

Maria Postholm Mogstad

"Hvis du har så vondt i hjertet ditt ... hva gjør du da?"

Et kjønnsperspektiv på studenters situasjon
vedrørende å søke og få hjelp for psykiske plager

Masteroppgave i sosiologi

Veileder: Mariann Villa

Juni 2022

Maria Postholm Mogstad

"Hvis du har så vondt i hjertet ditt ... hva gjør du da?"

Et kjønnsperspektiv på studenters situasjon
vedrørende å søke og få hjelp for psykiske plager

Masteroppgave i sosiologi
Veileder: Mariann Villa
Juni 2022

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap
Institutt for sosiologi og statsvitenskap



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Denne masteroppgaven tar for seg studenters situasjon rundt det å søke og få hjelp for psykiske plager og problemer. Studentene har blitt tatt opp i media som en utsatt gruppe når det kommer til psykisk helse. Statistikk viser også at kvinnelige studenter oppsøker hjelp for psykiske plager nesten dobbelt så mye som mannlige studenter. Denne oppgaven har som formål å undersøke studentenes situasjon vedrørende å søke og få hjelp for psykiske problemer, og om sosiale og kulturelle betingelser for kjønn kan spille en aktiv rolle i denne forskjellen man ser mellom mannlige og kvinnelige studenter.

Tematikken undersøkes gjennom dybdeintervjuer og analysestrategi fra stegvis-deduktiv induktiv metode. Dermed er også analysen basert på empirinære koder fra intervjuene. Utvalget baserer seg på totalt ti informanter. Fem studenter som selv har oppsøkt hjelp for psykiske plager og fem ansatte i hjelpetjenester som fokuserer på å hjelpe studenter med psykiske problemer. Datamaterialet består av studentenes og de ansattes opplevelser og oppfatninger av studentenes situasjon ved å søke og få hjelp, og hvordan de tenker kjønn kan ha en innvirkning på denne prosessen. Da jeg gjennom denne oppgaven ønsker å undersøke opplevelser og oppfatninger, faller den innenfor et konstruktivistisk vitenskapsparadigme og under den ontologiske retningen fenomenologi. Det teoretiske rammeverket stammer også i noen grad fra sosialkonstruktivismen gjennom bruk av Thomas-teoremet og teorien om «doing gender». Teori direkte knyttet til samfunn og helse er også tatt i bruk gjennom Talcott Parsons sykerolle.

I min undersøkelse av dette temaet finner jeg at kjønn blir virkelig i sine konsekvenser ved oppfatninger man har om hvordan menn og kvinner burde være. Det kommer frem hvordan det å sette seg inn i rollen som psykisk syk er en utfordring for studentene da de ikke ser seg selv som så syke at de trenger hjelp. I forlengelse av Parsons sykerolle skriver jeg om den psykiske sykerollen, og hvordan den skiller seg ut. Jeg finner videre ut at det «å gjøre» den psykiske sykerollen består av å snakke om følelser og vise svakhet. Dermed er den også mer forenelig med «å gjøre» kjønn som kvinne heller som mann. Det indikeres at det eksisterer en rollekonflikt mellom rollen som mann, og rollen som psykisk syk. Den psykiske sykerollen virker å ha et eget språk som de kvinnelige studentene behersker i større grad. Det kommer også frem hvordan kjønn kan bli usynlig gjennom et fokus på individet. Et funn viser at det kan se ut til å gå mot en endring i synet på kjønn og psykisk helse. Media ser ut til å spille en rolle i studentenes oppfatninger, aksept og åpenhet rundt det å søke hjelp for psykiske plager.

Abstract

This master's thesis addresses the situation of students in seeking and receiving help for mental illness and challenges. The students have been mentioned in the media as a vulnerable group when it comes to mental health. Statistics also show that female students seek help for mental challenges almost twice as often as male students. The purpose of this thesis is to investigate whether social and cultural conditions for gender can play an active role in this difference seen between male and female students.

The topic is examined through in-depth interviews and analysis strategy from the stepwise-deductive induction approach. Therefore, the analysis is based on empirical codes from the interviews. The sample consists of a total of ten interviewees. Five students who have sought help for mental illness themselves, and five employees who work for services that focus on helping students with mental health problems. The data consists of the students' and the employees' experiences and perceptions of the students' situation with seeking and receiving help, and how they believe gender can have an impact on this process. As my wish is to examine experiences and perceptions, it falls within a constructivist paradigm, and phenomenology. The theoretical framework also derives to some extent from social constructivism through using the Thomas theorem and the theory of "doing gender". Theory directly related to society and health has also been used through Talcott Parsons theory on the sick role.

In my research on this topic, I find that gender becomes real in its consequences by perceptions one has about how men and women should be. It also emerges how putting oneself in the position as mentally ill is difficult for the students as they do not view themselves as sick. In continuation of Parsons sick role, I write about the mental sick role and how it stands out. I also find that "doing the mental sick role" consist of talking about emotions and showing weakness. Thus, it is also more compatible with "doing gender" as a woman rather than as a man. There seems to be a conflict between the role as a man and the mental sick role. The mental sick role seems to have a language of its own that the female students seem to master to a greater extent. It also emerges how gender can become invisible through a focus on the individual. An observation is also that it may seem to be heading towards a change in the view of gender in the setting of mental health. It looks like the media plays a role in students' perceptions, acceptance, and openness about seeking help for mental illness.

Forord

Opprinnelig var planen å studere sosiologi i et år for å så gå videre til noe annet. Da året var slutt hadde jeg forelsket meg i sosiologien og muligheten faget ga meg til å forstå samfunnet rundt meg på en unik måte. Så nå står jeg her på oppløpssiden hvor mål er en ferdig masteroppgave i sosiologi. Jeg har siden jeg kom inn på masterprogrammet i sosiologi gruet meg til å skrive denne oppgaven. Det har heldigvis vist seg som en mer givende opplevelse enn det jeg hadde trodd. Jeg har lært utrolig mye og hatt det gøy samtidig. Det har selvfølgelig til tider vært en krevende og vanskelig prosess, men takket være et spennende fagfelt og fine mennesker rundt meg har det vært en fin opplevelse. Dermed er det mange jeg ønsker å takke som har gjort produktet av denne prosessen mulig.

Jeg ønsker først og fremst og si tusen hjertelig takk til informantene som har stilt opp og fortalt sine historier. Dere har ikke bare gjort denne oppgaven mulig å skrive, men også gjort mitt første møte med intervju utenfor undervisningssammenheng til en fin og positiv opplevelse. Tusen takk!

Jeg ønsker også å takke veilederen min Mariann Villa som har gitt veiledning som jeg har opplevd som nøye og motiverende. Det å ha fått god veiledning gjennom hele prosessen har gitt meg en trygghetsfølelse som jeg tror har gjort meg i stand til å jobbe mer selvstendig og produsere et bedre produkt. Ulla Forseth som har ledet masterseminarene våre de siste to årene fortjener også en takk. Takk for at du har gitt oss en dytt i ryggen når det har vært nødvendig, men også for at du har betrygget oss når det har vært behov for det.

Jeg ønsker også å utbringe en takk til venner og familie. Dere har vist interesse og støtte for prosjektet jeg har holdt på med og det har betydd mye for meg. Uten deres støtte hadde dette blitt en umulig oppgave å skrive. Takk for at dere har gitt meg gode avbrekk i hverdagen som jeg tror har gjort meg til en bedre masterstudent. Jeg setter stor pris på dere alle sammen!

Sist, men ikke minst, vil jeg si tusen takk til mine medstudenter. Tirsdagsquiz og lunsjdates med dere har vært et fantastisk avbrekk. Jeg har blitt utrolig glad i dere og har fått venner for livet. Da jeg skrev bacheloroppgave under pandemi og et nedstengt samfunn følte jeg meg ganske alene om det. Nå har jeg ikke vært alene om det en eneste dag. Tusen takk for at dere har gjort noe jeg har gruet meg til over lang tid til å bli en fin opplevelse, og tusen takk for at jeg får lov til å gå i mål sammen med akkurat dere.

Maria Postholm Mogstad
Juni 2022, Trondheim.

Innholdsfortegnelse

1 INNLEDNING	11
1.1 PERSONLIG, FAGLIG OG SAMFUNNSMESSIG MOTIVASJON.....	12
1.2 HVA ER PSYKISK HELSE?	13
1.3 OPPGAVENS PROBLEMFORMULERING OG FORSKNINGSSPØRSMÅL.....	13
1.4 OPPGAVENS OPPBYGNING	14
2 TEORI OG TIDLIGERE FORSKNING	15
2.1 SOSIALKONSTRUKTIVISME	15
2.1.1 <i>Doing gender</i>	15
2.2 KJØNNSROLLER	17
2.2.1 <i>Maskulinitet</i>	17
2.2.2. «Jeg er meg» - Ulrich Beck.....	18
2.3 SAMFUNN OG HELSE	19
2.3.1 <i>Media – påvirkning på holdninger og atferd</i>	19
2.3.2 <i>Talcott Parsons sykerolle</i>	19
2.4 TIDLIGERE FORSKNING.....	20
2.4.1 «Big boys don't cry”.....	21
2.4.2 <i>Skolehelsetjenestens feminine profil</i>	21
2.4.3 <i>Sosial støtte</i>	22
3 METODE	23
3.1 VALG AV METODE OG FORSKNINGSDESIGN	23
3.2 DYBDEINTERVJU OG PARINTERVJU	24
3.3 UTVALG OG REKRUTERING AV INFORMANTER.....	24
3.3.1 <i>Rekruttering av studentene</i>	24
3.3.2 <i>Rekruttering av ansatte i helsetjenester</i>	25
3.3.3 <i>Det endelige utvalget</i>	26
3.4 INTERVJUGUIDE OG GJENNOMFØRING AV INTERVJU	26
3.5 ANALYSE AV DATA – SDI-MODELLEN	27
3.5.1 <i>Koding</i>	28
3.5.2 <i>Kodegruppering</i>	28
3.6 FORSKNINGSETISKE HENSYN OG ANDRE KRITISKE BEMERKNINGER	29
3.6.2 <i>Kritikk til metode og utvalg</i>	30
3.7 FORSKNINGENS KVALITET	30
3.7.1 <i>Pålitelighet – Personlig engasjement og bekjentskap</i>	31
3.7.2 <i>Gyldighet - Dialog med forskersamfunnet</i>	31
3.7.4 <i>Generaliserbarhet – Konseptuell generalisering</i>	32
4 ANALYSE	33
4.1 OPPFATNINGER AV KJØNN OG BEHANDLING FOR PSYKISKE PLAGER.....	33
4.1.1 <i>Gutta skal være sterke og tøffe</i>	33
4.1.2 «Typisk kvinnesykdom»	34
4.2 BETYDNINGEN AV KJØNN.....	35
4.2.1 <i>Forskjeller mellom kjønn</i>	35
4.2.2 <i>Ulike nivå til ulike tilbud – Justering av forskjeller</i>	37
4.2.1 <i>Kjønnsrollenes usynlighet</i>	38
4.3 ROLLEN SOM PASIENT.....	39
4.3.1. <i>Er jeg syk nok?</i>	41
4.3.2 <i>Sosial støtte</i>	42
4.3.4 <i>Fysisk vs. psykisk helse</i>	43
4.4 ET GENERASJONSSKIFTE	45
4.4.1 <i>Pandemien som synlig skifte</i>	46

4.4.2 Medias rolle for normalisering.....	47
5 DISKUSJON	49
5.1 KJØNN BLIR VIRKELIG I SINE KONSEKVENSER	49
5.1.1 De gråtkvalte jentene og gutta som skal fikse selv	49
5.1.2 Sosial støtte og påvirkningen på kjønns konsekvenser.....	51
5.1.3 Det usynlige kjønn – Det usynlige togspor.....	52
5.2 DEN PSYKISKE SYKEROLLEN.....	53
5.2.1 Den psykiske sykerollen vs. Mannsrollen	54
5.3 ENDRING I SIKTE?	55
5.3.1 EN MODERNE MASKULINITET.....	56
5.3.2 Pandemien - Viktig sosial prosess?.....	56
6. KONKLUSJON	58
LITTERATURLISTE	60
VEDLEGG	62
VEDLEGG 1: GODKJENNELSE FRA NSD	62
VEDLEGG 2: OPPDATERT GODKJENNELSE FRA NSD	64
VEDLEGG 3: INFORMASJONSSKRIV TIL INFORMANTER (STUDENTER)	66
VEDLEGG 4: INFORMASJONSSKRIV TIL INFORMANTER (ANSATTE).....	69
VEDLEGG 5: INTERVJUGUIDE (STUDENTER).....	72
VEDLEGG 6: INTERVJUGUIDE (ANSATTE)	74
VEDLEGG 7: EKSTRASPØRSMÅL TIL ANSATTE	76

Tabelliste

Tabell 1 Informanter	26
----------------------------	----

Figurliste

Figur 1: Illustrasjon av SDI-modellen.....	27
--	----

1 Innledning

Hvorfor går du ut av blokka så sjelden
Hvorfor tror du at alt dette skjer
Hvorfor sa du at du føler deg bedre
Hvorfor går du ikke og sier det er vondt
Hvorfor går du og ljuger til legen
Hvorfor går du og må være så dum
(Karpe, Benyoub & Nicolas, 2022)

Under pandemien har det vært mye snakk om helse og sykdom, og restriksjonene som har ført til mindre sosialt samvær og flere digitale løsninger har også skapt debatt rundt befolkningens psykiske helse. Studentene ble spesielt trukket frem som en gruppe som ble hard rammet av tiltakene innført under pandemien. Dermed har også studentenes psykiske helse blitt et aktuelt tema. I en artikkel på NRK kommer det frem at blant annet studentskipnaden i Trondheim ikke har nok ledige psykologtimer for studentene. Det kommer også frem at pandemien har forsterket problemer som studenter har kjent på i mange år (Rønning et al., 2022). Det ble gjennomført en tilleggsundersøkelse for Studentenes helse- og trivselsundersøkelse (SHoT) i 2021 som viste at 45 prosent av studentene opplever høyt nivå av psykiske plager. Samme undersøkelse viser også at det er flere av disse som ikke har oppsøkt hjelp. Den viser også at det er nesten en dobbelt så stor sannsynlighet for at kvinnelige studenter søker hjelp enn at mannlige studenter gjør det (Sivertsen, 2021, s. 35-40). For mange av oss er det en selvfølge å oppsøke lege dersom vi opplever smerte eller andre former for fysisk ubehag. Som sangverset ovenfor viser kan det kan virke ulogisk og dumt å ikke søke hjelp dersom man sliter med noe, og det skaper spørsmål rundt hvorfor flere av studentene som sliter velger å ikke søke hjelp. Hvordan oppfatter studentene det å søke hjelp for psykiske problemer, og hva kan være årsaken til at det er det færre mannlige studenter enn kvinnelige som søker hjelp?

Slike statistikker som er nevnt ovenfor har også ført til et større fokus på menn og psykisk helse. Det har ofte vært et tema at guttene er underlagt noen kjønnsnormer som gjør det vanskeligere for dem å søke hjelp for psykiske problemer. I den siste tiden har det vært mye snakk om nødvendigheten av å fjerne slike kjønnsnormer. Som Willy Marthinussen (2019) skriver på nettsiden til mental helse: «Det er på tide å fjerne gamle holdninger om at tøffe menn ikke gråter». Dette kommer også frem i en artikkel hvor fire studenter har laget en holdningskampanje rundt menn og psykisk helse. Årsaken er at de har alle kjent på stigma ved at menn ikke skal vise følelser da det er assosiert med svakhet og det å ikke være tøff nok (Torres, 2021). Det interessante her er i hvilken grad mannlige studenter faktisk er underlagt slike kjønnsnormer, og eventuelt om det er noe endring i betydningen av kjønn når det kommer til å søke og få hjelp for psykiske plager. Da de kvinnelige studentene ikke nevnes i like stor grad når det kommer til dette temaet, så skaper det også en interesse rundt om kjønnsnormer er uten betydning for dem i denne situasjonen, eller om det bare er mer skjult.

Jeg har som formål i denne masteroppgaven å forsøke å skaffe en bedre forståelse av studenters situasjon ved å søke og få hjelp for psykiske problemer. Da statistikken viser til store forskjeller mellom kjønn ønsker jeg også å utforske kjønnets betydning i en slik situasjon både for de mannlige og de kvinnelige studentene. Jeg vil i det neste gå nærmere inn på bakgrunn og motivasjon for valg av tema.

1.1 Personlig, faglig og samfunnsmessig motivasjon

Min personlige interesse for tematikken begynte med en introduksjon til sosial ulikhet i helse som et forskningsfelt i sosiologien. Siden har det vært ett av mine mest sentrale interessefelt. Det som fanget min oppmerksomhet, var konsekvensene menneskers bakgrunn har for helseutfall. Da jeg skulle velge tema for masteroppgaven min var jeg sikker på at jeg ville skrive om helse og hvordan ulike mennesker rammes på ulike måter. Statistikken som eksisterer rundt kjønn og psykisk helse fikk meg til å lure på om sosiologiske perspektiver på kjønn og kjønnsroller kan være med å bidra til å forstå denne tendensen som man ser. Oppgaven vil bevege seg innen de sosiologiske forskningsfeltene for kjønn og for helseulikhet. Arntzen (2015) skriver at det å ha et kjønnsperspektiv i helseforskning innebærer å bruke kjønns spesifikk kunnskap der den eksisterer, og søke etter den der den ikke finnes. Hun skriver videre at kjønnsforskjeller i helse må drøftes da ulike tiltak kan ha ulike effekter på kjønn. I denne sammenheng vil det handle om hvordan kjønn kan ha betydning for studentene når det kommer til å søke og få hjelp for psykiske plager. Dette bringer oss også videre til oppgavens faglige motivasjon.

Grimen og Ingstad (2006, s. 13) påpeker at forskning på helse i et kulturelt perspektiv kan være et viktig supplement til tradisjonelle medisinske og helsefaglige studier. Hvordan ulike pasienter opplever det å søke hjelp eller opplever sin egen sykdom kan være nyttig informasjon for de som driver med helsetjenester. Slik kunnskap kan være nyttig for å få de som er syke til å søke hjelp, og søke hjelp i tide. I sosiologien snakker man ofte om at hvordan vi ser kjønn, og hvordan man handler ut fra sitt eget kjønn er tilknyttet kultur. Dette kan dermed også ha betydning for hvordan man oppfatter helsetjenester og sin egen sykdom. En artikkel konstaterer at kjønnsproblematikk relatert til psykiske lidelser er relativt lite utforsket (Lunåsmo, 2005, s. 18). Nå må det også poengteres at dette ble skrevet for noen år tilbake i tid, og at jeg har et fokus på psykiske problemer heller enn lidelser. Branney & White (2008, s. 261) skriver at dagens helsetjenester mangler ekspertise for å kunne gi tilbud som er direkte rettet mot menn. De skriver videre at det derfor er viktig at man lærer fra de prosjektene som har rettet seg direkte mot menn da de er utviklet på bakgrunn av ulikheter i behov hos menn og kvinner. Dermed vil det også kunne være viktig å tilegne seg kunnskap om hvordan behandling oppleves av kjønnene, og spesielt hvordan det oppleves ulikt for menn og kvinner. Litteratursøk viser at mye av forskningen på psykisk helse og kjønn er kvantitativ, eldre og baserer seg på utvalg utenfor Norge. Med eldre viser jeg til forskning gjennomført på 90-tallet og tidlig på 2000-tallet. Flere av disse forskningsprosjektene viser til at kjønnsroller kan se ut til å ha betydning for psykisk helse og behandling. Dermed ser jeg behovet for forskning som ikke bare viser til at kjønn og kjønnsroller har betydning, men som viser til erfaringer og opplevelser av hvordan det har hatt betydning. Sintef og NTNU har publisert en rapport som viser en kunnskapsoversikt over norsk forskning med kjønns- og/eller likestillingsperspektiver. Denne rapporten viser blant annet til forskning med kjønnsperspektiv på psykisk helse. Av forskningsprosjektene som de rapporterer om her er det ingen av dem som har et samlet

fokus på studenter, generelle psykiske plager og kjønnsroller (Lassemo et al., 2021, s. 28). Dermed ser det ikke ut til å være publisert mye norsk forskning med samme fokus som jeg ønsker å ha i denne oppgaven.

Dårlig psykisk helse har vist seg som et stort samfunnsproblem de siste årene. Dette har ført til at regjeringen har foreslått en økning på ytterligere 50 millioner i statsbudsjettet for 2022 for å etablere flere lavterskeltilbud for barn og unge som sliter med dårlig psykisk helse (Regjeringen, 2021). Som samfunnsmessig argumentasjon kan vi låne et argument fra Talcott Parsons (1951, s. 430) som skriver at sykdom reduserer effektiviteten i befolkningens oppgaver som er relatert til deres sosiale roller. På grunn av dette så vil det alltid være en interesse i samfunnet å redusere utfoldelsen av sykdom. Selv om Parsons skrev dette i 1951 vil det også være relevant som argument i dag. Som nevnt i avsnittet ovenfor så mangler dagens helsetjenester ekspertise for å tilby behandling direkte rettet mot menn. Kunnskap om hvordan menn opplever det å søke hjelp og opplever behandling kan være verdifullt for helsetjenestene, og kan hjelpe med å finne metoder som fører til at flere menn søker hjelp.

1.2 Hva er psykisk helse?

Da psykisk helse og psykiske plager blir sentrale begreper i denne oppgaven ønsker jeg også å si noe om hva disse begrepene innebærer. Helsedirektoratet (2022) har levert informasjon til Helsenorge sine nettsider og de skriver at psykisk helse handler om hvordan man oppfatter seg selv og andre, og om hvordan man har det i hverdagen. De skriver videre at psykisk helse brukes som et overordnet begrep for psykiske plager og lidelser, men at det også dekker god psykisk helse og livskvalitet. De opplyser også om at det er vanlig å oppleve psykiske plager og utfordringer, og at det ikke nødvendigvis betyr at man har en dårlig psykisk helse. De beskriver vanlige utfordringer som bekymringer, nedstemthet, stress, ensomhet og at man sover dårlig. Dette viser til at begrepet psykisk helse rommer mye. Jeg kommer i stor grad til å benytte begrepet psykiske plager da studentene jeg har snakket med ikke har de samme diagnosene og da noen av studentene heller ikke har fått noen diagnose.

1.3 Oppgavens problemformulering og forskningsspørsmål

Innledningen har så langt vist til at dårlig psykisk helse er et økende problem i det norske samfunn, og studentene ser ut til å være en utsatt gruppe. Jeg mener derfor at det er viktig å undersøke studentenes situasjon i forhold til det så søke hjelp for psykiske plager. Både fra studentenes perspektiv, og fra perspektivet til de som jobber med å hjelpe studentene. Som nevnt innledningsvis er det færre mannlige studenter enn kvinnelige som oppsøker hjelp for psykiske plager. Det kommer også frem at det er flere studenter som sliter, men som ikke har oppsøkt hjelp. Dette skaper spørsmål hos meg om hva studenter tenker i perioden før de tar et valg om å søke hjelp, og om hvordan mannlige og kvinnelige studenter opplever det å søke og få hjelp. På bakgrunn av dette har jeg formulert følgende problemformulering:

«Hvordan kan vi forstå studentenes situasjon vedrørende å søke og få hjelp for psykiske plager, og på hvilken måte har kjønnsroller betydning for denne prosessen?»

Jeg har også formulert fire konkrete forskningsspørsmål som jeg ønsker å finne svar på:

- 1) Hvilke generelle oppfatninger og meninger har studentene og de ansatte i hjelpetjenestene om kjønn og behandling for psykiske plager?

- 2) Hvilke tanker og opplevelser har studentene og de ansatte om hvordan kjønn har påvirket prosessen med å søke og få hjelp?
- 3) Hvordan oppleves og oppfattes det å skulle sette seg i posisjonen som en student som søker hjelp for psykiske plager?
- 4) I hvilken grad oppfatter studentene og de ansatte at synet på psykisk helse, kjønn og det å søke hjelp har endret seg?

1.4 Oppgavens oppbygning

Jeg vil nå redegjøre for oppgavens oppbygning. Det første jeg vil gjøre er å redegjøre for og diskutere teori og relevant tidligere forskning som er gjennomført på feltet. Teorier som «doing gender» og sykerollen vil være sentrale. Deretter vil oppgavens metodiske aspekter som vitenskapelig posisjonering, intervju og utvalg bli diskutert. Dette kapitlet vil også inneholde diskusjoner rundt forskningsetikk og forskningens kvalitet. Det neste kapitlet vil være oppgavens analysekapittel. Her vil intervjuenes mest fremtredende resultater og tematikker bli redegjort for. Deretter vil det komme et diskusjonskapittel som vil diskutere disse tematikkene opp mot teori og tidligere forskning. Til slutt vil det komme en konklusjon som besvarer oppgavens problemformulering.

2 Teori og tidligere forskning

Jeg vil nå redegjøre for teori som jeg skal benytte meg av i denne oppgaven. Først vil jeg redegjøre for Thomas-teoremet og teorien om «doing gender». Deretter vil jeg gå over på kjønnsrolleteori. Her vil jeg trekke inn ulike perspektiver både fra Raewyn Connell og Ulrich Beck. Til slutt vil jeg redegjøre for sosiologisk teori som mer spesifikt omtaler helse, som for eksempel Talcott Parsons sykerolle. Jeg vil også påpeke at kjønnsforskning er et stort landskap, og beveger seg innenfor flere fag. Dermed er det mye relevant teori om kjønn som er utelatt på grunn av oppgavens omfang. Jeg vil under redegjørelsene av teoriene jeg har valgt komme med en forklaring på hvorfor jeg anser dem som relevant.

2.1 Sosialkonstruktivisme

I metode-kapittelet vil jeg vise til at denne oppgaven faller under vitenskapsparadigmet som kalles for konstruktivisme. Jeg har også tenkt å benytte meg av noe teori fra sosialkonstruktivismen. Et av de mest kjente utsagnene innenfor sosialkonstruktivismen er det som er bedre kjent som Thomas-teoremet. Teoremet er kjent fra W. I Thomas & D. S. Thomas sin bok «The Child in America» fra 1928. Teoremet konstaterer følgende:

«Det mennesker oppfatter som virkelig, blir virkelig i sine konsekvenser»
(Thomas & Thomas, 1928, s. 572).

