

## بررسی میزان بروز سوء مصرف مواد و پیامدهای بارداری زنان باردار معتاد مراجعه‌کننده به بیمارستان آیت‌الله روحانی بابل بین سال‌های ۹۸-۱۳۹۶ (یک مطالعه کوهورت تاریخی)

مینا گالشی<sup>۱،۲</sup>، دکتر زینت السادات بوذری<sup>۳</sup>، مژگان نعیمی‌راد<sup>۴</sup>، دکتر شهلا یزدانی<sup>۳</sup>، دکتر سولماز طالبی<sup>۵</sup>، دکتر افسانه کرامت<sup>۶\*</sup>

۱. دانشجوی دکتری بهداشت باروری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران.
۲. واحد توسعه تحقیقات بالینی آیت‌الله روحانی بابل، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران.
۳. استاد گروه زنان و مامایی، مرکز تحقیقات بهداشت باروری و ناباروری، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران.
۴. کارشناس ارشد مامایی، واحد توسعه تحقیقات بیمارستان آیت‌الله روحانی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران.
۵. استادیار گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران.
۶. استاد گروه بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۰/۰۷ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۴/۰۴

### خلاصه

**مقدمه:** اعتیاد به مواد مخدر سبب عوارضی همچون زایمان زودرس، سقط، عقب ماندگی رشد داخل رحمی، مرگ‌ومیر پره‌ناتال، دکولمان جفت، پره‌اکلامپسی، پارگی زودرس کیسه آب، افزایش سزارین و ناهنجاری‌های مادرزادی می‌شود، لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی میزان شیوع سوء مصرف مواد و پیامدهای بارداری انجام گرفت.

**روش کار:** این مطالعه به صورت دو مرحله‌ای انجام شد؛ در ابتدا یک مطالعه مقطعی در تمامی زنان باردار مراجعه‌کننده به زایشگاه بیمارستان آیت‌الله روحانی بابل در فروردین ۱۳۹۶ تا اسفند ۱۳۹۸ و سپس یک مطالعه کوهورت تاریخی انجام گرفت؛ به این صورت که افراد مورد مطالعه به دو گروه (۱۱۲ زن باردار معتاد و ۲۲۴ زن باردار غیرمعتاد) تقسیم شدند. ابزار گردآوری داده‌ها چک‌لیست محقق‌ساخته شامل: اطلاعات دموگرافیک، عوارض مادری و عوارض جنینی - نوزادی بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۱) و آزمون‌های آماری تی تست و کای اسکوئر انجام شد. میزان  $p$  کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

**یافته‌ها:** در این مطالعه بروز سوء مصرف مواد در بین ۶۷۱۳ زن باردار طی این ۳ سال، ۱/۶۶٪ بود. عوارض مادری، جنینی و نوزادی در بین مادران با سابقه سوء مصرف مواد در مقایسه با گروه شاهد افزایش معناداری را نشان داد ( $p=0/0001$ ). پارگی زودرس کیسه آب در ۴۴ نفر (۳۹/۲۸٪) و سپس زایمان زودرس در ۳۲ نفر (۲۸/۵۷٪) شایع‌ترین عوارض بودند. شانس پارگی زودرس کیسه آب ۹/۰۹ برابر با دامنه اطمینان ۹۵٪ (۰/۵۸-۰/۲۱۱) و شانس زایمان زودرس ۵ برابر با دامنه اطمینان ۹۵٪ (۰/۱۰۷-۰/۳۸۸) در مادران با سابقه سوء مصرف مواد بالاتر بود. شانس دیسترس تنفسی در نوزادان متولد شده از مادران معتاد ۱۰ برابر با دامنه اطمینان ۹۵٪ (۰/۵۸-۰/۲۲۷) بیشتر بود.

**نتیجه‌گیری:** اعتیاد در دوران بارداری با عوارض مادری، جنینی و نوزادی زیادی همراه می‌باشد، لذا توصیه می‌شود برنامه‌ای جامع و اختصاصی جهت انجام اقدامات تشخیصی، درمانی و بازتوانی به‌ویژه کاهش صدمات ناشی از اعتیاد برای زنان انجام گیرد.

**کلمات کلیدی:** اعتیاد، بارداری، عوارض

\* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر افسانه کرامت؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران. تلفن: ۰۱۱-۳۲۳۳۸۳۰۱؛ پست

الکترونیک: rohanresearch88@gmail.com

## مقدمه

بارداری یک مرحله بسیار مهم در زندگی زنان می‌باشد؛ به طوری که هر نوع مسئله‌ای که در آن اتفاق می‌افتد، می‌تواند بر سلامت مادر و جنین تأثیرگذار باشد. از جمله مسائلی که می‌تواند یک زن باردار با آن روبرو شود، سوء مصرف مواد می‌باشد. ماده مخدر، نامی عمومی برای انواع مختلفی از داروها و ترکیبات طبیعی و صناعی است که غالباً به دلیل احتمال ایجاد وابستگی به مصرف، جزء مواد اعتیادآور طبقه‌بندی شده است (۱).

