



LUNDS
UNIVERSITET

Socialhögskolan

Socialt arbete med drogmissbrukare

HT 2005

“A Pill for Every Ill?”

Om kvinnors psykiska
ohälsa och
läkemedelsanvändande

Författare: Boel Gunnarsson

Handledare: Katarina Jacobsson

Abstract

According to several surveys, women's mental illness is increasing. Today the mental illness is the reason why a third of women are sick listed. Furthermore, these surveys also show an increase in the use of pharmaceuticals. For an example, has the use of antidepressant drugs multiplied by six times for the last 20 years.

The aim of this paper is to examine experiences of women's mental illness and the use of pharmaceuticals. This is looked upon from two different perspectives: the treatment perspective as well as the perspective of female users. The paper is based on interviews with a doctor, a psychiatrist, an almoner, a nurse and two women. These interviews show that women are living under constant strain with two jobs, both at work and at home. They feel a lot of responsibility and demands, from themselves as well as from others.

Primarily, Antonovsky's theory "sense of Coherence" (Sw. KASAM) is used for analysing the qualitative empirical findings, but also trains of thoughts from the field of psychosomatics.

I have found that the way women feel is reflecting the intense society that we live in and therefore the society has to change at profound levels.

Innehållsförteckning

<u>Förord</u>	4
<u>1. Introduktion</u>	5
<u>1.1 Problemformulering</u>	6
<i>Syfte och frågor</i>	7
<u>1.2 Begreppsdefinitioner och avgränsningar</u>	8
<i>Psykisk ohälsa</i>	8
<i>Läkemedelsanvändande</i>	9
<i>Socialt sammanhang</i>	9
<u>1.3 Teoretiskt perspektiv</u>	10
<u>1.4 Tidigare forskning</u>	12
<i>Genusforskning</i>	12
<i>Psykisk ohälsa och lugnande medel</i>	13
<i>Psykisk ohälsa och antidepressiva medel</i>	14
<u>2. Metod</u>	16
<u>2.1 Metodval</u>	16
<u>2.2 Urval</u>	17
<u>2.3 Intervjuerna</u>	17
<u>2.4 Etiska övervägande</u>	18
<u>2.5 Resultatens tillförlitlighet</u>	19
<u>3. Analys</u>	20
<u>3.1 Behandlarperspektiv</u>	20
<i>Situation</i>	20
<i>Förhållningssätt till livet</i>	23
<i>Ekonomi</i>	25
<i>Motiv till läkemedelsanvändande</i>	25
<u>3.2 Användarperspektiv</u>	27
<i>Utlösande faktorer till den egna psykiska ohälsan</i>	28
<i>Bemötande och stöd från andra</i>	30
<i>Motiv till läkemedelsanvändande</i>	31
<i>Kritisk syn kring användandet av läkemedel</i>	32
<u>4. Slutdiskussion</u>	34
<u>4.1 Sammanfattning</u>	34
<u>4.2 Diskussion</u>	35
<u>Referenslista</u>	37
<u>Bilaga 1</u>	39
<u>Bilaga 2</u>	40
<u>Bilaga 3</u>	41
<u>Bilaga 4</u>	42

Förord

Jag skulle här vilja passa på att tacka för all hjälp i samband med intervjuerna. Tack till undersköterska Iréne Mårtensson på Hjärups vårdcentral, enhetschef Camilla Lundgren på Psykiatrisk Öppenvård i Arlov samt psykiatriker Inger Blenow på AvenyTeamet i Helsingborg som har hjälpt mig komma i kontakt med intervjupersonerna. Naturligtvis riktar jag det största tacket till Er professionella behandlare och till Er båda kvinnor som så öppenhjärtigt ställde upp på intervju.

Jag är också tacksam för den hjälpsamhet som statistikansvarig Christer Luhtman på Apoteket AB, Distrikt Skåne samt bibliotekarierna Christina och Birgitta på Hjärups bibliotek visade.

Denna uppsats skulle inte ha blivit till om det inte vore för all hjälp och uppmuntran jag fått av min handledare Katarina Jacobsson – tack.

Uppsatsens titel är hämtad ur Doyals (1995) bok *What makes women sick*.

1. Introduktion

Kvinnors livssammanhang har de senaste femtio åren förändrats från att företrädesvis existerat inom hemmet till att nu finnas både i hemmet och i arbetslivet. Denna strukturomvandling medför förändringar, bland annat kommer kvinnor som upplever påfrestningar i hemmet även att exponeras för eventuella påfrestningar inom arbetslivet och vice versa. Kvinnor som idag är mellan 30-50 år har dessutom mödrar som var bland de första kvinnorna ute i arbetslivet. Kanske kan dessa ökade krav förklara att kvinnors psykiska ohälsa märkbart försämrats (se bl. a. Lundgren, 2005, Jeanneau, 2003). Vidare är det anmärkningsvärt att läkemedelsanvändandet bland kvinnor har ökat (Lundgren, 2005, Johansson & Wirbing, 2005).

I början av oktober redovisade Statens Folkhälsoinstitut (FHI) sin första folkhälsopolitiska rapport till regeringen (Lundgren, 2005). Enligt rapporten har kvinnors psykiska hälsa försämrats och denna negativa utveckling är ett hot mot den framtida folkhälsan. Man konstaterar att kvinnor har sämre psykisk hälsa än män och att de psykiska sjukdomarna är den största enskilda orsaken till ohälsa bland kvinnor. Symtom som ökar är framförallt sömnstörningar, depressioner, ångest, oro och andra nervösa besvär (ibid).

Förutom att kvinnors psykiska ohälsa har försämrats har dessutom försäljningen av läkemedel, såsom antidepressiva läkemedel, lugnande medel och sömnmedel, ökat.

I ovan nämnda rapport redovisas också att medicinering med *antidepressiva läkemedel* har sexfaldigats under de senaste 20 åren (ibid). Detta kan delvis förstås utav att det på 80-talet kom nya antidepressiva läkemedel, SSRI, det vill säga selektiva serotoninåterupptagningshämmare¹. Den totala försäljningen i Sverige av antidepressiva läkemedel till kvinnor väntas år 2005 vara nästan 140 miljoner dygnsdoser². Detta är en ökning med nästan 40 miljoner dygnsdoser sedan år 2000.

När det gäller *lugnande läkemedel* anger Johansson & Wirbing (2005) att försäljningen av beroendeskapande bensodiazepiner³ år 2003 uppgick till 85 % av Apoteksbolagets totala försäljning av lugnande medel. Den totala försäljningen av

¹ Serotonin är signalsubstans i ett flertal viktiga nervbanor som bl. a. har att göra med sinnesstämning, välbefinnande, oro och ångest samt sömn och vakenhet (Källa: www.ne.se).

² Uppgift, via mejl 2005-11-24, av statistikansvarig Apoteket AB, Distrikt Skåne, Christer Luhtman.

³ En grupp läkemedel som används framför allt vid behandling av ångest och sömnstörningar (Källa: www.ne.se).

lugnande medel och sömnmedel till kvinnor beräknas år 2005 uppgå till drygt 133 miljoner dygnsdoser⁴, vilket är en ökning med drygt 10 miljoner dygnsdoser sedan år 2000.

1.1 Problemformulering

Det finns enligt *Folkhälsopolitisk rapport 2005* ett starkt samband mellan den ökade psykiska ohälsan och ökade sjukskrivningar. Den psykiska ohälsan står för en tredjedel av kvinnors sjukskrivningar. Stress i kombination med brist på inflytande spelar en central roll för sjukskrivning på grund av psykisk ohälsa (Ågren, 2005).

Den psykiska hälsan har inte bara betydelse för kvinnorna själva utan även för samhällsekonomin. Ökad psykisk ohälsa innebär att en mindre andel av samhällets resurser kan användas produktivt. Studier visar att hälsa påverkar samhällsekonomin mer än vad samhällsekonomin påverkar hälsan och FHI anser därför hälsa bör få en central plats i samhällsplaneringen (Lundgren, 2005).

Även kostnaderna för läkemedel är en samhällsekonomisk fråga. Försäljningen av antidepressiva medel, för kvinnor i åldrarna 30-50 år, har de senaste fem åren ökat med 13,5 miljoner dygnsdoser. Dessutom har försäljningen av lugnande medel och sömnmedel de senaste fem åren ökat, för kvinnor mellan 30-50 år, med 3 miljoner dygnsdoser⁴.

Psykisk ohälsa kan även ses ur en naturvetenskaplig-medicinsk synvinkel, där man ser tillståndet som ett symptom, som ett fel, vilket bör åtgärdas för att hälsa ska uppnås (Lerner, 1999). För dem som anser att depression beror på störningar i hjärnfunktionen kan då användandet av läkemedel ses som en naturlig del (Furman & Valtonen, 2000). Kvinnor som lider av depression eller ångest har enligt denna utgångspunkt en obalans i signalsubstansnivåerna vilket antidepressiva läkemedel, SSRI-preparat, återställer (Löf-Johansson, 1999).

Inga-Lill Morén-Hybinette, rehabiliteringsöverläkare vid Oskarshamns lasarett beskriver kritiskt detta synsätt på följande sätt: "Kvinnorna söker för ett symptom, doktorn ställer diagnos utifrån symptomet, sin erfarenhet och sin specialitet/.../. Vården medikaliserar människors livsproblem." (Larmén, 1996, s 208).

⁴ Uppgift, via mejl 2005-11-24, av statistikansvarig Apoteket AB, Distrikt Skåne, Christer Luhtman.

Kvinnors psykiska ohälsa har av olika forskare bland annat förklarats utifrån ojämlika livsvillkor, att sjukdom är ett mer socialt accepterat beteende för kvinnor, en hårdare konkurrens mellan det yttre livets möjligheter och de inre behoven samt att kvinnor, på grund av sin cyklicitet, har en nära relation till den egna kroppen vilket därmed underlättar upptäckten av symtom och sjukdom (Puranen, 1994).

