



## The Lived Experience of Premenstrual Syndrome on Single Girls: A Qualitative Study

Aghababai F<sup>1\*</sup>, Mohammadi R<sup>2</sup>

1- M.Sc. in Clinical Psychology, Faculty of Medicine, Islamic Azad University, Najafabad Branch, Najafabad, Iran.

2- M.Sc. in Clinical Psychology, Faculty of Medicine, Islamic Azad University, Najafabad Branch, Najafabad, Iran.

3- Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Sabashahr Branch, Shahriar, Iran.

**Corresponding author:** Aghababai F, M.Sc. in Clinical Psychology, Faculty of Medicine, Islamic Azad University, Najafabad Branch, Najafabad, Iran.

**E-mail:** [Fatemeaghababai@yahoo.com](mailto:Fatemeaghababai@yahoo.com)

Received: 14 May 2022

Accepted: 8 Feb 2023

### Abstract

**Introduction:** Premenstrual syndrome is one of the most important clinical problems in women's diseases. The significance of PMS due to its more prevalence in young girls requires a deeper study and finding their own experiences.

**Methods:** The present qualitative study was a phenomenological approach. The study population included premenstrual syndrome, 10 people were selected by targeted sampling method. Sampling continues until data saturation. The data analysis was designed with a descriptive study method.

**Results:** In this study, 4 main themes and 12 sub-themes were identified, which were: Symptomatic experience of the syndrome (experience of behavioral, emotional and cognitive patterns, physical experience of the syndrome, temporal experience of the syndrome, perception of menstrual syndrome and control or non-control of the syndrome). Experiencing the socio-cultural dimension of the syndrome (accepting or rejecting the socio-cultural context and gender perspective on the syndrome), coping strategies with the experience of the syndrome (reviewing the experience of the syndrome, accepting or not accepting the syndrome, and understanding the meaning of the syndrome). Syndrome (desire to be alone and not communicating with others and the importance of communication experiences).

**Conclusions:** The results of this study can provide many practical and clinical implications for girls with PMS and this experience is a multidimensional and multifaceted phenomenon.

**Keywords:** Premenstrual Syndrome, Single Girls, Lived Experience, Phenomenological Study.



## تجربه زیسته سندرم پیش از قاعدگی در دختران مجرد: یک مطالعه کیفی

فاطمه آقابابایی<sup>۱\*</sup>، رزگار محمدی<sup>۲</sup>

۱- کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف آباد، نجف آباد، ایران.

۲- استادیار، دکترای مشاوره خانواده، دانشگاه آزاد اسلامی واحد صباشهر، شهریار، ایران.

نویسنده مسئول: فاطمه آقابابایی، کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف آباد، نجف آباد، ایران.  
ایمیل: fatemeaghababai@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۱/۱۹

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۲/۲۴

### چکیده

**مقدمه:** سندرم پیش از قاعدگی، یکی از مهم ترین مشکلات بالینی در علم بیماری های زنان است. اهمیت این سندرم به دلیل شیوع بیشتر آن در دختران جوان نیازمند مطالعه ای عمیق تر و یافتن تجارب خود این افراد می باشد.

**روش کار:** مطالعه کیفی حاضر با رویکرد پدیدارشناسی بود. جامعه مورد مطالعه، دختران دارای سندرم پیش از قاعدگی بودند که ۱۰ نفر به روش نمونه گیری هدفمند از بین آن ها انتخاب شد. زمان پژوهش در طول سال های ۱۴۰۰-۱۳۹۹ بود. نمونه گیری تا رسیدن به اشباع داده ها ادامه یافت. تحلیل داده ها با طرح روش توصیفی کولایزی بود.

**یافته ها:** در این مطالعه ۴ مضمون اصلی و ۱۲ مضمون فرعی شناسایی شد که عبارت بودند از: تجربه نشانگان سندرم (تجربه الگوهای رفتار، هیجانی و شناختی، تجربه بدنی سندرم، تجربه زمانی سندرم، ادراک نشانگان براساس قاعدگی و کنترل یا عدم کنترل نشانگان سندرم)، تجربه بعد فرهنگی- اجتماعی سندرم (پذیرش یا عدم پذیرش بافت فرهنگی- اجتماعی و نگاه جنسیتی به سندرم)، استراتژی های سازگاری با تجربه سندرم (بازنگری به تجربه سندرم، پذیرش یا عدم پذیرش سندرم و معنایابی از سندرم) و ادراک اهمیت بعد ارتباطی در سندرم (تمایل به تنهایی و عدم برقراری ارتباط با دیگران و اهمیت تجارب ارتباطی).

**نتیجه گیری:** نتایج این مطالعه می تواند تلویحات کاربردی و بالینی بسیاری را در ارتباط با دختران مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی ارائه بدهد و همچنین این تجربه پدیده ای چند بعدی و چند جانبه است.

**کلیدواژه ها:** سندرم پیش از قاعدگی، دختران مجرد، تجربه زیسته، مطالعه پدیدارشناسانه.

### مقدمه

فراهم نمودن سلامت زنان به عنوان یکی از حقوق مسلم آن ها امروزه یک هدف اصلی جهت توسعه اجتماعی و اقتصادی جامعه محسوب می شود (۱). زنان به دلیل ویژگی های فیزیولوژیک در دوره های زندگی، نیازهای جسمی مرتبط با تولید مثل و عوارض ناشی از آن، نسبت به مردان آسیب پذیرتر هستند (۲). شاید هیچ تجربه ای مانند قاعدگی در زندگی زنان نباشد که بتواند تمام ساختار روان شناختی و فیزیکی آنان را به طور عمیق تحت تأثیر

قرار دهد و دچار تحول و دگرگونی سازد (۳). ولی این تجربه گاهی با علائمی آزاردهنده همراه است که موجب بروز مشکلات جسمی و روانی برای زنان می گردد (۴). بسیاری از پژوهشگران اختلالات قاعدگی را به عنوان شایع ترین اختلال سنین باروری در جهان در نظر گرفته اند که به میزان زیادی منجر به مختل شدن زندگی زنان می شود (۵).

سندرم پیش از قاعدگی (Premenstrual syndrome- PMS)، یکی از مهمترین مشکلات بالینی در علم بیماری های زنان

شناسایی عوامل موثر سندرم پیش از قاعدگی در جامعه ایرانی و همچنین آثار آن بر زندگی روزانه و روابط اجتماعی اقداماتی جهت کاهش اثرات منفی و افزایش سازگاری و سلامت روان زنان فراهم نمود (۲۱).

در پدیده سندرم پیش از قاعدگی تفاوت‌های فرهنگی مشهود است. به طوری که حتی نوع نگرش دختران نسبت به قاعدگی در کشورها و فرهنگ‌های مختلف متفاوت بوده که می‌تواند بر علائم آنها تاثیر بگذارد (۲۲). بر اساس نتایج مطالعات، علائم مرتبط با قاعدگی در زنانی که از قاعدگی بیزارند و نسبت به نقش زن در اجتماع دیدگاه سنتی و قدیمی دارند و همچنین در دخترانی که نگرش منفی به قاعدگی دارند نسبت به افراد با دیدگاه مثبت، بیشتر است (۲۳). وانگ و همکاران نیز، مولفه‌های فرهنگی را بر شیوع و نشانه‌های بیان علائم سندرم پیش از قاعدگی تاثیرگذار می‌دانند (۲۴). تغییرات رفتاری، جسمانی و روانی در طول فازهای سیکل‌های قاعدگی در فرهنگ‌ها و نژادهای مختلف متفاوت است (۲۵، ۲۳). پس نمی‌توان نتایج پژوهش‌های خارجی گذشته را به جمعیت ایرانی تعمیم داد. از سوی دیگر، حجم بسیاری از تحقیقات در مورد تجربه سندرم پیش از قاعدگی به تحقیقات کمی اختصاص یافته است و تحقیقات اندک و انگشت شماری در زمینه سندرم پیش از قاعدگی انجام شده است. درحالی‌که همان‌گونه که اشاره شد این پدیده بسیار تحت تاثیر تفاوت فرهنگی و قومی/ نژادی می‌باشد. با توجه به بافتی بودن پدیده سندرم پیش از قاعدگی و رخداد آن در بستر تجارب زیسته فرد و تفاوت‌های فرهنگی، و همچنین اهمیت این سندرم به دلیل شیوع بیشتر آن در دختران جوان (۲۶ و ۲۷)، پژوهش‌های کیفی برای فهم عمیق این پدیده و یافتن تجارب خود این افراد یاری‌دهنده است. در حال حاضر، هیچ کدام از پژوهش‌ها به صورت کیفی، به پدیده سندرم پیش از قاعدگی در دختران ایرانی نپرداخته‌اند. بنابراین هدف از این پژوهش، مطالعه پدیدارشناسانه تجربه زیسته دختران مجرد مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی می‌باشد.

### روش کار

پژوهش حاضر با استفاده از روش کیفی و رویکرد پدیدارشناسی انجام شد. این پژوهش درصدد پاسخگویی به این سؤال است که تجربه زیسته دختران مجرد از سندرم پیش از قاعدگی چیست؟ هدف رویکرد پدیدارشناسی توصیفی بررسی

است (۶). سندرم پیش از قاعدگی فرایندی دوره ای می‌باشد که در مرحله لوتئال شروع می‌شود و تقریباً ۴ روز پس از آغاز قاعدگی پایان می‌یابد و در آن تغییرات جسمی، شناختی، هیجانی و رفتاری ظاهر می‌شود (۷ و ۸).

