



SAHLGRENSKA AKADEMIN
Institutionen för neurovetenskap och
Fysiologi
Arbetsterapi

HAR DU MENS ELLER?

En kvalitativ intervjustudie om hur personer med Premenstruellt Dysforiskt Syndrom upplever vardagen

Klara Johansson och Wilma Engman

Examensarbete: 15 hp

Program: Arbetsterapeutprogrammet

Kurs: ARB341 Självständigt arbete i arbetsterapi (examensarbete)

Nivå: Grundnivå

Termin/år: VT 2023

Handledare: Kristin Lork, leg. Arbetsterapeut, M.Sc.

Examinator: Christina Andersson, leg. Arbetsterapeut, Universitetslektor.

Sammanfattning

Examensarbete:	15 hp
Program:	Arbetsterapeutprogrammet 180 hp
Kurs:	ARB341 Själständigt arbete i arbetsterapi (examensarbete)
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	VT 2023
Handledare:	Kristin Lork, leg. Arbetsterapeut, M.Sc.
Examinator:	Christina Andersson, leg. Arbetsterapeut, Universitetslektor.
Sökord:	Premenstruellt dysforisk störning, Arbetsterapi, Premenstruellt Syndrom, Kvinnohälsa, Kvalitativ metod

Bakgrund	Upp till 20 % procent av kvinnor i reproduktiv ålder upplever symtom som påverkar deras funktion i samband med menscykeln. 3–9 % har klinisk PMDS vilket innebär att en viss mängd symtom ska upplevas och vara så starka att det inverkar negativt på personens vardagliga fungerande i sociala relationer samt utbildnings- och arbetsliv. Arbetsterapeuter jobbar huvudsakligen med vardagslivet och dess aktiviteter samt har kompetens kring hur olika faktorer påverkar vardagen. En kunskapslucka finns beträffande vad personer med PMDS upplever som svårigheter och vad arbetsterapeuter kan stötta med.
Syfte	Studiens syfte var att undersöka personers upplevelser av att leva med PMDS i vardagen.
Metod	Studien gjordes som kvalitativ intervjustudie med induktiv ansats genomförd med semistrukturerade intervjuer med sju personer. Den insamlade datan analyserades och bearbetades med kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman.
Resultat	Temat som växte fram blev <i>Som dag och natt</i> , som beskriver hur det är att ha två olika vardagsliv som byts av beroende på var i sin menscykel en person med PMDS befinner sig. Analysen resulterade i tre huvudkategorier; <i>Påverkan på vardagslivet</i> , <i>Återkommande tankar och känslor</i> och <i>Faktorer som hjälper och stjälper</i> . Under dessa fanns åtta underkategorier; <i>Nödvändig planering</i> , <i>Undvika och anpassa aktiviteter</i> , <i>Arbete och skola</i> , <i>Intimitet</i> , <i>Dåligt samvete</i> , <i>Oro inför framtiden</i> , <i>Behandling</i> och <i>Förståelse från omgivningen</i> .
Slutsats	Studiens resultat berättade om upplevelsen av hur det är att leva med PMDS i vardagen, samt konsekvenser i vardagslivet av att leva med diagnosen. Resultatet visade att det fanns stor påverkan på vardagen och att det lett till att planering, dåligt samvete och oro var en stor del av livet med PMDS. Att ha diagnosen PMDS innebar dramatiska förändringar i vardagslivet när faserna i menscykeln skiftade. Ur resultatet identifierades följande forskningsområden: att undersöka aktivitetsbalans hos målgruppen, hur livsroller påverkas av diagnosen samt vilka arbetsterapeutiska insatser som skulle kunna vara behjälpliga för att främja målgruppens långsiktiga hälsa och underlätta vardagslivet för personer som lever med PMDS.

Abstract

Thesis:	15 hp
Program:	Occupational Therapy program 180 hp
Course:	ARB341 Bachelor thesis in Occupational therapy
Level:	First Cycle
Semester/year:	ST 2023
Supervisor:	Kristin Lork, Occupational Therapist, M.sc.
Examiner:	Christina Andersson, Occupational Therapist, Lecturer in Occupational Therapy
Keyword:	Premenstrual Dysphoric Disorder, Occupational Therapy, Premenstrual Syndrome, Women's Health, Qualitative Method

Background	Up to 20 % of women in reproductive age experience symptoms that affect their function in relation to their menstrual cycle. 3-9 % have clinical PMDD which means that a certain number of symptoms must be experienced and have a strong negative impact on social relations, education and working life. Occupational therapists mainly work with everyday life and its activities and have competences in which factors that may come to affect everyday life. Therefore, a gap was identified between what people with PMDD experience and what occupational therapists can do to support them.
Aim	The aim of this study was to examine people's experiences of living with PMDD in their day-to-day life.
Method	The study was conducted as a qualitative interview study with an inductive approach carried through by semi structured interviews with seven people. The collected data was analyzed and processed with a qualitative content analysis according to Graneheim and Lundman.
Result:	The theme grew out to be <i>As day and night</i> , which describes what it is like to have two different everyday lives that change depending on where in their menstrual cycle a person with PMDD is. The analysis resulted in three main categories; <i>Impact on everyday life</i> , <i>Reoccurring thoughts and feelings</i> and <i>Factors that help and overturn</i> . Beneath these were eight subcategories; <i>Necessary planning</i> , <i>Avoid and adapt activities</i> , <i>Work and school</i> , <i>Intimacy</i> , <i>Bad conscience</i> , <i>Worry about the future</i> , <i>Treatment</i> and <i>Understanding from the surrounding</i> .
Conclusion	The result of this study displayed experiences of living with PMDD in everyday life, and the consequences of the diagnosis in day-to-day life. The result shows that there is a big impact on everyday life and planning, bad conscience and worry is a big part of life with PMDD. Having this diagnosis means dramatic changes in everyday life when the phases of the menstrual cycle change. From the result, following research areas was identified: To explore occupational balance in the target group, to investigate how roles in life are affected by the diagnosis and to explore occupational interventions that would be helpful in promoting long term health and facilitate everyday life for people living with PMDD.

