



LUNDS
UNIVERSITET
Socialhögskolan

Normer, stigma och professionell samtalshjälp

**En kvantitativ enkätstudie om unga vuxnas attityder mot att söka
hjälp vid stress, nedstämdhet och/eller oro**

Sara Berg & Rebecka Paulsson

Kandidatuppsats SOPA 63

VT 2016

Handledare: Anna Tegunimataka

Abstract

Authors: Sara Berg & Rebecka Paulsson

Title: Norms, stigma and professional help-seeking - A quantitative survey study about young adults attitudes towards help-seeking for mental issues

Supervisor: Anna Tegunimataka

Assessor: Lars B Ohlsson

The aim of this study was to examine attitudes towards mental health help-seeking among young adults. By using a quantitative method, handing out questionnaires to 145 young adults in upper secondary schools in Skåne, we asked questions about their perceived mental health and how normal or stigmatizing they regarded help-seeking in general.

In scientific studies and governmental reports regarding young adults and mental health it is shown that mental health is getting worse and despite this, the number of young adults seeking help due to this matter does not increase. Researchers also observed that these attitudes differ depending on gender because of masculine and feminine stereotypes and norms that come with being a man or a woman.

Since it would not be possible for us, in this thesis, to cover all factors that could influence the attitudes toward mental health help-seeking, we chose to look into those most common in previous studies. Factors influencing the attitudes, according to research, are for instance: fear of not being treated well by the professional, not believing that the help would make a change, wanting to solve the problem on their own and concerns about being stigmatized for not following the norms.

The results of this study showed that the differences in attitudes toward mental health help-seeking according to gender was not that big and men and women also agreed in most answers about how normal or stigmatizing they thought of mental illness.

Key words: attitudes, help-seeking, mental health, young adults, gender, stigma, norms

Förord

Vi vill börja med att rikta ett stort tack till vår handledare Anna Tegunimataka för värdefulla synpunkter och trevliga handledningsmöten, du har visat vägen när vi varit vilse! Även Lisa Wallander har varit till stor hjälp för rådfrågning om SPSS, tack till dig!

Vårt varmaste tack går till de skolor som tagit emot oss och de respondenter som tagit sig tiden att delta i studien, tack tack tack!!

Till slut vill vi även klappa varandra på axlarna för ett gott samarbete med mycket skratt, en del frustration och många sena kvällar på Socialhögskolan.

Sara Berg & Rebecka Paulsson

Lund 2016-05-21

Innehållsförteckning

1. INLEDNING	1
1.1 PROBLEMFÖRMULERING	1
1.2 SYFTE	3
1.3 FRÅGESTÄLLNINGAR	3
1.4 BEGREPPSDEFINITION	3
2. KUNSKAPSLÄGET	4
2.1 ARTIKEL- OCH LITTERATURSÖKNING.....	5
2.2 PSYKISK OHÄLSA BLAND UNGA VUXNA OCH MOTVILJAN ATT SÖKA HJÄLP	5
2.3 SKILLNADER I ATTITYD BEROENDE PÅ KÖN.....	8
2.3.1 Maskulinitet och Femininitet	9
2.4 STIGMA OCH NORMALITET KRING ATTITYDER MOT ATT SÖKA PROFESSIONELL SAMTALSHJÄLP.....	10
3. TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER	12
3.1 SOCIALKONSTRUKTIVISM	12
3.2 STIGMA.....	14
3.3 NORMALITET	15
4. HYPOTESER	17
4.1 VÅRA HYPOTESER:	17
5. METOD	17
5.1 METODMÄSSIGA ÖVERVÄGANDEN	17
5.2 METODENS FÖRTJÄNSTER OCH BEGRÄNSNINGAR.....	18
5.3 METODENS TILLFÖRLITLIGHET.....	19
5.4 URVAL	20
5.5 REPRESENTATIVT URVAL OCH BORTFALL	21
5.6 INSAMLING AV EMPIRI.....	22
5.7 DATABEARBETNING OCH ANALYSMETOD.....	22
5.7.1 <i>Chi</i> ² -test.....	24
5.8 ARBETSFÖRDELNING.....	24
5.9 ETISKA ÖVERVÄGANDEN.....	25
5.10 VÅR POSITION I FÖRHÅLLANDE TILL STUDIEN.....	26
6. RESULTAT OCH ANALYS	27
6.1 BESKRIVNING AV DATA	27
6.2 MÄN OCH KVINNORS PSYKISKA MÅENDE.....	28
6.3 VIKTEN AV ATT VISA KÄNSLOR	30
6.4 KUNSKAP OM OCH ERFARENHETER AV PROFESSIONELL SAMTALSHJÄLP	32
6.5 NORMER, STIGMA OCH DEN GENERELLA SYNEN PÅ PROFESSIONELL SAMTALSHJÄLP.....	34
6.6 SJÄLVSTIGMA OCH SAMHÄLLSSTIGMA	36
7. SLUTDISKUSSION	38
7.1 SAMMANFATTNING AV RESULTATET.....	39
7.2 SJÄLVSTIGMA OCH SAMHÄLLSSTIGMA.....	40
7.3 FRAMTIDA STUDIER.....	41
7.4 ATT BELYSA SOCIALA KONSTRUKTIONER	41
8. REFERENSER	42
BILAGA 1 – INFORMATIONSBLAD OCH ENKÄT	46
BILAGA 2 – MAIL	53
BILAGA 3 – DATA ÖVER RESPONDENTERNAS BOENDEKommuner	54

1. Inledning

Young people perceive a number of barriers to helpseeking for mental health problems. These include stigma and embarrassment, problems recognising symptoms (poor mental health literacy), and a preference for self-reliance.

Gulliver, Griffith & Christensen (2010:7)

1.1 Problemformulering

I forskningsstudier (se ex Martínez-Hernández *et al* 2016, avsnitt 2) och rapporter (se ex SOU 2006:77; Socialstyrelsen 2013-5-43) uppmärksammar vi en genomgående trend; att ungdomar idag mår sämre psykiskt än de gjorde förr, och att många trots det är motvilliga till att söka professionell hjälp. Enligt Socialstyrelsens underlagsrapport om psykisk ohälsa bland unga från år 2013 ökade den psykiska ohälsan bland barn och ungdomar under 1990- och 2000-talet. År 2011 gjordes den senaste mätningen och denna data visar på en fortsatt ökning. Andelen kvinnor i åldrarna 18 till 24 år som använde psykofarmaka eller hade någon form av kontakt med psykiatrisk öppen- eller slutenvård var 10 procent och för män i samma åldersgrupp uppgick siffran i 7 procent (Socialstyrelsen 2013-5-43:7). Statens Offentliga Utredningar (SOU 2006:77) visar att den största anledningen till att ungdomar mår dåligt är stress i skolan.

Vi diskuterar ifall normer och föreställningar som konstrueras kring psykisk ohälsa gör att människor ser hinder mot att söka professionell hjälp. År 2014 presenterade McIntyre, Rowland, Choi och Sarkin sin forskning som visade att de som i störst utsträckning uttryckte att de mår dåligt psykiskt var unga kvinnor i åldrarna 18 till 24 år. Det var också vanligare att kvinnor sökte hjälp för behandling för psykiska symtom än män och en förklaring till detta kan enligt McIntyre *et al* (2014) vara att maskulina stereotyper hindrar mäns hjälpsökande. För att förstå varför maskulinitet och femininitet blivit vad det är idag kan ett socialkonstruktivistiskt perspektiv användas (Wenneberg 2010:65). Socialkonstruktivism är ett samhällsvetenskapligt perspektiv som menar att vi människor konstruerar könsroller och attityder genom samspel med varandra (Wenneberg 2010:12-13). För att fördjupa oss ytterligare i ämnet väljer vi att även använda teorier om normer och stigma (se avsnitt 3).

I en artikel i Läkartidningen skriver Stain och Wasserman (2014) att den psykiska ohälsa i Europa och Sverige är stor och att alla inte söker hjälp. Detta beror på att många inte litar på den psykiatriska vården och att många har för lite kunskap om psykiska sjukdomar, både de som söker hjälp men även personal inom primärvården. I sin tur kan detta leda till att personer som söker vård inte får rätt hjälp eller att processen blir utdragen. Att söka vård för psykiska besvär ses även som stigmatiserande vilket blir ytterligare en hindrande faktor. Artikeln refererar till EPAs (European Psychiatric Association) rekommendationer om vad som behövs göras för att minska de hinder som finns mot att söka hjälp för psykiska besvär. En åtgärdande faktor de tar upp är att öka kunskapen och förståelsen kring psykisk ohälsa. För att kunna öka förtroendet till den psykiatriska vården är det viktigt att informera om att det, med rätt behandling, går att bli symptomfri (Stain & Wassermann 2014).

Landstedts (2010) avhandling handlar om hur kvinnor och män påverkas på olika sätt när det kommer till psykiska påfrestningar. Kvinnor påverkas i högre grad än män av relationer, höga krav, ansvarstagande, utseende och ekonomiska frågor. Landstedt (2010) har analyserat sin studie genom att använda ett genusperspektiv och säger att kvinnors ökade risk för psykisk ohälsa kan påverkas av konstruktioner av femininitet och likaså kan män påverkas av konstruktioner av maskulinitet. Även andra faktorer som klass och socioekonomisk bakgrund kan påverka risken för att drabbas av psykisk ohälsa. I arbetet att förhindra att män och kvinnor utvecklar psykisk ohälsa är det viktigt att tänka på och vara medveten om genus- och socioekonomiska skillnader mellan män och kvinnor (ibid 2010).

Med utgångspunkt i frågor om psykisk ohälsa bland unga och skillnader i attityder kring att söka professionell samtalshjälp beroende på könstillhörighet anser vi att vår studie är relevant för socialt arbete och något vi vill studera närmare. Genom en kvantitativ enkätstudie undersöker vi eventuella skillnader i attityder beroende på kön, men även andra faktorer som bidrar till att unga vuxna ser hinder mot att söka professionell samtalshjälp. För att avgränsa denna studie väljer vi att rikta oss mot unga vuxna i Skåne och, mer specifikt, gymnasieelever i årskurs tre.

1.2 Syfte

Studiens syfte är att undersöka hur attityden mot att söka professionell samtalshjälp ser ut bland unga vuxna.

1.3 Frågeställningar

Hur ser unga vuxnas attityder ut mot att söka professionell samtalshjälp för egen skull?

Hur ser unga vuxnas attityder ut mot att andra unga vuxna i allmänhet använder sig av professionell samtalshjälp?

Finns det någon skillnad mellan män och kvinnor i hur de ser på att söka professionell samtalshjälp och hur ser denna skillnad i så fall ut?

Finns det bidragande faktorer som påverkar unga vuxnas attityd mot att söka professionell samtalshjälp och vilka kan i så fall urskiljas?

1.4 Begreppsdefinition

Professionella/Professionell samtalshjälp - personerna vi syftar på är de som är utbildade i att arbeta med att hålla i samtal, till exempel kuratorer, psykologer och andra anställda vid skolor, ungdomsmottagningar eller vårdcentraler etc. I tidigare forskning (se Brown *et al* 2014 i avsnitt 2.3) används även begreppen *formell* hjälp (professionella) och *informell* hjälp (sociala kontakter).

Attityd - Det vi i denna studie syftar på med termen attityd är det som Egidius (2005:64) menar att termen avser inom modern psykologi, nämligen “en inställning till något”. I vårt fall handlar det om attityden till att söka professionell samtalshjälp.

Psykisk ohälsa - Benämningen psykisk ohälsa kan ses som ett övergripande begrepp som kan användas olika beroende på sammanhang (Socialstyrelsen 2013-5-43:8). I denna uppsats väljer vi att fokusera på psykisk ohälsa i form av nedstämdhet, stress och oro, alltså är allvarligare psykisk ohälsa i form av

psykiska sjukdomar inte vad vi fokuserar på i denna studie. På grund av den tidigare forskningens formuleringar används även ord som mental ohälsa, mentala problem, depressiva symptom och psykiska påfrestningar. Med dessa ord syftar vi på samma sak som med begreppet psykisk ohälsa och använder dem endast för att översättningarna från engelska inte ska skilja sig alltför mycket från originaltexterna samt för att få ett varierat språk.

Socialt kön - SOU 2007:067 definierar socialt kön efter Rubins (1975) beskrivning: "Kön hänvisar till biologiskt kön och genus till socialt kön" (SOU 2007:067 s. 13). Rubin (1975) menar att genus är konstruerat och kulturellt varierande, det är alltså något obestämt som således också kan förändras (SOU 2007:067 s. 13).

2. Kunskapsläget

Views about health must be understood in a social and cultural context and vary with age, social and economic status, education, sex, and so forth.

Johansson, Brunnberg och Eriksson (2007:184)
med hänvisning till Olin Lauritzen (2001)

I detta kapitel beskriver vi hur kunskapsläget i vårt ämne ser ut idag. Vi börjar med att redogöra för hur vi gått till väga för att söka relevant litteratur. Detta följs av en genomgång av den funna litteraturen. När vi tar del av tidigare forskning får vi intryck av att det finns mycket skrivet om ungas mentala hälsa och intresset för hur attityder kring ämnet skiljer sig mellan könen tycks vara stort. O'Connor, Martin, Weeks och Ong (2014), vars forskning presenteras i avsnitt 2.2, menar att det är viktigt att identifiera de faktorer som påverkar om unga människor väljer att söka professionell hjälp eller inte. Identifieras dessa faktorer kan effektiva insatser och planer från samhället utvecklas för att öka positiva och förebyggande hälsobeteenden bland unga. Vi väljer att fokusera på tre huvudteman från tidigare forskning, dessa teman är några som vi menar är centrala för vår studie och som vi även hämtar inspiration från i skapandet av vår enkät. Vår uppfattning är att mycket forskning (se ex Gulliver, Griffith & Christensen 2010; Brown *et al* 2014; Martínez-Hernández *et al* 2016; O'Connor *et al* 2014) bedrivs kring psykisk ohälsa

hos unga vuxna och för att tydliggöra vårt fokus för denna studie väljer vi att dela in kunskapsläget i tre teman (avsnitt 2.2, 2.3 & 2.4). Vad vi uppmärksammar är att det i det nuvarande kunskapsläget finns lite kvantitativ forskning i ämnet, det menar även O'Connor *et al* (2014:1): "Very little quantitative research has examined predictors of help-seeking behaviour (...)".

2.1 Artikel- och litteratursökning

För att få en bild av hur kunskapsläget ser ut idag har vi tagit hjälp av Lunds Universitets datorbas LUBsearch (lub.lu.se) och Google Scholar (scholar.google.se). Sökorden som vi använt är "stigma", "normalitet", "psykisk ohälsa", "attityder", "norms", "attitudes", "help-seeking", "mental health", "youth", "young adults", "gender", "masculinity", "femininity", "ethnic differences in mental health". Det har varit viktigt för oss att artiklarna är peer-review, detta för att säkerställa dess vetenskapliga relevans. Genom referenshänvisningen i artiklarna har vi funnit ytterligare relevant litteratur.

