

LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för Psykologi

Psykologprogrammet

Bra karl reder sig själv?
En studie om maskulinitet och hjälpsökande

André Magnusson & Albin Tingsvall

Psykologexamensuppsats. 2015

Handledare: Anna Lindqvist

Examinator: Mats Fridell

Sammanfattning

Syftet med denna studie var att undersöka mäns attityder till hjälpsökande i en svensk kontext, genom digitala enkätsvar från 195 män från varierande demografiska förhållanden. Studien utgick ifrån deltagarnas skattning av maskulinitet samt deras skattningar av självstigmatisering vid hjälpsökande hos psykolog, hos läkare och hos en vän. Resultaten visade ett positivt samband mellan skattning av maskulinitet och skattning av självstigmatisering vid alla former av hjälpsökande. Resultaten visade även att hjälpsökande hos psykolog var mest stigmatiserande, följt av hjälpsökande hos vän och hjälpsökande hos läkare. Slutligen visade resultaten att ökad ålder medförde minskad skattning av såväl maskulinitet som självstigma vid alla de tre formerna av hjälpsökande. Möjliga tolkningar av både ålders inverkan och skillnaderna i stigma mellan de olika formerna av hjälpsökande diskuterades. Vidare diskuterades huruvida det finns specifika svenska maskulinitetsnormer och hur dessa kan ha påverkat resultatet i jämförelse med tidigare internationell forskning. Slutligen behandlades studiens styrkor och begränsningar, vilket mynnade ut i förslag till framtida forskning inom området.

Sökord: Maskulinitet, Hjälpsökande, Självstigma, Sverige, Åldersskillnader

Abstract

The aim of the current study was to investigate men's attitudes towards help seeking in a Swedish context, by means of digital self-reports from 195 men from a community sample. The study was based on the participants' rated masculinity and their rated self-stigma of help seeking from a psychologist, a doctor, and from a friend. The results showed a positive correlation between rated masculinity and all forms of rated self-stigma of help seeking. The results also showed that help seeking from a psychologist generated the highest levels of self-stigma, followed by help seeking from a friend, and from a doctor. Furthermore, the results showed that higher age entailed lower ratings of both masculinity and self-stigma for all three forms of help seeking. Possible interpretations of both the effect of age and the differences in stigma between the three forms of help seeking were discussed. Moreover, specific Swedish norms of masculinity, and their effects on the results of this study, were discussed in comparison to earlier international research. Finally, the strengths and limitations of the current study were discussed, and directions for future research were given.

Keywords: Masculinity, Help Seeking, Self-stigma, Sweden, Age differences

Det är välbelagt i många olika sammanhang att män söker mindre hjälp än kvinnor för såväl fysiska (Levant, Wimer, Williams, Smalley & Norohna, 2009) som psykiska (Vogel, Heimerdinger-Edwards, Hammer & Hubbard, 2011) problem. Detta leder till en mängd problematiska följd effekter, som att män får sämre behandlingsutfall då de kommer in i vården sent, samt att detta sena vårdtagande även belastar sjukvårdssystemet då långvariga symptom är mer svårbehandlade och kostsamma (White et al., 2011). Attityderna till hjälpsökande hos män ger allvarliga följder. Män dör generellt tidigare (Courtenay, 2000; Levant et al., 2009), är överrepresenterade när det gäller missbruksproblem (Thom, 2003; Compton, Thomas, Stinson, & Grant, 2007) och har dessutom en självmordsfrekvens som både i Sverige (Holopainen, Helama, Björkenstam & Partonen, 2013) och internationellt (Office of National Statistics, 2015; World Health Organization, 2014) är tre till fyra gånger högre än hos kvinnor. Självmord är exempelvis globalt sett den näst vanligaste dödsorsaken för unga män (World Health Organization, 2014), samtidigt som unga män är en av de undergrupper som har visat sig ha störst motstånd mot hjälpsökande (Berger, Levant, McMillan, Kelleher & Sellers, 2005). Detta tydliggör att sårbarheten är dubbel; män är utsatta för en mängd risker samtidigt som de söker mindre hjälp för att hantera sina problem.

Vad påverkar då mäns attityder till hjälpsökande? Rådande maskulinitetsnormer och i vilken grad dessa åtföljs har visat sig vara en viktig faktor i processen (Addis & Mahalik, 2003). Män som i större utsträckning efterlever traditionella normer för maskulinitet har således mer negativa attityder till hjälpsökande och är följaktligen mindre benägna att söka hjälp (Levant & Richmond, 2007). Detta eftersom maskulinitetsnormer ofta rymmer ideal om att vara självständig, att inte visa sig svag och att begränsa sina känslouttryck (Gillon, 2007). Förhållandet benämns ofta som *gender-role conflict* (Berger, Addis, Green, Mackowiak & Goldberg, 2013) och avser konflikten då män genom att söka hjälp bryter mot sina ideal om manlighet.

Problematiken har i internationell forskning förklarats genom socialiseringsprocesser i samhället, då pojkar i tidig ålder belönas för att vara tåliga, emotionellt återhållsamma och för att inte uttrycka fysisk och psykisk sårbarhet (Berger et al, 2013). Genom en historia av social inlärning i en mängd olika kontexter där vissa beteenden belönas eller bestraffas utifrån normer kring maskulinitet skapas och upprätthålls på så vis mäns attityder till hjälpsökande (Pederson & Vogel, 2007). Det är viktigt att ha i åtanke att denna sociala inlärning är en kontextbunden

process. Detta medför att män är olika benägna att efterleva normer om maskulinitet i olika sammanhang, samt att kulturella undergrupper av män uttrycker olika former av maskulinitet (Addis & Mahalik, 2003). Det kan exempelvis vara enklare att som heterosexuell man visa sig svag inför sin kvinnliga partner än att visa sig svag inför sina manliga vänner (Berger et al., 2013). Samma beteende kan sålunda vara belönande i vissa miljöer och bestraffande i andra, vilket påvisar vikten av att undersöka olika kontexter för mäns attityder till hjälpsökande.

Hjälpsökande. Hjälpsökande är ett komplext begrepp som påverkas av en rad olika faktorer. I denna studie definieras begreppet i enlighet med Oxford Dictionary som ett försök att hitta assistans för att förbättra en situation eller ett problem. Studien begränsar sig till upplevelsen av självstigmatisering vid hjälpsökande för fysiska och psykiska problem, oberoende av om individen aktivt har sökt hjälp eller ej. I tidigare forskning har attityder till hjälpsökande huvudsakligen undersökts för psykiska problem i allmänhet (Yousaf, Popat & Hunter, 2014) eller för mer specifika problem, som exempelvis depression (Hammer & Vogel, 2010), ångest (Johnson & Coles, 2013) eller sexuell problematik (Bergwall & Himelein, 2014). Det finns endast ett fåtal studier som fokuserat på stigmatisering och attityder till hjälpsökande för fysiska problem, så som hörselskador (Southall, Gagn & Jennings 2010), lungcancer (Carter-Harris, Hermann, Schreiber, Weaver & Rawl, 2014), AIDS (Zhou, 2009), våld i nära relationer (Naved, Azim, Bhuiva & Persson, 2006) och inkontinens (Wang et al., 2014). Sammantaget finns dock forskningsstöd för att såväl fysiska som psykiska åkommor skapar självstigma, som därmed även påverkar inställningen till att söka hjälp. Ytterst lite forskning har däremot gjorts med avsikten att jämföra attityderna till hjälpsökande för fysiska och psykiska problem. Det finns ett fåtal studier inom fältet som antyder att fysiska och psykiska problem värderas olika avseende stigma och hjälpsökande. Bland annat visade en studie som undersökte viljan att betala för sjukvård en tydlig skillnad där patienter i allmänhet var villiga att betala 40% mindre för psykisk vård än för fysisk, även om det skattade lidandet var detsamma (Smith, Damschroder, Kim & Ubel, 2012). Andra studier kring män och hjälpsökande har lyft fram att fysiska symptom oftast tycks vara den avgörande faktor som får män att söka hjälp (Galdas, Cheater & Marshall, 2005). Dessa resultat har tolkats som att psykiska problem är mer negativt värderade än fysiska när det gäller hjälpsökande (Sickel, Nabors & Seacat 2014). Jämförande studier på området är

dock få och har dessutom inte utförts i en svensk kontext, vilket tydliggör behovet av ytterligare komparativ forskning i frågan.

För att kartlägga attityder till hjälpsökande har traditionellt aspekterna öppenhet och självstigma använts som två övergripande fokuspunkter. Detta har genererat två etablerade mätskalor på området, där *Attitudes Toward Seeking Professional Help* (Fischer & Farina, 1995) fokuserar på öppenhet inför hjälpsökande i allmänhet, medan *Self-Stigma of Seeking Help* (Vogel, Wade & Haak, 2006) fokuserar mer på om individen värderar sig själv negativt vid hjälpsökande.

När det gäller män och hjälpsökande är det som tidigare beskrivits välbelagt att män söker mindre hjälp än kvinnor. Det är även känt att kvinnor generellt har mer emotionellt stöttande sociala nätverk, med högre acceptans för att diskutera personliga problem med vänner (Denton, Prus & Walters, 2004; Tinajero, Martinez-Lopez, Guisande, Paramo & Rodriguez, 2014), vilket kan underlätta hjälpsökande. Informellt stöd från familj och vänner föredras dock även av män i vissa studier kring psykiska problem (Oliver, Pearson, Coe & Gunnell, 2005). Forskningen är emellertid inte entydig i denna fråga, då vissa studier snarare pekar på att män efterfrågar hjälp från professionella för denna typ av problem (Berger et al., 2013). Andra studier indikerar dessutom att män ibland inte uttrycker symptom oavsett om kontexten är informell eller professionell (Padesky & Hammen, 1981). Således tycks det som om män föredrar olika former av hjälp för olika typer av problem även om dessa förhållanden ännu inte är tillräckligt utforskade. Undersökningar kring vilken hjälp som föredras lyfter snarare fram en komplexitet mellan mäns attityder till hjälpsökande och den specifika hjälp de faktiskt efterfrågar (Rochlen, McKelley & Pituch, 2006).

Det är således viktigt att ha i åtanke att attityder till hjälpsökande beror på vilken typ av problem det handlar om (Sickel et al., 2014), problemens svårighetsgrad (Bebbington et al., 2000), hur negativt laddade dessa problem upplevs av individen (Mahalik, Good, & Englar-Carlson, 2003) och vem som erbjuder hjälp (Berger et al., 2013). Dessutom finns det belägg för att olika undergrupper av män har varierande attityder till hjälpsökande utifrån faktorer som exempelvis ålder (Wimer & Levant, 2011; Wenger & Oliffe, 2013), sexuell identitet (Hoy, 2012; Sullivan, Camic & Brown, 2014), etnicitet (Jarrett, Bellamy & Adeyemi, 2007; Mansfield, Addis & Courtenay, 2005) och socioekonomisk status (Galdas et al., 2005; Farrimond, 2012).

Den internationella forskning som gjorts kring dessa undergrupper av män visar bland annat en komplexitet när det gäller ålders påverkan på hjälpsökande. Viss forskning indikerar att äldre män tycks kunna acceptera svaghet och hjälpbehov (Levant & Fischer, 1998; Berger et al., 2005), medan annan forskning tvärtom påpekar att äldre män i högre grad efterlever traditionella maskulinitetsnormer, vilket påverkar deras attityder till hjälpsökande negativt (Wills & DePaulo, 1991). Yngre män hörsammar å andra sidan i viss forskning traditionella maskulinitetsnormer i hög grad, vilket även ger dem stort motstånd mot hjälpsökande (Berger et al., 2005). Samtidigt visar svensk forskning att många maskulinitetsnormer exempelvis gällande föräldraskap (Johansson, 2011) har förändrats under senare år, vilket kan indikera att yngre män i Sverige är benägna att acceptera mer tillåtande former av maskulinitet som även kan påverka deras hjälpsökande. Ålders inverkan på hjälpsökande och maskulinitet behöver således undersökas närmare såväl i Sverige som internationellt.

När det gäller undergrupper av män baserat på socioekonomisk status visar tidigare internationell forskning att män med hög socioekonomisk status i form av högre utbildning och högre inkomstnivå upplever såväl mindre självstigmatisering vid hjälpsökande (Grossman & Chamaraman, 2009) som mindre efterlevnad av traditionella maskulinitetsnormer (Calvo-Salguero, Garcia-Martinez & Monteoliva, 2008; Myers & Booth, 2002). När det kommer till sexuell identitet har tidigare forskning indikerat att homosexuella män påverkas av andra maskulinitetsnormer och därmed tycks vara friare att söka mer hjälp än heterosexuella män (Cochran, Sullivan & Mays, 2003). Slutligen har tidigare forskning kring etnicitet visat att män med minoritetsbakgrund i allmänhet söker mindre hjälp (Chandra et al., 2009; Nam et al., 2010). Det saknas dock i stort svensk forskning kring dessa frågor.

Ovan beskrivna variation gällande hjälpsökande inom gruppen män tydliggör att utöver begreppet "hjelpsökande" rymmer även begreppen "man" och "maskulinitet" en mängd olika tolkningar, som medför olika värderingar och därmed vitt skilda handlingsmönster. För att bedriva forskning inom området är det därför fundamentalt att definiera dessa begrepp.

Man och maskulinitet. Det finns en rad olika synsätt kring hur begreppet "man" definieras och hur denna kategorisering särskiljer sig från att vara "kvinna". Historiskt har en uppdelning mellan könen skett utifrån biologisk grund och utifrån tanken att egenskaper och beteenden som är typiskt manliga respektive kvinnliga är beroende av, samt utgår ifrån, det

biologiska könet (Connell, 2005). Denna studie utgår i enlighet med modernare ansatser ifrån en mer psykosocial förklaringsmodell som istället betonar att det som definierar en man bestäms i en social kontext och lärs in i form av socialiseringsprocesser i olika miljöer (Berger et al., 2013). Utifrån ett sådant synsätt blir det problematiskt att tala om kön som en binär kategori (Ansara & Hegarty, 2014). Istället blir det möjligt att prata om olika innebörder av begreppet “man”, vilket även skapar förutsättningar för olika innebörder av begreppet “maskulinitet”.

