

Barrierer mot hjelpsøking for psykiske problemer blant medisinstudenter - en sammenligning av vestlige og ikke-vestlige studier

En selektiv litteraturgjennomgang

Tavge Esmaili og Mehek Ahmed



Prosjektoppgave

UNIVERSITETET I OSLO

22.04.19

Copyright: Tavge Esmaili og Mehek Ahmed

2019

Tittel: Barrierer mot hjelpsøking for psykiske problemer blant medisinstudenter - en sammenligning av vestlige og ikke-vestlige studier

Forfatter: Tavge Esmaili og Mehek Ahmed

Veileder: Reidar Tyssen

<http://www.duo.uio.no>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Sammendrag

ABSTRACT

Introduction: Several studies show that many medical students suffer from considerable stress and mental health problems, like depression and other common mental disorders. As for any other human being, these are conditions that need to be treated by health professionals. In this thesis we will focus on studies providing empirical data on medical students' mental health and their help seeking behaviour. We will compare Western and non-Western medical students and look at the barriers and if there are any cultural differences between them.

Purpose: To review clinical studies providing empirical data on medical students' mental health and help seeking. We want to answer the following two questions: 1) What are the barriers that medical students face when they seek help for their mental health problems? 2) Are there cultural differences in barriers between Western and non-Western medical students?

Method: We searched PubMed and Ovid/MEDLINE from 2000 to 2018. Studies included were about mental health among medical students and their help-seeking behaviour. Only articles in English language were included.

Results: We found 14 studies on mental health and help seeking among medical students. Ten of the studies were about Western medical students. Results revealed that there are barriers to seeking help for mental disorders in both groups of medical students, and that the types of barrier differ little in these groups. Stigma and confidentiality issues were the most often reported barriers towards help seeking for both.

Conclusion: There were far less studies published on non-Western medical students than on Western medical students. We found few differences in the perceived barriers towards help seeking and no cultural differences between the two groups, but we need more such studies in non-Western countries.

Innholdsfortegnelse

1. Innledning.....	1
2. Metode.....	7
3. Resultater.....	8
4. Diskusjon.....	16
5. Konklusjon.....	22
6. Tabeller.....	23
7. Appendix.....	26
8 Litteraturliste	27

1. Innledning

Det har de siste årene vært økende oppmerksomhet rundt psykisk helse hos den yngre delen av befolkningen vår. «Generasjon prestasjon» er blitt en velkjent betegnelse og unge i dagens samfunn har en mer fullpakket timeplan enn det som har vært vanlig tidligere. Psykiske helseproblemer blir tilsynelatende vanligere, spesielt blant yngre, og det blir viktigere enn noen gang å fange opp de som har behandlingstrengende problemer slik at de kan få hjelp.

Det er gjort en del studier av psykisk helse og barrierer mot hjelpsøking, spesielt på den yngre populasjonen. Den høyeste insidensen og prevalensen av psykiske helseproblemer er rapportert i aldersintervallet 14 til 25⁽¹⁾. Samtidig er det kun 1/4 av de unge med psykiske lidelser som mottar profesjonell helsehjelp⁽²⁾. En forklaring på dette er mindre hjelpsøking hos denne gruppen. Det er derfor tydelig at det eksisterer barrierer mot å søke denne typen hjelp blant de unge⁽¹⁾.

Mange av disse unge er studenter og det er gjort enkelte studier av barrierer mot hjelpsøking i denne gruppen. Vi har valgt å fokusere på medisinstudenter, og det er godt kjent at de opplever betydelig stress i løpet av studietiden⁽³⁻⁶⁾. Internasjonale studier har estimert at depresjonsratene er høyere blant medisinstudentene sammenlignet med den generelle populasjonen, noe som indikerer en betydelig psykologisk morbiditet⁽⁷⁻¹¹⁾. Det er fortsatt usikkert om medisinstudenter har mer depressive symptomer enn universitetsstudenter i andre fag⁽¹¹⁾. Samtidig ønsker vi å fokusere på om det er forskjeller i barrierer mot hjelpsøking mellom vestlige og ikke-vestlige medisinstudenter som kan skyldes kulturelle forskjeller.

Før vi kommer i gang med oppgaven følger en definisjon av hva vi mener med vestlige og ikke-vestlige land og kulturelle forskjeller. I dagligtalen beskrives gjerne land som eksempelvis Norge og USA som vestlige land, mens land som Sri Lanka eller India omtales som ikke-vestlige land. Landene som betegnes som vestlige eller ikke-vestlige har røtter i forskjellige verdier i for eksempel historikk, kultur, religion, etnisitet, økonomi, geografi, politikk og utdanning. Med utgangspunkt i disse verdiene kan det i enkelte tilfeller være ulike oppfatninger om et land bør betegnes som et vestlig eller et ikke-vestlig land. I vår oppgave

velger vi å kategorisere vestlige og ikke-vestlige land med grunnlag i både kultur og geografi, det vil si hvilke verdensdeler studiene kommer fra.

Kultur er et vanskelig begrep som kan defineres på mange måter. En definisjon fra et sosiologisk perspektiv presenterer kultur som et sett med verdier som medlemmer i en gitt gruppe innehar og som inkluderer normer de følger og de materielle godene de skaper⁽¹²⁾. Dette betyr at det finnes mange forskjellige kulturer på tvers av mennesker over hele verden, og at det naturligvis også eksisterer forskjellige normer og verdier, derav begrepet kulturelle forskjeller. På bakgrunn av dette er det i vårt tilfelle interessant å se om det er forskjellige syn knyttet til det å søke hjelp for psykiske helseproblemer i enkelte ikke-vestlige kulturer fremfor vestlige.

Det er bekymringsverdig at så få av de unge mottar adekvat helsehjelp og det er funnet at kun 20-40 % av unge med psykiske helseproblemer blir fanget opp av helsetjenesten⁽²⁾. Dette gjelder flere vanlige psykiske lidelser som depresjon⁽¹³⁾, spiseforstyrrelser⁽¹⁴⁾ og stoffmisbruk⁽¹⁵⁾. En stor studie gjort i flere europeiske land på unge skoleelever viste at minst 1/8 hadde behandlingstrengende psykiske problemer, men at kun en tredjedel av disse mottok tilbudet om å få profesjonell helsehjelp⁽¹⁶⁾. Hjelpsøkingen er altså lavere enn man ønsker hos denne gruppen, noe som er svært bekymringsverdig fordi vi vet at tidlig oppdagelse øker sannsynligheten for tidlig intervensjon. Konsekvensene er at risikoen for residiv og/eller alvorlige følgetilstander reduseres^(17, 18).

Flere barrierer er funnet som hindrer barn og unge i å søke psykisk helsehjelp⁽¹⁹⁾. Eksempler er egenbehandling, frykt for sykehusinnleggelse, lav tilgjengelighet på helsetjenester innen en fornuftig tid, mangel på tilstrekkelig informasjon og andre faktorer som reisevei og økonomi⁽²⁰⁾.

I en systematisk oversikt hvor det ble sett på barrierer mot hjelpsøking for psykiske lidelser hos den yngre populasjonen ser man at stigma og skam er dominerende barrierer hos denne gruppen. Konfidensialitet var en annen barriere, samt lav tilgjengelighet på helseinstitusjoner⁽²¹⁾.

Flere studier har sett på medisinstudenters psykiske helse og det er sett høye nivåer emosjonelle lidelser⁽²²⁾ som symptomer på angst^(23, 24), depresjon^(5, 25-28), suicidal tanker⁽²⁹⁾ og

utbredthet^(26, 30, 31). I en ny norsk studie fra 2019 så man at medisinstudentene i 2015 rapporterte lavere tilfredshet med livet sammenlignet med for 20 år siden⁽³²⁾. Vi ser at det er gjort mange studier på medisinstudenters psykiske helse i vestlige land, men bare enkelte i ikke-vestlige land.

Mye av teorien og praksisen i psykisk helse inkludert i psykiatri og psykologi har oppstått fra vestlige kulturelle tradisjoner og vestlig forståelse av tilstander hos mennesket. Å skille mellom kropp og sinn har vært sentralt i utviklingen av de psykiske helseinstitusjonene og behandlingssystemene vi har i dag^(33, 34). Selv om denne forståelsen av psykisk helse har bidratt med viktige verktøy og rammeverk for behandling og lindring av psykiske problemer i mange situasjoner, har de også til tider vært problematiske når de brukes i kontekst av ikke-vestlige kulturer. Dette er fordi en ikke på forhånd har vurdert kompleksiteten som følger med det å samarbeide på tvers av kulturer^(35, 36).

Kulturelle forskjeller tvers over befolkningsgrupper har påvirkningskraft på mange av aspektene rundt psykisk helse, blant annet på oppfatning og holdning på psykiske lidelser, hjelpsøkende atferd og pasientens og behandlerens holdninger til psykisk helse. I en studie foreslås det at kultur har innflytelse på hva som blir definert som et problem, hvordan problemet blir forstått og hvilke løsninger til problemet som er akseptable⁽³⁷⁾. Et eksempel kan være at en psykisk sykdom med organisk etiologi i noen kulturer kan oppfattes å ha en annen etiologi basert på kultur og religion.

