

تأثیر اعتیاد زنان باردار بر جنین و نقش پلیس زن در درمان آنان

اسحاق شایگان*

تاریخ دریافت: ۸۹/۱۲/۱۷

تاریخ پذیرش: ۹۰/۲/۱۴

چکیده

اعتیاد در حال حاضر جرم و در آینده‌ای نزدیک بیماری محسوب می‌شود. اعتیاد به‌منزله یک بیماری برای تمام افراد معتاد مضرات و مشکلات زیادی را به دنبال دارد؛ ولی در برخی افراد مانند زنان باردار این مشکلات بسیار بیشتر و جدی‌تر است و ممکن است موجب تولد نوزادی معلول یا معتاد شود. هدف مقاله حاضر بررسی عوارض ناشی از اعتیاد بر جنین و نیز نقش پلیس زن در کمک به درمان آنها است مطالعه اسناد و مدارک و تحقیقات نشان می‌دهد که اعتیاد در زمان بارداری منجر به احتمال زایمان زودرس، سقط جنین، نقص رشد شناختی و رفتاری نوزادان، تولد نوزاد با وزن کم، هیپاتیت در نوزادان و امثال آن می‌شود. پلیس زن در آینده‌ای نزدیک باید بر این امر نظارت کرده و تأییدیه تحت درمان آنان را جهت ارائه به قوه قضائیه صادر کند.

واژگان کلیدی:

پلیس زن، اعتیاد، زنان باردار، جنین، درمان اعتیاد، پلیس زن.

* پزشک و مدرس دانشگاه شهید رجایی

طرح مسئله

اعتیاد به موادمخدر، یکی از معضلات اجتماعی قرن حاضر، افراد زیادی را درگیر کرده است و عوارض بسیار ناخوشایندی هم برای افراد و در کل جامعه داشته است. اگرچه عوارض مصرف موادمخدر بسیار زیاد و بعضاً جبران ناپذیر است، در برخی اقشار مانند زنان این عوارض بسیار خطرناکتر است. زمانی این خطر بیشتر می شود که زنان در حالی که معتاد به موادمخدر هستند، جنینی را در بطن خود پرورش داده و نوزادی را به دنیا آورند. اعتیاد در مادر باردار با سایر افراد تفاوت‌هایی دارد. حاملگی در خانم‌های معتاد بسیار پرخطرتر از حاملگی در سایر خانم‌هاست و مراقبت‌های هماهنگ در زمینه اعتیاد و زنان و زایمان باید انجام بگیرد. در پژوهشی در سال ۱۹۹۶ در ایالات متحده مشخص شد که ۳/۷٪ خانم‌های ۴۴-۱۵ ساله از موادمخدر در طول سال استفاده کرده‌اند و ۱۵/۵٪ زنان در حین حاملگی دست کم یک بار ماده غیرمجاز مصرف کرده‌اند. این تحقیقات نشان می‌دهد تعدادی از زنان میزان مصرف خود را در زمان حاملگی کاهش می‌دهند؛ ولی عده‌ای همچنان ادامه می‌دهند. کیمیا قلم در یکی از مصاحبه‌های خود بیان کرده است که جمعیت زنان معتاد به مواد در ایران بین ۱۰۰ تا ۱۵۰ هزار نفر (یعنی ۰/۶٪ تا ۰/۸٪) است و اکثر این زنان معتاد، متأهل و در زمان بارداری هستند (نجفی، ۱۳۸۹).

اگر مادری بدون ترک مصرف موادمخدر دوران بارداری را سپری کند و فرزند مرده به دنیا نیآورد، فرزند او قطعاً دچار مشکلات جسمی و مغزی است و نمی‌تواند زندگی طبیعی مانند سایر نوزادان داشته باشد. گزارش‌ها هم نشان می‌دهد که برخی نوزادان معتاد به دنیا می‌آیند

و به دلیل ورود مواد مخدر به بدن آنها در دوران جنینی برای ادامه حیات نیاز به مواد مخدر دارند. حال با توجه به اهمیت این موضوع و نیاز به نسلی سالم و توانمند، مقاله حاضر در پی شناخت اثرات اعتیاد مادران بر فرزندان در دوران بارداری نیز نقش پلیس زن در کمک به درمان آنها است.

