BIRJAND UNIVERSITY OF MEDICAL SCIENCES
Journal of Translational Medical Research
https://journal.bums.ac.ir

Original Article

Explaining the lived experiences of married women with premenstrual syndrome: A qualitative phenomenology study

Masoomeh Cheraghbirjandi[1], **Ahmad Nasiri Foorg**[2]*

[1] Department of General Phsychology, Bi.C., Islamic Azad University, Birjand, Iran
[2] Department of Medical Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran

***Corresponding author:** Ahmad Nasiri Foorg
Tel: +985632381400 E-mail: nasiri2006@bums.acir

ABSTRACT

Background and Aims: Premenstrual Syndrome (PMS) is one of the most common hormonal and psychological disorders among women that can significantly affect their quality of life. It typically occurs during the second half of the menstrual cycle and is associated with a range of physical, psychological, and behavioral symptoms, including abdominal pain, breast tenderness, fatigue, depression, anxiety, mood swings, and disturbances in sleep and appetite. Married women with PMS often face numerous challenges in their personal and social relationships. This study aimed to explore the lived experiences of married women with PMS.

Materials and Methods: This qualitative study was conducted using Van Manen's phenomenological approach. In total, 10married women diagnosed with PMS were selected through purposive sampling based on the following inclusion criteria: age between 20 and 50 years, at least two years of marital life, absence of pregnancy, breastfeeding, and menopause, confirmed diagnosis of PMS by a gynecologist, and willingness to participate in the study. Data were collected through open, unstructured interviews and analyzed using Van Manen's six-step method. The MAXQDA10 software was used for data coding and categorization.

Results: Data analysis led to the emergence of four main themes, namely "The Heavy Shadow of PMS on Daily Life," "Marriage as a Double-Edged Sword: The Dual Role of the Husband in Adaptation to the Illness," "Disruption in Marital Relationships: An Unintended Consequence of the Disorder," and "Resorting to Various Strategies to Alleviate the Burden of the Illness".

Conclusion: The findings revealed that married women with PMS experience considerable distress and challenges in their marital lives, many of which remain unexpressed. In addition to coping with the distressing symptoms of the disorder, they may also encounter neglect and lack of understanding from their spouses and others around them. Understanding the lived experiences of these women can enhance awareness among family members and healthcare providers, improve social support, and help reduce the burden associated with the disorder.

Keywords: Lived Experience; Married Women; Premenstrual Syndrome; Phenomenology

Citation: Cheraghbirjandi M, Nasiri Foorg A. [Explaining the lived experiences of married women with premenstrual syndrome: A qualitative phenomenology study]. Journal of Translational Medical Research (J Transl Med Res). 2026; 33(1): 39-51. [Persian]

DOI http://doi.org/10.66224/JBUMS.33.1.39

Received: January 03, 2026 **Revised:** April 27, 2026 **Accepted:** May 10, 2026

Copyright © 2026, Journal of Translational Medical Research. This open-access article is available under the Creative Commons Attribution-Non Commercial 4.0 (CC BY-NC 4.0) International License (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/), which allows for the copying and redistribution of the material only for noncommercial purposes, provided that the original work is properly cited.

[DOI: 10.66224/JBUMS.33.1.39]

مقاله اصیل پژوهشی

تبیین تجارب زیسته زنان متأهل مبتلا به سندرم قبل قاعدگی
یک پژوهش کیفی پدیدارشناسی

معصومه چراغ بیرجندی[1]، احمد نصیری فورگ[2]*

چکیده

زمینه و هدف: سندروم پیش از قاعدگی (PMS) یکی از شایع‌ترین اختلالات هورمونی و روان‌شناختی زنان است که کیفیت زندگی آنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. این اختلال در نیمه دوم چرخه قاعدگی بروز کرده و با علائم جسمانی، روانی و رفتاری مانند دردهای شکمی، حساسیت پستان‌ها، خستگی، افسردگی، اضطراب، نوسانات خلقی و اختلالات خواب و اشتها همراه است. زنان متأهل مبتلا به PMS در روابط فردی و اجتماعی خود با چالش‌های متعددی مواجه‌اند. این مطالعه با هدف تبیین تجربیات زنان متأهل مبتلا به سندروم پیش از قاعدگی انجام شد.

روش تحقیق: این پژوهش کیفی با رویکرد پدیدارشناسی ون مانن انجام شد. ده زن متأهل مبتلا به PMS به روش نمونه‌گیری هدفمند و بر اساس معیارهای ورود شامل سن ۲۰ تا ۵۰ سال، حداقل دو سال سابقه تأهل، عدم بارداری، شیردهی و یائسگی، تشخیص قطعی بیماری توسط متخصص زنان و تمایل به شرکت در مطالعه انتخاب شدند. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های باز و بدون ساختار گردآوری و با روش شش‌مرحله‌ای ون مانن تحلیل شدند. همچنین از نرم‌افزار MAXQDA10 برای کدگذاری و دسته‌بندی داده‌ها استفاده شد.

یافته‌ها: تحلیل داده‌ها به استخراج چهار مضمون اصلی منجر شد: «سایه سنگین سندروم پیش از قاعدگی بر زندگی روزمره»، «تأهل؛ شمشیری دولبه: نقش دوگانه همسر در تطابق با بیماری»، «اختلال در روابط زناشویی؛ پیامد ناخواسته بیماری» و «چنگ زدن به راهبردهای گوناگون برای تسکین رنج بیماری».

نتیجه‌گیری: یافته‌ها نشان داد زنان متأهل مبتلا به PMS در زندگی مشترک خود رنج‌ها و مشکلات متعددی را تجربه می‌کنند که اغلب از بیان آن خودداری می‌نمایند. این زنان علاوه بر تحمل علائم آزاردهنده بیماری، گاه با بی‌توجهی همسر و اطرافیان نیز مواجه می‌شوند. تبیین تجربیات زیسته آنان می‌تواند به افزایش آگاهی خانواده‌ها و کادر درمان، بهبود حمایت‌های اجتماعی و کاهش رنج ناشی از بیماری کمک کند.

واژه‌های کلیدی: تجربه زیسته، زنان متأهل، سندرم پیش از قاعدگی، پدیدارشناسی

مجله "تحقیقات پزشکی ترجمانی". ۱۴۰۵؛ ۳۳ (۱): ۵۱-۳۹.

دریافت: ۱۴۰۴/۱۰/۱۳ ویرایش: ۱۴۰۵/۰۲/۰۷ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۲/۲۰

[1] گروه روان‌شناسی عمومی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران

[2] گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران

***نویسنده مسئول: احمد نصیری فورگ**

آدرس: استان خراسان جنوبی- بیرجند- دانشگاه علوم پزشکی بیرجند- دانشکده پرستاری و مامایی

تلفن: ۰۵۶۳۲۳۸۱۴۰۰ پست الکترونیکی: nasiri2006@bums.acir

[DOI: 10.66224/JBUMS.33.1.39]

مقدمه

سندرم پیش از قاعدگی (PMS[1]) یک اختلال هورمونی است که در زنان در سنین باروری، معمولاً در نیمه دوم چرخه قاعدگی، بروز می‌کند و با مجموعه‌ای از علائم جسمانی، روانی و رفتاری همراه است. این اختلال در حدود ۸۰-۴۰ درصد (۱۳) زنان را تحت تأثیر قرار می دهد، اگرچه شدت و نوع علائم در هر فرد متفاوت است (۱). علائم جسمانی شامل دردهای شکمی، سردرد، حساسیت سینه‌ها، خستگی و تغییرات گوارشی هستند، درحالی‌که علائم روانی و رفتاری شامل اضطراب، افسردگی، تحریک پذیری و نوسانات خلقی می‌شود. در زنان متأهل، سندرم پیش از قاعدگی می‌تواند تأثیرات قابل توجهی بر کیفیت زندگی، روابط زناشویی و مسئولیت‌های خانوادگی بگذارد (۲).

