

میزان مصرف گیاهان دارویی در بارداری و برخی عوامل مرتبط با آن در زنان شهر اهواز: ۱۳۹۶

سامره سلیمانی^۱، سمیه مکوندی^{۲*}

۱. دانشجوی کارشناسی مامایی، دانشکده علوم پزشکی شوشتر، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.
۲. دانشجوی دکتری تخصصی بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز، اهواز، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۲/۱۷ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۵/۰۸

خلاصه

مقدمه: امروزه مصرف گیاهان دارویی در بارداری کشورهای در حال توسعه رو به افزایش است؛ این در حالی است که ممکن است مصرف برخی گیاهان باعث عوارض جانبی در مادر و جنین و یا تداخلات دارویی گردد. مطالعه حاضر با هدف تعیین میزان مصرف گیاهان دارویی در بارداری و برخی عوامل مرتبط با آن در شهر اهواز صورت گرفت. **روش کار:** این مطالعه توصیفی - تحلیلی و مقطعی در سال ۱۳۹۶ بر روی ۲۱۹ نفر از مادران زایمان نموده بستری در بیمارستان سینا شهر اهواز صورت گرفت. پرسشنامه اطلاعات زمینه‌ای و اطلاعات مربوط به مصرف داروهای گیاهی در بارداری در روز اول تا دوم بعد از زایمان برای تمام نمونه‌ها از طریق مصاحبه تکمیل شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) و با استفاده از آماره‌های توصیفی و آزمون کای دو انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: ۴۲ نفر (۱۹/۲٪) از افراد سابقه مصرف گیاهان دارویی را در بارداری اخیر گزارش کردند. بیشترین فراوانی مربوط به گیاهان آویشن، روغن زیتون و اسپند بود. رایج‌ترین اندیکاسیون درمان، سرماخوردگی و سرفه بود. بیشترین فراوانی منبع اطلاعاتی افراد برای استفاده از گیاهان دارویی مربوط به خانواده و دوستان و کمترین آن مربوط به کتب و مجلات علمی بودند. ۳۵ نفر (۸۳/۳٪) از افراد پزشک یا مامای دوران بارداری خود را از مصرف داروهای گیاهی مطلع نساخته بودند. بین میزان تحصیلات با مصرف یا عدم مصرف داروهای گیاهی ارتباط آماری معناداری وجود داشت ($p=0/001$).

نتیجه‌گیری: میزان استفاده از داروهای گیاهی در دوران بارداری در زنان شهر اهواز نسبت به بسیاری از مطالعات داخلی پایین‌تر است. از آن‌جا که اکثر نمونه‌ها از منابع غیرعلمی برای استفاده از گیاهان دارویی استفاده می‌کنند، لذا افزایش سطح آگاهی زنان باردار در خصوص گیاهان دارویی و موارد مصرف آن‌ها در بارداری و عوارض جانبی آن‌ها ضروری است.

کلمات کلیدی: بارداری، گیاهان دارویی، منابع اطلاعاتی

* نویسنده مسئول مکاتبات: سمیه مکوندی؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز، اهواز، ایران. تلفن: ۰۹۱۶۶۰۴۲۲۴۷؛ پست الکترونیک: soleimanis@gmail.com

