



2023:2

KÖNSRELATERADE NORMERS BETYDELSE FÖR PSYKISK HÄLSA HOS KVINNOR OCH MÄN

En analys av resultat från Jämställdhetsundersökningen 2022

Jämställdhetsmyndigheten

Göteborg, februari 2023

Rapport 2023:2

Dnr: ALLM 2020/29

Har du frågor om denna publikation, kontakta:

Lars-Gunnar Engström

Telefon 031-392 90 16

INNEHÅLL

| | |
|--|-----------|
| Sammanfattning | 4 |
| 1. Inledning | 5 |
| Rapportens upplägg..... | 6 |
| Syfte och frågeställningar | 6 |
| Faktaruta 1. Jämställdhetsundersökningen | 6 |
| Psykisk hälsa ur ett jämställdhetsperspektiv..... | 6 |
| Tidigare forskning om kön, genus och hälsa | 8 |
| Rapportens teoretiska utgångspunkter och begrepp..... | 9 |
| Faktaruta 2. Mer om genus och hälsa | 11 |
| Stanford Gender-Related Variables for Health Research | 12 |
| Faktaruta 3. Metod | 15 |
| 2. Resultat | 16 |
| Sambandet mellan könsrelaterade normer och psykisk hälsa..... | 16 |
| 3. Diskussion | 18 |
| Könsrelaterade normer har både positiva och negativa konsekvenser för den psykiska hälsan hos kvinnor och män i Sverige | 18 |
| Sambandet mellan könsrelaterade normer och psykisk hälsa skiljer sig inte för kvinnor och män | 19 |
| Rapportens begränsningar och avgränsningar | 20 |
| Slutsatser | 20 |
| 4. Referenser | 21 |
| 5. Bilaga 1 – enkätfrågor till grund för analysen..... | 24 |
| 6. Bilaga 2 – beskrivande statistik | 26 |
| Beskrivande statistik..... | 26 |
| 7. Bilaga 3 – resultat | 30 |
| Regressionanalys | 30 |
| 8. Bilaga 4 – metod..... | 32 |
| Analysmetod | 32 |
| Konstruktion av index | 32 |
| Regressionsdiagnostik..... | 35 |
| Metodöverväganden | 35 |
| English summary..... | 36 |

SAMMANFATTNING

Denna rapport analyserar resultat från Jämställdhetsmyndighetens enkätundersökning *Jämställdhetsundersökningen 2022*. Fokus ligger på att undersöka sambandet mellan faktorer kopplat till könsrelaterade normer och psykisk hälsa för kvinnor och män i Sverige.

Psykisk hälsa är en viktig del av det femte jämställdhetspolitiska delmålet om att kvinnor och män, flickor och pojkar ska ha samma förutsättningar för en god hälsa och erbjudas vård och omsorg på lika villkor. I Sverige finns det betydande utmaningar för att uppnå målet om en jämställd psykisk hälsa vilket bland annat uttrycks i att särskilt unga kvinnor rapporterar fler psykiska besvär jämfört med andra grupper. Samtidigt är män överrepresenterade vad gäller suicid och söker i lägre utsträckning hjälp för psykiska besvär jämfört med kvinnor, vilket indikerar att pojkars och mäns psykiska ohälsa riskerar att inte fångas upp av samhällets skyddsfunktioner.

De komplexa mönstren av könsskillnader pekar på betydelsen av att studera vilka faktorer kopplat till samhällets normer kring kön som bidrar till skillnader i förutsättningar för en god psykisk hälsa mellan kvinnor och män. Det saknas dock kvantitativa mått för att kunna fånga upp dessa faktorer.

Rapporten bygger vidare på instrumentet *Stanford Gender-Related Variables for Health Research* för att undersöka sambandet med psykiska hälsan bland kvinnor och män i Sverige. De faktorer som analyseras är omsorgsbelastning, arbetsbelastning, prestationskrav, diskriminering, socialt stöd, emotionell intelligens, risktagande och självständighet. Övergripande syftar dessa faktorer till att fånga upp en persons förhållningssätt till olika könsrelaterade normer, vilket kan uttryckas genom erfarenheter, sociala relationer och beteenden.

Analysen av sambandet med psykisk hälsa visar att faktorer kopplade till könsrelaterade normer har både positiva och negativa konsekvenser för den psykiska hälsan hos kvinnor och män i Sverige. Tydligast negativa samband till psykisk hälsa har arbetsbelastning, omsorgsbelastning och prestationskrav. Utsatthet för diskriminering har ett negativt samband med psykisk hälsa för kvinnor men inte för män. Socialt stöd, risktagande och emotionell intelligens har positiva samband med psykisk hälsa för både kvinnor och män. Självständighet har inget samband med psykisk hälsa, vare sig för kvinnor eller för män.

Sammantaget visar resultaten att faktorer kopplat till könsrelaterade normer har betydelse för den psykiska hälsan. Resultaten visar också att sambanden var lika för män och kvinnor, med diskriminering som undantag. Resultaten synliggör behovet att rikta ett ökat fokus på skillnader i förväntningar och påfrestningar mellan kvinnor och män för att förstå vilka faktorer som bidrar till ojämlika förutsättningar och utfall kring psykisk hälsa.

1. INLEDNING

Kön är, tillsammans med andra faktorer som inkomst, sysselsättning och livssituation, en av de viktigaste faktorerna som påverkar den psykiska hälsan.¹ I både Sverige och internationellt finns tydliga könsskillnader i psykisk hälsa vilket bland annat uttrycks i flickors och unga kvinnors överrepresentation bland dem som rapporterar olika psykiska besvär.² Samtidigt är män en överrepresenterad grupp vad gäller suicid och söker i lägre utsträckning hjälp för psykiska besvär jämfört med kvinnor. Dessa mönster indikerar att pojkars och mäns psykiska ohälsa riskerar att inte fångas upp av samhället (ibid).

De tydliga könsskillnaderna gör fördelningen av psykisk hälsa i befolkningen till en viktig jämställdhetspolitisk fråga. De pekar också på behovet av att undersöka vilka könsrelaterade faktorer som bidrar till skillnader i förutsättningar för en god psykisk hälsa mellan kvinnor och män.

Jämställdhetsmyndigheten har i en tidigare rapport konstaterat att forskning om psykisk hälsa med ett genusperspektiv samtidigt som andra bakomliggandefaktorer beaktas är begränsad i Sverige. Det finns därför ett behov av mer kunskap kring hur normer om kön påverkar flickors och pojkars respektive kvinnors och mäns psykiska hälsa.³ Rapporten lyfter också att kvantitativa studier som undersöker sambandet mellan könsnormer och psykisk hälsa i samspel med andra faktorer är ett utvecklingsområde.

Mot denna bakgrund analyseras i rapporten resultat från Jämställdhetsundersökningen (JämU) 2022 (se faktaruta 1) med fokus på att utforska betydelsen av faktorer kopplade till könsnormer för den psykiska hälsan för kvinnor och män i Sverige. Detta görs genom att bygga vidare på ett kvantitativt instrument utvecklat av Nielsen m.fl., *Stanford Gender-Related Variables for Health Research*.⁴ Instrumentet utvecklades för att kunna mäta andra aspekter av kön än biologiska, som visat sig ha betydelse för hälsoutfall. Till skillnad från andra instrument som ofta fokuserat på attityder och beteenden kopplat till maskulinitet respektive femininet, vill författarna rikta fokus till de specifika faktorer som främjar eller missgynnar en persons hälsa oavsett, eller i kombination med, en persons könstillhörighet.

Genom att vidareutveckla instrumentet är ambitionen med rapporten att bidra med ökad kunskap om sambanden mellan samhällets normer kring kön och psykisk hälsa. Sådan kunskap är viktig för att kunna rikta satsningar och interventioner i syfte att minska ojämlikheten i psykisk hälsa.

¹Folkhälsomyndigheten, 2019a

²Jämställdhetsmyndigheten, 2021b

³Jämställdhetsmyndigheten, 2021b

⁴Nielsen m.fl., 2021

Rapportens upplägg

Rapporten består av tre kapitel. Resterande del av detta inledande kapitel ger en bakgrund till psykisk hälsa ur ett jämställdhetsperspektiv, introducerar rapportens teoretiska utgångspunkter samt analysmetod. Kapitlet gör även några nedslag i tidigare forskning om kön, genus och hälsa. I det andra kapitlet presenteras resultaten och i det avslutande kapitlet finns en diskussion av resultaten samt rapportens slutsatser.

Syfte och frågeställningar

Syftet med rapporten är att undersöka av faktorer kopplade till könsnormers betydelse för psykisk hälsa bland kvinnor respektive män i Sverige.

Faktaruta 1. Jämställdhetsundersökningen

Materialet som analyseras bygger på Jämställdhetsundersökningen (JämU) 2022, en enkätundersökning som samlas in av Jämställdhetsmyndigheten. Det övergripande syftet med undersökningen är att samla in statistiskt underlag om kvinnors och mäns attityder till jämställdhet. Undersökningen bestod av frågor om attityder till jämställdhet, psykisk hälsa, samt erfarenheter och upplevelser kopplat till könsnormer.

Datansamlingen genomfördes av Statistiska centralbyrån (SCB) på uppdrag av Jämställdhetsmyndigheten. Insamlingen pågick mellan 11 januari 2022 och 15 mars 2022. Enkäten skickades ut till drygt 20 000 personer folkbokförda i Sverige, 16 år och äldre, och besvarades av 6 570 personer. Urvalet stratifierades på ålder, vilket innebar att urvalsramen delades in i fyra åldersgrupper där ett slumpmässigt urval drogs.⁵ Undersökningen var en kombinerad pappers- och webbenkät. Noteras kan att insamlingen skedde under en tid då Sverige hade restriktioner på grund av Covid-19 pandemin. I samband med undersökningen hämtade SCB även information om ytterligare variabler från registret över totalbefolkningen (RTB-registret) exempelvis ålder, hushållstyp, födelse-land och inkomst.

Läs vidare om JämU och ta del av de övergripande resultaten av undersökningen [här](#).

Psykisk hälsa ur ett jämställdhetsperspektiv

Inriktningen för jämställdhetspolitiken pekas ut i regeringens skrivelse *Makt, mål och myndighet - feministisk politik för en jämställd framtid*.⁶ I skrivelsen bryts det övergripande målet för jämställdhetspolitiken, att kvinnor och män ska ha samma makt att forma samhället och sitt eget liv, ner i sex jämställdhetspolitiska delmål. Det femte jämställdhetspolitiska delmålet innebär att kvinnor och män, flickor och pojkar ska ha samma förutsättningar för en god hälsa och erbjudas vård och omsorg på lika villkor. En jämställd hälsa innebär att fler ska kunna delta aktivt i samhället och omfattar såväl fysisk, psykisk som sexuell och reproduktiv hälsa.⁷

Den psykiska hälsan är därmed en central del av delmålet om en jämställd hälsa såväl som för hela jämställdhetspolitiken. Samtidigt som en jämställd hälsa är ett mål i sig bidrar uppfyllelsen av

⁵SCB, 2022

⁶Regeringskansliet, 2016

⁷Jämställdhetsmyndigheten, 2022

målet till ett jämställt och aktivt deltagande i samhället i stort.⁸ Uppfyllelsen av delmålet är också ömsesidigt beroende av övriga jämställdhetspolitiska delmål. Exempelvis finns en stark koppling till delmålet om ekonomisk jämställdhet, där kvinnors högre sjukskrivningstal påverkas av faktorer i arbetslivet och har betydelse för den ekonomiska ojämställdheten.

Regeringens skrivelse lyfter fram betydande hinder för att målet om jämställd psykisk hälsa ska uppnås. Det konstateras att det finns strukturella könsskillnader och jämställdhetsproblem gällande kvinnors och mäns hälsa. Bland annat lyfts att särskilt unga kvinnor oftare upplever psykisk ohälsa än män samtidigt som antalet suicid är högre bland unga män än bland unga kvinnor.

Utmaningar och hinder för en jämställd psykisk hälsa i en svensk kontext

Även om Sveriges befolkning generellt har en god psykisk hälsa rapporterar fler och fler psykiska besvär.⁹ Den ojämlika fördelningen av psykisk hälsa mellan grupper i samhället är dessutom en betydande folkhälsoutmaning. Flera tidigare undersökningar och rapporter har lyft fram könsbaserade skillnader, vilket visar att det saknas lika förutsättningar för en god psykisk hälsa för kvinnor och män, flickor och pojkar i Sverige. De belyser också vikten av att ta hänsyn till andra sociala faktorer som påverkar den psykiska hälsan i samspel med kön, som ålder och socioekonomi.