علائم جسمی شامل دردهای شکمی، سردرد، نفخ شکم، تورم و حساسیت سینه‌ها و همچنین اختلال در الگوی خواب و اشتها می‌باشد. این علائم به‌ویژه در برخی از زنان به قدری شدید است که ممکن است فعالیت‌های روزمره را مختل کند. همچنین، علائم جسمانی مانند خستگی و احساس بی‌حالی، از جمله مشکلات شایع دراین دوران است که به‌ویژه در زنان شاغل یا زنانی که مسئولیت‌های خانوادگی دارند، می‌تواند منجر به کاهش بهره‌وری و اختلال در عملکرد اجتماعی شود (۳،۴).

از نظر روان‌شناختی، PMS می‌تواند باعث بروز اختلالات خلقی مثل اضطراب، افسردگی و تحریک‌پذیری گردد. بسیاری از زنان در این دوران ممکن است احساس غمگینی و اضطراب بی‌دلیل داشته باشند و از تغییرات خلقی غیرقابل توضیح رنج ببرند. در برخی از موارد، این تغییرات می‌توانند به قدری شدید باشند که تأثیرات منفی بر روابط فردی و خانوادگی داشته باشند. برخی از زنان در این دوران ممکن است احساس کنند که کنترل کمتری بر احساسات و رفتارهای خود دارند و حتی ممکن است ناتوانی در مدیریت استرس‌های روزمره را تجربه کنند (۵).

در میان علائم رفتاری، تغییرات در رفتارهای اجتماعی و خانوادگی شایع است. برخی از زنان ممکن است در این دوران بیشتر تمایل به انزوا داشته باشند یا از فعالیت های اجتماعی اجتناب کنند. علاوه بر این، اختلالات در الگوهای خواب مانند بی‌خوابی یا خواب زیاد و همچنین تغییرات در الگوهای تغذیه، نظیر افزایش اشتها برای خوردن مواد شیرین یا چربی‌ها، از دیگر علائم رایج هستند. این تغییرات رفتاری می‌تواند به‌ویژه در زنان متأهل که تعاملات روزمره با همسر و خانواده دارند، تأثیرات خاصی داشته باشد (۶) .

علت اصلی سندرم هنوز به‌طور کامل مشخص نشده است، امّا پژوهش‌های انجام شده نشان می‌دهند که عوامل هورمونی به‌عنوان یکی از علل اصلی در بروز این اختلال شناخته شده‌اند. تغییرات هورمونی، به‌ویژه در سطح استروژن و پروژسترون در نیمه دوم چرخه قاعدگی، می‌تواند تأثیرات قابل توجهی بر سیستم عصبی و عملکردهای روان‌شناختی زنان بگذارد (۷). تغییرات هورمونی به‌ویژه در ناحیه مغز و سطح انتقال دهنده‌های عصبی مانند سروتونین و گابا تأثیر می‌گذارند که منجر به بروز علائم روان‌شناختی مانند اضطراب و افسردگی می‌شود (۸،۹).

علاوه بر این، مطالعات اخیر نشان می‌دهند که عوامل ژنتیکی نیز در بروز PMS تأثیر دارند، به‌طوری‌که زنانی که در خانواده‌هایشان سابقه PMS وجود دارد، بیشتر در معرض ابتلا به این اختلال قرار دارند. علاوه بر عوامل بیولوژیکی و هورمونی، سبک زندگی و شرایط محیطی نیز می‌توانند در شدت علائم PMS تأثیرگذار باشند. استرس، تغذیه نامناسب و عدم فعالیت بدنی منظم از جمله عواملی هستند که ممکن است باعث تشدید علائم PMS شوند. به‌طور کلی، ارتباط پیچیده‌ای بین عوامل زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی در بروز این اختلال وجود دارد که نیازمند توجه خاص در درمان و مدیریت آن است (۱۰،۱۱).

زنان مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی تجربیات منحصر به فردی دارند که چون نمی‌توانند به راحتی با دیگران درمیان بگذارند زندگی روزمره و روابط زناشویی آنان را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد. تجارب زیسته این زنان متأهل با روش‌های تحقیق کمّی قابل تبیین نیست و برای کشف ادراکات و دستیابی عمیق به تجارب ادراک شده زیسته آن‌ها لازم است روش‌های کیفی که با هدف تبیین و کشف پدیده‌های ذهنی طراحی می شوند انجام شود.

[1] PreMenstrual Syndrome

[DOI: 10.66224/JBUMS.33.1.39]

از آنجا که بررسی‌های پژوهشگر برای یافتن مطالعه‌ای که طی آن تجارب زنان متأهل ایرانی مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی تبیین شده باشد نتیجه‌ای در برنداشت و ازسوی دیگر با توجه به ضرورت انجام پژوهشی کیفی به‌منظور درک عمیق و تبیین تجربیات منحصر به فرد زنان متأهل مبتلا به سندرم قبل قاعدگی در ایران، محقق برآن شد تا با انجام این مطالعه به روش پدیدارشناسی تجارب زیسته این زنان را تبیین نماید. با ارائه نتایج این مطالعه گامی در جهت ارتقاء سطح سلامت زنان ایران برداشته می‌شود. این تحقیق با ارائه بینشی در مورد تجربیات زنان متأهل مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی به مجموعه دانش موجود کمک خواهد کرد. این یافته‌ها به متخصصان مراقبت‌های بهداشتی، درمانگران و زوج‌ها کمک می‌کند تا تأثیر عوامل زناشویی بر علائم PMS را بهتر درک کنند و مداخلات هدفمندی را برای بهبود رفاه زنان متأهل مد نظر قرار دهند. علاوه بر این، این مطالعه اهمیت در نظر گرفتن زمینه زناشویی را هنگام پرداختن به مسائل بهداشت باروری زنان برجسته خواهد کرد. نیاز به بررسی عمیق پدیده سندرم پیش از قاعدگی از جوانب متعدد، پژوهش کیفی با هدف"تبیین تجارب زیسته زنان متأهل مبتلا به PMS"یک پژوهش کیفی پدیدارشناسی را طراحی نمود.

روش تحقیق

پژوهش حاضر یک مطالعه کیفی، با رویکرد پدیدارشناسی تفسیری است که به تبیین تجربیات زنان متأهل از چالش‌های ادراک شده ناشی از سندرم قبل قاعدگی پرداخته است. در رویکرد پدیدارشناسی، محقّق می‌تواند مفهوم پدیده‌ها را همان‌طور که فرد تجربه می‌کند درک نماید و با استفاده از این رویکرد بر درک عمیق‌تر یا معنی‌دار یک تجربه انسانی دست یابد (۱۲).

