**Mænds oplevelser af deres seksuelle liv og af mødet med de sundhedsprofessionelle under graviditet og efter en fødsel**

Masterafhandling ved

Masteruddannelsen i sexologi,

Aalborg Universitet

Helle Juel Johansen

Studienummer: 20138042

Aflevering: 11. maj 2015

Vejledere: Mette Grønbæk (Birgitte Schantz Laursen)

Antal typeenheder: 119.832

**Indholdsfortegnelse**

Resume – abstract 4

Initierende problem 5

Problemanalyse 6

Problemanalysens opbygning og metode 6

Fysiske symptomer og fysiologiske forandringer 6

Seksuel lyst og aktivitet under graviditeten8

Seksuel lyst og aktivitet efter fødslen 9

Glæde og tilfredsstillelse samt problemer i ægteskabet 11

De sundhedsprofessionelle og seksualitet 12

Sundhedsstyrelsens anbefalinger 13

Afgrænsning 13

Problemformulering 14

Problembearbejdning 14

Projektets opbygning 14

Begrebsafklaring 14

Metode 15

Litteratursøgning til synopsis 15

Databaser for strategisk søgning 15

Emneord og udgivelsesår 16

In- og eksklusion af artikler 16

Krydshenvisning 17

Svagheder ved undersøgelserne og konsekvenser for projektet 17

Kvalitativ metode 17

Rekruttering af informanter 18

Det kvalitative interview 19

Forskning i ”eget felt” 20

Analyse 20

Troværdighed 20

Forskningsetiske overvejelser 21

At kommunikere med mænd 22

Præsentation af informanterne 23

Præsentation af fund 24

Et godt og sundt sexliv 24

Sex som mål og sex som middel 26

Lyst 27

Et udfordret sexliv 28

Det seksuelle sprog 31

Kommunikation 33

Tilpasning til det nye liv som mand og far 35

Mødet med de sundhedsprofessionelle 36

Mændenes ønsker til de sundhedsprofessionelle 38

Teoretiske perspektiver 40

Diskussion af data 41

Sund seksualitet og et godt sexliv 41

En styrket jordemoderfaglig indsats 43

Sprog og kommunikation 44

En styrket jordemoderfaglig indsats 46

Tilpasning til de nye udfordringer 47

En styrket jordemoderfaglig indsats 47

Afrunding af diskussion 48

Diskussion af projektets metode 48

Konklusion 49

Perspektivering 50

Tak 52

Litteraturliste 53

*I særskilt fil:*

Bilagsoversigt

Bilag 1

Bilag 2

Bilag 3

Bilag 4

Bilag 5

Bilag 6

Bilag 7

**Resume**

Mænds oplevelser af deres seksuelle liv og af mødet med de sundhedsprofessionelle under graviditet og efter en fødsel er undersøgt via kvalitative interviews med tre fædre til nyfødte børn. Mændene og deres kærester har bevaret lysten til sex og levet aktive sexliv under graviditeten og har genoptaget samlivet efter fødslerne hurtigt og uden problemer. Kommunikation fremhæves som den vigtigste enkeltfaktor i forhold til opretholdelse af det gode sexliv i forløbet. Mændenes evne til tilpasning til og mestring af den nye situation er veludviklet. De sundhedsprofessionelle har svigtet at henvende sig til mændene generelt og at tale om seksualitet specielt. Anbefalinger til en styrket jordemoderfaglig indsats er, at seksualitet sættes på dagsordenen allerede ved første jordemoderundersøgelse, at der fokuseres på formidling af faktuel viden, at mændene inddrages aktivt på en måde, så den forebyggende og sundhedsfremmende indsats også omfatter ham. Endelig bør der udvikles individuelle tilbud til mænd, hvor de med kan komme alene til jordemoder og tale om bl.a. seksualitet med afsæt i egne behov. Undersøgelsen er baseret på et spinkelt grundlag men bidrager til nuancering af synet på mænd og deres seksualitet under graviditet og efter en fødsel.

**Abstract**

Men’s experiences of their sexual lives and of their meeting with the health professionals during pregnancy and after childbirths are investigated by qualitative interviews with three fathers of newborn babies. The men and their wives lived active sexual lives during pregnancy and have resumed their sexual lives fast and without problems after the birth of their children. Communication is emphasized as the single factor of greatest importance according to maintenance of good sexual lives in the course of events. The men’s ability of adaptation to and mastering of the new situation is well-developed. The health professionals have failed to address the men in general and questions of sexuality in particular. Recommendations of a strengthened midwifery effort are: Addressing sexuality at the first consultation in pregnancy, focusing on information of facts, and actively engaging the men in prevention and health promotion. Finally men must be offered individual consultations with a midwife with possibility of a one-to-one talk about sexuality. This paper is based on the experiences of only three men, but nevertheless it contributes by introducing more light and shade upon men and their sexual lives during pregnancy and after childbirth.

**Initierende problem**

”Ikke i år Skat” (Skeel-Gjørling et al 2013) er blot en blandt flere bøger udkommet de sidste par år om kvinders seksualitet. I bogen beretter ti danske kvinder om deres manglende lyst til sex under graviditeten og i tiden efter fødslen. Graviditet og fødsel medfører såvel fysiske som mentale og sociale forandringer hos kvinder, herunder ændringer i kvinders lyst til sex (Sydow 1999:36). Men hvad med mændene og deres seksuelle liv i forløbet? De er nærmeste vidner til forandringerne hos kvinderne, men de forandrer sig også selv.

Der findes ikke mange undersøgelser af mænd og deres seksualitet under graviditet og i året efter en fødsel (Pastore et al 2006:121), og undersøgelser af kvinders seksualitet i denne fase omfatter langt fra altid mændene (Anders 2013:1988). I praksis forsømmer de sundhedsprofessionelle at inddrage manden. En undersøgelse afslørede, at mænd ligefrem følte sig ekskluderede ikke blot af de sundhedsprofessionelle, men også af deres kærester og samfundet i forløbet (Polomeno (2011:36). Der er tale om en stærkt kvinde-barn-centreret indsat i forbindelse med graviditet, fødsel og barsel, hvor seksualitet kun i begrænset omfang eller slet ikke sættes på dagsordenen af jordemødre og læger. En undersøgelse afslører f.eks., at 60 % af de praktiserende læger undgik at tale med patienterne om seksualitet med begrundelserne manglende kompetencer og tid (Pastore et al 2006:122). Det er problematisk, fordi det seksuelle forhold synes at være det mest sårbare i relationen mellem kvinde og mand i transitionsfasen, hvor de venter og får barn (Sydow 1999: 27), og fordi et velfungerende sexliv antages at kunne udgøre en såkaldt ”raskhedsfaktor” af positiv betydning for livskvalitet og mestringsfærdigheder (Graugaard et al 2012:16) i en omstillingsperiode i livet, hvor der er stærkt brug for at kunne trække på alle mestringsstrategier.

Der mangler således viden om mænds seksualitet under graviditet og efter en fødsel. Det anbefales, at læge og jordemoder drøfter spørgsmål om seksualitet som en del af deres indsats (Sundhedsstyrelsen 2013), men undersøgelser viser, at de i vid udstrækning forsømmer mændene og deres seksuelle liv specielt og samtaler om seksualitet generelt. Ovenstående animerer til udarbejdelse af dette projekt om mænd, deres seksuelle liv og mødet med de sundhedsprofessionelle i familiedannelsesprocessen[[1]](#footnote-1).

**Problemanalyse**

**Problemanalysens opbygning og metode**

Da mandens seksuelle liv skal ses i sammenhæng med kærestens, hvis det skal forstås i sin fulde kompleksitet, præsenteres i det følgende både forhold hos manden, hos kvinden og i relationen imellem dem, fordi disse faktorer på alle sammen kan have betydning for mandens seksuelle liv.

Problemanalysen vil have karakter af litteraturstudium med primært fokus på mænds seksuelle liv under graviditet og i tiden efter fødslen, ligesom sundhedsvæsenets indsats i forhold til mændenes seksualitet vil blive berørt. Problemanalysen udarbejdes med afsæt i artikler søgt til formålet suppleret med relevant litteratur.

De fleste undersøgelser af feltet er af kvantitativ karakter, forfattet i et medicinsk sprog og med fokus på risici. Terminologien i problemanalysen vil derfor være overvejende medicinsk, men af hensyn til variation i sprogbrugen bruges ind imellem de danske betegnelser. Hovedparten af artikler og øvrige kilder er engelsksprogede, hvorfor alle af hensyn til læsevenligheden er oversat til dansk.

**Fysiske symptomer og fysiologiske forandringer**

Flere mænd oplever fysiske symptomer svarende til deres gravide kærestes, herunder bl.a. nedsat appetit, tandpine, sure opstød, kvalme, søvnløshed, vægtøgning eller hovedpine. Fænomenet betegnes ”couvade” og er beskrevet hos mellem 11 og 79 % hos mænd i den vestlige verden. Ætiologien er ukendt, men når en mand betragter sin kæreste med morgenkvalme og voksende mave og sit eget uændrede spejlbillede, kan han føle sig ekskluderet. Couvade kan ses som et udtryk for de blandende følelser, manden kan opleve i forhold til både det ventede barn og dets moder (Pacey 2004:228).

Manden og hans seksualitet påvirkes desuden af de mange og store forandringer hos kvinden, herunder de fysiologiske, hvorfor enkelte præsenteres i det følgende: Under graviditeten er der en øget vaskularisering af kvindens genitalier, hvilket kan være af positiv betydning under seksuel ophidselse. Lubrikation og orgasme kan være intensiverede under graviditet (Sydow 2006:282), og kvinder, der ikke tidligere har oplevet orgasme, kan pludselig opleve orgasme under en graviditet (Pacey 2004:230). Det kan have positiv betydning også for manden, der for første gang oplever at kunne ”give” sin kæreste orgasme. Postorgastisk kan kvinden opleve kontraktioner fra uterus (Sydow 2006:282). Såfremt graviditeten er ukompliceret, er disse ufarlige (Pacey 2004:229), og de aftager sædvanligvis efter ca. 15 minutter (Sydow 2006:282), men de kan bekymre både manden og kvinden. Emesis samt udtalt træthed, der ses hos op til 91 % af de gravide kvinder, kan specielt i starten betyde mindre energi (Pacey 2004: 227), herunder energi til seksuelt samvær med manden. Det øgede abdominalomfang og den tunge krop betyder, at missionærstillingen ofte må fravælges og erstattes med alternative samlejestillinger. Dyspareuni opleves af mellem 22 og 55 % af de gravide, hvoraf 12 % dog allerede led af smerter ved samleje før graviditeten (Sydow 2004:37). Der er således for begge parter mulighed for nye glæder, men også udfordringer i forbindelse med opretholdelse af det seksuelle samliv under en graviditet.

Efter fødslen kommer flere udfordringer til alene i relation til forandringer i kvindekroppen og disses betydning for begges seksuelle liv. Også her har det traditionelle samleje vanskelige vilkår. En undersøgelse viser, at 40 % af kvinderne oplevede dyspareuni efter en episiotomi, og stærkere smerter blev rapporteret hos samtlige kvinder med episiotomier, da de i en undersøgelse blev sammenlignet med kvinder uden episiotomi (Pacey 2004:233). Graden af perineale traumer er relateret til smerter ved samleje post partum på den måde, at kun 11 % oplever dyspareuni, hvis perineum er uskadt, 15 % hvis små bristninger ikke sys, 21 % hvis en mindre ruptur sutureres og 40 % efter episiotomi. Størst risiko for dyspareuni har kvinder, der blev instrumentelt forløst, og mindst risiko har kvinder forløst ved sectio caesarea (Sydow 2004:285). Endelig kan dyspareuni påvirkes af amning. Seks måneder efter fødslen oplevede 16 % af de ikke-ammende og 36 % af de ammende mødre fortsat dyspareuni, og tretten måneder efter fødslen gjaldt det fortsat 22 % af sidstnævnte (Sydow 1999:38).

Locchier kan forekomme i op til otte uger efter fødslen. Brystet kan være ømt (Pacey 2004:241), og lækage af mælk i forbindelse med orgasme hos ammende mødre er almindeligt (Sydow 2006:282). Det kan betyde, at par afholder sig fra flere former for sex. Endelig medfører det høje prolactinniveau hos ammende kvinder, at østrogenproduktionen nedsættes, hvilket medfører tyndere slimhinder i vagina og nedsat lubrikation (Byrd 1998:307). Kun en enkelt kilde beskæftiger sig eksplicit med, hvornår kvinden er restitueret rent fysisk, så det seksuelle samliv uden risici kan genoptages, og den kilde angiver tre uger efter en fødsel, eller når parret har lyst (Byrd et al 1998: 305).

**Seksuel lyst og aktivitet under graviditeten**

Litteratur om mænds seksuelle lyst under kærestens graviditet er begrænset (Pacey 2004:228). Sydow fandt f.eks. hverken i 1999 eller 2006 undersøgelser af mænds oplevelse af orgasmer i forbindelse med graviditet (Sydow 1999:37 & 2006:283). Der er enighed blandt forskerne om, at ændringer i seksuel lyst er almindelig hos såvel mænd som kvinder under graviditeten specielt i tredje trimester. Lysten kan øges, men oftest er der tale om faldende lyst (May 1987:64). Den eksisterende litteratur viser stor variation i mænds seksuelle lyst under graviditet, men med en tilbøjelighed til, at den forbliver uændret de første to trimestre, hvorefter den hos de fleste mænd falder stærkt (Sydow 1999:35). Frygt for at skade fosteret er almindelig hos både kvinder og mænd specielt sidst i svangerskabet (Mueller 1985:294). Det gælder for op til 50 % af mændene og 25 % af kvinderne (Pacey 2004:230). Nogle par bekymer sig om den forholdsvis høje koncentration af det uteruskontraherende middel prostaglandin i mandens sæd, men koncentrationen er ikke stærk nok til at inducere fødsel, med mindre fødslen alligevel så småt er i gang (Pacey 2004:231).

Nogle kvinder kan opleve graviditeten som en bekræftelse på deres seksualitet, og specielt disse kvinder kan opleve øget lyst specielt i de første to trimestre. Nogle mænd kan glæde sig over kærestens øgede lyst, mens andre kan føle sig pressede heraf (Pacey 2004:230). Generelt viser undersøgelserne stor variation i kvinders lyst specielt i andet trimester, mens der for de fleste sker et brat fald i tredje. Disse ændringer i lyst kan få konsekvenser for den seksuelle aktivitet, hvilket influerer på mandens seksuelle liv. Behov for nærhed og ømhed er generelt uændret hos den gravide kvinde (Sydow 1999:35). En enkelt undersøgelse finder, at 40 % af de gravide kvinder oplevede et mindre markant fald i lyst i tredje trimester, hvis de følte, at deres mænd var stærkt involverede i graviditeten (May 1987:63). Der er en tilbøjelighed til, at de foretrukne seksualpraktikker forbliver uændrede hos de fleste par. Dog bliver vaginal stimulation tilsyneladende mindre væsentlig for mange i andet og tredje trimester (Sydow 199: 35).

Masturbation praktiseres uændret af mændene under graviditeten, men der findes ingen undersøgelser af mænds seksuelle glæde og tilfredsstillelse under svangerskabet (ibid.:37). En undersøgelse viste, at 82 % af kvinderne syntes, den seksuelle aktivitet skal fortsætte under hele graviditeten (ibid.:36). En stor del af de gravide bekymrer sig om deres ægtefællers seksuelle tilfredsstillelse, og motivation for deres seksuelle aktivitet er ofte opmærksomhed på kærestens tilfredsstillelse (Anders 2013:1989).

Undersøgelser af pars seksuelle aktivitet under graviditet er ikke entydige, men den seksuelle aktivitet ændres hos de fleste, og ændringerne går oftest i retning af faldende aktivitet (Sydow 2006:288), hvilket ligeledes rapporteres af parrene selv i en undersøgelse (Pacey 2004:239). Ti procent af kvinderne afstår helt fra samleje efter konstatering af svangerskabet (Sydow 1999:36), men frem til syvende graviditetsmåned praktiserer de fleste par samleje. I ottende måned er det ca. to tredjedele, og i gennemsnit har parrene det sidste samleje en måned før fødslen (Sydow 1999:36). Seksuel glæde og aktivitet i løbet af graviditeten er associeret med betydeligt større stabilitet, ømhed og kommunikation i parret både fire måneder og tre år efter fødslen (Sydow 2006:285).

**Seksuel lyst og aktivitet efter fødslen**

En stærk prædiktor for mandens psykologiske velbefindende to måneder efter fødslen var mandens egen rating af hans seksuelle tilfredshed i graviditetens første trimester (May 1987:65). Det at deltage i en fødsel kan have betydning for mandens opfattelse af kærestens kønsorganer og seksualitet efterfølgende (Pacey 2004:234). Begge dele kan påvirke mandens seksuelle lyst både positivt og negativt, og ændringer i seksuel lyst er da også almindeligt hos mænd efter en fødsel.