بر اساس آمارهای موجود نظیر آمار دفتر مواد مخدر و جنایت سازمان ملل متحد (UNODC)<sup>۱</sup>، ۲۰ میلیون نفر مصرف‌کننده مواد اعتیادآور غیرقانونی نظیر مواد افیونی، حشیش و مواد محرک آلوده در دنیا می‌باشند (۲). بر اساس آمار، در ایران ۲ میلیون و ۸۰۰ هزار نفر معتاد رسمی وجود دارد که به صورت تغنی مواد مخدر مصرف می‌کنند و متأسفانه این آسیب اجتماعی را پررنگ‌تر می‌کنند. تخمین زده می‌شود که یک میلیون و ۴۰۰ هزار نفر نیز معتاد شناسایی نشده وجود داشته باشد، هرچند شاید تعداد معتادین مقداری بیشتر باشد (۳).

تصور اکثر افراد جامعه در مورد سوء مصرف مواد این است که مواد مخدر و سوء مصرف آن، عمدتاً پدیده‌ای مردانه است و زنان بسیار کمتر از مردان به اعتیاد روی می‌آورند (۴). آمار دقیقی از میزان جمعیت زنان معتاد در کشور وجود ندارد. اگرچه آمار اعتیاد زنان نسبت به مردان در سطح پایین‌تری وجود دارد، ولی میزان اعتیاد در زنان نسبت به سنوات گذشته رو به افزایش است. معصومی و همکاران (۲۰۱۸) شیوع مصرف مخدر در زنان باردار شهر تهران را ۱/۴٪ گزارش کردند (۵). وزارت بهداشت نیز در آمار خود، از رقم ۱ زن معتاد به ازای هر ۸ مرد معتاد گزارش می‌دهد. برخی گزارش‌ها نیز از وجود ۷ زن معتاد به ازای هر ۱۰۰ مرد معتاد حکایت می‌کند. از سوی دیگر به گفته مسئولان زندان‌های کشور در حال حاضر، ۵۰٪ زندانیان زن به دلیل مواد مخدر و اعتیاد در زندان هستند (۴). همچنین تخمین زده شد که ۵/۹٪ از زنان ۱۸ ساله یا بالاتر، معیارهای متداول برای سوء استفاده یا وابستگی

به الکل یا مواد مخدر غیرقانونی و یا داروهای ممنوعه را در سال گذشته داشته‌اند (۶). این تعداد رو به افزایش است و زنان پیشرفت بیشتری از اعتیاد را نسبت به مردان تجربه می‌کنند (۷).

در مطالعه گرگری و همکاران (۲۰۱۲) در زنان باردار با سوء مصرف مواد، در دوران بارداری مشکلاتی نظیر تولد نوزادان کم‌وزن و خونریزی بعد از زایمان در مقایسه با زنان سالم بیشتر بود (۸). همچنین مصرف مواد مخدر در دوران بارداری باعث زایمان زودرس، سقط خودبه‌خودی، تولد نوزاد با وزن کم، عقب‌ماندگی رشد داخل رحمی جنین، مرگ‌ومیر پره‌ناتال، دکولمان جفت، ناهنجاری‌های مادرزادی جنین و دیسترس جنینی می‌شود (۹، ۱۰).

در مطالعه فنایی و همکاران (۲۰۲۰) که به بررسی تغییرات جفت و بندناف در سوء مصرف مواد پرداختند، مطرح شد که غیرطبیعی بودن جفت و بندناف در زنان معتاد در مقایسه با غیرمعتادین بیشتر است. افزایش رسوب میکروفیبرین در فضاهای بین پرزها و داخل پرزهای جفتی ۶ برابر، افزایش تعداد جوانه‌های پرولیفراتیو تروفوبلاستیک ۷ برابر، افزایش عروق پرزها ۷ برابر، میکروویلی ۶ برابر و نکروز آنها ۵ برابر بیشتر گزارش شد که این تغییرات سبب اختلال گردش خون جفت می‌شود و می‌تواند بر پیامدهای حاملگی تأثیرگذار باشد (۱۱، ۱۲).

مصرف تنباکو رابطه قوی با سقط، تأخیر رشد داخل رحمی و زایمان زودرس در بارداری دارد. مصرف الکل، کوکائین و آمفتامین نیز باعث مشکلات مشخصی منجمله مشکلات مربوط به اختلالات جنین می‌شود. کوکائین و آمفتامین نیز منجر به افزایش تأخیر رشد داخل رحمی، دکولمان و مرده‌زایی به‌ویژه در زنان جوان می‌شود (۱۳). نشان داده شده است که تزریق مواد به مادر منجر به کاهش جریان خون جفتی شده و حرکات فیزیکی نوزاد را کاهش می‌دهد که این امر نیز احتمالاً می‌تواند بر رشد داخل رحمی تأثیرگذار باشد (۱۴).

