



GÖTEBORGS  
UNIVERSITET

# Genusbias i suicidprevention – En litteraturbaserad studie

Författare: Linnéa Oom, Maria Pehrson

Program: Folkhälsovetenskapligt program med hälsoekonomi 180 hp  
Examensarbete i folkhälsovetenskap VT 2010

Omfattning: 15 hp

Handledare: Annette Sverker, Christina Andersson

Examinator: Carin Staland Nyman

---

Sahlgrenska akademin  
Enheten för socialmedicin

Svensk titel: Genusbias i suicidprevention- en litteraturbaserad studie

Engelsk titel: Gender Bias in Suicide Prevention – a literature based study

Författare: Linnéa Oom, Maria Pehrson

Program: Folkhälsovetenskapligt program med hälsoekonomi 180 hp  
Examensarbete i folkhälsovetenskap VT 2010

Omfattning: 15 hp

Handledare: Annette Sverker, Christina Andersson

Examinator: Carin Staland Nyman

---

## SAMMANFATTNING

**Introduktion** Suicid är ett stort folkhälsoproblem både internationellt och i Sverige. Det är känt inom forskningen att kön och genus har betydelse för incidens av suicid och suicidförsök. Genusbias inom medicinsk forskning kan leda till felbehandling och osynliggörande av problem. Det är därför viktigt att identifiera och eliminera dessa. **Syfte** Syftet med uppsatsen har varit att undersöka om det finns genusbias i vetenskapliga artiklar som behandlar suicidpreventiva interventioner och hur dessa i så fall tar sig i uttryck. **Metod** Den genomförda studien är en litteraturbaserad studie av forskning inom ett avgränsat område. Sökningar relaterade till suicid och prevention gjordes på databaserna; PubMed, Psychinfo och Scopus vilket resulterade i ett urval av 15 artiklar. För att analysen skulle kunna genomföras på ett vetenskapligt sätt och för att bedömningen skulle vara systematisk användes en redan befintlig analysmodell; The BIAS FREE FRAMEWORK som är framtagen utifrån teorier om att sociala ojämlikheter vidmakthålls genom upprätthållandet av sociala hierarkier. Utifrån analysmodellen undersöktes om ett eller flera av tre problemområden som utgör ”The Bias Triangle” fanns representerade i undersökningsmaterialet. **Resultat** Analysen visade på att det förekommer genusbias i en majoritet av artiklarna. De flesta av de genusbias som upptäcktes kunde inordnas under problemområdet ”misslyckande i att utforska skillnader”. Detta tog sig i uttryck genom, okänslighet inför skillnader, övergeneralisering eller universalisering och antagen homogenitet. Det näst vanligaste biaset som förekom var användande av dubbla standarder vilket tog uttryck genom, stereotypisering samt underrepresentation och exklusion. Vidmakthållande av en existerande hierarki var minst förekommande och tog sig uttryck genom att mannen behandlades som norm. I tre av artiklarna kunde inga genusbias urskiljas. **Diskussion** Det förekommer systematiska fel inom suicidforskningen som beror av kön och genus. Att uppmärksamma genusbias är förutsättning för att dessa ska kunna elimineras. Mer forskning om hur genusbias tar sig uttryck och hur det ska kunna åtgärdas är nödvändig för att kunna skapa effektiv och jämställd suicidprevention.

Sökord: suicid, suicidprevention, genus, bias, metod

## ABSTRACT

**Introduction** Suicide is a major public health problem both internationally and in Sweden. It is known in research that sex and gender have a bearing on the incidence of suicide and attempted suicide. Gender Bias in medical research could lead to medical errors and to that the problem is made invisible. That is why it is important to identify and eliminate them. **Aim** The purpose of this paper was to examine whether there is gender bias in scientific articles dealing with suicide prevention interventions and how this is expressed. **Method** The completed study is a literature-based study of research in a particular domain. Searches related to suicide prevention were made in the databases: PubMed, PsychInfo and Scopus, which resulted in a sample of 15 articles. For the analysis to be conducted in a scientific manner and for the assessment to be systematically performed an existing analytical model, the BIAS FREE FRAMEWORK which was developed based on theories of the social inequalities perpetuated by the maintenance of social hierarchies, was used. With the analysis model as base, it was examined if one or more of the three problem areas that constitute “The Bias Triangle” were represented in this study. **Results** The analysis showed that there is gender bias in a majority of the articles. Most of the gender bias that was detected could be subsumed to the problem area "failing to examine differences". This was expressed by, insensitivity to differences, over- generalization or universalization and assumed homogeneity. The second most common bias that occurred was the “use of double standards” which was expressed by stereotyping and under-representation and exclusion. Maintenance of an existing hierarchy was less prevalent and was reflected by the fact that male was treated as the norm. In three of the articles, no gender biases were identified. **Discussion** There are biases in suicide research, which depends on sex and gender. To draw attention to gender bias is the precondition for this to be eliminated. More research on how gender bias is manifested and how it should be addressed is essential to create effective and equal Suicide Prevention.

Keywords: Suicide, suicide prevention, gender, bias, method

# **INNEHÅLLSFÖRTECKNING**

<b>BEGREPPSDEFINITIONER</b>	<b>1</b>
<b>BAKGRUND</b>	<b>2</b>
<b>PROBLEMFÖRMULERING</b>	<b>3</b>
<b>SYFTE</b>	<b>3</b>
<b>METOD</b>	<b>3</b>
Litteratursökning och urval av artiklar	4
Inklusionskriterier	4
Exklusionskriterier	4
Datainsamling	4
Tabell 1	5
Analysmodell- The BIAS FREE Framework	5
Analys och bearbetning av data	7
<b>RESULTAT</b>	<b>7</b>
Sammanställning av inkluderade artiklar	8
Tabell 2	8
Beskrivning av intervention, målgrupp samt analysunderlag	12
Analys av genusbias	15
Vidmakthållande av existerande hierarkier	15
Misslyckande i att utforska skillnader	16
Användande av dubbla standarder	16
<b>DISKUSSION</b>	<b>17</b>
Resultatdiskussion	17
Metoddiskussion	18
<b>SLUTSATS</b>	<b>19</b>
<b>REFERENSER</b>	<b>20</b>

# **BEGREPPSDEFINITIONER**

## **Genus**

Genus är ett teoretiskt etablerat begrepp i Sverige trots att det inte finns någon enighet om hur det strikt ska definieras(1). Genus definieras här som det sociala könet, hur manligt och kvinnligt skapas genom de normer, ideal och förväntningar som råder i samhället(2).

## **Bias**

Bias innebär systematiska fel i insamlingen och tolkningen av data. Bias kan också innebära fel i metoden eller hos undersökaren som gör att resultaten snedvrids.(3) Omedvetenhet om och förnekande av genus eller genusordningen kan ge sådana systematiska fel inom kunskapsområdet medicin, så kallade genusbias(1).

## **Suicid**

I examensarbetet används begreppet suicid istället för självmord. Dels eftersom suicid är den termen som används både i klinisk verksamhet och forskningssammanhang och dels eftersom termen självmord kan föra tankarna till kriminella handlingar.(4)

## **Suicidprevention**

Med suicidprevention menas i föreliggande uppsats alla relevanta åtgärder som kan minska sjuklighet, dödlighet, och andra konsekvenser som kan kopplas till suicidalt beteende(4).