En synvinkel på kvinnors psykiska ohälsa och läkemedelsanvändande, och tillika den aspekt jag kommer att utgå ifrån, är att se det utifrån kvinnors sociala sammanhang. Den aspekt jag kommer att försöka fånga är individen i sitt livssammanhang, både fysiskt, psykiskt och socialt. Ettorre (1992) menar att för att undersöka kvinnors psykiska ohälsa och läkemedelsanvändande krävs det noggranna undersökningar där individuella och sociala sammanhang framhävs.

Kvinnors livssammanhang utgörs enligt vissa studier (Doyal, 1995, Ettorre, 1992) först och främst av kvinnornas sysslor och förhållanden på den individuella reproduktionens område, såsom hem, familj, barnuppfostran och vänkrets. Enligt Doyal (1995) och Ettorre (1992) relateras inte bara kvinnors psykiska ohälsa till detta område utan även deras användande av läkemedel förklaras utifrån familjelivet. Andra undersökningar (Jeanneau, 2003) visar att kvinnors psykiska ohälsa relateras till arbetslivet och till kombinationen arbete och familjeliv.

Kvinnors livssituation påverkas enligt Lerner (1999) av olika faktorer och till följd av det kan medicinska åtgärder få mycket olika betydelse och effekt. Hon påpekar även att det kräver både tid och kunskap för att sätta sig in i en persons sociala sammanhang och på så sätt försöka förstå vilken funktion och betydelse sjukdomen har för henne. Men för att kunna få ett helhetsperspektiv måste man studera hur en människa står i samspel med omgivningen på ett biologiskt och socialt plan (ibid).

Jag har som förebild att ha med denna helhetssyn i tankarna, men har dock varken tillräckligt med tid eller möjligheter för att i min studie kunna genomföra det fullt ut.

Syfte och frågor

Syftet är att undersöka erfarenheter av kvinnors psykiska ohälsa och läkemedelsanvändande utifrån såväl ett behandlarperspektiv som ett användarperspektiv.

Frågorna som utgår från syftet är följande:

- Hur beskriver professionella behandlare kvinnornas livssituation?
- Vilken betydelse tillskrivs läkemedel utifrån professionella behandlare?
- Hur uppfattar kvinnorna sitt sociala sammanhang?
- Hur resonerar kvinnorna kring användandet av läkemedel?

1.2 Begreppsdefinitioner och avgränsningar

Psykisk ohälsa

Med psykisk ohälsa menar jag de tillstånd som åsyftas i *Folkhälsopolitisk rapport 2005* (Lundgren, 2005); sömnstörningar, depressioner, ångest, oro och andra nervösa besvär. Jag avgränsar därmed uppsatsen till att inte beröra andra psykiatriska tillstånd och sjukdomar.

Denna form av ohälsa, definierad ”som en personlig upplevelse av obehag eller otillräcklighet” (Philipson, Uddenberg m fl, 1993, s 176), kallas i den medicinsktantropologiska litteraturen, med en engelsk term, för ”illness”. Motsatsen, ”disease”, är sjukdom definierad som avvikande provsvar.

Furman, legitimerad psykiatriker samt legitimerad psykoterapeut, och Valtonen, psykolog, (2000) definierar depression som ett tillstånd kännetecknande av sänkt stämningsläge, brist på energi och minskad aktivitet. För att kriterierna för egentlig depression ska vara uppfyllda menar författarna att det även tillhör kroppsliga och kognitiva förändringar. De anser att det vid depression och psykiska störningar dessutom är nödvändigt att förstå hur dessa tillstånd indelas. Klassifikationerna menar de är resultat av överenskommelser och att dessa ändras ofta eftersom överenskommelser sällan är slutgiltiga sanningar. Svårigheten med att finna pålitliga och bestående kännetecken på psykiska problem beror, enligt dem, på att varje människa upplever och lider på sitt individuella vis (ibid).

Puranen (1994), projektansvarig på Institutet för Framtidsstudier, menar att många sjukdomar som man inte känner orsakerna till kallas för psykiska. Hon definierar psykisk ohälsa som frustrationssjukdomar vilka ”har sin grund i känslan

av att vara otillräcklig/.../ kopplad till vår oförmåga att hantera livets risker och osäkerheter. Men frustrationssjukdomarna karaktäriseras även av ett överflöd av möjligheter – med akuta valproblem och ständig tidsbrist” (ibid, s 124).

I mina beskrivningar av kvinnors psykiska ohälsa använder jag mig av definitionen ”illness” som kvinnors egna subjektiva upplevelser av sjukdom. Jag ansluter mig dessutom till Puranens (1994) definition av psykisk ohälsa enligt ovan. Jag anser däremot att frustrationssjukdomar är ett illa valt begrepp då det kan uppfattas som något man lätt kan avfärda.

Läkemedelsanvändande

Jag har valt detta begrepp, istället för läkemedelsmissbrukare eller läkemedelsberoende, för att i möjligaste mån försöka utesluta värderingar i just användandet av läkemedel. Med läkemedel menar jag de psykofarmaka⁵ som används vid ovanstående definierade tillstånd; lugnande medel, sömnmedel och antidepressiva läkemedel.

Jag har även valt begreppet för att komma ifrån diskussionen om huruvida ett läkemedel är beroendeframkallande eller inte; det har klartgjorts att bensodiazepiner är beroendeskapande men det råder delade meningar angående de antidepressiva preparatens beroendepotential. Johansson & Wirbing (2005) å sin sida menar att dessa läkemedel kan anses vara beroendeskapande på grund av sina utsättningssymtom. Å andra sidan anser Furman & Valtonen (2000) att man inte får några fysiska avvänjningssymtom, de är inte heller svåra att sluta med. Men författarna menar att antidepressiva läkemedel ändå kan ge upphov till problem som kan jämföras med beroende då människans tro på sin egen förmåga att hjälpa sig själv minskar.

Socialt sammanhang

Med detta begrepp menar jag det sammanhang (fysiskt, psykiskt och socialt) som den individuella kvinnan lever i, på både mikro- och makronivå. Det kan vara familj, släktingar, grupp, vänner, grannar, arbete, bostad, ekonomi, fritid, hälsa, samhället, politik, religion etcetera. Listan kan göras hur lång, eller kort, som helst; alla människor är unika. Begreppet används flitigt i den litteratur jag kommit i kontakt med men tyvärr definieras det inte närmare.

Min studie omfattar endast kvinnor i åldrarna 30-50 år. Detta för att det är just i den åldern som könsskillnaden i användandet av läkemedel börjar märkas (Johansson & Wirbing, 2005).

1.3 Teoretiskt perspektiv

Jag kommer att utgå ifrån Antonovskys (2004) teori om KASAM – känsla av sammanhang. Tre begrepp är sammankopplat med KASAM; begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Dessa tre begrepp ses som viktiga delar i skapandet och upprätthållandet av hälsa. Antonovsky har i och med detta infört det salutogena sättet att tänka som en motsats till patologin⁶. Sambandet mellan de tre komponenterna i KASAM – begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet – beskrivs av Antonovsky (2004) på följande sätt: ”upplevelser av förutsägbarhet lägger grunden för komponenten begriplighet, en bra belastningsbalans lägger grunden för komponenten hanterbarhet och /.../ delaktighet i resultatet lägger grunden för komponenten meningsfullhet” (ibid, s 119).

Komponenten meningsfullhet beskrivs dock av Antonovsky som den viktigaste komponenten, eftersom om en situation inte upplevs som meningsfull spelar det ingen roll om den är både begriplig och hanterbar. Författaren tar en hemmafru som exempel och menar att även om hon både ser sin livssituation som begriplig och hanterbar kan hon sakna komponenten meningsfullhet, på grund av egna eller samhälleliga värderingar.

Tamm (2002) menar att även om Antonovsky till viss del prioriterar delarna olika, betonar författaren att det inte är komponenterna var för sig som är det viktiga utan samspelet mellan dessa som säkerställer känslan av sammanhang.

KASAM, en persons motståndskraft, byggs enligt Antonovsky (2004) upp under barn- och ungdomslivet men det är först vid inträdandet i vuxenlivet, via engagemang i andra personer, sina sociala roller och sitt arbete, som erfarenheterna förstärks eller försvagas. Tamm (2002) menar att det sker en gränsdragning av vad man anser ska finnas inom sin egen individuella gräns för känslan av sammanhang. Alla behöver till exempel inte

⁵ Samlingsnamn för läkemedel vid psykiska störningar (Källa: www.ne.se)

⁶ Läran om sjukliga processer och därav orsakade förändringar i organismen (Källa: Nordstedts Ordbok, 2003, s 767)

engagera sig i politik eller kultur för att uppleva sammanhang i livet. Författaren skriver att gränserna inte är statiska utan varierar med åldern.

Antonovsky använder sig av en metafor för att förklara vad KASAM är:

Den nutida västerländska medicinen liknas vid en välorganiserad, heroisk och tekniskt sofistikerad ansträngning att ur en strid flod dra upp människor som håller på att drunkna./---/simförmågan till stor del, om än inte enbart, bestäms av ens KASAM. Olika människor klarar sig olika bra även om floden är den samma (2004, s 117f).

Antonovsky (2004) analyserar dels förvärvsarbetarens och dels hemmafruns arbete utifrån KASAM. För förvärvsarbetaren menar han att begripligheten uppnås då en person känner tydlighet, förutsägbarhet och trygghet i arbetet. Det som är avgörande för hanterbarheten, förutom att det finns en bra arbetsmiljö och goda sociala relationer, är att det finns en balans mellan över- och underbelastning. I begreppet meningsfullhet måste det finnas en känsla av delaktighet i arbetet och social uppskattning för att man ska kunna ha ett högt KASAM (ibid).

Jag ställer mig kritisk till Antonovskys uppdelning av verksamheten i arbetslivet och i hemmet. Visserligen kan det förklaras av han skrev sitt arbete redan under 80-talet. Jag föredrar istället att se kvinnornas arbete existerande både i hemmet och i arbetslivet.