Dette utsagnet viser til at individuelle eller kollektive erfaringer er med på å skape vår virkelighetsoppfattelse, og påvirker dermed handling (Tjora, 2018, s. 24). Dette utsagnet kan være med på å forklare hvorfor oppfatningene vi har av kjønn og behandling for psykiske plager kan ha reelle konsekvenser for det å søke hjelp. Selv om det er en gammel teori som stammer fra 1928 er den generell og kan dermed også være med på å forklare konsekvenser av oppfatninger i dagens samfunn.

2.1.1 *Doing gender*

Candace West & Don H. Zimmermann (1987, s. 125-126) er kjent for å ha skrevet artikkelen *Doing gender* i 1987. I denne artikkelen har de som mål å gi en sosiologisk forståelse av kjønn som en rutine og noe man ønsker å oppnå. Det å gjøre kjønn er noe som både kvinner og menn gjør, og gjennom å være kompetente medlemmer av samfunnet er man også gissel for produksjonen av det sosiale kjønn. Å gjøre kjønn innebærer et sett av komplekse aktiviteter som er sosialt styrt, og som uttrykker feminiteten eller maskulinitetens natur. Differensieringen av feminin og maskulin atferd er ofte fremtredende ved sosial organisering. West & Zimmermann (1987, s. 128-129) forklarer hvordan denne differensieringen er med på å skape konsekvenser for atferd og for det sosiale. De hevder at det sosiale kjønn skapes gjennom interaksjon.

West & Zimmermann (1987, s. 127 & 133) viser til en viktig, men ofte oversett distinksjon – «sex», «sex category» og «gender». Oversatt til norsk kan man skille mellom biologisk kjønn (sex), og sosialt kjønn (gender). Det biologiske kjønn viser til kriterier, som samfunnet er enige i, som klassifiserer om man er kvinne eller mann. Kjønnskategori viser til noe man plasseres innenfor gjennom å forholde seg til disse kjønnskriteriene. Et medlemskap i en kjønnskategori belager seg på at dersom noen kan bli sett på som et medlem i en kategori, så skal man kategorisere dem slik. Det sosiale kjønn viser til aktiviteten ved å håndtere en situert atferd tilknyttet normative

forestillinger om hvordan man handler innenfor ens kjønnskategori. Disse aktivitetene kommer fra kjønnskategoriene, og er med på å avgjøre medlemskapet i en av dem.

West & Zimmerman (1987, s. 134 & 139-142) skriver at individer har flere sosiale identiteter som kan benyttes i en sosial setting, men at man alltid er kvinne eller mann. En kvinne kan bli sett på som lite feminin, men fortsatt en kvinne. De kommer også med et eksempel med en kvinnelig lege som kan få mye respekt gjennom sin kompetanse, men at hun alltid vil være et subjekt for evaluering ut fra normale oppfatninger av en passende handling innen hennes kjønnskategori. For eksempel at hennes rolle som lege kan å gå utover hennes ansvar som mor og kone. Dermed viser de her til en rollekonflikt. Rollekonflikten viser til at en person innenfor en gitt kjønnskategori tydelig kan se at de er malplasserte, og at dersom de ikke befant seg i denne situasjonen ville de også vært foruten sine nåværende problemer.

«Doing gender» er også en teori som har blitt benyttet for å analysere ulike forhold i samfunnet, og har dermed også blitt videreutviklet. Clare Williams (2000, s. 387 & 390-395) har skrevet en artikkel som heter «doing health, doing gender». Hun skriver om jenter og gutter med astma og diabetes. Det hun finner er at jentene i større grad trekker sin diagnose inn i sin sosiale identitet, mens guttene ønsker å gjøre den så usynlig som mulig. Williams viser også til hvordan dette påvirker atferden deres i forhold til behandling, blant annet ved at guttene ikke ønsker å sette insulin i en offentlig setting. På denne måten holder de diagnosen utenfor sin sosiale identitet og usynlig for andre. Hun konkluderer blant annet med at hvordan det feminine og maskuline er sosialt konstruert kan ha både positive og negative effekter på hvordan man håndterer sykdom. Måten femininitet var konstruert på førte til at forholdene ikke virket like truende for jentene som for guttene.

Westbrook og Schilt (2013, s. 33-34) har skrevet en artikkel hvor de viderefører teorien om «doing gender». I denne artikkelen viser de blant annet til begrepet kjønnspanikk. Det forklares som situasjoner hvor personer reagerer på forstyrrelser av kjønnsideologi ved å febrilsk handle i tråd med naturligheten til en mannlig-kvinnelig binær. Begrepet preges av at forskningen deres baserer seg på transpersoner. Slik jeg forstå begrepet kan det også handle om at for eksempel en mann gjør noe han oppfatter som kvinnelig, og forsøker dermed å gjøre handlingen mer mannlig, eller i tråd med forventinger til mannlig oppførsel. Westbrook og Schilt (2013, s. 34) viser til at en slik handling kalles kjønnsnaturaliseringsarbeid, og demper denne panikken. Både denne artikkelen, og artikkelen om å gjøre helse, vil være relevant gjennom at de handler om ønsket om å handle ut fra det som er forventet av eget kjønn.

«Doing gender» er også benyttet for å undersøke unge voksnes mentale helse. En studie ved et svensk universitet har undersøkt studenters oppfattelse av hva som har betydning for psykisk helse. De finner blant annet at for jentene så ble det å innrette seg etter akseptert praksis for femininitet som en trygghet, men også at praksisen med femininitet var krevende og dermed en risikofaktor for psykiske plager. Guttene hadde ikke noen negative følelser angående forventinger til kjønn, men noen av guttene snakket om at man potensielt kunne bli latterliggjort for å vise følelser (Landstedt et al., 2009, s. 962 & 973-974). Denne forskningsartikkelen viser at teorien tidligere har blitt benyttet på studier som fokuserer på samme tematikk som denne masteroppgaven.

Teorien om «doing gender» kan være med på å forklare studentenes opplevelse med det å søke hjelp. Den kan også være med på å gi en forklaring til ulike atferder som de ansatte ser hos mannlige og kvinnelige studenter som søker hjelp. West & Zimmermann (1987, s. 128) viser også til at kjønnsrolleteori har vært sentralt innenfor forskningsfeltet om kjønn i sosiologien. Det bringer oss videre til det neste kapittelet.

2.2 Kjønnroller

Connell (1995, s. 22-24) skriver at forskning på kjønnsulikhet møtte begrepet sosial rolle, og skapte dermed begrepet kjønnsrolle. Hun skriver videre at det er to måter rollebegrepet kan benyttes på når vi snakker om kjønn. Ved den første blir roller sett som spesifikke for bestemte situasjoner. Den andre tilnærmingen viser til hvordan det å være mann eller kvinne handler om at det finnes generelle forventninger tilknyttet ens kjønn. Her er det alltid to roller, den feminine og den maskuline, i en kulturell kontekst. Ofte tolker man det maskuline og det feminine som internaliserte kjønnsroller. Det vil si at de er produkter av sosialiseringprosessen. Hoëm (2010, s. 29 & 39) definerer sosialisering som en forutsetning for videreføring av kultur samtidig som eksistensen av kultur utgjør sosialiseringens innhold. Mennesker er avhengig av å forstå, mestre og endre det sosiale fellesskap. Vi har alltid også vært omgitt av ulike sosiale virkeligheter. Disse virkelighetene er bestemt av normer som er utviklet gjennom menneskenes samspill med hverandre. I mitt datamateriale kommer det også frem hvordan disse normene kan variere med kultur og tradisjon. Sørheim (2006, s. 225) påpeker at kjønnsroller kan variere over kulturer og at dette er noe som kan få betydning i minoritetsgrupper. Hun skriver at i enkelte minoritetsgruppers hjemland så har ikke kjønnsroller vært gjenstand for forhandlinger på samme måte og i like stor grad som i Norge. Samhandling i slike familier kan derfor også preges av dette. Typisk for kjønnsrollene er at kvinner har mer autoritet på omsorgssiden, og menn større grad av autoritet på andre områder.

Et problem med kjønnsrolleteori er at man konseptuelt kan blande kjønnsnormer med individuelle handlinger. Dette er noe som kan føre til at usunne normer tilknyttet mansrollen kan sees på som normal oppførsel hos menn (Branney & White, 2008, s. 259). Jeg ser det som sentralt for oppgaven å definere hvordan man kan forstå kjønnsroller i en sosial setting da det både er relevant i datamaterialet, men også relevant for mye av teori og begrep jeg ønsker å benytte meg av.

2.2.1 Maskulinitet

Raewyn Connell er en sentral sosiolog innen temaet maskulinitet. Connell (1995, s. 6 & 21-23) skriver at det første viktige forsøket på å skape en samfunnsvitenskap rundt maskulinitet konsentrerte seg om ideen om en mannlig kjønnsrolle. Kunnskap om kjønn basert på sunn fornuft, og det den skapes gjennom hvordan kjønn gjøres eller oppnås i det daglige liv. Maskulinitet har blitt sett som en internalisert mannlig kjønnsrolle, noe som også tillater sosial endring. Normene tilknyttet kjønnsroller er sosiale fakta, og kan dermed endres av sosiale prosesser.

I sin bok «Maskuliniteter» skriver Connell (1995, s. 45-46 & 67-78) at alle samfunn har kulturelle beretninger om kjønn, men ikke alle har konseptet om maskulinitet. Maskulinitet som konsept eksisterer ikke uten kontrasten femininitet, og at det er de samfunnene som ikke ser menn og kvinner som polariserte karakter typer som ikke opererer med konseptet om maskulinitet. Connell skriver også at ekte maskulinitet er tenkt til å stamme fra menns kropp. Enten at kroppen driver til handling, eller

begrenser handling. Hun viser til at massekulturen generelt antar at det eksisterer en fast og ekte maskulinitet under dagliglivets gang.

Jeg mener at det er relevant for min oppgave å benytte konseptet om maskulinitet da det både i media, tidligere forskning og i datamaterialet snakkes om hvordan menn i situasjonen med psykisk helse holdes tilbake gjennom forventinger til sitt kjønn. Connell (1995, s. 68-70) påpeker at det finnes flere ulike definisjoner på maskulinitet. Man har en essensialistisk, positivistisk, normativ og semiotisk definisjon. Den normative definisjonen viser til at maskulinitet er det menn ønsker å være. Hun skriver at streng kjønnsrolleteori viser til at maskulinitet representerer normene for menns atferd. Denne definisjonen tillater også at menn søker denne standarden i ulik grad. Jeg velger å se det fra dette perspektivet da det samsvarer med et sosialkonstruktivistisk perspektiv. Connell (1995, s. 70) påpeker derimot noen problemer med en slik definisjon. Hun skriver at en slik definisjon ikke gir noe grep om maskulinitet på personlighetsnivå. Det bringer oss videre til neste teori som tar tak i hva som skjer dersom distansen mellom det som forventes av sitt kjønn og seg selv blir for stor.

2.2.2. «Jeg er meg» - Ulrich Beck

Ulrich Beck er en sosiolog kjent for å skrive om risikosamfunnet. Altså et moderne, høyt industrielt samfunn som har blitt et hyperkomplekst og usikkert risikosamfunn (Rasborg, 2021, s. 1). I boken om risikosamfunnet skriver Beck også om kjønn.

Ulrich Beck (1992, s. 103-105) skriver at unge kvinner gjennom like utdanningsmuligheter og gjennom en økende bevissthet rundt sin egen posisjon, har bygd opp forventinger om mer likhet i personlige og profesjonelle relasjoner. Beck forklarer at man møter en motsatt utvikling på arbeidsmarkedet, som om bevisstheten har gått forbi forholdene. Ved utjevninger av forskjeller, så har menn og kvinners posisjon blitt mer ulik, mer bevisst og mindre legitimert. Han viser til at vi er i starten av frigjørelsen fra de tilskrevne kjønnsrollene, og skriver om individualiseringens dynamikk. Aktører beveger seg bort fra kjønnes begrensninger. Beck viser til loven om «jeg er meg». Loven beskriver en avstand mellom «jeg» og den forventede kvinnen og den forventede mannen. En konsekvens som dette medfører er at individer blir frigjort fra de tradisjonelle kjønnsrollene, og kan skaffe et liv for seg selv. Han forklarer videre at ved beslutningstaking blir folk klar over de ulike og motstridende konsekvensene og risikoen for menn og kvinner.

Beck (1992, s. 112) påpeker en ulikhet mellom kjønnene når det kommer til løsrivning fra de tradisjonelle kjønnsrollene. Faktorer som har vært viktige for kvinnenens løsrivelse ikke har eksistert for menn, som for eksempel inntog i arbeidslivet og økonomisk uavhengighet. Dermed kan også individualiseringen styrke den tradisjonelle mansrollen. Beck påpeker videre at dersom menn går mot den tradisjonelle kjønnsrollen er det på andre områder.

Jeg vil ikke redegjøre for større deler av denne teorien med moderne refleksivitet og konsekvenser for familieliv og ekteskap. Denne teorien vil hovedsakelig brukes som en støtteteori, og det er aspektet med bevissthet og løsrivelse fra kjønnsroller som vil være mest relevant da dette også er en tematikk som dukket opp i datamaterialet.

2.3 Samfunn og helse

Grimen og Ingstad (2006, s. 11-12) stiller spørsmålet om ikke helse og sykdom er det samme uansett hvor man kommer fra, hvilken tid man lever i, i hvilket samfunn eller hvor man hører til i samfunnet? De påpeker samtidig at kulturelle fenomener som holdninger, forestillinger, normer og verdier kan påvirke folks opplevelser av helse og sykdom. Ifølge Grimen og Ingstad er det flere aspekter ved helse og sykdom som varierer i ulike kulturelle sammenhenger. For eksempel så kan rollen som både lege og pasient variere i ulike samfunn og variere med tiden. Ved dette kan man også se variasjoner i forebyggende helsearbeid og behandling. Man har også gjennom tidene sett ulike sykdommer komme og gå, og noen av disse har trolig vært preget av sterk sosial og kulturell konstruksjon. Det handler i stor grad om hva helse og sykdom betyr for de menneskene som rammes av det, og hva det betyr for samfunnet. Et kulturelt perspektiv på helse vil også alltid være historisk da et kulturelt fenomen alltid har en historie. Holdninger vi har i Norge i dag til sykdom og helse er ikke nødvendigvis de samme som vi har hatt tidligere. Det er flere årsaker til at slike holdninger kan endre seg og utvikling av ny teknologi og nye organiseringer i samfunnet er noe av det som har påvirkningskraft (Grimen & Ingstad, 2006, s. 11-12).

2.3.1 Media – påvirkning på holdninger og atferd

Agendasetting er et fenomen som ofte kommer opp når man snakker om media og meninger i samfunnet. Agendasetting peker mot at media gir det offentlige indikasjoner på hva som er dagens hovedproblem, og at dette har betydning for hva offentligheten ser på som relevante problemer i samfunnet. Dette er også et fenomen som har skapt stor nysgjerrighet blant samfunnsforskere nettopp fordi det kan vise til hvordan media kan påvirke individuelle holdninger og atferdsendringer (McQuail, 2010, s. 512-513). Lindgren (2017, s. 3 & 147) skriver at ekstreme mengder informasjon og kunnskap produsert av "vanlige" mennesker flyter rundt på internett og medier vi alle benytter oss av. Ikke bare har vi flere digitale artikler i samfunnet, men også i større grad digitale samfunn. Det eksisterer også en debatt rundt digitalt statsborgerskap og hva dette konseptet innebærer. Lindgren forklarer det som mulighetene og resursene en person har til å delta i samfunnet og politikken digitalt og på nettet. Et slikt digitalt statsborgerskap har blitt en stor del av og en viktig faktor for politisk deltagelse totalt.

Jeg ønsker her å benytte disse teoriene for å forstå hvordan man tenker om psykisk helse og behandling i dagens samfunn, og eventuelt hvordan media kan ha spilt en rolle for å endre dette synet med tiden. Spesielt også i forhold til hvordan privatpersoner er med på å spre informasjon om sin egen psykiske helse og egen prosess med å søke hjelp. Dette er blant annet et tema som dukker opp i datamaterialet.

2.3.2 Talcott Parsons sykerolle

Talcott Parsons (1951, s. 429-430) skriver at sykdom er et viktig tema når man snakker om samfunnets funksjonalitet, og at et sosialt system med for mye sykdom vil være dysfunksjonelt. Derfor er det også en interesse i samfunnet å redusere utfoldelsen av sykdom. Parsons (1951, s. 285 & 289) skriver videre at rollen som syk først og fremst har et element av avhengighet. Det handler om å bli tatt vare på. Nedsatte evner er det grunnleggende i legitimeringen for dette. Det å være syk i vårt samfunn kan være motivert handling og kan derfor også bli sett på som avvikende atferd.

Sykerollen har i følge Parsons (1951, s. 436-437) et medfølgende institusjonalisert forventningssystem. Det er fire aspekter som preger dette forventningssystemet. Det første aspektet viser til en fritakelse fra ansvar som kommer med den sosiale rollen man har. Det er også vanlig at man har vanskelig for å selv innrømme at man er syk og at det er noe vi må høre fra andre rundt oss. Det andre aspektet handler om at man ikke kan forvente at personen skal bli frisk ved en handling eller ved å endre holdninger og vilje. Det er personens tilstand som må endres, og ikke personens holdninger. Parsons skriver også at dette er et avgjørende element for å akseptere hjelp. Det tredje aspektet handler om en forpliktelse om å ønske å bli bedre. Dette er også relatert til det fjerde og siste aspektet som handler om forpliktelsen om å søke kompetent hjelp. Det første aspektet vil også vise til noe som kan sees på som privilegier ved sykerollen. Dersom den syke også oppfatter det slik, kan det føre til problemer med motivasjon for å bli bedre. Dette kan skape problemer for den sosiale kontrollen. Parsons (1951, s. 430-431) skriver også om sykdom som et naturlig fenomen. Det eksisterer en forskjell mellom sykdom som vi ikke kan kontrollere, og sykdom som er motivert eller ubevisst motivert. Parsons nevner her også mentale sykdommer hvor symptomene ofte utarter seg på atferdsnivå, men at det ikke betyr at de er motiverte.

Anderssen (2006, s. 89) skriver om den tradisjonelle måten å se sykdom på, og at dette synet også inngår i Parsons sykerolle. Hun skriver at i moderne forebyggende medisin så har synet på den syke endret seg. Tidligere er den syke sett på som et offer for sykdommen, mens i moderne tid har man blitt herre over risikohåndtering og dermed herre over sykdom. Hun henviser videre til Beck og at dette er et resultat av det individualiserte samfunnet hvor vi som mennesker står ovenfor flere valg. Det er viktig å ta i betraktning at ting har endret seg når man benytter slike eldre teorier.

Sykerollen som teori har også vært under kritikk for å passe dårlig for å forklare kronisk sykdom, og at den er best egnet for å forklare kortvarig sykdom (Gjernes, 2012, s. 391). Det som er viktig å ta i betraktning når man benytter seg av Talcott Parsons sine teorier er at det er gamle teorier og hvor teorien om sykerollen ble utgitt i 1951. Som Anderssen viser til er det mye som har endret seg i måten man ser syke på, men det er også noen grunnleggende synspunkter som består. Jeg vil si at spesielt forutsetningene for sykerollen kan ansees som relevant den dag i dag. Sykerollen er også relevant å diskutere i dag for å se hvordan den eventuelt kan ha endret seg sammen med ulike sykdommer som kanskje dominerer dagens samfunn i større grad. Blant annet psykiske sykdommer. Jeg anser den også som relevant da det å sette seg selv i rollen som psykisk syk har vært et gjennomgående tema i datamaterialet.

2.4 Tidligere forskning

Jeg vil nå redegjøre for noe tidligere forskning som er utført på feltet. Det som jeg har valgt å ta med av tidligere forskning er det jeg har opplevd som mest relevant for min oppgave gjennom tydelige tematikker i datamaterialet. Jeg ønsker å kort si noe om det totale litteratursøket som er gjort i forhold til oppgaven. Som nevnt innledningsvis viser resultatet fra litteratursøket først og fremst at det er mye eldre forskning på kjønn og psykisk helse. Selv mye av den «nyere» forskningen stammer fra før 2010. Det som også kjennetegner de mest relevante artiklene er at forskningen er basert på utvalg utenfor Norge, og er også ofte kvantitative. Et eksempel er en artikkel av Good og Wood (1995, s. 70) som blant annet har som funn at det som kjennetegner en god klient kan se ut til å stå i kontrast til den tradisjonelle manssrollen. Dette er tilfelle med flere av de

relevante artiklene jeg finner på tematikken. Jeg mener at dette i seg selv viser til at det er behov for nyere norsk kvalitativ forskning om kjønn og psykisk helse.

2.4.1 «Big boys don't cry»

En studie av Peter Branney og Alan White (2008, s. 256-258) kalt «Big boys don't cry» tar for seg temaet menn og depresjon. De beskriver dette temaet som komplisert og kontroversielt. Forskningen er gjennomført i England, og baserer seg på data fra det engelske samfunnet. Helsevesenet behandler langt færre menn enn kvinner for depresjon, men spørreundersøkelser utført i det engelske samfunnet tyder på at denne forskjellen i helsevesenet er uforholdsmessig stor. De peker på at denne statistikken enten kan komme av hvordan man gjenkjenner og behandler depresjon, eller fra måten menn diagnostiserer seg selv og søker hjelp. Studier kan tyde på at man har en underdiagnostisering av menn og en overdiagnostisering av kvinner. Dette kan komme av forskjeller ved hvilke symptomer som oppleves av menn og kvinner, og hvilke av disse man igjen diagnostiserer ut fra. Det som er spesielt interessant med denne artikkelen er hvordan de snakker om dette med å diagnostisere seg selv for å så å søke hjelp, og hvordan man gjenkjenner depresjon ulikt hos menn og kvinner.

2.4.2 Skolehelsetjenestens feminine profil

Kari Langaard (2006, s. 26-27) skriver i sin forskningsartikkel om skolehelsetjenesten. Noe av det første hun påpeker er at skolehelsetjenesten har hatt et helseopplysningsperspektiv med forankring i et fysisk helsebegrep. Hun viser til dette som et problem da flere oppsøker skolehelsetjenesten med psykologiske og sosiale problemer. I artikkelen henviser hun også til Regjeringens strategiplan fra 2003 som sier at hjelpen må gis på en måte som hindrer sykeliggjøring. Langaard (2006, s. 31-32) påpeker at selvbestemmelse var et tema som ble fremhevet av både de profesjonelle og ungdommene, og at guttene spesielt var opptatt av å bestemme selv. Ungdommen viser også til at konfidensialitet er avgjørende når de skal snakke om problemene sine.

Langaard (2006, s. 33-35) finner i sin studie at skolehelsetjenesten har en feminin profil. Hun diskuterer det å identifisere seg med tjenesten i forhold til dimensjonen maskulinitet/femininitet da noen informanter så på tjenesten hovedsakelig som et tilbud for jenter. Hun skriver også at skolehelsetjenesten hovedsakelig har vært jentenes arena. Ungdommene påpeker også at jentene har lettere for å snakke med andre. Hun skriver også videre at når guttene tar kontakt er problemene større, men også ofte mer konkret definert. Her kan jentene bli mer hengende ved problemene enn fokusert på løsninger. Hun viser også til hvordan tjenestens helsefremmende og forebyggende profil fører til at det ikke forbindes med stigma i like stor grad. Et funn var også at guttene ønsket en viss avstand i relasjonen. Dette er en interessant artikkel sett i forhold til min oppgave. Det handler om en kjønnsulikhet i hvordan man føler at et tilbud er til for deg. Dette kan være viktig med tanke på å søke hjelp også hos tilbud som er tilpasset studenter.

2.4.3 Sosial støtte

Sosial støtte kan defineres som å ha to hovedkategorier: emosjonell og instrumentell støtte. Instrumentell støtte viser til praktisk støtte i hverdagslivet, mens emosjonell støtte viser til støtte i form av empati, omsorg, kjærlighet og tillit fra familie og venner (Bjørlykhaug et al, 2021, s. 77). Psykososiale faktorer er ofte brukt som en forklaring på helseulikhet. Forskningen har hatt en tendens til å fokusere på tre livssfærer: hjemmet, arbeidsplassen og samfunnet. Sosial støtte er en av de originale psykososiale faktorene som er forsket på i forhold til sosial årsaksforklaring og dårlig helse. Man har ofte sett sosial støtte som et forsvar mot negative konsenser og effekter ved stressende hendelser. Som for eksempel det å miste jobben (Bartley, 2017, s. 94). Dalgard (2008, s. 247) har gjennomført en kvantitativ studie om psykisk helse og sosial ulikhet. En av variablene han har undersøkt for er sosial støtte. Resultatene viser til at sosial støtte ser ut til å ha en betydning for psykisk helse. Sosial støtte har vist seg som et gjennomgående tema i datamaterialet.

3 Metode

I dette kapitlet vil jeg belyse oppgavens metodiske aspekter. Jeg vil begynne med å forklare valg av metode og forskningsdesign. Deretter vil jeg gå nærmere inn på dybdeintervju som jeg har valgt som metode, utvalg, og rekrutteringsprosessen. Jeg vil her også diskutere gjennomføringen av intervjuene. Analyseprosessen vil også redegjøres for hvor det er SDI-modellen som er tatt i bruk. Videre vil jeg vie en del til å diskutere forskningsetiske hensyn. Til slutt vil jeg også diskutere forskningens kvalitet.

3.1 Valg av metode og forskningsdesign

Data om psykisk helse består ofte av statistikk om hvor mange som går til behandling og generelle opplysninger om pasienter. Jeg var i større grad interessert i hvordan det å søke hjelp oppleves for studentene, og hvilke tanker, oppfatninger og meninger om tematikken som eksisterte blant de som søker hjelp og de som hjelper dem. En karakteristikk ved kvalitative metoder er at man har et fokus på å forstå informantens meninger om tematikken (Creswell & Creswell, 2018, s. 182). Derfor vil jeg benytte kvalitative metoder, og nærmere bestemt dybdeintervju av både studenter som har søkt hjelp, og de som jobber med å hjelpe dem. Dette vil jeg komme tilbake til senere.

