

KVINNORS ERFARENHETER OCH UPPLEVELSER AV PMS OCH PMDS

EN KVALITATIV LITTERATURSTUDIE

ISABELLE ATTERHOLM
LOUISE NILSSON

KVINNORS ERFARENHETER OCH UPPLEVELSER AV PMS OCH PMDS

EN KVALITATIV LITTERATURSTUDIE

ISABELLE ATTERHOLM
LOUISE NILSSON

Atterholm, I & Nilsson L. Kvinnors erfarenheter och upplevelser av PMS och PMDS. En kvalitativ litteraturstudie. *Examensarbete i omvårdnad 15 högskolepoäng*. Malmö universitet: Fakulteten för hälsa och samhälle, institutionen för vårdvetenskap, 2019.

Bakgrund: Premenstruellt syndrom (PMS) är något som drabbar cirka 20% - 40% av alla kvinnor. Symtomen uppkommer en till två veckor innan mens. De vanligaste upplevda symtomen är svullna bröst eller mage, irritation eller ångest. Premenstruellt dysforiskt syndrom (PMDS) som är den mer allvarliga formen än PMS, drabbar omkring 1,8% - 5,8%. Symtomen är mer kraftfulla och kan liknas vid djup depression. Tidigare studier har visat att kvinnor med PMS eller PMDS har sänkt hälsorelaterad livskvalitet. **Syftet:** Vårt syfte är att belysa kvinnors erfarenheter och upplevelser kring det dagliga livet vid PMS och PMDS, samt att uppmärksamma strategier som underlättar kvinnors vardag. **Metod:** Metoden var att sammanställa tio stycken vetenskapliga artiklar med kvalitativ ansats till en litteraturstudie. **Resultat:** Resultatet belyser till exempel de symtom som kvinnor upplever under PMS. Kvinnor upplever även att samhället och sjukvården inte tar PMS och PMDS på allvar. Deras erfarenheter är att de inte får det stöd som de önskar och behöver. Mestadels saknar de stöd från sin partner. Kvinnor använder sig av olika copingstrategier för att hantera sina symtom. Kvinnorna tar pauser och avstånd från sin partner och den extra stress som de upplever under PMS. **Konklusion:** Kvinnorna saknar stöd, hjälp och förståelse från sin partner som de behöver för att hantera sin PMS och PMDS. Inte heller av sjukvården får de hjälp. Samhället har en felaktig bild av vad PMS och PMDS egentligen är. Olika copingstrategier används för att hantera syndromen, såsom att ta pauser från vardagen och alla krav.

Nyckelord: Erfarenheter, Kvalitativ, Kvinnor, Premenstruellt dysforiskt syndrom, Premenstruellt syndrom, Upplevelser

WOMEN'S EXPERIENCES OF PMS AND PMDD

A QUALITATIVE LITERATURE REVIEW

**ISABELLE ATTERHOLM
LOUISE NILSSON**

Atterholm I & Nilsson L. Women's experience of PMS and PMDD. A qualitative literature review. *Degree project in nursing 15 Credits*. Malmö University: Faculty of Health and Society, Department of Care Science), 2019.

Background: Premenstrual syndrome (PMS) is something that affects about 20% - 40% of all women. The symptoms occur one till two weeks before menstruation. The most experienced symptoms is swollen breast or stomach, irritation and anxiety. Premenstrual dysphoric disorder (PMDD) is more severe than PMS and affect about 1,8% - 5,8%. The symptoms are more severe and may resemble a deep depression. Previous studies have proven that women with PMS or PMDD has lowered health-related quality of life. **Aim:** The aim was to enlighten women's experiences of the everyday-life with PMS or PMDD, and bring attention to strategies that can facilitate women's everyday-lives. **Method:** A literature study which was based on ten scientific articles with a qualitative approach was conducted. **Results:** The result highlights the symptoms that women experienced during PMS. The women also felt that society and their health care system did not take PMS and PMDD serious. Their experience was that they did not get the support they wanted and needed. Most of the time they lacked support from their partners. The result also found that women used different coping strategies to manage their symptoms. They took breaks and distanced themselves from their partners and the extra stress they experienced during PMS and PMDD. **Conclusion:** The women lack support, help and understanding that they need from their partner to manage their PMS and PMDD. Neither do they get help from the health cares system. Society has an incorrect picture of what PMS and PMDD really is. Different coping strategies are used to handle the syndrome, such as taking breaks from everyday life and all the requirements.

Keywords: Experience, Premenstrual dysphoric disorder, Premenstrual syndrome, Qualitative, Women

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	4
BAKGRUND	4
Menstruationscykeln	4
Symtom och diagnos för PMS	5
Symtom och diagnos för PMDS	5
Teorier om livskvalitet	6
Försämrad livskvalitet vid PMS och PMDS	6
Coping	6
PROBLEMFÖRMULERING	7
SYFTE	7
METOD	7
Databaser och sökord	7
Urvalsprocessen	9
Granskningsmall	9
Analysering av data	9
Forskningsetiska överväganden	10
RESULTAT	10
PMS påverkan i det vardagliga livet	10
Kvinnors erfarenheter av PMS och PMDS	12
Samhällssynen på PMS	13
Sjukvårdens roll vid PMS	14
DISKUSSION	14
Metoddiskussion	14
Resultatdiskussion	17
KONKLUSION	21
FÖRSLAG TILL FÖRBÄTTRINGSARBETE OCH KVALITETSUTVECKLING	21
REFERENSER	23
BILAGOR	26

INLEDNING

Sjukdomar som drabbar kvinnor har länge varit underrepresenterade inom den rådande forskningen. Premenstruellt syndrom (PMS) och premenstruellt dysforiskt syndrom (PMDS), räknas till denna kategori och har under många år betraktats som en oseriös sjukdom för kvinnor som sjukvården inte tar på allvar. Detta trots att målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen. Varje månad uppstår symtom, såsom svullen buk, huvudvärk, känsla av hopplöshet eller depression i samband med en kvinnas cykel. Som sjuksköterskor kommer vi att träffa på dessa kvinnor i alla områden inom vården. Vi vill därför i denna studie fördjupa oss i ämnet och sammanställa redan utförd forskning kring hur dessa symtom och cykliska fysiologiska förändringar i kroppen kan påverka hur kvinnor mår. Detta i förhoppning om att kunna sprida det fastställda resultatet vidare så att dessa syndrom kan tas på större allvar.

BAKGRUND

PMS och PMDS är två syndrom som kvinnor under sin fertila ålder kan drabbas av. Besvären startar kring ägglossning för att sedan pågå fram till att menstruationen börjar. Psykiatriker och gynekologer har tillsammans kommit fram till att premenstruell störning är att betrakta som en medicinsk åkomma som delas in i PMS och PMDS (Hofmeister & Bodden 2016). Premenstruellt dysforiskt syndrom klassas som den allvarligare formen av dessa två då den påtagligt påverkar livet under menstruationscykeln. Nedan kommer en normal menstruationscykel att beskrivas för att förklara relationen mellan de olika stadierna.

Menstruationscykeln

En menstruationscykel fortlöper från första dagen av menses fram till första dagen av nästa menstruation. Menstruationen är tre till åtta dagar lång och kommer med 23 till 35 dagars intervall. Dock är detta individuellt. Cykelns första dag börjar med att ovariet tillsammans med follikelstimulerande hormon (FSH), stimulerar follikeltillväxten. Folliklarna, även kallade äggblåsor, växer och producerar östrogen. Endometriet som finns i livmodern reagerar på den ökade östrogenproduktionen och växer, detta kallas follikelfasen. Efter ca. 14 dagar utlöser den höga nivån östrogen en mycket kraftig och plötslig produktion av luteiniserande hormon (LH). Detta hormon gör så att den största mogna follikeln i ena ovariet brister. Då sker ägglossning, även kallad ovulation. Ägget fångas upp av äggledaren och förs mot livmodern. Detta tar cirka tre till fem dygn. Follikeln som brutit ombildas till en gulkropp som producerar östrogen och progesteron, även kallat gulkroppshormon. Endometriet svarar under denna hormonstimulering med att utveckla spiralartärer i livmodermuskeln som hjälper slemhinnan att förbereda den inför mottagandet av ägget. Om ett ägg befruktas skapas placenta hormonet HCG med hjälp av gulkroppen. Om inget ägg befruktas skapas inte HCG, vilket leder till att progesteron- och östrogenproduktionen minskar kraftigt. Då stryps spiralartärerna och endometriet blir utan syretillförsel och stöts bort. Detta resulterar till menstruation (Borgfeldt m.fl. 2019).

Den genomsnittliga kvinnan har 13 menstruationscykler per år, vilket är uppskattningsvis 451 cyklar under en kvinnas livstid. Upp till 90% av dessa kvinnor kommer att uppleva milda symtom, både fysiska och mentala, veckan innan mens. 20% - 40% lider av flera symtom premenstruellt som klassas inom ramen för PMS och 1.8% - 5.8% upplever symtom som klassas inom PMDS (Retallick-Brown m.fl. 2016). I en annan studie kunde liknande siffror fastställas. I den kunde 75% av kvinnorna relatera till symptomen, både fysiska och psykiska, som uppträder cirka två veckor innan mens. Vidare av kvinnorna var det 8% - 20% som rapporterade att symtomen fanns med vid varje menstruationscykel och tillståndet kunde då klassas som PMS (Kroll-Desrosiers m.fl. 2017). De cykliska hormonella förändringarna i kroppen uppkommer oavsett etnicitet eller socioekonomisk status och belastar kvinnans relationer, den mentala hälsan och arbetslivet (Rapkin & Winer 2009). PMS anses bero på gestagenets påverkan på serotoninsystemet, vilket påverkar humöret och ångestnivån (Borgfeldt m.fl. 2019).

Symtom och diagnos för PMS

Kriterierna som används för att ställa diagnosen PMS, som även är antagna av American College of Obstetricians and Gynecologists år 2000, är beskrivna av Halbreich (2003). Kriterierna är att symtomen ska vara ihållande under minst fem dagar före menstruation och upprepas tre cykler i följd. Symtomen som presenteras är indelade i affektiva respektive somatiska. De affektiva symtomen kan yttra sig i att kvinnan vill vara ensam, blir mer lättirriterad, upplever förvirring, få ångest eller depressionliknande känslor. De somatiska symtomen kan uppträda som svullen buk och/eller extremiteter, svullna och ömma bröst, huvudvärk, led- eller muskelsmärta och viktökning. Kvinnan ska ha minst ett av de affektiva samt ett av de somatiska symtomen för att uppfylla kriterierna för PMS (a.a).

