

ارتباط مصرف قرص‌های پیشگیری از بارداری با علایم افسردگی و اضطراب

دکتر لاله کوهی حبیبی*، دکتر مریم رسولیان**

چکیده

مقدمه: در پژوهش حاضر ارتباط مصرف قرص‌های پیشگیری از بارداری با علایم افسردگی و اضطراب بررسی شده است. **مواد و روش کار:** در یک بررسی توصیفی-مقطعی ۲۰۰ نفر از زنان مراجعه‌کننده به یکی از مراکز بهداشتی-درمانی غرب تهران مورد بررسی قرار گرفتند. ۱۰۰ نفر به‌عنوان استفاده‌کننده و ۱۰۰ نفر غیراستفاده‌کننده قرص که به‌عنوان گروه مقایسه در نظر گرفته شدند. داده‌ها به کمک پرسش‌نامه اضطراب هامپلتون و مقیاس رتبه‌بندی افسردگی هامپلتون گردآوری شدند. تحلیل داده‌ها به کمک آزمون‌های سن-ویننی و خی‌دو انجام شد.

یافته‌ها: از مجموع ۳۱ علامت بررسی شده (۱۷ علامت افسردگی و ۱۴ علامت اضطراب)، سه علامت خلق افسرده ۶۳٪، اختلال تمرکز ۳۰٪ و علایم دستگاه تناسلی در ۴۴٪ از استفاده‌کنندگان قرص‌های پیشگیری از بارداری با تفاوت معنی‌دار با گروه مقایسه دیده شد. برای ۲۸ علامت دیگر تفاوت معنی‌داری دیده نشد. میانگین نمرات افسردگی در دو گروه تفاوت نداشتند. میانگین نمرات اضطراب در گروه استفاده‌کننده با تفاوت معنی‌دار بالاتر از گروه مقایسه بود. بین نمرات مقیاس‌های افسردگی و اضطراب با مدت زمان مصرف قرص رابطه‌ای دیده نشد.

نتیجه‌گیری: گرچه در مصرف‌کنندگان قرص‌های پیشگیری از بارداری، برخی علایم افسردگی و اضطراب بیشتر دیده شده، اما بیشتر زنان در معرض عوارض جانبی جدی روانپزشکی این نوع قرص‌ها نیستند.

کلیدواژه: قرص پیشگیری از بارداری، عوارض روانپزشکی، افسردگی، اضطراب

مقدمه

بیشتر آنها با عوارض جدی این داروها روبه‌رو نمی‌شوند (باربیری^۲، برکوویتز^۳ و ریان^۴، ۱۹۹۵). نزدیک به ۸٪ زنان ازدواج کرده در سراسر جهان قرص ضدبارداری مصرف

قرص‌های ضدبارداری خوراکی (OCP)^۱ را بیش از ۵۰ میلیون زن در سراسر دنیا هر روز مصرف می‌کنند و

* روانپزشک، خیابان ستارخان، خیابان نیایش، نش کوجه شهید منصوری، انستیتو روانپزشکی تهران و مرکز تحقیقات بهداشت روان (نویسنده مسئول).

E-mail: lalekhoohibi@yahoo.com

** روانپزشک، استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران. خیابان ستارخان، خیابان نیایش، نش خیابان شهید منصوری، انستیتو روانپزشکی تهران و مرکز تحقیقات بهداشت روان.

می‌کنند و از نظر رتبه‌بندی روش‌های تنظیم خانواده، این روش در رده سوم قرار دارد (بلاک‌بورن^۱، ۲۰۰۰).

در این پژوهش قرص ضدبارداری خوراکی از نوع دوز پایین (LD)^۱ مورد بررسی قرار گرفت. عوارض جانبی که با مصرف این نوع قرص گزارش شده شامل یک رشته عوارض عمومی است که در قرص‌های با برتری پروژسترون به صورت افزایش اشتها، افزایش وزن، افزایش یا کاهش میل جنسی، ضعف، خستگی و افسردگی و در قرص‌های با برتری استروژن به صورت تهوع، استفراغ، بزرگ و حساس شدن سینه‌ها، سرگیجه، سنکوپ، نشانگان پیش از قاعدگی، نفخ شکم، سردرد، پیچش ماهیچه‌ها و تحریک‌پذیری می‌باشد (باریری و همکاران، ۱۹۹۵).

