



AALBORG UNIVERSITET

FØRSTEGANGSFØRÆLDRE, SEKSUALITET OG DEN SUNDHEDSPROFESSIONELLE

En kvalitativ undersøgelse af seksualiteten hos
førstegangsførældre og oplevelsen af den
sundhedsprofessionelle før og efter fødslen

MASTERAFFHANDLING VED MASTERUDDANNELSEN I SEXOLOGI
AALBORG UNIVERSITET - MAJ 2017

Ella á Steig

Studienummer 20152700

Mette Ejby Bjørnvig

Studienummer: 20157528

Vejleder

Christian Graugaard

122.781

Anslag

Gruppenummer

17GRSX104



RESUMÉ

Dette er en kvalitativ undersøgelse af seksualiteten hos førstegangsførelse i perioden før og efter fødslen. Mange par oplever at parforholdet og seksualiteten er under pres, når de bliver forældre og desværre ender mange parforhold med sammenbrud og skilsmisse i børnenes første leveår.

Der undersøges hvilke faktorer, som kan påvirke seksualiteten med særligt fokus på forældrenes oplevelse af den sundhedsprofessionelles rolle i forhold til de udfordringer, der følger med seksualiteten i overgangen fra parforhold til forældreskab.

Formålet med dette masterprojekt er således, at have fokus på seksualiteten og dens betydning, med henblik på integrering og forbedring af den sundhedsprofessionelles indsats for at forebygge sammenbrud i parforholdet og eventuelt skilsmisse.

ABSTRACT

This is a qualitative study of the sexuality of first-time parents in the period before and after birth. Many couples find their relationship and sexuality under pressure in the transition to parenthood - unfortunately this causes many relationships to collapse which in worst case results in divorce within the children's first years of life.

The factors that influence sexuality are examined, with particular focus on the parents' experience of the role of health professionals in relation to the challenges of sexuality in the transition from being a couple to parenthood.

The aim of this masterproject is to focus on sexuality and its significance in order to integrate and improve the health professionals' efforts to prevent breakdown in the relationship and, in worse case divorce.

INDHOLDSFORTEGNELSE

1. INDLEDNING	4
1.1 INITIERENDE UNDREN	4
2. PROBLEMANALYSE	5
2. 2 KERNEFAMILIEN I OPLØSNING	6
2. 4 SEKSUALITETEN I PERIODEN FØR OG EFTER FØDSLEN	11
2. 5 SAMMENFATNING	13
3. FORMÅL OG PROBLEMFORMULERING	14
3. 1 FORSKNINGSSPØRGSMÅL	14
4. METODEAFSNIT	15
4. 1. KVALITATIV UNDERSØGELSE - MED SEMISTRUKTURERET INTERVIEW SOM METODE	15
4. 2 VIDENSKABSTEORETISK TILGANG	15
4. 3 PRAKTISK PROCEDURE	15
4. 4 ETISKE OVERVEJELSER FØR INTERVIEW	16
4. 5 INTERVIEWGUIDE	18
4. 6 PRÆSENTATION AF INFORMANTERNE	21
4. 7 PRÆSENTATION AF EMPIRI - TO INTERVIEWS	21
4. 7. 1. KODNING AF EMPIRI & ANALYSESTRATEGI	22
4. 8 LITTERATURSØGNING	23
4. 8. 1 FUND AF LITTERATUR	24
5. PRÆSENTATION AF DATA	24
5. 1 SEKSUALITET	24
5. 2 BODY IMAGE	27
5. 4 KOMMUNIKATION	30
5. 5 OPLEVELSEN AF DEN SUNDHEDSPROFESSIONELLE	32
6. DISKUSSION - MED UDGANGSPUNKT I DATAMATERIALET	37
6. 1 SEKSUALITETEN GENERELT	37
6. 2 BODY IMAGE OG SEKSUALITET	41
6. 3 INTIMITET OG SEKSUALITET	43
6. 4 KOMMUNIKATION OG SEKSUALITET	46
6. 5 DELKONKLUSION	48
6. 6 OPLEVELSEN AF DEN SUNDHEDSPROFESSIONELLES ROLLE	48
7. KONKLUSION	55

8. UNDERSØGELSENS STYRKER OG SVAGHEDER	57
9. PERSPEKTIVERING	59
10. EFTERORD	60
10. LITTERATURLISTE	61

1. INDLEDNING

Vi fødes som seksuelle væsner, og vi dør som seksuelle væsner. Seksualiteten er et råstof, som findes i alle mennesker i forskellige mangeartede afskygninger, der driver mennesket gennem livet. Seksualiteten udvikles, udfordres og forandres gennem hele livet i forhold til menneskers livssituationer, tid samt sted og har stor betydning for det enkelte menneske.

1.1 INITIERENDE UNDREN

Som sundhedsplejersker møder vi ofte par, som oplever store problemer i parforholdet, når de har fået børn. Konsekvensen er desværre ofte sammenbrud og skilsmisse i familien. Vi har erfaret, at sexlivet er på vågeblus eller gået helt i stå, når et par bliver forældre til deres første barn. Sundhedsplejersken er førstehandsvidne til den udviklingskrise, som det er at blive forældre den allerførste gang. Gennem sine besøg i familien, iagttager hun forskellige måder, hvorpå parrene håndterer denne udfordring. Det kan være svært for rigtig mange par. Mange kommuner er begyndt at tilbyde forberedende kurser til førstegangsforældre for at støtte familiedannelsen.

Vi har erfaret, at seksualiteten er essentiel, men desværre ofte under massivt pres i overgangen fra parforhold til forældreskab. Vi undrer os over, hvordan det kan være, at seksualiteten ikke har større fokus i de sundhedsprofessionelles rådgivning og behandling i al almindelighed, men også ved de forberedende kurser til førstegangsforældre. Især fordi vi har erfaret, at seksualiteten har stor betydning for den enkelte og den oplevede livskvalitet men også indbyrdes i et parforhold. Der er en antagelse om, at hvis sexlivet fungerer, så fylder problemer mindre. Omvendt hvis sexlivet ikke fungerer, så fylder problemerne mere. Derfor er vi nysgerrige på, hvordan parrene oplever den sundhedsprofessionelle i forhold til rådgivning og vejledning omkring seksualiteten og hvordan det håndteres.

Vi vil gerne se nærmere på seksualiteten hos førstegangsforældre som en faktor til forebyggelse af sammenbrud og skilsmisse. Det er, hvad masterprojektet vil tage afsæt i og som undersøges nærmere. For hvad påvirker mon seksualiteten i overgangen fra parforhold til forældreskab, og kan der mon være en sammenhæng mellem sammenbrud i familierne og seksualiteten i denne periode? Endvidere er vi nysgerrige på, at finde ud af, hvilken oplevelse forældrene har af den sundhedsprofessionelle i den forbindelse.

2. PROBLEMANALYSE

2.1 PARFORHOLDET I SAMFUNDSMÆSSIGT PERSPEKTIV

Parforholdet har gennem det sidste århundrede ændret sig i takt med samfundsudviklingen. Førhen manifesterede parforholdet sig via ægteskab med en konsolidering af forudbestemt kønsrollemønstre. Manden var udearbejdende og kvinderne hjemmegående med ansvar for hjem og børn. Ægteskabet blev en praktisk foranstaltning, hvor igennem man oplevede en høj grad af tryghed men ringe grad af frihed. Man blev i sit ægteskab, eftersom skilsmisse var utænkeligt.

Sex og samliv var på mandens præmisser og initiativ, og noget kvinden måtte affinde sig med ikke var forbundet med seksuel lyst og nydelse. *“Det der er mandens sædvanlige vilkår (seksuel ophidselse) er en undtagelse for kvinden”* hævdes der af datidens læge og specialist på området (Giddens 1999 s. 31).

I dagens Danmark ser det meget anderledes ud. Seksualiteten spiller en væsentlig stor rolle i det senmoderne samfund. Parforhold indgås med eller uden ægteskab, og fordi man vælger at få børn sammen, er det ikke ensbetydende med, eller en garanti for, at man forbliver sammen som par. Den løse struktur giver en stor grad af frihed men også en ringe grad af tryghed.

Kvindefrigørelse og kampen for ligestilling og ligeløn har haft en afgørende rolle for seksualitetens samfundsmæssige udvikling. Kvinder er principielt ikke længere økonomisk afhængige af en mandens indtægt, men sidestillet med manden er hun blevet selvforsørgende og selvstændig. En kvinde der i dag vælger at indgå et parforhold, har sandsynligvis taget det valg af ren og skær lyst - Seksualiteten er sat fri.

Den moderne seksualitet er ikke mindst kendetegnet ved, at den i kraft af præventionen er blevet løsrevet fra forplantningen. I de seneste fem årtier er seksualiteten også blevet løsrevet fra ægteskabet og det varige parforhold. Man kan dyrke sex uden at få børn, og man kan få børn uden at dyrke sex. De senmoderne menneskers forhold er fleksible og flygtige, hvor seksualiteten er foranderlig over tid og sted. Seksualitet er heller ikke nødvendigvis knyttet til et bestemt køn - for det der viser sig afgørende er, hvem man har lyst til og tænder på som menneske og hvilke seksuelle præferencer, der er i spil her og nu. Man indgår i et forhold for forholdets skyld, det såkaldte “rene forhold” (Giddens 1999).

Den britiske sociolog Anthony Giddens introducerer *det rene forhold* på følgende måde “*Det henviser til en situation, hvor to personer indgår i et socialt forhold for dets egen skyld, for hvad de pågældende hver især kan få ud af en varig forbindelse med hinanden, og som kun fortsætter for så vidt begge parter anser det for at tilfredsstille dem tilstrækkeligt til at blive i det*” (Giddens 1999 s. 63).

2. 2 KERNEFAMILIEN I OPLØSNING

Desværre går mange familier i opløsning. Den klassiske konstellation kernefamilien er på retur, mens andre familieformer er på fremmarch. Der findes 35 forskellige former for familietyper i Danmark. Det er kun halvdelen af de 800.000 danske børnefamilier, som har klassisk kernefamilie struktur og ca. 25% af alle børn i Danmark bor ikke sammen med begge biologiske forældre (Danmarks Statistik).

Omkring sammenbrud og skilsmisse taler statistikken for sig selv. 43% af alle ægteskaber indgået i perioden 1980-2012 var endt i skilsmisse i 2012. År 2014 blev året med flest skilsmisser nogensinde. Der blev registreret 19.387 skilsmisser i alt (Danmarks Statistik).

Ægteskaber og parforhold indgås og opløses, for så at genopstå i nye forhold eller ægteskaber. De moderne rekombinerede familier, med dine, mine og vores børn, et resultat af den serielle monogami (Giddens 1999). Det er ikke ualmindeligt at have børn fra 1. 2. og 3. eller flere ægteskaber (Børns Vilkår).

Fakta er, at de fleste skilsmisser sker inden ægteskabets 6. år. Ægtepar med børn går oftest fra hinanden når børnene er 1-2 år. Hvis man er ugift, men samboende, er risikoen for brud to en halv gange så stor som hvis man er gift (Danmarks Statistik).

Samlet set for børnefamilier viser statistikken således: 5,4 pct. af de forældre, der ikke var gift, gik fra hinanden i 2015, hvor kun 2,4 pct. af de gifte forældrepar gik fra hinanden. Størst forskel mellem de gifte og de ugifte par findes for forældre, hvis ældste fælles barn er 0-1 år gammelt. Her er det 6,0 pct., der flyttede fra hinanden blandt de ugifte, mens tallet for de gifte var 1,9 pct. (Danmarks Statistik).

At par med børn som går fra hinanden, når børnene er 1-2 år kan vidne om, at parforholdet er under ekstra pres, når man får børn, og at det er en meget sårbar periode, hvor ægteskab til gengæld kan være en beskyttelsesfaktor mod skilsmisse.

Mange kommuner tilbyder førstegangsførelde familie forberedende kurser med særlig fokus på de ting, der følger med at få et barn. Kurserne tilbydes som en del i en forebyggende indsats, men ifølge en stor kvantitativ follow-up spørgeskemaundersøgelse fra 2014 *"Predictors of Change in Relationship during the Transition to Parenthood"* af Tea Trillingsgaard lektor i udviklingspsykologi m. fl., ser det ud til at have begrænset succes, da den sværeste udfordring ofte viser sig at komme fra en helt anden og uventet kant. Selv om de fleste instinktivt godt ved, at parforholdet også møder udfordringer i forbindelse med en fødsel og barn, så viser det sig, at det er de færreste, der forholder sig aktivt til det. Resultaterne viser også en markant faldende tilfredshed med parforholdet hos førstegangsførelde efter fødslen (Trillingsgaard et al. 2014).

Set fra et samfundsøkonomisk perspektiv har det betydelig socio- økonomiske konsekvenser for en kommune, når familier går i opløsning. Det, at være enlig forsørger kan udløse forskellige former for økonomiske ydelser, som også kan have kommunale økonomiske omkostninger. Set fra et familiemæssigt perspektiv kan sammenbrud og skilsmisse have store konsekvenser. Størsteparten, af de par som går fra hinanden, oplever det som et nederlag, at man er mislykket som familie. Forældrene kan i den forbindelse opleve personlig krise og kan risikere at udvikle psykisk sygdom som eksempelvis depressioner. Dette kan resultere i sygefravær fra jobbet og i yderste konsekvens afskedigelse. Skilsmisse og brud i familier rummer derfor betydelige personlige og socio-økonomiske konsekvenser for de ramte forældre, men kan også have konsekvenser for arbejdsmarkedet og kommunerne (Aarestrup et al. 2010).

Ser man det fra barnets perspektiv, kan skilsmisse forårsage mistrivsel, der påvirker barnets indlæring, udvikling og selvværdsfølelse i negativ retning. Sorg er også en faktor, der er forbundet med skilsmisse. Endvidere påvirker skilsmisser også ind på børns uddannelsesniveau senere i livet (Børns Vilkår).

Tal viser at knap 12 pct. af de børn, hvis forældre stadig boede sammen, da barnet blev 18 år, har grundskolen som den højeste afsluttede uddannelse. Men for dem, hvis forældre var flyttet fra hinanden, inden barnet blev 18 år, er det 23 pct., der har grundskolen som den højeste uddannelse. Altså næsten dobbelt så mange med en forholdsvis lav uddannelse (Danmarks Statistik).

2. 3 SEKSUALITETENS BETYDNING FOR MENNESKET

Seksualiteten spiller en vigtig rolle for det enkelte menneske i det senmoderne samfunds parforhold. Generelt har seksualiteten gennem de senere år, fået en større offentlig bevågenhed, set i forhold til sundhed og livskvalitet hos det enkelte menneske.

Sundhedsstyrelsen har udarbejdet en forebyggelsespakke omkring seksuel sundhed til implementering i sundhedssektoren på lige fod med alle andre forebyggelsespakker, og har dermed sendt et signal om, hvor vigtig en del seksualiteten udgør for det enkelte menneskes generelle sundhed (Sundhedsstyrelsen 2012).

“Seksualitet er en central del af befolkningens selvrapporterede livskvalitet, og 9 ud af 10 danskere mellem 16 og 95 år finder det vigtigt, meget vigtigt eller særdeles vigtigt at have et godt sexliv” (Graugaard et al. 2012 s. 11). Seksualiteten påvirker med andre ord det enkeltes menneskes opfattelse af livskvalitet og dermed sundhedsopfattelse.

Seksualiteten har stor betydning for livskvaliteten hos det enkelte menneske, og er en medvirkende faktor til manifestationen af det “det rene forhold” hos mennesker i det moderne samfund. Man bliver ikke længere i et forhold pga økonomi eller social status i samme omfang som tidligere. Seksualiteten, med alt hvad det indebærer af kærlighed, sex, intimitet og nærvær, er overvejende det, som binder mennesker sammen i det moderne “rene forhold” (Giddens 1999).

Seksualiteten handler om meget mere end kønsorganer og samleje. Det handler i højere grad også om intimitet, hvor nøgleordene nærhed, gensidighed, bekræftelse, ømhed og fortrolighed er det centrale. Lysten har frigjort sig fra samleje som forplantning, hvor seksualiteten langt mere er et selvstændigt felt, hvor man gør sig individuelle erfaringer og udforsker sine muligheder (Graugaard 2013).

Den har således en bio-psyko-social dimension og er dermed en mange facetteret funktionel størrelse. I internationale engelske termer benævnes den med “6 R”: Reproduktion, Relation, Respekt, Rehabilitering, Rekreation, Relaksation. Udover at få børn - altså at reproducere sig, har seksualiteten også en relationel funktion i forholdet til andre mennesker, hvor respekten for egne og andres grænser er i spil, og hvorigennem samlivets konflikter håndteres. Sidst men ikke mindst er seksualiteten kilde til nydelse, leg og glæde, samt fysisk og psykisk afspænding (Graugaard et al. 2006).

Definitionen på seksuel sundhed er baseret på en tredelt bio-psyko-social model. Det bio-psyko-sociale hænger uløseligt sammen således, hvis et menneske udsættes for fysisk traume, påvirker det også menneskets psyke og sociale sfære (Graugaard et al. 2006). Sundhed og seksualitet er tæt forbundet i interaktiv vekselvirkning, således kan seksualiteten påvirke sundhed og livsstil i både positiv og negativ retning hos det enkelte menneske. Væsentligst er det, at seksualiteten kan være en raskheds faktor i opretholdelse af sundheden hos det enkelte menneske (Graugaard et al. 2012).