2.2 Psykisk ohälsa bland unga vuxna och motviljan att söka hjälp

Som vi nämner i inledningen har den psykiska ohälsan ökat bland unga vuxna (SOU 2006:77; Socialstyrelsen 2013-5-43), samtidigt utgör de den grupp som är minst benägen att söka professionell samtals hjälp (Martínez-Harnáez *et al* 2016 med hänvisning till Gulliver, Griffith & Christensen, 2010; Zachrisson, Rödje & Mykletun 2006; Tanielian, Jaycox & Paddock, *et al* 2009; Martínez-Hernáez, DiGiacomo & Carceller-Maicas, 2014). De australiensiska forskarna Gulliver, Griffith och Christensen (2010) (studien presenteras i nästa stycke) har sett att utbredningen av psykisk ohälsa är som störst bland personer i åldrarna 16 till 24 år. Gulliver, Griffith och Christensen (2010) förklarar att Rickwood, Deane och Wilson (2007) menar att denna risk att utveckla allvarlig psykisk ohälsa bland 16-till 24-åringar är kopplat till en stark ovilja att söka professionell hjälp. Många förslag till förklaringar har getts till varför vuxna generellt sett inte söker hjälp hos professionella för sina mentala problem och Gulliver, Griffith och Christensen (2010) tar hjälp av Jang, Kim, Hansen och Chiriboga (2007) för att förklara att detta handlar om att människor generellt sett har negativa attityder mot att söka hjälp. På samma sätt har forskning försökt förklara varför det finns en motvilja

bland unga att söka professionell hjälp. Istället för att söka sig till professionella föredrar unga att vända sig till familj och vänner (se ex Brown *et al* 2014). Rickwood, Deane, Wilson och Ciarochi (2005) och Rickwood, Deane och Wilson (2007) har enligt Gulliver, Griffith och Christensen (2010) kommit fram till att unga har en tro på att de bör lösa sina problem på egen hand men även att de har brist på emotionell kunskap (ibid 2010).

Gulliver, Griffith och Christensen (2010) har gjort en kombinerad kvalitativ och kvantitativ litteraturstudie av 22 vetenskapliga artiklar. I studien undersöktes vilka upplevda barriärer som finns hos unga människor mot att söka professionell hjälp vid mental ohälsa, och vilka faktorer som upplevs underlätta hjälpsökning för det samma. I de studerade artiklarna varierade åldrarna på studiedeltagarna mellan 11-31+ år och medelåldern för samtliga studier sammanräknat var 15,4-21,2 år. I den *kvalitativa* delstudien samlade Gullivers, Griffiths och Christensen (2010) ihop 13 faktorer som i de vetenskapliga artiklarna togs upp som "barriärer" mot att söka hjälp för mentala problem, och kallade dessa "Key barrier themes". Den faktor som återfanns i flest artiklar var "Public, perceived and self-stigmatising attitudes to mental illness" (ibid 2010:5). Även "Confidentiality and trust", "Difficulty or an unwillingness to express emotion", "Knowledge about mental health services" och "Concern about the characteristics of the provider" (ibid 2010:5) finns med i listan över barriärer. Åtta faktorer (i den *kvalitativa* delstudien) återfanns i de vetenskapliga artiklarna som de faktorer som unga människor upplevde som underlättande ("Key facilitator themes") för att söka hjälp för mentala problem var bland annat "Positive past experiences with help-seeking", "Ease of expressing emotion and openness" och "Education and awareness" (ibid 2010:5). I den *kvantitativa* delstudien av de 22 artiklarna framkom inga faktorer som underlättar hjälpsökande. Barriärer som däremot upptäcktes handlade bland annat om stigma, en inställningen att problem bör lösas på egen hand, att behovet av hjälp inte är uppfattat och en känsla av obehag att prata om mentala hälsoproblem (ibid 2010). Även O'Connor *et al* (2014) har gjort studier angående människors attityder mot att söka professionell samtalshjälp. De fick 180 frivilliga personer i åldrarna 17-25 år i Australien att svara på en surveyundersökning. De undersökte, liknande Gulliver, Griffiths och Christensen (2010), faktorer som underlättar och hindrar personer att söka hjälp för mentala

problem. O'Connor *et al* (2014) kom bland annat fram till att respondenternas personligheter påverkade deras attityder till att söka professionell samtalshjälp. De personer som var mer introverta hade svårare att se det positiva med att få hjälp av en professionell person, de uppfattade få fördelar och såg också fler hinder med att söka professionell samtalshjälp för mental ohälsa (ibid 2014).

En studie ifrån Storbritannien, av Brown, Evans-Lacko, Aschan, Henderson, Hatch, och Hotopf (2014), handlar om på vilket sätt människor söker hjälp när de är i behov av att prata. De jämför i hur stor utsträckning människor söker professionell hjälp (formell hjälp) eller istället använder sina sociala nätverk (informell hjälp) när de är stressade, oroliga eller ängsliga. Brown *et al* (2014) menar att det är svårt att veta hur den informella hjälpen kan förstås och att denna typ av hjälp inte är tillräckligt välutforskad samt att egenskaper som kännetecknar de individer som söker formell hjälp är mer välkända. Även om allvarlighetsgraden på den psykiska ohälsan fortfarande är den mest tillförlitliga indikatorn på när individen väljer att söka formell hjälp finns det andra variabler att ta hänsyn till, bland annat individens uppfattade behov av hjälp för egen räkning. Resultatet av Browns *et al* (2014) forskning visade att studiepopulationen i 36,1% av fallen sökte informell hjälp och i mindre än hälften så stor utsträckning sökte de formell hjälp (17,5%) när de kände stress, oro eller ångest. Brown *et al* (2014) menar också att närmare 70% i den gruppen som sökte hjälp hos professionella även tog hjälp av sina sociala kontakter.

Martínez-Harnáez, Carceller-Maicas, DiGiacomos och Aristes (2016) kombinerade kvantitativa och kvalitativa studie gjord i Katalonien visar på att ungdomar och unga vuxna även där utgör den grupp som är minst sannolik att använda sig av professionell hjälp för behandling av depressiva symptom. De använde sig i den kvalitativa delstudien av ett semistrukturerat frågeformulär för att: (...) "explore the strategies used by young people to deal with depressive types of distress, including the type of social support they considered most helpful, and other factors such as (...) help-seeking processes" (ibid 2016:3). Frågeformuläret användes sedan i fokusgrupper om totalt 105 deltagare i åldrarna 17-21 år (eller äldre). Resultatet från Martínez-Hernáezs *et al* (2016) studie visar bland annat på att studiedeltagarna helst skulle ta hjälp av personer i sitt sociala nätverk (familj

och vänner) vid depressiva symptom. Dock kunde de se att sättet att använda sig av det sociala nätverket skilde sig mellan könen då killarna använde sig av sina vänner och familj för att “glömma” det jobbiga, i kontrast till tjejerna som tog hjälp av sitt sociala nätverk för att förstå sig på det *känslösamma lidandet*:

(...) for the young women in our sample, awareness of the problem preceded self-control. Talking about their problems with friends allowed them to problematize and analyze what was wrong through negotiation with an interlocutor and begin to imagine a solution, preferably one their own social world was capable of generating. In this way, talking about the problem was not understood as a loss of self-control, but as a necessary step for achieving it.

Martínez-Hernández *et al* (2016:9)

2.3 Skillnader i attityd beroende på kön

NCS (The National Comorbidity Survey) är en undersökning som gjorts på mer än 8000 individer i USA vars mål är att kartlägga attityder mot att söka behandling för mental hälsa. Gonzalez, Alegria och Prihoda (2005) har med hjälp av denna undersökning (som använder sig av DSM III-R - *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) från år 1990 till 92 kartlagt hur attityden ser ut mot att söka hjälp för mentala problem hos 5877 amerikaner i åldrarna 15 till 54 år. Respondenterna delades in i åldersgrupper och en grupp bestod av personer i åldrarna 18-24 år (1288 personer). I studien kunde forskarna se att denna grupp hade en mycket lägre villighet att söka professionell hjälp för mentala problem än vad deras äldre motsvarigheter hade och dessutom var sannolikheten att män skulle vara villiga att söka hjälp 50% lägre än denna villighet hos kvinnor (jfr Brown *et al* 2014).

McIntyre *et al* (2014) skriver i sin studie om könsskillnader i mental hälsa. De har genom en onlinesurvey samlat in svar från 778 collestudenter (i Californien, USA) om deras attityder, kunskaper och upplevda symptom kring psykisk ohälsa. Eftersom deras målgrupp var collestudenter varierade åldrarna på respondenterna från 18-54 år, men de flesta var i 19-årsåldern. McIntyre *et al* (2014) har fokuserat på ett flertal teman i sin studie, bland annat “symptomens svårighetsgrad”, “påverkan i det dagliga livet” och “tidigare erfarenheter av psykiatri eller ej”. McIntyres *et al* (2014) forskning visar att kvinnor i åldrarna 18-24 år var de som i störst utsträckning uttryckte att de mår dåligt psykiskt,

detta menar författarna kan bero på stressen från skolan (jfr SOU 2006:77). Det var också vanligast bland unga kvinnor att söka behandling vid psykiska påfrestningar. En orsak till att män inte i lika stor utsträckning söker professionell hjälp kan enligt McIntyre *et al* (2014) bero på maskulina stereotyper som säger att det är manligt att vara "tuff". Bilden av att män ska vara "tuffa" hindrar dem från att söka hjälp för psykiska påfrestningar och även att prata öppet om känslor då detta kan leda till stigmatisering. Enligt McIntyre *et al* (2014) ser män psykiska symptom som en del av livets upp och nedgångar, medan kvinnor tar det mer allvarligt. McIntyre *et al* (2014) såg i sin forskning även en skillnad i kvinnors och mäns tidigare erfarenheter av att söka professionell hjälp för psykiska symptom; Det var betydligt fler kvinnor än män som hade erfarenhet av detta (11 respektive 6 procent) vilket kan bero på, som statistik visar, att män söker hjälp först när de mår väldigt dåligt och att kvinnor söker hjälp i tidigare stadier. McIntyre *et al* (2014) diskuterar om detta kan bero på att kvinnor pratar mer och visar sina känslor mer öppet vilken kan göra att de lättare uttrycker symptom på psykisk påfrestning än män. Detta kan i sin tur göra att män är underdiagnostiserade och kvinnor är överdiagnostiserade (ibid 2014).

2.3.1 Maskulinitet och Femininitet

Tolman, Davis och Bowman (2016) beskriver ideologin om vad som är maskulint och vad som är feminint, till exempel kroppsligt, beteendemässigt, språkligt, sexuellt, emotionellt och så vidare. En del av deras studie handlade om att undersöka hur dessa ideologier påverkar respondenternas heterosexuella förhållanden. De använde sig av en kombinerad kvantitativ och kvalitativ metod och samlade in enkätsvar från 250 respondenter i tionde klass i England och därefter intervjuades 53 stycken av de 250 respondenterna. Tolman, Davis och Bowman (2016) använde sig av ett feministiskt perspektiv när de analyserade sina resultat. För att sedan definiera maskulinitet använde de sig av Budgeon (2014) och Schippers (2007) definition som innebär att maskulinitet är att vara bestämd, ha makt över andra, vara beskyddande, ha ett omätligt sexuellt behov och att ej vara emotionell eller känslig. För att beskriva femininitet tar Tolman, Davis och Bowman (2016) hjälp av Bartky (1991), Bordo (1993) och Brown och Gilligan (1992) som menar att femininitet handlar om att vara omhändertagande,

emotionell, känslig, ansvarstagande, undvika konflikter och att ta hand om sin kropp och sitt utseende. Tolman, Davis och Bowman (2016) skriver att dessa ideologier fortsätter att reproducera skillnaderna mellan könen och även maktordningar. När män uppvisar något av kännetecknen för femininitet, till exempel att visa känslor, tappar de status. Vidare skriver Tolman, Davis och Bowman (2016) att de i studien upptäckt att det är lättare för kvinnor att använda sig av maskulina attribut än det är för män att använda sig av feminina.

Addis och Mahaliks (2003) artikel är baserad på vad tidigare forskning säger om den kontext som män befinner sig i när det handlar om att söka professionell hjälp för psykisk ohälsa. Deras slutsats är att det är troligt att ideologier kring manlighet, normer och könsroller i stort avskräcker män från att söka hjälp och att psykologer, trots denna vetenskap, har bristande kunskap och förståelse för mäns beteenden. Svårigheten för män att söka professionell hjälp utgörs också av en svårtillgänglighet till de professionella, men även av den traditionella mansrollen som bland annat innefattar stor tillit till sig själv och att ha kontroll över sina känslor. Addis och Mahalik (2003:12) ger olika alternativ till hur detta kan lösas och då bland annat:

We argue that men's help seeking is best understood as a function of the way both the socialization and the social construction of masculinity transact with the social psychology of giving and receiving help. Such an approach focuses psychologists' attention on the rich variability between and within different men as they seek or do not seek help for a range of problems in living.

2.4 Stigma och normalitet kring attityder mot att söka professionell samtalshjälp

Med hjälp av Corrigan (1998, 2004) beskriver Topkaya (2014) i sin studie två stycken olika stigmat: *Public-stigma* som innebär samhällets stigma, förutfattade meningar och förväntningar på människor med psykisk ohälsa och *self-stigma* som handlar om att applicera negativa egenskaper som samhället skapat kring psykisk ohälsa på sig själv och identifierar sig med dem. Topkaya (2014) använder sig av en korrelationsstudie efter att hon samlat in svar från 362 universitetsstudenter i Turkiet. Studien tar upp faktorer och stigmat som kan påverka attityden till att söka professionell samtalshjälp och jämför kvinnors och mäns upplevelser kring detta. Studien visar på att det bland annat kan bero på det

sociala nätverket, att personen vill dölja sina känslor, normer i samhället, tidigare erfarenheter av professionell samtalshjälp, personlighetsdrag och så vidare. Topkaya (2014) menar dock att samhällsnormen tillsammans med stigmat kring att söka professionell samtalshjälp är den största orsaken till varför människor avstår från att ta kontakt med professionella. Resultatet av studien visar att "public-stigma", alltså samhällsstigmat, inte hade så stor inverkan på attityden till att söka professionell samtalshjälp. Dock fanns det ett samband för män och de individer som hade ett högre "self-stigma", alltså att de själva identifierade sig med samhällets tankar kring psykisk ohälsa, och att ha en negativ inställning till att söka samtalshjälp. Topkaya (2014) menar att resurser skulle läggas på att få individer att inte stigmatisera sig själva med de attribut som samhället konstruerat kring psykisk ohälsa, att individerna inte ska skämmas över att söka hjälp och att det inte är en svaghet. Resultat från studien har också visat att kvinnor generellt sett är mer positivt inställda till att söka professionell samtalshjälp än män. Hon menar att detta kan bero på traditionella könsroller, att män måste "hålla känslor inne", och att de då upplever ett större stigma.

O'Loughlin, Duberstein, Veazie, Bell, Rochlen, Garcia och Kravitz (2011) har gjort en studie om hur män och kvinnor påverkas av normen "toughness" i samband med mental hälsa. De har använt data från "2008 California Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) survey", en undersökning med 1051 respondenter från telefonintervjuer i USA, som sammanställer människors beteende och riskfaktorer som kan leda till sjukdomar. För att mäta "toughness" i studien användes definitionen från "Male Role Norms Scale" som är skapad av Thompson & Pleck (1986)¹. Respondenterna fick svara på ett antal påståenden om "toughness-normer" som var könsneutrala och fick sedan ange i vilken grad de instämde eller inte med påståendet (O'Loughlin *et al* 2011). Av de 1051 som svarade var det 115 (11%) som menade att om de hade haft en depression så hade de inte sökt hjälp direkt utan hellre "väntat och sett" om det skulle gå över. Resultatet visade också att de som fick högre summa på "toughness"-skalan var mindre benägna att söka hjälp för depression. Män visade en högre grad i

¹ The Structure of Male Role Norms är en enkät skapad av Thompson och Pleck år 1986 som innehåller 57 påståenden om vad den traditionella maskulina normen innebär. Varje påstående graderas på en 7-gradig Likertskala (se beskrivning av Likertskala i avsnitt 5.3).

