Assessment of Pattern of Self-administration during Pregnancy in Tehran and Sanandaj

Mamak Shariat[1], Mozhdeh Zarei[2], Nasrin Soufizadeh[3], Sedigheh Hantoushzadeh[4], Raheleh Moradi[5]

1. Full Professor in Mother and Child Health, Institute of Family Health. Maternal, Fetal and Neonatal Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. ORCID ID: 0000-0002-7547-8004
2. MSc in Midwifery and MPH Reproductive Health, Deputy of research and technology, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran. ORCID ID: 0000-0001-6820-4286
3. Assistant Professor in Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicin, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran. ORCID ID: 0000-0001-8527-6564
4. Full Professor in Perinatology, Institute of Family Health, Maternal, Fetal and Neonatal Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. ORCID ID: 0000-0003-3779-9218
5. MSc in Midwifery, Institute of Family Health, Maternal, Fetal and Neonatal Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran., (Corresponding Author), Tel: +98 21 61192357, Email: raheleh.moradi1987@gmail.com, ORCID ID: 0000-0002-4841-5665

ABSTRACT

Background and Aim: Pregnancy is associated with many physiological changes that can affect the effectiveness of drugs. Our purpose in this study was to asses the pattern of drug use during pregnancy, self-administration consumption, maternal and fetal complications.

Materials and Methods: This study was conducted on 1300 pregnant women referred to health centers of Sanandaj and south of Tehran during 2016-17. The information was obtained by interviewing mothers and examining the documentation of the delivery. Finally all data analysis was performed by SPSS software, v.18 and Chi square and T- test.

Results: The largest age group of participants was 18-35 years old (80.2%). The most of them were housewives **(**78.5%) and 87.3% of them had at least a diploma. self-administration consumption was significantly more common in mothers with unwanted pregnancies and those who received their prenatal care from unskilled persons (P<0.05).

Conclusion: In women with self-administration consumption, the mean of education was less. It is concluded that education system has a important role in the change of knowledge, attitude and performance. self-administration consumption more happened between they who were advised by unskilled assistance and they who had uwanted pregnancy. Therefore, we should extend Reproductive Health services for development of Iranian women and mothers society.

Keywords: Drug use pattern, Pregnancy, Self-administration consumption

Received: May 31, 2019 **Accepted:** Sep 23, 2019

How to cite the article: Mamak Shariat, Mozhdeh Zare, Nasrin Soufizadeh, Sedigheh Hantoushzadeh, Raheleh Moradi. Assessment of pattern of self-administration during pregnancy in Tehran and Sanandaj. SJKU 2020;25(1):54-61.

Copyright © 2018 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBYNC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.52547/sjku.25.1.54]

مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان / دوره بیست و پنجم / فروردین و اردیبهشت ۱۳۹۹/۶۱-۵۴

بررسی الگوی مصرف خودسرانه دارو در دوران بارداری در شهرهای تهران و سنندج

مامک شریعت[۱]، مژده زارعی[۲]، نسرین صوفی‌زاده[۳]، صدیقه حنطوش‌زاده[۴]، راحله مرادی[۵]

۱. استاد بهداشت مادر و کودک، پژوهشکده سلامت خانواده، مرکز تحقیقات مادر، جنین و نوزاد، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.کد ارکید: ۸۰۰۴-۷۵۴۷-۰۰۰۲-۰۰۰۰

۲. کارشناسی ارشد مامایی، MPH بهداشت باروری، معاونت پژوهش و فناوری، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران. کد ارکید: ۴۲۸۶-۶۸۲۰-۰۰۰۱-۰۰۰۰

۳. استادیار زنان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران. کد ارکید: ۶۵۶۴-۸۵۲۷-۰۰۰۱-۰۰۰۰

۴. استاد پریناتولوژی، پژوهشکده سلامت خانواده، مرکز تحقیقات مادر، جنین و نوزاد، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران. کد ارکید: ۹۲۱۸-۳۷۷۹-۰۰۰۳-۰۰۰۰

۵. کارشناسی ارشد مامایی، پژوهشکده سلامت خانواده، مرکز تحقیقات مادر، جنین و نوزاد، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران (نویسنده مسئول)، تلفن: ۶۱۱۹۲۳۵۷-۰۲۱، پست الکترونیک:raheleh.moradi1987@gmail.com ،کد ارکید: ۵۶۶۵-۴۸۴۱-۰۰۰۲-۰۰۰۰