Innehållsförteckning

Bakgrund	5
Syfte	6
Metod	6
Inledning.....	6
Urval.....	7
Datainsamling.....	7
Databearbetning.....	7
Etiska överväganden	10
Potentiella risker	10
Nytan av projektet.....	10
Resultat	10
Påverkan på vardagslivet	11
Nödvändig planering	12
Undvika och anpassa aktiviteter	12
Arbete och skola	12
Intimitet	13
Återkommande tankar och känslor	13
Dåligt samvete	13
Oro inför framtiden	14
Faktorer som hjälper och stjälper	14
Behandling	14
Förståelse från omgivningen	15
Diskussion	15
Metoddiskussion.....	15
Resultatdiskussion.....	16
Kliniska implikationer.....	18
Slutsats	18
Referenser	20

Bakgrund

Premenstruellt Dysforiskt Syndrom (PMDS) beskrivs av World Health Organization (WHO) (1) i International Classification of Disease (ICD-11) (2) som ett tillstånd där en person innan sin mens drabbas av olika svåra symtom. Enligt forskning har ungefär 3–9 % av kvinnor i reproduktiv ålder klinisk PMDS, men en procenthalt på 13–18 % förväntas ha symtom som påverkar personens psykosociala och arbetsrelaterade funktion (3). En annan studie nämner att det är upp till 20% som drabbas (4). De diagnoskriterier som fastställts i ICD-11 (2) är att det under ett år ska ha uppstått symtom som påverkat sinnesstämning, somatik eller kognition under majoriteten av menstruationstillfällena. Symtomen uppstår upp till 14 dagar innan mens vid lutealfasens (perioden mellan ägglossning och menstruation) start, och minskar eller försvinner efter några dagar av påbörjad mens (5). Detta ska helst också bekräftas av en dagbok där minst två symtomatiska menscykler ägt rum. Enligt bedömningskriterierna måste personen vara drabbad av minst ett av följande symtom som påverkar sinnesstämningen för att kunna diagnostiseras med PMDS; irritabilitet, kraftiga humörsvängningar, depressivitet och ångest. Vanligt förekommande somatiska symtom är kraftlöshet, hypersomni, ömma bröst, ledsmärta, aptitförändringar och svullna extremiteter. Kognitiva symtom kan vara koncentrations- och minnessvårigheter (2). Dessa symtom ska vara så svåra att det inverkar negativt på personens vardagliga fungerande i sociala relationer såväl som i deras utbildnings- och arbetsliv och andra viktiga delar av livet (2). Etiologin är ännu okänd, men behandlingen för PMDS idag innebär medicinering med antidepressiva i form av SSRI-preparat och/eller bensodiazepiner vid svår ångest, samt olika preventivmedel som fungerar ovulationsdämpande (6). Motion, ändring av diet och stresshantering rekommenderas också. Majoriteten av forskningen nämner den farmakologiska aspekten av behandling, men verkar sakna perspektivet på hur personen själv ska hantera vardagen med svåra symtom. Dessutom avslutar många en påbörjad SSRI-behandling på grund av biverkningar som viktuppgång, minskad sexlust och svårigheter att uppnå orgasm (6). Som komplement när medicinering inte fungerar optimalt eller när en person inte vill medicinera av andra skäl, behövs fler professioner inom vården som kan hjälpa målgruppen när symtomen är så svåra att de påverkar personen negativt i vardagen. En profession som huvudsakligen jobbar med vardagen är arbetsterapeuter, vars vetenskapliga kompetens utgår från aktivitetsvetenskapen.

Aktivitetsvetenskap fokuserar på personers vardagsliv, aktivitetsutförande, aktivitetsrepertoar och kunskapen om hur detta påverkar människors hälsa (7), samt att ha ett görandeperspektiv på hälsa. Detta betyder enligt aktivitetsvetenskapen att människor behöver ha förutsättningar att göra viktiga, engagerande och nödvändiga aktiviteter i sin vardag för att uppnå optimal hälsa. På samma sätt kan brist på meningsfulla aktiviteter påverka människors hälsa negativt (7).

Inom aktivitetsvetenskapen kan vardagens aktiviteter delas upp utifrån flera olika modeller. I The Value and Meanings in Occupations (ValMO-modellen) (8) är uppdelningen skötsel, lek, rekreativa aktiviteter och arbetsaktiviteter. Alla vardagens aktiviteter kan placeras i någon utav kategorierna, men beroende på person och tid i livet varierar vilka aktiviteter som hamnar i vilken kategori. Modellen fokuserar starkt på meningsfullhet i vardagen, den subjektiva upplevelsen av en aktivitet och att aktiviteter bidrar till att skapa identitet. Med fokus på individens upplevelse skapar ValMO-modellen ett personcentrerat förhållningssätt till personen. Arbetsterapeuter har kompetens gällande vilka faktorer som kan påverka

vardagen hos personer med psykiska, somatiska och kognitiva symtom och många olika funktionsvariationer.

Tidigare forskning nämner att PMDS påverkar personens arbetssituation och arbetsförmåga negativt (9). En kvalitativ intervjustudie visar att det under lutealfasen finns en hög sjuknärvaro, men även sjukfrånvaro, för personer med PMDS (9). Kognitiva och psykiska besvär under lutealfasen uppges leda till överkompensatoriskt arbete och skuldkänslor när besvären minskar igen. I längden kan symtomen och svängningarna under menscyklerna leda till att personer med diagnosen lämnar sitt arbete och karriär, både frivilligt och ofrivilligt (9). En annan studie visar att självmordsrisken är sju gånger högre och risken för självmordstankar fyra gånger högre hos personer med PMDS (10). Hammell (11) beskriver att depression kan undvikas genom att människor får möjlighet att uppleva meningsfullhet i aktiviteter, att hopp och optimism kan öka genom valmöjlighet och kontroll i sitt eget liv. Ett symtomkriterium för att få diagnosen är ett sjunkande intresse för vardagliga aktiviteter (6), men i övrigt finns det ingen forskning om PMDS i relation till kunskap om hur aktivitetsproblem ter sig för målgruppen. Baserat på detta saknas även kvalitativa studier om hur personer med PMDS upplever sin vardag, och huruvida de har förutsättningar för att göra de aktiviteter de vill och behöver göra för att uppleva meningsfullhet i sina liv. Symtomen för PMDS och den påverkan de har på personens mående kan ur ett aktivitetsvetenskapligt perspektiv tänkas påverka personens aktivitetsutförande negativt, då symtomen enligt ICD (2) ska vara så svåra att det inverkar negativt på personens vardagliga fungerande. Det finns dock lite eller ingen kunskap om målgruppen ur detta perspektiv. För att kunna veta hur vården skulle kunna arbeta med denna målgrupp behövs därför kunskap om hur de upplever sina vardagsliv. Det finns starka indikationer om att arbetsterapeuter, med utgångspunkt i aktivitetsvetenskap, kan stötta patientgruppen i att hantera sin vardag med svåra symtom. Författarna vill därför undersöka hur det är att leva med PMDS i vardagen.

Syfte

Studiens syfte var att undersöka personers upplevelser av att leva med PMDS i vardagen.

Metod

Inledning

Studien var av induktiv karaktär för att så förutsättningslöst som möjligt undersöka upplevelsen av att leva med PMDS hos intervjudeltagarna (12). Forskningsarbetet startade därför i empirin och inte i en redan förutbestämd teori eller modell. Kvalitativ datainsamlingsmetod genom intervjuer genomfördes för att få en bild av de upplevda erfarenheterna av att leva med PMDS. Resultatet analyserades därefter genom kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundmans (13) metod.

