



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi
Psykologprogrammet

”Har du PMS, eller?”
En kvantitativ studie över psykosociala faktorerers samband
med premenstruellt syndrom

Sandra Ekholm och Ina Rosvall

Psykologexamensuppsats. 2014

Handledare: Lars-Gunnar Lundh
Examinator: Elia Psouni

Sammanfattning

Psykosociala faktorerers samband med PMS undersöktes genom en webbaserad enkätundersökning som besvarades av 1320 svensktalande kvinnor och transpersoner med aktiv menscykel. Studien visade samband mellan höga nivåer av PMS och att bo tillsammans med barn eller partner samt att ha en mindre stöttande partner och låg relationstillfredsställelse. Personer med en låg utbildningsnivå, egna erfarenheter av depression och en biomedicinsk förståelse av PMS besvärades i högre utsträckning av PMS. Samband kunde också etableras mellan PMS och premenstruella copingstrategier, tendenser till perfektionism och benägenhet att undertrycka egna känslor och behov i relation till andra (Silencing the Self). Studien visade även att PMS varierar med ålder och är högst för personer mellan 30 och 39 år. Dessa variabler förklarade tillsammans 33,9 % av variansen av PMS. De variabler som gav det starkaste unika bidraget till den förklarade variansen var premenstruella copingstrategier, erfarenheter av depression, Silencing the Self och hemmaboende barn. Studiens resultat belyser hur PMS uppstår i ett sammanhang av normer, livsvillkor och relationer. Författarna ser utifrån studiens resultat ett stort behov av forskning om psykologisk behandling för PMS och PMDS. Ytterligare kunskap om mekanismerna bakom PMS behövs för att förstå hur begreppet PMS påverkar och formar oss som individer och som samhälle.

Nyckelord: PMS, PMDS, premenstruell, psykosocial, Silencing the Self, perfektionism, depression, coping, attribution, partner, föräldraskap, attityd, ålder, utbildningsnivå, preventivmedel, kvantitativ forskning, enkät, Sverige.

Abstract

The association between PMS and psychosocial factors was studied using the responses of 1320 women and transgender people with an active menstrual cycle to a Swedish web-based survey. Living with children or a romantic partner was associated with higher levels of PMS, in addition to low relational satisfaction and a less supportive partner. Premenstrual Coping, Perfectionism and Silencing the Self were associated with PMS, as well as biomedical causal attributions, lower levels of education and a personal history of depression. An association between age and PMS was established with respondents aged 30-39 years reporting the highest rates of PMS. These variables accounted for 33,9% of the total variance in PMS. Premenstrual Coping, personal history of depression, Silencing the Self and living with children were the biggest individual contributors to the prediction of PMS. The study illustrates PMS in a context of social norms, living conditions and relationships. Based on the results, the authors find a great need for further research on psychological treatment for PMS and PMDD. Research on the mechanisms behind PMS is needed to understand how the concept PMS affects and molds us as individuals and as a society.

Keywords: PMS, PMDD, premenstrual, psychosocial, Silencing the Self, Perfectionism, depression, coping, attribution, relational, partner, parenthood, attitude, age, education, oral contraceptive, quantitative research, survey, Sweden.

INTRODUKTION	1
Biologiska perspektiv på PMS	2
Sociokulturella perspektiv på PMS	2
Faktorer som kan ha samband med PMS	4
Förklaringsmodell.....	4
Copingstrategier för att hantera premenstruella förändringar.....	5
Silencing the Self.....	6
Perfektionism.....	7
Depression.....	8
Socioekonomisk status.....	8
Ålder och hemmaboende barn.....	8
Hormonella preventivmedel.....	9
Relationer.....	9
<i>Partners stöd och inställning till PMS</i>	9
<i>Relationskvalitet och konflikthantering</i>	9
Sammanfattning	10
SYFTE	11
FRÅGESTÄLLNINGAR	11
METOD	11
Design.....	11
Deltagare.....	12
Mätinstrument.....	13
PMS-symtom.....	13
Förklaringsmodell.....	13
<i>Biomedicinsk förklaringsmodell</i>	13
<i>Biopsykosocial förklaringsmodell</i>	13
<i>Ingen förklaringsmodell</i>	13
<i>Övriga förklaringsmodeller</i>	14
Socioekonomisk status.....	14
Copingstrategier för att hantera premenstruella förändringar.....	14
Relationsaspekter.....	14
<i>Relationskvalitet</i>	14
<i>Partners inställning till PMS</i>	15
Silencing the Self.....	15
Perfektionism.....	15
Procedur.....	15
Dataanalys.....	16
Etiska överväganden.....	16
RESULTAT	16
Förekomst av PMS i undersökningsgruppen.....	17
Psykiska och fysiska förändringar veckan innan menstruation.....	17
<i>Beskrivningar av psykiska förändringar</i>	17
<i>Beskrivningar av fysiska förändringar</i>	18
Korrelationssamband.....	19

Gruppjämförelser.....	21
Förklaringsmodell.....	22
Depression.....	23
Utbildningsnivå.....	24
Sysselsättning.....	24
Civilstånd och samboende med partner.....	25
Partners kön.....	25
<i>Partners kön och inställning till PMS.....</i>	25
Hemmaboende barn.....	26
Hormonella preventivmedel.....	26
Ålder.....	26
<i>Ålder och Silencing the Self.....</i>	27
<i>Ålder och perfektionism.....</i>	27
Regressionsanalys.....	28
DISKUSSION.....	30
Förklaringsmodell.....	30
Copingstrategier för att hantera premenstruella förändringar.....	31
Silencing the Self.....	32
Perfektionism.....	32
Depression.....	33
Socioekonomisk status.....	33
Hormonella preventivmedel.....	34
Hemmaboende barn.....	34
Relationsfaktorer.....	34
Civilstånd.....	34
Generell relationskvalitet.....	35
Partners inställning till PMS.....	35
Partners könstillhörighet.....	36
Ålder.....	36
Styrkor och svagheter.....	37
Deltagare.....	37
<i>Urvalets yttre validitet.....</i>	37
Begreppsvaliditet och mätinstrument.....	38
PMS.....	38
<i>Relationsfaktorer.....</i>	39
<i>Socioekonomisk status.....</i>	39
<i>Perfektionism och Silencing the Self.....</i>	40
Copingstrategier för att hantera premenstruella förändringar	40
Kliniska implikationer och förslag på framtida forskning.....	40
REFERENSER.....	42
BILAGA A.....	46

Det finns i dagsläget ingen vedertagen definition av PMS, premenstruellt syndrom. PMS brukar beskrivas som psykologiska och fysiologiska symtom som uppkommer regelbundet innan menstruation och försvinner vid menstruationens start. Uppgifter om hur vanligt PMS är i den allmänna populationen varierar stort, sannolikt på grund av att PMS definieras och mäts på olika sätt av olika forskare. Prevalensuppskattningar varierar från två till hundra procent (Christler & Caplan, 2002). Enligt DSM-IV drabbas sjuttio procent av kvinnor i fertil ålder av premenstruella symtom såsom mildt psykologiskt obehag, svullnad och ömma bröst (Ross & Steiner, 2003).

En allvarligare form av PMS kallas för premenstruellt dysforiskt syndrom (PMDS) och finns beskriven som diagnos i DSM-IV. Definitioner av PMS utgår ofta från definitioner av PMDS med den skillnaden att diagnoskriterierna inte måste uppfyllas helt. Enligt DSM-IV är symtomen på PMDS nedstämdhet, irritabilitet, humörsvängningar, ångest eller oro, minskat intresse för dagliga aktiviteter, koncentrationssvårigheter, trötthet eller minskad energi, aptitförändring som ökat sötsug, störd nattsömn, känsla av kontrollförlust och bröstspänning eller svullnad. För att uppfylla diagnoskriterierna måste fem av dessa symtom förekomma, varav ett bland de fem första. Besvären ska uppkomma under den premenstruella veckan och försvinna i samband med menstruationens inträde och tillståndet ska påtagligt påverka det dagliga livet. Diagnoskriterierna innefattar även att symtomen inte förvärras av en underliggande sjukdom eller störning och för en säker diagnos bör dagliga mätningar genomföras under minst två menstruationscykler. Diagnostisering av PMS och PMDS förutsätter även att symtomen påverkat kvinnans fungerande avseende effektivitet eller produktivitet i arbetet, i relationer med kollegor, i relationer med familjen, i hennes sociala liv eller avseende hennes ansvar i hemmet (Ross & Steiner, 2003). Mellan tre och nio procent av vuxna kvinnor uppskattas lida av PMDS (Romans, Clarkson, Einstein, Petrovic & Stewart, 2012) och yngre kvinnor har ofta mer allvarliga symtom (Ross & Steiner, 2003).

King och Ussher (2012) visade att det inte var ovanligt att kvinnor hade positiva erfarenheter kopplade till PMS som att känna sig glad, energisk och mer attraktiv under den premenstruella fasen. Studien visade även att många kvinnor uppskattade symtom som allmänt uppfattas som negativa. Exempelvis uppgav kvinnor att de upplevde det som positivt att släppa på spänningar de annars bar på och att de kände att de fick en legitim anledning att ägna sig åt självomhändertagande under den premenstruella fasen. Premenstrual change, PMC, är ett samlingsnamn för de positiva och negativa premenstruella förändringar kvinnor upplever och som ofta förbises av forskning om premenstruella upplevelser.

Biologiska perspektiv på PMS

Forskningen om PMS har traditionellt utgått från en biologisk förklaringsmodell då menstruationscykeln och dess hormoner ansetts vara orsaken till premenstruella besvär. Det har dock varit svårt att belägga ett sådant samband. Kvinnor med PMDS har samma basala nivåer av äggstockshormoner som kvinnor utan PMDS (Ross & Steiner, 2003). Dessutom har PMS-symtom ofta mätts på så olika sätt att det har varit svårt att komma fram till slutsatser kring vilka symtom som anses ha ett etablerat samband med menstruationscykeln. I *Mood and the Menstrual Cycle: A Review of Prospective Data Studies* sammanställer Romans et al. (2012) resultaten från 47 studier av psykiska PMS-symtom och deras samband med menstruationscykeln. Översikten inkluderar endast studier som mätt minst en hel menscykel för kvinnor samt studier där data om PMS-symtom samlades in under den tid kvinnan upplevde symtomen snarare än i efterhand. Dessa kriterier sattes upp för att kunna undersöka huruvida ett faktiskt samband mellan den premenstruella fasen i menstruationscykeln och de rapporterade premenstruella symtomen kunde beläggas. Genomgången av Romans et al. (2012) visade inget klart stöd för antagandet att menstruationen föregås av ett mönster av negativa humörsvängningar. 38 % av studierna fann inget samband mellan humör och fas i menstruationscykeln. Endast 15 % av studierna fann ett samband mellan negativt humör och den premenstruella fasen. De resterande studierna (47 %) fann ett samband mellan humör och flera faser i menstruationscykeln eller samband med en annan fas än den premenstruella fasen. Författarna drar slutsatsen att den vitt spridda uppfattningen om att negativa humörsvängningar skulle vara allmänt förekommande i den premenstruella fasen behöver ifrågasättas och artikeln har fått stort genomslag i forskningen på premenstruella besvär.

Trots det sviktande vetenskapliga stödet visade en behandlingsstudie av kvinnor med PMDS att 60 % av de drabbade kvinnorna hade en biomedicinsk förklaringsmodell till sina svårigheter (Hunter, Ussher, Cariss, Browne, Jelley & Katz, 2002).

Sociokulturella perspektiv

Det är väldokumenterat att förekomsten och symtomen på PMS varierar mellan olika kulturer (Tschudin, Berteau & Zemp, 2010; Christler & Caplan, 2003; Ross & Steiner, 2003), vilket talar för att PMS i stor utsträckning påverkas av kulturella normer. Studier av PMS utifrån ett feministiskt perspektiv har lyft fram hur kvinnor bedömer sina premenstruella upplevelser och beteenden utifrån ofta orealistiska feminina ideal (Ussher, 2004). Enligt Christler (2008) socialiseras kvinnor till att tro att de konstant behöver sträva efter självbehärskning och kontroll. Detta innebär att kvinnorna förväntas vara självuppoffrande och upplever ett

överdrivet ansvar att inte uttrycka eller känna oönskade känslor och behov. Många kvinnor som lider av PMS upplever en oförmåga att kontrollera sig själva (Ussher & Perz, 2013). I *The Strange Case of Dr Jekyll and Ms Hyde: how PMS became a Cultural Phenomenon and a Psychiatric Disorder* använder Christler och Caplan (2003) ett kritiskt feministiskt perspektiv för att förstå hur begreppet PMS upprätthåller könsstrukturer. Utifrån kvinnliga ideal om lugn och tålmod beskrev kvinnor med PMS sig själva som två olika personer; en kvinna som de verkligen var och en PMS-person, som tillskrevs aggression och andra negativt värderade egenskaper. Kvinnan med PMS beskrevs inte sällan som ett hormonellt monster, både av henne själv och hennes partner (Reberte, Cogo de Andrade, Hoga, Rudge & Rodolpho, 2014).

Sarafem var en av de första läkemedelsbehandlingarna mot PMS. Denna antidepressiva medicinering lanserades med sloganen ”Be more like the woman you are”. Trots att PMS och PMDS upplevs som vanliga och återkommande fenomen som för somliga kvinnor upplevs mer än två veckor per månad, konstrueras PMS inte som en del av kvinnan själv, utan som något som är skilt från henne och sämre än den hon *egentligen* är (Christler & Caplan, 2003).

PMS har använts som försvar när kvinnor åtalats för vitt skilda brott som snatteri, trafikbrott och trakasserier. Utan vetenskapligt stöd har det hävdats att kvinnor med PMS oftare misslyckas med prov, råkar ut för bilolyckor, begår självmord och presterar sämre på arbetet (Ussher, 2008). PMS har ibland använts som ett argument mot kvinnor på arbetsmarknaden och i utbildningsväsendet. Karin Johannison skriver i boken *Den mörka kontinenten* (2013): “Ännu vid sekelskiftet 1900 hävdade många läkare att flickans inträde i den reproduktiva livscykeln automatiskt uteslöt henne från högre utbildning. Den unga kvinnan kunde inte samtidigt utveckla sin intellektuella och sin reproduktiva kapacitet” (s.74). Johannison beskriver hur patologiseringen av menstruationen var stark vid den här tidpunkten, denna sjukdomsförklaring användes som ett starkt argument mot kvinnans möjligheter på arbetsmarknaden. Den medicinska expertisen fick stöd från bl.a. den borgerliga kvinnorörelsen och författaren Hulda Garborg: “Hur många af oss äro icke under dessa dagar i en enda upphetsning, i ett humör så retligt att vi helst ville slå ihjäl alla människor? Aldrig skulle jag våga låta operera mig af en kvinnlig läkare... det skulle vara en förbrytelse af oss t.ex. att uppträda som domare” (s.75). Argument för att kvinnor är mindre lämpade som mödrar är sällsynta, trots att PMS-symtom är mer framträdande i hemmet än på arbetet (Ussher, Perz & May, 2014). Studier har även visat att kvinnor lyfter existerande äktenskapliga konflikter och bekymmer som paret inte talar om annars under sin PMS, vilket talar mot bilden av PMS som plötsliga irrationella känsloutbrott (Ussher & Perz, 2007).

Faktorer som kan ha samband med PMS

Förklaringsmodell. Vad personer med PMS ser som orsaken till sina svårigheter kan ha följder för hur de själva och omgivningen reagerar på kvinnornas symtom. En biologisk förklaringsmodell innebär att hormoner eller någon annan biologisk faktor ses som orsaken till PMS. En psykosocial förklaringsmodell innebär att psykologiska och sociala faktorer ses som orsaken till de premenstruella symtomen, som exempelvis stress, olösta konflikter och höga krav från andra eller sig själv. En biopsykosocial förklaringsmodell innebär att psykologiska och sociala faktorer i kombination med biologiska ses som orsaken till PMS (Hunter et al., 2002). Lee (2002) har visat att en del kvinnor upplever att deras premenstruella symtom inte blir tagna på allvar om de inte har en biomedicinsk förklaringsmodell. Ussher, Perz och Mooney-Somers (2007) framhåller att en biomedicinsk förklaring leder till att kvinnor upplever att de själva inte har kontroll över sitt mående eller sin situation. Kvinnor som ser hormoner som orsaken till sitt beteende kan känna sig hjälplösa och uppleva skuld och självförakt för sin oförmåga att kontrollera sina hormoner. Caplan (2002) är kritisk till en biomedicinsk förklaring och menar att medicinsk behandling innebär att kvinnan inte behöver fundera över alternativa, exempelvis relationella, förklaringar till sitt dåliga humör. Därmed kommer kvinnan inte förändra sitt liv för att må bättre, och eventuella psykologiska eller sociala bakgrunder till det dåliga måendet cementeras.