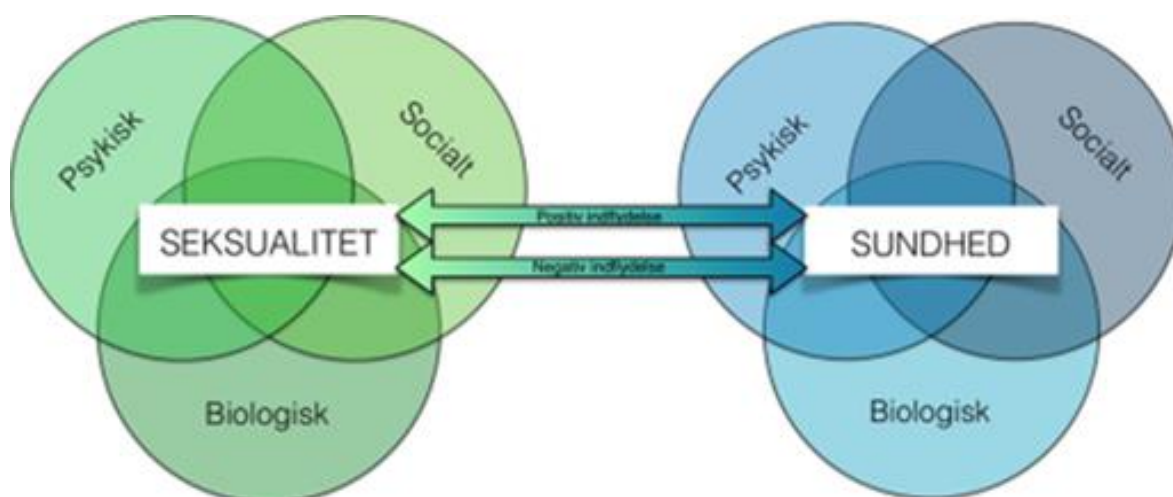
Verdenssundhedsorganisationen WHO definerer seksuel sundhed i følgende formulering:

“Seksuel sundhed er en tilstand af fysisk, følelsesmæssigt, mentalt og socialt velbefindende i forbindelse med seksualitet; ikke alene fravær af sygdom, dysfunktion eller handicap. Seksuel sundhed kræver en positiv og respektfuld tilgang til seksualitet og seksuelle forhold såvel som muligheden for at have lystfyldte og sikre seksuelle oplevelser, frie for tvang, diskrimination og vold. For at opnå og opretholde seksuel sundhed må ethvert individs seksuelle rettigheder respekteres, beskyttes og opfyldes”
WHO 2002 (Graugaard et al. 2012 s. 19).

WHO's definitionen af seksuel sundhed afspejler den overordnede generelle definition af sundhed ved tredelingen i fysisk, psykisk og socialt velbefindende. Ifølge WHO skal den forstås som: *“integrationen af de somatiske, emotionelle, intellektuelle og sociale aspekter af seksualitet på måder, som beriger og forstærker personlighed, kommunikation og kærlighed”* (Graugaard 2013 s. 391).

Seksualitet, samliv og intimitet kan betragtes, som effektfulde leverandører til at mestre livssituationer. Det intime liv er således en effektiv ”menings generator” og mulig kilde til livskvalitet og sammenhængskraft, når livet bliver vanskeligt og står over for udfordringer og kaos. Med andre ord - går det ud på at være i fysisk og følelsesmæssig tæt kontakt med sig selv og andre, og endvidere skal der være balance i den fysiske, psykiske og sociale tredeling (Graugaard 2013).

FIGUR 1 ILLUSTRATION AF SEKSUALITET OG SUNDHED



Copyright Christian Graugaard

Seksualiteten ændres i takt med de forskellige livssituationer, det enkelte menneske befinder sig i. Det er stort set i alle sammenhænge, seksualiteten kan påvirkes. Eksempelvis i overgangen fra barn til voksen, når man bliver forældre, midaldrende og ældre, men også gennem udviklings- personlige- parforholdskriser samt gennem perioder med forbigående eller kronisk fysisk eller psykisk sygdom. Igen, som tidligere nævnt, er seksualiteten allestedsnærværende som menneskets følgesvend gennem hele livet. Spørgsmålet er, hvordan man som menneske håndterer ændringer i seksualiteten. Populært formuleret handler det egentlig ikke så meget om, hvordan man har det, men mere om hvordan man tager det, hvilket er en form for mestringsstrategi.

Den medicinske sociolog Aaron Antonovsky (1923-1994) udviklede i den forbindelse begrebet Salutogenese. Det er et særligt teoretisk perspektiv, med fokus på årsagerne til at nogle mennesker kan holde sig robuste, sunde og raske gennem livet. Aaron Antonovsky fandt, at de mennesker som forbliver sunde og raske, til trods for diverse helbreds belastninger - også kaldet stressorer, har en særlig tilgang til livet, som han betegner Sense Of Coherence på dansk - følelse af sammenhæng i livet. De tre faktorer som viser sig at spille en afgørende rolle for denne følelse, er "begribelighed", "håndterbarhed" og "meningsfuldhed" (Antonovsky 2000).

Set i lyset af denne mestringsstrategi, kan de vilkårlige ændringer, der sker i seksualiteten hos førstegangsforældre, ses som stressorer. Oplevelsen af seksualiteten, uanset vilkår - affødes dermed individuel af følelse af sammenhæng i livet, som kan være i større eller mindre grad. Eftersom seksualitet, seksuel sundhed og livskvalitet således er tæt forbundne, er der al mulig grund til, at seksualiteten bør tænkes mere med ind i det sundhedsprofessionelles arbejde med førstegangsforældre.

2. 4 SEKSUALITETEN I PERIODEN FØR OG EFTER FØDSLEN

Seksualiteten er udfordret i samtlige overgange i menneskers liv. Især perioden efter fødslen er udfordrende for parforholdet og seksualiteten. Det er en periode, hvor parret skal vænne sig til den nye rolle som forældre og hvor parforholdet udfordres (Bancroft 2009). Det forholder sig således, at ca. 1/3 af alle par oplever en forringelse af deres seksuelle forhold efter at være blevet forældre, og de fleste seksuelle problemer er mest udtalte 3-4 år efter fødslen. Et sundt og aktivt sexliv før og under graviditet, er positiv indikator for at det fortsætter efter fødslen (Von Sydow 2006).

Der er flere forskellige forhold, som kan påvirke seksualiteten hos parret. Biologisk kan der fra kvindens side være at komme sig fysisk ovenpå fødslen, hvad enten hun har født vaginalt eller via sectio. Der kan være smerter i forbindelse med bristninger i vagina, peritoneum, sphincter, hæmorider, længerevarende vaginalblødning, inkontinens m.m. Undersøgelser viser, at at 60-80% af førstegangs fødende genoptager samleje 6-8 uger efter fødslen og dem der venter yderligere, angiver smerter som væsentlig årsag. Derudover oplever de fleste kvinder nærmest klimakterielle gener som skedetørhed, hedeture og humørsvingninger som følge af de markante hormonelle ændringer i østrogen progesteron og hCG umiddelbart efter fødslen (Iversen et al. 2006).

Kvindens bryster forandres når mælkedannelsen går i gang, og forekomsten af lækage er meget almindeligt - alt sammen fysiske forandringer, som kan ændre kvindens kropsopfattelse - kaldet "body image" inden for faglige termer og defineres som følgende:

"Body image refers to how you personally experience your embodiment. More than a mental picture of what you look like, your body image consists of your personal relationship with your body - encompassing your perceptions, beliefs, thoughts, feelings, and actions that pertain your physical appearance"
(Cash 2008 s.1)

Body image er derfor hverken enkelt eller entydigt, men snarer et kompleks multifacetteret bio-psyko-social begreb.

Kvindens bodyimage har afgørende betydning for seksualiteten hos kvinden især efter fødslen. Bekræftelse og tryghed ses ofte som en nødvendighed for kvindens seksuelle trivsel. Andre faktorer som påvirker kvinden, er ændringer i det seksuelle mønster og eventuelle uoverensstemmelser omkring seksuel lyst med partneren (Olsson et al. 2005).

Partneren har måske svært ved at forholde sig til de fysiske/psykiske forandringer hos den nybagte mor, og kan enten finde det frastødende eller tiltrækkende - alt sammen noget, som udfordrer det at gennemføre samleje (Iversen et al. 2006). Undersøgelser viser, at specielt fædrene har behov for at føle sig trygge og tilpasse i den nye familiesituation. De er dog også udfordret på de nye omstændigheder og aftaler om den seksuelle aktivitet efter fødslen. Meget tyder på, at de føler sig pressede af den gængse samfundsnorm vedrørende maskulin seksualitet og den kan de ikke nødvendigvis genkende i forhold til deres egen oplevelse efter fødslen (Olsson et al. 2009).

Set ud fra et psykologisk perspektiv er det at blive forældre den allerførste gang forbundet med en udviklingskrise. Parret har aldrig før prøvet, hvad det vil sige at være forældre. Forældreskabet er ukendt land, som de efter bedste evne skal forsøge at navigere rundt i (Cullberg 2007).

Forældrene kan udvikle efterfødselsreaktioner i form af depression. Symbiosen med det lille nyfødte barn, amningen, den tætte kontakt og barnets totale afhængighed kan opleves som en psykisk belastning, oftest hos den nybagte mor. Hun overvældes af alle de følelser, som opleves i forbindelse med, at hun er blevet mor og kan have udfordringer med at håndtere dem. Tidligere psykiske fortrængninger kan trænge sig på og belaste kvinden og eksisterende parforholdskriser har tendens til at blusse op omkring denne periode og manifestere sig som seksuelle problemer (Iversen et al. 2006).

Socialt kan partneren måske opleve at føle sig udenfor den tætte mor-barn-relation, og parret kan have udfordringer med at finde sin rolle i den nye families sociale struktur (Iversen et al. 2006).

Parforholdet udfordres, fordi intet er som før. Der er kommet et lille barn, hvis behov altid vil komme i 1. række, hvilket betyder ændringer i par dynamikken. Det social liv parret havde før de fik barn kan ikke leves på samme måde som tidligere, hvilket måske kan resultere i ændringer i omgangskredsen. Meget tyder på, at konstruktiv kommunikation parret imellem spiller en afgørende rolle for tilfredsheden med parforholdet i overgangen fra parforhold til forældreskab. De par som har en god kommunikation oplever en større tilfredshed med parforholdet (Trillingsgaard et al. 2014).

Derudover er udveksling af følelser, ømhed og omsorg for hinanden samt gensidig bekræftelse essentielt for den oplevede kvalitet i parforholdet (Ahlborg et al. 2005).

Den canadiske sygeplejerske og forsker ved Universitetet i Ottawa Viola Polomeno har publiceret en række artikler med fokus på intimitet og seksualitet i overgang fra parforhold til forældreskab. Ifølge Polomeno kan intimiteten være løftestangen i seksualiteten hos førstegangsforældre i overgangen fra parforhold til forældreskab. Intimiteten er den dimension i parforholdet, som er mest påvirket i denne periode (Polomeno 2013)

Her defineres intimitet som:

“a quality of a relationship in which the individuals must have reciprocal feelings of trust and emotional closeness toward each other and are able to openly communicate thoughts and feelings with each other” (Polomeno 2013 s. 37).

2. 5 SAMMENFATNING

Uanset om der er tale om biologiske, psykologiske eller sociale årsager til udfordringer i seksualiteten og parforholdet, så hænger det unægteligt sammen i en indbyrdes vekselvirkning. Et velfungerende sexliv er berigende for parforholdet, mens et udfordret sexliv kan være ødelæggende. Perioden før og efter fødslen viser sig bio-psyko-socialt udfordret, hvilket de førnævnte eksempler har belyst. Spørgsmålet er imidlertid, om og hvordan de sundhedsprofessionelle giver information, rådgivning og støtte i forhold til de udfordringer parret oplever i forhold til seksualiteten.

3. FORMÅL OG PROBLEMFORMULERING

Selve ideén med dette masterprojekt er at finde ud af, hvilke faktorer kan påvirke seksualiteten i overgangen fra parforhold til forældreskab og hvad den sundhedsprofessionelle skal være særligt opmærksom på. Dernæst finde ud af hvordan parrene oplever den sundhedsprofessionelles rolle. Formålet med dette masterprojekt er således, at have fokus på seksualiteten og dens betydning, med henblik på integrering og forbedring af den sundhedsprofessionelles indsats for at forebygge sammenbrud i parforholdet og eventuelt skilsmisse.

I overgangen fra parforhold til forældreskab ligger en latent udviklingskrise, hvor seksualiteten viser sig være særligt udfordret. Målgruppen i dette masterprojekt er derfor førstegangsforældre. Således udmunder selve problemformuleringen sig i følgende forskningsspørgsmål:

3. 1 FORSKNINGSSPØRGSMÅL

Hvilke faktorer kan påvirke seksualiteten i overgangen fra parforhold til forældreskab hos førstegangsforældre, og hvordan oplever parret den sundhedsprofessionelles rolle i denne proces?

4. METODEAFSNIT

4. 1. KVALITATIV UNDERSØGELSE - MED SEMISTRUKTURERET INTERVIEW SOM METODE

En kvalitativ undersøgelse med semistruktureret interview som forskningsmetode bygger på spørgsmål, der kan give en større indsigt og viden i personers erfaringer, holdninger, følelser og viden. Formålet er at komme så tæt og præcist på interviewpersonernes oplevelser som muligt, og i sidste ende ud fra tredjepersonsperspektiv at formulere det i et kohærent og teoretisk velinformeret skriftligt materiale, som kan give svar på forskningsspørgsmålet (Tanggaard et al. 2015).

4. 2 VIDENSKABSTEORETISK TILGANG

For at kunne planlægge og udarbejde relevante spørgsmål til det semistrukturerede interview, er det blandt andet en nødvendighed at gøre sig overvejelser omkring, hvilken tilgang man ønsker at have med i processen.

At gå i dybden med, og lære mere om menneskers livsverden, er udtryk for og en interesse i, at forstå sociale fænomener ud fra personernes eget perspektiv – og skal derfor ses ud fra en fænomenologisk, hermeneutisk tilgang.

Den fænomenologiske idé vedkommer netop en åben bevidsthed om, at ens egen forforståelse og fordomme ikke påvirkes i forståelsen af et andet menneskets livsverden.

Denne tilgang kan være med til at belyse essensen af, hvad den professionelles rolle bør være i samspillet med informanterne i en sårbar periode. Tilgangen bliver således både afgørende for udarbejdelsen af spørgsmålene i det semistrukturerede interview – den såkaldte interviewguide, men ikke mindst også i den analyserende proces (Jacobsen et al. 2015).

Interviewguiden bliver yderligere præsenteret i afsnit 4. 5.

4. 3 PRAKTISK PROCEDURE

Efter at der er blevet udvalgt inklusionskriterier for undersøgelsens informanter, er Sundhedsplejen i to unavngivne kommuner, (af hensyn til anonymitet) blevet kontaktet for at rekruttere mulige forældrepar som opfylder følgende inklusionskriterier:

Forældrene skal være heteroseksuelle etnisk danske og mellem 25-35 år. Både mor og far skal være førstegangsforældre. Deres barn skal være mellem 6-12 måneder, og de skal alle

være sunde og raske uden fysisk/psykisk sygdom. Parrene skal være samboende og i fast forhold med hinanden.

Inklusionskriterierne er blandt andet valgt ud fra et argument om at opnå et så ens udgangspunkt som muligt for de to interview og ud fra et skøn om, at forældre med netop disse kriterier opfylder forudsætningerne for at kunne gøre rede for den specifikke livsperiode, der skal undersøges (Tanggaard et al. 2015).

Der er blevet udarbejdet en skrivelse, som sundhedsplejerskerne i de to kommuner har udleveret til mulige deltagere - Se i bilag 1. Når de mulige deltagere meldte sig, har de modtaget skriftligt materiale om projektet på mail - Se bilag 2. Deltagerne er derefter blevet kontaktet, og der er indgået aftale om tidspunkt for interviewet. På selve dagen for interviewet er der givet grundig mundtlig information, og den medbragte samtykkeerklæring er blevet underskrevet af interviewer og informanter - Se bilag 3.

4. 4 ETISKE OVERVEJELSER FØR INTERVIEW

For at finde en passende professionel balance mellem åbenhed og distance i interviewet, vil interviewguiden åbent anvendes som redskab i interviewet. Den vil blive præsenteret og figurere synligt under hele interviewet – hvilket også er et bevidst signal om at holde fokus på projektet og besvarelse af forskningsspørgsmålet.

Generelt set kan man sige, at det kvalitative interview er en værdiladet aktivitet, som bør lægge op til en række etiske overvejelser. Den kvalitative tilgang kan nemlig være en meget direkte tilgang, hvor der arbejdes med private, subjektive og ofte intime side af menneskers livshistorier (Tanggaard et al. 2015). Derfor har forældrene fået mulighed for, at de efter interviewet kan kontakte interviewer, såfremt der er tvivlsspørgsmål eller, hvis der på anden vis er behov for en opfølgende samtale, som ikke vil indgå i projektet.

Når et interview finder sted, kan det betragtes som en aktiv interaktion mellem de medvirkende personer. Interviewet vil dermed lede frem til nogle svar, der helt naturligt er baseret på den sociale interaktion, der er i den kontekst interviewet finder sted i (Tanggaard et al. 2015). Begge interviewene i dette projekt finder derfor sted i forældrenes hjem, hvilket i denne sammenhæng kan betragtes, som en passende kontekst de er fortrolige med, hvor spørgsmålene kan besvares i et trygt og kendt miljø.

Den professionelle bør endvidere være bevidst om, og opmærksom på, at bestemte spørgsmål, kan føre til bestemte svar, og derfor nemt kan misbruges såfremt formålet bliver sløret for forældreparret. Et interview kan derfor ikke betragtes som en neutral teknik til at opnå upåvirkede svar – men skal ses ud fra en kontekst, hvor den sociale interaktion altid spiller en stor rolle og må tænkes med ind i det svar interviewet afleder til (Tanggaard et al. 2015).

Interviewpersonerne er lovet fuld anonymitet, - at diktafonens fil vil blive destrueret og at de til enhver tid, kan trække deres medvirken tilbage - se evt. bilag 2 og 3.

Da de semistrukturerede interviews ikke indeholder personlige oplysninger af fortrolig karakter, og eller ikke indeholder nogen form for biologisk materiale, er dette masterprojekt ikke underlagt en anmeldelse eller godkendelse af Datatilsynet eller den centrale videnskabsetiske komité (Brinkmann 2015).

Der skal også nævnes, at der i kraft af forskningsperspektivet kan blive tale om ulempen, der vedrører selve rollefordelingen – altså, en ombytning i relationerne mellem den professionelle og de interviewede forældre. Forældrene vil, i kraft af interview konteksten, automatisk spille en meget vigtig rolle for den professionelle i forhold til udarbejdelsen af forskningsprojektet – dette er i direkte kontrast med den rolle den professionelle ellers plejer at have – men ikke nødvendigvis noget forældrene bevidst oplever, bemærker eller ser som en ulempe under interviewet. Der kan nemt opstå et slags partnerskab med den professionelle, som ganske vist kan være med til at fremme og gavne fortællingerne, men hvor ulempen består i, at det samtidig kan blive vanskeligt for forældreparret at sætte grænser for, hvor langt de vil gå i projektet.

