

Karlsjúkdómalækningar

Ásgeir R. Helgason

dósent í sálfræði og lektor í samfélagslækningum við Karólínsku stofnunina í Svíþjóð og Háskólann í Reykjavík

asgeir.helgason@ki.se



Líkamleg og sálfélagsleg heilsa karlmanna, kynlífshegðun, frjósemi og tilfinningar eru samfléttuð. Hegðun og tilfinningatjáning karla er um margt ólík hegðun kvenna. Þó fjöldi rannsókna hafi verið birtur á undanförunum áratugum á þessu sviði¹⁻¹⁷ vantar enn vettvang í heilbrigðiskerfinu þar sem tekið er á þessum málum á heildrænan hátt.¹

Viða hafa vaxið fram sérstakar móttökur fyrir karlmenn, en þar snýst starfsemi oftast um ekki um afbrigðilega hegðun takmarkaðs hóps karlmanna. Karlmaðurinn er þar skilgreindur sem vandamál, einkum fyrir konur og börn.¹⁸

Það vantar móttökur þar sem vandamál karlmanna sjálfra eru í brennidepli. Sértek vandamál karla eru af mörgum toga. Karlmenn lifa skemur en konur, eru áhættusæknari og margvíslegir sjúkdómar leggjast frekar á karlmenn. Karlmenn taka oftast eigið líf og eykst tíðni sjálfsvíga með hækkandi aldri.¹⁹ Karlmenn glíma oft við ófrjósemi og hormónatengd vandamál. Margir karlmenn líða vegna risvandamála sem geta átt sér sálrænar, félagslegar og líkamlegar skýringar.^{20,21} Risvandamál eru algengasta aukaverkun meðferðar við krabbameini í blöðruhálsi, sem er algengasta krabbamein karla. Lífsgæði karla með risvandamál eru verulega skert og skiptir þá litlu hver orsökina er.²⁰⁻²⁷ Einnig er tilfinningaleg einangrun mun algengari meðal karla en kvenna.^{2,18}

Tilfinningaleg einangrun

Sum vandamál karla eiga sér líklega frekar rætur í karlmennskuhlutverkinu en

karlkyninu. Þó tilfinningaleg einangrun sé mun algengari hjá körlum er hún líka þekkt hjá konum.^{2,18} Það bendir til þess að takmörkuð djúp tilfinningatengsl geti verið afsprengi mismunandi kynjahlutverka frekan en gena. Heilt fræðasvið „kynjafræði“, hefur verið að ryðja sér til rúms á undanförunum áratugum. Þar er þó höfuðáherslan lögð á rannsóknir á konum og kvenhlutverkinu. Kynjafræðin eiga því mikið óunnið á sviði karlarannsókna.

Einn af hverjum 5 karlmönnum sem eru 50 ára og eldri eru tilfinningalega einangraðir og þeir sem hafa einhvern að deila erfiðum tilfinningum með, deila þeim aðeins með maka sínum.² Séu karlmenn ekki í föstu sambandi eru 7 af hverjum 10 algerlega tilfinningalega einangraðir. Þessar tölur gilda líka fyrir karlmenn sem eru að glíma við lífshættulega sjúkdóma. Þannig var engin munur á svörum heilbrigðra karla og þeirra sem greinst höfðu með krabbamein.² Rannsóknir hafa leitt í ljós að tilfinningaleg einangrun dregur úr lífsgæðum.²⁰ Eins er líklegt að tilfinningaleg einangrun geti ýtt undir óheilbrigðari lífsstíl, jafnvel sjálfsvíg, og að ofsafengin tilfinningaviðbrögð í aðdraganda og kjölfar skilnaðar megi að hluta rekja til ótta við tilfinningalega einangrun.

Fræðin um karlmanninn

Mér vitanlega er ekkert íslenskt orð til fyrir enska orðið *andrology*. Í ensku WikiPedia er það skilgreint sem það svið innan læknisfræðinnar sem fæst við heilsu karlmanna, einkum vandamál tengd æxlunar, kyn- og þvagfærum. Í nýrri sænskri kennslubók um karlsjúkdómafræði fyrir læknanema er sálfélagslegum og tilfinningalegum vandamálum sem eru algengari hjá karlmönnum, bætt við sem mikilvægum þætti í karlsjúkdómalækningum.¹ Ólíkt kvensjúkdómalækningum, sem eru sérgrein innan læknisfræðinnar, hafa karlsjúkdómalækningar ekki enn skapað sér sess sem sérfræðigrein. Þær eru ýmist skilgreindar sem undirgrein þvag-

færalækninga (*urology*) eða innkirtlafræði (*endocrinology*). Hvorugt þessara sviða rúmar þó öll þau fjölbættu verkefni sem falla undir hugtakið. Í dag starfa nokkrir læknar á Norðurlöndum á sviði karlsjúkdómalækninga, en enn er engin formleg skilgreining til sem lýsir verksviðinu.