بررسی‌های انجام شده در زمینه عوارض این قرص‌ها، افسردگی، خلق ناخشنود^۲، خستگی، تحریک‌پذیری، اضطراب (کولبرگ^۳، ۱۹۷۲؛ لریش^۴ و رومین^۵، ۱۹۸۱)، افزایش وزن، تهوع، سردرد، تغییرات هیجانی و مشکلات قاعدگی (هرولد^۶ و گودوین^۷، ۱۹۸۰)، تنش، عصبی بودن، نداشتن تمرکز، خستگی و از دست دادن میل جنسی (رولو^۸، گوسلین^۹ و سیمارد^{۱۱}، ۱۹۷۰؛ فورتین^{۱۲}، ویتکوور^{۱۳}، پایمنت^{۱۴} و ترنوت^{۱۵}، ۱۹۷۲؛ ونیکس^{۱۶}، ۱۹۹۰) را نیز گزارش نموده‌اند. از سوی دیگر برخی از پژوهشگران تأثیر قرص با دوز پایین را بر خلق (دیجن^{۱۷}، دوین^{۱۸} و کلیستی^{۱۹}، ۱۹۹۲)، بهبود مقیاس‌های مربوط به خوب بودن وضعیت کلی (آپتر^{۲۰}، بورس^{۲۱} و بامگارتنر^{۲۲}، ۲۰۰۳)، کاهش علائم نشانگان پیش از قاعدگی (فریمن^{۲۳}، ۲۰۰۲)، افزایش نمره‌های مربوط به برون‌گرایی و کاهش افسردگی پیش از قاعدگی (گری^{۲۴} و جانسون^{۲۵}، ۱۹۷۶) را در مصرف‌کنندگان OCP چشم‌گیر دانسته‌اند.

با توجه به تفاوت یافته‌های به دست آمده در زمینه عوارض روانپزشکی این قرص‌ها و یافته‌های گوناگونی که درباره این‌گونه عوارض گزارش شده است، به نظر می‌رسد که انجام یک بررسی روی گروهی از زنان

ایرانی سودمند خواهد بود، زیرا باور عمومی بر این است که این قرص‌ها باعث تحریک‌پذیری و افسردگی می‌شود و شاید بسیاری از زنان به دلیل همین باور از مصرف آنها که یکی از مطمئن‌ترین روش‌های پیش‌گیری به شمار می‌روند خودداری می‌کنند.

ارایه این یافته‌ها به مراکز بهداشتی-درمانی تنظیم خانواده در راستای آگاهی مسئولان، کارشناسان تنظیم خانواده و سایرین سودمند خواهد بود.

این پژوهش برای پاسخ به پرسش‌های زیر انجام شده است: ۱- آیا بین علائم افسردگی و مصرف قرص‌های پیشگیری از بارداری رابطه وجود دارد؟ ۲- آیا نمره‌های گروه مصرف‌کننده قرص‌های پیشگیری از بارداری و گروهی که این قرص‌ها را به کار نمی‌برند، در مقیاس افسردگی هامیلتون متفاوت است؟ ۳- آیا نمره اضطراب مصرف‌کنندگان این قرص‌ها افزایش می‌یابد؟ ۴- آیا نمره اضطراب مصرف‌کنندگان این قرص‌ها با غیرمصرف‌کنندگان متفاوت است؟ ۵- آیا بین مدت زمان مصرف قرص‌های پیشگیری از بارداری و میانگین نمره‌های افسردگی ارتباط وجود دارد؟ ۶- آیا بین مدت زمان مصرف قرص‌های پیشگیری از بارداری و میانگین نمره‌های اضطراب ارتباط وجود دارد؟

در این راستا پژوهش حاضر با هدف کلی تعیین ارتباط مصرف قرص‌های پیشگیری از بارداری با علائم افسردگی و اضطراب انجام شد.

