استیلای سندرم پیش از قاعدگی بر کیفیت زندگی زنان: یک مطالعه کیفی

علی منتظری[1]، زیبا تقی زاده[2]، صفورا طاهری[3]، شیوا سیه بازی[4*]، راضیه معصومی[4]

۱. مرکز تحقیقات سنجش سلامت، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی، تهران، ایران
۲. مرکز تحقیقات مراقبت پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۳. دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران
۴. دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

نشریه پایش
سال هجدهم، شماره اول، بهمن ـ اسفند ۱۳۹۷ صص ۶۶-۵۳
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۱۲/۱
[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۱۴ اسفند ۹۷]

چکیده

مقدمه: سندرم پیش از قاعدگی از شایع‌ترین اختلالات سنین باروری است که به درجات مختلف در زنان دیده شده و با کاهش کیفیت زندگی در ارتباط است. اما اینکه این سندرم چگونه برکیفیت زندگی زنان مبتلا تاثیر می‌گذارد به خوبی مشخص نشده است. این پژوهش به بررسی استیلای سندرم پیش از قاعدگی بر کیفیت زندگی زنان مبتلا می‌پردازد.

مواد و روش کار: این پژوهش کیفی بخشی از یک مطالعه متوالی اکتشافی بود که بر اساس تحلیل محتوی قراردادی و با استفاده از مصاحبه های نیمه ساختار یافته عمیق، تجربیات کیفیت زندگی ۲۱ نفر از زنان مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی در دامنه سنی ۱۵ تا ۴۵ سال را مورد بررسی قرارداد.

یافته ها: یافته‌های این مطالعه نشان داد پیامدهای سندرم پیش از قاعدگی برکیفیت زندگی زنان مبتلا شامل اختلالات جسمانی: (قلبی ـ ریوی، ادراری ـ تناسلی، عصبی، پوست و مو، گوارشی، عضلانی ـ اسکلتی و سلامت عمومی)، روانی: (خلقی، شناختی و عاطفی ـ هیجانی)، رفتاری: (تغییرات الگوی خواب و تغییرات الگوی تغذیه‌ای) و خانوادگی ـ اجتماعی: (روابط بین فردی معیوب، کژکاری جنسی و انزوای اجتماعی) موثر بود.

بحث و نتیجه گیری: با توجه به نتایج این پژوهش، باید به تاثیرات سندرم پیش از قاعدگی برکیفیت زندگی زنان مبتلا توجه ویژه داشته و جهت ارتقای کیفیت زندگی مبتلایان طیف وسیعی ازگزینه‌ها از جمله پشتیبانی و مشاوره با حمایت سیستم بهداشتی و درمانی مدنظر قرار گیرد.

کلیدواژه: سندرم پیش از قاعدگی،کیفیت زندگی، تحلیل محتوی، مطالعه کیفی

کد اخلاق: IR.TUMS.UCR.1395.1846

* نویسنده پاسخگو: تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده پرستاری و مامایی
E-mail: Shiva_siahbazi@yahoo.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.18.1.3.0]

مقدمه

سیکل قاعدگی مهم‌ترین نشانه کار دستگاه تولید مثل در جنسیت مونث بالغ است، ولی این پدیده گاهی با اختلالاتی همراه است که آزاردهنده بوده و باعث مشکلاتی برای زنان واقع در سنین باروری می‌گردد. به این علائم جسمانی، روحی و هیجانی که در برخی زنان به صورت دوره‌ای، پیش از قاعدگی رخ داده و با شروع قاعدگی از بین می‌رود سندرم پیش از قاعدگی Premenstrual syndrome- PMS می‌گویند[۱]. سندرم پیش از قاعدگی(PMS) از شایع‌ترین اختلالات سنین باروری است که به درجات مختلف در ۹۰-۸۵ درصد از زنان دیده می‌شود[۲]. تمام گروههای سنی تحت تاثیر این سندرم قرار دارند اما شایعترین سن ابتلا ۲۵ تا ۴۵سال بوده و به نظر می‌رسد افزایش سن نقش مهمی در توسعه علایم داشته باشد[۱،۲]. در تحقیقات مختلف شیوع PMS بین ۹۰-۵۴ درصد گزارش گردیده است[۳]. شیوع این سندرم در ایران نیز متفاوت بوده که از جمله می توان به شیوع ۳۳/۳ درصد آن با پرسشنامه PSST اشاره کرد[۴]. علت PMS چند عاملی بوده و دلایلی که به طور شایع در ایجاد آن مطرح هستند عبارتند از: افزایش آلدوسترون، بالارفتن عملکرد آدرنال، هیپرلاکتینمی، هیپوگلیسمی، افت آندورفین، کاهش روی، منیزیم ، ویتامین ب ۶، دوپامین و سروتونین مرکزی و اسیدهای چرب ضروری. عدم تعادل بین استروژن و پروژسترون که بر روی نوروترانس میترهای سروتونین و گاما آمینوبوتیریک اسید تاثیر دارد بیشتر از سایر علل مورد توجه قرارگرفته است [۵،۶]. این بحران می تواند سلامت زنان مبتلا و کیفیت زندگی آنان را تحت تاثیر قرار دهد که با کاهش کیفیت زندگی حدود ۲۰-۸ درصد زنان سنین باروری در ارتباط است[۷،۸]. مقوله کیفیت زندگی بخصوص در افرادی که دارای شرایط جسمی و روانی خاصی هستند و با تنیدگی ناشی از آن مواجه هستند اهمیت زیادی دارد[۹].

تعریف سازمان سلامت جهان ازکیفیت زندگی، درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ، سیستم ارزشی‌که درآن زندگی می‌کنند، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌هایشان است و این درک به طرق مختلف تحت‌تأثیر وضعیت‌جسمانی، روانی، باورها ارزشها و ارتباطات اجتماعی فرد قراردارد[۱۰]. کیفیت زندگی در برگیرنده جنبه‌هایی از زندگی است که سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی را تحت تأثیر قرار می‌دهد، بنابراین سلامتی یکی از اجزای کیفیت زندگی است[۱۱]. امروزه در مقایسه اثربخشی و ارزش نسبی درمان‌های متفاوت، تحقیقات، ارزیابی خدمات بهداشتی و بهبود رابطه تیم درمان با بیمار، کیفیت زندگی به عنوان یک پیامد پراهمیت معرفی شده است لذا اندازه‌گیری آن نیز مهم می‌نماید[۱۰]. اهمیت تاثیر اختلالات و بیماریها بر کیفیت زندگی نیز در هر جامعه ای با توجه به عوامل فرهنگی و اجتماعی آن متفاوت است[۱۱]. زنان یکی از عناصر اصلی خانواده هستند؛ بنابراین تلاش در جهت سلامت آنان و بکار بستن راهبردهایی جهت روبرو شدن با مشکلات و چالش هایی که پیش رو دارند ضرورتی انکارناپذیر است از آنجائی‌که کیفیت زندگی نقش قابل توجهی در سلامت زنان دارد، شناخت تجارب پیامدهای سندرم بر کیفیت زندگی زنانی‌که مبتلا به PMS هستند در تنظیم برنامه‌های مراقبتی بسیار اثربخش خواهد بود و با توجه به اینکه تاکنون مطالعه کیفی در زمینه کیفیت زندگی زنان مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی در ایران صورت نگرفته و اغلب علائم توسط مطالعات کمی توسط پرسشنامه‌ها سنجیده شده اند، هدف از این مطالعه توصیف تجارب و بررسی پیامدهای PMS بر کیفیت زندگی زنان مبتلا بود.

مواد و روش کار

این تحقیق با رویکردکیفی و براساس تحلیل محتوی قراردادی انجام شد. تحلیل محتوی بر تجربه و نگرش افراد تمرکزکرده و به عنوان یک شیوه نظام مند با هدف رسیدن به عمق و توصیف پدیده بکار می رود[۱۲]. این شیوه، روشی منظم جهت کدگذاری و طبقه بندی داده ها است که برای شناسایی درون مایه ها یا الگوهای آشکار و پنهان داده های متنی مورد استفاده قرار می‌گیرد [۱۳،۱۴]. قبل از شروع تحقیق، انجام این مطالعه توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تهران تائیدگردید. معیارهای ورود به مطالعه شامل: ابتلا به سندرم پیش از قاعدگی بر اساس پرسشنامه PSST ، اعلام رضایت کتبی و شفاهی، توانایی خواندن و صحبت کردن به زبان فارسی، قرار داشتن در محدوده سنی ۱۵ تا ۴۵ سال، سابقه قاعدگی طبیعی، عدم ابتلا به بیماریهای جسمی و روانی مزمن و یا مصرف دارو و داشتن توده بدنی طبیعی بود. تعداد نمونه‌ها از ابتدا مشخص نبود و نمونه‌گیری به روش در دسترس تا اشباع داده ها طی دوره زمانی دی ماه ۹۵ لغایت تیر۹۶ دردانشکده های دانشگاه تهران، برخی مدارس متوسطه دوره دوم و دفاتر مامایی شهر تهران ادامه یافت و در مجموع با تعداد ۲۱ نفر به اتمام رسید. ابزار مطالعه شامل پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و همچنین تشخیص سندرم پیش

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.18.1.3.0]

از قاعدگی توسط پرسشنامهPSST بود. شرکت‌کنندگان با حداکثر تنوع از نظر خصوصیات دموگرافیک انتخاب شده و روش جمع‌آوری اطلاعات، مصاحبه از نوع نیمه ساختار یافته عمیق فردی بود. مدت زمان هر مصاحبه بین ۳۴ تا ۷۵ دقیقه و (یا میانگین مصاحبه ها ۵۶ دقیقه) بود.

