دوستان (۱۲۲ نفر، ۹۴/۵۷٪)، تیم‌درمانی (۱۴ نفر، ۱۰/۸۵٪)، اینترنت (۷ نفر، ۵/۴۲٪)، رادیو و تلویزیون (۵ نفر، ۳/۸۷٪)، کتاب و مجله (۴ نفر، ۳/۱۰٪) و عطاری‌ها (۲ نفر، ۱/۵۵٪) بود.

در بررسی ارتباط بین متغیرهای جمعیت‌شناختی با مصرف گیاهان در طی بارداری، بین متغیر سن و استفاده از گیاهان ارتباط معنی‌داری به‌دست آمد؛ به‌طوری‌که بر

جدول ۴- فراوانی مصرف گیاهان در طی بارداری بر حسب سن

کل	سن				مصرف گیاهان در طی بارداری
	بیشتر یا مساوی ۴۰	۳۰-۳۹	۲۰-۲۹	کمتر یا مساوی ۱۹	
۱۲۹	۵	۵۳	۶۹	۲	بله
۱۴	۰	۳	۷	۴	خیر
۱۴۳	۵	۵۶	۷۶	۶	کل

اثرات مخربی را بر روی مادر و جنین به جا بگذارند و علاوه بر آن دارای تداخلات احتمالی با داروهای شیمیایی باشند (۲۱). در مطالعه حاضر درصد بالایی از مادران مورد مطالعه (۹۰/۲٪)، در دوران بارداری از گیاهان دارویی استفاده کرده بودند. در مطالعه سرشتی و همکاران (۲۰۰۷) در شهرکرد، طباطبایی و همکاران (۲۰۱۱) در کازرون، آذری و همکاران (۲۰۱۵) در تبریز و آل راماهی و همکاران (۲۰۱۳) در فلسطین، به ترتیب، ۵۱/۹٪، ۳۰/۸٪، ۳۱/۴٪ و ۴۰٪ مادران مورد مطالعه در

بر اساس آزمون آماری دقیق فیشر، داشتن سابقه بارداری قبلی با مصرف گیاهان دارویی در زمان بارداری ارتباط معنی‌داری داشت ($p=0/04$)؛ به‌طوری‌که زنان با دفعات بارداری ۳ بار و بیشتر، همگی از گیاهان دارویی استفاده کرده بودند.

بحث

ارزیابی کردن مصرف گیاهان دارویی در طی بارداری موضوع بسیار مهمی است، چرا که گیاهان می‌توانند

منطقه جغرافیایی (۳۰)، نوع فرهنگ جامعه و شیوه‌های مختلف مطالعات برای جمع اطلاعات از زنان باردار در زمینه گیاهان مصرفی (۳۱) متفاوت می‌باشد و این عوامل می‌تواند تفسیرکننده نتایج مختلف حاصل از مطالعات باشد.

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، فراوان‌ترین علل مصرف گیاهان دارویی توسط زنان باردار شامل: کنترل تهوع و استفراغ (زنجبیل)، کنترل سوزش سردل (نعناع)، پیشگیری از زردی نوزاد (کاسنی و خاکشیر)، برطرف کردن استرس و اضطراب (بیدمشک، گل‌گاوزبان، گلاب)، برطرف کردن سردرد (چای سبز)، رفع سرماخوردگی (آویشن)، برطرف کردن دل درد (بابونه) و رفع سرفه و گلو درد (قدومه) بود. در تعداد زیادی از مطالعات زنجبیل به عنوان گیاه مؤثر در کنترل تهوع و استفراغ در زمان بارداری گزارش شده است (۱، ۲۳، ۲۹، ۳۵-۳۲)، اما قابل ذکر است که برخی مطالعات در عین مؤثر بودن زنجبیل بر تهوع صبحگاهی دوران بارداری، این گیاه را عامل ایجاد سقط خودبخودی (۳۶)، ایجاد کننده انقباضات رحمی و جفت سرراهی و زایمان زودرس (۲۹) معرفی کردند. در مطالعه حاضر نعناع به‌عنوان گیاه مؤثر در کنترل سوزش سردل گزارش شده بود که با مطالعه طباطبایی و همکاران (۲۰۱۱) در کازرون همخوانی داشت (۲۳)؛ در حالی که در ۶٪ مطالعات، نعناع به‌عنوان یگ گیاه غیرایمن در بارداری محسوب معرفی شده است (۳۷).