Jag kommer även att använda mig av tankegångar om psykosomatik vilken studerar samspelet mellan kroppsliga, psykiska och sociala faktorer (Lerner, 1999). Psykosomatiken betonar att dessa faktorer samverkar på olika sätt och med olika betydelse för varje individ. Både orsaken till och förloppet för en sjukdom påverkas enligt psykosomatiken av en människas biologiska och psykiska karaktär, hennes upplevelser i livet och hennes sociala sammanhang.

Författaren menar att det framförallt är psykosomatiken som påverkat den akademiska medicinen till att inte bara se patienten som objekt utan även som en kännande och upplevande människa. För att kunna förstå en persons kroppsliga och psykiska processer är det nödvändigt att förklara det utifrån en helhetssyn. Eftersom psykosomatiken går längre

än bara ett symtomtänkande kräver det både tid och kunskap för att kunna sätta sig in i en persons livshistoria och sociala sammanhang (ibid).

Enligt Lerner använder sig psykosomatiken av Antonovskys teori om känslan av sammanhang som en del av sitt helhetsperspektiv (ibid).

1.4 Tidigare forskning

Forskning har som tradition att förlita sig mer på kvantitativ, evidensbaserad forskning. Inom genusforskningen ser man behovet av kvalitativ, självupplevd kunskap för att se det kvinnospecifika i psykisk ohälsa och få en så nyanserad bild som möjligt av kvinnors situation (Jeanneau, 2003). Jag har i mina försök att finna relevant forskning sökt i Libris med ”psykisk ohälsa” och ”läkemedel” som sökord. Det finns mycket forskning om kvinnors psykiska ohälsa men betydligt mindre forskning handlar om psykisk ohälsa i kombination med läkemedelsanvändande. Och dessvärre är den, i detta avseende, relevanta litteraturen några år gammal. I nyare forskning där psykisk ohälsa och läkemedelsanvändande studerats ligger fokus ofta på missbruket eller beroendet.

Genusforskning

Puranen (1994) skriver att kvinnor löper dubbelt så stor risk att drabbas av psykisk ohälsa som män och att två tredjedelar av kvinnorna söker psykiatriker före sextiofem års ålder. Författaren gör även gällande att kvinnor står för två tredjedelar av konsumtionen av bensodiazepiner. ”Genom att behandla kvinnor med psykofarmaka blir kvinnor som bilden av kvinnor är: lugna, tysta och snälla” (Puranen, 1994, s 222f).

Puranen lägger stor vikt vid kvinnoperspektivet, där hon utgår från kvinnor som norm för kvinnor, för att på det sättet undvika vad hon kallar ”gender blindness”; medvetet välja att inte se de sociala och biologiska skillnader som föreligger mellan könen.

Författaren menar att efter neurosedynkatastrofen är man initialt mycket återhållsam med att pröva läkemedel på kvinnor. Hennes kritik rör sig däremot inte om tillvägagångssätten för läkemedelsprovningarna utan om svårigheten med

att få fram resultat som gäller för kvinnor, där analyseringar och tolkningar görs utifrån kvinnors biologi och cyklicitet (ibid).

Puranen konstaterar att frågor som rör hur olika sociala förhållanden påverkar kvinnors utsatthet för depression inte kan besvaras av den nuvarande forskningen då forskningsproblemen inte har utformats på det sättet. Puranen har däremot en intresseväckande synvinkel på kvinnors ohälsa då hon menar att en del av de diffusa tillstånd som drabbar kvinnor och som man hittills inte funnit en förklaring till kan vara orsakade av mikroorganismer. Kvinnors hårt pressade livssituation kan eventuellt försvaga immunförsvaret och därmed vara en förklaring till att det främst är kvinnor som drabbas. Författaren tar upp den nu Nobelprisaktuella forskningen av magsår, som resulterade i upptäckten av bakterien *Helicobacter pylori*, och som visar på hur en infektion kan vara orsaken på något som till synes verkade bero på stress (ibid).

Puranen skriver ”Mycket tyder på att såväl genetiska faktorer som omvärldsfaktorer samt virus och kvinnans livscykelphas spelar roll för förklaringen av dessa sammansatta symtom” (1994, s 125) men eftersom man inom både den psykologiska och medicinska forskningen utgår från mannen som norm, blir kvinnan betraktad som avvikande.

Psyisk ohälsa och lugnande medel

Olika undersökningar visar att två tredjedelar av bensodiazepinanvändarna är kvinnor (Johansson & Wirbing, 2005, Vikander, 2002, Puranen, 1994) men det råder inte samma enighet om vem som förskriver läkemedlen. Enligt Vikander (2002) står allmänläkare för cirka 70 procent av förskrivningarna, medan Johansson & Wirbing (2005) menar att ungefär hälften av förskrivningarna sker av allmänläkare. Kanhända har förhållandena förändrats under de senaste åren men jag har inte funnit några bevis för detta.

Doyal (1995) anser att den största kritiken av kvinnors användande av lugnande läkemedel har handlat om läkares agerande som orsak till användandet. Kritiken menar att läkare använder läkemedel till att styra ”neurotiska” kvinnor istället för att lösa de underliggande orsaker som förorsakar problemen. Därmed, menar Doyal, kan läkare demonstrera både sin medicinska kunskap och sin makt,

samtidigt som dessa fogliga kvinnor kan genomföra sina dagliga sysselsättningar och läkemedelsindustrin kan tjäna pengar. Författaren skriver dock att yngre läkare är mer motvilliga till att förskriva lugnande och att de hellre föredrar samtalsterapi (ibid).

Doyal refererar till studier som visar att kvinnor använder lugnande läkemedel på grund av orsaker tillhörande hem och familj. Författaren skriver också att kvinnor som själva väljer att använda lugnande gör det trots att de flesta egentligen är kritiska till läkemedlen, men de anser att fördelarna väger tyngre än nackdelarna. Doyal påpekar dock skillnaden mellan ett kort tillfälligt användande, som hon anser kan vara nödvändigt, och användandet över en längre tid. Problemet är, enligt Doyal, egentligen att med lugnande läkemedel får kvinnorna viss hjälp med symtomen medan den ohälsosamma situationen kan förevigas och utan lugnande läkemedel kan det kritiska läge bli outhärdligt medan situationen ändå inte förändras (ibid).

Ettorre (1992) menar att kvinnor, förutom att de oftare anses lida av psykisk ohälsa, även i större utsträckning anses vara i behov av lugnande medel. Enligt Ettorre leder kvinnors användande av lugnande medel, ett behov av att förbli som bilden av hur kvinnor bör vara, till att kvinnor undergräver sin underlägsenhet.

Författaren refererar till en undersökning av Nairne & Smith som påstår att anledningen till att kvinnor använder lugnande medel är samma som anledningen till att de blir deprimerade, nämligen en flykt från den betungande roll de har i hemmet (ibid).

Ettorres huvudsakliga synvinkel angående kvinnors psykiska ohälsa och läkemedelsanvändande beskriver hon som "unless society changes at deep levels, women have no remedy for their forced alienation from themselves or for their inferiority" (1992, s 12).

Psykisk ohälsa och antidepressiva medel

Furman & Valtonen (2000) menar att risken för depression minskar i och med att en persons självvaktning bevaras när hon möter andras positiva reaktioner på något som för henne själv kan kännas främmande. Men de understryker att alla människor är individuella. De hävdar dessutom att depression har en viss ärftlig benägenhet (ibid).

Författarna anser att det ställs allt för orealistiska förväntningar på antidepressiva medels effekter. De menar att människan själv hjälper till att bota sig genom att fokusera på

tillfriskningssymtom, medvetet eller omedvetet, och att det även kan vara en förklaring till medicinens effekt. Även tiden kan göra sitt. Furman & Valtonen menar att ju mindre tro en person har på sin egen insats i tillfrisknandet, ju större risk finns det att man förlitar sig helt till läkemedel (ibid).

Författarna skriver "Läkemedel med serotonin hjälper mot depression, men det bevisar inte att depression beror på serotoninbrist" (2000, s 46) och menar att många olika behandlingar kan hjälpa. De refererar till undersökningar som gjorts med sockerpiller, så kallade placebo, där cirka 35 procent tillfrisknat (ibid). Det skrivs däremot inget om hur undersökningarna gått till eller om det handlar om kvinnor eller män.

2. Metod

2.1 Metodval

Jag har gjort en empirisk studie med hjälp av kvalitativa intervjuer.

Kvalitativa intervjuer anser jag fordras för att få förståelse och insyn i kvinnors livssammanhang och för att på så sätt få mångfasetterade beskrivningar och aspekter i ämnet ”psykisk ohälsa och läkemedelsanvändande”. Holme & Solvang (1991) anser att den kvalitativa metoden, som ju syftar till att gå på djupet, resulterar i en förståelse och inte bara i en beskrivning. Sjöström (1994) menar att den kunskap som söks inom hermeneutiken⁷ är kunskapen om hur betydelser och syften kan förstås hos enskilda människor utifrån sina enskilda livssammanhang.

En annan anledning till att jag valde kvalitativa intervjuer var för att uppnå perspektivmedvetenhet och ge kompensation för den förförståelse som jag hade då jag själv inte använt mig av vare sig antidepressiva, lugnande eller sömnmedel. Jag menar att det gjorde att jag kunde närma mig problemet med ”okunniga” och nyfikna ögon och ta emot deras syn på läkemedelsanvändande i samband med psykisk ohälsa. Däremot har jag vid ett par tillfällen drabbats av ovannämnda tillstånd. Mina personliga erfarenheter blev på så sätt en tillgång då jag vid intervjuerna till viss del kunde sätta mig in i beskrivningarna. En viss risk fanns att jag hade en avståndstagande syn på läkemedel då det för min del inte funnits en tanke på läkemedelanvändning i samband med psykisk ohälsa. För att min förförståelse däremot inte skulle påverka analysen försökte jag hela tiden självkritiskt ifrågasätta mina resultat.

