

بررسی فراوانی استفاده از گیاهان دارویی و ارتباط آن با

سواد سلامت و نگرش در زنان باردار

نازنین قاسمی^۱، دکتر شبنم امیدوار^{۲*}، سنا نظمی^۳

۱. دانشجوی داروسازی، دانشکده داروسازی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد آیت ا... املی، آمل، ایران.
۲. دانشیار بهداشت باروری، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران.
۳. دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۰/۰۴ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۱/۰۶

خلاصه

مقدمه: زنان، مصرف‌کنندگان اصلی گیاهان دارویی هستند و معمولاً استفاده از آنها را بدون در نظر گرفتن خطرات بالقوه مادری و جنینی، در دوران بارداری نیز ادامه می‌دهند. مطالعه حاضر با هدف تعیین فراوانی مصرف گیاهان دارویی و ارتباط آن با سواد سلامت و نگرش زنان باردار نسبت به گیاهان دارویی انجام شد.

روش کار: این مطالعه توصیفی تحلیلی و گذشته‌نگر در سال ۱۴۰۱ بر روی ۳۲۲ زن بارداری که برای زایمان به بیمارستان‌های غرب استان مازندران مراجعه کرده بودند، انجام شد. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه بود که بخش اول آن شامل: مشخصات دموگرافیک و الگوی مصرف گیاهان دارویی، بخش دوم پرسشنامه نگرش نسبت به مصرف گیاهان دارویی و بخش سوم، پرسشنامه سواد سلامت بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۵) و آزمون‌های تی مستقل و کای دو انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: از ۳۲۲ زن باردار مشارکت‌کننده در مطالعه، ۱۳۴ نفر (۴۱/۶٪) از گیاهان دارویی در دوران بارداری استفاده کرده بودند. شایع‌ترین دلیل مصرف، مشکلات گوارشی بود و نعناع و گل‌گاوزبان، معمول‌ترین گیاهان مورد استفاده بودند. بیشترین فراوانی استفاده (۶۵/۵٪) مربوط به سه ماهه اول و سوم بارداری بود. بین فراوانی مصرف با مشخصات دموگرافیک و سواد سلامت ارتباطی یافت نشد، ولی بین فراوانی مصرف با نگرش نسبت به مصرف گیاهان دارویی ارتباط معنی‌داری یافت شد ($p < 0.001$).

نتیجه‌گیری: با توجه به ارتباط فراوانی مصرف گیاهان دارویی با نگرش نسبت به گیاهان دارویی و از طرفی عدم ارتباط آن با سواد سلامت، لازم است نسبت به اصلاح نگرش و ارتقای آگاهی زنان باردار نسبت به مصرف گیاهان دارویی اقدام اساسی صورت پذیرد.

کلمات کلیدی: بارداری، سواد سلامت، گیاهان دارویی، نگرش

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر شبنم امیدوار؛ مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران.
تلفن: ۰۱۱-۴۴۲۲۲۵۱۱؛ پست الکترونیک: shomidvar@yahoo.com

مقدمه

زنان مصرف‌کنندگان اصلی گیاهان دارویی هستند و معمولاً استفاده از آنها را در دوران بارداری نیز ادامه می‌دهند (۱). برخی مطالعات نشان داده‌اند که زنان تمایل زیادی به استفاده از داروهای گیاهی دارند و معمولاً به‌طور مکرر برای درمان مشکلاتی نظیر دیسمنوره، رفع علائم منوپوز، اختلالات قاعدگی، اختلالات خلق، پیشگیری از پوکی استخوان و همچنین مشکلات دوران بارداری از آنها استفاده می‌کنند (۲). آمار بیانگر آن است که استفاده از داروهای گیاهی در طی بارداری در دنیا بین ۸۷-۱٪ متغیر است (۳). به‌طور مثال استفاده از داروهای گیاهی در زنان باردار استرالیایی ۳۴٪، در اتحادیه اروپا ۵۰٪ (۴) و در ایالات متحده و کانادا ۹-۶٪ گزارش شده است (۱، ۵). آمار موجود از مطالعات انجام شده نشان می‌دهد میزان استفاده از داروهای گیاهی در نقاط مختلف ایران بسیار متغیر بوده و آمار حاصل از مطالعات متفاوت بیان می‌کنند و طیف آن از ۱۹٪ در اهواز تا ۹۰٪ در یزد برآورد شده است (۱۲-۶). زنان باردار معمولاً محصولات گیاهی را به‌دلیل طبیعی بودن، ایمن تلقی می‌کنند (۱۳). آنها به‌طور فزاینده‌ای از داروهای گیاهی استفاده می‌کنند و علی‌رغم شواهد علمی محدود مبنی بر ایمنی و اثربخشی آنها و وجود شواهد واضحی در مورد اثرات منفی در برخی موارد در دوران بارداری، گیاهان دارویی را به داروهای معمول ترجیح می‌دهند، زیرا آنها را «طبیعی» و بنابراین «ایمن» می‌پندارند (۱۴) و اغلب آنها را برای ارتقاء و بهبود سلامت یا برای شرایطی که تهدید کننده حیات نیست، مانند تهوع، یبوست و ... مورد استفاده قرار می‌دهند.