## BAKGRUND

Folkhälsopolitiken i Sverige har som målsättning att skapa en bra hälsa för hela befolkningen. I en proposition från riksdagen 2008 om en förnyad folkhälsopolitik; prop. 2007/08:110, anges att det förebyggande folkhälsoarbetet bör betonas (5). Regeringen avsatte 115 miljoner kronor år 2009 och 2010 för att intensifiera detta arbete. I propositionen anges att:

*”Dessa medel kommer framför allt att användas till att stärka och stödja föräldrar i deras föräldraskap, att intensifiera det självmordsförebyggande arbetet, att främja bra kostvanor och fysisk aktivitet samt att minska tobaksbruket”*. Regeringen angav suicidprevention som ett prioriterat område inom folkhälsopolitiken och skriver i propositionen att: *”Ingen bör hamna i en så utsatt situation att den enda utvägen upplevs vara självmord. Regeringen har som vision att ingen ska behöva ta sitt liv.”*(5) s. 107

Runt om i världen dör uppskattningsvis en miljon människor varje år till följd av suicid(6). I Sverige är suicid den vanligaste dödsorsaken bland män mellan 25 och 44 år och den näst vanligaste dödsorsaken för kvinnor i samma åldersgrupp. År 2007 beräknades de fall där dödsorsaken var fullbordat suicid till 1443 personer i Sverige, av dessa var 1019 män och 424 kvinnor. Dessa siffror kan jämföras med de 473 personer som dog i trafikolyckor samma år.(7)

Nära sammankopplat med suicid finns suicidförsök, vilket i Europa beräknas vara ungefär 10 gånger så vanligt som fullbordat suicid och det är den starkaste riskfaktorn för fullbordade suicid i synnerhet för män(8). Fullbordade suicid i Sverige begås främst av äldre personer och män medan suicidförsök är vanligare bland yngre personer och kvinnor(4).

Enligt en studie från räddningsverket beräknades de direkta och indirekta samhällskostnaderna för suicid och suicidförsök till 5,5 miljarder kr för 2001. Detta motsvarade 0,2 procent av Sveriges bruttonationalprodukt för samma år. I studien angavs att huvuddelen av kostnaderna bestod av produktionsbortfall men även att ett självmord är inte bara en samhällelig förlust utan också är en personlig tragedi för den drabbade och dennes närstående som påverkas både praktiskt och känslomässigt.(9)

Genusteori och genusforskning är ett relativt nytt inom medicinen. Diskussionerna om genusbias, felaktig behandling som kan tillskrivas könstillhörighet tog fart i USA under 1990-talet efter att flera studier visat att kvinnor fått sämre behandling än män vid kärlekskramp och hjärtinfarkt(2). Medvetenheten om existensen av genusbias inom medicinen har senare spridit sig till andra områden inom medicinen bland annat suicidforskningen(10).

I tidigare studier som gjorts har det visat sig att det suicidala beteendet skiljer sig mellan män och kvinnor(11). Suicidförsök är vanligare bland kvinnor än bland män och fullbordat suicid förekommer i högre grad bland män(8). Metoderna som används vid suicid och suicidförsök skiljer sig också beroende av kön. Kvinnor använder sig i större utsträckning än män av intoxikation som metod vid suicid och suicidförsök. Bland män är användning vapen vid suicid och suicidförsök, så som skjutning mer förekommande än bland kvinnor.

I litteraturen anges att den mest troliga förklaringen till skillnaderna i det suicidala beteendet är att de kan kopplas till sociala faktorer såsom genus(12). En teori är att kvinnor och män väljer metoder som ”passar in” i socialt konstruerade normer som är olika för män och kvinnor(11). Exempelvis skulle intoxikation kunna betraktas som en mindre aggressiv metod och därför mer förenlig med den sociala konstruktionen av att vara kvinna. Att män däremot väljer metoder som anses vara mer aggressiva skulle kunna betraktas som ett uttryck för manligt beteende då den sociala konstruktionen av innebörden av att vara man förknippas

med aggressivitet och handlingskraftighet. Den högre incidensen av fullbordade suicid skulle kunna tolkas som att män i större utsträckning "lyckas" med sina suicidförsök och att det finns ett samband mellan detta och att män förväntas vara mer aggressiva och därför väljer dödligare metoder, en annan förklaring som föreslås är att det skulle kunna betraktas som "omanligt" att misslyckas med ett suicidförsök och att det bidrar till att suicid i större utsträckning har en dödlig utgång. Motsvarande argument skulle kunna användas som förklaring till att kvinnor i större utsträckning "misslyckas" med sina suicidförsök då kvinnor inte har samma förväntningar på sig att vara aggressiva och handlingskraftiga utan snarare passiva och i behov av hjälp. Ett "misslyckat" suicidförsök skulle då kunna betraktas som ett mer accepterat beteende för kvinnan än om hon "lyckats". (11) Ett fenomen som har förknippats med genus och som ofta förs fram när det handlar om skillnader i incidens och sjuklighet mellan män och kvinnor är att män i mindre utsträckning än kvinnor söker hjälp (13).

## **PROBLEMFORMULERING**

Suicid är ett stort folkhälsoproblem både internationellt och i Sverige. Det finns forskning som visar på att kön och genus har betydelse för incidens av suicid och suicidförsök. Genusbias inom medicinsk forskning kan leda till felbehandling och osynliggörande av problem. Det är därför viktigt att identifiera och eliminera dessa.

## **SYFTE**

Syftet med detta examensarbete har varit att undersöka om det finns genusbias i vetenskapliga artiklar som behandlar suicidpreventiva interventioner och hur dessa i så fall tar sig i uttryck.

## **METOD**

Den genomförda studien är en litteraturbaserad studie av forskning inom ett avgränsat område. Den kan inte sägas vara en systematisk litteraturstudie då den inte gör anspråk på att åstadkomma en sammanställning av data från tidigare genomförda studier(14). Arbetet har trots detta genomförts utifrån de riktlinjer Forsberg och Wengström satt upp för hur en systematisk litteraturstudie bör genomföras då riktlinjerna i stort passar in även på en studie som inte är systematiskt genomförd, när det gäller att strukturera arbetet och välja litteratur . Riktlinjer är en stegvis beskrivning av hur arbetet kan genomföras. De moment som innefattas i riktlinjerna är att; motivera varför studien görs, formulera frågor som kan besvaras, formulera en plan för studien, bestämma sökord och sökstrategi, identifiera och välja litteratur i form av vetenskapliga artiklar eller vetenskapliga rapporter, kritiskt värdera, kvalitetsbedöma och välja den litteratur som skall ingå, analysera och diskutera resultat samt sammanställa och dra slutsatser(14) . Eftersom syftet med studien var att undersöka om det förekom ett visst fenomen, genusbias, i den valda litteraturen, har valet av analysmodell och genomförandet av analysen haft stor betydelse för utformningen av arbetet. Analysmodellen valdes utifrån möjligheten att med hjälp av den kunna besvara frågeställningen(15).

## Litteratursökning och urval av artiklar

Ett antal inklusions - och exklusionskriterier sattes upp för att begränsa mängden analysmaterial och för att garantera en god vetenskaplig kvalitet på artiklarna.

### Inklusionskriterier

- Artikeln skulle vara granskad (Peer Reviewed) och publicerad i en vetenskaplig tidskrift.
- Artikeln skulle behandla en intervention som var implementerad och utvärderad.
- Interventionen som behandlades skulle ha ett resultat som mättes i: fullbordade suicid, suicidförsök och/eller suicidtankar.
- Artikeln skulle behandla en kvantitativ studie.
- Fulltextartiklar

### Exklusionskriterier

- Artiklar som inte hade ett utfallsmått som var direkt relaterat till suicid, exempelvis ökad kunskap om suicid.
- Interventioner som var pågående och ännu inte hade utvärderats.
- Interventioner som implementerats i sjukhusmiljö.
- Litteraturöversikter

## Datainsamling

Sökningar gjordes på databaserna; PubMed, Psycinfo och Scopus (tabell 1) och började med en sökning på de ord som verkade relevanta med avseende på urvalskriterierna. Sökningen på suicide AND prevention AND intervention AND evaluation gav ett ojämnt resultat i de olika databaserna och vid en översikt av titlarna fanns det fortfarande med ett stort antal artiklar som inte stämde in på inklusions- respektive exklusionskriterier. För att hitta artiklar som stämde bättre in på dessa undersöktes vilka meshstermer som funnits med i de artiklar som hade titlar och abstracts som stämde in på urvalskriterierna. Återkommande messtermer visade sig vara "suicide/prevention and control" och "program evaluation". Messtermerna fungerade endast i databasen PubMed och därför begränsades sökningen till den databasen. Fler sökningar i databaserna Scopus och Psycinfo gjordes inte.

