



جامعة دمشق

كلية الطب البشري

قسم الأمراض الباطنة

دراسة انتشار اضطراب تقلقل(قلق) المزاج ما قبل الدورة الطمثية عند عينة من المجتمع وعلاقته بالحالة الاجتماعية

Study the prevalence of Premenstrual Dysphoric Disorder (PMDD) in population sample And its relationship to social situation

بحث علمي أعد لنيل درجة الماجستير في الدراسات العليا التخصصية في الطب النفسي

إعداد

د. لانا جهاد سعيد

دراسات عليا – طب نفسي

بإشراف

أ. د. يوسف لطيفة

رئيس الشعبة النفسية

٢٠١٤ م

الإهداء

لأنك أمي لأنك أبي لأنكم أخوتي أستحق الحياة
إلى عائلتي الصغيرة

إلى كل أحبّتي شكراً لوجودكم في حياتي

لأننا

كلمة شكر

أتقدم بالشكر الجزيل للأستاذ الدكتور يوسف لطيفة
الذي لم يبخل علي بعلمه ، و زودني بكل ما يلزم لإنجاز بحثي هذا .

كما أشكر الأستاذة المشرفين
الذين تفضلوا مشكورين بتحكيم البحث .

وشكري الأخير لجميع أصدقائي في الشعبة النفسية من مشرفين و زملاء ، ستنقى الأيام الجميلة التي
قضيناها معاً في ذاكرتي أبداً .

لانا

المحتويات

٢	الخلفية وهدف الدراسة:
٤	الدراسة النظرية.
٥	اضطراب تقلقل المزاج ما قبل الدورة الشهرية
٥	مقدمة:
٦	الوبائيات:
٧	التشاركية المرضية:
٧	السبببات:
١٦	التشخيص:
١٨	المظاهر السريرية:
١٩	التشخيص التفريقي:
٢٣	السير والانداز:
٢٤	العلاج:
٣٨	الدراسة العملية
٣٩	أ-أهداف الدراسة:
٣٩	ب-خطوات الدراسة:
٤٢	نتائج الدراسة:
٨٠	المناقشة:
٨١	المقترحات والتوصيات
٨٢	الملاحق
٨٣	استمارة الموافقة المستنيرة للمشاركين في البحث
٨٤	الاستبيان
٨٩	المراجع

الخلفية وهدف الدراسة:

تبلغ نسبة انتشار اضطراب تقلقل(قلق) المزاج ما قبل الدورة الطمثية ٢-٥% . (١)

-توجد فروق هامة في نسب انتشار الاضطراب بين الدراسات في مختلف الدول لذلك كان لا بد من إجراء دراسة في سورية هي الأولى في هذا الموضوع لمعرفة نسبة انتشار الاضطراب ومقارنته بالدراسات العالمية ودراسة ما يلي:

١-نسبة انتشار اضطراب تقلقل(قلق) المزاج ما قبل الدورة الطمثية عند عينة من النساء في مراحل عمرية مختلفة.

٢-تصنيف شدة الأعراض (خفيفة-متوسطة-شديدة) ومعرفة نسبة انتشار كل منها على حدة.

٣-علاقة نسبة انتشار اضطراب تقلقل(قلق) المزاج ما قبل الدورة الطمثية بالمتغيرات التالية:

-الحالة العائلية للمرأة (متزوجة -عازية).

-علاقته مع وجود أولاد وعددهم.

-علاقته مع التدخين.

-علاقته مع تناول موانع الحمل حالياً أو سابقاً.

-علاقته مع وجود اضطراب نفسي حالياً أو سابقاً.

-علاقته مع ضغوط وشدات الحياة المتكررة.

-علاقته مع وجود قصة اضطهاد سابقة.

بالإضافة إلى توعية النساء في مجتمعنا عن هذا الاضطراب الذي يمثل معاناة شهرية للمرأة وليس اضطراباً عابراً.

ومحاولة تثقيفهنّ بالسبل المتاحة حول الاضطرابات النفسية عامة واضطراب تقلقل المزاج
مقابل الطمث بشكل خاص.

لأن العلاج المبكر لهذا الاضطراب قبل الوصول إلى مرحلة التأذي المهني والاجتماعي سينعكس إيجاباً على حياة وإنتاجية هذه الشريحة المهمة التي تشكل نصف المجتمع وتربي نصفه الآخر.

الدراسة النظرية

اضطراب تقلقل المزاج ما قبل الدورة الشهرية

مقدمة:

اضطراب تقلقل(قلق) المزاج ما قبل الدورة الطمثية Premenstrual Dysphoric Disorder (PMDD) أو في الحالات الخفيفة يسمى (premenstrual Mood syndrome (PMS)) هو اضطراب نفسي جسدي يثار بتغير مستويات الستيروئيدات التناسلية التي ترافق الدورة الطمثية الإباضية وهي تحدث قبل أسبوع تقريباً من بدء الدورة وتبدأ بالتحسن في الأيام الأولى لبدء الدورة وتصبح في حدها الأدنى أو تغيب في الأسبوع الأول بعد الدورة ،وتتصف بتقلب مزاجي ملحوظ كالشعور بالحزن والحساسية الزائدة و النزق ،حدة الطبع وسرعة الغضب، المزاج المكتئب ونقص المتعة،صعوبة في التركيز،تعب ونقص في الطاقة، قلق ملحوظ مع توتر وضغط ،تغير ملحوظ في الشهية كزيادة الشهية اتجاه نوع معين من الطعام خاصة الكربوهيدرات،فرط نوم أو أرق ، أعراض جسدية مثل إيلام أو تورم الثدي،ألم عضلي أو مفصلي،الشعور بالانتفاخ وزيادة الوزن.(٢)

هذه الأعراض تؤدي الى كرب وشدة هامة سريرياً عند المرأة وتتداخل في العمل والمدرسة والنشاطات الاجتماعية الاعتيادية أو العلاقة مع الآخرين، حيث تخف النشاطات الاجتماعية وتنقص الإنتاجية والفعالية في العمل والمنزل(٢).

الأعراض تبدأ عادة عندما تكون المرأة في بداية العقد الثاني من العمر ولكن طلب العلاج يأتي بعد مدة طويلة قد تمتد لعشر سنوات من المعاناة من هذه الأعراض التي قد تسوء بشكل مستمر.(٣)

الوبائيات:

تبلغ نسبة انتشار اضطراب تفلقل(قلق) المزاج ما قبل الدورة الطمثية ٢-٥% . (١)

أشارت دراسة **Bakhshani** وزملائه والتي أجريت في إيران عام ٢٠٠٩ أن نسبة انتشار هذا الاضطراب حوالي ١٦% وأن العرض الأكثر انتشاراً في هذه الدراسة كان التعب والإعياء ولم يكن هناك اختلاف هام في شدة الأعراض بين المتزوجات وغير المتزوجات، ولكن شدة الأعراض كانت أكبر بشكل واضح لدى النساء الأصغر سناً (١٨-٢٠ سنة). (٤)

وتبين في دراسة **Takeda** وزملائه والتي أجريت في اليابان عام ٢٠١٠ أن نسبة انتشار الاضطراب حوالي ٦٤,٦% ، والنسبة أقل عند النساء الأكبر سناً. (٥)

وأشارت دراسة أجريت في السعودية لـ **Mostafa Abd El Monem Amr** وزملائه عام ٢٠٠٩ في جامعة الملك فيصل أن نسبة انتشار PMS عند طالبات الجامعة كانت ٣٥,٦% . (٦)

أوضحت دراسة لـ **Issa BA** وزملائه في نيجيريا أن ٣٦,١% من طالبات كلية الطب يعانين من PMS. (٧)

تبين في دراسة لـ **Gehlert S** وزملائه أجريت في الولايات المتحدة الأمريكية أن ١,٣% من طالبات جامعيات يعانين من PMS. (٨)

أشارت دراسة لـ **Adigüzel H** وزملائه أجريت في تركيا عام ٢٠٠٧ على ٥٤١ امرأة أن ٦,١% لديهم أعراض PMS شديدة. (٩)

أشارت دراسة لـ **Halbreich U** ورفاقه في نيويورك أن نسبة الانتشار هي ٣-٨% . (١٠)

أوضحت دراسة لـ **Wittchen HU** ورفاقه أجريت في ألمانيا عام ٢٠٠٢ أن نسبة انتشار PMS هي ٥,٨%. (١٢)

في حين أنه في دراسة **Sibil Tschudin** ورفاقه والتي أجريت في ألمانيا أيضاً عام ٢٠١٠ كانت نسبة الانتشار هي ١٠,٣%. (١٣)

التشاركية المرضية:

يرتبط اضطراب تقلل المزاج ما قبل الطمث مع باقي الاضطرابات النفسية بنسبة ٥٠%.
كما أن العديد من مرضى الاضطراب الاكتئابي يحققون المعايير التشخيصية لاضطراب تقلل المزاج ما قبل الطمث. (١١)

السببيات:

إنَّ سبب اضطراب تقلل المزاج ما قبل الطمث غير معروف. لقد تم اقتراح العديد من النظريات الغدية الصماوية العصبية (Neuroendocrine theories) لاضطراب تقلل المزاج ما قبل الطمث. ومع ذلك لا توجد نظرية واحدة متسقة تماماً داخلياً، وكما لا يوجد علاج واحد لهذا الاضطراب أثبت أنه دائماً فعال، على الرغم من أن نظرية مفعول السيروتونين والعلاج مع مثبطات عودة قبط السيروتونين الانتقائية (SSRIs) لديها معظم الأدلة حتى الآن. في عام ١٩٣٠نسبت أعراض المزاج المرتبطة بالحيض إلى الإنتاج الزائد أو انخفاض إفراز الهرمونات الأنثوية. (١١)

ومع ازدهار لاحق لتقنيات المقايسة والأشعة والمخبر تبين أن العديد من الأنظمة الهرمونية قد تورطت في التسبب في اضطراب تقلل المزاج ما قبل الطمث: المحور الوطائي -النخامي - الغدد التناسلية، ومحور الوطاء -الغدة النخامية -الغدة الكظرية، محور الغدة النخامية -الغدة الدرقية، محور البرولاكتين، البروستاجلاندين، الاندورفين Endorphins والناقلات العصبية

للأُمينات الاحيائية (the biogenic amine neurotransmitters) ، والاضطرابات المتعلقة بعلم البيولوجيا الزمني (chronobiological disturbances) وهي اضطرابات في توقيت أو تنظيم الإيقاعات البيولوجية (disturbances in the timing or regulation of biological rhythms).

العوامل البيولوجية:

تقسم الدراسات الأسباب البيولوجية لاضطراب تقلقل المزاج ما قبل الطمث إلى سبع فئات:

(١) موجهات الغدد التناسلية والستيروئيدات القنطرية (gonadal steroids and gonadotropins) .

(٢) بيتا إندورفين (beta-endorphin) (٣) العوامل الهرمونية العصبية الأخرى. (٤) الناقلات العصبية. (٥) العوامل البيولوجية الأخرى بما في ذلك البروستاجلاندين (prostaglandins) ، والفيتامينات (vitamins) ، الشوارد (electrolytes) ، وثنائي أكسيد الكربون (carbon dioxide) (٦) الفرضيات المتعلقة بعلم البيولوجيا الزمني (chronobiological hypotheses).

و (٧) عوامل وراثية (genetic factors). (١١)

١-موجهات الغدد التناسلية والستيروئيدات القنطرية (gonadal steroids and gonadotropins):

الدراسات عن دور موجهات الغدد التناسلية والستيروئيدات القنطرية في اضطراب تقلقل المزاج ما قبل الطمث غير متناسقة. على الرغم من أن العديد من الدراسات وجدت انخفاض في هرمون البروجسترون اللوتينيني (luteal progesterone) أو ارتفاع الاستروجين أو انخفاض لنسب هرمون البروجسترون إلى الاستروجين، لم تجد دراسات أخرى هذه الأنماط. (١١)

ولم توضع أي تغييرات متسقة أو مميزة بشكل جيد في الاستراديول والبروجسترون أو الجونادوتروبين في مرضى اضطراب تقلل المزاج ما قبل الطمث بالمقارنة مع الأشخاص غير العرضيين على الرغم من محاولات كثيرة لفعل ذلك. يعتقد كثير من الباحثين أن الضعف في البيولوجية الكامنة في مرضى اضطراب ما قبل الحيض قد يكون سببها التغيرات في الهرمونات الإنجابية. ومع ذلك ليس هناك أدلة كافية على أن هرمون الاستروجين أو البروجسترون وحده هو السبب الوحيد لاضطراب تقلل المزاج ما قبل الطمث. (١١)

إحدى الاستراتيجيات المستخدمة لحل المشكلة هي تثبيط المحور الوطائي الغدد التناسلية مع إعطاء مضاهيات (agonists) الهرمون الموجه للغدد التناسلية gonadotropin-releasing hormone (GnRH) ثم تعويض الهرمونات القنذية (gonadal hormones) بجرعات مختلفة ولكن نتائج هذه الدراسات غير متناسقة. (١١)

في دراسة واحدة بدت مضاهيات (agonists) ال (GnRH) تقلل من الأعراض المصاحبة وتؤدي إلى انقطاع الطمث (amenorrhea) ، ولكن كان لإضافة الاستروجين والبروجسترون نتائج ملتبسة. (١١)

تم في دراسة أخرى إعطاء المرضى الذين يعانون من أعراض اضطراب تقلل المزاج ما قبل الطمث في أواخر مرحلة الجسم الأصفر ضادات البروجسترون progesterone antagonist ، الميفيبريستون (RU-486) mifepristone للحث على تراجع الجسم الأصفر، وتخفيض مستوى هرمون البروجسترون في البلازما، والحث على بدء الحيض في وقت مبكر. تلقت مجموعة أخرى من مرضى مماثلين الميفيبريستون mifepristone وموجهة الغدد التناسلية المشيمية البشرية (human chorionic gonadotropin) للحفاظ على وظيفة المبيض. وعلى الرغم من أن الدراسة غيرت المراحل الغذائية من الدورة الشهرية فإن توقيت وشدة الأعراض كانت مشابهة لتلك الموجودة عند النساء المعالجات بالبلاسيبو. وبالتالي فإن تثبيط هرمون

البروجسترون وحده أو اقتطاع المرحلة اللوتينينية لم يغير مسار أو شدة الأعراض. وتشير نتائج الدراسة إلى أن اضطراب تقلل المزاج ما قبل الطمث ليس من الضروري أن يقتصر على الوقت المتأخر من مرحلة الجسم الأصفر. وتشير النتائج أيضا إلى أن أعراض ما قبل الحيض لا يمكن أن تعزى إلى العوامل النفسية الناجمة عن التخوف والتحسب من الحيض في حد ذاته.(١١)

بيتا إندورفين(Beta- Endorphin):

على الرغم من الاختلاف في حساسية الفحوصات، فقد أظهرت معظم الدراسات وجود اتجاه ثابت لانخفاض بيتا إندورفين في مرضى اضطراب تقلل المزاج ما قبل الطمث بالمقارنة مع الأقران السليمين في مرحلة الجسم الأصفر. العائق الأكبر لهذه الدراسات هو أن مقياس بيتا إندورفين هو مقياس محيطي. في دراسة واحدة باستخدام قياسات السائل الدماغي الشوكي (CSF)، لوحظ ازدياد بيتا إندورفين في مرضى اضطراب تقلل المزاج ما قبل الطمث.(١١)

العوامل الهرمونية العصبية(Neuroendocrine Factors):

لا يوجد نتائج ثابتة متناسقة فيما يتعلق بالغدة الدرقية، وهرمون الكورتيزول، هرمون البرولاكتين، واضطرابات الجلوكوز في مرضى اضطراب تقلل المزاج ما قبل الطمث مقابل الأقران. الاختلاف المتكرر هو إفراز الميلاتونين بين مرضى اضطراب تقلل المزاج ما قبل الطمث وبين الأقران ، توحى بالاختلاف في تنظيم الإيقاع اليومي.(١٢)

الناقلات العصبية (Neurotransmitters):

تشير الكثير من الأدلة حتى اليوم إلى وجود نقص في هرمون السيروتونين في اضطراب تقلل المزاج ما قبل الطمث. دراسات السيروتونين(serotonin) عند مرضى PMDD بالمقارنة مع الأقران الأصحاء أظهرت انخفاض في مواقع التعرف على السيروتونين أو مستويات

السيروتونين ما قبل الطمث. تشير مجموعة من الأدلة إلى تغيرات في وظائف المواد ذات المفعول أحادي الأمين (monoaminergic) خلال الدورة الشهرية. (١١) وتشير الدراسات إلى أن مرضى اضطراب تقلل المزاج ما قبل الطمث يظهرون مستويات عالية من التربتوفان (tryptophan) في البلازما وارتفاع مستويات الأدرينالين (epinephrine) واليوريمية (urinary)، وزيادة إفراز 3-methoxy-4-hydroxyphenylglycol في السائل الدماغي الشوكي CSF ما قبل الطمث. تشير بعض الأدلة أيضاً إلى أن الوظيفة النورأدرينالية في مرضى PMDD يمكن أن تكون متبدلة. أما الشواهد الأحدث عهداً هي دور حمض الغابا γ -aminobutyric acid (GABA) نظام ergic- في اضطراب تقلل المزاج ما قبل الطمث. (١)

العوامل البيولوجية الأخرى:

لا تدعم الدراسات عموماً دور البروستاجلاندين، التغذية (فيتامين)، أو اضطرابات الشوارد كعوامل مسببة رئيسية في مرضى اضطراب تقلل المزاج ما قبل الحيض. الملاحظات أن استنشاق ثاني أكسيد الكربون واللاكتات يمكن أن يحرض نوبة هلع عند مريضات اضطراب تقلل المزاج ما قبل الحيض بسهولة أكثر من مثيلاتهن الأصحاء وهذا ما يشير إلى اختلافات بيولوجية بين المجموعتين، وربما هي مواطن ضعف مشتركة بين مريضات اضطراب تقلل المزاج ما قبل الطمث ومرضى القلق أو اضطراب الهلع. (١٣)

فرضيات اضطراب الايقاع البيولوجي الزمني Chronobiological

:Hypotheses

لأن الدورة الشهرية هي الإيقاع البيولوجي الأصلي، فإن الاضطراب في توقيت أو تنظيم هذا الإيقاع ربما يساهم في تطوير اضطرابات المزاج. فرضيات أكثر تقدماً عن مراحل اضطرابات المزاج تفترض أن المذبذب العصبي المركزي central neural oscillator هو الذي ينظم الإيقاع اليومي لحركة العين السريعة (REM) من النوم، ودرجة الحرارة، والكورتيزول، والميلاتونين وتحوله إلى مرحلة سابقة أو مرحلة متقدمة. (١١)

فيما يتعلق بدورة النوم الاستيقاظ فإن مرضى اضطراب تقلقل المزاج ما قبل الطمث، مقارنة مع أفراد مجموعة المراقبة الأصحاء، لديهم تعويض في وقت باكر لكل من الميلاتونين الليلي في البلازما، درجة حرارة الجسم الأساسية، وإفراز الكورتيزول. (١١)

في دراسات منسوخة، فإن مرضى اضطراب تقلقل المزاج ما قبل الحيض لديهم انخفاض هام في تركيز الميلاتونين المندمج مقارنة مع الأقران السليمين. (١١)

إن الميلاتونين هو علامة واسمة للمرحلة والسعة من التذبذب الإيقاعي، إذاً قد لا يتم تحقيق التقدم في مؤشرات التذبذب الإيقاعي و يقلل أيضاً التقدم في جميع مراحل الدورة الشهرية عند مرضى اضطراب تقلقل المزاج ما قبل الطمث. (١١)

يورغن أشوف Jorgen Aschoff الذي يعتبره الكثيرون الأب في علم البيولوجيا الزمني، ذكر أن استقرار نظام الساعة البيولوجية يرتبط ارتباطاً إيجابياً مع السعة فيه؛ لذلك فإنه يتوقع أن تكون النظم الإيقاعية مع مراحل غير مستقرة ذات سعة صغيرة. إذا كان عدم استقرار المرحلة

أو تغييرها هو سمة لمرض معين فإن التدابير المتخذة لتحسين السعة من المحتمل أن تكون مفيدة. والنتيجة المباشرة هي أيضا من المرجح أن تكون صحيحة. (١١)

ومن المتوقع أن يكون من الأسهل التلاعب في نظام الساعة البيولوجية عند الأشخاص ذوي الإيقاعات منخفضة السعة. كما أظهرت عدة دراسات عند مرضى اضطراب تقلقل المزاج ما قبل الحيض أنه يمكن التلاعب في هذه الإيقاعات باستخدام الضوء الساطع للحصول على فائدة علاجية. (١١)

ويشير مزيد من العمل مؤخرا أن مرضى اضطراب تقلقل المزاج ما قبل الطمث لا يستجيبون بشكل مناسب لضوء الصباح الساطع لدفع إيقاعات كل يوم من الميلاتونين. هذا النقص في الاستجابة لهذا الضوء الحساس يلمح إلى نقص تأقلم لديهم يمنعهم من مزامنة الإيقاعات البيولوجية. (١١)

ونتيجة لذلك فإن أعراض المزاج قد تتطور وإن التعرض للضوء الساطع بتوقيت مدروس أو تحويل دورة النوم والاستيقاظ بواسطة العلاج بالاستيقاظ (الحرمان من النوم) قد تعمل على إعادة تنظيم هذه الإيقاعات المضطربة وبالتالي تحسين المزاج. (١١)

كلما زاد اتساع الإيقاع، أصبح القلب من دورة إلى دورة أصغر، ويصبح الإيقاع أكثر جموداً وتصلباً ضد الاضطرابات البيئية الخارجية أو غير النظامية، بما في ذلك تحولات المرحلة في دورات الطمث، التحولات الفصلية ودورات الضوء والظلام. في الواقع فإن التقلبات الموسمية، فضلا عن التقلبات اليومية و / أو الطمثية، قد تؤثر على أعراض اضطراب تقلقل المزاج ما قبل الطمث. (١١)

وأشارت إحدى الدراسات أن ٧٠ في المئة من النساء شهدت أعراض أقل خلال فصل الصيف بالمقارنة مع الفصول الأخرى. (١٢)

وهكذا فإن النساء اللواتي يعانين من اضطراب تقلقل المزاج ما قبل الطمث يظهرن اضطرابات في تنظيم الايقاع البيولوجي الزمني وحقيقة أنهن يستجبن لعلاجات محددة تؤثر على فيزيولوجيا الساعة البيولوجية، مثل النوم والعلاج بالضوء، تشير إلى أن اضطراب نظام الساعة البيولوجية قد يسهم في التسبب في اضطراب تقلقل المزاج ما قبل الطمث وأن تصحيح هذه الاضطرابات قد يؤدي إلى شفاء سريري. (١١)

العوامل الوراثية:

وجدت إحدى الدراسات أن ٧٠٪ من بنات الأمهات اللواتي يعانين من توتر ما قبل الحيض لديهن أيضاً أعراض اضطراب تقلقل المزاج ما قبل الطمث مقارنة مع ٣٧ ٪ فقط من بنات الأمهات السليمات. وجدت دراسة أخرى أن أعراض اضطراب تقلقل المزاج ما قبل الطمث من المحتمل أن تحدث في كل من التوائم أحادية الزيجوت في حالة حدوث الأعراض في أحد التوأمين. وكانت المعدلات أعلى بكثير في التوائم أحادية الزيجوت (٩٣٪) منها في التوائم ثنائي الزيجوت (٤٤٪) أو في الأخوة الأقران (٣١ ٪) كان الفرق بين التوائم ثنائي الزيجوت والأخوة الأقران غير هام. (١١)

