

زنان، زایمان، ناباروری و بهداشت روانی | گرجستان



بررسی میزان مصرف داروهای ضد بارداری استروئیدی و ایجاد افسردگی و اضطراب در زنان و دختران مبتلا به پلی کیستیک شهر تهران

آیدا بیگی

دانشجوی کارشناسی روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد یادگار امام خمینی (ره)، دانشکده ابوالفتح رازی، تهران، ایران.

سهیل معظمی گودرزی

استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد یادگار امام خمینی (ره)، دانشکده ابوالفتح رازی، تهران، ایران

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه مصرف قرص‌های ضد بارداری استروئیدی و ایجاد افسردگی و اضطراب در زنان و دختران بود. در این پژوهش از طرح توصیفی- همبستگی استفاده شده است. جامعه آماری پژوهش شامل ۱۱۰ نفر از زنان و دختران شهر تهران در سال ۱۴۰۳ بوده که به شیوه در دسترس انتخاب شدند. برای این منظور از مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس (لاویبوند و لاویبوند، ۱۹۹۵) استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها از ضریب همبستگی پیرسون، در سطح توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و استنباطی (ضریب همبستگی پیرسون) با استفاده از نرم افزار SPSS26 انجام شد. نتایج این پژوهش نشان داد که بین مصرف قرص‌های ضد بارداری و بروز ۳ متغیر روانشناختی اضطراب $r=0.461, P<0.01$ ، افسردگی $r=0.817, P<0.01$ و استرس $r=0.782, P<0.01$ رابطه مثبت معناداری وجود دارد. و معنی‌دار شد این به این معناست که با مصرف قرص‌های ضد بارداری، میزان افسردگی و اضطراب افزایش می‌یابد این نتایج در سطح معناداری در سطح $p<0.01$ تایید شده‌اند، که نشانه دهنده اهمیت و قوت رابطه بین متغیرها است. این یافته‌ها می‌تواند به مشاوران و پزشکان کمک کند تا در مورد اثرات جانبی این داروها به بیماران خود اطلاعات دقیق‌تری ارائه دهند و در صورت نیاز، راهکارهای مناسبی برای کاهش این اثرات پیشنهاد کنند.

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌ها چنین نتیجه‌گیری می‌شود که در اثر مصرف قرص‌های ضد بارداری، بانوان در معرض عوارض جانبی روانپزشکی این نوع قرص‌ها هستند. که ۳ متغیر افسردگی، اضطراب و استرس در سطح متوسط و بالاتر قرار دارند، که این آمار نگران کننده است. برای کاهش و درمان این عوارض روانپزشکی می‌توان از روش‌های مختلفی استفاده کرد، از جمله: مشاوره و روان‌درمانی، تغییر سبک زندگی و دارو پیشگیری از بارداری و...

واژگان کلیدی: افسردگی، اضطراب، داروهای ضد بارداری استروئیدی، پلی کیستیک

مقدمه

داروهای ضد بارداری (OCP)^۱ به گروهی از داروهای خوراکی به شکل قرص گفته می‌شود که برای پیشگیری از بارداری مصرف می‌شوند. تخمین زده می‌شود که قرص‌های ضد بارداری توسط بیش از ۱۵۱ میلیون زن در کل دنیا به طور روزانه مصرف می‌شوند. به طور کلی قرص‌های هورمونی در پیشگیری از بارداری بسیار موثر است (هسکند و آنجلینو^۲، ۲۰۲۲). قرص‌های پیشگیری از بارداری هورمونی با تسریع یا تداوم افسردگی در برخی بیماران شناخته شده است. ارتباط بین مصرف قرص‌ها و افسردگی ممکن است به مقدار و نوع پروژسترون^۳ موجود در قرص‌ها نسبت داده شود. ترکیبات هورمونی این نوع قرص‌ها یکی از تداول‌ترین روش‌های پیشگیری بوده که از سال ۱۹۶۰ به طور وسیعی مورد مطالعه قرار گرفته‌اند (رابینسون^۴، ۲۰۰۴). از قرص‌های ضد بارداری خوراکی قدیمی که حاوی اتینیل استرادیول^۵ هستند، با مشکلات خلقی شدید مرتبط هستند. چندین اشکال مختلف قرص پیشگیری از بارداری برای زنان وجود دارد. برخی از آنها حاوی پروژسترون به تنهایی و برخی دیگر حاوی هر دو استروژن^۶ و پروژسترون هستند. استروژن و پروژسترون بر دستگاه عصبی شیمیایی، عملکرد مغز و فعالیت انتقال دهنده‌های عصبی گاما آمینوبوتیریک اسید، سروتونین و دوپامین تاثیر می‌گذارند (گرین^۷، ۲۰۱۷).

پروژسترون و استروژن موجود در این قرص‌ها اثر اصلی خود را با تأثیر مهاری بر عملکرد گنادوتروپین‌ها^۸ بروز می‌دهند. این سازوکار شامل سرکوب ترشح هورمون لوتئینی (LH)^۹ و هورمون محرکه فولیکولی (FSH)^{۱۰} در خون و جلوگیری از صعود میان‌چرخه‌ای هورمون لوتئینی است. گیرنده‌های استروژن (ER) -آلفا و ER-بتا به طور گسترده در مغز توزیع می‌شوند، با ER-alpha عمدتاً در هیپوتالاموس، هیپوکامپ، آمیگدال و ساقه مغز یافت می‌شود. گیرنده‌های پروژسترون آلفا و بتا بیشترین فراوانی را در آمیگدال، مخچه، قشر مغز، هیپوکامپ و هیپوتالاموس دارند (کالکرانی^{۱۱}، ۲۰۱۱). مطالعات تصویربرداری عملکردی مغز نشان داده است که استروژن فعال شدن نواحی مغز را که در پردازش احساسی و شناختی دخیل هستند، مانند آمیگدال و قشر جلوی پیشانی پشتی جانبی تنظیم می‌کند (توفولتو و لازنبرگر^{۱۲}، ۲۰۱۴). برخلاف استروژن، پروژسترون محافظ عصبی نیست. پروژسترون می‌تواند علایم خلقی را بدتر کند (اسکلند و مارچ^{۱۳}، ۲۰۱۶).