نتایج مطالعه حاضر حاکی از آن بود که کاسنی و خاکشیر به‌عنوان گیاهان مؤثر در پیشگیری از زردی نوزاد معرفی شده‌اند. در مطالعه طباطبایی و همکاران (۲۰۱۱) نیز زنان، خاکشیر را عامل جلوگیری‌کننده از زردی نوزاد بیان کردند (۲۳)، اما در کتب طب سنتی از خاکشیر به‌عنوان گیاه مؤثر در تسهیل زایمان یاد شده است (۳۸). در مطالعه بسکابادی و همکاران (۲۰۱۱) که بر روی ۱۰۲ نوزاد مبتلا زردی انجام شد نیز مادران برای درمان زردی از خاکشیر و خارشتر و آب قند استفاده کرده و این عملکرد مادران ریشه در باورهای فرهنگی مادران داشت (۳۹). نبوی‌زاده و همکاران (۲۰۰۵) تأثیر عصاره ۵ گیاه شاه‌تره، عناب، شیرخشت، ترنجبین و

دوران بارداری گیاهان دارویی را مصرف کرده بودند (۲۵-۲۲) و میزان به‌دست آمده در شهر یزد نسبت به این مطالعات بیشتر بود که به نظر می‌رسد با تمرکز بر تأثیر فرهنگ، منطقه جغرافیایی و دسترسی راحت‌تر مردم به گیاهان دارویی در برخی مناطق، این نتیجه قابل انتظار باشد (۲۱، ۲۲). در واقع یزد استانی است که در آن گیاهان دارویی مختلفی از قبیل روناس، مرزنجوش، آویشن و زعفران و ... کشت می‌شود (۲۶) و به نظر می‌رسد که این موقعیت جغرافیایی می‌تواند بر نگرش و باورهای مردم این منطقه در زمینه مصرف گیاهان دارویی تأثیرگذار بوده باشد.

در مطالعه حاضر اکثر مادران مورد مطالعه بیان داشتند که در طی بارداری ۱-۲ گیاه دارویی را همزمان مصرف کرده بودند و این نتیجه مشابه با نتایج سایر مطالعات می‌باشد (۱، ۲۶، ۲۷). در مطالعه حاضر روش مصرف گیاهان دارویی به ترتیب فراوانی شامل: دمنوش، عرقیات، خام و موضعی بود. در مطالعه سرشتی و همکاران (۲۰۰۷) نیز اکثر مادران گیاهان دارویی را به‌صورت جوشانده یا دم کرده مصرف کرده بودند (۲۲). دباغیان و همکاران (۲۰۱۲) نیز شایع‌ترین شیوه مصرف گیاهان دارویی را مصرف خوراکی به‌صورت جوشانده، عرقیات و دم‌کردنی بیان کردند (۲۸).

رایج‌ترین گیاهان مصرف شده در مطالعه حاضر شامل: زنجبیل، نعناع، کاسنی، بیدمشک، گل‌گاوزبان، چای سبز، خاکشی، گلاب، آویشن، بابونه و قدومه بود. در مطالعه هالست و همکاران (۲۰۰۹) در نروژ، فراوان‌ترین محصولات گیاهی مصرف شده به ترتیب زنجبیل، قره قاط، برگه تمشک، بابونه، نعناع و اکیناسیا معرفی شد (۱) و در مطالعه سوزولین و همکاران (۲۰۱۰) در ایتالیا بیان شد که اغلب زنان باردار از بابونه، شیرین‌بیان، رازیانه در دوران بارداری استفاده کرده بودند (۲۹). نوع گیاهان دارویی استفاده شده در خاورمیانه تا حدودی متفاوت از کشورهای از قبیل ایتالیا، نروژ و استرالیا گزارش شده است؛ به‌طوری‌که مصرف زنجبیل، نعناع، آویشن، مریم گلی، تخم بادیان، شنبلیله، چای سبز و سیراز جمله موارد پرمصرف در خاورمیانه اعلام شد (۶). در واقع نوع گیاهانی که مورد استفاده زنان باردار قرار می‌گیرد، بر حسب

