



af Rob Greebon

TABET AF ET BARN, SEKSUALITET OG DEN SUNDHEDSPROFESSIONELLES ROLLE

- et kvalitativt studie af seksualiteten hos par der mister et barn under graviditeten og deres oplevelse af, hvordan sundhedsprofessionelle håndterer dette.



AALBORG UNIVERSITY
DENMARK

Masterafhandling ved Masteruddannelsen i Sexologi, Aalborg Universitet

Forfatter: Camilla Kümmel Gade

Studienummer: 2017 1033

Vejleder: Birgitte Schantz Laursen

Afleveringsdato: 7. Maj 2019

Anslag: 113.880

Indholdsfortegnelse

Resumé

Abstract

1. Indledning.....	1
1.2 Initierende problem.....	1
2. Problemanalyse.....	2
2.1 Seksualiteten før og nu.....	2
2.2 Seksuel sundhed.....	3
2.3 Når graviditet ender i tabet af forældreskab.....	5
2.4 Sorg.....	7
2.5 Seksualitet, intimitet og nærhed under sorg.....	8
2.6 Sammenfatning.....	10
3. Formål og problemformulering.....	10
4. Metode.....	11
4.1 Praktisk fremgangsmåde.....	11
4.2 Interview som metode.....	12
4.3 Etiske overvejelser.....	14
4.4 Transskribering og meningskondensering.....	14
4.5 Litteratursøgning.....	16
5. Præsentation af de empiriske fund.....	19
5.1 Lyst og intimitet.....	19
5.2 Kommunikation og meningsfuldhed.....	25
5.3 Sorgen og angsten for at miste.....	28
5.4 Oplevelsen af den sundhedsprofessionelle.....	31
6. Diskussionsafsnit.....	33
6.1 Seksualitet og lysten til hinanden.....	33
6.2 Nære relationer og god kommunikation fodrer god intimitet.....	36
6.3 At finde en mening.....	39
6.4 Den sundhedsprofessionelle.....	42
6.5 Nye perspektiver.....	45
7. Konklusion.....	46

8. Styrker og svagheder ved afhandlingen.....	47
9. Perspektivering.....	48
10. Efterord.....	49
11. Litteraturliste.....	50
12. Bilag.....	53
Bilag 1: Semistruktureret interviewguide.....	53
Bilag 2: Informationsbrev.....	59
Bilag 3: Samtykkeerklæring.....	61
Bilag 4: Søgeprotokol.....	62

Resumé

Denne masterafhandling er et studie af, hvordan seksualiteten påvirkes hos par, der mister et barn under graviditeten samt en analyse af, hvordan sundhedsprofessionelle italesætter og håndterer dette.

Mange par kan have en oplevelse af at stå alene efter et tab, og for nogle kan det være svært at prioritere parforholdet og det seksuelle samliv, når sorgen indtager hverdagen.

Med det kvalitative forskningsinterview undersøges det, om faktorer som intimitet og nære relationer kan påvirke seksualiteten og dermed have en betydning for det seksuelle samliv og mestringen af tabet. Herudover har afhandlingen fokus på, hvorledes den sundhedsprofessionelle bedst muligt kan tale med parret om seksualitet og de udfordringer, der kan opstå efter et tab.

Konklusionen på afhandlingen blev, at der kun kortvarigt ses en nedgang i seksualiteten til hinanden. Herudover konkluderer afhandlingen, at det betyder meget for kvindens mestring, at hun oplever, at hendes sorg samt hendes ønske om intimitet og nærhed imødekommes af hendes partner.

Tætte og nære relationer med partneren, venner eller familie spiller, især for kvinder, en stor rolle i, hvorledes de mestrer det at miste et barn. Denne mestring har en vigtig betydning for, hvorledes parrets parforhold og det seksuelle samliv fremadrettet bliver.

I de tilfælde hvor den sundhedsprofessionelle tør at bryde tabuet og bringe seksualiteten på banen, og have fokus på kompleksiteten heraf, da åbnes der op for et større fokus på den seksuelle sundhed hos par, der har mistet et barn.

Abstract

This master thesis is a study on how couple's sexuality is affected after the loss of a child during pregnancy and a study on how healthcare professionals articulates and handles this situation. After the loss of a child, couple's are often found left with a feeling of being on their own. It can be difficult to make their relationship as well as their sexual life a priority when grief takes over everyday life.

Through qualitative interview as research method this master thesis is exploring factors like intimacy and close relations and how they affect sexual desire.

Furthermore the master thesis is analyzing how healthcare professionals can advice couples on how to deal with the sexual difficulties entering after the loss of a child with the best possible affect.

The conclusion of the master thesis is, that the lack of sexual desire is only momentarily. It is important for women to feel that her grief and her need for mental and physical intimacy is accommodated by her partner. Close and meaningful relations with family and friends are important for the woman's ability to deal with her grief. How her needs are met will affect the couple's future sexual life.

Healthcare professionals must be trained and educated in a way so that they dare to bring sexuality into the conversation.

1. Indledning

“Når vi alle bliver mødre” (1) - sådan lyder titlen på bare én af de mange bøger, som er skrevet om det at blive mor. Det er selvfølgelig ikke alle, som vælger forældreskabet til, men for den gruppe af par, som gør, og som brændende ønsker at stifte en familie sammen er deres største ønske, at barnet er sundt og raskt. Men desværre sker det ind imellem, at gravide og dermed parret som venter sig må tage en svær beslutning om at afbryde svangerskabet, da fostret lider af alvorlige kromosomfejl eller misdannelser.

1.1 Initierende undren

Parret som mister et barn under graviditeten - det er disse par, som denne masterafhandling vil have sit fokus på. Det er en personlig undren som har ført til en interesse for hvordan par, som gennemlever en stor sorg over at miste et ufødt barn føler, at deres seksualitet og intimitet påvirkes.

Interessen for emnet er opstået, da jeg i mit daglige arbejde udfører forskellige ultralydsundersøgelser under kvindens graviditet med henblik på at udelukke svære lidelser eller misdannelser. Herigennem møder jeg mange gravide par som tidligere har mistet og som i følge min erfaring fremstår mere angste og bekymrede i en ny graviditet. Hvorledes parret taler om tabet, og hvordan de finder mening i den svære situation, som de befinder eller har befundet sig i, er noget som jeg har kunnet observere i min kontakt med parret.

Som sundhedspersonale er vi dem, som har den tætteste kontakt med parret. Derfor vil et yderligere fokus og en viden om, hvordan vi som sundhedspersonale, kan synliggøre seksualiteten i vores kontakt med vordende forældre, og især de par som er i sorg, være interessant at få mere viden om.

Min ambition er, at afhandlingen vil bidrage til en øget opmærksomhed på, hvordan man som sundhedsprofessionel får et større individuelt fokus og kan møde parret der, hvor de er ved at bruge den nyeste viden indenfor sorg og sexologi. At vi herigennem bliver klogere på, hvordan vi skaber det bedste rum for vores støtte og sexologiske rådgivning, så dette kan være med til at forebygge den angst og de parforholdsproblemer, som kan følge efter tabet af et barn.

2. Problemanalyse

I det følgende afsnit vil baggrunden for afhandlingen præsenteres i forhold til allerede eksisterende litteratur omhandlende, hvordan sexologien tog sin begyndelse samt vores seksuelle sundhed. Herudover følger en teoretisk introduktion om sorgen når man mister et barn og dennes påvirkning af seksualiteten.

2.1 Seksualiteten før og nu

Vi fødes alle som seksuelle væsener, og gennem livet udvikler og forandrer vi os som individer og ligeså gør vores seksualitet. Den måde vi ser seksualitet på i dag tog sin begyndelse i 1700 - tallet, hvor man i lægevidenskaben begyndte at studere menneskekroppen samt sygdom og sundhed mere indgående. Dengang så man nogle af de menneskelige seksuelle fænomener som værende skadelige og grænsende til noget patologisk. (2)

Den østrigske psykiater og sexolog Richard von Krafft-Ebing, støttede denne tankegang og udgav i 1886 hans første bog om seksualitet: "Psychopatia Sexualis". Heri beskrev han homoseksualitet, sadisme og masochisme som værende seksuelle anormaliteter. Ligeledes kunne onani, ifølge ham, føre til homoseksualitet. (ibid)

Sigmund Freud (3), som udover at være psykoterapeut også var læge, tog ligeledes del i denne diskussion mellem det normale og det patologiske i forhold til seksualitet. Freud beskrev ydermere den infantile seksualitet, som den dag i dag stadig danner grundlag for, hvordan mange ser på barnets seksualitet, og hvilken udvikling seksualiteten undergår i de første år af barnets liv. (ibid)

Kirken og kristendommen spillede en stor rolle i forhold til ægteskabet mellem mand og kvinde. Da seksualpolitik og oplysning vandt mere og mere indpas i starten af 1900 - tallet, måtte dette vige. Omkring 1. Verdenskrig handlede debatterne om kønssygdomme, prostitution og pornografi, og dette afstedkom ophedede diskussioner om ægteskabet, og hvordan seksualiteten udspillede sig i og udenfor denne konstellation. (ibid)

Man gik fra at have set ægteskabet som en økonomisk og praktisk foranstaltning til at forstå, at der mellem mand og kvinde var romantiske følelser. Med tiden så man, at parret også samarbejdede emotionelt og senere hen i 1960'erne, da p-pillen kom frem forandrede forholdet mellem mand og kvinde sig igen, da man nu kunne nyde sex uden at videreførplante sig. For kvinderne betød det især, at seksuel lyst ikke længere var forbundet med frygten for graviditet og død i barselssengen. (4)

En seksuel frihed opstod yderligere i forbindelse med vedtagelsen af den frie provokerede abort i 1973. Dengang handlede debatten om kvindernes vilkår og deres adgang til prævention, da alternativet i mange år var illegale aborter med fysiske og psykiske mén til følge.

I dag er abortdebatten en anden, og vi diskuterer blandt andet tidsgrænserne for, hvornår en provokeret abort skal foregå, da det er muligt at lave en præcis fosterdiagnostik ved hjælp af ultralydsundersøgelser og lignende. En debat som man kan forestille sig måske altid vil være der, da den rejser mange etiske spørgsmål, og vil efterlade nogle psykosociale, filosofiske og sexologiske perspektiver. (5)

2.2. Seksuel sundhed

I det senmoderne samfund, som vi lever i i dag, ses seksualiteten med mange fremtoninger og motiver. Man kan sige, at seksualiteten både omfatter nogle kropslige, psykologiske og sociale dybder, som opstår i et kulturelt rum. Man taler ofte om seksualitetens “seks R'er”:

- Reproduktion (sex som forplantningsakt)
- Relation (sex som forhold mellem mennesker)
- Respekt (sex som indblik i egne og andres grænser)
- Rehabilitering (sex som håndtering af samlivsmæssige konflikter)
- Rekreation (sex som glæde, nydelse og leg)
- Relaksation (sex som fysisk og psykisk afspænding) (6)

De seks punkter beskriver tydeligt, at det seksuelle ikke kun drejer sig om at have fokus på den genitale del af et samleje. For mange mennesker er seksualitet en kombination af sanselighed, nærhed, ømhed og intimitet, som tilfører en dybde til deres seksualitet. Den inderlighed som kan opstå, seksuelt mellem mennesker, betyder meget for vores eksistens og vores samliv. Hvis der opstår ubalance i dette, betyder det ofte, at der vil opstå spændinger i parforholdet, og dette kan for nogle synes svært at forstå og løse på egen hånd. (ibid)

Et velfungerende seksualliv skulle for de fleste mennesker gerne være en slags brønd, hvoraf man kan trække glæde, afslapning, mentalt overskud, samhørighed og livsglæde op af. En slags afledning til livets op,- og nedture. Vores seksuelle sundhed skal derfor også medtænkes, da den skal ses som en slags “raskhedsfaktor”, som kan støtte os gennem krise, sygdom og tab, så vi herved lettere kan rehabiliteres og holde os sunde og raske. (7)

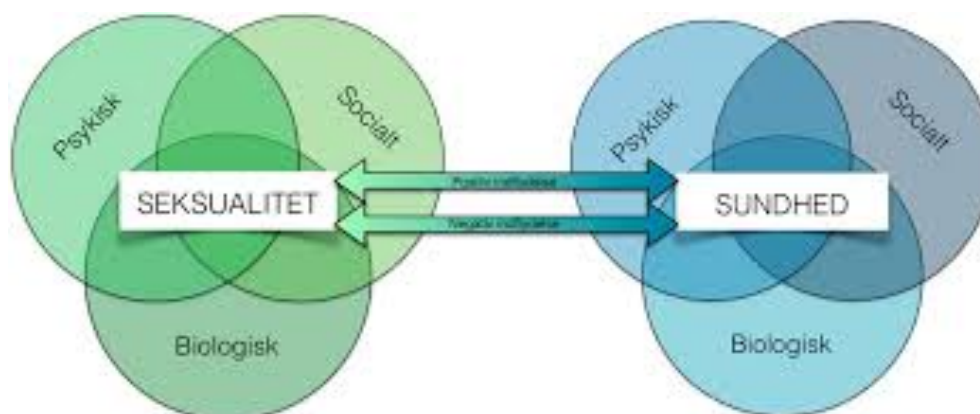
WHO definerede i 2002, hvad seksuel sundhed er:

“Seksuel sundhed er en tilstand af fysisk, følelsesmæssigt, mentalt og socialt velbefindende i forbindelse med seksualitet; det er 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” (8)

Af ovenstående citat afbildes det hvordan seksuel sundhed har både fysiske, mentale og sociale vinkler. Ligeledes ses der en positiv og rettighedsbaseret tilgang til seksualiteten. Herudover må man bemærke, at seksualitet både kan udlevs alene samt med en partner og, at der ikke sættes nogen aldersbegrænsning på.

I forhold til det bio-psyko-sociale perspektiv er dette en model, som blev udviklet af den amerikanske psykiater George L. Engel i 1970'erne. (6) Denne model pointerer og illustrerer, at vores menneskelige adfærd ikke kan adskilles, men må forsøges forstået i et samspil mellem disse størrelser, som ofte ses at overlape hinanden.

Nedenfor ses den bio - psyko - sociale model illustreret:



(Copyright Professor i Sexologi, Christian Graugaard)

Det biologiske aspekt omhandler nogle anatomiske og fysiologiske processer, som kan fremtræde specifikt og uspecifikt. Det være sig smerter ved samleje, rejsningsbesvær, nedsat lyst, manglende lubrication og en hæmmet evne til at få orgasme.

Af de mere uspecifikke problemer kan der forekomme træthed, kraftnedsættelse, kvalme mm. Herudover vil fysisk sygdom skabe skader på kroppen, som derved vil kunne påvirke seksualiteten negativt.