مشکلات زنان معتاد

زنان معتاد در مقایسه با مردان معتاد عملکرد ضعیف تری در بسیاری از جنبه‌های زندگی مانند سلامت جسمانی، روانی، ارتباطی و ثبات اقتصادی پیدا می‌کنند، ضمن اینکه سدهای درمان در زنان به مراتب بیشتر از مردان مانع از ورود آنها به درمان می‌شود. مهمترین مشکلات زنان باردار به شرح زیر می‌باشد:

مشکلات جسمانی

زنان معتاد نسبت به مردان با مشکلات جسمی شدیدتری روبرو می‌شوند. همچنین آنها در مقایسه با سایر خانم‌ها بیشتر در معرض مشکلات بارداری و عوارض زنانگی قرار می‌گیرند. قطع عادت ماهیانه، ناتوانی در آزادسازی به موقع تخمک، تحلیل رفتن تخمدان‌ها، سقط خودبه‌خود و یائسگی زودرس در این زنان بیش از سایر زنان است (Millar, ۱۹۹۷: ۳۶).

همچنین بیشتر از سایرین در معرض خطر بیماری‌های عفونی هستند. مصرف مواد مخدر بزرگترین عامل خطر برای ابتلا به HIV در زنان است.

تقریباً ۵۰٪ موارد ایدز در زنان از طریق تزریق و ۲۰٪ از طریق مصرف تزریقی مواد مخدر در شریک جنسی آنها ایجاد می‌شود. در مقایسه با مردان، خطر ابتلا به ایدز در زنان معتاد بیشتر است (ibid: ۵۰).

مشکلات روانی

زنان معتاد در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به مشکلات روانی هستند. ناراحتی‌های خلقی،

اقدام به خودکشی، بیماری‌های سایکوتیک، اضطراب، اعتماد به نفس پایین، افسردگی، کمبود مهارت‌های تطابقی در فرد برای مقابله با حوادث روزمره زندگی، و سطح بالایی از فشار روانی در این افراد دیده می‌شود. این مشکلات می‌تواند مقدمه ایجاد اعتیاد یا از نتایج اعتیاد باشد.

مشکلات اجتماعی و خانوادگی

علاوه بر مشکلات روانی و جسمی بیشتر در زنان معتاد، آنها در عملکرد اجتماعی و مهارت‌های ارتباطی نیز ضعف بیشتری از خود نشان می‌دهند.

زنان معتاد در مقایسه با مردان تمایل بیشتری به از دست دادن اعتماد به نفس خود دارند، مهارت‌های ارتباطی‌شان ضعیف‌تر، در روابط با شرکای جنسی خود غیرفعال‌تر و برای طلاق از همسر یا جدایی از دوستان گرایش بیشتری دارند.

آنها بیشتر احساس تنهایی می‌کنند و شبکه‌های اجتماعی کوچکتری دارند. مشکلات حل نشدنی زیادی دارند و بیشتر از اجتماع خود جدا شده و دوستان کمتری دارند. آنان به الکل و موادمخدر وابستگی زیادی دارند.

در پژوهش انجام شده در مورد زنان معتاد مراجعه‌کننده برای درمان دست کم ۷۰٪ سابقه مصرف موادمخدر در خانواده‌هایشان دیده می‌شود. در مطالعه‌ای در مورد زنان الکلی ۶۶٪ آنها فعالیت جنسی نامشروع در دوران کودکی داشته‌اند (Carson, ۲۰۰۳: ۱۵۴).

۵۰٪ تا ۳۰٪ زنان معتاد با مرد معتاد زندگی می‌کنند. این افراد با خشونت بیشتری در مقایسه با سایر زنان مواجه‌اند. مصرف موادمخدر توسط زنان ۶ برابر احتمال وقوع خشونت را در آنان افزایش می‌دهد. مصرف الکل در زنان تا ۳ برابر احتمال خشونت را زیاد می‌کند (Carson, ۲۰۰۳: ۱۶۸).

