

تبیین تجارب پرستاران از مشکلات خانوادگی ناشی از سندرم پیش از قاعدگی: یک پژوهش کیفی پدیدارشناسی

معصومه اکبری^{۱*}، ژاله نادری^۲، اسماعیل خدادادی^۳، ژایلا محمدرضایی^۴

تاریخ دریافت ۱۳۹۵/۰۲/۲۰ تاریخ پذیرش ۱۳۹۵/۰۴/۲۸

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: ابتلا به سندرم پیش از قاعدگی باعث مشکلات فراوانی برای افراد مبتلا در خانواده و جامعه همچون کاهش سطح کارایی در انجام وظایف منزل و خارج آن، افت تحصیلی، مشکلات و کشمکش‌های خانوادگی، ناسازگاری با همسر، بدرفتاری با فرزند، غیبت از کار و در موارد شدید جرائم و خودکشی می‌شود. ارائه خدمات مؤثر به بیماران و مراقبت‌کنندگان خانوادگی آنان نیازمند درک جامع از تجارب آنان خواهد بود. هدف از این مطالعه تبیین تجارب پرستاران از مشکلات خانوادگی ناشی از سندرم پیش از قاعدگی می‌باشد.

مواد و روش کار: مطالعه کیفی حاضر از نوع پدیدارشناسی بود که به روش مبتنی بر هدف و تا اشباع اطلاعات، بر روی ۲۱ نفر از پرستاران زن متأهل و شاغل در بخش‌های مختلف بیمارستان‌های شهر ارومیه که مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی بودند انجام شد. شرکت‌کنندگان به روش مبتنی بر هدف انتخاب و اطلاعات از طریق مصاحبه باز و نیمه ساختارمند جمع‌آوری گردید. روش تحلیل و گام‌های پیشنهاد شده درونمایه‌ای توسط و نمانن مورد استفاده پژوهشگران در این مطالعه بود. در مطالعه حاضر، به‌منظور بررسی داده‌ها از چهار معیار مقبولیت، انتقال‌پذیری، تأییدپذیری و قابلیت اعتماد استفاده گردید

یافته‌ها: متن مصاحبه با شرکت‌کنندگان، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و کدهای مفهومی از آن استخراج گردید. سپس کدها به چهار مفهوم اصلی و زیرمفهوم‌های مربوطه دسته‌بندی شدند که عبارت‌اند از "اختلال در روند زندگی زناشویی، تهدیدات درک شده ناشی از مشکلات در محل کار و زندگی، تلاش برای کسب حمایت معنوی و انسانی و اتخاذ راهبردهای مقابله با مشکلات" بودند.

بحث و نتیجه‌گیری: نتایج حاصله از تجارب مشارکت‌کنندگان بر ضرورت تشخیص زودرس و اختصاص منابع جهت حمایت از این افراد و توجه بیشتر سیستم‌های مربوط به سلامت زنان و متخصصین بهداشت باروری به عوارض سندرم پیش از قاعدگی تأکید می‌نماید. فرهنگ‌سازی در میان زوج‌ها در مراکز مشاوره و درمانی به‌منظور آشنا سازی و درک مشکلات ناشی از ناشی از سندرم پیش از قاعدگی ضروری به نظر می‌رسد.

کلیدواژه‌ها: تجارب پرستاران، مشکلات خانوادگی، سندرم پیش از قاعدگی

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره چهاردهم، شماره پنجم، پی‌درپی ۸۲، مرداد ۱۳۹۵، ص ۴۸۴-۴۷۴

آدرس مکاتبه: دانشکده پرستاری و مامایی قم، بلوار معلم، کوچه شماره ۲ شرقی، تلفن: ۰۹۱۴۴۴۸۱۱۳۴

Email: m.akbari43@gmail.com

مقدمه

فرضیه‌های متعددی در مورد علت سندرم پیش از قاعدگی پیشنهاد شده‌اند که شامل: افزایش میزان استروژن، کاهش میزان پروژسترون، تغییر نسبت استروژن به پروژسترون، افزایش فعالیت آلدوسترون، افزایش فعالیت رنین-آنژیوتانسین، اختلال در ترشح اویپوئیدهای داخلی، هایپوگلیسمی بدون علت، کمبود ویتامین‌ها یا مواد معدنی،

یکی از شایع‌ترین نشانگان در زنان سندرم پیش از قاعدگی^۵ است که عبارت است از وقوع دوره‌ای و عودکننده مجموعه‌ای از علائم جسمی، روحی و رفتاری که این علائم ۲ تا ۳ روز بعد از هر قاعدگی از بین می‌روند. علت سندرم پیش از قاعدگی ناشناخته است.

^۱ استادیار پرستاری جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران (نویسنده مسئول)

^۲ دانشجوی دکتری بهداشت باروری، دانشگاه پونا، هندوستان

^۳ دانشجوی دکتری پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی تبریز، تبریز، ایران

^۴ مربی مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه، ارومیه، ایران

^۵ Premenstrual Syndrome (PMS)

ترشح بیش از حد پرولاکتین و اختلالات مربوط به پروستاگلاندین‌ها می‌باشند (۱).

علائم سندرم پیش از قاعدگی را می‌توان به سه بخش عمده جسمانی، عاطفی و روانی تقسیم نمود. شکایات جسمانی شامل حساسیت و دردناکی پستان‌ها، نفخ شکم، درد شکمی، احساس افزایش وزن، آدم، سردرد، کمردرد، تهوع، تغییر وضعیت اجابت مزاج، آکنه و علائم عاطفی و روانی شامل تحریک‌پذیری، اضطراب، عصبی بودن، افسردگی، احساس خستگی مفرط و ضعف، تغییرات خلق و خوی، گیج بودن، تغییر الگوی خواب و تغییر اشتها می‌باشند (۲).

این علائم از شخصی به شخص دیگر متفاوت هستند؛ ولی تقریباً در تمام سیکل‌ها ثابت می‌باشند و می‌توانند بر روابط اجتماعی و خانوادگی و فعالیت‌ها و رفتارهای خانوادگی، اجتماعی یا شغلی تأثیرگذار باشند (۳).

این سندرم وقتی با فشارهای روحی و روانی ناشی از برخورد نامناسب همسر، خانواده و استرس‌های شغلی همراه گردد، منجر به ایجاد شرایط بسیار غیرقابل تحمل برای زنان مبتلا می‌شود. دوره این حالات پس از گذشت چند روز از شروع فاز فولیکولار^۱ شروع به بهبودی می‌کنند و در اولین هفته بعد از قاعدگی کاملاً از بین می‌روند (۴).