در این مطالعه، برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از روش ۶ مرحله‌ای ون مانن[1] استفاده شد (۱۲). این مراحل عبارتند از:

۱- غوطه‌وری در داده‌ها و آشنایی عمیق با تجربه‌های مشارکت‌کنندگان

۲- بازخوانی مطالب ارائه شده

۳- استخراج مضامین و زیر مضامین

۴-تفسیر تأملی و بازنویسی پدیدارشناختی مضامین

۵- یکپارچه‌سازی مضامین

۶- ارائه توصیف نهایی از تجربه زیسته

این مراحل بر توصیف معنادار تجربه‌ها، شناسایی ساختارهای زیسته و استخراج مضامین اساسی تأکید دارد. در این مطالعه از نرم‌افزار MAXQDA-10 برای کدگذاری و دسته‌بندی داده‌ها نیز استفاده گردید.

پژوهشگر تجربه‌ای از PMS نداشته است و از طرفی با توجه به اینکه رویکرد مطالعه تفسیری است و تعلیق کامل در فنومنولوژی هرمنوتیک در تفسیر داده‌ها امکان پذیر نیست؛ لذا تعلیق در این مطالعه فقط به نظرات و عقاید زنانه مشترک بین پژوهشگر و مشارکت‌کننده محدود بوده است.

تعداد شرکت‌کنندگان حاضر در این مطالعه ۱۰ نفر بودند که به‌صورت نمونه‌گیری هدفمند از زنان متأهل، مراجعه کننده به متخصص زنان و بر اساس معیارهای ورود انتخاب شدند. این معیارها شامل: سن ۲۰ تا ۵۰ سال، گذشت حداقل ۲سال از تأهل، عدم وجود شیردهی و بارداری و یائسگی، تشخیص قطعی سندرم قبل قاعدگی توسط متخصص زنان و تمایل و توان شرکت در پژوهش و بیان تجارب آنان در جلسات مصاحبه بودند. وضعیت روانی جسمی مشارکت کنندگان می‌توانست به‌عنوان محدودیت انجام مطالعه هنگام مصاحبه بر نحوه پاسخ‌دهی آن‌ها مؤثر باشد که پژوهشگر سعی می‌کرد در وقت مناسب و با هماهنگی کامل با آنان اقدام به جمع‌آوری داده‌ها نماید. نمونه‌گیری تا دستیابی به اشباع داده‌ها ادامه یافت. به‌طوری‌که پس از انجام نهمین مصاحبه با مشارکت کننده، اطلاعات جدیدی به‌دست نیامد. با این وجود جهت اطمینان از اشباع با یک نفر دیگر هم مصاحبه انجام شد و تعداد مشارکت کنندگان به ۱۰ نفر رسید.

برنامه مصاحبه از چند روز قبل، به افراد واجد شرایط اعلام شد تا آمادگی لازم برای شرکت در مصاحبه را داشته باشند. میانگین زمان هر مصاحبه ۳۰ دقیقه و مصاحبه در مکانی آرام و خلوت که

[1] Van Manen Phenomenology

[DOI: 10.66224/JBUMS.33.1.39]

بیشترین راحتی و رضایت شرکت‌کنندگان را تأمین نماید برگزار شد. با توجه به اینکه در این مطالعه از مصاحبه بدون ساختار و باز استفاده شده است؛ لذا مصاحبه با سؤال کلی "لطفا تجربیات خود را در رابطه با سندرم قبل قاعدگی بیان فرمایید"آغاز شد و با سؤالات واکاوی و پرسش‌های پیگیرانه مانند:"میشه بیشتر توضیح بدین؟"،"دقیقاً منظورتون چی بود؟"جهت تعمیق داده‌ها و روشن‌سازی اظهارات مشارکت کنندگان و دستیابی به درک غنی‌تر از تجربه زیسته آنان ادامه پیدا کرد. به‌منظور رعایت ملاحظات اخلاقی در این پژوهش، پژوهشگر مشخصات کامل خود را در اختیار شرکت کنندگان قرارداد. علاوه بر ارائه توضیحات لازم در مورد اهمیت، اهداف تحقیق و اخذ رضایت آگاهانه، به مشارکت کنندگان توضیح داده شد که در مورد انصراف از شرکت در پژوهش آزاد می‌باشند و مشخصات فردی آنان محرمانه حفظ خواهدگردید و فایل صدا نیز پس ازتکمیل یادداشت‌ها پاک خواهد شد.

به‌منظور تضمین و اعتمادپذیری یافته‌ها، معیارهای پیشنهادی Lincoln & Guba شامل باورپذیری، انتقال‌پذیری، تأییدپذیری و اعتبار در این مطالعه رعایت شد (۱۳). در راستای افزایش باورپذیری در پایان هر مصاحبه، مطالب ضبط شده به متن برگردانده شده و برای مشارکت‌کنندگان بازخوانی گردید. پس از انجام تجزیه‌وتحلیل اولیه برای اطمینان از صحّت تفسیر و برداشت از اظهارات مشارکت‌کنندگان مجدداً به دو نفر از آن‌ها ارجاع شد و کدها تأیید گردید. همچنین تحلیل داده‌ها توسط بیش از یک پژوهشگر انجام شد تا تأییدپذیری یافته‌ها تقویت گردد. برای تسهیل انتقال‌پذیری، ویژگی‌های مشارکت‌کنندگان و زمینه پژوهش به‌طور دقیق توصیف شد و به‌منظور حفظ اعتبار، مراحل جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها نظام‌مند و مستند گزارش شد.

یافته‌ها

شرکت‌کنندگان این پژوهش شامل ۱۰ نفر زن متأهل بودند که مشخصات دموگرافیک آن‌ها از نظر سن، سطح تحصیلات و مدت تأهل در جدول یک ارائه شده است. این اطلاعات به‌منظور توصیف زمینه و بافت نمونه مورد مطالعه پیش از ارائه یافته‌های تحلیلی گزارش شده‌اند.

جدول ۱- مشخصات دموگرافیک مشارکت‌کنندگان (سن، تحصیلات و مدت تأهل)

مشارکت‌کنندگان	سن (سال)	تحصیلات	مدت تأهل (سال)
P1	۳۷	لیسانس	۱۹
P2	۳۷	دکترا	۲۱
P3	۳۶	فوق لیسانس	۱۵
P4	۳۵	لیسانس	۱۲
P5	۳۷	لیسانس	۲۱
P6	۴۰	فوق لیسانس	۱۳
P7	۵۰	لیسانس	۲۶
P8	۲۷	فوق دیپلم	۷
P9	۳۶	فوق لیسانس	۸
P10	۴۲	لیسانس	۱۰

یافته‌های تحلیلی

متن مصاحبه‌ها، مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفت و کدهای مفهومی از آن استخراج گردید. سپس کدها دسته‌بندی شدند و چهار مضمون اصلی همراه زیرمضمون‌های مربوطه حاصل شد که عبارتند از:

۱- سایه سنگین سندرم پیش از قاعدگی بر زندگی روزمره

۲- تأهل، شمشیری دولبه: نقش دوگانه همسر در تطابق با بیماری

۳- اختلال در روابط زناشویی، پیامد ناخواسته بیماری

۴- چنگ زدن به راهبردهای گوناگون تسکین رنج بیماری (جدول۲).