نتایج مطالعه مرور سیستماتیک احمد و همکاران (۲۰۱۸) نشان داد که استفاده از گیاهان دارویی بین زنان باردار و شیرده در آفریقا ۴۵-۳۲٪ بوده است (۱۵). این مطالعه همچنین نشان داد که تنوع داروهای گیاهی مورد مصرف در این زنان در کشورهای قاره آفریقا از ۲٪ در اتیوپی تا ۱۰۰٪ در شرق کنیا، متفاوت بوده است (۱۷-۱۵).

در عصر کنونی، با توجه به آثار جانبی داروهای دست‌ساز بشر، بهره‌گیری از گیاهان و طب سنتی رواج بیشتری

یافته و روز به روز فواید گیاهان گوناگون بیشتر شناخته می‌شود (۱۸). برخی مطالعات نشان داده‌اند که برخی مشخصات فردی در مصرف داروهای گیاهی مؤثر هستند. به‌طور مثال مشاهده شده که افراد با سن و درآمد پایین بیشتر از داروهای گیاهی استفاده می‌کنند (۲).

کتابخانه ملی پزشکی آمریکا، سواد سلامت را به‌عنوان میزان ظرفیت فرد برای کسب، تفسیر، درک اطلاعات اولیه و خدمات سلامتی که برای تصمیم‌گیری متناسب در حیطه سلامت لازم و ضروری می‌باشد، تعریف کرده است (۱۹). سطح پایین سواد سلامت، اثرات قابل توجهی بر رفتار افراد داشته و می‌تواند با پیامدهای ناخوشایندی همراه باشد (۲۰). نتایج مطالعات حاکی از آن است که افراد با سواد سلامت ناکافی، وضعیت سلامتی بدتری نیز داشته‌اند (۲۰، ۲۱) و حتی میزان مرگ‌ومیر در آنها نیز بیشتر از سایر افراد می‌باشد (۲۲). این‌گونه به‌نظر می‌رسد سواد سلامت ناکافی به‌عنوان یک مانع و یا یک عامل خطر جدی در مراقبت‌های بهداشتی عمل کرده و افراد را در درک توصیه‌ها و آموزش‌های ارائه شده به آنها و در نهایت اتخاذ رفتارهای سالم با مشکل روبرو می‌سازد (۲۳).

با توجه به اینکه بی‌خطر بودن گیاهان دارویی در طول حاملگی اثبات نشده است، ولی استفاده از آنها در طول بارداری شایع است و همچنین با توجه به وجود سابقه تاریخی مصرف داروهای گیاهی در ایران و تأثیر عوامل فرهنگی و جغرافیایی بر میزان مصرف و نوع گیاهان دارویی مورد استفاده، نیاز به شناخت بهتر و دقیق‌تر میزان استفاده در مناطق مختلف و همچنین نیاز به شناسایی عوامل مرتبط با میزان مصرف گیاهان دارویی احساس می‌شود. با توجه به اینکه مطالعه‌ای که ارتباط مصرف گیاهان دارویی با سواد سلامت و نگرش نسبت به مصرف در دوران بارداری در ایران را مورد بررسی قرار داده باشد، پیدا نشد، لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین فراوانی استفاده از گیاهان دارویی و ارتباط آن با سواد سلامت و نگرش در زمان بارداری در زنان مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های غرب مازندران انجام شد.

روش کار

این مطالعه گذشته‌نگر (توصیفی تحلیلی) در سال ۱۴۰۱ بر روی ۳۲۲ نفر از زنان باردار مراجعه کننده به بیمارستان‌های غرب استان مازندران (رامسر و تنکابن) که شرایط ورود به مطالعه را داشتند، انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل: سن بالای ۱۸ سال، داشتن سواد خواندن و نوشتن، عدم ابتلاء به بیماری‌های شناخته شده مزمن جسمی و روانی بنا به اظهار مادر در زمان انجام مطالعه و تکمیل فرم رضایت‌نامه آگاهانه برای شرکت در مطالعه بود. حجم نمونه با استفاده از نرم‌افزار G*Power^۱ و با در نظر گرفتن میزان مصرف داروهای گیاهی در زمان بارداری بر اساس مطالعه ال حاج و همکاران (۲۰۲۰) و توان آزمون ۸۰٪ و سطح احتمال خطای نوع اول ۵٪، برابر با ۳۲۹ نفر برآورد شد (۲۴).

اطلاعات با مراجعه به بیمارستان و از زنان بارداری که جهت زایمان مراجعه کرده بودند، گردآوری شد. ابزار جمع‌آوری اطلاعات، پرسشنامه‌ای مشتمل بر ۳ بخش بود. بخش اول شامل مشخصات دموگرافیک، سوابق باروری و الگوی مصرف گیاهان دارویی؛ بخش دوم پرسشنامه شامل نگرش نسبت به مصرف گیاهان دارویی در دوران بارداری و بخش سوم پرسشنامه سواد سلامت بود.