مصاحبه‌ها با کسب اجازه از شرکت کنندگان و در محیطی آرام با تمایل مشارکت کننده، ضبط و سپس کلمه به کلمه پیاده شد. نمونه سئوالات بدین صورت آغاز شدکه"سندرم پیش از قاعدگی چه تاثیری بر زندگی شما و کیفیت آن داشته است؟"،"از تجربیات خود در مواجهه با سندرم پیش از قاعدگی برای ما بیان بفرمائید". سوالات بعدی براساس پاسخ‌های اولیه افراد و راهنمای مصاحبه پرسیده شد.همچنین براساس نیاز، در مصاحبه ها برای درک عمیق‌تر و بهتر احساس و تجربه مشارکت کنندگان، از سوالات اکتشافی نظیر "منظور شما چیست"، "چرا اینطور فکر می‌کنید؟"، "اگر می‌توانید لطفا بیشتر توضیح دهید"، "می‌شود مثال بزنید؟" استفاده شد. بر اساس تحلیل محتوای قراردادی، تجزیه و تحلیل همزمان با جمع آوری داده ها انجام شد[۱۵]. با توجه به اینکه در تحقیق کیفی نیاز است که محقق در اطلاعات غوطه ور شود[۱۶]، پژوهشگر به مصاحبه را در چند نوبت گوش داده و متن تایپ شده را بارها مرور نمود. برای تشخیص واحدهای معنایی، هر مصاحبه چندین بار مطالعه و مرور گردید. سپس واحدهای معنایی چندین بار مرور و براساس تشابه مفهمومی طبقه بندی شد. طبقات و زیر طبقات با هم مقایسه شده و از تحلیل و تفسیر این داده ها، درون مایه ها استخراج گردید. دقت علمی و استحکام داده ها با استفاده از معیارهای قابلیت پذیرش ، قابلیت اعتماد، تایید و قابلیت انتقال داده ها مورد ارزیابی قرارگرفت[۱۴،۱۷]. اعتبارپذیری داده‌ها با درگیر شدن طولانی مدت با داده‌ها، صرف زمان کافی برای جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل آن‌ها به‌منظور جمع‌آوری داده‌های عمیق‌ترو انتخاب مشارکت‌کنندگان دارای تجارب متفاوت صورت گرفت. محقق از بازبینی اعضای گروه پژوهش و مشارکت کنندگان اطمینان حاصل کرد.تاییدپذیری داده‌ها با استفاده از جمع‌آوری منظم داده‌ها، ثبت دقیق تمام مراحل پژوهش و اعتمادپذیری داده ها با استفاده ازفن بازنگری مشارکت کنندگان صورت گرفت.جهت اعتماد پذیری داده ها، جلساتی با تیم تحقیق و بحث و تبادل نظر در مورد اطلاعات جمع آوری شده، انجام شد. نمونه گیری با حداکثر تنوع انجام و جزئیات مطالعه، زمینه و شرایط مشارکت کنندگان به تفصیل توضیح داده شد تا قابلیت انتقال پذیری ارتقا یابد.

یافته‌ها

مشارکت‌کنندگان مطالعه، ۲۱ خانم مبتلابه سندرم پیش ازقاعدگی بودندکه مشخصات آنها درجدول شماره۱ذکرگردیده است. بر اساس تجزیه و تحلیل داده‌ها، ۱۵طبقه و ۴ درون مایه"پیامدهای جسمانی"، "روانی"، "رفتاری"و" خانوادگی - اجتماعی" استخراج گردید.(جدول شماره ۲). طبقات اصلی و زیر طبقات استخراج شده تجربیات مشارکت‌کنندگان از استیلای سندرم پیش از قاعدگی بر کیفیت زندگی زنان مبتلا درمولفه پیامدهای جسمانی، در جدول ۳ نشان داده شده است. تجربه اکثریت مشارکت کنندگان نشان داد که اکثریت آنان از اثرات علایم جسمانی این سندرم نظیراختلال در سیستم قلبی-ریوی، ادراری- تناسلی، عصبی، پوست و مو، گوارشی، عضلانی– اسکلتی و سلامت عمومی احساس ناراحتی نموده و کیفیت زندگی این افراد تحت تاثیر قرارگرفته بود. در رابطه با اختلالات سیستم قلبی-ریوی افراد مبتلا تنگی نفس، تپش قلب، احساس فشار در قفسه سینه و احتقان بینی را بیان کردند. به عنوان مثال خانم لیسانسه متاهل (۳۷ ساله) اظهار نمود *"دو سه روز مونده به پریود گاهی راحت نمیتونم نفس بکشم. هوا انگار کمتر وارد ریه هام میشه (عطش هوا دارم) البته شبها کمی بیشتر این حالت رو حس میکنم و باید بالش سرمو بلند بزارم تا بتونم بخوابم."*

برخی از این مشارکت‌کنندگان بیان داشتند ابتلای آنها به این سندرم، باعث ایجاد مشکلاتی در ناحیه ادراری تناسلی از جمله"خارش و سوزش"،"ادرار فراوان"و"تکرر ادرار"در آنها شده است. در این رابطه دختر خانم ۱۸ساله بیان نمود: *"اکثر ماهها چند روز مونده به پریود در ناحیه تناسلی حس خارش و سوزش زیادی دارم .خیلی ازار دهنده است و اذیت میشم به طوریکه نمیتونم لباس زیر بپوشم"*.

اختلالاتی در سیستم عصبی نظیر"سردرد"،"گزگز و کرختی انگشتان دست و پا"و"سرگیجه"در برخی از مشارکت‌کنندگان به - دنبال ابتلا به سندرم پیش از قاعدگی تجربه شده بود.خانم متاهل کارمند (۲۶ ساله) چنین اظهار داشت: *"سردرد این روزها زیاد میگیرم و پوست سرم خیلی دردناک میشه. حس میکنم دارن موهامو میکشن. چشمام هم خیلی موقع سردرد اذیتم میکنه انگار*

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.18.1.3.0]

چشمام دارن از کاسه درمیان. حتما باید برم جای تاریک دراز بکشم و سرمو با پارچه یا شال ببندم تا کمی بهتر بشم"

برخی از مشارکت‌کنندگان معتقد بودند مشکلاتی آزار دهنده در پوست و مو از جمله"لکه های قرمز پوستی"، "رنگ پریدگی"،" سردی انتهاها"، "گرگرفتگی"،"جوش"، "تیرگی و گودی زیر چشم"، "چرب شدن موها"و"تعریق بیش از حد" به‌دنبال ابتلا به سندرم پیش از قاعدگی در آنها ایجاد می‌شود. در این زمینه خانم متاهل خانه دار (۳۲ ساله)گفت: *"اغلب لکه های کوچک قرمز رنگی روی پاهام خصوصا کشاله های رانم ده روز مونده به پریود ایجاد میشه البته قبل ایجاد این لکه ها پاهام درد میگیره و روز بعدش این لکه ها ظاهر میشه. بابت این مساله همیشه نگرانم البته رفتم دکتر. ازمایشام خوب بود و دکتر گفت مشکلی نیست"*. یکی دیگر از مشکلاتی که سندرم پیش از قاعدگی بر افراد مبتلا چیره گشته و درکیفیت رندگی آنها موثر بود بروز اختلالات گوارشی از جمله"حساسیت به بوها"،"سوزش معده"،"تهوع"،"خشکی دهان"،"یبوست"،"اسهال"،"نفخ شکم"،"افت دهان"و"گلوبوس"بود. در مورد حساسیت به برخی بوها خانم ۲۱ ساله متاهل چنین می‌گفت:*"چند روز مونده به پریود مثل خانمهای باردار میشم که از بعضی بوها و غذاها بدشون میاد .دوست ندارم خودم اشپزی کنم و از محیط آشپزخونه بدم میاد. درست کردن غذا اذیتم میکنه. بیشتر دوست دارم یه نفر دیگه غذا برام درست کنه"*

اختلالاتی در سیستم عضلانی- اسکلتی نظیر"درد و تورم پستانها"، "درد وخشکی مفاصل"، "درد استخوانها"، "کمردرد"، "شکم درد"، "درد لگنی" و "پادرد" توسط برخی از مشارکت‌کنندگان به‌دنبال ابتلا به سندرم پیش از قاعدگی بروز گزارش شد. در این مورد خانم مطلقه دیپلمه (۳۱ ساله) چنین بیان می کرد:*"دقیقا قبل اینکه به زمان سیکل ماهیانم برسه سینه هام سفت میشه و ورم میکنه. احساس سنگینی میکنم حتی به لباس زیر حساس میشم دوست ندارم هیچ پوششی با بدنم تماس پیدا کنه.به خاطر دردش نمیتونم رو به شکم بخوابم ."*

اکثریت زنان میتلا به سندرم پیش از قاعدگی از سلامت عمومی خوبی برخوردار بودند اما برخی علائمی نظیر"ضعف و بی‌حالی (لتارژی)"، ادم (افزایش وزن)"،"خستگی مفرط"و"کاهش انرژی و توان"را ابراز داشتند که احساس می‌کردند در کیفیت زندگیشان موثر بوده است. دخترخانم ۱۶ ساله که از ضعف و بیحالی ابراز شکایت داشت گفت:*"این روزا خیلی حالم بد می شه اصلا رمق ندارم. همش احساس ضعف و بی حالی میکنم .حال ندارم حتی بلند بشم کارامو انجام بدم استارت کارها واقعا برام سخت میشه همه برنامه ریزیهام به هم میخوره"*

براساس تجزیه و تحلیل داده ها، طبقات اصلی و زیر طبقات استخراج شده تجربیات مشارکت کنندگان از استیلای سندرم پیش از قاعدگی بر کیفیت زندگی مبتلایان درمولفه پیامدهای روانی، در جدول ۳ نشان داده شده است. این تاثیرات عموما به شکل علائم و مشکلات خلقی، شناختی و عاطفی - هیجانی بروز می‌کنند.اگرچه برخی زنان مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی از سلامت جسمانی خود ابراز رضایت داشتند ولی سلامت روانی خود را با دیگران در این دوره بسیار متفاوت می دیدند.