مشکلات قانونی و اقتصادی

زنان معتاد معمولاً از لحاظ وضعیت اقتصادی ضعیف‌تر شده و برای حمایت اقتصادی به مردان وابسته‌تر می‌شوند. این موضوع باعث گسترش فحشا در میان آنها می‌شود. آنان هیچ

آموزشی ندیده‌اند و مهارت شعلی ندارند و بیشتر در معرض خطرات ناشی از این روابط هستند. همچنین بیشتر در معرض گرفتاری در سیستم‌های قانونی می‌شوند؛ البته دیده شده گرفتاری آنان در سیستم قانونی در بعضی، باعث ورود آنان به سرویس‌های درمان و ترک مصرف می‌شود.

تأثیر اعتیاد بر جنین

همانند همه مراقبت‌های قبل از زایمان باید خدمات کاملی برای زنان حامله معتاد وجود داشته باشد. این خدمات باید حمایتگر و بدون پیش‌عرض خاصی بوده و محدودیت‌های کمتری نسبت به سایر مراکز درمانی و حمایتی معتادان داشته باشد. بسیاری از خانم‌های حامله که به کلینیک‌های ترک اعتیاد مراجعه می‌کنند، برای اولین بار است که این کار را انجام می‌دهند و حاملگی باعث ایجاد انگیزه این افراد شده و یک فرصت بی‌نظیر برای ماست که از این انگیزه برای ترک اعتیادشان اقدام کنیم. مشکلات اصلی اعتیاد در حاملگی اولاً ناشی از تأثیر مستقیم موادمخدر بر جنین بوده و ثانیاً از کاهش توانایی مادر در نگهداری از نوزادش است. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که اعتیاد مادر حامله باعث افزایش احتمال کاهش رشد داخل رحمی (IUGR)، کاهش وزن نوزاد موقع تولد، زایمان زودرس، افزایش شیوع دیسترس جنین و افزایش احتمال سقط جنین شود. همچنین در دراز مدت باعث نقص در رشد شناختی و مشکلات رفتاری این فرزندان می‌شود. البته تا به حال هیچ مشکلی در رشد حرکتی این فرزندان گزارش نشده است.

سندرم محرومیت از موادمخدر بعد از تولد در ۷۵٪ فرزندان مادران معتاد به صورت بی‌قراری و اختلال تنفسی دیده شده است. در ۱۸ ماهگی نیز شیوع اوتیت مدیا (گوش درد) در این کودکان از گروه شاهد بالاتر بوده است (Carson, ۲۰۰۳: ۱۶۸).

عوارض جنینی و نوزادی شامل زردی، آنمی، دیسترس تنفسی، سپتیمی، هیپوکلسمی، هیپوگلیسمی، پنومونی مادرزادی، عفونت ادراری، اسیدوز متابولیک، عفونت چشمی با نایسریاگونه‌ها یا کلامید یا تراکوماتیس، تومورهای شکمی می‌باشد. در رابطه با محدودیت رشد، سیگار در کل دنیا مهمترین علت کاهش وزن نوزاد محسوب می‌شود. همچنین اختلالات

رفتاری و شناختی در سنین بعدی عمر، علائم محرومیت نوزاد به صورت مختلف از بیقراری و تشنج گرفته تا مرگ ناگهانی نوزاد از سایر عوارضند (پورمطرو، ۱۳۸۶). البته به دلیل ناشناخته بودن جامعه آماری زنان معتاد امکان دسترسی به آمار دقیقی در مورد کودکان و فرزندان متولد شده آنان وجود ندارد.

اگر مادر حامله معتاد بتواند در تغییر الگوی زندگیش موفق شود و در این زندگی ثبات پیدا کند، می‌تواند بچه‌اش کاملاً طبیعی باشد. استفاده از مواد در زنان باردار در حین سنین باروری شایع‌تر است و در این مسیر کیفیت خدمات‌رسانی برای تغییر الگوی زندگی شاید مهم‌ترین عامل باشد.

