

Original Article

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

Masoomeh Cheraghbirjandi<sup>1</sup> , Ahmad Nasiri Foorg<sup>2\*</sup> 

<sup>1</sup> Department of General Psychology, Bi.C., Islamic Azad University, Birjand, Iran

<sup>2</sup> 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](mailto: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, 10 married 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.

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

معصومه چراغ بیرجندی<sup>۱</sup> ID، احمد نصیری فورگ<sup>۲</sup> ID\*

### 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 شش مرحله‌ای 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): ۳۹-۵۱.

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

<sup>۱</sup> گروه روان‌شناسی عمومی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران

<sup>۲</sup> 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: ۰۵۶۳۳۸۱۴۰۰ پست الکترونیکی: nasiri2006@bums.ac.ir

## 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 می‌دهد، 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 در این 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 فعالیت‌های 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، اما 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 کمی 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 می‌شوند انجام شود.

<sup>1</sup> PreMenstrual Syndrome

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 فمینولوژی هرمنوتیک در تفسیر داده‌ها امکان‌پذیر 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، مراجعه‌کننده به متخصص زنان و بر اساس معیارهای ورود انتخاب شدند. این معیارها شامل: سن ۲۰ تا ۵۰ سال، گذشت حداقل ۲ سال 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 مشارکت‌کنندگان 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 مشارکت‌کننده، اطلاعات جدیدی به‌دست نیامد. با این وجود جهت اطمینان از اشباع با یک نفر دیگر هم مصاحبه انجام شد و تعداد مشارکت‌کنندگان 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

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 برداشت 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 عمیق‌پدیده 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، محقق 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<sup>۱</sup> استفاده شد (۱۲). این مراحل عبارتند از:  
۱- غوطه‌وری در داده‌ها و آشنایی عمیق با تجربه‌های مشارکت‌کنندگان

<sup>1</sup> Van Manen Phenomenology

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 "لطفاً 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 مشارکت‌کنندگان 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 شرکت‌کنندگان قرارداد. علاوه بر ارائه توضیحات لازم در مورد اهمیت، اهداف تحقیق و اخذ رضایت آگاهانه، به مشارکت‌کنندگان توضیح داده شد که در مورد انصراف از شرکت در پژوهش آزاد می‌باشند و مشخصات فردی آنان محرمانه حفظ خواهد گردید و فایل صدا نیز پس از تکمیل 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 تجزیه و تحلیل اولیه برای اطمینان از صحت 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       | دکتر       | 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 تجزیه و تحلیل 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 (جدول ۲).

جدول ۲- 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 آزاددهنده در انجام کارهای روزانه<br>اختلال در ارتباط با اعضای خانواده<br>کاهش حلاوت زندگی خانوادگی                 |
| ۲- تأهل، شمشیری دولبه: نقش دوگانه همسر در تطابق با بیماری | توجه و درک همسر، پشتیبان عاطفی و روانشناختی<br>حمایت‌طلبی از همسر در تحمل بیماری<br>حمایت ناکافی همسر، عامل آشفتگی روانی   |
| ۳- اختلال در روابط زناشویی، پیامد ناخواسته بیماری         | کاهش صمیمیت و تعامل عاطفی با همسر<br>کاهش میل جنسی با نوسانات خلقی<br>رابطه جنسی تحت تأثیر علائم آزاددهنده                 |
| ۴- چنگ زدن به راهبردهای گوناگون تسکین رنج بیماری          | استفاده از راهبردهای خودمراقبتی و سبک زندگی<br>بهره‌گیری از درمان‌های دارویی و مکمل<br>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 آزاددهنده 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: "حتی مثلاً اگه ارائه داشته باشم به سمتش نمیرم، انگیزه‌ای که برم سرچ انجام بدم و آماده کنم ندارم، واقعا ندارم موتور حرکتیم 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 زندگی 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، چقدر عصبانی هستی؟ می‌ترسیم باهات حرف بزیم. 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. گاهی میگم کاش برم (رحم) و دردم یا ئسه شم دیگه پر بود نشم...." P7 می‌گفت: "... خیلی احساس تنهایی می‌کنی... دوست داری هی

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

و P2 صرفاً کاهش رابطه جنسی را عامل کاهش لذت و شادنبودن زندگی و همسر ذکر می‌کرد: "احساس می‌کنم به‌خاطر سردی و پایین اومدن کیفیت رابطه جنسی مون 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 لذت 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 می‌کرد: "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 پریدم 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: "می‌خواهم اینجوری بگیرم که یکی دو روز در ماه اصلاً حالم خوب نیست به من توجه کنید منو بیشتر دوست داشته باشید" و P5 بیان می‌کرد: "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 مشارکت کنندگان 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 پریدم، 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 دشوارتر شدن 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 شرکت کنندگان شامل کاهش صمیمیت و تعامل عاطفی با همسر، کاهش میل جنسی با نوسانات خلقی و رابطه جنسی تحت تأثیر علائم آزاردهنده می‌باشد.

