

زنان باردار با سوء مصرف مواد

سید جواد حسینی^۱، امین حسینی^۲، سارا مظفری^۳

چکیده

سوء مصرف مواد از معضلات عمده بهداشتی است که بسیاری از اقشار جامعه از جمله مادران باردار را در معرض تهدید و پیامدهای نامطلوب قرار می‌دهد. در حال حاضر ظرفیت تولید مثل زنان مبتلا به اختلالات مصرف مواد و زنانی که باردار هستند، بسیاری از مراکز ارائه دهنده‌ی خدمات بهداشتی را به چالش کشانده است. از جمله مشکلات مرتبط با دوران بارداری، سابقه‌ای از تروما و سوء استفاده، اجتناب یا دسترسی ضعیف به مراقبت‌های دوران بارداری، و ترس از عواقب قانونی است. پیامدهای ناشی از سوء مصرف مواد مخدر در طی بارداری شامل سقط خودبه خودی، زایمان زودرس، وزن تولد پایین، جدا شدن زودرس جفت، محدودیت رشد و سندرم محرومیت نوزادی است. مقاله حاضر متمرکز بر بیماری‌های واگیردار، خطرات مرتبط با جنین و مادر، ملاحظات درمانی و غربالگری برای تنباکو، حشیش، مخدرها، بنزودیازپین‌ها، محرک‌ها و چند ماده‌ی دیگر است. ارائه‌ی اطلاعات جامع برای کمک به متخصصین در این حوزه به منظور تعامل بهتر با این بیماران و آگاهی دادن به آن‌ها در مورد نحوه‌ی مراقبت و نیز شکستن چرخه‌ی شکل‌گیری متقابل مصرف و اعتیاد حائز اهمیت است. بر آگاهی بخشی خانواده‌ها و مشاوره در خصوص عوارض و خطرات مصرف مواد و داروهای غیرمجاز تاکید می‌شود. بنابراین، توجه خاص به پیشگیری، درمان و کنترل سوء مصرف مواد در مراقبت‌های قبل و هنگام بارداری ضروری است.

کلید واژه‌ها: اختلالات مصرف مواد، زنان باردار

۱. نویسنده مسئول: دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران،

پست الکترونیک: dr.hoseini70@yahoo.com

۲. دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

۳. دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

مقدمه

اعتیاد به مواد مخدر نیاز به ادامه‌ی استعمال مواد را ایجاد کرده و منجر به وابستگی روانی یا جسمی به آثار داروهای اعتیادآور می‌شود و آثار مخرب شخصی و اجتماعی دارد. مصرف مواد در طی بارداری با افزایش خطر مرگ و میر دوره‌ی پری ناتال همراه است. مشکلات ناشی از سوء مصرف مواد مخدر در طی بارداری شامل سقط خودبه‌خودی، زایمان زودرس، وزن تولد پایین، جدا شدن زودرس جفت، محدودیت رشد و سندرم محرومیت است. این مشکلات با عوارض اقتصادی، اجتماعی، جسمی، خانوادگی همراه است. بنابراین، آگاهی و مداخله فعال نهادهای مختلف جامعه ضروری است (سواد زاده، ۱۳۸۷). سوء مصرف مواد ارتباط مستقیم و زیان‌بار با عوارض بارداری دارد (عزیز محمدی، عزیز محمدی و علوی، ۱۳۹۲). اعتیاد مادران حامله به مواد مخدر موجب افزایش مرگ داخل رحمی جنین، مرگ نوزاد در سه روز اول تولد، اختلال رشد داخل رحمی جنین، جدا شدن زودرس جفت، مسمومیت بارداری، زایمان زودرس، پارگی زودرس کیسه‌ی آب، سزارین، هیپاتیت B، کاهش قند خون نوزاد، نیاز به اقدامات احیا و بستری در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان، مشکلات تنفسی، تشنج نوزاد و کاهش دور سر، قد و وزن و آپگار دقیقه اول و پنجم نوزاد و همچنین کاهش توده‌ی بدنی مادران می‌شود (به نقل از شریفیان عطار و همکاران، ۱۳۹۰). پژوهش صالح گرگری و همکاران (۱۳۹۰) فراوانی ۰/۵ درصد سوء مصرف مواد در زنان باردار را نشان داد که به ترتیب تریاک (۶۲/۶٪) شایع‌ترین ماده مصرفی و به دنبال آن کراک (۲۰/۲٪) بوده است. در همه گروه‌های مبتلا تعداد زایمان‌های زودرس بالاتر از گروه غیر مبتلا بود که از همه بیشتر در گروه مصرف‌کننده کراک (۴۵/۸٪) با خطر نسبی ۲/۵۵ بوده است. علائم محرومیت از مواد در ۳۸/۷٪ نوزادان مادران مصرف‌کننده (کراک ۴۰/۴٪، مواد مخدر ۳۸/۶٪، کریستال ۳۵/۳٪ و چند دارویی ۴۵/۵٪) بروز یافته است. وزن نوزادان مادران مصرف‌کننده کراک، مواد مخدر و مصرف‌کننده چند دارو به‌طور معنی‌داری نسبت به گروه غیر مصرف‌کننده کمتر بود. میزان بستری نوزادان زنان مصرف‌کننده مواد مخدر و محرک در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان به‌طور معنی‌داری بیشتر از نوزادان گروه غیر مصرف‌کننده بود. مرگ نوزاد در ۱۰/۱٪ گروه مصرف‌کننده کراک و در ۵/۸٪ گروه

مصرف کننده مواد مخدر اتفاق افتاد که با گروه شاهد تفاوت آماری معنی داری داشت. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که بین اعتیاد مادر در دوران بارداری و اعتیاد فرزند و همچنین بین اعتیاد مادر و نقص عضو فیزیکی مشهود در هنگام تولد، سابقه خشونت خانوادگی، آزار جسمی و روانی کودک ارتباط معناداری وجود دارد (خواجه دلویی و دادگر مقدم، ۱۳۹۲). خوشبختانه، بسیاری از زنان باردار مصرف کننده‌ی مواد زمانی که متوجه می‌شوند باردار هستند، مصرف مواد را قطع می‌کنند. اختلالات زنان باردار مصرف کننده‌ی مواد ناشی از تجربه‌ی احساس گناه و شرمی است که هنگام روبرو شدن آن‌ها با نگرش‌های تنبیهی و قضائوی ایجاد می‌شود. بعلاوه، آن‌ها ممکن است با مسائل قانونی و حقوقی روبرو شوند و ترس از بازداشت شدن از مراقبت نوزادشان را داشته باشند. این بیماران درست زمانی از مراقبت‌های دوران بارداری پرهیز می‌کنند که مراقبت‌های پزشکی بیشترین اهمیت را دارد. همچنین، زنانی که توانایی باروری دارند اما باردار نیستند اغلب از اهمیت برنامه‌ریزی بارداری و استفاده از روش‌های مطمئن جلوگیری از بارداری در زمینه‌ی اختلالات مصرف مواد بی‌اطلاع هستند (اهرمین، ۲۰۰۱). بسیاری از این بیماران سابق قابل توجهی از تروما در گذشته دارند. از جمله سوءاستفاده‌ی جنسی و جسمی و نیز ممکن است از اختلال استرس پس از سانحه، افسردگی و دیگر اختلال‌های روانی تشخیص داده نشده و درمان نشده رنج ببرند. سهیلی و همکاران (۱۳۹۱) در پژوهشی با عنوان بررسی شیوع مصرف داروهای غیر مجاز و الکل در طی دوره بارداری در شهر ایلام بدین نتیجه دست یافتند که ۴۹ نفر (۶۶/۷٪) از مادران از عوارض جانبی داروهای مخدر آگاهی نداشتند و ۲۰ نفر (۲۷/۳٪) آنان آگاهی نسبی دارند. ۱۴ نفر (۱۸/۹٪) از زنان طی بارداری از داروهای ضد درد استفاده کرده‌اند. شیوع مصرف مواد مخدر در بین زنان باردار ۴ نفر (۵/۴٪) و بین همسران آن‌ها ۱۰ نفر (۱۳/۵٪)، شیوع مصرف الکل در بین زنان باردار ۳ نفر (۴/۰۵٪) و بین همسران آن‌ها ۴ نفر (۵/۴٪) و شیوع روان گردان بین زنان باردار ۰٪ و بین همسران آن‌ها ۲ نفر (۲/۷٪) بوده است. در ۶۴ نفر (۸۶/۵ درصد) از موارد بین مادران و همسران از نظر باردار شدن توافق وجود