کاسنی را بر میزان بیلربیروبین سرم نوزادان مبتلا به هایپر بیلربیروبینی بررسی کردند، که تنها عصاره کاسنی توانسته بود میزان بیلربیروبین را به طور معناداری کاهش دهد (۴۰).

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، بیدمشک، گل گاوزبان و گلاب برای کاهش استرس و اضطراب در دوران بارداری استفاده شد. اما طباطبایی و همکاران (۲۰۱۱) گل گاوزبان را گیاه رایج مورد مصرف در سرماخوردگی و یبوست (۲۳)، فاسچینتی و همکاران (۲۰۱۲) سنبل الطیب را تسکین دهنده اضطراب (۳۱) و هالست و همکاران (۲۰۱۱) بابونه را برطرف کننده تنش و ایجاد کننده آرامش (۲۷) معرفی کردند؛ در حالی که در مطالعه حاضر بابونه برای برطرف کردن دل درد مصرف شده بود. لیشا و همکاران (۲۰۱۵) چای سبز را آرامش بخش معرفی کردند (۶) و در مطالعه حاضر چای سبز تسکین دهنده سردرد بیان شده بود. در حالی که انواع چای ها اعم از سبز، سیاه و قرمز دارای مقادیر مختلفی از یک نوع فنل طبیعی هستند که آنتاگونیست اسید فولیک می باشد و مصرف مقادیر زیاد چای در دوران بارداری می تواند با کاهش فولات ها همراه شده و به نقص سیستم عصبی منتهی شود (۴۱).

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، آویشن و قدومه دو گیاه مصرفی برای سرماخوردگی و گلودرد بود. طباطبایی و همکاران (۲۰۱۱)، شیرین بیان و پرسیاوشن را دو داروی رایج مصرفی در سرماخوردگی گزارش کردند (۲۳) و در مطالعات خارجی اکیناسیا به عنوان گیاه مؤثر در سرماخوردگی معرفی شده است (۶، ۱۸، ۳۰، ۴۲). در واقع نوع گیاهان مصرفی و علل مصرف گیاهان بر حسب منطقه جغرافیایی، وضعیت اجتماعی- اقتصادی مردم (۳۰)، وضعیت اجتماعی- فرهنگی (۶) و اعتقادات و دیدگاه های فلسفی افراد از زندگی و سلامتی (۲۳) متفاوت می باشد.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که اکثریت مادران در دوران بارداری پزشک معالج خود را از مصرف گیاهان مطلع می ساختند، ولی درصد کمی از مادران، اطلاعات لازم در زمینه مصرف گیاهان را از تیم درمانی جستجو می کردند که این نتایج مغایر با نتایج مطالعات انجام شده

در کشورهای اروپای غربی است که در آنجا مشورت با پزشکان رایج ترین منبع کسب اطلاعات جهت تصمیم گیری درباره مصرف گیاهان در طی بارداری است (۳۰). اما مطالعه سوزولین و همکاران (۲۰۱۰) که در ایتالیا انجام شد نشان داد، ۴۷/۷٪ مادران در طی بارداری، هیچ اطلاعاتی را از اعضاء تیم مراقبتی دریافت نکرده و ۷۴/۳٪ مادران هم اصلاً در جستجوی دریافت توصیه های پزشکان در زمینه مصرف گیاهان نبودند و در اکثریت موارد بر حسب تجربیات شخصی خود و یا مشورت با دوستان، خانواده اقدام به مصرف گیاهان کرده بودند (۲۹) که این نتایج با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت.