در رابطه با مشکلات خلقی اکثریت افراد مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی دچار"اضطراب"، "عصبانیت زیاد"، "دلتنگی"، "ناامیدی"، "زودرنجی"، "تحریک پذیری"، "افسردگی"، "بی ثباتی و دمدمی بودن"، "بی حوصلگی"،"لجبازی"، "بهانه جویی"، "انزوا طلبی" ،"وسواس" و "استرس منفی" شده بودند. خانم متاهل دارای دو فرزند (۳۹ ساله) گفت :*"روزهای نزدیک به پریود حدود یه هفته مونده یه حس اضطراب شدید وجودمو فرا میگیره. انگاری تو دلم رخت دارند میشورند دلم همش شور میزنه، این حالت میزنه به معده ام . مدام باید روی معده ام را فشار بدم تا کمی بهتر بشم."*

خانم متاهل دارای سه فرزند (۴۴ ساله)در زمینه بی ثباتی و دمدمی بودن خلق این چنین اظهار کرد:*" قبل پریود خیلی دمدمی مزاج میشم خودم هم نمیدونم چرا اینجوری میشم یه لحظه دوست دارم کاری رو انجام بدم ولی لحظه دیگه منصرف میشم. شوهرم میگه این روزا نمیشه روت حساب کرد کلا رو هوایی. خیلی تصمیمات بدون فکر میگیرم. مدام حرفهایی درباره آینده میزنم و برنامه ریزی میکنم که آن کار را میکنم و این کار را میکنم و در حال فکر کردن و رویا پردازی ام در هیچ تصمیمی هم ثبات ندارم و زود نظرم عوض میشه مثلا ناگهانی هوس میکنم برم خرید و ساعتها خیابونا رو میچرخم یه وقتی هم اصلا حال بیرون رفتن ندارم ".*

اختلالات شناختی"افکار عودکننده درباره مرگ"، "مسخ واقعیت"، "حواس پرتی و فراموشکاری"، "بدبینی"، "کاهش تمرکز"، "اختلال حافظه و کاهش یادگیری"، "کاهش انگیزه و اعتماد به نفس"و " مشغولیت ذهنی" و "اختلال در تصویر ذهنی ازجنسیت خود" در برخی مبتلایان در کیفیت زندگی آنها اثر گذاشته بود. در

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.18.1.3.0]

رابطه با احساس مسخ واقعیت خانم متاهل دارای دو فرزند (۳۹ ساله) چنین اظهار داشت: *"نزدیکای پریود گاهی حس خاصی پشت سرم دارم همراه با یک حس جدا شدن از محیط. چه جوری بگم انگار از بالا همه چیو می بینم و همه چی ازم فاصله داره و واقعی نیست. تنگی نفس و تپش قلب هم همراهش هست. اوایل این حالتها برام خیلی وحشتناک و غیر قابل باور بود. متخصص قلب و ریه رفتم ازمایش و اکو انجام دادم ولی همه چی سالم بود. بهم گفتن برو متخصص اعصاب و روان. روانپزشک بهم گفت احتمالا حملات ترس یا پانیکه. در بعضی افراد نزدیک پریود ممکنه این حالت بیشتر اتفاق بیفته بعضی وقتها که این حالت میاد سراغم تا دو سه روز بی حال هستم."*

دخترخانم لیسانسه (۲۷ ساله) راجع به اختلال در تصویر ذهنی از جنسیت خود دراین دوران چنین می‌گفت:*" این دردو ناراحتی تو این دوره یکی از بدترین دردای دنیاست. درد زایمان و مادر شدن را تجربه نکردم ولی فکر میکنم به اون سختیه و شاید هم بدتر اصلا حس خوبی این دوره ها به جنسیت خودم ندارم همیشه این دوره از اینکه چرا دخترم بیزار میشم."*

از تجربیات عاطفی – هیجانی مشارکت کنندگان می توان به"پرخاشگری"، "آشفتگی و بیقراری"، "گریه کردن بی دلیل"، "بی تفاوتی(آپاتی)"، "تنفر"، "ترس"، "دوگانگی احساس"و "دعوا و مشاجره" اشاره کرد. خانم ۴۰ ساله متاهل دارای دو فرزند در زمینه داشتن حس تنفر چنین گفت:*" این روزها خیلی از همسرم تنفر پیدا می کنم. یه بار یادمه اینقدر نسبت به همسرم نفرت پیدا کردم که کار به جایی رسید که بلاکش کردم خیلی مواقع شده که حتی تصاویر پروفایل تلگرام رو هم عوض کردم تا حس تنفرمو بهش نشون بدم ولی بعد پریود این حس کاملا از بین میره."*

خانم ۳۹ ساله متاهل دارای دو فرزند و دانشجوی دکترا در مورد دوگانگی احساس در این دوره این گونه می‌گوید:*"گاهی در این دوره ها یه روز میگم وای این چه شوهریه من باهاش ازدواج کردم و خودمو همش بابت ازدواجم سرزنش میکنم و میگم اگه صبر کرده بودم شوهر بهتری پیدا میکردم یه روز دیگه دوباره نظرم عوض میشه. به خودم میگم چه شوهر خوبی دارم چقدر دوستش دارم برای خودم هم این همه تناقض عجیبه. از یک فرد دو تصویر تو ذهنم ساخته میشه قبل پریود تنفر بعد پریود علاقه "*

کیفیت زندگی مبتلایان تحت تاثیرپیامدهای تغییرات رفتاری نیز قرارگرفته بودکه بیشتر به شکل"تغییرات در الگوی خواب"و"الگوی تغذیه ای" بروز کرده بودندکه در جدول شماره ۳ خلاصه شده است.

تغییرات الگوی خواب از جمله"پرخوابی"، "بدخوابی" و "کم خوابی"متعاقب سندرم پیش از قاعدگی در افراد مبتلا باعث ایجاد مشکلاتی برای آنها شده بود که می‌توانست تاثیر منفی بر سایر جنبه‌های زندگی روزانه داشته باشد. خانم متاهل و کارمند (۲۶ ساله) چنین گفت؛*"در شروع یا دوام خواب مشکل پیدا میکنم بعضی شبها هم مکرر بیدار میشم. صبح هم که بیدار میشم حالم خوب نیست چون خوابم خوب نبوده و سرکار که هستم اصلا تمرکز ندارم"*. مشارکت‌کنندگان به دنبال سندرم پیش از قاعدگی، الگوهای متفاوتی را در تغذیه خود تجربه کرده بودند. بیشتر تغییرات شامل"پرخوری"، "تمایل به مصرف اب و مایعات فراوان"،"تمایل به مصرف شیرینی جات فراوان"، "بی اشتهایی"و"ولع خوردن مواد خاص" بود. دختر خانم ۱۸ساله چنین گفت؛*"خیلی پرخور میشم مدام سرم تو یخچاله .هر چی بزارن جلوم بدون اینکه متوجه بشم همشو میخورم. بارها شده ساعت دوازده شب یهو پاشدم دوباره غذا درست کردم البته پرخوری زیاد باعث میشه معده درد گاهی بگیرم ولی چیکار کنم مدام احساس میکنم گرسنه ام."*

پیامدهای خانوادگی - اجتماعی ازدیگر تجربیات مشارکت‌کنندگان ناشی از استیلای سندرم پیش از قاعدگی برکیفیت زندگی شرکت کنندگان بود. پیامدهای ذی ربط عموما شامل روابط بین فردی معیوب،کژکاری جنسی و انزوای اجتماعی بودکه درجدول شماره ۳ خلاصه شده است. در زمینه روابط بین فردی معیوب" تعامل ضعیف و محدودیت در رسیدگی به همسر و فرزند"،"تعامل ضعیف با پدرو مادر و سایر اعضای خانواده"،" ناتوانی در برقراری رابطه عاطفی با همسر و فرزند"، "ناتوانی در برقراری رابطه عاطفی با پدرو مادر و سایر اعضا"و"تعامل ضعیف با دوستان و همکاران و ارباب رجوع" توسط مشارکت کنندگان بیان گردید. خانم ۳۹ ساله متاهل دارای دو فرزند چنین گفت؛

"وقتی خونه هستم خیلی حوصله بچه ها و همسرمو ندارم و در روابطم با اونها دچار مشکل میشم. دخترم همش دوست داره با هم صحبت کنیم یا ببرمش بیرون بگرده ولی من خیلیاین روزها رابطه خوبی باهاشون ندارم. آشپزی و غذا درست کردن برای خانواده هم برام خیلی سخت میشه. خیلی وقتها پیش اومده نتونستم به غذا مرتب سر بزنم یا سرش وایستم و غذا ته گرفته. حتی صبحها هم

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.18.1.3.0]

بیدارشدن و رسیدگی به اعضای خانواده برام سخت میشه. به زوربچه را راهی مدرسه میکنم زمان اماده کردن بچه ها هم کلی غر میزنم."