حدود ۸۰ درصد از زنانی که یک یا چند علائم جسمانی، روانی و یا رفتاری را در طول فاز لوتئال^۲ چرخه قاعدگی خود گزارش می‌کنند. درحالی‌که اختلال قابل توجهی در عملکرد روزانه آنان ایجاد نمی‌کند؛ اما ۲۰ تا ۳۲ درصد از زنان از علائم خفیف تا متوسطی که نیاز به درمان دارد، شاکی می‌باشند و ۳ تا ۸ درصد از زنان بیان می‌کنند که علائم سبب ناتوانی در زندگی آنان شده است (۵). در ایران شیوع مشکل را بیش از ۶۰ درصد اعلام کرده‌اند که از این میزان ۶۴ درصد از نوع خفیف، ۳۲ درصد از نوع متوسط و ۳ درصد از نوع شدید گزارش شده است (۶).

علت اصلی این سندرم ناشناخته است. مطالعات نشان داده‌اند که علائم می‌تواند ناشی از یک پاسخ غیرطبیعی به تغییرات چرخه‌ای هورمون‌های استروئیدی تخمدان و یا افزایش فعالیت رنین-آنژیوتانسین، یا ازدیاد ترشح پرولاکتین و یا افزایش فعالیت آدرنال، یا کمبود ویتامین‌ها باشد. اعتقاد بر این است که علائم خلقی این سندرم را می‌توان به کمبود سروتونین مربوط دانست. نقش توارث هم در اتیولوژی مطرح شده است (۷۱).

همان‌گونه که مشخص شده است سندرم مذکور مشکلات متعددی را برای فرد مبتلا، خانواده و اجتماع ایجاد می‌کند از جمله؛

کاهش سطح کارایی در انجام وظایف منزل و خارج از آن، افت تحصیلی، مشکلات و کشمکش‌های خانوادگی، سرکشی دختران جوان در برابر والدین، ناسازگاری با همسر، بدرفتاری با فرزندان، غیبت از کار و در موارد شدید جرائم قانونی و حتی خودکشی. اثرات منفی عودکننده آن باعث افزایش تشنج در خانواده، کاهش دوام خانواده، قطع ارتباط بین اعضاء خانواده و در کل سبب کاهش شرکت زنان در مسائل خانوادگی و اجتماعی خواهد شد. لذا بسیاری از مبتلایان به آن در جستجوی درمان‌های مؤثر هستند (۸،۷).

در مطالعه‌ای بیان شده که ناتوانی ناشی از این مشکل آن قدر شدید است که لازم است درک زنان مبتلا از این مشکلات را مشخص نمود تا بتوان به شناسایی کمک‌های لازم توسط گروه درمانی را پیش‌بینی نمود. در تحقیق کیفی انجام شده مشخص گردید که توجه به تجربیات این زنان مهم است و اینکه این افراد به این سندرم به‌عنوان عاملی ناتوان‌کننده و مزمن می‌نگرند و به همین دلیل به حمایت و کمک‌های مشاورتی نیازمندند (۹).

با توجه به تأثیرات این سندرم بر عملکرد فرد مبتلا در محل کار و زندگی شخصی و همچنین سختی کار و ویژگی خاص محیط کاری پرستاران به‌عنوان زنانی که دچار این مشکل می‌شوند و از طرفی به طور مکرر با موقعیت‌های پراسترس مواجه می‌شوند، پژوهشگران بر آن شدند که زنان مورد مطالعه را از بین زنان پرستار متأهل انتخاب کنند. از سویی دیگر با توجه به اینکه مطالعات کیفی فهم عمیق‌تری از پدیده‌ها و تجارب افراد دارد و زوایای پنهان و عوامل تأثیرگذار در پدیده‌ها را با ارائه تصویری روشن از تجارب انسانی بهتر روشن می‌سازد (۱۰). به همین دلیل اثرات عمیق این پدیده بر رفتار فرد مبتلا و تأثیر آن بر واکنش و عملکرد اعضاء خانواده در مقابل رفتارهای ناخواسته فرد مبتلا و مشکلات ایجاد شده در زندگی افراد مبتلا، تلاش برای آگاهی از تجارب افراد درگیر در این پدیده، بسیار مهم است. زیرا اداره موفق مشکلات این افراد، نیازمند درک جامع از تجارب آنان می‌باشد. درک این تجارب دانش پرستاری را در جهت سازگاری بهتر با این سندرم در میان افراد مبتلا گسترش می‌دهد. پژوهشگران در بررسی‌های خود از میان پرستاران شاغل در بیمارستان‌ها متوجه مشکلات فراوانی که پرستاران شاغل به دلیل توأم شدن سختی کار پرستاران و مضاعف شدن مشکلات زندگی متأهلی بر آن‌ها و از سوی دیگر عدم درک و رفتار نادرست از سوی همسران و فرزندان این افراد که گاهی حتی کارایی افراد را تحت تأثیر منفی قرار می‌داد. نیاز به بررسی عمیق پدیده سندرم پیش از قاعدگی از جوانب متعدد، پژوهشی کیفی باهدف " تبیین تجارب پرستاران از مشکلات خانوادگی ناشی از

² Luteal

¹ Follicular

سندرم پیش از قاعدگی: یک پژوهش کیفی پدیدارشناسی " تدوین نمودند.

مواد و روشها

این مطالعه کیفی، یک مطالعه پدیدارشناسی است که به تبیین تجربه پرستاران از مشکلات خانوادگی ناشی از سندرم پیش از قاعدگی پرداخت. در رویکرد پدیدارشناسی، محقق می‌تواند مفهوم پدیده‌ها را همان‌طور که فرد تجربه می‌کند درک نماید و با استفاده از این رویکرد بر درک عمیق‌تر یا معنی‌دار یک تجربه انسانی دست یابد (۱۰).

در این مطالعه، مشارکت‌کنندگان بر اساس روش نمونه‌گیری هدفمند از میان پرستاران انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از تأهل و شاغل در بیمارستان و مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی، عدم وجود یائسگی زودرس، حاملگی و شیردهی، عدم انجام اعمال جراحی هیستریکتومی و ژنیکولوژی، عدم مصرف قرص‌های ضد حاملگی، عدم وجود اختلالات هورمونی و آئمی و وجود نظم در قاعدگی‌ها حداقل در سه‌ماهه اخیر و سرانجام عدم وجود بیماری‌های مزمن مثل هیپوتیروئیدسم، آسم، پرولاپس میترال بودند. در این تحقیق، پرستارانی شرکت کردند که مایل به شرکت در پژوهش و بیان تجاربشان داشتند. وضعیت روانی و جسمی مشارکت‌کنندگان می‌توانست به‌عنوان محدودیت انجام مطالعه هنگام مصاحبه بر نحوه پاسخ‌دهی آنان مؤثر باشد که پژوهشگر سعی می‌کرد در وقت مناسبی و با هماهنگی کامل با آنان اقدام به جمع‌آوری داده‌ها بکند. نمونه‌گیری تا دستیابی به درک کاملی از پدیده تحت مطالعه ادامه یافت و مشارکت‌کنندگان، مورد مصاحبه عمیق فردی با استفاده از سؤالات راهنما قرار گرفتند. قبل از انجام مصاحبه‌های اصلی، ابتدا پیش‌نویس راهنمای سؤال تهیه گردید و در اختیار ۵ نفر از استادان جهت اظهارنظر قرار گرفت و پس از اصلاح بر اساس نظر آنان، در سهم صاحبه پایلوت جهت اصلاح نهایی انجام شد.

