

اعتیاد مادر در بارداری و اعتیاد فرزند در دوران نوجوانی و جوانی

دکتر محمد خواجه دلویی^۱، دکتر ملیحه دادگر مقدم^{۲*}

۱. دانشیار گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲. دستیار پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۲/۲۳ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۳/۵

خلاصه

مقدمه: حدود ۱۰ درصد معتادان کشور را زنان تشکیل می دهند. احتمال استفاده زنان از مواد مخدر غیر قانونی کمتر از مردان است، ولی زنان با شروع مصرف، سریع تر از مردان گرایش به اعتیاد را نشان می دهند و پیامدهای منفی آن را زودتر تجربه می کنند. یکی از پیامدهای اعتیاد زنان، خطرات آن برای فرزندان آنان در آینده است. مطالعه حاضر با هدف بررسی نقش اعتیاد مادر بر اعتیاد فرزند انجام شد.

روش کار: این مطالعه مورد - شاهدهی در سال ۱۳۹۱ بر روی ۲۳۶ از دختران و زنان معتاد سنین ۲۵-۱۶ سال در شهر مشهد انجام شد. افراد در سه گروه معتاد آسیب پذیر، معتاد فاقد آسیب پذیری و کنترل قرار گرفتند. نمونه گیری به صورت طبقه ای تصادفی و در دو طبقه گروه سنی ۱۶ تا ۲۰ سال و ۲۱ تا ۲۵ سال انجام شد. داده ها پس از گردآوری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۱/۵) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. جهت توصیف آزمودنی ها، از روش های آمار توصیفی و جهت مقایسه متغیرها در سه گروه از آزمون های پارامتریک (آنالیز واریانس) و غیر پارامتریک (کروسکال والیس) استفاده شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها: بین اعتیاد مادر در دوران بارداری و اعتیاد فرزند، ارتباط آماری معنی داری وجود داشت ($p < ۰/۰۰۱$). همچنین بین اعتیاد مادر و نقص عضو فیزیکی مشهود در هنگام تولد، سابقه خشونت خانوادگی، آزار جسمی و روانی کودک ارتباط معناداری وجود داشت ($p < ۰/۰۱$).

نتیجه گیری: با توجه به ارتباط اعتیاد مادر در دوران بارداری با اعتیاد دختران آنان در آینده و از طرفی، تأثیر اعتیاد مادر بر تمام جنبه های سلامتی فرزندان، توجه به مراقبت های مادر و کودک و اهتمام بر پیشگیری، درمان و کنترل سوء مصرف مواد در مراقبت های قبل و هنگام بارداری، ضروری است.

کلمات کلیدی: بارداری، زنان، سوء مصرف مواد

مقدمه

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 و معمولاً خرید و فروش آن‌ها ممنوع است. سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۶۴ به این نتیجه رسید که اصطلاح اعتیاد^۱، دیگر اصطلاح علمی نیست و "وابستگی دارویی"^۲ را به جای آن توصیه کرد (۱).

بر اساس آمارهای موجود نظیر آمار دفتر مواد مخدر و جنایت سازمان ملل متحد (UNODC)^۳ در سال ۲۰۰۳، بین ۴ تا ۷ میلیون نفر در ایران به مواد اعتیادآور غیر قانونی نظیر مواد افیونی، حشیش و مواد محرک آلوده بودند. بر اساس این گزارشات، تغییر الگوی مصرف از مواد افیونی سنتی (مانند تریاک) به سمت مواد سنتتیک (هروئین) رو به افزایش است (۴-۲).

تصور اکثر افراد جامعه در مورد اعتیاد این است که مواد مخدر و سوء مصرف آن، عمدتاً پدیده‌ای مردانه است و زنان بسیار کمتر از مردان به اعتیاد روی می‌آورند. به خصوص در ایران که حتی سیگار کشیدن زنان و دختران، تعجب مردم را بر می‌انگیزد. هر چند آمار دقیقی از میزان جمعیت زنان معتاد در کشور وجود ندارد، اما بر اساس برخی مطالعات، ۹/۶٪ از معتادان کشور را زنان تشکیل می‌دهند. وزارت بهداشت نیز در آمار خود، از رقم ۱ زن معتاد به ازاء هر ۸ مرد معتاد گزارش می‌دهد (۵).