از جمله موارد کژکاری جنسی می توان به"کاهش میل جنسی و عدم علاقه به برقراری رابطه "، "گریه بعد مقاربت"، "کاهش شدت احساس های ارگاسمی"، "کاهش تحریک پذیری جنسی"، "دردناک بودن مقاربت" و "کاهش رضایت و لذت جنسی" اشاره کرد. خانم متاهل دارای دو فرزند (۴۰ ساله) در زمینه کاهش میل جنسی و عدم علاقه به برقراری رابطه می‌گفت:" از داشتن ارتباط جنسی در این دوره بدم میاد. سعی میکنم تو یک اتاق دیگه بخوابم جایی که همسرم نباشه همش ازش دوری میکنم .شاید بعضی وقتها به ارتباط تن میدم ولی خیلی تو روحیه ام اثر بد میزاره. یه روز که بدون روابط جنسی میکذره پیش خودم میگم چه خوب امروز بخیر گذشت. همسرمم از این موضوع خیلی ناراحته، داره روی زندگیمون تاثیر بدی می ذاره.

انزوای اجتماعی نیز باعث تاثیرات منفی برکیفیت زندگی مبتلایان شده بود.

"کاهش فعالیت شغلی و تحصیلی"،"کاهش شرکت در تفریحات و حضور در جمع"و"کاهش انجام فعالیت های روزمره زندگی"مواردی از تجارب مبتلایان در این زمینه بود.

خانم متاهل (۳۹ ساله) در این زمینه چنین گفت:*"تو این روزها خیلی حوصله کار بیرون رو ندارم. بیشتر کار پاره وقت انجام میدم، ولی باز پیش خودم میگم ای کاش خانه دار بودم کار بیرون برای زن دیگه چیه و از این جور حرفا. بعضی وقتها هم شده از محل کارم خوشم نمیاد و حتی اون روزا ممکنه هوس کنم دنبال کار دیگه بگردم ولی وقتی این روزا رو سپری میکنم پشیمون میشم و با خودم میگم کار خودت بهتره یه موقع دیوونه نشی از این کار بیای بیرون ."*

خانم متاهل دارای یک فرزند و (۲۶ ساله) نیز بیان کرد:*" این دوران کلا منو از کار و زندگی میندازه. در مورد کارای بیرون از منزل مثل خرید وسایل مورد نیاز خودم خیلی بی انگیزه میشم. حتی بلند کردن یه لیوان اب هم برام سخت میشه چه برسه برای خونه خرید کنم از گرسنگی بمیرم نمیرم بیرون وسایل مایحتاج مورد نیازم رو بخرم ."*

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک مشارکت‌کنندگان

	سن	وضعیت تاهل	تعداد فرزند	تحصیلات	شغل	شغل همسر	وضعیت اقتصادی
۱	۳۹	متاهل	۲	دانشجوی دکترا	کارمند	مهندس	خوب
۲	۲۷	مجرد	-	لیسانس	خانه‌دار	-	خوب
۳	۴۰	متاهل	۲	دکترا	کارمند	مهندس	خوب
۴	۳۰	مجرد	-	دانشجوی ارشد	کارمند	-	متوسط
۵	۱۶	مجرد	-	دانش اموز	محصل	-	متوسط
۶	۳۲	متاهل	۱	دیپلم	خانه دار	حسابدار	متوسط
۷	۴۴	متاهل	۳	دوم دبیرستان	خانه‌دار	آزاد	متوسط
۸	۲۳	مجرد	-	کاردانی	کارمند	-	متوسط
۹	۳۱	مطلقه	۱	دیپلم	ویزیتور	-	متوسط
۱۰	۴۵	متاهل	۲	کارشناسی	دبیر	پرستار	عالی
۱۱	۲۲	مجرد	-	دانشجوی کارشناسی	محصل	-	متوسط
۱۲	۱۵	مجرد	-	دانش اموز	محصل	-	متوسط
۱۳	۳۷	متاهل	۱	کارشناسی	کارمند	کارمند	متوسط
۱۴	۱۸	مجرد	-	دیپلم	خانه‌دار	-	عالی
۱۵	۲۶	متاهل	-	کارشناسی	کارمند	کارمند	متوسط
۱۶	۲۱	متاهل	-	کاردانی	خانه دار	آزاد	متوسط
۱۷	۳۷	متاهل	۲	دیپلم	کارمند	کارمند	متوسط
۱۸	۴۱	مجرد	-	کارشناسی ارشد	دبیر	-	متوسط
۱۹	۳۷	مجرد	-	کارشناسی ارشد	آزاد	-	خوب
۲۰	۲۶	متاهل	۱	کارشناسی	کارمند	کارمند	متوسط
۲۱	۳۴	مجرد	-	سوم دبیرستان	خانه دار	-	ضعیف

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.18.1.3.0]

جدول ۲: طبقات اصلی و درون مایه های استخراج شده از تجربه استیلای سندرم پیش از قاعدگی برکیفیت زندگی زنان

درون مایه	
اختلال قلبی- ریوی، ادراری- تناسلی، عصبی، پوست و مو، گوارشی، عضلانی- اسکلتی، سلامت عمومی	پیامدهای جسمانی
خلقی، شناختی، عاطفی - هیجانی	پیامدهای روانی
تغییرات الگوی خواب، تغییرات الگوی تغذیه ای	پیامدهای رفتاری
کژکاری جنسی، روابط بین فردی معیوب، انزوای اجتماعی	پیامدهای خانوادگی - اجتماعی

جدول ۳: طبقات اصلی و زیر طبقات استخراج شده

زیرطبقات	طبقات
تنگی نفس، تپش قلب، احساس فشار در قفسه سینه، احتقان بینی	اختلالات قلبی- ریوی
خارش تناسلی، پرادراری، تکرر ادرار	اختلالات ادراری تناسلی
سردرد، گزگزو کرختی انگشتان دست و پا، سرگیجه	اختلالات عصبی
لکه های کوچک قرمز پوستی، رنگ پریدگی پوست، سردی انتهاها، گرگرفتگی، جوش زدن، تیرگی و گودی زیر چشم ،چرب شدن موها، تعریق بیش از حد	اختلالات پوست و مو
حساسیت به برخی بوها، سوزش معده، تهوع، خشکی دهان، بوست، اسهال، نفخ شکم، آفت دهان،گلوبوس	اختلالات گوارشی
درد و تورم پستانها، درد و خشکی مفاصل، درد استخوانها،کمردرد،شکم درد، درد لگنی، پادرد	اختلالات عضلانی اسکلتی
ضعف و بیحالی(لتارژی)، ادم (افزایش وزن)،خستگی مفرط،کاهش انرژی و توان جسمی	اختلالات سلامت عمومی
اضطراب، عصبانیت، دلتنگی، نا امیدی، زودرنجی ،تحریک پذیری، افسردگی، بی ثباتی و دمدمی بودن ، بی حوصلگی،لجبازی، بهانه جویی، انزوا طلبی، وسواس، استرس منفی	خلقی
افکارعود کننده درباره مرگ، مسخ واقعیت، حواس پرتی و فراموشکاری، بدبینی ،کاهش تمرکز، اختلال حافظه و کاهش یادگیری،کاهش انگیزه و اعتماد به نفس، مشغولیت ذهنی، اختلال درتصویر ذهنی از جنسیت خود	شناختی
پرخاشگری ، اشفتگی و بیقراری،گریه کردن بی دلیل ، بی تفاوتی(آپاتی)،حس تنفر ،ترس ، دوگانگی احساس ، دعوا و مشاجره	عاطفی – هیجانی
پرخوابی، بدخوابی،کم خوابی	تغییرات الگوی خواب
پرخوری، تمایل به مصرف مایعات فراوان،تمایل به مصرف شیرینیجات فراوان، بی اشتهایی، ولع به خوردن مواد خاص	تغییرات الگوی تغذیه ای
تعامل ضعیف و محدودیت در رسیدگی به همسرو فرزند، تعامل ضعیف با پدرو مادر و سایر اعضای خانواده، ناتوانی در برقراری رابطه عاطفی با همسر و فرزند، ناتوانی در برقراری رابطه عاطفی با پدرو مادر و سایر اعضا، تعامل ضعیف با دوستان و همکاران و ارباب رجوع	روابط بین فردی معیوب
کاهش میل جنسی و عدم علاقه به برقراری رابطه، گریه بعد مقاربت،کاهش شدت احساس های ارگاسمی، کاهش تحریک پذیری جنسی، دردناک بودن مقاربت، کاهش رضایت و لذت جنسی	کژکاری جنسی
کاهش فعالیت شغلی و تحصیلی، کاهش شرکت در تفریحات و حضور در جمع، کاهش انجام فعالیت های روزمره زندگی	انزوای اجتماعی