Söktermerna "suicide/prevention and control" och "program evaluation" resulterade i 91 artiklar och med en begränsning till artiklar publicerade på engelska återstod 82 artiklar. Genom att läsa titel och abstracts, i den mån de fanns att tillgå, valdes utifrån inklusions - och exklusionskriterierna 39 artiklar ut. Utav dessa exkluderades ytterligare 20 artiklar då de vid



en närmare granskning inte stämde in på urvalskriterierna. Av återstående 19 artiklar var det möjligt att få fram 18 artiklar i fulltext, den artikel som inte fanns att tillgå var publicerad i Military Medicine 1990 och gick inte att beställa fram. De 18 artiklarna lästes igenom och ytterligare tre artiklar exkluderades med avseende på urvalskriterierna, de 15 artiklar som slutligen valdes ut som analysmaterial finns presenterade i tabell 2. Vid ett jämförande av de 159 artiklarna i den sista sökningen i Scopus och den sista sökningen i Pubmed som gav 91 träffar visade det sig att ett stort antal av artiklarna var identiska.

Av de slutgiltigt 15 valda artiklarna fanns vid en jämförelse tio stycken av dem med i den sista sökningen i Scopus.

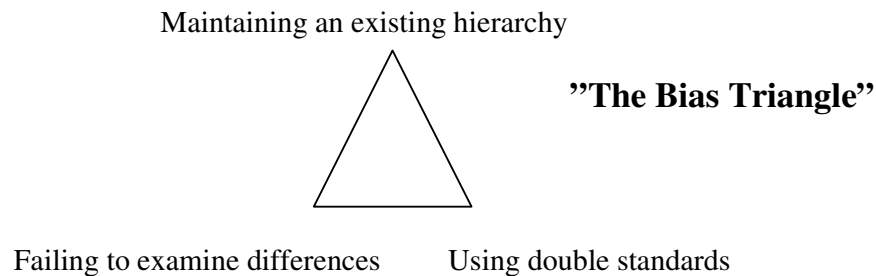
**Tabell 1 Tabellen visar hur sökträffarna fördelade sig över de olika databaserna.**

Sökord 22/04/10	PubMed	Scopus	Psychinfo
suicide	50706	72616	54658
suicide AND prevention	9706	5564	20103
suicide AND prevention AND intervention	1360	1178	8576
suicide AND prevention AND intervention AND evaluation	241	159	4101
"suicide/prevention and control"	5742		
"program evaluation"	37114		
"suicide/prevention and control" AND "program evaluation"	91		

## Analysmodell – The BIAS FREE Framework

För att analysen av artiklarna skulle kunna genomföras på ett vetenskapligt sätt och för att bedömningen skulle vara systematisk användes en redan befintlig analysmodell; The BIAS FREE Framework – A practical tool for identifying and eliminating social biases in health research(15). The BIAS FREE Framework är framtagen utifrån teorier om att sociala ojämlikheter vidmakthålls genom upprätthållandet av sociala hierarkier och att bias inom forskning bidrar till sociala ojämlikheter. En förutsättning för att jämlikhet i hälsa skall kunna uppnås och för att producera vetenskaplig kunskap är att bias som finns till följd av sociala hierarkier identifieras och elimineras. Analysmodellen är utformad för att användas för att identifiera och eliminera de bias som finns till följd av sociala hierarkier. Med sociala hierarkier avses de system som människor till följd av sin sociala tillhörighet, exempelvis kön, klass, etnicitet och sexualitet delas in i och som medför olika positioner i sociala, ekonomiska och politiska system. Modellen är särskilt utformad för att användas på forskning inom hälsa men är i princip möjlig att använda inom all typ av forskning. Analysen av artiklarna är gjord utifrån ”The Bias Triangle” (figur 1). ”The Bias triangle” symboliserar tre övergripande problemområden som alla bidrar till bias; *Maintaining an existing hierarchy*, *Failing to examine differences* och *Using double standards*. Modellen är konstruerad på så vis att det

finns ett antal frågor relaterade till varje problemområde som kan användas för att undersöka om och hur respektive problemområde finns representerat i undersökningsmaterialet (15). I modellen finns även lösningar på hur olika problem skulle kunna åtgärdas, dock begränsades den genomförda analysen till att undersöka om och hur de tre problemområdena kunde återfinnas i undersökningsmaterialet.



(figur 1) (Burke & Eichler 2006)

*Maintaining an existing hierarchy* kan översättas till: vidmakthållande av en existerande hierarki. En hierarki kan vidmakthållas på flera sätt, ett sätt är genom att förneka att det överhuvudtaget finns en hierarki, det kan också ske genom att idéer som uppkommit inom ett hierarkiskt system betraktas som normala och oproblematiska eller när en dominant grups perspektiv, medvetet eller omedvetet betraktas som ”det normala”. Det finns även fler sätt en hierarki kan vidmakthållas och flera mekanismer kan samverka.(15)

*Failing to examine differences* kan översättas till: Misslyckande i att utforska skillnader. Det mest förekommande fenomenet som är att betrakta som ett misslyckande i att utforska skillnader är när grupper som borde behandlas olika behandlas lika. Detta kan bero på övergeneralisering och universalism vilket sker när information om en dominant grupp utan att problematiseras appliceras på andra grupper. Inom forskning i hälsoområdet kan detta ta sig i uttryck genom att eventuella skillnader som beror på kön inte utforskas eller tas hänsyn till. Ett exempel på detta är när en medicinsk behandling endast testad på män används på kvinnor. En annan typ av misslyckande i att utforska skillnader är när det förutsätts att alla människor inom en grupp är lika exempelvis att alla med funktionshinder är lika och bortser ifrån att det även inom gruppen finns skillnader.(15)

*Using double standards* kan översättas till: Användande av dubbla standarder. Användandet av dubbla standarder kan ta sig i uttryck på många olika sätt och de kan vara öppna eller dolda. Den enklaste formen av användandet av dubbla standarder är när en icke-dominant grupp behandlas annorlunda än den dominant gruppen och behandlingen bidrar till upprätthållandet av gruppens underordnade ställning. Exempel på detta är hur vita människors maktutövande har rättfärdigats genom förtryck och särbehandling av icke vita. Underrepresentation och exklusion eller när en dominant grups åsikter betraktas som vedertagen fakta är andra uttryck för dubbla standarder.(15)

## **Analys och bearbetning av data**

Vid genomförandet av analysen användes analysmodellen The BIAS FREE Framework. Utifrån den undersöktes om ett eller flera av tre problemområden som utgör "The Bias Triangle" fanns representerade i undersökningsmaterialet. De frågor som fanns föreslagna tillsammans med exempel på hur de tre problemområdena kan ta sig i uttryck användes som stöd för att se om ett problemområde fanns representerat(15).

Varje artikel lästes igenom ett flertal gånger och för att en systematisering skulle kunna göras och för att minska risken att förbise viktiga fynd, konstruerades ett analyschema som fylldes i, i samband med läsningen av artiklarna. Schemat fungerade också som en kontroll av att analyserna genomfördes på samma sätt oberoende av vem som läste artikeln. Analyschemat konstruerades med syfte att användas som ett verktyg för att förenkla arbetet och skall inte betraktas som en del av resultatet. Eftersom det inte gick att förutse var i artiklarna ett problemområde skulle kunna finnas analyserades samtliga delar av respektive artikel med undantag för referenserna.

## **RESULTAT**

Resultatet av den genomförda analysen har delats upp i tre delar. Den första delen är en presentation av de analyserade artiklarna i tabellform (tabell 2). Tabellen innehåller information om artikelns titel samt författare, typ av intervention som utvärderats och vad interventionen har bestått av i stora drag, population, det vill säga vilka interventionen riktade sig till. Utfallsmått, vilket mått som använts för att mäta effekterna av interventionen samt en kort sammanfattning av det erhållna resultatet i respektive artikel. I den följande delen har artiklarna grupperats utifrån typ av intervention och/eller vilken målgrupp interventionen riktade sig till. I den här delen har det material som kunde betraktas som fynd i varje artikel tagits fram. I den sista delen har fynden delats in under de tre problemområdena som utgör "The Bias Triangle"; Vidmakthållande av en existerande hierarki, misslyckande i att utforska skillnader och användande av dubbla standarder. I denna del förklaras fynden utifrån The BIAS FREE Framework och det exemplifieras varför de fynd som gjorts kunde betraktas som genusbias.

