

پیامدهای مادری و جنینی ناشی از سوء مصرف مواد مخدر، سیگار و داروی غیرایمن در دوران بارداری

دکتر فاطمه رمضانزاده^۱، دکتر صدیقه السادات طوافیان^{۲*}، مریم السادات وحدانی‌نیا^۲، مامک شریعت^۳، دکتر علی منتظری^۲

۱- گروه زنان و زایمان، دانشگاه علوم پزشکی تهران ۲- پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی ۳- مرکز تحقیقات بهداشت باروری، دانشگاه علوم پزشکی تهران

دریافت: ۸۵/۸/۱۱ پذیرش: ۸۶/۷/۲۰

Title: *Maternal and fetal outcomes of narcotic substance abuse, cigarette smoking, and unsafe drugs during pregnancy*

Authors: *Ramezanzadeh F, (MD); Tavafian S, (phD); Vahdaninia M (BS); Shariat M, (MD); Montazeri A, (PhD).*

Introduction: *Substance abuse and smoking have crossed many social, economic, and geographical borders today, and are among major health problems that endanger a multitude of population groups including the pregnant mothers because of their untoward maternal and fetal outcomes. This study was conducted to determine the relation between substance abuse and smoking by couples during pregnancy as well as antenatal unsafe drug use by mothers and untoward maternal and fetal outcomes.*

Methods: *A descriptive and analytic cross-sectional study was conducted on 4317 women who had the criteria for admission to postpartum wards of educational hospitals affiliated to Tehran, Iran, and Shahid Beheshti Universities of Medical Sciences in Tehran, and whose pregnancy was anyhow terminated during winter 2003. A questionnaire developed by the researchers was used for interviews and the questions were in four domains of demographic characteristics; obstetric history; smoking, drugs, and narcotic substance use during the recent pregnancy; and untoward maternal and fetal outcomes during the same time. Logistic regression model was used to determine the relation of narcotic substance use, smoking, and drugs, as well as other independent variables with the untoward fetal and maternal outcomes.*

Results: *The mean age of these 4317 women was 25.8 ± 5.4 years, and the mean age of their husbands was 30.7 ± 6.1 years. From the women who participated in this study, 60 (1.4%) used narcotic substances, 79 (1.8%) smoke cigarettes, and 616 (14.3%) used unsafe drugs. From husbands of these women, 186 men (4.3%) used narcotic substances and 1486 (34.4%) smoke cigarettes. Unsafe drug use during pregnancy increased the odds of untoward maternal outcome (OR= 1.69, 95% CI: 1.31-2.17) and fetal untoward outcome (OR= 2.58, 95% CI: 2.07-3.22), both significant at the level of $p < 0.001$. Cigarette smoking by mothers also increased odds of untoward fetal outcome (OR=2.71, 95% CI: 1.52-4.48, $p < 0.001$).*

Conclusion: *Unsafe drug use and cigarette smoking by mothers during pregnancy increases the odds of untoward maternal and fetal outcomes. Therefore, preventive educational programs during pregnancy should focus on reduction and elimination of using such drugs and cigarettes.*

Keywords: *Cigarettes, Unsafe drugs, Narcotic substances, Untoward fetal outcomes, Untoward maternal outcomes.*

Hakim Research Journal 2007; 10(3): 9- 16.

* نویسنده مسؤول: تهران، بیمارستان امام خمینی، مرکز تحقیقات بهداشت باروری ولیعصر، تلفن: ۶۶۹۳۹۳۲۰ شماره: ۶۶۹۳۷۳۳۱
پست الکترونیک: stavafian@ihsr.ac.ir

چکیده

مقدمه: امروزه سوء مصرف مواد و سیگار بسیاری از مرزهای اجتماعی، اقتصادی و جغرافیایی را در نوردیده و از معضلات عمده بهداشتی است که بسیاری از گروه‌های جمعیتی از جمله مادران باردار را در معرض تهدید پیامدهای نامطلوب مادری و جنینی ناشی از آن قرار می‌دهد. این مطالعه جهت تعیین ارتباط بین مصرف مواد مخدر و سیگار توسط زن و شوهر در دوران بارداری و همچنین مصرف داروی غیرایمن در دوران بارداری توسط زن و ایجاد پیامدهای نامطلوب مادری و جنینی ناشی از آن انجام شده است.

روش کار: یک مطالعه مقطعی توصیفی-تحلیلی بر روی ۴۳۱۷ نفر از زنان واجد شرایط بستری در بخش‌های بعد از زایمان بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران، ایران و شهید بهشتی که بارداری آنها به هر صورتی خاتمه یافته بود، طی زمستان سال ۱۳۸۲ صورت گرفت. از یک پرسش‌نامه محقق ساخته برای مصاحبه استفاده شد که سؤالات آن در چهارحیطه مشخصات جمعیت‌شناختی، سابقه مامایی، مصرف سیگار، مواد مخدر و دارو و پیامدهای جنینی و مادری در بارداری اخیر بود. از مدل رگرسیون لجستیک برای تعیین ارتباط مصرف مواد مخدر، سیگار و دارو و دیگر متغیرهای مستقل با پیامدهای نامطلوب جنینی و مادری استفاده شد.