العوامل النفسية:

لا تظهر نظريات المتغيرات النفسية ذات الصلة تفسيراً واضحاً متناسقاً للأعراض أو الأسباب أو تظاهرات اضطراب تقلقل المزاج ما قبل الطمث. افترضت نظريات التحليل النفسي قديماً أن أعراض ما قبل الحيض مشتقة من الصراعات حول دور المؤنث وأن الحيض هو التحفيز الذي يهدد الصراع المكبوت. ملاحظات تفصيلية تشير إلى أن أعراض اضطراب تقلقل المزاج ما قبل الطمث تبدأ بالتحسن مع بداية الحيض خلافاً للنظرية. وقد اقترح الكتاب الآخريين أن

اضطراب تقلقل المزاج ما قبل الطمث يترافق مع السمات العصبية. إلا أن الدراسات لم تظهر باستمرار أي ميزات نفسية معينة من سمات الشخصية ترتبط مع شدة الأعراض. (١١)

وقد أظهر الباحثون أن قياسات سمات الشخصية مثل اختبار جرد الشخصية المتعدد المراحل Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)، قد يختلف مع الدورة الشهرية وأن النساء اللاتي يعانين من اضطراب تقلقل المزاج ما قبل الطمث يحققن معايير لاضطرابات المحور الأول أكثر من المحور الثاني الذي يتضمن اضطرابات الشخصية. (١١)

إن نسبة كبيرة من النساء اللواتي يعانين من اضطراب تقلقل المزاج ما قبل الطمث لديهن شخصيات طبيعية بالمقارنة مع الاضطرابات الطبية والنفسية الأخرى، وأعراض اضطراب تقلقل المزاج ما قبل الطمث غالباً ما تتفاقم تحت تأثير الشدة. الأدلة تشير إلى وجود ارتكاس أكبر للإجهاد ومستويات أعلى من الإثارة خلال فترة ما قبل الحيض أكثر من المراحل الأخرى من الدورة. (١٣)

فترة ما بعد الولادة قد تعجل أو تفاقم أعراض اضطراب تقلقل المزاج ما قبل الطمث. وأظهرت دراسة واحدة أن بدء الحيض عند النساء في فترة ما بعد الولادة شهد زيادة في أعراض الاكتئاب ما قبل الطمث. (١١)

نحتاج إلى مزيد من الدراسات الوبائية على المدى البعيد ليتم تحديد تأثير الاختلافات الثقافية في معدلات الانتشار ، ويبدو أن كل الجماعات العرقية يمكن أن تتأثر. (١١)

تاريخياً، ارتبطت العديد من المحرمات مع الحيض. أما المزاج السلبي وخاصة الغضب ربما يعزى بسهولة للشروط الاجتماعية الحالية للمرأة (الفقر، والعنف المنزلي، والأبوة غير المدعومة) أكثر من كونه ناجم عن الأسباب الفيزيولوجية للدورة الشهرية. (١١)

تقلب المزاج سواء أكان يعزى إلى الدورة الشهرية أم لا قد يكون له فوائد الاستقرار والاستتباب على المدى الطويل ويجب عدم اعتباره بالضرورة سلبى. (١١)

التهيج في نهاية المرحلة اللوتينينية قد يكون له قيمة تطويرية في إحباط التقدم الذكوري خلال فترة عدم الإباضة. (١١)

التشخيص:

معايير تشخيص اضطراب تقلب المزاج قبل الدورة الشهرية حسب DSM-V: (١)

A- تحدث وفي معظم الدورات الشهرية خلال السنة الماضية خمسة أو أكثر من الأعراض التالية خلال الأسبوع الأخير قبل بدء الدورة الشهرية وتبدأ بالتحسن في الأيام القليلة بعد بدء الدورة وتصبح بعدها الأدنى أو تغيب في أسبوع بعد بدء الدورة مع واحدة على الأقل من الأعراض التالية ١ أو ٢ أو ٣ أو ٤:

١- تقلب وجداني ملحوظ (تأرجح المزاج، الشعور بالحزن فجأة والبكاء، زيادة الحساسية للرفض).

٢- نزق وحدة طبع ملحوظة أو غضب أو زيادة الخلافات مع الأشخاص.

٣- مزاج مكتئب بشكل ملحوظ، الشعور بعدم السعادة، أفكار انتقاص واستنكار الذات.

٤- قلق ملحوظ، توتر وضغط، الشعور وكأن الشخص مقيد أو مرتبط أو كأنه في حفرة.

٥- نقص الاستمتاع في النشاطات الاعتيادية (العمل، المدرسة، الأصدقاء، الهوايات).

٦- احساس شخصي بصعوبة في التركيز.

٧- كسل، تعب بسهولة، نقص في الطاقة.

٨- تغيير ملحوظ في الشهية، زيادة الأكل، أو شهية اتجاه نوع معين من الطعام.

٩- فرط نوم أو أرق.

١٠- شعور الشخص بأنه مقهور ومسحوق ولا يستطيع التحكم بنفسه.

١١- أعراض جسدية مثل إيلام الثدي أو التورم، ألم عضلي أو مفصلي، الشعور بالانتفاخ أو

زيادة الوزن.(١)

B- هذه الأعراض مترافقة مع شدة هامة سريرياً أو تتداخل في العمل، المدرسة، النشاطات

الاجتماعية الاعتيادية أو العلاقة مع الآخرين (مثل تجنب النشاطات الاجتماعية -نقص

الانتاجية والفعالية في العمل أو المدرسة أو المنزل).(١)

C- الاضطراب ليس ببساطة تفاقم لأعراض اضطراب آخر مثل اضطراب اكتئابي كبير

، اضطراب الهلع، اضطراب عسر المزاج أو اضطراب شخصية (بالرغم أنها يمكن أن

تتوافق مع الاضطرابات السابقة).(١)

D- المعايير A، B، C يجب أن تكون مثبتة باحتمالية يومية متوقعة خلال دورتين عرضيات

على الأقل (ربما يكون التشخيص مؤقتاً قبل هذا التثبيت).(١)

E- الأعراض ليست بسبب تأثيرات فيزيولوجية مباشرة لمواد (سوء استعمال أدوية، دواء أو

علاج آخر) أو حالة طبية عامة (مثل فرط نشاط الدرق).(١)

جربت حوالي ٨٠% من النساء بعض التبدل في المزاج، النوم، والأعراض الجسدية خلال

الفترة ما قبل الدورة الشهرية وحوالي ٤٠% أعراض متوسطة الى خفيفة تدعوهم لطلب نصيحة

طبية.(١)

المظاهر السريرية:

تم الإبلاغ عن أكثر من ١٥٠ عرض تحدث عند النساء في النصف الثاني من الدورة الشهرية مرتبطة بمتلازمة ما قبل الحيض وتشمل اضطرابات المزاج والأعراض السلوكية التي تشكل عنصرا رئيسياً أو التهيج والاكتئاب والقلق وتقلل المزاج هي من بين الأعراض النفسية الأكثر شيوعاً. وتشمل الشكاوى الجسدية الشائعة ألم الثدي وتورم الجسم. تشير الدراسات إلى أن التغيرات في النوم ودرجة الحرارة والشهية قد تحدث كجزء من المظاهر السريرية لاضطراب تقلل المزاج ما قبل الطمث. (٢)

وقد أخذت عدة اعتبارات هامة في تشخيص متلازمة تقلل المزاج ما قبل الحيض كمرض منفصل مثل توقيت ظهور الأعراض واختفاءها، ووجود أدلة على أن الاضطراب ليس مجرد تفاقم لاضطراب بدئي أساسي، بالإضافة إلى تداخل الأعراض بشكل ملحوظ مع الحياة الاجتماعية والمهنية. (٢)

التشخيص يمكن أن يكون معقد بسبب اختلاف أنماط الأعراض بين النساء بالإضافة إلى أن متلازمات منفصلة مثل الصرع، والصداع النصفي، ومختلف الاضطرابات النفسية قد تفاقم أعراض ما قبل الحيض. (١١)

تعيين عتبة شدة التشخيص هو المهم على الرغم من أن غالبية النساء يعبرن عن تغيرات جسدية أو عاطفية طفيفة مرتبطة بمراحل معينة من الدورة الشهرية فإن تشخيص اضطراب تقلل المزاج ما قبل الطمث الاكتئابي يتم فقط عندما يتدخل الاضطراب بشكل ملحوظ مع العمل أو الأداء المهني. (١)

بالنسبة لمعظم النساء فإن تغيرات ما قبل الحيض ليست شديدة ولا تتداخل بشكل كبير مع الأداء. وقد ظهر الارتباك في التشخيص أيضاً للتمييز بين اضطراب تقلل المزاج ما قبل الطمث عن متلازمة عسر الطمث المؤلمة dysmenorrhea على الرغم من إمكانية وجود الاضطرابين

في نفس المريضة، وتغيرات في المزاج ما قبل الحيض تختلف عن الحيض المؤلم جسدياً. الفشل في التمييز بين تلك القضايا أدى إلى إرباك العديد من التقارير عن ال PMDD. كلا المرضين يمكن أن يعكس استجابة الأنسجة المبالغ فيها لهرمون البروجسترون أو هرمون الاستروجين مع هرمون البروجسترون. (٢)

في البداية، كان السؤال عن احتمال وجود اضطرابات سلوكية ما قبل الحيض في حالة عدم وجود اضطراب نفسي بدئي أساسي، وذلك بسبب ملاحظات ما يقرب من نصف جميع المرضى الذين يعانون من اضطراب تقلل المزاج ما قبل الحيض التقوا المعايير التشخيصية لاضطراب نفسي منفصل. ونسبة كبيرة منهم أتت أعراض ما قبل الحيض لديهم بعد تشخيص اضطراب نفسي ولم تكن هذه الأعراض موجودة سابقاً. (١١)

كما التقت العديد من النساء اللواتي يعانين من الاكتئاب الرئيسي معايير اضطراب تقلل المزاج ما قبل الحيض .

لوحظ في دراسة واحدة أن 20 في المئة فقط من النساء الباحثات عن علاج لاضطراب المزاج ما قبل الطمث فقط استمرت وتأكدت أعراضهم في المستقبل، ورأى 81 في المئة أن أعراضهم لم تعد تتداخل في عملهم بعد فترة مراقبة على مدى دورتين شهريتين. وتشير هذه النتائج على أهمية المراقبة لمدة شهرين قبل تأكيد التشخيص. (١١)

التشخيص التفريقي:

ينبغي دائماً تمييز اضطراب المزاج ما قبل الدورة الشهرية عما يلي:

- وجود تفاقم لاضطراب نفسي بدئي أساسي في مرحلة ما قبل الحيض مثل اضطرابات

المزاج، القلق، اضطرابات الشخصية، اضطرابات جسدية الشكل، النهم العصبي (١١)

-مرحلة الانتقال لسن الایاس (١٤).

-اضطرابات الدرق (فرط نشاط أو قصور الدرق).

-اضطرابات المزاج مثل الاضطراب الاكتئابي الكبير.

-اضطراب اكتئابي خفيف أو اضطراب الاكتئاب الجزئي.

-سوء استعمال المواد.

-اضطرابات أخرى.

اضطرابات المزاج والقلق:

هناك تداخل كبير بين الـ PMDD وباقي الاضطرابات النفسية خاصة اضطرابات المزاج والقلق، وفي بعض الحالات المرأة التي تعاني من PMDD ربما قد مرّت سابقاً باضطراب مزاج أو اضطراب قلق قد تمّت معالجته.

ليس من الصعب وضع تشخيص الـ PMS/PMDD في هذه المجموعة خاصة إذا احتفظت المريضة بتقويم يومي يوضح بداية الأعراض مع بداية المرحلة اللوتينينية وعدم وجود أعراض في المرحلة الجريبية من الدورة.

-ومع ذلك النساء اللواتي يعانين من PMDD ولديهن أعراض هامة في كلا المرحلتين الجريبية واللوئينينية من المرجح أن يكون لديهن اضطراب مزاجي شديد أو متوسط أو جزئي أكثر من احتمال معاناتهم من PMDD بينما الأعراض تزداد سوءاً خلال المرحلة اللوتينينية. ينبغي أن يوجه العلاج نحو تخفيف الأعراض التي تخص اضطراب المزاج والقلق المستمر. (١٥)

المرحلة الانتقالية لانقطاع الطمث:

إن وجود اضطراب مزاج و/أو اضطراب قلق عند امرأة في سن ٤٠-٥٠ سنة من المرجح أن يكون بسبب المرحلة الانتقالية التي يليها لاحقاً انقطاع الطمث (سن الأمل) أكثر من كونها PMDD حديثة الظهور. (١١)

حيث تبدأ أعراض الدورة الشهرية في سن أصغر وفي معظم الأحيان قبل سن العشرين. ويقدر أن حوالي ٢٠% من النساء يطورن أعراض اضطراب مزاج و/أو قلق خلال المرحلة الانتقالية لانقطاع الطمث. (٢)

وعلى عكس ال PMDD التي تحدث خلال الدورات الاباضية فإن الأعراض المزاجية لسن الأمل تبدأ عادةً عندما تصبح الدورات الشهرية غير منتظمة وغير اباضية. تشخيص مرحلة ما قبل انقطاع الطمث هو تشخيص سريري يوضع عادةً استناداً إلى قصة الطمث وتاريخه (بداية دورات غير منتظمة) مع أو بدون أعراض انقطاع الطمث مثل الهبات الساخنة والأعراض المزاجية، ارتفاع ال FSH في الدم ليس ضروري لوضع التشخيص. (١١)

اضطرابات الدرق:

إن كلاً من فرط نشاط ونقص نشاط الغدة الدرقية هي أمراض شائعة عند النساء. إن اضطراب فرط نشاط الدرق على وجه الخصوص يترافق بأعراض مزاجية. كلا الاضطرابين يمكن تمييزهما عن ال PMDD اعتماداً على المظاهر العامة النموذجية لأمراض الدرق من القصة السريرية والفحص السريري والتحليل المخبرية (مستويات TSH في الدم). (١٥)

سوء استعمال المواد:

لوحظ أن استهلاك النساء للكحول يكون أكبر عندما يعانين من PMS بالمقارنة مع الأقران (١٦)

وبمعزل عن مرحلة الدورة فإن النساء مع تاريخ عائلي من ادمان الكحول هنّ أكثر تجربةً للقلق ما قبل الدورة الشهرية (١٧).

وعلى أية حال فإنه لم يتم إنشاء رابط بين ادمان الكحول وال PMS.

اضطرابات أخرى:

العديد من الاضطرابات الجسدية الطبية مثل الشقيقة، متلازمة التعب المزمن، متلازمة تهيج الكولون العصبي، اضطرابات غدية أخرى مثل داء كوشينغ، نقص السكر، متلازمة المبيض متعدد الكيسات، الصرع، فقر الدم، الذئبة الحمامية الجهازية، السرطان، الاضطرابات الاستقلابية وانتانات مختلفة (١١)، واضطرابات أخرى تتفاقم فقط قبل أو أثناء الحيض ومع ذلك الأعراض التي تظهر ليست نموذجية لل PMS ووقت ظهورها لا يقتصر فقط على المرحلة اللوتينينية (١٨).

هذه الملاحظات تؤكد أهمية استخدام معايير تشخيص صارمة للنساء مع شكايات

. PMS ,PMDD

السير والانتذار:

على الرغم من الحاجة إلى المزيد من البيانات الطولية فإن العديد من المؤلفين يعتقدون أن أعراض ما قبل الطمث تميل إلى أن تزداد سوءاً ومدةً إذا تركت بدون علاج.

النساء عادةً ما يطلبن العلاج في سن الثلاثين تقريباً. (٢)

لا توجد معلومات دقيقة متوفرة عن التاريخ الطبيعي لاضطراب تقلقل المزاج ما قبل الطمث ولكن العديد من النساء اللواتي لا يسعين لعلاج هذا الاضطراب تتفاقم أعراضهن بعد عدة حالات حمل أو مع تقدم العمر (على الرغم من أن الحمل بحد ذاته يؤدي إلى الشفاء التام بشكل مؤقت طبعاً). (١١)

قد تبدأ أعراض ما قبل الطمث في أي وقت بعد بداية الطمث عند المرأة على الرغم من أن الشكاوى تميل إلى أن تكون أكثر شيوعاً عند النساء الأكبر من ثلاثين عاماً وتهدأ بعد انقطاع الطمث (سنّ الأمل)، على الرغم من وجود تقارير عن دورية الأعراض بعد سنّ الأمل. (١١)

وتشير بعض البيانات أن اضطراب ما قبل الطمث وإذا لم تتمّ معالجته قد يتطور مع مرور الوقت إلى اضطراب مزاجي كبير، لذلك فإنّ التدخل العلاجي لاضطراب ما قبل الطمث يؤدي إلى تخفيض المخاطر المتصورة غير المعروفة لإمكانية تطوره. (١١)

العلاج:

العديد من العلاجات مفيدة عند النساء مع إما PMS أو PMDD وهي كالتالي:

١- مثبطات عودة التقاط السيروتونين الانتقائية (SSRIs (SEROTONIN REUPTAKE INHIBITORS):

استنتجت مراجعات منهجية عن SSRIs لمريضات ال PMDD أن هذه الأدوية فعالة في العلاج (١٩)، وقد سيطرت فعالية الفلوكسيتين fluoxetine في العديد من الدراسات عندما تعطى بجرعة يومية ٢٠ ملغ /اليوم (٢٠)(٢١).

معدل الاستجابة الكاملة ٦٠-٧٥ %.

في دراسة كندية أجريت على ٣١٣ امرأة أعطين بشكل عشوائي إما بلاسيبو أو فلوكسيتين (٢٠ أو ٦٠ ملغ/اليوم) (٢٢) تبين إن كلا الجرعتين كانت فعالة أكثر من البلاسيبو ، والجرعة العالية كانت مترافقة مع أعراض جانبية هامة بدون تقديم فائدة أكبر (٢٢)، وتبين في هذه الدراسة أن الجرعة اليومية من الفلوكسيتين كانت أفضل من البلاسيبو في إزالة كلاً من الأعراض المزاجية والجسدية الشائعة. (٢٣)

تقترح دراسة لمتابعة المرضى المعالجين بالفلوكسيتين على المدى الطويل أن الاستجابة المستفادة تبقى لعدة سنوات (٢٤).

الأسباب الأكثر شيوعاً لفشل اكمال العلاج هو الصداع ،القلق، والغثيان حيث الترافق مع كل منها هو ١٥%. وقد سمحت منظمة الغذاء والدواء الامريكية باستخدام الفلوكسيتين للنساء مع PMDD.

بـباقي ال SSRIs تتضمن سيرترالين sertraline من ٥٠-١٥٠ ملغ /يوم (٢٥) (٢٦) وباروكسيتين (paroxetine) من ٢٠-٣٠ ملغ/اليوم (٢٧)

وسيتالوبرام citalopram من ٢٠-٣٠ ملغ /اليوم (٢٨) كلها أظهرت أنها فعالة.

على سبيل المثال وفي دراسة مضبوطة ل ٢٠٠ امرأة تبين تناقص معدل الأعراض الكلية اليومية أكثر عند المرضى المعالجين بالسيرترالين مقارنةً بالبلاسيبو (٢٩) كما أدى السيرترالين إلى إنقاص كبير من معدل نقاط الاكتئاب وارتفاع عدد حالات التحسن كثيراً في التصنيفات العالمية ولوحظت نتائج مماثلة في دراسات أخرى مضبوطة (٣٠)

-مضادات الاكتئاب الأخرى التي تثبط عودة قبط السيروتونين ولكنها ليست من ال SSRIs مثل كلوميبرامين clomipramine تعطى إما طوال الوقت أو خلال الطور اللوتينيني حصراً (٣١) ونيفازودون nefazodone (٣٢) قد تكون فعالة أيضاً في علاج ال PMS.

-فينلافاكسين Venlafaxine دواء مثبط انتقائي لعودة قبط السيروتونين والنورإبينفرين وهو أيضاً أكثر فعالية بجرعة (٥٠-٢٠٠ ملغ/اليوم) مقارنةً بالبلاسيبو (٣٣).

المعالجة بالطور اللوتينيني : Luteal phase therapy

هي معالجة متقطعة تعطى في الطور اللوتينيني فقط (تبدأ في اليوم ١٤ من الدورة وحتى نهاية الطمث) وهي فعالة في بعض الأدوية (٢٧-٣١-٣٤-٣٥).

هذا النظام لديه ميزات كونه أقل كلفة وأقل تأثيرات جانبية، في بعض الدراسات الأولية فإن فترة علاج قصيرة لثلاثة أيام فقط أظهرت أنها فعالة (٣٦، ٣٧) وعادة ما يتم إيقاف العلاج مع بداية الطمث على الرغم من أنه يمكن الاستمرار به لعدة أيام إضافية عند النساء الذين لديهم قصة أعراض مستمرة خلال الطمث.

هناك حاجة لجرعات عالية من SSRIs عند بعض النساء لعلاج الأعراض الجسدية بشكل خاص (٣٨، ٣٩).

ويبدو أن العلاج المتقطع الذي يبدأ مع بداية الأعراض حتى الأيام الأولى من الطمث فعال أيضاً (٣٦)

وفي تحليل ثانوي ل ٢٩ تجربة عن ال SSRIs تبين أن الجرعات المتقطعة كان لديها تأثير علاجي أقل فعالية مقارنةً مع الجرعات المستمرة (٤٠).

مضادات الاكتئاب الأخرى والليثيوم : ANTIDEPRESSANTS AND LITHIUM

على النقيض من الفعالية الموثقة جيداً لمثبطات عودة قبط السيروتونين فإن مضادات الاكتئاب الأخرى غير هذا الصنف (مثل ثلاثيات الحلقة ، monoamine oxidase inhibitors (MAO)) والليثيوم غير فعالة في علاج PMS,PMDD وكمثال على ذلك -في دراسة على ١٨٩ امرأة PMS,PMDD أعطين عشوائياً إما سيرترالين - ديسيبيرامين (من ثلاثيات الحلقة) أو بلاسيبو فإن السيرترالين أنقص بشكل ملحوظ الأعراض مقارنةً مع غيرها من الأدوية ٦٥ % مقابل ٣٦ % مقابل ٢٩ % على التوالي وبالتالي لم يكن هناك فرق كبير بين الديسيبيرامين والبلاسيبو (٤١)

استناداً إلى الأدلة الحالية ليس هناك أي مبررات لاستخدام هذه الأدوية في الدورة الشهرية.

ألبرازولام ALPRAZOLAM:

هو من البنزوديازيبينات ألبرازولام (٠،٢٥ ملغ ٣ أو ٤ مرات يومياً)

في دراسات مقطعية ثنائية التعمية مقارنة مع البلاسيبو أظهر ألبرازولام فعالية في علاج ال PMS (٤٣،٤٢).

وأظهر تقرير واحد فقط أن فعالية الألبرازولام محدودة عند النساء اللواتي يلتقن المعايير الصارمة من PMDD، وكذلك النساء اللواتي لديهن قلق واكتئاب في أوقات أخرى من الدورة الشهرية لم يستفدن من الألبرازولام (٤٣).

