

بررسی آگاهی خانم های باردار شهر تهران از اثربخشی و ایمنی درمانهای گیاهی و عملکرد آنان در طی دوران بارداری فتانه هاشم دباغیان^۱

چکیده:

مقدمه: استفاده گسترده از روشهای طب مکمل خصوصاً درمانهای گیاهی و ناکافی بودن شواهد اثربخشی و ایمنی گیاهان دارویی در دوران بارداری موضوعی است، که نیاز به توجه ویژه دارد. این مطالعه به منظور بررسی آگاهی خانم های باردار شهر تهران از اثرات و ایمنی گیاهان دارویی در دوران بارداری و عملکرد آنها انجام شد.

مواد و روش ها: در این مطالعه مقطعی که در سال ۱۳۹۰ در تهران انجام شد، ۶۰۰ نفر خانم باردار در سن حاملگی بیش از ۳۲ هفته تا ۱ هفته پس از زایمان، با نمونه گیری چند مرحله ای از بیمارستانهای دولتی گردآوری شدند و مورد بررسی قرار گرفتند. ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه ای محقق ساز بود که مشخصات دموگرافیک، اطلاعات مربوط به بارداری، فراوانی استفاده از گیاهان دارویی در دوران بارداری، آگاهی آنها از اثرات و ایمنی گیاهان و منبع اطلاعات این افراد را مورد سوال قرار می داد. داده ها با استفاده از آزمونهای تی و کای مربع مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها: چهارصد و دو نفر (۶۷٪) از نمونه مورد بررسی در طول بارداری فعلی یا قبلی خود حداقل از یک نوع گیاه دارویی استفاده کرده بود. بطور متوسط $1/94 \pm 2/71$ به ازای هر فرد درمان گیاهی مصرف شده بود. پر مصرف ترین گیاهان نعناع (۳۲/۸٪) و کندر (۲۶/۳٪) بودند. آگاهی خانمها در مورد اندیکاسیون مصرف این گیاهان عمدتاً از منابعی غیر از پزشک معالج تأمین شده بود. در بسیاری از موارد اندیکاسیونهای غیر اثبات شده برای مصرف گیاهان بیان شد. همچنین علت عمده مصرف درمانهای گیاهی اثربخشی و ایمنی بیشتر در مقایسه با داروهای سنتتیک ذکر گردید.

نتیجه گیری: آگاهی در مورد مصرف گیاهان دارویی و اثربخشی و ایمنی آنها در خانم های باردار در حد کافی نیست. با در نظر گرفتن بالا بودن فراوانی مصرف درمانهای گیاهی در دوران بارداری، این افراد نیازمند دریافت اطلاعاتی در مورد این داروها هستند. همچنین، مراقبین بهداشتی و درمانی، ملزم به بررسی مصرف گیاهان دارویی توسط خانمهای باردار می باشند.

کلیدواژه ها: گیاهان دارویی، آگاهی، عملکرد، بارداری، درمان دارویی

مقدمه:

گیاهان دارویی، گیاهانی هستند که یک یا برخی از اندامهای آنها حاوی ماده موثره بوده و به صورت خام یا فراوری شده به منظور پیشگیری یا درمان علایم بیماریها مورد استفاده قرار می گیرند. داروهای گیاهی شامل فرآورده های گیاهی متشکل از یک یا چند گیاه بعنوان ماده فعال به همراه مواد افزودنی جهت پایداری دارو می باشند(۱).

مصرف گیاهان دارویی از دیرباز مورد توجه بوده است و همواره یکی از پایه های اصلی در مکاتب طبی یونان، هند، چین و ایران بوده است. در زمانهای مختلف میزان مصرف گیاهان دارویی با توجه به مقتضیات زمانی، تغییراتی کرده است (۲). در سالهای اخیر فراوانی استفاده از روشهای طب مکمل و خصوصاً طب گیاهی افزایش پیدا کرده است. فراوانی استفاده از روشهای طب مکمل/جایگزین در جوامع مختلف از ۹ تا ۷۵٪ گزارش شده است(۳). بنابر گزارشی که سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۳ منتشر کرد، فرآورده های گیاهی طب سنتی چین، ۳۰ تا ۵۰٪ از کل داروهای مصرفی این کشور را تشکیل می دهند. در برخی کشورهای آفریقایی، درمانهای گیاهی در ۶۰٪ موارد خط اول درمان کودکان مبتلا به تب حاصل از مالاریا می باشد. ۵۰٪ مردم آمریکای شمالی و اروپا، ۷۰٪ از مردم کانادا و ۹۰٪ از مردم آلمان حداقل یکبار از یکی از درمانهای طب مکمل استفاده کرده اند(۴).