مواد و روش‌کار

در این پژوهش که از نوع توصیفی-مقطعی است، ارتباط مصرف قرص‌های ضدبارداری با علائم

1- Blackburn	2- low dose
3- dysphoria	4- Cullberg
5- Leriche	6- Romain
7- Herold	8- Goodwin
9- Rouleau	10- Gosselin
11- Simard	12- Fortin
13- Wittkower	14- Paiment
15- Tretreat	16- Vennix
17- Deigen	18- Duyn
19- Klistisic	20- Apter
21- Boros	22- Baamgartner
23- Freeman	24- Gray
25- Johnson	

اضطراب پرمسیده شده است (از آنجا که در این بررسی پژوهشگر و پرسشگر یک نفر بوده، انجام این کار برای به حداقل رساندن خطای پرسشگر بوده است). در صورتی که شخص معیار ورود به پژوهش را نداشت از بررسی حذف می‌شد.

ارزیابی سایر معیارها، وجود یا عدم وجود بیماری بدنی یا سابقه اختلال روانی، برپایه شرح حال و اطلاعات خود شخص و مدارک و معاینه‌های موجود در پرونده خانواده بود. در صورتی که برای هر کدام از این معیارها شک وجود داشت آن شخص از بررسی حذف می‌شد.

دو گروه از نظر سن، میزان تحصیلات و وضعیت اجتماعی - اقتصادی همساز می‌شدند.

گروه ۲ از زنان زیرپوشش همان مرکز که کاندوم را به عنوان روش ضدبارداری به کار می‌بردند، انتخاب شدند.

برای گردآوری داده‌ها، پرسش‌نامه‌های افسردگی و اضطراب هامیلتون به کار برده شد. برای پرسش‌نامه افسردگی ضریب همبستگی $0/85$ (توزنده جانی، 1372) و $0/66$ (فتی، 1370) و ضریب پایایی $0/89$ (غرایبی، 1372) گزارش شده است. برای مقیاس اضطراب، ضریب پایایی $0/85$ بوده است (همان‌جا). هر یک از پرسش‌های مقیاس افسردگی و اضطراب هامیلتون یک علامت به شمار آمد و برای هر یک از علائم بین دو گروه مقایسه انجام شد. هر یک از علائم دارای مقیاس درجه‌بندی ۲-۴ یا ۱-۴ است. برای گزارش فراوانی یک علامت، مجموع فراوانی پاسخ‌ها به غیر از صفر منظور و برای محاسبه نمره مقیاس افسردگی و اضطراب نیز نمره‌های پرسش‌ها در پایان هر آزمون جمع شد.

برای تحلیل داده‌ها آزمون‌های آماری من - وینسلی و خی‌دو به کار برده شد.

افسردگی و اضطراب بررسی شده است. جامعه مورد بررسی، همه زنان زیر پوشش تنظیم خانواده در مرکز تحقیقات ولیعصر وابسته به مرکز بهداشت غرب تهران در یافت آباد می‌باشد. ۲۰۰ نفر در دو گروه بررسی شدند (در هر گروه ۱۰۰ نفر). گروه ۱ شامل زنانی که قرص LD به کار می‌بردند و گروه ۲ زنانی که قرص به کار نمی‌بردند.

معیارهای ورود به پژوهش شامل موارد زیر بود:
 ۱) نداشتن بیماری بدنی به دلیل این که بیماری‌های جسمی ممکن است علائم افسردگی و اضطراب ایجاد کنند، ۲) نداشتن سابقه اختلال روانی، ۳) مصرف نکردن داروهای روانپزشکی یا هر داروی دیگر به‌طور منظم (برای حذف علائم افسردگی و اضطراب ناشی از دارو)، ۴) دست کم شش ماه از آخرین زایمان گذشته باشد (برای حذف علائم افسردگی و اضطراب احتمالی دوران پس از زایمان)، ۵) دست کم ۳ ماه مصرف OCP داشته باشد (چون ۳-۱ ماه طول می‌کشد تا قرص‌ها تغییرات هورمونی ثابت ایجاد کنند) (گری و جانسون، 1976)، ۶) طول مدت دوره قاعدگی ۲۱-۳۵ روز باشد (برای در نظر گرفتن وضعیت طبیعی و حذف علائمی که ممکن است با قاعدگی‌های نامنظم همراه باشد)، ۷) زمانی که فرد مورد بررسی قرار می‌گیرد در فاصله روز اول تا ۲۱ قاعدگی باشد (برای حذف علائم روانپزشکی دوره پیش از قاعدگی)، ۸) دست کم سه دوره منظم در سه ماه گذشته داشته باشد (برای اطمینان از سلامت وضعیت هورمونی) و ۹) برای گروه ۲، دست کم از سه ماه پیش قرص مصرف نکرده باشد (چون ۳-۱ ماه طول می‌کشد تا کلیه تغییرات ناشی از قرص‌ها به وضعیت پیشین برگردد) (همان‌جا).