علت سندرم پیش از قاعدگی ناشناخته و چند عاملی است (۹). در ایجاد این سندرم نقش ژنتیک، هورمون‌ها و ناقل‌های عصبی، مهم دانسته شده است. تئوری‌های متعدد دیگری نقش ناقل‌های عصبی، به ویژه سروتونین و گاما آمینوبوتریک اسید را مهم تر می‌دانند؛ اگرچه هیچ یک از این فرضیه‌ها به طور کامل تایید نشده‌اند (۱۰، ۱۱). عواملی همچون نبودن تحرک و ورزش، سیگار کشیدن و مصرف زیاد الکل، مصرف مواد شیرین و آساییدنی‌های دارای کافئین، مجرد بودن، تحصیلات پایین (۱۲) و همین‌طور ترومای دوران کودکی عوامل خطر در سندرم پیش از قاعدگی هستند (۱۳). نظریه پردازان روانشناسی دلیل علائم پیش از قاعدگی را افکار منفی و پاسخ به این افکار می‌دانند (۱۴). عوامل اجتماعی بسیاری همچون نگرش منفی نسبت به قاعدگی نیز که از عقاید و فرهنگ‌های متفاوت جوامع ناشی می‌شود، بر وقوع علائم سندرم پیش از قاعدگی تاثیرگذار است (۱۵). طبق گزارش‌های مختلف شیوع سندرم پیش از قاعدگی در دختران نوجوان و جوان ایرانی از ۱۶ به ۷۸/۴ درصد افزایش یافته است (۱۶). در پژوهش‌های متعددی زنان دارای تجربه سندرم پیش از قاعدگی تجربیات خود را در این زمینه بیان داشته‌اند. زنان سندرم پیش از قاعدگی را به صورت یک بیماری کنترل کننده زندگی تجربه کردند و از علائم این سندرم به عنوان مزاحم در ایفای نقش خود به عنوان مادر و همسر خوب بودن، نام بردند (۱۷).

در مطالعه کیفی اکبری و همکاران (۱۳۹۵)، اختلال ایجاد شده که در روند زندگی زناشویی، مشکلات کار و کاهش کارایی زنان مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی دیده می‌شود، باعث کاهش رضایت از زندگی شده است و این امر منجر به تشدید مشکلات و احساس ناتوانی در آن‌ها شده است (۱۸). منتظری و همکاران (۱۳۹۷) نیز در مطالعه کیفی خود، پیامدهای سندرم پیش از قاعدگی که شامل پیامدهای جسمانی، روانی، رفتاری و خانوادگی-اجتماعی را بر کیفیت زندگی زنان مبتلا موثر دانستند (۱۹). نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن است که علائم و آثار سندرم پیش از قاعدگی شیوع و گستردگی فراوانی دارد (۲۰)، بنابراین می‌توان با

مصاحبه نیمه ساختاریافته استفاده شد. برای ورود به بررسی تجربه سندرم پیش از قاعدگی پژوهشگر در مورد تجربه خود از سندرم پیش از قاعدگی صحبت می کرد و از مشارکت کنندگان می پرسید: ۱. شما نیز تجربه های مشابه داشته اید؟ خواهش می کنم از این تجارب سخن بگوئید. ۲. این تجارب برای شما شبیه به چه چیزی بوده است؟ شما این تجارب را چه نام می نهید؟ معنای این تجارب برای شما چیست؟ این دو سؤال برای پژوهشگر تنها ابزاری بود که از طریق آن ها تمرکز مشارکت کنندگان را بر روی موضوع پژوهش (تجربه سندرم پیش از قاعدگی) حفظ کند تا پاسخ های عمیق تری بدهند. زمان مصاحبه نامحدود (بین ۴۰ تا ۶۰ دقیقه) و بستگی به وضعیت پاسخ دهندگان داشت. مصاحبه ها با کسب رضایت از مشارکت کنندگان توسط ضبط صوت، ضبط گردید.

فرایند تحلیل داده های تحقیق پدیدارشناسی توصیفی مطالعه حاضر از استراتژی تحلیل داده کولایزی پیروی می کند. به این صورت که ابتدا متن رونویسی شده هر مصاحبه چندین بار خوانده شد و عبارات مهم مرتبط با تجربه ی پدیده ی سندرم پیش از قاعدگی استخراج گردید. در مرحله بعد مفهوم و معانی عبارات مهم توضیح داده شد و به صورت کد یادداشت شدند. سپس تمام معانی فرموله شده در مقوله هایی که ساختار منحصر به فردی از خوشه های تم ها می باشند، گروه بندی شدند و در مرحله بعد با ادغام تمام تم های این مطالعه در همدیگر، ساختار کلی پدیده مورد نظر استخراج شد و در قالب یک توصیف جامع، ارائه شدند و جهت دستیابی به مفاهیم روشن و واضح یافته ها بازنگری صورت گرفت. در نهایت، یافته ها جهت تأیید اعتبار به مشارکت کنندگان ارجاع داده شد.

در این پژوهش جهت ارزیابی روایی، دقت و استحکام داده ها از چهار معیار اعتبار پذیری، اطمینان پذیری، تأیید پذیری و انتقال پذیری لینکلن و گوبا استفاده شد (۳۲). ۱. اعتبار پذیری: پژوهشگر به مدت طولانی با موضوع پژوهش و داده ها درگیر بود. درگیری طولانی مدت با مشارکت کنندگان جهت کسب اعتماد مشارکت کنندگان و درک عمیق از جزئیات یافته ها به پژوهشگر کمک می کند. همچنین برای بالا بردن آگاهی از فرضیات و سوگیری های بالقوه مربوط به پدیده تحت مطالعه (سندرم پیش از قاعدگی) از یک فرایند «در پراتنز گذاشتن یا اپوخه» به طور مداوم استفاده شده است بطوری که بعد از هر مصاحبه با مروری

تجربه زیسته افراد از پدیده ها با کاربرد مصاحبه عمیق و سؤال های باز پاسخ است (۲۸). نمونه های این پژوهش شامل ۱۰ دختر مجرد ایرانی بودند که حداقل یک بار تجربه سندرم پیش از قاعدگی را داشته اند. زمان این پژوهش در طول سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ بود. برای انتخاب مشارکت کنندگان در این مطالعه از نمونه گیری هدفمند استفاده شد و تا اشباع داده ها یعنی زمانی که مطالب جدیدی در مورد پدیده تحت بررسی از یک مصاحبه به مصاحبه بعد پدیدار نشود (۲۹،۳۰) ادامه یافت. در این پژوهش بعد از ۱۰ مصاحبه نیمه ساختار یافته اشباع داده ها صورت گرفت. برای انتخاب نمونه گیری هدفمند در این پژوهش از راهبرد نمونه گیری معیار استفاده شد. در پژوهش حاضر معیار انتخاب مشارکت کنندگان، دارا بودن حداقل یکبار تجربه سندرم پیش از قاعدگی، علاقه به شرکت در پژوهش، سواد شناختی لازم برای در اختیار گذاشتن تجارب خود و اینکه مشارکت کنندگان دختران مجرد باشند. مطابق با تعریف ساروخانی: ازدواج فعلی است که موجب پیوند دو جنس مخالف بر اساس روابط ماندگار جنسی می شود و مستلزم انعقاد قرارداد اجتماعی است تا به وسیله آن مشروعیت روابط جسمانی موجب گردد (۳۱). کسانی که دوران نامزدی یا دوستی با فردی داشته اند و در طول آن عقد قرارداد رسمی صورت نگرفته است، مجرد پنداشته و در نمونه گنجانده شده اند. به بیانی دیگر در این پژوهش ملاک مجرد بودن، ثبت رسمی ازدواج و علنی بودن آن بوده است. زنانی که از همسر خود جدا شده اند یا زنانی که همسرشان فوت شده است در این پژوهش گنجانده نشده اند.

برای اجرای پژوهش ابتدا از طریق فراخوان اطلاع رسانی شد و نمونه گیری با روش گلوله برفی ادامه یافت. کسانی که برای شرکت در پژوهش اعلام آمادگی کردند و دارای شرایط شرکت در پژوهش بودند (مانند سطح تحصیلات کافی، درک مناسب برای پاسخ گویی به سؤالات و گشودگی لازم برای برون ریزی تجاربشان) را شناسایی کردیم. با تعیین وقت قبلی مصاحبه، و اخذ رضایت از شرکت کنندگان از آن ها دعوت شد که در پژوهش شرکت کنند. زمان و مکان مصاحبه ها به دلخواه مشارکت کنندگان تعیین می شد و در صورت اجزایی نبودن مصاحبه حضوری، مصاحبه از طریق تماس تصویری برگزار می شد. پس از تشکیل جلسه مصاحبه، ابتدا توضیحاتی درباره پژوهش و اهداف آن به شرکت کنندگان ارائه گردید. در این پژوهش از

انتقال بودن یافته‌ها کمک کند. با این توصیف دقیق، خواننده می‌تواند تصمیم بگیرد آیا می‌تواند داده‌ها و روش‌ها یا یافته‌های ارائه شده در پژوهش را در محیط دیگری به کار گیرد یا خیر.

ملاحظات اخلاقی: مطالعه حاضر در کمیته پژوهش دانشکده علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف آباد تصویب شد. کد اخلاق از کمیته اخلاق دانشگاه به شماره IR.IAU.NAJAFABAD.REC.1400.087 دریافت گردید. به مشارکت‌کنندگان در تحقیق توضیح کلی در مورد اهداف تحقیق داده شد و به آنها تأکید شد ارائه پاسخ به سؤالات تحقیق اجباری نبوده؛ و حق خروج از پژوهش در هر مرحله‌ای از پژوهش را دارند. تمامی مصاحبه‌های انجام شده با کسب رضایت از شرکت‌کنندگان به صورت صوتی ضبط شدند و در صورت عدم تمایل مصاحبه صورت نمی‌گرفت. برای محفوظ ماندن مشخصات آزمودنی‌ها، از یک شماره برای هر شرکت‌کننده استفاده شد.

### یافته‌ها

مشارکت‌کنندگان پژوهش، شامل ۱۰ دختر مجرد ایرانی بودند که حداقل یکبار تجربه سندرم پیش از قاعدگی داشتند. میانگین سنی در افراد نمونه ۲۸٫۸ سال می‌باشد. مشخصات آنها در جدول ۱ ذکر شده است. طبق تجزیه و تحلیل داده‌ها، جهت نمایان ساختن پدیده‌ی تجربه زیسته سندرم پیش از قاعدگی در دختران مجرد، ۴ درون مایه اصلی (تم) و ۱۲ درون مایه فرعی (مقوله)، استخراج شد که در جدول ۲ ذکر شده است.