برنامه مصاحبه از چند روز قبل، به پرستاران واجد شرایط اعلام گردید تا آمادگی لازم برای شرکت در مصاحبه را داشته باشند. در جلسه مصاحبه، پژوهشگر پس از معرفی خویش و بیان اهداف و محرمانه ماندن اطلاعات و کسب اجازه از شرکت‌کننده، اقدام به انجام مصاحبه‌های فردی عمیق بر اساس راهنمای سؤال می‌کرد.

پژوهشگران پس از اخذ مجوزهای لازم از دانشگاه و محیط پژوهش، جهت گردآوری تدریجی اطلاعات پرستاران زن متأهل که به‌صورت شیفت در گردش در بخش‌های مختلف بیمارستان‌های

وابسته به دانشگاه علوم پزشکی و تأمین اجتماعی شهرستان ارومیه شاغل بودند را که در سال ۱۳۹۲ به مدت چهار ماه انجام شد، مورد مصاحبه قرار دادند. مصاحبه در مکانی که ضمن حفظ خلوت و سکوت، بیشترین راحتی و رضایت شرکت‌کنندگان را تأمین نماید، انجام و از سؤالات باز استفاده شد. در پایان هر مصاحبه، مطالب ضبط‌شده برگردانده شده و پس از انجام دو مرحله اول تجزیه و تحلیل توسط هریک از محققین به‌طور جداگانه، جهت اطمینان از صحت تفسیر و برداشت پژوهشگران از اظهارات شرکت‌کننده مجدداً به وی مراجعه شده و صحت تفسیرها با نظر وی بررسی گردید و در صورت نیاز تغییرات لازم انجام شد. مصاحبه بعدی پس از انجام دو مرحله اول تفسیر و تجزیه و تحلیل مصاحبه قبل، انجام گرفت. پس از اشباع اطلاعات (در این مطالعه انتخاب مشارکت‌کنندگان با اعلام آمادگی ۳۰ نفر از پرستاران شروع و تا اشباع یافته‌ها و عدم دسترسی به یافته‌های جدید ادامه یافت. از مصاحبه نفر ۲۱ به بعد داده و یا کد جدیدی به‌دست نیامد و به‌این ترتیب تا ۲۱ نفر اشباع داده‌ها صورت گرفت. به علت تکراری بودن داده‌ها مصاحبه‌های ۹ نفر از مشارکت‌کنندگان از پژوهش حذف شد. همچنین، متن کدبندی‌شده به چهار مشارکت‌کننده برگردانده شد تا میزان انطباق کدهای انتخاب‌شده با تجاربشان بررسی شود. برای افزایش اعتبار داده‌ها، محقق از روش تعلیق استفاده کرد. بدین معنا که محقق پیش فرض‌های خود در مورد تجربیات و نگرانی‌های زنان مرتبط با مشکلات خانوادگی ناشی از سندرم پیش از قاعدگی را از ابتدای تحقیق کنار گذارد. همچنین پس از ارائه توضیحات لازم در مورد اهمیت و اهداف تحقیق، رضایت شرکت‌کنندگان جهت شرکت در پژوهش و ضبط مصاحبه اخذ گردیده و به آنان توضیح داده شد که در مورد انصراف از شرکت در پژوهش آزاد می‌باشند. سپس پژوهشگران مشخصات کامل خود را در اختیار شرکت‌کنندگان قرار دادند. مشخصات فردی شرکت‌کنندگان محرمانه حفظ گردید و به آنان اطمینان داده شد که فایل صدا پس از تکمیل یادداشت‌ها پاک خواهد شد. مطالب استخراج‌شده از هر مصاحبه به اطلاع شرکت‌کنندگان رسانده شد. در مصاحبه‌ها بعد از پرسیدن ویژگی‌های مشارکت‌کنندگان، مصاحبه ابتدا با سؤال "چقدر سندرم پیش از قاعدگی و علائم آن را می‌شناسید؟" شروع و بعد از ورود مشارکت‌کنندگان به بحث در ادامه هدف اصلی پژوهش دو سؤال باز؛ "تأثیر علائم سندرم پیش از قاعدگی مشارکت‌کننده بر فعالیت‌های بیرون و داخل منزل چه بوده" و "برخورد خانواده مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی در هنگام بروز علائم با او چه می‌باشد؟" مطرح شدند. همچنین در مطالعه حاضر، به‌منظور بررسی

بررسی شد. بازنگری همکار یک روش مناسب در ارزیابی تاییدپذیری یافته‌هاست.

(د) انتقال پذیری:

۱- محقق یافته‌ها را با تعدادی از بیماران که در تحقیق مشارکت نداشتند، ارائه و تناسب و انتقال‌پذیری یافته‌ها را با استفاده از نظر آن‌ها بررسی نمود و در زمان گزارش نتایج تحقیق کلیه مراحل کار را به‌طور دقیق و جزء‌به‌جزء ذکر کرد تا امکان استفاده از آن در سایر مطالعات فراهم شود.

در این پژوهش، تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از روش تحلیل و گام‌های پیشنهادشده^۵ درون‌مایه‌ای توسط ونمانن^۶ صورت پذیرفت (۱۲).

بدین‌صورت که متن هر مصاحبه، حداقل دو بار توسط محقق گوش‌داده شد تا معنای کلی مصاحبه اخذ شود، سپس متن هر مصاحبه، کلمه به کلمه خوانده شد تا به معنای دقیق و روشنی رسیده شود و با تحلیل داده‌ها، معنای کلی و صحیح از تجربه هر فرد اخذ گردد. در هر نسخه، واحدهای معنایی مشخص و در حاشیه هر نسخه، کدگذاری گردید. هر واحد معنایی تفسیر گردید تا به درک صحیح‌تری از تجربه مشارکت‌کنندگان رسیده شود، هر واحد معنایی برای هر شرکت‌کننده با دقت بررسی و تحلیل گردید تا درون‌مایه‌های اصلی مشخص گردد (۷). برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار MAX.Q DA-10 استفاده گردید.

یافته‌ها

۹ نفر از مشارکت‌کنندگان در تحقیق در محدوده سنی، ۳۲-۲۲ سال و ۱۲ نفر در محدوده سنی ۳۳-۳۴ سال بودند. ۱۰ نفر از مشارکت‌کنندگان اعلام کردند که خانواده آن‌ها از وجود سندرم پیش از قاعدگی در آن‌ها آگاهی داشته‌اند؛ که ۶ مورد خانواده‌ها توسط خود پرستاران در این‌باره آگاهی داده شده بودند.