Men det biologiske aspekt kan ikke stå alene og ses ofte også med en psykologisk vinkel forstået på den måde, at følelsesmæssige forventninger, dårlige oplevelser og stress, krise og psykisk belastning vil sætte sine spor på det seksuelle plan. Både det biologiske og det psykologiske skal i det store og hele ses i en social og kulturel kontekst. Da seksualiteten ofte kommer til udtryk i interpersonelle relationer på baggrund af de samfunds- og kulturelle normer, som er skabt. (ibid)

Den bio-psyko-sociale model illustrerer altså, at når man står overfor at andet menneske, om det være sig i privat regi eller en patient i klinisk praksis, så må man have for øje, at seksualiteten kan rumme mange facetter. Den bedste måde er derfor at udvise nærvær og forståenhed, at lytte aktivt og være fordomsfri overfor det, som patienten fortæller. Seksualitet er foranderlig og lunefuld og det er en interaktion mellem vores krop, følelser, netværk, opvækst, forventninger og kulturelle normer.

Det seksuelle kan siges at indgå som en naturlig ingrediens i vores eksistens i verden, og den flagrer som vingerne på en fugl mod nye horisonter igennem alle livets udviklingsperioder (ibid).

2.3 Når graviditet ender i tabet af forældreskab

Graviditeten opstår når en sædcelle og en ægcelle smelter sammen. Da man ikke kender dette præcise tidspunkt, regner man fra 1. dagen i kvindens sidste menstruation. Biologisk set varer en graviditet ca. 40 uger og inddeles i tre lige lange perioder.

1. Trimester varer til og med 12. uge, 2. Trimester fra 13.- 28. uge og 3. Trimester fra 29. uge og frem til fødslen. Den præembryonale periode varer i to uger indtil ægget har sat sig fast i livmoderen, dernæst kommer embryonalperioden, som omfatter de næste 6 uger, hvor fostrets organer dannes. Perioden fra 8. uge og frem til fødslen betegnes som føtalperioden (9).

I Danmark tilbydes kvinder og par to ultralydsundersøgelser under graviditeten. I følge Sundhedstyrelsen er det op imod 97 % af alle kvinder i Danmark, som vælger at tage imod tilbuddet. (10) Den første skanning foregår i uge 11+3 - 13+6, hvor man måler fostrets nakkefold og sammenholder denne med en blodprøve, som derved kan give en samlet risikoberegning for, om fostret lider af en af de tre mest almindelige kromosomfejl som Downs Syndrom (trisomi 21), Patau syndrom (trisomi 13) eller Edwards syndrom (trisomi 18).

Dette er fostre, som vil leve med alvorlige handicap, og for trisomi 13 og 18 er der stor risiko for, at fosteret dør senere hen i graviditeten eller umiddelbart lige efter fødslen. (11)

Mellem uge 18 – 22, hvor den såkaldte gennem - eller misdannelsesskanning kan udføres, skanner man fosteret igennem, for tydeligere at kunne undersøge om der er misdannelser på krop og organer. Det er som oftest her, man finder alvorlige lidelser i hjerne, hjerte og mavetarmssystem, som ikke er forenelige med liv.

Man mener, at ca. 10-15 % af alle graviditeter ender i en abort. Langt de fleste sker tidligt og inden udgangen af 1. Trimester. Man taler her om en tidlig spontan abort. Kun sjældent og i ca. 2 % af tilfældene sker det i 2. Trimester mellem uge 13 og 28. Hvis det sker efter uge 22, betegnes det som en dødsfødsel og dette sker i omkring 0,3 % af tilfældene. (12)

Ifølge de seneste tal fra Danmarks Statistik, drejede dette sig i 2017 om 246 børn i alt. (13)

Når man oplever at skulle gennemgå en sen provokeret abort, sker dette ofte ud fra en føtalmedicinsk indikation, da fostret ved flere ultralydsundersøgelser og moderkagebiopsi eller fostervandsprøve har fået påvist så alvorlige misdannelser, at det ikke er levedygtigt eller vil få et liv, som indebærer, at barnet skal gennemgå mange alvorlige operationer med risiko for at miste livet. Familiens liv og øvrige søskendes liv vil blive berørt, da de vil have en stor del af deres hverdag på hospitalet sammen med barnet.

Parret rådgives om, hvad det vil betyde at fortsætte graviditeten eller at afbryde den. Specialiserede overlæger vil forsøge, at give parret deres faglige skøn for, hvad de ser af konsekvenser for barnets liv og helbred, såfremt barnet skulle have en alvorlig misdannelse. Det er alene kun parret, som kan tage beslutningen om at afbryde graviditeten. Hvis der træffes beslutning herom sendes en anmodning om abort til det regionale abortsamråd, som i løbet af 24 - 48 timer vil træffe afgørelse i sagen. Ifølge Sundhedsloven skal der være flere betingelser opfyldt for at en graviditet kan afbrydes. For eksempel skal der efter 12. uge ifølge §94, stk. 3 være:

“(...) fare for, at barnet på grund af arvelige anlæg eller beskadigelse eller sygdom i fostertilstanden vil få en alvorlig legemlig eller sjælelig lidelse”. (14) (15)

Efter en provokeret abort kan de svære følelser føre til, at man har en højere risiko for at udvikle angst og depression under en ny graviditet. (16)

Et norsk kohortestudie sammenlignede kvinder, som tidligere havde mistet under en graviditet, og som var gravide igen, med en gruppe af kvinder, som var gravide, men som ikke havde oplevet at miste tidligere.

Resultaterne var klare, da op imod 23 % af kvinderne, som tidligere havde mistet udviklede angst i en ny graviditet sammenlignet med kun 4,5 % for den gruppe, som ikke havde mistet tidligere. (ibid)

2.4 Sorg

Når det menneske, som udviser en stærk trang til at reproducere sig selv, for første gang står med en positiv graviditetstest i hånden, vil tilknytningen og beskyttertrangen allerede være stærk set ud fra et biologisk synspunkt. (17) For de fleste par, som er blevet ønskeligt gravide, skaber den nye graviditet en ubetinget glæde, og dette vil påvirke parforholdet positivt. Håb, drømme og forventninger til det kommende forældreskab fylder hos parret som graviditeten skrider frem. Netop derfor vil tabet af et barn under graviditeten også betyde et stort tab af tidlig tilknytning. For nogle vil det ende ud i følelser af skyld og vrede over, at man pludselig mister sin fremspirende glæde og lykke til det kommende barn og ikke mindst til hinanden. (ibid)

At miste et barn vil for mennesket være særdeles pinefuldt. Man mener at denne sorgtype er én af de værste, som et menneske kan gennemleve. De fleste vil være påvirkede af deres tab igennem mange år, og tabet vil få en dyb indvirkning på deres liv. (ibid)

Sigmund Freud, som tidligere er nævnt, arbejdede som en af de første med sorg og sorgteorier. I 1913 beskrev han sorgen til det at miste, som en naturlig og smertefuld tilstand, hvorigennem mennesket skal prøve at løsrive sig fra den afdøde. (18) Han mente, at mennesker har begrænsede psykiske energiresourcer. Dette bevirker, at mennesker i sorg ofte trækker sig væk og ind i sig selv for en periode, da al energien bruges på at forholde sig til og acceptere tabet, af den man elsker.

I tiden efter tabet vil man, i følge Freud, søge efter at være alene, da tanker om den mistede vil optage det meste af ens tid, førend man formår at løsrive sig endeligt og derved give sin kærlighed til et andet menneske. Senere hen konkluderede han dog, at en egentlig løsrivelse ikke var målet, men at sorgen skulle reorganiseres. Relationen til den afdøde skulle forsøges ses i en anden relation og med nogle andre forventninger, da den mistede altid ville være med i sindet. (ibid)

John Bowlby, en anerkendt engelsk psykolog, videreudviklede Freuds teorier og er kendt for tilknytningsteorien. (17) Bowlby forskede i, hvordan separation påvirker barn og forælder. I de første to år af barnets liv lærer det hvilken primær tilknytning, det har til givne omsorgspersoner.

Dette skaber et mønster og en tilknytningsstil, som følger os op gennem livet. Tilknytningen være sig enten sikker eller usikker, og i forbindelse med sorg får det den betydning, at hvis man har en usikker tilknytningsstil, så vil sorgen kunne blive meget langvarig og kompliceret. Tilknytningsmønstret viser, hvordan vores evne er til at håndtere tab og sorg. Herudover skal sorgens intensitet og varighed også ses i forhold til, den man mister. (ibid)

Sorgen er kompleks og består af et sammenspil mellem mange forskellige faktorer. Den kan fx vise sig ved faktorer såsom køn, alder, sårbarhed og tilknytning samt den personlighed, som den sørgende har, og hvilke mestringsstrategier han/hun har at benytte sig af. Endvidere ses også nogle faktorer såsom kulturen, og de rammer som er sat op herom, det sociale netværk og den professionelle støtte. Dette vil påvirke sorgreaktionen fysisk, psykisk og socialt. (ibid)

2.5 Seksualitet, intimitet og nærhed under sorg

Eksisterende forskning tyder på, at sorg kan påvirke vores seksualitet. Et norsk studie (19) påviser, at især kvinder kan opleve en manglende seksuallyst efter tabet af et barn, da sorgen, og selve det at genvinde lyst til livet samt en tilbagevenden til hverdagen igen, synes at udmatte dem mentalt. Ligeledes er det generelle energiniveau lavt efter fødslen. De psykologiske følger af at miste et barn, viser sig at påvirke alle de almindelige dagligdags gøremål. Der er en tomhed og en meningsløshed tilbage, som fylder det hele og derved er der heller ikke overskud til seksuel tilfredsstillelse. (ibid)

Nogle af parrene, i det pågældende norske studie, var plaget af følelser såsom skyld og skam over overhovedet at kunne tænke på sex, nu hvor deres barn lige var død. For nogle af mændene var sex eller tanken herom væk. De der havde sex kunne under penetration få associationer til tabet, da det var det sted på kvinden, hvor deres døde barn var kommet ud. Dette gjorde dem ubehageligt til mode og påvirkede dem de første gange, de havde sex efter tabet. (ibid)

Intimiteten blev for kvinderne vigtigere end før, men kom også til at blive oplevet som værende kompliceret mellem kønnene. Kvindens behov for fysisk nærhed, uden at det skulle ende ud i et samleje, blev nogle gange misforstået af mændene, som troede at kvinden lagde op til sex.

Da parrene genoptog sexlivet igen, var det for mange ud fra et ønske om et nyt barn. Spontaniteten og nydelsen ved sex var ikke den samme som før, og sex blev derfor en pligt, i håb om at opnå en ny graviditet, og også en tilfredsstillelse af manden, da deres sexlyst oftest var højere end kvindernes. (ibid)

Derfor argumenterer et portugisisk studie (20) også for vigtigheden af, at sundhedspersonalet støtter parrets kommunikation, og derved lærer parret at acceptere hinandens reaktioner, hvis de er meget forskellige. Dette vil ifølge studiet bevirke, at parret har lettere ved at dele tanker og følelser sammen, og dette vil øge intimiteten imellem dem. På sigt vil det ydermere mindske risikoen for, at sorgen bliver længere og mere kompliceret at gennemleve. Herudover vil intimiteten være en ekstra ressource for kvinderne, da den er med til at skabe et mere tilfredsstillende og overensstemmende parforhold. (ibid)

I følge et amerikansk studie (21) betyder det meget for kvinder at tale med deres mor eller partner om tabet. Kvinderne i studiet støttede sig meget til deres mødres erfaringer og gode råd gennem samtaler i den første turbulente tid efter tabet. Det viste sig, at have stor betydning for mestringen af sorgen, at kvinden havde tæt familie at støtte sig op ad. Der kunne endvidere også let opstå misforståelser imellem kønnene. I pågældende studie udtrykte kvinderne, at det betød meget, at mænd med ord eller handling viste, at de stod ved deres side og støttede dem. (ibid)

Kønssforskelle i sorgbearbejdning er kendt blandt psykologer. Den danske psykolog, Susan Hart, har forsket i de neuropsykologiske forskelle på kønnene, og hvordan dette har udviklet sig evolutionært. (17) Nogle af forskellene kan forklares ud fra hjernens organisering og kønshormonernes indvirkning på os. Den følelsesmæssige smerte er ens for begge køn, men hvor kvinder ofte sætter ord på deres følelser og taler med andre herom, er mænd mere handlingsorienteret i deres sorgbearbejdning. De søger strategier, som kan være problemløsende og går ikke på samme måde i dybden med deres følelser. (ibid)

I følge et Australsk studie kan kvinder som mister et barn mangle støtte og omsorg fra sundhedspersonalet. (22) De oplever, at personalet har svært ved at tale om tabet, at hospitalsomgivelserne ikke formår at skabe et rum herfor, og at en mangel på opfølgning bagefter efterlader mange alene om at bearbejde sorgen og tabet. (ibid)

Dette konkluderes ligeledes i et større review, som undersøger, om kvinder, der mister et barn under graviditeten, får den støtte fra sundhedsprofessionelle, som de har behov for. (23) De kvinder, som udviste tilfredshed med behandlingen, var dem, som blev mødt med omsorg, empati og anerkendelse fra personalet. Hvorimod de som var mere utilfredse udtrykte en mangel på sympati og blev mødt af en manglende forståelse. (ibid)

2.6 Sammenfatning

Seksualiteten er kompliceret og påvirkes, som ovenfor nævnt, af intra-, - og interpersonelle faktorer. Når man mister et barn, kan det lede til stor sorg. Intimiteten bliver om noget endnu vigtigere end før, og seksuallysten påvirkes hos begge køn.

Vores seksuelle sundhed er et samspil af biologiske, psykologiske og sociale fænomener, som stiller krav til, at sundhedsprofessionelle anvender et rummeligt menneskesyn.

3. Formål og problemformulering

Par som mister et barn er i høj risiko for at få nogle bio-, psyko-, sociale komplikationer i forbindelse med sorgbearbejdningen, og dette vil kunne påvirke seksual-, og samlivet. Dette begrundes, hvorfor der via denne afhandling skal skabes et større fokus på netop disse områder.

Formålet med dette studie er at frembringe viden om, hvordan seksualiteten, intimiteten, parforholdet og livskvaliteten påvirkes, hvis et par mister deres barn under graviditeten. Desuden med den ønskelige intention om, at denne viden fremadrettet kan hjælpe og støtte par der mister et barn under graviditeten.

Følgende forskningsspørgsmål ønskes besvaret gennem det kvalitative forskningsinterview som metode:

- Hvordan oplever parret, at tabet af deres barn har påvirket deres seksualitet og intimitet?
- Oplever parret, at deres fysiske eller psykiske velbefindende er blevet påvirket? Og hvis ja, var der nogle kønsmæssige forskelle?
- Hvorledes har parret oplevet, at seksualitet og parforhold er blevet italesat fra deres omgivelser?
- Hvordan har parret oplevet, at seksualiteten er blevet italesat af den sundhedsprofessionelle?
- På hvilke måder ønsker parret, at sundhedsprofessionelle håndterer emnet seksualitet i det forløb de har været igennem?