کنیدی و همکاران (۲۰۱۳) طی مطالعه وسیع در اروپا، آمریکای شمالی، آمریکای جنوبی و استرالیا نیز بیان کردند که اکثریت زنان باردار صرفاً بر اساس تشخیص خودشان اقدام به مصرف گیاهان دارویی می کنند و ۳۰٪ زنان مورد مطالعه، منابع اطلاعاتشان شامل دوستان، خانواده، رسانه ها، اینترنت است (۳۰)؛ در حالی که در مطالعه حاضر، اکثر مادران اطلاعات مربوط به گیاهان را از دوستان و خانواده دریافت کرده بودند. به نظر می رسد تفاوت موجود بین این نتایج با نتایج مطالعات دیگر می تواند تا حدود ناشی از تفاوت های فرهنگی موجود میان نحوه زندگی ایرانی ها با دیگر کشورها باشد که در زمان بارداری، در اکثر خانواده های ایرانی، زن باردار توسط خانواده خود و همسر و در درجه بعدی، توسط دوستان مورد حمایت قرار گرفته و تبادل اطلاعات در زمینه نحوه مراقبت در دوران بارداری را بیشتر از این افراد دریافت می کنند. همچنین ادراک مادران نسبت به دانش اعضاء تیم مراقبتی و وجود این باور که آنان از آگاهی لازم در این زمینه برخوردار نیستند و عدم تمایل پزشکان برای سؤال کردن از مادران باردار در رابطه با مصرف گیاهان به دلیل نداشتن اطلاعات علمی لازم مربوط به عوارض گیاهان مصرفی، می توانند از جمله عوامل مؤثر در انتخاب نشدن اعضا تیم مراقبتی برای دریافت توصیه ها و راهنمایی هایی مربوط به مصرف یا عدم مصرف گیاهان باشد (۴۳).

حاصل از گذشت زمان وجود داشت و پیشنهاد می‌شود مطالعات بعدی به‌صورت آینده‌نگر به همراه تهیه چک لیست ثبت گیاهان مصرفی در دوران بارداری در اختیار زنان باردار قرار داده شود تا داده‌ها با دقت گردآوری و قابلیت تعمیم نتایج، افزایش یابد.

نتیجه‌گیری

با توجه به این که در مطالعه حاضر اکثر مادران در دوران بارداری از گیاهان دارویی به دلایل مختلف استفاده کرده بودند و منبع دریافت اطلاعات خود را، خانواده و دوستان بیان داشتند، لذا لزوم آگاهی دادن به مادران در رابطه با عوارض و فواید گیاهی رایج مصرفی و بررسی ایمن بودن این گیاهان بر سلامت مادر و جنین موضوع قابل توجهی است و ضروری به‌نظر می‌رسد که متخصصین زنان و زایمان و اعضاء تیم‌مراقبتی شاغل در درمانگاه‌ها و مراکز بهداشت روستایی و شهری، آموزش‌های لازم را در جهت افزایش دانش مربوط به درمان‌های مکمل رایج در بین زنان باردار به ویژه مصرف گیاهان را دریافت کنند و برای شناسایی هرچه سریع‌تر مواردی که باعث مصرف گیاهانی که فاقد بنیه علمی می‌باشند، اقدام کرده و با ارائه مشاوره‌های به موقع از بروز صدمات بر جنین پیشگیری کنند.

تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر حاصل طرح تحقیقی مصوب کمیته علمی دانشجویی دانشکده پرستاری و مامایی شهید صدوقی یزد با کد اخلاق IR.SSU.REC.1395.45 می‌باشد. بدین‌وسیله از سرپرستار محترم بخش زنان و زایمان بیمارستان شهید صدوقی یزد و تمامی مادرانی که در انجام این طرح مساعدت کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

در بررسی ارتباط بین متغیرهای جمعیت شناختی با مصرف گیاهان در طی بارداری، نتایج حاکی از آن بود که با افزایش سن مادران، شانس استفاده از گیاهان دارویی افزایش می‌یابد. این نتایج همسو با نتایج مطالعات دیگر است که در آن‌ها ذکر شده است با افزایش سن مادر، احتمال مصرف گیاهان دارویی افزایش می‌یابد (۴۴-۴۶) و اغلب زنان مصرف‌کننده گیاهان در رده سنی ۴۰-۳۱ سال قرار داشتند (۴۷، ۴۸)، اما در مطالعه سرشتی و همکاران (۲۰۰۷) اکثر استفاده‌کنندگان از گیاهان دارویی در رده سنی ۲۹-۲۰ سال قرار داشتند و ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد (۲۲)، به نظر می‌رسد، تفاوت موجود در نمونه‌های مورد مطالعه از لحاظ رده سنی و تعداد نمونه‌های شرکت‌کننده در مطالعات بر نتایج تأثیرگذار بوده باشد.

تعداد دفعات بارداری قبلی دیگر متغیری بود که با مصرف گیاهان در زمان بارداری ارتباط معنی‌داری داشت؛ به‌طوری‌که زنان با تجربه بارداری‌های قبلی، بیشتر از زنان نخست‌زا به مصرف گیاهان دارویی روی آورده بودند که این یافته با برخی مطالعات همخوانی داشت (۱، ۴۴، ۴۶) و با برخی دیگر از مطالعات همخوانی نداشت (۲، ۴۲، ۴۹). این تفاوت در نتایج می‌تواند ناشی از علل مختلفی باشد، از جمله متفاوت بودن میزان اطلاعات زنان باردار از گیاهان دارویی و ایمنی آن‌ها که با افزایش دفعات بارداری و کسب تجربه مصرف، دستخوش تغییر می‌شود. همچنین باورهای افراد و نگرش آنان نسبت به بی‌ضرر بودن یا نبودن گیاهان دارویی، تمایل به مصرف گیاهان دارویی را تحت الشعاع قرار می‌دهد.

از جمله محدودیت‌های مطالعه حاضر این بود که با توجه به آن‌که گردآوری داده‌ها بر اساس اظهارات واحدهای پژوهش و به یاد آوردن گیاهان مصرف شده در طی ۹ ماه بارداری بود، لذا وجود خطای ناشی از فراموشی