۱- پرسشنامه خصوصیات دموگرافیک و باروری شامل سؤالاتی در مورد سن، محل زندگی، سطح درآمد، تحصیلات، اشتغال، تحصیلات همسر، سن همسر، اشتغال همسر، تعداد بارداری، تعداد سقط، نوع زایمان، تعداد فرزند و ... بود.

۲- پرسشنامه نگرش در مورد استفاده از داروهای گیاهی: این پرسشنامه ۱۳ سؤالی و سؤالات بر اساس مقیاس لیکرت بود که ۴ سؤال (سؤالات ۱-۴) در مورد اثربخشی، ۲ سؤال مربوط به ایمنی (سؤالات ۵-۶)، ۳ سؤال (سؤالات ۷-۹) در مورد دسترسی و مقرون به صرفه بودن گیاهان دارویی درمان، ۲ سؤال (سؤالات ۱۰-۱۱) ترجیح زنان برای درمان‌های گیاهی در برابر داروهای مصنوعی و ۲ سؤال (سؤالات ۱۲-۱۳) در مورد تمایل آنها به استفاده از گیاهان دارویی^۲ بود. هر سؤال ۵ انتخاب داشت (از

کاملاً موافق تا کاملاً مخالف) که در نهایت نمره تعلق گرفته به هر پاسخ جمع شدند. طیف نمره از ۱۳ تا ۶۵ بود که مثبت‌ترین و منفی‌ترین نگرش را نشان می‌داد و هرچه نمره سؤال بالاتر بود، نگرش منفی‌تر بود. پرسشنامه توسط هاشم دباغیان و همکاران (۲۰۱۲) طراحی و پایایی آن با آلفای کرونباخ ۰/۷۸ تأیید شد (۸).

۳- پرسشنامه سواد سلامت: این پرسشنامه برای سنجش سواد سلامت جمعیت شهری ۶۵-۱۸ ساله ایرانی (HELIA)^۱ می‌باشد. منتظری و همکاران (۲۰۱۴) طی پژوهشی به طراحی و روان‌سنجی این ابزار جهت سنجش سواد سلامت جمعیت ۶۵-۱۸ ساله ایرانی پرداختند و این پرسشنامه دارای روایی مطلوب و پایایی قابل قبولی می‌باشد. این پرسشنامه دارای ۳۳ سؤال در ۵ بُعد می‌باشد که ابعاد آن شامل: خواندن، دسترسی، درک و فهم، ارزیابی و تصمیم‌گیری و رفتار می‌باشد. نحوه نمره‌دهی آن به این‌صورت است که نمره‌های خام حیطه‌های ۵ گانه سواد سلامت محاسبه و سپس به نمره استاندارد بین صفر تا ۱۰۰ تبدیل می‌شود؛ به این ترتیب که نمرات صفر تا ۵۰ به‌عنوان سواد سلامت ناکافی، نمرات ۵۰/۱-۶۶ به‌عنوان سواد سلامت نه چندان کافی، ۶۶/۱-۸۴ به‌عنوان سواد سلامت کافی و ۸۴/۱-۱۰۰ به‌عنوان سواد سلامت عالی در نظر گرفته می‌شود (۲۵).

مطالعه حاضر پس از تصویب در شورای پژوهشی و کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد آمل (IR.IAU.AMOL.REC.1401.088) و بعد از تکمیل فرم رضایت‌نامه آگاهانه توسط واحدهای پژوهش و کسب اجازه از ریاست بیمارستان‌های محل نمونه‌گیری، انجام شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۵) انجام شد. برای توصیف داده‌ها از آمار توصیفی شامل فراوانی و درصد و میانگین و انحراف معیار و برای آنالیز و تحلیل داده‌ها از آزمون تی مستقل و کای دو استفاده شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

¹ The Health Literacy Instrument for Adults

یافته‌ها

در این مطالعه ۳۲۲ زن باردار مورد بررسی قرار گرفتند. در بررسی دموگرافیک جامعه آماری ۲۶۸ نفر (۸۳/۲٪) مشارکت کنندگان در گروه سنی ۲۰-۴۰ سال بودند. ۱۸۸ نفر (۵۸/۳٪) تحصیلات دیپلم و کمتر داشتند. ۲۲۸ نفر (۷۰/۸٪) ساکن شهر بودند. اکثریت آنها یعنی ۲۳۴ نفر (۷۲/۷٪) خانه‌دار بودند. ۱۹۷ نفر (۶۱/۶٪) بارداری دوم و بعد را تجربه می‌کردند. ۷۹ نفر (۲۴/۵٪) سابقه سقط داشته و از میان آنها ۱۹ نفر (۲۴/۱٪) تجربه سقط یا بیشتر داشتند که ۴۵ نفر (۵۸/۵٪) آنها سقط

خودبه‌خودی بودند. بین مشخصات دموگرافیک و باروری با فراوانی مصرف گیاهان دارویی ارتباطی یافت نشد. سابقه بیماری با فراوانی استفاده از گیاهان دارویی ارتباط معنی‌داری نشان داد ($P < 0.05$). در مشارکت‌کنندگان بیشترین راه کسب اطلاعات سلامتی از طریق پزشک و سپس اینترنت بود.