Ovenstående forskningsspørgsmål leder frem til følgende problemformulering:

Hvordan oplever par som har mistet et barn under graviditeten, at deres seksualitet og intimitet er blevet påvirket og hvordan kan sundhedsprofessionelle håndtere emnet seksualitet således, at parret støttes bedst muligt i at mestre de oplevede udfordringer?

4. Metode

Nedenfor følger en gennemgang af den praktiske fremgangsmåde i forhold til rekruttering af informanter samt en introduktion til disse. Dernæst følger en argumentation for det kvalitative interview som dataindsamlingsmetode samt de etiske overvejelser, som er gået forud for afhandlingen. Herefter følger et afsnit om transskribering og meningskondensering. Til sidst en gennemgang af litteratursøgningen med efterfølgende præsentation af de studier, som inddrages i baggrunds,- og diskussionsafsnittet.

4.1 Praktisk fremgangsmåde

I begyndelsen af afhandlingen blev Landsforeningen for Spædbarnsdød kontaktet via email. Foreningen støtter forældre og pårørende i forbindelse med spædbarnsdød. (24) Undertegnede præsenterede sig selv og informerede om, hvad hensigten med en Masterafhandling i Sexologi er, samt hvilken viden undertegnede havde ønske om at blive klogere på.

Foreningen var interesseret i at hjælpe med at finde informanter til afhandlingen, og det blev besluttet, at den bedste måde ville være at dele et skriftligt informationsmateriale om afhandlingen på foreningens lukkede facebookgruppe. En gruppe for forældre, som har mistet et barn under graviditeten, og som deler deres personlige oplevelser til andre, som gennemlever det samme.

Ud fra grænserne om tidlig og sen provokeret abort blev inklusionskriterierne sat til, at de par som der ønskedes kontakt til skulle have mistet efter uge 13. Herudover skulle følgende inklusionskriterier være opfyldt: heteroseksuelle og etnisk danske mellem 19-45 år. Det var herudover ønskeligt, at få minimum 3 interview aftaler i stand.

Kun ét par tog selv kontakt ud fra det opslag, som blev delt i den lukkede gruppe. Samarbejdet med par 2 er kommet i stand, da interviewer har haft en professionel kontakt via arbejdspladsen. Herigennem blev parret informeret mundtligt om masterafhandlingens formål, og parret gav sit samtykke til, at interviewer måtte fremsende dem informationsmaterialet.

Af overvejelser i relation til de to par, som havde lyst til at deltage, må man reflektere over, om det har haft nogen betydning, at det ene par meldte sig frivilligt. Derudover kan man med det andet par overveje, om de har følt sig pressede til at skulle være med. Desuden må det gennemtænkes, om det har nogen betydning, at det "kun" var de to par, som kunne erhverves og som ville deltage. Dette vil diskuteres mere indgående i det afsluttende afsnit, hvor afhandlingens styrker og svagheder berøres.

Nedenfor følger en præsentation samt relevant baggrundsviden om de to par:

PAR 1	PAR 2
Kvinde 36 år - uddannet pædagog, arbejder som børnehaveklasseleder. Psyko,- og parterapeut, sexolog (ikke udøvende)	Kvinde 27 år - uddannet pædagog, arbejder som vuggestuepædagog
Mand 43 år - uddannet ingeniør, arbejder som gymnasielærer	Mand 27 år - uddannet markedsføringsøkonom, arbejder som sælger og installatør af alarmsystemer
Parforhold i 6 år	Parforhold i 4 år
- Provokeret abort i uge 21 pga. rygmærvsbrok. Barnet i live ved fødslen og døde efter 17 min. - Medicinsk abort i uge 8 - Provokeret abort i uge 18 pga. cystisk blære - Spontan abort i uge 12	Provokeret abort i uge 21 pga. hjertefejl. Barnet var ikke i live ved fødslen.
Kvinde - 1 barn fra tidligere forhold Mand - 4 børn fra tidligere forhold	Ingen fælles børn
Gravid igen med normal gennemskanning	Gravid igen med normal gennemskanning

Fremover vil manden i Par 1 betegnes M1 og kvinden K1. Manden i Par 2 betegnes M2 og kvinden K2.

4.2 Interview som metode

Det kvalitative semistrukturerede interview er valgt som dataindsamlingsmetode til denne afhandling, og skal ses i en fænomenologisk og hermeneutisk kontekst.

Metoden er valgt, da denne metode egner sig bedst til at besvare forskningsspørgsmålene. Ligeledes er det en interviewform, som giver interviewereren en mulighed for at dykke ned i parrernes livsverden for at få en større viden om, hvordan parret tænker og handler i den situation, de er endt i. (25)

Begrebet livsverden stammer fra fænomenologiens grundlægger Edmund Husserl. (26) Det er en betegnelse for den fælles, intersubjektive meningsfulde verden, i hvilken mennesker lever deres liv og oplever betydningsfulde fænomener. Man kan sige, at det handler om, hvad mennesker oplever i deres hverdag uden nærmere refleksion. Det vil sige, at det er de levede erfaringer, som er udgangspunktet for fænomenologien. Livsverdenen vil desuden altid gå forud for de videnskabelige teorier indenfor den kvalitative forskning. (ibid)

Hermeneutikken er en videreførelse af fænomenologien og består i at prøve at forstå og fortolke meningen af de beskrevne fænomener. Dette kræver en forforståelse, som påvirker

den måde, vi forstår og fortolker fænomenerne på. Set i relation til denne masterafhandling betyder det, at der via det kvalitative forskningsinterview spørges ind til, hvilken oplevelse parret har af at skulle gennemleve tabet af et barn under graviditeten. Ved at dykke dybere ned heri, og derved opnå forståelse af, hvad dette har af betydning for parret, kan man bruge forforståelsen som et aktivt element i forståelsen af nogle givne fænomener.

Undertegnede forforståelse består af en professionel og uddannelsesmæssig baggrund som sygeplejerske, hvoraf der i det daglige arbejde er en tæt kontakt med kvinder og par, som venter et barn. Ud over dette skal en personlig baggrundsforståelse som mor til to børn også medinddrages, da dette ligeledes vil påvirke den måde som afhandlingen fortolkes på. Da undertegnede ikke selv har oplevet at miste et barn, består forståelsen af kvinden og parrets oplevelser, følelser og sorgreaktioner ud fra en teoretisk forståelsesramme. I forhold til den sexologiske del af afhandlingen, har undertegnede modtaget undervisning i seksuel sundhed og har derigennem opnået en forståelse for, hvad det vil sige, at inddrage og italesætte seksualiteten i sundhedsvæsenet.

Forståelsesprocessen foregår og er inspireret af “den hermeneutiske cirkel”, som illustrerer, at forståelsen kommer ved at nedbryde interviewet i mindre dele og, at helheden kun forstås i kraft af delene. Processen er cirkulær, og man gennemgår den ofte flere gange i analysen. Ved hjælp af relevant teori, eller litteraturstudier som vedrører emnet, kan vores forforståelse bedre integreres i forskningsprocessen, og man vil ofte opnå nye erkendelser. (26)

Ud fra forforståelsen og en grundlæggende baggrundsviden har et forskningsdesign i form af en semistruktureret interviewguide taget sin form. Dette med henblik på at kunne besvare forskningsspørgsmålene. (bilag 1)

Det tilsigtes at interviewspørgsmålene er receptive. Det vil sige, at parrene som interviewes har egenkontrol over, hvordan de besvarer spørgsmålene. At belyse seksualiteten kan være et tema, som sætter mennesker i en sårbar position, da det er en privat og fortrolig del af deres privatliv. Derfor er parrene på forhånd informeret om, at det alene er dem, som beslutter, hvad de vil svare på. (25)

4.3 Etiske overvejelser

Etiske aspekter og overvejelser forud for interviewet har drejet sig om at gennemføre interviewet i overensstemmelse med Helsinki deklARATIONEN. Denne følger principper om autonomi, *“at gøre godt, ikke gøre skade og om retfærdighed”*. (27)

Det betyder, at der forud for interviewet er givet skriftlig og mundtlig information om afhandlingens formål samt interviewers forventninger til, hvad afhandlingen skal føre til af ny viden. Herudover blev parrene informeret om, at der ikke forventedes at være ulemper forbundet med deltagelsen. Hvis det dog alligevel skulle vise sig, at påvirke parret u hensigtsmæssigt ville interviewer tage handling på dette. (bilag 2)

Desuden har alle fire interviewdeltagere underskrevet en informeret samtykkeerklæring, hvorigennem de blev sikret anonymitet, frivillighed og fortrolighed. (bilag 3)

Interviewet fandt sted i parrernes eget hjem, for at parret var i et kendt og trygt element. Interviewer har forsøgt at bevare og være bevidst om en åben og tillidsfuld tilgang til informanterne. Ligeledes at udvise ydmyghed overfor det, som man endnu ikke har en viden omkring. Herudover må man huske, at det for informanterne kan være personligt og følelsesmæssigt belastende, at tale om intime emner som seksualitet. Ligeledes kan det være meget smertefuldt at skulle sætte ord på sorgen over tabet af deres barn.

4.4. Transkribering og meningskondensering

At transkribere betyder, at oversætte det talte ord til det skrevne samt at opløse interviewet i mindre enheder. (25) Efter afholdelsen af interviewene blev de lyttet igennem igen for at opnå en bedre forståelse af helheden. Begge interviews blev derefter transkriberet i deres fulde længde. Herefter blev interviewene endnu engang lyttet igennem, med det nedskrevne interview ved siden af, for derved at opnå en bedre fortrolighed med det skrevne. Dette i forhold til den analytiske process om at fastlægge meningsenheder eller temaer, som derved kommer til udtryk. (ibid)

Følgende illustrerer et eksempel på hvorledes temaerne for analyseafsnittet er fremkommet:

Citat	Siger noget om...	Tema
M1: "Vores sexliv har jo været en smule skemalagt og er faktisk blevet lidt anstrengt, det har det været i perioder. Fordi man så gerne vil det her og så har man knaldet selv om man ikke har lyst eller med 40 i feber"	At lysten ind imellem ikke er som den var førhen. Lysten er mindre. Men da parret har et ønske om at blive gravide igen planlægger de og holder øje med hvornår det er det rigtige tidspunkt at have samleje. Herved bliver seksuallivet skemalagt.	LYST
K1: "...jeg har ikke så meget lyst til at være aktiv deltagende, jeg har ikke så meget lyst til at M1 skal op i mig. Men så har vi gjort noget andet, altså så har vi været meget tætte sammen, vi har krammet og kysset lidt - meget lidt"	At seksualitet ikke er forenligt med samleje og at man som par kan gøre andre ting også for at få nærhed og intimitet. K1 lider en del af kvalme og utilpashed i hendes graviditet. Dette påvirker hendes lyst til den penetrerende del af samlejet. Derfor har de været tætte sammen ved at kysse og kramme.	INTIMITET

Under den resterende gennemgang af interviewene og den yderligere meningskondensering er følgende temaer fremkommet. De vil senere blive gennemgået i analyseafsnittet og kritisk diskuteret i diskussionsafsnittet:

LYST & INTIMITET
KOMMUNIKATION & MENINGSFULDHED
SORGEN OG ANGSTEN FOR AT MISTE
OPLEVELSEN AF DEN SUNDHEDSPROFESSIONELLE

4.5 Litteratursøgning

Da emnet for masterafhandlingen lå fast, blev der som det første foretaget en overordnet søgning via google.dk for at finde inspiration til de primære søgeord med udgangspunkt i problemformuleringen.

Følgende er eksempler på nogle af de engelske søgetermer, som blev anvendt i søgningen:

“abortion spontaneous”, “stillbirth”, “miscarriage”, “sexuality”, “sexual behaviour”, “intimacy”, “health personnel”

Dernæst er der via universitetsbiblioteket foretaget en systematisk litteratursøgning i databaserne Pubmed, Cinahl, PsychInfo og Scopus, hvor der er anvendt bloksøgning med en struktureret tilgang. Søgeordene blev organiseret i blokke, som afdækkede de forskellige aspekter, som afhandlingen omhandler. Der blev anvendt boolske operatorer såsom: “OR” og “AND”.

Foruden de nævnte artikeldatabaser er der foretaget kædesøgning på den eksisterende litteratur, som fremkom på området. Ligeledes er der søgt på scholar.google.dk, som er et søgeværktøj til at finde videnskabelig litteratur. (28)

Forud for søgningen er følgende inklusions,- og eksklusionskriterier blevet benyttet: Litteraturen skulle være på dansk, norsk, svensk eller engelsk. Herudover måtte den ikke være ældre en 10 år, og studierne skulle indeholde et abstract. Desuden blev der i de fleste databaser afgrænset til en alder mellem 19 - 45 år. Der blev selekteret i den fundne litteratur ved først at skimme titlen på studiet. Dernæst blev der set på om de fremhævede emneord matchede de anvendte søgeord. Til sidst blev abstracts læst igennem for derefter at gennemlæse samt kritisk vurdere, om studiet havde relevans for afhandlingens emne. (ibid)

I Pubmed blev der søgt på "Abortion, Spontaneous" (Mesh) AND "Stillbirth" (Mesh) OR "Fetal Death" (Mesh) AND "Health Personnel" (Mesh) AND "Sexuality" (Mesh).

Dette gav 1 studie med en umiddelbar relevans for emnet, dog kunne det efter nærmere gennemgang ikke bruges. Der blev lavet en referencesøgning ud fra dette ene studie, og heraf fandtes 1 studie med god relevans for emnet og som inddrages i afhandlingen. Det blev ligeledes igennem denne søgning synligt, at en del af studierne kom fra en peer-reviewed akademisk journal: Death Studies. Ved at lave fritekstsøgningen: "death studies" (journal) AND sexuality fremkom 1 studie, som også medtages. (bilag 4)

I Cinahl er der søgt ved brug af Cinahl - headings som minder om Pubmeds MESH termer. Flere forskellige kombinationer er afsøgt. En af dem så således ud: (MH "perinatal death") OR (MH "Abortion, Spontaneous") AND (MH "sexuality"). Men dette gav desværre ingen brugbare resultater. (ibid)

I Psychinfo blev der søgt mere frit med brug af forskellige index termer: Any Field: missed abortion OR Any Field: miscarriage OR Any Field: stillbirth OR Any Field: pregnancy loss AND Index Terms: sexuality OR Index Terms: intimacy OR Index Terms: sex drive. Dette gav 1 resultat som medtages. (ibid)

Scopus søgningen så således ud: pregnancy AND loss OR stillbirth AND sexuality og gav 141 resultater. Ved at afgrænse kom det ned på 120 studier, hvoraf ingen kunne medtages. (ibid)

Forskellige kombinationer af søgeord er afprøvet samt løbende revideret og ændret undervejs. Der er foretaget søgninger ud fra databasernes MESH-termer, men da det viste sig at afgrænse emnet for meget, blev der derudover også foretaget flere generelle og frie søgninger. Ved en generel søgning på scholar.google.dk, som resulterede i mange tusinder af resultater, fremkom 1 studie med relevans for emnet. (ibid)

Ud fra ovennævnte søgninger fremkom i alt fire studier, som omhandlede og havde relevans for emnet, og som bruges i baggrunds- og diskussionsafsnittet. Nedenfor følger en præsentation af disse:

“Satisfaction with pregnancy loss aftercare: are women getting what they want?” af Geller, P.A., Psaros, C. & Kornfield, S.L. 2010:

Review som gennemgår den litteratur, der belyser, hvor tilfredse kvinder er med den information, de modtager fra sundhedsprofessionelle, når de mister et barn. Ligeledes om disse informationer er forenelige med de behov, som kvinder har herfor.