Symtom och diagnos för PMDS

Halbreich (2003) beskriver i sin artikel kriterierna för PMDS, vilka är mycket mer komplexa i jämförelse med kriterierna för PMS. Kriterierna finns skrivna i Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM IV) som är en amerikansk motsvarighet till WHO's kodsysteem ICD. Modellen delar in symtomen i två kategorier. Första kategorin beskriver de symtom som upplevs som affektiva störningar till exempel humörsvängningar, känsla av sorg, kraftig ökad aggression, inre personliga konflikter, känsla av hopplöshet eller depression, självnedvärderande tankar eller ångest. I den andra kategorin ingår symtom som i större utsträckning påverkar det dagliga livet med nedsatt intresse för arbete, skola, fritidsintressen och relationer. Symtomen kan också vara koncentrationssvårigheter, märkbar energibrist eller lättare form av utmattning, förändrade matvanor och/eller ökat intag av mat, svårigheter att somna, trötthet, känsla av att vara överväldigad eller känsla av förlorad kontroll. De fysiska symtomen vid PMDS kan vara bröstsvullnad och ökad ömhet, muskel och ledvärk, övrig känsla av svullnad och till sist viktökning. Kriterierna för diagnos kräver att tillsammans för de båda kategorierna, måste totalt fem symptom uppvisas med minst ett symptom ur var kategori, detta tillsammans med att symtomen upprepas vid de allra flesta av kvinnans menscykler. Dessutom måste intensiteten på symtomen ha ett så pass starkt inflytande att de påverkar det dagliga livet negativt. Modellen beskriver ytterligare att de psykiska besvären ofta kan påminna om svår depression eller panikångest där skillnaden är att vid PMDS uppkommer besvären varje månad i samband med cykeln och upphör vid

menstruationens start. Inte heller får besvären bero på andra faktorer såsom droger, läkemedel eller andra medicinska sjukdomar som till exempel hyperthyroidism (a.a).

På senare tid har kriterierna för PMDS blivit väl accepterade och används inom den kliniska och psykiatriska forskningen men inte lika mycket inom den medicinska vården. Genom att känna till dessa symtom och diagnoskriterier, kan sjuksköterskor tidigare uppmärksamma dessa kvinnor och skapa en mer personcentrerad omvårdnad, vilket är något som ingår i sjuksköterskans roll (Halbreich 2003).

Livskvalitet

Det finns tre olika teorier som behandlar livskvalitet. Dessa är den objektivistiska pluralismen, önskeuppfyllelseteorin och hedonismen. Sistnämnda teorin beskriver god livskvalitet som en motsvarighet till att må bra, såsom att uppleva välbefinnande eller någon form av njutning. En dålig livskvalitet är när personer mår dåligt, till exempel att de lider av någon orsak. Livskvaliteten som upplevs styrs av hur vi mår och hur vår kroppsfunktionen fungerar. Enligt hedonismen påverkas inte livskvaliteten av andra yttre faktorer, såsom till exempel pengar. Dessa faktorer kan endast påverka i vilken grad välbefinnandet upplevs (Tengland 2005).

Försämrad livskvalitet vid PMS och PMDS

I ett flertal studier kunde det påvisas att kvinnor med PMS upplever en sämre hälsorelaterad livskvalitet än de kvinnor som inte lider av syndromet. Det kunde även påvisas att arbetsproduktiviteten påverkas negativt och att de drabbade kvinnorna i högre utsträckning är frånvarande från sitt arbete. Dessutom var också sociala relationer och fritidsaktiviteter negativt påverkade (Dean m.fl. 2006; Heinemann m.fl. 2010; Kroll-Desrosiers m.fl. 2017).

Sjuksköterskans roll

I ICN:s etiska kod finns fyra grundläggande huvudområden som sätter grunden för omvårdnad. Dessa är att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande (Svensk sjuksköterskeförening 2014). Svensk sjuksköterskeförening (2015) beskriver sjuksköterskans sex kärnkompetenser. Dessa är personcentrerad vård, säker vård, informatik, samverkan i team, evidensbaserad vård och förbättringskunskap (a.a). I detta arbete kommer personcentrerad vård att belysas, då den kompetensen har störst inflytande på det valda ämnet. Personcentrerad vård innebär att sjuksköterskan ansvarar för att omvårdnaden ska ske med värdighet och integritet. Patienten och dess anhöriga ska ses och bekräftas som unika individer. Omvårdnaden ska anpassas till patientens egna resurser och efter individuella behov och förväntningar. Sjuksköterskan ska även ta hänsyn till patientens egna kunskaper och tillsammans ska omvårdnaden formos efter deras samarbete (Svensk sjuksköterskeförening 2015).

Coping

Coping används för att beskriva en persons förmåga att hantera stressiga situationer. Det kan även användas för att beskriva känslomässigt krävande situationer. Stress är ett fenomen som påverkar människor och deras hälsa. Hur de väljer att behandla den upplevda stressen är av stor betydelse. En effektiv coping kan öka hanterbarheten av stress. Det finns två huvudindelningar inom coping.

Känslofokuserad coping fokuserar på att hantera känslor som svårigheterna ger upphov till. Problemfokuserad coping riktar sig att hantera situationer och hindren. Några anser att dessa borde hållas isär men i senare forskning har man sett att dessa två metoder av coping kompletterar varandra. Det är individens unika situation som påverkar i vilken grad de olika metoderna aktiveras (Lazarus 2005).

PROBLEMFÖRMULERING

PMS och PMDS är ett ämne som oftast inte tas på allvar och många kvinnor lider, både fysiskt och psykiskt, i det tysta, utan att få rätt bemötande eller behandling. Inom vården och i samhället finns fortfarande en stor okunskap rörande ämnet, fast kvinnors hälsa börjar bli ett mer prioriterat ämne att forska om. Sjuksköterskor träffar på dessa kvinnor inom alla sektioner i vården. Därför är det viktigt att belysa detta problem, där patienterna ännu inte får den omvårdnad som behövs.

SYFTE

Vårt syfte är att belysa kvinnors erfarenheter och upplevelser kring det dagliga livet vid PMS och PMDS, samt att uppmärksamma strategier som underlättar kvinnors vardag.

METOD

Då syftet var att belysa upplevelser, var det passande att välja kvalitativa studier då författarna ville uppmärksamma studiedeltagarnas självupplevda historier och intryck vid PMS och PMDS (Polit & Beck 2013). Examensarbetet genomfördes som en litteraturstudie, där vetenskapliga empiriska studier med kvalitativ ansats analyserades. För att underlätta och säkerställa sökningen utformades en PEO-tabell som står för: patient, exposure och outcome. Tabellen syftade till att strukturera upp sökningen så att ingen del av frågeställningen uteblev (Bettany-Saltikov & McSherry 2016).

Tabell 1: PEO

P	E	O
Women	Premenstrual syndrome Premenstrual dysphoric disorder	Experience

Databaser och sökord

Databaserna som söktes i var PubMed, Cinahl och PsycInfo. Databaserna valdes på grund av att PubMed inriktar sig på medicin, Cinahl på omvårdnad och PsycInfo på det mentala. De tre databaserna ansågs därför lämpliga till det valda området för att finna relevant material. Boelska sökoperatörer användes för att

hjälpa till att kombinera olika söktermer med varandra. De som användes var AND och OR (William, m.fl. 2016). Sökorden som användes var: premenstrual syndrome OR premenstrual dysphoric disorder OR premenstrual distress AND experience AND qualitative. Relativt tidigt frångicks PEO-tabellen då sökordet women gav för många orelevanta artiklar. I alla databaserna användes ämnestermer som gjorde att sökningarna blev mer täckande. Ämnestermerna fungerade som grenar som samlade in olika sökord under samma huvudterm (Polit & Beck 2013). De olika ämnestermerna som användes för premenstrual syndrome och premenstrual dysphoric disorder var MeSH i PubMed, Thesaurus i PsycInfo och i Cinahl var det MH. Resultatet blev 18 artiklar i Cinahl, 13 artiklar i PubMed och 25 artiklar i PsycInfo.

Tabell 2: Artikelsökning

Databas	Sökord	Antal artiklar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Antal valda artiklar
Cinahl	((((Premenstrual syndrome) OR (Premenstrual dysphoric disorder) OR (Premenstrual distress) OR (MH”Premenstrual syndrome”) OR (MH”Premenstrual dysphoric disorder”)) AND experience AND qualitative)	18	14	10	4
PubMed	((((premenstrual syndrome[MeSH Terms]) OR (premenstrual syndrome) OR (premenstrual dysphoric disorder[MeSH Terms]) OR (premenstrual dysphoric disorder) OR (premenstrual distress)) AND experience AND qualitative)	13	7	7	3
PsycInfo	((((MAINSUBJECT.EXACT("Premenstrual Syndrome") OR MAINSUBJECT.EXACT("Premenstrual Dysphoric Disorder") OR (premenstrual syndrome) OR (premenstrual dysphoric disorder) OR (premenstrual distress)) AND experience AND qualitative)	25	16	7	3

Urvalsprocessen

I de tre olika databaserna gav den slutgiltiga sökningen 56 artiklar. Utifrån dessa titlar lästes sedan 37 stycken abstrakt. Några artiklar återfanns i flera databaser. Detta gjorde att antalet artiklar minskade drastiskt. Det slutgiltiga antalet artiklar som skulle läsas blev 20 stycken. Det första steget var att utifrån

inklusions- och exklusionskriterierna utesluta de artiklar som ej var av intresse. Tio stycken valdes bort då de inte stämde överens med inklusions- och exklusionskriterierna samt att de inte stämde överens med den kvaliteten som författarna efterfrågade. Sedan granskades artiklarna i sin helhet för vidare bedömning av relevans. Tio stycken artiklar valdes ut för analysering.

Inklusionskriterier och exklusionskriterier

Inklusionskriterierna som användes var menstruerande kvinnor som någon gång upplevt PMS eller PMDS och med en ålder över 18 år. Artiklarna skulle även vara skrivna på engelska och vara med kvalitativ ansats. Ingen tidsgräns valdes för att begränsa sökningarna då detta resulterade i för få artiklar. Det fanns artiklar som valdes bort på grund av att de fokuserade på olika läkemedels- eller örtbehandlingar vid PMS och PMDS.

Granskningsmall

För att kvalitetsgranska de utvalda artiklarna valdes SBU:s mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik (SBU 2017). Syftet med denna granskningsmall var att bedöma kvalitén på artiklarna. Denna granskningsmall användes till samtliga tio artiklar som valts ut. Efter granskningen var utförd sattes ett betyg på varje artikel. Detta gjorde författarparet var för sig för att inte påverkas av varandras åsikter. När granskningen var slutförd sammanstrålade de igen för att gå igenom de betygsatta formulären. Betygen som kunde väljas på i mallen var låg, medelhög och hög. Fem stycken av artiklarna bedömdes som hög studiekvalitet och fem stycken till medelhög studiekvalitet. Dessa artiklar gick sedan vidare till analysen.