در طی فرآیند تحلیل داده‌ها از توصیف‌های عمیق و غنی مشارکت‌کنندگان در پژوهش، کدهای اولیه استخراج شد که پس از چند بار مرور، خلاصه‌سازی و طبقه‌بندی بر اساس تشابهات آنان، درنهایت چهار مضمون "اختلال در روند زندگی زناشویی" با پنج زیر مضمون، "تهدیدات درک شده ناشی از مشکلات در محل کار و زندگی با" سه زیر مضمون، "ارزش‌ها و اعتقادات" با دو زیر مضمون و "اتخاذ راهبردهای مقابله با مشکلات" با سه زیر مضمون شناسایی گردید (جدول ۱).

داده‌ها از چهار معیار مقبولیت^۱، انتقال‌پذیری^۲، تأییدپذیری^۳ و قابلیت اعتماد^۴ استفاده گردید.

استروبرت و کارپنتر (۲۰۰۷) به نقل از گوبا و لینکلن چهار معیار اعتبار، وابستگی تاییدپذیری و انتقال‌پذیری را برای ارزیابی روایی، دقت و استحکام داده‌ها، در مطالعات کیفی پیشنهاد کرده‌اند (۱۱). بر همین اساس در این پژوهش کیفی برای اطمینان از صحت و استحکام نتایج، از راهبردهای زیر استفاده شد:

(الف) اعتبار:

۱- از ابتدا و در تمام مراحل پژوهشگر به‌وسیله بازاندیشی بر افکار، عقاید و احساسات خود در زمینه موضوع مورد مطالعه، آگاهی پیدا کرده و آن‌ها را به‌صورت مکتوب در آورد. این عمل "ایده انعکاسی" نامیده می‌شود که طی آن محقق احساسات و تجارب شخصی خود که ممکن است بر روند مطالعه تأثیر بگذارد را از ابتدا کشف نموده و بر آن‌ها اشراف دارد.

۲- خلاصه‌ای از نتایج، همراه با درون‌مایه‌های اصلی و فرعی و متغیر مرکزی به اطلاع شرکت‌کنندگان رسیده و صحت آن مورد بررسی قرار گرفت. این عمل که بازنگری توسط اعضاء نام دارد برای تعیین صحت یافته‌ها است و معیار اعتبار را تأمین می‌نماید.

۳- تعدادی از مصاحبه‌ها در اختیار یک همکار آشنا با تحقیق کیفی گذاشته و توسط وی کدگذاری شد. تشابه کدهای استخراجی تعیین‌کننده صحت نتایج است و همچنین گواه بر غنی بودن داده‌هاست.

۴- محقق با موضوع مورد بررسی به مدت طولانی درگیر بود که موجب درک بهتر از محیط، شرایط و مشارکت‌کنندگان است. درگیری درازمدت محقق با موضوع یکی از بهترین روش‌های تأمین اعتبار پژوهش می‌باشد.

۵- در تحلیل داده‌ها علاوه بر بررسی تشابهات به تفاوت‌ها و اختلافات و موارد منفی نیز توجه می‌شود. به این عمل تحلیل موارد منفی می‌گویند که به اعتبار داده‌ها می‌افزاید.

(ب) وابستگی:

با تلفیق روش‌های جمع‌آوری داده‌ها، نقایص و نقاط ضعف هر روش با روش دیگر رفع و درنتیجه بر استحکام مطالعه افزوده می‌شود. تلفیق می‌تواند معیار وابستگی را تأمین نماید.

(ج) تأییدپذیری:

متن تعدادی از مصاحبه‌ها و کدگذاری آن‌ها در اختیار چند تن از اعضاء هیئت‌علمی دانشکده گذاشته و صحت فرآیند کدگذاری

4. Dependability

5. Thematic analysis

6. Van Manen

1. Credibility

2. Transferability

3. Confirmability

جدول ۱. طبقات اولیه و محوری تجارب پرستاران از مشکلات خانوادگی ناشی از سندرم پیش از قاعدگی

مضمون‌ها	زیر مضمون‌ها
۱. اختلال در روند زندگی زناشویی	بی‌توجهی همسر پنهان کردن مشکل درگیری‌های مداوم ناتوانی در عادی‌سازی شرایط تهدید موقعت زندگی زناشویی
۲. تهدیدات درک شده ناشی از مشکلات در محل کار و زندگی	کاهش علاقه به فعالیت‌های روزمره زندگی عوامل استرس‌زای محل کار تشدیدکننده ناتوانی در انجام مسئولیت و وظایف روزمره احساس درماندگی و بی‌کفایتی
۳. تلاش برای کسب حمایت معنوی و انسانی	ایمان و باورهای دینی حمایت افراد نزدیک
۴. اتخاذ راهبردهای مقابله با مشکلات	تلاش برای تحمل شرایط تلاش برای درمان پذیرش واقعیت

۱. اختلال در روند زندگی زناشویی:

۸ نفر از مشارکت‌کنندگان بی‌توجهی همسرانشان، شش نفر هم عدم‌حمایت همسرانشان را در هنگام بروز علائم سندرم پیش از قاعدگی ذکر نمودند. سه نفر از اینکه همسرانشان آن‌ها را محکوم به بداخلاقی می‌کردند. شاکی بودند. دو مورد از برخورد با عصبانیت همسرشان اظهار ناراضی‌ت می‌کردند. دو مورد دیگر هم از اینکه در این دوره همسرشان با آن‌ها مشاجره لفظی دارد، ناراحت بودند. احساس ناتوانی در تداوم زندگی عادی و تهدید زندگی مشترک در اکثر موارد بیان می‌گردید.

۱-۱) بی‌توجهی همسر. بخش اعظمی از مشارکت‌کنندگان (۸ نفر) در زمان سندرم پیش از قاعدگی مورد بی‌توجهی همسر قرار گرفتند. یک نفر از آنان در مورد این تجربه چنین می‌گوید: "درست یک هفته قبل از قاعدگی دچار سردرد شدید و افسردگی میشم. دوست دارم در این زمان همسرم به من توجه بیشتری کنه و توقعاتش کم‌تر بشه؛ اما هیچ‌وقت توجهی به این مسئله نداره." که نشانگر این مسئله است که همسر بیمار در دوران این مشکل تمایلی به درک و کمک به مشارکت‌کننده ندارد.