“toughness”-skalan och valde också i större utsträckning att “vänta och se” istället för att söka hjälp. O’Loughlin *et al* (2011) menar att resultatet av studien stödjer det faktum att “toughness” är en mer framträdande norm för män än för kvinnor när det handlar om att söka hjälp. Vidare skriver de att barn lär sig normen “toughness” redan i ung ålder, alltså att det är en svaghet att fråga om hjälp.

3. Teoretiska utgångspunkter

Across age and gender, the concept of normality is central; being mentally healthy is equated with being ‘normal’ or not ‘different’.

MacLean, Hunt och Sweeting (2013:162)
med hänvisning till Armstrong, Hill and Secker (2000)

I vår uppsats använder vi oss av teorierna *socialkonstruktivism, stigma och normalitet*. Redan innan vi påbörjade uppsatsskrivandet hade vi båda en uppfattning om att det kan finnas skillnader i kvinnors och mäns attityder kring att söka professionell samtalshjälp. Vi reflekterar över om det är på grund av hur de sociala könen är konstruerade. Genom att använda socialkonstruktivismen som en övergripande teori förklarar vi vår empiri, och diskuterar detta i analysen. Vi börjar med att beskriva teoriernas uppkomst och utveckling för att sedan komma in på de delar vi använder oss av i analysen.

3.1 Socialkonstruktivism

Wenneberg (2010:12-13) menar att språket är en faktor som gör att vi människor konstruerar vår verklighet. “Verkligheten som vi uppfattar den är beroende av vårt perspektiv eller synvinkel” (ibid 2010:13). Människor får sin kunskap genom språket när de interagerar med varandra, därför menar Wenneberg (2010:28) att kunskap skulle kunna ses som socialt konstruerat. Socialkonstruktivismen letar inte efter sanna eller falska fakta utan är intresserad av hur fakta uppkommer (ibid 2010:30). Wenneberg (2010:62) beskriver socialkonstruktivismens grundtanke i följande citat: “Den grundläggande principen är att *inte* (vår kursivering) acceptera sociala företeelsers “naturlighet”, att de alltid varit sådana, att de inte kan vara annorlunda och att de inte skulle vara av människan skapande storheter”.

Socialkonstruktivismen har sina rötter i många olika teorier från flera forskare bland annat, Berger och Luckmanns kunskapsociologi, som innebär att studera all den uppfattade kunskapen i samhället, Merton som studerade normer inom vetenskapen och Kuhn som menade att även vetenskapens innehåll påverkas av sociala faktorer (Wenneberg 2010:36-49). Socialkonstruktivismens olika perspektiv och ståndpunkter har genom åren gjort att det idag finns flera olika teorier inom socialkonstruktivismen (ibid 2010:53).

Wenneberg (2010:58) skriver att socialkonstruktivismen blir intressant när något avviker från de normala. Då uppkommer tankar om varför det "normala" är normalt? Wenneberg (2010:65) menar att socialkonstruktivismen kan användas på könsbegreppet. Vad som är manligt och kvinnligt förknippas inte bara med de kroppsliga skillnaderna utan också med sociala faktorer och beteenden som "ska" skilja könen åt. Vad som är manligt respektive kvinnligt är således något som vi människor bestämt och återskapar genom våra handlingar (ibid 2010:65). I denna uppsats vill vi bland annat utforska hur attityder ser ut beroende på hur de sociala könen konstrueras bland unga vuxna gymnasieelever. Detta kan vi dock se som problematiskt då vi själva, genom denna studie, återskapar de normer vi redan tror finns. Wenneberg (2010:165) menar att det kan ses som problematiskt att studera exempelvis kön eftersom forskaren genom sina studier då återskapar och upprätthåller föreställningen om av vad kön "är".

Socialkonstruktivism kan gå till överdrift vilket även är teorins största brist (Wenneberg 2010:67). Att använda socialkonstruktivismens syn på allting gör att det inte finns några naturliga hållpunkter kvar. Då kan de nya sociala konstruktionerna också vara socialt konstruerade, vilket i sin tur gör att det inte går att komma fram till någonting alls. I vår studie kan detta bli problematiskt då kvantitativa studier ofta söker efter objektiva och mätbara svar (Bryman 2008:40). Enligt Bryman (2008:40) är det vanligare att använda sig av ett positivistiskt synsätt i kvantitativa studier. Edling och Hedström (2003:12) skriver följande om vikten av att metoden ska vara en koppling mellan teori och data: "Det är helt enkelt så att utan en idé om de sociala mekanismerna blir våra observationer av verkligheten meningslösa". Därav gör vi bedömningen att det är relevant att försöka koppla samman kvantitativa studier med socialkonstruktivistiska teorier.

3.2 Stigma

Stigma används av Goffman (2007:12)² som en ”benämning på en egenskap som är djupt misskrediterande”. Han förklarar att grekerna skapade denna term för att, genom att till exempel brännmärka eller skära en person, visa på att han eller hon var en brottsling, bar på någon slags smitta, var slav etc. och således skulle undvikas i det offentliga. Idag används termen på ett liknande sätt, även om det ”snarare avser själva olycksödet än dess kroppsliga kännetecken” (ibid 2007:11). I det mänskliga samhället använder vi oss av kategorier för att dela in människor. Det handlar om att människor i en viss miljö ska kunna veta vad det är för individer de kan förvänta sig att möta. När en främling kommer in i en specifik miljö går det genom att bara studera personen bestämma sig för hur hen ska kategoriseras. Genom de intryck vi får formas normativa förväntningar och det är först när dessa förväntningar ifrågasätts som vi blir medvetna om dess existens. Det är när främlingen finns i vår närvaro som det kan framgå att hen skiljer sig från gruppen då hen besitter en annorlunda, och mindre önskvärd, egenskap. När detta händer reduceras personen (i vårt medvetande) från en ”normal” människa till någon som är kastmärkt och utstött. I synnerhet om den avvikande effekten är omfattande, och exempelvis handlar om någon slags oduglighet eller handikapp, innebär detta ett stigma. Det är viktigt att poängtera att inte alla oönskade egenskaper innebär stigmatisering, ”utan endast de som upplevs som oförenliga med vårt mönster för hur en viss typ av individ bör vara” (ibid 2007:11-12). I denna uppsats använder vi teorin om stigma för att se om det är något som hindrar gymnasieeleverna att söka professionell samtalshjälp. I enkäten ger vi dem ett påstående, exempelvis ”Man måste ha stora psykiska problem för att söka professionell samtalshjälp” (fråga 20, bilaga 1), där eleverna får gradera i vilken utsträckning de instämmer eller inte. Stigmat kring psykiska problem och professionell samtalshjälp anser vi, genom bland annat denna fråga, kan ge oss indikationer på hur gymnasieelevernas attityder till detta ser ut.

Corrigan och Kleinlein (2005) beskriver stigmat kring de som har psykiska sjukdomar. Författarna menar att så som psykisk ohälsa och psykiskt sjuka

² Erving Goffmans bok *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity* gavs för första gången ut år 1963. År 1971 gavs den för första gången ut på svenska och då med titeln *Stigma: Den avvikandes roll och identitet*. Den andra, omarbetade, upplagan gavs ut år 1973.

beskrevs förr i tiden, beskrivs den psykiska ohälsan och personerna än idag. Förr var bilden av psykiskt sjuka personer att de betedde sig avvikande, pratade med sig själva och att de såg annorlunda ut kroppsligt (ibid 2005:13). Corrigan och Kleinlein (2005:14) menar att till exempel fysiska eller sociala avvikelser även i dagens samhälle misstolkas till att vara psykiska problem, vilket många gånger inte stämmer. Avvikelserna blir negativa attribut som kopplas till psykiska problem och leder till att de som är öppna med att de lider av psykiska besvär automatiskt blir klassade som annorlunda och något negativt. Allmänhetens reaktioner på personer med psykiska problem blir därför att ta avstånd och undvika dessa personer, alltså blir de som mår psykiskt dåligt mer isolerade och stigmatiserade (ibid 2005:15).

3.3 Normalitet

Hacking (1990:160-161) menar att normalitet är ett gammalt uttryck men att det var först i början av 1800-talet som begreppet började användas i det avseende som vi vanligtvis använder det idag. Precis som att uttrycket ”människans natur” (*human nature*) bär anor från upplysningstiden, präglas begreppet normalitet av 1800-talet och dess uppfattning om utvecklingen. Istället för att, som förr, diskutera kring *människans natur* pratar vi nu om *normala människor*. Människor frågar sig vad som är det normala och forskningsfonder översköljs med medel för att undersöka detta. Hacking (1990:163) förklarar att eftersom normen både kan vara det typiska och vanliga samtidigt som det kan beskriva våra absolut största etiska begränsningar, kan vi använda ordet både för att säga hur någonting *är* och för hur någonting *borde* vara. ”Det normala är genomsnittet” (ibid 1990:163) och står för det som inte avviker från det typiska, men också för det som vi kallar god hälsa. På grund av detta har ordet ”normal” med sitt gynnsamma och rena läte kommit att bli ett av 1900-talets mest mäktiga ord (ibid 1990:163).

Svensson (2007:17-18) skriver att olika vetenskaper definierar begreppet normalitet olika. I de psykologiska traditioner som har stort fokus på mätningar av olika slag definieras normen av det statistiskt representativ. Normalitet används annorlunda inom andra psykologiska traditioner och kommer då närmre tolkningen i den sociologiska traditionen. Begreppet blir här alltmer vagt och

handlar om att det är samhällets kollektiva förväntningar som definierar vad som är kulturellt önskvärt och således det normala. Normalitet anser vi är ett viktigt begrepp för vår uppsats då vi vill utforska attityder kring att söka professionell samtalshjälp. Normalitet blir komplext när vi berör begreppet *normaliseringspraktik* som Svensson (2007:31) menar att socialt arbete är, alltså en slags *normaliseringsprocess*. Professionella som håller i samtal vill hjälpa brukaren att "återgå till det normala". Således blir brukaren som går till en kurator eller motsvarande, avvikande och annorlunda (ibid 2007:31).

Karlsson (2012:557) menar att människor som befinner sig i ett ickeprofessionellt sammanhang skulle kunna använda ord som idiot eller knäppskalle för en person som har ett onormalt beteende. I en professionell miljö, till exempel den miljö som psykologen eller samhällsforskaren befinner sig i, skulle kanske personen istället beskrivas med ord som avvikande, psykiskt sjuk eller missanpassad. Vidare skriver Karlsson (2012:557): "Redan själva ordet "avvikande" antyder att normalitetsbegreppet är relativt. Man avviker rimligen i förhållande till något annat". Enligt Karlsson (2012:558) kan "det onormala" definieras som något som är avvikande från den statistiska normen. Han menar också att det inte går att bara använda sig av den statistiska normen i användningen av normalitetsbegreppet, ett exempel han tar upp är att trots att 25% av alla kvinnor någon gång i livet drabbas av depression ses depression ändå som någonting onormalt och avvikande. Ett annat kriterium som Karlsson (2012:558-559) menar är vanligt vid försök att beskriva det som är onormalt är till exempel *psykiskt illamående*, vilket handlar om individens subjektiva upplevelse av sitt psykiska mående istället för vad, som i de flesta fall, omgivningen anser vara ett avvikande beteende. Eftersom de flesta som har en diagnostiserad psykisk sjukdom också mår dåligt kan detta psykiska illamående också ses som avvikande från normen. Om vi istället läser om vad Karlsson (2012:560) definierar som *det normala* får vi fram att det bland annat handlar om att ha en förmåga att kontrollera sitt beteende, att ha en verklighetsuppfattning som är realistisk och att ha en positiv självbild (självkänsla) samt att känna sig accepterad av andra. Om en person avviker från det sistnämnda, och alltså har dålig självkänsla, karaktäriseras hen ofta som annorlunda vilket många gånger leder till utanförskap.

4. Hypoteser

Genom att läsa tidigare forskning kring vårt ämne och även reflektera över teori om socialkonstruktivism, stigma och normalitet formulerar vi fyra hypoteser som vi vill pröva mot vår insamlade empiri. Vi berör inte alla de frågor och påståenden som vi har med i enkäten utan fokuserar på dem som vi beskriver nedan. Våra hypoteser har också fått inspiration från våra frågeställningar och vi hoppas på så vis kunna besvara dessa. Tillsammans ger våra fyra hypoteser oss ett svar om hur attityderna ser ut mot att söka professionell samtalshjälp.

4.1 Våra hypoteser:

H1 Kvinnor mår generellt sett sämre psykiskt än män gör.

H2 Det är viktigare för kvinnor än för män att förstå sig på sina känslor.

H3 Kvinnor har större erfarenhet av professionell samtalshjälp än män.

H4 Kvinnor anser i större utsträckning än män att det är normalt att söka professionell samtalshjälp.

5. Metod

I detta avsnitt redogör vi den valda metoden, dess förtjänster och begränsningar, tillförlitlighet, hur vi gått till väga för att få fram vårt urval och om urvalet är representativt. Vi beskriver sedan hur vi går tillväga för att analysera vår framtagna data i relation till våra hypoteser. Slutligen beskriver vi hur arbetet är uppdelat mellan oss, hur vi behandlat etiska aspekter och då även vår position i förhållande till studien.

5.1 Metodmässiga överväganden

Vår förhoppning med denna studie var att kunna undersöka attityder hos en stor grupp människor, därför valde vi att använda oss av en kvantitativ metod i form av enkäter. Bryman (2008:157) menar att det finns olika tillvägagångssätt för att mäta attityder, och ofta används likertskalan (se avsnitt 5.3). Målet med vår undersökning var även att få fram resultat som kan mätas statistiskt och detta gör

vi med hjälp av datorprogrammet SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). Ambitionen är alltså att ta fram associationer mellan kön och attityd till att söka professionell samtals hjälp samt om det finns andra aspekter som påverkar hjälpsökandet. Kvantitativ metod enligt Bryman (2008:151) innebär bland annat att det redan innan studien genomförs skapats hypoteser om det som ska undersökas. Då tidigare forskning inom området framförallt är kvalitativ (O'Connor *et al* 2014) gör vi bedömningen att det finns en kunskapslucka och denna hoppas vi kunna fylla med hjälp utav en kvantitativ metod.