Analysering av data

Kvalitativa forskningsmetoder bygger på ett induktivt analysförfarande som innebär att forskaren utifrån specifika observationer beskriver, tolkar eller förklarar ett fenomen. Den valda metoden för analysering av data var innehållsanalys, då bearbetas datan på ett systematiskt sätt. Analysen följde Forsberg & Wengström's (2016) fem olika steg.

1. Texterna lästes igenom ett flertal gånger för att författarparet skulle bekanta sig med materialet.
2. Steg två var att reflektera över vad texterna handlar om. Koder skapades ur materialet. Dessa var exempelvis symptom, arbetsliv, relationer, copingstrategier, kvinnorollen, mäns och medias bild av pms och PMDS och slutligen sjukvårdens roll. Texterna bearbetades med överstrykningspenna för att relevant data skulle markeras.
3. Koderna gjordes sedan om till kategorier.
4. Dessa kategorier utgjorde sedan rubriker och underrubriker i resultatdelen. Rubrikerna ändrades ett antal gånger för att bäst stämma överens med det analyserade materialet. Slutligen skapades huvudrubrikerna PMS och PMDS påverkan i det vardagliga livet, kvinnors erfarenheter av att leva med PMS och PMDS, samhällssynen på PMS och sjukvårdensroll vid PMS.
5. Sista steget var att tolka och diskutera innehållet och placera in den funna informationen under de olika rubrikerna. De utvalda rubrikerna hjälpte till att sortera all information så att materialet skulle bli lättare att läsa.

Forskningsetiska överväganden

Då studiens syfte var att behandla frågor som rör personers hälsa var det viktigt att de utvalda artiklarna hanterats på rätt sätt och att studierna var etiskprövade, vilket de var. Det finns fyra forskningsetiska frågor som måste övervägas för att en studie ska genomföras väl. Dessa frågor rör informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. När en studie ska utföras är det viktigt att deltagarna från början är informerade om vad studien kommer gå ut på. Även att poängtera att deltagarna när som helst kan avbryta sitt deltagande. Detta står beskrivet i informationskravet. Samtyckeskravet innebär att de tillfrågade personerna själv bestämmer om de vill delta i en studie och på vilka villkor. Konfidentialitetskravet reglerar hur forskaren får lov att hantera information från deltagarna. All information som finns kring deltagarna måste hanteras konfidentiellt och på ett sådant sätt att personen inte kan identifieras. Nyttjandekravet syftar på att uppgifter som samlas in om studiedeltagarna får endast användas till forskningsändamålet (Olsson & Sörensen 2011).

RESULTAT

Artiklarna som användes för detta resultat var från Australien, Island, Nordirland och Storbritanien. De var följande fyra stycken artiklar från Australien, två från Island, en från Nordirland och två från Storbritanien. Dessutom fanns det en artikel där populationen var både från Australien och Storbritanien. Alla artiklarna hade fokus på hur kvinnorna beskrev sina egna upplevelser av PMS och PMDS. Några av artiklarna riktade dessutom in sig på hur kvinnorna hanterade de olika symtomen. Exempel på detta var hur kvinnor upplevde sin PMDS i en arbetsmiljö. En annan studie visade på hur några kvinnor upplevde sina premenstruella symtom som något positivt. Fyra områden kunde identifieras ifrån de olika artiklarna. Nedan kommer de olika fynden att presenteras.

PMS och PMDS påverkan i det vardagliga livet

Nedan kommer kvinnors upplevelser av PMS och PMDS att beskrivas i underrubrikerna upplevda symtom, fysisk påverkan, arbetlivet och relationer.

Psykosomatiska symtom

Många kvinnor i två av artiklar tog upp att PMS och PMDS tog sig uttryck i olika symtom varje månad och att ingen månad var sig exakt lik. Kvinnorna uttryckte också att de förstod att det var en del av kvinnans natur att ha mens samt att de kunde uppskatta mensens då det var ett tecken på att kroppen fungerade som den skulle (Reilly & Kremer 1999; Sveinsdóttir m.fl. 1999). Symtomen som upplevdes som de mest dominerade under PMS och PMDS var irritation, aggressivitet, ångest, smärta, trötthet samt att de upplevde sig själva som mer känslamma. En del av kvinnorna sa sig även vara mer självkritiska under denna delen av cykeln (Hardy & Hardie, 2017; Reilly & Kremer, 1999; Ussher & Perz 2017). Det framkom även i en av studierna att kvinnorna upplevde en oförmåga att interagera socialt och att de under denna tiden ofta kände sig obekväma i andras sällskap (Hardy & Hardie 2017). Många kvinnor rapporterade också förändringar mentalt som de upplevde att de inte kunde styra över. Problem som tidigare har kontrollerats och tolererats under övriga tiden av cykeln gick inte att hantera under PMS. Förmågan att kunna censurera sig själv försvinner och de negativa känslorna som kvinnan förtryckt under övrig tid släpps lösa (Ussher 2004).

I en av artiklarna frågades deltagarna om de positiva aspekterna av PMS. Ökad energi, mer motiverade och drivna var några av de fördelar som kvinnorna upplevde premenstruellt. Det framkom även att de städade mer frekvent under PMS för att de inte klarade av att ha det stökigt runt omkring sig och att städningen ingav en känsla av kontroll. Kvinnorna kunde uppskatta att under PMS våga ventilera de känslor som de upplevt under resten av månaden. Det var lättare att tillåta sig äta "förbjuden" mat, lättare att ge efter för sötsug och kvinnorna upplevde även att de unnar sig mer mat under sin PMS. Detta var ett sätt att trösta sig, då det gav en extra glädje och njutning. Det gav kvinnorna även extra energi att ta hand om de negativa premenstruella förändringarna såsom kramper och smärta (King & Ussher 2012).

Fysiska symtom

I tre av artiklarna belystes kvinnornas kroppsliga förändringar. Ömmande, svullna och spända bröst samt uppsvullen och ömmande buk rapporterades som det som mest påverkade kvinnorna. Några av kvinnorna beskrev sig som fula, tjocka och oattraktiva, mestadels på grund av de kroppsliga förändringarna under denna period (Ussher m.fl. 2014; King & Ussher, 2012; Ussher & Perz 2017). En av artiklarna tar dock upp det positiva med detta där några av kvinnorna upplevde detta som något positivt. De kunde då uppskatta sina förändrade kroppar med till exempel större bröst och en lite mer kurvig kropp. Dessa kroppsliga förändringar gav också kvinnorna en indikation på att de var på väg in i den premenstruella fasen och gav kvinnorna en chans att hinna förbereda sig (King & Ussher 2012).

Arbetslivet

I artikeln skriven av Hardy och Hardie (2017) intervjuades kvinnor angående PMDS i en arbetsmiljö. Svårigheter som yttrade sig var att minnet, koncentrationen och förmågan att göra flera saker samtidigt försämrades. Kvinnorna upplevde även en ökad känsla av ångest och att flera av deras arbetsuppgifter kändes mer överväldigande under denna delen av cykeln. Många tvivlade på sin arbetskompetens under denna period och blev paranoida och trodde att deras kollegor pratade om dem bakom deras rygg. Ökad frånvaro under den luteala fasen kunde även påvisas och en del påstod att de blivit uppsagda som en följd av sin PMDS. Under de andra veckorna utan PMDS berättade kvinnorna att de gärna kom in tidigare, jobbade över, arbetade över lunchen för att kompensera för den skuld de upplevde efter en period av PMDS. Ett fåtal av kvinnorna hade även bestämt sig för att säga upp sig från sitt arbete, då arbetsbördan kändes för överväldigande med de symtom som visade sig varje månad (Hardy & Hardie 2017). För att underlätta för kvinnorna efterfrågades möjligheten att kunna arbeta hemma under denna perioden och mer flexibla arbetstider (Hardy & Hardie 2017; Ussher & Perz 2013). Gemensamt för två av studierna var också att kvinnorna önskade mer stöd och support från sina arbetsgivare. Åtgärder som föreslogs var ökad kännedom om PMS och PMDS (Hardy & Hardie 2017; Ussher & Perz 2013). Kvinnorna med PMDS efterfrågade ett bättre rättsskydd då de ville att tillståndet skulle behandlas som en funktionsnedsättning (Hardy & Hardie 2017).

Relationer

I ett flertal av artiklarna kunde ett mönster framställas där de deltagande kvinnorna upplevde att det blev mer spännt mellan dem och sin partner under PMS (Ussher & Perz 2017; King & Ussher 2012; Sveinsdóttir m.fl. 2002). Detta

resulterade i att kvinnan gärna ville dra sig undan, på grund av att de ville undvika konflikt, dels för att känslan av att behöva isolera sig (Ussher m.fl. 2014). Hur ens partner resonerar och reagerar kring PMS är viktigt för hur kvinnan upplever sina premenstruella känslor (King & Ussher 2012). När kvinnans partner eller anhöriga uppmärksammade de cykliska förändringarna hos kvinnan kunde kommunikationen förbättras. Genom att skapa en mer öppen dialog kring PMS kunde kvinnorna lättare be om hjälp och säga ifrån. Frustrationen blev då mindre och utbrotten under PMS blev färre (Ussher 2008). Det framkom även att en del valde att prata om problemen och missförstånd när PMSen var över för att undvika att det uppfattades som att det var "hormonerna som talar" (Ussher m.fl. 2014). Många kvinnor påpekade att de gärna ville dela med sig av sina cykliska problem till män i deras närhet. Men då det kändes som att de besvärade männen genom att prata om ämnet blev det oftast enbart deras partner som de öppnade upp sig för (Reilly & Kremer 1999).

I en av studierna jämfördes två stycken experimentgrupper med en kontrollgrupp för att utvärdera KBT som en behandlingsform i samband med PMDS. Kontrollgrupperna bestod av en grupp som genomgick KBT som parterapi, en grupp där kvinnan fick genomgå KBT enskilt och en grupp som inte fick någon behandling alls. Resultatet blev att de som gått i parterapi lättare kunde tackla de premenstruella symtomen där kvinnorna med partners hjälp kunde hitta strategier för att klara av vardagen bättre. Bättre kommunikation, ökad förståelse och ökad närhet resulterade i mindre irritation och ilska mot varandra. Även den enskilda behandlingsformen visade på resultat som underlättade för kvinnorna, men de upplevde inte samma stöd som de som genomgått KBT i par (Ussher & Perz 2017).

Kvinnors erfarenheter av att leva med PMS och PMDS

Nedan kommer kvinnors erfarenheter att beskrivas i underrubrikerna coping, PMS som något att skylla på och stöd. Dessa underrubriker tar upp de erfarenheter som kvinnorna i de olika studierna upplevt och belyser strategier som kan underlätta när symtomen dyker upp.