Reberte, Cogo de Andrade, Hoga, Rudge och Rodolpho (2014) skriver i artikeln *Men's Perceptions and Attitudes Toward the Partner With Premenstrual Syndrome* att de män som intervjuades hade en starkt biomedicinskt influerad syn på PMS. Detta ledde till att kvinnornas PMS antingen osynliggjordes eller sågs som ett allvarligt medicinskt problem som krävde behandling, snarare än att ses som ett normalt uttryck för känslor.

Hunter et al. (2002) frågade deltagare i en behandlingsstudie för PMS om vad de ansåg vara orsaken till PMS. Deltagarnas svar kategoriserades in i olika kategorier; biologisk förklaring, biopsykosocial förklaring och ingen förklaring. Den vanligaste förklaringsmodellen var biomedicinsk. Runt 60 % hade en biomedicinsk förklaring, som exempelvis att PMS beror på hormoner. Ca 32 % hade en biopsykosocial förklaring, som exempelvis att PMS beror på stress. Studien visade även att vilken förklaringsmodell kvinnor hade till sin PMS påverkades av vilken behandling de fick. De kvinnor som genomgick KBT som behandling hade en signifikant ökning av biopsykosociala förklaringar jämfört med de kvinnor som genomgick farmakologisk behandling. Genom intervjuer med kvinnorna i behandlingsstudien kom Ussher (2008) fram till att en biopsykosocial förklaringsmodell minskade kvinnornas tendens att patologisera den egna kroppen, vilket ökade deras förståelse

för sina känslomässiga reaktioner och förmåga att hantera sitt mående. I Hunter et al.s (2002) behandlingsstudie fann man dock inget direkt samband mellan förklaringsmodell och behandlingsutfall, vilket talar mot den betydelse Ussher tillskriver den egna förklaringsmodellen.

Copingstrategier för att hantera premenstruella förändringar. Enligt Christler och Caplan (2003) använder kvinnor som lider av PMS andra copingstrategier än kvinnor som inte lider av PMS. Kvinnor som inte har PMS använder sig i större utsträckning av copingstrategier som förändrar deras situation, antingen genom problemlösning, handling eller att söka socialt stöd. Denna skillnad kan förstås utifrån Ussher, Perz och Mays (2014) resonemang om att kvinnor med PMS inte ser sina bekymmer som legitima, vilket skulle kunna leda till att de inte söker socialt stöd, och inte heller söker sätt att lösa situationen genom handling. Enligt Christler och Johnston-Robledo (2002) använder kvinnor med PMS i större utsträckning *självklandrande* som copingstrategi.

Kvinnors copingstrategier vid PMS påverkas även av hur de förstår orsakerna till sin PMS. Blake (1995) har utarbetat en teoretisk modell för att förstå PMS utifrån ett KBT-perspektiv. Enligt författaren är det avgörande att förstå de attributioner kvinnor gör utifrån sina premenstruella förändringar. Då kvinnor med PMS brukar attribuera sina symtom till bristande kontroll och hanteringsförmåga leder PMS-symtomen till sänkt stämningsläge, ångest och spänningar, vilket i sin tur leder till ytterligare negativa tankar och skuld. Blake (1995) föreslår även att kvinnor som lider av PMS har tankar och övertygelser som bidrar till deras symtom, som att de anser sig vara ansvariga för andras emotionella välbefinnande, eller att de har höga förväntningar på egna prestationer. Ussher och Perz (2013) visar att kvinnor som normaliserar PMS har större sannolikhet att ägna sig åt positiva copingstrategier, vilket ytterligare belyser sambandet mellan kvinnornas förklaringsmodell för PMS och strategier för att hantera PMS.

Read, Perz och Ussher (2014) undersökte 250 australiensiska kvinnors sätt att hantera sina premenstruella förändringar och fann att kvinnor huvudsakligen ägnade sig åt fem typer av beteenden. Avoiding Harm som innebär att undvika personer, ämnen, situationer och annat som skulle kunna orsaka upprörda känslor och att ifrågasätta sina negativa tankar. Awareness and Acceptance of Premenstrual Change som innebär att acceptera förändringarna och att se PMS som en normal del av livet. Adjusting Energy, som innebär att tillåta sig själv att ventilera sina känslor, att äta mer sötsaker, fokusera mindre på andra och att lägga mindre energi på träning och sociala aktiviteter. Self Care som innebär att fokusera mer på egna behov och att göra saker som får en att slappna av. Communicating som innebär att

kommunicera till andra hur man känner och vad man behöver samt att be om hjälp. I studien visade det sig att Awareness and Acceptance of Premenstrual Change hade ett signifikant positivt samband med upplevd förmåga att hantera PMS vilket indikerar att högre poäng på denna skala har samband med bättre förmåga att hantera PMS. Avoiding Harm, Adjusting Energy och Self Care hade å andra sidan ett signifikant negativt samband med förmåga att hantera PMS vilket visar att dessa copingstrategier var förknippade med lägre förmåga att hantera PMS. Communicating hade ett positivt men inte signifikant samband med förmåga att hantera PMS.

Silencing the Self. Usshers och Perz (2013) intervjuer med kvinnor med PMS visade att en del kvinnor ägnade sig åt att aktivt tysta sig själva vid PMS, vilket ofta beskrevs som mycket krävande. Författarna drar paralleller till det "self-silencing" som sammankopplas med kvinnors depression (Jack, 2001) då kvinnor undertrycker egna känslor, i första hand ilska, för att undvika relationella konflikter eller separationer. Dana Crowley Jack utvecklade teorin om Silencing the Self (STSS) genom att lyssna till moraliska teman i deprimerade kvinnors berättelser. Jack menar att deprimerade kvinnors relationella scheman präglas av självupppoffring, självtystande och att tillfredsställa andra. Det är en anpassning kvinnor gör för att nå intimitet trots en underordnad position. På insidan väcks ilska för att de egna behoven åsidosätts medan andras behov tillfredsställs. Den intimitet som uppnås genom att anpassa sig på detta sätt upplevs dock inte som fullvärdig då kvinnan hela tiden har en upplevelse av att inte bli älskad för sitt sanna jag. Då intimitet utesluter autenticitet skapas en känsla av isolering och hopplöshet och denna känsla kan i sin tur leda till depression (Jack, 2001).

Silencing the Self delas in i fyra underkategorier. Den första, Externalized Self-Perception, innebär att se och bedöma sig själv utifrån yttre måttstockar och innefattar ofta en negativ självvärdering. Care as Self-Sacrifice innebär att sätta andras behov före sina egna för att behålla en relationell anknytning. Den tredje undergruppen heter Silencing the Self, och innebär att censurera sin person och sina handlingar för att undvika konflikter och relationella uppbrott. Den fjärde kategorin, Divided Self innebär att visa upp ett yttre själv som skiljer sig från det inre (Jack, 2011).

Ussher (2008) påvisade i en intervjustudie ett samband mellan PMS och Silencing the Self. Processen att tysta sig själv pågick enligt dessa kvinnor under ca tre veckor i månaden. Tystandet kunde gälla irriterande "småsaker" eller mer substantiella relationsproblem vilka de försökte att inte bry sig om. Detta självtystande bryts sedan i den premenstruella fasen, då frustrationen blir överväldigande och kvinnan inte kan (eller vill) tysta de egna behoven mer.

PMS blir då beskrivningen på den irritation, depression eller frustration som många kvinnor upplever i relation till de krav på tolerans och anpassningsförmåga som de ställs inför. PMS kan då förstås som ett undantagstillstånd, ett utlopp för känslor som undertrycks resten av månaden. I författarnas kännedom har inga studier undersökt ett samband mellan Silencing the Self och ålder, men sambandet mellan PMS och ålder antyder ett möjligt samband mellan dessa.

Perfektionism. Perfektionism kan sammanfattas som en tendens att sätta orealistiska mål och sträva efter att uppnå dessa. Perfektionisten har ofta en tendens till dikotomt tänkande där endast total framgång eller totalt misslyckande är möjligt. På grund av selektiv uppmärksamhet läggs stor vikt vid misslyckanden och dessa misslyckanden övergeneraliseras ofta (Pacht, 1984).

Hewitt och Flett (1991) har identifierat tre olika dimensioner av perfektionism. Den första kallas för perfektionism riktad mot självet (Self-oriented Perfectionism). Denna dimension innefattar tendenser att sätta höga mål för sig själv och strängt utvärdera och censurera det egna beteendet. Denna form av perfektionism är relaterad till olika former av psykisk ohälsa såsom ångest och anorexia nervosa. En komponent i perfektionism riktad mot självet är en diskrepans mellan perfektionistens ideala jag och faktiska jag vilket är relaterat till depressiva affekter (Strauman, 1989) och låg självaktning (Hoge & McCarthy, 1983).

En annan viktig dimension av perfektionism innefattar tankar och förväntningar på andra. Denna form av perfektionism kallas för perfektionism riktad mot andra (Other-oriented Perfectionism). I denna dimension ingår tendenser att ha orealistiska krav på närstående, lägga stor vikt vid att andra är perfekta och strängt utvärdera andras prestationer. Detta beteende är i grunden detsamma som perfektionism riktad mot självet med skillnaden att det perfektionistiska beteendet riktas utåt istället för inåt (Hewitt & Flett, 1991).

Den tredje dimensionen av perfektionism innefattar det upplevda behovet att leva upp till andras krav och förväntningar och kallas för socialt förskrivna perfektionism (Socially Prescribed Perfectionism). Detta innefattar människors tro eller uppfattning av att signifikanta andra ställer orealistiska krav på dem, utvärderar dem strängt och pressar dem till att vara perfekta. Studier har påvisat att den starkaste prediktorn för att återfalla i depression var patientens upplevelse av kritik från partnern (Hooley & Teasdale, 1989).

I en intervjustudie gjord av Haywood, Slade och King (2007) påvisades att ett stort problem för kvinnor med hög grad av premenstruella symtom var en låg förmåga att tolerera imperfektion, både gällande deras egen prestation och gällande deras relation till andra. Haywood, Slade och King (2007) fann emellertid inget samband mellan en hög grad av

perfektionism och ökade psykiska premenstruella symtom men ett samband mellan perfektionism och fysiska premenstruella symtom. Studien visade även på att socialt stöd var en modererande faktor mellan perfektionism och fysiska symtom. Ett stort stöd från kvinnans partner och moder minskade risken för allvarliga premenstruella besvär. Tidigare studier (Garaigordobil, M., & Maganto, C. 2013) har visat att perfektionism minskar med ålder.

Depression. Psykisk och fysisk hälsa har pekats ut som den starkaste prediktorn för PMS och PMDS (Tschudin et al., 2010). Emellertid bör PMDS särskiljas från andra underliggande sjukdomar, främst psykiatriska, som förvärras under den premenstruella fasen. (Ross & Steiner, 2003). Hos kvinnor med kronisk depression uppvisar 25 % ett mönster av premenstruell förvärring av symtomen, vilket bör särskiljas från PMDS (Miller & Miller, 2001). PMDS kan dock behandlas med antidepressiv medicinering och symtomen har ett uppenbart överlapp med depression (Ross & Steiner, 2003). Silencing the Self och perfektionism som lyfts fram som möjliga påverkansfaktorer vid premenstruella besvär har samband med depression hos kvinnor (Jack, 2001, Strauman, 1989; Hooley & Teasdale, 1989) vilket ytterligare belyser sambandet mellan depression och premenstruella besvär.

Socioekonomisk status. En del forskning har gjorts för att undersöka kopplingar mellan PMS och sociodemografiska faktorer. Resultaten är dock begränsade och inte alltid överensstämmande. Historiskt sett har PMS betraktats som ett medelklassfenomen (Johannison, 2013) och en del forskning kan påvisa att kvinnor med högre utbildning upplever mer PMS än kvinnor med lägre utbildning (Marvan, Diaz-Erosa & Montesinos, 1998). Annan forskning menar att PMS är vanligare hos de med lägre utbildningsnivå (Tschudin et al., 2010). En svensk studie visar också att arbetslösa kvinnor och kvinnor som upplever mycket press på jobbet har en högre nivå av vanliga symtom på PMS (Krantz & Östergren, 2000).

Ålder och hemmaboende barn. Tschudin et al.s (2010) undersökning av 3913 schweiziska kvinnor visade att prevalensen av PMS varierade med kvinnornas ålder. Kvinnor mellan 25 och 34 hade minst besvär och kvinnor mellan 35 och 54 hade mest besvär. Kvinnor mellan 15 och 24 hade något lägre symtom än kvinnor mellan 34 och 54. Sambandet mellan ålder och premenstruella symtom är inte linjärt, och den period då kvinnor i allmänhet är mest besvärade av PMS (mellan 35 och 54 år) sammanfaller med den ålder då många har hemmaboende barn. Enligt (Ussher, 2003a) har kvinnor med barn en ökad tendens att se sin ilska eller irritation över ansvar för omvårdnad som PMS, snarare än som legitima reaktioner på stress och bristande stöd från sin partner.

Hormonella preventivmedel. Tschudin et al. (2010) fann ett svagt samband mellan användande av hormonella preventivmedel och mindre av premenstruella symtom, vilket skulle kunna ses som ett stöd för att PMS orsakas av hormoner. Studier av sambandet mellan hormonella preventivmedel som p-piller och PMS-symtom visar dock motstridiga resultat (Ross & Steiner, 2003; Tschudin et al., 2010). Tschudin et al. föreslår att det svaga sambandet beror på att personer som tar hormonella preventivmedel erhåller en större upplevelse av kontroll över sina premenstruella symtom.

Relationer. Tschudin et al. (2010) mätte PMS-symtom och civilstånd och fann att ogifta kvinnor i större utsträckning än andra upplevde premenstruella besvär, vilket talar för att interpersonella relationer påverkar kvinnors PMS.

Partners stöd och inställning till PMS. I en intervjustudie med 59 kvinnor fann Ussher, Perz och Mooney-Somers (2007) att kvinnornas inställning och hantering av sina premenstruella behov påverkades av deras partners inställning. Kvinnor vars partner accepterade och stöttade deras premenstruella behov var oftare medvetna, accepterande och självomhändertagande i relation till sina premenstruella förändringar. Kvinnor som hade partners som inte stöttade dem hade en benägenhet att oftare hänge sig åt självkritik och en syn på sig själva som sjuka.

Sveinsdottir, Lundman och Norberg (2002) har påvisat att många kvinnor upplever att män behandlar kvinnor med PMS på ett förminskande sätt. Ungefär hälften av heterosexuella kvinnors partners upplevdes som stöttande under PMS, och endast en liten del hjälpte till med praktiskt stöd under kvinnans premenstruella period (Ussher, 2012). Ussher fann även att lesbiska kvinnor oftare beskriver sina partners som stöttande, empatiska och förstående utan tendens att patologisera premenstruella syndrom. Dock rapporterades det om fall där inte heller en kvinnlig partner gav tillräckligt med stöd, vilket påvisar att relationens kvalitet sannolikt är mer avgörande för upplevelsen av premenstruella affekter än att båda parter är just kvinnor (Ussher, Perz & Mooney-Somers, 2007).

Relationskvalitet och konflikthantering. Kvinnor som rapporterar PMS rapporterar också högre nivåer av relationsproblem. Många kvinnor beskriver att de bara tar upp relationsproblem när de har PMS men att de då inte tas på allvar. Symtomen och känslouttrycken under den premenstruella fasen ses som orsakade av "sjukdomen PMS", även då andra mer troliga förklaringar finns (Ussher, 2006). Även Kuczmierczyk, Labrumb och Johnson (1992) fann att brist på kommunikation och konfliktlösning var vanligare i familjer där kvinnor rapporterade PMS. Ussher, Perz och May (2014) framhåller att när underliggande personliga problem undertrycks under större delen av månaden, för att sedan verbaliseras på

ett konfrontativt sätt under den premenstruella fasen, är det sannolikt att dessa känslor och bekymmer inte uppfattas som legitima varken av kvinnans partner eller av henne själv. När uttryck för relationellt missnöje ses som uttryck för hormoner uppstår ingen förändring i de relationella problem som utgör grunden till missnöjet. På detta sätt bidrar den sociala konstruktionen av kvinnlighet och PMS till att relationella problem cementeras, vilket i sin tur vidmakthåller PMS hos den enskilda individen.

Sammanfattning

Vad som orsakar premenstruella symtom är omtvistat och det finns i dagsläget ingen tydlig konsensus. De etablerade biomedicinska förklaringsmodellerna ifrågasätts på grundval av de stora kulturella variationerna i PMS och det faktum att ett klart samband mellan humör och den premenstruella fasen inte kunnat etableras. Framför allt kvalitativ forskning har lyft fram alternativa förklaringsmodeller. Relationsfaktorer som relationskvalitet samt eventuell partners kön och inställning till PMS har framhållits som relevant i tidigare forskning. Även individens egenskaper avseende perfektionism och Silencing the Self har kopplats samman med PMS. Den egna förklaringsmodellen till PMS samt sätt att hantera premenstruella symtom har också lyfts fram som relevanta faktorer. I dagsläget finns det mycket få studier som operationaliserar kunskap om PMS från främst kvalitativa intervjuer på sådant sätt att deras förekomst i en normalpopulation kan undersökas.