چکیده

زمینه و هدف: بارداری با تغییرات فیزیولوژیک بسیاری همراه است که می‌تواند اثرگذاری داروها را نیز تحت تأثیر قرار دهد. هدف از این مطالعه تعیین الگوی مصرف خودسرانه داروها در بارداری و عوارض احتمالی ناشی از آن‌ها است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه طی سال‌های ۹۶-۱۳۹۵ بر روی ۱۳۰۰ زن باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتیِ شهر سنندج و جنوب شهر تهران صورت گرفت. اطلاعات موردنظر از طریق مصاحبه با مادران و بررسی مستندات زایمان به‌دست آمد. در نهایت تجزیه و تحلیل آماری با نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ و آزمون مربع کای و تی تست انجام شد.

یافته‌ها: غالب افراد مورد مطالعه در گروه سنی ۳۵-۱۸ سال به سر می‌بردند (۸۰/۲٪)، خانه‌دار بودند (۷۸/۵٪) و حداقل سواد دیپلم داشتند (۸۷/۳٪). مصرف خودسرانه دارو در مادران با حاملگی ناخواسته و آن‌هایی که مراقبت‌های دوران بارداری خود را از افراد غیرمتبحر دریافت می‌کردند، بیشتر بود (P<۰/۰۵).

نتیجه‌گیری: میانگین سال‌های تحصیل در زنان با مصرف خودسرانه دارو، کمتر از سایرین بود که این موضوع حاکی از نقش نظام آموزشی در تغییر آگاهی، نگرش و عملکرد افراد جامعه است. مراجعه به افراد غیرمتبحر جهت دریافت مراقبت‌های دوران بارداری در جمعیت زنان با مصرف خودسرانه دارو بیشتر گزارش شد و نیز خود درمانی در میان مادران با حاملگی خواسته، کمتر رخ داده‌بود که این موضوع لزوم گسترش صددرصدی دسترسی به خدمات بهداشت باروری را در راستای توسعه‌یافتگی جامعه زنان و مادران ایرانی می‌رساند.

کلمات کلیدی: الگوی مصرف دارو، بارداری، مصرف خودسرانه دارو

وصول مقاله: ۹۸/۳/۱ اصلاحیه نهایی:۹۸/۳/۲۹ پذیرش:۹۸/۷/۱

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.52547/sjku.25.1.54]