از مصاحبه در ذهن و تجربه حین مصاحبه، احساسات و واکنش‌ها ثبت شده است که باعث می‌شود پژوهشگر در صورت بروز افکار و احساساتی که از تعصبات بالقوه نشئت گرفته‌اند آگاهی یابد و توان کنترل آن‌ها را در دیالوگ‌های بعدی در نظر بگیرد و تأثیرات این افکار و احساسات را در جهت دادن به مصاحبه در حین تحلیل‌ها نیز اعمال کند. به منظور اعتبار پاسخگو نیز، یافته‌ها را به اطلاع مشارکت‌کنندگان رسانده و برای ایشان تشریح کردیم. نظرات ایشان را از طریق تلفن جویا شدیم. در نهایت تمامی مشارکت‌کنندگان صحت نتایج را تأیید کرده و اذعان کردند که نتایج این پژوهش احساسات و تجربیات آن‌ها را به طور کامل منعکس کرده است. ۳. تأییدپذیری: پژوهشگر از بازبینی اساتید ناظر و مشارکت‌کنندگان اطمینان حاصل کرد. پژوهشگر رونوشت مصاحبه و کدگذاری‌ها را حداقل به سه نفر از افرادی که تجربه کار در زمینه کیفی داشتند ارائه داد و از این طریق صحت فرایند کدگذاری بررسی شد. بازنگری همکار یک روش مناسب جهت تأییدپذیری یافته‌ها می‌باشد. همچنین پژوهشگر مصاحبه‌های رونوشت شده را به سه تن از مشارکت‌کنندگانی که در دسترس بودند بازگرداند تا آن‌ها را تأیید کنند و از آن‌ها پرسش شد که آیا نتایج استخراج شده مطابق با تجارب بیان شده آن‌ها است؟ که در پاسخ این نتایج را تأیید کردند. ۴. انتقال‌پذیری: در این پژوهش سعی شد تا حد ممکن به توصیف مفصل و غنی از تجربه مشارکت‌کنندگان پرداخته شود. بطوریکه کلیه مراحل کار بطور دقیق و با جزئیات ذکر شده است و همچنین نقل قول‌های مناسبی از تجربه مشارکت‌کنندگان ارائه گردیده تا خوانندگان را برای قضاوت در مورد قابل

جدول ۱: ویژگی‌های جمعیتی مشارکت‌کنندگان پژوهش

شماره	سن	تحصیلات	شغل	وضعیت اقتصادی	بیماری مرتبط با قاعدگی
۱	۲۶	لیسانس	آرایشگر	عالی	قاعدگی نامنظم، ضخامت اندومتر، کیست، کمخونی شدید
۲	۲۵	دانشجوی دکتری	دستیار پژوهشی	عالی	ندارد
۳	۲۷	فوق لیسانس	معلم/درمانگر	خوب	ندارد
۴	۳۸	لیسانس	کارمند	متوسط	ندارد
۵	۲۲	دانشجوی لیسانس	دانشجو	متوسط	ندارد
۶	۳۴	پسادکتری	پژوهشگر	عالی	ندارد
۷	۲۵	لیسانس	کارمند	متوسط	قاعدگی نامنظم، کمبود شدید آهن
۸	۳۷	لیسانس	کارمند	متوسط	ندارد
۹	۲۸	لیسانس	کارمند	خوب	ندارد
۱۰	۲۶	دانشجوی فوق لیسانس	دانشجو	متوسط	ندارد

جدول ۲: درون مایه های اصلی و فرعی آشکار شده از تحلیل داده-ها

مضمون های اصلی	مضمون های فرعی
تجربه نشانگان سندرم	تجربه الگوهای رفتاری، هیجانی و شناختی تجربه بدنی سندرم تجربه زمانی سندرم ادراک تجربه سندرم براساس قاعدگی کنترل یا عدم کنترل نشانگان سندرم
تجربه بعد فرهنگی- اجتماعی سندرم	پذیرش یا عدم پذیرش بافت فرهنگی- اجتماعی نگاه جنسیتی به سندرم
استراتژی های سازگاری با تجربه سندرم	بازنگری به تجربه سندرم پذیرش یا عدم پذیرش سندرم معنایابی از سندرم
ادراک اهمیت بعد ارتباطی در سندرم	تمایل به تنهایی و عدم برقراری ارتباط با دیگران اهمیت تجارب ارتباطی

خواب حرف می زد، او بیان کرد: «به شدت دوس دارم که بخوابم. بعد خواب عمیق می رم.» (مشارکت کننده شماره ۱). در مقابل مشارکت کننده شماره هشت می گفت: « خوابم همش هی کوتاهه. یعنی اینجوری خواب عمیق ندارم. با هر کوچکترین غلتی که میخوام بزنم از خواب بلند می شم.» (مشارکت کننده شماره ۸).

مشارکت کنندگان الگوی رفتاری تغذیه را به صورت تغییراتی در اشتها تجربه کرده بودند. به عنوان نمونه مشارکت کننده شماره پنج بیان کرد: « اشتها خیلی زیاد می شه و یه حالت عصبی که انگار هر چی می خورم سیر نمی شم.» (مشارکت کننده شماره ۵). در مقابل مشارکت کننده شماره نه، تجربه خود را با عدم تمایل به خوردن غذا و اشتهای کم توصیف کرد: « غذا اصلا نمی تونم بخورم. اشتها کم می شه.» (مشارکت کننده شماره ۹).

اغلب مشارکت کنندگان الگوی هیجانی در تجربه نشانگان سندرم را به صورت پرخاشگری، عصبانیت شدید، دعوا و بحث توصیف کرده بودند. به عنوان نمونه مشارکت کننده شماره شش بیان کرد: « من قشنگ اینو متوجه شدم که بی اعصابم. بعد که متوجه شدم بی اعصابم، بدون هیچ دلیلی احساس می کنم که دلم انگاری می خواد همه رو بزنم بعد دلمم میخواد آدم پیدا کنم که مثلاً باهاش بحث کنم.» (مشارکت کننده شماره ۶).

همچنین تمام مشارکت کنندگان این پژوهش الگوی هیجانی بصورت افسردگی، تحریک پذیری، حساسیت زیاد، زودرنجی، تمایل به گریه کردن، بی حوصلگی، بی حالی و کلافگی را در تجربه نشانگان سندرم توصیف کرده بودند. بطور مثال مشارکت کننده شماره هفت گفت: «یه حالت

۱. تجربه نشانگان سندرم: تمامی مشارکت کنندگان این پژوهش، به تجربه نشانگانی در سندرم اشاره می کردند؛ ویژگی مشترک در همه تجربیات مشارکت کنندگان تکراری بود که تجربه الگوهای رفتاری، هیجانی و شناختی و تجربه بدنی در طول دوره سندرم است که بصورت تجربه زمانی تکرار می شد و آن را براساس قاعدگی ادراک می کردند، در مقابل این الگوهای رفتاری، هیجانی و شناختی مشارکت کنندگان اقداماتی را برای کنترل این نشانگان انجام می دادند که برخی قادر به کنترل آن بوده و برخی با عدم کنترل این نشانگان مواجه بوده اند.

۱.۱. تجربه الگوهای رفتاری، هیجانی و شناختی: مشارکت کنندگان در پژوهش حاضر بعد اساسی از تجربه نشانگان سندرم خود را در قالب الگوهای هیجانی، شناختی و رفتاری بیان کرده بودند. آن ها اشاره می کردند با تجربه این الگوها به عنوان نشانگان آغاز و تداوم سندرم رویارو شده اند که خود این الگوها در توصیف های مشارکت کنندگان شامل سه طبقه اساسی نشانگان رفتاری، شناختی و هیجانی بود. در الگوهای رفتاری مشارکت کنندگان به تغییراتی در رفتارهای خویش در هنگام تجربه سندرم همانند تغییر در الگوی خواب یا تغذیه اشاره کرده بودند. در الگوهای هیجانی مشارکت کنندگان به هیجانات مسلط و تجربه شده در دوران سندرم اشاره کرده بودند که شامل هیجاناتی مانند عصبانیت و غم بود. در الگوهای شناختی مشارکت کنندگان به تجربه تغییرات شناختی در دوران تجربه سندرم اشاره کرده بودند که شامل محتواها و فرایندهای شناختی همانند اشتغال ذهنی، افکار منفی، بدبینی و یأس بود. به عنوان نمونه مشارکت کننده شماره یک از الگوی رفتاری

عنوان نمونه مشارکت کننده شماره دو اینطور بیان کرد: « این دردایی که قبل پیرودمه، که همه بدنتو میریزه به هم، درد سینه، درد پا، چونکه چندین درده و همه جا سردرده هست، دل درده هست، پا درده هست، اون نفخ هست. همه اینها و میگم ۳ تا قرص ۶ ساعت یکبار هم کار نمی کنه. حتی وقتی بخوابم هم خوب نمیشه» (مشارکت کننده شماره ۲). مشارکت کننده شماره سه در تجربه علائم بدنی گفت: «علائم بدنی من یه چه چند روز قبلش بیوست میشم، صورتم جوش میزنه یا مثلا انقدر به بدنت میرسی لاغرش میکنی یکدفعه نزدیک پیرودم شکمت میزنه بیرون. اون تایم افزایش شدید میل جنسی دارم.» (مشارکت کننده شماره ۳).

۳,۱. تجربه زمانی سندرم: مشارکت کنندگان در پژوهش حاضر به تجربه نشانگانی در سندرم اشاره می کردند که نمونه هایی از این تجربه ها به صورت تکرار در هر ماه، زمان شروع و پایان سندرم و همچنین ادراک زمان شروع سندرم بود. به عنوان نمونه در رابطه با تکرار سندرم در هر ماه مشارکت کننده شماره یک بیان کرد: «ممکنه یک هفته شاید دو هفته قبل از پیرودم، من این سندرم رو داشته باشم. این سندرم هرماه هست، یعنی این نیست که یک ماه باشه و یک ماه نباشه.» (مشارکت کننده شماره ۱). اغلب مشارکت کنندگان تجربه ناگهانی نشانگان را به عنوان زمان شروع سندرم ادراک کرده بودند. به عنوان مثال مشارکت کننده شماره چهار گفت: «گاهی اوقات اینجوری متوجه می شم که قراره پیرودم بشم، مثلا نشستم گریه می کنم یهو متوجه میشم خیلی عجیب غریبه این حرکتیم، میرم تقویمو چک می کنم، می بینم بله مثلاً یه هفته دیگه قراره پیرودم بشم.» (مشارکت کننده شماره ۴).