Förförståelsen hos författarna diskuterades och vad det kunde ha för betydelse för studien. En i författarparet har egen erfarenhet av diagnosen och den andra har ingen tidigare erfarenhet av diagnosen. Båda författarna har erfarenhet av depression och ångesttillstånd samt medicinering med SSRI-preparat, vilket ökade förståelsen för att leva med de symtom som påverkar det psykiska måendet. Författarna var medvetna om att förförståelsen kunde styra utformandet av intervjufrågor samt leda till att lättare kunna dra slutsatser utifrån egen erfarenhet. Stor försiktighet vidtogs därför för att formulera så öppna frågor som möjligt

under intervjuerna. Författarparet har även fem terminers grundkunskap inom arbetsterapi, varierad praktik och kunskap i olika ämnen såsom fysiologi, neurologi, sexologi och psykologi (12).

Urval

Ett lämplighetsurval (14) genomfördes då studien krävde en grupp med det gemensamma fenomenet PMDS. Som inklusionskriterie valde författarna att utgå från deltagarnas självrapporterade symtom, då det inte fanns någon möjlighet att verifiera eventuell diagnos från läkare. Exklusionskriterier var att vara under 18 år, att inte längre ha PMDS-symtom på grund av att ha passerat klimakteriet eller att ha premenstruellt syndrom (PMS) och därmed inte PMDS. För att hitta intervjupersoner gjordes en inledande intresseförfrågan i den slutna Facebookgruppen "Vi som lever med PMS och PMDS". 17 personer uttalade sitt intresse för deltagande men endast sju personer kontaktades för att boka tid för intervju då tidsdispositionen gav utrymme för sju deltagare. De sju första som uttryckte intresse av att delta kontaktades via Messenger för att boka tid. En av dessa svarade inte på meddelandet, varpå nästa person i tidsordningen kontaktades och tackade ja till deltagande. Det blev sammanlagt sju deltagare i studien. Av etiska skäl inkluderades endast personerna som var 18 år eller äldre, utefter etikprövningslagen (15). Deltagarna var mellan åldrarna 19–39.

Datainsamling

Ett informationsbrev författades och skickades ut till deltagarna innehållandes information om studiens innehåll, tänkt tillvägagångssätt samt samtyckesformulär. Datainsamlingen skedde genom en semistrukturerad intervju (16), vilket innebar öppna frågeområden där forskarna kunde låta interaktionen styra i vilken ordning frågorna ställdes. Intervjuguiden som nyttjades innehöll områden som behandlade *bakgrundsinformation* om deltagaren, *symtom av PMDS*, *hur PMDS påverkar olika vardagsaktiviteter*, *sociala relationer* samt *kontakt med vården och behandling*. Under utformandet av intervjuguiden inspirerades författarna av förståelsen av att leva med PMDS och deras tidigare kunskap inom aktivitetsvetenskap. Då personerna som uttryckte intresse för att delta i studien inte bodde i samma stad som forskarna skedde intervjuerna digitalt via videosamtal genom verktyget Zoom. Intervjuerna var mellan 20 och 65 minuter långa och spelades in efter muntligt samt inskickat skriftligt samtycke. Båda författarna närvarade på intervjuerna via samma länk och satt tillsammans. Slumpverktyget "The Wheel" användes för att få fram vem som skulle hålla i första intervjun, därefter tilldelades forskarna huvudansvaret över varannan intervju. Den som inte hade huvudansvar kunde komma med följdfrågor, observera kroppsspråk och sköta inspelningstekniken som bestod av diktafon samt röstmemo på mobiltelefonen.

För att testa inspelningsteknik, tidsåtgång och huruvida frågorna var relevanta genomfördes en provintervju (12) med en person från målgruppen. Personen som deltog i provintervjun var känd av författarparet sedan innan och inkluderades därför inte i studien på grund av risk för partiskhet och av etiska skäl.

Databearbetning

Analysmetoden som tillämpades var kvalitativ innehållsanalys (12), för att extrahera information som relaterade till syftet. Kvalitativ innehållsanalys användes för att från meningsbärande enheter kunna kondensera, koda och därefter dela upp innehållet i underkategorier för att enklare kunna se likheter och skillnader mellan upplevelserna hos

deltagarna. Detta utgjorde sedan grunden för att sammanställa kategorier och ett tema som sammanfattade analysen på ett överskådligt och förståeligt vis (12).

Författarna transkriberade enskilt de intervjuer som den andra författaren hade huvudansvar för. I transkriberingen avkodades deltagarna och fick ett alias som "D1, D2..." där D:et stod för Deltagare. Totalt utgjorde intervjumaterialet 87 sidor. Dessa skrevs ut till fysisk form för att sedan granskas av båda författarna gällande innehåll och för att kunna identifiera meningsbärande enheter. Sedan diskuterade, valde och analyserade författarna tillsammans vilka enheter som svarade till syftet vilket resulterade i totalt 227 meningsbärande enheter. Dessa enheter kondenserades och kodades för att slutligen bli åtta underkategorier och tre kategorier (se tabell 1). Kategoriseringen underlättades genom färgmarkering av de koder som bedömdes passa ihop, för att sedan kunna namnge underkategorierna och gruppera dessa för att kunna forma övergripande kategorier.

Tabell 1. Exempel på analysprocessen från meningsenhet till tema.

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori	Tema
rent ekonomiskt har jag inte tyckt att det har vart värt för att jag vet att jag behöver ställa in, två gånger i månaden	ekonomiskt inte varit värt för jag behöver ställa in två gånger i månaden	Svårt med veckovisa aktiviteter	Undvika och anpassa aktiviteter	Påverkan på vardagslivet	Som dag och natt
jag har ju inga barn å det har jag ju också tänkt ganska mycket sökt ganska för att jag inte vill ha det dåliga samvetet då om jag skulle liksom en gång i månaden va skitförbannad å just va säger man vad gör man då å hur mycket kontroll kan jag ha och dels att om man får en dotter å det ärvs vidare å så där	har inga barn, har tänkt mycket för jag vill inte ha det dåliga samvetet om jag en gång i månaden skulle vara skitförbannad, vad säger man, vad gör man då, hur mycket kontroll kan jag ha dels att om man får en dotter och det ärvs vidare	Att skaffa barn	Oro inför framtiden	Återkommande tankar och känslor	Som dag och natt
han kunde inte förstå att det va att jag mådde dåligt å det va därför jag betedde mig på ett visst sätt sen gick han faktiskt å klagade hos en kompis om att vi hade bråkat jättemycket å då polisanmälde den här kompisn mig	han kunde inte förstå att jag mådde dåligt och att det var därför jag betedde mig på ett visst sätt, han klagade hos en kompis om att vi hade bråkat och då polisanmälde kompisn mig	Polisanmäld av missförstånd	Förståelse från omgivningen	Faktorer som hjälper och stjälpes	Som dag och natt