همانطور که جدول ۱ نشان داده شده است، ۱۳۴ نفر (۴۱/۶٪) از زنان باردار بیان کردند که از گیاهان دارویی به شکل‌های مختلف (جوشانده، دمنوش و ...) در دوران بارداری استفاده کرده‌اند.

جدول ۱- فراوانی مصرف گیاه دارویی در طی بارداری

مصرف گیاه دارویی در طی بارداری	تعداد	درصد
بلی	۱۳۴	۴۱/۶
خیر	۱۸۸	۵۸/۴

بررسی الگوی مصرف در بارداری نشان داد که بیشترین فراوانی استفاده از گیاهان دارویی مربوط به سه ماهه اول و سوم بارداری بوده است (۶۵/۵٪). اگرچه ۶۶ نفر (۴۹٪) از مصرف‌کنندگان بیان کردند که مصرف آنها به‌ندرت بوده است، اما تقریباً ۵۵ نفر (۴۱٪) از زنان باردار به‌صورت روزانه و یا هفتگی از گیاهان دارویی استفاده می‌کردند. بر اساس نتایج، بیشترین علت مصرف گیاه دارویی در بارداری، مشکلات گوارشی (از قبیل تهوع، نفخ شکم، یبوست) و مشکلات تنفسی (سرماخوردگی و سرفه) بود. بیشترین دلیل استفاده از گیاهان دارویی دسترسی راحت‌تر و عارضه کمتر بیان شده بود. جدول ۲

نشان‌دهنده انواع گیاهان مورد استفاده در دوران بارداری توسط زنان باردار است که بیشترین مصرف مربوط به نعناع و گل‌گاوزبان بوده است. در این مطالعه فقط ۳۰ نفر (۲۲/۴٪) از زنان باردار، مصرف گیاهان دارویی را به اطلاع پزشک رسانده بودند و به‌عبارتی در ۱۰۴ نفر (۷۷/۶٪) موارد پزشک از مصرف گیاه دارویی توسط بیمار اطلاعی نداشت و از میان افرادی که دلیل عدم اطلاع به پزشک را پاسخ داده بودند، ۳۹ نفر (۵۰/۶٪) دلیل عدم اطلاع پزشک از مصرف گیاهان دارویی را عدم پرسش پزشک و در ۲۰ نفر (۲۵/۹٪) موارد، عدم اطلاع از مهم بودن موضوع، بیان کردند.

جدول ۲- فراوانی انواع گیاهان دارویی و علل مصرف گیاهان در بارداری

نام گیاه	تعداد (درصد)	دلیل مصرف
آویشن	۳۹ (۲۹/۱)	سرماخوردگی، گلودرد، کرونا، سرفه و عفونت
نعناع	۶۵ (۴۸/۵)	درد معده، دل درد، تهوع، گلودرد، نفخ، یبوست، ترش کردن، سرفه
پونه	۱۹ (۱۴/۱)	دل درد، دل‌پیچه، تهوع، استفراغ و نفخ، عفونت رحم و سرفه
زنجبیل	۴۳ (۳۲)	تهوع، سردی، سرماخوردگی، شکم درد، سرفه
چای سبز	۲۲ (۱۶/۴)	اعصاب، لاغری، چربی
چای دارچین	۴۰ (۲۹/۸)	دردشکم و کمر، دل‌پیچه، گرم شدن، ضعف، سردی، گرمی، تهوع
میخک	۶ (۴/۴)	دندان درد، سردرد، سرماخوردگی
خاکشیر	۳۴ (۲۵/۳)	رفع احساس گرمی، گرگرفتگی، تقویت معده، زردی بچه، یبوست، عطش زیاد
اکالیپتوس	۵ (۳/۷)	گرفتگی صدا، سرماخوردگی، تنگی نفس و سرفه
سیر	۹ (۶/۷)	عفونت
روغن کرچک	۱۲ (۸/۹)	نفخ، شکم درد، یبوست

سنا	۵ (۳/۷)	یبوست
گل گاوزبان	۵۳ (۳۹/۵)	آرام‌بخش، استرس، اعصاب، اضطراب، گلودرد، سرماخوردگی، زایمان
کندر	۹ (۶/۷)	هوش نوزاد
ترنجبین	۷ (۵/۲)	یبوست
شیرخشت	۱۴ (۱۰/۴)	زردی، کم خونی، پوکی استخوان، گرمی
سیاه دانه	۶ (۴/۵)	ایجاد حس گرمی، کاهش دردها
کاسنی	۵ (۳/۷)	گرمی، کبد چرب و زردی نوزاد

نگرش نسبت به مصرف گیاهان دارویی در ۵ حیطة (اثربخشی، ایمنی، دسترسی و مقرون به‌صرفه بودن، ترجیح مصرف و تمایل مصرف) و همچنین نمره کل نگرش مورد بررسی قرار گرفت. طیف نمره کل در نگرش از ۱۳ تا ۶۵ بود که مثبت‌ترین و منفی‌ترین نگرش را نشان می‌دهد. نتایج در جدول ۳ آورده شده است.