I likhet med andra normer är maskulinitet en uppsättning sociala regler och förväntningar som påverkar beteende. Maskulinitet som norm signalerar vad som kan anses vara ett acceptabelt, respektive icke-acceptabelt beteende i relation till de förväntningar som finns i en viss given kontext (Addis & Mahalik, 2003). Vidare kan maskulinitet beskrivas som ett relationellt begrepp som står i polaritet till femininitet och på så vis är beroende av en samhällelig uppdelning av egenskaper och beteenden hos de olika könen (Connell, 2005). Maskulinitet har utifrån denna uppdelning ofta tolkats som en strävan efter att undvika femininitet (Gillon, 2007) vilket ytterligare stärker maskulinitet som ett relationellt begrepp. Connell (2005) benämner den mest dominerande och accepterade formen av maskulinitet i ett samhälle som hegemonisk maskulinitet. Här ryms ideal om att vara tävlingsinriktad, aggressiv, emotionellt återhållsam, självständig och heterosexuell, samt att vara försörjare för sin familj. Att vara stark, motståndskraftig mot sjukdom, smärttålig och opåverkad av hälsoproblem anses vidare av andra teoretiker vara typiskt maskulint (Farrimond, 2011). Dessa egenskaper kan användas av män för att legitimera sig som det “starkare” könet (Courtenay, 2000), men det medför även att hegemonisk maskulinitet kan leda till ett ökat risktagande och en problematisk relation till hjälpsökande och vårdapparaten. Variationen i efterlevandet av dessa normer skapar dessutom makthierarkier inom gruppen män samt mellan män och kvinnor. Marginaliserade grupper med mindre tillgång till hegemonisk maskulinitet, som exempelvis homosexuella eller etniska minoriteter, etablerar följaktligen andra former av maskulinitet med andra normer (Farrimond, 2011).

Eftersom flera maskuliniteter kan samexistera bör begreppet inte ses som statiskt och bestående. De olika tolkningarna av maskulinitet och deras olika grader av social status och makt visar snarare att maskulinitet kan skilja sig mellan sammanhang och över tid. Maktrelationerna mellan olika former av maskulinitet är alltså inte nödvändigtvis bestående, utan kan förändras (Connell, 2005).

Stigma. Begreppet stigma är ytterligare en relevant faktor för män och hjälpsökande, då det finns ett tydligt samband mellan upplevelse av stigma och negativa attityder till hjälpsökande (Vogel, Wade & Aschman, 2009). Denna studie utgår i enlighet med aktuell forskning inom fältet ifrån en uppdelning mellan offentligt stigma och självstigma. Offentligt stigma innefattar samhällets negativa syn på individer som söker hjälp i form av social utsatthet, exklusion och diskriminering (Wang et al., 2014). Självstigma innefattar individens internaliserade negativa syn på sig själv vid hjälpsökande i form av exempelvis skam, svaghetskänslor och förödmjukelse (Vogel et al., 2011). Tidigare forskning har visat att män är mer benägna att internalisera offentligt stigma och utveckla ett självstigma som negativt påverkar självbilden vid hjälpsökande (Vogel et al., 2006). Självstigma har dessutom visat sig vara en viktigare faktor än offentligt stigma när det gäller attityder till hjälpsökande (Vogel, Wade & Hackler, 2007; Blais & Renshaw, 2013), samtidigt som rädsla för stigmatisering ofta anges som en av de största barriärerna för män när det gäller hjälpsökande (Mahalik et al., 2003). Rädslan för stigmatisering utgår ifrån att rådande hegemoniska maskulinitetsnormer i västvärlden ofta innefattar att män bör vara förmögna att hantera sina egna problem och bör kunna kontrollera sina känslor, vilket medför att hjälpsökande kan tolkas som ett hot mot mäns uppfattning om sin egen maskulinitet (Schaub & Williams, 2007). Självstigma varierar dessutom mellan olika grupper av män. Tidigare forskning har exempelvis indikerat att högre utbildning och högre inkomstnivå medför såväl mindre stigmatisering (Grossman & Charmaraman, 2009) som mindre efterlevnad av traditionella maskulinitetsnormer (Calvo-Salguero et al., 2008; Myers & Booth, 2002). Internationell forskning har även visat att män i urbana miljöer upplever mindre självstigmatisering och söker mer hjälp än män som bor på landsbygden. Detta kan härledas till skillnader i socioekonomisk status, men även till geografiska skillnader i vilka former av maskulinitet som efterlevs i städer och på landsbygden. Detta påverkar även självstigmatisering, som tycks vara vanligare i rurala områden (Levant & Habben, 2003).

Sammanfattningsvis kan självstigma beskrivas som en markör på att en hjälpsökande man inte kan hantera sina egna problem, vilket därför kan uppfattas som ett personligt misslyckande (Addis & Mahalik, 2003) eller ett tecken på svaghet (Vogel et al., 2006). Kraften i rådande maskulinitetsnormer och det självstigma det medför att bryta mot dess påbud leder till att män ofta lider i det tysta (Addis, 2011).

Betydelse för forskningsfältet

Genomförandet av denna studie motiveras med behovet av att fylla tidigare kunskapsluckor inom forskningsfältet. För det första är forskningen om hjälpsökande hittills till stor del baserad på urvalsgrupper av studenter (Levant et al., 2009; Nam et al., 2010; Mansfield et al., 2005). Detta blir problematiskt då hjälpsökande i tidigare internationell forskning har visat sig variera mellan olika samhällsgrupper (Vogel et al., 2011). Dessutom behövs ytterligare forskning för att undersöka skillnaden mellan attityder till hjälpsökande för fysiska och psykiska problem (Sickel et al., 2014). Inom fältet efterfrågas vidare ett större fokus på mer heterogena urvalsgrupper, gällande faktorer som ålder (Levant et al., 2009; Wimer & Levant, 2011; Wenger & Oliffe, 2014), socioekonomisk status (Galdas et al., 2005; Farrimond, 2011), etnicitet (Jarrett et al., 2007; Mansfield et al., 2005) och sexualitet (Hoy, 2012; Sullivan et al., 2014).

En annan kritik som kan riktas mot tidigare forskning är att hjälpsökande ofta har undersökts i specifika diagnosgrupper, som exempelvis cancerpatienter (Wenger & Oliffe, 2014) eller depressionspatienter (Danielsson & Johansson, 2005). Deltagare i denna form av studier har således redan sökt hjälp, vilket medför att forskningen går miste om de personer som av olika skäl inte söker hjälp för sina problem.

Ännu ett skäl att genomföra den aktuella studien är att det i stort saknas svensk kvantitativ forskning inom området. De undersökningar som gjorts i en svensk kontext är genomgående kvalitativa och fokuserade på specifika patientgrupper (Danielsson & Johansson, 2005; Skärsäter, Dencker, Häggström & Fridlund, 2003; Danielsson, Lehti, Hammarström, Johansson, & Bengs, 2009; Nobis & Sandén, 2008). Undantagen är Bergwall & Himmelein (2013) som genomförde en kvantitativ komparativ enkätstudie kring hjälpsökande för sexuella problem hos studenter i USA och Sverige och Wamala, Merlo, Boström & Hogstedt (2007) som undersökte effekten av diskriminering på attityder till vårdsökande.

Slutligen bör det nämnas att ytterligare ett motiv till att genomföra den aktuella studien är att tidigare forskning har visat nationella skillnader när det gäller attityder till hjälpsökande (Nam et al., 2010; Vogel et al., 2011; European Commission, 2010). Detta stärker behovet av en undersökning kring hjälpsökande i Sverige.

Syfte

Förhoppningen är att studien kan generera ny kunskap kring vad som får män i Sverige att inte söka hjälp, vilket kan synliggöra behovet av att utveckla effektivare sätt att bemöta och vägleda män in i vårdapparaten. Förhoppningen är även att synliggöra några av de nackdelar som åtföljer rådande maskulinitetsnormer, vilket kan motivera till förändringsarbete för att i framtiden skapa mer öppna och tillåtande former av maskulinitet. Utifrån ovanstående teoretiska genomgång formulerades syftet med studien till att *undersöka mäns självstigmatisering vid hjälpsökande i en svensk kontext*. Med utgångspunkt ifrån tidigare forskning och detta syfte utarbetades följande hypoteser:

Hypotes 1. *Deltagare som identifierar sig som män kommer att skatta högre gällande maskulinitet och självstigmatisering vid hjälpsökande än deltagare som identifierar sig som kvinnor.* Denna hypotes används för att validera mätskalorna i en svensk kontext för skillnader mellan män och kvinnor.

Hypotes 2. *Det kommer finnas ett samband mellan maskulinitet och självstigmatisering vid hjälpsökande.* Män som skattar högt gällande maskulinitet kommer även att skatta högt gällande självstigma vid hjälpsökande.

Hypotes 3. *Det kommer finnas en skillnad i skattning av självstigma mellan olika former av hjälpsökande.* Hjälpsökande från en vän kommer att skattas som mindre stigmatiserande än hjälpsökande hos professionella. Psykologiskt hjälpsökande kommer skattas som mer stigmatiserande än fysiskt hjälpsökande.

Hypotes 4. *Det kommer att finnas ett samband mellan ålder och både skattning av maskulinitet och skattning av självstigmatisering vid hjälpsökande.* Denna hypotes är oriktad då tidigare forskning inte är entydig kring hur ålder påverkar hjälpsökande och maskulinitet.

Hypotes 5. *Graden av maskulinitet och självstigma vid hjälpsökande kommer att prediceras av socioekonomisk status, sexuell identitet och etnicitet.* Män med högre

socioekonomisk status kommer att skatta lägre på självstigmatisering vid hjälpsökande och maskulinitet. Heterosexuella män kommer att skatta högre på självstigmatisering vid hjälpsökande och maskulinitet än män med annan sexuell identitet. Män med invandrarbakgrund kommer att skatta högre på självstigmatisering vid hjälpsökande och maskulinitet än män födda i Sverige.

Metod

Studiens ansats var att försöka få en så stor och varierad grupp som möjligt att delta och därför användes inga urvalskriterier vid rekryteringen av deltagare. Detta upplägg motiverades enligt följande:

För det första har det inte gjorts liknande forskning i Sverige tidigare, vilket medför att en bred utgångspunkt kan vara fundament för mer riktad forskning i framtiden. För det andra har tidigare internationell forskning efterfrågat studier med en bredare ansats, där hjälpsökande kan undersökas för olika grupperingar i samhället. För det tredje är det relevant att även inkludera kvinnliga deltagare för att validera hjälpsökande- och maskulinitetsskalorna i en svensk kontext.

Urvalsprocedur

För att rekrytera deltagare till studien distribuerades en enkät via internet. Valet av denna metod motiverades med att tidigare forskning visat att internetbaserade enkäter kan ge deltagare trygghet att vara ärliga kring känsliga frågor, utan att statistiska och metodologiska aspekter blir lidande jämfört med traditionella enkätstudier (Gosling, Vazire, Srivastava & John, 2004). Dessutom medför denna metodik möjlighet att nå fler deltagare, att nå specifika grupper av deltagare, samt bidrar till en enklare databearbetning (Birnbaum, 2004). Författarna spred information om enkäten (se Bilaga A) i olika internetforum, med den bakomliggande tanken att försöka uppnå variation kring de relevanta faktorer som ingick i studien. Urvalet riktades således utifrån variablerna ålder, könsidentitet, sexualitet, etnicitet (kulturell bakgrund) och socioekonomisk status (utbildningsnivå, inkomstnivå samt sysselsättning). Denna process genomfördes genom återkommande kontroller av spridningen kring ovanstående variabler i de inskickade svaren. Metoden har tidigare tillämpats i liknande studier med digitala enkäter med tillfredsställande resultat (Vogel et al., 2011). För att engagera fler män i studien utformades senare en ny version av rekryteringsinformationen som var mer specifikt riktad till män (se

Bilaga B). Ett fåtal exemplar av enkäten distribuerades slutligen i pappersform för att underlätta rekryteringen av äldre. Eftersom enkäten innehöll personliga frågor om attityder som med stor sannolikhet är känsliga för påverkan av social önskvärdhet (Krumpal, 2011) utformades rekryterings-informationen så att studiens bakomliggande fokus på maskulinitet och hjälpsökande inte avslöjades. Detta gjordes för att undvika priming-effekter i deltagarnas svar.

Deltagare

Det slutgiltiga antalet deltagare var 421 (195 män, 222 kvinnor och 4 personer som angett annan könsidentitet). Eftersom gruppen som angett annan könsidentitet var så pass liten uteslöts denna grupp ifrån den vidare dataanalysen. Antalet deltagare som användes i dataanalysen var därmed 417. Deltagarnas ålder sträckte sig från 15 till 83 med en medelålder på 33,9 och en standardavvikelse på 13,4 år.

Bortfall

Antalet besökare till enkäten var totalt 724. Av dessa var det 165 som inte besvarade någon fråga. 559 deltagare besvarade alltså minst en fråga i enkäten. Av dessa avbröt 131 (23,4%) sitt deltagande under enkätens första del. Ytterligare 7 (0,01%) avbröt under enkätens andra del och ingen i enkätens tredje del. Eftersom demografiska uppgifter efterfrågades först i enkätens tredje del kunde ingen vidare bortfallsanalys genomföras.

Mätinstrument

CMNI. För att mäta maskulinitet hos deltagarna användes skalan *CMNI-22* (Mahalik et al., 2003). Skalan är en förkortad version av originalskalan *Conformity to Male Norm Inventory (CMNI)* som avser att mäta i vilken utsträckning normer kring maskulinitet efterföljs (Mahalik et al., 2003). Originalskalan är en fyragradig Likert-skala som består av 94 item med skilda påståenden som skattas mellan 0, ”Stämmer verkligen” till 3, ”Stämmer verkligen inte”. Påståendena är konstruerade av följande 11 delområden inom begreppet maskulinitet: Vinnande, Emotionell kontroll, Risktagande, Våld, Makt över kvinnor, Dominans, ”Playboy”, Självtillit, Prioritering av arbete, Avståndstagande från homosexualitet och Statussökande. CMNI är ett väletablerat och beprövat instrument som använts i flertalet olika studier som avsett att studera maskulinitet (Berger et al., 2013; Hammer, Vogel & Heimerdinger-Edwards, 2013; Levant et al.

2013; Levant et al., 2009; Vogel et al., 2011; Wimer & Levant, 2011). Originalskalan har en god reliabilitet med hög intern konsistens ($\alpha = 0,72-0,91$) (Mahalik et al., 2003) och har validerats för kvinnor och män i varierande åldrar (Smiler, 2006). CMNI har dessutom god konstruktvaliditet då den visat signifikanta korrelationer med andra maskulinitetsmått (Mahalik et al., 2003; Smiler, 2006). Den förkortade versionen av skalan som använts i denna studie består av de 2 items som i tidigare validitetsgranskningar har laddat högst inom respektive 11 delområde som angetts ovan (Mahalik et al., 2003). Ett exempel på ett påstående är "Jag gillar att ta risker". Den förkortade skalan har en korrelation på $r = 0.92$ med originalskalan (Smiler & Epstein, 2010). Valet att använda den förkortade versionen av CMNI syftade främst till att göra enkäten användarvänlig genom att inte ställa alltför många frågor. Författarna översatte själva materialet från engelska till svenska.