Hechanova og Waelde⁽³⁸⁾ undersøkte psykiske reaksjoner på katastrofesituasjoner i Sørøst-Asia og foreslo fem hovedelementer ved ulike kulturer som kan ha påvirkning på psykiske helseproblemer og tilnærming til dem. Det første elementet som ble identifisert er emosjonell uttrykkelse. Det var en oppfatning om at det å snakke om vanskelige tema ville føre til ytterligere smertefulle følelser. Denne motvilligheten til å søke terapi er også sett i andre studier⁽³⁹⁾. Det andre elementet er skam hvor det diskuteres at dette er en grunn til at asiater er sent ute med å søke profesjonell hjelp. Skam kan være viktig i denne konteksten med tanke på at familie spiller en viktig rolle i livet hos mange etnisk asiatiske individer med psykiske plager⁽³⁹⁾. Det tredje elementet er makt-distanse, eller store forskjeller i makt som kan eksistere i asiatiske land mellom behandler og pasient. Dette menes å kunne ha påvirkning på autonomien i forholdet og at det for eksempel oppfordres for lite til egeninnsats hos pasientene. Det fjerde elementet er prinsippet om kollektivism, at det heller gis en gruppe

prioriteter fremfor å gi det til hvert individ. Argumentasjonen er at det bidrar til økt motstandsdyktighet og større evne til å takle problemet. Det siste elementet er åndelighet og religion, med hensyn til både attribusjon av symptomer og i håndtering av sykdommen⁽³⁸⁾.

Det eksisterer forskningslitteratur som understreker nettopp det at helse og sykdom blir oppfattet ulikt på tvers av kulturer^(33, 40-42). Kulturelle betydninger av helse og sykdom har konsekvenser på hvorvidt man er motivert til å søke hjelp, hvordan man håndterer egne symptomer, hvor støttende familien og samfunnet er, hvor man søker hjelp, veien man må ta for å motta adekvat helsehjelp og eventuelle kostnader⁽⁴³⁾.

Oppfatninger rundt etiologi til en enkelt lidelse kan variere på tvers av kulturer. I en studie diskuteres det at i noen kulturer kan debut av en psykisk lidelse tilskrives besettelse med ånder, «det onde øyet», svart magi eller bryting av tabuer, hvor løsningen av problemet ligger i hendene hos tradisjonelle helere eller andre autoriteter i samfunnet⁽³⁸⁾. Religion og åndelighet spiller en viktig rolle i disse oppfatningene ved å sidestille vanskeligheter med en høyere god makt⁽³⁸⁾. Eksempler på dette er helingstemplene i India eller andre religiøse pilegrimssteder verden over som besøkes daglig av individer som opplever psykiske helseproblemer.

Dette er også sentralt i store tradisjonelle helsesystemer i land som India og Kina.

Eksempelvis er sykdomsfaktorene i tradisjonell kinesisk medisin ofte tilskrevet en ubalanse mellom Yin og Yang av patogene faktorer. I Ayurveda, som er den store tradisjonelle helseforståelsen i India, kan psykisk helse bli oppfattet til å være et produkt av individets handlinger, luft og dets natur^(39, 41). En viktig faktor i disse helseoppfatningsmodellene er at det ikke blir skilt mellom kropp og sinn og at individet blir behandlet som en helhet i kontekst med miljøet han eller hun lever i^(44, 45). Det er viktig å bemerke at mennesker fra ulike kulturer ikke nødvendigvis skiller mellom somatiske og psykiske lidelser på samme måte som i vestlige terapeutiske systemer. I en studie på flyktninger i Nederland fant man at deltakerne ikke skilte mellom fysisk og psykisk helse⁽⁴⁶⁾, noe som er veldig ulikt fra vestlig biomedisin. Dette finner man også innen alternativ medisin i vesten, der det psykiske vektlegges i for stor grad som årsak til somatisk sykdom. På den andre siden kan jo vestlig biomedisin bli for reduksjonistisk. Det er innlysende at fungering av kropp og organer også påvirkes av sosiale og emosjonelle faktorer, eksempelvis kan stress være en årsak til hjertesykdom etc.

Det er sett at stigmatiserende holdninger finnes hos flere grupper helsepersonell^(47, 48) og at en merkelapp med psykisk sykdom skaper en negativ holdning hos medisinstudenter⁽⁴⁹⁾. Dette kan igjen føre til redusert oppmerksomhet rundt pasientenes medisinske behov, unødvendige henvisninger til spesielle helseinstitusjoner, dårligere behandling av pasienter med psykiske lidelser og til og med mangel på aksept og støtte i samfunnet, samt i privatlivet⁽⁵⁰⁻⁵²⁾.

Negative holdninger kan bidra til at psykologiske symptomer hos pasientene ikke registreres hos helsepersonell og at de heller blir tolket som somatiske symptomer, eller det motsatt kan også skje. At somatiske symptomer, f.eks. brystsmerter, tolkes som bare psykiske hos engstelige pasienter kan i verste fall være fatalt. Slike holdninger mot psykiske lidelser på medisinstudiet og stigma i forbindelse med dette kan forverres av kulturelle oppfatninger som eksisterer i hvert land^(50, 53-57). I en studie fra Iran gjort på medisinstudenter viste at økt eksponering av pasienter med psykiske lidelser i undervisningen av psykiatri på universitetet ikke forbedret de negative holdningene medisinstudentene hadde mot pasienter med psykiske lidelser⁽⁵⁸⁾.

Det er kjent at medisinstudiet er langt og prestisjetungt og at studentene er under mye press i forløpet av studiet. Symptomer på stress, angst og depresjon er ikke uvanlig i denne gruppen og det kan tenkes at også denne gruppens hjelpsøkingstendens er tilsvarende lav. Vi ser også av tidligere studier at det er kulturelle forskjeller i synet på psykiske lidelser, tilnærmingen til og behandlingen av dem. Som medisinstudenter med ikke-etnisk norsk bakgrunn i et vestlig land er vi kjent med stresset som følger med studiet, i tillegg til flere av holdningene til psykiske lidelser som presenteres tidligere i innledningen. Det er derfor av interesse for oss å finne ut om det er barrierer mot å søke hjelp også for medisinstudenter, og om det er tilsvarende kulturelle forskjeller i denne gruppen som i befolkningen for øvrig.

Vi ser at kultur og åndelighet kan ha en påvirkning på hvordan en oppfatter, forholder seg til og behandler psykiske lidelser i ikke-vestlige kulturer, noe som kan gi opphav til barrierer mot å søke hjelp for disse. Med utgangspunkt i de kulturelle forskjellene i synet på psykisk helse som eksisterer blant vestlige og ikke-vestlige land, har vi en hypotese om at vi vil finne tilsvarende forskjeller i barrierer mot hjelpsøking også blant medisinstudentene i disse to gruppene.

Vi ønsker i denne litteraturstudien å undersøke barrierer mot hjelpsøking for psykiske problemer hos medisinstudenter og sammenligne vestlige og ikke-vestlige studier. Vi skal undersøke om det er likheter blant gruppene eller om hjelpsøkingen er avhengig av kulturelle forhold. Dette er aktualisert ved økende globalisering blant medisinske studenter og det mangler en nyere oversiktsstudie over disse problemene.

Forskningsspørsmålene for dette litteraturstudiet er derfor:

1. Finnes det barrierer hos medisinstudenter mot å søke hjelp for deres psykiske helseproblemer?
2. Er de eventuelle barrierene preget av kulturelle forskjeller mellom vestlige og ikke-vestlige land?

2. Metode

Vi gjorde søk for å finne relevante studier som har blitt gjort på dette feltet, både på vestlige og ikke-vestlige medisinstudenter. PubMed egnet seg som en god database da vi skulle finne relevante artikler. Søkeordene vi brukte var «[Medical students] AND [mental health] AND [help seeking]», og vi fikk på denne søketeksten opp 102 treff. Siste søk ble gjort 27.

desember 2018. Studiene vi valgte er fra tidsrommet 2000-2018. Av disse studiene var det et mindretall som handlet om medisinstudenter spesifikt, da mange var gjort på andre grupper studenter eller store grupper hvor det ikke var skilt mellom hva slags studieretning studentene gikk.

Vi gjorde i tillegg et søk på Ovid/MEDLINE med samme søkeord og fikk opp da 31 treff. Av disse 31 var det kun en studie som ikke hadde kommet opp på søket på PubMed som var relevant for vår oppgave. Siste søk her ble gjort 2.april 2019.

Seleksjonskriterier:

- Originale studier som omhandler kun medisinstudenter eller studier som sammenligner medisinstudenter med en annen gruppe (populasjon) er inkludert.
- Studier hvor tittel eller abstrakt ikke inneholder psykisk helse og hjelpesøking er ekskludert.
- Kun studier skrevet på engelsk er inkludert.
- Studier fra tidsperioden 2000-2018 er inkludert.
- Vestlige land: Europeiske land, Nord-Amerika, Australia og New Zealand.
- Ikke-vestlige land: Asia, Mellom-Amerika, Sør-Amerika og Afrika.

Av 102 treff på PubMed var det kun tre studier her som var gjort på ikke-vestlige og åtte studier som var gjort på vestlige medisinstudenters psykiske helse og hjelpesøking. Studien vi fant i tillegg til disse elleve fra søket på Ovid/MEDLINE var gjort på ikke-vestlige medisinstudenter. I tillegg til de åtte vestlige studiene fant vi etter samtale med veileder to andre vestlige studier. Vi sto tilslutt igjen med fire ikke-vestlige studier og ti vestlige studier som til sammen utgjør tyngdepunktet og grunnlaget for oppgaven vår.