### 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، قطعاً ناراحته" P4 بیان می‌کرد: "گاهاً باهم سرسنگین می‌شیم و اونم اصلاً متوجه علائم من نمی‌شه، شایدم می‌فهمه به روی خودش نیاره و من بیشتر حساس می‌شم." این گفته‌ها نشان‌دهنده کاهش ارتباط عاطفی و صمیمیت 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 لذت کم شده، میل اصلاً به جاهایی خاموش شده. حتی حس بد داشتم که من باید فقط انجام وظیفه کنم." P3 می‌گفت: "به‌خاطر دردام نبود، نه اصلاً دوست ندارم ... میل میاد پایین، من کلاً از نظر جنسی در سطح بالایی هستم ولی اون روزای قبل پر بود 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 درمان‌های دارویی و مکمل، راهبردهای خودمراقبتی و اتخاذ رویکرد ترکیبی برای مدیریت علائم می‌باشد.

### بهره‌گیری از درمان‌های دارویی و مکمل

بعضی از مشارکت‌کنندگان در پژوهش به استفاده از داروهای تجویزی، فرآورده‌های گیاهی و یا مکمل‌ها در جهت کاهش علائم 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 روحیه 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 علائم جسمانی و روانی کمک می‌کند. P7 اشاره کرد: "استفاده از موسیقی با صدای آرام، مدیتیشن، صوت قرآن و کیف آب‌گرم همه منو آرام می‌کنه." این اقدامات به‌عنوان تلاشی آگاهانه برای حفظ کنترل فردی بر وضعیت جسمی و روحی می‌باشد.

## 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 به کار می‌گرفتند. P1 با صراحت بیان کرد: "به قول قدیمیا. ترشحات 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 پیروم 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 خورنده 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 نیز استفاده 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 چندبعدی 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 پیروید 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 پیروید 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 به دنبال داشت و برخی زنان عنوان می‌کردند که عدم درک و حمایت همسر ضربه

روحي عميقي در طول بيماري به آن‌ها وارد مي‌كرده است. به نظر مي‌رسد هرچند در اغلب موارد ازدواج مي‌تواند عامل تسهيل‌كننده در بهبود بيماري باشد؛ اما متاسفانه در برخي موارد عدم حمايت همسر باعث مي‌شود كه بيمار، ازدواج را عامل تشديد مشكلات روحي در شرايط بيماري بداند.

همچنين زناني كه از ابراز احساسات به موقع و همراهي و همدلي همسر برخوردار بودند درد جسمي كمترى را تحمل مي‌كنند. پشتيباني عاطفي و روان‌شناختي همسر به زن اين احساس امنيت را مي‌داد كه تنها نيست و مي‌تواند از اين شرايط گذر كند. در تحقيق شهركي (۲۰) و Rapkin و همكاران (۲۱) هم تاثير مثبت حمايت همسر در احساس امنيت زن بيان شده است. در اين زمينه، درمان‌هاي مشاوره‌اي و روان‌شناختي براي زوجين مي‌تواند مفيد واقع شود تا همسران مهارت‌هاي مورد نياز براي حمايت از يكدیگر را ياد بگيرند.

تجارب شركت‌كنندگان در اين مطالعه كيفي مضمون اختلال در روابط زناشويي، پيامد ناخواسته بيماري و سه زير مضمون؛ كاهش صميميت و روابط عاطفي با همسر، كاهش ميل جنسي با نوسانات خلقی و رابطه جنسي تحت تاثير علائم آزاردهنده را نشان داد. علائم جسماني سندرم پيش از قاعدگي به‌خصوص درد سينه‌ها و ناحيه لگن به‌تنهائي مي‌تواند عاملی برای كاهش تمايل زن به رابطه جنسي باشد. ازطرفی نوسانات خلقی و افسردگی و بی‌حوصلگی در اين ايام باعث امتناع بيشتري از زنان از شروع و انجام رابطه جنسي مي‌شود، درحالي‌كه همه مشاركت‌كنندگان نياز به آغوش گرم همسر و حمايت فيزيكي و عاطفي و نه صرفاً رابطه جنسي را ابراز كردند. نتايج پژوهش شهركي قديمي و همكاران نيز نشان داد كه اختلالات جسماني و رواني مربوط به سندرم پيش از قاعدگي ممكن است منجر به كاهش تمايل به نزديكي فيزيكي، اختلال در ارتباطات عاطفي و حتي بروز مشكلات در تعاملات جنسي شود (۲۰). از طرف ديگر، علائم جسماني مانند دردهاي شكمي، تورم و حساسيت سينه‌ها مي‌تواند باعث كاهش سطح انرژي و نارضائيتي فرد از زندگي جنسي و اجتماعي خود شود.