داشته است. نتایج رنجبر، کهن، عباس زاده و عرب (۱۳۹۰) در خصوص میزان خشونت علیه مادر و سوء مصرف مواد در دوران بارداری و ارتباط آن‌ها با پیامد بارداری نشان داد که میزان سوء مصرف مواد و خشونت در زمان بارداری ارتباط معنی دار وجود داشت. همچنین سوء مصرف مواد با وزن کم هنگام تولد ارتباط داشت. در ۳۶/۲ درصد موارد پیش‌بینی جنسیت کودک بر خلاف تمایل همسر باعث افزایش خشونت شده بود. بین مصرف قلیان و سیگاری بودن زن با وزن کم هنگام تولد ارتباط وجود داشت. رمضان زاده و طوافیان (۱۳۸۲) فراوانی مصرف داروهای غیر مجاز و مواد مخدر در سه ماهه اول بارداری را مورد بررسی قرار دادند و بدین نتیجه دست یافتند که مادرانی که همسرانشان از تحصیلات بالاتری برخوردار بودند نسبت به گروه با تحصیلات کمتر همسر و مادرانی که سابقه نازایی داشتند نیز نسبت به گروه با سابقه عدم نازایی، بیشتر دارو مصرف نموده بودند. جوان، دلبری، تبرایی، هاشمیان و احمري طهران (۱۳۹۳) در تحقیقی با عنوان ارتباط بین سوء مصرف مواد مخدر با طول مدت تغذیه انحصاری در مادران شیرده شهر سبزوار بدین نتیجه دست یافت که نوع ماده مخدر مصرفی ۵۳/۷٪ از مادران؛ تریاک، ۲۲٪ شیر، ۴/۹٪ تریاک و شیر، ۴/۹٪ متادون، ۹/۷٪ کریستال و ۴/۸٪ کراک بود. همچنین ۳۱/۴٪ از مادرانی که سوء مصرف مواد مخدر داشتند شیردهی انحصاری آنان تا ۶ ماهگی بود، در صورتی که در گروه عدم سوء مصرف مواد، ۸۵٪ مادران تا ۶ ماهگی تغذیه انحصاری با شیر خود را داشتند. همچنین وضعیت تغذیه انحصاری در ۲، ۴ و ۶ ماهگی بین دو گروه، تفاوت آماری معنی داری نشان داد. طبق نتایج این مطالعه، مصرف مواد مخدر توسط مادر در دوران بارداری و شیردهی می‌تواند باعث کاهش مدت زمان تغذیه انحصاری با شیر مادر شود. ترشیزی، سعادت جو و فارابی (۱۳۹۰) در پژوهشی با عنوان بررسی شیوع مصرف مواد مخدر و عوارض آن در زنان باردار مراجعه کننده به زایشگاه بیمارستان ولیعصر (عج) بیرجند بدین نتیجه دست یافتند که شیوع اعتیاد در بین زنان بستری شده برای زایمان برابر با ۰/۶۹ درصد بود. در زنان مورد مطالعه، ۱۱/۴ درصد دکولمان، ۱۰ درصد مرده زایی و ۳۷/۶ درصد زجر جنینی گزارش شد. شیوع زایمان زودرس در زنان معتاد، به طور معناداری بیش تر بود. نسبت شانس زایمان

زودرس در زنان معتاد ۵/۹۶ برابر بیش تر بود. این محققین نتیجه گرفتند که اگرچه تعداد زنان باردار معتاد اندک است، اما با توجه به نتایج پری ناتال جزء گروه‌های پرخطر محسوب می‌شوند و در نتیجه باید برنامه‌های آموزشی پیش‌گیرانه در طول بارداری بر ترک مواد مخدر و یا جایگزینی با مواد مخدر کم‌عارضه متمرکز شود. شریفیان و همکاران (۱۳۹۰) در پژوهشی تحت عنوان سرانجام مادری، جنینی و نوزادی خانم‌های حامله معتاد به مواد مخدر بدین نتیجه دست یافتند که عوارضی مانند دکولمان، زایمان زودرس، پراکلامپسی، افزایش فشارخون، پارگی زودرس کیسه آب، سزارین، هیپاتیت B، مایع آمینوتیک مکونینال، اختلال رشد داخل رحمی جنین، آنومالی‌های مشهود در نوزادان، آپگار پائین دقیقه اول و پنجم، مرگ داخل رحمی جنین، هیپو گلیسمی و تشنج در نوزاد، مشکلات تنفسی و سندرم زجر تنفسی نوزادان، نیاز به اقدامات احیای نوزاد و بستری در NICU، مرگ نوزاد در سه روز اول تولد، کاهش وزن، قد و دورسر نوزادان در بین مادران معتاد و نوزادان متولد شده آن‌ها در مقایسه با گروه شاهد افزایش معناداری را نشان داده است.

مقاله حاضر در خصوص خطرات سلامت مادر و نوزاد در ارتباط با مصرف مواد در دوران بارداری و حتی پس از آن است. همچنین رهنمودهایی را در مراقبت از بیماران باردار مبتلا به اختلالات مصرف مواد فراهم می‌کند.

مدیریت بالینی زنان باردار مبتلا به اختلالات مصرف مواد

روان‌پزشکانی که با زنان مبتلا به مصرف مواد کار می‌کنند علاوه بر مسائل منحصر به فرد زنان و بارداری معمولاً با چالش‌هایی در مصاحبه با بیماران مبتلا به اختلالات مواد مواجه می‌شوند. بارداری زنان مبتلا به اختلالات مصرف مواد به‌عنوان مانع بزرگی برای خود افشایی به شمار می‌آید (یانکرز، هاول و گاتمن^۱، ۲۰۱۱). اولین چالش روان‌پزشکان غلبه بر این مانع و ایجاد یک رابطه درمانی قابل اعتماد با زنان باردار مبتلا به مصرف مواد است. به زنان باردار باید مسائل پزشکی، اجتماعی و عواقب قانونی استفاده از مواد مخدر آموزش داده شود (جونز^۲ و همکاران، ۲۰۱۰). زنان باردار مبتلا به اختلالات مصرف مواد اغلب احساس گناه و

شرم می کنند. روان پزشکان باید قادر به همدردی و کمک به کاهش این احساسات به منظور ایجاد رابطه‌ی بیمار- پزشک باشند (سیلوا، پیرس و گوئررو و کاردوسو،^۱ ۲۰۱۳).

تنباکو و خطرات مرتبط با جنین و مادر

سیگار کشیدن در طول بارداری شایع است. تشخیص میزان حقیقی شیوع دشوار است و به‌طور گسترده‌ای از ۱۲ درصد به ۲۵ درصد رسیده است (کولمن و جویس،^۲ ۲۰۰۳؛ کناتینگوس^۳، ۲۰۰۴). زنان افسرده نسبت به زنان غیر افسرده به احتمال بیشتری در طول بارداری سیگار می کشند (بلالوک، فولادی، وتر و سینسیرینی،^۴ ۲۰۰۵).

دود تنباکو با محدودیت رشد درون رحمی^۵، افزایش خطر ابتلا به بارداری خارج از رحمی، جدا شدن زودرس جفت، مرده‌زایی، تولد زودرس، وزن کم هنگام تولد و ناهنجاری‌های مادرزادی مرتبط است (بندرلی^۶ و همکاران، ۲۰۱۵). نشانه‌های بیماری پس از تولد، از قبیل سندرم مرگ ناگهانی نوزاد^۷ با سیگار کشیدن مادر هنگام بارداری و قرار گرفتن غیر مستقیم در معرض دود سیگار مرتبط است (آلم، میلراد و ونرگرن،^۸ ۱۹۹۸). قرار گرفتن در معرض دود تنباکو نیز با افزایش خطر ابتلا به آسم و بیماری‌های تنفسی همراه است (بندرلی و همکاران، ۲۰۱۵). سیگار کشیدن با رشد عصبی ناقص جنین- که نتیجه‌ی احتمالی بسیاری از تولدهای زودرس است- مرتبط است (گرین^۹ و همکاران، ۲۰۰۵؛ هرمن، کینگ و ویتزمن^{۱۰}، ۲۰۰۸). همچنین سیگار کشیدن مادر با افزایش آسیب‌پذیری فرزندان نسبت به سرطان مرتبط است (مورارو^{۱۱} و همکاران، ۲۰۱۴). سیگار کشیدن در طول دوران بارداری می‌تواند منجر به صدمه‌ی DNA نوزادان و بی‌ثباتی عمده‌ی کروموزوم‌ها شود (کارلی^{۱۲} و همکاران، ۲۰۱۴). نیکوتین در مقادیر نسبتاً بالا از شیر مادر منتقل می‌شود. کشیدن بیش از ۱۰ سیگار در روز تولید شیر مادر را کاهش می‌دهد. قرار گرفتن در معرض

1. Silva, Pires, Guerreiro & Cardoso
2. Colman & Joyce
3. Chantingius
4. Blalock, Fouladi, Wetter & Cinciripini
5. Intrauterine growth restriction
6. Banderali, Martelli & Landi