SSOSH. För att mäta hjälpsökande användes skalan *Self-Stigma of Seeking Help Scale* (SSOSH) (Vogel, Wade & Haack, 2006). Skalan består av 10 påståenden som skattas på en femgradig Likert-skala. Påståendena skattas från 1, "Stämmer verkligen inte" till 5, "Stämmer verkligen" och har ett särskilt fokus på internaliserad självstigmatisering som i sin tur påverkar benägenheten att söka professionell psykologisk hjälp. Ett exempel på ett påstående är "Jag skulle känna mig underlägsen om jag frågade en psykolog om hjälp". Skalan är beprövad och har bland annat använts i forskning som avsett att undersöka skillnader mellan självstigmatisering och sjukdomsstigmatisering vid hjälpsökande (Tucker et al., 2013), hjälpsökande hos män med depressioner (Hammer & Vogel, 2010) samt mäns attityder till hjälpsökande beroende på inkomst, utbildning och storlek på bostadsort (Hammer, 2013). Skalan har visat goda statistiska kvaliteter, med både hög reliabilitet (intern konsistens 0,91, test-retest 0,72) och god konstrukt-, kriterie- och prediktiv validitet (Vogel et al., 2006). Den har dessutom visat sig användbar i olika kulturella kontexter (Vogel et al., 2013). Skalan har exempelvis tidigare använts i Sverige i en modifierad version gällande hjälpsökande för sexuell problematik med gott resultat (Bergvall & Himelein, 2013). Författarna har själva översatt materialet till svenska.

Modifiering av SSOSH. Mot bakgrund av att SSOSH tidigare har omarbetats för hjälpsökande av sexuell problematik i en svensk kontext stärks antagandet om att skalan även kan användas för andra typer av hjälpsökande. Med stöd från tidigare forskning kring att

hjälp sökande skiljer sig åt för fysiska och psykiska problem (Berger et al., 2013; Sicke et al., 2014) och att hjälp sökande från vänner skiljer sig åt från hjälp sökande hos professionella (Berger et al., 2013; Oliver et al., 2005) utformade artikelförfattarna två nya versioner av SSOSH. Dessa versioner var till skillnad från originalskalans fokus på psykologisk hjälp riktade mot att söka *hjälp från en vän* och att söka *läkarvård*. De modifierade skalorna använde originalskalans item men anpassade dem språkligt till att gälla hjälp från en vän och läkarvård. De modifierade versionerna av SSOSH finns bifogade i Bilaga C.

Bakgrundsinformation om deltagarna

Slutligen utformades en del i enkäten med demografiska och personliga frågor om deltagaren. Denna del baserades på de faktorer som var aktuella för studien (ålder, etnicitet, könsidentitet, sexualitet och socioekonomisk status). För att undvika cisgenderism, det vill säga ett okritisk förhållningssätt till en binär könsuppdelning (Ansara & Hegarty, 2014) var item gällande könsidentitet och sexualitet konstruerade som öppna frågor där deltagaren kunde definiera sig själv med egna ord. Vidare operationaliserades etnicitet som två frågor om deltagaren och dennes föräldrars födelse land, vilket avsåg att undersöka kulturell bakgrund. Socioekonomisk status operationaliserades i sin tur som tre frågor kring utbildningsgrad, huvudsaklig sysselsättning och inkomst. Denna del av enkäten finns bifogad i Bilaga D. En vidare beskrivning av deltagarnas ålder, utbildningsnivå, sysselsättning, inkomst, bostadsort, sexuell identitet och etnicitet presenteras i Bilaga E.

Design

Genomförande. Enkäten konstruerades via hemsidan www.qualtrics.com, som är ett verktyg för digitala undersökningar. För att underlätta rekryteringen av deltagare registrerade artikelförfattarna domänen www.hjalpsokande.se, där enkäten publicerades. Först genomfördes en pilotstudie med tio deltagare för att testa enkätens användbarhet. Ett item i CMNI-22 (*It would be awful if someone thought I was gay*) togs bort ur den färdiga enkäten, då det ansågs stötande för homosexuella att besvara. I övrigt användes skalorna i oförändrad form.

Då inga större justeringar krävdes lanserades därefter enkäten. Denna utformades med en förstasida innehållande information om bakgrund, syfte och procedur med studien, samt kontaktuppgifter till de ansvariga. På första sidan gav även deltagaren sitt samtycke till att

genomföra studien. Själva enkäten utformades därefter i tre delar. Del 1 bestod av de tre versionerna av SSOSH, del 2 bestod av CMNI-22 och del 3 bestod slutligen av demografiska och personliga uppgifter om deltagaren. Varje del av enkäten inleddes med ett kortare informationsavsnitt. Frågorna i del 1 och 2 randomiserades med hjälp av en inbyggd funktion i Qualtrics. Denna randomisering gjordes för att motverka systematiska fel, som exempelvis uttmatningseffekter. Det fanns emellertid ett item i SSOSH som stod utanför randomiseringen. Påståendet "*Jag skulle tycka sämre om mig själv om jag inte kunde lösa mina egna problem*" användes endast i en form för alla de tre versionerna av SSOSH, och därför placerades denna fråga alltid först i del 1. Detta gjordes för att undvika primingeffekter av att deltagaren skulle associera frågan till en viss typ av hjälpsökande. Frågorna i del 3 placerades alltid i samma ordning, för att undvika att någon deltagare skulle få inleda denna del med mycket privata frågor. Första frågan var alltid ålder, därpå följde mer privata frågor.

Databearbetning. För att bearbeta materialet exkluderades först deltagare som inte fullföljt enkäten. Därefter beräknades varje individs totala poäng, som sedan utgjorde index för respektive skala. Den totala poängen för CMNI kunde variera mellan 0-63 och för de tre versionerna av SSOSH kunde poängen variera mellan 10-50. Outliers identifierades och korrigerades inom respektive skala i enlighet med *outlier labeling method* (Hoaglin, Iglewicz & Tukey, 1986). Även en kontroll för missing values genomfördes men inget systematiskt mönster upptäcktes. När det gäller missing values räknades endast deltagare bort för den aktuella uträkning där deras resultat var ofullständigt. Detta medförde att de olika beräkningarna har viss variation i N-tal, medelvärde och standardavvikelse. Denna procedur motiverades dock med att studien innehöll många olika mått och att alla mått inte ingick i alla analyser. Således kunde det totala bortfallet begränsas med hjälp av denna metod.

Alla enkätfrågor som besvarats i fritext granskades sedan och översattes till samma format för variablerna inkomst, ålder sexuell identitet och könsidentitet. Som en förberedelse för att kunna jämföra olika grupper i urvalet skapades därefter separata kategoriseringar för variablerna sysselsättning, sexuell identitet, könsidentitet och ålder. Eftersom det endast var fyra deltagare som angett en könsidentitet annan än man eller kvinna exkluderades dessa deltagare av statistiska skäl. För att bedöma den interna konsistensen beräknades slutligen Cronbachs alpha för samtliga fyra skalor för både män och kvinnor.

Etiska överväganden

Innan studien påbörjades gjordes en intern etikprövning vid psykologiska institutionen vid Lunds Universitet. Enkäten inleddes med grundläggande information om studien, som beskrev syfte, deltagarnas anonymitet samt frivillighet att delta och avbryta studien. För att kunna gå vidare i studien krävdes att deltagarna klickade i en obligatorisk ruta om sitt samtycke till deltagande. Enkäten efterfrågade information som skulle kunna vara av känslig karaktär, såsom sexuell identitet, etnicitet, utbildning, inkomst och sysselsättning. Deltagarnas anonymitet garanterades då deras svar registrerades och förvarades i kodade datafiler, vilken innebar att det inte fanns någon möjlighet att identifiera en enskild persons svar. För att deltagarna skulle få möjlighet att komma i kontakt med författarna inkluderades kontaktuppgifter i form av e-postadresser både i den inledande informationen och i slutet av enkäten. Avsikten med detta var att säkerställa att deltagarna skulle ges möjlighet till kontakt med såväl allmänna som mer privata frågor som uppstått vid deltagandet, samt ges möjlighet att få ta del av studiens resultat utan att själva behöva ange sina kontaktuppgifter.

Resultat

Hypotes 1

Deltagare som identifierar sig som män kommer att skatta högre på maskulinitet och självstigmatisering vid hjälpsökande än deltagare som identifierar sig som kvinnor.

Multipla t-test för oberoende stickprov användes för att jämföra kvinnors och mäns skattningar gällande maskulinitet och självstigmatisering vid de tre olika formerna av hjälpsökande. Preliminära analyser visade att förutsättningar för normalitet var uppfyllda för samtliga variabler. Dock fanns tendenser till positiv snedfördelning för kvinnors skattning av hjälpsökande hos vän, samt för båda könen skattning av hjälpsökande hos läkare. För deskriptiv statistik, se Tabell 1. Resultaten från t-testet visade en signifikant högre skattning av maskulinitet hos deltagare som identifierade sig som män än de som identifierade sig som kvinnor. Skattningen av självstigmatisering för hjälpsökande hos psykolog visade vidare att män skattade signifikant högre än kvinnor. Även gällande självstigmatisering vid hjälpsökande hos vän skattade män signifikant högre än kvinnor. För hjälpsökande hos läkare sågs ingen signifikant

skillnad mellan grupperna. Styrkan för skillnader i maskulinitetsskattning visade på en medelstor, angränsande till svag, effekt. Resterande skillnader visade på en svag effekt. För jämförelse mellan grupperna samt effektstorlek, se Tabell 2.

Tabell 1

N-tal, medelvärde, standardavvikelse och Cronbachs alpha för både kvinnor och mäns skattning av maskulinitet och självstigmatisering vid de olika formerna av hjälpsökande

Skala	Kvinnor				Män			
	N	M	SD	α	N	M	SD	α
Maskulinitet	216	22,20	6,39	0,65	193	25,49	7,26	0,68
Hjälpsökande Psykolog	217	22,59	8,02	0,88	193	26,38	8,63	0,87
Hjälpsökande Läkare	216	21,72	7,11	0,83	190	23,07	7,44	0,84
Hjälpsökande Vän	215	22,55	7,93	0,87	188	24,90	8,10	0,87

Tabell 2

Signifikanstest av skillnader gällande maskulinitet och självstigmatisering vid de olika formerna av hjälpsökande mellan kvinnor och män

Jämförelse av:	t-värde	df	η^2
Maskulinitet	-4,87*	407	0,06
Hjälpsökande Psykolog	-4,61*	408	0,05
Hjälpsökande Läkare	-1,87	404	0,01
Hjälpsökande Vän	-2,94*	401	0,02

* $p < 0,0125$ (justerat för multipla t-test)

Sammanfattningsvis gav resultatet stöd för att det fanns en signifikant skillnad mellan kvinnor och män gällande maskulinitet och självstigmatisering vid hjälpsökande hos psykolog respektive hjälpsökande hos vän. Effektstorlekarna indikerade dock att skillnaderna var små. Hypotesen om att det skulle finnas skillnader mellan de två grupperna kunde dock till stor del bekräftas. Efter att denna skillnad konstaterats gällande maskulinitetsmättet exkluderades

kvinnor ur studiens fortsatta analyser. Detta beslut baserades på att huvudsyftet efter att skalorna validerats för kvinnor och män var att undersöka mäns hjälpsökande.

Hypotes 2

Det kommer finnas ett positivt samband mellan maskulinitet och självstigmatisering vid hjälpsökande

Pearsons produkt-moment korrelationskoefficient användes för att undersöka sambanden mellan maskulinitet och självstigmatisering hos de manliga deltagarna vid de tre formerna av hjälpsökande. Resultatet visade en positiv korrelation mellan maskulinitet och självstigmatisering vid alla tre former av hjälpsökande, se Tabell 3. Styrkan i korrelationen var medelstor för hjälpsökande hos psykolog och vän, medan hjälpsökande hos läkare hade en svag styrka. Alla korrelationer var signifikanta ($p < 0,001$).

Tabell 3

Pearsons produkt-moment korrelationer mellan skattning av maskulinitet och självstigmatisering vid olika former av hjälpsökande (Psykolog, Läkare, Vän)

Skala	1	2	3	4
1. Maskulinitet	-			
2. Psykolog	0,43**	-		
3. Läkare	0,29**	0,68**	-	
4. Vän	0,43**	0,50**	0,45**	-

** $p < 0,001$ (2-tailed)

Sammanfattningsvis visade resultatet att det fanns ett positivt samband mellan maskulinitet och självstigmatisering vid alla tre former av hjälpsökande. Detta samband är medelstarkt för både hjälpsökande hos psykolog och hjälpsökande hos vän. Det betyder att deltagare som skattar högt på maskulinitet även tenderar att skatta högt på självstigmatisering vid dessa två former av hjälpsökande. Sambandet mellan självstigmatisering vid hjälpsökande hos läkare och maskulinitet visade liknande tendenser, men hade en svag styrka. Hypotesen om att det skulle finnas ett samband mellan skattad grad av maskulinitet och självstigmatisering vid hjälpsökande kunde därmed delvis bekräftas.

Hypotes 3

Det kommer finnas en skillnad i skattning av självstigma mellan olika former av hjälpsökande.

En envägs beroende ANOVA användes för att jämföra skattning av självstigmatisering mellan de tre olika formerna av hjälpsökande. Preliminära analyser visade att förutsättningar för normalitet var uppfyllda, dock med en tendens till positiv snedfördelning för hjälpsökande hos läkare. Kravet på sfäriskhet uppfylldes inte heller fullt ut. Resultatet på ANOVA analysen visade en signifikant effekt för form av hjälpsökande, Wilks' Lambda = 0,79, $F(2,182) = 24,48$, $p < 0,001$. Analys av effektstorleken visade en mycket stor effekt (multivariate partial $\eta^2 = 0,21$). Slutligen genomfördes bonferroni post-hoc test, som resulterade i signifikanta skillnader vid en inbördes jämförelse mellan alla de tre formerna av hjälpsökande. Hjälpsökande hos psykolog skattades mest självstigmatiserande, följt av hjälpsökande hos vän. Minst självstigmatiserande skattades hjälpsökande hos läkare. Se Tabell 4 för exakta mått på jämförelserna mellan skalorna.

Tabell 4

Medelvärdesskillnader (1-3), medelvärden (M), samt standardavvikelser (SD) av självstigmatisering i en inbördes jämförelse mellan de olika formerna av hjälpsökande (Psykolog, Läkare, Vän)

	1. Psykolog	2. Läkare	3. Vän
1. Psykolog	-		
2. Läkare	3,35*	-	
3. Vän	1,58*	-1,77*	-
M	26,42	23,07	24,84
SD	8,76	7,52	8,08

* Medelvärdesskillnaden är signifikant ($p < 0,05$)

Multipla t-test för beroende stickprov utfördes därefter för att utvärdera styrkan i de skillnader som visat sig vara signifikanta vid den beroende ANOVA-analysen. Resultatet av t-testen visade att effektstorleken i skillnaden mellan hjälpsökande hos psykolog och läkare var stor. Skillnaden mellan de två andra jämförelserna, mellan hjälpsökande hos psykolog och vän

samt hjälpsökande hos vän och läkare, visade dock en liten effekt. Se Tabell 5 för resultatet av den parvisa jämförelsen.