مقدمه

بارداری، وضعیتی است که با تغییرات فیزیولوژیک بسیار زیادی همراه است که موجب بسیاری از مشکلات مرتبط با بارداری از جمله حالت تهوع، استفراغ، یبوست و سوزش سردل می‌شود (۱). طبق شواهد، این مشکلات معمولاً افراد را به سمت درمان با استفاده از داروهای گیاهی (با این تفکر که گیاهان برای جنین ایمن‌تر از داروهای مدرن هستند)، سوق می‌دهند. این در حالی است که ممکن است مصرف برخی گیاهان نیز باعث عوارض جانبی در مادر و جنین و یا تداخلات دارویی گردند (۲). امروزه مصرف گیاهان دارویی در کشورهای در حال توسعه رو به افزایش است. تخمین زده شده است که ۸۰-۶۵٪ از مردم دنیا از فرآورده‌های گیاهی استفاده می‌کنند. در یک بررسی دیگر، شیوع مصرف داروهای گیاهی در دوران بارداری بین ۵۵-۷٪ در شرایط جغرافیایی، اجتماعی و فرهنگی و گروه‌های قومی مختلف گزارش شده است (۳). به همین دلیل سازمان جهانی بهداشت اعضای ملل عضو را تشویق به پژوهش و ارتقای آگاهی در رابطه با گیاهان دارویی و طب سنتی کرده است (۴). مطالعات مختلف، نتایج متفاوتی را در رابطه با میزان مصرف داروهای گیاهی در بارداری گزارش کرده‌اند. مطالعه مروری جان و همکار (۲۰۱۵) نشان داد که شیوع مصرف داروهای گیاهی بین ۸۲/۳-۲۳/۳٪ متغیر است و به این بدان معناست که تمایل به استفاده از داروهای گیاهی در دوران بارداری افزایش یافته است. شایع‌ترین گیاهان مورد استفاده شامل: نعناع، زنجبیل، آویشن، بابونه، مریم گلی، نارنج و چای سبز بودند (۵). در مطالعه دبیری‌فرد و همکاران (۲۰۱۷)، ۹۰٪ زنان زایمان کرده یزدی در بارداری اخیر خود سابقه مصرف گیاهان دارویی را گزارش کردند (۶). در مطالعه حسینی و همکاران (۲۰۱۷) حدود ۴۰٪ از زنان باردار شهر بجنورد از گیاهان دارویی در بارداری استفاده کرده بودند (۴). طبق شواهد، عوامل متعددی بر استفاده زنان باردار از گیاهان دارویی تأثیرگذارند. برخی از این عوامل شامل: سابقه مصرف گیاهان دارویی، رتبه بارداری، داشتن دانش بالا در مورد داروهای گیاهی و داشتن تحصیلات عالی در زنان باردار می‌باشد (۷، ۸).

با توجه به این که زنان باردار قشری آسیب‌پذیر هستند، تصمیم به استفاده از گیاهان دارویی در این گروه از افراد اهمیت بسزایی دارد. از آنجا که مستندات علمی کافی در خصوص استفاده از گیاهان دارویی در زنان باردار وجود ندارد و استان خوزستان نیز بستر قابل توجهی از رشد گیاهان دارویی را در خود دارد، مطالعه حاضر با هدف تعیین میزان مصرف گیاهان دارویی در بارداری و برخی عوامل مرتبط با آن در مادران زایمان نموده شهر اهواز در استان خوزستان صورت گرفت.

روش کار

این مطالعه توصیفی - تحلیلی و مقطعی در سال ۱۳۹۶ بر روی ۲۱۹ نفر از مادران زایمان نموده بستری در بیمارستان سینا شهر اهواز صورت گرفت. علت انتخاب محیط پژوهش آن بود که این بیمارستان تنها بیمارستان دوستدار مادر شهر اهواز است و آمار بالایی از مراجعه زنان باردار و پذیرش و بستری آن‌ها را دارد. حجم نمونه بر اساس یک مطالعه پایلوت اولیه بر روی ۲۰ نمونه تخمین زده شد. میزان p به دست آمده از مطالعه پایلوت برابر با ۰/۱۶ بود که در فرمول تعیین حجم نمونه برای تعیین نسبت در یک جامعه قرار داده شد. مقدار α برابر با ۰/۰۵ و میزان d برابر با ۰/۰۵٪ در نظر گرفته شد. در نهایت حجم نمونه‌ای بالغ بر ۲۰۷ نفر به دست آمد که نمونه‌گیری تا ۲۱۹ نفر ادامه یافت.