مقدمه

بارداری با تغییرات فیزیولوژیک بسیاری همراه است، از جمله می‌تواند اثرگذاری داروها بر بدن (فارماکودینامیک) و بالعکس اثر و رفتار بدن بر روی داروها (فارماکوکینتیک) را نیز تحت تأثیر قرار دهد. گاهی مصرف دارویی که در خانم غیرباردار خطر شناخته شده‌ای در پی ندارد، ممکن است در دوران بارداری اثرات نامطلوبی در مادر و جنین ایجاد نماید(۱). از طرفی اجتناب از درمان دارویی در بارداری ممکن نیست؛ زیرا بعضی از زنان باردار به‌دلیل ابتلا به بیماری‌های مزمن نیاز به مصرف دارو خواهند داشت. مصرف بعضی از داروها در دوران بارداری ممنوع بوده و تعدادی از داروهای پر مصرف و معمول، در این دوران با خطر سقط جنین و نواقص مادرزادی همراه هستند. سازمان غذا و داروی آمریکا (FDA) داروها را بر طبق میزان احتمال بروز عوارض ناشی از مصرف بر روی جنین در پنج گروه قرار می‌دهد. گروه A و B که نتایج کارآزمایی‌های انسانی و یا مطالعات بر روی حیوانات، خطری را برای جنین نشان نداده‌اند؛ گروه C و D که به‌ترتیب در جمعیت حیوانی و نیز جنین انسان، شواهدی مبنی بر مصرف پرخطر این داروها وجود داشته‌است و داروهای ممنوعه یا همان گروه X که مطالعات بر روی حیوان یا انسان، بروز ناهنجاری جنینی را در پی مصرف دارو به اثبات رسانده‌اند(۳ و ۲). در مطالعاتی که به بررسی الگوی مصرف دارو در زنان باردار پرداخته شده‌بود، داروهای دسته B و C از جمله کنتراسپتیوها، داروهای گوارشی، مسکن‌ها و آنتی-بیوتیک‌ها بیشترین داروهای مورد استفاده در بارداری بودند و میزان مصرف خودسرانه داروها ۱۱/۴ درصد گزارش شد که با افزایش سطح تحصیلات کاهش معنی‌داری را نشان می‌داد(۵ و ۴). در مطالعه دیگری در جمعیت زنان باردار، میزان مصرف خودسرانه داروها، ۱۹/۵٪ برآورد شد؛ به-علاوه بین متغیرهای سن، شغل، تعداد حاملگی و خواسته بودن آن‌ها و نیز عوارض بارداری با مصرف دارو پس از اطلاع از بارداری، ارتباط معنی‌داری رؤیت شد(۶). در دو پژوهش دیگر، شیوع سوءمصرف مواد در زنان باردار ارزیابی شد که رابطه وارونه و معنی‌داری را با سن، تحصیلات و برخورداری از مراقبت‌های بارداری نشان می‌داد(۸ و ۷). از آنجایی‌که انجام مطالعات مداخله‌ای در زمینه موضوع مورد پژوهش، مستلزم اجرای مطالعات مقطعی جهت اطلاع از وضعیت موجود است، این مطالعه با هدف تعیین الگوی مصرف خودسرانه دارو در زنان باردار شهرهای تهران و سنندج صورت گرفته‌است و مصرف هر گونه دارو به شکل خودسرانه و بروز عوارض احتمالی ناشی از آن‌ها مورد بررسی قرار گرفته‌است.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه مقطعیِ مشترک بین دانشگاه علوم پزشکی تهران و کردستان که طی سال‌های ۹۶-۱۳۹۵ صورت گرفت، ۱۶۰۰ زن باردار با سن بارداری کمتر از ۱۲ هفته وارد مطالعه شدند. ۳۰۰ نمونه از مراکز بهداشتی‌درمانی شهر سنندج و ۱۳۰۰ نمونه از مراکز سلامت جنوب شهر تهران به‌روش نمونه‌گیری آسان جمع‌آوری شدند. برای هر یک از مادران ضمن ارائه کلیه خدمات روتین دوران بارداری، پرسشنامه‌ای توسط ماماهای شاغل در مراکز سلامت تکمیل شد. با همکاری مسئول برنامه مادران در شبکه بهداشت استانی، جلسه‌ای آموزشی برای کلیه پزشکان و ماماهای مراکز سلامتِ منتخب تشکیل شد که در آن آموزش‌های لازم در زمینه هدف از انجام پژوهش، شیوه تکمیل پرسشنامه و جزئیات انجام مصاحبه صحیح داده شد. جهت استخراج اطلاعات نزدیک به واقعیت، همکاران مصاحبه-کننده صرفاً به جمع‌آوری اطلاعات پرداختند و جهت رعایت ملاحظات اخلاقی در پژوهش، در صورتی‌که مادر سابقه مصرف هر نوع دارو یا روش درمانی مخاطره‌آمیز را در مصاحبه ذکر می‌کرد، آموزش در زمینه عوارض و خطرات مربوط به مصرف دارو و هشدارهای لازم، توسط شخص دیگری (پزشک مرکز) ارائه شد. پرسشنامه به-صورت محقق ساخته و شامل ۲۲ سؤال بود که روایی آن به روش روایی محتوا (با اجماع آراء ۸ متخصص) و پایایی آن

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.52547/sjku.25.1.54]

به روش آزمون مجدد مورد بررسی قرار گرفت. در مجموع اطلاعات مربوط به مصرف داروها و عوارض آن‌ها از طریق مصاحبه با مادر و داده‌های مربوط به عوارض حین زایمان از طریق اطلاعات ثبت شده در خلاصه پرونده مراقبت‌های بیمارستانی به‌دست آمد؛ علاوه بر این اطلاعات مربوط به عوارض پس از زایمان نیز توسط ارائه‌دهنده مراقبت‌های پس از زایمان در مراکز سلامت ثبت شد که هر گونه عارضه پریناتال از جمله دیابت بارداری، فشار خون بالا، خونریزی، اختلالات تیروئیدی، تهوع و استفراغ در مادر و نیز زردی و مشکلات تنفسی در نوزاد را شامل می‌شد. در پایان، داده‌ها در بانک اطلاعاتی نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۸ ثبت شدند. آمار توصیفی به صورت میانگین و انحراف معیار برای متغیرهای کمی و فراوانی مطلق و نسبی برای متغیرهای کیفی و آمارهای استنباطی جهت دستیابی به روابط تحلیلی بر مبنای اهداف از طریق آزمون‌های آماری مربع کای و تی تست به‌دست آمدند.