علاوه بر مرگ جنینی، مصرف مواد مخدر باعث عفونت مایع آمنیون، پره‌اکلامپسی، تأخیر رشد جنین، مکنوئیل، زایمان زودرس، پارگی زودرس پرده‌ها، ترومبوفلیت، خونریزی بعد زایمان، ناکفایتی جفت، دکولمان و سقط

<sup>1</sup> United Nations Office on Drugs and Crime

از آنجایی که در بارداری‌های پرخطر هدف مراقبت بارداری مطلوب، تشخیص و درمان به‌موقع، زایمان و بعد زایمان در شرایط ایده‌آل و کاهش مرگ‌ومیر مادری و جنینی می‌باشد، لذا شناسایی این گونه بارداری‌ها در انجام مطالعات بیشتر و نتیجه‌گیری‌های منطقه‌ای و قومی می‌تواند مفید باشد و از آنجایی که تاکنون مطالعه‌ای در این منطقه در این رابطه انجام نگرفته است و با شناخت زنان معتاد و درمان‌های حمایتی قبل و بعد از زایمان می‌توان عوارض حاملگی و زایمان و عوارض در سال‌های بعد در فرزندان این مادران را کاهش داد، مطالعه حاضر با هدف بررسی فراوانی سوء مصرف مواد و پیامد بارداری زنان باردار مراجعه‌کننده به مرکز آموزشی درمانی آیت‌الله روحانی بابل انجام شد.

### روش کار

این مطالعه به‌صورت یک مطالعه دو مرحله‌ای و پس از کسب اجازه از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شاهرود (کد اخلاق: IR.SHMU.REC.1398.167) و معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی بابل، بر روی پرونده مادران باردار انجام گرفت. در ابتدا یک مطالعه مقطعی جهت تعیین بروز سوء مصرف مواد در تمامی زنان بارداری انجام گرفت؛ به این‌صورت که ابتدا با مراجعه به بایگانی بیمارستان به‌صورت تمام‌شماری لیستی از تمامی زنان باردار مراجعه‌کننده به زایشگاه مرکز آموزشی درمانی آیت‌الله روحانی جهت انجام زایمان بین فروردین ۱۳۹۶ تا اسفند ۱۳۹۸ تهیه شد. سپس پرونده زنان باردار با تست مولتی‌دراگ مثبت استخراج شد. سپس با استفاده از این داده‌ها، بروز اعتیاد در زنان باردار در این بازه زمانی تعیین شد. در مرحله بعد یک مطالعه کوهورت تاریخی انجام شد؛ به این‌صورت که گروه مواجهه یافته تمامی زنان باردار با سابقه سوء مصرف مواد (۱۱۲ نفر) و گروه مواجهه نیافته زنان باردار بدون سابقه سوء مصرف مواد ۲ برابر گروه مواجهه‌یافته (۲۲۴ نفر) بودند، وارد مطالعه شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: اعتیاد به مواد مخدر (تشخیص سابقه سوء مصرف مواد در زنان باردار معتاد مراجعه‌کننده با استفاده از تست مولتی‌دراگ<sup>۱</sup> با پنل تست ادراری انجام گرفته

می‌گردد. مطالعه سالیهو و همکاران (۲۰۱۸) نشان داد که مشکلات قلبی نیز در زنان باردار با سوء مصرف مواد در ایالات متحده به موازات افزایش مصرف مواد مخدر در زنان باردار افزایش یافته است (۱۵).

مطالعه کوزکوسکی (۲۰۰۷) نشان داد اثرات فارموکولوژیک متآمفتامین شامل: تحریک آلفا و بتآدرنژیک و افزایش فشارخون، نبض، برون‌ده قلبی و افزایش مقاومت عروق سیستمیک می‌باشد و اثرات سمی این ماده ممکن است خیلی سریع سبب افزایش فشارخون و سکتة مغزی در اثر وازواسپاسم عروق شود (۱۶).

تحقیقات نشان داده‌اند که مادران باردار معتاد به مواد مخدر معمولاً دچار سوء تغذیه، بیماری‌های قابل انتقال جنسی، هیپاتیت و ایدز بوده و مراقبت‌های دوران بارداری را به‌طور روتین انجام نداده و برخی عوارض و مشکلات مامایی در آنها شناسایی نمی‌شود و ممکن است مبتلا به سایر مشکلات طبی باشند، لذا حاملگی پرخطری دارند (۱۷، ۱۸).

زنان باردار معتاد کاندید سزارین نیاز به داروی بیپهوشی بیشتری برای مدیریت درد خود دارند و همین امر ممکن است منجر به بروز عوارض ناخوشایند همچون بروز نشانه‌های محرومیت و عوارض بعدی پس از سزارین گردد (۱۹). زن بارداری که مبتلا به سوء مصرف مواد هستند، بالقوه به ۲ نفر صدمه می‌زند و چون این افراد به‌ندرت فقط از یک ماده سوء مصرف دارند، جنین در حال رشد و نیز مادر، تحت تأثیر سوء مصرف مواد مختلف و متعدد قرار می‌گیرند (۲۰، ۲۱). بنابراین مطالعه بر روی این مواد باید به‌طور مکرر صورت گیرد. خیلی از زنان باردار در صورتی که اثرات بالقوه سوء مصرف مواد را در حاملگی بدانند، سعی در کاهش آن مواد خواهند داشت (۲۲)، لذا لازم است که پزشکان این بیماران را شناسایی کرده و مورد مشورت قرار دهند.