افراد بر اساس معیارهای ورود و خروج و بر اساس نمونه‌گیری هدفمند از بین افرادی که دوران بعد از زایمان خود را در بخش زنان سپری می‌کردند، انتخاب و وارد مطالعه شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: تمایل زنان به شرکت در مطالعه و توانایی برقراری ارتباط با محقق بود. معیار خروج از مطالعه، پاسخ دادن ناکامل به سؤالات پرسشنامه بود.

ابزار گردآوری داده‌ها یک پرسشنامه محقق ساخته بود که از دو قسمت تشکیل می‌شد. قسمت اول شامل مشخصات فردی و زمینه‌ای افراد شامل سن، میزان تحصیلات، وضعیت اقتصادی و تعداد بارداری و قسمت دوم سؤالاتی در خصوص میزان استفاده از طب گیاهی در بارداری اخیر، نوع و نحوه مصرف گیاه دارویی و دلیل

محرمانه بوده و در هر زمان که تمایل داشته باشند، می‌توانند از مطالعه خارج شوند. داده‌ها پس از گردآوری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) و با استفاده از آماره‌های توصیفی و آزمون کای دو مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. میزان P کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته انجام شد.

یافته‌ها

در مطالعه حاضر محدوده سنی افراد ۱۷-۳۸ سال و میانگین سن آن‌ها $25/8 \pm 5/4$ سال بود. جدول ۱ مشخصات زمینه‌ای مشارکت‌کنندگان را نشان می‌دهد. بر اساس نتایج، ۶۸ نفر (۳۱/۱٪) از شرکت‌کنندگان نخست‌زا بودند و بیشترین درجه تحصیلات آنها دیپلم (۴۵/۲٪) بود (جدول ۱).

استفاده از آن، منبع اطلاعاتی افراد برای استفاده از گیاهان و اطلاع پزشک یا مامای معالج از مصرف فرآورده گیاهی بود. پرسشنامه مذکور توسط تعدادی از افراد مجرب و صاحب‌نظر اصلاح و اعتبار محتوای آن تأمین شده بود. جهت تعیین پایایی از روش هم‌ارزی استفاده و با $F=0/90$ پایایی آن نیز به اثبات رسیده بود. روش کار بدین‌صورت بود که زنانی که زایمان طبیعی یا سزارین داشتند و بعد از زایمان در بخش زنان بستری بودند، بین ۳ ساعت تا ۴۸ ساعت بعد از زایمان و بر اساس راحتی و تمایل مادر وارد مطالعه می‌شدند. پرسشنامه به وسیله مصاحبه‌چهره به چهره توسط پژوهشگر برای تمامی نمونه‌ها تکمیل شد. به جهت مراعات اخلاق پژوهش، به تمامی نمونه‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات آنان کاملاً

جدول ۱- مشخصات زمینه‌ای واحدهای پژوهش

متغیر	تعداد (درصد)
تعداد بارداری	نخست‌زا ۶۸ (۳۱/۱)
	چندزا ۱۵۱ (۶۸/۹)
میزان تحصیلات	بی‌سواد ۱۵ (۶/۸)
	ابتدایی ۶۷ (۳۰/۶)
	راهنمایی ۲۹ (۱۳/۲)
	دیپلم ۹۹ (۴۵/۲)
وضعیت اقتصادی	دانشگاهی ۶ (۴/۱)
	ضعیف ۵۶ (۲۵/۶)
	متوسط ۱۳۰ (۵۹/۴)
	خوب ۳۳ (۱۵/۱)

استفاده کرده بودند. بر اساس نتایج جدول ۲، ۱۸ گیاه دارویی مختلف توسط افراد شرکت‌کننده در مطالعه مصرف شده بود.