Tabell 5

Signifikanstest av skillnader mellan olika former av hjälpsökande (Psykolog, Läkare, Vän) i parvisa jämförelser

Jämförelse	t	df	p	η^2
Psykolog - Läkare	7,04	188	<0,01	0,21
Psykolog - Vän	2,54	186	0,01	0,03
Läkare - Vän	-3,01	184	<0,01	0,05

Sammanfattningsvis gav resultaten stöd för att det fanns en signifikant skillnad i självstigmatisering mellan de olika formerna av hjälpsökande. Skillnaden visade sig också vara signifikant vid inbördes jämförelser mellan respektive form av hjälpsökande. Hjälpsökande hos psykolog skattades som mest självstigmatiserande, följt av hjälpsökande hos vän. Minst stigmatiserande var hjälpsökande hos läkare. Resultatet visade således i motsats till författarnas förväntningar ingen entydig skillnad i värdering mellan professionellt och informellt hjälpsökande. Hypotesen om att det skulle finnas en skillnad i självstigmatisering mellan de olika formerna av hjälpsökande kunde dock bekräftas, men bör tolkas med försiktighet beroende på varierande och stundtals svaga effektstorlekar.

Hypotes 4

Det kommer att finnas ett samband mellan ålder och både skattning av maskulinitet och skattning av självstigmatisering vid hjälpsökande.

En envägs oberoende ANOVA användes för att undersöka ålders inverkan på maskulinitet. Deltagarna delades först in i tre separata grupper beroende på ålder; yngre (15-25 år, N=69), medelålders (25-50 år, N=100) samt äldre (över 50 år, N=26). Preliminära analyser visade att förutsättningar för normalitet var uppfyllda för samtliga variabler, dock visade åldersgruppen medelålders en tendens till positiv snedfördelning gällande hjälpsökande hos läkare. Kravet på lika varianser var uppfyllt för samtliga variabler. Resultatet visade en generell

signifikant skillnad mellan de olika åldersgrupperna gällande maskulinitet, se Tabell 6. Effektstorleken för skillnaden var stor.

Tukey post-hoc-test visade därefter att när det gällde maskulinitet skattade äldre signifikant lägre än övriga två åldersgrupper. Post-hoc-testet visade även att medelålders skattade maskulinitet signifikant lägre än yngre. Se Figur 1 för en översikt av skillnader mellan åldersgrupperna. Se Tabell 7 för medelvärdesskillnader mellan de olika grupperna.

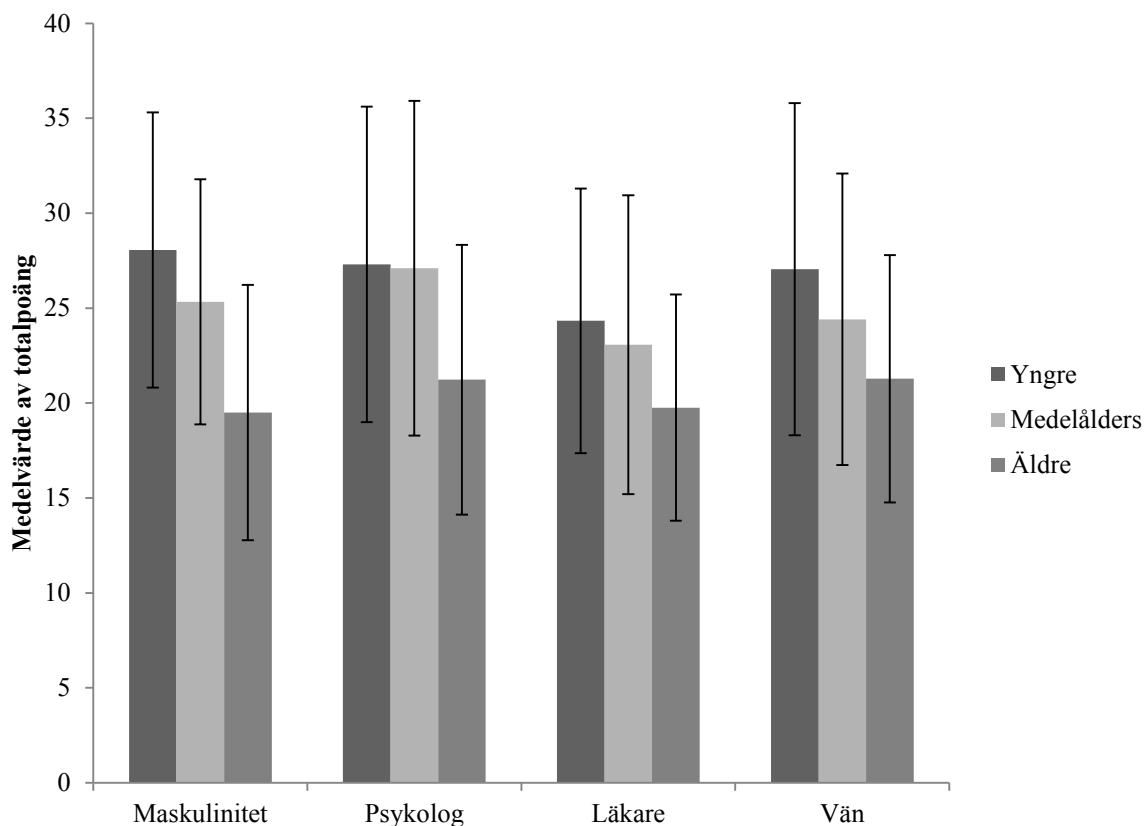
Tre separata envägs oberoende ANOVA användes därefter för att undersöka ålders inverkan på självstigmatisering för de tre formerna av hjälpsökande. Vid en generell jämförelse mellan alla åldersgrupper fanns signifikanta skillnader för alla de tre formerna av hjälpsökande, se Tabell 6. Effektstorleken för skillnader i hjälpsökande hos psykolog mellan de olika åldersgrupperna var medelstor. Skillnaderna mellan åldersgrupperna för hjälpsökande hos vän respektive läkare visade på en liten effektstorlek.

Tukey post-hoc test visade sedan att när det gällde hjälpsökande hos psykolog skattade äldre signifikant lägre självstigma än både yngre och medelålders. För hjälpsökande hos läkare skattade äldre signifikant lägre självstigma än yngre. Även stigmatisering vid hjälpsökande hos vän skattades signifikant lägre hos äldre än hos yngre. Se Figur 1 för en översikt av skillnader mellan åldersgrupperna. Övriga skillnader var inte statistiskt signifikanta, se Tabell 7.

Tabell 6

Medelvärden (M), standardavvikelser (SD) och resultat från oberoende envägs ANOVA (F, df, p, η^2) för olika åldersgruppers skattningar av maskulinitet och självstigmatisering vid olika former av hjälpsökande (Psykolog, Läkare, Vän)

Skala	Yngre (N=69)		Medelålders (N= 100)		Äldre (N = 26)		F	df	p	η^2
	M	SD	M	SD	M	SD				
Maskulinitet	28,06	7,25	25,33	6,46	19,50	6,72	14,99	2,190	<0,01	0,14
Psykolog	27,30	8,31	27,10	8,82	21,23	7,10	5,61	2,190	0,01	0,06
Läkare	24,33	6,97	23,07	7,87	19,76	5,95	3,52	2,187	0,03	0,04
Vän	27,05	8,75	24,41	7,68	21,28	6,51	5,17	2,185	0,01	0,05



Figur 1. Medelvärde av olika åldersgruppers skattningar av maskulinitet och de olika formerna av hjälpsökande (Psykolog, Läkare, Vän). Felstaplarna representerar standardavvikelser för respektive medelvärde.

Tabell 7

Medelvärdesskillnader mellan olika åldersgruppers skattningar av maskulinitet och självstigmatisering vid olika former av hjälpsökande (Psykolog, Läkare, Vän)

	Åldersgrupp för respektive skala		
	Yngre	Medelålders	Äldre
Maskulinitet			
Yngre	-		
Medelålders	2,73*	-	
Äldre	8,56*	5,83*	-

*Medelvärdesskillnaden är signifikant vid $p < 0,05$ (2-tailed)

(Fortsätter på nästa sida)

	Åldersgrupp för respektive skala		
	Yngre	Medelålders	Äldre
Pyskolog			
Yngre	-		
Medelålders	0,20	-	
Äldre	6,07*	5,87*	-
Läkare			
Yngre	-		
Medelålders	1,26	-	
Äldre	4,57*	3,31	-
Vän			
Yngre	-		
Medelålders	2,64	-	
Äldre	5,77*	3,13	-

*Medelvärdesskillnaden är signifikant vid $p < 0,05$ (2-tailed)

Multipla t-test för oberoende stickprov användes slutligen för att undersöka styrkan i de skillnaderna mellan åldersgrupperna som visat sig vara statistiskt signifikanta vid de fyra separata oberoende ANOVA-analyserna, se Tabell 8. Vid en jämförelse mellan åldersgruppernas skattning av maskulinitet hade skillnaden mellan äldre och medelålders en medelstor effekt. Skillnaden mellan äldre och yngre hade en stor effekt. Slutligen visade en jämförelse mellan medelålders och yngre en liten effektstorlek. Resultaten för åldersgruppernas skattning av självstigmatisering visade att alla signifikanta skillnader mellan åldersgrupperna för de olika formerna av hjälpsökande hade en medelstor effekt.

Tabell 8

Signifikanstest av skillnader i skattningar av maskulinitet och olika former av hjälpsökande (Psykolog, Läkare, Vän) mellan olika åldersgrupper. (Jämförelser görs endast mellan de grupper som hade signifikanta skillnader vid de tidigare ANOVA-analyserna)

Jämförelse mellan:	t	df	p	η^2
Maskulinitet				
Äldre – Yngre	-5,21	91	<0,01	0,23
Äldre - Medelålders	-4,06	124	<0,01	0,12
Medålders - Yngre	-2,55	165	0,01	0,04
Psykolog				
Äldre - Yngre	-3,29	91	<0,01	0,11
Äldre – Medelålders	-3,14	124	0,01	0,07
Läkare				
Äldre – Yngre	-2,90	89	0,05	0,09
Vän				
Äldre - Yngre	-2,99	88	<0,01	0,09

Sammanfattningsvis gav resultaten stöd för att ökad ålder generellt medför minskad skattning av maskulinitet. Vidare visade analysen även att ökad ålder generellt medför minskad stigmatisering vid hjälpsökande hos psykolog. När det gäller hjälpsökande hos läkare och vän sågs också att ökad ålder medför minskad stigmatisering, dock var styrkan i denna jämförelse mellan åldersgrupperna svag.

Skillnader sågs också i jämförelser mellan alla de tre olika åldersgrupperna, där gruppen äldre särskilde sig från övriga. Den största skillnaden sågs i skattningen av maskulinitet där äldre skattade signifikant lägre än både yngre och medelålders. Äldre skattade även signifikant lägre gällande självstigmatisering vid hjälpsökande hos psykolog i jämförelse med både medelålders och yngre. Slutligen skattade äldre män signifikant lägre än yngre på självstigmatisering vid hjälpsökande både hos läkare och vän. Jämförelser mellan medelålders och yngre män visade inte lika tydliga resultat och den enda skillnaden som uppnådde signifikans var skattningen av maskulinitet, där yngre skattade högre än medelålders. Dock var styrkan i denna skillnad svag.

Sammanfattningsvis kunde dock hypotesen om att ålder skulle påverka både skattningen av maskulinitet och skattningen av självstigmatisering vid hjälpsökande till stor del bekräftas.

Hypotes 5

Graden av maskulinitet och självstigmatisering vid hjälpsökande kommer att prediceras av socioekonomisk status, sexuell identitet och etnicitet.

Variationen hos deltagarna beträffande etnicitet var ytterst begränsad och de fåtal deltagare som angett annat födelseland än Sverige utgjorde ingen homogen grupp. Detta resulterade i att det statistiska underlaget för att undersöka etnicitetens inverkan på maskulinitet och hjälpsökande var alltför svagt och därför uteslöts variabeln ur analysen. För en genomgång av det statistiska underlaget för detta beslut, se Bilaga E.

Eftersom ålder (se resultat för hypotes 4) visat sig vara av betydelse för skattning av självstigmatisering och maskulinitet genomfördes en hierarkisk multipel regression, för att kontrollera ifall övriga variabler (sysselsättning, inkomst, utbildningsnivå och sexuell identitet) utöver ålder kunde bidra med förklarad varians. För att uppfylla kraven för denna analys krävdes att sysselsättning och sexuell identitet gjordes om till dikotoma variabler. Detta gjordes genom att sexuell identitet delades upp i en grupp med heterosexuella och en grupp med andra sexuella identiteter. För sysselsättning gjordes uppdelningen så att studenter, heltidsanställda och deltidsanställda som arbetar mer än halvtid utgjorde en grupp, medan den andra gruppen bestod av sjukskrivna, pensionärer, arbetslösa och deltidsanställda som arbetar mindre än halvtid. Totalt genomfördes fyra regressionsanalyser där de tre olika hjälpsökandeformerna samt maskulinitet utgjorde beroende variabler. Preliminära analyser för normalitet, linjäritet, homoskedasticitet och multikolinjäritet genomfördes och visade att förutsättningarna var uppfyllda för samtliga analyser.

Resultatet med enbart ålder som prediktorvariabel var signifikant för samtliga fyra modeller. Ålder förklarade 7% av variansen av hjälpsökande hos psykolog, $F(1,175) = 13,62$, $p < 0,001$, 3% av variansen för hjälpsökande hos läkare, $F(1,173) = 5,64$, $p = 0,019$, 5% av variansen för hjälpsökande hos vän, $F(1,172) = 8,15$, $p = 0,005$, samt 16% av variansen för maskulinitet, $F(1,175) = 33,33$, $p < 0,001$. Vid steg två då övriga variabler inkluderades visade ingen av modellerna på signifikanta resultat sett till hur mycket varians de adderade prediktorvariablerna bidrog med. Utöver ålder var utbildningsnivå den enda prediktorvariabel som i sig själv hade

tillräckligt stor inverkan för att uppnå signifikans. Detta gällde för utfallsvariabeln hjälpsökande hos läkare. Se Tabell 9 för fullständiga resultat.