Folkhälsomyndigheten lyfter att kön, tillsammans med utbildning och inkomst, hör till de viktigaste faktorerna för ojämlikhet i psykisk hälsa i befolkningen. De visar att det finns könsskillnader i psykisk hälsa bland alla åldersgrupper. Generellt hade kvinnor sämre psykisk hälsa jämfört med män, men förhållandet varierade med ålder. Bland 7–17-åringar hade pojkar oftare psykiatriska diagnoser än flickor men flickor rapporterade oftare psykiska besvär och ett sämre välbefinnande än pojkar. Bland den vuxna befolkningen hade kvinnor både fler psykiatriska diagnoser och rapporterade en sämre psykisk hälsa än män. De pekar också på att olika sociala faktorer samspelar och att det därför är viktigt att analysera grupper från mer än en social position, såsom samspelet mellan kön och inkomst. Exempelvis är den psykiska hälsan redan i tidig ålder beroende av familjens socioekonomiska status.¹⁰

Ytterligare en utmaning för en jämställd psykisk hälsa är kvinnors högre risk för sjukskrivning med psykiatrisk diagnos jämfört med män. Försäkringskassan konstaterar i en rapport att kvinnor jämfört med män generellt har 25 procents högre risk än män att starta en sjukskrivning. Kvinnors högre risk än män att starta ett sjukfall är ännu högre för psykiatriska diagnoser, 31 procent, och för stressrelaterade sjukdomar som utmattningssyndrom över 40 procent.¹¹ Mönstren av sjukskrivningar varierar med andra sociala faktorer som ålder, familjesituation och boendeort.

Jämställdhetsmyndighetens uppföljning av utvecklingen mot en jämställd hälsa

Jämställdhetsmyndigheten har tidigare analyserat utvecklingen mot en jämställd hälsa i en fördjupad uppföljning av det femte jämställdhetspolitiska delmålet. Uppföljningen konstaterar bland annat att normer kring kön kan bidra till att förklara skillnader i diagnosmönster hos flickor och unga kvinnor och pojkar och unga män. Därför behöver både kunskapen om pojkars och unga mäns symptom vid depression och ångest och kunskapen om flickors och unga kvinnors symptom vid neuropsykiatriska funktionsnedsättningar öka. Detta för att underlätta upptäckten av dessa tillstånd så att diagnosättning inte fördröjs och förebygga suicid speciellt hos pojkar och unga män.

⁸Regeringskansliet, 2016

⁹Folkhälsomyndigheten, 2022

¹⁰Folkhälsomyndigheten, 2020

¹¹Försäkringskassan, 2020

Inom ramen för uppföljningen togs en kunskapsöversikt fram över aktuell nordisk forskning kring kvinnors sjukskrivningar för psykisk ohälsa. Kunskapsöversikten lyfter arbetslivs- och arbetsmiljörelaterade faktorer som huvudsaklig förklaring till kvinnors högre risk för sjukskrivningar för psykisk ohälsa. Resultatet pekar på vikten av åtgärder som förbättrar arbetsmiljön i kvinnodominerade sektorer för att minska kvinnors risk för sjukskrivning. Kunskapsöversikten konstaterade också att det finns ett behov av att öka kunskapen kring vilken roll det obetalda hem- och omsorgsarbetet spelar för kvinnors högre sjukfrånvaro till följd av psykisk ohälsa.¹²

Vidare pekade uppföljningen på att mäns psykiska hälsa behöver belysas och stärkas, inte minst vad gäller mäns överrepresentation i suicid. Jämställd hälsa har ofta fokuserat på kvinnors rättigheter, livsvillkor och hälsa men senare har även normer kring maskulinitet och dess effekter för mäns och kvinnors hälsa kommit att ses som en stor jämställdhetsutmaning.

En genomgång av forskning om maskulina normer och ohälsa visade att maskulina normer kan kopplas till negativa hälsokonsekvenser både för kvinnor och för män och i relation till andra sociala kategorier. Exempelvis kan maskulina normer som kännetecknas av stoicism, självbehärskning och ”ensam är stark” leda till en högre tröskel för män att söka hjälp för psykisk ohälsa. Uppföljningen konstaterar att det finns ett behov av ett större forskningsfokus på maskulinitetsnormers påverkan på hälsan ur ett intersektionellt perspektiv i en svensk kontext.¹³ Även tidigare utredningar har konstaterat att maskulina normer får konsekvenser för mäns relationer till vård och hälsa.¹⁴ Föreställningar och ideal, till exempel att män är starka och osårbara, kan påverka mäns benägenhet att söka vård och prata om hälsoproblem.

Tidigare forskning om kön, genus och hälsa

Springer m.fl. pekar på att tidigare forskning kring kön och hälsa huvudsakligen har fokuserat på att analysera könsskillnader i hälsa och att adressera kvinnors respektive mäns hälsorelaterade behov.¹⁵ Denna forskning har bidragit med viktig kunskap om fördelning och orsaker till spridning av olika sjukdomar. Samtidigt har den ofta saknat ett genusperspektiv vilket kan riskera att könsskillnader i hälsa ses som självklara samt att fokus ligger på att befästa könsskillnader och stereotyper snarare än att utforska likheter.¹⁶ Mot denna bakgrund menar Hammarström och Hensing att ett genusperspektiv inom hälsoforskning öppnar upp för nya perspektiv för att förstå kvinnors och mäns hälsa utifrån genusstrukturer och normer.¹⁷

Svensk forskning om kön, genus och hälsa har bland annat lyft betydelsen av jämställdhet för den psykiska hälsan, särskilt kopplat till arbetslivet. Harryson undersöker till exempel könsrelationer i betalt arbete och obetalt arbete i hemmet i relation till psykisk ohälsa bland kvinnor och män. Harrysons slutsats är att jämställdhet i hemmet och på arbetet är centralt för att reducera psykisk ohälsa både för kvinnor och män men även för att förbättra den generella hälsostatusen i befolkningen.¹⁸

Nyberg m.fl. visar också att både kvinnor och män anställda i kvinnodominerade sektorer som utbildning, vård och omsorg rapporterade sämre psykosocial arbetsmiljö. Kvinnor och män i dessa sektorer rapporterade oftare höga krav och lågt inflytande i arbetet samt utsatthet för våld i arbetet

¹²Boström & Hensing, 2020

¹³Jämställdhetsmyndigheten, 2021b

¹⁴SOU, 2014:6

¹⁵Springer m.fl. 2012

¹⁶Springer m.fl., 2012; Hammarström & Hensing, 2018

¹⁷Hammarström & Hensing, 2018

¹⁸Harryson, 2013

av brukare jämfört med andra sektorer. Dessa sektorer hade också högre nivåer av sjukfrånvaro.¹⁹

Att den psykosociala arbetsmiljön var sämre för både kvinnor och män i kvinnodominerade sektorer ger enligt författarna stöd till den så kallade *exponeringshypotesen* (översatt från exposure hypothesis). Hypotesen innebär att kvinnors överrepresentation i sjukfrånvaro antas bero på att kvinnor oftare blir exponerade för stressorer och belastning i arbetet eftersom fler kvinnor än män jobbar i branscher där dessa faktorer finns. I motsats innebär *sårbarhetshypotesen* (översatt från vulnerability hypothesis) att könsskillnader i sjukfrånvaro beror på att kvinnor är mer sårbara för negativa effekter av utsatthet för stressorer och belastning i arbetet jämfört med män.²⁰

Sammanfattningsvis har tidigare forskning bidragit med kunskap om betydelsen av sociala processer och strukturer kopplat till kön för fördelningen av hälsa bland individer och grupper i samhället. Det finns dock fortfarande kunskapsluckor kring betydelsen av könsrelaterade normer för psykisk hälsa, särskilt när dessa normer inte reduceras till antingen maskulina eller feminina.²¹ Det finns också fortsatt ett behov av att utveckla fler relevanta och nyanserade kvantitativa mått på faktorer relaterat till genus och könsnormer. På så sätt kan den här rapporten bidra med kunskap genom att vidareutveckla Nielsens m.fl. instrument, där ingen uppdelning görs mellan feminina respektive maskulina normer.²² Rapporten kan också bidra med kunskap genom att utforska instrumentet i en svensk kontext där kvantitativ forskning om könsrelaterade normer är begränsad.

Rapportens teoretiska utgångspunkter och begrepp

Psykisk hälsa – mer än enbart frånvaron av psykisk ohälsa

Begreppet psykisk hälsa innefattar både välmående och olika former av psykisk ohälsa. Världshälsoorganisationen, WHO, definierar psykisk hälsa som ett tillstånd av välmående som gör det möjligt för varje person att förverkliga sina möjligheter, klara av vanliga påfrestningar i livet, kunna ta till sig arbete och lärande samt bidra till sitt samhälle. Psykisk hälsa är sammanflätad med hälsan i stort och är mer än enbart frånvaron av psykisk ohälsa.²³

Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten och Sveriges Kommuner och Regioner har utvecklat en modell för begrepp inom området psykisk hälsa. I modellen definieras psykisk hälsa som ett paraplybegrepp med två dimensioner, psykiskt välbefinnande och psykisk ohälsa. Psykiskt välbefinnande handlar om ett tillstånd där individen bland annat kan känna tillfredställelse med livet och balansera mellan positiva och negativa känslor. Psykisk ohälsa består i sin tur av två olika dimensioner, dels psykiska besvär, dels tillstånd där kraven för en psykiatrisk diagnos är uppfyllda. Modellen belyser också att psykisk hälsa och psykisk ohälsa inte är varandras motsatser. Exempelvis kan en person med en psykiatrisk diagnos uppleva ett gott psykiskt välbefinnande och en person utan en psykiatrisk diagnos kan uppleva ett lågt välbefinnande.²⁴

Hälsans bestämningsfaktorer

En utgångspunkt för rapporten är att en persons psykiska hälsa bestäms av både sociala, psykolo-

¹⁹Nyberg m.fl., 2021

²⁰Mastekaasa & Melsom, 2014 i Nyberg m.fl., 2021

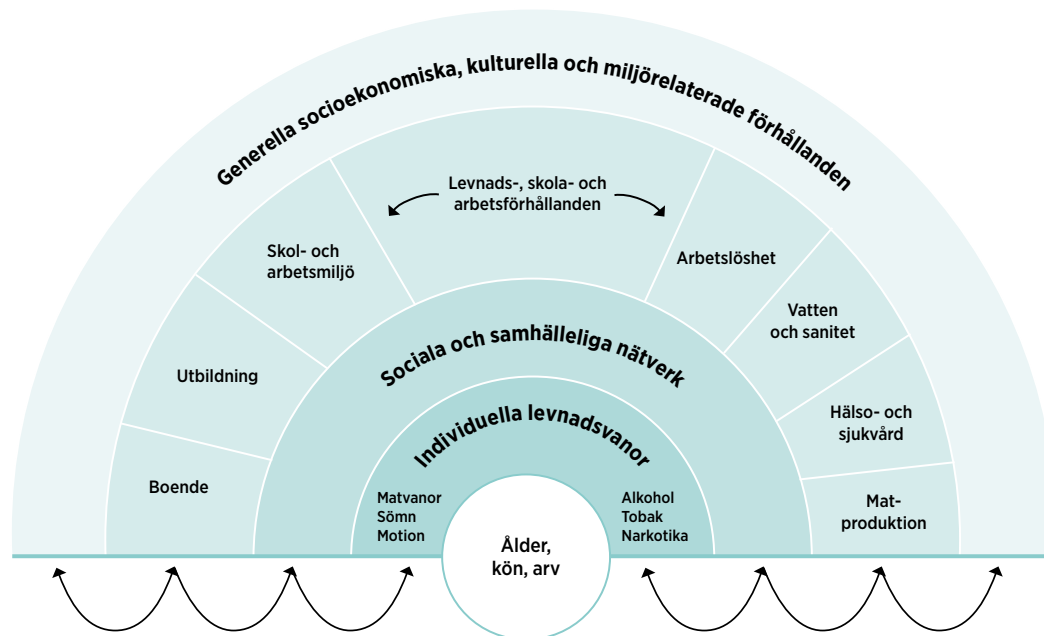
²¹Horstmann m.fl., 2022

²²Nielsen m.fl., 2021

²³WHO, 2022

²⁴Socialstyrelsen m.fl., 2020

giska och biologiska faktorer.²⁵ För att beskriva dessa används ofta begreppet hälsans bestämningsfaktorer. En vanlig modell som illustrerar hälsans bestämningsfaktorer i olika lager utvecklades av Dahlgren och Whitehead och brukar benämnas *regnbågsmodellen*.²⁶ Modellen illustrerar huvudfaktorer som har betydelse för hälsan hos hela befolkningen och i vår omgivning som både kan vara hälsofrämjande, skyddande, eller innebära hälsorisker.²⁷



Figur 1. Hälsans bestämningsfaktorer enligt Dahlgrens och Whiteheads regnbågsmodell (Dahlgren & Whitehead, 1991). Egen översättning.

