

Menn og kreft

*En kvalitativ studie av unge menns opplevelse og håndtering
av kreftsykdom*

av **Kari-Anne Bjørnerud**



Masteroppgave i sosiologi
Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi

UNIVERSITETET I OSLO

November 2006

Sammendrag

Denne oppgaven handler om hvordan et utvalg tidligere kreftsyke unge menn opplever og håndterer sin situasjon. Å gå fra å være en produktiv og sterk mann før sykdommen, til oppleve at kroppen ikke fungerer, kan påvirke unge menns følelse av mannlighet på ulike måter. I tillegg preger ofte sykdommen og behandlingens bivirkninger mennenes fysiske og psykiske tilstand i livet etter sykdommen. Hovedfokus i oppgaven er mennenes forhold til kropp, helse og sykdom. I tillegg ser jeg på sykdommens betydning for mennenes selvforståelse. I oppgavens siste del blir kommunikasjon om sykdommen behandlet. I denne sammenheng står både mennenes forhold til helsepersonell, samt samtaler om tanker og følelser sentralt.

Studien er basert på dybdeintervjuer med ni menn fra 18-37 år. Alle har en eller flere kreftdiagnoser bak seg, men var på intervjuetidspunktet friske. Oppgaven har et sosiologisk opplevelsesperspektiv. Målet med analysen er å presentere mennenes subjektive erfaringer av sykdomsopplevelsen. I denne sammenheng er jeg både interessert i generelle tendenser, og det mer spesielle i datamaterialet. Dette gir analysen en empirisk og beskrivende karakter.

Opgavens empiriske materiale knyttes an til teoretiske perspektiver på kjønn, helse, selvforståelse og følelser. Mennenes forhold til kropp og helse blir i oppgaven behandlet i et kjønnsperspektiv. Både Ulla-Britt Lilleaas begrep *kroppslig beredskap*, og George Mosses beskrivelse av mannskroppens betydning for fremveksten av *den mannlige stereotype* er i denne sammenhengen sentrale. Victor Seidlers beskrivelse av maskulinitet og følelser og Simen Sjørup Simonsens begrep *ronkedorfenomenet* belyser hvordan mennene håndterer tanker og følelser knyttet til sykdommen. I tillegg knyttes Claes Ekenstams beskrivelse av den mannlige *rädslan att falla* til sykdommens betydning for informantenes opplevelse av å være menn.

De empiriske funnene presenteres gjennom fire analysekapitler; *Sykdomsperioden*, *Selvforståelse*, *Forhold til kropp og helse* og *Kommunikasjon om sykdommen*. Sistnevnte kapittel er todelt. I første del behandles mennenes opplevelse av, og forhold til helsevesenet. Siste del handler om hvordan, og hvorvidt mennene snakker om sykdommen. I tillegg står spørsmål som hvem de snakker med, og hva de opplever som vanskelig å snakke om,

sentralt. Oppgaven avsluttes med noen kommentarer om overførbarhet, samt hvilke temaer som kunne vært interessant å studere nærmere.

Takk!

Først og fremst vil jeg takke mennene som har deltatt i studien. Uten dere ville ikke prosjektet latt seg gjennomføre! Dessuten vil jeg rette en takk til Pia Holter i Kreftforeningens Ungdomsgruppe, som satte meg i kontakt med mennene.

Deretter vil jeg rette en stor takk til veilederen min, Ulla- Britt Lilleaas. I tillegg til å gi gode råd, har du gjennom hele prosessen vist interesse for prosjektet. Dessuten har du gitt meg tro på meg selv og det jeg driver med.

Jeg vil også takke kollokviegruppa på Blindern. Å dele erfaringer med dere har vært helt avgjørende i arbeidet med oppgaven. I tillegg fortjener Stine en stor takk for den tid og de krefter hun har brukt på å lese og kommentere oppgaven.

Til slutt vil jeg takke Jan Erik og foreldrene mine, for all oppmuntring, og de av vennene mine som har vist interesse for oppgaven. Det har betydd mye for meg.

Oslo, november 2006.

Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG	2
TAKK!	4
INNHALDSFORTEGNELSE	5
KAPITTEL 1. INNLEDNING.....	8
OPPGAVENS BAKGRUNN	8
TIDLIGERE FORSKNING PÅ FELTET	10
PROBLEMSTILLING OG AVGRENSNING	12
OPPGAVENS OPPBYGNING.....	13
KAPITTEL 2. TEORETISKE PERSPEKTIVER OG BEGREPER.....	15
ANALYTISKE RAMMER	15
KREFTDIAGNOSER OG BEHANDLINGSMÅTER	16
TEORETISKE PERSPEKTIVER PÅ KJØNN, KROPP OG HELSE.....	17
<i>Forholdet mellom kropp og bevissthet</i>	<i>18</i>
MENNNS OPPLEVELSER OG FORSTÅELSER I ET KJØNNSPERSPEKTIV	20
FRYKTEN FOR UMANNLIGHET	21
MANNLIG FØLELSESHÅNDTERING.....	22
<i>Ronkedorfenomenet</i>	<i>24</i>
MENNNS FORHOLD TIL HELSEVESENET	24
BRUKEN AV BEGREPER	25
KAPITTEL 3. METODE OG ETISKE OVERVEIELSER	26
VALG AV METODE	26
<i>Det kvalitative forskningsintervjuet.....</i>	<i>26</i>
UTVALG OG REKRUTTERING AV INFORMANTER	27
<i>Krav til utvalget.....</i>	<i>27</i>
<i>Tilgjengelighet til feltet.....</i>	<i>27</i>
<i>Kreftforeningens ungdomsgruppe</i>	<i>28</i>
<i>Rekrutteringsprosessen</i>	<i>28</i>
<i>Det endelige utvalget.....</i>	<i>29</i>
<i>Hvorfor vil ikke mennene delta?.....</i>	<i>30</i>
<i>Problemer knyttet til utvalget</i>	<i>30</i>
<i>Etiske overveielser i rekrutteringsprosessen</i>	<i>31</i>
<i>Konsekvenser for utvalgets deltakelse i prosjektet</i>	<i>32</i>

GJENNOMFØRING AV UNDERSØKELSEN	32
<i>Intervjusituasjonen</i>	32
<i>Nærhet og distanse</i>	34
<i>Ansvar og grenser</i>	34
REFLEKSJONER I ETTERKANT AV INTERVJUENE	35
<i>Intervjuenes setting</i>	35
<i>Begrenset tid</i>	36
<i>Verdifull stillhet</i>	36
<i>Sensitive temaer</i>	36
FRA INNSAMLING AV MATERIALE TIL TEKST	38
ANALYSEARBEIDET	39
<i>Etiske dilemmaer knyttet til analysearbeidet</i>	40
FORSKERROLLEN	41
<i>Insider og outsider</i>	41
TROVERDIGHET	42
KAPITTEL 4. SYKDOMSPERIODEN.....	43
DE FØRSTE SYMPTOMENE	43
<i>”Jeg ventet selvfølgelig altfor lenge”</i>	43
REAKSJONER PÅ DIAGNOSEN	46
<i>“Som lyn fra klar himmel”</i>	46
<i>Følelsesmessig distansering?</i>	48
<i>”Jeg tror det var hardere for familien”</i>	50
<i>”Det var jeg som trøstet dem”</i>	54
FRA EN AKTIV MANN TIL EN KROPP SOM IKKE FUNGERER	55
HÅNDTERING AV TANKER OG FØLELSER	57
<i>”Jeg ville ikke gå hjemme og sture”</i>	57
KAPITTEL 5. SELVFORSTÅELSE	59
ET SKILLE I LIVET	59
VERDIER OG PRIORITERINGER.....	60
<i>Fra jobborientering til familieorientering</i>	61
<i>Medlemskap i UG</i>	63
SYKDOMSOPPLEVELSENS LIVSKUNNSKAP.....	64
<i>Å leve i nuet</i>	64
<i>Ingen selvfølge å være frisk</i>	65
ENDRET SELVFORSTÅELSE?	65
KAPITTEL 6. FORHOLD TIL KROPP OG HELSE.....	68
FORHOLDET TIL EGEN KROPP	69
<i>Ny verdsettelse av kroppen</i>	69

<i>"Mer oppmerksom på egen kropp"</i>	71
TANKER OM TILBAKEFALL.....	72
KROPPEN ETTER KREFTEN	74
<i>"Jeg har mistet litt piffen"</i>	74
BEHANDLINGENS BIVIRKNINGER	77
<i>Tanker om mannlighet</i>	78
KAPITTEL 7. KOMMUNIKASJON OM SYKDOMMEN	83
MØTET MED HELSEVESENET	83
<i>Mangelfull informasjon</i>	83
<i>"Du må være frisk for å være syk."</i>	85
<i>Kjønnnet helsevesen</i>	86
<i>Uvitenhet om bivirkninger</i>	87
SYKDOMSRELATERTE SAMTALER	90
<i>"Menn er ikke så flinke til å snakke om det"</i>	90
<i>Opplært til å være tøffe og harde</i>	91
<i>"Som oftest er det jentevenner som spør"</i>	93
KREFTFORENINGENS UNGDOMSGRUPPE	95
<i>Et felles fundament</i>	95
<i>"Alle skjønner hva du snakker om"</i>	96
<i>"Sykepleierne har ikke kjent det på kroppen"</i>	97
<i>Humoristisk alvorsprat</i>	98
KAPITTEL 8. AVSLUTTENDE KOMMENTARER.....	101
OPPGAVENS FUNN	101
OVERFØRBARHET	104
VIDERE SPØRSMÅL	105
KILDER	106
VEDLEGG 1	111
VEDLEGG 2	114

Kapittel 1. Innledning

Menn er menn. Er de ikke det? Og hva er forresten en mann? Er det slik at alle menn er menn på akkurat samme måte uavhengig av forventninger og kulturelt bestemte måter å velge på? Nei, selvsagt er det ikke så enkelt.

Øystein Gullvåg Holter

Min oppmerksomhet ovenfor kreft ble vekket da jeg for et par år siden opplevde sykdommen i nær familie. Dette følte både uvirkelig og urettferdig. I ettertid har imidlertid flere i min omgangskrets, enten gjennom familie eller venner, opplevd kreft. Det kan se ut som om sykdommen er så utbredt at de fleste, på en eller annen måte, vil komme borti den i løpet av livet.

Ideen til denne masteroppgaven fikk jeg imidlertid da jeg på et sykehusbesøk overhørte en samtale mellom to kreftsyke menn. Det som overrasket meg, var måten en av mennene uttalte seg om sin egen situasjon på. Til tross for at han hadde en fremskreden kreftdiagnose, snakket han som om han bare hadde en lett influensa, og at behandlingen besto i en vanlig penicillinkur. Jeg ble nysgjerrig på om denne formen for bagatellisering er en vanlig måte å håndtere sykdommen på. I den sammenheng kan man stille spørsmålsteget ved om kjønn har betydning for opplevelsen og håndteringen av alvorlig sykdom. Finnes det en typisk mannlig forståelse av en sykdom som kreft?

I dette kapitlet vil jeg først presentere oppgavens bakgrunn og samfunnsmessige relevans. Deretter vil jeg plassere min oppgave i forhold til tidligere forskning på feltet. Hensikten med oppgaven vil i dette kapitlet presenteres i form av mine problemstillinger. Avslutningsvis vil oppgavens oppbygning, samt kapitlenes innhold, beskrives kort.

Oppgavens bakgrunn

Tall fra Kreftregisteret (2005) viser at kreftsyke utgjør en stadig voksende del av den norske befolkningen. 22 185 personer fikk diagnosen i år 2000. Dette er 771 (3,5 %) flere tilfeller

enn året før. Forskning på de medisinske og biologiske sidene ved sykdommen, fører til at stadig flere som får en kreftdiagnose, overlever. Å overleve kreft er imidlertid ikke synonymt med å få tilbake det livet man levde før sykdommen inntraff. Selv om flere, gjennom stadig bedre behandlingsmetoder, overlever, viser det seg at mange i ettertid sliter med ulike bivirkninger. Dette kan være plager av både fysisk, psykisk og sosial karakter. Selv om disse menneskene er friske i betydningen av å være kreftfrie, må mange forholde seg til sykdommens ettervirkninger resten av livet. Studier av kreftsykdommens opplevelsesaspekt kan utfylle den medisinske og biologiske forskningen, ved å utarbeide verdifull kunnskap om kreftsykes forståelse av deres egen situasjon. Slik kunnskap kan i annen rekke bidra til å bedre forholdene for mennesker som rammes av kreft i fremtiden.

Hvert år rammes omtrent 1000 flere menn enn kvinner av kreft. I tillegg overlever flere kvinner en kreftdiagnose, enn menn (Aftenposten 07.04.06). Kreft rammer mennesker i alle aldre. Hvert år får omlag 700 mennesker mellom 15 og 35 år en eller annen form for kreftdiagnose (Kreftforeningen 2006c). Unge mennesker har imidlertid en spesiell status som alvorlig syke. De befinner seg på et sted i sitt livsløp hvor det er vanlig å legge planer og ta avgjørelser vedrørende fremtiden. De er i gang med, eller har akkurat begynt sine voksne liv. På mange måter er det mer unaturlig for denne aldersgruppen å bli stilt ovenfor en alvorlig diagnose, enn hva det er for eldre mennesker

Forskning viser at menn opplever og forholder seg annerledes til helse og sykdom, enn kvinner (Lilleaas 2005, Simonsen 2006, Madsen 2005,2006, Nettleton & Watson 1998). I tillegg er menn mer utsatt for visse sykdommer, og har kortere levetid, enn kvinner. De amerikanske mannsforskerne Donald Sabo & David F. Gordon (1995) hevder at maskulinitet er et hinder for bevissthet rundt mannlig helse og sykdom. Gjennom studier av menn og sykdom, kan man utarbeide kunnskap som kan brukes til å overkomme dette hinderet.

Det viser seg at slik kunnskap er etterspurt, både av politikere, helsepersonell og andre interessegrupper. Daglig leder i Ressurssenter for menn (Reform) hevder at norsk helsevesen i altfor liten grad fokuserer på den mannlige pasienten: "Systemet, og vårt helsepersonell, er i dag ikke opptatt av at menn er tilbakeholdne og ofte neglisjerer sykdomssymptomer. (...) Menn forholder seg til sykdom på en annen måte enn kvinner" (Aftenposten 07.04.06). Under en konferanse om menn og helse i Oslo vinteren 2006, sa statssekretær Kjell Erik Øie

at menns helse vil være et viktig innslag i en kommende stortingsmelding om menn og likestilling (Aftenposten 07.04.06).

Som et resultat av dette kunnskapsbehovet, blir problemstillinger vedrørende menn og helse stadig mer aktuelle. Kreftforeningen skal fra 2006 til 2009 fokusere på temaer knyttet til menn og kreft. I en artikkel i Aftenposten 07.04.06 sier Ann Bøhler: ”Menn må ta seg selv og egen helse på alvor. Medier og befolkning må ta menns helse på alvor. Og helsevesen, politikere og forskning må ta menns helse på alvor. En kjønntilpasset helsepolitikk er viktig” (Aftenposten 07.04.06). Sykepleier og rådgiver i Kreftforeningen, Arild Stegen, savner en offentlig utredning om hvordan menn håndterer sykdom: ”Økt kunnskap om kreft skal få flere menn til å handle når de oppdager tegn på kreft. Bakgrunnen er at når vi ser på kreftsykdommene samlet, har menn dårligere sjanse enn kvinner til å overleve en kreftsykdom” (Kreftforeningen 2006 e:3).

Tidligere forskning på feltet

Det finnes en god del internasjonal forskning på forholdet mellom menn, sykdom og helse. Kvantitative studier kan i denne sammenheng bidra til å kartlegge omfanget av mannlig sykdom, samt å påvise sammenhenger mellom kjønn og helse. Som et alternativ til medisinske og biologiske forklaringer, knytter professor i menns helse, Alan White menns høye dødelighet til kulturelle og sosiale faktorer. Hvis man ser bort fra kjønnsespesifikke kreftformer, som brystkreft og testikkelkreft, utvikler og dør flere menn enn kvinner av sykdommen. En forklaring på dette er at menn oppsøker lege senere, og i mindre grad, enn kvinner. Som en konsekvens av dette blir kreftsyke menn behandlet på et altfor sent stadium i sykdomsforløpet (Kilden. Informasjons- og dokumentasjonssenter for kvinne- og kjønnsforskning 22.09.06).

Whites funn blir bekreftet av kvalitativ forskning på området. Psykolog Svend Aage Madsen (2006) har i Danmark utført intervjuer med mannlige pasienter. Intervjuene viser at menn ofte overvurderer sin egen helsetilstand. Dette fører til at de reagerer senere på symptomer, og går sjeldnere til fastlege, enn kvinner. Det viser seg at når menn først oppsøker lege, er det ofte fordi kona sender dem (Madsen 2006). Slike kvalitative studier kan utfylle kvantitative undersøkelser, ved å utvikle kunnskap om mennenes subjektive opplevelser av og erfaringer med alvorlig sykdom.

I tråd med Madsens funn, hevder sosiolog Marianne Inez Lien (2004) i sin kvalitative studie av overvektige menn, at det er kona eller samboeren som tar ansvar for mennenes helse. Studien viser at flere av mennene hadde motstand mot å begynne på slankekurs. De fleste begynte fordi kona hadde overtalt eller meldt dem på. Mennene har vanskelig for å betrakte seg selv som syke, og snakker i liten grad om helseplager. I tillegg oppfatter de spising og slanking som lite maskulint, og beskriver den sunne maten som kvinnelig. Gjennom å vise hvordan maskulin adferd kan fungere som et hinder for god helse, knytter studien mannlig overvekt til samfunnets kjønnede disiplinering av kroppen (Lien 2004). Fedme og overvekt betraktes som såkalte livsstilssykdommer. Mennene i mitt materiale var, i motsetning til Liens, relativt unge da de ble rammet av kreft. Dette utelukker årsaker basert på slike livsstilsfaktorer. Likevel er Liens beskrivelse av forholdet mellom maskulinitet og bevissthet ovenfor egen helse relevante i forhold til min oppgave. Er det slik at ”reglene” for mannlig oppførsel begrenser mennenes mulighet til bevissthet overfor egen kropp og helse?

Menns problemer med å snakke om helseplager bekreftes i den danske filosofen Simon Sjørup Simonsens (2006) doktoravhandling om menn, helse og sykdom. I *Mænd, sundhed og sygdom- ronkedorfænomenet* hevder han at menn har et distansert forhold til sykdom. Denne distanseringen foregår både verbalt, sosialt og mentalt. Studien viser imidlertid at menn gjerne snakker om sykdom, bare de gis rom og anledning til det. Dette kan tyde på at påstanden om at menn ikke kan snakke om følelser, er gal (Simonsen 2006).

I likhet med Simonsen, hevder sosiolog og kjønnsforsker Ulla-Britt Lilleaas (2005) at menn ”lider i stillhet” når de blir syke. Hun forklarer dette med at det er knyttet en følelsesmessig selvbeherskelse til den mannlige kjønnsrollen. Gjennom en kvalitativ studie av hjertesyke menn, har Lilleaas undersøkt hvordan mennene beskriver og håndterer sine kroppserfaringer. Studien viser at sykdommen representerer en trussel mot det livet mennene tidligere har levd. Ettersom mennene ikke forteller kona eller samboeren hva de tenker og føler, blir sistnevnte nødt til å gjøre ”følelsesarbeidet”. Dette fører til en bekreftelse og opprettholdelse av de tradisjonelle kjønnsrollemønstrene; Mennene reagerer slik det forventes at en mann skal reagere, og kvinnene gjør det som forventes av en kvinne. Hjerte- og karsykdommer kjennetegnes, på samme måte som overvekt, av livsstilsfaktorer. Ettersom hjerteinfarkt ofte rammer menn som er utsatt for stort arbeidspress og mye stress, kan denne lidelsen på mange måter betraktes som mer ”mannlig” enn kreft. I tillegg er mennene i denne studien eldre enn mine informanter. Likevel er både Lilleaas beskrivelse av mennenes

følelshåndtering, samt Simonsens beskrivelse av menns distanserte forhold til sykdom, relevante i forhold til hvordan mennene i min oppgave håndterer tanker og følelser knyttet til sykdommen.

Også i kvalitative studier av menn og kreft bekreftes den antatte sammenhengen mellom maskulinitet og menns mangel på kunnskap om egen helse. Allison Chapple & Sue Ziebland (2002) finner i sin studie av menn med prostatakreft, at mange er motvillige til å oppsøke lege. Begrunnelsen: ”men don’t cry” (Chapple & Ziebland 2002:1) understreker maskulinitetsnormenes betydning for menns forståelse av sykdom. Studien viser at sykdommens- og behandlingens kroppslige bivirkninger hadde negativ virkning på mennenes følelse av maskulinitet.

I motsetning til slike funn, finner Donald Sabo & David F. Gordon (1995) i sine samtaler med menn rammet av testikkelkreft, at sykdommen ikke truer deres følelse av maskulinitet. Ettersom sykdommen truer mennenes seksuelle funksjon og reproduksjonsevne, er det avgjørende at de klarer å definere den på en måte som sikrer deres maskuline identitet. Flere av mennene i mitt materiale har vært rammet av testikkelkreft. Ettersom tidligere studier på området bidrar til ulike forståelser av sykdommens betydning for menns maskulinitetsfølelse, er det i min oppgave interessant å undersøke hvorvidt sykdommens kroppslige bivirkninger påvirker følelsen av mannlighet.

Selv om forskning viser at menn håndterer sykdom annerledes enn kvinner, kan Gjøril Bergva Aas (2005) masteroppgave om brystkreftopererte kvinner være interessant. I forhold til mitt materiale kan jeg se om det finnes noen likheter mellom Aas beskrivelse av kvinnene, og mine informanters ”mannlige” håndtering av sykdommen. Slike likheter kan eventuelt tyde på at de aktuelle funnene ikke skyldes kjønns spesifikke årsaker.

Problemstilling og avgrensning

Hovedfokus i oppgaven er hvordan et utvalg tidligere kreftsyke menn opplever og håndterer sin situasjon. Dette kan knyttes an til et perspektiv innen sosiologien som vektlegger de studertes subjektive opplevelser og erfaringer. Denne retningen er opptatt av å beskrive fenomener sett fra informantenes eget perspektiv (Thagaard 1998). For å få innsikt i mennenes liv, har jeg intervjuet dem om deres opplevelser og forståelser av sykdommen.

Gjennom å anlegge et før -, under- og etter- perspektiv, gir intervjuene dessuten informasjon om sykdommens betydning for mennenes forståelse av sin egen situasjon. Den overordnede hensikten med oppgaven er å få en forståelse av hvordan mennene forholder seg til alvorlig sykdom. For å belyse dette, deles analysen inn i fire deler, som fokuserer på følgende temaer:

- Hvordan opplever og håndterer mennene å være alvorlig syke? I denne delen vil jeg fokusere på mennenes kroppslige erfaringer gjennom sykdomsperioden. I tillegg vil mennenes forståelse og håndtering av å være alvorlig syke, stå sentralt.

- Sykdommens betydning for mennenes selvforståelse. I hvilken grad har opplevelsen av å være alvorlig syk hatt betydning for mennenes verdier og prioriteringer? Har sykdomsopplevelsen hatt betydning for hvordan mennene oppfatter seg selv?

- Mennenes forhold til kropp og helse. Hvilken betydning har sykdommen hatt for mennenes forhold til egen kropp og helse. Hvordan opplever mennene sykdommens kroppslige spor?

- Hvordan kommuniserer mennene om sykdommen? Denne problemstillingen er todelt. I første del vil mennenes møte med helsevesenet stå sentralt. Hvordan opplever og kommuniserer mennene med helsepersonell? Hvilken betydning har kjønn for mennenes forhold til helsepersonalet? I problemstillingens andre del vil mennenes håndtering av tanker og følelser behandles. I hvilken grad hadde mennene behov for å snakke om sykdommen? Hvordan, og hvem snakker de eventuelt med? Hvilke temaer opplever de som vanskelige å snakke om?

Ettersom oppgaven har et sosiologisk opplevelsesperspektiv, vil de medisinske sidene ved sykdommen kun beskrives i de sammenhenger hvor det er nødvendig for å forstå mennenes situasjon.

Oppgavens oppbygning

I oppgavens kapittel 2 presenterer jeg mitt analytiske rammeverk, i form av sosiologiske perspektiver og begreper. Dette kapittelet er relativt kort i forhold til den empiriske delen av oppgaven. I følge Karin Widerberg (2001) kjennetegnes god forskning av at den bidrar til ny forståelse av et fenomen: "Intensjonen er snarere å generere teori enn å belegge teori"

(Widerberg 2001:164). I mitt forsøk på dette, har jeg i oppgaven valgt å prioritere fremstillingen av det empiriske materialet.

Kapittel 3 tar for seg mine metodiske valg gjennom arbeidet med oppgaven. Både rekruttering av informanter, utføring av intervjuene og analysearbeidet blir gjennom kapitlet behandlet. I tillegg drøfter jeg etiske dilemmaer, samt egne refleksjoner knyttet til de forskjellige fasene i prosessen.

I oppgavens siste del presenteres og analyseres det empiriske materialet. På bakgrunn av datamaterialet og problemstillingen, kunne jeg løfte frem fire temaer. Disse temaene danner grunnlaget for de fire analysekapitlene: *Sykdomsperioden*, *Selvforståelse*, *Forhold til kropp og helse*, og *Kommunikasjon om sykdommen*.

I kapittel 7 blir refleksjoner over resultatene, samt spørsmål om overførbarhet behandlet. I tillegg vil jeg nevne hvilke temaer som kunne vært interessant å forske mer på.

Kapittel 2. Teoretiske perspektiver og begreper

Analytiske rammer

For å belyse problemstillingene, vil oppgavens empiriske materiale knyttes til teoretiske perspektiver på kjønn, helse, selvforståelse og følelser. Først vil jeg skissere hvordan kropp og helse kan forstås i et kjønnsperspektiv. Både George Mosses beskrivelse av kroppens betydning for fremveksten av den *mannlige stereotypen*, og ulike perspektiver på forholdet mellom kropp og bevissthet, vil i denne sammenheng stå sentralt. I tillegg vil Ulla-Britt Lilleaas begrep *kroppslig beredskap*, presenteres. Slike perspektiver og begreper kan i min oppgave illustrere hvordan informantenes kjønn har betydning for deres opplevelse av kropp og helse, samt håndteringen av kreftsykdommen. For å belyse hvordan sykdommen påvirker mennenes oppfattelse seg selv, vil jeg benytte teoretiske perspektiver på kjønn og selvforståelse. Deretter vil jeg presentere noen teoretiske fremstillinger av mannlig følelseshåndtering. Både Victor J. Seidlers beskrivelse av menns forhold til følelser, og Simon Sjørup Simonsens begrep *ronkedorfenomenet*, er i denne sammenheng relevante. Slike perspektiver og begreper kan i min oppgave benyttes i tolkningen av mennenes håndtering av tanker og følelser vedrørende sykdommen. For å illustrere hvordan mennene forholder seg til helsevesenet, vil jeg til slutt presentere Svend Aage Madsens beskrivelse av den mannlige pasienten.

For å gi leseren et nødvendig innblikk i hva mennene har gjennomgått, vil jeg imidlertid begynne med en kort presentasjon av informantenes ulike krefttyper og behandlingsmåter.

Kreftdiagnoser og behandlingsmåter

Mennene i min undersøkelse har vært rammet av testikkelkreft, lymfekreft, sarkom¹, og hjernesvulst. Behandlingen har bestått av operasjon, kjemoterapi², stråling, eller en kombinasjon av disse behandlingsformene.

Vanligvis fjernes den ondartede kreftsvulsten ved et kirurgisk inngrep. Dette inngrepet er spesielt ved en testikkelkreftdiagnose, siden man da fjerner den syke testikkelen. Ved sarkom er det kirurgiske inngrepet som oftest så stort at det medfører tap av funksjon i den aktuelle kroppsdel.

Kjemoterapi er et legemiddel som dreper kreftcellene, og tilføres kroppen gjennom et intravenøst drypp. Det finnes forskjellige typer cellegift, og antall kurer bestemmes ut fra individuelle faktorer. En kur går imidlertid som regel over fem dager, med tre ukers mellomrom. Under behandlingsperioden vil pasientene miste håret, oppleve kvalme og trøtthet, og få større risiko for blødninger og infeksjoner enn ellers. På lenger sikt kan cellegiftbehandlingen ha skadelig effekt på nyrer, lunger og hørsel. Det er også dokumentert at cellegift øker risikoen for blodkreft, samt hjerte- og karsykdommer. I tillegg er det ikke uvanlig at pasientene kan oppleve plager som nedsatt følelse i visse deler av kroppen, samt lav toleranse for kulde.

Strålebehandling er smertefritt i behandlingsperioden. Bivirkningene av strålebehandling er som regel begrenset til det området som behandlingen er rettet mot. Ved testikkelkreft er disse bivirkningene imidlertid spesielle, ved at de hemmer mennenes sædproduksjon i behandlingsperioden. Dette tar seg vanligvis opp igjen, ett til to år etter avsluttet behandling. Hos noen av pasientene kan behandlingen ha en negativ vedvarende innvirkning på sædkvaliteten. Det er derfor vanlig å ta stilling til om man ønsker å fryse ned sæd før behandlingen starter, slik at man i ettertid har mulighet til å foreta kunstig befruktning. I de fleste tilfeller vil den gjenværende testikkelen produsere tilstrekkelig av det mannlige kjønnshormonet til å opprettholde et normalt seksualliv etter behandlingen. I noen tilfeller kan behandlingen ha en negativ innvirkning på denne produksjonen. Det er heller ikke

¹ Betegnelse på en sammensatt gruppe av ondartede svulster.

² Vanligvis kalt cellegift.

uvanlig at menn, som et resultat av behandlingen, opplever problemer i seksuallivet grunnet psykiske faktorer.

Av fare for tilbakefall, er det ikke uvanlig at pasientene går til regelmessig undersøkelse i fem til ti år etter endt behandling (Kreftforeningen 2005).

Teoretiske perspektiver på kjønn, kropp og helse

I forbindelse med studier av sykdom, er ofte medisin og biologi de fagtradisjonene man først tenker på. I sosiologien er det imidlertid vanlig å betrakte sykdom gjennom et opplevelsesperspektiv (Sabo & Gordon 1995, Nettleton & Watson 1998). Et slikt perspektiv kan i min oppgave bidra til å forstå mennenes opplevelse av sin egen situasjon.

Unge mennesker er i en fase i livet hvor det er naturlig å gjøre seg opp tanker, og ta valg vedrørende fremtiden. Å bli rammet av alvorlig sykdom er en faktor som kan begrense muligheten til å bestemme over egen fremtid (Bury 1997). En kreftdiagnose kan true individets kontroll over eget liv på ulike måter. I tillegg til å miste kontrollen over egen fremtid, setter sykdommen også vedkommende i potensiell livsfare (Isaksen 1996).

I oppgavens første del presenteres mennenes opplevelse og håndtering av sykdomsperioden. Et kjønnsperspektiv på kropp og helse kan i denne sammenheng bidra til en forståelse av hvordan informantenes kjønn har betydning for deres opplevelse av å være alvorlig syke.

Innen sosiologien knyttes ofte menns helse til den mannlige kjønnsrollen (Sabo & Gordon 1995). Denne kjønnsrollen, kjennetegnet som instrumentell, lite kommunikativ og konkurranseinnstilt, har betydning for hvordan menn forholder seg til kropp og helse. Som en konsekvens av at menn og kvinner inngår i ulike sosialiseringprosesser, opplever, uttrykker, forstår og håndterer de to kjønnene smerte og kroppslige symptomer forskjellig (Nettleton & Watson 1998). Kulturelt sett er det mer akseptabelt for kvinner å være syke, enn for menn. I tillegg tyder forskning på at menn opplever smerte som mer "unormalt" enn kvinner. Sosiolog Victor J. Seidler (i Ervø og Johansson 2003) hevder i denne sammenheng at menn konstant tester seg mot kroppens grenser. I stedet for å respektere disse grensene, oppleves de ofte som utfordringer. Slike perspektiver kan i min oppgave knyttes til den forståelsen informantene hadde av egen kropp og helse før sykdommen, samt deres

håndtering av de første symptomene. I tillegg kan de bidra til å forstå mennenes opplevelse av en kropp som ikke fungerer normalt.

Forholdet mellom kropp og bevissthet

Oppgavens andre del behandler mennenes forståelse av kropp og helse. I denne sammenheng vil teoretiske perspektiver på forholdet mellom kropp og bevissthet stå sentralt.

Historikeren George L. Mosse (1996) beskriver i *The Image of Man: The Creation of Modern Masculinity*, hvordan både kropp og helse hadde betydning for fremveksten av *den mannlige stereotypen*³. Denne stereotypen innebærer normative mønstre for både utseende, moral og oppførsel. En forståelse grunnlagt på tanken om at kroppens utseende og bevissthetens moral er gjensidig avhengig av hverandre, sto i denne sammenheng sentralt. Dette synet på forholdet mellom kropp og bevissthet, bygger på en oppfattelse om at bevissthetens moral påvirkes av kroppens fysiske tilstand. Det fantes i denne sammenheng en tanke om at kun en frisk kropp og et moralsk sinn, kunne danne en harmonisk helhet. Etersom mannskroppen var et synlig bevis på menneskets indre kvaliteter, fikk den symbolsk betydning (Mosse 1996 i Ekenstam 1998). I følge Mosse (1996) har den mannlige stereotypen beholdt sin ideologiske dominans helt inn i vår tid.

En forståelse av kropp og bevissthet som gjensidig avhengig av hverandre, kan i oppgaven benyttes for å illustrere informantenes forhold til egen kropp. Materialet tyder på at sykdomsopplevelsen har gitt mennene en ny forståelse av forholdet mellom kropp og bevissthet. I tillegg kan tanken om en gjensidig avhengighet mellom kropp og bevissthet, belyse hvordan mennene oppfatter en positiv innstilling som avgjørende for deres fysiske tilstand. En av informantene, Marcus (28) uttrykker dette slik:

(...) Jeg tror veldig mye ligger psykisk også, når det gjelder kreften. Så, at det er... De som legger seg ned for å dø, de går det litt nedover og hjem med. Men de som prøver å kjempe imot, går det gjerne litt mer vel for.

³ I følge Mosse vokste denne stereotypen frem i forbindelse med etableringen av det moderne borgelige samfunnet på slutten av 1700-tallet.

