

نشریه علمی - پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

دوره ۲۰، شماره ۷۰، پائیز ۱۳۸۹، صفحات ۱ تا ۶

تاریخ دریافت: ۱۳۸۷/۸/۲۵ تاریخ پذیرش: ۱۳۸۸/۷/۲۹

مقاله پژوهشی
(Original Article)

بررسی وضعیت بهداشت باروری زنان مراجعه کننده به مراکز منتخب ترک اعتیاد شهر تهران

صدیقه امیر علی اکبری^{۱*}، مهناز بحری^۲، نورالسادات کریمان^۳، دکتر حمید علوی مجد^۴

۱. مربی، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران
۲. کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران
۳. مربی، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران
۴. دانشیار، گروه آمار زیستی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران

چکیده

زمینه و هدف: اعتیاد به مواد مخدر یک مشکل اجتماعی، روانی و بهداشتی جوامع می باشد. شیوع سوء مصرف مواد در زنان در دو دهه اخیر در حد قابل توجهی افزایش یافته و عمدتاً این زنان در سنین باروری هستند. پژوهش حاضر به منظور تعیین وضعیت بهداشت باروری زنان مراجعه کننده به مراکز منتخب ترک اعتیاد شهر تهران در سال ۱۳۸۷ انجام شد.

مواد و روش ها: این مطالعه به صورت توصیفی بر روی ۲۰۰ زن مراجعه کننده به مراکز منتخب ترک اعتیاد شهر تهران انجام گرفت، نمونه گیری به صورت غیر تصادفی و مستمر انجام شد. ابزار پژوهش پرسشنامه بود که شامل سؤالات مربوط به اطلاعات جمعیت شناسی، وضعیت داروهای مصرفی، تاریخچه مامایی، قاعدگی و تنظیم خانواده بود. اعتبار ابزار به روش اعتبار محتوا و پایایی آن با روش آزمون مجدد با ضریب همبستگی ۰/۹۸ تعیین گردید. از نرم افزاراس پی اس اس ۱۶ جهت تجزیه و تحلیل داده ها استفاده گردید.

یافته ها: بر اساس یافته های پژوهش حاضر، تریاک و کراک به ترتیب شایع ترین داروهای مصرفی بودند و ۳۴ درصد نمونه ها، مصرف مواد را در سن ۲۰-۱۴ سالگی شروع کرده بودند. ۱۴۵ نفر (۷۲/۵ درصد) از نمونه ها، در سنین باروری بودند. میانگین تعداد بارداری ها، ۱/۸۳±۲/۹۵ بود و ۲۷/۶ درصد از بارداری ها به تولد نوزاد کم وزن ختم شده بود. ۷ درصد از نوزادان حاصل از این بارداری ها دچار ناهنجاری جسمی بودند. ۸۲ درصد پیش از اعتیاد پیوند منظم داشتند. بیشتر این افراد (۹۱/۷ درصد) در قاعدگی های خود دیسمنوره را تجربه می کردند. پس از اعتیاد، ۴۵/۵ درصد تغییر در میزان خونریزی قاعدگی و ۳۳/۱ درصد تغییر در فاصله قاعدگی داشتند. ۶۶/۲ درصد از افراد غیر یائسه ای که فعالیت جنسی داشتند، در حال حاضر از یک روش پیشگیری از بارداری استفاده می کردند و روش منقطع شایع ترین روش مورد استفاده در این زنان بود.

نتیجه گیری: بر اساس یافته های این پژوهش وضعیت بهداشت باروری زنان مصرف کننده نیازمند بررسی و نظارت بیشتر می باشند. لذا توجه بیشتر به زنان معتاد و در حال ترک اعتیاد جهت بهبود کیفیت خدمات بهداشت باروری و برنامه ریزی در این امر توصیه می شود.

کلید واژه ها: بهداشت باروری، زنان، اعتیاد

مقدمه

فزاینده ای وقت و انرژی صرف کرده و در نتیجه احساس عدم کنترل می نماید که تنها از طریق تکیه بر یک عامل بیرونی (دارو، قدرت برتر) می تواند بر آن فائق آید (اردبیلی، ۱۳۸۵). مواد مورد سوء مصرف ممکن است در بعضی کشورها قانونی باشند (الکل و نیکوتین)، تجویز شده با نسخه باشند (بنزودیازپین ها و مسکن های شبه افیونی) یا غیر قانونی باشند (حشیش، هروئین و کوکائین) (Lingford-&Clementi, Hughes, ۲۰۰۸).