جدول ۳- میانگین و انحراف معیار ابعاد نگرش نسبت به گیاهان دارویی در زنان باردار

ابعاد	میانگین	انحراف معیار	میانه	حداقل	حداکثر
اثربخشی	۱۰/۲	۲/۷	۱۰	۴	۱۸
ایمنی	۴/۸	۱/۳۶	۵	۲	۹
دسترسی و مقرون به‌صرفه بودن	۷/۸	۱/۷۳	۸	۴	۱۳
ترجیح مصرف	۵/۴۶	۱/۶۵	۶	۲	۱۰
تمایل مصرف	۴/۴	۱/۴۳	۴	۲	۹
نگرش کل	۳۲/۷	۶/۷۴	۳۲	۱۵	۵۱

بر اساس نتایج آزمون آماری تی مستقل، بین نگرش نسبت به گیاهان دارویی با فراوانی مصرف گیاهان دارویی در بارداری ارتباط معنی‌داری وجود داشت ($p < 0.001$) (جدول ۴).

جدول ۴- مقایسه میانگین نمرات نگرش زنان باردار برحسب مصرف گیاهان دارویی

مصرف گیاه دارویی	میانگین \pm انحراف معیار	T	سطح معنی‌داری
بله	۲۹/۵۶ \pm ۶/۰۷		
خیر	۳۳/۹۸ \pm ۶/۹۸	-۵/۷۸	$P < 0.001$

در ارتباط با سواد سلامت مشارکت‌کنندگان در پژوهش به‌طور کلی سواد سلامت مشارکت‌کنندگان در حد کافی (بیشتر از ۶۶/۱) بود. در بررسی سواد سلامت و خرده مقیاس‌های آن نتایج نشان داد که در خرده مقیاس‌های "دسترسی و ارزیابی سواد سلامت" در حد نه چندان کافی و در بقیه خرده مقیاس‌ها در حد کافی بود.

جدول ۵- مقایسه میانگین نمرات سلامت در زنان باردار برحسب مصرف گیاهان دارویی

مصرف گیاه دارویی	میانگین (انحراف معیار)	T	سطح معنی‌داری
بله	۶۶/۹۸ (۱۳/۳۷)		
خیر	۶۶/۳۴ (۱۴/۷۷)	-۰/۲۲۵	$p = 0.822$

ارتباط مصرف گیاهان دارویی با ابعاد سواد سلامت در جدول ۶ نشان داده شده است. نتایج بیانگر آن است که ارتباط معنی‌داری بین ابعاد سواد سلامت و مصرف گیاهان دارویی در زنان باردار وجود نداشت.

جدول ۶- ارتباط ابعاد سواد سلامت در زنان باردار مصرف کننده گیاهان دارویی

ابعاد سواد سلامت	T	سطح معنی داری
خواندن	۰/۰۰۳	۰/۹۹۸
دسترسی	-۱/۴۵۶	۰/۹۵۸
ارزیابی	-۰/۰۵۳	۰/۲۳۴
درک	۰/۸۳۶	۰/۴۰۴
رفتار	۱/۱۹۳	۰/۱۴۷

بحث

نتایج مطالعه حاضر که با هدف تعیین فراوانی مصرف گیاهان دارویی در دوران بارداری و ارتباط آن با سواد سلامت و نگرش انجام شد، نشان داد که ۴۱/۳٪ در این دوران از گیاهان دارویی به اشکال مختلف استفاده کردند. در مطالعات مشابه این فراوانی دارای طیف وسیعی بود؛ به طوری که در مطالعه دبیری فرد و همکاران (۲۰۱۷) در یزد ۹۰٪ (۱۱)، مطالعه رئوفی نژاد و همکاران (۲۰۲۰) در تهران ۸۱/۳٪ (۲۶)، مطالعه حسینی و همکاران (۲۰۱۷) در بجنورد ۶۳٪ (۱۰) و مطالعه سلیمانی و همکار (۲۰۱۷) در اهواز ۱۹٪ (۱۲) گزارش شده است. اگرچه آمار در کشورهای خاورمیانه بین ۸۲-۲۲٪ اعلام شده است (۲۷)، لذا به نظر می‌رسد این فراوانی تحت تأثیر جغرافیا و فرهنگ جوامع باشد.

بر اساس یافته‌ها، مشخصات دموگرافیک با مصرف گیاهان دارویی ارتباطی نداشت و تنها سابقه بیماری زمینه‌ای با مصرف گیاهان دارویی ارتباط معنی داری داشت؛ به این معنا که در افرادی که سابقه بیماری زمینه‌ای داشتند، مصرف گیاهان دارویی بیشتر بود. در مطالعه پریاب و همکار (۲۰۱۷) در استان فارس، بین برخی مشخصات دموگرافیک مانند محل سکونت، اشتغال و متوسط درآمد ماهیانه و داشتن بیمه با مصرف گیاهان دارویی ارتباط معنی داری مشاهده شد (۲۸) که این تناقض احتمالاً می‌تواند ناشی از اختلاف در سطح اقتصادی و اجتماعی باشد. از آنجایی که در استان مازندران، وضعیت اقتصادی مردم نسبت به استان‌های جنوبی و مرکزی در سطح بالاتری بوده و تفاوت چندانی بین شهر و روستا، سطح درآمد و بسیاری از متغیرهای دیگر مشاهده نمی‌شود، لذا ارتباطی بین مشخصات دموگرافیک با مصرف گیاهان دارویی مشاهده نشد.