یافته‌ها: میانگین سنی این ۴۳۱۷ زن برابر با $25/8 \pm 5/4$ سال و میانگین سنی همسران آنان برابر $30/7 \pm 6/1$ سال بود. 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 در دوران بارداری توسط زن باعث افزایش شانس پیامد نامطلوب مادری (OR=۱/۶۹، ۹۵٪ CI: ۱/۳۱-۲/۱۷) و پیامد نامطلوب جنینی (OR=۲/۵۸، ۹۵٪ CI: ۲/۰۷-۳/۲۲) شد که هر دو در سطح کمتر از ۰/۰۰۱ معنادار بودند. مصرف سیگار نیز توسط مادر باعث افزایش شانس پیامد نامطلوب جنینی شد. ($p < 0/001$ ، $OR=4/84$ ، ۹۵٪ CI ۱/۵۲-۲۰/۷۱).

نتیجه‌گیری: مصرف داروی غیرایمن و سیگار توسط مادر در دوران بارداری می‌تواند باعث افزایش شانس بروز پیامدهای نامطلوب مادری و جنینی گردد؛ لذا برنامه‌های آموزشی پیشگیرانه در دوران بارداری بایستی در جهت کاهش و حذف مصرف این داروها و سیگار، متمرکز شود.

کل‌واژگان: سیگار، داروی غیرایمن، مواد مخدر، عوارض جنینی، عوارض مادری.

مقدمه

امروزه سوء مصرف مواد و سیگار بسیاری از مرزهای اجتماعی، اقتصادی و جغرافیایی را در نوردیده و از معضلات عمده بهداشتی است که بسیاری از جوامع با آن روبه‌رو هستند. از این رو سوء مصرف مواد و نیز سیگار از خطرات بالقوه‌ای است که گروه‌های جمعیتی مختلف از جمله زنان باردار را در معرض تهدید قرار می‌دهد و از رفتارهای پرخطر بهداشتی محسوب می‌شود که عوارض و پیامدهای نامناسبی را در مادر و جنین به دنبال دارد. بر اساس نتایج مطالعات، شیوع سوء مصرف مواد در زنان در دو دهه اخیر در حد قابل توجهی افزایش یافته و

عمدتاً این زنان در سنین باروری هستند (۱). نتایج مطالعات بیانگر آن است که در زنان باردار معتاد به مواد مخدر، بروز عوارض نظیر سقط، عدم کفایت جفت، مرگ داخل رحمی و نیز بیماری‌های عفونی و منتقله از راه جنسی افزایش می‌یابد (۲). همچنین پیامد اعتیاد زن در بارداری بر نوزاد وی نیز مشهود است. به گونه‌ای که این نوزادان از وزن و دور سر کمتر و نیز قد کوتاه‌تری هنگام تولد برخوردارند و رشد این کودکان در مراحل بعدی زندگی نیز دچار اختلال خواهد شد (۲ و ۳). گفته می‌شود اعتیاد مادر در دوران بارداری به احتمال دو برابر، رشد ریه را در جنین به تعویق می‌اندازد (۴).

اطلاعات و بکارگیری آنان برای این زنان توضیح داده می‌شد و در مورد بی‌نام و نشان بودن پرسش‌نامه‌ها و محفوظ بودن اطلاعات، اطمینان کافی داده شده و سپس در صورتی که مایل به شرکت در مطالعه بودند با آنان مصاحبه می‌شد. سوالات پرسش‌نامه مشتمل بر چهار بخش مشخصات جمعیت شناختی، سابقه مامایی، سابقه مصرف دارو، مواد مخدر و سیگار و پیامدهای نامطلوب مادری و جنینی در بارداری اخیر بود. داده‌های مربوط به سوابق مامایی و پیامدهای بارداری اخیر با اطلاعات موجود در پرونده‌های زایمانی زنان، مطابقت می‌شد. روایی پرسش‌نامه از طریق اعتبار محتوی با نظرسنجی از ده نفر از متخصصین زنان و زایمان و پایایی آن از طریق آزمون نمودن پرسش‌نامه روی سی نفر از زنان به فاصله یک هفته سنجیده شد.

داده‌های جمع‌آوری شده وارد نرم‌افزار SPSS شد و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. به این ترتیب که ابتدا توسط آمار توصیفی وضعیت موجود واحدهای مورد پژوهش توصیف شد و سپس جهت تعیین ارتباط متغیرهای اصلی مورد مطالعه یعنی مصرف سیگار، مواد مخدر و دارو توسط زن در دوران بارداری و مصرف مواد مخدر و سیگار توسط همسر با پیامدهای نامطلوب مادری و جنینی از تحلیل رگرسیون لجستیک یک و چند متغیره استفاده شد. همچنین دیگر متغیرهای مستقلی که به نظر می‌رسید در ایجاد این ارتباط نقش مخدوش‌کنندگی داشته باشند نظیر سن، تحصیلات، شغل زن و همسر، درآمد، محل سکونت، بُعد خانوار، نوع ازدواج (خویشاوندی یا غیرخویشاوندی)، نوع بارداری اخیر (خواسته و یا ناخواسته) و تعداد مراقبت دوران بارداری از طریق آنالیز رگرسیون لجستیک یک متغیره مورد بررسی قرار گرفت و در صورتی که ارتباط متغیری با پیامدها (جنینی یا مادری) در سطح مساوی و یا کمتر از ۰/۰۵ معنادار بود، وارد مدل رگرسیون لجستیک چند متغیره می‌شد. جهت وارد نمودن متغیرها در این مدل، پیامدهای جنینی و مادری هر کدام به صورت دو حالت پیامد مطلوب و نامطلوب تعریف شد که پیامدهای نامطلوب همه در یک دسته‌بندی قرار می‌گرفتند. پیامدهای نامطلوب مادری در این مطالعه شامل خونریزی در هر یک از سه ماهه بارداری به دلیل سقط، جفت سرراهی و یا جدا شدن زودرس جفت، پارگی زودرس کیسه آمیون، زایمان زودرس، زایمان غیرطبیعی اعم از سزارین و یا زایمان‌های همراه با وسایل کمکی و پیامدهای جنینی شامل وزن کم هنگام تولد، ناهنجاری نوزاد، مرگ داخل رحمی و نمره آپگار زیر هفت نوزاد در دقیقه اول و یا پنجم بود و آنچه که جزء پیامد نامطلوب نبود در دسته‌بندی پیامد مطلوب قرار می‌گرفت.