7. Sudden infant death syndrome
8. Alm, Milerad & Wennergren
9. Green
10. Herrman, King & Weitzman
11. Muraro
12. Kareli

دخانیات ممکن است الگوهای خواب نوزادان را نیز تغییر دهد (منلا، چورشاوو مورگان^۱، ۲۰۰۷؛ پریمو، روئلا، بروتو، گارسیا و لیما^۲، ۲۰۱۳). اگرچه سیگار کشیدن مادر منجر به منع مطلق تغذیه با شیر مادر نمی‌گردد، اما زنان شیرده باید به شدت برای ترک سیگار تشویق شوند و در معرض مستقیم و غیرمستقیم قرار گرفتن دود سیگار را به حداقل برسانند (ساجز^۳ و همکاران، ۲۰۱۳). شایگان (۱۳۹۰) در مقاله‌ای تأثیر اعتیاد زنان باردار بر جنین را مورد بررسی قرار داده است و بیان داشته است که اعتیاد در زمان بارداری منجر به احتمال زایمان زودرس، سقط جنین، نقائص شناختی و رفتاری نوزادان و تولد نوزاد با وزن کم می‌شود. رمضان زاده، طوافیان، وحدانی‌نیا، شریعت و منتظری (۱۳۸۶) در پژوهشی بدین نتیجه دست یافتند که از میان زنان شرکت‌کننده در مطالعه ۶۰ نفر (۱/۴٪) مصرف مواد مخدر و ۷۹ نفر (۱/۸٪) مصرف سیگار و ۶۱۶ نفر (۱۴/۳٪) مصرف داروی غیرایمن داشتند. همچنین از میان همسران این زنان ۱۸۶ نفر (۴/۳٪) مصرف مواد مخدر و ۱۴۸۶ نفر (۳۴/۴٪) مصرف سیگار داشته‌اند. مصرف داروی غیرایمن و سیگار در دوران بارداری توسط زنان باعث افزایش شانس پیامد نامطلوب مادری و پیامد نامطلوب جنینی می‌شود.

غربالگری و ملاحظات درمان

همه‌ی زنان باردار باید برای مصرف تنباکو غربال شوند. بارداری فرصتی است تا سیگار کشیدن متوقف شود و آموزش مداوم و پایدار برای خطرات مرتبط با تنباکو ممکن است زنان و همسرانشان را برای ترک تشویق کند (مک برید، ایمونز و لیبکاس^۴، ۲۰۰۳؛ کرافورد، تولوسا و گولدنبرگ^۵، ۲۰۰۸). توصیه‌های درمانی برای ترک سیگار، شامل مشاوره، آموزش سلامت، رفتاردرمانی شناختی، مداخلات پایه‌ای انگیزه و حمایت اجتماعی، مداخلات برای کاهش مصرف تنباکو و کمتر شدن وضع حمل‌های قبل از موعد، منجر به کسب موفقیت‌هایی در این جمعیت شده است (لاملی^۶ و همکاران، ۲۰۰۹؛ چمبرلین^۷ و همکاران، ۲۰۱۳؛ هان،

1. Mennella, Yourshaw & Morgan
2. Primo, Ruela & Brotto, Garcia & Lima
3. Sachs

4. McBride, Emmons & Lipkus
5. Crawford, Tolosa & Goldenberg
6. Lumley
7. Chamberlain

دافی و مک کال^۱، ۲۰۱۴). مطالعات اندکی درباره‌ی درمان دارویی ترک سیگار در دوران بارداری وجود دارد. درمان جایگزینی نیکوتین به‌عنوان جایگزینی برای سیگار با کاهش میزان مواجهه جنین با مونوکسید کربن، برای خارج کردن تدریجی نیکوتین بکار گرفته می‌شود (آنکن و کرانزler^۲، ۲۰۰۳). مطالعات اخیر اثر مثبت بوپروپیون را نشان داد که در آن زنان باردار نسبت به گروه شاهد سیگار کشیدن را ترک می‌کنند (چان، اینارسون و کورن^۳، ۲۰۰۵). برخی از مطالعات نابهنجاری‌های قلبی را به دلیل قرار گرفتن در معرض بوپروپیون در طول سه ماهه‌ی اول بارداری می‌دانند (کول^۴ و همکاران، ۲۰۰۷؛ آلوان^۵ و همکاران، ۲۰۱۰). برخی شواهد حاکی از این است که احتمال آسیب‌زا بودن این ماده پایین است (اینارسون و اینارسون^۶، ۲۰۰۵). مصرف وارنیکلین در دوران بارداری مطالعه نشده است و نباید برای ترک سیگار قبل از تولد استفاده شود. از آنجا که اطلاعات محدودی برای ایمنی و اثربخشی مداخلات دارویی برای ترک سیگار در طول بارداری در دسترس است، داروها برای کسانی توصیه شده است که سیگاری هستند (دی لانگ، بار، هاردی و هالووی^۷، ۲۰۱۴). و به تنهایی با مشاوره و درمان قادر به ترک نیستند (کرافورد و همکاران، ۲۰۰۸). در یک برنامه درمانی باید به دقت خطرات نسبی همه جانبه در نظر گرفته شود (مکلافرتی^۸ و همکاران، ۲۰۱۶).

حشیش و خطرات مرتبط با جنین و مادر

حشیش شایع‌ترین ماده‌ی مخدر غیرقانونی است که زنان باردار استفاده می‌کنند. اگرچه تقریباً ۲/۵ درصد از زنان به مصرف حشیش در بارداری اعتراف می‌کنند. اما تعیین شیوع دقیق آن به دلیل کم گزارش کردن زنان، دشوار است (متز و استیکراس^۹، ۲۰۱۵). علاوه بر این، به علت مصرف بالای هم‌زمان حشیش با سایر مواد مخدر به خصوص توتون و تنباکو، تعیین اثرات مستقیم حشیش نیز دشوار است (جاکوئس^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۴؛ مارک، دیسای

1. Haug, Duffy & McCaul
2. Oncken & Kranzler
3. Chan, Einarson & Koren
4. Cole, Modell & Haight
5. Alwan
6. Einarson & Einarson

7. De Long, Barra , Hardy & Holloway
8. McLafferty
9. Metz & Stickrath
10. Jaques, Kingsbury & Henshcke

و ترپلن^۱، ۲۰۱۵). قانونی کردن مصرف ماری‌جوآنا در برخی موارد منجر به افزایش میزان فروش، مصرف و دسترسی شده است (متز و استیکراس، ۲۰۱۵). بررسی نگرش افراد نسبت به مصرف حشیش نشان می‌دهد که بسیاری از جوانان حشیش را در مقایسه با دیگر مواد مخدر، ماده‌ی آن چنان مضر نمی‌دانند (پیرسون و شینر^۲، ۲۰۰۲). به احتمال زیاد همه‌ی این عوامل می‌توانند علت شیوع مصرف حشیش در دوران بارداری باشد (متز و استیکراس، ۲۰۱۵).

رشد نابهنجار جنین و کاهش وزن نوزاد در هنگام تولد با مصرف ماری‌جوآنا ارتباط تنگاتنگی دارد (متز و استیکراس، ۲۰۱۵). مصرف حشیش با محدودیت رشد جنین در اواسط تا اواخر بارداری و همچنین با کاهش وزن هنگام تولد، به‌ویژه در جنین‌هایی که در معرض مصرف مزمن حشیش قرار داشتند، مرتبط است (المارون^۳ و همکاران، ۲۰۰۹). مصرف حشیش در دوران بارداری با مرده متولد شدن نوزاد نیز همراه بوده است (وارنر^۴ و همکاران، ۲۰۱۴). همچنین بین مصرف ماری‌جوآنا و تولد زودرس نیز ارتباط تنگاتنگی وجود دارد (متز و استیکراس، ۲۰۱۵). مصرف ماری‌جوآنا به‌طور نامحسوسی با اختلالات عصبی-رفتاری از جمله پاسخ از جا پریدن بیش از حد و طولانی‌مدت، اختلالات چرخه‌ی خواب و عملکردهای شناختی ضعیف مرتبط است (فرید و اسمیت^۵، ۲۰۰۱؛ متز و استیکراس، ۲۰۱۵). به روشنی می‌توان از این اطلاعات نتیجه گرفت که با مصرف حشیش رشد نوزادان تحت تأثیر قرار خواهد گرفت (مکلافرتی و همکاران، ۲۰۱۵). نوزادانی که در معرض مصرف حشیش بودند دور سر کوچک‌تری در هنگام تولد داشتند که این اختلاف در دوران نوجوانی افزایش می‌یابد. مصرف حشیش، به‌خصوص مصرف روزانه‌ی مزمن آن، با نتایج نامطلوب عصبی-رفتاری نیز مرتبط است (فرید، واتکینسون و گری^۶، ۱۹۹۹). قرار گرفتن در معرض حشیش پیش از تولد با پرخاشگری و مهارت‌های ضعیف توجه همراه است (المارون و همکاران، ۲۰۱۱). مطالعات حاکی از آن است که قرار گرفتن

1. Mark, Desai & Terplan
2. Pearson & Shiner
3. Marroun, Tiemeier & Steegers

4. Varner, Silver & Rowland
5. Fried & Smith
6. Watkinson & Gray

در معرض حشیش در دوران بارداری با عملکرد اجرایی ضعیف فرزندان، مرتبط است (فرید و اسمیت، ۲۰۰۱). مطالعات حیوانی نشان می‌دهد که قرار گرفتن در معرض حشیش رفتارهای بیش‌فعالی را افزایش می‌دهد (مورنو، اسکوردو، مونوز، فونسکا و ناوارو، ۲۰۰۵). کودکان در طول سه ماهه‌ی اول و سوم بارداری با افزایش خطر قرارگرفتن در معرض ماری‌جوآنا، بیش‌فعالی و تکانشگری و کاهش توجه را نشان می‌دهند (گلداسمیت، دی و ریچاردسون، ۲۰۰۰). قرار گرفتن در معرض حشیش در دوران بارداری نیز فرزندان را در معرض خطر بالاتری برای مصرف ماری‌جوآنا و سیگارکشیدن قرار می‌دهد (پوراس^۳ و فرید، ۲۰۰۵). حشیش به راحتی وارد شیر مادر می‌شود (مکلافرتی و همکاران، ۲۰۱۵). در معرض حشیش قرار گرفتن نوزاد از طریق شیر مادر منجر به اثرات منفی رشد عصبی، تأخیر در رشد حرکتی، بی‌حالی و تغذیه کمتر می‌گردد (ساجز و همکاران، ۲۰۱۳).