2.2 Urval

Ursprungligen var tanken att intervjua fem kvinnor som använde någon form av psykofarmaka. Den kontakt jag från början hoppats mest på var en kvinna som sa sig känna flera andra kvinnor vilka använde psykofarmaka, och där någon säkerligen gärna ställde upp på intervju. Trots upprepade påminnelser hörde kvinnan inte av sig. Då jag dessvärre inte heller fick något nämnvärt gensvar från de instanser, föreningar och företag jag kontaktade, först via telefon och sedan per mejl, lyckades jag inte komma i kontakt med mer än fyra kvinnor. Två av kvinnorna hoppade dessutom av bokade intervjutider (mer om detta i avsnittet ”etiska överväganden” nedan). Jag kompletterade därför det med att istället intervjua fyra professionella behandlare som på olika vis kom i kontakt med kvinnor med psykisk ohälsa; en distriktsläkare, en psykiatriker, en sjuksköterska och en kurator. Därtill kommer alltså även intervjuer med två kvinnor, vilket ger totalt sex intervjupersoner.

Jag är medveten om att antalet intervjupersoner inte kan belysa problemet ur ett generellt perspektiv men det var inte heller avsikten med studien utan jag ville som sagt istället nå nyanserade beskrivningar.

2.3 Intervjuerna

Intervjuguiden (se bil. 1) för intervju med kvinnorna var av semistrukturerad tematiserad karaktär, vilket Kvale (1997) kallar för fokuserade intervjuer. Kvale menar att samtalet är ett sätt att få kunskap och att det är särskilt tydligt inom hermeneutiken.

När jag intervjuade den första kvinnan arbetade jag med anteckningar, då jag både från tidigare erfarenhet och av Repstad (1993, s 45) känt till att bandspelare kan störa mer än det hjälper. Anteckningarna gjordes, i så stor utsträckning som möjligt, ordagrant vad som sades. Kvinnan fick dessutom läsa igenom och godkänna texten efter att jag skrivit ut den på datorn. Intervjun skedde, enligt kvinnans önskemål, hemma hos henne och varade cirka en timme.

Efter diskussion med min handledare beslöt jag däremot att fortsättningsvis använda bandspelare. Intervjun med kvinna nummer två gjordes därför med hjälp av bandspelare i

⁷ Vetenskapsteoretisk riktning som framhäver betydelsen av förståelse och inlevelse i human- och samhällsvetenskaperna (Källa: Norstedts Ordbok, 2003, s 388)

Aveny Teamets lokaler i Helsingborg. Trots att intervjun enligt min uppfattning ägde rum tidsmässigt alldeles för sent i uppsatsarbetet blev det en intressant och inspirerande intervju som varade en timme. Inspelningen var av god ljudkvalité och transkriberades därmed utan problem.

Vid intervjuerna med de professionella behandlarna utgick jag istället ifrån mer strukturerade frågor (se bil. 2), men med möjlighet till situationsanpassade frågor. Detta gjordes med tanke på att jag använde en del av deras redan hårt belastade arbetstid.

Distriktsläkaren intervjuade jag med hjälp av bandspelare på hans mottagning på vårdcentralen. Då hans svar var relativt korta varade intervjun bara en halvtimme. Ljudkvalitén på bandet var god och jag kunde därmed utan svårigheter transkribera intervjun ordagrant.

De tre andra professionella behandlarna arbetade alla på en psykiatrisk öppenvårdsmottagning. Deras enhetschef bad att jag i förväg skulle mejla frågorna dit, vilket också gjordes. Det var meningen att jag skulle träffa dem enskilt, men av tidsbrist ändrades det till två tillfällen; ett med psykiatrikern och sjuksköterskan samt ett med kuratorn. Första intervjun varade en timme medan den andra varade 45 minuter. De båda första intervjupersonerna hade en del frågor och kommentarer som de ville ställa innan jag startade bandspelaren, för att få mina frågor förtydligade. Det fördes då en intressant diskussion där båda två kom med intressanta kommentarer och synpunkter. Båda hade arbetat cirka 35 år var inom psykiatrin och var mer än väl kunniga i ämnet och delade gärna med sig av sin erfarenhet. När väl bandspelaren sattes på var deras uttalanden inte lika uttömmande. Det var därtill mest läkaren som pratade och det blev även en tystare samtalsstund vilket resulterade i stundtals dålig ljudkvalité på bandet. Detta försvårade på sina ställen transkriberingen avsevärt. De bitar som varit svåra att höra har därmed utelämnats i analysen för att de inte skulle feltolkas.

2.4 Etiska övervägande

I mina försök att få tag på intervjupersoner kontaktade jag företag, instanser och föreningar som kom i kontakt med kvinnor som kommit en bit på vägen med sin psykiska ohälsa,

exempelvis olika rehabiliteringsföretag, RSMH⁸ och Försäkringskassan. Detta då jag trodde att dessa kvinnor hade lättare för att prata om sin situation än dem som nyligen drabbats. Trots att psykisk ohälsa är vanligt förekommande bland kvinnor är det ändå ofta förknippat med skuld och skam.

Även om de, när jag först kontaktade dem per telefon, menade att det var en intressant synvinkel, gav de mig dessvärre ingen påfallande respons på min förfrågan per mejl (se bil. 3). Ett rehabiliteringsföretag menade att de redan var överlastade med arbete. Det enda givande gensvar jag fick var från Aveny Teamet⁹ i Helsingborg. De kontaktade mig för att få ett personligt brev (se bil. 4) som de i sin tur kunde ge till de kvinnor som eventuellt ville ställa upp på en intervju. Trots att så gjordes var det bara en kvinna som några veckor senare hörde av sig. Då psykisk ohälsa är ett personligt och känsligt ämne kunde jag inte envist uppmana om hjälp utan fick acceptera utebliven medverkan.

Jag fick av samma anledning även respektera de båda kvinnornas avbokade intervjutider. Den ena kvinna berättade dessutom, via en bekant, att hon var nere i en ”djup svacka”.

2.5 Resultatens tillförlitlighet

Jag är medveten om att de resultat jag fått fram via intervjuerna inte är hela spekrat utan mångskiftande beskrivningar. Kanske hade de berättat något annat vid ett annat tillfälle. De professionella behandlarnas beskrivningar är därtill skildrade ur det som de uppfattar är mest specifikt för dessa kvinnor. Holme & Solvang (1991) menar att då den kvalitativa metoden är anpassad efter källans situation finns det en risk för att det som framkommer inte gäller för andra. Studiens reabilitet kan därmed sägas vara av en lägre grad. Holme & Solvang (ibid) menar att det är svårt att få en hög reabilitet med en kvalitativ studie. Jag anser trots det att resultatet är trovärdigt eftersom det är verklighet för dem just vid det intervjutillfället. Intervjuerna spelades dessutom in på band och har transkriberats ordagrant, så de uttalanden som görs i texten är ord för ord samma som under intervjun.

⁸ Riksförbundet för Social och Mental Hälsa

⁹ En privat mottagning för människor med psykisk ohälsa (se http://www.halsosjukvard.praktikertjanst.se/default_5228.aspx)

Vid de tillfällen då ljudkvalitén varit undermålig har jag inte använt det som sagts för att förhindra feltolkningar.

En studies validitet är enligt Holme & Solvang (ibid) hög då det som undersökts har varit avsett att undersökas. Jag anser på grundval av ovanstående att validiteten för denna studie är hög.

3. Analys

Jag kommer i min resultatredovisning att utgå först ifrån de fyra professionella behandlarnas uppfattning och därefter ifrån de båda kvinnornas beskrivning. Jag har även valt att använda mig av många uttalanden ifrån intervjupersonerna, detta för att jag anser det vara dessa som utgör själva grunden för analysen.

3.1 Behandlarperspektiv

Det som av behandlarna har sagts mig vara utmärkande beträffande kvinnor i samband med psykisk ohälsa är likartade mönster av kvinnornas situation, deras förhållningssätt till livet samt deras ekonomi. Behandlarna har även redogjort för sin uppfattning av olika motiv till läkemedelsanvändande. Jag kommer därför att genomföra analysen utifrån dessa områden och där väva in både teorier och jämförelser med eventuell tidigare forskning.

Jag benämner de fyra professionella behandlarna som jag intervjuat ”behandlarna” och kommer därmed inte att urskilja vem som sagt vad. Detta framförallt för att undvika uppfattningen att exempelvis distriktsläkare generellt tycker si eller så, men även utav anonymitetsskäl.

Situation

Kvinnornas situation uppfattas gemensamt från behandlarnas sida som pressad. En av dem uttrycker:

Och man kan väl säga att när det gäller kvinnor så är det alls ej ovanligt att de har arbete som har stora påfrestningar på dem, stressade, de har dubbelarbete, de har många krav på sig. Och det påverkar situationen. /.../ Under en period hade vi lärare som var väldigt pressade. Det berodde på omorganisationer, stökiga klasser, stora klasser, oförstående föräldrar, elever som kallade dem för horor. Förvildad social miljö skulle man kunna säga.

En behandlare pekar på den stora skillnad hon uppfattar finns i kvinnornas sociala situation:

Det finns kvinnor som är ensamma, som har det ganska torftigt. Som alltså är väldigt ensamma. Som har väldigt mycket ansvar, bär väldigt mycket själva. Det finns också kvinnor som har gjort karriär, som har väldigt mycket omkring sig. Men som också då har väldigt mycket ansvar.