Tabell 9

Resultatsammanfattning av fyra hierarkiska regressionsanalyser för predicering av maskulinitet och olika former av hjälpsökande utifrån olika mått på socioekonomisk status, sexuell identitet och ålder

	R ²	ΔR ²	B	SE	β
Maskulinitet					
Steg 1	0,16*				
Ålder			-0,23	0,04	-0,40*
Steg 2	0,19	0,03			
Ålder			-0,17	0,06	-0,31
Sysselsättning			-1,82	1,47	-0,09
Inkomst			-0,87	0,50	-0,18
Utbildning			0,11	0,45	0,02
Sexuell identitet			-0,18	1,70	-0,01
Hjälpsökande Psykolog					
Steg 1	0,07*				
Ålder			-0,18	0,05	-0,27*
Steg 2	0,11	0,04			
Ålder			-0,15	0,07	-0,23
Sysselsättning			-3,48	1,83	-0,15
Inkomst			-0,27	0,63	-0,05
Utbildning			-0,64	0,56	-0,09
Sexuell identitet			0,80	2,11	0,03

* p<0,05

(Fortsätter på nästa sida)

	R ²	ΔR ²	B	SE	β
Hjälpsökande Läkare					
Steg 1	0,03*				
Ålder			-0,10	0,04	-0,18*
Steg 2	0,07	0,04			
Ålder			-0,06	0,06	-0,11
Sysstämning			-0,91	1,63	-0,05
Inkomst			-0,10	0,56	-0,02
Utbildning			-1,04	0,50	-0,18*
Sexuell identitet			0,71	1,88	0,03
Hjälpsökande Vän					
Steg 1	0,05*				
Ålder			-0,13	0,05	-0,21*
Steg 2	0,07	0,02			
Ålder			-0,08	0,07	-0,13
Sysstämning			-0,95	1,76	-0,04
Inkomst			-0,40	0,61	-0,07
Utbildning			-0,74	0,54	-0,12
Sexuell identitet			-0,19	2,05	-0,01

* p<0,05

Sammanfattningsvis gav resultaten stöd för att ålder även kan fungera som prediktorvariabel, vilket stärker tidigare resultat kring ålders relevans för maskulinitet och självstigmatisering. Förklaringsvärdet var dock varierande, då den förklarade 3-7% av variansen för de olika hjälpsökandeskalorna samt 16% av variansen för maskulinitet. Den förklarade variansen ökade inte signifikant när ytterligare prediktorer infördes. Utbildningsnivå var i övrigt den enda enskilda prediktor som utöver ålder kunde uppnå ett signifikant förklaringsvärde. Sett till den låga totala förklarade variansen är dock värdet av utbildningsnivå som prediktor av marginell betydelse. Hypotesen om att socioekonomisk status (sysstämning, utbildningsgrad,

inkomst), sexuell identitet och etnicitet predicerar skattningen av maskulinitet och självstigma vid hjälpsökande kunde därmed inte bekräftas.

Diskussion

Denna studie syftade till att undersöka mäns upplevelser av självstigma vid hjälpsökande i en svensk kontext.

Hypotes 1. De huvudsakliga bidragen som denna studie ger till forskningsfältet är för det första att validera de internationellt använda mätskalorna i en svensk kontext. Studien visar att skalorna är reliabla även i Sverige, och indikerar vidare att det finns en faktisk skillnad i mäns och kvinnors skattning av maskulinitet och självstigma vid hjälpsökande hos psykolog och vän. Detta resultat leder till att studiens första hypotes till stor del kan bekräftas. Effektstorleken för detta resultat visar dock på en signifikant men liten skillnad, vilket medför att resultatet bör tolkas med försiktighet. Jämfört med annan forskning går detta resultat i linje med vad som tidigare visats internationellt. Det finns ett antal studier som har kommit fram till liknande slutsatser för denna skillnad mellan män och kvinnor i bland annat USA (Vogel et al., 2006), England (Yousaf et al., 2014) och Kina (Goh, et al., 2007). Dock har denna internationella forskning ofta uppvisat en större skillnad mellan män och kvinnor än vad som var fallet i denna studie.

Vid en tolkning av skillnaden mellan män och kvinnor finns det två nämnvärda aspekter. För det första är Sverige och de skandinaviska länderna världsledande i globala mätningar av jämställdhet (World economic forum, 2012). Det är tänkbart att ökad jämställdhet även medför mer tillåtande former av maskulinitet, då män exempelvis inte ansvarar för hela familjeförsörjningen eller kan ta ut en större del föräldradedighet. Den globalt sett höga jämställdheten i Sverige kan således vara en faktor med visst förklaringsvärde till att skillnaderna mellan män och kvinnor i skattning av maskulinitet och självstigma tycks vara mindre här än i annan internationell forskning. Detta antagande stärks även av sociologiska mått på hur maskulina olika länders kultur är. Trots att sådana kulturella mätningar är vanskliga är det ändå nämnvärt att Sverige enligt Masculinity Index (Hofstede, 2001) anses vara världens minst maskulina samhälle. Detta kan ytterligare förklara varför skillnader i mäns och kvinnors skattning förefaller vara mindre här än i andra delar av världen.

Dessutom visar vissa studier inom området att män skattar sina attityder till maskulinitet avsevärt högre när de befinner sig i en social kontext jämfört med om skattningen sker privat via en dator (Yousaf et al., 2014). Detta kan utan tvekan vara en faktor som påverkat männens skattning i denna studie, vilket möjligen ytterligare kan medverka till den mindre skillnaden mellan män och kvinnor.

Slutligen bör det nämnas att en alternativ tolkning av detta resultat är att det kan bero på en stor heterogenitet i den grupp av män som besvarade enkäten. Rekryteringen gjordes utifrån variabler som i tidigare forskning antytts vara av betydelse för maskulinitet och hjälpsökande. Att försöka få med representanter från så många olika grupperingar i samhället bidrog till att de senare konstruerade grupperna var heterogena i sin skattning, vilket påverkar de statistiska förutsättningarna. Detta minskar möjligheten till starka och entydiga resultat, se Tabell 1.

Hypotes 2. För det andra visar studien att det finns ett positivt samband mellan skattning av maskulinitet och skattning av självstigmatisering för alla de tre formerna av hjälpsökande. Styrkan i dessa resultat varierar dock. Sambandet mellan maskulinitet och hjälpsökande hos läkare är svagt, medan det mellan maskulinitet och hjälpsökande hos psykolog och vän är medelstarkt. Studiens andra hypotes kan därmed till stor del bekräftas.

Sambandet mellan maskulinitet och psykologiskt hjälpsökande stämmer väl överens med tidigare internationell forskning (Vogel, Wester, Hammer & Downing-Matibag, 2014). Detta förhållande kan alltså till stor del sägas vara giltigt även i en svensk kontext.

Resultatet är föga förvånande eftersom de maskulinitetsnormer som CMNI baseras på premierar självständighet och återhållsamhet i såväl känslouttryck som hjälpsökande. Det är rimligt att anta att personer som efterlever dessa normer även uppfattar det som stigmatiserande om de i handling gick emot sina ideal, exempelvis genom att söka hjälp. Det är dock viktigt att poängtera att analysen inte kan uttala sig om kausalitet och därmed inte kan bestämma riktningen i sambanden.

Vidare är det intressant att sambandet mellan maskulinitet och hjälpsökande hos läkare skiljer sig från övriga samband. En tänkbar tolkning är att hjälpsökande hos läkare i stor utsträckning förknippas med fysiska problem och kanske av en sådan svårighetsgrad att de inte kan lösas av personen själv, som exempelvis benfrakturer. Eftersom CMNI även premierar normer kring att vara tävlingsinriktad kanske hjälpsökande hos läkare skiljer sig från övriga former av hjälpsökande i att läkaren besitter kunskap långt utöver vad gemene man kan förväntas

klara av själv. Det är tänkbart att kompetensen hos psykologer och vänner ligger närmare det som den enskilda individen kan förväntans hantera själv, vilket möjligen kan leda till en ökad stigmatisering vid hjälpsökande.

En alternativ tolkning är att den omgjorda skalan inte lämpar sig lika väl för att mäta självstigmatisering vid hjälpsökande hos läkare. Detta stöds i de tendenser av positiv snedfördelning som sågs i de preliminära analyserna av databearbetningen. Skalan är kanske inte sensibel nog för att fånga upp tillräcklig variation av självstigmatisering vid hjälpsökande hos läkare, vilket kan motivera det svagare sambandet.

Hypotes 3. För det tredje visar studien att de olika formerna av hjälpsökande värderas olika sinsemellan, där psykiskt hjälpsökande är mest stigmatiserande, följt av hjälpsökande hos vän som medför mindre stigma och hjälpsökande hos läkare som medför minst stigma. Effektstorleken för en generell skillnad mellan hjälpsökandeskalorna var mycket stor och detta resultat medför ytterligare stöd för att studiens tredje hypotes kan bekräftas.

Vid en närmare jämförelse sågs dock en variation i skillnaderna mellan de olika formerna av hjälpsökande. Som tidigare nämnts finns det ytterst lite forskning som har undersökt dessa skillnader i stigma mellan olika former av hjälpsökande. De studier som har gjorts inom fältet har snarare antytt att det *kan* finnas en skillnad, där psykiskt hjälpsökande värderas mer negativt än fysiskt (Sicke et al., 2014). Denna studie ger ytterligare stöd för antagandet att psykologiskt hjälpsökande är mer negativt värderat, vilket är ett kliniskt intressant observandum. Studien bygger således vidare på den tunna forskningsgrund som redan finns och stärker även förståelsen för att hjälpsökande inte kan ses som en allmän och generell företeelse utan snarare kräver noggranna nyanseringar.

Vid en tolkning av detta resultat är en tänkbar förklaring att det finns en viktig skillnad i synen på fysiska och psykiska problem som påverkar mäns självstigmatisering. Fysiska problem är enklare att förlägga till kroppen, vilket skapar en distans som möjligen minskar deras makt att påverka individens självbild. Psykiska problem är troligtvis mer relaterade till interna processer som tankar, känslor och till den egna identiteten. Detta ger psykiska problem en karaktär av att vara något individen *är* snarare än något individen *har drabbats av*. Att *vara* sina psykiska problem och att *ha* sina fysiska problem medför säkerligen en skillnad i självstigmatisering. Det är således tänkbart att hjälpsökande för problem med tankar och känslor ses som ett större misslyckande än hjälpsökande för fysiska åkommor som kräver medicinsk behandling. För

fysiska problem kan ansvaret för att lösa problemet därför förläggas till läkemedel, medan detta ansvar oftare tolkas som individens eget när det gäller psykiska problem. På så vis slår psykiskt hjälpsökande förmodligen hårdare mot maskulinitetsideal om att vara självständig och i kontroll över sina tankar och känslor. Detta antagande stärks av tidigare forskning som visat att fysiska symptom oftast tycks vara den avgörande faktor som får män att söka hjälp även om deras problem är psykologiskt (Galdas et al., 2004).

Resultatet som visar att självstigmatiseringen är större vid hjälpsökande hos en vän än hos en läkare är förvånande, då viss tidigare forskning visat att informellt stöd hos vänner och familj ofta föredras av hjälpsökande män (Oliver et al., 2005). En möjlig tolkning är att män har mindre emotionellt stöttande sociala nätverk, med lägre acceptans för att diskutera personliga problem med vänner (Tinajero et al., 2014).

En alternativ tolkning av dessa resultat kan, precis som för hypotes två, vara att den konstruerade hjälpsökandeskalan för läkare inte är tillräckligt känslig för att fånga stigmatisering vid fysiskt hjälpsökande. Det är möjligt att item som *“att söka läkarvård skulle få mig att känna mig mindre intelligent”* tycks främmande för en deltagare som vid skattningen exempelvis föreställt sig hjälpsökande för en benfraktur.

Hypotes 4. För det fjärde genererar studien ny kunskap kring ålders inverkan på skattningen av maskulinitet och självstigma vid hjälpsökande. Denna studie kan som den första i en svensk kontext indikera att ökad ålder medför minskad skattning av både maskulinitet och självstigmatisering vid hjälpsökande. Därmed kan studiens fjärde hypotes bekräftas. Ett observandum är dock att ålders inverkan på skattad grad av maskulinitet och de olika formerna av hjälpsökande väger olika tungt beroende på vilka åldersgrupper som jämförs. Detta ses även i den lägre effektstorleken vid den sammantagna bedömningen av skillnad mellan grupperna, särskilt gällande de olika formerna av hjälpsökande. Inbördes jämförelser mellan de olika åldersgrupperna visar att det främst är gruppen äldre (50+) som särskiljer sig från övriga åldersgrupper. Detta gäller särskilt maskulinitet där gruppen skattar signifikant lägre än både grupperna yngre (15-25) och medelålders (26-50). Gällande hjälpsökande skattar äldre signifikant lägre självstigma än yngre på alla hjälpsökandeskalorna. Vid en jämförelse med medelålders skattar äldre signifikant lägre självstigmatisering vid hjälpsökande hos psykolog. Effektstorlekarna visar att skillnaderna mellan jämförelserna är medelstora, förutom för

skillnaden i skattad maskulinitet mellan de äldsta och yngsta som visar på en stor effekt.

Skillnaden i skattad maskulinitet mellan medelålders och yngre visar slutligen en svag effekt.

Tidigare forskning har varit tvetydig till ålders roll i dessa sammanhang. Å ena sidan har det hävdats att ökad ålder medför högre efterlevnad av traditionella maskulinitetsnormer, vilket påverkar attityder till hjälpsökande negativt (Willis & DePaulo, 1991). Å andra sidan har det även påvisats att äldre män tycks kunna acceptera svaghet och hjälpbehov hos sig själva (Levant & Fischer, 1998; Berger et al., 2005) samtidigt som yngre män i vissa fall bedöms vara den undergrupp av män som starkast efterlever traditionella maskulinitetsnormer och således även har störst motstånd mot hjälpsökande (Berger et al., 2005). Resultatet av denna studie stärker forskningen som hävdar att ökad ålder medför minskad skattning av maskulinitet och självstigmatisering vid hjälpsökande. Studien kan emellertid endast konstatera att ett sådant samband föreligger och kan inte uttala sig om orsakerna bakom det. Metodologin begränsar exempelvis möjligheten att undersöka om yngre mäns högre skattningar är bestående över tid.

Vid en tolkning av dessa resultat är en tänkbar förklaring att yngre män till skillnad från äldre ännu inte i lika hög grad har hunnit komma i kontakt med vården. Viss forskning indikerar att tidigare erfarenheter av psykologisk vård medför en signifikant lägre skattning av självstigma vid psykologiskt hjälpsökande (Sullivan et al., 2014). Med högre ålder kommer således en större möjlighet till att ha just erfarenheter av psykologisk vård, vilket kan vara en del i skillnaden mellan yngre och äldres skattning.