پیوندهای محتمل شامل افزایش پروژسترون در مهار انتقال گلوتامات ناشی از گابا است (اسمیت^{۱۴}، ۱۹۸۷). پروژسترون باعث افزایش غلظت مونوآمین اکسیداز و در نتیجه کاهش غلظت سروتونین می‌شود. (کالبر^{۱۵}، ۱۹۹۶). شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد هر دو استروژن و پروژسترون بر عملکرد مغز تاثیر می‌گذارند، که ممکن است مسول تغییرات خلقی منفی و افسردگی باشد که معمولاً در زنانی

1. Oral Contraceptive Pill
2. Haakenstad & Angelino
3. Progesterone
4. Robinson

۵. اتینیل استرادیول (Ethinyl Estradiol) یک شکل مصنوعی از هورمون جنسی زنانه استروژن است که معمولاً در ترکیب با سایر هورمون‌ها در داروهای ضد بارداری استفاده می‌شود. وعوارض جانبی گزارش شده آن شامل: فشار خون، تهوع و استفراغ، سردرد، تغییرات خلق و خو افزایش خطر ابتلا به سرطان است.

6. Estrogen
7. Green L
8. Gonadotropine

۹. هورمون لوتئینه کننده (Luteinising Hormone) هورمونی است که از بخش پیشین هیپوفیز آزاد می‌شود. جنس این هورمون از گلیکوپروتئین است.

۱۰. هورمون محرکه فولیکولی (Follicle- Stimulation Hormone) هورمونی گلیکوپروتئینی است که از بخش پیشین هیپوفیز در هر دو جنس (نر، ماده) آزاد می‌شود.

11. Kulkarni
12. Toffoletto S, Lanzenberger
13. Skovlund CW, Mørch
14. Smith
15. Klaiber EL

که از قرص‌های ضد بارداری خوراکی مصرف می‌کنند گزارش می‌شود (سیویک^۱، ۲۰۰۰؛ ساندرس^۲، ۲۰۰۱). مکانیسم تاثیر قرص‌های ضد بارداری خوراکی بر خلق و خوی بحث‌برانگیز است. با این وجود، شواهد فزاینده‌ای وجود دارد که حاکی از ارتباط معنادار بین مصرف قرص و کاهش اختلالات خلقی مانند افسردگی است. (هرزبرگ^۳، ۱۹۸۷). گزارشات زیادی حاکی از این است که این قرص‌ها علی‌رغم فواید زیادی که دارند می‌توانند مشکلات و عوارض منفی مانند: افزایش اشتها، افزایش وزن، ضعف، استفراغ، حالت تهوع، سردرد، سرگیجه، سنکوپ، نفخ شکم، نشانگان پیش از قاعدگی، بیماری‌های قلبی-عروقی، سرطان و تغییرات خلقی و روانشناختی مانند تحریک پذیری، اضطراب، خستگی، افسردگی و اضطراب را ایجاد نمایند (آدنز^۴، ۱۹۹۹؛ کلبیرگ^۵، ۱۹۷۲). همچنین قرص‌های پیشگیری از بارداری می‌توانند فوایدی فراتر از بارداری برای فرد و جامعه دارا باشند به‌گونه‌ای که این قرص‌ها می‌توانند باعث کاهش علایم دوران PMS^۶، کاهش فیبروم رحمی، و کاهش شیوع آرتریت روماتوئید^۷، کاهش علایم پلی‌کیستیک^۸ و آدنوم هیپوفیز^۹ شوند (آندرل^{۱۰}، ۲۰۲۰).

مطالعات بالینی متعددی، ارتباط بین مصرف قرص پیشگیری از بارداری را در دوران جوانی و افزایش خطر افسردگی را شناسایی کرده‌اند یک مطالعه بزرگ دانمارکی شامل بیش از یک میلیون زن نشان داد که خطر استفاده اول از یک داروی ضد افسردگی و اولین تشخیص افسردگی در میان مصرف‌کنندگان انواع مختلف قرص‌های ضد بارداری خوراکی، با بالاترین میزان در میان نوجوانان افزایش می‌یابد (دی‌ویت^{۱۱}، ۲۰۲۰؛ اسکولند^{۱۲}، ۲۰۱۶). همچنین بررسی جامع منتشر شده در سال ۲۰۰۲ شامل ۱۳ مطالعه کنترل شده است که رابطه بین خلق و خو و مصرف قرص را بررسی می‌کند، یک مطالعه تفاوت‌هایی را در تاثیر بین مصرف‌کنندگان قرص‌های ضد بارداری خوراکی و غیر مصرف‌کنندگان نشان داده‌اند. مطالعه آزمایشی دیگر که شامل ۵۸ زن بود نشان داد که مصرف‌کنندگان فعلی قرص‌های ضد بارداری یا مصرف‌کنندگان اخیر میزان افسردگی ذهنی و عینی بالاتری نسبت به افراد غیر مصرف‌کننده دارند. (آنین^{۱۳}، ۲۰۰۲). باور عمومی در طب بر این اساس است که ترکیبات این قرص می‌توانند باعث ایجاد اختلالات خلقی حتی در حد افسردگی ماژور^{۱۴} شوند. رایبسون و همکاران نیز در این زمینه اینگونه اظهار داشتند که میزان اضطراب، افسردگی، خستگی، علایم عصب و اختلالات جنسی در مصرف‌کنندگان بیشتر دیده می‌شود (کارسون^{۱۵}، ۲۰۰۶).