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 (۵).

یک بررسی ملی در کشور آمریکا در سال ۲۰۰۰ نشان داد که ۷/۷ درصد مردان در مقایسه با ۵ درصد زنان آمریکایی از مواد مخدر استفاده می‌کنند (با اختلاف جنسیتی کمتر از ۳ درصد). بر اساس این گزارش، میزان مصرف نیکوتین و الکل در زنان، در حال نزدیک شدن به

میزان مصرف آن در مردان است (۶). در این بررسی آمده است اگرچه استفاده زنان از مواد مخدر و الکل در حال افزایش است، اما همچنان اختلافات جنسیتی عمده‌ای در این زمینه وجود دارد. احتمال اینکه زنان از مواد مخدر غیر قانونی استفاده کنند، کمتر از مردان است. زمانی که زنان، سوء مصرف مواد را آغاز می‌کنند، سریع‌تر از مردان گرایش به اعتیاد را نشان می‌دهند و همچنین زودتر از آنان پیامدهای منفی را تجربه می‌کنند (۶).

اعتیاد در زنان علاوه بر ایجاد بیماری‌های سوء تغذیه، فشار خون بسیار بالا و سرطان، آنان را در معرض بیماری‌های خطرناکی مانند هیپاتیت و ایدز قرار می‌دهد. احتمال ابتلاء زنان معتاد به بیماری‌های ایدز و دیگر بیماری‌های ناشی از روابط جنسی غیر ایمن بیشتر از مردان است، همچنین احتمال ابتلاء زنان معتاد به بیماری‌های خاص زنان و معضلات آن بیشتر از زنان سالم است. در زمینه موانع درمان بر اساس نگرش اجتماعی و فرهنگی به اعتیاد، زنان بیشتر از مردان در معرض برچسب منفی اجتماعی هستند. نگرش منفی به زن معتاد، یک مانع عمده در درمان آنها محسوب می‌شود. همچنین مراقبت از بچه‌ها، مانعی دیگر برای درمان آنان می‌باشد. این در حالی است که احتمال اینکه زنان، از خانواده و دوستان برای ترک مواد حمایت شوند، در مقایسه با مردان کمتر است. برنامه‌های درمانی نیز اغلب به طور ناخواسته، موانعی را در راه درمان زنان ایجاد می‌کنند. موانع مالی، تشریفات زاید اداری، متمرکز بودن برنامه‌های درمانی برای مردان و فقدان حساسیت درباره اعتیاد زنان از جمله این موارد هستند (۷).

تاکنون مطالعات متعددی در زمینه اعتیاد مادران در دوران بارداری و عوارض و پیامدهای آن انجام شده است. در مطالعه سانتیس و همکاران (۲۰۱۱) که با هدف بررسی عوامل خطر و رفتارهای پرخطر مؤثر بر پیامدهای بارداری در جمعیت زنان باردار ایتالیا انجام شد، عدم ازدواج قانونی و سابقه سقط القایی قبلی، به عنوان عامل خطر برای تمام رفتارهای پرخطر بود. تحصیلات پایین و سوء مصرف داروهای نورولوژیکال با مصرف سیگار همراه بود. پاریته پایین‌تر، یک عامل خطر برای مصرف الکل