Etiska överväganden

Potentiella risker

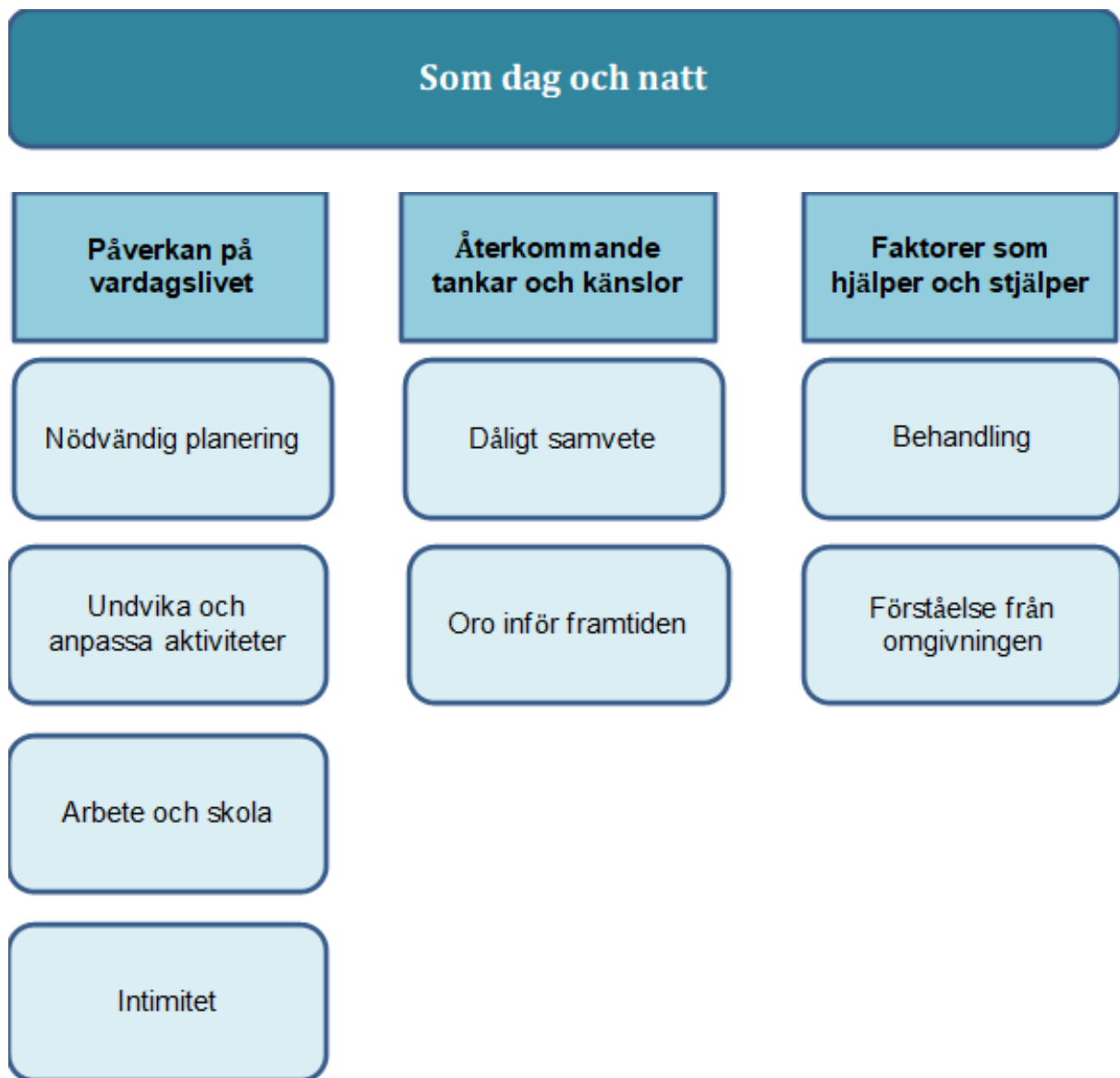
Vid informationsbrevets utskick blev intervjudeltagarna informerade om det valfria deltagandet, samt att alla intervjufrågor inte måste besvaras. Detta upprepades vid intervjutillfället för att försäkra att deltagarna tagit del av informationen. Författarna var medvetna om att det förelåg viss risk i att intervjun kunde väcka starka känslor och svåra minnen hos intervjudeltagarna, och att deltagarna därmed kunde må dåligt av att delta. Med den vetskapen gjorde författarna sitt yttersta för att behandla intervjusituationen med respekt och försiktighet, samt antog ett inlyssnande, inkännande och empatiskt förhållningssätt gentemot deltagarna. Eventuellt kunde integriteten begränsas på grund av medlemskap i samma Facebookgrupp, då det fanns en viss risk att deltagarna hade någon sorts relation utanför studiens ram och därmed i färdigställt arbete skulle kunna särskilja vem som deltagit. Efter att alla intervjutillfällen bokats in raderades inlägget i Facebookgruppen, för att säkerställa deltagarnas anonymitet. Under databearbetningen förvarades den insamlade datan oåtkomlig för obehöriga. Intervjumaterialet överfördes till ett USB-minne som sedan tillsammans med samtyckesformulären arkiveras och förvaras inlåst under tio år på Göteborgs Universitet, Institutionen för fysiologi och neurovetenskap, enheten för arbetsterapi.

Nyttan av projektet

Det stora intresset av att delta i studien, samt kommentarer från medlemmar i Facebookgruppen "Vi som lever med PMS och PMDS", indikerade att det fanns ett stort behov hos målgruppen av att få dela med sig av sina upplevelser och att bli lyssnade på. Symtomen som beskrivs i ICD-11 (2) antyder även ett stort lidande hos patientgruppen. Från ett samhälls- och arbetsterapeutiskt perspektiv är det relevant att kunna hjälpa patientgruppen holistiskt och långsiktigt, inte bara för att den livmoderbärande befolkningen ska må så bra som möjligt, utan även för att avlasta det uppdämda vårdbehovet i Sverige (17). Även ur ett jämställdhetsperspektiv och jämlikhetsperspektiv är PMDS ett område att arbeta vidare med för att kunna förbättra hälsan hos personer med diagnosen.

Resultat

Det övergripande temat som framkom under analysprocessens gång blev *Som dag och natt*, som beskriver hur det är att ha två olika vardagsliv som byts av beroende på var i sin menscykel en person med PMDS befinner sig. Processen med den kvalitativa innehållsanalysen mynnade ut i tre huvudkategorier; *Påverkan på vardagslivet*, *Återkommande tankar och känslor* och *Faktorer som hjälper och stjälp* (Se figur 1). Symtomen av PMDS får påverkan på personernas vardagsliv och beskrivs närmare nedan under kategorin *Påverkan på vardagslivet*. Denna påverkan leder sedan till *Återkommande tankar och känslor*. Den sista kategorin beskriver olika *Faktorer som hjälper och stjälp*, som deltagarna uppgav underlättar och försvårar i vardagslivet med PMDS. Något som genomsyrade alla intervjuer var att vardagen med PMDS skiftar väldigt mycket under en cykel.



Figur 1. Översikt över tema, kategorier och underkategorier från studien om upplevelser av att leva med PMDS i vardagen.