Tschudin et al.s (2010) undersökning av premenstruella besvär hos schweiziska kvinnor är en av få kvantitativa studier av PMS i en normalpopulation. Studien undersökte endast ett fåtal psykosociala faktorer men fann stöd för att socioekonomisk status, ålder, civilstånd och depression har ett samband med premenstruella symtom. Internationellt finns få kvantitativa studier av psykosociala faktorerers samband med PMS och i Sverige finns i författarnas kännedom inga överhuvudtaget. Detta trots att tidigare forskning visar att premenstruella besvär är ett utbrett fenomen.

Forskningen visar att synen på premenstruella besvärs orsaker påverkar värderingen och bemötandet av de känslor som personer med PMS upplever (Lee, 2002). Att öka kunskapen om premenstruella besvär ur ett psykosocialt perspektiv kan minska risken att patologisera känslor och reaktioner som inte är sjuka. Att se premenstruella känslouttryck som förståeliga utifrån sociala och psykologiska förutsättningar kan möjliggöra både bättre behandlingar för att minska premenstruella besvär samt bidra till att förändra livssituationen till det bättre för personer med PMS.

Syfte

Syftet med studien är att undersöka psykosociala faktorer som har samband med PMS med utgångspunkt i den begränsade forskning som finns i ämnet. Studien har ett kvantitativt angreppssätt för att undersöka statistiskt signifikanta skillnader, samvariation och prediktionsvärde av faktorer som genom tidigare forskning kopplats samman med PMS.

Frågeställningar

- Skiljer sig graden av PMS åt beroende på respondenternas ålder, erfarenhet av depression, användande av hormonellt preventivmedel, förklaringsmodeller för PMS samt civilstånd, eventuell partners könstillhörighet och samboende med barn och partner?
- Hur samvarierar individers PMS med deras socioekonomiska status, copingstrategier, relationskvalitet, benägenhet till Silencing the Self och perfektionism?
- Hur stor del av variansen för PMS kan förklaras av dessa faktorer, och vilka faktorer har störst förklaringsvärde?
- Skiljer sig partners inställning till PMS beroende på dennes kön?
- Skiljer sig graden av perfektionism och Silencing the Self mellan åldersgrupper?

Metod

Design

För att undersöka samband mellan premenstruella besvär och andra faktorer genomfördes en enkätstudie (se enkät i bilaga A). Forskningsfältet för psykosociala perspektiv på PMS domineras av kvalitativa intervjuer med kvinnor som själva uppger att de har PMS.

Ambitionen var att undersöka huruvida dessa kunskaper kunde generaliseras till den allmänna populationen av personer med aktiv menscykel i Sverige. Därför valdes en kvantitativ ansats, vilket möjliggör testning av de existerande teorierna och dessutom har potential att undersöka hur stor del av variansen av PMS-symtom som kan förklaras utifrån de studerade psykosociala faktorerna.

Deltagare

Enkäten riktade sig till personer med en aktiv menscykel med och utan PMS. Endast personer med en aktiv menscykel inkluderades för att öka aktualiteten och tillförlitligheten hos svaren, och personer både med och utan PMS inkluderades då ambitionen var att undersöka normalpopulationen. Ursprungligen riktade sig enkäten till kvinnor specifikt, men efter

feedback från respondenter utvidgades inklusionskriterierna till att även gälla personer med en aktiv menscykel som inte identifierade sig som kvinnor.

Urvalet kom att utgöras av 1320 personer. Dessa personer var mellan 12 och 55 år gamla, med en medelålder på 24,9 år ($SD = 7,04$). Deltagarnas medelinkomst var 12134 kronor i månaden efter skatt ($SD = 8948,8$, Variationsvidd = 0 - 70000). Runt hälften (52,7%) av deltagarna hade högskola eller universitet som högsta utbildningsnivå, samt studerade som huvudsaklig sysselsättning (48,8%). Ungefär var tredje deltagare (31,5%) var gift eller sambo. Av respondenternas partners var 93 % män, 6 % kvinnor och 0,7 % hade en annan könsidentitet än kvinna eller man. Majoriteten av deltagarna (79,2%) hade inga hemmaboende barn och tog inga hormonella preventivmedel (67 %). Runt hälften hade nu (8,8 %) eller tidigare i livet (38,3%) haft en depression och 2,5 % hade diagnostiserats med premenstruellt dysforiskt syndrom (se tabell 1.)

Tabell 1. Deltagarnas sociodemografiska uppgifter samt förekomst av hormonella preventivmedel, PMDS och depression.

Variabel	Antal	Procent
Utbildningsnivå		
Grundskola	183	13,9%
Gymnasium	383	29,0%
Högskola/universitet	695	52,7%
Sysselsättning		
Arbetar (fast anställd)	312	23,6%
Arbetar (annan anställning)	224	17,0%
Studerar	644	48,8%
Arbetsökande	62	4,7 %
Civilstånd		
Singel	415	31,4%
Särbo	241	18,3%
Sambo	319	24,2%
Gift	97	7,3 %
Flera kärleksrelationer	21	1,6 %
Partners kön		
Man	711	53,9%
Kvinna	47	3,6 %
Annan könsidentitet	5	0,4 %
Hemmaboende barn		
Ja	257	19,5%
Nej	1045	79,2%
Hormonellt preventivmedel		
Ja	425	32,2%
Nej	884	67,0%
Depression		

Ja, nu	116	8,8 %
Ja, tidigare	506	38,3%
Nej	684	51,8%
PMDS		
Ja	33	2,5 %
Nej	1275	96,6%

Mätinstrument

PMS-symtom. För att undersöka deltagarnas PMS-symptom ombads de besvara frågorna ”Märker du några skillnader i din kropp veckan innan mens?” och ”Är ditt humör annorlunda veckan innan din mens?”. Om svaret var ja ombads respondenten beskriva på vilket sätt detta märktes. Vidare ställdes även frågan: ”På en skala från 1 till 10, hur mycket besväras du av PMS?”.

Förklaringsmodell. Studien undersökte vilken förklaringsmodell personerna hade med samma metod som användes av Hunter et. al (2002). Respondenterna ombads besvara frågan ”Vad tror du orsakar PMS?” med egna ord. Svaren kodades sedan av författarna till fyra förklaringsmodeller.

Biomedicinsk förklaringsmodell. De svar som angav enbart hormoner eller biologisk förklaring till PMS kodades som biomedicinska förklaringsmodeller. Exempelvis kodades svaren ”Hormoner”, ”Hormoner i obalans” och ”Biologi” som biomedicinsk förklaringsmodell.

Biopsykosocial förklaringsmodell. De svar som angav en biomedicinsk förklaring i kombination med psykosocial förklaring kodades som biopsykosociala förklaringsmodeller. Exempel på sådana svar är ”Stress runtomkring i kombination med hormoner”, ”Jag tror att det är fler saker som samverkar, psykisk hälsa, allmäntillstånd och hormonpåslag, tror jag är inblandade” och ”Hormonellt men märker att det förstärks om jag överlag är i obalans eller mår dåligt av något annat”. Då enbart ett fåtal respondenter skrev svar som inte på något sätt inkluderade biologi eller hormoner slogs dessa svar ihop med en biopsykosocial förklaringsmodell för att möjliggöra statistisk analys. Exempel på svar som inte inkluderar biomedicinska förklaringar är att PMS orsakas av ”Patriarkatet” och ”Tankar om att ens eventuellt dåliga humör beror på mens och inte på omständigheter, som en annars antar.”.

Ingen förklaringsmodell. De respondenter som skrivit att ”Vet ej” eller liknande svar kodades som ingen förklaringsmodell. Här kodades även in respondenter som först skrev att de inte visste vad som orsakade PMS, men som ändå föreslog en biomedicinsk förklaring.

Exempel på sådana svar är ”Jag vet inte. Min gissning är att det är biologiskt” ”Ingen aning. Hormoner kanske” och ”ingen aning, hormonobalans?!!”.

Övriga förklaringsmodeller. Svar som inte kunde kategoriseras in i någon ovanstående kategori kodades som Övrigt. Det fanns en stor spridning i svaren på denna kategori, men några exempel är ” Man blir mer beskyddande över sin kropp om man skulle ha ett liv till att skydda.”, ” Att kroppen är inställd på att bli med barn och blir besviken när den inte blir det” och ”Att jag är kvinna” och ”Hur man äter/sover/rör sig”.

Socioekonomisk status. För att operationalisera socioekonomisk status valdes tre olika faktorer; utbildningsnivå, huvudsaklig sysselsättning och inkomst. Utbildningsnivå och sysselsättning mättes för både deltagaren och deltagarens föräldrar eller andra motsvande vuxna medan inkomst endast mättes för deltagaren. Dessa faktorer valdes ut enligt APAs rekommendationer om att mäta socioekonomisk status (American Psychological Association, n.d.). Respondenterna frågades även om sin ungefärliga månadsinkomst efter skatt.

Copingstrategier för att hantera premenstruella förändringar. Read, Perz och Ussher (2014) har utarbetat ett mätinstrument för sätt att hantera PMS. Items genererades genom kvalitativa studier av kvinnors premenstruella förändringar och det färdiga mätinstrumentet utarbetades efter att 250 kvinnor med PMS besvarat enkäten. Reliabilitet och validitet testades med uträkningar av Cronbachs alfa, korrelationsanalys med psykologiska copingskalor och innehållsanalys av deltagarnas beskrivningar av copingstrategier. Det färdiga mätinstrumentet, The Premenstrual Coping Measure, har 32 items och består av fem skalor. En svensk översättning av skalan gjord av författarna användes i provenkäten. Efter statistisk analys av internkonsistens behölls 23 items i den färdiga enkäten. Skalornas reliabilitet var god med undantag för Adjusting Energy. Skalan Avoiding harm har fem items och Cronbachs alfa är 0,82, Awareness and Acceptance of Premenstrual Change med fem items har alfa 0,81, Adjusting Energy med fem items har alfa 0,65, Self Care med tre items har alfa 0,82 och Communicating med fem items har alfa 0,84.

Relationsaspekter. Respondenterna tillfrågades om huruvida de levde i en relation och om deras eventuella partners könstillhörighet för att undersöka huruvida dessa faktorer hade något samband med premenstruella besvär. De som levde i en monogam relation ställdes frågor gällande relationskvalitet och partners inställning till PMS. Dessa två skalor konstruerades av författarna själva utifrån existerande PMS-forskning då det i författarnas kännedom inte finns ett mätinstrument specifikt för de aspekter av relationen som är viktiga för PMS.

Relationskvalitet. För att undersöka huruvida det fanns några skillnader avseende konfliktlösning och relationstillfredsställelse mellan personer med och utan PMS ställdes två påståenden, "*Jag och min partner löser konflikter på ett bra sätt*" och "*Jag är i stort sett nöjd med min och min partners relation*" till samtliga respondenter som levde i en relation. Skalans reliabilitet var tillfredställande (Cronbachs alfa = 0,78).

Partners inställning till PMS. Respondenterna fick ta ställning till sju påståenden för att undersöka deras partners inställning till PMS. Dessa var "*Jag får den stöttning jag behöver av min partner när jag har PMS*", "*Min partner tror att jag använder PMS som en ursäkt för att vara överdrivet känslsam*", "*Min partner ger mig den egentid jag behöver när jag har PMS*", "*När jag har PMS tar min partner det jag säger på allvar*", "*När jag har PMS kommer problem upp som vi annars inte pratar om*", "*Min partner vet hur min PMS kan påverka mig*" och "*Om jag behöver göra mindre hushållsarbete när jag har PMS accepterar min partner det*". Skalans reliabilitet var tillfredsställande (Cronbachs alfa = 0,77).

Silencing the Self. Silencing the Self Scale (STSS) utformades 1992 av Jack och Dill utifrån en longitudinell studie av kroniskt deprimerade kvinnor. Skalan mäter scheman hos deprimerade kvinnor som syftar till att skapa och upprätthålla intimitet. STSS visade vid utformandet en god internkonstistens och test-retest reliabilitet, samt korrelerade signifikant med Beck Depression Inventory (Jack & Dill, 1992).

Skalan översattes av författarna och kortades efter statistisk analys av provenkäten till 6 items. Helskalan har tillfredställande reliabilitet (Cronbachs alfa = 0,73). Subskalan Externalized Self-Perception finns inte representerad i enkäten. Subskalan Care as Self Sacrifice med två items uppmäter alfa 0,55. Subskalan Silencing the Self med tre items har alfa 0,65 och subskalan Divided Self mäts med bara ett item.

Perfektionism. För att operationalisera perfektionism använde vi oss av en svensk översättning av Multidimensional Perfectionism Scale (MPS-II) (Saboonchi & Lundh, 2003). Instrumentet består i sin helhet av 45 items och mäter perfektionism riktad mot självet, mot andra och socialt förskrivna perfektionism. Hewitt, Flett, Turnbull-Donovan och Mikail (1991) har utvärderat instrumentet på en psykiatrisk population och funnit att subskalorna är stabila och validiteten tillfredställande samt att MPS-II är ett användbart mått. I enkäten användes en förkortad version med 14 items. Reliabiliteten var god (Cronbachs alfa = 0,80). Subskalornas Cronbachs alfa var 0,85 för Perfektionism riktad mot självet (6 items) 0,45 för Perfektionism riktad mot andra (5 items) och 0,70 för Socialt föreskriven perfektionism (3 items).

Procedur

En första provenkät utformades genom att kombinera etablerade mätinstrument med egenkonstruerade skalor för att operationalisera frågeställningens faktorer. Denna enkät testades på 18 personer, och deras kommentarer i kombination med de testade skalornas internkonstistens ledde till mindre förtydliganden och förkortningar i enkäten.

Författarna skapade sedan en grupp via sociala medier (Facebook) och bjöd in 234 vänner och bekanta. Uppskattningsvis ett tjugotal av dessa spred enkäten vidare via sina egna sidor. Enkäten spreds även på Libresse Sveriges Facebook-sida med över 77000 följare, samt på forumet Kropp och själ på sajten familjeliv.se. Enkäten besvarades mellan fjortonde och tjugotredje oktober 2014.

Dataanalys

Datamaterialet analyserades statistiskt med hjälp av IBM SPSS Statistics, version 22.

Oberoende t-test, envägs-ANOVA, korrelations- och regressionsanalys användes för att besvara frågeställningarna.

Etiska överväganden

Då studien rör frågor som handlar om hälsa har det varit avgörande att informationen behandlas helt anonymt och att deltagare kan känna sig säkra på att så är fallet. Formuläret innehöll en introducerande text som informerade om att enkäten undersöker hur upplevelser av PMS hänger ihop med tankar om PMS, sig själv och sina relationer. Deltagarna informerades även om att deras svar var anonyma.

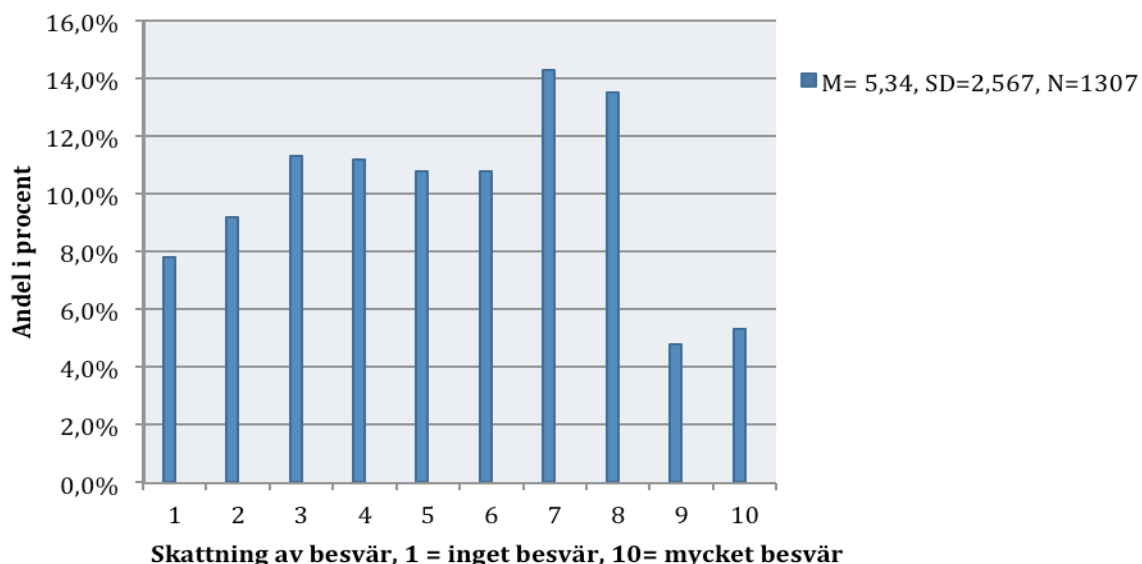
Kontaktinformation till författarna fanns både i den introducerande texten och på ett eget blad efter att formuläret fyllts i, detta för att deltagarna skulle kunna komma med frågor, kommentarer eller önskemål om att ta del av studiens resultat.