۲-۱) پنهان کردن مشکل. اکثر مشارکت‌کنندگان بیان می‌کردند که روند مشکل بر رفتار همسرانشان تأثیرگذار است،

به‌نحوی که مجبور بودند آن را پنهان کنند یا به موارد دیگر نسبت دهند. یکی از مشارکت‌کنندگان در این مورد ذکر کرده بود که: "همسرم موقع بروز علائم سندرم پیش از قاعدگی به من خیلی نمی‌کنه و مجبورم در این موقع وانمود کنم چیزیم نیست." مشارکت‌کننده دیگر در این‌باره گفته بود: "در موقعی که علائم سندرم پیش از قاعدگی در من ظاهر می‌شه، الکی میگم صندلی بلند کردم کمرم درد گرفته و برای هر مشکلی بهونه میارم." شرکت‌کننده دیگر بیان کرد که: "همسر من آدم اهل مطالعه هست. بخصوص اوایل ازدواجمان در مورد قاعدگی و مشکلات ناشی از آن از اینترنت مقالاتی خوانده و می‌داند در زمان حول‌وحوش قاعدگی باید از من حمایت لازم را داشته باشد. اولش خوب بود بعداً منو سرزنش می‌کرد و می‌گفت تو به وظایف همسرانیت عمل نمی‌کنی، از اون به بعد وانمود می‌کنم چیزیم نیست." گفتگوی نفر دیگر بسیار جالب بود که: "زن نباید با همسرش رودربایستی داشته باشه. من خودم بهش یاد دادم که سندرم پیش از قاعدگی چیه و در این زمان یک مرد باید چه رفتاری داشته باشه. شوهرم باید حمایت کنه. ولی می‌گه این حالات به من مربوط نیست، مگه کار یه روز دو روزه که تحمل کنم."

۳-۱) درگیری‌های مداوم. سه نفر از پرستاران از اینکه از طرف همسر به بداخلاقی محکوم می‌شوند ناراحت بودند و این مسئله

را ناشی از ماهیت بیماری خود می‌دانند که تحت کنترلشان نیست. یکی از آن‌ها اظهار می‌کرد که "موقع نزدیک شدن عادت ماهیانه آن‌قدر کلافه‌ام که با هر چیزی ناراحت میشم و بی دلیل به همه چیز ایراد می‌گیرم، این مسئله باعث می‌شه که شوهرم به من بگه باز بداخلاق شدی، اونم دنبال تلافی بگرده". پرستار دیگری تعریف می‌کرد که: "درست هم‌زمان با علائم سندرم پیش از قاعدگی همسرم شکایت می‌کنه که بداخلاقی خانم دوباره شروع شد، هم من اعصاب ندارم، هم اون بیچاره می‌گه عجب گیری افتادیم. گاهی وقتا به من میگه من آگه می‌دونستم اینطوری باهات ازدواج نمی‌کردم. بعد یه مدتی اوضاع خوب می‌شه تا دوباره که این بدبختی شروع بشه."

۴-۱) ناتوانی در عادی‌سازی شرایط. دو نفر از مشارکت‌کنندگان بیان می‌کردند که همسرانشان در این زمان با عصبانیت با آن‌ها برخورد می‌کند و کاری از دستشان بر نمی‌آید و این کدورت تا مدتی طولانی رفع نمی‌شود. یکی از آنان اظهار می‌کرد که: "هم‌زمان با شروع علائم سندرم قبل از قاعدگی‌ام، در شوهر من هم علائم ظاهر می‌شه. اون بداخلاق و عصبانی می‌شه که چرا در این چند روز من از درد و بی‌حوصلگی شاکی هستم، من هم سعی می‌کنم نزارم این مسئله‌ها پیش بیاد ولی فایده نداره." دیگری ذکر می‌کرد که: "این مسئله بر زندگی سایه انداخته، هر چی بهش میگم مگه دست منه، اونم میگه چرا من باید تحمل کنم؟ اصلاً خوبمکه میشم میگه فایده نداره که دوباره همین آشه و همین کاسه".

۵-۱) تهدید موقعیت زندگی زناشویی. یکی از علائم شایع سندرم پیش از قاعدگی در زنان مبتلا تند خویی و خشم بی‌مورد می‌باشد که گاه تداوم زندگی مشترک را در آنان به خطر می‌انداخت. این علامت در دو نفر از پرستاران شرکت‌کننده در این پژوهش سبب شده بود که همسرانشان با آن‌ها مشاجره لفظی داشته باشند. یکی از مشارکت‌کنندگان می‌گفت: "

اینقدر عصبانی میشم و با تند خویی با اطرافیان برخورد می‌کنم که شوهر بیچاره هم تحمل نمی‌کنه و شروع به بحث و مشاجره و من تهدید به طلاق می‌کنه." دیگری بیان کرد: "خودمم از این زندگی خسته شدم. شوهر باید زانو درک کنه. چرا تو ایران زنها باید به پای شوهرشون بسوزند. ولی شوهرها مشکلات مارو تحمل نکنند. شوهرم همش می‌گه زندگی ما با هم از اول اشتباه بود. تورو به من انداختند. جدی هم میگه."

۲. تهدیدات درک شده ناشی از مشکلات در محل کار و

زندگی

۹ تن از مشارکت‌کنندگان کاهش علاقه و میل به انجام فعالیت‌های روزمره زندگی را در زمان بروز علائم اعلام نمودند. ۶

مورد تأثیر عوامل استرس‌زا در محل کار را سبب افزایش شدت علائم سندرم پیش از قاعدگی دانستند. ۵ مورد از نمونه‌ها از اینکه نمی‌توانستند کار خانه خود را به درستی هنگام بروز علائم انجام دهند، شاکی بودند. در یک نمونه هم وجود این سندرم مانع از حاضر شدن بر سرکارو انجام دادن امور محوله به‌طور صحیح شده بود که به نظر می‌رسید پیامدهای این مشکلات باعث تهدید موقعیت مشارکت کنندگان در محل کار و زندگی و مانع ایفای نقش آنان شده بود.

۲-۱) کاهش علاقه به فعالیت‌های روزمره زندگی

در سندرم پیش از قاعدگی تغییرات خلقی که در افراد مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی ایجاد می‌شود که در تعیین راه و روش زندگی آن‌ها نقش اساسی ایفا می‌کنند. این تغییرات روابط و فعالیت‌های روزمره فرد مبتلا را مختل می‌کند و مانع از تمایل آنان به انجام وظایف آنان و احساس ناراحتی در آنان می‌شود. به‌طور مثال شرکت‌کننده‌ای ۳۸ ساله‌ای دارای دو فرزند که مدت ده سال از ازدواجش می‌گذشت اظهار می‌کرد که: "من ذاتاً آدمی هستم فعال اما در زمان بروز سندرم پیش از قاعدگی هیچ علاقه‌ای به کارهای روزمره زندگی ندارم و از این مسئله خیلی عذاب می‌کنم."

۲-۲) عوامل استرس‌زای محل کار تشدیدکننده ناتوانی

در انجام مسئولیت و وظایف روزمره

تغییرات و علائم زمان سندرم پیش از قاعدگی وقتی با استرس‌های شغلی همراه گردد شرایط بسیار غیرقابل‌تحملی را برای زنان ایجاد می‌نماید. به خصوص که محیط کاری مشارکت‌کنندگان در این پژوهش خالی از استرس تشدیدکننده این مشکل نمی‌باشد. یکی از مشارکت‌کنندگان می‌گفت: "محیط کاری من گاهی خیلی استرس‌زا است و وقتی این استرس با وقوع علائم سندرم پیش از قاعدگی همراه میشه علائمشا شدت بیشتری بروز می‌کنه که نمیزاره به هیچ کاری برسم. شدم عاطل و باطل که همین احساس توانم را بدتر می‌گیره."