Nogle mænd har svært ved at cope med det at opleve kæresten svede voldsomt, stønne og puste under fødslen, og han kan tvivle på, at skeden nogensinde genvinder sin sædvanlige størrelse og tidligere udseende (Polemeno 1998:6), hvilket kan påvirke nogle af disse mænds lyst til sex efterfølgende. Ændringerne kan vare ved i både måneder og år, og hos nogle genfindes aldrig et niveau svarende til før graviditeten (May 1987:64), men de fleste er tilbage ved ”udgangspunktet” i lyst ca. et år efter fødslen (Sydow 1999:36). Ingen undersøgelser har fokuseret alene på associationen mellem forløsningsmåde og seksuel lyst og glæde (Anders 2013:1989). Af ovenstående fremstår, at hvis mænd inddrages i undersøgelser af seksualitet i familiedannelsesprocessen, er fokus i undersøgelserne ofte på problemer.

En undersøgelse viste, at 19-64 % af mændene og 40-64 % af kvinderne var direkte bange for at genoptage samlivet efter fødslen (Sydow 2004:37). 41 % genoptog noncoital seksuel kontakt mellem to og fem uger post partum, men det defineres ikke, hvad der menes med noncoital seksuel kontakt. Orgasme oplevedes af kvinderne mellem to og atten uger efter fødslen med et gennemsnit på 7 uger (Sydow 2004: 37). Der er ingen rapporter om mænds ”udbytte” af aktiviteterne. Til gengæld viser undersøgelser, at masturbation praktiseres uændret af manden også efter fødslen (Sydow 2004:37), hvilket kan tyde på en uændret lyst hos manden, der til dels selv ”tager hånd om” sit behov.

Kun 9-17 % af parrene havde samleje inden for de første seks uger post partum. I den sjette uge havde 45-62 % haft samleje, mens det samme gjaldt for 66-94 % to måneder post partum, for 88-95 % tre måneder og for 95-100 % syv måneder post partum. I gennemsnit genoptager parrene det seksuelle samliv og har første samleje 6-8 uger efter fødslen (Sydow 1999:36), hvilket falder sammen med ugerne for den tilbudte efterfødselsundersøgelse af kvinden hos egen læge.

Mange oplever egentlige problemer i forbindelse med genoptagelse af samlivet. En undersøgelse viste, at 40 % af kvinderne oplevede problemer, men det defineres ikke, hvori problemerne består. Da mere end halvdelen af kvinderne oplevede smerter ved første samleje efter fødslen, er det sandsynligt, at der med problemer menes smerter, og at der således er tale om, at begreberne lapper over hinanden eller bruges i flæng. Tallet er derfor behæftet med stor usikkerhed.

Kun 14 % af kvinderne og 12 % af mændene oplever ikke seksuelle problemer efter en fødsel (Sydow 1999:37). En undersøgelse viser, at kun halvdelen af mændene nyder seksuel intimitet med deres kærester i året efter en fødsel, mens 18-20 % nyder den delvist og 24-30 % slet ikke nyder den. De samme frekvenser gælder ifølge undersøgelsen for kvinderne, mens en af de få øvrige undersøgelser, der involverer mænd, viser, at flere mænd end kvinder viser nedsat lyst efter fødslen (Sydow 1999:36). Det fremstår ikke af undersøgelserne, hvorfor flere mænd end kvinder ikke har lyst, eller hvorfor så mange mænd ikke nyder sex med kæresten i året efter fødslen. Endelig defineres det ikke, hvad der menes med nydelse.

Den første ovulation sker forud for den første menstruation efter en fødsel. Der kommer således ikke noget ”varsel” om, at graviditet er mulig, hvorfor det er interessant, at kun 84-90 % af parrene anvender antikonception (Sydow 2006: 283) ved genoptagelse af samlivet. Undersøgelser viser i øvrigt, at mødre, der har tiltro til præventionsmetodens effekt, har lettere ved den seksuelle omstilling efter fødslen, mens dette forhold ikke har betydning for mænds omstilling (ibid.:285). Noget tyder på, at spørgsmål om prævention med stor fordel kan diskuteres med såvel mand som kvinde efter en fødsel, da mandens glæde ved sex hænger sammen med kvindens evne til at cope med de omstillinger, sexlivet efter en fødsel er underlagt.

Seksuel aktivitet, tilfredshed og ømhed er påvirkelige af mange faktorer og reduceres generelt, jo længere et forhold varer. Kvinder har sjældent udenomsægteskabelige affærer under graviditet og umiddelbart efter en barnefødsel, mens undersøgelser viser, at 4-28 % af mændene har affærer (Sydow 2006:284).

Sammenfattende kan siges, at der er store udfordringer i genoptagelse af det seksuelle samliv. Både lyst og seksuel aktivitet stiger langsomt igen efter en fødsel (ibid.: 288), og samlejefrekvensen forbliver reduceret hele spædbarnsåret set i forhold til det før-gravide niveau (Sydow 1999:36). Først omkring barnets første fødselsdag er de fleste tilbage ved det niveau, de havde før graviditeten (Pacey 2004:239).

**Glæde og tilfredsstillelse samt problemer i ægteskabet**

Det seksuelle samliv er ”et godt kit,” men ikke det eneste, der binder et par sammen. Et tilfredsstillende sexliv og et tilfredsstillende ægteskab er derfor ikke synonymer, menrelaterede (May1987:63). Transitionen fra par til forældre kan være både stressende og behagelig (Pacey 2004:224), og forældreskabet er en faktor af stor betydning i forhold til ændringerne i tilfredsheden med det seksuelle liv (May 1987:63). Der er iflg. Pacey flere konsistente fund i den litteratur, hun baserer sit studium på. Det at få barn er en stor glæde og fornøjelse, men samtidigt oplever 40-70 % af parrene et fald i den ægteskabelige tilfredshed i barnets første år. I transitionen til forældreskabet er der en tilbøjelighed til, at forældrene polariseres, og til at deres indbyrdes forskelle afsløres (ibid.:236), ligesom ægteskabelige problemer, der opstod før eller under en graviditet, ikke løses efter barnets fødsel (ibid.:229). De fleste kritiske forandringer i parrets relation sker mellem et barns fødsel og første fødselsdag, og følelsesmæssige og sociale forandringer, der begyndte i graviditeten, forstærkes tilmed efter fødslen (ibid.:235).

Enkelte nyere undersøgelser viser, at mænd, hvis lyst faktisk forbliver forholdsvis stabil under graviditet og efter en fødsel alligevel kan opleve, at den seksuelle aktivitet falder i året efter fødslen. Mænd, der ikke oplevede et fald i den seksuelle aktivitet det første år efter en fødsel, kunne alligevel opleve et fald i den seksuelle tilfredsstillelse. Denne diskrepans mellem lyst, seksuel aktivitet og tilfredsstillelse kan betyde, at opfattelsen af seksualitet i året efter en fødsel kan være relateret til psykosociale forhold snarere end til det seksuelle engagement i sig selv, og at interessen vendes mod noncoitale aktiviteter eller masturbation. Trods disse tilpasninger angiver mange mænd, at de faktisk afholder sig fra samleje i en periode, og at de accepterer dette af hensyn til evt. syningers mulighed for at hele op og af hensyn til den samlede families velbefindende. Disse fund angiver således både stor kompleksitet og tilpasning i mænds seksuelle liv efter en fødsel (Anders 2013:1989).

**De sundhedsprofessionelle og seksualitet**

Selv om flere studier viser, at både kvinder og mænd nærer frygt og bekymring for deres seksuelle liv i løbet af graviditet og efter en fødsel, oplever de fleste kvinder at få meget lidt information om normal seksualitet i transitionen fra kvinde til mor (Pacey 2004:229). Hvordan mændene oplever det, er oftest ikke undersøgt. I klinisk praksis inddrages samtale om seksualitet generelt og mænds seksualitet specielt således kun i begrænset omfang. F.eks. viser en undersøgelse, at 68 % af mødrene til spædbørn ikke på noget tidspunkt i løbet af graviditeten havde oplevet, at deres læge havde talt med dem om seksualitet, mens de resterende oplevede at være blevet oplyst om at begrænse de seksuelle aktiviteter i både uger og måneder før og efter en fødsel. Mændene indgik ikke i undersøgelsen. En anden undersøgelse viser, at 36 % af kvinderne og 29 % af mændene var blevet direkte advaret af lægen om at genoptage det seksuelle samliv for tidligt, men dette ”for tidligt” var ikke præciseret. Ved efterfødselsundersøgelsen, der i de fleste engelsksprogede lande, finder sted seks uger efter fødslen, viste en tredje undersøgelse, at kun 17 % af mødrene var blevet vejledt om seksualitet. Lægerne fokuserede i deres anvisninger, hvis de fandt sted, generelt på samleje, og flere af dem anbefalede, at de afventede genoptagelse af samlivet, til lochierne var helt aftaget. Mændene blev end ikke nævnt i undersøgelsen, og ingen af lægerne oplyste om, at graviditet og fødsel også kan berige et pars seksuelle liv (Sydow 1999:38).

Andre undersøgelser peger på mere langsigtede konsekvenser af seksuelle problemer i familiedannelsesprocessen, idet mange par, der midt i livet vælger at gå i terapi, sporer deres samlivsproblemer tilbage til tiden omkring fødslen af deres første barn ((Pacey 2004:224).

Mange sundhedsprofessionelle svigter således parrene ved enten helt at forsømme at berøre emnet eller ved at give spredte og tilmed ukorrekte anvisninger. Endelig er tilbuddene til mændene yderst begrænsede.

**Sundhedsstyrelsens anbefalinger**

Der er fra Sundhedsstyrelsens side lagt op til, at temaet seksualitet sættes på dagsordenen i svangreomsorgen[[2]](#footnote-2), men i meget begrænset omfang. Det anbefales at berøre temaet seksualitet ved jordemoderundersøgelsen i uge 21, hvor det dog kun skal ske efter behov (Sundhedsstyrelsen 2013:43); ved lægeundersøgelsen i uge 32, hvor fokus er på genoptagelse af samlivet efter fødslen (ibid.:53); ved jordemoderundersøgelsen i uge 37, hvor der er prævention på programmet (ibid.:55) og endelig ved lægeundersøgelsen otte uger efter fødslen, hvor genoptagelse af seksuallivet og valg af prævention drøftes, hvis det ikke er gjort tidligere (bid.:60). Øvrige anbefalinger begrænser sig til drøftelse af genoptræning af bækkenbunden og gavnlighed af efterfødselsgymnastik (ibid.:172). Under overskriften ”Psykologiske aspekter af graviditet, fødsel og barsel står intet om seksualitet, og manden er slet ikke nævnt i anbefalingerne i relation til temaet seksualitet.

**Afgrænsning**

Vi ved, som det ovenstående illustrerer, kun ganske lidt om mænds seksuelle liv i transitionsfasen fra mand til far. Dertil kommer, at kvaliteten af eksisterende undersøgelser ofte er ringe. De sundhedsprofessionelle forsømmer i vid udstrækning både at tale om seksualitet og at inddrage mændene, når de undtagelsesvist sætter seksualitet på dagsordenen i forbindelse med graviditets- og efterfødselsundersøgelser. Endelig er det ikke lykkedes at finde en eneste undersøgelse af danske mænds seksuelle liv i transitionsfasen fra mand til far.

Sammenfattende og med afsæt i ovenstående kan siges, at der mangler viden om mænd seksualitet i forbindelse med graviditet og fødsel; specielt undersøgelser, hvor mændenes egne stemmer er blevet hørt. I de fleste af de her inkluderede artikler efterlyser forfattere, herunder både Sydow 1999:43 og Pacey 2004:242, derfor også flere undersøgelser af feltet, specielt kvalitative undersøgelser. De sundhedsprofessionelles interesse for og indsats i forhold til mændene generelt og deres seksualitet specielt er tilmed yderst begrænset (Polomeno 2011:35). Der er således tale om et problemfelt af betydelige dimensioner både i forhold til forskning og praksis, hvilket leder frem til følgende:

**Problemformulering**

Hvordan oplever mænd deres seksuelle liv og sundhedsvæsenets indsats i forhold til samme under graviditet og i de første måneder efter en børnefødsel, og hvordan kan jordemoderen understøtte mændene i at leve et sundt seksuelt liv?

Når der i problemformuleringen afgrænses til graviditeten og de første måneder efter en fødsel er det, fordi det matcher danske jordemødres kompetenceområde, og fordi jordemoderen vil være udgangspunktet for de forslag til handling, som projektet munder ud i.

**Problembearbejdning**

**Projektets opbygning**

Udgangspunktet for problembearbejdningen er interviews med fædre til nyfødte børn. Da fokus i projektet er informanternes egne oplevelser af deres seksuelle liv under graviditet og i tiden efter en fødsel samt deres møde med de sundhedsprofessionelle i den sammenhæng, afgrænses projektet af de forhold og faktorer, der bliver sat i spil af informanterne, og som har relevans for problemformuleringen. Empirien vil blive præsenteret og analyseret, hvorved temaer af betydning for mændene vil blive identificeret. Der er således tale om induktivt genererede data. Forslag til en styrket jordemoderfaglig indsats i forhold til vordende og nye fædre og deres seksuelle liv vil udgøre en integreret del af diskussionen, der vil blive understøttet af og sammenholdt med undersøgelser og litteratur fundet ved strategiske litteratursøgninger.

**Begrebsafklaring**

I projektet bruges betegnelsen mænd frem for fædre, fordi seksualiteten og manden ”kom før” faderen i kraft af, at vi er født som seksuelle og biologiske væsener og udvikler vores kønsidentitet allerede i løbet af de første leveår (Bancroft 2009:30f). Begreberne seksualitet og sexliv bruges synonymt i projektet. Hvor det i problemanalysen var den medicinske terminologi, der dominerede, bruges i det følgende primært danske hverdagsbetegnelser, fordi det er dem, mændene bruger, og fordi det er dem, der bør anvendes i klinisk praksis, hvor den medicinske terminologi kan være direkte uforståelig og medføre fremmedgørelse (Pacey 2004:226). Øvrige nødvendige begrebsafklaringer vil indskrives fortløbende i projektet.

**Metode**

I det følgende beskrives den strategiske litteratursøgning samt de kvalitative metoder, der er benyttet i forbindelse med indsamling og behandling af empiri. Stor gennemsigtighed er tilstræbt bl.a. ved fremlæggelse og begrundelse af de valg, der er truffet undervejs (Hastrup 2003:30). Til gengæld er afskrift fra metodelitteraturen reduceret til et absolut minimum.

**Litteratursøgning til synopsis**

Som forberedelse til udarbejdelse af synopsis til projektet blev den første litteratursøgning foretaget i databaserne bibliotek.dk og Cinahl; førstnævnte fordi den dækker bredt og er let at gå til; sidstnævnte fordi den ud over medicinsk forskning også indeholder sygeplejefaglige artikler. I forventning om at der kun eksisterer et begrænset antal undersøgelser af fænomenet, blev der i den sammenhæng inkluderet artikler og undersøgelser, uanset hvor, hvornår og af hvem de var udgivet. Søgeordene var ”sexuality AND father AND childbirth.” Ni artikler dukkede op i bibliotek.dk, hvoraf de seks efter læsning af abstracts blev inkluderede som potentielt anvendelige. Dernæst søgtes i Cinahl, hvor resultatet var 16 hits. Efter læsning af abstracts viste der sig mange overlap med resultaterne af første søgning, men nye var tre artikler, der foreløbig blev inkluderede sammen med de øvrige. På baggrund af de to søgninger identificeredes således i alt ni artikler, der blev vurderet som tilstrækkelige som baggrund for udarbejdelse af synopsis for opgaven.

**Databaser for strategisk søgning**

Efter godkendelse af synopsis og til brug i forbindelse med udarbejdelse af projektets problemanalyse foretoges sammen med en bibliotekar og med afsæt i problemformulering en mere systematisk litteratursøgning i databaserne SweMed og Academic. SweMed blev valgt, fordi databasen indeholder undersøgelser lavet i Norden, hvor mennesker, kultur og levevilkår minder om hinanden, og viden om menneskers seksualitet derfor kan overføres forholdsvis uproblematisk fra det ene land til det andet. Den tværvidenskabelige base Academic blev valgt, fordi flere videnskabelige perspektiver er nødvendige, hvis mænd og deres seksualitet skal belyses i deres fulde kompleksitet. Der blev for ikke at risikere at udelukke relevante undersøgelser søgt på alle tilgængelige sprog.

**Emneord og udgivelsesår**

Følgende tre grupper af emneord blev valgt med afsæt i problemformuleringen og bibliotekarens kendskab til basernes terminologi:

Gruppe 1: Sexuality, sex, attitude to sex, sexual behavior

Gruppe 2: Father, fathers, man, men, expectant fathers

Gruppe 3: Childbirth, pregnancy, birth, postpartum, puerperium, postnatal period, perinatal

Et ord fra hver af de tre grupper af emneord blev kombineret med den boelske operatør ”AND.” For dannelse af et hurtigt overblik foretoges først en søgning med tilfældige kombinationer af emneord fra de tre grupper i alle tre baser, hvorefter alle kombinationsmuligheder blev kørt systematisk igennem i alle tre baser. I første omgang brugtes trunkering[[3]](#footnote-3) i SweMed og Academic, men det gav ingen ekstra hits, hvorfor der herefter blev søgt direkte på emneordene. Det viste sig på et tidligt tidspunkt, at den bedste og mest præcise kombination af søgeord var ”sexuality AND father AND childbirth.”