¹Addiction

²Drug Dependence

³United Nations Office on Drugs and Crime

صورت طبقه ای تصادفی و در دو طبقه: گروه سنی ۱۶ تا ۲۰ سال و ۲۱ تا ۲۵ سال (جهت دسترسی به نمونه های با سن کمتر از ۲۰ سال) انجام شد. حجم نمونه مورد نیاز در گروه معتاد آسیب پذیر، به طور تصادفی از فهرست زندانیان انتخاب شد. گروه معتاد فاقد آسیب پذیری، از معتادان مراجعه کننده به مراکز بهزیستی و گروه کنترل، از مراجعین به مراکز بهداشتی- درمانی جهت دریافت خدمات انتخاب شدند. هر سه گروه مورد مطالعه از نظر سن از طریق همسان سازی گروهی^۱ با هم همسان شدند. نمونه گیری به صورتی انجام شد که ۴۰ نفر از گروه سنی ۱۶ تا ۲۰ سال و ۴۰ نفر از گروه سنی ۲۱ تا ۲۵ سال انتخاب شدند. از تمام افراد مورد مطالعه، رضایت نامه آگاهانه کتبی جهت شرکت در مطالعه گرفته شد و برای تمام افراد، چک لیستی که شامل مشخصات فردی، خانوادگی، سابقه مصرف دخانیات، الکل، الگو و نحوه مصرف دخانیات و مواد مخدر، سابقه اعتیاد مادر در دوران بارداری، سابقه خشونت خانوادگی و سابقه نقص عضو فیزیکی مشهود در هنگام تولد بود، تکمیل شد. برای گروه کنترل نیز همان چک لیست ها و پرسشنامه های قبلی به جز اطلاعات مربوط به الگوها و روش های مصرف مواد مخدر تکمیل شد. ثبت اطلاعات توسط پرسشگرهایی انجام شد که قبلاً در یک جلسه آموزشی توجیهی شرکت کرده و مهارت های لازم را کسب کرده بودند. در تمام موارد، پرسشنامه ها بدون ذکر نام اشخاص و بر اساس کد تکمیل شد و به افراد اطمینان داده شد که اطلاعات آنها به صورت محرمانه خواهد ماند و اطلاعات، به صورت جمعی و بدون ذکر نام افراد منتشر خواهد شد.

معیارهای ورود به مطالعه در گروه معتاد واجد آسیب پذیری: زنان معتاد به مواد مخدر و زندانی در سنین ۱۶ تا ۲۵ سالگی، در گروه معتاد فاقد آسیب پذیری اجتماعی: زنان معتاد به مواد مخدر و فاقد سابقه زندانی شدن در سنین ۱۶ تا ۲۵ سالگی و در گروه کنترل: زنان فاقد سابقه اعتیاد و زندانی شدن در سنین ۱۶ تا ۲۵ سال بود.

بود و زنان با بیش از یک رفتار پرخطر، در معرض عوامل خطر بیشتری بودند (۸).

در مطالعه صالح کارگری و همکار (۲۰۱۲) که با هدف تعیین مشکلات مادر و کودک در زنان باردار با سوء مصرف مواد در دوران بارداری انجام شد، مشکلاتی نظیر تولد نوزادان کم وزن و خونریزی بعد از زایمان در زنان با سوء مصرف مواد در مقایسه با زنان سالم بیشتر بود (۹).

مصرف مواد مخدر در دوران بارداری باعث زایمان زودرس، سقط خودبخودی، تولد نوزاد با وزن کم، عقب ماندگی رشد داخل رحمی جنین، مرگ و میر پره ناتال، دکولمان جفت، ناهنجاری های مادرزادی جنین و دیسترس جنینی می شود (۱۰-۱۲).

اعتیاد مادر در دوران بارداری و پس از آن می تواند زمینه ساز اعتیاد و عامل خطر مهمی برای اعتیاد کودکان آنان در آینده باشد، لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی نقش اعتیاد در دوران بارداری بر اعتیاد فرزندان آنان در آینده انجام شد.