اعتیاد به مواد مخدر، یکی از مشکلات بهداشتی، درمانی و اجتماعی قرن حاضر است (وزیران و همکاران، ۱۳۸۴). رفتار اعتیادی وضعیت پیشرونده ای است که در آن فرد به طور

* نویسنده مسئول مکاتبات: صدیقه امیر علی اکبری؛ تهران، خیابان شریعی، جنب بیمارستان مفید، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی شهید بهشتی، آدرس پست الکترونیک: asa_akbari@yahoo.com

و هم بر کودک در حال رشد او و در کل بر بهداشت باروری اثرات منفی برجای گذارند (Hathazi و همکاران، ۲۰۰۸). زنان از اقشار آسیب پذیر جامعه بوده و به ویژه این امر در زنان معتاد بیشتر می باشد. با توجه به این که پژوهش پیرامون مسئله اعتیاد از اولویت های بهداشتی کشور می باشد، این پژوهش با هدف تعیین وضعیت بهداشت باروری زنان مراجعه کننده به مراکز منتخب ترک اعتیاد شهر تهران انجام شد.

مواد و روش ها

پژوهش حاضر از نوع توصیفی بود که بر روی ۲۰۰ زن مراجعه کننده به مراکز منتخب ترک اعتیاد شهر تهران در سال ۱۳۸۷ انجام شد. در این پژوهش نمونه گیری به صورت غیر تصادفی و مستمر انجام شد؛ به این ترتیب که کلیه زنان مراجعه کننده به مراکز منتخب ترک اعتیاد که معیارهای ورود به پژوهش را داشتند، مورد مطالعه قرار گرفتند.

معیارهای ورود به پژوهش شامل ایرانی بودن، سن ۱۴-۵۵ سالگی و دارا بودن سابقه اعتیاد بود. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه های مربوط به مشخصات جمعیت شناسی، اطلاعات مواد/داروهای مصرفی، مامایی در دو بخش اطلاعات بارداری ها و قاعدگی ها و تنظیم خانواده بود. جهت تعیین اعتبار ابزار، از اعتبار محتوا استفاده شد. پایایی ابزار نیز به روش آزمون مجدد و تأیید آن توسط معنی دار شدن آزمون همبستگی پیرسون (۰/۹۸) انجام شد. پس از توضیح در مورد موضوع و علت پژوهش و اطمینان دادن به زنان درباره محرمانه ماندن اطلاعات و کسب رضایت از آنان پرسشنامه تکمیل شده سپس داده ها استخراج گردید. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار اس پی اس اس ۱۶ استفاده شد.

یافته ها

میانگین سن در ۲۰۰ زن شرکت کننده در پژوهش $37/30 \pm 9/81$ سال و میانگین سن همسران $44/03 \pm 10/53$ سال بود. تحصیلات بیشترین درصد واحدهای پژوهش (۳۰ درصد) در حد دیپلم و بیشترین درصد همسرانشان (۲۶ درصد) در حد دانشگاهی بود. بیشترین درصد شغل خانم ها (۶۶ درصد) خانه دار و بیشترین درصد شغل همسران آن ها (۴۹/۳ درصد) آزاد بود. آخرین ماده مصرفی در بیشترین درصد زنان (۴۵/۵ درصد) تریاک و شکل مصرف در بیشتر زنان (۸۷ درصد) مصرف تک دارویی بود. میانگین سن شروع مصرف مواد $26/42 \pm 8/96$ سال و شایع ترین گروه سنی برای شروع مصرف (۳۴ درصد) ۲۰-۱۴ سالگی بود. ۱۴۵ نفر (۷۲/۵ درصد) از افراد، در سنین باروری بودند. میانگین سن در