1. Holst L, Wright D, Haavik S, Nordeng H. The use and the user of herbal remedies during pregnancy. *J Altern Complement Med* 2009; 15(7):787-92.
2. Broussard CS, Louik C, Honein MA, Mitchell AA, Study NB. Herbal use before and during pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 2010; 202(5):443.
3. Refuerzo JS, Blackwell SC, Sokol RJ, Lajeunesse L, Firchau K, Kruger M, et al. Use of over-the-counter medications and herbal remedies in pregnancy. *Am J Perinatol* 2005; 22(6):321-4.
4. Pinn G, Pallett L. Herbal medicine in pregnancy. *Complement Ther Nurs Midwifery* 2002; 8(2):77-80.
5. Forster DA, Denning A, Wills G, Bolger M, McCarthy E. Herbal medicine use during pregnancy in a group of Australian women. *BMC Pregnancy Childbirth* 2006; 6:21.
6. John LJ, Shantakumari N. Herbal medicines use during pregnancy: a review from the middle east. *Oman Med J* 2015; 30(4):229-36.
7. Glover DD, Rybeck BF, Tracy TS. Medication use in a rural gynecologic population: prescription, over-the-counter, and herbal medicines. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 190(2):351-7.
8. Dugoua JJ. Herbal medicines and pregnancy. *J Popul Ther Clin Pharmacol* 2010; 17(3):e370-8.
9. Enriquez R, Wu P, Griffin MR, Gebretsadik T, Shintani A, Mitchel E, et al. Cessation of asthma medication in early pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 2006; 195(1):149-53.
10. Bercaw J, Maheshwari B, Sangi-Haghpeykar H. The use during pregnancy of prescription, over-the-counter, and alternative medications among Hispanic women. *Birth* 2010; 37(3):211-8.
11. Seely D, Dugoua JJ, Perri D, Mills E, Koren G. Safety and efficacy of panax ginseng during pregnancy and lactation. *Can J Clin Pharmacol* 2008; 15(1):e87-94.
12. Dugoua JJ, Perri D, Seely D, Mills E, Koren G. Safety and efficacy of blue cohosh (*Caulophyllum thalictroides*) during pregnancy and lactation. *Can J Clin Pharmacol* 2008; 15(1):e66-73.
13. Strandberg TE, Jarvenpaa AL, Vanhanen H, McKeigue PM. Birth outcome in relation to licorice consumption during pregnancy. *Am J Epidemiol* 2001; 153(11):1085-8.
14. Veale DJ, Oliver DW, Havlik I. The effects of herbal oxytocics on the isolated "stripped" myometrium model. *Life Sci* 2000; 67(11):1381-8.
15. Ernst E. Herbal medicinal products during pregnancy: are they safe? *BJOG* 2002; 109(3):227-35.
16. Born D, Barron ML. Herb use in pregnancy: what nurses should know. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2005; 30(3):201-6.
17. Adams J. Growing popularity of complementary and alternative medicine during pregnancy and implications for healthcare providers. *Expert Rev Obstet Gynecol* 2011; 6(4):365-6.
18. Louki C, Grandiner P, Kelle K, Mitchell AA. Use of herbal treatments in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 2010; 202(5):439.e1-10.
19. Alrawi SN, Fetters MD. Traditional Arabic & Islamic medicine: a conceptual model for clinicians and researchers. *Glob J Health Sci* 2012; 4(3):164-9.
20. Moussally K, Oraichi D, Bérard A. Herbal products use during pregnancy: prevalence and predictors. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2009; 18(6):454-61.
21. Al-Riyami, Al-Busaidy IQ, Al-Zakwani IS. Medication use during pregnancy in Omani women. *Int J Clin Pharm* 2011; 33(4):634-41.
22. Sereshty M, Azari P, Rafiean M, Kheiri S. Use of herbal medicines by pregnant women in Shahr-e-Kord. *J Reprod Infertil* 2006; 7(2):125-31. (Persian).
23. Tabatabaee M. Use of herbal medicine among pregnant women referring to Valiasr Hospital in Kazeroon, Fars, South of Iran. *J Med Plants* 2011; 10(37):96-108.
24. Azari S, Naghizadeh S, Hemmatzadeh S, Abbasnezhad O. Reasons of using herbal medicines by pregnant women referred to Tabriz health centers in 2013. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2015; 18(150):1-7. (Persian).
25. Al-Ramahi R, Jaradat N, Adawi D. Use of herbal medicines during pregnancy in a group of Palestinian women. *J Ethnopharmacol* 2013; 150(1):79-84.
26. Dehghanpor H, Dehghanizadeh H. Factors affecting the consumption of medicinal plants in the city of Yazd. *Iran J Med Aromatic Plants* 2014; 30(1):57-67. (Persian).
27. Holst L, Wright D, Haavik S, Nordeng H. Safety and efficacy of herbal remedies in obstetrics—review and clinical implications. *Midwifery* 2011; 7(1):80-6.