در پژوهشی که در انگلیس در مورد زنان ۴۴-۱۵ ساله انجام شده، نتایج نشان می‌دهد: ۳۱/۷٪ زنان مورد مطالعه اقدام به مصرف سیگار و یا تنباکو داشته‌اند که ۲۱/۵٪ آنها در حین حاملگی هم به این کار ادامه می‌دادند؛

۵۰٪ زنان اقدام به مصرف الکل می‌کردند که ۲/۹٪ آن در حین حاملگی هم ادامه دادند؛ ۹/۳٪ زنان مصرف موادمخدر داشته‌اند که ۲/۳٪ آنها در حین حاملگی هم مصرف مواد مخدر داشته‌اند؛

نتیجه این تحقیق نشان می‌دهد زنان بعد از زایمان اکثراً مواد را دوباره شروع می‌کنند. همچنین معلوم شد که زنانی که سیگار می‌کشند گرایش بیشتری جهت مصرف مواد دارند (Millar, ۱۹۹۷: ۲۵).

در پژوهشی در سال ۱۹۹۵ آمریکا نتایج اینگونه است:

۱۲/۶٪ سیگاری‌ها در نوشیدن الکل زیاده‌روی کرده‌اند؛ در مقابل ۲/۷٪ غیرسیگاری‌ها ۱۳/۶٪ زنانی که مواد غیرمجاز مصرف می‌کنند، سیگاری بوده‌اند؛ در برابر ۳٪ غیرسیگاری‌ها ۳۲٪ زنانی که استفاده از یک ماده مضر را گزارش داده‌اند سیگاری و الکلی بوده‌اند (Nida notes, ۱۹۹۵: ۳۳).

بنابراین، پژوهش‌ها نشان می‌دهد که مصرف سیگار در ابتلا به موادمخدر مؤثر و مصرف همزمان سیگار و الکل احتمال مصرف موادمخدر را خیلی بیشتر می‌کند.

در ایران شیوع مصرف موادمخدر در بین زنان، در طول زمان تغییراتی را نشان می‌دهد. در پژوهشی در سال ۱۳۷۶ سهم زنان از کل معتادان ۵٪ بود حال آنکه در سال ۱۳۸۰ به ۱۵٪ افزایش یافته است. همچنین مشخص شده الگوی مصرف و نوع مصرف و شیوه مصرف در زنان از مواد کم‌خطرتر (مانند تریاک) و شیوه تزریق به شیوه‌های پرخطرتر مانند هرئین و شیوه تزریقی در زنان (در مقایسه با مردان) با سرعت بیشتری در تغییر است (نوروزی و نادری، ۱۳۸۴: ۵۶).

مصرف کوکائین هم با مسمومیت حاملگی، آب آوردن ریه، تشنج، نامنظم شدن ضربان قلب در حاملگی همراه است. مطالعات نشان داده‌اند که ارتباط بین مصرف موادمخدر و عوارض حاملگی از جمله پره اکلامپسی، مرده زایی، جدا شدن زودرس جفت، زایمان زودرس و سقط وجود دارد؛ ولی چه مقدار از این حوادث مربوط به اثر مستقیم مواد و چه مقدار ناشی از کمبود مراقبت‌های بارداری، تغذیه بد یا نحوه زندگی آنها می‌باشد، هنوز معین نشده است.

سندرم محرومیت نوزادان، وزن کم نوزاد هنگام تولد، سندرم مرگ ناگهانی (SIDS) در نوزادان مادر حامله معتاد دیده شد؛ لذا مراقبت حاملگی فقط شروع است و حمایت مداوم بعد از زایمان نیز لازم است. روسن و جانسون در مطالعه‌ای ۱۸ ماه اول زندگی کودکان متولد شده از مادرانی که معتاد بوده و تحت درمان نگهدارنده متادون در بارداری بوده‌اند را زیر نظر داشته‌اند. نتایج نشان می‌دهد که سندرم محدودیت از مواد متوسط تا شدید در ۷۵٪ نوزادان ایجاد شده است، دور سر نوزادان کاهش یافته و فشار خون آنها بالا رود و شیوع عفونت گوش میانی نیز در آنها بالاتر است.

آسیب‌شناسی مشکلات در درمان زنان معتاد

در پژوهشی که در آمریکا انجام شد فقط ۳۰٪ زنان معتاد به سیستم درمانی وارده شده‌اند (Strain, ۱۹۹۹: ۴۵) البته میزان واقعی احتمالاً از این رقم بسیار پایین‌تر است؛ زیرا زنان معتاد کمتر حاضر می‌شوند که اظهار به اعتیاد کنند و یا وارد مرحله درمان شوند و همین امر

موجب عدم ترک یا ترک دیرهنگام آنان می‌شود.