Man fandt fire gennemgående temaer: “den sundhedsprofessionelles attitude”, “bestemmelse af information”, “hvilke interventioner tilbydes parret” og “opfølgende behandling”.

Konklusionen var, at sympati, forståelse og anerkendelse af tabet er associeret med større tilfredshed med den sundhedsprofessionelle. Hvad der informeres om samt hvordan denne gives, betyder en del for tilfredsheden. Det vil sige, at hvis patienterne føler sig svigtet, uvæsentlige og ikke får tilstrækkelig med opfølgning, medfører dette en højere grad af utilfredshed. (23)

“Sexuality following the loss of a child” af Dyregrov, A. & Gjestad, R. 2011:

Kvanti,- og kvalitativt studie, som vil øge forståelsen af, hvordan seksualitet og intimitet påvirkes efter tabet af et barn.

Man fandt, at 2/3 dele af forældrene havde genoptaget seksuallivet 3 mdr. efter tabet.

1/3 havde et reduceret seksualliv ifht. før tabet. 30 % af kvinderne oplevede, at seksuallysten var mindre end før. Kun 11 % påpegede, at seksualitet var noget, som sundhedsprofessionelle italesatte i de opfølgende samtaler. Herudover var der kønsmæssige forskelle og misforståelser mellem kønnene.

Konklusionen blev, at for en mindre gruppe af kvinderne vil de seksuelle problemer, som viser sig efter tabet et barn, føre til alvorlige problemer. Kvinder lider mere under sorgen/tabets af barnet, og kan derfor føle at sex er forkert. Mænd kan misforstå kvindernes ønske for intimitet og nærhed, som et ønske for at vil have sex. Ønsket om et nyt barn giver også øget pres og stress. Fokus må være på kommunikation, respekt for hinandens følelser og behov. Der er en mangel på information herom fra sundhedsprofessionelle. Studiet foreslår, at mundtlig og skriftligt informationsmateriale vil kunne hjælpe parret og mindske ægteskabelige konflikter. (19)

“Grief following termination of pregnancy for fetal abnormality: does marital intimacy foster short - term couple congruence” af Nazaré, B., Fonseca, A. & Canavarro, M.C. 2012:

Kvantitativt studie, som sammenligner par i sorg efter at have mistet et barn, og som er i overensstemmende og tilfredse parforhold med par som er i uoverensstemmende og utilfredse parforhold. Herudover påviser studiet, at ægteskabelig intimitet fodrer en bedre sorgbearbejdning samt giver en bedre tilfredshed i parforholdet.

Man fandt, at de fleste af parrene havde en overensstemmende sorgbearbejdning, men at kvinder havde mere intense sorgreaktioner end mænd i begge grupper. Herudover scorer kvinder generelt højere på alle parametre i de utilfredse og uoverensstemmende parforhold.

Kvindens opfattelse af ægteskabelig intimitet var en positiv indikator for at have et tilfredsstillende og overensstemmende parforhold. Der var ingen forskel på mændene i de to grupper.

Konklusionen var, at der var klare normative kønsforskelle i forhold til sorgbearbejdning. At klinikere må have fokus på parrets kommunikation og accept af hinandens reaktioner.

Det at have et utilfredsstillende og uoverensstemmende parforhold kan være tegn på besvær med at tilpasse sig tabet. Ægteskabelig intimitet er en ressource for kvinder i sorgbearbejdningen, og dette kræver flere kliniske interventioner. (20)

“Conversations, coping & connectedness: A qualitative study of women who have experienced involuntary pregnancy loss” af Paulina Van, R.N. 2012:

Kvalitativ studie, hvor formålet var at finde frem til de processer og strategier, som bruges af kvinder, når de skal mestre tabet af en graviditet.

Fundene omhandlede tre temaer: “at være sig selv”, “relationer/forholdet til og med andre” og “undgåelse og at lade som om”.

Konklusionen blev, at kvindens indre ressourcer, det at tale med andre eller helt undgå at ville tale om tabet, er de dominerende strategier, som bruges til at mestre tabet af et barn.

Herudover fremkommer forslag til, hvordan sundhedsprofessionelle kan tale med kvinden og parret om tabet. (21)

5. Præsentation af de empiriske fund

Nedenfor følger en præsentation af fundene fremkommet gennem de to kvalitative interview i forhold til de temaer, som er blevet til gennem meningskondensering jvf. afsnit 4.4.

5.1 Lyst & intimitet

Begge par giver udtryk for, at de har gode og trygge parforhold. Par 1 har været kærester i 6 år, og M1 beskriver parforholdet således:

“Vi er rigtig gode til at blive ved med at være sammen, og vi er rigtig meget kærester, rigtig meget kærester.”

K1 fortsætter og fortæller, hvad det betyder for dem:

“Det er månedsgaver og årsgaver og kysken og nussen (...) og stadigvæk oplever vi det dér med om morgenen, når man vågner, så skal vi bare ligge og kille, og vi skal ligge og slås, og vi skal ligge og kysse og alle sådan nogle ting.”

Par 2 har kendt hinanden i lidt kortere tid, og K2 beskriver parforholdet således:

“Vi har kendt hinanden længe, men været sammen i 4 år og har det godt sammen.”

Begge par beskriver hvordan deres parforhold og seksuelle samliv før graviditeten var tilfredsstillende, normalt og et sted, hvor der var plads til at kunne være sig selv. Begge par udviser meget tillid og rummelighed overfor hinanden. Dette gennem en åben og direkte dialog.

Det beskriver K1 således:

“Eksperimenterende og aktivt. Vi har været meget aktive omkring vores seksualitet og vores sexliv og også, hvor vi har åbnet sådan lidt mere op og været mere eksperimenterende (...) det er noget med, at man afstemmer, og man snakker og hele tiden tjekker ind på hinanden for, at man hele tiden finder ud af, hvad kan du egentlig godt lide, og hvad vil være fedt.”

M2 beskriver deres parforhold som værende:

“Helt normalt, men hvad er normalt, fint, dejligt, vi er selvfølgelig ikke nyforelskede mere, men det har kørt meget stabilt, ingen udsving, kun til den positive side. Aldrig et dilemma hvor vi skulle snakke om ting. Det har bare kørt på skinner, synes jeg.”

Men herudover er det også tydeligt, at parrets seksuelle samliv har udviklet sig og forandret sig positivt fra den første gang de mødte hinanden. Jo tættere de kommer på hinanden og lærer hinanden og kende, des mere udvikler deres seksuelle samliv sig. K2 fortæller at:

“Tidligere kom jeg ikke, det er først kommet senere. Jeg tror, at det ændrede sig, da jeg begyndte at elske ham, og det blev mere intimt, jeg havde aldrig før sådan elsket et andet menneske. Når der er kærlighed med i det, er det helt specielt, synes jeg”.

Begge par spørges ind til, hvad seksualitet betyder for dem.

K1 definerer det på følgende måde:

“Seksualitet er vel noget man kan godt kan lide, eller nogen der har lyst til at gøre noget sammen med en (...) om det er samleje eller berøring eller intimitet eller hvad, det kan være rigtig mange forskellige ting eller bare, det kan også være bare at snakke om, hvordan og hvorledes, hvilke fantasier man har (...). Seksualitet ligger i vores intime samvær, men det ligger også i den energi, der er imellem os, fordi, i denne her periode har jeg altså trukket mig fra den praktiske del af vores seksualitet.”

Adspurgt om det samme kommer M1 først med en sjov bemærkning, da han er glad for at lave te til sin kæreste, og herved er der gennem tiden opstået en tolkning af, at gode tjenester kan føre til noget seksuelt. Han beskriver det således:

“Forpil. Det er at lave en kop te, så er man sikker på at der er bonus (...). For mig er sex meget mere end bare penetrering og tre ryk og en aflevering. Jeg synes, der er så mange flere ting i det, så hvis vi kan have et kvarters nærvær eller sådan noget med en hjælpende hånd eller noget, så er det ligeså godt, som hvis vi knalder.”

M2 definerer seksualitet således:

“Så tænker jeg, om man er til mand eller kvinde, og hvilken seksualitet man har.”

K2 har brug for lidt længere betænkningstid, og går lidt dybere ned i begrebet og siger derefter:

“Jeg tænker også, at seksualitet er, hvad man er til. Kram og kys og alt hvad der udløser endorfiner vil jeg kalde seksualitet, hvordan man kigger på ham eller... - ikke nødvendigvis sex, der kan være andre ting. (...) sex er dejligt, men hvis man ikke har overskud er det at putte også dejligt trygt”.

For manden i par 1 er det meget vigtigt, at han nu befinder sig i et parforhold, hvor han føler sig fuldt ud accepteret med den seksualitet han har. At han kan hvile i og med sin seksualitet uden at blive dømt af andre. Dette kommer til udtryk, da han fortæller, at han i tidligere parforhold ikke har følt, at han kunne stå ved den, han er:

“Altså jeg har jo nogen gange kommet til at sige til mine tidligere partnere, at det der kunne jeg godt lide... hvor at jeg har et traume med, at en veninde til min ekskone på et tidspunkt siger, at jeg er ulækker, at jeg godt kan lide de ting, altså jeg er virkelig blevet ramt på min seksualitet og blevet udstillet meget (...)”

Hos K1 bliver M1 accepteret og anerkendt, for den han er, og med de seksuelle lyster han nu engang har. Dette kan udledes gennem følgende:

“Hun er forstående, ik’ os’ og omfavnende på det dér, og vi har virkelig prøvet vildt mange ting, og vi har haft nogle fede oplevelser.”

Da begge kvinder, i de to par, har haft en del graviditetsgener såsom kvalme, blødning, træthed og lignende har dette påvirket det seksuelle samliv hos begge par. Især lysten til sex har været mindre hos begge kvinder. K1 siger:

“(...) jeg har ikke så meget lyst til at være aktiv deltagende, jeg har ikke så meget lyst til at M1 skal op i mig, jeg har ikke lyst til så meget (...) ja og så er min krop lidt øm eller mine bryster er ømme, og lidt træt og lidt ked og haft lidt meget kvalme.”

Og selvom hendes kæreste udtrykker, at han har forståelse herfor, kan M1 alligevel godt føle det som en afvisning af ham og han står igen tilbage med en følelse af ikke at være okay, som den han er:

“(...) at du ikke har overskud til, at vi leger, så kan jeg godt blive rigtig - sådan føle afsavn på det. Så har vi en weekend, hvor du sover 12 timer, og så vågner du op, og så kan vi lege, ikke? Så mærker man, at det stadig findes, og så er man glad lige indtil, man savner det igen (...) jeg synes - ja jeg har godt kunnet syntes nogen gange, at det har været en afstandstagen, at det har været en personlig afstandstagen til mig som person (...) jeg kan godt nogen gange føle, at det er mig hun ikke kan lide.”

Hertil svarer K1, at hun godt har kunnet mærke den afstand imellem dem. Især fordi hun egentlig gerne vil have sex med ham, og på ingen måde har et ønske om at gøre ham ked af det ved at afvise ham. Men hendes krop slukker på det fysiske plan, så snart de kommer i seng:

“Altså alting er bare ekstra, det er bare rigtig meget ekstra (...) vi har haft rigtig mange ture, hvor det har været ærgerligt, altså hvor vi er blevet ærgerlige på hinanden, hvor han er gået med op i seng under den forhåbning, at måske kunne der ske noget. Og når jeg så har trukket den, ja der var jo lavet te, så den skulle ligesom give sig selv, og når jeg så har trukket mig, fordi jeg ikke har lyst til at sige 100 % nej (...)

så bliver han vildt ked af det, for nu havde han jo regnet med (...). Så har vi haft de her diskussioner, og hvor jeg har sagt, at jeg kan ikke, jeg vil gerne, og mine intensioner er altid i en positiv retning.”

Alligevel er parret gennem tiden nået frem til, hvordan de kan få det seksuelle til at fungere på andre måder. K1 beskriver det således:

“(...) så skal han gå ned og lave noget morgenmad til mig, og så skal vi lægge os op og kramme bagefter, jeg synes faktisk, vi er meget gode til at sætte ord og forventninger på. Du siger, at nu har du brug for, at vi snart laver noget sexytimes, og så må jeg byde ind med, hvad der er af muligheder i min butik, og hvornår det kan lade sig gøre, og så må jeg tænke mig om, om jeg kan give en hjælper, eller vi kan ligge tæt på hinanden, og om vi kan det ene og det andet.”

Og M1 fortsætter ved at sige, at:

“Nogle gange udvikler det sig også.” Hvortil hun svarer: *“Ja, selvom man måske startede med at være ikke så klar, så kan man måske godt hurtigt blive det ikke. Man kan jo godt ligge der, og så får man lidt lyst alligevel.”*

Nogle af de samme problematikker kommer til udtryk hos par 2 hvor K2 siger at:

“Når jeg tænker, i aften skal det være, så falder jeg i søvn i sofaen.”

Hvortil M2 svarer:

“Det er mindre end det har været - trætheden (...) men vi prøver at holde det oppe og gøre det minimum én gang i ugen, uden at man ligesom planlægger det. (...) og dér er vi meget afslappede med det, og det er jo ikke noget, der skal være planlagt sådan, fordi så ender det med, at man ikke kommer til at nyde det. (...) og hvis det er en dag, vi ikke har lysten, er det sådan, hvor vi siger det til hinanden, hvor vi siger, jeg er sgu lidt nede i dag, eller jeg føler ikke lige for tiden.”

Heraf kan man udlede, at det betyder meget for begge parrenes parforhold og seksuelle samvær, at de kan være åbne og tør at tage snakken omkring deres følelser og oplevelser.