در خصوص الگوی مصرف گیاهان دارویی، در مطالعه حاضر بیشترین فراوانی استفاده از گیاهان در سه ماهه اول و سوم بارداری بود. در مطالعه طباطبایی (۲۰۱۱) در کازرون نیز میزان مصرف گیاهان در سه ماهه اول بیشتر از زمان‌های دیگر بارداری بود (۹). به علاوه در مطالعه حاضر اکثریت زنان باردار در مورد مصرف گیاهان دارویی با پزشک خود صحبت نکرده بودند و مهم‌ترین دلیل آن، عدم پرسش پزشک از آنها بوده است که با نتایج مطالعه هاشم دباغیان و همکاران (۲۰۱۲) بر روی زنان تهرانی مشابه بود (۲۹). با توجه به اینکه دوره امبریونیک که با ارگانوژنز همراه است در سه ماهه اول بارداری می‌باشد، لذا توجه و دقت به مصرف داروها در این دوران اهمیت خاصی پیدا می‌کند. با توجه به دستورالعمل سازمان جهانی بهداشت درباره نظارت بر ایمنی مصرف داروهای گیاهی، تصور اشتباهی مبنی بر بی‌ضرر بودن داروهای طبیعی وجود دارد (۳۰)، و با توجه به نتایج مطالعه حاضر که اکثریت زنان باردار مصرف کننده گیاهان دارویی به پزشک خود اطلاع نداده و از پزشک مشورت نگرفته بودند، لذا جای تأمل بیشتری داشته و لزوم توجه بیشتر نظام سلامت به آموزش‌های آکادمیک طب مکمل و جایگزین (از جمله گیاهان دارویی) به جای انکار آنها، ضروری می‌باشد.

در مطالعه حاضر بیشترین علت مصرف گیاه دارویی در بارداری، برای برطرف شدن مشکلات گوارشی و مشکلات تنفسی بود که با یافته‌های مطالعه رئوفی نژاد و همکاران (۲۰۲۰) و هاشم دباغیان (۲۰۱۲) مشابه بود (۲۶، ۲۹). با توجه به شیوع بالای مشکلات گوارشی در بارداری مانند تهوع، استفراغ، نفخ، یبوست و ... به نظر می‌رسد که لازم است ماماها و متخصصین زنان که مراقبت‌های دوره بارداری را به عمل می‌آورند، در مورد

مشکلات گوارشی و نحوه برخورد و اقدامات صحیح برای مدیریت این مشکلات، توجه بیشتری نشان دهند. در مطالعه حاضر معمول‌ترین گیاه مورد استفاده، نعنای گل گاوزبان بود. در مطالعه هاشم دباغیان (۲۰۱۲) در تهران نیز نعنای به‌عنوان معمول‌ترین گیاه مورد مصرف (۲۹) و در مطالعه ال‌اسا و همکاران (۲۰۱۹)، روغن زیتون و زیره بیشترین فراوانی مصرف را داشتند (۳۲). این تفاوت در نوع گیاه مصرفی ممکن است ناشی از عقاید و فرهنگ مختلف، تنوع گیاهان بومی هر منطقه و دلایل متفاوت از مصرف گیاهان دارویی باشد.

در مطالعه حاضر به‌طور کلی نمره سواد سلامت در نمونه‌های مورد بررسی در سطح مطلوب بود و ارتباطی بین سواد سلامت با فراوانی مصرف گیاهان دارویی وجود نداشت که این نتایج با یافته باینس و همکار (۲۰۱۱) همخوانی نداشت (۳۳). آنها دریافتند که در نژاد سفید، سواد سلامت بالاتر با افزایش در مصرف داروهای گیاهی همراهی دارد، در حالی که در مطالعه وان کورادی و همکار (۲۰۱۷) که بر روی جامعه شهری و روستایی استرالیا انجام شد، در بیماران مؤنث ارتباط معکوسی بین سواد سلامت با مصرف داروهای گیاهی و طب جایگزین مشاهده شد (۳۴). با توجه به نتایج متفاوت در مطالعات مختلف، به‌نظر می‌رسد نیاز به بررسی و مطالعات دقیق‌تر با در نظر گرفتن فاکتورهای مخدوش‌کننده احتمالی و شبکه علیتی در مصرف گیاهان دارویی در آینده وجود دارد.