Dette forskningsprosjektet vil falle innenfor et vitenskapsparadigme som kalles for konstruktivisme som er en typisk tilnærming innenfor kvalitativ forskning. Sosialkonstruktivister mener at individer ønsker å skaffe en forståelse for den verden de lever i. Her er målet med forskningen at man skal belage seg så mye som mulig på informantens syn på situasjonen man studerer (Creswell & Creswell, 2018, s. 7-8). Det å vise til hvordan det mannlige og det kvinnelige er konstruert har vært sentralt innenfor konstruktivismen (Sohlberg & Sohlberg, s. 2014, s. 310). Dette forskningsprosjektet er innenfor dette paradigmet da jeg ønsker å hente ut studentenes og de ansatte i hjelpetjenestenes forståelse av studenters situasjon av å søke hjelp for psykiske plager. Hvordan informantene oppfatter den verden de lever i blir derfor sentralt. Forskningsprosjektet vil også falle innenfor konstruktivisme gjennom fokuset på forventninger og normer tilknyttet kjønn.

De ontologiske retningene idealisme og fenomenologi er vanlige retninger i forskningsprosjekter som faller innenfor konstruktivisme. Idealistisk ontologi interesserer seg for oppfatninger og holdninger, og ser normer som en grunnleggende del av samfunnet (Sohlberg & Sohlberg, 2014, s. 318 & 65-66). Normer og oppfatninger rundt kjønn og studentenes situasjon med å søke og få hjelp for psykiske plager vil være sentralt i oppgaven. Når man snakker om fenomenologi i kvalitativ forskning viser det til at man ønsker å forstå fenomenet man studerer ut fra aktørenes egne perspektiver og slik de forstår verden de lever i (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 45). Man ønsker også å forstå hva aktørene mener med sine handlinger i verden slik de forstår den (Tjora, 2018, s. 31). For å finne ut av hvilken betydning kjønn har for det å søke hjelp for psykisk helse vil normer og holdninger tilknyttet kjønn og behandling bli sentrale. Det å videre se på hvordan informantene oppfatter dette og handler på grunnlag av dette vil være interessant for å forstå hvorfor man har valgt å søke hjelp, og hvorfor prosessen har vært som den har vært. Fenomenologisk forskning går ut på at forskeren forklarer opplevde erfaringer individer har hatt med et fenomen. Dermed er også vanlig å gjennomføre intervjuer i fenomenologiske studier (Creswell & Creswell, 2018, s. 13). Det bringer meg videre til intervju som metode.

3.2 Dybdeintervju og parintervju

Jeg har i denne masteroppgaven valgt å benytte meg av dybdeintervju, eller semistrukturerte intervjuer som metode. Dybdeintervjuet er, som tidligere nevnt, basert på et fenomenologisk perspektiv. Målet med dybdeintervju er å få informanten til å snakke og reflektere rundt sine egne meninger og oppfatninger om forskningstemaet. Man er ute etter verden sett fra informantenes ståsted (Tjora, 2017, s. 113-114). Intervjueren fortolker både meningen med det som blir sagt og måten informanten sier det på (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 49). Da jeg var ute etter informantenes meninger og oppfatninger vurderte jeg dybdeintervju som best egnet for dette forskningsprosjektet. Jeg har derimot valgt å ha med et parintervju med to kolleger som jobbet innenfor samme helsetjeneste for studenter. De kom selv med forslaget da den ene ikke hadde jobbet der like lenge som den andre, og de følte de kunne komme med best mulige svar sammen. Jeg så dette som en gylden mulighet til å se hvordan de ansatte snakker om jobben med hverandre, og konkret se hvor de er enige og uenige om generelle karakteristikker de ser hos studenter de jobber med i sin arbeidshverdag. Et felles intervju om psykisk helse kan være problematisk da det er et sensitivt tema. Jeg vurderte det til at det gikk fint med to fra ansatt-gruppen av informanter da de jobber med å snakke om psykisk helse, og i denne situasjonen ikke er pasienter og dermed ikke en del av den utsatte gruppen.

3.3 Utvalg og rekruttering av informanter

Utvalget av informanter er gjort gjennom et strategisk utvalg. Det vil si at informantene er valgt ut basert på at de kan uttale seg på en reflektert måte om det aktuelle temaet (Tjora, 2017, s. 130). Man søker ofte også flere perspektiver på problemet man undersøker i kvalitativ forskning (Creswell & Creswell, 2018, s. 182). Derfor tok jeg et valg om at utvalget av informanter skulle bestå av to ulike grupperinger av informanter. Jeg ønsket at den ene gruppen skulle bestå av studenter som selv hadde søkt hjelp for psykiske plager, som kunne uttale seg om sin egen opplevelse med prosessen med å søke og få hjelp. Jeg ville at den andre gruppen skulle bestå av ansatte som jobber ved ulike organisasjoner som setter søkelys på å hjelpe studenter med psykiske helseplager. Jeg tenkte at denne gruppen kunne uttale seg mer generelt om de studentene som tar kontakt, hvordan de oppfører seg, og om det eksisterer generelle forskjeller mellom kjønnene som tar kontakt. Etter at disse valgene var tatt begynte jeg prosessen med å rekruttere.

3.3.1 Rekruttering av studentene

Psykisk helse ansees som et sensitivt og privat tema, og det å rekruttere informanter er ikke alltid like lett dersom man jobber med ømfintlige temaer. Ved slike tilfeller må man noen ganger benytte flere metoder for å rekruttere, og ofte må man invitere åpent og bredt (Tjora, 2017, s. 137). Dette ble derfor taktikken min i møte med gruppen av informanter som skulle bestå av studenter som tidligere hadde benyttet seg av hjelpetjenester for psykisk helse. Rekrutteringen av informanter som tilhører denne gruppen er en utfordring gjennom at man ikke har noen kunnskap om hvem som tilhører den. De er anonyme, og ingen kan fortelle meg hvem som har benyttet slike tjenester. Dermed måtte rekrutteringen av denne gruppen av informanter foregå veldig åpent.

Den første metoden for rekruttering jeg benyttet var å henge opp plakater på ulike campus på NTNU med informasjon om prosjektet. Her oppga jeg kontaktinformasjon slik at man kunne få en mer detaljert beskrivelse av prosjektet dersom man ønsket det. Jeg

forsøkte også å nå ut gjennom sosiale medier som studenter benytter i stor grad. Plakaten ble dermed delt på Instagram og Facebook. Denne metoden ga stort utslag, men hadde noen problemer ved seg. Da plakaten var delt gjennom mine sosiale medier var studentene som tok kontakt bekjente og venner. Jeg så det som et problem for oppgavens kvalitet og forskningens troverdighet dersom informantene var studenter jeg selv kjente. Av disse tok jeg et valg om å intervju to studenter. En gutt og en jente. Disse var bekjente, men ikke noen jeg har hatt nær kontakt med, eller kjente godt. Disse skulle i hovedsak være to prøveintervju som kunne bli en del av utvalget dersom det ble gode intervju. Det ble det, og dermed ble disse to informantene en del av det endelige utvalget.

Jeg måtte ty til andre metoder for å nå studenter som jeg ikke hadde relasjoner til. Jeg la ut plakaten på en digital oppslagstavle på Innsida hos NTNU. Dette resulterte i at jeg fikk enda en kvinnelig student som informant. Deretter stagnerte rekrutteringsprosessen. Jeg hadde per nå to jenter og én gutt. Da ønsket lå på fem informanter kunne jeg ikke få et likt antall gutter og jenter. Siden jeg ville ha minst én gutt til bestemte jeg meg for at den neste metoden for rekruttering skulle være spesifikt målrettet mot mannlige studenter. Med god hjelp fra mannlige medstudenter ble plakaten hengt opp på toalettene for gutter på campus. Jeg hadde en tanke om at dersom plakaten hang på et privat sted ville det heller ikke være synlig dersom man noterte kontaktinformasjon. Denne metoden fungerte fint, og allerede to dager etterpå hadde jeg mine to siste informanter. Jeg sa også til studentene jeg intervjuet at de kunne tipse andre studenter de visste hadde søkt hjelp om å ta kontakt med meg, men denne metoden fungerte ikke.

3.3.2 Rekruttering av ansatte i helsetjenester

For å rekruttere ansatte i helsetjenester for psykisk helse, begynte jeg med å velge ut noen aktuelle organisasjoner. Deretter sende jeg ut en invitasjon via e-post, noe som kan fungere godt da man skal rekruttere fra en begrenset gruppe (Tjora, 2017, s. 136). Jeg ville ha ansatte som jobbet innfor helsetjenester som retter seg mot studenter som målgruppe. Jeg hadde også et ønske om at disse informantene skulle komme fra ulike organisasjoner, eller ulike tilbud innenfor samme organisasjon. Jeg tok først kontakt med en organisasjon hvor de videresendte e-posten min til ansatte som kunne være aktuelle informanter. Jeg ble da kontaktet av min første informant fra ansattgruppen som jobbet med samtaler med studenter. Her fungerte snøballmetoden som referer til at utvalget vokser på grunn av tips til nye informanter som man får av sine opprinnelige informanter (Tjora, 2017, s. 135). Jeg fikk kontaktinformasjonen til to som jobbet med samtaler og direkte med mannlige studenter som målgruppe. Jeg tok kontakt med disse to og vi ble enige om å ta et parintervju. De to siste informantene jobber i en digital hjelpetjeneste for studenter og valgte å stille til intervju etter at jeg sendte en forespørsel på mail. Dermed ente jeg opp med totalt fem informanter fra denne gruppen. Jeg har tatt et valg om å ikke utdype hvilke organisasjoner disse informantene kommer fra. Årsaken er at det skal fungere som en ekstra sikkerhet for anonymisering. Tjenestene som er representert har base ulike steder i landet.

3.3.3 Det endelige utvalget

Det endelige utvalget endte da opp med å bestå av fem studenter og fem ansatte. Totalt ti informanter. Ifølge Cresswell & Cresswell (2018, s. 186) er det ikke noe spesifikt svar på hvor mange informanter man burde ha i en kvalitativ oppgave. De har gjennomgått mange kvalitative studier og anslått at i fenomenologiske studier er det vanlig å ha 3-10 informanter. Utvalget blant studentene består av tre gutter og to jenter. De ansatte jobber alle ved tjenester som fokuserer på studenter med psykiske problemer. Ulike organisasjoner og tjenester er representert. Informantene er anonymisert ved bruk av alias. Alle studentenes alias begynner på S, mens alle de ansattes alias begynner på A.

Tabell 1 Informanter

Studenter	Sindre	Sofie	Sarah	Severin	Snorre
Ansatte	Anette	Arve	Asgeir	Aslak	Andreas

3.4 Intervjuguide og gjennomføring av intervju

Et dybdeintervju består vanligvis av åpne spørsmål som skal gi informanten rom til å gå i dybden dersom de har mye å fortelle (Tjora, 2017, s. 114). Jeg valgte derfor å benytte en intervjuguide for å sikre at slike spørsmål ble benyttet under intervjuene. Jeg benyttet to ulike intervjuguider. En for studentene og en for de ansatte. Begge var strukturert med ulike tematikker i refleksjonsspørsmålene, oppvarmingsspørsmål, og avrundings spørsmål. Oppvarmingsspørsmålene har som formål å skape en trygghet, mens avrundings spørsmålene skal normalisere situasjonen. Det å skape en trygg og normalisert situasjon kan være med på å gi gode refleksjoner under refleksjonsspørsmålene som er selve kjernen av intervjuet (Tjora, 2017, s. 145-146). Studentenes intervjuguide hadde temaene prosessen før de søkte hjelp, prosessen med å søke hjelp, og kjønn. De ansattes intervjuguide hadde temaene jobben under pandemien, brukernes kjønn og synliggjøring av hjelpetjenesten. Da noen av de ansatte hadde litt ulike typer arbeidsoppgaver ble også intervjuguiden tilpasset dette med enten endring av spørsmål eller tilleggstemaer. Man burde også foreta prøveintervjuer for å teste både seg selv, intervjuguiden og utstyret (Dalen, 2011, s. 30). Jeg og en medstudent gjennomførte prøveintervjuer på hverandre, og ga tilbakemeldinger på hva som fungerte og hva som eventuelt burde endres.

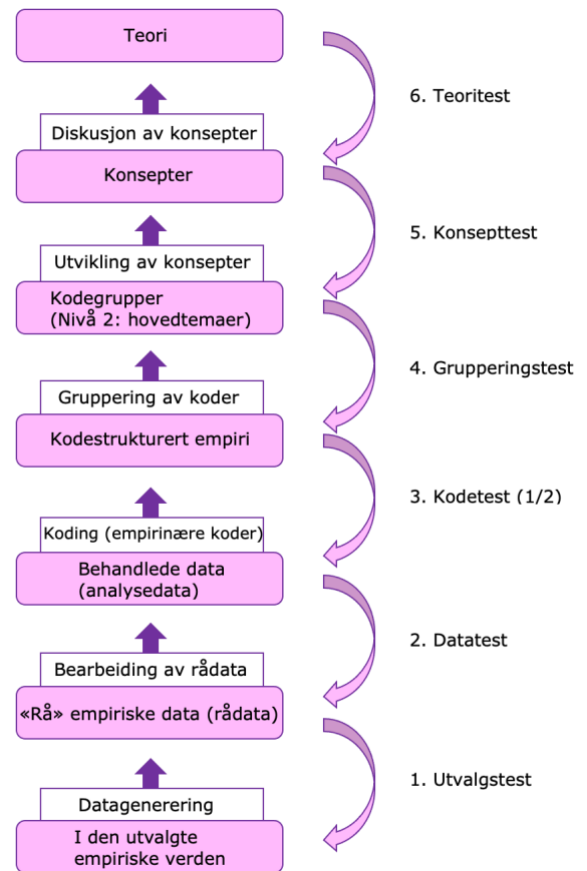
Intervjuene med studentene ble gjennomført på grupperom på campus. Jeg hadde også en samtale med informantene i forkant for å høre om de hadde noen preferanser for hvor intervjuet skulle foregå. Dette var noe jeg snakket med informantene om da det er viktig at også omgivelsene intervjuet gjennomføres i oppleves som trygt. Det kan for eksempel være informantens arbeidsplass (Tjora, 2017, s. 121). Studentenes arbeidsplass blir campus, og jeg valgte å benytte grupperom uten innsyn for å sikre anonymitet. Når det kom til ansatte, måtte tre av intervjuene foregå digitalt over teams grunnet endringer i pandemien og smittesituasjonen. Dette formatet for intervju fungerte fint og skapte ingen åpenbare problemer. Ett intervju ble derimot fysisk og ble gjennomført på den aktuelle organisasjonens kontorer. Lydopptak ble benyttet ved alle intervjuene. At intervjuene skulle tas opp ved lydopptak var avklart i informasjonsskrivet og jeg snakket med informantene om det i forkant av intervjuet for å sikre at de var komfortable med det. Lydopptaker ble benyttet slik at jeg selv kunne være en aktiv lytter, noe Kvale og Brinkmann (2009, s. 151) beskriver som viktig for å stille gode oppfølgings spørsmål.

3.5 Analyse av data – SDI-modellen

Til analyse av data har jeg valgt å benytte meg av stegvis-deduktiv induktiv metode (SDI). SDI-modellen skal opprettholde en god systematikk gjennom hele analysen. I denne metoden arbeider man i etapper fra rådata til konsepter og teorier. I modellens induktive prosess jobber man fra data mot teori. Modellen inneholder også deduktive tilbakekoblinger (se figur) som sjekker fra det teoretiske mot det empiriske. SDI-modellen er utviklet med et ideal om at man skal ta ut potensialet i den dataen man har samlet inn, og modellen har også en større teoretisk motivasjon enn andre kvalitative analysemetoder (Tjora, 2017, s. 196 & 18-21). Abduktiv analysemetode stammer fra både deduksjon og induksjon (Tavory & Timmermans, 2014, s. 36-37). Det at modellen jobber både induktivt og deduktivt viser til hvordan den ligger tett opp mot en abduktiv strategi. Det vil si at man starter fra empirien, men at teori og perspektiver spiller en rolle både i forkant av og i løpet av forskningsprosessen (Tjora, 2018, s. 14). Det er flere årsaker til at jeg har valgt å benytte meg av denne metoden for analyse av data.

Tavory og Timmermans (2014, s. 121 & 36-37) skriver at abduktiv analyse gir svar på flere problemer som kvalitative forskere har støtt på gjennom arbeidet med å redegjøre for forholdet mellom observasjon, metode og teori. Det kan eksistere flere problemer ved å benytte en ren induktiv eller deduktiv metode. I en ren induktiv metode, som for eksempel ved Grounded Theory, blir man frarådet å lese seg opp på faglitteraturen før man starter studien (Vassenden, 2008, s. 325). Årsaken er at dette kan føre til at man ser temaer man allerede har kunnskap til i datamaterielt heller enn å se andre ting som eksisterer i empirien (Midré, 2009, s. 245). Dette kan være problematisk, og Childers (2014, s. 823) skriver at kjennskap til allerede eksisterende teori fikk henne til å se ting hun ellers ikke ville sett i sitt datamateriale, og forstå ting som ofte er tatt for gitt. Ren deduktiv metode kan skape et problem gjennom at man ignorerer egne data og i større grad fokuserer på å gjenta allerede eksisterende teori (Tavory & Timmermans, 2014, s. 4). I mitt tilfelle visste jeg på forhånd at det ville være interessant å undersøke temaet gjennom noe kjønnteori, men jeg har også tillatt datamaterialet å lede meg mot andre interessante teorier som Parsons sykerolle som jeg ikke hadde forutsett ved prosjektets start. På denne måten har jeg gjort et forsøk ved å la allerede eksisterende teori hjelpe meg med å oppdage ting i materialet samtidig som jeg har forsøkt å ikke blokkere andre tematikker ved å se uforventede ting i dataene.

SDI-modellen har konseptuell generalisering som mål, og generalisering blir av enkelte sett på som et viktig kvalitetskriterium for kvalitativ forskning (Tjora, 2017, s. 231). Teoretisk kunnskap blir i flere sammenhenger sett på som den mest interessante og verdifulle delen av vitenskapelige studier (Alvesson & Kärreman, 2011, s. 1). Dette er også en årsak til at jeg benytter modellen. Det eksisterer også diskusjoner om hvorvidt generalisering er mulig i kvalitativ forskning. Denne diskusjonen kommer jeg tilbake til.



Figur 1: Illustrasjon av SDI-modellen. Inspirert fra kilde (Tjora, 2017, s. 19).

3.5.1 Koding

Koding av datamaterialet er det første steget i analysen. I SDI-modellen er målet med kodingen tredelt. Det første målet er å hente ut essensen i det empiriske materialet. Mål nummer to er å redusere materialets volum, mens det siste målet er å legge til rette for idégenerering på grunnlag av empiriens detaljer. Kodingen skal ligge tett opp mot empirien, og gjerne ved bruk av begreper som allerede eksisterer i datamaterialet. Dette kalles også empirinær koding. En slik koding skal være med på å ivareta det spesifikke i materialet (Tjora, 2017, s. 197). Arbeidsmåten består av å kode analysedokumentet. Kodene består av ord, fraser, setninger, utsagn eller en dialog som eksisterer i analysedokumentet (Tjora, 2018, s. 37). I mitt tilfelle var analysedokumentene transkripsjonene fra intervjuene. Jeg benyttet programmet Hyper Research som hjelpemiddel for kodingen. Det å benytte et program var til stor hjelp for å kunne kode på en oversiktlig måte. Jeg endte til slutt opp med 512 koder etter å ha jobbet meg gjennom alle transkripsjonene.

SDI-modellen forutsetter også at man gjennomfører en kodetest (se figur 1). Denne testen har som formål å undersøke om kodene representerer empirinær koding. Her skal man først stille spørsmålet om man kunne ha laget koden før prosessen med kodingen begynte. Deretter skal man stille seg spørsmålet om hva koden forteller. Her er målet at koden skal gjenspeile konkret innhold i materialet (Tjora, 2017, s. 201-203). Flere av mine koder faller innenfor kategorien «overraskende koder». Det viser til koder man ikke kunne forutsett før studiens start (Creswell & Creswell, 2018, s. 195). I min prosess vil det vise til interessante tematikker som jeg ikke hadde sett for meg kunne bli en viktig del av datamaterialet ut fra tidligere forskning og teori. For eksempel koder omhandlende kjønnsrollenes usynlighet og rollen som pasient som jeg vil komme tilbake til i analysen. Dette støtter opp under kodingens induktive fokus i SDI-modellen. At dette er et generelt trekk ved kodene fører også til at de består den første delen av kodetesten. Det neste spørsmålet var noe jeg måtte være kritisk til gjennom hele kodeprosessen. Jeg hadde på forhånd orientert meg om at kodene skulle representere konkret innhold. Tjora (2017, s. 199) skriver at variabelkoding er en tankegang man ofte har med seg fra kvantitativ forskning. En slik koding oppstod enkelte ganger under kodeprosessen, men kunnskapen jeg hadde om koding førte til at jeg flere ganger lagde koder på nytt for å sikre at de representerte det informanten konkret sa. På grunn av at jeg har hatt et slikt fokus gjennom kodeprosessen er også del to av kodetesten bestått.

3.5.2 Kodegruppering

Det neste steget i analyseprosessen er å gruppere kodene tematisk. Dette vil være med på å forme en struktur for analysen. Her samler man koder som har en tematisk sammenheng, og skiller ut koder man anser som irrelevant. Disse havner i en restgruppe. Som regel vil også kodegruppene danne utgangspunkt for temaer i analysen (Tjora, 2017, s. 207-208). Til sammen med restgrupper endte jeg opp på totalt 22 kodegrupper. Jeg syntes først at det hørtes veldig mye ut før jeg så nærmere på gruppene jeg hadde laget. Da innså jeg at flere kunne slås sammen og at flere grupper ikke var så relevante som jeg først hadde trodd ved at enkelte av kodegrupperingene gikk litt utenfor temaet jeg skulle undersøke. Dermed begynte jeg arbeidet med å slå sammen kodegrupper.

Etter en ny vurdering på hvilke kodegrupperinger jeg ville ta med meg inn i analysen endte jeg opp med følgende kodegrupper: 1) *Gutta skal være sterke og tøffe*, 2) *typisk kvinnesykdom*, 3) *Forskjeller mellom kjønnene*, 4) *Kjønns betydning for behandling*, 5) *Kjønnsrollenes usynlighet*, 6) *Rollen som pasient*, 7) *Er jeg syk nok?*, 8) *Sosial støtte*, 9) *Fysisk vs. psykisk helse*, 10) *Ulikhet mellom generasjoner*, 11) *Pandemiens påvirkning*, 12) *Åpenhet, normalisering og media*. Disse kodegruppene vil i analysen utgjøre fire hovedtematikker og noen av kodegruppene vil utgjøre egne underkapittel under enkelte av temaene. Det første temaet heter «oppfatninger av kjønn og behandling for psykiske plager». Her inngår kodegruppene gutta skal være sterke og tøffe og typisk kvinnesykdom. Det neste temaet heter «betydningen av kjønn» og inneholder kodegruppene forskjeller mellom kjønnene, kjønns betydning for behandling og kjønnsrollenes usynlighet. Tema nummer tre heter «rollen som pasient» hvor kodegruppe med samme navn går under i tillegg til er jeg syk nok, sosial støtte og fysisk vs. psykisk helse. Det siste temaet heter «et generasjonsskifte» og består av kodegruppene ulikhet mellom generasjoner, pandemiens påvirkning og åpenhet, normalisering og media. Disse temaene kommer jeg tilbake til analysekapittelet.

3.6 Forskningsetiske hensyn og andre kritiske bemerkninger

Prosjektet og intervjuguiden ble sendt inn til Norsk senter for forskningsdata (NSD) og senere godkjent (se vedlegg 1 & 2). Samtykke er også noe som er svært viktig, og innebærer at man sikrer at informantene deltar frivillig, at de er informert om sine rettigheter og om at de kan trekke seg fra undersøkelsen (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 88). Dette ble sikret gjennom et informasjonsskriv og en samtykkeerklæring som er godkjent av NSD (se vedlegg 3 & 4). Dette fikk informantene tilsendt på epost før intervjuet ble gjennomført.

Sohlberg og Sohlberg (2014, s. 273) skriver at god forskningsetikk blant annet innebærer at forskningen ikke skal føre til skade på mennesker. Derfor er det også viktig at informantene ikke kan få noe forverret psykisk helse ved å delta i studien. Selv om alle spørsmålene ble godkjent av NSD så vet man ikke hva informanten har vært igjennom i sin prosess med å ta hånd om egen psykiske helse. Derfor valgte jeg i starten av hvert intervju å forklare at dersom det var spørsmål de opplevde som ubehagelige var det helt greit å gi uttrykk for det. Selv om spørsmålene ikke virker inngripende eller sensitive for oss som er utenforstående kan de oppleves slik for informanten. Intervjuguiden inneholder ikke noen direkte spørsmål om informantens psykiske helsetilstand, og dersom informanten selv snakket om ulike diagnoser ble disse erstattet med en X i transkripsjonene. Dette ble gjort da slik informasjon er svært sensitiv og heller ikke direkte nødvendig informasjon for prosjektet.

Forskerens rolle er avgjørende for forskningens kvalitet (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 92). Datainnsamlingen for denne oppgaven ble mitt første møte med intervju i et forskningsprosjekt og utenfor undervisning. Derfor var intervjusettingen noe fremmed for meg. I forkant av intervjuene hadde jeg en samtale med veileder for å få noen gode tips til hvordan man skulle håndtere intervjusituasjonen. Når jeg transkriberte intervjuene var det noen ganger hvor jeg tenkte at jeg burde ha stilt spørsmålet på en annen måte, eller mer åpent. Dette er også noe jeg følte jeg ble bedre og bedre på for hvert intervju. Det er derfor viktig å konstatere at min rolle som forsker kan ha ført til at noen av intervjuene har oppfølgingsspørsmål som ikke ble så åpne som man helst ønsker at de skal være.