گزارشها حاکی از آن است که در شهر تهران حدود ۴۲ تا ۶۶٪ مردم از حداقل یک روش طب مکمل و از این میان حدود ۳۸ تا ۵۴٪ از درمانهای گیاهی استفاده می کنند(۵، ۶). در کل دنیا گیاهان دارویی فراوانترین روش طب مکمل است که مورد استفاده قرار می گیرد و مطالعات نشان داده اند که خانم ها بیش از آقایان از روشهای طب مکمل استفاده می کنند (۷، ۸). نتایج مطالعه ای که در سال ۱۳۸۶ در شهر کرد انجام شده است حاکی از آن است که ۶۸٪ خانم های مراجعه کننده به مراکز مراقبت بهداشتی در این شهر از درمانهای گیاهی استفاده می کردند (۹).

علاقه و توجه زیاد مردم به گیاهان دارویی، می تواند سبب استفاده خودسرانه از این مواد در درمان یا پیشگیری از بیماریها گردد. همچنین این باور غلط در بین مردم وجود دارد که درمانهای گیاهی، کاملاً بدون عارضه بوده و مصرف آنها نیاز به دستور و نظارت پزشک ندارد(۴). اگرچه مطالعات حیوانی و انسانی برای نشان دادن اثرات درمانی برخی از گیاهان انجام شده و تعدادی از فرآورده های گیاهی به تأیید مراجع علمی رسیده و در بازار دارویی به فروش می رسند، اثربخشی و عوارض بسیاری از گیاهان هنوز بطور کامل مورد بررسی و تأیید جامعه علمی قرار نگرفته است. برخی از گیاهان حاوی مواد سمی، سرطانزا یا تراژون بوده و می توانند خطرات جدی برای مصرف کننده ایجاد کنند. این خطر در زمان بارداری نه تنها مادر بلکه جنین او را تهدید می نماید. بنابر این بررسی ایمنی درمانهای گیاهی خصوصاً در زیرگروههایی نظیر خانمهای باردار بسیار حایز اهمیت است. علیرغم اینکه مطالعات کافی برای بررسی اثربخشی و ایمنی گیاهان دارویی در دوران بارداری انجام نشده است(۱۰)، بررسی ها در کشورهای مختلف نشان داده است که ۷٪ تا ۹۶٪ از خانمها در دوران بارداری از گیاهان دارویی استفاده می کنند(۱۱، ۱۲). در مطالعه مقطعی که در سال ۱۳۸۸ در شهرستان کازرون استان فارس انجام شد، ۵۳۰ خانم ۲ روز بعد از تولد فرزندشان از نظر فراوانی استفاده از درمانهای گیاهی در دوران بارداری مورد سوال قرار گرفتند. حدود ۳۰٪ از نمونه مورد بررسی، سابقه استفاده از درمانهای گیاهی را اعلام کردند (۱۳).

تغییرات فیزیولوژیک ایجاد شده در دوران بارداری، سبب ایجاد علایمی اغلب خود محدود شونده می گردد. استفاده از گیاهان دارویی در دوران بارداری به منظور کنترل عوارض بارداری نظیر تهوع و استفراغ، برگشت اسید معده به مری و مشکلات غیر مرتبط با بارداری مانند سرماخوردگی و عفونتهای تنفسی در مطالعات مختلف گزارش شده است(۱۱، ۱۴). از آنجاکه در بسیاری از کشورها محدودیت قانونی خاصی برای عرضه گیاهان دارویی وجود ندارد، تهیه آنها برای همگان راحت بوده و می تواند مورد استفاده قرار

گیرد(۱۳). بنابر این لازم است پزشکان و مراقبین بهداشتی و درمانی از استفاده خانم های باردار از گیاهان دارویی مطلع بوده و در مورد عوارض آنها نیز اطلاعاتی داشته باشند.

در مورد اینکه خانمهای باردار شهر تهران به چه میزان از گیاهان دارویی استفاده می کنند و چقدر در این زمینه آگاهی دارند، اطلاع دقیقی وجود ندارد. بنابراین مطالعه حاضر به منظور تعیین میزان استفاده از گیاهان دارویی در دوران بارداری و بررسی آگاهی خانم های باردار در مورد اثرات و عوارض گیاهان دارویی در شهر تهران انجام شد.

مواد و روش ها:

این مطالعه مقطعی در سال ۱۳۹۰ در شهر تهران انجام شد. جهت تعیین حجم نمونه، ابتدا یک مطالعه پایلوت بر روی ۵۰ نفر خانم باردار انجام شد. سپس با استفاده از فرمول تعیین فراوانی و با در نظر گرفتن آلفای ۰/۰۵ و دقت ۰/۰۵ و اثر مطالعه (design effect) برابر ۲، حجم نمونه ۶۰۰ نفر در نظر گرفته شد.