Det är även möjligt att många unga mäns identitetsutveckling och inträde i vuxenlivet medför en temporär stegring av behovet att identifiera sig som man enligt rådande normer. Denna tendens skulle kunna förklara yngre mäns större motstånd till hjälpsökande, i likhet med deras accelererade riskbeteenden i tidig vuxenålder (Rolison, Hanoch, Wood, & Liu, 2014). När det gäller gruppen äldre är det tänkbart att deras lägre skattningar å ena sidan kan bero på ökad mognad och avståndstagande från begränsande normer, samtidigt som det även kan vara en motvillig förändring till följd av naturliga fysiska försvagningar som följer med ökad ålder.

Slutligen är det även intressant att fundera kring skillnaden i skattning mellan äldre och yngre utifrån ett jämställdhetsperspektiv. Med tanke på jämställdhetsarbetet i Sverige under senare år som har förändrat många maskulinitetsnormer (Johansson, 2011) är det förvånande att unga män fortfarande skattar högt när det gäller efterlevande av traditionell maskulinitet. Det hade kunnat förväntas att arbetet med att skapa mer tillåtande maskulinitetsnormer skulle ha gett

större effekt i gruppen yngre män än vad som tycks vara fallet. Orsakerna bakom detta förhållande ligger dock bortom denna studies fokus.

Hypotes 5. Denna hypotes, om att socioekonomisk status, sexuell identitet och etnicitet skulle påverka skattning av maskulinitet och självstigma, kunde inte bekräftas. Detta beror till stor del på bristande statistiskt underlag. Det som resultatet från denna hypotes dock bidrar med är ytterligare ett argument för att ålder är en relevant faktor, då den förklarar 16 % av den totala variansen i skattningarna av maskulinitet och 3-7 % av variansen i de olika formerna av hjälpsökande. Dessa siffror är dock förhållandevis låga, vilket indikerar att det finns andra faktorer som spelar stor roll som studien inte lyckats fånga.

Sammanfattningsvis genererar studien ny kunskap kring maskulinitet och hjälpsökande i en svensk kontext. Den visar bland annat att det finns ett samband mellan maskulinitet och självstigma vid hjälpsökande, samt att olika former av hjälpsökande medför olika grad av stigmatisering. Slutligen visar den även att ålder är en viktig faktor när det kommer till skattning av maskulinitet och attityder till hjälpsökande. Därmed kan hypoteserna 1 - 4 i hög grad bekräftas, medan hypotes 5 avfärdas.

Metoddiskussion

Det finns ett antal metodologiska aspekter av studien som bör diskuteras för att ge en mer nyanserad bild av tillförlitligheten i tolkningar och slutsatser. Studien har många metodologiska styrkor som inverkar positivt på tillförlitligheten. För det första är det en fördel att studien trots sitt fokus på mäns hjälpsökande även undersöker skillnader mellan kvinnor och män när det gäller skattningen på CMNI och SSOSH. Detta kan dels konstatera att det faktiskt finns en skillnad i en svensk kontext, samtidigt som det fungerar som en validering av de båda skalorna, som ännu inte är etablerade i Sverige. Dessutom har skalorna vid behov justerats för att bättre passa en svensk kontext, exempelvis genom borttagandet av ett stötande item i CMNI. Skalorna är i övrigt väletablerade i internationell forskning, vilket är ytterligare en metodologisk fördel. Valet av de specifika skalorna baserades på att andra jämförbara mått gällande hjälpsökande och maskulinitet var alltför traditionella, bundna till amerikanska normer som troligen inte har samma förklaringsvärde i Sverige, eller svåra att anpassa till nya miljöer. Detta gäller exempelvis den ofta internationellt använda hjälpsökandeskalen *Attitudes toward seeking professional psychological help* (ATSPPH) som dels använder könsbunden terminologi, samtidigt som den

ursprungligen är validerad i ett urval av amerikanska studenter (Yousaf et al., 2014). Valet att använda SSOSH är således ytterligare en styrka, då denna skala är språkligt könsneutral, samtidigt som den i tidigare forskning har anpassats till att gälla andra former av hjälpsökande med gott resultat (Bergwall & Himmelein, 2013). Detta stärker antagandet att den anpassning som gjordes av SSOSH i denna studie till att även gälla hjälpsökande hos läkare och hos en vän är tillförlitlig. SSOSH har dessutom använts i en mängd olika miljöer med gott resultat, vilket indikerar att den fungerar över ett brett kulturellt spektra.

Valet att använda CMNI för att mäta maskulinitet baseras på att den i tidigare forskning är den mest använda skalan inom fältet, och dessutom har validerats för såväl kvinnor som män i varierande åldrar och i varierande kontexter (Smiler, 2006). Samtliga använda skalor i studien uppvisade dessutom god intern konsistens.

Ytterligare en metodologisk styrka med studien är att det har funnits ett tydligt fokus på användarvänlighet. Detta märks exempelvis i nyttjandet av en validerad kortform av CMNI för att minska tidsåtgången för deltagarna. Därutöver etablerades en egen internetdomän för att förenkla rekryteringsprocessen, samtidigt som några exemplar av enkäten distribuerades i pappersform för att underlätta deltagandet för äldre utan datorvana. Rekryteringen genomfördes vidare med en informationstext som inte nämnde studiens fokus på maskulinitet, vilket minskar risken för primingeffekter. Dessutom justerades rekryteringen löpande för att nå en så bred grupp som möjligt. När det gäller enkätens utformning är det därutöver en styrka att ordningen på frågorna randomiserades, vilket motverkar olika former av bias i deltagarnas svar.

Slutligen är det en indikator på den metodologiska tillförlitligheten i studien att spridningen kring variablerna ålder, inkomst, utbildning och storlek på bostadsort är i paritet med tidigare internationell forskning som haft för avsikt att undersöka hjälpsökande i den allmänna populationen av män (Sullivan et al., 2014; Hammer et al., 2013).

Trots ovanstående styrkor är dock studien behäftad med ett antal begränsningar. För det första är såväl CMNI som SSOSH konstruerade i en amerikansk kontext, vilket riskerar att medföra ett minskat förklaringsvärde i Sverige. Tendenser till detta syns i studiens statistiska analyser, där CMNI är den mätskala som uppvisar sämst intern konsistens ($\alpha = 0,68$). Användandet av amerikanska skalor innebar även att författarna själva översatte materialet, vilket riskerar att delvis förändra ordalydelse och innebörd. Vid den statistiska analysen sågs dock att alfa-värdet för båda skalorna inte förändrades nämnvärt om något item uteslöts. Detta i

kombination med en uppmätt intern konsistens som överensstämmer med tidigare engelskspråkig forskning är dock tecken på att översättningen är tillförlitlig.

Vidare visar de preliminära analyserna inför hypotesprövningen att vissa statistiska förutsättningar inte fullt ut infriades. I analyserna av hypotes 1, 3 och 4 uppfyllde vissa variabler inte kravet för normalitet. Resultaten av dessa uträkningar bör därför tolkas med viss försiktighet, då dessa förutsättningar begränsar studiens statistiska validitet. Till resultatets försvar kan dock påpekas att tidigare forskning visar att det är relativt vanligt att kravet för normalfördelning inte uppnås, särskilt vid undersökningar av sociala företeelser, som exempelvis attityder. De statistiska teknikerna, särskilt ANOVA, anses vidare vara robusta för viss avvikelse från detta krav (Pallant, 2013).

När det gäller skapandet av nya versioner av SSOSH gällande hjälpsökande hos läkare och hos en vän finns ytterligare några begränsningar med studien. Trots att de konstruerade skalorna uppvisar mycket god intern konsistens finns det bakomliggande problem med operationaliseringen av begreppen. För det första är det inte tydligt definierat vilken typ av problem som hjälpsökandet avser. I enkäten informeras om att studien undersöker *hjälpökande för psykiska och fysiska problem*. Det är troligt att det finns en stor variation i hur stigmatiserande olika fysiska och psykiska problem upplevs, och eftersom specifika problemområden inte har definierats närmare blir detta ett hot mot begreppsvaliditeten. Det föreligger således en vag matchning mellan skalornas operationalisering och de bakomliggande begreppen hjälpsökande och självstigma. För det andra finns en viss överensstämmelse mellan att söka hjälp hos läkare och att söka hjälp hos psykolog, då även hjälpsökande för psykiska problem kan ske inom ramen för somatisk läkarvård. Inte minst gäller detta för gruppen män som ofta tycks söka hjälp för fysiska symptom även om det bakomliggande problemet är psykiskt (Galdas et al., 2004). Detta är ytterligare en riskfaktor när det gäller begreppsvaliditeten, då kategorierna psykologiskt hjälpsökande och hjälpsökande av läkare riskerar att överlappa varandra. Fördelarna med detta upplägg är dock att studien genom sin breda ansats kan vara explorativ och kartlägga allmänna attityder till hjälpsökande. Den kan således ses som ett hypotesgenererande fundament för mer riktad forskning i framtiden.

Vidare har rekryteringen av deltagare till studien vissa svagheter. För det första misslyckades ambitionen att rekrytera tillräckligt många män med invandrarbakgrund samt män med olika sexuella identiteter. Detta medförde att hypotesen som utarbetats avseende denna

grupp fick strykas ur analysen. Därutöver var det urval som slutligen användes i studien snedfördelat, med en övervikt av yngre jämfört med äldre män. Detta kan härledas till att många av deltagarna rekryterades via internet. Övervikten av yngre är dock i paritet med annan liknande forskning inom fältet (Sullivan et al., 2014).

Dessutom finns det en risk för selektionsbias i rekryteringen då män som upplevt negativa effekter av rådande maskulinitetsnormer troligtvis är mer benägna att delta i denna typ av undersökning än män som inte upplever dagens normer som problematiska. Detta medför att män som i hög grad efterlever traditionella maskulinitetsnormer utan att uppleva det som hämmande förmodligen inte har deltagit i studien. Detta vittnar om att det troligtvis finns ett stort mörkertal i form av män med hög efterlevnad av traditionella maskulinitetsnormer som är svåra att engagera i ett psykologiskt forskningsprojekt om hjälpsökande.

Slutligen finns det några metodologiska problem i enkätens utformning. För det första placerades demografiska frågor om deltagaren i slutet av enkäten. Detta medför visserligen en viktig trygghet i att deltagare i början av enkäten inte tvingas uppge privata uppgifter, men innebär samtidigt att bortfallsanalys blir omöjlig för de som inte fullföljde hela enkäten. Detta försvagar studiens interna validitet. När det gäller bortfall är det också tydligt att enkätens första del, som bestod av de tre versionerna av SSOSH, stod för en klar majoritet av bortfallen. Det kan visserligen antas att de flesta som väljer att inte fullfölja en enkät fattar sitt beslut förhållandevis tidigt, men placeringen av de tre SSOSH-skalorna innebär även att den inledande delen består av en mängd frågor med väldigt lika formuleringar. Det kan inte uteslutas att en annan placering av skalorna som inneburit en större variation i enkätens början hade kunnat minska bortfallet.

För det andra innehåller enkäten en del operationaliseringar och grupperingar som kan kritiserars. För det första operationaliseras socioekonomisk status som ett mått baserat på utbildningsgrad, huvudsaklig sysselsättning och inkomstnivå. Även om detta är en vanligt förekommande indelning, så finns det inget allmänt mått på socioekonomisk status. Grupperingen av olika inkomstnivåer, utbildningsnivåer och olika former av sysselsättning inom begreppet socioekonomisk status har således utformats av artikelförfattarna själva då det även på denna punkt saknas konsensus kring hur nivågrupperingar bör göras. Operationaliseringen av etnicitet åtföljs av en liknande problematik, då studien på denna punkt endast innehöll två frågor om deltagaren och dennes föräldrars födelseland. Dessutom grupperades sysselsättning och sexuell identitet av statistiska skäl alltför grovt. Grupperingarna liknar dock tidigare forskning på

området, och gjordes dessutom med ambitionen att skapa storleksmässigt jämförbara grupper vilket gynnar studiens statistiska förutsättningar.

Avslutningsvis saknade enkäten frågor om huruvida deltagarna hade sökt vård och vad de hade för erfarenheter av eventuella vårdkontakter. Visserligen var studiens syfte att undersöka mäns hjälpsökande i allmänhet, men mer specifika frågor kring erfarenheter av hjälpsökande och bemötande i vården hade möjligen kunnat fördjupa studiens slutsatser. Inte minst hade det kunnat ge en tydligare bild av vilka män i studien som inte söker hjälp, samt möjliggöra en jämförelse mellan dessa män och män som i högre grad söker hjälp. Dessutom hade indikationer på hur män upplever sitt bemötande i vården kunnat vara av pragmatisk nytta för framtida ambitioner att vägleda fler män in i vårdapparaten.

Sammanfattningsvis anses studien vara tillförlitlig och metodologiskt adekvat genomförd för att besvara de utarbetade hypoteserna. Kunskapsanspråket är att undersöka och tolka samband, snarare än att göra generaliseringar till populationer eller att göra starka antaganden om riktningen på de uppmätta sambanden. Detta är i enlighet med vad som i allmänhet efterfrågas för korrelationsstudier av tvärsnittsdesign.

Slutsats

Studien ger en första allmän bild av mäns attityder till hjälpsökande i Sverige och kan på så vis lägga grunden för mer specifik forskning i framtiden. De viktigaste resultaten som studien bidrar med är för det första att visa att det finns ett samband mellan skattning av maskulinitet och skattning av självstigma för alla de tre formerna av hjälpsökande. Studien visar även att de tre olika formerna av hjälpsökande värderas olika sinsemellan, där psykiskt hjälpsökande är mest stigmatiserande, följt av hjälpsökande hos vän som medför mindre stigma och hjälpsökande hos läkare som medför minst stigma. För det tredje genereras ny kunskap kring ålders inverkan på skattningen av maskulinitet och självstigma vid hjälpsökande. Tidigare forskning har varit tvetydig till ålders roll i dessa sammanhang och denna studie kan som den första i en svensk kontext indikera att ökad ålder medför minskad skattning av både maskulinitet och självstigma. Slutligen validerar även studien de internationellt använda mätskalorna i en svensk kontext. Studien bekräftar således att skalorna är reliabla även i Sverige, vilket indikerar att det finns en faktisk skillnad i mäns och kvinnors skattning av maskulinitet och självstigma vid hjälpsökande.

Framtida forskning

Trots att denna studie genererar ny kunskap när det gäller mäns hjälpsökande i Sverige kvarstår frågor som ännu inte har kunnat besvaras. För det första lyckades inte studien rekrytera tillräckligt många män med invandrarbakgrund. Detta medför att det fortfarande är oklart huruvida internationella forskningsresultat som pekar mot att män med minoritetsbakgrund söker mindre hjälp än andra är gällande även i en svensk kontext. För det andra lyckades denna studie inte heller rekrytera tillräckligt många män som identifierar sig som homosexuella, bisexuella, transsexuella eller queer. Då Sverige globalt sett behandlar etniska och sexuella minoriteter bra (World economic forum, 2012) är det viktigt för framtida forskning att se om internationella tendenser för dessa gruppers attityder till hjälpsökande är gångbara även här.