نمونه‌گیری به صورت در دسترس انجام شد و پس از بررسی معیارهای ورود، پرسش‌نامه‌های اضطراب هامیلتون^۲ و مقیاس رتبه‌بندی افسردگی هامیلتون^۱ برای هر شخص تکمیل گردید.

گفتنی است که در مورد مصرف کردن یا مصرف نکردن قرص، پس از تکمیل پرسش‌نامه‌های افسردگی و

یافته‌ها

در جدول ۱ مقایسه وضعیت سنی و در جدول ۲ مقایسه وضعیت تحصیلی این دو گروه ارائه شده است. آزمون من-ویتنی، تفاوت دو گروه را از نظر سنی معنی‌دار نشان نداد.

آزمون آماری خی‌دو نیز در زمینه میزان تحصیلات، دو گروه را دارای تفاوت معنی‌دار نشان نداد. مقصود از فراوانی یک علامت در جداول زیر مجموع فراوانی پاسخ‌ها به غیر از صفر به هر پرسش می‌باشد. جدول ۳ نشان‌دهنده فراوانی علائم افسردگی در گروه‌های مورد بررسی و نتایج آزمون آماری انجام شده برای مقایسه هر کدام از علائم می‌باشد.

جدول ۱- مقایسه آماری متغیر سن در گروه‌های مورد بررسی

مشخصات آماری	گروه ۱	گروه ۲
فراوانی	۱۰۰	۱۰۰
میانگین سنی	۲۸/۹	۲۸/۳
انحراف معیار	۴/۷	۵/۵
پایین‌ترین سن	۲۱	۱۸
بالا‌ترین سن	۴۱	۴۱

Andeeshah
Va
Raftar
اندیشه و رفتار
۲۶۶

جدول ۳- مقایسه فراوانی علائم افسردگی و نتایج آزمون من-ویتنی گروه‌های مورد بررسی

علائم	فراوانی		سطح معنی‌داری
	گروه ۱ N=۱۰۰	گروه ۲ N=۱۰۰	
خلق افسرده	۶۳	۵۰	۰/۰۵
احساس گناه	۲۸	۲۱	N.S.
خودکشی	۲	۶	N.S.
بی‌خوابی اول شب	۲۶	۲۰	N.S.
بی‌خوابی وسط شب	۱۶	۱۲	N.S.
بی‌خوابی آخر شب	۱۴	۱۱	N.S.
اختلال کار و فعالیت	۲۷	۱۹	N.S.
کندی حرکات	۲۷	۲۲	N.S.
آشوب در حرکات بدن	۳۰	۲۷	N.S.
اضطراب روانی	۶۷	۶۶	N.S.
اضطراب بدنی	۶۴	۴۴	N.S.
نشانه‌های جسمانی گوارشی	۲۹	۲۷	N.S.
نشانه‌های کلی بدنی	۶۴	۶۰	N.S.
نشانه‌های تناسلی	۴۷	۳۸	N.S.
خودبیمارانگاری	۰	۷	۰/۰۱
کاهش وزن	۵	۹	N.S.
بصیرت	۰	۰	-

جدول ۲- مقایسه آماری متغیر تحصیلات در گروه‌های مورد بررسی

تحصیلات	گروه ۱ فراوانی (%)	گروه ۲ فراوانی (%)
بی‌سواد	۲ (۲)	۱ (۱)
ابتدایی	۱۹ (۱۹)	۲۱ (۲۱)
راهنمایی	۳۴ (۳۴)	۳۳ (۳۳)
دبیرستان	۴۳ (۴۳)	۴۲ (۴۲)
دانشگاهی	۲ (۲)	۳ (۳)
جمع	۱۰۰ (۱۰۰)	۱۰۰ (۱۰۰)

همان‌گونه که جدول ۳ نشان می‌دهد دو گروه در زمینه علائم خلق افسرده و خودبیمارانگاری از نظر آماری دارای تفاوت معنی‌دار هستند.