Sálfélagslegur stuðningur

Karlar nýta illa þann sálfélagslega stuðning sem boðið er uppá á stærri sjúkrahúsum þegar glímt er við erfiða sjúkdóma. Þeir treysta áfram aðallega á þann stuðning sem þeir fá frá sambyliskonum sínum. Þetta skapar mikið álag fyrir konuna sem þarf bæði að styðja maka sinn og glíma við eigin áhyggjur.² Á síðari árum hefur ítrekað verið reynt að fá fleiri karlmenn til að nýta betur sálfélagslegan stuðning, meðal annars með því að kalla starfsemi eithvað annað en stuðning t.d. „hagnýta ráðgjöf“ eða „námskeið“.¹⁸

Jafnvel þó námskeiðin innihaldi að stórum hluta það sama og sálfélagslegi stuðningurinn virðast karlar frekar mæta sé stuðningurinn kallaður hagnýt ráð. Það skiptir sem sagt máli hvað við köllum hlutina. Karlmenn vilja frekar lausnamiðaðan stuðning þar sem þeir leita svara við einhverju tilteknu vandamáli.⁴ Klínísk reynsla sýnir einnig að karlmenn sem taka þátt í slíkum námskeiðum taka því yfirleitt mjög vel þegar samtalið berst að sálfélagslegum stuðningi og kunna þrátt fyrir allt vel að meta þann þátt námskeiðsins.

Karlmenn nálgast vandamál á lausnamiðaðan hátt og það á jafnvel við um dauðann. Þeir hefja sjaldan sjálfir umræður við fagfólk á sjúkrahúsum varðandi áhyggjur tengdar eigin yfirvofandi dauða. Hins vegar taka þeir því oftast vel ef þeir fá tækifæri til að ræða málið. Þá skiptir meginmáli að sá sem þeir tala við hafi lag á því að bjóða uppá slíkt samtal, án þess að þröngva því uppá viðkomandi og ganga yfir persónumörk hans.^{2,28} Karlmenn syrgja líka oft á annan hátt en konur.⁴ Þeir loka sig af og reyna að leita lausna til að halda áfram að lifa þrátt

fyrir sorgina. Í stuttu máli eiga karlmenn oft erfitt með að tjá tilfinningar sínar, en rannsóknir hafa þó sýnt að það er hægt að komast inn fyrir skelina með réttu viðmóti.^{2,3}

Karlamóttaka

Það er ef til vill tími til kominn að huga að því að hvort opna eigi móttöku fyrir karlmenn við stærri sjúkrahús. Móttöku þar sem karlmenn fengju eðlilegan vettvang innan heilbrigðiskerfisins sem væri eðlilegur inngangur fyrir karlmanninn inn í heilbrigðiskerfið. Þar sem stundað væri forvarnastarf sem tekur mið af sérþörfum karla og körlum mætt á þann hátt sem tekur mið af karllægri hegðun og tjáningarmáta karla.

Það þarf oft ekki að gera flóknar og viðamiklar breytingar til að aðlaga stuðning að karllægri hegðun og gildum. En að því sögðu krefst það bæði þekkingar og reynslu að veita stuðning og ráðgjöf. Það er alls ekki á allra færi að hefja samtál um dauðann, kynlíf, kynhegðun og erfiðar tilfinningar. Til þess þarf bæði þekkingu, þjálfun, klíniska reynslu og ekki síst lífsreynslu. Þjálfun í samtalsfærni tekur tíma og krefst virkrar handleiðslu.²⁹ Til að tryggja það að slík þekking og reynsla þróist og flytjist milli kynslóða, þarf að skapa vettvang innan heilbrigðiskerfisins sem sinnir körlum á forsendum karla.