نهایتاً تجارب مشاركت‌كنندگان يافته‌هاي مضمون چنگ زدن

به راهبردهاي گوناگون مديريت علائم تسكين رنج بيماري را نشان داد كه مشاركت‌كنندگان براي مواجهه با شرايط تجربه شده و خلاصی از درد و شرايط نابسامان جسمي و روحي ناشي از سندرم پيش از قاعدگي به طيفي از راهبردهاي گوناگون چنگ مي‌زدند كه در قالب راهبردهاي خودمراقبتي و سبك زندگي، بهره‌گيري از درمان‌هاي دارويي و مكمل، اتخاذ روش‌هاي تركيبي در كنترل قابل تبیین بود. اين نتايج بيانگر نقش فعال مشاركت‌كنندگان در تنظيم و كنترل شرايط و تلاش براي يافتن شيوه‌هاي مؤثر از طريق تجربه شخصي است. اين يافته‌ها در مقايسه با پژوهش‌هاي قبلي مورد بررسي قرار گرفت. غلاميان و همكاران (۲۲) نيز در نتايج مطالعه‌اي كه در سال ۱۴۰۱ انجام شد نشان دادند كه روش‌هاي ذهن‌آگاهي و مديتيشن براي مديريت استرس و كاهش علائم رواني PMS مؤثر هستند. اين روش‌ها به فرد كمك مي‌كند تا به‌طور آگاهانه به احساسات و تجربيات خود توجه كنند بدون اينكه آن‌ها را قضاوت يا سركوب كنند. همچنين مصرف داروهای گیاهی مثل چای سبز، عصاره زنجبیل، زعفران یا زیره سیاه توسط تعدادی از شركت‌كنندگان باعث كاهش علائم جسماني و خلقی بوده است و اين با تحقيقات شاهويي (۲۳) Yonkers (۲۴) همسو مي‌باشد.

هرچند در مطالعه حاضر تجارب زنان متأهل مبتلا به اين سندرم در برخي موارد بيان‌كننده نوعي استيصال در كنترل بيماري بود كه باعث مي‌شد به هر راهبرد و درمانی كه فكر مي‌كردند مي‌تواند باعث تسكين آن‌ها و خلاصی از اين شرايط شود، روي آورند.

## نتیجه‌گیری

يافته‌هاي اين پژوهش از اين نظر نوآورانه است كه تجربه زيسته سندرم قبل قاعدگي را در بستر زندگي زنان متأهل ايراني مورد واکاوی قرار داده است. بر اساس اين مطالعه، زنان متأهل مبتلا به سندرم قبل قاعدگي تجارب متفاوتی در خانواده دارند و با واكنش‌هاي متفاوتی از طرف ديگران به‌ويژه همسر مواجه مي‌شوند كه مي‌تواند ناشي از درك نادرست از اين وضعيت فيزيولوژيك باشد. عدم آگاهي اكثريت همسران از چگونگي برخورد با اين مشكل منجر

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 در کیفیت 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 تشکر

نویسندگان مراتب تشکر و قدردانی خود را از همکاری که در معرفی و ارجاع مشارکت‌کنندگان جهت انجام مصاحبه و تکمیل این مطالعه کیفی همراهی صمیمانه داشتند، اعلام می‌دارند. این مقاله

### 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](https://doi.org/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](https://doi.org/10.1002/14651858.CD001396.pub3)

حاصل طرح تحقیقاتی با عنوان "تبیین تجربیات زنان متأهل مبتلا به سندرم 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 کد IR.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 نمودند.

### 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 منافی در پژوهش حاضر وجود ندارد.

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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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:a3BOISfXSfwC](https://scholar.google.com/citations?view_op=view_citation&hl=en&user=tb3huS4AAAAJ&citation_for_view=tb3huS4AAAAJ:a3BOISfXSfwC)
13. Guba E G, Lincoln YS. Epistemological and methodological bases of naturalistic inquiry. *Ectj.* 1982 Dec;30(4):233-52. DOI: [10.1007/BF02765185](https://doi.org/10.1007/BF02765185)
14. Shahjoei Y, Tizdast T, Zarbakhsh 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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/10.1891/9780826159311.0143)
20. Shahraki Ghadimi S, Khajavandkhoushy 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](https://doi.org/10.1586/erp.09.14)

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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60527-9)