علائم اضطراب و نتایج آزمون‌های آماری در جدول ۴ نشان داده شده است. همان‌گونه که جدول یادشده نشان می‌دهد، دو گروه در زمینه علائم شناختی، خلق افسرده و علائم دستگاه تناسلی از نظر آماری تفاوت معنی‌دار دارند.

ضریب همبستگی پیرسون ارتباط میان نمره‌های افسردگی و اضطراب و مدت زمان مصرف قرص را معنی‌دار نشان نداد.

جدول ۴- مقایسه آماری فراوانی علائم اضطراب در گروه‌های مورد بررسی بر پایه آزمون من-ویننی

علائم	فراوانی		سطح معنی‌داری
	گروه ۱ N=۱۰۰	گروه ۲ N=۱۰۰	
خلق مضطرب	۶۴	۶۷	N.S.
تنش یا انقباض عضلانی	۶۸	۷۶	N.S.
ترس	۴۲	۴۱	N.S.
بی‌خوابی	۳۷	۳۸	N.S.
شناختی	۳۰	۱۷	۰/۰۳
خلق افسرده	۶۱	۴۸	۰/۰۴
بدنی و عضلانی	۴۹	۴۳	N.S.
بدنی و حسی	۶۷	۵۹	N.S.
علائم قلبی عروقی	۵۵	۴۸	N.S.
علائم تنفسی	۲۰	۲۹	N.S.
علائم گوارشی	۲۳	۱۵	N.S.
علائم دستگاه تناسلی	۴۴	۳۶	۰/۰۰۵
علائم دستگاه اعصاب خودکار	۵۷	۴۷	N.S.
علائم رفتاری	۱۷	۱۲	N.S.

بحث

در رابطه با پرسش اول پژوهش مبنی بر وجود علائم افسردگی در گروه استفاده کننده قرص، از ۱۷ علامت افسردگی تنها برای خلق افسرده تفاوت معنی‌دار به دست آمد. این یافته با بررسی کولبرگ (۱۹۷۲) هم‌سویی دارد. فراوانی علامت خودیمارانگاری در گروه غیر استفاده کننده بیشتر بود که نشان‌دهنده تأثیر احتمالی مثبت قرص‌ها روی این دسته علائم می‌باشد.

در رابطه با پرسش دوم پژوهش، مقایسه میانگین نمرات مقیاس افسردگی هامیلتون در دو گروه مورد بررسی تفاوت معنی‌داری نداشت. این یافته با یافته‌های (آپتر و همکاران، ۲۰۰۳) هماهنگ است. این یافته‌ها

نشان داده‌اند که مصرف قرص‌های ضدبارداری بر بیشتر علائم افسردگی یا بر شدت آنها اثری ندارند. در بررسی دیچن و همکاران (۱۹۹۲) یافته‌هایی هماهنگ با پژوهش حاضر به دست آمده است.

در رابطه با پرسش سوم پژوهش مبنی بر وجود علائم اضطراب، یافته‌های این بررسی تنها برای دو دسته علائم اضطراب شاخص هامیلتون، علائم شناختی و علائم دستگاه تناسلی، تفاوت معنی‌دار را نشان داد. به بیان دیگر استفاده کنندگان این قرص‌ها دچار اختلال تمرکز یا کاهش میل جنسی می‌شوند. این یافته‌ها با بررسی‌های ونیکس (۱۹۹۰) هم‌خوانی دارد. ونیکس عوارضی هم‌چون تنش، عصبی بودن، نداشتن تمرکز، خستگی و از دست دادن میل جنسی را در ارتباط با قرص‌های یادشده گزارش کرده است. در زمینه سایر علائم مقیاس اضطراب هامیلتون، تفاوت معنی‌دار دیده نشد. این یافته تا اندازه‌ای با بررسی‌های فریمن (۲۰۰۲) و گری و جانسون (۱۹۷۶) هم‌سویی دارد، ولی با یافته‌های رولو و همکاران (۱۹۷۰) و فورتن و همکاران (۱۹۷۲)، که علائم اضطرابی مانند بی‌قراری، خستگی و تنش عضلانی را با مصرف قرص در ارتباط دانسته‌اند، هم‌سو نیست. از سوی دیگر آپتر و همکاران (۲۰۰۳) افزایش میل جنسی، سازگاری جنسی و بهبود مقیاس‌های مربوط به خوب بودن وضعیت کلی را با مصرف قرص‌های یاد شده گزارش کرده‌اند.