نمونه گیری بصورت چندمرحله ای انجام شد. ابتدا اسامی همه بیمارستانهای دولتی شهر تهران که درمانگاه مراقبت بارداری دارند فهرست شد. از هر یک از مناطق جغرافیایی شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز شهر ۲ بیمارستان (بطور تصادفی) انتخاب شد و از هر بیمارستان ۶۰ نفر (با نمونه گیری ساده) وارد مطالعه شدند. معیار ورود به مطالعه سن بارداری بیش از ۳۲ هفته تا ۱ هفته بعد از زایمان و رضایت آگاهانه برای شرکت در مطالعه بود. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه ای نیمه ساختارمند بود که توسط یک پرسشگر آموزش دیده به روش چهره به چهره تکمیل می شد.

سوالات پرسشنامه با استفاده از پرسشنامه های سایر مطالعات (۴، ۶، ۱۳-۱۰) طراحی و تنظیم شد و در یک مطالعه پایلوت رفع اشکال گردید. جهت بررسی روایی محتوا از نظرات متخصصین زنان، پزشکی اجتماعی و گیاهان دارویی (۲ نفر از هر تخصص) استفاده شد.

پایایی پرسشنامه با روش آزمون-آزمون مجدد با فاصله زمانی ۲ هفته و محاسبه همبستگی ۰/۶۸ مورد تأیید قرار گرفت.

نسخه نهایی پرسشنامه شامل ۳ بخش بود. بخش اول شامل اطلاعات اجتماعی جمعیت شناختی، اطلاعات مربوط به بارداری، تعداد فرزندان، سابقه سقط و مرده زایی بود. بخش دوم شامل فهرستی از ۳۸ گیاه دارویی پرمصرف (که براساس مطالعات مشابه در ایران و سایر کشورها و نتایج مطالعه پایلوت تعیین شد)، زمان استفاده (ترمیمسترهای بارداری) و علت استفاده از آنها بود.

بخش سوم شامل سوالاتی در مورد آگاهی خانمها از اندیکاسیون استفاده از هر یک از گیاهان دارویی (از فهرست ۳۸ تایی)، دلیل آنها برای استفاده از گیاهان دارویی، آگاهی از اثربخشی و ایمنی این درمانها، منبع اطلاعاتی خانم ها در مورد گیاهان دارویی و آگاهی پزشک معالج و مراقب از عملکرد آنها بود.

داده ها در نرم افزار SPSS نسخه ۱۷ وارد، میانگین و انحراف معیار متغیرهای کمی و تعداد و درصد متغیرهای کیفی محاسبه شد. برای تجزیه و تحلیل داده های کمی از آزمون تی و برای متغیرهای کمی از آزمون کای مربع استفاده شد و ۰/۰۵ بعنوان سطح معنی داری لحاظ گردید.

یافته ها:

ششصد و هجده نفر خانم باردار با سن بارداری بیش از ۳۲ هفته یا یک هفته بعد از زایمان که جهت دریافت مراقبتهای بهداشتی مراجعه کرده بودند وارد مطالعه شدند. ششصد نفر پرسشنامه را کامل کردند. جمعیت شناسی نمونه مورد بررسی در جدول شماره ۱ نمایش داده شده است.

جدول ۱- مشخصات اجتماعی- جمعیت شناسی و اطلاعات مرتبط با بارداری در نمونه مورد بررسی