یافته‌های مطالعه حاضر بیانگر مثبت بودن نگرش زنان باردار نسبت به مصرف گیاهان دارویی بود و ارتباط معنی‌داری بین نگرش و مصرف گیاهان دارویی مشاهده شد. بسیاری از زنان باردار، گیاهان دارویی را ایمن و اثربخش در نظر می‌گرفتند و چنین نگرش مثبتی که وابسته به فرهنگ جامعه می‌باشد، در فراوانی مصرف، بیشترین تأثیر را داشته است. نتایج مشابهی نیز در مطالعات دیگر یافت شده است (۳۵، ۳۶). به‌نظر می‌رسد که عدم ارتباط فراوانی مصرف گیاهان دارویی با

مشخصات دموگرافیک و سواد سلامت از یک سو و ارتباط معنی‌دار فراوانی مصرف با نگرش نسبت به گیاهان دارویی همخوانی داشته و نشان می‌دهد مهم‌ترین عامل تأثیرگذار در مطالعه حاضر، نگرش مثبت زنان باردار نسبت به گیاهان دارویی بوده است و روش‌ها و نگرش‌های سنتی که حاصل تجربیات نسل‌های قبل می‌باشد، بر عملکرد زنان باردار در حیطة مصرف گیاهان دارویی احاطه دارد.

نتیجه‌گیری

نتایج حاصل نشان داد که درصد بالایی از زنان در دوران بارداری خود از گیاهان دارویی استفاده می‌کنند، اگرچه فواید بالقوه زیادی برای درمان با داروهای گیاهی وجود دارد ولیکن احتمال خطرات بالقوه‌ای همچون تداخل داروی گیاهی با وضعیت فیزیولوژیک، تداخل با داروهای مصرفی و بیهوشی و عوارض جانبی احتمالی در جنین و مادر وجود دارد. از سوی دیگر وجود ارتباط معنی‌دار بین فراوانی مصرف با نگرش مثبت به مصرف گیاهان دارویی نشان می‌دهد که نیاز به اقدامات اساسی در راستای ارائه اطلاعات کافی به زنان باردار و اصلاح نگرش آنها وجود دارد. یکی از این راهکارها، آموزش به داروسازها و متخصصین زنان و زایمان و مراقبین سلامت می‌باشد.

تشکر و قدردانی

این مقاله منتج از پایان‌نامه دکترای حرفه‌ای، تحت عنوان "بررسی فراوانی استفاده از داروهای گیاهی/گیاهان دارویی و برخی عوامل مؤثر بر آن در زمان بارداری در زنان مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های غرب استان مازندران" با کد اخلاق (IR.IAU.AMOL.REC.1401.088) می‌باشد. بدین‌وسیله از حوزه معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد آیت‌الله املی جهت تصویب طرح و همچنین از همکاری سرکار خانم ثنا حلاجیان برای کمک در گردآوری اطلاعات، تشکر و قدردانی می‌شود.