در زمینه پرسش چهارم (آیا میانگین نمرات اضطراب دو گروه تفاوت معنی‌دار دارند) یافته‌های این بررسی نشان داد که مصرف قرص با نمره مقیاس اضطراب ارتباط معنی‌دار دارند. از این رو می‌توان گفت که مصرف قرص سطح اضطراب را بالا برده است. اما با وجود این میزان اضطراب آنان در سطح پایین‌تر از متوسط برآورد می‌شود. این یافته‌های آپتر و همکاران (۲۰۰۳) که بهبود مقیاس‌های اضطراب را گزارش نموده‌اند هماهنگی ندارد.

منابع

توزنده جانی، حسن (۱۳۷۲). *مقایسه کارایی کنترل اضطراب- دارو درمانی و ترکیب آنها در درمان مبتلایان به اختلال اضطراب*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. انستیتو روانپزشکی تهران.

غرابی، بنفشه (۱۳۷۲). *بررسی بارهای از الگوهای شناختی در بیماران مبتلا به همبندی اضطراب و افسردگی*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. انستیتو روانپزشکی تهران.

فتی، لادن (۱۳۷۰). *مقایسه کارایی رویارویی توأم با جلوگیری از پاسخ کلومیبرامین و ترکیب این دو روش در درمان اختلال وسواس فکری- عملی*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. انستیتو روانپزشکی تهران.

Apter, D., Boros, A. W., & Baamgartner, W. (2003). Effect of an oral contraceptive containing drospirenone and ethinylestradiol on general wellbeing and fluid-related symptoms. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 8, 37-51.

Barbieri, L., Berkowitz, S., & Ryan, J. (1995). *Kistners Gynecology, (7th ed.)*. New York: Rapino (p.p. 496-498).

Blackburn, R. D. (2000). *Current use of OCS*. available on: www.infoforhealth.org/pr/ag/agprint.shtml.

Cullberg, J. (1972). Mood changes and menstrual symptoms with different gestagen/estrogen combination. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 236, 82-86.

Deigen, J. B., Duyn, K. J., & Klistsie, J. W. (1992). Use of monophasic low dose oral contraceptive in relation to mental functioning. *Contraception*, 46, 359-367.

Fortin, J. N., Wittkower, E. D., Paicment, J., & Tretreaut, L. (1972). Psychosomatic medicine, side effects of oral contraceptive medication. *Canadian Psychiatric Association Journal*, 17, 3-10.

درباره پرسش‌های پنجم و ششم پژوهش مبنی بر ارتباط بین مدت زمان مصرف قرص و میانگین نمره‌های افسردگی و اضطراب ارتباطی دیده نشد. به‌طور کلی پژوهش حاضر نشان داد که مصرف قرص‌های پیش‌گیری از بارداری می‌تواند تا اندازه‌ای بر خلق و روحیه تأثیر بگذارد و این تأثیر تنها روی سه دسته علایم افسردگی و اضطراب شامل خلق افسرده، علایم شناختی مانند اختلال تمرکز و حافظه و علایم دستگاه ادراری- تناسلی مانند تکرر ادرار و کاهش میل جنسی می‌باشد و سطح اضطراب اندکی بالا می‌رود.

از این رو می‌توان گفت که بیشتر زنان در معرض عوارض جانبی جدی روانپزشکی قرص‌های پیش‌گیری از بارداری نیستند و حتی برخی علایم با مصرف قرص‌ها کاهش یا بهبود می‌یابد.

با توجه به اینکه پژوهشگر و پرستشگر در این بررسی یک نفر بوده است و ممکن است سبب سوگیری شده باشد، پیشنهاد می‌شود در بررسی‌های آینده فرد دیگری غیر از پژوهشگر به گردآوری داده‌ها بپردازد.