یافته‌ها

۱۶۰۰ زن باردار با سن حاملگی کمتر از ۱۲ هفته وارد مطالعه شدند؛ ولی تحلیل آماری بر روی ۱۳۰۰ نمونه انجام شد. ۳۰۰ مادر به‌دلیل عدم مراجعه در زمان پیگیری از مطالعه خارج شدند. طبق جدول ۱، بیشتر مادران در هر دو شهر تهران و سنندج در گروه سنی ۳۵-۱۸ سال به سر می‌بردند، حداقل تحصیلات دیپلم داشتند و خانه‌دار بودند. سنین زیر ۱۸ سال و بالای ۳۵ سال به‌دلیل خطرهای همراه آن، مورد توجه قرار گرفت که بازه کمینه در سنندج (۱/۷٪ در برابر ۰/۶٪) و بازه بیشینه در تهران بیشتر رؤیت شد (۲۱/۱٪ در برابر ۱۲/۱٪) و از نظر آماری معنی‌دار بود (P-value= ۰/۰۰۱). سطح تحصیلات بالاتر و شاغل‌بودن به طرز معنی‌داری در مادران تهرانی بیشتر دیده شد (۰/۰۰۱ =P-value). مصرف خودسرانه دارو تنها در ۳۴ مادر سنندجی مشاهده شد که همگی داروهای مجاز و مورد تأیید FDA بودند. مادرانی که مراقبت‌های خود را از مامای، پزشک عمومی یا متخصص دریافت کرده‌بودند، کمترین مصرف خودسرانه دارو را داشتند (P-value < ۰/۰۰۰۱، جدول ۲). بیشترین دارو با مصرف خودسرانه، قرص استامینوفن و علت شایع مصرف آن نیز تسکین سردرد بود. در مادران با بارداری اول، حداکثر یک مورد سقط و بدون سابقه مرده‌زایی، مصرف خودسرانه دارو بیشتر از سایرین بود؛ هر چند رابطه معنی‌داری به‌دست نیامد. مادرانی که حاملگی خود را خواسته تلقی نمودند از آن‌هایی که خود، همسر و یا هر دو حاملگی را ناخواسته می‌دانستند، کمتر خود درمانی کرده بودند که این بستگی معنی‌دار شد (P =۰/۰۱، جدول ۳). عوارض دوران بارداری، پس از زایمان و نیز دوره نوزادی بر حسب مصرف خودسرانه دارو بررسی شدند که از این میان، عوارض نوزادی در گروهی که داروی خودسرانه مصرف نکرده بودند، بیشتر دیده شد (P-value<۰/۰۰۰۱ ، جدول ۴). در مادران تهرانی خود اظهاری مبنی بر مصرف خودسرانه داروها گزارش نشد.

جدول ۱. مشخصات دموگرافیک افراد شرکت‌کننده به تفکیک محل نمونه‌گیری

محل نمونه‌گیری / ویژگی‌های دموگرافیک		تهران		سنندج		** P-Value
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	
سن	زیر ۱۸ سال*	۶	٪۰/۶	۵	٪۱/۷	۰/۰۰۱
	۳۵-۱۸ سال	۷۶۵	٪۷۸/۳	۲۵۷	٪۸۶/۲	
	بالای ۳۵ سال*	۲۰۶	٪۲۱/۱	۳۶	٪۱۲/۱	
شغل	خانه‌دار	۷۲۰	٪۷۵/۲	۲۶۱	٪۸۹/۱	۰/۰۰۰۱
	شاغل	۲۳۵	٪۲۴/۶	۲۷	٪۹/۲	
تحصیلات	زیر دیپلم	۶۱	٪۶/۳	۹۴	٪۳۱/۷	۰/۰۰۰۱
	دیپلم و بالاتر	۸۸۹	٪۹۳/۲	۲۰۲	٪۶۸/۲	