در مطالعه خواجه‌دلویی و همکاران (۲۰۱۳) بین اعتیاد مادر در دوران بارداری و اعتیاد فرزند، ارتباط آماری معناداری وجود داشت. همچنین بین اعتیاد مادر و نقص عضو فیزیکی مشهود در هنگام تولد، سابقه خشونت خانوادگی، آزار جسمی و روانی کودک نیز ارتباط معناداری وجود داشت (۲۳).

بود که در پرونده آنها ثبت شده بود. تست مولتی‌دراگ به‌منظور تعیین کیفی چندین داروی مخدر و متابولیت‌های آن در ادرار مطابق با میزان Cut-Off و غربالگری افراد سالم از افراد معتاد به مواد مخدر یا روان‌گردان از قبیل مورفین، ماری‌جوانا، باربیتورات‌ها، بنزودیازپین، فن‌سیکلیدین و ضدافسردگی سه‌حلقه‌ای استفاده می‌گردد)، عدم ابتلاء به بیماری‌های غددی و خودایمن و معیارهای خروج از مطالعه شامل: مصرف داروهای ترک اعتیاد، سابقه زایمان زودرس قبلی، ناهنجاری‌های شناخته شده رحمی و بیماری شناخته شده قطعی روانی قبلی بود. به‌منظور یکسان شدن افراد در دو گروه بر اساس نظر تیم تحقیق، همسان‌سازی افراد در دو گروه بر اساس سن انجام گرفت. اطلاعات موجود در پرونده با استفاده از چک‌لیست محقق‌ساخته که شامل ۲۱ سؤال و حاوی سه بخش الف: اطلاعات دموگرافیک (سن، سن حاملگی بر اساس تأیید سونوگرافی اول و یا تاریخ آخرین دوره پرئود (LMP)<sup>۲</sup>، تعداد بارداری، تعداد زایمان، تعداد سقط، تعداد فرزندان زنده، نوع زایمان‌های قبلی) و ب: ارزیابی سرانجام مادری مانند: پره‌اکلامپسی، اکلامپسی، پارگی پیش از موعد پرده‌ها، سزارین و زایمان زودرس و ج: ارزیابی نوزادی و جنینی: مرگ داخل رحمی جنین، محدودیت رشد داخل رحمی (IUGR)<sup>۳</sup>، مشکلات تنفسی، سندرم دیسترس تنفسی، مایع آمنیوتیک آغشته به مکنونیوم و نمره آپگار نوزاد بود، استخراج شد. تمامی پرسشنامه‌ها به‌منظور محفوظ ماندن اطلاعات بیماران به‌صورت کدگذاری شد.

داده‌ها پس از گردآوری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۲) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. جهت مقایسه عوارض مادری و جنینی، نوزادی در دو گروه برای متغیرهای کمی از آزمون تی مستقل و در مورد متغیرهای کیفی از آزمون کای اسکوئر استفاده شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

### یافته‌ها

به‌طور کلی میانگین سنی مادران باردار  $29/75 \pm 6/93$  سال، سن حاملگی  $37/13 \pm 5/26$  هفته، تعداد بارداری  $2/56 \pm 1/41$ ، تعداد زایمان  $1/11 \pm 1/06$ ، نمره آپگار نوزاد  $8/32 \pm 2/00$  و وزن نوزادان  $3/39 \pm 8/03$  گرم بود. در طی دوره ۳ ساله مطالعه، ۱۱۲ مورد مادر باردار با سابقه سوء مصرف مواد و ۲۲۵ مورد مادر باردار بدون سابقه سوء مصرف مواد که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند و جهت انجام زایمان مراجعه نمودند، مورد ارزیابی قرار گرفتند. به‌طورکلی بروز اعتیاد در بین ۶۷۱۳ زن بستری شده جهت زایمان در طی این سه سال ۱/۶۶٪ بود. در بین این مادران هیچ موردی از ابتلاء به هپاتیت ب و ایدز مشاهده نشد. اطلاعات افراد به تفکیک دو گروه در جدول ۱ نشان داده شده است؛ هرچند سن مادران در بین گروه تفاوت آماری معناداری نداشت ( $p=0/124$ )، اما بین دو گروه از نظر سن حاملگی، تعداد بارداری، تعداد زایمان، تعداد فرزندان زنده، سابقه مرگ نوزادی و سابقه سقط تفاوت آماری معناداری مشاهده شد.

جدول ۱- اطلاعات دموگرافیک به تفکیک دو گروه مورد مطالعه

متغیرها	مادران با سابقه سوء مصرف مواد میانگین $\pm$ انحراف معیار	مادران بدون سابقه سوء مصرف مواد میانگین $\pm$ انحراف معیار	سطح معنی‌داری
سن مادر (سال)	$30/56 \pm 6/68$	$29/34 \pm 7/03$	* $0/124$
سن حاملگی	$34/72 \pm 8/03$	$38/34 \pm 2/30$	* $0/0001$
تعداد بارداری	$3/00 \pm 1/59$	$2/34 \pm 1/26$	* $0/0001$
تعداد زایمان	$1/48 \pm 1/18$	$0/93 \pm 0/95$	* $0/0001$
تعداد فرزندان زنده	$1/33 \pm 1/15$	$0/93 \pm 0/95$	** $0/004$
سابقه مرگ نوزادی	$0/11 \pm 0/41$	$0/00 \pm 0/09$	** $0/001$
سابقه سقط	$1/65 \pm 1/30$	$1/42 \pm 0/64$	** $0/0001$