در مطالعه حاضر ۴۲ نفر (۱۹/۲٪) از افراد سابقه مصرف گیاهان دارویی را در بارداری اخیر گزارش کردند. ۱۸ نفر (۴۲/۹٪) از افراد داروهای گیاهی را به صورت خوراکی و سایرین به صورت موضعی و استنشاقی

جدول ۲- فراوانی گیاهان دارویی مصرف شده توسط واحدهای پژوهش

نام گیاه	تعداد (درصد)	نام گیاه	تعداد (درصد)
آویشن	۱۷ (۴۰/۴)	روغن کرچک	۵ (۱۱/۹)
روغن زیتون	۱۱ (۲۶/۱)	اکالیپتوس	۵ (۱۱/۹)
اسپند	۸ (۱۹)	چای سبز	۵ (۱۱/۹)
اسطوخودوس	۷ (۱۶/۶)	دارچین	۴ (۹/۵)
روغن بادام	۶ (۱۴/۲)	خاکشیر	۴ (۹/۵)
روغن بابونه	۶ (۱۴/۲)	نعناع	۴ (۹/۵)
کاسنی	۶ (۱۴/۲)	تخم کتان	۳ (۷/۱)
گلاب	۵ (۱۱/۹)	روغن بنفشه	۲ (۴/۷)
شنبلله	۵ (۱۱/۹)	کندر	۲ (۴/۷)

معدده (عرق نعناع)، درمان گرمی (عرق کاسنی، خاکشیر) و تقویت هوش کودک (کندر) بود. بیشترین فراوانی منبع اطلاعاتی افراد برای استفاده از گیاهان دارویی مربوط به اطرافیان (خانواده، دوستان) (۳۸/۱٪) و کمترین آن مربوط به کتاب و مجلات (۱۱/۹٪) بود. سایر منابع شامل اینترنت (۲۸/۶٪) و پرسنل بهداشت و درمان (۲۱/۴٪) بودند. ۳۵ نفر (۸۳/۳٪) از افراد پزشک یا مامای دوران بارداری خود را از مصرف داروهای گیاهی مطلع ساخته بودند. جدول ۳ به مقایسه متغیرهای زمینه‌ای در دو گروه پرداخته است. بر اساس نتایج آزمون کای دو در جدول ۳، بین میزان تحصیلات با مصرف یا عدم مصرف داروهای گیاهی ارتباط آماری معناداری وجود داشت (p=۰/۰۰۱). همچنین بر اساس نتایج آزمون کای دو، سایر متغیرها نظیر سن (p=۰/۱۲)، وضعیت اقتصادی (p=۰/۱۸) و تعداد بارداری (p=۰/۱۴) با مصرف گیاهان دارویی ارتباط معناداری نشان ندادند.

بیشترین فراوانی مربوط به آویشن (۴۰/۴٪)، روغن زیتون (۲۶/۱٪) و اسپند (۱۹٪) بود. مشارکت‌کنندگان در این مطالعه اندیکاسیون‌های متفاوتی را برای استفاده از گیاهان دارویی ذکر کردند. بیشترین فراوانی مربوط درمان سرماخوردگی و سرفه (آویشن تخم شنبلیله) و کمترین فراوانی مربوط به مصرف عرق کاسنی برای پسر شدن جنین بود. سایر اندیکاسیون‌ها شامل: شروع شدن درد زایمان (گلاب، آویشن، دارچین، روغن کرچک، خاکشیر)، نرم شدن دهانه رحم برای زایمان آسان (تخم شنبلیله، تخم کنان)، جلوگیری از خشکی پوست (روغن زیتون، روغن بادام)، درمان شکم درد (روغن زیتون)، درمان ورم لثه (آویشن)، جلوگیری از استریای بارداری (روغن بنفشه، روغن زیتون، روغن بابونه)، ضدعفونی کردن محیط (اسپند، اکالیپتوس)، رفع سردرد، آرام‌بخشی (اسطوخودوس، چای سبز)، رفع خارش پوست (روغن زیتون، روغن بابونه)، درمان درد و سوزش