3.6.2 Kritikk til metode og utvalg

Det er også viktig å ha et kritisk blikk på metodene man benytter. Koding av datamaterialet er en analysemetode som har fått kritikk. Atkinson (2015, s. 59-60) har kritisert dette og skriver at intervju inneholder historier som konstruerer biografier og identiteter, og at de derfor også fortjener å bli analysert deretter. Han skriver også at det å dele opp intervjuet i koder og kategorier ikke tar hensyn til intervjuets funksjon som en fortelling. Ut fra Atkinson sin kritikk kan man diskutere om man mister noe av helheten til datamaterialet ved å stykke det opp i koder og kategorier. Som et forsøk på å beholde noe av intervjuenes helhet har jeg valgt så skrive sammendrag av hvert intervju. Jeg har også under analysen forsøkt å ikke trekke ut direkte utsagn fra et intervju som kan være motstridende mot det mer helhetlige synet på temaet som intervjuet representerer.

Det er også viktig at man ser til svakheter i utvalget. En svakhet i mitt utvalg er at når man rekrutterer på denne måten får man studentene som er villige til å snakke, og som ønsker å dele sin historie. Dermed kan man ikke utelukke at studentene som har hatt en ekstra vanskelig situasjon i forhold til det å søke hjelp ikke ønsker å snakke om det. Man får tak i de studentene som kanskje ikke har de største utfordringene med å snakke om sin situasjon. Noe annet som kan kritiseres er at utvalget blant studenter kun består av de som faktisk har søkt hjelp. Man kunne fått svært interessante data fra studenter som har opplevd situasjonen som så vanskelig at de ikke har søkt hjelp. Antallet informanter er også noe som kan kritiseres da det ikke eksisterer noen gullstandard for hvor mange man burde intervju. For min del fulgte jeg, som tidligere nevnt, Cresswell & Cresswells (2018, s. 186) funn i antall informanter som har vist seg som normalt i fenomenologiske studier. Jeg kjente også på en metning med tanke på volumet av datamaterialet i forhold til oppgavens omfang.

Jeg vil i neste underkapittel diskutere forskningens kvalitet, og her under også generaliserbarhet. Jeg vil her ta opp at det eksisterer diskusjoner rundt hvorvidt generalisering er mulig i kvalitativ samfunnsforskning. Nadim (2015, s. 129-132) skriver at det er mangel på refleksjon rundt temaet generalisering blant forskere som driver med empirisk kvalitativ forskning. Noen mener at generalisering hverken er mulig eller ønskelig, andre mener at det er mulig, men er en annen form for generalisering enn det man ser i kvantitativ forskning. Det er også de som mener man kan produsere den samme formen for generalisering kvalitative studier som i kvantitative. Nadim (2015, s. 144) påpeker videre at man ikke skal se bort fra generalisering i kvalitativ forskning, men at man burde ta kritikken av generalisering på alvor. Hun viser til at man burde være mer eksplisitte på hva som er grunnlaget for våre generaliseringer. Jeg har valgt i denne oppgaven å benytte SDI-modellen, og det innebærer også som tidligere nevnt konseptuell generalisering. Jeg velger derfor å forsøke å gjennomføre en slik generalisering, men samtidig være bevisst over tilknyttede utfordringer og mitt grunnlag for å generalisere.

3.7 Forskningens kvalitet

Når man skal vurdere kvaliteten til kvalitativ forskning benytter man vanligvis de tre kriteriene pålitelighet, gyldighet og generaliserbarhet (Tjora, 2017, s. 231). Jeg vil i det følgende diskutere disse tre kvalitetskriteriene opp mot eget forskningsprosjekt.

3.7.1 Pålitelighet – Personlig engasjement og bekjentskap

Forskerens engasjement til tematikken kan oppleves som noe som kan påvirke studiens resultater. I kvalitative tradisjoner er man innforstått med at det ikke kan eksistere en fullstendig nøytralitet. Det påpekes også at engasjement er en nødvendig ressurs, men at det også er viktig å redegjøre for hvordan det personlige engasjementet kan påvirke forskningsarbeidet (Tjora, 2017, s. 235). Tidligere erfaringer er noe man burde redegjøre for ved selvrefleksivitet (Cresswell & Cresswell, 2018, s. 184). Jeg har personlig ikke noen som helst erfaring med behandling for psykisk helse. Jeg tror det er viktig at jeg som student selv ikke har vært til behandling for psykiske plager og dermed ikke er en del av gruppen som forskes på. Hadde jeg vært det hadde det kunnet påvirke ved at jeg selv ville hatt erfaringer som jeg gjennom prosjektet ønsker å forske på. Derfor mener jeg at det styrker forskningsprosjektets pålitelighet at jeg selv ikke har direkte erfaring med behandling for psykiske plager. Det hjelper forskningen i å være upåvirket av personlige holdninger og fordommer, og dermed objektiv (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 247). For min del er temaet valgt på grunnlag av faglig interesse for helseulikhet og kjønn, og en tanke om at det er et viktig tema å forske på. Mitt engasjement for tematikken kommer da gjennom interesse heller enn erfaring.

Noe som kan kritiseres ved forskningens pålitelighet er min relasjon til de to første informantene innen studentgruppen. Relasjoner mellom forsker og informanter er noe man burde drøfte med tanke på selvrefleksivitet (Cresswell & Cresswell, 2018, s. 184). Dette var som tidligere forklart personer jeg hadde bekjentskap til. Når man bruker informanter man har relasjoner til er det viktig å stille spørsmålet om resultatene hadde blitt det samme dersom innsamlingen var gjennomført av en annen forsker. Man må kunne redegjøre for om disse resultatene ble som de ble på grunn av at akkurat denne forskeren og disse informantene var involvert (Tjora, 2017, s. 237-238). Det kan være en mulighet for at informantene har besvart spørsmålene annerledes fordi de hadde bekjentskap til meg. Jeg tror dermed ikke at dette har hatt stort utslag da informantene var personer jeg ikke hadde noen nær relasjon til og ikke kjenner så godt. Jeg kjenner heller ikke så godt til andre i deres miljø. Dermed tror jeg at disse informantene ikke har sett på meg som så veldig annerledes enn en annen student. Selv om jeg sitter med denne oppfattelsen kan man ikke avskrive at det kan ha hatt betydning for hvordan informantene har forholdt seg til situasjonen og spørsmålene.

Det er derimot noe som kan svekke påliteligheten til studien gjennom min forskerrolle. Ledende spørsmål kan påvirke svarene i intervjuet (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 250), og som nevnt under kritiske bemerkninger var dette mitt første møte med intervju utenfor undervisningssammenheng. Det å ikke ha mye erfaring kan ha vist seg gjennom noe ledende oppfølgingsspørsmål, og tidvis noe ledende spørsmål i intervjuguiden. Dette er noe jeg har bemerket meg gjennom refleksjoner i ettertid, og tar kritikk på.

3.7.2 Gyldighet - Dialog med forskersamfunnet

Gyldighet viser til om svarene man finner gjennom forskningen faktisk er svarene på spørsmålene vi forsøker å stille (Tjora, 2017 s. 232). Intervjuforsknings gyldighet eller validitet blir ofte kritisert gjennom at informanten kan komme med usann informasjon (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 256). Psykisk helse er et sensitivt tema, og et tema som har noe stigma tilknyttet seg. Derfor kan det være en mulighet for at informantene har utelatt noe informasjon, eller endret på noe informasjon for å unngå å gjøre situasjonen ubehagelig, eller for å fremstå bedre. Dette er noe man må ta stilling til selv om jeg

oppfattet de fleste informantene som åpne, og personer som hadde et ønske om å dele sin historie.

Gyldighet kan blant annet undersøkes gjennom kommunikativ gyldighet, som viser til at gyldighet testes gjennom dialog med forskersamfunnet. Dialog vil her vise til at man forholder seg bevisst til aktuelle teorier og tidligere forskning (Tjora, 2017, s. 233-234). Jeg har forsøkt å sikre en slik gyldighet gjennom flere litteratursøk, og ved begrunnelser for valg i teorikapitlet. Flere teorier ble også valgt i etterkant av datagenereringen for å sikre at teorier som viste seg som aktuelle også fikk plass i oppgaven. Jeg har også forsøkt å opprettholde denne dialogen med forskersamfunnet gjennom å begrunne metodevalg, og samtidig forholdt meg til kritikk mot metoder jeg har benyttet meg av.

3.7.4 Generaliserbarhet – Konseptuell generalisering

Generalisering handler om at man danner seg forventinger om at noe lignende av det man har oppdaget i sin forskning kan skje i lignende situasjoner, eller med lignende mennesker (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 265). I SDI-modellen søker man konseptuell generalisering, hvor man ønsker å fremstille funnene i form av konsepter, modeller, begreper eller metaforer som ikke direkte er tilknyttet kun empirien i det aktuelle forskningsprosjektet (Tjora, 2017, s. 238 & 245). I mitt prosjekt har jeg lekt med både metaforer og begreper. Den mest sentrale metaforen omhandler kjønnsnormer som usynlige togspor. Metaforen bygger på råmaterialet fra intervjuene, og viser til hvordan en ubevissthet ovenfor kjønnsnormers påvirkning kan legge føringer for handling uten at man ser det. Dette vil forklares nærmere i diskusjonskapitlet. Jeg tenker at denne metaforen kan også være relevant i andre sammenhenger hvor normer tilknyttet kjønn er av betydning, og ikke bare i en setting med å søke hjelp for psykiske plager. Jeg har også diskutert et begrep om den psykiske sykerollens språk som viser til at de kvinnelige studentene kan se ut til å ha et mer utviklet vokabular når det kommer til å snakke om følelser og problemer de har. Dette er noe jeg tenker kan ha relevans for andre grupper enn studenter som søker hjelp for psykiske plager, som for eksempel barn og voksne. Den samme forskjellen mellom kjønn kan også eksistere her.

Som tidligere nevnt under kritiske bemerkninger, så er det en pågående diskusjon om hvorvidt generalisering er mulig i kvalitativ forskning (Nadim, 2015, s. 129-132). Jeg velger å gjøre et forsøk på generalisering, men samtidig være bevisst over kritikken. Det kan for eksempel eksistere forskjeller mellom studenter og andre grupper, som for eksempel voksne og barn, som fører til at denne tanken om den psykiske sykerollens språk ikke er like gyldig. Dette kan være et eksempel på en mulig begrensning ved generalisering som jeg burde forholde meg bevisst til.

4 Analyse

I analysen har jeg valgt å gå dypere inn i fire temaer som skiller seg ut i datamaterialet. Jeg vil her ta utgangspunkt i kodegrupperingene jeg lagde under databehandlingsprosessen. I den første delen vil jeg ta for meg informantenes oppfatninger rundt hvilken betydning kjønn har når det kommer til psykisk helse og behandling, og hvordan de selv har kjent på at kjønn har hatt betydning. Jeg vil deretter gå videre til temaene betydningen av kjønn, rollen som pasient og et generasjonsskifte når det kommer til det å snakke om psykiske problemer.

Jeg vil her også poengtere at selv om dette er to ulike informantgrupper vil de ikke deles opp slik i analysen. Det vil forekomme sitater fra begge grupper i de ulike underkapitlene. Jeg har valgt å gjøre det slik da de ansatte og studentene snakker om mye av de samme temaene, og at det å henvise til dem sammen vil vise hvordan de ansatte tenker likt som studentene og hvordan de skiller seg fra hverandre. Som nevnt i metodekapittelet har alle studentene fått utdelt alias som begynner på S, og de ansatte i helsetjenestene har fått alias som begynner på A. Dette har som formål å tydeliggjøre når et sitat kommer fra en ansatt og når det kommer fra en student. I noen av sitatene vil også bokstaven X forekomme, som viser til anonymisering av diagnoser. Dette kan også forekomme som tiltak for å anonymisere organisasjonene.

4.1 Oppfatninger av kjønn og behandling for psykiske plager

Noe som er fremtredende i datamaterialet er oppfatninger og synspunkter på betydningen av kjønn når man snakker om psykisk helse. Dette temaet stammer fra kodegrupperingen som jeg har kalt oppfatninger av kjønn og behandling for psykiske plager.

4.1.1 *Gutta skal være sterke og tøffe*

Noe av det mest interessante som dukket opp under kodingen av datamaterialet er at nesten alle informantene, både studentene og de ansatte i hjelpetjenestene, har en lik oppfatning av hvordan gutter er, og hvilke forventninger man har til den mannlige kjønnsrollen i dagens samfunn. Det følgende sitatet er et typisk sitat som går igjen i de fleste intervjuene:

«Også er det kulturelt tror jeg at vi gutter liksom skal være litt tøffe og vi sloss, mens dere [jenter] skal prate om ting. Også er det noen fordeler og ulemper med begge deler tenker jeg» - Arve (Ansatt).

SHoT-undersøkelsen fra 2021 viser at kvinnelige studenter oppsøker i større grad hjelp for psykiske plager enn mannlige studenter, og at det nesten er en dobbel sannsynlighet for at kvinner søker hjelp enn at menn gjør det (Sivertsen, 2021, s. 39-40). Dette kommer også frem i datamaterialet hvor de ansatte i hjelpetjenestene også viser til at det er flere jenter enn gutter som tar kontakt. På sitatet ovenfor har Arve svart på spørsmålet om hvorfor han tror kjønnsbalansen er som den er ved behandlingstjenesten. Han viser til at han har en tanke om at gutter blir sett som tøffe og sterke, og at de i større grad er mer fysiske enn jenter. Når han sier at jentene ofte skal prate om ting viser han også til at det å prate er noe han ser som et mer generelt trekk hos jenter enn hos gutter. Han trekker også frem at det er kulturelt noe som kan tolkes som at han tenker at det er samfunnet som har påvirket hvordan gutter og jenter forholder seg til en slik situasjon. At det her ligger noen kulturelle føringer for hvordan de to kjønnene

handler. Det viser seg også at dette er en oppfatning som også studentene deler med de ansatte. Her er et eksempel fra en av de mannlige studentene:

«Jeg tror mange tenker at det å være mann betyr at man er sterk både fysisk og psykisk og kan også hende at flere menn kjenner på skam dersom de sliter psykisk (..)» - Sindre (Student).

Studenten Sindre viser her til en tanke om at sammenhengen mellom menn og fysisk styrke også kan eksistere i forhold til psyke. Menn er som oftest rent fysisk sterkere enn kvinner. Dette sitatet kan peke mot at man også har tilegnet menns psyke en stereotypi som sterkere enn kvinners. Dette kan legge føringer for tanker om når man trenger hjelp fra andre. For eksempel tanker om at da guttene er sterke psykisk skal problemet også værere større før man søker hjelp hos andre. Tidligere forskning har vist at det kan ligge noe i måten menn diagnostiserer seg selv på i forhold til oppsøking av hjelp (Branney & White, 2008, s. 256-258). Disse begrepene som går igjen i hvordan informantene beskriver gutter er ikke de samme som for jenter. Det bringer oss over til neste underkapittel som omhandler oppfatninger informantene har om kvinner i sammenheng med psykisk helse.

4.1.2 «Typisk kvinnesykdom»

Det kommer også frem både hos de ansatte i hjelpetjenestene og hos studentene at de har en litt annen oppfatning av kvinner når det kommer til psykisk helse og behandling. Jeg spurte Sarah om hun trodde at forventninger til kjønn kunne ha betydning for det å søke hjelp, og det trodde hun blant annet fordi at hun som kvinne «har muligheten til å være svak». Det at hun bruker ordet mulighet viser til at i denne sammenhengen kan dette være en stereotypi som kan være til fordel. Det at hun viser til at det er en mulighet hun har som kvinne kan også vise til at hun tenker at gutter ikke har den samme muligheten. Hun snakker også om hvordan stereotypier tilknyttet jenter har hatt betydning i negativ forstand for hennes muligheter til å få hjelp for sine problemer:

«(...) jeg holder på med å få en diagnose av X, og det er jo det flinkjente-greiene og at den blir skjult av det». - Sarah (Student).

Det at hun kjenner på at problemene hennes har blitt skjult på grunn av «flinkpikesyndromet» vi har i dagens samfunn viser hvor sterkt disse stereotypiene står. Det blir oversett som et problem da det kan oppfattes som en normalitet. En normal atferd for en kvinne. Denne tankegangen har dermed hindret både henne og andre i å se at hun har hatt behov for hjelp. Den andre kvinnelige studenten, Sofie, snakket også om dette å være kvinne å skulle få hjelp. Hun snakker om hvordan hun opplevde at guttene ble tatt på alvor da hun var i en type gruppebehandling:

«(...) jeg føler at de [guttene] virkelig blir tatt på alvor når de søker hjelp da, så jeg føler kanskje at det kan være litt vanskeligere å få hjelp, eller komme seg gjennom nåløyet [for jenter] (..) for når du er gutt så kommer du litt raskere inn tror jeg». - Sofie (Student).

Hun forklarer også at det er en overvekt at kvinner og at «normen er at det er en kvinnesykdom». Da det er mange kvinner og det oppleves som en kvinnesykdom, så kan en av årsakene til at guttene blir tatt på alvor når de først søker hjelp være at det skiller seg ut. I starten av analysen viste jeg til et sitat av Arve som blant annet påpeker at kvinner er mer på å prate om ting enn gutter. Dette kan igjen da vise til at det virker mer alvorlig dersom en mann kommer for å prate om det han sliter med fordi det er et

brudd med hvordan mange tenker at menn stereotypisk handler i slike situasjoner. Dette med at kjønnene håndterer situasjoner ulikt bringer oss over til neste kapittel. Det jeg nå skal gå inn på handler om forskjellene de ansatte i helsetjenestene kan se mellom mannlige og kvinnelige studenter som søker hjelp.

4.2 Betydningen av kjønn

Hvordan kjønn spiller en rolle for behandling for psykiske problemer er også sentralt i datamaterialet. Både ved at kjønnene har ulike fremgangsmåter når de søker hjelp, men også ved at de har ulike oppfatninger av og ulike behov for hvordan hjelpen skal foregå. Jeg vil først diskutere forskjellene som de ansatte i helsetjenestene ser hos de mannlige og kvinnelige studentene.

4.2.1 Forskjeller mellom kjønn

Noe som kommer frem under intervjuene med de ansatte i helsetjenestene er det at det eksisterer noen forskjeller blant de mannlige og kvinnelige studentene de møter gjennom sin arbeidshverdag. Vi kan starte med å se på dette fra begynnelsen av prosessen. Det vil si første gang studentene tar kontakt med helsetjenesten. Jeg spurte om de så noen konkrete forskjeller i hvordan menn og kvinner går frem på når de tar kontakt. Dette hadde Arve noen tanker rundt:

«Gutter er litt mer flamlende i begynnelsen, altså jenter er mer på, mens guttene er veldig opptatt av: ja hva er dette for en x [tjeneste]? Hva kan dere gjøre for meg? (...) De [jentene] går rett på, mens gutter er mer sånn hva kan vi snakke om her. Går veldig rundt grøten før de kommer inn på det som er problemet». – Arve (Ansatt).

Arve viser her til en konkret forskjell mellom mannlige og kvinnelige studenter som han har hatt erfaringer med. Dette kan vise til at de mannlige studentene enten ikke er like kjent med slike tjenester, både i hvordan de fungerer og hvordan man benytter dem. Dette kan man tenke seg ved å se til tidligere forskning som viser at skolehelsetjenesten i større grad er en arena for jentene (Langaard, 2006, s. 33-35). Det kan også tolkes dit at det virker vanskeligere for mannlige studenter å snakke om hva de sliter med enn hva det er for de kvinnelige. Asgeir påpeker også det at jentene, i motsetning til guttene, kan være gråtkvalte. Det kan vise til at de kvinnelige studentene i større grad viser følelser i fysisk form når de tar kontakt. For eksempel gjennom å gråte.

De kvinnelige studentenes vokabular

Det snakkes også blant de ansatte i hjelpetjenestene om ulikheter mellom de mannlige studentene og de kvinnelige når de får hjelp. Noen av disse forskjellene kan også være med på å gi en forklaring på hvorfor man har sett de forskjellene man har sett i studentenes prosess med å ta kontakt. Anette snakker om studentenes ordforråd hvor hun har opplevd noen forskjeller mellom de mannlige og kvinnelige studentene:

«Jeg tror nok at jentene er mer vant med å sette ord på og se sammenhenger mellom hva de tenker og føler, og har kanskje et vokabular som er mer utviklet for følelsene våre. (...). Så jeg tror nok at jentene fra videregående hvor det er mer aksept for å gå til helsesøster og helsesykepleier, og at det kanskje er lettere da og mindre styr rundt det» - Anette (Ansatt).

Utvikling av vokabular er her interessant. Dette kan også forklare noe av det som kommer frem lengre opp ved at guttene ikke er like kjappe på når det kommer til å forklare hva de sliter med. Kjønnroller er produkter av sosialiseringprosessen (Connell,

1995, s. 22). Utvikling av vokabular og språk kan knyttes til sosialisering, og kan også vise til at det kanskje her kan være en forskjell i de mannlige og kvinnelige studentenes sosialiseringssprosess. Det kan se ut til at denne sosialiseringen og utviklingen av vokabular har foregått på barne- og ungdomsskole, som tidligere nevnt kommer frem i tidligere forskning ved bruk av helsesøster (Langaard, 2006, s. 33-35). Ordet aksept kan også vise til at hun tenker at det er noen normative forskjeller mellom gutter og jenter når det kommer til å oppsøke helsesøster.

Aslak snakker om hvordan de mannlige studentene kan ha en litt annen innstilling når de kommer til samtaletime. Han forklarer at de ofte kommer inn med en konkret problemstilling, en konkret ting, eller et konkret eksempel på noe som har skjedd. Tidligere forskning finner også at guttene kommer med mer konkret definerte problemer (Langaard, 2006, s. 33-35). Aslak forklarer videre at jentene har en større tendens til å sette det de sliter med i en sammenheng og har dermed lettere for å komme til hva som er kjernen av problemet på grunn av at de i større grad ser et mønster i det de sliter med. Her kan man også tenke på dette opp mot sitatet ovenfor. Utvikling av evnen til å se sammenhenger av samme årsak som utvikling av vokabular for følelser. Andreas sier at de mannlige studentene «kanskje er villig til å sette av en par tre ganger, men da skal det være fikset». På denne måten har dette trekket med å ikke se sammenhenger også påvirket holdninger til hjelpen. Dette kommer også frem blant noen av de mannlige studentene for eksempel Snorre som forklarer at han ikke har fått så store resultater enda.

De mannlige studentene som vil fikse selv

Aslak tar opp det at gutter kanskje gjerne også ønsker å være i stand til å fikse problemene sine på egen hånd. Tidligere i intervjuet så snakket Aslak om hvordan han selv også var slik da han var yngre. Han skulle helst fikse ting selv og at det lå stolthet i det, og at man ikke ønsker å vise svakhet. Han omtalte det også som «litt sånn mannlige greier da». Her kommer begrepet svakhet inn igjen som ble nevnt av en informant i begynnelsen av analysekapittelet. Det at gutter ikke skal vise svakhet. Her viser også Aslak til hvordan det å be om hjelp kan oppfattes som svakhet. Aslak påpeker også det at selv om det er forskjeller her mellom mannlige og kvinnelige studenter så tror han ikke at det nødvendigvis betyr at det er forskjeller i behov:

«Har menn mindre behov for det? Trenger de det ikke i like stor grad og klarer de seg fint alene og ikke har behov for nettverk og slike ting, eller er det litt mer samfunnet og slik vi er opplært, og måten man håndterer ting på? (..). Jeg vet jo ikke helt, men jeg har den oppfatningen om at de [mannlige studentene] også har behov for støtte og det å snakke om ting, og sliter med de samme tingene, men håndterer det på en helt annen måte. Det er jo hovedsakelig det som er den største utfordringen da. I forhold til det å søke hjelp» - Aslak (Ansatt).

Dette med opplæring vil igjen vise til sosialiseringssprosessen, og kjønne som resultat av denne prosessen (Connell, 1995, s. 22). Dette sitatet kan tolkes til at han har en tanke om at de mannlige studentene er opplært til å skulle klare seg selv, og opplært til å ikke skulle snakke om følelser og utfordringer på samme måte som de kvinnelige studentene. Videre kan det tolkes dit at slike tanker kan føre til at mannlige studenter ikke oppsøker hjelp da de tenker at de burde klare seg selv. Gjennom sitatene, og dit de er tolket, kommer sosialisering frem som et gjentakende tema. De ansatte ser noen konkrete forskjeller mellom de mannlige og kvinnelige studentene, og de nevner ofte dette med vaner og opplæring. Dette underkapittelet viser også at det eksisterer tanker

om at de kvinnelige studentene kan virke til å være «flinkere» til å snakke om følelser. Det bringer oss videre til neste underkapittel om hvordan en slik ulikhet også krever ulike tilbud.

4.2.2 Ulike nivå til ulike tilbud – Justering av forskjeller

Det at de kvinnelige og mannlige studentene håndterer psykiske problemer ulikt er også med på å forandre enkelte tilbud. Aslak og Andreas var med på å starte et gruppetilbud kun for mannlige studenter. Innenfor sin organisasjon hadde de ofte opplevd at de kvinnelige studentene var raskere med å melde seg på ulike kurs og tilbud. De hadde også observert noen utfordringer innenfor tilbud hvor menn og kvinner var samlet sammen:

«Ja, det er jo litt det da at kvinner er såpass mye flinkere på det så de kan fort dominere i en slik sosial setting. Så de [mannlige studentene] blir litt mer passive ... ja, spilt ut på sidelinjen da i den settingen. Rett og slett (...). Det er så viktig at de får sin egen arena hvor de kan boltre seg fritt». – Aslak (Ansatt).

