



**Høgskolen  
i Innlandet**

**«Vi er dårligere på å prate om følelser»  
- En kvalitativ studie om psykisk helse  
hos menn**

«We are not good at talking about feelings» - A  
qualitative study about men's mental health

Malin Simenstad

Master i folkehelsevitenskap med vekt på endring av  
livsstilsvaner

**2024**

## Forord

Etter to år som student ved Høgskolen i Innlandet, er jeg nå stolt og takknemlig for å stå ved målstreken. Denne reisen har vært en lærerik og utfordrende opplevelse, og det er med en følelse av tilfredshet og spenning at jeg nå presenterer denne masteroppgaven. Det er mange personer jeg er takknemlig for, som har bidratt til at jeg har kommet i mål med dette prosjektet.

Først og fremst ønsker jeg å rette min takknemlighet til alle deltakerne som har deltatt i prosjektet og bidratt med sine opplevelser, refleksjoner og erfaringer. Uten bidragene deres hadde ikke denne studien vært mulig å gjennomføre. Videre ønsker jeg å takke min veileder, Victor Chimhutu som virkelig fortjener en stor takk for at jeg har klart å gjennomføre denne masteroppgaven. Din evne til faglig fleksibilitet og dine konstruktive tilbakemeldinger har vært av stor betydning i denne prosessen, samtidig som du har inspirert meg til å gjøre mitt beste i dette prosjektet. Videre er jeg også svært takknemlig for mine studievenner for alle gode samtaler og oppmuntringer i denne krevende perioden.

Til slutt vil jeg rette en hjertelig takk til min samboer, familie og nære venner. Deres urokkelige støtte og oppmuntrende ord gjennom denne perioden har betydd enormt mye og har vært avgjørende for at jeg har kunnet gjennomføre dette prosjektet. Nå er jeg klar for veien videre med en mastergrad i boks!

Gjøvik, Mai 2024

Malin Simenstad

# Innholdsfortegnelse

|  |      |
|--|------|
| <b>Forord</b> .....  | i    |
| <b>Innholdsfortegnelse</b> .....   | ii   |
| <b>Liste over tabeller</b> .....   | v    |
| <b>Norsk sammendrag</b> .....  | vii  |
| <b>Abstract</b> .....  | viii |
| <b>1. Innledning</b> .....   | 1    |
| 1.1 Bakgrunn .....   | 1    |
| 1.2 Problemstilling og avgrensing.....                                     | 3    |
| 1.3 Begrepsavklaringer.....  | 4    |
| 1.4 Oppgavens struktur .....   | 6    |
| <b>2. Litteraturgjennomgang</b> .....                                      | 7    |
| 2.1 Maskulinitet, sårbarhet og hjelpesøkende atferd.....                   | 7    |
| 2.2 Stigma og barrierer knyttet til åpenhet om psykiske utfordringer ..... | 10   |
| 2.3 Relasjoner, støttesystemer og maskuline identiteter .....              | 12   |
| 2.4 Kunnskapshull i forskningen.....                                       | 16   |
| <b>3. Teoretisk rammeverk</b> .....  | 17   |
| 3.1 Maskuliniteter.....  | 17   |
| 3.1.1 Hegemonisk maskulinitet.....   | 18   |
| 3.1.2 Underordnet maskulinitet.....  | 19   |
| 3.1.3 Medvirkende maskulinitet.....  | 20   |
| 3.1.4 Marginalisert maskulinitet.....                                      | 20   |
| 3.1.5 Fremvoksende maskulinitet.....                                       | 21   |
| 3.2 Utføre kjønn - Doing gender .....                                      | 21   |
| <b>4. Metode</b> .....   | 23   |

|   |           |
|---|-----------|
| 4.1 Forskningstilnærming og design .....            | 23        |
| 4.2 Filosofisk posisjon.....                        | 24        |
| 4.3 Rekruttering og utvalg.....                     | 25        |
| 4.4 Semistrukturert intervju.....                   | 28        |
| 4.4.1 Intervjuguide .....                           | 28        |
| 4.4.2 Gjennomføring av intervju .....               | 29        |
| 4.5 Analyse.....                                    | 31        |
| 4.5.1 Transkribering av intervjuene .....           | 31        |
| 4.5.2 Tematisk analyse .....                        | 32        |
| 4.6 Forskerens forforståelse .....                  | 34        |
| 4.7 Forskningsprosjektets kvalitet.....             | 34        |
| 4.7.1 Troverdighet .....                            | 35        |
| 4.7.2 Overførbarhet .....                           | 35        |
| 4.7.3 Pålitelighet.....                             | 36        |
| 4.8 Etske overveielser .....                        | 37        |
| 4.8.1 Informert samtykke .....                      | 37        |
| 4.8.2 Anonymitet og konfidensialitet .....          | 37        |
| 4.8.3 Institusjonell klarering.....                 | 38        |
| <b>5. Mannlig identitet og psykiske helse .....</b> | <b>39</b> |
| 5.1 Erfaringer og forståelse om å være mann.....    | 39        |
| 5.1.1 Fysisk sterk.....                             | 40        |
| 5.1.2 Respektfull, trygg og stabil .....            | 41        |
| 5.1.3 Mangfoldet av mannlige identiteter .....      | 44        |
| 5.2 Forståelse av begrepet psykisk helse.....       | 46        |
| 5.2.1 Livskvalitet og selvfølelse.....              | 46        |
| 5.2.2 Selvbevissthet.....                           | 48        |

|  |    |
|--|----|
| <b>6. Kommunikasjonsopplevelse</b> .....                               | 51 |
| 6.1 Opplevelse av kommunikasjon .....                                  | 51 |
| 6.1.1 Stigma rundt psykisk helse.....                                  | 51 |
| 6.1.2 Tilnærming til psykiske utfordringer .....                       | 55 |
| 6.1.3 Menns tilgang til støtte og sosialt nettverk.....                | 57 |
| 6.1.4 Behovet for åpenhet og endring av holdninger .....               | 62 |
| <b>7. Diskusjon</b> .....  | 66 |
| 7.1 Maskulinitet i endring .....                                       | 66 |
| 7.2 Uttrykking av følelser: holdninger og utfordringer.....            | 69 |
| 7.3 Stigma og tabu som utfordringer til åpenhet om psykisk helse ..... | 72 |
| 7.4 Psykisk helse og maskulinitet i et folkehelseperspektiv .....      | 75 |
| 7.5 Studiens begrensninger .....                                       | 77 |
| <b>8. Konklusjon</b> .....   | 79 |
| <b>Referanser</b> .....  | 80 |
| <b>Vedlegg</b> .....   | 87 |
| Vedlegg 1: Intervjuguide.....  | 87 |
| Vedlegg 2: Informasjonsskriv .....                                     | 89 |
| Vedlegg 3: Godkjenning fra SIKT .....                                  | 94 |

## Liste over tabeller

|   |    |
|---|----|
| <b>Tabell 1.</b> Informantenes bakgrunn.....              | 27 |
| <b>Tabell 2.</b> Oversikt over temaer og undertemaer..... | 33 |

## Norsk sammendrag

**Bakgrunn:** Psykiske plager og lidelser er et folkehelseproblem i befolkningen. Dette har konsekvenser for samfunnet og enkeltpersoner i form av kostnader, redusert livskvalitet og økt risiko for selvmord. Kjønnforskjeller preger bruken av helsetjenester, hvor menn har en lavere sannsynlighet for å søke hjelp.

**Formål:** Denne studien søkte å utforske og forstå menns holdninger, opplevelser og erfaringer om psykisk helse blant både eldre og yngre aldersgrupper, samt å undersøke hvem de betrodde seg til og snakket med om psykiske helseproblemer.

**Metode:** Studien benyttet en kvalitativ forskningstilnærming med et grunnleggende kvalitativt forskningsdesign. Et formålsbestemt utvalg av menn i alderen 25-30 år og 50-60 år ble gjort, samtidig som snøballmetoden ble benyttet til rekrutteringen. Data ble samlet inn gjennom semistrukturerte intervjuer med 10 informanter fra Innlandet fylke. En tematisk analyse ble brukt i dataanalysen, med hjelp fra f4analyse.

**Resultater:** I analysen ble tre overordnende temaer identifisert, henholdsvis «Erfaringer og forståelse om å være mann», «Forståelse av begrepet psykisk helse» og «Opplevelse av kommunikasjon», samt ni undertemaer. Informantene hadde ulike oppfatninger og tanker om hva som gjorde en person til en mann. Den eldre aldersgruppen hadde mer fokus på fysisk styrke, mens den yngre aldersgruppen hadde mer fokus på respekt og omsorg. Et mangfold av mannlige identiteter ble identifisert blant informantene. Informantene hadde ulike meninger om hva psykisk helse var, hvor begrepet ble vinklet opp mot livskvalitet, selvfølelse og selvbevissthet. En felles forståelse blant informantene var at hovedutfordringen til åpenhet blant menn var stigma og vanskeligheter med å uttrykke følelser.

**Konklusjon:** Studien har tilført økt kunnskap om hvordan menn forstår og opplever å snakke om egen psykisk helse. Funnene fra studien understreker hvordan tradisjonelle oppfatninger av maskulinitet påvirker håndteringen av psykiske helseproblemer blant menn. Videre peker den på behovet for å utforske og utfordre disse idealene for å bedre forstå og støtte menns psykiske helse.

**Nøkkelord:** Psykisk helse, maskulinitet, opplevelse og erfaring, hjelpesøking, stigma, folkehelse

## Abstract

**Background:** Mental health problems and disorders are a public health issue in the population, with consequences for both society and individuals in terms of costs, reduced quality of life and increased risk of suicide. Gender differences influence the use of healthcare services, with men being less likely to seek help.

**Aim:** The study aimed to explore and understand men's attitudes, experiences and perceptions regarding mental health among both older and younger age groups, as well as to explore to whom they confided and talked about mental health issues.

**Method:** The study employed a qualitative research approach with a basic qualitative research design. A purposive sampling of men aged 25-30 years and 50-60 years was selected, and the snowball method was used for recruitment. Data were collected through semi-structured interviews with 10 participants from Innlandet county. Thematic analysis was used in data analysis, aided by f4analyse.

**Results:** Three overarching themes were identified in the analysis: "Experience and understanding of being a man", "Understanding of the concept of mental health" and "Experience of communication", along with nine sub-themes. Participants had varying perceptions and thoughts about what makes a person a man. The older age group placed more emphasis on physical strength, while the younger age group focused more on respect and care. A diversity of male identities was identified among participants. Participants had different opinions about what mental health was, with the concept being related to quality of life, self-esteem and self-awareness. A common understanding among participants was that the main challenge to openness among men was stigma and difficulties in expressing emotions.

**Conclusion:** The study has contributed increased knowledge about how men understand and experience discussing their own mental health. The findings underscore how traditional notions of masculinity influence the handling of mental health problems among men. Furthermore, it highlights the need to explore and challenge these ideals to better understand and support men's mental health.

**Keywords:** Mental health, masculinity, experience and perception, help-seeking, stigma, public health



# 1. Innledning

## 1.1 Bakgrunn

Psykiske plager og lidelser er svært vanlig blant den norske befolkningen (Tesli et al., 2023). Dette understrekes av at rus- og psykiske lidelser utgjorde den største helseutgiften i 2019, med en samlet kostnad på 65 milliarder kroner (Kinge et al., 2023, s. 4). Blant befolkningen rapporterer 10 til 30 prosent av kvinnene om psykiske plager, mens tilsvarende tall for menn er 10 til 20 prosent (Tesli et al., 2023). Selv om kvinner har høyere forekomst av psykiske plager, er risikoen for selvmord blant menn dobbelt så høy som blant kvinner, uavhengig av alder (Reneflot et al., 2018). Tesli et al. (2023) påpeker at flere kvinner enn menn har oppsøkt helsetjenesten for psykiske lidelser, både innen primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjeneste. Ifølge Skyrud et al. (2024, s. 9) er det store kjønnsforskjeller i bruken av fastlege og legevakt, hvor andelen menn som bruker tjenestene (67%) er langt lavere enn hos kvinner (81%). I helsevesenet kan kjønnsforskjeller i behandlingen av psykiske plager og lidelser indikere varierende sykdomsnivåer, men det kan også avspeile forskjeller i hvordan menn og kvinner benytter helsetjenester (NOU 2024: 8, s. 182). Blant menn er det 1,2 færre konsultasjoner hos fastlegen i løpet av året, sammenlignet med kvinner (Skyrud et al., 2024, s. 9). Gjennomsnittlig har menn 2,8 konsultasjoner ved 60 års alderen, sammenlignet med kvinner som har 3,7 (Skyrud et al., 2024, s. 11). Totalt sett er sannsynligheten for at menn benytter helsetjenester lavere enn for kvinner i alle alders- og utdanningsgrupper (NOU 2024: 8, s. 189).

I den vestlige verden vil trolig psykiske lidelser være den viktigste årsaken til sykdomsbelastning, spesielt depresjon, angst og problemer med rusmidler (Helsedirektoratet,

2015, s. 15). Sett i et folkehelseperspektiv belaster ikke psykisk lidelse bare enkeltpersonen selv, men også familie og nettverket rundt (Helsedirektoratet, 2015, s. 16). Personer med psykiske lidelser kan oppleve og utsettes for ekskludering, fremmedgjøring, diskriminering, og stigmatisering (Helsedirektoratet, 2015, s. 16). Psykiske lidelser fører ofte til stor følelsesmessig lidelse og redusert livskvalitet, samtidig som det fører til redusert somatisk helse og økt dødelighet (Helsedirektoratet, 2015, s. 16). I et globalt perspektiv er det nesten en milliard mennesker som lever med en psykisk lidelse, samtidig som det finnes lite tilgang til effektiv omsorg for personer med psykiske helseproblemer (World Health Organization, 2022, s. 5). Dette skyldes utilgjengelig tjenester og støtte, kapasitetsmangler, utilgjengelighet eller uoverkommelighet, samt det utbredte stigmaet som hindrer folk i å søke hjelp (World Health Organization, 2022, s. 5). Hvordan og hvorfor folk søker hjelp, påvirkes av forskjellige trossystemer, språk og uttrykk om psykisk helse (World Health Organization, 2022, s. 5). Det påvirker også om folk erkjenner problemer eller opplevelser både egne og andres, som bekymringsverdige innen psykisk helse (World Health Organization, 2022, s. 5).

Helseopplysninger og helseråd fra staten presenteres ofte som kjønnsnøytrale (Schei & Bakketeig, 2007, s. 18). Ved å bruke nøytralitet anvendes en balansering mellom ulike parters interesser, på den måten oppfattes ikke innlegg som partiske (Schei & Bakketeig, 2007, s. 18). På en annen side er kjønn og kroppsideal av stor betydning til budskapet i helseinformasjon (Schei & Bakketeig, 2007, s. 18). Ved å inkludere både kjønn og aldersgrupper skapes en mer detaljert fremstilling, som kan bidra til å identifisere potensielle fordeler og ulemper ved et bestemt tiltak (Schei & Bakketeig, 2007, s. 18). I Norge finnes fortsatt store sosiale ulikheter innenfor sykdommer, noe som nøytraliteten innen folkehelsearbeid kan fortsette å skjule (Schei

& Bakketeig, 2007, s. 18). Omtrent dobbelt så mange kvinner fra ungdomsalderen utvikler en angstlidelse eller depresjon, sammenlignet med menn (Tesli et al., 2023). Samtidig viser statistikken at kvinner i større grad søker profesjonell hjelp og støtte, sammenlignet med menn som forventes å klare seg selv og ikke vise sårbarhet (Mæland, 2020, s. 154). På bakgrunn av dette er det viktig at kjønnsperspektivet inkluderes mer innen folkehelse, ettersom det kan presentere oss for andre nyanser til grunnleggende begreper som brukes (Schei & Bakketeig, 2007, s. 19).

## **1.2 Problemstilling og avgrensning**

Hovedmålet med studien er å utforske og bedre forstå menns holdninger, opplevelser og erfaringer om psykisk helse hos to ulike aldersgrupper – yngre og eldre, samt å undersøke hvem de betror seg til og snakker med om psykiske helseproblemer. Videre ønsker studien å kaste lys over hvordan tradisjonelle kjønnsroller og forventninger påvirker menns forhold til psykisk helse og hjelpesøking. Studien tar også sikte på å avdekke eventuelle hindringer, styrker eller mangler i måten menn oppfatter og håndterer psykiske helseproblemer. Målet med studien er å samle innsikt i menns psykiske helse, og bidra til det generelle kunnskapsgrunnlaget innen psykisk helseforskning. Med bakgrunn i presentert tema og prosjekt, har følgende problemstilling blitt valgt:

***Hvordan forstår og opplever menn å snakke om egen psykisk helse?***

Videre har jeg formulert disse forskningsspørsmålene som skal hjelpe meg med å besvare problemstillingen:

1. *Hvilke holdninger har menn til å åpne opp om psykisk helse?*
2. *Hvordan påvirker samfunnet menns evne til å åpne opp om psykisk helse?*
3. *Hvordan vurderer menn muligheten for å søke hjelp og støtte for psykiske plager?*

### **1.3 Begrepsavklaringer**

*Psykisk helse* refererer til en tilstand av mentalt velvære som gjør det mulig for individer å takle hverdagens stress, utnytte sine talenter, oppnå god læring og effektivt utføre arbeid, samtidig som de bidrar til samfunnet (World Health Organization, 2022, s. 8). Det er en viktig del av generell helse og trivsel, og strekker seg utover bare fraværet av *psykiske lidelser* (World Health Organization, 2022, s. 8). Innenfor psykisk helse skiller vi mellom psykiske lidelser og plager, hvor nedstemthet, uro og engstelse er eksempler på *psykiske plager* (Tesli et al., 2023). Disse plagene representerer vanlige svingninger i atferd og følelsesmessige tilstander, og kan bli påvirket av hendelser og erfaringer (Tesli et al., 2023). Videre kan plagene variere i alvorlighetsgrad, fra mild til mer intens, uten nødvendigvis å kvalifisere som en lidelse (Tesli et al., 2023). I henhold til den internasjonale sykdomsklassifikasjonen, ICD-11, er en psykisk lidelse kjennetegnet av betydelige forstyrrelser i kognisjon, emosjonell regulering og atferd, som reflekterer en underliggende dysfunksjon i psykologiske, biologiske eller utviklingsmessige prosesser (World Health Organization, 2022, s. 8).

*Kjønnsrollene* refererer til de systematiske forventningene som samfunnet har til atferd, ansvar og holdninger for kvinner og menn (Schiefløe, 2019, s. 61). Disse rollene påvirker

barneoppdragelsen og det de lærer om riktig atferd (Schiefloe, 2019, s. 61). De spiller også en avgjørende rolle i utviklingen av både kvinnens og mannens selvforståelse og identitet, samt hvordan de tilpasser seg familielivet og arbeidslivet (Schiefloe, 2019, s. 61). Kjønnssrollene kan variere avhengig av samfunn, ulike sosiale grupper og utviklingen over tid (Schiefloe, 2019, s. 61).

Ifølge Schiefloe (2019, s. 141) defineres en *norm* som en uskreven regel. Disse uskrevene reglene kommer til uttrykk i form av spesielle forventninger fra andre, med tanke på hva slags atferd som er riktig eller feil (Schiefloe, 2019, s. 141). Med andre ord vil dette si at vi har visse forventninger og oppfatninger om hvordan andre skal oppføre seg og handle (Schiefloe, 2019, s. 141). Normer skapes og opprettholdes gjennom samspillet mellom mennesker i både formelle og uformelle situasjoner (Schiefloe, 2019, s. 141). Når mennesker opptrer i strid eller i overensstemmelse med normene, kan en bli møtt med ulike reaksjoner fra omgivelsene (Schiefloe, 2019, s. 141). Disse reaksjonene kalles sanksjoner, og kan være både positive eller negative (Schiefloe, 2019, s. 141).

«Et *stigma* er en egenskap eller et kjennetegn som diskvalifiserer en person fra å bli sosialt akseptert på linje med andre» (Schiefloe, 2019, s. 202). Stigmatisering kan oppstå på bakgrunn av ulike faktorer, inkludert fysiske kjennetegn som utseende, etnisk bakgrunn eller funksjonsevne (Schiefloe, 2019, s. 202). I tillegg kan mennesker bli stigmatisert på grunn av deres handlinger (Schiefloe, 2019, s. 202).

## **1.4 Oppgavens struktur**

Denne masteroppgaven er delt inn i åtte kapitler. I kapittel 1 blir bakgrunnen for valgt tema presentert, samtidig som hensikten med studien, begrepsavklaringer, begrensninger og oppgavens struktur blir presentert. En kritisk gjennomgang av litteraturen som er relevant vil presenteres i kapittel 2, samt kunnskapshull fra litteraturen. Kapittel 3 tar for seg oppgavens teoretiske rammeverk, hvor ulike teorier om maskulinitet, samt teorien om å utføre kjønn blir presentert og gjort rede for. I kapittel 4 blir den metodiske tilnærmingen til oppgaven presentert og begrunnet. Både kapittel 5 og 6 vil presentere oppgavens empiriske funn, mens funnene vil drøftes opp mot relevant teori og tidligere forskning i kapittel 7. Avslutningen av oppgaven vil bli presentert i kapittel 8. Til slutt vil oppgavens referanseliste og ulike vedlegg bli presentert.

## **2. Litteraturgjennomgang**

I dette kapitlet vil relevant internasjonal og nasjonal litteratur om temaet psykisk helse hos menn gjennomgås, samtidig som kunnskapshull fra forskningen blir fremtredende. Litteratursøket ble gjennomført i databasene Sage Journals og CINAHL, samtidig som Oria og Google Scholar ble brukt som søkemotorer. Litteraturgjennomgangen inkluderer hovedsakelig vestlige land. Avslutningsvis vil jeg avdekke kunnskapshull som ble identifisert gjennom litteraturgjennomgangen, og som gir grunnlag for valgt prosjekt.