Resultat

I resultatdelen presenteras först deskriptiva data om förekomsten av PMS i undersökningsgruppen. Därefter analyseras sambanden mellan PMS och övriga faktorer. Till sist undersöks hur stor del av variansen av de premenstruella besvären som kan förklaras av dessa faktorer, och vilka av dessa som framträder som unika signifikanta prediktorer av graden av PMS.

Förekomst av PMS i undersökningsgruppen

Figur 1 visar deltagarnas upplevelse av premenstruella besvär. 1 stod för “inga besvär” och 10 för “mycket besvär”. Vanligast var att skatta 7 eller 8.



Figur 1. Antal deltagare med olika grad av PMS

Psykiska och fysiska förändringar veckan innan menstruation hos

urvalsgruppen. Deltagarna beskrev själva sina symtom i text. 400 av deltagarnas svar valdes ut slumpmässigt både från personer med och utan premenstruella förändringar. Svaren sammanställdes (se tabell 2 och 3) för att ge en bild av hur förändringarna yttrar sig i en normalpopulation. Beskrivningarna av PMS hos urvalsgruppen baserar sig på dessa 400 svar, medan resten av analysen utgår från samtliga respondenters svar. Sammanställningen visade att 80,5% upplevde fysiska premenstruella förändringar och 77,8% psykiska sådana. De personer som angav att de upplevde psykiska eller fysiska förändringar veckan innan mens ombads beskriva på vilket sätt.

Beskrivningar av psykiska förändringar. Över hälften av personerna uttryckte att de upplevde irritation eller ilska. Svaren sträcker sig från ”lättirriterad” till mer ovanliga upplevelser av svårkontrollerat raseri. Över fyrtio procent av personerna beskrev depressiva symtom som exempelvis känslor av ledsenhet, ensamhet och hopplöshet varav tre fall av suicidtankar fanns med. Dessutom beskrev fjorton procent av urvalet att de grät mycket. Mer än var femte person beskrev en ökad känslighet, och även humörsvängningar och ångest var

relativt vanligt. Ungefär var tjugonde person beskrev ökad glädje. Detta var ofta relaterat till mer intensiva känslor överhuvudtaget, såväl positiva som negativa. Under en procent angav andra positivt värderade symtom (se tabell 2).

Tabell 2. Psykiska förändringar veckan innan menstruation (N = 400).

Psykiska förändringar	Antal	Procentandel
Irritation/ilska	216	54,0%
Depressiva symtom	165	41,25%
Känslighet	86	21,5%
Gråtmildhet	56	14,0%
Humörsvängningar	55	13,75%
Ångest och oro	31	8,75 %
Försämrad självkänsla/självförtroende	22	5,5 %
Trötthet eller sömnsvårigheter	21	5,25 %
Ökad glädje	18	4,5 %
Önskan att isolera sig	9	2,25 %
Ömhetsbehov, ökad sexuell lust	8	2,0 %
Relationstvivel	7	1,75 %
Ökad stresskänslighet	6	1,5 %
Sug efter choklad eller sötsaker	6	1,5 %
Försämrad impuls kontroll	5	1,25 %
Koncentrationssvårigheter	4	1,0 %
Beskrivning av sig själv som paranoid eller hypokondrisk	4	1,0 %
Ökat antal bråk	4	1,0 %
Övriga positiva symtom: mer energi och empati, mer lugn och harmonisk	3	0,75 %

Beskrivningar av fysiska förändringar. Nära en tredjedel svarade att de upplevde att kroppen svullnade, att bröstet ömmade samt att magen gjorde ont. Ungefär var åttonde deltagare upplevde ökad akne, ryggvärk, trötthet och ökat sötsug eller hunger. En mindre andel angav att de upplevde muskelsmärta, huvudvärk, viktuppgång och illamående. Mer ovanliga förändringar var exempelvis försämrad sömn, migrän, ökad energinivå och förbättrat luktsinne (se tabell 3).

Tabell 3. Fysiska förändringar veckan innan menstruation (N = 400).

Fysiska förändringar	Antal	Procentandel
Svullen kropp	111	28,0 %
Ömma bröst	107	27,0%
Ont i mage	104	26,0%
Ökad akne	51	12,75%
Ont i rygg	47	11,75%
Trötthet	42	10,50%
Ökat sötsug/hunger	39	9,75%
Muskelvärk	17	4,25%
Huvudvärk	16	4,0%
Viktuppgång	16	4,0%
Uppblåst mage	14	4,0%
Illamående	12	3,0%
Ont i underlivet	10	2,0%
Stela leder	8	2,0%
Flytningar	7	1,0%
Försämrad sömn	5	1,25%
Migrän	4	1,0%
Aptitlöshet	4	1,0%
Ökad svettighet	4	1,0%
Ökad sexuell upphetsning	3	0,75%
Förkylningssymtom	3	0,75%
Ökad smärtkänslighet	3	0,75%
Fett hår	3	0,75%
Hjärtklappning	2	0,50%
Ökad energinivå	1	0,25%
Förbättrat luktsinne	1	0,25%

Korrelationssamband

En korrelationsanalys gjordes för att undersöka samband mellan PMS och ett antal psykosociala variabler (se tabell 4 och 5). Analysen gjordes med Pearsons korrelationskoefficient för linjära samband. Resultatet visade en svag signifikant korrelation mellan PMS och följande variabler (helskalor) STSS ($r = 0,21, p < 0,01$), relationskvalitet ($r = -0,20, p < 0,01$), perfektionism ($r = 0,18, p < 0,01$) och partners inställning till PMS ($r = -0,12, p < 0,01$) (se tabell 4).

Tabell 4. *Korrelationer mellan PMS, relationskvalitet, partners inställning, Silencing the Self (STSS), perfektionism (helskalor) och månadsinkomst.*

	1.	2.	3.	4.	5.	6.
1. PMS	1.0	-.20**	-.12**	.21**	.18**	.04
2. Relation		.1.0	.72**	-.26**	-.07	-.08
3. Partners inställning			1.0	-.28**	-.12*	-.15**
4. STSS				1.0	.35**	-.09**
5. Perfektionism					1.0	-.003
6. Inkomst						1.0

* $p < 0.05$. ** $p < 0.01$, tvåsidigt test

Eftersom helskalepoängen för STSS och perfektionism korrelerade med PMS gjordes även en korrelationsanalys för att undersöka samband mellan PMS och underskalorna till STSS och perfektionism samt copingskalorna. Korrelationsanalysen visade ett medelstarkt positivt samband mellan PMS och copingskalorna Adjusting energy ($r = 0,39, p < 0,01$) och Avoiding Harm ($r = 0,34, p < 0,01$) samt ett svagt negativt samband med Awareness and Acceptance of Premenstrual Change ($r = -.18, p < 0,01$). Ett svagt positivt samband fanns mellan PMS och STSS-underskalan Divided Self ($r = 0,26, p < 0,01$) och perfektionism-underskalan Socialt föreskriven perfektionism ($r = 0,23, p < 0,01$) (se tabell 5).

Tabell 5. Korrelationer mellan PMS och copingskalorna (C), underskalorna till Silencing the Self (S) och underskalorna till perfektionism (P).

	PMS
(C)Avoiding Harm	.34**
(C)Awareness	-.18**
(C)Adjusting energy	.39**
(C)Self care	.10**
(C)Communicating	.10**
(S)Care as Self Sacrifice	.16**
(S)Silencing the Self	.12**
(S)Divided Self	.26**
(P)Riktad mot självet	.16**
(P)Riktad mot andra	.03
(P)Socialt föreskriven perfektionism	.23**

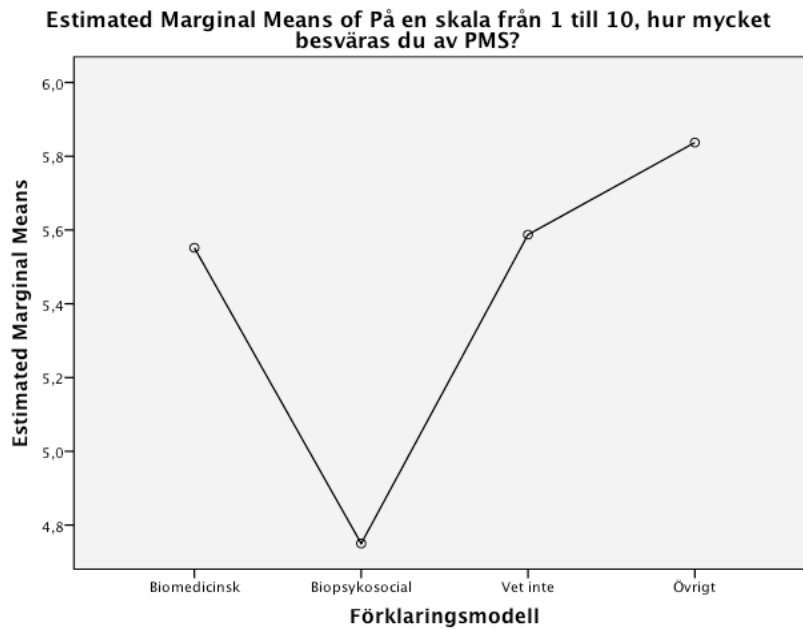
* $p < 0.05$. ** $p < 0.01$, tvåsidigt test.

Gruppjämförelser

Ett antal gruppjämförelser gjordes med t-test och ANOVA för att undersöka om deltagare med olika erfarenheter av depression och olika demografiska egenskaper skilde sig åt avseende premenstruella besvär.

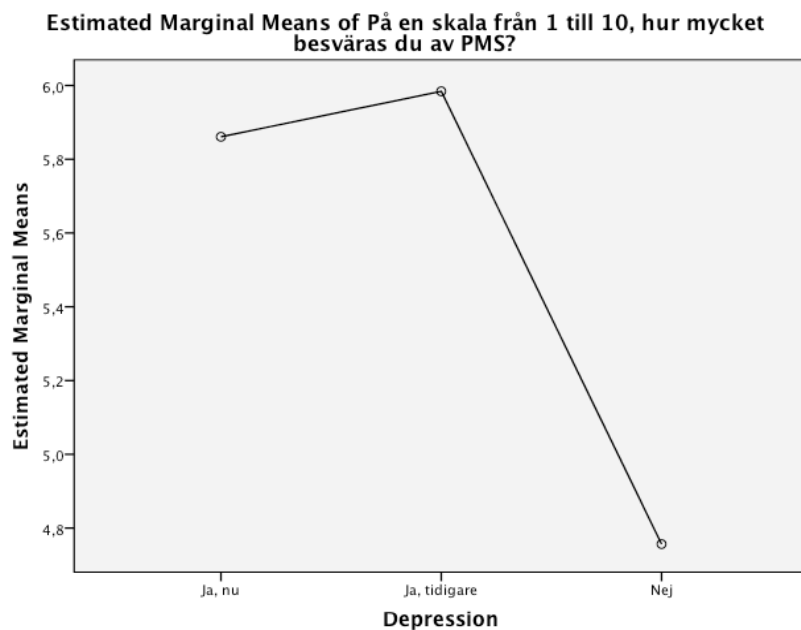
Förklaringsmodell. Envägs ANOVA med förklaringsmodell (4: biomedicinsk, biopsykosocial, övrigt, vet ej) som oberoende variabel och PMS som beroende variabel visade signifikant effekt, $F(3,1032) = 2,86, p = .036, \eta^2 = .008$, se figur 2. Tukeys Post hoc test visade vidare att de respondenter som hade en biomedicinsk förklaringsmodell ($M = 5.6, SD = 2,48$) rapporterade en signifikant högre grad av PMS ($p < .05$) än de som hade en

biopsykosocial förklaringsmodell ($M = 4.8$, $SD = 2,60$). Effektstorleken för biomedicinsk kontra biopsykosocial förklaringsmodell indikerade en liten effektstorlek (Cohens $d = 0,31$) (se figur 2).



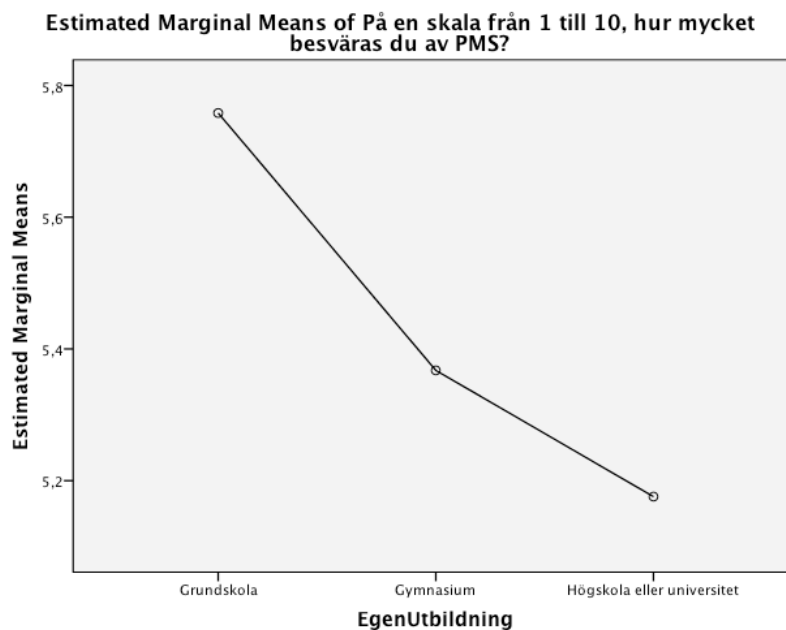
Figur 2. Skillnader i PMS-symtom avseende respondenters förklaringsmodell.

Depression. Envägs ANOVA med depression (3: aktuell depression, tidigare depression, aldrig depression) som oberoende variabel och PMS som beroende variabel visade en signifikant effekt, $F(2,1299) = 38,03$, $p < .001$, $\eta^2 = .06$, se figur 3. Tukeys Post hoc test visade vidare att de respondenter som hade en depression ($M = 5.86$, $SD = 2,72$) eller tidigare haft en depression ($M = 5.98$, $SD = 2,43$) rapporterade en signifikant högre grad av PMS ($p < .001$) än de som aldrig haft en depression ($M = 4.8$, $SD = 2,69$). Effektstorleken (η^2) indikerade en medelstor effektstorlek (se figur 3).



Figur 3. Skillnader i PMS-symtom avseende erfarenheter av depression hos respondenterna.

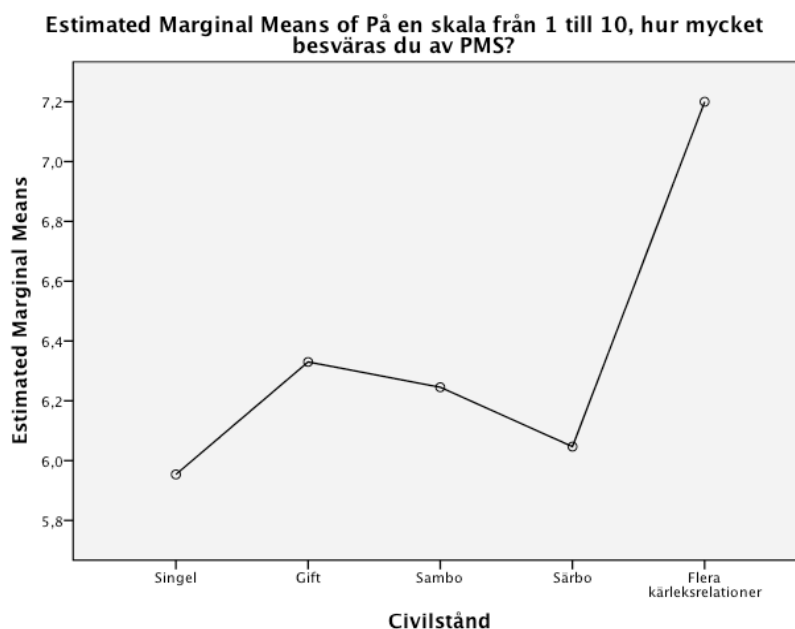
Utbildningsnivå. Envägs ANOVA med utbildningsnivå (3: grundskola, gymnasium, högskola/universitet) som oberoende variabel och PMS som beroende variabel visade signifikant effekt, $F(2,1254) = 3,82$, $p = .022$, $\eta^2 = .0,006$, se figur 4. Tukeys Post hoc test visade att de som utbildat sig på högskola eller universitet ($M = 5.18$, $SD = 2.70$) rapporterade signifikant lägre grad av PMS ($p = .018$) än de som endast utbildat sig på grundskolenivå ($M = 5.76$, $SD = 2.25$). Effektstorleken (η^2) indikerade en liten effektstorlek (se figur 4).