غربالگری و ملاحظات درمان

همه‌ی زنان باردار تحت مراقبت باید از نظر مصرف ماری‌جوآنا غربال شوند. زنانی که مصرف ماری‌جوآنا را گزارش می‌کنند، باید از خطرات مصرف ماری‌جوآنا در طول بارداری و در طول دوران شیردهی آگاه شوند. به زنان باردار و شیرده یا کسانی که دارای کودکان خردسال هستند باید توصیه شود که مصرف را متوقف کنند. اگر بیمار نمی‌تواند مصرف را متوقف کند باید برای درمان مصرف مواد خاص ارجاع داده شود (متر و استیکراس، ۲۰۱۵). مصرف ماری‌جوآنا در پدران و قرار گرفتن نوزادان در معرض آن تا سه برابر خطر سندرم مرگ ناگهانی نوزاد را افزایش می‌دهد (جاکوئز و همکاران، ۲۰۱۴).

شبه افیونی‌ها و خطرات مرتبط با جنین و مادر

شبه افیونی‌ها (و حشیش) از رایج‌ترین موادی هستند که در دوران بارداری مورد استفاده قرار می‌گیرند (استیتلی، کالهن و مکسول، نرهود و چافین^۴، ۲۰۱۰). در یک نمونه‌ی ملی بزرگ از زنان، ۱۴/۴ درصد زنان حداقل یک نسخه برای شبه افیونی‌ها داشتند و اکثر زنانی

1. Moreno, Escuredo, Munoz, Fonseca & Navarro
2. Goldschmidt, Day & Richardson

3. Porath
4. Stitely, Calhoun, Maxwell, Nerhood & Chaffin

که به طور مزمّن از شبه افیونی‌ها مصرف می‌کردند به الگوی استفاده‌ی خود در دوران بارداری نیز ادامه می‌دادند (باتمن^۱ و همکاران، ۲۰۱۴). مائدا، باتمن، کلاتسی، گرینگا و لفرت^۲ (۲۰۱۴) گزارش کردند که در یک مجموعه داده بزرگ ملی از ثبت بستری شدن‌ها، برای ۰/۲ درصد از زنان بستری شده تشخیص اختلال مصرف مواد شبه افیونی داده شده بود. خطرات قابل ملاحظه‌ای در ارتباط با اختلال مصرف مواد شبه افیونی در مادر وجود دارد (فیشر^۳ و همکاران، ۲۰۰۶). شواهد نشان می‌دهد که تجویز مواد شبه افیونی غیرقانونی مستقیماً تراژدن نیستند (شیک، هون و تولوساف لیبریزی و دونفلد^۴، ۱۹۹۶). مصرف مواد شبه افیونی در دوران بارداری با محدودیت رشد درون رحمی، نارسایی جفت و جدا شدن، پارگی زودرس غشا، خونریزی بعد از زایمان، نمرات پایین آپگار، زایمان زودرس و مرگ جنین مرتبط است (کالتنباخ، برگلا و فینگان^۵، ۱۹۹۸؛ مائدا و همکاران، ۲۰۱۴). خطرات مرتبط با اختلالات مصرف مواد شبه افیونی مادر برای نوزادان شامل نقص رشد بعد از تولد، میکروسفالی، مشکلات عصبی-رفتاری و سندرم مرگ ناگهانی نوزاد است (بنکه^۶ و همکاران، ۲۰۱۳). همه‌ی این موارد می‌توانند نهایتاً منجر به افزایش عوارض، مرگ و میر و طولانی‌تر شدن بستری نوزادان در بیمارستان شود. مصرف مواد شبه افیونی با خطرات مربوط به مادر از جمله کمبود تغذیه و خودمراقبتی، افزایش خطر عفونت و مصرف بیش‌ازحد ارتباط قابل ملاحظه‌ای دارد. اگرچه مکانیسم دقیق مصرف مواد شبه‌افیونی، اثرات نامشخصی دارد، این یک فرضیه است که کمترین عواقب آن با عوامل سبک زندگی کنونی از قبیل دسترسی محدود به مراقبت‌های دوران بارداری و تغذیه نامناسب مرتبط است (مکلافرتی و همکاران، ۲۰۱۶).

غربالگری و ملاحظات درمان

در بیمار باردار، درمان آگونیست شبه افیونی^۷، از آنجایی که می‌تواند خطر مسمومیت و ترک را در ارتباط با اختلال مصرف فعال مواد شبه افیونی به حداقل برساند به عنوان درمان

1. Bateman
2. Maeda, Bateman, Clancy, Creanga & Leffert
3. Fischer

4. Schick, Horn, Tolosa, Librizzi, & Donnenfeld
5. Kaltenbach, Berghella & Finnegan
6. Behnke
7. Opioid agonist therapy

ترجیحی باقی مانده است. متادون به مدت طولانی عامل انتخابی برای درمان آگونیست شبه افیونی در بیماران باردار بوده است، هرچند در حال حاضر وقتی که بوپرنورفین در دسترس باشد به عنوان یک درمان سنتی مناسب بکار می‌رود و مصرف متادون کاهش می‌یابد. بوپرنورفین توسط سازمان غذا و دارو^۱ برای درمان اختلال مصرف مواد شبه افیونی در زنان مورد تأیید قرار گرفته است. متادون و بوپرنورفین هر دو از نظر بالینی مطمئن و با کارآیی در برابر خطر عود، بهبود مراقبت‌های زایمان و نوزادان مانند وزن هنگام تولد، همراه است (مینوزی، آماتو و وچی و داوولی^۲، ۲۰۰۸). درمان نگهدارنده با متادون یا بوپرنورفین در دوران بارداری در ترکیب با مداخلات روانی مناسب کم خطرتر از اعتیاد فعال به مصرف مواد شبه افیونی است (فیشر و همکاران، ۲۰۰۶). باید راهبردهای پیشگیری از عود مانند افزایش حمایت‌های روانی اجتماعی و درمان در دسترس شبانه‌روزی در نظر گرفته شود (مکلافرتی و همکاران، ۲۰۱۶). ملاحظات برای مدیریت یک نوزاد در معرض مصرف مواد شبه افیونی در رحم مادر شامل توصیه‌هایی در مورد ارزیابی و مدیریت سندرم اجتنابی نوزاد و شیردهی است. سندرم اجتنابی نوزاد مجموعه‌ای از علائم فیزیولوژیکی و عصبی- رفتاری است که شامل تعریق، تحریک‌پذیری، افزایش تونوس عضلانی، اسهال و به ندرت تشنج می‌باشد. این علائم اغلب نیاز به بستری طولانی مدت و درمان با داروهای نظیر کلونیدین و مرفین و یا سایر شبه افیونی‌ها دارد (بنکه و همکاران، ۲۰۱۳). تغذیه با شیر مادر برای مادرانی که متادون یا بوپرنورفین مصرف می‌کنند توصیه می‌شود. در حال حاضر مقدار نسبتاً کم بوپرنورفین و متادون در شیر مادر و مزایای تغذیه با شیر مادر کاملاً شناخته شده هستند. علاوه بر این، تغذیه با شیر مادر در درمان سندرم اجتنابی نوزاد مهم است چرا که بخش عمده‌ای از اثر تسکین‌دهنده مرتبط با تماس پوست با پوست است؛ بنابراین زنانی که علاقمند به شیر دادن هستند باید به انجام این کار تشویق شوند (ساجز و همکاران، ۲۰۱۳).