Coping

Genom att se PMS som något naturligt och som ett resultat av hormonförändringar, kunde många kvinnor från flera studier lära sig att förstå både de fysiska och mentala cykliska påfrestningarna. På så sätt lärde sig kvinnorna att hantera sin PMS på ett bättre sätt och kunde lättare förbereda sig och behärska sina känslor och beteende premenstruellt. Även om kvinnorna fortsatte att få utbrott så blev nivån på utbrotten mindre då de kände att de i större utsträckning kunde behärska sig och ta ansvar för sina handlingar (Ussher 2008; Ussher & Perz 2013; Ussher m.fl. 2014).

I två olika studier framkom det av de deltagande kvinnorna att det var av stor vikt att ta extra hand om sig själv och vårda sin kropp premenstruellt. Detta resulterade i mildare symtom och att det hjälpte att minska på spänningar, stress och ångest (Ussher 2008; Sveinsdóttir m.fl. 1999).

I flera studier var det många av kvinnorna som påpekade att pauser var den bästa metoden för att hantera sin PMS. Att distansera sig från partners, barn och ifrån det ansvar som de tycktes känna var överväldigande, var det bästa för kvinnan. Detta var även något som några av deras anhöriga tyckte var positivt då det inte

blev lika ansträngt för deras relationer. Kvinnorna tog då sig extra tid att göra det som kändes bra, såsom att ta en promenad, läsa en bok, ta ett bad eller ta en extra vila. Vissa av kvinnorna ansåg detta var nödvändigt för att kunna hantera sin PMS, medan några ansåg att pauser var en lyx som det inte alltid hade tid att ta (King & Ussher 2012; Ussher 2008; Ussher & Perz 2013; Ussher m.fl. 2014).

PMS som något att skylla på

Studiedeltagarna menade att det var vanligt att män anklagade kvinnor för att ha PMS när de visade sig som arga eller irriterade. Kvinnorna beskrev även att de upplever att andra kvinnor kan använda PMS som en ursäkt för sitt dåligt beteende som de sedan ångra (Sveinsdóttir m.fl. 2002). Flera kvinnor i olika studier påpekade hur jobbigt det var med humörsvängningar och hur mycket det påverkade dem. De jämförde sina upplevelser med Dr Jekyll och Mr Hyde, den goda och den onda. De menar att de är den onda kvinnan premenstruellt och upplever att de under denna tiden inte har full kontroll över sig själv. Den goda kvinnan är tiden under den övriga cykeln då de återfått kontrollen och hittat tillbaka till sitt rätta jag. Detta används som en copingstrategi av kvinnorna för att distansera sig från sitt dåliga beteende premenstruellt (Ussher 2004, 2008; Hardy & Hardie 2017).

Stöd

Många kvinnor i flera studier saknade stöd för vad de gick igenom premenstruellt och mestadels saknade de stöd från sin manliga partner. Problemet som belystes var att de under denna period inte fick någon extra hjälp i hemmet med sysslor eller med avlastning av barnen, något som kvinnorna efterfrågade. Några få utav kvinnorna i de olika studierna kände att de fick det stöd som de behövde. De blev sedda och bekräftade och kunde då känna sig mer säkra i sin roll under PMS. Detta sänkte stressnivån och symtomen upplevdes som mildare. Det ledde också till att de kände att de kunde säga nej till uppgifter de inte orkade genomföra. Genom att minska på uppgifter som upplevdes som stressiga kunde de lättare hantera sin PMS. Deltagarna påpekade vikten av information och undervisning om PMS, om dess symtom och konsekvenser, till deras anhöriga. De ansåg att om deras anhöriga fick mer kunskap skulle de anhörigas förståelse och stöd förbättras. (Reilly & Kremer 1999; Sveinsdóttir m.fl. 2002; Ussher 2008; Ussher m.fl. 2014).

Samhällssynen på PMS

Nedan kommer samhällssynen på PMS att beskrivas under underrubrikerna medias och mäns bild av PMS och kvinnonormen.

Medias och mäns bild av PMS

Många kvinnor upplevde att samhället hade en felaktig bild av begreppet PMS. De beskrev hur andra kvinnor, media och mestadels män såg PMS som något negativt. Många upplevde att PMS inte tas på allvar och att media och män gärna förlöjligade de symptom som yttrade sig för kvinnorna (Sveinsdóttir m.fl. 2002). En av kvinnorna sa att hennes man inte förstod eller ville erkänna att hon led av sina symtom premenstruellt. Mannen refererade den premenstruella episoden som "den tiden" eller "nu går hon igång igen" och behandlade ämnet som något onämnt och som i en negativ bemärkelse skulle ge skuld till kvinnan. Detta syftade enligt kvinnan till att förtrycka hennes premenstruella känslor som oresonliga och oacceptabla (Ussher m.fl. 2014). Kvinnorna önskade att det skulle pratas mer om PMS för att bryta den negativa bilden som media och samhället

byggt upp. Detta skulle leda till en positiv förändring som i det långa loppet skulle gynna kvinnorna som led av PMS (Sveinsdóttirs m.fl. 2002).

Kvinnonormen

I ett flertal av artiklarna kunde ett övergripande tema identifieras. Flertalet kvinnor uttryckte känsla av skuld och dåligt samvete, då de upplevde att de inte kunde ge samma omsorg och support till deras familj under den premenstruella fasen. Känslan av "överansvar" sköljde över kvinnorna och slutade i ilska, depression och frustration. Kvinnorna efterfrågade mer utrymme och tid för sig själv vilket de kände att de inte hade möjligheten till, då det upplevdes som en självisk handling som bryter mot ansvaret som mamma och fru (Ussher & Perz, 2013; Ussher m.fl. 2014; Ussher, 2004, 2008). En av artiklarna tog upp vikten av att våga bryta sig loss från dessa normer som samhället byggt upp där kvinnan ska vara den som har ansvar för familjen som ständigt är tålmodig, självupppoffrande och omhändertagande av både partner och eventuella barn (Sveinsdóttir m.fl. 2002). I två av studierna föreslog kvinnorna att PMS var en reaktion på kvinnans alla skyldigheter och ansvar vilket resulterar i en överväldigande känsla av ansvar och ångestpåslag. Om kvinnorna frångick normen som den perfekta kvinnan av att alltid ha kontroll, kunde de lättare acceptera förändringar i samband med PMS (Ussher 2004, 2008).

Sjukvårdens roll vid PMS

De fanns några kvinnor i olika artiklar som uttryckte att de saknade stöd från sjukvården. De kände att de inte blev hjälpta eller bekräftade i vad de gick igenom. Kvinnor berättade att de inte blev förstådda av läkarna i öppenvården och att de istället var ohjälpsamma oavsett vilket kön läkaren var. Av naturliga skäl hade de flesta av läkarna inte själva upplevt PMS. Därför förstod de inte vad problemet var eller vad dessa symtom hade för betydelse och påverkan på kvinnornas tillvaro (Hardy & Hardie 2017; Reilly & Kremer 1999).

DISKUSSION

Diskussionen kommer nedan att delas upp i två delar. I metoddiskussionen diskuteras tillvägagångssätt med dess styrkor och svagheter. I resultatdiskussionen kommer viktiga aspekter från resultatdelen att belysas.

Metoddiskussion

En kvalitativ studiedesign valdes eftersom det hjälpte till att besvara syftet, då kvalitativa studier uppmärksammar studiedeltagarnas självupplevda historier och intryck (Polit & Beck 2013). Kvalitativa studier hjälper även sjuksköterskan att förstå ett problem eller situation som patienterna upplever. De kan då enklare relatera till patienternas situation och känslor. På så sätt kan sjuksköterskan utforma sin omvårdnad till patientens bästa (a.a). En PEO-tabell skapades relativt snabbt efter det att syftet blivit bestämt för att lätt och strukturerat bestämma population, exponering och resultat. Detta underlättade när sökningarna i databaserna skulle startas, då en strukturerad sökning anses som en styrka (Forsberg & Wengström 2016). Då sökordet women valdes bort från sökningarna, frångick författarna PEO-tabellen. Dock hjälpte denna tabell att från start utforma sökningen på ett enkelt och strukturerat sätt, då de stora blocken valdes ut.

Databaser och sökord

De valda databaserna var lämpliga då de tillsammans inkluderade artiklar inom de relevanta ämnesområdena inom omvårdnad: medicin, psykologi och omvårdnad. Det var viktigt att få med så många olika databaser som möjligt för att det slutgiltiga resultatet skulle bli så brett som möjligt. Många sökord och söktermer kombinerades innan den slutgiltiga sökningen genomfördes. Ett fåtal sökord användes i de olika sökningarna. Men då sökningar med fler eller andra sökord inte gav ett mer användbart resultat bestämdes sökorden: premenstrual syndrome, premenstrual dysphoric disorder, premenstrual distress, experience och qualitative. Qualitative inkluderades i sökningen då detta gjorde att enbart kvalitativa studier visades som resultat. Författarna provade att inte ha med detta ordet, men då det resulterade i flertalet fler kvantitativa artiklar inkluderades även detta. Det diskuterades om sökordet women skulle användas, men då begreppet är väldigt brett, resulterade det i ett flertal icke relevanta artiklar. På grund av detta valdes sökordet bort. Sökordet premenstrual täckte dessutom enbart området kvinnor, då enbart kvinnor med äggstockar och livmoder kan menstruera och då uppleva PMS och PMDS. Olika ämnesord i MeSH, Cinahl Headings och Thesaurus användes. Dessa ämnesord hjälpte sökningen att expandera så att fler liknande ämnen kunde inkluderas under ämnesordet (Polit & Beck 2013).

Urvalsprocessen

Sökningen resulterade i 20 adekvata artiklar. Önskan hade varit att ha fler artiklar till hjälp inför analysen. Det visade sig även i urvalsprocessen att många av de utvalda artiklarna inte heller var relevanta, då deras metodavsnitt inte stämde överens med de valda inklusionskriterierna. Tillslut återstod tio artiklar för att genomgå analys.

Överförbarhet betyder vilket sätt resultatet kan appliceras till andra grupper eller situationer i samma kontext. När en slutsats utförs och överförs till andra grupper eller situationer kan resultatet generaliseras till viss del (Polit & Beck 2013). Då majoriteten av studiens vetenskapliga artiklar var utförda i Australien och Storbritannien, är detta något som möjligen kan ha en betydelse för studiens resultat. Resultatet beskrev endast upplevelser från anglosaxiskt kultur. Det hade varit önskvärt om någon av de vetenskapliga artiklarna varit utförd i utvecklingsländer för att jämföra hur kvinnorna där upplever PMS och PMDS. Då lidande, smärta och livskvalitet kan uppfattas olika, beroende på i vilken del av världen kvinnorna lever. Då dessa syndrom är biologiska och subjektiva, är det sannolikt att kvinnor från andra världsdelar och kulturer delar liknande upplevelser av PMS och PMDS. Det visade sig även att en författare återkom i flera av de funna artiklarna, så många som sex artiklar. Dock ofta tillsammans med olika författare och annan population. Därför anses ändå resultatet som tillförlitligt. Önskan hade varit att artiklarna som funnits varit skriva av olika författare, från fler länder med mer varierande kultur. Detta för att kunna utöka överförbarheten.