### **2.1 Maskulinitet, sårbarhet og hjelpesøkende atferd**

En kanadisk kvalitativ studie som utforsket menns diskurser om å søke hjelp for depresjon, fant fem ulike diskursive rammer som påvirket menns diskusjoner om å søke hjelp og depresjon: 1) mandig selvstendighet, 2) behandlingssøkende som ansvarlig uavhengig handling, 3) forsiktig sårbarhet, 4) desperasjon og 5) ekte tilknytning (Johnson et al., 2012, s. 345). Forfatterne fant at menn som lider av depresjon, spesielt sliter med å kombinere sin oppfatning av maskulinitet med å søke profesjonell helsehjelp og få tilgang til psykisk helsetjeneste (Johnson et al., 2012). I den kvalitative studien til Mahalik & Dagirmanjian (2019) fra USA, ble det identifisert flere faktorer som påvirket arbeidende menns motivasjon til å søke hjelp for tristhet eller depresjon. Det å søke hjelp ble betraktet som en feminin aktivitet og ble derfor ansett som unormalt for menn (Mahalik & Dagirmanjian, 2019, s. 10). Det å bli oppfattet som feminin eller homofil var ifølge informantene uforenelig med maskuline normer, og måtte derfor unngås (Mahalik & Dagirmanjian, 2019, s. 10). Ved følelser av depresjon eller tristhet skulle menn være selvhjulpne og følelsesløse, for å opptre som en mann (Mahalik & Dagirmanjian, 2019, s. 10).

På en annen side fant Johnson et al. (2012, s. 354) at diskursen om desperasjon indikerer at å søke hjelp er det eneste valget, ettersom det å ikke søke hjelp kan resultere i alvorlige konsekvenser som død. Informantenes oppfatninger av svakhet og mislykkede maskuliniteter ble dempet og overgått av desperate handlinger, siden de ikke lenger klarte seg uten profesjonell hjelp (Johnson et al., 2012, s. 354).

En kvalitativ studie undersøkte menns selvmordsatferd, med spesielt fokus på å forstå hvorfor selvmordstallene er høyere blant menn enn kvinner i Irland og andre vestlige land (Cleary, 2012, s. 498). Forfatteren intervjuet 52 menn i alderen 18-30 år fra tre sykehus i Irland, hvor informantene hadde forsøkt selvmord (Cleary, 2012, s. 499). I studien ble det funnet at informantene hadde opplevd psykiske problemer over lengre tid, men problemene var ikke åpenbare for deres sosiale nettverk, ettersom informantene aktivt skjulte problemene sine (Cleary, 2012, s. 501). Dette samsvarer med funnene til Johnson et al. (2012, s. 350), hvor diskursen om mandig selvstendighet illustrerte hvordan menn forsøkte å fremstille depresjon som et mindre personlig problem de kunne takle alene. Lignende resultater ble funnet i den kvantitative studien til Seidler et al. (2020) som undersøkte opplevde hindringer for tilgang til psykiske helsetjenester blant menn som erkjente å ha psykiske helsebekymringer. I denne studien fant forskerne at slike hindringer ikke bare var strukturelle, men også preget av holdninger (Seidler et al., 2020, s. 108). Blant de holdningsmessige barrierene kunne to tredjedeler av informantene assosiere seg med et fokus på å løse sine egne problemer og at det var vanskelig å innrømme at en trengte helsehjelp (Seidler et al., 2020). I studien ble det understreket at menn som motsatte seg behandling, hadde en tendens til å skjule sin belastning, og ha tvil om hvorvidt en psykolog ville forstå deres utfordringer (Seidler et al., 2020).



Studien til Sharp et al. (2022) utforsket utfordringer og muligheter for å fremme psykisk helse hos menn i Australia ved bruk av fokusgrupper. Informantene opplevde at det var vanskelig å formulere og uttrykke hva de følte og deres nivå av velvære (Sharp et al., 2022, s. 5). Det var spesielt vanskelig for informantene å vite hvordan de skulle oppføre seg, når store endringer foregikk i livene deres (Sharp et al., 2022, s. 5). Slik som flytting, skilsmisse, arbeidsstress og reduksjon av sosiale nettverk, som bygde seg opp til uløste problemer (Sharp et al., 2022, s. 5). På samme måte viste Cleary (2012) at samhandlingen mellom menn ofte ekskluderte uttrykk for emosjoner eller følelser, noe som kunne føre til mer destruktive mestringsstrategier. Et flertall av informantene brukte rusmidler for å håndtere emosjonell smerte og stressende situasjoner, samtidig som de forberedte seg på selvmordet (Cleary, 2012, s. 503). Videre fant Seidler et al. (2020, s. 108) at holdningsmessige hindringer kan oppstå fra sosialisering som fører noen menn til å tvile på fordelene ved å vise sårbarhet, på grunn av følelser av skam eller svakhet. Dette ble også gjenspeilet i studien til Johnson et al. (2012, s. 350) hvor informantene hadde en forestilling om at menn ikke søkte hjelp, en motvilje som var knyttet til deres oppfatning av maskulinitet. Depresjon ble fremstilt som vanskelig å forstå og håndtere, i motsetning til fysiske problemer som har konkrete symptomer (Johnson et al., 2012, s. 350). Informantene under denne diskursen latterliggjorde subtilt eller åpent andre menn som søkte hjelp (Johnson et al., 2012, s. 351).

I studien til Sharp et al. (2022, s. 6) rapporterte flere av informantene om en slags opplevd forventning om å takle stress og løse problemer i tråd med maskuline normer. Dette samsvarer

med funnene i litteraturgjennomgangene til Courtenay (2000a; 2000b) som utforsker hvorfor menn og kvinner adopterer de helseoppfatningene og atferdene de har. Studien viser at kvinner i USA generelt sett har sunnere holdninger og atferd enn menn (Courtenay, 2000b). Basert på et sosialkonstruktivistisk perspektiv, relateres dette til ulike forventninger til kjønn (Courtenay, 2000b). For å etterleve maskulinitetsidealer må menn følge kulturelle normer for maskulinitet og avvise det feminine, noe som kan påvirke helsen deres negativt (Courtenay, 2000a; 2000b). Imidlertid fant Johnson et al. (2012, s. 351) at det å søke behandling ble betraktet som en ansvarlig og selvstendig handling, tett knyttet til hegemoniske maskuline identiteter, men på en handlingsrettet måte. Å søke hjelp ble knyttet til begreper som handling, beslutningstaking og egeninnsats i forhold til ens egen søken etter hjelp, i motsetning til mottakende begreper som å ta imot hjelp eller være i terapi (Johnson et al., 2012, s. 351). Før informantene søkte hjelp var det å ta initiativ til eller akseptere hjelp et avgjørende først steg for å kunne mobilisere ens indre ressurser (Johnson et al., 2012, s. 351-352).

## **2.2 Stigma og barrierer knyttet til åpenhet om psykiske utfordringer**

I 2020 ble det gjennomført en kvalitativ studie som undersøkte hvordan menn på landsbygda i Canada snakket om psykisk helse (Herron et al., 2020, s. 2-3). Samtidig ble det utforsket hvem de snakket med og hvor, og hvordan de forstod sunne maskuliniteter (Herron et al., 2020, s. 2). Utvalget i studien bestod av totalt 23 menn i alderen 20 til 79 år (Herron et al., 2020, s. 3). Informantene opplyste om sosiale reaksjoner knyttet til åpenhet om psykisk helse, i form av isolasjon, skam, sladder og frykt (Herron et al., 2020, s. 6). Mahalik & Dagirmanjian (2019, s. 9) fant også at stigma hadde en betydelig innvirkning på menns hjelpesøkende atferd, samtidig som trusler mot mansrollen hindret informantene fra å søke støtte. Det å søke hjelp ble

assosiert med svakhet, både med bekymringen for å bli oppfattet som svak av andre og av seg selv (Mahalik & Dagirmanjian, 2019, s. 5). Flere av informantene holdt derfor utfordringene sine for seg selv for å unngå stigmatisering (Mahalik & Dagirmanjian, 2019). Videre fant Cleary (2012, s. 501) også at fravær av åpenhet var vanlig blant informantene, og kunne forklares med at uttrykking av følelser ble betraktet som en svakhet. Samtidig ble det å være åpen om emosjonell smerte assosiert med det feminine (Cleary, 2012, s. 501).

I studien til Johnson et al. (2012, s. 352) pratet informantene om hvordan de hadde vanskeligheter med å håndtere depresjonen sin, samtidig som de erkjente at det å dele denne sårbarheten truet det maskuline bildet de prøvde å opprettholde. De oppfattet sårbarheten knyttet til det å be om hjelp som en trussel mot sin maskuline identitet og forsøkte derfor å dempe den (Johnson et al., 2012, s. 352). Dette ble gjort ved å forsiktig søke assistanse, begrense åpenhet om sin depresjon og nedtone alvorlet i sin opplevelse eller omfanget av deres behov (Johnson et al., 2012, s. 352). De understreket sin motvilje mot å innrømme at deres personlige ressurser ikke var tilstrekkelig til å håndtere depresjonen, og avviste å bli betraktet som en pasient, en posisjon som ofte anses som feminin (Johnson et al., 2012, s. 353). Sharp et al. (2022, s. 8) fant at informantene mente det fortsatt var mye stigma rundt psykisk sykdom, som gjorde det mer utfordrende å snakke med eller åpne seg for andre. Frykten deres var preget av negative sosiale konsekvenser, slik som å bli ansett som umandig eller utilstrekkelig, som var spesielt fremtredende på arbeidsplassen (Sharp et al., 2022, s. 8). På en annen side identifiserte Mahalik & Dagirmanjian (2019, s. 8) forskjellige faktorer som bidro til å redusere trussel og stigma knyttet til å diskutere følelser av tristhet eller depresjon, hvor tapet av nære relasjoner ble ansett som en gyldig grunn til å dele følelser, av flere informanter.

Herron et al. (2020, s. 6) fant at menn i yrker som landbruk og småbedrifter på landsbygda opplevde ekstra press til å presentere seg selv som sterke og robuste for å konkurrere i et stadig mer utfordrende arbeidsmiljø. Med hensyn til dette, fant Courtenay (2000a) at dersom menn uttrykte maskulinitet på en annen måte, ville dette føre til kryssing av sosiale kjønnsgrenser som igjen medførte risikoen for kritikk og noen ganger fysisk fare. Videre fant studien at ressursene for å bygge maskulinitet ofte var usunne, og at menn adopterte disse atferdene for å demonstrere manndom (Courtenay, 2000b). Ifølge Courtenay (2000b) bidrar dette til sosiale og institusjonelle strukturer som utforsker menns helserisikoer. Imidlertid fant Herron et al. (2020, s. 6) at det var økt oppmerksomhet blant informantene rundt diskusjoner om selvmord blant bønder og i landlige områder. For de som ikke var direkte berørt, førte imidlertid samtaler om selvmord ikke alltid til økt støtte og av og til vekket det frykt (Herron et al., 2020, s. 6). I enkelte tilfeller fikk slike samtaler mennene til å føle at deres egne utfordringer ikke var alvorlige nok til å rettferdiggjøre hjelp, da de ikke kunne forestille seg å vurdere selvmord (Herron et al., 2020, s. 6). Denne oppfatningen av hva som regnes som «alvorlig» utgjør en annen faktor som påvirker beslutningen om å avstå fra å søke ytterligere hjelp, selv når det kan være nødvendig (Herron et al., 2020, s. 6).

### **2.3 Relasjoner, støttesystemer og maskuline identiteter**

En kvalitativ studie fra New Zealand fant at menn viser mindre evne og interesse enn kvinner når det gjelder å etablere nære og støttende forhold med andre (McKenzie et al., 2018). Informantene i studien søkte følelsesmessig støtte hos kvinner fremfor menn, med bakgrunn i

at forholdene deres med kvinner involverte mer åpen og personlig kommunikasjon (McKenzie et al., 2018, s. 1257). Herron et al. (2020, s. 6) fant også at et flertall av mennene som deltok ønsket å snakke om sin mentale helse, hvor mange av mennene snakket med sine partnere om deres psykiske helse først. I studien til Mahalik & Dagirmanjian (2019, s. 8) foretrakk også flere av mennene å søke støtte fra kvinner i livene sine, ettersom de ble oppfattet som mer støttende når det gjaldt sårbare følelser. Derimot fant Cleary (2012, s. 501) at det ikke ble forsøkt å diskutere psykiske problemer med kvinnelige relasjoner som mødre eller kjærester, for å skjerme dem. Valget om å ikke dele psykiske problemer med kjæreste, partner eller familie ble påvirket av tradisjonelle oppfatninger av maskulinitet (Cleary, 2012, s. 501). Et gjennomgående tema var at kvinner trengte sterke maskuline figurer, og derfor ønsket informantene å framstå på denne måten (Cleary, 2012, s. 501). Herron et al. (2020, s. 6) fant også at informantene kunne få støtte av familiemedlemmer, hvor de også lyttet til hva de hadde å si. På en annen side fant Cleary (2012, s. 502) at informantene unngikk å søke hjelp fra familie og venner, samt unngikk å oppsøke profesjonell hjelp. I tillegg ble ikke psykiske problemer pratet om med fedre, ettersom de kunne være mindre imøtekommende og avvisende til temaet (Cleary, 2012, s. 501).

I studien til Mahalik & Dagirmanjian (2019, s. 7) hadde informantene ulike oppfatninger om hva som fikk dem til å snakke med noen om følelsene sine av depresjon og tristhet. Å dele følelser med noen var avhengig av tilliten de hadde til personen de snakket med (Mahalik & Dagirmanjian, 2019, s. 7). Studien til Herron et al. (2020, s. 4) fant at mange av informantene opplevde å ha støttende venner de kunne være åpne med om sin psykiske helse, likevel var det vanskelig for dem. Det å snakke om sin psykiske helse ble foretrukket å gjøre med kvinnelige

venner, sammenlignet med mannlige venner hos flere informanter (Herron et al., 2020, s. 4). Cleary (2012, s. 502) fant at flere av informantene hadde forsøkt å dele sine problemer med mannlige venner, men de fikk tydelige signaler om at slike samtaler ikke var ønsket. I studien til McKenzie et al. (2018, s. 1251) bygget de sosiale forholdene med andre menn hovedsakelig på sosiale og fysiske aktiviteter, med lite deling av personlige utfordringer. Deres sosiale forhold med kvinner bygget i større grad på intimitet og tillit, hvor informantene åpnet om sitt personlige liv, vanskeligheter og følelser (McKenzie et al., 2018, s. 1251). Informantene fikk dermed ulike former for støtte, samtidig som de fikk muligheten til å opprettholde det dominerende mønsteret for maskulinitet (McKenzie et al., 2018, s. 1257). Informantenes sosiale stillinger blant andre menn ble på denne måten ikke redusert (McKenzie et al., 2018, s. 1257). Likevel fant Herron et al. (2020, s. 6) at åpenhet og samtale rundt psykisk helse ble lettere for noen av informantene etter de hadde søkt støtte, samtidig som vennskap til mannlige relasjoner ble sunnere.

En kvalitativ studie som ble gjennomført i Canada og Australia utforsket hvordan menn reagerte etter brudd i parforhold (Olliffe et al., 2022). En større andel av informantene snakket med venner om bruddet, mens rundt halvparten av informantene snakket med helsepersonell (Olliffe et al., 2022). Flere av informantene søkte ikke hjelp etter bruddet sitt, men fokuserte i stedet på selvstendig arbeid samtidig som de utnyttet allerede etablerte forbindelser (Olliffe et al., 2022). Selvstendig arbeid inkluderte å bruke tid på andre oppgaver, samt distansere seg fra vonde følelser knyttet til bruddet (Olliffe et al., 2022, s. 1468). McKenzie et al. (2018, s. 1257) fant også at ikke alle informantene åpnet seg, enkelte menn søkte ikke støtte eller betrodde seg til verken menn eller kvinner. Likevel fant Mahalik & Dagirmanjian (2019, s. 7) at noen opplevde

at å snakke med andre forbedret deres følelsesmessige tilstand når de følte seg triste eller deprimerte. Andre menn så viktigheten av å diskutere følelser regelmessig, ikke bare i kriser (Mahalik & Dagirmanjian, 2019, s. 7-8). Samtidig var de klar over at å undertrykke følelser ikke løste problemene (Mahalik & Dagirmanjian, 2019, s. 8). Videre fant Oliffe et al. (2022) at informantene opplevde det som positivt å ha gode forbindelser og være uavhengig, samtidig som det kunne føre til dårlige valg og følelse av isolasjon dersom de ikke delte problemene sine.

Herron et al. (2020, s. 6) fant at et flertall av informantene erkjente at det var vanskelig å oppnå hegemoniske maskuliniteter til tross for de utfordringene som kulturen av taushet skaper innenfor landlige samfunn. Disse ble tydelige i landlig materiell, som for eksempel en flott lastebil, men også i kulturelle referanser fra storbyen, som magasiner og filmer (Herron et al., 2020, s. 6). Noen menn så også på fedrene og bestefedrene sine som eksempler på hegemonisk maskulinitet (Herron et al., 2020, s. 6). Noen av mennene i studien beskrev at de jobbet mot en mer balansert, tilfredsstillende, omsorgsfull og relasjonell form for maskulinitet (Herron et al., 2020, s. 6). Samtidig som en mindre gruppe menn beskrev en sunn mann som noen som er fysisk sterk, økonomisk vellykket og selvsikker, noe som stemmer bedre overens med et hegemonisk ideal (Herron et al., 2020, s. 6). To av mennene som ikke aktivt søkte formelle støttetjenester for sine mentale helseproblemer, holdt fast ved disse hegemoniske synspunktene (Herron et al., 2020, s. 6). Et fåtall av mennene beskrev en sunn mann ved å bruke egenskaper som samsvarer med hegemonisk maskulinitet, uten å innrømme at disse egenskapene var uopnåelige (Herron et al., 2020, s. 5).

## **2.4 Kunnskapshull i forskningen**

Litteraturgjennomgangen avdekket kunnskapshull i forskningsfeltet som er sentrale for problemstillingen i studien. Etter flere litteratursøk har jeg ikke klart å finne forskning som fokuserer på sammenligning mellom yngre og eldre aldersgrupper av menn opp mot deres forståelse av psykisk helse og maskulinitet. I tillegg har jeg ikke funnet forskning på hvordan menns holdninger til psykisk helse og åpenhet har endret seg over tid, eller hva som påvirker disse endringene.



### **3. Teoretisk rammeverk**

I det følgende kapittelet vil studiens teoretiske rammeverk bli presentert. For å utforske studiens tematikk ble konsepter som hegemonisk, underordnet, medvirkende, marginalisert og fremvoksende maskulinitet inkludert, i tillegg til teorien om å utføre kjønn – doing gender. Disse teoriene vil anvendes i studien for å belyse og utforske forskningsfunnene.

#### **3.1 Maskuliniteter**

I dagens samfunn forventes visse sosiale ferdigheter av mannen, samtidig som evnen til å vise empati og omsorg (Schei & Sundby, 2007, s. 41). Mennene som mislykkes her, oppfattes som ofre i form av at de henger igjen i de tradisjonelle rollene (Schei & Sundby, 2007, s. 41). Dette kan bidra til forklaringen av risikoatferd hos menn som uttrykk for tradisjonell maskulinitet (Schei & Sundby, 2007, s. 41). Maskuliniteter og feminiteter er begge gjenstand for kontinuerlige endringer og variasjoner, samtidig som de ikke er strengt bundet til biologiske egenskaper, men formes av sosiale praksiser (Connell, 2012). Basert på dette kan ikke kjønn behandles som en uavhengig variabel i forhold til helsetilstanden, og det kan ikke reduseres til kun biologiske forskjeller mellom kropper (Connell, 2012). Kjønn spiller en kompleks rolle i helseeffekter og er tett sammenvevd med samfunnsmessige, økonomiske og kulturelle faktorer (Connell, 2012). Innenfor alle samfunn finnes kulturelle skildringer av kjønn, men ikke alle har konseptet maskulinitet (Connell, 1995, s. 67). Det har blitt vanlig å gjenkjenne mangfoldige maskuliniteter, med bakgrunn i den økende anerkjennelsen av samspillet mellom klasse, rase og kjønn (Connell, 1995, s. 76). Maskuliniteter viser kollektive trekk, selv om individuelle

menn kan opptre i samsvar med dem (Connell, 2012). I noen tilfeller er det tydeligere at kjønnsprosesser har en upersonlig, kollektiv karakter (Connell, 2012).

### **3.1.1 Hegemonisk maskulinitet**

Ifølge R. W. Connell eksisterer maskulinitet kun i kontrast til femininitet (Connell, 2005, s. 68), og beskriver hvordan kvinner og menn i praksis forholder seg til kjønnsrelasjoner, samt hvilke innvirkninger disse praksisene har på personlighet, kroppslige erfaringer og kultur (Connell, 2005, s. 71). Konseptet om hegemonisk maskulinitet er inspirert av Antonio Gramsci sin analyse av klasseforhold, og referer til den kulturelle dynamikken som en gruppe gjør krav på og opprettholder en ledende posisjon i det sosiale livet (Connell, 2005, s. 77). Hegemonisk maskulinitet kan beskrives som den måten kjønnsroller utøves på som reflekterer den nåværende aksepterte løsningen på spørsmålet om patriarkatets legitimitet (Connell, 1995, s. 77). Dette systemet sikrer menns dominans og kvinnenes underordning (Connell, 1995, s. 77). I samfunnet er det spesifikke kjønnsrelasjoner av dominans og underordning mellom grupper av menn (Connell, 1995, s. 78). I kjønnshierarkiet er homoseksuelle menn på bunnen, noe av grunnen til dette er at homoseksualitet lett kan sammenlignes med femininitet (Connell, 1995, s. 78).