۴,۱. ادراک تجربه سندرم براساس قاعدگی: مشارکت کنندگان در پژوهش حاضر به تجربه نشانگانی در سندرم اشاره می کردند که اغلب دیدن خون و شروع قاعدگی را به عنوان نقطه پایان سندرم و ایجاد تغییرات مثبت و همچنین اوج علائم سندرم را نشانه ای از قریب الاوقوع بودن قاعدگی توصیف کرده بودند. بطور مثال مشارکت کننده شماره پنج بیان کرد: «وقتی پیرودم می شم دیگه کامل تموم می شه؛ به محض اینکه خودم می بینم که پیرودم شدم انگار یهو، اون بار سنگینه از رو دوشم برداشته می شه. انگار یهو آزاد می شم، میدونی انگار اصلاً یه حس بدی من همه جامو گرفته ولی یهو به محض اینکه

بی حالی که ایجاد میشه، میشه گفت شبیه حالت های افسردگیه یا مثلاً زود ناراحت شدن، زودرنج شدن، بخوای با هر چیز کوچیکی حالا دنبال بهونه باشی که گریه کنی، یا رو کلمات حساس می شم، مثلاً شاید طرف مقابلم هیچ منظوری نداشته ولی من نسبت به هر کلمه ای که میگه منظور برداشت می کنم. خب نمی تونم پرخاشمو نشون بدم پس مثلاً گریه می کنم. حالت افسردگی، حالت بی حوصلگی اینا برام ایجاد میشه، خستگی و کوفتگی و کلافگی که دارم، واسه همین حوصله انجام کاری رو هم ندارم.» (مشارکت کننده شماره ۷).

تمام مشارکت کنندگان این پژوهش الگوی شناختی در تجربه نشانگان سندرم را بصورت اشتغال ذهنی، افکار منفی، بدبینی توصیف کرده بودند. به عنوان نمونه مشارکت کننده شماره دو بیان کرد: «وقت هایی که PMS ام همه چی رو زیر سوال میبرم و اینجوریم که کلاً دچار یأس فلسفی میشم. همه اون بار منفی و اون فکرای منفی و انرژی منفی تلبار میشه روم؛ مثلاً به انتقام به آدم هایی که اذیتم کردن فکر کنم توی این دوره. وقتی PMS ام این خیلی بیشتر تو روم خوره یعنی اینکه بیشتر بهش فکر می کنم، فکر می کنم که دنیا کلاً جای ناعادلانه ایه، کلاً عادلانه نیست. این باعث میشه که من کلاً ناامید بشم از دنیا و آدمها هستی.» (مشارکت کننده ۲). همچنین اغلب مشارکت کنندگان به کاهش تمرکز، حواس پرتی و اختلال در حافظه اشاره کرده بودند. بطور مثال مشارکت کننده شماره چهار گفت: «موقع PMS حواسم جمع نیست، خنگ میشم، فکر کنم چون خیلی خستم خنگ میشم، حواسم پرت میشه، فراموش می کنم. آهان ذهنم اصلاً نمی تونه متمرکز بشه.» (مشارکت کننده شماره ۴).

۲,۱. تجربه بدنی سندرم: مشارکت کنندگان در پژوهش حاضر به تجربه نشانگانی در سندرم اشاره می کردند که نمونه هایی از این تجربه ها به صورت درد و استراتژی هایی برای کاهش درد و تغییرات جسمی بود. در تجربه درد مشارکت کنندگان به دردهای مختلفی مانند درد سینه، کمر درد، پا درد و سر درد اشاره کرده بودند. مشارکت کنندگان بیان کرده بودند که با استراتژی هایی مانند مصرف مسکن، خوابیدن، فعالیت های سرگرم کننده تلاشی برای کاهش درد انجام می دادند. در تجربه تغییرات جسمی مشارکت کنندگان به تغییراتی مانند تغییر در میل جنسی، تغییرات پوستی و مشکلات گوارشی اشاره کرده بودند. به

فرهنگی-اجتماعی سندرم اشاره می کردند که نمونه هایی از این تجربه ها به صورت پذیرش، درک و حمایت شدن توسط خانواده، دوستان، اطرافیان و محیط اجتماعی و برخی به صورت عدم پذیرش، درک و حمایت شدن توسط آنها بود. به عنوان مثال مشارکت کننده شماره ده بیان کرد: «بیشتر چیزی که منو اذیت می کنه اینه که خیلی از اطرافیان من اصلا درک اینو ندارن که بگن این الان داره یه دوره ای رو تجربه می کنه که ما باید حمایتش کنیم، بیشتر بجا اینکه نیش و کنایه ها شون منو اذیت بکنه، بیشتر بی توجهی ها شون که اصلا هیچ توجهی ندارن. اصلا مدنظرشون نیست که ما خانما چنین دوره ای رو تجربه می کنیم و باید حمایت بشیم. مثلاً همه دوستانم که باهاشون در ارتباطم اطلاع دارن، چون خودشون تجربه چنین دوره ای رو دارن خیلی راحت می تونن قبول بکنن و درک بکنن که الان مثلاً من از نظر احساسی چچورم، خلقم چچوره، بخاطر همین رابطه م با دوستانم یا مثلاً تو جامعه خیلی اوکی ام، ولی تو خانواده اینجوری نیست، مثلاً ارتباطات من با خانواده تحت الشعاع قرار می گیره، چون مثلاً اصلا در نظر نمی گیرن که من چنین دوره ای را دارم تجربه می کنم.» (مشارکت کننده شماره ۱۰).

۲،۲. نگاه جنسیتی به سندرم: مشارکت کنندگان در پژوهش حاضر به تجربه بعد فرهنگی-اجتماعی سندرم اشاره می کردند که برخی سندرم را به عنوان موضوع زنانه و ناعادلانه می دانستند، برخی نگاه زنان دیگر به تجربه آنان و اغلب دریافت بازخوردهای منفی را توصیف کرده بودند. به عنوان مثال مشارکت کننده شماره هشت بیان کرد: «یه دفعه یه دعوایی تو توئیتر شده بود سر همین، و حتی می بینم که زن ها هم دیگه رو پایین میارن سر این قضیه چون که خودشون تجربه نکردن بعضی زن ها. مثلاً من یادمه یه آقای اومده بود توئیتر زده بود راجع به پرورد زن ها، و زیر اون ۲-۳ هزارتا، یسری فحش داده بودن، یسری نظرشونا گفته بودن، می دیدم که چقدر زن، چقدر دختر اومده بودن نوشته بودن که آره اتفاقاً همین جوریه، بعضی از زن ها از این استفاده می کنن علیه مردها. یا اینکه بعضیا خیلی خودشونا لوس می کنن. یا اینکه بابا ما هم پرورد می شیم ها، فقط شما نیستید که حالا از خودتون بازی در میارید و وقتی اینا را می بینم، می گم خیلی جالبه ما نشستیم می گیم مردها نمی فهمن ما رو، بعد از اونور یکسری زن خودشون دارن این کاره رو می کنن.» (مشارکت کننده شماره ۸).

می بینم اوکی تموم شده، پرورد شدم، پهلو آزاد می شم. از دیشب، ساعت دو سه شب شروع شد تا همین امروز ظهر، های های گریه می کردم، دقیقاً یه ده دقیقه یه ربع پیش دیدم پرورد شدم و پهلو انگار همه این حالت ها از بین رفت.» (مشارکت کننده شماره ۵).

۵،۱. کنترل یا عدم کنترل نشانگان سندرم: مشارکت کنندگان در پژوهش حاضر به تجربه نشانگانی در سندرم اشاره می کردند که تمایل داشتند با اقداماتی آن نشانگان را کنترل کنند که در برخی موفق به کنترل بوده اند و برخی نشانگان را غیرقابل کنترل دانسته و یا با عدم کنترل تجربه کرده بودند. برای نمونه مشارکت کننده شماره سه بیان کرد: «به خاطر همین که با ملاحظه تر هم بتونم رفتار کنم، مثلاً قبلش با یکی از دوستانم صحبت کردم، یعنی احساساتمو میارم بیرون جلو دوستانم که ببینم اون چی میگه. اون چقدر غیرواقعی می بینه یه جاهاییش رو، خب یه مقدار تعدیلش کرد. یه مقدار تعدیل شد، رفتم با دوستانم صحبت کردم اصلاً با هدف اینکه بتونم تعدیل کنم.» (مشارکت کننده شماره ۳). در تجربه ای دیگر مشارکت کننده شماره هشت گفت: «اصلاً از کنترل من خارجه. مثلاً تا حالا شده که به خودم صحبت کردم که الان داری پرورد می شی، حواستو جمع کن، مثلاً دیونه بازی از خودت در نیار. ولی این من نیستم، می دونی چی میگم یعنی اون هورمونه ست، اون کنترل منو میگیره دستش.» (مشارکت کننده شماره ۸).

۲. تجربه بعد فرهنگی-اجتماعی سندرم: تمامی مشارکت کنندگان این پژوهش، به تجربه بعد فرهنگی-اجتماعی در سندرم اشاره می کردند؛ ویژگی مشترک در همه تجربیات مشارکت کنندگان در برخی موارد پذیرش سندرم توسط بافت فرهنگی-اجتماعی و در برخی عدم پذیرش توسط آن ها بوده است که نگاه جنسیتی به سندرم نیز در تجربه مشارکت کنندگان توصیف شده بود. مشارکت کنندگان در برخی موارد توسط دیگران که شامل خانواده، دوستان، همکاران و اطرافیان شبکه اجتماعی است، حمایت، درک شدن و پذیرش سندرم را اظهار داشتند و در برخی موارد عدم پذیرش سندرم را توسط بافت فرهنگی-اجتماعی تجربه کرده بودند که بیشتر آن را با نگاه جنسیتی به زنانگی خود توسط دیگران بیان می کردند.

۱،۲. پذیرش یا عدم پذیرش بافت فرهنگی-اجتماعی: مشارکت کنندگان در پژوهش حاضر به تجربه بعد



(مشارکت کننده شماره ۹).

