



AKADEMIN FÖR HÄLSA OCH ARBETSLIV
Avdelningen för hälso- och vårdvetenskap

Att leva med Polycystiskt ovariesyndrom - En litteraturstudie

Victoria Andersson & Jenny Karlsson

2013

Examensarbete, Grundnivå (kandidatexamen), 15 hp
Vårdvetenskap
Examensarbete inom omvårdandsvetenskap
Sjuksköterskeprogrammet

Handledare: Elisabet Eriksson
Examinator: Elisabeth Häggström

Sammanfattning

Syfte: Syftet med denna litteraturstudie var att beskriva hur det är att leva med Polycystiskt ovariesyndrom (PCOS).

Metod: Deskriptiv litteraturstudie. Data inhämtades från databaserna Pubmed och Cinahl. Resultatet baserades på 14 evidensbaserade artiklar.

Resultat: Kvinnor med Polycystiskt ovariesyndrom hade större risk att utveckla ångest och depression jämfört med normalpopulationen, orsaken till detta är inte klarlagd forskarnas åsikter går isär. Majoriteten av artiklarna i denna litteraturstudie hävdade att ett högt Body Mass Index (BMI) var den största bidragande faktorn som orsakade psykisk ohälsa och reducerad livskvalité hos denna patientgrupp. Kvinnor med ett högt BMI hade större risk att utveckla psykisk ohälsa. Sjukvården negligerade ofta de psykologiska aspekterna som syndromet medförde. Vilket kunde leda till onödigt lidande för dessa kvinnor.

Slutsats: Kvinnor med PCOS upplevde mer psykisk ohälsa och reducerad livskvalité i jämförelse med normalpopulationen. Personal inom hälso- och sjukvård behövde mer kunskap om syndromet för att kunna hjälpa denna patientgrupp på bästa sätt.

Nyckelord: Polycystiskt ovariesyndrom, Psykisk ohälsa, Kvinnor, Kunskap

Abstract

Aim: The aim of this study was to describe the experience of living with Polycystic ovary syndrome (PCOS).

Method: Descriptive literature study. Data was collected from the databases Pubmed and Cinahl. The result was based on 14 evidence articles.

Results: Women with polycystic ovary syndrome were more common to develop anxiety and depression compared with the normative population. The reason for this was not clear, the author's opinions were not equal. The majority of the articles in this literature study claimed that women's Body Mass Index (BMI) was the greatest factor that contributed to women's mental illness and reduced quality of life. Women with high BMI was at greater risk for mental illness. Healthcare providers often neglected the psychological aspects of the syndrome. This caused unnecessary suffering for women with PCOS.

Conclusion: Women with PCOS experienced more mental illness and a reduced quality of life compared to the normative population. Health care providers needed more knowledge about the syndrome so that they could provide the help these women needed.

Keywords: Polycystic ovary syndrome, Mental illness, Women, Knowledge

Innehållsförteckning

1. Introduktion.....	s. 1
1.1 Historik och definition.....	s. 1
1.2 Patofysiologi och Kliniska fynd.....	s. 1
1.3 Diagnoskriterier.....	s. 2
1.4 Behandling.....	s. 2
1.5 Hälsorisker.....	s. 3
1.6 Viktigt för personal inom hälso- och sjukvård att känna till.....	s. 3
1.7 Peplaus omvårdnadsteori.....	s. 4
1.8 Problemformulering.....	s. 4
1.9 Syfte.....	s. 5
1.10 Frågeställningar.....	s. 5
2. Metod.....	s. 5
2.1 Design.....	s. 5
2.2 Litteratursökning.....	s. 5
2.3 Kriterier för urval av källor.....	s. 6
2.4 Data analys.....	s. 7
2.5 Forskningsetiska övervägande.....	s. 7
3. Resultat.....	s. 8
3.1 Fysiska aspekter.....	s. 8
3.1.1 Hirsutism.....	s. 8
3.1.2 Infertilitet.....	s. 9
3.1.3 Menstruella problem.....	s. 9
3.1.4 Övervikt.....	s. 10
3.1.5 Akne.....	s. 10
3.2 Sociala aspekter.....	s. 10
3.2.1 Skuld, rädslor och lägre självförtroende.....	s. 10
3.2.2 Självbild och medias påverkan.....	s. 11
3.2.3 Socialt stöd och Humörsvängningar.....	s. 11
3.3 Sexuella aspekter.....	s. 11
3.4 Psykisk påverkan.....	s. 12
3.4.1 Återkommande depressioner och ångest.....	s. 12
3.4.2 Samband mellan psykisk ohälsa och PCOS symtom.....	s. 12
3.4.3 Livskvalitet.....	s. 13
3.5 Möten med hälso och sjukvårdspersonal.....	s. 13

3.5.1 Bemötande.....	s. 13
3.5.2 Diagnos.....	s. 13
3.5.3 Information.....	s. 13
3.6 Metodologisk granskning.....	s. 14
4. Diskussion.....	s. 15
4.1 Huvudresultat.....	s. 15
4.2 Resultatdiskussion.....	s. 16
4.2.1 Vikten av information och råd.....	s. 16
4.2.2 Konsekvenser av PCOS.....	s. 16
4.2.3 Relation mellan vårdgivare och vårdtagare.....	s. 17
4.2.4 Granskning av urval och bortfall.....	s. 18
4.2.4.1 Urval.....	s. 18
4.2.4.2 Bortfall.....	s. 19
4.3 Metoddiskussion.....	s. 20
4.4 Allmädiskussion.....	s. 21
4.4.1 Vad framtida forskning bör fokusera på.....	s. 21
4.4.2 Klinisk tillämpning.....	s. 21
4.5 Slutsats.....	s. 21
5. Referenser.....	s.22

Bilagor

1. Introduktion

1.1 Historik och definition

Polycystiskt ovariesyndrom (PCOS) hette som första benämning Stein-Leventhals syndrom och namngavs år 1935 av läkarna Stein och Leventhal (Ekerhovd 2005; Goncalves de Moura *et al.* 2011). Redan på Hippokrates tid fanns skrifter som tyder på att kvinnor hade samma fysiska kännetecken som stämmer överens med PCOS (Shannon & Wang 2012). Polycystiskt ovariesyndrom innebär utebliven ägglossning och hormonella rubbningar som kan ge överstimulering av äggstockarna och ökade nivåer av manliga könshormoner (hyperandrogenism). Fler symptom är akne, generande hårväxt, oregelbunden eller utebliven menstruation och ofrivillig barnlöshet (Almås *et al.* 2011). Andra vanliga kännetecken för syndromet är polycystiska ovarier och fetma eller övervikt (Borgfeldt *et al.* 2010). Orsaken till tillståndet är okänd men hereditet verkar vara en bidragande komponent (DuRant *et al.* 2009; Almås *et al.* 2011; Shannon & Wang 2012). Andra faktorer som kan påverka är om kvinnan hade en hög eller låg födelsevikt, om kvinnans mamma var överviktig eller om kvinnan haft en tidig pubertet det vill säga kvinnan får pubis hår före åtta års ålder (Shannon & Wang 2012). Polycystiskt ovariesyndrom påverkar kvinnan metabolt, psykiskt och reproduktivt. Detta är ett syndrom som drabbar 1 av 5 kvinnor i fertil ålder världen över (Garad *et al.* 2011; Shannon & Wang 2012).

1.2 Patofysiologi och Kliniska fynd

Hos kvinnor med PCOS finns en obalans i samspelet mellan ovarierna (äggstockarna), hypotalamus och hypofysen. Detta ger en förhöjd insöndring av hormonet LH och en ökad insöndring av androgener från äggstockarna. Detta ger sig i uttryck som akne, hirsutism (generande hårväxt, typisk manlig behåring), amenorré (avsaknad av menstruation under tre till sex månader) och oligomenorré (menstruations intervall mellan trettiofem dagar till tre månader) samt menstruation utan ägglossning. Äggstockarna på dessa kvinnor är på ytan släta och har inga ärr efter ägglossningar. Vid ultraljud syns en rad vätskefyllda små cystor (vätskefyllda blåsor) där av namnet polycystiska ovarier (Borgfeldt *et al.* 2010). Polycystiskt ovariesyndroms symptom förekommer i olika kombinationer med varandra och påverkar kvinnan i olika svårighetsgrad (DuRant *et al.* 2009). Det tidigaste symtomet för PCOS är tidig pubertet (Goncalves de Moura *et al.* 2011). Det första symtomet som tyder på PCOS är oregelbunden menstruation, men kvinnor söker oftast inte vård förrän de försöker skaffa barn och inte lyckas (DuRant *et al.* 2009).

1.3 Diagnoskriterier

Vad PCOS beror på och hur detta ska diagnostiseras har vuxit fram genom forskningens utveckling och pågår än idag (Ekerhovd 2005). Syndromet finns med varierad klinisk bild och den exakta orsaken bakom tillståndet är hittills okänd (Borgfeldt *et al.* 2010). Sedan år 1990 har tre definitioner formulerats för att fastställa diagnosen PCOS. Den definitionen som används mest runt om i världen fastställdes år 1990 av National Institutes of Health (NIH). Enligt NIH är klinisk och/eller biokemisk hyperandrogenism och kronisk anovulation kriterier för att ställa diagnos PCOS (Shannon & Wang 2012; Yildiz *et al.* 2012). År 2003 kom nya diagnoskriterier för PCOS då forskare från USA och Europa möttes i Rotterdam och fastslog kardinalsymptom för syndromet, dessa benämns som Rotterdam kriterierna (Ekerhovd 2005; Shannon & Wang 2012). Diagnoskriterierna innefattar klinisk och/eller biokemiska tecken på hyperandrogenism, kronisk anovulation och polycystiska ovarier på ultraljud (Shannon & Wang 2012; Yildiz *et al.* 2012). Det nyaste kriteriet grundlades 2006 av The Androgen Excess Society (AES kriterierna), dessa innebär att dokumentation av hyperandrogenism måste finnas samt kliniskt fynd på dysfunktion i ovarierna eller polycystiska ovarier på ultraljud. Gemensamt för alla tre kriterierna är att två av tre kriterier ska uppfyllas för att diagnos ska kunna ställas samt att differential diagnoser har uteslutits (Shannon & Wang 2012; Yildiz *et al.* 2012). Med undantag för tonåringar där alla tre kriterierna skall finnas, på grund av att oregelbunden menstruation och akne är vanligt förekommande under puberteten (Fauser *et al.* 2011). Prevalensen av syndromet varierar något beroende på vilket av diagnoskriterierna som används. Vid användning av NIH kriterierna är prevalensen något lägre än om Rotterdam- eller AES kriterierna används, det finns ingen skillnad mellan olika etniska grupper världen över (Shannon & Wang 2012).