De etiske overvejelser har derfor også omhandlet, at de intime ytringer og aspekter forældrene har givet udtryk for, ikke vil blive placeret i en mere offentlig, synlig eller helt anden kontekst, end den forældrene havde gjort sig tanker omkring og er blevet informeret om. Omvendt kan man sige, at de som deltagere i dette masterprojekt har fået mulighed for at blive hørt i et rum, de ellers ikke ville have mulighed for at ytre sin mening . Et semistruktureret interview kan derfor betragtes som både at have etiske potentialer såvel ulemper, hvilket den professionelle skal gøre sig grundige etiske overvejelser omkring.

Der er taget udgangspunkt i de vejledende etiske retningslinjer der primært henvender sig til forskningsetik i samfundsvidenskab . Således er der under hele arbejdsprocessen levet op til en både transparens og objektiv tilgang i forhold til de etiske værdier og overvejelser (Brinkmann 2015, Forskning og Innovationsstyrelsen 2017).

4. 5 INTERVIEWGUIDE

En interviewguide kan rent praktisk fungere styrende i et interview. Alt afhængig af den forforståelse man har af, hvad interviewets indhold skal være, eller hvor nøjagtig en metodologisk ramme man ønsker, kan man tilpasse sin tilgang til guiden. Den kan altså fungere styrende for hvor detaljeret og teoristyret man ønsker at interviewet skal være.

Til interviewguiden er der opstillet to tabeller, som der arbejdes ud fra. Den første sætter struktur på måden interviewerne præsenteres, projektet og de rammer interviewet vil foregå under. Formålet er her at opbygge tillid og at lægge fundamentet til en behagelig og naturlig samtale. Den anden tabel omhandler mere specifikt de spørgsmål der søges svar på fra informanterne. Her er tabellen delt i to, hvor der skelnes mellem interview- og forskningsspørgsmål. Fordelen med denne opdeling er, at forskningsspørgsmålene sjældent fungerer som interviewspørgsmål – da disse ofte søger forklaring på bestemte emner og derved ofte bevæger sig på det abstrakte niveau. Derimod søger interviewspørgsmål i langt større grad en beskrivelse af et emne, og kan dermed være mere mundrette, ligefrem og livsverdensnære at formulere, hvilket er mest egnet i forhold til de pågældende informanter. Et interview der er styret ud fra en interviewguide vil typisk fremstå som en tilpas vekselvirkning mellem spørgsmål og svar (Tinggaard et al. 2015). Med afsæt i ovenstående er der udarbejdet følgende interviewguide som danner grundlag og styring i de to interviews.

FIGUR 2 - INTERVIEWGUIDE

Præsentation af interviewerne og projektets formål	Introduktion	<i>Ella á Steig/Mette Ejby Bjørnvig. Jeg er uddannet syge- og sundhedsplejerske og arbejder som sundhedsplejerske sideløbende med at jeg læser en master i sexologi.</i>
	Formålet med interviewet	<i>Formålet med interviewet er at høre: Hvordan I som par har oplevet overgangen fra parforhold til forældreskab med fokus på seksualiteten og den sundhedsprofessionelles rolle.</i>
	Tidsramme	<i>Interviewet foregår i jeres hjem og forventes at tage 45-60 minutter.</i>
	Optagelse af lyd	<i>Jeg vil gøre jer opmærksom på, at interviewet bliver optaget på lydfil via mobiltelefon.</i>
Rammerne for interviewet	Anonymisering	<i>Optagelsen er fortrolig og anvendes som datamateriale hvor det bliver anonymiseret. Opgaven gemmes til projektet er afsluttet og bliver herefter destrueret.</i>
	Rollefordeling	<i>Min opgave er at interviewe jer ud fra foreliggende spørgeguide. I bedes besvare spørgsmålene efter bedste evne.</i>
	Redegørelse	<i>I må endelig spørge, såfremt der er noget I er i tvivl om, eller hvis der er noget I ikke forstår undervejs i interviewet. Det er frivilligt at deltage, og I kan altid trække jeres samtykke tilbage. I kan fravælge at besvare de enkelte spørgsmål.</i>
Præsentation af informanterne	Informanterne præsenterer sig selv	<i>Vil I præsentere jer selv? (navn, alder erhverv, fritid) Hvor gammelt er jeres barn? Ganske kort: Hvordan forløb graviditet og fødsel?</i>
Seksualitet som begreb	Redegørelse af seksualitet som begreb	<i>Seksualitet skal her ansues som en bio-, psyko-, social model, hvor de tre dimensioner er indbyrdes tæt forbundne og i evig vekselvirkning med hinanden. At have sex er ikke udelukkende fysisk da det involverer tanker og følelser som har betydning for måden hvorpå man omgås med hinanden.</i>

Forskningsspørgsmål	Interviewspørgsmål
<i>Hvilke faktorer kan påvirke seksualiteten i overgangen fra parforhold til forældreskab hos førstegangsførældre, og hvordan oplever parret den sundhedsprofessionelles rolle i denne proces?</i>	Hvilken betydning har seksualitet? - for dig? - for din partner? - for jeres parforhold? (Spørger først den ene og så den anden). Hvordan har jeres parforhold været? - før graviditeten? - under graviditeten? - efter fødslen? Hvordan har jeres sexliv været? - før graviditeten? - under graviditeten? - efter fødslen? Har det ændret sig? - Hvis ja, på hvilken måde er jeres samliv ændret? - før? - under? - efter? Hvordan har I generelt håndteret seksualiteten i overgangen fra at være par til at blive forældre? Hvad har været den nemmeste udfordring i forhold til seksualiteten hos jer? - som enkelt person? - som par? Hvad har været den største udfordring i forhold til seksualiteten? - som enkelt person? - som par? Har du/I søgt information omkring seksualitet under og efter graviditet? Hvis ja - hvilken information søgte du/I? Hvor søgte du/I information? (internet, bøger, familie, venner, sundhedsprofessionelle mm.). Hvilken information eller drøftelse om seksualitet har man efter jeres mening brug for som førstegangsførældre? I forbindelse med graviditet, fødsel samt efterfødselsperioden, har I været i kontakt med læger, jordemødre, sygeplejersker og sundhedsplejersker? Hvornår, hvor og hos hvem?

4. 6 PRÆSENTATION AF INFORMANTERNE

Der er blevet interviewet i alt to forældrepar, der figurerer som informanter i datamaterialet. Begge forældrepar opfylder de førnævnte inklusionskriterier (afsnit 4.3).

For at tydeliggøre hvem der siger hvad i præsentationen af data, omtales de to par som henholdsvis Par 1 og Par 2.

Par 1 består af M1(mor 1) og F1(far 1), og benævnes interview 1. M1 er 31 år, uddannet og arbejder som lærer. Hun har haft en god graviditet og fødte ved ikke planlagt kejsersnit. Hun har ammet sin søn. F1 er 31 år, har en kandidat fra universitet og underviser på et gymnasium.

Par 2 består af M2 (mor 2) og F2 (far 2), og benævnes interview 2.

M2 er 30 år og blev færdiguddannet handelsøkonom lige inden fødsel. Har ikke haft komplikationer under graviditeten, har født vaginalt og har ammet sin søn. F2 er 25 år, arbejder som dørvagt og kører med værditransport. F2 er endvidere fitnessinstruktør.

For at optimere læsevenligheden vil data blive præsenteret i en tematisk rækkefølge, som vil blive præsenteret i afsnit 4. 7. 1. Først præsenteres data fra Par 1, derefter Par 2, hvilket giver en tydelig beskrivelse af parrene, deres forskelligheder, lighedspunkter og måde at kommunikere på.

4. 7 PRÆSENTATION AF EMPIRI - TO INTERVIEWS

Der er udført to interviews som figurerer i hele sin længde i bilag 4 og 5. Umiddelbart efter udførelsen af de to interviews er de blevet transskriberet, hvilket formål har været, at de stadig skulle ligge klart i erindringen under skriveprocessen. Begge transskriberingerne er udført af interviewer selv, og bidrager således også til et grundigt kendskab til tekstmaterialet. Den ofte slidsomme proces en transskribering har med sig, har i dette tilfælde dog været en frugtbar aktivitet, da den har givet indsigt i mikroprocesserne i de menneskelige samtaler, hvorved det analyserende forarbejde og overvejelser er indgået allerede under selve transskriberingen (Tanggaard et al. 2015).

4. 7. 1. KODNING AF EMPIRI & ANALYSESTRATEGI

Som der tidligere er gjort rede for, så bygger det analytiske arbejde på den fænomenologiske og hermeneutiske ide, hvorfor interviewene især er præget af livsverdensnære beskrivelser. Således kan den kvalitative forskning beskrives som at bygge på en *“dialektik mellem dekonstruktion og fragmentering på den ene side og narrativ integration på den anden”* Dette skyldes at mennesket - i dette tilfælde forældrene, befinder sig i et spændingsfelt, hvor de på den ene side står i en position, der kan være fyldt med konfliktfyldte diskurser, hvorpå forældrene på den anden side tilstræber integritet og kohærent af deres egne erfaringer - med andre ord, at kunne se deres egen historie i øjnene (Tanggaard et al. 2015).

Brinkmann og Tanggaards Kvalitative Metoder - om samtalen som forskningsmetode, har endvidere inspireret til en fremgangsmåde, hvor det empiriske materiale er blevet sammenfattet i større, sammenhængende essenser - hvilket konkret set, betyder at *“bryde ned og stille skarpt”*, og derefter at *“bygge op og sætte sammen”* og syntetisere materialet. Således er enkeltdele i interviewet blevet integreret i et materiale, der har givet større sammenhængende helheder. Interviewene er blevet kodet i en vilkårlig række nøgleord. Formålet med denne fremgangsmåde har været, at kunne identificere og tælle de fremtrædende essenser i datamaterialet. De datadrevne koder er således opstået induktivt ud af interviewene med følgende nøgleord som essens (Tanggaard et al. 2015).

- Seksualitet
- Bodyimage
- Intimitet
- Kommunikation
- Oplevelsen af den sundhedsprofessionelle

I forhold til den analytiske fremgangsmåde af det *“kodede”* materiale, så vil det fremgå inspireret af den såkaldte konversationsanalyse, ofte forkortet som CA, eller samtaleanalyse. Den går ud på at se på regelmæssigheder og resultater, samtidig med at akkumuler disse sammen med, hvad tidligere undersøgelser har fundet ud af. Således handler analysen om, hvordan verden individuelt bliver forstået, og hvordan dens orden og normer bliver opbygget og opretholdt - dette set i tæt analytisk relation med tidligere studier på området (Steensig 2015).

4. 8 LITTERATURSØGNING

I forbindelse med emnevalg er der foretaget traditionel litteratursøgning på universitetsbiblioteket i følgende relevante databaser: CINAHL, PsykInfo, Pubmed og Embase med følgende søgeord: - Sexuality, - First time parents, - Parenthood, - Transition samt - Healthcare Professional, (Physicians, Midwife, Nurses)

Den 16/3-2017 blev der lavet søgning i de fire ovennævnte databaser hvilket kun resulterede i 1 hit i PsykInfo, hvor følgende artikelsøgning blev udført:

- a) Sexuality = 25.898
- b) First-time parents/parenthood = 6.581
- c) Transition = 43.601
- d) Health care Professionals 56.537

Ved en kombination med "and" $a+b+c+d = 1$ hit som gav følgende artikel:

Ann Olsson "Fatherhood in fokus, sexual activity can wait: new fathers experience about sexual life after childbirth" Artiklen er fremkommet ved følgende søgning.

Eftersom det var ret ringe udbytte blev d) Health care professional kasseret.

$a+b+c = 25$ hit

Det samme blev foretaget samme frasortering af d) i CINAHL, PubMed og Embase og ved kombinationen af $a+b+c$ i disse blev der i alt fundet 74 potentielle artikler. Derudover er der ved brug af kædesøgning i relevant litteratur også lavet krydscheck i forhold til deres referencer.

Der er prioriteret i artikler som repræsenterer både kvalitative og kvantitative undersøgelser for at skabe mest mulig dybde og størst mulig bredde. Endvidere er der prioriteret undersøgelser af nyere dato dog max 20 år gamle, som er relaterbare til danske forhold. Derfor er det fortrinsvis skandinaviske undersøgelser der er valgt, med undtagelse af en canadisk undersøgelse. Litteratur der omhandler forældre eller børn med handicap, eksempelvis Down Syndrom og somatiske eller psykiske sygdomme, depression m. v., samt de studier der også har fokus på forældres seksualitet som homo-, bi-, transseksualitet er fravalgt. Desuden er studier som omhandler andre etiske og kulturelle grupper end danskliggende, samt minoriteter også blevet fravalgt.

4. 8. 1 FUND AF LITTERATUR

De 6 udvalgte artikler, som anvendes i masterprojektet, har lagt op til en række spørgsmål og svar der vedrører forskningsspørgsmålet - disse artikler præsenteres med metode, formål og hovedfund i skema - se bilag 6.

I forhold til forskningsspørgsmålet der omfatter forældrenes oplevelse af den sundhedsprofessionelle, har det som sagt ikke været muligt at fremskaffe relevant forskningsmateriale. Men det påtrængende ønske om at indsamle viden på netop dette specifikke område, er en bagvedliggende årsag til valg af det semistrukturerede interview som metode. Et område hvor der søges mere viden omkring, og som der stilles spørgsmålstejn ved.

Genstanden har således været bestemmende for metoden. I kraft af den professionsmæssige baggrund, ligger der endvidere et væsentligt stort kendskab til relevant teoretisk materiale, samt forarbejde derom, som har vist sig uomtvisteligt nødvendigt før det semistrukturerede interview.

Således har forarbejdet med litteraturgennemgang været med til at kunne sætte skarpt ind på, hvad opmærksomheden særlig skulle gå på, som ellers kunne være overset og gået tabt i interviewene. Derfor er metode og teori ikke uafhængige af hinanden, men bekræfter netop metodens anvendelighed i dette masterprojekt (Tanggaard et al. 2015).

5. PRÆSENTATION AF DATA

5. 1 SEKSUALITET

Begge par giver udtryk for, at seksualitet har stor betydning både under og efter graviditeten, og beskriver den som under markant foranderlighed, der kræver en ekstra indsats fra begge parter. Især tid, overskud og lyst bliver nævnt som faktorer som spiller ind – enten i form af mangel på samme, eller som et ulige behov parterne imellem.

F1 siger: *“...det er egentlig noget som fylder ret meget i vores parforhold både før under og efter (graviditeten)....og har stor positiv betydning”* (Interview 1 s.1) og supplerer *“Jeg tror, vi er enige om, at sex er en meget naturlig del, men også vigtig del af et parforhold”* (Interview 1 s. 5) *“Jeg tænker seksualitet meget bredt. Seksualitet betyder noget og det er ikke kun samleje funktionen men egentlig også i det brede perspektiv.....Det her med berøring har fyldt meget*

men egentlig også efter". M1 siger: "jeg tror ikke, jeg er vant til at tænke seksualitet som berøring, blikke og sådan noget...og når jeg gør det, så tænker jeg, vi er meget godt kørende eller sådan" (Interview 1 s. 1). "Det betyder selvfølgelig noget for der er flere gnidninger, hvis man ikke har det godt sammen...så på den måde....Det synes jeg, generelt vi er gode til..altså at det kører" (Interview 1 s.2).

Selv om seksualiteten således som udgangspunkt bliver beskrevet ud fra et bredt perspektiv, så beskriver M1 meget præcist den foranderlighed selve samlejet har været igennem i denne periode: "Ja, der var jo reelt sådan i starten lavvande på sexfronten, så var der en midte, hvor det var fint og så til sidst at nu magter jeg det ikke" og henviser til 1. 2. og 3. trimester i graviditeten (Interview 1 s.5). F1 formulerer det således: "Jamen, jeg tænker først og fremmest, der var nogle fysiske ting, som sådan var vanskeligt rent seksuelt øhhhhh og det løser man jo sammen på andre måder...." M1 supplerer grinende: "Ja, for jeg ser jo ligesom mig selv, som den der badebold der vælter rundt" (Interview 1 s.5).

For par 2 viser samlejet sig at være den fremtrædende del i beskrivelsen af seksualiteten. F2 siger: "Jeg har større behov end hun har".... "Jeg synes, det er rigtig vigtigt" "ja, så ændrede det sig lidt ik'os', det var lidt svært at få lysten, når hun var.....(griner lidt)..... når hun var så stor. Men ellers synes jeg ikke det var.....så synes jeg ikke det tog så hårdt". M2 støtter op om beskrivelsen og siger: "Ja, altså før så var det godt (griner) og det var, ja et par gange om ugen - to, tre gange om ugen"... "Under (graviditeten) da havde jeg bare overhoved ikke lyst, men altså.....F2 har jo et behov (griner) som vi lige som øh..... ja, hjælpe ham, hvis vi kan sige det sådan (griner sødt) så efter, har det sådan været lidt.... op og ned"..... "jeg har ikke så mange følelser (i underlivet efter fødslen) som før, så det påvirker også lidt.....også bare det med at komme ind i moderrollen".

Par 2 beskriver således om deres meget forskellige behov, hvor M2 giver udtryk for at stå i et dilemma, hun siger. "Hans (sønnen) behov kommer først, så er der F2 behov, så er det lige som bare.....okay!...gider bare ikke, nu vil jeg bare lige have lidt lov til at være mig selv, hvor der ikke er andres behov ik'" (Interview 2, s. 2-3). F2 er derimod meget tydelig omkring hvad hans prioriteringer er omkring samleje: "Hvis vi ikke havde sex, så tror jeg.....så så dør jeg - det gør jeg" (interview 2, s. 20).