۳،۳. **معنایابی از سندرم:** اغلب مشارکت کنندگان بطور مشترک تجربه سندرم را بصورت یک فرصت مثبت در زندگی توصیف کرده بودند یا در آن معنایی را جستجو می کردند. به عنوان مثال مشارکت کننده شماره یک بیان کرد: «حالا تو اون موقعیت سندرم قبل از قاعدگی یه اتفاقات خوبم می وفته، ناگفته نماند زمانی که می شینم به همه چی فکر می کنم، که مثلا چه اتفاقات بدی افتاد. مثلا من چقدر اون لحظه بد بودم، چرا فلانی به من بدی کرد؟! ته تهنش، می شینم، به این فکر می کنم که خب الان همه اینا باید خوب بشه. می دونی، جمع می کنم اینو می گم خب، الان اون اتفاق افتاد از فردا بین من چیکار می کنم. مثلا خب، اون لحظه که فلانی اینجور با من برخورد کرد، بین من تا دو سال آینده چه آدمی می شم. ینی به جای چیزای خوب، در نهایتش فکر می کنم. در نهایت که به نتیجه خوبی می رسم. تنهائیم تو PMS بیشتر بخاطر اینه که یه نتیجه ای بگیرم از رفتاری که دارم. اون موقع مثلا نتایج مثبت که می رسم و قول می دم که اوکی بشم.» (مشارکت کننده شماره ۱).

۴. **ادراک اهمیت بعد ارتباطی در سندرم:** تمامی مشارکت کنندگان این پژوهش، به ادراک اهمیت بعد ارتباطی در سندرم اشاره می کردند؛ ویژگی مشترک در همه تجربیات مشارکت کنندگان تمایل آن ها به تنهایی و عدم برقراری ارتباط با دیگران و اهمیت تجارب ارتباطی آن ها در طول سندرم بود.

۱،۴. **تمایل به تنهایی و عدم برقراری ارتباط با دیگران:** مشارکت کنندگان بطور مشترک تجربه تنهایی در سندرم را توصیف کرده بودند که اغلب برای اجتناب از آسیب زدن به دیگران یا جلوگیری از قضاوت شدن در طول سندرم، جلوگیری از بحث و عصبانیت و یا به دلیل بی حوصلگی از برقراری ارتباط با دیگران خودداری می کردند. به عنوان نمونه مشارکت کننده شماره هشت بیان کرد: «تو دوران پرپود هیچ کسو نمی خوام دیگه. یعنی رفتاری که از خودم نشون می دم که آدما را از دور خودم پراکنده می کنم. یعنی اینکه هیچ کسو نمی خوام. تحمل دیدن کسی رو هم ندارم.» (مشارکت کننده شماره ۸).

۲،۴. **اهمیت تجارب ارتباطی:** مشارکت کنندگان در پژوهش حاضر هنگام مصاحبه ها به ادراک اهمیت بعد ارتباطی در سندرم اشاره می کردند که مشارکت کنندگان بصورت

۳. **استراتژی سازگاری با تجربه سندرم:** تمامی مشارکت کنندگان این پژوهش، به استراتژی های سازگاری با تجربه سندرم اشاره می کردند؛ ویژگی مشترک در همه تجربیات مشارکت کنندگان تکراری و بصورت بازنگری هایی به تجربه سندرم پس از پایان آن، یا پذیرش و عدم پذیرش سندرم بود. همچنین تجربه پذیرش و سازگاری با سندرم را با معنایابی از سندرم بیان کرده بودند.

۱،۳. **بازنگری به تجربه سندرم:** مشارکت کنندگان در این پژوهش به استراتژی های سازگاری با تجربه سندرم اشاره می کردند که نمونه هایی از این تجربه ها بصورت احساس پشیمانی و عذاب وجدان بخاطر رفتارها در طول سندرم و نگاه مجدد به آن پس از پشت سر گذاشتنش و اقدام به عذرخواهی از اطرافیان بخاطر رفتارشان در طول سندرم توصیف شده بود. به عنوان مثال مشارکت کننده شماره شش بیان کرد: «اون حالتی که گفتم دعوی می و اینا، حالا بعداً هم پشیمون می شم از مامان و اینام معذرت خواهی می کنم، مثلا ببخشید من داد زدم، ببخشید من اینجوری گفتم، معذرت می خوام.» (مشارکت کننده شماره ۶).

۲،۳. **پذیرش یا عدم پذیرش سندرم:** مشارکت کنندگان در این پژوهش در هنگام مصاحبه ها به استراتژی های سازگاری با تجربه سندرم اشاره می کردند که اغلب آن را دوره ای گذرا، طبیعی یا بصورت اجبار و چیزی تحمیل شده یا با احساسی بد توصیف کرده بودند. به عنوان نمونه مشارکت کننده شماره هفت بیان کرد: «PMS وضعیت قرمز [خنده] که معنای خوبی برام نداره دیگه، هشداریه واسه اینکه حالا وارد یه فضایی بشی که دوستش نداری یا بدونی آغازگر یه شرایطی که داری تحمل می کنی که وارد یه شرایط دیگه ای می شی که شاید بدتر از این باشه. مجبوری تحمل بکنی شاید می شه گفت توی تحمل فشار یا توی فشارهایی که داره بهت وارد می شه، داری یه پله به فشار بیشتر نزدیک می شی. خب همون پرپوداییه که حالا درد پرپودی، یا مشکلاتی که توی پرپودی خواهی داشت.» (مشارکت کننده شماره ۷). در مقابل مشارکت کننده شماره نه گفت: «پرپود نشیم کلی دردسره. PMS هم باهش کنار اومدم، طبیعیه دیگه باید بگذره. بین وقتی این پرپود از نظرمون اوکیه خوبه، اینم وصله اونم. همیشه که خب پرپود خوبه ولی PMS بده. اصلا نمی شه بگی شام خوشمزه بخوری خیلی خوبه ولی غذا درست نکن. خب غذا درست نکنی چیزی نداری برای شام بخوری.»

زمینه رفتار، هیجان، شناخت و جسم خود می شوند. آن ها دارای اختلال در خواب (بی خوابی یا پرخوابی و سنگینی) و تغذیه (پرخوری یا بی اشتها) هستند. همچنین احساس عصبانیت نسبت به اطرافیان و عدم تمرکز، حواس پرتی و ناتوانی در حل مسائل و مدیریت آن ها را تجربه می کنند. تجربه دیگری که دختران مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی دارند و بسیار شایع است یأس ناشی از افسردگی، منفی گرایی و بدبینی نسبت به جهان است. دنیای تجربی این دختران محدود شده است و گویی که در یک حالت افسرده زندانی هستند و عوارض تلاش، کنترل این تجربیات از دست آن ها خارج می شود. همچنین در کنار این تجربیات، دردهای جسمانی (درد کمر، سینه، شکم، جوش صورت و دیگر تغییرات پوستی) دارند. این علائم حدود یک هفته تا ده روز قبل شروع خون ریزی شروع شده و با شروع خون ریزی به پایان می رسد و انگار دختران با شروع قاعدگی از دنیای متخاصم، افسرده و دردناک آزاد می شوند. در نتیجه دختران درگیر با این اختلال به این شکل نشانگان سندرم پیش از قاعدگی را تجربه می کنند و دنیای فردی و جسمی آن ها تحت تاثیر قرار می گیرد. نتایج این بخش از پژوهش حاضر با نتایج تحقیق شاه و کریستین (۲۰۲۰) با عنوان ارتباط عوامل اجتماعی - جمعیت شناختی، رژیم غذایی و سبک زندگی با سندرم پیش از قاعدگی در بین دانشجویان پزشکی در مقطع کارشناسی یک موسسه مراقبت های عالی در احمدآباد (۳۴)، ایرن کوان (۲۰۱۵) با عنوان سندرم پیش از قاعدگی (۳۵)، منظری و همکاران (۱۳۹۷) با عنوان استیلای سندرم پیش از قاعدگی بر کیفیت زندگی زنان: یک مطالعه کیفی (۱۹)، احمدی و همکاران (۱۳۹۴) با عنوان بررسی شیوع سندرم پیش از قاعدگی در دختران دبیرستانی شهر ایلام (۳۶) و نتایج تحقیق فرخ-اسلاملو و همکاران (۱۳۹۲) با عنوان شیوع سندرم پیش از قاعدگی و عوامل مؤثر بر آن در دانشجویان پزشکی مؤنث دانشگاه علوم پزشکی ارومیه (۳۷)، همسو می باشد. نتایج پژوهش های مذکور داشتن نشانه های جسمانی، روانی و شناختی را در دختران دارای سندرم پیش از قاعدگی تأیید کرده اند. **مضمون دوم؛ تجربه بعد فرهنگی - اجتماعی سندرم:** از نگاه فمینیست ها تفاوت جنسیتی ذاتی نیست. فمینیسم های لیبرال تفاوت جنسیتی را نتیجه ساختار فرهنگ و نحوه جامعه پذیری می دانند (۳۸). همچنین بر اساس نظریه طرحواره جنسیتی ساندرا بم، همه ما طرحواره جنسیتی یا

مشترک به اهمیت روابطشان با خانواده، دوستان، همدردها و شریک عاطفی در دوره سندرم اشاره کرده بودند. به عنوان مثال مشارکت کننده شماره دو بیان کرد: «به پارترم می گم و خانواده و هم اتاقیم، کسایی که بیشتر از همه باهاشون تعامل دارم، می گم شروع شد، یا هم اتاقیم الان ۷ ساله هم دیگه رو می شناسیم در همین حد بهش می گم که شروع شد، راجع به مطرح کردن PMS با پارترم یا مثلا مطرح کردن انتظاراتم توی دوره PMS با پارترم و اینکه مثلا از اون بخوام انتظار داشته باشم که بهم حق بده»، (مشارکت کننده شماره ۲). مشارکت کننده شماره یک در مورد اهمیت رابطه با همدرد گفت: «منی که اینجوریم، زمانی که می بینم همکارم توی سالن بی حوصلس، می گم عزیزم می خوای پرپود شی؟ می گه: آره وای! اصلا حوصله ندارم و از اینه. کلا دیگه سمتش نمی رم. بخاطر اینکه می دونم خودم چجوری هستم. موزیک قطع می کنم. براش دمنوش درست می کنم. ازش فاصله می گیرم، و خیلی توجه می کنم. اون همکارم برای خودم همین طور.» (مشارکت کننده شماره ۱).