Der blev i første omgang søgt uden begrænsning i forhold til udgivelsestid og – sted, fordi det i forbindelse med søgningen til synopsis blev tydeligt, at der kun foreligger forholdsvis få undersøgelser af præcis dette felt.

**In- og eksklusion af artikler**

Foreløbig inklusion af artikler og undersøgelser blev derefter foretaget efter 1) titlens relevans set i relation til problemformuleringen og 2) skimning af abstracts fra de identificerede hits i de tre databaser. I databaserne Swemed og Academic identificeredes ti artikler og undersøgelser, hvis abstracts blev skimmet. Inkluderet blev i første omgang alle umiddelbart relevante artikler publiceret gennem de seneste tredive år i vestlige lande. Disse valg blev truffet, fordi seksualitet altid skal ses i sammenhæng med den tid og det sted, den udfoldes i (Graugaard 2013), og fordi der er en række karakteristika ved de vestlige lande, der gør, at det med en vis kritisk tilgang er muligt at bruge undersøgelser af et fænomen som seksualitet på tværs af kulturer, landegrænser m.m. Der blev søgt over en tredive årig periode, fordi feltet er underbelyst.

Tre artikler viste sig ikke at være relevante, så tilbage var syv artikler, der inkluderedes som ”måske egnede.” Herefter gennemlæstes mere grundigt de nu i alt 16 artikler, hvoraf kun fire var beskrevet som kvalitative. De 12 øvrige udgjordes af tre reviews, to spørgeskemaundersøgelser, en ”meta-content” analyse og et tværsnitsstudie. Designet af de sidste fem artikler fremstod ikke eksplicit, men de viste sig ved gennemlæsningen at være litteraturstudier. Søgeprotokol med eksempel fra søgning i databasen Academic er vedhæftet som bilag 1.

**Krydshenvisning**

De 16 artiklers referencelister blev herefter gennemlæst, hvorved yderligere fire artikler identificeredes, heraf to kvalitative undersøgelser, en spørgeskemaundersøgelse og en, hvor designet ikke var beskrevet, men som kan karakteriseres som et litteraturstudie. I alt er der ved litteratursøgningen samt krydshenvisningerne identificeret 20 potentielt anvendelige undersøgelser, heraf 14 af kvantitativ og seks af kvalitativ karakter.

**Svagheder ved undersøgelserne og konsekvenser for projektet**

De fleste undersøgelser er retrospektive med deraf følgende usikkerheder som f.eks. recall bias, og mange er baseret på spørgeskemaer, der ikke er validerede (Anders 2013:1997f). Derudover lider mange under øvrige metodiske svagheder som bl.a. manglende beskrivelse af design og manglende diskussion af egne resultater, herunder styrker og begrænsninger (Malterud 2008).

De metodisk stærkeste studier er som følge af ovenstående brugt som hovedkilder: Sydow 1999 er valgt, fordi hendes artikel er baseret på analyse af 59 artikler publiceret i perioden 1950-1996 (Sydow 1999:28f), og fordi metoden er vel beskrevet og analysen stringent. Pacey er valgt, fordi hendes litteraturstudie er veldisponeret og ligeledes hviler på mangfoldige kilder. Anders 2013 inddrages som endnu en kilde, fordi den er ny, og fordi der er tale om en kvalitativ undersøgelse, der nuancerer nogle af fundene fra de biomedicinske artikler. Endelig gør alle tre flittigt brug af referencer og reflekterer over egne undersøgelsers svagheder og begrænsninger. Der suppleres i hele projektet med relevant litteratur, herunder et bogkapitel, hvori Sydow supplerer sin første store undersøgelse med nye reviews af både medicinsk og psykologisk karakter (Sydow 2006:282).

**Kvalitativ metode**

Problembearbejdningen vil tage afsæt i egen empiri i form af kvalitative interviews med fædre til nyfødte børn. I den kvalitative forskning er nøgleordet forståelse (Birkler 2007:93), og kvalitativ metode er velegnet til indfangelse af menneskers erfaringer, oplevelser, tanker, forventninger, motiver og holdninger (Malterud 2008:32). Kvalitative data er således nødvendige, fordi hensigten med projektet er at forstå mænds egne oplevelser af deres seksuelle liv i en given livsfase. Den kvalitative forskning er induktiv, idet begreber og analytisk indsigt udvikles ved nøje gennemgang og refleksion over data (Emerson 1995:142-168), hvilket tilstræbes i det følgende.

**Rekruttering af informanter**

Rekruttering af informanter blev foretaget via sundhedsplejen i en større jysk kommune, fordi sundhedsplejen har kontakt til alle familier til spædbørn. Dette var en fordel, da målet var et strategisk udvalg med vægt på mangfoldighed, fordi det giver variationsbredde og dermed mulighed for at beskrive flere nuancer af et fænomen. Fra et godt strategisk udvalg kan der udvikles beskrivelser, begreber og teoretiske modeller, som kan have relevans for andre sammenhænge end den, undersøgelsen er foretaget inden for (Malterud 2008:59). Breve til informanterne (bilag 2) blev på anbefaling af den ledende sundhedsplejerske uddelt ved det rutinemæssige hjemmebesøg to måneder efter fødslen. Det tidspunkt passede med, at det ligger lige på grænsen af danske jordemødres kompetenceområde og med, at parrene i gennemsnit har første samleje 6-8 uger efter fødslen (Sydow 2004:36). Ifølge ”Vejledning om forebyggende sundhedsydelser for børn og unge” (Sundhedsstyrelsen 2011:95f) er fokus ved dette besøg på barnets trivsel og tilknytning til forældrene, på forældrenes psykiske tilstand og på deres oplevelser som familie. Der står ikke i vejledningen, at sundhedsplejersken skal tale med forældrene om deres sex- og samliv.

Fordi rekruttering forventedes vanskelig, og det derfor var vigtigt at nå ud til så mange potentielle informanter som muligt, blev sundhedsplejerskerne bedt om også at udlevere brevet til fædre til ældre spædbørn, hvis de havde mulighed for det. På den måde blev en informant rekrutteret. Mail til sundhedsplejerskerne med orientering om undersøgelsen og med ønsker til dem i forbindelse med udlevering af breve til fædrene er vedhæftet projektet som bilag 3. Vedhæftet den orienterende mail til sundhedsplejerskerne var brevet til fædrene, så de vidste, hvad de afleverede i hjemmene i en lukket kuvert med teksten ”Til den nybagte far.” Når brevet til fædrene var i en lukket kuvert adresseret til dem, var det for at være så sikker som mulig på faktisk at nå fædrene og dermed undgå, at mødrene på deres mænds vegne fravalgte deltagelse i en undersøgelse af noget så privat som deres sexliv, som hun jo er en del af.

Der blev d. 13.1.2015 afleveret 100 breve til sundhedsplejen, og d. 13.3.2015 på efterspørgsel yderligere 25, fordi de første breve på det tidspunkt var udleveret ved hjemmebesøgene. Ønsket var at skaffe så mange informanter, at datamætning kunne opnås, hvilket sker, når analysen afslører, at nye data ikke længere tilfører noget nyt og dermed ikke medfører udvikling af ny kundskab (Malterud 2008:66). Det nødvendige antal informanter kan således ikke fastsættes på forhånd. Tre mænd henvendte sig efter modtagelse af brevet, og alle tre indgår i undersøgelsen.

**Det kvalitative interview**

Data er indhentet via semistrukturerede interviews (Malterud 2008:129), fordi interviewet er den hurtigste og bedste måde til indfangelse af det, som er af betydning for informanterne, og som problemformuleringen lægger op til. Interviews bør ideelt set udføres ”in private” (Holstein 1995:11), og informanterne fik jf. rekrutteringsbrevet (bilag 2) tilbud om afvikling af interviewet i eget hjem, i undersøgerens hjem eller på undersøgerens arbejdsplads. Det ene interview foregik i informantens hjem, mens de to øvrige blev afviklet på undersøgerens arbejdsplads. Der var alle steder fuldstændig ro til samtalerne.

Udover indhentning af information muliggør interviewet desuden refleksion over konkrete diskussioner og konflikter (Rubow 2003:242), hvilket er relevant, da transitionsfasen fra mand til far er potentielt konfliktfyldt pga. de mange ændringer, der sker med kæresten, manden selv og i relationen imellem dem. Da mændene, der har ladet sig interviewe til projektet, deler deres seksuelle liv med deres kærester, er forhold omkring kvindens krop, psyke og seksualitet i familiedannelsesprocessen medtaget i den udstrækning, de forhold kan have betydning for mændenes seksuelle liv eller for de sundhedsprofessionelles indsats i forhold til dem.

Interviewet faciliteres af en god (øjen)kontakt (Rubow 2003:241). Undersøgeren frigjorde sig derfor stort set fra interviewguiden efter første interview. Det lod sig gøre, fordi der blev spurgt meget åbent ind, og fordi det var muligt at memorere de udvalgte temaer, der til første interview var inspireret af problemanalysens overskrifter. Temaer, der ikke viste sig aktuelle for den første mand og hans sexliv, herunder forløbene af graviditeter og fødsler, blev nedtonet i de efterfølgende, mens nye temaer, herunder mødet med de sundhedsprofessionelle, kunne inddrages i efterfølgende interviews. Det betød, at interviewene udviklede sig meget forskelligt, og at mændene selv koblede temaer sammen på måder, der gav mening for dem.

Interviewene blev optaget på en diktafon. Det at optage interviewet er ”som en gipsafstøbning,” der bliver en slags aftryk af liv, hvor konturer og bevægelser, der ikke kunne høres undervejs, træder tydeligere frem og dermed lettere kan reflekteres (Rubow 2003:241). I alt udgøres den tekst, som projektet baseres på, af 33 sider med skriftstørrelse 12 og enkelt linjeafstand.

**Forskning i ”eget felt”**

Undersøgeren præsenterede sig som masterstuderende og jordemoder i forhold til både sundhedsplejen og informanterne. At have arbejdet i feltet i mange år betyder, at der er udviklet en vis forforståelse i forhold til projektets tematik, hvilket udfordrede i forhold til bevarelse af åbenhed i tilgangen. En kvalitativ undersøgelses særlige fokus bør ikke defineres på forhånd, og intervieweren bestræbte sig derfor på at være åben overfor, at det relevante fokus kunne ligge et andet sted end forventet (Malterud 2008:131). Ønsket var, at fokus udsprang direkte af samtalerne med mændene, så undersøgelsen ikke blev styret af undersøgerens forforståelse, der i værste fald risikerede at overdøve den viden, som empirien kunne have leveret (ibid.:48). Sidstnævnte er en særlig risiko i forbindelse med forskning i ”eget felt,” hvor udfordringen bliver at placere sig i en position som ”radikal anden” (Hastrup 1991:13) med henblik på at identificere både det selvfølgelige og det, der ikke er det, i et forsøg på at forstå begge dele samlet (Hastrup 2003:21).

**Analyse**

Analysen af de transskriberede interviews er foretaget med afsæt i Emersons forslag til dataanalyse bestående af følgende trin: Gennemlæsning af teksten i sammenhæng, åben kodning, skrivning af indledende memoes, udvælgelse af temaer, fokuseret kodning og skrivning af integrerende memoes. Det syvende og sidste trin er skabelse af teori med afsæt i teksten (Emerson 1995:142ff), hvilket ikke forventes opnået i denne sammenhæng, da grundlaget er beskedent og tiden knap. Til gengæld vil analysen jf. Emerson munde ud i identifikation af temaer, der sammenholdes med eksisterende undersøgelser og teori (ibid.:). For en uddybning af de syv trin se bilag 4.

**Troværdighed**

Troværdigheden afhænger af undersøgelsens gennemsigtighed, hvorfor der løbende og fortsat vil blive redegjort for alle procedurer og overvejelser (Hastrup 2003:30). Valg i forhold til teori og metoder vil som hidtil blive synliggjort og begrundede undervejs frem for at redegøre for dem samlet her. Dette gøres, fordi troværdigheden styrkes ved fortløbende redegørelse for de valg, der træffes i forbindelse med en kvalitativ undersøgelse som denne.

I respekt for mændene og deres åbenhed i forbindelse med samtalerne er der som beskrevet ovenfor gjort tiltag for, at de ikke kan identificeres. Transskriptionerne blev tilbudt sendt til informanterne til godkendelse inden påbegyndelse af analysen. Den ledsagende mail til mændene er vedhæftet som bilag 5. Kun en har valgt at benytte sig af muligheden, og han sagde efter gennemlæsning god for, at det hele måtte bruges. En anden sagde, at han ikke behøvede at læse det, mens den sidste ikke har responderet trods flere henvendelser. Alle tre interviews er herefter inddraget i deres fulde længde. Mændene vil kunne identificere sig selv, og de er lovet en kopi af projektet. Sundhedsplejen har ligeledes fået lovning på en kopi af projektet samt en mundtlig præsentation af resultaterne på et personalemøde.

Ovenstående er sket som et led i optimering af troværdigheden i relation til såvel proces som produkt og i overensstemmelse med retningslinjer for god forskningsetik, der bl.a. er beskrevet i Helsinki-erklæring II fra 1975. I den er der lagt særlig vægt på respekten for det enkelte menneske, der aldrig må betragtes som genstand for medicinsk manipulation. Der er derfor krav om indhentelse af informeret samtykke (Kemp 2001: 174) fra personer, der deltager i undersøgelser, jf. samtykkeerklæringen til denne undersøgelse (bilag 6).

**Forskningsetiske overvejelser**

Når der i projektet bruges betegnelsen etik, drejer det sig ikke om etik som filosofisk disciplin, men om praktisk etik, hvor etikken anvendes i forhold til konkrete situationer. Det er i mødet med andre mennesker, her informanterne, at normer og værdier, der former vort menneskesyn, kommer i spil. Det kvalitative interview kan karakteriseres som en etisk situation, fordi interviewerens menneskesyn kommer til udtryk i kraft af valg og fravalg. I denne forståelse er etikken relationel, fordi det er, når man forholder sig til måden at være medmenneske på, at etikken bliver synlig (Birkler 2006:19ff). Etik vedrører således både den enkelte person og de normer, denne pålægger sig selv. Etik er den enkeltes karakter og det, der karakteriserer dennes handlinger. Etik vedrører måden, vi handler over for andre mennesker på, og de refleksioner, det afstedkommer, snarere end et teoretisk forhold (Birkler 2010:24ff).

Det at lave en undersøgelse af mænds seksualitet fordrer således en etisk tilgang hos undersøgeren, og det involverer både den første henvendelse i form af ”hvervebrevet” (bilag 2), den mundtlige information om undersøgelsen, måden, der spørges på i interviewet, og måden data efterfølgende behandles og formidles på. Det er tilstræbt at rejse åbne spørgsmål, så mændene selv har kunnet sætte dagsordenen og styre (Madsen 2014:116), hvad de ville sige og ikke sige. Når der er blevet spurgt uddybende til noget af det, de har bragt på bane, har undersøgeren bestræbt sig på at spørge respektfuldt ind. Under det første interview var undersøgeren selv påvirket af at skulle spørge en mand til hans seksuelle liv, og samtalen blev derfor indledt med at spørge til noget forholdsvis neutralt, nemlig forløbet af graviditeter og fødsler, hvorved kostbar interviewtid blev spildt. Intervieweren var desuden så opmærksom på ikke at overskride informantens grænser, at det forhindrede, at der blev rejst de uddybende spørgsmål, der burde have været rejst. Det blev tydeligt under transskriptionen af interviewet, at informantens potentiale således ikke udnyttedes optimalt. Der var tale om en mand, der frivilligt havde meldt sig til undersøgelsen, og som udtrykte sig åbenhjertigt og frit om sit og kærestens seksuelle liv.

**At kommunikere med mænd**

Ovenstående afstedkom refleksioner i forhold til at undgå samme situation i kommende interviews, hvorfor undersøgeren inden andet interview overlod ansvaret for at trække grænser til informanten ved at sige, at han var velkommen til ikke at besvare spørgsmål, som han ikke havde lyst til at besvare. Dertil svarede han, at han ikke troede, der ville være noget, han ikke ville svare på. Dermed var det langt lettere at spørge ind til ting, der ønskedes uddybet, og samtidigt føle, at der var tale om en etisk måde at møde manden på. Den tredje informant blev introduceret til interviewet på samme måde, som den anden gjorde. Begge gange kunne der derfor fra starten af interviewet spørges direkte til mændenes seksuelle liv uden at gå unødige omveje, ligesom det var lettere at spørge uddybende til det sagte.

Som et led i forberedelsen til det andet interview deltog intervieweren, der er kvinde i moden alder, i et foredrag om mænds sundhed og sygdomme af chefpsykolog Svend Åge Madsen. I den sammenhæng blev det tydeligt, at en anden grund til, at det første interview ikke var helt vellykket, var, at intervieweren ikke havde tilstrækkelig viden om kommunikation med mænd. Bogen (Madsen 2014), der dannede baggrund for foredraget blev efterfølgende læst, og måske bidrog også dette til, at de to efterfølgende interviews gav mere viden end det første. Hvor kvinder kan være tilbøjelige til at spørge meget til følelser, så bør kommunikation med mænd ofte ske via en konkret tilgang. Hvis samtalen skal have mulighed for at udvikle sig, er det vigtigt, det sker på mandens betingelser, hvilket fordrer tilbageholdenhed. Der skal holdes pauser, hvor der bliver plads til, at manden kan finde sine egne veje, emner og måder at udtrykke sig på i dialogen (Madsen 2014:115).