M2 beskriver det mere nuanceret: "Jeg tænker også, det er stort, for man bliver altså virkelig overrasket over, hvor meget det påvirker ens seksualitet at få et barn altså....det, er virkelig meget. Det går altså virkelig lang tid, før man vænner sig til det".... "Man er mere

venner”.....“hvor det lidt i starten, når han (sønnen) var kommet, så var der ikke overskud til noget”....“det var næsten, som at leve sammen som kammerater”....“Jeg synes der manglede lidt kærestetid sammen”, hvorefter M2 referere til seksualiteten før graviditeten: “Det var sådan helt automatisk, nu er det lige som noget, man skal minde sig om. Jeg skal i hvert fald”... “ja, det er gået lidt i baggrunden....(griner).....men F2 er meget god til at.....sige “hallo” nu skal du ikke glemme mig. Vi skal også huske vores seng” (interview 2 s. 1-2).

Begge par beskriver genoptagelse af samleje efter fødslen som en udfordring. Ud over mødrenes fysiske udfordringer beskrives spontaniteten at være forsvundet og noget der kræver planlægning på lige fod med andre vigtige praktiske gøremål. M1 siger: “For mig var det en hurdle, det her med at gå i seng sammen igen. Det har været svært at finde overskud til det og det er ikke fordi jeg ikke har villet...” (Interview 1 s.1). F1 siger: “Altså, den største udfordring har været at få gang i den snævre seksualitet (samlejet) ...at få tid til det. Det synes jeg har været svært” (Interview 1 s.7), og tilføjer: “Det er faktisk også, hvad jeg hører i min omgangskreds...det er faktisk, at det også kan være svært at komme i gang med seksualitet (samlejet)” (Interview 1 s.13).

M1 beskriver det således: “Det er faktisk lige før, at det der med, at man faktisk skulle tvinge sig selv til det og man bare ikke havde en naturlig lyst. Men så er det som om, at man ved jo godt, hvis man så lige gør det, så får man jo også lyst hen af vejen..ja” (Interview 1 s. 5). “Jeg tænker, at med at øh have tid til et samleje det er sådan lidt planlægning med så... nu sover han (sønnen)....det er fint, synes jeg egentlig” og fortsætter “det er vi jo ikke vant til på den måde.....og man har altid et øre på ham (sønnen)” F1 er enig heri (Interview 1 s.6). Selve det at have samleje har fået en anden prioritet”...“Der er kommer en 3. mand som fylder rigtig meget for os begge to....Vi kan sidde og snakke om ham (sønnen) og så kommer det på en måde i baggrunden. Uden at det er tænkt i baggrunden, men det forsvinder ligesom lidt i baggrunden, fordi der er en masse andet som fylder”... “Vi har snakket om, at det naturligt nok kommer lidt i baggrunden og det må vi se, om vi lige kan hanke op i” (Interview 1 s. 6).

Begge par er enige om, at seksualiteten generelt kræver særlig opmærksomhed og prioritering. M2 siger det således: “Al tiden går jo på ham ik’(sønnen) - så når han er lagt i seng, så er man bare så træt, så man bare ikke orker. Eller.... ikke kun sex, men bare det at sidde sammen og et eller andet - lave noget sammen. Men man er bare så træt, så man

sidder bare lidt hver for sig (griner lidt) og slapper af. Så prøver vi sådan lidt at indføre, sådan en til to gange om ugen” “bare have lidt hyggetid, eller hvor vi ser film sammen eller sådan noget ik’ - lave noget også”.....“Sådan en til to gange om ugen så skal vi i hvert fald sætte nogen tid af til hinanden, hvor før så var det bare sådan, mere spontant, hvis man kan sige det sådan”.

Genoptagelsen af samleje var for Par 2, ligesom hos Par 1, en stor udfordring som især var rettet mod mødrenes fysiske ændringer efter fødslen. Hos Par 2 skitseres endvidere, hvilke konsekvenser der er i spil såfremt det seksuelle behov ikke bliver imødekommet: M2 siger: *“Det var meget grænseoverskridende”... “man har jo lige mast en unge ud, men altså, man er bange for, at det hele skal gå i stykker altså, men det gør det jo ikke”.... “men det var ligesom det var første-gang-agtigt. Man var simpelthen så nervøs - jeg var i hvert fald”* (Interview 2, s. 13). F2 siger: *“Jeg var ikke så nervøs. En lille smule måske. Det er også det, at det ikke gør ondt eller noget”.... “men det med at ikke at have sex” “altså, hvis vi kun havde haft sex to gange siden han var født, så tror jeg ikke, vi var sammen. Det tror jeg ikke. Det tror jeg simpelthen ikke, jeg ville kunne holde ud”... “hvis jeg ikke havde fået sex her,.... jeg kunne ikke tænke mig at knalde ved siden af, men jeg ville sige det, og så må man tage det derfra - ik’ os’ skat?”* (F2 henvender sig til M2) *“ja, jeg kunne aldrig finde på at knalde ved siden af”* (Interview 2, s. 13).

5. 2 BODY IMAGE

Begge mødre udtrykker, at de har skullet vænne sig til, at deres krop har forandret sig meget efter fødslen. Seksuelt har kropsbilledet været, en stor udfordring at forholde sig til. Det har været en faktor, som har fyldt meget, først under graviditeten men især efter fødslen.

M1 tager udgangspunkt i, hvordan hun har oplevet samleje sidst i graviditeten, hvor hun har været presset rent fysisk: *“Ja, for jeg ser jo ligesom mig selv, som den der badebold, der vælter rundt”.* F1 tilføjer: *“Nu lægger jeg nok ordene i munden på dig (henvendt til M1), men det var jo det fysiske, du har været lidt presset med”...“Det var kejsersnit, arret og alt sådan noget”.* M1 tilføjer: *“Ja ja, det synes jeg var mega irriterende, men så er det jo heller ikke værre end, jeg kan glæde mig over, at ens udgangspunkt ikke har været helt forfærdeligt”...“Jeg synes, det var grimtja også selvom jeg godt ved, det var lige meget for F1”.....“Ja altså for mig har det været de fysiske forandringer. For helvede... kan jeg ikke*

komme i gang med at løbe igen! Så jeg ligesom kan komme til at ligne mig selv igen. Men det er nok en kvinde ting det der...jeg ligner ret meget mig selv"... "Ja den der lille flap på maven. Det skal man jo bare komme ud over, tænker jeg" (Interview 1 s. 7).

I modsætning til M1, er M2 ud over den ændrede krop, plaget af gener efter en vaginal fødsel. Følsomheden i skeden ikke er den samme som før. M2 siger: *"Ja, altså der er bare ikke så meget fornemmelse dernede som før. Altså, det er ikke lige så godt, så det gør også sådan lidt, at man ikke..... har den samme lyst som før. Men altså, det bliver bedre gradvist, men jeg synes, det går meget langsomt (griner stille) så det er også det - det påvirker mig også (Interview 2, s. 4). Jeg prøver sådan at arbejde på det. At lave knibeøvelser og sådan noget (griner) ser lige om det kan hjælpe, og se om det kan blive sådan normalt igen" (Interview 2, s. 5). "Jeg har fået en helt anden krop, det har jeg skulle vænne mig til. Det var sådan i lang tid efter, hvor jeg ikke ville have, at F2 skulle se mig nøgen, hvor jeg altid havde en trøje på, når vi skulle have sex og sådan noget".... "det er blevet bedre nu. Nu er man også ved, at få en lidt mere normal krop i forhold til hvad jeg havde før. Så det har også hjulpet lidt, at man føler sig lidt pæn igen, eller hvordan man skal sige ik'" Hvor man følte lidt i starten, at man havde stadig den der lidt mave og sådan. Brysterne hænger lidt og sådan noget. Altså, det er slet ikke det samme som før, så det har man også sådan skulle bearbejde og sådan noget. Det synes jeg faktisk har været noget af det sværeste.....faktisk" (Interview 2, s. 6).*

M2 beskriver videre: *"Ja, man føler sig ikke sådan sexet som før, altså - før, da gad man godt tage lidt sexet tøj på.....altså, det har man jo slet ikke lyst til, fordi man føler sig sådan slet ikke pæn. Altså....altså, det er ikke sådan noget jeg har været ked af det over, det har bare været en fase.... men det kan stadig være svært"....."ja, altså, det er sådan min krop ser ud nu, så det er ingen grund til at slå mig selv i hovedet, eller et eller andet. Så må man bare prøve at arbejde på at komme tilbage til det normale med at træne og sådan, men det tager tid. Jeg troede ikke, at det tog så lang tid" (Interview 2, s.6).*

Begge mødre giver udtryk for, at deres ændrede kropsbillede ikke har noget at gøre med, hvordan deres mænd ser på dem. Begge giver endvidere også udtryk for, at det ikke er grund til nogen selvbeprejelse - alligevel viser deres kropsbillede sig at spille en væsentlig stor rolle i forhold til den seksuelle trivsel.

F2 siger: *“Jeg er fuldstændig ligeglad. Jeg havde ikke regnet med, at hun skulle komme og ligne en fitnessmodel bagefter. Så jeg var ligeglad. Jeg synes, det var ret irriterende, at hun dækkede sig til så meget. Jeg synes, det er nederen, at have sex med en der har tøj på”* (M2 griner) *“Det er sådan lidt..... kan du ikk tage det af, det er ikke noget værre end at have sex, og så bare mærke sådan en trøje.....det synes jeg sådan lidt.....man ligger jo selv der splitter nogen ikke os”.....“Jeg har bare sagt til hende, at jeg er ligeglad. Altså, at jeg er ligeglad med, at hun har lidt mave og at det hænger lidt, det er jeg sku lige glad med. Så vil jeg hellere have at det hænger lidt, og at der er lidt mave og at hun smider trøjen”* (Interview 2, s. 7).

5. 3 INTIMITET

Intimiteten kommer forskelligt til udtryk hos de to par i interviewene. Umiddelbart bliver intimiteten beskrevet, som noget der for den ene pars vedkommende er trådt i forgrunden efter de er blevet forældre, mens den for det andet par er beskrevet som trådt i baggrunden. Objektivt betragtet, kan de beskrevne forskelle diskuteres, såfremt intimiteten ansues fra et individuelt og relativt perspektiv.

M1 siger, at den nemmeste udfordring i forhold til seksualiteten har været: *“At give hinanden opmærksomhed, synes jeg. Altså fordi nu er det jo en opmærksomhed, når man giver et lille smil, når den ene er sammen med barnet. Jeg havde nok en forestilling om, at man kom til øhmm at skubbe hinanden lidt i baggrunden og det synes jeg slet ikke vi gør. Jeg synes, egentlig vi er gode til at være anerkendende, i måden vi er sammen på”*. M1 fortsætter med at sige: *“Lige efter fødslen var jeg stormende forelsket i F1. Altså, hvor jeg bare tænkte WOW! Jeg troede, at det måske ville falme lidt nu, hvor vi havde fået det her fantastiske lille barn, men det var bare dobbelt op”* (Interview 1 s. 2).

F1 siger: *“ja, det synes jeg er meget rigtigt”.....“når jeg siger noget er blevet skubbet i baggrunden, så er det ene og alene den snævre forståelse af seksualitet. For jeg er meget enig med M1 om at det andet...intimiteten ja det er faktisk trådt i forgrunden”* (Interview 1 s.7). F1 siger: *“Vi er blevet meget tættere, men vi var også tætte før”* (Interview 1 s. 2). M1 siger: *“Det synes jeg vi er gode til....altså at det kører. At vi får snakket sammen og kigget hinanden i øjnene, også selvom det lige er over en kop kaffe”* (Interview 1 s. 2).

Par 2 beskriver det således: M2 siger: *“Det er gået lidt i baggrunden ja, (med grin i stemmen) men F2 er god til at.....sige, hallo! nu må du ikke glemme mig”* (Interview 2, s. 2). F2 siger videre: *“jeg rører en del mere ved hende, end hun rører ved mig ik’ os. Det er mig derdet er mest mig, der går og slår hende i røven og”.....*M2 supplerer: *“ja eller bare kysse og kramme, det er mest dig”...“Jeg render jo rundt med den lille hele dagen, så jeg får ligesom det der.....nærhedsbehov dækket, hvis man kan sige det sådan ik’. Så når F2 kommer hjem, så gider jeg ikke rigtig mere altid, at der er nogen, der skal kramme mig, men jeg prøver”(griner)* *“Jeg ved jo godt, at han også har brug for det, han får jo ikke det der hele dagen. Men det ændre sig nok også, når han snart skal i vuggestue. Så render jeg ikke rundt med ham på armen mere hele dagen”* (Interview 2, s. 9).

F2 beskriver således: *“Vi har altid drillet”(de kigger og smiler til hinanden). “Da vi startede med at mødes, så havde vi vandkampe og alt sådan noget. Vi driller lidt, og vi går stadigvæk og slås, og slås lidt eller hvordan man kan sige det.....lidt drilskt. Kaster lidt rundt med hinanden. Tæver lidt hinanden - det har vi sku altid gjort”* (Interview 2, s. 8).

5. 4 KOMMUNIKATION

I begge interviews viser kommunikationen sig som et væsentligt tema i parforholdet, og noget som har stor betydning både i det verbalt udtrykte sprog, men også som vigtigt i det nonverbale samspil. Hos Par 1 ses den verbale kommunikation som særlig konstruktivt anvendt, ved bekræftende udtalelser til hinanden, mens den verbale kommunikation mellem Par 2 ses anvendt destruktivt netop ved, at kommunikationen ikke italesættes *“der kan gå dage hvor vi ikke taler sammen”*. Humor bliver nævnt som vigtige *“krydderi”* i kommunikationen hos begge par, og som især er fysisk udtalt hos Par 2.

M1 siger: *“Det synes jeg generelt, vi er gode til....altså, at det kører. At vi får snakket sammen og kigget hinanden i øjnene også selvom det lige er over en kop kaffe”* (Interview 1 s. 2) *“Ja, jeg synes at både før, under og efter har der været meget humor, som har domineret vores forhold. Vi har hele tiden været gode til at sætte hinanden på spil, drillet hinanden med hinandens forskelligheder i stedet for hele tiden at pege fingre ad hinanden. Vi kan også godt pege fingre....Det øver vi os virkelig meget i at lade være med”* (Interview 1 s. 2).

Hos par 1, beskrives den gode kommunikation som en konstruktiv proces, med betydning for seksualitetens og parforholdets trivsel. F1 siger: *“Jeg synes, vi er rigtig gode til at snakke om det”.....“Vi er altid, uden det ligesom er italesat, gode til at tale om tingene. Og det tror jeg*

betyder rigtig meget, at man får sat ord på det, uden man taler det fuldstændig ihjel"

(Interview 1 s. 6).

Parret taler meget om at afstemme forventninger ikke kun til den sundhedsprofessionelle men primært med hinanden. M1 siger: *"Der kunne jo ske mange ting, som ville ændre på forventninger. Så hvis man fik talt forskellige scenarier igennem, så vidste man, hvor man havde hinanden henne, for jeg tror der er mange parforhold der går i stykker her de første 1½-2 år".* F1 elaborerer videre på M1s udsagn og siger: *"Jeg tænker, det kunne være rigtig fedt at få skrevet nogle ting ned inden inde i graviditeten, som man måske kunne vende tilbage til. Måske forventningsafstemningen at man kunne få dem skrevet ned"* (Interview 1 s. 14)

For Par 2 har den kropslige kommunikation altid fyldt meget. I perioden efter de er blevet forældre, viser den kropslige kommunikation sig særligt udfordret. M2 siger: *"Så kan jeg have det lidt sådan, lad mig nu være, lad være med at røre mig"* F2 beskriver sit nonverbale svar sådan: *"Jeg er ligeglad, jeg fortsætter bare. Der skal mere til at stoppe mig"*. F2 supplerer: *"Ja, du tager det ikke så tungt, at jeg lige skubber dig væk"* hvilket F2 svarer: *"nejjj, så går der to sekunder, så er jeg der igen"* (Interview 2, s. 9).

I den verbale kommunikation beskrives en konflikt hos Par 2 som følgende: M2 siger: *"Så er det sådan noget med, at jeg vil ikke give mig - jeg vil ikke sige undskyld. Og så vil jeg ikke snakke med ham"..."* så kan der godt gå en dag eller to, hvor vi slet ikke snakker sammen, men jeg synes det er blevet bedre efter han (sønnen) er kommet, så er vi ligesom nødt til at sætte os ud over det der" (Interview 2, s. 10).

Således bliver den konstruktive kommunikation også beskrevet som følgende - F2 siger: *"Vi kan snakke om alt, jeg synes ikke rigtigt, der er noget, hvor vi tænker. "åh nej, det skal vi ikke snakke om", og det er også sådan i sexlivet* (Interview 2, s. 14). M2 siger: *"Jeg tror bare, det er vigtigt, at man snakker med hinanden....omkring det, så tror jeg nok det skal gå det hele"....."men altså, hvis vi slet ikke kunne kommunikere, så er det måske meget godt at have nogen udefra, der kunne komme og sætte gang i én måske"* F2 supplerer: *"ja, hvis det var helt "fucked", så ville jeg måske"* (griner) (Interview 2, s. 23).

5. 5 OPLEVELSEN AF DEN SUNDHEDSPROFESSIONELLE

Da begge pars oplevelser af den sundhedsprofessionelle beskrives forholdsvis sporadisk og dog med mange ligheder, vil vi i dette afsnit lade forældrenes udsagn tale sit eget sprog. Ifølge deres udsagn, er ingen tvivl om, at de hver især har forventninger til den sundhedsprofessionelle, men da seksualiteten viser sig at være et ømfindtligt og tabubelagt emne, ser det ud til at være svært at sætte ord på og være konkret omkring i et interview.

M1 har oplevet at læge, jordemoder og sundhedsplejerske har taget initiativ til at tale seksualitet, mens F1 slet ikke kan huske det. M1 siger: *“Jeg kan huske vores læge (griner) den udskiftede læge...Nej, hun sagde det i hvert fald. “I må gerne dyrke sex” et eller andet temmelig ucharmerende. Men øh det blev da sagt” ...“ Det var mere sådan ud mellem sidebenet det blev sagt”* (Interview 1 s. 10).

Vedrørende jordemoderen siger M1: *“jordemoderen sagde det også ved 15 ugers besøget, men så tror jeg ikke, det blev nævnt mere i graviditeten” ... “Jeg tror, de havde et stykke papir, hvor der stod, det skulle de huske at nævne”* (Interview 1 s. 10).