1.4 Behandling

Val av behandling beror på symtomens svårighetsgrad och vad målet med behandlingen är (Goncalves de Moura *et al.* 2011; Shannon & Wang 2012). Första behandlingsalternativet är livsstilsförändringar genom förändrad kost och ökad motion. Även en liten viktnedgång förbättrar flera av symtomen, det kan bidra till att mens blir mer regelbunden, sänka nivåer av androgener, sänka lipidnivåer och förbättra glukosmetabolismen. Även kvinnans chans till spontan graviditet ökar i takt med viktnedgång (DuRant *et al.* 2009; Goncalves de Moura *et al.* 2011; Watkins-Smith & Smith-Taylor 2011; Shannon & Wang 2012). Som sista utväg för kvinnor med kraftig

övervikt som inte lyckas gå ner i vikt kan en gastric bypass genomföras (Shannon & Wang 2012). Om kvinnan inte har en önskan om att skaffa barn kan p-piller lindra

hyperandrogenism (Goncalves de Moura *et al.* 2011; Watkins-Smith & Smith-Taylor 2011; Shannon & Wang 2012). Behandlingsalternativ för generande hårväxt är laserbehandling eller elektrolys för direkt hårborttagning (Shannon & Wang 2012). Kvinnor med känd insulinresistens kan behandlas med metformin, det gör att mensen blir mindre oregelbunden och ovulationen ökar samt att insulinresistensen minskar (Watkins-Smith & Smith-Taylor 2011).

1.5 Hälsorisker

Polycystiskt ovariesyndrom är ett kroniskt tillstånd som påverkar kvinnans hälsa negativt (DuRant *et al.* 2009). Kvinnorna med PCOS har större risk att utveckla diabetes typ 2, hyperlipidemi, cancer i det reproduktiva systemet, sömnapné och infertilitet (DuRant *et al.* 2009; Goncalves de Moura *et al.* 2011; Shannon & Wang 2012). Det finns även en ökad risk för hjärt- och kärlsjukdomar och psykiska sjukdomar (Shannon & Wang 2012). Fetma, anovulation och infertilitet är riskfaktorer för bröst- och ovariecancer, kvinnor med PCOS har ofta dessa faktorer vilket ökar deras risk markant för dessa följsjukdomar (DuRant *et al.* 2009).

1.6 Viktigt för personal inom hälso- och sjukvård att känna till

För att minska risken för följsjukdomar måste PCOS bli diagnostiserat tidigt (Goncalves de Moura *et al.* 2011; Shannon & Wang 2012). När en diagnos ställs behövs en detaljerad historia om hur menstruationen har sett ut, när symtomen började och om det finns hereditet för syndromet. Om symtomen började hastigt tyder det på någon differentialdiagnos (Goncalves de Moura *et al.* 2011). Kvinnor med oregelbunden mens och fertilitets problem bör misstänkas ha PCOS, om det dessutom finns ärftlighet bör misstanken vara stor (Shannon & Wang 2012). Sjuksköterskor och barnmorskor träffar ofta dessa kvinnor och kan bidra till att diagnosen uppmärksammas och fastställs. De kan även möta dessa kvinnors bekymmer och hjälpa dem att utforma ett individuellt program som kan hjälpa till med nödvändiga livsstilsförändringar. Om det finns en misstanke hos sjuksköterskan att patienter har PCOS bör en screening för glukosintolerans göras speciellt om de är överviktig (DuRant *et al.* 2009). Detta för att dessa kvinnor har en ökad risk för insulinresistens, det gäller även de kvinnor som inte är överviktiga (Goncalves de Moura *et al.* 2011). Även en grundlig fysisk undersökning med fokus på PCOS symtom bör genomföras vid misstanke om PCOS (Shannon &

Wang 2012). Trots att PCOS är ett vanligt syndrom blir det ofta upptäckt av primär-, obstetrisk- och gynekologisk vårdpersonal (Shannon & Wang 2012). Polycystiskt ovariesyndrom behöver precis som andra kroniska tillstånd regelbundet följas upp utav hälso- och sjukvårdspersonal (DuRant *et al.* 2009).

1.7 Peplaus omvårdnadsteori

Hildegard Peplaus teori är en omvårdnadsteori på mellannivå, alltså empiriskforskning som gett teorier inom ett begränsat område inom vården. Enligt Peplau har alla sjuksköterskor större användning av mer specifika omvårdnadsteorier, teorier som lätt går att använda i konkreta situationer. Peplau var första sjuksköterskan som ville stärka relationen mellan sjuksköterska och patient, detta för att stärka patienten i att snabbare tillfriskna och detta är grunden i Peplaus interaktionsteori. Flertalet studier styrker Peplaus interaktionsmodell som främst används inom psykiatrisk omvårdnad (Haber 2000). Peplau ville skapa en relation mellan sjuksköterska och patient som gjorde att patienten kände förtroende och vågade uttrycka rädslor, önskemål och funderingar. Interaktionen delar Peplau in i tre faser. Första fasen handlar om att skapa och bygga ett förtroende, andra fasen skall problem ringas in, sjuksköterskan skall här tillhandahålla verktyg och råd till patienten. I sista fasen skall sjuksköterskan och patienten avsluta kontakten, här ska patienten ha fått med sig verktyg som denne kan använda för att hjälpa sig själv i sitt tillfrisknande. Den mest betydelsefulla rollen som en sjuksköterska bör inta i sitt möte med varje patient är den rådgivande. I allt omvårdnadsarbete är det viktigt med handledning främst i form av rådgivning som är det viktigaste verktyget för inläring, djupare förståelse och bearbetning. Enligt Peplau är det viktigt att sjuksköterskan tar hänsyn till patientens ångestnivå genom att exempelvis anpassa sitt språk och informationen efter ångestnivån hos varje patient. Vidare är det viktigt att anpassa informationen efter patientens intellektuella nivå så att den inte blir för svår för patienten att ta in (Forchuk *et al.* 1995).

1.8 Problemformulering

Med tanke på att många kvinnor är drabbade och i tysthet lider av PCOS samt att många är odiagnostiserade idag, talar detta för hur viktigt det är att vårdpersonal inom hälsoinstanser har kunskap om hur detta syndrom ter sig (Garad *et al.* 2011). Personal inom hälso- och sjukvård behöver mer kunskap om hur vanligt PCOS är, vilka symptom det ger, hur det upptäcks och hur det bör behandlas. Kvinnor med PCOS stöter på flera problem när de söker vård. Före diagnoskriterierna kom 1990, var det svårt att få diagnosen trots att alla kardinalsymtom visades. Eftersom personal inom hälso- och

sjukvård visat brister när det gäller kunskap om PCOS lämnas kvinnor till att själva söka förståelse för sitt tillstånd, behandling och information. Detta kan i sin tur leda till onödigt lidande, förvirring, frustration och ett långdraget sökande på olika vårdinstanser samt internet. Enligt Crete och Adamshick (2011) får kvinnor med PCOS i många fall själva ta kontroll och driva sin egen utredning för att få bra hjälp. Personal inom hälso- och sjukvård tillhandahåller för lite information och letar efter en snabb lösning för denna patientgrupps symtom. Vidare får dessa kvinnor sällan rätt hjälp för att förebygga följsjukdomar till PCOS. Med denna litteraturstudie vill författarna öka kunskapen och förståelsen om hur kvinnor med PCOS upplever sitt dagliga liv. Vidare vill författarna sprida kunskap om detta ämne som för många är okänt trots att det är relativt vanligt hos kvinnor i fertil ålder.

1.9 Syfte

Syftet med denna litteraturstudie var att beskriva hur det är att leva med Polycystiskt ovariesyndrom.

1.10 Frågeställningar

Hur är det att leva med Polycystiskt ovariesyndrom?

Hur är artiklarnas kvalitet gällande urval och bortfall i denna litteraturstudie?

2. Metod

2.1 Design

Arbetet hade formen av en beskrivande litteraturstudie (Polit & Beck 2012).

2.2 Litteratursökning

Artiklar söktes i databaserna Pubmed och Cinahl som var relevanta databaser för omvårdandsforskning (Forsberg & Wengström 2008). Sökorden som användes var *Polycystic ovary syndrome*, *Quality of life*, *Polycystic ovary syndrome questionnaire*, *Body image* och *Population*. Författarna till denna studie började med en bred sökning för att kontrollera om det fanns tillräckligt underlag för denna studie. Utfallet av sökningarna redovisas i tabell 1. För att begränsa antalet träffar användes booleanska söktermen AND (Forsberg & Wengström 2008). I tabell 1 presenteras inte artiklar som fanns i dubletter under flera sökord.

Tabell 1. Sökord och sökstrategier

Databas	Söktermer	Antal träffar med begränsningar	Lästa abstract	Valda Källor
PubMed	Polycystic ovary syndrome (Mesh-SH)	2362		
PubMed	Polycystic ovary syndrome (Mesh-SH) AND Quality of life (Mesh-SH)	63	20	9
PubMed	Polycystic ovary syndrome questionnaire (Fritext)	90	20	3
PubMed	Polycystic ovary syndrome (Mesh –SH) AND Body image (Mesh-SH)	12	6	1
Cinahl	Polycystic ovary syndrome (Mesh-SH) AND Population (Mesh-SH)	11	5	1

2.3 Kriterier för urval av källor

Vid val av artiklar läste författarna först artiklarnas titel, om innehållet var relevant för syftet med denna studie gick författarna vidare och läste abstract. Artiklar som var relevanta för litteraturstudien sparades ner och skrevs ut. Vid sökning i Pubmed valde författarna att enbart inkludera artiklar som var publicerade åren 2008-2012, språket var engelska och begränsades ytterligare med ”humans”. I Cinahl användes samma inklusionskriterier som i Pubmed med tillägget att de var faktamässigt granskade och fanns tillgängliga i fulltext. Alla artiklar som valdes ut var relevanta utifrån valt syfte. Författarna valde att exkludera artiklar som behandlade kvinnor med PCOS före menstruationsdebut och efter klimakteriet. Artiklar som inte var relevanta utifrån syftet valdes bort. Även de artiklar som hade ett medicinskt fokus och innehåll valdes bort då de kommer för långt ifrån omvårdnadsämnet.