I samtal med ett par av behandlarna framkommer det att ofta har kvinnorna en arbetssituation som de inte kan påverka, många omorganisationer, stressig miljö, dåligt arbetsklimat och arbetsledare som inte riktigt förstår kvinnornas situation. Äldrevården gavs som exempel på en arbetsplats som på vissa håll kunde vara sådan. Stämningen på arbetsplatsen kan enligt några av behandlarna vara avgörande för hur hälsosam en arbetsmiljö är. En av behandlarna berättar att arbetsbelastningen kan bli ännu högre vid en sjukskrivning då det inte alltid ersätts med vikarie. Behandlaren menar att det drabbar förutom dem som är kvar på arbetsplatsen även den sjukskrivne som kan få dåligt samvete gentemot sina arbetskolligor. Har den sjukskrivne däremot ingen bra arbetsmiljö kan hon enligt behandlaren istället må dåligt inför att möta arbetskolligorerna när hon blir frisk igen.

En annan situation som kvinnor även sägs befinna sig i är utanförskap, både vad gäller arbetslivet och samhället i stort. Antingen handlar det om kvinnor som inte kommit in på arbetsmarknaden eller som arbetar med något de uppfattar vara understimulerande eller som de egentligen är överkvalificerade för menar ett par behandlare. En behandlare berättar

att situationen kan bli ansträngd: *Det kan vara framförallt kvinnor som inte har kommit in i systemet eller inte har kommit in i samhället alls och inte kan språket.*

En sak som utmärker sig i deras berättelser är att kvinnornas situation uppfattas vara sammansatt av både hem och arbete. En behandlare sammanfattar: *Man kanske har levt i flera relationer och det blir problem med relationerna som hänger efter. Och de ska fungera på arbetsmarknaden, i arbeten som ofta kräver mer och mer utav dem.*

Under intervjuerna blir det tydligt hur kvinnor ofta upplevs arbeta med människovård i en eller annan form, både i hemmet och i arbetslivet, en behandlare säger: *överbägende kvinnor jag har träffat, sen jag började här, jobbar inom människovårdande yrken, faktiskt. Både inom vård och skola.*

Det berättas dessutom att det inte alltid är i samband med yttre situationer som psykisk ohälsa förekommer utan även i samband med sjukdomar som exempelvis hjärtinfarkt och cancersjukdomar. En av behandlarna tillägger: *Kropp och själ går ju inte att dela upp.*

För att kunna redogöra för de tre komponenter, meningsfullhet, hanterbarhet och begriplighet, som är sammankopplade med KASAM är det tvunget att peka på det komplexa i kvinnornas roll. De ska både vara dotter, mamma, maka, vän, arbetstagarare (alternativt arbetssökande). De lever dessutom i ett samhälle som generellt undergräver kvinnans ställning; kvinnor tjänar mindre, många arbetar deltid och de arbetar ofta i mindre prestigefyllda yrken. Antonovsky (2004) menar att litteraturen om arbetsbetingad stress helt bortser från den historiska och sociostrukturella situation som arbetet är placerad i.

Puranen (1994) menar att en möjlig förklaring till att det främst är kvinnor som drabbas av psykisk ohälsa är att kvinnors immunförsvar eventuellt försvagas av deras hårt pressade livssituation. Även om det är drygt 10 år sedan Puranen påpekade bristen i utformandet av forskningen för att få fram fakta av den typen, har jag inte funnit någon sådan forskning. Kanhända är det för att jag sökt på forskning som behandlar både psykisk ohälsa och läkemedel.

En teori ur psykosomatisk synvinkel är att den mest verkningsfulla komponenten i det psykologiska omhändertagandet är ett mänskligt och empatiskt behandlande av en persons ångest (Lerner, 1999). Författaren menar att sjukvården, trots teoretiska kunskaper och goda föresatser, inte i tillräcklig utsträckning sätter sig in i patienternas historia och sociala

sammanhang. Trots sin kritik pekar författaren dock på att det ibland finns psykologer och kuratorer integrerade i vårdarbetet, vilket medför en positiv helhetssyn (ibid). Min studie har visat på den frekvens som psykolog och kurator kan förekomma inom vården. Distriktsläkarens uppfattning var att man med lätthet kunde få tid hos deras kurator. På den psykiatriska öppenvårdsmottagningen var övervägande dörrar skyltade med kurator eller socionom.

Förhållningssätt till livet

Förhållningssättet kan även det handla om en slags press, men då en inre press att prestera. Men det handlar även om andras krav på en själv. En av behandlarna uttrycker det:

Många gånger tror jag att det handlar om kvinnor som är väldigt pressade, som har väldigt höga krav på sig själva. Som ska arbeta, som ska uppfostra barn, som ska räcka till för vänner och föräldrar kanske /.../. Och upp till 50 år då har vi kvinnor som har vuxna barn, ibland vuxna barn, som bor hemma, som är arbetslösa, som väcker väldigt mycket oro. Och de har föräldrar som håller på att börja bli dåliga. Så att jag tycker att många kvinnor som jag träffar har det väldigt, väldigt tungt socialt.

En annan behandlare ger sin syn på förhållningssätt till livet:

Det kan vara uppfostran som disponerar för ångest när man kommer i vissa pressade situationer./.../ Nja, äh... man kan väl säga att det är ju det här gamla uttrycket att det är ju inte hur man har det, utan hur man tar det. Alltså att två livssituationer som utifrån sett kan se ganska liknande ut, det kan ju den ena personen uppleva som en katastrof, en annan person kan ju ta det väldigt lugnt. Därför att man liksom upplever det som händer väldigt olika.

Det är i intervjuerna påtagligt att kvinnor uppfattas vara mer benägna än män att söka hjälp. Kvinnor uppges även ha lättare för att se problemen och att prata om dem. En behandlare berättar:

Dels kan det vara så att kvinnor känner efter mer, på ett annat sätt. Alltså kvinnor är... Det är mer tillåtet för kvinnor att ha känslor, att visa känslor. Eller vad man säger... svaghet, alltså den typen av känslor som kan uttrycka att de är svaga. Det är kanske lättare för kvinnor att uttrycka. /.../ Så jag kan tänka att det är lite grand i våra könsroller att kvinnor... dels att man som jag sa tidigare, tar på sig mycket ansvar, har mycket det med att vara duktiga, att göra väldigt mycket, ta ansvar för många delar och så.

En annan av behandlarna uttrycker motsatsen så här: *Ibland om en patient förtränger saker så kan det ta flera besök innan patienten över huvud taget kan komma till insikt vad det här rör sig om. Då är det mycket besvärligt.*

På min fråga om hur det kan se ut med självkänslan hos de kvinnor som söker hjälp för psykisk ohälsa menar en behandlare att hon oftast inte kopplar kvinnors självkänsla till det psykiska måendet: *Men det är också kvinnor som har ett gott självförtroende men som likväl tar på sig väldigt mycket. Som får det väldigt tungt. Som tycker att de borde klara ännu mer, men där man egentligen undrar hur de klarar det de gör.*

Antonovsky (2004) menar att det för känslan av hanterbarhet krävs att det finns nödvändiga resurser till hands, både i form av kunskap, individuellt och strukturellt underlag samt en fungerande informell social struktur. Jag anser att det tydligt framkommer i intervjuerna hur det uppfattas vara med dessa kvinnors känsla av hanterbarhet. Bland annat sätter en behandlare fingret på det genom uttalandet ”det är inte hur man har det utan hur man tar det”. Dels kan det förklaras av ett mer individualiserat samhälle och dels av ökade krav. Ser man det ur KASAMs synvinkel så är det något som skapas tidigt. Enligt Antonovsky (ibid) grundläggs en persons KASAM under barn- och ungdomslivet. Under livets tredje årtionde skapas en identitet och en social roll med hjälp av livserfarenheterna. Författaren menar att

man vid 30-års ålder ”har fått en bestämd placering på KASAM-kontinuet” (2004, s 150). Det som enligt Antonovsky är utmärkande för en person med stark KASAM är att trots att även hon kan möta motgångar så har hon förmågan att aktivera sina generella motståndskrafter och kan därmed återskapa balans i livet. Tamm (2002) menar att personer med stark KASAM antingen försöker ändra en problemfylld situation eller ändra sin uppfattning om situationen. Antonovsky (2004) anser att de som däremot har en måttlig eller svag KASAM har en större risk för att hamna på en ytterligare sämre nivå på grund av sina generella motståndsbrister.

Ekonomi

Intervjupersonerna framhåller att även om psykisk ohälsa kan drabba folk i alla samhällsklasser så uppfattar de att det är vanligast att det drabbar dem som redan har det svårt ekonomiskt. *Oftast lever de så på marginalen när det gäller ekonomiskt*, säger en behandlare.

En sak som är tydlig i intervjuerna är att långa sjukskrivningar dessutom är utarmande för ekonomin och därför i sin tur ökar den psykiska ohälsan. En behandlare uttrycker:

Ja... alltså något som är väldigt påtagligt är när människor blir sjuka så får de väldigt stora problem med ekonomin. Och det är något som fortsätter... Bekymmer med ekonomin gör att man mår ännu sämre. Det blir ytterligare ett problem med hur man ska få det att gå runt. Ja... som gör att man blir ännu mer pressad, ännu längre sjukskrivning. För att inte tala om när man får sjukersättning, då får man ännu sämre ekonomi. Så ekonomin, tycker jag i alla fall, är i stor betydelse när man blir sjuk, och inte orkar mer. På det som man redan söker för.

Motiv till läkemedelsanvändande

Den betydelse läkemedel har för kvinnor med psykisk ohälsa skiljer sig enligt intervjupersonerna från tillfälle till tillfälle. Det skiljer sig även åt mellan behandlarna hur man generellt ser på psykisk ohälsa och läkemedel. En av behandlarna uttrycker: *Om man*

till exempel har svårt att ta itu med saker, tycker allting är tråkigt och tycker man är en dålig människa och man sover dåligt och vaknar tidigt och så vidare, då kallar man det depression. Och då brukar man ge medicin och samtal, det är det bästa faktiskt. Samma behandlare påpekar att man inte kan dra all psykofarmaka över en kam utan:

När det gäller oros- och depressionstillstånd och sömnsvårigheter så är det ofta bensodiazepiner, antidepressiva och så kallade insomningstabletter som används. Och min uppfattning är väl att det finns psykofarmaka som man bör ta och det finns psykofarmaka som man ska ta så lite som möjligt.