## بحث

پژوهش حاضر با هدف مطالعه پدیدارشناسانه تجربه زیسته سندرم پیش از قاعدگی در دختران مجرد انجام شد. این تجربه در ۴ مضمون اصلی و ۱۲ مضمون فرعی ارائه شد که به تبیین هر کدام از این مضامین به صورت جداگانه پرداخته شده است.

**مضمون اول؛ تجربه نشانگان سندرم:** براساس دیدگاه کالات توجیه فیزیولوژیکی، رفتار را به فعالیت مغز و اندام های دیگر ربط می دهد. هیپوتالاموس و هیپوفیز زن با تخمدان ها تعامل می کنند تا چرخه قاعدگی تولید شود. چرخه قاعدگی تغییر دوره ای هورمون ها و باروری در دوره تقریباً ۲۸ روزه می باشد. برخی زن ها در دوره قبل از قاعدگی تجربه سندرم پیش از قاعدگی (اضطراب، تحریک پذیری، افسردگی) را دارند. چون نشانگان پیش از قاعدگی هنگام تغییرات هورمونی عمده رخ می دهد، بررسی رابطه احتمالی بین هورمون ها و نشانگان پیش از قاعدگی معقول به نظر می رسد (۳۳). در این زمینه دختران مشارکت کننده درگیر سندرم پیش از قاعدگی نیز تجربه خود را دارای نشانگان اختلالات هورمونی و غیر قابل کنترل می دانستند. دختران قبل از شروع نشانه خون ریزی دچار اختلالی در

لابوتس و همکاران (۲۰۱۹) با عنوان دیدگاه زنان در مورد سندرم پیش از قاعدگی: یک مطالعه کیفی (۴۲)، کووک (۲۰۱۹) با عنوان بررسی ادراکات حمایت مادر و علائم سندرم پیش از قاعدگی در زنان دانشگاهی (۴۳)، آنسون (۱۹۹۹) با عنوان بررسی رویکرد زیست-اجتماعی به تجربیات قبل از قاعدگی (۴۴)، خداکرمی و همکاران (۱۳۹۷) با عنوان تاثیر مشاوره گروهی در سندرم پیش از قاعدگی دختران دبیرستانی شهر همدان، سال ۱۳۹۵ مطالعه کارآزمایی بالینی (۴۵)، است. پژوهش های مذکور در راستای تأیید تاثیر حمایت اجتماعی، شرایط زیست-اجتماعی و فرهنگ و درک دختران بر روی تجربه سندرم پیش از قاعدگی می باشند.

**مضمون سوم: استراتژی های سازگاری با تجربه سندرم:** بر اساس نظریه عقلانی-عاطفی ایلس برداشت های فرد و تعبیرهای او از رویدادها و نه خود رویدادهای برانگیزاننده، اهمیت دارند. ایلس معتقد است راه درست تغییر دادن پیامدهای ناراحت کننده رویدادها، به جای بررسی کردن رویدادها و تجزیه و تحلیل پیامدهای رفتاری، تغییر دادن مستقیم عقاید غیر منطقی است (۴۶). دختران مشارکت کننده در پژوهش حاضر در زمینه استراتژی های سازگاری با تجربه سندرم نیز بیان می کنند بعد از رفع علائم سندرم پیش از قاعدگی در کنار رنج متحمل شده دیدگاه مثبت تری نسبت به دوران قاعدگی خود دارند. آن ها با چشم-انداز دیگری به تجربه از سر گذرانده خود نگاه می اندازند. به این صورت که اگر چه دختران تجربه سندرم را بد و عذاب آور می دانند اما سعی در تعریف این دوره از زندگی به عنوان یک روند طبیعی و گذرا دارند و معنایی در این دوران برای خود پیدا می کنند. با توجه به اینکه در این دوره تنهایی، خشم، افسردگی و انزوا بیشتر است دختران در این فرصت احساسات و هیجانات منفی خود را به سمت مثبت تری مانند هنر، کتاب خواندن، تمرکز بیشتر به درون و بدن خود و خودآگاهی گسترده تر هدایت می کنند. در واقع این احساسات یک تجربه متضاد برای آن هاست؛ از یک سو بد و عذاب آور و از طرف دیگر فرصتی برای ابراز هیجان، گذراندن روند زندگی و شناخت بیشتر خود در کنار پشیمانی و عذاب وجدان از تجربه هیجانات منفی نسبت به خود، زندگی و دیگران. در نتیجه دختران در این دوره دچار فشار روانی و جسمانی زیادی هستند که به نوبه خود بر کیفیت زندگی آن ها تاثیرگذار است.

نتایج این بخش همسو با نتایج حاصل از پژوهش زارعی و

مجموعه ای از تداعی های مرتبط با جنسیت را در ساختار دانش خود داریم. به اعتقاد بوم فرایند رشد و تحول نقش جنسیتی در کودکان نتیجه یادگیری تدریجی کودک از محتوای طرحواره جنسیتی جامعه است (۳۹). ساختگرایان اجتماعی نیز برخلاف مدل پزشکی که PMS را با پزشکیه کردن و مشکل مند کردن بدن زنان و زندگی آنان استدلال می کنند، بیان می کنند که این پزشکیه کردن وضعیت زنان را در جامعه مختل کرده است و این یکی از چیزهایی است که زنان را از برابری با مردان باز می دارد (۴۰). این محققان PMS را دارای یک ساختار اجتماعی می دانند که پیامدهای تاریخی، فرهنگی و سیاسی برای زنان دارد. آنها برچسب PMS را بررسی می کنند و به آسیب هایی که این برچسب به طور کلی بر زنان وارد کرده است و همچنین کسانی که تشخیص PMS را دریافت می کنند، اشاره می کنند. پزشکیه کردن PMS به عنوان شکل دیگری از مدیریت بدن و تجربیات زنان در نظر گرفته می شود. به عنوان مثال، کریسلر و کاپلان (۲۰۰۲) می نویسند: این باور فرهنگی که زنان پیش از قاعدگی دمدمی مزاج و حتی خطرناک هستند، محدودیت فرصت های زنان را در جامعه مشروعیت می بخشد. PMS، زنان را با تعریف تجربه آن ها به عنوان یک مشکل پزشکی از محیط های اجتماعی، فرهنگی و بافت زندگی جدا می کند (۴۱). مشارکت کنندگان حاضر در پژوهش حاضر نیز بیان کردند عوامل فرهنگی و اجتماعی تاثیر قابل توجهی در تجربه آنان دارد. در فرهنگ ها یا خانواده هایی که سندرم پیش از قاعدگی را در دختران خود پذیرفته اند برای دختران گذراندن این دوره راحت تر است. دختران در دوره سندرم از طریق صحبت با خانواده، دوستان و دریافت کمک و درک از آن ها احساس حمایت و پذیرش دریافت کرده و خود این مسأله، موجب آرامش و امنیت عاطفی در آن ها می شود. مسأله تفاوت های جنسیتی و عدم پذیرش تجربه درد زنان باعث غبطه و مقایسه خود با جنس مخالف و نارضایتی از جنسیت زنانگی در ارتباط با تجربه سندرم شده است. از طریق همراهی اجتماعی (خانواده، دوستان، همکاران، مشاوران و پارتنر) گویا دختران در دوره سندرم پیش از قاعدگی، که همزمان با تجربه دنیایی محدود و دردناک است، احساس تنهایی، دور افتادگی، خشم و خجالت کمتری دارند و همین موضوع به مراتب باعث تجربه بهتری برای گذر از سندرم می باشد.

نتایج به دست آمده در این بخش همسو با نتایج پژوهش

با نتایج تحقیق ناتاپونگ و همکاران (۲۰۱۷) با عنوان سندرم پیش از قاعدگی در دختران دبیرستانی (۵۰)، ناهمسو می باشد. در نتایج این تحقیق تفاوت قابل توجهی در روابط بین فردی دختران مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی و دخترانی که با این سندرم درگیر نیستند، مشاهده نشد.

مضمون فرعی اهمیت تجارب روابط همسو با نتایج پژوهش پرز و اوشر (۲۰۰۶) با عنوان تجربه زنان از سندرم پیش از قاعدگی: مطالعه موردی در زمینه سکوت خویش (۵۱)، می باشد. تحقیقات آن ها نشان می دهد که ناراحتی پیش از قاعدگی زنان باید جدی گرفته شود تا اطمینان پیدا کنند که احساس آن ها شنیده و کیفیت رابطه آن ها حفظ می شود.

### نتیجه گیری

نتایج پژوهش در زمینه تجربه زیسته سندرم پیش از قاعدگی در دختران مجرد: مطالعه کیفی پدیدارشناسی، نشان داد که دختران تجربه نشانگان سندرم را دارند. به این صورت که آن را در الگوهای رفتاری، هیجانی و شناختی خود تجربه می کنند. دختران در تجربه زمانی خود در فرایند سندرم دردهای بدنی و فشار روانی زیادی را تجربه می کنند که قادر به کنترل آن نیستند و انگار که در یک دنیای منفی و ترسناک گیر افتاده اند. عدم پذیرش این سندرم از طرف مردها و حتی زنان دیگر در بافت فرهنگی مسأله ای است که دختران را در زمینه تجربه سندرم پیش از قاعدگی آزار می دهد. هنگامی که فرهنگ، خانواده و اطرافیان آن ها را درک می کنند به مراتب فشار روانی کمتر و تجربه دردناک کمتری دارند. قابل ذکر است که دختران مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی علاوه بر نیاز به درک و پذیرش خود نیز استرژژی هایی برای سازگاری با این تجربه به کار می برند. در این زمینه آن ها وجود سندرم را به عنوان چرخه طبیعی زندگی پذیرش کرده و سعی در چارچوب بندی جدید تجربه دردناک خود دارند؛ برای مثال دختران زمان تجربه سندرم پیش از قاعدگی را به عنوان فرصتی برای ابراز هیجانات، تنهایی و ارتباط دوباره با ذهن و بدن خود، مطالعه و ... در نظر می گیرند و این دوره برای آن ها به نوعی بازگشت دوباره به خود است. هنگام تجربه سندرم پیش از قاعدگی دختران درگیر ترس هایی مانند از دست دادن افراد مهم زندگی، قضاوت شدن و طرد شدن هستند در نتیجه با فراهم کردن شرایطی برای تنهایی و

بزازیان (۱۳۹۳) با عنوان رابطه فشار روانی و سندرم پیش از قاعدگی با کیفیت زندگی در دختران دانشجو (۴۷) و محیب و همکاران (۲۰۱۸) با عنوان سندرم پیش از قاعدگی: وجود، دانش و نگرش در میان دانشجویان دختر دانشگاه کراچی (۴۸)، می باشد. نتایج تحقیقات ذکر شده در راستای تأیید کاهش فشار روانی و بهبود کیفیت زندگی در صورت داشتن کیفیت زندگی بهتر و دیدگاه و نگرش مثبت تر در زمان تجربه سندرم پیش از قاعدگی می باشند.