* بارداری پرخطر

** آزمون مربع کای

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.52547/sjku.25.1.54]

جدول ۲. ویژگی‌های دموگرافیک بر حسب مصرف خودسرانه داروها در بارداری

ویژگی‌های دموگرافیک		مصرف خودسرانه دارو		عدم مصرف خودسرانه دارو		P-Value *
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	
تحصیلات	زیر دیپلم	۹	٪۲۷	۱۵۶	٪۱۱	۰/۲۱۷
	بالای دیپلم	۲۵	٪۷۳	۱۰۶۲	٪۸۹	
مراقبت بارداری	منظم	۳۴	٪۱۰۰	۱۲۶۰	٪۹۹/۵	۰/۸۵۳
	نامنظم	۰	٪۰	۶	٪۰/۵	
مشاور و مراقب دوران بارچداری	متخصص	۷	٪۲۱	۶۹۰	٪۵۶/۵	۰/۰۰۰۱
	ماما	۹	٪۲۷	۱۲۳	٪۱۰	
	پزشک عمومی	۰	٪۰	۴	٪۰/۵	
	هیچ‌کدام	۱۸	٪۵۲	۴۰۳	٪۳۳	

* آزمون مربع کای

جدول ۳. مشخصات باروری افراد شرکت‌کننده بر حسب مصرف خودسرانه داروها در بارداری

محل نمونه‌گیری / مشخصات باروری		مصرف خودسرانه دارو		عدم مصرف خودسرانه دارو		*P-Value
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	
تعداد بارداری (Gravidity)	G =۱	۱۸	٪۳/۵	۴۹۲	٪۹۶/۵	۰/۰۸
	G >۱	۱۵	٪۲	۷۵۴	٪۹۸	
تعداد سقط (Abortion)	A ≤۱	۲۶	٪۲/۳	۱۰۸۴	٪۹۷/۷	۰/۱۴
	A >۱	۰	٪۰	۸۸	٪۱۰۰	
سابقه مرده‌زایی	بلی	۰	٪۰	۳۰	٪۱۰۰	۰/۰۹
	خیر	۲۵	٪۲/۵	۹۶۹	٪۹۷/۵	
وضعیت حاملگی	خواسته	۳۳	٪۲/۶	۱۲۴۱	٪۹۷/۴	۰/۰۱
	ناخواسته	۱	٪۲۰	۴	٪۸۰	

* آزمون مربع کای

جدول ۴. پیامد بارداری و زایمان به تفکیک مصرف خودسرانه داروها

پیامد بارداری و زایمان	مصرف خودسرانه دارو		عدم مصرف خودسرانه دارو		P-Value *
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
پیامد مامایی در بارداری	۰	٪۰	۱۱	٪۱	۰/۸۴۵
پیامد پس از زایمان	۰	٪۰	۱۸	٪۲	۰/۷۶۰
پیامد نوزادی	۰	٪۰	۴۶۷	٪۴۸/۵	۰/۰۰۰۱

* آزمون مربع کای

بحث

این پژوهش به‌هدف تعیین الگوی مصرف خودسرانه دارو در دوران بارداری در دو شهر تهران و سنندج صورت گرفت و اطلاعات دارویی مربوط به ۱۳۰۰ مادر باردار تجزیه و تحلیل شد. غالب افراد مورد مطالعه در گروه سنی ۳۵-۱۸ سال به سر می‌بردند، خانه‌دار بودند و حداقل سواد دیپلم داشتند. سن و تحصیلات بالاتر و شاغل‌بودن به طرز معنی‌داری در مادران تهرانی بیشتر دیده شد که با توجه به

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.52547/sjku.25.1.54]