[DOI: 10.66224/JBUMS.33.1.39]

جدول۲- مضمون‌ها و زیر مضمون‌های تجارب زنان متأهل مبتلا به سندروم قبل قاعدگی

مضمون‌ها	زیر مضمون‌ها
۱- سایه سنگین سندرم پیش از قاعدگی بر زندگی روزمره	ناتوانی آزاردهنده در انجام کارهای روزانه اختلال در ارتباط با اعضای خانواده کاهش حلاوت زندگی خانوادگی
۲- تأهل، شمشیری دولبه: نقش دوگانه همسر در تطابق با بیماری	توجه و درک همسر، پشتیبان عاطفی و روانشناختی حمایت‌طلبی از همسر در تحمل بیماری حمایت ناکافی همسر، عامل آشفتگی روانی
۳- اختلال در روابط زناشویی، پیامد ناخواسته بیماری	کاهش صمیمیت و تعامل عاطفی با همسر کاهش میل جنسی با نوسانات خلقی رابطه جنسی تحت تأثیر علایم آزاردهنده
۴-چنگ زدن به راهبردهای گوناگون تسکین رنج بیماری	استفاده از راهبردهای خودمراقبتی و سبک زندگی بهره‌گیری از درمان‌های دارویی و مکمّل اتخاذ روش‌های ترکیبی در کنترل علائم

سایه سنگین سندرم پیش از قاعدگی بر زندگی روزمره

بخش عظیمی از مشارکت‌کنندگان ابراز نارضایتی از شرایط پیش آمده ناشی از PMS داشتند و ابراز می‌کردند که بی‌علاقگی به انجام امور روزانه، چالش‌های ارتباط با دیگران و کاهش لذت زندگی مشترک باعث ایجاد اختلال در روند زندگی روزانه شده است و بیان می‌کردند که قادر به کنترل شرایط نیستند.

ناتوانی آزار دهنده در انجام کارهای روزانه

بعضی از شرکت‌کنندگان اختلال خلقی و بی‌حوصلگی و بعضی دیگر دردهای جسمانی را عامل افت انرژی و بی‌میلی برای کارهای خانه می‌دانستند. P3 در مورد این تجربه چنین می‌گوید: "کارهای خانه را دوست ندارم انجام دهم، دوست دارم اون روزا یکی بیاره من فقط بخورم ولی خب کسی نیست مجبورم خودم با غرغر و ناراحتی انجام بدم...." و P2 از نداشتن انرژی برای محیط کار می‌گفت: "حتّی مثلاً اگه ارائه داشته باشم به سمتش نمیرم، انگیزه‌ای که برم سرچ انجام بدم و آماده کنم ندارم، واقعا ندارم موتور حرکتم از کار میفته" و P10: "تو خونه هم کارام همه نیمه کاره می‌مونه دیگه، می‌خوام هی یه کاری رو شروع کنم بلند می‌شم حوصله ندارم و می‌ذارم، عملاً یه هفته زندگیت مختل میشه." این تجارب نشان دهنده اختلال در انجام امور روزمره می‌باشد.

اختلال در ارتباط با اعضای خانواده

تغییرات خلقی ناشی از PMS می‌توانند به‌طور چشمگیری بر کیفیت ارتباط با دیگران تأثیر بگذارند و باعث بروز دشواری در تعامل با سایر اعضای خانواده و حتی گفت‌وگوهای روزمره شود. P6 که یکی از مشارکت‌کنندگان بود گفت: "مثلاً برم خونه مادرم بگه اینجا بشین، اونجا باش، سریع خداحافظی می‌کنم. می‌گم پیش از اینکه چیزی بشه، خودم هم نمی‌دونم چه مرگمه" و این می‌تواند یک چالش ارتباطی با اعضای نزدیک خانواده باشد. P4 گفت: "... طور خاصیه؛ اون نرمی و لطافت که در طول ماه دارم، از بین میره. بارها شده این فیدبک رو از پسرم گرفتم که چیه مامان، چقدرعصبانی هستی؟ می‌ترسیم باهات حرف بزنیم. سریع واکنش نشون میدی، داد میزنی سرمون." این گفته‌ها نشان می‌دهد که گاه فشار روانی ناشی از علائم می‌تواند باعث کاهش کیفیت ارتباطات خانوادگی شود.

کاهش حلاوت زندگی خانوادگی

برخی از شرکت‌کنندگان در پژوهش وجود سندرم قبل قاعدگی را عامل کاهش کیفیت زندگی اظهار کردند. P6 می‌گفت: "... کلاً زندگی آدم رو این سندرم مختل می‌کنه. عجیبه! تقریباً یک سوم زندگی درگیری باهاش. خیلی تحت تأثیری .... آدم غصه می‌خوره. گاهاً میگم کاش برم (رحمم) وردارم یائسه شم دیگه پریود نشم...." P7 می‌گفت": ...خیلی احساس تنهایی می‌کنی... دوست داری هی

[DOI: 10.66224/JBUMS.33.1.39]

بزنی زیرگریه ... کاراتم انجام میدی، ولی اون شور و شوق قبلی نیست."

و P2 صرفاً کاهش رابطه جنسی را عامل کاهش لذّت و شادنبودن زندگی و همسر ذکر می‌کرد ": احساس می‌کنم به‌خاطر سردی و پایین اومدن کیفیت رابطه جنسی‌مون همسرم دیگه اون شادابی و سرزندگی و شور و شوقی که برا رابطه دارن رو نداره و افسرده‌تر شده." این گفته‌ها نشان می‌دهد که کیفیت و لذّت زندگی زنان متأهل مبتلا به PMS کاهش یافته است.

تأهل، شمشیری دولبه: نقش دوگانه همسر در تطابق با بیماری

همسر در زمان PMS به‌طور مؤثری می‌تواند بر شدت علائم تأثیر بگذارد. همه مشارکت کنندگان نیاز به درک و توجه همسر در زمان بروز علائم PMS را بیان کردند. بعضی به تلاش برای جلب حمایت همسر اشاره کردند و تعدادی انتظار همکاری همسر برای پیگیری درمان را اظهار داشتند.

توجه و درک همسر، پشتیبان عاطفی و روان‌شناختی

همسر به‌عنوان نزدیک‌ترین فرد به زن، نقش حیاتی در ارائه پشتیبانی عاطفی و روان‌شناختی دارد. P6 با ناراحتی ابراز می کرد: "اون موقع، شدیداً میل به عاطفه دارم. دوست دارم کسی به من محبت کنه. بیشتر همسر آدم خوبه محبت کنه، ولی متوجه نیست، یه موقعی عصبی می‌شم" این تجربه نشان می‌دهد که نیاز به حمایت، آگاهانه بیان می‌شود، اما عدم تحقق آن می‌تواند به احساس نادیده گرفته شدن و برانگیختگی هیجانی منجر شود.

تجربه P10 به این صورت بود: "حمایت عاطفی خیلی مهمه و حال منو بهتر می‌کنه و..." P5 رابطه معکوس بین دریافت محبت از همسر و کاهش علائم را ذکر کرد: "نزدیک پریود که میشه به‌شدت نیاز به عاطفه و محبت داری، هرچه رابطه عاطفی گرمتر باشه اون حالت دلتنگی و عصبانیت فروکش می‌کنه." که نشان می‌دهد نیاز به درک و توجه همسر به‌عنوان نزدیک‌ترین فرد زندگی بسیار مهم و آرامش‌بخش می‌باشد.