Hegemonisk maskulinitet er et begrep som brukes for å forstå de sosiale dynamikkene som skaper makthierarkier mellom menn og kvinner, og mellom ulike typer maskulinitet (Connell & Messerschmidt, 2005, s. 848). Det refererer til den mest verdsatte og idealiserte måten å være maskulin på i en gitt kontekst, noe mange menn ønsker å leve opp til (Connell &

Messerschmidt, 2005). Connell sin teori om hegemonisk maskulinitet har blitt kritisert av flere forskere. Forskere fremhever viktigheten av å behandle utvending hegemoni og innvending hegemoni som separate dimensjoner (Bloksgaard et al., 2015, s. 155). Utvendig hegemoni referer til ulike maktforhold mellom menn og kvinner, mens innvendig hegemoni beskriver maktforholdene mellom ulike typer maskulinitet (Christensen & Jensen, 2014, s. 64). Menneskets hegemoni prøver å takle den doble kompleksiteten som kommer av at menn både er en sosial kategori skapt av kjønnsystemet og de som dominerer sosiale praksiser, både i fellesskap og som enkeltpersoner (Hearn, 2004, s. 49).

### **3.1.2 Underordnet maskulinitet**

Hegemoni er knyttet til den kulturelle dominansen i samfunnet som helhet (Connell, 2005, s. 78). Innenfor denne overordnede strukturen finnes det spesifikke kjønnsrelasjoner som innebærer både dominans og underordning mellom forskjellige grupper av menn (Connell, 2005, s. 78). I dagens europeiske og amerikanske samfunn er det mest betydningsfulle tilfellet dominansen til heterofile menn og underordningen av homofile menn (Connell, 2005, s. 78). Dette er mye mer enn en kulturell stigmatisering av homoseksualitet eller homofil identitet (Connell, 2005, s. 78). Homofile menn er underordnet heterofile menn gjennom forskjellige praktiske handlinger og situasjoner som forekommer i samfunnet (Connell, 2005, s. 78). På grunn av undertrykkelse, plasseres homofile maskuliniteter nederst i et kjønnshierarki av menn (Connell, 2005, s. 78).

### **3.1.3 Medvirkende maskulinitet**

En viktig del av Connells teori er ideen om medvirkende maskulinitet fordi hegemonisk maskulinitet, som anses som et kulturelt ideal, ikke nødvendigvis viser hvordan de fleste menn faktisk oppfører seg (Demetriou, 2001, s. 342). Det er trolig relativt få menn som praktiserer det hegemoniske mønsteret i sin helhet med streng nøyaktighet (Connell, 2005, s. 79). De fleste menn drar nytte av hegemonien, ettersom de nyter godt av den patriarkalske fordelingen som menn generelt får fra den generelle underordningen av kvinner (Connell, 2005, s. 79). Dersom en stor gruppe menn har en tilknytning til det hegemoniske prosjektet, men ikke innlemmer den dominerende maskuliniteten, trenger vi en måte å teoretisere deres spesifikke situasjon på (Connell, 2005, s. 79). Dette kan oppnås ved å anerkjenne et annet forhold mellom grupper av menn, nemlig forholdet til deltakelse i det hegemoniske prosjektet (Connell, 2005, s. 79).

### **3.1.4 Marginalisert maskulinitet**

Underordning, medvirkning og hegemoni er forhold som eksisterer internt i kjønnsstrukturen (Connell, 2005, s. 80). Samspillet mellom kjønnsforhold og andre strukturer som klasse og rase fører til ytterligere kompleksitet i relasjonen mellom ulike maskuliniteter (Connell, 2005, s. 80). Raseforhold kan integreres som en vesentlig del av dynamikken mellom maskuliniteter, på samme måte som klasse (Connell, 2005, s. 80). Marginalisering referer til forholdet mellom maskuliniteter i dominerende og underordnende sosiale klasser eller etniske grupper (Connell, 2005, s. 80). Marginalisering er alltid relativ i forhold til godkjenningen av den hegemoniske maskuliniteten til den dominerende gruppen (Connell, 2005, s. 80-81). Forholdet mellom marginalisering og godkjenning kan også eksistere internt mellom underordnede maskuliniteter (Connell, 2005, s. 81).

### **3.1.5 Fremvoksende maskulinitet**

Konseptet fremvoksende maskuliniteter er inspirert av R.W. Connell sin teori om hegemonisk maskulinitet og Raymond Williams arbeid om «emergens» (Inhorn & Wentzell, 2011, s. 802). Sammenlignet med hegemonisk maskulinitet, fokuserer fremvoksende maskuliniteter på det nye og transformative (Inhorn & Wentzell, 2011, s. 803). Med andre ord fokuserer konseptet på de vedvarende, relasjonelle og kroppslige endringsprosessene i måten menn uttrykker maskulinitet på (Inhorn et al., 2015, s. 7). I diskusjonen om manndom handler fremvoksende maskuliniteter om endringer gjennom menns liv, generasjonene og samfunnets utvikling (Inhorn & Wentzell, 2011, s. 803). Konseptet viser også til nye måter menn lever ut maskulinitet på, som er viktig å forstå utenfor tradisjonelle kjønns hierarkier (Inhorn & Wentzell, 2011, s. 803). Videre handler det om hvordan menn tilpasser seg og forandrer sine sosiale omgivelser (Inhorn & Wentzell, 2011, s. 803).

### **3.2 Utføre kjønn - Doing gender**

Candace West & Don Zimmerman (1987) sin teori om å utføre kjønn antyder at kjønn blir konstruert gjennom våre handlinger i sosiale kontekster, formet av samspill med andre og institusjoner. Denne dynamikken både reflekterer og påvirker samfunnsstrukturer (West & Zimmerman, 1987). Ideen om kjønn som en rolle skjuler alt arbeidet som kreves for å skape kjønn i hverdagen, mens å betrakte kjønn som en fremvisning plasserer det i bakgrunnen av sosial sammenheng (West & Zimmerman, 1987, s. 129). I stedet tilpasser mennesker handlingene og aktivitetene sine for å uttrykke kjønn, og forventer at andres oppførsel også

gjenspeiler dette (West & Zimmerman, 1987, s. 127). Å anerkjenne at biologisk kjønn, kjønnskategori og kjønnsidentitet er analytisk uavhengige, er avgjørende for å forstå forholdet mellom dem og hva som kreves for å være en kjønnet person i samfunnet (West & Zimmerman, 1987, s. 127). Ifølge West & Zimmerman (1987, s. 128) blir kvinner og menn ansett som tydelige kategorier med forskjellige psykologiske og atferdsmessige trekk, som knyttes til deres ulike reproduktive roller. Omtrent hvilken som helst handling kan vurderes som «kvinnelig» eller «mannlig» (West & Zimmerman, 1987).

Å utføre kjønn betyr ikke alltid å følge tradisjonelle kjønnsroller, men det innebærer risiko for å bli vurdert basert på kjønn (West & Zimmerman, 1987, s. 136). Når et samfunn er delt etter «grunnleggende» forskjeller mellom kvinner og menn, og kjønnskategoriene opprettholdes, er det uunngåelig å utføre kjønn (West & Zimmerman, 1987, s. 137). Ifølge Deutsch (2007, s. 114) hevder strukturelle tilnærminger at kjønnsatferd og oppfatningen av kjønnsforskjeller, skyldes ulike sosiale posisjoner for kvinner og menn. Kvinner viser feminin atferd fordi deres roller krever det, mens menn viser maskulin atferd fordi deres posisjoner forventer fysisk styrke, lederskap, autonomi og kompetanse (Deutsch, 2007, s. 114). Endringer som gir kvinner og menn mer like sosiale posisjoner, vil redusere både kjønnsforskjeller og oppfatningen av dem (Deutsch, 2007, s. 114). Biologisk kjønn og kjønn oppfattes ofte som to sider av samme sak, i sosiale sammenhenger (Messerschmidt, 2009, s. 86). Dette kan føre til forvirring når noen ikke passer inn i disse forventningene, noe som kan forklare hvorfor feminine gutter og maskuline jenter ofte blir straffet for å avvike fra normen (Messerschmidt, 2009, s. 87).

## **4. Metode**

Dette kapitlet vil gi en forklaring og begrunnelse for de metodiske valgene som ble gjort i denne studien, samt en grundig beskrivelse av prosessen for datainnsamling og analyse. Forskerens posisjon og refleksivitet, troverdigheten til studien, samt sentrale etiske hensyn vil også diskuteres.

### **4.1 Forskningstilnærming og design**

Studien ble gjennomført med en kvalitativ forskningstilnærming, for å kunne undersøke hvordan menn forstår og snakker om psykisk helse. Kvalitativ forskning fokuserer nemlig på å forstå hvordan mennesker oppfatter sine opplevelser, hvordan de skaper sin virkelighet, og hvilken mening de gir til det de opplever (Merriam & Tisdell, 2015, s. 6). Hovedfokuset for prosjektet var å forstå hvordan informantene forstod psykisk helse, som i prosjektet var det aktuelle fenomenet (Merriam & Tisdell, 2015, s. 16). Kvalitativ forskning fokuserer videre på å forstå informantenes synspunkt på fenomenet som undersøkes (Merriam & Tisdell, 2015, s. 16). Dette gjør forskeren til hovedinstrumentet for datainnsamling og analyse innen kvalitativ forskning (Merriam & Tisdell, 2015, s. 16). Formålet med kvalitativ forskning er å forstå hvordan informantene gir mening til livene sine, avklare prosessen for meningsskapning, og beskrive hvordan informantene tolker det de opplever (Merriam & Tisdell, 2015, s. 15).

Studien benyttet et grunnleggende kvalitativt forskningsdesign, hvor forskeren forsøkte å forstå hvordan informantene tolket verden rundt seg og sine erfaringer (Merriam & Tisdell, 2015, s. 15). En grunnleggende kvalitativ studie fokuserer på hvordan informantene tolker sine

erfaringer, hvordan de skaper sine omgivelser samt hvilken betydning de tilskriver sine opplevelser (Merriam & Tisdell, 2015, s. 24). Det overordnede målet er å forstå hvordan mennesker oppfatter sine liv og opplevelser (Merriam & Tisdell, 2015, s. 24). Disse kjennetegnene er felles for all kvalitativ forskning (Merriam & Tisdell, 2015, s. 24). Ifølge Merriam & Tisdell (2015, s. 24) er grunnleggende kvalitativ forskning trolig den vanligste formen for kvalitativ forskning, hvor data samles inn gjennom blant annet intervjuer.

## **4.2 Filosofisk posisjon**

Filosofisk plassering av kvalitativ forskning innebærer hva virkeligheten er (ontologi), og hvordan en oppnår kunnskap (epistemologi) (Creswell et al., 2007, s. 238). Sosial konstruktivisme er viktig for det filosofiske grunnlaget innen kvalitativ forskning (Merriam & Tisdell, 2015, s. 9). Innen grunnleggende kvalitativ forskning er et sentralt kjennetegn at mennesker skaper sin virkelighet gjennom interaksjon med sine sosiale miljøer (Merriam & Tisdell, 2015, s. 24). Studien ble understreket av den ontologiske posisjonen kalt sosial konstruktivisme (Clark et al., 2021, s. 29). Sosial konstruktivisme hevder at virkeligheten er samfunnsskapt, som betyr at vi oppfatter den gjennom forskjellige sosiale faktorer (Tjora, 2021, s. 31). Dette betyr at forskjellige mennesker kan ha ulike oppfatninger av det samme fenomenet (Tjora, 2021, s. 31). Meningen deres er konstruert gjennom og rundt interaksjon (Clark et al., 2021, s. 29). For eksempel er maskulinitet en kategori der konseptets betydning blir utviklet gjennom sosial interaksjon (Clark et al., 2021, s. 29).



### 4.3 Rekruttering og utvalg

Valg av problemstilling gjorde at jeg kunne søke bredere etter informanter, i stedet for å kun gå etter spesifikke grupper i samfunnet (Tjora, 2021, s. 145). Psykisk helse hos menn er et relativt generelt tema, som vil si at omtrent hvem som helst i befolkningen kan si noe om dette (Tjora, 2021, s. 145). Innen kvalitativ forskning er sannsynligvis valg av utvalgsmetode mer påvirket av en preferanse for det som kalles formålsbestemt utvalg (Clark et al., 2021, s. 177). Denne utvalgsmetoden baserer seg på å velge informantene som best oppfyller kravene til studien, basert på forhåndsbestemte kjennetegn (Clark et al., 2021, s. 177). Utvalget til studien ble avgrenset til menn i alderen 25-30 år, samt menn i aldersgruppen 50-60 år, med bakgrunn i å kunne se på generasjonelle variasjoner mellom aldersgruppene. Videre var det ingen spesifikke inklusjonskriterier, ettersom det var ønskelig at informantene skulle representere alminnelige menn i befolkningen.

Det ble rekruttert 10 informanter til studien. I forbindelse med rekrutteringen av informantene til prosjektet ble snøballmetoden brukt. Metoden kjennetegnes ved at forskeren i utgangspunktet samler en liten gruppe mennesker, som er av relevans for forskningsspørsmålene (Clark et al., 2021, s. 383). Informantene kommer så videre med anbefalinger av personer som har relevante kjennetegn eller erfaringer for forskningen (Clark et al., 2021, s. 384). Disse informantene anbefaler igjen videre personer, og slik fortsetter rekrutteringen til ønsket antall nås (Clark et al., 2021, s. 384). Selve rekrutteringen startet med at jeg lagde et innlegg på Facebook, hvor jeg fortalte om mitt forskningsprosjekt og hvilke informanter jeg søkte etter. Fire menn tok kontakt med meg på Facebook, og fortalte at de ønsket å delta i prosjektet. Videre tipset disse informantene om mulige informanter, som ble

kontaktet over sosiale medier og telefonen. Flere mannlige bekjente ble på denne måten kontaktet for å høre om de kunne tenke seg å delta i prosjektet. Enkelte av mennene ønsket ikke å delta, men kom med forslag til andre mulige informanter. Alle informantene som ble kontaktet, fikk både en formell og uformell invitasjon til å delta i prosjektet. Videre ble flere mulige og aktuelle informanter kontaktet ved hjelp av snøballmetoden.

Informantene som ble rekruttert bodde alle i Innlandet fylke på tidspunktet intervjuene ble gjennomført. Ved oppstart av intervjuene valgte en av informantene å trekke seg, i forkant av intervjuet. Dette resulterte i at jeg tok kontakt med en annen mulig informant og hørte om vedkommende kunne tenke seg å delta i prosjektet. I prosjektet samtykket og deltok ti menn, fem i alderen 25-30 år og fem i alderen 50-60 år. Jeg ønsker å presentere kort om bakgrunnen til de ulike informantene. Studien vil videre bruke pseudonymene til informantene, når de blir referert til. Spørsmålet om seksuell legning ble ikke inkludert i studien. Jeg har derfor ingen kjennskap til informantenes seksuelle legning. Informantene som er inkludert oppga under intervjuene at de var i forhold med kvinner. Detaljene om informantenes bakgrunn kan sees i tabell 1.

**Tabell 1.** Informantenes bakgrunn ( $N=10$ )

| Navn    | Alder | Yrke                              | Sivilstatus |
|---------|-------|-----------------------------------|-------------|
| Markus  | 25 år | Prosjektleder i rørlegger bedrift | Samboerskap |
| Kenneth | 30 år | Snekker                           | Samboerskap |
| Daniel  | 26 år | Sykepleier                        | Samboerskap |
| Simen   | 26 år | Sykepleier                        | Samboerskap |
| Bendik  | 25 år | Taktekker                         | Singel      |
| Sverre  | 59 år | Låssmed                           | Gift        |
| Morten  | 53 år | Varmepumpemontør                  | Samboerskap |
| Nils    | 58 år | Snekker                           | Samboerskap |
| Knut    | 59 år | Vernepleier                       | Gift        |
| Vidar   | 53 år | Kvalitetsingeniør                 | Gift        |

## 4.4 Semistrukturert intervju

Med bakgrunn i problemstillingen og forskningsspørsmålene, ble datainnsamlingen gjennomført ved bruk semistrukturerte intervjuer. Fordelen med denne metoden er å kunne utforske informantenes synspunkter, tanker og følelser om prosjektets tematikk (Clark et al., 2021, s. 425). Videre fikk jeg muligheten til å utforske temaet ytterligere, ved å stille oppfølgingsspørsmål og endre på spørsmål underveis i intervjuet (Clark et al., 2021, s. 425). På bakgrunn av at jeg ønsket utfyllende og reflekterte svar fra informantene mine, valgte jeg å benytte intervjuer (Clark et al., 2021, s. 425). Det ble totalt gjennomført ti intervjuer, hvor fem av mennene var i alderen 25 til 30, mens fem av mennene var i alderen 50 til 60. Semistrukturerte intervjuer ble anvendt, samtidig som jeg brukte en intervjuguide som inneholdt ulike spørsmål jeg ville stille informantene (Clark et al., 2021, s. 425). Siden jeg ikke trengte å følge intervjuguiden helt presist, ga det meg muligheten til å stille uplanlagte spørsmål underveis som passet konteksten (Clark et al., 2021, s. 426).

### 4.4.1 Intervjuguide

I prosjektet ble en intervjuguide benyttet som forskningsinstrument (se vedlegg 1). En intervjuguide referer til en liste med spørsmål eller temaer som er ment å bli undersøkt under et intervju (Patton, 2015, s. 439). Under utformingen av intervjuguiden valgte jeg å kategorisere spørsmålene basert på begreper knyttet til problemstillingen og forskningsspørsmålene i prosjektet (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 162). Dette ble gjort for å opprettholde fokus på problemstillingen gjennom hele prosessen. Intervjuguiden ble dermed delt inn i kategoriene: *erfaringer og forståelse om å være mann, forståelse av psykisk helse og opplevelse av kommunikasjon*. Intervjuguiden fungerte som en sjekkliste for å forsikre meg om at alle

relevante temaer ble berørt, samtidig som den ga meg muligheten til å planlegge hvordan tiden skulle utnyttes under intervjuene (Patton, 2015, s. 439). Det å bruke en intervjuguide ble fordelaktig for prosjektet, med tanke på at jeg på forhånd fikk planlagt hvordan tiden skulle brukes under intervjuene (Patton, 2015, s. 439).

Innen kvalitativ forskning fungerer forskeren som et forskningsinstrument som må kunne intervju informantene ansikt til ansikt og observere atferden deres (Yilmaz, 2013, s. 317). Kvaliteten på dataene som samles inn påvirkes av hvordan intervjueren stiller spørsmål, lytter og følger med på det informanten utdyper (Charmaz & Thornberg, 2021, s. 317). To pilotintervjuer med familiære relasjoner i begge aldersgrupper, ble derfor utført for å øke min erfaring og selvtillit med gjennomføringen av intervjuer (Clark et al., 2021, s. 250). Gjennom pilotintervjuene ble noen vanskelige spørsmål i intervjuguiden identifisert og utbedret (Clark et al., 2021, s. 250). Pilotintervjuene ble til god hjelp for å teste ut om informantene følte seg komfortable med alle spørsmålene som ble stilt, og for å sjekke at forskningsinstrumentene fungerte slik de skulle (Clark et al., 2021, s. 250).

#### **4.4.2 Gjennomføring av intervju**

For å sikre at intervjuene ble gjennomført i en avslappet atmosfære, ble private omgivelser i stedet for offentlige steder brukt (Clark et al., 2021, s. 431). På den måten ble ikke informantene overhørt av andre (Clark et al., 2021, s. 431). Alle informantene fikk spørsmålet om hvor de ville gjennomføre intervjuene, dette for å gjøre informantene mest mulig komfortable i intervjusituasjonen. Seks av informantene ønsket å gjennomføre intervjuene hjemme hos meg,

mens fire av informantene ønsket å gjennomføre intervjuene hjemme hos seg selv. Intervjuene ble gjennomført ved bruk av Nettskjema diktafon (Universitetet i Oslo, 2017a), som alle informantene ga sitt samtykke til. Ved bruk av lydopptaker hadde jeg muligheten til å rette hele fokuset mitt på informanten og analysere kroppsspråket (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 205). Videre unngikk jeg å måtte tolke hva informantene uttrykte, samtidig som jeg fikk gjort en grundig og gjentakende undersøkelse av uttalelsene til informantene (Clark et al., 2021, s. 441).

Før gjennomføringen av intervjuene introduserte jeg meg selv, og delte ut samtykkeerklæringen som informantene samtykket til skriftlig. Intervjuene startet med at jeg presenterte formålet med forskningsprosjektet og intervjuet, samtidig som jeg fortalte kort om temaene vi skulle innom og problemstillingen (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 196). På den måten fikk informantene innblikk i hva spørsmålene skulle omhandle. Før intervjuene hadde jeg også en uformell samtale med informantene for å trygge de på intervjusituasjonen. Deretter forsikret jeg informantene om at navnene deres skulle bli anonymisert i prosjektet (Oliver, 2010, s. 46). I tillegg informerte jeg om at informantene ved hvilken som helst anledning kunne trekke seg fra prosjektet uten begrunnelse, innen innleveringsfristen (Oliver, 2010, s. 56). Til slutt informerte jeg om at intervjuet ville bli tatt opp med lydopptaker, og lagret på en forsvarlig måte i Educloud Research (Universitetet i Oslo, u.å.).