Påverkan på vardagslivet

Deltagarnas PMDS-symtom leder till konsekvenser i deras vardagsliv. Underkategorierna var *Nödvändig planering*, *Undvika och anpassa aktiviteter*, *Arbete och skola* samt *Intimitet*. Perioderna med symtom kontra perioderna utan symtom beskrivs vara väldigt olika. Flera deltagare upplever att de är som en annan person under symtomperiod, och sedan återgår till att bli sig själva när menssen kommer och PMDS-symtomen avtar. De går från att vilja göra och se glädje i olika aktiviteter, till att inte vilja eller kunna göra någonting överhuvudtaget. Detta påverkar deltagarnas nära relationer, framför allt genom att de är arga och konfliktsökande mot sin familj eller deprimerade och socialt undvikande under symtomperioderna. Skillnaden beskrivs även som en total skillnad i personens lycka och personlighet.

Nödvändig planering

En konstant medvetenhet finns hos deltagarna för att kunna identifiera och förbereda sig för starten på deras symtomatiska period. De uppmärksammar bland annat när de börjar känna sig trötta, irriterade och lättretliga men framför allt när de börjar agera på ett sätt som inte är likt dem, som exempelvis att starta konflikter och liknande. Detta görs för att kunna planera sina kommande dagar och veckor, men också för att de som medicinerar cykliskt ska kunna börja ta sina mediciner.

“Va medveten om jag känner att jag börjar känna mig ledsen, eller känslig eller, så kollar jag ju i kalender o så ba, juste. Det är det.” (Deltagare 1)

Planering är en stor del i vardagen och många planerar och lever sitt liv efter sin menscykel och den energinivå som är kopplad till olika faser. Under sina PMDS-perioder uppger de att de inte har energi eller lust till att göra någonting alls och allt känns meningslöst samt att vanliga aktiviteter dränerar mer energi under dessa perioder. De planerar bland annat fritidsaktiviteter, kommande bröllop, resor och större arbetsuppgifter efter sin cykel.

“Jag kanske inte åker till Leos Lekland när jag har värsta PMS-tiden liksom” (Deltagare 7)

Undvika och anpassa aktiviteter

Gemensamt för alla deltagare är erfarenheter av att behöva undvika aktiviteter på grund av sina symtom. Flera deltagare beskriver att de under symtomperioden inte gör något alls på sin fritid, och sedan behöver ta igen allt de missat och försummat när de mår bra igen.

Anpassning av aktiviteter kan utgöras av att hålla sig mer i bakgrunden under sociala aktiviteter, eller att vara mindre noggrann med städning och disk. Vissa aktiviteter, som att gå en kurs en gång i veckan eller träningsrutiner, uppger flera deltagare att de inte kan delta i för att det blir för kostsamt både ekonomiskt och energimässigt.

“Jag slutade gå på yoga för jag orkade ju bara gå två gånger per månaden” (Deltagare 2)

Att inte umgås med människor på sin fritid under sina symtomperioder är återkommande för många deltagare och att ställa in träffar, aktiviteter och möten är inte ovanligt. Ett undvikande av koffein och alkohol finns hos några deltagare, då upplevelsen är att koffein förvärrar symtomen och alkohol kan berusa mer under symtomperiod och även utlösa vredesutbrott. Destruktiva tankar och självskadebeteende kan triggas av sociala medier, personer i den nära kretsen, folksamlingar och att läsa nyheter. Deltagarna uppger att de därför under symtomperioderna väljer bort dessa aktiviteter och människor där det finns risk för konflikter och utlösande av destruktiva beteenden. De undviker att gå på fester och sociala evenemang dels för avsaknaden av lust att delta, men också på grund av den sociala pressen att förtära alkohol. Dock beskrivs hos en deltagare en rädsla av att bli exkluderad vid kommande festtillfällen, som en konsekvens av att ibland behöva ställa in. Gällande hur familjen hanterar personen med PMDS när denne har symtom, svarar en deltagare så här:

“Det blir inte jättemycket för dom o hantera eftersom att jag väljer att inte umgås med dom under dom perioderna “(Deltagare 5)

Arbete och skola

Att PMDS påverkar arbete och utbildning är återkommande. Många delger att de är hemma från arbetet eller sin utbildning minst en dag per PMDS period.

*“Det är några dagar när man kanske inte kan jobba eller kan göra nånting i stort sett”
(Deltagare 4)*

Påverkan på arbete uttrycks även i form av att känna sig sämre på sitt jobb under PMDS-perioden. En sjuknärvaro i form av att jobba hemifrån eller att ändå infinna sig på arbetsplatsen trots dåligt mående är vanligt hos deltagarna. Vissa nämner att de på jobbet byggt upp en fasad för att klara av sitt arbete men att den sedan raserar när de kommer hem. En svårighet i att ha tidsbegränsade uppgifter i sin utbildning under den symtomatiska perioden beskrivs dels då det genererar ångest, men också för att det dåliga måendet hindrar personens förmåga att kunna prestera. I val av arbete och utbildning för framtida yrke väger många in möjligheten att kunna jobba hemifrån och planera sin egen tid för att kunna underlätta för sig själva under PMDS-perioderna. Någon deltagare uttrycker ett behov av att byta yrke för att inte längre behöva arbeta med människor. Detta för att minska sinnesintryck på arbetet såsom ljud och lukter, men också för att slippa riskera att ilska och irritation går ut över exempelvis skolbarn.

“Det (är) ofta som jag behöver ställa in tänkta lektioner och göra nåt annat typ sätta på en film eller, eh nåt lugnt liksom för att jag inte klarar av det” (Deltagare 5)

Intimitet

Att sexlusten kan påverkas är återkommande i alla deltagares vardagsliv. Att inte känna lust att dejta, vilja ha en kärleksrelation eller vara intim med befintlig partner uppges påverkas av både depression och kunde vara en biverkning av läkemedel mot depression. Att plötsligt inte vilja vara nära sin partner fysiskt beskrivs som jobbigt och påfrestande för båda i parrelationen.

“Jag vet ju att de kommer tillbaka o att de e, liksom, det går över men för honom är det ju jättejobbigt liksom, att, ja, just den biten” (Deltagare 1)

Som en biverkning med att medicinera med SSRI-preparat upplever flera deltagare att det har blivit svårt att känna sexlust eller uppnå orgasm under medicinsk behandling, och att det finns ett behov av att förklara sig för eventuella sexuella partners.

“Jag kan fortfarande få liksom känslor av att vilja vara intim men sen så är det svårt o liksom komma hela vägen [...] o de har jag varit extremt tydlig med att det är liksom inte dig det är fel på det är min medicin liksom.. Som stoppar det.. Men o då hittar man andra sätt o vara intim på” (Deltagare 2)

Återkommande tankar och känslor

Något som deltagarna ofta reflekterar över är olika tankar och känslor kopplade till hur PMDS påverkar det vardagliga och sociala livet. Detta resulterade i underkategorierna *Dåligt samvete* och *Oro inför framtiden*.