En annan behandlare resonerar om sin uppfattning av kvinnornas behov av samtal och av läkemedel:

Ja... alltså de två stora områdena det är ju dels samtal, att få prata med någon. Som många säger när de ringer "jag måste få prata med någon". Och så är det då medicin. Att få någonting... det finns ju klart de här som vill ha något lugnande. Någonting att sova på till natten. Eller något antidepressivt. /.../ Men man är ju rädd för att skriva ut sömnmedicin och sånt där, under någon längre tid. Utan det kan behövas i ett akut läge. Antidepressiv medicinering vet man ju har bra effekt. Och det är ju inte beroendeframkallande på det sättet. Men... jag tycker att väldigt många vill ha samtal. Jag tycker ofta att det är det de efterfrågar mer än medicin.

En behandlare menar att motiven till att läkare rekommenderar läkemedel är:

Om det är så att de beskriver distinkta symtom som till exempel depression med vissa svårigheter kring glömska, koncentrationssvårigheter, nedvärderande idéer, sänkt självkänsla, svårigheter att få saker gjorda då vet man av erfarenhet att då kan antidepressiva hjälpa. Andra tillstånd då man kan rekommendera medicin är attackvis påkommande oro och

ångestattacker. Och förekommer de i en viss frekvens och så pass besvärande så att man börjar bli rädd för att få dem igen så vet man också att antidepressiva kan hjälpa mot sådana besvär.

På min fråga om varför kvinnor enligt statistiken oftare ordineras psykofarmaka svarar en av behandlarna: *Det tror jag är att kvinnor är mer öppna och berättar om... detta att berätta om att man mår psykiskt illa.* En annan behandlare menar: *Ja... det är kanske så att kvinnor är mer pressade. Jag skulle nog våga tro att det är så. Att just kvinnor har mer av det här att ta hand om. Har mer av att bekymra sig för... för anhöriga.* Samtliga behandlare uppfattar däremot att det även beror på att kvinnor oftare söker hjälp.

Som motsats till Doyals (1995) kritik till läkares agerande och inställning till läkemedelsanvändande kan jag från mina intervjuer ge exempel på en annan åsikt. En äldre, erfaren läkare som sa sig vara restriktiv till att förskriva både bensodiazepiner och sömnmedel på grund av dess beroendepotential. Det framkommer inte om Doyals kritik inte gäller svenska förhållanden eller om denna läkare var unik i sina åsikter.

Behandlarna uttrycker att psykofarmaka hjälper mot psykisk ohälsa. Är detta hela sanningen till de ökade förskrivningarna eller ligger det även något i det som Puranen skriver "Genom att behandla kvinnor med psykofarmaka blir kvinnor som bilden av kvinnor är: lugna, tysta och snälla" (Puranen, 1994, s 222f)?

3.2 Användarperspektiv

De teman som varit utmärkande i intervjuerna med kvinnorna har varit; utlösande faktorer till den egna psykiska ohälsan, bemötande och stöd från andra, motiv till läkemedelsanvändande och kvinnornas kritiska syn kring användandet av läkemedel. Jag kommer här att göra på samma sätt som i analysen av intervjuerna med behandlarna, nämligen väva in både teorier och jämförelser med eventuell tidigare forskning.

För att underlätta läsningen, men bevara anonymiteten, kommer jag att namnge kvinnorna med fingerade namn – Anna och Kristina.

Utlösande faktorer till den egna psykiska ohälsan

De båda kvinnornas berättelser skiljer sig åt vad gäller deras sociala situationer vid tiden då de har drabbats av psykisk ohälsa. Båda har däremot under lång tid arbetat med socialt arbete för ungdomar. De har båda två trivts med sina arbeten och känt sig uppskattade av kolleger och ungdomar.

Anna har två barn som varit mycket sjuka, med ibland täta ambulanstransporter under sina första levnadsår. Hon berättar att hon då drabbades av mindre depressioner: *När deras sjukdomar började klinga av, fortfarande var det ibland ambulans, började jag känna. Visste inte vem jag var längre.* Anna är väldigt engagerad i sina barn. Hon har en nära kontakt med sin släkt och har även många nära vänner. Anna menar att den utlösande faktorn för hennes psykiska ohälsa var skilsmässan. Skillnaden denna gång från tidigare depressioner uttrycker hon så här: *Jag hade tappat livsgnistan, det var både värre och annorlunda än de andra gångerna. De andra gångerna hade jag fungerat socialt. Nu mådde barnen dåligt av hur jag mådde. Nu gav det konsekvenser.*

Kristina har vuxna barn och har under sina många år med socialt arbete haft flera chefspositioner. Hon har alltid gått in för sitt arbete och varit oerhört engagerad vilket hon beskriver på följande sätt:

Och jag tillhör dom här som gärna börjar dagen och avslutar dagen och försöker att hålla koll på allt. Och inbillar mig lite grand att om inte jag är där så kommer allting att gå åt helsike. /.../ Så hela tiden tror jag att jag jobbat med sånt som blivit väldigt intensivt. Och har nog varit dålig på att delegera, har nog inte litat på att andra förstod själva innebörden i vad som skulle göras. Ställt rätt mycket krav. Framförallt har jag ställt väldigt mycket krav på mig.

Kristina har stor umgängeskrets med många goda vänner. Tiden innan hon drabbades av psykisk ohälsa började hon efter hand förändras. Kristina beskriver det på följande sätt: *Hade ingen lust till nånting utan bara plikt känslan då. Att det var jag som höll i min verksamhet, jag måste va igång, och så. /.../ Och jag märkte att jag mer och mer skar av, så jag umgicks inte med någon.* Någon enskild utlösande faktor för hennes psykiska ohälsa

verkar inte finnas, utan det handlar istället om en längre tids överbelastning med olika somatiska besvär som följd. Det som blev den största varningsklockan för hennes del var en händelse:

Men... om jag ska titta tillbaka, det som hände var i alla fall att helt plötsligt en dag stod jag och skulle tanka min bil och... jag hittade inte hem. Jag visste inte var jag var. Jag ringde min son på mobilen och sa; jag vet inte var jag är. Jag hittar inte här ifrån, jag kommer inte på hur jag ska ta mig härifrån.

Känslan av meningsfullhet i en kvinnas sysselsättning, vilket jag berört tidigare vara både i hemmet och på arbetet, är enligt Antonovsky (2004) beroende av hur man upplever det vara socialt värderat. Det är även beroende av om det skapar stolthet och glädje, vilket inflytande man har på den övergripande processen, hur stor möjlighet man har att påverka det man gör och om man uppfattar andras kontroll som legitimt utförd. Som jag uppfattar Annas och Kristinas känsla av meningsfullhet så verkar den vara god fram till deras liv förändras. Efter Annas man lämnar henne uttrycker hon att hon tappar livsgnistan. Kristinas å sin sida uttrycker att hon bara har en plikt-känsla i arbetet. Tamm (2002) menar att om en person har en hög grad av meningsfullhet så kommer hon även att vara starkt motiverad till att hitta resurser för att hantera situationen. Jag menar att utvägarna för att klara av ett problem även beror på hur personen ifråga blir bemött. Kristinas omgivning är van vid att hon vill bli lämnad ifred, dessutom är det enda bemötandet från sjukvården en sjukskrivning.

Antonovsky (2004) skriver att för känslan av hanterbarhet är det viktigt med en adekvat belastningsbalans. Även om överbelastning är det största problemet vad gäller hanterbarheten, påpekar författaren dock att man inte får glömma bort att även underbelastningen kan få konsekvenser för psykisk ohälsa. Antonovsky (ibid) menar att det som också påverkar känslan av hanterbarhet är ”ofta återkommande akut överbelastning utan tillräckliga möjligheter till vila och återhämtning” (s 142). Kristinas berättelse är enligt min tolkning av Antonovskys teori en tydlig skildring av vilka följder en allt för lång tids överbelastning kan få.

Bemötande och stöd från andra

Andras bemötande och/eller stöd får enligt Anna och Kristina återverkningar på måendet.

Anna uttrycker följande:

Jag känner att jag inte har stöd av min chef, trots kommentar till honom om att det hade hjälpt. Det största hindret just nu är att min chef säger nej. Rehabiliteringen är inte tillräcklig. Jag får driva allt själv. Jag hade velat ha ett bättre bemötande ifrån min arbetsgivare. Han tycker att det inte har gått förut när jag börjat arbeta efter full sjukskrivning. Han är panikslagen för att han inte la märke till det förut – han tar på sig ett knepigt ansvar. Jag ville ju inte att han skulle märka, jag är duktig på att dölja för omgivningen.

Anna berättar angående sin långa sjukskrivningstid och tillhörande läkemedelsanvändande: *Efter sjukskrivning en lång tid förväntas man må bra. Både andras och egen förväntning. Folk orkar inte höra mer. Anna beskriver sitt stöd från andra: Jag har stöd av läkare och terapeut. Jag tror att det är avgörande för hur det går. Men jag har även stöd av mina nära /.../ Jag var inte ensam utan kände jag hade omgivningen med mig. Men det är inte alltid som det välbehövligen stödet kommer från en medmänniska – Anna berättar: Jag vände i måendet när jag skaffade hund.*

Kristina skildrar hur hon under lång tid bara blev sjukskriven utan övrigt bemötande från sjukvårdens sida. Hon beskriver att det visserligen kändes skönt men tillägger: *Och där kan jag tycka att... det är det enda jag som jag kan säga, att där kanske dom... skulle ha... drivit på, för det är ju klart att det stod klart för dom vad det var för fel på mig.*

Kristina berättar att hennes barn uppfattade henne som annorlunda mot förut och att de därför bekymrade sig väldigt för henne. Kristina beskriver att hon utåt visade sig stark och inte släppte in andra i hur hon egentligen mådde. På min fråga om det var någon som ändå märkte hur det stod till svarar hon: *Ja, det var det, men jag tycker nog inte att det var någon som konfronterade mig riktigt. Kristina säger att inte ens de vänner hon har som egentligen borde ha sett hur hon mådde gjorde något. Bland annat skildrar hon ett uttalande: Så jag kommer ihåg när hon sa till mig; du vet, en bra människa för mig är en människa som*

håller avtal. Så hon sa, du hör av dig när du orkar hålla ett enda avtal. Kristinas egen förklaring på vännernas bemötande är: Alltså, även för människor som jobbar med sånt här, så var jag så pass, tror jag, stark i mitt... att jag vill va ifred.