واقترحت دراسة أخرى أنه من الممكن أن يكون مفيد فقط للأعراض الاكتئابية لل PMS. ألبرازولام حالياً يعتبر الخط الثاني في علاج PMS خاصة في ضوء احتمالية الإدمان على الدواء إذا كان استخدامه لا يقتصر على المرحلة اللوتينية من الدورة.

مضاهيات الهرمون الموجه للغدد التناسلية GnRH والدانازول GnRH

:AGONISTS AND DANAZOL

إن الدور المشارك للاستيروئيدات المبيضية في امراضية PMDD أدى إلى التفكير في تقييم دور شادات الهرمون الموجه للغدد التناسلية GnRH و الدانازول في هذا الاضطراب.

الافراز النابضي لهرمون GnRH يحرض بشكل طبيعي افراز موجهات القند (الهرمون المحرض للجريب والهرمون اللوتيني).

على أية حال عندما يعطى GnRH أو مضاهياته بشكل مستمر فإن افراز موجهات الغدد التناسلية ووظيفتها تنتبط.

الدانازول أيضاً يثبط افراز موجهات القند.

مضاهيات الهرمون الموجه للقتد GnRH AGONISTS:

أجريت أول دراسة لفائدة استئصال المبيض الطبي "medical oophorectomy" بمضاهيات ال GnRH في علاج ال PMS في دراسة مقطعية على ثمان مريضات عام ١٩٨٤ (٤٤) وفيما بعد تم نسخ هذه النتيجة من قبل عدة باحثين آخرين (٤٦،٤٥).

وفي بعض التقارير تمتلك مضاهيات ال GnRH فعالية أقل على الأعراض الاكتئابية بالمقارنة مع الهيجونية من الأعراض الجسدية (٤٦،٤٧).

ومع ذلك هذه ليست المشكلة في تجربة مضاهيات ال GnRH لكن التأثيرات الجانبية لها المتعلقة بنقص الاستروجين جهرية (على وجه الخصوص الهبات الساخنة ونقص كثافة المعادن في العظام) (٤٨).

يمكن الحفاظ على فعالية الليبوبروليد leuprolide (من مضاهيات ال GnRH) باعطاء جرعة خارجية منخفضة من الاستروجين والبروجسترون تضاف لاحقاً (٥٠،٤٩).

ولكن يجب اعطاء الاستروجين والبروجسترون بشكل مستمر وليس بشكل دوري لأن ذلك قد يؤدي إلى PMS.

الاستخدام طويل الأمد لمضاهيات ال GnRH ممكن مع اعطاء الاستروجين والبروجسترون التي تضاف لاحقاً بدون نقص كثافة المعادن العظمية وزوال مستمر للأعراض (٥١،٥٢).

الدانازول Danazol :

دانازول مشتق ١٩-نورتسترون مع تأثيرات شبيهة بالبروجسترون يثبط افراز موجهات القند النخامية وعندما يعطى بجرعة هامة لمنع الاباضة فهو علاج فعال ل PMS (٥٣،٥٤)

الجرعات التي تؤدي إلى عدم الإباضة تبدو ضرورية لتأثير علاجي لل PMS (٥٣).

ومع ذلك فإن التأثيرات الجانبية الاندروجينية لل دانازول تحد من استخدامه عند المرضى الذين يفشلون بالاستجابة للأدوية السابقة.

علاجات أخرى مع فعالية محتملة:

العديد من الأدوية الإضافية يمكن أن تكون فعالة أيضاً عند النساء اللواتي لديهن PMS:

مانعات الحمل الفموية Oral contraceptives:

من الطرق البسيطة لمنع الإباضة هو استخدام موانع الحمل الفموية، لم تثبت الدراسات المبكرة أن حبوب منع الحمل هي أكثر فعالية من البلاسيبو لعلاج ال PMS, PMDD (٥٦,٥٥).

على كل حال اقترحت التجارب المقارنة بالبلاسيبو (٥٨,٥٧) والتحليل الثانوي (٥٩)

أن موانع الحمل الفموية التي تحتوي على بروجستين progestin -دروسبيرنون drospirenone وتستخدم بفواصل ٤-٧ أيام خالية من الحبوب أكثر فعالية من البلاسيبو في التخفيف من أعراض ال PMS, PMDD عند النساء .

-السلامة طويلة الأمد وفعالية هذا المركب لعلاج ال PMS, PMDD غير معروفة.

-إعطاء دايدروجستيرون Dydrogesterone كان أفضل من البلاسيبو في دراسة واحدة ولكن الفرق لم يكن هام سريرياً (٦٠).

ممارسة الرياضة وتقنيات الاسترخاء:

على الرغم من أنه لم يثبت فعاليته في الدراسات الدقيقة ولكن هناك أدلة توحى بأن ممارسة الرياضة (٦١،٦٢) والاسترخاء (٦٣) يمكن أن تساعد في تخفيض أعراض الـ PMS ، وليس من الواضح أن الاستفادة من هذه التقنيات هي أفضل من البلاسيبو . لأن تأثير البلاسيبو هو عالي عادة ومن الصعب اختبار هذه التقنيات بطريقة تعمية كافية .

التمارين والتدريبات مفيدة بشكل عام لذلك يوصى بها من هذا المنطلق.

سبيرونولاكتون Spironolactone :

هو مدر بولي أثبت فعالية علاجية بسبب التشابه الكبير بالتركيب مع الهرمونات الستيروئيدية. لم يظهر فعالية بشكل مستمر (٦٤،٦٥).

مستخلصات فاكهة أجنوس كاستوس: Agnus castus fruit extract

استخدم مستخلص هذه الفاكهة لعلاج أعراض الـ PMS ويبدو وكأنه ضاد للبرولاكتين وبتجارب المقارنة مع البلاسيبو عند ١٧٠ امرأة PMS فإن مستخلص الأجنوس كاستوس (قرص واحد جاف من المستخلص يومياً لثلاث دورات طمثية) أدى إلى نقص في الهيجية، الغضب، الصداع ، امتلاء الثدي وذلك عند مقارنته بالبلاسيبو (٦٦)

ويبدو أنه من العلاجات التلطيفية للـ PMS,PMDD ويتطلب إعادة التطبيق .

علاوة على ذلك يجب توخي الحذر عند استخدام المستحضرات العشبية لأنها غير مصرح بها من قبل منظمة الغذاء والدواء العالمية FDA.

المكملات الغذائية والفيتامينات والحمية : Vitamin supplements and diet

العديد من المتممات الغذائية والفيتامينات تتضمن B6 فيتامين E، كالسيوم، مغنزيوم، يمكن أن يكون لها بعض الفعالية. (٦٨،٦٧).

الكالسيوم Calcium :

درست العديد من التجارب التأثير العلاجي للكالسيوم في PMS مقارنةً بالبلاسيبو.

وفي تجربة على ٤٦٦ امرأة مع PMS أعطين بشكل عشوائي ٦٠٠ ملغ من الكالسيوم مرتين يومياً والباقي أعطين بلاسيبو، سجل انخفاضاً بأعراض الطور اللوتيني عند اللواتي أعطين كالسيوم بالمقارنة مع البلاسيبو (٦٩).

بالإضافة إلى ذلك ذكرت دراسة حالة -شاهد متداخلة ضمن دراسة حشدية راجعة أن المدخول الغذائي العالي من الكالسيوم أو فيتامين D خفض خطر الإصابة بال PMS على مدى فترة متابعة لمدة ١٠ سنوات. (٧٠)

علاجات أخرى:

-مراجعات منهجية للبيانات المتوفرة حالياً تشير أن جرعة من فيتامين B6 تصل إلى ١٠٠ ملغ في اليوم قد تكون فعالة ولكن الأدلة أخذت من دراسات ذات نوعية منخفضة أو فقيرة مما يجعل من الصعب اعطاء استنتاجات نهائية (٧١)

بالإضافة إلى ذلك الجرعات العالية من فيتامين B6 (أكثر من ٦٠٠ ملغ يومياً) ربطت بالمصابين باعتلال أعصاب محيطية.

-وصفت تجارب صغيرة انخفاض متواضع في أعراض PMS مع ٢٠٠-٣٦٠ ملغ من المغنزيوم وصفت ٣مرات يومياً. (٧٢،٧٣)

-أفادت دراسة عشوائية صغيرة تحسناً كبيراً في بعض الأعراض الوجدانية والجسدية عند النساء اللواتي عولجن ب ٤٠٠ وحدة دولية من ألفا توكوفيرول d, alpha-tocopherol (فيتامين E) مقارنةً مع البلاسيبو (٦٨)

-بالإضافة إلى ذلك أظهرت العديد من التجارب المقارنة مع البلاسيبو أن إعطاء مشروبات غنية بالكربوهيدرات المعقدة أنقص من الأعراض النفسية واضطراب الشهية عند اللواتي يأخذن هذه المشروبات الغنية بالكربوهيدرات (٧٤)

وهذه النتائج جديرة بالملاحظة لأن مثل هذه المشروبات تؤدي إلى زيادة توافر الحموض الأمينية، التربتوفان (وعلى الهامش فإن التربتوفان يتم نقله بنشاط في الجهاز العصبي المركزي ويعتبر خطوة في صناعة السيروتونين ، وتقلل المزاج أو الانزعاج dysphoric يمكن أن يحصل نتيجة انخفاض محيطي في التربتوفان وبالتالي فإن فاعلية هذه المشروبات يدعم فكرة أن السيروتونين مشارك في الفيزيولوجيا المرضية لاضطرابات ما قبل الحيض).

العلاج بالضوء الساطع Bright light therapy :

استنتجت مراجعة منهجية من أربع تجارب أن تأثير العلاج بالضوء الساطع لا يزال غير مؤكد ويمكن أن يعزى إلى استجابة كبلاسيبيو (٧٥).

علاجات غير فعالة INEFFECTIVE THERAPIES :

العديد من الأدوية والفيتامينات والمكملات الغذائية قيمت لاستخدامها في علاج PMS ودون فائدة مسيطرة :

بروجسترون Progesterone :

البروجسترون والبروجستين التي تشكل واحدة من أكثر العلاجات المجربة لمريضات ال PMS لا تظهر بأنها أكثر فعالية من العلاج الوهمي (البلاسيبو) في معظم الدراسات والمراجعات المنهجية (٧٦-٧٧).

مكملات غذائية وفيتامينات وأنظمة غذائية Dietary and vitamin

:supplements

جرب العديد منها لعلاج ال PMS وبشكل عام وجد أنها ليست أفضل من البلاسيبو وهي تتضمن زيت زهرة الربيع المسائية (٧٨)، الأحماض الدهنية الحرة الأساسية (٧٩) ومستخلصات زهرة الجنكو بيلوبا ginkgo biloba extract (٨٠) ولا ينصح باستخدامها في علاج ال PMS.

الجراحة SURGERY:

عادةً ما يكون العلاج الدوائي لل PMDD ناجحاً لذلك تستطب الجراحة فقط في حالات شديدة نادرة معقدة على العلاج مع أعراض تعطل اجتماعي ومهني واقتصادي.

وجد في ثلاث دراسات مراقبة أن استئصال المبيض الثنائي (وعادة مع استئصال الرحم) يكون فعالاً عند هؤلاء المريضات (٨١، ٨٢).

ينبغي النظر في المبادئ التوجيهية التالية قبل اللجوء إلى اعتماد العلاج الجراحي (٨٣):

-تشخيص ال PMDD يجب أن يكون مؤكداً مع أعراض مسجلة مسبقاً.

-العلاج بمضاهيات ال GnRH يجب أن يكون العلاج الوحيد الذي كان فعالاً ويجب أن يكون فعالاً بشكل مستمر لمدة ٦ أشهر على الأقل.

-تحمل المعالجة المعیضة (استروجين أو استروجين مع بروجستين) كانت قد جربت أثناء العلاج ب مضاهیات ال GnRH.

-اكتمال الانجاب (المرأة لا تريد الانجاب لاحقاً) .

-الحاجة لعدة سنوات أو أكثر من العلاج وهذا يعتمد على عمر المريضة .

أخيراً يجب تثقیف النساء وتوعیتهم عن ال PMS,PMDD تتضمن معلومات تجيب على الاسئلة الأكثر مرادة للنساء.

إرشادات ومنهج لعلاج الPMS-PMDD:

لا ينبغي البدء بالعلاج مالم يكن التشخيص واضحاً ل PMS ,PMDD والانتباه على وجه الخصوص أن تكون المرأة خالية من الأعراض خلال المرحلة الجريبية وهذا يميز بشكل أفضل عند وصف المريضة لأعراضها المزاجية والجسدية طوال دورة شهرية واحدة على الأقل (٢) -في غياب الشدة الكبيرة أو التعطل الاجتماعي والاقتصادي الواضح تنصح المريضة بممارسة التمارين الرياضية والعلاج المعتدل بالفيتامينات(B6) والمكملات الغذائية . ويجب أن تنصح بأن هذه العلاجات يمكن أن تكون فعالة وليس لها عملياً أي آثار ضارة طالما أن الجرعة من B6 لم تتجاوز ١٠٠ملغ في اليوم الواحد وينبغي النظر في التداخلات الدوائية إذا كانت هذه العلاجات لا توفر الدعم الكافي.(٦٨،٦٧،٦٢،٦١)

-بالمقابل فإن النساء اللواتي يلتقين المعايير التشخيصية لل PMS,PMDD متضمنةً تعطل اجتماعي واقتصادي فإن أفضل علاج هو التداخل الدوائي لأن فعاليته وسلامته مثبتة. مثبطات عودة قبط السيروتونين الانتقائية SSRIs هي الخط الأول في العلاج والجرعة الفعالة من الفلوكسيتين هي ٢٠ ملغ/اليوم.(٢٢)

سيرترالين مفيد في جرعات (٥٠-١٥٠ ملغ /اليوم). (٢٥)

باروكسيتين هو أكثر فعالية بجرعة (٢٥ ملغ /اليوم). (٢٧)

SSRIs يمكن أن تعطى بشكل يومي أو فقط في المرحلة اللوتيينية.

-في حين أن معظم النساء يفضلن العلاج بالمرحلة اللوتيينية فقط فإنه ينبغي على الأطباء الذين يخططون لاستخدام هذه الطريقة التأكد من أن المريضة ليس لديها أعراض في المرحلة الجريبية من الدورة وإلا يجب أن توضع على العلاج اليومي.

إذا كانت المريضة تعاني من أعراض جسدية شديدة وتفضل العلاج المتقطع فإن الجرعة الأعلى قد تكون مطلوبة. (٣٦)

-حوالي ١٥% من المريضات يعانين من آثار جانبية كبيرة من SSRIs تتضمن الغثيان، العصبية، الصداع، وعند هؤلاء المريضات هناك مبرر لإقلال الجرعة البدئية أو استخدام نوع آخر من SSRIs. (٢٧)

والتأثير الجانبي الذي يعتبر المشكلة الأكثر انتشاراً عند اعطاء ال SSRIs هو العجز الجنسي بما في ذلك anorgasmia (عدم الوصول إلى هزة الجماع) ونقص المتعة الجنسية ،وتخفيض الجرعة قد لا يخفف من هذه الآثار الجانبية .ينبغي إعلام النساء أن هذه المضاعفات قد تنشأ (١١).

-حوالي ٣٠-٤٠% من النساء لا يستجبن على SSRIs على مدى عدة دورات طمثية وتشخص عدم الاستجابة إذا لم تحدث الاستجابة خلال الدورة الأولى من العلاج. وبعض النساء اللواتي لا يستجبن على أحد ال SSRIs ربما يستجبن على نوع ثاني وهذا يستحق محاولة التبديل عند غير المستجيبات. بالإضافة إلى ذلك فإن النساء اللواتي لا يستجبن على العلاج المتقطع قد يستجبن

على العلاج اليومي والنساء اللواتي يخضعن لعلاج يومي قد يستقدن أكثر على العلاج المتقطع. (٢٣،٢٧)

إذا كانت هذه التداخلات غير مفيدة بما فيه الكفاية يمكن وضع المريضة على جرعة منخفضة من ألبرازولام alprazolam (٠،٢٥ ملغ مرتين أو ثلاث مرات يومياً) على الرغم من أن الآثار الجانبية المركنة لهذا المركب يمكن أن تكون مشكلة. (٤٢)

-يمكن للنساء اللواتي يرغبن بمنع الحمل بالإضافة إلى علاج ال PMS,PMDD أخذ موانع الحمل الفموية مع فاصل قصير خالي من الحبوب .

أحد هذه الحبوب هو (Yaz®) مزيج من ٣ ملغ من البروجستين progestin، دروسبيرينون drospirenone، ٢٠ مايكروغرام من ايتنيل استراديول ethinyl estradiol أظهر فعاليته ، حبوب منع الحمل الأخرى مع فاصل خالي من الحبوب قد تكون فعالة ولكن لم يتم دراستها بعد. (٥٥،٥٦)

-عند المريضات اللواتي لا يستجبن لعدة أنواع من SSRIs ينبغي محاولة اضافة علاجات أخرى مثل مركبات ألبرازولام، كالسيوم أو سبيرونولاكتون. (٦٤)

-ومن المنطقي إعادة النظر في أعراض المريضة للتأكد من عدم وجود مرض آخر مثل اكتئاب شديد ، سوء استعمال مواد ، أو أي مرض آخر تم تجاهله .

-إذا كانت المريضة تعاني من أعراض شديدة من PMDD وليست متداخلة مع مرض آخر ولم تستجب على كل العلاجات السابقة فإنها مرشحة لوسائل تثبيط الاباضة. مضاهيات ال GnRH - مع اضافة الاستروجين والبروجسترون لاحقاً) -تفضل عن الدانازول كونه أقل تأثيرات جانبية. وعند هؤلاء المريضات اللواتي استجبن جيداً على مضاهيات ال GnRH -مع اضافة

الاستروجين والبروجسترون لاحقاً- يمكن تمديد العلاج لأكثر من ستة أشهر دون فقدان كثافة العظم (٥٣).

الدراسة العملية

أ-أهداف الدراسة:

١-دراسة نسبة انتشار اضطراب تقلقل(قلق) المزاج ما قبل الدورة الطمثية عند عينة من النساء في مراحل عمرية مختلفة.

٢-تصنيف شدة الأعراض (خفيفة-متوسطة-شديدة) ومعرفة نسبة انتشار كل منها على حدة.

٣-دراسة علاقة نسبة انتشار اضطراب تقلقل(قلق) المزاج ما قبل الدورة الطمثية بالمتغيرات التالية:

-الحالة العائلية للمرأة (متزوجة-عازية).

-علاقته مع وجود أولاد وعددهم.

-علاقته مع التدخين.

-علاقته مع تناول موانع الحمل حالياً أو سابقاً.

-علاقته مع وجود اضطراب نفسي حالياً أو سابقاً.

-علاقته مع ضغوط وشدات الحياة المتكررة.

-علاقته مع وجود قصة اضطهاد سابقة.

ب-خطوات الدراسة:

تطلبت الإجابة عن أسئلة البحث، والتحقق من فرضياته، القيام بمجموعة من الإجراءات الميدانية المتمثلة ببناء الأداة لجمع المعلومات اللازمة، وتحديد مجال تطبيق البحث الميداني من المجتمع وعينات مشتقة منه.

أداة الدراسة:

استخدم البحث الحالي الاستبانة كأداة دراسة والذي يعد أحد وسائل الحصول على المعلومات من المفحوص نفسه، وهي أداة مهمة للتعرف على آراء الأفراد في موضوع الدراسة، وتتيح لهم فرصة التعبير عن آرائهم بحرية.

صممت الاستبانة بهدف دراسة نسبة انتشار اضطراب تقلقل(قلق) المزاج ما قبل الدورة الطمثية عند عينة من النساء في مراحل عمرية مختلفة، وعلاقة الاضطراب بعدد من المتغيرات (العمر -

الحالة الاجتماعية - المستوى التعليمي - المستوى الاقتصادي - السكن - التدخين) ومتغيرات تتعلق بالدورة الطمثية.

ومن أجل ذلك تم الاعتماد على استبيان لتشخيص اضطراب تفلقل(قلق) المزاج ما قبل الدورة الطمثية حسب معايير تشخيص هذا الاضطراب من DSM-V العالمي، حيث كان الاستبيان يتألف من ثلاثة أقسام:

- القسم الأول: ويحيوي معلومات ديموغرافية عن المستجابة.
 - القسم الثاني: ويحيوي أسئلة تتعلق بالدورة الطمثية.
 - القسم الثالث: ويحيوي أسئلة تتعلق بالأعراض النفسية لاضطراب القلق ما قبل الدورة الطمثية.
 - القسم الرابع: ويحيوي أسئلة تتعلق بالأعراض الجسدية لاضطراب القلق ما قبل الدورة الطمثية.
- وللتأكد من اتساق إجابات أفراد العينة تمّ حساب معامل ألفا كرونباخ للتأكد من اتساق إجابات أفراد العينة على بنود الأعراض الجسدية والنفسية كما يبينه الجدول التالي:

الجدول رقم (١) يبين معامل ألفا كرونباخ للأعراض الجسدية والنفسية

معامل ألفا كرونباخ	عدد البنود	
.889	17	الأعراض النفسية
.875	11	الأعراض الجسدية

من الجدول رقم (١) نجد أن قيمة معامل ألفا كرونباخ لكل من الأعراض النفسية والأعراض الجسدية أكبر من 0.7 وهذا يدل على اتساق الاجابات وبالتالي الوثوق بالبيانات للتحليل الإحصائي.

الأساليب والطرق الإحصائية المستخدمة:

تم إجراء الدراسة الإحصائية باستخدام:

- **الجداول التكرارية (Frequency Tables):** وهي جداول يصنف فيها كل فرد من أفراد العينة وفقاً لفئات المتغير المدروس وتحتوي التكرارات والنسب المئوية.

- **الجدول التقاطعية (Cross Tables):** وهي جدول يصنف فيه كل فرد من أفراد العينة وفق فئات المتغيرات المدروسة بحيث أن العناصر المشتركة لفئات المتغيرات تشكل قيماً مشاهدة من العناصر وتحتوي هذه الجداول التكرارات والنسب المئوية للمتغيرات المشتركة معاً.

- **اختبار كاي مربع لاستقلال العلاقة:** يعد اختبار كاي مربع من الاختبارات الإحصائية الأكثر شهرة واستخداماً ولاسيما في الدراسات الطبية، ويهدف هذا الاختبار لمعرفة إذا كان هناك استقلال بالعلاقة ما بين متغيرين أو أكثر من مجتمع الدراسة، فيجب أن تصنف أفراد العينة وفق فئات المتغيرات المراد اختبار العلاقة بينها بحيث أن كل فرد من أفراد العينة يجب أن ينتمي إلى فئة واحدة من فئات المتغيرات المدروسة، وقد استخدم في الدراسة الحالية لمعرفة هل توجد علاقة بين تشخيص اضطراب قلق المزاج ما قبل الدورة الطمثية والمتغيرات الديموغرافية، وتعتمد مناقشة الفرضية اعتماداً على هذا الاختبار على قيمة P -Value.

- **اختبار كاي تربيع لجودة التوافق (التطابق):** يستخدم اختبار كاي مربع لجودة التوافق في معرفة إمكانية توافق التكرارات الملاحظة لكل فئة من فئات المتغير مع ما هو متوقع، وقد استخدم في الدراسة الحالية لمعرفة هل نسب انتشار اضطراب قلق المزاج ما قبل الدورة الطمثية متساوية أو لا، وتعتمد مناقشة الفرضية اعتماداً على هذا الاختبار على قيمة P -Value.