Figur 4. Skillnader i PMS-symtom avseende respondenternas utbildningsnivå

Sysselsättning. Envägs ANOVA med sysselsättning (4: fast anställd, annan anställning, studerande, arbetssökande) som oberoende variabel och PMS som beroende variabel visade inte signifikant effekt, $F(3,1234) = .202$, $p = .895$, $\eta^2 = .000$. Tukeys Post hoc test visade inga signifikanta skillnader.

Civilstånd och samboende med partner. Envägs ANOVA med civilstånd (5: singel, gift, sambo, särbo, flera kärleksrelationer) som oberoende variabel och PMS som beroende variabel visade en signifikant effekt, $F(4,1076) = 2,647, p = .032, \eta^2 = .0,10$, se figur 5. Tukeys Post hoc test visade inga signifikanta skillnader mellan grupperna gällande PMS. För att undersöka huruvida skillnaden berodde på huruvida respondenterna bodde med en partner eller ej genomfördes t-test för oberoende stickprov. Att bo med en partner (gift, sambo) respektive att inte bo med en partner (singel, särbo) var oberoende variabel och PMS beroende variabel. Resultaten visar att de som bodde tillsammans med en kärlekspartner ($M = 5,9, SD = 2,0$) rapporterade signifikant högre grad av PMS än de som inte bodde med sin partner ($M = 6,3, SD = 2,1$). $t(1059) = -2,15, p = 0,032, d = 0,20$ (se figur 5).



Figur 5. Skillnader i PMS avseende respondenternas civilstånd.

Partners kön. T-test för oberoende stickprov med partners kön (man respektive kvinna) som oberoende variabel och PMS som beroende variabel visade inga signifikanta skillnader. Resultatet visade ingen signifikant skillnad PMS mellan de som hade en partner av manligt kön ($M = 5,4, SD = 2,2$) och de som hade en partner av kvinnligt kön ($M = 5,1, SD = 2,66$). $t(750) = 0,66, p = 0,508, d = 0,12$. För få respondenter uppgav att deras partners hade andra könsidentiteter är kvinna eller man för att genomföra statistisk analys ($n = 5$).

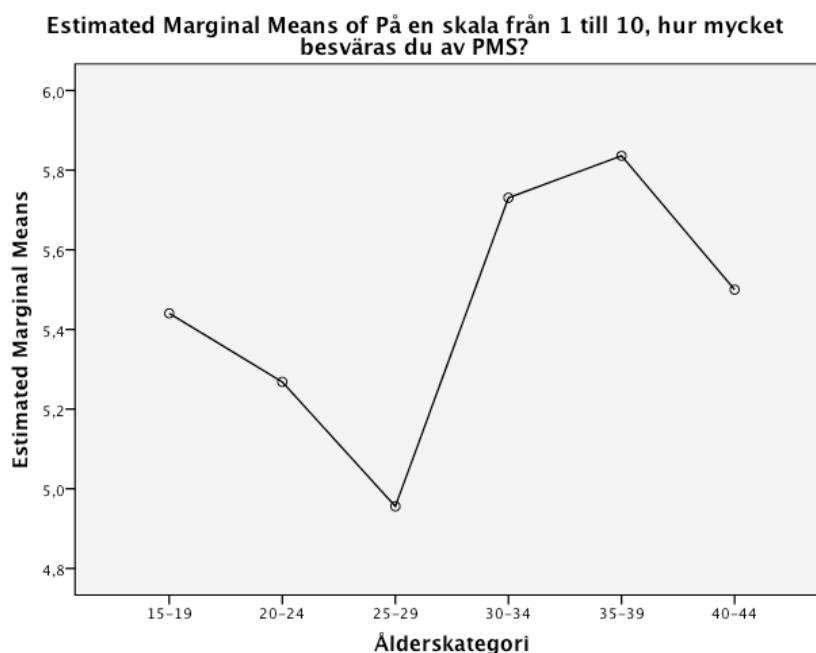
Partners kön och inställning till PMS. Vidare gjordes ett t-test för oberoende stickprov med partners kön (man respektive kvinna) som oberoende variabel och partners inställning till PMS som beroende variabel. Resultatet visade en signifikant skillnad gällande

partners inställning till PMS där de personer som hade en partner av kvinnligt kön upplevde denne som signifikant mer stöttande ($M = 27,54, SD = 4,17$) än de som hade en partner av manligt kön ($M = 24,07, SD = 5,79$). $t(484) = -3,25, p = 0,001, d = 0,70$.

Hemmaboende barn. T-test för oberoende stickprov med hemmaboende barn som oberoende variabel och PMS som beroende variabel visade signifikanta skillnader. De personer som hade hemmaboende barn upplevde signifikant högre grad av PMS ($M = 5,8, SD = 2,6$) än de som inte hade hemmaboende barn ($M = 5,2, SD = 2,5$), $t(1296) = 3,258, p > 0,001, d = 0,24$

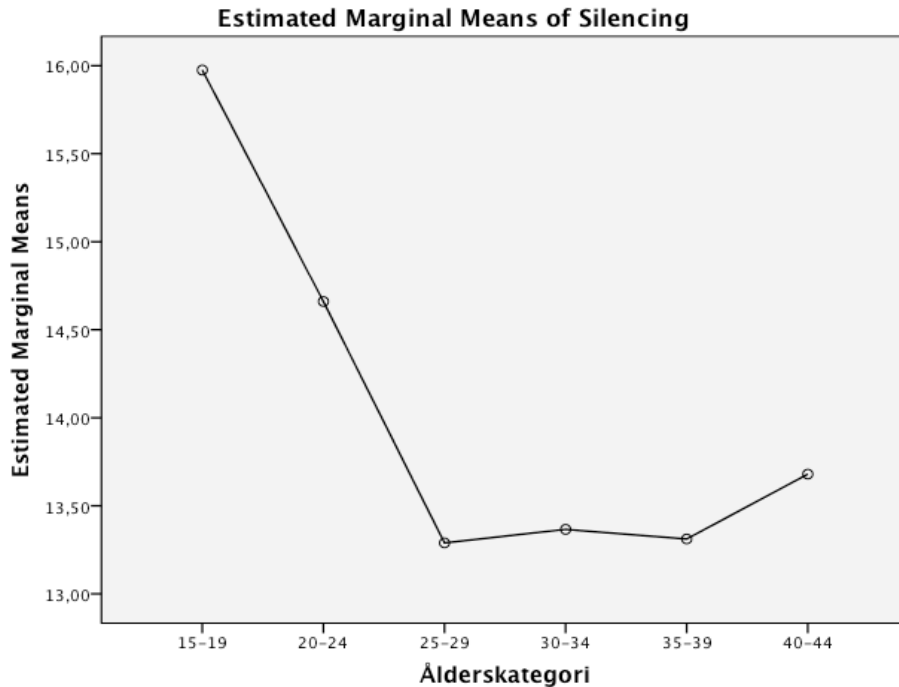
Hormonella preventivmedel. T-test för oberoende stickprov med användning av hormonellt preventivmedel som oberoende variabel och PMS som beroende variabel visade signifikanta skillnader. De personer som tog hormonella preventivmedel rapporterade signifikant lägre grad av PMS ($M = 4,9, SD = 2,6$), än de som inte tog hormonella preventivmedel ($M = 5,6, SD = 2,5$), $t(1303) = -4,743, p > 0,001, d = 0,27$.

Ålder. Envägs ANOVA med ålder 6(15-19, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44) som oberoende variabel och PMS som beroende variabel visade signifikant effekt $F(5,1211) = 3,13, p = .008, \eta^2 = .013$. Tukeys Post hoc test visade vidare att det fanns en signifikant skillnad mellan åldersgrupperna 25-29 ($M = 4,96, SD = 2,68$) och 30-34 ($M = 5,73, SD = 2,74$) där den senare åldersgruppen hade en signifikant högre grad av PMS. Effektstorleken (η^2) indikerade en liten effektstorlek (se figur 6).



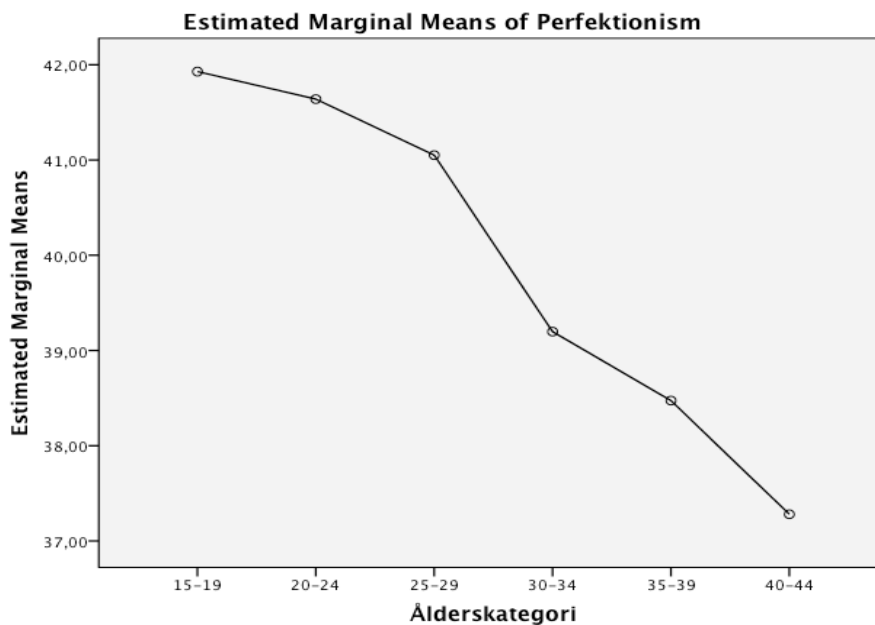
Figur 6. Skillnader i PMS avseende respondenternas ålder.

Ålder och Silencing the Self. Envägs ANOVA med ålder som oberoende variabel och Silencing the Self som beroende variabel visade signifikant effekt $F(5,1177) = 16,08, p < .001, \eta^2 = .08$. Effektstorleken (η^2) indikerade en liten effektstorlek (se figur 7).



Figur 7. Skillnad i Silencing the Self avseende respondenternas ålder.

Ålder och perfektionism. Envägs ANOVA med ålder som oberoende variabel och perfektionism som beroende variabel visade signifikant effekt $F(5,1160) = 4,11, p = .001, \eta^2 = .05$. Effektstorleken (η^2) indikerade en liten effektstorlek (se figur 8).



Figur 8. Skillnad i perfektionism avseende respondenternas ålder.

Regressionsanalys

En multipel regressionsanalys gjordes för att undersöka hur mycket ett antal faktorer kunde predicera PMS. De prediktorer som användes var: relationskvalitet, partners inställning till PMS, copingskalorna (C): Avoiding Harm, Awareness and Acceptance of Premenstrual Change, Adjusting Energy, Self Care, Communicating, STSS-underskalorna (S): Care as Self Sacrifice, Silencing the Self och Divided Self, Perfektionism-underskalorna (P): Perfektionism riktad mot självet och Socialt förskrivna perfektionism samt användande av hormonella preventivmedel, huruvida man bor eller inte bor tillsammans med en partner, har hemmaboende barn, depression, förklaringsmodell till PMS och utbildningsnivå. Preliminära analyser genomfördes först för att säkerställa att villkoren om normalitet, linjäritet, multikollinearitet och homoscedasticitet var uppfyllda. Multipel regressionsanalys genomfördes sedan och visade signifikanta resultat $F(18,270) = 9.19, p < .001$. Variablerna tillsammans förklarade 33,9% av varians i grad av upplevt PMS (justerat $R^2 = .339$). De prediktorer som hade störst inverkan på resultatet var copingskalorna Avoiding Harm, Awareness and Acceptance of PMC, Adjusting Energy och Communicating samt Silencing the Self-skalans Silencing the Self och Divided Self, depression och hemmaboende barn (se tabell 6).

Tabell 6. Multipel Regressionsanalys

Variabel	b	SE b	β
Konstant	5.75	1.31	
Relationskvalitet	-0.11	0.07	-.10
Partners inställning till PMS	-0.01	0.02	-.02
(C) Avoiding Harm	0.09	0.02	.22***
(C) Awareness & Acceptance	-0.06	0.03	-.14*
(C) Adjusting Energy	0.11	0.03	.23***
(C) Self Care	-0.02	0.04	-.03
(C) Communicating	-0.07	0.03	.16**
(S) Care as Self Sacrifice	-0.02	0.08	-.01
(S) Silencing the Self	-0.11	0.05	-.14*
(S) Divided Self	0.28	0.11	.16**
(P) Perfektionism riktad mot självet	0.003	0.02	.01
(P) Socialt förskrivna perfektionism	0.02	0.05	.03
Hormonellt preventivmedel	0.26	0.22	.06
Hemmaboende barn	-0.51	0.25	-.11*
Bor eller inte bor med partner	0.02	0.26	.004
Depression	-0.70	0.22	-.17***
Förklaringsmodell	-0.59	0.37	-.08
Utbildningsnivå	0.37	0.22	.09

Not. *** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$. Justerat $R^2 = .339$

Diskussion

Studien visar att grad av PMS har samband med en rad olika psykosociala faktorer. En av dessa faktorer är respondenternas livssituation där de personer som bor tillsammans med en partner eller har hemmaboende barn har en högre grad av PMS än de som inte gör det. Vidare skiljer sig graden av PMS åt beroende på personers erfarenheter av depression och användande av hormonella preventivmedel. Personer som har en biopsykosocial förklaringsmodell lider i mindre utsträckning PMS än de som har en biomedicinsk förklaringsmodell. Även ålder har effekt på PMS där personer mellan 30 och 39 år hade högst grad av PMS. Personer mellan 15 och 19 rapporterade mer perfektionism och Silencing the Self. Resultaten visar också att en högre utbildningsnivå har samband med mindre besvär. Samband har även kunnat etableras mellan PMS och grad av perfektionism, Silencing the Self, premenstruella copingstrategier och relationskvalitet., samt partners inställning till PMS. Personer som har en partner av kvinnligt kön upplevde denna som mer stöttande än personer som har en partner av manligt kön. Sammanlagt kan dessa faktorer predicera 33,9 % av variansen av premenstruella besvär. Premenstruell coping, depression, Silencing the Self och hemmaboende barn är de bästa prediktorerna för PMS.

Nedan följer först en mer detaljerad diskussion av dessa resultat, sedan en diskussion av studiens styrkor och svagheter och till slut en kort diskussion om kliniska implikationer och områden för framtida forskning.

Förklaringsmodell

Resultaten visar i linje med tidigare forskning att majoriteten av respondenterna har en biomedicinsk förklaringsmodell för PMS. Strax över var tjugonde hade en biopsykosocial förklaringsmodell vilket var förknippat med lägre förekomst av premenstruella besvär. Detta samband ligger i linje med Usshers (2008) teori om att en biopsykosocial förklaringsmodell minskar tendensen att patologisera den egna kroppen och ökar förståelsen för det egna måendet, vilket kan leda till minskade premenstruella besvär. Sambandet mellan hög grad av PMS och biomedicinsk förklaringsmodell kan även ses i ljuset av Caplans (2002) teori att en biomedicinsk förklaring kan leda till att kvinnan inte förändrar sin livssituation för att må bättre. Denna avsaknad av förändring upprätthåller premenstruella besvär hos personer som ser hormoner och inte situationer som orsaken till sitt mående.

Ett omvänt orsakssamband mellan PMS och förklaringsmodell är också möjligt. Personer med mer påtagliga premenstruella besvär kan bli mer benägna att se sitt mående i biomedicinska termer, exempelvis för att en sådan förklaring upplevs ge deras upplevelser

större legitimitet (Lee, 2002) eller för att de i större utsträckning sökt vård och därigenom kommit i kontakt med en biomedicinsk diskurs. Effekten av förklaringsmodeller på PMS var liten och skillnader i förklaringsmodeller kunde inte predicera premenstruella besvär på ett tillförlitligt sätt.

Copingstrategier för att hantera premenstruella förändringar

Att coping var den starkaste prediktorn för PMS indikerar att sättet en person hanterar PMS är av betydelse för graden av upplevt besvär. Copingstrategierna Adjusting Energy och Avoiding Harm var signifikanta prediktorer och visade medelstarka positiva korrelationer med PMS. Det är möjligt att personer med mycket PMS i större utsträckning behöver använda sig av dessa copingstrategier. Sambandet kan också tolkas som att vissa copingstrategier leder till en ökning premenstruella besvär.