Efter tabet af deres barn, har begge par haft et ønske om at blive hurtigt gravide igen. Derfor har det seksuelle samliv for begge par ikke været det samme som førhen. For begge par handlede det mest om at have samleje på det rigtige tidspunkt fremfor at have lysten til det. Lysten kunne godt opstå undervejs og gøre samlejet dejligt og intimt, som det plejede at være.

M1 siger:

“Vores sexliv har jo været en lille smule skemalagt og er faktisk blevet lidt anstrengt, det har det været i perioder. Fordi man så gerne vil det her, så har man knaldet, selv om man ikke har haft lyst eller 40 i feber, for nu er det nu. Eller man kunne ikke rigtig tillade sig at have en dårlig dag.”

K1 fortæller endvidere:

“Og selv om man havde en dårlig dag, måtte man bare lave søstjernen, fordi nu var det altså nu, og det har været rigtig ærgerligt.”

K2 siger om deres seksuelle samliv, at:

“Jeg vil sige, at den første gang jeg havde ægløsning var det: Nu er det nu, og det er altid dejligt at have sex, men nu skal vi gøre det i aften, så det er ikke, fordi det er lysten, der driver en, men at man har lyst, når man er der, den udvikler sig ligesom undervejs. Men når man så er sammen er det dejligt som altid, men det er jo ikke kun, fordi man har lyst, det var fordi man skulle.”

For begge par har de fysiske gener, som kvinderne har lidt af, bevirket at intimitet og nærhed er blevet udtrykt på andre måder, end det at have fuldbyrdet samleje. K1 siger:

“Men så har vi gjort noget andet, altså så har vi været meget tætte sammen, vi har krammet og kysset lidt - meget lidt. Du har fået lov til at ligge ved mine bryster (...)”.

Hvortil M1 svarer:

“Ja, og så har du været god til at give en hjælpende hånd (...) og det har egentlig også fungeret meget godt, og det er også en måde at være intim på.”

I følge K2 har deres seksuelle samliv været trygt og rart, selvom det ikke har været helt det samme. Herudover påvirkede det hende en del, da de var sammen seksuelt inden den senprovokerede abort skulle igangsættes:

“Putning er dejligt og hyggeligt, sex er også hyggeligt og dejligt, men sex er mere intenst. Det er en helt anden måde at være sammen på (...) - og vi havde sex, selvom vi havde et barn i

maven, og vi ikke skulle have ham. Mega underligt. Det var en underlig følelse. Hvor efterfølgende var det bare os to igen. Nu er det normalt igen.”

Til det svarer M2 at det for ham heller ikke var, som det plejede at være:

“Jeg rørte ikke ved hende som på normal vis, for jeg ville jo ikke have, at hun skulle begynde at ligge og tænke over det, mens vi var intime med hinanden.”

Af ovenstående kan man konkludere, at det at være sammen seksuelt uden at have lyst kan være både hårdt og anstrengende. Ligeledes er intimiteten en vigtig del af samværet, især når den penetrerende del af samlejet ikke kan gennemføres. Selvom lysten ikke er der til at starte med, kan den opstå undervejs.

Der er dog ingen af parrene, som oplevede ikke at ville hinanden seksuelt. Efter tabet af deres barn viser lysten til sex sig igen meget hurtigt hos begge par. Dog har begge parrene måtte vente lidt tid, da begge kvinder havde blødning efter fødslen og havde brug for tid til at hele i deres underliv. Herudover havde sundhedspersonalet informeret om, at det seksuelle samliv først kunne genoptages, når blødningerne var stoppet.

K1 udtrykker herom:

“Med det samme at vi kommer hjem, altså vi har ikke haft den der afstand eller øvhed overfor hinanden på den seksuelle konto, øh... - jeg tror, at vi begge to finder megen trøst hos hinanden, og så kan sex også godt være en trøst i noget, og så nogen gange har vi haft sex, hvor vi så også har grædt lidt, men det er ikke sådan noget, jeg kan huske. Men jeg kan sådan forestille mig det, fordi jeg bare græd hele tiden.”

Om dette svarer M2:

“Jamen der er gået sådan en lille måneds tid, og du har fået lov til at hele sådan i en 14 dages tid, og så er vi så småt begyndt.”

K2 havde blødning gennem lidt længere tid:

“Jeg blødte rigtig meget den første uge, men efter udskrabningen slappede kroppen mere af, selv om jeg pletblødte i 2-3 uger, og vi måtte ikke have sex så længe, der var blødning. Jeg tror der gik en måned, tror jeg.”

Da parret en uge efter tabet tager på ferie og ikke må være fuldbyrdet sammen, finder de nærheden på anden vis, dette udtrykker K2 og fortæller:

“ (...) jeg kan rigtig godt lide at give ham blowjob, og det gir’ også rigtig meget for mig, fordi jeg ved, at han kan lide det (...) og vi brugte hinanden til at ligge og putte - det gir’ mig rigtig meget, og jeg savnede rigtig meget at have sex med ham, at den her kærlighed, det var som om, det ikke var nok at putte og kysse, jeg ville rigtig gerne have ham ordentligt.”

Men igen, putning det gav meget og kysse og sådan.”

For begge par kan man sammenfatte, at der ret hurtigt er opstået en seksuel lyst til hinanden igen på trods af tabet af deres barn, og for især kvindernes vedkommende har de haft et øget behov for intimitet og nærhed.

5.2 Kommunikation & meningsfuldhed

Parrene er gode til at tale sammen og beskriver det som en styrke i deres parforhold. I følge K1 viser det sig ved:

“Det er jo dér vores force er, vi er vildt gode til at snakke sammen, og vi er meget forstående overfor hinanden og vores forskellighed og vores forskellige behov (...) ja det er noget jeg siger (...) det er meget italesat (...)”

M2 fortæller, at de også er gode til at tale sammen om de mere intime og seksuelle ting i parforholdet:

“Der er ingen barrierer, samtalerne opstår, hvis vi ser et eller andet i fjernsynet, eller når vi har haft sex. Der er ikke noget, vi ikke kan sige til hinanden, slet ikke. Vi kan tale om alt (...) vi er i det hele taget gode til at tale sammen. Ikke kun om seksuelle ting. Nogen gange kan det godt være svært at tale om følelser og sådan, men så snakker vi om det igen.”

Denne styrke har begge par brugt, når de har forsøgt at finde en mening med, hvorfor de skulle opleve at miste deres barn. K1 fortæller:

“Det er ligesom når man sejler, det er havnens skyld, altså hvis du sejler ind i en pæl er det havnens skyld, altså det er bare den vigtigste indstilling, fordi vi kan ikke bruge det andet til noget som helst, og det skaber kun afstand, og vi har gjort rigtig meget for at skabe nærhed i den her situation.”

Herudover har parret købt en båd, og asken fra deres datter er blevet spredt på den strand, hvor de kommer som familie sammen med deres andre børn:

“Altså vi tager ned til hende, vi har valgt at sprede hendes aske nede på vores strand, for vi havde det sådan, at vi gerne ville være sammen med hende, når vi var glade, og det var et sted, hvor vi havde lyst til at tage hen og ikke et sted, hvor vi skyldbetyngt skulle tage hen (...) hvor vi kan være sammen med hende som en familie (...) og vi har fået en båd, der hedder (barnets navn), og så er vi ude på vandet sammen med (barnets navn) og altså, så har vi det sådan, at en dag skal vi nok have en større båd, og så er det fordi hun nok har fået vokseværk, er blevet teenager ikke osse, så er hun med os på den måde.”

For par 2 har det heller ikke været vigtigt at skulle have et gravsted til deres afdøde søn. M2 siger:

“Vi talte med sygeplejersken om, at vi ikke ville have et gravsted og sådan, for vi vidste at (kvindens navn) ikke ville lave andet end at sidde ved det gravsted. Vi fik i stedet nogle dejlige aftryk og billeder af ham, og har rammet dem ind og har dem herhjemme.”

Parret har et stort behov for at finde en mening med tabet af deres barn, men da dette har været meget svært for K2, beder hun M2 om at finde et svar, som kan hjælpe dem med at tackle deres sorg:

“Og nu er vi ikke specielt religiøse, for at sige slet ikke, men vi har valgt at tro på, at det var en eller anden hjælp for at spare os for en masse sorg senere hen i livet, hvor han enten var omkommet i en trafikulykke eller anden form for sygdom, der ville have gjort vores liv til et helvede. Det har vi valgt at tro på, at det var dér, vi blev reddet af teknologien, og det sparede os for noget voldsomt senere hen i livet. Det valgte vi at tro på, der skulle være en forklaring.”

K2 nikker tilkendegivende og samtykker, hvorefter hun siger:

“Ja det her er vores liv, men der er noget, der kunne være meget værre. Vi kunne have haft ham i vores arme og lært ham at kende, og så blev han taget fra os.”

De to par talte ikke kun med hinanden. De søgte hver især fortrolige at dele deres sorg med. Par 1 ringede til præsten efter fødslen af deres datter. M1 fortæller om opringningen på vej hjem fra hospitalet:

“Vi ringer faktisk til præsten, og hun spørger, om hun skal komme, og vi siger, det behøver hun ikke (...) vi havde bare et behov for at fortælle hende det også fordi, at lige pludselig skete det, at vi gik fra, at vi skulle have den her senabort og fosteret skulle bare væk, vi skulle ikke have noget med fosteret at gøre, men så blev vi overbevist om, at vi skulle have noget at gøre med det alligevel - vi skulle se det, og det at det rent faktisk var levende med cpr. nummer (...) - og derfor var det jo naturligt, at præsten lige blev informeret.”

Alligevel har han ikke følt, at han kunne tale med andre omkring deres tab, og lidt senere i interviewet vender M1 tilbage til: *“Det er... og det er jo en fejl, jeg har aldrig nogensinde talt med nogen, aldrig talt med nogen... - hele livet. Mine problemer er mine problemer.”*

M1 var dog med en enkelt gang hos deres egen læge, som K1 tog kontakt til, da hun gennem længere tid havde ligget derhjemme på sofaen:

“(...) og så sagde jeg til lægen, prøv at hør her. Jeg tror jeg har brug for at snakke med nogen altså, for jeg tror ikke på, at min hjerne kan holde det her ud, og det kan godt være, at jeg synes, at det går rigtig godt,

men jeg kan være bange for, at jeg lige pludselig går rigtig meget ned med flaget. (...) når man er så sårbar, kan man ikke tåle ikke at blive grebet, og så siger hun, ved du hvad, altså hun syntes ligeså godt, at jeg kunne komme op og tale med hende, og hun tilbød mig sådan en form for samtaler (...)"

Samtalerne hun havde med sin læge handlede om:

"(...) vi talte om at bygge rede, det var sådan et mantra, hun havde, øh... vi skulle pleje os, men det har ikke sådan været italesat om sex, altså det har ikke været så konkret, altså det har været om, at vi skulle pleje vores parforhold, men ikke nogle konkrete tiltag (...)"

Udover sin familielæge fik hun også kontakt til en kvinde via de sociale medier, som hun kunne tale med, og som lyttede. Derudover påbegyndte K1 i et forløb hos kvinden, for at komme ned i vægt og genvinde mentalt og fysisk overskud:

"Da der var gået 2 måneder, så var det, at jeg fik kontakt med hende der (navn), som er en eller anden blogger, som fortalte, at nu ville hun lave et eller andet væggtabsforløb, som man kunne være en del af (...) og jeg tænkte, at hende kan jeg bare rigtig godt identificere mig med, og hun var sådan et rigtig menneske, og vi lavede sådan nogle sessions, hvor vi ringede sammen og gik ture, mens vi snakkede i en time, og det kostede simpelthen spidsen af en jetjager (...) men det var rigtig meget det værd, fordi hun var så hende, jeg fik snakket med om alt det her (...)"

Par 2 talte især med deres nærmeste familie og venner. M2 siger:

"Vi har snakket med os selv og noget familie, ikke lige omkring den intime del, men bare sådan om generelt det hele, og vi får det bedre af at snakke om tingene, om (barnets navn) og med en masse mennesker, som vi ligesom stod kært begge to. Hun tog hjem til sin mor, og jeg var her og tog måske hjem til en kammerat. (...) - og det hjalp rigtig meget, hvor man snakkede om tingene, og hvor man ikke ligesom tænkte over, hvad man havde været igennem. Jeg har ikke noget behov for at dele det med andre. Familien har været gode at snakke med (...)"

K2 havde efter hendes tilbagevenden på arbejdspladsen ikke lyst til at tale om tabet. Det havde hun givet udtryk for, at hun ikke ønskede, men dette ændrede sig efter lidt tid:

"I starten der var jeg sådan lidt til mit arbejde: I skal ikke spørge mig om noget, for det kan jeg ikke, det må I simpelthen ikke gøre! Og da jeg så kom på arbejde, var jeg lidt æv over, at jeg havde sagt det, fordi det ville jeg egentlig gerne. De måtte gerne spørge om det (...). Dem jeg er tættest med, begynder jeg selv at nævne ting omkring, og den kollega jeg er på stue med, hun så hurtigt, at hun vil gerne snakke om det, og så så hun sit snit, så hun stillede spørgsmål, og det var simplethen så dejligt. Så er der i hvert fald én, som ved noget dernede. Men der er stadig nogen, som ikke tør."

For at opsummere ovenstående kan det heraf udledes, at de nære relationer har en betydning for, hvordan par mestrer og gennemlever sorgen over at miste et barn under graviditeten.

5.3 Sorgen og angsten for at miste

Der er ingen tvivl om, at parrene er blevet påvirket af deres tab. Derfor kommer det også automatisk til at påvirke deres seksuelle samliv. Dette beskriver K1 således:

“Nej, der er mere slukket. Jeg er mere træt, jeg har mere kvalme, og jeg er mere ængstelig. Og den der ængstelighed gør, at sex bliver prioriteret meget langt ned, og hvad jeg har lyst til. Det er et af de første steder, der bliver slukket inde i mit system, når jeg skal skære ting fra.”

Angsten for at miste igen fylder meget hos par 1, og dette kommer tydeligt til udtryk, når K1 efter samleje oplever at have blødning. M1 siger:

“De gange med kontaktblødning (...) jeg står bare og tænker på... - jeg står ude og ryger, og når jeg kommer ind igen, sidder hun på toilettet og aborterer (...), og det er så dér den lavine af pletblødning, den starter, og så havde du lige pludselig, vi havde bare været så ængstelige så mange gange. (...) og så vågnede du pludselig en søndag morgen...”

K1 fortsætter:

“Så havde jeg 48 timer, hvor jeg slet ikke havde kvalme, og så op til egen læge og få en henvisning til gynækologen, og så hen og blive scannet, - nej det er stadig godt nok. Jeg kan godt mærke, at jeg har fået sådan en snert af noget angst, som kommer engang imellem, og det er sådan noget panikangst (...), hvor jeg kan have sådan nogle tanker, der stikker lidt af (...) jeg er simpelthen bare så bange og bryder sammen (...).”