- **قيمة P -value:** حيث تدل

- إذا كانت قيمة P -value أصغر من (0.05) نرفض فرضية العدم .
- أما إذا كانت قيمة P -value أكبر من (0.05) نقبل فرضية العدم .

-الدراسة مقطعية وصفية من نموذج المقطعي المستعرض.

-تم التحليل الإحصائي للنتائج باستخدام برنامج SPSS النسخة الثامنة عشرة .

نتائج الدراسة:

أولاً: وصف العينة:

تم اختيار عينة عشوائية منتظمة من ١٠٠٠ امرأة من مراحل عمرية ومستويات تعليمية واقتصادية مختلفة، حيث تم اختيارهن بشكل عشوائي بكسر الاعتیان ١/٣ حيث نختار ثالث امرأة حسب ترتيبهن بالأحرف الأبجدية من موظفات مشفى المواساة ومشفى الأسد الجامعي وطالبات مدرسة التمريض -جامعة دمشق، وذلك كي نضمن مراحل عمرية مختلفة في العينة المدروسة.

مكان الدراسة:

دمشق-مشفى الأسد الجامعي مشفى المواساة الجامعي -مدرسة التمريض جامعة دمشق .

زمن الدراسة:

٢٠١٣ - ٢٠١٤.

وسيتم إدخال بيانات كل امرأة في الدراسة عند تحقيق الشروط التالية:

- المرأة في سن النشاط التناسلي.
- النساء في المرحلة العمرية من ١٨ إلى ٤٩ سنة.
- قدرة عقلية ومعرفية كافية لإجراء مقابلة معها.

وأي امرأة لا تحقق الشروط السابقة سيتم استبعادها من التحليل الإحصائي، وبناءً على شروط الاستبعاد تم استبعاد ١٥ استبيان ليبقى العدد الذي سيدخل في الدراسة الحالية ٩٨٥ استبيان.

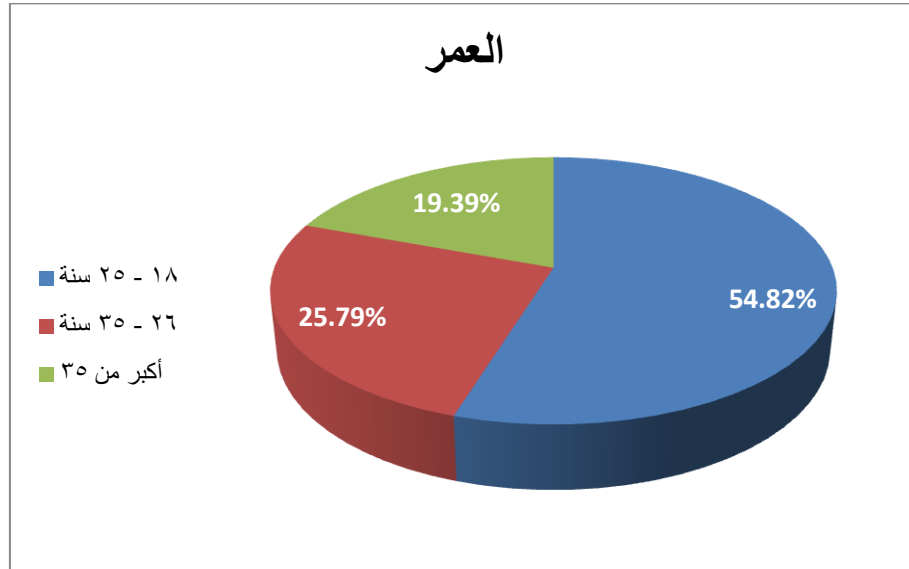
١. وصف العينة وفقاً لمتغير العمر:

الجدول رقم (٢) يبين التوزيع التكراري والنسبي لأفراد عينة الدراسة وفقاً لمتغير العمر

العمر	التكرار	النسبة المئوية
سنة 18 - 25	540	54.82%
سنة 26 - 35	254	25.79%
أكبر من ٣٥	191	19.39%
Total	985	100.00%

يبين الجدول رقم (٢) أن عينة الدراسة توزعت بنسب مختلفة وفقاً لمتغير العمر، حيث كانت النسبة الأكبر من الفئة العمرية من ١٨ سنة إلى ٢٥ سنة وذلك بنسبة (٥٤,٨٢%)، تليها في المرتبة الثانية الفئة العمرية من ٢٦ سنة إلى ٣٥ سنة وذلك بنسبة (٢٥,٧٩%)، في حين أن الفئة العمرية الأكبر من ٣٥ سنة كانت نسبتهم (19.39%)، وهذا ما يبينه الشكل التالي:

الشكل رقم (١) يبين التوزيع النسبي لأفراد عينة الدراسة وفقاً لمتغير العمر



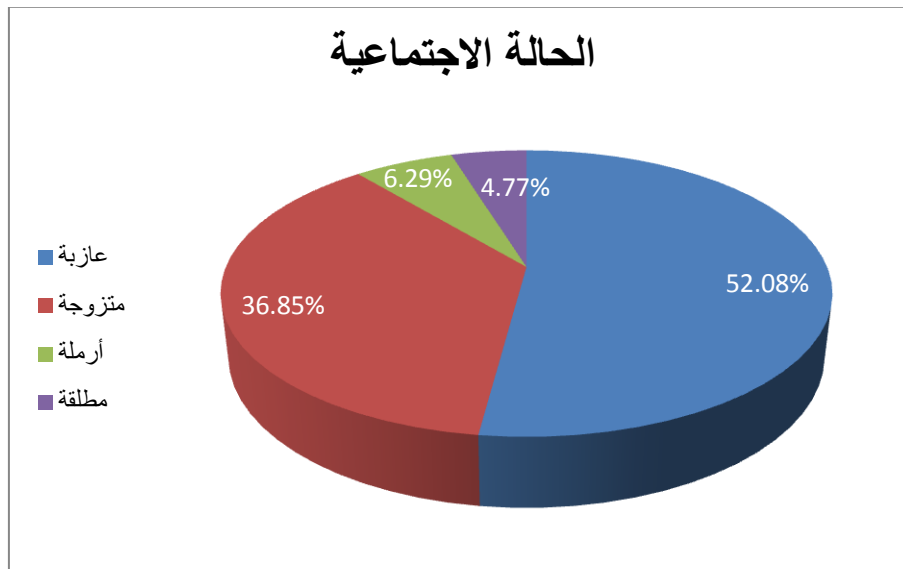
٢. وصف العينة وفقاً لمتغير الحالة الاجتماعية:

الجدول رقم (٣) يبين التوزيع التكراري والنسبي لأفراد عينة الدراسة وفقاً لمتغير الحالة الاجتماعية

الحالة الاجتماعية	التكرار	النسبة المئوية
عازبة	513	52.08%
متزوجة	363	36.85%
أرملة	62	6.29%
مطلقة	47	4.77%
المجموع	985	100.00%

نلاحظ من الجدول رقم (٣) أن عينة الدراسة توزعت بنسب مختلفة وفقاً لمتغير الحالة الاجتماعية، حيث كانت النسبة الأكبر من أفراد العينة عازبات وذلك بنسبة (52.08%)، تليها في المرتبة الثانية المتزوجات وذلك بنسبة (36.85%)، في حين أن الأرامل كانت نسبتهم (6.29%)، أما المطلقات فبلغت نسبتهم (4.77%)، وهذا ما يبينه الشكل التالي:

الشكل رقم (٢) يبين التوزيع النسبي لأفراد عينة الدراسة وفقاً لمتغير الحالة الاجتماعية



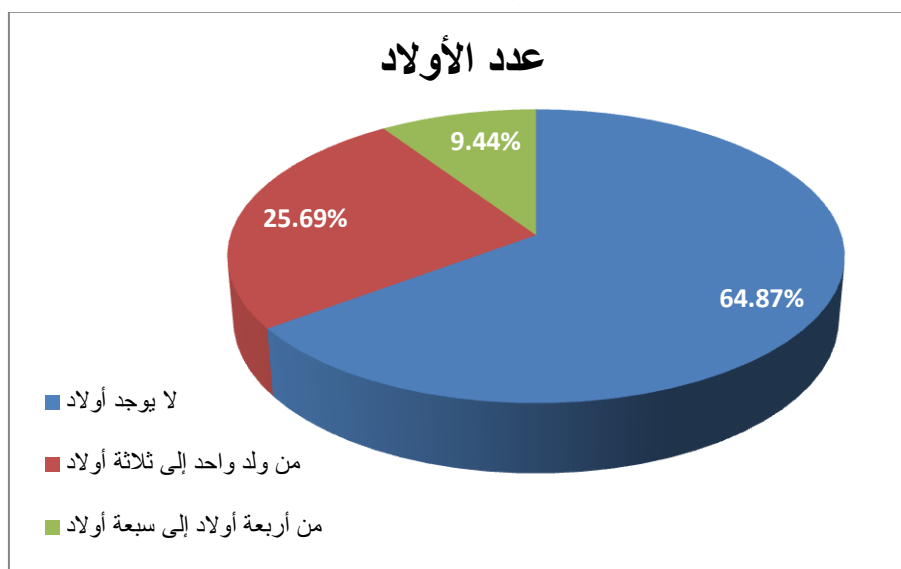
٣. وصف العينة وفقاً لمتغير عدد الأولاد:

الجدول رقم (٤) يبين التوزيع التكراري والنسبي لأفراد عينة الدراسة وفقاً لمتغير عدد الأولاد

عدد الأولاد	التكرار	النسبة المئوية
لا يوجد أولاد	639	64.87%
من ولد واحد إلى ثلاثة أولاد	253	25.69%
من أربعة أولاد إلى سبعة أولاد	93	9.44%
المجموع	985	100.00%

نلاحظ من الجدول رقم (٤) أن أغلب أفراد عينة الدراسة لا يوجد لديهم أولاد حيث بلغت نسبتهم (64.87%)، أما الذين لديهم من ولد واحد إلى ثلاثة أولاد كانت نسبتهم (25.69%)، في حين أن الذين لديهم من أربعة أولاد إلى سبعة أولاد كانت نسبتهم (9.44%)، وهذا ما يبينه الشكل التالي:

الشكل رقم (٣) يبين التوزيع النسبي لأفراد عينة الدراسة وفقاً لمتغير عدد الأولاد



حيث بلغ عدد الأولاد للنساء المتزوجات والأرامل والمطلقات في عينة الدراسة (2.15) بانحراف معياري (1.722).

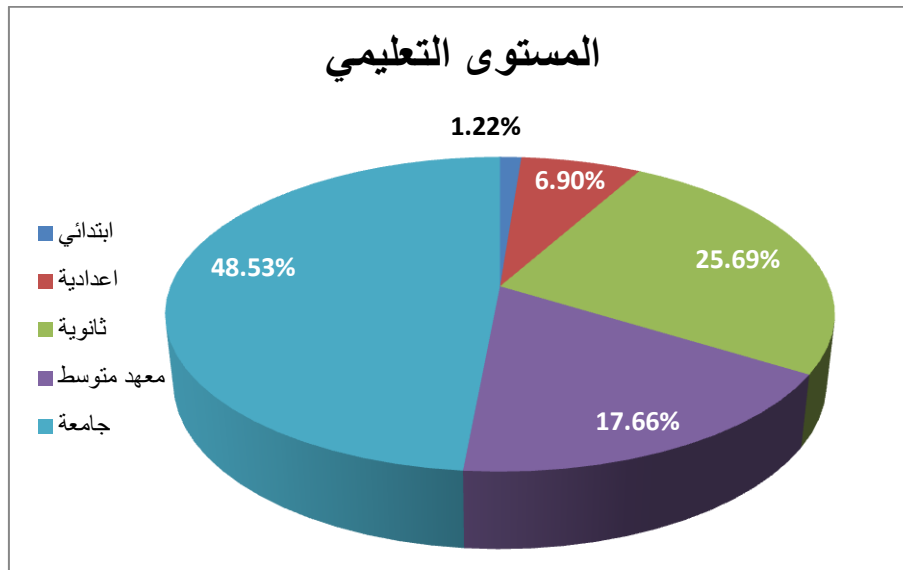
٤. وصف العينة وفقاً لمتغير المستوى التعليمي:

الجدول رقم (٥) يبين التوزيع التكراري والنسبي لأفراد عينة الدراسة وفقاً لمتغير المستوى التعليمي

المستوى التعليمي	التكرار	النسبة المئوية
ابتدائي	12	1.22%
اعدادية	68	6.90%
ثانوية	253	25.69%
معهد متوسط	174	17.66%
جامعة	478	48.53%
المجموع	985	100.00%

يبين الجدول رقم (٥) توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي فكانت أغلب أفراد العينة من حملة الإجازة الجامعية بنسبة (48.53%)، أما في المرتبة الثانية فقد كان حملة الشهادة الثانوية بنسبة (25.69%)، أما حملة المعهد المتوسط فقد بلغت نسبتهن (17.66%)، في حين أن الشهادة الابتدائية والاعدادية كانتا الأقل حيث كانت نسبة كلٍ منهما على الترتيب (1.22%)، (6.90%)، وهذا ما يبينه الشكل التالي:

الشكل رقم (٤) يبين التوزيع النسبي لأفراد عينة الدراسة وفقاً لمتغير المستوى التعليمي



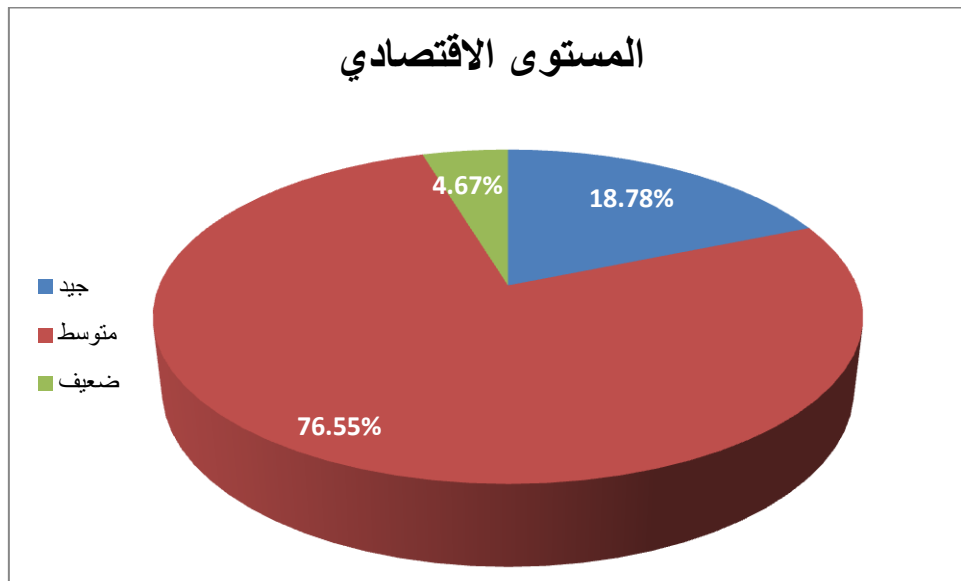
٥. وصف العينة وفقاً لمتغير المستوى الاقتصادي:

الجدول رقم (٦) يبين التوزيع التكراري والنسبي لأفراد عينة الدراسة وفقاً لمتغير المستوى الاقتصادي

المستوى الاقتصادي	التكرار	النسبة المئوية
جيد (يكفي الحاجات الأساسية والكمالية)	185	18.78%
متوسط (يكفي الحاجات الأساسية فقط)	754	76.55%
ضعيف (لا يكفي الحاجات الأساسية أو يوجد دين)	46	4.67%
المجموع	985	10000.00%

المستوى الاقتصادي كان أحد الخصائص المدروسة لعينة الدراسة حيث يتبين من الجدول رقم (٦) أنّ المستوى الاقتصادي المتوسط هو الأهم لأفراد الدراسة حيث بلغت نسبتهم من أفراد العينة (76.55%)، أما الذين كان مستواهم الاقتصادي جيد بلغت نسبتهم (18.78%)، في حين أن الذي كان مستواهم الاقتصادي ضعيف كانوا الأقل فبلغت نسبتهم (4.67%)، وهذا ما يبينه الشكل التالي:

الشكل رقم (5) يبين التوزيع النسبي لأفراد عينة الدراسة وفقاً لمتغير المستوى الاقتصادي



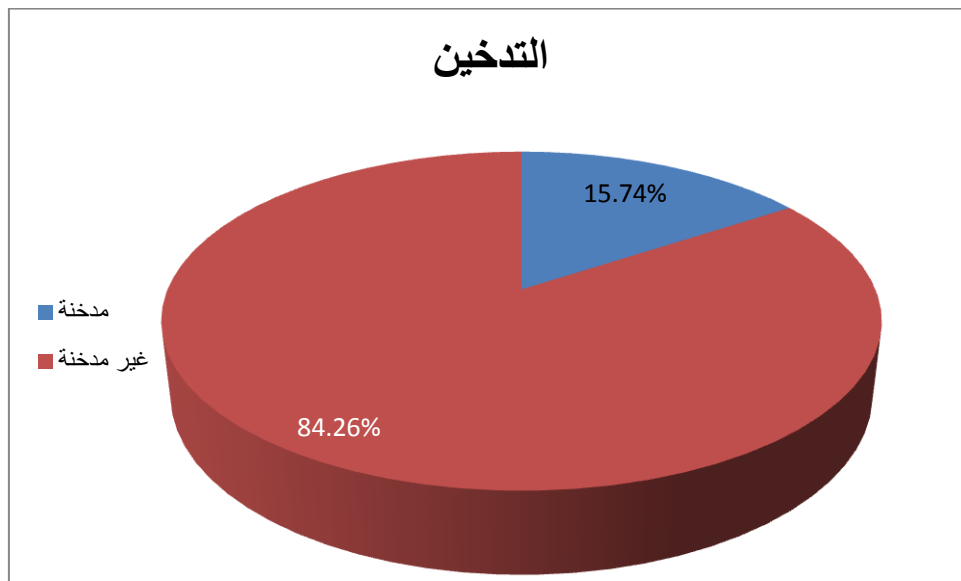
٦. وصف العينة وفقاً لمتغير التدخين:

الجدول رقم (٧) يبين التوزيع التكراري والنسبي لأفراد عينة الدراسة وفقاً لمتغير التدخين

التدخين	التكرار	النسبة المئوية
مدخنة	155	15.74%
غير مدخنة	830	84.26%
المجموع	985	100.00%

تم دراسة متغير التدخين على أفراد العينة وكما يتبين من الجدول رقم (٧) كان أغلب أفراد العينة من غير المدخنين حيث بلغت نسبتهم (84.26%)، أما المدخنات فكانت نسبتهم هي الأقل (15.74%)، وهذا ما يبينه الشكل التالي:

الشكل رقم (٦) يبين التوزيع النسبي لأفراد عينة الدراسة وفقاً لمتغير التدخين



ثانياً: الدراسة الوصفية:

١. الدورة الشهرية:

الجدول رقم (٨) يبين التوزيع التكراري والنسبي لأفراد عينة الدراسة لسؤال تتناولين موانع الحمل الفموية

هل تتناولين موانع حمل فموية	التكرار	النسبة المئوية
نعم حالياً منذ أقل من ستة أشهر	36	3.6٦%
منذ أكثر من ستة أشهر	41	4.16%
لا	908	92.18%
المجموع	985	100.00%

من خلال سؤال أفراد العينة هل تتناولين موانع حمل فردية؟ وجدنا أن 92.18% من أفراد العينة لا يتناولن موانع حمل فموية، مقابل 7.72% من أفراد العينة يتناولن موانع حمل فموية توزعن إلى 3.65% منذ أقل من ستة أشهر و 4.16% منذ أكثر من ستة أشهر كما يبين الجدول رقم (٨).

الجدول رقم (٩) يبين التوزيع التكراري والنسبي لأفراد عينة الدراسة لسؤال تعانين من أي اضطراب نفسي

هل تعانين من أي اضطراب نفسي	التكرار	النسبة المئوية
نعم ولكن لا تعالج	226	22.94%
نعم وأتعالج بالأدوية النفسية	8	0.82%
لا أعاني من أي اضطراب نفسي	751	76.24%
المجموع	985	100.00%

عند سؤال أفراد العينة هل تعانين من أي اضطراب نفسي؟ وجدنا أن 76.24% من أفراد العينة لا يعانين من أي اضطراب نفسي، مقابل 23.76% من أفراد العينة يعانين من اضطراب نفسي توزعوا إلى 0.82% يعانين من اضطراب نفسي ويتعالجن بالأدوية النفسية و 22.94% يعانين من اضطراب نفسي ولا يتعالجن كما يبين الجدول رقم (٩).

الجدول رقم (١٠) يبين التوزيع التكراري والنسبي لأفراد عينة الدراسة لسؤال تتعرضين لمشاكل حياتية ورضوض نفسية

هل تتعرضين لمشاكل حياتية ورضوض نفسية	التكرار	النسبة المئوية
نعم ولكن ضمن الحدود الطبيعية	614	62.34%
نعم كثيرا وبشكل متكرر	94	9.54%
لا	277	28.12%
المجموع	985	100.00%

عند سؤال أفراد العينة هل تتعرضين لمشاكل حياتية ورضوض نفسية متكررة؟ وجدنا أن 28.12% من أفراد العينة لا يتعرضن لمشاكل حياتية ورضوض نفسية متكررة، مقابل 71.88% من أفراد العينة يتعرضن لمشاكل حياتية ورضوض نفسية متكررة توزعوا إلى 62.34% يتعرضن لمشاكل حياتية ورضوض نفسية ضمن الحدود الطبيعية و9.54% يتعرضن لمشاكل حياتية ورضوض نفسية متكررة بشكل متكرر كما يبين الجدول رقم (١٠).

الجدول رقم (١١) يبين التوزيع التكراري والنسبي لأفراد عينة الدراسة لسؤال تعرضت سابقاً لاضطهاد أو أذى جسدي أو جنسي من قبل الأهل أو الزوج أو أي شخص آخر

هل تعرضتي سابقا لاضطهاد أو أذى جسدي أو جنسي من قبل الأهل أو الزوج أو أي شخص آخر		التكرار	النسبة المئوية
بشكل نادر	الأهل	47	4.77%
	الزوج	15	1.52%
	شخص آخر	18	1.83%
بشكل متكرر	الأهل	2	0.20%
	الزوج	6	0.60%
	شخص آخر	1	0.10%
لا		896	91.00%
المجموع		985	100.00%

عند سؤال أفراد العينة هل تعرضت سابقاً لاضطهاد أو أذى جسدي أو جنسي من قبل الأهل أو الزوج أو أي شخص آخر؟ وجدنا أن 91.0% من أفراد العينة لم يتعرضن سابقاً لاضطهاد أو

أذى جسدي أو جنسي من قبل الأهل أو الزوج أو أي شخص آخر، مقابل ٩,٠% من أفراد العينة تعرضن سابقاً لاضطهاد أو أذى جسدي أو جنسي من قبل الأهل أو الزوج أو أي شخص آخر بعدة أشكال (نادراً - متكرراً) من قبل عدة جهات (الأهل - الزوج - شخص آخر) توزعوا إلى 8.10% يتعرضون بشكل نادر من قبل عدة جهات (الأهل ٤,٧٧% - الزوج ١,٥٢% - شخص آخر ١,٨٣%) و ٠,٩% يتعرضون بشكل متكرر من قبل عدة جهات (الأهل ٠,٢% - الزوج ٠,٦% - شخص آخر ٠,١%) كما يبين الجدول رقم (١١).