روش کار

این مطالعه مورد- شاهدهی در سال ۹۱-۱۳۹۰ بر روی ۲۳۶ دختر و زن جوان معتاد به مواد مخدر و غیر معتاد در فاصله سنی ۱۶ تا ۲۵ سال در شهر مشهد انجام شد. حجم نمونه بر اساس آزمون اختلاف میانگین دو جامعه (نوجوانان و جوانان مصرف کننده مواد مخدر و گروه غیر مصرف کننده) بر اساس داده های مطالعه ای تحت عنوان "بررسی شیوع مصرف مواد مخدر در دانش آموزان دبیرستان های شهرستان سرخس" و با توجه به: $X1=17/37$, $S1=6/189$, $X2=20/25$, $S2=5/13$, $\alpha=0/05$ و $\beta=0/2$, ۶۸ نفر در هر گروه برآورد شد که با احتساب ۱۰ درصد ریزش نمونه، ۸۰ نفر در هر گروه در نظر گرفته شد. افراد مورد مطالعه شامل سه گروه: زنان معتاد آسیب پذیر (معیار آسیب پذیری: جرایم و محکومیت هایی که منجر به حضور فرد معتاد در زندان شده باشد)، گروه معتاد فاقد آسیب پذیری (زنان معتاد در جامعه، بدون سابقه زندانی شدن) و گروه کنترل (مراجعین غیر معتاد مراجعه کننده به مراکز بهداشتی- درمانی جهت دریافت خدمات مشاوره) بودند. نمونه گیری به

¹ Group Matching

دو واژه ای که نیاز به تعریف دارند، خشونت خانوادگی و آزار جسمی می باشد. بر اساس تعاریف موجود، خشونت خانوادگی شامل خشونت زوجین، کودک آزاری، خشونت علیه هم‌تایان و یا خواهر و برادرها و خشونت علیه سالمندان در خانواده می باشد که معمولاً شکل های شدید آن با هم در یک خانواده مشاهده می شوند. آزار جسمی نیز شامل هر گونه خشونت فیزیکی اعمال شده به کودک می باشد.

داده ها پس از گردآوری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۱/۵) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. ویژگی های فردی افراد مورد مطالعه در هر گروه توسط روش های آمار توصیفی شامل شاخص های مرکزی،

پراکندگی و توزیع فراوانی توصیف و ارائه شد. جهت مقایسه متغیرهای کیفی در سه گروه از آزمون کای دو و جهت مقایسه متغیرهای کمی در بین سه گروه از آزمون آنالیز واریانس در صورت توزیع نرمال داده ها و آزمون غیر پارامتریک معادل کروسکال والیس در صورت عدم توزیع نرمال استفاده شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها

مشخصات فردی افراد سه گروه مورد مطالعه در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱- مشخصات فردی افراد مورد مطالعه در سه گروه

مشخصات فردی	معتاد آسیب پذیر تعداد = ۸۰ نفر	معتاد فاقد آسیب پذیری (۸۰ نفر)	کنترل تعداد = ۷۶ نفر	سطح معنی داری
سن	۲۱/۱۰ (۳/۳۳)*	۲۱/۲۱ (۲/۳۹)	۲۰/۹۰ (۲/۷۲)	۰/۷۵
تحصیلات	بی سواد	۱۳ (۱۶/۲۵)	۰	<۰/۰۰۱
	ابتدایی	۲۶ (۳۲/۵)	۰	
	متوسطه	۳۰ (۳۷/۵)	۱۲ (۱۵/۸)	
	دیپلم	۹ (۱۱/۵)	۳۰ (۳۹/۵)	
	فوق دیپلم	۲ (۲/۵)	۱۱ (۱۴/۵)	
لیسانس و بالاتر	۰	۰	۲۳ (۳۰/۳)	
شغل	خانه دار	۳۳ (۴۱/۲۵)	۱۳ (۱۷/۱)	<۰/۰۰۱
	بیکار	۲۴ (۳۰)	۱۰ (۱۳/۲)	
	شاغل	۲۳ (۲۸/۷۵)	۵۳ (۶۹/۷)	
درآمد فردی (تومان)	۲۰۹/۱۱ (۱۶۳/۷۳)	۶۷/۶۹ (۸۲/۸۵)	۱۴۷/۰۴ (۱۸۹/۹۰)	<۰/۰۰۱
درآمد خانوار (تومان)	۳۴۰/۱۵ (۲۱۴/۰۳)	۶۱۶/۶۶ (۱۷۷/۷۶)	۶۶۸/۳۷ (۴۵۷/۱۹)	<۰/۰۰۱
محل سکونت	مرکز شهر	۶۵ (۸۱/۳)	۵۵ (۶۸/۸)	<۰/۰۰۱
	حاشیه شهر	۳ (۳/۸)	۲۰ (۲۵)	
	شهرستان	۱۱ (۱۳/۸)	۴ (۵)	
	روستا	۱ (۱/۳)	۱ (۱/۳)	
مذهب	شیعه	۷۷ (۹۶/۳)	۷۶ (۹۵/۳)	۰/۱۶
	سنی	۳ (۳/۸)	۰ (۰)	
مصرف دخانیات	۶۱ (۷۶/۳)	۶۸ (۸۶/۱)	۱ (۱/۳)	<۰/۰۰۱