حمایت‌طلبی از همسر در تحمل بیماری

تلاش برای جلب حمایت همسر را بعضی شرکت کنندگان بیان کردند. P9 این تجربه را این‌گونه بیان کرد: "می‌خوایم اینجوری بگیم که یکی دو روز در ماه اصلاً حالم خوب نیست به من توجه کنید منو بیشتر دوست داشته باشید" و P5 بیان می کرد: "زنگ می‌زنم به شوهرم میگم کی میای؟ میشه زوتر بیای دلم برات تنگ شده؟" P8 نیاز به درک و حمایت توسط همسر را این‌گونه ابراز کرد: "... دوست دارم درکم کنه. یه وقتایی می‌گم تو این شرایط اصلاً حالم خوب نیست." این حمایت اغلب نه در قالب کلام، بلکه در شکل تماس جسمانی، نوازش و حضور عاطفی تجربه می‌شود؛ حضوری که برای زنان معنای درک شدن، دیده شدن، آرامش و امنیت هیجانی را به همراه دارد.

حمایت ناکافی همسر، عامل آشفتگی روانی

برخی از مشارکت‌کنندگان با وجود نیاز به درک و حمایت، حمایت کافی دریافت نمی‌کردند و این پیامدهایی مثل احساس تنهایی، ناامیدی، عصبانیت و تنش زناشویی را در پی داشت. P3 گفت: "وقتی اونجوری‌ام (اشاره به PMS)، انگار اون (همسرم) بیشتر ناراحته. میگم تو چرا ناراحتی؟! سکوت می‌کنه. می‌گم تو بیشتر باید از من بپرسی که چته؟ بیشتر سکوت می‌کنه و یا میره اتاقش می‌خوابه. این رفتارش منو عصبی می‌کنه" و P4 ابراز می‌کرد: "وقتی پریودم، دوست دارم به من توجه بشه و وقتی نمیشه در درون خودم می‌شکنم. همین که درد دارم و بهم توجه نمیشه میگم ولش کن." این وضعیت باعث ناامیدی و دشوارترشدن مدیریت علائم و کاهش امنیت عاطفی می‌شود.

اختلال در روابط زناشویی، پیامد ناخواسته بیماری

زنان مبتلا به سندرم قبل قاعدگی در مورد میل یا بی‌میلی جنسی در رابطه با همسر نظرات متفاوتی دارند. تجربیات شرکت‌کنندگان شامل کاهش صمیمیت و تعامل عاطفی با همسر، کاهش میل جنسی با نوسانات خلقی و رابطه جنسی تحت تأثیر علائم آزاردهنده می‌باشد.

[DOI: 10.66224/JBUMS.33.1.39]

کاهش صمیمیت و تعامل عاطفی با همسر

بعضی از مشارکت‌کنندگان بیان کردند که در دوره بروز علائم، تمایل آنان برای برقراری تعامل عاطفی و ارتباط با همسر کاهش می‌یابد. P2 ذکر می‌کرد: "... عکس‌العمل همسرم؛ اوایل مدارا می‌کرد خیلی زیاد بود و دوست داشت رابطه برقرار کنه؛ ولی کم‌کم اونم دیگه تلاشی نمی‌کنه، انگار خاموش شد، قطعا ناراحته" P4 بیان می‌کرد: "گاهاً باهم سرسنگین می‌شیم و اونم اصلاً متوجه علائم من نمی‌شه، شایدم می‌فهمه به روی خودش نمیاره و من بیشتر حساس می‌شم." این گفته‌ها نشان‌دهنده کاهش ارتباط عاطفی و صمیمت با همسر می‌باشد.

کاهش میل جنسی با نوسانات خلقی

تغییرات خلقی و کاهش سطح انرژی در بعضی از زنان مبتلا به سندرم قبل قاعدگی باعث سردی و کاهش میل جنسی می‌شود. P2 این تجربه را این‌گونه بیان می‌کرد: "کیفیت رابطه جنسی خیلی کم شده، احساس لذتم کم شده، میلم اصلاً یه جاهایی خاموش شده. حتی حس بد داشتم که من باید فقط انجام وظیفه کنم." P3 می‌گفت: "به‌خاطر دردام نبود، نه اصلاً دوست ندارم ... میلم میاد پایین، من کلاً از نظر جنسی در سطح بالایی هستم ولی اون روزای قبل پریود نه، اصلاً دوست ندارم یعنی حوصله هیچ فعالیتی رو ندارم چه برسه به این..." P9 عدم تمایل به رابطه جنسی قبل از شروع قاعدگی را این‌گونه ذکر کرد: "اون روزا اصلاً دوست ندارم رابطه جنسی داشته باشم؛ ولی ابراز محبت عاطفی رو خیلی دوست دارم."

رابطه جنسی تحت تأثیر علائم آزار دهنده

علائم جسمی قبل قاعدگی از جمله درد پاها و ناحیه لگن و پستان‌ها انجام رابطه جنسی را برای بعضی از زنان دردناک می‌کند. در این رابطه P2 ابراز کرد:"چون سینه‌هام خیلی درد دارند اصلاً نمی‌خوام تن به رابطه جنسی بدم و اگه رابطه داشته باشم، می‌بینم اذیت می‌شم." P4 درد را مانعی برای رابطه رضایت‌بخش ذکر می‌کند: "همون دردی که دارم باعث میشه از رابطه جلوگیری کنم."

چنگ زدن به راهبردهای گوناگون مدیریت علائم تسکین رنج بیماری

تجربه زنان مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی نشان می‌دهد که مداخلات درمانی و روش‌های خودمراقبتی، به عنوان راهکارهای فعال برای کاهش علائم جسمی و روانی، نقش مؤثری ایفا می‌کنند. اکثریت مشارکت‌کنندگان راهکارهای مقابله‌ای در جهت کاهش یا رفع علائم استفاده می‌کردند که شامل: استفاده از درمان های دارویی و مکمل، راهبردهای خودمراقبتی و اتخاذ رویکرد ترکیبی برای مدیریت علائم می‌باشد.

بهره‌گیری از درمان های دارویی و مکمل

بعضی از مشارکت‌کنندگان در پژوهش به استفاده از داروهای تجویزی، فرآورده‌های گیاهی و یا مکمل‌ها در جهت کاهش علایم جسمی و خلقی اشاره کردند. P3 بیان می‌کرد: "گل مغربی و امگا ۳ خیلی برای من مؤثره." P10 مصرف مسکن را این‌گونه بیان کرد: "برا دردام، کلاً تحملم به درد خیلی زیاده. خیلی بی‌طاقت بشم یه ژلوفن می‌خورم ولی دارویی که برا روحیه‌م خوب باشه چیزی تا حالا مصرف نکردم." آن‌ها این مداخلات را برای کاهش شدت علائم و مدیریت و بهبود عملکرد روزانه به‌کار می‌گرفتند.