٢. الأعراض النفسية:

الجدول رقم (١٢) يبين التوزيع التكراري والنسبي لأفراد عينة الدراسة لانتشار الأعراض النفسية لاضطراب المزاج ما قبل الطمث

الترتيب بالنسبة للعرض	المجموع	وجود أعراض تعيق حياتك كاملة (إهمال)	أعراض تعيق نشاطاتك اليومية	وجود أعراض طفيفة	عدم وجود الأعراض	الأعراض النفسية
1	985	21	192	514	258	العدد
	100.00%	2.13%	19.49%	52.18%	26.19%	النسبة المئوية
2	985	44	142	502	297	العدد
	100.00%	4.47%	14.42%	50.96%	30.15%	النسبة المئوية
3	985	63	177	402	343	العدد
	100.00%	6.40%	17.97%	40.81%	34.82%	النسبة المئوية
4	985	21	174	387	403	العدد

		النسبة المئوية	40.91%	39.29%	17.66%	2.13%	100.00%
5	العدد	422	418	125	20	985	توتر شديد أو قلق
	النسبة المئوية	42.84%	42.44%	12.69%	2.03%	100.00%	
6	العدد	484	321	120	60	985	ميل للعزلة و الوحدة
	النسبة المئوية	49.14%	32.59%	12.18%	6.09%	100.00%	
7	العدد	494	346	100	45	985	إحساس بخيبة الأمل مصحوبة بنوبات من البكاء
	النسبة المئوية	50.15%	35.13%	10.15%	4.57%	100.00%	
8	العدد	514	307	113	51	985	مزاج اكتئابي شديد
	النسبة المئوية	52.18%	31.17%	11.47%	5.18%	100.00%	
9	العدد	575	274	93	43	985	حالات من الغضب والتوتر الشديد المتواصلة
	النسبة المئوية	58.38%	27.82%	9.44%	4.37%	100.00%	
10	العدد	597	283	78	27	985	إحساس بتغير (تبدل) الشخصية
	النسبة المئوية	60.61%	28.73%	7.92%	2.74%	100.00%	
11	العدد	597	253	108	27	985	تدني الثقة بالنفس مع اضطراب التركيز الذهني
	النسبة المئوية	60.61%	25.69%	10.96%	2.74%	100.00%	

12	985	29	79	261	616	العدد	اضطراب العلاقة بالجسد مع إحساس جسدي غير اعتيادي
	100.00%	2.94%	8.02%	26.50%	62.54%	النسبة المئوية	
13	985	25	69	252	639	العدد	توخي الحيلة والحذر مع إحساس بفقد الأمان.
	100.00%	2.54%	7.01%	25.58%	64.87%	النسبة المئوية	
14	985	28	75	228	654	العدد	حالات من الانفجار العنيف
	100.00%	2.84%	7.61%	23.15%	66.40%	النسبة المئوية	
15	985	24	64	229	668	العدد	إحساس بالانعصاب) الشدة والضغط النفسي (خارج المنزل)
	100.00%	2.44%	6.50%	23.25%	67.82%	النسبة المئوية	
16	985	27	37	197	724	العدد	الشعور بتأنيب الضمير
	100.00%	2.74%	3.76%	20.00%	73.50%	النسبة المئوية	
17	985	11	35	142	797	العدد	تبخيس قيمة الذات و تحقير النفس
	100.00%	1.12%	3.55%	14.42%	80.91%	النسبة المئوية	

من الجدول السابق رقم (١٢) نجد ما يلي بالنسبة لكل من الأعراض :

١. " حالة حزن فجائية أو حالة تؤثر وغضب " نجد أن 26.19% من أفراد العينة لا يعانون من العرض بينما ٧٣,٨١% يعانون من العرض بشكل متفاوت الشدة (وجود أعراض طفيفة 52.18% - أعراض تعيق نشاطاتك اليومية 19.49% - أعراض تعيق حياتك كاملة (اهمال) 2.13%)، واحتل هذا العرض المرتبة الأولى بين جميع الأعراض النفسية التي تتعرض لها السيدات خلال دورتهن الشهرية.

٢. " عطوئية المزاج (تقلبات المزاج والانفعال). " نجد أن 30.15% من أفراد العينة لا يعانون من العرض بينما ٦٩,٨٥% يعانون من العرض بشكل متفاوت الشدة (وجود أعراض طفيفة 50.96% - أعراض تعيق نشاطاتك اليومية 14.42% - أعراض تعيق حياتك كاملة (اهمال) 4.47%)، واحتل هذا العرض المرتبة الثانية بين جميع الأعراض النفسية.

٣. " فرط الحساسية وشدة الانفعالات " نجد أن 34.82% من أفراد العينة لا يعانون من العرض بينما ٦٥,١٨% يعانون من العرض بشكل متفاوت الشدة (وجود أعراض طفيفة 40.81% - أعراض تعيق نشاطاتك اليومية 17.97% - أعراض تعيق حياتك كاملة (اهمال) 6.40%)، واحتل هذا العرض المرتبة الثالثة بين جميع الأعراض النفسية.

٤. " تدني مستوى الاهتمام بالمشاغل الاعتيادية " نجد أن 40.91% من أفراد العينة لا يعانون من العرض بينما ٥٩,٠٩% يعانون من العرض بشكل متفاوت الشدة (وجود أعراض طفيفة 39.29% - أعراض تعيق نشاطاتك اليومية 17.66% - أعراض تعيق حياتك كاملة (اهمال) 2.13%)، واحتل هذا العرض المرتبة الرابعة بين جميع الأعراض النفسية.

٥. " تؤثر شديد أو قلق " نجد أن 42.84% من أفراد العينة لا يعانون من العرض بينما ٥٧,١٦% يعانون من العرض بشكل متفاوت الشدة (وجود أعراض طفيفة 42.44% - أعراض تعيق نشاطاتك اليومية 12.69% - أعراض تعيق حياتك كاملة (اهمال) 2.03%)، واحتل هذا العرض المرتبة الخامسة بين جميع الأعراض النفسية التي تتعرض لها السيدات خلال دورتهن الشهرية.

٦. " ميل للعزلة والوحدة " نجد أن 49.14% من أفراد العينة لا يعانون من العرض بينما ٥٠,٨٦% يعانون من العرض بشكل متفاوت الشدة (وجود أعراض طفيفة 32.59% -

أعراض تعيق نشاطاتك اليومية 12.18% -أعراض تعيق حياتك كاملة(اهمال)
6.09%)، واحتل هذا العرض المرتبة السادسة بين جميع الأعراض النفسية.

٧. " إحساس بخيبة الأمل مصحوبة بنوبات من البكاء" نجد أن 50.15% من أفراد العينة لا يعانون من العرض بينما ٤٩,٨٥% يعانون من العرض بشكل متفاوت الشدة (وجود أعراض طفيفة 35.13% -أعراض تعيق نشاطاتك اليومية 10.15%-أعراض تعيق حياتك كاملة(اهمال) 4.57%)، واحتل هذا العرض المرتبة السابعة بين جميع الأعراض النفسية.

٨. " مزاج اكتئابي شديد" نجد أن 52.18% من أفراد العينة لا يعانون من العرض بينما ٤٧,٨٢% يعانون من العرض بشكل متفاوت الشدة (وجود أعراض طفيفة 31.17% - أعراض تعيق نشاطاتك اليومية 11.47% -أعراض تعيق حياتك كاملة(اهمال) 5.18%)، واحتل هذا العرض المرتبة الثامنة بين جميع الأعراض النفسية .

٩. " حالات من الغضب والتوتر الشديد المتواصلة" نجد أن 58.38% من أفراد العينة لا يعانون من العرض بينما ٤١,٦٢% يعانون من العرض بشكل متفاوت الشدة (وجود أعراض طفيفة 27.82% -أعراض تعيق نشاطاتك اليومية 9.44% - أعراض تعيق حياتك كاملة(اهمال) 4.37%)، واحتل هذا العرض المرتبة التاسعة بين جميع الأعراض النفسية.

١٠. " إحساس بتغير(تبدل) الشخصية " نجد أن 60.61% من أفراد العينة لا يعانون من العرض بينما ٣٩,٣٩% يعانون من العرض بشكل متفاوت الشدة (وجود أعراض طفيفة 28.73% -أعراض تعيق نشاطاتك اليومية 7.92% -أعراض تعيق حياتك كاملة(اهمال) 2.74%)، واحتل هذا العرض المرتبة العاشرة بين جميع الأعراض النفسية .

١١. " تدني الثقة بالنفس مع اضطراب التركيز الذهني" نجد أن 60.61% من أفراد العينة لا يعانون من العرض بينما ٣٩,٣٩% يعانون من العرض بشكل متفاوت الشدة (وجود أعراض طفيفة 25.69% -أعراض تعيق نشاطاتك اليومية 10.96% -أعراض تعيق حياتك كاملة(اهمال) 2.74%)، واحتل هذا العرض المرتبة الحادية عشرة بين جميع الأعراض النفسية .

١٢. " اضطراب العلاقة بالجسد مع إحساس جسدي غير اعتيادي" نجد أن 62.54% من أفراد العينة لا يعانون من العرض بينما ٣٧,٤٦% يعانون من العرض بشكل متفاوت الشدة (وجود أعراض طفيفة 26.50% - أعراض تعيق نشاطاتك اليومية 8.02% - أعراض تعيق حياتك كاملة (اهمال) 2.94%)، واحتل هذا العرض المرتبة الثانية عشرة بين جميع الأعراض النفسية .

١٣. "توخي الحيلة والحذر مع إحساس بفقد الأمان" نجد أن 64.87% من أفراد العينة لا يعانون من العرض بينما ٣٥,١٣% يعانون من العرض بشكل متفاوت الشدة (وجود أعراض طفيفة 25.58% - أعراض تعيق نشاطاتك اليومية 7.01% - أعراض تعيق حياتك كاملة (اهمال) 2.54%)، واحتل هذا العرض المرتبة الثالثة عشرة بين جميع الأعراض النفسية ما قبل الطمث.

١٤. " حالات من الانفجار العنيف" نجد أن 66.40% من أفراد العينة لا يعانون من العرض بينما ٣٣,٦٠% يعانون من العرض بشكل متفاوت الشدة (وجود أعراض طفيفة 23.15% - أعراض تعيق نشاطاتك اليومية 7.61% - أعراض تعيق حياتك كاملة (اهمال) 2.84%)، واحتل هذا العرض المرتبة الرابعة عشرة بين جميع الأعراض النفسية .

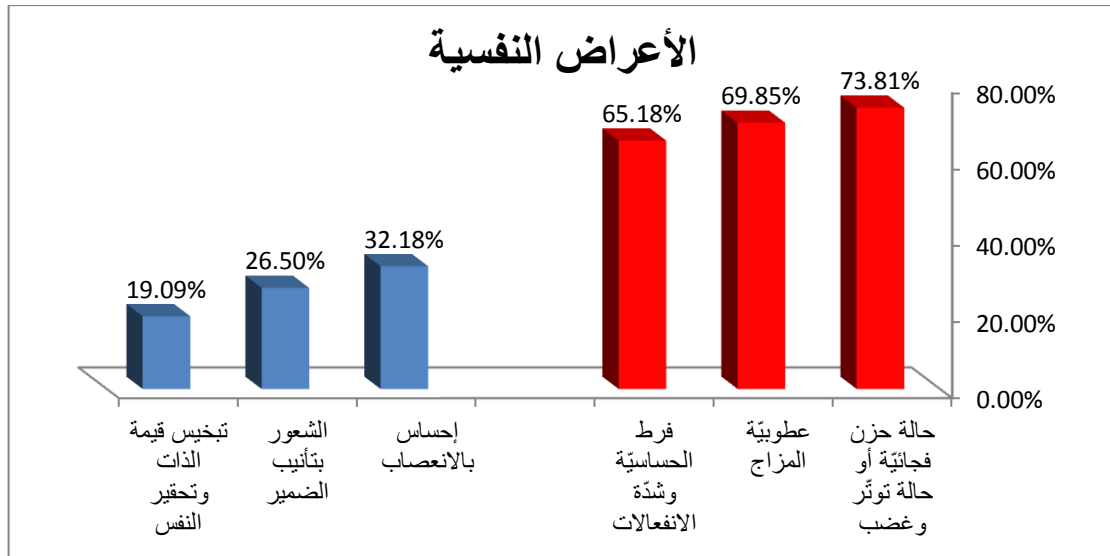
١٥. " إحساس بالانعصاب (الشدة والضغط النفسي خارج المنزل)" نجد أن 67.82% من أفراد العينة لا يعانون من العرض بينما ٣٢,١٨% يعانون من العرض بشكل متفاوت الشدة (وجود أعراض طفيفة 23.25% - أعراض تعيق نشاطاتك اليومية 6.50% - أعراض تعيق حياتك كاملة (اهمال) 6.50%)، واحتل هذا العرض المرتبة الخامسة عشرة بين جميع الأعراض النفسية.

١٦. " الشعور بتأنيب الضمير" نجد أن 73.50% من أفراد العينة لا يعانون من العرض بينما ٢٦,٥% يعانون من العرض بشكل متفاوت الشدة (وجود أعراض طفيفة 20.00% - أعراض تعيق نشاطاتك اليومية 3.76% - أعراض تعيق حياتك كاملة (اهمال) 2.74%)، واحتل هذا العرض المرتبة السادسة عشرة بين جميع الأعراض النفسية .

١٧. " تبخيس قيمة الذات وتحقير النفس" نجد أن 80.91% من أفراد العينة لا يعانون من العرض بينما ١٩,٠٩% يعانون من العرض بشكل متفاوت الشدة (وجود أعراض طفيفة 14.42% - أعراض تعيق نشاطاتك اليومية 3.55% - أعراض تعيق حياتك كاملة (اهمال) 1.12%)، واحتل هذا العرض المرتبة السابعة عشرة بين جميع الأعراض النفسية.

من خلال المناقشة السابقة يمكننا أن نضع المخطط التالي لأكثر وأقل ثلاثة أعراض تعاني منها السيدات المشمولات بالدراسة، كما يلي:

الشكل رقم (٧) يبين النسب المئوية لأعلى ثلاثة أعراض وأقل ثلاثة أعراض نفسية



٣. الأعراض الجسدية:

الجدول رقم (١٣) يبين التوزيع التكراري والنسبي لأفراد عينة الدراسة لانتشار الأعراض الجسدية لاضطراب المزاج ما قبل الطمث

الترتيب بالنسبة للعرض	المجموع	وجود أعراض تعيق حياتك كاملة (إهمال)	أعراض تعيق نشاطاتك اليومية	وجود أعراض طفيفة	عدم وجود الأعراض	الأعراض الجسدية	
						العدد	النسبة المئوية
1	985	129	209	456	191	ألم ظهري، آلام عضلية، آلام مفصلية.	
	100.00%	13.10%	21.22%	46.29%	19.39%		
2	985	88	231	462	204	عدم راحة جسدية عامة.	
	100.00%	8.93%	23.45%	46.90%	20.71%		

3	985	95	182	468	240	العدد	تغير شهية الأكل.
	100.00%	9.64%	18.48%	47.51%	24.37%	النسبة المئوية	
4	985	73	214	437	261	العدد	إحساس مفرط بالتعب مع فقد قدر كبير من الطاقة.
	100.00%	7.41%	21.73%	44.37%	26.50%	النسبة المئوية	
5	985	60	163	488	274	العدد	انتفاخ البطن.
	100.00%	6.09%	16.55%	49.54%	27.82%	النسبة المئوية	
6	985	57	156	365	407	العدد	صداع بالرأس، كثرة النوم أو أرق، تقيؤ.
	100.00%	5.79%	15.84%	37.06%	41.32%	النسبة المئوية	
7	985	49	88	350	498	العدد	انتفاخ مع حساسية مفرطة على مستوى الثديين.
	100.00%	4.97%	8.93%	35.53%	50.56%	النسبة المئوية	
8	985	60	81	331	513	العدد	إحساس بالدوخة و الدوار.
	100.00%	6.09%	8.22%	33.60%	52.08%	النسبة المئوية	
9	985	39	91	313	542	العدد	صعوبة التركيز الذهني بدون أن تكون مصاحبة لاضطرابات ذهنية.
	100.00%	3.96%	9.24%	31.78%	55.03%	النسبة المئوية	
10	985	47	75	248	615	العدد	ارتفاع الوزن.
	100.00%	4.77%	7.61%	25.18%	62.44%	النسبة المئوية	
11	985	37	43	182	723	العدد	إمساك، انتفاخ الأطراف (اليدين، الرجلين).
	100.00%	3.76%	4.37%	18.48%	73.40%	النسبة المئوية	

من الجدول السابق رقم (١٣) نجد بالنسبة لكل من الأعراض ما يلي :

١٠ " ألم ظهري، آلام عضلية، آلام مفصليّة" نجد أن 19.39% من أفراد العينة لا يعانون من العرض بينما ٨٠,٦١% يعانون من العرض بشكل متفاوت الشدة (وجود أعراض طفيفة 46.29% - أعراض تعيق نشاطاتك اليومية 21.22% - أعراض تعيق حياتك كاملة(اهمال)

13.10%)، واحتل هذا العرض المرتبة الأولى بين جميع الأعراض الجسدية التي تتعرض لها السيدات ما قبل الطمث.

٠٢ " عدم راحة جسدية عامة" نجد أن 20.71% من أفراد العينة لا يعانون من العرض بينما ٧٩,٢٩% يعانون من العرض بشكل متفاوت الشدة (وجود أعراض طفيفة 46.90%-أعراض تعيق نشاطاتك اليومية 23.45%-أعراض تعيق حياتك كاملة(اهمال) 8.93%)، واحتل هذا العرض المرتبة الثانية بين جميع الأعراض الجسدية.

٠٣ " تغيير شهية الأكل." نجد أن 24.37% من أفراد العينة لا يعانون من العرض بينما ٧٥,٦٣% يعانون من العرض بشكل متفاوت الشدة (وجود أعراض طفيفة 47.51%-أعراض تعيق نشاطاتك اليومية 47.51%-أعراض تعيق حياتك كاملة(اهمال) 9.64%)، واحتل هذا العرض المرتبة الثالثة بين جميع الأعراض الجسدية .

٠٤ " إحساس مفرط بالتعب مع فقد قدر كبير من الطاقة" نجد أن 26.50% من أفراد العينة لا يعانون من العرض بينما ٧٣,٥٠% يعانون من العرض بشكل متفاوت الشدة (وجود أعراض طفيفة 44.37%-أعراض تعيق نشاطاتك اليومية 21.73%-أعراض تعيق حياتك كاملة(اهمال) 7.41%)، واحتل هذا العرض المرتبة الرابعة بين جميع الأعراض الجسدية.

٠٥ " انتفاخ البطن " نجد أن 27.82% من أفراد العينة لا يعانون من العرض بينما ٧٢,١٨% يعانون من العرض بشكل متفاوت الشدة (وجود أعراض طفيفة 49.54%-أعراض تعيق نشاطاتك اليومية 16.55%-أعراض تعيق حياتك كاملة(اهمال) 6.09%)، واحتل هذا العرض المرتبة الخامسة بين جميع الأعراض الجسدية التي تتعرض لها السيدات ما قبل الطمث.

٠٦ " صداع بالرأس، كثرة النوم أو أرق، تقيؤ" نجد أن 41.32% من أفراد العينة لا يعانون من العرض بينما ٥٨,٦٨% يعانون من العرض بشكل متفاوت الشدة (وجود أعراض طفيفة 37.06%-أعراض تعيق نشاطاتك اليومية 15.84%-أعراض تعيق حياتك كاملة(اهمال) 5.79%)، واحتل هذا العرض المرتبة السادسة بين جميع الأعراض الجسدية.

٠٧ " انتفاخ مع حساسية مفرطة على مستوى الثديين" نجد أن 50.56% من أفراد العينة لا يعانون من العرض بينما ٤٩,٤٤% يعانون من العرض بشكل متفاوت الشدة (وجود أعراض طفيفة 35.53%-أعراض تعيق نشاطاتك اليومية 8.93%-أعراض تعيق حياتك كاملة(اهمال) 4.97%)، واحتل هذا العرض المرتبة السابعة بين جميع الأعراض الجسدية .

٠٨ " إحساس بالدوخة والدوار " نجد أن %52.08 من أفراد العينة لا يعانون من العرض بينما %٤٧,٩٢ يعانون من العرض بشكل متفاوت الشدة (وجود أعراض طفيفة %33.60 - أعراض تعيق نشاطاتك اليومية %8.22 - أعراض تعيق حياتك كاملة (اهمال) %6.09)، واحتل هذا العرض المرتبة الثامنة بين جميع الأعراض الجسدية.

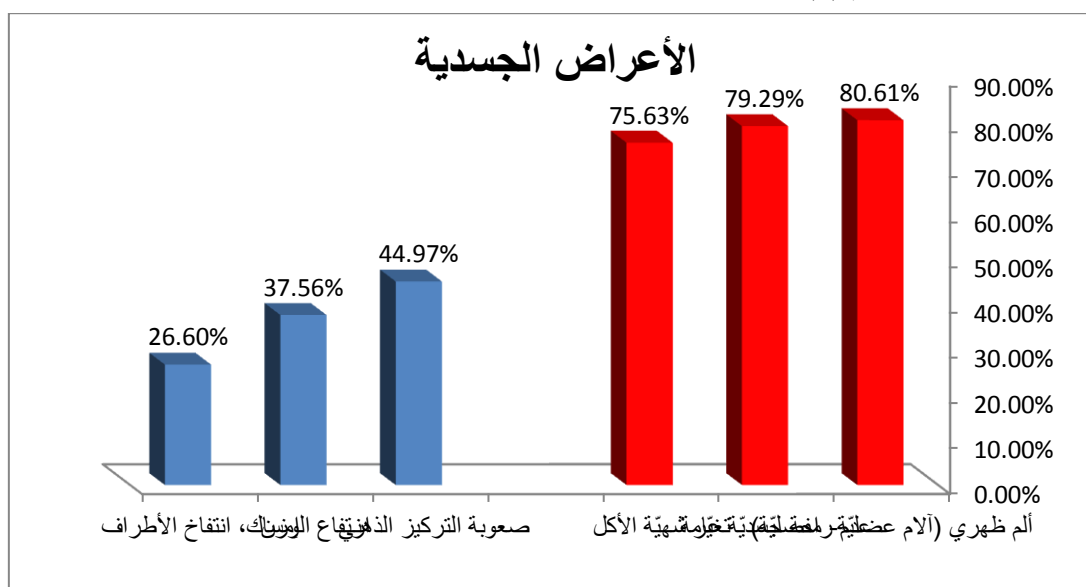
٠٩ " صعوبة التركيز الذهني بدون أن تكون مصاحبة لاضطرابات ذهنيّة " نجد أن %55.03 من أفراد العينة لا يعانون من العرض بينما %٤٤,٩٧ يعانون من العرض بشكل متفاوت الشدة (وجود أعراض طفيفة %31.78 - أعراض تعيق نشاطاتك اليومية %9.24 - أعراض تعيق حياتك كاملة (اهمال) %3.96)، واحتل هذا العرض المرتبة التاسعة بين جميع الأعراض الجسدية.