Antonovsky (2004) skriver att det fordras både tydlighet, förutsägbarhet och trygghet för att en känsla av begripbarhet ska finnas. Författaren menar att en god kännedom om andra roller i den aktuella miljön, med alternativa lösningar, med generella mål och med planering främjar en begriplig bild av ens värld. I fungerande sociala relationer, både i arbetet och privat, finns det gemensamma värderingar, normgivande förväntningar, gemensamt språk och positiv feedback. Antonovsky menar att det förstärker känslan av förutsägbarhet och trygghet (ibid).

Motiv till läkemedelsanvändande

Anna berättar att hon först gått till läkare för att hon inte kunde sova. Hon bad då att få sömntabletter vilket hon också fick. Men när hon inte tyckte de gav någon hjälp ”i det stora hela” gick hon på nytt till läkare:

... kontaktade jag vårdcentralen igen för jag var helt slut och hade ont i kroppen. Det var en annan läkare, hon var bra, hon lyssnade in. Läkaren sa att det inte räckte att kunna sova, såg att det inte var medicin jag behövde. Hon sa ett det var en krisreaktion och remitterade mig till kuratorn på vårdcentralen en gång i veckan. Det var en hjälp men jag mådde fortfarande skit. Jag var aggressiv och gjorde vansinniga saker. Jag kunde inte tänka var bara arg, var i psykisk obalans. Det var inte jag.

Anna vidareutvecklar sina tankar om sitt motiv till läkemedelsanvändande: *Tiden har fått mig att tänka klart. /.../ Läkarkontakterna och medicinerna har gjort att jag inte känt mig stå ensam.*

Kristina berättar att hon har fått en positiv effekt av sitt läkemedelsanvändande: *Det här med att tappa minnet och tappa språket - Det har jag ju fått tillbaka. Jag skulle inte kunnat prata med dig för ett år sen.*

Både Anna och Kristina berättar att de känt sig hjälpta av sina läkemedel. Men de berättar även om hur de upplevt sig nästintill tvungna till att använda läkemedel därför att läkare respektive psykolog förklarat för dem att läkemedel mer eller mindre krävdes för att de skulle må bättre igen. Anna som å sin sida efterfrågat läkemedel vid tidigare tillfälle säger: *läkaren sa att jag var mer eller mindre tvungen. Jag ansåg mig inte ha något val, inget funkade längre.* Kristina som å andra sidan aldrig bett om läkemedel, har trots det accepterat dem. Hon berättar: *Men jag personligen har aldrig känt att jag har efterfrågat... att ta medicin. Utan det är som jag har blivit övertalad.*

Här kan dras vissa jämförelser till Doyals (1995) kritik till läkarnas makt över kvinnorna. De två kvinnor jag har intervjuat har båda beskrivit ett slags behov av sina professionella behandlare. Men till skillnad från hur Doyal anser det vara så har dessa båda kvinnor inte redogjort för någon uppfattning att det handlat om makt från behandlarna. Anna upplever det å sin sida mer som att somligas agerande handlar om resurssvaghet och säger: *Psykiatriker förskriver alltid medicin; det är det enda de har att ta till.*

Anna beskriver även hur hon bemöttes med en vidare syn när hon andra gången träffade en läkare på vårdcentralen som sa att det inte räckte med att kunna sova. Det handlar som jag ser det lite av den helhetssyn som Lerner (1999) anser krävs ur psykosomatisk synvinkel. Däremot kan det knappast anses att Kristina bemöttes med en helhetssyn av sjukvården när de under lång tid endast sjukskrev henne. Lerner (ibid) menar att ett hinder för ett psykosomatiskt perspektiv inom sjukvården är att det bryter mot den syn på symtombildning som den akademiska medicinen har.

Kritisk syn kring användandet av läkemedel

Både Anna och Kristina har även en kritisk syn på läkemedelsanvändande. Anna berättar angående motiven till att försöka sluta med läkemedel vid ett depressionstillfälle några år tidigare:

Jag tyckte inte att man ska behöva ta mediciner för att må bra i själen så jag slutade efter drygt ett år. Min man och jag hade diskussioner om att ta medicin. Jag tyckte det var medicinernas fel att jag inte fick ordning på livet. Beslutet att sluta berodde även på press; diskussionerna,

samhällsdebatt och andras tyckande. Jag måste kunna hantera problem utan medicin.

Anna beskriver också när hon vid premenstruella besvär blivit rekommenderad använda antidepressiva medel:

Jag sa nej och läkaren respekterade det. Jag tyckte inte att det hjälpt tidigare. Man måste ändra på sin livssituation. Det är svårt att avgöra om medicinen hjälper till att ändra livssituationen. Jag är frågande till om de hjälper... om medicin hjälper till att ändra tankemönster.

Kristina beskriver att hon alltid haft ett förhållandevis restriktivt förhållningssätt till läkemedel: *Alltså att jag har tänkt det här att... Lite det här att det är en genväg.* En del av hennes restriktiva förhållningssätt består även i dess biverkningar: *Jag var rädd för det, för jag hade hört att man kunde bli sämre i början. Jag kände att jag tänkte så, men Gud kan... jag tänkte, jag orkar inte bli sämre för då hoppar jag i sjön. Det var verkligen mörkt omkring mig då.*

Furman och Valtonen (2000) anser att det ställs allt för orealistiska förväntningar på antidepressiva medels effekter. De menar att när en människa, medvetet eller omedvetet, fokuserar på tillfriskningssymtom så hjälper hon till att bota sig själv. Författarna menar att ju mindre tro en person har på sin egen insats i tillfrisknandet, ju större risk finns det att man förlitar sig helt till läkemedel (ibid).

4. Slutdiskussion

4.1 Sammanfattning

Det har framkommit att kvinnors psykiska ohälsa blir allt sämre, samtidigt som läkemedelsanvändningen ökat i betydande utsträckning. Svenska kvinnor mellan 30-50 år använder sammanlagt drygt 68 miljoner dygnsdoser av antidepressiva, lugnande och sömnmedel. Vilket är en ökning med 34 % på fem år. För att undersöka kvinnors psykiska ohälsa och läkemedelsanvändande menar olika forskare att det krävs att man studerar hur människan står i samspel med omgivningen och där de individuella och sociala sammanhangen betonas (Ettorre, 1992 och Lerner, 1999). Puranen (1994) gör gällande att kvinnor har dubbelt så stor risk jämfört med män att drabbas av psykisk ohälsa. Hon menar att då man i psykologisk och medicinsk forskning utgår från mannen som norm, betraktas kvinnan som avvikande. En del forskare pekar på kritiken till att läkare använder läkemedel för att styra neurotiska kvinnor (Doyal, 1995) medan andra pekar på att risken med att helt förlita sig till läkemedel, gör att människan har mindre tilltro till sin egen insats (Furman & Valtonen, 2000).

Syftet med studien var att, utifrån både ett behandlarperspektiv och ett användarperspektiv, undersöka erfarenheter av kvinnors psykiska ohälsa och läkemedelsanvändande. Intervjuer har gjorts med fyra professionella behandlare, som i sitt yrke kom i kontakt med kvinnor som drabbats av psykisk ohälsa, och två kvinnor.

Behandlarna uppfattade kvinnornas situation som pressad samt fylld av egna och andras krav. Annat som tydligt framkom var att kvinnors situation uppfattades som kombinerad av omständigheter både i hemmet och i arbetet. Det framställdes att kvinnor, i

större grad än män, tillåts att både ha och visa känslor. Något som förklarades med våra könsroller. I och med dessa könsroller förväntas kvinnor vara på ett visst sätt och ta ansvar för många delar. Många kvinnor, som ju i allmänhet är mindre välbetalda, upplevs ekonomiskt leva på marginalen. Dessutom är sjukskrivningar förödande för ekonomin och kan därför i sin tur öka den psykiska ohälsan.

Behandlarna menade att den betydelse läkemedel har skiljer sig olika situationer emellan. Det påpekades att man inte kan dra all psykofarmaka över en kam. Vissa behandlare tillskrev läkemedel större betydelse, medan någon annan uppfattade samtal som mer efterfrågat. Behandlarna förklarade den könsrelaterade skillnaden som finns i användandet av läkemedel på olika sätt. Dels av att kvinnor oftare söker hjälp, dels att de är mer öppna om sitt psykiska mående och dels för att kvinnor uppfattas vara mer pressade.

En av de intervjuade kvinnornas berättelse bekräftade det som uppfattats av behandlarna, att kvinnor ofta ställer höga krav på sig själv. Kvinnorna berättade om hur betydelsefullt andras bemötande är för dem, ibland till och med avgörande. Det är viktigt att både känna stödet från andra och att det är någon som vågar konfrontera kvinnorna. Efter en längre tids sjukskrivning förväntas det att de ska må bra.

Kvinnorna var både positiva och kritiska till användningen av läkemedel. De hade båda känt sig hjälpta av sina läkemedel, men ibland känt som att de inte hade annat val. Läkare och psykolog hade förklarat att läkemedel näst intill krävdes för att de skulle må bättre. Kritiken till läkemedel bestod bland annat av att det uppfattades som en genväg och att de inte hjälpte till att ändra tankemönster. Vilket insågs vara det som behövdes.