2.4 Dataanalys

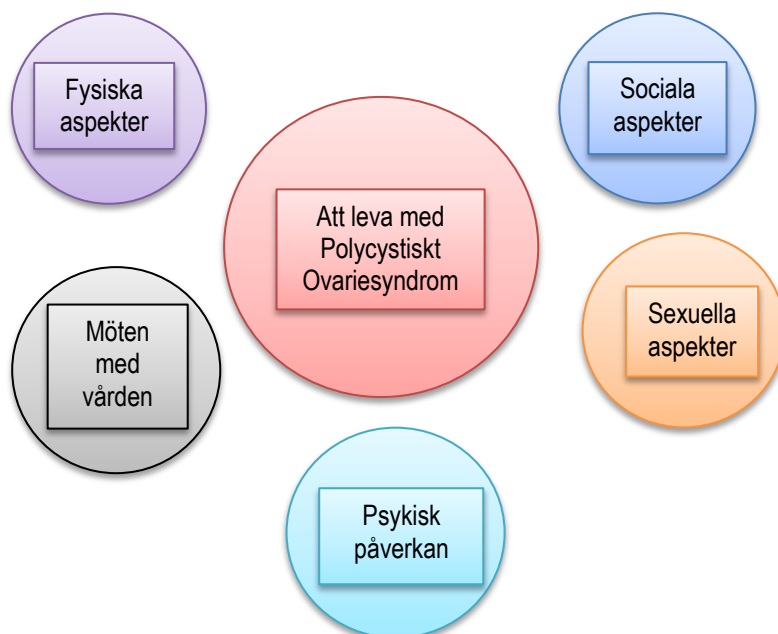
Utifrån abstract valdes 28 relevanta artiklar ut. Av dessa svarade 14 artiklar på syftet i denna litteraturstudie. Innehållet i artiklarna organiserades in i bilaga 1 under rubrikerna: Titel, Syfte och Huvudresultat. Vidare organiserades artiklarna in i bilaga 2 under rubrikerna: Författare/År/Land, Design, Undersökningsgrupp/Urval/Bortfall/Kontrollgrupp, Datainsamlingsmetod och Dataanalys enligt riktlinjer av Forsberg och Wengström (2008) och Polit och Beck (2012). Detta underlättade bearbetningen av artiklarna och gav författarna en bra överblick om dess innehåll. Efter det organiserades artiklarna efter dess huvudresultat, så att resultat med liknande fokus (Psykisk ohälsa, Sociala aspekter, Möten med hälso- och sjukvårdspersonal, Fysiska- och sexuella aspekter) följde varandra och bildade en röd tråd i tabellen. Artiklarna lästes igenom en gång till och hela resultatet översattes till svenska för att underlätta förståelse och bearbetning av artiklarnas resultat. Efter att artiklarna var översatta och resultatet bearbetat identifierades fem teman detta rekommenderar Forsberg och Wengström (2008). Teman som identifierades var Fysiska-, Sociala-, Sexuella aspekter, Psykisk påverkan och Kvinnors möten med vården. Författarna identifierade vilka artiklar som var samstämmiga, samt de som var motsägande. Detta för att underlätta sammanställningen av artiklarnas resultat.

2.5 Forskningsetiskt övervägande

I denna uppsats har författarna förhållit sig objektiva i urvalet av artiklar. Författarna har endast granskat artiklar som blivit godkända av forskningsetiska råd. Författarna till denna studie ansåg att artiklar som var etiskt granskade ger en garanti för att deltagarnas integritet skyddas och att det finns emotionellt stöd för deltagarna om så skulle behövas. Innan denna studie påbörjades tog författarna ett aktivt beslut i att enbart inkludera artiklar som var godkända av forskningsetiska råden.

3. Resultat

Resultatet baserades på 14 artiklar och presenteras i löpande text och i tabellform (se bilaga 1 och 2). Analysen resulterade i fem olika teman. Dessa presenteras i figur 1.



Figur 1. Översikt av vilka teman som presenteras i detta arbete rörande PCOS

3.1 Fysiska aspekter

Kvinnor med PCOS fick dagligen hantera ett flertal fysiska aspekter i form av symtom relaterat till syndromet. Kvinnor upplevde att hirsutism, infertilitet, menstruella problem, övervikt och akne påverkade deras livskvalité negativt (Jones *et al.* 2011).

3.1.1 Hirsutism

Hirsutism påverkade dessa kvinnors klädval genom att de ständigt ville dölja den generande hårväxten, att exempelvis bära badkläder eller shorts var inte tänkbart (Jones *et al.* 2011; Weiss & Bulmer 2011). Vidare påverkade hirsutism deras ekonomi genom att de behövde kosta på sig dyra hårbortagningsbehandlingar med jämna mellanrum (Jones *et al.* 2011). Kvinnor med hirsutism upplevde att det påverkade deras självförtroende i sociala situationer, självbilden och deras rädsla över hur andra ser dem. Att åka till stranden eller badhuset var väldigt obekvämt för dessa kvinnor till följd av hirsutismen (de Niet *et al.* 2009; Jones *et al.* 2001; Weiss & Bulmer 2011). Kvinnor i en Amerikansk studie uppgav att de ständigt behövde planera in hårborttagning i sina dagliga rutiner. De behövde alltid ha med sig rakhyvel eller pincett, kvinnor med PCOS upplevde detta som stressande och jobbigt (Weiss & Bulmer 2011).

3.1.2 Infertilitet

Enligt Moran *et al.* (2009), Jones *et al.* (2011) och Weiss & Bulmer (2011) var infertilitet en stor oroande faktor för majoriteten av kvinnor med PCOS. Vidare uttryckte denna patientgrupp att det påverkade deras identitet som kvinna. Dessa beskrev att de upplevde symptomet infertilitet som upprörande, deprimerande, skräckinjagande, bekymmersamt och att de upplevde tomhet (Jones *et al.* 2011). Yngre kvinnor uttryckte dock mer oro för framtida karriär än infertilitet, samtidigt var de beredda på att försöka skaffa barn tidigare än normalpopulationen för att undvika negativa effekter som kommer med ökad ålder (Jones *et al.* 2011). Kvinnor med PCOS uttryckte att de hade ett behov att få information från hälso- och sjukvårdspersonal angående fertilitetsbehandling för att dämpa obehagskänslor och ångest. Vidare upplevde dessa sig hjälpta av att få höra och läsa om kändisar och andra kvinnor med PCOS som genomgått framgångsrik fertilitetsbehandling (Jones *et al.* 2011). I studien gjord av Weiss och Bulmer (2011) uttryckte en kvinna att hon hellre ville adoptera än att gå igenom sorgeprocessen som kan komma av att inte lyckas bli gravid. En annan kvinna i samma studie nämnde att faktorn infertilitet kan komma att påverka äktenskapet negativt.

3.1.3 Menstruella problem

Oregelbunden eller frånvarande mens orsakade stor stress och lidande särskilt med avseende på infertilitetsaspekten. Kvinnor med PCOS kände sig okvinnliga, deprimerade, annorlunda, generade, upprörda och frustrerade samt avvikande till följd av sin oregelbundna menscykel (Jones *et al.* 2011). Kvinnor med symtomet amenorré hade lägre självförtroende än kvinnor med symtomet oligomenorré. Oregelbunden mens var inte kopplat till vad denna patientgrupp kände för sina kroppar (de Niet *et al.* 2009). En del kvinnor fick en föraning om att menssen var på väg genom att de fick menssmärtor någon dag innan. Medan andra inte fick någon förvarning vilket ledde till att de ständigt bar med sig mensskydd för att vara förberedda ifall menssen startar (Jones *et al.* 2011).

3.1.4 Övervikt

Majoriteten av kvinnor med PCOS hade övervikt och ett BMI på minst 30 vilket klassas som fetma, detta till följd av syndromet (Månsson *et al.* 2008; Tan *et al.* 2008; Benson *et al.* 2009; Moran *et al.* 2009; Cinar *et al.* 2011; Deeks *et al.* 2011; Jones *et al.* 2011; Lamb *et al.* 2011; Månsson *et al.* 2011; Weiss & Bulmer 2011).

Enligt Moran *et al.* (2009) och Jones *et al.* (2011) visade deras studier att ett högt BMI påverkade kvinnors livskvalité negativt och att det var en av de största faktorerna som påverkade livskvalitén. Vidare leder övervikt till att kvinnor med PCOS får dåligt självförtroende och att de kände rädsla för att förlora sin feminitet. Månsson *et al.* (2008) kom fram till att ett högt BMI även kunde leda till social fobi hos denna patientgrupp. Kvinnor upplevde även att de hade större risk att utveckla övervikt till följd av PCOS (Moran *et al.* 2009) och det var även vanligt att de såg sig själva större än vad de egentligen var (Deeks *et al.* 2011). Kvinnor med PCOS hade svårt att gå ner i vikt och att behålla sin vikt. Det var vanligt att vikten varierade kraftigt hos dessa kvinnor (Jones *et al.* 2011; Weiss & Bulmer 2011). För att lyckas hålla vikten var motion viktig, regelbunden träning bidrog till att kvinnor lättare behöll samma vikt, fick mindre midjeomfång och dessa faktorer bidrog till att kvinnor mådde bättre och kände sig mer tillfreds med sina kroppar (Lamb *et al.* 2011). Dock visade undersökningen gjord av Weiss och Bulmer (2011) att trots träning så hade denna grupp kvinnor svårt att gå ner i vikt. I studien gjord av Moran *et al.* (2009) var vissa deltagare rädda för framtida hälsoproblem som var relaterade till övervikten som exempelvis diabetes typ 2 och kardiovaskulära sjukdomar. Unga kvinnor med PCOS ansåg att de kunde påverka sin vikt i samma utsträckning som normalpopulationen. I undersökningen gjord av Weiss och Bulmer (2011) framkom det att mat var sammankopplat med skuld känslor och kvinnor menade att så fort de åt någonting ökade de i vikt. Viktökning innebar problem på flera sätt, det var svårt att hitta kläder som passade och denna patientgrupp klädde sig gärna i för stora kläder eller höll in magen för att dölja sin övervikt (Jones *et al.* 2011).

3.1.5 Akne

Kvinnor med PCOS uppgav att akne påverkade självförtroendet och livskvalitén negativt (Jones *et al.* 2011). Även deras kroppsuppfattning påverkades negativt (de Niet *et al.* 2010). Kvinnor med PCOS var rädda för hur andra skulle uppfatta dem och på så vis påverkade det deras sociala umgänge. En kvinna påpekade att mycket akne i unga år påverkar personen till att bli tyst och blyg. Dock menade kvinnorna att aknen blir bättre med åren och att effektiv behandling fanns (Jones *et al.* 2011).

3.2 Sociala aspekter

3.2.1 Skuld, rädslor och lägre självförtroende

Till följd av framförallt de fysiska symptomen som PCOS gav, upplevde sig dessa kvinnor begränsade socialt. De ville ogärna visa sig avklädda på grund av den ökade

kroppsbehåringen och övervikten (Weiss & Bulmer 2011). Kvinnor med PCOS som led av hirsutism hade lägre självförtroende, var mindre nöjda med sina kroppar och hade en större rädsla för hur andra skulle uppfatta dem i jämförelse med kvinnor med PCOS som inte hade hirsutism (de Niet *et al.* 2010).