از طرفی کاهش سطح کارایی ناشی از استرس موجب نگرانی فرد مبتلا و خانواده‌ی وی می‌گردد. این مورد را می‌توان در صحبت‌های این شرکت‌کننده به‌خوبی تشخیص داد: "بی‌دقتی من تو کارهای خانه موقع مواجه شدن با علائم بیماریم باعث شده نتونم کارهای خونه رو به‌موقع تمام کنم و همیشه تو کارهای خونه کم می‌آرم، این کم آوردنم شوهرم رو هم آزار میده."

۲-۳) احساس درماندگی و بی‌کفایتی - احساس بی‌کفایتی

به علت ناتوانی در انجام وظایف نیز از پیامدهای ناشی از این مشکل است. در این مورد یک نفر از مشارکت‌کنندگان اظهار کرده بود که: "شبا از درد خوابم نمی‌بره. واسه همین گاهی آن‌قدر پر خواب میشم که صبح‌ها دیر بیدار شده و به‌موقع سرکارم نمی‌تونم حاضر بشم و

۴. اتخاذ راهبردهای مقابله با مشکلات

این مفهوم اصلی از چند زیرمفهوم تلاش برای بازسازی زندگی، تلاش برای درمان و پذیرش واقعیت تشکیل شده است.

۴-۱) تلاش برای تحمل شرایط

اکثریت شرکت‌کنندگان درباره اقداماتی گفتگو می‌کردند که برای مقابله با مشکلات پیش آمده مورد استفاده قرار می‌دادند. یکی از این موارد تلاش برای بازسازی زندگی بود. به‌عنوان نمونه، به صحبت‌های یکی از شرکت‌کنندگان اشاره می‌گردد که ذکر می‌کرد: "درسته که این مشکل زندگیمو، حداقل زندگی من با شوهرمو به خطر انداخته ولی چی کنم؟ سعی می‌کنم این مسئله رو تو رابطه‌ام با خونه و محل کارم دخالت ندم. درد که دارم وانمود کنم مشکلی نیست. سعی می‌کنم تحمل کنم. سر کارم تا اونجاکه بتونم تحمل می‌کنم."

۴-۲) تلاش برای درمان

از تمامی شرکت‌کنندگان در مطالعه همگی تلاش می‌کردند برای درمان یا حداقل تسکین این مشکل تلاش کنند. گفته‌های یکی از مشارکت‌کنندگان حاکی از ضرورت تلاش برای درمان بود: "باید می‌نشستم تحمل می‌کردم. ناسلامتی کادر درمانی هستم. شروع کردم به پیگیری درمان. گفتم خوب هم نشم حداقل کم‌تر خودمو بقیه رو زجر می‌دم."

۴-۳) پذیرش واقعیت: درنهایت مشارکت‌کنندگان

می‌پذیرفتند که شرایط زندگی در وضع موجود را می‌توان تعدیل کرد ولی باید بیماری و عوارض ناشی از آن را پذیرفت. مورد زیراین گفته می‌باشد: "اینم قسمتی از زندگیه، تلاشمونو می‌کنیم تا راحت‌تر زندگی کنیم. سرطان نیست که شکر خدا. وقتی کاریش نمی‌شه کرد می‌گیم اینم جزئی از زندگیه با همه خوبی‌ها و بدی‌هاش."

بحث

بر اساس تجارب پرستاران شرکت‌کننده در این مطالعه اخلاص در روند زندگی در زمان بروز سندرم پیش از قاعدگی را می‌توان در پنج زیر مضمون؛ بی‌توجهی همسر؛ پنهان کردن مشکل؛ درگیری‌های مداوم؛ ناتوانی در عادی‌سازی شرایط و تهدید موقعیت زندگی زناشویی طبقه‌بندی کرد. از نظر برخورد همسران؛ موارد متعددی از واکنش‌های حمایتی و نقطه مقابل آن عصبانیت همسر مشاهده می‌شود که مشابه نتایج مطالعه انجام شده توسط براون و زیمر بوده است (۱۳). موارد ذکر شده در این مطالعه، می‌تواند تأثیرات منفی بر آرامش خانوادگی افراد به‌صورت ناسازگاری با همسر، کشمکش، کاهش انسجام در خانواده و اختلال ارتباط بین اعضای خانواده بگذارد که این نتایج در تحقیقی که توسط کیانی و

مجبور میشم با عجله کارهامو انجام بدم و مرتب مشکل ایجاد می‌کنم و از طرف مسئول بخش تذکر می‌گیرم."

۱. منابع حمایت مبتنی بر باورهای دینی و ارزش‌ها

۷ تن از مشارکت‌کنندگان ابراز می‌کردند که در موقع مشکل، مورد کم توجهی پروردگار قرار دارند و از اینکه نمی‌توانستند کار وظایف خود را به درستی هنگام بروز علائم انجام دهند، احساس سردرگمی می‌کردند. با این حال تمایل به استعانت از خداوند را بهترین راهکار می‌دانستند. بیانات زیر مبین اتکای افراد به باورهای دینی و ارزش‌ها به‌عنوان منبعی برای حمایت می‌باشند. این مفهوم اصلی از چند زیرمفهوم باورهای دینی و حمایت اطرافیان تشکیل شده است.

۳-۱) باورهای دینی

هنگامی که مشکلات ناشی از بیماری اوج می‌گیرد، پاسخ معمولاً به‌صورت تجربه بار سنگینی از احساسات نگرانی و اضطراب است. علاوه بر تمام دغدغه‌های عاطفی و روانی ناشی از مشکل، خود را مسئول بروز پی آمدهای بیماری می‌داند که این موجب رویارویی وی با احساس گناه می‌شود. او ممکن است خود را سرزنش کند. یکی از مشارکت‌کنندگان می‌گفت: "چون مشکل ازمنه خیلی ناراحتم. کاش قبل از ازدواج آدم بدونه که مشکل می‌تونه زندگی آدمو دچار اشکال کنه. من آگه که میدونستم مشکل دارم اصلاً ازدواج نمی‌کردم که هی درگیر باشم تو خونه."

بروز مشکلات می‌تواند منجر به ایجاد این احساس شود که خداوند فرد را مورد توجه قرار نمی‌دهد. یکی از افراد چنین می‌گفت: "من ۱۵ ساله دارم واسه مریضام کار می‌کنم. همشونم دعا می‌کنند. گاهی میگم خدایامن چه کاربدی کردم که این شده سرنوشتهم. چرا خداوند اینجوری برام ساخته."

با این حال، در اکثر موارد یاری خواهی از خداوند برایشان راهگشا بود. یکی از مشارکت‌کنندگان می‌گفت: "خیلی که دلم می‌گیره میرم دعا می‌کنم آرام میشم. میگم شاید خواست خدا بوده. اینم قسمی از زندگیه."