## Sammanställning av inkluderade artiklar

**Tabell 2 Sammanställning av inkluderade artiklar**

<b>Författare och titel</b>	<b>Typ av intervention</b>	<b>Population</b>	<b>Utfallsmått</b>	<b>Resultat</b>
Ahmadi, A. Ytterstad, B. <i>Prevention of self-immolation by community-based intervention</i>	“Community-based” intervention med en kombination av aktiva och passiva metoder.	n =70 000	Suicidförsök	Minskning av antal suicidförsök i den undersökta populationen med 19 %.
Aseltine, R. H., Jr. DeMartino, R. <i>An outcome evaluation of the SOS Suicide Prevention Program</i>	Ett program riktat till skolungdomar är man kombinerade screening av riskfaktorer med utbildning om suicid.	n= 2100	Suicidförsök, kunskap om suicid och depression.	Reduktion av självrapporterade suicid och ökad kunskap av suicid. Interventionen visade bättre resultat på kvinnor.
Aseltine, R. H., Jr. James, A. Schilling, E. A. Glanovsky, J. <i>Evaluating the SOS suicide prevention program: a replication and extension</i>	Ett program Riktat till skolungdomar är man kombinerade screening av riskfaktorer med utbildning om suicid.	n= 4133	Suicidförsök, Kunskap om suicid och depression.	Reduktion av självrapporterade suicid och ökad kunskap av suicid. Interventionen visade bättre resultat på kvinnor.
Dedic, G. Panic, M. <i>Suicide prevention program in the Army of Serbia and Montenegro</i>	Ett suicidprevention sprogram inom armén i Serbien och Montenegro.	n = Anges ej	Suicid	Programmet visade på en minskning av antalet suicid i jämförelse med den civila manliga befolkningen.
King, R. Nurcombe, B. Bickman, L. Hides, L. Reid, W.	En jämförelse och utvärdering av två olika telefonlinjer dit suicidala unga	n =101	Suicidalitet, mentalt tillstånd	Studien visade på en signifikant nedgång i suicidalitet och en signifikant

<i>Telephone counselling for adolescent suicide prevention: changes in suicidality and mental state from beginning to end of a counselling session</i>	kunde ringa för krishjälp.			förbättring av det mentala tillståndet hos de studerade individerna.
Knox, K. L. Litts, D. A. Talcott, G. W. Feig, J. C. Caine, E. D. <i>Risk of suicide and related adverse outcomes after exposure to a suicide prevention programme in the US Air Force: cohort study</i>	En intervention inom det amerikanska flygvapnet som fokuserade på att reducera stigma och öka förståelsen för psykisk sjukdom och att ändra policy och sociala normer.	n = 5 260 292	Suicid	Interventionen visade på en 33 % riskreduktion för suicid inom den undersökta populationen.
Mishara, B. L. Daigle, M. S. <i>Effects of different telephone intervention styles with suicidal callers at two suicide prevention centers: an empirical investigation</i>	Telefon intervention där suicidala personer kunde ringa till en telefonlinje.	n=263	Depressiv sinnesstämning, suicidalitet, kontrakt.	Interventionen visade på en minskning av depressiv sinnesstämning och suicidalitet från början till slutet av telefonsamtalet. Kvinnor respekterade kontrakt i högre utsträckning än män.
Mishara, B. L. Houle, J. Lavoie, B. <i>Comparison of the effects of four suicide prevention programs for family and friends</i>	Intervention som riktade sig till familj och vänner till suicidala män som inte själva sökte hjälp.	n = 131	Suicidtankar, suicidförsök och depressiva symtom.	Männen som deltagit i interventionen hade signifikant mindre suicidtankar, färre suicidförsök och

<i>of high-risk suicidal men who do not seek help themselves</i>				färre depressiva symtom.
Nakao, M. Nishikitani, M. Shima, S. Yano, E <i>A 2-year cohort study on the impact of an Employee Assistance Programme (EAP) on depression and suicidal thoughts in male Japanese workers</i>	Program inom företagshälsovården för att förbättra psykisk hälsa hos de anställda.	n= 283	Depression, Suicidtankar	Minskning av depression och suicidtankar hos den studerade populationen.
Oyama, H. Fujita, M. Goto, M. Shibuya, H. Sakashita, T. <i>Outcomes of community-based screening for depression and suicide prevention among Japanese elders</i>	“community-based “preventionsprogram för att förebygga suicid hos äldre personer över 65 år.	n = 4940	Suicid	Minskade suicidtal i interventionsgruppen. Signifikant skillnad enbart för kvinnor.
Oyama, H. Watanabe, N. Ono, Y. Sakashita, T. Takenoshita, Y. Taguchi, M. Takizawa, T. Miura, R. Kumagai, K. <i>Community-based suicide prevention through group activity for the elderly successfully</i>	”Community - based” Suicidprevention sprogram som riktade sig till individer över 65 år.	n = 6817	Suicid	Interventionen visade på en reduktion av suicid enbart för kvinnor.

*reduced the high suicide rate for females*

Rozanov, V. A. Mokhovikov, A. N. Stiliha, R. <i>Successful model of suicide prevention in the Ukraine military environment</i>	Preventionsprogram inom den Ukrainska militären med fokus på utbildning hos befäl och soldater.	n = 2000	Suicid och suicidförsök	Antalet suicid sjönk som en följd av programmets implementering
Szanto, K. Kalmar, S. Hendin, H. Rihmer, Z. Mann, J. J. <i>A suicide prevention program in a region with a very high suicide rate</i>	Intervention där man utbildade läkare inom primärvården till att upptäcka och behandla depression hos invånarna.	n = 73 000	Suicidtal och utskrivning av antidepressiva mediciner.	Interventionen visade på minskade suicidtal och ökad utskrivning av antidepressiva mediciner för kvinnor.
Thompson, E. A. Eggert, L. L. Randell, B. P. Pike, K. C. <i>Evaluation of indicated suicide risk prevention approaches for potential high school dropouts</i>	Intervention utförd i skolmiljö. Tre metoder som innefattade krisintervention, och färdighetsträning i grupp och individuellt genomfördes.	n=460	Attityder gentemot suicid, suicidtankar, depression, hopplöshet	Minskning av attityder mot suicid, suicidtankar depression och hopplöshet.
Zenere, F. J., 3rd Lazarus, P. J. <i>The decline of youth suicidal behavior in an urban, multicultural public school system following the introduction of a suicide prevention and intervention program</i>	Intervention genomförd i offentliga gymnasieskolor med fokus på utbildning av eleverna i självkännedom, alkohol, narkotika med mera.	n = 330 000	Suicid, suicidförsök, suicidtankar	Studien visade på en nedgång i suicid och suicidförsök men ingen nedgång i suicidtankar.

## Beskrivning av intervention, målgrupp samt analysunderlag

Av de totalt femton artiklarna som var föremål för analysen behandlade tio stycken interventioner som riktade sig till både män och kvinnor. Fem stycken behandlade interventioner som enbart riktade sig till män eller huvudsakligen män. Ingen av artiklarna behandlade interventioner som enbart riktade sig till kvinnor.