جدول ۳- مقایسه متغیرهای زمینه‌ای در مصرف کنندگان گیاهان دارویی نسبت به سایرین

سطح معنی‌داری*	استفاده از داروهای گیاهی			
	خیر	بله		
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)		
۰/۱۲	۶۳ (۳۵/۵)	۱۱ (۲۶/۱)	۱۷-۲۲	سن (سال)
	۵۴ (۳۰/۵)	۱۱ (۲۶/۱)	۲۳-۲۷	
	۳۶ (۲۰/۳)	۸ (۱۹)	۱۸-۳۲	
	۲۴ (۱۳/۵)	۱۲ (۲۸/۵)	۳۳-۳۸	
۰/۱۴	۵۱ (۲۸/۸)	۱۷ (۴۰/۴)	نخست‌زا	تعداد بارداری
	۱۲۶ (۷۱/۲)	۲۵ (۵۹/۶)	چندزا	
۰/۰۰۱	۷۲ (۴۰/۶)	۱۰ (۲۳/۸)	بی‌سواد و ابتدایی	میزان تحصیلات
	۲۱ (۱۱/۸)	۸ (۱۹)	راهنمایی	
	۸۱ (۴۵/۷)	۱۸ (۴۲/۸)	دیپلم	
	۳ (۱/۷)	۶ (۱۴/۲)	دانشگاهی	
۰/۱۸	۴۲ (۲۳/۷)	۱۴ (۳۳/۳)	ضعیف	وضعیت اقتصادی
	۱۰۵ (۵۹/۳)	۲۵ (۵۹/۵)	متوسط	
	۳۰ (۱۷)	۳ (۷/۲)	خوب	

*آزمون کای دو

بحث

مطالعه حاضر اولین مطالعه یافت شده در شهر اهواز در مورد مصرف گیاهان دارویی در بارداری بود. در مطالعه حاضر میزان مصرف داروهای گیاهی در بارداری ۱۹/۲٪ گزارش شد. مطالعات انجام شده در نقاط مختلف ایران، نتایج متفاوتی را گزارش کرده‌اند. طبق شواهد، این میزان در زنان باردار تهران ۶۷٪ (۹)، در تبریز ۲۲/۳٪ (۱۰)، در یزد ۹۰٪ (۶)، در بجنورد ۴۰٪ (۴) و در شهرکرد ۵۱/۹٪ (۱۱) گزارش شده است که این اختلاف می‌تواند ناشی از تفاوت در نمونه‌های مورد بررسی، نحوه نمونه‌گیری، حجم نمونه و تفاوت در پرسشنامه‌ها باشد. در خصوص چرایی استفاده از داروهای گیاهی در بارداری، بررسی متون نشان می‌دهد که اکثر زنان باردار با این اعتقاد که گیاهان دارویی برای جنین ایمن‌تر از داروهای شیمیایی هستند، گیاهان دارویی را به داروهای تجویز شده توسط پزشک ترجیح می‌دهند (۶)، این در حالی است که شواهد نشان می‌دهد مخاطرات جدی ناشی از مصرف برخی گیاهان دارویی، سلامتی مادر و جنین را تهدید می‌کند. برخی گیاهان دارای موادی مانند ان-متیل سابتوزین و تاپسین هستند که خاصیت تراوتوژنسیستی و سمی برای جنین داشته و باعث نقص عضو جنین خواهند شد. برخی گیاهان نیز دارای خاصیت تحریک‌کنندگی میومتر رحم و القای انقباضات رحمی هستند که در صورت استفاده زیاد و در زمان نامناسب می‌توانند سبب سقط جنین یا زایمان زودرس شوند (۱۲، ۱۳).