گرایش زنان کلانشهری چون تهران به ادامه تحصیل در سطوح آموزش عالی و برخورداری از استقلال شغلی می باشد. بدیهی است که این موضوع به ازدواج در سنین بالا و بالطبع بارداری و زایمان دیر هنگام منجر می گردد. مادران با مصرف خودسرانه دارو از سطح تحصیلات پایین‌تری برخوردار بودند که این موضوع حاکی از نقش نظام آموزشی در آگاه‌سازی، ایجاد انگیزه و در نهایت، کسب مهارتِ زندگی است. اگرچه تفاوت تحصیلیِ مشهود، توجیه‌پذیر بود؛ اما معنی‌دار نبود. تمامی افراد با مصرف خودسرانه دارو، مراقبت‌های معمول بارداری را به شکل منظم دریافت نمودند؛ از این رو تأکید بر آموزش در خصوص عدم مصرف خودسرانه داروها به مادران باردار ضمن انجام معاینات بالینی و بررسی‌های پاراکلینیکی، لازم و ضروری به نظر می‌رسد. شمسی و همکاران (۱۳۸۷)، در پژوهشی که بر روی ۲۰۰ مادر باردار در شهر اراک انجام دادند. سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی در رفتارهای پیشگیری کننده از مصرف خودسرانه دارو شامل آگاهی، حساسیت، شدت، تهدید، منافع و موانع درک شده، خودکارآمدی و عملکرد نهایی در قالب پرسشنامه مطرح و ارزیابی شدند. نتایج نشان داد که آگاهی و نگرش مادران در خصوص خود درمانی در دوران بارداری در حد متوسط است(۹). توانمندسازی، به روزرسانی و بازآموزی دانسته‌های پزشکان، ماماها و مراقبین سلامت در آموزش مادران باردار، آموزش‌های رسانه‌ای در اشکال گروهی و فردی به واحدهای مختلف جامعه و در نهایت طراحی پژوهش‌های مقطعی و تحلیلی جهت آگاهی از وضعیت موجود، اخذ بازخوردِ برنامه‌های آموزشی و طراحی چشم اندازهای مدت‌دار، همگی اثر غیرقابل انکاری بر پیشگیری از مصرف خودسرانه دارو خواهند داشت.

بیشترین مصرف خودسرانه دارو در مادرانی گزارش شد که برای مراقبت‌های دوران بارداری به افرادی غیرمتبحر (Unskilled Assistance) مراجعه نمودند که از نظر آماری نیز معنی‌دار شد و لزوم پوشش ۱۰۰ درصدی مادران باردار جهت دریافت مراقبت‌های معمول این دوران از سوی افراد ذی‌صلاح (Skilled) را می‌رساند که شاخص توسعه‌یافتگی جوامع در راستای کاهش مرگ‌ومیر و عوارض دوران بارداری نیز هست. در مادران با بارداری اول، حداکثر یک مورد سقط و بدون سابقه مرده‌زایی، مصرف خودسرانه دارو بیشتر از سایرین بود. هرچند این رابطه از نظر آماری معنی‌دار نشد؛ لیکن در تفسیر آن باید گفت که آگاهی و بینش مادران در پسِ هر بارداری، تجربه ناخوشایند سقط و یا مرگ جنین، رو به بلوغ است. توانمندسازی مادر در مراقبت از خود و فرزندش که در گرو ارتقای تعالیم اهل فن در انتقال دانسته هاست، بی‌نیاز از تجربه است.

خود درمانی در مادران با بارداری ناخواسته بیشتر گزارش شد که این بستگی معنی‌دار شد ($P = ۰/۰۱$). ارائه خدمات بهداشت باروری شامل پیشگیری از حاملگی ناخواسته، مراقبت و مشاوره قبل، حین و پس از زایمان نقش به‌سزایی در پیشگیری از مصرف خودسرانه داروها در دوران بارداری و تبعات آن خواهد داشت. دوستدار و همکارش (۱۳۸۰) به بررسی الگوی مصرف دارو در ۴۰۰ نفر از زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی شهر رشت پرداخت. ۳۴٪ زنان قبل بارداری و ۴۳/۷٪ در سه ماهه اول دارو مصرف کرده بودند که از این میان ۱۹/۵٪ به‌صورت خودسرانه بود. مسکن، آنتی‌بیوتیک و داروهای گوارشی، داروهای پر مصرف قبل بارداری را تشکیل می‌دادند. پس از بارداری نیز ویتامین‌ها، داروهای ضد کم‌خونی و گوارشی بیش از سایر گروه‌های دارویی مصرف شده بود. بین متغیرهای سن، شغل، تعداد حاملگی، خواسته‌بودن حاملگی و عوارض بارداری با مصرف دارو پس از اطلاع از بارداری، ارتباط معنی‌داری رؤیت شد(۶). مطالعه توسط عراقچیان و همکاران (۱۳۹۰) با عنوان بررسی الگوی مصرف دارو با توجه به طبقه‌بندی تعیین شده توسط FDA در زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی‌درمانی شهر همدان انجام شده است. در این بررسی مقطعی، ۲۰۰ زن باردار در سه