Två av studierna var av studiedesignen mixed method, där studien visade på både kvalitativa och kvantitativa resultat men i dessa fall analyserades enbart den kvalitativa delen. Författarna önskade även att de funnit fler artiklar som behandlade PMDS. I resultatet användes två artiklar som behandlar PMDS.

Önskan hade varit att ha fem artiklar om PMS och fem artiklar om PMDS för att resultatet skulle bli så brett som möjligt. Men eftersom PMS är den mildare varianten av de båda går även resultatet att applicera på PMDS.

Inklusions- och exklusionskriterier

Åldern 18 år sattes för att underlätta för den etiska aspekten, då det står skrivet i samtyckeskravet att om deltagarna ej är myndiga måste de ha föräldrarnas underskrift för att delta (Olsson & Sörensen 2011). Då syftet var att belysa upplevelser vid PMS och PMDS, exkluderades de studier där fokuset var på olika typer av läkemedels- eller örtbehandlingar för att hjälpa dessa kvinnor. Från början sattes en tidsgräns på tio år då författarna endast ville inkludera de färskaste studierna. Men detta resulterade i för lite artiklar och tidsbestämmelsen i sökningen fick tas bort. Författarna diskuterade även att upplevelser och erfarenheter troligen inte förändras över tid och därför kunde även äldre artiklar inkluderas i resultatet. Dock förändras samhället fortlöpande, vilket kan ha en stor påverkan på hur kvinnor upplever PMS och PMDS samt vad deras erfarenheter kring ämnet är. Men då det fortfarande inte finns någon debatt kring dessa syndrom, är det något som är svårt att jämföra.

Granskningsmall

SBU:s mall följdes när artiklarna skulle granskas (SBU 2017). Författarna granskade artiklarna var för sig för att inte påverkas av varandras åsikter. Efter det träffades författarna för att tillsammans jämföra resultatet och betyg kunde sättas. Dock upplevdes det svårt att sätta betyg på studierna då mer kategoriserade skillnader på de olika betygen efterfrågades. Det upplevdes även svårt att på egen hand gå igenom de olika stegen i mallen och svårt att veta om författarna tolkade tillvägagångssättet på samma sätt. Därför fanns det mycket att diskutera när det var dags att jämföra artiklarna. Fem stycken fick betyget högt och fem stycken fick betyget medelhögt. Det slutgiltiga betyget var svårt att analysera då författarna saknade kunskap i hur detta skulle gå till. Kriterier sattes upp mellan författarparet så att betygen på de olika artiklarna skulle grundas på samma förutsättningar. Dessa kriterier var till exempel hur många som deltog i studien och om studien var etisk prövad.

Analysering av data

Författarna valde att följa Forsberg & Wengströms (2016) innehållsanalys, för att den på ett enkelt och strukturerat sätt förklarar hur de olika stegen ska utföras. Då författarparet inte utfört något liknande tidigare, var detta ganska tidskrävande. Författarna var medvetna om den förförståelse som de båda eventuellt hade med sig då de skulle tolka resultatet. Detta fanns i åtanke när materialet skulle analyseras och skulle kategoriseras. Målet var att vara så neutral som möjligt för att artiklarna skulle kunna analyseras så opartiskt som möjligt. Det en fördel att vara två författare, då det kan resultera i olika aspekter och diskussioner (Polit & Beck 2013). Detta ses som en styrka för arbetet.

Resultatdiskussion

Nedan kommer viktiga delar av resultatet att belysas och diskuteras.

PMS och PMDS påverkan i det vardagliga livet

I tre av artiklarna kunde ett resultat visa att symtomen som upplevdes som mest dominerade under PMS och PMDS var irritation, aggressivitet, ångest, smärta, trötthet samt att kvinnorna upplevde sig själva som mer känslösamma (Hardy &

Hardie 2017; Reilly & Kremer 1999; Ussher & Perz 2017). Det visade sig även att många av kvinnorna inte kände igen sig själv under denna tid av cykeln. Då förmågan att censurera sig själv ofta kan försvinna, upplevs nu de saker som oftast kan hanteras under resten av cykeln som oöverkomliga. Olika symtom som påverkade kroppen fysiskt kunde också påvisas. Ömmande, svullna och spända bröst, samt en uppsvullen och ömmande buk rapporterades av kvinnorna under PMS. Många upplevde dessa symtom som något som påverkade deras självbild. Under PMS kände många av kvinnorna sig fula, tjocka och oattraktiva (Ussher m.fl. 2014; King & Ussher, 2012; Ussher & Perz 2017). Symtomen kommer alltså tillbaka varje månad i olika utsträckning, något som påverkar kvinnan och hennes omgivning. Symtomen som nämnts i arbetet stämmer överens med de symtom som finns beskrivna i arbetets bakgrund, där symtom och kriterier för diagnos finns konstaterade av American College of Obstetricians and Gynecologists (Halbreich 2003). Dessa kriterier för PMS kan med fördel implementeras i den svenska vården för att diagnos enklare ska ställas. Varför detta inte gjorts tidigare ställer sig författarna frågande till. Forskning är utförd där det finns bevisat att kvinnor under många år har lidit av dessa symtom, men trots detta finns ännu ingen behandling eller hjälp. ICD-10 är den internationella sjukdomsklassifikationen för att gruppera sjukdomar och dödsorsaker så att det lätt kan göras statistiska sammanställningar och analyser. Premenstruellt spänningssyndrom finns med som en kod där det står klassat som: ”Smärtor och andra symtom som har samband med de kvinnliga könsorganen och menstrationscykeln” (Socialstyrelsen 2019). Denna beskrivning upplevs platt och ospecificerad. Önskan hade varit att båda PMS och PMDS ska finnas beskrivna i ICD-10 så att statistik över syndromen kan fastställas. Det är även viktigt att diagnosen ska uppdateras så att en tydligare beskrivning står skriven för PMS. Detta skulle kunna hjälpa kvinnorna att få en diagnos och då även få hjälp från sjukvården. Om denna statistik kan fastställas blir det även möjligt för samhället att få en bild över hur många som är drabbade. Förhoppningen är att då att det skulle forskas mer om ämnet och fler skulle ta detta på allvar.

Några positiva effekter av symtomen togs också upp av en del av kvinnorna. De upplevde att de under denna tid av cykeln vågade uttrycka sina känslor och att de tillät sig själv att äta mer onyttigt (King & Ussher 2012). De positiva effekterna av symtomen visar på hur ofta kvinnor kontrollerar sig själva. Att de enbart under PMS vågar släppa på sina känslor som de annars trycker undan samt att de endast under PMS unnar sig den mat som de är sugna på, visar på just detta. Vetskapen om denna egenkontroll skulle eventuellt hjälpa fler kvinnor att hantera dessa syndrom.

I artikeln som berör PMDS i en arbetsmiljö visar på hur kvinnor påverkas av sin cykliska diagnos. Svårigheter som yttrade sig var att minnet, koncentrationen och förmågan att göra flera saker samtidigt försämrades (Hardy & Hardie 2017). Ökad frånvaro från arbetet av dessa kvinnor kunde även påvisas. Kvinnorna i studien efterfrågade mer hjälp både från arbetsgivare samt juridiskt eftersom många av kvinnorna fått sluta sitt arbete på grund av sin PMDS. 1994 beskrevs kriterier och diagnos för PMDS för första gången i DSM-IV (Halbreich 2003), vilket kan betraktas förvånansvärt då detta ännu inte märks av i den nuvarande vården. Då det finns många differentialdiagnoser till detta syndrom såsom depression, utmattningssyndrom eller svår ångest, är det viktigt att sjukvården har koll på PMDS och dess olika symtom, så att inte en felaktig diagnos ställs. Resultatet visade att detta syndrom oftast inte tas med i bedömningen när en kvinna söker

vård. Förhoppningen hade varit att vårdpersonal oftare uppmärksammat dessa depressionsliknande symptom. Till hjälp kan vårdpersonalen använda sig utav DSM-IV kriterier för att fastställa diagnos för PMDS.

Många kvinnor från flera av artiklarna påpekade att relationen mellan kvinnorna och deras partner blev ansträngd när de var premenstruella. Partners respons på kvinnans PMS hade stor betydelse för hur kvinnan såg på sig själv och sina symptom (Ussher, 2008; Ussher & Perz, 2017; King & Ussher, 2012; Sveinsdóttir m.fl. 2002). I en studie kunde det påvisas att förståelsen och kommunikationen mellan kvinnorna och deras partner blev betydligt bättre efter en intervention av KBT där kvinnorna fick uppleva detta antingen i parform eller enskilt (Ussher & Perz 2017). Studien visade på bra resultat och KBT i parform var den mest uppskattade behandlingsformen. Författarna föreslår att KBT skulle kunna erbjudas som behandling för kvinnor med PMS och PMDS, antingen enskilt eller tillsammans med partner. Detta skulle hjälpa kvinnorna att lättare handskas med de symptom som uppkommer cykliskt. Om kvinnorna genomgick KBT med sin partner skulle det även underlätta för parets relation då resultatet visar att PMS ofta kan skapa spänningar mellan de två. Sjuksköterskan ska i sin omvårdnad jobba med personcentrerad vård. Detta betyder att sjuksköterskan ska fånga upp dessa kvinnor som behöver vård och sedan på bästa möjliga sätt kommunicera och utforma den vård som patienten efterfrågar. Viktigt är det då att sjuksköterskan är medveten om dessa syndrom och behandlingsformer för att skapa bästa möjliga vård för dessa lidande kvinnor.

Kvinnors erfarenheter av att leva med PMS och PMDS

I ett flertal av studierna hade flera kvinnor lärt sig att se PMS och menstruationen som en naturlig process som sker i kroppen, istället för något onaturligt som de inte kunde kontrollera. Denna mer positiva syn på PMS gjorde att de lättare kunde förstå och känna igen sina symptom. Det gjorde att deras copingförmåga förbättrades och de kunde lättare ta sig an de symptom och de känslor de upplevde i samband med PMS (Ussher, 2008; Ussher & Perz, 2013; Ussher m.fl, 2014). Som Lazarus (2005) skrev är coping ett sätt att hantera de krav som ställs på oss. Ett sätt att hantera PMS och PMDS skulle kunna vara att utveckla bra copingstrategier. Det kan hjälpa kvinnorna att lättare hantera olika situationer och känslor under PMS och PMDS. Genom att kvinnorna har ändrat sin från början negativa syn och vänt det till något mer positivt, visar på problemfokuserad coping. Kvinnorna har då hittat en strategi för att försöka förbättra och hantera situationen vid PMS. Författarna tycker det är viktigt för sjuksköterskan att känna till kvinnors copingstrategier vid PMS och PMDS. Då för att kunna hjälpa de kvinnor som söker vård för dessa syndrom. Om sjuksköterskor skulle fördjupa sig i dessa copingstrategier kan dessa hjälpa kvinnorna på bästa möjliga sätt. Omvårdnaden skulle bli personcentrerad och utformad för att hjälpa kvinnorna att höja sin livskvalitet.