Två av de analyserade artiklarna var studier gjorda på interventioner som bestod av telefonsupportlinjer, en av dem utfördes i Canada och den andra i Australien(16-17). Dessa interventioner skiljde sig ifrån interventionerna i de övriga artiklarna på så vis att de krävde ett aktivt hjälpsökande av målgruppen. Den ena av studierna var en jämförelse och utvärdering av två olika samtalsmetoder(17) och den andra en telefonlinje som främst riktade sig till ungdomar(16). I båda studierna kommenterade författarna att det fanns problem med metoden som kunde sammankopplas med kravet på anonymitet för den som ringde(16-17). I Kings et als studie var 58 av de 101 inkommande samtalen som analyserades ifrån kvinnor och 15 ifrån män, de övriga 28 samtalen hade inte kunnat fastställas om det var en man eller kvinna som ringt, könsfördelningen kommenterades inte. I genomgången av tidigare gjorda studier nämndes i en mening att män som ringer till telefonrådgivning tenderar att värdera rådgivarna lägre än kvinnor (16). För övrigt fanns ingen information eller kommentarer som berörde könsskillnader inom suicidforskningen. Resultatet i King et als studie var inte uppdelat på män respektive kvinnor och det presenterades som gällande för en homogen grupp(16). I Mishara & Daigles artikel användes uppgifter ifrån 263 telefonsamtal som underlag för studien, av dessa kom 59 % ifrån kvinnor och av dem som tog emot samtalen var även de 59 % kvinnor(17). I resultaten angavs att det fanns en liten men signifikant tendens till att kvinnor som använt telefonsupporten, respekterade kontrakt i större utsträckning än män, förövrigt kommenterades eller problematiserades inte könsskillnader(17).

Fyra av artiklarna var studier av interventioner som var "community-based"(16, 18-19). Studien av Ahmadi & Ytterstad behandlade en intervention i Iran vars syfte var att minska förekomsten av suicid med fokus på suicid som genomförts genom att en person försöker bränna sig till döds, målgruppen för interventionen var unga kvinnor ifrån socioekonomiskt utsatta grupper och interventionen riktade sig till hela befolkningen i en region(16). I introduktionen av artikeln gjordes en utförlig beskrivning av problemområdet där det här tillvägagångssättet förklarades förekomma främst ibland kvinnor i vissa delar av världen, det förklarades inte varför man valt en intervention som riktade sig till hela befolkningen(16). Interventionen resulterade i minskat antal suicid och minskat antal självmållade brännskador, delar av resultatet presenterades för både män och kvinnor i en tabell men skillnaderna som fanns kommenterades inte i text(16).

Två av de "community-based" interventionerna var utförda i Japan med personer över 65 som målgrupp(18-19). Den ena artikeln var en utvärdering av ett program för screening av depression som pågick under sju år samt ett utbildningsprogram som pågått under tio år(18) och den andra en intervention där fokus låg på att öka de sociala relationerna genom olika aktiviteter och som pågick under åtta år(19). I båda artiklarna var förekomsten av suicid tydligt beskriven för män respektive kvinnor i olika åldersspann. Resultaten av de två interventionerna visade på en minskad risk för suicid ibland kvinnor men inte ibland män, möjliga orsaker till skillnaden togs upp i diskussionsavsnitten och författarna var tydliga med att generaliserbarheten för interventionerna var begränsade (18-19). I Oyama et als (2005) artikel var deltagandet i de aktiviteter som interventionen bestod av inte uppdelat på kön(19).



I Szanto et als artikel gjordes en utvärdering av effekterna av en intervention som bestod av utbildning av läkarna som arbetade i en region med syftet att minska förekomsten av suicid inom regionen(20). Interventionen var att betrakta som "community-based" då målgruppen var regionens samtliga 73 000 invånare. I introduktionen i Szanto et als artikel fanns skillnader i suicid mellan könen beskrivna och det framgick att tidigare studier visat på att liknande interventioner hade haft bättre effekt på kvinnor än på män(20). Resultatet av interventionen visade att den enbart hade haft effekt på kvinnor och en förklaring som angavs var att kvinnor i högre utsträckning än män fått antidepressiva preparat utskrivna och att de i större utsträckning än män hade behandlats på "depressionsbehandlingskliniken", en annan förklaring som angavs var att män konsumerade mer alkohol än kvinnor och för att preventionsprogram skulle ha effekt på män måste lokala problem tas hänsyn till, i det här fallet den stora utbredningen av alkoholism ibland männen i regionen(20).

Fem av artiklarna behandlade interventioner där den studerade populationen bestod av enbart män eller huvudsakligen män(21-25). Tre av dessa artiklar behandlade interventioner som genomförts i inom militären(21-23). Knox et al utvärderade ett suicidpreventionsprogram inom det amerikanska flygvapnet (US Air Force). Detta var en kohortstudie med 5 260 292 deltagare varav 84 % var män. Studien visade på en minskning av den relativa risken för suicid med 33 %.(23) Artikeln av Dedic & Panic behandlade en studie gjord i armén i Serbien och Montenegro och baserade sig på resultaten från Knox studie och utfördes åren 1999-2005. Resultaten visade på en signifikant minskning av antalet suicid(21). En liknande studie genomfördes i den ukrainska armén åren 2000-2001 och fokuserade på utbildning av så kallade "gate-keepers". Det vill säga att nyckelpersoner exempelvis befäl tränades till att upptäcka suicidrisk hos de meniga. Interventionen visade på en minskning av antalet suicid.(22)

Gemensamt för de tre studierna som nämnts ovan var att de är utfördes i armén vilket är en mansdominerad miljö. Ingen av de tre artiklarna innehöll någon information om de skillnader som fanns i frekvensen av suicid och suicidförsök mellan män och kvinnor. I Dedic & Panics artikel och i Rozanov et als artikel, var det underförstått att studien utförts enbart på män även om detta inte angavs explicit(21-22). I Knox et als artikel angavs att 84 % av studiepopulationen var män, kön ansågs vara en möjlig confounder då fler och fler kvinnor tillkom under studiens gång, vilket ansågs kunna leda till en falskt minskad suicidfrekvens. Det vill säga en minskning som inte kunde knytas till programmet. Resultatet angavs som en minskning av suicidtal för hela gruppen och skillnader mellan olika demografiska parametrar exempelvis kön, angavs inte(23).

Av de tre artiklarna var det enbart i Rozanov et als artikel som det gjordes ett försök att koppla suicidfrekvensen i armén till genus:

*"The Army is an aggressive masculine community and sometimes aggression is a part of the social psycho-emotional training of the staff."*(22)s. 172

*"Being a masculine team, the army does not leave much space for personal compassion and identifying a person who is upset-it is based on discipline and self-possession."*(22) s. 172

Vad det gäller de tre studiernas överförbarhet till andra sammanhang hade artikelförfattarna olika syn på detta. Rozanov et al och Dedic & Panic angav inte att programmen skulle kunna överföras till sammanhang utanför det militära medan Knox et al ansåg att interventionen skulle kunna vara applicerbar till en mängd olika sammanhang utanför det militära;

*"These could include police and fire fighters, other elements of the armed services worldwide, larger corporations, states or smaller countries, and schools and universities."*(23) s. 4

Artikeln av Mishara et al, beskrev ett preventionsprogram som riktade in sig på anhöriga till män med risk för suicid som inte sökte hjälp själva(24). Anhöriga som ringde till en hjälplinje och var oroliga för en manlig anhörig blev erbjudna att delta i ett av fyra olika informationsprogram. 131 personer deltog i studien, varav majoriteten var kvinnliga anhöriga (81,7 %) och uppföljningen visade en signifikant minskning av suicidtankar, suicidförsök och depressiva symtom. Kvinnor som undersökningsgrupp hade exkluderats i urvalet. Detta motiverades i bakgrunden där det redogjordes för att suicid är vanligare bland män än bland kvinnor men att män mer sällan bad om hjälp än kvinnor och ringde mindre ofta till hjälplinjer. Enligt författarna var syftet med artikeln inte att ta reda på varför män inte sökte hjälp utan på hur man indirekt kunde hjälpa männen genom att erbjuda rådgivning till deras anhöriga. På ett ställe i artikeln försökte det ändå ges en förklaring till detta:

*"Men are also more action-oriented; like to maintain more control over their life; prefer feeling powerful; prefer to be independent; and do not like to face failure, pain and suffering."*(24) s.333