زنان معتاد نه تنها به علت کمبود منابع مالی قادر به شروع درمان نیستند، بلکه یکسری سدهای اختصاصی نیز دارند که تعدادی از آنها عبارت‌اند از:

- تعداد کم سیستم‌های درمانی مختص خانم‌های معتاد؛
- بی‌توجهی به طراحی برنامه‌های درمان زنان معتاد؛
- ترس از نتایج قانونی مانند از دست دادن حق سرپرستی کودک؛
- مشکل رفت و آمد به این مراکز؛
- تحت پوشش بیمه نبودن این درمان‌ها؛
- پیدا نکردن فرد دیگر برای مراقبت از سایر افراد خانواده؛
- بدنامی اجتماعی زنان معتاد برای ورود به این مراکز؛

پژوهش‌ها نشان داده‌اند ۱۶ تا ۶۷ درصد زنان بی‌خانمان یک ماده مخدر یا بیشتر را مصرف کرده‌اند و ۴۳٪ زنان معتاد حاملگی‌های پرخطر داشته‌اند (نوروزی و نادری، ۱۳۸۴: ۶۴).

نقش پلیس زن در درمان زنان معتاد

پلیس زن که بخشی از نیروی انتظامی است، با هدف رسیدگی به جرایم زنان و کودکان، پیشگیری از جرایم این اقشار، ارائه خدمات انتظامی به زنان و کودکان و به‌نحوی حمایت از آنان تشکیل شده است و متناسب با نیاز جامعه و شرح وظایف خود اقدامات لازم را با مهارت و توانمندی که در طول تحصیل کسب کرده است، انجام می‌دهد. اعتیاد در حال حاضر نوعی جرم و فرد معتاد مجرم محسوب می‌شود و برخورد با زنان معتاد مجرم یکی از وظایف پلیس زن است؛ ولی به دلیل کاستی‌های این قانون که در سال ۱۳۷۶ تصویب شده بود و عدم تأثیرگذاری آن در کاهش تعداد زنان معتاد، اصلاحاتی در این قوانین صورت گرفت و در مورخ ۱۳۸۹/۵/۹ به تصویب مجمع تشخیص مصلحت نظام رسید. سپس برای تصویب نهایی به حضور مقام معظم رهبری تقدیم شد. در این قانون فرد معتاد بیمار شناخته شده و باید تحت درمان قرار گیرد. از جمله موارد اصلاحی عبارت‌اند از:

ماده ۱۵: معتادان مکلفند با مراجعه به مراکز مجاز دولتی، غیردولتی یا خصوصی و یا سازمان‌های مردم‌نهاد درمان و کاهش آسیب، اقدام به ترک اعتیاد نمایند. معتادی که با مراجعه به مراکز مذکور نسبت به درمان خود اقدام و گواهی تحت درمان و کاهش آسیب دریافت نماید، چنانچه تظاهر به اعتیاد ننماید از تعقیب کیفری معاف می‌باشد. معتادانی که مبادرت به درمان یا ترک اعتیاد ننمایند مجرمند.

تبصره ۱: مراکز مجاز موضوع این ماده، براساس آیین‌نامه‌ای که توسط وزارتخانه‌های بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و رفاه و تأمین اجتماعی ظرف مدت سه ماه پس از تصویب این قانون تهیه و به تصویب ستاد می‌رسد تعیین می‌شود.

تبصره ۲: وزارت رفاه و تأمین اجتماعی موظف است ضمن پوشش درمان و کاهش آسیب قرار دادن معتادان بی‌بضاعت، تمام هزینه‌های ترک اعتیاد را مشمول بیمه‌های پایه و بستری قرار دهد. دولت مکلف است همه‌ساله در لوایح بودجه، اعتبارات لازم را پیش‌بینی و تأمین نماید (اصلاحیه قانون اصلاح مبارزه با موادمخدر مصوب ۱۳۷۶).