Adjusting Energy innebär att tillåta sig ventilera sina känslor, äta mer sötsaker, träna mindre och minska på sociala aktiviteter. Det är möjligt att dessa beteenden förvärrar de premenstruella besvären genom en sänkt aktivitetsnivå och en minskning av positiva upplevelser. Sänkt aktivitetsnivå är ett vanligt problem vid depression och förvärrar sjukdomen, och det är tänkbart att denna Adjusting Energy har liknande effekter vid PMS. Denna skala har dock låg reliabilitet varför resultatet bör beaktas med viss försiktighet. Avoiding Harm innebär att undvika personer och samtalsämnen som man tror kan orsaka skada eller obehag. Denna strategi kan vara vanligare bland personer med mycket PMS för att deras besvär leder till att de inte orkar eller vill gå in i situationer som riskerar att bli konfliktfyllda. En annan tolkning är att undvikande har positiva effekter på kort sikt men att det samtidigt bidrar till att vidmakthålla och förstärka problemen på längre sikt. Det skulle kunna förklara det faktum att Read, Perz och Ussher (2014) fann att kvinnor med PMS uppfattade Avoiding Harm som den mest effektiva copingstrategin för PMS samtidigt som personer som använder denna copingstrategi besväras av PMS i högre utsträckning. Ur ett kortsiktigt perspektiv upplevs strategin som hjälpsam, men på lång sikt innebär undvikandet att inga positiva förändringar möjliggörs.

En copingskala hade motsatt samband med premenstruella besvär, Awareness and Acceptance of Premenstrual Change. Det är tänkbart att personer som besväras av svår PMS i större utsträckning ser PMS som något onormalt, men personer med mycket PMS är sannolikt mer medvetna om sina premenstruella förändringar. En mer trolig tolkning är av sambandet är att medvetenhet och acceptans av PMS leder till minskade premenstruella besvär. Denna tolkning stöds av att tidigare forskning funnit ett signifikant positivt samband mellan förmåga

att hantera PMS och Awareness and Acceptance of Premenstrual Change (Read, Perz & Ussher, 2014).

Sammanfattningsvis belyser resultaten på att strategier för att hantera PMS är av betydelse för hur mycket man besväras av PMS. Resultaten tyder på att ökad medvetenhet och acceptans av PMS är att föredra framför strategier som bygger på undvikande och minskande av aktiviteter, även om de kan innebära att besvären lättar på kort sikt.

Silencing the Self

Studien fann ett svagt positivt samband mellan Silencing the Self och PMS. Detta innebär alltså att en större tendens att tysta sina känslor och behov har ett samband med högre grad av PMS. Detta är i linje med Usshers (2008) teori om PMS som ett undantagstillstånd från självtystande, ett utlopp för känslor som undertrycks resten av månaden. Ur detta perspektiv kan alltså sambandet tänkas bero på att tendenser till Silencing the Self gör att de premenstruella besvären upplevs som större. Dana Crowley Jack (2001) kopplar självtystande till känslor av isolering och hopplöshet som i sin tur kan leda till depression. Då ett samband mellan depression och PMS är belagt är det möjligt att dessa processer även leder till värre PMS. En alternativ tolkning skulle kunna vara att de personer som besväras mycket av PMS känner ett större behov av att tysta sina känslor eftersom känslorna oftast är av negativ karaktär (se tabell 2: *Psykiska förändringar veckan före menstruation*).

Perfektionism

Ett svagt positivt samband mellan perfektionism och grad av PMS framkommer i studien. Ju högre grad av perfektionism desto högre grad av PMS. Detta överensstämmer med tidigare forskning av Haywood, Slade och King (2009) som kunde påvisa att ett stort problem för kvinnor med hög grad av premenstruella symtom var en låg förmåga att tolerera annat än perfektion. Perfektionism innefattar en tendens till dikotomt tänkande vilket kan innebära att ett litet nederlag värderas som ett totalt nederlag. Denna tendens skulle kunna vara en anledning till att dessa personer rapporterar högre grad av PMS då de premenstruella förändringarna kanske hindrar dem från att leva upp till sina högt ställda krav.

Den underskala som har starkast samband med PMS är Socialt förskriven perfektionism som mäter personers tro eller uppfattning om att närstående ställer orealistiska krav på dem, utvärderar dem strängt och pressar dem till att vara perfekta. Andras krav på perfektion har något starkare samband med PMS än vad egna krav på perfektion har. Detta tyder på att PMS påverkas av relationella faktorer vilket är i linje med de resultat som visade

att ha hemmaboende barn och att bo tillsammans med en partner har samband med högre grad av PMS. Studier påvisar att den starkaste prediktorn för att återfalla i depression är patientens upplevelse av kritik från partnern (Hooley & Teasdale, 1989), då PMS ofta präglas av depressiva symtom (se tabell 2) är det troligt att upplevelse av kritik från partner skulle kunna förvärra PMS.

Depression

Personer som är eller har varit deprimerade led i större utsträckning av PMS. Depression var den tredje starkaste prediktorn för PMS. De psykiska besvär som rapporteras var till stor del av depressiv karaktär (se tabell 2) och Miller och Miller (2001) påvisar att 25 % av de kvinnor som lever med kronisk depression uppvisar en premenstruell förvärring av symtomen. Detta skulle kunna vara en orsak till att personer som är eller har varit deprimerade också i högre utsträckning lider av PMS. Studiens resultat belyser viktiga överlappande faktorer mellan PMS och depression. Förutom att personer som har eller har haft depression generellt har mer premenstruella besvär har både depression och PMS samband med högre grad av perfektionism och Silencing the self. Dessa samband i kombination med det svikande vetenskapliga stödet för en hormonell förklaringsmodell för PMS öppnar upp för en diskussion kring huruvida distinktionen mellan PMS och depressiva tillstånd som förvärras premenstruellt är meningsfull.

Socioekonomisk status

Studien visar att utbildningsnivå har ett signifikant samband med PMS, där de personer som studerat på högskola eller universitet rapporterar signifikant lägre grad av PMS än de som endast studerat på grundskolenivå. Resultatet stöds av tidigare forskning som påvisat att PMS är vanligare hos personer med lägre utbildningsnivå (Tschudin et al., 2010). Enligt Folkhälsomyndigheten (2014) innebär lägre utbildningsnivå fler hälsorisker på arbetet, mer ekonomisk utsatthet samt mindre makt över den egna livssituationen. Dessa socioekonomiska faktorer kan påverka PMS men mäts inte direkt i undersökningen. Utifrån resultaten är det inte möjligt att dra några slutsatser om hur och i vilken utsträckning socioekonomisk status påverkar premenstruella besvär. Avsaknaden av statistiska samband gällande sysselsättning, inkomst eller föräldrafigurernas utbildningsnivå beror sannolikt på bristande nyansering i operationaliseringen av socioekonomisk status. Att ett samband mellan egen utbildning och PMS kunde etableras är en indikation på att ett samband kan finnas, men ytterligare forskning krävs för att undersöka ett sådant sambands natur.

Hormonella preventivmedel

Resultaten gällande koppling mellan hormonella preventivmedel och PMS visade signifikanta skillnader där de som tog hormonella preventivmedel visade lägre grad av PMS. Tidigare forskning visar på motstridiga resultat gällande detta samband (Ross & Steiner, 2003, Tschudin et al., 2010). Tschudin et al. (2010) fann ett svagt samband mellan användandet av p-piller och lägre grad av PMS. Detta samband skulle kunna ses som ett stöd för att PMS har en hormonell orsak, men Tschudin et al. föreslår att sambandet även skulle kunna bero på att personer som tar hormonella preventivmedel upplever en större kontroll över sina premenstruella symtom.

Hemmaboende barn

Studien visar att personer som har hemmaboende barn har signifikant högre grad av PMS än personer som inte har hemmaboende barn, vilket kan förstås utifrån den extra påfrestning och arbetsbelastning barn i de flesta fall medför. Enligt Ussher (2003a) har kvinnor med barn en tendens att se en legitim irritation över ett oproportionerligt ansvar för omvårdnad och brist på stöd från sin partner som PMS, vilket är en möjlig anledning till skillnaderna mellan personer med och utan hemmaboende barn.

Relationsfaktorer

Civilstånd. Resultaten stödjer Tschudin et al.s (2010) fynd att premenstruella besvär har ett samband med civilstånd. Emellertid fann Tschudin att gifta kvinnor upplever lägre grad av premenstruella besvär, i motsats till den aktuella studien som fann att samboende eller gifta i större utsträckning än särboende eller singlar besväras av premenstruella förändringar. Skillnaden kan bestå i en verklig skillnad mellan länderna då PMS i stor utsträckning är kulturbundet, men kan också bero på metodologiska skillnader mellan studierna, såsom att Tschudin et al. använde ett randomiserat urval eller skillnader i operationaliseringen av PMS. Att personer som bor med sina partners har mer premenstruella symtom kan förstås utifrån Ussher och Perzs (2013) fynd att de flesta kvinnor vill vara ensamma och dra sig undan vid PMS. Att bo tillsammans med sin partner minskar möjligheterna till denna copingstrategi, vilket skulle kunna leda till mer premenstruella besvär. Premenstruella besvär som ilska och nedstämdhet upplevs till stor del i samspel med andra och blir sannolikt mer påtagliga ju mer man delar sitt liv med andra, såväl sin kärlekspartner som sina barn.

Generell relationskvalitet. Resultaten visade ett statistiskt signifikant samband mellan premenstruella besvär och relationskvalitet, vilket dessutom var en signifikant prediktor för PMS. Resultaten är överensstämmande med tidigare forskning som visat att

kvinnor som rapporterar PMS också rapporterar högre nivåer av relationsproblem (Ussher, 2006), vilket stödjer skalans validitet. Skalan bestod av en generell fråga om hur nöjd respondenten är med sin relation och en fråga specifikt om konfliktlösning. Det starkaste sambandet ($r = -0,209$) uppmättes för konfliktlösning, och stödjer tidigare forskning som funnit att brist på kommunikation och konfliktlösning är vanligare i familjer där kvinnor rapporterar PMS (Kuczmierczyk, Labrumb & Johnson, 1992).

Partners inställning till PMS. Partners inställning har ett svagt signifikant korrelationssamband med PMS men kunde inte predicera PMS-symtom på ett tillförlitligt sätt. Skalan som mäter partners inställning har konstruerats av författarna vilket innebär en risk för bristande begreppsvaliditet. Emellertid tyder resultatens överensstämmande med tidigare kunskap på att skalan fungerar väl och att den identifierar en variabel som sannolikt påverkar premenstruella besvär. Mycket besvär hade ett samband med att partnern var mindre stöttade vid premenstruella besvär och i större utsträckning ansåg att PMS var en ursäkt eller något som inte bör tas på allvar. En sådan inställning till premenstruella besvär skulle sannolikt kunna förvärra besvären hos den drabbade, vilket är en möjlig förklaring till sambandet. Ussher Perz och Mooney-Somers, intervjustudier (2007) har visat att kvinnors inställning och hantering av sina premenstruella behov påverkas av deras partners inställning. Studiens resultat stödjer ett sådant samband, och finner ett svagt signifikant samband mellan partners inställning och premenstruell coping. En annan möjlig förklaring är att en högre grad av PMS drabbar partnern i större utsträckning, vilket leder till att partnern får en mer negativ inställning. Detta skulle sannolikt leda till mer premenstruella besvär, vilket skulle kunna orsaka en än mer negativ inställning till PMS från partners. Det är alltså möjligt att dessa orsaker interagerar med varandra, och skapar en negativ spiral av ökande premenstruella besvär.

Sambandet understryker att premenstruella besvär bör förstås utifrån en relationskontext, i överensstämmelse med Usshers (2007) tidigare forskning. Sambandet belyser hur det premenstruella lidandet uppstår och konstrueras i relation till andra närstående, och hur relationella interaktioner bidrar till ett vidmakthållande av PMS.

Partners könstillhörighet. Resultaten visar att partners könstillhörighet inte har ett signifikant samband med premenstruella besvär. Emellertid var kvinnliga partners i större utsträckning stöttande och hade en mer accepterande attityd vid PMS än manliga. Att partners könstillhörighet inte har något direkt samband med PMS kan belysas utifrån olika gruppers förväntade psykiska hälsa. 2014 års nationella folkhälsoenkät, Hälsa på Lika Villkor (Folkhälsomyndigheten, 2014) visar att nedsatt psykiskt välbefinnande förekommer i

betydligt större utsträckning bland homo- och bisexuella än hos heterosexuella, framför allt hos kvinnor. Med bakgrund av detta kan man alltså förvänta sig att respondenterna med kvinnliga partners i större utsträckning skulle lida av PMS än de med manliga partners. Att kvinnliga partners i större utsträckning är mer stöttande och förstående kan vara en förklaring till att så inte är fallet.

Hur respondenternas kärleksrelationer påverkade deras premenstruella förändringar undersöktes på ett flertal sätt. Resultaten visade interaktioner mellan relationskvalitet, civilstånd, partners kön och partners inställning till premenstruella besvär. Sammantaget kan sägas att upplevelsen av en god relationskvalitet och i synnerhet god konfliktlösning har samband med lägre grad av PMS. En stöttande och förstående partner har samband med lägre grad av PMS. Partners kön har inget direkt samband med grad av PMS, emellertid påverkar partners kön dess inställning till PMS. Positiva upplevelser av i en kärleksrelation har alltså samband med lägre grad av PMS. Att bo med sin partner har dock samband med ökade premenstruella besvär vilket kan tyckas motstridigt men understryker relationers betydelse vid PMS. Resultaten kan kanske förstås utifrån att många kvinnor vill dra sig undan vid premenstruella besvär. Eftersom premenstruella besvär till stor del uttrycks i relationer blir de sannolikt mer märkbara då man delar sitt vardagsliv med någon annan.

Ålder

Resultaten visar att ålder har ett statistiskt signifikant samband med PMS. De som har mest PMS är mellan 30 och 39 år och de som har minst är mellan 25 och 29 år. Den stora skillnaden mellan dessa närliggande åldrar kan tyckas överraskande. Skillnaden kan dock sannolikt delvis förstås utifrån att hemmaboende barn, samboende med partner och ökad utbildningsnivå, har ett samband med ökade premenstruella besvär, vilket skulle kunna förklara ökningen av premenstruella besvär.

Resultaten visar emellertid att andra faktorer som har samband med PMS har ett motsatt förhållande till ålder. Hög grad av Silencing the Self och perfektionism har signifikant samband med lägre ålder. Detta belyser en möjlig skillnad i PMS etiologi; PMS hos personer i tonåren verkar i högre grad drivas av internaliserade normer och PMS hos personer i trettioårsåldern verkar i högre grad drivas av familje- och stressrelaterade faktorer. Att personer mellan 24 och 29 har lägst grad av PMS kan i detta ljus förstås utifrån att gruppen lämnat tonåren och i större grad utvecklat det Jack (2011) beskriver som autentiska själv. Denna åldersgrupp har i mindre utsträckning bildat familj och skaffat samboende partners

(Statistiska centralbyrån, 2013) och är därför i mindre grad utsatta för den ökade press familjeliv är förknippat med.

Även om skillnader i ålder visar på olika möjliga ursprung till premenstruella besvär innebär det inte att PMS hos den enskilde beror på det ena eller det andra baserat på dennes ålder. Sambanden för perfektionism och Silencing the Self gäller för alla åldersgrupper, precis som skillnader rörande samboende med partner och barn. Att skaffa barn och bo tillsammans med sin partner kan givetvis ske i andra åldrar än trettioårsåldern. Människor i alla åldrar är formade av könsbaserade normer och förväntningar även om resultaten visar att tonåringar är extra utsatta för internalisering av perfektionism och Silencing the Self.

Styrkor och svagheter

Då antalet respondenter är förhållandevis stort föreligger risk för typ 1-fel avseende de statistiska slutsatserna. Beräkningar för effektstorlek har därför genomförts och redovisats.

Deltagare. Urvalets yttre validitet. Deltagarna rekryterades främst via författarnas egna kontakter på sociala medier och menstruationsrelaterade sidor på internet. Bekvämlighetsurvalet innebär att studiens deltagarbortfall inte kan analyseras, och en risk att resultaten är snedfördelade och därmed inte går att generalisera till den allmänna populationen. Tidigare metodologisk forskning har antytt att svarande på internetdistribuerade formulär i större utsträckning än ett representativt urval är unga, studerande, har en högre utbildning, och till större del består av icke-heterosexuella och singlar, men i övrigt är jämförbar med representativt urval (Ross, Månsson, Daneback, Cooper & Tikkanen, 2005).