Denna studies resultat genererar även nya frågeställningar som kräver vidare forskning. Resultaten som visar att ökad ålder medför minskad stigmatisering vid hjälpsökande behöver undersökas närmare. Det är i framtiden relevant att utreda om äldre mäns minskade stigmatisering och maskulinitetsskattning är en effekt av ökad mognad och avståndstagande från begränsande normer, eller om det snarare rör sig om en påtvingad och motvillig förändring då äldre män blir svagare och får svårare att efterleva rådande ideal.

När det gäller yngres höga skattning av självstigma och maskulinitet hade framtida longitudinella studier kunnat undersöka om denna tendens "växer bort" och således är att betrakta som en kohorteffekt, eller om den är bestående över tid.

Ytterligare behov som framtida forskning bör adressera är noggrannare undersökningar av självstigma för olika former av hjälpsökande. Det hade varit informativt med studier som anger konkreta exempel på fysiska och psykiska problem och hur de värderas. Detta hade kunnat visa nyanser i vilken typ av problem som män hanterar informellt och vilka problem som får män att söka professionell hjälp. Sådan forskning hade kunnat ge information om huruvida män anger fysiska symptom även vid psykiskt lidande, för att undvika den ökade stigmatiseringen som psykologiskt hjälpsökande medför. Detta skulle kunna ha stor klinisk nytta.

Slutligen kvarstår även behovet av att utarbeta metoder för att arbeta med rådande maskulinitetsnormer. En möjlig väg för detta arbete kan vara att försöka använda maskulina ideal om handlingskraft och beslutsamhet till att även gälla förmågan att ta ansvar för sin hälsa och sitt hjälpbehov. De unga männen i denna studie skattade högt gällande traditionell maskulinitet, vilket synliggör att mycket arbete kvarstår för att förändra rådande normer och de negativa

effekter de medför för mäns hälsa. Detta kan på sikt leda till att en bra karl inte alltid behöver reda sig själv.

Referenser

- Addis, M. E. & Mahalik, J. R. (2003). Men, masculinity, and the contexts of help seeking. *American Psychologist*, 58(1), 5-14. doi:10.1037/0003-066X.58.1.5
- Ansara, Y. & Hegarty, P. (2014). Methodologies of misgendering: Recommendations for reducing cisgenderism in psychological research. *Feminism & Psychology*, 24(2), 259-270. doi:10.1177/0959353514526217
- Bebbington, P. E., Brugha, T. S., Meltzer, H., Jenkins, R., Ceresa, C., Farrell, M. & Lewis, G. (2000). Neurotic disorders and the receipt of psychiatric treatment. *Psychological Medicine*, 30(6), 1369-1376. doi:10.1017/S0033291799002974
- Berger, J. L., Addis, M. E., Green, J. D., Mackowiak, C. & Goldberg, V. (2013). Men's reactions to mental health labels, forms of help-seeking, and sources of help-seeking advice. *Psychology of Men & Masculinity*, 14(4), 433-443. doi:10.1037/a0030175
- Berger, J. M., Levant, R., McMillan, K. K., Kelleher, W. & Sellers, A. (2005). Impact of gender role conflict, traditional masculinity ideology, alexithymia, and age on men's attitudes toward psychological help seeking. *Psychology of Men & Masculinity*, 6(1), 73-78. doi:10.1037/1524-9220.6.1.73
- Bergvall, L. & Himelein, M. (2014). Attitudes toward seeking help for sexual dysfunctions among US and Swedish college students. *Sexual and Relationship Therapy*, 29(2), 215-228. doi:10.1080/14681994.2013.860222
- Birnbaum, M. H. (2004). Methodological and ethical issues in conducting social psychological research via the Internet. I C. Sansone, C. C. Morf & A. T. Panter (Red.), *Handbook of methods in social psychology* (ss. 359– 382). Thousand Oaks, CA: Sage Publications
- Blais, R. K. & Renshaw, K. D. (2013). Stigma and demographic correlates of help-seeking intentions in returning service members. *Journal of Traumatic Stress*, 26(1), 77-85. doi:10.1002/jts.21772
- Calvo-Salguero, A., García-Martínez, J. & Monteoliva, A. (2008). Differences between and within genders in gender role orientation according to age and level of education. *Sex Roles*, 58(7), 535-548. doi:10.1007/s11199-007-9354-6
- Carter-Harris, L., Hermann, C., Schreiber, J., Weaver, M. & Rawl, S. (2014). Lung cancer stigma predicts timing of medical help-seeking behavior. *Oncology Nursing Forum*, 41(3), 203-210. doi:10.1188/14.ONF.E203-E210

- Chandra, A., Scott, M. M., Jaycox, L. H., Meredith, L. S., Tanielian, T. & Burnam, A. (2009). Racial/ethnic differences in teen and parent perspectives toward depression treatment. *Journal of Adolescent Health, 44*, 546–553. doi:10.1016/j.jadohealth.2008.10.137
- Cochran, S. D., Sullivan, J. G. & Mays, V. M. (2003). Prevalence of mental disorders, psychological distress, and mental health service use among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 53–61. doi:10.1037/0022-006X.71.1.53
- Compton, W. M., Thomas, Y. F., Stinson, F. S. & Grant, B. F. (2007). Prevalence of correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV drug abuse and dependence in the United States. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 47*(6), 651. doi:10.1001/archpsyc.64.7.830
- Connell, R. (2005). *Masculinities* (2. uppl.). Cambridge: Polity Press.
- Courtenay, W. H. (2000). Behavioral factors associated with disease, injury, and death among men: Evidence and implications for prevention. *The Journal of Men's Studies, 9*(1), 81-142. doi:10.3149/jms.0901.81
- Danielsson, U. & Johansson, E. (2005). Beyond weeping and crying: a gender analysis of expressions of depression. *Scandinavian Journal of Primary Health Care, 23*(3), 171-177. doi:10.1080/02813430510031315
- Danielsson, U., Lehti, A., Hammarström, A., Johansson, E. & Bengs, C. (2009). Struck by lightning or slowly suffocating gendered trajectories into depression. *BMC Family Practice, 10* doi:10.1186/1471-2296-10-56
- Denton, M., Prus, S. & Walters, V. (2004). Gender differences in health: A Canadian study of the psychosocial, structural and behavioural determinants of health. *Social Science and Medicine, 58*(12), 2585–2600. doi:10.1136/jech.2006.049999
- European Commission. (2010). Mental health part 1: Report. Hämtad 25 mars 2015 från http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/ebs_345_en.pdf
- Farrimond, H. (2012). Beyond the caveman: Rethinking masculinity in relation to men's help-seeking. *Health: an Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness & Medicine, 16*(2), 208-225. doi:10.1177/1363459311403943

- Fischer, E. H. & Farina, A. (1995) Attitudes toward seeking professional psychological help: A shortened form and considerations for research. *Journal of College Student Development*, 36(4), 368-73. Hämtad från http://muse.jhu.edu/journals/journal_of_college_student_development/
- Galdas, P. M., Cheater, F. & Marshall, P. (2005). Men and health help-seeking behaviour: Literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 49(6), 616-622. doi:10.1111/j.1365-2648.2004.03331.x
- Gillon, E. (2007). Gender differences in help seeking. *Therapy Today*, 18(10), 13-16. Hämtad från <http://connection.ebscohost.com/>
- Goh, M., Xie, B., Herting Wahl, K., Lian, F., Romano, J. & Zhong, G. (2007). Chinese students' attitudes toward seeking professional psychological help. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 29(3-4), 187-202. doi:10.1007/s10447-007-9038-5
- Gosling, S., Vazire, S., Srivastava, S. & John, O. (2004). Should we trust web-based studies? A comparative analysis of six preconceptions about Internet questionnaires. *American Psychologist*, 59(2), 93-104. doi:10.1037/0003-066X.59.2.93
- Grossman, J. M. & Charmaraman, L. (2009). Race, context, and privilege: White adolescents' explanations of racial-ethnic centrality. *Journal of Youth and Adolescence*, 38(2), 139–152. doi:10.1007/s10964-008-9330-7
- Hammer, J. H. & Vogel, D. L. (2010). Men's help seeking for depression: The efficacy of a male-sensitive brochure about counseling. *Counseling Psychologist*, 38(2), 296-313. doi:10.1177/0011000009351937
- Hammer, J. H., Vogel, D. L. & Heimerdinger-Edwards, S. R. (2013). Men's help seeking: Examination of differences across community size, education, and income. *Psychology of Men & Masculinity*, 14(1), 65-75. doi:10.1037/a0026813
- Hoaglin, D. C., Iglewicz, B. & Tukey, J. W. (1986). Performance of some resistant rules for outlier labeling. *Journal of the American Statistical Association*, 81(396). 991-999. doi: 10.2307/2289073
- Hofstede, G. (2001). *Culture's consequences : comparing values, behaviors, institutions, and organizations across nations* (2. uppl.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Holopainen, J., Helama, S., Björkenstam, C. & Partonen, T. (2013). Variation and seasonal patterns of suicide mortality in Finland and Sweden since the 1750s. *Environmental Health and Preventive Medicine*, 18(6), 494-501. doi:10.1007/s12199-013-0348-4

- Hoy, S. (2012). Beyond men behaving badly: A meta-ethnography of men's perspectives on psychological distress and help seeking. *International Journal of Men's Health, 11*(3), 202-226. doi:10.3149/jmh.1103.202
- Ivarsson, S., Estrada, A. & Berggren, A. (2005). Understanding men's attitudes toward women in the Swedish Armed Forces. *Military Psychology, 17*(4), 269-282. doi:10.1207/s15327876mp1704_2
- Jarrett, N. C., Bellamy, C. D. & Adeyemi, S. A. (2007). Men's health help-seeking and implications for practice. *American Journal of Health Studies, 22*(2), 88-95. Hämtad från <http://connection.ebscohost.com/>
- Johansson, T. (2011). Fatherhood in transition: Paternity leave and changing masculinities. *Journal of Family Communication, 11*(3), 165-180. doi:10.1080/15267431.2011.561137
- Johnson, E. M. & Coles, M. E. (2013). Failure and delay in treatment-seeking across anxiety disorders. *Community Mental Health Journal, 49*(6), 668-674. doi:10.1007/s10597-012-9543-9
- Krumpal, I. (2013). Determinants of social desirability bias in sensitive surveys: A literature review. *Quality & Quantity, 47*(4), 2025-2047. doi:10.1007/s11135-011-9640-9
- Levant, R. F. & Habben, C. (2003). The new psychology of men: Application to rural men. I B. Hudnall Stamm (Red.), *Rural behavioral health care: An interdisciplinary guide* (ss. 171–180). Washington, DC: American Psychological Association.
- Levant, R. F. & Richmond, K. (2007). A review of research on masculinity ideologies using the male role norms inventory. *Journal of Men's Studies, 15*(2), 130-146. doi: 10.3149/jms.1502.130
- Levant, R. F., & Fischer, J. (1998). The male role norms inventory. I C. Davis, W. Yarber, R. Bauserman, G. Schreer & S. Davis (Red.), *Sexuality-related measures: A compendium* (2. uppl.) (ss 469 – 472). Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Levant, R. F., Stefanov, D. G., Rankin, T. J., Halter, M. J., Mellinger, C. & Williams, C. M. (2013). Moderated path analysis of the relationships between masculinity and men's attitudes toward seeking psychological help. *Journal of Counseling Psychology, 60*(3), 392-406. doi:10.1037/a0033014
- Levant, R. F., Wimer, D. J., Williams, C. M., Smalley, K. B. & Noronha, D. (2009). The relationships between masculinity variables, health risk behaviors and attitudes toward seeking psychological help. *International Journal of Men's Health, 8*(1), 3-21. doi:10.3149/jmh.0801.3

- Mahalik, J. R., Good, G. E. & Englar-Carlson, M. (2003). Masculinity scripts, presenting concerns, and help seeking: Implications for practice and training. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34(2), 123-131. doi:10.1037/0735-7028.34.2.123
- Mahalik, J. R., Locke, B. D., Ludlow, L. H., Diemer, M. A., Scott, R. J., Gottfried, M. & Freitas, G. (2003). Development of the conformity to masculine norms inventory. *Psychology of Men & Masculinity*, 4(1), 3-25. doi:10.1037/1524-9220.4.1.3
- Mansfield, A., Addis, M. & Courtenay, W. (2005). Measurement of men's help seeking: Development and evaluation of the barriers to help seeking scale. *Psychology of Men and Masculinity*, 6(2), 95-108. doi:10.1037/1524-9220.6.2.95
- Myers, S. M. & Booth, A. (2002). Forerunners of change in nontraditional gender ideology. *Social Psychology Quarterly*, 65(1), 18-37. doi:10.2307/3090166
- Nam, S., Chu, H., Lee, M., Lee, J., Kim, N. & Lee, S. (2010). A meta-analysis of gender differences in attitudes toward seeking professional psychological help. *Journal of American College Health*, 59(2), 110-116. doi:10.1080/07448481.2010.483714
- Naved, R. T., Azim, S., Bhuiya, A. & Persson, L. Å. (2006). Physical violence by husbands: Magnitude, disclosure and help-seeking behavior of women in Bangladesh. *Social Science & Medicine*, 62(12), 2917-2929. doi:10.1016/j.socscimed.2005.12.001
- Nobis, R. & Sandén, I. (2008). Young men's health: A balance between self-reliance and vulnerability in the light of hegemonic masculinity. *Contemporary Nurse*, 29(2), 205-217. doi:10.5172/conu.673.29.2.205
- Office of National Statistics (2015). *Suicides in the United Kingdom, 2013*. Hämtad 20 januari 2015 från <http://www.ons.gov.uk/ons/rel/subnational-health4/suicides-in-the-united-kingdom/2013-registrations/index.html>
- Oliver, M., Pearson, N., Coe, N. & Gunnell, D. (2005). Help-seeking behaviour in men and women with common mental health problems: Cross-sectional study. *British Journal of Psychiatry*, 186, 297-301. doi:10.1192/bjp.186.4.297
- Padesky, C. A. & Hammen, C. L. (1981). Sex differences in depressive symptom expression and help-seeking among college students. *Sex Roles*, 7(3), 309-320. doi:10.1007/BF00287545
- Pallant, J. (2013). *SPSS survival manual : a step by step guide to data analysis using IBM SPSS*. Maidenhead: McGraw-Hill.