5.2 Metodens förtjänster och begränsningar

Fördelarna med att använda en kvantitativ metod i form av enkäter är många, bland annat är undersökningsmetoden smidig för att nå ut till ett stort antal respondenter (Bryman 2008:228). En annan fördel vi ser är att vi inte riskerar att påverka vår målgrupps svar i någon större utsträckning, som kan vara risken vid intervjuer, vi får alltså ingen intervjuareffekt (ibid 2008:229). Det har framförallt visat sig att intervjuareffekten kan påverka respondenten i de fall frågor ställts om känsligare ämnen så som missbruk, aborter, eller sexpartners. Då har svaren skilt sig åt beroende på om de ställts genom intervjuer eller enkäter (Bryman 2008:229). Tidigare forskning visar på att det finns ett tabu mot att gå i professionell samtals hjälp på grund av mentala besvär (se ex Topkaya 2014:2) vilket gör att vi förstår att vår studie kan vara känslig. Med anledning av detta ser vi ännu en fördel med att använda kvantitativ metod och enkäter eftersom anonymiteten, även gentemot oss, vidhålls då vi inte kan koppla enskilda enkäter till enskilda elever. Till största del ser vi fördelar med vår valda metod men de nackdelar vi sett har varit vid de tillfällen vi anat att enkätdeltagare har missuppfattat någon fråga, därav finns risken att vårt resultat är missvisande. Bryman (2008:229) menar att enkättrötthet är en av nackdelarna med att använda enkäter vilket vi fått erfarenhet av då många skolor tackar nej just med hänvisning till denna slags trötthet bland eleverna. Andra nackdelar med enkäter är när gymnasieeleverna sitter nära varandra i klassrummen och det då blir att de småpratar med varandra under tiden de svarar på enkäten. Risken är att det blir bortfall på en del frågor på grund av att respondenterna missar att svara (ibid 2008:230).

5.3 Metodens tillförlitlighet

För att en studie ska ha hög *reliabilitet*, alltså vara tillförlitlig, ska samma resultat visas om studien görs igen (Bryman 2008:49). Frågorna i vår enkät har en stor betydelse i hur tillförlitlig vår studie är; är de lättförstådda; ligger de i rätt följd och så vidare (Bryman 2008:160). Användandet av enkäter istället för intervjuer gör att vi kan hålla oss objektiva till respondenterna utan att riskera att tolka tonsätt, kroppsspråk eller andra känslouttryck på olika sätt. Vi undviker även risken som finns med kvalitativa intervjuer, då frågor och följdfrågor riskerar att variera beroende på vem intervjuaren är, eftersom enkäten alltid har samma frågor (Bryman 2008:229). I kvantitativ forskning måste en mätning av undersökningens *validitet* göras, detta handlar om att säkerställa att de frågor som ställs är kopplade och svarar till undersökningens syfte (Bryman 2008:50). I vår studie undersöker vi om det finns skillnader i attityd mellan könen mot att söka professionell samtalshjälp och hur dessa i så fall ser ut. Vi har fått inspiration från tidigare forskning (se avsnitt 2) och rapporter (se avsnitt 1) till våra enkätfrågor, vi har också diskuterat med vår handledare för att säkerställa att enkätfrågorna svarar och är relevanta till vårt syfte.

Bryman (2008:157) menar att det är viktigt att studera människors attityder och att det är ett framträdande område inom kvantitativ forskning. Många gånger använder sig forskaren av en så kallad *Likertskala* vilket i grunden är ”ett flerindikatormått avseende en uppsättning attityder som rör ett visst tema eller område” (ibid 2008:157). Likertskalan, som är ett skalsystem, har som mål att mäta en känslas eller upplevelses intensitet med hjälp av ett antal påstående. Respondenten får sedan gradera hur väl hen stämmer in på påståendet (se fråga 7-12 och 14-16, bilaga 1). Vi väljer denna skala då vi tror att det är bra att respondenterna i något mer känsliga frågor (se ex fråga 9, bilaga 1), ges möjlighet att gradera sin åsikt istället för att svara ”ja” eller ”nej”. Vi använder Likertskalan för att undersöka eventuella skillnader mellan könen i de olika attitydsfrågorna, vilket är vårt främsta syfte med studien. För att undersöka om det finns samband mellan olika faktorer använder vi oss av korstabeller. Körner och Wahlgren (2005:32) förklarar innebörden med korstabellers funktion med att dessa kan visa två eller flera fördelningar samtidigt. Ett exempel från vår studie är när vi ger respondenterna påståendet: ”Jag tycker att det är lika normalt att söka hjälp om jag

mår dåligt psykiskt som om jag mår dåligt fysiskt” (se fråga 16 i bilaga 1), och delar upp män och kvinnor i två grupper för att se om attityder gentemot påståendet skiljer sig beroende på könstillhörighet. På så sätt får vi fram en fyrfältstabell som alltså kan visa fördelningen mellan kön och en viss attityd.

5.4 Urval

I oktober 2015 fanns det 12 644 elever i årskurs tre i Skåne (SiRiS, Skolverket 2015/16), denna grupp utgör således vår totalpopulation. Då vi redan innan C-uppsatskursens start misstänkte att vi, trots en stor totalpopulation, skulle kunna få problem med att få tag i respondenter valde vi att tidigt under våren börja skicka ut mail ut till skolor runt om i Skåne för att undersöka intresset av att delta i en enkätstudie. För att få tag på kontaktuppgifter till skolor sökte vi på internet och mailade sedan till antingen rektorerna, skolkuratorerna eller den allmänna kontaktvägen (exempelvis info@skola.se).

Då vi inte fick så många positiva svar från skolpersonal efter de första försöken bestämde vi oss för att skicka ut mail (se mail i bilaga 2) till alla gymnasieskolor som finns listade på www.skanegy.se, vilket är 113 stycken (denna siffra inkluderar inte särskolor, introduktionsprogram eller de skolor där vi inte kunde hitta några mailuppgifter). Vi använder oss av de personer som finns tillgängliga när vi besöker skolklasserna och delar ut enkäterna. Detta innebär att vi använder oss av det som Bryman (2008:194) kallar ett *bekvämlighetsurval*, vilket är ett icke-sannolikhetsurval. Detta urval gör att vi inte kan generalisera till vår totalpopulation. Bryman (2008:195) menar att det ändå är acceptabelt att använda ett bekvämlighetsurval i vissa tillfällen, till exempel när möjligheten ges att samla in data från ett urval av respondenter som forskaren inte har råd att gå miste om eller när resultatet fungerar som en preliminär analys. Eftersom vi i studien önskar så många respondenter som möjligt, men tyvärr inte har fått särskilt många svar på våra mailförfrågningar, har vi valt att ta hjälp av de skolor vi besökt genom att direkt fråga lärare vi mött om de tror att fler kan tänka sig att ställa upp. Vi upplever att det var lättare att få positiva gensvar på plats än det var att få det på mail.

5.5 Representativt urval och bortfall

I enkätstudier är målet nästan alltid att kunna använda insamlad data för att på ett rättvisande sätt uttala sig om hela populationen. För att kunna göra detta är det viktigt att börja med ha ett representativt urval (Trost 2012:29), alltså ett urval som kan sägas spegla hela den valda populationen på ett adekvat sätt (Bryman, 2008:179). Trost (2012:29) förklarar begreppet med att de utvalda blir som en miniatyr av befolkningen och representerar alla de andra. Hur tillförlitlig och representativ studien är beror på antalet skolor som deltar. Det bestämmer också om forskaren kan generalisera sitt resultat eller inte (Bryman 2008:169). Vi mejlade 113 gymnasieskolor och fick inom tidsramen möjlighet att komma till sex av dessa.

Sammanlagt besvarades enkäten av 147 elever, varav 145 av dessa kunde användas i analysen (två respondenter ingick inte i vår undersökningspopulation då den ena uppgav att hen var 17 år gammal och den andra 35). Dessa 145 respondenter utgör således vår urvalspopulation. Det externa bortfallet (Körner & Wahlgren 2005:14), som vi syftar på, är de två personer som föll utanför ramarna på grund av att de inte, i vår undersökning, klassas som unga vuxna.

En annan typ av externt bortfall är de elever som inte var närvarande vid tillfället då enkäten delades ut. Detta externa bortfall upplevde vi som stort, exempelvis då flera klasser vi besökt bestått av under tio elever, vilket vi genom klassföreståndarna fick veta berodde på hög frånvaro på grund av framförallt praktik. Faktorer som orsakat den låga svarsfrekvensen är bland annat att skolorna uppger att de inte har tid och att de ofta får förfrågningar om att delta i enkäter vilket leder till att eleverna blir enkättrötta samt att eleverna ofta är ute på praktik under vårterminen i årskurs tre. Det interna bortfallet, som också omnämns som det partiella bortfallet, handlar om de fall när svaren är utelämnade på en eller flera frågor (Körner & Wahlgren 2005:14). I vår enkät räknas det interna bortfallet ut på varje enskild fråga, vi kommer till exempel fram till att alla respondenter har svarat på frågan om de är man eller kvinna och därför har vi inget internt bortfall på denna fråga. Däremot finns det ett visst bortfall på andra frågor i enkäten. Vi ser ofullständiga svar (ex 16 bortfall på fråga 12 i enkäten, se bilaga 1) och de som kryssat i mer än ett svarsalternativ (där endast ett alternativ

får kryssas i) som bortfall då vi inte vill riskera att misstolka någon respondents svar.

5.6 Insamling av empiri

Vår empiri samlas in med hjälp av enkäter. Utdelning av enkäterna sker i början av elevernas lektion och föregås av en kort presentation av studien och information om de etiska kraven som ska uppfyllas när forskning bedrivs (se avsnitt 5.9). Vi ber eleverna ta god tid på sig och att läsa frågorna noggrant för att undvika missförstånd. Två frågor, nummer 12 och 22 (se bilaga 1), tror vi kan vara något svårförstådda och därför ber vi eleverna läsa dessa extra noggrant. För att undvika att påverka elevernas svar försöker vi hålla informationen kort och ber dem istället säga till om de har några frågor efter att de blir tilldelade enkäten. Vi ser en fördel med att få börja lektionen med enkätstudien då eleverna inte behöver stressa igenom frågorna för att få gå på rast eftersom lektionen ändå ska fortsätta efter att vi samlat in enkätsvaren.

Enligt Bryman (2008:216) ska en enkät helst börja med mer generella frågor för att sedan komma in på mer specifika och eventuellt känsliga ämnen (ibid 2008:216). Vi börjar med att ställa frågor angående bland annat ålder, kön och kommun för att senare komma in på ämnen som det egna måendet, tankar och attityder till att andra skulle söka professionell samtalshjälp och till sist vad som möjligtvis skulle hindra personen från att ta kontakt med en professionell. I skapandet av enkäten tar vi hjälp av en exempelenkät från Bryman (2008:316). Vår enkät har också ett försättsblad bestående av information om syftet för studien, frivilligheten att delta, kontaktuppgifter till oss och att vi kommer från Lunds universitet (se bilaga 1). Detta beskriver vi även muntligt för respondenterna då det är viktigt att de förstår varför de svarar på enkäten (Bryman 2008:212).

5.7 Databearbetning och analysmetod

För att analysera vår empiri använder vi oss av datorprogrammet SPSS. I SPSS för vi in de olika svaren från enkäterna och kodar om dem så att vi sedan ska kunna se resultaten tydligare och analysera dem. Vi använder oss av

nominalvariabler, vilket Bryman (2008:320-322) menar omfattar kategorier som inte kan rangordnas eftersom de inte kan ses som mer eller mindre än något annat (se ex fråga 4, bilaga 1). Ålder, som är en *kvot-/intervallvariabel* som innebär att avståndet mellan kategorierna är lika stora, är ingenting vi analyserar i denna studie. Frågan ställs endast för att kontrollera att respondenten är del av vår målgrupp (unga vuxna gymnasieelever i årskurs tre). Vi använder *dikotoma variabler*, alltså variabler som innehåller motsatspar, till exempel ”man” och ”kvinna”. Den andra frågan i vår enkät (se fråga 2, bilaga 1) handlar om könstillhörighet, alternativen vi har med är ”man”, ”kvinna” och ”annat”. Eftersom vår studies huvudsyfte är att undersöka eventuella skillnader i attityder beroende på kön är det en avgörande fråga och då ingen svarat ”annat” på frågan om könstillhörighet blir variabeln dikotom. En annan variabel som vi använder för att bygga upp enkäten är *ordinalvariabler*, vilket är en variabel som kan rangordnas från exempelvis minst till mest eller från *instämmer helt* till *instämmer inte alls* (se ex fråga 10, bilaga 1) (se även Likertskala i avsnitt 5.3). Vi tror att denna sorts variabel är ett tydligt sätt att mäta i vilken turordning en individ skulle välja att vända sig till professionella för samtal (se fråga 12, bilaga 1) och detta tror vi ger en indikation angående attityder hos gymnasieelever i årskurs tre.

I vår enkät är frågan om könstillhörighet (se fråga 2, bilaga 1) en variabel som vi analyserar med en *univariat analys*, vilket innebär att endast en variabel analyseras i taget (Bryman 2008:322), för att se hur många män respektive kvinnor som deltar i enkäten. Vi jämför män och kvinnor för att se hur (alternativt om) deras attityder skiljer sig från varandra. Detta görs lämpligast genom en *bivariat analys* som innebär att analysera hur två variabler relaterar till varandra. I bivariat analys kan korstabeller användas för att undersöka relationen mellan kön och, i vårt fall, attityder (Bryman 2008:326). Ifall våra hypoteser (se avsnitt 4.1) stämmer diskuterar vi hur detta kan förstås i relation till våra utvalda teorier om socialkonstruktivism, stigma och normalitet (se avsnitt 3). Genom att använda påståenden som kan svaras på genom alternativen: *Instämmer helt*, *instämmer i stort sett*, *instämmer till viss del* eller *instämmer inte alls*, ser vi hur elevernas eventuella uppfattningar om vad som är normalt och vad som är stigmatiserande uttrycks kring de påståenden vi ger (se avsnitt 3.2 & 3.3).

5.7.1 Chi²-test

Då vi använder oss av ett bekvämlighetsurval, och inte ett slumpmässigt urval, är det inte möjligt för oss att generalisera till vår totalpopulation (Bryman 2008:194). Vi använder oss av ett Chi²-test endast för att få en indikation på om vårt resultat är tillräckligt sannolikt för att generalisera till vår urvalspopulation på 145 respondenter (p-värde under 0,05) eller om resultatet kan bero på en slump (p-värde över 0,05) (Bryman 2008:333). Vi använder Chi²-test för att se signifikansvärdet från två variabler, kön och ett påstående. För att värdet ska klassas som signifikant behöver vi få ett värde kallat ”Asymptotic Significance (2-sided)” under 0.05 (>0,05).

Vi är medvetna om att Chi²-testet framförallt används vid sannolikhetsurval och vi är också (som vi nämnt i avsnitt 5.6) medvetna om att vårt urval på 145 respondenter gör att vi inte kan generalisera till totalpopulationen på 12 644 gymnasieelever i årskurs tre i Skåne. Stora delar av resultat- och analysdelen innefattar därför tidigare forskning och våra egna resonemang kring resultaten. Dock nämner Djurfeldt, Larsson och Stjärnhagen (2010:218) att ett alltför stort antal respondenter kan göra att nästintill alla resultat blir statistiskt signifikanta, därmed tror vi att det är till fördel för oss att använda oss av ett Chi²-test.

5.8 Arbetsfördelning

Innan vi påbörjade vårt arbete med denna uppsats diskuterade vi hur vi på bästa sätt skulle lägga upp arbetet. Att sitta tillsammans i skolan och skriva kändes som det bästa och mest effektiva alternativet för oss, då vi båda har erfarenhet av att arbeta flitigast i en skolmiljö. Vi har inte delat upp arbetet mellan oss utan skrivit på olika delar men alltid diskuterat igenom våra texter och kompletterat varandra. Vi fann snabbt att vi har olika studietekniker och det tror vi är till vår fördel då vi kunnat fokusera på olika delar av skrivandet. Vi tror också att vi, genom att skriva allt tillsammans, bättre har kunnat hålla en röd tråd och ett sammanhängande språk genom uppsatsen.