3. Resultater

De 14 valgte studiene er grundig gjennomgått og i første delen av oppgaven skal vi kort gå igjennom resultatene til hver studie. Når det gjelder design av studie, utvalg, metode og målinger henviser vi til tabellen.

Gjennomgang av studienes resultater

Studiene gjort på ikke-vestlige medisinstudenter

Picco et.al (Help-seeking beliefs for mental disorders among medical and nursing students)⁽⁵⁹⁾ ønsket å se nærmere på studentenes tanker rundt hjelpsøking og ulike behandlingalternativer for en rekke psykiske lidelser. Nesten halvparten av deltakerne anbefalte å søke hjelp hos en psykiater, men dette varierte for de ulike psykiske lidelsene. For tvangslidelser var det omtrent 2/3 som rapporterte dette som den beste hjelpen mens det for depresjon og alkoholmisbruk omtrent var en tredjedel som anbefalte hjelp hos en psykiater. Man så også at utdanningslengde var den viktigste prediktoren for hjelpsøkende atferd, uavhengig av om man var medisin- eller sykepleierstudent. Sammenlignet med schizofreni var det større tendenser til å søke hjelp hos familie og venner for tilstander som depresjon og alkoholmisbruk. Dette tyder på at sistnevnte lidelser ble mer ansett som sosiale problemer fremfor medisinske, noe som påvirket deres hjelpsøkingsatferd.

Amarasuriya et.al (Perceptions and intentions relating to seeking help for depression among medical undergraduates in Sri Lanka: a cross-sectional comparison with non-medical undergraduates)⁽⁶⁰⁾ ønsket å sammenligne psykisk helse og hjelpsøking hos medisinstudenter med ikke-medisinstudenter på samme universitet. Like mange medisinere som ikke-medisinere skåret for dyp depresjon, men medisinere rangerte psykolog, studentrådgiver på universitetet og samtale med andre som har hatt lignende problemer som mer hjelpsomme alternativer enn det ikke-medisinere gjorde. Medisinere foretrakk imidlertid å søke hjelp fra foreldre og annen familie for seg selv. De med dyp depresjon rangerte både profesjonelle og uformelle kilder som mindre hjelpsomme enn de uten depresjon.

Menon et.al (Barriers to healthcare seeking among medical students: a cross sectional study from South India)⁽⁶¹⁾ ønsket å undersøke forekomsten av medisinske og psykiske lidelser,

selvmedisinering og hjelpesøking hos medisinstudenter. De største barrierene mot å søke psykisk helsehjelp var tap av konfidensialitet, frykt for uønskede intervensjoner og lite kunnskap om hvor helseinstitusjoner for psykisk helse befant seg geografisk. De mest rapporterte barrierene mot hjelpesøking av fysisk helsehjelp var mangel på tid, frykt for bivirkninger og uønskede intervensjoner de vanligste barrierene. Gjennomsnittlig antall barrierer for hjelpesøking for psykisk helse var høyere enn for fysisk helsehjelp, og studentene vurderte formell helsehjelp som mindre gunstig for psykiske lidelser sammenlignet med fysiske lidelser. Å ha en konsultasjon hos psykolog/psykiater (formell helsehjelp) var assosiert med fremtidige akademiske bekymringer, stigma og konfidensialitetsproblemer. Uformelle konsultasjoner ble foretrukket som psykisk helsehjelp.

I Leao et.al (Well-being and help-seeking: an exploratory study among final-year medical students)⁽⁶²⁾ sin studie var målgruppen sisteårsstudenter og de ønsket å undersøke forekomsten av depresjon- og angstsymptomer, hjelpesøking og kunnskap om- og bruk av institusjonelle støtteprogrammer. Her presenterte over en fjerdedel symptomer på angst og en femtedel symptomer på depresjon. En fjerdedel av studentene rapporterte å ha brukt et støtteprogram av psykologer og psykiatere. Kun 1/3 av de med angstsymptomer, en 1/4 av de med depresjon og en 1/5 av de med rapportert dårlig livskvalitet tok i bruk støtteprogrammet. En tredjedel av de med angstsymptomer og depressive symptomer deltok på et mentorprogram som tilbød personlig støtte og promoterte profesjonell utvikling .

Studiene gjort på vestlige studenter

Ryan et.al (Use of mental-health services by Australian medical students: a cross-sectional survey)⁽⁶³⁾ ønsket å se på bruken av ulike hjelpalternativer for psykiske helseproblemer blant medisinstudenter i 4,5 og 6.året, og dessuten barrierer mot å søke hjelp. 2/3 av deltakerne rapporterte et psykisk helseproblem eller stress under studiet og av disse hadde 3/4 benyttet seg av minst ett hjelpalternativ. De alternativene for hjelp som ble rangert som mest effektive var allmennleger, psykiatere og psykologer.

Den vanligste barrieren var mangel på tid etterfulgt av mangel på penger og negativ påvirkning av fremtidig karriere. En fjerdedel rapporterte at det å søke hjelp er et tegn på svakhet og at deres medstudenter kunne se ned på dem om de fant ut om det.

Winter et.al (A Qualitative Exploration of the Help-Seeking Behaviors of Students Who Experience Psychological Distress Around Assessment at Medical School)⁽⁶⁴⁾ ønsket å undersøke hvilke faktorer som ledet til hjelpsøking hos medisinstudenter og hvilke barrierer som hindret dem i å prioritere deres trivsel i tider hvor de skulle avlegge en avsluttende eksamen. Målgruppen var studenter som hadde strøket til en avsluttende eksamen. De mest rapporterte barrierene var ikke å erkjenne at det var et problem tilstede, fornektelse og normalisering av symptomer, og stigma mot psykiske plager. Det ble funnet tre faktorer som fører til hjelpsøking. Den første var at man erkjente problemet, prioriterte sin helse og var klar over konsekvensene. Den andre var tillit og et godt forhold til en ansatt i helsevesenet eller på universitetet. Den siste faktoren som ble funnet i denne studien var å ha tydelige symptomer på psykisk stress eller en psykisk sykdom.

Dyrbye et.al (The Impact of Stigma and Personal Experiences on the Help-Seeking Behaviors of Medical Students With Burnout)⁽⁶⁵⁾ hadde medisinstudenter som målgruppe og ønsket å evaluere hjelpsøking hos utbrente medisinstudenter, deres stigmatiske oppfatninger og hvordan dette påvirker hjelpsøking. Dette ble sammenlignet med den generelle befolkningen i USA og andre i samme aldersgruppe. 43% av medisinstudentene hadde søkt om hjelp for psykiske problemer de siste 12 månedene. En tredjedel av de med symptomer på utbrenthet hadde søkt om hjelp. De fleste oppsøkte familie, venner eller psykiater/lege på fakultetet. Nesten halvparten sa seg enig i at medstudenter, professorer og pasienter hadde negative holdninger til psykiske problemer og behandling for dette. Halvparten mente at deres turnussøknad ikke ville bli vurdert dersom sykehuset fikk vite at søkeren hadde et psykisk problem. Over halvparten av deltakerne opplevde at andre medisinstudenter avslørte

medstudenters problemer og en tredjedel rapporterte at andre medstudenter ville være mindre sammen med studenter som slet psykisk.

Færre av medisinstudentene ville definitivt søke hjelp sammenliknet med andre jevnaldrende i befolkningen.

Gold et.al (Mental health self-care in medical students: a comprehensive look at help-seeking)⁽⁶⁶⁾ ønsket å se nærmere på hjelpsøking og egenbehandling av psykisk helse blant medisinstudenter og her svarte en tredjedel av deltakerne at de hadde psykiske helsebehov som de ikke søkte hjelp for. Hjelpsøkingen avtok jo lengre man kom i studiet. Blant rapporterte barrierer var ”det å ikke være syk nok” det vanligste svaret etterfulgt av selvdagnostisering/selvbehandling og dårlig tid. Av 183 studenter var det kun åtte som oppga stigma som en barriere mot å søke psykisk helsehjelp.

Chan et.al (Suicide literacy, suicide stigma and help-seeking intentions in Australian medical students)⁽⁶⁷⁾ skulle se på nivå av stigma og kompetanse rundt selvmord hos medisinstudenter og sammenligne dette med resten av universitetet. Det ble sett at studentene utviklet sin kompetanse rundt selvmord og fikk mindre stigmatiske holdninger rundt dette etter at de hadde hatt psykiatripraksis. Det viste seg også at de som hadde lite kunnskap rundt selvmord også hadde vanskeligere for å søke hjelp.

Det ble sett en sammenheng mellom individer som normaliserte selvmord og de som ikke søkte hjelp når de selv opplevde slike tanker.

De studentene som ikke hadde engelsk som sitt morsmål hadde flere stigmatiserende holdninger rundt selvmord.

Midtgaard et.al (Mental health treatment needs for medical students: a national longitudinal study)⁽⁶⁸⁾ ønsket å se nærmere på prevalensen av behandlingstrengende psykiske problemer hos medisinstudenter og hjelpsøking. De fant at livstidsprevalensen for behandlingstrengende psykiske problemer økte jo lengre man kom i studiet. Omtrent halvparten av de som rapporterte å ha hatt behandlingstrengende psykiske problemer hadde søkt om profesjonell hjelp.