Selve gjennomførelsen av intervjuene foregikk ansikt til ansikt. Ved å bruke meg selv som forskningsinstrument fikk jeg muligheten til å observere atferden til informantene, samtidig som jeg opprettet en bedre kontakt med dem (Yilmaz, 2013, s. 317). På den måten fikk jeg også

muligheten til å observere informantenes ikke-verbale kommunikasjon, slik som kroppsspråk, holdning og gester (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 205). Jeg startet selve intervjuet med å stille informantene spørsmål om deres bakgrunn. Deretter gikk jeg over til å stille hovedspørsmålene fra intervjuguiden. Disse spørsmålene var formulert som åpne, for at informantene skulle ha muligheten til å uttrykke deres mening om psykisk helse hos menn (Yilmaz, 2013, s. 313). Både oppfølgingsspørsmål og spørsmål for å få klarhet når det var noe jeg ikke forstod, ble stilt underveis i intervjuene. Samtidig ble spørsmål stilt dersom jeg ønsket et mer utfyllende svar fra informantene. Avslutningsvis ble alle informantene spurt om det var noe mer de ønsket å tilføye eller utdype mer om, samtidig som jeg forsikret meg om at svarene deres ble tolket rett.

## **4.5 Analyse**

### **4.5.1 Transkribering av intervjuene**

Etter gjennomføringen av intervjuene startet jeg transkriberingen, som omgjorde samtalene til skriftlig form, som resulterte i empiriske data for forskningsprosjektet (Clark et al., 2021, s. 441; Kvale & Brinkmann, 2015, s. 206). Transkriberingsprosessen ble gjennomført i Educloud Research (Universitetet i Oslo, u.å.), med bruk av f4transcript som program for selve transkriberingen (Høgskolen i Innlandet, 2023). Intervjuene ble transkribert manuelt, med bakgrunn i at f4transcript ikke er et program som bruker talegjenkjenning (Universitetet i Oslo, 2017b). Dette ga bedre innblikk i egen intervjustil, samtidig som jeg startet meningsanalysen av hva som ble sagt (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 207). Transkriberingen ble gjennomført fortløpende ettersom jeg ble ferdig med intervjuene, slik at jeg ikke mistet minne om informantenes stemmeleie og kroppsspråk under selve intervjuet (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 205). Gjennom prosessen fikk jeg utforsket min rolle som forsker, samtidig som jeg fikk en

helhetlig forståelse av datamaterialet (Clark et al., 2021, s. 441). Alle informantene som deltok i prosjektet fikk tilbudet om å få tilsendt transkripsjonen av intervjuene sine. Videre ble dataene oppbevart i Educloud Research (Universitetet i Oslo, u.å.).

#### **4.5.2 Tematisk analyse**

Etter innsamlingen av datamaterialet, ble tematisk analyse brukt for å analysere datamaterialet (Braun & Clarke, 2006, s. 77). Tematisk analyse er en metode for å identifisere, analysere og rapportere mønstre innenfor data slik at data blir organisert og beskrevet i detalj (Braun & Clarke, 2006, s. 79). Fleksibilitet er en av fordelene ved å bruke tematisk analyse og tillater forskeren et stort utvalg analytiske alternativer (Braun & Clarke, 2006, s. 78; Clarke & Braun, 2017, s. 298). Den tematiske analysen består av seks ulike trinn. Det første trinnet innebærer å sette seg inn i datamaterialet (Braun & Clarke, 2006, s. 87). Etter transkriberingsprosessen hvor intervjuene ble gjengitt ordrett, ble dataene mine nøye lest gjennom for å bli kjent med datamaterialet (Braun & Clarke, 2006, s. 87–88). Deretter startet jeg arbeidet med å generere koder fra datamaterialet mitt, definert som det andre trinnet (Braun & Clarke, 2006, s. 88). Jeg brukte f4analyse for å opprette koder fra dataene mine (Høgskolen i Innlandet, 2023). Kodene representerer de minste analysedelene som fanger opp interessante egenskaper ved datamaterialet (Clarke & Braun, 2017, s. 297). Etter jeg hadde utformet koder, begynte jeg på det tredje trinnet som var å sortere kodene slik at jeg kunne identifisere temaer og undertemaer for prosjektet (Braun & Clarke, 2006, s. 89).



Temaene utgjør selve rammeverket for å kunne organisere og rapportere de analytiske observasjonene (Clarke & Braun, 2017, s. 297). Etter denne prosessen satt jeg igjen med flere temaer som mulige kandidater, som videre ble avgrenset og gjennomgått (Braun & Clarke, 2006, s. 91). I den andre delen av trinn fire fokuserte jeg på å vurdere gyldigheten til mine individuelle temaer opp mot datasettet (Braun & Clarke, 2006, s. 91). Under denne prosessen gjennomgikk jeg hele datamaterialet mitt på nytt for å undersøke om temaene var funksjonelle i forhold til dataene, og om det var noen koder jeg hadde oversett (Braun & Clarke, 2006, s. 91). På slutten av fase fire, satt jeg igjen med tre temaer, hvor hvert av temaene bestod av tre undertemaer hver seg. Temaer og undertemaer er presentert i tabell 2.

**Tabell 2.** Oversikt over temaer og undertemaer

| Temaer   | Undertemaer  |
|--|--|
| <b>Erfaringer og forståelse om å være mann</b> | Fysisk sterk<br>Respektfull, trygg og stabil<br>Mangfoldet av mannlige identiteter   |
| <b>Forståelse av begrepet psykisk helse</b>    | Livskvalitet og selvfølelse<br>Selvbevissthet  |
| <b>Opplevelse av kommunikasjon</b>             | Stigma rundt psykisk helse<br>Tilnærming til psykiske utfordringer<br>Menns tilgang til støtte og sosialt nettverk<br>Behovet for åpenhet og endring av holdninger |

## **4.6 Forskerens forforståelse**

Refleksivitet er et viktig aspekt innenfor kvalitativ forskning (Malterud, 2001, s. 483–484). Bakgrunnen og posisjonen til forskeren kan påvirke hele forskningsprosessen, fra valg av tema til tolkning av funn (Malterud, 2001, s. 484). På bakgrunn av dette spiller refleksivitet en viktig rolle, i form av å være bevisst på egne forutsetninger, verdier og perspektiver, og hvordan disse kan påvirke forskningsresultatene (Malterud, 2001, s. 484). Det har derfor vært viktig for meg å prøve å legge mine egne tanker om temaet til side, og ikke la det påvirke forskningsresultatene og intervjuene. Som en ung kvinne i 27-års alderen og sykepleier, kan min personlige bakgrunn og yrkeserfaring påvirke måten jeg kommuniserer med informantene. Alderen og yrket mitt kan skape visse forventninger eller antakelser om hvordan menn i forskjellige aldersgrupper opplever og håndterer psykisk helse. Jeg mener at min kvinnelige identitet har bidratt til at noen av mennene har følt seg mer åpne og har gitt mer utfyllende svar under intervjuene. Videre kan min yrkesbakgrunn skape en felles plattform for kommunikasjon med informantene i studien, spesielt med tanke på at jeg har yrkesmessig erfaring innen helsevesenet. Dette kan bidra til å etablere tillit og åpne opp for mer åpenhjertige samtaler. På en annen side skiller jeg meg betraktelig fra informantene mine, spesielt med tanke på kjønn. Jeg er en ung kvinne, og kan på mange måter ikke relatere til verken yngre eller eldre menn. Disse refleksjonene har jeg prøvd å ha med meg gjennom forskningsprosessen, noe som kan bidra til at kvaliteten og gyldigheten til forskning forbedres (Malterud, 2001, s. 484).

## **4.7 Forskningsprosjektets kvalitet**

Spørsmål rundt troverdighet og kvalitet knyttes til målgruppen og hensikten med prosjektet (Yilmaz, 2013, s. 321). Kriteriene for å vurdere disse faktorene vil derfor avhenge av de

filosofiske prinsippene, det teoretiske rammeverket og målet med den spesifikke kvalitative forskningen (Yilmaz, 2013, s. 321). Innen kvalitativ forskning brukes hovedsakelig begrepene *troverdighet*, *overførbarhet* og *pålitelighet* for å beskrive påliteligheten til forskningen (Graneheim & Lundman, 2004, s. 109).

#### **4.7.1 Troverdighet**

I forskning handler troverdighet om hvor godt data og analytiske prosesser passer til det spesifikke fokuset, og hvor mye vi stoler på denne tilpasningen (Graneheim & Lundman, 2004, s. 109). Kvalitativ troverdighet oppnås gjennom omfattende beskrivelser og detaljer som anerkjenner den komplekse spesifisiteten og kontekstavhengigheten i dataene (Tracy, 2010, s. 843). Triangulering er også avgjørende for studiens troverdighet og bygger på konseptet om at en konklusjon blir mer pålitelig hvis den støttes av to eller flere ulike kilder (Tracy, 2010, s. 843). Dette har i praksis blitt gjennomført med hjelp av veileder, som har sett gjennom det skriftlige arbeidet, intervjuguiden, transkripsjonene, kodene og temaene. Videre har valg av informanter med ulike erfaringer økt muligheten for å belyse problemstillingen og forskningsspørsmålene fra forskjellige perspektiver (Graneheim & Lundman, 2004, s. 110).

#### **4.7.2 Overførbarhet**

Påliteligheten til prosjektet innebærer også spørsmålet om overførbarhet, som refererer til hvorvidt funnene kan være verdifulle i andre situasjoner eller kontekster (Tracy, 2010, s. 845). For å fremme overførbarheten til prosjektet har jeg fokusert på å gi en tydelig beskrivelse av informantenes ulike egenskaper i form av bakgrunnsinformasjon (Graneheim & Lundman,

2004, s. 110). Videre har jeg gitt en presis beskrivelse av datainnsamling og analyseprosess (Graneheim & Lundman, 2004, s. 110). Funnene har blitt fremstilt på en grundig og detaljert måte, samtidig som jeg har inkludert relevante sitater for å øke overførbarheten (Graneheim & Lundman, 2004, s. 110). Jeg har fokusert på å etablere gode argumenter for tolkningene mine til funnene, men samtidig gi leseren muligheten til å finne alternative tolkninger (Graneheim & Lundman, 2004, s. 110).

### **4.7.3 Pålitelighet**

Pålitelighet handler om å identifisere måter å ta hensyn til både elementer som forårsaker ustabilitet og endringer som oppstår på grunn av designrelaterte eller fenomenale forhold (Graneheim & Lundman, 2004, s. 110). Prosjektet har inkludert en nøye beskrivelse og begrunnelse av metoder, prosedyrer og forskningsstrategier for å anses som mer pålitelig (Yilmaz, 2013, s. 320). Samtidig har min status og rolle innen prosjektet blitt beskrevet i kapittel 4.6 (Yilmaz, 2013, s. 319). Gjennom intervjuprosessen har jeg fulgt intervjuguiden for å sikre at alle informantene fikk de samme spørsmålene (Graneheim & Lundman, 2004, s. 110). Jeg har også prøvd å stille lignende oppfølgingsspørsmål, selv om det var utfordrende (Graneheim & Lundman, 2004, s. 110). Etter hvert som jeg ble mer komfortabel med intervjuene, har de utviklet seg, men jeg har fortsatt å holde fokus på temaet i alle intervjuene (Graneheim & Lundman, 2004, s. 110).

## **4.8 Etiske overveielser**

I dette underkapittelet vil studiens viktigste etiske aspekter diskuteres. Gjennom prosjektet ble de forskningsetiske retningslinjene for samfunnsvitenskap og humaniora opprettholdt (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2021).

### **4.8.1 Informert samtykke**

Informert samtykke (se vedlegg 2) ble innhentet før jeg startet med lydopptak av informantene (Oliver, 2010, s. 46). Informantene ble opplyst om sitt informerte samtykke og muligheten til å trekke seg fra studien når som helst (Oliver, 2010, s. 48; Tjora, 2021, s. 55). Før intervjuene vurderte jeg hvordan det personlige møtet mellom meg og informant kunne gjøre det vanskelig for dem å trekke seg, basert på ønsket om å ikke skuffe meg som forsker (Tjora, 2021, s. 55). Det var derfor viktig at jeg ikke bare informerte om retten til å forlate studien når som helst, men også oppmuntret informantene til å uttrykke sine følelser (Oliver, 2010, s. 56). Jeg prøvde derfor å være følsom for tegn på at noen kanskje ikke ønsket å fullføre intervjuet, og spurte informantene ved et par anledninger om de ville fortsette (Oliver, 2010, s. 56).

### **4.8.2 Anonymitet og konfidensialitet**

Anonymitet er et av hovedelementene i forskningsetikk, og handler om at informantens identitet ikke skal bli gjenkjent (Oliver, 2010, s. 77). Informantene ble derfor informert om at navnene deres ville bli anonymisert ved transkribering (Oliver, 2010, s. 46). Samtidig fikk alle informantene tilbud om å lese transkriberingen av intervjuene, slik at de kunne føle seg trygge på anonymiseringen (Tjora, 2021, s. 190). Ved å bruke konfidensialitet i forskningen forsikret

jeg informantene om at private data som kunne identifisere dem, ikke ville bli avslørt (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 106). Lydopptakene og transkripsjonen ble oppbevart trygt i Educloud Research (Universitetet i Oslo, u.å.), samtidig som opptakene ble slettet etter avslutning av prosjektet (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 213).

#### **4.8.3 Institusjonell klarering**

Prosjektet ble registrert hos Kunnskapssektorens tjenesteleverandør (SIKT) for å sikre at kravene til databeskyttelse ble overholdt. Søknaden fikk referansenummer 862769, og ble godkjent 5. januar 2024, før det første intervjuet ble gjennomført. SIKT-godkjenningen er inkludert i vedlegg 3.

## **5. Mannlig identitet og psykiske helse**

De følgende kapitlene vil presentere resultatene av denne studien. Kapitlene er basert på de tre overordnede temaene: «*Erfaringer og forståelse om å være mann*», «*Forståelse av begrepet psykisk helse*» og «*Opplevelse av kommunikasjon*». Videre representerer delavsnittene undertemaene. Identifiseringen av temaene er beskrevet i kapittel 4.5.2 Tematisk analyse, hvor analyseprosessen er beskrevet og temaene demonstrert i tabell 2. I dette kapitlet vil temaene «*Erfaringer og forståelse om å være mann*» og «*Forståelse av begrepet psykisk helse*» bli utforsket og presentert. Gjennom analyseprosessen ble de tre undertemaene: *fysisk sterk, respektfull, trygg og stabil* og *mangfoldet av mannlige identiteter* identifisert under temaet «*Erfaringer og forståelse om å være mann*». Under temaet «*Forståelse av begrepet psykisk helse*» ble de to undertemaene: *livskvalitet og selvfølelse* og *selvbevissthet* identifisert.

### **5.1 Erfaringer og forståelse om å være mann**

Informantene hadde ulike tanker og oppfatninger om hva som gjorde en person til en mann. Essensielle holdepunkter for mennene var fysisk styrke, og det å kunne være trygg og stabil spesielt overfor partneren sin. Videre følte informantene på ulike forventninger knyttet til det å være en mann.

### 5.1.1 Fysisk sterk

Informantene hadde ulik forståelse på det å være en mann. Noen av informantene i den eldre aldersgruppen fokuserte på at mannen skulle være den fysisk sterke i forholdet mellom han og samboer. Sverre (59 år) beskriver det å være mann på følgende måte:

*Han gjør det tunge arbeidet. Må være sterk og må gjøre mannlige jobber hjemme, som å klippe plenen og annet arbeid ute ...*

Flere av informantene i den eldre aldersgruppen var enige i dette standpunktet om at mannen var den som utførte de tunge oppgavene i og rundt huset. Dette var oppgaver som å klippe plenen, måke snø, støvsuge og pusse opp. Informantene fremhever på denne måten forventningen om at mannen skal utføre «det tunge arbeidet» og være «sterk». Dette antyder en tradisjonell oppfatning av mannlighet knyttet til fysisk styrke og evnen til å utføre krevende oppgaver. Videre understreker dette også en oppfatning av at visse oppgaver anses som mer passende for menn på grunn av deres fysiske kapasitet. Informantene viser til en kjønnnet forståelse av oppgaver, der visse oppgaver er assosiert med mannlighet og forventes å bli utført av menn. Nils (58 år) forteller det på følgende måte:

*For meg betyr det at jeg liker å kjøre motorsykkkel og jeg liker å drive med praktiske ting ... Måker snø, drar på butikken, klipper plenen, sånne manneting. Eller så prøver jeg å hjelpe til ellers også, slik som å pusse opp, ikke noe særlig husarbeid.*

Nils beskriver aktiviteter og interesser som ofte blir sett på som typisk mannlige i samfunnet. Dette inkluderer å kjøre motorsykkkel, utføre praktiske oppgaver som å måke snø, dra på butikken og klippe plenen. Disse aktivitetene blir referert til som «manneting», og indikerer en oppfatning av at visse oppgaver og interesser er spesielt knyttet til det å være mannlig. Han



uttrykker videre et større engasjement for praktiske og håndfaste aktiviteter som å hjelpe til med å pusse opp, i stedet for å utføre tradisjonelle husarbeidsoppgaver. På den måten gir han uttrykk for at visse oppgaver er mer passende for ett kjønn enn det andre, samtidig som han selv identifiserer seg med en tradisjonell forståelse av mannlige roller og ansvar. Vidar (53 år) uttrykker også hans tanker om forskjellen på menn og kvinner:

*... i forhold til damer er vi kanskje ikke like omtenksomme og kjærlige, men jeg tror vi har det inni oss men at vi kanskje ikke viser det ...*

Vidar (53 år) reflekterer over forskjellen mellom menns og kvinners uttrykk for omsorg og kjærlighet, og innrømmer at menn kanskje ikke er like åpenbare eller tydelige i sitt uttrykk. Han påpeker at menn har de samme følelsene av omsorg og kjærlighet som kvinner, men at de kanskje ikke viser det på samme måte.

### **5.1.2 Respektfull, trygg og stabil**

Et flertall av informantene hadde en annen forståelse på det å være mann. Det gjaldt spesielt den yngre aldersgruppen og et fåtall av mennene i den eldre aldersgruppen. Deres forståelse av å være en mann handlet om å være respektfull spesielt overfor sin partner, være likestilte hjemme, samtidig som å være behjelpelig, en gentleman, høflig og vise omsorg. Dette var viktige egenskaper og kvaliteter for å være en mann. Simen (26 år) beskriver det å være mann på følgende måte:

*... Jeg tenker alle mennesker skal oppføre seg på en respektfull måte, og en mann skal ikke nødvendigvis være så mye mer annerledes enn en kvinne. Jeg tenker at i nåtidens samfunn er vi ganske likestilt, skal være hvertfall. Selv om du er mann skal du ta*

*oppvasken og klesvasken, men du kan også drive med snekring og ta gressklippen liksom.*

Simen understreker viktigheten av at alle mennesker, uavhengig av kjønn, oppfører seg på en respektfull måte. Dette antyder en grunnleggende tro på likeverdighet og respekt mellom kjønnene. Videre uttrykker han en oppfatning av at menn og kvinner ikke bør være «så mye mer annerledes» enn hverandre. Dette indikerer en forståelse for likestilling mellom kjønnene, der ingen kjønn skal ha privilegier eller ansvar som er betydelig forskjellige fra det andre. Han fremhever også mangfoldet i kjønnsroller, og at det er akseptabelt og ønskelig at menn utfører oppgaver tradisjonelt sett knyttet til kvinner, som oppvask og klesvask. På samme måte påpeker han at kvinner også kan utføre oppgaver tradisjonelt sett knyttet til menn, som snekring og gressklipping. Dette signaliserer en åpenhet for å bryte med tradisjonelle kjønnsnormer og utforske ulike interesser og ansvarsområder uavhengig av kjønn. Morten (53 år) og Daniel (26 år) uttrykker viktigheten med det å være en «gentleman», spesielt overfor det motsatte kjønn. Morten (53 år) formidler det på følgende måte:

*Jeg føler at en mann skal være høflig mot sin partner, være behjelpelig og være en gentleman mot det motsatte kjønn ...*

Under spørsmålet om hva informantene legger i det å være en mann, forteller Knut (59 år) om hans beskrivelse av forbildet mann:

*Forbildet mann, må jo være en som jeg husker fra jeg gikk i skolekorps, som var en voksen person som brydde seg ordentlig og viste omsorg for de som ikke hadde det så greit ... Jeg tror ikke det er noe rett og riktig på det å være mann jeg. Jeg tror vi menn kan være veldig forskjellige alle sammen, det er ikke slik at hvis du oppfører deg på en*

*spesiell måte så er du ikke mann eller hvis du gjør slik så er du mann. Jeg tror det å kunne vise svake sider som vi har er like mye mann, som å være stor og sterk. Så å flyte litt imellom der, tror jeg er veldig viktig og riktig.*

Knut identifiserer et forbilde for menn som en voksen person som viste omsorg og brydde seg om andre, spesielt de som ikke hadde det så greit. Dette antyder at omsorg medfølelse og evnen til å støtte andre i vanskelige situasjoner er viktige egenskaper i et forbilde. Videre understreker han betydning av å bry seg om andre, spesielt de som er i vanskelige situasjoner. Dette antyder en bevissthet om viktigheten av empati og støtte for å fremme trivsel og psykisk helse hos menn. Utsagnet kan også indikere en oppfordring til å fremme en kultur av sosial omsorg blant menn, der det å vise omtanke og støtte til andre ikke bare anses som akseptabelt, men også som en ønsket egenskap. Han fremhever også viktigheten av å kunne navigere mellom ulike uttrykk for mannlighet, inkludert både stereotypiske og mindre tradisjonelle trekk. Videre forteller Kenneth (30 år) om ansvaret en har som mann:

*Ha ansvar for ting som skjer, positive og negative ting. Hvis det går dårlig hjemme med samboeren, har man ansvar der for å ordne opp ...*

Kenneth fokuserer på ansvaret en har i et parforhold overfor den andre når han utdyper om hva han legger i det å være en mann. Han definerer ansvar som å ta vare på og håndtere ulike situasjoner, både positive og negative. Videre antyder han en forpliktelse til å ta ansvar for å løse problemer eller utfordringer som oppstår i forholdet til en samboer. Dette reflekterer en forståelse av ansvar som er knyttet til å opprettholde og styrke relasjoner gjennom å være tilstede og støttende i både gode og dårlige tider. Markus (25 år) derimot har et annet fokus når det kommer til hva han legger i det å være mann:

*Bare være meg selv og jobbe, og passe på at jeg har en grei økonomi og fysisk og psykisk helse ...*

Markus legger større vekt på det å være ansvarlig for sitt eget liv og velvære. Dette inkluderer å være seg selv og ta vare på sine behov, inkludert økonomi, fysisk og psykisk helse. Han er på den måten mer fokusert på sine egne handlinger og omsorg.