Stickprovet är förhållandevis ungt. Medelåldern är 24,9 år, (SD = 7,04) men med en variationsvidd på 12 till 55 år, vilket innebär att i stort sett hela spektrat av den menstruerande delen av populationen undersöks, även om yngre personer är överrepresenterade. Det unga stickprovet medför att personer utan hemmaboende barn är överrepresenterade, en faktor som enligt resultaten har en liten negativ effekt på förekomsten av premenstruella besvär. Stickprovet är i större utsträckning än normalpopulationen studerande, och har en lägre medelinkomst, sannolikt på grund av den låga åldern. Resultatet visar emellertid att dessa faktorer inte har samband med premenstruella besvär. Var tredje person i Sverige har eftergymnasial utbildning (Statistiska centralbyrån, 2014), att jämföra med varannan person i stickprovet, vilket innebär liten positiv effekt på förekomsten av premenstruella besvär.

31,4 % av ett representativt urval är singlar (Ross et al., 2003), vilket exakt motsvarar andelen singlar i stickprovet. 93 % av ett representativt urval av kvinnor är attraherade av män, och 6,7 % attraherade av kvinnor eller båda könen. Studien undersöker inte sexuell

läggning, men respondenterna svarade på vilket kön deras partner hade. Av de monogama respondenternas partners var 93 % män, 6 % kvinnor och 0,7 % hade en annan könsidentitet än kvinna eller man, vilket antyder att studien är representativ avseende sexuell läggning.

Stickprovet är representativt avseende depression hos kvinnor (Socialstyrelsen, 2013).

Inga jämförbara studier av premenstruella besvär i en svensk normalpopulation har i författarnas kännedom genomförts, vilket innebär att det är svårt att fastställa huruvida studien är representativ i detta avseende. Premenstruella besvär är emellertid normalfördelade i stickprovet, vilket kan ses som stöd för att studiens resultat inte lider av någon avgörande snedfördelning. Två procent av urvalet hade diagnostiserats med PMDS, vilket bedöms vara en trovärdig siffra för förekomsten av PMDS i populationen.

Sammanfattningsvis tyder den demografiska informationen på att studien är jämförbar med andra internetstudier, avseende avvikelser för ålder och utbildning. Studien är jämförbar med ett representativt urval avseende sexuell läggning och relationsstatus. Resultaten kan sannolikt generaliseras till den allmänna populationen med viss försiktighet avseende ålder, hemmaboende barn och utbildningsnivå, vilka visat sig ha små effekter på grad av premenstruella besvär.

Begreppsvaliditet och mätinstrument. PMS. Att mäta PMS med självskattning innebär att respondenternas upplevelse av PMS mäts, snarare än deras faktiska PMS-symtom. Romans et al. (2012) har visat att retroaktiv självskattning vid ett tillfälle inte är en tillförlitlig metod för att fastställa faktiska PMS-symtom. När en mer tillförlitlig metod används, såsom dagliga rapporter av mående under två hela menscykler är det svårt att belägga PMS överhuvudtaget, trots att det upplevs av stor del av befolkningen. För förståelsen av PMS är dock dessa subjektiva upplevelser relevanta, vilket motiverar användandet av självskattning vid ett mättillfälle i studien.

För de statistiska beräkningarna i resultatet används respondentens skattning av sina premenstruella besvär på en skala från ett till tio. För att kunna beskriva urvalets PMS-symtom fick respondenterna själva beskriva sina upplevelser av premenstruella förändringar. Denna metod användes för att möjliggöra en större variation i svaren då de standardiserade skalorna (som exempelvis *the Premenstrual Symptoms Screening Tool* av Steiner, 2003) enbart undersöker förekomst av på förhand definierade symtom. Romans et al. (2012) har även visat att självrapporteringen av PMS i hög grad påverkas av hur frågan ställs, och genom användandet av egna beskrivningar var förhoppningen att påverka respondenternas svar i så liten utsträckning som möjligt.

Relationsfaktorer. I brist på relevanta skalor utformade författarna egna skalor för att mäta relationsaspekter som tidigare forskning lyft fram som kopplade till PMS. De egenkonstruerade skalornas reliabilitet är tillfredsställande, men validiteten har inte kunnat fastställas. Självsfattning som ensidigt mått är problematiskt och svaren på frågor om exempelvis relationskvalitet riskerar att påverkas av social önskvärdhet hos respondenten. I de fall skalorna konstruerats av författarna måste deras validitet bedömas utifrån face validity och hur väl resultaten överensstämmer med vad som kan förväntas utifrån tidigare forskning.

Socioekonomisk status. I brist på en etablerad metod för att mäta socioekonomisk status i enkätstudier skapade författarna egna frågor utifrån APA:s rekommendationer (American Psychological Association, n.d.) gällande mätning av socioekonomisk status. Tre faktorer mättes; utbildningsnivå, huvudsaklig sysselsättning och inkomst. Utbildningsnivå mättes för både deltagaren och deltagarens föräldrar (eller andra motsvarande vuxna) medan inkomst och sysselsättning endast mättes för deltagaren. Den ursprungliga ambitionen var att undersöka vilket yrke respondenten och dennes föräldrar hade, för att kunna skapa en god bild av respondentens socioekonomiska status och bakgrund. Författarna upplevde dock att detta var problematiskt med tanke på risken för att vissa respondenter skulle kunna identifieras utifrån denna information. Istället tillfrågades respondenterna om sin och sina föräldrafigurers utbildningsnivå på en tregradig skala.

Analysen visade att den egna utbildningsnivån hade ett samband med premenstruella besvär men gällande föräldrafigurers utbildningsnivå upptäcktes inga mönster som samstämde med grad av PMS och övriga socioekonomiska variabler. Mätningen av föräldrafigurers utbildningsnivå bedömdes därför inte vara valid och variabeln exkluderades från resultaten.

Respondenternas sysselsättning mättes utifrån anställningsform och resultaten visade inget samband mellan detta och PMS. Då tidigare forskning har visat att arbetssituation och en hög grad av press på jobbet ökar risken för premenstruella besvär (Krantz & Östergren, 2000) hade ett visst samband förväntats. Respondenternas inkomst hade heller inget statistiskt signifikant samband med PMS. En möjlig tolkning är att dessa samband inte finns. En annan förklaring är att dessa mätningar lider av bristande validitet och att resultaten därför inte är tillförlitliga. Bristen på samband mellan PMS och inkomst kan ifrågasättas då frågan om inkomst hade ett stort bortfall och flera respondenter besvarat frågan på ett sätt som uppfattades som orimligt av författarna (exempelvis månadsinkomster på 0 kr). Mätningarna av socioekonomiska variablers motstridiga resultat innebär att deras validitet kan ifrågasättas.

Perfektionism och Silencing the Self. För att undersöka perfektionism och Silencing the Self användes skalor vars begreppsvaliditet och reliabilitet redan är etablerad. Ingen av skalorna användes dock i sin helhet, och Silencing the Self Scale och Copingskalan översattes till svenska av författarna själva. Skalornas förkortning genomfördes efter analys av provenkätens resultat för att minimera förkortningens hot mot helskalornas reliabilitet och begreppsvaliditet. Samtliga förkortade helskalors reliabilitet är tillfredsställande eller goda. Emellertid resulterade förkortningen i att vissa subskalor, framför allt gällande Silencing the Self, representeras av ett mycket litet urval items och i ett fall eliminerades en hel subskala vilket innebär att resultaten för dessa subskalor bör tolkas med försiktighet. Cronbachs alfa visar att reliabiliteten för Perfektionism riktad mot självet och Socialt föreskriven perfektionism är god, men reliabiliteten gällande Perfektionism riktad mot andra är otillfredsställande och resultaten bör tolkas med försiktighet.

Copingstrategier för att hantera premenstruella förändringar. Även coping mättes med ett etablerat men förkortat mätinstrument som visade god reliabilitet, med undantag för Adjusting Energy. Författarna översatte skalan själva, utan att använda sig av backtranslation vilket innebär en risk mot validiteten i den utsträckning översättningen kan vara missvisande. Mätinstrumentet är utvecklat för premenstruell coping, vilket innebär att resultaten inte bör generaliseras till allmänna copingstrategier. Att mäta generella snarare än PMS-specifika copingstrategier hade möjliggjort att undersöka skillnader i copingstrategier mellan personer med och utan premenstruella besvär. Valet av en skala för premenstruell coping har därför begränsat de slutsatser studien kan dra kring copingstrategiers samband med PMS, men i gengäld undersöks strategier som tidigare forskning visat har samband med PMS.

Kliniska implikationer och förslag på framtida forskning

Resultaten implicerar att ett psykosocialt perspektiv är värdefullt i behandling av PMS. Sambandet mellan perfektionism och PMS visar att det kan vara viktigt att arbeta med den drabbades perfektionistiska krav på sig själv, men även upplevda krav från andra. En sådan behandling skulle kunna vara individuell, men sambanden med relationsfaktorer och hemmaboende barn pekar på att ett relationellt perspektiv är av stor vikt för att förstå PMS. Parterapi eller terapi med ett systemiskt fokus kan sannolikt vara en framkomlig väg. Det är avgörande att förstå att PMS inte uppstår i ett vakuum utan är begripliga utifrån den drabbades livssituation för att kunna påbörja en förändring. Sambanden med Silencing the Self belyser vikten av att uttrycka även de känslor som kan upplevas som obehagliga eller osympatiska för att möjliggöra förändring och ett bättre mående. Att acceptera även dessa

delar av sig själv snarare än att se dem som uttryck för hormonell irrationalitet stöds av forskning och kan möjliggöra viktiga förändringsprocesser i den drabbades liv.

Psykosociala samband med PMS är fortsatt ett till stor del outforskat område. Den aktuella studien lyckas inte på ett tillfredsställande sätt undersöka samband mellan PMS och socioekonomiska faktorer, och framtida forskning på detta område skulle kunna bidra till att fördjupa och förbättra förståelsen av PMS. Det är givetvis viktigt att undersöka andra psykosociala faktorer än de som undersökts i studien men även de faktorer som undersökts i studien är i behov av mer forskning. Andra metoder skulle kunna bidra till mer säkra slutsatser och etablera kausala samband. Författarna ser utifrån studiens resultat ett stort behov av forskning om psykologisk behandling för PMS och PMDS. Det finns ett behov av mer kunskap om mekanismerna bakom PMS för att förstå hur begreppet PMS påverkar och formar oss som individer och som samhälle.

Referenser

- Anson, O. (1999). Exploring the bio-psycho-social approach to premenstrual experiences. *Social Science & Medicine*, 49(1), 67.
- American Psychological Association, n.d. WORK STRESS & HEALTH & SOCIOECONOMIC STATUS. Hämtad 09-10-2014 från American Psychological Association: <http://apa.org/pi/ses/resources/publications/factsheet-wsh.pdf>
- Blake, F. (1995). Cognitive therapy for premenstrual syndrome. *Cognitive and Behavioral Practice*, 2, 167–185.
- Chrisler, J. C., & Caplan, P. (2002). The strange case of Dr. Jekyll and Ms. Hyde: How PMS became a cultural phenomenon and a psychiatric disorder. *Annual Review Of Sex Research*, 13, 274-306.
- Chrisler, J.C. & Johnston-Robledo, I. (2002). Raging hormones?: Feminist perspectives on premenstrual syndrome and postpartum depression. *Ballou M and Brown LS (eds) Rethinking mental health and disorder: Feminist perspectives*. New York: Guilford Press, pp. 174–197.
- Chrisler, J.C. (2008) 2007 Presidential address: Fear of losing control: Power, perfectionism and the psychology of women. *Psychology of Women Quarterly*, 32(1): 1–12.
- Folkhälsomyndigheten. (2014) Folkhälsan i Sverige - årsrapport 2014. Hämtad från <http://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationer/Folkhalsan-i-Sverige-Arsrapport-2014/>
- Folkhälsomyndigheten. (2014) Hälsa på Lika Villkor. Hämtad från www.folkhalsomyndigheten.se/documents/nyheter-press/nyheter2014/utv-halsan-bestamningsfaktorer-homo-bi-fina-2014.pdf
- Fontana, A.M., & Palfai, T.G. (1994). Psychosocial factors in premenstrual dysphoria: Stressors, appraisal, and coping processes. *Journal of Psychosomatic Research* 38(6): 557-567.
- Garaigordobil, M., & Maganto, C. (2013). Sexism and eating disorders: Gender differences, changes with age, and relations between both constructs. *Revista De Psicopatologia Y Psicologia Clinica*, 18(3), 183-192.
- Haywood, A. A., Slade, P. P., & King, H. H. (2007). Psychosocial associates of premenstrual symptoms and the moderating role of social support in a community sample. *Journal Of Psychosomatic Research*, 62(1), 9-13.

- Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1990). Perfectionism and depression: A multidimensional analysis. *Journal of Social Behavior and Personality*, 5, 423-438.
- Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1991). Perfectionism in the Self and Social Contexts: Conceptualization, Assessment, and Association With Psychopathology. *Journal Of Personality & Social Psychology*, 60(3), 456-470.
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., Turnbull-Donovan, W., & Mikail, S. F. (1991). The Multidimensional Perfectionism Scale: Reliability, validity, and psychometric properties in psychiatric samples. *Psychological Assessment: A Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 3(3), 464-468.
- Hoge, D. R. & McCarthy, J. D. (1983). Issues of validity and reliability in the use of real-ideal discrepancy scores to measure self-regard. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 1048-1055.
- Hooley, J.M. & Teasdale, J.D. (1989). Predictors of relapse in unipolar depressives: Expressed emotion, marital distress, and perceived criticism. *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 229-235.
- Hunter, M., Ussher, J., Cariss, M., Browne, S., Jelley, R., & Katz, M. (2002). Medical (fluoxetine) and psychological (cognitive-behavioural therapy) treatment for premenstrual dysphoric disorder: A study of treatment processes. *Journal Of Psychosomatic Research*, 53(3), 811-817.
- Jack, D. C. (2001) Understanding women's anger: A description of relational patterns. *Health. Care for Women International*, 22: 385-400.
- Jack, D. C. (2011). Reflections on the Silencing the Self Scale and Its Origins. *Psychology Of Women Quarterly*, 35(3), 523-529.
- Jack, D. C., & Dill, D. D. (1992). THE SILENCING THE SELF SCALE. *Psychology Of Women Quarterly*, 16(1), 97.
- Johannisson, K. (2013). *Den mörka kontinenten: kvinnan, medicinen och fin-de-siècle*. Stockholm: Norstedts
- King, M., & Ussher, J. (2012). It's not all bad: Women's construction and lived experience of positive premenstrual change. *Feminism & Psychology*, 23(3), 399-417.
- Krantz, G. & Ostergren, P. (2000). Common symptoms in middle aged women: their relation to employment status, psychosocial work conditions and social support in a Swedish setting. *Journal Of Epidemiology & Community Health*, 54(3), 192-199.

- Kuczmierczyk, A. R., Labrum, A. H., & Johnson, C. C. (1992). Perception of family and work environments in women with premenstrual syndrome. *Journal Of Psychosomatic Research, 36* (8), 787-795.
- Lee, S. S. (2002). Health and sickness: The meaning of menstruation and premenstrual syndrome in women's lives. *Sex Roles, 46*(1-2 SPEC.ISS.), 25-35.
- Marvan, M. L., Díaz-Erosa, M. M., & Montesinos, A. A. (1998). Premenstrual symptoms in Mexican women with different educational levels. *The Journal Of Psychology, 132*(5), 517-526.
- Miller, M. N., & Miller, B. E. (2001). Premenstrual exacerbations of mood disorders. *Psychopharmacology Bulletin, 35*(3), 135-149.
- Pacht, A. R. (1984). Reflections on perfection. *American Psychologist, 39*, 386-390.
- Perz, J. & Ussher, J.M. (2006) Women's experience of premenstrual change: A case of silencing the self. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 24*(4): 289–303.
- Read, J. R., Perz, J., & Ussher, J. M. (2014). Ways of coping with premenstrual change: development and validation of a premenstrual coping measure. *BMC Women's Health, 14*(1), 1-29.
- Romans, S., Clarkson, R., Einstein, G., Petrovic, M., & Stewart, D. (2012). Mood and the menstrual cycle: A review of prospective data studies. *Gender Medicine, 9*(5), 361-384.
- Saboonchi, F., & Lundh, L. (2003). Perfectionism, anger, somatic health, and positive affect. *Personality And Individual Differences, 35*(7), 1585-1599.
- Socialstyrelsen. (2013) Nationell utvärdering 2013 – vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni. Indikatorer och underlag för bedömningar. Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19149/2013-6-7.pdf>
- Statistiska centralbyrån. (2013) Familjer med hemmaboende barn och ungdomar, procent efter barnens ålder, familjetyp, moderns ålder, faderns ålder och år. Hämtad från http://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START__LE__LE0102__LE0102J/BarnFamAlder/table/tableViewLayout1/?rxid=da11f6f5-fbf2-4427-b877-e5dc4f6f7128
- Statistiska centralbyrån. (2014) Utbildningsstatistisk årsbok 2014. Hämtad från http://www.scb.se/Statistik/_Publikationer/UF0524_2013A01_BR_02_UF01BR1301.pdf
- Steiner, M. M., McDougal, M. M., & Brown, E. E. (2003). The premenstrual symptoms screening tool (PSST) for clinicians. *Archives Of Women's Mental Health, 6*(3), 203-209.