استفاده از راهبردهای خودمراقبتی

مشارکت‌کنندگان در پژوهش ابراز کردند که برای کاهش دردهای جسمی و شدت علائم از راهبردهای خودمراقبتی متنوعی بهره می‌گرفتند. بعضی مسکن مصرف می‌کردند. همچنین برنامه‌های رفتاری مثل ورزش، رژیم غذایی، استفاده از یوگا، آرام‌سازی، استفاده از موسیقی و صوت قرآن همگی به کاهش علایم جسمانی و روانی کمک می‌کند. P7 اشاره کرد:"استفاده از موسیقی با صدای آرام، مدیتیشن، صوت قرآن و کیف آب‌گرم همه منو آروم می‌کنه." این اقدامات به‌عنوان تلاشی آگاهانه برای حفظ کنترل فردی بر وضعیت جسمی و روحی می‌باشد.

[DOI: 10.66224/JBUMS.33.1.39]

اتخاذ رویکرد ترکیبی برای کنترل علائم

بعضی از مشارکت‌کنندگان بیان کردند که برای مدیریت علائم از یک روش واحد استفاده نمی‌کردند، بلکه ترکیبی از راهبردها را به‌کار می‌گرفتند. P1 با صراحت بیان کرد: "به‌قول قدیمیا. ترشیجات و چیزهایی که نفاخه نخورم، تو حال روحیم خیلی هم تأثیر داره. از محیط‌های تشنج‌زا هم سعی می‌کنم دوری کنم. حالا جاهایی که حرفی گفته می‌شه که تو روحیه م اثر داره، نرم کنار خانوادم باشم "و در ادامه گفت: "ورزش‌های شکمی و ورزش‌های مربوط به لگن هم برا خود من چون سریع به خونریزی میفتم خیلی تأثیر داره. ورزش‌ها رو مرتب دارم که می‌بینم تو پریودم و دردهام خیلی تأثیر خوبی داره" و P7 از تغییر عادات غذایی‌اش می‌گفت: "تو اون ایام ولع خوردن دارم عجیب. از سر قابلمه در یخچالم، از در یخچال پای سفره، عجیب می‌خورم همه چی، احساس می‌کنم خوردنه دلشوره مو کم می‌کنه، حالا یا این یک حالت روانیه..." این گفته‌ها نشانگر این مفهوم است که زنان برای کاهش علائم جسمی و روانی گاهی از سبک تغذیه شخصی نیزاستفاده می‌کنند.

بحث

یافته‌های این مطالعه با تمرکز بر تفسیر تجربه زیسته مشارکت‌کنندگان نشان داد که ابعاد مختلفی از مواجهه با علائم در قالب مضامینی همچون "سایه سنگین سندرم پیش از قاعدگی بر زندگی روزمره؛ تأهل، شمشیری دولبه: نقش دوگانه همسر در تطابق با بیماری؛ اختلال در روابط زناشویی، پیامد ناخواسته بیماری؛ چنگ زدن به راهبردهای گوناگون تسکین رنج بیماری قابل درک است. این مضامین تصویر چندبُعدی از نحوه ادراک، سازگاری و تعامل مشارکت‌کنندگان با شرایط تجربه شده ارائه می‌کنند که در ادامه مورد بحث قرار می‌گیرد.

یافته‌های این پژوهش در کنار تأیید برخی ابعاد مطرح شده در مطالعات پیشین، از این نظر نوآورانه است که تجربه زیسته سندرم قبل قاعدگی را در بستر زندگی زنان متأهل ایرانی مورد واکاوی قرار داده است. تمرکز بر نقش تعاملات زناشویی، مسئولیت خانوادگی و بافت رابطه زوجین، امکان شناسایی ابعاد متفاوتی از ادراک علائم و شیوه‌های مواجهه را فراهم می‌سازد.

تجارب مشارکت‌کنندگان در این پژوهش مضمون سایه سنگین سندرم پیش از قاعدگی بر زندگی روزمره و سه زیرمضمون؛ ناتوانی آزاردهنده در انجام کارهای روزانه؛ اختلال در ارتباط با اعضای خانواده؛ کاهش حلاوت زندگی خانوادگی را نشان داد. کاهش سطح انرژی، احساس خستگی روحی روانی، بی‌حوصلگی و همچنین دردهای جسمانی باعث ناتوانی در انجام وظایف روزانه و کاهش بهره‌وری در محیط کار یا خانه می‌شود. شاهجویی و همکاران نیز بیان داشته‌اند که در زمان پریود زنان نوسانات خلقی موجب اختلال در روابط زناشویی می‌شود (۱۴). در پژوهش Liu و همکاران (۱۵) نیز مشخص شده که موارد ذکر شده می‌تواند بر آرامش زندگی زناشویی، کشمکش و اختلال در روابط عاطفی بین همسران و اعضای خانواده مؤثر باشد (۱۶). نجف‌آبادی و همکاران نیز که به بررسی مسائل روان‌شناختی زنان در دوره پریود ماهانه پرداخته‌اند بیان کرده‌اند که تغییرات خلقی به شکل تحریک‌پذیری و حساسیت زیاد می‌تواند به‌طور چشمگیری بر کیفیت روابط زناشویی تأثیر بگذارد و باعث بروز مشکلاتی در تعاملات عاطفی، جنسی و حتی گفتگوهای روزمره شود (۱۷).

تجارب مشارکت‌کنندگان در این مطالعه کیفی مضمون تأهل، شمشیری دولبه: نقش دوگانه همسر در تطابق با بیماری و سه زیرمضمون؛ توجه و درک همسر، پشتیبان عاطفی و روان‌شناختی؛ حمایت‌طلبی از همسر در تحمل بیماری و حمایت ناکافی همسر، عامل آشفتگی روانی را نشان داد. بیشتر زنان از همسر خود به‌عنوان یک منبع حمایتی یاد می‌کردند و نیاز خود را به حمایت همسر با جملات متفاوت نشان می‌دادند. ارتباط با خانواده به‌ویژه همسر را بسیار کمک‌کننده می‌دانستند. نقش همسر به‌عنوان نزدیک‌ترین فرد به زن، در ارائه کمک در کارهای خانه، حمایت عاطفی و درک و پذیرش شرایطی که ناخواسته برای زن ایجاد می‌شود بسیار مهم و حیاتی می‌باشد. این موضوع در نتایج پژوهش Baines (۱۸) و Biggs (۱۹) نیز دیده می‌شود. البته در برخی موارد این حمایت همیشگی و مداوم نبود و پیامدهای ناخواسته‌ای را به‌دنبال داشت و برخی زنان عنوان می‌کردند که عدم درک و حمایت همسر ضربه

[DOI: 10.66224/JBUMS.33.1.39]

روحی عمیقی در طول بیماری به آن‌ها وارد می‌کرده است. به نظر می‌رسد هرچند در اغلب موارد ازدواج می‌تواند عامل تسهیل‌کننده در بهبود بیماری باشد؛ امّا متاسفانه در برخی موارد عدم حمایت همسر باعث می‌شود که بیمار، ازدواج را عامل تشدید مشکلات روحی در شرایط بیماری بداند.