P value	غیراستفاده کنندگان	استفاده کنندگان	کل نمونه		متغیرها
	۱۹۰(۳۱/۷)	۴۰۲(۶۷)	۶۰۰(۱۰۰)	تعداد(درصد)	حجم نمونه
*./۰۲	۲۶/۵۴(۴/۷)	۲۷/۰۳(۴/۸)	۲۷/۰۳(۴/۸)	میانگین(انحراف معیار)	سن
				تعداد(درصد)	تحصیلات(سال)
۰/۱	۲(۱/۱)	۱۳(۳/۲)	۱۵(۲/۵)		بیسواد(مرجع)
۰/۰۶	۵۳(۲۷/۹)	۸۴(۲۰/۹)	۱۴۰(۲۳/۳)		۱۲>
۰/۱۴	۹۶(۵۰/۵)	۲۱۱(۵۲/۵)	۳۱۳(۵۱/۸)		۱۲
۰/۱۹	۳۹(۲۰۵/۵)	۹۴(۲۳/۴)	۱۳۴(۲۲/۴)		۱۲<
				تعداد(درصد)	شغل
۰/۶	۱۶۷(۸۷/۹)	۳۴۹(۸۶/۸)	۵۱۶(۸۷/۲)		خانه دار
	۲۳(۱۲/۱)	۵۳(۱۳/۱)	۷۷(۱۲/۸)		سایر
۰/۷	۵۳۵/۵(۲۶۲/۸)	۵۴۴/۱(۲۶۶/۰۶)	۵۴۰/۸(۲۶۳/۴)	میانگین(انحراف معیار)	درآمد(تقسیم بر ۱۰۰۰۰ریال)
				تعداد(درصد)	تعداد خانوار
*./۰۰۱	۱۲۵(۶۳/۱)	۱۹۳(۴۸)	۳۱۸(۵۳)		۲(مرجع)
	۷۳(۳۶۹/۹)	۲۰۹(۵۲)	۲۸۲(۴۷)		۲<
				تعداد(درصد)	تعداد فرزند
*<./۰۰۱	۱۲۵(۶۵/۵)	۱۹۷(۴۹)	۳۲۸(۵۴/۷)		صفر(مرجع)
	۶۵(۳۴/۲)	۲۰۵(۵۱)	۲۷۲(۴۵/۳)		۱≤
				تعداد(درصد)	بیمه
*./۰۴	۱۶۴(۸۷/۲)	۳۷۰(۹۲/۷)	۵۳۴(۹۱)		دارند
	۲۴(۱۲/۸)	۲۹(۷/۳)	۵۳(۹)		ندارند(مرجع)
*./۰۲	۳۵/۹(۳/۱)	۳۶/۶۴(۳/۲)	۳۶/۴(۳/۲)	میانگین(انحراف معیار)	سن بارداری
۰/۸	۱/۶(۰/۸۳)	۱/۶۱(۰/۸۱)	۱/۶(۰/۸)	میانگین(انحراف معیار)	تعداد بارداری ها
				تعداد(درصد)	سابقه سقط
۰/۵۹	۱(۰/۵)	۳(۰/۷)	۴(۰/۷)		صفر(مرجع)
	۱۹۷(۹۹/۵)	۳۹۹(۹۹/۳)	۵۹۶(۹۹/۳)		۱≤
				تعداد(درصد)	مرده زایی
۰/۳۴	۱۹۴(۹۸)	۳۹۰(۹۷)	۵۸۴(۹۷/۳)		صفر(مرجع)
	۴(۲)	۱۲(۳)	۱۶(۲/۷)		۱≤

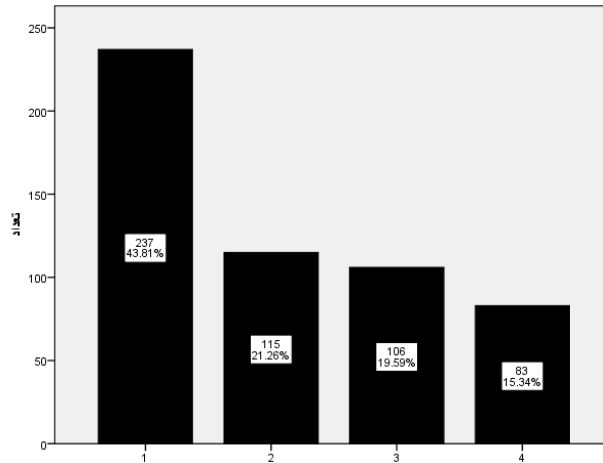
از نمونه مورد مطالعه ۴۰۲ نفر (۶۷٪) حداقل از یک گیاه دارویی (محدوده ۱ تا ۱۷) در طول بارداری فعلی یا قبلی خود استفاده کرده بودند. بطور متوسط ۲/۷۱ گیاه به ازای هر نفر مورد استفاده قرار گرفته بود. فراوانترین شکل استفاده خوراکی دم کرده، جوشانده و عرقیات بود و استفاده جلدی و بخور از سایر روشهای استفاده بود.

همانطور که در جدول ۱ مشاهده می شود، سن مادر ($p=0/02$)، سن بارداری ($p=0/02$)، تعداد خانوار ($p=0/001$)، تعداد فرزندان ($p<0/001$)، وجود بیمه ($p=0/04$)، در استفاده کنندگان بطور معناداری بالاتر از غیر استفاده کنندگان از گیاهان دارویی بود. فراوانترین گیاهان مورد استفاده و اندیکاسیون مصرف آن در جدول ۲ نمایش داده شده است.