I modellens mitt återfinns individfaktorer som är relativt opåverkbara, som en persons ålder och kön. Dessa omges av olika lager av faktorer som är påverkbara genom samhällets institutioner och aktörer. I modellens första lager finns beteendefaktorer och i det andra lagret finns faktorer som återspeglar individens interaktion med andra individer och samhället. I modellens tredje lager återfinns arbets- och levnadsförhållanden som till sist omges av ett yttersta lager bestående av ekonomiska, kulturella och miljömässiga faktorer som finns i det övergripande samhället. Modellen medger också interaktion mellan de olika lagren, vilket innebär att exempelvis livsstilsfaktorer bör förstås i relation till strukturella förhållanden i samhället.²⁸ Dahlgren och Whiteheads modell belyser att en persons hälsa och fördelningen av hälsa i befolkningen beror av ett komplext samspel av en rad faktorer i samhället.

De faktorer som undersöks i den här rapporten återfinns i olika lager i modellen. Gemensamt är dock att de skapas i sociala processer och relationer i samhället och i många avseenden är påverkbara genom samhällets institutioner och aktörer. Det öppnar för att rikta insatser i samhället baserat på de potentiella könsrelaterade normer som främjar eller missgynnar den psykiska hälsan.

²⁵ WHO, 2018

²⁶ Whitehead & Dahlgren, 2007

²⁷ Dahlgren & Whitehead, 2021

²⁸ Whitehead & Dahlgren, 2007

WHO-5 Well-Being som mått på psykisk hälsa

Psykisk hälsa mäts i den här rapporten genom *WHO-5 Well-Being Index* (WHO-5). WHO-5 är ett validerat mått som ofta används både för att mäta nivåer av välmående och för att undersöka depression.²⁹ Fördelar med att använda WHO-5 som ett mått på psykisk hälsa är exempelvis att måttet är lätt att översätta och relativt oberoende av kulturella normer vilket underlättar för att använda måttet i olika länder och kontexter.³⁰ Dessutom är måttet lättförståeligt och frågar inte specifikt efter depression utan snarare välmående i generella termer, vilket kan vara en fördel för att fånga upp välmående hos män.³¹ Indexet består av fem frågor som avser fånga upp olika aspekter av en persons välmående. För en överblick av frågorna som ingår i indexet se bilaga 1.

Könsrelaterade normer

Begreppet *könsrelaterade normer* syftar till att beskriva de sociala faktorer som formar erfarenheter, relationer och beteenden hos kvinnor och män till följd av föreställningar om vad det innebär att tillhöra ett kön. Att dessa faktorer är sociala innebär att kön inte endast ses som en biologisk faktor utan även bygger på sociala konstruktioner relaterat till kön, även kallat genus. Normer handlar på ett övergripande plan om oskrivna regler i samhället som alla förhåller sig till och som påverkar vårt sätt att handla och förhålla oss till varandra. Dessa oskrivna regler är föränderliga och varierar mellan olika grupper i samhället och ser ofta olika ut beroende av vilket kön vi har.³² Att normerna är relaterat till kön innebär alltså att de styr vilka beteenden och attribut som värderas och ses som accepterade för män, kvinnor och könsminoriteter. Normerna beskrivs även reproducera och upprätthålla makthierarkier.³³

Faktaruta 2. Mer om genus och hälsa

Ett inflytelserikt perspektiv på genus och hälsa är maskulinitetsforskaren Raewyn Connells teori om genusrelationer. Connell pekar på att genus som en social struktur konstrueras i relationer mellan kvinnor och män (och inom dessa kategorier) i samhället. Genusstrukturer återfinns på alla nivåer i samhället, från en övergripande samhällsnivå, till relationer mellan individer, och på ett individuellt plan.³⁴ Sociala processer relaterat till genus formar enligt detta perspektiv identiteter, attityder och beteenden hos kvinnor, män och andra könstillhörigheter. De är dessutom föränderliga och varierar med normer och värderingar i samhället.³⁵ Enligt detta perspektiv har både biologiska och sociala aspekter relaterat till kön betydelse för hälsan och är sammanflätade med varandra vilket gör det viktigt att ta hänsyn till interaktionen mellan dem såväl som till andra sociala faktorer.³⁶

²⁹Topp m.fl., 2015

³⁰Topp m.fl., 2015

³¹SKL, 2018

³²Jämställdhetsmyndigheten, 2021a

³³Heise m.fl., 2019

³⁴Connell, 2012

³⁵Nielsen m.fl., 2021

³⁶Greaves & Ritz, 2022

Stanford Gender-Related Variables for Health Research

För att mäta faktorer kopplat till könsrelaterade normer bygger den här rapporten vidare på det kvantitativa instrumentet *Stanford Gender-Related Variables for Health Research*. Instrumentet har utvecklats av Nielsen m.fl. och mäter olika sociokulturella faktorer relaterat till kön. Dessa faktorer formar attityder, beteenden och vanor bland kvinnor, män och andra könsgrupper. De är komplexa och förändras i takt med att samhällets sociala normer och värderingar förändras och samspelar också med andra kategorier som biologisk kön, bakgrund, ålder och socioekonomi.³⁷

Författarna lyfter att tidigare forskning har fokuserat på att analysera biologiskt kön och dess betydelse för hälsan, även om sociokulturella aspekter relaterat till kön också har visat sig ha en central betydelse för hälsoutfall. Forskning om betydelsen av sociokulturella faktorer relaterat till kön är dock begränsad, till stor del eftersom det saknas kvantitativa mått som kan fånga upp dessa faktorer. Dessutom har dessa faktorer historiskt ofta reducerats till en skala med två motpoler i form av ”manliga” respektive ”kvinnliga” beteenden. I stället för att se maskulinitet och femininitet som två motsatser menar författarna att varje individ kan uppleva olika kombinationer av erfarenheter, relationer eller beteenden kopplat till sociokulturella föreställningar och värderingar om kön. Fokus är hur var och en av dessa erfarenheter, relationer och beteenden påverkar en persons hälsa. Mot denna bakgrund menar författarna att deras instrument är ett viktigt komplement till biologiskt kön för att analysera hälsoutfall.³⁸

Instrumentet utvecklades genom en omfattande litteraturoversikt av kvantitativa frågeinstrument kring könsrelaterade variabler mellan åren 1975–2015 som identifierade 74 instrument. Frågorna som ingick i dessa instrument analyserades med faktoranalys. Det resulterade slutligen i ett nytt instrument bestående av sju faktorer: *omsorgsbelastning, arbetsbelastning, självständighet, risktagande, emotionell intelligens, socialt stöd och diskriminering*.

Sambandet mellan dessa sju faktorer och olika hälsoutfall analyserades sedan för ett amerikanskt urval av personer. Resultaten visade att de könsrelaterade variablerna både hade negativa och positiva samband med olika hälsoutfall, bland annat psykisk hälsa. Omsorgsbelastning och diskriminering hade ett negativt samband med psykisk hälsa. Socialt stöd hade å andra sidan ett positivt samband med psykisk hälsa.

Författarna uppmuntrar till att testa måttet på andra geografiska områden, samt utveckla och anpassa måttet för att ta hänsyn till den kulturella och institutionella kontext som undersöks.

Tillämpning av instrumentet i Jämställdhetsundersökningen

I JämU 2022 ställdes frågor baserat på instrumentet *Stanford Gender-Related Variables* för att utforska instrumentet i Sverige. De frågor som ställdes motsvarade till stor del instrumentet men kompletterades också med några frågor anpassade för en svensk kontext. I bilaga 1 finns alla frågor listade.

Frågorna i JämU formade tillsammans de åtta faktorerna *omsorgsbelastning, arbetsbelastning, prestationskrav, diskriminering, socialt stöd, självständighet, risktagande* samt *emotionell intelligens*. Övergripande fångar de upp en persons förhållningssätt till olika könsrelaterade normer, vilket kan uttryckas genom erfarenheter, sociala relationer och beteenden. Faktorerna går att finna på flera olika nivåer i samhället: på en institutionell nivå, i relationer mellan människor och i individuella beteenden.³⁹

³⁷Nielsen m.fl., 2021

³⁸Nielsen m.fl., 2021

³⁹Nielsen m.fl., 2021

Faktorer på den institutionella nivån

På den institutionella nivån finns faktorer kopplat till könsnormer som handlar om uttalade och outtalade, samt formella och informella kulturella regler som produceras genom samhällets institutioner. Dessa institutioner är exempelvis skolan, arbetsplatser samt politiskt styre och policyer. Reglerna upprätthåller könstereotyper och förväntningar över vilka beteenden och aktiviteter som är accepterade för män och kvinnor och ger också avtryck i maktförhållanden mellan könen.⁴⁰ I Jämställdhetsundersökningen ställdes frågor för att mäta tre olika faktorer kopplat till könsnormer på den institutionella nivån: *omsorgsbelastning*, *arbetsbelastning* och *prestationskrav*.

Omsorgsbelastning syftar till att mäta individens upplevelse av negativa konsekvenser av ansvar för obetald omsorg för barn, föräldrar, en äldre familjemedlem med mera.⁴¹ Fortfarande utförs omsorgen om barn, äldre och andra anhöriga i högre utsträckning av kvinnor än av män. Den ojämna fördelningen av det obetalda omsorgsarbetet får konsekvenser för inkomster och arbetskraftsdeltagande men även för livskvalitet och hälsa.⁴² Jämställdhetsmyndigheten har i undersökningen använt tre frågor för att mäta individens grad av omsorgsbelastning, vilka handlar om fysisk och psykisk utmattning samt oro för framtiden till följd av omsorgsansvar.

Arbetsbelastning syftar till att mäta individens upplevelse av fysisk eller psykisk ansträngning eller belastning från arbete.⁴³ Kvinnors högre sjukskrivningstal särskilt vad gäller stressrelaterad psykisk ohälsa⁴⁴ pekar på att belastning i arbetet kan förväntas påverka den psykiska hälsan negativt. För att mäta denna aspekt fick respondenterna frågor om huruvida arbetssituationen de senaste tolv månaderna har upplevts som stressig, samt om arbetssituationen medfört känslomässig eller fysisk utmattning.

Nielsens m.fl. instrument kompletterades i denna undersökning med att även mäta *prestationskrav*. Prestationskrav har visat sig ha en tydlig koppling till såväl hälsa som kön. Upplevda krav kring prestation är något som lyfts fram i tidigare undersökningar där särskilt skolungdomar känner en ökad oro och stress över skolarbetet⁴⁵ och där framför allt flickor och unga kvinnor ställer höga krav på sig själva.⁴⁶ Tidigare undersökningar i Sverige har även lyft att upplevelser av prestationskrav är relaterat till stress, oro och ångest särskilt för unga kvinnor.⁴⁷ För att mäta prestationskrav tillfrågades respondenterna om de under de senaste 12 månaderna känt att de inte har levt upp till andras respektive egna förväntningar om prestation.

Faktorer på relationsnivå

Faktorer på relationsnivå handlar om relationer mellan människor som formas av samhällets normer om kön. Det kan exempelvis vara sociala relationer eller maktrelationer som kan kopplas till sociala förväntningar för kvinnor och män. I JämU ställdes frågor om *socialt stöd* och utsatthet för *diskriminering* för att mäta dessa faktorer, vilket motsvarade Nielsens m.fl. instrument.