در سراسر دنیا حدود ۱۶ میلیون مصرف کننده اپیوئیدهای غیرقانونی وجود دارد (Dark&Degenhardt, ۲۰۰۷). بر اساس آمارهای منتشر شده تعداد معتادان کشور ایران در حداقل ممکن $1/200/000$ نفر و تعداد مصرف کنندگان تفننی مواد مخدر قریب به $800/000$ نفر است (سید شجاع و سلیمانی، ۱۳۸۷). با در دسترس بودن و مصرف مواد، هزینه قابل توجهی به جامعه تحمیل می شود و هر ساله هزاران بلیون دلار صرف کاهش توزیع داروها، درمان مصرف کنندگان مواد و پرداختن به پیامدهای سوءمصرف مواد می شود. (Vandemark, ۲۰۰۷). همچنین سوءمصرف مواد با گروهی از خطرات طبی و مشکلات روانی همراه است که شامل اختلال در حافظه، عملکرد حسی و اجرایی، همین طور واکنش های اضطرابی، احساسات پارانوئیدی، هذیان گوئی، نشانه های افسردگی، مشکلات کاری، مشکلات ارتباطی و تجاوز می باشد (Moore و همکاران، ۲۰۰۸). اگرچه سوءمصرف مواد در مردان شایع تر از زنان است، پیامدهای طبی، اجتماعی و اقتصادی آن برای زنان شدیدتر است (Cox و همکاران، ۲۰۰۷). اختلال باروری مرتبط با هروئین، هم در مردان و هم در زنان ثابت شده است. بهداشت باروری نقش مهمی در تأمین سلامت اعضای خانواده به خصوص زنان و دختران از تولد تا مرگ دارد (اردبیلی و همکاران، ۱۳۸۵). محیط اجتماعی، تغذیه و بهداشت ضعیف و خطر سوء استفاده های جنسی می توانند بر بهداشت باروری زن سوء مصرف کننده مواد اثر بگذارند. (Wright& Walker). زنان معتاد در مقایسه با کل جمعیت، مشکلات زنان بیشتری دارند که مشکلات تکثیر و تولید تخمک، بی نظمی دوره قاعدگی، توقف زود هنگام قاعدگی و قاعدگی بدون تخمک گذاری را شامل می شود. سوءمصرف مواد با پیامدهای نامطلوب دیگر شامل: بارداری برنامه ریزی نشده، تروما، خشونت و انتقال بیماری های عفونی اعم از هپاتیت B، C و HIV مرتبط می باشد (Cox و همکاران، ۲۰۰۷، Hughes & Lingford-Clementi, ۲۰۰۸).

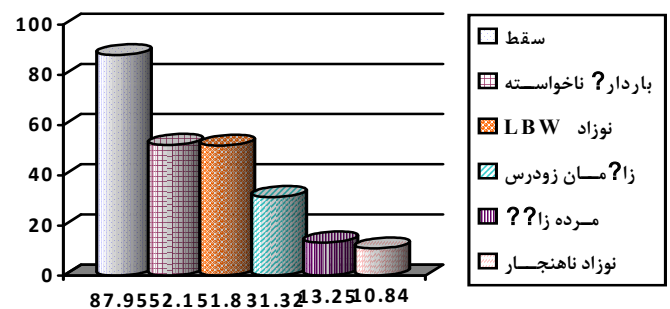
خطر انتقال نه تنها خطر مواجهه فرد با ویروس از طریق تماس مستقیم با سوزن آلوده را شامل می شود، بلکه سوءمصرف مواد، احتمال درگیر شدن افراد در رفتارهای جنسی پرخطر مانند رابطه جنسی حفاظت نشده را نیز افزایش می دهد. (Gonzalez-Guarda و همکاران، ۲۰۰۸).

مطالعات نشان داده اند که مصرف مواد در زنان به خصوص مصرف تزریقی با آسیب های اجتماعی مانند فرار از منزل و روسپیگری همراه است. مصرف مواد در دوران بارداری یک مشکل عمده بهداشتی است زیرا داروها می توانند هم بر مادر