همچنین زنانی که از ابراز احساسات به موقع و همراهی و همدلی همسر برخوردار بودند درد جسمی کمتری را تحمل می‌کنند. پشتیبانی عاطفی و روان‌شناختی همسر به زن این احساس امنیت را می‌داد که تنها نیست و می‌تواند از این شرایط گذر کند. در تحقیق شهرکی (۲۰) و Rapkin و همکاران (۲۱) هم تأثیر مثبت حمایت همسر در احساس امنیت زن بیان شده است. در این زمینه، درمان‌های مشاوره‌ای و روان‌شناختی برای زوجین می‌تواند مفید واقع شود تا همسران مهارت‌های مورد نیاز برای حمایت از یکدیگر رایاد بگیرند.

تجارب شرکت‌کنندگان در این مطالعه کیفی مضمون اختلال در روابط زناشویی، پیامد ناخواسته بیماری و سه زیر مضمون؛ کاهش صمیمیت و روابط عاطفی با همسر، کاهش میل جنسی با نوسانات خلقی و رابطه جنسی تحت تأثیر علائم آزاردهنده را نشان داد. علائم جسمانی سندرم پیش از قاعدگی به‌خصوص درد سینه‌ها و ناحیه لگن به‌تنهایی می‌تواند عاملی برای کاهش تمایل زن به رابطه جنسی باشد. ازطرفی نوسانات خلقی و افسردگی و بی‌حوصلگی در این ایام باعث امتناع بیشتر زنان از شروع و انجام رابطه جنسی می‌شود، درحالی‌که همه مشارکت‌کنندگان نیاز به آغوش گرم همسر و حمایت فیزیکی و عاطفی و نه صرفاً رابطه جنسی را ابراز کردند. نتایج پژوهش شهرکی قدیمی و همکاران نیز نشان داد که اختلالات جسمانی و روانی مربوط به سندرم پیش از قاعدگی ممکن است منجر به کاهش تمایل به نزدیکی فیزیکی، اختلال در ارتباطات عاطفی و حتی بروز مشکلات در تعاملات جنسی شود (۲۰). از طرف دیگر، علائم جسمانی مانند دردهای شکمی، تورم و حساسیت سینه‌ها می‌تواند باعث کاهش سطح انرژی و نارضایتی فرد از زندگی جنسی و اجتماعی خود شود.

نهایتاً تجارب مشارکت‌کنندگان یافته‌های مضمون چنگ زدن به راهبردهای گوناگون مدیریت علائم تسکین رنج بیماری را نشان داد که مشارکت‌کنندگان برای مواجهه با شرایط تجربه شده و خلاصی از درد و شرایط نابسامان جسمی و روحی ناشی از سندرم پیش از قاعدگی به طیفی از راهبردهای گوناگون چنگ می‌زدند که در قالب راهبردهای خودمراقبتی و سبک زندگی، بهره‌گیری از درمان‌های دارویی و مکمل، اتخاذ روش‌های ترکیبی در کنترل قابل تبیین بود. این نتایج بیانگر نقش فعال مشارکت‌کنندگان در تنظیم و کنترل شرایط و تلاش برای یافتن شیوه‌های مؤثر از طریق تجربه شخصی است. این یافته‌ها در مقایسه با پژوهش‌های قبلی مورد بررسی قرار گرفت. غلامیان و همکاران (۲۲) نیز در نتایج مطالعه‌ای که در سال ۱۴۰۱ انجام شد نشان دادند که روش‌های ذهن‌آگاهی و مدیتیشن برای مدیریت استرس و کاهش علائم روانی PMS مؤثر هستند. این روش‌ها به فرد کمک می‌کند تا به‌طور آگاهانه به احساسات و تجربیات خود توجه کنند بدون اینکه آن‌ها را قضاوت یا سرکوب کند. همچنین مصرف داروهای گیاهی مثل چای سبز، عصاره زنجبیل، زعفران یا زیره سیاه توسط تعدادی از شرکت‌کنندگان باعث کاهش علائم جسمانی و خلقی بوده است و این با تحقیقات شاهویی (۲۳) Yonkers (۲۴) همسو می‌باشد.

هرچند در مطالعه حاضر تجارب زنان متأهل مبتلا به این سندرم در برخی موارد بیان‌کننده نوعی استیصال در کنترل بیماری بود که باعث می‌شد به هر راهبرد و درمانی که فکر می‌کردند می‌تواند باعث تسکین آن‌ها و خلاصی از این شرایط شود، روی آورند.

نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش از این نظر نوآورانه است که تجربه زیسته سندرم قبل قاعدگی را در بستر زندگی زنان متأهل ایرانی مورد واکاوی قرار داده است. بر اساس این مطالعه، زنان متأهل مبتلا به سندرم قبل قاعدگی تجارب متفاوتی در خانواده دارند و با واکنش‌های متفاوتی از طرف دیگران به‌ویژه همسر مواجه می‌شوند که می‌تواند ناشی از درک نادرست از این وضعیت فیزیولوژیک باشد. عدم آگاهی اکثریت همسران از چگونگی برخورد با این مشکل منجر

[DOI: 10.66224/JBUMS.33.1.39]

به بروز رفتارهای نادرست و مشکل آفرین گشته و بر فعالیت مشارکت کنندگان و روابط زناشویی آنان تأثیر منفی می‌گذارد. این معضل می‌تواند رضایت از زندگی را کاهش داده و تأثیر منفی درکیفیت روابط همسران داشته باشد.

استراتژی‌های سازگاری زنان متأهل با سندرم پیش از قاعدگی به سمت بهبود کیفیت زندگی و پایداری رابطه زناشویی می‌انجامد، اما این سازگاری به شدت به حمایت‌های همسرانه، دسترسی به خدمات سلامت و شرایط فرهنگی اجتماعی وابسته است. یافته‌های مطالعه حاضر، می‌تواند گامی به سوی درک بهتر چگونگی تأثیر علائم بر زندگی و فعالیت‌های روزمره زنان باشد. در این خصوص تخصیص برنامه‌هایی در جهت آموزش مفهوم سندرم قبل قاعدگی و فرهنگ‌سازی مناسب در میان جوانان و تشویق به مراجعه به مراکز مشاوره قبل ازدواج ضروری به نظر می‌رسد. فراهم نمودن بستری مناسب برای پذیرش و قبول مشکلات ناشی از ابتلا به این سندرم در خانواده‌ها و به‌خصوص همسران این بیماران و ارائه تسهیلات و انجام برخورد مناسب با فرد مبتلا به‌طوری‌که در فعالیت‌های داخل و خارج منزل خللی ایجاد نکند و به مشکلات روحی و روانی او اضافه نکند، از مهم‌ترین مواردی هستند که باید به آن‌ها توجه شود.

تقدیر و تشکّر

نویسندگان مراتب تشکر و قدردانی خود را از همکارانی که در معرفی و ارجاع مشارکت‌کنندگان جهت انجام مصاحبه و تکمیل این مطالعه کیفی همراهی صمیمانه داشتند، اعلام می‌دارند. این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی با عنوان "تبیین تجربیات زنان متأهل مبتلا به سندروم قبل قاعدگی با رویکرد کیفی در سال ۱۴۰۳-۱۴۰۴ " با کد پروپوزال ۲۷۹۶ انجام شده است.

ملاحظات اخلاقی

مطالعه حاضر پس از تأیید شورای پژوهشی دانشگاه آزاد بیرجند و کمیته اخلاق با کدIR.IAU.BIRJAND.REC1404.097 انجام شد. پژوهشگران تمامی موازین اخلاقی تحقیق را اعم از حفظ محرمانگی، اخذ مجوزها از مراجع ذی‌صلاح و عدم سوگیری و دخل و تصرف را رعایت نمودهاند.