Ut fra dette sitatet kan det virke som om noen av disse tilbudene i større grad er tilpasset kvinnelige studenter. Ikke at der er tilpasset slik med vilje, men på grunn av faktorer som tidligere er diskutert, som opplæring i det å snakke om følelser, kan det virke som at slike tilbud er lettere å benytte seg av for kvinnelige studenter enn for de mannlige. Aslak forklarer videre at de så et behov for kun mannlige studenter hvor de sammen kunne øve seg på det å snakke om følelser da det eksisterer en nivåforskjell mellom de mannlige og kvinnelige studentene. Det virker som om settingen med både kvinner og menn viser hvordan jentene allerede har fått denne øvingen, og at det er noe de mannlige studentene mangler. Det virker også som at denne nivåforskjellen fører til at disse tilbudene ikke gir den samme effekten hos de mannlige studentene da de blir passive og «spilt ut på sidelinjen». Andreas mente også at det at dette gruppetilbudet ikke var definert som en selvhjelpsgruppe hadde betydning:

«(...) Men det her var jo å snu om på det. Faktisk gjøre det som vi ser at kvinner er flinkere på da, og bare snakke om ting uten at det skal være et mål å løse det som plager deg. (...). Flere som faktisk sa at de hadde snakket med kompiser på en annen måte i etterkant. At de hadde tatt en runde og løst opp i litt. Sagt at de bærer på sine ting, og at det hadde vært fine stunder» - Andreas (Ansatt).

Her forklarer Andreas hvordan de hadde tilpasset gruppen opp mot hvordan de hadde oppfattet flere av de mannlige studentenes tankegang tidligere ved at de ønsker en konkret løsning. Det at disse mannlige studentene påpeker at de har blitt bedre til å snakke med andre sender også et signal om at det ligger noe sosialt og kulturelt i dette. Det viser til at det kanskje var denne treningen som skulle til for at de følte seg mer komfortabel med å snakke om følelsene sine og ting de sliter med. Det symboliserer også at det er noe som kan læres uavhengig av kjønn. Dette kan også vise til at et mer tilpasset tilbud også er med på å faktisk gi resultater og en effekt. Her er det viktig at disse mannlige studentene ikke bare har fått øvd seg på det å snakke om ting, men også hatt opplevelser om at det kunne skape fine stunder. At de har hatt en positiv opplevelse med å dele med andre at de sliter, og dermed sett en verdi i slik handling. Andreas snakker videre om hvorfor denne øvingen er så viktig:

«Og det handler jo om å justere ut de forskjellene som finnes i hele samfunnet. (...). Det finnes masse statistikker på det her. Store kjønnsforskjeller i både hvem som oppsøker

mentale helsetilbud, og behov man har for det, hvem som er trent på det og hvem som tar livet sitt mest. Så vi vet at det er viktig å ha et tilbud for menn da». – Andreas (Ansatt).

Det å justere forskjeller her vil vise til et forsøk på å redusere den negative effekten det kan ha for gutter som ikke søker hjelp for problemene de har. Han påpeker her at det er en ulikhet, og det kan tolkes slik, ut fra dette sitatet og ting som har blitt sagt i intervjuet som helhet, at en av årsaken til at denne ulikheten eksisterer er rotfestet i sosialisering. Aslak viser her også til viktigheten ved at det er definert og strukturert på en annen måte. Som tidligere nevnt kan det virke som at det er en ulikhet i effekten av tilbud som er tilpasset og ikke. Kjønn kan på denne måten få betydning både for om man oppsøker hjelp, og for hvor godt hjelpen man oppsøker fungerer.

Selv om Aslak og Andreas ser at de mannlige studentene har ulike behov var de opptatt av å møte alle studenter på samme måte. Arve sier at om det er han eller henne har ikke noen betydning, og at han går inn i det enkelte mennesket. Dette er ikke så rart med tanke på at vi lever i et moderne samfunn med fokus på likestilling og som ser på forskjellbehandling for ulike kjønn som noe negativt og i verste fall som kjønnsdiskriminering. Dette bringer oss også over til neste underkapittel som handler om hvordan kjønn kan se ut til å delvis ha blitt usynlig for enkelte av studentene.

4.2.1 Kjønnrollenes usynlighet

Hvordan kjønn påvirker situasjonen med å søke og få hjelp er fremtredende i datamaterialet, men noe annet interessant er hvordan kjønn til tider kan virke usynlig for studentene. Enten ved at de ikke ser på det som betydningsfull, eller ved at de ikke er så bevisste rundt hvordan den har påvirket deres egen prosess. Det sistnevnte kommer svært tydelig frem i et sitat av Sofie. Jeg spurte henne om i hvilken grad hun hadde kjent på at hennes kjønn hadde hatt betydning for hennes prosess. Da svare hun:

«Nei! Nei! (...). Det kan jo være at om jeg hadde vært gutt (ler) så hadde jeg kjent litt mer på det» - Sofie (Student).

Dette sitatet viser hvordan hun ikke er bevisst i hvordan hennes kjønn har hatt påvirkningskraft. Selv har hun ikke kjent på at sitt kjønn har hatt betydning, men hun har også tanker om at det ville vært annerledes dersom hun hadde et annet kjønn. På denne måten forklarer hun akkurat hvordan hennes kjønn faktisk har hatt en betydning. Det virker her som om hennes kjønn, eventuelt dets påvirkningskraft, har blitt noe usynlig. Dette at kjønn ikke er noe som man umiddelbart ser på som betydningsfull kommer også opp hos noen av de ansatte i helsetjenestene. De ansatte som jobbet med gruppetilbud kun bestående av mannlige studenter fortalte at de hadde snakket om mansrollen på et av møtene som gruppen hadde. De hadde sammen med de mannlige studentene snakket og reflektert litt rundt denne rollen. Da jeg spurte om hva de hadde snakket om når dette temaet kom opp svarte Andreas:

«Det var nettopp det som var så interessant. De kjente seg ikke igjen i det. De hadde ikke tenkt over at det var noen forventninger til det å være mann, eller mente at det ikke var noen forventninger til det å være mann. (...) Men så kom det frem etter hvert at nei vi gråter jo ikke (humrer). Og vi snakker ikke om det, eller snakker jo om ting med dama, men kan ikke prate med noen nei» - Andreas (Ansatt).

De forklarer også at det var flere ting som kom frem som tabu å gjøre som mann. Dette sitatet viser til litt av det samme som ovenfor. Der virker som om de forventningene er

der, men ligger så dypt at de ikke ser dem. Det at de må diskutere og reflektere over det før de ser dem viser også hvordan det ikke er tanker man har daglig i hverdagslivet. Det er også interessant at de kommer frem til at det er noen forventninger som ligger der, og at det å vise følelser og snakke om hvordan man har det strider imot det å være mann. Sitatet kan tolkes dit at de har innrettet seg etter disse forventningene uten å ha vært bevisst over dem. Aslak forklarte dette på denne måten:

«Så det kan jo være en utfordring også da. Hvis man går gjennom livet og følger masse spilleregler uten å ta konkret stilling til det, da kan man fort havne på uheldige spor uten å egentlig forstå hva som foregår selv». – Aslak (Ansatt).

Det er nesten som om disse spillereglene er blitt usynlige togspor som man automatisk følger. Sitatet viser til hvordan det å ikke være bevisst disse forventningene kan ha negative innvirkninger. Her kan det også tolkes slik at Aslak tenker at det å ikke være bevisst over disse forventningene også kan føre til at man ikke oppdager hvordan de leder i en retning man kanskje ikke burde gå. Noe annet som kan skygge over kjønn, eller eventuelt noe som kan være med på å føre til at kjønn har mindre betydning er identitet. Studenten Sindre forklarer det slik:

«For min del personlig så føler jeg ikke at kjønn mitt har så mye og si for jeg er av natur åpen i kontakt med følelsene mine» - Sindre (Student).

Dette sitatet kan man tolke dit at Sindre tenker at hans personlighet overgår hans kjønn. Vi lever i dag i et samfunn som er svært individualistisk. Det kan også være med på å skygge over kjønn ved at man ser på seg selv, og sine problemer som en del av identiteten og ikke som relatert til noe annet. Sindre forklarer også direkte hvordan hans personlighet har ført til at kjønn ikke har hatt så stor betydning. Sitatet kan også tolkes dit at det å være åpen i kontakt med sine følelser ikke nødvendigvis er vanlig for hans kjønn. Han påpeker også at det at han studerer psykologi har betydning. Sindre har noen tanker om at det å studere psykologi kanskje har påvirket han og resten av hans studievenner til å være mer åpne om ting som omhandler psykisk helse. Her viser han til hvordan han mener at miljøet hans har hatt større innvirkning på hvordan han tenker om psykisk helse og behandling enn det hans kjønn har hatt. Som om hans miljø og personlighet overskygger påvirkningen av det å være mann.

Denne usynligheten er interessant på flere måter. Her er det viktig at man stiller seg spørsmålet om kjønn kan virke til å oppleves som usynlig fordi det har mistet noe av sin betydning, eller viser det til hvorfor kjønn kan ha stor innvirkning i slike situasjoner.

4.3 Rollen som pasient

Noe av det som jeg fant mest interessant under datainnsamlingen var hvordan enkelte snakket om det å være en pasient i settingen med behandling for psykiske problemer. Andreas trekker frem at det ikke nødvendigvis trenger å være behandlingen i seg selv som fører til at flere ikke ser på det å søke hjelp som et riktig valg:

«Jeg tror først og fremst at det er den rollen som pasient da som de ikke kjenner seg igjen i. (...) altså de han ha et fint og helt greit inntrykk av psykologer tror jeg. (...). Men det er den rollen som pasient som er så fremmed da. Det er noen som er syke, og jeg er jo ikke syk. Jeg har det bare litt vanskelig for å stå opp om morgenen. Så det med å kjenne seg selv igjen i det bildet» - Andreas (Ansatt).

Her kommer rollen som pasient frem. Synet man har på seg selv samsvarer ikke med hvordan man ser på en person som går til behandling for psykiske plager. Sitatet kan tolkes dit at det eksiterer en utfordring blant studentene å skulle sette seg i rollen som pasient når det kommer til psykisk helse. En av studentene snakker også om synet man har på mennesker som går til psykolog:

«For det er sikkert noen som tror at man er gal når man går til psykolog. Og den myten blir jo avlivet med en gang man går dit selv.» - Severin (Student).

Gjennom dette sitatet viser han både til at dette er en tanke som kan eksistere blant flere, og han viser til at det er en myte. Det som Severin snakker om her, og det som Andreas også snakker om, kan dermed vise til at man kan ha noen negative tanker rundt mennesker som går til psykolog. Eventuelt at man har et inntrykk av at de er sykere enn det de faktisk er. Videre under intervjuet med Severin så snakket vi om kunnskap rundt hvordan og hvor man kan søke hjelp dersom man sliter. Det hadde Severin noen interessante tanker om. Han tror at de fleste det at det er mulig å få hjelp, men at man ikke vet hva det innebærer før man selv har prøvd. Han tror det er «det største problemet da man ikke helt vet hva tilbudet er». Med andre ord at man mangler kunnskap om hva det vil si å være pasient. Han forklarte også under intervjuet at det å skulle begynne i behandling er det som er vanskelig, og at det for mange er det vanskeligste steget å ta. Han forklarte at han var veldig skeptisk til sin første time, og var usikker på om han i det heletatt skulle dra. Anette snakket også om at det at man ikke vet hva man går til kan øke terskelen for å søke hjelp:

«Terskelen kan være ganske høy første gang du kommer til oss fordi man ikke helt vet hvem vi er og hvordan dette ser ut, og man tenker at det kan bli veldig voldsomt da viss man plutselig søker hjelp og da blir problemene reelle, eller da blir det stort da, men det blir jo ikke nødvendigvis det». - Anette (Ansatt).

Hun tar opp det at man fort kan tenke at problemene man har blir veldig reelle når man søker hjelp for dem. Det kan man tolke til at man kan tenke at man setter seg i rollen som syk dersom man søker hjelp. Uten at man nødvendigvis føler seg så syk at man trenger det. Mangel på kunnskap om hva det vil si å få hjelp kan også påvirke synet på de som søker denne hjelpen. Arve snakker om dette med å anerkjenne at man har et problem:

«Så jeg tror det går litt på det. En redsel for å anerkjenne at man har et problem. For eksempel folk som x [tar kontakt] med rusproblem, det er ikke lett for dem å si at de har det altså. Det er mange som x [tar kontakt med] oss, første gang og anonymt, men erkjenner at de har et rusproblem. For det og psykiske sykdommer det er litt tabubelagt». - Arve (Ansatt).

Det at han bruker ordet tabubelagt viser til at det kan eksistere noe stigma tilknyttet rollen som pasient når det kommer til psykisk helse. Han snakker også om hvordan det kan oppfattes som en sykeliggjøring av seg selv. Dette kan muligens også ha en sammenheng med dette om at man har et visst syn på personer som er innenfor denne rollen, og at dette ikke nødvendigvis samsvarer med det som er sant. Disse to aspektene med å ikke akseptere at man har problemer, og at man ikke vet hva det innebærer å få hjelp går igjen som faktorer som gjør det vanskelig å sette seg i rollen som pasient.

4.3.1. Er jeg syk nok?

Noe som skiller seg ut i datamaterialet er temaet om hvor syk man må være, eller hvor stort behovet skal være før man søker hjelp. Jeg spurte de ansatte om hvorfor de trodde at det for mange er et så stort steg å ta å skulle søke hjelp. Det hadde Asgeir noen tanker om:

«(...) de kan mene at de ikke er syke nok. Altså at problemene ikke er store nok og jeg vil ikke bry noen, og jeg vil ikke ta plassen til noen som har det verre enn meg». – Asgeir (Ansatt).

Her skiller også rollen som pasient for det psykiske seg ut. Her kan det tenkes til at det som kommer frem lengre opp med at man har lite kunnskap om de som er pasienter også fører til at man ikke vet hva de får hjelp med, og vet dermed heller ikke at de kan få hjelp for det de selv sliter med. Studenten Sindre påpeke blant annet dette at det er ofte de mest alvorlige tilfellene man hører om:

«Det er rettet mot når du står i valget mellom liv og død (...) det er en del info om det, men ikke det som skjer før» - Sindre (Student).

Her kommer Sindre med et godt poeng. Da man ofte hører om krisetelefoner man kan ringe, eller de verste tilfellene med psykisk sykdom, så kan det bli vanskelig å bedømme om man selv er syk nok til å søke hjelp. Dette kan også igjen henge sammen med det som Severin påpekte om denne myten om at man er gal dersom man går til psykolog. At det man vet om psykisk helse og behandling fører til at man har et visst syn på hvordan denne pasienten er og hvordan behandlingen er. Andreas og Aslak snakket litt om dette med å kjenne seg igjen i rollen som pasient. Jeg spurte dem om hvorfor det kunne være en utfordring for noen, og om det kunne handle om manglende kunnskap. Da svarte Aslak:

«Hvis de ikke har noen erfaring med det fra før, og ikke vet hva det går i. Da er det ofte en misoppfattelse både av hva psykolog er og hvordan det er, men det er også like viktig det som du [Andreas] sier om hvordan de ser for seg en person som går til psykolog. Da er man syk. Man trenger virkelig hjelp. Kanskje man er suicidal. Det er alvorlig. Også kjenner man seg ikke igjen i det hele tatt i den vrangforestillingen man har om en pasient da.» - Aslak (Ansatt).

Aslak og Andreas forklarer også at det finnes de som ikke vil gå til psykolog fordi de har hatt dårlige opplevelser tidligere, og at ikke alle tilfellene handler om en slik vrangforestilling om rollen som pasient. For de som eventuelt har et slikt syn så kan det være vanskelig å se seg selv som syk, og dermed også identifisere seg med rollen som pasient. Dette kan nok også ha en sammenheng med hvorfor det er så mange av studentene som sitter med spørsmålet om sine problemer er store nok. Som tidligere nevnt trodde Asgeir at mange lurte på om de er syke nok. Sarah er den studenten som snakker mest om dette. Hun tenkte i forkant at det var noen som trengte hjelpen mer enn henne. Hun forklarer at selv etter å ha startet behandling har hun dager hvor hun tenker at hun ikke fortjener hjelpen. Hun forklarer også at hun noen ganger har lurt på hvorfor hun har de problemene som hun har da hun er veldig privilegert. Sarah snakket også om dette med å skille mellom det som alle andre også sliter med, og det som faktisk er noe man må ha hjelp til:

«(...) jeg sa til fastlegen min at jeg tror det skal gå bra og at det bare var en dårlig periode siden det var før eksamen. Så jeg hadde jo eksamensangst i tillegg til ... skal jeg si vanlig angst, men angst er jo ikke vanlig (ler). (...) jeg tenke jo på den tiden at det bare var

studentproblemer, men de [hjelpetilbudet] er jo der for studenter så selvfølgelig kan de hjelpe meg». – Sarah (Student).

Hun forklarer videre at hun tror at det er mange studenter som sitter med en oppfattelse av at slike tilbud er der for de som har alvorlige lidelser. Sarah tror dermed at det er mange som sitter med problemer som påvirker hverdagen, men som ikke vet at tilbudene kan hjelpe med det. Hun snakker om dette spørsmålet om man har vanlige studentproblemer, eller om man faktisk sliter med noe som behøver behandling. Dette som Sarah snakker om her kan vise til at studentene sliter med å skille problemer man skal søke hjelp for, og problemer som er så vanlige at de løser seg selv. Dette kan igjen vise til en liten kunnskap om hva det vil si å være en pasient. Som Sarah påpeker så kan et «vanlig studentproblem» være nok til at man burde søke hjelp. Men dersom man tenker at det er normalt, og ikke vet at andre søker hjelp for lignende problemer så kan det være vanskelig å innse. Her er man tilbake til dette med at man ofte hører om de alvorlige tilfellene.

Det at det er mange som er usikre på om sitt problem er stort nok viser også til behovet for at det eksisterer lavterskeltilbud. Som Sindre påpeker var han klar over at det var dette han trengte da han ikke var alvorlig syk. Aslak påpeker også derfor at det er alfa omega at man fyller en åpning mellom psykolog og det å ikke søke hjelp. Altså at det eksisterer et tilbud som er mer lavterskel enn psykolog, men hvor man også får hjelp. Man kan ut fra dette forstå det som at lavterskeltilbud kan være med på å tydeliggjøre dette skille mellom hva man skal søke hjelp for og ikke som det kan se ut til at studentene sliter med.

4.3.2 Sosial støtte

Flere av studentene peker på hvordan støtte fra venner og familie har vært avgjørende for at de har søkt hjelp. Det å få hjelp i fra familien har vist seg som en viktig faktor for flere. Studenten Sindre forklarer at det var hans far som hadde funnet frem studenttilbudet som han til slutt endte opp med å benytte seg av. Sofie påpeker også at familie er viktig, men at det kanskje blir vanskeligere jo eldre man blir. Jeg spurte henne som hun har noen taker rundt om det kan være vanskeligere å søke hjelp for noen enn for andre? Da svarte hun:

«Ja det tror jeg. Enkelte ... ja det kommer vel helt an på hvordan familie og omgangskrets (..) når man er ung og er innom BUP og da er det kanskje mer familien som pusher på, men jo eldre man blir så tror jeg det er vanskeligere å søke om hjelp, og forstå at det er et problem da.» - Sofie (Student).

Sofie påpeker at når man er yngre kan familie være med på å starte en behandling, og være personer som oppdager at det er noe galt. Familie og omgangskrets er også det første hun tenker på når det kommer til hvem som kan ha vanskeligere enn andre med å søke hjelp. Det kan dermed tolkes dit at det er noe av det hun ser på som mest sentralt i prosessen med å søke og få hjelp. Hun forklarer at dette kan bli vanskeligere når man blir eldre. Hvis man tar studenter som eksempel så er det flere som har flyttet hjemmefra, og som kanskje har familien langt unna. Da har man ikke den samme støtten ved at noen ser at det er noe galt og kan hjelpe til med å starte en behandling. Det at enkelte av studentene har blitt oppfordret til å søke hjelp av venner og familie er også noe som Anette snakker om. Anette snakket om at spesielt for de mannlige studentene så var det noen ganger snakk om at det var en kjæreste eller en mor som hadde oppfordret dem til å søke hjelp. Hun tror det er viktig for de mannlige studentene

som kanskje ikke tenker over at det finnes et tilbud for dem. Her viser hun til hvordan familie kan ha direkte innvirkning på at man får hjelp. Her kan det se ut til at familie kan ha stor positiv innvirkning. Dermed kan man også stille seg spørsmålet om hvilken betydning det kan ha dersom miljøet påvirker i negativ forstand.

Sarah forklarer at hun kommer fra en streng kultur. Hvor mentale helseproblemer egentlig ikke eksisterer. Hun viser blant annet til at det førte til at hun hadde en far som ikke helt forstod hva problemet var. Hun viser også til hvordan en slik kultur kunne ha innvirkning på betydningen som kjønn får når det kommer til slike problemer. Hun hadde tidligere vist til at hun hadde en bror som også hadde hatt utfordringer. Sarah viser blant annet til at hennes foreldre kanskje har hatt en litt annen tilnærming også til broren, og har hatt større forventninger til at han ikke har slike problemer. Dette viser hvordan synes på kjønn kan variere ved kultur og miljø, og at det videre kan påvirke prosessen med å søke hjelp for psykiske problemer. Snorre har også et eksempel på dette. Han viser til hvordan det har hatt påvirkning at han har vokst opp i et tradisjonelt samfunn:

«Jeg er jo oppvokst i en bygd. Relativt gammelt syn på ting. Mannfolk skal være store og sterke, og skal ikke plages av slike ting. Ikke bare en bygd, men også på et gårdsbruk der livet består av å våkne, spise, gå i fjøset og arbeide alle andre tider. Så det var ikke tid for å være syk eller innrømme at man er syk og ikke kunne jobbe. Så det var litt integrert det da kanskje». – Snorre (Student).

Han forklarer hvordan et slikt syn på hvordan menn skulle være var noe som var litt integrert i han. Dette synes viser også til det synes på menn som kommer frem i begynnelsen av analysen at de skal være sterke og tøffe. Dette er også Snorres svar på spørsmålet om hvorfor det hadde tatt tid for han å søke hjelp:

«Jeg skal jo liksom stereotypisk være slik jeg stereotypisk ser ut og stereotypisk kommer fra». – Snorre (Student).

Her viser han til hvordan miljøet han er oppvokst i også har påvirket synet på hvordan han selv ideelt sett skal være. Sitatet viser også til at han stereotypisk ikke samsvarer med det å skulle søke hjelp. At handlingen å søke hjelp ikke samsvarer med slik han ser ut. Han forklarer også videre at han hadde en mor og en søster som var ganske åpne, og at det hadde stor betydning for han. Han forklarer at han er veldig glad i sin far, men at dersom begge foreldrene hadde vært som han hadde det vært vanskeligere. Han beskriver dermed miljø som en «megafaktor». Snorre viser også til at han har hatt støttende venner å at det har ført til at det at han er mann ikke har hatt like stor betydning. Det som Snorres historie viser i stor grad, er hvordan miljøet kan påvirke i begge retninger. Både hans historie og Sarah sin historie viser til at miljøet kan ha stor betydning for om man søker hjelp, og påvirker også i hvor stor grad av betydning kjønn får i denne prosessen.

4.3.4 Fysisk vs. psykisk helse

For de fleste er det en selvfølge å oppsøke fastlege dersom man opplever fysisk smerte eller ubehag. Noe som kommer frem i datamaterialet er at man kanskje ikke har det samme synet på psykisk helse og behandling for psykisk smerte og ubehag. Andreas hadde opplevd at det var flere av studentene han snakket med som var skeptiske til psykolog da det kom opp som tema. Han hadde en fin forklaring på hvordan mange så på det å skulle gå til psykolog:

«Flere tenker at psykolog da er du syk! Det er litt det samme som å tenke på psykolog, ikke som tannlege, men som kirurg. At det må være noe galt for det kobles inn.»
- Andreas (Ansatt).

Med dette sitatet så viser Andreas hvordan man ikke har det samme synet på forebyggende tiltak for psykisk helse. Dette sitatet viser fint til hvordan mange tenker på behandling for psykiske problemer som noe man gjør dersom man er syk, og ikke ved lettere problemer. Andreas forklarte også at det å gå til behandling for psykiske plager også er noe som flere ikke er interessert i at andre skal vite at de holder på med:

«Noen låser seg litt når ordet psykolog nevnes. (...) tenker at det er en del stigma rundt psykolog. Og ønsker derfor ikke å gjøre det, og ønsker også kanskje at de skal møtes mest mulig i hemmelighet da. Og kjenner på en skam over å slite. Det har jeg møtt flere ganger. Det er mange som synes at det er ubehagelig at vi møtes og at samtalerommet vårt er på campus hvor det er mye folk, og skulle helst møttes i en bakgate (ler).» - Andreas (Ansatt).

Det at han flere ganger har møtt på studenter som skammer seg over å slite viser til at det er et problem med stigma rundt psykisk helse og dermed også behandling for det. Det at flere synes at det er ubehagelig å møte opp på samtalerommet kan også vise til at ved å søke hjelp så er det også en risiko for at andre skal finne ut at man har problemer. Asgeir forklarte at i samtaler med studenter var det flere ganger snakk om at de burde søke profesjonell hjelp. Han forklarte også at det ikke var alle som følte at det var riktig vei å gå. Derfor likte han å bruke metaforer og koble situasjonen opp mot fysisk helse for å få studentene til å forstå at det å søke hjelp var det riktige valget å ta:

«Og jeg tenker at fysisk og psykisk helse er sånn sett ... det er likhetstegn der. Og da pleier jeg å spørre da. Hvis du har så vondt i benet at du nesten ikke klarer å gå. Hva gjør du da? Alle svarer at de skal til legen. Og hvis du da har så vondt i hjertet ditt at du ikke kommer deg ut av hybelen, eller i magen din eller i hodet ditt. Hva gjør du da? Så det er et bilde jeg bruker veldig mye og hvor jeg får litt sånn: hehe du har jo rett. Det er jo sant det.» - Asgeir (Ansatt).

Her viser Asgeir hvordan studentene tenker litt mer over det å skulle søke hjelp dersom de sliter når han sammenligner det med fysisk helse. Som han forklarer så ler flere av studentene når han bruker dette bildet. For det er noe interessant ved at selvfølgen ved å søke hjelp ikke er like klar for psykisk helse som den er for fysisk helse. En av studentene, Snorre, tok også opp dette som et tema, og syntes at det var rart at man i dag ikke hadde det samme synet på å forebygge psykisk sykdom som man har for fysisk sykdom. For Snorre er det en selvfølge at man burde gjøre forebyggende tiltak også for psyken. Som det øvrige datamaterialet under dette underkapittelet viser så er det ikke alle som sitter med det samme synet som Snorre. Dette kan kanskje også vise mot at dette synet er i ferd med å endre seg, men at det mer tradisjonelle synet fortsatt henger igjen. Jeg vil nå bevege meg over til det som ifølge informantene ser ut til å være i endring.