\* آزمون تی تست مستقل، \*\* آزمون کای دو

<sup>1</sup> Multi Drug Test

<sup>2</sup> Last Menstrual Period

<sup>3</sup> Intrauterine growth restrictions

تنفسی، مایع آمنیوتیک مکونیال و مرگ نوزادی در گروه مادران معتاد به طور معناداری بالاتر بود. در بین پیامدهای نوزادی و جنینی بیشترین فراوانی مربوط به دیسترس تنفسی ۳۹ نفر (۳۴/۸۲٪) بود؛ به طوری که شانس دیسترس تنفسی در نوزادان متولد شده از مادران معتاد با دامنه اطمینان ۹۵٪ (۰/۲۲۷-۰/۵۸۰) برابر بیشتر بود. میانگین وزن نوزادان مادران مورد پژوهش در گروه مادران معتاد (۲۵۱۵/۶۳±۹۸۹/۷۰) به طور معناداری پایین تر از گروه مادران سالم (۳۱۴۷/۲۸±۵۹۱/۲۵) بود. میانگین نمره آپگار در نوزادان متولد شده از مادران معتاد ۷/۵۹±۲/۹۲ و در نوزادان متولد شده از مادران سالم ۸/۶۹±۱/۱۷ بود که در گروه مادران سالم به طور معناداری پایین تر بود (جدول ۲).

در بررسی عوارض مادری، خونریزی پس از زایمان، حاملگی خارج رحمی، پره اکلامپسی و اکلامپسی، پارگی زودرس کیسه آب، کاهش پلاکت، سقط و زایمان زودرس در گروه مادران معتاد نسبت به گروه شاهد به طور معناداری بالاتر بود (جدول ۲) و در بین عوارض مادری شایع ترین عوارض، پارگی زودرس کیسه آب در ۴۴ نفر (۳۹/۲۸٪) و بعد از آن زایمان زودرس در ۳۲ نفر (۲۸/۵۷٪) بود. شانس پارگی زودرس کیسه آب در مادران معتاد ۹/۰۹ برابر با دامنه اطمینان ۹۵٪ (۰/۲۱۱-۰/۵۸۰) و شانس زایمان زودرس ۵ برابر با دامنه اطمینان ۹۵٪ (۰/۳۸۸-۰/۱۰۷) در مادران معتاد بالاتر بود. در بررسی عوارض جنینی و نوزادی، وزن نوزاد، مرگ داخل رحمی جنین، محدودیت رشد جنینی، دیسترس

جدول ۲- توزیع فراوانی عوارض مادری و جنینی- نوزادی به تفکیک گروه مورد مطالعه

سطح معنی داری	مادران با سابقه سوء مصرف		گروه	متغیرها
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)		
۰/۰۰۱	۱۷ (۷/۵۵)	۳۲ (۲۸/۵۷)	زایمان زودرس	عوارض مادری
۰/۰۰۱	۱۵ (۶/۶۶)	۴۴ (۳۹/۲۸)	پارگی زودرس کیسه آب	
۰/۰۰۳	۶ (۲/۶۶)	۱۲ (۱۰/۷)	کاهش پلاکت	
۰/۰۱۲	۰ (۰/۰)	۴ (۳/۵۷)	حاملگی خارج رحمی	
۰/۰۰۱	۶ (۲/۶۶)	۲۰ (۱۷/۸۵)	پره اکلامپسی و اکلامپسی	
۰/۰۱۲	۰ (۰/۰)	۴ (۳/۵۷)	خونریزی پس از زایمان	
۰/۰۰۱	۲ (۰/۸۸)	۹ (۸/۰۳)	سقط	
۰/۰۰۱	۱۰۳ (۴۵/۷۷)	۴۷ (۴۱/۹۶)	زایمان سزارین	
۰/۰۰۱	۳ (۱/۳۳)	۱۲ (۱۰/۷۱)	محدودیت رشد جنینی	
۰/۰۰۱	۱۳ (۵/۷۷)	۳۹ (۳۴/۸۲)	دیسترس تنفسی نوزاد	
۰/۰۰۱	۲ (۰/۸۸)	۱۳ (۱۱/۶۰)	مرگ نوزادی	
۰/۰۴	۱۵ (۶/۶۶)	۱۶ (۱۴/۴۱)	مایع آمنیوتیک مکونیال	
**۰/۰۰۱	۸/۶۹ (۱/۱۷)	۷/۵۹ (۲/۹۲)	میانگین نمره آپگار	
**۰/۰۰۱	۳۱۴۷/۲۸ (۵۹۱/۲۵)	۲۵۱۵/۶۳ (۹۸۹/۷۰)	میانگین وزن نوزاد	