### **5.1.3 Mangfoldet av mannlige identiteter**

Informantene hadde ulike oppfatninger om mannlighet, som ble vist gjennom et mangfold av mannlige identiteter. Knut (59 år) avviste ideen om at det kun finnes en «riktig» måte å være mann på:

*Nei, det går ikke an å si at den ikke er mann. Fordi det handler litt om kjønn, du kan liksom begynne å si at de som er feminine eller de som er veldig maskuline. Det er ikke noe riktig, det er ikke noe rett og gærent på mann, menn er menn uavhengig av hvordan de er.*

Knut understreker viktigheten av mangfold innenfor mannlige identiteter og avviser ideen om en enkelt «riktig» måte å være mann på. Han fremhever videre at mannlighet ikke bør være begrenset av tradisjonelle forventninger til hva det innebærer å være mann. Mesteparten av informantene var enige i dette standpunktet. Bendik (25 år) fokuserte mer på det med å være seg selv, og oppføre seg likt til alle mennesker:

*Det blir det at du kan være ærlig, og driter du deg ut eller gjør noe feil på en måte så kan du stå for det og unnskyld deg for det. Det at du legger deg litt flat at du klarer å*

*gjøre det, ikke bare skal stå på ditt, og aldri gjøre feil. Ikke si en ting til noen også noe til noen andre, også snur du ryggen til også er det helt noe annet til tredjemann, for å prøve å bli likt av alle. Stå for den du er og det du mener.*

Bendik gir uttrykk for at menn ikke skal oppføre seg noe annerledes fra kvinner, samtidig som menn ikke skal prøve å være noe de ikke er. Det å gjøre feil og ikke være perfekt er også en viktig del av det å være en mann. Videre skal en mann kunne klare å legge seg flat, og erkjenne at han kan gjøre feil. Samtidig som en mann ikke fremstille seg på forskjellige måter til folk, for å få bekreftelse fra alle. Daniel (26 år) beskrev menn som mer handy og maskuline:

*Jeg kjenner sånn underbevisst at det er flere jeg kjenner som jeg definerer som mer menn på mange måter, enn kanskje andre. De er ofte kanskje litt, generelt litt mer handy og mer maskuline.*

Daniel synes det er vanskelig å erkjenne at han egentlig har et syn på at enkelte menn kan defineres som «mer menn» på flere måter. Dette tyder på at selv om han mener han ikke burde, har han likevel disse tankene om menn. Det å være maskulin og handy er viktige aspekter for han, når det kommer til å definere en mann. Sverre (59 år) har noen av de samme tankene, men viser det i form av et eksempel på et vennepar av han:

*... Jeg kjenner til et homofilt par, og der kan en tydelig se hvem som er mannen i forholdet og hvem som er den feminine i forholdet. Det er både i kroppsspråk og i størrelse på folk, den ene er ganske tynn og liten og den andre er normalt bygd.*

Det å fremstå mindre maskulin og mer feminin stammer fra både atferd og handling, i tillegg til kroppsstørrelse. I denne sammenhengen er «den feminine» i forholdet den mannen som

assosieres mest til den kvinnelige rollen hjemme og utseendemessig. Informantenes ulike oppfatninger om det å være en mann, påvirker igjen deres forståelse av begrepet psykisk helse.

## **5.2 Forståelse av begrepet psykisk helse**

Informantene hadde ulik oppfatning av begrepet psykisk helse. Flere av informantene syntes det var vanskelig å beskrive hva psykisk helse er, samtidig som de hadde ulike oppfatninger om hva begrepet betydde for dem. Ulike aspekter ble trukket frem slik som det å fokusere på sitt indre i form av selvfølelse og selvbevissthet, samtidig som enkelte av informantene manglet forståelse for begrepet og ikke hadde noen spesielle tanker knyttet til begrepet.

### **5.2.1 Livskvalitet og selvfølelse**

Ingen av informantene nevner direkte begrepet livskvalitet, men flere av informantene forbinder psykisk helse med hvordan en har det i hverdagen, noe som kan defineres som livskvalitet og selvfølelse. Sverre (59 år) beskriver hvordan det å møte på mye motgang i livet påvirker menn sin psykiske helse:

*Hvis en har det fælt og vondt og opplever mye motgang og slit så går det jo på helsa, og motsatt har du det bra og fungerer bra og familien har det bra så har du vel bra psykisk helse. Det er ganske vanskelig begrep, men det blir vel litt åssen du har det og ikke har det.*

Tankegangen til Sverre reflekterer et fokus rettet mot fysiske påkjenninger i form av faktorer som påvirker den psykiske helsen. Han nevner ikke tanker eller følelser, men det å ha det vondt,

oppleve motgang og slit som regnes som ytre og fysiske påkjenninger. Han undertrykker til slutt at psykisk helse er et vanskelig begrep. Markus (25 år) legger større vekt på psykologiske faktorer slik som psykiske plager og lidelser som essensielle for psykisk helse:

*Da tenker jeg på hvordan du har det med deg selv om du er deprimert eller om du har litt angst. Generelt hvordan du har det med deg selv og tankene dine, og for så vidt for de rundt deg og det.*

Markus sin uttalelse viser at enkelte menn assosierer psykiske plager og lidelser med psykisk helse, samtidig som hvordan du har det med deg selv og dine tanker er viktige aspekter av psykisk helse. Ikke bare påvirker du din egen psykisk helse, men andre rundt deg kan også påvirke hvordan du har det slik som familie og venner. Både Daniel (26 år) og Vidar (53 år) delte også denne tankegangen om at psykisk helse handlet om å ha det bra med seg selv:

*Det at du har det bra med deg selv, vil jeg si. Jeg har ikke noe bedre forklaring. Vi menn er ikke like flinke til å snakke med andre om det. Så har du noe, brenner du gjerne inne med det i stedet for å snakke om det. Men jeg tror også at vi kanskje driter i det hvis det er noe, også går det over. Uten å grave så dypt i det, bare gå videre.*

Han gir uttrykk for at menn generelt er dårlige til å prate om psykisk helse, og at dette igjen kan resultere i at menn får dårlig psykisk helse. Han uttrykker det som at menn i stedet «brenner inne med det», sammenlignet med kvinner som oftere snakker med andre om ting hvis det skulle være noe. Dette viser til en tydelig kjønnsforskjell når det kommer til å snakke ut om vanskelige tanker eller følelser, hvor kvinner er flinkere enn menn. For Morten (53 år) derimot er hans sosiale liv og arbeidsliv essensielt for hans psykiske helse:

*Hvordan du har det sosialt og hvordan du fungerer på jobb. Jeg tror du får en dårlig psykisk helse om du ikke fungerer på jobb eller har noen venner å snakke med. Så tror jeg det går utover den psykiske helsen din.*

Å fungere på jobb er nødvendig for Morten sin psykiske helse, samtidig som han mener dette også gjelder andre menn. Videre er det viktig å ha et sosialt nettverk rundt deg, slik at en har noen å snakke med om det behøves.

### **5.2.2 Selvbevissthet**

For noen av informantene var selvbevissthet et viktig element. Ved å kjenne seg selv godt nok til å skjønne når noe inni deg er i psykisk ubalanse er betydningsfullt for å kunne gjøre noe med problemet eller utfordringene. Både Knut (59 år) og Simen (26 år) hadde tidligere hatt erfaringer og opplevelser direkte knyttet til psykiske plager og lidelser, og inkluderte disse refleksjonene i uttalelsene sine. Knut beskrev det på følgende måte:

*Jeg tror hvis en ikke har kjent at en har vært i ubalanse en gang, så vet en ikke hva det å ha god helse er. Og jeg var vel kanskje litt i psykisk ubalanse når jeg var yngre, så jeg vet hva det vil si å kjenne på litt nervøsitet og kjenne på litt å ikke ha det bra, kjenne på at du føler deg alene i verden og kjenne på alle disse følelsene. Mens i dag så har jeg det veldig stabilt med helsa mi, og jeg kjenner på meg at jeg har det bra med meg sjæl. Så blir det alltid noen men, som jeg tror alle mennesker har at de har noen tvil inni mellom, på seg sjæl, om enkelte ting og på enkelte områder. Men det er veldig normalt, det er derfor vi er mennesker, fordi vi kan føle.*



Det å ha opplevd å være i psykisk ubalanse i ung alder har formet Knut sin forståelse av psykisk helse og hva som er negative påvirkningsfaktorer. Disse erfaringene har fremmet Knut sin bevissthet til psykisk helse og uhelse. Han har også kjennskap til hvordan det er å ha det vanskelig psykisk. Følelser og tanker, både positive og negative er normale reaksjoner som skjer gjennom livet til alle mennesker. Det er ikke mulig å komme seg gjennom livet uten å møte noen form for motgang, men dette er også den delen av oss som gjør oss til mennesker. Simen (26 år) formulerte det slik:

*Psykisk helse er jo noe som omfavner mesteparten i livet. Alle har en psykisk helse, og den kan være god og dårlig sånn som fysisk helse. Psykisk helse er jo også litt hvilke erfaringer du har i livet, det kan jo forme din psykiske helse i forhold til depresjon. Har du møtt mye motgang så kan det gå begge veier, du kan enten komme ut og bli sterkere og bygge din psykiske helse eller du kan bryte den ned, og havne i en depresjon. Jeg tror det er lettere å være dame og snakke om psykisk helse, enn det er å være kar. Men nå har jo vi hjemme hatt et veldig bevisst forhold til psykisk helse hele veien, men jeg tror nok det er lettere for samboeren min å snakke om psykisk helse enn det er for meg.*

Simen sammenligner fysisk helse med psykisk helse og påpeker at begge kan være gode eller dårlige. Dette viser en forståelse for at psykisk helse er like viktig som fysisk helse, og at begge former for helse kan påvirkes av livserfaringer og belastninger gjennom livet. Det å møte mye motgang i livet kan enten medføre at du lettere havner i en depresjon eller at det gjør deg sterkere til å takle psykiske påkjenninger senere. Det å ha et bevisst forhold til psykisk helse hjemme og i forholdet kan gjøre det lettere å snakke om. Videre gir han uttrykk for at det er forskjell i åpenhet mellom menn og kvinner, hvor menn har større vanskeligheter med å snakke om psykisk helse. For Bendik (25 år) var selvinnsikt nødvendig for å kunne hjelpe seg selv:

*Det er jo alt mulig da, fra følelser til å ha det bra, til hverdagslige ting liksom, skjønn  
hva som skjer det er vel egentlig det som er det store, at du begynner å kjenne deg selv  
og hva er det som skjer nå, hvorfor føler jeg det sånn, også klare å rydde opp det da for  
å få det bedre ...*

Bendik beskriver psykisk helse som alt fra følelser og velvære til hverdagslige hendelser. Han understreker viktigheten av selvrefleksjon og innsikt i egne følelser og reaksjoner for å forstå og håndtere ens mentale velvære. Han nevner behovet for å «rydde opp» i sin mentale tilstand for bedre velvære, og anerkjenner at det kan være nødvendig å løse psykiske utfordringer for å oppnå bedre livskvalitet. Forbedring av psykisk helse er en kontinuerlig prosess som innebærer å bli kjent med seg selv, forståelse av reaksjoner og arbeide med å håndtere dem. Psykisk helse er på den måten ikke bare en statisk tilstand, men noe som kan utvikles over tid.

Både Kenneth (30 år) og Nils (59 år) hadde utfordringer med å beskrive psykisk helse, og betraktet psykisk helse som et vanskelig begrep. Informantene hadde ikke noe spesielt forhold til begrepet. Nils formulerte det slik:

*Det har jeg egentlig aldri tenkt noe særlig på. Psykisk helse. Det må vel være at folk har  
det dårlig kanskje?*

Nils gir uttrykk for en manglende forståelse og bevissthet rundt psykisk helse. Dette fremhever hvor lite menn kan tenke på psykisk helse. Han antyder at psykisk helse kan være knyttet til det å ha det dårlig. På den måten neglisjerer han betydningen av å opprettholde god psykisk helse selv når man ikke opplever alvorlige vanskeligheter.

## **6. Kommunikasjonsopplevelse**

I dette kapitlet vil temaet «*Opplevelse av kommunikasjon*» bli utforsket og presentert. Gjennom analyseprosessen ble de fire undertemaene: *stigma rundt psykisk helse, tilnærming til psykiske utfordringer, menns tilgang til støtte og sosialt nettverk og behovet for åpenhet og endring av holdninger* identifisert.

### **6.1 Opplevelse av kommunikasjon**

Flere av informantene mente stigma og tabu var hovedgrunnene til at menn ikke snakket ut om psykiske plager. Videre hadde informantene ulik oppfatning knyttet til hvem de kunne snakke med i sosial omgangskrets, og hvor lett dette var. Omtrent alle informantene betraktet åpenhet som en viktig faktor for å endre menns holdninger til å prate om psykisk helse. Enkelte av informantene beskrev også hvordan de håndterte vanskelige følelser og psykiske plager.

#### **6.1.1 Stigma rundt psykisk helse**

Informantene hadde en felles forståelse om at stigma og tabu var to av hovedutfordringene for menn når det kom til å snakke om psykiske utfordringer til andre. Redselen for hvordan andre skulle se på dem, var en relevant faktor i tankegangen til informantene. Daniel (26 år) formidler det på denne måten:

*... Folk har jo stigma mot det å være mann og psykisk helse fra før av, så det er nok mye som henger igjen på det, så det kan være utfordringer. Kanskje spesielt på den eldre generasjon der er det nok mer utfordringer, så blir det mindre og mindre jo yngre man*

*blir ... Jeg føler ikke det er noen ytre begrensninger som hindrer meg, det er mer det at jeg har ikke noe behov for å snakke om det. Det skal mye til hvertfall, men det hender jo da selvfølgelig. Dørstokkmila blir lang for min del, hvis jeg skal gidde å snakke med noen om det. Jeg synes det er bedre å fikse det selv ...*

Daniel uttrykker at det er vanskeligere å åpne opp om psykiske plager som mann enn som kvinne, på grunn av stigma. Videre antyder han at det er generasjonelle variasjoner mellom menn, når det kommer til å snakke om psykisk helse. Ved å bruke uttrykket «dørstokkmila blir lang» antyder han at det er høy terskel for å snakke om psykisk helse med andre. Knut (59 år) reflekterer over hvorfor det er mye stigma rundt psykisk helse og menn:

*Jeg tror det er mye stigma, knyttet til at noen menn tror det at vi menn må være så sterke bestandig, men det trenger vi ikke å være. Vi er like myke som damene, faktisk så er vi det inni oss, men vi ser bare litt annerledes ut utvendig men innvendig er vi like, som det heter så fint ...*

Knut påpeker at det er mye stigma knyttet til ideen om at menn må være fysisk sterke. Dette stigmaet kan bli en barriere for menn når det gjelder å åpne opp om psykiske plager og utfordringer. Han forklarer videre at menn og kvinner er like på innsiden, med tanke på at vi føler og tenker. Simen (26 år) mener derimot at psykisk helse er et tabubelagt tema for både kvinner og menn:

*Det er jo veldig tabubelagt og det gjelder både for kvinner og menn, det med psykisk helse. At du møter mye fordommer, som kan koste deg relasjoner. Jeg tror det er vanskelig å komme ut med dårlig psykisk helse og be om hjelp, eller bare si at du har en psykisk lidelse som bipolaritet. Så tror jeg det er en ganske høy terskel å si til verden*

*at jeg har bipolaritet, men jeg er bare meg, og det handler mye om forståelse for psykisk helse ...*

Det å snakke ut om psykisk helse kan være en bekymring, på grunn av frykten for å møte fordommer og negative reaksjoner fra andre. Simen gir uttrykk for en frykt for å miste relasjoner eller opplevelse av stigma på grunn av ens psykiske tilstand. Han understreker videre at mangelen på forståelse for psykisk helse er hovedproblemet for å kunne dele at en har en psykisk lidelse. Selv om personer med psykisk lidelse fortsatt bare er seg selv. Videre uttrykker han at fysisk sykdom er enklere å snakke om enn psykisk sykdom:

*... Det er jo selvfølgelig lettere å snakke om fysiske ting, har du brekt beinet og det gjør jævlig vondt så er det fullt akseptert å prate om. Også er det nok lettere å prate om milde symptomer enn schizofreni, psykose eller vrangforestillinger. Jeg tror at alvorlighetsgraden på psykiske lidelser eller psykisk uhelse er avgjørende for hvilken aksept det er for det da ...*

Simen gir uttrykk for at det er mer akseptert å snakke om fysiske helseproblemer, slik som et beinbrudd, i motsetning til psykiske problemer. Han understreker at alvorlighetsgraden av psykisk lidelse kan påvirke graden av aksept og åpenhet rundt dem. Det kan være mer akseptert å snakke om lettere symptomer, enn for eksempel schizofreni eller psykose. Dette kan begrense åpenheten og aksepten rundt psykiske lidelser. Bendik (25 år) beskriver også hvordan enkelte temaer er mer skamfulle enn andre:

*... det verste eller det mest skamfulle er å slite økonomisk. Det kompiser rundt meg har slitt mest med er når de har slitt økonomisk, og at det er veldig skamfullt på en måte, om du enten har dratt på deg mye lån eller at ting ikke går rundt i forhold til verden*

*rundt deg. Så er det på en måte det som har vært mest skam, bare å si det at man ikke har råd eller at du ikke får blitt med på en tur fordi du ikke har penger ...*

Ifølge Bendik kan økonomiske vanskeligheter, i form av mye gjeld og manglende økonomiske ressurser for å delta på aktiviteter med kamerater, være en kilde til skam. Dette kan skyldes sosiale forventninger og press knyttet til økonomisk suksess, noe som fører til følelse av utilstrekkelighet og skam hvis en ikke lever opp til disse forventningene. Redselen for å oppleves svak var det flere av informantene som nevnte. Vidar (53 år) beskrev det slik:

*Selv om jeg sa at det er muligheter for å være åpen, så blir du sett på litt annerledes av andre menn hvis du åpner deg opp om psykiske problemer. Det kommer akkurat an på settingen, men jeg vil kanskje si at du kanskje kan oppleves som litt svak kanskje. Men det er en litt selvmotsigelse, fordi jeg mener jo at det er mulighet for å prate om det men jeg tror at litt sånn ubevisst så blir en sett på som en litt svakere person hvis du sier at du har psykiske plager ... Det er ikke lett for meg å snakke om psykisk helse og problemer. Det er uvant. Jeg har ikke gjort det noe særlig, også vil jeg heller ikke vise at jeg har problemer eller er svak ...*

Vidar mener at menn bør kunne være åpne om psykiske problemer, men samtidig frykter han at han kan oppfattes svak. Han oppgir en selvmotsigelse i sine egne tanker. Utsagnet viser til en kompleks dynamikk rundt åpenhet om psykiske utfordringer. Den største barrieren for å snakke om psykisk helse kan i flere tilfeller være en selv. Morten (53 år) uttrykker følgende:

*Jeg tror den eneste hindringen man har er seg selv. Hvis jeg hadde gått til en kamerat og pratet om problemer jeg hadde, ville nok han bare blitt glad. Jeg tror jeg hadde følt på at jeg var en belastning. Så jeg tror vi hindrer oss selv i det, ikke at vi hindrer andre*

*... Jeg tror det er litt tabubelagt for mannfolk å søke hjelp, det tror jeg. Jeg tror det er verre for en mann å søke hjelp sammenlignet med en kvinne, men det er jo fordi vi er dårligere på å prate om følelser.*

Morten mener kameratene hans hadde satt pris på om han fortalte dem om sine psykiske problemer, men at han selv utgjør en hindring for å gjøre det. Han uttrykker en redsel for å bli oppfattet som en belastning for kameratene sine. Flere av informantene forklarte at det er en større utfordring for menn å søke hjelp enn for kvinner, siden menn generelt har vanskeligere for å åpne seg om følelser.