I forbindelse med sin oppfatning om at galgenhumor er viktig i håndteringen av alvorlig sykdom, uttrykker Lars (26) sin forståelse av forholdet mellom kropp og bevissthet:

(...) For jeg har veldig tro på... Altså, sinnets munterhet sin påvirkning på kroppens velvære. (...)

Slike utsagn tyder på at mennene oppfatter deres psykiske tilstand som nært knyttet til den fysiske kroppen.

Den mannlige stereotypens forståelse av kropp og bevissthet, står i sterk kontrast til det Seidler (i Ervø og Johansson 2003) beskriver i *Bending Bodies. Moulding Masculinities*. Her blir modernitetens reorganisering av forholdet mellom kropp og bevissthet knyttet til menns forståelse av kropp og helse. I motsetning til tanken om kropp og bevissthet som en harmonisk helhet, blir kroppen gjennom moderniteten tillagt negative egenskaper. Menneskets bevissthet blir imidlertid høyt verdsatt, og oppfatningen om at sinnet er fanget i den ”dyriske” kroppen, vokste frem. Tanker ble i denne sammenheng betraktet som et produkt av bevisstheten, mens følelser ble tilskrevet kroppen. Som en konsekvens av menneskekroppens negative karakter, ble menn ukomfortable med sine kropper. Gjennom å ”flykte inn i hodet”, tok man avstand fra den ”skadelige” kroppen. Ettersom det fantes en oppfatning om at menneskekroppen måtte kontrolleres, fikk mannen et instrumentelt forhold til egen kropp (Seidler 2003).

Seidler (2006) hevder at også postmoderne teorier betrakter menneskekroppen som atskilt fra bevisstheten. Til tross for at menn ofte betrakter sin egen kropp som eiendom, vet mange overraskende lite om den. En forståelse av kroppen som objekt for kontroll, kan bidra til å forklare menns problemer med å lytte til kroppslige signaler. For å beskrive menns instrumentelle forhold til kroppen, kan sistnevnte sammenlignes med en maskin. Når menn blir syke, kan det derfor føles som om maskinen bryter sammen (Seidler 2006). I oppgaven kan Seidlers beskrivelse av modernitetens skille mellom kropp og bevissthet, illustrere informantenes forståelse og håndtering av kroppslige symptomer. Videre kan den symbolske fremstillingen av mannskroppen som en maskin, i mitt materiale benyttes i tolkningen av hvorfor mennene venter med å oppsøke lege. I tillegg kan oppfatningen om at følelser tilhører den kontrollerbare kroppen, bidra til en forståelse av informantenes beherskede reaksjoner og ”fornuftige” holdning til kreftdiagnosen.

Oppgavens tredje del beskriver sykdomsopplevelsens betydning for informantenes selvforståelse. Ulla-Britt Lilleaas (2001) begrep *kroppslig beredskap* kan i denne sammenheng illustrere sykdommens betydning for mennenes verdier og prioriteringer. Begrepet beskriver en kroppsliggjort plikt- og ansvarsfølelse som tilegnes gjennom en type kjønnet praksis. På samme måte som kvinner ofte er i *kroppslig beredskap for andre*, kan menns handlingsberedskap for jobben og forsørgeransvaret betraktes som denne typen kroppsliggjorte pliktfølelse (Lilleaas 2001). I tillegg til å belyse mine informanternes endrede verdier og prioriteringer, kan *kroppslig beredskap* gi en forståelse av sykdommens betydning for disse mennenes forhold til omgivelsene generelt, og familie og jobb spesielt.

Menns opplevelser og forståelser i et kjønnsperspektiv

Betydningen av kjønn er et gjennomgående tema i hele oppgaven. En av hensiktene med denne oppgaven er å beskrive sykdomsopplevelsens betydning for mennenes oppfattelse av seg selv. I denne sammenheng er teoretiske perspektiver på kjønn og selvforståelse et relevant utgangspunkt.

Menn opplever verden på en annen måte enn kvinner: Øystein Gullvåg Holter skriver i boken *Mann*: ”Det å være mann betyr å handle i forhold til sosialt kjønn (genus/gender) på samme måte som det å være kvinne gjør det, selv om innholdet i kjønnsbestemmelsene (mannlighet/kvinnelighet) kan være meget forskjellig” (Holter 1998:3-6). Den sosiale betydningen av kjønn varierer imidlertid i løpet av et menneskes livsløp. Forskning viser at menn er mest maskuline og kvinner mest feminine fra slutten av ungdomstiden og frem til omtrent midtveis i livet (Holter 1989). I følge denne påstanden befinner mine informanter seg i en periode av livet hvor kjønn har stor betydning for deres oppfattelse av seg selv. Kjønnsperspektivet vil derfor gå som en rød tråd gjennom hele oppgaven.

Maskulinitet er et teoretisk begrep, som reflekterer historiske og kulturelle forventinger til mannlig oppførsel. Innen sosiologien legger man imidlertid vekt på at det finnes ulike måter å være mann på. Dessuten er tanken om at maskulinitet er noe som *gjøres*, avgjørende (Whitehead & Barret 2001, Connell 2005, Holter 1989).

Ettersom maskulinitet er et dynamisk begrep, samtidig som det til enhver tid eksisterer ulike maskuliniteter side ved side, er begrepet vanskelig å definere. I boken *The Masculinities Reader* gjør imidlertid Stephen Whitehead & Frank Barrett (2001) et forsøk:

The nearest we can get to an 'answer' is to state that masculinities are those behaviours, languages and practices, existing in a specific cultural and organizational locations, which are commonly associated with males and thus culturally defined as not feminine (Whitehead & Barrett 2001:15).

I sammenheng med at maskulinitet er noe som *gjøres*, hevder sosiolog Robert Connell (1995) at kroppslige opplevelser står sentralt i menneskets forståelse av seg selv. I følge denne påstanden, har menns opplevelse av kropp og helse betydning for hvordan de oppfatter seg selv, både som menneske og mann. Dette kan i forhold til mitt materiale knyttes til hvorvidt sykdommens kroppslige opplevelser påvirker informantenes følelse av å være menn.

Frykten for umannlighet

Som tidligere nevnt, står tanken om at det til enhver tid eksisterer ulike maskuliniteter side ved side, inne sosiologen, sentralt. Til tross for dette, understreker imidlertid Connell (1995) at det alltid vil finnes en måte å være mann på, som er mer kulturelt akseptert enn de andre formene. I denne sammenheng kan mine informanternes status som unge menn tenkes å påvirke deres opplevelse av alvorlig sykdom i dobbel forstand. Unge mennesker forventes å være friske. I tillegg er det vanlig å betrakte mannen som det fysiske sterke kjønn. En sykdom som kreft reduserer den unge mannen til en syk, svak person. Dette kan i forhold til mitt materiale tenkes å ha betydning for informantenes opplevelse av å være menn.

I sin beskrivelse av *den mannlige stereotypens kroppsideal*, understreker Mosse (1996) at individuelle variasjoner ble forkastet. Dette kroppsidealet verdsatte styrke og utholdenhet. I tillegg ble god helse betraktet som en nødvendighet. Ettersom kroppen var et synlig bevis på hvorvidt man oppfylte dette idealet, ble konstruksjonen av mannskroppen viktig. Selvkontroll og beherskelse var moralske dyder som bare kunne tilskrives menn i en frisk, sterk kropp. Ettersom syke mennesker ikke hadde mulighet til å leve opp til den dominerende normen, utgjorde de en av samfunnets marginaliserte grupper. Oppfatningen om forholdet mellom kropp og bevissthet som gjensidig påvirkende, forutsatte en tanke om at sykdom var ødeleggende for både kropp og bevissthet (Mosse 1996). Å bli rammet av en

sykdom som kreft kan redusere menns mulighet til å leve opp til slike idealer. I tillegg til selve sykdomsperioden, sliter mine informanter i etterkant med fysiske bivirkninger av behandlingen. Mosses beskrivelse av *den mannlige stereotypens kroppsideal* kan i oppgaven både belyse informantenes opplevelse av en kropp som ikke fungerer, og sykdommens kroppslige spor.

I likhet med Mosse, hevder Michael Kimmel (1996 i Ekenstam 2005) at også moderne mannlighet innebærer en streben etter å leve opp til visse idealer. Menn som ikke oppfyller forventningene, risikerer å bli mistenkeliggjort og marginalisert. I boken *Rädd att falla. Studier i manlighet* hevder Claes Ekenstam at mannlighet kontinuerlig må bevises og presteres. Dette resulterer i en iboende frykt for å ikke leve opp til de mannlige forventningene. Som et resultat av dette, er *redselen for å falle*, å miste grepet, og bli umandig, en trussel for dagens menn:

Rädslan att falla ner i omanlighet finns således med som en ständigt ackompanjerande skugga och dold drivkraft för mäns strävan att upprethålla sin manliga identitet, åtminstone i de dominerande manligheterna som moderniteten frambragt. (Ekenstam 2005:8).

Ekenstams beskrivelse av den mannlige *rädslan att falla* kan i oppgaven knyttes til sykdommens betydning for informantenes følelse av mannlighet. Et sentralt spørsmål vil i denne sammenheng være om behandlingens ettervirkninger har betydning for deres opplevelse av å være menn.

Mannlig følelshåndtering

I oppgavens siste del behandles mennenes kommunikasjon av sykdomsrelaterte temaer. For å belyse hvordan mennene snakker om sykdommen, kan teoretiske perspektiver på mannlig følelshåndtering være et nyttig redskap.

Tidligere i kapittelet så vi hvordan maskulinitet kan fungere som et hinder for mannlig helse. På samme måte hevder Seidler (2006) i boken *Young Men & Masculinities. Global Cultures and Intimate Lives*, at den dominante maskuliniteten som finnes innen vestlig modernitet, begrenser menns mulighet til å erkjenne sine følelsesmessige behov. Dette problemet kan knyttes til menns instrumentelle forhold til kroppen (Seidler 2001, 2006). En mulig konsekvens av maskulinitetens identifisering med selvkontroll, er at menn lærer å forholde

seg til følelser som en trussel mot deres mannlige identiteter. Hvis menn lytter til kroppen, kan uønskede følelser dukke opp. Ettersom slike følelser kan påvirke deres opplevelse av mannlighet, er det risikabelt å kjenne på dem. Mens følelser blir knyttet til kvinnens natur, lærer menn å beherske det upersonlige ”fornuftsspråket” (Seidler 2006).

I følge Seidler (2006) føler menn ofte at bare har tanker, og ikke følelser. Dette kan knyttes til modernitetens forståelse av splittelsen mellom kropp og bevissthet. Følelser blir, gjennom dette perspektivet, tilskrevet kroppen. Ettersom kroppens egenskaper gjennom moderniteten ble betraktet som negative, tok menn avstand fra kroppene sine. Oppfattelsen om at følelser sitter i kroppen, forutsetter muligheten for å kontrollere dem. Seidler hevder i denne sammenheng at det finnes følelser som kan betraktes som ”feminine”. Gjennom å uttrykke slike følelser, erkjenner man både sårbarhet og følelsesmessige behov. Ettersom dette kan påvirke den mannlige identiteten negativt, vil en dominant maskulinitet ofte bekjempe tegn på ”feminine” følelser. For ikke å ”tape ansikt”, lærer menn å være på vakt, og å skjule sin sårbarhet overfor andre. Denne formen for mannlige følelseshåndtering kan i min oppgave illustrere informantenes beherskede reaksjoner på kreftdiagnosen. Perspektivet kan også belyse mennenes rasjonelle holdning til sin egen situasjon, samt deres fornuftige håndtering av tanker og følelser knyttet til sykdommen (Seidler 2006).

Gjennom å bli selvstendige, lærer menn ofte at de burde klare seg uten støtte fra andre (Seidler 2006). På denne måten blir menn opplært til å være sterke for andre, samtidig som det forutsettes at de selv ikke har følelsesmessige behov. Ved å håndtere sine problemer på egen hånd, kan menn oppleve deres maskulinitetsfølelse som ivaretatt. Ettersom menn ofte føler skam over å fortelle andre om sine problemer, kan dette oppleves som en forverring av situasjonen. Noen menn finner trøst i at problemene føles uvirkelige så lenge de ikke er synlige for andre. Menn kan imidlertid ha lettere for å akseptere sine følelser hvis de vet at også andre menn har slike følelser. Ettersom denne typen bevisstgjøring ofte hindrer at deres mannlige identitet trues, kan menn gjennom mannlige selvhjelpsgrupper lære å ta imot hjelp. Slike grupper ser ut til å gjøre det lettere for menn å dele opplevelser som de ikke ellers ville turt å snakke med andre om, i frykt for å tape ansikt (Seidler 2006).

I oppgaven kan slike perspektiver på mannlige følelseshåndtering benyttes for å forstå mennenes behov for å beskytte familien i sykdomsperioden. Dessuten kan de kan anvendes for å illustrere hvordan mennene i liten grad snakker med familie og venner om tanker og

følelser knyttet til sykdommen. I tillegg kan Seidlers beskrivelse av mannlige selvhjelpsgrupper knyttes til mennenes engasjement i Kreftforeningens Ungdomsgruppe. Sentrale spørsmål vil i denne sammenheng være om mennene opplever det som lettere å snakke om sykdommen med andre tidligere kreftsyke menn.

Ronkedorfenomenet

En av hensiktene med oppgaven er å belyse hvem mennene snakker om sykdommen med, samt hvilke temaer som er vanskelige å snakke om. I denne sammenheng kan Simon Sjørup Simonsens (2006) begrep *ronkedorfenomenet* være til hjelp. Begrepet illustrerer hvordan mannlige elefanter forlater flokken, for å dø i ensomhet. Lilleaas (2005) knytter i denne sammenheng Simonsens begrep til den såkalte *John Wayne- tilnærmingen til alvorlig sykdom*. Når menn blir syke, isolerer de seg fra sine omgivelser. Denne typen isolering foregår både fysisk, verbalt og følelsesmessig. Ofte resulterer menns ufølsomme måte å håndtere sykdom på, i at kvinner blir enda mer empatiske enn de i utgangspunktet er. Når syke menn ikke forteller sine kvinnelige partnere hva de tenker og føler, må samboeren eller kona gjøre dette "følelsesarbeidet". I tillegg til at mannens maskulinitetsfølelse opprettholdes, bekreftes og bevares det tradisjonelle kjønnsrollemønsteret (Lilleaas 2005, Sabo & Gordon 1995). Til tross for at mannsrollen er i endring, hevder Lilleaas (2005) at det ennå finnes forventninger om at menn skal være sterke, og i minst mulig grad vise svakhet. Begrepene *ronkedorfenomenet* og *John Wayne- tilnærmingen til alvorlig sykdom* kan i oppgaven anvendes for å belyse informantenes håndtering av tanker og følelser, samt hvordan de selv opptrer som sterke, og lar familien, og særlig mødrene, gjøre følelsesarbeidet.

Menns forhold til helsevesenet

I oppgavens siste del beskrives mennenes møte med helsevesenet. For å forstå mennenes forhold til helsepersonell, er Svend Aage Madsens (2006) beskrivelse av den mannlige pasienten et relevant utgangspunkt. Madsen hevder at menn føler motstand mot å bli kontrollert av andre. Derfor har de i møtet med helsevesenet behov for en følelse av selvbestemmelse og autonomi. Den mannlige pasienten vil ha råd, og ikke hjelp. For å verne om sitt privatliv, ønsker de dessuten å holde en viss avstand til andre. Gjennom å lytte til, og

stille menn ovenfor valgmuligheter, kan helsepersonell ivareta slike behov. Ettersom menn fort øyner håp, er det i tillegg viktig at helsepersonell fokuserer på optimisme og muligheter (Madsen 2006). Madsens beskrivelse av menns forhold til helsevesenet kan i oppgavens knyttes til informantenes opplevelse av, og deres kommunikasjon med helsepersonell.

Bruken av begreper

I oppgaven vil begrepene *mannlighet* og *maskulinitet* bli brukt om hverandre. For å klargjøre begrepens meningsinnhold, har jeg valgt å benytte Liens (2004) definisjoner. *Mannlighet* blir i denne sammenheng beskrevet som menns handlinger i praksis. *Maskulinitet* blir derimot brukt for å beskrive samfunnets mannlige idealer og forventninger.

Kapittel 3. Metode og etiske overveielser

Gjennom mitt arbeid med oppgaven, har jeg blitt stilt ovenfor metodiske valg, og etiske vurderinger. Dette kapittelet beskriver denne prosessen, fra begynnelse til slutt. Først vil mitt valg av metode, samt rekruttering av informanter, skisseres. Deretter beskrives datainnsamlingen, i form av ni intervjuer. I tillegg vil analysen av datamaterialet i dette kapittelet stå sentralt. Til slutt vil jeg drøfte noen sider ved forskerrollen, samt oppgavens troverdighet.

Valg av metode

Beslutningen om hvilken metode man vil benytte seg av, må taes ved å reflektere over hvordan man på best mulig måte kan finne svar på de spørsmålene prosjektet reiser. På denne måten blir valg av metode tilpasset prosjektets problemstillinger, og ikke omvendt (Widerberg 2001).

Ettersom mitt hovedfokus er på mennenes opplevelser og forståelser av alvorlig sykdom, er det kvalitative forskningsintervjuet mest relevant for innhenting av informasjon. Ettersom slike forståelser sier noe om de samfunnsmessige forståelsesmåtene vi lever etter, og forstår våre liv igjennom, er dette en type samfunnsmessig faktum i seg selv (Widerberg 2001).

Det kvalitative forskningsintervjuet

I følge samfunnsviter Harriet Holter, er formålet med det kvalitative forskningsintervjuet å ”få brakt på det rene respondentens meningsrammer og opplevelse av begivenheter og handlinger”(Holter & Kalleberg 1996:16). Sosiolog Tove Thagaard beskriver det kvalitative forskningsintervjuet slik:

Formålet med et intervju er å få fylldig og omfattende informasjon om hvordan andre mennesker opplever sin livssituasjon. Intervju gir data om hvordan informanten forstår erfaringer og begivenheter i sitt eget liv. Denne metoden gir et særlig godt grunnlag for innsikt i informantens erfaringer, tanker og følelser. Et særpreg ved informasjon fra intervjuer er at de begivenheter som beskrives, er gjenfortellinger av hendelser. De preges derfor av informantens forståelse av det hun eller han har opplevd (Thagaard 1998:79).

Ettersom jeg er interessert i mennenes opplevelser og forståelser, vil fortellingene nødvendigvis bli svært personlige. Likevel vil jeg ikke fokusere på informantene som individer, men som representanter for en større gruppe. I egenskap av å være menn i et samfunn, er informantene bærere av sosiale mønstre. Det er de sistnevnte mønstrene jeg er interessert i å forstå, ikke mennene som enkeltindivider. Før intervjuene startet ble alle informert om dette. Tanken var at informantene med dette i bakhodet ville føle seg mer komfortable med å dele sine personlige fortellinger med meg. Widerberg (2001) skriver at analyser og presentasjoner som er ”frikoblet fra opphavspersonen, gjør prosjektet mindre ”følsomt” både for forsker og intervjuperson. Begge parter kan føle seg tryggere; forskeren på at han ikke snoker i intervjupersonens privatliv, og intervjupersonen på at han/hun ikke utleverer seg” (Widerberg 2001:59).

Utvalg og rekruttering av informanter

Krav til utvalget

I undersøkelser hvor informantene er umyndige, settes det strenge etiske og praktiske krav til forskeren. Med dette i tankene, bestemte jeg meg for å kun intervju menn over 18 år. Å delta i studier kan være belastende for personer i alle aldre. Likevel har jeg en tanke om at personer som har fylt 18 år har bedre forutsetninger for å vurdere konsekvensene av slik deltakelse, enn de som er yngre.

Ettersom intervjusituasjonen kan være en følelsesmessig påkjennelse i seg selv, opplevde jeg det som viktig at informantene var friske på intervjudispunktet. Hvis informantene hadde vært syke, kan det tenkes at intervjuet ville utsatt dem for ytterlige påkjenninger. Dessuten har jeg en tanke om at personer som har fått sykdommen litt på avstand, har hatt bedre tid til å reflektere over det de har vært igjennom, enn de som står midt oppe i det.

Tilgjengelighet til feltet

Ettersom jeg gjennom eget nettverk ikke hadde mulighet til å komme i kontakt med potensielle informanter, bestemte jeg meg for å kontakte Kreftforeningen. Jeg visste at Foreningen for brystkreftopererte (FFB) tidligere hadde skaffet en sosiologistudent

informanter til sin masteroppgave (Bergva Aas 2005). På Kreftforeningens internettsider ble jeg oppmerksom på Ungdomsgruppen (UG). Jeg kontaktet UGs kontaktperson og fortalte litt om prosjektet. Ettersom hun var interessert i å hjelpe meg, vi ble enige om at hun skulle videresende informasjon om prosjektet til potensielle informanter.

Kreftforeningens ungdomsgruppe

Ungdomsgruppen (UG) er en selvstendig, landsdekkende forening, som blir drevet på frivillig basis av unge som selv har opplevd sykdommen. UG består av medlemmer som har, eller har hatt kreft, samt deres familie og venner. I utgangspunktet er den aktuelle aldersgruppen 15-35 år. Likevel har jeg fått inntrykk av at UG er fleksible i forhold til denne aldersgrensen. UG ønsker å bedre vilkårene for unge kreftsyke og deres familier. UG har, i tillegg til et sentralt hovedstyre, 13 fylkesgrupper rundt om i landet. Disse gruppene arrangerer faglige og sosiale aktiviteter for sine medlemmer. Blant annet arrangerer UG temakvelder, hvor medlemmene har mulighet til å snakke om ulike sider ved sykdommen. UG hadde per 31.12.2005 2095 medlemmer på landsbasis (Kreftforeningen 2006c, d).

Rekrutteringsprosessen

Etter at jeg hadde kontaktet Ungdomsgruppen (UG), lagde jeg et informasjonsskriv hvor jeg ytret mitt behov for informanter. I tillegg til en kort beskrivelse av prosjektet, inneholdt skrivet informasjon om hvordan interesserte medlemmer kunne kontakte meg. Deretter hjalp UGs kontaktperson meg med å formidle dette skrivet til aktuelle fylkesgrupper. Videre kontaktet lederne i fylkesgruppene de av sine medlemmer som oppfylte mine krav. Responsen skulle imidlertid la vente på seg. Etter en stund med liten eller ingen respons, bestemte jeg meg for å kontakte fylkeslederne på nytt. Denne gangen fikk jeg et par navn, med e-postadresse eller telefonnummer, på medlemmer som muligens ville være positive til deltakelse. Etter noen telefoner og kommunikasjon via e-post, klarte jeg å ordne to intervjuavtaler. Jeg fikk inntrykk av at de første informantene oppfattet prosjektet som seriøst og interessant. Da jeg etter intervjuet fortalte om mine rekrutteringsproblemer, tilbød en av informantene seg å hjelpe meg. Denne framgangsmåten, kjent som snøballmetoden, viste seg å være relativt fruktbar. Gjennom informantens nettverk kom jeg i kontakt med ytterligere to informanter. Halvveis i intervjuprosessen, etter fire intervjuer, stoppet

imidlertid rekrutteringsprosessen opp. Jeg bestemte meg for å kontakte et par av deltakerne på nytt, og ved hjelp av deres nettverk klarte jeg å skaffe det nødvendige antall informanter.

Før og etter intervjuene ble jeg sittende å snakke med informantene. Gjennom disse samtalene fikk jeg inntrykk av at deres interesse for prosjektet gjorde det lettere for andre å delta. Ettersom de mennene som allerede hadde blitt intervjuet kontaktet potensielle informanter, kunne førstnevnte ”gå gode” for prosjektet. Dessuten fikk jeg inntrykk av at det for potensielle informanter var lettere å takke ja til deltakelse, når spørsmålet kom fra en person de kjente. Flere av informantene fortalte at de hadde fått tilsendt informasjon om prosjektet lenge før de bestemte seg for å stille opp. Likevel bestemte de seg først for å delta når de ble spurt av en som selv hadde blitt intervjuet. Jeg fikk inntrykk av at noen, gjennom å delta, følte at de utførte en ”vennetjeneste”. Ettersom de ikke følte denne ”forpliktelsen” ovenfor meg, var det lettere å svare nei. I ettertid ser jeg at jeg sannsynligvis ville spart tid dersom UGs kontaktperson personlig hadde kontaktet de medlemmene som oppfylte mine krav. På denne måten kunne hun ”gått god” for prosjektet, på samme måte som de som allerede hadde blitt intervjuet, gjorde det.

Det endelige utvalget

Mitt utvalg består av ni menn mellom 18 og 37 år, med en eller flere kreftdiagnoser bak seg. Fire informanter har vært diagnostisert med testikkelkreft. Tre informanter har hatt lymfekreft. To informanter har hatt en eller annen form for hjernesvulst, og en av mennene er operert for sarkom i en muskel. Syv av mennene har kun vært syke en gang, mens to av mennene har hatt tilbakefall. Åtte av mennene har gjennomgått minst en operasjon. Seks av mennene har blitt behandlet med forskjellige typer cellegift. I tillegg til cellegift eller operasjon, har tre av mennene gjennomgått stålebehandling. På intervjutidspunktet var det fra tre til 13 år siden mennene fikk sin første kreftdiagnose. Syv av mennene har, eller holder på å ta, høyere utdanning. En av mennene har ikke høyere utdanning, mens en annen går på videregående skole. To av mennene er gift. Tre av mennene har barn. En av mennene har samboer, mens de andre på intervjutidspunktet var single.

Av anonymitetshensyn har jeg gitt informantene fiktive navn og aldre. Jeg vil i oppgaven referere til informantene som Lars (26), Knut (33), Nils (36), Rolf (37), Stian (18), Marcus (28), Kai (36), Tor (37) og Jon (35).

Selv om alle mennene har vært åpne om sykdommen overfor omgivelsene, har de bare i varierende grad snakket inngående med andre om sykdommen.

Hvorfor vil ikke mennene delta?

De fleste av informantene uttrykte liten overraskelse over mine rekrutteringsproblemer. Flere fortalte at de kjente mange, også medlemmer av UG, som i ettertid ikke ville snakke om sykdommen. Noen av mennene hadde en oppfattelse om at jeg hadde valgt et vanskelig tema, og de fleste hadde tanker om hvorfor det kunne være vanskelig å få menn i den aktuelle aldersgruppen til å la seg intervju. De fleste forklaringene gikk ut på at menn, i større grad enn kvinner, har problemer med å snakke om alvorlig sykdom. Forskning bekrefter i denne sammenheng mine informanternes oppfattelse. Studier viser at menn opplever det som vanskeligere å snakke om svakheter, problemer og følelser, enn hva kvinner gjør (Ekenstam 2002,2005, Sjørup Simonsen 2006, Lilleaas 2005)

Problemer knyttet til utvalget

Ettersom alle mine informanter er medlemmer av Kreftforeningens ungdomsgruppe, vil utvalget bli noe skjevt. For det første kan det tenkes at mennene føler at de mestrer sin situasjon, og derfor ikke har noe imot innsyn fra utenforstående. I følge Thagaard kan slike utvalg ”føre til en viss skjevhet, fordi undersøkelsen kan gi mer informasjon om hvordan situasjonen mestres, enn om særlig konfliktfylte forhold” (Thagaard 1998:53). Ettersom informantene velges gjennom en form for selvseleksjon, kan det tenkes at det er de mennene som opplever å ha taklet sykdommen relativt bra, som ønsker å delta. På denne måten står datamaterialet i fare for å bli overrepresentert av ”solskinshistorier”. For det andre kan det tenkes at informantene, gjennom sin deltakelse i UG, vil være mer vant til å snakke om og reflektere over sin egen situasjon, enn andre tidligere kreftsyke menn i samme aldersgruppe. For det tredje er det en fare for at informantenes deltakelse i UG kan påvirke deres forståelse av sykdomsopplevelsen. Det kan tenkes at mennene, gjennom sin deltakelse i UG, deler en felles diskurs med de andre medlemmene. Diskurser inneholder sosiale og kulturelle forestillinger som, etter at de taes opp av en person, presenteres som sannheter om måter å være, og relatere seg til omverdenen på (Whitehead & Barrett 2001:21). Jeg fikk gjennom intervjuene inntrykk av at noen av mennene var vant til å snakke om sykdommen. Kanskje ville datamaterialet mitt sett annerledes ut hvis jeg hadde intervjuet menn som ikke hadde

denne type organisasjonserfaring? Ettersom jeg ikke ville hatt mulighet til å skaffe informanter gjennom eget nettverk, vurderte jeg imidlertid UG som en nyttig døråpner.

I tillegg til deltakelse i UG, kan informantenes alder bidra til å gjøre utvalget noe skjevt. Flertallet av mennene er i 30- årene. Det kan i denne sammenheng tenkes at menn i denne aldersgruppen opplever og håndterer alvorlig sykdom annerledes enn yngre menn. En av informantene, Rolf (37), hadde en oppfatning om at menn i 30- årene ofte har en ”solid plattform” i livet, som yngre menn mangler. I 20- årene befinner man seg ofte i en prosess hvor det skal taes viktige valg vedrørende livet, som for eksempel utdannelse, boligkjøp og kjærlighetsforhold. Eldre menn har som regel tatt slike valg allerede. Ettersom yngre menn ofte mangler den plattformen Rolf beskriver, tror han at sykdommen kan oppleves som ekstra belastende.

Etiske overveielser i rekrutteringsprosessen

Det er knyttet minst to problemer til den såkalte snøballmetoden. For det første kan en slik rekrutteringsstrategi føre til at det endelige utvalget blir bestående av personer innenfor samme bekjentskapskrets (Thagaard 1998). UG er en relativt liten organisasjon. Dessuten har organisasjonen færre mannlige enn kvinnelige medlemmer. Gjennom intervjuene fikk jeg i tillegg inntrykk av at båndene mellom noen av medlemmene er tette, og at de mest aktive har et stort nettverk innenfor organisasjonen. Dette resulterer i at kravet om anonymitet blir vanskeligere å overholde. Selv om jeg klarer å anonymisere informantene ovenfor utenforstående, vil faren for at informantene skal kjenne hverandre igjen, være tilstede. Gjennom mine samtaler med mennene, fikk jeg riktignok inntrykk av at de seg imellom har vært åpne om deltakelsen i prosjektet. Likevel må man som forsker være oppmerksom på mulige konsekvenser av å lese sine egne og andres uttalelser, tanker og følelser. At informantene kjenner seg igjen i teksten, kan føre til at de betrakter seg selv på en annen måte enn de i utgangspunktet gjorde. I denne sammenheng kan tanken på at noen de kjenner skal lese dette, og muligens gjenkjenne vedkommende, oppleves som vanskelig.

For det andre kan det være vanskelig for potensielle informanter å si nei til deltakelse. Siden mennene ble spurt av en bekjent som selv hadde deltatt, og viste interesse for prosjektet, kan det tenkes at de føler seg ”presset” til å si ja.

Konsekvenser for utvalgets deltakelse i prosjektet

Forskning kan virke belastende på de som deltar i prosjektet (Thagaard 1998). Min undersøkelse fokuserer på en opplevelse i informantenes liv, som kan tenkes å være både vanskelig og følelsesladet. For ikke å utsette informantene for ytterlige belastninger, kan løsningen være å tilnærme seg problemstillingen med en forstående holdning. En slik tilnærming kan for informantene oppleves som støttende. Noen av mennene sa at de gjennom intervjuet hadde fortalt meg ting som de ikke hadde snakket med noen, eller få, andre om. Det kan i denne sammenheng tenkes at intervjuet ga mennene anledning til å snakke om ting som de ikke har opplevd som naturlig å fortelle andre. På den andre siden er det alltid en fare for at informantene, gjennom undersøkelsens bevisstgjøring av deres problemer, kan oppleve sin situasjon som mer problematisk enn de i utgangspunktet gjorde. I tillegg kan intervjuet "rippe opp" i ting som informantene hadde lagt bak seg, eller fortrenget. En av mennene fortalte at han gjennom intervjuet hadde blitt minnet om ting som han etter sykdomsperioden hadde prøvd å legge bak seg.

Gjennomføring av undersøkelsen

Widerberg (2001) beskriver intervjuguiden som forskerens hjelpemiddel i intervjusituasjonen. I følge henne skal intervjuguiden være "det konkrete oversatte uttrykket for det man ønsker å analysere" (Widerberg 2001:60). Jeg valgte å lage en delvis strukturert intervjuguide. Temaene var bestemt på forhånd, mens rekkefølgen ble bestemt etter hvilke temaer informanten styrte samtalen inn på. Denne løsningen tillot meg å følge informantens fortelling, samtidig som den sørget for at jeg fikk informasjon om de temaene jeg på forhånd hadde fastlagt (Thagaard 1998).

Intervjusituasjonen

Thagaard betrakter intervjudata som beskrivelser og forståelser av hendelser og erfaringer i informantens liv. Samtidig gjenspeiler datamaterialet hvordan informanten oppfatter forskeren. Denne forståelsen av intervjudata gir det kvalitative forskningsintervjuet en tosidig karakter. På den ene siden gir intervjuet svar på de spørsmålene forskeren stiller. På den andre siden kan intervjuet oppfattes som en "komplisert mellommenneskelig prosess,

hvor de data forskeren får, preges av hvordan forskeren og informanten oppfatter hverandre” (Thagaard 1998:80).

I de første intervjuene var jeg relativt bundet til intervjuguiden. Jeg var nervøs for at intervjuet ikke skulle flyte så godt som jeg ønsket. Ettersom det var jeg som ”arrangerte” dette, følte jeg meg ansvarlig. Jeg bekymret meg for å ikke mestre rollen som intervjuer, og for at informanten skulle oppfatte prosjektet som useriøst. Til gjengjeld var de første informantene flinke til å snakke på eget initiativ. Dette gav meg mulighet til å kikke ned i intervjuguiden mens de snakket. På denne måten kunne jeg forberede neste spørsmål, uten at det ble unaturlige pauser. I ettertid ser jeg at redselen for slike pauser var totalt ubegrunnet. Faktisk skulle disse pausene vise seg å bli en fruktbar metode for innhenting av verdifull informasjon. I følge Jette Fog (2004) kan kontakten mellom intervjuer og informant forstyrres når intervjueren blir overinvolvert i seg selv. Hvis intervjueren får prestasjonsangst, er det lett å glemme at oppmerksomheten i intervjusituasjonen skal være rettet mot informanten. I stedet for å fokusere på informanten og temaet, retter intervjueren oppmerksomheten mot seg selv og sin egen innsats. Bekymringen for om man gjør en god nok jobb som intervjuer, fører til at man mister kontroll over intervjusituasjonen, og det informanten prøver å formidle. Ettersom jeg i de første intervjuene ikke hadde fulgt så godt med i informantenes fortellinger som jeg burde, var jeg redd for å stille oppfølgings spørsmål som kunne ”røpe” at jeg ikke hadde vært 100 prosent tilstede.