**Præsentation af informanterne**

Af hensyn til anonymiteten er informanternes identitet og øvrige baggrundsdata slørede, og de præsenteres i det følgende i den rækkefølge, de er blevet interviewet. Informantcitater er kursiverede, og passager, der er udeladt, er markeret med tre prikker (…). Informanterne og deres familier præsenteres kort i det følgende, så læseren har mulighed for at holde dem adskilt fra hinanden. I bilag 7 findes en uddybning af baggrundsdata.

Axel har dannet par med Ane i 5-6 år, og de bor sammen i eget hus i en lille jysk by. Han er 23 år, hun 24. Axel arbejder som håndværker, mens Ane har planer om at begynde at studere efter sin barsel. De har to børn sammen. Ane var syg hele første graviditet, mens den anden gik fint. Begge børn er født vaginalt og er raske. De er henholdsvis to et halvt år og godt to måneder. Den yngste får modermælkserstatning og sover igennem fra kl. 23.30.

Bo har dannet par med Birte i knap tre år, og de har boet sammen i to i eget hus i en stor jysk by. De er begge 29 år og akademikere. Bo arbejder som leder, mens Birte er på barsel. Birte har en kronisk sygdom, der har betydet ugentlige graviditetskontroller. De har en rask søn på godt 5 måneder. Han blev forløst ved kejsersnit fem uger før termin, fik sonde i starten og siden kolik. Han ammes og har endnu ikke fået en fast rytme.

Carl og Connie har dannet par i knap syv år og boet sammen i fem. De bor i en stor jysk by og er for nylig flyttet i eget hus. Carl er 30, Connie 28, begge akademikere med krævene jobs. De har to børn sammen. Begge graviditeter forløb ukompliceret, og børnene er født vaginalt, men den ældste var ved at dø under fødslen. Datteren, der nu er to et halvt år, har det godt og er rask. Sønnen er nu to en halv måned gammel og rask. Han ammes fuldt ud, herunder to til tre gange hver nat.

Der er således tale om tre mænd, der alle har oplevet komplikationer og udfordringer ud over det almindelige i forbindelse med graviditeter og fødsler. Det er fædre til små børn, der kræver tid og overskud. Det er mænd med fast og krævende arbejde. På trods af dette har de valgt at bruge tid på at lade sig interviewe til denne undersøgelse uden at blive honoreret for det.

**Præsentation af fund**

Det er mændenes egne stemmer, der høres i det følgende, men empirien er i forbindelse med analysen tematiseret og fortolket af undersøgeren. Spørgsmål til informanterne har været åbne, hvorfor mændene i vid udstrækning selv har valgt, hvad de har fortalt. Samtalerne afslørede således tre unikke mennesker med hver deres måde at leve og opleve deres seksuelle liv på, men analysen afslørede også mønstre i deres måde at tænke og handle på. Det følgende er struktureret i overensstemmelse med de fremanalyserede temaer, og både forskelle og mønstre vil komme til udtryk.

**Et godt og sundt sexliv**

Direkte adspurgt om, hvad der kendetegner et godt sexliv, gav mændene udtryk for, at det er den enkelte, der selv definerer, hvad et godt sexliv er, ligesom de spontant nævnte deres kærester som en del af det gode sexliv. Det blev både ytret direkte og indirekte som i Carls besvarelse:

*Sex for mig i et forhold er faktisk ikke så stor en del … det er mere vigtigt med den nærhed, der er omkring det … så det er sådan i mindre grad, hvad det egentlig* ***er*** *for noget sex … men et godt sexliv det er vel, at man opdager og kan se hinandens behov … Det handler for mig om, at den anden person er glad, at man kan mærke den glæde, der er ved det … Nogle gange er det hende, der helt vildt gerne vil og også nærmest trænger til det – til sex … og andre gange er det mig, og det er jo sådan lige at mødes med hinanden og lytte til hinanden og mærke hinanden … Så det er det med de følelser, jeg tror, det kommer an på.*

Carl opfatter således først og fremmest et godt sexliv som noget følelsesmæssigt, som nærheden med kæresten og som det at gøre hinanden glade. Men det handler også om have lyst til hinanden og om, at begge får dækket deres fysiske behov. For Carl går det følelsesmæssige og relationelle således forud for det fysiske. Bos svar på samme spørgsmål lyder:

*Jamen, det er da der, hvor begge parter har lige dele opfyldt sine både behov og sine længsler og bliver bekræftet, altså der ligger jo også en masse bekræftelse i, at man har et godt sexliv ... at man har … velvære … et sundt sexliv er … en eller anden form for frekvens i samværet … at der er en eller anden form for regelmæssighed … hyppighed i ens sexliv … og især efter, at vi har fået barn … det er noget med, at den her regelmæssighed. Den er i hvert fald vigtig. Og nok mere, end jeg havde regnet med, at den var. Så et godt sexliv for mig, det er selvfølgelig en regelmæssighed, og det er det samvær, man har før og efter og det velvære, man har, synes jeg.*

Bo fremhæver således først og fremmest det at få tilfredsstillet både eget og kærestens fysiske behov, men også han pointerer betydningen af samværet med kæresten og velværet før og efter. For Bo er der således også tale om både noget fysisk og noget relationelt, mens det følelsesmæssige ligger mere implicit. Hvor sex for Carl ikke ”er så stor en del” af et forhold, fremhæver Bo både hyppighed og regelmæssighed som væsentlige for et godt sexliv. For Bo er det gode sexliv således både noget kvantitativt og noget kvalitativt, mens Carl primært fremhæver de kvalitative aspekter. Bo siger indirekte som Carl og med bemærkningen ”synes jeg,” at der kan være andre måder at opfatte det gode sexliv på end hans. I hans beskrivelse af, hvad, han tror, et godt sexliv for kæresten er, siger han også mere om, hvad det er for ham selv, idet han drager sammenligninger mellem mænd og kvinder:

*Jamen jeg tror, generelt for kvinder … det er mere det der nærvær … Hvor mændene måske er tilbøjelige til, at der er meget fokus på det mandlige behov, hvor kvinderne har meget fokus på nærvær og kærlighed og tryghed og sådan noget … alt det hun måske ser som et sundt kærlighedsliv, det er måske også i bund og grund det samme for mig, det udtrykkes bare på to forskellige måder … for mig udtrykkes det så nok mere i et behov end det gør for Birte.*

Birte tillægger ifølge Bo nærværet, kærligheden og trygheden stor betydning for det sunde kærlighedsliv, og Bo taler sig frem til, at det er det samme for ham, men at det hos ham snarere udtrykkes i et fysisk behov. Bo bruger spontant udtrykket ”et sundt kærlighedsliv” og kobler på den måde sundhed og seksualitet. Begge mænd udtrykker nuancerede forståelser af, hvad et godt sexliv er, idet det først og fremmest defineres af den enkelte, og fordi det for dem begge dækker både noget fysisk, noget følelsesmæssigt og noget fælles. Axel blev ikke spurgt direkte om, hvad et godt sexliv er for ham, men indirekte taler han sig ind i en forståelse, der minder om de to andres, når han fortæller om sex under graviditeterne:

*Sidste gang var hun syg hele tiden. Da var det ikke noget, man tænkte så meget over… Da gjorde vi faktisk ikke rigtig noget ved det. Da gik man selv lidt på toilettet og onanerede … Det var lidt lang tid, synes jeg … Det var en anden måde at håndtere det på dengang. Da var det mere dig, der havde mit behov, men hvor hun så døjede med sin sygdom, og så har man jo heller ikke vanvittigt meget overskud til …*

Axel taler direkte og helt naturligt om sex som et fysisk behov, der skal tilfredsstilles. Han ser og forstår sygdomsramte Anes manglende overskud i forhold til et fælles sexliv under graviditeten, hvorfor han finder ud af selv at tage hånd om sine seksuelle behov. Det er således den fysiske del af seksualiteten, han fremhæver som vigtig, da han som enogtyve årig ventede sit første barn. Om anden graviditet siger Axel:

*Under den her graviditet – altså vi havde det rigtig fint som par – men hun havde svært ved vores sexliv … Lige da hun blev gravid, da havde hun det der med, at hun ikke kunne have noget op i hende, men ud over det, så har hun stadig haft lyst – og vi har da også forsøgt – og afbrudt … så har vi været sammen … altså været ved siden af hinanden i stedet for … og stadig følt hinandens nærvær.*

Axel skelner her mellem at have det godt sammen som par og at have det godt sammen seksuelt. Han indikerer dermed, at de to ting ikke nødvendigvis følges ad, men at der er en vis sammenhæng imellem dem. Selv om det ikke altid er muligt for parret at gennemføre samleje, nyder de andre former for seksuelt samvær og hinandens nærvær, og der er på den måde sket en udvikling af deres samliv, hvor de sammen finder ud af at få dækket både de fysiske og følelsesmæssige behov. Det nævnte Axel ikke i forbindelse med første graviditet, og han siger dermed, at sexlivet udvikler sig og er afhængigt af tid og sted. Samtidigt taler han sig som de to øvrige ind i en forståelse af seksualitet som noget, der vedrører både det fysiske, det følelsesmæssige og det relationelle.

Sammenfattende kan siges, at mændene tematiserer det gode sexliv som noget individuelt forstået på den måde, at det kun er den enkelte, der kan definere det gode sexliv. Samtidigt fremhæver de, at det er et nuanceret fænomen, der involverer krop, følelser og samvær, og at betydningen af de tre forskellige elementer kan være forskellig for dem og deres kærester. Endelig giver de udtryk for, at det gode sexliv kan have forskellige udtryk afhængigt af tid og sted.

**Sex som mål og sex som middel**

Sex anskues af både Bo og Carl som et mål i sig selv, fordi de via sex får tilfredsstillet mange af deres både følelsesmæssige og fysiske behov, men de betragter også begge sex som et middel til opnåelse af noget andet. For Carl er sex et middel til at opnå den ultimative nærhed, der af ham opfattes som det vigtigste, en nærhed som så omvendt kan tjene som middel til at opnå sex:

*Sex for mig … det er den ultimative nærhed - opbyggelsen af nærheden. Det er det, der er det centrale, og så er sex noget, der også følger af det.*

Med den udtrykte forståelse af et godt sexliv, er nærheden og det gode sexliv noget, der på skift kan optræde som mål og som middel, og som gensidigt kan forstærke hinanden. Det kan ende i en positiv spiral, men det må også kunne have som konsekvens, at et par ender i en negativ spiral, hvor begge dele risikerer at glide ud. Det fremstår af konteksten, at Carl og Connie befinder sig i en positiv spiral, fordi de, hvis der ikke er mulighed for eller overskud til sex, så finder ud af at nyde hinandens nærvær i sofaen. Nærværet i sofaen kan omvendt og på skiftende initiativ ende i sex, der så igen styrker sam- og nærværet.

Et godt og hyppigt sexliv giver Bo kræfter til at klare de mange daglige udfordringer på arbejdet og i familien:

*Det gør det bare en lille smule nemmere, når … sådan nogle ting fungerer … Når man har rigtig meget på arbejde, og man er presset, og man har et stort ansvar, så er det også bare rigtig vigtig, at den del også fungerer. Så synes jeg man kan begynde at brænde* ***ud*** *på forskellige områder, hvor man egentlig gerne vil brænde* ***igennem*** *i stedet for at brænde* ***ud.*** *Så det er vigtigt for mig - at for at være der for Birte og for at være der for junior og for at være der på mit arbejde - at vores forhold og selvfølgelig også vores seksualliv fungerer - så - der tror jeg, jeg er en heldig mand.*

Bo oplever som småbarnsfar med krævende job at have mange udfordringer, som han gerne tager på sig. Sexlivet er der, hvor han henter sin energi til at klare udfordringerne på både hjemmefronten og på arbejdet. Det gode og sunde sexliv fungerer dermed for Bo so for Carl ikke blot som et mål i sig selv, men også middel. Det fungerer ikke blot som ”brændstof” på ”motoren,” så den kan køre det, den skal. Et godt sexliv tjener samtidig til forebyggelse af ”udbrændthed.”

Mændene er således opmærksomme på, at sexlivet skal prioriteres, fordi det giver styrke til mestring af de særlige udfordringer, de står i som spædbarnsfædre og kærester, altså et middel, samtidigt med at de via sex opnår tilfredsstillelse af deres fysiske behov og et helt særligt nærvær med deres kærester, som betragtes som et mål i sig selv. De fysiske behov viser de evne til om nødvendigt selv at kunne tilfredsstille, mens de følelsesmæssige og relationelle aspekter kræver kærstens deltagelse.

**Lyst**

På interviewtidspunktet, der ligger mellem to og fem måneder efter fødslerne, taler mændene betydeligt mindre om sexlivet under graviditeterne end om sexlivet efter fødslerne. Meget er sket i mellemtiden, for et liv som spædbarnsfar er fyldt med både oplevelser og forpligtelser, hvorfor meget af det, der skete under graviditeten, kan være glemt, men ”lyst” tematiseres spontant af dem alle. Om sexlivet under Connies graviditeter siger Carl bl.a.:

*Under graviditeten er det meget lystbetonet stadigvæk. Nu har jeg også en hustru, der godt kan lide sex, selv om hun var gravid, og jeg tændte sådan set ikke af på, at hun var gravid. Jeg syntes, det var dejligt alligevel, men jeg føler, at min opgave som mand er, at når Connie var usikker omkring sig selv, og hvordan hun følte sig stor, så var det egentlig min opgave at få hende til at føle sig sexet, og at jeg havde lyst til hende. At hun så ikke kunne overskue det betød ikke så meget for mig, for så var det egentlig mere nærheden, jeg gik efter.*

Både Carl og Connie bevarede lysten til sex langt ind i graviditeten. Da Connie blev påvirket af sin store mave til sidst, påtog Carl sig ansvar for, at hun fortsat skulle føle sig sexet. Den tunge krop påvirkede tilsyneladende hendes lyst, mens Carl ikke oplevede det problematisk, og han forsøgte at hjælpe Connie til at forholde sig positivt til den. Når hun ind imellem alligevel ikke oplevede at kunne gennemføre sex, så nød Carl i stedet at have opnået nærheden til sin kæreste.

Også Bo oplevede en uændret og stor lyst til at være sammen med sin kæreste. Hvor Ane pga. sygdom hele første graviditet slet ikke have lyst og ikke havde noget sexliv med Axel, så bevarer Birte trods mange komplikationer lysten til sex, og hun og Bo opretholdt et aktivt sexliv indtil sidst i svangerskabet. Der var visse seksualpraktikker, som hun ikke havde lyst til, men de fandt ud af at hygge sig:

*Jeg syntes jo, at Birte var det smukkeste i hele verden. Altså, jeg syntes, det var uvirkeligt at følge … Men jeg har ligesom aldrig nogensinde ændret syn på hende … Jeg oplevede ikke en kæreste, der var blankt afvisende … vi kunne godt være kærester på den måde også … så helt indtil der begyndte at blive pladsbegrænsninger, så har jeg faktisk nok været en heldig mand i den sammenhæng … Birte var rigtig meget plaget af sin graviditet, fordi det var forbundet med rigtig mange komplikationer … det begyndte at blive svært, men … vi hyggede os … Der er nogle ting, som hun syntes var mere spændende, før hun var gravid, end mens hun var gravid … men eller så syntes jeg, det var muligt at have et forhold på den måde – også i graviditeten*

Parrene synes således at bevare lysten langt ind i graviditeten, også selv om de oplever komplikationer og øvrige udfordringer undervejs. Mændene ikke bare tilpasser sig de ændringer, der sker med kæresterne. De påtager sig tillige et medansvar for, at deres gravide kærester ikke påvirkes negativt af deres ændrede kroppe, så også kvinderne fortsat kan opleve at deres kroppe som dejlige. Mændene er således optaget ikke blot af eget men i lige så høj grad af deres gravide kæresters seksuelle velvære.