Socialt stöd handlar om individens upplevelser av typen, tillgängligheten och mängden av socialt stöd i form av exempelvis psykosocialt, känslomässigt eller ekonomiskt stöd i vardagslivet.⁴⁸ Stödet

⁴⁰Nielsen m.fl., 2021

⁴¹ibid

⁴²Jämställdhetsmyndigheten, 2018

⁴³Nielsen m.fl., 2021

⁴⁴Försäkringskassan, 2020

⁴⁵Folkhälsomyndigheten, 2019b

⁴⁶Skolverket, 2019

⁴⁷Landstedt, 2010

⁴⁸Nielsen m.fl., 2021

kan komma från exempelvis en partner, vänner eller kollegor. Tidigare forskning har ofta kopplat socialt stöd till hälsa. Bland annat har svensk forskning visat på samband mellan socialt stöd och minskade depressiva symptom.⁴⁹ I denna analys mäts socialt stöd med en fråga som handlar om huruvida respondenten har någon som visar denne kärlek och tillgivenhet.

Diskriminering syftar till att mäta respondentens upplevda utsatthet av systematiskt orättvis behandling baserat på kön i olika situationer.⁵⁰ Att bli utsatt för diskriminering på grund av sitt kön har visat sig ha en tydlig koppling till negativa hälsoeffekter.⁵¹ Frågorna i JämU som mäter diskriminering handlar om huruvida respondenten har känt sig diskriminerad på grund av sitt kön i olika miljöer, som i skolan, på arbetet, vid jobsökande, vid vårdsökande, i offentliga miljöer samt i familjen.

Faktorer på beteendenivå

Faktorer på beteendenivån handlar om hur personer förhåller sig till könsnormer genom att tänka och agera i förhållande till kulturella värden som tillskrivs att vara man eller kvinna.⁵² I JämU mäts dessa faktorer genom frågor om *självständighet*, *emotionell intelligens* och *risktagande*. Dessa faktorer motsvarar de som ingår i Nielsens med flera instrument.

Självständighet handlar till vilken utsträckning en person fokuserar på sig själv som en individ snarare än att se sig själv som en del av ett samhälle eller grupp.⁵³ Hög självständighet kan innebära att se det som viktigt att vara oberoende av andra och inte fråga andra om hjälp. Självständighet har i tidigare kopplats ihop med traditionella maskulinitetsnormer om att förlita sig till sig själv, vilket kan få negativa konsekvenser för hälsan exempelvis genom att skapa högre trösklar för att söka hjälp vid psykisk ohälsa.⁵⁴ I JämU ställdes två frågor kopplat till självständighet, om respondenten anser det viktigt att vara självständig och att lösa sina problem på egen hand.

Risktagande syftar till en persons inställning till att ta risker i livet. Risktagande har också tidigare kopplats till traditionella maskulinitetsnormer, där ett högre risktagande både visat sig ha positiva och negativa samband med psykisk hälsa.⁵⁵ För att mäta risktagande fick respondenten frågor om sin inställning till risktagande generellt, risktagande i ekonomiska beslut och vid fritidsaktiviteter.

Emotionell intelligens handlar om en persons förmåga att känna igen och förstå sina egna känslor.⁵⁶ Det handlar även om att kunna sätta sig in i andras känslor. Dessa förmågor kan ha betydelse för den psykiska hälsan exempelvis genom att bidra till att kunna balansera mellan positiva och negativa känslor. Frågorna som mäter emotionell intelligens i JämU handlar om hur ofta respondenten pratar med andra om sina och deras problem samt upplevelsen av att berätta om känslor för vänner och familj.

⁴⁹ Almquist m.fl., 2017

⁵⁰ Nielsen m.fl., 2021

⁵¹ Allard, 2021

⁵² Nielsen m.fl., 2021

⁵³ ibid

⁵⁴ Jämställhetsmyndigheten, 2021b

⁵⁵ Gerdes & Levant, 2018; Wong m.fl., 2017

⁵⁶ Nielsen m.fl., 2021



Faktaruta 3. Metod

Sambandet mellan faktorerna kopplat till könsnormer och psykisk hälsa analyserades multipel linjär regressionsanalys i statistikprogrammet R. Analysens oberoende variabler var de åtta könsnormsrelaterade faktorerna omsorgsbelastning, arbetsbelastning, prestationskrav, socialt stöd, diskriminering, risktagande, självständighet och emotionell intelligens. Beroende variabel var psykisk hälsa mätt som välmående enligt WHO-5 indexet.

I undersökningen kontrollerades också för ålder, ekonomisk standard, utbildningsnivå, hushållstyp, bakgrund (inrikes/utrikesfödd) och sysselsättningsstatus. Att inkludera dessa baserades på tidigare forskning om vilka bakgrundsfaktorer som förväntades påverka sambandet. Kontrollvariablerna hämtades från SCB:s register över totalbefolkningen samt från enkätfrågorna i JämU.

Genomgående har en signifikansnivå på 5% använts för att avgöra om ett samband mellan beroende och oberoende variabler skall anses vara signifikant eller ej.

Konstruktion av index

För att mäta de åtta könsnormsrelaterade faktorerna konstruerades index. Ett index är en variabel som sätts ihop av flera enskilda variabler som anses mäta samma fenomen. De enskilda variablerna grupperades baserat på Nielsens m.fl. instrument där varje index syftar till att fånga upp en specifik aspekt kopplat till könsnormer. Indexen konstruerades sedan genom att summera de enskilda variablerna så att varje person får ett värde på indexet utifrån summan av värdet på de enskilda variablerna. Två av indexen, prestationskrav och självständighet, mättes av endast två enskilda variabler och fick konstrueras på ett annat sätt för att göra indexen metodologisk tillförlitliga. För dessa index skapades kategoriska dummyvariabler utifrån olika kombinationer av svarsalternativ. Även för diskriminering konstruerades kategoriska dummyvariabler för att undvika ett större bortfall.

Efter att indexen hade konstruerats testades reliabiliteten genom att undersöka hur väl variablerna i respektive index mätte samma fenomen. Detta resulterade i några justeringar för att öka reliabiliteten, bland annat exkluderas några variabler. Exempelvis bestod indexet som mätte socialt stöd av två variabler men dessa visade sig sannolikt inte mäta samma fenomen, vilket gjorde att socialt stöd i stället fick mätas genom en enskild variabel. För mer information om metodöverväganden, se bilaga 4.

2. RESULTAT

I det här avsnittet redovisas rapportens resultat. Först beskrivs analysens variabler uppdelat på kön och därefter presenteras resultaten från sambandsanalysen. Resultatet visar att faktorer kopplat till könsnormer har tydliga samband med både kvinnors och mäns psykiska hälsa och att dessa faktorer både har positiva och negativa konsekvenser för hälsoutfall. Beskrivande statistik för alla variabler redovisas i bilaga 2. I bilaga 3 redovisas regressionsmodellerna inklusive kontrollvariabler för sambandsanalysen för kvinnor respektive män.

Sambandet mellan könsrelaterade normer och psykisk hälsa

Psykisk hälsa mäts i undersökningen genom nivån av välmående som i sin tur mäts genom indexet WHO-5. Detta mått ger varje person ett värde mellan 0 (sämsta möjliga mående) och 100 (maximalt välmående). Den genomsnittliga nivån av välmående för alla personer i urvalet är 58,8. Uppdelat på kön har männen i urvalet något högre genomsnittlig nivå av välmående, 61,7. För kvinnorna i urvalet är den genomsnittliga nivån av välmående 56,4 och alltså något lägre än för män.

Erfarenheter och beteenden kopplat till könsnormer kan förväntas påverka den psykiska hälsan såväl negativt som positivt. Bland de faktorer som främst kan förväntas vara negativa för den psykiska hälsan har kvinnorna i urvalet högre genomsnittliga nivåer av arbetsbelastning och omsorgsbelastning. Fler kvinnor än män upplever också att det är svårt att leva upp till sina egna och andras förväntningar om prestation. Att ha blivit utsatt för diskriminering är även vanligare för kvinnor än för män. Fler kvinnor än män tycker också att det är viktigt att vara självständig.

Bland de faktorer som kan förväntas främja en god psykisk hälsa är det fler kvinnor i urvalet som har någon som ofta eller ibland visade dem kärlek och tillgivenhet jämfört med männen. Å andra sidan är det fler av männen än kvinnorna som enstaka gång eller aldrig har någon som visade dem kärlek och tillgivenhet. Kvinnorna har även en högre genomsnittlig nivå av emotionell intelligens. Männen, slutligen, redovisar högre genomsnittliga nivåer av risktagande än kvinnorna.

Sambandsanalysen mellan de åtta könsnormsrelaterade faktorerna och psykisk hälsa visar att flertalet av faktorerna har samband med psykisk hälsa. Dessa samband är både negativa och positiva. Arbetsbelastning, omsorgsbelastning och prestationskrav har negativa samband med psykisk hälsa för både kvinnor och män. Utsatthet för diskriminering har ett negativt samband med psykisk hälsa för kvinnor men inte för män. Självständighet har inget samband med psykisk hälsa varken för kvinnor eller för män. Risktagande, socialt stöd och emotionell intelligens har positiva samband med psykisk hälsa för både kvinnor och män.



Arbetsbelastning har ett negativt samband med psykisk hälsa

Resultaten visar att arbetsbelastning, mätt som negativa konsekvenser av fysisk och psykisk påfrestning i arbete, studier eller praktik, har ett negativt och signifikant samband med psykisk hälsa för både kvinnor och män. Med en ökad arbetsbelastning minskar alltså de genomsnittliga nivåerna av välmående för kvinnor och män.

Omsorgsbelastning har ett negativt samband med psykisk hälsa

Sambandet mellan omsorgsbelastning, det vill säga negativa konsekvenser av påfrestning från obetalt omsorgsarbete, har också ett negativt och signifikant samband med psykisk hälsa för både kvinnor och män.

Prestationskrav har ett negativt samband med psykisk hälsa

Att uppleva höga prestationskrav har ett negativt och signifikant samband med psykisk hälsa för både kvinnor och män. De kvinnor och män som upplever det svårt att leva upp till sina egna och andras förväntningar om prestation har betydligt sämre förväntad nivå av välmående än de som inte upplever höga prestationskrav.

Diskriminering har ett negativt samband med psykisk hälsa för kvinnor men inte för män

Resultatet från sambandsanalysen visar också att det finns ett negativt och signifikant samband mellan diskriminering och psykisk hälsa för kvinnor men inte för män. De kvinnor som ofta eller ibland har känt sig diskriminerade på grund av sitt kön i någon av de situationer som tillfrågas har lägre nivåer av välmående. För män är sambandet mellan utsatthet för diskriminering och psykisk hälsa också negativt, dock inte statistiskt signifikant.

Socialt stöd har ett positivt samband med psykisk hälsa

Socialt stöd mäts med en fråga om hur ofta respondenterna har någon som visar dem kärlek och tillgivenhet. Resultaten visar ett positivt och signifikant samband mellan socialt stöd och psykisk hälsa, för både kvinnor och män. De kvinnor och män som ofta eller ibland har någon som visar dem kärlek och tillgivenhet har betydligt högre nivåer av välmående i jämförelse med de som har någon som visade dem kärlek och tillgivenhet enstaka gång eller aldrig.

Risktagande har ett svagt positivt samband med psykisk hälsa

Risktagande har ett positivt och signifikant samband med psykisk hälsa för både kvinnor och män. Med ett ökat risktagande ökar alltså nivåerna av välmående för såväl kvinnor som män.

Emotionell intelligens har ett positivt samband med psykisk hälsa

Emotionell intelligens, mätt som benägenheten att prata om problem samt att berätta om känslor för vänner och familj, har ett positivt och signifikant samband med psykisk hälsa för både kvinnor och män.

Inget samband mellan självständighet och psykisk hälsa

Självständighet, mätt som attityd till att vara självständig och att lösa sina problem på egen hand, har ett positivt samband med psykisk hälsa för kvinnor och män men sambanden är inte statistiskt signifikanta.

3. DISKUSSION

Könsrelaterade normer har både positiva och negativa konsekvenser för den psykiska hälsan hos kvinnor och män i Sverige

Analysen av könsrelaterade normer och psykisk hälsa visar att erfarenheter, relationer och beteenden kopplat till könsnormer har såväl negativ som positiv betydelse för den psykiska hälsan hos kvinnor och män i Sverige. Att sambanden både är positiva och negativa tyder på att faktorer kopplat till könsnormer kan bidra till psykisk ohälsa men även fungera som skyddsfaktorer samt främja en god psykisk hälsa.