5.9 Etiska överväganden

Eftersom forskning är viktigt och nödvändigt både för individers och samhällets utveckling finns det också krav på vilket sätt forskningen ska bedrivas. Att forskning bedrivs, att frågorna är väsentliga och att forskningen är av hög kvalitet är berättigade krav från samhället och dess medlemmar. För att skydda individer när forskning bedrivs finns det så kallade individskyddskravet. Detta innebär att individer inte får utsättas för någon slags skada, kränkning eller förödmjukelse när forskning bedrivs. Forskningskravet och individskyddskravet måste vägas mot varandra inför varje vetenskaplig undersökning, forskaren måste alltså överväga om risken för negativa konsekvenser finns och om denna risk är proportionerlig i förhållande till forskningsfrågan (Vetenskapsrådets Forskningsetiska principer 2002:6).

Det finns fyra huvudkrav från Vetenskapsrådets Forskningsetiska principer (2002:6) på forskning: informationskravet, konfidentialitetskravet, samtyckeskravet och nyttjandekravet och vi ska nu beskriva dessa och redovisa hur vi uppfyllt dessa krav.

Informationskravet

De som berörs av forskningen, alltså uppgiftslämnare och deltagare i studien, ska bli informerade om syftet med den aktuella forskningen. Informationen ska vara tillräckligt utförlig och innehålla de faktorer som skulle kunna påverka viljan att medverka. Svedmark (2012:104) menar att informerat samtycke i praktiken är *en sammanslagning av informationskravet och samtyckeskravet*. Informerat samtycke ska i princip alltid sökas vid interaktion med människor. I vår studie uppfyller vi de etiska forskningskraven genom att muntligt informera eleverna om samtliga fyra ovan nämnda punkter. För att vara extra tydliga skriver vi även ner *informationskravet* och *konfidentialitetskravet* (se förklaring nedan) på framsidan av enkäten (se bilaga 1) och säger till eleverna att de kan behålla informationsbladet om de vill.

Konfidentialitetskravet

Detta innebär att obehöriga inte ska kunna ta del av personuppgifter på enkät-deltagarna samt att studieresultaten ska förvaras så att obehöriga inte kan få

tag på dem. Vi tar hänsyn till detta krav genom att vara noggranna med var vi förvarar de ifyllda enkäterna och vi ser till att ingen annan än vi får tillgång till dem.

Samtyckeskravet

Alla tilltänkta deltagare har rätt att själva bestämma om de vill medverka i undersökningen eller inte. De ska informeras om att de när som helst har rätt att avbryta sin medverkan. Eftersom vi informerar om samtyckeskravet innan enkäten delas ut har också vem som helst möjlighet att välja om hen vill avstå.

Nyttjandekravet

Uppgifterna som samlas in vid en studie får endast användas i ändamål rörande forskningsstudien så länge ingen annan information ges. Informationen ifrån till exempel enkätundersökningar får inte användas för icke-vetenskapliga syften. I vår studie informeras eleverna även om detta. Enkätsvaren kommer endast att användas i denna studie.

5.10 Vår position i förhållande till studien

Egna värderingar och förutfattade meningar är något som alltid finns hos oss människor. Det kan vara svårt, men en forskare ska helst vara värderingsfri när hen bedriver forskning, därför är det bra att vara medveten om egna värderingar så att de inte påverkar forskningen (Bryman 2008:43). Bryman (ibid 2008:43) tar upp några punkter som är viktiga att tänka på innan val av ämne att skriva om görs, bland annat, frågeställningarna, tolkning och analys av data. När vi diskuterade valet av forskningsområde kom vi fram till att vi ville undersöka något som vi båda var intresserade av, dock är vår förhoppning att resultatet inte är färgat av våra subjektiva tankar och värderingar. Vi är båda medvetna om att vi har våra egna tankar och föreställningar kring hur attityderna mot att söka professionell samtals hjälp ser ut bland gymnasieklasser idag och har genom arbetets gång varit uppmärksamma på att detta inte ska få påverka studien.

6. Resultat och analys

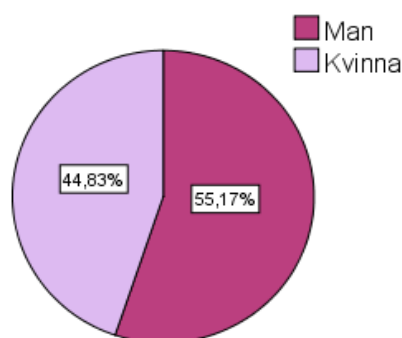
Vårt syfte är att undersöka hur attityden mot att söka professionell samtalshjälp ser ut bland unga vuxna, om det finns attitydsskillnader beroende på könstillhörighet och andra eventuella faktorer som kan påverka attityden mot att söka denna hjälp. För att kunna svara på våra frågeställningar i största möjliga utsträckning, och kunna knyta ihop vår tidigare forskning och teoretiska utgångspunkter har vi valt ut några variabler att fokusera på (som redovisas i avsnitt 6.1-6.6) som också kommer att svara på våra hypoteser. Vi börjar med en kartläggning över svarsfördelningen mellan könen, sedan följer en tabell (tabell 1) över spridningen i våra bakgrundsfaktorer. Vidare visar vi univariata analyser med cirkeldiagram. Vi använder oss också av korstabeller då det är ett passande alternativ för att tydligt kunna se fördelningen av svar från nominal- och ordinalvariabler (Eliasson 2013:100). För att mer ingående beskriva vissa variabler, och visa hur respondenterna svarar efter kön på dessa, gör vi bivariata analyser.

6.1 Beskrivning av data

I diagram 1 ser vi att det totala antalet respondenter är 145 personer, av dessa är 55,17% män (80 män) och 44,83% kvinnor (65 kvinnor). Detta gör att vi har en snedfördelning på ca 10 procentenheter fler män än kvinnor. Vi grupperar respondenterna efter könstillhörighet, annars finns risken att resultaten blir missvisande (Körner & Wahlgren 2005:35)

eftersom männens svar representerar 10% mer i ett totalt resultat. För att presentera jämförbara tabeller och diagram använder vi i de flesta fall procent.

Diagram 1. Fördelning av respondenter. Man/kvinna.
Totalt: 145 Ej svarat: 0



Frågorna i enkäten angående religion, om personen är född i eller utanför Sverige, boendekommun³ (se bilaga 3) och föräldrars högsta utbildning har, enligt vår bedömning, inte fått tillräcklig spridning mellan svarsalternativen. Att göra korstabeller där en av dessa fyra bakgrundsfaktorer står för den ena variabeln, och en fråga angående respondenternas attityd står för den andra, tror vi ger ett missvisande resultat. På grund av detta har vi valt att endast redovisa dessa resultat i tabellen ovan och att inte använda dessa variabler vidare i analysen.

Tabell 1. Kartläggning av data

	Antal	Procent
Kön		
Man	85	55,2%
Kvinna	60	44,8%
Totalt	145	100%
Födelse i/utanför Sverige		
Född i Sverige	128	88,3%
Född utanför Sverige	16	11,0%
Svar saknas	1	0,7%
Totalt	145	100,0%
Religion		
Kristendom	44	30,6%
Katolicism	1	0,7%
Islam	12	8,3%
Hinduism	0	0%
Buddhism	2	1,4%
Annan	4	2,8%
Ingen	80	55,6%
Svar saknas	1	0,7%
Totalt	145	100%
Vilken utbildning den högst utbildade föräldern har		
Grundskola	8	5,5%
Gymnasium	40	27,6%
Högskola/universitet	95	65,5%
Svar saknas	2	1,4%
Totalt	145	100%

6.2 Män och kvinnors psykiska mående

Kvinnor mår generellt sett sämre psykiskt än män gör (H1)

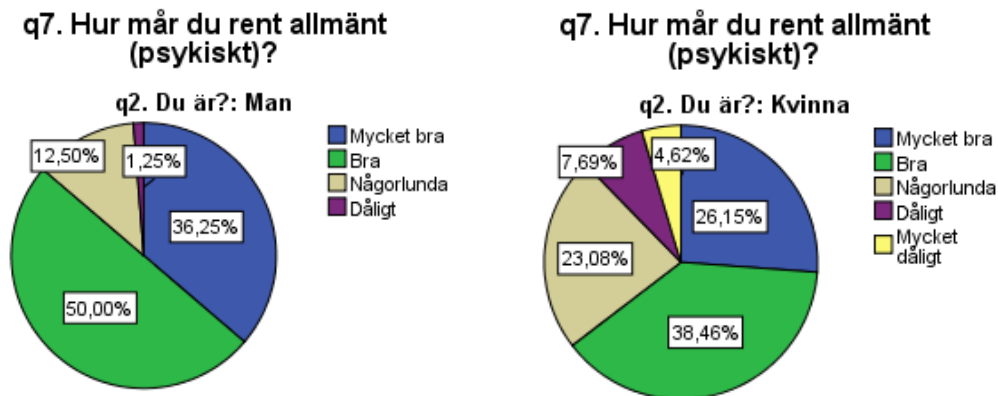
Tidigare forskning (se t ex O'Connor *et al* 2014; Martínez-Hernáez *et al* 2016) och rapporter (SOU 2006:77; Socialstyrelsen 2013-5-43) visar att unga vuxna idag mår sämre än vad unga vuxna gjorde förr, trots detta är det denna grupp som är minst villig att söka professionell hjälp. Vårt resultat (se diagram 2 nedan) visar att 26,15% av kvinnorna och nästan precis 10 procentenheter fler av männen (36,25%) mår *mycket bra*. 50% av männen respektive 38,46% av kvinnorna svarar att de mår *bra*, medan 12,5% av männen och 23,08% av kvinnorna menar att de mår *någorlunda*. 1 man av 80 (1,25%) och 5 kvinnor av 65 (7,69%) svarar

³ Resultatet av frågan "I vilken kommun bor du?" visar att över 50% uppger samma boendekommun. Bland resterande respondenter framkommer 25 stycken olika kommuner och dessa är av spridda storlekar. Således gör vi bedömningen att en analys av attitydsskillnader beroende på vilken kommun respondenten bor i blir ointressant för vårt resultat.

att de mår *dåligt*. Ingen av männen svarar att de mår *mycket dåligt* medan 4,62% av kvinnorna (3 kvinnor av 65) svarar att de gör det.

Diagram 2 & 3. Respondenternas svar på frågan: “Hur mår du rent allmänt (psykiskt)?”

Totalt: 145 Ej svarat: 0



McIntyres *et al* (2014) forskning visar på att kvinnor i allmänhet uttrycker att de mår sämre psykiskt i jämförelse med hur män uttrycker att de mår psykiskt. I vår studie kan vi se att det finns en skillnad mellan könen i hur de har svarat på frågan om hur de mår rent allmänt (psykiskt). Diagram 2 och 3 ovan visar att de manliga respondenterna generellt sätt mår bättre än de kvinnliga. Genom att göra ett Chi²-test får vi fram värdet 0,019, vilket är statistiskt signifikant eftersom det är mindre än 0,05, vilket således indikerar att resultatet kan generaliseras till vår urvalspopulation, det är tillräckligt sannolikt för att säga att det inte beror på en slump. Vi diskuterar utifrån vår första hypotes (H1) om det finns ett samband mellan att vara man eller kvinna och sannolikheten att må på ett vis eller ett annat. Även om vi utgår ifrån att respondenterna svarat ärligt på enkäten skulle detta resultat möjligtvis kunna förstås med hjälp av McIntyre *et al* (2014) och O’Loughlin *et al* (2011) som menar att män inte vill uttrycka sina känslor på grund av en undermedveten rädsla att stigmatiseras ifall de avviker från den maskulina stereotypen. Denna undermedvetenhet påverkar i sin tur även mäns attityd genom att öka motviljan till att söka professionell samtalshjälp (McIntyre *et al* 2014). Vidare menar McIntyre *et al* (2014) att kvinnor har lättare för att beskriva sina psykiska problem än män och att det därför inte är rättvist att jämföra mäns och kvinnors mående; vissa män mår mycket sämre än vissa kvinnor men uttrycker inte det i lika stor utsträckning. Ur ett socialkonstruktivistiskt perspektiv skulle anledningen till att kvinnor uttrycker

sämre mående än män kunna vara att vi människor, som Wenneberg (2010:65) menar, har konstruerat maskulina och feminina normer genom vårt språk och våra handlingar. Anledningen till detta är att män och kvinnor ”ska” skilja sig åt (ibid 2010:65). Vi vill mena att det skulle kunna vara så att sociala normer säger att det är mer accepterat att kvinnor uttrycker dåligt mående än män och att detta kan vara en anledning till att vårt resultat (diagram 2 & 3) ser ut som det gör.

6.3 Vikten av att visa känslor

Det är viktigare för kvinnor än för män att förstå sig på sina känslor (H2)

Tabell 2 visar att det inte är någon större skillnad mellan de kvinnliga och de manliga respondenternas svar.

När vi lägger ihop de som *instämmer helt* med de som *instämmer i stort sett* (tillsammans med procenten som ej svarat: 1,3% av männen och 1,5% av kvinnorna) kan vi se att den kumulativa (sammanlagda) procenten män väljer något av dessa två alternativ till 83,8% och att kvinnorna

väljer det till 83,1%. Chi²-testet visar här värdet 0,971, vilket inte är statistiskt signifikant, vilket indikerar att vi inte kan göra några generaliseringar till vår urvalspopulation. Hypotes två (H2) menar vi kan förkastas om vi ser till hur respondenterna svarat eftersom män till och med i större utsträckning är kvinnor *instämmer helt* i påståendet. Martínez-Hernáez *et al* (2016) menar att kvinnor pratar med sina vänner om känslor i större utsträckning än män och McIntyre *et al* (2014), som funnit samma sak i sin studie, diskuterar ifall detta kan bero på att det är viktigare för kvinnor än för män att förstå sig på sina känslor. I vår studie kan vi inte se att det är viktigare för kvinnor att förstå sig på sina känslor än för män. Samtidigt har vi i denna studie inte undersökt i hur stor utsträckning kvinnor och män över huvud taget pratar om sina känslor. Vi menar på att detta kan handla om två olika saker; kvinnor och män vill (som vår undersökning visar) i lika stor

Tabell 2. Respondenternas svar på påståendet: “Det är viktigt för mig att förstå mig på mina känslor”

Totalt: 143 Ej svarat: 2

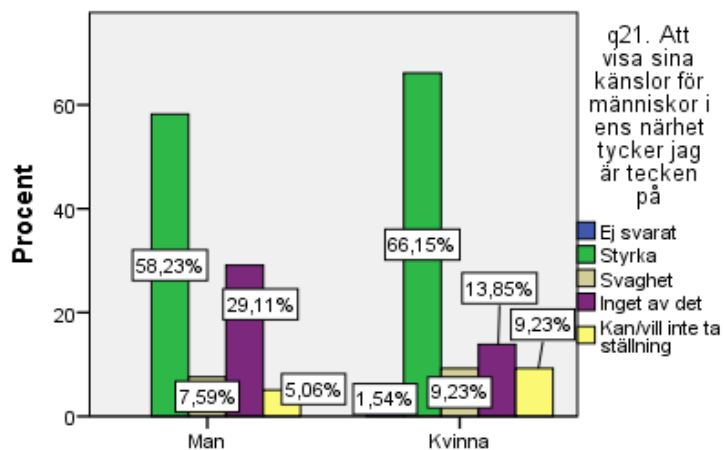
q10. Det är viktigt för mig att förstå mig på mina känslor

q2. Du är?	Procent	Kumulativ Procent
Man	Ej svarat	1,3
	Instämmer helt	45,0
	Instämmer i stort sett	37,5
	Instämmer till viss del	12,5
	Instämmer inte alls	3,8
	Totalt	100,0
Kvinna	Ej svarat	1,5
	Instämmer helt	49,2
	Instämmer i stort sett	32,3
	Instämmer till viss del	13,8
	Instämmer inte alls	3,1
	Totalt	100,0

utsträckning förstå sig på sina känslor, men kanske är det så att kvinnor och män har olika sätt att gå tillväga för att göra det. I stort sett skulle vi vilja påstå att enkätfråga 10 (se bilaga 1) är tillräcklig för att svara på om hypotes två (H2) stämmer eller om vi ska förkasta den. Vi menar dock att även andra variabler indirekt skulle kunna vara till hjälp för att problematisera kring eventuella skillnader mellan män och kvinnor.