Uavhengige prediktorer for behandlingstrengende psykiske problemer de første tre årene på medisinstudiet var I) tidligere psykiske problemer, II) personlighetstrekkene lav intensitet og høy realitetssvakhet, III) opplevd stress på studiet og IV) negative livshendelser.

Brimstone et.al (Behaviour of medical students in seeking mental and physical health care: exploration and comparison with psychology students)⁽⁶⁹⁾ ønsket å se om hjelpsøkingssatferden hos medisinstudenter lignet den hos psykologistudenter og å forstå hvilke barrierer som kunne påvirke hjelpsøkingen. Her ble det funnet at medisinstudenter hadde like barrierer mot å søke psykisk helsehjelp som psykologistudentene og de vanligste var selvdiagnostisering, etterfulgt av konfidensialitetsproblematikk, negativ påvirkning av fremtidig karriere og kostnader. Konfidensialitetsproblematikk var vanligere hos studenter i siste året. Begge gruppene rapporterte at de synes det var enklest å snakke med en venn eller et familiemedlem. Etter dette var det fastlegen eller en annen lege utenfor universitetet de ønsket å kontakte. Flere medisinstudenter enn psykologistudenter valgte å ikke gjøre noe med problemet.

Tyssen et.al (Help-seeking for mental health problems among young physicians: is it the most ill that seeks help? - A longitudinal and nationwide study)⁽⁷⁰⁾ skulle se nærmere på prevalensen av selvrapporterte psykiske helseproblemer og hjelpsøking blant medisinstudenter i siste året og nyutdannede leger, samt identifisere hvilke faktorer som fremmet hjelpsøking. Blant studenter i siste året rapporterte en fjerdedel at de på ett eller annet tidspunkt hadde hatt behov for psykisk helsehjelp og av disse hadde 72% søkt om hjelp. Prediktorer for manglende hjelpsøking var lavt nivå av symptomer på psykisk lidelse og høy grad av realitetssvakhet personlighetstrekk.

Chew-Graham et.al ('I wouldn't want it on my CV or their records': medical students' experiences of help-seeking for mental health problems)⁽⁷¹⁾ ønsket å utforske medisinstudenters kunnskap om tilgjengelig hjelp for studenter som sliter psykisk, og deres holdninger til hjelpsøking for stress og kriser de kan møte på under studiet. Det å flytte fra sine foreldre, press for å gjøre det bra på skolen, samt det å skulle bli en kompetent kliniker ble alle rapportert som medvirkende årsaker til mye stress på studiet. Mange svarte at om de hadde behov for å snakke med noen, ville de heller kontakte et familiemedlem eller en venn framfor en lege eller professor. Stigma assosiert med stress og psykiske helseproblemer var den vanligste barrieren mot å søke hjelp, etterfulgt av frykt for manglende konfidensialitet. Det var få studenter som hadde mye kunnskap om tilgjengelig helsehjelp for psykiske problemer på universitetet.

Givens et.al (Depressed medical students' use of mental health services and barriers to use)⁽⁷²⁾ ønsket å se i hvilken grad deprimerte medisinstudenter bruker ulike alternativer til hjelp og hvilke barrierer de har mot å søke hjelp. I denne studien fant de at en fjerdedel av deltakerne hadde moderat til alvorlig depresjon i følge Beck's depression inventory-resultatene. Av disse hadde litt over 20% søkt om hjelp på en institusjon og av disse igjen hadde halvparten benyttet seg av hjelpalternativer innenfor fakultetet og resten hadde benyttet seg av hjelpalternativer utenfor fakultetet. Halvparten av de deprimerte studentene rapporterte mangel på tid som den største barrieren mot å søke hjelp. Over en tredjedel av de deprimerte studentene fryktet konfidensialitetsbrudd og omtrent en tredjedel rapporterte stigma rundt psykiske helseproblemer og økonomiske kostnader som barrierer mot å søke hjelp. Andre barrierer var manglende tillit til psykiske helseinstitusjoner og oppfatninger om at stress er normalt på medisinstudiet. De ikke-deprimerte studentene rapporterte liknende barrierer, men de deprimerte studentene var mer opptatte av konfidensialitetsproblematikk.

Sammendrag av resultatene

Av de fire ikke-vestlige studiene fant vi i den ene⁽⁶¹⁾ at stigma, konfidensialitetsproblemer, uvisshet om hvor man kunne søke hjelp og frykt for påvirkning av fremtidig akademiske karriere var de mest rapporterte barrierene. Det var rapportert flere barrierer mot hjelpsøking for psykiske lidelser enn for fysiske.

I tre av fire ikke-vestlige studier⁽⁵⁹⁻⁶¹⁾ svarte medisinstudentene at profesjonell helsehjelp var den beste hjelpen, men i to av disse tre^(60, 61) foretrakk de å søke hjelp fra familie og venner i stedet for profesjonell hjelp om de selv ble rammet av psykiske lidelser. Dette selv om de i den ene studien⁽⁶⁰⁾ foreslo at profesjonell helsehjelp var den beste. Samme studie viste at medisinstudenter og ikke-medisinstudenter hadde like odds for å være deprimerte⁽⁶⁰⁾.

En studie⁽⁶²⁾ fant at en tredjedel av medisinstudentene på universitetet rapporterte angst- og depresjonssymptomer, men at kun litt over en fjerdedel søkte hjelp for dette hos helsetjenestene som fantes på skolen.

Blant de ti vestlige studiene var det fire studier som fant at stigma rundt psykiske helseproblemer^(64, 66, 71, 72) og konfidensialitetsproblematikk^(65, 69, 71, 72) var barrierer mot å søke psykisk helsehjelp. Tre studier fant andre barrierer slik som mangel på tid^(63, 66, 72), penger^(63, 69, 72) og negativ påvirkning av fremtidig karriere^(63, 65, 69).

I en annen studie⁽⁶⁵⁾ rapporterte studenter bekymring for at deres turnussøknad ikke ville bli vurdert dersom sykehuset fikk vite at søkeren hadde slitt psykisk, og at pasientene ikke ville ha en med psykiske problemer som sin behandler.

I en studie⁽⁶⁶⁾ ble det rapportert at psykiske problemer økte jo lenger man kom i studiet og to studier^(66, 70) rapporterte mindre hjelpsøking jo lenger man kom i studiet.

En av studiene fra Australia⁽⁶⁷⁾ fant også at studenter som ikke hadde engelsk som sitt morsmål hadde mer stigmatiske holdninger rundt psykiske problemer.

Tre studier^(65, 68, 70) så på sammenheng mellom personlighetstrekk og hjelpsøking. To av disse^(65, 70) fant at høy grad av realitetssvakhet og depersonaliseringsproblemer predikerte manglende hjelpsøking, mens ett⁽⁶⁸⁾ fant at lav intensitet (introversjon) og høy realitetssvakhet var assosiert med psykiske problemer, uten at det var sett på sammenheng med hjelpsøking.

I en studie⁽⁶³⁾ rangerte deltakerne allmennleger, psykologer og psykiatere som den beste psykiske helsehjelpen. I to av studiene^(69, 71) var det spesifisert at studentene ønsket å kontakte en lege eller psykolog utenfor fakultetet, mens i en studie⁽⁶⁵⁾ var det spesifisert at de ønsket å

kontakte en lege/psykolog innenfor fakultetet. I tre av studiene^(65, 69, 71) ønsket deltakerne å kontakte familiemedlemmer/venner først.

To studier^(64, 70) så nærmere på faktorer som fremmet hjelpsøking og her fant de at det å ha nok kunnskap om symptomer og konsekvenser av sykdommen, tillit til helsevesenet og en sårbar personlighetstype er faktorer som fremmer hjelpsøking.

Det er forholdsvis få ikke-vestlige studier, men det kan synes som om barrierene mot hjelpsøking stort sett er de samme blant ikke-vestlige og vestlige medisinstudenter. De fleste sier det beste er å søke profesjonell hjelp, men stigma og frykt for konfidensialitet og fremtidig karriere er gjennomgående. Det synes likevel som ikke-vestlige studenter er mer usikre på hvor de skal henvende seg for å få profesjonell hjelp.

4. Diskusjon

Diskusjon av funn

Både vestlige og ikke-vestlige medisinstudenter har barrierer mot hjelpsøking for psykiske lidelser. Stigma og frykt for negativ påvirkning av fremtidig karriere er det dominerende og vi ser at konfidensialitet er høyt verdsatt i begge gruppene. Barrierene ser tilsynelatende ikke ut til å være preget av kulturelle forskjeller. Likevel kan det synes som ikke-vestlige studenter er mer usikre på hvor de skal henvende seg for å få hjelp.

I de vestlige studiene ble andre barrierer som mangel på tid^(63, 66, 72), penger^(63, 69, 72) og selvdagnostisering⁽⁶⁹⁾ nevnt. En annen barriere som nevnes er frykt for at deres turnussøknad ikke ville bli vurdert⁽⁶⁵⁾, noe som kan ha sammenheng med at det i enkelte vestlige land er større konkurranse om turnusplasser enn det muligens er i ikke-vestlige land.