Mawhinney و همکاران (۲۰۰۶) در ایرلند بود؛ اما در مطالعه Hjerkin و همکاران (۲۰۰۷) در نروژ میانگین سن شروع مصرف مواد پایین تر و در حد ۱۵ سالگی گزارش شده که احتمالاً دلیل آن دسترسی آسان تر به مواد/داروها در نوجوانان نروژی نسبت به نوجوانان ایرانی است. سن ۲۰-۱۴ که شایع ترین سن مصرف در این مطالعه بود، آغاز دوران نوجوانی، بلوغ و باروری است. نوجوانی از مهمترین و با ارزش ترین دوران زندگی هر فرد است، زیرا سرآغاز تحولات و دگرگونی های جسمی، روانی و هویت اجتماعی است. اگرچه، دوران نوجوانی و بلوغ دختران، دوران کوتاهی از زندگی آن ها را تشکیل می دهد، زیر بنا و سرآغاز جهت دهنده دوره های بعدی زندگی آن ها و بزرگسالی و سالمندی است. به علاوه تأثیر مستقیمی بر خانواده و کودکان آینده آن ها خواهد داشت. بلوغ زمان اکتساب باروری است (سلطانی و پارسای، ۱۳۸۵) و پیامدهای نامطلوب اعتیاد در این دوران می تواند علاوه بر بهداشت روانی، بهداشت باروری فرد را در این سال های بحرانی به خطر بیندازد و سبب عدم تخمک گذاری، بی نظمی های قاعدگی، آمنوره، آغاز فعالیت جنسی در سنین پایین تر و بارداری برنامه ریزی نشده، ابتلا به عفونت های هیپاتیت B و C و HIV شود و آن ها را در معرض خشونت و تروما، روسپیگری، سقط خودبه خود و زایمان زودرس قرار دهد. در مطالعه حاضر شایع ترین ماده مورد مصرف (۴۵/۵ درصد) تریاک بود. در مطالعه Azadi&Dildy (۲۰۰۸) در آمریکا شیوع مصرف مواد / داروها به این قرار بوده است: کوکائین ۳/۱ درصد، آمفتامین ها ۲/۴ درصد، باریتورات ها ۲/۱ درصد، تریاک و مواد شبه افیونی ۲/۴ درصد، THC ۲/۱۷ درصد، بنزودیازپین ۵/۷ درصد. در مطالعه Simons و همکاران (۲۰۰۹) در آمریکا شایع ترین ماده/ داروی مورد سوء مصرف یا وابستگی در زنان پس از مسکن ها، ماری جوآنا بود. احتمالاً علت رایج تر بودن مصرف تریاک در مطالعه حاضر ارزان تر بودن و در دسترس بودن تریاک به علت همسایگی با کشور افغانستان که یکی از بزرگترین مراکز تولید و پخش تریاک و مواد شبه افیونی در دنیاست، می باشد.

به علاوه نتایج نشان داد که ۷۸/۵ درصد از زنان تجربه زایمان داشتند. یافته مطالعه حاضر مشابه با یافته Nunes و همکاران (۲۰۰۷) در سالوادور باهیای برزیل است که در آن ۷۳/۶ درصد از شرکت کنندگان حداقل یک زایمان داشتند. بیشتر زایمان ها (۷۸/۵ درصد) به صورت طبیعی انجام شده بودند و به نظر می رسد که مصرف مواد میزان زایمان سزارین را در این زنان افزایش نداده باشد. Azadi&Dildy (۲۰۰۸) نیز به

هنگام اولین بارداری در واحدهای پژوهش ۱۹/۷۳±۳/۷۷ سال، میانگین تعداد بارداری ها ۲/۹۵±۱/۸۳، میانگین تعداد زایمان ها ۲/۴۶±۱/۵۰ و میانگین تعداد فرزندان زنده ۲/۴۵±۱/۳۶ بود. در مجموع ۷۵/۸۰ درصد از زایمان ها به صورت طبیعی، ۲۳/۲۰ درصد به صورت سزارین و ۰/۱ درصد به صورت زایمان با دستگاه ختم شده بودند. ۸۳ نفر (۴۸/۸ درصد) از زنانی که تجربه بارداری داشتند، در دوران بارداری خود مواد مصرف کرده بودند و عوارض نوزادی شیوع بسیار بالایی در این گروه از واحدهای پژوهش داشت (نمودار ۱). ۴۶/۵ درصد از افرادی که تجربه بارداری داشتند، سابقه سقط، ۷ درصد سابقه مرده زایی، ۱۶/۶ درصد سابقه زایمان زودرس، ۲۹/۹ درصد سابقه تولد نوزاد دارای وزن کم هنگام تولد و ۷ درصد سابقه تولد نوزاد ناهنجار داشتند. متوسط سن منارک در واحدهای پژوهش، ۱۳/۵۷±۱/۶۱ سال بود و از میان ۱۴۵ نفری که یائسه نبودند، متوسط مدت اکثر قاعدگی ها ۶/۲۳±۳/۹۸ روز و متوسط فاصله اکثر قاعدگی ها ۲۷/۲۳±۴/۳۳ روز بود. ۸۲ درصد از افراد قبل از اعتیاد قاعدگی های منظم داشتند. ۹۱/۷ درصد قاعدگی دردناک را گزارش کردند. ۵۲/۱ درصد از افرادی که تجربه فعالیت جنسی داشته اند، سابقه بارداری ناخواسته را ذکر کردند. ۶۶/۲ درصد از افراد غیر یائسه ای که فعالیت جنسی داشتند، در حال حاضر از یک روش پیشگیری از بارداری استفاده می کردند و بیشترین درصد از آنان (۳۱/۵ درصد) از روش منقطع استفاده می کردند.