Dåligt samvete

I de fall ett dåligt samvete uttryckts, är det gentemot nära anhöriga. En deltagare beskriver att ilska och irritation går ut över både barn och sambo, och att ofta behöva ursäkta sitt agerande för sitt barn. Här finns en förståelse från barnet, som lär sig att föräldrarnas aggression hänger

samma med menscykeln. Både denna förståelse och själva agerandet gentemot barnet resulterar i skuld känslor och dåligt samvete hos deltagaren.

“Det är ju där det liksom dåliga samvetet kommer, en åttaåring ska inte behöva, egentligen över huvud taget va medveten om sin mammas cykel, för att hon inte kan bete sig, periodvis.” (Deltagare 5)

Oro inför framtiden

Den främsta oron för framtiden är kopplad till den medicinering som är aktuell för deltagaren. Oron gäller framför allt om behandlingen skulle upphöra att verka och vad det då skulle finnas för alternativ. Att inte medicinera mot PMDS uppges inte vara en hållbar lösning.

“Lite rädd att behandlingen just nu ska sluta fungera ehm å vad gör man då i stället om den om den slutar liksom” (Deltagare 2)

Flera deltagare har hört att symtomen kan förvärras efter en eller flera graviditeter, vilket ger upphov till rädsla. Oron för framtida familjebildning är påtaglig och det beskrivs en rädsla för hur deltagarnas beteende, bristande tålamod och förhöjda irritabilitet kan komma att påverka ett barn och dess uppväxt. Att inte kunna vara den mamma de skulle vilja vara på grund av de återkommande symtomen är en stor oro.

“Ja är lite rädd för framtiden om jag får barn i framtiden asså hur ska jag kunna ge dom 14 dagar innan mensen så jag är väldigt orolig hur jag ska kunna ge all min tid till dom när jag själv också mår dåligt liksom” (Deltagare 6)

Det uttrycks också en slags hopplöshet inför framtiden som gäller att behöva leva med sina symptom i vardagen fram till klimakteriet, och att eventuellt uppleva symptomförvärring och större påverkan på vardagslivet under klimakterieperioden.

Faktorer som hjälper och stjälper

Deltagarna beskriver flera faktorer som förvärrar eller förbättrar det aktuella tillståndet. Fungerande medicinering är en stor hjälp, och deltagarna har fått berätta om hur livet skiljer sig åt jämfört med innan behandling. Under intervjuerna framkommer också upplevelser av hur förståelse ibland lindrat dåligt mående hos deltagarna, och att oförståelse och okunskap hos omgivningen kan kännas påfrestande och frustrerande hos någon med PMDS. Underkategorierna blev *Behandling* och *Förståelse från omgivningen*.

Behandling

Flera deltagare beskriver fungerande medicinering som något livsavgörande, trots att biverkningar inte är ovanligt och något som de behöver hantera i sin vardag. Innan behandling har vissa deltagare haft mycket destruktiva tankar och självmordstankar som med korrekt medicinering försvunnit eller minskat. De allra flesta berättar att de någon gång provat P-piller antingen som behandling för PMDS eller av annan anledning och tyckt att det inte fungerat, utan snarare har förvärrat det psykiska måendet.

“Om bara medicinen får fortsätta verka som den gör då känns det hoppfullt för det känns lite som att jag fått livet tillbaka” (Deltagare 7)

Gällande sjukvården finns en frustration över den okunskap vissa deltagare blivit bemötta med om diagnosen PMDS. Några deltagare uppger att de inom psykiatri blivit feldiagnostiserade med depression eller psykos, och att detta är till följd av ouppmärksamhet på att symtomen uppkommer cykliskt. Deltagarna trycker på att de skulle vilja se en bättre teamsamverkan inom vården, framför allt mellan läkare, barnmorska och gynekolog. Det uttrycks också en önskan om regelbunden stödgrupp, för att göra aktiviteter eller bara samtala och dela erfarenheter med varandra. Det framkommer under intervjuerna att behandling utan diagnostisering förekommer, och upplevelsen av detta är individuell. Någon tycker inte att det är viktigt att det inte står i journalen, medan någon annan har upplevt en sorts upprättelse av att få det skrivet i sin journal.

Förståelse från omgivningen

Att leva med en partner som är förstående och har insikt i diagnosen beskrivs som en viktig faktor för att kunna leva i en partnerrelation.

“Om det är en partner som är förstående, så upplever jag att min PMDS blir bättre. För det finns.. Alltid nån form av trygghet o få” (Deltagare 3)

Att det finns en stor oförståelse från omgivningen nämns frekvent, och det upplevs frustrerande när någon inte förstår allvaret med diagnosen PMDS. En ovillighet att berätta för kollegor och lärare finns då deltagare tvivlar på att de skulle få förståelse, och vad det skulle göra för nytta.

“Jag orkar inte förklara hela tiden för varje lärare” (Deltagare 6)

Diskussion

Metoddiskussion

Då studien endast berörde sju deltagares upplevelser kan överförbarheten vara begränsad, men det var en stor spridning på ålder och det finns med citat från alla deltagare i resultatet vilket förstärker studiens giltighet (13).

Då intervjuerna ägde rum via Zoom fanns en fördel med ett större geografiskt upptagningsområde, samtidigt som subtil information kan ha gått förlorad i det digitala rummet, och ibland genom dålig kvalitet på internetuppkoppling hos deltagarna. Det var utmanande att läsa av kroppsspråk och känsla i ett digitalt rum, vilket kan ha påverkat riktningen på intervjun och antalet följdfrågor. Dock valde deltagarna själva fysisk plats för intervjun, vilket kan ha varit gynnsamt för datainsamlingen i form av möjlighet till trygg och välbekant miljö. Det hände ett fåtal gånger att störande moment uppstod, men detta var inget som märkbart förändrade intervjuns riktning eller hindrade deltagaren från att svara utförligt på frågorna.

Flera av deltagarna uppgav att de inte var diagnostiserade av läkare, men behandlades medicinskt för PMDS, medan andra hade blivit diagnostiserade. Författarna såg trots detta att innehållet i intervjuerna liknade varandra på många sätt, och att det insamlade materialet var oberoende av den rapporterade diagnostiseringen och därmed inte påverkar giltigheten

negativt utan snarare förstärker giltigheten (13). Det ledde även till att författarna såg ett potentiellt stort mörkertal gällande underdiagnostisering av målgruppen.