Parret distancerer sig i de nye graviditeter for ikke at blive såret igen. K1 fortæller:

“Vi skal kalde den noget, som vi godt kan tåle at miste, vi skulle kalde den noget, som man godt kan tage afstand til (...) for det har man alligevel aldrig tænkt sig at kalde en baby, og han dør jo nok også, og man har hele tiden den der forventning om, at det går nok ikke.”

Noget nær det samme oplever K2, da hun bliver gravid igen efter have mistet:

“Det var jo først, da jeg blev gravid igen og tænkte, at hvis nu der er noget galt, og jeg gik med sådan en inderlig frygt, og inderst inde vidste jeg, der ikke var noget galt, det kommer vi jo ikke igennem igen, det sker jo ikke flere gange, men så alligevel sagde en anden side af mig, at det kan være, at der er noget galt, åh nej, endnu et barn vi skal igennem det med, jeg blev helt, jeg blev virkelig rigtig ked af det. Jeg gik rundt og tænkte på det dagligt og tænkte,

at nu skader jeg mit barn over, at jeg stresser over det, og hvor jeg sagde til ham, - den er helt gal oven i mit hoved.”

Sorgen får på en måde overtaget, og det påvirker par 1 seksuelt, at samleje ender i blødninger, som igen fører til bekymringer om at miste. Parrene fortæller hvordan, at de får tæppet revet væk under sig og isolerer sig i den første tid. Dette påvirker de sociale relationer, men også samlivet med hinanden som par. K1 fortæller at:

“Man bliver bombet ind i sådan en bobbel af ked af det - det var virkelig vores tæppe, der blev revet væk under os, og jeg kan huske, at jeg lå på sofaen i 3 måneder og spiste chokolade (...). Jeg var så ødelagt i mine følelser, at jeg kun kunne holde mine følelser stangen, hvis jeg hele tiden havde et lidt for højt blodsukker kørende (...) det kostede rigtig meget, og det kostede rigtig meget på hans konto (...), så det var meget en følelse af at have mælkespændte bryster og bækkenløsning og tomme arme...- ja”.

M1 viser sin omsorg og kærlighed for sin partner, selvom han har svært ved at huske tilbage på den første tid efter tabet:

“Jeg elsker at hoppe og springe for dig ik’. Og jeg har også hoppet og sprunget for dig dér, men jeg kan ikke huske, at der har været noget ærgerlighed, jeg har ikke haft nogen frustrationer på den der måde, altså... - jeg kan ikke engang huske, om vi havde sex i den periode.”

Par 2 tog væk hjemmefra efter en uge. De havde begge en oplevelse af, at det var det rigtige for dem at gøre, og derigennem kunne de finde ind til hinanden igen. M2 fortæller:

“Vi var hjemme i vores egen bobbel den første uge, hvor vi bare passede og plejede hinanden og var kede af det. Men så tog vi afsted til Rhodos en uge efter det var sket, og det var dernede vi kunne begynde at finde tilbage til os selv, det lyder lidt klichéagtigt, men det var der vi begyndte at komme tilbage, og hvor det ikke fyldte hele ens hoved. Ugen herhjemme lavede vi ikke andet end at tænke over det. Det lå der hele tiden, og det berørte jo ens humør, og der kom hele tiden de her episoder, hvor man er rigtig trist (...).”

K2 fortæller, at rejsen var anderledes, end de rejser de ellers plejer at tage på, da hun både var blevet informeret om ikke at måtte indtage alkohol, og samleje ligeledes måtte vente, indtil hendes blødninger var stoppet helt:

“Det var en anderledes rejse, men det er stadig den bedste rejse jeg har været på. Og ret hurtigt oplevede vi at have lyst til hinanden igen.”

Begge par fortæller om, hvordan de har oplevet hvordan de som mand og kvinde har oplevet forskellige måder at tackle sorgen på.

K1 siger:

“Jeg kan huske, at vi har haft mange aftener, hvor vi har været kede af det sammen, og kede af det på hver sit tidspunkt, og kede af det på hver vores måde, han er god til at finde noget musik, som sætter gang i følelserne, og jeg kan slet ikke holde det ud altså, jeg bliver sådan helt, det er alt for meget, men jeg vil gerne lade ham være i det, og man kan sige, at min ked af det hed kommer mere som i små portioner, og jeg kan mærke, at jeg bliver ked af det nu. Men det kommer mere i sådan nogle små øer, hvor jeg falder sådan mere fra hinanden (...) at man skal bære den skyld, at man har slået sit eget barn ihjel, og det er jo det, der sker (...) og hun så kommer ud og er levende, og vi sidder med hende i 17 minutter og bare kigger på hende indtil hun dør. Altså det er det mest absurde i hele verden, at man bare stiltiende sidder med sit døende barn i hænderne, altså det er så mærkeligt, at ens hjerne bare slukker (...), og det er så den ensomhed og afstand, der bliver mellem os og resten af verden.”

Generelt oplever K1 dog, at deres parforhold er blevet stærkere, efter det de har været igennem:

“(...) altså vi har et eller andet, vi har noget hemmeligt, som nogen aldrig vil kunne forstå. Den der senabort binder os sammen på en god måde (...), og det er kun os to, der har de minder sammen.”

M2 kan også fortælle om forskellen på deres sorgreaktioner:

“Ja der var selvfølgelig forskel, mand og kvinde tackler tingene forskelligt. Hun er meget udadreagerende, hvor jeg er meget indadreagerende, hvor det påvirker mit humør, og jeg tænker ikke på andet, og den måde jeg er rigtig trist inde i mit hoved, men det kommer ikke til udtryk (...), jeg har da gået med mine egne tanker, men kvinden har ligesom nogle andre tanker, da det er hende der bærer rundt på det, mænd har andre tanker end kvinden har, det er jeg slet ikke i tvivl om.”

På den måde er M2 meget opmærksom på, hvordan disse forskelle kan påvirke hans kæreste og deres parforhold:

“(...) men det at man ligesom ser på kvinden, det er jo ovnen, der skal være i harmoni og have det dejligt, og hvis man har det skidt, er det ikke godt for parforholdet og slet ikke for kvinden selv. Det er vigtigt, at det er kvindens behov, der er fokus på, mandens behov kommer ligesom efterfølgende.” Hans følelser kommer bedst til udtryk gennem vrede: *“(...) hvorfor skal det gå ud over os, når der er sådan nogle mennesker, der ikke har fortjent at få det barn, der blev jeg rigtig bitter og sur og hidsig over, hvor unfair det er.”*

K2 fortæller, hvordan hun oplevede forskellen mellem dem:

“Jeg græd jo nærmest hele tiden, og han sad og spillede, og så kunne han lukke sig inde i sin egen lille bobbel med headset på, og jeg sad bare og så fjernsyn og græd, og valgte nærmest film der var sørgelige, for sådan er jeg.”

Angsten for at miste igen vil, i følge ovenstående udsagn, påvirke humøret og psyken, og der ses tydelige kønsmæssige forskelle i reaktionerne. For de to par føles det, som om de får revet tæppet væk under deres fødder. Selvom den seksuelle lyst i perioder træder i baggrunden, består lysten til hinanden og parforholdet på trods. Dette sker ved at udvide ens opmærksomhed og forståelse for hinanden.

5.4 Oplevelsen af den sundhedsprofessionelle

I forhold til hvordan parrene har oplevet at blive mødt af sundhedspersonalet, har de forskellige oplevelser. Par 1 har oplevet en manglende anerkendelse for af deres store ønske om et fælles barn. M1 fortæller om deres møde med sundhedsvæsenet:

“Det har også været en svær ting, når vi har stået i de her situationer, vi har mistet igen og igen, og så det dér med at sundhedspersonalet hæfter sig ved er, at vi jo har normalt fungerende børn, og så skal vi købe den der med, at vi skal være glade for, at vi har nogen børn, ja vildt underligt, ja så lever vi da højt på det.”

Herudover har K1 haft en følelse af, at personalet mest havde deres fokus på hende:

“De kigger ikke på ham og siger noget, men kigger på mig og siger, din røv er lidt for stor, det er ikke så godt, og der er ingen, der tænker på, om han ryger 40 smøger om dagen eller drikker 1/2 flaske vodka til morgen.”

M1 tilføjer:

“Så længe dit BMI var for højt, kunne vi ikke bede om hjælp, og det er sådan en anden ting, at man bliver diskrimineret af systemet.”

Par 2 har haft svært ved at gennemskue, om de kunne stole på personalet. M2 siger:

“(…) og så skal vi til den her scanning - den første havde vi fået at vide, at alt så godt ud, det var helt perfekt, og alt ser fint ud, men der er noget ved hjertet, de ikke kan se, hvor jeg tror det var sådan et cover, da der ikke var nogen læge tilstede, så de holdt os sådan lidt hen. Vi bliver sendt hjem igen, og jeg har sådan en lidt underlig fornemmelse over det, men man prøver selvfølgelig at være positiv.”

Lidt senere i forløbet, og imens fødslen af deres søn er i gang, har M2 lettest ved at tale med en yngre sygeplejerske, og han fortæller, at:

“Den første sygeplejerske som tog imod os var vi rigtig glade for, hun var rigtig sød ved os og på samme alder, så det hjalp også, man kunne snakke lidt anderledes med hende, og hun var rigtig god. Og den anden var en ældre dame, og hende var jeg ikke så tosset med (...) hun kom ind til den svære del af det.”

Men hun var ikke god til at tackle mig, hun var fin overfor hende. Men vi talte stadig omkring ting, vi havde spørgsmål til, og de sagde så meget, snakkede rigtig meget, men vi hørte jo ikke halvdelen af det ordentligt.”

Ingen af parrene oplevede, at personalet spurgte ind til eller rådgav dem omkring, hvordan parforholdet og det seksuelle samliv kunne se ud i efterforløbet. Par 1 syntes ikke, at der var nogen opfølgning eller rådgivning overhovedet. M1 siger:

“(…) der er aldrig nogensinde nogen, der har spurgt om noget med parforholdet.”

I forhold til om personalet italesatte den seksuelle del, siger M2:

“Det var kun når vi selv spurgte om, hvornår må vi være sammen igen.”

K1 kunne godt have tænkt sig, at det havde været anderledes. Ikke nødvendigvis med mere fokus på den seksuelle del men mere generelt:

“Lidt mere omsorg og lidt mere opfølgning (...), jeg kunne godt have tænkt mig, at der var en eller anden udenforstående, der havde hjulpet mig op, så jeg ikke skulle have brugt så lang tid på at hjælpe mig selv op.”

Efter de kom hjem, har M1 tænkt på følgende:

“Jeg kommer til at tænke på, hvis man føder og tager sin baby med hjem, så går der ikke ret mange dage, før der står en sundhedsplejerske, og hvis man føder og ikke tager sin baby med hjem, så kommer der ikke nogen og banker på, og der er heller ikke nogen, der ringer, altså så er man bare efterladt, altså udover at de (hospitalet) ringer et døgn efter.”

Ydermere har K1 haft det svært med de efterfødselstilbud, der var, og som hun på ingen måde følte, at hun passede ind i eller havde mulighed for at deltage i:

“Og hele det der med, at ens krop var sløj ligesom, hvis man havde fået en baby, men man kunne ikke få de der tilbud, som man får når man har født - det var rigtig svært.”

I forhold til om parrene havde et ønske om, at der blev spurgt mere ind til det seksuelle svarer par 1 - nej. Dette begrundes med K1's baggrund som sexolog. M2 mener ikke, at det er noget, man vil have overskud til at tale så indgående om, mens man står i det. Derimod siger K2:

“Jeg ville ikke synes, at det var irrelevant, det ville selvfølgelig være relevant at snakke med os om det, og der er måske nogen, der ikke spørger om det eller ikke tænker over det, eller... så ja helt klart.”

M2 sætter derudover igen ord på forskellen mellem ham og hans partners behov for rådgivning og opfølgning:

”Vi ville gerne det der med den der spædbarnsdød, det ville vi faktisk gerne, men da det så kom til stykket, og vi skulle tage telefonen og aftale noget, så bakkede vi sgu lidt ud, fordi vi følte, at vi nok ikke var klar til det. (...) jeg fortrød, da vi blev gravide igen, at vi ikke havde gjort det. (Kvindens navn) røg lige ind i den der krise, som er forventeligt. Vi er gode til at klare sorgen og det selv, men det her efterfølgende kan man ikke klare selv, så det vil jeg anbefale andre, jeg hører om, tag fat med det samme. Jeg har ikke behov for at snakke med dem for ligemeget hvad, så vil jeg altid have de samme tanker, men (kvindens navn)værd på det, det var rigtigt, rigtig godt (...) Jeg fatter ikke kvinders hjerne og slet ikke gravides. Det var nok lidt naivt af os at tro, at vi selv kunne klare det.”

K1 har brug for, at personalet kan rumme hende, så hun ikke føler sig som en belastning:

“Jeg har bare brug for at blive rummet. Jeg skal bare vide, at det er okay, jeg er bekymret, og du ikke er en belastning. Jeg tror i virkeligheden, at det er der min største frygt er, at en eller anden bliver sur eller bliver irriteret over, at det har vi snakket om en gang, du behøver ikke...- slap af og fald ned og gå hjem og tag en kop te.”

At tiltale patienter i en respektfuld tone samt udvise forståelse for pågældendes situation har, i følge de to par, en stor betydning for, hvordan man oplever den sundhedsprofessionelle. Herudover betyder alder også noget for det ene af parrene, da de føler sig bedre forstået og kan have en mere ligeværdig relation. Ydermere kan man konkludere, at parrene selv må nævne seksualiteten før, at den bliver italesat af personalet. For parrene er denne del ikke det vigtigste, da de selv har været åbne og stillet de spørgsmål, de havde brug for svar på. Dog har de begge manglet en mere generel støtte, rådgivning og opfølgning.

6. Diskussionsafsnit

I det følgende afsnit diskuteres den empiri, som er fremkommet af de to interviews og som på tematisk vis via metoden meningskondensering er gennemgået i analyseafsnittet. Det vil være en kritisk fremstilling af temaernes relevans for forskningsspørgsmålene og den deraf definerede problemformulering. Fundende diskuteres op imod de aktuelle studier fra litteratursøgningen samt den eksisterende teori, som findes på området.

6.1 Seksualitet og lysten til hinanden

Som tidligere nævnt består seksualiteten af bevægelige bio-psyko-sociale aspekter, og det tilstræbes, at vi rummer det hele menneske, når man taler om seksuelle problemstillinger. (6)

For begge par er det, som viser sig mest tydeligt hos dem alle fire det, at seksuallysten i perioder har været nedsat. K1 fortæller om, hvordan lysten i hende slukker, da hun er plaget af kvalme, træthed og blødninger. Dette er også gældende for K2, som ligeså oplever en manglende lyst grundet træthed.