نمودار ۱- توزیع فراوانی نسبی نمونه ها بر حسب پیامدهای بارداری در بارداری های توأم با مصرف مواد در زنان مراجعه کننده به مراکز منتخب ترک اعتیاد شهر تهران

بحث

در این پژوهش بخشی از بهداشت باروری زنان دارای سابقه اعتیاد مورد بررسی قرار گرفت. بیشترین درصد زنان در مطالعه حاضر (۳۴ درصد) مصرف مواد را در سنین ۲۰-۱۴ سالگی با میانه ۲۴ سال آغاز کرده بودند که مشابه با مطالعه

زودرس را ۸/۵ درصد به دست آوردند که کمتر از یافته های مطالعه حاضر می باشد. زایمان زودرس عامل حدود دو سوم مرگ های نوزادی در سال اول زندگی در ایالات متحده است (Cunningham و همکاران، ۲۰۰۵). در مطالعه Azadi&Dildy (۲۰۰۸) در آمریکا تولد نوزاد کم وزن در ۹۴/۸ درصد زنان مصرف کننده مواد دیده شد. یافته این مطالعه بسیار بالاتر از شیوع ۲۹/۹ درصدی تولد نوزاد کم وزن در مطالعه حاضر است.

در پژوهش حاضر شیوع ناهنجاری مادرزادی ۷ درصد گزارش شد و این در حالی است که شجری و همکاران (۱۳۸۵) در تهران شیوع ناهنجاری مادرزادی را ۳/۷۵ درصد به دست آوردند؛ تعداد کل مبتلایان به ناهنجاری ها در مطالعات دیگر از ۱/۸ تا ۶ درصد متفاوت است. مصرف کوکائین در طی دوران پره ناتال به عنوان یک تراژون توجه زیادی را به ویژه در میان معتادین به این ترکیب، به خود جلب کرده است. شواهدی از اختلالات جنینی، به ویژه اختلالات سیستم ادراری-تناسلی و اختلالات رفتاری در جنین های مادرانی که در زمان پره ناتال کوکائین مصرف کرده اند، دیده شده است. مصرف چندین دارو حداقل به عنوان یک مشکل کلی که سلامتی را تهدید می کند مهم است، بسیاری از مصرف کنندگان کوکائین علاوه بر آن ماری جوآنا، الکل و سیگار نیز مصرف می کنند. هیچ اثر تراژونیک در مورد مواد مخدر تا به حال شناخته نشده است. تمیز دادن شکلات ناشی از کمبودهای تغذیه ای، از اثرات قرار گرفتن در معرض مواد مخدر در جنین مشکلی است که اکثر پژوهش ها با آن مواجه هستند (نادری و همکاران، ۱۳۸۷).

سیکل طبیعی قاعدگی ۲۱-۳۵ روز، مدت خونریزی ۶-۲ روز و مقدار متوسط خونریزی ۶۰-۲۰ ml است (Olive و همکاران، ۲۰۰۷). میانگین مدت و فاصله سیکل های قاعدگی در مطالعه حاضر در محدوده طبیعی قرار دارد. اپیوئیدهای دورنزا، هورمون آزادکننده کورتیکوتروپین (CRH)، ملاتونین و گاما آمینوبوتیریک اسید (GABA) را مهار می کنند (Schillings & McClamrock، ۲۰۰۷). بر این اساس به نظر می رسد که با ورود مواد افیونی اگزوزن احتمالاً آزاد شدن هورمون آزاد کننده گنادوتروپینها (GnRH) به درجات مختلفی، بسته به دوز ماده/داروی مصرفی، مهار شده و فرد دچار اختلال در ترشح هورمون تحریک کننده تخمدان (LH & FSH) می شود و در نتیجه منجر به بروز اختلال در تخمک گذاری و قاعدگی می گردد. اما علت طبیعی بودن بیشتر

این نتیجه رسیدند که تفاوت معنی داری در میزان زایمان سزارین در زنان مصرف کننده و غیر مصرف کننده مواد دیده نشد.