۳-۲) حمایت اطرافیان

حمایت اطرافیان به‌ویژه همسر، موجب توانایی آنان برای مقابله با بیماری می‌شود تا حدی که حس مورد حمایت بودن اطرافیانمان باعث بروز مشکلات و حتی فروپاشی زندگی مشترک آنان می‌شود. یک‌یازافراد میگفت "فک و فامیل مخصوصاً مادرم خیلی سر می‌زنند. ازممی پرسنچیشید، دکتر رفتی؟ همکارام هم دکتر معرفی می‌کنند. خوشحال میشم از حمایتاشون". دیگری ذکر کرد "شوهرم قاتی می‌کنه ولی حق داره. آدم خوبیه می‌گه می‌دونم درد داری، بعضی وقتا بداخلاقی. دست خودت که نیست. خیلیا شوهراشون اینو نمی‌فهمن. به من لطف داره. خدا رو شکر."

پیوندهایی قدرتمند می‌شود که منبع اولیه و بنیادی حمایت اجتماعی است. فرد به لحاظ اعتماد و اطمینانی که به همسر خود دارد، این پیوند را جایگاه اتکا برای ابراز تألمات و به عبارتی درد دل و تخلیه درونی می‌داند (۱۷).

و سرانجام تجارب مشارکت‌کنندگان در این مطالعه کیفی مضمون اتخاذ راهبردهای مقابله با مشکلات و سه زیر مضمون تلاش برای تحمل شرایط، تلاش برای درمان و پذیرش واقعیت را نشان داد. اکثر مشارکت‌کنندگان در اثر مشکلات ناشی از بیماری تلاش داشتند تا خود را درمان کنند و وقتی درمان نتیجه مطلوب نمی‌داد تلاش می‌کردند وضع موجود را بپذیرند و مشکلات را تحمل نمایند که این قدرت انطباق به حمایت خانواده و اعتقادات آنان بستگی داشت.

در این رابطه دلگادو^۷ بیان می‌نماید که تنش ناشی از یک بیماری می‌تواند باعث جستجوی هدف و معنای خاص برای شرایط جدید ایجاد شده باشد. مخصوصاً در بیماری‌های تهدید کننده حیات که ممکن است به فرد امکان شناسایی مشکلات و استفاده از راهبردهایی درونی برای انطباق و پذیرش وضع موجود را بدهد (۱۸). همچنین سینکلیر و پارکر^۸ عقیده دارند که گذار به پذیرش، یک پیشروی خطی به سمت درک و پذیرش نبوده، بلکه یک تلاش منحصر به فرد چندوجهی و پیچیده فردی و اکثراً وابسته به حمایت اجتماعی می‌باشد (۱۹).

نتیجه‌گیری

از آنجائی که تلاش در جهت افزایش سطح سلامت زنان یک هدف اصلی و مهم برای توسعه اجتماعی و اقتصادی هر جامعه محسوب می‌شود، هرگونه مطالعه جهت ارتقای سلامت زنان به‌خصوص در سنین باروری از اهمیت خاص خود برخوردار می‌باشد. بر اساس این مطالعه؛ در خانواده با زنان مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی برخوردهای متفاوتی صورت گرفته بود که می‌تواند ناشی از درک نادرست از این وضعیت فیزیولوژیک باشد.

عدم آگاهی اکثریت همسران از چگونگی برخورد با این مشکل منجر به بروز رفتارهای نادرست و مشکل‌آفرین گشته و بر فعالیت‌های مشارکت‌کنندگان و زندگی زناشویی آنان تأثیر منفی گذاشته بود. این معضل می‌تواند رضایت از زندگی در زنان را کاهش داده و به‌خصوص در مورد زنان شاغل کیفیت ارائه خدمات را پائین آورد و به‌طور ویژه در بین مشارکت‌کنندگان ممکن است منجر به اختلال در انجام وظایف پرستاری‌شان برای بیماران گردد.

همکارانش انجام شده است، بیان گشته است. رابرت و همکارانش (۷) در پژوهش خود در مورد برداشت و نگرش مردان نسبت به سندرم پیش از قاعدگی در همسرانشان، نتیجه‌گیری کردند که وجود این سندرم روابط زناشویی را به‌طور منفی تحت تأثیر قرار داده و بر لزوم درک بهتر مردها از آن و حمایت بیشتر توسط آنان و درمان دارویی و مراقبت‌های بهداشتی تأکید کردند.

تجارب مشارکت‌کنندگان در این مطالعه کیفی مضمون تهدیدات درک شده ناشی از مشکلات در محل کار و زندگی و چهار زیر مضمون کاهش علاقه به فعالیت‌های روزمره زندگی، عوامل استرس‌زای محل کار تشدیدکننده ناتوانی در انجام مسئولیت و وظایف روزمره، احساس درماندگی و بی‌کفایتی را نشان داد. اکثریت مشارکت‌کنندگان در این مطالعه از کاهش علاقه به فعالیت‌های روزمره زندگی شاکی بودند. در مطالعه تقی زاده و همکاران (۱۴) هم کاهش علاقه به فعالیت‌های روزمره در بین زنان مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی با بالاترین فراوانی از جمله شکایات زنان مبتلا گزارش شده است. اکبری نیز (۱۵) از پیامدهای اقتصادی این سندرم نظیر غیبت کاری و کاهش کارایی ارائه کرده است که خود منجر به تشدید مشکلات و احساس درماندگی در افراد مشارکت‌کننده می‌گردد.

تجارب مشارکت‌کنندگان در این مطالعه کیفی مضمون تلاش برای کسب حمایت معنوی و انسانی و دو زیر مضمون ایمان و باورهای دینی و حمایت افراد نزدیک را نشان داد. یافته‌ها نشان داد در بستر فرهنگی مذهبی ایران خداوند بزرگ‌ترین حامی برخی از افراد در زندگی به شمار می‌رود و اعتقاد به خواست خداوند و توکل بر او عاملی مهم است.

در این باره مطالعه صدری نشان می‌دهد حمایت‌های معنوی و منابع مذهبی و داشتن ارتباط قوی با قدرتی بالاتر، منتج به اثرات روانی مطلوبی می‌گردد که می‌تواند موجب بهبود کیفیت زندگی و حمایت‌های بین فردی و کاهش شدت علائم شود که این امر در ارتقا بهداشت و سلامت روان مؤثر واقع می‌شود (۱۶).