بحث و نتیجه‌گیری

یافته های مطالعه ما طیف وسیعی از مشکلات و چالش های ذکر شده توسط مشارکت کنندگان در زمینه کیفیت زندگی را برجسته کرد." شایان ذکر است در مطالعات مختلف تشخیص و محاسبه شیوع علائم سندرم پیش از قاعدگی با پرسشنامه‌های متعدد صورت گرفته است ولی در هیچ مطالعه ای قریب به یقین به صورت کیفی این علائم به شکل درک و تجربه خود مشارکت کنندگان بدون وجود پرسشنامه و تاثیر این علائم بر کیفیت زندگی مورد بررسی قرار نگرفت. بنابراین علائمی که مشارکت کنندگان ما تجربه کرده بودند به احتمال زیاد مهمترین و آزاردهنده ترین آنها بوده که آن را حتی بدون وجود پرسشنامه نیز توانستند به یاد آورند. از پیامدهای عمده ناشی از استیلای سندرم که بر کیفیت زندگی زنان

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.18.1.3.0]

مطالعه ما موثر بود تجربه مشکلات جسمانی (علائم قلبی– تنفسی، ادراری- تناسلی، عصبی، پوست و مو، گوارشی، عضلانی– اسکلتی و اختلال در سلامت عمومی)، مشکلات روانی (شناختی، خلقی و عاطفی) و رفتاری (اختلالات خواب و تغذیه) در این دوران بود که در ادامه به بررسی شواهد و پاتوفیزیولوژی های موجود این علائم جهت درک بهتر و همچنین مطالعات کمی و کیفی مرتبط درصورت وجود اشاره می گردد. در مطالعات به آسمی به نام آسم قبل از قاعدگی اشاره شده که محققان جهت اثبات به بررسی بصری علائم آسم (سرفه، تنگی تنفس و درد قفسه سینه) و اندازه‌گیری و ثبت (PEFR) و (FEV1) در دوره چرخه قاعدگی پرداختند. نتایج نشان-دهنده ابتلای برخی زنان مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی به علائمی مشابه آسم در دوره قبل قاعدگی بود[۱۸]. همچنین در مطالعات شیوع بیشتری از مشکلات ادراری تناسلی نظیر واژینیت قارچی مکرر، بروز سیتیت، و همچنین علائم سینوزیت و آلرژی در دوره های قبل قاعدگی به دست آمده است[۱۹] که در مطالعه ما نیز علائم آزاردهنده ادراری تناسلی موثر برکیفیت زندگی نظیر خارش و سوزش و تکرر ادرار بیشتر در این دوره توسط برخی مبتلایان بیان شد. با توجه به اختلالات عملکرد مغز و اعصاب (نورولوژی) در سندرم پیش از قاعدگی و نامشخص بودن تغییرات ساختاری مغز مرتبط با PMS مطالعاتی در این زمینه نیز انجام شده است. در مطالعه‌ای با هدف شناسایی اختلالات احتمالی در حجم خاکستری مغز در مبتلایان به PMS، در تصویربرداری مغناطیسی در زنان مبتلا به PMS و افراد شاهد سالم مشاهده گردید که حجم قشر خاکستری مغز در مبتلایان در تالاموس افزایش و در اینسولا کاهش داشته است. بنابراین یافته‌های این مطالعه شواهد اولیه برای تغییرات مورفولوژی مغز در زنان مبتلا به PMS را ارائه کرد تا به درک بهتر پاتوفیزیولوژی PMS کمک نماید [۲۰]. در مطالعه دیگری نیز تغییرات ساختاری و عملکردی آمیگدولا توسط Deng بررسی شد که نتیجه نشان‌دهنده حجم افزایش یافته آمیگدالای دو طرفه در مبتلایان به PMS در مقایسه با افراد سالم بود [۲۱]. یکی از شکایت‌های فراوان و موثر بر کیفیت زندگی زنان تحت مطالعه ابتلا به سردرد های شدیدی بود که در این دوران‌ها بیشتر تجربه می‌شد که در مطالعات دیگر نیز همبستگی میان سردرد میگرنی در زنان مبتلا به PMS مشاهده شده است [۲۲]. به علت وجود برخی عوارض گوارشی در مبتلایان به سندرم پیش از قاعدگی بررسی سطوح نوروپپتیدی در سندرم قبل از قاعدگی مورد توجه قرار گرفت و در مطالعه‌ای ارتباط تغییرات در سطح گردش نوروپپتیدها با PMS بررسی شد، سطح اندورفین P قبل از قاعدگی در زنان مبتلا به PMS به طور معنی‌دار کمتر بود. همچنین کاهش میزان β-اندورفین در فاز لوتئال در مقایسه با فاز فولیکولار در مبتلایان PMS نیز معنی‌دار بود، ولی پپتید پانکراس انسانی و گاسترین در زنان مبتلا به PMS تفاوت معنی دار نشان ندادند [۲۳]. اکثر زنان مشارکت‌کننده از کاهش انرژی در این دوران و تاثیر آن بر کیفیت زندگی خود شکایت داشتند. میزان .انرژی بدن زنان به طور قابل توجهی تحت تاثیر هورمون‌های جنسی استروئیدی در طی سیکل قاعدگی قرار دارد. سطوح این هورمون‌ها به طور مشخص در طول چرخه قاعدگی برای تنظیم هموستاز انرژی تغییر می‌کند و چون در مرحله لوتئال متابولیسم انرژی بیشتر می شود، افراد احساس ضعف و بی حالی می‌نمایند. برای جبران انرژی در فاز لوتئال چرخه قاعدگی به نظر می‌رسد که نیاز به مصرف غذاهای پرکالری افزایش می‌یابد. بنابراین تمایل به برخی خوراکی‌ها به‌خصوص کربوهیدرات ها، چربی ها و شیرینی‌جات خصوصا شکلات بیشتر از فاز فولیکولار است که عطش به این مواد غذایی در زنان مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی بیشتر مشاهده می‌شود. فرضیه‌ای بیان داشته که نقش اصلی این اتفاقات را هورمون استرادیول برعهده داشته که کاهش آن در فاز لوتئال باعث افزایش نیاز به کالری بیشتر (حدود ۵۰۰-۹۰ کیلوکالری در روز) می‌گردد [۲۴،۲۵]. سایر محققان نیز به طرق گوناگون به موضوع فوق و تاثیر این سندرم بر ابعاد مختلف سلامتی تاکید داشته اند. در مطالعه منتظری و همکاران سندرم پیش از قاعدگی با کیفیت زندگی مبتلایان ارتباط تنگاتنگی داشت، به طوریکه ۳۰ درصد زنان از علائم این سندرم رنج برده و به طور کلی دچار اختلال در سلامت عمومی شده بودند[۲۶].

در تحقیقات دهه اخیر وجود گیرنده‌های استروژن در سراسر مغز، هیپوتالاموس، هیپوکامپ، هیپوفیز، کورتکس مرکزی، مغز میانی، ساقه مغز، نشان دهنده اثرات استروژن بر فرآیندهای عصب‌شناختی است. استروژن بر تغییرات دوره ای هیپوکامپ و حافظه کوتاه مدت اثر دارد و کاهش استروزن در فاز لوتئال برخلق، رفتار و شناخت موثر است [۲۷]. استرس و اضطراب موجود در این دوره با تأثیر منفی بر منابع مقابله فردی و اجتماعی شخص، باعث کاهش ایمنی فرد شده و اثرات منفی بر بهداشت روانی فرد گذاشته و در نهایت باعث کاهش کیفیت زندگی می‌گردد. به علت وجود تغییرات خلق و خوی و عملکرد منفی شناختی بیشتر در روزهای قبل قاعدگی

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.18.1.3.0]