*حسب نوع متغیر میانگین و انحراف معیار و یا فراوانی مطلق و نسبی

از ۲۲۹ نفری که سابقه اعتیاد مادر در دوران بارداری فرد مورد مطالعه (گروه مورد و شاهد) وجود داشت، این نسبت در گروه مادران معتاد آسیب پذیر ۲۰/۸ درصد، در گروه مادران فاقد آسیب پذیری ۱۶/۵ درصد و در

همانگونه که مشاهده می شود، افراد سه گروه از نظر سطح تحصیلات، شغل، درآمد فردی، درآمد خانوار، محل سکونت و مصرف دخانیات تفاوت معناداری داشتند (جدول ۱).

سابقه آزار جسمی در ۲۹ نفر (۳۶/۷٪) از گروه معتاد آسیب پذیر، ۲ نفر (۲/۶٪) از گروه معتاد فاقد آسیب پذیری و در ۳ نفر (۴/۱٪) از گروه کنترل گزارش شد که سه گروه که از این نظر، تفاوت آماری معناداری داشتند ($p < 0/001$).

توزیع فراوانی سابقه نقص عضو فیزیکی مشهود در هنگام تولد، سابقه خشونت خانوادگی، آزار جسمی و روانی در دوران کودکی، مصرف دخانیات، روابط جنسی خارج از قیود اجتماعی در افرادی که مادران آنان در دوران بارداری سابقه اعتیاد داشتند و گروهی که این سابقه در مادران آنان وجود نداشت، در جدول ۲ ارائه شده است.

گروه کنترل صفر درصد بود. بر اساس آزمون آماری، تفاوت معنی داری از نظر اعتیاد مادر در دوران بارداری فرد مورد مطالعه (گروه مورد و شاهد) بین سه گروه وجود داشت ($p < 0/001$). سابقه اعتیاد مادر در دوران بارداری فرد مورد مطالعه (گروه مورد و شاهد)، بین دو گروه معتاد آسیب پذیر و فاقد آسیب پذیری تفاوت معنی داری نداشت ($p = 0/54$).

سابقه خشونت خانوادگی در ۴۴ نفر (۶۲٪) از گروه معتاد آسیب پذیر، ۲۸ نفر (۳۶/۴٪) از گروه معتاد فاقد آسیب پذیری و در ۱ نفر (۱/۵٪) از گروه کنترل مشاهده شد که بر اساس آزمون آماری، افراد سه گروه از نظر سابقه خشونت خانوادگی تفاوت معناداری داشتند ($p < 0/001$).