کوکائین و خطرات مرتبط با جنین و مادر

مصرف کوکائین در دوران بارداری در محدوده‌ی ۱ تا ۱۰ درصد برآورد شده است (بوانسوار، چانگ، اپستین و استرن^۱، ۲۰۰۸). در معرض کوکائین قرار گرفتن قبل از تولد منجر به انقباض عروق می‌گردد که می‌تواند در هر مرحله از بارداری بر روی جنین تأثیر بگذارد (پلسینگر و وودز^۲، ۱۹۹۳). شواهد نیز نشان می‌دهد که افزایش خطر ابتلا به اختلالات سیستم قلبی و عروقی و عصبی مرکزی جنین، نقص اندام، نقص در روده و دستگاه ادراری و تناسلی، در ارتباط با مصرف کوکائین در طول بارداری است (بوهلر، کونورو اندرس^۳، ۱۹۹۶). شواهدی نیز ارتباط بین در معرض کوکائین قرار گرفتن جنین و عواقب رشد منفی در جنین را نشان می‌دهند (زاکرم، فرانک و مایس^۴، ۲۰۰۲؛ فالونه^۵ و همکاران، ۲۰۱۴). نتایج یک مطالعه نشان داد که کودکانی که قبل از تولد در معرض کوکائین قرار گرفتند در مقایسه با سایر کودکان دو برابر بیشتر احتمال دارد که تأخیر قابل ملاحظه‌ای را در رشد روانی حرکتی تجربه کنند (سینگر^۶ و همکاران، ۲۰۰۲).

آمفتامین‌ها و خطرات مرتبط با جنین و مادر

برخی از زنان برای اختلال توجه یا اختلالات خواب تجویز آمفتامین می‌گیرند که تا حد زیادی روی آن‌ها مطالعه‌ای صورت نگرفته است. تقریباً تمام مقالات منتشر شده‌ی به‌روز، بر کاربران غیرقانونی آمفتامین تمرکز دارند. اگرچه شواهدی در مورد افزایش خطر نقایص هنگام تولد با مصرف آمفتامین در دوران بارداری وجود ندارد، اما به‌طور مداوم با کم بودن سن هنگام تولد نوزادان، نابهنجاری‌های رفتاری دوران کودکی و نوزادی مرتبط است (پلسینگر، ۱۹۹۸). حتی پس از سازگاری نوزاد با دیگر موقعیت‌ها و شرایط مادر، بی‌اشتهایی که با مصرف آمفتامین مرتبط است منجر به افزایش خطر محدودیت رشد داخل رحمی می‌گردد (اسمیت و همکاران، ۲۰۰۶). یک مطالعه نشان داد که نوزادانی که در معرض آمفتامین قرار گرفته‌اند دارای انگیختگی کم و استرس بالا هستند (دلاگروتا^۷ و همکاران،

1. Bhuvanewar, Chang, Epstein & Stern
2. Plessinger & Woods
3. Buehler, Conover & Andres

4. Zuckerman, Frank & Mayes
5. Fallone
6. Singer
7. Della Grotta, LaGasse & Arria

۲۰۱۰). در معرض آمفتامین قرار گرفتن، نگرانی‌هایی را در مورد فشار خون بالای مادر و جنین ایجاد می‌کند. نوزادان در معرض مت‌آمفتامین، مشکل تغذیه، اختلال خواب و اختلالات تونوس عضلاتی خواهند داشت. اگرچه برخی از نوزادان ممکن است برخی از این علائم را نشان دهند اما تقریباً همه‌ی آن‌ها به‌طور خودبه‌خود برطرف می‌شوند و تنها درصد کمی از آن‌ها نیاز به مداخله‌ی پزشکی دارند. هیچ درمان دارویی شناخته شده‌ای نیز وجود ندارد.

غربالگری و ملاحظات درمان

از اهداف مطلوب درمان برای کوکائین و آمفتامین غیرقانونی، قطع فوری و اجتناب طولانی مدت، بسیار حائز اهمیت است. مؤلفه‌های خاص درمان باید شامل مراقبت‌های دوران بارداری و خود مراقبتی (مینس، لانگ و سینگر، ۲۰۱۱)، درمان شناختی رفتاری، آموزش خانواده و حمایت از والدین باشد. آمفتامین‌ها شامل ترکیبی از مواد غیر قابل پیش‌بینی و ناشناخته‌ای است که ممکن است برای نوزاد مضر باشد. زنان مصرف‌کننده‌ی کوکائین نیز نباید به نوزادان خود شیر بدهند (دی-آپولیتو، ۲۰۱۳). همکاری نزدیکی بین روان‌پزشک، گروه متخصص زایمان و بیمار باید وجود داشته باشد که باید با تمرکز بر حفظ مراقبت‌های دوران بارداری و نظارت بر جنین، عوامل استرس‌زای اجتماعی و محیطی به حداقل رسانده شود و کمترین دوز مؤثر و هر راهبرد دارویی که ممکن است مقابله را در بیمار افزایش دهد بکار گرفته شود (فریمن، ۲۰۱۴).

بنزودیازپین‌ها و خطرات مرتبط با جنین و مادر

نرخ سوء استفاده بنزودیازپین در دوران بارداری مشخص نیست. در اطلاعات همه‌گیرشناسی به ندرت استفاده انحصاری از بنزودیازپین‌ها بیان شده است. نظرسنجی‌های ملی از مصرف مواد در دوران بارداری نشان می‌دهد که به‌طور کلی نرخ سوء استفاده از بنزودیازپین به‌طور چشمگیری افزایش یافته است. شواهدی وجود دارد که زنان پس از زایمان به دلیل عود، به مواد متعددی روی می‌آورند اما اطلاعاتی از الگوهای مصرف بنزودیازپین‌ها در دوره‌ی پس از زایمان در دسترس نیست (گوپالان، گلانس و ازام، ۲۰۱۴).

بنزودیازپین‌ها در عوارض نوزادی در حوزه‌های مختلف دخالت دارند و تحقیقات پیرامون بنزودیازپین به تجویزها محدود شده‌است. شواهد حاکی از ارتباط شکاف دهان و ناهنجاری‌های قلبی عروقی با مصرف هم‌زمان روان‌گردان‌ها و قرارگرفتن در معرض آمفتامین‌ها است. برخی مطالعات نیز هیچ ارتباطی بین مصرف بنزودیازپین‌ها با ناهنجاری‌های مادرزادی پیدا نکرده‌اند. بنزودیازپین‌ها برای اینکه به سرم منتقل شوند به آلبومین نیاز دارند و سطوح آلبومین در اوایل بارداری بسیار پایین است (بان^۱ و همکاران، ۲۰۱۴). بنابراین عوارض جانبی بنزودیازپین‌ها به احتمال زیاد در سه ماهه‌ی سوم بارداری رخ می‌دهد (مکلافرتی و همکاران، ۲۰۱۶). با توجه به اثرات رشدی مصرف بنزودیازپین‌ها، برخی تحقیقات هیچ اثری از عوارض قرارگرفتن در معرض داروهای بنزودیازپین در کودکان سه ساله نشان نداده‌اند (هلمبرچ و تیاگاراچا^۲، ۲۰۰۸). قابل ذکر است که مطالعه‌ای که اثرات رشدی سوءاستفاده از بنزودیازپین در زمان زایمان را بررسی کرده باشند وجود ندارد (اودسبو^۳ و همکاران، ۲۰۱۵). بنزودیازپین‌ها باید در دوز نرمال تجویز شوند و نظارت دقیق برای مصرف آن‌ها وجود داشته باشد چرا که این داروها به شیر مادر منتقل می‌شوند. اطلاعات کمی درباره‌ی سوءاستفاده از بنزودیازپین‌ها در دوره‌ی شیردهی وجود دارد اما مطالعات نشان داده‌اند که خطرات ناشی از افزایش تحریک‌پذیری نوزاد و علائم ترک، به عنوان اثرات جانبی بالقوه برای استفاده از این دارو در طول دوره‌ی شیردهی وجود دارد (مکلافرتی و همکاران، ۲۰۱۶).

غربالگری و توصیه‌های درمان

مطالعات خیلی کمی صراحتاً به سوءاستفاده از بنزودیازپین‌ها توجه کرده‌اند و تحقیقات به گزارش‌های موردی و دستورالعمل‌های بالینی محدود شده است. شواهد عملی کمی درباره‌ی مدیریت روان‌پزشک برای مسمومیت و یا ترک در دوران بارداری در دسترس است. بیماران ممکن است برای درمان اختلال مصرف مواد به همراه وقوع اختلالات روانی برای درمان مراجعه کنند. یک رویکرد چند وجهی با استفاده از روش‌های انگیزشی،

1. Ban, West & Gibson
2. Helmbrecht & Thiagarajah

3. Odsbu, Skurtveit & Selmer

برنامه‌ریزی ۱۲ مرحله‌ای، خدمات توان‌بخشی همراه با مدیریت شرایط روانی، توصیه می‌شود. بیماران مبتلا به سوء مصرف روزانه، باید به‌طور ایمن سم‌زدایی شوند و ترجیحاً در یک محیط ایمن و استاندارد بستری شوند که در آنجا بتوانند یک دوره‌ی ترک را با دقت و برقراری تعادل، با نیاز به حداقل رساندن دارو به جنین سپری کنند (گوپالان و همکاران، ۲۰۱۴).