**مضمون چهارم؛ ادراک اهمیت بعد از تباطی در سندرم؛** هوسرل در پدیدارشناسی خود معتقد است که دستیابی به واقعیت و تجربه زیسته باید به گونه ای باشد که دیدگاه های انسانی آن را دچار تحریف نکرده باشد (۴۹). بر اساس آشکار شدن دنیای پدیداری مشارکت کنندگان در زمان سندرم پیش از قاعدگی، ارتباط اهمیت زیادی برای آن ها پیدا می کند. تجربه درد، عدم پذیرش خود و متقابلاً ترس از طرد شدن و قضاوت از طرف دیگران باعث این اختلال در ارتباطات آنان است. در زمان تجربه سندرم دختران نگرانند که روابط آن ها به واسطه احساس خشم و سطح بالای هیجانات و بیان عریان این هیجانات به خطر بیوفتند. در نتیجه برای جلوگیری از صدمه زدن به دیگران، آسیب دیدن از طرف دیگران و حفظ روابط، تنهایی را ترجیح می دهند. همچنین دختران در کنار تجربه تنهایی و حفاظت از خود و روابطشان انتظار درک و همراهی از طرف افراد مهم زندگی شان را دارند. به این صورت که با بیان زمان قرار گرفتن در تجربه سندرم پیش از قاعدگی، خواهان این هستند که اشخاص مهم زندگی درد و فشار بدنی و روانی آنان را فهم کرده و آماده ورود به روند این دوران نگران کننده با آن ها باشند. دختران در زمان این سندرم نگران درک نشدن و در معرض خطر قرار گرفتن روابطشان هستند. مضمون فرعی تمایل به تنهایی و عدم برقراری ارتباط با دیگران با نتایج پژوهش منتظری و همکاران (۱۳۹۷) با عنوان استیلا سندرم پیش از قاعدگی بر کیفیت زندگی زنان: یک مطالعه کیفی (۱۹)، مروتی شریف آبادی و همکاران (۱۳۹۳) با عنوان بررسی فراوانی تظاهرات بالینی سندرم قبل از قاعدگی در زنان متأهل جوان شهر یزد (۲۰)، همسو است. در نتایج این پژوهش ها اختلال در روابط بین فردی در زمان تجربه سندرم دیده می شود. اختلال در ارتباط می تواند ناشی از عدم درک دنیای پدیداری و تجربه زیسته دختران از طرف اطرافیان آن ها باشد. مضمون حاضر

دارای تجربه سندرم پیش از قاعدگی بود، هر چند علاقه شخصی به موضوع پژوهش داشت برای مقابله با این محدودیت در طول مصاحبه و تحلیل داده ها، پژوهشگر یک فرایند فعال تقلیل پدیدارشناسی و در پرانتزگذاری انجام داد و برای اعتبار بیشتر داده ها دوباره به پژوهشگران دیگر و مشارکت کنندگان پژوهش رجوع کرد. پیشنهاد می شود پژوهش حاضر در گروه های فرهنگی و اجتماعی دیگری مورد بررسی قرار بگیرد. پژوهش حاضر به اجزاء تشکیل دهنده در تجربه زیسته سندرم پیش از قاعدگی پرداخته است که هر یک از این اجزای تشکیل دهنده به تنهایی می توانند یک سوال پژوهشی برای پژوهش های آینده باشند. همچنین هر کدام از اجزای تشکیل دهنده را می توان به صورت کمی مورد مطالعه قرار داد. نتایج این پژوهش می تواند تلویحات کاربردی و بالینی در رابطه با دختران مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی ارائه بدهد. با ایجاد شبکه های حمایتی اجتماعی و برگزاری برنامه هایی برای دختران و خانواده ها می توان جهت آگاه سازی، تشخیص و فرهنگ سازی نسبت به سندرم پیش از قاعدگی اقدام نمود که نمونه ای از برنامه حمایتی دختران می تواند تشکیل گروه درمانی برای خود ابرازگری و استفاده از تجربیات خود دختران باشد.

### سیاسگزارى

از کلیه مشارکت کنندگان پژوهش که بدون همکاری و مساعدت آنها انجام این پژوهش میسر نبود تشکر و قدردانی می نمایم.

فاصله از دیگران تا زمان بهبود سندرم، آن را تعدیل می کنند و در این زمینه به جهت متحمل شدن فشار روانی کمتر نیاز به فهمیده شدن از جانب اطرافیان و همراهی به جای قضاوت را دارند. بنابراین پژوهش حاضر گویای نقش عوامل فردی، فرهنگی-اجتماعی، خانوادگی و زیستی در تجربه سندرم پیش از قاعدگی در دختران مجرد از دیدگاه تجربه زیسته و پدیدارشناسی خود دختران درگیر با این سندرم می باشد. عوامل مذکور نقش مهمی در نوع تجربه دختران و چگونگی پشت سر گذاشتن تجربه ای دردناک در شرایط روحی و جسمی سخت و محدود را دارند. همچنین پژوهش حاضر گویای اهمیت آگاهی و شناخت خود دختران در تجربه سندرم پیش از قاعدگی می باشد. در نتیجه هم دختران و هم فرهنگ و اجتماع دارای نقش مهمی در فرایند تجربه سندرم پیش از قاعدگی در دختران هستند. در نهایت، می توان تجربه زیسته سندرم پیش از قاعدگی را در یک ساختار چند بعدی در نظر گرفت که شامل بعد فیزیولوژیکی، روانشناختی، فرهنگی-اجتماعی و ارتباطی می باشد.

از محدودیت های مطالعه حاضر، می توان به این مورد اشاره نمود که در این پژوهش تنها به توصیف تجربه مشارکت کنندگان دختر مجرد دارای تجربه سندرم پیش از قاعدگی پرداخته شده بود؛ لذا تمرکز پژوهش حاضر بر یک نمونه خاص بود، محدودیت های این نمونه کاربرد تعمیم نتایج را به دیگر گروه های زنان محدود می کند. استفاده از یک مصاحبه کننده که مسؤل جمع آوری و تحلیل داده های پژوهش می باشد تاثیر پیش فرض های پژوهشگر را نگران کننده می کرد و اینکه خود پژوهشگر

### References

1. Ryu A, Kim TH. Premenstrual syndrome: A mini review. *Maturitas*. 2015 Dec 1;82(4):436-40. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2015.08.010>
2. Parastoo Golshiri, Gholamhossein Sadri, Ziba Farajzadegan, Masoumeh Sahafi, Arash Najimi, There Any Association between Family Function Self Care in Women?, *Journal Of Isfahan Medical School*, 2012; 29(166): 1.
3. Farideh Salehi, Hamid Marefati, Shahrzad Arabpour, Vida Modares Nejad, Comparison of Premenstrual Syndrome Status and Primary Dysmenorrhea in Active and Non-Active Students, *Iranina Journal of Obstetrics Gynecology and Infertility*, 2012; 15(10): 21.
4. Altemus M. Neuroendocrine Networks and Functionality. *Psychiatr Clinics of North America*. 2017 Jun ; 40(2):189-200. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28477647/> <https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.01.008>
5. Seedhom AE, Mohammed ES, Mahfouz EM. Life Style Factors Associated with Premenstrual Syndrome among El-Minia University Students, *Egypt. ISRN Public Health*. 2013 May 9;2013:1-6. <https://doi.org/10.1155/2013/617123>
6. Parisa Kolahi , Farshid Ebrahimi, Majid Shafie Amiri, The Effect of Group Therapy-behavioral Training on PMS Impulsive Behaviors of the Female Students of University of Tehran, *Journal of Health Breeze*, 2015; 4(1): 56-61.
7. Hofmeister S, Bodden S. Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder. *American*