\*\*آزمون تی تست مستقل

بود. همچنین بروز سوء مصرف مواد در طی این ۳ سال ۱/۶۶٪ بود. مطالعات اندکی در خصوص بروز سوء مصرف مواد در بارداری وجود دارد. بر اساس گزارش انیستیتو ملی سوء مصرف مواد، میزان استفاده از مواد غیرمجاز در طی بارداری ۵/۵٪ است. رمضان زاده و همکاران (۲۰۰۷) در بررسی ۴۳۱۷ زن باردار شهر تهران، شیوع مصرف مواد مخدر را ۱/۴٪ گزارش کردند

## بحث

در این مطالعه شانس پارگی زودرس کیسه آب در مادران با سابقه سوء مصرف مواد ۹/۰۹ برابر و شانس زایمان زودرس ۵ برابر در مادران معتاد بالاتر بود. دیسترس تنفسی (۳۴/۸۲٪) شایع ترین عارضه بود؛ به طوری که شانس دیسترس تنفسی در نوزادان متولد شده از مادران با سابقه سوء مصرف مواد ۱۰ برابر بیشتر

(۲۴)، در حالی که ترشیزی و همکاران (۲۰۱۱) شیوع اعتیاد در بین زنان بستری شده جهت زایمان در طی یک دوره یک‌ساله را ۰/۶۹٪ گزارش کردند (۲۵).

در مطالعه حاضر اختلال رشد داخل رحمی جنین در مادران معتاد به‌طور معناداری بیشتر بود که این نتیجه با مطالعه شریفیان و همکاران (۲۰۱۱) همسو بود. همچنین پیروی و همکار (۲۰۰۲) در مطالعه خود نشان دادند که مواد مخدر در دوزهای تراژون نمی‌باشد، ولی منجر به عقب‌ماندگی رشد داخل رحمی می‌گردد که این امر را می‌توان به کم‌اشتهایی ایجاد شده در مادران معتاد نسبت داد (۲۶، ۳۰).

هوانگ و همکاران (۲۰۲۰) در مطالعه خود بیان نمودند که زنان باردار معتاد حتی پس از تعدیل کردن سابقه مصرف سیگار و سایر بیماری‌های همراه، به‌طور قابل‌توجهی در معرض خطر بیشتری برای داشتن جنین با اختلال رشد داخلی رحمی می‌باشند (۲۷). عوامل متعددی از جمله عوارض مادر در دوران بارداری، وضعیت تغذیه نامناسب و مراقبت‌های ناکافی قبل از زایمان ممکن است این عوارض جانبی را توضیح دهند، لذا ارتباط افزایش مرگ‌ومیر جنین در زنان وابسته به مواد مخدر بر اهمیت شناسایی این زنان و ارائه مداخلات مناسب برای آنها تأکید دارد.

در مطالعه حاضر در نوزادان مادران با سابقه سوء مصرف مواد نمره، آپگار نسبت به نوزادان مادران بدون سابقه سوء مصرف مواد پایین‌تر بود که نتایج مطالعه حاضر با مطالعه کیگان و همکاران (۲۰۱۰) و ترشیزی و همکاران (۲۰۱۱) همسو بود (۱۳، ۲۵). همچنین در مطالعه ووسینوویک و همکاران (۲۰۰۸) که در یک دوره ۱۰ ساله انجام گرفت، مرگ نوزادی در ۴/۶٪، وزن کم هنگام تولد در ۳۳٪ و زایمان زودرس در ۲۱٪ زنان با سابقه سوء مصرف مواد باردار مشاهده شد که نسبت به گروه بدون سابقه سوء مصرف مواد به‌طور معنادار بالاتر بود که نتیجه این مطالعه همسو با مطالعه حاضر بود (۲۸)، اما در مطالعه گابرهلیک و همکاران (۲۰۲۱) پس از adjust کردن برای مسائل اقتصادی اجتماعی و رفتاری، وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم در گروه معتادان بالاتر گزارش نشده بود، لذا می‌توان به این نکته اشاره نمود

که کمتر بودن وزن زمان تولد بیشتر به مسائل محیطی مربوط است تا خود استفاده از مواد مخدر (۲۹).

در مطالعه حاضر فراوانی ابتلاء به افزایش فشارخون و پره‌اکلامپسی در مادران باردار با سابقه سوء مصرف مواد به‌طور معناداری بالاتر بود که این نتیجه با مطالعه شریفیان و همکاران (۲۰۱۱) همسو بود (۳۰). لونتال و همکاران (۲۰۱۰) در مطالعه خود نشان دادند که اثرات فارموکولوژیک مفتاآمتامین شامل تحریک آلفا و بتاآدرنرژیک و افزایش فشارخون، نبض، برون‌ده قلبی و افزایش مقاومت عروق سیستمیک می‌باشد و اثرات سمی این ماده ممکن است خیلی سریع سبب افزایش فشارخون در اثر وازواسپاسم عروقی شود (۳۱)، اما در مطالعه مرور سیستماتیک کالاتروپولیس و همکاران (۲۰۱۸) تفاوت آماری در بروز نسبی پره‌اکلامپسی و عوارض فشارخون در مادران باردار با سابقه سوء مصرف مواد وجود نداشت (۳۲).