اختلال افسردگی یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی است که بار قابل ملاحظه هیجانی، اجتماعی و اقتصادی فراوانی را به فرد و جامعه تحمیل می‌کند (علیجانی و رنجبرکهن، ۱۴۰۱). ویژگی مشترک تمام اختلالات روانشناسی وجود اندوه، احساس تهی بودن یا خلق تحریک‌پذیر همراه تغییرات شناختی و جسمی است که به شکل چشمگیری روی ظرفیت کار کردی فرد تاثیر منفی می‌گذارد. افسردگی یک حالت خلقی بی‌حوصلگی و گریز از فعالیت یا بی‌علاقگی و بی‌میلی است که می‌تواند بر روی افکار، رفتار، احساسات و خوشی و تندرستی یک فرد تاثیر بگذارد. افسردگی منجر به از کار افتادگی قابل توجه فرد در قلمروهای زندگی فردی و اجتماعی اشتغال می‌شود (ونجان، سیکینگ و ایکسینکیا، ۲۰۱۴). شیوع اضطراب در جامعه ایران نیز همانند افسردگی است (کاویانی، احمدابهری، دهقان همکاران، ۱۳۸۱). همچنین از آنجا که برخی تحقیقات شان می‌دهند هم‌آیندی مرضی افسردگی و اضطراب در جامعه ایران حدود ۶۰ درصد و همپوشی این علائم در جامعه ایرانی بسیار بالاست (کاویانی و قاسم‌زاده، ۱۳۸۲).

1. Civic
2. Sanders
3. Herzberg
4. Oddens BJ
5. Cullberg
6. Premenstrual Syndrome
7. Rheumatoide Arthritis
8. Polycystic
9. Adenoma
10. Anderl C
11. De Wit AE
12. Skovlund
13. Oinonen
14. Major Depressive Disorder
15. Carson

ویژگی محوری افسردگی، آشفتگی خلق است. کاهش سروتونین و در پی آن ایجاد خلق پایین باعث افسردگی می‌شود. افسردگی علائم شدیدی ایجاد می‌کند که بر احساس، تفکر و انجام فعالیت‌های روزانه مانند خواب، غذا خوردن یا کار تأثیر می‌گذارد. تقریباً همه‌ی بیماران افسرده (حدود ۹۷ درصد از آنها) از کم شدن انرژی خود شکایت می‌کنند که موجب می‌شود نتوانند وظایف خود را به راحتی انجام دهند، افسردگی از نظر تحصیلی و شغلی اختلال ایجاد می‌کند، و انگیزه افراد را برای عهده‌دار شدن طرح‌های جدید کم می‌کند. حدود ۸۰ درصد از بیماران از اشکال در خواب، به ویژه سحرخیزی (یعنی بی‌خوابی انتهایی)^۱ و بیدار شدن‌های مکرر در طول شب که طی آن دایم به مشکلات خود فکر می‌کنند؛ شکایت می‌کنند. بسیاری از بیماران دچار کاهش یا افزایش وزن می‌شوند. افراد دارای اختلال افسردگی احساس اندوه، بی‌ارزشی، بی‌علاقگی و بی‌لذتی، غمگینی و ناامیدی می‌کنند (کاپلان و سادوک^۲، ۱۴۰۰).

طبق تعریف انجمن روانپزشکی آمریکا^۳، اضطراب یک خلق منفی است که با نشانه‌های بدنی مانند تنش جسمانی و ترس در مورد آینده شناخته می‌شود. اضطراب، پاسخی بهنجار و انطباقی است که موجب حفظ حیات می‌شود و درباره خطرات مختلف هشدار می‌دهد و باعث می‌شود فرد برای پیشگیری از خطرات و تهدیدها یا برای تخفیف عواقب آنها کاری انجام دهد. این آماده‌سازی با فعالیت دستگاه خودمختار^۴ همراه است. بر اساس نظریه یرکز و دادسون^۵، قدری اضطراب باعث بهتر شدن عملکرد می‌شود. اضطراب زمانی نوروتیک می‌شود که: بیش از حد طول می‌کشد یا فراوان روی می‌دهد، عملکرد را مختل می‌کند، سطح آن با سطح خطر تناسب ندارد و از کنترل فرد خارج می‌شود. اختلال اضطرابی یک حالت روانی یا برانگیختگی شدید است که ویژگی‌های اصلی آن عبارتند از: ترس، تردید و نگرانی مفرط (خجوی، ۱۴۰۱؛ انجمن روانشناسان آمریکا، ۲۰۱۳).

در این راستا پژوهش حاضر با هدف کلی تعیین ارتباط مصرف‌های پیشگیری از بارداری با علایم افسردگی و اضطراب انجام شد. این پژوهش، با بهره‌گیری از روش‌های علمی و تحلیل‌های دقیق، به دنبال یافتن پاسخی برای سوالات مهمی است که در این زمینه طرح می‌شود. آیا مصرف این داروها می‌تواند به تغییرات خلقی منجر شود؟ آیا ارتباطی بین مصرف این داروها و افزایش سطح اضطراب و افسردگی وجود دارد؟ آیا بین علایم افسردگی و مصرف قرص‌های پیشگیری از بارداری رابطه‌ای وجود دارد؟ نتایج این تحقیق می‌تواند به روشن‌تر شدن این موضوع کمک کند و راهکارهایی برای مدیریت بهتر سلامت روان بانوان ارایه دهد. امید است که این پژوهش، گامی موثر در جهت بهبود کیفیت زندگی و سلامت روانی جامعه باشد.