I tre av de vestlige studiene ble det også undersøkt nærmere hvordan personlighet kan påvirke hjelpsøkingen og her ser man at høy grad av realitetssvakhet er assosiert med psykiske problemer og manglende hjelpsøking^(65, 68, 70). Dette trekket og depersonalisasjon har sammenheng med personlighetsforstyrrelser og problemer med både selvfølelse og hvordan forholde seg til andre. Man kan derfor lett tenke seg at personlighetstrekk som mistenksomhet og vansker med å stole på andre vil hindre hjelpsøking og slik bli en barriere. I de ikke-vestlige studiene var en rapportert barriere uvisshet om hvor man kunne søke hjelp⁽⁶¹⁾. Dette fant vi ikke i de vestlige studiene, noe som kan tyde på at informasjon om hvor man kan søke hjelp for psykiske lidelser er mer ukjent – men også kanskje mindre tilgjengelig – i ikke-vestlige enn i vestlige land⁽⁷³⁾. Det er derfor kanskje viktig å øke både informasjon og tilgjengelighet i disse landene.

I Menon et al. sin studie⁽⁶¹⁾ er det skrevet en oversikt over det akademiske programmet medisinstudentene ved universitetet i Sør-India skal igjennom i løpet av de seks årene. Vi la merke til at psykiatri ikke var nevnt på noen av semestrene, og dette kan gi et bilde på plassen psykiatri har i disse samfunnene til sammenligning med de andre spesialitetene. Det kan være en av årsakene til at det fremdeles eksisterer negative holdninger knyttet til psykiske lidelser blant helsepersonell og befolkningen for øvrig i disse landene. Hvis det ikke gis nok

informasjon og kunnskap videre, vil dette kunne støtte opp og bidra til vedlikeholdelsen av negative holdninger.

For å studere disse negative holdningene ved siden av fant vi to andre artikler utenom de vi har tatt med i litteraturgjennomgangen fra Sri Lanka og Iran som omhandlet medisinstudentene og legenes holdninger til psykisk helse^(58, 74).

I studien gjort på universitetet i Colombo i Sri Lanka⁽⁷⁴⁾ undersøkte man tilstedeværelse og intensitet av stigmatiserende holdninger fra disse gruppene mot psykisk syke pasienter. Samme studie avslørte høyere nivå av stigma mot pasienter med depresjon og stoff- og alkoholavhengighet, og at pasienten selv har skyld i sin psykiske helsetilstand var en utbredt holdning.

Studien i Iran⁽⁵⁸⁾ gjort på medisinstudentenes holdninger til psykisk sykdom undersøkte om lengre opphold i psykiatrisk praksis under studietiden og økt eksponering for psykisk syke pasienter på sykehus endret studentenes holdninger til psykisk sykdom. Resultatene viste at den gruppen av studentene som ble eksponert mer for disse pasientene ikke viste signifikant forbedring av holdningene deres. Det at behandlere har stigmatiserende holdninger kan bidra til større barrierer mot å søke hjelp hvis en selv sliter. En viktig årsak til utvikling av stigma under medisinstudietiden kan være devaluering av psykiatri og psykiske problemer som mindre vesentlig av en del leger og lærere i somatiske fag – noe som skjer i både ikke-vestlige og vestlige land. En slik skjult påvirkning til negative holdninger til deler av medisinen kalles for «the hidden curriculum»⁽⁷⁵⁾.

Ut i fra hypotesen vår forventet vi å finne kulturelle forskjeller i barrierer hos medisinstudenter i vestlige og ikke-vestlige land. Barrierene vi fant i begge gruppene var ikke preget av kulturelle forskjeller. En mulig forklaring på dette kan være at medisinstudenter er en gruppe som ligner hverandre i egenskaper, tankemåte og holdninger og at dette ikke avhenger av hvor i verden de bor og studerer. Utdanningen er akademisk krevende og er gjerne assosiert med høy sosial status i de fleste land, noe som kan bidra i at medisinstudentene som gruppe skiller seg ut fra resten av befolkningen.

Likevel må det tas i betraktning at utvalget av ikke-vestlige studier av denne typen er betydelig mindre enn de vestlige studiene per dette tidspunktet, og de ikke-vestlige medisinstudentene blir derfor antakelig underrepresenterte i vår oversikt. Det er sannsynlig at barrierer som mangel på tid, penger og negativ påvirkning av fremtidig karriere i høy grad

eksisterer hos de ikke-vestlige medisinstudentene også, men at det ikke er kommet godt nok frem på de studiene vi har tatt for oss.

At vi finner få studier på hjelpsøking blant unge og blant medisinstudenter kan gi et innblikk i betydningen av psykisk helse i disse landene og er enda en grunn til å gjøre dette studiet. Sannsynligvis er dette et felt det ikke er mye forskning på enda, sammenliknet med det som er gjort i vestlige land. Det kan tenkes at stigma rundt psykiske lidelser er en årsak til at det ikke er gjort mye studier på dette i ikke-vestlige land foreløpig og det er som nevnt bekymringsverdig at mangel på kunnskap om hvor man kan søke hjelp for psykiske helseproblemer er en av de rapporterte barrierene fra disse studiene⁽⁶¹⁾. En avgjørende intervensjon vil være å få mer informasjon om dette ut til studentene i disse landene der det finnes slike hjelpetilbud. Det kan også være at det mangler slike hjelpetilbud for psykiske lidelser blant studentene på noen ikke-vestlige læresteder, men dette må undersøkes nærmere i videre studier.

Et viktig spørsmål er om medisinstudenter har manglende hjelpsøkingsatferd sammenliknet med andre unge eller andre studenter. Studiene vi tok for oss i innledningen viser at hjelpsøking generelt er lavere for den yngre befolkningen, så dette trenger ikke være spesifikt for medisinstudenter. Vi ser av den systematiske oversikten⁽²¹⁾ som har blitt nevnt i innledningen at de samme barrierene eksisterer hos den yngre populasjonen som vi ser her hos medisinstudentene. I en studie fra litteraturgjennomgangen så vi at medisinstudenter og ikke-medisinstudenter hadde like odds for å være deprimerte⁽⁶⁰⁾, og i en oversiktsartikkel så vi at det ikke var noe signifikant forskjell i prevalensen av depresjon hos medisinstudenter og ikke-medisinstudenter⁽⁷⁶⁾. I studien hvor en gruppe medisinstudenter ble sammenliknet med psykologistudenter så man at hjelpsøkingsatferden var tilnærmet lik i de to gruppene⁽⁶⁹⁾. Våre funn så langt tyder derfor på at det ikke er store forskjeller på medisinstudenter og andre studenter. Dette er et viktig funn fordi det ofte hevdes at medisinstudenter er mer utsatt for depresjon og psykiske helseproblemer enn andre studenter. Det mangler likevel gode studier som sammenlikner medisinstudenter med andre profesjonsstudenter, også i vestlige land. Det kunne likevel tenkes at medisinstudentene er mer tilbakeholdne med å søke hjelp, fordi de kan ha en følelse av at de må være friske og kompetente selv for å kunne hjelpe andre. Det kan være forventinger om at leger skal kunne helbrede seg selv.

Kort diskusjon av studienes metode

Deltakerne var i ni av fjorten studier kun medisinstuderter^(61-66, 68, 71, 72). I de resterende studiene ble medisinstudentene sammenlignet med enten ikke-medisinstuderter^(59, 60, 67, 69) eller unge leger⁽⁷⁰⁾. I to^(60, 67) av disse resterende studiene var medisinstudentene underrepresentert i forhold til ikke-medisinstudentene. Studiene tilstreber å illustrere forskjellene i hjelpsøkingssatferd mellom medisinstudentene og resten, men med store forskjeller i gruppestørrelser kan det bli utfordrende å generalisere resultatene.

Tolv av fjorten studier var tverrsnittsstudier^(59-67, 69, 71, 72), mens to var longitudinelle^(68, 70). Tverrsnittstudier er gode når hensikten er å undersøke et visst antall enheter på det tidspunktet, som barrierer mot hjelpsøking i vårt tilfelle. Svakheten er at vi ikke får avdekket mulige årsaksfaktorer til barrierene, til det trengs det prospektive studier. To av studiene^(64, 71) var kvalitative studier. En fordel med dette er at svarene ikke er standardisert og deltakerne kan dermed svare fritt, vi får med mer variasjon, og kanskje også mer gjenkjennelige temaer. En ulempe kan være at resultatene ikke nødvendigvis blir representative for hele gruppen.

Diskusjon av egen metode

Vi har valgt å ha med Singapore som et ikke-vestlig land, men mange vil hevde at det her er det mye vestlig påvirkning, og dermed kan det diskuteres om det er et vestlig land eller ikke. I en annen studie fra Singapore av Farquhar et.al⁽⁷⁷⁾ gjort på medisinstuderter ble det observert at medisinstudentene i studien hadde en felles forståelse av stress, utbrenthet og motstandsdyktighet, men at de opplever dette ulikt. Det som er likt er at de oppfatter stress som noe positivt heller enn noe som er negativt. De opplever altså stress som en del av hverdagen og vil kanskje bagatellisere det mer. Dette kan være assosiert med kultur og hva man definerer som psykisk lidelse, og støtter opp vår argumentasjon rundt Singapore som et ikke-vestlig land.

En styrke med vår oppgave er at den er original og vi ikke har funnet andre studier eller oversiktsartikler over dette emnet. Vi har i tillegg fått avdekket antallet studier som er gjort på ikke-vestlige og vestlige medisinstuderter og hjelpsøking og sett at det er veldig få studier av denne typen gjort på ikke-vestlige medisinstuderter.