### **6.1.2 Tilnærming til psykiske utfordringer**

Informantene hadde ulike tilnærminger til hvordan de skulle håndtere psykiske utfordringer. Hovedsakelig foretrakk informantene å bruke strategier som handlet om å søke avkobling eller avledning gjennom aktiviteter. Andre hadde fokus på å akseptere situasjonen slik den var, og prøve å tenke positivt. Både Sverre (59 år) og Markus (25 år) kunne snakke med partneren sin eller venner dersom de hadde en vanskelig periode eller følelser. Sverre (59 år) beskriver det på følgende måte:

*... Også er garasjen en ordentlig avveksling på det, og hockeyen er veldig avveksling og der er det en diger gjeng og vi skravler, tuller og fleiper. Kan godt hende noen har psykiske problemer der, men det er ingen som viser det i så fall.*

Videre nevner han garasjen og hockey som avveksling. Dette gir han muligheten til å trekke seg litt unna og være mer for seg selv, samtidig som han skifter fokuset vekk fra problemene sine. Han forteller om at lagkameratene hans på ishockey ikke prater om psykisk helse, og at

de i stedet fokuserer på å ha det morsomt. Denne strategien med å flytte fokuset vekk fra det som er vanskelig over på noe annet, hadde et flertall av informantene også. Nils (58 år) forteller det på denne måten:

*Det spørres på årstida. Jeg har jo hatt noen brudd gjennom tiden, da har jeg brukt motorsykkelen og kjørt meg en tur for å tenke på helt andre ting. Enten det eller å være på jobb. Sitte hjemme å tenke er det dummeste en gjør.*

Nils vektlegger dette med å søke distraksjoner og avledninger fra vanskelige tanker og følelser, gjennom bruk av fysisk aktivitet eller jobb. Han ønsker ikke å bli sittende fanget med disse negative tankene, ettersom dette kan ha negative effekter på han. Simen (26 år) sier det på denne måten:

*Jeg går ut i skogen og går en lang tur. Det er det som er mest effektivt for meg. Jeg har en samboer som vil at vi skal prate mye, men det synes ikke jeg er det mest effektive. Når jeg prater blir det bare en sånn påminnelse, men når jeg er ute så klarer jeg å gå og bearbeide vanskelige tanker, vanskelige følelser, vanskelige situasjoner som oppstår i livet. Så det er rett å slett det å komme seg ut og gjøre noe annet, bytte miljø, komme seg ut i skogen og tenne et bål eller fysisk aktivitet som trening kan hjelpe ...*

For Simen hjelper det ikke å snakke ut om vanskelige følelser og perioder. Han forteller at dette kun resulterer i at han ikke klarer å legge det bak seg eller komme videre. I stedet vektlegger han å komme seg utendørs og bearbeide følelsene alene i aktivitet. Vidar (53 år) uttrykker følgende:



*Jeg tror jeg takler det best med å bare akseptere at sånn er det, og prøve å tenke på noe annet. Det jeg kan gjøre da er å se positivt på andre saker og ikke bruke fokus på det som er negativt.*

Vidar forteller om betydningen av å ikke la seg overvelde av disse negative tankene eller følelsene. Han velger i stedet å avlede oppmerksomheten fra det negative ved å bevisst fokusere på positive aspekter av livet.

### **6.1.3 Menns tilgang til støtte og sosialt nettverk**

Informantene poengterte hvor viktig det var å åpne opp om psykiske plager til andre for å kunne få støtte og hjelp for å takle psykiske plager. Sverre (59 år) beskriver det på denne måte:

*... Hvis jeg begynner å få veldig mye problemer og sånn som jeg ikke har hatt noe særlig av, så har jeg jo kona mi og hu er jo veldig grei å prate med. Jeg tror hun løser ganske mye der hvis det er noe ... Det er noen få kanskje jeg kan snakke med om psykiske problemer, men det er ikke alle det. Jeg har en liten gjeng rundt meg så det er kanskje fire eller fem stykker jeg kan prate med hvis jeg hadde slitt psykisk ...*

For Sverre er det nødvendig å prate med kona si, dersom han har en vanskelig periode eller følelser. Han uttrykker at kona er en god støttespiller og samtalepartner hvis han skulle ha store psykiske problemer. Videre nevner han et fåtall av kamerater som han kan dele psykiske utfordringer med. Han forteller videre:

*... Hvis en først begynner å snakke om ting som at du er deprimert eller har psykiske problemer så tror jeg en kan prate om alt mulig egentlig. Jeg tror ikke det er noen begrensninger når du først er så nede så kan du prate om alt mulig.*

Sverre forteller at det å være åpen om psykiske problemer, slik som depresjon, vil kunne fungere som «en bro» til åpenhet om andre temaer. Han uttrykker at det å snakke om psykiske problemer kan bidra til å fjerne tabuer eller begrensninger rundt andre samtaleemner. Markus (25 år) forteller om sitt syn på saken, og hvem han kan snakke med:

*... Jeg vil tro det er noen som tenker at menn ikke skal snakke om psykisk helse. Men jeg vil jo tro det bare har blitt bedre og bedre, enn det var for kanskje bare 10 år siden ... Vi kan prate om psykiske problemer i vennegjengen. Det kan være alt fra kjæreste problemer til hverdagslige ting på en måte ... Det er nok lettest for meg å snakke med venner og samboer. Jeg føler det er lettere å prate med dem siden jeg har kjent de i mange år.*

Markus erkjenner at det å snakke om psykisk helse ikke er enkelt for alle menn. Samtidig gir han uttrykk for at den yngre generasjon er flinkere til å prate om temaet, sammenlignet med den eldre generasjon. Han forteller om at vennegjengen hans prater om psykiske problemer sammen, og at dette kan være ulike temaer. Markus synes det er enklere å dele psykiske plager med personer han kjenner godt, slik som venner og samboer. Han gir uttrykk for at en viss tillit må være på plass før han kan dele ting om sin psykiske helse til andre. Basert på utsagnet til Kenneth (30 år) er ikke denne tilliten til kamerater alltid til stede:

*... Det er sikkert ingen i vennegjengen min som sliter med noe sånt, eller så tørr de ikke å snakke om det. Vi har hvertfall aldri gjort det. Det kan være flaut å snakke om psykiske*

*plager til kamerater fordi man er redd for at de kommer til å snakke om det bak ryggen din ...*

Kenneth gir uttrykk for en mangel på åpenhet om psykiske utfordringer i vennegjengen hans. Videre nevner han at det kan være flaut å snakke om psykiske plager til kamerater grunnet frykten for baksnakking. Det å vise sårbarhet kan føre til at en blir snakket negativt om til andre i vennegjengen. Mangel på åpenhet om psykisk plager i vennegjengen var det flere informanter som nevnte. Vidar (53 år) beskrev det slik:

*Vi snakker ikke om psykiske plager i vennegjengen. Hvis det skulle være et tema, tror jeg det er mer en til en. Ikke i en sammensetning hvor vi er flere. Det kan være et eller annet som du kan prate om på tomannshånd, men da velger du som regel en som du kan prate med, uten at jeg helt vet hvem det skulle vært. Jeg tror det er lettere en til en, enn i en gruppe da. Jeg håper jeg kan prate med en kamerat hvis jeg skulle slite med noe, men jeg har heldigvis ikke kommet i den situasjonen at jeg har måttet gjort det. Men jeg tror jeg kan prate med flere hvis jeg har behov.*

Informantene så det som en mulighet å snakke med noen få kamerater om sine psykiske plager, hvis de valgte å dele dem. Vidar bemerker at psykiske plager som tema, sjelden blir diskutert i vennegjengen, spesielt ikke når de er samlet som en gruppe. Han uttrykker en preferanse for en til en samtaler når det gjelder å diskutere psykiske plager. Ved å snakke med en person i stedet for en gruppe, blir det mer intimt og trygt å åpne seg. I vennegjengen til Simen (26 år) hadde de begynt å snakke mer om psykiske plager etter åpenhet fra han og samboer:

*Vi har begynt mer med det å snakke om psykiske problemer i vennegjengen nå ... Jeg tror det er lettere for de å prate med oss, siden vi også har pratet med de om depresjon*

*og det som er vanskelig rundt det. Jeg prater nok kanskje ikke så mye om min egen psykiske helse med kamerater. Nå har ikke jeg hatt så store problemer med min psykiske helse fordi jeg har funnet mestringsmåter som ikke inneholder andre mennesker. Når jeg får lov til å dra alene, så går det fint og hvis det skal være noe mer så kan jeg ta det opp med samboer. Men nei jeg prater nok ikke så mye, men jeg kan nok si noe hvis noe blir overveldende hvis jeg tror dette er noe jeg ikke klarer da, så kan jeg si det til kompiser og venner ...*

I vennegjengen til Simen har dynamikken endret seg i en positiv retning, ved at det er mer akseptert å snakke om psykiske problemer. Åpenheten fra han og samboer har ført til at venner av dem er tryggere og mer komfortable med å dele personlige utfordringer. Likevel foretrekker han å takle sine egne problemer på egenhånd, men han er åpen for å snakke med samboer hvis nødvendig. I vennegjengen til Daniel (26 år) var det enklere å prate om psykiske utfordringer over nett, mens alvorlige temaer ble snakket om person til person:

*Jeg har en kompis hvor faren hans tok livet, så sitter vi og kan skravle om det der og da. Så tar vi det opp inni mellom ellers, eller hvis noen har gjort det slutt med dama. Sånne ting som er litt kjipe. Og det er vel kanskje oftest over nettet som vi tar det opp, bortsett fra ting som er litt mer alvorlig, som det selvmordet. Men selve oppfølginga blir hovedsakelig over nettet ... Jeg tror det er veldig mange som synes det kan være ålreit å snakke om litt vanskelige ting, mens man f.eks. sitter og gamer ...*

Daniel uttrykker at samtaler via nettet mens de spiller dataspill kan være en trygg og komfortabel måte å dele følelser og opplevelser på, spesielt når det gjelder sensitive temaer. På den måten kan en flytte fokuset mellom samtalen og spillet, noe som gjør det mulig å avslutte

samtalen hvis vedkommende synes det er vanskelig å snakke om. Knut (59 år) hadde en bevisst tilnærming til å diskutere psykisk helse med ulike kamerater:

*Jeg har forskjellige kamerater, som jeg gjør forskjellige ting med. Også er jeg heldig da som jobber i helsevesenet, så har jeg noen jeg kaller kamerater i helsevesenet som har litt greie på psykiatri å og da ser jeg meg fint snitt til tidvis å pense inn på det temaet, for å normalisere mine egne tanker eller få justert den veien jeg er på tur inn i. Så jeg prater med noen kamerater om psykisk helse, ikke alle fordi det går ikke. Stort sett når jeg møter vennegjengen er det festlige lag og da setter vi oss ikke ned og graver oss ned i dype psykiske problemer først for så å drikke og ha det moro etterpå. Jeg gjør ikke det med en vennegjeng sånn ... Jeg kan snakke med kona mi, to av søstrene mine om litt av det, også er jeg med i en losje som jeg har noen enkelte der som er veldig fine å snakke med dersom det skulle være et eller annet, på det psykiske planet. Jeg har mange som jeg kan snakke med, men samtidig så er det ikke så behov da ...*

I Knut sitt sosiale nettverk har han identifisert ulike sosiale grupper. På den måten tilpasser han samtalen om psykisk helse til den aktuelle situasjonen og gruppen. Ved festlige anledninger med venner kan han fokusere på moro og overfladiske temaer, mens samtaler med kollegaer i helsevesenet og medlemmer av en losje kan fokusere på dypere og mer sensitive emner som psykisk helse. Han har samtidig kona og et par søstre som han kan snakke åpent med om psykiske helseutfordringer. Han erkjenner at behovet for å snakke om psykisk helse ikke alltid er til tilstede.

#### 6.1.4 Behovet for åpenhet og endring av holdninger

Mange av informantene beskrev åpenhet som et grunnleggende element for å kunne få hjelp og støtte for psykiske plager. De hadde ulike holdninger til om de ønsket å dele psykiske utfordringer med noen i deres sosiale nettverk. Likevel så de muligheten til å snakke om enkelte temaer, mens andre var mer skamfulle å åpne opp om. Nils (58 år) uttrykker det på følgende måte:

*Er det noen forskjell på gutter og jenter der da? De må jo åpne seg hvis ikke blir en sittende og gruble på det, og det er ikke bra ... Jeg tror det er mange år siden jeg kunne snakke om psykiske problemer med kamerater, kanskje når jeg var ung ... Hvis en hadde blitt syk, så blir jo det gående utover psyken. Da kan det hende jeg hadde hatt behov for å ha noen å snakke med, så da kunne jeg snakket med en kamerat kanskje ... Jeg tror jeg kunne snakket om brudd med de på jobben, og familien så klart.*

Nils gir uttrykk for at det ikke burde være noen forskjell på jenter og gutter når det kommer til å åpne opp om psykiske plager. Han mener det er bedre å åpne seg for noen å prate ut, enn å bli sittende å dvele på disse følelsene alene. Nils formidler at han ikke lenger føler han kan snakke med kamerater om psykiske plager, sammenlignet med når han var yngre. Ved større fysiske livsendringer, slik som sykdom eller brudd med samboer uttrykker Nils at han trolig ville hatt behov for å snakke med en i sin omgangskrets. Simen (26 år) hadde følgende refleksjoner angående åpenhet blant menn:

*Jeg tror menn som opplever psykiske plager trenger åpenhet og at de ikke skal bli møtt med silkehansker og bli puset på, det tror jeg ikke hjelper noen, men at du blir møtt som et menneske og som den du er ... Nå har jo psykisk helse vært en viktig del av forholdet*

*til meg og samboeren min, fordi hun har slitt med psykisk helse. Så vi har vært veldig opptatt av at vi skal være åpne og da ikke bare til hverandre men til de rundt oss da, for forståelse, informasjon, aksept og det stigmaet du møter. Jeg tror nok jeg er friere enn mange andre menn, og det kan jo komme av utdanning at jeg er sykepleier, men også det forholdet jeg er i at jeg har blitt veldig vant med å snakke om psykisk helse innad i forholdet og rundt oss. Så vennene våre kommer ofte til oss og prater om psykiske plager fordi de vet vi har vært gjennom litt av hvert ...*

Simen understreker behovet for å møte menn som opplever psykiske plager med åpenhet og ærlighet, og ikke med overdreven beskyttelse. Han reflekterer over hvordan samboer og hans forhold har vært preget av psykiske helseutfordringer hos partner, og at dette har medført en dypere forståelse og åpenhet både innad i forholdet og overfor andre. Han mener også at hans tilnærming til psykisk helse er preget av hans yrkesbakgrunn som sykepleier, og at dette har gjort han mer åpen. Det å snakke ut med kamerater kan gjøre at du flytter fokuset vekk fra dine psykiske utfordringer. Bendik (25 år) forteller det slik:

*Psykisk helse er lett å tulle bort liksom. Også skal man være selvstendig og klare det selv, men har man liksom ikke de verktøyene selv så er det vanskelig å komme noen vei ... Jeg er ganske åpen av natur, men det er jo som regel når jeg har funnet ut av ting. Hvis ikke så sitter man bare og synser på en måte, men sånn er det kanskje litt da, man må jo finne ut av hva det er før man kan prate og sette ord på det liksom ... Jeg føler at sånn når jeg har funnet ut av det, må jeg bare få sagt det liksom, for da har det tatt så mye tid og fokus. Så da kommer det bare en skikkelig utblåsning på en halvtime – time, men da er jeg ferdig med det også. Det er nok noe jeg føler på, å få det ut og bli ferdig med det ...*

Bendik understreker at psykisk helse er et tema som lett kan tulle bort hos den yngre generasjonen, samtidig som en skal løse problemene sine alene. Han forteller at han selv er veldig åpen, men samtidig må han finne ut av hva problemet er før han snakker med noen om det. Det å ha en skikkelig utblåsning er ifølge Bendik nødvendig for å kunne legge følelsene eller problemet fra seg. Videre forteller han om økt fokus på åpenhet i vennegjengen:

*... Det har blitt mer snakk om psykisk helse i vennegjengen, etter et par episoder liksom, så blir det mer naturlig. Du vil jo liksom ikke åpne den samtalen, for den personen det gjelder foran alle, for da kan det bli ukomfortabelt liksom ... Men det er veldig fra person til person, hvor åpen man er om det. Er det noen som kan fortelle det til alle og ikke legge noe skjul på det, da er det helt okei å prate foran alle om det. Men er det noen som synes det er vanskelig eller skamfullt å prate om, tar du det kanskje bare to og to eller tre og tre ...*

Bendik reflekterer over hvordan et par runder med psykiske utfordringer blant kameratene hans, har ført til en økt bevissthet rundt temaet psykisk helse. Videre påpeker han viktigheten av å respektere den enkeltes privatliv og komfortnivå når det gjelder å åpne opp om psykisk helse. Han gir også uttrykk for at det finnes individuelle preferanser og grenser når det kommer til å snakke om psykisk helse i en vennegjeng, og at dette må tas stilling til.

Flere av informantene mente åpenhet og hjelpesøking blant menn var viktig for å takle psykiske problemer. Sverre (59 år) mener det ikke er noe skam å søke hjelp tidlig og åpne opp om sine problemer:



*Det er nok der vi karene er litt dårlige at vi venter litt for lenge. Men jeg tror det ikke er noe skam å ta kontakt tidlig og fortelle om hvis en har noen problemer. Det er kjempe bra om menn søker profesjonell hjelp. Det er nok mange som kanskje bare trenger 10 timer hos en psykolog også har en knekt koden liksom.*

Sverre fremhever betydningen av å ta kontakt tidlig og søke profesjonell hjelp når en opplever psykiske problemer. Det kan være til stor hjelp å oppsøke en psykolog tidlig. Videre mener Knut (59 år) det er viktig å være åpen og ærlig om sin egen psykiske helse:

*Snakke mer om det. Tørre å være åpen, tørre å si det, tørre å vise at i dag så har jeg det ikke så bra. Om det er at du har sovet dårlig eller at du går med mange tanker, og hvis du går med mange tanker så bør kanskje noen komme med et oppfølgingsspørsmål og spørre hva slags tanker har du. Det er å snakke sammen og jeg tror det aller meste går an å snakke seg litt ut av på en rolig og fin måte.*

Knut vektlegger det å kunne snakke åpent om ens tanker og følelser, selv om det kan være vanskelig, kan det være til stor hjelp. Både Sverre og Knut legger vekt på betydningen av kommunikasjon og åpenhet når det gjelder å håndtere psykiske problemer.

## **7. Diskusjon**

Formålet med denne studien var å utforske og bedre forstå menns holdninger, opplevelser og erfaringer knyttet til psykisk helse hos de ulike aldersgruppene, samt å undersøke hvem de betrodde seg til og snakket med om psykiske helseproblemer. I kapittelet vil hovedfunnene i studien diskuteres i henhold til litteratur, og det teoretiske rammeverket presentert i kapittel 3. Videre vil funnene diskuteres i lys av et folkehelseperspektiv, og avslutningsvis vil studiens begrensninger presenteres.

### **7.1 Maskulinitet i endring**

I den eldre aldersgruppen var det flere informanter som identifiserte seg med stereotypiske maskuline aktiviteter. Deres forståelse av maskulinitet ble knyttet opp mot visse aktiviteter slik som praktiske oppgaver som å måke snø og klippe plen, oppgaver som ble definert som fysisk tunge. Kroska (2004, s. 906) fant at heterofile par som bor sammen ofte har veldig ulike husarbeidsmønstre basert på kjønn. Kvinnene tar på seg en større andel av husarbeidet, spesielt de oppgavene som tradisjonelt regnes som feminine, mens menn gjør en større andel av det som anses som maskulint arbeid (Kroska, 2004, s. 906). Dette indikerer at menn kan uttrykke sin maskulinitet ved å unngå tradisjonelt feminint arbeid og i stedet fokusere på bil- og hagearbeid (Kroska, 2004, s. 908). Videre viser eksisterende forskning at menn fortsatt har tradisjonelle roller hjemme, hvor de tar seg av fysisk krevende oppgaver (Oliffe et al., 2023, s. 4). Husarbeid kan dermed bidra til å opprettholde kulturelt forventede relasjoner basert på maskulinitet og femininitet, og måten en utfører husarbeid på kan bekrefte en persons selvoppfatning som maskulin eller feminin (Davis & Greenstein, 2013, s. 68). Dette kan vinkles opp mot teorien til

West & Zimmerman (1987) om å utføre kjønn, hvor hjemmet blir en viktig arena for å vise «riktig» kjønnsatferd.

Informantene ga uttrykk for en skjult forventning om at mannen skulle være den fysiske sterke i forholdet mellom han og samboer. Dette samsvarer med studien til Lilleaas (2006, s. 315) som viser til at det fortsatt er forventninger om at menn skal være fysiske sterke, og vise minst mulig svakhet. Disse sidene ved mansrollen kan videre få betydning for hvordan menn fremstiller og håndterer sine helseproblemer (Lilleaas, 2006, s. 317). I tillegg fremhevet Herron et al. (2020, s. 6) hvordan informantene i studien opplevde et sosialt press for å presentere seg som sterke og robuste. Definisjonen på en sunn mann ble beskrevet som å være fysisk sterk, selvsikker og økonomisk vellykket blant en mindre gruppe menn, og kan relateres til et hegemonisk ideal (Herron et al., 2020, s. 6). I studien viser de ulike normene og forventningene til hvordan kjønnsrollene påvirket hvilke gjøremål og oppgaver informantene gjennomførte hjemme. Dette står i tråd med studien til Deutsch (2007, s. 114) som påpeker at maskulin atferd forventes fra menn som en del av deres kjønnsrolle, siden deres posisjoner ofte krever fysisk styrke. Disse funnene kan relateres til Connells begrep om hegemonisk maskulinitet, hvor visse aktiviteter og egenskaper blir ansett som mer maskuline og dominerende i samfunnet (Connell, 1995).

Studien gir antydning til et tydelig skille mellom maskulin og feminin, hvor det feminine assosieres med svakhet sammenlignet med det å være maskulin. Sverre (59 år) illustrerte dette ved å komme med et eksempel på et homofilt par han kjenner til. Han utdyper hvordan det er

tydelig forskjell på hvem som er den maskuline og den feminine i forholdet, og vinkler dette opp mot deres fysikk (s. 45). Mahalik & Dagirmanjian (2019, s. 10) fremhevet også hvordan homofili og feminitet ikke kunne forenes med maskuline normer. Denne tankegangen kan vinkles opp mot Connells teori om underordnet og marginalisert maskulinitet, hvor homofile menn plasseres lengre ned på kjønnshierarkiet sammenlignet med heterofile menn (Connell, 1995). Tankegangen fremmer en holdning om et tydelig skille mellom det feminine og det maskuline, hvor flere av informantene i den eldre aldersgruppen ønsker å identifisere seg med det maskuline idealet.