Nakao et als artikel beskrev en intervention som genomförts på ett Japanskt IT-företag(25). Studien var en kohortstudie med 283 manliga anställda som undersökningsgrupp. Deltagarna fick ta del av ett program inom företagshälsovården vars syfte var att förbättra de anställdas mentala hälsa. Kontrollgruppen som användes var 22 anställda på ett liknande företag. Interventionen visade en signifikant nedgång i bland annat suicidtankar för interventionsgruppen. De 86 kvinnorna på arbetsplatsen hade exkluderats ur studien på grund av "genusskillnader i depression" samt att man ansåg att urvalet var för litet. Artikelförfattarna angav att en begränsning i studien var att den möjligen enbart var generaliserbar till unga japanska IT-arbetare, i synnerhet män.(25)

Fyra av de analyserade artiklarna behandlade suicidpreventionsprogram som genomförts i skolmiljö(26-29). En av dessa genomfördes mellan åren 1989-94, detta var en longitudinell studie av ett suicidpreventivt program på offentliga skolor i Florida (28). Den studerade populationen var ungefär 330 000 elever per år. I interventionen ingick bland annat att träna elevernas självkänsla, att utveckla deras copingstrategier och att hitta positiva alternativ till alkohol och droger. En drastisk nedgång av både suicid och suicidförsök kunde ses som följd av programmet. Artikeln nämnde inte att förekomsten av suicid varierade stort mellan män och kvinnor, kön fanns inte med som en statistisk variabel och det gick därför inte att utläsa om det fanns några skillnader i minskningen som härrörde till kön.(28)

Två artiklar behandlade samma metod "SOS suicide program"(26-27). Programmen var genomförda på amerikanska gymnasieskolor. Den första av dessa genomfördes på 2100 gymnasieelever från 5 olika skolor(26). Den andra var en utökning av samma program till 4133 elever i 9 skolor(27). Båda studierna var randomiserade och jämförda med en kontrollgrupp. Metoden inbegrep två strategier, dels att öka kunskap och medvetenhet hos eleverna och dels ett screeningprogram som screenade för depression och andra riskfaktorer kopplade till suicid. I resultatet angavs en minskning av självrapporterade suicidförsök för både pojkar och flickor med ett bättre resultat på flickor. Studierna visade även att flickor hade större kunskaper om depression och suicid än pojkar och att de var mer benägna att söka

hjälp. De två artiklarna hade kön som en demografisk variabel men ingenting om köns- eller genuskillnader i suicid nämndes i bakgrunderna. I resultattabellerna angavs resultaten enbart för flickor och resultaten på pojkar redovisades inte. Vad skillnaderna mellan könen berodde på diskuterades eller analyserades inte i artiklarna. Det fanns inte några uppgifter om hur stora skillnaderna mellan könen var. (26-27)

Den fjärde artikeln som behandlade ett program som genomförts i skolmiljö jämförde tre olika interventioner för ungdomar i riskzonen för att hoppa av skolan. 460 ungdomar var slumpmässigt utvalda till att delta i någon av interventionerna. Alternativen var individuell kontakt med en kurator, att träffas i mindre samtalsgrupper tillsammans med en kurator och "sedvanlig behandling". Artikeln angav att kön var en faktor som kunde kopplas till suicidalt beteende och den inkluderade kön som en statistisk parameter. Både flickor och pojkar deltog i studien, 52 % flickor och 48 % pojkar. Interventionen visade en minskning av suicidriskbeteende som var mest uttalat för flickor. Att träffas i mindre grupper hade god effekt på flickor men inte på pojkar medan individuell kontakt med en kurator verkade ha bättre effekt på pojkar. Denna skillnad förklarades med att manligt stereotyp beteende som självsäkerhet och aggression kunde vara svårt att ändra i ett gruppsammanhang medan en individuell kontakt gjorde det lättare för pojkar att öppna sig. (29)

## **Analys av genusbias**

### **Vidmakthållande av en existerande hierarki**

När forskare förnekar existensen av en hierarki hjälper de samtidigt till att vidmakthålla den. Det samma gäller om en hierarki presenteras som oproblematiserad eller naturlig. En homogen grupp som inte definierats skulle implicit kunna komma att tolkas som en grupp bestående av endast män vilket skulle kunna bidra till ett vidmakthållande av en existerande hierarki där mannen är normen. (15)

I artikeln av Nakao et al blev detta tydligt då studien genomfördes på en mansdominerad arbetsplats där de hierarkiska strukturerna var närvarande redan från början genom att kvinnor inte hade tillträde till arbetsplatsen i lika stor utsträckning som män. Detta på grund av att företaget inte hade anställt lika många män som kvinnor. Arbetsplatsens könsfördelning var ett strukturellt problem som artikelförfattarna inte kunde lastas för. Däremot valde man att reproducera rådande hierarkier genom att exkludera kvinnor ur studien. På så sätt kunde den manliga normen upprätthållas. (25)

Även i de artiklar där armén var en arena för interventionen reproducerades de hierarkiska strukturerna genom att det dominerande perspektivet inte ifrågasattes (21-23). Armén är historiskt en mansdominerad miljö och artikelförfattarna är inte ansvariga för detta. Det var heller inget bias i sig att utföra studier på bara ett kön. Men som Knox et al (23) belyste i sin artikel så ökade andelen kvinnor i armén år för år och att då i artikel efter artikel behandla interventioner som bara utförts på ett av könen utan att detta ifrågasätts eller kommenteras kan ses som ett upprätthållande av de existerande hierarkierna.

Att mannen är normen blir också tydligt i en av de artiklarna som behandlade preventionsprogrammet SOS. Här var resultaten presenterade i en tabell där enbart kvinnor angavs som en kategori. Genom att inte ta med män som kategori har man implicit visat att

man ser manlighet som en icke-kategori, ett icke-kön och att kategorin kvinna är något som avviker från detta.(27)

### **Misslyckande i att utforska skillnader**

Ett misslyckande i att utforska skillnader innebär att skillnader som finns mellan olika grupper och inom grupper inte synliggörs och/ eller tas hänsyn till(15).

I sex av artiklarna fanns ingen information om könsskillnader i suicid vare sig i introduktionen eller i bakgrunden i artiklarna (17, 21-23, 25-30). I artiklarna behandlades den undersökta populationen som en homogen grupp trots att den bestod av både män och kvinnor, vilket kan tolkas som ett misslyckande i att utforska skillnader eftersom det finns en etablerad kännedom inom forskningsområdet att det finns skillnader i suicid som kan relateras till kön och genus.

Ett flertal av artiklarna behandlade studier som visade sig ha olika effekt bland män och kvinnor men som i en senare del av artikeln presenterades som gällande för en homogen grupp (30) (16, 23, 26-28). I preventionsprogrammet SOS som behandlades i artiklarna av Aseltine & De Martino och Aseltine et al visade interventionerna på en bättre effekt bland kvinnor än bland män. Detta faktum problematiserades eller diskuterades dock inte vilket kan betraktas som okänslighet för olikheter som är en annan form av misslyckande i utforskandet av skillnader. Ett annat exempel där det fanns en okänslighet för olikheter var artikeln av Ahmadi & Ytterstad. I artikeln var det tydligt att målgruppen för interventionen var kvinnor, dock riktade sig interventionen till samtliga personer i en region utan att detta motiverades och resultaten presenterades fördelat på kön endast i tabellform och det fördes ingen diskussion om hur resultatet fördelats på män och kvinnor.(16)

Misslyckande i att utforska skillnader kan också ske när information som kommer ifrån en grupp anses gälla för en annan grupp vilket benämns som övergeneralisering eller universalisering(15).

Ett exempel där detta har skett är i Knox et als studie vilken utfördes på en population där 84 % av deltagarna var män men interventionen ansågs vara överförbar till en mängd olika miljöer där populationens sammansättning och livsmiljö var annorlunda än i den mansdominerade armén(23).