پاییز ۸۶، دوره دهم، شماره سوم

مصرف سیگار در دوران بارداری نیز با بروز عوارض مادری نظیر جفت سرراهی، جدا شدن زود رس جفت، حاملگی خارج رحمی و نیز پارگی زودرس کیسه آمیون همراه است (۵ و ۶). همچنین مصرف سیگار در این دوران عوارض نامناسبی را بر جفت بر جای گذارده و به‌طور مستقیم اثراتی را بر تکثیر بالقوه ستیوتروفوبلاست‌ها و تمایز سلولی آن وارد می‌نماید. این امر می‌تواند توضیح‌دهنده مکانیسم‌هایی باشد که به واسطه سیگار کشیدن باعث پیامدهای منفی حاملگی می‌گردد (۷ و ۸). بر اساس نتایج مطالعات انجام شده، مصرف سیگار در بارداری سبب افزایش مقاومت مزمن شریان‌های رحمی، نافی و نیز میان مغزی در جنین شده و نیز بر غلظت بتا- کاروتن در جریان خون مادر و جنین اثرگذار است. از این‌رو سیگار کشیدن در دوران بارداری به عنوان عامل خطری بر رشد جنین مطرح است (۹ و ۱۰). پایین بودن میزان نوتروفیل‌ها در بند ناف نوزادانی که از مادران سیگاری متولد می‌شوند باعث می‌شود این نوزادان به میزان بیشتری در معرض ابتلا به عفونت‌های نوزادی قرار گیرند (۱۱) و با توجه به این که نویسندگان این مطالعه در پژوهش قبلی خود (۱۲) تنها شیوع مصرف داروهای غیرایمن، سیگار و مواد مخدر را در سه ماهه اول بارداری مورد بررسی قرار دادند، این مطالعه به بررسی مصرف این مواد در طول بارداری و همچنین به بررسی پیامدهای مادری و جنینی ناشی از آن می‌پردازد.

روش کار

این مطالعه به روش مقطعی در بخش‌های بعد از زایمان بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران، ایران و شهید بهشتی در فاصله زمانی اول دی تا آخر اسفند سال ۱۳۸۲ انجام شد. نمونه‌های مورد پژوهش تعداد ۴۳۱۷ نفر از زنان بستری در محیط‌های پژوهش فوق بودند که بارداری آنها به صورت سقط، زایمان طبیعی و یا سزارین در موعد مقرر و یا زودتر از موعد خاتمه یافته بود و قادر به فهم و تکلم به زبان فارسی بودند. از معیارهای خروج از مطالعه عدم یادآوری مصرف سیگار، مواد مخدر و دارو در بارداری اخیر و همچنین عدم رضایت به شرکت در مطالعه بود. جهت جمع‌آوری داده‌ها ابتدا پرسشگرانی که اغلب از کارشناسان مامایی و دارای تجربه کاری در بخش‌های زایمان بیمارستان‌های مذکور بودند توسط پژوهشگران در خصوص نحوه برقراری ارتباط صحیح و صمیمی با زنان آموزش می‌دیدند و سپس با مراجعه به محل‌های پژوهش با زنان واجد شرایط طبق پرسش‌نامه مصاحبه می‌نمودند. قبل از انجام مصاحبه هدف از انجام پژوهش و نحوه جمع‌آوری

جدول ۲- توزیع فراوانی مصرف سیگار، مواد مخدر و نوع داروی مصرفی در نمونه پژوهش

درصد	تعداد	
مصرف مواد مخدر توسط زنان (n= ۴۳۱۷)		
۱/۴	۶۰	بلی
۹۸/۶	۴۲۵۷	خیر
مصرف سیگار توسط زن (n= ۴۳۱۷)		
۱/۸	۷۹	بلی
۹۸/۲	۴۲۳۸	خیر
مصرف دارو توسط زن (n= ۴۳۰۳)		
۵۱/۵	۲۲۲۳	بلی
۴۸/۳	۲۰۸۰	خیر
نوع داروی مصرفی توسط زن (n= ۴۳۰۳)		
۸۵/۷	۳۷۰۱	ایمن
۱۴/۳	۶۱۶	غیرایمن
مصرف مواد مخدر توسط همسر (n= ۴۳۱۷)		
۴/۳	۱۸۶	بلی
۹۵/۷	۴۱۳۱	خیر
مصرف سیگار توسط همسر (n= ۴۳۱۷)		
۳۴/۴	۱۴۸۶	بلی
۶۵/۶	۲۸۳۱	خیر