Tydligast negativa samband till psykisk hälsa på den institutionella nivån

För både kvinnor och män är faktorerna kopplat till könsnormer på den institutionella nivån, *omsorgsbelastning*, *arbetsbelastning* och *prestationskrav*, tydligast negativt relaterade till psykisk hälsa för både kvinnor och män. Den institutionella nivån handlar om formella eller informella, uttalade eller uttalade kulturella förhållningssätt som reproduceras genom samhällets institutioner. Det kan till exempel vara i skolan, på arbetsplatsen eller inom familjen.⁵⁷ De upprätthåller könsstereotyper och ger avtryck i maktförhållanden mellan könen, exempelvis traditionella förväntningar på att kvinnor ska ta ansvar för det obetalda hem- och omsorgsarbetet.

Negativa konsekvenser av belastning i betalt arbete och obetalt omsorgsarbete tycks också ha tydliga negativa konsekvenser för psykisk hälsa hos både kvinnor och män.

Resultaten tyder också på att särskilt prestationskrav, mätt som känslan att inte leva upp till andras och egna förväntningar om prestation, kan få betydande negativa konsekvenser för kvinnors och mäns psykiska hälsa.

Resultaten är delvis i linje med Nielsens m.fl. undersökning av instrumentet i en amerikansk kontext. Där hade faktorerna på institutionell- och relationsnivå (exempelvis omsorgsbelastning och diskriminering) tydligare samband med hälsoutfall jämfört med faktorerna på betedenivå (risktagande, självständighet och emotionell intelligens).

På relationsnivå skiljer sig sambanden mellan faktorerna kopplat till könsnormer och psykisk hälsa. *Socialt stöd*, som mäts av en fråga om att ha någon i sin närhet som visar en kärlek och tillgivenhet, har ett tydligt positivt samband med psykisk hälsa. Detta resultat är i linje med tidigare forskning som visat att olika aspekter av socialt stöd kan främja den psykiska hälsan.⁵⁸ Erfarenheten av att bli utsatt för *diskriminering* i någon situation, exempelvis i offentliga miljöer, i skolan eller på arbetet, är relaterat till sämre psykisk hälsa för kvinnor. För män är inte sambandet signifikant.

Bland faktorerna kopplat till könsnormer på betedenivå finns också skillnader i sambanden med psykisk hälsa. *Emotionell intelligens*, som mäts av frågor kring benägenheten att dela med sig av känslor och problem till vänner och familj, är positivt relaterat till psykisk hälsa för kvinnor och män. Likaså har *risktagande* positiva samband med psykisk hälsa för både kvinnor och män. *Självständighet* har däremot inte något signifikant samband för vare sig kvinnor eller män.

Att risktagande har positiva samband med psykisk hälsa är delvis i linje med tidigare forskning som visat på att en högre benägenhet att ta risker både kan vara negativt eller positivt för hälsan.⁵⁹ Wong m.fl. lyfter att detta kan förstås i att ett högre risktagande å ena sidan kan innebära optimism

⁵⁷Nielsen m.fl. 2021

⁵⁸Almquist m.fl., 2017

⁵⁹Gerdes & Levant, 2018; Wong m.fl., 2017

och självförverkligande men å andra sidan också kan innebära att anamma fler hälsofarliga beteenden. Risktagande har tidigare främst analyserats i förhållande till mäns psykiska hälsa, men resultatet från analysen av JämU visar på positiva samband med psykisk hälsa för både kvinnor och män.

Sambandet mellan könsrelaterade normer och psykisk hälsa skiljer sig inte för kvinnor och män

Resultaten visar att mönstren av samband mellan faktorerna kopplade till könsnormer och psykisk hälsa i stort sett inte skiljer sig för kvinnor respektive män. För samtliga av faktorerna relaterade till könsnormer, förutom för diskriminering, är sambanden liknande för kvinnor och män. Detta innebär att de faktorer som är negativa för den psykiska hälsan är negativa för både kvinnor och män och de faktorer som är positiva för den psykiska hälsan är positiva för både kvinnor och män.

Att betydelsen av faktorer kopplat till könsrelaterade normer för den psykiska hälsan inte skiljer sig mellan kvinnor och män är ett viktigt fynd. Resultaten visar att det är viktigt att rikta fokus mot de specifika erfarenheter, relationer och beteenden som utgör risk- eller främjande faktorer för att förstå vilka faktorer som får konsekvenser för fördelningen av psykisk hälsa. De tyder även på att förklaringar till könsskillnader i psykisk hälsa skulle kunna sökas i skillnader i vilka erfarenheter och risker kvinnor respektive män utsätts för.

Resultaten, som visar att när kvinnor och män utsätts för samma typ av belastning eller krav så tycks den psykiska hälsan påverkas på i princip samma vis, kan sättas i relation till den så kallade exponeringshypotesen. Enligt denna hypotes kan kvinnors överrepresentation i sjukfrånvaro antas bero på att kvinnor blir exponerade för stressorer och belastning i arbetet i högre utsträckning än män eftersom fler kvinnor än män jobbar i branscher där dessa faktorer finns.⁶⁰

Sett till könsskillnaderna i psykisk hälsa bland den svenska befolkningen, tyder resultaten på att skillnaderna skulle kunna förstås i att kvinnor och män exponeras för olika typer av riskfaktorer för psykisk ohälsa i omgivningen till följd av sociala strukturer och processer kopplat till normer kring kön. Det behövs dock mer forskning kring vilka av dessa sociala strukturer och processer kopplat till könsnormer som upprätthåller skillnaderna i förutsättningar för en god psykisk hälsa mellan könen.

De liknande sambanden för kvinnor och män ger också stöd till de perspektiv som vill rikta fokus mot de specifika könsrelaterade normer som främjar eller motverkar en god psykisk hälsa oavsett könstillhörighet, snarare än att fokusera på maskulina respektive feminina normer.⁶¹ Ett undantag från de liknande sambanden för kvinnor och män är sambandet mellan utsatthet för diskriminering och psykisk hälsa. Utsatthet för diskriminering är negativt för kvinnors psykiska hälsa men för män var sambandet inte signifikant. Vidare analyser krävs för att förstå varför diskriminering tycks ha en mer negativ betydelse för kvinnors psykiska hälsa än för mäns.

Resultaten visar att de områden som analyseras är relevanta för att förstå vilka faktorer relaterat till könsrelaterade normer som främjar hälsan hos hela befolkningen, men även vilka faktorer som bidrar till ojämlika förutsättningar till psykisk hälsa mellan kvinnor och män. För att ytterligare förstå sambanden mellan faktorer kopplat till könsrelaterade normer och psykisk hälsa och vilka faktorer som har störst betydelse för den psykiska hälsan behövs vidare analyser. Sambanden över tid och även samspelet mellan olika sociala faktorer som ålder, utbildning och socioekonomi studeras närmare.

⁶⁰Nyberg m.fl., 2021

⁶¹Nielsen m.fl., 2021; Horstmann m.fl., 2022

Rapportens begränsningar och avgränsningar

Analysen begränsas till viss del till följd av bortfall i urvalet. Bortfall ökar undersökningens osäkerhet och kan innebära bortfallsskevhet om bortfallet är större i specifika grupper i urvalet.⁶² JämU hade en högre svarsfrekvens bland äldre personer, kvinnor, sammanboende, inrikes födda samt personer med högre utbildningsnivå jämfört med andra grupper i populationen.⁶³ För att minska undersökningens osäkerhet och risk för systematiska fel samt för att kunna redovisa resultat för hela populationen (folkbokförda i Sverige i åldrarna 16+) så har materialet viktats utifrån information om urvalet genom de registervariabler som är kända för hela populationen. Det fanns också ett litet partiellt bortfall för specifika frågor i enkäten.

Vidare bygger analysen i rapporten på så kallad tvärsnittsdata, det vill säga data från endast ett mätillfälle, vilket innebär att det inte går att utesluta att andra faktorer än de som ingår i analysen kan ha betydelse för psykisk hälsa i urvalet. Det går inte heller att med säkerhet fastslå riktningen på de samband som analyseras, vilket innebär att det även skulle kunna finnas samband i motsatt riktning än den förväntade.⁶⁴

Slutsatser

Den här rapporten har undersökt betydelsen av faktorer kopplat till könsrelaterade normer för kvinnors och mäns psykiska hälsa genom att analysera resultat från JämU 2022. Analysen bygger vidare på instrumentet *Stanford Gender Related Variables for Health Research*, som mäter olika faktorer som övergripande relaterar till samhällets normer om kön. Analysen visar att:

- Faktorer kopplat till könsnormer har samband med psykisk hälsa för kvinnor och män i Sverige. Dessa faktorer har både negativa och positiva samband med psykisk hälsa.
- Hög omsorgsbelastning, arbetsbelastning och prestationskrav har negativa samband med psykisk hälsa för både kvinnor och män.
- Upplevelse av diskriminering har ett negativt samband med psykisk hälsa för kvinnor men för män var sambandet inte signifikant.
- Socialt stöd, emotionell intelligens och risktagande har positiva samband med psykisk hälsa för kvinnor och män.
- Faktorer kopplade till könsrelaterade normer har både positiv och negativ betydelse för den psykiska hälsan för både kvinnor och män. Betydelsen av faktorer kopplat till könsrelaterade normer och psykisk hälsa skiljer sig i stort sett inte för kvinnor och män.

⁶²SCB, 2022

⁶³ibid

⁶⁴Nielsen m.fl., 2021

4. REFERENSER

1. [Allard, K. \(2021\). Könnsdiskriminering, sexuella trakasserier och ohälsa i arbetslivet. \(2021:6\).](#)
2. [Almquist, Y. B., Landstedt, E., & Hammarström, A. \(2017\). Associations between social support and depressive symptoms: Social causation or social selection—or both? *European Journal of Public Health*, 27\(1\), 84–89.](#)
3. [Arkes, J. \(2019\). *Regression Analysis: A Practical Introduction*. Routledge.](#)
4. Boström, M., & Hensing, G. (2020). Vad kan förklara kvinnors högre sjukfrånvaro på grund av psykisk ohälsa? En kunskapsöversikt av nordisk forskning publicerad under åren 2010 – 2019. Sahlgrenska akademien vid Göteborgs universitet.
5. [Connell, R. \(2012\). Gender, health and theory: Conceptualizing the issue, in local and world perspective. *Social Science & Medicine*, 74\(11\), 1675–1683.](#)
6. [Dahlgren, G., & Whitehead, M. \(2021\). The Dahlgren-Whitehead model of health determinants: 30 years on and still chasing rainbows. *Public Health*, 199, 20–24.](#)
7. [Díaz-Morales, J. F. \(2017\). Chapter 2—Gender-Based Perspectives About Women’s and Men’s Health. I M. P. Sánchez-López & R. M. Limiñana-Gras \(Red.\), *The Psychology of Gender and Health* \(s. 55–83\). Academic Press.](#)
8. [Eisinga, R., te Grotenhuis, M., & Pelzer, B. \(2013\). The reliability of a two-item scale: Pearson, Cronbach, or Spearman-Brown? *International Journal of Public Health*, 58\(4\), 637–642.](#)
9. [Folkhälsomyndigheten. \(2019a\). Ojämlighet i psykisk hälsa i Sverige. Hur är den psykiska hälsan fördelad och vad beror det på?](#)
10. [Folkhälsomyndigheten. \(2019b\). Skolbarns hälsovanor i Sverige 2017/18.](#)
11. [Folkhälsomyndigheten. \(2022\). Statistik psykisk hälsa—Folkhälsomyndigheten.](#)
12. [Försäkringskassan. \(2020\). Sjukfrånvaro i psykiatriska diagnoser. En registerstudie av Sveriges arbetande befolkning i åldern 20–69 år \(Socialförsäkringsrapport 2020:8\).](#)
13. [Gerdes, Z. T., & Levant, R. F. \(2018\). Complex Relationships Among Masculine Norms and Health/Well-Being Outcomes: Correlation Patterns of the Conformity to Masculine Norms Inventory Subscales. *American Journal of Men’s Health*, 12\(2\), 229–240.](#)
14. [Greaves, L., & Ritz, S. A. \(2022\). Sex, Gender and Health: Mapping the Landscape of Research and Policy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19\(5\), Art. 5.](#)
15. [Hammarström, A., & Hensing, G. \(2018\). How gender theories are used in contemporary public health research. *International Journal for Equity in Health*, 17\(1\), Art. 1.](#)