En svakhet med oppgaven er nettopp det at ikke-vestlige medisinstuderter er underrepresenterte. I tillegg har det ikke blitt skilt på studenter med annen bakgrunn i de vestlige studiene og dette fører til at man ikke får fanget opp de ikke-etnisk vestlige

studentene som kanskje kan ha andre barrierer mot å søke psykisk helsehjelp. Ingen med unntak av en vestlig studie⁽⁶⁷⁾ har differensiert engelskspråklige studenter fra de som ikke har engelsk som sitt morsmål, og her kommer de frem til at disse studentene har mer stigmatiske holdninger rundt selvmord. En ulempe her er at dette ikke sier noe om hvor de kommer fra, og vi kan ikke med sikkerhet vite bakgrunnen til hver enkelt deltaker, hva og hvorfor deltakerne har svart det de har svart. Dette vil ikke kunne avdekkes i vår oppgave eller i studiene for øvrig og kan komplisere resultatene i de enkelte studiene.

En annen svakhet med vår oppgave er at kun PubMed og ovid/MEDLINE har blitt brukt som eneste databaser for å finne de ulike artiklene. For å få et enda bedre utvalg kunne vi blant annet brukt psycINFO og MeSH termer. I tillegg kom ikke to av de vestlige artiklene^(68, 72) som har blitt brukt i denne oppgaven opp på verken Pubmed eller ovid/MEDLINE med de søkeordene vi brukte, noe som kan tyde på svakheter her. Sistnevnte artikler fikk vi utlevert av vår veileder som forsker i feltet medisinstudenters mentale helse.

En annen svakhet som kan nevnes er at det kun har blitt brukt artikler skrevet på engelsk. Vi lyktes ikke med å finne artikler skrevet på norsk. To artikler fra Norge^(68, 70) er med, men begge skrevet på engelsk. Det kan tenkes at det finnes ikke-vestlige studier skrevet på andre språk enn engelsk som bidrar til å begrense den ikke-vestlige litteraturen.

Flere av studiene som allerede finnes på dette feltet er gjort i India, men andre land og kulturer i Asia, samt Afrika og Mellom- og Sør-Amerika mangler det studier på. I tillegg er det studier som viser at det i mellom- og lavinntektsland er flere problemer relatert til helsetjenester, som dårlig infrastruktur, overbelastede systemer, inadekvat opplæring av helsepersonell, profesjonell apati, begrenset økonomi, fattigdom og dårlig moral hos helsepersonell⁽⁷³⁾. Dette er konfliktfylte forhold som må løses ved samarbeid om på tvers av fagmiljøer og over tid. I tillegg må det som nevnt være mer åpenhet rundt psykisk helse, mer tilgjengelig informasjon til alle om psykisk sykdom, og hvor man kan søke hjelp for dette for å kunne se forbedring på sikt.

Oppsummert synes barrierene mot hjelpsøking ikke å være vesentlig forskjellig mellom ikke-vestlige og vestlige medisinstudenter, det dreier seg mye om stigma og frykt for manglende konfidensialitet og kommende karriere. Likevel er det antakelige noe mindre kunnskap om hvor en skal henvende seg for å få hjelp blant de ikke-vestlige studentene. Vi fant forholdsvis få ikke-vestlige studier blant medisinstudenter, og det bør derfor gjøres flere slike. Det bør

også undersøkes hvorfor de ikke-vestlige vet mindre om hvor de skal henvende seg for å søke profesjonell hjelp.

5. Konklusjon

Vi har i denne oppgaven sett på fjorten studier som omhandlet medisinstudenters psykiske helse og hjelpsøking, hvorav ti var gjort på medisinstudenter i vestlige land, mens de resterende fire var gjort i ikke-vestlige land. Studiene har i hovedsak brukt samme metode, med unntak av to studier som var semistrukturerte intervjuer, og resultatene fra dem bekrefter at mange medisinstudenter har barrierer mot å søke hjelp for psykiske lidelser. Studiene viste at studenter fra både vestlige- og ikke-vestlige land deler de samme bekymringene med hensyn til tap av konfidensialitet og stigma, og det er mulig at kulturforskjellene er små. At en barriere hos ikke-vestlige medisinstudenter er mangel på kunnskap om hvor en kan søke hjelp er bekymringsverdig, og litteraturstudiet vi har gjort har gjort det tydelig at det er nødvendig med mer forskning på dette området, spesielt i ikke-vestlige land.

6. Tabeller

Studie, årstall	Land	Kvalifisert Utvalg	Respo-nsrate	Antall deltakere (n)	Kvinner	Design	Avhengige variabler	Kommentar/Resultat
Picco et.al, 2018 ⁽⁵⁹⁾	Singapore	Medisinstudenter og sykepleierstudenter	100%	1002	71,7%	Tverrsnittstudie	Undersøkte hjelpsøkningsatferd for ulike psykiske lidelser og rangering av ulike hjelpsøkningsalternativer	Søke hjelp hos en psykiater anbefaler mest, men dette ble anbefalt mer for lidelser som OCD og schizofreni, mens det var færre som anbefalte dette for lidelser som depresjon og alkoholmisbruk. Eldre studenter hadde lettere for å søke profesjonell hjelp.
Amarasuriya et.al, 2015 ⁽⁶⁰⁾	Sri Lanka	Medisinstudenter og ikke-medisinstudenter	99,9%	4670	68,9%	Tverrsnittstudie	Undersøkte prevalens av depresjon hos studentene og rangering av ulike hjelpsøkningsmetoder.	Studentene har lik risiko for å ha depresjon, og begge gruppene har høyere terskel for å søke profesjonell hjelp for mentale helseproblemer. Støtte hos familie og venner er foretrukket.
Menon et.al, 2015 ⁽⁶¹⁾	India	Medisinstudenter	90,6%	509	46,2%	Tverrsnittstudie	Undersøkte barrierer mot hjelpsøking for fysiske og psykiske helseplager.	Fleire rapporterte barrierer mot hjelpsøking for psykiske lidelser framfor fysiske. Konfidensialitetstap, stigma og frykt for uønskede intervensjoner var de mest rapporterte.
Leao et.al, 2011 ⁽⁶²⁾	Brasil	Medisinstudenter	86%	180	44%	Tverrsnittstudie	Undersøkte angst- og depresjonsymptomer hos studentene, samt livskvalitet og deltakelse på støtteprogrammer på universitetet.	Omtrent en tredjedel presenterte angst- og depresjonsymptomer. Under en tredjedel av disse brukte tjenestene, og bare halvparten av de som brukte tjenestene anbefalte dem videre.
Ryan et.al, 2017 ⁽⁶³⁾	Australia	Medisinstudenter	40,9%	700	58%	Tverrsnittstudie	Brukte hjelpalternativer og barrierer mot hjelpsøking for psykiske problemer.	Allmennleger, psykiatere og psykologer rangert som beste hjelpalternativer. Største barrierer var mangel på tid, penger og negativ påvirkning av fremtidig karriere
Winter et.al, 2017 ⁽⁶⁴⁾	Storbritannia	Medisinstudenter	35,1%	57	40%	Kvalitativt studie	Faktorer som leder til hjelpesøkende atferd og barrierer mot å søke hjelp.	Vanligste barrierer er å ikke erkjenne at man er syk, normalisering av symptomer og stigmatisering. Faktorer som leder til hjelpesøkende atferd er å erkjenne problemet og ha tillitt til helsevesenet
Dyrbye et.al, 2015 ⁽⁶⁵⁾	USA	Medisinstudenter	35,6%	2449	55,9%	Tverrsnittstudie	Hjelpesøkende atferd hos utbrente medisinstudenter og holdninger rundt å søke hjelp for et psykisk problem.	En tredjedel av de utbrente søkte hjelp. De fleste oppsøkte familie, venner og lege på fakultetet. Konfidensialitetsproblematikk og negativ påvirkning fremtidige karriere er de største barrierene.