نتایج رگرسیون لجستیک یک متغیره نشان داد سن زیر ۲۰ سال و بالای ۳۵ سال، تحصیلات دانشگاهی، شاغل بودن زن، زندگی در اطراف تهران، بُعد بیشتر خانوار، تعداد مراقبت بارداری کمتر، مصرف سیگار، مواد مخدر و داروی غیرایمن توسط مادر و مصرف مواد مخدر، و سیگار توسط همسر از عوامل خطرزا برای ایجاد پیامد نامطلوب مادری ($p < 0/001$) و سن مادر بالای ۳۵ سال و زیر ۲۰ سال، زندگی در اطراف تهران، تعداد مراقبت بارداری کمتر، بُعد خانوار بیشتر، مصرف سیگار، مواد مخدر و داروی غیرایمن توسط مادر و مصرف مواد مخدر و سیگار توسط همسر از عوامل خطرزا برای ایجاد پیامد نامطلوب جنینی ($p < 0/001$) می‌باشند. متغیرهای فوق به دلیل معنادار بودن وارد مدل تحلیل رگرسیون چند متغیره شدند. نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیره در مورد متغیرهای فوق در ارتباط با تأثیر آنها بر پیامد مادری در جدول ۳ و بر پیامدهای جنینی در جدول ۴ ارائه شده است. یافته‌های این جداول نشان می‌دهد مصرف داروی غیرایمن توسط مادر میزان پیامد نامطلوب مادری و جنینی را به ترتیب با نسبت شانس $2/17 - 1/31$ ؛ $95\% CI$ ؛ $OR = 1/69$ و $3/22 - 2/07$ ؛ $95\% CI$ ؛ $OR = 2/8$ افزایش می‌دهد. همچنین کاهش تعداد مراقبت دوران بارداری، افزایش بُعد خانوار و افزایش سواد مادر باعث افزایش شانس پیامد نامطلوب مادری ($p < 0/001$) و مصرف سیگار توسط مادر، کاهش تعداد مراقبت دوران بارداری، افزایش بُعد خانوار و زندگی در اطراف تهران باعث افزایش شانس پیامد نامطلوب جنینی ($p < 0/001$) می‌گردد.

نتایج

در مجموع ۴۳۱۷ نفر از زنان بستری در بخش‌های بعد از زایمان بیمارستان‌های مورد مطالعه که بارداری آنان اخیراً خاتمه یافته بود، وارد مطالعه شدند. میانگین سنی زنان مورد مطالعه برابر با $25/8 \pm 5/4$ سال و میانگین سنی همسران آنان $30/7 \pm 6/1$ بود. مشخصات جمعیتی نمونه‌های مورد مطالعه در جدول ۱ ارایه شده است.

جدول ۱- مشخصات جمعیتی نمونه مورد مطالعه

مشخصات	تعداد	درصد
گروه‌های سنی به سال (n= ۴۳۹۸)	≤ 19	۴۶۴
	۲۰ - ۳۵	۳۶۲۰
	≥ 36	۲۱۴
تحصیلات زن	بی‌سواد ابتدایی	۴۳۷
	متوسطه	۲۵۶۵
	دانشگاهی	۱۹۹
	دانشگاهی	۴۶
تحصیلات همسر (n= ۴۳۰۶)	بی‌سواد ابتدایی	۱۰۸۴
	متوسطه	۲۶۷۳
	دانشگاهی	۲۴۶
	دانشگاهی	۳۰۳
شغل زن (n= ۵۳۰۰)	خانه‌دار	۴۲۷۷
	شاغل	۳۳
شغل همسر (n= ۴۳۰۳)	بی‌کار	۱۰۶
	شاغل	۴۱۹۷
محل سکونت (n= ۴۲۹۰)	تهران	۲۸۷۹
	حومه تهران	۱۴۱۱
نوع منزل	اجارهای	۳۶۷۳
	اقوام	۶۹۰
	شخصی	۹۲۶

میانگین مدت زمان ازدواج در زنان مورد مطالعه $5/4 \pm 6/3$ سال بود و ($34/8\%$) 1502 نفر از آنان ازدواج خویشاوندی داشتند. میانگین بُعد خانوار نیز در این زنان $1/6 \pm 4/16$ بود. در مجموع ($25/9\%$) 1119 نفر از زنان در طول بارداری به طور مرتب مراقبت بارداری داشتند که میانگین دفعات آن $4/27 \pm 9/25$ بوده است. تعداد ($72/9\%$) 3191 نفر ذکر کردند، بارداری اخیر آنها از طرف خود و همسرشان بارداری خواسته بوده است.

میانگین تعداد بارداری در میان شرکت کنندگان در مطالعه $1/17 \pm 1/8$ بود و ($17/7\%$) 765 نفر از این زنان سابقه سقط را ذکر نمودند. در 21% از موارد، زایمان قبل از اتمام ۳۷ هفته صورت گرفته و در مجموع ($36/9\%$) 1592 مورد از بارداری‌های اخیر با عمل سزارین ختم شده بود. فراوانی مصرف مواد مخدر و سیگار در زن و همسر و نیز نوع داروی مصرفی توسط زن در جدول ۲ ارایه شده است.