Efter graviditeten kan Par 1 ikke huske, om seksualiteten er blevet nævnt hos lægen og F1 siger om årsagen: *“Jeg tror M1 har fat i noget af det rigtige, at det er et ømtåleligt emne”* (Interview 1s.11). Der har været to sundhedsplejersker, som begge har nævnt seksualitet: *“Hun sagde det, da hun var her ugen efter han blev født og at det var mest, når vi var klar, tror jeg, hun sagde”* og tilføjer angående den anden sundhedsplejerske: *“Hun spurgte altså bare hurtigt ind til det... og der var jeg nok også bare sådan..... det parkerede jeg lige... ja”* (Interview 1 s. 11).

Par 1 beskriver dårlige erfaringer med ”seksualitet og samliv” som emner og led i det forældreforberedende kursus “Familieiværksætterne” (tilbydes alle førstegangsførelse i kommunen), som de har deltaget i. Der kom en parterapeut som talte om ”det at være par”. F1 siger: *“... Det var helt klart den dårligste gang... det fungerede dårligt”*. M1 er enig og siger, at de fik *“mærkelige opgaver”* (Interview 1 s. 8). F1 siger: *“Der var sådan nogle opgaver, men i og med de fungerede så dårligt, så fik vi ikke ret meget ud af det”* (Interview 1 s. 12). Parret har ellers været glade for “Familieiværksætterne”, men omkring mødegangen med parterapeuten, som fungerede så dårligt, siger de: *“Det var... måske også fordi vi kom med*

andre forventninger”.....“For hvis man havde bedt os om at lave nogle ting på forhånd....det ville have hjulpet os meget” (Interview 1 s. 8).

Generelt taler Par 1 meget om forventninger. For dem er det vigtigt, at få afstemt forventninger i forhold til hinanden som par, men også til de sundhedsprofessionelle. De udtrykker, at de har ønsket indblik i dagsordnerne for hver konsultation, så de på forhånd vidste, hvad de kunne forvente.

Par 1 fremhæver jordemoderen havde en tydelig dagsorden for sine konsultationer og efterlyser det samme hos sundhedsplejersken. M1 siger: *“Ja jeg har en klar fornemmelse af, der jo er en dagsorden ikke også, bare ikke synligt for os og det kunne den jo lige så godt være”* (Interview 1 s. 12).

Par 1 udtrykker, at emnet seksualitet *“egentlig godt kunne være mega relevant”* i et forum som “Familieiværksætterne” og foreslår, at man bliver forberedt på forhånd: M1 siger: *“får udleveret noget materiale man ligesom skulle forberede eller tænke over”*(Interview 1 s. 13) De siger videre: *“det kunne være oplagt”* at man tager emnet seksualitet op sådan helt generelt (Interview 1 s. 15). De er dog lidt uenige om, hvor og med hvem de som par skal drøfte udfordringer omkring seksualitet med. M1 siger: *“... det er oplagt, jordemoderen gjorde det der. Øh, det var hende jeg havde det gode forhold til..... derefter tænker jeg også sundhedsplejersken. Men stadig varsomt på en eller anden måde for at det... den der udskældte rolle som jeg har oplevet sundhedsplejersken kan have ikke bliver forværret”* (Interview 1 s. 11).

M1 siger om sundhedsplejerskens rolle i forhold til seksualitet: *“.....jeg kan se en faldgrube i det, da jeg oplever, at rigtig mange er skeptiske over for deres sundhedsplejerske. Den her vurdering, der ligesom føles, som der ligger i sundhedsplejerskens besøg, når hun kommer og måler og vejer ens barn og fortæller om kurven er knækket eller ej..... mor står med den der..... hun er vildt bange for hun gør et eller andet forkert..... og så skal vi lige høre.. .nå! du præsterer heller ikke i forhold til din seksualitet”* (Interview 1 s. 9-10).

F1 siger: *“Det ville være oplagt, at sundhedsplejersken havde en større rolle der..... fordi hun i forvejen kommer i vores hjem.... som kender familien på forhånd”* (Interview 1 s. 9). I

modsætning til M1 er han meget fortaler for, at sundhedsplejersken er væsentlig i forhold til at tage initiativ til at tale om seksualiteten: *"Jeg synes, det vil være oplagt, det var en del af sundhedsplejerskens opgave"*.

Par1 er dog enige om, at det kræver, man er forberedt på forhånd, eftersom det er *"enormt svært sådan lige at blive spurgt ind til"* (Interview 1 s. 11).

Desuden er de enige om, hvornår det er mest relevant at tale om seksualitet med den sundhedsprofessionelle. Under graviditeten er det oplagt i 2. trimester at tale med jordemoder og også på *"Familieiværksætterne"*. Efter fødslen er det sundhedsplejersken. Om det siger F1: *"Ja, jeg tænker det skal ligge sent i forløbet..... Men for eksempel en af de sidste gange hvor sundhedsplejersken har været her..... der kunne være rum til det, hvis det var"* (Interview 1 s. 10).

Par 1 har nogle ønsker til den sundhedsprofessionelle - det skal være en, som kender til det at blive forældre. F1 formulerer det således *"Så hvis der kommer en, som ikke ved noget om det her med at få et barn, men som ved noget om seksualitet, så tror jeg, det bliver for adskilt"* (Interview 1 s.11).

M1 siger: *"Det er simpelthen også sindssygt vigtigt, at uanset hvem der tager det, om det er en par terapeut.....måske på samme alder som de forældre...altså ja man connecter ligesom bedre altså..."*(Interview 1 s. 15). M1 fortsætter omkring ønsker til den sundhedsprofessionelle: *"Så tror jeg det der med lige at sætte sig i den andens sted og få spurgt ind, det er mega vigtigt. Det vil jo stadig være professionelt. Det er jo hele tiden med fornemmelse for, hvor meget kan jeg spørge ind til og hvor langt kan jeg gå ind her"*. F1 supplerer: *"Jeg synes nemlig også, det er vigtigt det der med, man tager udgangspunkt i det par, man sidder sammen med. Det er derfor, jeg synes, sundhedsplejersken er oplagt. Det er indtrykket, at det er det de gør"* (Interview 1 s. 16).

F1 slår fast: *"Og så synes jeg, øhhhhh, nu gentager jeg mig selv men, at det er enormt vigtigt, at det ikke er en sexolog eller en parterapeut som kun kan nogle generelle ting.... det er vigtigt det ikke er sådan en person.... men en person som har nogle af sundhedsplejerskens kompetencer og som ved noget om at være førstegangsførældre"* (Interview 1 s. 17).

Par 2 er mere tøvende i deres besvarelser, og skal have tid til at tænke tilbage inden de besvarer. Om deres erfaring med den professionelles rolle i forhold til seksualiteten i forbindelse med forældreskabet, svarer M2: *"Jeg synes ikke rigtig, der har været noget"....."ikke lige hvad jeg kan huske..... Det var noget med fødselsforberedelse, men de var ikke så meget seksualitet - var det?"* (de kigger på hinanden) *"det var mere om parforholdet, hvor vi skulle snakke sammen. Det var mere sådan parterapi-agtigt"* (Interview 2, s. 15). F2 supplerer: *"Jeg synes det var fuldstændig.....det var simpelthen"....."det var mærkeligt"...."det var spild af tid"..."jeg synes, det man kunne bruge...kunne have været over én sektion, så havde jeg i princippet det, jeg skulle vide. Det var bare sådan noget... ppfff"*.

M2 fortæller videre, om den ene gang de var til fødselsforberedelse: *"Det var den ene gang, hvor det tog et par timer, der så man en video, hvor man havde den der... en stav, eller sådan noget. Så, den der har den (staven) - må snakke. Hvor man skal fortælle om sine følelser og sådan noget - hvor man kunne bruge det, til efter barnet var kommet. Ja, jeg synes det var mærkeligt"..."ja, vi kunne ikke bruge det i hvert fald, for vi snakker allerede"*. F2 supplerer: *"sådan noget - det gør vi ikke"*. M2 siger lidt senere: *"det var første gang, hvor man tænker, hvad fanden har det med fødslen at gøre"* (Interview 2, s. 16).

Ved nærmere eftertanke fortæller M2, at hun har talt med sin læge om knibeøvelser: *"ja, og så har vi talt om prævention. Det er næsten det tætteste, vi er kommet på. Ellers er der ikke andre, der har snakket om det, efter hvad jeg kan huske"* (Interview 2, s. 17). M2 siger, at hun gerne ville have brugt nogen information omkring underlivet. M2 påpeger jordemoderen som en oplagt faggruppe til at tage dette op.

M2 og F2 er ikke helt enige om sundhedsplejerskens rolle i forhold til at tale om seksualitet. M2 siger: *"jeg synes egentlig, det passer bedre til jordemoderen. Hvor det er vores søn vi snakker om, når sundhedsplejersken er her. Så det synes jeg egentlig også er meget fint"..."det andet synes jeg ville være mærkeligt"* (Interview 2, s. 18). M2 henvender sig til F2 *"Hvordan synes du, det ville være, hvis vi skulle snakke om seksualitet med hende?(sundhedsplejersken)"* F2: *Det synes jeg ville være fint..... ja, ville det ikke det?"...."Altså, hvis der er tid til det, så ville det være fint...." jeg synes ikke det er noget man*

skal trække tiden fra ungen, for så at snakke om seksualiteten eller noget andet"... "hvis der var tid til det, så ville jeg ikke have noget problem med det" (Interview 2, s. 19).

Senere i interviewet taler vi om, hvilke egenskaber denne faggruppe bør have. F2 siger: *"Det skal være en faggruppe, der har styr på det..... og måske også nogen der har nogen erfaring inden for det. Det skal gerne være en, der måske selv har børn. I stedet for at der kommer en eller anden ung gut eller tøs fra en eller anden uddannelse, som i princippet ikke har været i det før. Det skal nok være en med nogen erfaring, tænker jeg"..... "måske have en eller anden uddannelse i sexologi, ja bare sådan, at de har lidt mere forstand på det, og som sagt bare nogen erfaring - selv have børn, tænker jeg" (Interview 2, s. 22).* M2 siger: *"ja, det behøver måske ikke være hende (sundhedsplejersken) der skal snakke om det, men at det er hende der kan sige, I kan snakke med denne her, eller I kan få denne brochure hvor man selv kan undersøge det. For hun kommer jo ud...." (Interview 2, s. 23).*

Senere i interviewet nævner M2 i modsætning til tidligere i interviewet, sundhedsplejersken som oplagt fagperson til at tage initiativ til at tale om seksualiteten. M2 siger: *"Jeg tænker, hvis det kunne være sundhedsplejersken faktisk" (Interview 2, s. 23).* "Ja" siger F2: *"Hvis sundhedsplejersken kommer ud og måske kan mærke at det ikke fungerer" "ja, det ville være en mulighed".* M2 siger videre: *"Sådan kunne det måske være meget godt for mange, at de fik den mulighed, det er nok ikke noget man tænker over - det er bare noget man selv render rundt og bakser med, men hun (sundhedsplejersken) kommer jo ud, så ...ja, hun må så vist være den eneste, det synes jeg faktisk - der kan give dette tilbud" (Interview 2, s. 24).* Lægen bliver også nævnt som en oplagt faggruppe til at tage initiativ til at tale om seksualiteten.

Adspurgte hvad deres tanker er omkring årsagen til dette emne ikke bliver berørt, siger M2: *"hmmm..... jeg ved ikke, om det er grænseoverskridende. For nogen måske. Nogen ville måske synes det var grænseoverskridende at snakke om" (Interview 2, s. 17)..... "jeg tænker for nogle mødre, kan det være lidt tabu eller sådan noget"... "jeg synes, det kan være meget rart, hvis man gjorde det (tog initiativ), for ellers tror jeg bare, at det bliver sådan noget, man ikke sådan snakker om rigtigt. Hvor det er nemmere for mødrene, hvis der er en, der ligesom åbner lidt op for det, og så begynder at snakke om det, hvor det kan være svært måske selv at spørge om nogle ting" (Interview 2, s. 19).*

6. DISKUSSION - MED UDGANGSPUNKT I DATAMATERIALET

I det følgende afsnit diskuteres de temaer, der er fundet i de to interviews med Par 1 og Par 2, i henhold til forskningsspørgsmålet:

Hvilke faktorer kan påvirke seksualiteten i overgangen fra parforhold til forældreskab hos førstegangsforældre, og hvordan oplever parret den sundhedsprofessionelles rolle i denne proces?

Diskussionen tager udgangspunkt i de udvalgte citater fra afsnit 5 'Præsentation af data'.

Således vil citaterne ikke have sin fulde længde i selve diskussionsafsnittet, men blot figurere i det omfang, det skaber tilstrækkelig forståelse.

Temaerne Body image, Intimitet og Kommunikation har en indbyrdes sammenhæng som alle påvirker seksualiteten, hvilket er det centrale omdrejningspunkt for diskussionen. Oplevelsen af den sundhedsprofessionelle vil blive diskuteret til sidst i dette afsnit.

6. 1 SEKSUALITETEN GENERELT

På trods af at begge forældrepar i den indledende del af selve interviewet, er blevet præsenteret for seksualiteten beskrevet ud fra en bio-psyko-social model - hvilket hensigt er at lede til en bred besvarelse af begrebet seksualitet, så viser det sig, at begge par fortællinger - beskrives ud fra et perspektiv der primært omhandler samlejefunktionen. Begge par beretter om, at samlejet har gennemgået en forandring både under og efter graviditeten.

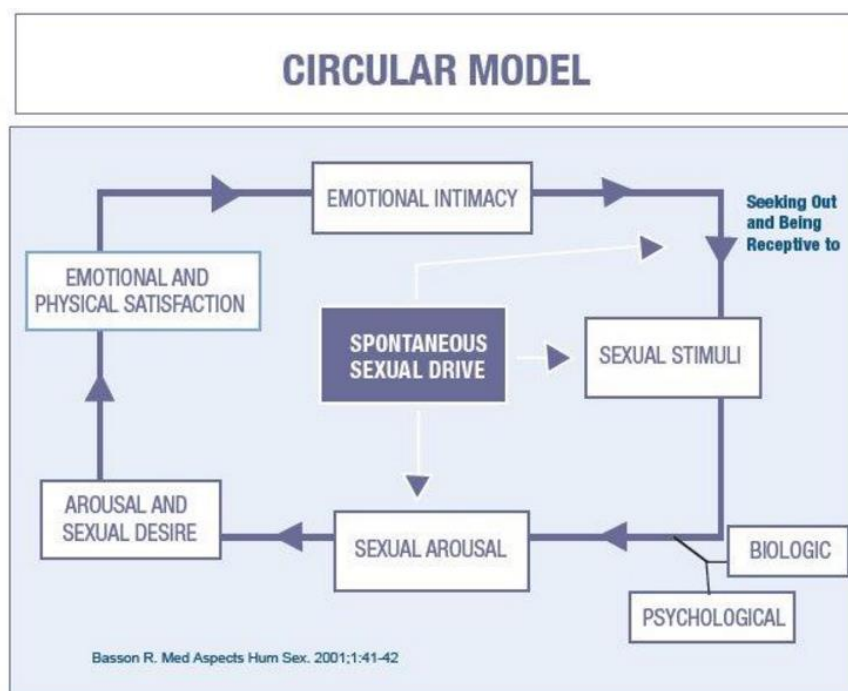
M1 beretter om *"generelt lavvande på sexfronten"* under graviditeten, men at det fungerede bedst i 2. trimester og at de løste det på *"andre måder"* sidst i graviditeten. M2 siger, at hun havde overhovedet ikke lyst til sex under graviditeten, men ville gerne *"hjælpe F2"* med hans behov.

Begge mødre udtrykker endvidere, at de efter fødslen nærmest har tvunget sig selv til at have samleje. M1 siger, at *"man havde bare ikke en naturlig lyst"* og M2 siger: *"så er man bare så træt så man bare ikke orker"*.

Denne oplevelse er helt i tråd med gældende forskning på området. Ifølge et stort litteraturstudie der bygger på 59 internationale studier, finder forsker og læge Kirsten von Sydow frem til, at de fleste kvinder oplever, at samlejefrekvensen falder under graviditeten og mest i 3. trimester. Når kvinderne på trods af den manglende lyst har samleje, er det ofte ud fra et ønske om at tilfredsstille deres partner, men også på grund af bekymring for eventuel utroskab (von Sydow 2006).

Denne iagttagelse kan forklare M1s udtalelse om, at der er *“færre gnidninger når sexlivet kører”* og selvom hun tvinger sig selv til samleje og ikke umiddelbart føler spontan lyst, så oplever hun til gengæld, at lysten kommer undervejs i samlejet. Basson har udviklet en cirkulær lystmodel for kvinder.

FIGUR 3 – BASSONS CIRKULÆRE LYSTMODEL FOR KVINDER



Som det fremgår af figuren, står 'spontaneous sexual drive' centralt i modellen, hvilket M1 omtaler som manglende naturlig lyst til at igangsætte seksuel aktivitet. I og med af Par 1 angiver at være "mere tætte" efter fødslen, kan det sidestilles med den 'emotionel intimacy' i Bassons cirkulære lyst model. Dette bliver således M1 udgangspunkt for seksuel aktivitet, som må formodes at være på F1s initiativ. Intimiteten bliver herved løftestangen til seksuel aktivitet hvor M1 så oplever lyst undervejs i akten.

Det lader til, at der både for kvinderne og mændenes vedkommende er biologiske såvel også psyko- og sociale faktorer, der påvirker samlejet og seksualiteten efter fødsel. M2 beskriver sin frygt og nervøsitet i forbindelse med, at parret skal have samleje første gang efter fødslen. Hun beskriver, at hun var bange for *“at det går i stykker”* og for, at det skal gøre ondt, og sammenligner det med *“den første gang”* altså det debuterende samleje. Men hun vil gerne *“hjælpe ham”*, da hun ved F2 *“vil blive sindssyg”* eller han *“dør”*, og endda vil kunne finde på at forlade hende, hvis han ikke får sex. F2 siger: *“så tror jeg ikke, vi var sammen”*. Der er således mange ambivalente følelser forbundet med lyst og samleje, eller mangel på samme, hvor der kan være meget på spil - umiddelbart mest for Par 2.