Studie, årstall	Land	Kvalifisert Utvalg	Respo-nsrate	Antall deltakere (n)	Kvinner	Design	Avhengige variabler	Kommentar/Resultat
Gold et.al, 2015 ⁽⁶⁶⁾	USA	Medisinstudenter	35,3%	519	56,8%	Tverrsnittstudie	Hjelpsøking for psykiske problemer og barrierer.	En tredjedel søker hjelp for psykiske problemer, og mengden som søker hjelp reduseres jo lengre man kommer i studiet. Mest rapporterte barrierer var å "ikke være syk nok", selvdagnostisering/behandling og mangel på tid.
Chan et.al 2014 ⁽⁶⁷⁾	Australia	Medisinstudenter og ikke-medisinstudenter ved samme universitet	**	3135*	Ikke spesifisert	Tverrsnittstudie	Måle nivå av stigma og kompetanse rundt selvmord hos medisinstudenter og ikke-medisinstudenter.	Mer kompetanse rundt selvmord jo lengre man kommer i studiet. De med lite kunnskap om selvmord det vanskeligere for å søke hjelp. Utalandske studenter hadde mer stigmatiserende holdninger rundt selvmord
Midtgaard et.al, 2008 ⁽⁶⁸⁾	Norge	Medisinstudenter.	68%*	421	**	Longitudinelt	Psykiske problemer hos medisinstudenter, hjelpsøking og prediktorer for psykiske helseproblemer de tre første årene på studiet	Omtrent en tredjedel rapporterer å ha hatt behandlingstrengende psykiske problemer de første tre årene på medisinstudiet, og av disse søkte 54% hjelp. Ulike prediktorer er I) tidligere psykiske problemer II) lav intensitet og høy realitetssvakhet og II) opplevd stress på studiet IV) negative livshendelser.
Brimstone et.al, 2006 ⁽⁶⁹⁾	Australia	Medisinstudenter og psykologistudenter	86%	200	58% hos medisinstudentene	Tverrsnittstudie	Hjelpsøkende atferd og barrierer mot hjelpsøking.	Barrierer mot hjelpsøking er bekymringer om konfidensialitet, kostnader, selvdagnostisering/behandling og negative konsekvenser for karrieren Enklest å oppsøke hjelp hos familie/venner eller en lege utenfor fakultetet.
Tyssen et.al, 2004 ⁽⁷⁰⁾	Norge	Unge leger	51,8%	631	**	Longitudinell	Selv-rapporterte behandlingstrengende psykiske helseproblemer Hjelpsøking og faktorer som fremmer hjelpesøkende atferd	En tredjedel rapporterer behandlingstrengende psykiske problemer, og av disse søker 72% hjelp. Høy grad av realitetssvakhet (paranoide tanker) hindrer hjelpsøking og høy grad av sårbarhet fører til hjelpsøking.

Studie, årstall	Land	Kvalifisert Utvalg	Respo-nsrate	Antall deltakere (n)	Kvinner	Design	Avhengige variabler	Kommentar/Resultat
Chew-Graham et.al, 2003⁽⁷¹⁾	Storbritannia	Medisinstudenter	100%	22	Ikke spesifisert	Kvalitativt tverrsnittstudie	Årsaker til stress på medisinstudiet, kunnskap om tilgjengelig psykisk helsehjelp holdninger ovenfor hjelpesøking	Å bo hjemme fra og prestasjons-nivå på studiet er største årsaker til stress. Støtte hos familie og venner er foretrukket hjelp. Ønsker ikke å kontakte lege fra fakultetet pga frykt for konfidensialitetsbrudd. Stigma, konfidensialitetsbrudd er største barrierer.
Givens et.al 2002⁽⁷²⁾	USA	Medisinstudenter	69,2%	280	57%	Tverrsnittstudie	Hvilke grad deprimerte medisinstudenter bruker ulike hjelpalternativer og barrierer mot å søke hjelp.	24% hadde moderat til alvorlig depresjon, og 22% av disse hadde søkt profesjonell hjelp. Mest rapporterte barrierer var mangel på tid, konfidensialitetsproblematikk, stigma og kostnader. Deprimerte studenter mer opptatt av konfidensialitet.

Chan et.al* - 789 (29%) av ikke-medisinstudenter og ansatte ved universitetet, 165 (46%) av postgraduates og 54 (98%) av sisteårsstudenter responderte.
Midtgaard et.al* - Responsrate i T1 var 88,9%, 71,7% i T2 og 68,2% i T3. Antall kvinner: T1 - 54%. T3- 56%
Tyssen et.al* - Antall kvinner: T1 - 57%, T2-56%, T3- 56%
Chew-Graham et.al* - Det kvalifiserte utvalget har ikke blitt nevnt.

7. Appendix

Vi har begge jobbet med innledning, abstrakt, metode, resultater, diskusjon og konklusjon. Litteraturen vi endte opp med fra metodesøket valgte vi sammen. For å jobbe mer strukturert valgte vi å dele litteraturen i mellom oss slik at den ene personen satte seg inn i studiene fra de vestlige landene, og den andre fokuserte på de ikke-vestlige studiene. Vi har skrevet innledning, abstrakt, metode, diskusjon og konklusjon i fellesskap. Det har vært nødvendig å diskutere resultatene sammen for å kunne fatte en felles diskusjon av metodene og funnene. Tabellen vedlagt i oppgaven har vi også laget sammen. Veileder dr. Reidar Tyssen har hjulpet oss med retting av tidligere utkast, formulering av problemstilling, ramme av oppgaven og ekstra litterært materiell som ikke dukket opp i metodesøket vårt.

8 Litteraturliste

1. Kaess M, Ritter S, Lustig S, Bauer S, Becker K, Eschenbeck H, et al. Promoting Help-seeking using E-technology for Adolescents with mental health problems: study protocol for a randomized controlled trial within the ProHEAD Consortium. *Trials*. 2019;20(1):94.
2. Sancu L, Lewis D, Patton G. Detecting emotional disorder in young people in primary care. *Current opinion in psychiatry*. 2010;23(4):318-23.
3. Behere SP, Yadav R, Behere PB. A comparative study of stress among students of medicine, engineering, and nursing. *Indian journal of psychological medicine*. 2011;33(2):145-8.
4. Supe AN. A study of stress in medical students at Seth G.S. Medical College. *Journal of postgraduate medicine*. 1998;44(1):1-6.
5. Dahlin M, Joneborg N, Runeson B. Stress and depression among medical students: a cross-sectional study. *Medical education*. 2005;39(6):594-604.
6. Firth J. Levels and sources of stress in medical students. *British medical journal (Clinical research ed)*. 1986;292(6529):1177-80.
7. Goebert D, Thompson D, Takeshita J, Beach C, Bryson P, Ephgrave K, et al. Depressive symptoms in medical students and residents: a multischool study. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*. 2009;84(2):236-41.
8. Gupta S, Basak P. Depression and type D personality among undergraduate medical students. *Indian journal of psychiatry*. 2013;55(3):287-9.
9. Kumar GS, Jain A, Hegde S. Prevalence of depression and its associated factors using Beck Depression Inventory among students of a medical college in Karnataka. *Indian journal of psychiatry*. 2012;54(3):223-6.
10. Reddy VM, Chandrashekar CR. Prevalence of mental and behavioural disorders in India : a meta-analysis. *Indian journal of psychiatry*. 1998;40(2):149-57.
11. Basnet B, Jaiswal M, Adhikari B, Shyangwa PM. Depression among undergraduate medical students. *Kathmandu University medical journal (KUMJ)*. 2012;10(39):56-9.
12. Giddens A. *Sociology: A Brief but Critical Introduction: A brief but critical introduction*: Macmillan International Higher Education; 1986.
13. Essau CA. Frequency and patterns of mental health services utilization among adolescents with anxiety and depressive disorders. *Depression and anxiety*. 2005;22(3):130-7.
14. Hart LM, Granillo MT, Jorm AF, Paxton SJ. Unmet need for treatment in the eating disorders: a systematic review of eating disorder specific treatment seeking among community cases. *Clinical psychology review*. 2011;31(5):727-35.
15. Cunningham JA, Breslin FC. Only one in three people with alcohol abuse or dependence ever seek treatment. *Addictive behaviors*. 2004;29(1):221-3.
16. Wasserman D. Review of health and risk-behaviours, mental health problems and suicidal behaviours in young Europeans on the basis of the results from the EU-funded Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) study. *Psychiatria polska*. 2016;50(6):1093-107.

17. Haller DM, Sancu LA, Sawyer SM, Patton GC. The identification of young people's emotional distress: a study in primary care. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*. 2009;59(560):e61-70.
18. Patel V, Flisher AJ, Hetrick S, McGorry P. Mental health of young people: a global public-health challenge. *Lancet (London, England)*. 2007;369(9569):1302-13.
19. Tylee A, Haller DM, Graham T, Churchill R, Sancu LA. Youth-friendly primary-care services: how are we doing and what more needs to be done? *Lancet (London, England)*. 2007;369(9572):1565-73.
20. Hom MA, Stanley IH, Joiner TE, Jr. Evaluating factors and interventions that influence help-seeking and mental health service utilization among suicidal individuals: A review of the literature. *Clinical psychology review*. 2015;40:28-39.
21. Gulliver A, Griffiths KM, Christensen H. Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC psychiatry*. 2010;10:113.
22. Dyrbye LN, Thomas MR, Shanafelt TD. Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among U.S. and Canadian medical students. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*. 2006;81(4):354-73.
23. Stewart SM, Betson C, Marshall I, Wong CM, Lee PW, Lam TH. Stress and vulnerability in medical students. *Medical education*. 1995;29(2):119-27.
24. Aktekin M, Karaman T, Senol YY, Erdem S, Erengin H, Akaydin M. Anxiety, depression and stressful life events among medical students: a prospective study in Antalya, Turkey. *Medical education*. 2001;35(1):12-7.
25. Clark DC, Zeldow PB. Vicissitudes of depressed mood during four years of medical school. *Jama*. 1988;260(17):2521-8.
26. Dahlin ME, Runeson B. Burnout and psychiatric morbidity among medical students entering clinical training: a three year prospective questionnaire and interview-based study. *BMC medical education*. 2007;7:6.
27. Rosal MC, Ockene IS, Ockene JK, Barrett SV, Ma Y, Hebert JR. A longitudinal study of students' depression at one medical school. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*. 1997;72(6):542-6.
28. Zoccolillo M, Murphy GE, Wetzel RD. Depression among medical students. *Journal of affective disorders*. 1986;11(1):91-6.
29. Tyssen R, Vaglum P, Gronvold NT, Ekeberg O. Suicidal ideation among medical students and young physicians: a nationwide and prospective study of prevalence and predictors. *Journal of affective disorders*. 2001;64(1):69-79.
30. Dyrbye LN, Thomas MR, Huntington JL, Lawson KL, Novotny PJ, Sloan JA, et al. Personal life events and medical student burnout: a multicenter study. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*. 2006;81(4):374-84.
31. Guthrie E, Black D, Bagalkote H, Shaw C, Campbell M, Creed F. Psychological stress and burnout in medical students: a five-year prospective longitudinal study. *Journal of the Royal Society of Medicine*. 1998;91(5):237-43.
32. Sletta C, Tyssen R, Løvseth LT. *BME*. Change in subjective well-being over 20 years at two Norwegian medical schools and factors linked to well-being today: a survey. 2019;19(1):45.
33. Fernando S. *Race and culture in psychiatry (Psychology Revivals)*: Routledge; 2014.
34. Sarafino EP, Smith TW. *Health psychology: Biopsychosocial interactions*: John Wiley & Sons; 2014.