١٠ " ارتفاع الوزن " نجد أن %62.44 من أفراد العينة لا يعانون من العرض بينما %٣٧,٥٦ يعانون من العرض بشكل متفاوت الشدة (وجود أعراض طفيفة %25.18 - أعراض تعيق نشاطاتك اليومية %7.61 - أعراض تعيق حياتك كاملة (اهمال) %4.77)، واحتل هذا العرض المرتبة العاشرة بين جميع الأعراض الجسدية.

١١ " إمساك، انتفاخ الأطراف (اليدين، الرجلين). " نجد أن %73.40 من أفراد العينة لا يعانون من العرض بينما %26.60 يعانون من العرض بشكل متفاوت الشدة (وجود أعراض طفيفة %18.48 - أعراض تعيق نشاطاتك اليومية %4.37 - أعراض تعيق حياتك كاملة (اهمال) %3.76)، واحتل هذا العرض المرتبة الحادية عشرة بين جميع الأعراض الجسدية .

من خلال المناقشة السابقة يمكننا أن نضع الشكل التالي لأكثر وأقل ثلاثة أعراض جسدية تعاني منها السيدات المشمولات بالدراسة، كما يلي:

الشكل رقم (٨) يبين النسب المئوية لأعلى ثلاثة أعراض وأقل ثلاثة أعراض جسدية



٤. تشخيص الأعراض:

يشخص الاضطراب إذا كان مجموع النقاط أكثر من عشرين نقطة في الأعراض النفسية والجسدية، واعتماداً على الدراسة الوصفية للأعراض (الجسدية - النفسية) للاضطراب تبين معنا أن ٥٩,٨٠% لا يعانون من الاضطراب مقابل ٤١,٢٠% يعانون من الاضطراب وهذا ما يبينه الجدول التالي (١٤):

الجدول رقم (١٤) يبين عدد ونسبة الحالات التي تعاني من الاضطراب

التشخيص	التكرار	النسبة المئوية
لا يوجد اضطراب	589	59.80%
يوجد اضطراب	396	40.20%
المجموع	985	100.00%

ثالثاً: فرضيات الدراسة:

الفرضية الأولى: لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين نسبة انتشار اضطراب تقلقل(قلق) المزاج ما قبل الدورة الطمثية عند العينة المدروسة.

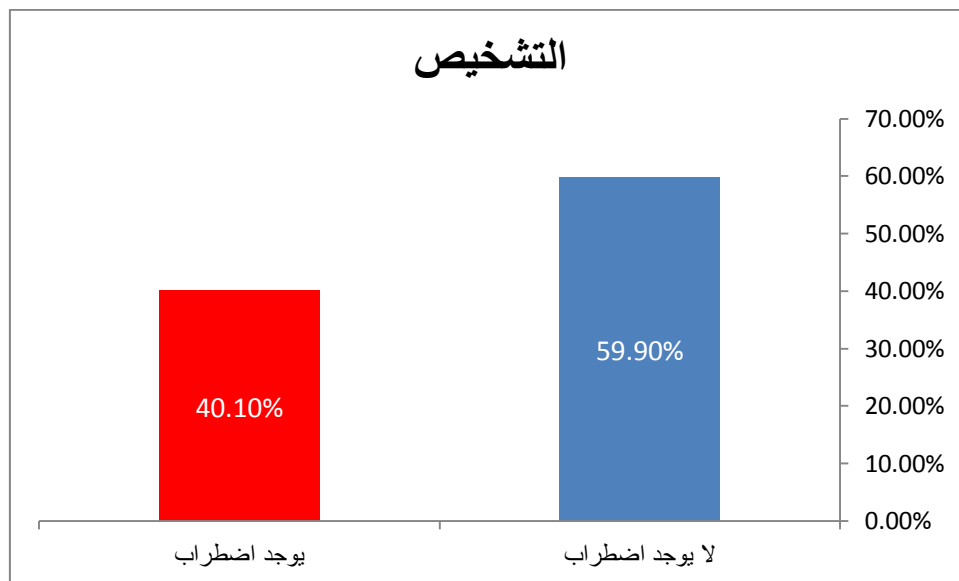
لدراسة الفرضية السابقة قامت الباحثة بمقارنة نسبة انتشار اضطراب تقلقل (قلق) عند أفراد العينة المدروسة اعتماداً على التشخيص، وذلك باستخدام اختبار كاي مربع (Chi-square) لمقارنة الحالات المشاهدة مع عدد الحالات المتوقعة، كما يبينه الجدول التالي (١٥):

الجدول رقم (١٥) يبين نتائج اختبار كاي تربيع لمقارنة عدد الحالات المشاهدة مع عدد الحالات المتوقعة

التشخيص	عدد الحالات المشاهدة	عدد الحالات المتوقعة	كاي مربع	عدد درجات الحرية	قيمة المعنوية
لا يوجد اضطراب	589	492.5	37.816	1	.000
يوجد اضطراب	396	492.5			
المجموع	985				

من الجدول السابق نجد أن قيمة المعنوية ($\text{Sig} = .000$) أصغر من مستوى الدلالة الإحصائية ($\alpha = .05$) وبالتالي نرفض الفرضية أي هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين نسب انتشار اضطراب تقلقل(قلق) المزاج ما قبل الدورة الطمثية عند أفراد العينة، حيث كانت هذه الفروق لصالح أفراد العينة الذين لا يعانون من الاضطراب، وهذا ما يبينه الشكل التالي:

الشكل رقم (٠٩) يبين النسب المئوية لانتشار الاضطراب عند أفراد العينة



الفرضية الثانية:

لا يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين وجود اضطراب تقلقل (قلق) المزاج ما قبل الدورة الطمثية والحالة الاجتماعية.

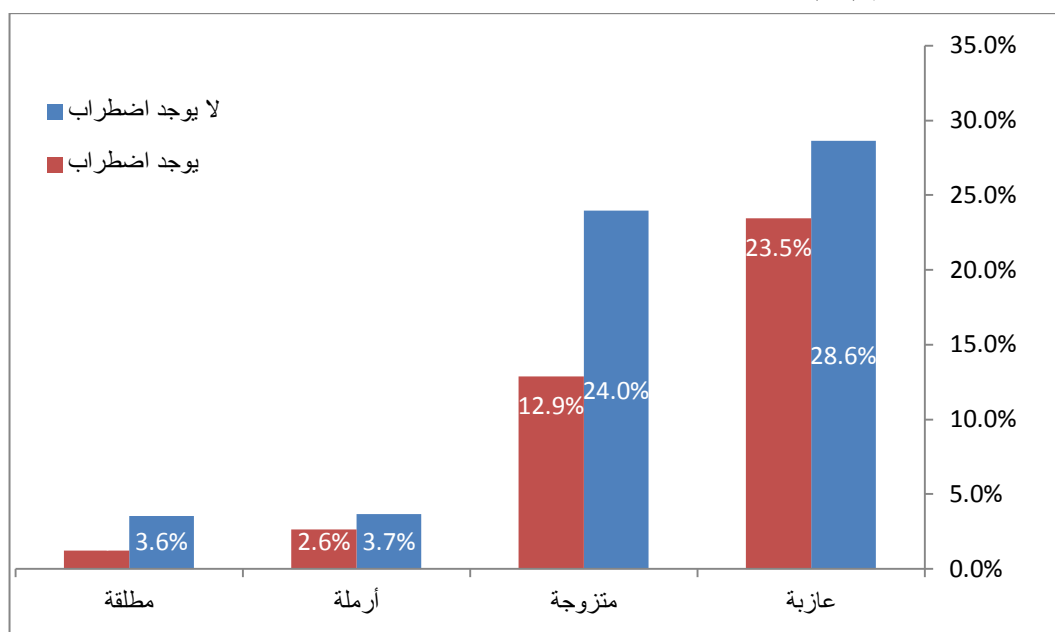
من أجل دراسة الفرضية السابقة قامت الباحثة بإيجاد جدول تقاطعي لانتشار اضطراب تقلقل (قلق) المزاج ما قبل الدورة الطمثية والحالة الاجتماعية عند أفراد العينة المدروسة، ثم بدراسة العلاقة بين التشخيص والحالة الاجتماعية لأفراد عينة الدراسة باستخدام اختبار كاي مربع، وهذا ما يبينه الجدول التالي (١٦):

الجدول رقم (١٦) يبين نتائج اختبار كاي تربيع لدراسة العلاقة بين التشخيص والحالة الاجتماعية

قيمة المعنوية	درجات الحرية	كاي مربع	المجموع	التشخيص				
				يوجد اضطراب	لا يوجد اضطراب			
0.0039	3.00	13.365	513	231	282	العدد	عازبة	الحالة الاجتماعية
			52.08%	23.45%	28.63%	النسبة المئوية		
			363	127	236	العدد	متزوجة	
			36.85%	12.89%	23.96%	النسبة المئوية		
			62	26	36	العدد	أرملة	
			6.29%	2.64%	3.65%	النسبة المئوية		
			47	12	35	العدد	مطلقة	
			4.77%	1.22%	3.55%	النسبة المئوية		
			985	396	589	العدد	المجموع	
			100.00 %	40.20%	59.80%	النسبة المئوية		

من الجدول رقم (١٦) نجد أن قيمة المعنوية ($\text{Sig} = 0.0039$) أصغر من مستوى الدلالة الإحصائية ($\alpha = 0.05$) وبالتالي نرفض الفرضية أي يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين وجود اضطراب تقلقل (قلق) المزاج ما قبل الدورة الطمثية والحالة الاجتماعية، حيث بلغت نسبة العازبات اللاتي يعانين من الاضطراب 23.45%، فيما بلغت نسبة المتزوجات 12.89%، ونسبة الأرملة 2.64%، ونسبة المطلقات 1.22%، وهذا ما يبينه الشكل التالي:

الشكل رقم (١٠) يبين النسب المئوية لانتشار الاضطراب عند أفراد العينة وفقاً للحالة الاجتماعية



الفرضية الثالثة:

لا يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين وجود اضطراب تقلقل (قلق) المزاج ما قبل الدورة الطمثية وعدد الأطفال.

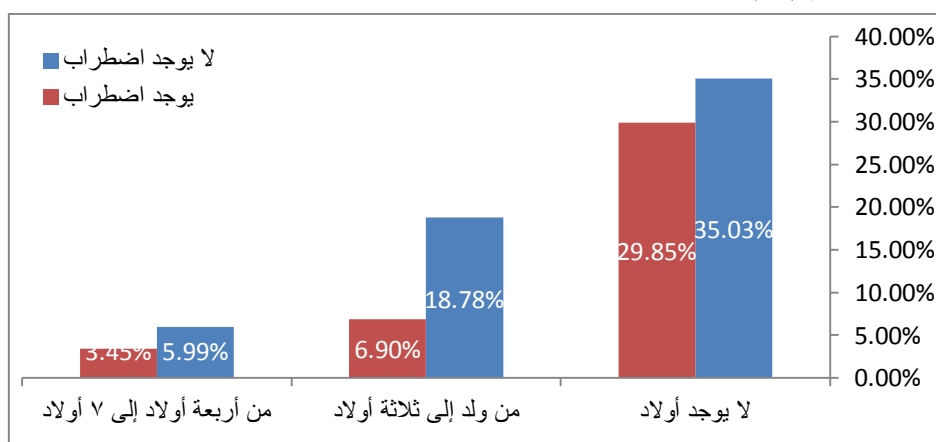
من أجل دراسة الفرضية السابقة قامت الباحثة بإيجاد جدول تقاطعي لانتشار اضطراب تقلقل (قلق) المزاج ما قبل الدورة الطمثية وعدد الأطفال عند أفراد العينة المدروسة، ثم قامت الباحثة بدراسة العلاقة بين التشخيص وعدد الأطفال لأفراد عينة الدراسة باستخدام اختبار كاي مربع، وهذا ما يبينه الجدول التالي (١٧):

الجدول رقم (١٧) يبين نتائج اختبار كاي تربيع لدراسة العلاقة بين التشخيص وعدد الأولاد

قيمة المعنوية	درجات الحرية	كاي مربع	المجموع	التشخيص				
				يوجد اضطراب	لا يوجد اضطراب			
.000	2	28.163	639	294	345	العدد	لا يوجد أولاد	عدد الأولاد
			64.87%	29.85%	35.03%	النسبة المئوية		
			253	68	185	العدد	من ولد إلى ثلاثة أولاد	
			25.69%	6.90%	18.78%	النسبة المئوية		
			93	34	59	العدد	من أربعة أولاد إلى ٧ أولاد	
			9.44%	3.45%	5.99%	النسبة المئوية		
			985	396	589	العدد	المجموع	
			100.00%	40.20%	59.80%	النسبة المئوية		

من الجدول رقم (١٧) نجد أن قيمة المعنوية ($\text{Sig} = .000$) أصغر من مستوى الدلالة الإحصائية ($\alpha = .05$) وبالتالي نرفض الفرضية أي يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين وجود اضطراب تقلقل (قلق) المزاج ما قبل الدورة الطمثية وعدد الأولاد، حيث بلغت نسبة اللاتي ليس لديهن أولاد ويعانين من الاضطراب 29.85%، فيما بلغت نسبة اللاتي لديهن من ولد إلى ثلاثة أولاد 6.90%، أما نسبة اللاتي لديهن من أربعة أولاد إلى سبعة أولاد 3.45%، وهذا ما يبينه الشكل التالي:

الشكل رقم (١١) يبين النسب المئوية لانتشار الاضطراب عند أفراد العينة حسب عدد الأولاد



الفرضية الرابعة:

لا يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين وجود اضطراب تقلقل(قلق) المزاج ما قبل الدورة الطمثية والعمر.

من أجل دراسة الفرضية السابقة قامت الباحثة بإيجاد جدول تقاطعي لانتشار اضطراب تقلقل (قلق) المزاج ما قبل الدورة الطمثية والعمر عند أفراد العينة المدروسة، ثم قامت الباحثة بدراسة العلاقة بين التشخيص والعمر عند أفراد عينة الدراسة باستخدام اختبار كاي مربع، وهذا ما يبينه الجدول التالي:

الجدول رقم (١٨) يبين نتائج اختبار كاي مربع لدراسة العلاقة بين التشخيص والعمر

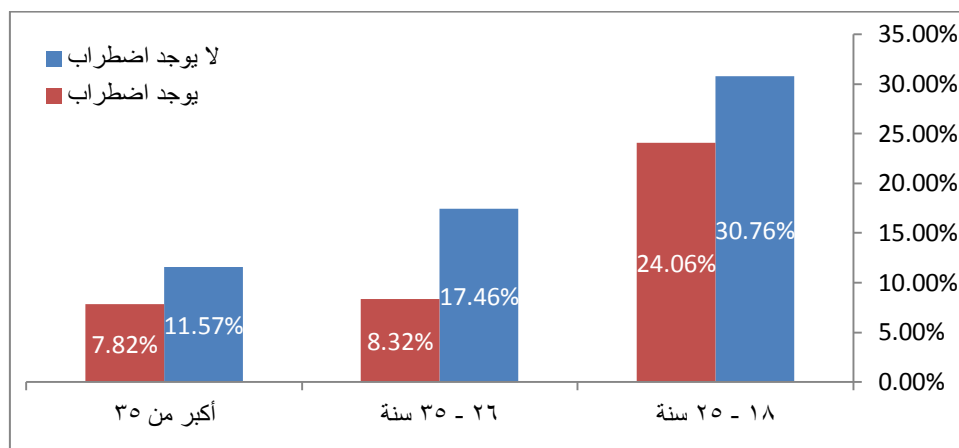
قيمة المعنوية	درجات الحرية	كاي مربع	المجموع	التشخيص				
				يوجد اضطراب	لا يوجد اضطراب			
.008	2	9.679	540	237	303	العدد	18 – 25 سنة	العمر
			54.82%	24.06%	30.76%	النسبة المئوية		
			254	82	172	العدد	26 – 35 سنة	
			25.79%	8.32%	17.46%	النسبة المئوية		
			191	77	114	العدد	أكبر من ٣٥	
			19.39%	7.82%	11.57%	النسبة المئوية		
			985	396	589	العدد	المجموع	
			100.00%	40.20%	59.80%	النسبة المئوية		

من الجدول رقم (١٨) نجد أن قيمة المعنوية ($\text{Sig} = .008$) أصغر من مستوى الدلالة الإحصائية ($\alpha = .05$) وبالتالي نرفض الفرضية أي يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين وجود اضطراب تقلقل(قلق) المزاج ما قبل الدورة الطمثية والعمر، حيث بلغت نسبة اللاتي أعمارهن بين ١٨ - ٢٥ سنة ويعانين من الاضطراب 24.06%، فيما بلغت نسبة اللاتي أعمارهن بين

٢٦ - ٣٥ سنة 8.32% ، أما نسبة اللاتي أعمارهن أكبر من ٣٥ سنة 7.82%، وهذا ما يبينه

الشكل التالي:

الشكل رقم (١٢) يبين النسب المئوية لانتشار الاضطراب عند أفراد العينة وفقاً للعمر



الفرضية الخامسة:

لا يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين وجود اضطراب تقلقل(قلق) المزاج ما قبل

الدورة الطمثية والتدخين.

من أجل دراسة الفرضية السابقة قامت الباحثة بإيجاد جدول تقاطعي لانتشار اضطراب تقلقل

(قلق) المزاج ما قبل الدورة الطمثية والتدخين عند أفراد العينة المدروسة، ثم قامت الباحثة

بدراسة العلاقة بين التشخيص والتدخين عند أفراد عينة الدراسة باستخدام اختبار كاي مربع، وهذا

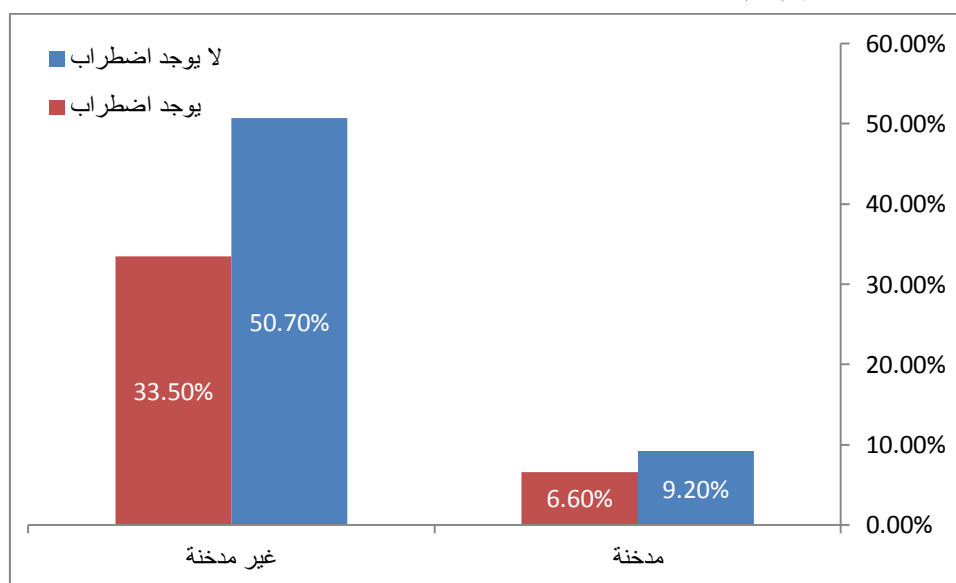
ما يبينه الجدول التالي (١٩):

الجدول رقم (١٩) يبين نتائج اختبار كاي مربع لدراسة العلاقة بين التشخيص والتدخين

قيمة المعنوية	درجات الحرية	كاي مربع	المجموع	التشخيص				
				يوجد اضطراب	لا يوجد اضطراب			
0.903	1	0.015	155	63	92	العدد	مدخنة	التدخين
			15.74%	6.40%	9.34%	النسبة المئوية		
			830	333	497	العدد	غير مدخنة	
			84.26%	33.81%	50.46%	النسبة المئوية		
			985	396	589	العدد	المجموع	
			100.00%	40.20%	59.80%	النسبة المئوية		

من الجدول رقم (١٩) نجد أن قيمة المعنوية ($Sig = 0.903$) أكبر من مستوى الدلالة الإحصائية ($\alpha = 0.05$) وبالتالي نقبل الفرضية أي لا يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين وجود اضطراب تقلقل (قلق) المزاج ما قبل الدورة الطمثية والتدخين، حيث بلغت نسبة المدخنات ويعانين من الاضطراب 6.40%، فيما بلغت نسبة غير المدخنات 33.81%، وهذا ما يبينه الشكل التالي:

الشكل رقم (١٣) يبين النسب المئوية لانتشار الاضطراب عند أفراد العينة وفقاً للتدخين



الفرضية السادسة:

لا يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين وجود اضطراب تفلقل(قلق) المزاج ما قبل الدورة الطمثية والمستوى الاقتصادي.

من أجل دراسة الفرضية السابقة قامت الباحثة بإيجاد جدول تقاطعي لانتشار اضطراب تفلقل (قلق) المزاج ما قبل الدورة الطمثية والمستوى الاقتصادي عند أفراد العينة المدروسة، ثم قامت الباحثة بدراسة العلاقة بين التشخيص والمستوى الاقتصادي عند أفراد عينة الدراسة باستخدام اختبار كاي مربع، وهذا ما يبينه الجدول التالي (٢٠):

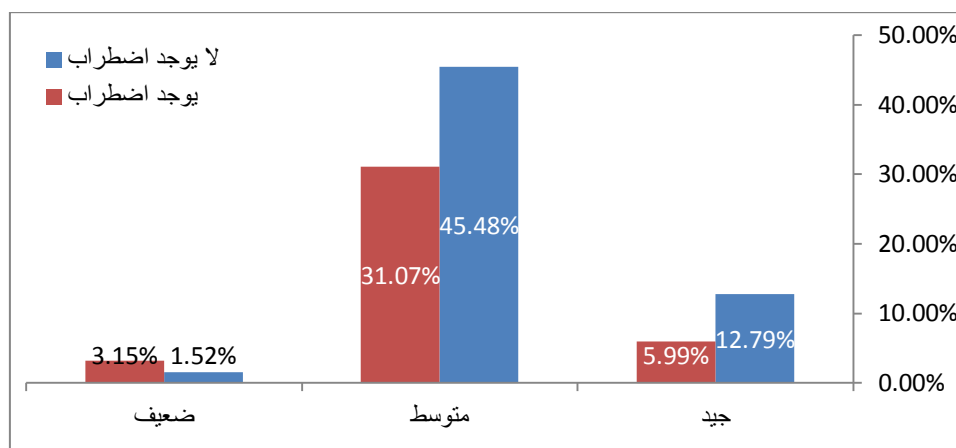
الجدول رقم (٢٠) يبين نتائج اختبار كاي مربع لدراسة العلاقة بين التشخيص والمستوى الاقتصادي

قيمة المعنوية	درجات الحرية	كاي مربع	المجموع	التشخيص				
				يوجد اضطراب	لا يوجد اضطراب			
.000	2	19.505	185	59	126	العدد	جيد	المستوى الاقتصادي
			18.78%	5.99%	12.79%	النسبة المئوية		
			754	306	448	العدد	متوسط	
			76.55%	31.07%	45.48%	النسبة المئوية		
			46	31	15	العدد	ضعيف	
			4.67%	3.15%	1.52%	النسبة المئوية		
			985	396	589	العدد	المجموع	
			100.00%	40.20%	59.80%	النسبة المئوية		

من الجدول رقم (٢٠) نجد أن قيمة المعنوية (Sig = .000) أصغر من مستوى الدلالة الإحصائية (α = .05) وبالتالي نرفض الفرضية أي يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين وجود

اضطراب تقلقل(قلق) المزاج ما قبل الدورة الطمثية والمستوى الاقتصادي، حيث بلغت نسبة اللاتي مستواهن الاقتصادي جيد ويعانين من الاضطراب 5.99%، فيما بلغت نسبة اللاتي مستواهن الاقتصادي متوسط 31.07%، أما نسبة اللاتي مستواهن الاقتصادي ضعيف 3.15%، وهذا ما يبينه الشكل التالي:

الشكل رقم (١٤) يبين النسب المئوية لانتشار الاضطراب عند أفراد العينة ومستواهم الاقتصادي



الفرضية السابعة:

لا يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين وجود اضطراب تقلقل(قلق) المزاج ما قبل الدورة الطمثية والمستوى التعليمي.