Som forsker er tillitt til at man mestrer intervjusituasjonen av avgjørende betydning (Thagaard 1998). Selv opparbeidet jeg meg denne tillitten gjennom å utføre flere intervjuer. I tillegg til å lære av de feilene jeg gjorde, gav opplevelsen av å takle situasjonen meg selvtillitt. Dette tok oppmerksomheten bort fra min egen innsats, og over på informanten og temaet. Jeg opplevde å være tilstede i samtalen på en annen måte enn tidligere. Jeg brydde meg ikke lenger om det, mens jeg forberedte neste spørsmål, ble pauser i intervjuet. For det første ble det nå lettere å stille oppfølgings spørsmål underveis. For det andre fikk jeg bekreftet betydningen av å vise informanten at jeg lyttet til, og forsto hva vedkommende sa. Jeg følte at informanten oppfattet min forståelse og interesse, og åpnet seg mer. Samtidig gjorde hvert intervju meg bedre kjent med, og tryggere på intervjuguiden. Gjennom de første intervjuene fikk jeg en følelse av hvilke spørsmål som fungerte bra, og hva som burde forandres.

I følge Thagaard (1998) må forskeren ”vurdere hvor det er viktig å gå i dybden, og hvor det er tilstrekkelig med kortfattet informasjon”. Jeg opplevde det imidlertid som vanskelig å avbryte informantene når de snakket om noe som var urelevant for problemstillingen. Jeg var redd for at en slik avbrytelse, hvis informanten snakket om noe han selv opplevde som viktig, ville såre eller fornærme vedkommende. Som oftest løste jeg dette ved å la informanten snakke ferdig. Deretter spurte jeg vedkommende om noe helt annet, for å understreke at jeg ønsket å avslutte det foregående temaet.

Etter at intervjuene var avsluttet, satt jeg ofte og snakket med informantene en stund før vi skiltes. Der og da opplevde jeg det som viktig at ikke informanten skulle gå rett etter at vedkommende hadde fortalt meg noe personlig eller følelsesladet. I ettertid innser jeg imidlertid muligheten for at jeg også gjorde dette for min egen skyld. Siden informantene, gjennom intervjuene, hadde åpnet seg for meg, følte det feil å forlate dem uten å gi noe tilbake.

Nærhet og distanse

I undersøkelser grunnlagt på kvalitative intervjuer, er kvaliteten på materialet avhengig av hvor god kontakt forsker og informant etablerer i intervjusituasjonen. Likevel er det etisk uforsvarlig fra forskerens side å etablere en kontakt som går på bekostning av informantens integritet. En for nær kontakt mellom forsker og informant kan virke forførende, og resultere i at informantene er mer åpne enn de i ettertid vil være komfortable med. Siden intervjuet ofte er den første og siste gangen informantene møter forskeren, er det en fare for at de i ettertid, som en følge av undersøkelsen, kan møte problemer som forskeren er avskåret fra å følge opp. For å unngå slike problemer, er det en fin balansegang mellom den nære kontakten som er nødvendig for å sikre et godt datamateriale, og den avstanden det er nødvendig at forskeren holder for å markere sin rolle (Thagaard 1998).

Ansvar og grenser

Jeg startet hvert intervju med å presentere meg selv og prosjektet. Deretter gikk jeg igjennom hvert enkelt tema i intervjuguiden, slik at informantene skulle slippe å lure på hvilke temaer jeg kunne komme til å spørre om. Til slutt ga jeg beskjed om at de kunne la være å svare på spørsmål de ikke var komfortable med, samt å avbryte sin deltakelse når som

helst. Det var imidlertid ingen som verken lot være å svare på spørsmål, eller valgte å trekke seg. En forklaring kan være at informantene oppfattet intervjuesituasjonen som problemfri. Det kan også tenkes at noen følte, ettersom de hadde sagt ja til deltakelse, at de ikke kunne trekke seg, eller avstå fra å svare. Ved et par anledninger fikk jeg inntrykk av at informanten følte seg utilpass med samtaleemnet. Jeg prøvde derfor å styre samtalen bort fra det aktuelle temaet, eller jeg stilte et mer ”nøytralt” spørsmål så fort muligheten bød seg. Etter intervjuene svarte alle informantene ja på min forespørsel om det var greit at jeg, ved eventuelle spørsmål, kontaktet dem igjen.

Refleksjoner i etterkant av intervjuene

Intervjuenes setting

For å innrette meg etter informantenes ønsker og behov, ble intervjuene gjennomført i ulike settinger. Tre av intervjuene fant sted i min leilighet. Tre av intervjuene ble gjennomført hjemme hos informantene. Et intervju ble utført på et hotell. Et intervju fant sted på en restaurant, og et intervju ble gjennomført på informantens arbeidsplass. Ettersom samtalen ofte kom inn på personlige og følelseladete temaer, var det avgjørende at informanten og jeg hadde mulighet til å prate uforstyrret. I ettertid ser jeg at intervjuet på restauranten ble preget av settingen. I motsetning til de andre intervjuene, følte jeg at stemningen var for anspent, og settingen for forstyrret til å gjennomføre en fortrolig samtale. I fare for at gjester og personalet skulle overhøre samtalen, var jeg forsiktig i forhold til hva jeg spurte om. I tillegg senket jeg stemmen da jeg stilte personlige spørsmål. Jeg følte at min reserverte holdning i dette intervjuet smittet over på informanten, slik at han oppfattet visse spørsmål som for ”følsomme” til å snakke høyt om.

Under intervjuene satt jeg som regel på skrå ovenfor informanten. På denne måten hadde både informanten og jeg mulighet til å titte rett fremfor oss, uten at vi trengte å ha øyekontakt. Dessuten opplevde jeg hvordan denne plasseringen kunne vært en fordel ved personlige spørsmål. Ved å ha mulighet til å se litt bort, slapp både jeg og informanten i slike sammenhenger å ha øyekontakt. Det var akkurat som om dette gav informanten pusterom til å fortelle om private og vanskelige ting. I ett av intervjuene gjorde imidlertid omgivelsene

det nødvendig å sitte rett ovenfor informanten. Ettersom vi under dette intervjuet var nødt til å ha konstant øyekontakt, ble stemningen trykket, og samtalen følte stiv og unaturlig.

Begrenset tid

Tiden var i noen av intervjuene en stressende faktor. Noen av informantene ga på forhånd beskjed om at de ikke hadde mulighet til å bli intervjuet i mer enn en viss tid. Under disse intervjuene ble jeg sittende å tenke på hvorvidt jeg skulle prioritere korte svar på alle spørsmålene, eller mer utfyllende svar på de viktigste. Jeg følte at dette tok min oppmerksomhet bort fra informantenes fortellinger. Ettersom det i disse sammenhengene var vanskelig å stille oppfølgingsspørsmål, kan det tenkes at jeg gikk glipp av mer utfyllende informasjon.

Verdifull stillhet

Da jeg under intervjuene stilte personlige spørsmål, svarte ofte informantene først kort, eller ga uttrykk for at spørsmålet ikke var verdt å bruke mer tid på. Hvis jeg deretter tok en liten pause, og tittet ned i intervjuguiden, hendte det at informantene fortsatte å snakke på eget initiativ. Noen ganger utdypet vedkommende svaret. Andre ganger fikk jeg inntrykk av at informanten, til tross for at han i utgangspunktet hadde gitt uttrykk for at temaet var uinteressant, likevel hadde behov for å fortelle om egne erfaringer og opplevelser. Det kan i denne sammenheng tenkes at mennene trengte litt tid på å fordøye slike personlige spørsmål. Dessuten kan det, som tidligere nevnt, tenkes at informantene opplevde øyekontakt som for sterkt i forbindelse med personlige og følelsesladede spørsmål.

Sensitive temaer

Som intervjuer må man fjerne alt som står i veien for sin oppmerksomhet og tilstedeværelse i intervjusituasjonen. Intervjuerens egne følelser kan i denne sammenheng ødelegge kontakten mellom vedkommende og informanten. Hvis intervjueren føler seg utilpass, vil vedkommende slutte å stille utdypende spørsmål. I stedet for å oppmuntre informanten til å fortsette, prøver intervjueren ofte å styre samtalen inn på noe annet (Fog 2004).

I de første intervjuene brukte jeg en intervjuguide som hadde spørsmål om seksualitet og maskulinitetsfølelse som eget tema. Etersom jeg opplevde det som ubehagelig å stille disse spørsmålene, brukte jeg lange, innviklede setninger for å formulere meg. Dette førte til at informantene ikke forsto spørsmålene. Jeg fikk inntrykk av at informantene fornemmet min følelse av ubehag. Det kan i denne sammenheng tenkes at min usikkerhet smittet over på informantene. Noen besvarte disse spørsmålene kort, samtidig som jeg fikk inntrykk av at de kom i en slags "forsvarsposisjon". I stedet for å gå i dybden på disse temaene, skyndte jeg meg videre. Som et resultat av dette, ble samtalsens naturlige flyt brutt, og stemningen ble anspent.

I ettertid ser jeg at maskulinitet er et teoretisk begrep, som for informantene kan være fremmed og unaturlig å forholde seg til. Etter de første intervjuene forandret jeg derfor intervjuguiden. I stedet for å ha seksualitet og maskulinitet som egne temaer, plasserte jeg slike spørsmål andre steder i intervjuguiden. Hensikten var å innlemme spørsmål om seksualitet og maskulinitet i samtalsens naturlige gang. På denne måten relaterte jeg disse spørsmålene til konkrete situasjoner hvor slike temaer kunne tenkes å være relevant. Denne metoden fungerte mye bedre, både for informantene og meg. I tillegg til at informantene forsto spørsmålene bedre, ble jeg mindre nervøs av å vite at jeg slapp å stille spørsmål som jeg var ukomfortabel med.

Til tross for at den "nye" intervjuguiden fungerte bedre med hensyn til spørsmål om seksualitet og maskulinitet, var det likevel vanskelig å få informantene til å relatere sykdomsopplevelsen til deres mannlige kjønnsrolle. Jeg fikk gjennom intervjuene inntrykk av at mennene opplevde slike spørsmål som lite relevante. Flere fortalte at de i sykdomsperioden hadde vært så dårlige at de ikke hadde hatt overskudd til å tenke noe særlig. Som en konsekvens av dette, ble tanker om maskulinitet ubetydelige. Jeg overveide i denne sammenheng muligheten for at jeg, som kvinne og sosiolog, hadde produsert spørsmål som lå langt fra informantenes virkelighetsoppfatning. I følge Holter (1989) misliker ofte menn å bli beskrevet på måter som antyder at de er bundet til sin mannlighet. For menn som ønsker å fremstå som nøytrale og individuelle, kan en slik beskrivelse oppleves som støtende: "Det er positivt å være mannlig ovenfor en kvinne, men det kan være negativt og innsnevrende overfor samfunnet. Der tviholder ofte mannen på sin nøytrale stilling. Hans måte å forstå verden på er den normale måten, og ikke en følge av hans mannlighet" (Holter 1989:112).

Selv om flere av informantene hadde problemer med å relatere sine sykdomsopplevelser til kjønn, føler jeg likevel at intervjuene gav informasjon om hvordan det var å være mann under sykdomsperioden. Ettersom informantene er menn, og de forteller om sine sykdomsopplevelser, gir intervjuene indirekte informasjon om en mannlig opplevelse av alvorlig sykdom.

Ettersom jeg etter de første intervjuene forandret intervjuguiden, var jeg nødt til å kontakte de første informantene på nytt. Jeg sendte derfor en e- post, og spurte om de ville svare på de spørsmålene som var lagt til i den ”nye” utgaven av intervjuguiden. Jeg fikk gode og utfyllende svar av samtlige informanter. I ettertid har jeg reflektert over hvorvidt det hadde vært lettere for mennene å uttrykke seg om personlige temaer på denne måten, enn gjennom en samtale ansikt til ansikt.

Fra innsamling av materiale til tekst

Etter utførelsen av hvert intervju, skrev jeg et lite sammendrag omgående. Disse sammendragene kunne inneholde alt fra egne tanker og følelser, til informantens kroppelige uttrykk. I tillegg skrev jeg ned ting informantene fortalte før intervjuet, eller etter at båndopptakeren var slått av. Da jeg kom hjem, transkriberte jeg intervjuene fortløpende.

Når datainnsamlingen er avsluttet, og forskeren skal analysere og tolke materialet, forandres forholdet mellom forsker og informant, til et forhold mellom forsker og tekst. Forskerens innflytelse over undersøkelsen blir nå mer fremtredende enn den var i intervjusituasjonen. Informantene har som regel ikke mulighet til å vurdere resultatene før det endelige produktet foreligger. Da er derimot mulighetene for endringer små. I denne sammenhengen er det viktig at ikke den subjekt - subjekt relasjonen som preget intervjusituasjonen, forandres til et subjekt - objekt forhold mellom forsker og intervjuutskrift. Informert samtykke forplikter forskeren til å respektere den tillitten informanten gav vedkommende i intervjusituasjonen (Thagaard 1998). Både gjennom intervjuene, og arbeidet med transkriberingen, opplevde jeg å bli overraskende godt ”kjent med” informantene. Ettersom jeg skrev et lite sammendrag av hvert intervju, samtidig som jeg under transkriberingsarbeidet hørte mennenes stemmer, følte jeg at jeg lærte informantenes sykdomshistorier å kjenne. Når jeg i ettertid leser mennene fiktive navn, ser jeg for meg vedkommendes ansikt. Dette hjalp meg til å ivareta den subjekt - subjekt relasjonen som preget intervjusituasjonen, også under analysearbeidet

Analysearbeidet

Allerede før jeg laget intervjuguiden, hadde jeg bestemt meg for å utføre en temasentrert analyse. I slike analyser utgjør de enkelte temaene den analytiske enheten. Man går i dybden på hvert tema ved å sammenligne informasjon om temaene fra alle informantene. Fordelene med temasentrerte analyser er at anonymitetsprinsippet lett kan ivaretaes. Når ikke informasjon om informantens situasjon blir presentert i sin helhet, er det vanskelig for andre å gjenkjenne den enkelte informant. Dessuten er det vanskeligere for informantene selv å kjenne seg igjen i den ferdige teksten (Thagaard 1998).

Da jeg hadde transkribert alle intervjuene, gikk jeg igjennom hver enkelt intervjuutskrift, og sorterte sitatene under hovedtemaer. Jeg tok for meg et hovedtema av gangen, og skrev en tekst på bakgrunn av de relevante sitatene. Jeg oppdaget at det til hvert tema fantes mange undertemaer. Disse utgjør avsnitt i de ferdige kapitlene. Til slutt gikk jeg tilbake i intervjuutskriftene og lette fram sitater som kunne illustrere både hovedtemaer og undertemaer.

I følge Karin Widerberg (2001) kan man bruke både empirinære og teorinære tilnæringer som strategi for utvelging av temaer. Min analyse kan betraktes som en kombinasjon av disse. På den ene siden har jeg valgt ut temaer på bakgrunn av hva informantene opplevde som viktig. Dette er et eksempel på en empirinær tilnærming til datamaterialet. På den andre siden svarte informantene på spørsmål vedrørende forhåndsbestemte temaer. Som forsker prøver man før et prosjekt å kvitte seg med alle forforståelser man har om temaet som skal studeres. Likevel vil slike forforståelser alltid være med og farge alle fasene i prosjektet. På bakgrunn av dette, inneholder min analyse også elementer av en teorinær tilnærming. I tillegg til informantenes uttalelser, er det i følge Widerberg, like viktig å analysere det datamaterialet *ikke* sier noe om. I denne sammenhengen kan en teorinær tilnærming være til hjelp. Gjennom å tolke datamaterialet i lys av min teoretiske interesse for kjønn, kan jeg få informasjon om informantenes opplevelse av å være menn, også der dette ikke finnes eksplisitt i intervjuutskriftene.

Etiske dilemmaer knyttet til analysearbeidet

Under analysearbeidet knytter forskeren datamaterialet til annen forskning, samt relevante teoretiske perspektiver. Forskerens faglige bakgrunn vil til en viss grad farge vedkommendes tolkning av datamaterialet. Dessuten vil forskerens forståelse alltid være en fortolkning av informantenes selvforståelse (Thagaard 1998).

I temasentrerte analyser blir utsagn som beskriver informantenes selvforståelse, løsrevet fra den sammenhengen de opprinnelige ble sagt i, og brukt til å belyse et tema som er bestemt av forskeren. Thagaard (1998) skriver:

(...) i og med at forskeren sammenligner et enkelt tema fra tekster fra ulike informanter, kan informantenes deltakelse karakteriseres som stykkevis og delt. Tekst som i utgangspunktet er basert på et samarbeid mellom forsker og informant, deles opp, og de enkelte tekstbitende løsrives fra sin opprinnelige sammenheng (Thagaard 1998:165-166).

Hvis informanten følte seg forstått av forskeren under intervjuet, kan vedkommende i det ferdige produktet oppleve å ikke kjenne seg igjen. Informanten kan føle at forskeren har sviktet den tillitten sistnevnte i intervjusituasjonen viste (Thagaard 1998). Ved å løsrive sitatene fra deres plass i intervjuutskriften, oppdaget jeg hvor lett det var å glemme deres opprinnelige betydning. For å unngå å gjøre denne feilen, flyttet jeg aldri sitatene fra deres plass i intervjuutskriften. I stedet sorterte jeg sitatene etter farger, slik at fargene illustrerte hvilket tema sitatene belyste.

Jeg har gjennom hele prosessen følt det som en plikt å formidle mennenes fortellinger så riktig som mulig. Mitt mål er at informantene skal kjenne seg igjen i mine beskrivelser av deres situasjon, samtidig som at jeg håper å kunne sette mennenes opplevelser inn i en større sammenheng.

Ettersom jeg er interessert i mennenes opplevelser, følte jeg imidlertid aldri behov for å ”lete” etter klare mønster i datamaterialet. Jeg ønsker med andre ikke å presentere mine resultater som generaliseringer. Ettersom jeg betrakter kvalitative metoders fordel som muligheten til å gi en detaljert beskrivelse av de studertes virkelighet, har jeg i presentasjonen av resultatene både prøvd å fremheve generelle mønster, og det som er mer spesielt.

Forskerrollen

Relasjonen mellom forsker og informant påvirker sistnevntes adferd i intervjusituasjonen. De svarene informanten gir, kan i noen tilfeller være preget av hvordan vedkommende oppfatter, og ønsker å fremstå, ovenfor forskeren (Thagaard 1998). Det er i denne sammenheng viktig å reflektere over sin rolle som forsker.

Insider og outsider

Mitt kjønn kan tenkes å påvirke intervjusituasjonen på flere måter. På den ene siden kan det under intervjuet oppstå en såkalt kjønnsdikotomisering. I slike tilfeller vil informanten understreke at han er mann, og jeg kvinne, og utnytte dette for å styrke sin maskulinitet (Thagaard 1998:94). På den andre siden kan jeg imidlertid dra fordel av å være kvinne. Siden jeg intervjuer menn, har jeg mulighet til å sette spørsmålstegn ved mye av det informantene tar ”for gitt”. Denne typen informasjon ville vært vanskeligere å få tak i hvis jeg selv hadde vært mann. Det kan tenkes at informantene da ville betraktet meg som ”en av dem”, og oppfattet en dypere beskrivelse av sin situasjon som unødvendig. Mitt kjønn ga imidlertid informantene mulighet til å innta en belærende stilling i forhold til meg. Gjennom uttalelser som ”vi menn er nok...”, opplevde jeg at informantene understreket motsetningen mellom deres og mitt kjønn, samtidig som de prøvde å beskrive sin situasjon som menn.

I tillegg til å være kvinne, er jeg også yngre enn de fleste informantene. I de første intervjuene fryktet jeg at jeg skulle være for ung og uerfaren til å intervju ”eldre” menn om et såpass alvorlig tema. Denne følelsen forandret seg imidlertid i løpet av intervjuenes gang. Da jeg viste interesse og forståelse for informantenes fortellinger, opplevde jeg deres reaksjoner som positive. I noen av intervjuene falt det seg naturlig å fortelle at jeg selv har opplevd kreft i nær familie. Jeg følte at dette hjalp meg til å innta en posisjon som *insider*. Jeg opplevde stemningen som mer ”kameratslig”, og noen av mennene ville vite mer om dette. I de siste intervjuene prøvde jeg imidlertid å holde tilbake denne informasjonen. Ettersom jeg nå var trygg på min rolle, trengte jeg ikke lenger å fortelle dette for å føle meg ”godtatt”. Dessuten kan det tenkes at slik informasjon kan begrense informantenes beskrivelser. Hvis mennene oppfatter meg som en person som vet mye om dette temaet, kan samtalen forbli overfladisk, slik at jeg går glipp av verdifull informasjon om deres situasjon.

Troverdighet

Manglende kontakt mellom intervjuer og informant kan i oppgaven føre til et gyldighetsproblem. Hvis kontakten er dårlig, vil det informanten forteller være en avspeiling av den manglende kontakten mellom vedkommende og intervjueren (Fog 2004): ”Det, han sier, er unndragen sig det, der er mer sandfærdigt, men som han ikke følte trang til at fortelle det menneske, han ikke kunne få tillitt til” (Fog 2004:97). Jeg følte aldri at informantene holdt tilbake informasjon som kunne hatt betydning for min forståelse av deres situasjon. Tvert imot fikk jeg inntrykk av at mennene oppfattet prosjektet som seriøst og interessant. Gjennom intervjuene fortalte de både personlige, og til tider følelsesladede ting.

I oppgaven er de fleste sitatene forkortet med (...). Det er to årsaker til dette. For det første er de fleste sitatene så lange, at det ville tatt for stor plass å skrive dem i sin helhet. Dessuten er det unødvendig å ta med deler av sitatet som ikke er relevant i forhold til temaet jeg ønsker å belyse. I tillegg omhandler mange av sitatene flere ulike temaer. Disse har jeg delt opp og brukt til å belyse forskjellige temaer. For det andre hender det at sitatene inneholder informasjon som kan bidra til å identifisere informantene. Av anonymitetshensyn har jeg derfor erstattet disse delene av sitatet med (...).

Kapittel 4. Sykdomsperioden

I dette kapittelet vil jeg belyse mine informanters opplevelse og håndtering av å være alvorlig syke. Både kroppslige erfaringer, samt deres forståelse av sykdommen, vil i kapittelet stå sentralt. Kapittelet starter med mennenes fortellinger om de første symptomene, og fortsetter med deres reaksjoner på diagnosen. Deretter vil mennenes opplevelse av en kropp som ikke fungerer, bli behandlet. Til slutt i kapittelet vil jeg se på hvordan mennene i sykdomsperioden håndterte tanker og følelser vedrørende sin egen situasjon.

De første symptomene

”Jeg ventet selvfølgelig altfor lenge”

Gjennom mennenes sykdomshistorier viser det seg at de aller fleste ventet (for) lenge med å gå til legen. Flere av mennene enten overså, tilpasset seg, eller ignorerte symptomene. Noen forteller om akutte innleggelses med kritiske tilstander. Flere forteller at enten familie, partner eller venner nærmest tvang dem til å oppsøke lege. På denne måten er det andre enn mennene selv som tar ansvar for deres helse. Dette er i tråd med det Lien (2004) finner i sin hovedoppgave om menn og slanking. Menns motstand mot å legge om kostholdet, gjør at det ofte er kona eller samboeren som må ta ansvar for mennenes helse.

Både Knut (33), Lars (26) og Jon (35) innser i ettertid at de gikk for lenge med symptomene før de oppsøkte lege. Knut hadde to jobber og arbeidet veldig mye da de første symptomene gjorde seg gjeldene. Derfor gikk han med symptomene i nesten ett år før han gikk til lege for å la seg undersøke:

Ja, for det er nok ikke tvil om at jeg kunne vært tidligere ute, og kanskje unngått spredning liksom. Det tror jeg nok. Men, litt på grunn av det at jeg ikke tenkte så mye på det, jeg visste liksom ikke helt, kanskje skulle testiklene være... Den ene testikkelen være større enn den andre. Så det var litt sånn småflaut å begynne å spørre folk liksom: ”Er den ene testikkelen din like stor som den andre?” liksom. (...) Så, litt på grunn av det, og litt på grunn av at (...) i den jobben jeg hadde så... Hadde jeg veldig hardt arbeidspress, så... Dermed så fikk jeg ikke (...) rapportert om det så tidlig som jeg antakeligvis skulle ha gjort.

Siden Knut hadde mye å gjøre på jobben, ble et eventuelt legebesøk prioritert bort til fordel for det arbeidet som måtte gjøres. Selv om Knut hevder at han i denne perioden ikke tenkte så mye på symptomene, får jeg inntrykk av at problemet først og fremst handler om kommunikasjon. Ettersom det dreier seg om testikkelen, var ikke Knut komfortabel med å fortelle, eller spørre andre om symptomene. Derfor ventet han. Både med å gå til legen, og å fortelle det til noen. I ettertid tror Knut at han kunne unngått spredning hvis han hadde blitt undersøkt ved et tidligere tidspunkt.

Også Lars hadde i lengre tid merket noe uvanlig med den ene testikkelen. Likevel oppsøkte han ikke lege før smertene ble utholdelige. Lars har en oppfatning om at dette er vanlig blant unge menn med symptomer på testikkelkreft:

De har ikke så veldig lyst til å gå til noe lege for å se på scrotum. Så jeg ventet for lenge (...).

I likhet med ham selv, tror Lars menn generelt er ukomfortable med å få testiklene undersøkt. Derfor venter de for lenge med å oppsøke lege etter at symptomene inntreffer.

Selv om også Jon har hatt testikkelkreft, inntraff aldri symptomene i denne kroppsdel. I stedet ble han slapp, og stadig mindre opplagt. Jon oppsøkte imidlertid ikke lege før han en kveld ble akutt syk. Da han ble lagt inn på sykehuset, svevde han mellom liv og død. Da jeg spurte om han kunne fortelle litt fra perioden da han fikk de første symptomene, svarte han:

Ja. Første gangen så... Var jeg ikke så mye hos lege. For jeg er litt sånn at jeg går til jeg stuper. Det skal en del til og... Og da endte det opp med at jeg ble veldig slapp. Jeg var mye slapp, men det gikk så sakte at du merker det ikke. Og du trur at det er, at du nesten er utbrent. (...)

Jon beskriver seg selv som en person som er vant til å presse kroppen sin. Det skal mye til før han ”kaster inn håndkleet” og erkjenner at han er syk. Jon hadde i denne perioden mye ansvar på arbeidsplassen sin, og trodde at han var i ferd med å bli utbrent. Derfor oppsøkte heller ikke han lege med sine diffuse symptomer. Forskning bekrefter tendensene jeg finner i mitt materiale. I følge Madsen (2006) reagerer danske menn senere på symptomer, og går sjeldnere til fastlege, enn kvinner.

Gjennom mennenes beskrivelser av perioden fra de oppdaget symptomene, til de fikk dem undersøkt, finner man ofte årsakene til hvorfor de ventet for lenge med å oppsøke lege. Selv om mangel på tid i denne sammenhengen ser ut til å være av avgjørende betydning, begrunner imidlertid mennene utsettelsen av legebesøk med andre faktorer. Lars (26)

forteller at da han i ung alder fikk symptomer i den ene testikkelen, ignorerte det med en tanke om at de skyldtes ufarlige hormoner:

(...) Og jeg merka jo at det var noe som ikke helt var som det skulle være, lenge før jeg ble diagnostisert. Men jeg tenkte vel at det bare var noe som kom til å gå over, for det var ikke vondt. Først. Det var ikke smertefullt i det hele tatt. Det var liksom bare en kul som, jeg tenkte: Jaja, det er nok bare noe hormoner eller noe sånn. Her (hjemstedet hans) er det ikke så mange man kan spørre, og ikke så mange man har lyst til å spørre. (...)

Ettersom Lars var i en alder hvor kroppen utviklet seg, trodde han symptomene ville gå over av seg selv. Siden det ikke gjorde vondt, så han ikke så noen grunn til å oppsøke lege. Lars hadde verken lyst, eller følte at han hadde noen han kunne spørre om symptomene. Et års tid senere ble smertene så sterke at han var tvunget til å få det undersøkt. Lars syntes det var veldig ubehagelig å fortelle legen at han hadde vondt i den ene testikkelen. Derfor utsatte han også dette så lenge som mulig. I dag, 10 år senere, forteller Lars at han har små hemninger i forhold til helsevesenet. Dette skyldes både at han er eldre, og at han har gjort seg mange erfaringer med helsevesenet gjennom sykdomsperioden.

Forskning tyder på at det finnes spesifikke ”mannlige” barrierer mot å oppsøke helsevesenet. Det finnes imidlertid ulike forklaringer på hvorfor kvinner rapporterer hyppigere om sykdom enn hva menn gjør. Kulturelt sett har det vært mer akseptabelt for kvinner å være syk, enn for menn. I en amerikansk studie av smerte og kjønn, hadde informantene, både kvinner og menn, en oppfattelse av at menn har vanskelig for å akseptere at noe er i veien med dem, enn kvinner. Gjennom graviditet og barnefødsler blir kvinner kjent med kroppen sin på en måte som er unik for deres kjønn. Dette gjør kvinnen bedre vant til ukontrollerbare kroppslige forandringer. I tillegg har tradisjonelle kjønnsrollemønstre ført til at kvinner og menn opplever og reagerer forskjellig på sykdom. Den individuelle opplevelsen av sykdom blir på denne måten modifisert av kulturelle sosialiseringprosesser. På denne måten kan sykdom oppleves som mer unormalt for menn enn for kvinner (Nettleton & Watson 1998).

Madsen (2006) viser i denne sammenheng til faktorer som for menn kan oppleves som hindringer mot å oppsøke helsevesenet. Tre av disse faktorene er interessante i forhold til tendensene jeg finner i mitt materiale. For det første bagatelliserer ofte menn sine fysiske symptomer. I følge Madsen er dette en mannlig motstandsstrategi mot å overreagere. For det andre kan både arbeidstider og kulturen på arbeidsplassen begrense menns mulighet til å

oppsøke lege. For det tredje peker Madsen på muligheten for at menn, i lys av deres manglende erfaring med helsevesenet, har for liten kjennskap til hjelpesystemer.

Reaksjoner på diagnosen

“Som lyn fra klar himmel”

Flere av mennene forteller at de aldri tenkte noe særlig på muligheten for å bli rammet av alvorlig sykdom før de fikk diagnosen. De fleste mennene hadde imidlertid hørt om, eller kjente andre som hadde hatt kreft. Flere hadde til og med hatt kreft i familien. Likevel tenkte ikke på muligheten for at deres egne symptomer kunne skyldes noe alvorlig. Dette kan henge sammen med at de fleste mennene opplever sin egen helsetilstand som relativt god før de ble syke. Andre beskriver sin tidligere helsetilstand som mindre god, men forklarer dette med dårlig kosthold eller mangel på fysisk aktivitet, ikke sykdom. Som en konsekvens av dette, kom diagnosen ”som lyn fra klar himmel”.

Dansk forskning viser at menn har en tendens til å beskrive sin helsetilstand som bedre enn hva som er tilfellet. I følge Madsen (2006), er det ikke uvanlig at menn opplever sin egen helsetilstand som bedre enn andre menns, eller som bedre enn gjennomsnittet for deres aldersgruppe. Madsen understreker imidlertid at denne oppfattelsen ikke nødvendigvis stemmer overens med mennenes faktiske helsetilstand.

Både Rolf (37) og Jon (35) hadde opplevd kreft i familien før de selv ble syke. Likevel kunne ingen av dem forestille seg at deres symptomer skyldtes noe alvorlig. Rolf ignorerte den voksende kulen med en tanke om at det bare var en vanlig fettkul. Ettersom Jon ble gradvis dårligere, la han ikke merke til forverringen i sin fysiske form. Verken da Knut (33) gikk til legen med sterke smerter i den ene testikkelen, eller da han fikk beskjed om at han måtte operere den bort, var det i hans tanker at han kunne være alvorlig syk:

Rolf: (...) Og det rare var at når jeg (...) gikk til legen og, med det her med testikkelen og... Når jeg skulle inn til operasjon og ta den og sånne ting. Altså, det var ikke i tankene mine at det kunne være kreft. Det tenkte jeg aldri på.

Kari-Anne: Ikke når du gikk til legen heller?

Rolf: Nei. Og ikke når jeg skulle opereres eller noen verdens ting. (...) Altså, jeg vet ikke helt hvorfor, men jeg hadde... Nei det var ikke i tankene mine i det hele tatt, at det kunne være det.

Gjennom mine samtaler med mennene, fikk jeg inntrykk av at menns oppfattelse av grensen mellom oppmerksomhet ovenfor kroppens signaler, og hypokondri, kan være fin. Kai (36) hadde ikke vært borte fra jobben en eneste dag før han fikk kreft. Jeg får inntrykk av at dette er noe han er litt stolt av. På spørsmål om han tror menn venter lenger enn kvinner med å oppsøke lege, kommer han inn på en samtale med sin kollega:

Nei, jeg vet ikke. Det var en som tulla fælt med meg, hvis jeg hadde vondt et sted, så sa han: "Er du hypokonder?", sa han til meg. Så fikk jeg kreft da. "Så jeg tror ikke jeg er så hypokonder nå", sa jeg (latter).

Selv om Kai ler av beskyldningene om å være hypokonder, får jeg inntrykk av at latteren skjuler beskyldningens alvorlige karakter. Da han fikk kreft, fikk Kai bevist ovenfor kameraten at han ikke klagde uten grunn. Symptomene skyldtes en alvorlig sykdom, og ingen kunne beskyldte ham for å være hypokonder. Hypokondri er en negativ betegnelse for begge kjønn. Hvis man, i tråd med Sara Nettleton & Jonatan Watson (1998), ser sykdom som mer unaturlig for menn enn for kvinner, kan det imidlertid tenkes at "faren" for å oppfattes som hypokonder oppleves som mer truende for førstnevnte. Som vi skal se senere, har mennene i mitt materiale en oppfattelse om at kvinner har lettere for å snakke om sine problemer enn menn. Er det større rom for hva kvinner kan fortelle om sine kroppserfaringer, uten at det oppfattes som hypokondri, enn hva menn kan? Eller er menn mer forsiktige med å fortelle andre om kroppslige plager, i fare for å bli betraktet som hypokonder?