روش تحقیق

در این پژوهش که توصیفی-همبستگی است، ارتباط مصرف داروهای ضدبارداری و ایجاد افسردگی و اضطراب در زنان و دختران مبتلا به پلی کیستیک شهر تهران بررسی شده است. جامعه آماری این پژوهش بانوان ساکن شهر تهران بودند. ۱۱۰ نفر از بانوان به شیوه در دسترس انتخاب شدند. پس از جلب مشارکت آزمودنی‌ها و داشتن معیار ورود به پژوهش مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس اجرا شد. برای گردآوری داده‌ها، از مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس (داس^۶، لایووند و لایووند^۷، ۱۹۹۵) به کار برده شد. (آشتیانی، ۱۳۳۷). این مقیاس، مجموعه‌ای از ۳ مقیاس خود گزارش دهی برای ارزیابی حالات عاطفه منفی در افسردگی، اضطراب و استرس است. کاربرد مهم این مقیاس اندازه گیری شدت نشانه‌های اصلی افسردگی، اضطراب و استرس است. آنتونی^۸ و همکاران مقیاس مذکور را مورد تحلیل عاملی قرار دادند که نتایج پژوهش آنان مجدداً حاکی از وجود سه عامل افسردگی، اضطراب و تنیدگی بود. نتایج این مطالعه نشان داد که ۶۸ درصد از واریانس کل مقیاس توسط این ۳ عامل مورد سنجش قرار می‌گیرد و ضریب آلفا برای این عوامل به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۹۵، ۰/۹۲،

1. Terminal Insomnia
2. Kaplan Sadock's
3. American Psychiatric Association (APA)
4. Autonomic Nervous System (ANS)
5. Yerkes-Dodson
6. Dass
7. Lovibond
8. Antony, M.M

۰/۹۷ بود. همچنین نتایج محاسبه همبستگی میان عوامل مورد مطالعه آنتونی و همکاران (۱۹۹۸) حاکی از ضریب همبستگی ۰/۴۸ میان دو عامل افسردگی و تنیدگی، ضریب همبستگی ۰/۵۳ بین اضطراب و تنیدگی و ضریب همبستگی ۰/۲۸ بین اضطراب و افسردگی بود. روایی و اعتبار این پرسشنامه در ایران توسط سامانی و جوکار (۱۳۸۶) مورد بررسی قرار گرفته است که اعتبار بازآزمایی را برای مقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی به ترتیب برابر ۰/۷۷، ۰/۷۶، ۰/۸۰ و آلفای کرونباخ را برای مقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی به ترتیب برابر با ۰/۸۱، ۰/۷۴، ۰/۷۸ گزارش نموده‌اند (اصغری مقدم، ۱۳۸۷؛ سامانی و جوکار، ۱۳۸۶). معیارهای ورود به پژوهش:

- (۱) دارا بودن سن بین هجده تا چهل و پنج سال.
- (۲) جنسیت زن (مجرد یا متاهل).
- (۳) نداشتن سابقه اختلال روانی. (۴) مصرف نکردن داروهای روانپزشکی یا هر داروی دیگر که علائم افسردگی و اضطراب را کاهش دهد.
- (۵) حداقل ۳ ماه مصرف OCP (زیرا ۳-۱ ماه طول می‌کشد تا قرص تغییرات هورمونی ثابت ایجاد کند) (گری و جانسون، ۱۹۷۶).

یافته ها

در این پژوهش تعداد ۱۱۰ نفر از بانوان شهر تهران مورد مطالعه قرار گرفتند. بیشترین سن ۴۵ سال و کمترین سن ۱۸ سال بود و توزیع گروه سنی به ۴ دسته و مطابق جدول زیر انجام شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد، در بخش توصیفی، میانگین و انحراف معیار داده‌ها و در بخش استنباطی با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و با استفاده از نرم افزار SPSS26 این داده‌ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

جدول (۱) مقایسه آماری متغیر سن در گروه مورد بررسی

گروه سنی	فراوانی	درصد فراوانی	درصد فراوانی معتبر	درصد فراوانی تجمعی
۴۵-۴۰	۲۱	۱۹/۱	۱۹/۱	۱۹/۱
۴۰-۳۳	۲۷	۲۴/۵	۲۴/۵	۴۳/۶
۳۳-۲۵	۳۳	۳۰	۳۰	۷۳/۶
۲۵-۱۸	۲۹	۲۶/۶	۲۶/۴	۱۰۰/۰
جمع	۱۱۰	۱۰۰	۱۰۰	

مطابق با جدول شماره (۱)، در گروه سنی اول یعنی ۱۸ تا ۲۵ سال، ۲۹ نفر (۲۶/۶ درصد)، در گروه سنی ۲۵ تا ۳۳ سال، ۳۳ نفر (۳۰ درصد)، در گروه سنی ۳۳ تا ۴۰ سال، ۲۷ نفر (۲۴/۵ درصد) و در گروه آخر یعنی ۴۰ تا ۴۵ سال، ۲۱ نفر (۱۹/۱ درصد) قرار دارند. که بیشترین فراوانی در گروه سنی ۳۳-۲۵ سال (۳۰ درصد) بود.