در مطالعه حاضر فراوانی خونریزی پس از زایمان ۳/۵۷٪ بود که نسبت به گروه مادران باردار بدون سابقه سوء مصرف مواد بالاتر بود که نتیجه این مطالعه با مطالعه تایتومینون و همکاران (۲۰۰۵) همخوانی داشت. تایتومینون و همکاران در مطالعه خود فراوانی خونریزی پس از زایمان را ۱/۹٪ گزارش کردند که این میزان نسبت به گروه مادران باردار سالم بالاتر بود (۳۳).

در مطالعه حاضر میزان زایمان سزارین در مادران باردار با سابقه سوء مصرف مواد پایین‌تر بود که با مطالعات هوانگ و همکاران (۲۰۲۰) و نوس و همکاران (۲۰۱۷) مطابقت داشت (۲۷، ۳۴). آنان بیان نمودند که نرخ بالاتر زایمان طبیعی ممکن است به‌دلیل بروز بیشتر زایمان زودرس و همچنین نرخ پایین‌تر دیابت بارداری و نرخ بیشتر محدودیت رشد باشد.

مسئله مهمی که در افراد با سوء مصرف مواد می‌توان با آن مواجه شد، استفاده همزمان از چند دارو به‌تبع شرایط بازار و امکان دسترسی و شرایط قانونی و یا مصرف همزمان سیگار در این افراد است که بررسی تأثیر مواد را به‌طور جداگانه مشکل می‌ساخت که این مسئله یک محدودیت مهم این مطالعه بود. همچنین

برای مراقبت‌های دوران بارداری مراجعه می‌نمایند و در صورت امکان، جهت کاهش عوارض ناشی از مصرف مواد مخدر مشاوره در خصوص ترک مواد انجام گیرد.

### تشکر و قدردانی

این مطالعه منتج از طرح تحقیقاتی بوده و پس از کسب اجازه از دانشگاه علوم پزشکی شاهرود با کد IR.SHMU.REC.1398.167 انجام شده است. بدین‌وسیله از همکاران واحد توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان آیت‌الله روحانی بابل تشکر و قدردانی می‌شود. هیچ‌کدام از نویسندگان این مطالعه، افراد و یا مراکز حامی تعارض منافی برای انتشار این مقاله ندارند.

این احتمال وجود دارد که شیوع وابستگی به مواد مخدر در دوران بارداری در واقع بیشتر باشد، اما به‌دلیل برخی مسائل اجتماعی و فرهنگی کمتر گزارش شود.

### نتیجه‌گیری

اعتیاد در دوران بارداری با عوارض مادری، جنینی و نوزادی زیادی همراه می‌باشد، لذا با توجه به عوارض مادر و جنینی در زنان باردار مصرف‌کننده مواد مخدر توصیه می‌شود برنامه‌ای جامع و اختصاصی جهت انجام اقدامات تشخیصی، درمانی و بازتوانی به‌ویژه کاهش صدمات ناشی از اعتیاد برای زنان انجام گیرد. همچنین می‌توان توصیه کرد که مراقبت‌های پره‌ناتال در زنان باردار با دقت بیشتری انجام گیرد، زیرا این افراد کمتر

### منابع

1. Naghibi KH, Attari A. Diagnosis and treatment of drug dependency. Esfahan: University of Medical Sciences; 2004.
2. publication UN. World Drug Report 2021 [Available from: [https://www.unodc.org/res/wdr2021/field/WDR21\\_Booklet\\_3.pdf](https://www.unodc.org/res/wdr2021/field/WDR21_Booklet_3.pdf).
3. Rostam-Abadi Y, Gholami J, Noroozi A, Ansari M, Baheshmat S, Hamzehzadeh M, et al. Public health risks associated with methadone in Iran: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Drug Policy* 2022; 100:103529.
4. Ghorbani M, Ansari Talebi S. A review of two decades of research on studies of the prevalence of women's addiction in Iran. *Social Health and Addiction* 2016; 3(9):61-90.
5. Masoumi Z, Shayan A, Azizi S, Sadeghian A. Incidence of complications among infants born from addicted mothers in Fatemeh hospital in Shahroud City, Iran. *Journal of Biostatistics and Epidemiology* 2018; 4(1):29-4.
6. World Drug Report; 2018 [Available from: <https://www.unodc.org/wdr2018/index.html>.
7. Greenfield SF, Pettinati HM, O'Malley S, Randall PK, Randall CL. Gender differences in alcohol treatment: an analysis of outcome from the COMBINE study. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 2010; 34(10):1803-12.
8. Gargari SS, Fallahian M, Haghghi L, Hosseinneshad-Yazdi M, Dashti E, Dolan K. Maternal and neonatal complications of substance abuse in Iranian pregnant women. *Acta Medica Iranica* 2012: 411-6.
9. Salari Z, Mirzaei F, Mehran M. Evaluation of relationship between opioid addiction and placental abruption; 2007.
10. Grella CE, Hser YI, Huang YC. Mothers in substance abuse treatment: Differences in characteristics based on involvement with child welfare services. *Child abuse & neglect* 2006; 30(1):55-73.
11. Vavrinkova B, Binder T, Vitkova I, Zivný J. Placental and umbilical cord changes in drug-addicted women. *Ceska gynekologie* 2001; 66(5):345-9.
12. Fanaei H, Riki F, Khayat S, Bornavard M. Brain-derived neurotrophic factor and nerve growth factor concentrations in maternal and umbilical cord blood of opium-addicted mothers. *Int J Dev Neurosci* 2020; 80(7):594-600.
13. Keegan J, Parva M, Finnegan M, Gerson A, Belden M. Addiction in pregnancy. *J Addict Dis* 2010; 29(2):175-91.
14. Kopecky EA, Ryan ML, Barrett JF, Seaward PG, Ryan G, Koren G, et al. Fetal response to maternally administered morphine. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2000; 183(2):424-30.
15. Salihu HM, Salemi JL, Aggarwal A, Steele BF, Pepper RC, Mogos MF, et al. Opioid drug use and acute cardiac events among pregnant women in the United States. *The American Journal of Medicine* 2018; 131(1):64-71.
16. Kuczkowski KM. The effects of drug abuse on pregnancy. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology* 2007; 19(6):578-85.