Heimildir

1. Andrologi. Ed. Arver S, Damber JE, Ciwercman A. Studentlitteratur, Stokkhólm 2017.
2. Helgason ÁR, Dickman PW, Adolffson J, Steineck G. Emotional isolation: Prevalence and the effect on well-being among 50–80 year old prostate cancer patients. *Scand J Urol Nephrol* 2001; 35: 97-101.
3. Skúlason B, Hauksdóttir A, Ahcic K, Helgason ÁR. Death talk: Gender differences in talking about one's own impending death. *BMC Palliative Care* 2014; 13: 8.
4. Doka KJ, Martin TL. *Grieving Beyond Gender: Understanding the Ways Men and Women Mourn*. Routledge, New York 2010.
5. Good GE, Brooks GR. Introduction. In *The New Handbook of Psychotherapy and Counseling with Men: A Comprehensive Guide to Settings, Problems, and Treatment Approaches*. Edited by Good GE, Brooks GR. San Francisco 2005: 1-13.
6. Levant RF. The male code and parenting: a psychoeducational approach. In *Men in Groups: Insights, Interventions, and Psychoeducational Work*. Edited by Andronico MP. Am Psychol Ass, Washington DC 1996: 229241.
7. Richard DJ. The therapeutic status of the Mythopoetic approach: A psychological perspective. In *Mythopoetic perspectives of men's healing work: An anthology for therapists and others*. Bergin & Garvey, Westport CT 2000 157-79.
8. O'Neal JM. Gender role conflict and strain in men's lives: Implications for psychotherapists, psychologists and other human service providers. In *Men in transition: Theory and therapy*. Edited by Solomon K, Levy NB. Plenum, New York 1982: 5-44.
9. Nahon D, Lander NR. A clinic for men: challenging individual and social myths. *J Mens Health Couns* 1992;14: 405-16.
10. Baum M. The male way of mourning divorce: when, what, and how. *Clin Soc Work J* 2003; 31: 37-50.
11. Cavehill PA. Bereaved men: How therapists can help. *Psychother Priv Pract* 1997; 16: 1-15.
12. Robertson JM, Freeman R. Men and emotions: developing masculinecongruent views of affective expressiveness. *J Coll Stud Dev* 1995; 36: 606-7.
13. Heesacker M, Prichard S. In a different voice, revisited: men, women and emotion. *J Ment Health Couns* 1992; 14: 274-90.
14. Lander NR, Nahon D. An Integrity model perspective on working with occupational stress in men. *J Men's Health* 2008; 5: 141-7.
15. Möller-Leimkühler AM. Barriers to help-seeking by men: a review of sociocultural and clinical literature with particular reference to depression. *J Affect Disord* 2002; 71: 1-9.
16. Corney RH. Sex differences in general practice attendance and help seeking for minor illness. *J Psychosom Res* 1990; 34: 525-34.
17. Verhaak PFM. Determinants of the help-seeking process: Goldberg and Huxley's first level and first filter. *Psychol Med* 1995; 25: 95-104.
18. Nordic Conference on Men's Health. Stockholm, 2008. Program and conference proceedings available online. nordicmenshealth.wordpress.com/
19. White A, et al. *The State of Mens Health in Europe*. European Union 2011.
20. Helgason ÁR. *Prostate Cancer Treatment and Quality of Life - a Three Level Epidemiological Approach* (PhD thesis) Stockholm: Karolinska Institute, University Press, Stokkhólm 1997.
21. Helgason ÁR, Arver S, Adolffson J, Dickman P, Granath F, Steineck G. "Potency" - validation of self-administered questionnaire information with an objective measure of night-time erections and test-retest reliability. *Br J Urol* 1997; 81: 135-41.
22. Helgason ÁR, Adolffson J, Dickman P, Fredrikson M, Steineck G. Distress due to unwanted side-effects of prostate cancer treatment is related to impaired well-being (quality of life). *Prost Cancer Prost Dis* 1998; 1: 128-33.
23. Helgason ÁR, Adolffson J, Steineck G. Disease specific quality of life in men with prostate cancer - A three level epidemiological approach. *J Epidemiol Biostat* 1997; 4: 213-8.
24. Helgason ÁR, Adolffson J, Dickman P, Arver S, Fredrikson M, Steineck G. Factors associated with waning sexual function among elderly men and prostate cancer patients. *J Urol* 1997; 158: 155-9.
25. Helgason ÁR, Adolffson J, Dickman P, Arver S, Fredrikson M, Göthberg M, Steineck G. Sexual desire, erection, orgasm and ejaculatory functions and their importance to elderly Swedish men: A population-based study. *Age Ageing* 1996; 25: 285-91.
26. Helgason ÁR, Adolffson J, Dickman P, Fredrikson M, Arver S, Steineck G. Waning sexual function - the most important disease-specific distress for patients with prostate cancer. *Br J Cancer* 1996; 73: 1417-21.
27. Helgason ÁR, Fredrikson M, Adolffson J, Steineck G. Decreased sexual capacity after external radiation therapy for prostate cancer impairs quality of life. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1995; 32: 33-9.
28. Bragi Skúlason. *Death talk and bereavement: Icelandic men and widowers. Doktorsritgerð í Félags- og mannvísindadeild Háskóla Íslands, Reykjavík* 2014.
29. Forsberg L, Forsberg LC, Lindqvist H, Helgason ÁR. Clinician acquisition and retention of motivational interviewing skills: a two-and-a-half-year exploratory study. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 2010; 13: 8.

Læknadagar í Hörpu 15.-19. janúar 2018