در مطالعه حاضر ۱۸ گیاه دارویی مختلف توسط مادران باردار استفاده شده بود که بیشترین فراوانی مربوط به ۳ گیاه آویشن، روغن زیتون و اسپند بود. تنوع کم‌نظیر گیاهان به ویژه گونه‌های دارویی در نقاط مختلف استان خوزستان، مرهون تنوع اقلیمی در آن می‌باشد. استان خوزستان از نظر آب‌وهوایی دارای چهار منطقه رویشی مشخص استپی گرم، نیمه استپی گرم، جنگل‌های خشک و مراتع ییلاقی است که هر کدام از مناطق مذکور دارای گونه‌های دارویی خاصی می‌باشند. گیاهان دارویی پرمصرف در کشورهای مختلف و حتی در مناطق مختلف ایران یکسان نیستند و این به بستر گیاهی منطقه، فرهنگ گیاه درمانی و رسم و رسومات حاکم بستگی

دارد (۱۴). طبق شواهد بیشترین گیاهان مورد استفاده در زنان باردار یزد شامل زنجبیل، نعناع، کاسنی، بیدمشک، گل گاوزبان، چای سبز، خاکشیر، گلاب، آویشن، بابونه و قدومه بودند (۶). در زنان باردار تهران، نعناع و کندر (۹) و در بجنورد، آویشن، نعناع و چای سبز بیشترین مصرف را داشتند (۴).

در مطالعه حاضر بیشترین فراوانی از نظر اندیکاسیون مصرف گیاهان دارویی، درمان سرماخوردگی و سرفه بود. در مطالعه الیامی و همکاران (۲۰۱۱) در عمان، بیشترین علت مصرف گیاهان دارویی، سرماخوردگی و آنفلوآنزا و در مطالعه اوریف و همکاران (۲۰۱۴) در مصر، مربوط به تهوع و استفراغ بود (۱۵، ۱۶). در مطالعه حسینی و همکاران (۲۰۱۷) در بجنورد، بیشترین علت مصرف گیاهان دارویی، سرماخوردگی و ناراحتی معده و در مطالعه حیدری‌فر و همکاران (۲۰۱۳) در قم، درمان سرماخوردگی، گلودرد و مشکلات عصبی بود (۴، ۱۷).

طبق یافته‌های مطالعه، بیشترین منبع اطلاعاتی افراد در خصوص استفاده از گیاهان دارویی و انتخاب نوع گیاه، اطرافیان (خانواده، دوستان) و کمترین آن مربوط به کتاب و مجلات علمی بود. همچنین درصد بسیار بالایی از افراد، پزشک یا مامای خود را از مصرف گیاهان دارویی مطلع نساخته بودند. در بسیاری از مطالعات انجام شده در خاورمیانه نیز مانند مطالعه حاضر، خانواده و دوستان، منابع اطلاعاتی رایج برای استفاده از گیاهان دارویی بودند (۴، ۵). این یافته‌ها با نتایج مطالعات انجام شده در برخی از ملل توسعه یافته متفاوت است؛ چراکه مطالعات نشان می‌دهند که مشورت با پزشک، رایج‌ترین راه کسب اطلاعات در مورد مصرف گیاهان دارویی در بارداری است (۱۸). شناسایی منبع اطلاعاتی افراد از گیاهان دارویی و موارد استفاده از آن‌ها دارای اهمیت است. قابل ذکر است که برداشت‌های شخصی اطرافیان نسبت به مصرف گیاهان دارویی بر پایه تجارب شخصی و کمتر بر پایه مستندات علمی بوده که این امر بر میزان صحت اطلاعات تأثیرگذار بوده و می‌تواند رویکرد و استفاده مناسب از طب گیاهی را مخدوش نماید (۱۹، ۲۰). لذا به نظر می‌رسد که در ویزیت‌های پره‌ناتال و در کلاس‌های آمادگی برای زایمان، ارائه آموزش‌هایی بر اساس شواهد

گردآوری داده‌ها بر اساس اظهارات واحدهای پژوهش و به یاد آوردن گیاهان مصرف شده در طی دوران بارداری بود، لذا پیشنهاد می‌شود برای افزایش دقت گردآوری و قابلیت تعمیم نتایج، مطالعات آتی به صورت آینده‌نگر انجام شوند.