حمایت مالی

این مطالعه هیچ کمک یا حمایت از منابع ملی یا بین‌المللی دریافت نکرده است.

مشارکت نویسندگان

معصومه چراغ بیرجندی جمع‌آوری داده‌ها و نگارش مقاله

احمد نصیری طراحی و بازنگری مقاله

نویسندگان نسخه نهایی را خوانده و تأیید کردند.

تضاد منافع

نویسندگان مقاله اعلام می‌دارند که هیچ گونه تضاد منافعی در پژوهش حاضر وجود ندارد.

منابع

1. Sanchez BN, Kraemer WJ, Maresh CM. Kraemer and Carl M. Premenstrual Syndrome and Exercise: A Narrative Review. Women 2023;(3:) 348–364. DOI: 10.3390/women3020026
2. Montazeri A, Taghizadeh Z, Taheri S, Siahbazi S, Masoumi R. The impact of premenstrual syndrome on women's quality of life: a qualitative study. Payesh. 2018;18(1):53–66. URL: http://payeshjournal.ir/article-1-982-fa.html.
3. Park Y, Murphy A, Cezar da Cruz D. Occupational participation and engagement of women experiencing premenstrual syndrome: a qualitative study. Br J Occup Ther. 2023;86(9):639–47. URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40336715/
4. Marjoribanks J, Brown J, O'Brien PMS, Wyatt K. Selective serotonin reuptake inhibitors for premenstrual syndrome. Cochrane Database Syst Rev. 2013;(6):CD001396. DOI: 10.1002/14651858.CD001396.pub3

[DOI: 10.66224/JBUMS.33.1.39]

5. Hojjati Najafabadi S, Vakilian K, Ghaemmaghami M, Zamanian M, Beigi M. Investigating the effect of mindfulness counselling on sexual functioning of women with premenstrual syndrome. Sex Reprod Healthc. 2023;37:100886. DOI: 10.1016/j.srhc.2023.100886

6. Tavassoli A, Ahmadian M, Abu Samah A, Latiff LA, Taheri N. A survey on men's awareness of premenstrual syndrome and marital satisfaction in married women in Tehran, Iran. Open Public Health J. 2018;11:104–11. DOI: 10.2174/1874944501811010104

7. Nappi RE, Cucinella L, Bosoni D, Righi A, Battista F, Molinaro P, et al. Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder. Endocrines. 2022; 3(1), 127–38. DOI: 10.3390/endocrines3010012

8. Selamioğlu A, Tandoğan Z, Balcı MC, Karaca M, Kozanoğlu T, Yesil A, et al. The relationship between menstrual cycle characteristics, premenstrual syndrome prevalence and blood phenylalanine level in women with PKU. Mol Genet Metab Rep. 2024;41:101154. DOI: 10.1016/j.ymgmr.2024.101154

9. Ryu A, Kim TH. Premenstrual syndrome: a mini review. Maturitas. 2015;82(4):436–40. DOI: 10.1016/j.maturitas.2015.08.010

10. Maskani S, Tafazoli M, Rakhshandeh H, Esmaeili H. Effect of Nigella sativa on the severity of premenstrual syndrome symptoms: a randomized clinical trial. Koomesh. 2019;22(1):33–40. https://brieflands.com/journals/koomesh/articles/153146

11. Borenstein JE, Dean BB, Endicott J, Wong J, Brown C, Dickerson V. Health and economic impact of the premenstrual syndrome. J Reprod Med. 2003;48(7):515–24. URL: https://europepmc.org/article/med/12953326, https://europepmc.org/article/med/12953326

12. Sarmad Z, Bazargan A, Hejazi E. Research Methods in behavioral sciences. Agah publishing. Tehran: 2004. P:42-47. URL: https://scholar.google.com/citations?view_op=view_citation&hl=en&user=tb3huS4AAAAJ&citation_for_view=tb3huS4AAAAJ:a3BOlSfXSfwC

13. Guba E G, Lincoln YS. Epistemological and methodological bases of naturalistic inquiry. Ectj. 1982 Dec;30(4):233-52. DOI: 10.1007/BF02765185

14. Shahjoei Y, Tizdast T, Zarbakhash Bahri M. Structural Model of Marital Satisfaction based on Emotion Regulation Strategies with the Mediating role of Personality Traits in Women with Premenstrual Syndrome. Rooyesh. 12(4), 117-126. URL: http://frooyesh.ir/article-1-4559-en.html [Persian]

15. Liu, Q, Lin Y, Zhang W. Psychological stress dysfunction in women with premenstrual syndrome. Heliyon: 2024;10(2):e40233. DOI: 10.1016/j.heliyon.2024.e40233

16 Halbreich U, Borenstein J, Pearlstein T, Kahn LS. The prevalence, impairment, impact, and burden of premenstrual dysphoric disorder. Psychoneuroendocrinology. 2003;28(3): 1–23. DOI: 10.1016/S0306-4530(03)00098-2

17. Nourmohammadi Najafabadi Y, Soleimani I, Tavakol Z, Nourmohammadi MR. A comparative study of Abrahamic religious texts and medical science viewpoints on sexual intercourse during menstruation. Marifat-e Adyan. 2022;13(3):87–102. https://www.sid.ir/paper/1403698/fa#pointx URL: https://www.noormags.ir/view/en/magazine/number/142333 [Persian]

18. Liu Q, Lin Y, Zhang W. Psychological stress and coping strategies in women with premenstrual syndrome. Heliyon. 2024 Nov 30;10(22). DOI: 10.1016/j.heliyon.2024.e40233

19. Biggs WS, Demuth RH. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. Am Fam Physician. 2011;84(8):918–24. DOI: 10.1891/9780826159311.0143

20. Shahraki Ghadimi S, Khajavandkhoushly A, Asadi J. Effectiveness of drama therapy on premenstrual symptoms and marital burnout in women. Rehabil Nurs Res. 2018;5(2):19–24. https://www.sid.ir/paper/404822/fa#pointx

21. Rapkin AJ, Winer SA. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: quality of life and burden of illness. Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res. 2009;9(2):157–70. DOI: 10.1586/erp.09.14

[DOI: 10.66224/JBUMS.33.1.39]

22. Gholamian F, Moradi M, Khodabandeh S, Aliakbari M, Ebrahimi Seno HR, Najafi S. Effect of aromatherapy with geranium essential oil on premenstrual syndrome in students. Iran J Obstet Gynecol Infertil. 2022;25(12):85–92. DOI: 10.22038/IJOGI.2023.21807

23. Shahoei R, Nouri B, Darvishi N, Rezaei K, Zandi H, Bayzidi S, et al. Prevalence of menstrual disorders and related factors among students of Kurdistan University of Medical Sciences. Sci J Kurdistan Univ Med Sci. 2020;25(4):31–41. DOI: 10.52547/sjku.25.4.31

24. Yonkers KA, O'Brien PMS, Eriksson E. Premenstrual syndrome. Lancet. 2008;371(9619):1200–10. DOI: 10.1016/S0140-6736(08)60527-9

[DOI: 10.66224/JBUMS.33.1.39]