Polomenos kvalitative undersøgelse omhandlende gravide pars bekymringer efter fødslen viser, kvinderne gør sig en del bekymringer for det første vaginale samleje efter fødslen. De er nervøse og bekymrede for smerter. Mændene gør sig bekymringer om, de kan tilfredsstille kvinden seksuelt efter fødslen. Polomeno redegør for veldokumenterede bud på, hvordan man kan have sex uden samleje og i det hele taget udvide sit seksuelle repertoire efter fødslen. Mændene har et seksuelt behov, som de gerne vil have dækket og kunsten at have en *“quickie”*, altså et samleje uden forspil alene med det formål at tilfredsstille manden kan, når parret er enige om det, være til stor gavn for begge parter. Der refereres til et ordspil som har været gavnligt i sexologisk rådgivning *“No honey, I don’t feel like X but I’d be happy to Y”* (Polomeno 1999 s. 16). Dette er faktisk hvad Par 2 praktiserer.

Fædrene udtrykker begge, at sex og samleje er vigtigt, om end det kommer til udtryk på hver sin vis. Selv om F1 udtrykker *“det sværeste har været at komme i gang”* så mener han, at samtalen vedrørende sex og samliv med sundhedsplejersken sagtens kan komme sent i forløbet, hvilket kan være et udtryk for en indirekte form for tålmodighed og rummelighed for sin partner. Men også et udtryk for, at samlejet for ham ikke står som første prioritet. Dette er meget præcist i tråd med hvad Ann Olssons svenske kvalitative undersøgelse om fædres erfaringer om sexlivet efter fødsel også har vist. Den beskriver, at nybagte fædre er indstillet på at sex og samleje ikke nødvendigvis fylder ret meget i barselsperioden og sagtens kan udskydes. Fædrene har ifølge undersøgelsen i højere grad behov for at føle sig trygge og tilpas med den nye situation, og tage aktivt del i den nye familiestruktur (Olsson et al. 2009).

Helt anderledes forholder det sig med F2. Han er mere verbalt kontant i sine udtalelser omkring sit behov for sex og samleje end F1 er. Han siger: *“Det tror jeg simpelthen ikke, jeg ville kunne holde ud”... “hvis jeg ikke havde fået sex her”,* men i den sidste del af graviditeten oplevede han nedsat lyst, grundet *“M2 var så stor”,* men efter fødslen har det ikke været noget problem for ham. I modsætning til F1 betragtes F2 som at repræsenterer det, som Ann Olsson beskriver, som en stereotyp samfundsnorm og forestilling om mandlig seksualitet som seksuelt udfarende, liderlig og med et større behov for penetration (Olsson et al. 2009). Om denne stereotyp kan sættes i forbindelse med tidligere tiders opfattelse af mandlig seksualitet, som beskrevet indledningsvis i afsnittet om parforholdet i samfundsperspektiv, skal her stå åbent. Samleje og samliv var dengang på mandens præmisser og initiativ, og ikke mindst noget kvinden måtte affinde sig med (Giddens 1999).

Man kan også anse, F2s syn på samlejet, som værende en manifestation af maskulinitet, set ud fra Gunther Schmidts Refleksioner over sex og afseksualisering, som beskrives således: *“Coitus, den vaginale penetration er for manden et meget stærkere bevis for hans mandlighed, end det at blive penetreret er for kvindens kvindelighed”* (Schmidt 1996 s. 111).

Hvorom alting verbalt bliver udtrykt, beskriver F2 et større sexbehov end M2. Uden at have skudt F2 noget i skoene, kan man omvendt antage, at samlejet for ham i al sin enkelthed, blot repræsenterer seksualitetens såkaldte “6 R”, som er en mange facetteret funktionel størrelse, hvorigennem F2 blandt andet oplever intimitet, fysisk og psykisk afspænding, håndtering af konflikter og ikke mindst seksuel nydelse - til sig selv, og til sin partner (Graugaard 2013).

Skarpt sat op, kan de to fædres udtalelser, nemt lægge op til diskussion om hvorvidt seksualiteten, med alle sine udfordringer, kan ses som drevet eller styret af egen egoisme? undertrykkelse? kamp om kønsroller? kamp om egen identitet? eller handler det om, at seksualiteten er underlagt en samfundsmæssig norm? Er sex og samleje for dem en nødvendig fremdrift i parforholdet? som i værste konsekvens dog kan føre til seksualitetens, lystens og parforholdets fald? eller måske omvendt - oprejsning? Disse vinkler er alle interessante at anskue måske især i perioden efter fødsel, men kommer kun implicit til udtryk

i interviewene, hvorfor de kun vil blive berørt i det omfang det giver mening og er i tråd med masterprojektets empiriske materiale og forskningsspørgsmål.

Fælles for begge par er udfordringen med at finde tid og overskud til seksuel aktivitet. Til forskel fra tidligere - inden de blev forældre, hvor sex som regel var ret spontant, kræver det nu noget planlægning i forhold til tid og sted. Det er et velkendt fænomen blandt nybagte forældre, at de netop udfordres på de nye rammer og aftaler omkring seksuel aktivitet (Olsson et al. 2005).

6. 2 BODY IMAGE OG SEKSUALITET

“Body image” er et meget anvendt begreb inden for sundhedsvæsenets termer og skal forstås som: En persons syn på egen krop, og den måde det påvirker personens selvværdsfølelse. Et “ændret kropsbillede eller bodyimage” skal derfor fremadrettet i masterprojektet forstås, som at have fået en mindre selvværdsfølelse om sin krop efter fødslen - jævnfør med definitionen på Body image i afsnit 2. 4 side 11.

Body image refererer netop til den personlige oplevelse af selvbillede - der er mere end blot knyttet til ens forståelse af hvem man er rent fysisk og biologisk, men lige så meget består ens kropsbillede af de følelser og holdninger der bevidst danner opfattelsen af overbevisninger, tanker, følelser og handlinger der vedkommer kroppen (Cash 2008).

Udfordringer med det ændrede body image viser sig klassisk for kvinder efter graviditet og fødsel. Det kan eksempelvis være svært at forene brysternes amme- og seksuelle funktion, og at affinde sig med de fysiske ændringer som følelsen af et anderledes underliv kan være, og at kroppen i det hele taget har ændret sig (Olsson et al. 2005).

Mødrenes ændrede kropsopfattelse har vist sig at være en af de største udfordringer. M1 siger direkte, at for hende har det været den største udfordring i forhold til seksualiteten. Hun omtaler sig selv som en *“badebold der vælter rundt”* sidst i graviditeten, og har også haft svært ved at vænne sig til sin krop efter graviditet og fødsel, som endte med kejsersnit. Hun synes, *“arret er grimt”*.

M2 synes ligesom M1, at det sværeste har været at vænne sig til kroppen efter graviditet og fødslen, og kæmper en kamp med at komme i form igen. Følsomheden i skeden og underlivet er nedsat og nydelsen ved sex, er ikke som før. M2 har haft det meget svært med de kropslige ændringer som beskrives som *"lidt mave og hængebryster"*.

Betrakter man således ændring i bodyimage ud fra seksualitetens bio-psyko-sociale perspektiv, så viser mødrenes udtalelser, at de er ramt på alle tre fronter. Fysisk, føler kvinderne sig mindre attraktive og sexede. M2 siger, at hun *"ikke har lyst til at tage sexet tøj på"*. Den psykologiske påvirkning viser sig i en sådan grad, at hun tildækker sin krop under sex til stor ærgrelse for F2. Konsekvenserne viser sig derfor at sætte kiler i relationen parret imellem, og er dermed også ramt på det sociale felt. F2 synes det er *"irriterende"* og *"nederen at have sex med en som har trøje på"*.

Det ændrede body image er en særlig kompleks problematik, da det viser sig at være noget mødrene kæmper med i forhold til egne følelser. Fædrene står således ret hjælpeløse og ofte uforstående overfor denne store problematik. Selv om F2 ikke har nogen forventning om *"en fitness model"* lige efter fødslen, og F1 er helt *"ligeglad med arret fra kejsersnit"* og synes M1 er lige så dejlig, som hun plejer at være, så viser det sig at prelle af på mødrene. Ifølge Olssons undersøgelse gør nogle af kvinderne sig tanker omkring plastikkirurgi efter fødslen, fordi de er så udfordrede på deres body image og ikke føler sig seksuelt attraktive. Få andre kvinder i undersøgelsen oplever til gengæld glæde ved større kropsbevidsthed i forbindelse med bækkenbundstræning, som fik betydning for øget seksuel tilfredsstillelse i forbindelse med samleje. Fælles for disse kvinder er, at de accepterede de fysiske kropslige ændringer og valgte at leve med dem som en livsomstændighed (Olsson et al. 2005). For de kvinder som valgte at acceptere de kropslige ændringer kan i sandhed siges at have Sense of Coherence. *"Begrivelighed"*, *"håndterbarhed"* og *"meningsfuldhed"* går her op i en højere sammenhæng (Antonovsky 2000).

Kvinderne er bevidste om, at deres ændrede body image ikke har noget med deres partnere at gøre, hvilket de begge italesætter i interviewet, men derimod noget de begge tydeligt vender kollektivt indad mod dem selv - forstået som knyttet til en kvindes vilkår efter fødsel. M1 siger, *"det er nok bare en kvinde ting"* og M2 siger det er *"en fase man skal igennem"*, dog

ikke mere kvinde-kollektivt end at konsekvenserne også er noget der rammer mændene og parforholdet. Jævnfør med tidligere nævnt definition på Body image, giver mødrenes reaktion dog mening, da Body image netop handler om den individuelle eget selvbillede.

Undersøgelser viser, at kvinderne i forbindelse med den ændrede body image, har brug for professionel sundhedsmæssig bekræftelse på, at alt er normalt og som forventet efter graviditet og fødsel. De har endvidere et udtalt behov for at diskutere sex og samliv med en sundhedsprofessionel, omkring tidspunktet for den gynækologiske check-undersøgelse efter fødslen, og at sexlivet almindeligvis ændres i denne periode. Kvinderne efterlyser specifikke egenskaber fra den sundhedsprofessionelle i denne forbindelse som evne som empati og indlevelse (Olsson et al. 2005).

6. 3 INTIMITET OG SEKSUALITET

Intimitet handler om, de tætte relationer, der er mellem mennesker, hvor man deler sine inderste tanker, følelser og hvor der er nærvær, opmærksomhed og gensidig fortrolighed med hinanden. Jævnfør med definitionen på intimitet i afsnit 2. 4 side 13.

Måske har det aldrig været så vigtig at tænke intimiteten med ind, som en faktor der spiller ind på seksualitetens trivsel, som det er i dag. I de tidligere generationers ægteskaber, som vi ofte forbinder med det traditionelle ægteskab, var familiens trivsel i langt større grad bundet på en juridisk kontrakt, ægteparret havde indgået. Familiens stabilitet, trivsel og tryghed var tæt forbundet med denne ægtepagt. Sådan forholder det sig umiddelbart ikke mere. I dag hviler familierne trivsel i langt større grad på parforholdet, hvilket er en helt anden dynamisk størrelse, der skal plejes, næres og vedligeholdes – for at kunne holde.

Intimiteten er således i langt større grad en tillidssag mellem partnere, hvor man har gensidig følelsesmæssig tillid til hinanden, og forstår det særlige hos den anden, som man forsøger at tage hensyn til og imødekomme. Men intimitet kan også være den tætte fysiske såvel verbale kontakt – hvilket også viser sig, som den mest tydelige forskel hos de to par i undersøgelsen. Parrene repræsenterer vidt forskellige måder at være intime på. Det er denne udfordring, vi ser, parrene forholder sig til på hver deres måde.

Par 1 fortæller, *"at de var tætte før"* men, at de efter fødslen er blevet endnu mere tætte. Den ændring de har oplevet er, at *"intimiteten er trådt mere i forgrunden"* nu hvor seksuel aktivitet er kommet lidt i baggrunden. For M1 er det den verbale intimitet, der særligt bliver praktiseret efter fødslen. Hun fortæller, hvordan hun *"blev stormende forelsket i F1 efter fødslen"*, og hvordan hun fortalte ham om sine følelser. Til gengæld har hun ikke *"tænkt seksualitet som blikke og berøring som del af intimiteten"* men ved eftertanke, kan hun se, at de også på den måde er *"godt kørende"*.

Undersøgelser viser, at intimiteten kan være en afgørende faktor i overgangen fra parforhold til forældreskab. Svenske Tone Ahlborg har undersøgt kvaliteten af intimitet og seksualitet hos førstegangsforældre. Først i en kvalitativ undersøgelse fra 2001 og senere i en stor kvantitativ undersøgelse fra 2005 (Jævnfør litteraturskema i bilag 6) (Ahlborg 2001) (Ahlborg 2005).

Par 1 ser ud til at repræsentere den form for intimitet, hvor det verbale synes at fylde meget. M1 siger, at den nemmeste udfordring har været at *"bekræfte hinanden"* efter fødslen. Dette viser sig også som centralt i tidligere nævnte svenske undersøgelse af Tone Ahlborg m.fl., at netop evnen til at kommunikere og bekræfte hinanden følelsesmæssigt både seksuelt og sensuelt, er vigtigt i den oplevede kvalitet af det intime parforhold. (Ahlborg et al. 2005). Set ud fra Sociolog Aaron Antonovskys mestringsstrategi, kan intimitet der ses hos Par 1, betragtes som en *"raskhedsfaktor"*. Den centrale pointe er, at den enkelte besidder tilstrækkelige ressourcer til at overkomme livets stressorer – som Par 1 praktiserer ved at intimiteten verbalt udfoldes, og har en værnende effekt på forholdet, i en belastet periode som tiden før og efter fødsel er (Antonovsky 2000, Graugaard 2013).

Intimiteten er langt mere *"kropslig"* hos Par 2 end hos Par 1. De har altid været fysiske i deres intime liv med *"slåskampe og tumlen rundt"*, hvilket beskrives at have positiv betydning for dem som par. F2 har stort behov for fysisk berøring, hvilket M2s behov ikke matcher efter fødslen. Hun får til gengæld sit behov dækket via den tætte kropslige mor-barn-relation med sønnen. Men F2 er insisterende, og lader sig ikke slå ud af afvisningen. Han siger direkte *"du må ikke glemme mig"*, og refererer både til den seksuelle aktivitet, men også til kærestetid og hyggeaften med en god film.

Denne betragtning fremhæves også som afgørende i Aalborgs store svenske kvantitative spørgeskemaundersøgelse som viser, at mænd generelt har et større sensuelt behov end kvinderne. Det betyder meget med kys, kram og et godt grin. Desværre viser det sig ikke at blive praktiseret (Ahlborg 2005).

De fædre som føler sig kørt ud på et sidespor, i kraft af moderens symbiose med det lille barn, bliver ikke følelsesmæssigt bekræftet af deres partner, hvilket typisk vil få konsekvens, ved større utilfredshed og frustrationer, samt flere konflikter i parforholdet (Ahlborg 2001).

M2 har en partner, som ikke lader sig køre ud på et sidespor. Han er meget tydelig på de ting, som er vigtige for ham nemlig samliv, sex og intimitet. Set ud fra et familiemæssigt perspektiv kan det betragtes som en aktiv handling, der har til formål at gavn intimiteten i et forsøg på at reparere det tab af nærhed, som han øjensynligt oplever. Det kan derfor måske anses som et forsøg på at forebygge sammenbrud i parforholdet.

Egoistisk set, kan det derimod betragtes som en knapt så bevidst handling, men mere som drifter der styrer handling. Uanset motiv, så kan den insisterende tilgang, tolkes at have bio-psyko- social gevinst på seksualiteten. Jævnført med en undersøgelse om, hvad der gavner intimiteten, så påpeger Viola Polemeno netop, at fravær af seksuel intimitet ofte skaber vrede, bitterhed, foragt og en følelse at være ulykkelig og kan potentielt føre til separation eller skilsmisse. For mange par brolægges vejen til skilsmisse med kvindens faldende tilfredshed med parforholdet efter det første barn og i særdeleshed, hvis der tilmed mangler følelsesmæssig og seksuel intimitet (Polomeno 2013). Intimiteten kan derfor som tidligere nævnt betragtes som løftestang for seksualiteten hos førstegangsførelse. Ved at skabe tid og rum til hyggestunder, som F2 meget tydeligt lægger op til, kan det tænkes at kunne resultere i øget lyst til sex og resultere i en følelse af gensidig bekræftelse, til gavn for intimiteten og seksualiteten, sådan som de omtalte undersøgelser viser.

6. 4 KOMMUNIKATION OG SEKSUALITET

Begge par siger, at kommunikationen har en vigtig funktion, hvilket de i interviewet udtrykker at være meget bevidste om. Tages der udgangspunkt i den verbale kommunikation, kan Par 2 tale sammen om alt, også det seksuelle, men på den anden side fortæller M2, hvordan kommunikation anvendes som pressionsmiddel i konflikter. Hun siger, der kan gå dage *“hvor de ikke taler sammen”*. Men efter de har fået barn, er de blevet mere bevidste om, at dette ikke er en konstruktiv måde at løse problemer på, *“så må vi sætte os ud over det”* og de forsøger derfor at tale om tingene i stedet. De tilskriver også kommunikationen at have så stor betydning, at de ville søge professionel hjælp *“hvis det var helt fucked”* som F2 formulerer det.

Dette set ud fra en fænomenologisk og hermeneutisk tilgang, kan man antage, at Par 2 i en krisesituation, vil vælge at handle ud fra et ønske om at forstå hinanden. Altså, hvis alt går galt, så ønsker de at forstå hvorfor, med henblik på en forbedret kommunikation fremadrettet dem imellem. Dette handler nødvendigvis ikke om at forstå kommunikation som begreb, men om at forstå kommunikationen og hinanden indefra, ud fra egne individuelle ønsker. Forståelsen viser sig således have betydning for dem, hvilket som bekendt har en central rolle i den fænomenologiske og hermeneutiske betragtning ved, at den ikke pålægger en bestemt betydning ind over en forståelse, hvilket også understreger den individualitet det kommunikative også kan rumme (Jacobsen et al. 2015). Jævnføres dette med Aaron Antonovskys meststringsstrategi kan *“begribelighed”*, som netop handler om kognitiv forståelse af en situation, i kommunikativ betragtning ses have en afgørende rolle hos Par 2 (Antonovsky 2000).