3.2.2 Självbild och medias påverkan

Polycystiskt ovariesyndrom påverkade kvinnor på så sätt att de kände sig fula, mindre feminina, deprimerade och hade lägre självförtroende i sociala situationer jämfört med normalpopulationen (de Niet *et al.* 2010). Rädslan för att bli dömd av andra för sitt utseende skapade problem vid exempelvis shopping, nattklubsbesök, besök till stranden och badhuset. Kvinnor med PCOS ansåg att media hade en stor bidragande orsak till att de kände sig missnöjda med sig själva eftersom de inte liknade idealet media visar upp (Jones *et al.* 2011). Majoriteten av kvinnor med PCOS uppgav att de kände sig oattraktiva och upplevde att det påverkade deras förmåga att skaffa en kärleksrelation. De upplevde att PCOS påverkade deras kvinnlighet och deras identitet som kvinna (Jones *et al.* 2011).

3.2.3 Socialt stöd och Humörsvängningar

Majoriteten av kvinnor som hade PCOS ansåg att syndromet inte hade påverkat deras personliga relationer, flera ansåg att det till och med har stärkt deras personliga relationer när de berättat om att de hade PCOS. En del ville inte berätta för sin anhöriga då det kände skam över att vara drabbad. Majoriteten ansåg att familjen gav det bästa stödet och hjälpte dem i att hantera sina symptom (Jones *et al.* 2011; Weiss & Bulmer 2011). Dock skriver Jones *et al.* (2011) att kvinnor med PCOS hade till följd av obalans i hormonnivåerna kraftiga humörsvängningar och att de beskrev sig själva som obalanserade. Patienterna upplevde att de var oförmögna att förutse humörsvängningarna och att detta hade negativ inverkan på deras relationer, särskilt till partners.

3.3 Sexuella aspekter

Varannan kvinna med PCOS ansåg att syndromet påverkade deras sexliv negativt (Jones *et al.* 2011; Månsson *et al.* 2011). Ett högt BMI hade en negativ inverkan på kvinnornas sexliv, men dessa kvinnor hade ofta haft fler antal sexpartners (Månsson *et al.* 2011). Samtidigt visade Jones *et al.* (2011) att kvinnor med en negativ kroppsbild tyckte att det var jobbigt att klä av sig första gången med en ny partner. Problem dessa kvinnor ställdes inför gällande deras sexliv var att de hade svårare att nå orgasm, de

hade mindre vaginal sekretion och hade svårare att bli sexuellt upphetsade i jämförelse med kvinnor som inte hade PCOS (Månsson *et al.* 2011; Stovall *et al.* 2012).

3.4 Psykisk påverkan

3.4.1 Återkommande depressioner och ångest

Kvinnor med PCOS led i större utsträckning av återkommande depressioner och ångest och upplevde sämre livskvalité (Månsson *et al.* 2008; Benson *et al.* 2009; Moran *et al.* 2009; Cinar *et al.* 2011; Månsson *et al.* 2011;).

3.4.2 Samband mellan psykisk ohälsa och PCOS symptom

Kvinnor med PCOS som hade mer negativ självbild, sämre fysisk kondition och ett högt BMI hade vanligare depressioner. Medan kvinnor med PCOS som upplevde sämre livskvalitet och låg självkänsla vanligare led av ångest (Månsson *et al.* 2008).

Oberoende faktorer som hade påverkan på ångest var självkänsla, ålder, tid innan diagnos ställdes och hälsostatus. För depression var det kvinnors självuppfattning, kondition, självkänsla och tid till diagnos ställdes som var de oberoende faktorerna som påverkade. Gemensam faktor för både ångest och depression var hur lång tid de haft PCOS innan diagnos hade fastställts (Månsson *et al.* 2008). Enligt Deeks *et al.* (2011) var det sju gånger vanligare med självmord bland kvinnor med PCOS. Enligt Månsson *et al.* (2008), Benson *et al.* (2009), Moran *et al.* (2009), Cinar *et al.* (2011), Deeks *et al.* (2011) och Lamb *et al.* (2011) så bidrog ett högt BMI till en ökad risk för depression. Även hirsutism, akne och oregelbunden menstruation ökade risken för depression (Månsson *et al.* 2008; Cinar *et al.* 2011; Deeks *et al.* 2011). De kvinnor som uppgav att de hade låg livskvalitet eller var ofrivilligt barnlösa hade i större utsträckning ångest (Benson *et al.* 2009). Kvinnor med PCOS som använde sig av passiva copingstrategier hade större förekomst av ångest än kvinnor som använde sig av aktiv coping (Benson *et al.* 2010). Enligt Cinar *et al.* (2011) fanns ett samband mellan förekomst av menstruella problem, hirsutism, emotionella problem och förekomst av ångest. Medan Moran *et al.* (2010) hävdade att sambandet var starkt mellan ett högt BMI och ångest. Månsson *et al.* (2008) hade i sin studie påvisat att det inte bara var vanligare med ångest och depressioner hos kvinnor med PCOS utan att andra psykiska sjukdomar som social fobi, generaliserat ångestsyndrom och alla ätstörningar utom bulimi nevrosa var vanligare hos denna patientgrupp. Tan *et al.* (2008) och Cinar *et al.* (2011) menade att det inte fanns något samband mellan högre förekomst av depressioner, ångest och ofrivillig barnlöshet hos kvinnor med PCOS. Medan Benson *et al.* (2009) hade funnit ett samband mellan ofrivillig barnlöshet och högre förekomst av ångest.

3.4.3 Livskvalitet

Livskvalitet påverkades av psykiska besvär. Det fanns ett klart samband mellan kvinnor som hade låg livskvalitet och förekomst av depression eller ångest. Sämst livskvalitet hade kvinnor med PCOS som led av både depressioner och ångest (Jones *et al.* 2011; Benson *et al.* 2009).

3.5 Möten med hälso och sjukvårdspersonal

3.5.1 Bemötande

Unga kvinnor upplevde att de inte kände sig hörda när de sökt för sina symptom i unga år. Personal inom hälso- och sjukvård negligerade ofta PCOS-symptom och avskrev de som vanliga pubertetssymptom (Weiss & Bulmer 2011). Enligt Benson *et al.* (2010) var det viktigt att all sjukvårdspersonal hade kännedom om vilka symptom PCOS kan ge. Särskilt vara medvetna om den psykiska påverkan syndromet har på denna grupp kvinnor, detta för att kunna hjälpa dem på bästa sätt. Enligt Jones *et al.* (2011) upplevde denna patientgrupp att sjukvårdspersonal ignorerade de psykiska aspekterna. Kvinnor med PCOS upplevde att de fick dålig förståelse med sin svårighet att gå ner i vikt när de sökt hjälp hos sjukvården. Detta ledde till att de kände sig misstrodda och upprörda samt att de inte kände stöd och tillit till sjukvården (Jones *et al.* 2011). Denna patientgrupps upplevelse av hälsocentraler var att de var tvungna att söka för sina symptom vid ett flertal tillfällen för att få någon hjälp (Jones *et al.* 2011).

3.5.2 Diagnos

Kvinnor med PCOS upplevde att bristen på information var stor vid tillfället då diagnosen fastställdes. Första steget för att komma till acceptans med sitt kroniska tillstånd var att få djupgående information om vad syndromet innebär, vad de själva kunde göra för att förebygga vissa symptom och förebygga framtida hälsorisker. Trots detta erbjöds de ofta inte något återbesök (Jones *et al.* 2011; Weiss & Bulmer 2011). Denna patientgrupp var tvungen att gå på upprepade läkarbesök innan de kunde få en diagnos och detta ledde fram till stor frustration och även en stor förvirring eftersom de behövde besöka många läkare utan att få ett specifikt svar om vad som orsakade symptomen (Crete & Adamshick 2011).

3.5.3 Information

Kvinnor med PCOS uppgav att läkare oftast fokuserade på fertilitetsproblemen som kan komma och var mindre noggranna med att informera om kort och långsiktiga risker med syndromet. Övriga symptom som PCOS medför låg inte i läkarnas fokus

(Weiss & Bulmer 2011). Ofta behandlade läkarna enbart ett av symtomen, deltagare i en amerikansk studien uppgav att de upplevde det som att läkare försökte hitta en snabb lösning på det aktuella hälsotillståndet. Detta upplevdes som att sjukvården saknar tillräcklig information och kunskap om PCOS (Crete & Adamshick 2011). Denna patientgrupp upplevde att hälso- och sjukvårdspersonal ansåg att de var en börda (Jones *et al.* 2011). Det var svårt att få ärliga och konkreta svar och det ledde till att de hade svårt att få en uppfattning om vad syndromet innebar. På grund av detta växte en misstro och en ilska fram hos kvinnor med PCOS mot hälso- och sjukvårdspersonal (Crete & Adamshick 2011; Jones *et al.* 2011). Enligt Jones *et al.* (2011) ansåg denna patientgrupp att djupgående information från sin läkare om fertilitetsbehandling hjälpte dem att minska ångest och stress. Den bristande informationen från sjukvården ledde till att de började söka sin information på annat sätt, vanligast via internet (Crete & Adamshick 2011; Weiss & Bulmer 2011). Internet kunde vara till hjälp för dem genom att de fick en helhetsbild av sina symtom. Men det fanns även de som fick en ökad ångest av att läsa om vilka hälsorisker PCOS innebär (Crete & Adamshick 2011). Det kändes även bra för denna patientgrupp att läsa om andra kvinnor i samma situation som de själva på internet (Weiss & Bulmer 2011).

3.6 Metodologisk granskning

Valda artiklar granskades utifrån urval och bortfall. Utav 14 artiklar hade nio valt kvantitativ ansats (Tan *et al.* 2008; Benson *et al.* 2009; Moran *et al.* 2009; Benson *et al.* 2010; de Niet *et al.* 2010; Cinar *et al.* 2011; Deeks *et al.* 2011; Lamb *et al.* 2011; Stovall *et al.* 2012;), tre hade valt kvalitativ ansats (Crete & Adamshick 2011; Jones *et al.* 2011 Weiss & Bulmer 2011) och två hade både kvantitativ och kvalitativ ansats (Månsson *et al.* 2008; Månsson *et al.* 2011). Gällande urval var det jämt fördelat mellan strategiskt och konsekutivt urval det vill säga sju vardera. Urval presenteras för varje artikel i tabell 3. Bortfall fanns beskrivet i sex artiklar även detta finns presenterat i tabell 3 för varje enskild artikel. Strategiskt urval som hälften av artiklarna använt sig av ökade risken för systematiska fel då deltagarna rekryterat sig själva efter att ha sett information om studien (Polit & Beck 2012). Exempel på en av studierna som använt sig utav ett strategiskt urval var Beson *et al.* (2009) som genomförde en internet baserad undersökning och då rekryterade deltagare via en hemsida för tyska kvinnor med PCOS.