4.4 Et generasjonsskifte

Noe annet som fremtrer i datamaterialet er hvordan nesten alle informantene referer til et generasjonsskifte når de snakker om en endring i synet på psykisk helse og behandling. Flere av informantene snakker om at ting er mer akseptert i dag enn tidligere når det kommer til tematikk rundt psykisk helse. Arve er blant annet en av de som viser til dette. Han snakker blant annet om at det kanskje ikke er like lett for den eldre generasjonen som for de yngre i dag:

«Du ser også de her krigsseilerne og de som har gått gjennom krig og det var jo sånn hold kjeft det går over. Den kulturen er jo forbi nå, men det var det de hørte (ler).» - Arve (Ansatt).

Han påpeker hvordan denne kulturen nå er forbi. Jeg tolker det slik, og ut fra ting han snakket om generelt i intervjuet, at kulturen i dag går på å snakke om ting heller enn å bare glemme. Han viser til en kulturendring som har skjedd når det kommer til hvordan vi snakker om og handler når det kommer til psykisk helse og behandling. Også det at behandling kanskje ikke engang var et alternativ tidligere. Sarah viser til hvordan noen av de eldre tenker at det er en trend å være depressiv, men hun viser til at det heller handler om at man har mer kunnskap og åpenhet om det i dag. Dette kan vise til denne kulturendringen som Arve snakker om. At det kan handle om mer kunnskap og åpenhet.

Dette med forventninger i dagens generasjon var noe som Andreas snakket om. Han tenker at det i dag er større forventninger til at også gutter skal være i stand til å ta vare på egne følelser. Og han sier det at han tror «man blir koblet av datingmarkedet» dersom man ikke er i stand til dette. Han forklarer at:

«Man tvinges av at det forventes i større grad at man er i stand til å ta vare på egne følelser og egne behov. Det kan ikke bare skure og gå liksom. Jeg tror at hvis man ikke tar tak i det man sliter med så faller man litt bakpå. Rett og slett». - Andreas (Ansatt).

Dette kan også handle om den utviklingen man ser. At man i større grad anerkjenner psykiske problemer som alvorlig. Dermed viser han også til en endring i forventninger vi har til det å søke hjelp og snakke om ting. Og at dette er forventninger som vi også i større grad har ovenfor denne generasjonens menn enn tidligere. Jeg tolker dette sitatet dit at samfunnets utvikling påvirker i den forstand at man må søke hjelp for å oppfylle dagens forventninger. Men ordet generasjon dukker ikke bare opp hos de ansatte. Studentene snakker også om dette. Severin tror at endringene vi ser i samfunnet tilknyttet psykisk helse og behandling også kan handle om et generasjonsskifte. Han sier det at han «tror at når den eldre generasjonen dør ut og vi vokser opp så vil vi ha en helt annen erfaring med det». Dette han ha noe med denne endringen av kulturen som blant annet Arve snakket om. To av studentene snakker også særlig om deres opplevelser i miljø som ikke i like stor grad har vært med på denne kulturendringen. Sarah har blant annet erfaringer med dette ved at hun har vokst opp i en streng kultur. Hun forklarer at det kan være vanskelig å søke hjelp for unge som har vokst opp i en kultur hvor man har en tanke om at psykisk sykdom ikke finnes å. Snorre snakker også om dette og viser til det mer tradisjonelle miljøet han er vokst opp i. Vi snakket om ødeleggende faktorer for åpenhet rundt psykisk helse som han hadde tatt opp som tema. Når vi snakket om hva som kunne være ødeleggende faktorer sa han dette:

«Mye av det miljøet som jeg kommer fra er jo blant annet det. Ikke fordi folk misliker de som strever med det, men det er en, hva skal jeg si, en fremmedfrykt for det da kanskje.

Den som forstod seg greit på diagnosene mine var jo moren min som er fra byen også som er mer moderne og mer kulturell av seg og som har strevd litt med seg selv, mens faren min som er den våkne, spise, arbeide, legge seg igjen-person, greide ikke å sette hodet sitt rundt det.» - Snorre (Student).

Snorre bruker ordet moderne om sin mor som hadde forståelse for det han strevde med. Dette kan tolkes dit at han tenker at det å ha forståelse for psykiske problemer og sykdom er noe som tilhører det moderne kontra det tradisjonelle. Han viser også til hvordan en ulik forståelse for det man sliter med også kan følge med det miljøet man kommer fra. Dersom man har mindre forståelse for problemene, kan det også være vanskeligere å vite hvordan man skal løse dem. Dermed kan det også være vanskeligere å søke hjelp innen tradisjonelle samfunn. Man kan også se en utvikling i forhold til kjønn. Både studentene og de ansatte peker på at det virker til at det har blitt mer akseptert for menn å skulle snakke om ting og søke hjelp. Sarah forklarer det slik:

«(..) jeg har jo en del kompisar nå som har begynt å være litt mer åpen og vet jo også fra broren min at de liksom er litt mer på å passe på hverandre». - Sarah (Student).

Dette sitatet viser hvordan gutter i dag snakker mer med hverandre. Her ser vi at flere av informantene påpeker at de ser en endring ved at det har blitt mer akseptert for gutter å snakke om at de sliter og søke hjelp. Da kan vi stille oss spørsmålet om hvorfor denne endringen har skjedd?

4.4.1 Pandemien som synlig skifte

Asgeir snakker om at de har opplevd en oppgang i studenter som tok kontakt under pandemien. Han forklarer videre at for mange så har ensomhetsfølelsen blitt forsterket. Dette er interessant, og man ønsker å stille spørsmålet om hvorfor det har vært slik. Anette forklarer blant annet at hun har sett en endring i kjønnsbalansen etter pandemien. Hun opplever at det nå er flere mannlige studenter enn tidligere som tar kontakt. Jeg spurte henne om hun hadde noen tanker om hvorfor det var slik, og da svarte hun:

«Noe kan være at samfunnet har vært mer åpent om at det er greit å ha det vanskelig akkurat nå. Alle har stått i den samme pandemien og det har på en måte vært akseptert at ting er vanskelig da. At det blir mer jevnt sagt alle synes det her er dritt, så da er det greit å føle seg dritt» - Anette (Ansatt).

Dette kan tolkes dit at pandemien har vist flere hva psykisk helse er, og hva det kan innebære å ikke ha det bra psykisk. Dette kan igjen ha ført til en større grad av aksept rundt temaet. Aslak sier det at han tror at som et hell i uhell så har «korona og pandemien gjort oss smertelig klar over at vi alle sammen har en psykisk helse, og vi har de samme behovene og menn har de også». Han forklarer at man også har blitt klar over at dette er noe man må håndtere og at det da er å oppsøke hjelp som må til. Anette og Aslak forklarer dermed at pandemien kanskje kan ha vært med på å endre noen synspunkter på psykiske problemer og behandling. Her må man også tenke over at åpenheten er en ting, men at det også en større del av befolkningen har slitt psykisk under pandemien. Det er også en årsak til at flere har tatt kontakt i denne perioden. Det har vært mye snakk om hvordan restriksjonene også har påvirket vår psykiske helse. Flere har kanskje også kjent på ting de ikke har kjent på tidligere:

«Også er det jo også sånn at det er ganske mange studenter som har med seg en liten ryggsekk med noe oppi som ikke alltid er like bra, men som i det daglige livet på en måte fungerer greit fordi at man er ja engasjert og holder på med ting og er sammen med venner, men når det ikke så skjer så kan jo de tingene som de har hatt med seg å ta ganske stor plass fordi de da plutselig ikke har noe annet å tenke på enn hva de reiste fra, og det har vi merket en del» - Asgeir (Ansatt).

Her snakker Asgeir om at ting man sliter med plutselig får stor plass da alt annen blir satt på vent. Som om at det for mange har blitt tydelig at de sliter. Som Aslak nevner så har flere blitt klar over at de har en psykisk helse. Dette sitatet kan tolkes dit at det under pandemien var flere av studentene som oppdaget at de hadde psykiske problemer som de kanskje ikke hadde kjent så mye på tidligere. Det er nok dette som også menes med at flere har blitt klar over at vi alle har en psykisk helse. Anette nevnte blant annet at hun hadde opplevd at det siste året så hadde de fått flere gutter innom enn tidligere. Hun hadde også noen tanker om hvordan pandemien har kunne påvirket dette. Hun tror det at idretten har vært stengt ned har hatt stor betydning gjennom at flere gutter har mistet denne garderode- og kompispraten som følger med, og gjennom mangelen på dette kjent på at de trenger noen å prate med. Hun tror flere gutter får en del utløp ved slike samtaler. Hun nevner også dette med at utelivet har vært stengt, og at vorrsspill hvor man har kunnet sitt å prate også har forsvunnet. Her kan man igjen se en kobling til hvordan en distansering fra det vanlige sosiale livet før pandemien har skapt et større behov for mange for å snakke med andre. Dette er også et eksempel på hvordan pandemien ikke bare har vært til bevisstgjøring over egen psykiske helse, men kanskje også ført til at de som tidligere ikke har hatt noen problemer har fått nye utfordringer.

Det som også flere av de ansatte snakker om er hvordan pandemien har vært med på å endre tilbudene, og ført til nye løsninger. Anette forklarer at de måtte komme med digitale løsninger over natten. Hun forklarer også at nå i ettertid har de fortsatt og tilby digitale samtaler da det er studenter som ønsker det. Hun viser også til at de raskt fikk i gang et tilbud hvor de kunne gå turer sammen med studentene. Digitale tilbud bringer ofte med seg en anonymitet som flere setter pris på. Det kommer også frem i tidligere forskning at for ungdommer så er konfidensialitet avgjørende (Langaard, 2006, s. 31-32). Asgeir viser blant annet til at anonymiteten er en stor fordel da det ofte er snakk om skambelagte ting. Dersom de synes det er vondt og de ikke tørr så er det lettere å ta kontakt en plass noen ikke vet hvem jeg er. Dette kan føre til at det for enkelte er lettere å ta kontakt. Sarah, en av studentene, påpekte dette. Hun syntes at det var veldig greit at hun kunne bestille time over nettet for da var det ikke behov for at hun måtte forklare noe om sin tilstand. Som tidligere diskutert kan det være mye stigma tilknyttet det å skulle være en pasient. Spesielt dersom man legger til grunn synet som mange har på en pasient gjennom at det er en person som er veldig syk. Det å være anonyme kan for mange være avgjørende. Dermed kan denne utviklingen som har skjedd i tilbudet for psykisk helsehjelp ha hatt betydning for at flere studenter har tatt kontakt.

4.4.2 Medias rolle for normalisering

Åpenhet er et begrep som går igjen i intervjuene med både ansatte i hjelpetjenestene og studentene. Sindre forklarer hvordan han har sett en økende åpenhet rundt det å gå til behandling, og spesielt mellom menn:

«Også er det jo nå stadig mer åpenhet rundt psykisk helse og jeg ser stadig flere menn, også mine egne kompis, som går ut i media og er åpen som jo kan bane litt vei å gjøre det enklere og mindre komplisert å søke hjelp». – Sindre (Student).

Studenten Sindre forklarer at han har kompisar som har gått ut med sine historier og at responsen bare har vært positiv. Han forklarer at «folk backer dem og gir dem skryt for å være åpen så jeg tror jo på en måte at det kan være med på å skape en trend». Her kan man tolke det slik at synes på hvordan en mann skal være kan endre seg gjennom en slik åpenhet. Skape en trend med å søke hjelp slik at normaliteten blir at det er en tøff handling, og at det er negativt å forsøke å håndtere ting på egenhånd.

Media spiller også en rolle når det kommer til åpenhet og normalisering. Jeg snakket med Aslak og Andreas om hvorfor de tror det går i den retningen som vi ser ved at det er mer akseptert å skulle søke hjelp. Da svarte Aslak dette:

«Mer åpenhet rundt det! Det er liksom løftet litt mer, satt litt mer på dagsorden og på agendaen, og det snakkes mer på samfunnsnivå om at det er viktig». – Aslak (Ansatt).

Dette sitatet viser til hvordan det å søke hjelp for psykiske plager har blitt et mer aktuelt tema i samfunnet. Sitatet kan også tolkes som at det er noe positivt da det snakkes om hvordan det har blitt løftet som tema. Da dette er et svar på hvorfor det har blitt mer akseptert å søke hjelp, så viser det også til hvordan åpenhet rundt tematikker på samfunnsnivå kan forstås som å ha stor betydning for holdninger til sykdom. Sosiale medier er det også flere som snakker om. Andreas påpeker at han har også sett Tiktok og Instagram som sentrale medier i forhold til at flere på disse mediene snakker om helsen sin. Også det at ved å bruke disse mediene så er det noe man blir utsatt for enten man vil eller ikke. På denne måten kan man bli utsatt for informasjon om psykisk helse også uten at man oppsøker det. Man har også de eksemplene på privatpersoner som går ut til media når å snakke om sin situasjon. Snorre, snakker om at han selv også har gått ut i media for å snakke om sine opplevelser. Vi snakket om media kunne ha noe påvirkning, og da svarte han at «jeg har fått bevis på at det hjelper». Han forklarer at etter han var ute i media hadde han sikkert fått 200 henvendelser til sammen. Jeg spurte om hvorfor han hadde tatt valget om å gå til media, og han forklarte at dersom den artikkelen kunne hjelpe minst én person så var det verdt det. Han snakker også om noen av disse henvendelsene han hadde fått:

«Og de henvendelsene jeg har fått er alt fra 45-år gamle hyggelige damer som sier: stolt av det du gjør (..) vet at sønnen min trengte det her. (..). Og til 25-år gamle gutter som sier: jeg kjente meg igjen i det her og takk for at du deler vil du ta en øl engang? Så veldig stort spenn da. Jeg har fått melding fra en 80-noe gammel mann som sa: Kult! Veldig bra». – Snorre (Student).

Sitatet fra Snorre viser til at det å gå ut i media er noe som applauderes av andre, og det kan også tolkes dit at det er etterlengtet. For eksempel ved at noen av de som har tatt kontakt forklarer at dette var tiltrengt for andre. Dette er også den ansatte Arve innpå, og sier at det at media opplyser og det fører til at det har blitt mer «mainstream» og at gutter da tenker at de også kan snakke om det. Fra et sosiologisk synspunkt kan man snakke om hvordan dette kan handle om hva vi ser på som unormal handling, eller avvikende handling. Jo mer normalisert noe blir, jo mindre avvikende vil vi se det som. Gjennom dette kan man kanskje nærme seg en mer lignende tankegang om behandling for psykiske plager som man har for fysiske plager.

5 Diskusjon

Jeg vil nå se på noen sentrale funn fra analysen i lys av tidligere forskning og teori. Først vil jeg ta for meg hvordan kjønn får konsekvenser gjennom synet man har på kjønn når det kommer til psykisk helse og hjelp. Jeg vil her også diskutere ting som kan være med på å påvirke kjønns grad av betydning for studentenes prosess med å søke hjelp for psykiske problemer. Videre ønsker jeg diskutere rollen som pasient i lys av Talcott Parsons sykerolle, og se på hvordan en psykisk sykerolle skiller seg fra fysisk sykdom. I dette underkapittelet ønsker jeg også å se på mulige rollekonflikter tilknyttet en psykisk sykerolle. Til slutt vil jeg også diskutere generasjonsskiftet som informantene snakker om. Jeg vil her også diskutere om man kan se tendenser til at det er i ferd med å utvikles et nytt maskulinitetsideal.

5.1 Kjønn blir virkelig i sine konsekvenser

I analysen kommer det frem at informantene tydelig har klare tanker om hvordan kjønnene skiller seg fra hverandre i en setting med å søke hjelp for psykiske plager. Informantene beskriver gutter som sterke og tøffe, og viser til at jenter har muligheten til å være svak. Som nevnt i teorikapittelet viser Thomas-teoremet til at ting som mennesker oppfatter som virkelige blir virkelige i sine konsekvenser (Thomas & Thomas, 1928, s. 572). Derfor vil det også være viktig fra et sosialkonstruktivistisk perspektiv å undersøke hvilke virkelighetsoppfatninger vi har rundt kjønn.

Dersom man ser dette gjennom Thomas-teoremet kan man forstå det slik at disse beskrivelsene som informantene har om gutter og jenter er den virkelighetsoppfatningen de har av kjønn. Vår virkelighetsoppfatning påvirker også hvordan vi handler (Tjora, 2018, s. 24). Dermed kan slike oppfatninger få virkelige konsekvenser. Sterk og tøff kan oppfattes som beskrivelser som ikke samsvarer med det å søke hjelp for psykiske plager. Connell (1995, s. 68) skriver at maskulinitet kan bli sett på noe som menn ønsker å være. Dersom man oppfatter det som virkelig at standarden for menn er at de skal være sterke og tøffe kan det også få virkelige konsekvenser ved at mannlige studenter ikke vil gjennomføre handlinger som kan motstride en slik standard. For eksempel det å søke hjelp for psykiske plager isteden for å forsøke å fikse problemet selv. Svakheter kan bli sett på som en stereotypi som representerer en mulighet for de kvinnelige studentene. Det at man ser på det som en mulighet viser i seg selv at man kjenner på de reelle konsekvensene som slike stereotyper bringer med seg. På denne måten vil oppfatninger av kjønn kunne få reelle konsekvenser ved at det påvirker handling som kan være med på å skape en ulikhet mellom mannlige og kvinnelige studenter når det kommer til psykisk helse. Videre vil jeg diskutere de ulikhetene de ansatte i helsetjenestene ser hos de studentene de jobber med, og forsøke å forstå hvorfor man kan se en slik forskjell.

5.1.1 De gråtkvalte jentene og gutta som skal fikse selv

Ikke bare kommer det frem i analysen at man har ulike syn på gutter og jenter i et psykisk helseperspektiv. Det kommer også frem at de ansatte ser konkrete forskjeller mellom kjønnene i denne settingen. En av de ansatte påpeker at det virker som at både de mannlige og kvinnelige studentene har de samme behovene bare at de håndterer problemene sine ulikt. Jeg stiller da spørsmålet om hvorfor det kan virke slik at kjønnene håndterer dette ulikt, og hvilke konsekvenser det eventuelt kan få?

Blant informantene kommer det frem at man kan lokalisere en ulikhet mellom mannlige og kvinnelige studenter når det kommer til nivåforskjeller på det å snakke om følelser, og at dette kan knyttes til trening på dette i oppveksten. Connell (1995, s. 22-24) skriver om hvordan kjønnsrollene er internaliserte og er produkter av sosialiseringprosessen. Hoëm (2010, s. 29) skriver at sosialisering handler om videreføring av kultur. I dette tilfelle kan man snakke om hvordan de kvinnelige studentene har fått en bedre opplæring i dette gjennom sosialisering av sin kjønnsrolle. Her kan man også dra linjer til forskningen som ble gjort av Langaard (2006, s. 33-35) som skriver om hvordan guttene oppfattet at skolehelsetjenesten var et tilbud som i større grad var for jentene. Allerede her kan man se til at en arena hvor man snakker om følelser er tilegnet jenter. Denne opptreningen og utviklingen av vokabular må ha foregått allerede før barne- og ungdomsskole, og forsetter her ved at det forstås som en arena for kvinner. Dette kan ha en sammenheng til hvorfor de ansatte har oppfattet de kvinnelige studentene som mer kompetent når det kommer til det å snakke om følelser. Dette kan også få betydning for at slike tjenester ikke virker like fremmed, og at de kvinnelige studentene har støtte kjennskap til hvordan man benytter lignende tjenester, for eksempel gjennom å ha benyttet helsesøster ved ung alder. Her er det heller ikke fremmed å kunne tenke seg til at synet som Langaard (2006, s. 33-35) viser til at ungdommen har om at skolehelsetjenesten er en tjeneste for jenter, også kan videreføres til tjenester som skal hjelpe studenter. På denne måten kan kjønns sosialisering som både har foregått tidlig, og som fortsetter gjennom livet, gi kjønn en betydning når studenter søker hjelp for psykiske plager ved at de kvinnelige studentene har større kompetanse om slike tjenester og bruken av dem.

Vi som mennesker er også avhengige av å mestre det sosiale fellesskap innenfor en sosial virkelighet som er bestemt av normer (Hoëm, 2010, s. 29 & 39). For å mestre dette fellesskapet er man avhengig av å følge normene som man har lært gjennom sosialiseringprosessen. I denne sammenhengen normer tilknyttet kjønn. West & Zimmermann (1987, s.127) sin teori om å gjøre kjønn viser til hvordan man handler på spesielle måter ut fra det som er forventet av den kjønns kategorien man tilhører. Dette perspektivet kan være med på å forklare noe av årsaken til at de mannlige og kvinnelige studentene kan se ut til å håndtere det å søke og få hjelp for psykiske plager ulikt. Det kommer blant annet frem at de kvinnelige studentene kan være gråtkvalte når de ringer, og at de er raskere med å fortelle om hva som er problemet. Det påpekes av en av informantene at jentene har muligheten til å være svak. Det å gjøre kjønn, i dette tilfelle å være svak og snakke om følelser, blir som en fordel for jentene da det samsvarer godt med det å søke hjelp for psykiske plager. Man har ikke de samme normative begrensninger for de kvinnelige studentene for å snakke om hva de føler på, og heller ikke for å tydelig vise følelsene sine, for eksempel gjennom å gråte. Dette er noe man i denne sammenhengen vil kunne tenke på som positiv, men det kan også få konsekvenser. Tidligere forskning har funnet at for jentene i studien så på det å innrette seg etter aksepterte feminine praksis som en trygghet (Landstedt et al., 2009, s. 973-974). På denne måten kan man diskutere om de kvinnelige studentene opplever en større grad av trygghet ved å gjøre kjønn i denne sammenhengen. Det trenger nødvendigvis ikke bare å være positivt. Dersom det å gjøre kjønn som kvinne samsvarer godt med det å søke hjelp kan det også oppfattes som normalitet som videre kan påvirke hvor alvorlig problemene oppfattes. Det å snakke om følelser og gråte kan oppfattes som naturlig da man tenker at dette er lettere for jenter (Langaard, 2006, s. 33-35). Hvordan det å gjøre kjønn samsvarer med det å skulle søke hjelp for psykiske problemer vil jeg komme nærmere inn på senere i diskusjonen.

Noen av de ansatte viser også til at de mannlige studentene har en tendens til å gå litt mer «rundt grøten» når de tar kontakt. Det kommer også frem at de ofte ønsker å fikse problemene og plagene på egenhånd fordi det å være sterk både fysisk og psykisk er assosiert med det å være mann. Dette kan man se på som handling motivert av det å gjøre sin egen kjønnsrolle for å passe inn i sin kjønnskategori som West & Zimmermann (1987, s. 127) viser til. Det som kan virke som ulogisk handling, som å ikke søke hjelp, kan forklares som logisk med tanke på teorien om «doing gender». Som West & Zimmerman (1987, s. 139-142) påpeker vil man alltid være subjekt for evaluering ut fra det som sees som en passende atferd innenfor sin kjønnskategori. På grunn av denne evalueringen vil det logiske bli å gjøre kjønn, noe som videre kan føre til at det blir vanskelig for mannlige studenter å skulle søke hjelp for psykiske plager. Dette viser også til betydningen av behovet for å handle i tråd med sitt eget kjønn kan ha for det å søke hjelp for psykiske plager. Jeg har nå fokusert på hvordan kjønn får betydning for prosessen med å søke og få hjelp. Jeg ønsker nå å diskutere hva som kan gi kjønn ulik grad av betydning for mennesker med ulike situasjoner.

5.1.2 Sosial støtte og påvirkningen på kjønns konsekvenser

Sosial støtte har vist seg i datamaterialet som en viktig faktor for at studentene har valgt å søke hjelp for psykiske problemer. Ut fra analysen kan det også se ut til at sosial støtte har hatt en positiv påvirkning på psykisk helse. Bartley (2017, s. 94) skriver at sosial støtte har blitt sett som et forsvar mot negative konsekvenser ved stressende hendelser. Derfor har det også hatt en positiv effekt på helse. En kvantitativ studie fra 2008 viser også at sosial støtte kan se ut til å ha en betydning for psykisk helse (Dalgard, 2008, s. 247). Spørsmålet er hvorfor det kan ha en positiv effekt?

Vi har tidligere diskutert hvordan forventninger til kjønn kan få reelle konsekvenser i situasjonen med å søke og få hjelp. Sosial støtte kan også se ut som en viktig faktor i hvor store konsekvenser kjønn får. Som nevnt i teorikapittelet så viser Grimen & Ingstad (2006, s. 11-12) til at holdninger, verdier, normer og forestillinger påvirke hvordan vi ser på helse. Flere sykdommer oppgjennom tiden viser også tegn til å ha vært sterkt sosial konstruert, og synes på helse kan endre seg ut fra organiseringer i samfunnet. Det dette viser oss er at synet på psykisk helse kan variere i ulike kulturelle kontekster. Den ene kvinnelige studenten forklarer hvordan hun vokste opp i en familie fra en streng kultur. I den kulturen var psykisk helse ikke-eksisterende. Det påvirket dermed også holdningene til familien hennes i forhold til problemet hun trengte hjelp for. I denne kulturen var det også slik at dersom man var gutt var psykisk helse virkelig ikke noe som eksisterte. Sørheim (2006, s. 225) skriver at kjønnsroller er noe som varierer over kulturer. Et slikt syn påvirker ikke bare at det generelt er lite aksept for å søke hjelp, men en enda mindre aksept for at gutter gjør det. Å vokse opp i en slik kultur kan medføre et ekstra hinder for mannlige studenter med å søke hjelp for psykiske plager.