جدول ۲- فراوانترین گیاهان مورد استفاده توسط نمونه مورد بررسی

نام فارسی (انگلیسی) گیاه	تعداد خانم هایی که استفاده کرده بودند (درصد)	تریمستر بارداری	علت مصرف
نعناع (Peppermint)	۱۹۷ (۳۲/۸)	۳ و ۲ و ۱	نفخ، درد معده
کندر (Olibanum)	۱۵۸ (۲۶/۳)	۱	افزایش Q انوزاد
خاکشیر (Flix-weed seeds)	۱۴۸ (۲۴/۷)	۳	بیوست، خنکی مزاج
پونه (European pennyroyal)	۷۸ (۱۳)	۳ و ۲ و ۱	عفونت تنفسی
زنجبیل (Ginger)	۵۸ (۹/۷)	۱	تهوع و استفراغ
گل گاوزبان (Borage)	۵۸ (۹/۷)	۳ و ۲ و ۱	آرام بخش، ضد اضطراب
کاسنی (Chicory)	۴۷ (۷/۸)	۳	پیشگیری از زردی نوزاد
چهار تخمه (Quince+allium+greate plantain+basil seed)	۴۱ (۶/۸)	۳ و ۲ و ۱	عفونت تنفسی
دارچین (Cinnamom)	۳۷ (۶/۲)	۳ و ۲ و ۱	نفخ، درد معده
بیدمشک (Aegyptian willow)	۳۲ (۵/۳)	۳	آرام بخش
چای سبز (Green tea)	۳۱ (۵/۲)	۳ و ۲ و ۱	آرام بخش
آویشن (Kotschyam thyme)	۲۷ (۴/۵)	۳ و ۲ و ۱	سرفه
عناب (Zyzyphus)	۲۳ (۳/۸)	۱	تهوع
آلونه ورا	۱۸ (۳)	۳	ترکهای پوست
شیرین بیان (Licorice)	۱۵ (۲/۵)	۳ و ۲ و ۱	نفخ، درد معده
اکالیپتوس	۱۲ (۲)	۳ و ۲ و ۱	عفونت تنفسی

بیش از ۴۳ اندیکاسیون مصرف برای گیاهان دارویی ذکر شد. فراوانترین آنها عبارت بودند از: نفخ و درد معده ۱۸۱ نفر (۳۰/۲٪)، عفونت تنفسی ۱۱۲ نفر (۱۱۸/۷٪)، تهوع و استفراغ ۶۹ نفر (۱۱/۵٪)، سوزش سر دل ۵۲ نفر (۸۷/۷٪)، اضطراب ۲۸ نفر (۴/۷٪)، اختلال خواب ۲۸ نفر (۴/۷٪) و مشکلات پوستی (شامل ترک، خشکی و خارش) ۱۷ نفر (۲/۹٪). شایعترین دلیل استفاده از گیاهان در این مطالعه اعتقاد به عوارض کمتر بود. سایر علل در نمودار ۱ مشخص شده است. با توجه به درصد های نوشته شده، برخی از افراد بیش از یک دلیل را ذکر کردند.



نمودار ۱- دلایل استفاده از درمانهای گیاهی در نمونه مورد بررسی: ۱= اعتقاد به عوارض کمتر، ۲= ترجیح دادن درمانهای گیاهی به شیمیایی در دوران بارداری، ۳= استفاده در خانواده بطور معمول و ۴= اعتقاد به اثر بخشی بیشتر گیاهان نسبت به داروهای شیمیایی بود.

از بین استفاده کنندگان گیاهان دارویی، ۱۵۰ نفر (۷۶٪) از مصرف کنندگان نعنای، ۵۰ نفر (۸۶٪) از مصرف کنندگان زنجبیل و ۱۲۰ نفر (۸۱٪) از مصرف کنندگان خاکشیر، حداقل یک اندیکاسیون صحیح برای استفاده از گیاه دارویی ذکر کردند که به ترتیب عبارت بود از نفخ و مشکلات معده، تهوع و استفراغ بارداری و رفع حالت گرمی. باقی افراد برای استفاده از گیاهان، اندیکاسیونهای غیر مرتبط و ناصحیح یا غیر اثبات شده ای را ذکر کردند. بطور مثال از نعنای برای کاهش حالت تهوع بارداری یا سوزش سر دل، از کندر برای افزایش ضریب هوش نوزاد، از کاسنی و شاتره برای پیشگیری از زردی نوزاد، از چای سبز و گل گاوزبان برای ایجاد آرامش و از چای دارچین برای رفع تهوع بارداری استفاده کرده بودند. ۳۷۶ نفر (۹۳/۵٪) از مصرف کنندگان در این مطالعه، اکثر گیاهان موجود در لیست از قبیل نعنای، پونه، خاکشیر، چای سبز، چای دارچین را جزو گیاهان دارویی نمی دانستند و آگاه نبودند که حتی برای مصرف این گیاهان در دوران بارداری نیاز به مشورت با پزشک دارند.

دویست و هفتاد و نه نفر (۶۹/۴٪) از این افراد، درمانهای گیاهی را اثربخش تر از درمانهای شیمیایی و ۲۹۹ نفر (۷۴/۴٪) از آنها درمانهای گیاهی را کم عارضه تر از درمانهای شیمیایی می دانستند. هیچیک از افراد قادر به ذکر عارضه خاصی برای گیاهان موجود در لیست نبودند.