جدول ۳- نتایج رگرسیون لجستیک در مورد عوارض مادری در نمونه مورد مطالعه (n=۳۸۸۳)

متغیرها	نسبت شانس* (۰/۹۵ فاصله اطمینان)	P
گروه‌های سنی زن (سال)	۲۰-۳۵	(ref)**
	≤ ۱۹	۱/۲۰(-۰/۸۸-۱/۶۴)
	≥ ۳۶	۱/۳۳(-۰/۸۴-۲/۱۱)
تحصیلات زن	دانشگاهی	(ref)**
	راهنمائی- متوسطه	۰/۶۵ (-۰/۵۱-۰/۸۳)
	بی‌سواد- ابتدایی	۰/۴۹ (-۰/۳۷-۰/۶۳)
شغل زن	خانه دار	(ref)**
	شاغل	۱/۱۰(-۰/۳۹-۳/۰۸)
محل اقامت	تهران	(ref)**
	اطراف تهران- سایر	۰/۹۸ (-۰/۷۹-۱/۲۲)
تعداد مراقبت بارداری		۰/۸۵ (-۰/۸۲-۰/۸۷)
بُعد خانوار		۰/۷۷(-۰/۷۱-۰/۸۴)
مصرف سیگار توسط زن	خیر	(ref)**
	بلی	۱/۰۱(-۰/۵۱-۱/۹۹)
مصرف مواد مخدر توسط زن	خیر	(ref)**
	بلی	۱/۰۷(-۰/۴۵-۲/۵۲)
نوع داروی مصرفی توسط زن	ایمن	(ref)**
	غیرایمن	۱/۶۹(۱/۳۱-۲/۱۷)
مصرف سیگار توسط همسر	خیر	(ref)**
	بلی	۱/۱۳ (-۰/۹۱-۱/۴۱)
مصرف مواد مخدر توسط همسر	خیر	(ref)**
	بلی	۱/۴۲(-۰/۹۱-۲/۲۴)

*odds ratio ** reference group

جدول ۴- نتایج رگرسیون لجستیک در مورد بروز عوارض جنینی در نمونه مورد مطالعه

متغیرها	نسبت شانس* (۰/۹۵ فاصله اطمینان)	P
سن زن (سال)	۲۰-۳۵	(ref)**
	≤ ۱۹	۰/۹۶(-۰/۷۲-۱/۲۸)
	≥ ۳۶	۱/۴۲(-۰/۹۴-۲/۱۳)
محل اقامت	تهران	(ref)**
	اطراف تهران- سایر	۱/۴۲(۱/۱۸-۱/۷۲)
تعداد مراقبت بارداری		۰/۸۸ (-۰/۸۶-۰/۸۹)
بُعد خانوار		۰/۷۸ (-۰/۷۳-۰/۸۴)
مصرف سیگار توسط زن	خیر	(ref)**
	بلی	۲/۷۱(۱/۵۲-۴/۸۴)
مصرف مواد مخدر زن	خیر	(ref)**
	بلی	۱/۱۷(-۰/۵۳-۲/۵۸)
نوع داروی مصرفی توسط زن	ایمن	(ref)**
	غیر ایمن	۲/۵۸(۲/۰۷-۳/۲۲)
مصرف سیگار توسط همسر	خیر	(ref)**
	بلی	۰/۸۷ (-۰/۷۱-۱/۰۶)
مصرف مواد مخدر توسط همسر	خیر	(ref)**
	بلی	۱/۲۵(-۰/۸۱-۱/۹۴)

*odds ratio ** reference group

بحث

در مطالعه حاضر با ۴۳۱۷ نفر از زنانی که بارداری آنان اخیراً به دلایل سقط، زایمان زودرس و یا زایمان ترم، خاتمه یافته بود و در بخش‌های بعد از زایمان بیمارستان‌های محیط پژوهش

بستری بودند در خصوص تاریخچه سوءمصرف مواد مخدر، سیگار و داروی غیرایمن توسط خود و همسرانشان در بارداری اخیر و پیامدهای مطلوب و نامطلوب مادری و جنینی، مصاحبه به عمل آمد. نتایج این مطالعه نشان داد مصرف داروی غیرایمن در دوران بارداری باعث افزایش شانس پیامد نامطلوب جنینی به میزان بیش از دو و نیم برابر و افزایش شانس پیامد نامطلوب مادری بیش از یک و نیم برابر شده و این در حالی است که میزان مصرف این گونه داروها در بارداری نسبت به مطالعه قبلی پژوهشگران در سه سال قبل (۱۲) در حدود سه برابر افزایش یافته است. همچنین بیش از نیمی از زنان مورد مطالعه در این پژوهش خود عنوان نمودند که در دوران بارداری اخیر از دارو استفاده کرده‌اند که با توجه به این که تنها تعداد معدودی از داروها هستند که ایمن بودن کامل آنها تأیید شده است؛ لذا چنین الگوی مصرف دارویی در دوران بارداری می‌تواند از رفتارهای بسیار پرخطر بهداشتی در این دوران محسوب شود. همانگونه که نویسندگان این مطالعه در مطالعه قبلی خود بیان کردند؛ در مطالعه‌ای که توسط سازمان بهداشت ملی آمریکا صورت گرفت بیان شد که زنان باردار در طی دوران بارداری بیش از ۹۰۰ نوع دارو مصرف می‌کنند و فقط ۲۰٪ از زنان هیچ‌گونه دارویی مصرف نمی‌کنند و این در حالی است که حتی تراژون بودن تعداد کمی از داروها که به طور شایع در بارداری استفاده می‌شود، ثابت شده است (۱۲).