I enkäten intresserar vi oss bland annat för hur vår målgrupp ser på att generellt visa känslor öppet; ifall de ser det som en styrka eller en svaghet. I diagram 4 (nedan) ser vi hur män och kvinnor har svarat på denna fråga (se fråga 21, bilaga 1). Signifikansvärdet (0,176) från Chi²-testet indikerar att vi inte kan generalisera detta resultat till vår urvalspopulation. Vi kan dock se att majoriteten av både män och kvinnor har svarat att det är en styrka att visa sina känslor. Detta resultat talar emot till exempel Tolman, Davis och Bowman (2016), som skriver om Budgeons (2014) och Schippers (2007) definition av maskulinitet som menar att män inte ska vara emotionella eller känsliga. En förklaring kanske är att våra respondenter svarar utifrån att de faktiskt tycker att det är en styrka att visa känslor, men att detta inte måste betyda att de i själva verket själva visar sina känslor för människor i sin närhet. Till exempel menar Topkaya (2014) att samhällsstigmat (public stigma) i synnerhet påverkar män när det kommer till att visa känslor öppet då det är mer stigmatiserande för dem än för kvinnor. Självstigma handlar om i hur stor utsträckning en person applicerar samhälleliga stigman på sig själv. Ett sätt att förklara detta skulle kunna vara med hjälp av Wenneberg (2010:13), som menar att vi människor konstruerar vår egen verklighet. Vi tror alltså att

Diagram 4. Respondenternas svar på påståendet: “Att visa känslor för människor i ens närhet tycker jag är tecken på...”
Totalt: 144 Ej svarat: 1



människor kan ha normer och tankar om ideal som de själva inte alltid följer av rädsla att bli stigmatiserade och att detta skulle kunna bero på samhälleliga konstruktioner kring normer och stigman.

6.4 Kunskap om och erfarenheter av professionell samtalshjälp

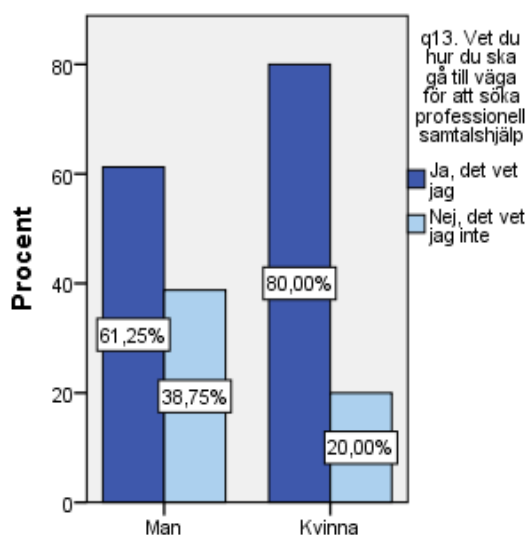
Kvinnor har större erfarenhet av professionell samtalshjälp än män (H3)

I vår studie kan vi utifrån diagram 5 se att okunskapen om hur respondenterna ska gå till väga för att söka professionell samtalshjälp är nästan dubbelt så stor bland de manliga respondenterna (38,75%) än bland de kvinnliga (20,00%). Signifikanstestet från χ^2 på fråga 13, gav ett värde på 0,015, vilket indikerar att vi kan generalisera detta resultat till vår urvalspopulation. Gulliver, Griffith och Christensen (2010) benämner brist på kunskap om

tillvägagångssätt för att söka professionell samtalshjälp (se avsnitt 2.2) som en ”key-barrier” (hindrande faktor) i sin studie. Wenneberg (2010:28) menar att människor får kunskap genom att interagera med varandra, därav kan kunskapen ses som socialt konstruerad. Vi anser att det här är värt att nämna att tidigare forskning menar att kvinnor pratar mer öppet om känslor än män (Martínez-Hernández *et al* 2016) och på grund av detta kan det kanske vara möjligt att kvinnor, genom språket, har konstruerat en större kunskap än män. Dock tror vi att det kan vara rimligt att här diskutera även det faktum att männen i större utsträckning än kvinnorna uttrycker att de mår bra psykiskt (se diagram 2 & 3, avsnitt 6.2). Dessutom menar McIntyre *et al* (2014) att kvinnor tar psykiska symptom allvarligt, medan män ser sådana mer som en del av livets upp och nedgångar. Detta gör i sin tur att män söker hjälp i senare stadier av psykisk ohälsa än

Diagram 5. Respondenternas svar på frågan: “Vet du hur du ska gå till väga för att söka professionell samtalshjälp?”

Totalt: 145 Ej svarat: 0

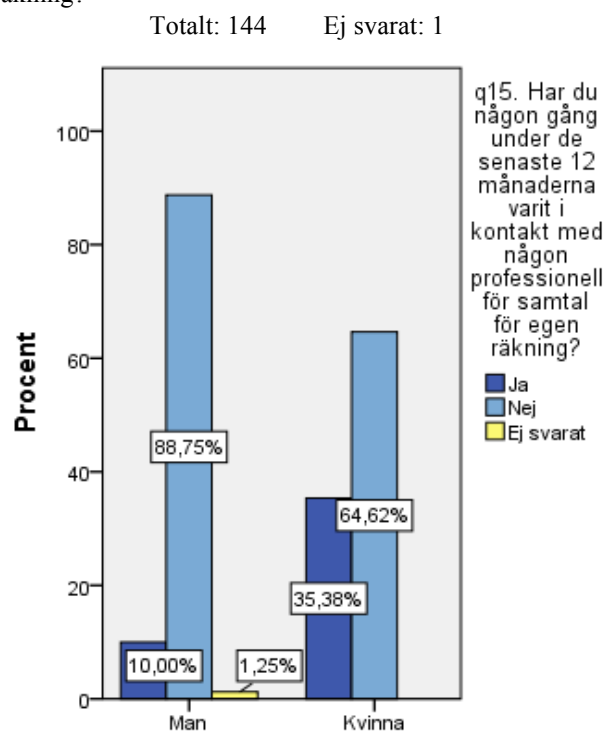


kvinnor. Då det är nästan 20 procentenheter färre män än kvinnor som vet hur de ska gå till väga för att söka professionell samtalshjälp, och eftersom resultatet är generaliserbart till urvalspopulationen enligt Chi² test, tror vi att denna del av resultatet kan bidra med information när vi i stycket nedan testar vår tredje hypotes (H3), om att kvinnor har större erfarenhet av professionell samtalshjälp än män.

I diagram 6 ser vi resultatet av fråga 15 (se bilaga 1) som visar att 10% av männen och 35,38% av kvinnorna någon gång under de senaste 12 månaderna har varit i kontakt med någon professionell för samtal för egen räkning. Chi²-testet (med signifikansvärde på 0,001) indikerar att vi kan generalisera resultatet till resten av vår urvalspopulation. Även om endast signifikansvärdet i sig stödjer vår tredje hypotes (H3), tror vi att det kan finnas bidragande faktorer till att resultatet ser ut

som det gör. Det kan dels, som vi nämnt tidigare, bero på att män kanske inte mår dåligt i lika stor utsträckning som kvinnor och därför inte har ett lika stort behov av att söka hjälp (se diagram 2 & 3). Det kan samtidigt, vilket McIntyre *et al* (2014) bland annat menar, bero på maskulina stereotyper som säger att män ska vara ”tuffa”, vilket kan vara en bidragande faktor till att män inte söker professionell hjälp i lika stor utsträckning som kvinnor. Även Addis och Mahaliks (2003) menar att ideologier kring manlighet, normer och könsroller i stort avskräcker män från att söka professionell hjälp för psykisk ohälsa. Den traditionella mansrollen som bland annat innefattar högt tillit till sig själv och att ha kontroll över sina känslor gör att män avstår från att söka hjälp (ibid 2003).

Diagram 6. Respondenternas svar på frågan: “Har du någon gång under de senaste 12 månaderna varit i kontakt med någon professionell för samtal för egen räkning?”



Även om det bara är spekulationer, kan vi även jämföra respondenternas kunskap om hur de ska gå till väga för att söka professionell samtalshjälp med resultatet i diagram 5. Kanske kan okunskapen hos män vara en av orsakerna till att de i mindre utsträckning än kvinnor har varit i kontakt med någon professionell för samtalshjälp.

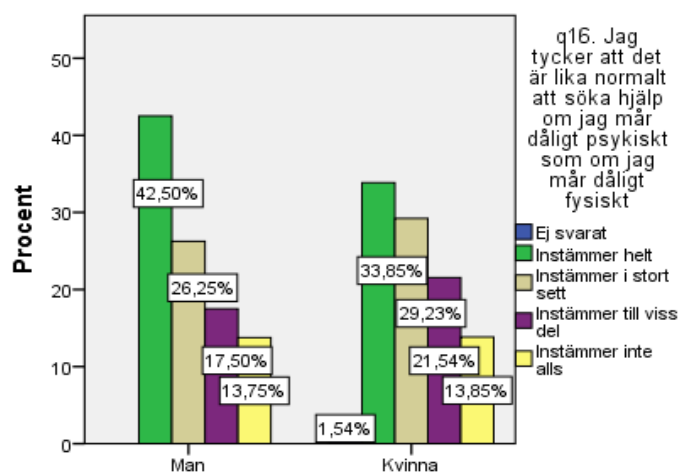
6.5 Normer, stigma och den generella synen på professionell samtalshjälp

Kvinnor anser i större utsträckning än män att det är normalt att söka professionell samtalshjälp (H4)

Med fråga 16 (se bilaga 1) undersöker vi ifall respondenterna tycker att det är lika normalt att söka hjälp om hen mår dåligt psykiskt som om hen mår dåligt fysiskt. Vi kan här se att kvinnor i en något *mindre* utsträckning än män (33,85% jämfört med 42,50%) *instämmer helt* i påståendet att ”det är lika

Diagram 7. Respondenternas svar på påståendet: “Jag tycker att det är lika normalt att söka hjälp om jag mår dåligt psykiskt som om jag mår dåligt fysiskt.”

Totalt: 144 Ej svarat: 1



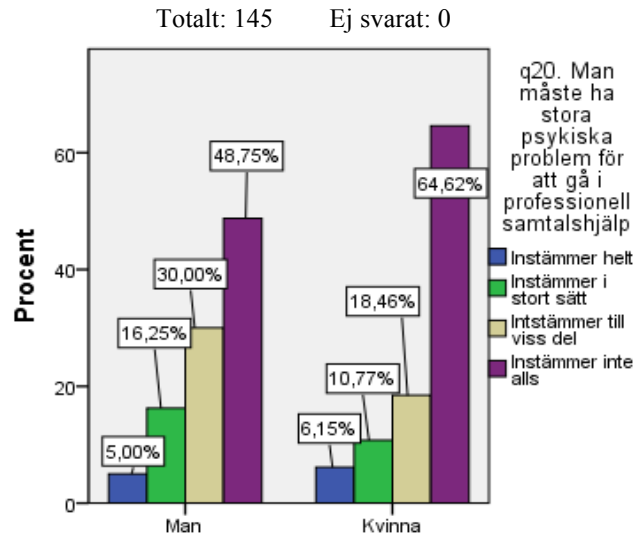
normalt att söka professionell hjälp om jag mår dåligt psykiskt som om jag mår dåligt fysiskt”. När vi gör ett Chi²-test visar det på ett signifikansvärde på 0,673, vilket indikerar att vi inte kan generalisera resultatet av fråga 16 till vår urvalspopulation. Förutom det vi nämner i början av stycket, kan vi inte se några större skillnader mellan männens och kvinnornas svar. Det vi menar är intressant med resultatet är just att det är en lite större andel män än kvinnor (dvs 8,65 procentenheter) som *instämmer helt* i påståendet. Detta resultat säger emot resultatet av Topkayas (2014) studie som visat att kvinnor generellt sett är mer positivt inställda till att söka professionell samtalshjälp än män och att detta kan bero på traditionella könsroller som säger att män måste ”hålla känslor inne”. Vi

diskuterar om stigmat som gäller vad som är maskulint respektive feminint (se avsnitt 2.3.1) kanske lever vidare på samhällsnivå, men att män faktiskt på individnivå tycker att det är lika normalt som kvinnor (om inte mer normalt) att söka professionell samtalshjälp.

Chi²-testet på diagram 8 visar värdet 0,221 och indikerar att resultatet inte är statistiskt signifikant och att vi därför inte kan generalisera det till vår urvalspopulation. Vi tror att frågan kan tolkas på olika sätt av respondenterna eftersom vi låter dem själva avgöra vad ”stora psykiska problem” innebär. Tolkningsfriheten kan

påverka svaren men eftersom alla respondenter får samma fråga anser vi att det ändå kan vara intressant att få veta den generella attityden om ”man måste ha stora psykiska problem för att gå i professionell samtalshjälp”. Vi menar att detta resultat är intressant när vi åter igen nämner McIntyres *et al* (2014) forskning som visar att män, eftersom de inte ser lika allvarligt på tidiga stadier av psykisk ohälsa som kvinnor, söker hjälp först när den psykiska ohälsan upplevs mer allvarlig än bara en del av livets ”vanliga” gång. Här kan också O’Loughlins *et al* (2011) studie vara värd att nämnas. Den visar nämligen att män i högre grad är benägna att välja att ”vänta och se” ifall de psykiska symptomen går över, detta menar O’Loughlins *et al* (2011) stödjer samhällsnormen som säger att män är och ska vara ”tuffare” än kvinnor. I diagram 8 ovan kan vi dock se att män och kvinnor till nästan lika stor del *instämmer till viss del* eller *inte alls* (män 78,75% och kvinnor till 83,08%). Enligt den största delen av de manliga respondenterna i vår studie måste man alltså *inte* ha allvarliga psykiska problem för att gå i professionell samtalshjälp. Detta resultat vill vi påstå går emot den tidigare forskning som nämnts ovan. Vi menar att denna fråga blir intressant när vi vill

Diagram 8. Respondenternas svar på påståendet: “man måste ha stora psykiska problem för att gå i professionell samtalshjälp.”



undersöka ifall gymnasieeleverna ser professionell samtalshjälp som stigmatiserande och onormalt. Goffman (2007:11-12) menar att inte alla oönskade egenskaper leder till stigmatisering utan att det bara är de egenskaper som inte stämmer överens med hur vi människor anser att vi ska bete oss. När vi studerar resultatet av enkätfråga 20 (se bilaga 1) och kopplar samman detta med Goffmans teori om stigma verkar den största delen av gymnasieeleverna inte se att det skulle vara stigmatiserande att gå till en professionell för samtal. Dock visar Topkaya (2014) i sin forskning att en av orsakerna till att vissa människor avstår från att ta kontakt med professionella är att de själva har bilder av att det inte ingår i den samhälleliga normen att gå i professionell samtalshjälp, därför ser de det som stigmatiserande. Gulliver, Griffith och Christensen (2010) talar om en annan barriär mot att söka professionell hjälp vid mentala problem. Den faktor som var mest förekommande som "hindrande" var det samhälleliga och upplevda stigmat samt självstigma; "self-stigmatising attitudes to mental illness" (ibid 2010:5). På grund av detta tror vi att frågan om stigmatisering av att söka professionell samtalshjälp är komplex och att det krävs att flera aspekter tas i beaktning i diskussioner kring detta.