جدول ۲- توزیع فراوانی خشونت خانوادگی، آزار جسمی و روانی دوران کودکی و مصرف دخانیات و رابطه جنسی خارج از قیود بر حسب سابقه اعتیاد مادر در دوران بارداری

عامل مورد بررسی	اعتیاد مادر در بارداری (تعداد= ۲۹ نفر)	عدم اعتیاد مادر در بارداری (تعداد= ۲۰۰ نفر)	سطح معنی داری	فاصله اطمینان (CI/۹۵)
خشونت خانوادگی دوران کودکی	۲۳ (۷۹)*	۵۸ (۲۹)	< 0/001	۹/۳۸ (۳/۶۳-۲۴/۲۴)
آزار جسمی و روانی دوران کودکی	۹ (۳۱)	۲۳ (۱۱/۷)	< 0/01	۳/۴۱ (۱/۳۹-۸/۳۶)
نقص عضو مشهود هنگام تولد	۴ (۱۴/۳)	۴ (۲)	< 0/01	۸/۰۸ (۱/۸۹-۳۴/۴۳)
رابطه جنسی خارج از قیود اجتماعی	۱۱ (۳۷/۹)	۶۶ (۳۴/۶)	۰/۸۳	۱/۱۶ (۰/۵۲-۲/۵۹)
مصرف دخانیات	۲۳ (۷۹/۳)	۱۰۳ (۵۲)	< 0/01	۳/۵۴ (۱/۳۸-۹/۰۶)

* (درصد) تعداد

در مطالعه چند مرکزی برنال و همکاران (۲۰۰۵) که با هدف تعیین نقش مادری در بین زنان مصرف کننده مواد در کلمبیا و برزیل انجام شد، خشونت در زمینه اجتماعی و فرهنگی و همچنین سوء مصرف مواد در خانواده مادرانی که کودکان ۱ ماهه تا ۶ ساله داشتند و مواد مصرف می کردند، شایع بود. این مادران احساس دوگانه ای در مورد نقش مادری خود داشتند. آنها از یک طرف احساس مادر ی داشتند، ولی از طرفی می دانستند که مادرانی معتاد هستند (۱۳). نتایج مطالعه بولز و همکاران (۲۰۱۲) نیز که با هدف بررسی تأثیر خانواده بر روی سوء مصرف مواد در زنان انجام شد، نشان داد که سوء مصرف مواد می تواند ناشی از نیاز به تطابق مشکلات دوران کودکی و نظارت ناکافی والدین باشد که روی سوء مصرف دختران تأثیر می گذارد (۱۴).

همان گونه که مشاهده می شود، خشونت خانوادگی و آزار جسمی و روانی در دوران کودکی و همچنین نقص عضو مشهود در هنگام تولد، در افرادی که مادران آنها سابقه اعتیاد در دوران بارداری داشتند، به طور معنی داری بیشتر از افرادی بود که مادران آنها سابقه اعتیاد در دوران بارداری آنها نداشتند.

بحث

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، ارتباط آماری معنی داری بین اعتیاد مادر در دوران بارداری و اعتیاد فرزندان آنان در دوران نوجوانی و جوانی وجود داشت. تاکنون مطالعات متعددی در مورد اعتیاد مادر در دوران بارداری و پیامدهای آن بر فرزند در دوران جنینی، نوزادی، کودکی و نوجوانی انجام شده است.

شاید بتوان چنین بیان کرد که ایجاد زمینه ژنتیکی در کودکان برای اعتیاد، استفاده مادر از تریاک و سایر مواد در دوران شیردهی، استفاده از مواد مخدر جهت درمان در دوران کودکی، مراقبت های ناکافی مادر معتاد، فقر و شرایط بد خانوادگی، طلاق به دنبال اعتیاد مادر و استفاده مادران معتاد از مواد مخدر به عنوان داروی خواب آور برای نوزاد و کودک، از جمله عوامل مؤثر زمینه ساز اعتیاد در دوران کودکی، نوجوانی و جوانی باشند.

در مطالعه حاضر، ارتباط آماری معنی داری بین سابقه خشونت خانوادگی و آزار جسمی و روانی در دوران کودکی با اعتیاد در دوران نوجوانی و جوانی وجود داشت. مطالعه شناسایی و همکاران (۲۰۰۶) نیز که با هدف بررسی ارتباط آزار در دوران کودکی و سوء مصرف مواد در آینده انجام شد، نشان داد که بین کودک آزاری در زنان و ایجاد نقص در ارتباط اجتماعی در آینده و هراس (فوبیا) ارتباط معناداری وجود دارد. همچنین بین شکل های شدید سوء استفاده جنسی و خشونت خانوادگی و بروز نشانه های اختلالات روانی در آینده و سوء مصرف مواد ارتباط آماری معنی داری وجود داشت (۱۵).