نتیجه‌گیری

اگرچه میزان استفاده از داروهای گیاهی در دوران بارداری در زنان شهر اهواز نسبت به بسیاری از مطالعات داخلی پایین‌تر است، اما نکته قابل تأمل آن است که طبق یافته‌های مطالعه حاضر، اکثر زنان باردار اطلاعات لازم را برای استفاده از گیاهان دارویی از منابع غیر علمی به‌دست آورده و مراقبین بهداشتی خود را هم مطلع نمی‌سازند. از آن‌جا که مصرف خودسرانه گیاهان دارویی می‌تواند خطرات بالقوه‌ای برای مادر و جنین به همراه داشته باشد، لذا ضروری به نظر می‌رسد که مراقبین بهداشتی در ویزیت‌های پره‌ناتال غربالگری، زنان باردار را از نظر مصرف داروهای گیاهی و نوع آن‌ها مدنظر داشته باشند. همچنین لازم است استراتژی‌هایی در دوران پره‌ناتال برای افزایش سطح آگاهی زنان باردار در خصوص گیاهان دارویی و موارد مصرف آن‌ها در بارداری و عوارض جانبی آن‌ها اتخاذ گردد.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از تمامی مادران عزیزی که در مطالعه شرکت داشتند، تشکر و قدردانی می‌شود.

در خصوص کاربرد طب گیاهی به صورت ایمن در بارداری ضروری باشد. در مطالعه ساجارد و همکاران (۲۰۰۴) در ایالات متحده، پزشکان و دانشجویان پزشکی مورد مطالعه، در مورد عوارض جانبی گیاهان دارویی و تعاملات آن‌ها با داروها آگاهی کمی داشتند (۲۱). بنابراین متخصصان مراقبت‌های بهداشتی باید دانش خود را در مورد اثربخشی، خطرات بالقوه، تعاملات و اثرات احتمالی داروهای گیاهی و اصول کلیدی برای اعمال گیاهان در حین بارداری ارتقاء داده و همچنین باید بیماران خود را برای استفاده از داروهای گیاهی مورد غربالگری قرار دهند.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که با افزایش میزان تحصیلات افراد، میزان استفاده از داروهای گیاهی افزایش می‌یابد. در مطالعه فورستر و همکاران (۲۰۰۶) در زنان استرالیایی با تحصیلات عالی، میزان استفاده از طب گیاهی نسبت به افراد با تحصیلات پایین‌تر بیشتر بود (۲۲). نتایج مطالعه جوکار و همکاران (۲۰۱۵) نشان داد که در زنان با سطح تحصیلات فوق لیسانس و بالاتر، نمرات نگرش و عملکرد نسبت به نقش گیاهان دارویی در درمان بیماری، پایین‌تر از زنان با تحصیلات ابتدایی، متوسطه و لیسانس است (۲۳)؛ در حالی که در مطالعه جان و همکار (۲۰۱۵)، کیم و همکاران (۲۰۰۶) و بروسارد و همکاران (۲۰۱۰) برخلاف یافته‌های مطالعه حاضر بود (۵، ۲۴، ۲۵).

یکی از محدودیت‌های مطالعه حاضر، احتمال تورش یادآوری وقایع بود که می‌تواند نتایج را تحت تأثیر قرار دهد؛ چراکه مطالعه به صورت گذشته‌نگر انجام شده و

منابع

1. Lindzon G, Sadry S, Sharp J. Obstetric. Toronto notes for medical students. 27th ed. Canada: Type & Graphics Inc; 2011.
2. Wells BG. Gynecologic and obstetric disorders. In: Wells BG, Dipiro JT, Scwinghammer LT, Dipiro CV, editors. Pharmacotherapy handbook. 7th ed. New York: McGraw-Hill; 2009.
3. Dugoua JJ. Herbal medicines and pregnancy. J Popul Ther Clin Pharmacol 2010; 17(3):e370-8.
4. 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. (Persian).
5. John LJ, Shantakumari N. Herbal medicines use during pregnancy: a review from the Middle East. Oman Med J 2015; 30(4):229-36.
6. 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. (Persian).