### **Användande av dubbla standarder**

Användandet av dubbla standarder kan ta sig uttryck genom att någon grupp exkluderas eller underrepresenteras eller genom att dominerande uppfattningar presenteras som fakta snarare än åsikter. Det kan även innebära att stereotyper presenteras som essentiella aspekter av manligt eller kvinnligt.

I fem av artiklarna var kvinnor som grupp kraftigt underrepresenterade eller exkluderats helt i de genomförda studierna(21-25). Att göra studier på enbart män eller kvinnor är inte fel per definition och i vissa fall kan det vara mer relevant än att göra studier på ett av könen(15). Det kan dock betraktas som genusbias när flera studier inom ett forskningsområde med relevans för båda könen enbart behandlar ett av könen. Det kan också betraktas som genusbias när

kvinnor exkluderas i en enskild studie utan att detta motiveras i studiens syfte på ett godtagbart sätt.

I Nakao et als studie exkluderades kvinnor på grund av ”genusskillnader i depression” samt på grund av att så få kvinnor arbetade på företaget(25). Ett bekvämlighetsurval gjordes snarare än ett urval grundat på behov vilket i detta fall kan betraktas som användande av dubbla standarder, det vill säga att män som grupp behandlas annorlunda än kvinnor som grupp till följd av könshierarkin. Detta kan sättas i perspektiv till Mishara et als artikel som också den exkluderat kvinnor(24). I studien motiverades urvalet med att suicid är fyra gånger så vanligt ibland män än ibland kvinnor och att män mer sällan än kvinnor söker hjälp(24).

Även i de tre studier som gjorts inom militären förekom ett användande av dubbla standarder(21-23). Ett exempel på detta är stereotypisering av manligt beteende vilket förekom i artikeln av Rozanov et al där vissa beteenden och egenskaper betraktades som essentiella. Män beskrevs i termer av aggressivitet, bristande empatisk förmåga, disciplin och självkontroll.(22) Stereotypisering förekom på ett liknande sätt i Mishara et al där män beskrevs som mer aktiva, kontrollerade och att det är viktigare för män än för kvinnor att behålla kontrollen över sina liv, känna sig självständiga. Vidare angavs att män inte tycker om nederlag, smärta och lidande.(24)

## **DISKUSSION**

### **Resultatdiskussion**

Analysen visade på att det fanns genusbias i en majoritet av artiklarna, 12 stycken(16-17, 21-30). De flesta av de genusbias som upptäcktes kunde inordnas problemområdet ”misslyckande i att utforska skillnader”. Detta tog sig i uttryck genom, okänslighet inför skillnader, övergeneralisering eller universalisering och antagen homogenitet. Den näst vanligaste formen av bias som förekom var användande av dubbla standarder vilket tog sig i uttryck genom stereotypisering samt underrepresentation och exklusion. Vidmakthållande av en existerande hierarki var minst förekommande och tog sig i uttryck av att mannen behandlades som norm. I tre av artiklarna kunde inga genusbias urskiljas(19-20, 31).

Det fanns ett mönster i materialet att interventioner som riktade sig till båda könen gav resultat på bara kvinnor eller bättre resultat på kvinnor vilket förekom i 10 av femton artiklar(16-17, 19-20, 26-31) Detta problem är svårt att angripa då det i sig inte är ett bias i sig. Dock kan man argumentera för att det är ett bias på en aggregerad nivå, det vill säga att det finns ett bias i materialet som helhet eftersom samma fel verkar göras om och om igen. Det vill säga att det inte uppnås någon effekt eller sämre effekt bland män. Det vore intressant att se forskning som tog detta fynd ett steg längre och försökte utröna hur suicidpreventiva program skulle kunna utformas på ett sätt så att de gagnar både män som grupp och kvinnor som grupp.

Att inte utforska de skillnader som finns mellan könen kan betraktas som anmärkningsvärt särskilt inom ett ämnesområde där det finns en vedertagen kunskap om könsskillnader. Ett återkommande fenomen i artiklarna var att det fanns en inkonsekvens i hanteringen av information som berörde kön och genus. Det vill säga att kön och eller genus togs upp i olika delar av artiklarna men att det inte fanns med som en röd tråd genom hela artikeln. Detta

förekom i exempelvis Ahmadi & Ytterstads artikel, i vilken kön och genus fanns med i stora delar av artikeln för att sedan ”falla bort” i resultatpresentationen(16).

De fynd som vi har gjort visar på att forskningen innehåller systematiska fel som beror på kön. Antingen genom att osynliggöra skillnader och behandla män och kvinnor olika när de bör behandlas lika eller genom att behandla män och kvinnor lika när de bör behandlas olika. Forskningen är inte neutral och den är påverkad av det omgivande samhällets strukturer. Att inte synliggöra och ta hänsyn till detta innebär att reproducera dessa strukturer.

Den genomförda studien skulle kunna bidra till att det uppmärksammas att det förekommer bias inom suicidforskningen som beror av kön och genus. Att uppmärksamma genusbias är förutsättning för att dessa skall kunna elimineras. Vi anser att en eliminering av genusbias inom forskningen skulle kunna leda till ett mer effektivt och jämställt folkhälsoarbete. När det tydliggörs vem som har vilka behov kan de resurser som finns användas på ett mer effektivt sätt. Kunskapen om genusbias inom suicidpreventionen skulle kunna användas vid utformningen av nya suicidpreventiva interventioner och vid utvärdering av interventioner inom området. Detta är viktigt för att i framtiden kunna utforma program som är effektiva för både män och kvinnor.

## **Metoddiskussion**

Studien som genomförts utgick ifrån en litteraturbaserad studie av ett avgränsat område och till hjälp för att genomföra analysen av materialet användes en analysmodell. Analysmodellen var ett bra stöd i arbetet men den har också styrt arbetets gång. Den analysmodellen som användes var relativt fri i sin struktur och det fanns inga direktiv för hur en analys med modellen skulle genomföras. Detta medförde både för och nackdelar. En fördel med den fria strukturen var i vårt fall att det gick att analysera materialet utan en förutfattad idé om vilka genusbias som skulle kunna finnas. Det gjorde att vi hade bättre förutsättningar att hitta genusbias av olika karaktär och i olika delar av artiklarna. Analysmodellen var ett bra stöd för att hitta teman och strukturera upp analysförfarandet. En nackdel med den fria strukturen var att den gav möjlighet att innefatta så många olika typer av bias, vilket gjorde det svårt att göra en avgränsning av vad som skulle ingå i analysen. Det var svårt eftersom den valda modellen gav utrymme för stora tolkningsmöjligheter.

Det analyserade materialet bestod av 15 artiklar. Hade färre artiklar analyserat hade vi kunnat gå in mer grundläggande på varje artikel och analysen av varje artikel skulle kunna hållit en högre kvalitet. Detta skulle dock begränsat möjligheten att se mönster i kunskapsfältet som helhet.

Vid en granskning av de 15 artiklarna som ingick i analysmaterialet stod det klart att enbart en av artiklarna hade genomgått en forskningsetisk granskning(26). Det är möjligt att flera av studierna blivit granskade av en forskningsetisk kommitté men detta nämndes inte i artiklarna. Att genomföra den här typen av studie där man synliggör genusbias inom ett forskningsområde är ett sätt att verka för en mer etisk forskning. Att inte ta hänsyn till ojämlikheter som beror av kön och andra sociala ojämlikheter i forskning kan ses som oetiskt.

Undersökningen kan inte sägas ha en hög reliabilitet. Skulle samma litteratursökning göras igen med samma inklusions - och exklusionskriterier är det inte säkert att samma artiklar skulle komma fram igen eftersom innehållet i databaserna ständigt förändras. Artiklar tas bort

och nya tillkommer. Det skulle också vara svårt att genomföra en exakt likadan analysprocess eftersom den analysmodell som användes gav utrymme för tolkningar som dessutom var färgade av vår förförståelse av både forskningsområdet och begreppet genus. När det gäller validiteten i studien gjordes en ansats till att öka validiteten genom att använda en analysmodell som forskats fram med avsikten att kunna mäta bias av det här slaget. Samtidigt så är definitionen av vad genus är väsentlig för vad man påstår sig mäta idet här fallet och den hade kunnat se annorlunda ut. En annan definition av genus hade kunnat ge ett annorlunda resultat.