در مطالعه حاضر ۴۸/۵ درصد از زنان در بارداری های خود مواد مصرف می کردند اما در مطالعه Azadi&Dildy (۲۰۰۸) تنها ۱۹ درصد در هنگام زایمان از نظر مصرف یکی از انواع مواد مثبت بودند. چنین برآورد شده است که هر ساله حدود ۳۵۰۰۰۰ تا بیش از ۷۰۰۰۰۰ جنین در زندگی داخل رحمی خود با مواد غیرقانونی مواجه می شوند. تقریباً ۱۵ درصد زنان حامله در ایالات متحده ماری جوآنا مصرف می کنند.

در مطالعه حاضر نتایج نشان داد که ۴۶/۵ درصد از واحدهای پژوهشی که باردار شده بودند تجربه سقط داشتند در حالی که در مطالعه رمضان زاده و همکاران (۱۳۸۶) در تهران ۱۷/۷ درصد از زنان سابقه سقط را ذکر نمودند که این مقدار بسیار پایین تر از مطالعه حاضر است. می توان نتیجه گرفت که یافته های پژوهش حاضرین مطلب را که اعتیاد سبب افزایش میزان سقط می شود، تأیید می کند. در مطالعه Hjerkin و همکاران (۲۰۰۷) در نروژ ۱۳ زن از میان ۱۰۲ نفر تجربه سقط داشتند که ۸ مورد از آن ها خود به خودی و ۵ مورد القایی بودند.

Berkowitz و همکاران (۱۹۹۹) اشاره می کند که سقط در ۲۰-۱۰ درصد زنان دارای بارداری مشخص روی می دهد و شایع ترین عارضه بارداری است. Stoval (۲۰۰۷) می گوید حدود ۲۰-۱۵ درصد حاملگی های مسجل، به سقط ختم می شوند. در مطالعه حاضر ۴۶/۵ درصد از زنان تجربه سقط داشتند که بسیار بیشتر از شیوع سقط ذکر شده برای جامعه عمومی می باشد و این نشان می دهد که این گروه از زنان در معرض خطر بسیار زیادی برای سقط و عوارض آن قرار دارند.

همچنین شیوع ۷ درصدی مرده زایی در مطالعه حاضر در مقایسه با مطالعه Engman (۲۰۰۹) در آمریکا که فراوانی نسبی مرده زایی را ۳۳ مورد به ازاء هر ۱۰۰۰ نفر به دست آوردند، بالاتر بوده که می تواند نشاندهنده خطر بالای مرده زایی در این جمعیت را باشد.

میزان سابقه زایمان زودرس در مطالعه حاضر ۱۶/۶ درصد بود. در مطالعه Azadi&Dildy (۲۰۰۸) در آمریکا، زایمان زودرس در زنان مصرف کننده مواد در مقایسه با غیر مصرف کنندگان شایع تر گزارش شده است. در مطالعه رمضان زاده و همکاران (۱۳۸۶) در تهران، ۲۱ درصد از زایمان ها قبل از ۳۷ هفته صورت گرفته بود که بالاتر از یافته مطالعه حاضر می باشد. دلارام و همکاران (۱۳۸۷) در شهرکرد شیوع زایمان

یکی از اهداف تنظیم خانواده، پیشگیری از رخداد حاملگی ناخواسته است در حالی که ۳۳/۸ درصد از شرکت کنندگان در پژوهش حاضر از هیچ روشی برای جلوگیری از بارداری استفاده نمی کردند و ۳۱/۵ درصد از افراد هم از روش منقطع برای پیشگیری از بارداری استفاده می کردند. این روش بیش از ۱۰ درصد احتمال شکست دارد (Moore و همکاران، ۲۰۰۸). به نظر می رسد که عدم استفاده از روش های پیشگیری از بارداری و استفاده از روش منقطع برای پیشگیری در اکثریت نمونه ها علت اصلی شیوع بالای بارداری ناخواسته در آنان باشد.