ماده ۱۶: معتادان به موادمخدر و روان‌گردان مذکور در دو ماده ۴ و ۸ فاقد گواهی موضوع ماده ۱۵ و متجاهر به اعتیاد، با دستور مقام قضایی برای مدت یک تا سه ماه در مراکز دولتی و مجاز درمان و کاهش آسیب نگهداری می‌شوند. تمدید مهلت برای یک دوره سه ماهه دیگر با درخواست مراکز بلامانع است. با گزارش مراکز مذکور و بنابر نظر مقام قضایی، چنانچه معتاد آماده تداوم درمان طبق ماده ۱۵ این قانون باشد، تداوم درمان وفق ماده مذکور بلامانع می‌باشد.

تبصره ۱: با درخواست مراکز مذکور و طبق دستور مقام قضایی، معتادان موضوع این ماده مکلف به اجرای تکالیف مراقبت بعد از خروج می‌باشند که بنابر پیشنهاد دبیرخانه ستاد با همکاری دستگاه‌های ذیربط، تهیه و به تصویب رئیس قوه قضائیه می‌رسد.

تبصره ۲: مقام قضایی می‌تواند برای یک‌بار با اخذ تأمین مناسب و تعهد به ارائه گواهی موضوع ماده ۱۵ این قانون، نسبت به تعلیق تعقیب به مدت شش ماه اقدام و معتاد را به یکی از مراکز موضوع ماده مزبور معرفی نماید. مراکز مذکور موظفند ماهیانه گزارش روند درمان

معتاد را به مقام قضایی یا نماینده وی ارائه نمایند. در صورت تأیید درمان و ترک اعتیاد با صدور قرار موقوفی تعقیب توسط دادستان، پرونده بایگانی و در غیر این صورت طبق مفاد این ماده اقدام می‌شود. تمدید مهلت موضوع این تبصره با درخواست مراکز ذیربط برای یک دوره سه ماهه دیگر بلامانع است.

تبصره ۳: متخلف بدون عذر موجه از تکالیف موضوع تبصره ۲ این ماده به حبس از نود و یک روز تا شش ماه محکوم می‌شود (اصلاحیه قانون اصلاح مبارزه با موادمخدر مصوب ۱۳۷۶).

با تصویب نهایی این قوانین و ابلاغ آن، پلیس زن متولی امر امنیت زنان و کودکان و حامی آنهاست و در برابر آسیب‌های اجتماعی و وظایفی را به‌عهده خواهد داشت و باید اقداماتی را در سرلوحه کار خود قرار دهد. از جمله شناسایی زنان معتاد بویژه زنان بارداری که وظیفه رشد جنین و تولد نسل آینده را به‌عهده دارند، و معرفی آنها به مراکز درمانی و نظارت و کنترل بر دوره درمان آنها.

پلیس زن در این زمینه می‌تواند خدمات مشاوره‌ای هم به زنان باردار در خصوص چگونگی مراجعه به مراکز درمانی و طی دوران درمان را ارائه نماید.

همچنین زنان پلیس به‌عنوان ضابطین قوه قضائیه براساس تبصره ۲ ماده ۱۶ موظف خواهند شد که به منظور معرفی زنان معتاد به مراکز درمانی و کسب دستور تعلیق تعقیب به مدت شش ماه اقدام نمایند. از طرفی احتمالاً گرفتن گزارش ماهیانه روند درمان زنان معتاد و ارائه به مقام قضایی هم از جمله وظایف پلیس زن خواهد شد. درنهایت در تبصره ۳ اصلاح این ماده هم آمده است که متخلف بدون عذر موجه - یعنی زنان معتادی که به مرکز درمانی مراجعه نکنند - به حبس از نود و یک روز تا شش ماه محکوم می‌شوند. در این بخش هم نقش پلیس زن آشکارتر خواهد شد.

جمع‌بندی درمان زنان معتاد و همکاری پلیس در این زمینه

در آینده‌ای نزدیک و با تصویب اصلاحیه قانون مبارزه با موادمخدر فرد معتاد بیمار است و

باید تحت مراقبت درمانی قرار گیرد. در مورد زنان حامله معتاد باید مراقبت‌های قبل از زایمان برای زنان معتاد وجود داشته باشد. زنان معتاد در مقایسه با مردان معتاد مشکلات جسمی، روانی، اجتماعی، خانوادگی، قانونی و اقتصادی بیشتری دارند. همچنین سدهای درمان برای آنان بیشتر است.