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.52547/sjku.25.1.54]

ماهه سوم بارداری مورد بررسی قرار گرفتند. یافته‌های مطالعه بیانگر این بود که ۴۴ درصد از نمونه‌های مورد بررسی طی بارداری حداقل یک دارو مصرف نموده بودند. میانگین تعداد داروهای مصرفی ۱/۷ گزارش شده و در سه ماهه اول ۱۱/۶ درصد، در سه ماهه دوم ۳/۱ درصد و در سه ماهه سوم ۳ درصد نمونه‌های مورد بررسی از داروهای طبقه X استفاده کرده بودند. بیشترین داروی مصرفی کنتراسپتیوها بوده و میزان حاملگی ناخواسته در نمونه‌ها ۱۴٪ گزارش شده است. مادران مورد بررسی در سه ماهه اول ۹/۳٪، در سه ماهه دوم ۹/۴٪ و در سه‌ماهه سوم ۱۲/۱٪ از داروهای متعلق به طبقه D استفاده نموده بودند. نتایج این پژوهش نشان داده که بیشترین گروه‌های دارویی مورد استفاده در بارداری، داروهای مؤثر بر سیستم گوارش، داروهای ضد درد و آنتی بیوتیک‌ها بوده‌اند. میزان مصرف خودسرانه دارو در این مطالعه ۱۱/۴٪ گزارش شده و شایع‌ترین بیماری‌ها در زنان باردار که مستلزم مصرف دارو بوده شامل اختلالات تیروئید، دیابت و مشکلات قلبی عروقی ذکر شده است. در این پژوهش رابطه معنی‌داری بین سطح تحصیلات و مصرف خودسرانه دارو گزارش شده است(۴). سهیلی و همکاران (۱۳۸۸) شیوع مصرف داروهای غیر مجاز و الکل را در دوران بارداری در شهر ایلام بررسی نمودند. در این بررسی مقطعی تعداد ۷۴ زن باردار با سن حاملگی ۴۲-۱۲ هفته، مورد بررسی قرارگرفتند. پرسشنامه‌ای مشتمل بر مشخصات دموگرافیک، سابقه زایمان‌های قبلی، سابقه مصرف الکل و مواد مخدر و داروهای غیر مجاز در زن و شوهرش طراحی و اطلاعات به شیوه مصاحبه جمع‌آوری شد. یافته‌های مطالعه بیانگر این بود که شیوع مصرف مواد مخدر در بین زنان باردار ۵/۴٪ و بین همسران آن‌ها ۱۳/۵٪ و شیوع داروهای روان‌گردان در بین زنان باردار صفر و بین همسران آن‌ها ۲/۷٪ ذکر شده است. ۱۸/۹٪ از مادران طی بارداری از داروهای ضد درد استفاده نموده بودند که استامینوفن پر-مصرف‌ترین داروی مسکن گزارش شده بود(۸). Kassada و همکاران (۲۰۱۲) مطالعه‌ای جهت بررسی شیوع سوء مصرف مواد در ۳۹۴ زن باردار انجام شد. اطلاعات به شیوه مصاحبه و با استناد به اظهارات نمونه‌های مورد مطالعه جمع‌آوری گردید. نتایج حاکی از آن بود که ۲۸/۱۸٪ از افراد مورد بررسی با میانگین سنی ۲۸/۲۵ سال، مواد مخدر مصرف نموده بودند. ۳۶/۱۱٪ خانم‌های باردار مجرد و تنها ۱۶/۵۹٪ از آن‌ها شاغل بودند. در این بررسی بین متغیرهای تحصیلات، شرکت در گروه‌های مراقبت بارداری و استفاده از مشاوره‌های حرفه ای بهداشتی‌درمانی با استفاده از مواد مخدر در دوران بارداری رابطه معنی‌دار آماری گزارش شد و شایع‌ترین سوء مصرف به‌ترتیب مربوط به سیگار، الکل، کوکائین، کراک و همچنین ماری جوآنا بوده‌است(۷). Das و همکاران (۲۰۱۴) در یک مطالعه مقطعی داروهای تجویز شده به زنان باردار مراجعه-کننده به یک بیمارستان تخصصی در جنوب هند را بررسی نمودند. بدین منظور ۶۰۶ پرونده بارداری بررسی شد. ۳۲۶ دارو از ۴۶ گروه دارویی متفاوت تجویز شده بود که مصرف گروه‌های C و B از گروه‌های دیگر بیشتر بود(۵). عوارض نوزادی در گروهی که داروی خودسرانه مصرف نکرده بودند، بیشتر گزارش شد (P-value <۰/۰۰۰۱) که در تشریح آن باید گفت که اکثر افراد با مصرف خودسرانه دارو برای مراقبت های بارداری به افراد غیرمتبحر مراجعه کرده بودند که ادامه این روند حین زایمان و پس از آن می-تواند با گزارش کمتر عوارض نوزادی همراه گردد؛ در حالی‌که مراجعه به افراد ذی‌صلاح در مراکز بهداشتی، بهترین منبع شناسایی عوارض مادر و نوزاد خواهد بود.