- Steiner, M., Ross, L. E. (2003). A biopsychosocial approach to premenstrual dysphoric disorder. *Psychiatr Clin N Am* 26 (2003), 529-546.
- Strauman, T. J. (1989). Self-discrepancies in clinical depression and social phobia: Cognitive structures that underlie emotional dis-orders? *Journal of Abnormal Psychology*, 98,14-22.
- 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.
- Tschudin, S., Berteau, P., & Zemp, E. (2010). Prevalence and predictors of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in a population-based sample. *Archives Of Women's Mental Health*, 13(6), 485-494.
- Ussher, J.M. (2002a). 'Processes of appraisal and coping in the development and maintenance of Premenstrual Dysphoric Disorder'. *Journal of Community and Applied Social Psychology* 12: 1-14.
- Ussher, J.M. (2003a). 'The ongoing silencing of women in families: An analysis and rethinking of premenstrual syndrome and therapy. *Journal of Family Therapy* 25: 388-405.
- Ussher, J.M. (2004) Premenstrual Syndrome and self-policing: Ruptures in self-silencing leading to increased self-surveillance and blaming of the body. *Social Theory & Health*, 2(3): 254–272.
- Ussher, J.M. (2006). *Managing the Monstrous Feminine: Regulating the reproductive body*. London: Routledge.
- Ussher, J. M., Perz, J., & Mooney-Somers, J. (2007). The experience and positioning of affect in the context of intersubjectivity: The case of premenstrual syndrome. *Critical Psychology: International Journal Of Critical Psychology*, (21), 144-165.
- Ussher, J.M. (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, J. M., & Perz, J. (2013). PMS as a process of negotiation: Women's experience and management of premenstrual distress. *Psychology & Health*, 28(8), 909-927.
- Ussher, J. M., Perz, J. J., & May, E. E. (2014). Pathology or source of power? The construction and experience of premenstrual syndrome within two contrasting cases. *Feminism And Psychology*, 24(3), 332-351.

Bilaga A

Dina tankar om PMS

Den här enkäten vänder sig till personer med en aktiv menscykel, med eller utan PMS. Enkäten undersöker hur upplevelser av PMS hänger ihop med tankar om PMS, sig själv och sina relationer. Enkäten tar ca 5-15 minuter att fylla i och ditt deltagande är helt anonymt.

PMS är de förändringar vissa personer upplever veckan innan sin mens. PMS kan kännas på många olika sätt, både i kroppen och i känslolivet. Vissa känner av PMS varje månad, andra bara ibland. En del känner sig extra lättirriterade eller ledsna, andra kan ha svullna bröst eller ryggvärk.

Det här är en studie som ligger till grund för en examensuppsats på psykologprogrammet vid Lunds universitet. Vi som arbetar med studien heter Ina Rosvall och Sandra Ekholm. Om du är intresserad av resultatet av studien kan du skicka ett mail till oss så kontaktar vi dig när studien är klar i januari 2015. Skicka mailet till examensuppsats.ht14@gmail.com.

Om dig

1. Hur gammal är du?

.....

2. Har du hemmaboende barn?

Markera endast en oval.

Ja

Nej

3. Använder du p-piller eller annat hormonellt preventivmedel?

Markera endast en oval.

Ja

Nej

4. Har du fått diagnosen premenstruellt dysforiskt syndrom (PMDS)?

Markera endast en oval.

Ja

Nej

5. Har du eller har du tidigare haft en depression?

Markera endast en oval.

- Ja, nu
 Ja, tidigare
 Nej

6. Vilken är din högsta utbildningsnivå?

Markera endast en oval.

- Grundskola
 Gymnasium
 Högskola eller universitet
 Övrigt:

7. Vilken är din huvudsakliga sysselsättning?

Markera endast en oval.

- Jag arbetar (fast anställning)
 Jag arbetar (annan anställningsform)
 Jag studerar
 Jag är arbetsökande
 Övrigt:

8. Vilken är din ungefärliga månadsinkomst?

Efter skatt

.....

9. Vilken är dina föräldrars högsta utbildningsnivå?

Förälder 1. (Dessa personer behöver inte vara dina biologiska föräldrar. Utgå från de personer du levt närmast under din uppväxt)

Markera endast en oval.

- Grundskola
 Gymnasium
 Högskola eller universitet
 Övrigt:

10. Vilken är dina föräldrars högsta utbildningsnivå?

Förälder 2.

Markera endast en oval.

- Grundskola
- Gymnasium
- Högskola eller universitet
- Övrigt:

Premenstruella symtom

11. Märker du några skillnader i din kropp veckan innan mens?

Markera endast en oval.

- Nej
- Ja

12. Om ja, vilka skillnader märker du?

.....

.....

.....

.....

.....

13. Är ditt humör annorlunda veckan innan din mens?

Markera endast en oval.

- Nej
- Ja

14. Om ja, på vilket sätt är ditt humör annorlunda?

.....

.....

.....

.....

15. Vad tror du orsakar PMS?

.....
.....
.....
.....
.....

16. På en skala från 1 till 10, hur mycket besväras du av PMS?

1 = besväras inte alls och 10 = besväras väldigt mycket

Markera endast en oval.

- 1 Fortsätt till frågan 52.
 2 Fortsätt till frågan 52.
 3 Fortsätt till frågan 17.
 4 Fortsätt till frågan 17.
 5 Fortsätt till frågan 17.
 6 Fortsätt till frågan 17.
 7 Fortsätt till frågan 17.
 8 Fortsätt till frågan 17.
 9 Fortsätt till frågan 17.
 10 Fortsätt till frågan 17.

Sätt att hantera PMS

I den här enkäten finns ett antal påståenden. Läs dessa påståenden och avgör hur väl det stämmer för dig. Om påståendet stämmer precis för dig, kryssa i 5. Om det inte stämmer alls, kryssa i 1. Om det stämmer någonstans däremellan, ringa in någon av siffrorna mellan 1 och 5. Om du upplever påståendet som neutralt eller obestämt, så ringa in den mellersta siffran, 3.

Om påståendet inte är aktuellt för dig kan du hoppa över frågan. Om du exempelvis inte tränar alls kan du lämna första frågan obesvarad.

17. Jag tränar mindre när jag har PMS

Markera endast en oval.

	1	2	3	4	5	
Stämmer inte alls	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Stämmer helt

18. **Jag undviker situationer som skulle kunna provocera mig när jag har PMS**

Markera endast en oval.

	1	2	3	4	5	
Stämmer inte alls	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Stämmer helt

19. **Jag undviker personer som skulle kunna provocera mig när jag har PMS**

Markera endast en oval.

	1	2	3	4	5	
Stämmer inte alls	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Stämmer helt

20. **Jag undviker att ta upp ämnen som skulle kunna orsaka konflikter när jag har PMS**

Markera endast en oval.

	1	2	3	4	5	
Stämmer inte alls	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Stämmer helt

21. **Jag undviker samtal som sannolikt skulle göra mig upprörd när jag har PMS**

Markera endast en oval.

	1	2	3	4	5	
Stämmer inte alls	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Stämmer helt

22. **Jag ifrågasätter mina negativa tankar när jag har PMS**

Markera endast en oval.

	1	2	3	4	5	
Stämmer inte alls	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Stämmer helt

23. **Jag tycker att det är okej att jag känner mig annorlunda innan mens**

Markera endast en oval.

	1	2	3	4	5	
Stämmer inte alls	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Stämmer helt

24. **Jag tycker att det är okej att vara mer känslig eller emotionell innan jag ska ha mens**

Markera endast en oval.

	1	2	3	4	5	
Stämmer inte alls	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Stämmer helt

25. **Att ha PMS är en normal del av livet**

Markera endast en oval.

	1	2	3	4	5	
Stämmer inte alls	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Stämmer helt

26. **Om mina fysiska behov är annorlunda innan mens är det okej**

Markera endast en oval.

	1	2	3	4	5	
Stämmer inte alls	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Stämmer helt

27. **Jag vet vad jag behöver göra för att ta hand om mig själv när jag har PMS**

Markera endast en oval.

	1	2	3	4	5	
Stämmer inte alls	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Stämmer helt

28. **Jag får utlopp för mina känslor genom att få utbrott när jag har PMS**

Markera endast en oval.

	1	2	3	4	5	
Stämmer inte alls	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Stämmer helt

29. **Jag minskar mina sociala aktiviteter när jag har PMS**

Markera endast en oval.

	1	2	3	4	5	
Stämmer inte alls	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Stämmer helt

30. **Jag fokuserar mindre på andras behov när jag har PMS**

Markera endast en oval.

	1	2	3	4	5	
Stämmer inte alls	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Stämmer helt

31. **Jag äter mer sötsaker när jag har PMS**

Markera endast en oval.

	1	2	3	4	5	
Stämmer inte alls	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Stämmer helt

32. **Jag gör saker som får mig att slappna av som att ta ett bad, få massage eller läsa en bok när jag har PMS**

Markera endast en oval.

	1	2	3	4	5	
Stämmer inte alls	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Stämmer helt

33. **Jag lägger tid på att fokusera på mina egna behov när jag har PMS**

Markera endast en oval.

	1	2	3	4	5	
Stämmer inte alls	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Stämmer helt

34. **Jag låter mig själv få extra tid att vila när jag har PMS**

Markera endast en oval.

	1	2	3	4	5	
Stämmer inte alls	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Stämmer helt

35. **Jag känner mig trygg med att berätta för andra hur jag mår när jag har PMS**

Markera endast en oval.

	1	2	3	4	5	
Stämmer inte alls	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Stämmer helt

36. **Jag känner mig trygg med att berätta för andra vad jag behöver när jag har PMS**

Markera endast en oval.

	1	2	3	4	5	
Stämmer inte alls	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Stämmer helt

37. **Jag berättar för andra hur jag mår när jag har PMS**

Markera endast en oval.

	1	2	3	4	5	
Stämmer inte alls	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Stämmer helt

38. **Jag försöker att inte uttrycka hur jag mår när jag har PMS**

Markera endast en oval.

	1	2	3	4	5	
Stämmer inte alls	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Stämmer helt

39. **Jag ber andra om hjälp när jag har PMS**

Markera endast en oval.

	1	2	3	4	5	
Stämmer inte alls	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Stämmer helt

40. **Lever du i en relation?**

Markera endast en oval.

- Nej, jag är singel *Fortsätt till frågan 57.*
- Ja, jag är gift
- Ja, jag är sambo
- Ja, jag har en partner som jag ej bor med
- Jag har flera kärleksrelationer *Fortsätt till frågan 57.*

41. **Vilket kön har din partner?**

.....

42. Jag får den stöttning jag behöver av min partner när jag har PMS

Markera endast en oval.

	1	2	3	4	5	
Håller inte alls med	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Håller helt med

43. Min partner ger mig den egentid jag behöver när jag har PMS

Markera endast en oval.

	1	2	3	4	5	
Håller inte alls med	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Håller helt med

44. När jag har PMS tar min partner det jag säger på allvar

Markera endast en oval.

	1	2	3	4	5	
Håller inte alls med	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Håller helt med

45. Min partner tror att jag använder PMS som en ursäkt för att vara överdrivet känslsam

Markera endast en oval.

	1	2	3	4	5	
Håller inte alls med	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Håller helt med

46. När jag har PMS kommer problem upp som vi annars inte pratar om

Markera endast en oval.

	1	2	3	4	5	
Håller inte alls med	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Håller helt med

47. Min partner vet hur min PMS kan påverka mig

Markera endast en oval.

	1	2	3	4	5	
Håller inte alls med	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Håller helt med

48. Om jag behöver göra mindre hushållsarbete när jag har PMS accepterar min partner det

Om du inte bor med din partner kan du hoppa över frågan.
Markera endast en oval.

	1	2	3	4	5	
Håller inte alls med	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Håller helt med

49. Jag och min partner löser konflikter på ett bra sätt

Markera endast en oval.

	1	2	3	4	5	
Håller inte alls med	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Håller helt med

50. Jag är i stort sätt nöjd med min och min partners relation

Markera endast en oval.

	1	2	3	4	5	
Håller inte alls med	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Håller helt med

51. Hur stor del av hushållsarbetet gör du?

Om du inte bor med din partner kan du hoppa över denna fråga.
Markera endast en oval.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Inget	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Allt

Fortsätt till frågan 57.

52. Lever du i en relation?

Markera endast en oval.

- Nej, jag är singel *Fortsätt till frågan 57.*
- Ja, jag är gift *Fortsätt till frågan 53.*
- Ja, jag är sambo
- Ja, jag har en partner som jag ej bor med
- Jag har flera kärleksrelationer

53. Vilket kön har din partner?

.....

54. **Jag och min partner löser konflikter på ett bra sätt**

Markera endast en oval.

	1	2	3	4	5	
Håller inte alls med	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Håller helt med

55. **Jag är i stort sätt nöjd med min och min partners relation**

Markera endast en oval.

	1	2	3	4	5	
Håller inte alls med	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Håller helt med

56. **Hur stor del av hushållsarbetet gör du?**

Markera endast en oval.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Inget	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Allt

57. **I en nära relation uttrycker jag inte mina känslor, när jag vet att de kommer att orsaka osämja**

Markera endast en oval.

	1	2	3	4	5	
Stämmer inte alls	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Stämmer helt

58. **I en nära relation är det mitt ansvar att göra den andra personen lycklig**

Markera endast en oval.

	1	2	3	4	5	
Stämmer inte alls	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Stämmer helt

59. **Istället för att riskera konfrontationer i nära relationer föredrar jag att hålla inne med vad jag tycker**

Markera endast en oval.

	1	2	3	4	5	
Stämmer inte alls	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Stämmer helt

60. **Ofte verkar jag glad och uppåt, men inom mig är jag arg och upprorisk**

Markera endast en oval.

	1	2	3	4	5	
Stämmer inte alls	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Stämmer helt

61. **När det ser ut som att vissa av mina behov inte kan tillgodoses i en relation brukar jag inse att de i alla fall inte var så viktiga**

Markera endast en oval.

	1	2	3	4	5	
Stämmer inte alls	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Stämmer helt

62. **Att göra saker bara för mig själv är själviskt**

Markera endast en oval.

	1	2	3	4	5	
Stämmer inte alls	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Stämmer helt

63. **När jag arbetar med något kan jag inte slappna av förrän det blir perfekt**

Markera endast en oval.

	1	2	3	4	5	
Stämmer inte alls	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Stämmer helt

64. **Det är inte viktigt att folk som står mig nära är framgångsrika**

Markera endast en oval.

	1	2	3	4	5	
Stämmer inte alls	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Stämmer helt

65. **Jag tycker det är svårt att leva upp till andras förväntningar på mig**

Markera endast en oval.

	1	2	3	4	5	
Stämmer inte alls	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Stämmer helt

66. **Ett av mina mål är att vara perfekt i allt jag gör**

Markera endast en oval.

	1	2	3	4	5	
Stämmer inte alls	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Stämmer helt

67. **Jag brukar sällan känna behov av att vara perfekt**

Markera endast en oval.

	1	2	3	4	5	
Stämmer inte alls	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Stämmer helt

68. **Jag har höga förväntningar på de människor som är viktiga för mig**

Markera endast en oval.

	1	2	3	4	5	
Stämmer inte alls	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Stämmer helt

69. **Jag strävar efter att vara bäst på allt jag gör**

Markera endast en oval.

	1	2	3	4	5	
Stämmer inte alls	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Stämmer helt

70. **Jag har inte så höga krav på folk i min omgivning**

Markera endast en oval.

	1	2	3	4	5	
Stämmer inte alls	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Stämmer helt

71. **Om jag ber någon att göra något, förväntar jag mig att det utförs felfritt**

Markera endast en oval.

	1	2	3	4	5	
Stämmer inte alls	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Stämmer helt

72. Folk som betyder något för mig får inte göra mig besviken

Markera endast en oval.

	1	2	3	4	5	
Stämmer inte alls	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Stämmer helt

73. Jag måste alltid göra mitt yttersta

Markera endast en oval.

	1	2	3	4	5	
Stämmer inte alls	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Stämmer helt

74. Folk förväntar sig inget mindre än perfektion av mig

Markera endast en oval.

	1	2	3	4	5	
Stämmer inte alls	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Stämmer helt

75. Jag ställer mycket höga krav på mig själv

Markera endast en oval.

	1	2	3	4	5	
Stämmer inte alls	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Stämmer helt

76. Folk förväntar sig mer av mig än vad jag kan ge

Markera endast en oval.

	1	2	3	4	5	
Stämmer inte alls	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Stämmer helt