Konsekutivt urval var en bättre metod att använda då alla patienter som besökte en viss vårdinrättning under en viss tidsperiod tillfrågas om de vill delta. Detta minskar risken för systematiska fel då forskaren har mer inflytande över vilka som rekryteras till

studien (Polit & Beck 2012). Månsson *et al.* (2011) använde sig av konsekutivt urval, där deltagare rekryterades med specifika inklusionskriterier fastställda av forskarna för att få en representativ grupp för PCOS populationen. Bortfallet styr studiens trovärdighet, ett mindre bortfall ger en högre trovärdighet av resultaten (Forsberg & Wengström 2008). Kvalitativa artiklar har i mindre utsträckning redovisat bortfall, eftersom forskaren upphör att intervjua nya personer när datamättnad uppstår (Polit & Beck 2012) Weiss & Bullmer (2011) hade i sin studie redovisat att data mättnad uppstod efter att 12 deltagare hade blivit intervjuade. Detta innebar att ingen ny information uppkom. I valda artiklar fanns bortfall beskrivet i sex artiklar samtliga med kvantitativ ansats. Ingen av artiklarna i resultatet hade ett bortfall på över 49 procent. Benson *et al.* (2009) hade ett bortfall på 18 personer av totalt 466, detta gav ett bortfall på cirka fyra procent. Forskarna förklarade bortfallet med att dessa deltagare inte uppfyllde inklusionskriterierna. Enligt Polit & Beck (2012) och Forsberg & Wengström (2008) kan forskarna ha ett bortfall upp till 50 procent vid enkät studier utan att det påverkar studiens resultat avsevärt. Därför är det viktigt att forskarna tänker på att rekrytera fler deltagare än vad studien egentligen behöver.

4. Diskussion

4.1 Huvudresultat

I denna litteraturstudie fann författarna att kvinnor med PCOS i större utsträckning led av övervikt, akne, generande hårväxt, menstruationsrubbningsar och fertilitetsproblem samt psykiska besvär i förhållande till normalpopulationen bland fertila kvinnor. Detta hade i sin tur en stark negativ påverkan på hur kvinnor upplevde sig själva och sin livskvalitet samt deras psykiska mående. Vidare hade det även negativ påverkan på kvinnors sociala liv, sexualitet och deras identitet som kvinna. I resultatet framkom det även att dessa kvinnor upplevde att de fick ett varierande bemötande av hälso- och sjukvårdspersonal. Vidare fick de inte adekvat information samt att det tog lång tid och upprepade läkarbesök innan kvinnor fick en diagnos ställd. Kvinnor med PCOS upplevde att det finns kunskapsluckor i sjukvården vilket tvingade dem att söka information på egen hand vilket skapade förvirring. Kunskapsluckor som kvinnorna upplevde var exempelvis minskad förståelse från sjukvårdspersonal angående viktnedgång och information om framtida hälsorisker. Hälso- och sjukvårdspersonal behöver bli bättre på att screena dessa kvinnor för depression och ångest som är mycket vanligt hos denna patientgrupp. Kvinnor upplevde att hälso- och sjukvårdspersonal främst fokuserade på framtida fertilitetsproblem när de sökte vård för sina symptom.

4.2 Resultatdiskussion

4.2.1 Vikten av information och råd

Resultatet visade att kvinnor med PCOS upplevde att personal inom hälso- och sjukvården saknade tillräcklig information och kunskap om syndromet (Crete & Adamshick 2011). Enligt Peplaus interaktionsmodell så är det viktigt att sjuksköterskan i första fasen med patienten tillhandahåller verktyg i form av information och ger råd. Peplau hävdar att sjuksköterskans mest betydelsefulla roll är den rådgivande eftersom att rådgivning hjälper patienten att få en helhetsbild av sin sjukdom. Detta blir en hjälp till självhjälp (Forchuk *et al.* 1995). Garad *et al.* (2011) överensstämde med Peplaus teori om att sjuksköterskorna ska tillhandahålla information och råd. Sjuksköterskan tillhör den största gruppen av vårdgivare och det är därför av stor vikt att de har bra kunskaper om PCOS. Detta styrks i Percy *et al.* (2009) studie där patienterna upplevde att stöd från sjuksköterskor var till stor hjälp för dem i hanteringen av sitt syndrom.

Den bristande informationen från hälso- och sjukvården ledde ofta till att kvinnor med PCOS sökte egen information, vanligast via internet (Crete & Adamshick 2011; Weiss & Bulmer 2011). Detta ansåg Mallappa Saroja & Chandrashekar (2010) kan innebära risker då många webbsidor inte har evidensbaserad information gällande PCOS och att evidensbaserad information är svår att få tag på. I den här litteraturstudien framkom det att en del av kvinnor med PCOS fick ökad ångest när de läste på internet om syndromets hälsorisker. Men om de hittade evidensbaserad information på internet kunde det vara till en hjälp för att skapa en helhetsbild av PCOS, dess symtom, lång- och kortsiktiga risker, preventiva åtgärder och behandlings alternativ (Crete & Adamshick 2011).

4.2.2 Konsekvenser av PCOS

I den här litteraturstudiens framkom det att kvinnor med PCOS upplevde lägre livskvalité (Månsson *et al.* 2008; Benson *et al.* 2009; Moran *et al.* 2009; Cinar *et al.* 2011; Månsson *et al.* 2011), sämre självkänsla och självförtroende (Månsson *et al.* 2008; de Niet *et al.* 2010), social fobi (Månsson *et al.* 2008) och att de kände sig begränsade socialt (Weiss & Bullmer 2011). Garad *et al.* (2011) menade att detta är ett större problem än vad som tidigare framkommit i forskningen. Självordsfrekvensen var högre enligt Deeks *et al.* 2011 och ätstörningar var enligt Månsson *et al.* (2008) vanligare förekommande hos kvinnor med PCOS jämfört med normalpopulationen. Detta styrktes av Watkins-Smith & Smith-Taylor (2011) som uppgav att denna

patientgrupp hade ökad risk att drabbas av ätstörningar, att viktproblemen kunde leda till depression efter att ha förlorat en del av sig själva genom att inte kunna äta sin favoritmat längre. Enligt Percy *et al.* (2009) så upplevde kvinnor med PCOS i en engelsk studie att de blivit hjälpta av att delta i stödgrupp där de fått information om syndromet, behandlingsalternativ och livsstilsförändringar. I dessa stödgrupper fick kvinnor integrera med andra i samma situation vilket gjorde att det inte kände sig lika socialt begränsade och isolerade då de upptäckte att det fanns andra kvinnor som lever i samma situation.

Att kvinnor med PCOS oftare hade depression och ångest framkom i litteraturstudiens resultat (Månsson *et al.* 2008; Benson *et al.* 2009; Cinar *et al.* 2009; Moran *et al.* 2009; Månsson *et al.* 2011). En faktor som bidrog till depression var ett högt BMI (Månsson *et al.* 2008). Detta styrks av Adali *et al.* (2008), Pastore *et al.* (2011) och Watkins-Smith och Smith-Taylor (2011) som funnit ett samband mellan kvinnor med PCOS psykiska mående och deras vikt. Det vill säga desto högre BMI desto sämre psykisk hälsa. Dock motsäger Cinar *et al.* (2012) att vikten skulle vara den faktor som var den mest stressande och oroande för kvinnorna och menade istället att hirsutism och menstruella problem var största orosmomentet för kvinnor med PCOS. Detta styrktes även till viss del av Kumarapeli *et al.* (2011) som menade att det enbart var hirsutism som orsakade psykisk stress av alla symtom syndromet gav. Enligt Cinar *et al.* (2012) var vikten den minst bidragande orsaken till psykisk stress. Pastore *et al.* (2011) beskrev att kvinnor med PCOS utan övervikt upplevde att de mådde dåligt över sitt utseende. Det fanns ett samband mellan hur de upplevde missnöje med deras utseende och allvarlighetsgrad av depression.

Enligt Watkins-Smith och Smith-Taylor (2011) upplevde kvinnor med PCOS att fysiska symtom bidrog till minskad sexuell tillfredsställelse. Detta ledde till att de kände frustration, fick ökad ångest och att det hade negativ inverkan på livskvalitén. Detta var samstämmigt med resultatet i denna studie, Jones *et al.* (2011) och Månsson *et al.* (2011) menade att PCOS påverkar sexlivet negativt genom kvinnors negativa upplevelse av sin kropp.

4.2.3 Relation mellan vårdgivare och vårdtagare

Peplau tog upp vikten av att skapa en god relation mellan sjuksköterska och patient. Det var detta som gjorde att patienten kände förtroende och vågade uttrycka rädslor, önskemål och funderingar (Forchuk *et al.* 1995). Enligt Dowdy (2012) så upplevde

unga kvinnor med PCOS i USA att de blivit avvisade då de sökt hjälp för sina symtom, såsom akne, oregelbunden mens och ökande vikt. De hade istället för att få råd och stöd blivit avvisade med förklaringen att det bara var vanliga pubertetssymtom. Dowdy (2012) beskrev att unga kvinnor med PCOS ogärna talade om sina kostvanor med personal inom sjukvård då de uppgav att de var rädda för att bli misstrodda. Dessa patienter beskrev hur vårdpersonal varit dömande och att de inte blivit trodda när det berättat om hur de ansträngt sig för att gå ner i vikt.

4.2.4 Granskning av urval och bortfall

4.2.4.1 Urval

Av de 14 inkluderade artiklarna använde sju konsekutivt urval (Månsson *et al.* 2008; Tan *et al.* 2008; de Niet *et al.* 2010; Cinar *et al.* 2011; Lamb *et al.* 2011; Månsson *et al.* 2011; Stovall *et al.* 2011). Vad gällde konsekutivt urval ansåg författarna att syftet med studien lättare kunde uppnås då forskarna fick mer inflytande över urvalsgruppen. Då forskarna i förväg kunde bestämma inklusionskriterier för undersökningsgruppen tillfrågades rätt deltagare för att ha möjlighet att besvara syftet. Detta ansåg författarna till denna studie är tidssparande för forskaren som istället kunde lägga mer fokus på bearbetning och analys av insamlat material. Stovall *et al.* (2011) hade i sitt urval satt en begränsning att deltagare i studien inte fick väga mer än 113 kilo. Detta ansåg författarna till denna studie var en begränsning för resultatet som då blir missvisande, då hela gruppen kvinnor med PCOS inte blir representerade. Cinar *et al.* (2011) hade samlat in material mellan maj 2005 och juni 2010. Detta ansåg författarna var en rimlig tidsintervall för att ha möjlighet att få en representativ bild av undersökningsgruppen. En svaghet i urvalet ansåg författarna till denna studie var att kontrollgruppen var förhållandevis liten i jämförelse med undersökningsgruppen (se tabell 3). Vidare ansåg författarna att resultatet blev geografiskt styrt då forskarna enbart samlat in material från en klinik i Turkiet. Månsson *et al.* (2008) och Månsson *et al.* (2011) hade i sitt urval rekryterat deltagare från två olika kliniker i Uppsala och Göteborg. Detta ansåg författarna var en styrka i urvalet då resultatet representerade kvinnor bosatta i olika delar av landet. Vidare samlade Månsson *et al.* (2008) och Månsson *et al.* (2011) in material under åren 2002-2005 vilket författarna till denna studie ansåg vara en bra tidsintervall som blev en styrka i studierna.