بررسی‌هایی نیز در مراحل فولیکولار و لوتئال چرخه قاعدگی در زنان مبتلا و غیرمبتلا به PMS انجام شد. در مطالعه‌ای پرسشنامه های مربوط به خلق و خوی و وظایف شناختی توسط دو گروه تکمیل شد. نتایج نشان داد که اختلاف آماری معنی داری در خلق و خوی زنان مبتلا در مرحله لوتئال نسبت به فاز فولیکولی و در مقایسه با زنان شاهد دیده شد، علاوه بر این، در طول فاز لوتئال، زنان مبتلا عملکرد ضعیفی در یادآوری وظایف خویش در مقایسه با زنان گروه کنترل نشان دادند[۲۸]. در مطالعه‌ای دیگر شناخت و حافظه تعدادی زن مبتلا و بدون ابتلا به PMS با استفاده از آزمایشات عصب‌شناختی در مراحل فولیکولر و اواخر لوتئال در دو دوره متوالی قاعدگی بررسی شد. نتایج نشان داد که زنان مبتلا به PMS در یادگیری مطالب جدید دچار مشکل شده و در هر دو گروه عملکرد لوب فرونتال در فاز فولیکولر بهتر از فاز لوتئال بود[۲۹]. در مطالعه ای توسط Qing اختلاف در واکنش های عصبی-فیزیولوژیکی و حالت‌های احساسی در زنان مبتلا به PMS در مقایسه با گروه کنترل سالم مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که در مقایسه با گروه کنترل، زنان دارای PMS تاثیرپذیری منفی بالاتری داشته و¬در شرایط استرس زا، دارای فعالیت آلفای الکتروفیزیولوژیک و میزان تنفس پایین تری هستند[۳۰]. در یک مطالعه در افراد مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی، علائم افسردگی و تغییرات خلقی و وسواسی و همچنین کاهش سروتونین مغز مشاهده شد[۳۱]. شواهد نشان‌دهنده کاهش حساسیت گیرنده‌های GABAA در مناطق مغزی در زنان مبتلا به PMS در اواخر فاز لوتئال است. گابا یک انتقال دهنده عصبی بازدارنده بوده که اثر ضد اضطرابی دارد [۳۲]. یافته‌ها نشان می‌دهند که سطوح آلوپرگنانول و گابانرژیک تغییر یافته در فاز لوتئال، می‌تواند در علائم PMS مثل اضطراب، تحریک‌پذیری و افسردگی نقش داشته باشد [۳۳،۳۴]. اغلب مشارکت‌کنندگان ما خصوصا دانش‌آموزان و دانشجویان از اختلال در حافظه و یادگیری خود و تاثیر آن بر کیفیت زندگی تحصیلی خود شکایت داشتند. تبیینهای احتمالی در خصوص اختلال حافظه در فاز لوتئال بیانگر نقش واسطه ای استروژن، سروتونین و تریپتوفان در سندرم پیش از قاعدگی است[۳۵].

آدیگوزل و همکاران در ترکیه شایع ترین علایم را تحریک-پذیری، خستگی، اضطراب، احساس پری، درد و ناراحتی در شکم عنوان کردند[۳۶]. تحریک پذیری، ناراحتی شکمی و درد سینه نیز توسط سیلوا و همکاران به عنوان شایعترین علائم بیان شدند[۳۷] .Ussher و همکاران در تحقیق خود به این نتیجه رسیدند که زنان مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی دچار واکنشهای احساسی مفرط و مشکلاتی در روابط و تغییر در خلق و خوی شده بودند [۳۸]. شایعترین شکایات ذکر شده توسط شرکت کنندگان در مطالعه Crow نیز حساسیت پستان، گریه، احساس غرور، آکنه، یبوست یا اسهال، تپش قلب، تورم بدن، خشم، بی خوابی و حالت افسردگی بود [۳۹]. همچنین بر اساس نتایج به دست آمده شیوع حالت‌های بی‌قرار، ناآرام، تحریک پذیر، بیمناک و افسرده، اختلال در تمرکز، حواس‌پرتی، فراموشی، گم‌گشتگی، کندی ذهن و ناتوانی کلی در تفکر در زنان مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی بیشتر گزارش شد[۴۰]. سندرم پیش از قاعدگی با توجه به یافته‌های بیان شده توسط مشارکت‌کنندگان مطالعه ما دارای پیامدهای رفتاری نیز بود که به میزان قابل توجهی بر کیفیت زندگی آنان تاثیر داشت که شامل تغییراتی در الگوی غذاخوردن و خواب بود. پیامدهای رفتاری نظیر افزایش اشتها به غذا و مشکلات خواب در بسیاری از مطالعات مختلف نیز ذکر شده‌اند[۴۱،۴۲]. در یک بررسی که با هدف ارتباط سندرم پیش از قاعدگی و اختلالات خواب در سائوپائولو برزیل انجام شد، ویژگی های خواب زنان مبتلا به PMS و یک گروه کنترل با استفاده از پرسشنامه های ذهنی (شاخص خواب Pittsburgh و شاخص شدت بی خوابی و پرسشنامه عمومی خواب و ابزار عینی (Polysomnography) بررسی شد. گروه مبتلا به PMS کیفیت خواب ضعیف‌تر، خواب ناآرام و بی خوابی بیشتری نسبت به گروه کنترل تجربه کردند و میزان اشباع اکسیژن محیطی کمتری در آنها مشاهده شد[۴۳]. در مورد اختلالات ایجاد شده در تغذیه افراد مبتلا نیز پژوهشی با هدف ارزیابی تغییرات در الگوی غذا خوردن (تمایل به غذاهای شیرین، بسیار شور و چرب) در فاز فولیکولار و لوتئال انجام شد. به شرکت‌کنندگان گروه مورد و شاهد تصاویری از ۱۵ خوراکی شیرین، ۱۵ غذای بسیار شور و چرب نشان داده شد که تمایل به خوردن هر غذا در مقیاس یازده لیکرتی، «۰ هیچ کدام» تا «۱۱ اشتیاق بالا» با استفاده از پرسشنامه وضعیت اشتیاق غذایی مورد ارزیابی قرار گرفت. افزایش تمایل به غذاهای شیرین در گروه مبتلا به طور معنی‌دار بالا بود ولی تمایل به خوردن غذاهای شور و چرب در فاز لوتئال بین گروهها تفاوت قابل توجهی نداشت[۴۴]. تمایلات به شیرینی‌جات و اشتهای زیاد این دوره می‌تواند بر وزن و تورم بدن اثرگذار باشد. مفهوم دیگر مطالعه ما در بعد استیلای سندرم بر ابعاد مختلف سلامتی، پیامدهای اجتماعی- خانوادگی

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.18.1.3.0]

ناشی از سندرم پیش از قاعدگی در مبتلایان و تاثیر آن بر کیفیت زندگی بود که می توان به روابط بین فردی معیوب، کژکاری جنسی و انزوای اجتماعی اشاره نمود. در فرایند ارتقای کیفیت زندگی، روابط اجتماعی نقش کلیدی ایفا می کنند[۴۵]. رابطه اجتماعی از دو جهت می تواند باعث افزایش کیفیت زندگی افراد شود از یک سو، نیازهای عاطفی، شناختی و حتی مالی آنان را تامین می-کند و از سوی دیگر با مهار تمایلات افراد از آرزوهای بی پایان و ارضا نشدنی آنها جلوگیری کرده و از احساس محرومیت نسبی می کاهد[۴۶]. عدم دستیابی به روابط مناسب اجتماعی می تواند تاثیر منفی بر کیفیت زندگی افراد داشته باشد[۴۵]. در مطالعه دیگر ۳۷٪ از دانش آموزان مبتلا به PMS دچار اختلال در فعالیت های روزمره؛ از جمله عدم توجه در کلاس درس، غیبت از مدرسه، عدم تمرکز در کارهای روزانه منزل و انجام نادرست تکالیف مدرسه شده بودند[۴۶]. در مطالعه Barry تجارب تاثیرات سندرم بر نقش والدی زنان مبتلا بررسی شدند. آنها بیان داشتندکه در این دوره بسیار تحریک پذیر شده، مدام فریاد کشیده و اغلب خسته و افسرده‌اند. برخی فرزندانشان را مورد ضرب و شتم قرار داده و برخی نیز وسایل را شکسته یا خراب می کنند [۴۷]. در مطالعه Andrzej مشاهده شد که در گروه PMS به میزان قابل توجهی میزان درگیری در خانواده و عدم تعاملات عاطفی مستقیم و عدم علاقه به تفریحات نسبت به گروه کنترل بالاتر بود. علاوه بر این، گروه PMS ادعا کرد که فشار کار بیشتری در محیط کار بر روی آنها در این دوره تحمیل می‌شود [۴۸]. به نظر می رسد تجربه زنان در زمینه اثرات سندرم پیش از قاعدگی (مثلا عصبانیت، تحریک پذیری، اضطراب، سرخوردگی و تحریک پذیری) می‌تواند مبادلات بین فردی را در میان اعضای خانواده تغییر داده و زوال در روابط را ایجاد کند و بدین ترتیب تغییراتی در ساختار و عملکرد خانواده ایجاد کرده و منجر به نامطلوب شدن کیفیت زندگی این افراد شود [۴۹،۵۰]

برخی از مشارکت کنندگان مطالعه ما به دنبال ابتلا به سندرم پیش از قاعدگی، اختلالاتی در عملکرد جنسی (کژکاری جنسی) را تجربه می‌کردند که این مشکل باعث اختلال در روابط بین فردی آنها با همسرشان و در نهایت تاثیر منفی بر کیفیت زندگی آنها شده بود. .عملکرد سالم جنسی قسمت مهمی از تجربه زندگی انسان است و توانایی لذت بردن اهمیت حیاتی برای سلامتی و بهزیستی وی دارد عملکرد جنسی در زنان تحت تاثیر عوامل جسمانی، روانی، مطالعات اختلال عملکرد جنسی به عنوان عاملی اثرگذار بر کیفیت زندگی در افراد شناخته شده و در واقع بررسی عملکرد جنسی نقش مهمی را در مطالعات مرتبط با کیفیت زندگی ایفا می‌کند[۵۵-۵۳]. PMS به عنوان یک مشکل بهداشتی عمده در زنان، دارای تاثیرات منفی بر زندگی زناشویی زنان مبتلا است ودر مطالعات زناشویی تا حد زیادی اثبات شده است که در آن هر دو نفر چه زن و چه مرد گزارشاتی از تاثیر منفی PMS بر روابط خویش را ذکر کرده اند. در مطالعه Gülşah İlhan نیز اختلالاتی در عملکرد جنسی مبتلایان به سندرم پیش از قاعدگی بوجود آمده و موجب نگرانی و ناراحتی هایی در زمینه رابطه شده بود[۵۶]. در مطالعه Ryser، در زنان مبتلا به سندرم قبل از قاعدگی روابط زناشویی در فاز فولیکولار قاعدگی طبیعی بود، در حالی‌که در فاز لوتئال زوجها در روابط خود دچار مشکل شده بودند[۵۵]. به همین ترتیب، تغییرات قبل از قاعدگی می تواند بر صمیمیت شریک زن عمدتا به دلیل وقفه‌های ارتباطی که قبل از دوره قاعدگی رخ می‌دهد اثر بگذارد[۵۷]. زنان به مراتب در فاز قبل از قاعدگی دچار اختلالاتی می‌شوند که انتظارات همسران خود را نمی‌توانند برآورده کنند.