**Et udfordret sexliv**

Carl har et krævende arbejde, og for ham trækker det og opgaverne med to små børn så megen energi ud af ham, at det ikke altid er muligt for ham at finde overskud til sex:

*Vi har ikke så meget sex endnu … her to en halv måned efter fødslen – som vi havde, inden hun blev gravid, fordi man skal finde de her tidsrum, og oven i det, så er jeg også lidt stresset på arbejde, men sådan følelsesmæssigt og stressmæssigt, så er jeg også påvirket af mit arbejde ved siden af, så rent personligt føler jeg også, at min sexlyst måske ikke er så stor, som hvis jeg havde et stille og roligt arbejde på tredive timer om ugen – så det ville være forkert også at begrænse min sexlyst til kun at handle om, at hun har været gravid, og vi har fået barn, fordi det kommer altså meget an på den blanding af arbejdssituationen samtidigt med … Man skal koble det sammen med resten af situationen.*

Carl breder her sin forståelse af seksualitet ud ved ikke blot at betragte nedsat seksuel lyst og aktivitet som en konsekvens af det at have fået barn. I stedet pointerer han, at hele den samlede livssituation påvirker den seksuelle aktivitet. Han betragter således seksualitet som en integreret del af livet og samlivet og som påvirkeligt af en lang række forhold og faktorer. Når han er træt, er det for ham helt naturligt, at der ikke er så meget overskud til sex. På den måde adskiller han sig fra Bo, der har stærkt brug for sex netop for at finde overskud til livets mange udfordringer. Carl lader op på andre måder:

*Vi kan godt lide at ligge og se nogle serier og slappe af og se et eller andet i fjernsynet eller snakke eller lave et eller andet andet, og så er det jo bare, at hvis man falder i søvn, fordi man er træt, så får man ikke sex. Det er ikke nødvendigvis, fordi man ikke har lyst den aften. Man havde måske lyst, men så falder begge to i søvn, og så bliver det bare ikke til noget. Så jeg tror mere, det er det, der præger, at vi ikke har så meget sex n. Det er måske mere, at vi falder i søvn end egentlig nedsat lyst.*

Selv om der er tale om en krævende tid, finder Carl et frirum, hvor han kan slappe af og nyde livet med kæresten foran fjernsynet eller ved bare at tale sammen. Det synes som om, at der for ham ikke nødvendigvis er sammenhæng mellem det at føle lyst til sex og det også at skulle dyrke sex. Hvor Bo samler energi ved sex, så oplever Carl, at sex kræver energi.

Axel og Ane er lidt yngre end de øvrige, hvilket kan være en mulig forklaring på, at træthed tilsyneladende ikke påvirker dem så meget:

*Vi flyttede på et tidspunkt, og så blev vi enige om, at … så skulle Amalie ind på sit eget værelse. Hun blev ikke ammet om natten mere, og det var lige ovre på den anden side af gangen … Det var for at få vores eget liv tilbage … og så kunne vi jo godt lige lukke døren, når det var … og han falder faktisk i søvn ved halv tolv tiden, så når man har lidt ekstra energi, så er der mulighed for det, efter han sover … så har vi haft vores alene tid … så har vi passet det der … Vi er gode til at sige, at i aften skal vi hygge … Så går man i bad sammen og sidder nøgne der i dynen nede i sofaen og putter. Så det synes jeg, vi har været rigtig gode til … Ja, og været gode til at sige, at man har lyst til hinanden.*

Axel og Ane benytter sig af alle de muligheder, de har for at være sammen som par, for at hygge sig og have sex, som de begge har lyst til og prioriterer højt. Med bemærkningen ”*det var for at få vores eget liv tilbage”* udtrykkes en form for længsel efter deres tidligere liv som par, hvilket de i vid udstrækning har formået at fastholde også med to småbørn på under to et halvt år. De løser problemet med at finde tid via planlægning og pragmatisme.

Bo oplever fem måneder efter fødslen stadig mange udfordringer i forhold til at finde tid til sex, som både han og Birte har lyst til, og som de har genoptaget uden de store problemer. Som Axel taler også Bo spontant om længslen efter det liv, han og Birte levede sammen før forældreskabet:

*Birte fødte ved kejsersnit, og der ved jeg så ikke rigtigt, om der er en forskel i, hvordan eller hvornår man genoptager det, men det er i alt fald i gang igen, men* ***hyppigheden*** *… det er nok den eneste forskel … det er fordi, det er tiden, der er den begrænsende faktor i dette her. Det er der slet ingen tvivl om … Jeg tror faktisk, at jeg er i den heldige situation, at det er som om, Birte gerne* ***- ville*** *-* ***mere****, end vi måske har i dag, efter vi er blevet forældre ... Før var vi … rigtig gode til at være kærester, og det kan vi jo begge to mærke, at vi savner helt ufatteligt meget, og det er jo rart at føle det savn, men det er også frustrerende ikke at kunne række ud efter det og så sige, jamen nu har vi en plan for ligesom at kunne nå det, vi gerne vil.*

Det nuværende samliv sættes i perspektiv af det kæresteliv, Bo oplevede sammen med Birte før fødslen, og det er stærke følelser, der er på spil, herunder følelsen af savn. Han formår at beskrive savnet som en rar følelse, men den er svær for ham at håndtere. Han er en mand, der er vant til at handle på sin situation, men denne har han endnu ikke formået at handle sig ud af, og det opleves så udfordrende, at han i anden sammenhæng bruger betegnelsen livskrise om sin nuværende tilstand. Han definerer ikke eksplicit, hvad ”det” er, han savner, men det fremstår af konteksten, at det drejer sig om kærestetid med Birte, om tid til hinanden og til sex.

Forhold, der går igen hos alle tre mænd og deres partnere, er en grundlæggende lyst til sex og til opretholdelse af et seksuelt liv. De har levet aktive sexliv under graviditeterne og har uden større vanskeligheder genoptaget det seksuelle samliv efter fødslerne. Det er til gengæld forskelligt, i hvilken udstrækning det lykkes for dem faktisk at leve det seksuelle liv, de gerne vil, samt hvordan det påvirker dem ikke at gøre det. Carl befinder sig tilsyneladende fint med, at sexlivet er lidt på vågeblus en periode, fordi han stadig oplever den nærhed med Connie, der er så vigtig for ham; mens Bo oplever at lide egentligt afsavn og udtrykker længsel efter det tidligere liv, hvor han og Birte havde tid og var gode til at være kærester. Axel og Ane planlægger sig ud af udfordringerne og skaber på den måde tid til hinanden og sexlivet.

**Det seksuelle sprog**

Selv om mændene er åbne om deres sexliv, benytter de sig i en række situationer af forskellige sproglige kneb for tilsyneladende at skabe distance til eller undgå at tale direkte om deres seksualitet og seksuelle behov. Et flittigt anvendt middel er humor, som de alle tre gør brug af på forskellig vis, og det ledsages under interviewet hver gang af grinen som i det følgende, hvor Carl beskriver, hvordan det med to små børn kræver timing at finde tid til sex:

*Og så er det bare meget akavet her til at starte med … for det første så skal den ene lægges inden, og når man har fået hende lagt og er sikker på, at hun sover, jamen så bliver det også meget hurtigt, fordi vi skal have det overstået, inden den lille vågner igen, og den lille ligger altså lige ved siden af, så det er ikke godt for sexlysten at høre, at baby begynder at vågne … det skal man sådan lige kunne koble af fra … men det griner vi så meget af … Hold kæft, hvor er det dumt, og hvor er det fjollet, at det er sådan, eller når man lige præcis når begge to at komme, og så vågner hun, og så er man sådan: Det var fand’me godt timet! Det klarede vi sgu godt det der.*

Trods travlhed og træthed forsøger de sig med ”sex på tid.” Det er ikke helt let, men når det lykkes, har de har dobbelt fornøjelse af det, fordi de ender med at grine sammen. Axel udtrykker sig også humoristisk og griner lidt, idet han fortæller følgende om de sundhedsprofessionelles (manglende) håndtering af temaet seksualitet:

*Det virker sådan … som om hun ikke har noget imod at snakke om det. Jeg har lidt indtryk af, at de andre måske er lidt flove over at snakke om det. Alle ved da, at man har gjort det for at få børn.*

Det er sundhedsplejersken, der i modsætning til jordemødre og læger, har bragt temaet sex på banen under sine hjemmebesøg. Axel bruger ikke direkte ordet samleje i denne sammenhæng, og omskrivningen til ”at have gjort det” tjener tilsyneladende også det formål at gøre det både lettere og sjovere at tale om seksualitet.

Bo bruger sandsynligvis med de samme formål en perlerække af metaforer i flere sammenhænge under interviewet. Den ammende Birte har ifølge Bo svært ved den dobbeltfunktion, som hendes bryst har fået. Bo griner, når han i det følgende beskriver, hvordan han sidder klar, straks barnet er mæt:

*Jeg tror, hendes syn på hendes kvindelighed har ændret meget karakter, sådan at hun – den der kobling mellem at være* ***mor*** *- og* ***ammende*** *mor - over til at det også er noget, som* ***øglehjernen*** *synes er spændende. … hvis hun har lagt junior i seng og så måske har ammet – og så tror jeg nogle gange, så har hun svært ved den kobling der – altså at hendes barm også fungerer som en* ***madkasse.*** *Det fornemmer jeg også, at hun nogle gange synes, det er svært at switche over, så hurtigt som mænd kan. Den øglehjerne den har lidt nemmere ved det. Lige så snart hun har lagt barnet,* ***så*** *– ja, da er mænd nok bare nogle øgler engang imellem, men jeg har ikke indtryk af, at det er noget, der bliver et problem for hverken Birte eller mig eller vores forhold. Det har jeg ikke indtryk af.*

Bo fornemmer, at der er noget på spil for den ammende mor og hendes seksualitet. Han ved tilsyneladende ikke helt, hvad det drejer sig om, men han forestiller sig, at det kan vække specielle og modsatrettede følelser, at hendes bryst tjener til opfyldelse af vidt forskellige grundlæggende behov hos søn og kæreste. Selv oplever Bo det ikke som et problem i forhold til deres sexliv, at Birte ammer. Han bruger betegnelsen ”Madkasse” om hendes bryster, en ikke specielt flatterende betegnelse, der måske kunne slå nogen ud af kurs, men som i hans mund virker helt naturligt. Hun er stadig hans dejlige kæreste og han ”bare” en ”øglehjerne,” der sidder på spring efter ”sit bytte,” klar til at slå til. Under interviewet bruger han i flæng betegnelserne øglehjerne og reptilhjerne, en del af hjernen, der er kendetegnet ved at huse de grundlæggende drifter og instinkter, herunder seksualdriften. Ved brug af denne betegnelse får Bo på både underholdende og naturlig vis formuleret noget, der ellers kan være lidt svært at sige højt, nemlig at han som mand med styr på tilværelsen er underlagt sine seksuelle behov, og at stærke kræfter tilsiger ham at forsøge at få dem opfyldt.

Carl tackler de seksuelle udfordringer med sin ammende kæreste med en humoristisk tilgang:

*Midt under, når man har sex … det kan godt stoppe et klimaks … at man lige pludselig får et sprøjt mælk i øjet, men nu er de her bryster altså blevet lidt stimulerede, og så kommer det altså. Det kan man ikke stoppe. Det må man så ignorere. Det er ikke værre end, hvis den ene er forkølet, og der kommer noget snot. Så griner man lidt af det bagefter. Man gør jo bare tåbelige ting, imens man har sex. Man kommer til at savle … hvis man bare kan acceptere, at det er sådan det er*

Brystmælk italesættes som en kropsvæske på lige fod med snot. Begge dele kan flyde i forbindelse med sex, hvilket det ikke er muligt at gøre noget ved. Det påvirker Carl i situationen, men han opfatter det grundliggende som naturligt, som noget der følger med. Ved at grine af det både i situationen, og når han fortæller om det, sættes det ind i en anden ramme, og der skabes tilsyneladende en ny betydning, der gør det hele lettere at håndtere.

Opsummerende kan siges, at mændene under interviewene udtrykker sig åbent om deres sexliv, men at de flere gange griber til forskellige sproglige virkemidler, tilsyneladende fordi der kan være brug for at skabe distance til et følsomt emne. Samleje omskrives til ”det,” og seksuelle behov udtrykkes metaforisk som både Mand med stort ”M”, øgle- og reptilhjerne, ligesom den ammende kærestes barm benævnes madkasse. Hvor kvinderne i forløbet tilsyneladende kan have svært ved at forholde sig til forandringerne, opfatter mændene dem i vid udstrækning som naturlige. De griber flere gange til humor og griner både under interviewene og i situationerne. Muligvis prøver de at skabe distance til de ind imellem sjove situationer, der opstår; muligvis forsøger de at beskytte deres kærester eller sig selv.

**Kommunikation**

Under analyse af interviewdata blev det tydeligt, at mændene finder det vigtigt at kommunikere med deres partner om deres sex og samliv. Carl gav udtryk for, at hans og Connies seksuelle sprog er overvejende nonverbalt, hvilket kan være endnu et udtryk for, at der er udfordringer forbundet med at tale om sex, selv om mændene synes, det er vigtigt at gøre det:

*Jeg tror, jeg er mere genert end Connie er. Hun er bedre til at snakke. Det er ikke noget, vi sådan snakker meget om … det er mere i sjov vi snakker og spøger, og også siger, at det var dejligt … hvis man kommunikerer for meget om, at nu skal vi have sex, så bliver sexen for mig i alt fald dårligere, fordi at planlægge og kommunikere, at nu skal vi have sex, det gør allerede, at det tager noget ud af det følelsesmæssige … Så det er det med de følelser, det kommer an på … nogle gange så tager den ene initiativet og nogle gange tager den anden initiativet – at nu er det altså nu – men det gør vi jo ikke ved at sige nu er det nu. Det gør vi ved at kæle for hinanden.*

Connie er den af de to, der er bedst til at tale om tingene, mens Carl helst taler kun lidt om sex. De fortæller med kropssprog, når de har lyst til hinanden. Det at tale om sex sker primært i bakspejlet i form af anerkendelse af det, de lige har oplevet sammen, eller hvis noget har været sjovt. Indirekte siger Carl, at spontanitet er vigtig for hans lyst til sex. Det at planlægge sex involverer brug af ord, og det ødelægger for Carl noget af det følelsesmæssige, der for ham er så vigtig i forbindelse med det seksuelle samliv. Axel og Bo nævner derimod begge spontant deres evne til at tale med deres kærester som noget af det vigtigste, og Axel siger om hans og Anes evne til at have bevaret et godt sexliv:

*Ja nu har det (= sexlivet) i hvert fald betydet rigtig meget for os, og så er vi bare gode til at snakke om det og få sat ord på, hvad vi tænker og føler – og fantasier – og hvad vi godt kunne tænke os at prøve og ikke prøve.*

For Axel og Ane bliver sproget således direkte et middel til udvikling af deres seksuelle relation, fordi de efterfølgende udlever nogle af de fantasier, de har delt med hinanden ved at tale sammen om dem. På spørgsmålet om, hvad det er, Bo og Birte kan, når de har kunnet opretholde et godt sex- og samliv under en meget kompliceret graviditet og barselperiode, svarer Bo:

*Og så tror jeg, at vores* ***dialog****, vores* ***åbenhed*** *og vores* ***kommunikation*** *… bærer rigtig meget af det sunde forhold, som jeg ser, vi har i dag … for det er vigtigt, at man kan italesætte det og sætte sig ned at snakke om tingene, også selvom det gør ondt, og selvom det er svært og så videre, for vi har jo været nogle ting igennem, som har været rigtig udfordrende, og det har egentligt bare bragt os tættere sammen.*

Bo lægger ekstra betoning på hvert af de tre ord for at understrege budskabets vigtighed. Det er primært deres evne til at dele oplevelser og tale sammen om tingene, der ifølge Bo er det altafgørende i forhold til, at de har gennemlevet en komplikationsfyldt tid og kommet styrket igennem det sammen. Kommunikation betragtes på den måde af ham som et middel til skabelse af samhørighed også i svære tider:

*Hendes kulturelle baggrund er lidt anderledes end min – vi er meget åbne i min familie, og hvor Birtes måske er lidt mere – lidt med en anden tilgang til at snakke om følelser … så nogle gange har jeg jo så smidt en redningsvest ud efter hende, hvis jeg har kunnet mærke, at … hun måske var lidt afvigende i forhold til, hvad sådan ellers … og så har hun lige som også taget i mod det … og så har vi ligesom fundet hinanden … så … den kommunikation … og den dialog og åbenhed har været med til at skabe det, vi har.*

Bo er vokset op i en familie, hvor man har talt sammen om tingene, mens Birte ifølge Bo ikke i sit barndomshjem har været vant til at tale om følelser. Bo bruger udtrykket ”at smide en redningsvest ud,” hvilket indikerer, at han opfatter dialog som livsvigtig i samlivet med Birte. Hvor det hos Carl og Connie er Connie, der er bedst til at tale om tingene, er det Bo, der tager initiativ til samtale, når han fornemmer på Birte, at hun har brug for det.

Parrene bruger således aktivt kommunikation, verbal som nonverbal med henblik på styrkelse af samværet og på at nå fælles mål. Kommunikation bliver således et middel til udfrielse af seksuelle fantasier, skabelse af samhørighed og som udtryk for anerkendelse og taknemmelighed. I det ene par er det kvinden og i det andet par manden, der mestrer samtalens kunst bedst, mens det sidste par tilsyneladende er lige gode til det. Fælles for mændene er, at de alle spontant nævner deres evne til at tale sammen i parret som den vigtigste enkeltfaktor i forhold til udvikling af de gode og sunde forhold, de lever i.