Begge kvinder oplever, at den manglende lyst er partiel, men lysten kan nogle gange flyttes undervejs i samlejet fra at være primær, til at den får en mere sekundær rolle og dermed træder i baggrunden for en stund. Hvor den nedsatte lyst ses som et meget specifikt symptom på seksuel mistrivsel, kan trætheden, kvalmen og blødningerne være mere uspecifikke symptomer, som man måske ikke ville tillægge stor betydning. Dog kommer alle symptomerne til at spille en rolle i forhold til parrenes seksuelle samvær. (ibid)

På det psykologiske plan er K1 meget sårbar. Hun har derudover en stor skyldfølelse som hun påtager sig. Hun beskriver, at skylden på nogle områder er opstået grundet den behandling, de har fået fra sundhedspersonalet. Hun har følt, at hun bar det største ansvar på grund af hendes høje BMI. Dette påvirker hendes selvbillede og bodyimage samt forstyrrer hendes feminitet. K2 føler ikke på samme måde den skyld over tabet. Dog opstår der for dem begge en eksistentiel angst for at miste, da de igen bliver gravide og som er lig det som det norske kohortestudie konkluderer. (16)

I følge Dyregrov og Gjestad (19) kan biologiske symptomer og negative psykologiske tanker påvirke seksuallivet, så lysten bliver mindre, og derved falder samlejefrekvensen. I studiet ses dette mest fremtrædende hos de par, hvor kvindens sorg var kompliceret og påvirkede psyken i mere udtalt grad. Mange af de kvinder, som deltog i studiet, beskrev ligesom K1 de samme følelser af, at deres krop havde forrådt dem, og for nogle fyldte sorgen så meget i hverdagen, at der simpelthen ikke var overskud til at have sex. For de par som havde genoptaget sexlivet var nogle af bevæggrundene ønsket om et nyt barn, og for en større del af kvinderne end mændene var det derudover også en måde at få nærhed og omsorg på samt en måde at mindske spændinger imellem dem. (ibid)

Men for nogle par kunne dette ønske misforståes af mændene, og dette ville kunne ende ud i konflikter grundet misforståelser. Dette er meget lig det, som par 1 udtaler sig om. At M1 laver te til K1 med ønsket og håbet om, at de nu skal op og have sex. Men at der grundet K1's fysiske symptomer ind imellem opstår noget ærgerlighed fra hans side, når hun så senere hen afviser ham. Dette gør sig i mindre grad gældende for par 2, selvom K2 har det på samme måde. Begge kvinder oplever en spontan lyst, men ind imellem forsvinder den, når trætheden overtager.

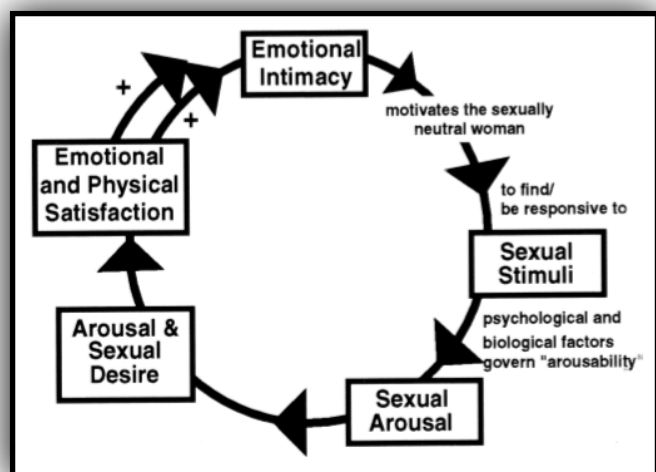
For begge parrenes vedkommende udtrykker de, at de istedet for at have samleje nogle gange bruger nærheden og intimiteten, i form af kram, putning og det at ligge tæt op ad hinanden, til at bevare den seksuelle kontakt til hinanden.

Herudover udøver begge kvinder oralsex i stedet for at involvere sig i den penetrerende og aktive del af samlejet. Derigennem fortæller begge kvinder, at de kan opleve, at lysten nogle gange kommer alligevel.

Dette er meget lig den udvikling, som den canadiske læge Rosemary Bassons lystmodel illustrerer. (29) Det er en model, som Basson videreudviklede ud fra andre seksuelle responsmodeller, og som har til hensigt, at skabe overblik over den menneskelige seksuelle respons. Hun mente, at når kvinder har sex, så er det ikke ud fra en spontan lyst eller ophidselse, men en receptiv lyst som opstår gennem den intimitet og nærhed, man har med sin partner. Hun mente derfor, at de fleste kvinder indgik i en seksuel relation med det primære ønske at få intimitet, og at lysten til sex kunne opstå undervejs og dermed udvikle sig til samleje. (ibid)

I følge Professor i Sexologi Annamaria Giraldi (30) kan man ikke direkte sige, at alle kvinder passer ned i Bassons lystmodel. Men ifølge Giraldis studier kan der være en tendens til, at kvinder, som er i længerevarende parforhold, har et adfærdsmønster i overensstemmelse med lystmodellen frem for andre responsmodeller. Men hun konkluderer, at mennesker agerer forskelligt på den samme situation. Det vigtigste når man anvender seksuelle responsmodeller er, at man taler med kvinder og mænd om de forskelle, man som par kan opleve, når det kommer til at have lyst til sex. Fordi lysten for nogle ikke opstår spontant, men i stedet for kan udvikle sig undervejs i den intime relation. (ibid)

Nedenfor ses Bassons lystmodel:



(29)

I forhold til Bassons lystmodel kan man sige, at både par 1 og 2's emotionelle intimitet viser sig gennem samtalerne, og den åbenhed de har om seksualitet og deres seksuelle behov. Dette motiverer kvinderne til at engagere sig seksuelt med deres partner og begge par har fundet en løsning, hvor kvinderne stimulerer mændenes seksuelle behov ved at give oralsex.

Dette fører hos begge kvinder til en seksuel opstemthed og en lyst til, at det seksuelle på overraskende vis udvikler sig, så de alligevel får lyst til at fuldbyrde samlejet. I sidste ende fører dette til, at både manden og kvinden i begge par finder en god balance mellem deres emotionelle og fysiske behov, og dette vil lede til en større intimitet imellem dem jævnfør lystmodellen. (ibid)

6.2 Nære relationer og god kommunikation fordrer god intimitet

Begge par taler med forskellige mennesker om tabet af deres barn. Herudover finder de også en stor trøst i at tale med hinanden. Ens for begge par er, at de alle selv har været opsøgende omkring kontakten med andre. K1 opsøger selv egen læge efter noget tid, da hun kan mærke, at hun har brug for at tale med nogen, som kan hjælpe hende videre, da hun ikke får det bedre psykisk. Med sin familielæge har hun flere samtaler om parforhold, og om hvordan de som par tager hånd om hinanden. Herudover opstår der via de sociale medier en kontakt til en kvinde, som hun kan identificere sig med, og som gennem noget tid støtter og lytter til hende. Par 2 bruger især deres venner og familie, når de skal tale om hvad de har været igennem. Og for K2 var det hendes mor, som hun bedst kunne tale med.

Det at par bruger samtaler med andre til at mestre tabet af et barn påvises i studiet af Paulina Van, R.N. (21) Studiet viser, at mestringen forbedres, når man taler med andre om tabet. At man som kvinde kan tale med sin mor betyder for kvinden, at hun får megen støtte samt nogle rationelle og omsorgsfulde erfaringer, som hun kan bruge videre i sin mestring. Herudover betyder stabiliteten og forholdet til familien samt det, at de anerkender tabet også en del for det videre forløb. Ydermere så man, at det udgjorde en positiv forskel for de kvinder som havde deres partners støtte i ord og handling. Ofte handlede det bare om det at mærke, "at de var der" for dem. Modsat så man, at det komplicerede mestringen og sorgen for de kvinder, som undlod at tale om tabet. Dette var tegn på, at de ikke kunne acceptere realiteterne omkring, hvad der var sket, og dette kom til at påvirke deres sociale og personlige relationer. For mændenes vedkommende så man, at deres reaktioner på tabet blev tacklet gennem det at engagere sig i de mere dagligdags,- og rutineprægede aktiviteter. Det vil sige at gå på arbejde, dyrke sport og være sammen med venner. (ibid)

Dette ses i relation til det som M1 fortæller. Han sørger for, at de praktiske ting i hjemmet fungerer, da K1 ikke kan andet end at ligge på sofaen den første tid. M2 fortæller om, hvordan hans samvær med en god kammerat hjalp ham igennem den første tid, da han kunne dele sine tanker med ham. Dette er ydermere lig det, som den førnævnte danske psykolog, Susan Harts forskning har vist. (17)

Mænd forholder sig løsningsorienteret til problemerne og herudover søger de ikke at komme dybere ned i de følelsesmæssige ting som kan være forbundet med det at miste et barn. Dette ses især for M1, da han kun taler med ganske få om sit tab og åbent giver udtryk for at han ikke ønsker at tale med nogen om sine problemer. M2 brugte dog ind imellem de yngre familiemedlemmer, som han følte sig på på bølgelængde med samt hans venner. Men ind imellem trak han sig igen væk mentalt, når han spillede computer.

Studier konkluderer, at den forbundethed, som opstår mellem manden og kvinden, til familiemedlemmer, venner og andre betyder en stor del for, hvordan kvinden og parret mestrer tabet af deres barn. (21) Og i henhold til Dyregrov og Gjestads studie er det kun meget få procent af par, som kan tale om seksuelle og parforholdsmæssige problemer med familie og venner. (19)

I forhold til kønnene er det mest vigtigt for kvinden og hendes mestring af sorgen, at den ægteskabelige intimitet er i fokus. Dette påviser Nazaré, Fonseca og Canavarro i deres studie. (20) Kvinder der har en tæt og intim ægteskabelig relation, synes at have en mere overensstemmende sorgreaktion sammenlignet med deres partnere. Dette kan parret opnå ved at tale om tabet sammen, selvom dette kan være svært for mændene, som ofte vil trække sig væk. Herudover kan nogle mænd have en tendens til at skjule og undertrykke deres sorg. Men hvis den mandlige partner er validerende i deres omsorg og støtte overfor kvinden, vil dette fordrer en større forståelse mellem dem, og dette skaber bedre intimitet. Parret kan derved lettere dele deres tanker og følelser med hinanden. Desuden konkluderer studiet, at hvis kvinden søger støtte hos sin partner og ikke får den, vil hun aktivt søge den i andre sociale sammenhænge. (ibid)

Begge par giver udtryk for, at de har et tæt og intimt parforhold, og at de er gode til at sætte ord på de svære ting. Og selvom tingene, i følge M2, nogle gange kan være svære at tale om, så bliver parret alligevel ved. Dette viser for begge pars vedkommende en styrke, som bidrager til en bedre mestring. De tager hånd om hinanden ved at anerkende deres forskellige behov. Begge forhold har en høj grad af tillid, og dette fordrer en bedre intimitet imellem dem. På den måde bliver begge par i stand til at nyde og prioritere deres seksualitet, på trods de svære ting de gennemlever.

M1 fortæller, hvordan han endelig er landet i et parforhold, hvor han kan være sig selv og ikke skal føle sig forkert, når det kommer til hans seksuelle behov og præferencer. Hos K1 føler han sig accepteret og rummet. Ifølge Vidensråd for forebyggelse er det vigtigt, at man som menneske føler sig anerkendt, med den seksualitet og de seksuelle behov man nu engang har, da en stigmatisering og diskrimination ellers kan føre til nedsat selvværd og psykosocial mistrivsel. Dette vil på sigt påvirke seksualiteten negativt. (8)

Ifølge Zygmunt Bauman, en polsk sociolog (31), higer vi alle sammen efter, at føle samhørighed med et andet menneske. Ved at opnå dette bliver mennesket ifølge ham fuldkomment. Samhørigheden er en veksling mellem den biologiske drift og kulturen. Men i dag kan den blive forstyrret af de sociale medier samt den virtuelle verden, som vi bevæger os rundt i. Det kan skabe en afstand og ødelægge nærheden herunder intimiteten. At man går online er for nogle mindre bekosteligt, end det at engagere sig følelsesmæssigt med andre. Alt dette skaber flere samlivsetiske dilemmaer. (32)

M2 forsvinder nogle gange væk bag computerskærmen. Det vil sige, at han, ifølge Bauman, distancerer sig fra nærheden til sin partner ved ikke at engagere sig. (ibid)

Modsat viser den kontakt, som K1 opnår med kvinden, som hun finder på de sociale medier, at selvom man ind imellem forsvinder væk bag skærmen og distancerer sig, kan denne virtuelle, og for nogle kunstige virkelighed, overraskende nok åbne op for nye relationer og bekendtskaber og sidste ende føre til sundhed og bedre mestring.

Ifølge den franske filosof og historiker Michel Foucault (31) må man også yde omsorg for sig selv. I denne afhandling ses dette i forhold til sorgen, parforholdet og herunder det seksuelle og intime samliv.

Foucault mener, at man i kulturen omkring selvet, må drage omsorg for sig selv, og man må gøre sig umage hermed. Enhver der vil have et velfungerende samliv må også drage omsorg for dette. (33)

Dette står i kontrast til det, at parrene også enkeltvis må drage omsorg for sig selv og deres egne behov. Ved at begge par søger andre fælleskaber og relationer, vil det støtte omsorgen for dem selv.

M2 søger ind i den virtuelle verden og drager omsorg for sig selv for en stund, for derefter at vende tilbage i den relation han har med sin partner. K1 genvinder styrke og psykisk og fysisk sundhed gennem den relation, hun får til den kvinde, hun lærer at kende på internettet.