Derimot blir disse tradisjonelle normene utfordret av den yngre generasjonen av menn i studien. Fokuset deres var rettet mot å vise respekt til sin partner, likestilling hjemme, være hjelpsom, høflig og vise omsorg. Dette samsvarer med konseptet om fremvoksende maskulinitet, hvor den yngre aldersgruppen endrer sitt maskulinitetsmønster og legger vekt på at de selv skal ta en mer omsorgsfull rolle i parforholdet (Inhorn & Wentzell, 2011). Lignende funn ble presentert i studien til Herron et al. (2020, s. 6) hvor flere av mennene ønsket en mer tilfredsstillende, omsorgsfull, balansert og relasjonell utgave av maskulinitet. Videre ble fedre og bestefedre sett på som eksempler på hegemonisk maskulinitet (Herron et al., 2020, s. 6), som samsvarer med funnene i denne studien. Synspunktet om at menn skal være respektable, stabile og trygge var mest fremtredende hos den yngre aldersgruppen av menn i studien. Scambor et al. (2014, s. 569) viser til at omsorgsfull maskulinitet kan bidra til å skape mer likestilling blant kjønnene. Menn engasjerer seg dermed mer i omsorgsoppgaver overfor andre, men også seg selv (Scambor et al., 2014, s. 555). Ved å delta i omsorgsarbeid kan de utfordre tradisjonelle

kjønnsroller og redusere helseproblemer som oppstår fra tradisjonelle forventninger til maskulinitet (Scambor et al., 2014).

I studien hadde informantene ulik oppfatning om hva det var å være en mann. Imidlertid påvirket ikke dette tilnærmingene deres til å takle psykiske utfordringer. Det ble ikke identifisert tydelige mønstre blant informantene, selv om enkelte hadde fokus på at menn skulle være fysisk sterke. Det samme gjaldt for informantene som hadde fokus på at menn skulle være respektfulle, trygge og stabile. Et flertall av informantene ønsket å takle psykiske utfordringer på egenhånd, i stedet for å snakke med andre om problemene sine. Dette står i tråd med konseptet om hegemonisk maskulinitet, hvor menn unngår å vise svakhet for å opprettholde sin dominans i samfunnet (Connell, 1995, s. 77). Videre kan studien relateres til medvirkende maskulinitet siden mennene som hadde fokus på respekt, trygghet og stabilitet ikke nødvendigvis ønsket å snakke om psykiske utfordringer. Disse informantene deltar til det hegemoniske idealet siden de ikke ønsker å søke støtte ved psykiske utfordringer (Connell, 2005, s. 79).

## **7.2 Uttrykking av følelser: holdninger og utfordringer**

I studien til Cleary (2012, s. 501) ble det funnet at de psykiske plagene til informantene ble skjult fra deres sosiale nettverk. Litteraturen fremhever at uttrykking av følelser ble betraktet som en svakhet, samtidig som åpenhet om emosjonell smerte ble assosiert med det feminine (Cleary, 2012, s. 501). Dette valget ble i hovedsak påvirket av tradisjonelle oppfatninger om maskulinitet (Cleary, 2012, s. 501). Flere av informantene i studien mente det var lettere for kvinner å snakke om psykisk helse, sammenlignet med menn. Studien viser til tydelige

kjønnsroller, hvor kvinner er de som kan være sårbare, mens menn skal være fysisk sterke og ikke vise svakhet. Morten (53 år) mente det var vanskeligere for menn å søke hjelp enn for kvinner, hvor årsaken ligger i at menn er dårligere på å snakke om følelser (s. 54-55). Det å ikke vise følelser står i tråd med teorien om å utføre kjønn (West & Zimmerman, 1987). Menn og kvinner blir tydelig sett på som kategorier, hvor det å snakke om følelser anses som kvinnelig (West & Zimmerman, 1987). Denne oppfatningen støtter teorien om hegemonisk maskulinitet og medvirkende maskulinitet, siden mennene ønsker å opprettholde en fasade om å virke sterke (Connell, 1995). Med andre ord betyr dette at menn som fremstår som svake ikke utfører kjønn, på samme måte som kvinner som fremstår som sterke ikke utfører kjønn (West & Zimmerman, 1987). Dette indikerer at de ikke oppfyller samfunnets forventninger til sine kjønnsroller.

I studien til Herron et al. (2020, s. 4) hadde mange av informantene støttende venner de kunne være åpne med om sin psykiske helse, likevel var det vanskelig for dem å åpne seg. Det var en felles oppfatning blant flere av informantene i studien om at psykiske utfordringer skulle håndteres på egenhånd. Disse informantene foretrakk å takle psykiske utfordringer ved avledning gjennom aktiviteter eller avkobling. De foretrakk å være for seg selv og drive med fysisk aktivitet, fremfor å snakke med familie, samboer eller venner dersom de opplevde psykiske plager. Dette står i tråd med litteraturen hvor flere av informantene hadde fokus på å være selvstendige og løse problemer på egenhånd (Johnson et al., 2012, s. 350; Seidler et al., 2020, s. 108). Selvstendig arbeid, slik som å distansere seg fra følelsene sine var også viktig i studien til Oliffe et al. (2022, s. 1468). Sharp et al. (2022, s. 6) fant at informantene følte på forventningen om å håndtere stress og løse problemer i samsvar med maskuline normer. Dette

kommer ikke tydelig til uttrykk i denne studien, men virker til å være en bakenforliggende årsak.

På en annen side ga informantene uttrykk for at de kunne snakke om psykiske utfordringer med venner eller familie, men de valgte ikke nødvendigvis dette som metode for å håndtere egne psykiske plager. Studien til Sharp et al. (2022, s. 5) fant at mennene i studien hadde vanskeligheter med å uttrykke og formulere hva de følte. På den måten ble det vanskelig for informantene å takle større påkjenninger i livet, samtidig som frykten for negative sosiale konsekvenser var fremtredende (Sharp et al., 2022, s. 5). Denne tankegangen støttet teorien om medvirkende maskulinitet (Connell, 1995, s. 79), slik at tradisjonelle kjønnsnormer for menn opprettholdes. Imidlertid hadde de fleste informantene en holdning til at menn burde være mer åpne om psykisk helse og plager. På en annen side ga Simen (26 år) uttrykk for at fysiske utfordringer var enklere å snakke om, sammenlignet med psykisk sykdom (s. 53). Nils (58 år) nevnte også at han ville følt behov for å snakke med noen hvis han hadde vært gjennom større fysiske påkjenninger, slik som sykdom (s. 62). Litteraturen støtter denne påstanden i form av at fysiske problemer har mer konkrete symptomer, sammenlignet med psykisk helse som er vanskelig å håndtere samt forstå (Johnson et al., 2012, s. 350).

I litteraturen ble det funnet at forholdene til kvinner involverte mer personlig og åpen kommunikasjon, og bygget i større grad på tillit (McKenzie et al., 2018, s. 1257). Blant informantene var det ikke mange som foretrakk å snakke om psykiske utfordringer. Imidlertid ga et par informanter uttrykk for å foretrekke å snakke med sin partner om psykiske plager.

Dette gjaldt for både Sverre (59 år) og Markus (25 år). Dessuten fortalte flere av informantene at de kunne snakke med samboer om psykiske utfordringer, dersom behovet skulle oppstå. I studien til Mahalik & Dagirmanjian (2019, s. 6), foretrakk flere av mennene å snakke med kvinner i livene deres, ettersom de var mer støttende overfor vanskelige følelser. Studien til Herron et al. (2020, s. 6) viser at mange av informantene først snakket med sin partner om deres psykiske helse. Det å skulle dele følelser med noen, var ifølge Mahalik & Dagirmanjian (2019, s. 7) basert på tillit til den personen. På en annen side viser studien til Cleary (2012, s. 501) at det å snakke med kvinnelige relasjoner ikke var foretrukket. Bakgrunnen for tankegangen var at kvinner skulle skjermes for psykiske problemer, samtidig ønsket mennene og fremstå som maskuline og sterke fordi kvinnene trengte dette (Cleary, 2012, s. 501).

### **7.3 Stigma og tabu som utfordringer til åpenhet om psykisk helse**

Studien til Sharp et al. (2022, s. 8) fant at det fortsatt var mye stigma knyttet til psykisk sykdom, som gjorde det vanskeligere å åpne opp eller snakke om for mennene. Videre fant Mahalik & Dagirmanjian (2019, s. 5) at stigma var en betydelig faktor i menns hjelpesøkende atferd. Lignende resultater ble funnet i denne studien hvor informantene mente menn ikke snakket om psykisk helse og utfordringer grunnet stigma og tabu rundt temaet. En diskurs som ble identifisert i studien til Johnson et al. (2012, s. 352) handlet om at informantene opplevde det å be om hjelp for sin psykiske sykdom som en trussel mot deres maskulinitet. På bakgrunn av denne tankegangen, valgte flere av informantene å begrense åpenheten rundt sin depresjon (Johnson et al., 2012, s. 352). Ifølge Messerschmidt (2009, s. 87) kan det å oppfattes som feminin avvike fra normen til menn, og medføre straff. Det ble også funnet at informantene valgte å ikke søke støtte på bakgrunn av trusler mot mannsrollen (Mahalik & Dagirmanjian,



2019, s. 6). Å søke hjelp ble knyttet opp mot svakhet, både fra andre og seg selv (Mahalik & Dagirmanjian, 2019, s. 5). Det å løse psykiske plager på egenhånd ble derfor gjort for å unngå stigmatisering (Mahalik & Dagirmanjian, 2019, s. 7). Det å ikke vise svakhet ved å søke hjelp kan knyttes opp mot hegemonisk maskulinitet, hvor menn ønsker å opprettholde fasaden om styrke og ikke bli assosiert med det feminine (Connell, 1995).

Sosiale reaksjoner i form av skam, isolasjon, sladder og frykt ble identifisert blant informantene knyttet til åpenhet om psykisk helse (Herron et al., 2020, s. 6). Dette kommer til uttrykk i studien gjennom Kenneth (30 år), som gir uttrykk for at det kan være flaut å snakke med kamerater om psykiske utfordringer (s. 58-59). Videre poengterer han at en kan risikere å bli baksnakket i vennegjengen. Cleary (2012, s. 502) fant at flere av informantene prøvde å dele psykiske utfordringer med mannlige venner, men møtte tydelig motstand mot slike samtaler. Studien fant videre at den sosiale kontakten med menn ikke inkluderte uttrykking av følelser eller emosjoner (Cleary, 2012, s. 502). Videre bygget sosiale forhold mellom menn i liten grad på deling av personlige utfordringer (McKenzie et al., 2018, s. 1251). I studien til Herron et al. (2020, s. 6) ble det funnet at de informantene som holdt fast ved hegemoniske synspunkter heller ikke søkte støttetjenester for sine psykiske problemer. Denne tankegangen kom derimot ikke tydelig frem i studien. Informantene som hadde et mer hegemonisk ideal hadde ikke nødvendigvis holdninger om å ikke søkte hjelp og støtte. Videre tyder den eksisterende litteraturen på at mangel på åpenhet er en av grunnene til at flere menn forsøker å ta livet sitt, enn kvinner (Cleary, 2012, s. 504).

På en annen side peker litteraturen på at flere menn snakket om psykiske utfordringer med andre (Mahalik & Dagirmanjian, 2019). I litteraturen ble det funnet at informantene var klar over at det å undertrykke følelsene sine ikke løste problemene (Mahalik & Dagirmanjian, 2019, s. 8). Flere av informantene snakket om følelser av tristhet og depresjon til andre, spesielt til personer mennene hadde tillit til (Mahalik & Dagirmanjian, 2019, s. 7). Samtidig opplevde enkelte av mennene at deres følelsesmessige tilstand ble forbedret etter de hadde snakket med noen (Mahalik & Dagirmanjian, 2019, s. 7). Både samtale og åpenhet rundt psykisk helse ble enklere for informantene etter de hadde søkt støtte, samtidig ble deres relasjoner med mannlige venner sunnere (Herron et al., 2020, s. 6). Dette kommer også til uttrykk i studien hvor Simen (26 år) beskriver hvordan hans sosiale nettverk har blitt mer åpne om psykiske utfordringer grunnet hans og samboers opplevelse og deling av psykiske helseutfordringer til vennegjengen. Dette har økt hans forståelse og åpenhet rundt psykiske plager og lidelser (s. 62-63). Lignende opplevelser ble delt av Bendik (25 år), som forteller om at det å ha opplevd og erfart psykiske utfordringer i vennegjengen har økt hans bevissthet til temaet (s. 64). Videre fant litteraturen at det var akseptert å snakke om følelser, dersom en mistet noen nære seg (Mahalik & Dagirmanjian, 2019, s. 8). Lignende funn ble identifisert i studien hvor Daniel (26 år) forteller om hvordan en han kjenner opplevde at faren tok selvmord. Selvmord var noe de kunne prate om i vennegjengen, samtidig som de snakket om mindre alvorlige ting over nettet (s. 60).

Informantene i studien til Herron et al. (2020, s. 6) avstod fra å søke hjelp med bakgrunn i at de ikke regnet sine egne problemer som «alvorlige» nok. Noen av informantene i studien fortalte at de kunne søke hjelp og støtte fra andre dersom behovet virkelig var tilstede. Flere av informantene hadde en felles oppfatning om at åpenhet og hjelpesøking var viktig for å kunne

takle psykiske utfordringer for menn. Samtidig ga flere informanter uttrykk for at de kan snakke med et fåtall kamerater, helst på tomannshånd hvis det skulle trenge. I studien til McKenzie et al. (2018, s. 1251) kommer det fram at mennene fikk ulik støtte fra kvinner og andre menn, hvor sosiale forhold med menn hovedsakelig bygget på sosiale og fysiske aktiviteter. Lignende resultater ble funnet i studien, hvor Knut (59 år) utdyper hvordan han er i ulike sosiale grupper, hvor han kan snakke med kollegaer i helsevesenet om dypere ting enn med vennegjengen som fokuserer på hverdagslige temaer og festligheter (s. 61).

#### **7.4 Psykisk helse og maskulinitet i et folkehelseperspektiv**

Basert på teorien til West & Zimmerman (1987) handler ikke det å utføre kjønn nødvendigvis om å alltid følge de tradisjonelle kjønnsrollene, men det innebærer risikoen for å bli vurdert basert på kjønn. Dette kommer tydelig frem i studien, hvor det å søke hjelp for psykiske plager innebærer en risiko for å oppleves som svak. Samtidig som stigma fortsatt er et fremtredende hinder for åpenhet blant menn. Allerede i de første leveårene skiller gutter og jenters identitetsutvikling og sosialisering seg fra hverandre (Mæland, 2020, s. 144). Jenter utvikler en større dyktighet knyttet til følelser og relasjoner, mens gutters identitet knyttes mer til konkurranse og presentasjon (Mæland, 2020, s. 144).

I Norge er allerede psykiske lidelser blant de fremste folkehelseutfordringene og fører til økt sykdomsbelastning (Folkehelseinstituttet, 2019, s. 14). Dette påvirker igjen faktorer, slik som deltakelse i arbeidslivet, rusmiddelbruk og samtidige tilstander (Folkehelseinstituttet, 2019, s. 14). Ifølge Reneflot et al. (2018, s. 50) hadde en tredjedel av dem som ble innvilget uføretrygd

i 2014 psykiske lidelser som hoveddiagnose. Samtidig er det en yngre del av befolkningen som blir uføretrygdet på grunn av psykiske lidelser, sammenlignet med andre lidelser (Reneflot et al., 2018, s. 50). Videre øker depresjon og angst risikoen for å bli uføretrygdet med bakgrunn i somatiske tilstander (Reneflot et al., 2018, s. 50). Dette blir ytterligere bekreftet ved at rus- og psykiske lidelser utgjorde den største helseutgiften i 2019, med kostnader på 65 milliarder kroner (Kinge et al., 2023, s. 4). Dette indikerer at fokus på forebygging vil være svært nyttig for både individer og samfunnet.

Med utgangspunkt i litteraturen og funnene i studien er det kun et fåtall som snakker om psykiske plager eller lidelser med andre. Et flertall av mennene ønsker i stedet å bearbeide plagene på egenhånd og bruke mestringsstrategier som ikke inkluderer andre mennesker. Mæland (2020, s. 151) påpeker at menn har større vanskeligheter med å sette ord på sin følelsesmessige tilstand sammenlignet med kvinner. Tradisjonelle ideer om maskulinitet oppmuntrer menn til å skjule følelsene sine og samtidig føle skam når de ikke lever opp til disse idealene (Cleary, 2012, s. 504). I enkelte miljøer kan det å undertrykke følelser føre til alvorlige konsekvenser, inkludert selvmord (Cleary, 2012, s. 504). På denne måten kan selvmord være prisen samfunnet betaler når det ignoreres at alle mennesker har behov for å uttrykke følelser (Cleary, 2012, s. 504). Dette er antageligvis en faktor som bidrar til den høyere forekomsten av selvmord blant menn i forhold til kvinner (NOU 2024: 8, s. 184). Gjennomsnittsalderen ved selvmord er omtrent 47 år, noe som resulterer i et betydelig antall tapte leveår som konsekvens (Reneflot et al., 2018, s. 124). Videre er det ikke bare den berørte som utsettes for alvorlige konsekvenser, både etterlatte og samfunnet som helhet opplever betydelige konsekvenser (Reneflot et al., 2018, s. 123).

Gjennom tidligere forskning har det blitt identifisert at mange menn ikke søker hjelp ved psykiske plager eller lidelser. Helsetjenester brukes også oftere av kvinner enn menn (Mæland, 2020, s. 154). Smith et al. (2018) fant at menn er mindre tilbøyelige til å søke behandling og dele sine vanskeligheter enn kvinner. Dette bidrar igjen til underdiagnostisering hos menn med internaliserende og eksternaliserende lidelser, noe som er skadelig for enkeltpersoner, familier, økonomisk produktivitet og sosial samhörighet (Smith et al., 2018). Imidlertid finnes det alternative måter å være maskulin på som åpner for å håndtere følelser, og dette blir stadig mer tydelig i dagens samfunn (Cleary, 2012, s. 504). Ved å gjøre endringer som fremmer likestilling mellom menn og kvinner sine sosiale posisjoner, vil kjønnsforskjellene og oppfatningen av dem reduseres (Deutsch, 2007, s. 114). Med utgangspunkt i dette vil nasjonale opplysningskampanjer være svært effektive (NOU 2024: 8, s. 194). Kampanjene vil kunne bidra til å redusere stigma og oppmuntre flere til å søke hjelp eller handle hvis de er bekymret for noen, samt øke befolkningens forståelse av depresjon og selvmord (NOU 2024: 8, s. 194-195). Disse kampanjene bør rettes spesielt mot gutter og menn, og kan inkludere kjente mannlige rollemodeller som fremmer åpenhet. Samtidig som informasjonen kan distribueres gjennom ulike arenaer slik som skoler, treningssenter og arbeidsplasser.

## **7.5 Studiens begrensninger**

Det er viktig å diskutere visse begrensninger ved denne studien for å vurdere resultatenes pålitelighet og troverdighet. En svakhet kan relateres til valg av tema. Psykisk helse hos menn er et stort tema som gjorde det utfordrende å avgrense, samtidig som det var vanskelig å vite hva

som skulle inkluderes og ekskluderes. Det er uansett viktig å påpeke at informantenes svar bygger på deres personlige opplevelser og erfaringer, og er preget av individuelle forskjeller og synspunkter. For å kunne gjennomføre et godt intervju, er det viktig med en dyktig intervjuer (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 195). Som nybegynner innen forskningsfeltet var det utfordrende å gjennomføre effektive intervjuer og formulere passende oppfølgingsspørsmål. Bedre oppfølgingsspørsmål ble ikke stilt før blant de siste informantene. På den måten kunne flere synspunkter og tanker blitt inkludert og diskutert.

Målet til kvantitative forskere er at funnene deres skal kunne generaliseres til en større populasjon, mens kvalitative forskere prøver å få en dypere forståelse av verdier, atferd, kollektive tilhørigheter og tro innenfor den konteksten de undersøker (Clark et al., 2021, s. 373). Ettersom studien ble utført med et begrenset antall informanter bosatt i Innlandet fylke, har den ikke samme potensial for generalisering som en kvantitativ studie med nasjonal dekning. Likevel kan den overføres til lignende situasjoner og kontekster til en viss grad. Fremtidig forskning bør fokusere på å undersøke hvordan gutter blir oppdratt til å tilpasse seg den tradisjonelle mansrollen, og hvordan sosiale kontekster påvirker utviklingen deres. Samtidig bør det gjennomføres kvantitativ forskning som utforsker ulikheter i synspunkter blant menn i forskjellige aldersgrupper for å identifisere eventuelle endringer i oppfatningen av maskulinitet.

## 8. Konklusjon

Formålet med denne studien var å utforske og forstå menns holdninger, opplevelser og erfaringer om psykisk helse, samt å undersøke hvem de betrodde seg til og snakket med om psykiske helseproblemer. Videre var fokuset rettet mot å utforske menns holdninger til det å være åpen om psykisk helse, påvirkningen samfunnet har på menns evne til å åpne seg, og menns vurdering av mulighetene for å søke hjelp og støtte ved psykiske utfordringer. Funnene fra studien understreker hvordan tradisjonelle oppfatninger av maskulinitet påvirker håndteringen av psykiske helseproblemer blant menn. Eldre menn identifiserer seg i større grad med stereotypiske maskuline aktiviteter, mens yngre menn viser større tendens til å vektlegge respekt, likestilling og omsorg i sine parforhold. Uansett viser forskningen at mange menn fortsatt foretrekker å håndtere psykiske utfordringer på egenhånd, delvis på grunn av stigma og frykt for å vise svakhet. Dette understreker behovet for å utforske og utfordre tradisjonelle maskulinitetsidealer for å bedre forstå og støtte menns psykiske helse. Studien kan bidra til å øke forståelse og innsikten i den komplekse problematikken rundt menns psykiske helse. Det er også tydelig at det trengs ytterligere forskning i norske sammenhenger for å bedre forstå hvordan maskulinitet påvirker menns hjelpesøkende atferd.