I datamaterialet kommer det også frem at ofte så er de mannlige studentene som tar kontakt oppfordret til å gjøre det av familie og venner. Parsons (1951, s. 436-437) skriver at det for enkelte er vanskelig å innse at de trenger hjelp, og at de har behov for å høre det fra noen rundt seg. I tidligere forskning kommer det frem at menn ikke søker hjelp like ofte og at det han handle om måten de diagnostiserer seg selv på (Branney & White, 2008, s. 256-258). Her kan det tenkes at de mannlige studentene har et større behov for å høre dette fra noen rundt seg da de ikke har like lett for å selv innse at de trenger hjelp. Her kan man da diskutere om sosial støtte er en større faktor for de

mannlige studentene enn for de kvinnelige for at de skal søke hjelp for psykiske problemer.

Ut fra dette kan sosial støtte se ut til å ha betydning for hvor stort kjønn blir som faktor for å søke hjelp for psykiske plager for studentene. Avsnittet ovenfor kan også vise til at sosial støtte kan ha en større betydning for mannlige studenter. Jeg vil nå gå videre på å diskutere noe annet som kan påvirke betydningen som kjønn kan få i studentenes prosess med å søke og få hjelp.

5.1.3 Det usynlige kjønn – Det usynlige togspor

Noe som kommer tydelig frem i analysen er hvordan kjønn nærmest kan bli usynlig for noen. Det var blant annet en faktor for guttene som deltok på dette gruppetilbudet for mannlige studenter. De hadde ingen tanker om forventninger tilknyttet rollen som mann, men når de begynte å snakke om det kom det frem at det kanskje lå noen forventninger der som de også passet på å fylle. Dette kan ha noe å gjøre med det svært individualistiske samfunnet vi har i dag. Beck (1992, s. 103-105) skriver om individualisering og hvordan det er med på å skape en splid mellom «jeg» og den forventede kvinnen eller mannen. Samfunnets aktører beveger seg bort fra kjønnets begrensninger. Det virker som om individualiseringsprosessen fører til lite bevissthet rundt kjønn, og derfor blir kjønnets påvirkning også usynlig. Som studenten Sindre også snakket om så opplevde han at hans personlighet mer sentralt enn hans kjønn i prosessen med å søke hjelp.

Som Beck (1992, s. 103-105) forklarer så har bevisstheten gått forbi forholdene. Forventningen om likhet mellom kjønnene er større enn de reelle likhetene som eksisterer i samfunnet. Ut fra analysen kan det se ut som at studentene følger normene tilknyttet sitt kjønn uten å alltid være klar over at de gjør det. Det viser hvor sterk internaliserte de er. Dette er noe som kan være med på å gi kjønn en større betydning i en sammenheng med psykisk helse og behandling. Dersom de spillereglene som kjønn gir oss er noe vi blindt følger kan det også være vanskelig å gå mot de normene som kan få negative konsekvenser for oss. Som nevnt i analysen blir kjønnsnormene nesten som usynlige internaliserte togspor. Man ser ikke hvor man fører seg selv, eller hvorfor man tar de retningene man gjør. Dermed kan det også bli vanskelig å se at problemer man opplever er konsekvenser av disse togsportene man følger, og videre vanskelig å vite når man burde bremse. Dermed kan det usynlige internaliserte kjønn påvirke i en negativ retning når det kommer til psykisk helse og behandling. Det kan gjøre oss til ubevisste slaver for kjønnsnormer. Dette er på mange måter litt motstridende da det også kommer frem i analysen hvordan kjønn faktisk spiller en rolle i situasjonen med å søke og få hjelp for psykiske plager. Connell (1995, s. 22-24) viser til at man ofte ser på kjønnsroller, det feminine og maskuline, som internaliserte roller. Dermed er de produkter av sosialiseringsprosessen. Altså de er innlært gjennom kultur, og stammer fra nødvendigheten av å mestre sosialt fellesskap (Hoëm, 2010, s. 29 & 39). Som West & Zimmerman (1987, s. 139) påpeker så har man flere sosiale roller, men man er alltid kvinne eller mann. På denne måten vil kjønn og hvordan vi skal forholde oss til det være en del av oss.

De ansatte var også opptatt av å møte mennesket og ikke kjønn. I et likestillingssamfunn er nok dette et forsøk på å ikke skulle diskriminere, eller gjøre forskjell på kjønnene. Som jeg tidligere har diskutert ser man noen forskjeller mellom de

mannlige og kvinnelige studentene i situasjonen med å søke og få hjelp for psykiske plager. Dermed kan det også bli problematisk dersom man ikke tar stiling til kjønn. Her kan man trekke linjer til gruppetilbudet for menn som fungerte godt fordi det var et tilbud tilpasset de mannlige studentene, og som var avgjørende for at noen av disse mannlige studentene søkte hjelp for problemene sine. Dermed kan her tanken om likestilling og individualisering overskygge kjønnsproblematikk.

Her kan man diskutere om det man ser her kan vise til et paradoks. Ønsket om individualisering og løsrivelse fra tradisjonelle kjønnsnormer kan muligens i dette tilfellet føre til at kjønnsrollene får en større effekt gjennom at man ikke er bevisst over kjønnsrollenes påvirkning, og dermed ikke er i stand til å redusere mulig negativ påvirkning. Dermed kan det også ligge noe her i det Beck (1992, s. 103-105) snakker om ved at bevisstheten beveger seg raskere en realiteten.

5.2 Den psykiske sykerollen

Det ser også ut til at det eksisterer en ulikhet i hvordan vi ser fysisk og psykisk helse. Dermed kan vi også tenke oss til at rollen som psykisk syk kan skille seg noe fra rollen som fysisk syk. Da kan man diskutere om man burde omtale disse rollene ulikt også. Parsons (1951, s. 285 & 289 & 430-431) skriver at sykdom kan sees på som en motivert handling i vårt samfunn, og kan dermed også bli sett på som avvikende atferd. Han påpeker også at mentale sykdommer ofte utarter seg på atferdsnivå. Dersom psykiske plager og sykdom oftere viser seg i form av atferd kan det også være lettere å tenke at slike problemer kan endres ved endring av atferd. Dersom det ikke skjer kan det oppfattes som motivert. Dermed kan det være mer stigma rundt det å være psykisk syk dersom det oppfattes som motivert og dermed som en avvikende atferd. For å ta slike ting i betraktning kan det være hensiktsmessig å ikke bare snakke om sykerollen, men den psykiske sykerollen. Som jeg videre vil gå inn på så er det en forventning til sykerollen at den syke ikke skal kunne bli bedre kun ved å endre holdninger. Da det kan se ut til at er en større utfordring ved psykiske plager, så ser jeg det som nødvendig å skille mellom rollen som fysisk syk og psykisk syk.

I analysen så kommer det frem aspekter som man kan forstå i lys av Parsons sykerolle. Noe en av de ansatte snakket om var at noen av studentene kanskje ikke ser seg selv som så veldig syk, men at de bare har litt vondt for å stå opp om morgenen. Parsons (1951, s. 430-431) påpeker også at nettopp dette kan være vanskelig når det kommer til mentale sykdommer da symptomene ofte utarter seg på atferdsnivå. Dette kan bli problematisk sett i lys av forventningsaspektet til sykerollen som Parsons (1951, s. 436-437) viser til. Et av aspektene er at den syke ikke kan endre sin tilstand ved en endring av holdninger og vilje. Dette kan føre til at studenter som kjenner på psykiske utfordringer som kan se ut som valgt atferd kan kjenne på at andre vil føle at de burde endre holdningene sine, og at det ikke er tilstanden deres som trenger å endres. Parsons (1951, s. 285) skriver også at det å være syk kan bli sett på som avvikende dersom det virker motivert. Når det blir vanskelig å skille mellom hva som stammer fra dårlige holdninger eller faktisk sykdom kan føre til at man ikke ønsker å identifisere seg som syk. Dette kan også føre til at de tenker slik om seg selv, og dermed ikke tenker at det er noe de burde søke hjelp for. Dette med å ikke se seg selv som syk vil jeg gå nærmere inn på. Som påpekt i teorikapittelet så er Parsons teori gammel, og forventningene til sykerollen kan ha endret seg. Med tanke på dette med holdninger og egen vilje, så vil jeg argumentere for at forventningssystemet Parsons utviklet fortsatt vil være relevant. Som

Anderssen (2006, s. 89) skriver så har man i moderne tid et syn på at man er herre over sykdom. Med tanke på et slikt syn kan denne forventningen om at man ikke bare kan endre holdninger og vilje bli større.

Det er også mange av informantene som har stilt spørsmål om de er syke nok til å skulle søke hjelp. Det ene aspektet av forventning til sykerollen ligger i at man forventer at den syke skal akseptere hjelp, og ha et ønske om å bli bedre (Parsons, 1951, s. 436-437). Det kommer frem i analysen at noen kan ha et spesielt syn på mennesker som søker hjelp for psykiske plager. At man ofte har en tendens til å se på disse menneskene som sykere enn det de kanskje er. Dersom man snur litt på teorien til Parsons kan man også tenke seg til at for å søke hjelp så er det også en forutsetning at man ser seg selv som syk. Dersom studentene tenker at det de sliter med er innenfor kategorien «vanlige studentproblemer», så kan det også være problematisk med tanke på å skulle anse seg selv som syk nok til å søke hjelp.

5.2.1 Den psykiske sykerollen vs. Mannsrollen

Nå som den psykiske sykerollen er gjennomgått kan man også diskutere om forskjellene mellom denne rollen og mannsrollen kan skape noen utfordringer i praksis. Her kan vi også gå tilbake til tidligere forskning som viser til et begrep om å gjøre helse, eller «doing health». Her vises det til hvordan jentene i større grad trakk diagnosen sin inn i sin identitet, og ikke hadde problemer med å utøve atferd tilknyttet sykdom offentlig. Dette var ikke like vanlig hos guttene i studien som heller ville holde det privat og skjult (Williams, 2000, s. 387 & 139-142). Her kan man trekke linjer til det å være pasient i setting hvor man søker hjelp for psykiske plager. Å gjøre den psykiske sykerollen vil da vise til å snakke om følelsene sine og be om hjelp. Som vi tidligere har diskutert kan det å be om hjelp assosieres til svakhet noe som ikke er forenelig med den typiske mannsrollen da de fleste informantene så på gutter som sterke og tøffe. En av de ansatte snakker også om at det å snakke om ting er et mer generelt trekk hos jenter enn hos gutter. De ansatte som jobbet med gruppetilbudet for menn påpekte hvordan det er en manngreie å heller ønske å fikse ting selv. Parsons (1951, s. 285) skriver at sykerollen først og fremst har et element av avhengighet. Dersom det er slik at gutter helst vil fikse ting selv kan denne avhengigheten ved å sette seg i rollen som pasient oppfattes som motstridende i forhold til hvordan de ønsker å løse problemet. West & Zimmermann (1987, s. 127) viser til det å gjøre kjønn. De skriver at det blant annet handler om å håndtere en situert atferd tilknyttet normative forestillinger om hvordan man handler innenfor sin kjønnskategori. Dersom det å gjøre kjønn gjennom å være mann ikke samsvarer med hva det vil si å gjøre den psykiske sykerollen vil det kunne bety at det her eksisterer en rollekonflikt. Hvis man snur på dette kan det også se ut til at det å gjøre den psykiske sykerollen samsvarer bedre med å gjøre kjønn dersom man er kvinne, noe som ble diskutert lengre opp i kapittelet. Det vil si at det kan eksistere en større grad av rollekonflikt hos menn når det kommer til å sette seg selv i rollen som psykisk syk pasient enn det gjør for kvinner.

Her er det også relevant å nevne denne nivåforskjellen i vokabular som informantene snakker om. Det kommer frem at dette med å snakke om følelser er et mer generelt trekk hos kvinner enn det er for menn. Her kan vi også trekke inn dette med å gjøre den psykiske sykerollen og det å gjøre kjønn. Det å snakke om hvordan man har det blir på mange måter den psykiske sykerollens språk. Det å gjøre kjønn viser som tidligere nevnt til å handle etter sitt kjønns forventninger i en situasjon (West & Zimmermann, 1987, s.

127). Ut fra sosialisering, som tidligere nevnt, så behersker også de kvinnelige studentene dette språket bedre. Dermed kan det se ut til at sosialiseringen av kjønnsroller, og aktiviteten å gjøre kjønn, kan ha vært med å bidra til å skape en ulikhet mellom mannlige og kvinnelige studenter når det kommer til det å søke og få hjelp for psykiske plager.

Connell (1995, s. 68-70) viser til at maskulinitet kan være en standard som menn ønsker å være. For de mannlige studentene kan det bli vanskelig å sette seg i rollen som psykisk syk da den kan se ut til å stride mot dette idealet. I tidligere forskning kommer det frem hvordan guttene i studien snakket om at man potensielt kunne bli latterliggjort for å vise følelser (Landstedt et al., 2009, s. 973-974). Dersom de mannlige studentene kjenner på noe de anser som en «typisk kvinnesykdom» kan det å ikke søke hjelp, eller ha et ønske om å fikse selv, bli en type kjønnsnaturaliseringsarbeid for å dempe en følelse av kjønnsspanikk gjennom å kjenne på en forstyrrelse av kjønnsideologien (Westbrook & Schilt, 2013, s. 34). På denne måten kan det være vanskeligere for de mannlige studentene å sette seg i den psykiske sykerollen. I analysen kommer det også frem at det frem at det har vært suksess med tilbud som ene og alene har vært utviklet for mannlige studenter. Informantene forklarer hvordan disse har vært tilpasset blant annet denne nivåforskjellen i språk når det kommer til å snakke om følelser. De viser også til at denne tilpasningen ga resultater. Det kan virke til at et mer tilpasset tilbud kan være med på å gjøre denne rollekonflikten mindre. Gjennom dette kan man også diskutere om slike tilbud, som informantene selv mener det handler om, kan være en faktor for å motvirke ulikheten man ser i psykisk helse mellom mannlige og kvinnelige studenter.

5.3 Endring i sikte?

Som tidligere diskutert har det vist seg at informantene har et litt ulikt syn på fysisk og psykisk helse, også når det kommer til behandling av plager for fysisk og psykisk helse. Ut fra intervjuene kan man her også diskutere om dette er et syn som er i ferd med å endre seg. I datamaterialet kommer det frem at det kan se ut til at det har blitt en større forventning til at man tar vare på egen psykiske helse. En av forventningene til sykerollen er forpliktelsen om å søke kompetent hjelp (Parsons, 1951, s. 436-437). Gjennom at man i dag i større grad forventer at man tar vare på egen psykisk helse kan være med på å aktivere dette forventningssystemet tilknyttet sykerollen i større grad for psykisk helse enn tidligere. Gjennom en aktivering av dette forventningssystemet kan det også tenkes at det er flere som ønsker å søke profesjonell hjelp for psykiske plager. En annen forventning er at man ikke kan bli frisk ved å endre holdninger og verdier (Parsons, 1951, s. 436-437). Her kan man igjen diskutere om Parsons teori er gammel, og at disse forventningene har endret seg. Som diskutert tidligere kan det se ut til at det ikke nødvendigvis er denne forventningen som har endret seg, men synet på hva som er selvvalgt atferd og ikke. Det mer moderne synet på psykisk helse og behandling som informantene viser til kan føre til at det også i større grad blir anerkjent som sykdom som ikke bare er noe som kan bedres ved å endre holdninger og verdier. Her kan man også diskutere om dette kan være med på å få flere mannlige studenter enn tidligere til å søke hjelp.

5.3.1 En moderne maskulinitet

Informantene viser til hvordan det har skjedd en endring i hvordan man ser på gutter i et psykisk helseperspektiv. Både ved at det er mer akseptert for gutter å skulle søke hjelp, men også ved at det i større grad stilles krav til det. Connell (1995, s. 23) skriver at maskulinitet er en internalisert kjønnsrolle, og kan derfor også endres av sosiale prosesser. Informantene påpeker at det har skjedd et generasjonsskifte, og at kulturen ved å ikke snakke om problemene sine er forbi. Maskulinitet kan sees på som noe som menn ønsker å være (Connell, 1995, s. 68). Et slags ideal. Både de ansatte i hjelpetjenestene og studentene snakker om at psykisk helse har blitt et større tema i media de siste årene. Det har også blitt et større tema blant privatpersoner på sosiale media. Flere av informantene viser til privatpersoner som går ut i media og snakker om sin egen opplevelse med å søke hjelp. Lindgren (2017, s. 3 & 147) skriver at ekstreme mengder informasjon og kunnskap produsert av "vanlige" mennesker flyter rundt på internett og medier vi alle benytter oss av. Den ene mannlige studenten forklarer hvordan han har flere kompisar som har gått ut i media for å fortelle sin historie, og sette søkelys på at det også finnes menn som sliter. Den ene mannlige studenten forteller også hvordan han selv hadde gått ut i media og fått stor respons fra andre som så det som hjelpsomt. Dette kombinert med at forventningene til at menn også skal ta vare på egen helse kan skape en sosial prosess som er med på å endre definisjonen på det som er maskulint, i den grad hva man ser som et ideal. Kanskje man i fremtiden kan håpe på at det ikke vil eksistere en like stor rollekonflikt mellom mansrollen og den psykiske sykerollen?

Her kan man også diskutere om dette er noe motstridende med tanke på den tidligere diskuterte rollekonflikten mellom det å være mann og det å være psykisk syk. Her er det mulig å tenke seg til at det kan handle om at endring skjer over tid, og at tidligere standarder av maskulinitet også vil henge igjen. Da spesielt, som tidligere diskutert, i tradisjonelle miljø og andre kulturer. Her kan man også se betydningen av at kjønn blir usynlig som tidligere diskutert. Beck (1992, s. 112) skriver også om hvordan individualiseringen har styrket den tradisjonelle mansrollen da det ikke har vært like vesentlige endringer for menn som for kvinner. Dette kan også være en medvirkende faktor for at det kan eksistere rollekonflikter mellom mansrollen og den psykiske sykerollen selv om det også kan se ut til at det er i endring.

5.3.2 Pandemien - Viktig sosial prosess?

Det er vanskelig å skulle unngå å nevne pandemien når det kommer til endring av synet på psykisk helse, og spesielt synet på kjønn tilknyttet dette. Pandemien har vært noe alle har måttet forholde seg til hver eneste dag i lang tid. Jeg vil igjen vise til Grimen og Ingstad (2006, s. 11-12) som skriver om at holdninger til helse kan endre seg av flere ulike årsaker. Både hvordan vi organiserer samfunnet, og utvikling av ny teknologi. Som nevnt innledningsvis så har pandemien ført til at psykisk helse har vært opp til diskusjon i media. Som den ene ansatte nevner så har det ført til at vi alle har blitt smertelig klar over at vi alle har en psykisk helse. Som tidligere nevnt kan maskulinitet bli sett på som en internalisert kjønnsrolle og kan dermed også påvirkes av sosiale prosesser (Connell, 1995, s. 23). Her kan man diskutere om pandemien kan sees som en slik sosial prosess som har vært delaktig i en endring i hvordan man ser på psykisk helse. Agendasetting viser til hvordan media har opp problemer, og at dette igjen kan få betydning for hva befolkningen ser som reelle problemer. Det vil derfor også være med på å påvirke individuelle holdninger og atferd (McQuail, 2010, s. 512-513). Det at psykisk helse har

blitt et mer sentralt tema kan være med på å endre holdninger til psykisk helse, og pandemien kan være delaktig som sosial prosess ved at det har blitt satt på agenda. Her kan vi også igjen trekke inn Thomas-teoremet (Thomas & Thomas, 1928, s. 572). Dersom agendasettingen fører til at vi ser psykisk helse som et virkelig problem, kan det også gi virkelige konsekvenser ved at det blir et større fokus på at man burde søke hjelp.

Her burde man også ta stilling til om det faktisk er åpenheten rundt psykisk helse i pandemien som har ført til en økning hos hjelpetjenestene for studentene, eller om det er det at det er flere som har slitt psykisk i en vanskelig tid. Men det i seg selv kan også være med på å vise til at psykisk helse er noe som gjelder alle og enhver, og at det ikke er noen «typisk kvinnesykdom».

6. Konklusjon

Jeg vil nå komme med en konklusjon og forsøke og besvare problemformuleringen min. Før jeg konkluderer vil jeg minne om oppgavens problemformulering som er følgende:

«Hvordan kan vi forstå studentenes situasjon vedrørende å søke og få hjelp for psykiske plager, og på hvilken måte har kjønnsroller betydning for denne prosessen?»

I denne oppgaven kommer det frem at det er flere ting som påvirker studentenes situasjon med å søke og få hjelp for psykiske plager. Det å sette seg i rollen som psykisk syk ser ut til å være en av de større utfordringene. Studentene ser ut til å forbinde problemene sine med vanlige studentproblemer, og sliter derfor med å se behovet for å søke hjelp. Den psykiske sykerollen kan også se ut til å skille seg ut gjennom at atferd blir sentralt. Det blir et problem å skille mellom atferd som skyldes dårlig holdning, og atferd som stammer fra psykiske problemer. Sosial støtte virker også å være en faktor som påvirker studentenes situasjon med å søke hjelp både i positiv og negativ forstand. Familien og venners støtte, aksept og forståelse kan virke til å gjøre studentenes situasjon lettere.

Kjønn og studentenes kjønnsroller viser seg også å få betydning på flere måter for studentenes situasjon ved å søke og få hjelp. For det første kan man vise til Thomas-teoremet og hvordan synet på kjønn i seg selv kan få reelle konsekvenser gjennom at man ønsker å være slik man oppfatter at sitt kjønn burde være. Oppfatningene studentene har om kjønn kan påvirke deres handlinger i retning mot at de ønsker å handle i tråd med det som samsvarer med det bildet man har i dagens samfunn av deres kjønn. Dermed viser oppfatninger av kjønn seg som en påvirkende faktor for handling i en slik situasjon, og kan videre også påvirke beslutningen om å søke hjelp eller ikke.

Innledningsvis kommer det frem at det er viktig å undersøke kjønnsforskjeller i et helseperspektiv da ulike tiltak kan ha ulike effekter på kjønn (Arntzen, 2015). I denne oppgaven kommer dette frem gjennom det å gjøre kjønn. De ulike forventningene til kjønnene fører også til at de gjør kjønn på ulike måter. Dermed kan måten studentene gjør kjønn på føre til en ulikhet i måten de benytter tilbudene på. Det kan virke slik at ulikhetene mellom de mannlige og kvinnelige studentene som de ansatte observerer stammer fra ønsket om å gjøre sitt eget kjønn. For de kvinnelige studentene kan det virke lettere ved at det å gjøre kjønn som kvinne kan sees som samsvarende med å gjøre den psykiske sykerollen. Både de mannlige og kvinnelige studentene kan se ut til å bli rammet på en eller annen måte gjennom å gjøre sitt kjønn. De kvinnelige studentene gjennom at det å gjøre sitt kjønn samsvarer så godt med den psykiske sykerollen at de kan risikere og ikke bli tatt på alvor da det sees som en normal atferd for en kvinne. De mannlige studentene kan rammes ved at avstanden mellom mannsrollen og den psykiske sykerollen blir så stor at det oppstår en rollekonflikt. På denne måten kan det føre til det det blir vanskeligere for de mannlige studentene å sette seg i den psykiske sykerollen, og dermed også vanskeligere å søke hjelp. Det kommer også frem hvordan spesielt gruppesamtaler har ulike effekter på kjønnene, og at et tilbud som er tilpasset de mannlige studentenes forutsetninger og behov fungerer godt. Som informantene selv påpeker kan også slike tilpassede tilbud være med på å utjevne den ulikheten i psykisk helse som man ser mellom mannlige og kvinnelige studenter.

Selv om kjønnsrollene ser ut til å ha en synlig betydning for studentenes prosess for å søke og få hjelp for psykiske plager, så kan det også se ut til å ha en skjult betydning. Et fokus på individet og likestilling kan føre til at kjønnsrollenes påvirkning blir usynlig. Kjønnsrollene har vist seg som tungt internaliserte roller, og noe som i grunn alltid vil være en del av oss. Dermed kan de fungere som usynlige togspor dersom studentene ikke ser hvor kjønnsrollene og normene som er tilknyttet fører dem. Dermed kan et fokus på at kjønn ikke skal være av betydning få en paradoksal påvirkning på studentenes prosess med å søke og få hjelp for psykiske plager. Sosial støtte viser seg også som en faktor som kan være med på å skape variasjon i betydningen av kjønn. Det kommer blant annet frem at det kan være en ekstra utfordring å søke hjelp for studenter som vokser opp i en kultur som har et annet syn på kjønn og psykisk helse.

Det kan også se ut til at studentenes situasjon preges av et generasjonsskifte, og en endring i synet på både psykisk sykdom og kjønn. Dette kan både handle om et nytt syn på maskulinitetsidealet og en større aksept for psykiske plager som reell sykdom. På denne måten kan det virke dit at studentene i dag har hatt en bedre situasjon ved å søke og få hjelp for psykiske plager enn studenter før seg. Denne prosessen med en endring virker å være pågående, og dermed kan det vise til at studenter senere kan få en endre bedre og lettere situasjon ved å søke hjelp. Pandemien har også viset seg som en prosess som har hatt betydning ved å sette psykisk helse på dagsorden, og ved at flere har fått kjenne på hva det vil si å ha en psykisk helse. Den har også ført til utvikling av nye tilbud. Åpenhet i media, spesielt fra enkeltpersoner, virker også til å ha en innvirkning på at det har blitt lettere for både studenter og andre å søke hjelp for psykiske plager.

Oppgavens funn vil jeg også argumentere for at har relevans utover situasjonen og utvalget som er studert. I denne oppgaven kommer dette blant annet frem gjennom begrepet den psykiske sykerollen og språket som ser ut til å være tilknyttet denne rollen. Jeg mener at dette kan være relevant utover studenter som gruppe når det kommer til situasjonen med å være i samtaler eller behandling for psykiske plager og lidelser. Metaforen om usynlige kjønnsroller som usynlige togspor, som viser til at man ikke er bevisst kjønnsrollenes påvirkning, kan også være relevant i andre situasjoner. Som tidligere nevnt ønsker man i et individualistisk samfunn og tillegge kjønn mindre betydning, og det skjer på flere områder enn bare behandling for psykiske plager. Dermed kan tanken om at kjønn kan ha en usynlig påvirkning være relevant i alle sammenhenger hvor kjønn kan anses som en viktig faktor.