بر اساس یافته های این پژوهش وضعیت بهداشت باروری زنان مصرف کننده مواد در برخی جنبه ها به خصوص تنظیم خانواده، نیازمند بررسی و نظارت بیشتر می باشند. لذا توجه بیشتر به زنان معتاد و در حال ترک اعتیاد جهت بهبود کیفیت خدمات بهداشت باروری و برنامه ریزی در این امر توصیه می شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله قسمتی از پایان نامه خانم مهناز بحری دانشجوی کارشناسی ارشد مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی شهید بهشتی به راهنمایی خانم صدیقه امیرعلی اکبری و طرح تحقیقاتی به شماره ۳۱۶/۱۲/۲۵/پ در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی می باشد. از کلیه زنان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد که در این پژوهش همکاری نمودند و نیز مسولین این مراکز تشکر و قدردانی می گردد بدون همکاری آنان انجام این پژوهش ممکن نبود. همچنین از معاونت پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی سرکار خانم دکتر فریده یغمایی سپاسگزاری می شود.

سیکل های قاعدگی در مطالعه حاضر این است که این زنان تحت درمان بوده و دوز ماده مخدر در آن ها ناچیز بوده است. دیسمنوره اختلال ژنیکولوژیک شایعی است که حدود ۵۰ درصد از زنان واقع در سنین قاعدگی را مبتلا می سازد (Rapkin & Howe, ۲۰۰۷). شیوع دیسمنوره در مطالعه حاضر بسیار بالاتر از شیوع ذکر شده در منابع است که احتمالاً یا به علت مصرف مواد/داروهایست و یا از آنجا که این افراد جزء گروه های پرخطر جامعه از نظر رفتارهای بهداشتی محسوب می شوند، بیشتر در معرض علل زمینه ساز دیسمنوره از نوع ثانویه قرار داشته اند. در این مطالعه بیش از نیمی از زنان ناخواسته باردار شده بودند و طبیعتاً در معرض عوارض نامطلوب بارداری ناخواسته قرار داشته اند. بارداری های ناخواسته با پیامدهای نامطلوبی برای مادر و نوزاد همراه هستند. زنانی که بارداری ناخواسته دارند دیرتر برای مراقبت های دوران بارداری مراجعه می کنند و بیشتر سیگار، الکل و دیگر مواد مصرف می کنند که آثار نامطلوبی بر نوزاد دارند. (Foster و همکاران، ۲۰۰۸).

در جهان سالانه ۲۰۰ میلیون حاملگی رخ می دهد که حدود یک سوم از این میزان یعنی ۷۵ میلیون مورد ناخواسته هستند. همچنین هر سال به ۵۰ میلیون حاملگی ناخواسته خاتمه داده می شود که حدود ۲۰ میلیون از این موارد در شرایط نامناسب و خطرناک و ۹۵ درصد آن در کشورهای در حال توسعه رخ می دهد و منجر به مرگ حداقل ۲۰۰ مادر در طول یک روز می گردد. (پورحیدری و همکاران ۱۳۸۵).

یکی از اقدامات بسیار خطرناک در خصوص حاملگی ناخواسته، انجام سقط های غیرقانونی و غیربهداشتی بدست افراد غیر مسئول است که خود منجر به بروز عفونت ها، خونریزی ها و پارگی های رحمی و غیره شده و نتیجه آن بی مادر شدن حدود ۷۰ هزار کودک در سال می باشد (محمدپوراصل ۱۳۸۴).

REFERENCES

- Ardebeli M (2007) [Public Health]. 2nd edition. vol3. Tehran. Iran. Arjmand Publishing. (Persian)
- Azadi A Dildy G (2008) Universal screening for substance abuse at the time of parturition. American Journal of Obstetrics & Gynecology. 198(5):30-32
- Berkowitz R et al (1999). Kistner's Gynecology & Women's Health. 7th editon. USA. Mosby Co.
- Cox S et al (2007). Trends in rates of hospitalization with a diagnosis of substance abuse among reproductive-age women, 1998 to 2003. Women's Health Issues. 17(2):75-8
- Cunningham F et al (2005). Williams Obstetrics. 22nd edition. New York McGraw-Hill
- Dark A Degenhardt W (2007). Mortality among Illicit Drug Users. 1st edition. London. Cambridge University
- Delaram M et al (2008). [Prevalence of low birth Weight and its related factors in Shahr-e-Kord]. Journal of Reproduction & Infertility. 9 (3). 63-70