Paradoksalt nok ser det ut som om diagnosen også kan ha en beroligende virkning på mennene. Fra å ha levd i uvisshet med symptomene, gir diagnosen for noen en etterlengtet forklaring på de fysiske plagene. Det kan virke som om diagnosens alvorlige karakter overskygges av bevisstheten den gir mennene. Fra å lure på hva som feiler kroppen, åpner diagnosen for en løsning på problemene. Mennene blir presentert for en plan for hvordan man skal bekjempe sykdommen, i form av en behandlingsform.

Nils (36) var hos forskjellige leger over en lang periode, uten at de fant ut hva som feilte ham. Dette slet voldsomt på både ham selv, samboeren og forholdet. Etersom han var totalt uforberedt på en slik beskjed, ble Nils først sjokkert over diagnosen. Senere opplevde imidlertid Nils, i motsetning til samboeren, kreftdiagnosen som en lettelse. Selv om han var

nødt til å fjerne den ene testikkelen, ga diagnosen en forklaring på hans kroppslige plager. I tillegg åpnet den for en løsning på det hele, i form av videre behandling.

Lars (26) forteller i denne sammenhengen at han, til forskjell fra foreldrene, sov helt rolig natten etter at han fikk sin kreftdiagnose. Dette kan henge sammen med at han bare var 16 år da han fikk diagnosen. Ved å beskrive seg selv som ”16 år og udødelig”, understreker Lars sin naive og uvitende holdning til den alvorlige situasjonen han i realiteten befant seg i.

Følelsesmessig distansering?

Etter å ha snakket med mennene, sitter jeg igjen med et inntrykk av at den følelsesmessige reaksjonen på diagnosen uteble for de aller fleste. Derimot virker de fremtidsorienterte, og oppfatter en positiv innstilling som avgjørende for å komme seg igjennom den tøffe sykdoms- og behandlingsperioden. Dette kan være en måte å distansere seg fra sykdommens alvorlige karakter på. En slik distansering kan knyttes til Simonsens (2006) begrep *ronkedorfenomenet*. Begrepet illustrerer en mannlig distansering som foregår både på det mentale, sosiale, og verbale plan. Ved å øyeblikkelig fokusere på veien videre, trenger ikke mennene å dvele ved den alvorlige diagnosen. I følge Sara Nettleton & Jonathan Watson (1998) finnes det, hos begge kjønn, en oppfatning om at kvinner takler sykdom følelsesmessig bedre enn menn. Ettersom gutter ikke blir oppmuntret til å vise følelser under oppveksten, takler de i voksen alder sykdom dårligere enn kvinner. Ekenstam (2002) beskriver i ”Kroppen, viljan & skräcken för att falla: Ur den manliga självbeherskningens historia”, fallet som det motsatte av følelsesmessig beherskning. Når menn faller, slipper de taket og lar spontane følelser overkjøre viljen. I følge Ekenstam kan en splittelse mellom kropp og psyke gjøre det mulig å undertrykke uønskede følelser. Ettersom denne splittelsen er mer eksplisitt hos menn enn hos kvinner, undertrykker menn oftere spontane følelser enn hva kvinner gjør.

Verken Knut (33), Lars (26) eller Rolf (37) kan fortelle om noen følelsesmessige reaksjoner på deres kreftdiagnoser. Da jeg spør Knut (33) hvilke tanker som gikk gjennom hodet hans da han mottok diagnosen, svarer han:

(...) Altså, jeg husker ikke noe sånn sterk følelse den ene eller den andre veien. For det var liksom så veldig overraskende så jeg... Også var han (legen) jo der, og han kunne fortelle meg hvordan dette her var, og eventuelt hvordan det skulle behandles. Og at det, høyst sannsynlig gikk dette her kjempebra, og sånne ting. Og dermed så var det liksom: Ja, ja. Da må man jo liksom gjøre det da. Det var ikke så veldig mye å gjøre med liksom.

Ettersom det gikk så fort fra Knut fikk diagnosen til behandlingen startet, forsvant tanker og bekymringer i alt det medisinske som skjedde rundt ham. Dette opplever Knut som en fordel. Selv om ikke Knut reagerte på diagnosen, får han i ettertid en ubehagelig følelse i magen hver gang han er på sykehuset hvor han ble operert, eller på Radiumhospitalet, der han fikk behandling. For Knut er sidde stedene forbundet med sykdom, og jeg får inntrykk av at de bringer tilbake negative minner fra den tøffe perioden.

I motsetning til Knut, reagerte Lars med vantrø da mottok sin kreftdiagnose:

Ja, altså... Jeg var vel igjennom alle de der stadiene. Og reagerte litt sånn med vantrø først. Og tenkte at: Nei, det her må være feil (...). Men det gikk vel fort over. Altså, jeg ble veldig fort realitetsorientert og skjønnte at: Ok. Det her er noe som jeg må gjøre. (...) Jeg diskuterte det med familien og de nærmeste. At det her var noe som jeg ikke kunne rømme ifra. (...) Og det var bare å komme seg igjennom det og bli ferdig med det, og bli frisk. Så jeg hadde aldri (...) den store skjelven og den store (...). Altså, jeg innså på en måte at det kom ikke til å hjelpe og være redd. Det var klart at jeg hadde... At jeg gjorde meg noen tanker om det å dø og sånn. Men jeg gikk ikke med en sånn dødsangst altså. Jeg fant ut at: Jeg får gjøre så godt jeg kan, og overlever jeg, så er jo et veldig bra. Og skulle det så gå at jeg ikke overlevde, så har i hvert fall jeg gjort det jeg kan. Og da er jo mine sorger over (...).

Lars trodde først det hele var en misforståelse. Likevel innser han fort realiteten, og begynner å se fremover. Gjennom å kontrollere de uønskede følelsene, appellerer Lars til fornuften. Siden det ikke ville ha gagnet ham å være redd, bestemte han seg for å la være å kjenne på disse følelsene. For Lars er behandlingen et ”nødvendig onde” for å bli frisk. Dette er en vanlig holdning blant mennene i mitt materiale. Siden behandlingen er mennenes eneste vei tilbake til livet før sykdommen, får jeg inntrykk av at innsats er av avgjørende betydning. Vi så at Lars hadde bestemt seg for å gjøre sitt beste i behandlingsperioden. Det kan se ut som det parallelt med den medisinske behandlingen, utspiller seg en personlig ”kamp” mot sykdommen. Denne kampen kan enten vinnes eller tapes. Men uansett utfall, får jeg inntrykk av at det er viktig å vite at en har gitt sitt beste.

På samme måte som med Knut og Lars, tok det litt tid før det gikk opp for Rolf at han hadde kreft. Sistnevnte satt i et møte på arbeidsplassen, da sykehuset ringte for å gi ham diagnosen:

Kari-Anne: Hva gjorde du etterpå?

Rolf: (...) Jeg gjorde ferdig dagen jeg, egentlig. Altså... Hun venninna mi, eller kollegaen og venninna mi, hun begynte å gråte, mer enn meg. Jeg ble egentlig mer sånn: Hva er dette for noe?, tenkte jeg, så. Så, når jeg fikk summet meg og kommet meg hjem, så begynte jeg å ringe, foreldrene mine litt, og sånne ting. (...) Så måtte jeg runden med kamerater og alt sånt da. (...) Så... Det var litt heftig, ja.

Etter å ha mottatt kreftdiagnosen, valgte Rolf å gjøre seg ferdig med arbeidsdagen på normal måte. Da han kom hjem, og måtte konfrontere familie og venner med den dårlige nyheten, opplevde han imidlertid situasjonen som vanskelig.

Mennenes reaksjoner kan settes i sammenheng med tidligere forskning på feltet. Lilleaas (2005) finner i sin studie av menn med hjerteinfarkt, at flere trenger tid før de orker å ta infarkt innover seg. I denne sammenhengen viser Lilleaas til den såkalte *John Wayne - tilnærmingen* til alvorlig sykdom. I stedet for å snakke med andre om problemer rundt sykdommen, ”lider” mennene i stillhet og ensomhet. Noen begrunner dette med at de ikke er følelsesmennesker, mens andre viser til et skille mellom å ha følelser, og å vise følelser.

Det kan i denne sammenhengen diskuteres om mennenes positive innstilling er utelukkende bra. På den ene siden opplever noen av mennene en distansering til sykdommens alvorlighet som nødvendig for ikke å bryte sammen i den vanskelige perioden. På den andre siden er det nærliggende å tro at en følelsesmessig beherskelse på sikt vil føre til en opphopning av fortrenkte tanker og følelser, som før eller siden nødvendigvis vil få utløp i en eller annen form for reaksjon.

”Jeg tror det var hardere for familien”

Gjennom mine samtaler med mennene, får jeg et innblikk i tanker og bekymringer knyttet til diagnosen. Ofte handler disse om andre ting eller personer. Det kan virke som om bekymringer for deres egen situasjon havner i annen rekke. Flere av mennene forteller om relativt ”praktiske” bekymringer, eller at de engstet seg for personer som står dem nær. Jeg spurte Lars (26) hva han bekymret seg over da han hadde mottatt sin kreftdiagnose:

Ja. Altså, det var mer sånne praktiske hensyn. Om jeg kom til å bli forsinket med skolen og sånt. (...) Så det var mer sånne praktiske bekymringer, enn bekymringer for hvordan det her skulle gå. Og kanskje litt sånne der bekymringer for ho mamma og han pappa. For om det på en måte skulle kjøre de ned i grøfta. (...)

Lars var mer urolig for skolegangen og foreldrene, enn for sin egen medisinske situasjon. Han ville ikke komme på etterskudd med skolearbeidet, og gjorde alt for å forhindre dette. I

tillegg var Lars engstelig for foreldrene. Selv om de alltid fremsto som sterke, var han bekymret for hvorvidt hans situasjon ville påvirke dem psykisk.

En slik bekymring for familie generelt og foreldre spesielt, ser ut til å være en vanlig reaksjon blant mennene i mitt materiale. En forklaring kan være at flere av mennene følte at foreldre, partnere og øvrig familie taklet diagnosen dårligere enn det de selv gjorde. Det kan tenkes at mennenes omsorg for sine pårørende har betydning for førstnevntes reaksjoner på diagnosen og innstilling til sykdommen. Dette kan settes i sammenheng med Lilleaas (2001) beskrivelse av *kroppslig beredskap for andre*. Gjennom å fremstå som positive og sterke, og unngå å vise følelser, kan det tenkes at mennene føler sin omsorgsplikt ovenfor sine pårørende som ivaretatt. På den andre siden kan det tenkes at ettersom mennene opplever sine pårørendes reaksjoner som såpass sterke, føler at de må, for å veie opp for dette, innta en positiv holdning til situasjonen. Dette kan både skyldes mennenes ansvar for familien, og deres evne til å takle sin egen situasjon.

Til forskjell fra Lars, var Rolf (37) både bekymret for fremtiden, og sin egen situasjon. Tidligere i kapittelet så vi hvordan Rolf, for å skåne foreldrene, ventet med å fortelle om det kirurgiske inngrepet til han mottok diagnosen. Ettersom han ikke visste om svulsten skyldtes kreft, ville han ikke skremme dem unødige. På spørsmål om familien reagerte kraftigere på kreftdiagnosen enn han selv, svarer han:

(...) Å ja. Ja ja, mye sterkere enn meg. Ja, det synes jeg. Og naturligvis (...). Jeg vet ikke om jeg reagerte naturlig eller unaturlig, det vet jeg ikke. Men altså (...). De reagerte med å gråte og sånn. Jeg bare: Ja vel, tenkte jeg. (...)

Etter operasjonen var Rolf usikker på om kreften hadde spredd seg til andre deler av kroppen. Ettersom han i tillegg var han bekymret for sykdommens betydning for jobbsituasjonen hans, uttrykker Rolf stor lettelse over at alt det praktiske ved jobben ble tilrettelagt etter hans situasjon.

I likhet med Rolf, opplevde Marcus (28) foreldrenes holdning til sykdommen som annerledes enn hans egen. Selv om han mistet bestefaren i kreft, og visste hvor alvorlige konsekvenser sykdommen kunne ha, påvirket ikke dette hans positive innstilling:

(...) Men tanken streifet meg aldri at jeg kunne... At det skulle gå dårlig med meg. Jeg tror det var mye verre å takle det for foreldrene mine, enn det det var for meg. Jeg hadde denne skolen å støtte meg til og tenkte egentlig ikke så mye over hva som kunne gå galt. Så... det var kanskje bra at jeg var såpass ung, og ikke tenkte så mye over det. Det hjelp nok kanskje littegrann.

Kari-Anne: Kan du huske når du fikk diagnosen, hvordan du reagerte?

Marcus: Jeg tror ikke jeg reagerte så kraftig. Jeg husker mora mi. Hun skrek og skrek og det var nesten ikke noe ende på det der. Men jeg var vel litt mer fattet og tenkte vel bare sånn at: Ja, ja. Det er noe man må gjennom det her og. Selvfølgelig, jeg har jo gjort opp mine tanker om hvorfor det rammet meg. Og hvorfor det skulle være så urettferdig sånn. Og hva jeg hadde gjort galt, egentlig. Men jeg tror ikke at jeg hadde noen sånn stor reaksjon akkurat når jeg fikk fortalt det. (...)

Marcus positive holdning skiller seg sterkt fra foreldrenes, og særlig morens, bekymringer. I ettertid forklarer Marcus sitt fravær av bekymringer med at han bare var 15 år da han ble syk. Derfor tenkte han mer på å komme seg igjennom skolen, enn på sykdommens mulige konsekvenser. Likevel får jeg inntrykk av at han, tross sin unge alder, hadde et relativt realistisk bilde av sykdommens alvorlige karakter. Marcus prøvde å fortsette skolegangen som normalt under behandlingsperioden. Gjennom skolegangen prøvde Marcus, så langt det var mulig, å opprettholde det livet han levde før sykdommen. Selv om han ofte var fysisk svak, opplevde Marcus skoledagen som meningsfylt. Både fordi det var viktig for ham å ikke komme på etterskudd, og fordi det ga ham en mulighet til å fokusere på noe annet enn sykdommen. Det kan se ut som om Marcus, ved hjelp av en type kroppslig beredskap for skolearbeidet, klarte å holde seg oppe når foreldrene brøt sammen. Selv om han ikke fikk noen følelsesmessig reaksjon, opplevde Marcus situasjonen som urettferdig. Han syntes det var vanskelig å forstå meningen med at han skulle rammes av en så alvorlig sykdom. Likevel opplevde Marcus at motivasjonen til å komme seg igjennom behandlingen, og bli frisk, holdt de negative tankene borte.

Når mennene snakker om pårørende, forteller de som oftest om kvinner, enten det er kone, samboer eller mor. Mannlige familiemedlemmer blir imidlertid sjelden nevnt. I Marcus tilfelle utgjør morens følelsesmessige reaksjon en kontrast til hans positive innstilling. I denne sammenhengen kan man spørre seg hvorvidt mødres bekymringer gjennom oppveksten får betydning for menns holdninger til egen helse. Når mødre og koner i vanskelige situasjoner blir bekymret og emosjonelle, kan det tenkes at sønnene og ektemennene, for å holde familien oppe, føler at de må fremstå som bekymringsløse og sterke.

I likhet med Lars, Rolf og Marcus, skilte Knuts (33) oppfatning av situasjonen seg fra resten av familiens. I ettertid har familien uttrykt at Knut var mye dårligere enn han i sykdomsperioden ville innrømme. Knut forteller at han med vilje prøvde å fokusere på at det skulle gå bra, og at han var i god form:

Kari-Anne: Var det viktig for deg tror du, å ha den innstillinga?

Knut: Ja, jeg tror det. For meg så var vel det antakeligvis en slags overlevelsesmekanisme. At man på en måte ville prøve å... Altså, ikke innse at jeg hadde kreft, for det gjorde jeg jo. Jeg innså jo at jeg hadde kreft og sånne ting, men ville prøve å... Jeg vet ikke hva jeg skal si. (...) Altså, i hvert fall ikke sette meg ned med hodet i fanget og: "Off og off", og "nei og nei", og "åssen skal dette gå?" liksom. Prøve å være så positiv, og prøve å være så oppegående som det går an å bli liksom.

Vi ser at Knut opplever en positiv innstilling som avgjørende i den vanskelige sykdomsperioden. Ut i fra sitatet kan det se ut som om Knut, gjennom sin positive holdning, "lurte" seg selv til å føle seg bedre enn hva kroppens fysiske tilstand tilsa.

I motsetning til det vi har sett til nå, forteller Kai (36) og Jon (35) om noe som kan betraktes som følelsesmessige reaksjoner på diagnosen. Disse reaksjonene kan imidlertid, i begge tilfeller, knyttes til mennenes pårørende. Kai var bekymret for hvordan det ville gå med broren og foreldrene, hvis noe skulle skje ham:

(...) Den dagen jeg fikk prognosen, så kjører jeg forbi kirken hjemme, når jeg skulle til mor og far og fortelle det. Og da husker jeg at det... Tårene bare trillet. Så husker jeg at jeg slo i dashbordet på bilen, også sa jeg til meg selv at: Hit skal ikke jeg enda! (...)

For Kai kom reaksjonen da han, på vei hjem til foreldrene, kjørte forbi kirkegården. Ettersom Kai nettopp har mottatt kreftdiagnosen, betrakter han kirkegården som et symbol på døden. Det kan virke som om kirkegården får Kai til å oppfatte sammenhengen mellom diagnosen og døden. I det han innser diagnosens verst tenkelige utfall, bestemmer Kai seg for at hans skjebne skal bli en annen. På denne måten bruker han de vanskelige følelsene til å kjempe for å bli frisk.

I motsetning til Kai, svevde Jon mellom liv og død da han mottok sin kreftdiagnose. Da jeg spør om han husker sin egen reaksjon, svarer Jon:

Jeg husker jo hvordan jeg reagerte når jeg fikk vite at jeg hadde kreft på Riksen. Uansett, jeg var så dårlig at det var sånn tåkete. Men det første jeg gjorde, jeg var akkurat nyforlova (latter). Det jeg gjorde da, var at jeg la ringen på nattbordet, også ville jeg kaste ut ho. For hun skulle slippe å se at jeg døde. For det var ikke akkurat lyst. (...)

Ettersom Jons situasjon var såpass alvorlig, var utsiktene mørke. Gjennom å bryte forlovelsen, ville Jon skåne kjæresten fra å oppleve hans død. Senere, da Jon fikk vite at det

var sjanser til å bli frisk, forandret håpløsheten seg til optimisme, og Jon fikk livslysten tilbake.

Selv om både Kai og Jon opplevde diagnosen som vanskelig å håndtere, ser vi at de klarer å snu denne håpløsheten om til en slags livskraft. Dette er, i følge Madsen (2006), en fordel for mannlige pasienter. Gjennom sine samtaler med danske menn, finner han at mange raskt øyner håp. I stedet for å bekymre seg, prøver de heller å fokusere på optimisme og muligheter.

”Det var jeg som trøstet dem”

Ettersom flere av mennene opplevde at familie og venner taklet kreftdiagnosen dårligere enn dem, føler noen at rollene ble byttet om i sykdomsperioden. I stedet for å søke støtte hos familien, følte både Jon (35) og Rolf (37) at de måtte ta seg av, og skåne sistnevnte. Jon forteller at han prøvde å virke mer oppegående enn det han følte seg, når han fikk besøk på sykehuset. Ettersom Jon var fysisk svak, samtidig som han fikk mye besøk, tærte dette på kreftene. Jon beskriver sin opplevelse av ”skuespillet” slik:

”Ja, dette går fint”. Også må du bevise at du er frisk hele tida. (...) Kjempeslitsomt å være blid hele tida. Ikke sant, hver gang jeg fikk besøk, så måtte jeg liksom: ”Hei, hei. Heeey”, ikke sant. Det tok på altså (...)

I likhet med Jon, følte også Rolf (37) at han måtte skåne familien fra det som skjedde med ham i sykdomsperioden:

Rolf: (...) Altså, jeg hadde jo ikke fortalt noe særlig til foreldrene mine om dette her egentlig. Fordi jeg trodde bare at det var en vanlig fettkul. (...) Så... Foreldrene mine, og familie og nærmiljøet rundt meg visste egentlig ikke noe spesielt om dette her egentlig, før (han fikk diagnosen). For jeg valgte selv å ikke si så veldig mye om det. For jeg visste det jo ikke selv.

Kari-Anne: Kanskje for å skåne de også?

Rolf: Ja, egentlig. For, i forhold til egen familie, så var det egentlig det, ja. Jeg vil si det.

Kari-Anne: Følte du at du måtte ta deg litt av dem når de...?

Rolf: Ja, egentlig. Ja. Ja. Faktisk så følte jeg at det var litt ansvar... Eller skåne de, litt sånn og på en måte. Jo, det stemmer nok det. (...) Jeg tenkte sånn. (...)

Som vi ser av sitatet, kan det tenkes at jeg gjennom mitt ledende spørsmål, legger ordene i munnen på Rolf. Likevel fikk jeg inntrykk av at han, gjennom mitt spørsmål, fikk et nytt syn

på situasjonen; Ettersom Rolf følte ansvar for familien, ventet han med å fortelle om legebesøkene og operasjonen til etter han hadde fått diagnosen. Siden han ikke ville uroe dem unødige, var dette et bevisst valg fra hans side.

Forskning tyder på at menn ofte føler ansvar for familien når de selv blir syke (Lilleaas 2005, Madsen 2006). For å holde familien oppe, prøver mennene å fremstå som sterke og uaffiserte. I Lilleaas (2005) studie av menn med hjerteinfarkt, viste det seg at mennenes ufølsomme måte å takle sykdommen på, nærmeste tvang konene til å bli mer emosjonelle enn de i utgangspunktet var. Det ser ut som om både menn og kvinner oppfører seg i forhold til et tradisjonelt kjønnsrollemønster, hvor mannen er familiens sterke beskytter, mens kvinnen gjør følelsesarbeidet. Denne fordelingen bidrar til at det tradisjonelle kjønnsrollemønsteret blir bekreftet og forsterket.

Fra en aktiv mann til en kropp som ikke fungerer

Gjennom mine samtaler med mennene kommer det frem at flere ble overrasket over hvor dårlige cellegiften gjorde dem. Jeg får inntrykk av at den kroppslige opplevelsen av å ikke fungere normalt, var ny og ubehagelig. Siden de fleste mennene aldri hadde vært alvorlig eller langvarig syke før, kom denne følelsen høyst uventet.

Lilleaas (2005) finner i sin studie av hjertesyke menn, at de gjennom såkalte ”nær – døden opplevelser”, forstår at de er dødelige. I følge Lilleaas opplever mange hjerteinfarkt som et sjokk. Men etter å ha tenkt seg om, forteller flere av mennene at de lenge har hatt en mistanke om at noe har vært galt. Mennene i Lilleaas studie beskriver kroppen før infarkt som sterk, utholdende og arbeidende. Fra å være produktive menn, blir de i neste øyeblikk pasienter som konfronteres med døden (Lilleaas 2005:21-23).

Flere av mennene i min utvalg opplevde imidlertid tanker om å være mann i en kropp som ikke fungerte, som ubetydelige. Ettersom de var såpass svake fysisk, kan se ut som om mennene i sykdomsperioden hadde mer enn nok med å komme seg igjennom dagene på best mulig måte. Knut (33) beskriver dette slik:

Altså, det her med sykdommen. (...) Plutselig så blir livet mye, mye enklere. Mens det vanligvis var masse forskjellige ting man tenkte på og lurte på og bekymret seg over, så ble liksom bekymringene nå veldig mye enklere. Det var liksom sånn: Får jeg sove i natt? liksom. Eller: Klarer man å komme seg liksom, fra dit til dit? Men, jeg var så sliten så (...). Jeg tror ikke jeg tenkte så mye i det hele tatt. Jeg er veldig glad i å lese, og jeg var heldigvis sånn at jeg kunne lese stort sett under hele oppholdet. Så jeg brukte veldig mye tid på å lese. Og jeg begravde meg nok litt i bøker og sånne ting, og brukte, flytta litt inn i det trur jeg. For å slippe å tenke så veldig mye trur jeg

Det kan se ut som om Knut ikke hadde overskudd til å tenke på annet enn det som var helt nødvendig for å komme seg igjennom dagen. På den andre siden forteller Knut at han brukte bøkene som et slags redskap for å skyve tankene over på noe annet enn sykdommen.

Ettersom han var såpass svak fysisk, kan det tenkes at tanker vedrørende sykdommen var for psykisk belastende å bearbeide i denne perioden.

Bedre enn opplevelsen av å være syk, husker Kai (36) at han begynte å komme i form igjen. Da jeg spør om det var vanskelig å innse at kroppen ikke fungerte som den skulle, svarer han:

Ja, det var irriterende. For det var liksom ting en var vant til å gjøre, og så var det liksom: Nei, det orker vi ikke. Det klarer vi ikke. Det blir jo... Blir deprimert av det også, liksom. (...)

I tillegg til å være fysisk syk, opplevde Kai det som vanskelig å være for svak til å utføre ”vanlige” arbeidsoppgaver. Han beskriver det som en seier da han ble så sterk at han klarte å klippe plenen igjen.

For Jons (35) del, hang den dårlige formen i lenge etter at behandlingen var avsluttet. Før han ble syk var han i god fysisk form. Han trente mye, og var aktiv i den lokale idrettsforeningen. Da Jon etter behandlingen vendte tilbake til hverdagen, merket han at kroppen ikke fungerte som før. Jeg ville vite om dette var vanskelig å innse:

Ja, det var jo det. For jeg var jo ofte og løp (før sykdommen). Men jeg, jeg trente meg jo opp igjen. Så jeg var jo på, den stafetten oppi her, Manpower Stafetten faktisk. På våren, så løp jeg for jobben min. Den femkilometeren var grusomt tung husker jeg. (...) Så jeg var jo i gang da. Men det var etter det at jeg ikke fikk trimma så mye. For jeg kjente at jeg var ikke som før i det hele tatt. Så jeg gikk jo fra å være en veldig aktiv treningsperson, til å være en mer vanlig person da, som jobber og... Ikke gjør så mye sånt.

Håndtering av tanker og følelser

”Jeg ville ikke gå hjemme og sture”

Ettersom kreftbehandlingen kan være både fysisk og psykisk krevende, får jeg inntrykk av at en positiv innstilling er viktig i sykdomsperioden. Flere av mennene opplevde aktiviteter som fikk tankene deres bort fra diagnosens alvorlighet, som avgjørende for å komme igjennom behandlingen. Dette kan tenkes å være mennenes måte å håndtere tanker og bekymringer vedrørende sykdommen på.

Dansk forskning bekrefter tendensene jeg finner i mitt materiale. Madsen (2006) hevder at menn helst vil være frie for bekymring, både egne og andres. Gjennom Madsens samtaler med mannlige pasienter, finner han at mange bagatelliserer sykdommens alvorlighet, og heller fokuserer på håpet. Dette betyr ikke nødvendigvis at syke menn ikke *har* bekymringer. Derimot kan det tenkes at sistnevnte prøver å unngå å kjenne på slike bekymringer.

Jon (35) forteller at det for ham var viktig å trene opp kroppen mellom cellegiftkurene:

Kari-Anne: Mellom behandlingene, var det noe spesielt du tenkte på eller var bekymret over eller noe sånn? Kan du huske det?

Jon: Nei, det var ikke noe... Det gikk liksom ikke opp for meg før siste kuren. (...) Det eneste jeg var konsentrert om da, var å trene meg opp igjen. Det var det jeg holdt på med, så du kanskje forskjøv det (tankene) litt unna.

Gjennom treningen klarte Jon å distansere seg fra tanker og bekymringer vedrørende sin egen medisinske situasjon.

Både Lars (26) og Marcus (28) var såpass unge at de fremdeles gikk på skolen da de ble syke. Ettersom begge opplevde det som viktig å ikke komme på etterskudd, fulgte de i behandlingsperioden undervisningen så godt det lot seg gjøre. Selv om behandlingen gjorde dem fysisk svake, opplevde de skolegangen som meningsfullt. Da jeg spurte Marcus om han egentlig var i form til å være på skolen, svarte han:

Nei, egentlig ikke. (...) For jeg hang jo bare i stolen. Så det var kun på viljestyrke at jeg kom meg på skolen. Jeg ble kjørt da, for jeg kunne ikke... jeg hadde ikke klart å stå på bussen liksom. (...) Så jeg var jo ikke frisk nok til å være på skolen. Men på viljestyrke så gjorde jeg det. (...)

Marcus synes han var heldig som var så oppegående at han orket å gå på skolen i sykdomsperioden. Likevel innrømmer han at det måtte både innsats og vilje til for å klare å gjennomføre skoledagen. Selv om det ville vært mest naturlig å slappe av hjemme, føler Marcus at han gjorde rett i å dra på skolen. Gjennom å fortsette på skolen fikk han i sykdomsperioden tankene over på noe annet enn sin egen situasjon.

For Lars var viktig å leve så normalt som mulig når han mellom cellegiftkurene var hjemme fra sykehusets. I følge Lars, hindret dette ham i å bli "kjørt ned" i sykdomstenkning. Ettersom skoledagen tappet ham for krefter, var også han nødt til å ty til ren viljestyrke for å presse seg igjennom.

I likhet med Marcus og Lars, forteller Rolf at han ville fortsette å jobbe helt frem til han skulle opereres. Selv om Rolf i denne perioden fikk tilbud om permisjon fra jobben, valgte han å takke nei:

(...) Jeg ville ikke gå hjemme og dekke og sutre. Så for meg var det viktig å ha noe å gjøre. Ikke gå hjemme og tenke på alt det fæle som kunne skje. Så jeg valgte og heller dyng meg i jobb, hvis du skjønner? Så jeg ble i hvert fall overlappet, ikke gå hjemme og dekke. Jeg orket ikke det.

I stedet for å ta ut permisjon, jobbet Rolf mer enn noen gang. For Rolf var dette en måte å håndtere diagnosen på. Ved å "dyng" seg i jobb, skjøv han tankene bort fra bekymringer knyttet til diagnosen.

Knut (33) følte at det var trygt å være på sykehuset når han var syk. Likevel opplevde han det som viktig å reise hjem mellom behandlingene. Ettersom sykehus er fulle av sykdom, har Knut en forestilling om at man ikke blir ordentlig frisk der. Når Knut fikk besøk av kameratene på sykehuset, eller når han var hjemme mellom behandlingene, var det derfor viktig for ham å snakke om andre ting enn sykdommen.

Kapittel 5. Selvforståelse

I forrige kapittel så vi hvordan mennene opplevde og håndterte ulike sider av sykdomsperioden. I dette kapittelet vil jeg se på sykdommens betydning for mennenes selvforståelse. Først vil jeg skissere hvordan sykdommen markerer et skille med det livet mennene levde før de ble syke. Deretter vil sykdomsopplevelsens betydning for mennenes verdier og prioriteringer, behandles. I tillegg vil sykdomsopplevelsens betydning for mennenes forståelse av livet, i dette kapittelet stå sentralt. Kapittelet avsluttes med et spørsmål om hvorvidt opplevelsen av å være alvorlig syk har endret mennenes selvforståelse.

Et skille i livet

Gjennom mine samtaler med mennene får jeg et innblikk i hvordan sykdommen har påvirket sentrale verdier i livene deres. Denne påvirkningen gjør seg gjeldende på forskjellige områder. Da jeg møtte dem, hadde alle vært ”friske” i flere år. Likevel får jeg inntrykk av at mennene i beskrivelsen av deres nåværende helsetilstand, opplevde ordet ”friskmeldt” som litt for sterkt. I stedet snakker de om hvor lang tid som har gått siden de var ferdig behandlet. Dette kan henge sammen med at de fleste fortsatt blir kalt inn til regelmessige kontroller. Disse kontrollene foretas enten på det sykehuset hvor de ble behandlet, eller på deres lokale sykehus. I stedet for å spørre: ”Er du friskmeldt?”, får jeg inntrykk av at formuleringen: ”Har du hatt tilbakefall?” ville vært mer passende. Etersom jeg i intervjuene brukte den første formuleringen, svarte mennene som regel: ”Ja, men jeg går fortsatt til kontroller”. Dette kan tyde på at sistnevnte ennå ikke føler, eller tør å betrakte seg, som 100 prosent friske.

Under intervjuene skiller jeg mellom å spørre om perioden før, under og etter sykdommen. Etersom mennene svarer i tråd med dette skillet, får jeg inntrykk av at de opplever det som naturlig å snakke om livet før og etter sykdommen som atskilte perioder. Dette tyder på at sykdommen markerer et brudd med det livet de levde før de ble syke. I hvilken grad dette bruddet beskrives som et vendepunkt, varierer i mennenes fortellinger.

Verdier og prioriteringer

Felles for mine informanter er at sykdomsopplevelsen har gjort dem oppmerksomme på verdien av god helse. Denne oppmerksomheten gjør seg mest gjeldende i fortellingene til Knut (33) og Nils (36). Begge var såkalt ”arbeidsnarkomane” før de ble syke. Knut flyttet langt fra venner og familie da han i ung alder fikk ”drømmejobben”. Han var opptatt av karriere, og det var viktig for ham at arbeidsdagen var fylt med utfordringer. På spørsmål om han kan fortelle litt om seg selv og det livet han levde før han ble syk, svarer Knut:

(...) Rett etter at jeg var ferdig i militæret så fikk jeg meg egentlig drømmejobben. (...) Så det var jo en fantastisk jobb, for det var liksom midt i interessefeltet og det var faglig motiverende og det var egentlig liksom, litt hobbyen og egentlig, som jeg nå fikk jobb i. Så det var jo egentlig helt fantastisk. Problemet viste seg litt etter hvert at det her var da hundre mil fra venner og familie, og det ble bare jobb egentlig. (...)

Knut var entusiastisk over sin nyervervede stilling. I tillegg til å være relevant for utdannelsen hans, var dette også en av Knuts fritidsinteresser. Etter en periode i ”drømmejobben”, dukket imidlertid problemene opp. Knut begynte å kjenne savnet etter samvær med familie og venner. Dessuten viste det seg at arbeidsmengden strakk seg langt utover en vanlig heltidsjobb. For Knut ble dagene og ukene nesten utelukkende bestående av jobbing.