جدول (۲) یافته‌های توصیفی مربوط به متغیر جنسیت

جنسیت	فراوانی	درصد فراوانی	درصد فراوانی معتبر	درصد فراوانی تجمعی
زن (متاهل)	۶۶	۶۰	۶۰	۶۰
زن (مجرد)	۴۴	۴۰	۴۰	۱۰۰
جمع	۱۱۰	۱۰۰	۱۰۰	

مطابق با جدول شماره (۲)، در این پژوهش از بین ۱۱۰ نفر از افرادی که شرکت کرده‌اند، ۶۶ نفر از زنان متاهل، که ۶۰ درصد و از سوی دیگر، ۴۴ نفر از زنان مجرد، که ۴۰ درصد از کل شرکت کنندگان را تشکیل می‌دهند.

جدول (۳) یافته‌های توصیفی مربوط به متغیر موارد مصرف

موارد مصرف	فراوانی	درصد فراوانی	درصد فراوانی معتبر	درصد فراوانی تجمعی
پیشگیری از بارداری	۴۶	۴۱/۸	۴۱/۸	۱۰۰
درمان پلی کیستیک	۳۴	۳۰/۹	۳۰/۹	۵۸/۲
موارد دیگر	۲۴	۲۱/۸	۲۱/۸	۲۱/۸
درمان آدنوم هیپوفیز	۶	۵/۵	۵/۵	۲۷/۳
جمع	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	

مطابق با جدول شماره (۳)، در میان جمعیتی از زنان، ۴۶ نفر (۴۱/۸ درصد) از قرص‌های ضد بارداری برای پیشگیری از بارداری استفاده می‌کنند. از سوی دیگر ۳۴ نفر (۳۰/۹ درصد) از این قرص‌ها برای درمان سندرم پلی کیستیک استفاده می‌کنند. این بیماری که با علائمی مانند نامنظمی قاعدگی، رشد موهای زاید و مشکلات باروری همراه است، می‌تواند با مصرف این نوع داروها کنترل شود. همچنین، ۲۴ نفر (۲۱/۸ درصد) از این نوع داروها برای موارد دیگر استفاده می‌کنند. این موارد می‌تواند شامل تنظیم قاعدگی، ریزش مو شدید، جوش صورت^۱، زیارت و... باشد. در نهایت، ۶ نفر (۵/۵ درصد) از قرص‌های پیشگیری از بارداری برای درمان آدنوم هیپوفیز استفاده می‌کنند.

جدول (۴) یافته‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش

متغیرها	تعداد	انحراف استاندارد	میانگین
اضطراب	۱۱۰	۵/۱۷۳۳۰	۸/۴۴۵۵
افسردگی	۱۱۰	۶/۰۳۸۳۹	۱۲/۲۴۵۵
استرس	۱۱۰	۶/۰۴۰۸۹	۱۴/۹۴۵۵

مطابق با جدول شماره (۴)، متغیر اضطراب با انحراف استاندارد ۵/۱۷۳۳۰ و میانگین ۸/۴۴۵۵ نشان دهنده تنوع سطح اضطراب در میان شرکت کنندگان است. میانگین ۸/۴۴۵۵ نشان می‌دهد که سطح اضطراب در میان شرکت کنندگان به طور کلی در حد متوسط قرار دارد. متغیر افسردگی با انحراف استاندارد ۶/۰۳۸۳۹ و میانگین ۱۲/۲۴۵۵ نیز مورد بررسی قرار گرفته است. میانگین ۱۲/۲۴۵۵ نشان می‌دهد که سطح افسردگی در میان کمی بالاتر از حد متوسط است. متغیر استرس با انحراف استاندارد ۶/۰۴۰۸۹ و میانگین ۱۴/۹۴۵۵ نشان می‌دهد که سطح استرس در میان شرکت کنندگان به طور کلی بالاتر از حد متوسط است. این اعداد، تصویری کلی از وضعیت روانی افراد را ارائه می‌دهند و کمک می‌کنند تا درک بهتری از وضعیت روانی شرکت کنندگان داشته باشیم و نشان می‌دهد که با مصرف قرص‌های پیشگیری از بارداری، سه متغیر اضطراب، افسردگی و استرس، می‌تواند تاثیر عمیقی بر زندگی افراد داشته باشد.

جدول (۵) یافته‌های حاصل از همبستگی پیرسون مربوط به متغیرها

متغیرها	اضطراب	افسردگی	استرس
مصرف ضد بارداری	*۰/۴۶۱	*۰/۸۱۷	*۰/۷۸۲

*P<0.01

در جدول (۵) این پژوهش، یافته‌های حاصل از همبستگی پیرسون بین مصرف دارو ضد بارداری و ۳ متغیر روانشناختی اضطراب، افسردگی و استرس مورد بررسی قرار گرفته است. همبستگی بین مصرف قرص‌های ضد بارداری و اضطراب با ضریب همبستگی ۰/۴۶۱ نشان می‌دهد که ارتباط قوی‌ای بین این دو متغیر وجود دارد. این عدد نشان دهنده آن است که مصرف این نوع قرص‌ها تاثیر قابل توجهی بر سطح اضطراب شرکت کنندگان دارد و این دو متغیر به شدت با یکدیگر مرتبط هستند. همبستگی بین مصرف قرص‌های ضد

۱. ممکن است برای مدیریت آکنه تجویز شود

بارداری و افسردگی با ضریب 0.817 / $P < 0.01$ نیز نشان دهنده ارتباط بسیار قوی و مرتبط بودن این دو متغیر با یکدیگر است. در نهایت، همبستگی بین مصرف قرص‌های پیشگیری از بارداری و استرس با ضریب 0.782 / $P < 0.01$ نشان دهنده آن است که مصرف این نوع قرص‌ها تاثیر قابل توجهی بر سطح استرس شرکت کنندگان دارد. بر اساس جدول ۵، بین مصرف قرص و سه متغیر روانشناختی رابطه مثبت معناداری وجود دارد، در سطح 0.1 به ترتیب اضطراب $\{r=0.461, P<0.01\}$ ، افسردگی $\{r=0.817, P<0.01\}$ و استرس $\{r=0.782, P<0.01\}$ معنی‌دار شد. این یافته‌ها نشان می‌دهند که مصرف قرص تاثیر زیادی بر سطح اضطراب، افسردگی و استرس شرکت کنندگان دارد و هر یک از شرکت کنندگان و تجربیات منحصر به فرد خود، به غنای این پژوهش افزوده‌اند و به ما کمک کرده‌اند تا به درک بهتری از تاثیرات مصرف قرص ضد بارداری بر سلامت روانی برسیم. این ارتباط قوی نشان دهنده اهمیت توجه به تاثیرات روانشناختی مصرف قرص و نیاز به مشاوره، حمایت و درمان مناسب برای بانوان است.