16. [Harryson, L. \(2013\). "An equal share, that's my medicine". Work, gender relations and mental illness in a Swedish context.](#)
17. [Heise, L., Greene, M. E., Opper, N., Stavropoulou, M., Harper, C., Nascimento, M., Zewdie, D., & Gender Equality, Norms, and Health Steering Committee. \(2019\). Gender inequality and restrictive gender norms: Framing the challenges to health. Lancet \(London, England\), 393\(10189\), 2440–2454.](#)
18. [Joshi, A., Kale, S., Chandel, S., & Pal, D. \(2015\). Likert Scale: Explored and Explained. British Journal of Applied Science & Technology, 7\(4\), 396–403.](#)
19. [Jämställdhetsmyndigheten. \(2018\). System för uppföljning och analys av jämställdhetspolitiken \(2018:5\).](#)
20. [Jämställdhetsmyndigheten. \(2021a\). Attityder till sexuella trakasserier i Sverige.](#)
21. [Jämställdhetsmyndigheten. \(2021b\). Psykisk ohälsa och andra aspekter av hälsa. \(2021:2\).](#)
22. [Jämställdhetsmyndigheten. \(2022\). Delmål 5: Jämställd hälsa. Jämställdhetsmyndigheten.](#)
23. [Landstedt, E. \(2010\). Life circumstances and adolescent mental health: Perceptions, associations and a gender analysis.](#)
24. [Mastekaasa, A., & Melsom, A. M. \(2014\). Occupational Segregation and Gender Differences in Sickness Absence: Evidence from 17 European Countries. European Sociological Review, 30\(5\), 582–594.](#)
25. [Nielsen, M. W., Stefanick, M. L., Peragine, D., Neilands, T. B., Ioannidis, J. P. A., Pilote, L., Prochaska, J. J., Cullen, M. R., Einstein, G., Klinge, I., LeBlanc, H., Paik, H. Y., & Schiebinger, L. \(2021\). Gender-related variables for health research. Biology of Sex Differences, 12\(1\), 23.](#)
26. [Nyberg, A., Härenstam, A., Johansson, G., & Peristera, P. \(2021\). Psychosocial Working Conditions for Women and Men in Industries with Different Types of Production and Gender Composition: Sweden, 1991–2017. I B.-I. Keisu, S. Tafvelin, & H. Brodin \(Red.\), Gendered Norms at Work: New Perspectives on Work Environment and Health \(s. 35–61\). Springer International Publishing.](#)
27. [Regeringskansliet. \(2016\). Makt, mål och myndighet—Feministisk politik för en jämställd framtid \(Text Skr. 2016/17:10\). Regeringen och Regeringskansliet.](#)
28. [Sapsford, R. \(2007\). Survey Research. SAGE Publications, Ltd.](#)
29. [SCB. \(2022\). Jämställdhet, psykisk hälsa och normer kring kön. Teknisk rapport—En beskrivning av genomförande och metoder.](#)
30. [SKL. \(2018\). Maskulinitet och psykisk hälsa: Strategier för förbättringsarbete i vård och omsorg.](#)
31. [Skolverket. \(2019\). Attityder till skolan 2018 \[Text\].](#)

32. [Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, & SKR. \(2020\). Begrepp inom området psykisk hälsa.](#)
33. [Springer, K. W., Hankivsky, O., & Bates, L. M. \(2012\). Gender and health: Relational, intersectional, and biosocial approaches. *Social Science & Medicine*, 74\(11\), 1661–1666.](#)
34. [Tavakol, M., & Dennick, R. \(2011\). Making sense of Cronbach's alpha. *International Journal of Medical Education*, 2, 53–55.](#)
35. [Topp, C. W., Østergaard, S. D., Søndergaard, S., & Bech, P. \(2015\). The WHO-5 Well-Being Index: A Systematic Review of the Literature. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84\(3\), 167–176.](#)
36. [Whitehead, M., & Dahlgren, G. \(2007\). Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1. 45.](#)
37. [WHO. \(2018\). Mental health: Strengthening our response.](#)
38. [WHO. \(2022\). World mental health report: Transforming mental health for all.](#)
39. [Wong, Y. J., Ho, M.-H. R., Wang, S.-Y., & Miller, I. S. K. \(2017\). Meta-analyses of the relationship between conformity to masculine norms and mental health-related outcomes. *Journal of Counseling Psychology*, 64\(1\), 80–93.](#)

5. BILAGA 1 – ENKÄTFRÅGOR TILL GRUND FÖR ANALYSEN

Tabell 1: Enkätfrågor som mäter faktorer kopplat till könsrelaterade normer

| Fråga i enkät | Nummer | Svarsskala |
|---|--------|---------------------------|
| Omsorgsbelastning | | |
| Hur ofta har du under de senaste 12 månaderna på grund av ditt omsorgsansvar känt dig fysiskt utmattad? | 7a | 4-steg (0=Aldrig, 3=Ofta) |
| Hur ofta har du under de senaste 12 månaderna på grund av ditt omsorgsansvar känt dig psykiskt utmattad? | 7b | 4-steg (0=Aldrig, 3=Ofta) |
| Hur ofta har du under de senaste 12 månaderna på grund av ditt omsorgsansvar oroat dig för framtiden? | 7c | 4-steg (0=Aldrig, 3=Ofta) |
| Arbetsbelastning | | |
| Hur ofta under de senaste 12 månaderna har du upplevt din arbets- eller studiesituation som stressig? | 4a | 4-steg (0=Aldrig, 3=Ofta) |
| Hur ofta under de senaste 12 månaderna har du känt dig känslomässigt utmattad på grund av ditt arbete eller dina studier? | 4b | 4-steg (0=Aldrig, 3=Ofta) |
| Hur ofta under de senaste 12 månaderna har du känt dig fysiskt utmattad på grund av ditt arbete eller dina studier? | 4c | 4-steg (0=Aldrig, 3=Ofta) |
| Prestationskrav | | |
| Hur ofta under de senaste 12 månaderna har du känt att du inte lever upp till andras förväntningar på din prestation? | 4d | 4-steg (0=Aldrig, 3=Ofta) |
| Hur ofta under de senaste 12 månaderna har du känt att du inte lever upp till dina egna förväntningar på prestation? | 4e | 4-steg (0=Aldrig, 3=Ofta) |
| Socialt stöd | | |
| Hur ofta är det någon som visar dig kärlek och tillgivenhet? | 10d | 4-steg (0=Aldrig, 3=Ofta) |
| Diskriminering | | |
| Hur ofta har du känt dig diskriminerad på grund av ditt kön när du sökt jobb? | 8a | 4-steg (0=Aldrig, 3=Ofta) |
| Hur ofta har du känt dig diskriminerad på grund av ditt kön i skolan? | 8b | 4-steg (0=Aldrig, 3=Ofta) |
| Hur ofta har du känt dig diskriminerad på grund av ditt kön på arbetet? | 8c | 4-steg (0=Aldrig, 3=Ofta) |
| Hur ofta har du känt dig diskriminerad på grund av ditt kön när du sökt vård? | 8d | 4-steg (0=Aldrig, 3=Ofta) |
| Hur ofta har du känt dig diskriminerad på grund av ditt kön i offentliga miljöer? | 8e | 4-steg (0=Aldrig, 3=Ofta) |
| Hur ofta har du känt dig diskriminerad på grund av ditt kön i din familj? | 8f | 4-steg (0=Aldrig, 3=Ofta) |

Tabell 1: Enkätfrågor som mäter faktorer kopplat till könsrelaterade normer

| Fråga i enkät | Nummer | Svarsskala |
|--|--------|--|
| Självständighet | | |
| Hur viktigt är det för dig att lösa dina problem på egen hand? | 11a | 4-steg (0=Inte alls viktigt, 3=Mycket viktigt) |
| Hur viktigt är det för dig att vara självständig? | 11b | 4-steg (0=Inte alls viktigt, 3=Mycket viktigt) |
| Rishtagande | | |
| Hur ofta kan du tänka dig att ta risker i livet generellt? | 5a | 4 steg (0=Aldrig, 3=Ofta) |
| Hur ofta kan du tänka dig att ta risker när du tar ekonomiska beslut? | 5b | 4 steg (0=Aldrig, 3=Ofta) |
| Hur ofta kan du tänka dig att ta risker när det gäller fritidsaktiviteter och nöjen? | 5c | 4 steg (0=Aldrig, 3=Ofta) |
| Emotionell intelligens | | |
| Hur ofta pratar dina vänner med dig om sina problem? | 10a | 4 steg (0=Aldrig, 3=Ofta) |
| Hur ofta pratar du med dina vänner om dina problem? | 10b | 4 steg (0=Aldrig, 3=Ofta) |
| Hur ofta märker du om en person i en grupp känner sig obekvämt? | 10c | 4 steg (0=Aldrig, 3=Ofta) |
| Hur lätt eller svårt har du för att berätta om dina känslor inför familj och vänner? | 12 | 4-steg (0=Mycket svårt, 3=Mycket lätt) |

Tabell 2: Enkätfrågor för WHO-5 Well-Being Index

| Fråga i enkät | Nummer | Svarsskala |
|---|--------|---------------------------------|
| Hur ofta under de senaste två veckorna har du känt dig glad och på gott humör? | 2a | 6-steg (0=Aldrig, 5=Hela tiden) |
| Hur ofta under de senaste två veckorna har du känt dig lugn och avslappnad? | 2b | 6-steg (0=Aldrig, 5=Hela tiden) |
| Hur ofta under de senaste två veckorna har du känt dig aktiv och kraftfull? | 2c | 6-steg (0=Aldrig, 5=Hela tiden) |
| Hur ofta under de senaste två veckorna har du känt dig pigg och utvilad när du vaknat? | 2d | 6-steg (0=Aldrig, 5=Hela tiden) |
| Hur ofta under de senaste två veckorna har du känt att ditt vardagsliv har varit fyllt av sådant som intresserar dig? | 2e | 6-steg (0=Aldrig, 5=Hela tiden) |

6. BILAGA 2 – BESKRIVANDE STATISTIK

Beskrivande statistik

I tabell 3 redovisas medelvärde, standardavvikelse, intervall samt antalet observationer för analysens oberoende variabler som mäts på intervallskalenivå. För kategoriska variabler redovisas fördelningen av svar mellan de olika grupperna av svarsalternativ i antal och andelar. I tabell 4 beskrivs fördelningen i urvalet för kontrollvariablerna.

Tabell 3: Beskrivande statistik oberoende och beroende variabler

| Variabel | Medelvärde | Standardavvikelse | Min-Max | Antal observationer |
|-------------------------------|------------|-------------------|---------|---------------------|
| WHO-5 Index | 58,8 | 21,1 | 0-100 | 6538 |
| Kvinnor | 56,4 | 21,3 | 0-100 | 3526 |
| Män | 61,7 | 20,5 | 0-100 | 3012 |
| Omsorgsbelastning | 1,7 | 2,7 | 0-9 | 6290 |
| Kvinnor | 2,0 | 2,9 | 0-9 | 3391 |
| Män | 1,3 | 2,3 | 0-9 | 2899 |
| Arbetsbelastning | 3,4 | 3,1 | 0-9 | 6431 |
| Kvinnor | 3,8 | 3,2 | 0-9 | 3463 |
| Män | 3,0 | 2,8 | 0-9 | 2968 |
| Rishtagande | 3,8 | 2,1 | 0-9 | 5836 |
| Kvinnor | 3,6 | 2,0 | 0-9 | 3109 |
| Män | 4,1 | 2,1 | 0-9 | 2727 |
| Emotionell intelligens | 7,4 | 2,4 | 0-12 | 5745 |
| Kvinnor | 8,1 | 2,1 | 0-12 | 3175 |
| Män | 6,5 | 2,3 | 0-12 | 2570 |

| Variabel | Kvinnor | Män | Totalt |
|---|---------|-------|--------|
| Prestationskrav⁶⁵ | | | |
| Upplever sig inte ha svårt att leva upp till förväntningar om prestation | | | |
| Antal | 1438 | 1467 | 2905 |
| % | 41,4% | 49,4% | 45,1% |
| Upplever sig till viss del ha svårt att leva upp till förväntningar om prestation | | | |
| Antal | 891 | 798 | 1689 |
| % | 25,7% | 26,8% | 26,2% |
| Upplever sig ha svårt att leva upp till förväntningar om prestation | | | |
| Antal | 1141 | 707 | 1848 |