لذا نتایج این مطالعه و دیگر مطالعات نشان می‌دهد نگرانی در مورد افزایش مصرف بی‌رویه داروها و تأثیر عوارض آن رو به فزونی است. اگر در نظر بگیریم سالانه بالغ بر ۱/۵ میلیون نسخه جهت مادران باردار نوشته می‌شود و افزون بر این، تعداد بیشماری دارو توسط مادران به طور خودسرانه مصرف می‌گردد و هر سال بالغ بر ۵۰۰ نوع داروی جدید وارد بازار دارویی می‌گردد به سهولت می‌توان دریافت که بیش از پیش نیاز به انجام تحقیقات وسیع در خصوص بررسی علل مصرف بی‌رویه دارو و نتایج حاصل از آن در دوران بارداری وجود دارد (۱۲). همه این‌ها هشدار است برای مسؤولین و سیاست‌گذاران بهداشتی که بررسی شیوع، نوع و علل افزایش مصرف داروهای غیرایمن در دوران بارداری را جزو اولویت‌های پژوهشی مورد نظر قرار دهند تا شاید بتوان از طریق نتایج این پژوهش‌ها به راهکارهای منطقی جهت پیشگیری از مصرف بی‌رویه دارو در این دوران رسید. از دیگر یافته‌های این پژوهش تأثیر سیگار بر ایجاد پیامدهای نامطلوب جنینی است که شانس ایجاد آن را تا میزان بیش از یک و نیم برابر نسبت به زنان غیرسیگاری افزایش داده است. این یافته با نتایج دیگر مطالعات انجام شده در خصوص پاییز ۸۶، دوره دهم، شماره سوم

تأثیر سیگار بر ایجاد عوارض سوءجنینی هم‌خوانی دارد (۵ و ۶ و ۱۶-۱۳). با توجه به شیوع مصرف سیگار در زنان مورد مطالعه در این پژوهش برنامه‌ریزی‌هایی در سطح سیاست‌گذاری بهداشتی با هدف ارتقای آگاهی بانوان و در نگاهی وسیع‌تر افراد جامعه در جهت پیشگیری از گرایش به انجام این رفتار پرخطر بالقوه، اهمیت می‌یابد. همچنین بکارگیری تدابیری در جهت شناسایی مادران مصرف‌کننده سیگار در دوران بارداری می‌تواند از بروز پیامدهای نامناسب آن در این دوران جلوگیری نماید (۲۰-۱۷).

در این میان نقش کارکنان سیستم خدمات بهداشتی را در تغییر این رفتار و نقش حمایتی که در جهت آموزش به بانوان باردار به منظور ترک سیگار می‌توانند ایفا نمایند را نباید نادیده گرفت. نتایج مطالعاتی در این زمینه اهمیت نقش کارکنان سیستم بهداشتی در فراهم آوردن حمایتی مؤثر در جهت تغییر رفتار سیگار کشیدن در بارداری را پر رنگ ساخته است (۲۱).

یافته‌های این پژوهش نشان داد کاهش تعداد مراقبت بارداری به طور بارزی باعث افزایش شناسایی پیامد نامطلوب جنینی و مادری شده است. این یافته اهمیت تعداد مراقبت بارداری و دسترسی به این خدمات را در گذراندن دوران بارداری ایمن، نشان می‌دهد. در همین رابطه بسیاری از مطالعات دیگر نیز به نتایج مشابهی دست یافته‌اند (۲۲ و ۲۳). همان‌گونه که در این مطالعه دیده شد مصرف مواد مخدر توسط زن و شوهر به تنهایی بر پیامد نامطلوب جنینی و مادری تأثیرگذار بود ولی در تعامل با دیگر متغیرها این تأثیر معنادار نشد و عوامل اجتماعی اقتصادی نظیر کاهش تعداد مراقبت، بُعد خانوار بیشتر و اقامت در حومه تهران خود را نشان داد. لذا در اینجا می‌توان به این نتیجه رسید که مصرف مواد مخدر در زن و همسر باعث پایین آوردن سطح زندگی اجتماعی اقتصادی افراد و در نتیجه کاهش تعداد مراقبت بارداری می‌شود و این کاهش تعداد مراقبت باعث ایجاد پیامد نامطلوب می‌گردد؛ یا برعکس مصرف مواد مخدر در گروه‌های اجتماعی اقتصادی پایین‌تر جامعه نظیر کسانی که از بُعد خانوار بالاتری برخوردارند و یا در حومه تهران زندگی می‌کنند و از تعداد کافی مراقبت بارداری برخوردار نیستند شایع‌تر بوده و لذا این نابرابری در مراقبت بارداری به دنبال تفاوت سطح اجتماعی اقتصادی در این گروه‌ها منجر به پیامد نامطلوب می‌گردد.