همچنین در مطالعه هوسکا و همکاران (۲۰۰۲) که با هدف بررسی عوامل خطر منجر به سوء مصرف مواد در دو گروه معتاد و غیر معتاد انجام شد، خشونت خانوادگی در گروه معتادان به طور معناداری بیشتر بود (۱۶). خشونت خانوادگی و آزارهای جسمی در دوران کودکی، باعث بر هم زدن حمایت اجتماعی و خانوادگی در افراد می شوند و حمایت اجتماعی و خانوادگی، یک عامل تعیین کننده اساسی برای سلامتی محسوب می شود. شاید بتوان گفت که وضعیت نابسامان مؤلفه های اجتماعی و حمایت اجتماعی و خانوادگی، از جمله عوامل مؤثر در گرایش به اعتیاد و آسیب پذیری ناشی از اعتیاد می باشند.

در مطالعه حاضر، نقص عضو مشهود در هنگام تولد در افرادی که مادران آنها در دوران بارداری، معتاد بودند به طور معنی داری بیشتر از نوزادان مادران غیر معتاد بود. در مطالعه اریکسون و همکاران (۱۹۷۹) که با هدف بررسی پیامدهای سوء استفاده مواد، الکل و دخانیات در

طول بارداری بر روی کودکان انجام شد، اثرات سوء، هم در مادر و هم در کودک مشاهده شد. اثرات سوء، نتیجه اثرات سمی اختصاصی سوء مصرف مواد و اثرات غیر اختصاصی شرایط محیطی ناپایدار ناشی از سوء مصرف مواد و الکل در مادران بود. در اثر سوء مصرف مواد، عوارض دوران بارداری، زایمان زودرس، تولد نوزاد با وزن کم و افزایش مرگ و میر پری ناتال مشاهده شد (۱۷). در مطالعه شریفیان و همکاران (۲۰۱۱) که با هدف بررسی سرانجام مادری و جنینی و نوزادی مادران باردار معتاد به مواد مخدر در مشهد انجام شد، عوارض نظیر دکولمان، زایمان زودرس، پره اکلامپسی، پارگی زودرس کیسه آب، اختلال رشد داخل رحمی، ناهنجاری های جنینی مشهود در نوزادان، آپگار پایین دقیقه اول و پنجم، کاهش وزن، قد و دور سر نوزادان در بین مادران معتاد و نوزادان متولد شده آنها در مقایسه با گروه شاهد (مادران غیر معتاد) افزایش معناداری داشت (۱۸).

از نظر ملاحظات اخلاقی، تمام افراد شرکت کننده در مطالعه پس از توجیه و آگاهی از اهداف مطالعه و پس از اخذ رضایت آگاهانه، به طور داوطلبانه وارد مطالعه شدند. تمام اطلاعات افراد به صورت محرمانه و نتایج به طور کلی و بدون ذکر نام، ارائه شد. این مطالعه تحت نظارت و تأیید شورای پژوهشی و کمیته اخلاق پژوهش دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام شد.

از جمله محدودیت های این مطالعه، تأیید اعتیاد مادر در طی دوران بارداری بر اساس اظهار فرد مورد مطالعه بود که در این مورد، احتمال سوگرایی یادآوری وجود دارد و رفع این محدودیت به جهت عدم دسترسی به مادران افراد مورد مطالعه و انجام نمونه گیری و تعیین دقیق وجود نداشت.