4.2 Diskussion

Vi lever i ett samhälle som kräver allt mer av oss. Jag anser att kvinnors mående speglar det intensiva samhälle vi lever i. Men det påverkar oss alla och främst påverkar det våra barn. För att komma till rätta med kvinnors psykiska ohälsa och för att våra barn ska kunna utvecklas gynnsamt (och därmed få möjlighet till en grundläggande stark KASAM) krävs det att samhället förändras. Liksom Ettore (1992) anser jag att kvinnor aldrig kommer att ta sig ur sin påtvingade underlägsenhet om inte samhället förändras på ett grundläggande sätt. Den helhetssyn som krävs enligt psykosomatiken går inte att förena

med ett för sjukvården kortsiktigt ekonomiskt tänkande, delvis på grund av den press som ekonomiskt tänkande utgör på sjukvårdens personal. Man måste hitta förhållningssätt som fungerar för kvinnor och som kan klargöra kvinnors specifika strategier för att få vardagen till att fungera.

I takt med att den psykiska ohälsan försämras förskrivs det allt mer läkemedel. Enligt statistik från Apoteket stiger ständigt försäljningen av antidepressiva, lugnande och sömnmedel. Allra mest ökar försäljningen av antidepressiva läkemedel, som ökat med nästan 50 % de senaste fem åren. Jag tycker att det är en skrämmande utveckling.

Vad jag kommit fram till med min studie är att läkemedel inte är svaret på alla problem. Det är dessutom viktigt att poängtera att kvinnor behöver förstärka tilltron på sin egen insats i tillfrisknandet.

Svaret på psykisk ohälsa finns ibland på ett djupare plan. Sjukvården behöver då en större verktygslåda som de kan använda utifrån en helhetssyn. Kvinnorna är sällan hjälpta av enbart medicinska insatser. De är heller inte hjälpta av att endast bli sjukskrivna en längre tid. Jag menar att utvägarna för att klara av ett problem även beror på hur personen ifråga blir bemött. När man drabbas av psykisk ohälsa behövs även ett stöd för att förändra sin livssituation. Stödet bör inte vara för styrande utan genom att möta kvinnorna där de befinner sig låter man dem få makten över sig själv.

Jag har med hjälp av Antonovskys teori om känslan av sammanhang, KASAM, och med hjälp av psykosomatiska tankegångar försökt att visa på hur man kan se på problemet med psykisk ohälsa bland kvinnor och den ökande läkemedelsanvändningen. KASAM kan vara ett bra sätt att förstå psykisk ohälsa. Jag ställer mig däremot kritisk till Antonovskys deterministiska syn på en vuxen människas KASAM då han menar att de som däremot har en måttlig eller svag KASAM har en större risk för att hamna på en ytterligare sämre nivå på grund av sina generella motståndsbrister.

Jag avslutar med ett utdrag ur Lerners bok *Psykosomatik – kroppens och själens dialog* (1999):

Ett samhälle utan sjukdom är inte möjligt, men ett samhälle där människor kan finna mening och sammanhang, där de kan känna sig

medskapande och få tillträde till en kultur som ger dem uttrycksmöjligheter, kan gynna utveckling mot så mycket frihet från insjuknande som möjligt. (Lerner, 1999, s 186)

Ovanstående citat beskriver på ett bra sätt slutsatsen med min studie.

Referenslista

- Antonovsky, Aaron (2004) *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Doyal, Lesley (1995) *What Makes Women Sick. Gender and the Political Economy of Health*. London: Macmillan.
- Ettorre, Elizabeth (1992) *Women and substance use*. London: Macmillan.
- Furman, Ben & Valtonen, Jussi (2000) *Någonstans finns glädjen. För dem som lider av depression och deras anhöriga*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Holme, Idar Magne & Solvang, Bernt Krohn (1991) *Forskningsmetodik – Om kvalitativa och kvantitativa metoder*. Lund: Studentlitteratur.
- Jeanneau, Madeleine (2003) *Rapport 2003:3 Kvinnors psykiska ohälsa i aktuell svensk forskning*. Stockholm: Samhällsmedicin, Enheten för Psykisk Hälsa.
- Johansson, Katarina & Wirbing, Peter (2005) *Riskbruk och missbruk*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Kvale, Steinar (1997) *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Larmén, Marianne (1996) *Kvinnors vägar ut ur stress*. Stockholm; Rabén Prisma.
- Lerner, Marianne (1999) *Psykosomatik – kroppens och själens dialog*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Lundgren, Bernt (2005) *Folkhälsopolitisk rapport 2005*. Statens Folkhälsoinstitut http://www.fhi.se/templates/page_6522.aspx 2005-10-11.
- Lööf-Johansson, Margaretha (1999) *Kvinnornas läkarbok. Om kvinnors kropp och kvinnors hälsa*. Stockholm: Wahlström & Widstrand.
- Philipson, Sten M & Uddenberg, Nils (red) (1993) *Hälsa som livsmening*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Puranen, Bi (1994) *Att vara kvinna är ingen sjukdom*. Stockholm: Norstedts.

- Repstad, Pål (1993) *Närhet och distans*. Lund: Studentlitteratur.
- Sjöström, Ulla (1994) "Hermeneutik – att tolka utsagor och handlingar" i Starrin, Bengt & Svensson, Per-Gunnar (red.): *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. Lund: Studentlitteratur.
- Tamm, Maare (2002) *Psykosociala teorier vid hälsa och sjukdom*. Lund: Studentlitteratur.
- Vikander, Britt (2002) "Små piller kan ge stora problem – om bruk och beroende av lugnande och smärtstillande läkemedel" i Leissner, Tom & Hedin, Ulla-Carin (red) *Könsperspektiv på missbruk*. Bettna: Bjurner och Bruno.
- Ågren, Gunnar (2005) *Psykisk ohälsa vanligaste sjukdomen bland kvinnorna*. Dagens Nyheter <http://www.dn.se/Dnet/road/Classic/article/0/jsp/print.jsp?&a=469879> 2005-10-11.

Intervjuguide

Livssituation

Boende
Familj
Släkt
Vänner
Grannar
Arbete
Fritidsaktivitet
Politik och religion

Hälsa

Kost
Motion
Sömn
Tobak och alkohol

Läkarkontakter

När kom du i kontakt med läkare
Hur kom du i kontakt med läkare
Vad har du för tankar om läkare i allmänhet
Vad har du för tankar om din egen läkare
Hur många läkare har du kontakt med

Läkemedel

Tankar om läkemedel
Hur kom läkemedel på tal
Hur länge har du använt läkemedel
Vilken typ av läkemedel
Synpunkter från omgivningen
Känner du någon annan som använder samma eller liknande läkemedel

Frågor till professionella behandlare

- Vad uppfattar Du som den bakomliggande orsaken till kvinnors psykiska ohälsa?
- Vad känner Du till om hur dessa kvinnors livssammanhang ser ut? (socialt umgänge och stöd, självkänsla, arbete, fritid, hälsa, ekonomi etc.)
- Hur kan det komma sig att fler kvinnor enligt statistiken upplever psykisk ohälsa?
- Vilken hjälp kan erbjudas kvinnor med psykisk ohälsa?
- I vilken utsträckning förskrivs endast psykofarmaka och av vilken anledning?
- Vad tror Du är anledningen till att kvinnor, oftare än män, enligt statistiken blir ordinerade psykofarmaka?
- Vad är anledningen till att kvinnor vill få utskrivet psykofarmaka?
- Vad är anledningen till att psykofarmaka förskrivs på inrådan av läkare?

Mejl till företag, instanser och föreningar

Mitt namn är Boel Gunnarsson och jag läser till socionom på Socialhögskolan i Lund. I min C-uppsats har jag valt att skaffa mig kunskap om kvinnors psykiska ohälsa och läkemedelsanvändande.

Med psykisk ohälsa menar jag de tillstånd som benämns i *Folkhälsopolitisk rapport 2005*; sömnstörningar, depressioner, ångest, oro och andra nervösa besvär. De läkemedel som avses är psykofarmaka.

Den infallsvinkel jag har är kvinnan i sitt livssammanhang, både psykiskt, fysiskt och socialt. Det jag söker är kvinnors självupplevda verklighet.

Syftet är att belysa problemet ”kvinnors psykiska ohälsa och läkemedelsanvändande”. Frågorna har sin utgångspunkt från följande teman:

- Livssituation – boende, familj, vänner, arbete, fritid osv.
- Hälsa
- Läkarkontakter
- Läkemedel

Självklart är kvinnorna garanterat anonyma i presenterandet av uppsatsen och all information behandlas med största varsamhet.

Ring gärna mig (eller min handledare) om Du har några frågor kring projektet

Boel Gunnarsson
(hemnummer)
(mobilnummer)

Katarina Jacobsson
(arbetsnummer)

Personligt brev till intervjupersoner

LUNDS UNIVERSITET
Socialhögskolan
HT 2005, SOL 064
Handledare: Katarina Jacobsson

Mitt namn är Boel Gunnarsson och jag läser till socionom på Socialhögskolan i Lund. I min C-uppsats har jag valt att skaffa mig kunskap om kvinnors psykiska ohälsa och läkemedelsanvändande. Det jag är intresserad av är kvinnors självupplevda verklighet.

Jag vill gärna träffa Dig som har problem med t.ex. sömnstörningar, depressioner, ångest, oro och andra nervösa besvär och som samtidigt använder lugnande eller antidepressiva medel.

Jag är intresserad av att få veta hur just Du har det och hur Du ser på Din livssituation. Frågorna utgår från ett öppet samtal med teman om Din livssituation, hälsa, läkemedel och kontakter med läkare och behandlare.

Intervjun tar cirka 1 timme. Självklart är Du garanterat anonym i presenterandet av uppsatsen och all information behandlas med största varsamhet.

Vi träffas i Avenyteamets lokaler eller någon annanstans som passar Dig bäst.

Ring mig om du vill delta!.

Boel Gunnarsson
(hemnummer)

Katarina Jacobsson
Handledare
(arbetsnummer)