6.6 Självstigma och samhällsstigma

Kvinnor anser i större utsträckning än män att det är normalt att söka professionell samtalshjälp (H4)

För att ytterligare undersöka om attityden till att *andra* söker professionell samtalshjälp skiljer sig från attityden mot att respondenterna söker denna hjälp *för egen räkning* ställer vi nedan upp en korstabell och använder oss av ännu en variabel ("Layer" i SPSS) i tabellen. I tabell 3 nedan ser vi enkätfråga 22.2 (se bilaga 1): "Det skulle vara pinsamt om någon kompis fick reda på att jag gick till professionell samtalshjälp, detta skulle hindra mig från att söka sådan hjälp". Respondenterna fick kryssa i en ruta om de höll med och annars lämna den blank. Påstående 16 i enkäten (se bilaga 1) ("Jag tycker att det är lika normalt att söka hjälp om jag mår dåligt psykiskt som om jag mår dåligt fysiskt) är uppdelad i en 4-gradig Likertskala från *instämmer helt* till *instämmer inte alls*. Vi ser också männens och kvinnornas svar uppdelade.

Tabell 3. Respondenternas svar på fråga 2, 16 & 22.

Totalt: 144 Ej svarat: 1

q22.2 Om jag gick i professionell samtalshjälp skulle det vara pinsamt om en kompis fick reda på det. Detta skulle hindra mig från att söka sådan hjälp.			Kön		Totalt
			Man	Kvinna	
Ja	q16. Jag tycker att det är lika normalt att söka hjälp om jag mår dåligt psykiskt som om jag mår dåligt fysiskt	Instämmer helt	3	0	3
		Instämmer i stort sett	4	2	6
		Instämmer till viss del	0	3	3
		Instämmer inte alls	5	3	8
		Totalt	12	8	20
Nej	q16. Jag tycker att det är lika normalt att söka hjälp om jag mår dåligt psykiskt som om jag mår dåligt fysiskt	Ej svarat	0	1	1
		Instämmer helt	31	22	53
		Instämmer i stort sett	17	17	34
		Instämmer till viss del	14	10	24
		Instämmer inte alls	6	6	12
Totalt	68	56	124		
Totalt	q16. Jag tycker att det är lika normalt att söka hjälp om jag mår dåligt psykiskt som om jag mår dåligt fysiskt	Ej svarat	0	1	1
		Instämmer helt	34	22	56
		Instämmer i stort sett	21	19	40
		Instämmer till viss del	14	13	27
		Instämmer inte alls	11	9	20
Totalt	80	64	144		

Det vi tycker är anmärkningsvärt i tabell 3 är när vi tittar på antalet män som svarat att de *instämmer helt* i påståendet om att det är lika normalt att söka hjälp om de mår dåligt psykiskt som om de mår dåligt fysiskt, som även har svarat att en hindrande faktor att söka professionell samtalshjälp är att *det skulle vara pinsamt om en kompis fick reda på det*. Alltså är det tre stycken män som tycker att det är generellt sett är normalt att söka hjälp vid dåligt psykiskt mående *men* de skulle tycka att det var pinsamt om en kompis fick reda på ifall de gick i professionell samtalshjälp (se rödmarkerad ruta). De tre män som svarat så här menar vi givetvis inte kan generaliseras till urvalspopulationen, men vi diskuterar ändå kring orsaker till att de svarar på detta sätt. Corrigan och Kleinlein (2005) menar att psykiska problem kan klassas som avvikande och att en konsekvens av att en person öppet visar att hen mår dåligt kan vara att människor runt omkring tar avstånd från personen. Vi reflekterar över att dessa tre män kanske tycker att det är helt normalt om andra söker hjälp för såväl psykiska som fysiska besvär men att de ändå är rädda att de själva ska bli stigmatiserade och klassade som annorlunda och onormala om de skulle göra det. Hacking (1990:163) menar att

ordet norm både kan användas för att säga hur någonting *är* och för hur någonting *borde* vara. Detta skulle, enligt oss, kunna vara en förklaring till att dessa tre personer svarat som de gjort; alltså att de själva kanske tycker att det *borde* vara lika normalt att söka hjälp för psykiska besvär som för fysiska (som de också säger) men att det inte *är* det (eftersom det skulle vara pinsamt om vänner fick reda på det).

Karlsson (2012:557) menar att det är viktigt att tänka på att normalitetsbegreppet bör ses i ett kulturell, historiskt, socialt och situationellt sammanhang för att avgöra vad som är normalt eller avvikande. Tonårstiden och övergången till vuxen ålder är en turbulent period med många beteenden som skulle kunna passa in i kriterierna för till exempel personlighetsstörningar (ibid 2012:579). Det är en anledning till varför det är ovanligt att ställa diagnoser före 18 års ålder, då de finns en större risk att feldiagnostisera (ibid 2012:579). Vi frågar oss här vad det är som gör att, trots att det är ”normalt” för tonåringar och unga vuxna att uppleva många känslor och att ha ett mera oberäkneligt beteende, anses som avvikande att prata med någon professionell om sådana ”vanliga” känslor och beteenden som uppkommer i tonåren? En förklaring till varför det kan ses som stigmatiserande att gå i professionell samtalshjälp skulle kunna vara det som Svensson (2007:31) konstaterar; att socialt arbete är en normaliseringspraktik då viljan att hjälpa människor ofta handlar ”om en vilja att bistå de som inte har tillgång till det som betraktas som normalt”. Därav menar vi att det (eftersom socialt arbete innefattar yrken som kuratorer och liknande som har utbildats i att hålla i samtal) inte skulle vara särskilt konstigt om någon person tycker att det är pinsamt att gå till exempelvis en kurator. Detta ”betyder” ju att denna person ”är” annorlunda och avvikande och således ”bör” förändras.

7. Slutdiskussion

Syftet med denna studie var att undersöka hur attityder hos unga vuxna i årskurs tre i skånska gymnasieskolor ser ut mot att söka professionell samtalshjälp vid stress, nedstämdhet och/eller oro samt vad det är som påverkar dessa attityder. Vi ville undersöka om det fanns skillnader i attityd beroende på könstillhörighet, om det fanns någon skillnad mellan män och kvinnor i vilken utsträckning de valde att söka professionell samtalshjälp och även andra orsaker till eventuella

attitydskillnader. Bakgrundsfaktorer som i vilken kommun respondenten bor, om personen är född i eller utanför Sverige, om personen tillskriver sig en religion och i så fall vilken och vilken utbildning den högst utbildade föräldern har vi i denna studie inte sett, som forskare gjort i tidigare studier (se ex Brown *et al* 2014), har någon betydelse för hur attityden ser ut mot att söka professionell samtalshjälp.

7.1 Sammanfattning av resultatet

Utifrån hypotes ett (H1) kan vi i vårt resultat se att de kvinnliga respondenterna uttrycker att de mår sämre än de manliga respondenterna uttrycker att de gör. Detta kan bero på att män inte uttrycker dåligt mående förrän de mår riktigt dåligt, vilket också kan vara en förklaring till varför män visar sig må bättre än kvinnor i vår studie. Vår andra hypotes (H2), som handlar om att det är viktigare för kvinnor än för män att förstå sig på sina känslor, visade sig inte överensstämma med resultatet i denna studie. Män och kvinnor är också ganska överens om att det är en styrka att visa känslor. Resultatet av vår studie visar att kvinnor har större erfarenhet av professionell samtalshjälp än män (H3). Som vi kan se i frågan om de vet hur de skulle gå tillväga för att söka professionell samtalshjälp var det cirka 40% män och 20% kvinnor som inte visste hur de skulle göra. Detta kan ha påverkat deras resterande svar då de har en mindre kunskap i ämnet men det kan också vara så att de aldrig har upplevt ett behov av att ta reda på hur de ska gå till väga. Detta kan visa på att kvinnor faktiskt mår sämre och därför har ett större behov av att söka professionell samtalshjälp, men också att den stereotypa bilden av maskulinitet och stigmat kring att män inte ska visa känslor, gör att män inte söker professionell samtalshjälp i lika stor utsträckning som kvinnor. Vi tror att detta leder till att attityden kring att söka professionell samtalshjälp för egen räkning är mer öppen bland kvinnor än bland män. Hypotes fyra (H4), om att kvinnor tycker det är mer normalt än män att söka samtalshjälp, kan bero på den maskulina normen som vi tar upp ovan, men vi ser även att män och kvinnor i nästan lika stor utsträckning uttrycker att det är lika normalt att söka hjälp för fysiska som för psykiska besvär. Dock tycker en liten andel män, även om de tycker att det var lika normalt att söka hjälp för psykiska som fysiska besvär, att det skulle vara pinsamt om en kompis fick reda på det. I frågan om

respondenterna tycker att man måste ha stora psykiska problem för att söka professionell samtalshjälp verkar både män och kvinnor vara ganska överens om att de inte instämmer i påståendet.

Hypotes fyra (H4) skulle vi vilja benämna som den hypotes som ramar in och genomsyrar hela arbetet och således även de tre andra hypoteserna (H1, H2 och H3). I vår studie kan vi inte se några större skillnader i hur män och kvinnor svarar på våra frågor som har avsikt att undersöka attityder.

7.2 Självstigma och samhällsstigma

Med hjälp av våra hypoteser ville vi undersöka eventuella skillnader mellan mäns och kvinnors attityder och trodde också att dessa skillnader skulle vara större. Vi funderar på om vårt resultat visar på att stigmat kring att söka professionell samtalshjälp har minskat. Vi tror att våra tankegångar inför denna studie kanske var influerade av gamla normer och sociala konstruktioner kring psykisk ohälsa. Denna studie har på många sätt landat i en diskussion om skillnader mellan självstigma och samhällsstigma. Självstigmat är inte lika stort som samhällsstigmat när det kommer till attityden till att söka samtalshjälp. Kanske är vi människor idag mer medvetna om våra egna tankar och sociala konstruktioner, men samtidigt tar det lång tid att ändra ett helt samhälleligt stigma kring något. Under detta arbete har tankar, som vi också nämnt i avsnitt 6.5 angående diagram 7, uppstått om att respondenterna svarat på enkäten utifrån sina faktiska åsikter mot att söka professionell samtalshjälp, alltså så som de själva tycker men kanske inte alltid klarar av att visa utåt på grund av hur samhället är konstruerat kring normer och stigmat. Detta tolkar vi som en diskussion om självstigma och samhällsstigma; att respondenterna kanske applicerar samhällsstigmat på sig själva. Vi tror att om fler vågar prata öppet om psykisk ohälsa, kommer nya sociala normer konstrueras som säger att det är normalt att söka professionell samtalshjälp (som faktiskt de flesta uttrycker i vår enkät). Vi tror att nya normer och konstruktioner från självstigmat kan förändra samhällsstigmat succesivt till att normalisera tankar kring att söka hjälp vid psykisk ohälsa.

7.3 Framtida studier

I en framtida undersökning hade det varit intressant att göra en kvalitativ studie med intervjuer för att undersöka unga vuxnas djupare tankar kring psykisk ohälsa, vilka hinder de ser mot att söka professionell samtalshjälp och vad som upplevs som underlättande faktorer. Även anledningar till varför det anses mer eller mindre normalt att söka hjälp för fysiska besvär jämfört med psykiska skulle kunna studeras. Att endast göra en kvalitativ undersökning hade dock lett till att vi inte hade kunnat generalisera då vi bara hade fått ett fåtal svar. Vi är ändå medvetna om att vi har svårt att generalisera vår studie på 145 personer till vår totalpopulation på 12 644 personer, som vi nämnt i avsnittet om bortfall (se avsnitt 5.5).

En intressant fråga att diskutera mer kring skulle vara eventuella konsekvenser på det strukturella planet i form av kostnader för samhället på grund av den ökande psykiska ohälsan, satsningar på åtgärder mot att minska psykisk ohälsa bland unga vuxna och så vidare. Om samhället hade lagt större resurser på att förhindra att den psykiska ohälsan bland unga vuxna hinner utvecklas så långt att den påverkar vardagen för de drabbade individerna, skulle det då se annorlunda ut?

7.4 Att belysa sociala konstruktioner

Vi kan se en tendens till att vi har blivit påverkade av tidigare forskning när vi skrev våra enkätfrågor, det kan ha gjort att vi har blivit färgade av den och vinklat våra frågor till de svar vi trodde att vi skulle få fram. Vi förstår att genom vår uppsats där vi tar upp normer och stigma kring att söka professionell samtalshjälp så reproducerar vi samtidigt de sociala konstruktionerna om att det just är ett stigma. Genom att belysa dessa sociala konstruktioners existens, hitta skillnader, och göra kategoriseringar blir vi medvetna om att de finns, alternativt kan vi motbevisa dem. Vi önskar att vår uppsats ses som ett steg i en riktning att ifrågasätta de normer och stigma som finns kring att söka professionell samtalshjälp. Vi hoppas att läsaren får den upplevelsen av uppsatsen.

8. Referenser

Addis, M.E. & Mahalik, J.R. (2003) Men, masculinity and the Contexts of Help Seeking. *American Psychologist*. Vol. 58, Nr. 1, s. 5-14.

Armstrong, C., Hill, M. & Secker, J. (2000) Young People's Perceptions of Mental Health. *Children & Society*. Vol 14, Nr. 1, s. 60-72.

Bartky, S. L. (1991). *Femininity and domination: Studies in the phenomenology of oppression*. New York, NY: Routledge.

Bordo, S. (1993) *Unbearable weight: Feminism, western culture and the body*. Berkeley: University of California Press.

Brown, J. S. L., Evans-Lacko, S., Aschan, L. Henderson, M. J., Hatch, S. L. & Hotopf, M. (2014) Seeking informal and formal help for mental health problems in the community: a secondary analysis from a psychiatric morbidity survey in South London. *BMC Psychiatry*. Vol. 14, Nr. 275.

Brown, L. M., & Gilligan, C. (1992) *Meeting at the crossroads: Women's psychology and girls' development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Bryman, A. (2008) *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber AB

Budgeon, S. (2014) The dynamics of gender hegemony: Femininities, masculinities and social change. *Sociology*. Vol. 48, Nr. 2, s. 317-334.

Corrigan, P.W. (1998) The impact of stigma on severe mental illness. *Cognitive and Behavioral Practice*. Vol. 5, Nr. 2, s. 201-222.

Corrigan, P.W. (2004) How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*. Vol. 59, Nr. 7, s. 614-625.