Användandet av en semistrukturerad intervjuguide öppnade upp för fördjupande frågor och förklaringar som berikade materialet (16). Under databearbetningen framkom att svaren från deltagarna om symtom, och effekterna av de symtomen i vardagslivet, flöt ihop och i många fall lämnades öppet för tolkning hos författarna. Efter frågan om vilka symtom personen upplever, hade det kunnat passa bra med följdfrågan "*vilka konsekvenser får dessa symtom i ditt liv?*" för att få tydligare svar på hur dessa symtom påverkar vardagslivet ur ett arbetsterapeutiskt perspektiv och relaterat till syftet. Om författarna hade haft mer erfarenhet av att genomföra kvalitativa, semistrukturerade intervjuer (16) hade detta kanske kunnat undvikas och genererat en högre giltighet för studien (13). Trots dessa omständigheter ses en mättnad i materialet då deltagarnas beskrivningar av vardagslivet liknade varandra, vilket ändå stärker studiens giltighet (13).

Att författarna varannan gång hade huvudansvaret i att hålla intervjuerna sågs som en styrka då en författare kunde fokusera på att ställa frågor medan den andra kunde lyssna in svaren, uppmärksamma viktiga delar och flika in och ställa följdfrågor. En svaghet kan ha varit att författarna ställde frågorna på något olika men snarlika vis. Dock var frågorna så öppna skrivna att det inte bör ha spelat någon större roll. Här sågs likheten mellan deltagarnas svar som ett resultat av tillräckligt lika frågeformuleringar.

Att genomföra studien med en annan metod hade kunnat resultera i ett mindre innehållsrikt resultat på grund av att deltagarna i denna studie hade möjlighet att fritt beskriva sina upplevelser av att leva med PMDS, vilket tjänade syftet väl. Det induktiva förhållningssättet hade en viktig funktion då det inte tidigare gjorts någon studie av upplevelsen av att leva med PMDS i vardagen. Att göra datainsamlingen på ett induktivt sätt medförde därmed en öppenhet gentemot deltagarnas berättelser och ett förutsättningslösare bearbetande av materialet. Detta i sin tur kan stärka giltigheten (13).

Båda författarna hade förförståelsen att vara menstruerande personer, varav en av författarna själv hade erfarenhet av PMDS. Den förförståelsen kan ha påverkat hur författarna uppfattat, tolkat och resonerat kring den insamlade datan, samt genomförandet av analysen och resultatet. För att försöka att inte styras för mycket av den förförståelsen antogs ett metareflekterande förhållningssätt gentemot den insamlade datan under analysprocessen. Författarna kan ha ingivit förtroende gentemot deltagarna i intervjusituationen, genom att de troligtvis uppfattades som kvinnor och därmed förstod mycket av det som deltagarna delade med sig av.

Resultatdiskussion

Ur resultatet växte temat *Som dag och natt* fram och belyste hur vardagen med PMDS kan te sig. I relation till ValMO-modellen (8) visade resultatet att deltagarna prioriterade arbetsaktiviteter under sina symtomperioder. Detta innebar att skötselaktiviteter, lekaktiviteter och vissa rekreativa aktiviteter fick vänta tills symtomen började klinga av och energin och lusten återvände. Under symtomperioderna upplevdes det svårt att delta i rekreativa och skötselaktiviteter som exempelvis en yogakurs respektive städning. En återkommande aktivitet under symtomperiod var att vila och sova, men författarna ställer sig frågande till om aktiviteten i detta fall av deltagarna verkligen skulle kategoriseras som rekreativ aktivitet

utifrån ValMOs aktivitetskategorier (8). Vila och extra sömn var kanske snarare en copingstrategi och ett sätt att överleva dagen. Utifrån detta undrar författarna om deltagarna över huvud taget hade några rekreativa aktiviteter under symtomperioderna, eller om de aktiviteter som skulle kunna identifieras som rekreativa inte nödvändigtvis hade en rekreativ effekt.

I resultatet identifierades flera aktiviteter hos deltagarna som verkade bli kopplade till andra känslor än vad som önskades, beroende på var i cykeln de befann sig. Exempelvis kunde en aktivitet som för deltagaren annars var lustfylld och glädjande under PMDS-perioden bli ångestfylld och nedtyngande i stället. Författarna kunde även identifiera att det fanns risk för en upplevd aktivitetsobalans ur ett makroperspektiv, då livet skiftade väldigt mycket under en cykel. Flera deltagare beskrev olika sätt att behöva kompensera för missade aktiviteter när de mådde bra. Under symtomperioden isolerade sig också deltagarna och det i ett större sammanhang kunde leda till förlorade kontakter och försvagande av relationsband vilket ses som en hälsorisk ur ett arbetsterapeutiskt perspektiv (7). Då deltagarna också nämnde att de kunde agera orättvist gentemot sin omgivning ledde detta till att de i förebyggande syfte tackade nej till sociala evenemang och ytterligare isolerade sig. Den planering de ägnade sig åt för att lindra, förhindra och förstå sina symtom kunde tänkas uppta mycket tid. De cykliska symtomen satte också käppar i hjulet för att kunna planera meningsfulla aktiviteter och spontaniteten var begränsad. Några nämnde att de totalt avstått från att dejta under flera år vilket betyder att de inte kunnat göra de aktiviteter de vill göra och då fått exkludera det i sitt liv. Att deltagarna undvek eller valde bort många aktiviteter kan också tyda på en stor risk för ohälsa hos målgruppen i stort (7). Med tanke på att flera till och med planerade sina yrkesliv och utbildningar utifrån sina symtom, och dessutom funderat på att byta yrke på grund av deras PMDS, råder det ingen tvekan om att diagnosen påverkar aktivitetslivet.

Allt detta förstärktes genom det övergripande temat *Som dag och natt*. Ur detta perspektiv såg författarna att det fanns risk för aktivitetsobalans och att ohälsa lagrades på och kunde leda till exempelvis utmattningssyndrom. Författarna såg även risk för egentlig depression på grund av känslan av hopplöshet inför framtiden, eventuell symtomförvärring efter graviditet och att behöva leva med diagnosen fram till menopausen.

Resultatet påvisade ett behov av vidare studier kring målgruppens upplevda aktivitetsbalans. Då studien gav exempel på hur symtomen av PMDS påverkar sociala relationer i vardagen, ses även ett behov av vidare studier angående hur diagnosen påverkar personens livsroller med exempelvis Model Of Human Occupation (18) som teoretisk grund.

Idag är sex som aktivitet ett omdiskuterat ämne inom arbetsterapi och aktivitetsvetenskap (19). Den rådande diskussionen behandlar att sexualitet är oerhört viktigt i en persons vardagsliv, inte bara sex som aktivitet, utan också hur människor ser på sig själva som sexuella varelser i relation till sig själv och andra människor. Problematiseringen i diskussionen gäller att de konventionella arbetsterapeutiska modellerna och teorierna inte erkänner sex och sexualitet som aktivitet (20, 21). Resultatet i den här studien visade att hur sexualiteten fungerar är något som påverkar en persons aktivitetsliv och relationer till andra. Sexualitetens fungerande var i den här studien något som personen själv och eventuella partners behöver förhålla sig till och hantera i vardagslivet.