7. Chuang CH, Chang PJ, Hsieh WS, Tsai YJ, Lin SJ, Chen PC. Chinese herbal medicine use in Taiwan during pregnancy and the postpartum period: a population-based cohort study. *Int J Nurs Stud* 2009; 46(6):787-95.
8. Nordeng H, Havnen GC. Impact of socio-demographic factors, knowledge and attitude on the use of herbal drugs in pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2005; 84(1):26-33.
9. 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.
10. Sattari M, Dilmaghanizadeh M, Hamishehkar H, Mashayekhi SO. Self-reported use and attitudes regarding herbal medicine safety during pregnancy in Iran. *Jundishapur J Natl Pharm Prod* 2012; 7(2):45.
11. Sereshti M, Azari P. Prevalence use of herbal drug and attitude of women about use of herbal product among women refer to health care center in Shahrekord. *Knowl Health* 2008; 2(4):20-6. (Persian).
12. Ernst E. Herbal medicinal products during pregnancy: are they safe? *BJOG* 2002; 109(3):227-35.
13. Esmaeilzadeh M, Moradi B. Medicinal herbs with side effects during pregnancy-an evidence-based review article. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2017; 20:9-25. (Persian).
14. Hoveizeh H, Dinarvand M, Salehi H. Medicinal plants of Khuzestan. *Iran J Med Aromatic Plants* 2002; 14(S):55-72. (Persian).
15. Orief YI, Farghaly NF, Ibrahim MI. Use of herbal medicines among pregnant women attending family health centers in Alexandria. *Middle East Fertil Soc J* 2014; 19(1):42-50.
16. Al-Riyami IM, Al-Busaidy IQ, Al-Zakwani IS. Medication use during pregnancy in Omani women. *Int J Clin Pharm* 2011; 33(4):634-41.
17. Heidarifard R, Mehran N, Momenian S, Mousavi SM, Kouhbor M, Hajjaligol A. A study of the status of use of drug plants and its related factors in Qom city, Iran. *Qom Univ Med Sci J* 2013; 7(4):95-100. (Persian).
18. Kennedy DA, Lupattelli A, Koren G, Nordeng H. Herbal medicine use in pregnancy: results of a multinational study. *BMC Complement Altern Med* 2013; 13(1):355.
19. Sadighi J, Maftoon F, Ziaei SA. Herbal medicine: knowledge, attitude and practice in Tehran. *J Med Plants* 2005; 1(13):11-8. (Persian).
20. Makvandi S, Zargar SS. Midwifery Students'attitudes Towards Herbal Medicine and Its Applicationi Obstetric. *Jentashapir J Health Res* 2012; 3(4):81-8. (Persian).
21. Thomas K, Coleman P. Use of complementary or alternative medicine in a general population in Great Britain. Results from the National Omnibus survey. *J Public Health* 2004; 26(2):152-7.
22. 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(1):21.
23. Jokar S, Jahanpour F, Motamed N, Kamali F. The attitudes and practice of mothers who refers to health care centers regarding herbs usage in Pediatrics diseases in 2014. *Nurs Vulnerables* 2015; 2(2):39-48.
24. Kim IJ, Kang JK, Lee SA. Factors contributing to the use of complementary and alternative medicine by people with epilepsy. *Epilepsy Behav* 2006; 8(3):620-4.
25. Broussard CS, Louik C, Honein MA, Mitchell AA. Herbal use before and during pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 2010; 202(5):443.e1-6.
- 26.