Før Nils ble syk, følte han at han hadde et karrierejag over seg. Da han takket ja til en godt betalt jobb, ble han, i likhet med Knut, nødt til å flytte langt fra familie og venner. Selv om han måtte bosette seg i en annen landsdel, og jobben ikke var så relevant i forhold til utdannelsen, veide lønna opp for dette. Nils levde i denne perioden hektiske dager med mye overtid. Etersom han var i en etableringsfase, oppfattet han overtiden som en nødvendighet. Både for å ha mulighet til å kjøpe seg det han hadde lyst på, og for å legge seg opp penger til fremtiden. Jeg var nysgjerrig på hvorvidt Nils utenom arbeidstiden hadde tid til å dyrke noen interesser:

Nei, altså jeg drev ikke med noe aktiv idrett eller sånne ting. Så det var jo jobb, og det var jo... (...) Ellers så var egentlig de fritidsaktivitetene jeg holdt på med utenfor jobb, sammen med arbeidskollegaer. Sånn sett. Men jeg jobbet jo veldig mye overtid, for jeg hadde jo et par hundre timer i overtid i snitt, hvert år. (...).

Ut fra sitatet får jeg inntrykk av at Nils jobber overtid for å ”sikre” fremtiden. Han planlegger, og har en nokså klar oppfattelse av hvordan han ønsker å ha det senere i livet.

Fra jobborientering til familieorientering

Datamaterialet viser at mennenes grunnleggende verdier i stor grad bestemmer deres prioriteringer i hverdagen. Både Knut (33) og Nils (36) levde travle liv sentrert rundt jobben, da de første symptomene gjorde seg gjeldende. Til tross for at begge forteller om et nært forhold til familie og venner, hadde jobben førsteprioritet i hverdagen. For både Knut og Nils har imidlertid betydningen av jobb og karriere etter sykdomsopplevelsen forandret seg. Som en følge av dette, skiftet begge etter sykdomsperioden jobber, og flyttet tilbake til hjembyen. Ettersom Knut føler at han etter sykdommen har blitt sterkere knyttet til familie og venner, er han villig til å strekke seg veldig langt for å beholde denne kontakten. Han opplever det som mye vanskeligere å skulle bosette seg langt fra familie og venner nå, enn hva han gjorde før. I motsetning til før han ble syk, jobber Knut nå fra 7-15. Fritiden tilbringer han sammen med familie og venner. På spørsmål om hvordan en vanlig dag ser ut nå, i forhold til før han ble syk, svarer Knut:

Litt sånn der klassisk, det der... (før), så på en måte levde jeg for jobben. (...) Og her jobber jeg mer for å leve egentlig. Så, her er det mer sånn... Jobben er fra sju til tre. Ferdig klokka tre, stort sett hver dag. Og da er det egentlig å komme seg hjem og slappe av litt, og være hjemme med familien. (...) Ellers så er jeg veldig opptatt stort sett i helgene. (...) Jeg er (...) ganske aktiv på fritida. Det er jeg i og for seg. Og jobben nå har blitt liksom, det er i og for seg, det er ålreit, jeg trives jeg. Men det er liksom, jobben er liksom en ting jeg har fra sju til tre, og som er grei å ha, og som jeg har fordi jeg trenger penger og sånne ting. Men ikke noe mer enn det.

Vi ser at Knut etter sykdommen har forandret sitt syn på jobben. Før opplevde han jobb og karriere som svært betydningsfullt. Jeg får inntrykk av at arbeidet var et mål i seg selv. Det kan se ut som om familie og venner etter sykdomsperioden har overtatt den plassen som jobben tidligere hadde i Knuts liv. Nå ser han i stedet på jobben som et nødvendig middel for å kunne leve. Før han ble syk, var Knut så opptatt med jobb at han nesten ikke hadde tid til annet. Nå er han mer opptatt utenom jobben, på fritiden. Knut forklarer hvordan sykdommen har forandret hans måte å prioritere på:

(...) Men før så var det... Tenkte man jo litt på det her med jobb og karriere. Viktig å ha utfordringer i jobben og sånne ting. Det er ikke så viktig nå lenger. Faktisk. Det har og litt med kreft, sykdommen å gjøre, trur jeg. Nå er det liksom viktig å ha det bra med seg selv. Egentlig.

For Knut har betydningen av karriere og en utfordrende jobb, blitt erstattet med verdien av fritid, og samvær med familie og venner. Som et resultat av dette, prioriterer han nå fritid og sitt sosiale liv på bekostning av en utfordrende jobb og høy inntekt.

I likhet med Knut, opplever Nils at det ”karrierejaget” som før sykdommen hang over ham, er borte. For å kunne flytte tilbake til hjembyen, takket han etter sykdomsperioden ja til en jobb med mye dårligere lønn enn hva han før hadde hatt. I dag jobber han heller ikke mer overtid enn det som er høyst nødvendig. På spørsmål om han prioriterer annerledes nå, enn før han ble syk, svarer Nils:

Nils: Ja. Altså, fritid er enda mye mer viktig nå. (...) Økonomisk sett så er det vel heller ikke noe slingringsmonn, så da... Jeg ligger heller på nedsiden enn på oppsiden(...) Jeg gikk jo ned hundre tusen i lønn, for å flytte hjem, sånne ting. (...)

Kari-Anne: Men det med jobb og fritid, der har du forandret deg?

Nils: Der er det store forandringer ja. Altså, jeg jobber sjeldent overtid. Jeg jobbet den overtiden som jeg er nødt til å gjøre. For å få jobben til å gå rundt. Men å... Jobbe i helgene og sånt, det skjer aldri nå. Rett og slett.

På samme måte som Knut, ofret også Nils sin godt betalte jobb for muligheten til å være nær familie og venner. Likevel kan det se ut som om de to mennene har hatt ulike verdier som bakgrunn for deres karriereorientering. Til forskjell fra Knut, snakker Nils mer om penger og materielle ting, enn om verdien av en meningsfylt jobb. Jeg får inntrykk av at Nils har en tenkt ”standard” som han arbeider for å realisere. Likevel har de to fortellingene en sentral liket: Gjennom å forandre grunnleggende verdier, har sykdommen ført til en total forandring i mennenes prioriteringer. Man kan i denne sammenheng knytte mennenes liv før kreften til tanken om å være i *kroppslig beredskap* for jobben (Lilleaas 2003,2005). Etter sykdomsperioden forandres imidlertid denne kroppsliggjorte plikt – og ansvarsfølelsen til en form for kroppslig beredskap for familie og venner. I Nils tilfelle handlet hans kroppslige beredskap for jobben om å ivareta familien økonomisk. Etter sykdomsperioden kommer imidlertid hans omsorg ovenfor familie og venner mer tydelig frem. I motsetning til før sykdommen, prioriterer han nå sosiale relasjoner på bekostning av økonomiske hensyn.

Forskning bekrefter tendensene jeg finner i mitt materiale. En amerikansk studie av menn med testikkelkreft, konkluderer med at sykdommen førte til en fase som oppfordret mennene til å revurdere sine tidligere prioriteringer (Sabo & Gordon 1995). I tillegg kan mine informantere endrede verdier og prioriteringer knyttes beskrivelsen av *bryterne* i Lilleaas og Widerbergs (2001) studie av trøtthet. Dette er personer som tar et oppgjør med tidligere helseskadelige vaner, som overtidarbeid, dårlig kosthold og lite mosjon. Ettersom sykdomsopplevelsen har gitt noen av mennene i mitt materiale nye verdier, har de ”brutt” med sin tidligere karriereorienterte livsstil, og begynt å prioritere det sosiale liv.

I motsetning til mitt materiale, viser imidlertid Lilleaas (2005) studie av hjertesyke menn at de etter sykdommen fortsatte å bekymre seg for jobb og økonomi. Noen var etter hjerteinfarkt et nødt til å slutte i jobben, eller trappe ned på arbeidsmengden. Til tross for at flere hadde koner med gode jobber og høye inntekter, bekymret mennene seg over familiens økonomi. Slike forskjeller kan ha flere årsaker. Mine informanternes prioritering av fritid og sosiale relasjoner, bryter med det tradisjonelle kjønnsrollemønsteret, hvor mannen knyttes til økonomi og karriere, mens kvinnen føler ansvar for familiens sosiale relasjoner. For det første tilhører mennene i Lilleaas studie en eldre generasjon enn mine informanter. Det kan i denne sammenhengen tenkes at eldre generasjoner har et mer tradisjonelt syn på mannen som familiens hovedforsørger. Når mennene blir syke, føler de derfor at de svikter sitt ansvar for familien. Seidler (2006:175) understreker i denne sammenheng betydningen av at dagens unge menn vokser opp under andre omstendigheter enn hva deres fedre gjorde. I følge Seidler har det foregått et radikalt brudd mellom dagens, og tidligere generasjoner. For det andre kan det, som tidligere nevnt, tenkes at mine informanternes engasjement i UG har betydning for deres verdier og prioriteringer. Hvis det i UG finnes en allmenn oppfatning om at familie og venner er mer verdifullt enn karriere og økonomi, kan slike prioriteringer oppleves som mer ”legitime” for UGs medlemmer, enn for andre menn.

Medlemskap i UG

Mitt datamateriale tyder på at det finnes to grunnleggende årsaker til informantenes deltakelse i UG. Det ser ut til at mennene først og fremst melder seg inn i UG for å få dekket sine behov for å bearbeide sykdomsopplevelsen. Etter at dette behovet er dekket, kan det se ut til at mennene har behov for å utrette noe for andre som er i samme situasjon. De fleste som har fått sykdommen på avstand, forteller at deres engasjement i UG skyldes at de har lyst til å hjelpe andre som går igjennom det samme som de selv har gjort. Ettersom flere beskriver dette som å ”gi noe tilbake”, kan det se ut som disse mennene ønsker å bidra til gruppen som har hjulpet dem med å bearbeide sykdomsopplevelsen.

Mine funn blir bekreftet av tidligere forskning på området. Sabo & Gordons (1995) studie av menn med testikkelkreft, viser at mennene håndterte sykdommen på to måter. Flertallet av mennene definerte etter behandlingsperioden sykdommen på en måte som bekrefter det tradisjonelle maskulinitetsidealet. Disse mennene beskrev sykdommen som en kamp som de kjempet, og vant. Et fåtall av mennene definerte imidlertid sykdommen gjennom å vise til

mer utradisjonelle maskulinitetsidealer. Noen av disse mennene oppfattet seg etter sykdomsperioden som mer følelsesladde, og fortalte at de var mer opptatt av sosiale relasjoner. For noen av mennene ga dette utslag i at de begynte å prioritere familie og venner på bekostning av jobben. Andre tok etter sykdommen på seg verv i frivillige organisasjoner, og fortalte at det har fått dem til å føle seg bedre med seg selv. Sistnevntes følelse av mannlighet ble imidlertid ivaretatt ved at de beskrev dette frivillighetsarbeidet som teknisk og instrumentelt.

Sykdomsopplevelsens livskunnskap

Å leve i nuet

Jeg får gjennom intervjuene inntrykk av at de fleste av mennene har gjort seg opp tanker vedrørende fremtiden. Hvordan de berører dette temaet varierer, men fortellingene har et overordnet likhetstrekk. I stedet for å være så fremtidsorienterte, har sykdommen på en eller annen måte lært mennene å leve her og nå. For flere har dette resultert i at de nå prioriterer å gjøre ting de har lyst til, på en annen måte enn før. Nils (36) uttrykker dette slik:

Kari-Anne: Føler du at du har noen andre forventninger til deg selv nå, enn det du hadde før?

Nils: (...) Altså, nå kan egentlig livet gå som det går. (...) Nå vet jeg jo hvor brått livet kan ta slutt. (...) Før så jeg liksom mer fremover. (...) Nå gjør jeg ikke det. (...) Men livet er såpass kort, at det er ikke noe vits... Altså, jeg sparer ikke noe mer på sånne ting. Jeg gjør det jeg har lyst til å gjøre, der og da. Fordi jeg gidder ikke å vente et år, og risikere da at... (...) Enten så er jeg ikke her, eller så er du... Ja, det ene eller andre kan ha skjedd.

Nils beskriver hvordan sykdomserfaringen har gjort ham oppmerksom på hvor fort livet kan forandre retning. Denne kunnskapen har resultert i en oppfatning om at det er risikabelt å utsette ting man har lyst til å gjøre.

I likhet med Nils, er heller ikke Knut (33) så fremtidsorientert som han var før. I stedet for å bekymre seg for fremtiden, tar han heller ting som de kommer. Etersom man aldri kan vite hva fremtiden vil bringe, opplever Knut det som unødvendig å bekymre seg for ting som kan komme til å skje. I tillegg understreker Knut at han opplever denne uvitenheten som en lettelse.

Ingen selvfølge å være frisk

I tillegg til mennenes verdier og prioriteringer, har sykdomsopplevelsen for noen hatt betydning for hvordan de oppfatter sin egen livssituasjon. Både Knut (33) og Kai (36) forteller at de etter sykdommen verdsetter ting på en annen måte enn før. På spørsmål om sykdommen har forandret hans syn på hva som er viktig i livet, svarer Knut:

Jeg vet ikke. Jeg vet ikke om jeg har forandret så veldig mye syn på det. Det jeg har... har kanskje forandret littegrann syn på er... Om mulig så er jeg kanskje mer takknemmelig for det jeg har, tror jeg... (...) Og kanskje så tar jeg kanskje ikke så mye for gitt. Jeg vet ikke. Jeg håper at jeg ikke gjør det i hvert fall. (...).

I likhet med Knut, føler Kai at han før sykdommen tok alt som en selvfølge:

Kai: Jeg setter pris på mer ting nå, tror jeg. Jeg gjør nok det. Før så var liksom alt en selvfølge da. Før så hadde en liksom aldri vært noe dårlig, så... Nei, så du setter nok pris på...

Kari-Anne: Verdsetter ting på en annen måte?

Kai: Ja. Er man i form, så skal man sette pris på det. Men en gjør jo ikke det, for det er liksom sånn det skal være liksom. Det er jo ikke det for alle.

Kai opplever at han etter sykdommen verdsetter ting, spesielt god helse, på en annen måte enn før. Opplevelsen av å være alvorlig syk har gjort ham oppmerksom på at man ikke nødvendigvis kan sette likhetstegn mellom det å være ung, og god helse. Før mennene selv ble syke, hadde flere en oppfattelse om at unge mennesker ikke ble rammet av alvorlig sykdom. Slik beskriver Nils hvordan han før sykdommen oppfattet sin egen situasjon:

(...) Den tida, hvor du, hold på å si, er udødelig og alt går bra. Og en kan egentlig bare legge opp penger og spare penger og kjøpe det du vil og... (...).

Nils beskriver seg selv som ”udødelig” før han ble syk. Han jobbet mye, tjente godt, og var opptatt av å sikre fremtiden økonomisk. Da sykdommen inntreffer, blir han imidlertid stilt ovenfor problemer som ikke kan løses med penger.

Endret selvforståelse?

Sykdomsopplevelsen har, i tillegg til mennenes prioriteringer og forståelse av livet, gjort noe med hvordan de oppfatter seg selv. Flere av mennene føler at de nå er sterkere psykisk, enn det de var før sykdommen. For noen henger dette sammen med deres engasjement i

Kreftforeningens Ungdomsgruppe (UG). Gjennom mennenes tilknytning til UG, har flere stått frem og presentert sin sykdomshistorie, både gjennom foredrag, og i media. Dette har for mange vært en personlig utfordring.

Både Kai (36) og Jon (35) forteller at de etter sykdommen har fått bedre selvtillitt. Kai beskriver seg selv som rolig og lite fremtredende. Før han engasjerte seg i UG likte han ikke å ” snakke høyt ” i forsamlinger. På spørsmål om hvordan sykdommen har påvirket hans selvforståelse, svarer Kai:

Jeg har blitt blidere kanskje. Også er det som jeg sa, jeg setter mer pris på ting, og er litt mer... (...) Jeg har blitt mer omgjengelig, tror jeg (latter)... Enn jeg var før. Jeg har fått noen utfordringer... Når jeg prater med fremmede og litt sånt. Jeg har jo aldri pratet høyt i forsamlinger før, og det har jeg jo gjort nå de to siste årene... Liksom takke for gaver vi (UG) har fått og... Det har nok gitt meg litt der, blitt litt sterkere sånn.

Kai føler at hans arbeid for UG har påvirket selvtilliten hans i positiv retning. Dessuten tror han sykdomsopplevelsen har gjort ham til en blidere og mer omgjengelig person. Kai føler at han nå tør å gjøre ting, som han ikke ville ha turt uten sykdomsopplevelsen. Dessuten har hans engasjement i UG gitt ham muligheter til å gjøre ting, som han ellers ikke ville fått.

Jon føler at han, gjennom sykdomsopplevelsen, har utviklet seg psykisk. Jon ble rammet av kreft allerede i 20 årene. Jon opplever at ting som andre oppfatter som problemer, ikke egentlig er noe problem i hans øyne. Som en konsekvens av sykdomsopplevelsen, skal det mye mer til før han opplever ting som problematiske. Jon forteller at han i dag ikke tar seg selv så alvorlig som før, og at han prøver å se humoren i selv de alvorligste ting.

På samme måte som Lars, tror Marcus (28) at han, som en konsekvens av sykdomsopplevelsen, er psykisk sterkere enn andre menn på hans alder. Opplevelsen av å overleve en alvorlig sykdom har gjort Marcus oppmerksom på at det er mulig å komme seg helskinnet igjennom tunge perioder. I stedet for å ødelegge ham, føler Marcus at han etter sykdomsperioden er sterkere rustet i møtet med fremtidig motgang.

I motsetning til det vi har sett tidligere i kapittelet, opplever ikke alle mennene sykdommens betydning for deres selvbilde som positive. Rolf (37) opplever at han gjennom hele livet har vært psykisk sterk. Han føler derfor ikke at sykdommen har påvirket dette, verken i den ene eller andre retningen. Derimot forteller Rolf at han etter sykdomsperioden har blitt mer

innadvendt. Selv om Rolf føler at han etter sykdommen prioriterer litt annerledes, gir han samtidig uttrykk for at sykdomsopplevelsen ikke har gitt ham noe nytt syn på livet.

(...) Så det at jeg nå har fått en ny sånn a- ha opplevelse og sånn, det med sykdommen og sånn, det vil jeg ikke si. Jeg ville heller unngått hele skitten jeg, for å være helt ærlig. Jeg hører det, at noen sier at: Jeg har fått andre prioriteringer i livet, og fått ny innsikt i livet og... Altså, greit nok at noen får det, og jeg har selvfølgelig prioritert litt annerledes jeg også. Klart, jeg har mer fokus på venner og sånn enn før. Jeg er nok flinkere, til en viss grad i hvert fall, tar bedre vare på vennene og kontakt... De nære, det gjør jeg nok. Samtidig også med familien. Så det har nok gjort noe med meg, selvfølgelig. (...)

Jeg får inntrykk av at Rolf refererer til en *kulturell diskurs*, hvor overlevelse av alvorlig sykdom oppfattes som et vendepunkt, som fører til en forandring av grunnleggende verdier i livet (Frønes 2001). Rolf kjenner seg imidlertid ikke igjen i denne sykdomsforståelsen. I stedet uttrykker han misnøye over den situasjonen sykdommen har satt ham i. Jeg får inntrykk av at Rolf noen ganger blir oppgitt over hva sykdommen har gjort med livet og helsa hans. Det kan virke som om Rolf opplever beskrivelsen av sykdommen som et positivt vendepunkt, som naiv og lite meningsfylt. Til tross for dette, føler Rolf likevel at han etter sykdommen tar bedre vare på venner og familie, enn før.

I denne sammenheng viser Sabo & Gordons (1995) studie av menn med testikkelkreft, at mennene reagerer ulikt på sykdommen. Mens noen av mennene, etter å ha ”overvunnet” sykdommen, opplevde sin selvtillitt som forbedret, følte andre skam, og prøvde å skjule sykdommen for utenforstående. Sistnevnte gruppe forklarte sin håndteringsmetode med at de var usikre på hva andre tenkte om dem. Selv om en av mennene i mitt materiale føler at han etter sykdommen er mindre utadvendt enn før, har verken han eller noen av de andre, prøvd å skjule sykdommen for sine omgivelser.

Kapittel 6. Forhold til kropp og helse

I forrige kapittel så vi hvordan sykdommen hadde betydning for mennenes selvforståelse, og opplevelse av livet. I dette kapitlet vil jeg ta for meg mennenes forståelse av kropp og helse. Først vil jeg se på sykdomsopplevelsens betydning for mennenes forhold til egen kropp. Deretter vil mennenes tanker om tilbakefall behandles. Kapitlets siste del beskriver mennenes opplevelse av kroppen etter sykdommen. I denne sammenheng vil behandlingens langsiktige bivirkninger, samt kroppslige spor, stå sentralt.

Forskning viser at menn ikke tar symptomer på kreft alvorlig nok. ”De utsetter å gå til lege, selv om det er allment kjent at tidlig oppdagelse og diagnose er svært viktig for muligheten til å helbrede kreft” (Kreftforeningen 2006). For at menn skal ta ansvar for sin egen helse, er oppmerksomhet ovenfor kroppens signaler av avgjørende betydning. Ved å fange opp slike signaler, og reagere på dem, kan menn bli undersøkt og eventuelt starte behandlingen på et tidlig tidspunkt.

På grunn av ettervirkningenes fysiske begrensninger, har noen av mennene i mitt utvalg måttet justere sine planer for fremtiden. Disse begrensningene gjelder ikke bare mennenes arbeidsliv, men også fritiden deres. Som en konsekvens av behandlingens bivirkninger generelt, og fatigue⁴ spesielt, opplever flere av mennene trening og fysisk aktivitet som vanskeligere enn før de ble syke. Noen, spesielt de som var fysisk aktive før sykdomsperioden, opplever at kroppen ikke fungerer som før ved fysiske anstrengelser. Andre blir såpass slitne etter arbeidsdagen, at de mangler overskudd når kvelden kommer. For å være opplagte til en ny arbeidsdag, eller – uke, blir fritiden for disse mennene brukt til å hente seg inn igjen. Selv om mennene opplever sykdommen forskjellig, ser det ut som opplevelsen av å være alvorlig syk har gjort noe med deres forståelse av kropp og helse. Mitt generelle inntrykk er at de fleste nå er mer oppmerksomme på egen kropp og helse, enn de var før. Ut ifra mennenes beskrivelser av livet før sykdommen, kan det virke som om god

⁴ En tilstand karakterisert ved en subjektiv følelse av økt ubehag og nedsatt funksjonskapasitet pga. redusert energi. Denne tilstanden av økt ubehag og nedsatt funksjonskapasitet kan oppleves som tretthet eller svakhet som ikke forsvinner ved hvile eller søvn.

helse mer eller mindre ble tatt for gitt. Jeg har inntrykk av at kropp og helse på dette tidspunktet ikke var noe tema. I denne sammenhengen ser det ut som sykdommen har fungert som en slags ”vekker”. Ettersom sykdommen setter mennene i en ny og uønsket situasjon, blir de nærmest tvunget til å forholde seg til disse tingene.

Forskning bekrefter tendensene jeg finner i mitt materiale. Lilleaas (2005) finner i sin studie av hjertesyke menn, at noen, gjennom sykdomsopplevelsen, har blitt bedre kjent med seg selv. Noen opplever at sykdommen har vært en fin anledning til å revurdere tidligere helseskadelige vaner. Andre forteller at de har blitt mer sårbare, og betrakter dette som en positiv konsekvens av sykdommen.

Forholdet til egen kropp

Ny verdsettelse av kroppen

Gjennom mine samtaler med mennene, får jeg inntrykk av at kontroll over kroppen verdsettes høyere i dag, enn før de ble syke. Ettersom de fleste aldri før hadde opplevd alvorlig sykdom, er det nærliggende å tro at tanken på en syk kropp, var fjern. Lars opplever at det er godt å ha kontroll over kroppen, etter at sykdommen fratok ham denne muligheten. Som en konsekvens av dette, føler Lars at han har blitt flinkere til å lytte til kroppen. Etter sykdomsperioden fryktet Lars at denne oppmerksomheten skulle gå for langt, slik at han ble ”hypokonder”. I ettertid har han imidlertid opplevd at følelsen av å presse kroppen, og se at det går bra, hindrer ham fra dette.

Mennenes beskrivelser av sitt forhold til jobben, viser seg å inneholde informasjon om deres opplevelse av egen kropp. Alle forteller at det var godt å komme tilbake til jobb eller skole etter sykdomsperioden. Noen av de som vendte tilbake til jobb, opplevde en tilfredsstillende opplevelse over å kjenne at kroppen fungerte. Før han ble syk, hadde Knut (33) en godt betalt kontorjobb som krevde mesteparten av hans tid og krefter. Da han ble friskmeldt, valgte han å si opp kontorjobben til fordel for å arbeide med kroppen:

(...) Jeg syntes det var veldig deilig å begynne å jobbe når jeg først hadde kommet meg på topp, å begynne å jobbe fysisk med kroppen. (...) Noe som jeg i og for seg ikke har gjort så veldig mye av, men jeg synes det er veldig deilig. Og det var veldig deilig i begynnelsen, å kjenne det at kroppen fungerte liksom. Etter at den ikke hadde gjort det før, så var det veldig, veldig deilig. Og veldig tilfredsstillende egentlig.

Etter sykdomsperioden opplevde Knut følelsen av at kroppen fungerte som normalt, som tilfredsstillende på en helt ny måte.

Kai (35) beskriver følelsen av å komme tilbake i jobb som en seier:

Kari-Anne: Hva var det du syntes var det beste med å komme tilbake til jobben?

Kai: Eee. Nei, hva er det jeg skal si da... Deilig å være tilbake igjen liksom. Å virke igjen. Skjønne at det var... At det hadde gått bra. (...)

For Kai ga arbeidet ham en opplevelse av å virke igjen. Ved å fungere i jobben, forsto han at det hele hadde gått bra.

I motsetning til flere av mennene, jobber Jon (35) minst like mye i dag, som før han ble syk. På grunn av sykdommens ettervirkninger, valgte han å omskolere seg. I tillegg til å jobbe mye, er han på fritiden aktiv i flere foreninger. Etersom det ikke blir så mye tid til familien som han skulle ønske, har han litt dårlig samvittighet. Nå har han imidlertid begynt å si nei innimellom. Det klarte han ikke før. Jeg var nysgjerrig på hvordan han, etter å ha nådd bunnen rent fysisk, opplever å ha en kropp som fungerer:

Kari-Anne: Det må være deilig å kjenne at du er i stand til å holde et sånt tempo og, på en måte?

Jon: Ja, ja, ja. Jeg tenker jo over at jeg holder faktisk et veldig bra tempo. På jobben også, med alt det jeg har der også.

Etter å ha opplevd hvor svak sykdommen gjorde ham, synes Jon det er godt å kjenne at kroppen takler en travel hverdag.

Jeg får inntrykk av at mennene, gjennom å kjenne at kroppen takler de arbeidsoppgavene den ble utsatt for før sykdommen, får bekreftet at de er friske. Å vende tilbake til sine hverdagslige rutiner kan betraktes som et symbol på at mennene er ferdige med sykdommen, og klare til å fortsette livet som før de ble syke. I en studie av menn med testikkelkreft finner Sabo & Gordon (1995) at noen var ivrige på å returnere til arbeid og trening etter sykdomsperioden. I følge Sabo & Gordon skyldes dette et forsøk å benekte sykdommens alvorlighet. Connell (1995) viser i denne sammenheng til at utøvelse av sport har blitt den

ledende definisjonen på maskulinitet i massekulturen. I følge Connell bidrar idrett til en vedvarende synlighet av menns kropp i aktivitet. Ved å returnere til jobb og fysiske aktiviteter, får mennene bekreftet sin mannlighet, samtidig som de kan legge sykdomsperioden bak seg.

”Mer oppmerksom på egen kropp”

Som tidligere nevnt, opplever flere av mennene at de etter sykdommen har blitt mer oppmerksomme på sin egen kropp. Det kan se ut som om opplevelsen av alvorlig sykdom har gjort mennene flinkere til å lytte til kroppens signaler. Dessuten opplever flere at de er mer observante på kroppslige symptomer, samtidig som de tar sistnevnte mer alvorlig. Som en konsekvens av dette føler mennene at veien til legen, ved eventuelle symptomer, er kortere enn før. Tidligere i kapittelet så vi hvordan Lars etter sykdomsperioden var redd for at hans oppmerksomhet ovenfor kroppens signaler skulle resultere i hypokondri. Selv om førstnevnte egenskap er nyttig i bekjempelsen av sykdom, viser materialet viktigheten av å ikke bli beskyldt for sistnevnte ”lidelse”.

Før han ble syk, tenkte Knut (33) at kreft var noe som rammet andre, og ikke ham:

(...) Det som jeg må ta meg selv i enkelte ganger, er at jeg har blitt mer (...) obs på det her med kreft. Fordi før (...) jeg hadde fått kreft, så tenkte jeg ikke på det i det hele tatt. Det her med kreft var jo noe som skjedde andre. Men nå, så er det liksom sånn... Av og til så tar man seg selv i det å tenke det at: Å, liksom: Nå (...) er jeg i litt dårlig form. Å, hva kan det være, og sånne ting. (...)Hver gang jeg er inne til kontroll, ikke noe sånn veldig før og sånt noe. Men akkurat når jeg er inne, den dagen jeg er inne, da tenker jeg litt. På det. Og da går det litt tanker om det. Men, jeg tvinger meg liksom litt sånn til å ikke tenke på det. Rett og slett fordi at jeg vet at jeg gjør meg sjøl en kjempe bjørnetjeneste hvis jeg tenker på det.

Knut opplever at tankene fort går til kreft hvis han føler at kroppen ikke fungerer som den skal. Ettersom han oppfatter dette som irrasjonelle tanker, prøver han imidlertid å la være å tenke på det.

For Marcus (28) og Nils (36) har den største tilbakefallsangsten avtatt mer og mer i tiden etter sykdomsperioden. Selv om de har fått sykdomsopplevelsen på avstand, føler de likevel at den har gjort dem mer oppmerksomme på, og flinkere til å lytte til, kroppens signaler. På spørsmål om han tenker på tilbakefall i tiden rundt rutinekontrollene, svarer Marcus:

Tanken streifer meg jo, av og til. Men nå har det jo gått såpass mange år uten noen signaler om at det skal gå andre veien. Så en blir jo mer og mer sikker på at det skal... At det har gått den rette veien. Selvfølgelig, sånn som jeg sa i sted. En blir jo litt ekstra var hvis det skjer noen ting (...) som du vet at har vært feil med (deg) mens du var syk og. (...)

Selv om Marcus etter hvert som tiden går, blir mer og mer overbevist om at kreften ikke kommer tilbake, er han likevel observant på kroppslige symptomer som han kjenner igjen fra sykdomsperioden.

Også Nils føler at den største frykten for tilbakefall er over. Likevel følger han bedre med på kroppens signaler enn hva han gjorde før han ble syk. Da jeg spør om han tenker på muligheten for tilbakefall, svarer Nils:

Jeg gjorde det før, ja. Det gjorde jeg. Jeg tenkte veldig mye på det. Nå tenker jeg ikke så mye på det. Jeg er selvfølgelig... Når den dagen er der, og du tar blodprøver og alt det der, så er jeg jo spent på hva han (legen) ser på testene. Det er nok litt mer var for ting nå. Altså, når en begynner å bli... Hvis du begynner å bli syk. Nå er ikke jeg noe mer syk nå enn jeg var før heller. Men du kjenner jo litt mer etter... Kan du si, varselsignaler på om det skulle være noen ting.

For både Knut, Marcus og Nils har sykdomsopplevelsen bidratt til ny forståelse av menneskes kropp og helse. Før de ble syke beskrev de fleste mennene sitt forhold til kropp og helse som på en måte som kan sammenlignes med Seidlers (i Ervø og Johansson 2003) beskrivelse av modernitetens skille mellom kropp og bevissthet. Som vi så i det foregående kapittelet, levde noen av mennene før sykdommen, hektiske liv sentrert rundt jobb og karriere. Disse menneskes kroppslige forståelse kan i denne perioden sammenlignes med Seidlers beskrivelse av kroppen som en maskin. Etter sykdomsperioden vektlegger imidlertid både Knut, Marcus og Nils kroppens signaler om sin egen tilstand. På denne måten ser det ut som de knytter kroppen til bevisstheten på en måte som skiller seg fra deres tidligere oppfattelse(r).

Tanker om tilbakefall

I motsetning til tidligere, tenker flere av mennene etter sykdomsperioden, på muligheten for å bli rammet av alvorlig sykdom. Mest fremtredende er tanker om at kreften skal komme tilbake. Etter at behandlingen er avsluttet, blir mennene innkalt til regelmessige kontroller i et visst antall år. Bekymringene kommer som oftest like før, under, eller mens de venter på resultatet av disse kontrollene. Selv om frykten for tilbakefall er sterkest den nærmeste tiden

etter sykdomsperioden, viser det seg at slike tanker også er tilstedeværende i dag, flere år senere. Rolf (37) beskriver dette slik:

(...) De første to årene etter at jeg ble operert, så gruet jeg meg... Så slet jeg veldig. Jeg ble i veldig dårlig humør. Ble veldig amper dagene, ukene før jeg skulle på kontroll. (...) Og kanskje dynget meg veldig ned i arbeid. Nå tåler jeg det litt bedre. Men det er veldig tøft å reise inn på Radiumen på kontroll, og altså vente på svaret. (...) Så jeg sliter litt med det ennå altså. Jeg kvier meg... Jeg merker på meg selv at... Dagen før, eller to dager før jeg skal inn, så føler jeg liksom på kroppen at det ikke er helt kult altså. Hvis du plutselig får en dårlig nyhet, at: "Nei, nå må du plutselig (...)". Så det er klart at hver gang jeg er inne på kontroll, så er jeg litt sånn halvbekymret. Det er ikke noen grunn til å være det, men. (...)

Selv om Rolf føler at bekymringene for tilbakefall er irrasjonelle, gruer han seg i forkant av rutinekontrollene. Ettersom han frykter dårlige nyheter, opplever han tiden hvor han venter på resultatene som vanskelig.

Marcus (28) fikk tilbakefall kort tid etter at behandlingen var avsluttet. Ettersom det nå er 10 år siden tilbakefallet, blir han bare innkalt til rutinekontroll hvert femte år. Marcus har imidlertid valgt å gå til årlige kontroller, for å få bekreftet at alt er som det skal være.