Den genomförda studien kan inte göra anspråk på någon generaliserbarhet eftersom undersökningsmaterialet var litet. Det skulle mycket väl kunna finnas andra studier där genusbias inte kan hittas i samma utsträckning eller där de tar sig i uttryck på andra sätt. Däremot kan studien vara hypotesgenererande och den skulle kunna bidra genom att exemplifiera hur genusbias tar sig i uttryck vilket är värdefullt för vidare studier inom området.

Det har gjorts många studier på suicidforskningen där man försöker förklara skillnader mellan män och kvinnors suicidala beteende utifrån ett genusperspektiv och vi har tagit del av ett fåtal av dessa (10-12, 32). Flera av de artiklar som vi har analyserat nämner också inledningsvis att kön och genus har betydelse för incidensen av suicid och suicidalt beteende(20, 24, 29, 31). Det finns till vår kännedom ingen tidigare forskning som behandlar genusbias inom suicidpreventionsprogram.

## **SLUTSATS**

Den slutsats som kan dras av den genomförda studien visar att det finns vissa genusbias inom suicidforskningen. Det tycks vara ett vanligt fenomen då det förekom i 13 av 15 studier. Genusbias tar sig uttryck genom vidmakthållande av hierarkier, misslyckande att utforska skillnader samt genom användandet av dubbla standarder. I framtida forskning inom suicidprevention borde ta kön och genus tas i beaktande i större utsträckning för att undvika och minska ojämlikhet i hälsa som beror av kön och genus.

## REFERENSER

1. Hovellius B, Johansson B, editor. Kropp och genus i medicinen. Lund: Studentlitteratur; 2004.
2. Hammarström A, editor. Genusperspektiv på medicinen-två decenniers utveckling av medvetenheten om kön och genus inom medicinsk forskning och praktik. Kalmar: Högskoleverket; 2005.
3. Andersson I, editor. Epidemiologi för hälsovetare-en introduktion. Lund: Studentlitteratur; 2006.
4. Förslag till nationellt program för suicidprevention - befolkningsinriktade strategier och åtgärdsförslag. : Socialstyrelsen 2006.
5. Larsson Maria RF. Regeringens proposition 2007/08:110 En förnyad folkhälsopolitik. In: Socialdepartementet, editor. Stockholm 13 mars 2008.
6. Althaus D, Hegerl U. The evaluation of suicide prevention activities: state of the art. *World J Biol Psychiatry*. 2003 Oct;4(4):156-65.
7. Guo-Xin Jiang BF, Wasserman D. Självmord i Stockholms län och Sverige 1980 – 2007. Stockholm: Karolinska Institutets folkhälsoakademi 2009.
8. Hawton K, Arensman E, Wasserman D, Hulten A, Bille-Brahe U, Bjerke T, et al. Relation between attempted suicide and suicide rates among young people in Europe. *J Epidemiol Community Health*. 1998 Mar;52(3):191-4.
9. Berglöf J. Suicid och samhällsekonomiska kostnader. 2004 Räddningsverket, Karlstad Nationellt centrum för erfarenhetsåterföring från olyckor, Karlskoga NCO 2004:7.
10. Canetto SS, Sakinofsky I. The gender paradox in suicide. *Suicide Life Threat Behav*. 1998 Spring;28(1):1-23.
11. Varnik A, Kolves K, van der Feltz-Cornelis CM, Marusic A, Oskarsson H, Palmer A, et al. Suicide methods in Europe: a gender-specific analysis of countries participating in the "European Alliance Against Depression". *J Epidemiol Community Health*. 2008 Jun;62(6):545-51.
12. Hawton K. Sex and suicide. Gender differences in suicidal behaviour. *Br J Psychiatry*. 2000 Dec;177:484-5.
13. Gallo JJ, Marino S, Ford D, Anthony JC. Filters on the pathway to mental health care, II. Sociodemographic factors. *Psychol Med*. 1995 Nov;25(6):1149-60.
14. Forsberg YWoC. Att göra systematiska litteraturstudier. Stockholm: Författarna och Bokförlaget Natur och Kultur; 2008.
15. Eichler M, Burke MA. The BIAS FREE Framework - A practical tool for identifying and eliminating social biases in health research. Geneva, Switzerland 2006.



16. Ahmadi A, Ytterstad B. Prevention of self-immolation by community-based intervention. *Burns*. 2007 Dec;33(8):1032-40.
17. Mishara BL, Daigle MS. Effects of different telephone intervention styles with suicidal callers at two suicide prevention centers: an empirical investigation. *Am J Community Psychol*. 1997 Dec;25(6):861-85.
18. Ono Y, Awata S, Iida H, Ishida Y, Ishizuka N, Iwasa H, et al. A community intervention trial of multimodal suicide prevention program in Japan: a novel multimodal community intervention program to prevent suicide and suicide attempt in Japan, NOCOMIT-J. *BMC Public Health*. 2008;8:315.
19. Oyama H, Watanabe N, Ono Y, Sakashita T, Takenoshita Y, Taguchi M, et al. Community-based suicide prevention through group activity for the elderly successfully reduced the high suicide rate for females. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2005 Jun;59(3):337-44.
20. Szanto K, Kalmar S, Hendin H, Rihmer Z, Mann JJ. A suicide prevention program in a region with a very high suicide rate. *Arch Gen Psychiatry*. 2007 Aug;64(8):914-20.
21. Dedic G, Panic M. Suicide prevention program in the Army of Serbia and Montenegro. *Mil Med*. 2007 May;172(5):551-5.
22. Rozanov VA, Mokhovikov AN, Stiliha R. Successful model of suicide prevention in the Ukraine military environment. *Crisis*. 2002;23(4):171-7.
23. Knox KL, Litts DA, Talcott GW, Feig JC, Caine ED. Risk of suicide and related adverse outcomes after exposure to a suicide prevention programme in the US Air Force: cohort study. *BMJ*. 2003 Dec 13;327(7428):1376.
24. Mishara BL, Houle J, Lavoie B. Comparison of the effects of four suicide prevention programs for family and friends of high-risk suicidal men who do not seek help themselves. *Suicide Life Threat Behav*. 2005 Jun;35(3):329-42.
25. Nakao M, Nishikitani M, Shima S, Yano E. A 2-year cohort study on the impact of an Employee Assistance Programme (EAP) on depression and suicidal thoughts in male Japanese workers. *Int Arch Occup Environ Health*. 2007 Nov;81(2):151-7.
26. Aseltine RH, Jr., DeMartino R. An outcome evaluation of the SOS Suicide Prevention Program. *Am J Public Health*. 2004 Mar;94(3):446-51.
27. Aseltine RH, Jr., James A, Schilling EA, Glanovsky J. Evaluating the SOS suicide prevention program: a replication and extension. *BMC Public Health*. 2007;7:161.
28. Zenere FJ, 3rd, Lazarus PJ. The decline of youth suicidal behavior in an urban, multicultural public school system following the introduction of a suicide prevention and intervention program. *Suicide Life Threat Behav*. 1997 Winter;27(4):387-402.
29. Thompson EA, Eggert LL, Randell BP, Pike KC. Evaluation of indicated suicide risk prevention approaches for potential high school dropouts. *Am J Public Health*. 2001 May;91(5):742-52.

30. King R, Nurcombe B, Bickman L, Hides L, Reid W. Telephone counselling for adolescent suicide prevention: changes in suicidality and mental state from beginning to end of a counselling session. *Suicide Life Threat Behav.* 2003 Winter;33(4):400-11.
31. Oyama H, Fujita M, Goto M, Shibuya H, Sakashita T. Outcomes of community-based screening for depression and suicide prevention among Japanese elders. *Gerontologist.* 2006 Dec;46(6):821-6.
32. Canetto SS. Women and suicidal behavior: a cultural analysis. *Am J Orthopsychiatry.* 2008 Apr;78(2):259-66.