- Engman C (2009). Stillbirth and early neonatal mortality in rural central Africa. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 105(2) 112-117
- Foster D et al (2008). Family planning and life planning reproductive intentions among individuals seeking reproductive health care. *Women's Health Issues*. 18(5)351-359
- Gonzalez-Guarda R et al (2008)HIV risks, substance abuse, and intimate partner violence among Hispanic women and their intimate partners.*Journal of The Association of Nurses In AIDS Care*. 19(4)252- 266
- Hathazi D et al (2008)Pregnancy and sexual health among homeless young injection drug users. *Journal of Adolescence*. 32 (2) 339-55
- Hjerkinn B Lindbaek M Rosvold E (2007). Substance abuse in pregnant women.experience from a special child welfare clinic in Norway.*Biomed Public Health*,Nov 2007[on line].< <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez>> [15 Jan 2009]
- Lingford-Hughes A Clementi N (2008). Addiction and substance misuse. *Medicine*. 36 (8) 422-429.
- Mawhinney S Ashe R Lowry J (2006). Substance abuse in pregnancy: opioid substitution in a northern Ireland maternity unit.*The Ulster Medical Journal*.75(3)187-191
- Mohammad poorasl A et al (2005).[Prevalence of unwanted pregnancy and relative variables in Tabriz].*Medical Azad University Journal*.15(4)201-206.(Persian).
- Moore T et al (2008) Drug abuse and aggression between intimate partners:A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*. 28(2)247-274
- Nadery SH et al (2008). [Treatment of Addiction].1st edition.Tehran Iran.Drug Control Headquarters Publishing. (Persian)
- Nunes CL et al (2007). Assessing risk behaviors and prevalence of sexually transmitted and blood infections among female crack cocaine users in Salvador - Bahia, Brazil. *The Brazilian Journal of Infection Diseases*. 11(6) 561-566
- Olive D Palter S (2007). *Reproductive Physiology. Berek & Novak's Gynecology*. 14th editon. Vol 1. Philadelphia. Williams &Wilkins
- Poorhidary M et al (2007). [Prevalence of unwanted pregnancies and their correlates in pregnant woman in Shahrood, Iran]. *Payesh Journal*.6(1)63-70.(Persian)
- Ramezanzadeh F et al (2008)[Maternal and fetal outcomes of narcotic substance abuse, cigarette smoking and unsafe drugs during pregnancy].*Hakim Medical Journal*.10(3)9-16.(Persian)
- Rapkin A Howe C (2007). Pelvic pain and dysmenorrhea. *Berek & Novak's Gynecology*. 14th editon.Vol 1. Philadelphia. Lippincott. Williams &Wilkins Publishing
- Schillings W McClamrock H (2007). Amenorrhea. *Berek & Novak's Gynecology*. 14th editon. Vol 2. Philadelphia. Lippincott. Williams &Wilkins Publishing
- Shaiari H et al (2006). [Prevalance of conginital malformation observed in neonates in Shariaty Hosoiat (1381-1383)] *Iranian Journal of Pediatrics* ;16 (3) 308-312.(Persian)
- Simons L et al (2009). Illicit Drug Use among Women with Children in the United States: 2002-2003. *Annals of Epidemiology*. 19(3)187-193
- Seiied Shoja S et al (2008). [Book of 2007 year of Iran Drug Control Headquarters].1st edition.Tehran Iran. Drug Control Headquarters Publishing. (Persian)
- SoltanyR.Parsai S (2006).[Maternal &Infant Health].2nd edition.Tehran.Iran.Sanjesh Pubishing.(Persian)
- Stoval G T (2007)Early pregnancy loss and ectopic pregnancy. *Berek & Novak's Gynecology*. 14th editon. Vol1. Philadelphia.Lippincott. Williams &Wilkins Publishing
- Vazirian M et al (2004) [Guidline for prevention and treatment of addiction].1st edition.Tehran Iran.Salman Publishing. (Persian).
- Vandemark N (2007). Policy on reintegration of women with histories of substance abuse: A mixed methods study of predictors of relapse and facilitators of recovery. *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy*.19 (2) 28-38
- Wright A Walker J (2007). Management of women who use drugs during Pregnancy *Seminars in Fetal Neonatal Medicine*. 12 (2) 114-118