For Kai (36) er frykten for tilbakefall først og fremst grunnet hans omsorg for familien:

(...) En tenker jo på det. For... Nå som jeg har fått et par unger og... Sånn da. Må jo bare leve videre, hold jeg på å si.

Kai føler at barna forsterker frykten for at kreften skal komme tilbake. Men ettersom han ikke får forhindret et eventuelt tilbakefall, prøver han å ikke la slike tanker knekke ham.

I motsetning til Rolf, ser Jon (35) faren ved å gi slipp på tilbakefallstankene. Jon fikk tilbakefall flere år senere enn hva legene betrakter som den mest "risikable" perioden for å bli rammet igjen. I dag har Jon vært frisk i mange år. Likevel klarer han ikke å la være å tenke på muligheten for at kreften kan komme tilbake. Ettersom Jon fikk tilbakefall lenge etter den mest "sannsynlige" perioden, ser han ingen grunn til at ikke prognosene kan slå feil igjen. På spørsmål om slike tanker gjør seg gjeldene før kontrollene, svarer Jon:

(...) Mer etterpå: Kommer det brevet i posten, liksom. Eller: Ringer de? Men jeg er jo veldig var på ting. Jeg ser jo det på røntgen. (...) Hvis du blir kalt inn om igjen, eller du får gå. Da er det greit, da vet du at du er frisk. Men hvis du blir kalt inn om igjen. Enten så har du trent så mye at du har fått så store lunger at de ikke er fornøyd med bildene, eller så ... Er det tilbakefall. For det... Når jeg hadde tilbakefall, så ble jeg innkalt elleve ganger uten at jeg skjønnte det. Nå skjønner jeg det. (...)

Ut fra sitatet ser det ut til at tilbakefallstankene starter allerede på sykehuset, den dagen rutinekontrollene utføres. Likevel opplever han tiden etter kontrollene, da han venter på resultatene, som verst. Etter flere år med rutinekontroller, har Jon lært seg å tolke ulike signaler. Gjennom sitt engasjement i UG, blir Jon regelmessig stilt ovenfor sykdom og død. Som medlem i UG er han vant til å miste venner til kreft. Slik beskriver Jon hvordan man i UG til stadighet blir minnet om sykdommens og behandlingens kroppslige påkjenninger:

(...) Men det er jo det at vi har hatt behandlinger, og det skjer ting med kroppen som ikke du veit. Og det går du jo og tenker på stadig, særlig når det skjer (med andre medlemmer av UG). Det er bare sånn: Oi. Hvorfor døde han ja? Også er det bare sånn: Ja, han stråla på hjertet. Og da er det jo greit, for da sprakk det en blodåre der (får en forklaring). (...) Så det blir jo sånn. Man tenker hele tida, når det skjer med han. Så kan det skje her også. Du får hele tida sånne tankevekkere. Du gjør det.

Vi ser at Jon har god kunnskap om sykdommen og behandlingens mulige konsekvenser. Jeg får inntrykk av at denne kunnskapen både virker beroligende og skremmende. På den ene siden opplever Jon tanken på at han kan være den neste, som skremmende. På den andre siden bidrar kunnskapen til en forståelse av hvorfor bivirkningene inntreffer. Hvis bivirkningene skyldes en behandlingsform som ikke Jon har vært borti, slipper han å uroe seg unødige.

Kroppen etter kreften

”Jeg har mistet litt piffen”

For alle mennene i mitt utvalg var behandlingen vellykket i den betydning at den fjernet kreften. Likevel får jeg gjennom deres sykdomshistorier inntrykk av at de fleste opplever kroppen etter sykdomsperioden som annerledes enn før. Selv om ikke alle mennene i mitt utvalg har gjennomgått cellegiftbehandling, opplever de fleste ettervirkninger av deres respektive behandlingsformer. Gjennom mine samtaler med mennene, får jeg inntrykk av at den vanligste ettervirkningen er en eller annen form for fatigue. Dette gir seg utslag i trøtthet, uopplagthet, konsentrasjonsvansker, mangel på energi, og humørsvingninger. Andre har opplevd bivirkninger som vektøkning, infertilitet, muskeltap, smerter og nedsatt funksjonsevne i en eller flere kroppsdeler. Dessuten har behandlingen gjort flere av mennene avhengig av daglig medisiner. I følge Connell (1995) konstitueres maskulinitet gjennom

kroppslig utøvelse. Når denne utøvelsen, som en konsekvens av sykdom eller fysisk handikap, ikke kan opprettholdes, går dette på mannligheten løs.

Nils (36), Rolf (37) og Lars (26) har på hver sin måte opplevd problemer i etterkant av behandlingen. Selv om Nils etter behandlingsperioden føler en forventning om at han burde være ferdig med sykdommen, opplever han at den henger igjen i kroppen. Da Nils etter behandlingsperioden kom tilbake i jobb, gikk det bare en måned før han ”møtte veggen”.

(...) Jeg orket jo ikke å jobbe overtid. Dermed så ble det også skralt, sånn sett (økonomisk). Så bølgedalene er veldig store. Det er vel det psykiske det ja. Det er vel der man ofte sliter. Det er jo også det der med at jeg er sliten. Det er ikke mange som ser det. (...) Jeg begynte i fulltid. Fysisk så hang jeg ikke med, rett og slett. (...) Men etter hvert så skjønnte jeg jo at... Jeg har jo fått et begrep om det etterpå at det var noe som heter fatigue. Hvor du er sliten og... Jeg har aldri oppfattet meg selv som giddelaus, men det er jo ikke det det er. Men det er jo ofte det at det er det fysiske som er det alle de andre som er utenfor ser. Men det er det innenfor de ikke ser. Og det var vel også noe som plaget samboeren også. For hun ville gjerne være ferdig med det, når behandlingen var ferdig. Og da skal du ikke snakke noe mer om det og sånne ting. Mens jeg hadde egentlig behov for å snakke om det. Så...

Ettersom Nils føler at kroppen ikke fungerer som før, sliter han med humørsvingninger. Ettersom ettervirkningene ikke er synlig for andre, blir dette ekstra vanskelig å håndtere.

Selv oppfatter Nils seg som både positiv og aktiv. Ettersom kroppen etter behandlingsperioden ikke lenger ”hang med”, og humøret var ustabil, kjente han ikke seg selv igjen. I ettertid har han gjennom UG fått informasjon om at fatigue er en vanlig ettervirkning av cellegiftbehandlingen.

I likhet med Nils, opplever også Rolf (37) ofte situasjoner hvor det forventes at han skal være frisk. Ettersom Rolf etter operasjonen sliter med daglige smerter og nedsatt funksjonsevne, opplever dette som vanskelig. Rolf må gjennom jobben hele tiden forholde seg til ”nye” mennesker. Ettersom disse ikke vet om hans sykdomshistorie, er han stadig nødt til å forklare sitt ”handikap”. Dette synes han er slitsomt:

Altså, jeg opplever noen ganger at folk... Sånn som når det er tunge løft, når man skal løfte på ting og flytte på ting, eller mer sånne anstrengende ting. Også sier jeg at: ”Nei, det kan jeg ikke”. Og da opplever jeg noen ganger at jeg ikke får forståelse for det. Fordi da vet selvfølgelig ikke vedkommende at jeg har en dårlig (muskel). For det ser du ikke. Du ser ikke på meg at jeg har kreft liksom (...). Og det synes jeg er litt sånn kjipt. For da må jeg faktisk inn å begynne å forklare: ”Jo, jeg er operert for kreft”. (...) Og da får jeg masse sympati og medfølelse: ”Jammen, stakkars deg”. Og det (...) synes jeg ikke noe om. Men det skjer. Ofte. Det synes jeg er litt kjipt. Det gjør noe med en liksom. (...)

Hvis ikke Rolf forklarer sin situasjon, møter han ofte lite forståelse for ting han ikke orker. I tillegg misliker han den overdrevne sympatien han ofte møter. De som kjenner Rolf har imidlertid stor forståelse for hans situasjon. Det beste med denne forståelsen er, i følge Rolf, at han slipper å forklare så mye. Det er nærliggende å tro at både kvinner og menn i en slik situasjon ville opplevd manglende forståelse som vanskelig. Hvis man ser dette i sammenheng med Mosses (1996) beskrivelse av den mannlige stereotypi, kan det imidlertid tenkes at menn har vanskeligere for å snakke om svakheter enn kvinner. Det mannlige idealet blir, i motsetning til det kvinnelige, ofte forbundet med kvaliteter som fysisk styrke, hardt arbeid og fravær av kommunikasjon og følelser. Å måtte fortelle andre, og spesielt kvinner, at man ikke kan utføre arbeidsoppgaver som "forventes av en mann", kan i denne sammenheng oppleves som vanskelig. I tillegg er det nærliggende å tro at følelsen av å ikke leve opp til den hegemoniske maskulinitetens idealer forsterkes idet man møtes med typisk "kvinnelige" reaksjoner, som sympati og medfølelse.

Lars (26) forteller at da han i tiden etter behandlingsperioden følte seg alt annet enn frisk, opplevde forståelse fra sine nærmeste som avgjørende. Da Lars noen år senere begynte å studere, fikk han likevel kjenne behandlingens konsekvenser på kroppen. Lars har etter behandlingsperioden slitt med både korttidshukommelsen og konsentrasjonen. Dette har imidlertid først og fremst bydd på problemer i eksamenssituasjoner. Etersom Lars har dokumentasjon på at problemene skyldes kreftbehandlingen, ble han flere ganger lovet tilrettelegging fra skolen side. Men siden tilretteleggingen ikke ble gjennomført, har disse problemene satt ham flere år tilbake i studieløpet. På samme måte som Nils, opplever Lars forventningene om å være frisk som frustrerende, når han sliter med ting som ikke er synlige:

(...) Det å vite at du er god nok. Det her kan jeg virkelig godt. (...) Også stryker jeg på eksamen fordi at jeg har en sånn professor som presser så hardt at jeg ikke klarer å huske hva han har spurt om. Og hva jeg har gjort, og hva jeg skal svare og sånt. Og det er klart at, jeg fikk aldri en sånn der knekk, der jeg la meg ned og syntes at livet var bare sørgelig. Men jeg fikk jo på en måte... Kjenne litt på livets harde realiteter når jeg da kan redegjøre for det her adekvat, og si at sånn og sånn er det, og har dokumentasjon på det. Og på en måte nesten ikke helt blir trodd. (...) At du forventes å være frisk, og har en funksjonshemming de nærmest ikke tror. Du blir gjort litt sånn der til tulling. Så det har jeg fått. Og det har jeg selvfølgelig felt noen tårer over. (...)

Som en følge av behandlingens ettervirkninger, har flere av mennene måttet tilpasse hverdagen etter deres fysiske tilstand. Noen har etter sykdomsperioden byttet enten yrke eller arbeidsoppgaver. Andre har omskolert eller etterutdannet seg. For noen har deres fysiske tilstand gjort dette nødvendig, mens andre har valgt det selv. Felles for mennene er at beslutningene helt eller delvis er en konsekvens av sykdommen og behandlingens ettervirkninger.

Rolf (37) ble tilbudt en lederstilling da han etter sykdomsperioden kom tilbake i jobb. Etter kort tid i den nye stillingen gikk ham på en smell, både fysisk og psykisk. Jobben var fysisk tøff, og smertene etter operasjonen gjorde seg gjeldene i større grad enn før. De sterke smertene gikk utover både søvn og matlyst. Det endte med at en kamerat måtte kjøre Rolf på legevakta, og han ble sykemeldt i 10 nye uker. I dag er Rolf tilbake i en annen type jobb. Selv om han synes det er vanskelig å godta at kroppen ikke fungerer som før, tvinger de daglige smertene ham til å innse dette. Ettersom Rolf misliker tanken på at han ikke fungerer optimalt, bruker han ofte kroppen som før. Som en konsekvens av dette, sliter Rolf ofte med sterke smerter. De smertestillende medikamentene gjør ham sløv, slik at han ikke klarer å utføre jobben sin. Selv om Rolf i det lengste prøver å unngå tablett, er han imidlertid nødt til å ta dem for å døyve de verste smertene. Rolf forteller at han fortsatt i dag, flere år etter operasjonen, har tunge stunder. Selv føler Rolf at han burde vært flinkere til å trene seg opp etter operasjonen. Ettersom han ofte, på grunn av smertene, mangler motivasjon, synes han dette er vanskelig.

Stian (18) ble diagnostisert med hjernesvulst da han gikk på ungdomsskolen. Da han skulle operere bort svulsten, fikk han hjerneslag, og ble lam i den ene siden. Selv om Stian i ettertid har trent seg opp, fungerer likevel ikke kroppen som før. Dette oppleves som vanskelig. Stian forteller at han blir fortvilet når kroppen ikke klarer å følge hodet. Også i dag, flere år etter sykdomsperioden, hender det fortsatt at han tenker: "Hvorfor måtte dette skje meg?" For Stian virker det hele meningsløst.

Behandlingens bivirkninger

Som en konsekvens av den behandlingen de har vært igjennom, må mennene i ettertid leve med bivirkninger som permanent hårtap, arr, samt nedsatt funksjonsevne og andre merker etter kirurgiske inngrep. Gjennom mine samtaler med mennene, virker det ikke som de

kroppslige sporene er problematiske å forholde seg til. Noen beskriver slike bivirkninger som ”en liten pris å betale” for å bli frisk. Andre forteller at de kroppslige sporene var uvant i starten, men at de over tid har blitt vant til dem. Når det gjelder hårtap, har flere av mennene en oppfatning om at dette ville ha vært vanskeligere hvis de hadde vært kvinner. Noen av de som mistet håret som relativt unge, forteller noen at de brukte caps eller andre hodeplagg for å skjule den blanke issen..

Tanker om mannlighet

Ettersom de mennene som har hatt testikkelkreft, har måttet fjerne den syke testikkelen, er deres kroppslige spor spesielle. Testiklene er en spesiell kroppsdel på menns kropp. Både fordi de er direkte knyttet til mannens seksuelle funksjon, og fordi de er med på å utgjøre det kroppslige bildet av mannen som vesensforskjellig fra kvinnen. Historikeren og mannsforskeren George L. Mosse (1996) beskriver i boken *The Image of Man: The Creation of Modern Masculinity* hvordan mannskroppen har bevart sin symbolske betydning fra fremveksten av den moderne maskuline stereotypi, og frem til vår tid. Å fjerne en testikkel vil føre til et utseende som avviker fra dette idealiserte bildet av mannskroppen.

De mennene som har fjernet en testikkel, snakker både åpent og naturlig om dette når jeg spør. Likevel tar få av mennene selv initiativ til å snakke om det. Sosiologisk teori om menn og helse (Sabo & Gordon 1995, Lilleaas 2005, Sjørup Simonsen 2006) legger ofte vekt på hvordan sykdom har betydning for menns maskulinitetsfølelse. Sykdom begrenser kroppens mulighet til å fungere optimalt. Testikkelkreft begrenser ofte mannens evne til å fungere seksuelt. Knut (33) fikk denne diagnosen da han var 28 år. I tillegg til cellegiftbehandling, måtte han fjerne den syke testikkelen. Ettersom Knut i sykdomsperioden ikke engang visste om han kom til å overleve, opplever han spørsmål om sykdommens betydning for hans følelse av mannlighet, som en fjern problemstilling. Ettersom situasjonen var såpass krevende i seg selv, hadde Knut mer enn nok med å komme seg igjennom dagene på en best mulig måte. Knut husker at han i sykdomsperioden ikke hadde energi til å tenke på annet enn det rent praktiske:

Kari-Anne: Du mener at sånn ting blir veldig ubetydelige da?

Knut: Ja! Veldig ubetydelige. Jeg tror ikke det er (...) noe man tenker på i det hele tatt. Det er kanskje noe man kan tenke på i ettertid tror jeg. Og jeg tror kanskje at, det er nok sikkert en del, spesielt med tanke på at vi snakker om testikkelkreft (...) som sikkert kanskje har litt problem med det her med mannlighet og sånne ting. Rett og slett fordi at det dreier seg jo om det som veldig mange definerer mannlighet som, ikke sant. Testikkel, og holdt på å si, rundt der. Og det at man på en måte, ikke sant, fjerner testikkelen. Man har kanskje fått nedsatt muligheten for å få barn og sånne ting. Som nok sikkert gjør at mange kanskje har litt problemer rundt det. For meg så var aldri det noe sånn veldig problem egentlig. Vet ikke helt hvorfor, men det har aldri vært noe (...) som jeg har tenkt så veldig mye på egentlig.

Selv om Knut føler at tanker om mannlighet blir ubetydelige i sykdomsperioden, tror han imidlertid at dette er noe testikkelopererte menn kan få problemer med i ettertid. Selv om han ikke har opplevd slike problemer selv, ser vi at Knut knytter det mannlige kjønnsorganet til symbol på maskulinitet. I tillegg tror Knut testikkeloperasjonens reproduktive begrensninger kan ha betydning for menns maskulinitetsfølelse.

Nils (36) og Jon (35) ble diagnostisert med testikkelkreft da de var henholdsvis 33 og 22 år. Som en del av behandlingen måtte de fjerne den syke testikkelen. Nils opplever håndteringen av operasjonens spor som behandlingens vanskeligste konsekvens:

(...) Det kirurgiske inngrepet (...) ser en jo den dag i dag. Når du står i dusjen, holdt jeg på å si. Så nå har jeg blitt vant til det. Det var vel egentlig... Sånn sett det verste med... At en fysisk ser en forskjell. Og det som har vært vanskeligst å takle sånn sett (...).

Videre ser vi at Nils har gjort seg noen tanker om testiklenes symbolske betydning:

(...) Damene sier at det er bare tull. Men jeg har alltid sammenlignet det med at en dame som har brystkreft har fått fjernet brystet. Det er jo... det er jo ikke sånn som det skal være. Og det er jo det bildet... Det selvbildet du har selv. Damene sier jo (...) at de bryr seg jo ikke noe om noe sånt. (...) Men det tok jo sin tid å bli vant til det selvbildet. At ting ikke var som de skulle være. (...) Men sånn som det er nå, så har jeg blitt vant til det selv. Det tok litt tid. (...)

Vi ser at Nils setter likhetstegn mellom sin egen og brystkreftopererte kvinners situasjon. Jeg får inntrykk av at testiklene for Nils er et symbol på hans kjønn, på samme måte som kvinnebryst illustrerer det motsatte. Selv om kvinner har fortalt Nils at operasjonen ikke har noen betydning, understreker han det "unormale" ved sitt kroppslige bilde. Etter sykdomsperioden fikk Nils tilbud om protese. Dette takket han imidlertid nei til. Ettersom han har en testikkel, opplever Nils dette som unødvendig. Hvis han derimot ble nødt til å fjerne den andre, tror Nils tilbudet ville være mer interessant. Sosiolog Gjøril Bergva Aas (2005:65-66) viser i sin masteroppgave om brystkreft, hvordan flere av kvinnene reflekterer over brystets symbolske betydning. En av kvinnene peker i denne sammenheng på

viktigheten ved å ha to bryst. I følge Aas signaliserer dette at man er fullverdig kvinne, samtidig som det understreker forskjellen mellom kjønnene. I likhet med Nils, trengte flere av kvinnene lang tid på å vende seg til det kroppslige bildet av at "noe manglet". Gjennom sitater som "det er ikke sånn det skal være", understreker kvinnene, på samme måte som Nils, det unormale ved sitt utseende.

I motsetning til Nils, opplevde ikke Jon tapet av testikkelen som vanskelig. I stedet for å fokusere på det utseendemessige, er Jon mer opptatt av operasjonens praktiske konsekvenser. På spørsmål om han etter sykdommen opplever samfunnets mannsideal som urealistiske, svarer Jon:

Nei. (...) Jeg har mista en testikkel da. Men jeg har jo ikke noe... Det har aldri falt meg inn at det er noe problem. Det har jo ingen praktisk betydning overhodet. (...)

Lars forteller at han etter sykdommen, og mot alle odds, har blitt far på "naturlig måte". Ettersom verken sykdommen eller behandlingen har gjort ham infertil, opplever Jon tapet av testikkelen som uproblematisk. Til forskjell fra Nils, kan det se ut som om Jons oppfattelse av mannlighet ligger nærmere evnen til reproduksjon, enn det rent utseendemessige. I tillegg til å ha fjernet en testikkel, har Jon et stort arr på magen etter en annen kreftoperasjon. I motsetning til testikkeloperasjonen, forteller Jon at det tok tid før han vente seg til dette synet.

I Sabo og Gordons (1995) studie av menn med testikkelkreft, viser det seg at deres maskulinitetsfølelse hang sterkt sammen med mennenes seksuelle funksjon. Da kroppen etter behandlingen begynte å fungere normalt, følte mennene seg like maskuline som før sykdommen inntraff. Studien konkluderer med at det er viktig for mennene å definere sykdommen på en måte som ikke truet deres maskulinitetsfølelse. For å unngå dette tok mennene i bruk to forskjellige strategier. Ved å beskrive sykdommen som et slags mannlig overgangsritual, bekreftet de fleste den hegemoniske maskulinitetens idealer. Å vinne kampen mot sykdommen overskygget i denne sammenheng den negative følelsen av å miste en testikkel. Et fåtall av mennene, derimot, håndterte sykdommen gjennom å vise til mer utradisjonelle versjoner av maskulinitet. Disse mennene følte at sykdommen hadde forandret dem som personer. Sistnevnte fortalte at de etter sykdommen hadde blitt mer følelsesladde, eller at de var mer opptatt av familie og medmennesker enn før.

Nettleton & Watson (1998) finner i en empirisk studie av menn med kone eller samboer, hvordan farskap, ekteskap og arbeid fører til en marginalisering av den fysiske mannskroppen. I stedet for å fokusere på utseende, var mennene opptatt av kroppens praktiske funksjonsevne. Nettleton & Watson knytter dette til mennenes hverdagslige oppgaver. Som ektemenn og fedre opplevde mennene det som viktigere å en kropp som fungerte optimalt, enn å se ut som idrettsmenn.

Ettersom infertilitet er en mulig bivirkning ved behandlingen av testikkelkreft, får menn med diagnosen mulighet til å fryse ned sæd. De av mennene som på dette tidspunktet var veldig unge, opplevde dette som en fjern problemstilling å bli stilt ovenfor. Ettersom de tenkte på fremtiden, valgte de likevel å gjennomføre nedfrysningen.

Kai (36) fleiper om at han, for å sikre seg muligheten til å få barn, ”dro i banken og satte inn noen aksjer”. I ettertid viste det seg imidlertid at behandlingen ikke hadde gjort ham infertil. Selv om han, gjennom nedfrysningen, hadde sikret seg muligheten til å få barn, opplevde Kai nyheten om at han ikke var steril, som en lettelse.

Lars (26) var bare 16 år da han ble diagnostisert med testikkelkreft. Ettersom sykdommen var veldig hissig, måtte han behandles med både operasjon, cellegift, samt en høydosebehandling. En av bivirkningene ved den sterke behandlingen, var at den gjorde Lars infertil. I ettertid har Lars fått samboer, og er i dag i et langvarig forhold. Til forskjell fra både Nils og Jon, er Lars opptatt av et tredje aspekt ved mannlighet; den seksuelle funksjonen. På spørsmål om det var vanskelig å fortelle kjæresten om infertiliteten, svarer Lars:

Jeg syntes egentlig at det var veldig naturlig. Ho visste jo at jeg hadde hatt kreft. (...) Jeg hadde syntes det var vanskeligere, tror jeg, hvis jeg hadde vært impotent. Ikke sant? For der er mer min manndomsfølelse, i den funksjonen. I det, mer enn å skulle bli far. Så jeg syntes egentlig ikke at det var noe problem, i det hele tatt. Det var heller litt sånn: ”Du trenger ikke å være redd for noe, for at jeg kan ikke bli far” (latter).

I stedet for å se infertiliteten som en begrensning, fokuserer Lars på fordelene ved dens preventive funksjon. Ettersom Lars føler at hans mannlighetsfølelse ligger nærmere muligheten til å fungere seksuelt, understreker han at sykdommen ville ha vært vanskeligere å takle hvis han hadde blitt impotent.

Thomas Gerschik og Adam Miller har gjennomført en liten studie av amerikanske menn som etter ulykker eller sykdom har mistet ulike kroppslige funksjoner. Studien viser at mennene, i sine forsøk på å håndtere situasjonen, brukte tre forskjellige strategier. Noen prøvde å leve opp til den hegemoniske maskulinitetens standarder gjennom å overkompensere på andre områder. Andre reformulerte sine definisjoner på maskulinitet, slik at de lå nærmere opp til deres fysiske tilstand. Den siste strategien besto i å ta avstand fra den hegemoniske maskuliniteten som helhet (Connell 1995). Vi har sett at Nils, Jon og Lars etter sykdommen har ulike oppfatninger av bivirkningenes betydning for følelsen av mannlighet. Gjennom å beskrive maskulinitet på en måte som de, til tross for sine respektive bivirkninger, kan leve opp til, kan mennenes følelse av maskulinitet opprettholdes også etter sykdommen.

Aas (2005) finner i sin studie av brystkreft, at flere av kvinnene fokuserer på fordelene ved å ha fjernet brystet, fremfor ulempene. I stedet for å sørge over tapet av brystet, vektlegger disse kvinnene betydningen av at armen fungerer normalt. Dette kan settes i sammenheng med det jeg finner i mitt materiale. I stedet for å fokusere på tapet av testikkelen, verdsetter Jon fertilitet fremfor kroppslig utseende. På samme måte verdsetter Lars potens fremfor fertilitet. Vi ser at mennenes tillegger sine funksjoner mer betydning enn deres respektive bivirkninger.

Kapittel 7. Kommunikasjon om sykdommen

I de foregående kapitlene har jeg fokusert på mennenes opplevelse av sider ved dem selv og livet før, under og etter sykdomsperioden. Hvordan man opplever og håndterer sykdom kan påvirkes av kulturelle faktorer. Dette gjelder også forholdet til helsepersonell (Nettleton & Watson 1998). I dette kapitlet vil jeg se på hvordan mennene kommuniserer om sykdommen. Kapitlet er i denne sammenheng delt i to undertemaer: "Møtet med helsevesenet" og "Sykdomsrelaterte samtaler". I kapitlets første del vil jeg ta for meg mennenes opplevelse av, og kommunikasjon med helsepersonell. I denne sammenheng vil spørsmål om hvorvidt kjønn har betydning for mennenes forhold til helsepersonell, stå sentralt. I kapitlets andre del vil mennenes håndtering av tanker og følelser vedrørende sykdommen, behandles. Hvem de snakker med, og hva som er vanskelig å snakke om, vil i denne sammenheng utgjøre viktige spørsmål.

Møtet med helsevesenet

Gjennom mennenes fortellinger kan det se ut som en personlig meddelelse av diagnosen er av avgjørende betydning. Dette gir dem mulighet til å spørre helsepersonell om spørsmål de eventuelt måtte ha om veien videre. Jeg får inntrykk av at de fleste mennene har stor tillitt til helsepersonells, og spesielt legenes, kompetanse og ekspertise. I tillegg gir intervjuene innblikk i betydningen av å forholde seg til faste personer. Faste fjes gir mennene en følelse av trygghet. Dette gjelder både gjennom behandlingsperioden, og når mennene i etterkant er på sykehuset for regelmessige rutinekontroller. Det kan se ut som om faste fjes symboliserer trygghet og stabilitet i en tid preget av mangel på kontroll, forandring og uvisshet.

Mangelfull informasjon

Da jeg spurte mennene om informasjonen fra helsevesenet, viste det seg at de fleste på en eller annen måte opplevde denne som mangelfull. Dette problemet ser ut til å være størst i sammenheng med informasjon vedrørende behandlingens fysiske ettervirkninger. Likevel gir intervjuene innblikk i mer generelle problemer, knyttet til informasjon om sykdommen og behandlingen. Et par av mennene forteller at de fikk tilfredsstillende informasjon da de ble

innlagt på sykehuset for å starte behandlingen. Likevel føler de at denne informasjonen kom for sent. I tillegg opplevde flere helsepersonells informasjon til deres pårørende, som mangelfull. Ettersom mennenes pårørende i sykdomsperioden ofte er mer oppegående enn dem selv, er det viktig at kommunikasjonen mellom førstnevnte og helsepersonell fungerer.

Da Nils (36) fikk sin kreftdiagnose, var han nødt til å fjerne den ene testikkelen. En måned etter det kirurgiske inngrepet, ble Nils innlagt på Radiumhospitalet for ytterligere behandling. I perioden mellom operasjonen og innleggelsen fikk han ingen informasjon om verken sykdommen eller den videre behandlingen. Jeg ville vite om Nils opplevde dette som et savn:

Ja. Med at da gikk du jo faktisk en måned fra du hadde hatt det kirurgiske inngrepet til du skulle på Radiumhospitalet første gangen. Så informasjonsbehovet var vel egentlig veldig stort de fjorten dagene før innleggelsen på Radiumhospitalet. Men så fikset jeg det selv med å gå på nettet og lese da. (...)

I måneden som gikk fra det kirurgiske inngrepet, til innleggelsen på Radiumhospitalet, var Nils uvitende om sin egen situasjon. Det viser seg at denne perioden for flere av mennene var fylt med spørsmål angående diagnosen og veien videre. I likhet med Nils, forteller flere at de selv oppsøkte informasjon om sykdommen og mulige behandlingsformer, enten på internett, eller i bøker og brosjyrer.

Også Kai opplevde tiden mellom operasjonen og den videre behandlingen, som en påkjenning. Slik beskriver Kai usikkerheten han i denne perioden følte vedrørende sin egen situasjon:

(...) Det var den verste tiden jeg hadde, tror jeg. Fra jeg fikk beskjed om hva det var, til jeg kom meg til Radiumen. (...) For da visste jeg liksom ikke...: Var det mer enn de hadde operert eller? Visste ingenting. Så... Det var jo en lettelse å komme inn der egentlig. (...) Så da ble det cellegift et halvt år. Så da visste... Hadde jeg liksom noe å se fram imot. At jeg ble ferdig liksom. (...)

Gjennom informasjon om behandlingen, får Kai noe etterlengtet å forholde seg til. Han blir presentert for en plan for veien videre, samtidig som han kan se frem imot å bli frisk. Til tross for den krevende tiden Kai har i vente, opplever han dette som en lettelse.

Forskning tyder på at menns opplevelse av angst, ofte skyldes mangelfull informasjon vedrørende deres egen situasjon. I sin studie av menn med hjerteinfarkt, finner Ulla-Britt Lilleaas (2005) at noen av de yngste opplevde angst. Dette skyldes en kombinasjon av at helsepersonell informerer for dårlig, samtidig som at mennene ikke spør tilstrekkelig. I følge

Lilleaas håndteres angsten forskjellig. Noen av mennene anlegger en tøffere stil. Andre blir mindre tøffe. Felles for dem er at mennene minsker dødsangsten gjennom å definere hjerteinfarkt som noe utenfor dem selv.

”Du må være frisk for å være syk.”

I tillegg til at informasjonen mennene får ved innleggelsen kommer for sent, er det knyttet et annet problem til dette. Innleggelsesdagen er for mange preget av nerver og usikkerhet. Ettersom det i tillegg blir gitt mye informasjon på kort tid, kan det være vanskelig å oppfatte alt som blir sagt. Noen av mennene er usikre på hva som egentlig ble gitt av informasjon, ettersom de i behandlingsperioden, av både fysiske og psykiske årsaker, ikke var ”helt seg selv”. Nils (36) forteller at han ved innleggelsen var nervøs, og ble sittende å tenke på det helsepersonalet sa. Ettersom det var mye informasjon å ta inn over seg på en gang, klarte han ikke å få med seg alt. Derfor er Nils glad for at han hadde med seg samboeren. Ettersom hun var i bedre stand til å ta til seg informasjon, kunne hun oppdatere Nils senere. Denne metoden ser ut til å være vanlig blant mennene i mitt materiale. De aller fleste forteller at de på innleggelsesdagen hadde med seg en person som sto dem nær. I tillegg hadde noen med seg familie eller nære venner under store deler av behandlingsperioden. Flere forteller at de, i møtet med helsevesenet, nærmest opplever tilstedeværelsen av pårørende som avgjørende.

Jon (35) forteller at samboeren i sykdomsperioden fungerte som et kommunikasjonsledd mellom helsepersonalet og ham selv. Selv om Jon fleiper om at man i møtet med helsevesenet burde hatt personlig sekretær, blir han alvorlig da han beskriver samboerens rolle som avgjørende for hans situasjon.

(...) Hadde ikke jeg hatt med ho... Som er kona mi nå, så... Hun var jo med hele tiden i begynnelsen. Og hadde ikke hun vært med i starten, så kan det hende at det hadde gått for seint altså. For de visste jo ikke hva jeg hadde gjort på prøver og ditten og datten. Og: ”Hva hadde de sagt der?” og sånn. Så hun var jo med som et sånt kommunikasjonsledd. Jeg huska jo ingenting, så...

Jons sykdomshistorie er dramatisk, og situasjonen var akutt da han omsider kom til legen. Ettersom Jon var innom flere forskjellige leger og sykehus før de ble enige om diagnosen, ble samboerens rolle å formidle hva legene på det ene stedet hadde sagt, til legene på neste sted. I likhet med Jon, tror Lars (26) han ville følt seg ”overkjørt” hvis ikke faren hadde vært tilstede på møter vedrørende hans medisinske situasjon:

(...) Men det er klart at for meg, å henge med på alt det her, var jo helt umulig. Men når da jeg hadde faren min med meg på alle de der møtene, så kunne vi snakke sammen etterpå. Og det ikke han husket, det husket jeg, og omvendt. Og derfor så var jeg hele tiden orientert om hva de hadde tenkt til å gjøre. Hva som var neste steg. Selv om jeg kom i fra møtet og husket veldig lite. Så kunne vi da rekonstruere det sammen. (...)

Mer enn å fungere som en talsmann, ble farens rolle å ta inn informasjonen som legene ga. Ettersom Lars var syk, og utmattet av behandlingen, var det vanskelig å få med seg alt som ble sagt. Etter møtene kunne faren derfor Lars og faren i fellesskap ”rekonstruere” informasjonen som hadde blitt gitt.