- Pederson, E. & Vogel, D. (2007). Male gender role conflict and willingness to seek counseling: Testing a mediation model on college-aged men. *Journal of Counseling Psychology, 54*(4), 373-384. doi:10.1037/0022-0167.54.4.373
- Rochlen, A. B., McKelley, R. & Pituch, K. (2006). A preliminary examination of the Real Men Real Depression campaign. *Psychology of Men and Masculinity, 7*(1), 1-13. doi:10.1037/1524-9220.7.1.1
- Rolison, J. J., Hanoch, Y., Wood, S. & Liu, P. (2014). Risk-taking differences across the adult life span: A question of age and domain. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences & Social Sciences, 69*(6), 870-880. doi:10.1093/geronb/gbt081
- Schaub, M. & Williams, C. (2007). Examining the relations between masculine gender role conflict and men's expectations about counseling. *Psychology of Men and Masculinity, 8*(1), 40-52. doi:10.1037/1524-9220.8.1.40
- Sickel, A. E., Nabors, N. A. & Seacat, J. D. (2014). Mental health stigma update: A review of consequences. *Advances in Mental Health, 12*(3), 202-215. doi:10.5172/jamh.2014.12.3.202
- Skärsäter, I., Dencker, K., Häggström, L. & Fridlund, B. (2003). A salutogenetic perspective on how men cope with major depression in daily life, with the help of professional and lay support. *International Journal of Nursing Studies, 40*(2), 153-162. doi:10.1016/S0020-7489(02)00044-5
- Smiler, A. P. & Epstein, M. (2010). Handbook of gender research in psychology - Gender research in general and experimental psychology. I J. C. Chrisler & D. R. McCreary (Red.), *Measuring gender: Options and issues* (ss. 133-158). New York, NY: Springer.
- Smiler, A. P. (2006). Conforming to masculine norms: Evidence for validity among adult men and women. *Sex Roles, 54*(11), 767-775. doi:10.1007/s11199-006-9045-8
- Smith, D., Damschroder, L., Kim, S. & Ubel, P. (2012). What's it worth? Public willingness to pay to avoid mental illnesses compared with general medical illnesses. *Psychiatric Services, 63*(4), 319-324. doi:10.1176/appi.ps.201000036
- Southall, K., Gagn, J. & Jennings, M. (2010). Stigma: A negative and a positive influence on help-seeking for adults with acquired hearing loss. *International Journal of Audiology, 49*(11), 804-814. doi:10.3109/14992027.2010.498447
- Ståhl, T., Eek, D. & Kazemi, A. (2010). Rape victim blaming as system justification: The role of gender and activation of complementary stereotypes. *Social Justice Research, 23*(4), 239-258. doi:10.1007/s11211-010-0117-0

- Sullivan, L., Camic, P. M. & Brown, J. L. (2014). Masculinity, alexithymia, and fear of intimacy as predictors of UK men's attitudes towards seeking professional psychological help. *British Journal of Health Psychology*, 20(1), 194-211. doi:10.1111/bjhp.12089
- Thom, B. (2003). *Risk taking behaviour in men: Substance use and gender*. London, UK: Health Development Agency.
- Tinajero, C., Martínez-López, Z., Guisande, M., Páramo, M. & Rodríguez, M. (2014). Gender and socioeconomic status differences in university students' perception of social support. *European Journal of Psychology of Education*, 18, doi:10.1007/s10212-014-0234-5
- Tucker, J., Hammer, J., Vogel, D., Bitman, R., Wade, N. & Maier, E. (2013). Disentangling self-stigma: Are mental illness and help-seeking self-stigmas different. *Journal of Counseling Psychology*, 60(4), 520-531. doi:10.1037/a0033555
- Wamala, S., Merlo, J., Boström, G. & Hogstedt, C. (2007). Perceived discrimination, socioeconomic disadvantage and refraining from seeking medical treatment in Sweden. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61(5), 409-415. doi:10.1136/jech.2006.049999
- Wang, C., Wan, X., Wang, K., Li, J., Sun, T. & Guan, X. (2014). Disease stigma and intentions to seek care for stress urinary incontinence among community-dwelling women. *Maturitas*, 77(4), 351-355. doi:10.1016/j.maturitas.2014.01.009
- Wenger, L. & Oliffe, J. (2014). Men managing cancer: A gender analysis. *Sociology of Health and Illness*, 36(1), 108-122. doi:10.1111/1467-9566.12045
- White, A., McKee, M., Richardson, N., Visser, R. d., Madsen, S. A., Sousa, B. d., ... Makara, P. (2011). Europe's men need their own health strategy. *British Medical Journal*, 343, 73-97. doi:10.1136/bmj.d7397
- Whitley, Jr. B. E. (2001). Gender-role variables and attitudes toward homosexuality. *Sex Roles*, 45(11), 691-721. doi:10.1023/A:1015640318045
- Wills, T. A. & DePaulo, B. M. (1991). Interpersonal analysis of the help-seeking process. I C. R. Snyder & D. R. Forsyth (Red.), *Handbook of social and clinical psychology* (ss. 350–375). New York, NY: Pergamon.
- Wimer, D. J. & Levant, R. F. (2011). The relation of masculinity and help-seeking style with the academic help-seeking behavior of college men. *Journal of Men's Studies*, 19(3), 256-274. doi:10.3149/jms.1903.256

- Vogel, D. L., Armstrong, P. I., Tsai, P., Wade, N. G., Hammer, J. H., Holtham, E., ... Topkaya, N. (2013). Cross-cultural validity of the Self-Stigma of Seeking Help (SSOSH) scale: Examination across six nations. *Journal of Counseling Psychology, 60*(2), 303-310. doi:10.1037/a0032055
- Vogel, D. L., Wade, N. G. & Hackler, A. H. (2010). Attitudes toward seeking professional help for an eating disorder: The role of stigma and anticipated outcomes. *Journal of Counseling & Development, 88*(4), 424-431. doi:10.1002/j.1556-6678.2010.tb00042.x
- Vogel, D. L., Wester, S. R., Hammer, J. H. & Downing-Matibag, T. M. (2014). Referring men to seek help: The influence of gender role conflict and stigma. *Psychology of Men & Masculinity, 15*(1), 60-67. doi:10.1037/a0031761
- Vogel, D., Heimerdinger-Edwards, S., Hammer, J. & Hubbard, A. (2011). "Boys don't cry": Examination of the links between endorsement of masculine norms, self-stigma, and help-seeking attitudes for men from diverse backgrounds. *Journal of Counseling Psychology, 58*(3), 368-382. doi:10.1037/a0023688
- Vogel, D., Wade, N. & Ascherman, P. (2009). Measuring perceptions of stigmatization by others for seeking psychological help: Reliability and validity of a new stigma scale with college students. *Journal of Counseling Psychology, 56*(2), 301-308. doi:10.1037/a0014903
- Vogel, D., Wade, N. & Haake, S. (2006). Measuring the self-stigma associated with seeking psychological help. *Journal of Counseling Psychology, 53*(3), 325-337. doi:10.1037/0022-0167.53.3.325
- World Economic Forum. (2012). *The Global Gender Gap Report 2012*. Hämtad 4 februari 2015 från <http://www.weforum.org/reports/global-gender-gap-report-2013>
- World Health Organization (2014). *Preventing suicide: A global imperative 2014*. Hämtad 29 januari 2015 från http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/
- Yousaf, O., Popat, A. & Hunter, M. (2014). An investigation of masculinity attitudes, gender, and attitudes toward psychological help-seeking. *Psychology of Men and Masculinity, 15*(2), doi:10.1037/a0036241
- Zhou, Y. R. (2009). Help-seeking in a context of AIDS stigma: understanding the healthcare needs of people with HIV/AIDS in China. *Health & Social Care in the Community, 17*(2), 202-208. doi:10.1111/j.1365-2524.2008.00820.x

Bilaga A

Allmän information som skickades ut i samband med rekrytering av deltagare till enkäten.

ÄR DET OKEJ ATT SÖKA HJÄLP?

Just nu pågår en studie om hjälpsökande vid psykologiska institutionen vid Lunds Universitet. Syftet är att bättre förstå vad som får någon att söka hjälp eller avstå från att söka hjälp. Tidigare forskning har visat att hjälpsökande skiljer sig mycket mellan olika grupper och därför är det viktigt att förstå vad som påverkar hjälpsökande för olika personer.

Din åsikt behövs för att skapa ny kunskap inom detta område!
Du behöver inte vara i behov av hjälp för att svara på enkäten.

För att delta i studien fyller du i en helt anonym enkät.
Enkäten tar cirka 10-15 minuter att besvara.
Tack för din medverkan!

Du hittar enkäten här:

www.hjalpsokande.se



LUNDS
UNIVERSITET

Bilaga B

Riktad information till män som skickades ut i samband med rekrytering av deltagare till enkäten.

ÄR DET OKEJ ATT SÖKA HJÄLP?

Just nu pågår en studie om hjälpsökande vid psykologiska institutionen vid Lunds Universitet. Syftet är att bättre förstå vad som får någon att söka hjälp eller avstå från att söka hjälp. Tidigare forskning har exempelvis visat att män söker mindre hjälp och har svårare att komma i kontakt med vården. Därför är det viktigt att förstå vad som påverkar hjälpsökande, så att vården i framtiden kan bli bättre på att bemöta allas behov.

Din åsikt behövs för att skapa ny kunskap inom detta område!
Du behöver inte vara i behov av hjälp för att svara på enkäten.

För att delta i studien fyller du i en helt anonym enkät.
Enkäten tar cirka 10-15 minuter att besvara.
Tack för din medverkan!

Du hittar enkäten här:
www.hjalpsokande.se



LUNDS
UNIVERSITET

Bilaga C

Modifierade version av skalan SSOSH för att mäta självstigmatisering vid hjälpsökande hos läkare och vän.

Påståendena skattades på en skala mellan 1 och 5 där 1=Stämmer verkligen inte, 5=Stämmer verkligen.

Läkare

1. Jag skulle känna mig bristfällig om jag söker hjälp hos en läkare.
2. Mitt självförtroende skulle inte bli hotat om jag sökte läkarvård.
3. Att söka läkarvård skulle få mig att känna mig mindre intelligent.
4. Mitt självförtroende skulle öka om jag pratade med en läkare.
5. Min syn på mig själv skulle inte förändras om jag sökte hjälp hos en läkare.
6. Jag skulle känna mig underlägsen om jag frågade en läkare om hjälp.
7. Jag skulle vara okej om jag valde att söka läkarvård.
8. Om jag sökte hjälp hos en läkare skulle jag vara mindre nöjd med mig själv.
9. Mitt självförtroende skulle vara detsamma om jag sökte läkarvård med ett problem jag inte kunnat lösa.

Vän

1. Jag skulle känna mig bristfällig om jag söker hjälp hos en vän.
2. Mitt självförtroende skulle inte bli hotat om jag sökte hjälp hos en vän.
3. Att söka hjälp hos en vän skulle få mig att känna mig mindre intelligent.
4. Mitt självförtroende skulle öka om jag pratade med en vän.
5. Min syn på mig själv skulle inte förändras om jag sökte hjälp hos en vän.
6. Jag skulle känna mig underlägsen om jag frågade en vän om hjälp.
7. Jag skulle vara okej om jag valde att prata med en vän om mina problem.
8. Om jag sökte hjälp hos en vän skulle jag vara mindre nöjd med mig själv.
9. Mitt självförtroende skulle vara detsamma om jag sökte hjälp hos en vän med ett problem jag inte kunnat lösa.

Bilaga D

Bakgrundsinformation som efterfrågades i studiens avslutande del.

Vilket år är du född?

Vilket är ditt kön?

Vilken är din sexuella identitet/sexuella läggning?

Vilket av följande alternativ stämmer bäst överens med dig?

Jag är född i Sverige och har två svenskfödda föräldrar.

Jag är född i Sverige och har en svenskfödd och en utlandsfödd förälder.

Jag är född i Sverige och har två utlandsfödda föräldrar.

Jag är född utomlands och har två utlandsfödda föräldrar.

Annat/Vill ej svara

Om du är född utomlands, i vilket land?

Om någon av dina föräldrar är födda utomlands, i vilket land/i vilka länder?

Vad är din huvudsakliga sysselsättning?

Studier

Heltidsarbete

Deltidsarbete (Antal timmar/vecka?)

Arbetslös

Pensionär

Sjukskriven

Hur stor är din genomsnittliga månadsinkomst innan skatt? (Även bidrag räknas som inkomst)

Vilken är din högsta genomförda utbildning?

Grundskola

Gymnasium

Yrkesutbildning

Högskoleutbildning på kandidatnivå

Högskoleutbildning på masternivå

Doktorsexamen

Hur stor är din nuvarande bostadsort?

Under 10 000 invånare

10 000 - 50 000 invånare

50 000 - 100 000 invånare

Över 100 000 invånare

Vet ej

Bilaga E

Demografiska egenskaper hos deltagare som identifierar sig som män respektive kvinnor

	Män (N = 195)		Kvinnor (N = 222)	
	Antal (N)	% av totalt	Antal (N)	% av totalt
Ålder				
15-25	69	35,4	47	21,2
25-50	100	51,3	135	60,8
50+	26	13,3	40	18
Utbildningsnivå				
Grundskola	16	8,2	19	8,6
Gymnasium	88	45,1	58	26,1
Yrkesutbildning	14	7,2	25	11,3
Högskoleutbildning på kandidatnivå	52	26,7	77	34,7
Högskoleutbildning på masternivå	24	12,3	41	18,5
Doktorsexamen	1	0,5	2	0,9
Sysselsättning				
Studier	69	35,4	75	33,8
Heltidsarbete	79	40,5	77	34,7
Deltidsarbete	15	7,7	27	12,2
Arbetslös	19	9,7	11	5,0
Pensionär	8	4,1	7	3,2
Sjukskriven	5	2,6	25	11,3
Inkomst				
0-15 000	88	45,1	111	50
15 000-30 000	60	30,8	61	27,5
30 000+	32	16,4	35	15,8
Ej svarat	15	7,7	15	6,8
Antal invånare bostadsort				
0-10 000	37	19,0	27	12,2
10 000-50 000	30	15,4	36	16,2
50 000-100 000	39	20,0	38	17,1
>100 000	81	41,5	111	50
Vet ej	8	4,1	9	4,1
Sexuell identitet				
Homosexuell	1	0,5	3	1,4
Heterosexuell	174	89,2	167	75,2
Bisexuell	13	6,7	36	16,2
Asexuell	3	1,5	0	0
Annan	2	1,0	6	2,7
Etnicitet				
Född i Sverige, två svenskfödda föräldrar	154	79	184	82,9
Född i Sverige, en svenskfödd förälder	18	9,2	20	9,0
Född i Sverige, två utlandsfödda föräldrar	12	6,2	11	5,0
Född utomlands, två utlandsfödda föräldrar	6	3,1	5	2,3
Annat/Vill ej svara	5	2,1	2	0,9