زنان معتاد کمتر گرفتار قانون می‌شوند، ولی اگر گرفتار شوند، بیشتر وارد درمان شده مانائی آنان در درمان بیشتر از مردان است.

زنان معتاد خطر بیشتری برای ابتلا به اختلالات روانی از جمله افسردگی دارند، مشکلات جسمی شدیدی دارند و بیشتر در معرض خطر ابتلا به بیماری‌های عفونی هستند. زنان معتاد حامله بیشتر در معرض خطرات حاملگی مانند پره‌اکلامپسی، مرده‌زایی، جدا شدن زودرس جفت، سقط، کم‌وزنی نوزاد، سندرم محرومیت نوزاد و سندرم مرگ ناگهانی هستند.

زنان پلیس در قبال زنان معتاد وظایف خاصی دارند که بزودی با بیمار شناخته شدن معتادان وظایف زنان پلیس هم تغییر خواهد کرد و وظیفه معرفی آنان به مراکز درمانی، کنترل و نظارت بر روند درمان زنان معتاد، رابطه قوه قضائیه در این زمینه و همچنین دستگیری و بازداشت زنان معتادی که به درمان اقدام نمی‌کنند و از مراجعه به مراکز درمانی خودداری می‌کنند از جمله وظایف آنان خواهد بود. لذا باید از هم اکنون آمادگی لازم را برای انجام صحیح این وظیفه کسب کنند.

پیشنهادها

۱. افزایش سطح آگاهی زنان در مورد اعتیاد و عوارض آن.
۲. با بهره‌گیری از رسانه‌ها فرهنگ‌سازی شود که اگر فردی معتاد شد باید به پزشک مراجعه کند و مراحل درمان را طی کند.
۳. بیمارستان‌ها موظف شوند که به مادران باردار معتاد توجه ویژه‌ای کنند و زمینه درمان آنها فراهم شود.

۴. زنان حامله معتاد در مراکز خاصی نگهداری و با عوارض کمتری اقدام به درمان و ترک اعتیاد نمایند.
۵. با اقدامات پیشگیرانه و نیز درمانی از بارداری زنان معتاد جلوگیری شود.
۶. زنان پلیس برای اجرایی کردن قانون اصلاح شده مبارزه با موادمخدر آمادگی لازم را کسب کنند و به زنان معتاد مثل بیماران نیازمند درمان خدمات مشاوره‌ای، بدهند و آنها را به مراکز درمانی معرفی کنند.
۷. پیشنهاد می‌شود پلیس مبارزه با موادمخدر شماره تماسی در اختیار عموم قرار دهد تا همه بتوانند تلفنی خدمات مشاوره‌ای در خصوص شناخت موادمخدر، عوارض آن، نحوه ترک و عواقب قاچاق یا ساخت مواد را کسب کنند.

کتابنامه

- اصلاحیه قانون اصلاح مبارزه با موادمخدر مصوب (۱۳۷۶).
- پورمطرو، الهام (۱۳۸۶). «اعتیاد زنان باردار». هفته نامه پزشکی امروز. ۱۳۸۶/۱۰/۶.
- نوروزی، رضا و شهرام نادری (۱۳۸۴). راهنمای جامع درمان اعتیاد.
- نجفی، رسول (۱۳۸۹). «وضع اعتیاد زنان در ایران». مصاحبه با دکتر پونه کیمیاقلم، برگرفته از وبسایت ایران امیر.

- Carson, Rosalyn & Dewit, M. D. (2003) Drug, Alcohol & tobacco.
- Fishbein, Dian H & Pease, Susane. (1996) The Dynamic of Drug Abuse.
- International journal of the Addiction. (1992) Recommendations for Improving Drug Treatment.
- Millar, Ds. & Gold, E. Smith. (1997) Manual of therapeutics for Addiction.

Nida notes, News, Volnm 9, No.1. January, February, methadone.
(1959).

Strain, Eric C & Stitzer, M.L. (1999) Methadon Treatment for opioum
Dependence.