چالش‌های اخلاقی و حقوقی و اثر مثبت مراقبت گروهی

ارائه‌دهندگان مراقبت‌های سلامتی که با زنان باردار مبتلا به اختلالات مصرف مواد کار می‌کنند یک تعهد اخلاقی نسبت به ارائه‌ی مراقبت‌های پزشکی جامع و مؤثر دارند. جستجو و فراهم کردن این مراقبت می‌تواند برای بیمار باردار و ارائه‌دهنده خدمات عواقب حقوقی داشته باشد و بنابراین ارائه‌دهندگان خدمات می‌بایستی موارد مراقبتی را رعایت نمایند. زنان باردار مبتلا به اختلالات مصرف مواد نیازهای پیچیده‌ی پزشکی، روان‌پزشکی و مراقبت-گروهی دارند. برخی برنامه‌های مبتنی بر این نیازها با مراقبت‌های دوران بارداری ترکیب شده‌اند و نتایج مثبتی از جمله کاهش استفاده از مواد مخدر در دوران بارداری (وایتساید، کرون و کانرز، ۱۹۹۹) را به همراه داشته‌اند. مؤلفه‌های مهم این برنامه‌ها عبارتند از: خدمات اجتماعی، پرستاری، آموزش و مشاوره و خدمات روان‌پزشکی ویژه زنان و زایمان (دیویس، ۱۹۹۷؛ وایتساید و همکاران، ۱۹۹۹؛ آرمسترانگ^۳ و همکاران، ۲۰۰۳؛ ورلی، کانرز، کرنه، ویلیامز و بوکنی^۴، ۲۰۰۵).

نتیجه‌گیری

زنان باردار مبتلا به اختلالات مصرف مواد اغلب با چالش‌هایی روبرو هستند. عواقب منفی حقوقی، مشکلات مالی، حمایت‌های اجتماعی ضعیف، عدم دسترسی به مراقبت و خشونت خانگی منجر می‌شود که آن‌ها توانایی خودشان را برای جستجو کردن و استفاده از مواد بکار بگیرند و از درمان‌های مرتبط با سلامت روانی بهره‌مند نگردند. محدودیت‌ها در این

1. Whiteside-Mansell, Crone & Conners
2. Davis

3. Armstrong
4. Worley, Conners, Crone, Williams, & Bokony

زمینه عبارت از: کمبود اطلاعات در مورد خطرات مرتبط با جنین و مادر و استفاده از مواد خاص قبل از تولد و جستجوی درمان برای اختلالات مصرف مواد. روان‌پزشکانی که با این بیماران کار می‌کنند باید در این میدان در حال تغییر، آگاهانه باقی بمانند و با بیمارانی که به ندرت به ارائه‌دهندگان خدمات پزشکی اعتماد می‌کنند، تفاهم درمانی قوی ایجاد کنند. با وجود این چالش‌ها، روان‌پزشک در همکاری با ارائه‌دهندگان خدمات سلامت زنان مشغول به کار است تا در یک موقعیت ایده‌آل، برای ایجاد تأثیر چشمگیر پایدار در سلامت کلی مادران، نوزادان و شادی خانواده‌های آن‌ها و برای ارائه‌ی شواهد اساسی برای درمان زنان باردار مبتلا به اختلالات مصرف مواد، تلاش کند. زنان بارداری که از مخدرها سوءاستفاده می‌کنند نه تنها خود بلکه جنین خود را در معرض خطر قرار می‌دهند. آن دسته از زنان معتاد به هروئین، در صورت قطع مصرف این ماده (زمانی که کودک آن‌ها متولد می‌شود) علائم ترک دارو را تجربه می‌کنند که این تجربه می‌تواند بسیار ناراحت‌کننده و برای جنین آن‌ها مضر باشد. استفاده زنان از مواد مخدر و اعتیادآور زمینه‌ساز بروز بیماری‌های متعددی جسمانی و روانشناختی برای کودکان آن‌ها است. عقب‌ماندگی ذهنی جنین پیامد اعتیاد زنان باردار به مواد مخدر صنعتی است. تأثیر مواد مخدر بر روی جنین از طریق مادران بارداری که از مواد مخدر استفاده می‌کنند صورت می‌گیرد. زنان بارداری که از مواد مخدر استفاده می‌کنند اعتیاد را از طریق جفت به جنین منتقل می‌کنند. در واقع استعمال مواد مخدر و دخانیات در دوران بارداری بر رشد جسمی و حرکتی نوزادان تأثیر دارد و منجر به نتایجی همچون عقب‌ماندگی رشد عمومی، وزن کم هنگام تولد و اختلال‌های رشدی در سیستم عصبی مرکزی جنین می‌شود. در نتیجه بخشی از هزینه‌های سلامت و درمان به بیماری‌های ناشی از استعمال دخانیات و مواد مخدر اختصاص می‌یابد. مصرف داروی غیرمجاز، مواد و سیگار توسط مادر در دوران بارداری می‌تواند منجر به افزایش احتمال بروز پیامدهای نامطلوب مادری و جنینی شود؛ لذا در دوران بارداری برنامه‌های آموزشی پیشگیرانه بایستی در جهت کاهش و حذف مصرف این داروها و سیگار، متمرکز شود. مصرف مواد در طی بارداری با افزایش خطر مرگ و میر همراه است. مشکلات ناشی از سوءمصرف مواد مخدر

در طی بارداری نیز با عوارض اقتصادی، اجتماعی، جسمی، خانوادگی همراه است. بنابراین آگاهی و مداخله فعال نهادهای فرهنگی، امنیتی، اقتصادی و بهداشتی جامعه ضروری است. سواد زاده (۱۳۸۷) در مقاله‌ای با عنوان مشاوره زنان معتاد در دوره بارداری نتیجه گرفته است که افزایش آگاهی و درک لازم از سوء مصرف مواد از نظر قانونی، پزشکی و اجتماعی ما را توانمند می‌سازد که در کاهش موانع درمانی قدم برداریم و از بروز عوارض بعدی جلوگیری کنیم. بخش مهمی از مدیریت اعتیاد در زنان باردار معتاد، ترغیب و تشویق آنان به منظور حضور و دریافت مراقبت و درمان، تجویز متادون، سم زدایی و مشاوره‌های لازم است تا بتوانند نتایج بارداری بهتری داشته باشند. بسیاری از زنان باردار نیز نسبت به عوارض داروهای مخدر و غیر مجاز در طول دوران بارداری آگاهی نسبتاً کمی دارند، لذا لازم است سطح آگاهی زنان باردار در خصوص عوارض این دسته از داروها ارتقاء یابد. همچنین به نظر می‌رسد پژوهش‌های اندکی در زمینه وضعیت اعتیاد زنان انجام شده است و لذا پژوهش در این حیطه نیز امری ضروری است.

منابع

- ترشیزی، مرضیه؛ سعادتجو، سیدعلیرضا و فارابی، معصومه (۱۳۹۰). بررسی شیوع مصرف مواد مخدر و عوارض آن در زنان باردار مراجعه کننده به زایشگاه بیمارستان ولیعصر (عج) بیرجند. *مجله دانشگاه علوم پزشکی پارس*، ۹ (۳)، ۱۹-۱۴
- جوان، رقیه؛ دلبری، احمد؛ یاسر، تیرانی؛ هاشمیان، معصومه و احمري طهران، هدی (۱۳۹۳). ارتباط بین سوء مصرف مواد مخدر با طول مدت تغذیه انحصاری در مادران شیرده شهر سبزوار. *مجله دانشگاه علوم پزشکی قم*، ۸ (۳)، ۶۰-۵۵.
- خواجه دلویی، محمد و دادگر مقدم، ملیحه (۱۳۹۲). اعتیاد مادر در بارداری و اعتیاد فرزند در دوران نوجوانی و جوانی. *مجله زنان، مامایی و نازایی ایران*، ۱۶ (۵۲)، ۷-۱.
- رمضان زاده، فاطمه و طوافیان، صدیقه السادات (۱۳۸۲). فراوانی مصرف داروهای غیر مجاز و مواد مخدر در سه ماهه اول بارداری *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران*، ۶۱ (۶)،

رمضان زاده، فاطمه؛ طوایان، صدیقه السادات، وحدانی نیا، مریم السادات، شریعت، مامک و منتظری، علی (۱۳۸۶). پیامدهای مادری و جنینی ناشی از سوء مصرف مواد مخدر، سیگار و داروی غیرایمن. *مجله تحقیقات نظام سلامت حکیم*، ۱۰ (۳)، ۹-۱۶

رنجبر، هادی؛ کهن، مهتری؛ عباس زاده؛ عباس و عرب، منصور (۱۳۹۰). بررسی میزان خشونت علیه مادر و سوء مصرف مواد در دوران بارداری و ارتباط آنها با پیامد بارداری در مادران شهر کرمان. *مجله زنان، مامایی و نازایی ایران*، ۱۴ (۷)، ۱۵-۲۳

سهیلی، فرناز؛ عزیززاده، سجاده، دارش، مریم، یوسفی، عاطفه، چراغی، معصومه و اسدالهیی، خیر اله (۱۳۹۱). بررسی شیوع مصرف داروهای غیر مجاز و الکل در طی دوره بارداری در شهر ایلام. *مجله زنان، مامایی و نازایی ایران*، ۱۵ (۳)، ۲۲-۲۹