Kommunikation kan anses ud fra en bred forståelsesramme, hvilket Par 1 med sine skildringer, gør sig mange tanker omkring. Par1 har altid talt meget om tingene uden, at *“man taler det hele ihjel”*. Humor beskrives også at spille en aktiv rolle i deres kommunikation. De har en stor bevidsthed om den, og er meget reflekterende om deres kommunikation som tilstræbes at være konstruktiv. De udtrykker, at de *“ikke ønsker at pege fingre af hinanden”*.

En udbredt teoretisk tankegang inden for kommunikation, handler om at forstå den bredt - som en transmission af information fra en afsender til en modtager, hvor der kommunikeres

med krop, sprog og stemme. Uden tanke om, at der i denne diskussion er plads til at indgå et analytisk perspektiv om specifik kommunikationsforståelse, skal der ikke herskes tvivl om, at de iagttagelser diskussionen fremhæver, skal understrege betydningen af kommunikationens forskellige formers påvirkning på parforholdet, også i forhold seksualiteten. Ud over det talte ord i interviewene, skaber og udveksler parrene en række betydninger som er underforstået, eller som kun fremgår indirekte af det de siger. Det betragtes som samtalsniveau - og kan derfor forstås som kommunikation der bevæger sig på det bio-psyko-sociale plan (Altrø et al. 2007).

Der er flere undersøgelser som viser, hvor vigtig kommunikationen er for parforholdet, særligt i overgangen fra parforhold til forældreskab. God kommunikation kan være en forebyggende faktor i forhold til faldende tilfredshed med parforholdet. De par som har en konstruktiv kommunikation, kan bruge den som aktivt redskab, i overgangen fra parforhold til forældreskab (Trillingsgaard et al. 2014). God og konstruktiv kommunikation samt udveksling af følelser, ømhed og omsorg for hinanden er essentielt for den oplevede kvalitet af parforholdet hos førstegangsførelse, hvilket dokumenteres i en kvalitativ samt stor kvantitativ undersøgelse (Ahlborg 2001) (Ahlborg et al. 2005). God kommunikation og kommunikative færdigheder gavner endvidere intimiteten hos førstegangsførelse og styrker deres parforhold (Polomeno 2013).

6. 5 DELKONKLUSION

Body image, intimitet og kommunikation er alle faktorer, som kan påvirke seksualiteten hos førstegangsforældre. Det giver derfor mening at opsummere for diskussionen indtil nu. Det forholder sig nemlig således at de tre identificerede faktorer alle spiller ind på seksualiteten. Diskussionen om den sundhedsprofessionelles rolle kommer i følgende afsnit.

Ikke alene fremgår det af de to interviews i undersøgelsen, men også af den veldokumenterede litteratur og forskning der er på området. De 3 identificerede faktorer repræsenterer således vigtige dele af den bio-psyko-sociale dimension af seksualiteten. De fysiske forandringer kvinderne oplever i perioden under graviditeten og efter fødslen i form af ændret body image, hvilket tydeligt påvirker den psykiske trivsel, hvor intimiteten viser sig truet. I sidste ende påvirker disse dimensioner den sociale interaktion og resulterer i en ændret eller endda dårlig kommunikation parterne imellem.

Med andre ord, er sammenhængen mellem disse identificerede faktorer i en evig vekselvirkning med hinanden, som viser sig have stor betydning og indvirkning på seksualiteten hos førstegangsforældre. Spørgsmålet er så, hvordan parrene oplever den sundhedsprofessionelle i denne sårbare periode de står midt i, og som ikke mindst udfordrer dem på seksualiteten.

Dette vil belyses i følgende afsnit.

6. 6 OPLEVELSEN AF DEN SUNDHEDSPROFESSIONELLES ROLLE

Det kan være vanskeligt at diskutere og argumentere på vegne af andres oplevelser. Det gør sig også gældende her, eftersom det helt og holdent er forældrenes egne personlige beretninger og opfattelser som kommer til udtryk.

Når det så er sagt, så er interviewenes beskrivelser vidner om interaktioner og sociale normer. Det kan give en idé om, hvad der sker og opleves i den givne tekst og kontekst.

For begge par gælder, at den sundhedsprofessionelle har haft en ret så begrænset rolle i forhold til seksualiteten. Par 1 beretter om, at jordemoderen kun har talt med dem om sex i forbindelse med det første konsultationsbesøg, da M1 var 15 uger henne i graviditeten. Egen læge og de to sundhedsplejersker, som Par 1 har haft besøg af, har også kun nævnt det en enkelt gang umiddelbart efter fødslen. M1 siger: *“Jeg tror, de havde et stykke papir, hvor der*

stod, det skulle de huske at nævne"... "Hun spurgte altså bare hurtigt ind til det...og der var jeg nok også bare sådan..... det parkerede jeg lige.....ja" Seksualiteten bliver således kun hurtigt nævnt, men ikke fulgt op på, eller på anden vis anvendt aktivt i samtalen.

Denne lille seance er et godt eksempel på en interaktion. Kunsten er at kende betydningen af interaktionen, for at kunne tolke på M1s oplevelse af den sundhedsprofessionelle. Med et analytisk blik, er det afgørende, hvordan modtageren behandler en given ytring. M2 reagerer ved at "parkere" budskabet (Steensig 2015).

Ved at iagttage og betragte hvordan mennesker agerer under en interaktion, er det en ret direkte adgang til sociale normer. Meget oplagt, bør sådan en iagttagelse derfor lægge op til og lede til en sundhedsfremmende eller forebyggende foranstaltning fra den sundhedsprofessionelles side. Men det kommer ikke til udtryk i fortællingen. Interaktionen bærer præg af et komplekst, tabubelagt og svært emne at tale om.

Par 2 kan ikke erindre, at seksualitet er blevet nævnt hverken af egen læge, jordemoder eller sundhedsplejerske. Det eneste M2 kan komme i tanke om er, at hun har talt om prævention og knibeøvelser med sin egen læge. Hun siger, at hun dog gerne ville have været bedre forberedt, især på de fysiske udfordringer graviditeten har haft med sig. Jordemoderen bliver her specifikt nævnt som en oplagt sundhedsprofessionel, der gerne måtte spille en større rolle. Det må betragtes som et direkte ønske om dialog vedrørende seksualitet.

Begge par er helt enige om, at det er den sundhedsprofessionelle, der skal tage initiativet til samtale om seksualitet. De siger *"der et ømtåleligt emne"*, *"grænseoverskridende at snakke om"* og *"for nogle mødre kan det være lidt tabu eller sådan noget"* eller *"det er nemmere for mødrene, hvis der er en der ligesom åbner lidt op for det, og så begynder at snakke om det, hvor det kan være svært måske selv at spørge om nogle ting"*. Disse udtalelser antyder klart, at seksualiteten er et svært emne at tale om. Den sociale interaktion her vidner ligeledes klart om et tabubelagt emne, som kan gå begge veje og således kan betragtes at være både et enkelt og tovejstabu (Graugaard et al. 2016) (Steensig 2015).

Fælles for begge par er, at de beskriver seancer med parterapeuter, hvor de har deltaget i henholdsvis hos "Familieiværksætterne" og i forbindelse med jordemødrenes fødselsforberedende kurser. De beskriver det med udtalelser som, det var *"klart den dårligste*

gang” eller “det fungerede dårligt og vi fik ikke noget ud af det” og “det var mærkelige/underlige opgaver”.

Det er tankevækkende, at begge par uafhængige af hinanden, tilnærmelsesvis beskriver samme oplevelse af parterapeuterne. Hensigten med tiltaget var ellers tiltænkt som konkret inspiration, i forhold til samliv og parforhold i overgangen fra parforhold til forældreskab. Det er tankevækkende, at begge beretninger er så slående ens, på trods af at de udspiller sig i så vidt forskelligt geografisk regi.

Hvad den dårlige oplevelse skyldes, kan ikke umiddelbart forklares konkret, men kan det handle om dårlig timing?

Trillingsgaard udtrykker, at timing for indsatser er afgørende - hun siger: *“det mest oplagte tidspunkt at sætte ind samtidig er det værste. Eller sagt mindre kryptisk: når motivationen for at møde op til et kommunikationskursus er størst, er lydhørheden tilsyneladende også mindst”*

Det må siges at være en ret nedslående erkendelse, set ud fra et sundhedsfagligt forebyggende perspektiv, men samtidig en oplagt anledning til at sætte ind enten på et eventuelt langt tidligere tidspunkt, eller måske snarere et senere tidspunkt efter fødslen, når parret begynder at få mere overskud til sig selv og hinanden igen (Polomeno 2013) (Trillingsgaard et al. 2014) (Jordemoderforeningen 2012).

En anden vinkel, kunne også her handle om de sociale interaktioner der opstår, her i fællesskab med andre kommende forældre, hvor det at skulle deltage i andres forældres liv ligger implicit i konceptet. At indtræde i en anden social kontekst end den man er vant til at færdes i, kræver overskud og energi. For nogle kan det både være krævende og endda nedbrydende, at skulle indgå i et så tæt socialt samspil med andre fremmede mennesker, som et forældrekursus kan være – og endda i en periode af livet som i forvejen viser sig kan have gennemgribende udfordringer (Hastrup 2015). Man må dog formode, at ingen medvirker imod deres egen fri vilje, eller er med, uden på forhånd at vide, hvad de er gået ind til. Det henleder til den afgørende faktor en tydelig og klar dagsorden er.

Par 1 har været meget tilfredse med forløbet hos jordemoderen, og fremhæver hendes tydelige dagsorden for hver enkelt konsultationsbesøg. De siger, *“de vidste på forhånd hvad de kunne forvente”*. Par 1 fremhæver, at det er vigtigt at blive adviseret på forhånd, når der skal tales om seksualitet - for derved at kunne gøre sig nogle tanker om, eller have tid til at

tænke på eventuelle spørgsmål, man ønsker svar på. F1 siger at seksualitet er *“svært sådan lige at blive spurgt ind til”*.

Som tidligere nævnt, kan følelsen af sammenhæng i livet, være en afgørende raskhedsfaktor. Mestringsfaktoren, “forudsigelighed” kan derfor spille en afgørende rolle i den personlige trivsel – hvilket en klar dagsorden kan bidrage med. (Antonovsky 2000)

Par 1 kommer verbalt med flest input til den sundhedsprofessionelles konkrete rolle i forhold til seksualiteten hos førstegangsforældre. De siger, at det mest optimale tidspunkt at tale om seksualitet før fødslen, er i 2. trimester og at det derfor mest er oplagt at være en opgave for jordemoderen. M1 er stor tilhænger af at tale med jordemoderen om seksualitet før fødslen, eftersom det var hende hun havde *“det gode forhold til”*.

Par 1 nævner endvidere, seksualitet som et tema der er *“mega relevant”* i de forældreforberedende kurser. Det kræver som sagt, at parret kan gøre sig nogle forberedende tanker på forhånd, og at de bliver præsenteret for nogle helt generelle *“ting”* i forhold til seksualitet og forældreskab, som de i deres tanker kan være forberede sig på. De nævner også film som en informationskilde, eller et foredrag med andre førstegangsforældre, som de kan dele deres erfaringer og udfordringerne med, og hvordan de håndteres.

Forventninger og afstemning af samme beskrives af Par1 at have stor betydning for deres relation. M1 tilskriver forventningsafstemning til at have positivt indflydelse på parforholdet og antyder omvendt, at manglende forventningsafstemning kan være årsag til at mange parforhold går i stykker 1½-2 år efter, de er blevet forældre. F1 siger: *“Jeg tænker, det kunne være rigtig fedt at få skrevet nogle ting ned inden inde i graviditeten, som man måske kunne vende tilbage til. Måske forventningsafstemningen at man kunne få dem skrevet ned”*.

At afstemme og dele forventninger med hinanden er en del af det intime liv, og indgår i det Polomeno anbefaler i forhold til konflikthåndtering og som redskab til at øge intimitet i parforholdet. De forventningsafstemmende anbefalinger omfatter blandt andet at dele erfaringer med andre par, - at se film om relevante emner, samt at udarbejde en intimitetsplan under graviditeten, som parret til enhver tid kan genforhandle når der opstår

ændringer i parforholdet (Polomeno 2013) (Polomeno 2014). Dette er faktisk meget tilsvarende det som Par 1 foreslår, men også i tråd med det før udskældte tiltag med parterapeuterne i de to kommuner.

Efter fødslen har fædrene og mødrene forskellige synspunkter om, hvilken professionel faggruppe der er bedst egnet til at tale seksualitet med. Fædrene mener, at sundhedsplejersken er mest oplagt, da hun *"jo kommer på besøg"*. Fædrene er dog enige om, at det ikke må være på bekostning af barnet. F1 siger: *"hvis der er ressourcer til det"* og F2 siger, at *"man ikke skal trække tid fra ungen"*. Derimod er mødrene noget forbeholdne ved at skulle tale seksualitet med sundhedsplejersken. M1 siger: *"jeg kan se en faldgrube i det, da jeg oplever, at rigtig mange er skeptiske over for deres sundhedsplejerske, at hun har en lidt udskældt rolle"* M1 beskriver, at der i forvejen ligger en vurdering i sundhedsplejerskens professionelle rolle, hvor især mødrene oplever at være bange for at *"gøre et eller andet forkert.....og så skal vi lige høre...nå! du præsterer heller ikke i forhold til din seksualitet"*.

Denne udtalelse giver stof til eftertanke. For hvad er grunden til, at M1 oplever en vurdering fra sundhedsplejersken? implicit af moderskabet? og hvordan kan det være, at hun føler en form for præstationsangst i forhold til seksualitet? Dette vil fortsat være et åbent spørgsmål, men noget den professionelle bør forholde sig selvkritisk til.

Ved nærmere overvejelser og senere i interviewet siger mødrene, at det *"faktisk kan være sundhedsplejersken"* som de kan tale seksualitet med efter fødslen - *"eftersom det er hende der kommer i hjemmet"*. Som det blev nævnt indledningsvis, skal en samtale altid betragtes som en aktiv interaktion mellem de medvirkende personer i interviewet. Set fra interaktionens perspektiv skal man ikke underkende det ubevidste pres, mødrene måske oplever ved at stå overfor en sundhedsplejerske, der er masterstuderende i sexologi, hvor de tilmed selv spiller en afgørende rolle for undersøgelsen - det bør tages med i betragtning, når mødrene i sidste ende nævner sundhedsplejersken som en sundhedsprofessionel at drøfte seksualitet med.

Et interview vil nemlig altid lede frem til nogle svar der helt naturligt er baseret på den sociale kontekst der finder sted i. Forældrene spiller her en konkret afgørende rolle for

undersøgelsen. Måske er der tale om, at forældrene står i et dilemma, hvor det kan være svært at trække en grænse for hvor langt de vil gå i projektet, samtidigt med at være grebet af en stemning om, at være i en slags partnerskab med interviewer, som er til større gavn for samtalen end hensigten egentlig var.

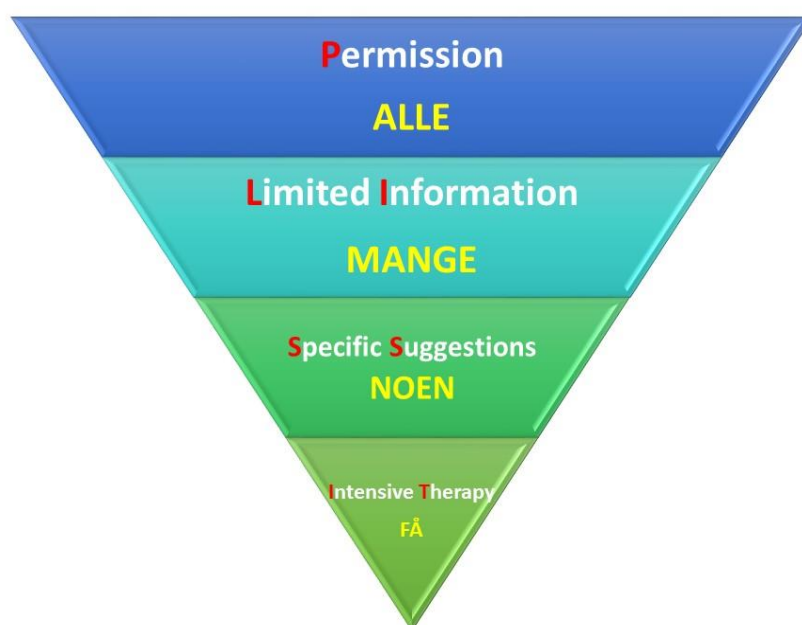
Interviewene giver et tydeligt signal om, at seksualitet er et svært emne at tage hul på i dialogen. Som tidligere vist ønsker forældrene, at det er den sundhedsprofessionelle, der skal tage initiativet.

Det er derfor vigtigt, at den sundhedsprofessionelle tager ansvar for dialogen, og bryder tavsheden om dette “ømtålelige” tovejstabu og tager initiativ til samtalen om seksualiteten.

M1 mener, det er vigtigt, at den sundhedsprofessionelle er en som man “connecter” med og kan relatere til og som kan sætte sig ind i parrets sted med en fornemmelse for, hvor langt man kan gå ind i samtalen.

PLISSIT-modellen udviklet af Jack Annon vil være oplagte redskab her.

FIGUR 4 – PLISSIT-MODELLEN



Omsat til praksis, kan forældrenes oplevelser af den sundhedsprofessionelle således oplagt invitere til samtale og bidrage til at nedbryde “seksualiteten” som tabu. Med udgangspunkt i PLISSIT modellen kan der ved generaliserende vendinger, indledes til åben samtale, om de udfordringer, som mange førstegangsforældre oplever (Permission). Med udgangspunkt i Par 1 og Par 2, er seksualiteten et svært emne at tale spontant om, uden de har fået mulighed for

at forberede sig på forhånd. Den sundhedsprofessionelle kan derfor lægge op til, at parret får tid til at forberede sig, hvor emnet igen tages op næste gang de mødes (Limited Information). Såfremt parret oplever problemer eller udfordringer, er det den sundhedsprofessionelles ansvar at komme med forslag til, hvordan parret kan håndtere udfordringerne og identificere behovet for at iværksætte en behandling (Specific Suggestions). Såfremt der er behov for samtaleterapi kan den sundhedsprofessionelle tilbyde dette under forudsætning af vedkommende har de rette kompetencer, eller henvise til andre relevante faggrupper (Intensive Therapy) (Graugaard et al. 2006) (Skogerbø 2013).