- Family Physician. 2016 Aug;94(3):236-240. PMID: 27479626.
8. Hantsoo L, Epperson CN. Premenstrual Dysphoric Disorder: Epidemiology and Treatment. *Curr Psychiatry Reports*, 2015 Nov 24;17(11):87. Available from: [/pmc/articles/PMC4890701/https://doi.org/10.1007/s11920-015-0628-3](https://doi.org/10.1007/s11920-015-0628-3)
  9. Leily Ghaedi, Maryam Moradi, Assessment of the effects of massage therapy on premenstrual syndrome, *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*, 2011; 13(2): 38.
  10. Rapkin AJ, Akopians AL. Pathophysiology of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. *Menopause Int*. 2012;18(2):52-9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22611222/> <https://doi.org/10.1258/mi.2012.012014>
  11. Shechter A, Lespérance P, Ng Ying Kin NMK, Boivin DB. Pilot investigation of the circadian plasma melatonin rhythm across the menstrual cycle in a small group of women with premenstrual dysphoric disorder. *PLoS One*. 2012 Dec 19;7(12). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23284821/> <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0051929>
  12. Tatari F, Torkamani F, Shakeri J, Rezaie M, Hosseini M, Amirian M, et al. Evaluation of the frequency of premenstrual dysphoric disorder and premenstrual syndrome in students of girls' high schools of Kermanshah-Iran. *Eur Psychiatry*. 2011 Jan 1;26(S2):1688. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(11\)73392-2](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(11)73392-2)
  13. Azoulay M, Reuveni I, Dan R, Goelman G, Segman R, Kalla C, et al. Childhood Trauma and Premenstrual Symptoms: The Role of Emotion Regulation. *Child Abuse Neglect*. 2020 Oct 1;108. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32768748/> <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104637>
  14. Orff H.J, Parry B.L. Premenstrual Dysphoric Disorder, Reference Module in Neuroscienc and Biobehavioral Psychology 2017; 4: 197-216. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-803592-4.00075-4>
  15. Chen HM, Chen CH. Related Factors and Consequences of Menstrual Distress in Adolescent Girls with Dysmenorrhea. *Kaohsiung J Med Sci [Internet]*. 2005 Mar 1;21(3):121-7. Available from: [https://doi.org/10.1016/S1607-551X\(09\)70288-8](https://doi.org/10.1016/S1607-551X(09)70288-8)
  16. Ashraf Direkvand Moghadam, Sattar Kaikhavani, Kourosh Sayehmiri, The Worldwide Prevalence of Premenstrual Syndrome: A Systematic Review and Meta-Analysis Study, *Iranina Journal of Obstetrics Gynecology and Infertility*, 2013; 16(65): 8-17.
  17. Labots-Vogeesang MS, Tenissen DAM, Kranenburg V, Lagro-Janssen ALM. Views of Dutch general practitioners about premenstrual symptoms: A qualitative interview study. *Eur J Gen Pract* 2021;27(1):19. Available from: [/pmc/articles/PMC7971273/https://doi.org/10.1080/13814788.2021.1889505](https://doi.org/10.1080/13814788.2021.1889505)
  18. Masoumeh Akbari , Jaleh Naderi, Esmail Khodadadi, Jila Mohammadrezayi, NURSES EXPERIENCES OF FAMILY PROBLEMS CAUSED BY PREMENSTRUAL SYNDROME: A PHENOMENOLOGICAL STUDY, *Journal of Urmia Nursing And Midwifery Faculty*, 2016; 14(5): 474-484.
  19. Ali Montazeri, Ziba Taghizadeh, Safura Taheri, Shiva Siahbazi, Razieh Masoomi, Domination of premenstrual syndrome on women's quality of life: a qualitative study, *Payesh*, 2019; 18(1): 53-66.
  20. Ma Morowati Sharifabad, Z. Karimian Kakolaki, M. Bokaie, B. Enjezab, S. Gerayllo, B. Motaghi, Evaluation of the Frequency of Clinical Manifestations of Premenstrual Syndrome in Young Married Women in Yazd, *Community Health Journal*, 2015; 8(3): 45-53.
  21. MM Pasandideh , H Atashzamazam , A Sabery, The Comparison of Social Adjustment, Stress and Resiliency in Women with Premenstrual Syndrome and Normal, *Journal Of Guilan University Of Medical Sciences*, 2019; 27(108): 54-61.
  22. Ali Talaei, Mohammad Reza Fayyazi Bordbar, Afshin Nasiraei, Mahshid Pahlavani, Salmeh Dadgar, Epidemiology of Premenstrual Syndrome (PMS) in Students of Mashhad University of Medical Sciences, *Iranina Journal of Obstetrics Gynecology and Infertility*, 2009; 12(2): 15. [magiran.com/p649033](http://magiran.com/p649033)
  23. Lu ZJ. The relationship between menstrual attitudes and menstrual symptoms among Taiwanese women. *J Adv Nurs* 2001 Mar;33(5):621-8. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01705.x>
  24. Wang YP, Teng CT, Vieira Filho AHG, Gorenstein C, Andrade LH. Dimensionality

- of the premenstrual syndrome: confirmatory factor analysis of premenstrual dysphoric symptoms among college students. *Brazilian J Med Biol Res = Rev Bras Pesqui medicas e Biol* [Internet]. 2007;40(5):639-47. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17464425/> <https://doi.org/10.1590/S0100-879X2007000500006>
25. Chang YT, Chen YC. Study of menstrual attitudes and distress among postmenarcheal female students in Hualien County. *J Nurs Res* [Internet]. 2009;17(1):20-9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19352226/> <https://doi.org/10.1097/JNR.0b013e3181999d25>
  26. Benton D. Carbohydrate ingestion, blood glucose and mood. *Neurosci Biobehav Rev* [Internet]. 2002; 26(3):293-308. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12034132/> [https://doi.org/10.1016/S0149-7634\(02\)00004-0](https://doi.org/10.1016/S0149-7634(02)00004-0)
  27. Mortola JF. Premenstrual syndrome. In, MB Goldman & MC Hatch. (Eds). *women and health*. NewYork: springer. Academic press 2000; 114-121. <https://doi.org/10.1016/B978-012288145-9/50013-9>
  28. Giorgi, A. *The descriptive phenomenological method in psychology: A modified Husserlian approach*: Duquesne University Press, 2009.
  29. Ahmad Mohammadpour, *Anti-Method Qualitative Research Method*, Volume 1, Second Edition, Tehran: Sociologists Publications, 2012.
  30. Zarei Hoda, Irvani Mohammadabadi Mohammad Reza. *Qualitative research method in social sciences and educational sciences*, first edition, Tehran: speakers. 2014.
  31. Sarukhani Baqir. *Introduction to Family Sociology*, 18th Edition, Tehran: Sarv Publications, 2014.
  32. Forman J, Creswell JW, Damschroder L, Kowalski CP, Krein SL. Qualitative research methods: Key features and insights gained from use in infection prevention research. *Am J Infect Control*. 2008 Dec 1;36(10):764-71. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2008.03.010>
  33. Seyed Mohammadi Yahya. *Physiological Psychology*, Twelfth Edition, Tehran: Psychology Publishing, 2016.
  34. Shah R, Christian D. Association of socio-demographic, dietary and lifestyle factors with Premenstrual Syndrome (PMS) among undergraduate medical students of a tertiary care institute in Ahmedabad, Gujarat. *J Fam Med Prim care* [Internet]. 2020;9(11):5719. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33532420/> [https://doi.org/10.4103/jfmpe.jfmpe\\_1553\\_20](https://doi.org/10.4103/jfmpe.jfmpe_1553_20)
  35. Kwan I, Onwude JL. Premenstrual syndrome. *BMJ Clin Evid* [Internet]. 2015 Aug 25;2015. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27444425/> <https://doi.org/10.1136/bmj.c1999>
  36. Fereshteh Ahmadi, Mohammad Mehdi Naghizadeh, Ashraf Direkvand-Moghadam, Fathola Mohamadian, Zeinab Ghazanfari , A Study on Premenstrual Syndromes of High School girl-students in Ilam City (western Iran), 2015, Ilam University of Medical Science, 2018; 26(1): 154-163. <https://doi.org/10.29252/sjimu.26.1.154>
  37. Hamid Reza Farrokh, Eslamlou, Bahram Nabilou , Sima Oshnouei, Elham Akbari, THE PREVALENCE OF PREMENSTRUAL SYNDROME AND ITS ASSOCIATED FACTORS AMONG MEDICAL STUDENTS OF URMIA UNIVERSITY OF MEDICAL SCIENCES, *Journal of Medical Science Studies*, 2013; 24(9): 702-710.
  38. Najm Iraqi Manijeh. *Sociology of Women*, Twelfth Edition, Tehran: Ney Publishing, 2016.
  39. Bem SL. Gender schema theory: A cognitive account of sex typing. *Psychol Review*. 1981 Jul;88(4):354-64. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7244425/> <https://doi.org/10.1037/0033-295X.88.4.354>
  40. Rittenhouse CA. The Emergence of Premenstrual Syndrome as a Social Problem. *Soc Problem*. 1991 Aug 1;38(3):412-25. Available from: <https://academic.oup.com/socpro/article/38/3/412/1698403> <https://doi.org/10.2307/800607>
  41. Chrisler JC, Caplan P. The Strange Case of Dr. Jekyll and Ms. Hyde: How PMS Became a Cultural Phenomenon and a Psychiatric Disorder. *Annu Rev Sex Res*. 2002;8:274-306. Available from: <https://www.proquest.com/docview/225226996>
  42. Labots-Vogelans M, Andringa RK, Lm A, Janssen L. A women's perspective on premenstrual syndrome: a qualitative interview study. 2019; Available from: <https://doi.org/10.21203/rs.2.10868/v1>
  43. Cook E. Examining Perceptions of Maternal Support and PMS Symptoms in College Women. *Honor Progr Theses Proj* [Internet]. 2019 May 7;

- Available from: [https://vc.bridgew.edu/honors\\_proj/361](https://vc.bridgew.edu/honors_proj/361)
44. Anson O. Exploring the bio-psycho--social approach to premenstrual experiences. *SocSciMed* [Internet]. 1999 Jul;49(1):67-80. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10414841/> [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00079-9](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00079-9)
  45. Batul Khodakarami , Hosein Mohagheghi , Narges Babakhani, Zahra Masoumi Seyedeh, Maryam Farhadian, The Effect of Group Counseling on Premenstrual Syndrome in High School Girls in Hamadan, 2017: A Clinical Trial, *Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care*, 2019; 26(5): 306-314. <https://doi.org/10.30699/sjhnmf.26.a5.306>
  46. Shafiabadi Abdullah and Naseri Gholamreza. Theories of counseling and psychotherapy, 21st edition, Tehran: University Publishing Center, 2013.
  47. Mrs Z. Zarei, Mrs S. Bazzazian , The relationship between premenstrual syndrome disorder, stress and quality of life in female students, *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*, 2015; 2(4): 49-58.
  48. Mohib A, Zafar A, Najam A, Tanveer H, Rehman R. Premenstrual Syndrome: Existence, Knowledge, and Attitude Among Female University Students in Karachi. *Cureus* [Internet]. 2018 Mar 9;10(3). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29744256/> <https://doi.org/10.7759/cureus.2290>
  49. Payman Parvari, Passing from Philosophy to Methodology; A New Approach to the Phenomenological Methodology of Philosophical Foundations, Approaches and Implementation steps, , 2019; 7(1): 49-66.
  50. Buddhabunyakan N, Kaewrudee S, Chongsomchai C, Soontrapa S, Somboonporn W, Sothornwit J. Premenstrual syndrome (PMS) among high school students. *Int J Womens Health* [Internet]. 2017 Jul 21;9:501-5. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28860863/> <https://doi.org/10.2147/IJWH.S140679>
  51. Perz J, Ussher JM. Women's experience of premenstrual syndrome : a case of silencing the self. *J Reprod Infant Psychol* [Internet]. 2006 Nov;24(4):289-303. Available from: <https://researchdirect.westernsydney.edu.au/islandora/object/uws%3A5319/> <https://doi.org/10.1080/02646830600973883>