سواد زاده، شهین (۱۳۸۷). مشاوره زنان معتاد در طی بارداری. دو فصلنامه های دانشکده های پرستاری و مامایی استان گیلان. ۱۸ (۶۰)، ۴۴-۵۵

شایگان، اسحق (۱۳۹۰). تأثیر اعتیاد زنان باردار بر جنین و نقش پلیس زن در درمان آنان. *دوفصلنامه پلیس زن*، ۵ (۱۴)، ۳۰-۴۲

شریفیان، جمیله؛ جهانیان، منیره؛ توسلی، فاطمه؛ توسلی، سمیرا؛ افضل آقایی، منوره؛ افشاری، رضا؛ شاه فرحت، احمد و فرهودی، فاطمه (۱۳۹۰). سرانجام مادری، جنینی و نوزادی خانم های حامله معتاد به مواد مخدر. *مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد، ۱۹ (۲)*، ۱۸۳-۱۹۱

صالح گرگری، ثریا؛ فلاحیان، معصومه؛ حقیقی، لادن؛ حسین نژاد یزدی، مریم؛ دشتی، الهه و صاحبدل نویری، بهرخ (۱۳۹۰). عوارض پری ناتال سوء مصرف مواد در طی بارداری. *مجله علوم پزشکی رازی*، ۱۸ (۱۶)، ۳۰-۲۲

عزیز محمدی، سوسن؛ عزیز محمدی، سیما و علوی، سید هاشم (۱۳۹۲). بررسی ارتباط میان سوء مصرف مواد در زنان باردار و عوارض حاملگی در مرکز آموزشی درمانی شهید اکبر آبادی در سال ۱۳۸۸. *فصلنامه پرستار و پزشک در رزم*، ۱ (۱)، ۲۹-۳۳

Alm, B., Milerad, J., Wennergren, G., Skjaerven, R., Øven, N., Norvenius, G. ... & Irgens, L. M. (1998). A case-control study of smoking and sudden infant death syndrome in the Scandinavian countries, 1992 to 1995. *Archives of Disease in Childhood*, 78(4), 329-334.

Alwan, S., Reefhuis, J., Botto, L. D., Rasmussen, S. A., Correa, A., Friedman, J. M., & Studv, N. B. D. P. (2010). Maternal use of bupropion and risk for congenital heart defects. *American journal of obstetrics and gynecology*, 203(1), 52.e1° 52.e6.

- Armstrong, M. A., Osejo, V. G., Lieberman, L., Carpenter, D. M., Pantoja, P. M., & Escobar, G. J. (2003). Perinatal substance abuse intervention in obstetric clinics decreases adverse neonatal outcomes. *Journal of Perinatology*, *23*(1), 3-9.
- Ban, L., West, J., Gibson, J. E., Fiaschi, L., Sokal, R., Doyle, P. ... & Tata, L. J. (2014). First trimester exposure to anxiolytic and hypnotic drugs and the risks of major congenital anomalies: a United Kingdom population-based cohort study. *PloS one*, *9*(6), e100996.
- Banderali, G., Martelli, A., Landi, M., Moretti, F., Betti, F., Radaelli, G. ... & Verduci, E. (2015). Short and long term health effects of parental tobacco smoking during pregnancy and lactation: a descriptive review. *Journal of translational medicine*, *13*(1), 327.
- Bateman, B. T., Hernandez-Diaz, S., Rathmell, J. P., Seeger, J. D., Doherty, M., Fischer, M. A., & Huybrechts, K. F. (2014). Patterns of opioid utilization in pregnancy in a large cohort of commercial insurance beneficiaries in the United States. *The Journal of the American Society of Anesthesiologists*, *120*(5), 1216-1224.
- Behnke, M., Smith, V. C., Levy, S., Ammerman, S. D., Gonzalez, P. K., Ryan, S. A., & Cummings, J. (2013). Prenatal substance abuse: short- and long-term effects on the exposed fetus. *Pediatrics*, *131*(3), e1009-e1024.
- Bhuvanewar, C. G., Chang, G., Epstein, L. A., & Stern, T. A. (2008). Cocaine and opioid use during pregnancy: prevalence and management. *Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry*, *10*(1), 59-65
- Blalock, J. A., Fouladi, R. T., Wetter, D. W., & Cinciripini, P. M. (2005). Depression in pregnant women seeking smoking cessation treatment. *Addictive behaviors*, *30*(6), 1195-1208.
- Buehler, B. A., Conover, B., & Andres, R. L. (1996). Teratogenic potential of cocaine. In *Seminars in perinatology*. WB Saunders. 20(2), 93-98.
- Chamberlain, C., O'Mara-Eves, A., Oliver, S., Caird, J. R., Perlen, S. M., Eades, S. J., & Thomas, J. (2013). Psychosocial interventions for supporting women to stop smoking in pregnancy. *Cochrane Database of systematic reviews*, *2*. Art. No.: CD001055. DOI:0.1002/14651858.CD001055.pub5.
- Chan, B., Einarson, A., & Koren, G. (2005). Effectiveness of bupropion for smoking cessation during pregnancy. *Journal of addictive diseases*, *24*(2), 19-23.
- Cnattingius, S. (2004). The epidemiology of smoking during pregnancy: smoking prevalence, maternal characteristics, and pregnancy outcomes. *Nicotine & Tobacco Research*, *6*(2), S125-S140.
- Cole, J. A., Modell, J. G., Haight, B. R., Cosmatos, I. S., Stoler, J. M., & Walker, A. M. (2007). Bupropion in pregnancy and the prevalence of congenital alformations. *Pharmacoeconomics and drug safety*, *16*(5), 474-484.

- Colman, G. J., & Joyce, T. (2003). Trends in smoking before, during, and after pregnancy in ten states. *American journal of preventive medicine*, 24(1), 29-35.
- Crawford, J. T., Tolosa, J. E., & Goldenberg, R. L. (2008). Smoking cessation in pregnancy: Why, how, and what next. *Clinical obstetrics and gynecology*, 51(2), 419-435.
- D'Amolito, K. A. R. E. N. (2013). Breastfeeding and substance abuse. *Clinical obstetrics and gynecology*, 56(1), 202-211.
- Davis, S. K. (1997). Comprehensive interventions for affecting the parenting effectiveness of chemically dependent women. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 26(5), 604-610.
- De Long, N. E., Barra, N. G., Hardy, D. B., & Holloway, A. C. (2014). Is it safe to use smoking cessation therapeutics during pregnancy? *Expert opinion on drug safety*, 13(12), 1721-1731.
- Della Grotta, S., LaGasse, L. L., Arria, A. M., Derauf, C., Grant, P., Smith, L. M. ... & Lester, B. M. (2010). Patterns of methamphetamine use during pregnancy: results from the Infant Development, Environment, and Lifestyle (IDEAL) Study. *Maternal and child health journal*, 14(4), 519-527.
- Ehrmin, J. T. (2001). Unresolved Feelings of Guilt and Shame in the Maternal Role with Substance-Dependent African American Women. *Journal of Nursing Scholarship*, 33(1), 47-52.
- Einarson, T. R., & Einarson, A. (2005). Newer antidepressants in pregnancy and rates of major malformations: a meta-analysis of prospective comparative studies. *Pharmacoepidemiology and drug safety*, 14(12), 823-827.
- El Marroun, H., Hudziak, J. J., Tiemeier, H., Creemers, H., Steegers, E. A., Jaddoe, V. W., ... & Huizink, A. C. (2011). Intrauterine cannabis exposure leads to more aggressive behavior and attention problems in 18-month-old girls. *Drug and alcohol Dependence*, 118(2), 470-474.
- El Marroun, H., Tiemeier, H., Steegers, E. A., Jaddoe, V. W., Hofman, A., Verhulst, F. C. ... & Huizink, A. C. (2009). Intrauterine cannabis exposure affects fetal growth trajectories: the Generation R Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48(12), 1173-1181.
- Fallone, M. D., LaGasse, L. L., Lester, B. M., Shankaran, S., Bada, H. S., & Bauer, C. R. (2014). Reactivity and regulation of motor responses in cocaine-exposed infants. *Neurotoxicology and teratology*, 43, 25-32.
- Fischer, G., Ortner, R., Rohrmeister, K., Jagsch, R., Baewert, A., Langer, M., & Aschauer, H. (2006). Methadone versus buprenorphine in pregnant addicts: a double-blind, double-dummy comparison study. *Addiction*, 101(2), 275-281.
- Freeman, M. P. (2014). "ADHD and pregnancy." *American Journal of Psychiatry*, 171(7), 723-728.
- Fried, P. A., & Smith, A. M. (2001). A literature review of the consequences of prenatal marijuana exposure: an emerging theme of a deficiency in