نظر به چالش‌های زیادی که در حال حاضر در خصوص نابرابری‌های اجتماعی اقتصادی و تأثیرات سوء آن بر پیامدهای بهداشتی در جمعیت‌های مختلف در معرض خطر و از جمله زنان باردار وجود دارد. در این مطالعه نیز به بررسی تأثیر مشخصات جمعیت‌شناختی زنان مورد مطالعه در ایجاد پیامدهای نامطلوب

جنینی و مادری پرداخته شد. تحلیل رگرسیون لجستیک یک متغیره در این مطالعه نشان داد متغیرهای جمعیت‌شناختی نظیر سن زیر ۲۰ سال و بالای ۳۵ زن، تحصیلات بالا و شاغل بودن زن، اقامت در اطراف تهران و افزایش بُعد خانوار، کاهش تعداد مراقبت بارداری، مصرف مواد مخدر، سیگار و دارو توسط زن و مصرف سیگار و مواد مخدر توسط همسر به تنهایی و به طور مستقل از دیگر متغیرها می‌توانند، شناسایی پیامد نامطلوب مادری و جنینی را به طور بارزی افزایش دهند، ولی در تحلیل رگرسیون چند متغیره دیده شد تنها متغیرهای افزایش بُعد خانوار و زندگی در حومه تهران، کاهش تعداد مراقبت دوران بارداری و مصرف داروی غیرایمن و سیگار در مادر تأثیر فاحش خود را در ایجاد هر دو پیامد نامطلوب مادری و جنینی نشان دادند. حال اگر این را نیز قبول کنیم که مصرف دارو و سیگار هم در گروه‌های پایین اجتماع شایع‌تر است لذا به اهمیت تأثیر مؤلفه‌های وضعیت اجتماعی اقتصادی افراد بر ایجاد پیامدهای نامطلوب جنینی و مادری پی می‌بریم. این نتایج هم‌سو با دیگر مطالعات انجام شده در ایران در خصوص تأثیر نابرابری‌های اجتماعی اقتصادی بر مرگ جنینی است (۲۴ و ۲۵).

علاوه بر این طبق نتایج این مطالعه تحصیلات زن بر عوارض جنینی تأثیری نداشته و اثر معکوس بر ایجاد عوارض مادری داشته است. در مطالعات دیگران نتایج متفاوتی در این خصوص دیده می‌شود. در مطالعه اخیری که در ایران انجام شده (۲۴) تحصیلات مادر به عنوان یکی از عوامل تعیین‌کننده وضعیت اقتصادی اجتماعی بعد از درآمد، دومین عامل کمک‌کننده مهم در کاهش مرگ‌ومیر جنینی است حال آن که در مطالعه‌ای که در خصوص تأثیر مشخصات جمعیتی بر روند مرگ‌ومیر جنینی در کشور نروژ از سال ۱۹۶۷ تا ۱۹۹۸ انجام شد نشان داده شد اگر چه در این سال‌ها مرگ‌ومیر جنینی از روند کاهشی و میزان سال‌های تحصیلی مادر از روند افزایشی برخوردار بوده؛ ولی کاهش مرگ‌ومیر در خلال این سال‌ها در بین زنان با تحصیلات بالاتر در مقایسه با زنان با تحصیلات پایین‌تر از میزان کمتری برخوردار بوده است (۲۵).

در ارتباط با این نتایج یک تفسیر این است که تحصیلات خود یک مؤلفه اجتماعی، محیطی فرهنگی است و لذا علاوه بر تأثیرش بر آگاهی، نگرش و رفتار افراد بر متغیرهای دیگری نظیر درآمد، شغل و دسترسی به خدمات تأثیرگذار می‌باشد و به همین جهت است که تأثیر متفاوت آن را در مطالعات مختلف مشاهده می‌کنیم (۲۵). لذا در این پژوهش با توجه به این که افراد با تحصیلات دانشگاهی بیشتر شاغل بودند و در معرض تنش‌های شغلی قرار داشتند لذا بیشتر دچار پیامد نامطلوب شدند

و افرادی که در مورد مصرف مواد مخدر و یا سیگار و دارو توسط خود و یا همسر اظهار بی‌اطلاعی می‌نمودند و یا قادر به یادآوری مصرف این گونه مواد نبودند، از مطالعه حذف می‌گردیدند و از طرف دیگر اطلاعات مربوط به وجود پیامدهای مادری و جنینی از طریق پرونده‌های بستری این زنان جمع‌آوری می‌شد؛ لذا تورش یادآوری از محدودیت‌های حاد این مطالعه نبود ولی به هر حال باید در نظر داشت در این گونه مطالعات، درصدی از خطا وجود دارد و لذا انجام مطالعات توصیفی و علمی بیشتری برای پی بردن دقیق‌تر به حقایق موجود، ضروری است.

نتیجه‌گیری

مصرف داروی غیرایمن و سیگار توسط مادر در دوران بارداری می‌تواند باعث افزایش شانس بروز پیامدهای نامطلوب مادری و جنینی گردد؛ لذا برنامه‌های آموزشی پیشگیرانه در دوران بارداری بایستی در جهت کاهش و حذف مصرف داروهای غیرایمن و سیگار متمرکز شود. این امر، برقرار سازی برنامه‌هایی در سطح سیاست‌گذاری بهداشتی به منظور آگاه‌سازی بانوان در این زمینه را می‌طلبد.