از بین افراد استفاده کننده از گیاهان دارویی، ۱۵۲ نفر (۳۷/۸٪) بیان داشتند که پزشک معالج از عملکردشان آگاهی دارد. برخی از دلایل بقیه افراد برای اینکه پزشک خود را در جریان عملکرد دارویی خود قرار نداده بودند، سوال نکردن پزشک ۱۷۳ نفر (۴۳٪)، اهمیت ندادن به این موضوع ۶۹ نفر (۷/۲٪)، قطع درمان قبل از مراجعه به پزشک ۱۷ نفر (۴/۲٪) و ترس از عکس العمل پزشک ۹ نفر (۲/۲٪) بود. سیصد و یازده نفر (۷۷/۵٪) از استفاده کنندگان اعلام کردند که مشوق آنها برای استفاده از گیاهان دارویی، خانواده و دوستان بوده اند. در باقی موارد فروشنده عطاری، داروساز، سایر خانم های باردار را نام بردند.

اطلاعات خانمهای باردار در مورد گیاهان دارویی عمدتاً از طریق خانواده و دوستان ۳۶۱ نفر (۶۰/۲٪)، مطالعه نشریات و اینترنت ۲۸۸ نفر (۴۹/۷٪)، تلویزیون ۱۶۰ نفر (۲۶/۷٪) و مشاوره با پزشک ۷۷ نفر (۱۲/۷٪) بدست آمده بود.

بحث:

یافته های این مطالعه نشان می دهد، علیرغم آگاهی کم در مورد اثرات و ایمنی گیاهان دارویی، فراوانی استفاده از درمانهای گیاهی در دوران بارداری در خانمهای ساکن شهر تهران بالاست. در این مطالعه ۶۷٪ از خانم های باردار حداقل از یک درمان گیاهی در دوران بارداری استفاده کرده بودند. این فراوانی بیشتر از چیزی است که در مطالعات قبلی (۵۲-۳٪) گزارش شده است (۱۷-۱۳ و ۱۴ و ۱۵). تفاوت نتایج می تواند بعلافت تفاوت در نمونه های مورد بررسی، نحوه نمونه گیری، حجم نمونه و تفاوت در پرسشنامه ها باشد. همچنین قوانین تهیه و توزیع درمانهای گیاهی در کشورهای مختلف متفاوت است و این موضوع میزان دسترسی به درمانهای گیاهی را تحت تأثیر قرار می دهد.

در مطالعه ای در کالیفرنیا، فراوانی استفاده از فرآورده های گیاهی که تحت عنوان مکمل های غذایی نام برده شده اند، در دوران بارداری ۱۳٪ گزارش شده است. این مطالعه از طریق پرسشنامه خود اجرا انجام شده بود و میزان پاسخ دهی ۲۴٪ بود (۱۵). در مطالعه ای در شهر کازرون، فراوانی استفاده از درمانهای گیاهی در بارداری ۳۰٪ گزارش شد. در این مطالعه تنها خانمهایی که بچه سالم بدنیا آورده بودند وارد مطالعه شدند (۱۳).

البته مطالعه حاضر در بیمارستانهای دولتی انجام شده است که مطمئناً از نظر مشخصات سوشیو-دموگرافیک مراجعه کنندگان با بیمارستانهای خصوصی متفاوت است. حتی اگر فراوانی استفاده در خانمهای باردار از این هم کمتر باشد، بعلافت شرایط ویژه آنها و اثرات سوء داروها بر جنین حایز اهمیت و توجه است. خصوصاً که اعتقاد به بی خطر بودن گیاهان اعتقاد رایجی است و می تواند سبب استفاده بدون نظر پزشک از درمانهای گیاهی شود.

گیاهان پرمصرف در مناطق و کشورهای مختلف یکسان نیستند و این به بافت گیاهی منطقه و رسم و رسومات حاکم بر آنجا بستگی دارد. بطور مثال در مطالعه کازرون (۱۳) زبان، صعتر، ریحان، نعنای و زنجبیل و در گزارشهای منتشر شده از استرالیا، ایتالیا و نروژ (۸، ۱۱، ۱۴-۱۸) رازیانه، علف چای، اکیناسه و تمشک پرمصرف ترین گیاهان در بین خانمهای باردار بودند.

افراد مورد بررسی در این مطالعه از گیاهان دارویی به منظور درمان عوارض مرتبط با بارداری، پیشگیری از برخی بیماریها و افزایش سطح سلامت خود و نوزاد استفاده می کردند. برخی موارد مصرف گیاهان در این نمونه، اثرات غیر اثبات شده گیاهان بودند. برای مثال اثر کندر برای افزایش ضریب هوشی نوزاد یا اثر کاسنی و شاتره برای پیشگیری از زردی نوزادها کنون مورد بررسی قرار نگرفته است. همچنین هیچیک از افراد استفاده کننده، آگاهی درستی از عوارض احتمالی این گیاهان نداشتند. علیرغم وجود آگاهی کافی، گیاهان را مصرف می کردند و حتی درصد بالایی از این افراد، دلیل استفاده خود را بی ضرر بودن گیاهان در مقایسه با داروهای شیمیایی ذکر کردند. همچنین درصد بالایی از مصرف کنندگان درمانهای گیاهی، پزشک معالج را در جریان این عملکرد خود قرار نداده بودند و اطلاعات خود را از منابعی غیر از پزشک کسب کرده بودند.