بحث و نتیجه‌گیری

سلامت روان بانوان بخش مهمی از سلامت عمومی آنها را شامل می‌شود. مشکلات روحی در زنان نسبت به مردان شیوع بالاتری دارد و همین امر اهمیت بالای حفظ سلامت روحی در زنان را نشان می‌دهد. سلامت روان زنان در ارتباط احساسی، روحی و اجتماعی افراد با یکدیگر اثر می‌گذارد. از این رو همه بانوان لازم است برای حفظ سلامت روان خود تلاش کنند. سلامت روان زنان نه تنها به عنوان یک حق انسانی شناخته شده، بلکه تاثیر آن در سلامت خانواده و جامعه نیز اهمیت زیادی دارد. سلامت زنان در برگیرنده رفاه جسمی، روانی، اجتماعی و عاطفی آنها است و تحت تاثیر عوامل فیزیولوژیکی و اجتماعی قرار دارد. زنان به دلیل ایفای نقش‌های متعدد در خانواده و جامعه، گذراندن دوره‌های فیزیولوژیکی مختلف مانند بلوغ، قاعدگی، بارداری و یائسگی بیشتر در خطر جسمانی و روانی هستند. بنابراین، توجه به سلامت روان زنان و ارایه‌ی حمایت‌های لازم از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. بر اساس یافته‌ها، چنین نتیجه‌گیری می‌شود که در اثر مصرف قرص ضد بارداری، بانوان در معرض عوارض حاد روانپزشکی مانند افسردگی، اضطراب، استرس و خلق منفی قرار می‌گیرند. پس در جواب سوالات، آیا مصرف این داروها می‌تواند به تغییرات خلقی منجر شود؟ آیا ارتباطی بین مصرف این داروها و افزایش سطح اضطراب و افسردگی وجود دارد؟ باید بگوییم بله. این تاثیرات ممکن است به دلیل تغییرات در سیگنال‌دهی دوپامین و سروتونین در مغز باشد. این انتقال دهنده‌های عصبی نقش مهمی در تنظیم خلق و خو و احساسات دارند و تغییرات در سطح آنها منجر به افسردگی و اضطراب می‌شود. افسردگی و استرس باعث کاستن انرژی و ایجاد روحیه یاس، ناامیدی، خستگی و ناکامی می‌شود از این رو برای مقابله و تعدیل بخشیدن و بهبود بخشیدن به کیفیت زندگی می‌توان از روش‌های مختلفی استفاده کرد، که به برخی از این روش‌ها اشاره می‌کنیم: (۱) مشاوره و روان‌درمانی: یکی از موثرترین روش‌ها برای مدیریت اضطراب و افسردگی، مشاوره و روان‌درمانی است. درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۱ روش‌های موثر در این زمینه هستند (عبدالقادری، ۲۰۱۴).

- (۲) تغییر نوع دارو: در برخی موارد، تغییر نوع داروی پیشگیری از بارداری می‌تواند به کاهش اضطراب و افسردگی کمک کند.
- (۳) داروهای ضد افسردگی و اضطراب: در موارد شدید پزشک ممکن است داروهای ضد افسردگی یا ضد اضطراب تجویز کند. این داروها می‌تواند شامل؛ بازدارنده‌های انتخابی بازجذب سروتونین و نوراپی‌نفرین، بازدارنده‌های مونوآمین اکسیداز، بازدارنده‌های انتخابی بازجذب سروتونین باشد (کاپلان و سادوک، ۱۴۰۰).
- (۴) تغییرات سبک زندگی: فعالیت‌های بدنی منظم، تغذیه سالم، خواب کافی و تکنیک‌های مدیریت استرس مانند مدیتیشن و یوگا می‌تواند به بهبود وضعیت روانی کمک کنند.
- (۵) حمایت اجتماعی: داشتن حمایت از خانواده و دوستان و شرکت در گروه‌های حمایتی می‌تواند به کاهش احساسات منفی و افزایش احساسات مثبت کمک کند (اپستین، ۱۹۹۱).