35. Wilson JP, Drozdek B. Broken spirits: The treatment of traumatized asylum seekers, refugees and war and torture victims: Routledge; 2004.
36. Fernando SJRoP. Globalization of psychiatry–A barrier to mental health development. 2014;26(5):551-7.
37. Hernandez M, Nesman T, Mowery D, Acevedo-Polakovich ID, Callejas LMJPS. Cultural competence: A literature review and conceptual model for mental health services. 2009;60(8):1046-50.
38. Hechanova R, Waelde LJMh, Religion, Culture. The influence of culture on disaster mental health and psychosocial support interventions in Southeast Asia. 2017;20(1):31-44.
39. Haque AJP, health, medicine. Mental health concepts in Southeast Asia: Diagnostic considerations and treatment implications. 2010;15(2):127-34.
40. Biswas J, Gangadhar BN, Keshavan M. Cross cultural variations in psychiatrists' perception of mental illness: A tool for teaching culture in psychiatry. Asian journal of psychiatry. 2016;23:1-7.
41. Kirmayer LJ. The cultural diversity of healing: meaning, metaphor and mechanism. British medical bulletin. 2004;69:33-48.
42. Nguyen D, Bornheimer LA. Mental health service use types among Asian Americans with a psychiatric disorder: considerations of culture and need. The journal of behavioral health services & research. 2014;41(4):520-8.
43. Office of the Surgeon G, Center for Mental Health S, National Institute of Mental H. Publications and Reports of the Surgeon General. Mental Health: Culture, Race, and Ethnicity: A Supplement to Mental Health: A Report of the Surgeon General. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US); 2001.
44. Libster M. Demonstrating care: The art of integrative nursing: Delmar Pub; 2000.
45. Trotter GJAth, medicine. Culture, ritual, and errors of repudiation: some implications for the assessment of alternative medical traditions. 2000;6(4):62.
46. Feldmann CT, Bensing JM, De Ruijter A, Boeije HRJSoh, illness. Afghan refugees and their general practitioners in The Netherlands: to trust or not to trust? 2007;29(4):515-35.
47. Chambers M, Guise V, Välimäki M, Botelho MAR, Scott A, Staniuliene V, et al. Nurses' attitudes to mental illness: A comparison of a sample of nurses from five European countries. 2010;47(3):350-62.
48. Nordt C, Rössler W, Lauber CJSb. Attitudes of mental health professionals toward people with schizophrenia and major depression. 2006;32(4):709-14.
49. Ogunsemi OO, Odusan O, Olatawura MOJAogp. Stigmatising attitude of medical students towards a psychiatry label. 2008;7(1):15.
50. Jugal K, Mukherjee R, Parashar M, Jiloha R, Ingle GJljocm. Beliefs and attitudes towards mental health among medical professionals in Delhi. 2007;32(3):198.
51. Kleinman A, Cohen AJSA. Psychiatry's global challenge. 1997;276(3):86-9.
52. Mino Y, Yasuda N, Tsuda T, Shimodera SJP, Neurosciences C. Effects of a one - hour educational program on medical students' attitudes to mental illness. 2001;55(5):501-7.
53. Buchanan A, Bhugra DJAPS. Attitude of the medical profession to psychiatry. 1992;85(1):1-5.
54. Kerby J, Calton T, Dimambro B, Flood C, Glazebrook CJPB. Anti-stigma films and medical students' attitudes towards mental illness and psychiatry: randomised controlled trial. 2008;32(9):345-9.

55. Lawrie SM, Martin K, McNeill G, Drife J, Chrystie P, Reid A, et al. General practitioners' attitudes to psychiatric and medical illness. 1998;28(6):1463-7.
56. Mino Y, Kodera R, Bebbington PJTBJoP. A comparative study of psychiatric services in Japan and England. 1990;157(3):416-20.
57. Salokangas R, Der G, Wing JJS. Community psychiatric services in England and Finland. 1985;20(1):23-9.
58. Amini H, Shoar S, Tabatabaee M, Arabzadeh S. The Effect of Clinical Exposure to Patients on Medical Students' Attitude Towards Mental Illness. Iranian journal of psychiatry and behavioral sciences. 2016;10(3):e1887.
59. Picco L, Seow E, Chua BY, Mahendran R, Verma S, Xie H, et al. Help-seeking beliefs for mental disorders among medical and nursing students. Early intervention in psychiatry. 2018.
60. Amarasuriya SD, Jorm AF, Reavley NJ. Perceptions and intentions relating to seeking help for depression among medical undergraduates in Sri Lanka: a cross-sectional comparison with non-medical undergraduates. BMC medical education. 2015;15:162.
61. Menon V, Sarkar S, Kumar S. Barriers to healthcare seeking among medical students: a cross sectional study from South India. Postgraduate medical journal. 2015;91(1079):477-82.
62. Leao PB, Martins LA, Menezes PR, Bellodi PL. Well-being and help-seeking: an exploratory study among final-year medical students. Revista da Associacao Medica Brasileira (1992). 2011;57(4):379-86.
63. Ryan G, Marley I, Still M, Lyons Z, Hood S. Use of mental-health services by Australian medical students: a cross-sectional survey. Australasian psychiatry : bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists. 2017;25(4):407-10.
64. Winter RI, Patel R, Norman RI. A Qualitative Exploration of the Help-Seeking Behaviors of Students Who Experience Psychological Distress Around Assessment at Medical School. Academic psychiatry : the journal of the American Association of Directors of Psychiatric Residency Training and the Association for Academic Psychiatry. 2017;41(4):477-85.
65. Dyrbye LN, Eacker A, Durning SJ, Brazeau C, Moutier C, Massie FS, et al. The Impact of Stigma and Personal Experiences on the Help-Seeking Behaviors of Medical Students With Burnout. Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges. 2015;90(7):961-9.
66. Gold JA, Johnson B, Leydon G, Rohrbaugh RM, Wilkins KM. Mental health self-care in medical students: a comprehensive look at help-seeking. Academic psychiatry : the journal of the American Association of Directors of Psychiatric Residency Training and the Association for Academic Psychiatry. 2015;39(1):37-46.
67. Chan WI, Batterham P, Christensen H, Galletly C. Suicide literacy, suicide stigma and help-seeking intentions in Australian medical students. Australasian psychiatry : bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists. 2014;22(2):132-9.
68. Midtgaard M, Ekeberg O, Vaglum P, Tyssen R. Mental health treatment needs for medical students: a national longitudinal study. European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists. 2008;23(7):505-11.
69. Brimstone R, Thistlethwaite JE, Quirk F. Behaviour of medical students in seeking mental and physical health care: exploration and comparison with psychology students. Medical education. 2007;41(1):74-83.

70. Tyssen R, Rovik JO, Vaglum P, Gronvold NT, Ekeberg O. Help-seeking for mental health problems among young physicians: is it the most ill that seeks help? - A longitudinal and nationwide study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2004;39(12):989-93.
71. Chew-Graham CA, Rogers A, Yassin N. 'I wouldn't want it on my CV or their records': medical students' experiences of help-seeking for mental health problems. *Medical education*. 2003;37(10):873-80.
72. Givens JL, Tjia J. Depressed medical students' use of mental health services and barriers to use. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*. 2002;77(9):918-21.
73. Jacob KS. Mental health services in low-income and middle-income countries. *The lancet Psychiatry*. 2017;4(2):87-9.
74. Fernando SM, Deane FP, McLeod HJ. Sri Lankan doctors' and medical undergraduates' attitudes towards mental illness. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2010;45(7):733-9.
75. Petkari E, Masedo Gutierrez AI, Xavier M, Moreno Kustner B. The influence of clerkship on students' stigma towards mental illness: a meta-analysis. *Medical education*. 2018;52(7):694-704.
76. Puthran R, Zhang MW, Tam WW, Ho RC. Prevalence of depression amongst medical students: a meta-analysis. *Medical education*. 2016;50(4):456-68.
77. Farquhar J, Lie D, Chan A, Ow M, Vidyarthi A. Understanding Medical Students' Experience with Stress and Its Related Constructs: A Focus Group Study from Singapore. *Academic psychiatry : the journal of the American Association of Directors of Psychiatric Residency Training and the Association for Academic Psychiatry*. 2018;42(1):48-57.