Ettersom moren til Rolf (37) jobbet som sykepleier, var det naturlig at hun den første tiden var med ham på sykehuset. Ettersom Rolf selv var for syk til å ta ansvar for sin egen situasjon, synes han det var en trygghet at moren gjorde det. Dessuten har Rolf en oppfatning om at det er en fordel å ha med seg noen i møtet med helsevesenet:

(...) Hadde ikke min mor vært sykepleier, så hadde ikke hun fått all den informasjonen hun fikk. Det er jeg helt sikker på. (...) Hun hadde kanskje fått den, men ikke så fort tror jeg. Så hun... Var på nettet, moderen. Og lette og ringte rundt og (...). Jeg gjorde vel litt selv og, tenker jeg. Når jeg tenker etter. Jeg søkte litt, men jeg tror ikke jeg fant så mye. Jeg fant egentlig ikke så mye brosjyrer om sarkom før etter at jeg var operert, tror jeg. Nei, så informasjonen var skrall. Det synes jeg. Men det ble bedre etter hvert. Men spesielt da... Det var nok moderen sin egen innsats, tenker jeg. (...)

Ettersom moren til Rolf var ikke var fornøyd med informasjonen hun fikk, ble hun, for å bedre situasjonen, nødt til å ”fighte” litt med helsepersonalet. I tillegg tror Rolf at han uten morens kjennskap til helsevesenet, ville fått dårligere og senere informasjon.

Kjønnen helsevesen

Flere av mennene forteller at de etter sykdomsopplevelsen foretrekker kvinnelig fremfor mannlig helsepersonell, og spesielt leger. For Marcus (28) og Nils (36) skyldes dette først og fremst noe som kan betraktes som en ”kvinnelig” form for kommunikasjon. I motsetning til deres mannlige kollegaer, føler Marcus at kvinnelig helsepersonell ser mer enn bare sykdommen når de forholder seg til pasienter:

Jeg har vel en følelse av at kvinner ser litt mer personene oppe i det. For hun som var hovedvegen min på (...) poliklinikk kreft, etter at jeg var ferdigbehandlet, hun var vel veldig flink synes jeg. Og spurte om hvordan det gikk med meg ellers, ikke bare sånn rent sykdomsmessig. Men med skole og med fremtid og med kjærester og med alt mulig sånt der. (...) Så det ikke bare var noe sånn, lytte på lungene og så ut.

Gjennom å vise interesse for andre ting en kun det sykdomsmessige, følte Marcus at hans kvinnelige lege viste omsorg for ham som person.

Også Nils forteller at han etter sykdommen sverger til kvinnelig, fremfor mannlig, helsepersonell. Dette var det eneste kriteriet han valgte ut sin nye fastlege på. Nils opplevde at kvinnelig helsepersonell tok seg bedre tid, samtidig som de var lettere å snakke med, enn deres mannlige kollegaer:

(...) De kvinnelige legene er som oftest litt mer taleføre og litt lettere og prate med. Han mannlige som jeg har fått igjen nå, han er mer av den sorten som: "Bang og bang", og: "Sånn og sånn er det". Og: "Har du noen spørsmål til overs?": Nei, egentlig ikke. Så de (kvinnelige) har tatt seg bedre tid, kan du si.

(...)

Det er en fordel ved at du... Hvis du brenner inne med noen spørsmål, så får du stilt dem. Mens med de mannlige, så vil du... Det virker mer som om du forstyrrer dem, hvis du spør om noen ting. Han (den mannlige legen) er mer av den maskuline sorten (...). Så hadde jeg hatt et spørsmål, så blir det vel fort at: Nei, det er kanskje ikke så viktig å stille det spørsmålet allikevel.

Nils føler at kvinnelige leger gir bedre anledning til å stille spørsmål om ting han tenker på, enn deres mannlige kollegaer. Gjennom sykdomsperioden opplevde han at mannlig helsepersonell ofte kun forholder seg til medisinske fakta. Ettersom Nils følte at han forstyrret hvis han spurte, opplevde han det ofte som lettere å la være. Ut fra sitatet ser vi at Nils knytter den mannlige legens tekniske kommunikasjonsform til en maskulin "type".

Uvitenhet om bivirkninger

De fleste mennene opplever i etterkant av behandlingene å være plaget av ulike senvirkninger⁵. Flere av mennene forteller at de verken før, under eller etter behandlingen fikk noen informasjon om mulige bivirkninger. Dette opplever de som et savn og en mangel ved deres kommunikasjon med helsepersonalet.

Lars (26) føler seg til tider mer distré og uoppmerksom enn hva han gjorde før han ble syk. Han kan imidlertid ikke huske å ha fått informasjon om muligheten for slike langsiktige

⁵ Bivirkninger som opptrer i etterkant av behandlingen. Informantene brukte begrepene *ettervirkninger* og *senvirkninger* om hverandre.

bivirkninger i sykdomsperioden. På mitt spørsmål om det er noe han ville ønsket seg annerledes i møtet med helsevesenet, svarer han:

Ja. Jeg ville ha hatt informasjon om senvirkninger. Det ville jeg hatt. Og mulige senvirkninger. Og ikke nødvendigvis: "Du kan bli sånn og du kan bli sånn". Fordi at det er klart at hvis man forventer å få en eller annen kognitiv senvirkning, som ingen kan bevise at er der, men bare kan sannsynliggjøre at det er tilfellet, så kan du jo få det. (...) Men informasjon om at: "Det er ikke sikkert at du en gang kan påregne og jobbe 100 prosent når du er ferdig. Du kommer til å bli frisk og du kommer til å få et godt liv hvis du vil det. (...) Men du må kunne forvente at du ikke er helt frisk når du er ferdig". Altså, den informasjonen der kunne jeg nok godt ha tenkt meg og hatt litt tidligere.

Selv om Lars (26) i ettertid har fått dokumentert at hans problemer med hukommelse og konsentrasjon skyldes cellegiftbehandlingen, skulle ønske at denne informasjonen hadde kommet tidligere.

Gjennom mine samtaler med mennene, får jeg inntrykk av at slike ettervirkninger kan være problematiske å dokumentere. Flere har nevnt slike plager for legene sine, for eksempel ved de regelmessige rutinekontrollene, men de føler at de ikke blir tatt helt på alvor. Andre forteller at de først fikk bekreftet disse plagenes mulige sammenheng med behandlingen, da de flere år etter sykdomsperioden tok opp dette med legene sine. Verken Kai (36), Rolf (37) eller Marcus (28) føler at de har fått noen god forklaring på sine kroppslige plager. Kai opplevde at legene ikke var så interessert, da han i etterkant av behandlingen fortalte at han følte seg uopplagt. Jeg får inntrykk av at legenes ignoranse gjør ettervirkningene ekstra vanskelig å forholde seg til. Flere av mennene forteller at de har gått og tenkt på hva de fysiske plagene kan skyldes. Det viser seg at de fleste mennene først har fått informasjon om behandlingens senvirkninger gjennom Kreftforeningens Ungdomsgruppe (UG). Det kan se ut som mennene, gjennom å utveksle informasjon om kroppslige erfaringer med andre medlemmer, får en bekreftelse på at ettervirkningene er reelle. Jeg får inntrykk av at en slik bekreftelse av felles erfaringer oppleves som en lettelse.

I motsetning til de fleste mennene, trengte ikke Rolf (37) cellegiftbehandling. I dag, flere år etter kreftoperasjonen, sliter imidlertid Rolf med kroniske smerter. Etersom han var nødt til å fjerne en muskel, har han dessuten mistet mye av funksjonsevnen. Rolf forteller at smertene i dag er en del av livet hans:

(...) Jeg har vel begynt å lære meg og leve med å ha det vondt egentlig. Mer eller mindre. Ja (latter). Så det har vært tunge stunder. Altså, det er tungt å ha vondt. Og jeg har vel... Det er først nå, egentlig i vår og sommer, jeg har egentlig lært litt om dette begrepet om fatigue egentlig. (...) Og at jeg opplever ofte at jeg er litt sliten og kje. Og det har jeg nå lært at det kan skyldes at, når du har konstante smerter, så blir du faktisk sliten av det og. Sånn psykisk i hodet, i hvert fall. (...) Så jeg har nok slitt med det helt siden jeg ble operert egentlig. (...) Men jeg har vel ikke helt skjønt hva det er for noe. (...)

Selv om Rolf har lært seg å leve med konstante smerter, taper de ham for krefter. Rolf føler i perioder at han ikke eier energi. Dette opplever han som vanskelig. Noen år etter operasjonen, gjennom samtaler med andre tidligere kreftsyke, har han fått informasjon om fatigue. Denne kunnskapen har bidratt til en forståelse av hvordan de fysiske smertene ”sliter” på hans psykiske tilstand.

Ettersom Marcus (28) verdsetter utdanning, har han alltid tatt skolen veldig alvorlig. Etter sykdomsperioden føler han imidlertid at han blir fortere trøtt og sliten, enn han gjorde før:

(...) Jeg har et inntrykk av at når jeg gikk på barneskolen og sånn, da kunne jeg sitte og lese nærmest uavstoppelig. Og alt gikk rett inn i hodet og satt seg der. Men det er litt tyngre nå da. På grunn av at man blir litt trøtt, og må ta litt mer avbrekk og sånn da. Men det er... De (legene) sier jo at det kan være forskjellige grunner da. (...) Så det er liksom... De har ikke noen gode grunner for det. Og ikke er det så lett for meg å bevise i hvor stor grad det påvirker meg nå, i forhold til før, vet du. Men det har plaget meg litt sånn oppgjennom studietida da. (...)

Ettersom legene ikke kan gi ham noen gode forklaringer plagene, er Marcus usikker på hvorvidt de skyldes behandlingen eller andre faktorer. Dessuten opplever han det som vanskelig å bevise i hvilken grad dette plager ham nå, i forhold til før han ble syk.

I likhet Marcus, føler heller ikke Kai (36) at han har fått tilbake det overskuddet han hadde før. Kai forteller at han etter sykdomsperioden blir fortere sliten enn det han gjorde før. Da han konfronterte legen med disse plagene, opplevde Kai å ikke bli tatt helt på alvor. Han er derfor usikker på om legene vet nok om behandlingens langsiktige konsekvenser. Kai skulle ønske at legene var mer opptatt av, og villige til å fokusere på, pasientenes opplevelser av kroppen etter behandlingsperioden. Kai har en oppfatning om at slik kunnskap ville kommet alle som skal igjennom en kreftbehandling, til gode.

Menneses historier tyder på at helsepersonell ikke klarer å tilfredsstillende mennenes behov for forklaring på de fysiske plagene de opplever i etterkant av behandlingen. Dette er et problem, ettersom mennene føler at det ville vært lettere å forholde seg til plagene hvis de hadde hatt informasjon om deres mulige årsaker.

Sykdomsrelaterte samtaler

Måten mennene i mitt materiale snakker om sykdommen på, gir god informasjon om deres forhold til sistnevnte. Gjennom å studere mennenes utsagn, får jeg inntrykk av at sykdommen oppleves som noe truende, som må bekjempes. Ettersom behandlingen er sykdommens eneste effektive våpen, kan det se ut som om behandlingens positive funksjon, i form av helbredelse, bidrar til å overskygge dens negative bivirkninger. Selv om de fleste ikke snakker så mye om det, tyder likevel materialet på at mennene opplever vanskelige tanker og følelser knyttet til sykdommen.

”Menn er ikke så flinke til å snakke om det”

Gjennom mine spørsmål til mennene, viser det seg at de aller fleste kunne tenkt seg en samtale med psykolog, enten i sykdomsperioden eller etterpå. Bare et par av mennene fikk dette tilbudet. Noen forteller at de ikke savnet dette i sykdomsperioden, men at de i ettertid innser at det ville vært nyttig. Likevel understreker mennene at de aldri selv ville etterspurt en slik tjeneste. I tråd med det Madsens (2006) beskrivelse av den mannlige pasienten, ser det ut som om slik psykologhjelp ville blitt godt mottatt hvis ting hadde blitt tilrettelagt, slik at mennene selv slapp å be om det. Madsen viser i denne sammenheng til at kreftsyke menn i Danmark oftere takker nei til psykologhjelp, enn hva kvinner gjør (Madsen 2006).

Både Lars (26) og Rolf (37) forteller at de i ettertid innser behovet for å snakke med noen om sine opplevelser. For Lars ble muligheten for å snakke med psykolog nevnt på sykehuset under behandlingsperioden. Likevel følte han aldri at dette tilbudet var så aktuelt for ham:

(...) Men jeg tenkte vel da at skulle du snakke med psykolog, så var vel det mer sånn at du hadde dødsangst og følte at det her...: Jeg klarer ikke hverdagen. Selv om jeg tenker at det kan godt hende at det hadde vært sunt hvis de hadde pranget på meg en psykolog og: ”Du skal prøve en time”. Også liksom fått snakket om ting. (...) Det tror jeg jo hadde vært sunt. Men det var ingen som gjorde det altså. Det var liksom mer sånn at: ”Ja, hvis det blir for galt, så kan du få snakke med psykolog. Kan henvise deg”. (...) Og jeg tror det skulle gått veldig langt før jeg hadde gjort det. Mye lengre enn det hadde trengt å gjøre i dag, for at jeg skulle oppsøkt en psykolog. (...)

Lars følte at å følge opp tilbudet om psykolog ville by på mer anstrengelser enn fordeler. I tillegg tyder sitatet på at han i sykdomsperioden ikke anså sin situasjon som alvorlig nok til å ”trenge” slik hjelp. Jeg får inntrykk av at Lars betrakter psykolog som en siste utvei; som

noe man kun oppsøker hvis man opplever sin egen situasjon som uholdbar. Likevel ser vi at Lars betrakter slik hjelp som lettere å akseptere hvis det hadde vært del av en fast rutine.

I motsetning til Lars, kan ikke Rolf huske at han fikk tilbud om psykolog. På spørsmål om han kunne tenkt seg dette, svarer han:

*Ja, kanskje. Egentlig. Det hadde vært greit. Ja. Jeg tror nok kanskje det. Sånn, når jeg tenker i etterkant. Så hadde jeg kanskje unngått noe av de senreaksjonene. (...)
Men det fikk jeg ikke tilbud om. Ikke som jeg husker (...).*

Til forskjell fra Lars, tror Rolf han ville benyttet seg av muligheten til å snakke med psykolog, hvis han hadde fått den. Rolf tror slik hjelp kunne spart ham for noen av de psykiske reaksjonene han opplevde etter sykdomsperioden.

Opplært til å være tøffe og harde

Gjennom mine samtaler med mennene, kommer det frem at flere har inntrykk av at menn ikke har så lett for å snakke om tanker og følelser. Hvis menn i tillegg blir rammet av en dødelig sykdom, er det nærliggende å tro at dette blir ekstra vanskelig å snakke om. Jeg ville i denne sammenheng vite om Jon (35) hadde følt behov for å snakke om sine tanker og følelser vedrørende sykdommen:

Jon: Nei, det der har jeg ikke snakket med så mange om. Hun kona mi, holdt jeg på å si, sikkert da. Men ikke noe mer enn det. (...) Jeg har ikke hatt så mye sånne tanker, egentlig. Men det er klart, mange tanker tenker du jo. (...)

Kari-Anne: (...) Jeg tenker at menn kanskje har litt vanskeligere for å snakke om tanker og følelser i en slik situasjon, enn det damer kan ha. Tror du det stemmer?

Jon: Ja, det er jo helt klart. Jeg så jo det (på sykehuset). (...) De vil jo ikke spørre om noe, og ikke vil de vite noe, ikke sant. For da slipper de å bekymre seg. Så det er mange som stenger det helt ute, og spiller spill hele døgnet. (...)

Selv om Jon hevder at han i liten grad har opplevd slike tanker, får jeg inntrykk av at han velger å skyve vekk noen av dem som faktisk gjør seg gjeldende. Det kan se ut som at Jon, gjennom sin "fornuftige" oppfatning om at hvem som helst kan bli alvorlig syke, avviser tanker om tilbakefall som irrasjonelle. Likevel har Jon en oppfatning om at menn, for å slippe å bekymre seg, unngår å snakke med andre om sykdommen. Selv har han møtt kreftsyke menn som, gjennom å "spille spill", stenger problematiske tanker og følelser ute.

Forskning viser at menn som rammes av alvorlig sykdom, ofte isolerer seg fra sine omgivelser (Sjørup Simonsen 2006, Lilleaas 2005). Gjennom sin doktoravhandling hevder Simonsen (2006) at menn ønsker å distansere seg fra helse og kroppslige sykdomssignaler. Hans begrep *ronkedorfenomenet* illustrerer hvordan syke menn foretrekker å ”passe på seg selv”, ”være alene”, og ”bli behandlet som en frisk, sterk mann”. Denne type mannlig distansering kan, i tillegg til isolasjon, føre til at mennene fornekte sin egen situasjon (Simonsen 2006).

Ettersom kreft er en traumatisk opplevelse som omhandler liv og død, har Knut (33) en oppfatning om at menn opplever sykdommen som for nær og personlig å snakke om:

(...)Da er vi nok kanskje litt tilbake til manneidealer og sånn igjen tror jeg. Litt det der med at, vi menn vi snakker ikke så mye om det. Og ikke så mye om følelser og sånne ting. Og det blir veldig nært og veldig personlig når du kommer inn på en såpass traumatisk ting som kreft. For da blir det veldig fort inn på det her med liv og død og sånne ting. Og når du har testikkelkreft i tillegg da, så kommer du da inn på, ikke sant... Det her med kjønnsniv, sexliv og sånne ting. Veldig inn på mye tabuting. (...) Jeg vet ikke helt hvorfor det er sånn, men det er nok det at vi (menn) er nok litt opplært til at vi skal ikke, vi skal være litt sånn tøffe og harde. Vi skal ikke gråte, skal ikke vise følelser. (...)

Ettersom Knut har hatt testikkelkreft, er seksualitet en viktig side ved sykdomsopplevelsen. Ettersom menn er opplært til å ikke vise følelser, oppleves samtaler som omhandler sykdom og død generelt, og seksualitet spesielt, som litt tabu. I denne sammenheng kan man spørre som om kreft, og spesielt kjønns spesifikke typer som testikkelkreft, har en særegen stilling i forhold til andre alvorlige sykdommer. Når man hører om kreft, tenker man ofte på død. Testikkelkreft og prostatakreft er krefttyper som, i tillegg til deres alvorlige karakter, rammer mannens seksuelle funksjon. Dette kan ha betydning for menns opplevelse av kreftrelaterte samtaler. Hvis man sammenligner kreft med hjerteinfarkt (Lilleaas 2005), kan det tenkes at det er knyttet mer tabu til førstnevnte sykdom. Ettersom hjerteinfarkt ofte forbindes med usunt kosthold, overvekt og stress, kan denne sykdommen betraktes som en mer ”maskulin” lidelse enn kreft. Dette kan tenkes å ha betydning for hvorvidt menn opplever det som ”legitimt” å snakke om problemer knyttet til kreftsykdom.

Lilleaas (2004) hevder i denne sammenheng at mannlig følelseskontroll stammer fra en type kjønnet sosialisering. Gjennom oppveksten lærer gutter at de må skjule følelser som kan oppfattes som feminine. På denne måten blir undertrykkningen av mannlige følelser utøvd og reproduisert av mennene selv (Lilleaas 2004).

”Som oftest er det jentevenner som spør”

De fleste mennene har inntrykk av at kvinner er flinkere til å snakke med andre generelt, og om problemer og følelser spesielt, enn menn. Flere opplevde, både under og etter sykdomsperioden, at kvinner oftere spør om sykdommen, enn menn. Hvis mennene selv forteller om sykdommen, opplever de oftere at kvinner er interessert i å vite mer, enn at menn er det. I denne sammenheng kan Kais (36) beskrivelse av da han under behandlingsperioden var en tur innom jobben, illustrere menns problemer med å snakke om sykdomsrelaterte temaer. I Kais tilfelle ble de mannlige kollegaene sittende og stirre ned i gulvet. I stedet for å si noe, håndterte de fleste situasjonen med et klapp på skulderen.

Både Lars (26) og Marcus (28) har en oppfatning om at menn har vanskeligere for å snakke om svakheter enn det kvinner har. På spørsmål om hans oppfatning av årsaken til mine problemer med å skaffe informanter, svarer Lars:

(...) Min erfaring er jo det at det (...). Kanskje er det litt vanskeligere for menn å snakke om svakheter. Og jeg opplever jo ofte at kvinner spør meg hvis de får høre at jeg har hatt kreft, eller (...) hvis det er sommer og jeg går i bar overkropp, og de ser et stort arr på magen. Så opplever du mye oftere at kvinner spør, enn menn. Og i hvert fall hvis noen spør, og jeg svarer at: ”Jo da, jeg har hatt kreft”, så er det oftere at kvinner lurer på mer. Enn at menn gjør det. (...)

Marcus oppfatter dette slik:

Det er vel en tendens til at mannfolka ikke liker å snakke om følelser og kanskje ikke (...) klarer å sette ord på følelsene som... Hvorfor de ikke... For du trenger jo ikke å snakke om følelser for å snakke om kreftsykdommen. Egentlig ikke.

Ut fra Marcus sitat, kan det se ut som om sykdomsrelaterte samtaler oppleves som lettere hvis følelser holdes utenfor. Man kan i denne sammenheng spørre seg om det er denne ”følelsesløse” måten de i UG snakker om sykdommen på. På den ene side kan det tenkes at mennene gjennom slike samtaler ikke får dekket sine følelsesmessige behov. På den andre siden kan det imidlertid tenkes at UG er et sted hvor mennene kan dele tanker og erfaringer vedrørende sykdommen, men at de håndterer følelsene som følger med slike samtaler på egen hånd.

Nils (36) opplever at det skal mer til for at menn skal spørre om hans sykdom, enn for kvinner.

(...) Men jeg tror også sånn sett at kvinner har lettere for å snakke seg imellom enn det menn har. For som oftest så er det vel jentevenner, det er de som spør, som oftest, hvordan det går og sånne ting. Ikke guttevenner. (...)

Nils har en oppfatning om at menn, på bakgrunn av den ”machokulturen” som råder i samfunnet, ofte lar være å spørre om en sykdom som kreft. Dessuten tror han menn, ved å spørre andre om sykdom, føler at de bryr vedkommende.

Forskning bekrefter denne typen ”mannlig” holdning. Lilleaas (2004) finner i sin studie av mannlige håndballspillere at de, for ikke å bry andre, kontrollerer eller skjuler sine innerste følelser. Dette kan knyttes til Ekenstams (2002) beskrivelse av *redselen for å falle ut i det umandige*. Gutter lærer gjennom oppveksten at de bør håndtere sine problemer på egen hånd. Å konfrontere andre med problemer knyttet til sykdomsopplevelsen, forutsetter det Seidler (2006) kaller *følelsesmessig intimitet*. Ettersom det i slike situasjoner ikke finnes noen ”regler” for hvordan man skal oppføre seg, kan dette oppleves som skremmende for menn. Da man i tillegg ikke vet hvordan den andre kommer til å reagere, er man nødt til å avsløre sider ved seg selv som sårbar. Den kvinnelige kjønnsrollen er, i motsetning til mannens, sterkt forbundet med følelsesarbeid (Seidler 1989, 1992, 2006). Dette kan bidra til en forståelse av hvorfor mennene i mitt materiale opplever det som mer naturlig å snakke om sykdommen med kvinner, enn med andre menn.

I likhet med det vi har sett tidligere, føler også Marcus (28) at det er lettest å snakke om sykdomsopplevelsen med jenter. Han har en oppfatning om at stolthet er viktigere for menn enn for kvinner, og tror dette skyldes et ”mannlig” behov for å fremstå som macho og sterke:

(...) Det er litt vanskelig å si, akkurat det der. Men jentene, de er vel mer... Generelt litt flinkere til å snakke om ting. Det trenger jo ikke bare å dreie seg om følelser, men de er litt mer åpne og snakker om sånne ting, enn oss guttene. De (gutter) skal kanskje ikke vise sin svakhet og sånn der. De er litt stolte sånn da, at de skal være strenge og sterke og macho og (...). Nei, det er vel at de ikke er vant til å snakke om sånne ting kanskje. Guttene snakker jo aldri om sånne ting. Jeg føler det jo for så vidt lettere å snakke med jenter om det, enn med gutter. Fordi til guttene så kan du si: ”Ja, jeg har hatt kreft en gang”. Og de sier: ”Ja vel”. Men jentene, de vil gjerne vite litt mer. Og kanskje spør litt mer rundt det da. (...)

Ettersom menn ofte har flere mannlige enn kvinnelige venner, kan dette være et problem for menn som ønsker å snakke om sykdommen. På bakgrunn av dette, er det naturlig at mine informanter etter sykdomsperioden hadde behov for en gruppe som UG. Gjennom intervjuene får jeg imidlertid inntrykk av at UG er overrepresentert av kvinner. Rolf (37) har en oppfatning om at menn, i større grad enn kvinner, ønsker å legge sykdommen bak seg:

(...) Det speiler seg nok litt i hvem som er engasjert i styre og stell og sånn i UG. Det er mye jenter, veldig få gutter. For guttene vil liksom bli ferdig med det, opplever jeg da. Så det tror jeg nok det er noe i altså, en forskjell på jenter og gutter der. For guttene er liksom, de jeg kjenner i hvert fall, har vært igjennom mye av det samme som meg, de vil bli ferdig med det. Med unntak av noen få da, som faktisk blir engasjert da, og jobber for at andre skal få det bedre enn det vi hadde det da, kan du si. Så jeg tror nok det... Ja, jeg tror nok det er noe i det at det er vanskeligere å få gutter i tale. (...) Vi liker ikke å snakke så mye om... Å åpne oss så følt. (...)

Rolf tror mange menn etter sykdomsperioden, i et forsøk på å legge sykdommen bak seg, stenger tanker og følelser ute.

Kreftforeningens ungdomsgruppe

Ungdomsgruppen (UG) tilbyr sine medlemmer samvær med andre tidligere kreftsyke menn og kvinner. Seidler (2006) hevder i denne sammenheng at menn, gjennom å delta i mannlige selvhjelpsgrupper, har lettere for å akseptere ”problematisk” følelser. Ved å, gjennom slike grupper, dele erfaringer med andre, blir deltakerne oppmerksomme på at også andre menn har slike følelser. Denne formen for bevisstgjøring kan gjøre mennene mindre dømmende ovenfor seg selv.

Et felles fundament

Gjennom intervjuene beskriver flere av mennene hvordan de i UG utveksler informasjon om sykdommen og behandlingen. I tillegg deler medlemmene sine erfaringer vedrørende behandlingens langsiktige bivirkninger, med hverandre. Noen av mennene hadde i lang tid opplevd fysiske plager som helsepersonell ikke kunne forklare. For dem ble møtet med UG et vendepunkt. Gjennom å lytte til andre medlemmers beskrivelse av behandlingens fysiske ettervirkninger, opplevde mennene å kjenne seg igjen. Med denne bevisstheten kunne de slå seg til ro med at de fysiske plagene skyldtes behandlingen. Dag Album (1996) skriver i denne sammenheng: ”De andre pasientene er gode å snakke med fordi de kan være med å bekrefte erfaringer” (Album 1996:153).

Flere av informantene har lite, bortsett fra sykdommen, til felles med andre medlemmer av UG. Likevel får jeg inntrykk av at sykdomsopplevelsen, gjennom å fungere som et avgjørende felles grunnlag, tillegges stor betydning. Det kan i denne sammenheng tenkes at

mine informanter lever gjennom en diskurs som de deler med UGs medlemmer. Dette vil eventuelt ha betydning for mennenes opplevelse og håndtering av sin egen situasjon.

”Alle skjønner hva du snakker om”

På bakgrunn av datamaterialet får jeg inntrykk av at UG representerer både humor og alvor. Til tross for at UG i utgangspunktet består av ”fremmede” med sykdommen til felles, forteller flere av mennene at de i UG har åpnet seg om ting vedrørende sykdommen, som de ikke har fortalt til noen andre. Dette illustrerer sykdomsopplevelsens betydning, og hvor sterkt den har preget dem. I UG opplever mennene en følelse av gjenkjennelse, som bare kan oppnås gjennom samvær med mennesker som har hatt kreft. Jeg får inntrykk av at sykdommen utgjør en slags fellesnevner, som overgår alle andre forskjeller UGs medlemmer måtte ha. Rolf (37) forteller at han føler en slags tilhørighet i UG, som skyldes medlemmenes felles fundament:

(...) Når du er på sånne samlinger, så har du liksom noen å... Du føler liksom... Man slipper å forklare så mye. Altså, du har liksom et sånt... Ja, jeg vet ikke helt hvordan jeg skal forklare det. Tilhørighet, altså. Du kan snakke om alt mulig rart, og du bør ikke forklare: ”Jeg har brystkreft, jeg har hjernesvulst og jeg har sånn og sånn”. Vi forstår hverandre med en gang, hvis du skjønner. Altså, vi har egentlig det fundamentet der. Altså... Så man snakker åpent om erfaringer og problemstillinger du opplevde og (...).

I likhet med Rolf, beskriver Jon (35) betydningen av samtaler med andre som deler hans sykdomsopplevelser, slik:

(...) Det er jo det som gjør det så mye enklere. Også er det mange ting som vi ikke behøver å si og, for vi bare vet at sånn er det.

Gjennom deres felles skjebne har UGs medlemmer mulighet til å sette seg inn i hverandres situasjon på en måte som er umulig for utenforstående. I motsetning til venner og familie, deler UGs medlemmer en viktig opplevelse. Ettersom sykdomsopplevelsen bidrar til en felles forståelse av hverandres situasjon, blir forklaringer unødvendige. Flere av informantene opplever dette som en av UGs største fordeler. På bakgrunn av deres oppfatning om at menn har vanskeligere for å snakke om sykdommen enn kvinner, gir denne forståelsen mening; I UG kan mennene oppleve å bli forstått, uten å være nødt til å forklare sin egen situasjon. Michael A. Messner (i Whitehead & Barrett 2001:253-255) hevder i denne sammenheng at menn forholder seg til hverandre uten elementer av intimitet, er gal. Menn og kvinner uttrykker imidlertid ulike typer intimitet. Mannlige vennskap utøver, i

motsetning til kvinnelige, en form for *tildekket intimitet* (Swain 1989 i Messner 2001). Selv om ikke menn verdsetter betydningen av samtaler på samme måte som kvinner, betyr ikke dette at mannlige vennskap er mindre intime. En av mennene i Messners studie av tidligere idrettsutøvere ble i denne sammenheng spurt om ikke han og lagkameratene delte tanker og følelser med hverandre. Svaret: “We didn’t have to talk about everything; We just knew we were on the same page” (Messner i Whitehead & Barrett 2001:254), kan knyttes til mine informanternes beskrivelse av UGs funksjon; Selv om de ikke nødvendigvis forteller om sine innerste tanker og følelser, kan det likevel tenkes at mennene opplever samværet som følelsesmessig betydningsfullt.

Til tross for informantenes oppfattelse av at menn har vanskeligere for å snakke om sykdommen enn kvinner, opplevde jeg i intervjuene de fleste mennene som relativt åpne. UG gir mennene mulighet til å snakke om og reflektere over sykdommen. Etersom UG er overrepresentert av jenter, kan det tenkes at mennene gjennom UG plukker opp en ”kvinnelig” måte å snakke om sykdommen på. Denne uttrykksformen kan tenkes å være mer åpen og eksplisitt enn den menn som ikke er tilknyttet en slik organisasjon, benytter.

”Sykepleierne har ikke kjent det på kroppen”

I likhet med det vi har sett tidligere, forteller Jon (35) at han etter sykdomsperioden lette etter en gruppe med mennesker som hadde opplevd det samme som han. I tillegg til at han følte behov for å bearbeide sykdomsopplevelsen, hadde han lyst til å hjelpe folk i samme situasjon. Jon knytter UGs betydning til sykdommens kroppslige opplevelse. Gjennom å ha opplevd sykdommen på kroppen, innehar UGs medlemmer en unik kompetanse som både leger, sykepleiere og andre mangler:

(...)For helsepersonellet er så fokusert på å gjøre deg frisk, men (...) de aner ikke hvilken verdi den gruppa (UG) har for de som er der. (...) Det er ikke bare å sette sprøyter og skifte bandasje, det er noe mer også. (...)

Jon tror ikke helsepersonell forstår hvilken betydning UG har. Flere av mennene forteller at de etter behandlingsperioden opplevde en slags ”usikkerhetsfølelse”. Så lenge behandlingen pågår har pasientene kontinuerlig kontakt med helsevesenet. I tillegg har de hele tiden noe å forholde seg til, i form av videre behandling. Til tross for at mennene i mitt materiale etter behandlingen ble erklært friske, opplevde mange sin fysiske tilstand på en annen måte. Slik forklarer Jon pasientenes behov for UG i tiden etter behandlingsperioden:

(...)For da drar de ut i uvissheten og er alene om det problemet i hele verden. (...)

I likhet med de fleste mennene, meldte Nils (36) seg inn i UG etter behandlingsperioden. Da han deltok på en av UGs helsereiser, kom han for første gang i snakk med en person som hadde akkurat den samme diagnosen som han selv:

*(...) Vi utveksler informasjon hele tiden. Vi vet jo hva man kan komme igjennom. (...)
For det var første gang jeg traff en som hadde akkurat den samme diagnosen, som lå to år foran da. Og fikk litt input, sånne ting. Det var faktisk den største fordel med UG. For da fikk vi liksom... Det med fatigue, at en eller annet åpnet kjeften om at han var så sliten og sånne ting. Også liksom: Jøss, det er jo akkurat selv og. Da er jeg ikke alene nei. (...)*

For Nils har UG betydd mye. Gjennom UG fikk han blant annet bekreftet at han ikke var den eneste som opplevde fysiske plager etter behandlingen. I tillegg til å få en forklaring på disse plagene, får jeg inntrykk av at Nils finner trøst i å vite at han ikke er alene med dette.

Dette kan knyttes til Albums (1996) beskrivelse av forskjellen på informasjonen fra medpasienter og helsepersonell. I motsetning til leger og sykepleiere, kan medpasienter formidle den kroppslige opplevelsen: "For pasientene er det ikke bare om å gjøre å være forberedt på det som skal komme, men like mye å ta innover seg og få mening i det som allerede har hendt" (Album 1996:153) I denne sammenheng kan medpasienter bidra til å få opplevelsene "på plass": "(...) Slik pasientene snakker om det, høres det ut til å bety noe i seg selv at den som forteller "har opplevd det selv, på kroppen". En forteller som har det, får en egen autoritet" (Album 1996:153).