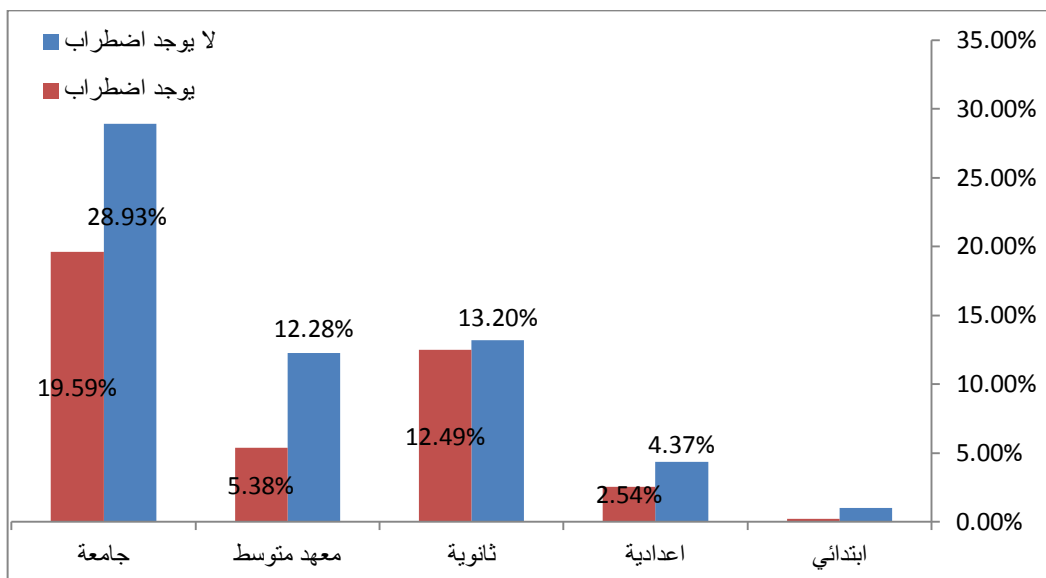
من أجل دراسة الفرضية السابقة قامت الباحثة بإيجاد جدول تقاطعي لانتشار اضطراب تقلقل (قلق) المزاج ما قبل الدورة الطمثية والمستوى التعليمي عند أفراد العينة المدروسة، ثم قامت الباحثة بدراسة العلاقة بين التشخيص والمستوى التعليمي عند أفراد عينة الدراسة باستخدام اختبار كاي مربع، وهذا ما يبينه الجدول التالي (٢١):

الجدول رقم (٢١) يبين نتائج اختبار كاي مربع لدراسة العلاقة بين التشخيص والمستوى التعليمي

قيمة المعنوية	درجات الحرية	كاي مربع	المجموع	التشخيص				
				يوجد اضطراب	لا يوجد اضطراب			
.002	4.000	17.426	12	2	10	العدد	ابتدائي	المستوى التعليمي
			1.22%	0.20%	1.02%	النسبة المئوية		
			68	25	43	العدد	اعدادية	
			6.90%	2.54%	4.37%	النسبة المئوية		
			253	123	130	العدد	ثانوية	
			25.69%	12.49%	13.20%	النسبة المئوية		
			174	53	121	العدد	معهد	
			17.66%	5.38%	12.28%	النسبة المئوية	متوسط	
			478	193	285	العدد	جامعة	
			48.53%	19.59%	28.93%	النسبة المئوية		
			985	396	589	العدد	المجموع	
			100.00%	40.20%	59.80%	النسبة المئوية		

من الجدول رقم (٢١) نجد أن قيمة المعنوية ($\text{Sig} = .002$) أصغر من مستوى الدلالة الإحصائية ($\alpha = .05$) وبالتالي نرفض الفرضية أي يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين وجود اضطراب تقلقل (قلق) المزاج ما قبل الدورة الطمثية والمستوى التعليمي، حيث بلغت نسبة اللاتي مستواهن التعليمي ابتدائي ويعانين من الاضطراب 0.20%، فيما بلغت نسبة اللاتي مستواهن التعليمي اعدادي 2.54%، أما نسبة اللاتي مستواهن التعليمي ثانوي 12.49%، ونسبة اللاتي مستواهن التعليمي معهد متوسط 5.38%، ونسبة اللاتي مستواهن التعليمي جامعي 19.59%، وهذا ما يبينه الشكل التالي:

الشكل رقم (١٥) يبين النسب المئوية لانتشار الاضطراب عند أفراد العينة ومستواهم التعليمي



الفرضية الثامنة:

لا يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين وجود اضطراب تقلقل(قلق) المزاج ما قبل الدورة الطمثية وتناول موانع الحمل حالياً أو سابقاً.

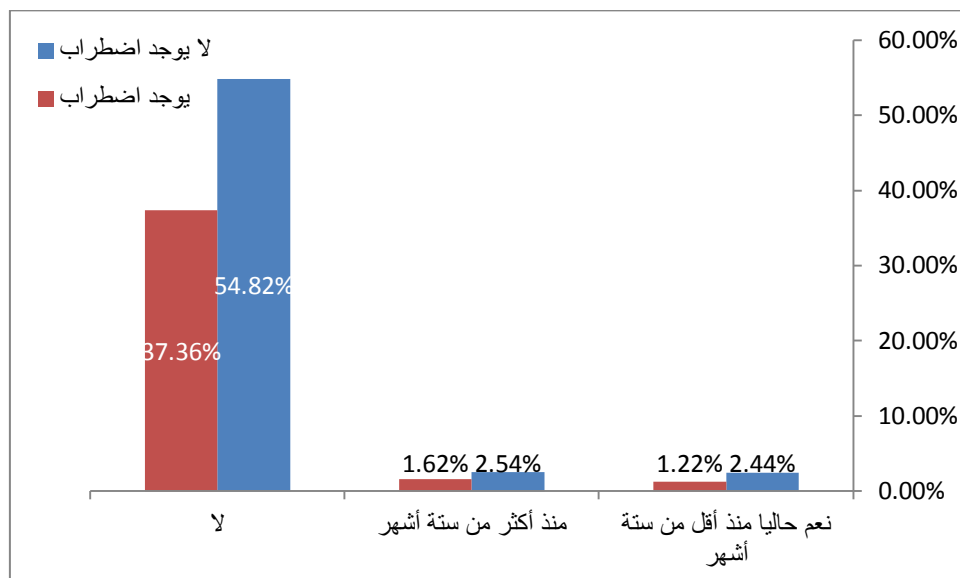
من أجل دراسة الفرضية السابقة قامت الباحثة بإيجاد جدول تقاطعي لانتشار اضطراب تقلقل (قلق) المزاج ما قبل الدورة الطمثية وتناول موانع الحمل حالياً أو سابقاً عند أفراد العينة المدروسة، ثم قامت الباحثة بدراسة العلاقة بين التشخيص وتناول موانع الحمل حالياً أو سابقاً عند أفراد عينة الدراسة باستخدام اختبار كاي مربع، وهذا ما يبينه الجدول التالي:

الجدول رقم (٢٢) يبين نتائج اختبار كاي تربيع لدراسة العلاقة بين التشخيص وتناول موانع الحمل

قيمة المعنوية	درجات الحرية	كاي مربع	المجموع	التشخيص				
				يوجد اضطراب	لا يوجد اضطراب			
.680	2	.770	36	12	24	العدد	نعم حالياً منذ	هل تتناولين موانع حمل فموية
			3.65%	1.22%	2.44%	النسبة المئوية	أقل من ستة أشهر	
			41	16	25	العدد	منذ أكثر من	
			4.16%	1.62%	2.54%	النسبة المئوية	سبعة أشهر	
			908	368	540	العدد	لا	المجموع
			92.18%	37.36%	54.82%	النسبة المئوية		
			985	396	589	العدد		
			100.00%	40.20%	59.80%	النسبة المئوية		

من الجدول رقم (٢٢) نجد أن قيمة المعنوية ($\text{Sig} = .680$) أكبر من مستوى الدلالة الإحصائية ($\alpha = .05$) وبالتالي نقبل الفرضية أي لا يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين وجود اضطراب تقلقل(قلق) المزاج ما قبل الدورة الطمثية وتناول الموانع الفموية، حيث بلغت نسبة اللاتي يتناولن موانع الحمل الفموية منذ أقل من ستة أشهر ويعانين من الاضطراب 1.22%، فيما بلغت نسبة اللاتي يتناولن موانع الحمل الفموية منذ أكثر من ستة أشهر 1.62%، أما نسبة اللاتي لا يتناولن موانع الحمل الفموية 37.36%، وهذا ما يبينه الشكل التالي:

الشكل رقم (١٦) يبين النسب المئوية لانتشار الاضطراب عند أفراد العينة وتناول موانع الحمل



الفرضية التاسعة:

لا يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين وجود اضطراب تقلقل (قلق) المزاج ما قبل

الدورة الطمثية ووجود اضطراب نفسي حاليا أو سابقا.

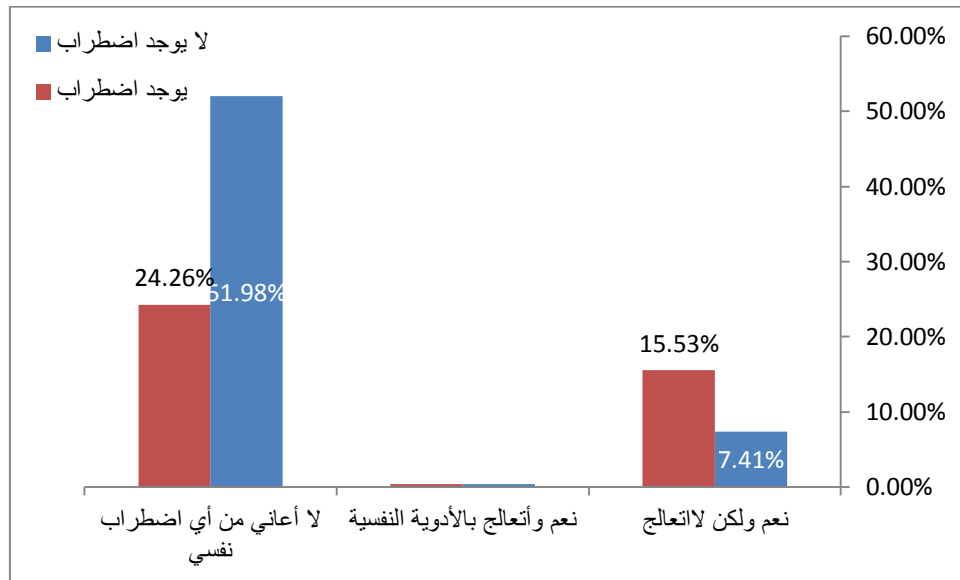
من أجل دراسة الفرضية السابقة قامت الباحثة بإيجاد جدول تقاطعي لانتشار اضطراب تقلقل (قلق) المزاج ما قبل الدورة الطمثية ووجود اضطراب نفسي حاليا أو سابقا عند أفراد العينة المدروسة، ثم قامت الباحثة بدراسة العلاقة بين التشخيص ووجود اضطراب نفسي حاليا أو سابقا عند أفراد عينة الدراسة باستخدام اختبار كاي مربع، وهذا ما يبينه الجدول التالي (٢٣):

لجدول رقم (٢٣) يبين نتائج اختبار كاي تربيع لدراسة العلاقة بين التشخيص ووجود اضطراب نفسي حالياً أو سابقاً

قيمة المعنوية	درجات الحرية	كاي مربع	المجموع	التشخيص				
				يوجد اضطراب	لا يوجد اضطراب			
.000	2	93.325	226	153	73	العدد	نعم ولكن لا أُعالج	هل تعاين من أي اضطراب نفسي
			22.94%	15.53%	7.41%	النسبة المئوية		
			8	4	4	العدد	نعم وأُعالج بالأدوية النفسية	
			0.82%	0.41%	0.41%	النسبة المئوية		
			751	239	512	العدد	لا أعاني من أي اضطراب نفسي	
			76.24%	24.26%	51.98%	النسبة المئوية		
			985	396	589	العدد	المجموع	
			100.00%	40.20%	59.80%	النسبة المئوية		

من الجدول رقم (٢٣) نجد أن قيمة المعنوية ($\text{Sig} = .000$) أصغر من مستوى الدلالة الإحصائية ($\alpha = .05$) وبالتالي نرفض الفرضية أي يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين وجود اضطراب تقلقل (قلق) المزاج ما قبل الدورة الطمثية والاضطراب النفسي، حيث بلغت نسبة اللاتي يعانين من اضطراب نفسي ولا يتعالجن ويعانين من الاضطراب 15.53%، فيما بلغت نسبة اللاتي يعانين من اضطراب نفسي ويتعالجن بالأدوية النفسية 0.41%، أما نسبة اللاتي لا يعانين من اضطراب نفسي 24.26%، وهذا ما يبينه الشكل التالي:

الشكل رقم (١٧) يبين النسب المئوية لانتشار الاضطراب عند أفراد العينة والاضطراب النفسي



الفرضية العاشرة:

لا يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين وجود اضطراب تقلقل (قلق) المزاج ما قبل الدورة الطمثية وضغوط وشدة الحياة المتكررة.

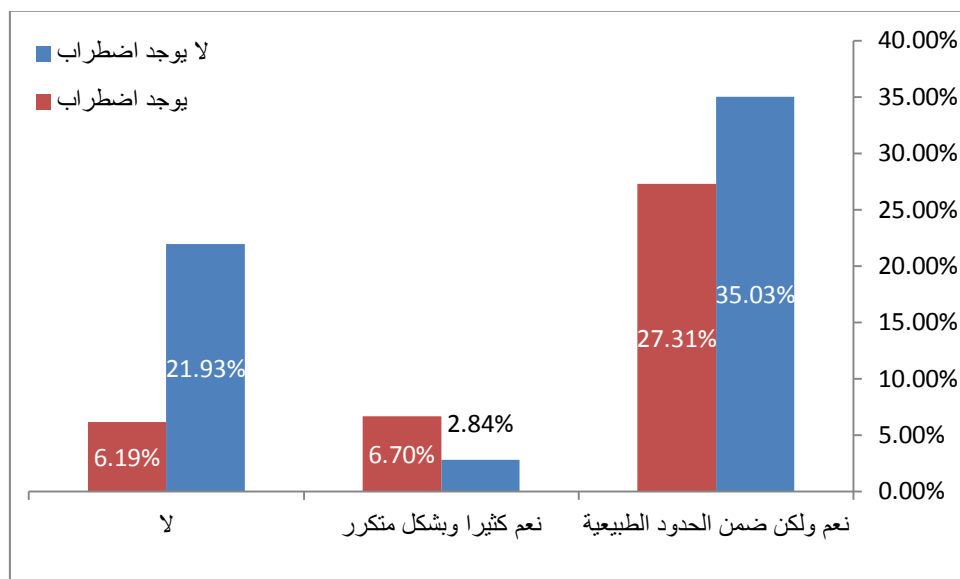
من أجل دراسة الفرضية السابقة قامت الباحثة بإيجاد جدول تقاطعي لانتشار اضطراب تقلقل (قلق) المزاج ما قبل الدورة الطمثية وضغوط وشدة الحياة المتكررة عند أفراد العينة المدروسة، ثم قامت الباحثة بدراسة العلاقة بين التشخيص وضغوط وشدة الحياة المتكررة عند أفراد عينة الدراسة باستخدام اختبار كاي مربع، وهذا ما يبينه الجدول التالي (٢٤):

الجدول رقم (٢٤) يبين نتائج اختبار كاي تربيع لدراسة العلاقة بين التشخيص و ضغوط وشدات الحياة

قيمة المعنوية	درجات الحرية	كاي تربيع	المجموع	التشخيص				
				يوجد اضطراب	لا يوجد اضطراب			
.000	2	76.627	614	269	345	العدد	نعم ولكن ضمن الحدود الطبيعية	ضغوط وشدات الحياة المتكررة
			62.34%	27.31%	35.03%	النسبة المئوية		
			94	66	28	العدد	نعم كثيرا وبشكل متكرر	
			9.54%	6.70%	2.84%	النسبة المئوية		
			277	61	216	العدد	لا	
			28.12%	6.19%	21.93%	النسبة المئوية		
			985	396	589	العدد	المجموع	
			100.00%	40.20%	59.80%	النسبة المئوية		

من الجدول رقم (٢٤) نجد أن قيمة المعنوية ($\text{Sig} = .000$) أصغر من مستوى الدلالة الإحصائية ($\alpha = .05$) وبالتالي نرفض الفرضية أي يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين وجود اضطراب تقلقل (قلق) المزاج ما قبل الدورة الطمثية وضغوط وشدات الحياة المتكررة، حيث بلغت نسبة اللاتي يعانين من ضغوط وشدات الحياة ضمن الحدود الطبيعية ويعانين من الاضطراب 27.31%، فيما بلغت نسبة اللاتي يعانين من ضغوط وشدات الحياة المتكررة 6.70%، أما نسبة اللاتي لا يعانين من ضغوط وشدات الحياة 6.19%، وهذا ما يبينه الشكل التالي:

الشكل رقم (١٨) يبين النسب المئوية لانتشار الاضطراب عند أفراد العينة وضغوط وشدات الحياة



الفرضية الحادية عشرة:

لا يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين وجود اضطراب تقلقل (قلق) المزاج ما قبل

الدورة الطمثية وقصة اضطهاد سابقة.

من أجل دراسة الفرضية السابقة قامت الباحثة بإيجاد جدول تقاطعي لانتشار اضطراب تقلقل (قلق) المزاج ما قبل الدورة الطمثية وقصة اضطهاد سابقة عند أفراد العينة المدروسة، ثم قامت الباحثة بدراسة العلاقة بين التشخيص و قصة اضطهاد سابقة عند أفراد عينة الدراسة باستخدام اختبار كاي مربع، وهذا ما يبينه الجدول التالي (٢٥):

الجدول رقم (٢٥) يبين نتائج اختبار كاي تربيع لدراسة العلاقة بين التشخيص وقصة اضطهاد سابقة

قيمة المعنوية	درجات الحرية	كاي مربع	المجموع	التشخيص					
				يوجد اضطراب	لا يوجد اضطراب				
.008	6.000	17.228	47	29	18	العدد	نادراً	الأهل	هل تعرضتي سابقاً لاضطهاد أو أذى جسدي أو جنسي من قبل الأهل أو الزوج أو أي شخص آخر
			4.77%	2.94%	1.83%	النسبة المئوية			
			2	2	0	العدد	دائماً		
			0.20%	0.20%	0.00%	النسبة المئوية			
			15	4	11	العدد	نادراً	الزوج	
			1.52%	0.41%	1.12%	النسبة المئوية			
			6	4	2	العدد	دائماً		
			0.61%	0.41%	0.20%	النسبة المئوية			
			18	6	12	العدد	نادراً	شخص آخر	
			1.83%	0.61%	1.22%	النسبة المئوية			
			1	1	0	العدد	دائماً		
			0.10%	0.10%	0.00%	النسبة المئوية			
			896	350	546	العدد	لا		
			90.96%	35.53%	55.43%	النسبة المئوية			
			985	396	589	العدد	المجموع		
			100.00%	40.20%	59.80%	النسبة المئوية			

من الجدول رقم (٢٥) نجد أن قيمة المعنوية ($Sig = .008$) أصغر من مستوى الدلالة الإحصائية ($\alpha = .05$) وبالتالي نرفض الفرضية أي يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين وجود اضطراب تقلقل(قلق) المزاج ما قبل الدورة الطمثية والتعرض لاضطهاد سابق.

المناقشة:

أولاً: دراسة نسبة انتشار اضطراب تقلقل المزاج في العينة المدروسة:

-كانت نسبة انتشار اضطراب تقلقل المزاج ما قبل الطمث (٤٠،٢٠%)

-إنّ هذه النسبة أعلى بشكل واضح وذي دلالة إحصائية من النسبة في الجماهرة العامة التي كانت (٢-٥%).

-إنّ هذه النسبة أعلى من النسبة في دراسة **Bakhshan** وزملائه التي أجريت في إيران عام ٢٠٠٩ وكانت حوالي ١٦% (٤)

وأقل من النسبة في دراسة **Takeda T** وزملائه التي أجريت عام ٢٠١٠ في اليابان وكانت حوالي ٦٤،٦%، والنسبة أقل عند النساء الأكبر سناً. (٥)

والنسبة قريبة من دراسة **Mostafa Abd El Monem Amr** ورفاقه التي أجريت في السعودية عام ٢٠٠٩ في جامعة الملك فيصل عند طالبات الجامعة وكانت ٣٥،٦% (٦)

وقريبة من دراسة **Issa BA** وزملائه التي أجريت في نيجيريا عند طالبات كلية الطب والتي كانت ٣٦،١% (٧)

ثانياً: دراسة العلاقة بين وجود اضطراب تقلقل(قلق) المزاج ما قبل الدورة الطمثية

والحالة الاجتماعية:

حيث بلغت نسبة العازبات اللاتي يعانين من الاضطراب 23.45%، فيما بلغت نسبة المتزوجات 12.89%، ونسبة الأراامل 2.64%، ونسبة المطلقات ١،٢٢%

وهذا يتوافق مع دراسة **Sibil Tschudin** وزملائه الألمانية عام ٢٠١٠ حيث كانت نسبة انتشار ال PMDD أعلى عند النساء غير المتزوجات (١٣)

ثالثاً: دراسة العلاقة بين وجود اضطراب تقلقل(قلق) المزاج ما قبل الدورة الطمثية

ووجود اضطراب نفسي حالياً أو سابقاً.

يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين وجود اضطراب تقلقل(قلق) المزاج ما قبل الدورة الطمثية والاضطراب النفسي في دراستنا حيث بلغت نسبة اللاتي يعانين من اضطراب نفسي ولا يتعالجن ويعانين من الاضطراب 15.53%، فيما بلغت نسبة اللاتي يعانين من اضطراب نفسي ويتعالجن بالأدوية النفسية 0.41%، أما نسبة اللاتي لا يعانين من اضطراب نفسي 24.26%

وهذه النسبة قريبة من دراسة Issa BA النيجيرية حيث بلغت نسبة اللواتي عبرن عن وجود اضطراب نفسي محتمل ٢٠،٢% ولكن لم يكن هناك علاقة سببية بين المرض النفسي وال PMDD(٧)

المقترحات والتوصيات

- توعية المجتمع بمختلف شرائحه وسوياته العلمية حول اضطراب تقلقل المزاج ما قبل الطمث ونبذ الأفكار الخاطئة حول هذه الاضطرابات وحول الطب النفسي بصفة عامة.
- نشر ثقافة مجتمعية عن الاضطرابات التي تحدث عند النساء وعن الاضطرابات المزاجية والاضطرابات النفسية بشكل عام سواء من خلال وسائل الإعلام أو المدارس وأماكن العمل، وتنقيف المجتمع عن تأثيره على نوعية حياتهم.
- إجراء ندوات ثقافية في المراكز الثقافية لتنقيف المجتمع عن اضطراب المزاج ما قبل الطمث، وتوعيتهم بأن الاضطرابات النفسية قابلة للعلاج.
- نشر ثقافة تأثير اضطراب المزاج ما قبل الطمث على الأداء المهني والاقتصادي والاجتماعي عند النساء، وتوجيههن لإجراء استشارات نفسية دورية .
- شرح أهمية علاج اضطراب المزاج ما قبل الطمث وذلك لتحسين الأعراض الشهرية الكثيرة لهذا الاضطراب وتحسين الانذار.