References

- 1- Kuczkowski KM. Cocaine abuse in pregnancy- anesthetic implications. *International J Obstetr Anesthesia* 2002; 11: 204-10
- 2- Bada HS, Das A, Bauer C, et al. Gestational cocaine exposure and intrauterine growth: maternal lifestyle study. *Obstetr & Gynecol* 2002; 100: 916-24.
- 3- Hanlon-Lundberg KM. Accelerated fetal lung maturity profiles and maternal cocaine exposure. *Obstetr & Gynecol* 1996; 87: 128-32.
- 4- Ananth CV, Demissie K, Smulian JC, et al. Placenta previa in singleton and twin births in the United States, 1989 through 1998: a comparison of risk factor profiles and associated conditions. *Am J Obstetr & Gynecol* 2003; 188: 275-81.
- 5- Castles A, Adams EK, Melvin CL, et al. Effects of smoking during pregnancy, five meta-analyses. *Am J of Prevent Med* 1999; 16: 208-15.
- 6- Zdravkovic T, Genbacev O, McMaster MT, et al. The adverse effects of maternal smoking on the human placenta: a review. *Placenta* 2005; 26: S81-S86.
- 7- Genbacev O, McMaster MT, Lazic J, et al. Concordant in situ and in vitro data show that maternal cigarette smoking negatively regulates placental cytotrophoblast passage through the cell cycle. *Reproduct Toxicol* 2000; 14: 495-506.
- 8- Albuquerque CA, Smith KR, Johnson C, et al. Influence of maternal tobacco smoking during pregnancy on uterine, umbilical and fetal cerebral artery blood flows. *Early Human Develop* 2004; 80: 31-42.
- 9- Barros Silva S, Carvalho Rondo P, Erzinger G. β -Carotene concentrations in maternal and cord blood of smokers and non-smokers. *Early Human Develop* 2005; 81: 313-17.
- 10- Mercelina-Roumans PE, Breukers RB, Ubachs JM, Van Wersch JW. Hematological variables in cord blood of neonates of smoking and nonsmoking mothers. *J Clinical Epidemiol* 1996; 49:449-54.
- 11- Keohavong P, Xi L, Day R, et al. HPRT gene alterations in umbilical cord blood T-lymphocytes in newborns of mothers exposed to tobacco smoke during pregnancy. *Mutation Research/Fundamental and Molecular Mechanisms of Mutagenesis* 2005; 572: 156-66.
- ۱۲- رمضانزاده ف، طوافیان ص.ال. فراوانی مصرف داروهای غیرمجاز و مواد مخدر در سه ماه اول بارداری. *مجله دانشکده پزشکی*. ۱۳۸۲؛ شماره ۶: ۵۰۴-۴۹۹.
- 13- Doctor BA, O'Riordan MA, Krichner HL, et al. Perinatal correlates and neonatal outcomes of small for gestational age infants born at term gestation. *Am J Obstetr & Gynecol* 2001; 185: 652-6.
- 14- Huestis MA, Choo RE. Drug abuse's smallest victims: in utero drug exposure. *Forensic Science International* 2002; 128: 20-30.
- 15- Jaddoe VW, Verburg BO, Ridder MD, et al. Maternal smoking and fetal growth characteristics in different periods of pregnancy. *Am J Epidemiol* 2007; 165 (10): 1207-1215.
- 16- Grijbovski A, Bygren LO, Svartbo B, et al. Housing conditions, Perceived stress, smoking and alcohol: determinants of fetal growth in Northwest Russia. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004; 83(12): 1156-1166.

- 17- Andres RL, Day MC. Perinatal complications associated with maternal tobacco use. *Seminars in Neonatology* 2000; 5: 231-4.
- 18- Batstra L, Hadders-Algra M, Neeleman J. Effect of antenatal exposure to maternal smoking on behavioral problems and academic achievement in childhood: prospective evidence from a Dutch birth cohort. *Early Human Development* 2003; 75: 21-33.
- 19- Petrou S, Hockley C, Mehta Z, et al. The association between smoking during pregnancy and hospital inpatient costs in childhood. *Social Sci & Med* 2005; 60: 1071-85.
- 20- Gomez C, Berlin I, Marquise P, Delcroix M. Expired air carbon monoxide concentration in mothers and their spouses above 5 ppm is associated with decreased fetal growth. *Prevent Med* 2005; 40: 10-5.
- 21- McLeod D, Benn C, Pullon C, et al. The midwife's role in facilitating smoking behavior change during pregnancy. *Midwifery* 2003; 19: 285-97.
- 22- Poertner G. Fetal/ infant birthweight a next generational outcome measure of prenatal care quality and prenatal readiness. Retrieved at: <http://gateway.nlm.nih.gov/meetingAbstracts/102215527.html> on 2006/05/20.
- 23- Petersen R, Conneely A, Martin S, et al. Preventive Counseling During Prenatal Care 2001; 20(4): 245-250.
- 24- Hosseinpoor AR, Doorslaer EV, Speybroeck N, et al. Decomposing Socioeconomic inequality in infant mortality in Iran. *International J Epidemiol* 2006; 35:1211-1219.
- 25- Hosseinpoor AR, Mohammad K, Majdzadeh R, et al. Socioeconomic inequality in infant mortality in Iran and across its provinces. *Bulletin of the World Health Organization* 2005; 83(11): 837-844.
- 26- Arntzen A, Samuelsen SO, Bakketeig LS, et al. Socioeconomic status and risk of infant death. A population – based study of trends in Norway, 1967-14998. *International J Epidemiol* 2004; 33:279-288.
- 27- Howell E, Heiser N, Harrington M. A review of recent findings on substance abuse treatment for pregnant women. *J Substance Abuse Treatment* 1999; 16: 195-19.