Totalt sett virker studentenes situasjon med å søke og få hjelp for psykiske plager til å være påvirket av flere faktorer. Muligens også flere enn det jeg har oppdaget og utforsket i denne oppgaven. Det er ingen tvil om at kjønn er av betydning, og at det er noe som kan skape en sosial ulikhet i helse mellom mannlige og kvinnelige studenter når det kommer til å oppsøke og få hjelp for psykiske plager. Det at det ser ut til å bevege seg i riktig retning er positiv, men farene jeg har diskutert ovenfor med at kjønnsrollene får en usynlig effekt er også urovekkende. Dermed vil dette også være min oppfordring til videre forskning. Det hadde vært interessant og undersøkt dette mulige paradokset nærmere, og også i situasjoner som ikke omhandler psykisk helse. Det hadde også vært interessant å sett hvordan dette utspiller seg i andre situasjoner hvor kjønn er av betydning.

Litteraturliste

- Alvesson, M. & Kärreman, D. (2011). *Qualitative Research and Theory Development. Mystery as Method*. SAGE
- Anderssen, J. (2006). Risiko for sykdom hos menn – kvinners ansvar. *Sosiologisk tidsskrift*, 14(1), 88-107. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-2928-2006-01-04>
- Arntzen, A. (2015, 19. februar). *Hva vil det si å ha et kjønnsperspektiv i helseforskningen?* Østfoldhelse. <https://ostfoldhelse.no/nyheter-arkiv/kronikker/hva-vil-det-si-a-ha-et-kjonnsperspektiv-i-helseforskningen/>
- Atkinson, P. (2015). *For Ethnography*. SAGE
- Bartley, M. (2017). *Health Inequality: An Introduction to Concepts, Theories and Methods* (2. Utg.). Polity Press.
- Beck, U. (1992). *Risk Society*. SAGE.
- Bjørlykhaug, K. I., Bank, R. M. & Karlsson, B. (2021). Eksistensielle stormar, toreskyer og hus med rolege hav: ei vitenskapelig og poetisk utforskning av sosial støtte i psykisk helsearbeid. *Nordic Journal of Arst, Culture and Health*, 3(1), 75-90. <https://doi.org/10.18261/issn.2535-7913-2021-01-02-07>
- Branney, P & White, A. (2008). Big boys don't cry: Depression and men. *Advances in Psychiatric Treatment*, 1(14), 256-262. <https://doi:10.1192/apt.bp.106.003467>
- Childers. S. M. (2014). Promiscuous Analysis in Qualitative Research. *Qualitative Inquiry* 20(6). 819-826). <https://doi.org/10.1177%2F1077800414530266>
- Connell, R. W. (1995). *Masculinities* (2. utg.). Polity Press.
- Creswell, J. W. & Creswell, D. (2018). *Research Design. Qualitative, Quantitative & Mixed Methods Approches* (5. utg.). SAGE.
- Dalen, M. (2011). *Intervju som forskningsmetode. En kvalitativ tilnærming* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Dalgard, O. S. (2008). Psykisk helse og sosial ulikhet. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 5(3), 247-257. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2008-03-06>
- Good, G. E. & Wood, P. K. (1995). Male Gender Role Conflict, Depression, and Help Seeking: Do College Men Face Double Jeopardy? *Journal of Counseling & Development*, 1(74), 70-75. <http://dx.doi.org/10.1002/j.1556-6676.1995.tb01825.x>
- Grimen, H. & Ingstad, B. (2006). Kultur, helse og sykdom. I H. Grimen & B. Ingstad (Red.), *Kulturelle perspektiver på sykdom og helse* (s. 11-17). Universitetsforlaget.
- Gjernes, T. (2012). Sykerollen som ressurs i arbeidslivet. I A. Tjora (Red.), *Helsesosiologi. Analyser av helse, sykdom og behandling* (s. 389-405). Gyldendal Akademisk.
- Helsedirektoratet. (2022, 4. mars). *Hva er psykisk helse?* Helsenorge. <https://www.helsenorge.no/psykisk-helse/hva-er-psykisk-helse/>
- Hoëm, A. (2010). *Sosialisering – Kunnskap – Identitet*. Opplandske Bokforlag.
- Karpe, Benyoub & Nicolas. (2022). BARAF/FAIRUZ [Sang innspilt av Karpe, Jonas Benyoub, Harpreet Bansal & Emilie Nicolas]. På *Omar Sheriff*. Apen & Kjeften AS.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Landstedt, E., Asplund, K. & Gådin, K. G. (2009). Understanding adolescent mental health: the influence of social processes, doing gender and gendered power relations. *Sociology of Health & Illness*, 31(7), 962-978. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2009.01170.x>
- Langaard, K. (2006). Ungdom, psykisk helse og profesjonell hjelp. *Tidsskrift for ungdomssforskning*, 6(2), 25-40. <https://journals.oslomet.no/index.php/ungdomsforskning/article/download/1104/967>
- Lassemo, E., Karlstrøm, H., Sand, K. & Ose, S. O. (2021). *Kunnskapsoversikt over norsk forskning med kjønns- og/eller likestillingsperspektiver*. (Rapport 2021:00485). Sintef & NTNU. <https://www.sintef.no/globalassets/sintef->

- digital/helse/2021.00485_rapport_kunnskapsoversikt-over-norsk-forskning-med-kjonns--og-eller-liestillingsperspektiver---signed.pdf
- Lindgren, S. (2017). *Digital Media & Society*. SAGE.
- Lunåsmo, M. J. (2005). Hva har kvinnelighet med psykisk lidelse å gjøre? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 2(1), 18-29. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2005-01-03>
- Marthinussen, W. (2019, 4. september). *Tøffe menn gråter ikke!* Mental helse. <https://mentalhelse.no/aktuelt/psykobloggen/toffe-menn-grater-ikke>
- McQuail, D. (2010). *Mass Communication Theory* (6.utg.). SAGE.
- Midré, G. (2009). Grounded Theory: Klassikerne, revolusjonistene og den vitenskapsteoretiske diskusjonen i samfunnsfagene. *Sosiologisk tidsskrift* 17(1). 240-260.
- Nadim, M. (2015). Generalisering og bruken av analytiske kategorier i kvalitativ forskning. *Sosiologisk tidsskrift* 23(3). 129-148.
- Rasborg, K. (2021). *Ulrich Beck: Theorising World Risk Society and Cosmopolitanism*. Palgrave macmillan.
- Regjeringen. (2021, 8. november). *Regjeringen satser på psykisk helse*. Regjeringen. <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/regjeringen-satser-pa-psykisk-helse/id2885021/>
- Rønning, O. M, Andersen, M & Hunnestad, M. (2022, 28. januar). Amalie frykter for studentenes psykiske helse. *NRK*. <https://www.nrk.no/trondelag/ntnu-slar-alarm-om-studentenes-psykiske-helse-1.15829747>
- Sivertsen, B. (2021). *Studentenes helse- og trivselsundersøkelse. Hovedrapport*. <https://studenthelse.no>
- Sohlberg, P. & Sohlberg, B. M. (2014). *Kunnskapens former. Vitenskapsteori, forskningsmetode og forskningsetikk*. Liber.
- Sørheim, T. A. (2016). Kjønnsperspektivet i omsorg for funksjonshemmede i familier med etnisk minoritetsbakgrunn. I H. Grimen & B. Ingstad (Red.), *Kulturelle perspektiver på sykdom og helse* (s. 214-238). Universitetsforlaget.
- Parsons, T. (1951). *The Social System System*. The Free Press of Glencoe.
- Tavory, I. & Timmermans, S. (2014). *Abductive Analysis. Theorizing Qualitative Research*. The University of Chicago Press.
- Thomas, W. I. & Thomas, D. S. (1928). *The child in America: Behavior problems and programs*. A. A. Knopf.
- Tjora, A. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (3.utg.). Gyldendal.
- Tjora, A. (2018). *Viten skapt: Kvalitativ analyse og teoriutvikling*. Cappelen Damm Akademisk.
- Torres, M. A. N. (2021, 11. mai). Ønsker å sette fokus på menns psykiske helse: - Vi har alle følt på dette stigmaet. *Nettavisen*. <https://www.nettavisen.no/livsstil/onsker-a-sette-fokus-pa-menns-psykiske-helse-vi-har-alle-folt-pa-dette-stigmaet/s/12-95-3424126404>
- Vassenden, A. (2008). Om å innlemme makronivået i mikrososiologiske studier. En sammenligning av «Grounded Theory» og «Extended Case Method». *Sosiologisk tidsskrift* 16(1). 323-339.
- West, C. & Zimmerman, D. (1987). Doing Gender. *Gender & Society*, 1(2), 125-151. <https://doi.org/10.1177%2F0891243287001002002>
- Westbrook, L. & Schilt, K. (2013). Doing Gender, Determining Gender: Transgender People, Gender Panics, and the Maintenance of the Sex/Gender/Sexuality System. *Gender & Society*, 28(1), 32-57. DOI:10.1177/0891243213503203
- Williams, C. (2000). Doing health, doing gender: teenagers, diabetes and asthma. *Social Science & Medicine*, 50(3), 387-396. 10.1016/S0277-9536(99)00340-8

Vedlegg

Vedlegg 1: Godkjennelse fra NSD

Vurdering

28.09.2021

Referansenummer

146169

Prosjekttittel

"Studenters psykiske helse: Behandling og betydning av kjønn"

Behandlingsansvarlig institusjon

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet / Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap (SU) / Institutt for sosiologi og statsvitenskap

Prosjektperiode

06.09.2021 - 31.05.2022

Dato

28.09.2021

Type

Standard

Kommentar

Det er vår vurdering at behandlingen vil være i samsvar med personvernlovgivningen, så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet 28.09.2021 med vedlegg. Behandlingen kan starte.

TAUSHETSPLIKT - Deltagerne i prosjektet har taushetsplikt. Intervjuene må gjennomføres uten at det fremkommer opplysninger som kan identifisere brukere.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET - Prosjektet vil behandle alminnelige personopplysninger og særlige kategorier av personopplysninger om helse frem til 31.05.2022.

LOVLIG GRUNNLAG - Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

For alminnelige personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a.

For særlige kategorier av personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

PERSONVERNPRINSIPPER - NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen:

- om lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet.

DE REGISTRERTES RETTIGHETER - NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18) og dataportabilitet (art. 20).

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER - NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må prosjektansvarlig følge interne retningslinjer/rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER - Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilken type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema> Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET - NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Kontaktperson hos NSD: Markus Celiussen

Lykke til med prosjektet!

Vedlegg 2: Oppdatert godkjenning fra NSD

Vurdering

06.12.2021

Referansenummer

146169

Prosjekttittel

"Studenters psykiske helse: Behandling og betydning av kjønn"

Behandlingsansvarlig institusjon

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet / Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap (SU) / Institutt for sosiologi og statsvitenskap

Prosjektperiode

06.09.2021 - 31.05.2022

Dato

06.12.2021

Type

Standard

Kommentar

NSD har vurdert endringen registrert 06.12.2021. Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 06.12.2021. Behandlingen kan fortsette.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER - NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

Zoom og Teams er databehandlere i prosjektet. NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER - Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema> Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET NSD - vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Kontaktperson hos NSD: Markus Celiussen

Lykke til videre med prosjektet!

Vedlegg 3: Informasjonsskriv til informanter (Studenter)

Vil du delta i forskningsprosjektet «Studenters psykiske helse: Behandling og betydning av kjønn»

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å bidra med å skaffe en bredere forståelse av kjønnetenes rolle i behandling for psykiske plager og undersøke studenters situasjon i forhold til psykisk helse, hjelp og behandling. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet med dette forskningsprosjektet er å undersøke i hvilken grad stereotypier og forventninger tilknyttet kjønn kan skape en sosial ulikhet mellom mannlige og kvinnelige studenter når det kommer til psykisk helse. Dette skal undersøkes i forbindelse med prosessen med å søke og få hjelp, og mulige utfordringer tilknyttet denne prosessen. Formålet er også å kunne bidra til en bredere forståelse av studenters situasjon når det gjelder å søke og få hjelp for psykiske plager. Forskningsprosjektet ønsker å undersøke om studenters situasjon i forhold til dette har endret seg under pandemien da det har vært en større åpenhet og flere samtaler rundt psykisk helse i samfunnet. Ønsket er også å undersøke hvilken rolle femininitet og maskulinitet spiller i prosessen ved å søke hjelp. Dataene fra studien skal inngå i en masteroppgave og vil ha et omfang på ca. 7-8 intervjuer fordelt på brukere av og ansatte ved helsetjenester for psykisk helse.

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU) er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Det er i dette forskningsprosjektet et det benyttet strategisk utvalg. Det vil si at informantene er strategisk valgt ut fra en antagelse om at de kan uttale seg reflektert om temaet. Du får spørsmål om å delta da du ansees som en informant som kan ha nyttige opplysninger og kunnskap om temaet. I dette tilfellet gjennom å ha benyttet seg av hjelpetjenester for psykisk helse som student.

Hva innebærer det for deg å delta?

Å delta i dette forskningsprosjektet vil for deg innebære å delta på et dybdeintervju på ca. 45 minutter. Det kan også bli aktuelt med en telefonsamtale i ettertid for oppfølgingsspørsmål. Intervjuet vil inneholde spørsmål om tiden før du søkte hjelp, prosessen med å søke hjelp og dine erfaringer med hjelpen/behandlingen du har fått. Det vil ikke forekomme noen spørsmål direkte om din psykiske helse. Intervjuet vil bli tatt opp på lydopptak. Dette vil senere transkriberes og deretter slettet.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Det vil ikke påvirke din behandling ved hjelpetjenester dersom du fortsatt mottar dette.

Ditt personvern — hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. De som vil ha tilgang til dataene er studenten som gjennomfører forskningsprosjektet og veileder. Begge er fra behandlingsansvarlig institusjon som er NTNU. Navnet og kontaktopplysningene dine vil erstattes med en kode som lagres på en egen navneliste adskilt fra øvrige data. I transkriberingen vil du anonymiseres og etter transkriberingen er ferdig vil lydopptaket slettes. Du som deltaker vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjon.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er 31. mai 2022. Personopplysninger og opptak vil bli slettet etter prosjektslutt.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg? Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU) har NSD — Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU) ved Maria Postholm Mogstad
(Student) Telefon: 90280344 Epost: mariapmo@stud.ntnu.no og Mariann Villa
(Veileder) Telefon: 73591756 Epost: mariann.villa@ntnu.no
- Vårt personvernombud: Thomas Helgesen (Personvernombud NTNU) Telefon: 93079038 Epost: thomas.helgesen@ntnu.no

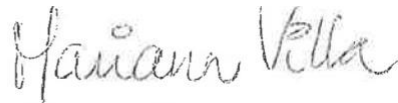
Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD — Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personvern tjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen



(Student)



(Veileder)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Studenters psykiske helse: Behandling og betydning av kjønn», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i dybdeintervju
- å delta i en telefonsamtale for oppfølgingsspørsmål

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 4: Informasjonsskriv til informanter (Ansatte)

Vil du delta i forskningsprosjektet «Studenters psykiske helse: Behandling og betydning av kjønn»

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å bidra med å skaffe en bredere forståelse av kjønnes rolle i behandling for psykiske plager og undersøke studenters situasjon i forhold til psykisk helse, hjelp og behandling. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet med dette forskningsprosjektet er å undersøke i hvilken grad stereotyper og forventninger tilknyttet kjønn kan skape en sosial ulikhet mellom mannlige og kvinnelige studenter når det kommer til psykisk helse. Dette skal undersøkes i forbindelse med prosessen med å søke og få hjelp, og mulige utfordringer tilknyttet denne prosessen. Formålet er også å kunne bidra med å skaffe en bredere forståelse av studenters situasjon når det gjelder å søke og få hjelp for psykiske plager.

Forskningsprosjektet ønsker å undersøke om studenters situasjon i forhold til dette har endret seg under pandemien da det har vært en større åpenhet og flere samtaler rundt psykisk helse i samfunnet. Ønsket er også å undersøke hvilken rolle femininitet og maskulinitet spiller i prosessen ved å søke hjelp. Formålet med å intervju ansatte ved helsetjenester er å få innsyn i de ansattes perspektiv på studentenes situasjon. Det vil også være nyttig for å forstå strukturer i prosessen med å søke og få hjelp og for å få et større overblikk over studentenes situasjon. Dataene fra studien skal inngå i en masteroppgave og vil ha et omfang på ca. 7-8 intervjuer fordelt på brukere av og ansatte ved helsetjenester for psykisk helse.

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU) er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Det er i dette forskningsprosjektet et det benyttet strategisk utvalg. Det vil si at informantene er strategisk valgt ut fra en antagelse om at de kan uttale seg reflektert om temaet. Du får spørsmål om å delta da du ansees som en informant som kan ha nyttige opplysninger og kunnskap om forskningstemaet. I dette tilfellet gjennom å jobbe i hjelpetjenester for psykisk helse.

Hva innebærer det for deg å delta?

Å delta i dette forskningsprosjektet vil for deg innebære å delta på et dybdeintervju på ca. 45 minutter. Det kan også bli aktuelt med en telefonsamtale i ettertid for oppfølgingsspørsmål. Intervjuet vil inneholde spørsmål om jobben din før og under pandemien, om kjønnsfordelingen blant de som benytter seg av deres tjenester og hvordan deres kjønn påvirker/har betydning for situasjonen. Intervjuet vil bli tatt opp på lydopptak. Dette vil senere transkriberes og deretter slettet.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Det vil ikke påvirke ditt forhold til arbeidsplassen eller arbeidsgiver.

Ditt personvern — hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. De som vil ha tilgang til dataene er studenten som gjennomfører forskningsprosjektet og veileder. Begge er fra behandlingsansvarlig institusjon som er NTNU. Navnet og kontaktopplysningene dine vil erstattes med en kode som lagres på en egen navneliste adskilt fra øvrige data. I transkriberingen vil du anonymiseres og etter transkriberingen er ferdig vil lydopptaket slettes. Du som deltaker vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjon.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er 31. mai 2022. Personopplysninger og opptak vil bli slettet etter prosjektslutt.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg? Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU) har NSD — Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU) ved Maria Postholm Mogstad
(Student) Telefon: 90280344 Epost: mariapmo@stud.ntnu.no og Mariann Villa
(Veileder) Telefon: 73591756 Epost: mariann.villa@ntnu.no
- Vårt personvernombud: Thomas Helgesen (Personvernombud NTNU) Telefon: 93079038 Epost: thomas.helgesen@ntnu.no

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD — Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personvern@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen



(Student)



(Veileder)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Studenters psykiske helse: Behandling og betydning av kjønn», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i dybdeintervju
- å delta i en telefonsamtale for oppfølgingsspørsmål

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 5: Intervjuguide (Studenter)

Intervjuguide til intervju av studenter

A Oppvarmingsspørsmål

- Hvor gammel er du?
- Kjønn?
- Sivilstatus?
- Hvor studerer du?
- Hvor lenge har du vært student?
- Når søkte du hjelp for psykiske plager for første gang og hvor søkte du hjelp?

B Perioden før du søkte hjelp

- Snakket du med andre om plagene dine før du søkte hjelp?
 - o (Hvis ja): Hvem snakket du med om dette? Venner/familie?
 - o (Hvis nei): Hvorfor valgte du å ikke snakke med noen om det?
- Opplevde du det å snakke om problemene dine med andre som vanskelig?
 - o Hvorfor/hvorfor ikke? Eksempler?
- Har du opplevd at venner/medstudenter har kommet til deg for å snakke egne psykiske plager?
 - o (Hvis ja): Har du noen eksempler?
- Hvordan/hvor fikk du vite om X (Tilbudet du søkte hjelp hos)?
- Følte du at det var mye/nok informasjon tilgjengelig om hvordan du kunne søke hjelp?
- Har media (avisoppslag, tv-serier og dokumentarer) hatt noen innvirkning på at du vurderte det å søke hjelp?
 - o (Hvis ja): Hvilke?

C Prosessen med å søke hjelp

- Opplevde du det som vanskelig å søke hjelp?
- Var det noe du måtte vurdere lenge? Hvorfor/Hvorfor ikke?
- Søkte du etter hvor du kunne finne hjelp, eller søkte du hjelp i forbindelse med «reklame»/opplysninger om hjelpetjenester?
- Hvordan søkte du hjelp for første gang?
- Har du søkt hjelp på ulike måter? Tatt kontakt med ulike institusjoner?
- Opplevde du det som lett å få hjelp når du først hadde tatt kontakt?
 - o Hvorfor/hvorfor ikke?

- Opplevde du det som en tung prosess, eller som en lettelse?

D Kjønn

- Har du under noen omstendigheter følt på at ditt kjønn har hatt noen betydning i denne prosessen?
 - o (Hvis ja): Kan du gi et eksempel?
 - o (Hvis nei): Hvorfor ikke?
- Har du noen tanker om hvordan kjønn og forventninger til kjønn generelt kan påvirke prosessen med å søke hjelp for psykiske plager?

E Avslutningsspørsmål

- Hvordan har det å søke hjelp for dine psykiske plager hatt betydning for deg og din helse?
- Tror du at det kan være vanskeligere for noen å søke hjelp enn for andre?
- Mener du man i dag promoterer det å søke hjelp for psykiske plager godt nok?
 - o (Hvis ja): Hvorfor? – (Hvis nei): Hvordan tror du man bedre kan gjøre dette?
- Hva hadde du ville sagt til noen som vurderer å søke hjelp for psykiske plager?

Vedlegg 6: Intervjuguide (Ansatte)

Intervjuguide til intervju av ansatte

A Oppvarmingsspørsmål:

- Hvor gammel er du?
- Kjønn?
- Hvor lenge har du jobbet her?
- Kan du forklare hva dere gjør her, og hvilke arbeidsoppgaver har du?
- Har du jobbet innenfor andre hjelpetjenester for psykisk helse tidligere?
 - o (Hvis ja): Hvilke?
- Hva er årsaken til at du har valgt å ha en slik jobb?

B Jobben under pandemien

- Har jobben/arbeidsoppgavene endret seg under pandemien? Eventuelt hvordan?
- Har dere opplevd å få flere brukere under pandemien enn det dere tidligere har hatt?
 - o (Hvis ja): Har dere måttet endret måten dere arbeider på grunnet denne pågangen?
- Har du opplevd og hatt en større arbeidsmengde under pandemien enn det du har hatt tidligere?
- Føler du på at jobben har blitt vanskeligere? Hvorfor/Hvorfor ikke?
- Opplever du at samtalene karakteriseres av det samme som før pandemien, eller har du opplevd noen konkrete forskjeller?
- Ser du noen gjentakende årsaker til at folk tar kontakt? Hva tar de kontakt om?
- Føler du at du kan hjelpe de som tar kontakt?
 - o (Hvis ja): På hvilken måte?
 - o (Hvis nei): Hvorfor ikke?
- Har dere de «redskapene» som skal til for å hjelpe?
 - o (Hvis ja): Hvilke redskap er dette?
 - o (Hvis nei): Hva mangler dere?

C Brukeres kjønn:

- Hvordan var kjønnsbalansen på brukerne før pandemien?
- Har kjønnsbalansen blant brukere endret seg?
 - o (Hvis ja): Har dette ført til at dere har måttet endre måten dere jobber på, eller jobber dere på samme måte som før?

- (Hvis ja): Har du noen tanker om hvorfor denne endringen har skjedd?
- Ser dere noen klare forskjeller mellom menn og kvinner som tar kontakt?
 - Snakker/oppfører de seg annerledes?
 - Karakteriseres samtalene av forskjellige ting?
- Bruker dere de samme fremgangsmåtene når dere snakker med menn og kvinner?
 - (Hvis nei): Mener du at dette er noe man burde vurdere å endre?
 - (Hvis ja): Hva er årsaken til det?
- Opplever du at du får en annen oppfatning av hvordan man burde gå frem med tanke på om man snakker med en mann eller en kvinne?
- (Dersom relevant med tanke på hjelpetjenestenes tilbud): Ser dere etter de samme symptomene for menn og kvinner ved diagnostisering?

D Synliggjøring av hjelpetjenester

- Hva gjør dere for å være synlige som hjelpetjeneste for de som trenger det?
- I en spørreundersøkelse fra 2021 er det mange studenter som oppgir at de har vurdert å søke hjelp for psykiske plager, men ikke gjort det. Hva tror du er årsakene til at det kan virke vanskelig for folk å søke hjelp?
- Sier de som tar kontakt noe om at de synes det er vanskelig å ta kontakt?
 - (Hvis ja): Hva forklarer de?
- Mener du at man i dag er flink nok til å opplyse om hvordan/hvor man kan søke hjelp?
 - (Hvis nei): Hva tenker du kan man bli bedre på?
 - (Hvis ja): Hva mener du man gjør som er riktig?
- Mener du man burde gjøre noen flere grep for å få unge menn til å søke hjelp?
 - (Hvis ja): Hva tror du kunne vært effektive grep?

E Avslutningsspørsmål

- Har du opplevd jobben din som betydningsfull/samfunnskritisk under pandemien?
 - Føler du andre har den samme oppfatningen som deg?
- Hva er din motivasjon for å ha en slik jobb?
- Hva ville du sagt til noen som er usikker på om de skal ta kontakt med hjelpetjenester for psykisk helse?

Vedlegg 7: Ekstraspørsmål til ansatte

Ekstraspørsmål til ansatte om gruppetilbud for mannlige studenter

- Hva er bakgrunnen for at dette gruppetilbudet ble opprettet?
- Hvorfor er det så viktig at et slikt gruppetilbud eksisterer?
- Hvordan er etterspørselen av plasser i gruppetilbudet?
 - o Har dere nok plasser?
- Hvilke typer temaer snakker dere om?
- Tror dere at det har betydning at dere, som jobber med gruppetilbudet, er menn?
 - o (Hvis ja): Hvorfor
 - o (Hvis nei): Hvorfor ikke?
- Hvilke forskjeller kan man se mellom menn og kvinner når det kommer til å søke hjelp for psykiske plager?
- Opplever dere at mannlige studenter som søkerhjelp hos dere formidler at dette gruppetilbudet eksistens har hatt avgjørende betydning for at de søker hjelp?
 - o (Hvis ja): Hvorfor?
- Er det et håp for at menn i fremtiden kan bli flinkere til å søke hjelp, og har de allerede blitt flinkere?
 - o Hvorfor/Hvorfor ikke?