Kliniska implikationer

Ur ett arbetsterapeutiskt perspektiv bör patientgruppen få tillgång till en profession som arbetar med meningsfullhet och engagemang i vardagen, och som kan stötta personerna i deras vardagsliv för att motverka ohälsan som tydligt framkommit i studien. Arbetsterapeuten ses därför som en ny möjlig vårdprofession för personer som har PMDS. Professionen kan identifiera och möjliggöra stärkande aktiviteter för att främja god hälsa under hela cykeln, och även vägleda i att skapa en upplevelse av aktivitetsbalans och att ha kontroll över sin vardag. Samtalsgrupper önskades av flera intervjudeltagare, för att minska känslor av ensamhet och få råd och vägledning gällande hanterande av hur symtomen påverkar vardagen. Eftersom det inte är ovanligt att arbetsterapeuter leder gruppinterventioner i det kliniska arbetet, ser författarna med fördel på att arbetsterapeuter skulle ha rollen som gruppleddare. För detta krävs dock fortsatt arbete med utökad kunskap för att kunna tillämpa evidensbaserade metoder, så att vården kan arbeta med att förbättra hälsan hos målgruppen.

Att ha cykliska depressioner kunde medföra minskad sexlust under dessa perioder. Detta är en komplex fråga, då vanliga biverkningar på SSRI-preparat är att uppleva nedsatt sexlust, sämre förmåga att prestera sexuellt och svårigheter att uppnå orgasm. Detta är ett något tabubelagt ämne och flera av studiens deltagare upplevde dessa biverkningar och besvär. Detta sammantaget ger implikationer på att samtal och interventioner på detta område kan komma att missas i vårdmöten med målgruppen, men att många patienter skulle ha nytta av arbetsterapeutiska och/eller sexologiska interventioner gällande sex och intimitet (19, 20).

Deltagarna uttryckte även ett stort behov av teamsamverkan mellan vårdprofessioner. Ur ett professionellt perspektiv kunde författarna identifiera detta behov även när deltagarna själva inte påpekade det. Här föreslår författarna att ett personcentrerat team bestående av förslagsvis läkare/gynekolog, arbetsterapeut, fysioterapeut, psykolog och sexolog skulle förbättra vården, och därmed den upplevda hälsan, avsevärt för patientgruppen.

Slutsats

Studiens resultat berättar om upplevelsen av hur det är att leva med PMDS i vardagen, samt konsekvenser i vardagslivet av att leva med diagnosen. Resultatet visar att det finns stor påverkan på vardagen och att det lett till att planering, dåligt samvete och oro är en stor del av livet med PMDS. Lutealfasen präglas av undvikande och anpassning av många olika aktiviteter, men även konflikter i olika relationer. Faktorer som underlättar i vardagen kan vara en förstående omgivning och en väl anpassad medicinering. Försvårande faktorer manifesteras främst genom oförståelse från den sociala omgivningen.

Att ha diagnosen PMDS innebär dramatiska förändringar i vardagslivet när faserna i menscykeln skiftar. Ur resultatet identifierades vidare forskningsområden som handlar om att undersöka aktivitetsbalans hos målgruppen, hur livsroller påverkas av diagnosen samt vilka arbetsterapeutiska insatser som skulle kunna vara behjälpliga för att främja målgruppens långsiktiga hälsa och underlätta vardagslivet för personer som lever med PMDS.

Referenser

1. World Health Organization. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 1948. [Citerad 2022-12-2] Available from: <https://www.who.int/>
2. World Health Organization. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018. [Citerad 2022-12-2]. Hämtad från: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/1526774088>
3. Rapkin A J, Winer S A. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: quality of life and burden of illness. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res.* 2014;9(2): 157–70.
4. Uriel Halbreich, Jeff Borenstein, Terry Pearlstein, Linda S Kahn. The prevalence, impairment, impact, and burden of premenstrual dysphoric disorder (PMS/PMDD). *PNEC.* 2003;28(3): 1–23.
5. Schmalenberger K M, Tauseef H A, Barone J C, Owens S A, Lieberman L, Jarczok M N, Girdler S S, Kiesner J, Ditzen B, Eisenlohr-Moul T A. (2021). How to study the menstrual cycle: Practical tools and recommendations. *PNEC.* 2021;123.
6. Mishra S, Elliott H, Marwaha R. *Premenstrual Dysphoric Disorder.* StatPearls Publishing. 2022.
7. Wilcock A, Hocking C. *An occupational perspective of health.* 3 ed. Thorofare: Slack Inc; 2015.
8. Erlandsson L-K, Persson D. *ValMO-modellen.* 2 uppl. Lund: Studentlitteratur; 2020.
9. Hardy C, Hardie J. Exploring premenstrual dysphoric disorder (PMDD) in the work context: a qualitative study. *J of Psychosom Obst & Gyn.* 2017;38(4):292–300.
10. Prasad, D, Wollenhaupt-Aguiar, B, Kidd K N, de Azevedo Cardoso, T, Frey B N. Suicidal risk in women with premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: A systematic review and meta-analysis. *J of women's health.* 2002;30(12):1693–707.
11. Hammell KW. Dimensions of meaning in the occupations of daily life. *Can J Occup Ther.* 2004;71:296-305.
12. Priebe G, Landström C. Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar i grundläggande vetenskapsteori. I: Henricson M. *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad.* 2 uppl. Lund. Studentlitteratur; 2017. s. 25–42.
13. Graneheim UH, Lundman B. *Kvalitativ innehållsanalys.* I: Höglund-Nielsen B, red. *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård.* 3 uppl. Lund: Studentlitteratur; (2017). s. 187–200.

14. Henricson M, Billhult A. Kvalitativ design. I: Henricson M, red. Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad. 2 uppl. Lund: Studentlitteratur; (2017). s. 130–7.
15. Lag om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460) [Internet]. Stockholm. Sveriges riksdag [citerad 10 mars 2023]. Hämtad från: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460
16. Danielsson E. Kvalitativ forskningsintervju. I: Henricson M, red. Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad. 2 uppl. Lund: Studentlitteratur; (2017). s. 164–74.
17. Regeringskansliet, Socialdepartementet, Sveriges Kommuner och Regioner. Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2023. [Internet]. Stockholm: Regeringskansliet, Socialdepartementet, Sveriges Kommuner och Regioner; 2022. Bilaga 11:4. Hämtad från: <https://www.regeringen.se/4b01ae/contentassets/7163cc3b0d2a4f01953d6c585325dcb6/ok-okad-tillganglighet-i-halso--och-sjukvarden-2023.pdf>
18. Kielhofner G, Taylor RR, redaktörer. Model Of Human Occupation: teori och tillämpning. 2:a uppl. Lund: Studentlitteratur; 2020.
19. Young K, Dodington A, Smith C, Heck CS. Addressing clients' sexual health in occupational therapy. *Can J Occup Ther.* 2020;87(1):52-62.
20. Couldrick L. Sexual Expression and Occupational Therapy. *Bri J of Occup Ther.* 2005;68(7):315-318.
21. Alexandersson K. Öppna upp för frågor. *Arbetssterapeuten.* 2022;1:19-2.