منابع

- اصغری مقدم، محمدعلی؛ ساعد، فواد؛ دیباج‌نیا، پروین؛ زنگنه، جعفر (۱۳۸۷). بررسی مقدماتی اعتبار و روایی مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس در نمونه غیر بالینی. دو ماهنامه دانشور رفتار. سال پانزدهم. شماره ۳۱.
- خجوی، زینب، (۱۴۰۱). آسیب شناسی روانی، تهران: انتشارات روان آموز، چاپ اول.
- رضاعی، فرزین، (۲۰۱۳). راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی. تهران: انتشارات ارجمند، ویرایش پنجم.
- فتحی آشتیانی، علی، (۱۳۳۷). *آزمون‌های روان‌شناختی/ارزشیابی شخصیت و سلامت روان*، جلد اول، تهران: انتشارات بعثت، چاپ هفدهم.
- سامانی، سیامک، و جوکار، بهرام، (۱۳۸۶). بررسی اعتبار و روایی فرم کوتاه مقیاس افسردگی، اضطراب و فشار روانی. مجله علوم اجتماعی و انسانی دانشگاه شیراز؛ ۷۵(۳): ۷۶-۷۵.
- رضاعی، فرزین، (۱۴۰۰). خلاصه روانپزشکی کاپلان و سادوک، جلد دوم. تهران: انتشارات ارجمند، چاپ پنجم.
- Abraham S, Luscombe G, Soo I. Oral contraception and cyclic changes in premenstrual and menstrual experiences. J Psychosom Obstet Gynaecol 2003; 24:185-93. 10.3109/01674820309039672.
- Abdulghaderi M, Kafi SM, Saberi A, Ariapouran S. The effectiveness of cognitive therapy based on mindfulness and cognitive-behavioral therapy on the decline of pain, depression and anxiety in patients with chronic low back pain. J Shahid Sadoughi Univ Med Sci 2014; 21(6): 795-807.
- Anderl C, Li G and Chen FS (2020) Oral contraceptive use in adolescence predicts lasting vulnerability to depression in adulthood. Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines 61(2), 148–156.
- Antony, M.M, Bieling, PJ, Cox, BJ, Enns, M.W, Swinson, R.P (1998). Psychometric properties of the 42- item and 21-item version of the depression anxiety stress scale in clinical group and a community sample. Psychological assessment, 2:176-181.
- Behl C, Manthey D. Neuroprotective activities of estrogen: an update. J Neurocytol 2000; 29:351-8. A: 1007109222673
- Barbieri, L., Berkowitz, S., & Ryan, J. (1995). Kistners Gynecology, (7th ed). New York: Rapino. (p.p. 496-498).
- Carson VB. Mental health nursing. 2nd ed. Philadelphia: Sanders; 2006p.380-388,697.
- Civic D, Scholes D, Ichikawa L, LaCroix AZ, Yoshida CK, Ott SM, et al. Depressive symptoms in users and non-users of depot medroxyprogesterone acetate. Contraception 2000; 61:385-90. 10.1016/S0010-7824(00)00122-0.
- Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gil strap LC, Wenstrom KD. Williams obstetrics. 22nd ed. Translate buy Ghazi Jahani B .newYork McGraw hill; 2005.p.1511-1512.
- Cullberg, J. (1972). Mood changes and menstrual symptoms with different gestagen/estrogen combination. Acta Psychiatrica Scandinavica, 236, 82-86.
- De Wit AE, Booij SH, Giltay EJ, Joffe H, Schoevers RA and Oldehinkel AJ (2020) Association of use of oral contraceptives with depressive symptoms among adolescents and young women. JAMA Psychiatry 77(1), 52–59.
- Epstein NB, Bishop DS, Keitner GI, Miller IW. A systems therapy: Problem centered systems therapy of the family. In: Wells.
- Grant EC, Pryse-Davies J. Effect of oral contraceptives on depressive mood changes and on endometrial monoamine oxidase and phosphatases. BMJ 1968; 3:777-80.
- Gray, D.e., & Johnson, F.N. (1976). Neuroticism, extroversion and premenstrual negative effect. IRCS Journal of medical Science, 4, 284.
- Garcia-Segura LM, Azcoitia I, DonCarlos LL. Neuroprotection by estradiol. Prog Neurobiol 2001; 63:29-60. 10.1016/S0301-0082(00)00025-3.
- Green L, O'Brien P, Panay N, Craig M. Management of premenstrual syndrome. BJOG 2017; 124:e73-105. 10.1111/1471-0528.14260.
- Haakenstad A, Angelino O, Irvine CMS, Bhutta ZA, Bienhoff K, Bintz C, Causey K, Dirac MA, Fullman N, Gakidou E, Glucksman T, Hay SI, Henry NJ, Martopullo I, Mokdad AH, Mumford JE, Lim SS, Murray CJ, Land Lozano R (2022) Measuring contraceptive method mix, prevalence, and demand satisfied by age and marital status in 204 countries and territories, 1970–2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. The Lancet 400(10348), 295–327.
- Herzberg BN, Draper KC, Johnson AL, Nicol GC. Oral contraceptives, depression, and libido. BMJ 1971; 3:495-500. 10.1136/bmj.3.5773.495.
- Jarrett RB, Kraft D, Doyle J, Foster BM, Eaves GG, Silver PC. Preventing recurrent depression using cognitive therapy with and without a continuation phase: A randomized clinical trial. Arch Gen Psychiatry 2001; 58(4): 381-8.
- Joffe H, Cohen LS, Harlow BL. Impact of oral contraceptive pill use on premenstrual mood: predictors of improvement and deterioration. Am J Obstet Gynecol 2003; 189: 1523-30. 10.1016/S0002-9378 (03)00927-X.
- Kulkarni J. Oestrogen and neuroprotection. Aust N Z J Psychiatry 2011; 45:604. 10.3109/00048674.2011.583218.