نتیجه گیری

با توجه به ارتباط اعتیاد مادر در دوران بارداری با اعتیاد دختران آنان در آینده و از طرفی، تأثیر اعتیاد مادر بر تمام جنبه های سلامتی فرزندان، توجه به مراقبت های مادر و کودک و اهتمام بر پیشگیری، درمان و کنترل سوء مصرف مواد در مراقبت های قبل و هنگام بارداری، ضروری است.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان نامه دانشجویی مقطع دکترای تخصصی پزشکی اجتماعی است. بدینوسیله از اداره بهزیستی، سازمان زندان ها و مرکز بهداشت استان

خراسان رضوی به جهت همکاری و مساعدت های لازم، معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد به جهت تأیید، نظارت و حمایت مالی طرح پژوهشی تشکر و قدردانی می شود.

منابع

1. Naghibi KH, Attari A. [Diagnosis and treatment of drug dependency]. Esfehan:University of Medical Sciences;2004.[in Persian].
2. United Nations Office On Drug and Crime. Epidemiology of drug use in Iran. 2007.Available from: <http://www.unodc.org/iran/en/epidemiology.html>2010 [cited 2010 11 Feb].
3. Sandeep C. World drug report 2011.United Nations Publication:United Nations Office On Drugs and Crime(UNODC);2011.
4. Jafari S, Rahimi Movaghar A, Baharlou S, Kevin JP. Trends of substance use in southern Iran: a qualitative study. Int J Eepidemiol 2008;6(1). Dol:10.5580/12a8.
5. Poorasgar N.Medical Information.Available from: <http://www.nimapoorasgar.blogfa.com>.
6. Safari F.[Addictionandwomen, gender differencesinsubstance abusetreatment].First ed.Tehran:Iranian *national* center for addiction study;2004.[in Persian].
7. European MonitoringCenter for Drugs and Drud Addiction. Differences in patterns of drug use between women and men. 2005. Available from: <http://www.emcdda.eu.int>.
8. De Santis M, De Luca C, Mappa I, Quattrocchi T, Angelo L, Cesari E. Smoke, alcohol consumption and illicit drug use in an Italian population of pregnant women. Eur J Obstet Gynecol Reprodu Biol 2011 Nov;159(1):106-10.
9. Saleh Gargari S, Fallahian M. Haghghi L, Hosseinezhad-Yazdi M, Dashti E, Dolan K. Maternal and neonatal complications of substance abuse in Iranian pregnant women. Acta Med Iran 2012;50(6):411-6.
10. Cunningham FG , Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap L, Wenstrom KD. Williams obstetrics. 22nd ed. New York:McGraw Hill;2005.
11. Salari Z, Mirzaie F, MehranM. [Evaluation of relationship between opiod addiction and placental abruption] [Article in Persian].J Hamadan Univ Med Sci 2007;14(1):39-43.
12. Grella CE, Hser YI, Huang YC. Mothers in substance abuse treatment: differences in characteristics based on involvement with child welfare services. Child Abuse Negl 2006 Jan30(1):55-73.
13. Bernal Roldan MC, Galera SA, O'Brien B. Perception of the mothering role of women who live in a context of drugs and violence. Rev Lat Am Enfermagem 2005 Nov-Dec;13 Spect No:1118-26.
14. Bowles MA, DeHart D, Webb JR. Family influences on female offenders' substance use: the role of adverse childhood events among incarcerated women. J Fam Violence 2012;27(7):681-6.
15. Schnieders M, Rassaerts I, Schaefer M, Soyka M. [Relevance of childhood trauma for later drug dependence] [Article in German]. Fortschr Neurol Psychiatr 2006 Sep;74(9):511-21.
16. Huesca RS, Cruz VMG, Encinas RMO, Pontoja GD. Early detection of risk factors associated with illegal drug use. Salud Mental 2002;25(3):1-11.
17. Eriksson M, Larsson G, Zetterstrom R. Abuse of alcohol, drugs and tobacco during pregnancy--consequences for the child. Paediatrician 1979;8(4):228-42.
18. Sharifian J, Jahanian M, Tavassoli F, Tavassoli S, AfzalAghaee M, Afshari R, et al . [The fate of motherhood, fetuses and neonates in drug addicted pregnant women] [Article in Persian]. J Shahid Beheshti Univ Med Sci 2011;19(2):183-91.