Resterande sju artiklar använde sig av ett strategiskt urval (Benson *et al.* 2009; Moran *et al.* 2009; Benson *et al.* 2010; Crete & Adamshick 2011; Deeks *et al.* 2011; Jones *et al.* 2011; Weiss & Bulmer 2011). Författarna ansåg att strategiskt urval kunde leda till att

urvalsgruppen inte var representativ för studiens syfte. Då forskarna fick ett litet inflytande över vilka som rekryterades eftersom deltagarna rekryterade sig själva. Benson *et al.* (2009) hade använt ett internetbaserat frågeformulär som lades upp på en hemsida som var en stödgrupp för kvinnor med PCOS. Forskarnas enda påverkan på urvalet av deltagare var att de skulle ha fått diagnosen PCOS från en endokrinolog eller gynekolog och att de var mellan 16 och 45 år för att de skulle få delta i studien. Författarna till denna studie ansåg att det blev en svaghet i studien då det inte gick att kontrollera om kvinnor som anmält sig verkligen hade diagnosen PCOS, vilket i sin tur kan ge ett missvisande resultat som inte representerar rätt urvalsgrupp.

4.2.4.2 Bortfall

Författarna till denna studie ansåg att ett redovisat bortfall ökade studiens trovärdighet. Ett redovisat bortfall bör förklara varför vissa deltagare inte inkluderas eller valde att avstå undersökningen. Detta för att läsaren lättare skall kunna tolka resultatets trovärdighet samt att underlätta för framtida forskning som berör samma ämne. Om bortfallet är stort bör inte resultatet generaliseras till alla patienter. De Niet *et al.* (2010) genomförde en tvärsnittsstudie med hjälp av en enkät som skickades ut till 1148 kvinnor som besökt en fertilitetsklinik mellan åren 1991-2006. Enkäten skickades ut år 2007 totalt svarade 585 kvinnor och av dessa hade 480 deltagare PCOS. Bortfallet blev 49 procent vilket författarna till denna studie ansåg var godtagbart då det är vanligt med stora bortfall vid enkät undersökningar. Vidare hade forskarna garderat sig med att rekrytera ett stort antal deltagare. Det som däremot saknades var en redovisning av vad bortfallet berodde på. Författarna till denna studie antog att bortfallet delvis berodde på det långa tidsspannet att kvinnor som besökte kliniken i början av 90-talet inte mindes hur de kände då. En studie som hade ett bra redovisat bortfall var Deeks *et al.* (2011) i denna studie rekryterades 470 kvinnor och av dessa inkluderades 374 deltagare som uppfyllde inklusionskriterierna. Bortfallet berodde på att 68 stycken inte svarade när forskarna tog kontakt för uppföljning, 16 uteslöts på grund av graviditet, sex hade inte en fullständig PCOS diagnos, två hade psykisk sjukdom, två bodde utomlands, en kvinna uppfyllde inte ålderskriterierna och en kvinna exkluderades på grund av hjärtsjukdom. Totalt bortfall var 24 procent, författarna till denna studie tror att bortfallet var mindre i denna studie då deltagare rekryterade sig själva då detta var en studie med strategiskt urval. Till skillnad från de Niet *et al.* (2010) som använde sig av ett konsekutivt urval och hade ett större bortfall. Konsekutivt urval anser författarna till denna studie ger naturligt ett större bortfall då deltagarna rekryteras av forskarna.

4.3 Metoddiskussion

Författarna ansåg att svagheten i denna studie låg i att det inte är en fullständig litteraturstudie. Det vill säga att alla artiklar inte inkluderats då flera artiklar författarna önskat inkludera i studien kostade pengar och författarna inte hade underlag att inkludera dessa. Om dessa artiklar tagits med i studien fanns möjligheten att resultatet blivit ett annat. Vidare fanns möjligheten att vid sökning med andra sökord eller i andra databaser hade resultatet blivit annorlunda. Vad gällde sökord hade författarna använt ett sökord som inte var en Mesh-term (Polycystic ovary syndrome questionnaire), detta för att få en större sökträff på studier med kvalitativ design. Författarna ansåg att databaserna som använts var relevanta för ämnet då Pubmed är en bred databas som fokuserar mest på medicin men även på omvårdand samt Cinahl som är en omvårdandsfokuserad databas. Valet av databaser var en av studiens styrkor ansåg författarna. En svaghet i studien var att ämnet som berördes är relativt nytt och okänt. Personal inom hälso och sjukvård med mycket erfarenhet hade enligt vårt resultat lite kunskap om PCOS och författarna hade ingen djupgående utbildning i ämnet. Författarna är därför ödmjuka inför att ämnet bara är berört på ytan. Andra svagheter var att författarna inte inkluderade alla geografiska områden i världen exempelvis artiklar från Asien. Ämnet omvårdand ligger till grund för arbetet därför blev författarna tvungna att exkludera artiklar om medicinsk behandling då dessa artiklar hamnade utanför ämnet. Detta påverkade studiens resultat genom att tillförlitlig fakta om exempelvis farmakologiska effekter på dessa kvinnor fallit bort i denna studie. Författarna ansåg att det hade varit intressant att lyfta fram hur kvinnor med PCOS mår efter medicinsk behandling, om deras upplevelse av syndromet ändras av farmakologisk behandling. Författarna skulle önskat att mer kvalitativa artiklar funnits att tillgå, men författarna prioriterade ny forskning framför detta. Mer kvalitativa artiklar kan ha funnits att tillgå om författarna valt artiklar som var publicerade före år 2008. Detta för att studier som intervjuade kvinnor med PCOS fick fram en tydligare bild över hur kvinnor upplevde syndromet, då patienterna kunde uttala sig fritt istället för att svara på en enkät. Vidare hade författarna önskat mer tid till detta arbete för att detta hade gett en möjlighet till en djupare analys av ämnet. Hade författarna inkluderat artiklar på fler språk än engelska hade eventuellt ett annat resultat nåtts på så sätt att en mer heltäckande geografisk undersökning uppnåtts. Författarna är ödmjuka inför att inkluderade artiklar kan ha missuppfattats då artiklarna var skrivna på engelska som inte var författarnas modersmål.

4.4 Allmändiskussion

4.4.1 Vad framtida forskning bör fokusera på.

Författarna anser att framtida forskning bör fokusera på att identifiera vad PCOS beror på. Vidare att utveckla en medicin som hjälper dessa kvinnor att återställa den dysfunktionella hormonbalansen, som bidrar till att kvinnor mår psykiskt sämre och har lägre livskvalité än normalpopulationen. Samt att hjälpa de kvinnor som lider av övervikt att gå ner i vikt för att undvika följsjukdomar som övervikt kan medföra.

4.4.2 Klinisk tillämpning

Författarna anser att detta arbete har ökat deras egen uppfattning om hur PCOS påverkar kvinnor. Detta kommer författarna till denna studie att ta med sig ut i sin framtida profession för att kunna hjälpa dessa kvinnor på ett bra sätt. Eftersom detta syndrom drabbar en av fem kvinnor i fertil ålder världen över, kommer personal inom hälso- och sjukvård att träffa på dessa kvinnor på alla enheter och det är därför viktigt att kunskap sprids om just detta syndrom. Författarna upplever att det kan vara bra för redan yrkesverksamma att ta del av denna uppsats så att de får en ökad kunskap om hur kvinnor med PCOS bör bli bemötta och behandlade. Vidare är det viktigt att sjukvårdspersonal känner till att det inte bara är de fysiska aspekterna som bör ligga i fokus utan att det är lika viktigt att vårda de psykiska konsekvenserna som PCOS kan medföra. Det är viktigt att kvinnor med PCOS screenas för psykisk ohälsa då det framkom i denna litteraturstudie att självmordsfrekvensen är hög i denna patientgrupp. Författarna till denna studie anser att personal inom hälso- och sjukvård bör uppmärksamma detta för att förhindra suicid hos denna patientgrupp.

4.5 Slutsats

I denna studie framkom det att kvinnor med PCOS mådde sämre psykiskt och led i större utstäckning av ångest och depression i förhållande till normalpopulationen. Detta bidrog även till att kvinnor med PCOS upplevde lägre livskvalité. Vad detta berodde på är inte forskare överens om. Enligt majoriteten av artiklarna som presenterades i resultatet påverkar ett högt BMI den psykiska hälsan mest. Vad gällde vården av denna patientgrupp framgick det i denna studie att kvinnor kände sig misstrodda, att hälso- och sjukvårdspersonal hade för lite kunskap om PCOS och att sjukvården inte hade ett helhetsperspektiv vad gällde syndromet. Utifrån denna patientgrupps upplevelse behövde hälso- och sjukvården förbättra sina kunskaper om syndromet så att kvinnor med PCOS får den hjälpen de behöver.

5. Referenslista

Adali E., Yildizhan R., Kurdoglu M., Kulusari A., Edirne T., Sahin HG., Yildizhan B. & Kamaci M (2008) The relationship between clinicobiochemical characteristics and psychiatric distress in young women with Polycystic ovary syndrome. *The journal of international medical research* 36, 1188-1196.

Almås H., Stubberud D-G. & Grønseth R. (2011) *Klinisk omvårdnad del 2*. Liber AB; Stockholm.

Benson S., Hahn S., Tan S., Mann K., Janssen O.E., Schedlowski M. & Elsenbruch S. (2009) Prevalence and implications of anxiety in polycystic ovary syndrome: results of an internet-based survey in Germany. *Human reproduction* 24, 1446-1451.

Benson S., Hahn S., Tan S., Janssen O.E., Schedlowski M. & Elsenbruch S. (2010) Maladaptive coping with illness in women with polycystic ovary syndrome. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* 39, 37-45.

Borgfeldt C., Åberg A., Anderberg E. & Andersson U-B. (2010) *Obstetrik och gynekologi*. Studentlitteratur AB; Lund.

Cinar N., Cemal Kizilarlanoglu M., Harmanci A., Yazgan Aksoy D., Bozdog G., Demir B. & Yildiz B-O. (2011) Depression, anxiety and cardiometabolic risk in polycystic ovary syndrome. *Human reproduction* 26, 3339-3345.