1. Moussally K, Oraichi D, Bérard A. Herbal products use during pregnancy: prevalence and predictors. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety* 2009; 18(6):454-61.
2. Sereshty M, Azari P, Raffiean M, Kheiri S. Use of herbal medicines by pregnant women in Shahr-e-Kord. *Journal of Reproduction & Infertility* 2006; 7(2).
3. Adams J, Lui CW, Sibbritt D, Broom A, Wardle J, Homer C, et al. Women's use of complementary and alternative medicine during pregnancy: a critical review of the literature. *Birth* 2009; 36(3):237-45.
4. 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. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2013; 53(4):347-52.
5. Louik C, Gardiner P, Kelley K, Mitchell AA. Use of herbal treatments in pregnancy. *American journal of obstetrics and gynecology* 2010; 202(5):439-e1.
6. Abdollahi F, Khani S, Charati JY. Prevalence and related factors to herbal medicines use among pregnant females. *Jundishapur Journal of Natural Pharmaceutical Products* 2018; 13(3).
7. Sattari M, Dilmaghanizadeh M, Hamishehkar H, Mashayekhi SO. Self-reported use and attitudes regarding herbal medicine safety during pregnancy in Iran. *Jundishapur Journal of Natural Pharmaceutical Products* 2012; 7(2):45.
8. Hashem Dabaghian F, Abdollahi Fard M, Shojaei A, Kianbakht S, Zafarghandi N, Goushegir A. Use and Attitude on Herbal Medicine in a Group of Pregnant Women in Tehran. *Journal of Medicinal Plants* 2012; 11(41):22.
9. Tabatabaee M. Use of herbal medicine among pregnant women referring to Valiasr Hospital in Kazeroon, Fars, South of Iran. *Journal of Medicinal Plants* 2011; 10(37):96-108.
10. Hosseini SH, Rajabzadeh R, Nosrati H, Naseri F, Toroski M, Mohaddes Hakkak H, et al. Prevalence of medicinal herbs consumption in pregnant women referring to Bojnurd health care centers. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2017; 20(9):33-40.
11. Dabirifard M, Maghsoudi Z, Dabirifard S, Salmani N. Frequency, causes and how to use medicinal herbs during pregnancy. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2017; 20(4):66-75.
12. Soleymani S, Makvandi S. Rate of herbal medicines use during pregnancy and some related factors in women of Ahvaz, Iran: 2017. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2018; 21(5):80-6.
13. Frawley J, Adams J, Steel A, Broom A, Gallois C, Sibbritt D. Women's use and self-prescription of herbal medicine during pregnancy: an examination of 1,835 pregnant women. *Women's Health Issues* 2015; 25(4):396-402.
14. Bruno LO, Simoes RS, de Jesus Simoes M, Girão MJ, Grundmann O. Pregnancy and herbal medicines: an unnecessary risk for women's health—a narrative review. *Phytotherapy Research* 2018; 32(5):796-810.
15. Ahmed SM, Nordeng H, Sundby J, Aragaw YA, de Boer HJ. The use of medicinal plants by pregnant women in Africa: a systematic review. *Journal of ethnopharmacology* 2018; 224:297-313.
16. Gebremedhin GL, Gomathi P. Assessment of drug use and effect in pregnant women attending antenatal care in hospitals of Mekelle, Tigray, Ethiopia. *Journal of Drug Delivery and Therapeutics* 2014; 4(6):75-82.
17. Kaingu CK, Oduma JA, Kanui TI. Practices of traditional birth attendants in Machakos District, Kenya. *Journal of ethnopharmacology* 2011; 137(1):495-502.
18. Shoorideh ZM, Azadbakht M, Zarifkar AA, Jafari AA, Hossieni SH. The Effect of "Vitex Agnus Castus" Folio Extract on Serum Prolactin Concentration of Female Rats in Gestation. *Iranian Journal of Biology* 2007; 20(1):99-109.
19. Kindig DA, Panzer AM, Nielsen-Bohlman L, editors. *Health literacy: a prescription to end confusion*; 2004.
20. Reisi M, Javadzade SH, Mostafavi F, Sharifirad G, Radjati F, Hasanzade A. Relationship between health literacy, health status, and healthy behaviors among older adults in Isfahan, Iran. *Journal of education and health promotion* 2012; 1(1):31.
21. Kim SH. Health literacy and functional health status in Korean older adults. *Journal of clinical nursing* 2009; 18(16):2337-43.
22. McNaughton CD, Cawthon C, Kripalani S, Liu D, Storrow AB, Roumie CL. Health literacy and mortality: a cohort study of patients hospitalized for acute heart failure. *Journal of the American Heart Association* 2015; 4(5):e001799.
23. Giuse NB, Koonce TY, Storrow AB, Kusnoor SV, Ye F. Using health literacy and learning style preferences to optimize the delivery of health information. *Journal of health communication* 2012; 17(sup3):122-40.
24. El Hajj M, Sitali DC, Vwalika B, Holst L. Herbal medicine use among pregnant women attending antenatal clinics in Lusaka Province, Zambia: A cross-sectional, multicentre study. *Complementary Therapies in Clinical Practice* 2020; 40:101218.
25. Montazeri AL, Tavousi M, Rakhshani F, Azin SA, Jahangiri K, Ebadi M, et al. Health Literacy for Iranian Adults (HELIA): development and psychometric properties. *Payesh (Health Monitor)* 2014; 13(5):589-99.
26. Raoufinejad K, Gholami K, Javadi M, Rajabi M, Torkamandi H, Moeini A, et al. A retrospective cohort study of herbal medicines use during pregnancy: Prevalence, adverse reactions, and newborn outcomes. *Traditional and Integrative Medicine* 2020: 70-85.

27. John LJ, Shantakumari N. Herbal medicines use during pregnancy: a review from the Middle East. *Oman medical journal* 2015; 30(4):229.
28. Paryab M, Raeeszadeh M. The study of the rate and reasons of medical herb use by the patients visiting the specialized treatment centers in Fars province in 2014. *Community Health Journal* 2017; 10(2):62-71.
29. Hashem Dabaghian F. Knowledge of pregnant women about the efficacy and safety of herbal medicine and their practice during pregnancy. *Complementary Medicine Journal* 2012; 2(3):246-56.
30. Bent S. Herbal medicine in the United States: review of efficacy, safety, and regulation: grand rounds at University of California, San Francisco Medical Center. *Journal of general internal medicine* 2008; 23:854-9.
31. De Smet PA. Herbal remedies. *New England Journal of Medicine* 2002; 347(25):2046-56.
32. Al Essa M, Alissa A, Alanizi A, Bustami R, Almogbel F, Alzuwayed O, et al. Pregnant women's use and attitude toward herbal, vitamin, and mineral supplements in an academic tertiary care center, Riyadh, Saudi Arabia. *Saudi pharmaceutical journal* 2019; 27(1):138-44.
33. Bains SS, Egede LE. Association of health literacy with complementary and alternative medicine use: a cross-sectional study in adult primary care patients. *BMC complementary and alternative medicine* 2011; 11(1):1-8.
34. von Conrady DM, Bonney A. Patterns of complementary and alternative medicine use and health literacy in general practice patients in urban and regional Australia. *Australian Family Physician* 2017; 46(5):315-24.
35. Kim Sooi L, Lean Keng S. Herbal medicines: Malaysian women's knowledge and practice. *Evidence-based complementary and alternative medicine* 2013; 2013.
36. Fakeye TO, Adisa R, Musa IE. Attitude and use of herbal medicines among pregnant women in Nigeria. *BMC Complementary and alternative medicine* 2009; 9:1-7.