هم‌چنین برای بررسی برخی معیارهای ورود به پژوهش مانند بیماری‌های بدنی یا سابقه اختلال روانی، منبع فرد مراجعه‌کننده و پرونده تنظیم خانواده بوده است. در اینجا می‌توان در صورت وجود وقت و هزینه کافی برای بررسی بیماری‌های بدنی از آزمایش‌ها و معاینه سایر متخصصان بهره گرفت. هم‌چنین می‌بایست رد اختلال یا سابقه روانپزشکی به کمک مصاحبه تشخیصی معیارمند انجام شود.

سیاست‌گذاری

از بانوان شرکت‌کننده در پژوهش که با صرف وقت در اجرای پژوهش همکاری نمودند، قدردانی می‌شود.

- Freeman, E. W. (2002). Evaluation of a unique oral contraceptive in the management of premenstrual dysphoric disorder. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 7, 27-30.
- Gray, D. E., & Johnson, F. N. (1976). Neuroticism, extroversion and premenstrual negative effect. *IRCS Journal of Medical Science*, 4, 284.
- Herold, E. S., & Goodwin, M. S. (1980). Perceived side effects of oral contraceptives among adolescent girls. *Canadian Medical Association Journal*, 123, 1022-1026.
- Lerich, A. M., & Romain, J. L. (1981). Depression, pyridoxine and oral contraception. *Contraception, Fertility, Sexualite*, 9, 455-459.
- Rouleau, Y., Gosselin, J. Y., & Simard, N. (1970). Psychological aspects of the use of anovulatory agent. *Canadian Psychiatric Association Journal*, 15, 295-300.
- Vennix, P. (1990). *Problemen random Pilgebruik Ontvooide vooruitgang*. In A. Parent (Ed.). Deventor: Van Loghum Salterus.

فراخوان اول

دومین همایش بین المللی نقش دین در بهداشت روان

معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، انستیتو روانپزشکی تهران و مرکز تحقیقات بهداشت روان با همکاری نمایندگی مقام معظم رهبری در دانشگاه اقدام به برگزاری دومین همایش بین المللی نقش دین در بهداشت روان، در اول تا سوم اردیبهشت ماه سال ۱۳۸۶ نموده است. تا این تاریخ حوزه های دینی، دانشگاه ها و مراکز تحقیقاتی و آموزشی بزرگ داخلی و بین المللی و افراد صاحب نامی همچون دکتر هارولد جی. کونینگ، پروفسور دنی ودینگ، پروفسور دکتر اچ. ام، ون پراگ و دکتر رابرت، ان رایت مشارکت و همکاری خود را در برگزاری این همایش اعلام نموده اند.

بدینوسیله از صاحب نظران و محققان جهت ارائه مقاله و نیز از مراکز تحقیقاتی، علمی و دینی جهت مشارکت در اجرای این همایش بزرگ، همچنین حمایت علمی و بودجه ای دعوت به عمل می آورد.

محورهای همایش

- ۱- نقش دین، نگرش و اعتقادات دینی و اسلامی در پیشگیری اولیه و ارتقاء بهداشت روان.
- ۲- روانشناسی دینی و اسلامی، روانشناسی و دین، روانشناسی جوامع و رفتارهای مذهبی.
- ۳- مشاوره، درمان و توانبخشی و رویکرد معنوی، دینی و اسلامی.
- ۴- دین، اخلاق و بهداشت روان.
- ۵- خانواده، بهداشت روان و دینداری.
- ۶- ابزارها و روش های پژوهش در حوزه معنویت، دین، اخلاق و بهداشت روان.
- ۷- دین و یافته های جدید علوم اعصاب.
- ۸- آسیب شناسی خشونت با رویکرد دینی.

دبیرخانه همایش: تهران، خیابان ستارخان، خیابان نیایش، نبش خیابان شهید منصوری، انستیتو روانپزشکی تهران و مرکز تحقیقات بهداشت روان، طبقه اول.

تلفن تماس: ۶۶۵۵۱۶۵۳ و ۶۶۵۰۶۸۶۲