Cinar N., Harmanci A., Demir B. & Yildiz B-O. (2012) Effect of an oral contraceptive on emotional distress, anxiety and depression of women with Polycystic ovary syndrome: a prospective study. *Human reproduction* 27, 1840-1845.

Crete J. & Adamshick P. (2011) Managing Polycystic Ovary Syndrome What our patients are telling us. *Journal of Holistic Nursing* 29, 256-266.

Deeks A.A., Gibson-Helm M.E., Paul E. & Teede H.J. (2011) Is having polycystic ovary syndrome a predictor of poor psychological function including anxiety and depression. *Human reproduction* 26, 1399-1407.

De Niet J.E., Koning C.M., Pastoor H., Duivenvoorden H.J., Valkenburg O., Ramakers M.J., Passchier J., de Klerk C. & Laven J.S.E. (2010) Psychological well-being and sexarache in women with polycystic ovary syndrome. *Human reproduction* 25, 1497-1503.

Dowdy D. (2012) Emotional needs of teens with polycystic ovary syndrome. *Journal of pediatric nursing* 27, 55-64.

DuRant M.E., Leslie N.S. & Critch E.A. (2009) Managing Polycystic Ovary Syndrome. *Nursing for Women's Health* 13, 292-300.

Ekerhovd E. (2005) Polycystisk ovariersyndrom. *Tidskrift for den Norske legeförening* 125, 2351-2354.

Fauser B.C.J.M., Tarlatzis B.C., Rebar R.W., Legro R.S., Balen A.H., Lobo R., Carmina E., Chang J., Yildiz B.O., Laven J.S.E., Boivin J., Petraglia F., Wijeyeratne C.N., Norman R.J., Dunaif A., Franks S., Wild R.A., Dumesic D. & Barnhart K. (2012) Consensus on women's health aspects of polycystic ovary syndrome (PCOS): the Amsterdam ESHRE/ASRM- sponsored 3rd PCOS concensus workshop Group. *American Society for Reproductive Medicine* 97, 28-38.

Forsberg C. & Wengström Y. (2008) *Att göra systematiska litteraturstudier*. Natur & Kultur: Stockholm.

Forchuk C., Sieloff Evans C-L. & O'Connor N. (1995) *Anteckningar om omvårdandsteorier del II*. Studentlitteratur; Lund.

Garad R. Teede H. & Moran L. (2011) An evidence based guideline for Polycystic ovary syndrome. *Australian nursing journal* 19, 30-33.

Goncalves de Moura H.H., Marinho Costa D.L., Bagatin E., Sodr  C.T. & Manela-Azulay M. (2011) Polycystic ovary syndrome: a dermatologic approach. *Anais Brasileiros de Dermatologia* 86, 111-119.

Haber J. (2000) Hildegard E. Peplau: The psychiatric nursing legacy of a legend. *Journal of the American psychiatric nurses association* 6, 56-62.

- Jones G.L., Hall J.M., Lashen H.L., Balen A.H & Ledger W.L (2011) Health-related quality of life among adolescents with polycystic ovary syndrome. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* 40, 577-588.
- Kumarapeli VL., Seneviratne R de A. & Wijeyaratne CN. (2011) Health-related quality of life and psychological distress in polycystic ovary syndrome: a hidden facet in South Asian women. *Journal of obstetrics and gynaecology* 118, 319-328.
- Lamb J.D., Johnstone E.B., Rousseau J-A., Jones C.L., Pasch L.A., Cedars M.I. & Huddleston H.G. (2011) Physical activity in women with polycystic ovary syndrome: prevalence, predictors, and positive health associations. *American journal of obstetrics & gynecology* 352, 1-6.
- Moran L., Gibson-Helm M., Teede H. & Deeks A. (2010) Polycystic ovary syndrome: a biopsychosocial understanding in young women to improve knowledge and treatment options. *Journal of psychosomatic obstetrics & gynecology* 31, 24-31
- Månsson M., Holte J., Landin-Wilhelmsen K., Dahlgren E., Johansson A. & Landén M. (2008) Women with polycystic ovary syndrome are often depressed or anxious- A case control study. *Psychoneuroendocrinology* 33, 1132-1138.
- Månsson M., Norström K., Holte J., Landin-Wilhelmsen K., Dahlgren E. & Landén M. (2011). Sexuality and psychological wellbeing in women with polycystic ovary syndrome compared with healthy controls. *European journal of obstetrics & gynecology and reproductive biology* 155, 161-165.
- Pastore L-M., Patrie J-T., Morris W-L., Dalal P. & Bray M-J (2011) Depression symptoms and body dissatisfaction association among Polycystic ovary syndrome women. *Journal of Psychosomatic research* 71, 270-276.
- Percy C-A., Gibbs T., Potter L. & Boardman S. (2009) Nurse-led peer support group: experiences of women with Polycystic ovary syndrome. *Journal of advanced nursing* 65, 2046-2055.

Polit D.F. & Beck C.T. (2012) *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins: Philadelphia.

Saroja C-S-M. & Chandrashekar S-H. (2010) Polycystic ovaries: review of medical information on the internet for patients. *Archives of Gynecology and Obstetrics* 281, 839-843.

Shannon M. & Wang Y (2012) Polycystic Ovary Syndrome: A Common But Often Unrecognized Condition. *Journal of Midwifery & Women's Health* 57, 221-230.

Stovall D.W., Scriver J.L., Clayton A.H., Williams C.D. & Pastore L.M (2012) Sexual function in women with polycystic ovary syndrome. *The journal of sexual medicine* 9, 224-230.

Tan S., Hahn S., Benson S., Janssen O.E., Dietz T., Kimming R., Hesse-Hussain J., Mann K., Schedlowski M., Arck P.C. & Elsenbruch S. (2008) Psychological implications of infertility in women with polycystic ovary syndrome. *Human reproduction* 23, 2064-2071.

Watkins-Smith J. & Smith-Taylor J. (2011) Polycystic Ovary Syndrome. *Nursing for Women's Health* 15, 402-411.

Weiss T.R. & Bulmer S.M. (2011) Young women's experiences living with polycystic ovary syndrome. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* 40, 709-718.

Yildiz B., Bozdag G., Yapici Z., Esinler I. & Yarali H. (2012) Prevalence, phenotype and cardiometabolic risk of polycystic ovary syndrome under different diagnostic criteria. *Human Reproduction* 27, 3067-3073.

Tabell 2. Sammanfattning av artiklarnas titel, syfte och huvudresultat.

Titel	Syfte	Huvudresultat
Depression, anxiety and cardiometabolic risk in Polycystic ovary syndrome	Fastställa om depression, ångest och reducerad livskvalité är vanligare bland PCOS patienter samt att fastställa om kardio-metabola riskfaktorer och avvikande humör hör ihop med PCOS	Depression och ångest är vanligare hos PCOS patienter. Depression hos PCOS patienter kan vara kopplat till övervikt, metabola abnormiteter så som insulinresistens och dyslipidemi.
Prevalence and implications of anxiety in polycystic ovary syndrome: results of an internet-based survey in Germany	Bedöma förekomst och konsekvenser av ångest i ett stort urval av PCOS patienter.	Hög förekomst av klinisk ångest hos kvinnor med PCOS vilket i sin tur ger en nedsatt livskvalité. Detta särskilt hos kvinnor som lider av komorbid (samsjuklighet) ångest och depression.
Women with polycystic ovary syndrome are often depressed or anxious- A case control study	Testa relationen mellan PCOS och vanliga psykiska störningar såsom depression, ångest och ätstörningar.	Kvinnor m PCOS hade högre förekomst av depression, social fobi och ätstörningar under sin livstid jämfört med kontrollgruppen. Högre förekomst av psykisk ohälsa reflekterades även i en högre användning av antidepressiv och ångestdämpande mediciner. Suicidförsök var även vanligare hos PCOS-gruppen.
Is having Polycystic ovary syndrome a predictor of poor psychological function including anxiety and depression?	Att få en bredare kunskap och förståelse för depression och ångest hos en stor population från PCOS-kvinnor i jämförelse med en kontrollgrupp som inte har PCOS.	Kvinnor med PCOS har en ökad risk för ångest, depression och negativ kroppsbild jämfört med kvinnor utan PCOS. Bägge grupper som har en dålig kroppsuppfattning och dålig självkänsla är predisponerade för både ångest och depression. Livskvalité påverkar endast graden av depression. Fördröjd PCOS-diagnos hade ett

		samband med dålig psykiskt välbefinnande.
Polycystic ovary syndrome: a biopsychosocial understanding in young women to improve knowledge and treatment options	Utforska psykologiska egenskaper hos unga kvinnor med och utan PCOS I ett försök att förhindra framtida hälso komplikationer.	Kvinnor med PCOS hade lägre livskvalité och mer ångest och depressioner än kvinnor utan PCOS. Resultatet var även starkt kopplat till ett högt BMI.
Psychological implications of infertility in women with polycystic ovary syndrome	Undersöka sambandet mellan önskan att bli gravid med livskvalité/ ångest/ depression/ stress.	Kvinnor med PCOS mår sämre oavsett barnlöshet/önskan om att bli gravid. PCOS-kvinnor är mer missnöjda med sitt sexliv och har sämre självkänsla på grund av hyperandrogenism. De har en starkare längtan efter att få bli gravida än andra infertila kvinnor.
Health-related quality of life among adolescents with polycystic ovary syndrome.	Att utforska de variereande effekterna PCOS har haft fysiskt, social, psykologiskt/emotionellt under ungdomsåren.	PCOS har en negativ inverkan på hälsorelaterad livskvalité hos unga kvinnor. Emotionell och social funktion påverkas mest. Medan den fysiska funktionen inte påverkas i samma grad.
Maladaptive coping with illness in women with polycystic ovary syndrome	Undersöka relationen mellan aktiv och passiv coping med psykiska symptom så som depression och ångest samt livskvalité hos kvinnor med PCOS	Passiv coping var signifikant associerat med mer ångest och depression samt reducerad psykologisk livskvalité. Därför behövs rådgivning om psykosociala aspekter för att förbättra aktiva coping strategier för denna patient grupp. Vårdpersonal och sjuksköterskor kan vara till hjälp för att förbättra copingstrategier genom utbildning och psykosocialt stöd.
Young Women's experiences living with polycystic ovary syndrome	Undersöka upplevelsen av att leva med PCOS hos ungdomar I övre tonåren och tidigt tjugoårsålder. Med särskild tyngdpunkt på psykosociala effekterna av att leva med PCOS.	Deltagarna i studien ställdes dagligen inför utmaningar gällande psykiska/sociala/känslomässiga utmaningar. Det visar även att de är viktigt att vårdpersonalen har ett holistiskt synsätt i omvårdnaden av dessa patienter då symptomen är mer