- aspects of executive function. *Neurotoxicology and teratology*, 23(1), 1-11.
- Fried, P. A., Watkinson, B., & Gray, R. (1999). Growth from birth to early adolescence in offspring prenatally exposed to cigarettes and marijuana. *Neurotoxicology and teratology*, 21(5), 513-525.
- Goldschmidt, L., Day, N. L., & Richardson, G. A. (2000). Effects of prenatal marijuana exposure on child behavior problems at age 10. *Neurotoxicology and teratology*, 22(3), 325-336.
- Gopalan, P., Gance, J. B., & Azzam, P. N. (2014). Managing benzodiazepine withdrawal during pregnancy: case-based guidelines. *Archives of women's mental health*, 17(2), 167-170.
- Green, N. S., Damus, K., Simpson, J. L., Iams, J., Reece, E. A., Hobel, C. J., ... & March Of Dimes Scientific Advisory Committee On Prematurity. (2005). Research agenda for preterm birth: recommendations from the March of Dimes. *American journal of obstetrics and gynecology*, 193(3), 626-635.
- Haug, N. A., Duffy, M., & McCaul, M. E. (2014). Substance abuse treatment services for pregnant women: psychosocial and behavioral approaches. *Obstetrics and gynecology clinics of North America*, 41(2), 267-296.
- Helmbrecht, G. D., & Thiagarajah, S. (2008). Management of addiction disorders in pregnancy. *Journal of addiction medicine*, 2(1), 1-16.
- Herrmann, M., King, K., & Weitzman, M. (2008). Prenatal tobacco smoke and postnatal secondhand smoke exposure and child neurodevelopment. *Current opinion in pediatrics*, 20(2), 184-190.
- Jaques, S. C., Kingsbury, A., Henschke, P., Chomchai, C., Clews, S., Falconer, J. ... & Oei, J. L. (2014). Cannabis, the pregnant woman and her child: weeding out the myths. *Journal of Perinatology*, 34(6), 417-424.
- Jones, H. E., Kaltenbach, K., Heil, S. H., Stine, S. M., Coyle, M. G., Arria, A. M., ... & Fischer, G. (2010). Neonatal abstinence syndrome after methadone or buprenorphine exposure. *New England Journal of Medicine*, 363(24), 2320-2331.
- Kaltenbach, K., Berghella, V., & Finnegan, L. (1998). Opioid dependence during pregnancy: effects and management. *Obstetrics and gynecology clinics of North America*, 25(1), 139-151.
- Kareli, D., Pouliliou, S., Nikas, I., Psillaki, A., Karelis, A., Nikolettos, N. ... & Lialiaris, T. (2014). Effect of maternal smoking during pregnancy on fetus: a cytogenetic perspective. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 27(2), 127-131.
- Lumley, J., Chamberlain, C., Dowswell, T., Oliver, S., Oakley, L., & Watson, L. (2009). Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8(3), CD001055. doi: 10.1002/14651858.CD001055.pub3.
- Maeda, A., Bateman, B. T., Clancy, C. R., Creanga, A. A., & Leffert, L. R. (2014). Opioid Abuse and Dependence during Pregnancy Temporal

- Trends and Obstetrical Outcomes. *The Journal of the American Society of Anesthesiologists*, 121(6), 1158-1165.
- Mark, K., Desai, A., & Terplan, M. (2016). Marijuana use and pregnancy: prevalence, associated characteristics, and birth outcomes. *Archives of women's mental health*, 19(1), 105-111.
- McBride, C. M., Emmons, K. M., & Lipkus, I. M. (2003). Understanding the potential of teachable moments: the case of smoking cessation. *Health education research*, 18(2), 156-170.
- McLafferty, L. P., Becker, M., Dresner, N., Meltzer-Brody, S., Gopalan, P., Glance, J., ... & Worley, L. L. (2016). Guidelines for the Management of Pregnant Women with Substance use Disorders. *Psychosomatics*, 7(2), 115-130
- Mennella, J. A., Yourshaw, L. M., & Morgan, L. K. (2007). Breastfeeding and smoking: short-term effects on infant feeding and sleep. *Pediatrics*, 120(3), 497-502.
- Metz, T. D., & Stickrath, E. H. (2015). Marijuana use in pregnancy and lactation: a review of the evidence. *American journal of obstetrics and gynecology*, 213(6), 761-778.
- Minnes, S., Lang, A., & Singer, L. (2011). Prenatal tobacco, marijuana, stimulant, and opiate exposure: outcomes and practice implications. *Addiction Science & Clinical Practice*, 6(1), 57-70.
- Minozzi, S., Amato, L., Vecchi, S., & Davoli, M. (2008). Maintenance agonist treatments for opiate dependent pregnant women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12, Art. No.: CD006318. DOI: 10.1002/14651858.CD006318.pub3
- Moreno, M., Escuredo, L., Munoz, R., de Fonseca, F. R., & Navarro, M. (2005). Long-term behavioural and neuroendocrine effects of perinatal activation or blockade of CB1 cannabinoid receptors. *Behavioural pharmacology*, 16(5-6), 423-430.
- Muraro, A. P., Goncalves-Silva, R. M. V., Moreira, N. F., Ferreira, M. G., Nunes-Freitas, A. L., Abreu-Villaça, Y., & Sichieri, R. (2014). Effect of tobacco smoke exposure during pregnancy and preschool age on growth from birth to adolescence: a cohort study. *BioMedCentral pediatrics*, 14, 99, doi: 10.1186/1471-2431-14-99.
- Oncken, C. A., & Kranzler, H. R. (2003). Pharmacotherapies to enhance smoking cessation during pregnancy. *Drug and alcohol review*, 22(2), 191-202
- Pearson, G., & Shiner, M. (2002). Rethinking the generation gap Attitudes to illicit drugs among young people and adults. *Criminology and Criminal Justice*, 2(1), 71-86.
- Plessinger, M. A. (1998). Prenatal exposure to amphetamines: risks and adverse outcomes in pregnancy. *Obstetrics and gynecology clinics of North America*, 25(1), 119-138.
- Plessinger, M. A., & Woods Jr, J. R. (1993). Maternal, placental, and fetal pathophysiology of cocaine exposure during pregnancy. *Clinical obstetrics and gynecology*, 36(2), 267-278.

- Porath, A. J., & Fried, P. A. (2005). Effects of prenatal cigarette and marijuana exposure on drug use among offspring. *Neurotoxicology and teratology*, 27(2), 267-277.
- Primo, C. C., Ruela, P. B. F., Brotto, L. D. D. A., Garcia, T. R., & Lima, E. D. F. (2013). Effects of maternal nicotine on breastfeeding infants. *Revista Paulista de Pediatria*, 31(3), 392-397.
- Sachs, H. C., Frattarelli, D. A., Galinkin, J. L., Green, T. P., Johnson, T., Neville, K. ... & Van den Anker, J. (2013). The transfer of drugs and therapeutics into human breast milk: an update on selected topics. *Pediatrics*, 132(3), e796-e809.
- Schick, B., Hom, M., Tolosa, G., Librizzi, R., & Donnenfeld, A. (1996). Preliminary analysis of first trimester exposure to oxycodone and hydrocodone. *Reproductive Toxicology*, 10(2), 162
- Silva, S. A., Pires, A. P., Guerreiro, C., & Cardoso, A. (2013). Balancing motherhood and drug addiction: The transition to parenthood of addicted mothers. *Journal of health psychology*, 18(3), 359-367.
- Singer, L. T., Arendt, R., Minnes, S., Farkas, K., Salvator, A., Kirchner, H. L., & Kliegman, R. (2002). Cognitive and motor outcomes of cocaine-exposed infants. *Journal of the American Medical Association*, 287(15), 1952-1960.
- Stitely, M. L., Calhoun, B., Maxwell, S., Nerhood, R., & Chaffin, D. (2010). Prevalence of drug use in pregnant West Virginia patients. *West Virginia Medical Journal*, 106(4), 48-53.
- Uziel-Miller, N. D., & Dresner, N. (2002). Addressing substance abuse in obstetrics and gynecology. *Primary Care Update for OB/GYNS*, 9(3), 98-104.
- Varner, M. W., Silver, R. M., Hogue, C. J. R., Willinger, M., Parker, C. B., Thorsten V. R. ... & Stoll, B. (2014). Association between stillbirth and illicit drug use and smoking during pregnancy. *Obstetrics and gynecology*, 123(1), 113-125
- Whiteside-Mansell, L., Crone, C. C., & Conners, N. A. (1999). The development and evaluation of an alcohol and drug prevention and treatment program for women and children: The AR-CARES program. *Journal of substance abuse treatment*, 16(3), 265-275.
- Worley, L. L. M., Conners, N. A., Crone, C. C., Williams, V. L., & Bokony, P. A. (2005). Building a residential treatment program for dually diagnosed women with their children. *Archives of Women's Mental Health*, 8(2), 105-111.
- Yonkers, K. A., Howell, H. B., Gotman, N., & Rounsaville, B. J. (2011). Self-report of illicit substance use versus urine toxicology results from at-risk pregnant women. *Journal of substance use*, 16(5), 372-380.
- Zuckerman, B., Frank, D. A., & Mayes, L. (2002). Cocaine-exposed infants and developmental outcomes: crack kids revisited. *Journal of the American Medical Association*, 287(15), 1990-1991.