## Referanser

- Bloksgaard, L., Christensen, A.-D., Jensen, S. Q., Hansen, C. D., Kyed, M. & Nielsen, K. J. (2015). Masculinity Ideals in a Contemporary Danish Context. *Nordic Journal of Feminist and Gender Research*, 23(3), 152–169.  
<https://doi.org/10.1080/08038740.2015.1046918>
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Charmaz, K. & Thornberg, R. (2021). The pursuit of quality in grounded theory. *Qualitative Research in Psychology*, 18(3), 305–327.  
<https://doi.org/10.1080/14780887.2020.1780357>
- Christensen, A.-D. & Jensen, S. Q. (2014). Combining hegemonic masculinity and intersectionality. *NORMA*, 9(1), 60–75.  
<https://doi.org/10.1080/18902138.2014.892289>
- Clark, T., Foster, L., Sloan, L. & Bryman, A. (2021). *Bryman's social research methods* (6. utg.). Oxford University Press.
- Clarke, V. & Braun, V. (2017). Thematic analysis. *The Journal of Positive Psychology*, 12(3), 297–298. <https://doi.org/10.1080/17439760.2016.1262613>
- Cleary, A. (2012). Suicidal action, emotional expression, and the performance of masculinities. *Social Science & Medicine*, 74(4), 498–505.  
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.08.002>
- Connell, R. (2012). Gender, health and theory: Conceptualizing the issue, in local and world perspective. *Social Science & Medicine*, 74(11), 1675–1683. <https://doi-org.ezproxy.inn.no/10.1016/j.socscimed.2011.06.006>



- Connell, R. W. (1995). *Masculinities*. Polity Press.
- Connell, R. W. (2005). *Masculinities* (2. utg.). Polity Press.
- Connell, R. W. & Messerschmidt, J. W. (2005). Hegemonic Masculinity: Rethinking the Concept. *Gender and Society*, 19(6), 829–859.
- Courtenay, W. H. (2000a). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: A theory of gender and health. *Social Science & Medicine*, 50(10), 1385–1401. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00390-1](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00390-1)
- Courtenay, W. H. (2000b). Engendering health: A social constructionist examination of men's health beliefs and behaviors. *Psychology of Men & Masculinity*, 1(1), 4–15. <https://doi.org/10.1037/1524-9220.1.1.4>
- Creswell, J. W., Hanson, W. E., Clark Plano, V. L. & Morales, A. (2007). Qualitative Research Designs: Selection and Implementation. *The Counseling Psychologist*, 35(2), 236–264. <https://doi.org/10.1177/0011000006287390>
- Davis, S. N. & Greenstein, T. N. (2013). Why Study Housework? Cleaning as a Window Into Power in Couples. *Journal of Family Theory & Review*, 5(2), 63–71. <https://doi.org/10.1111/jftr.12004>
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2021, 16. desember). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap og humaniora*. NESH. <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/hum-sam/forskningsetiske-retningslinjer-for-samfunnsvitenskap-og-humaniora/>
- Demetriou, D. Z. (2001). Connell's concept of hegemonic masculinity: A critique. *Theory and Society*, 30(3), 337–361. <https://doi.org/10.1023/A:1017596718715>
- Deutsch, F. M. (2007). Undoing Gender. *Gender & Society*, 21(1), 106–127. <https://doi.org/10.1177/0891243206293577>

- Folkehelseinstituttet. (2019). *Ti store folkehelseutfordringer i Norge. Hva sier analyse av sykdomsbyrde?* <https://www.fhi.no/publ/2019/ti-store-folkehelseutfordringer-i-norge.-hva-sier-analyse-av-sykdomsbyrde>
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105–112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Hearn, J. (2004). From Hegemonic Masculinity to the Hegemony of Men. *Feminist Theory*, 5(1), 49–72. <https://doi.org/10.1177/1464700104040813>
- Helsedirektoratet. (2015). *Internasjonalt perspektiv på psykisk helse og helsetjenester til mennesker med psykiske lidelser.* <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/internasjonalt-perspektiv-pa-psykisk-helse-og-helsetjenester-til-mennesker-med-psykiske-lidelser>
- Herron, R. V., Ahmadu, M., Allan, J. A., Waddell, C. M. & Roger, K. (2020). “Talk about it:” changing masculinities and mental health in rural places? *Social Science & Medicine*, 258, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113099>
- Høgskolen i Innlandet. (2023, 22. september). *F4transkript og f4analyse.* <https://www.inn.no/it-brukerstotte/f4transkript-og-f4analyse/index.html>
- Inhorn, M. C., Chavkin, W. & Navarro, J.-A. (2015). Globalized fatherhood: Emergent forms and possibilities in the new millennium. I M. C. Inhorn, W. Chavkin, & J.-A. Navarro (Red.), *Globalized fatherhood* (s. 1–28). Berghahn Books.
- Inhorn, M. C. & Wentzell, E. A. (2011). Embodying emergent masculinities: Men engaging with reproductive and sexual health technologies in the Middle East and Mexico. *American Ethnologist*, 38(4), 801–815. <https://doi.org/10.1111/j.1548-1425.2011.01338.x>

- Johnson, J. L., Oliffe, J. L., Kelly, M. T., Galdas, P. & Ogradniczuk, J. S. (2012). Men's discourses of help-seeking in the context of depression. *Sociology of Health & Illness*, 34(3), 345–361. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2011.01372.x>
- Kinge, J. M., Dieleman, J. L., Karlstad, Ø., Knudsen, A. K., Klitkou, S. T., Hay, S. I., Vos, T., Murray, C. J. L. & Vollset, S. E. (2023). Disease-specific health spending by age, sex, and type of care in Norway: A national health registry study. *BMC Medicine*, 21(201), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12916-023-02896-6>
- Kroska, A. (2004). Divisions of Domestic Work: Revising and Expanding the Theoretical Explanations. *Journal of Family Issues*, 25(7), 900–932. <https://doi.org/10.1177/0192513X04267149>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Lilleaas, U.-B. (2006). Det sterke kjønns sårbarhet. *Sosiologisk tidsskrift*, 14(4), 311–325. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-2928-2006-04-01>
- Mahalik, J. R. & Dagirmanjian, F. R. (2019). Working-Class Men's Constructions of Help-Seeking When Feeling Depressed or Sad. *American Journal of Men's Health*, 13(3), 1–13. <https://doi-org.ezproxy.inn.no/10.1177/1557988319850052>
- Malterud, K. (2001). Qualitative research: Standards, challenges, and guidelines. *The Lancet*, 358(9280), 483–488. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(01\)05627-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(01)05627-6)
- McKenzie, S. K., Collings, S., Jenkin, G. & River, J. (2018). Masculinity, Social Connectedness, and Mental Health: Men's Diverse Patterns of Practice. *American Journal of Men's Health*, 12(5), 1247–1261. <https://doi.org/10.1177/1557988318772732>

- Merriam, S. B. & Tisdell, E. J. (2015). *Qualitative research: A Guide to Design and Implementation* (4. utg.). John Wiley & Sons.
- Messerschmidt, J. W. (2009). “Doing Gender”: The Impact and Future of a Salient Sociological Concept. *Gender & Society*, 23(1), 85–88.  
<https://doi.org/10.1177/0891243208326253>
- Mæland, J. G. (2020). Natur eller kultur? Kjønnsforskjeller i helse. I J. G. Mæland (Red.), *Sykdommers sosiale røtter* (s. 141–158). Gyldendal Akademisk.
- NOU 2024: 8. (2024). *Likestillingens neste steg: Mannsutvalgets rapport*. Kultur- og likestillingsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2024-8/id3035815/>
- Oliffe, J. L., Kelly, M. T., Gao, N., Mootz, J., Seidler, Z. E. & Rice, S. M. (2023). Neo-traditionalist, egalitarian and progressive masculinities in men’s heterosexual intimate partner relationships. *Social Science & Medicine*, 333(1), 1–11.  
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.116143>
- Oliffe, J. L., Kelly, M. T., Montaner, G. G., Seidler, Z. E., Kealy, D., Ogrodniczuk, J. S. & Rice, S. M. (2022). Mapping Men’s Mental Health Help-Seeking After an Intimate Partner Relationship Break-Up. *Qualitative Health Research*, 32(10), 1464–1476.  
<https://doi.org/10.1177/10497323221110974>
- Oliver, P. (2010). *The student’s guide to research ethics* (2.). Open University Press.  
<https://ebookcentral.proquest.com/lib/hilhmr-ebooks/reader.action?docID=557103&ppg=1>
- Patton, M. Q. (2015). *Qualitative Research & Evaluation Methods* (4. utg.). Sage.
- Reneflot, A., Aarø, L. E., Aase, H., Reichborn-Kjennerud, T., Tambs, K. & Øverland, S. (2018). *Psykisk helse i Norge*. <https://www.fhi.no/publ/2018/psykisk-helse-i-norge/>

- Scambor, E., Bergmann, N., Wojnicka, K., Belghiti-Mahut, S., Hearn, J., Holter, Ø. G., Gärtner, M., Hrženjak, M., Scambor, C. & White, A. (2014). Men and Gender Equality: European Insights. *Men and Masculinities*, 17(5), 552–577.  
<https://doi.org/10.1177/1097184X14558239>
- Schei, B. & Bakketeig, L. S. (2007). Kjønnsperspektivet kan gjøre folkehelsen bedre. I B. Schei & L. S. Bakketeig (Red.), *Kvinner lider—Menn dør: Folkehelse i et kjønnsperspektiv* (s. 15–31). Gyldendal Akademisk.
- Schei, B. & Sundby, J. (2007). Kjønn og helse—Begreper og modeller. I B. Schei & L. S. Bakketeig (Red.), *Kvinner lider—Menn dør: Folkehelse i et kjønnsperspektiv* (s. 33–49). Gyldendal Akademisk.
- Seidler, Z. E., Rice, S. M., Kealy, D., Oliffe, J. L. & Ogradniczuk, J. S. (2020). What gets in the way? Men’s perspectives of barriers to mental health services. *The International Journal of Social Psychiatry*, 66(2), 105–110.  
<https://doi.org/10.1177/0020764019886336>
- Sharp, P., Bottorff, J. L., Rice, S., Oliffe, J. L., Schulenkorf, N., Impellizzeri, F. & Caperchione, C. M. (2022). “People say men don’t talk, well that’s bullshit”: A focus group study exploring challenges and opportunities for men’s mental health promotion. *PLOS ONE*, 17(1), 1–18. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0261997>
- Skyrud, K. D., Qureshi, S. & Gjefsen, H. M. (2024). *Menns bruk av primærhelsetjenester*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/publ/2024/menns-bruk-av-primarhelsetjenesten/>
- Tesli, M. S., Kirkøen, B., Handal, M., Torvik, F. A., Odsbu, I. & Knudsen, A. K. S. (2023, august 17). *Psykiske plager og lidelser hos voksne*. Folkehelseinstituttet.  
<https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/psykisk-helse/psykiske-lidelser-voksne/>

- Tjora, A. (2021). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (4. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Tracy, S. J. (2010). Qualitative Quality: Eight “Big-Tent” Criteria for Excellent Qualitative Research. *Qualitative Inquiry*, 16(10), 837–851.  
<https://doi.org/10.1177/1077800410383121>
- Universitetet i Oslo. (2017a, 26. september). *Nettskjema-diktafon mobilapp*.  
<https://www.uio.no/tjenester/it/adm-app/nettskjema/hjelp/diktafon.html>
- Universitetet i Oslo. (2017b, 19. oktober). *F4transkript*.  
<https://www.uio.no/tjenester/it/forskning/datafangst-og-analyse/f4-transcribe/index.html>
- Universitetet i Oslo. (u.å.). *Educloud Research*.  
<https://www.uio.no/tjenester/it/forskning/plattformer/edu-research/index.html>
- West, C. & Zimmerman, D. H. (1987). Doing Gender. *Gender and Society*, 1(2), 125–151.
- World Health Organization. (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all*. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240049338>
- Yilmaz, K. (2013). Comparison of Quantitative and Qualitative Research Traditions: Epistemological, theoretical, and methodological differences. *European Journal of Education*, 48(2), 311–325. <https://doi.org/10.1111/ejed.12014>

# Vedlegg

## Vedlegg 1: Intervjuguide

### Før intervjuet:

- Presentere formålet med oppgaven og problemstilling.
- Signere samtykkeskjema.
- Lydopptaker.

### Bakgrunnsinformasjon:

1. Kan du fortelle litt om deg selv?
  - Alder, yrke, sivilstatus, familie

### Erfaringer og forståelse om å være mann

1. Hva legger du i det å være en mann?
  - Hva er din rolle hjemme?
2. Tenker du det er noen forventninger til det å være en mann?
  - Hvilke? Når føler du på det?

### Forståelse av psykisk helse

1. Hva legger du i begrepet psykisk helse?
2. Hvordan tror du dine tanker om psykisk helse påvirkes av det å være en mann?
3. Hva er viktig for at du skal ha en god psykisk helse?
4. Hvordan takler du vanskelige perioder eller følelser?
  - Hva pleier du å gjøre? Hva hjelper deg?

## **Opplevelse av kommunikasjon**

1. Mener du menn kan være åpne om sin psykiske helse?
2. Snakker du med andre om psykisk helse eller psykiske problemer?
  - Hvordan da? Hvorfor ikke?
3. Kan menn være åpne om sin psykiske helse i dag?
  - Hvordan da? Hvorfor ikke?
4. Kan du snakke med andre om din psykiske helse og problemer?
  - Hvorfor denne/disse personen(e)?
  - Hvorfor ikke?

**Er det noe du ønsker å utdype mer om eller legge til?**



## Vedlegg 2: Informasjonsskriv

### Vil du delta i forskningsprosjektet

#### *«Menn om psykisk helse»*

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å utforske og bedre forstå menns holdninger, opplevelser og erfaringer om psykisk helse hos to ulike aldersgrupper – yngre og eldre, samt å undersøke hvem de betror seg til og snakker med om psykiske helseproblemer. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### **Formål**

Dette prosjektet er tilknyttet en mastergradsavhandling i Folkehelsevitenskap ved Høgskolen i Innlandet. Formålet med prosjektet er å øke kunnskapen vedrørende hvem menn snakker med og hvordan de forstår psykisk helse i Norge. Dette forskningsprosjektet ønsker å rette søkelyset mot åpenhet knyttet til å snakke om følelser hos menn.

På bakgrunn av dette ønsker forsker å svare på problemstillingen:

«Hvordan forstår og opplever menn å snakke om egen psykisk helse?».

Problemstillingen skal besvares ved hjelp av disse forskningsspørsmålene:

1. Hvilke holdninger har menn til å åpne opp om psykisk helse?
2. Hvordan påvirker samfunnet menns evne til å åpne opp om psykisk helse?
3. Hvordan vurderer menn muligheten for å søke hjelp og støtte for psykiske plager?

#### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Høgskolen i Innlandet er ansvarlig for prosjektet.

#### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Du blir invitert til å delta i studien ettersom du oppfyller kriteriene som er satt for deltakelse. Utvalget for prosjektet er trukket med utgangspunkt i kjønn og alder. Deltakerne som er spurt om å delta er menn i alderen 25-30 år eller menn i alderen 50-60 år. Totalt er det 10 personer som har fått henvendelse om å delta i prosjektet.

### **Hva innebærer det for deg å delta?**

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du deltar i et semistrukturert intervju som varer i ca. 30-60 minutter. De semistrukturerte intervjuene vil foregå som en samtale mellom intervjuer og deltaker. I prosjektet vil det samles inn noe bakgrunnsinformasjon, slik som kjønn, alder, sivilstatus og yrke. Disse opplysningene vil samles inn ved hjelp av lydopptak via telefonen som sendes direkte over til en databeskyttelsestjeneste kalt Educloud, som brukes av HINN. Skriftlige notater vil også tas gjennom intervjuene.

### **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.

### **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.

- Opplysninger som samles inn gjennom prosjektet vil kun være tilgjengelig for meg (student) og for min veileder Victor Chimhutu.
- Navn og kontaktopplysninger som oppgis av deg som deltaker vil bli lagret elektronisk i «Educloud» som er et dataoppbevaringsverktøy anerkjent av Høgskolen i Innlandet.

I det ferdigstilte resultatet av prosjektet vil det ikke være mulig å gjenkjenne deg basert på opplysninger som kommer frem under intervjuene. I avhandlingen vil det kun nevnes at deltakerne er fra Innlandet fylke.

### **Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?**

Avhandlingen vil etter planen avsluttes ved slutten av juni 2024. Etter prosjektslutt vil datamaterialet med dine anonymiserte personopplysninger samt intervjuopptakene slettes. Prosjektet vil etter hvert være tilgjengelig på Høgskolen i Innlandet sine hjemmesider for studenter og andre forskere.

## Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Høgskolen i Innlandet har Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør 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:

- Høgskolen i Innlandet ved student Malin Simenstad, e-post: [malinsimenstad@hotmail.com](mailto:malinsimenstad@hotmail.com) eller veileder Victor Chimhutu, e-post: [victor.chimhutu@inn.no](mailto:victor.chimhutu@inn.no).
- Vårt personvernombud: Usman Asghar, email: [usman.asghar@inn.no](mailto:usman.asghar@inn.no), tlf: 61 28 74 83

Hvis du har spørsmål knyttet til vurderingen som er gjort av personverntjenestene fra Sikt, kan du ta kontakt via:

- Epost: [personverntjenester@sikt.no](mailto:personverntjenester@sikt.no) eller telefon: 73 98 40 40.

Med vennlig hilsen

Victor Chimhutu  
(Forsker/veileder)

Malin Simenstad  
(Masterstudent)

---

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Menn om psykisk helse*, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i intervju

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

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)



# Vedlegg 3: Godkjenning fra SIKT

25.04.2024, 18:54

Meldeskjema for behandling av personopplysninger



## Vurdering av behandling av personopplysninger

**Referansenummer**  
862769

**Vurderingstype**  
Standard

**Dato**  
05.01.2024

**Tittel**  
Menn om psykisk helse

**Behandlingsansvarlig institusjon**  
Høgskolen i Innlandet / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for folkehelse og idrettsvitenskap

**Prosjektansvarlig**  
Victor Chimhutu

**Student**  
Malin Simenstad

**Prosjektperiode**  
20.09.2023 - 30.06.2024

**Kategorier personopplysninger**  
Alminnelige  
Særlige

**Lovlig grunnlag**  
Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)  
Uttrykkelig samtykke (Personvernforordningen art. 9 nr. 2 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 30.06.2024.

[Meldeskjema](#)

### Kommentar

OM VURDERINGEN

SIKT har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personverneverket. Vi har nå vurdert at du har lovlig grunnlag til å behandle personopplysningene.

### TYPE OPPLYSNINGER OG BEHANDLINGSGRUNNLAG

Det inngår to utvalg i prosjektet: Utvalg 1: Menn i alderen 25-20 år, og Utvalg 2: Menn i alderen 50-60 år

Prosjektet vil behandle alminnelige personopplysninger om begge utvalg, og særlige kategorier av personopplysninger om helse om begge utvalg.

Lovlig grunnlag for behandlingen av personopplysninger vil være den registrerte samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a). Den registrerte gir sitt uttrykkelige samtykke til behandlingen av særlige kategorier av personopplysninger. Dermed gjelder ikke forbudet i personvernforordningen art. 9 nr. 1, ettersom vilkår for unntaket i art. 9 nr. 2 a) er oppfylt.

### Tredjepersoner

Under datainnsamlingen kan det fremkomme alminnelige personopplysninger om tredjepersoner fra deltakernes oppvekst og nettverk, som venner og familie.

Prosjektet vil unngå helseopplysninger om identifiserbare tredjepersoner. Dersom det likevel skulle forekomme skal det fjernes/anonymiseres fortløpende.

Den planlagte behandlingen av personopplysninger er nødvendig for å utføre en oppgave i allmennhetens interesse, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 e).

Ifølge art. 6 nr. 3 b) skal grunnlaget for slik behandling fastsettes nærmere i nasjonal rett. Personopplysningsloven § 8 stadfester at behandling av personopplysninger for arkiv-, forsknings- eller statistikkformål er i allmennhetens interesse og kan gjøres på grunnlag av art. 6 nr. 1 e).

Prosjektet gjør nødvendige tiltak for å ivareta de registrertes rettigheter og friheter, jf. art. 89 nr. 1.

<https://meldeskjema.sikt.no/650c41d7-b14c-42e5-ad8b-82a4c6d9e6b9/vurdering>

1/2

Så lenge tredjepersoner kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter, jf. personvernforordningen: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18) og protest (art. 21).

Tredjeperson får ikke informasjon fordi det vil innebære en uforholdsmessig stor innsats å informere, sett opp mot nytten av å bli informert (art. 14 nr. 5 b). Personopplysningene behandles til forskningsformål, og behandlingsansvarlig gjør egnede tiltak for å verne den registrertes rettigheter og friheter. I vår vurdering har vi lagt vekt på:

Det skal kun samles inn bakgrunnsopplysninger som er relevant for å belyse temaet

Forsker har ikke kontaktinformasjon

Deltakere gjøres oppmerksomme på å unngå direkte identifisering av andre

Alle direkte identifiserende opplysninger fjernes og øvrige personopplysninger minimeres fortløpende

Behandlingen har kort varighet

#### FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

Det er institusjonen du er ansatt/student ved som avgjør hvordan du må lagre og sikre data i ditt prosjekt og hvilke databehandlere du kan bruke. Husk å bruke leverandører som din institusjon har avtale med (f.eks. ved skylagring, nettspørreskjema, videosamtale el.).

Personvertjenester legger til grunn at behandlingen oppfylder kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

#### MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss ved å oppdatere meldeskjemaet. Se våre nettsider om hvilke endringer du må melde: <https://sikt.no/melde-endringer-i-meldeskjema>

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

Vi vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!