		än bara fysiska.
Managing Polycystic Ovary Syndrome	Syftet var att komma fram till hur viktigt ett holistiskt tillvägagångssätt var i mötet med kvinnor med PCOS för att förbättra livskvalitén	Kvinnor med PCOS möter många utmaningar när de ska hantera sitt syndrom och längtan efter att uppnå kontroll, balans och välmående genom en omfattande behandlingsplan. Resultatet visade på svårigheter för vårdpersonal gällande hantering av faktorn livskvalité och allmänna hälso problem
Physical activity in women with polycystic ovary syndrome: prevalence, predictors, and positive health association	Att beskriva förekomsten och demografiken och psykosociala variabler av fysisk aktivitet. Samt att utforska kardiometabola och mentala fördelar av fysisk träning inom denna patient grupp.	Kvinnor med PCOS som uppfyllde riktlinjerna enligt DHHS för fysisk träning hade en större variation av hälsofördelar.
Psychological well-being and sexarche in women with polycystic ovary syndrome	Studera om PCOS egenskaper är associerade med flera aspekter av psykologiskt mående som exempelvis självförtroende, kroppsuppfattning och rädsla för hur andra uppfattar ens utseende. Vidare var målet att undersöka om PCOS egenskaper är associerade med tidig sexdebut.	Kvinnor med PCOS och amenorré hade sämre självförtroende, större rädsla för hur andra uppfattar dess utseende och dessa hade även en tidigare sexdebut, i jämförelse med kvinnor med PCOS och oligomenorré. Vidare var hyperandrogenism och acne sammankopplat med en mer negativ kroppsuppfattning. Hirsutism och BMI hade effekt på alla mätbara psykologiska variabler.
Sexuality and psychological wellbeing in women with polycystic ovary syndrome compared with healthy controls	Syftet var att undersöka huruvida PCOS har någon effekt på den sexuella funktionen.	PCOS kvinnor är mer missnöjda med sitt sexual liv. Hälften av deltagarna menar att syndromet påverkar sexual livet. Totala mängden testosteron i blodet har inverkan på sexual livet. Sexuell funktion bör inkluderas i omvårdadsbehandlingen av dess kvinnor. Det är vanligt att PCOS kvinnor tar initiativ till sexuellt umgänge än hos

		kontroll gruppen.
Sexual function in women with Polycystic ovary syndrome	Syftet var att jämföra skillnader i sexuell funktion hos kvinnor med PCOS jämförelsevis med en kontroll grupp.	BMI och testosteron har en påverkan på sexuella funktioner främst gällande förmågan att nå orgasm.

Tabell 3. Sammanfattning av artiklarnas Författare, Publikationsår, Land, Design, Undersökningsgrupp, Urval, Bortfall, Kontrollgrupp och Datainsamlingsmetod samt Dataanalys.

Författare/ År/ Land	Design	I. Undersöknings- grupp II. Urval III. Bortfall IV. Kontroll- grupp	Data- Insamlings- Metod	Dataanalys
Cinar <i>et al.</i> 2011 Turkiet	Kvantitativ studie. Icke-experimentel design.	I. 226 patienter med PCOS enligt Rotterdam kriterierna. II. Konsekutivt urval * III. .** IV. 85 kvinnor med matchade BMI.	Fem frågeformulär (BDI, GHQ, HADS, STAI & PCOS HRQOL).	Two-tail Student's <i>T</i> -test, Wilcoxon signed ranks test, Chi-2-test, Fisher exact test, Pearson-Spearman correlation.
Benson <i>et al.</i> 2009 Tyskland	Kvantitativ studie. Icke-experimentel design.	I. 448 kvinnor med PCOS i ålder 16-45 år och som matchade Rotterdam-kriterierna, II. Strategiskt urval.* III. 18 personer IV. .***	Två frågeformulär (HADS & SF-12).	T-test, Post hoc Sheffes test, Chi 2-test.
Månsson <i>et al.</i> 2008 Sverige	Kvantitativ/ Kvalitativ studie. Icke-experimentel design.	I. 49 kvinnor med PCOS som diagnostiserats efter Rotterdam kriterierna. II. Konsekutivt urval.* III. .** IV. 49 kvinnor som matchades efter ålder.	Semi-strukturerad MINI international neuro-psychiatric interview. Blodprov-testosteron i serum.	Pearson chi square test. Fisher's exact test. Students t-test.
Deeks <i>et al.</i> 2011 Australien	Kvantitativ studie. Icke-experimentel design.	I. 177 kvinnor med PCOS II. Strategiskt urval* III. 88 kvinnor IV. 109 friska kvinnor	Två frågeformulär (HADS och MBSRQ som mäter hur kvinnorna ser på sina kroppar).	Student's t-test och chi 2 test.

Moran et al. 2009 Australien	Kvantitativ studie. Icke-experimentel design.	I. 24 kvinnor med PCOS 18-25 år, kvinnorna skulle uppfylla Rotterdam kriterierna. II. Strategiskt urval.* III. 19 stycken ur både kontroll grupp och undersöknings grupp IV. 22 kvinnor	Ett frågeformulär (HADS) och självskattad BMI- skala	Student's t-test, chi 2 test och non-parametric test. Spearman's correlation och Bivariate correlation.
Tan et al. 2008 Tyskland	Kvantitativ studie. Icke-experimentel design.	I. 115 kvinnor med PCOS som diagnostiserats enligt NIH och Rotterdam kriterierna som inte stod på farmakologisk behandling. II. Konsekutivt urval.* III. .** IV. 50 kvinnor som är infertila men som inte har PCOS.	Sex frågeformulär. (BDI, SF 36, SCL-90-R, FKW, PSDI, PST). VAS-skala för att mäta sexuell tillfredställelse och egenvärde.	T-test. Chi-2 test.
Jones et al. 2011 Storbritannien	Kvalitativ studie. Fenomenologisk design.	I. 15 kvinnor med PCOS i ålder 17-24 år. II. Strategiskt urval.* III. .** IV. .***	Semi strukturerade intervjuer. Intervjuer fortlöpte till mättnad uppstod.	Tema analys i sex steg enligt Marshall & Rossman (1999).
Benson et al. 2010 Tyskland	Kvantitativ studie. Icke-experimentel design.	I. 448 kvinnor. Samtliga skulle uppfylla Rotterdam-kriterierna för PCOS och skulle vara mellan 16-45 år. II. Strategiskt urval* III. 58 IV. .***	Online frågeformulär. En länk lades upp på en hemsida för kvinnor med PCOS. Tre frågeformulär (FKV, HADS och SF-12).	Pearsons korrelation.
Weiss & Bulmer 2011 USA	Kvalitativ studie. Fenomenologisk design.	I. 12 kvinnor 18-23 år diagnostiserade med PCOS II. Strategiskt urval*	Semi-strukturerade intervjuer. Intervjuer fortlöpte till	Kvalitativ innehållsanalys enligt Creswell & Clark (2007) och

		III. -** IV. -**	mättnad uppstod.	Erlandson et al. (1993).
Crete & Adamshick 2011 USA	Kvalitativ studie. Fenomenologisk.	I. 10 kvinnor med PCOS över 18 år och som fått diagnosen inom de senaste 5 åren, forskarna uppnådde mättnad efter 10 intervjuer II. Strategiskt urval* III. -** IV. -***	Semi-strukturerade intervjuer. Intervjuer fortlöpte till mättnad uppstod.	Hermeneutisk/ Fenomenologisk analys metod (Van Manen 1990)
Lamb et al. 2011 USA	Kvantitativ studie. Icke-experimentel design	I. 161 kvinnor över 16 år som uppfyllde Rotterdam kriterierna för PCOS. 150 med PCOS svarade på frågeformulär gällande fysisk aktivitet. 146 st. svarade på formuläret BDI och fullföljde bägge enkäterna. II. Konsekutivt urval* III. 2 Formulär bortfall ena 11 andra 15 IV. - ***	Två frågeformulär (Physical activity questionnaire och BDI.)	T-test och chi 2 test
De Niet et al. 2010 Holland	Kvantitativ studie. Icke-experimentel design.	I. 480 kvinnor med PCOS som besvarade frågeformulären och de var diagnostiserade efter Rotterdam kriterierna II. Konsekutivt urval* III. 562 deltagare besvarade inte frågeformuläret IV. Jämfört med normal populationen	Tre frågeformulär (RSES, BCS, FNAES) Två frågor om sexdebut ”Har du haft samlag” och ”Hur gammal var du när du hade ditt första samlag”	Student t-test, Fisher’s exact test, Multiple liner regression och Cohen’s <i>d</i>
Månsson et al. 2011 Sverige	Kvalitativ/ Kvantitativ studie. Icke-	I. 49 kvinnor med PCOS med diagnos fastställd efter Rotterdam	Intervjuer angående demografiska faktorer,	Pearson chi-square test, Fisher’s

	experimentel design	kriterierna II. Konsekutivt urval* III. -** IV. 49 kvinnor som matchades efter ålder.	Två frågeformulär (McCoy female sexual rating scale och PGWB). Blodprov på testostosterone i serum.	exact test, T-test, Wilcoxon's ranked pair test, Spearman's correlation
Stovall et al. 2011 USA	Kvantitativ studie. Icke-experimentel	I. 92 kvinnor med PCOS diagnostiserade med NICHD kriterier ålder 18-43 år II. Konsekutivt urval* III. -** IV. 82 kvinnor	Ett frågeformulär (CSFQ) samt frågor om hirsutism och akne, längd och vikt. Samt blodprov för blod glukos och mängd testosteron.	CSFQ established cut-point for sexual dysfunction, T-test, Mantel-Haenszel chi-square test, Fisher's exact test

*Enligt Polit och Beck (2012) **Bortfall ej beskrivet *** Ingen kontrollgrupp användes

Förtydligande av förkortningar för datainsamlingsinstrument:

BCS= Body cathexis scale

BDI= Beck Depression Inventory

CSFQ= Changes in sexual functioning questionnaire

FKV= Freiburg questionnaire of coping with illness

FKW= The questionnaire on the desire for a child

FNAES= Fear of negative appearance evaluation scale

GHQ= General health questionnaire 28

HADS= Hospital anxiety and depression scale

MBSRQ= The multidimensional body-self relations questionnaire

PCOS HRQOL= PCOS health-related quality of life

PGWB= The psychological general well-being index

PSDI= The positive symptom distress index

PST= Positive symptom total

RSES= The Rosenberg self-esteem scale

SCL-90-R,= Symptom check list-90

SF-12= Short Form 12 Health Survey

SF-36= Short Form 36 Health Survey

STAI= State-trait anxiety inventory 1 and 2

VAS= Visual Analogue Scale