**Tilpasning til det nye liv som mand og far**

Som det delvist er afsløret ovenfor, udviser alle mænd stor mestrings- og tilpasningsevne. Bo betragter sig selv som Mand med stort ”M”, og for ham står det ikke i modsætning til det at Kommunikere med stort ”K”. Bo formår således at afbalancere traditionelt mandlige med traditionelt kvindelige dyder, og han gør alt, hvad han kan for at være en god mand for Birte, men han oplever det som en udfordring:

*Jeg prøver jo at gøre mange ting. Det er en kombination af selvfølgelig at prøve at* ***være*** *der … med* ***hoved*** *og* ***hjerte*** *i hele processen – og prøve at forstå, hvad hun går igennem – og prøve at lytte til, hvor hun er henne i sit liv … Det er ikke ret nemt … Jeg prøver at … huske at købe blomster engang imellem, … at anerkende nogle ting … og lige hente et smil frem, og vi er gode til at skrive mails, mens jeg er på arbejde … og prøve at udtrykke lidt kærlighed på den måde i løbet af dagen … vi prøver at have et rigtig rart kærlighedsforhold stadigvæk … men det er også frustrerende en gang imellem, at man gerne vil gøre en hel masse for ens kæreste, som går hjemme med sådan en lille størrelse her, men det er ikke ret nemt lige at finde på, hvad lige det er, fordi man* ***kan*** *ikke ret mange ting … Jeg har taget rigtig meget over på de praktiske ting. Det kan godt være, det er røvsygt egentlig, at det er der, man sætter ind, men som mand kan man nok bare have svært ved at finde andre steder, hvor det giver sådan rigtig megen mening at sætte ind.*

Bo forsøger at forstå og anerkende, hvad Birte er og har været i. Han viser hende alle former for opmærksomhed og spiller dermed alle de kort han kan, og alligevel har han svært ved at skabe mening. Han bruger her ordet ”frustreret” og i andre sammenhænge ”livskrise” og det at ”være blevet nummer to.” Det er stærke ord, der antyder, at han måske føler sig udenfor mor-barn dyaden. Han vil meget gerne fastholde sit kærlighedsforhold til Birte, men det lykkes ikke helt.

Også Carl lever op til de traditionelt mandlige dyder og tilsidesætter egne behov, når det er nødvendigt i forhold til omsorgen for det nye barn og Connie:

*Nu havde vi sex meget før otte ugers undersøgelsen … men der i den første periode handler det om, at min hustru skal have det godt igen og komme over det, og der er det også præget af* ***lidt*** *søvn og stress, så der tror jeg ikke, at lysten til sex er så stor, fordi man føler sig stresset og lidt presset, og der er også fokus på det her lille nye barn. I hvert fald for mig, så jeg havde ikke det samme behov for sex på det der tidspunkt, og det var ikke noget, som jeg egentlig følte som en mangel, for det er naturligt. Det er fint nok, man ikke lige har sex i en periode, og jeg vil også sige, at det kan man altså sagtens undvære lige efter, og så … efter den periode, jamen så lige så stille, så begynder man jo at mødes igen og lige finde ud af, hvordan man har sex.*

Carl bruger ordet ”naturligt” om trætheden og det, at sexlysten ikke er helt så stor som ellers i de første uger med et lille nyt barn. Også han udviser dermed stor evne til tilpasning til det nye. Han betragter tilsyneladende det at genoptage samlivet som det at genopdage det, men også som et fælles projekt, som lykkedes uden de store problemer. Axel har fortalt, hvordan han fandt ud af at tilfredsstille sig selv seksuelt i hele første graviditet, hvor kæresten var syg og ikke havde lyst til sex overhovedet, og han demonstrerer på den måde også evne til at tilpasse sig forandringer.

Sammenfattende kan siges, at mændene forsøger at værne om deres samliv med kæresterne og at skabe rammer for et fortsat godt sex- og samliv, men går på kompromis med egne ønsker og behov, hvis de vurderer det nødvendigt for deres kæresters velvære. Der tegner sig således et billede af mænd, der mestrer de mange udfordringer og tilpasser sig den nye situation.

**Mødet med de sundhedsprofessionelle**

Mændene erindrer ikke at have oplevet, at de sundhedsprofessionelle har henvendt sig til dem under graviditeten, og temaet seksualitet har kun været sat på dagsordenen i ganske få situationer. Bo kan kun huske, at de skete en gang i graviditeten:

*Det var et arrangement afholdt inde på sygehuset … men lidt igen i tråd med alt det negative, vi havde fået i hele vores forløb, så var temaet … utroskab … hun startede ud med at sige, at otte ud af ti af de mænd, der var her, de statistisk set ville være utro … der, hvor man synes, at nu har man måske brug for … et eller andet positivt indspark … måske mere et redskab end en* ***dundertale …*** *det var ligesom det tema, vi tog med derfra, at firs procent var utro … Det var ikke sådan skide positivt*

Selv om Bo ikke under graviditeten oplevede problemer i forbindelse med sit sexliv, som han og Birte ikke selv kunne løse, så udtrykker han alligevel et ønske om, at temaet og specielt de positive sider af sexlivet bringes på bane, men det skete ikke. Fødselsforberedelsen blev som resten af svangreomsorgen opfattet som risikofikseret. Den samlede oplevelse af sundhedsvæsenets indsats i forhold til understøttelse af hans seksuelle liv under graviditeten er således:

*Der er ikke noget sådan henvendt til manden omkring* ***noget****. Jeg var overrasket over, at jeg overhovedet fik det brev (om deltagelse i denne undersøgelse), at der* ***var*** *noget til mig, og det var så* ***det*** *her, men ellers har der …* ***overhovedet*** *ikke været noget,* ***intet,*** *ikke* ***noget*** *som helst.*

Axel kan ikke huske, at der blev talt om seksualitet under nogen af de to graviditeter overhovedet, og som beskrevet tidligere oplevede han de sundhedsprofessionelle som direkte flove over at skulle tale om sex. Til gengæld siger han om sundhedsplejersken:

*Ellers … så har man jo kun hinanden at snakke med det om … man har måske manglet nogle gange at høre om, hvad andre har gjort … Hende her sundhedsplejersken, vi har nu, hun har talt lidt om det … Hun har bare spurgt, om vi var kommet i gang igen, om vi havde forsøgt, om lysten havde været der … men hun er faktisk den eneste, der har spurgt til det.*

Her er endnu en mand, der har oplevet at være overladt til sig selv i forhold til det seksuelle under graviditeten, og som kunne have ønsket, at emnet var blevet taget op af de sundhedsprofessionelle. Sundhedsplejersken skiller sig imidlertid ud, da hun som den eneste har spurgt til det seksuelle.

Bo reflekterer over sundhedsplejerskens motivation for at tage emnet op:

*men jeg synes også, at hun har bragt tingene på bane omkring … det seksuelle … jeg har ikke haft indtryk af, at … det sådan har været et tema, som har været på dagsordenen fra sundhedsvæsenets side … jeg har i hvert fald ikke oplevet det … men jeg har indtryk af, at det er noget, hun har gjort, fordi hun selv mener, det er et vigtigt element … mere end det er sundhedsvæsnet, der mener det.*

Bo har en fornemmelse af et sundhedsvæsen, der ikke prioriterer temaet seksualitet generelt, men at enkelte ansatte bringer det på bane, hvis de selv skønner det vigtigt. På den måde går han bag om mødet og filosoferer over betydningen af rammer og retningslinjer, prioriteringer og værdier i både sundhedsvæsenet som institution og hos de enkelte aktører.

Carl, der i sit liv med Connie ikke taler så meget om seksualitet som Axel og Bo gør, har følgende oplevelse med og refleksioner over det at tale om sex med de sundhedsprofessionelle:

*Vi er jo bare blevet spurgt om vi havde sex, og det er egentlig, Connie, der er blevet spurgt, men nej, der blev ikke snakket sådan rigtigt om sex, men … i mange situationer ville jeg også føle det malplaceret … det er svært i forhold til de tidspunkter, hvor manden er med … at finde en mulighed og åbning, der giver mening at snakke seksualitet … som mand vil jeg altid undertrykke, hvis jeg ikke synes, det går så godt, og det vil jeg ikke pådutte hende i en situation, hvor hun er gravid og følelsesmæssigt sårbar – så derfor, hvis hun sidder ved siden af i en samtale, og jeg syntes, der var et sexproblem, så ville jeg aldrig sige det … ikke i en situation, hvor der er en tredje mand inde på banen.*

Carl ville føle det malplaceret at tale om seksualitet i mange af de sammenhænge, hvor han som mand deltager i undersøgelserne. Hensynet til den gravide kæreste gør, at han ikke ville tage egne seksuelle problemer op med en fremmed. Hermed understreger han, at seksualitet er et særligt følsomt emne, og i modsætning til de to andre, giver Carl ikke her klart udtryk for noget behov for, at tale seksualitet med de sundhedsprofessionelle. Det, der imidlertid står klart, er, at mænd, der har problemer med sexlivet, ikke nødvendigvis er indstillede på at tale om det.

Der er afdækket et billede af sundhedsprofessionelle, der ikke henvender sig til mændene. Sexlivet er kun bragt på bane i forbindelse med graviditetsundersøgelserne som forsigtige forespørgsler til parrenes sexliv tidligt i forløbene, hvor de ikke oplevede problemer, og til fødselsforberedelsen, hvor temaet var utroskab. Fokus har overvejende været på risici, og de positive aspekter af sexlivet blev ikke nævnt i nogen sammenhæng. Sundhedsplejerskerne har konsekvent spurgt ind til genoptagelse af samlivet efter fødslen, men det at parrene har formået at få deres sex- og samliv til at fungere under graviditeterne og efter fødslerne skyldes deres egen evne til at tilpasse sig forandringerne.

**Mændenes ønsker til de sundhedsprofessionelle**

Der skal således ikke så meget til, for at sundhedsvæsenet gør det bedre, end mændene har oplevet det, og de har flere forslag til, hvordan indsatsen kan styrkes. Carl, der har svært ved at pege på en sammenhæng, hvor det med fordel kan tages op, siger samtidigt, at det er en god ide at forberede mændene på mange af de forandringer, der sker med kvinden undervejs:

*Man kan sagtens sige den del. Det vil ikke være det samme som at snakke om, hvordan et sexforhold er nu. Man kan sagtens sige til … de der forberedende samtaler måske lidt længere henne i forløbet, at der jo er lidt mindre sex til at starte med … fordi der lige skal tid til at komme sig igen (=efter fødslen), og jeg tror da også, at manden kan være bange for at ødelægge noget*

Carl skelner således imellem det at blive informeret om fakta og det at samtale om parrets egen seksualitet. Førstnævnte er ifølge ham en god ide, som de selv kunne have haft glæde af bl.a. i relation til kvindekroppens restitution og genoptagelse af samleje efter fødslen, mens han mener, man skal være mere forsigtig i forhold til at tale om parrets eget seksuelle liv.

Bo vurderer også, at indsatsen omkring mændene og deres seksuelle liv i forløbet burde prioriteres. Bo har savnet, at de sundhedsprofessionelle har anerkendt ham som en ligeværdig del af den vordende og nye familie, og han har en række forslag til både hvordan de sundhedsprofessionelle bør og ikke bør gribe det an, når de skal tage temaet seksualitet op med mændene:

*Der er ingen tvivl om, at de tilbud … hvor mænd skal snakke højt i plenum – det falder fuldstændigt til jorden i min verden, fordi … det er en flok øgler, som sidder og lytter og … så tænker vi det – selv … hvis man skal gøre noget, så skal det være en eller anden form for konsultation, hvor man tager udgangspunkt i manden som individ, uden at ægtefællen eller kæresten er med, for jeg tror, det er der, man møder manden bedst. Jeg tror, det er naturlig adfærd for mænd og holde sig lidt i baggrunden, når for eksempel der er besøg af en sundhedsplejerske, fordi det er jo selvfølgelig mor-barn, der er i fokus.*

Bo oplever det som naturligt, at det er mor og barn, der er i fokus i forbindelse med graviditetsundersøgelser og barselbesøg. Han foreslår måske af den grund, at det kunne være en god ide med et forum, hvor manden havde mulighed for at tale med en sundhedsprofessionel om seksualitet, uden at kæresten var til stede. Også Carl siger, at ”*man skal fange manden på et tidspunkt, hvor hun ikke er der,”* hvis der skal tales om seksuelle problemer i parret. Begge mænd nævner således spontant ideen om et tilbud målrettet manden alene, hvor han kunne komme selv og tale med de sundhedsprofessionelle. Bo udfolder tanken yderligere:

*Hvis man skal fange en mand og tage udgangspunkt i, hvor han er, og få ham til at lukke op for posen… så tror jeg, man skal tage sådan en konsultation med en sundhedsprofessionel faglig person … jeg* ***ved****, det er et stort problem for mange mænd … vi lukker tit alt muligt ud, når vi er nede at træne i motionscentret … det er jo noget af et hylekor, som stiller sig op dernede*

Bo ville gerne selv have haft et tilbud om en samtale, og han ved fra ”hylekoret” i motionscenteret, at mange mænd oplever problemer med det seksuelle før og efter et barns fødsel. Bo indikerer hermed, at andre mænd også kunne have behov for at tale med nogen om de udfordringer, forandringerne byder på. Det ideelle er ifølge Bo et individualiseret tilbud, dvs. et tilbud til manden alene og med udgangspunkt i ham:

*Jeg er sikker på, hvis vi havde haft en sundhedsfaglig professionel, som… havde taget det lidt humoristisk og prøvet at møde de mennesker, hvor de nu var – prøvet at vurdere dem lidt – Hvad er det for nogle mennesker, og hvor kunne man måske åbne en dialog henne … at bringe det på banen og så spille bolden over til manden og sige: Hvad – du har haft det sjovt – og nu er I her – altså gribe det lidt på humoristisk plan og spille bolden over til manden i stedet for, at han egentlig bare sidder nikkende i ni måneder*

Billedet af den nikkende mand virker stærkt, specielt fordi Bo har deltaget i undersøgelser hver eneste graviditetsuge, i alt ca. 30 gange. Det er tankevækkende, at læger eller jordemødre ikke på noget tidspunkt har henvendt sig til ham, og at de ikke har bragt det seksuelle på banen. De har ifølge Bo været optaget af risikoopsporing pga. Birtes kroniske sygdom. Det, at der også er tale om et ungt par, der lever et liv, herunder et seksuelt liv, sammen, og står på tærsklen til at blive forældre, har ikke været i fokus.

Carl påpeger i det følgende, at det er vigtigt at kommunikere anderledes med mænd end med kvinder:

*Den måde og det regi, dette her foregår på – det er et følelsesmæssigt regi for kvinden, og det skal det også være, og da tror jeg bare, at man hurtigt som sundhedspersonale vil bruge de samme redskaber over for manden i forhold til det følelsesmæssige regi – og nogle gange … så tror jeg også bare, manden har behov for at vide – bum – sådan er det – og ikke alt muligt – hvad føler du, og hvordan har du det – men mere sådan - hun har ikke altid lyst til sex. Så lad vær’ – med at plag’ … jamen så er det sådan, det er. Det er en bekymring mindre – så skal jeg nok lige lade være.*

Han opfordrer de sundhedsprofessionelle til at udvise tilbageholdende med det følelsesmæssige i kommunikationen med mænd. Til gengæld kunne de med fordel have præsenteret ham for fakta, ligesom gode råd og anbefalinger ville gøre livet lettere for ham.

Opsummerende kan siges, at analysen har afsløret, at alle tre mænd mener, at temaet seksualitet bør tages op både under graviditeten og efter fødslen, men at de ikke nødvendigvis selv bringer evt. problemer på bane. Derfor må de sundhedsprofessionelle gerne invitere til samtalen. Alle mænd bruger selv humor, når de taler om deres seksualitet, og der er forslag om, at der gøres brug af humor i samtaler om seksualitet. De ønsker, at de sundhedsprofessionelle deler ud af deres faktuelle viden om de forandringer, som kvinden går igennem i processen, og andres måder at håndtere seksuelle udfordringer på efterlyses. Det foreslås spontant, at der skabes et forum, hvor manden har mulighed for at tale alene med de sundhedsprofessionelle, så indsatsen kan individualiseres og tage afsæt i manden, hvor han er.

I analysen er mændenes opfattelser af det gode sexliv blevet afdækket, ligesom der er blevet identificeret en række temaer, nemlig sex som mål og middel, lyst, et udfordret sexliv, det seksuelle sprog, kommunikation samt tilpasning. Også mændenes møde med og ønsker til de sundhedsprofessionelle er blevet analyseret, og pointerne vil blive diskuteret i det følgende.

**Teoretiske perspektiver**

Psykolog og Ph.d. Svend Åge Madsens teorier er allerede inddraget i metodeafsnittet og vil også blive det i det følgende, specielt i forslag til en styrket jordemoderfaglig indsats, fordi hans forskning kan være en hjælp for de sundhedsprofessionelle i kommunikation med mændene. Øvrige teoretikere inddrages sporadisk og præsenteres derfor i de sammenhænge, hvori de indgår. Teorierne præsenteres ikke i deres sammenhæng her, men elementer af dem vil trækkes ind i diskussionen.

**Diskussion af data**

De tre mænd skal ikke betragtes som repræsentative for alle danske mænd, der bliver fædre i Danmark i øjeblikket. De er, som det fremstår af ovenstående, unikke individer med hver deres måde at håndtere den nye livssituation på. Denne diskussion skal ses i det lys og i lyset af, at det er vanskeligt at sammenholde de fremanalyserede temaer baseret på en lille kvalitativ undersøgelse som denne med de overvejende kvantitative data baseret på undersøgelser af populationer. Til gengæld er der med denne undersøgelse skabt nuanceret viden om tre danske mænds oplevelser af deres seksuelle liv under graviditet og efter en fødsel, viden der ellers ikke findes, hvorfor den kan ses som et vigtigt supplement til den eksisterende viden baseret på udenlandske mænd.