I en artikel var det många kvinnor som berättade att män anklagade kvinnor att ha PMS när kvinnorna var aggressiva eller irriterade. Kvinnorna hade även varit med om att andra kvinnor använt PMS som en ursäkt för deras dåliga beteende (Sveinsdóttir m.fl, 2002). Att likna sig själv med Dr Jekyll och Mr Hyde var också en vanligt förekommande copingstrategi bland kvinnorna. Detta var ett sätt att undvika och distansera sig själv från jobbiga situationer under PMS. De upplevde att de var en annan person när de var premenstruella (Ussher, 2004, 2008; Hardy & Hardie 2017). Att jämföra sig med dessa olika beteendemönster kan visa på att

kvinnorna har använt sig av känslfokuserad coping. Denna strategi riktar sig på att hantera de känslor som uppkommer av olika svårigheter vid PMS men löser inte uppkomsten av det huvudsakliga problemet. Istället för att lösa det grundläggande problemet kan denna copingstrategi vara en kortvarig lösning men som är viktig för kvinnorna just då.

Det som många studiedeltagare från ett flertal studier gjorde var att de tog pauser för att kunna hantera sin PMS. Kvinnorna distanserade sig från sin partner och uppgifter som skulle göras i hemmet. Under pauserna var det viktigt att de gjorde det som fick dem att slappna av, såsom att läsa en bok, ta en promenad eller vila. Några tyckte att det var ett måste för att må bra medan andra tyckte att det var en lyx som de kände att de inte kunde unna sig (King & Ussher, 2012; Ussher, 2008; Ussher & Perz J, 2013; Ussher m.fl, 2014). Även detta tolkar författarna som en omedveten känslfokuserad copingstrategi, då kvinnorna vill hitta sätt att hantera de känslor som PMS eller PMDS orsakat.

Det som många kvinnor saknade i flera studier var stöd, speciellt från sin partner. Ett av det största problemet var att de inte fick någon avlastning med sysslor i hemmet eller hjälp med barnen. Ökat stöd resulterade i att stressnivån hos kvinnorna blev lägre och symtomen upplevdes då som mildare och mer hanterbara. Deltagarna påpekade även vikten av information och undervisning om PMS till sina anhöriga. De ansåg att om deras anhöriga fick mer kunskap skulle deras förståelse och stöd förbättras (Reilly & Kremer, 1999; Sveinsdóttir m.fl, 2002; Ussher, 2008; Ussher m.fl, 2014). Hälsovården skulle kunna hjälpa till med detta, det vill säga att sprida och öka kunskapen om PMS och PMDS. Mötesplatser skulle förslagsvis kunna arrangeras där olika copingmetoder diskuterades. En plattform där kvinnor skulle kunna prata öppet om sina upplevelser och våga dela med sig av sina erfarenheter. Detta förslag var även något som kvinnorna i Reilly och Kremers (1999) studie föreslog. De efterfrågade stöd och support hos andra kvinnor med samma syndrom, något som de upplevde att sjukvården idag inte kunde erbjuda. Kvinnorna skulle kunna hjälpa varandra och finna stöd i att de inte är ensamma med detta syndrom (a.a). Därför hade det varit bra om det dessutom fanns mötesplatser där anhöriga och allmänheten skulle få lov att närvara. Som beskrivet ovan ska alltid personcentrerad vård ske med integritet (Svensk sjuksköterskeförening 2015). Då det kan vara väldigt privat att prata om sin PMS eller PMDS bör det även finnas stödsamtal för enskilda kvinnor för de som så önskar. Viktigt är det sammanfattningsvis att vården uppmärksammar dessa kvinnor så att de upplever att de får det stöd som de efterfrågar. Genom att lyssna och bekräfta de vårdsökande skulle kvinnorna få den support som vården idag inte kan erbjuda.

Samhällssynen på PMS

Många kvinnor i en studie upplevde att samhället hade en felaktig bild av begreppet PMS. De beskrev hur andra kvinnor, media och mestadels män uttryckte PMS som något negativt. Många upplevde att PMS inte tas på allvar och att media tillsammans med män gärna förlöjligade de symptom som yttrade sig för kvinnorna. Kvinnorna önskade att det skulle pratas mer om PMS och att den negativa bild som media och samhället byggt upp skulle brytas (Sveinsdóttirs m.fl. 2002). Detta skulle leda till en positiv förändring som i det långa loppet skulle gynna kvinnorna som lider av PMS. Om fler skulle börja att prata om PMS skulle detta syndrom alltmer uppmärksammas och individens lidande skulle minska. Ett sätt att få samhället att få en annorlunda syn på PMS skulle vara att

sjukvården började bli mer accepterande kring detta syndrom. Frågan är då var utbildningen kring detta ämne ska inledas. Författarna har under utbildningens gång ifrågasatt varför ingen utbildning inom PMS och PMDS har skett. Förslagsvis kunde PMS och PMDS finnas med i sjuksköterskeprogrammets undervisning. Sjuksköterskorna skulle då få med sig rätt information från högskola/ universitet som sedan kan användas och vidareutvecklas inom professionen. Detta skulle även hjälpa läkare att få upp ögonen för syndromen och vården skulle utvecklas för de drabbade kvinnorna. Vården skulle då även bli mer personcentrerad och kvinnorna skulle förhoppningsvis uppleva att de fick den hjälp de behövde.

Flera kvinnor belyste känslan av skuld och dåligt samvete, då de upplevde att de inte kunde ge samma omsorg och support till deras familj under den premenstruella fasen. Känslan av "överansvar" sköljer över kvinnorna och slutar i ilska, depression och frustration. Kvinnorna efterfrågade mer utrymme och tid för sig själv vilket de kände att de inte hade möjligheten till då det upplevdes som en självisk handling som bryter mot ansvaret som mamma och fru (Ussher & Perz, 2013; Ussher m.fl, 2014; Ussher, 2004, 2008). Återigen belystes den kontroll som kvinnan upplever att hon ska ha på sig själv där hon är den som ska ha ansvar och kontroll över alla situationer. Hon ska ha kontroll över sig själv, barn, partner, arbete/studier och det sociala livet. Hon ska ses som den tålmodiga, självupppoffrande och den omhändertagande, något som sätter oerhörd press på kvinnan. Om kvinnan kunde frångå denna press skulle hennes krav på sig själv sänkas. Lättare skulle det också bli att acceptera sin PMS och ta den tid som behövs för att lättare klara av de symtom som tillkommer cykliskt. Ta pauser, få stöd från sjukvården och anhöriga, lyssna på andra kvinnors upplevelser och erfarenheter, kan hjälpa kvinnorna att frångå dessa känslor då de ofta känner skuld och dåligt samvete. Gå i KBT, enskilt eller med partner, eller medverka i stödgrupper för de med PMS och PMDS, kan även underlätta för kvinnorna. De skulle då uppleva att de inte var själva i denna situation och kan tillsammans diskutera de krav och "överansvar" de upplever samt dela med sig av olika copingstrategier som underlättar i kvinnans vardag.

Sjukvårdens roll vid PMS

I två studier efterfrågade kvinnorna mer hjälp och stöd från sjukvården. De blev inte bekräftade av läkarna och upplevde att sjukvården saknade förståelse för deras situation (Hardy & Hardie 2017; Reilly & Kremer 1999). Symtomen som nämnts i arbetet påverkar livet så kraftigt att det finns en uttalad skillnad för de med konstaterad PMS och de som inte påverkas premenstruellt. Som nämnt i resultatet blir kvinnans fysiska samt psykiska mående, arbetsliv och relationer negativt påverkade. Hedonismen beskriver att god livskvalitet uppfylls om individen mår bra. Om individen lider tyder detta alltså på en dålig livskvalitet (Tengland 2005). Som det framkommer i denna studie finns det många kvinnor som lider utav sina symtom under PMS och PMDS. Detta skulle enligt hedonismen betyda att dessa lidande kvinnor upplever dålig livskvalitet. Detta stämmer överens med de tidigare studier där det har blivit konstaterat att kvinnor med PMS upplever en försämrad hälsorelaterad livskvalitet (Dean m.fl. 2006; Heinemann m.fl. 2010; Kroll-Desrosiers m.fl. 2017). I ICN:s etiska kod står det att omvårdnadens huvudområde är att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande (Svensk sjuksköterskeförening 2014). Tillsammans kan ICN:s etiska kod och kärnkompetenserna hjälpa sjuksköterskan att främja dessa kvinnors hälsa och ge omvårdnad på bästa möjliga sätt. Detta i förhoppning om att

öka kvinnornas livskvalitet och lindra deras lidande. Med hjälp av ökad kunskap rörande kvinnors upplevelser och erfarenheter kan fler kvinnor som lider av PMS och PMDS tas på allvar.

KONKLUSION

Det är många kvinnor som lider av PMS och PMDS. De får inte det stöd som de behöver för att hantera sina symtom eller svårigheter. Varken av sjukvården eller av deras partner. Kvinnorna önskar mer stöd i form av minskad arbetsbelastning i hemmet och att partnern skulle vara mer förstående. Bilden som kvinnonormen byggt upp som alltid ansvarsfull, omhändertagande och kontrollerad var enligt kvinnorna ett överväldigande ansvar att leva upp till. De kände att de inte blev tagna på allvar och att företrädesvis mer män och media har en felaktig bild av PMS och PMDS. Även arbetslivet är påverkat med ökad frånvaro och kvinnor har även blivit avskedade på grund av sin PMDS. För att klara av att hantera sina symtom var det många av kvinnorna som använde sig utav olika copingstrategier. Pauser i vardagen var bra för att varva ner och ägna mer tid åt sig själv.