- Klaiber EL, Broverman DM, Vogel W, Peterson LG, Snyder MB. Individual differences in changes in mood and platelet monoamine oxidase (MAO) activity during hormonal replacement therapy in menopausal women. *Psychoneuroendocrinology* 1996; 21:575-92. 10.1016/S0306-4530(96)00023-6.
- Lewis A, Hoghughi M. An evaluation of depression as a side effect of oral contraceptives. *Br J Psychiatry* 1969; 115: 697-701. 10.1192/bjp.115.523.697.
- Lovibond, P.F, Lovibond, S.H. (1995). The structure of negative emotional states; Comparison of the Depression Anxiety Stress Scale (DASS) with the beck Depression and Anxiety Inventories. *Behavior Research and Therapy*. 33(3); 335-343.
- Lovibond, S.H, Lovibond, P.F. (1995). Manual for the depression anxiety stress scale. Sydney; Psychology Foundation.
- Mehrabian N. The effectiveness of cognitive-behavior intervention of headache and anger control on the decline of depression, anxiety and impairment of daily function of patients with chronic low back pain [MSc Thesis]. Tehran, Iran :School of Educational Sciences, Shahed University; 2010.
- Oddens BJ. Women's satisfaction with birth control. *Contracept*; 1999.59 277-286.
- Oinonen KA, Mazmanian D. To what extent do oral contraceptives influence mood and affect? *J Affect Disord* 2002; 70:229-40. 10.1016/S0165-0327(01)00356-1.
- Oinonen KA, Mazmanian D. Effects of oral contraceptives on daily self-ratings of positive and negative affect. *J Psychosom Res* 2001; 51:647-58. 10.1016/S0022-3999(01)00240-9.
- Robinson SA, Dowell M, Pedulla D, McCauley L. Do the emotional side-effects of hormonal contraceptives come from pharmacologic or psychological mechanisms? *Med Hypotheses* 2004; 63:268-73. 10.1016/j.mehy.2004.02.013.
- Sanders SA, Graham CA, Bass JL, Bancroft J. A prospective study of the effects of oral contraceptives on sexuality and well-being and their relationship to discontinuation. *Contraception* 2001; 64:51-8. 10.1016/S0010-7824(01)00218-9.
- Skovlund CW, Mørch LS, Kessing LV, Lidegaard Ø. Association of hormonal contraception with depression. *JAMA Psychiatry* 2016; 73: 1154-62. 10.1001/jamapsychiatry.2016.2387.
- Speroff L, Fritz Ma. Clinical gynecologic endocrinology and infertility. 7th ed. Translate by Ghazi Jahani B. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p.661.
- Smith SS, Waterhouse BD, Chapin JK, Woodward DJ. Progesterone alters GABA and glutamate responsiveness: a possible mechanism for its anxiolytic action. *Brain Res* 1987; 400:353-9. 10.1016/0006-8993(87)90634-2.
- Skovlund CW, Mørch LS, Kessing LV and Lidegaard O (2016) Association of hormonal contraception with depression. *JAMA Psychiatry* 73(11), 1154–1162.
- Skovlund CW, Mørch LS, Kessing LV, Lidegaard Ø. Association of hormonal contraception with depression. *JAMA Psychiatry* 2016; 73: 1154-62. 10.1001/jamapsychiatry.2016.2387.
- Spinhoven P, Ter KM, Kole-Snijders AM, Hutten MM, Den Ouden DJ, Vlaeyen JW. Catastrophizing and internal pain control as mediators of outcome in the multidisciplinary treatment of chronic low back pain. *Eur J Pain* 2004; 8(3): 211.
- Toffoletto S, Lanzenberger R, Gingnell M, Sundström-Poromaa I, Comasco E. Emotional and cognitive functional imaging of estrogen and progesterone effects in the female human brain: a systematic review. *Psychoneuroendocrinology* 2014; 50:28-52. 10.1016/j.psyneuen.2014.07.025
- Walker A, Bancroft J. Relationship between premenstrual symptoms and oral contraceptive use: a controlled study. *Psychosom Med* 1990; 52:86-96. 10.1097/00006842-199001000-00007.
- Zettermark S, Perez Vicente R and Merlo J (2018) Hormonal contraception increases the risk of psychotropic drug use in adolescent girls but not in adults: A pharmacoepidemiological study on 800 000 Swedish women. *PloSOne* 13(3), e0194773.

زنان، زایمان، ناباروری و بهداشت روانی | گرجستان

Investigating the consumption of steroid contraceptives and causing depression and anxiety in women and girls with polycystic ovary syndrome in Tehran

Aida Beigi

Bachelor of Psychology student, Islamic Azad University, Yadgar Imam Khomeini branch, Abol Fattouh Razi Faculty, Tehran, Iran.

Soheil Moazami Goudarzi

Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Yadgar Imam Khomeini Branch, Abol Fattouh Razi Faculty, Tehran, Iran

Abstract

The aim of the present study was to investigate the relationship between the use of steroid contraceptive pills and the development of depression and anxiety in women and girls. A descriptive-correlational design was used in this research. The statistical population of the research included 110 women and girls of Tehran city in 1403, who were selected in an accessible way. For this purpose, the scale of depression, anxiety, stress (Lavibond and Lavibond, 1995) was used. Data analysis was done using Pearson's correlation coefficient, descriptive (mean and standard deviation) and inferential (Pearson's correlation coefficient) using SPSS26 software. The results of this research showed that there is a significant positive relationship between the use of contraceptive pills and the occurrence of 3 psychological variables: anxiety $r=0.461$, $P<0.01$, depression $r=0.817$, $P<0.01$ and stress $P<0.01$, $r=0.782$. And it became significant, this means that with the use of contraceptive pills, the level of depression and anxiety increases. These results have been confirmed at a significant level at the $p<0.01$ level, which indicates the importance and strength of the relationship between the variables. These findings can help counselors and doctors to provide more accurate information about the side effects of these drugs to their patients and, if needed, suggest appropriate solutions to reduce these effects.

Conclusion: Based on the findings, it is concluded that as a result of taking contraceptive pills, women are exposed to psychiatric side effects of these types of pills. That the 3 variables of depression, anxiety and stress are at a medium and higher level, which is a worrying statistic. Various methods can be used to reduce and treat these psychiatric complications, including: counseling and psychotherapy, lifestyle changes, and contraceptive drugs.

Keywords: Depression, anxiety, steroid contraceptives, polycystic