یکی از اختلالات شایع این دوره، کاهش میل جنسی زنان مبتلاست و زمانی که زنان به دلایل گوناگون نتوانند انتظارات همسر خود را برآورده کنند روابط زناشویی آنان نیز دچار اختلال خواهد شد [۵۸]. مطالعه مروان نیز نشان داد روابط زناشویی در دوره قبل از قاعدگی در مقایسه با بعد از قاعدگی کاهش داشته و در کسانی که سندرم قبل از قاعدگی در آنها شدیدتر بود این کاهش بیشتر مشهود بود [۵۹]. از محدودیت های مطالعه این بود که گرچه یافته های رویکرد کیفی منجر به درک بهتر و بینش کیفیت زندگی از دیدگاه مبتلایان می‌شود، ولی نمیتواند لزوما به جمعیت گسترده ای با همان درجه اطمینان برساخته شود. یکی دیگر از محدودیت‌های تحقیق ما، انتخاب شرکت‌کنندگان فقط از شهر تهران بود که ممکن است با دیدگاه زنان مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی در شهرهایدیگر متفاوت باشد. بنابراین پیشنهاد می‌گردد مطالعاتی کیفی با خانواده ها و همسران و همچنین در نقاط دیگر کشور طراحی و اجرا شده و تشخیص سندرم پیش از قاعدگی نیز با پرسشنامه های دیگر انجام شود.

نتیجه گیری نهایی اینکه سندرم پیش از قاعدگی یک بیماری ناهمگن بوده و استیلای آن،که شامل پیامدهای جسمانی، روانی، رفتاری و خانوادگی- اجتماعی است نه تنها برکیفیت زندگی افراد اثرگذاشته بلکه باعث مخدوش شدن احساس زنانگی شده و از

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.18.1.3.0]

این رو منجر بـه کاهش رضـایت از زنـدگی در بسـیاری از روزهـای واقع در سنین باروری یـک زن در مقایسه بـا سایر زنان غیـر مبـتلا می‌شود. امید است کـه بـا توجـه بـه اثـرات این سندرم بر کیفیـت زندگی، تخصیص برنامه آموزشی و درمانی صـورت گرفتـه و امکانات مناسب برای پذیرش و قبول مشکلات ناشی از ابتلا به این سندرم و برخورد مناسب با فرد مبتلا به‌طوری‌که بر فعالیت‌های روزانه او در داخل و خارج از منزل خللی وارد نیاید مهیا شده و بـر بـار مشکلات روحی و روانی او افزوده نگردد.

سهم نویسندگان

علی منتظری: طراحی مطالعه، همکاری در تحلیل داده هـا، تهیـه و تدوین مقاله

زیبا تقی زاده: طراحی مطالعه، نظـارت بـر تحلیـل داده هـا، تهیـه و تدوین مقاله

صفورا طاهری: مشارکت در نگارش مقاله

شیوا سیه بازی: طراحی مطالعه،جمع آوری و تحلیل داده ها، تهیه و تدوین مقاله

راضیه معصومی: همکاری در اجرای طرح و تحلیل داده ها

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله ازکلیه شرکت کنندگان این مطالعه که بـدون مسـاعدت آنها انجام این پژوهش میسر نبود تشکر و قدردانی شده و همچنـین مراتب سـپاس از معاونـت محتـرم پژوهشـی دانشـکده پرسـتاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران بعمل می آید.

همچنین از سازمان زیباسـازی شـهر تهـران نیـز کـه از ایـن طـرح حمایت کرده است، تشکر می شود.

منابع

1.Duenas JL Lete I, Bermejo R. Prevalence of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in a representative cohort of Spanish women of fertile age.European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 2011;156:72-7

2.Lowder milk D L, Perry SE . Maternity and Womens Health care.7th Edition. Health science Company:Uk 2004

3.Braverman PK. Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder. Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology2007; 20:3-12

4.Shiva Siahbazi, Fatemeh Zahra Hariri, Ali Montazeri, Lida Moghaddam Banaem, Ibrahim Hajizadeh. Translation and psychometric properties of the Iranian version of the Premenstrual Symptoms Screening Tool (PSST). Payesh Journal 2011; 4 421-427 [Persian]

5. Charles B. Obstetric and gynecology for medical student. 5 st EditionBaltimore, Lippincott Williams and:UK,2001

6.Dickerson LM, Mazyck PJ, Hunter MH. Premenstrual syndrome. Premenstrual syndrome. American Family Physician 2003; 67:1743-52

7. Aimee, Alayne G. Ronnenberg, Sofija E. Zagarins,Serena C. Houghton, Biki B. Takashima-Uebelhoer, Elizabeth R. Bertone-Johnson. Recreational Physical Activity and Premenstrual Syndrome in Young Adult Women: A Cross-Sectional Study. PLoS One 2017; 12:1-13

8.Bertone-Johnson E. R, Ronnenberg, A G, Houghton, S. C, Nobles C, Zagarins S. E., Takashima-Uebelhoer, B. & Whitcomb, B. W. Association of inflammation markers with menstrual symptom severity and premenstrual syndrome in young women. Human Reproduction 2014; 29: 1987-1999

9.Debasish Basu.Quality-Of-Life Issues in Mental Health Care: Past, Present, and Future .Reprinted from the German Journal of Psychiatry 2004;7:35-43

10. World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. Social Science & Medicine 1995;41:1403-1409

11. Brown DW, Balluz LS, Heath GW, Moriarty DG, Ford ES, Giles WH.Associations between recommended levels of physical activity and healthrelated quality of life.Findings from the 2001 Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) survey. Preventive Medicine 2003;37:520-8

12. Elo S, Kyngas H. The qualitative content analysis process. Journal of Advance Nursing 2008; 62: 107-15

13. Streubert HJ, Carpenter DR. Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative Historical Research Method. 5th Edition, Wolters Kluver/Lippincott, Williams and Wilkins: Philadelphia; 2011

14. Granehim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measuares to achieve trusthworthiness. Journal of Nurse Education Today 2004; 24:105-12

15. Polit DF, Beck CT. Study guide to accompany essentials of nursing research: Methods, appraisal, and

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.18.1.3.0]