Diskussion af data vil foretages med afsæt i de i analysen identificerede temaer, der her vil blive samlet under overskrifterne: ”Sund seksualitet og et godt sexliv,” ”Sprog og kommunikation” samt ”Tilpasning til de nye udfordringer.” Undersøgelses fund sammenholdes i diskussionen med øvrige undersøgelsesresultater og sættes i teoretisk perspektiv. Forslag til en styrket jordemoderfaglig indsats vil indgå som en integreret del af diskussionen. Der rundes af med en kort diskussion af projektets metode.

**Sund seksualitet og et godt sexliv**

Nærværende undersøgelse har vist, at mændenes opfattelser af seksualitet er nuancerede, og at de omfatter både kropslige, følelsesmæssige og relationelle aspekter. Med ”et sundt kærlighedsliv” kobler mændene sundhed og seksualitet sammen. Denne fremanalyserede forståelse af et godt sexliv matcher WHO’s definition af seksuel sundhed som ”en tilstand af fysisk, følelsesmæssigt, mentalt og socialt velbefindende i forbindelse med seksualitet …”(Graugaard et al 2012:19). Både mændene og definitionen inddrager de positive aspekter af seksualiteten og har fokus på velvære, ligesom individets definitionsmagt i forhold til egen seksualitet fremhæves.

Der er variation i mændenes vægtning af henholdsvis de fysiske, følelsesmæssige og social aspekter af sexlivet, idet en peger på tilfredsstillelse af fysiske behov og en anden på det følelsesmæssige og nærheden til kæresten som det primære. Det matcher sexologisk erfaring, idet samleje ofte opfattes som mindre betydningsfuldt end den nærhed, ømhed, gensidighed, fortrolighed og bekræftelse, som knytter sig til et godt seksuelt møde (Graugaard 2012:392)

Analysen viser, at sex betragtes både som et mål i sig selv og som et middel til opnåelse af noget andet. Et godt sexliv hjælper mændene til at klare det nye livs mange udfordringer og kan således opfattes som en ”raskhedsfaktor” af positiv betydning for livskvalitet og mestringsfærdigheder (Graugaard et al 2012:16). Denne betydning af sexlivet genfindes ikke i eksisterende undersøgelser af mænds seksualitet. Det kan skyldes, at disse mænd adskiller sig fra flertallet, men det kan også skyldes, at den slags nuancer måske er svære at indfange via kvantitative metoder, som er mest benyttet i undersøgelser af dette felt. I publikationen ”Seksualitet og Sundhed” argumenteres til gengæld for, at der som beskrevet af mændene i denne undersøgelse kan være en sammenhæng mellem seksuel og generel sundhed, at påvirkningen kan gå begge veje og være såvel positiv som negativ (ibid.:11)

Ændringer i lyst til sex hænger ifølge analysen ikke kun sammen med det at få barn, men skal ses i forhold til den samlede livssituation. Således betragtes seksualitet som en integreret del af et menneskes personlighed, og som et aspekt af det at være menneske, som ikke kan adskilles fra andre aspekter i livet, hvilket ligeledes er i overensstemmelse med WHO’s tænkning (Socialstyrelsen 2012:3).

Analysen afslører, at sexlivet har høj prioritet, og at alle har haft et aktivt sexliv i graviditeterne fraset en enkelt, hvor kvinden var syg og slet ikke havde lyst. En anden bevarede til gengæld lysten under hele graviditeten trods en kronisk sygdom. Eksisterende undersøgelser har vist stor variation i pars lyst til sex under graviditet med en tendens til et fald i både lyst og aktivitet i tredje trimester (Sydow 1999:35) og med et gennemsnitligt sidste samleje en måned før fødslen (ibid.:36). Parrene her har således formået at opretholde et aktivt sexliv ”over gennemsnittet” under graviditet. Det samme gælder både lysten til sex og genoptagelse af sexlivet efter fødslerne. Første samlejer efter fødslerne har ikke voldt problemer, hvilket også adskiller sig fra undersøgelserne, hvoraf en viser, at kun 12 % af mændene og 14 % af kvinderne ikke oplevede seksuelle problemer efter en fødsel (Sydow 1999:37). En enkelt af kvinderne og ingen af mændene var bange for at genoptage samlivet efter fødslen, hvilket adskiller sig betydeligt fra øvrige undersøgelsesresultater, hvor op til 64 % af både kvinder og mænd frygtede det (Sydow 2004:37). Lysten til sex er bevaret hos de tre par, men de nye rammer gør, at det ikke praktiseres så ofte som tidligere. På det punkt matcher parrene øvrige undersøgelser, der viser, at samlejefrekvensen forbliver reduceret hele spædbarnsåret sammenlignet med det før-gravide niveau (Sydow 1999:36).

Analysen afslørede mænd, der følte omsorg for deres gravide kærester, og kvinder der bevarede lysten til sex under hele graviditeten. En tidligere refereret undersøgelse viser, at der kan være sammenhæng mellem et mindre markant fald i lyst til sex hos kvinder i tredje trimester og det forhold, at mændene af kvinderne blev oplevet som stærkt involverede i graviditeten (Sydow 2006:285). Det, at parrene lever et godt og aktivt sex- og samliv både under graviditeterne og efter fødslerne, og det at de er så gode til at tale sammen, matcher undersøgelser, der påviser en association mellem seksuel glæde og aktivitet i graviditeten og stor ømhed, stabilitet og kommunikation måneder efter fødslen (Sydow 2006:285). Det matcher endnu en undersøgelse, der finder, at en stærk prædiktor for mandens psykologiske velbefindende to måneder efter fødslen er hans egen rating af seksuel tilfredshed i graviditetens første trimester (May 1987:65). Det fund, at kun den enkelte kan vurdere kvaliteten af eget sexliv, genfindes i litteraturen. Psykologiprofessor Steen Wackerhausen argumenterer for, at det er problematisk at bruge ”det normale” og ”det naturlige” som mål for svangreomsorgen, hvorfor han foreslår, at målet bør være ”det gode,” og at kun det enkelte autonome individ kan vurdere, hvori det består (Wackerhausen1999:1112). På den måde taler mændene sig direkte ind i psykologiprofessorens tanker om det gode som mål både for den enkeltes eget (sex)liv og sundhedsvæsenets indsats.

**En styrket jordemoderfaglig indsats**

Den jordemoderfaglige indsats kan styrkes alene ved, at mændene inddrages, når de møder op til diverse undersøgelser, og ved at temaet seksualitet sættes på dagsordenen som en naturlig og integreret del af svangreomsorgen i hele forløbet. Ved aktivt at tage emnet op demonstrerer jordemoderen, at hun anser seksualitet for et væsentligt og velkomment samtaleemne samtidigt med, at det måske kan anspore manden og hans kæreste til at reflektere over (Graugaard 2012:397) og selv tale om deres sexliv. Det er en god ide allerede ved første jordemoderundersøgelse at pointere over for mændene og de gravide, at seksualitet er et emne, der kan drøftes i det forum.

I respekt for mænds forskellighed og det forhold, at kun den enkelte mand selv (eller parret) kan definere, hvad et godt sexliv er, bør der altid tages udgangspunkt i den enkelte mand (eller i parret), og målet bør jf. mændene og Wackerhausen altid være det gode (sexliv). Der bør således tilstræbes en individorienteret indsats, der matcher den sundhedsfremmetænkning, der blev indskrevet i svangreomsorgen i 1999 (Sundhedsstyrelsen 1999)[[4]](#footnote-4).

**Sprog og kommunikation**

Analysen har afsløret mænd, der har et godt og tæt sex- og samliv med kæresterne, og kommunikation fremhæves af mændene spontant som den vigtigste enkeltfaktor i skabelse og bevarelse af det gode forhold. Det matcher erfaringerne fra klinisk praksis, idet overlæge Astrid Højgaard, der arbejder på en sexologisk klinik, siger, at der i næsten alle forhold, hvor sexlivet er gået i stå efter fødslen, mangler tre ting, nemlig kommunikation, kommunikation og kommunikation (Højgaard 2013:263). God kommunikation kan ifølge denne undersøgelse styrke et seksuelt forhold, mens manglende kommunikation ifølge overlægen kan sætte sexlivet helt i stå. En god dialog i parret kan således både fremme den sunde seksualitet og forebygge, at sexlivet dør helt ud.

Det seksuelle sprog er ifølge analysen ikke altid direkte. Mændene, der ellers er åbenhjertige om deres seksualitet, bruger både humor og metaforer, ligesom sex omskrives til ”hygge” og seksualdriften til ”øglehjerne.” Brug af humor kan være en måde at håndtere både indre og ydre udfordringer på, og den mobiliserer følelserne på en særlig måde, hvorfor brug af humor kan betragtes som en tilpasningsstrategi (Brudal 2006:229). En humoristisk tilgang kan således være mændenes strategi i forhold til både mestring af de nye udfordringer og til det at tale om deres egen seksualitet både privat og under interviewet med en fremmed kvinde.

Mændene undlod under interviewene at fortælle om detaljer i forhold til seksualpraktikker fraset det, at en kærestes manglende lyst under en hel graviditet blev håndteret ved, at manden masturberede. Der blev ikke spurgt uddybende ind til seksualpraktikker, og en af mændene sagde spontant, at det ikke var vigtigt, hvilken form for sex, han dyrkede med kæresten. I de fleste øvrige undersøgelser spørges derimod til seksualpraktikker. Når indsatsen anbefales at være individorienteret, og når målet med indsatsen er det gode sexliv, bliver samtale om seksualpraktikker primært interessante i jordemoderpraksis, hvis en mand f.eks. mangler inspiration til variation i det seksuelle samliv med sin højgravide kæreste, så de kan opretholde sex- og samlivet hvis ønsket.

Det største kommunikationsproblem er ifølge mændene manglende kommunikation, idet de sundhedsprofessionelle slet ikke henvender sig til mændene, ligesom de fleste undlader at bringe seksualitet på banen. Eksisterende undersøgelser (Pacey 2004:29; Polomeno 2011:36 & Sydow 2004:38) peger alle i samme retning, og hvis der forskes i feltet, inddrages mændene sjældent eller aldrig (Pastore et al 2006:121 & Anders 2013:1988).

Analysen afslørede mænd, der ikke vil sidde som nikkende tilskuere til de sundhedsprofessionelles stærkt mor-barn centrerede indsats. Mændene ønsker at blive inddraget og efterspørger fakta fra de sundhedsprofessionelle, som de samtidigt opfordrer til tilbageholdenhed med mere følelsesladede emner. Det at tale med de sundhedsprofessionelle om eget sexliv, specielt om problemer med samme, vil mændene være tilbageholdende med bl.a. af hensyn til deres kærester. Mændene matcher også her Madsen, der anbefaler, at der i kommunikation med mænd ikke lægges ud med emotionelle spørgsmål, men at der i stedet spørges til noget konkret. Herefter kan der gives råd og evt. opstilles valgmuligheder med henblik på, at manden får mulighed for at styre så meget som muligt selv (Madsen 2014:115) og dermed bevarer autonomi og handlemuligheder (ibid.:114). Hvis samtalen med manden skal udvikle sig, skal den ske på hans præmisser, hvorfor den professionelle skal være tilbageholdende med fortolkninger af følelser og holde pauser, så der bliver plads til, at manden finder sine egne veje (ibid.:115).

Tovejstabuet eksisterer således i bedste velgående. Da det for mange par kan være uvant at verbalisere det intime liv (Graugaard et al 2012:395), er det ubetinget den sundhedsprofessionelles opgave at bryde det (ibid.:397). I en undersøgelse begrundede praktiserende læger, hvoraf 60 % undgik at tale med patienterne om seksualitet, det med manglende tid og kompetencer (Pastore et al 2006:122). Også for de sundhedsprofessionelle kan det handle om manglende vane med at italesætte fænomenet, ligesom deres egen kulturelle og sociale bagage samt øvrige normer og værdier kan påvirke, hvordan der arbejdes med seksualitet.

**En styrket jordemoderfaglig indsats**

En forudsætning for en styrket jordemoderfaglig indsats er, at jordemødre opkvalificeres og får mere viden om mænd og deres psykologi, ligesom de skal udvikle kompetencer i forhold til kommunikation med mænd. Mænds seksualitet er ikke målsat i den eksisterende jordemoderuddannelse, men der er netop nu mulighed for at få det lagt ind, da uddannelsen er under revision. Fremtidens jordemødre kunne dermed tilegne sig disse kompetencer som en del af grunduddannelsen, hvilket ligger i tråd med Madsens anbefalinger om styrkelse af relationelle og kommunikative kompetencer hos de professionelle (ibid.:101).

Undersøgelsens tre mænd efterspørger faktuel viden, herunder viden om genoptagelse af samleje efter fødslen, hvorfor det bruges her som eksempel på et tema, som jordemoderen med fordel kan tage op med alle mænd i graviditeten, ved udskrivningssamtalen eller når jordemoderen har sutureret evt. bristninger og kan fremvise det pæne resultat efterfølgende. Sidstnævnte har flere fordele, idet 95 % af de danske mænd deltager i deres børns fødsler (Madsen 2014:87), og ingen (mand eller kvinde) forlader en fødestue med et billede af et bristet og stærkt blødende underliv på nethinden, da det kan medføre problemer for sexlivet efterfølgende (Pacey 2004:234 & Polomeno 1998:6). Undersøgelser viser, at par anbefales at vente fra uger til måneder efter fødslen, ligesom par er blevet direkte advaret om, at ”det ikke må ske for tidligt” (Sydow 1999:38). Kun en enkelt kilde angiver, hvornår samlivet kan genoptages, nemlig tre uger efter fødslen eller når parret har lyst (Byrd et al1998:305). Der mangler tilsyneladende evidens for rådgivningen, og der er behov for mere viden på dette punkt. Indtil den foreligger, kan parrene anbefales at bestille tid til efterfødselsundersøgelsen hos egen læge ved behov, i stedet for at undersøgelsen rutinemæssigt foretages otte uger efter fødslen (Sundhedsstyrelsen 2013:60).

Med hensyn til at komme mændene i møde på deres ønsker om vejledning om fakta, kan temaerne fra problemanalysen sættes på dagsordene i jordemoderpraksis. Der er tale om generel viden, som kan bidrage til mænds forståelse af, hvad der er på spil i forbindelse med graviditet og fødsel. Den viden kan mændene måske bruge i deres bestræbelser på at opretholde et godt sexliv i forløbet.

Analysen afslørede mænd, der af hensyn til deres gravide kærester ikke vil bringe egne seksuelle problemer på bane, og ifølge Madsen er det karakteristisk, at mænd ønsker at beskæftige sig så lidt som muligt med forhold vedrørende deres egne fysiske og psykiske tilstande, herunder at søge hjælp i sundhedsvæsenet (Madsen 2014:77). Som supplement til graviditetsundersøgelser og fødselsforberedelsen kunne ideen fra mændene i herværende undersøgelse om skabelse af et forum for mænds individuelle konsultationer med en jordemoder være en ide til forfølgelse. Det ville betyde en unik mulighed for at sætte manden i fokus og kommunikere på hans præmisser. Let adgang, en arbejdsmarkedsvenlig åbningstid og begrænset ventetid (Madsen 2014:97) ville bidrage til at tilpasse tilbuddet til mændene (ibid.:94).

**Tilpasning til de nye udfordringer**

Analysen har afsløret mænd, der spiller på mange strenge og kombinerer traditionelt mandlige med traditionelt kvindelige dyder i et forsøg på at leve op til rollerne som både god arbejdskraft, mand og far. Der tegner sig således et billede af mænd med en særlig modstandskraft og evne til tilpasning til den nye situation, hvor de slider hårdt og selv giver afkald for til gengæld at påtage sig et stort ansvar for kæresters og familiers trivsel. Det matcher undersøgelser, der finder både stor kompleksitet og tilpasning i mænds seksuelle liv efter en fødsel (Anders 2013:1989).

Modstandskraft knyttes til temaer som fleksibilitet og tolerance over for forandringer, der netop karakteriserer mændenes sexliv under graviditet og efter en fødsel (Brudal 2008:210). Grundlaget for udvikling af modstandskraft er ifølge Brudal et menneskes tilpasningsstrategier. Brudal nævner tre eksempler på tilpasningsstrategier, herunder humor. Ifølge Brudals teorier udtrykkes via humor følelser i forbindelse med stress og konflikt på en måde, der inddrager andre på positiv vis (ibid.:226), og det gør mændene i herværende undersøgelse både i relationen til deres kærester og under interviewet. Det er en pointe, at tilpasningsstrategier kan tillæres (ibid.). I en presset situation er der fire komponenter, der påvirkes, nemlig følelser, realitetssans, samvittighed og relationer til andre (ibid.:227). I det følgende vil der gives et eksempel på, hvordan jordemoderen vil kunne arbejde målrettet med disse komponenter og en anden tilpasningsstrategi, nemlig foregribelse.