17. Tsakiridis I, Oikonomidou AC, Bakaloudi DR, Dagklis T, Papazisis G, Chourdakis M. Substance Use During Pregnancy: A Comparative Review of Major Guidelines. *Obstetrical & Gynecological Survey* 2021; 76(10):634-43.
18. Cook JL, Green CR, de la Ronde S, Dell CA, Graves L, Morgan L, et al. Screening and management of substance use in pregnancy: a review. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* 2017; 39(10):897-905.
19. Aghamohamadi D, Gol MK. An investigation into the effects of magnesium sulfate on the complications of succinylcholine administration in nulliparous women undergoing elective cesarean section: A double-blind clinical trial. *International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences* 2019; 7(4):520-5.
20. Charlotte W, Loshak H, Dulong C. Withdrawal Management and Treatment of Crystal Methamphetamine Addiction in Pregnancy: A Review of Clinical Effectiveness and Guidelines. *Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health, Ottawa (ON)*; 2019.
21. de Angelis C, Nardone A, Garifalos F, Pivonello C, Sansone A, Conforti A, et al. Smoke, alcohol and drug addiction and female fertility. *Reproductive Biology and Endocrinology* 2020; 18(1):1-26.
22. Stone R. Pregnant women and substance use: fear, stigma, and barriers to care. *Health & Justice* 2015; 3(1):1-5.
23. Khajedaluae M, Dadgar Moghadam M. Maternal substance abuse and the child's addiction during adolescence and young adulthood. *Iran J Obstet, Gynecol Infertil* 2013; 16(52):1-7.
24. Ramezanzadeh F, Tavafian S, Vahdaninia M, Shariat M, Montazeri A. Maternal and fetal outcomes of narcotic substance abuse, cigarette smoking, and unsafe drugs. *Hakim Res J* 2007; 10(3):9-16.
25. Torshizi M, Saadatjoo S, Farabi M. Prevalence of narcotic substance abuse and the maternal and fetal outcomes in pregnant women. *Journal of Jahrom University of Medical Sciences* 2011;9(3):14-9.
26. Peyrovi T, Solaeymanirad J. Effect of long term addiction with morphine on fetal rat development. *Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences* 2002; 35(52):21-25.
27. Hoang T, Czuzoj-Shulman N, Abenhaim HA. Pregnancy outcome among women with drug dependence: A population-based cohort study of 14 million births. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction* 2020; 49(7):101741.
28. Vucinovic M, Roje D, Vučnović Z, Capkun V, Bucat M, Banović I. Maternal and neonatal effects of substance abuse during pregnancy: our ten-year experience. *Yonsei medical journal* 2008; 49(5):705-13.
29. Gabrhelik R, Skurtveit S, Nechanská B, Handal M, Mahic M, Mravčik V. Prenatal methamphetamine exposure and adverse neonatal outcomes: a nationwide cohort study. *European Addiction Research* 2021; 27(2):97-106.
30. Sharifian J, Jahanian M, Tavassoli F, Tavassoli S, AfzalAghae M, Afshari R, et al. The fate of motherhood, fetuses and neonates in drug addicted pregnant women. *SSU\_Journals* 2011; 19(2):183-91.
31. Leventhal JL, Maida Taylor MD, Sadock V, Schwarz PJ, Arnon SS. Alerts, Notices, and Case Reports. *The Western Journal of Medicine* 2010; 156(2):116-132.
32. Kalaitzopoulos DR, Chatzistergiou K, Amylidi AL, Kokkinidis DG, Goulis DG. Effect of methamphetamine hydrochloride on pregnancy outcome: a systematic review and meta-analysis. *Journal of addiction medicine* 2018; 12(3):220-6.
33. Thaithumyanon P, Limpongsanurak S, Praisuwanna P, Punnahitanon S. Perinatal effects of amphetamine and heroin use during pregnancy on the mother and infant. *Journal-Medical Association of Thailand* 2005; 88(11):1506-13.
34. Neves AR, Neves F, Santos Silva I, Almeida MD, Monteiro P. Mode of Delivery in Drug-Dependent Pregnant Women: A Case Control Study. *Journal of Pregnancy* 2017; 2017.
- 35.