اولین سه ماهه بارداری زمان تشکیل ارگانهای جنین و یک دوره بحرانی بشمار می رود. بنابر این استفاده از هر دارویی در این دوران نیاز به توجه و نظارت پزشک آگاه دارد. در این مطالعه مشاهده شد که گیاهان دارویی بیشتر در سه ماهه اول بارداری مورد استفاده قرار می گیرند.

در مطالعه حاضر، این اعتقاد که درمانهای گیاهی ایمن تر از داروهای سنتتیک هستند، به تنهایی یا به همراه سایر دلایل، فراوانترین دلیل برای استفاده از گیاهان دارویی بشمار می رفت. اعتقاد به اثر بخشی بیشتر درمانهای گیاهی نسبت به درمانهای شیمیایی، فرهنگ خانوادگی مبنی بر استفاده از درمانهای گیاهی، و ترجیح افراد به استفاده از گیاهان در دوران بارداری از سایر دلایل بود. بیش

از ۲۰٪ افراد مورد بررسی که گیاهان دارویی را مصرف کرده بودند، اعتقاد داشتند که گیاهان موثرتر از داروهای سنتتیک هستند. این یافته مشابه یافته های سایر مطالعات می باشد که اعتقاد به اثربخشی بیشتر و عوارض کمتر گیاهان را در جوامع دیگر نشان می دهد (۲، ۱۰).

اگرچه اغلب گیاهانی که در این مطالعه توسط افراد مصرف شده بودند گیاهان تقریباً ایمنی هستند، اما شواهد کافی برای ایمنی آنها در دوران بارداری وجود ندارد. یک متاآنالیز ایمنی زنجبیل را در دوران بارداری تأیید کرده است (۱۹) بعلاوه وجود کافئین در چای سبز، توصیه شده است خانمهای باردار از چای سبز (خصوصاً در مقادیر زیاد) استفاده نکنند. شیرین بیان و گل گاوزبان در دوران بارداری منع مصرف دارند. استفاده از مقادیر زیاد نعناع در اوایل حاملگی ممنوع است چراکه اثر قاعده آور (emmenagogue) دارد (۲۰). اینها نمونه هایی از شواهد دال بر غیر ایمن بودن برخی گیاهان دارویی در بارداری می باشند. اثر و ایمنی بسیاری از گیاهان در بارداری هنوز بررسی و اثبات نشده است.

دوستان و افراد خانواده که فراوانترین منبع اطلاعاتی و مهمترین مشوقین خانم های باردار در این مطالعه بودند، اغلب اطلاعات کافی در مورد ایمنی و اثربخشی گیاهان ندارند. در اکثر موارد در این مطالعه، پزشک معالج در جریان عملکرد خانم های باردار در مورد گیاهان دارویی قرار نداشت. در سایر مطالعات نیز میزان آگاهی مراقبین بهداشتی درمانی از نحوه عملکرد کاربران طب مکمل حدود ۵۰ درصد گزارش شده است (۱۲، ۲۱، ۲۲).

نتیجه گیری:

بسیار مهم است که پزشک معالج و مراقبین خانم باردار مورد مصرف گیاهان دارویی از او سوال کنند و اطلاعات کافی در این مورد در اختیار وی قرار دهند. همچنین لازم است همه افراد بدانند که گیاهان دارویی نیز مانند سایر داروها باید توسط پزشک و زیر نظر او تجویز و استفاده شوند.

تشکر و قدردانی:

این مطالعه با حمایت مالی موسسه مطالعات تاریخ پزشکی، طب اسلامی و مکمل دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شده است و کد کمیته اخلاق در پژوهش ۸۶/ط م/۲۶ پ مورخ ۹۰/۱/۲۴ می باشد. بدین وسیله از همگی افرادی که در انجام مطالعه و تکمیل پرسشنامه ها همکاری داشتند صمیمانه قدردانی می گردد.

References:

1. World Health Organization. General guidelines for methodologies on research and evaluation of traditional medicine: Translated by ShamsArdakani M, Farjadmand F. Tehran, Iran. Iranian traditional medicine research center;2005.P.8-9.
2. Valene J Herbal therapy, Treatment of diseases by plants: Translated by Emami A, Shams Ardakani M, Nekooi Naini N. Tehran, Iran. Tehran, Iran.2006.P.11-2.
3. Zollman C, Vickers A. ABC of complementary medicine: What is complementary medicine? *BMJ: British Medical Journal*. 1999;319(7211):693-4.
4. Ernst E. Prevalence of use of complementary/alternative medicine: a systematic review. *Bulletin of the World Health Organization*. 2000;78(2):258-66.
5. Sadighi J, Maftoon F, Ziaei S. Herbal medicine: Knowledge, attitude and practice in Tehran. *Journal of Medicinal Plants*. 2005;4(13):11-8.[Persian]
6. Tehrani A, Asgharifard H, Haghdoost A, Barghmadi M, Hoseini N. Prevalence of implementing traditional and complementary medicine in Tehran. *Payesh*. 2008, 4; 355-62.[Persian]
7. Goldbeck-Wood S, Dorozynski A, Lie LG, Yamauchi M, Zinn C, Josefson D, et al. Complementary medicine is booming worldwide. *BMJ*. 1996;313(7050):131-3.
8. Lapi F, Vannacci A, Moschini M, Cipollini F, Morsuillo M, Gallo E, et al. Use, attitudes and knowledge of complementary and alternative drugs (CADs) among pregnant women: a preliminary survey in Tuscany. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. 2010;7(4):477-86.
9. Sereshti M, Azari P. Use of herbal medicines in women referred to health centers of Share Kord. *Journal of Danesh and Tandorosti* .2007,2(4); 22-9.[Persian]
10. 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):53-60.
11. Forster DA, Denning A, Wills G, Bolger M, McCarthy E. Herbal medicine use during pregnancy in a group of Australian women. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2006;6(1):21-30.
12. Holst L, Wright D, Haavik S, Nordeng H. The use and the user of herbal remedies during pregnancy. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 2009;15(7):787-92.
13. 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.
14. Hemminki E, Mäntyranta T, Malin M, Koponen P. A survey on the use of alternative drugs during pregnancy. *Scandinavian Journal of Public Health*. 1991;19(3):199-204.

15. Tsui B, Dennehy CE, Tsourounis C. A survey of dietary supplement use during pregnancy at an academic medical center. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2001;185(2):433-7.
16. Lacroix I, Damase-Michel C, Lapeyre-Mestre M, Montastruc J. Prescription of drugs during pregnancy in France. *Lancet*. 2000;356(9243):1735-6.
17. Moussally K, Oraichi D, Bérard A. Herbal products use during pregnancy: prevalence and predictors. *Pharmacoepidemiology and drug safety*. 2009;18(6):454-61.
18. Nordeng H, Havnen GC. Use of herbal drugs in pregnancy: a survey among 400 Norwegian women. *Pharmacoepidemiology and drug safety*. 2004;13(6):371-80.
19. Moradi LM, Taleb A, Saeidi M. Efficacy and safety of ginger to reduce nausea and vomiting of pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *PAYESH*. 2008; 7: 345 - 54.[Persian]
20. Fleming T. *PDR for herbal medicines*. 4th ed. USA: Thomson health care Inc; 2009.
21. MacLennan AH, Myers SP, Taylor AW. The continuing use of complementary and alternative medicine in South Australia: costs and beliefs in 2004. *Medical Journal of Australia*. 2006;184(1):27-31.
22. Dog TL. The use of botanicals during pregnancy and lactation. *Alternative Therapies in Health and Medicine*. 2009;15(1):54-9.

Knowledge of pregnant women about the efficacy and safety of herbal medicine and their practice during pregnancy

Hashem Dabaghian F¹

Abstract:

Introduction: World wide use of complementary medicine especially herbal remedies and inadequacy of evidences for safety and efficacy of medicinal herbs during pregnancy is an important subject and needs especial attention. This study was performed to assess the knowledge of pregnant women in Tehran about the efficacy and safety of herbal medicine and their practice during pregnancy.

Methods: In this cross-sectional study which was conducted in Tehran in 1390, 600 pregnant women were in gestational age more than 32 weeks or 1 week after childbirth were collected from governmental hospitals by multistage sampling method and were studied. Data gathering tool was a researcher made questionnaire including questions about demographic characteristics, some information about pregnancy, the use of herbs in pregnancy, awareness of the effects and safety of herbs and their source of information. Data analyzed by student T tests and chi-square test.

Results: Four hundred and two patients (67%) of the sample had used at least one type of herbal medicine during their current or previous pregnancies with a mean of 2.71 ± 1.94 herbs per individual. Two commonly used herbs were peppermint (32.8%) and olibanum (26.3%). The women's information about the indications for using herbal medicine was mainly funded from sources other than physicians. In many cases, non-established indications for the use of herbs were mentioned. Also, more efficacy and safety of herbal remedies were mentioned as the main cause for using them.

Conclusion: The knowledge about medicinal plants and their safety and efficacy in pregnant women is not enough. Considering the high frequency of herbal medicine use during pregnancy, pregnant women need appropriate sources of information about these medicines. Further, health care providers should ask pregnant women about taking herbal medicines.

Keywords: Herbal medicine, Knowledge, Practice, Pregnancy, Cross sectional study

¹. Assistant professor Research Institute for Islamic and Complementary medicine. Email: fataneh.dabaghian@yahoo.com