⁶⁵Se Bilaga 4 – Metod för en beskrivning av hur variabeln har grupperats

Tabell 3: Beskrivande statistik oberoende och beroende variabler

| Variabel | Kvinnor | Män | Totalt |
|--|---------|-------|--------|
| % | 32,9% | 23,8% | 28,7% |
| Totalt | 3470 | 2972 | 6442 |
| | 100% | 100% | 100% |
| Självständighet⁶⁶ | | | |
| Ser självständighet som viktigt i låg utsträckning | | | |
| Antal | 602 | 612 | 1214 |
| % | 17,5% | 21,0% | 19,1% |
| Ser till viss del självständighet som viktigt | | | |
| Antal | 1091 | 1015 | 2106 |
| % | 31,7% | 34,7% | 33,1% |
| Ser självständighet som viktigt i hög utsträckning | | | |
| Antal | 1745 | 1292 | 3037 |
| % | 50,8% | 44,3% | 47,8% |
| Totalt | 3438 | 2919 | 6357 |
| | 100% | 100% | 100% |
| Diskriminering på grund av kön⁶⁷ | | | |
| Har aldrig känt sig utsatt för diskriminering i någon av situationerna | | | |
| Antal | 1159 | 2039 | 3198 |
| % | 33% | 67,9% | 49,0% |
| Har känt sig utsatt för diskriminering enstaka gång i någon av situationerna | | | |
| Antal | 1017 | 623 | 1640 |
| % | 28,9% | 20,7% | 25,2% |
| Har ibland eller ofta känt sig utsatt för diskriminering i någon av situationerna | | | |
| Antal | 1341 | 342 | 1683 |
| % | 38,1% | 11,4% | 25,8% |
| Totalt | 3517 | 3004 | 6521 |
| | 100% | 100% | 100% |
| Hur ofta är det någon som visar dig kärlek och tillgivenhet? (Socialt stöd) | | | |
| Enstaka gång eller aldrig | | | |
| Antal | 376 | 507 | 883 |
| % | 11,0% | 17,4% | 13,9% |
| Ibland eller ofta | | | |
| Antal | 3059 | 2408 | 5467 |
| % | 89,0% | 82,6% | 86,1% |
| Totalt | 3435 | 2915 | 6350 |
| | 100% | 100% | 100% |

⁶⁶Se Bilaga 4 – Metod för en beskrivning av hur variabeln har grupperats

⁶⁷Se Bilaga 4 – Metod för en beskrivning av hur variabeln har grupperats

Tabell 4: Deskriptiv statistik kontrollvariabler

| | Kvinnor | Män | Totalt |
|--|---------|-------|--------|
| Sysselsättning | | | |
| Arbete | 1492 | 1416 | 2 908 |
| % | 42,7% | 47,3% | 44,8% |
| Studier | 573 | 361 | 934 |
| % | 16,4% | 12,0% | 14,4% |
| Sjukskriven | 64 | 36 | 100 |
| % | 1,8% | 1,2% | 1,5% |
| Arbetslös | 71 | 79 | 150 |
| % | 2,0% | 2,6% | 2,3% |
| Pensionär | 1091 | 1004 | 2095 |
| % | 31,2% | 33,5% | 32,3% |
| Föräldraledig | 62 | 14 | 76 |
| % | 1,8% | 0,5% | 1,2% |
| Annat | 139 | 85 | 224 |
| % | 4,0% | 2,8% | 3,4% |
| Totalt | 3492 | 2995 | 6487 |
| | 100% | 100% | 100% |
| Bakgrund | | | |
| Utrikesfödd | 461 | 380 | 841 |
| % | 13,0% | 12,6% | 12,8% |
| Inrikesfödd med båda föräldrarna födda utrikes | 91 | 86 | 177 |
| % | 2,6% | 2,8% | 2,7% |
| Inrikesfödd med en förälder född utrikes | 258 | 207 | 465 |
| % | 7,3% | 6,8% | 7,1% |
| Inrikesfödd med båda föräldrarna födda inrikes | 2731 | 2355 | 5086 |
| % | 77,1% | 77,8% | 77,4% |
| Totalt | 3541 | 3028 | 6569 |
| | 100% | 100% | 100% |
| Utbildningsnivå | | | |
| Förgymnasial | 568 | 526 | 1094 |
| % | 16,0% | 17,4% | 16,7% |
| Gymnasial (och eftergymnasial kortare än två år) | 1161 | 1131 | 2292 |
| % | 32,8% | 37,4% | 34,9% |
| Eftergymnasial | 1670 | 1250 | 2920 |

Tabell 4: Deskriptiv statistik kontrollvariabler

| | Kvinnor | Män | Totalt |
|------------------------|---------|-------|--------|
| % | 47,2% | 41,3% | 44,4% |
| Okänd | 143 | 121 | 264 |
| % | 4,0% | 4,0% | 4,0% |
| Totalt | 3542 | 3028 | 6570 |
| | 100% | 100% | 100% |
| Hushållstyp | | | |
| Ensamstående med barn | 228 | 140 | 368 |
| % | 6,4% | 4,6% | 5,6% |
| Ensamstående utan barn | 769 | 643 | 1412 |
| % | 21,7% | 21,2% | 21,5% |
| Sammanboende med barn | 1066 | 957 | 2023 |
| % | 30,1% | 31,6% | 30,8% |
| Sammanboende utan barn | 1211 | 1066 | 2277 |
| % | 34,2% | 35,2% | 34,7% |
| Övrigt | 267 | 222 | 489 |
| % | 7,5% | 7,3% | 7,4% |
| Totalt | 3541 | 3028 | 6569 |
| | 100% | 100% | 100% |

Tabell 5: Deskriptiv statistik kontrollvariabler mätta på intervallskalenivå

| | Medel | Standard- avvikelse | Min | Max | Antal |
|--|---------|------------------------|----------|------------|-------|
| Ekonomisk standard⁶⁸ | 355 703 | 590 244 | -205 204 | 35 393 182 | 6541 |
| Kvinnor | 356 989 | 750 219 | -205 204 | 35 393 182 | 3524 |
| Män | 354 203 | 313 067 | -10 735 | 12 673 702 | 3017 |
| Ålder | 51,2 | 21,2 | 16 | 101 | 6570 |
| Kvinnor | 50,3 | 21,0 | 16 | 101 | 3542 |
| Män | 52,3 | 21,0 | 16 | 100 | 3028 |

⁶⁸Ekonomisk standard är registerdata från SCB och definieras som:
Disponibel inkomst per konsumtionsenhet, bostadshushåll

7. BILAGA 3 – RESULTAT REGRESSIONANALYS

Tabell 6: Regressionsmodeller för kvinnor respektive män.

Ostandardiserade b- koefficienter och robusta standardfel i parenteser

| Variabel | Kvinnor | | Män | |
|---|-----------|--------|-----------|--------|
| Omsorgsbelastning | -1,19*** | (0,15) | -0,74*** | (0,22) |
| Arbetsbelastning | -1,21*** | (0,20) | -2,38*** | (0,23) |
| Prestationskrav (Referensgrupp: Prestationskrav i liten eller ingen utsträckning) | | | | |
| Prestationskrav i högst utsträckning | -10,87*** | (1,22) | -11,42*** | (1,28) |
| Prestationskrav i viss utsträckning | -6,12*** | (1,09) | -6,14*** | (1,04) |
| Diskriminering (Referensgrupp: Aldrig upplevt diskriminering) | | | | |
| Upplevt utsatthet för diskriminering 'ibland' eller 'ofta' | -7,01*** | (1,20) | -2,55 | (1,56) |
| Upplevt utsatthet för diskriminering 'enstaka gång' | -4,07*** | (1,14) | -1,03 | (0,99) |
| Självständighet (Referensgrupp: Självständighet i liten eller ingen utsträckning) | | | | |
| Självständighet i högst utsträckning | 2,13 | (1,16) | 1,73 | (1,08) |
| Självständighet i viss utsträckning | 0,53 | (1,21) | 0,22 | (1,11) |
| Rishtagande | 0,89*** | (0,22) | 0,62* | (0,24) |
| Emotionell intelligens | 0,99*** | (0,21) | 0,91*** | (0,22) |
| Socialt stöd (Referensgrupp: Har aldrig eller enstaka gång som visar en kärlek eller tillgivenhet) | | | | |
| Har ofta eller ibland någon som visar en tillgivenhet | 9,61*** | (1,55) | 7,84*** | (1,37) |
| Ålder | 0,10** | (0,04) | 0,01 | (0,04) |
| Sysselsättning (Referensgrupp: Arbetande) | | | | |
| Studerande | -0,34 | (1,54) | 1,32 | (1,64) |
| Pensionär | -7,70*** | (1,57) | -4,16* | (1,68) |
| Arbetslös | -10,56** | (3,48) | -8,36* | (3,70) |

Tabell 6: Regressionsmodeller för kvinnor respektive män.

Ostandardiserade b- koefficienter och robusta standardfel i parenteser

| Variabel | Kvinnor | | Män | |
|---|-----------|--------|-----------|--------|
| Sjukskriven | -18,40*** | (3,20) | -21,51*** | (5,44) |
| Föräldraledig | 5,47* | (2,29) | -0,22 | (8,20) |
| Annan sysselsättning | -6,94* | (2,73) | -3,56 | 3,04 |
| Hushållstyp (Referensgrupp: Sammanboende utan barn) | | | | |
| Ensamstående med barn | -2,64 | (1,84) | -1,68 | (2,17) |
| Ensamstående utan barn | -2,51* | (1,16) | -4,41** | (1,34) |
| Sammanboende med barn | -1,42 | (1,14) | -0,49 | (1,20) |
| Övrigt | -1,02 | (1,67) | -1,08 | (1,97) |
| Utbildning (Referensgrupp: Eftergymnasial) | | | | |
| Förgymnasial | -5,00** | (1,71) | -0,24 | (1,43) |
| Gymnasial (och eftergymnasial kortare än två år) | -1,14 | (0,86) | -0,93 | (0,94) |
| Okänd | 1,19 | (2,82) | 5,85 | (3,38) |
| Bakgrund (Referensgrupp: Inrikesfödd med båda föräldrarna födda inrikes) | | | | |
| Utrikesfödd | 1,56 | (1,30) | -0,17 | (1,49) |
| Inrikesfödd med båda föräldrarna födda utrikes | 1,11 | (1,56) | 3,39* | (1,63) |
| Inrikesfödd med en förälder född utrikes | 0,02 | (2,34) | 2,10 | (1,95) |
| Ekonomisk standard | 0,00 | (0,00) | 0,00 | (0,00) |
| n | 2680 | | 2258 | |
| Justerat R2 | 0,29 | | 0,28 | |
| Signifikansnivåer: ***= 0,001, **= 0,01, *=0,05 | | | | |

8. BILAGA 4 – METOD

I den här bilagan ges en närmre beskrivning av de metodval som gjordes i rapporten.

Analysmetod

Sambandet mellan de olika variablerna kopplade till könsrelaterade normer och psykisk hälsa undersöktes genom multipel linjär regressionsanalys. Analysens beroendevariabel var psykisk hälsa, mätt genom WHO-5 Well Being Index, som är ett validerat mått på psykisk hälsa. De oberoende variablerna var indexvariabler, eller sammansatta variabler, kopplade till könsrelaterade normer. Dessa index baseras på instrumentet Stanford Gender-Related Variables for Health Research⁶⁹, med några justeringar och tillägg. Kontrollvariablerna var ålder, sysselsättning, utbildning, hushållstyp, bakgrund (inrikes/utrikes född) samt ekonomisk standard.

Multipel linjär regressionsanalys valdes som metod för att kunna inkludera flera oberoende variabler samt kontrollera för andra variabler som kan tänkas påverka sambandet. Metoden valdes också baserat på att den beroende variabeln, WHO-5 Index, mäts på intervallskalenivå. Det finns även exempel på undersökningar där en så kallat cut-off score har används för WHO-5 Indexet, som ett screening-verktyg för depression.⁷⁰ Eftersom syftet var att undersöka nivåer av psykisk hälsa i bred bemärkelse snarare än att undersöka depression, gjordes bedömningen att en linjär modell där WHO-indexet mäts på intervallskalenivå var mer passande än andra statistiska modeller där WHO-indexet mäts genom en cut-off score, exempelvis logistik regression.