**En styrket jordemoderfaglig indsats**

Via analysen identificeredes lyst som et vigtigt tema for mændene, og da ændringer i seksuel lyst i forbindelse med graviditet og efter en fødsel er almindelige, kunne det være ændringer, som med fordel kunne foregribes. Dermed tilgodeses også det fremanalyserede behov for at få formidlet fakta. Samtalen forudsættes at foregå med manden alene og på hans initiativ. Der tages afsæt i, hvordan manden oplever sin nuværende relation til den nygravide kæreste og deres nuværende sexliv. Hvis han f.eks. har mere lyst end kæresten, og han måske ind imellem presser lidt på for sex, kan det måske betyde samvittighedskvaler eller andre stærke følelser. Under samtalen kan mulige alternativer til den eksisterende situation diskuteres med henblik på, at manden bliver mere realistisk i forhold til hvad han kan forvente både nu, i resten af graviditeten og efter fødslen. Jordemoderen kan på den måde bidrage til forberedelse af manden på de forandringer, der kommer, og på understøttelse af hans anstrengelser for at opretholde et godt sexliv i en tid præget af forandringer.

Jordemoderen anbefales at drøfte genoptræning af bækkenbunden og gavnligheden af efterfødselsgymnastik (Sundhedsstyrelsen 2013:10). Hun kunne i den sammenhæng arbejde strategisk med både forebyggelse af problemer af seksuel karakter og med en generel seksuel sundhedsfremmeindsats også i forhold til manden, når han alligevel møder op. Når kvinden f.eks. informeres om betydningen af en stærk bækkenbund og opfordres til træning af den, kunne manden oplyses om, hvilken betydning en god bækkenbund kan have for ham. Som eksempel kunne nævnes, at undersøgelser viser, at systematisk træning af bækkenbunden kan bruges i behandlingen af erektil dysfunktion (Lavoisier 2014:1731), og at det kan være en god ide, at også unge mænd træner deres bækkenbund profylaktisk. Det kunne efterfølgende skabe sjov og glæde i forbindelse med samlivet, hvis kvinden fik lov at se manden stolt ”kippe med flaget,” når han lavede sine øvelser, og hvis hun lod manden mærke, hvordan det føles, når hun træner sin (usynlige) bækkenbund?

**Afrunding på diskussionen**

Det at betragte mænd som gruppe med en række karakteristika kan være problematisk. Det skal derfor igen pointeres, at hver enkelt mand er unik og indgår i et helt særligt forhold til sin kæreste, hvorfor indsatsen netop skal tage afsæt i den enkelte mand / det enkelte par. Mænd har imidlertid en række fælles træk, og det kan specielt som kvindelig sundhedsprofessionel være klogt at have dem in mente i arbejdet med dem (Madsen 2014:111).

**Diskussion af projektets metode**

Kun tre mænd ud af 125 mulige har meldt sig til deltagelse i denne undersøgelse. Under interviewet med en fremmed kvinde evnede de at sætte ord på deres intime liv, hvilket mange er uvante med (Graugaard 2012:395). De har bevaret et godt sexliv både under graviditeterne og efter fødslerne, hvor svingende lyst og aktivitet ifølge forskningen er almindeligt. Der er således ikke tale om tre ”gennemsnitlige mænd,” men om både veluddannede og -fungerende mænd med en række fælles træk. Den tilsigtede mangfoldighed, som et strategisk udvalg kunne have bidraget med (Malterud 2008:59), er jf. ovenstående ikke opnået. Hele denne undersøgelse skal ses i det lys, og det begrænser muligheden for at overføre denne viden til øvrige sammenhænge (ibid.:63f). Undersøgelsens eksterne validitet kan dermed siges at være lav. Til gengæld bidrager undersøgelsen med tre mænds nuancerede opfattelser af seksualitet og med et syn på seksualitet som noget både godt og sundt. Med dette fokus på seksualitet som en ressource kan undersøgelsen supplere de mange undersøgelser, jf. problemanalysen, hvor fokus er på seksualitet som risiko. Undersøgelsen bidrager således med en bredere forståelse af mænds oplevelser af deres seksuelle liv og deres møde med sundhedsvæsenet under graviditet og efter en fødsel. Endelig er mændenes ønsker til sundhedsvæsenet indtænkt i forslagene til en styrket jordemoderfaglig indsats på feltet. Metoderne har været relevante set i forhold til formålet, og det er således i vid udstrækning lykkedes at indfange det ønskede, hvorfor den interne validitet kan betragtes som høj (ibid.:24)

Flere undersøgelser af præcis dette felt anbefales med henblik på indfangelse af større mangfoldighed og flere nuancer i mænds seksualitet i denne livsfase.

**Konklusion**

Hensigten med projektet var at generere viden om mænds oplevelser af deres seksuelle liv og mødet med de sundhedsprofessionelle under graviditet og efter en fødsel, fordi der kun findes begrænset viden om feltet. Undersøgelsen er foretaget med afsæt i egen empiri i form af interviews med tre spædbørnsfædre. Interviewdata er transskriberede og analyserede, og en række temaer er identificerede. Disse er i diskussionen sammenholdt med eksisterende forskning og sat i teoretisk perspektiv. Diskussionen indeholder forslag til en styrket jordemoderfaglig indsats, hvor mændenes ønsker til de sundhedsprofessionelle er indtænkt. Der afsluttes med diskussion af projektets metode, der vurderes velegnet i forhold til det, der ønskedes undersøgt. Den interne validitet er således høj, mens den eksterne er lav, da kun tre mænd indgår, og da disse mænd trods individuelle forskelle har mange fælles træk. Dermed er den tilsigtede mangfoldighed i sammensætningen af informanter ikke nået.

De fremanalyserede temaer er sammenfattet under overskrifterne ”sund seksualitet og et godt sexliv,” ”sprog og kommunikation” og ”tilpasning til de nye udfordringer.” Analysen afslørede mænd, der har opretholdt gode seksuelle liv under graviditeterne og efter fødslerne, og for hvem sexlivet har høj prioritet. Mændene har et nuanceret og positivt syn på seksualitet, og for dem handler et godt sexliv om nærvær med deres kærester, om glæde og om tilfredsstillelse af fysiske behov. Et godt sexliv betragtes som mål i sig selv, men også som middel til bl.a. håndtering af de nye udfordringer. På den måde matcher mændenes opfattelser af et godt sexliv WHO’s definition af seksuel sundhed som en tilstand af fysisk, mentalt og socialt velvære. Analysen identificerer ligeledes, at evnen til at kunne tale sammen i parrene fremhæves som den vigtigste enkeltfaktor i forhold til bevarelse af det gode sexliv, hvilket matcher Højgaards erfaringer fra sexologisk praksis, hvor kommunikation mangler hos par med seksuelle problemer. Mændene erindrer ikke at have oplevet, at de sundhedsprofessionelle har henvendt sig til dem under graviditeten, og temaet seksualitet har kun været sat på dagsordenen i sundhedsvæsenet i ganske få situationer. Humor bruges af mændene som en måde at håndtere udfordringerne på og kan jf. Brudal betragtes som en tilpasningsstrategi. Mændene føler sig udfordrede, men de finder måder at håndtere udfordringerne på. De tilpasser sig bl.a. ved at gå på kompromis med egne behov i bestræbelserne på at drage omsorg for deres kærester og familier.

Mændene ønsker at blive involveret af de professionelle i hele forløbet, og de efterlyser specielt faktuel viden. Til gengæld bør de følelsesmæssige aspekter nedtones, hvilket matcher Madsens forskningsresultater. Forslag til en styrket jordemoderfaglig indsats i forhold til mændene og deres seksualitet indebærer bl.a. opkvalificering, så jordemødrene får mere viden om bl.a. kommunikation med mænd. Tovejstabuet bør jordemødrene tage ansvar for at bryde ved at tage initiativ til samtaler om seksualitet, og mændene bør inddrages i alle samtaler og undersøgelser. Der bør udvikles tilbud om ”mandekonsultationer,” hvor mændene kan komme individuelt, og hvor indsatsen tager afsæt i den enkelte mand og hans behov. Mændene bør helt grundlæggende betragtes som en ligeværdig del af indsatsen omkring de nye familier.

**Perspektivering**

Det er et paradoks, at sundhedsvæsen og mandeforskere på den ene side arbejder målrettet på at finde måder at få mænd til at opsøge læge på (Madsen 2014:71), mens mænd på den anden side trofast følger deres kærester til graviditetsundersøgelser og fødsler i det samme sundhedsvæsen, uden at de sundhedsprofessionelle henvender sig til dem. Hvorfor ikke udnytte, at mændene deltager i disse undersøgelser og lade både samtaler og undersøgelser i hele forløbet omfatte mændene med henblik på at arbejde både generelt sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende med ham? Når der f.eks. samtales om og vejledes i forhold til KRAM-faktorerne m.m. involveres både manden og kvinden, og der sættes fokus på begges livsstil. Når kvinden vejes og får målt blodtryk, tilbydes manden de samme undersøgelser.

Mens forslaget til en styrkelse af den jordemoderfaglige indsats kan gennemføres for beskedne merbeløb til opkvalificering af jordemødrene og drift af en jordemoderkonsultation for mænd, så vil forslaget i perspektiveringen være forbundet med merudgifter. Ideen kunne derfor med fordel afprøves som projekt med efterfølgende evaluering.

**Tak**

Kære Axel, Bo og Carl!

Tusind tak fordi I har fortalt så åbenhjertigt om jer selv, om jeres seksuelle liv og om jeres møde med jordemødre, læger og sundhedsplejersker under graviditeter og fødsler samt i tiden herefter.

Udskrifterne af samtalerne med jer er spændende læsning, og jeg har forsøgt at viderebringe jeres overvejelser, præcis som I har fortalt dem til mig. I vil således kunne genkende jer selv og jeres egne ord, men måske ikke fortolkninger og konklusion, der jo er et resultat af min analyse af jeres forskellige måder at reflektere over og tale om jeres oplevelser på. Jeg håber, I føler jer korrekt citeret og forstået, også hvor jeg af ”sparehensyn” har udeladt store dele af jeres fortællinger, fordi projektet kun må fylde halvtres sider.

Jeg ønsker jer alle fortsat held og lykke i livet med kærester / koner og små børn, der hurtigt bliver store.

Endnu engang tusind tak, fordi I ville deltage i min undersøgelse.

Med venlig hilsen Helle

**Litteraturliste**

Anders, Sari M. van; Hipp, Lauren E.; And Low, Lisa Kane. Exploring Co-Parents Experience of Sexuality in the First 3 Months after Birth. J. Sex. Med. 2013; 10: 1988-1999

Bancroft, John. Human sexuality and its problems. Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier. 3. udgave 2009

Birkler, Jacob. Etik i sundhedsvæsenet. København: Munksgaard Danmark 2006

Birkler, Jacob. Filosofi & jordemoderkunst. Esbjerg: UC Vest Press 2010

Birkler, Jacob. Videnskabsteori. En grundbog. København: Munksgaard Danmark, 1. Udgave, 4. Oplag 2007

Brudal, Lisbeth F. Positiv psykologi. Empati Flow Køn Humor. Dansk Psykologisk Forlag 2008

Byrd, Janis E et al. Sexuality During Pregnancy and the Year Postpartum. I: The Journal of Family Practice, Vol. 47, No.4 (Oct.) 1998: 305-308

Condon, John T et al. The First-Time Fathers Study: A prospective study of the mental health and wellbeing of men during the transition to parenthood. I: Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 2004; 38: 56-64

Emerson, Robert M. et al. Processing Fieldnotes: Coding and Memoing. I: Emerson, Robert M. et al. “Writing Ethnographic Fieldnotes.” Chicago & London. The University Chicago Press. 1995: 142-168. ISBN 0-226-20681-5

Graugaard, Christian. Hvad er seksualitet? Oplæg ved masteruddannelsen i sexologi, Aalborg Universitet. September 2013

Graugaard, Christian. Intimitet. (Kilde ej opgivet): 389-401

Graugaard, Christian; Pedersen, Bente Klarlund og Frisch, Morten. Seksualitet og Sundhed. København: Vidensråd for Forebyggelse. Trygfonden og Lægeforeningen. 2012

Hastrup, Kirsten. Antropologiske studier af egen kultur. Norsk Antropologisk Tidsskrift 1 / 1991:10-14

Hastrup, Kirsten. Introduktion. Den antropologiske videnskab. I: Hastrup, Kirsten (red.). Ind i Verden. København: Hans Reitzels forlag 2003: 9-34

Holstein, James A. and Gubrium, Jaber F. The active interview. I: Holstein J. & Gubrium J. Qualitative Research Methods Series 37. Thousand Oaks and London: Sage Publications 1995: 1-18

Højgaard, Astrid. De tre k’er. I: Skeel-Gjørling, Mette Mathilde og Pedersen, Suzanne Skærbæk. Ikke i år skat – bekendelser om manglende sexlyst efter fødsel. Turbine 2013: 252-263

Kemp, Peter. Principper for omsorg. I: Andreasen, Torben E et al. Filosofi. Etik. Videnskabsteori. Akademisk Forlag 2001

Lavoisier; Pierre; Roy, Pascall; Dantony, Emmanuelle; Watrelot, Antoine; Ruggeri, Jean; Domoulin, Sébastian. Pelvic-Floor Muscle Rehabilitation in Erectile Dysfunction and Premature Ejaculation. I: Physical Therapy. December 2014. Volume 94. Number 12: 1731-1743

Madsen, Svend Åge. Mænds sundhed og sygdomme. Frederiksberg: Samfundslitteratur 2014

Malterud, Kirsti. Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring. Oslo: Universitetsforlaget. 1. utgave, 4. opplag 2008

Mueller, Laura S. Pregnancy and Sexuality. JOGNN July / August 1985: 289-294

Pacey, Susan. Couples and the first baby: Responding to new parents’ sexual and relationship problems. I: Sexual and Relationship Therapy. Vol. 19, no.3, August 2004: 223-246

Pastore, Lisa; Owens, Annette; Raymond, Colleen. Postpartum Sexuality Concerns Among First-Time Parents from One U.S Academic Hospital. I: Journal of Sexual Medicine 2007; 4; 115-123

Polomeno, Viola. Labor and Birth: Supporting of Couple’s Intimacy, Part 1. I: International Journal of Childhood Education 1998. Jun; 13 (2): 18-24. (I det til projektet anvendte print er sidetallene 1-10, hvorfor det er dem, der er anført)

Polomeno, Viola. Men’s Sexuality in the Perinatal Period: What do Perinatal Educators Need to Know? International Journal of Childbirth Education. Volume 26. Number 4. November 2011: 35-39

Rienecke, Kenneth. Drenge og mænd i krise? Perspektiver og indsatsområder. København: Hans Reitzels Forlag 2012

Rubow, Cecilie. Samtalen. Interviewet som deltagerobservation. I: Hastrup, Kirsten (red.). Ind i Verden. København: Hans Reitzels forlag 2003: 227-246

Skeel-Gjørling, Mette Mathilde og Pedersen, Suzanne Skærbæk. Ikke i år, skat – bekendelser om manglende sexlyst efter fødslen. Turbine 2013

Socialstyrelsen. Seksualitet på dagsordenen. København: Socialstyrelsen 2012

Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for svangreomsorgen. København: Sundhedsstyrelsen 2013; 2. udgave, 1. oplag

Sundhedsstyrelsen. Svangreomsorg. København: Sundhedsstyrelsen 1999

Sundhedsstyrelsen. Vejledning om forebyggende sundhedsydelser for børn og unge. København: Sundhedsstyrelsen 2011

Sydow, Kirsten von. Pregnancy, childbirth and the postpartum period. I: Goldstein et al (Edit.) Women`s Sexual Function and Dysfunction. Study, Diagnosis and Treatment. London: Taylor & Francis 2006:282-289

Sydow, Kirsten von. Sexuality during pregnancy and after childbirth: A metacontent analysis of 59 studies. I: Journal of Psychosomatic research. Vol. 47. No.1. 1999: 27-49

Wackerhausen, Steen. What’s natural? Deciding what to do and not to do in medicine and health care. British Journal of Obstetrics and gynaecology. November 1999; Vol 106: 1109-1112

Williams, Moira et al. An Australian perspective of fatherhood and sexuality. I: Midwifery 2008; 24: 99-107

**Internetadresser:**

<http://www.amino.dk/wikis/erhverv/hvad-er-trunkering.aspx> d. 7.4.2015

1. Familiedannelsesprocessen dækker, når betegnelsen bruges her i projektet, perioden fra graviditetens konstatering til et år efter et barns fødsel. [↑](#footnote-ref-1)
2. ”Anbefalinger for svangreomsorgen” omfatter sundhedsvæsenets samlede indsats i forbindelse med graviditet, fødsel og barselperioden. [↑](#footnote-ref-2)
3. ”Trunkering er et udtryk for hvordan man i databaser bedst afgrænser sine søgeresultater …” www.amino... [↑](#footnote-ref-3)
4. Der refereres her til Sundhedsstyrelsens retningslinjer for svangreomsorgen i 1999, hvor begrebet sundhedsfremme figurerede for første gang i relation til sundhedsvæsenets samlede indsats i familiedannelsesprocessen, og hvor det siden har dannet parløb med begrebet forebyggelse. [↑](#footnote-ref-4)