FÖRSLAG TILL FÖRBÄTTRINGSARBETE OCH KVALITETSUTVECKLING

När författarparet skulle välja ämne till examensarbete, var det osäkert om det valda ämnet ansågs tillräckligt erkänt att skriva om. Efter diskussion blev det tydligt att detta inte var ett ämne som lyftes under den verksamhetsförlagda utbildningen. På grund av detta valde författarna att skriva om kvinnors erfarenheter och upplevelser av PMS och PMDS, just för att dessa syndrom ska uppmärksammas. När resultaten började analyseras upptäcktes det hur stor kunskapsluckan är samt hur lite forskning som är utförd. Resultatet visar på att kvinnorna efterfrågade mer stöd från partner, samhället och sjukvården samt hur omfattande symtomen är för de med PMS och PMDS. Vidare forskning är nödvändig för att hjälpa dessa kvinnor och att hitta den ännu okända orsaken till dessa syndrom samt en lämplig behandling. Förhoppningen är att PMS och PMDS ska tas på mer allvar i framtiden och att vården kan uppmärksamma dessa kvinnor som lider. För att kunna fånga upp dessa kvinnor är det viktigt att sjuksköterskor är medvetna om kriterierna för diagnos för att kunna triagera rätt. Förslag är att PMS och PMDS ska tas med i utbildningen för sjuksköterskor, då det i nuvarande undervisning saknas helt. Vidare studier skulle kunna fördjupa sig inom olika omvårdnadsstrategier för sjuksköterskor i samband med PMS och PMDS, då detta ämne inte alls finns studerat.

REFERENSER

- Bettany-Saltikov J, McSherry M, (2016) How to do a systematic literature review in nursing. 2nd ed. London, England: Open University Press.
- Borgfeldt C, Sjöblom I, Strevens H, Wangel A-M, (2019) Obstetrik och Gynekologi (5:e upplagan). Lund, Studentlitteratur AB.
- Dean B B, Borenstein E J, Knight K, Yonkers Y K, (2006) Evaluating the Criteria Used for Identification of PMS. *Journal of women's health* Volume 15, numer 5, 2006
- Halbreich U, (2003) The etiology, biology, and evolving pathology of premenstrual syndromes. *Psychoneuroendocrinology*, Volume 28, Supplement 3, August 2003, Pages 55-99
- Hardy C, Hardie J, (2017) Exploring premenstrual dysphoric disorder (PMDD) in the work context: a qualitative study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 38:4, 292-300.
- Heinemann, L. J., Minh, T. D., Filonenko, A., Uhl-Hochgräber, K. (2010). Explorative evaluation of the impact of premenstrual disorder on daily functioning and quality of life. *The Patient: Patient-Centered Outcomes Research*, 3(2), 125-132.
- Hofmeister S, Bodden S, (2016) Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder. *American Family Physician*, 2016 Aug 1;94(3):236-240.
- King M, Ussher M J, (2012) It's not all bad: Women's construction and lived experience of positive premenstrual change. *Feminism & Psychology*, 23:3, 399-417.
- Kroll-Desrosiers A R, Ronnenberg A G, Zagarins S E, Houghton S C, Takashima-Uebelhoer B B, Bertone-Johnson E R, (2017) Recreational Physical Activity and Premenstrual Syndrome in Young Adult Women: A Cross-Sectional Study. Department of Quantitative Health Sciences, University of Massachusetts Medical School, Worcester, MA, United States of America.
- Lazarus R, (2005) Emotions and Interpersonal Relationships: Toward a Person-Centered Conceptualization of Emotions and Coping. *Journal of Personality*, 74:1, 9-46.
- Olsson H, Sörensen S, (2011) *Forskningsprocessen, kvalitativa och kvantitativa perspektiv* (3:e upplagan). Stockholm: Liber AB.
- Polit D, Beck C, (2013) *Essentials of Nursing Research. Appraising Evidence of Nursing Practice.* (8th edition) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Rapkin, A.J, Winer, S.A. (2009). Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: Quality of life and burden of illness. *Expert Rev. Pharmacoecon. Outcomes Res.* 2009, 9, 157–170.

Reilly J, Kremer J, (1999) A qualitative investigation of women's perceptions of premenstrual syndrome: implications for general practitioners. *British Journal of General Practice*, 49, 783-786.

Retallick-Brown H, Rucklidge J, Blampied N, (2016). Study Protocol for a Randomized Double Blind, Treatment Control Trial Comparing the Efficacy of a Micronutrient Formula to a Single Vitamin Supplement in the Treatment of Premenstrual Syndrome. *Medicines*, 3:4.

Socialstyrelsen, (2019) Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem 2019.

><https://klassifikationer.socialstyrelsen.se/ICD10SE/PMS<> (20190522)

Statens Beredning för Medicinsk och Social Utvärdering (2017) Vår metod.

><https://www.sbu.se/sv/var-metod/<>(20190415)

Sveinsdóttir H, Lundman B, Norberg A, (2002) Whose voice? Whose experiences? Women's qualitative accounts of general and private discussion of premenstrual syndrome. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16:4, 414-423.

Sveinsdóttir H, Lundman B, Norberg A, (1999) Women's perceptions of phenomena they label premenstrual tension: normal experiences reflecting ordinary behaviour. *Journal of Advanced Nursing*, 30:4, 916-925.

Svensk sjuksköterskeförening (2014) ICN:s etiska kod för sjuksköterskor, ><http://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/Publikationer/Etik/ICNs-Etiska-kod-for-sjukskoterskor<> (20190328)

Svensk Sjuksköterskeförening (2015) Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. > <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf<> (20190328)

Tengland, P-A 2005: Teorier om livskvalitet, i Kan man vara sjuk och ändå ha hälsan? Frågor om liv, hälsa och etik i tvärvetenskaplig belysning, Faresjö, T och Åkerlind, I (red.). Lund: Studentlitteratur, s. 76.

Ussher M J, (2008) Challenging the positioning of premenstrual change as PMS: The impact of a psychological intervention on women's self-policing. *Qualitative Research in Psychology*, 5:1, 33-44.

Ussher M J, (2004) Premenstrual Syndrome and Self-policing: Ruptures in Self-Silencing Leading to Increased Self-Surveillance and Blaming of the Body. *Social Theory & Health*, 2, 254-272.

Ussher M J, Perz J, (2017) Evaluation of the relative efficacy of a couple cognitive-behaviour therapy (CBT) for Premenstrual Disorders (PMDs), in comparison to one-to-one CBT and a wait list control: A randomized controlled trial. *PLoS ONE*, 12:4.

Ussher M J, Perz J, (2013) PMS as a process of negotiation: Women's experience and management of premenstrual distress. *Psychology & Health*, 28:8, 909-927.

Ussher M J, Perz J, May E, (2014) Pathology or source of power? The construction and experience of premenstrual syndrome within two contrasting cases. *Feminism & Psychology*, 24:3, 332-351.

Willman A, Bahtsevani C, Nilsson R, Sandström B, (2016) Evidensbaserad omvårdnad: en b ro mellan forskning och klinisk verksamhet (4:e upplagan). Lund: Studentlitteratur AB.

BILAGOR

Tabell 1: Databassökning PubMed

Sökord	Antal artiklar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Antal valda artiklar
premenstrual syndrome[MeSH Terms]	3954			
premenstrual syndrome	4610			
premenstrual dysphoric disorder[MeSH Terms]	98			
premenstrual dysphoric disorder	935			
premenstrual distress	251			
experience	606797			
qualitative	216372			
((((premenstrual syndrome[MeSH Terms]) OR premenstrual syndrome) OR premenstrual dysphoric disorder[MeSH Terms]) OR premenstrual dysphoric disorder) OR premenstrual distress	4781			
307				
13	7	5	3	

Tabell 2: Databassökning Cinahl

Sökord	Antal artiklar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Antal valda artiklar
Premenstrual syndrome	1558			
Premenstrual dysphoric disorder	375			
Premenstrual distress	24			
(Premenstrual syndrome) OR (Premenstrual dysphoric disorder) OR (Premenstrual distress)	1754			
(MH"Premenstrual syndrome") OR (MH"Premenstrual dysphoric disorder")	1594			
((Premenstrual syndrome) OR (Premenstrual dysphoric disorder) OR (Premenstrual distress)) OR ((MH"Premenstrual syndrome") OR (MH"Premenstrual dysphoric disorder"))	1754			
experience	284535			
qualitative	139478			
((Premenstrual syndrome) OR (Premenstrual dysphoric disorder) OR (Premenstrual distress)) OR ((MH"Premenstrual syndrome") OR (MH"Premenstrual dysphoric disorder")) AND experience	149			
((Premenstrual syndrome) OR (Premenstrual dysphoric disorder) OR (Premenstrual distress)) OR ((MH"Premenstrual syndrome") OR (MH"Premenstrual dysphoric disorder")) AND experience AND qualitative	18	14	10	4

Tabell 3: Databassökning PsycInfo

Sökord	Antal artiklar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Antal valda artiklar
<u>MAINSUBJECT.EXACT("Premenstrual Syndrome")</u>	1927			
<u>MAINSUBJECT.EXACT("Premenstrual Dysphoric Disorder")</u>	454			
<u>premenstrual syndrome</u>	2217			
<u>premenstrual dysphoric disorder</u>	836			
<u>premenstrual distress</u>	341			
<u>experience</u>	551309			
<u>qualitative</u>	279329			
MAINSUBJECT.EXACT("Premenstrual Syndrome") OR MAINSUBJECT.EXACT("Premenstrual Dysphoric Disorder") OR (premenstrual syndrome) OR (premenstrual dysphoric disorder) OR (premenstrual distress)	2483			
(MAINSUBJECT.EXACT("Premenstrual Syndrome") OR MAINSUBJECT.EXACT("Premenstrual Dysphoric Disorder") OR (premenstrual syndrome) OR (premenstrual dysphoric disorder) OR (premenstrual distress)) AND experience	387			
((MAINSUBJECT.EXACT("Premenstrual Syndrome") OR MAINSUBJECT.EXACT("Premenstrual Dysphoric Disorder") OR (premenstrual syndrome) OR (premenstrual dysphoric disorder) OR (premenstrual distress)) AND experience) AND qualitative	25	16	5	3

Artikelmatris: Hardy & Hardie

Author Year Country	Title	Aim	Participants	Method	Analysis	Findings	Study quality Comments
Claire Hardy Jenna Hardie 2017 The Great Britain	Exploring premenstrual dysphoric disorder (PMDD) in the work context: a qualitative study	The aim of the study was to conduct an exploratory investigation into the experiences of women with PMDD at work.	Adult women with PMDD, either in employment or with employment experience. Women were required to have already received a clinical diagnosis of PMDD from a health professional to be eligible to participate. Fifty-seven women responded to advertisements. 15 participated, aged between 25-49 years old.	Semi-structured interviews were conducted via telephone or Skype. Participants were asked a series of open- ended questions to explore two main areas: (1) experiences of working with PMDD; and (2) perceptions of what, if anything, organizations could do to help.	Researchers analyzed transcripts using an inductive thematic analysis.	The reported symptoms contribute to observed presenteeism and absenteeism in the work context. After symptoms disappear women reported feelings of guilt and engage in over- compensatory behaviors. Women alternate between these phases every month. Women are leaving the workforce through voluntary and/or involuntary turnover. The interviews also highlighted that organizations need greater awareness and support mechanisms.	Mediun-high