الملاحق

استمارة الموافقة المستنيرة للمشاركين في البحث

الموافقة المستنيرة للموافقة على المشاركة ببحث لنيل درجة الماجستير

سيداتي المحترمات:

أهدف من خلال هذه الاستمارة إلى جمع معلومات وبيانات دقيقة عن اضطراب تقلقل المزاج
مقابل الدورة الشهرية والعوامل المؤثرة عليه.

إن موافقتك على الاشتراك في البحث تعني تزويدي بالمعلومات من خلال الاستمارة علماً أن
هذه الاستمارة تحوي معلومات شخصية عنك وعن السوابق المرضية والدوائية كما أن
المعلومات الواردة في الاستمارة لن تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي، وإن كل ما يرد في
هذه الاستمارة من معلومات ستبقى سرية ولن يسمح لأحد بالإطلاع عليها سوى المهتمين
بالبحث الحالي.

لن تحصل المشاركة في هذا البحث على أية تعويضات أو أي مقابل مادي كما لن تتعرض
المرأة التي ترفض لأي إجراء، وبالتالي فالمشاركة ليست إلزامية ولكن حرية الاختيار
بالمشاركة من عدمها ولكن الحق في الرفض أو الانسحاب متى شئت فمن ترغب بالمشاركة
تقرأ الاستمارة بتمعن، وتجيب على الأسئلة.

مع خالص شكري لتعاونكن د.لانا سعيد

الاستبيان

الاستبيان المطبق على العينة المدروسة

نأمل من حضرتك الاجابة على الاسئلة التالية حول الدورة الشهرية خلال السنة الماضية و معلومات متعلقة ببحث علمي مع التأكيد و الحرص على سرية المعلومات و عدم الاطلاع عليها إلا من قبل الباحثة.

القسم الأول: معلومات ديموغرافية

١. العمر:			
٢. الحالة الاجتماعية			
☐ عازبة	☐ متزوجة		
☐ أرملة	☐ مطلقة		
٣. عدد الأولاد:			
٤. العمل:			
☐ طالبة	☐ موظفة	☐ ربة منزل	
٥. السكن			
☐ دمشق	☐ ريف دمشق	☐ حمص	
☐ السويداء	☐ درعا	☐ طرطوس	
☐ اللاذقية	☐ القامشلي	☐ دير الزور	
٦. المستوى الاقتصادي:			
☐ جيد	☐ متوسط	☐ ضعيف	
٧. المستوى التعليمي:			
☐ ابتدائي	☐ اعدادية	☐ ثانوية	
☐ معهد متوسط		☐ جامعة	
٨. التدخين:			
☐ مدخنة	☐ غير مدخنة		

القسم الثاني: معلومات حول الدورة الشهرية خلال

☐ نعم حاليا (منذ أقل من ستة أشهر)	٩. هل تتناولين موانع حمل فموية؟
☐ نعم حاليا (منذ أكثر من ستة أشهر)	
☐ لا	

☐ نعم ولكن لا أتعالج	١٠. هل تعانيين من أي اضطراب نفسي محتمل؟
☐ نعم وأتعالج بالأدوية النفسية	
☐ لا أعاني من أي اضطراب نفسي	

☐ نعم ولكن ضمن الحدود الطبيعية	١١. هل تتعرضين لمشاكل حياتية ورضوض نفسية؟
☐ نعم كثيرا وبشكل متكرر	
☐ لا	

☐ نعم ولكن نادرا (الأهل).	١٢. هل تعرضتي سابقا لاضطهاد أو أذى جسدي أو جنسي من قبل الأهل أو الزوج أو أي شخص آخر؟
☐ نعم ولكن نادرا (الزوج).	
☐ نعم ولكن نادرا (شخص آخر).	
☐ نعم وبشكل متكرر (الأهل).	
☐ نعم وبشكل متكرر (الزوج).	
☐ نعم وبشكل متكرر (شخص آخر).	
☐ لا	

القسم الثالث: الأعراض النفسية لاضطراب قلق ما قبل الطمث

3 وجود أعراض تعيق حياتك كاملة(اهمال)	2 أعراض تعيق نشاطاتك اليومية	1 وجود أعراض طفيفة	0 عدم وجود أعراض	
				حالة حزن فجائية أو حالة توتر و غضب.
				توتر شديد أو قلق
				تدني مستوى الاهتمام بالمشاغل الاعتيادية
				تدني الثقة بالنفس مع اضطراب التركيز الذهني
				مزاج اكتئابي شديد
				اضطراب العلاقة بالجسد مع إحساس جسدي غير اعتيادي
				الشعور بتأنيب الضمير
				إحساس بخيبة الأمل مصحوبة بنوبات من البكاء
				فرط الحساسية وشدة الانفعالات
				ميل للعزلة و الوحدة
				تبخيس قيمة الذات و تحقير النفس
				عطوبية المزاج (تقلبات المزاج و الانفعال).
				إحساس بتغير (تبدل) الشخصية
				حالات من الانفجار العنيف

				حالات من الغضب و التوتر الشديد المتواصلة
				إحساس بالانعصاب (الشدة و الضغط النفسي) خارج المنزل
				توخي الحيلة و الحذر مع إحساس بفقد الأمان.

القسم الرابع: الأعراض الجسدية لاضطراب قلق ما قبل الطمث

3	2	1	0	الأعراض الجسدية
وجود أعراض تعيق حياتك كاملة (اهمال)	أعراض تعيق نشاطاتك اليومية	وجود أعراض طفيفة	عدم وجود أعراض	
				انتفاخ البطن.
				صعوبة التركيز الذهني بدون أن تكون مصاحبة لاضطرابات ذهنية.
				ألم ظهري، آلام عضلية، آلام مفصليّة.
				تغير شهية الأكل.
				انتفاخ مع حساسية مفرطة على مستوى الثديين.
				إمساك، انتفاخ الأطراف (اليدين، الرجلين).
				إحساس بالدوخة و الدوار.
				إحساس مفرط بالتعب مع فقد قدر كبير من الطاقة.
				عدم راحة جسدية عامة.
				صداع بالرأس، كثرة النوم أو أرق، تقيؤ.
				ارتفاع الوزن.

المراجع

REFERENCES:

- 1-C. Neill Epperson, M.D.; Meir Steiner, M.D., Ph.D.; et al .Premenstrual Dysphoric Disorder: Evidence for a New Category for DSM-5 .
 - 2-Saddock Bj,Saddock,psychiatry and Reproductive Medicine,Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry, 10th Edition 2007 .Lippincott Williams & Wilkins
 - 3-Tana A. Grady-Weliky, M.D. Premenstrual Dysphoric Disorder.Clinical practice,January 30,2003.
 - 4-Nour Mohammad Bakhshani,, Mahnaz Nowroozi Mousavi,, Golbahar ٢٩ Khodabandeh. Prevalence and severity of premenstrual symptoms among Iranian female university students.journal of Pakistan medical association April,2009
 - 5-Takeda T, Koga S, Yaegashi N. Prevalence of Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder in Japanese High School Students. February 6th, 2012 by admin
 - 6-Mostafa Abd El Monem Amr,² Mohammed Saleh Al Moghannum,et al,The phenomenology of premenstrual syndrome in female medical students: a cross sectional study, , Pan Afr Med J. 2010April; 5: 4.
 - 7-Issa BA, Yussuf AD, Olatinwo AW, et al. Premenstrual dysphoric disorder among medical students of a Nigerian university. Ann Afr Med. 2010 Jul-Sep;9(3):118-22.
-
- 8-Gehlert S, Song IH, Chang CH,et al. The prevalence of premenstrual dysphoric disorder in a randomly selected group of urban and rural women. Psychol Med. 2009 Jan;39(1):129-36. Epub 2008 Mar 26

9-Adigüzel H, Taşkin EO, Danaci AE. The symptomatology and prevalence of symptoms of premenstrual syndrome in Manis.,Turkey. Turk Psikiyatri Derg. 2007 Fall;18(3):215-22.

10-Halbreich U, Borenstein J, Pearlstein T,et al. The prevalence, impairment, impact, and burden of premenstrual dysphoric disorder (PMS/PMDD). Psychoneuroendocrinology. 2003 Aug;28 Suppl 3:1-23.

11- Saddock Bj , Saddock VA : Comprehensive textbook of psychiatry 8th edition 2005.

12-Wittchen HU, Becker E, Lieb R, Krause P. Prevalence, incidence and stability of premenstrual dysphoric disorder in the community. Psychol Med. 2002 Jan;32(1):119-

13-Sibil Tschudin, Paola Coda Bertea and Elisabeth Zemp. Prevalence and predictors of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in a population-based sample. Archives of Women's Mental Health, Volume 13, Number 6 (2010), 485-494

14-Hay AG, Bancroft J, Johnstone EC. Affective symptoms in women attending a menopause clinic. Br J Psychiatry 1994; 164:513.

15-Gallant SJ, Popiel DA, Hoffman DM, et al. Using daily ratings to confirm premenstrual syndrome/late luteal phase dysphoric disorder. Part I. Effects of demand characteristics and expectations. Psychosom Med 1992; 54:149.

16-T obin MB, Schmidt PJ, Rubinow DR. Reported alcohol use in women with premenstrual syndrome. Am J Psychiatry 1994; 151:1503

17-McLeod DR, Foster GV, Hoehn-Saric R, et al. Family history of alcoholism in women with generalized anxiety disorder who have premenstrual syndrome: patient reports of premenstrual alcohol consumption and symptoms of anxiety. Alcohol Clin Exp Res 1994; 18:664.

- 18- American College of Obstetricians and Gynecologists. Premenstrual syndrome. ACOG Practice Bulletin 15. ACOG 2000; Washington, DC.
- 19-Brown J, O' Brien PM, Marjoribanks J, Wyatt K. Selective serotonin reuptake inhibitors for premenstrual syndrome. Cochrane Database Syst Rev 2009; :CD001396.
- 20-Stone, AB, Pearlstein, TB, Brown, WA. Fluoxetine in the treatment of premenstrual syndrome. Psychopharm Bull 1991; 26:331.
- 21-Steiner M, Steinberg S, Stewart D, et al. Fluoxetine in the treatment of premenstrual dysphoria. Canadian Fluoxetine/Premenstrual Dysphoria Collaborative Study Group. N Engl J Med 1995; 332:1529.
- 22-Shader RI, Greenblatt DJ. Use of benzodiazepines in anxiety disorders. N Engl J Med 1993; 328:1398.
- 23-Steiner M, Romano SJ, Babcock S, et al. The efficacy of fluoxetine in improving physical symptoms associated with premenstrual dysphoric disorder. BJOG 2001; 108:462.
- 24-Cunningham LA. Once-daily venlafaxine extended release (XR) and venlafaxine immediate release (IR) in outpatients with major depression. Venlafaxine XR 208 Study Group. Ann Clin Psychiatry 1997; 9:157.
- 25-Yonkers KA, Halbreich U, Freeman E, et al. Symptomatic improvement of premenstrual dysphoric disorder with sertraline treatment. A randomized controlled trial. Sertraline Premenstrual Dysphoric Collaborative Study Group. JAMA 1997; 278:983.
- 26-Freeman EW, Rickels K, Sondheimer SJ, Polansky M. Differential response to antidepressants in women with premenstrual syndrome/premenstrual dysphoric disorder: a randomized controlled trial. Arch Gen Psychiatry 1999; 56:932.

- 27-Eriksson E, Hedberg MA, Andersch B, Sundblad C. The serotonin reuptake inhibitor paroxetine is superior to the noradrenaline reuptake inhibitor maprotiline in the treatment of premenstrual syndrome. *Neuropsychopharmacology* 1995; 12:167.
- 28-Wikander I, Sundblad C, Andersch B, et al. Citalopram in premenstrual dysphoria: is intermittent treatment during luteal phases more effective than continuous medication throughout the menstrual cycle? *J Clin Psychopharmacol* 1998; 18:390.
- 29-Thase ME. Efficacy and tolerability of once-daily venlafaxine extended release (XR) in outpatients with major depression. The Venlafaxine XR 209 Study Group. *J Clin Psychiatry* 1997; 58:393.
- 30- Congress. Women's Health Equity Act: House of Representatives. February 27, 1991.
- 31-Sundblad C, Hedberg MA, Eriksson E. Clomipramine administered during the luteal phase reduces the symptoms of premenstrual syndrome: a placebo-controlled trial. *Neuropsychopharmacology* 1993; 9:133.
- 32-Freeman EW, Rickels K, Sondheim SJ, et al. Nefazodone in the treatment of premenstrual syndrome: a preliminary study. *J Clin Psychopharmacol* 1994; 14:180.
- 33-Freeman EW, Rickels K, Yonkers KA, et al. Venlafaxine in the treatment of premenstrual dysphoric disorder. *Obstet Gynecol* 2001; 98:737.
- 34-Steiner M, Korzekwa M, Lamont J, Wilkins A. Intermittent fluoxetine dosing in the treatment of women with premenstrual dysphoria. *Psychopharmacol Bull* 1997; 33:771.
- 35-Halbreich U, Bergeron R, Yonkers KA, et al. Efficacy of intermittent, luteal phase sertraline treatment of premenstrual dysphoric disorder. *Obstet Gynecol* 2002; 100:1219.

- 36-Yonkers KA, Holthausen GA, Poschman K, Howell HB. Symptom-onset treatment for women with premenstrual dysphoric disorder. *J Clin Psychopharmacol* 2006; 26:198.
- 37-Landén M, Erlandsson H, Bengtsson F, et al. Short onset of action of a serotonin reuptake inhibitor when used to reduce premenstrual irritability. *Neuropsychopharmacology* 2009; 34:585.
- 38-Cohen LS, Miner C, Brown EW, et al. Premenstrual daily fluoxetine for premenstrual dysphoric disorder: a placebo-controlled, clinical trial using computerized diaries. *Obstet Gynecol* 2002; 100:435.
- 39-Miner C, Brown E, McCray S, et al. Weekly luteal-phase dosing with enteric-coated fluoxetine 90 mg in premenstrual dysphoric disorder: a randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial. *Clin Ther* 2002; 24:417.
- 40-Shah NR, Jones JB, Aperi J, et al. Selective serotonin reuptake inhibitors for premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: a meta-analysis. *Obstet Gynecol* 2008; 111:1175.
- 41-Wood SH, Mortola JF, Chan YF, et al. Treatment of premenstrual syndrome with fluoxetine: a double-blind, placebo-controlled, crossover study. *Obstet Gynecol* 1992; 80:339.
- 42-Smith S, Rinehart JS, Ruddock VE, Schiff I. Treatment of premenstrual syndrome with alprazolam: results of a double-blind, placebo-controlled, randomized crossover clinical trial. *Obstet Gynecol* 1987; 70:37.
- 43-Berger CP, Presser B. Alprazolam in the treatment of two subsamples of patients with late luteal phase dysphoric disorder: a double-blind, placebo-controlled crossover study. *Obstet Gynecol* 1994; 84:379.

44-Muse KN, Cetel NS, Futterman LA, Yen SC. The premenstrual syndrome. Effects of "medical ovariectomy". N Engl J Med 1984; 311:1345.

45-Freeman EW, Sondheimer SJ, Rickels K. Gonadotropin-releasing hormone agonist in the treatment of premenstrual symptoms with and without ongoing dysphoria: a controlled study. Psychopharmacol Bull 1997; 33:303.

46- Brown CS, Ling FW, Andersen RN, et al. Efficacy of depot leuprolide in premenstrual syndrome: effect of symptom severity and type in a controlled trial. Obstet Gynecol 1994; 84:779

47-West CP, Hillier H. Ovarian suppression with the gonadotrophin-releasing hormone agonist goserelin (Zoladex) in management of the premenstrual tension syndrome. Hum Reprod 1994; 9:1058.

48-Hussain SY, Massil JH, Matta WH, et al. Buserelin in premenstrual syndrome. Gynecol Endocrinol 1992; 6:57.

49-Mortola JF, Girton L, Fischer U. Successful treatment of severe premenstrual syndrome by combined use of gonadotropin-releasing hormone agonist and estrogen/progestin. J Clin Endocrinol Metab 1991; 72:252A.

50-Wyatt KM, Dimmock PW, Ismail KM, et al. The effectiveness of GnRHa with and without 'add-back' therapy in treating premenstrual syndrome: a meta analysis. BJOG 2004; 111:585.

51-Mitwally MF, Gotlieb L, Casper RF. Prevention of bone loss and hypoestrogenic symptoms by estrogen and interrupted progestogen add-back in long-term GnRH-agonist down-regulated patients with endometriosis and premenstrual syndrome. Menopause 2002; 9:236.

52-Bedaiwy MA, Casper RF. Treatment with leuprolide acetate and hormonal add-back for up to 10 years in stage IV endometriosis patients with chronic pelvic pain. *Fertil Steril* 2006; 86:220.

53-Halbreich U, Rojansky N, Palter S. Elimination of ovulation and menstrual cyclicity (with danazol) improves dysphoric premenstrual syndromes. *Fertil Steril* 1991; 56:1066.

54-Hahn PM, Van Vugt DA, Reid RL. A randomized, placebo-controlled, crossover trial of danazol for the treatment of premenstrual syndrome. *Psychoneuroendocrinology* 1995; 20:193.

55-Graham CA, Sherwin BB. A prospective treatment study of premenstrual symptoms using a triphasic oral contraceptive. *J Psychosom Res* 1992; 36:257.

56-Freeman EW, Kroll R, Rapkin A, et al. Evaluation of a unique oral contraceptive in the treatment of premenstrual dysphoric disorder. *J Womens Health Gend Based Med* 2001; 10:561.

57-Yonkers KA, Brown C, Pearlstein TB, et al. Efficacy of a new low-dose oral contraceptive with drospirenone in premenstrual dysphoric disorder. *Obstet Gynecol* 2005; 106:492.

58-Pearlstein TB, Bachmann GA, Zacur HA, Yonkers KA. Treatment of premenstrual dysphoric disorder with a new drospirenone-containing oral contraceptive formulation. *Contraception* 2005; 72:414.

59-Lopez LM, Kaptein AA, Helmerhorst FM. Oral contraceptives containing drospirenone for premenstrual syndrome. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; :CD006586.

- 60-Khajehei M, Abdali K, Parsanezhad ME, Tabatabaee HR. Effect of treatment with dydrogesterone or calcium plus vitamin D on the severity of premenstrual syndrome. *Int J Gynaecol Obstet* 2009; 105:158.
- 61-Steege JF, Blumenthal JA. The effects of aerobic exercise on premenstrual symptoms in middle-aged women: a preliminary study. *J Psychosom Res* 1993; 37:127.
- 62-Aganoff JA, Boyle GJ. Aerobic exercise, mood states and menstrual cycle symptoms. *J Psychosom Res* 1994; 38:183.
- 63-Goodale IL, Domar AD, Benson H. Alleviation of premenstrual syndrome symptoms with the relaxation response. *Obstet Gynecol* 1990; 75:649.
- 64-Burnet RB, Radden HS, Easterbrook EG, McKinnon RA. Premenstrual syndrome and spironolactone. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 1991; 31:366.
- 65-O'Brien PM, Craven D, Selby C, Symonds EM. Treatment of premenstrual syndrome by spironolactone. *Br J Obstet Gynaecol* 1979; 86:142.
- 66-Schellenberg R. Treatment for the premenstrual syndrome with agnus castus fruit extract: prospective, randomised, placebo controlled study. *BMJ* 2001; 322:134.
- 67-Stewart A. Vitamin B6 in the treatment of the premenstrual syndrome--review. *Br J Obstet Gynaecol* 1991; 98:329.
- 68-London RS, Murphy L, Kitlowski KE, Reynolds MA. Efficacy of alpha-tocopherol in the treatment of the premenstrual syndrome. *J Reprod Med* 1987; 32:400.
- 69-Thys-Jacobs S, Starkey P, Bernstein D, Tian J. Calcium carbonate and the premenstrual syndrome: effects on premenstrual and menstrual symptoms. Premenstrual Syndrome Study Group. *Am J Obstet Gynecol* 1998; 179:444.
- 70-Bertone-Johnson ER, Hankinson SE, Bendich A, et al. Calcium and vitamin D intake and risk of incident premenstrual syndrome. *Arch Intern Med* 2005; 165:1246.

71-Wyatt KM, Dimmock PW, Jones PW, Shaughn O'Brien PM. Efficacy of vitamin B-6 in the treatment of premenstrual syndrome: systematic review. *BMJ* 1999; 318:1375.

72-Facchinetti F, Borella P, Sances G, et al. Oral magnesium successfully relieves premenstrual mood changes. *Obstet Gynecol* 1991; 78:177.

73-Walker AF, De Souza MC, Vickers MF, et al. Magnesium supplementation alleviates premenstrual symptoms of fluid retention. *J Womens Health* 1998; 7:1157.

74-Sayegh R, Schiff I, Wurtman J, et al. The effect of a carbohydrate-rich beverage on mood, appetite, and cognitive function in women with premenstrual syndrome. *Obstet Gynecol* 1995; 86:520.

75-Krasnik C, Montori VM, Guyatt GH, et al. The effect of bright light therapy on depression associated with premenstrual dysphoric disorder. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 193:658.

76-Freeman E, Rickels K, Sondheimer SJ, Polansky M. Ineffectiveness of progesterone suppository treatment for premenstrual syndrome. *JAMA* 1990; 264:349.

77-Ford O, Lethaby A, Roberts H, Mol BW. Progesterone for premenstrual syndrome. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; :CD003415.

78-Khoo SK, Munro C, Battistutta D. Evening primrose oil and treatment of premenstrual syndrome. *Med J Aust* 1990; 153:189.

79-Collins A, Cerin A, Coleman G, Landgren BM. Essential fatty acids in the treatment of premenstrual syndrome. *Obstet Gynecol* 1993; 81:93.

80-Tamborini A, Taurelle R. [Value of standardized Ginkgo biloba extract (EGb 761) in the management of congestive symptoms of premenstrual syndrome]. *Rev Fr Gynecol Obstet* 1993; 88:447.

81-Casson P, Hahn PM, Van Vugt DA, Reid RL. Lasting response to ovariectomy in severe intractable premenstrual syndrome. Am J Obstet Gynecol 1990; 162:99.

82-Cronje WH, Vashisht A, Studd JW. Hysterectomy and bilateral oophorectomy for severe premenstrual syndrome. Hum Reprod 2004; 19:2152.

83-Johnson SR. Premenstrual syndrome, premenstrual dysphoric disorder, and beyond: a clinical primer for practitioners. Obstet Gynecol 2004; 104:845.