Corrigan, P.W. & Kleinlein, P. (2005) The Impact of Mental Illness Stigma. I: P.W Corrigan (red.) *On the stigma of mental illness', Practical strategies for research and social change*. Washington, DC: American Psychological Association

Djurfeldt, Larsson & Stjärnhagen (2010) *Statistisk verktygslåda 1 - samhällsvetenskaplig orsaksanalys med kvantitativa metoder*. Lund: Studentlitteratur AB

Egidius, H. (2005) *Psykologilexikon*. Stockholm: Natur & Kultur

Eliasson, A. (2013) *Kvantitativ metod från början*. Lund: Studentlitteratur AB

Edling & Hedström (2003) *Kvantitativa metoder - Grundläggande analysmetoder för samhälls- och beteendevetare*. Lund: Studentlitteratur AB

- Goffman, E. (2007) *Stigma - Den avvikandes roll och identitet*. Stockholm: Norstedts Förlag
- Gonzalez, J. M., Alegria, M. & Prihoda T. J. (2005) How do attitudes toward mental health treatment vary by age, gender and ethnicity/race in young adults? *Journal of Community Psychology*. Vol. 33, Nr. 5, 611-629
- Gulliver, A., Griffith, K.M. & Christensen, H. (2010) Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC Psychiatry*. Vol. 10 Nr. 113.
- Hacking, I. (1990) *The Timing of Chance*. Storbritannien: Cambridge University Press
- Jang, Y., Kim, G., Hansen, L. & Chiriboga D. A. (2007) Attitudes of older Korean Americans toward mental health services. *Journal of the American Geriatrics Society*. Vol. 55, Nr. 4, s. 616-620.
- Johansson, A., Brunnberg, E. & Eriksson, C. (2007) Adolescent Girls' and Boys' Perceptions of Mental Health. *Journal of Youth Studies*. Vol. 10, Nr. 2, s. 183-202.
- Karlsson, L. (2012) *Psykologins grunder*. Lund: Studentlitteratur AB
- Körner, S., Wahlgren L. (2005) *Statistiska metoder*. Lund: Studentlitteratur
- Landstedt, E. (2010) *Livsvillkor och ungdomars psykiska hälsa: uppfattningar, associationer och en genusanalys*. Diss., Mittuniversitetet Sundsvall.
- MacLean, A., Hunt, K. & Sweeting, H. (2013) Symptoms of Mental Health Problems: Children's and Adolescents' Understandings and Implications for Gender Differences in Help Seeking. *Children & Society*. Vol. 27, Nr. 3, s. 161-174.
- McIntyre, D., Rowland, M., Choi, K. & Sarkin, A. (2014) Gender differences in the relationships between mental health symptoms, impairment, and treatment-related behaviors among college students. *Mental Health & Prevention*. Vol. 2, Nr. 3-4. s. 80-85.
- Martínez-Hernández, A., Carceller-Maicas, N., DiGiacomo, S. M. & Ariste, S. (2016) Social support and gender differences in coping with depression among emerging adults: a mixed-methods study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. Vol. 10, Nr.2, s. 1-11
- Martínez-Hernández, A., DiGiacomo, S.M. & Carceller-Maicas, N. *et al.* (2014). Non-professional-help-seeking among young people with depression: a qualitative study. *BMC Psychiatry*. Vol. 14, Nr. 124.

O'Connor, P.J., Martin, B., Weeks, C.S. & Ong, L. (2014) Factors that influence young people's mental health help-seeking behaviour: a study based on the Health Belief Model. *JAN - Journal of Advanced Nursing*. Vol. 70, Nr. 11, s. 2577-2587.

Olin-Lauritzen, S. (2001) 'Vardagliga föreställningar om hälsa och sjukdom'. I: Qvarsell, R. & Torell, U. (red.) *Humanistisk hälsoforskning*. Lund: Studentlitteratur AB

O'Loughlin, R., Duberstein, P., Veazie, P., Bell, R., Rochlen, A., Garcia, E. & Kravitz, R. (2011) Role of the Gender-Linked Norm of Toughness in the Decision to Engage in Treatment for Depression. *Psychiatric Services*. Vol. 62, Nr. 7, s. 740-746.

Rickwood D., Deane, F. & Wilson, C. (2007). When and how do young people seek professional help for mental health problems? *Med J Aust*. Vol. 187, Nr. 7, s. 35-39.

Rickwood, D., Deane, F., Wilson, C. & Ciarrochi, J. (2005) Young people's help-seeking for mental health problems. *AeJAMH (Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health)*. Vol. 4, Nr. 3, s. 218-251.

Rubin, G. (1975) *The Traffic in Women: Note on a Political Economy of Sex*. I: Reiter, Rayne (red.) *Towards an Anthropology of Women*. New York and London: Monthly Review press

Schippers, M. (2007). Recovering the feminine other: Masculinity, femininity, and gender hegemony. *Theory and Society*. Vol. 36, Nr. 1, s. 85-102.

SiRiS - Kvalitet och resultat i skolan (Läsåret 2015/16). *Gymnasieskolan - Elevstatistik*. [Elektronisk]. Skolverket. Tillgänglig:

http://siris.skolverket.se/reports/rwservlet?cmdkey=common¬geo=&report=gyelever_lgy11&p_ar=2015&p_lan_kod=12&p_kommunkod=&p_skolkod=&p_in_riktning=0

(Hämtad 2016-03-15)

Socialstyrelsen. (2013) *Psykisk ohälsa bland unga - Underlagsrapport till Barn och ungas hälsa, vård och omsorg 2013* [Elektronisk]. Tillgänglig:

<https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19109/2013-5-43.pdf> (Hämtad 2016-04-26)

SOU 2006:77. *Ungdomar, stress och psykisk ohälsa - Analyser och förslag till åtgärder*.

SOU 2007:067. *Regeringsformen ur ett könsperspektiv - En övergripande genomgång*.

Stain, R. & Wassermann, D. (2014) Fördomar om psykisk sjukdom hindrar många att söka hjälp - Europeiska psykiaterföreningen arbetar för att stärka tilliten till psykiatrin. *Läkartidningen.se 2014-08-29*. Tillgänglig:

<http://www.lakartidningen.se/Klinik-och-vetenskap/Kommentar/2014/08/Fordomar-om-psykisk-sjukdom-hindrar-manga-att-soka-hjalp/> (Hämtad 2016-05-18)

Svedmark, E.I. (2012) Att skydda individen från skada. I: Kalman, H. & Lövgren, V. (red.). *Etiska dilemman - Forskningsdeltagande samtycke och utsatthet*. Malmö: Gleerups Utbildning AB

Svensson, K. (2007) Normer, normalitet och normalisering. I: Kerstin Svensson (red.) *Normer och normalitet i socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur AB

Tanielian, T., Jaycox, L.H., Paddock, S.M., *et al.* (2009) Improving treatment seeking among adolescents with depression: understanding readiness for treatment. *J Adolesc Health*. Vol. 45, Nr. 5, s. 490–498.

Thompson, E.H. & Pleck, J.H. (1986) The Structure of Male Role Norms. *The American Behavioral Scientist*. Vol.29, Nr. 5, s. 531-543.

Tolman, D.L., Davis, B.R. & Bowman, C.P. (2016) "That's Just How It Is": A Gendered Analysis of Masculinity and Femininity Ideologies in Adolescent Girls' and Boys' Heterosexual Relationships. *Journal of Adolescent Research*. Vol. 31, Nr. 1, s. 3-31.

Topkaya, N. (2014) Gender, Self-stigma, and Public Stigma in Predicting Attitudes toward Psychological Help-seeking. *Educational Sciences: Theory & Practice*. Vol. 14, Nr. 2, s. 10-17.

Trost, J. (2012) *Enkätboken*. Lund: Studentlitteratur AB

Vetenskapsrådet (u.å.) "Forskningsetiska principer – inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning" [Elektronisk].

Tillgänglig:

http://lincs.gu.se/digitalAssets/1268/1268494_forskningsetiska_principer_2002.pdf

(Hämtad 2016-04-11).

Wenneberg, S. (2010) *Socialkonstruktivism - positioner, problem och perspektiv*. Malmö: Liber AB

Zachrisson H.D., Rödje K. & Mykletun A. (2006) Utilization of health services in relation to mental health problems in adolescents: a population based survey. *BMC PublicHealth*. Vol. 16, Nr. 6, s. 34–8.

Bilaga 1 – Informationsblad och enkät



LUNDS UNIVERSITET

Hej!

Vi heter Sara Berg och Rebecka Paulsson och vi läser på socionomprogrammet vid Lunds universitet. Denna termin gör vi vår C-uppsats och vi önskar därför att ni hjälper oss genom att svara på denna enkät. Vi vill undersöka era tankar kring att söka professionell samtalshjälp (se definition nedan). Vi vill bland annat försöka ta reda på i vilken utsträckning ni som unga vuxna hade kunnat tänka er att ta kontakt med exempelvis kurator om ni känner er nedstämda och/eller bara behöver prata med någon.

Enkäten är anonym och kommer inte kunna spåras tillbaka till enskilda personer.

Har ni några frågor eller synpunkter i efterhand så är ni välkomna att höra av er via mail eller telefon:

Sara Berg soc13sb1@student.lu.se 070 73 20 125

Rebecka Paulsson soc13rpa@student.lu.se 073 08 05 762

Tusen tack för din medverkan!

Rebecka och Sara

Med **professionell samtalshjälp** menar vi till exempel, kurator på skolan, ungdomsmottagningen, vårdcentralen, religiös ledare, osv.

Enkäten innehåller 22 frågor. Ta god tid på dig och kryssa i alternativet/alternativen som stämmer bäst in på dig. Kryssa i **EN** ruta per fråga om inget annat anges. Ångrar du ditt svar, fyll i rutan helt och kryssa i rätt alternativ.

Enkät

1. Din ålder?

_____ år

2. Du är?

- Man
- Kvinna
- Annat

3. I vilken kommun bor du?

4. Du är född:

- I Sverige
- Utanför Sverige

5. Tillskriver du dig en religion och i så fall vilken?

- Kristendom
 - Katolicism
 - Islam
 - Hinduism
 - Buddhism
 - Annan
- Nej, jag tillskriver mig ingen religion

6. Vilken utbildningen har din högst utbildade förälder?

- Grundskola
- Gymnasieskola
- Högskola/universitet

7. Hur mår du rent allmänt (psykiskt)?

- Mycket bra
- Bra
- Någorlunda
- Dåligt
- Mycket dåligt

Nedan följer ett antal påståenden, kryssa i det svar som stämmer bäst in på dig.

8. Jag känner mig trygg och nöjd med mig själv

- Instämmer helt
- Instämmer i stort sett
- Instämmer till viss del
- Instämmer inte alls

9. Jag känner stress, nedstämdhet och/eller oro i min vardag

- Instämmer helt
- Instämmer i stort sett
- Instämmer till viss del
- Instämmer inte alls

10. Det är viktigt för mig att förstå mig på mina känslor

- Instämmer helt
- Instämmer i stort sett
- Instämmer till viss del
- Instämmer inte alls

11. När jag känner stress, nedstämdhet och/eller oro finns det vanligtvis någon som jag kan prata med

- Instämmer helt
- Instämmer i stort sett
- Instämmer till viss del
- Instämmer inte alls

12. När jag behöver prata med någon vänder jag mig helst till...

Rangordna dina svar från 1 till 8
1 = alternativet du väljer i första hand
8 = alternativet du väljer i sista hand
Alla svaren ska rangordnas

- | | |
|------------------------|-----------------------------|
| ___ Förälder/föräldrar | ___ Syskon |
| ___ Kompis | ___ Lärare |
| ___ Annan vuxen | ___ Kurator eller likvärdig |
| ___ Religiös ledare | ___ Ingen |

13. Vet du hur du ska gå till väga för att söka professionell samtalshjälp?

- Ja, det vet jag
- Nej, det vet jag inte

14. Om jag skulle gå i samtal hos en professionell vill jag att...

- ... det ska vara en person med samma kön som jag
- ... det helst ska vara en person med samma kön som jag
- ... det spelar ingen roll vilket kön personen har
- ... det helst ska vara en person med motsatt kön än jag
- ... det ska vara en person med motsatt kön än jag

15. Har du någon gång under de senaste 12 månaderna varit i kontakt med någon professionell för samtal för egen räkning?

- Ja, det har jag
- Nej, det har jag inte

16. Jag tycker att det är lika normalt att söka hjälp om jag mår dåligt psykiskt som om jag mår dåligt fysiskt

- Instämmer helt
- Instämmer i stort sett
- Instämmer till viss del
- Instämmer inte alls

17. I min familj pratar vi öppet om känslor

- Instämmer helt
- Instämmer i stort sett
- Instämmer till viss del
- Instämmer inte alls

18. Jag skulle uppmuntra män och kvinnor att söka professionell samtalshjälp i lika stor utsträckning

- Ja, i lika stor utsträckning
- Nej, män i större utsträckning än kvinnor
- Nej, kvinnor i större utsträckning än män

19. Professionell samtalshjälp är, enligt mig, till största del anpassat till...

- Både män och kvinnor
- Mest till män
- Mest till kvinnor
- Vet ej

20. Man måste ha stora psykiska problem för att gå i professionell samtalshjälp:

- Instämmer helt
- Instämmer i stort sett
- Instämmer till viss del
- Instämmer inte alls

21. Att visa sina känslor för människor i ens närhet tycker jag är tecken på:

- Styrka
- Svaghet
- Inget av det
- Kan/vill inte ta ställning

22. Om eller när du mår dåligt psykiskt, skulle något/några av följande alternativ hindra dig från att söka professionell samtalshjälp:

(här kan flera alternativ kryssas i):

- Jag skulle vara rädd/orolig för att bli dåligt bemött
- Jag tycker att det skulle vara pinsamt om någon kompis skulle få reda på det
- Jag tycker att man ska lösa sina problem på egen hand
- Jag skulle vara orolig för kostnaderna
- Jag skulle vara orolig för att ta upp den professionellas tid i onödan
- Jag skulle vara orolig för att den professionella skulle tycka att jag var konstig

- Nej, ingen av ovanstående alternativ skulle hindra mig från att söka professionell samtalshjälp

Bilaga 2 – Mail

Hej,

Vi heter Sara och Rebecka och vi går på socionomprogrammet på Lunds Universitet. Just nu skriver vi vår C-uppsats och undrar om det finns möjlighet att besöka er skola för att lämna ut enkäter till eleverna i årskurs 3.

Enkäten innehåller 22 st frågor och handlar om unga vuxnas attityder till att söka professionell samtalshjälp vid nedstämdhet, stress eller oro. Vi kommer att behöva ungefär 15 min av en lektion till att genomföra enkäten. Eleverna kommer att vara anonyma och även skolan.

Vi skulle bli väldigt tacksamma för er hjälp och har möjlighet att komma till er vilken dag och tidpunkt som passar er bäst.

Med vänliga hälsningar,

Sara Berg soc13sb1@student.lu.se 070 73 20 125

Rebecka Paulsson soc13rpa@student.lu.se 073 08 05 762

Bilaga 3 – Data över respondenternas boendekommuner

Boendekommun	Procent
Ej svarat	1,4
Kommun A	1,4
Kommun B	53,7
Kommun C	1,4
Kommun D	2,7
Kommun E	1,4
Kommun F	3,4
Kommun G	,7
Kommun H	,7
Kommun I	,7
Kommun J	,7
Kommun K	1,4
Kommun L	2,7
Kommun M	2,7
Kommun N	,7
Kommun O	2,0
Kommun P	5,4
Kommun Q	3,4
Kommun R	,7
Kommun S	,7
Kommun T	2,0
Kommun U	,7
Kommun V	2,0
Kommun W	3,4
Kommun X	1,4
Kommun Y	,7
Kommun Z	,7
Totalt giltiga	98,6
Ej giltiga	1,4
Totalt	100,0