نتیجه‌گیری

مصرف خودسرانه داروها در بارداری صرفاً در مادران شهر سنندج بازگو شد. میانگین سال‌های تحصیل در زنان با مصرف خودسرانه دارو، کمتر از سایرین بود که این موضوع حاکی از اهمیت نظام آموزشی در تغییر آگاهی، نگرش و عملکرد افراد جامعه است. مراجعه به افراد غیرمتبحر جهت

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.52547/sjku.25.1.54]

دریافت مراقبت‌های دوران بارداری در جمعیت زنان با مصرف خودسرانه دارو بیشتر گزارش شد و نیز خوددرمانی در میان مادران با حاملگی خواسته، کمتر رخ داده بود که این موضوع لزوم گسترش صددرصدی دسترسی به خدمات بهداشت باروری را در راستای توسعه‌یافتگی جامعه زنان و مادران ایرانی می‌رساند.

تشکر و قدردانی

این طرح به شماره ۲۷۲۷۳ در معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی تهران به تصویب رسید و اجرا شد.

منابع

1.McCarter-Spaulding DE. Medications in pregnancy and lactation. Amer J Maternal Child Nursing. 2005; 30:10–7.
2.Adam MP, Polifka JE, Friedman JM. Evolving Knowledge of the Teratogenicity of Medications in Human Pregnancy. Am J Med Genet C Semin Med Genet 2011; 157:175–182.
3.Cunningham F, Houth J, Leveno K, Rouse D, Bloom S, Spong C. Teratology and Medications That Affect the Fetus in Williams Obstetrics. 24 th ed, NewYork: Mc Graw Hill; 2014. p. 315.
4.Araghchian M, Radnia N, Salimi M, Namazi M. The Pattern of Drug Use and Their FDA Categories in Pregnant Women Referring to Medical and Health Centers in Hamadan. Sci. J. Hamadan Nurs. Midwifery Fac. 2011; 19 (1):45-55. [Persian]
5.Das S, Winston B, Sukumaran D, Kumar A, Shanthi M, Prasad J. Drug prescribing pattern in pregnancy in a secondary care hospital in south India: a retrospective study. Tropical Doctor 2016; 46 (2): 86-90.
6.Doostar Sanaye M, Sobhani AR. Pattern of drug consumption and its changes during he first trimester of pregnancy. The Journal of Qazvin Univ. of Med. Sc. 2002; 20: 55-61. [Persian]
7.Kassada DS, Marcon SS, Pagliarini MA, Rossi RM. Prevalence of drug abuse among pregnant women. Acta Paulista de Enfermagem 2013; 26 (5): 467-71.
8. Soheili F, Alizadeh S, Darash M, Yousefi A, Cheraghi M, Asadollahi KH. Prevalence of Illegal Drugs and Alcohol during Pregnancy in Ilam. Iran J Obstet Gynecol Infertil. 2012; 15(3): 22-9. [Persian]
9.Shamsi M, Karimi M, Gholamnia Z, Araban M, Kasmaie P. Measuring Health Belief Model Constructs in Preventive Behavior about Self-Medication in Pregnant Women in Arak City. Qom Univ Med Sci J. 2011; 5 (3):64-70. [Persian]

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.52547/sjku.25.1.54]