Humoristisk alvorsprat

Flere av mennene beskriver UG som et sted der alle forstår hva man snakker om, i motsetning til helsepersonell, venner og familie. Rolf forteller at han er mer åpen om sykdommen når han er sammen med noen som har opplevd det samme. Da behandlingen var avsluttet søkte Nils på internett etter en gruppe som UG. Han forteller at han hadde behov for samvær med noen som forsto ham, i motsetning til hva han følte at kjærestens venner gjorde. Flere av mennene føler at medlemmenes felles skjebne, gjør at de ikke alltid trenger å forklare hverandre så mye. Jeg får inntrykk av at deres felles opplevelser gjør det mulig å bearbeide sykdomsopplevelsen uten å nødvendigvis snakke så mye om det som er vanskelig. Siden medlemmene har felles erfaringer, ser det ut til at dette gir dem mulighet til å dele og bearbeide sider av sykdommen uten å forklare sine følelser og opplevelser så inngående

ovenfor de andre. I denne sammenhengen blir mennenes beskrivelser av galgenhumor viktige. Alle mennene forteller at denne typen humor er tilstedeværende i høyeste grad i UG. Flere av mennene opplever også at galgenhumor er viktig når en gruppe mennesker som har vært igjennom noe slikt samles for å bearbeide disse opplevelsene. Gjennom mine samtaler med mennene får jeg inntrykk av at humor er et viktig redskap når mennene skal snakke om alvorlige sider ved sykdommen. I tillegg gjør galgenhumoren det lettere å nærme seg sensitive samtaleemner, som for eksempel vedrører sykdommens og behandlingens negative påvirkning på mennenes seksuelle funksjon. Jeg får inntrykk av at slik humor blir brukt til å håndtere den alvorlige situasjonen sykdommen har satt dem i, samt behandlingens kroppslige spor. Ved å fleipe om slike ellers alvorlige temaer, kan det virke som om de blir mindre tabubelagt og skumle. Og selv om denne måte å prate om ting på blir litt useriøs, virker det som om det kommer informasjon ut av samtalene likevel.

Nils (36) forteller at det tok lang tid før han vente seg til synet av bare en testikkel. Likevel forteller han at galgenhumoren har fulgt ham helt fra behandlingsperioden. I dag er den også en stor del av livet hans, spesielt når han snakker med andre medlemmer av UG:

Nils:(...) Og selv så kaller vi oss for Einstein, vi som har hatt testikkelkreft da. Så vi var på Montebello, og hadde karaoke. Så Einstein på karaoke, med "Great Balls of Fire". Så vi har jo humor. Galgenhumor er det jo som redder det, rett og slett. Og det er det som reddet meg igjennom kurene og alt det med sykehus, at vi kunne fleipe med det meste. (...)

Kari-Anne: En måte å klare seg igjennom det på eller?

Nils: En måte å få distanse på ja. Jeg tror veldig mange gjør det på den måten. Altså, du tar distanse, også tar du heller litt og litt. Hvis du skal ta over deg alt med en gang, da... Det som er av følelser og sånne ting, så tror jeg rett og slett at du knekker i sammen. (...)

Nils brukte galgenhumor for å håndtere de vanskelige tingene i perioden rett etter behandlingen. Senere prøvde han å bearbeide det, bit for bit. Likevel tror han galgenhumoren var redningen i behandlingsperioden. Jeg får inntrykk av at fleiping med de alvorlige tingene var det som reddet ham fra å falle sammen psykisk. Jon (35) forteller at de i UG kan spøke seg imellom om ting som bokstavelig talt er dødsalvorlige. På spørsmål om galgenhumor gjør det lettere å snakke om vanskelige ting, svarer han:

Ja, det er jo det en gjør, ikke sant. Det er da en kommer innpå det og...

På den ene siden forteller mennene at UG er et sted hvor man kan snakke om alt rundt sykdommen. På den andre siden får jeg inntrykk av at alvorlige temaer ofte blir fleipet med

når de kommer opp. På denne måten blir humoren et hjelpemiddel for å ta opp vanskelige temaer som de ellers kanskje ikke ville snakket om i det hele tatt. I tillegg til å være en metode for å behandle vanskelige temaer vedrørende sykdommen på, har Lars (26) en oppfatning om at galgenhumoren, gjennom å påvirke humøret, har en positiv virkning på kroppen i sykdomsperioden.

Både norsk og internasjonal forskning bekrefter tendensene jeg finner i mitt materiale. I sin studie av menn med testikkelkreft finner Sabo & Gordon (1995) at fleiping er en vanlig håndteringsmekanisme. Dette bekreftes i Lilleaas (2004) studie av mannlige idrettsutøvere. I stedet for å prate seriøst om problemer, tyr menn ofte til humor og fleiping i samtaler med andre menn. Noen av mennene i Lilleaas studie uttrykker imidlertid at de ikke trives med denne omgangsformen. Disse mennene forteller at de liker å snakke med kvinner om problemene sine, fordi de oppfatter dem som mer seriøse enn andre menn.

Kapittel 8. Avsluttende kommentarer

I denne oppgaven har jeg studert hvordan den mannlige kjønnsrollen får betydning for unge menns opplevelse og håndtering av kreft. For å oppnå en bedre forståelse av mennenes erfaringer, har jeg benyttet sosiologiske teorier om kjønn, helse, selvforståelse og følelser. I dette kapittelet vil jeg oppsummere oppgavens viktigste resultater. I tillegg avsluttes oppgaven med noen refleksjoner vedrørende overførbarhet, samt forslag til hva som kunne være interessant å forske mer på.

Oppgavens funn

Kapittel 4 presenterte mennenes sykdomshistorier. Det viste seg at de fleste gikk altfor lenge med fysiske symptomer før de oppsøkte lege. De vanligste årsakene ser ut til å være mangel på tid, samt en oppfattelse om at symptomene vil forsvinne av seg selv. Noen av de som har hatt testikkelkreft opplevde det som ubehagelig å oppsøke lege, ettersom de da ble nødt til å undersøke denne kroppsdelen. Andre beskrev seg selv som ”en type som aldri går til legen”.

I Skottland har den frivillige organisasjonen Mens Health Forum tatt følgende av de ”mannlige” barrierene mot helsevesenet som Madsen (2006) beskriver. Organisasjonen kjører blant annet rundt i Skottland i en buss med helsepersonell og tilbyr helsesjekk, samtaler og medisinsk informasjon til menn. Ettersom menn sjelden oppsøker helsevesenet, er tanken bak prosjektet å tilby menn helsetjenester der hvor de befinner seg. Ettersom mennene i stor grad benytter seg av slike tjenester når de er lett tilgjengelige, kunne dette vært noe å etterprøve også i andre land (Kilden. Informasjons- og dokumentasjonscenter for kvinne- og kjønnsforskning 25.09.06).

Ettersom de fleste mennene i mitt materiale oppfattet sin tidligere helsetilstand som relativt god, kom kreftdiagnosen som et sjokk. Likevel fortalte flertallet at de følelsesmessige reaksjonene uteble. I stedet var mennene fremtidsorienterte, og opplevde en positiv innstilling som avgjørende, både for dere fysiske og psykiske situasjon. De mennene som hadde vært inn og ut hos leger over en lang periode, følte imidlertid en lettelse over å endelig få en diagnose. Til tross for diagnosens alvorlige karakter, ga den mennene en etterlengtet forklaring på symptomene.

Når det gjelder mennenes tanker og bekymringer, handlet disse i sykdomsperioden om andre personer, spesielt familien, eller mer praktiske ting. De fleste hadde en oppfattelse om at pårørende håndterte deres sykdom dårligere enn hva de selv gjorde. Disse mennene prøvde derfor å skåne familie og venner, gjennom å fremstå som mer positive og oppegående enn de egentlig følte seg.

I kapittel 5 rettet jeg fokus mot sykdommens betydning for mennenes selvforståelse, samt deres oppfattelse av eget liv. Mennenes prioriteringer ble i stor grad bestemt av deres sentrale verdier. Gjennom å forandre mennenes forståelse av livet, hadde sykdommen for flertallet også påvirket deres prioriteringer. Selv om dette kommer til syne på ulike måter, følte mennene etter sykdomsopplevelsen en større verdsettelse av livet. Flere av mennene valgte etter sykdomsperioden å prioritere sosiale relasjoner og fritid på bekostning av jobb og karriere. Noen fortalte at de hadde blitt mindre fremtidsorienterte, og vektla betydningen av å leve i nuet. Felles for dem var at sykdommen hadde resultert i en oppfatning av at ingenting er viktigere enn å være frisk. Mens noen av mennene følte at sykdomsopplevelsen hadde gjort dem sterkere psykisk, opplevde andre å ha blitt mindre utadvendte.

I Kapittel 6 så vi hvordan mennene, gjennom sykdomsopplevelsen, hadde blitt mer oppmerksomme på egen kropp og helse. Sykdommen kan i denne sammenheng betraktes som en ”vekker”. Mens god helse og funksjonsevne før ble tatt som en selvfølge, har sykdomsopplevelsen fått flertallet av mennene til å verdsette kontroll over kroppen. I tillegg har de fleste begynt å lytte bedre til kroppens signaler. Denne bevisstheten ovenfor kropp og helse har imidlertid også ført med seg tanker om tilbakefall. Det kan i denne sammenheng se ut til at menn, for å begynne å ta kropp og helse på alvor, må oppleve alvorlig sykdom. Når vi vet at menn har lavere gjennomsnittlig levealder enn kvinner, samtidig som de er mer utsatt for visse sykdommer (Madsen 2005), burde helsemyndigheter arbeide for å styrke menns bevissthet ovenfor egen kropp og helse. Bare gjennom at menn lytter til og reagerer på kroppens signaler, kan de oppdage sykdom på et tidlig stadium. Dette kan i mange tilfeller være avgjørende for mennenes mulighet til å bli friske.

Sykdommen og behandlingen har for de fleste mennene resultert i ulike former for fysiske ettervirkninger. Flere fortalte at de opplevde de fysiske ettervirkningene som ekstra vanskelige når andre forventer at de etter behandlingen skal være friske. Dessuten så vi at

noen av mennene etter sykdommen definerte mannlighet på måter som de, til tross for deres fysiske ettervirkninger og kroppslige spor, kan leve opp til.

Kapittel 7 behandlet mennenes møte med helsevesenet. De fleste fortalte at de, på en eller annen måte, opplevde informasjonen fra helsepersonell, som mangelfull. Spesielt gjaldt dette sykdommen og behandlingens fysiske ettervirkninger. Flere av mennene måtte vente mange uker etter de fikk diagnosen, på å bli innlagt for behandling. Selv om de opplevde informasjonen ved innleggelsen som tilfredsstillende, følte mange at den kom for sent. Dessuten fortalte flere av mennene at de på innleggelsesdagen var så nervøse, at de ikke fikk med seg den informasjonen som ble gitt. Flere av mennene følte, på grunn av deres fysiske eller psykiske tilstand, at det var nødvendig å ha med seg noen i møtet med helsevesenet. For flertallet av mennene var dette et eller annet nært familiemedlem. Mange opplevde imidlertid helsepersonells informasjon til den nærmeste familien, som mangelfull.

Når det gjaldt helsepersonells presentasjon av informasjon, følte flere at denne ble lagt frem på en teknisk og lite medmenneskelig måte. Flere av mennene fortalte at de etter sykdomsperioden foretrekker kvinnelige fremfor mannlige leger. Årsaken til dette var at mennene føler at kvinnelige leger ser mennesket oppe i sykdommen på en annen måte enn deres mannlige kollegaer. Dessuten opplevde mennene at kvinnelige leger gir mer rom for spørsmål om ting de lurer på. Flere fortalte at de etter behandlingsperioden føler seg ”glemt” av helsevesenet. Ettersom flertallet av mennene sliter med ettervirkninger av behandlingen, savner de oppfølging.

Analysens siste del handlet om mennenes samtaler vedrørende sykdommen. Flere hadde en oppfatning om at menn ikke er så flinke til å snakke om problemer og å vise følelser, som det kvinner er. Noen av mennene følte derfor at det var lettere å snakke om sykdommen med kvinner, enn med menn. De aller fleste innså i ettertid at det ville vært lurt å ha snakket med profesjonelle om sykdommen, men følte ikke at ting ble tilrettelagt for dette. I stedet for å snakke med familie og venner om sykdommen, dekket de fleste mennene dette behovet i Kreftforeningens Ungdomsgruppe. Gjennom UG har mennene utvekslet opplevelser og erfaringer med andre tidligere kreftsyke. Flere av mennene opplevde at UGs medlemmer innehar en felles forståelsesramme. Til slutt så vi hvordan humor i UG blir brukt for å tilnærme seg vanskelige temaer knyttet til sykdommen.

Overførbarhet

Gjennom oppgavens analysedel har jeg både løftet frem datamaterialets generelle tendenser, og pekt på det mer spesielle. På bakgrunn av materialets begrensede omfang, har jeg ikke grunnlag for å hevde at andre unge kreftsyke menn opplever og håndterer sin situasjon på samme måte. Overførbarhet trenger imidlertid ikke å være et mål i alle kvalitative studier (Thagaard 1998). I undersøkelser hvor hensikten er å beskrive et fenomen, er innsikt i dette fenomenet viktigere enn utbredelsen. I denne sammenheng ligger kvalitativ forsknings styrke i muligheten til å komme tett innpå, og gå i dybden på mennesker og fenomener (Widerberg 2001). I tillegg kan man gjennom studier basert på kvalitative intervjuer, få frem variasjoner mellom individer, kontekster og situasjoner.

Det kan diskuteres hvorvidt informantenes medlemskap i UG påvirker deres måte å snakke om, forstå og håndtere sykdommen på. Mitt problem med å skaffe informanter kan tyde på at denne gruppen generelt sett ikke ønsker å snakke om sykdomsopplevelsen. Det kan derfor tenkes at mine informanter er spesielt åpne, slik at deres forståelser ikke er representative for kreftsyke unge menn som helhet. Som tidligere nevnt, kan det tenkes at mennene, gjennom sin deltakelse i UG, deler en diskurs med de andre medlemmene, som de lever og forstår sin situasjon igjennom. Flere forteller at de, gjennom sitt engasjement i UG, har møtt personlige utfordringer, som de i ettertid har vokst på. I tillegg kan det tenkes at mennenes bakgrunn i UG har gjort dem mer vant til å snakke om, og reflektere over sin egen situasjon, enn andre tidligere kreftsyke menn. I tillegg har syv av de ni mennene høyere utdanning. Dette kan, i tillegg til deres medlemskap i UG, tenkes å ha betydning for hvordan de forstår, snakker om og håndterer sin situasjon.

På den annen side kan tidligere studier av menn og sykdom bidra til å styrke resultatene i min oppgave. I følge Steinar Kvale (1997 i Thagaard 1998:185) kan argumentasjonen for overførbarhet i kvalitative studier sammenlignes med rettspraksis: ”For juristen har avgjørelser i samme typer saker presedens. Juristen vurderer om hun eller han kan trekke slutninger fra tidligere saker til den nåværende saken, under forutsetning av at situasjonen og betingelsene er like”. Gjennom oppgavens analysedel har jeg derfor prøvd å knytte mine resultater til tidligere forskning på menn, helse og sykdom.

Videre spørsmål

Gjennom arbeidet med oppgaven har jeg fått innblikk i andre temaer som det i fremtiden kunne vært interessant å forske mer på. Et av disse områdene er seksualitet. En slik problemstilling er kanskje mest interessant i forhold til menn som har hatt testikkelkreft, ettersom både sykdommen og behandlingen påvirker mannens seksuelle funksjon. I denne sammenhengen kunne det vært interessant å undersøke hvorvidt mennenes sivile status har betydning for deres opplevelse av fysiske bivirkninger. Opplever menn utenfor forhold problemer knyttet til egen seksualitet som vanskeligere enn de som har fast partner?

I tillegg fikk jeg gjennom intervjuene innblikk i sykdommens betydning for mennenes sosiale liv. Flere opplevde at venner under sykdomsperioden ble borte, eller tok avstand fra dem. Selv om noen etter sykdomsperioden kom tilbake, ble mange borte for godt. Jeg fikk inntrykk av at mennene opplevde dette som en dobbel belastning. I tillegg til sykdommens fysiske og psykiske problemer, forsvant gode venner da de trengte dem som mest. I tillegg til dette, fortalte noen av mennene om at kjærlighetsforhold, som et resultat av sykdommens belastninger, tok slutt. Slike temaer er både faglig interessante, samtidig som kunnskap om dette er verdifullt, både på individ- og samfunnsnivå.

Kilder

Album, Dag (1996), *Nære fremmede. Pasientkulturen i sykehus*. Oslo: Tano

Bourdieu, Pierre (2000), *Den maskuline dominans*. Oslo: Pax Forlag A/S

Bury, Michael (1997), *Health and Illness in a Changing Society*. London: Routledge

Chapple, Alison & Ziebland, Sue (2002), "Prostate Cancer: Embodied Experience and Perceptions of Masculinity". *Sociology of Health and Illness*, 6: 820-841

Connell, Robert W. (1995), *Masculinities. Second Edition*. Cambridge: Polity Press

Det Norske Radiumhospital (2006).

<http://www.radiumhospitalet.no/?module=Articles;action=Article.publicOpen;ID=157>

10.01.06

Dørre, Liv Borgvin (2006a), "Vil møte menn". *Sammen mot kreft. Medlemsblad for Kreftforeningen*, 1: 3

Dørre, Liv Borgvin (2006b), "Satsning på menn og kreft". *Sammen mot kreft. Medlemsblad for kreftforeningen*, 1: 4-5

Ekenstam, Claes (2002), "Kroppen, viljan & skræcken för att falla: Ur den manliga självbeherskningsens historia". *Rädd att falla. Studier i manlighet*. Södertälje: Gidlunds Förlag

Ekenstam, Claes (2005), "Rädslan att falla". *NIKK magasin*, 1: 5-8.

Fog, Jette (2004), *Med samtalen som utgangspunkt. Det kvalitative forskningsinterview*.
København: Akademisk Forlag

Frønes, Ivar (2001), *Handling, kultur og mening*. Bergen: Fagbokforlaget

Holter, Harriet & Kalleberg, Ragnvald (1996), *Kvalitative metoder i samfunnsforskning*.
Oslo: Universitetsforlaget

Holter, Øystein Gullvåg (1989), *Menn*. Oslo: Aschehoug

Holter, Øystein Gullvåg og Frøberg, Sissel (1999), *Mannsforskning i Norge: En
forskningsoversikt: En litteraturliste/ Norges Forskningsråd, Området for kultur og
samfunn*. Oslo: Rådet

Haavet, Ole Rikard (2005), *Ungdomsmedisin*. Oslo: Universitetsforlaget

Helsenett (2005).

http://www.helsenett.no/index.php?option=com_content&task=view&Itemid=67&id=1824 08.11.05

Kerfoot, Deborah (2001), "The Organization of Intimacy: Managerialism, Masculinity and the Masculine Subject". I Whitehead, Stephen & Barrett, Frank J.(red.) *The Masculinities Reader*. (233-252) Cambridge: Polity Press

Korsnes, O., Andersen, H. og Brante, T. (2001), *Sosiologisk leksikon*. Oslo:
Universitetsforlaget

Kreftforeningen (2005a). http://www.kreftforeningen.no/dt_front.asp?gid=2207 08.11.05

Kreftforeningen (2005b). http://www.kreftforeningen.no/dt_main_allatonce.asp?gid=2239

08.11.05

Kreftforeningen (2006a).

http://www.kreftforeningen.no/dt_main_allatonce.asp?gid=2229&amid=650494
10.01.06

Kreftforeningen (2006b).

http://www.kreftforeningen.no/dt_singlearticle.asp?gid=2235&aid=902982&amid=700764 10.01.06

Kreftforeningen (2006c).

http://www.kreftforeningen.no/dt_singlearticle.asp?gid=2207&aid=917500&amid=910261 17.01.06

Kreftforeningen (2006d). http://www.kreftforeningen.no/dt_main_allatonce.asp?gid=2251
17.01.06

Kreftforeningen (2006e).

http://www.kreftforeningen.no/raad_og_veiledning/pasientforeningene/carcinor/ordliste_3260 24.10.06

Kreftregisteret (2005). <http://www.kreftregisteret.no/ramme.htm?start.htm> 08.11.05

Lien, Marianne Inez (2004), *Menn og slanking. En kvalitativ studie av maskulinitet, kropp, mat og helse i møte med menn som opplever overvekt*. Hovedoppgave i sosiologi. Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi. Universitetet i Oslo.

Lilleaas, Ulla-Britt (2005), "John Wayne- tilnærmingen til alvorlig sykdom". *NIKK magasin*, 1: 21-23

Lilleaas, Ulla-Britt (2004), "Maskulinitet, sport og forbudte følelser". *Kvinder, køn og forskning*, 2-3: 34-48.

Lilleaas, Ulla-Britt og Fehr, Drude von der (2001), "Kroppslig beredskap og kroppens kompetanse". I Malterud, K. (red.) *Kvinner ubestemte helseplager*. (23-40) Oslo: Pax Forlag

Lilleaas, Ulla-Britt og Widerberg, Karin (2001), *Trøtthetens tid*. Oslo: Pax Forlag

Madsen, Svend Aage (2006), *Mande- sensitiv kommunikation i sundhetsvæsenet*. København: Upublisert notat.

Madsen, Svend Aage (2005), *Male Sensitive Communication- on Illness, Lifestyle, and being a Parent in a Hospital Setting*. København: Upublisert notat.

Men's Health Forum Scotland (2006). <http://www.mhfs.org.uk/mhfs/research.php> 27.09.06

Messner, Michael A. (2001), "Friendship, Intimacy, and Sexuality". I Whitehead, Stephen & Barrett, Frank J. (red.) *The Masculinities Reader*. (253-265) Cambridge: Polity Press

Mosse, George L. (1996), *The Image of Man: The Creation of Modern Masculinity*. New York: Oxford University Press

Nettleton, Sara & Watson, Jonathan (1998), *The Body in Everyday Life*. London: Routledge

Sabo, Donald & Gordon, David Frederick (1995), *Men's Health and Illness: Gender, Power, and the Body*. London: Sage

Seidler, Victor J. (2003), "Men, Bodies and Identities". I Ervø, Søren & Johansson, Thomas (red.) *Bending Bodies. Moulding Masculinities*. 2. (77-91) London: Ashgate

Seidler, Victor (2006), *Young Men and Masculinities*, London: Zed Books

Simonsen, Simon Sjørup (2006a)

<http://www.simonsimonsen.com/Books%20&%20articles.htm> 14.09.06

Simonsen, Simon Sjørup (2006b), *Mænd, sundhed og sygdom - ronkedorfænomenet*. Århus: Klim

Thagaard, Tove (1998), *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget

The Abramson Cancer Centre of the University of Pennsylvania (2006).

<http://oncolink.upenn.edu/types/article.cfm?c=14&s=44&ss=810&id=9532> 10.01.06

The European Mens Health Forum (2006).

http://www.emhf.org/index.cfm/item_id/356/CFID=7603439&CFTOKEN=21153169/
13.09.06

Whitehead, Stephen & Barrett, Frank J. (2001), *The Masculinities Reader*. Cambridge: Polity Press

Widerberg, Karin (2001), *Historien om et kvalitativt forskningsprosjekt*. Oslo: Universitetsforlaget

Aas, Gjøril Bergva (2005), *Håndtering av brystkreft. En studie av kropp, kjønn og identitet i møte med kvinner som har opplevd brystkreft*. Masteroppgave i sosiologi. Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi. Universitetet i Oslo

Alle kilder i denne oppgaven er oppgitt.

Antall ord i denne oppgaven er 39 520

Vedlegg 1

Informanter søkes til masteroppgave

Mitt navn er Kari-Anne Bjørnerud, og jeg studerer sosiologi ved Universitetet i Oslo. For tiden forbereder jeg min masteroppgave, der temaet er unge menn med kreft. I den anledning søker jeg menn mellom 18 og 35 år som har, eller har hatt diagnosen kreft, og som er villige til å la seg intervju.

Om oppgaven

Kreft rammer mennesker av begge kjønn og i alle aldersgrupper, men det er forskjell på hvordan folk håndterer en slik diagnose. Jeg er interessert i hvordan unge menn opplever å få kreft, og hva de tenker om sin egen livssituasjon. Gjennom intervjuene håper jeg å få informasjon om hvordan unge kreftsyke menn forholder seg til forskjellige sider ved sykdommen, og hvordan de håndterer dette i hverdagen.

Anonymitet og sikkerhet

Intervjuene vil bli tatt opp på bånd, som slettes øyeblikkelig etter at intervjuene er skrevet inn på pc. Intervjuutskriftene vil bli lagret på pc med mitt private brukernavn og passord, slik at ingen andre har tilgang på opplysningene. Etter at intervjuene er gjennomført, vil alle intervjuene aidentifiseres. Dette gjøres ved at deltakernes navn erstattes med et referansenummer som viser til en navneliste. Denne navnelisten vil bli oppbevart i et låst skap, atskilt fra intervjuutskriftene, og vil kun taes i bruk når, eller hvis, jeg trenger å kontakte deltakerne.

Etter prosjektets slutt vil intervjuutskriftene og navnelisten slettes øyeblikkelig. Jeg har selvfølgelig taushetsplikt, slik at ingenting av det som blir sagt i et intervju vil kunne spores tilbake til vedkommende. Det er kun min veileder og jeg som har innsyn i de opplysningene som innhentes under intervjuene.

I forkant av intervjuene vil de som skal intervjues bli bedt om å undertegne en samtykkeerklæring. Denne erklæringen er et bevis på frivillig deltakelse, og den er nødvendig for at prosjektet skal innfri etiske retningslinjer for samfunnsvitenskapelig forskning. Denne erklæringen innebærer likevel ikke noen form for forpliktelse til prosjektet fra de som har undertegnet den. Selv om man har sagt seg villig til å stille opp til intervju og undertegnet samtykkeerklæringen, kan man når som helst velge å avbryte sin deltakelse i prosjektet. Dette kan skje før, under eller etter intervjuet har funnet sted. Under intervjuet kan man også velge å avstå fra å svare på spørsmål som man ikke føler seg komfortabel med. Deltakere som velger å trekke seg fra prosjektet trenger ikke å vise til noen spesiell grunn. Det vil heller ikke medføre noen negative konsekvenser for de som ønsker å avbryte sin deltakelse i prosjektet.

Prosjektet er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste AS.

Praktiske opplysninger

Intervjuene vil bli gjennomført i løpet av høsten og vinteren 2005/2006. Siden jeg ikke har noe reisebudsjett, vil intervjuene utføres i Oslo eller på Østlandet.. Jeg kommer til å gjennomføre intervjuene selv, og hvert intervju vil vare fra 1 til 1 ½ time. Intervjuene er personlige, slik at alle intervjues hver for seg. De opplysningene som kommer ut av intervjuene vil bli aidentifisert, og sammenfattet i min masteroppgave. De som har deltatt i prosjektet vil bli tilbudt å lese den ferdige oppgaven. Oppgaven skal etter planen være ferdig våren/sommeren 2006.

Min veileder er dr. polit Ulla-Britt Lilleaas. Hun er ansatt som forsker ved Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi ved Universitetet i Oslo. For tiden arbeider hun med et prosjekt som heter ” Maskuline kroppsvaner og helseforståelser – kjønn, kultur, tradisjon og forandring”.

Hilsen Kari-Anne Bjørnerud

Tlf.: 000 00 000

E-post:

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt skriftlig og muntlig informasjon, og er villig til å delta i studien:

Dato:.....

Signatur:.....

Vedlegg 2

Intervjuguide

Introduksjonsspørsmål:

1. Alder

2. Sivil status

3. Yrke/utdannelse

4. Diagnose:

- Når fikk du diagnosen?

- Hvor gammel var du?

5. Behandling:

- Type

- Over hvor lang periode?

6. Nåværende helsetilstand:

- Friskmeldt? I tilfelle, hvor lenge?

Livet før sykdommen:

7. Kan du fortelle litt om deg selv og livet ditt før du ble syk?

8. Ditt forhold til:

- Venner

- Familie

- Fritid

- Arbeid/studier

(Kan du beskrive en vanlig dag i livet ditt før du ble syk?)

(Hvordan oppfattet du deg selv?)

9. Hvilke forventinger hadde du til deg selv (som mann) før sykdommen?

Forståelse av kropp/helse før sykdommen:

10. Hvordan vil du beskrive helsetilstanden din før sykdommen? (Frisk? Sunn? Godt trent?)

11. Var du opptatt av kroppen din/helsa di? (Kosthold? Trening? Utseende?)

- Hva var du i tilfelle opptatt av?

12. Hva visste du om sykdommen/kreft generelt før du selv ble syk?

Diagnosen:

13. Hvordan merket du de første symptomene på sykdommen? Fortell...

- Snakket du med noen om dette? Hvem?

- Hvor lang tid tok det før du kontaktet legen?

14. Kan du fortelle litt om hva som skjedde etter at du gikk til legen første gang? Gangen i sykdommen...

15. Hvordan reagerte du når du fikk diagnosen?

- Hva var du mest bekymret for? Hvorfor?

- Snakket du med noen om dette? Hvem?

- Når kom følelsene?

Behandlingen:

16. Hvor mye visste du på forhånd om den behandlingen du skulle igjennom? Nok?

- Hvor hadde du i tilfelle hentet denne informasjonen fra? (Helsepersonell? Internett? Bøker?)
- Var det noe du var spesielt bekymret over, eller tenkte mye på i forkant av behandlingen(e)?

17. Hvordan påvirket behandlingen(e) kroppen din? Konkrete eksempler...

- Førte sykdommen/behandlingen(e) til at du følte deg redusert på noen måte?
(Hvordan opplevde du de(n) kroppslige forandringen(e)? (Tanker, følelser...))

18. Er det noen sider ved en slik sykdom/ behandlingen som du tror kan påvirke menns maskulinitetsfølelse? (For eksempel de kroppslige forandringene).

- Tror du dette er forskjellig for de som har kjæreste/ektefelle og de som er single?

19. Har du vært åpen om sykdommen? Hvorfor/hvorfor ikke?

- Hvem har du fortalt/forteller du det i tilfelle til? Hvorfor akkurat denne/disse personen(e)?

20. Ble du tilbudt noen form for samtaleterapi i sykdomsperioden?

- Takket du ja til dette? Hvorfor/hvorfor ikke?

Møtet med helsevesenet:

21. Jeg har inntrykk av at ting skjer veldig raskt fra de første symptomene til operasjon/behandling starter. Ble du tatt med på avgjørelser (angående din egen situasjon) i denne prosessen?

- Hadde du mulighet til å artikulere egne ønsker og behov?

22. I hvilken grad følte du at du hadde kontroll over din egen situasjon i (møtet med helsevesenet) behandlingsperioden?

- Var det andre som tok ansvar for dette? (Familie, venner?)

23. Var det mange forskjellige mennesker å forholde seg til i sykdomsperioden? (Leger, sykepleiere osv.)

- Hvordan opplevde du dette?

24. Hvordan opplevde du å være innlagt på sykehuset? (Pleietrengende).

- Legens undersøkelser.

- Sykepleiernes stell.

25. Hvordan opplevde du å forholde deg til kvinnelig- i forhold til mannlig helsepersonell?

- Forholdt de seg forskjellig til deg som mann?

26. Hva ville du ønsket deg annerledes hvis du hadde gått igjennom det samme i dag?

Sosiale relasjoner:

27. Hvem snakket/snakker du med om sykdommen?

- Hva snakket/snakker dere om?

- (Hvordan var tonen? (Alvorlig? Fleipete? Trist?))

- Følte/ føler du behov for å snakke om sykdommen med andre enn disse personene? (Om andre sider av sykdommen?)

- Hva var/ er vanskelig å snakke om?

28. Hvordan var kontakten med vennene dine i sykdomsperioden?

29. Hvordan var forholdet til familien i sykdomsperioden i forhold til hvordan det hadde vært før sykdommen?

30. Hvordan påvirket sykdommen/behandlingen forholdet til kjæreste/ektefelle?

31. Jeg har inntrykk av at menn har vanskeligere for å snakke om tanker og vise følelser i en slik situasjon enn det kvinner har. Hva tror du om dette?

- (Hvordan var dette i ditt tilfelle?)

- Tror du at det er viktig å vise følelser/snakke om sykdommen i en slik periode?

32. Tror du det kan være lettere å snakke med andre om slike ting hvis man bruker humor/ironi som ”virkemiddel”?

33. Kan du huske situasjoner hvor du prøvde å fremstå som friskere enn det du egentlig følte deg ovenfor andre mennesker? Hvorfor?

34. Opplevde du at det var vanskelig for utenforstående å sette seg inn i din situasjon?

35. Opplevde du at folk behandlet deg annerledes enn det de hadde gjort før du ble syk?

36. Hadde du kontakt med andre kreftsyke i sykdomsperioden? Har du det i dag?

- Hvilken betydning hadde/ har dette for deg?

Arbeid/ studier:

37. Hvordan påvirket sykdommen jobb/studier? (Sykemeldt?)

- Hvordan opplevde du dette?

38. Tror du det er viktig å komme raskt tilbake i jobb/ til studier etter en slik sykdomsperiode? (For selvfølelse, humør osv.)

- Hvordan var dette i ditt tilfelle?

Livet etter sykdommen:

39. Hvordan opplevde du å vende tilbake til hverdagen?

-
- Støtte du på problemer som du ikke hadde regnet med? (Kroppslige, psykiske, sosiale... Mange snakker om en nedtur etter at de har blitt friskmeldte og begynner og leve "normalt" igjen).

40. Hvordan ser en vanlig dag ut nå, i forhold til hva den gjorde før sykdomsperioden?

- (Hvordan oppfatter du deg selv nå? (I forhold til før sykdommen)).

41. Ditt forhold til:

- Venner
- Familie
- Fritid
- Arbeid/studier

42. Hvilke forventninger har du til deg selv (som mann) nå? (Har sykdommen påvirket forventningene dine?)

- Hvordan har sykdommen påvirket selvbildet ditt? (Hvordan du oppfatter deg selv).

43. Hva synes du er viktige egenskaper hos en mann? Har dette forandret seg etter det du har vært igjennom?

44. Prioriterer du annerledes nå enn før du ble syk? På hvilke områder?

45. Tenker du på muligheten for å få tilbakefall?

- Snakker du med noen om dette?

(46. Er det viktig for deg å snakke om det du har vært gjennom nå som du er frisk, eller har du lyst til å legge det bak deg? Hvorfor?)

47. Tror du at du er sterkere rustet til å takle motgang i fremtiden, etter det du har vært igjennom? (I forhold til andre menn på din alder).