28. Hashem Dabaghian F. Knowledge of pregnant women about the efficacy and safety of herbal medicine and their practice during pregnancy. *Complement Med J Facul Nurs Midwifery* 2012; 2(3):246-56. (Persian).
29. Cuzzolin L, Francini-Pesenti F, Verlato G, Joppi M, Baldelli P, Benoni G. Use of herbal products among 392 Italian pregnant women: focus on pregnancy outcome. *Pharmacoepidemiol Drug Safety* 2010; 19(11):1151-8.
30. Kennedy DA, Lupattelli A, Koren G, Nordeng H. Herbal medicine use in pregnancy: results of a multinational study. *BMC Complement Altern Med* 2013; 13(355):1-10.
31. Facchinetti F, Pedrielli G, Benoni G, Joppi M, Verlato G, Dante G, et al. Herbal supplements in pregnancy: unexpected results from a multicentre study. *Hum Reprod* 2012; 27(11):3161-7.
32. Louik C, Gardiner P, Kelley K, Mitchell AA. Use of herbal treatments in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 2010; 202(5):439.e1-10.
33. Glover DD, Amonkar M, Rybeck BF, Tracy TS. Prescription, over-the-counter, and herbal medicine use in a rural, obstetric population. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 188(4):1039-45.
34. Maats FH, Crowther CA. Patterns of vitamin, mineral and herbal supplement use prior to and during pregnancy. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2002; 42(5):494-6.
35. Moradi LM, Taleb AM, Saeidi M. Efficacy and safety of ginger to reduce nausea and vomiting of pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Payesh* 2008; 7(4):345-54. (Persian).
36. Fischer-Rasmussen W, Kjaer SK, Dahl C, Asping U. Ginger treatment of hyperemesis gravidarum. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1991; 38(1):19-24.
37. Wilkinson JM. What do we know about herbal morning sickness treatments? A literature survey. *Midwifery* 2000; 16(3):224-8.
38. Haji Sharifi A. *Secrets of herbal drugs*. Tehran: Golshan Publication; 2003. P. 44. (Persian).
39. Boskabadi H, Maamouri G, Mafinejad S. The effect of traditional remedies (Camel's Thorn, Flixweed and Sugar Water) on idiopathic neonatal jaundice. *Iran J Pediatr* 2011; 21(3):325-30.
40. Nabavizadeh SH, Safari M, Khoshnevisan F. The effect of herbal drugs on neonatal jaundice. *Iran J Pediatr* 2005; 15(2):133-8.
41. Ye R, Ren A, Zhang L, Li Z, Liu J, Pei L, et al. Tea drinking as a risk factor for neural tube defects in Northern China. *Epidemiology* 2011; 22(4):491-6.
42. Nordeng H, Bayne K, Havnen GC, Paulsen BS. Use of herbal drugs during pregnancy among 600 Norwegian women in relation to concurrent use of conventional drugs and pregnancy outcome. *Complement Ther Clin Pract* 2011; 17(3):147-51.
43. MacLennan AH, Myers SP, Taylor AW. The continuing use of complementary and alternative medicine in South Australia: costs and beliefs in 2004. *Med J Aust* 2006; 184(1):27-31.
44. Forster DA, Denning A, Wills G, Bolger M, McCarthy E. Herbal medicine use during pregnancy in a group of Australian women. *BMC Pregnancy Childbirth* 2006; 6:21.
45. Refuerzo JS, Blackwell SC, Sokol RJ, Lajeunesse L, Firchau K, Kruger M, et al. Use of over-the-counter medications and herbal remedies in pregnancy. *Am J Perinatol* 2005; 22(6):321-4.
46. Holst L, Nordeng H, Haavik S. Use of herbal drugs during early pregnancy in relation to maternal characteristics and pregnancy outcome. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2008; 17(2):151-9.
47. Frawley J, Adams J, Sibbritt D, Steel A, Broom A, Gallois C. Prevalence and determinants of complementary and alternative medicine use during pregnancy: results from a nationally representative sample of Australian pregnant women. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2013; 53(4):347-52.
48. Hall HG, Griffiths DL, McKenna LG. The use of complementary and alternative medicine by pregnant women: a literature review. *Midwifery* 2011; 27(6):817-24.
49. Nordeng H, Harven GC. Use of herbal drugs in pregnancy: a survey among 400 Norwegian women. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2004; 13(6):371-80.
50. Duru CB, Uwakwe KA, Chinomso NC, Mbachi II, Diwe KC, Agunwa CC, et al. Socio-demographic determinants of herbal medicine use in pregnancy among Nigerian women attending clinics in a Tertiary hospital in Imo State, South-East, Nigeria. *Am J Med Stud* 2016; 4(1):1-10.