Konstruktion av index

För både den beroende variabeln och de oberoende variablerna konstruerades index, som innebär att flera enskilda variabler som anses mäta samma fenomen sätts ihop till en ny variabel. Variablerna bestod av Likert-skolor och även om det finns viss kritik mot att konstruera index på Likert-data är det ändå relativt vanligt att skapa index med hjälp av sådana variabler.⁷¹ Eftersom måtten som används kommer från Nielsens m.fl. tidigare studie ansågs det finnas tillräckligt god teoretisk grund för konstruktionen av index. Då syftet var att undersöka ett redan teoretiskt och empiriskt utvecklat instrument snarare än utvärdera själva instrumentet, bedömdes dock strategin med att skapa summaindex och grupperade variabler som beskrivs nedan vara det mest fördelaktiga sättet, där alla enskilda variabler ges samma vikt och därmed antas vara av likvärdig betydelse för indexet.

Reliabilitetstester inför skapande av index

Vid konstruktionen av indexen undersöktes den interna reliabiliteten mellan de variabler som var tänkta att ingå i respektive index med hjälp av Cronbach Alpha⁷² och Spearman Brown. Spearman Brown föreslås för index med endast två variabler.⁷³ Cronbach Alpha användes för de övriga indexen. Resultaten av reliabilitetsanalyserna visade att några av grupperingarna av variablerna inte hade tillräckligt hög intern reliabilitet och därför gjordes nödvändiga justeringar. Exempelvis bestod en

⁶⁹Nielsen m.fl., 2021

⁷⁰Topp m.fl., 2015

⁷¹Joshi m.fl., 2015

⁷²Tavakol & Dennick, 2011

⁷³Eisinga m.fl., 2013

gruppering av endast två variabler som syftade till att mäta socialt stöd visade sig ha för låg intern reliabilitet och därför valdes att exkludera en av dem. Socialt stöd bestod ursprungligen av två frågor ”Hur ofta har du någon som visar dig kärlek och tillgivenhet?” och ”Hur ofta har du någon, bortsett från de du eventuellt bor med, som hjälper dig med hem och hushållsarbete?”. Den senare exkluderades baserat på att den var något annorlunda formulerad än motsvarande fråga i Nielsens m.fl. instrument samt att frågan bedömdes vara svårtolkad. I övrigt exkluderades en enskild variabel i två av indexen. Efter justeringarna hade alla index godtagbara värden⁷⁴ av intern reliabilitet (över 0.65).

WHO-5 Well Being Index

WHO-5 Indexet konstruerades av SCB som samlade in och sammanställde datamaterialet för JämU på uppdrag av Jämställdhetsmyndigheten. Indexet konstruerades genom att summera de fem frågorna i undersökningen som tillsammans utgör indexet. Enligt rekommendationer för användning av indexet multiplicerades summan för de fem enskilda variablerna för varje person (som går från 0–5) med 4 för att få fram en skala mellan 0 (frånvaro av välmående) till 100 (maximalt välmående).⁷⁵ Se bilaga 1 tabell 2 för en lista över frågorna som utgör indexet. Cronbach Alpha för WHO-5 Indexet var 0.87.

Indexvariabler kopplade till könsrelaterade normer

De oberoende variablerna bestod av sju indexvariabler kopplade till könsrelaterade normer samt en enskild variabel för socialt stöd. De sju indexvariablerna var omsorgsbelastning, arbetsbelastning, prestationskrav, diskriminering, risktagande, självständighet och emotionell intelligens. För en sammanställning av alla frågor i enkäten som ingår i respektive index, se bilaga 1 tabell 1.

Variablerna som användes för att skapa de sju indexvariablerna bearbetades i följande steg:

1. Relevanta variabler valdes ut. Variablerna valdes ut baserat på Nielsens m.fl. instrument⁷⁶ vilket gav en teoretisk grund för indelningen av variablerna. Instrumentet kompletterades även med några frågor som togs fram för JämU. Se bilaga 1 tabell 1 för en översikt av frågorna i respektive index.
2. Svarkategorin *ej aktuell* och *ej aktuell/vet ej* kodades om till samma värde som svarkategorin *aldrig*. Svarkategorin *vet ej* exkluderades. Bortfall exkluderades från analysen.
3. Variablerna kodades om till samma skala och riktning så att alla variabler gick från värde 0–3 där ett högre värde innebar att personer i högre grad instämde med frågan. Exempelvis fick Svarkategorin *aldrig* värde 0, *enstaka gång* 1, *ibland* 2, och *ofta* 3.

Summaindex

För omsorgsbelastning, arbetsbelastning, risktagande och emotionell intelligens skapades summaindex som innebär att värdena för alla enskilda variabler som ska ingå i ett index summeras för att få fram värdet på den nya indexvariabeln. Summaindexen konstruerades genom att följa steg 1–3 enligt ovan och i ett fjärde steg skapa nya variabler, index, genom summering av värdena för de enskilda variablerna för respektive svarsperson.

⁷⁴ Sapsford, 2007

⁷⁵ Topp m.fl., 2015

⁷⁶ Nielsen m.fl., 2021

Grupperade dummyvariabler

Prestationskrav och självständighet bestod av endast två enskilda variabler, vilket kan ses som problematiskt ur ett metodperspektiv bland annat genom att ge en sämre begreppsvaliditet.⁷⁷ Därför bedömdes att grupperade variabler utifrån kombinationer av svarsalternativ bättre kunde fånga in respondenternas upplevelser/attityder än ett summaindex. Detta eftersom hänsyn då kunde tas till den faktiska fördelningen av svar samt gruppera kombinationer av svar som låg nära varandra.

Även för diskriminering skapades grupperade variabler i stället för summaindex. Detta för att undvika ett stort bortfall i modellen då diskriminering hade ett relativt stort antal som svarade ej aktuellt/vet ej på någon av de sex frågorna om diskriminering. Genom att skapa en grupperad variabel kunde de som svarat *ej aktuellt/vet ej* inkluderas i modellen vilket inte hade varit möjligt för ett summaindex eftersom det inte hade gått att klargöra hur mycket detta svarsalternativ skulle bidra till den totala summan. Genom att skapa en grupperad variabel innebär det också att hur ofta en person känt sig diskriminerad likställs oavsett plats. Variabeln mäter därmed i vilken utsträckning en person känt sig diskriminerad på någon av de platser som tillfrågas, såsom i offentlig miljö, i skolan eller vid jobsökande.

De grupperade indexen skapades genom att följa steg 1–3 ovan och i ett fjärde steg gruppera olika kombinationer av svarsalternativ och därefter använda dessa grupper som dummyvariabler i regressionsmodellen. Grupperna skapades med hänsyn till kombinationen av svar samt fördelningen i svaren enligt nedan (se bilaga 2 tabell 3 för en fördelning av svar i respektive grupp)

För prestationskrav skapades tre grupper av kombinationer av svarsalternativ. Se nedan tabell över hur svarsalternativen grupperades.

Tabell 7:

| Andras/Egna prestationskrav | Aldrig | Enstaka gång | Ibland | Ofta |
|-----------------------------|--------|--------------|--------|------|
| Aldrig | A | A | B | B |
| Enstaka gång | A | A | B | B |
| Ibland | B | B | C | C |
| Ofta | B | B | C | C |

För självständighet skapades också tre grupper av kombinationer av svarsalternativ. Se nedan tabell över hur svarsalternativen grupperades.

Tabell 8:

| Självständighet/Lösa problem på egen hand | Inte alls viktigt | Inte så viktigt | Ganska viktigt | Mycket viktigt |
|---|-------------------|-----------------|----------------|----------------|
| Inte alls viktigt | A | A | A | A |
| Inte så viktigt | A | A | A | B |
| Ganska viktigt | A | A | B | C |
| Mycket viktigt | A | B | C | C |

⁷⁷Nielsen m.fl., 2021

För diskriminering skapades tre grupper baserat på i vilken (högsta) utsträckning en person svarat att de känt sig diskriminerade på grund av sitt kön i någon av de situationerna som tillfrågades. En grupp skapades för de som känt sig diskriminerade *ofta* eller *ibland*, en grupp för de som känt sig diskriminerade *enstaka gång*, samt en grupp för de som *aldrig* känt sig diskriminerade. Exempelvis innebär detta att om en person *ofta* känt sig diskriminerad i en av de situationer som tillfrågas, och i en annan situation känt sig diskriminerad *enstaka gång* tilldelas personen gruppen som *ofta* känt sig diskriminerad i någon situation. Se nedan tabell över hur svarsalternativen grupperades:

Tabell 9:

| Diskriminering | Svarat som högst på minst en fråga | Kan också ha svarat något av | |
|--------------------|------------------------------------|------------------------------|--------|
| Grupp 1 (Referens) | Aldrig | | |
| Grupp 2 | Enstaka gång | Aldrig | |
| Grupp 3 | Ofta/Ibland | Enstaka gång | Aldrig |

Hantering av bortfall för frågor i indexen

Det fanns ett litet bortfall för frågorna som användes för att skapa indexen. Detta bortfall var ca 1–2 procent av det totala antal svarande för respektive fråga. Bortfallet hanterades genom att de som hade bortfall för minst en fråga i indexet exkluderades från analysen.

Regressionsdiagnostik

Regressionsmodellen utvärderades genom test för multikolinjäritet samt visuell inspektion av residualerna. För att undvika potentiell heteroskediacitet användes robusta standardfel, även kallade Huber-White estimators.⁷⁸

Metodöverbåganden

Det finns både styrkor och begränsningar med den valda metoden. En styrka med metoden är att variablerna som mäter faktorerna kopplat till könsrelaterade normer är grundade i teori och tidigare empiriskt material och har genomgått en rigorös metodologisk process i Nielsens m.fl. studie. Måttet på psykisk hälsa, WHO-5 Well Being Index, är ett validerat mått vilket också stärker analysens tillförlitlighet.

En begränsning är dock att rapporten bygger på så kallad tvärsnittsdata, det vill säga data från ett endast ett mätillfälle, vilket innebär att det inte går att utesluta att andra faktorer än de som ingår i analysen kan ha betydelse för psykisk hälsa i urvalet. Det går inte heller att med säkerhet fastslå riktningen på de samband som analyseras, vilket innebär att det även skulle kunna finnas samband i motsatt riktning än den förväntade. Exempelvis skulle en persons psykiska hälsa kunna ha betydelse för negativa upplevelser av arbetsbelastning eller omsorgsbelastning.

⁷⁸ Arkes, 2019

ENGLISH SUMMARY

This report analyses results from Jämställdhetsundersökningen 2022, a survey carried out by the Swedish Agency of Gender Equality. The aim of the report is to analyse the influence of gender-related norms on mental health outcomes for women and men in Sweden.

Mental health is a central part of the overall goal of Swedish gender equality policy and specifically the subgoal of achieving equal health. Main challenges to achieve equal conditions for a good mental health are expressed in that women report poorer health and more often experience sick-leave. At the same time, more men die from suicide and men are less likely to seek care for mental health problems, indicating a risk of men's mental health being disregarded.

These complex patterns point to the need to investigate which gender-related factors may influence health outcomes and contribute to unequal conditions for a good mental health among women and men. However, there is a lack of tools to measure these aspects quantitatively.

With this background, this report adopts a recently developed quantitative tool by Nielsen and colleagues, Stanford Gender-Related Variables for Health Research. The instrument is further developed to investigate the associations with mental health outcomes for women and men in Sweden through multiple linear regression.

The factors analysed are Caregiver strain, Work strain, Performance demand, Discrimination, Social support, Risk-taking, Independence, and Emotional intelligence. Overall, these factors seek to capture individuals' experiences, social relationships, behaviours that are related to societal norms of gender.

The analysis showed that the influence of factors related to gender norms on mental health outcomes were both positive and negative. Caregiver strain, work strain and performance demand had the most clearly negative relationships with mental health for women and men. Discrimination was negatively related to mental health for women but not for men. Social support, risk taking, and emotional intelligence had positive relationships with mental health for both women and men.

Overall, the report shows that factors related to gender norms influence mental health outcomes. Importantly, these factors influence the mental health of women and men in similar ways. The results point to the need to shift focus to differences in expectations and strains between women and men to understand which factors that contributes to unequal conditions for and outcomes in mental health.



Jämställdhetsmyndigheten | Box 73, 424 22 Angered | Besöksadress: Angereds torg 9
031-392 90 00 | info@jamstalldhetsmyndigheten.se | www.jamstalldhetsmyndigheten.se