utilization. 6th Edition, Williams & Wilkins: Philadelphia, 2006
16. Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. Qualitive Health Research 2005;15:1277-88
17. Morse JM, Barrett M, Mayan M, Olson K, Spiers J. Verification Strategies for Establishing Reliability and Validity in Qualitative Research. International Journal of Qualitative Methods 2002; 1: 13-22
18. Mary H. Chandler.D .Premenstrual Asthma: The Effect of Estrogen on Symptoms, Pulmonary Function, and β_2Receptors.The Journal of Pharmacotherapy 1997;17: 224-234
19. Charles H. Pierce. The Pre-Menstrual Syndrome (PMS) Treatment is Unmasked. Archives of Clinical and Medical Case Reports 2018; 2:1-4
20. PengLiu,YingWei,YingyingFan,RuLi,YanfeiLiu. Altered brain structure in women with premenstrual syndrome. Journal of Affective Disorders2018; 229:239-246
21. Deng, Yong Pang,Gaoxiong Duan,Huimei Liu, Hai Liao. Larger volume and different functional connectivity of the amygdala in women with premenstrual syndrome. European Radiology2018; 28: 1900-1908
22. Vincent T.Martin,Suzanne Wernke, Karen Mandell, Nabih Ramadan. Symptoms of Premenstrual Syndrome and Their Association With Migraine Headache.The Journal of Head and Face Pain 2006;46: 125-137
23. James Chuong, Carolyn B. Coulam, Pai Chih Kao, Erik J. Bergstralh Neuropeptide levels in premenstrual syndrome. Fertility and Sterility1985;44: 760-765
24.L Davidsen, B Vistisen & A Astrup.impact of the menstrual cycle on determinants of energy balance: a putative role in weight loss attempts.International Journal of Obesity 2007;31;1777–1785
25. Gailliot Matthew T,Hildebrandt Britny,Eckel, Lisa A, Baumeister, Roy F. A theory of limited metabolic energy and premenstrual syndrome symptoms: Increased metabolic demands during the luteal phase divert metabolic resources from and impair self-control. Review of General Psychology 2010; 14: 269-282
26. Shiva Siahbazi ,Samira Behboudi Gandevani, Lida Moghaddam Banaem , Ali Montazer. Effect of zinc sulfate supplementation on premenstrual syndrome and health related quality of life: Clinical randomized controlled trial.The Journal of Obstetrics and Gynecology Research 2017;43:887-894
27. Sherwin, BB. Estrogen and cognitive functioning in women. Endoctorin Reviews 2003:24:133˚151
28.Rapkin A. J Shoupe, D Reading A, Daneshgar, K. K Goldman L, Bohn, Y. Decreased central opioid activity in premenstrual syndrome: Luterinizing hormone response to Naloxone. Journal of the Society for Gynecologic Investigation1996; 3: 93-98
29. Stephanie CollinsReedFrances R.LevinSuzette M.Evans. Changes in mood, cognitive performance and appetite in the late luteal and follicular phases of the menstrual cycle in women with and without PMDD (premenstrual dysphoric disorder). Hormones and Behavior2008;54:185-193
30. Qing Liu, Yongshun Wang, Cornelis Hermanus van Heck, and Wei Qiao.Stress reactivity and emotion in premenstrual syndrome. Neuropsychiatric Desease and Treatment 2017;13:1597-1602
31. Sundström I.a ,Andersson A.b ,Nyberg S.a Ashbrook D.c .Purdy R.H.d Bäckström T.Patients with Premenstrual Syndrome Have a Different Sensitivity to a Neuroactive Steroid during the Menstrual Cycle Compared to Control Subjects. Neuroendocrinology 1998;67:126-138
32. Eriksson O, Wall A, Marteinsdottir. Agren H, Hartvig P, Blomqvist, G.et alMood changes correlate to changes in brainserotonin precursor trapping in women with premenstrual dysphoria. Psychiatry Researcn 2006;146:107-116
33. Rapkin AJ, Mikacich JA. Premenstrual syndrome and premenstrualdysphoric disorder in adolescents. Current Opinion in Obstetrics and Gynecology 2008;20:455-463
34. Monteleone P, Luisi S, TonettiA, Bernardi F,GenazzaniAD, LuisiM.et al Allopregnanolone concentrations andpremenstrual syndrome. European Journal of Endocrinology 2000;142:269-273
35. Ju-Yu Yen, Shun-Jen Changd, Cheng-Yu Longe Working memory deficit in premenstrual dysphoric disorder and its associations with difficulty in concentrating and irritability. Journal Comprehensive Psychiatry 2012;53: 540-545
36. Adiguzel H, Taskin EO, Danaci AE. The symptomatology and prevalence of symptoms of premenstrual syndrome in Manisa, Turkey. Turk Psikiyatri Dergisi 2007;18:215-22
37. Silva CM, Gigante DP, Carret ML, Fassa AG. Population study of premenstrual syndrome. Revista Saude Publica 2006;40:47-56
38. Ussher J. M. The ongoing silencing of women in families: An analysis and rethinking of premenstrual

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.18.1.3.0]

syndrome and therapy. Journal of Family Therapy 2003; 25: 388-405
39. Crow, Emilien Jeannot. Premenstrual syndrome: Symptomatic and diagnosed prevalence, dualistic treatment approach. A cross-sectional study in Ukraine International Jou of Preventive Medicine2017;8:66
40. Miranda A. Farage · Thomas ,W. Osborn · Allan B. MacLean. Cognitive, sensory, and emotional changes associated with the menstrual cycle: a review. Archives Gynecology Obstetrics. 2008; 278:299-307
41. Zaira F.M.NicolauAndréia G.BezerraDaniel N.Polesel Premenstrual syndrome and sleep disturbances: Results from the Sao Paulo Epidemiologic Sleep Study. Psychiatry Research 2018;264: 427-431
42. Fiona c.Bake ,Stephanie a.Sassoon, tracey kahan ,Latha palaniappan ,Christian Nichola , john trinder. Perceived poor sleep quality in the absence of polysomnographic sleep disturbance in women with severe premenstrual syndrome. Journal of Sleep Research 2012;21:535-545
43. Fiona C. Baker,Tracey L. Kahan, John Trinder, Ian M. Colrain, Sleep Quality and the Sleep Electroencephalogram in Women with Severe Premenstrual Syndrome Sleep. 2007; 30, 2007: 1283
44. Ju-YuYenabcTai-LingLiucI-JuChendSu-YinChendChih-HungKobce..Premenstrual appetite and emotional responses to foods among women with premenstrual dysphoric disorder. Journal of Affective Disorders1999; 53: 269-273
45. Hassanzadeh D. Study of Life Quality with Society Oriented Perspective. Modiriyat Shahri 2008; 20: 7-22
46. Dean BB, Borenstein JE, Knight K, Yonkers K. Evaluating the criteria used for identification of PMS. Journal Womens Health 2006; 15:546-55
47. Barry L.& Tutty L.Premenstrual syndrome and its impact on women's parenting. An unpublished study. Resolve Alberta. 2011. University of Calgary. http://ucalgary.academia.edu/LeslieTutty/CurriculumVitae
48. AndrzejR.Kuczmierczyk.AnthonyH.Labrum.Carolyn C.Johnson. Perception of family and work environments in women with premenstrual syndrome. Journal of Psychosomatic Research 1992; 36: 787-795
49. Halbreich U, Borenstein J, Pearlstein T, Kahn LS. The prevalence, impairment, impact, and burden of premenstrual dysphoric disorder (PMS/PMDD). Psychoneuroendocrinology 2003; 28: 1-23
50. Brown MA, Zimmer PA. Personal and family impact of premenstrual symptoms. Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing 1986;15-8-31
51. Ace KJ. Mental health, mental illness and sexuality. In: Tepper MS, Owens AF. (Eds). Sexual health volume 1: Psychological foundation. Westport, CT: Praeger Publishers/Greenwood Publishing Group. 2007:301-329
52. Watson JP, Davies T. ABC of mental health. Psychosexual problems. BMJ 1997; 315: 239-242
53. Daker–White G, Donovan J. Sexual satisfaction, quality of life and the transaction of intimacy in hospital patients' accounts of their (hetero) sexual relationships. Sociology Health Illness 2002; 24: 89-113
54. Hisasue S, Kumamoto Y, Sato Y, Masumori N, Horita H, Kato R, et al. Prevalence of female sexual dysfunction symptoms and its relationship to quality of life: a Japanese female cohort study. Urology 2005; 65: 143-148
55. Ryser R, Feinauer LL. Premenstrual syndrome and the marital relationship. The American Journal of Family Therapy 1992;2:179-90
56. Gülşah İlhanDepartmentPremenstrual Syndrome Is Associated With a Higher Frequency of Female Sexual Difficulty and Sexual Distress. Journal of Sex & Marital Therapy 2015;8:24-44
57. Cortese J, Brown MA. Coping responses of men whose partners experience premenstrual symptomatology. Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing 1989; 18: 405-12
58. Nurani SH ,Joneidi A, Shakeri M, Mokhber N, Compare sexual satisfaction in fertile and infertile women referred to the government center in Mashhad, Journal of Reproduction and Infertility 2010;10:269-277 [Persian]
59. Marván ML, MartínezMillán ML,Marital communication and premenstrual symptoms, ActaPsiquiatr Psicologi America Latina1995;41:24-8

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.18.1.3.0]

ABSTRACT

Domination of premenstrual syndrome on women's quality of life: a qualitative study

Ali Montazeri [1], Ziba Taghizadeh [2], Safura Taheri[3], Shiva Siahbazi [4*], Razieh Masoomi [4]

1. Health Metrics Research Center, Iranian Institute for Health Sciences Research.ACECR.Tehran. Iran
2. Nursing and Midwifery Care Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
3. Faculty of Nursing and Midwifery, Ilam University of Medical science, Ilam, Iran
4. Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical science, Tehran, Iran

Payesh 2019; 18(1): 51- 66
Accepted for publication: 20 February 2019
[EPub a head of print-5 March 2019]

Objective (s): Premenstrual syndrome is one of the most common disorders of women in reproductive age and is associated with decreased quality of life. However, how this syndrome affects the quality of life in women is not well defined. Therefore, the purpose of this study was to investigate the consequence of premenstrual syndrome on women's quality of life.
Methods: This was a qualitative study. We reviewed experiences of 21 women with premenstrual syndrome. And were asked to express their perceptions. The data obtained from interviews. To explore the data content analysis was performed.
Results: The findings showed premenstrual syndrome affected quality of life in women in several areas including physical health (cardio-pulmonary, genitourinary, neurological, skin and hair, digestive, musculoskeletal and general health); psychological health (mood, cognitive and emotions)", behaviors (sleep and nutrition patterns); and family-social issues (inadequate interpersonal relationships, sexual dysfunction and social isolation).
Conclusion: The findings suggest that special attention should be given to consequences of premenstrual syndrome on the quality of life in women. Improving quality of life in this population needs essential consideration.

Key Words: Premenstrual syndrome, Quality of life, Content analysis, Qualitative study

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.18.1.3.0]

* Corresponding author: Tehran University of Medical science, Tehran, Iran
E-mail: Shiva_siahbazi@yahoo.com