Artikelmatrix: King & Ussher

Author Year Country	Title	Aim	Participants	Method	Analysis	Findings	Study quality Comments
Marlee King Jane M. Ussher 2012 Australia	It's not all bad: Women's construction and lived experience of positive premenstrual change.	The aim of this study was to examine women's accounts of experiences of positive premenstrual change, and their explanations for why these changes are constructed as positive.	The 47 women who took part in the study aged 18 to 42.	Data were collected using eight focus groups, and two follow-up interviews with two women from the focus groups. The focus group and one-to-one interviews were semi-structured.	The analysis was conducted using a theoretical thematic analysis.	Findings were that positive premenstrual experiences included: 'positive emotional outcomes', 'releasing tension', 'increased attractiveness', 'legitimacy of self-care' and 'indication of menstruation'.	High

Artikelmatris: Reilly & Kremer

Author Year Country	Title	Aim	Participants	Method	Analysis	Findings	Study quality Comments
Jacqueline Reilly John Kremer 1999, Northern Ireland	A qualitative investigation of women's perceptions of premenstrual syndrome: implications for general practitioners	To explore women's constructions of premenstrual syndrome.	Thirteen women were interviewed individually. Thereafter, 33 women participated in group discussions. Ages ranging from 20 to 42 years.	A qualitative, semi-structured interview study. In the initial stage of the investigation, semi-structured interviews were tape-recorded. To check the validity of the results further with reference to a different sample, a series of six tape-recorded discussion groups was conducted.	A grounded technique was employed. Interview transcripts were coded into meaning units and, in an iterative process involving constant comparison, these were clustered into datagenerated categories. Transcripts of the discussions were analysed by noting points of agreement and, more especially, disagreement with the results, and by determining whether contradictory evidence could be accounted for by the unabridged content of the theme in question.	Women's own constructions of premenstrual syndrome differ markedly from those as presented in medical textbooks and research litteratur: secondary sources that have significantly impacted upon general practitioners' attitudes towards this condition. This study found that support groups was suggested by the women as a treatment.	High

Artikkelmatris: Sveinsdóttir & Lundman & Norberg

Author Year Country	Title	Aim	Participants	Method	Analysis	Findings	Study quality Comments
Herdís Sveinsdóttir Berit Lundman Astrid Norberg 2002, Iceland.	Whose voice? Whose experiences? Women's qualitative accounts of general and private discussion of premenstrual syndrome.	The purpose of this study is to describe the perceptions a group of Icelandic women have of the discourse on PMS in their own social group as well as in society in general.	Out of 83 women who participated in a larger project, a group of 21 women were selected in order to participate in this study. Seventeen of 21 women could be reached and gave their informed consent to participate and were interviewed.	Mixed-method The interviews were semistructured, i.e. certain aspects of PMS and how people talk about PMS were kept in mind during the interviews and brought up if they did not spontaneously surface. Each interview took 30– 75 minutes and all were transcribed verbatim.	The interviews were analysed using a combination of quantitative and qualitative content analysis. Content analysis is concerned with what the text talks about and with interpretation: meanings, intentions, consequences and context.	The conclusions are that the public voice on PMS is based on negative male stereotypical views about PMS and that women participate in constructing and sustaining that view through their own descriptions of other women. Through media and health education, women and men should be made aware of whose voice rules in public discussion. To educate and change the public discourse on PMS is a challenge that the caring professions must take.	Medium-high

Artikelmatris: Sveinsdóttir & Lundman & Norberg

Author Year Country	Title	Aim	Participants	Method	Analysis	Findings	Study quality Comments
Herdis Sveinsdóttir Berit Lundman Astrid Nordberg 1999 Iceland	Women's perceptions of phenomena they label premenstrual tension: normal experiences reflecting ordinary behaviour	The purpose of this study is to describe the perceptions women have about PMT experiences.	Seventeen women were interviewed. The age of the participating women were 27-44 years old.	All the interviews started with a open-ended question. During the interviews certain aspects of PMT were kept in mind and brought up if they had not spontaneously surfaced. Aspects of PMT that were probed for were the women's own experiences and what they knew about the experiences of women in their reference groups. The interviews were all conducted and transcribed verbatim by the first author, at her office or at the women's home, and lasted between 30 and 75 minutes.	The interviews were analysed by means of a qualitative content analysis.	Four main categories describing the women's perceptions were formed: individual experiences of phenomena referred to as PMT; phenomena referred to as PMT reflect ordinary experiences in healthy women; biopsychosocial explaining of phenomena referred to as PMT; internal and external resources used to manage the variability of phenomena referred to as PMT. The content of these categories reflects the participants' perceptions of PMT as the common, normal and very variable experiences which women handle by the use of management strategies commonly used in contemporary society to deal with life in general.	Medium-high

Artikelmatris: Ussher

Author Year Country	Title	Aim	Participants	Method	Analysis	Findings	Study quality Comments
Jane M. Ussher 2008 The Great Britain	Challenging the Positioning of Premenstrual Change as PMS: The Impact of a Psychological Intervention on Women's Self- Policing	It aimed to allow women to develop more empowering strategies for reducing or preventing premenstrual distress, build an ethic of care for the self, and no longer blame the body for premenstrual anger or depression.	Twelve British women who reported a 30% increase in premenstrual symptoms, as measured by prospective diaries over a three-month period, and who met DSMIV diagnostic criteria for PMDD, took part in in-depth narrative interviews.	This study used in in- depth narrative interviews.	The analysis follows what has termed a 'thematic decomposition'. Themes were grouped together and then checked for emergin patterns, variability, consistency, communality across the women.	This study illustrates that women's premenstrual distress is tied to cultural constructions of femininity and to relational issues.	Medium-high

Artikelmatrix: Ussher

Author Year Country	Title	Aim	Participants	Method	Analysis	Findings	Study quality Comments
Jane M Ussher Australia / Britain, 2004	Premenstrual Syndrome and Selfpolicing: Ruptures in Self-Silencing Leading to Increased Self- Surveillance and Blaming of the Body	The aim being to examine women’s subjective experience of ‘PMS’, and what ‘PMS’ meant to each individual woman.	British Sample: In total, 36 British women Australian Sample: In total, 34	The interviews presented in this paper are drawn from two samples, one British and one Australian. . Narrative interviews were conducted by a trained interviewer, the aim being to examine women’s subjective experience of ‘PMS’, and what ‘PMS’ meant to each individual woman.	The analysis was conducted within a framework of thematic narrative analysis.	Three major inter-related themes that emerged from the interviews were: PMS=over-responsibility; the ‘PMS’ sufferer as split; ‘PMS’=lack of control. These themes were common across women, regardless of age, parity, occupation, or geographical location (Britain/Australia). This paper will argue that these themes are closely associated with the hegemonic constructions of idealized femininity, which are central to women’s self-policing.	High

Artikelmatris: Ussher & Perz

Author Year Country	Title	Aim	Participants	Method	Analysis	Findings	Study quality Comments
Jane M. Ussher, Janette Perz 2017, Australia	Evaluation of the relative efficacy of a couple cognitive-behaviour therapy (CBT) for Premenstrual Disorders (PMDs), in comparison to one-to-one CBT and a wait list control: A randomized controlled trial.	The aim of the present study was to address the gaps in the researched literature, through the evaluation of the relative efficacy of a couple-based CBT intervention in comparison to a one-to-one CBT intervention and a wait-list control, in reducing premenstrual symptoms and distress, and in improving premenstrual coping, using a randomised controlled trial, and a triangulation of outcome measures.	Women who reported moderate-severe PMDs were recruited from a range of contexts, including social media, sexual and reproductive health clinics, local radio and newspapers, and women's health centres.	Triangulation of quantitative and qualitative outcome measures evaluated changes pre-post intervention. Eighty three women were randomly allocated across three conditions, with 63 completing post-intervention measures. The qualitative part was conducted with semi-structured one-to-one interviews with 10 women randomly selected from each of the three conditions, pre and post-intervention.	Thematic analysis was used to analyse the open ended survey responses and interviews.	These findings suggest that one-to-one and couple CBT interventions can significantly reduce women's premenstrual symptomatology and distress, and improve premenstrual coping. Couple based CBT interventions may have a greater positive impact upon behavioural coping and perceptions of relationship context and support.	High

Artikelmatris: Ussher & Perz

Author Year Country	Title	Aim	Participants	Method	Analysis	Findings	Study quality Comments
Jane M. Ussher Jeanette Perz 2013 Australia	PMS as a process of negotiation: Women's experience and management of premenstrual distress	The aim of the study was thus to use qualitative methods to examine women's accounts of self-regulation and coping in the context of negative premenstrual change.	Sixty women were selected for interview from a larger mixed-methods study examining the construction and experience of premenstrual change in self-diagnosed PMS sufferers. The participants were Australian women aged 22 to 48.	One-to-one semi-structured interviews, lasting between 45 and 90 minutes. Interviews were audio-recorded.	The analysis was conducted using thematic analysis	Three major themes were identified across relationship type and context, reflecting women's strategies of premenstrual self-regulation and coping: 'Self-monitoring and awareness: recognition and acceptance of premenstrual change'; 'Coping through self-regulation of premenstrual distress', including: 'avoidance of stress and conflict', 'escaping relational demands and responsibilities', and 'care of the self'; and 'Coping as an inter-subjective experience'.	High

Artikelmatris: Ussher & Perz & May

Author Year Country	Title	Aim	Participants	Method	Analysis	Findings	Study quality Comments
Jane M Ussher, Janette Perz, Emily May 2014, Australia	Pathology or source of power? The construction and experience of premenstrual syndrome within two contrasting cases	This study aims to approach facilitates acknowledgement of the interconnection of emotional and physical changes across the menstrual cycle; the material and relational context of women's lives that may precipitate distress; PMS and PMDD as socially constructed categories and the psychological negotiation in which women engage to make sense of their experience.	This analysis is part of a broader study on the experience of PMS in the context of relationships, involving interviews with 60 women who presented as experiencing PMS, and 23 of their partners Two contrasting accounts, Judith and Sophia, were chosen as explanatory and descriptive case studies.	One-to-one 60- minute semi- structured interviews were conducted, adopting a narrative approach , to examine women's stories about their subjective experience of PMS, and the negotiation of PMS in the context of relationships.	Analysis of each case began with a close reading of the transcript to identify the core narrative and explore 'the point of the story' . We started with the premise that subjectivity is a fluid and ongoing construction, leading us to examine how premenstrual change was narratively constructed and performed in Judith and Sophia's accounts.	These cases demonstrate that premenstrual distress is an intersubjective experience, with constructions and material practices within relationships providing the context for premenstrual women being positioned as pathological and needing to be contained, or conversely, as sensitive and needing support.	Medium-high