تمامی مشارکت‌کنندگان در پژوهش از همسران به‌عنوان مهم‌ترین منبع حمایتی یاد می‌کردند و نیاز خود به حمایت همسرانشان را به‌وضوح در جملات خود بیان می‌نمودند. ارتباط خانواده خصوصاً حمایت همسر را بسیار کمک‌کننده می‌دانستند. ولی متأسفانه این حمایت به‌صورت دائم و کامل موجود نبود که پیامدهای ناخواسته‌ای به دنبال داشت. در این رابطه، ابراهیمی و همکاران در مورد تأثیر عمیق حمایت خانواده و به‌ویژه همسر بر بیمار عقیده دارد که همبستگی بین زوجین منجر به ایجاد

⁸Sinclair and Parker

⁷Delgado

تسهیلات و انجام برخورد مناسب با فرد مبتلا به طوری که بر فعالیتهای روزانه او در داخل و خارج از منزل خللی وارد نیاید و مشکلات روحی و روانی او را اضافه ننماید، از مهم‌ترین مواردی هستند که باید به آنها توجه شوند.

در این خصوص تخصیص برنامه زمانی بیشتر در مورد آموزش مفهوم سندرم پیش از قاعدگی و فرهنگ‌سازی مناسب در میان جوانان و تشویق به مراجعه به مراکز مشاوره قبل از ازدواج ضروری به نظر می‌رسد. فراهم نمودن امکانات بستری مناسب برای پذیرش و قبول مشکلات ناشی از ابتلا به این سندرم در خانواده‌ها و ارائه

References:

1. Fritz M, Speroff L. Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
2. Petta CA, Duarte Osis MJ, de Padua KS. Premenstrual. *Int J Gynecol Obstet* 2010;108: 40–3 .
3. Rayan Kenneth J. Kistner's Gynecology. Translated by Ghazi Jahani B, ghotbi R. Tehran: Golban; 2008.
4. Biggs WS, Demuth RH. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. *Am Fam Physician* 2011; 84(8): 918-924.
5. Yonkers KA, O'Brien PM, Eriksson E. Premenstrual syndrome. *Lancet*. 2008; 371(9619): 1200–1210.
6. AmiriFarahani L, Heidari T, Narenji F, AsghariJafarabadi M, Shirazi V, Relationship between premenstrual syndrome with body mass index among university Students, *Hayat* 2011; 17(4): 85-95. (Persian)
7. Reberte LM, de Andrade JH, Hoga LA, Rudge T, Rodolpho JR. Men's Perceptions and Attitudes toward the Partner with Premenstrual Syndrome. *Am J Mens Health* 2014; 8(2): 137-47.
8. Kiani asiabar A, heydari M, Mohammaditabar S, Faghihzadeh S. Prevalence, signs, symptoms and predisposing factors of premenstrual syndromes in employed women. *Daneshvar Med* 2009; 16(81): 45-54. (Persian)
9. Reilly J, Kremer J. A qualitative investigation of women's perceptions of premenstrual syndrome: implications for general practitioners. *Br J Gen Pract* 1999; 49(447): 783–6.
10. Strubert HJ, Carpenter DR. Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative. 1st Ed. Lippincott Williams & Wilkins: Philadelphia; 2007.
11. Streubert HJ, Carpenter DR. Qualitative Research in Nursing, 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Walks Co; 2007.
12. Van Manen M. Researching Lived Experience. Human Science for an Action Sensitive Pedagogy, 1st Ed. Althouse Press: Ontario; 2001.
13. Brown MA, Zimmer PA. Help-seeking for premenstrual symptomatology: a description of women's experiences. *Health Care Women Int* 1986; 7(1-2): 173-84.
14. Tegizadeh M, Gofranipoor F, Nikpoor B, Fegihzadeh S. Assessment frequency of signs, symptoms and the most common method of Premenstrual Syndrome self. Treatment in young girl's student. *Daneshvar Res J Shahed Univ Med Sci* 2003; 10(46): 19-26. (Persian)
15. Akbari M, Almasi A. Population and family planning; Puberty and marriage skills for youth. 3th Ed. Kermanshah: Razi University of Kermanshah; 2005. (Persian)

16. Sadri M. The effect of trust in god to provide mental health of student 19-23 years of Isfahan. Isfahan BehavSci Res 2004; 1(2): 43-5. (Persian)
17. Ebrahimi H, Nikravesh M, Oskuei F, Ahmadi F. Stress: Major reaction of nurses to the context of ethical decision making. J Iran Univ Med Sci 2007; 14 (54): 7-16. (Persian)
18. Delgado C.A discussion of the concept of spirituality.Nursing Sciebce quality 2005; 18 (2).157-162.
19. Sinclair PM, Parker V. Pictures and perspectives: A unique reflection on inter dialytic weight gain. J Neph Nurs 2009; 36(6): 589-97.

NURSES' EXPERIENCES OF FAMILY PROBLEMS CAUSED BY PREMENSTRUAL SYNDROME: A PHENOMENOLOGICAL STUDY

Masoumeh Akbari¹, Jaleh Naderi², Esmail Khodadadi³, Jila Mohammadrezayi⁴

Received: 30 May, 2016; Accepted: 29 July, 2016

Abstract

Background & Aims: Premenstrual syndrome can cause problems for the individual patients in family and community like reduction in the level of performance at home and job, educational failure, family problems and conflicts, conflicts with their spouse, violence against children, absenteeism in the workplace, and in some severe cases, committing a crime and even suicide .

Materials & Methods: A qualitative design of interpretative phenomenological analysis with qualitative content analysis approach by deep, semi structured interviews were carried out on 21 married Iranian nurses with PMS working in different wards of hospitals in Urmia, Iran. The participants were selected purposefully. Interviews were conducted by tape recording with the permission of the interviewee. The transcribed data were subjected to qualitative analysis during the research process, the study applied purposive sampling, and the data were analyzed by the methods developed by Colaizzi method. The criteria of acceptability, verifiability, trustworthiness and transmissibility were used to evaluate the accuracy, validity and reliability of the data. The participants' experiences were categorized into four themes.

The main themes were "disturbance in marriage process, perceived threats caused by problems at work and life, seeking for spiritual and humanitarian support and getting strategies to deal with problems".

Results: The participants' experiences were categorized into four themes and 14 subthemes. The main themes were: "Disruption of family life, the perceived threat posed by problems at work and life, seeking for spiritual and humanitarian support, and strategies to deal with problems caused by premenstrual syndrome.

Conclusion: Premenstrual syndrome requires women health organizations' and reproduction hygiene specialists' adequate attention. It seems necessary to work on cultural points, and planning in families, among couples in counseling centers, in order to reach a better understanding of symptoms of premenstrual.

Keywords: Nurses' Experiences, Family Problems, Premenstrual Syndrome, Qualitative Study.

Address: Qom, Moallem Ave, Street East (2), Faculty of Nursing and Midwifery

Tel: (+98) 9144481134

Email: m.akbari43@gmail.com

¹ Assistant Professor of Surgery, School of Nursing and Midwifery, Qom, Qom, Iran (Corresponding Author)

² PhD Student in Reproductive Health, University of Pune, India

³ PhD student Faculty of Nursing and Midwifery, Tabriz, Iran

⁴ Midwifery, Islamic Azad University, Urmia, Iran