En vigtig pointe som begge fædre i interviewet fremhæver er, at den sundhedsprofessionelle har erfaring med og kendskab til det at blive forældre, og dermed de seksuelle udfordringer det kan have med sig. Den professionelles profession beskrives imidlertid ikke som afgørende, men F1 understreger *“og så synes jeg, øhhhhh, nu gentager jeg mig selv men, at det er enormt vigtigt, at det ikke er en sexolog eller en parterapeut som kun kan nogle generelle ting....det er vigtigt, det ikke er sådan en person....men en person som har nogle af sundhedsplejerskens kompetencer og som ved noget om at være førstegangsforældre”*, hvorfor det i mødet med forældrene også ligger en forventning om indlevelse og forståelse i deres livsverden.

I kommunikationen er den professionelle en aktiv medspiller i dialogen, hvor begge parter påvirker relationen i samspil med hinanden. Relationens dynamik spiller en afgørende rolle i kommunikationen - hvor tillid og åbenhed er en nødvendighed for et vellykket møde. Det kræver, at den professionelle er i stand til at lytte, fortolke og forstå på en måde som giver oplevelse af mening og sammenhæng hos begge parter.

Ud over at den professionelle skal kende den situation forældrene står i, så gavner det relationen og mødet, at den professionelle også kender forældrene som personer. I tråd med den fænomenologisk tilgang, skal den professionelle således kunne *“lytte med det tredje øre”*. Det tilskriver en evne til at kunne spørge, undersøge, observere og inviterer til, at de aktivt reflekterer over deres egen situation, ud fra den grundholdning om at forældrene bedst kender løsningen selv.

Forældrenes oplevelser af dem selv og deres livsverden, er det centrale i kommunikationen, og dem der er i fokus i dialogen med den professionelle. Relationens dynamik består således i

at den professionelle opfanger de fine nuancer, både i det der bliver sagt, såvel også det usagte i kommunikationen (Møhl 2015).

Den pågældende professionelle der konkret bliver nævnt af F1, er i kraft af sin profession i tæt relation med førstegangsførældre i deres hjem. Den professionelles ofte mange års erfaringsgrundlag, kan betragtes som klassisk feltarbejde foretaget ved interview eller snarere som samtaler af uformelle konversationer med den konkrete målgruppe i feltet. Den professionelle har fået mulighed for at observere og være sammen med forældrene, og kan med sine konversationer med dem, ofte sammenlagt kigge tilbage på mange timers og dages besøg, som efterhånden har formet sig som livshistoriske fortællinger (Tanggaard et al. 2015).

Ud fra en hermeneutisk forståelse, vil den professionelle netop i kraft af sine erfaringer og kendskab til forældrene, kunne danne sig nogle tanker om, hvordan forældrenes dynamiske verden hænger sammen. For et vellykket møde med forældrene, må den professionelle således med sin forforståelse - eller spontane ideer, aktivt og systematisk undersøge disse ideer - hvilket sker gennem empatisk udspørgen, lytten og teoretisk refleksion - hvilket igen danner grundlag for en ny og mere sofistikeret forståelse af forældrene (Møhl 2015).

7. KONKLUSION

Med udgangspunkt i masterafhandlingens forskningsspørgsmål:

Hvilke faktorer kan påvirke seksualiteten i overgangen fra parforhold til forældreskab hos førstegangsførældre, og hvordan oplever parret den sundhedsprofessionelles rolle i denne proces?

Via interviews har informanterne givet deres bud på, hvorledes seksualiteten påvirkes i overgangen fra parforhold til forældreskab.

De faktorer som er blevet identificerede hos informanterne i interviewene er: **body image**, **intimitet** og **kommunikation**. Mødrene i denne undersøgelse fremhæver, at den ændrede krop efter graviditet og fødsel - body image, var den største og sværeste udfordring.

Det viser sig, at der i forskningslitteraturen er dokumentation for, at body image, intimitet og kommunikation spiller en afgørende rolle i forhold til seksualiteten, når man bliver forældre, hvilket også bekræftes i interviewene.

Body image intimitet og kommunikation hænger sammen i en indbyrdes vekselvirkning i forhold til seksualiteten og kan påvirke denne positivt såvel negativt.

Denne forholdsvis lille undersøgelse viser, at den sundhedsprofessionelle med fordel kan målrette en sundhedsfremmende eller forebyggende indsats med fokus på de 3 faktorer i forhold til seksualiteten hos førstegangsforældre.

Set ud fra parrenes beskrivelser af deres oplevelser af den sundhedsprofessionelle, så er faktum, at den sundhedsprofessionelle spiller en ret begrænset rolle i forhold til seksualiteten i denne undersøgelse.

Seksualiteten som emne, bliver kun nævnt nogle få gange, men den sundhedsprofessionelle har ikke anvendt seksualiteten aktivt i dialogen med parret.

Gennem interviewene udtrykkes ønsker om, at den sundhedsprofessionelle skal:

- Tage initiativ til drøftelse af seksualitet
- Forberede parret til samtale om seksualitet
- Tage udgangspunkt i parret og deres behov
- Forberede kvinderne på kropslige forandringer før og efter fødslen
- Være fagligt kompetent og vide hvad det vil sige at blive forældre første gang
- Være en person parret kan relatere til
- Være en person som kender forældrenes hverdag og udfordringer

Spørgsmålet er, om den sundhedsprofessionelle med en aktiv indsats med fokus på seksualiteten kan forebygge sammenbrud og skilsmisse i familierne. Teoretisk set er der noget, som tyder på det. Hvis man tager udgangspunkt i det forskningsmateriale, som anvendes i diskussionen af data i denne kvalitative undersøgelse, så peger det i den retning. Seksualiteten har stor betydning for mennesker i alle aldre og førstegangsforældre er ingen undtagelse. Når førstegangsforældre forberedes på de udfordringer, der kan forventes i seksualiteten, i perioden før og efter fødslen, (Jævnfør de ovennævnte punkter) så skabes der forudsætninger for, at de kan lykkes som par og som forældre med seksualiteten i god behold og dermed forebygges sammenbrud og skilsmisse i familien.

8. UNDERSØGELSENS STYRKER OG SVAGHEDER

Denne kvalitative undersøgelse der bygger på semistruktureret interview som metode, har med sine målrettede spørgsmål, give mulighed for at komme tæt på informanternes liv. Metode har givet indsigt og viden i forældrenes erfaringer, holdninger og følelser. Den har lagt op til en så autentisk belysning af deres verden som muligt. Styrken har derfor også været, at den har givet dybde i fortællingerne, og i denne undersøgelse – givet et detaljeret billede af seksualiteten hos lige præcis de medvirkende forældre.

Selv om dette er en forholdsvis lille undersøgelsen, er der opnået en vis form for informationsmætning, da resultaterne viser sig ligge tæt op ad hinanden. Der kan dog ikke drages nogen konklusion på vegne af førstegangsforældre generelt som gruppe.

Styrken kan derfor også betragtes som at være en af undersøgelsens svagheder. Det er tale om et meget lille studiefelt, som kun er gældende for de to forældrepar i undersøgelsen. Men undersøgelsens metode har til gengæld gjort det muligt, at belyse et meget præcist billede af et studiefelt, som oplagt lægger op til yderligere undersøgelser.

Tidsperspektivet har til dels været en begrænsende faktor for undersøgelsen, da interview generelt som metode kan betragtes som en håndværksmæssig tilgang, der kræver øvelse for at komme helt i dybden med. Det er en krævende metodisk tilgang, som bedst læres ved øvelse over tid. Tidsperspektivet for masterprojektet har derfor været en udfordring.

Den specifikke fremgangsmåde undersøgelsen har haft, har både vis sine fordele såvel ulemper. Interviewguiden lagde klart en tilpas stringent linje hen over den ellers så løse struktur et hjemmebesøg kan have, hvilket både har været positivt som negativt. Positivt set, var guiden med til at skabe en god struktur igennem hele interviewet hvilket forhindrede at samtalen gik i en uventede retning. Dermed blev alle spørgsmål tilnærmelsesvis besvaret. Den var endvidere med til at skabe en åben og gennemsigtighed, hvilke så ud til at skabe fortrolighed og en god atmosfære i interviewet. Omvendt kan det tænkes, at noget vigtig kan være gået tabt, da der typisk vil være dele i samtalen og den nonverbale kommunikation der bliver overset eller ignoreret, netop på grund den stringente stil.

Om det har været en fordel eller svaghed for undersøgelsen at parrene er blevet interviewede sammen som par, kan man kun gisne om. En uvis faktor er det også om, hvilken betydning der har haft at interviewerne har lavet hver deres interview med henholdsvis Par 1 og Par 2, og ikke været fælles om begge interview.

Man må håbe at siden parrene frivilligt har stillet op til interview, er et udtryk om at de har følt sig fortrolige med at tale om seksualitet i hinandens tilstedeværelse, og ikke har lagt bånd på hverken sig selv eller hinanden. At interviewerne har udført hvert deres interview, kan der også være en svaghed ved, netop fordi interviewene selvklart får deres helt egen stil og præg der kan aflede til vidt forskellige resultater.

Undersøgelsen kunne også have taget udgangspunkt i interview med dem alle 4 i en samlet gruppe, hvilket overvejelserne blandt andet fra interviewernes side gik på, at det har været mindre intimiderende og sårbart for forældrene at interviewe dem hver for sig, det må stå i det uvisse (Tanggaard et al. 2015).

Fakta er dog at undersøgelsen viser et ret så entydigt billede af, hvilke faktorer som påvirker seksualiteten hos forældrene i overgangen fra parforhold til forældreskab og hvorledes de har oplevet den sundhedsprofessionelle i den proces.

Det må siges at være fuldt tilfredsstillende for et forholdsvis lille studie som dette.

9. PERSPEKTIVERING

Seksualiteten udvikles, udfordres og forandres gennem hele livet, i forhold til menneskers livssituation, tid og sted. Denne undersøgelse har stillet skarpt fokus på seksualitetens foranderlighed i en helt specifik periode, hvilket tydeligt har vist sig at have sine særlige udfordringer.

I henhold til vores forskningsspørgsmål, har den sundhedsprofessionelles rolle fået en særlig bevågenhed i undersøgelsen, hvilket lægger op til refleksion og kritisk stillingtagen. Set ud fra et sundhedsprofessionelt perspektiv kan man spørge. Er vi på rette vej?

Der kan argumenteres for, at resultaterne af denne undersøgelse danner grundlag for, at skride endnu mere ind – både med sundhedsfremmende og forebyggende interventioner. Eftersom denne kvalitative undersøgelse er et lille studie, kan der som før nævnt ikke drages nogle konklusioner samlet set for gruppen førstegangsførelse. Til gengæld vil denne undersøgelse kunne danne grundlag for et større kvantitativt format, som så kunne give et bredere og mere præcist billede af seksualiteten hos førstegangsførelse og den sundhedsprofessionelles rolle. En sådan undersøgelse vil kunne danne grundlag for integrering og forbedring af praksis.

Indenfor de seneste år, har man fra kommunernes side intensiveret den familiemæssige indsats, med særligt fokus på et helhedsorienteret perspektiv på familiens trivsel. Dette er utvivlsomt en udvikling i den rigtige retning, som kan have stor positiv samfundsmæssig virkning. Dog synes en målrettet indsats på seksualiteten at halte bagud, hvilket er uheldigt, da netop seksualiteten er så tæt forbundet med de udfordringer, der særligt for førstegangsførelse, kan føre til sammenbrud og skilsmisser. Det bør derfor være en samfundsmæssig og politisk prioritet, at afsætte flere ressourcer til en mere specialiseret indsats på seksualitetens vilkår i familielivet. Men hvordan skal indsatsen gribes an?

Som det fremgår af vores undersøgelse, kræves det at den sundhedsprofessionelle klædes ordentligt på til at turde berøre dette, ofte ømtålelige og tabubelagte, emne, og samtidig stilles stærkere rent fagligt. Såfremt vi i fremtiden ser flere fagfolk som tilegner sig specialiseret viden, bidrager til ny forskning og puster liv i debatten omkring seksuel sundhed, kan vi danne grundlag for effektivt at kunne skride ind med de målrettede indsatser.

10. EFTERORD

Vi vil gerne bringe en særlig tak til Viola Polomeno, Lektor, Faculty of Health Sciences, University of Ottawa, som foruden alle de undersøgelser og artikler hun har publiceret, har leveret sparring og inspiration til os via mails og Skype-samtaler.

10. LITTERATURLISTE

- Aarestrup, A. et al. 2010, Seksuel sundhed – den gode kommunale model, Sund By Netværket, København S, pp. 17-23.
- Ahlborg, T. et al. 2001, "The baby was the focus of attention – first-time parents' experience of their intimate relationship", Nordic College of Caring Sciences, no. 15, pp. 318-325.
- Ahlborg, T. et al. 2005, "Quality of Intimate and Sexual Relationship in First-Time Parents Six Months After Delivery", The Journal of Sex Research, vol. 42, no. 2, pp. 167-174.
- Alrø, H., Kristiansen, M. 2007, Et dialogisk perspektiv, I Perspektiver på kommunikation i sundhedsfaglige professioner, Nielsen, M. S., Rom, G., (red), Munksgaard Danmark, København, pp. 201-254.
- Antonovsky, A. 2000, Helbredets mysterium, Hans Reitzels Forlag, København.
- Bancroft, J. 2009, Human sexuality and its problems, Elsevier, Edinburg, pp. 303-313
- Brinkmann, S. 2015, Etik i en kvalitativ verden, I Kvalitative Metoder, Brinkmann, S., Tanggaard, L., Hans Reitzels Forlag, København, pp. 463-479.
- Børns vilkår, Available:
<https://bornsvilkar.dk/fokus/skilsmisses-fortaellinger/om-foraeldre-der-skaendes>
[2017, 23-04-2017]
- Cash, T. F., 2008, The Body Image Workbook - An Eight-Step Program for Learning to Like Your Looks, Oakland CA: New Harbinger Publications, Inc. pp. 1
- Cullberg, J. 2007, Krise og udvikling, Hans Reitzels Forlag, København, pp. 18-28
- Danmarks statistik, Available:
<http://www.dst.dk/da/Statistik/emner/befolkning-og-valg/vielser-og-skilsmisser/skilsmisser>
[2017, 23-04-2017]
- Forsknings- og Innovationsstyrelsen, Available:
<http://ufm.dk/forskning-og-innovation/indsatsomrader>
(2017, 24-04-2014)
- Giddens, A. 1999, Intimitetens forandring seksualitet, kærlighed og erotik i det moderne samfund, Hans Reitzels Forlag, København, pp. 26-43.
- Graugaard, C., Møhl, B. & Hertoft, P. 2006, i Kap. 1, Krop, sygdom og seksualitet, Hans Reitzels Forlag, København, pp. 9-35.
- Graugaard, C., Pedersen, L. B. & Frisch, M. 2012, "Seksualitet og sundhed", Vidensråd for forebyggelse, Trygfonden og Lægeforeningen, København Ø, pp. 5-59.

Graugaard C. 2013, Seksualitet og intimitet, I Kræft – senfølger og rehabilitering, Johansen C (red.), Hans Reitzels Forlag, København, pp.389-401.

Hastrup, K., 2015, Feltarbejde, I Kvalitative Metoder, Brinkmann, S., Tanggaard, L., Hans Reitzels Forlag, København, pp. 55-80.

Iversen, H., Gimbel, H. 2006 Kap. 18, Gynækologi, fødsel og seksualitet, I: Krop, sygdom & seksualitet, Graugaard, C., Hertoft, P., & Møhl, B. Hans Reitzels Forlag, København, pp. 313-326. (Møhl s. 145).

Jacobsen, B., Tanggaard, L. & Brinkmann, S. 2015, Fænomenologi, I Kvalitative Metoder, Brinkmann, S., Tanggaard, L., Hans Reitzels Forlag, København, pp. 217-239.

Jordemoderforeningen, 2012, "Overgang med udfordringer", Tidsskrift for Jordemødre, no. 7/8.

Møhl, B., 2015, kap. 17 Psykoterapeutisk Behandling af seksuelle dysfunktioner - samlivsterapi, I Moderne Psykoterapi. Teori og Metoder, Hans Reitzel, København pp. 427-447.

Olsson, A. et al. 2005, "Women's thoughts about sexual life after childbirth: focus group discussions with women after childbirth", Nordic Collage of Caring Sciences, no. 19, pp. 381-387.

Olsson, A. et al. 2009, "Fatherhood in focus, Sexual activity can wait: new fathers' experience about sexual life after childbirth", Scandinavian Journal of Caring Science, no. 24, pp. 716-725.

Polomeno, v. 1999, "Sex and Babies: Pregnant Couples' Postnatal Sexual Concerns" The Journal of Perinatal Education Vol. 8. No. 4. pp. 9-18.

Polomeno, V. 2013, "A Couples Approach to the Teaching of Conjugal Intimacy during the Transition to Parenthood", International Journal of Childbirth Education, vol. 28, no. 2, pp. 35-40.

Polomeno, v., 2014, "The Teaching of Conjugal Vulnerability during the Transition to Parenthood", International Journal of Childbirth Education, Volume 29, Number 1. pp. 78-85.

Schmidt, G. 1996, Hvad skete der med seksualiteten? Refleksioner over sex og afseksualisering, Hans Reitzels forlag, København.

Skogerbø, Åshild., 2013, Kap. 7, Samtale om seksualitet, I Professionel Kontakt i samtalebehandling, Iversen, t., Rosenberg, N., K. København pp. 136-158.

Steensig, J., 2015, Konversationsanalyse, I Kvalitative Metoder, Brinkmann, S., Tanggaard, L. Hans Reitzels Forlag, København, pp. 321-347.

Sundhedsstyrelsen, 2012, Forebyggelsespakke Seksuel Sundhed, København.

Tanggaard, L., Brinkmann, S., 2015, Interviewet: Samtalen som forskningsmetode, I Kvalitative Metoder, Hans Reitzels Forlag, København, pp. 29-53.

Trillingsgaard, T. et al. 2014, "Predictors of Change in Relationship Satisfaction during Transition to Parenthood", Family Relations Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies, no 63, pp. 667-679.

Von Sydow, K. 2006, "Pregnancy, childbirth and the postpartum period" in Women's sexual function and dysfunction", Goldstein I, Meston CM, Davis SR m. fl. Taylor & Francis, London and New York, pp. 281-289