Det at have samtaler med en fortrolig, er ifølge Foucault en sjælelig omsorg, som skaber plads til råd og opmuntring, og som får en til at fortsætte med at kæmpe. (ibid)

Den sjælelige omsorg er vejen til lykke, men det kræver tid. I dag kan det være svært at finde den tid, man har brug for. For hvor stor en del af ens hverdag skal man bruge på sig selv og sine egne behov? Foucault mener, at det er en balancegang, men at man må tage sig tiden hertil. Nogle gange må man afbryde det, man er igang med og afsondre sig fra virkeligheden. Dette ses i forhold til par 2, som rejser væk kort tid efter deres tab. De drager omsorg for sig selv og deres parforhold, og herved genvinder de hurtigt den seksuelle lyst samt troen og meningen med tilværelsen. Ved at drage tilstrækkelig omsorg for dem selv, ser man, at de hurtigt er tilbage til hinanden og tosamheden, og dette hjælper dem videre med deres

sorgbearbejdelse. Fordi deres seksuelle lyst til hinanden hurtigt vender tilbage bevirker det, at deres intimitet, parforhold og mestring bedres. (ibid)

Den evne som parrene udviser i forhold til at forstå hinandens adfærd, tanker og følelsesmæssige reaktion kaldes mentalisering. (34)

Det er et interpersonelt samspil ud fra indre mentale tilstande, som man udvikler i de tidlige tilknytningsrelationer til vores nære omsorgspersoner. Mentaliseringsevnen er et billede af, hvordan en persons sociale kompetencer, selvfølelse, selvregulering, evnen til at forstå og håndtere interpersonelle konflikter og belastende oplevelser er. En tryk tilknytning er den væsentligste forudsætning for udviklingen af evnen til reflektive funktioner og mentalisering, ifølge et større review af Peter Fonagy og Mary Target. (ibid)

Fonagy og Target mener, at mentaliseringsevnen udvikles i de første leveår og skal ses i forhold til, hvordan vi er blevet spejlet af vores tætteste omsorgspersoner. Selvet udvikles ved, at iagttage sig selv via andre. Denne spejling og de tilknytningsmønstre vi får vil betyde meget for vores psykiske sundhed. (35) Mentaliseringsbegrebet er beslægtet med empati, selvreflektion og indsigt. Dette både i sig selv og i forhold til andre mennesker. Man kan sige, at det drejer sig om, hvordan man ser og forstår sig selv. På den måde er man bedre i stand til at forstå, hvordan andre opfatter en. (ibid)

Med udgangspunkt i Fonagy og Targets teori kan man konkludere, at der for par 1 og 2 synes at være en sikker tilknytning, som de bruger i deres relation til deres partner, og som spiller en vigtig rolle i forhold til, hvordan de tackler sorgen og den intime relation. Begge par er meget reflekterende og er gode til at sætte sig i den andens sted.

Dette kræver indsigt og en god forståelse af sig selv for at kunne forstå, hvordan ens partner har det. De udviser nysgerrighed og ønsker at dykke dybere ned og forstå deres partners følelser. I forhold til teorien om mentalisering, kan man heraf konkludere, at denne er godt udviklet hos begge par, og dette påvirker i positiv grad den måde, de tackler deres svære livssituation på.

6.3 At finde en mening

At finde en mening med hvorfor man skal gennemleve at miste et barn fylder en del for både par 1 og 2. For K2 blev sorgen og desperationen og denne mangel på meningsfuldhed så stor, at hun krævede, at M2 fandt meningen for dem. Hun kunne ikke se, hvad meningen var og hvorfor det skulle ske for lige netop dem.

At finde en mening med det, der sker, når man rammes af alvorlige livsbegivenheder, såsom at miste et barn under graviditeten, kræver i følge Aaron Antonovsky, professor i medicinsk sociologi, at man har en oplevelse af sammenhæng. (36) Oplevelsen af sammenhæng, også kaldet OAS, består af *begribelighed*, *håndtérbarhed* og *meningsfuldhed*. (ibid)

Begribelighed angiver, om man kan opfatte de stimuli og stressorer, som man udsættes for eller konfronteres med i ens indre eller ydre miljø, som kognitivt forståelige.

Er de sammenhængende, strukturerede og tydelige, eller opleves det i stedet som støj og som kaotisk og uforklarligt. Man kan sige, at *begribelighed* handler om, om man har en grundlæggende god og realistisk evne til at bedømme den virkelighed, man står i.

Håndtérbarhed indikerer, om man opfatter de ressourcer, som står til ens rådighed som værende tilstrækkelige til at klare de krav og stimuli, som man bliver stillet overfor. Til ens rådighed betyder, om man føler, at man har kontrol over ressourcerne, som nogle gange kontrolleres af andre. I forhold til de to par, kan disse først og fremmest komme fra deres deres partner men også fra sundhedsprofessionelle, venner og familie. Ligeledes at have en grundlæggende tillid til og en følelse af, at man kan stole på disse personer.

I den udstrækning man har det, siger Antonovsky, at da har man en stærk oplevelse af håndtérbarhed, og man vil ikke på samme vis føle sig som et offer, og man vil endvidere håndtere tingene bedre. En høj *håndtérbarhed* afhænger af forståelse og *begribelighed*, og for den engagerede person er vejen åben for at opnå en større forståelse.

Meningsfuldhed er OAS - begrebets motivationselement. Føler man, at livet er forståeligt rent følelsesmæssigt, så de krav og stimuli man udsættes for er værd at investere energi og engagement i, da vil det give mening. Hvis man er villig til at tage udfordringen på sig og er besluttet på at finde en mening, vil man på værdig vis klare sig bedre igennem, og i det store hele vil dette give personen en stærk oplevelse af *meningsfuldhed*. (ibid)

Mestring afhænger derfor af en OAS som helhed. Men man behøver ikke at føle, at alting i ens liv er *begribeligt*, *håndtérbart* og *meningsfuldt* for at have en stærk OAS. Det afgørende er, ifølge Antonovsky, om der er livsområder, som personen oplever som vigtige, og om man er villig til at udvide grænserne til også at omfatte nye livsområder. (ibid)

I forhold til disse to par, kan man sige, at selvom de stadig er i sorgen og gennemlever minderne om deres tab, så er begge par i stand til prioritere deres seksuelle samliv. Ligeledes bevæger de sig videre ud og engagerer sig i nye områder, det vil sige at de vender tilbage til deres arbejde og lignende. I relation til deres samliv giver intimiteten og nærheden dem en bedre *håndtérbarhed*, og herved er deres seksuelle samliv stadig ligeså *meningsfuldt* som det hele tiden har været.

Trods tabet, og da begge kvinder igen bliver gravide, finder de alle nye måder at engagere sig med hinanden på, og intimiteten finder nye veje.

Herudover mestrer M1 situationen ved, at han skaber en *håndtérbar* hverdag for dem begge og deres andre børn. Han beskriver, at han hopper og danser for K1. Dette skaber en *meningsfuldhed* for ham. K1 *begriber* til sidst, at grunden til at de har oplevet at miste både sker som et resultat af tilfældigheder og uheld men måske også på grund af hendes høje BMI. Dette *håndterer* hun ved, at engagere sig og få hjælp af de mennesker, hvor hun føler sig forstået, og dette leder til en motivation til en livsstilsændring, og på den måde ender det også med at give *mening* for hende.

M2 og K2 finder en *mening* sammen, da de kan se, at for dem er tabet af deres barn en måde at blive forskånet for langt værre ting senere hen i livet. Par 2 mindes deres søn, når de taler om ham med andre, når de ser på de to små fødder, som K2 har fået tatoveret på sin arm, samt de billeder som de omgiver sig med.

Par 1 finder en *meningsfuldhed*, da de køber en båd, som de navngiver det afdøde barns navn. På den måde *håndtérer* de sorgen for til sidst at *begribe* den og finde deres *mening*.

At miste et barn er, i følge Antonovskys teori, en livsbegivenhed, som fører til negativ stress. De uforudsigelige ting, dette bringer med sig, bevirker, at parrernes OAS svækkes i en periode. Gennem deres seksuelle og intime samliv bindes de sammen fysisk og emotionelt, og dette bliver en positiv faktor, for deres mestring af tabet.

Herudover oplever de en større grad af sammenhæng. Nærheden og intimiteten i deres seksuelle samvær og samtalerne herom fører til positive forandringer. De er mennesker med en stærk OAS, og denne stressede livsbegivenhed, som de befinder sig i, bliver i sidste ende gjort til en *begribelig, håndtérbar* og dermed en struktureret *meningsfuldhed*, som hjælper dem.

En person med en stærk OAS har ofte flere indre ressourcer, som han/hun kan vælge imellem og benytte sig af i sin mestring. Kaos kan forvandles til orden og forvirring til klarhed hos det menneske, som er i besiddelse af en høj OAS.

Begge par oplever efter den første tid, at de kognitivt og følelsesmæssigt kan og må acceptere deres skæbne. Belastningen ved at skulle *håndtere* den, bidrager til et øget behov for intimitet og nærhed. Sorgen forandrer sig og opleves mere og mere som noget, der kan indrages på en *meningsfuld og begribelig* måde i hverdagen. (ibid)

De faktorer, som bringer os fra sygdom til sundhed, var netop det udgangspunkt Antonovsky havde. Hvordan man bevæger sig fra patogenesen til salutogenesen, var det kontinuum, som interessede ham. Hvad bidrager og fører til sundhed? Sorg og lidelse påvirker, ifølge flere af de ovenstående studier, seksuallivet.

For nogle er det kortvarigt for andre langvarigt. Der findes ikke et vidundermiddel til, hvordan man opnår og opretholder sin seksuelle sundhed, da det er et samspil af flere forskellige faktorer, og der ses ydermere flere forskellige kilder og vinkler på dette alt efter, hvem man er.

Men ens for alle er, at vi prøver at tilpasse os miljøet og situationen. Hvordan udfaldet bliver afhænger, ifølge Antonovsky, af hvordan man *begriber*, *håndterer* og finder *mening* og sammenhæng i den specifikke livssituation. (ibid)

6.4 Den sundhedsprofessionelle

Par 1 føler, at informationen fra personalet har været mangelfuld, og man kan derfor i relation til ovenstående argumentere for, at par som gennemlever at miste et barn under graviditeten skal informeres bedre om, hvordan seksual-, og samlivet påvirkes af tabet af et barn. Par 1 beskriver, at der ikke blev spurgt ind til noget overhovedet samt, at informationen i efterforløbet var mangelfuld. Par 2 angiver, at det kun var, hvis de selv spurgte, at der blev svaret på, hvornår man måtte genoptage det seksuelle samliv.

Dyregrov og Gjestads studie (19) argumenterer for, at sundhedspersonalet skal modtage mere undervisning om seksualitet samt lære, hvorledes dette italesættes overfor patienten. Kun omkring 10 % af parrene i studiet fik seksuel rådgivning og grundet dette, kan man konkludere, at der for størstedelen af disse par vil være en mangelfuld information. Studiet konkluderer endvidere, at det er vigtigt, at man normaliserer og får kommunikeret ud til parret, at der kan være et øget behov for nærhed og intimitet, og at det at genoptage det seksuelle samliv hurtigt efter tabet ikke skal være forbundet med skam. (ibid)

K2 udtrykker, at hun synes det er vigtigt, at personalet spørger ind og rådgiver omkring seksualliv og parforhold, da der kan være par, som ikke er ligeså opsøgende, som de selv var. M2 mener dog i relation hertil, at der kan være forskellige behov, og at tidspunktet for informationen må medtænkes. Da forløbet med fødslen af barnet er en stressende og chokerende oplevelse, kan det være svært at huske alt, hvad der informeres og rådgives om. Derfor mener han også, at det ville være bedre, at man fik en dato i hånden, når man forlod sygehuset med et tidspunkt for, hvornår man skulle ses eller tale i telefon med en professionel med særlig viden indenfor sorg og seksualitet, og som kunne stå for at følge op på hele forløbet.

Hvordan kommunikationen og rådgivningen opleves afhænger af sundhedspersonalets ordvalg og måden informationen gives, samt den relation parrene har til personalet. Dette konkluderer Geller, Psaros' og Kornfields review (23).

Personalet må udvise støtte, forståelse og empati for, at parret ikke oplever utilfredshed med behandlingen.

Dette kan for kvinden og parret betyde mere end selve den uddannelsesmæssige baggrund og de tekniske færdigheder, som sundhedspersonalet har. Ligeledes nævnes omsorg som en generel grundlæggende følelse som man gerne vil opleve fra sundhedspersonalet, samt det at parret kan mærke, at personalet rent faktisk tager sig tid til dem. (ibid)

K1 og M1 udtrykker begge at være blevet mødt med en manglende forståelse og anerkendelse. Herudover har de begge følt sig diskrimineret af systemet grundet K1's BMI. Reviewet bekræfter, at man kan have denne oplevelse, da flere af studierne, som indgår heri, påpeger vigtigheden af, at man som sundhedspersonale bruger de rigtige ord og udviser en rar og anerkendende attitude, når man taler med parret. Det modsatte vil for langt størstedelen af parrene give en generel utilfredshed. (ibid)

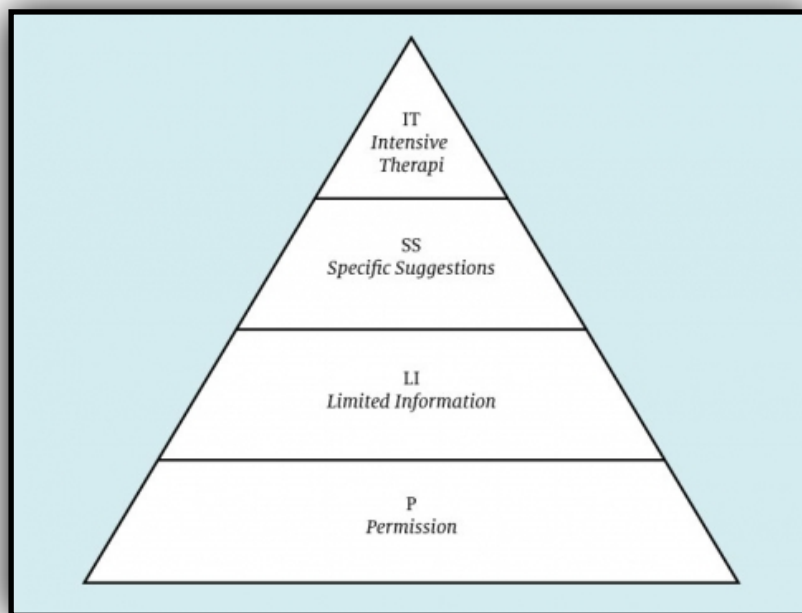
Herudover underbygger studier det behov, som M1 giver udtryk for. At man for eksempel skal tilbydes eller kontaktes af en sundhedsplejerske, når man kommer hjem. Det er et behov, som andre der har været i samme situation også har brug for.

Ét af studierne fremhæver, at en opfølgning, i form af et besøg i hjemmet, kan opfattes som en medfølelse fra sundhedspersonalets side. Herudover påpeges det ligeledes, at følelsen af at blive ladet alene og den efterfølgende stress vil kunne mindskes herved, og derved vil det være lettere at gennemleve den første tid, såfremt man har et øget fokus på den fysiske og emotionelle reaktion.

Ud fra dette pointerer reviewet, at når kvinder og par føler utilfredshed med den behandling og den information de får, så kan man frygte, at det øger risikoen for at udvikle angst og depression. (ibid)

At øge personalets viden, og give dem mod til at bryde tabuet ved at tale om seksualitet, kan gøres på mange måder. Geller, Psaros' og Kornfields review anbefaler brugen af professionelle hjemmesider med højt kvalificeret information om tab og de fysiske og psykologiske reaktioner, man kan have efter dette. (23) Dyregrov og Gjestads studie foreslår, at man udarbejder et skriftligt materiale, som vil kunne bidrage til at mindske parrenes ægteskabelige og seksuelle frustrationer samt give svar på de mest almindelige spørgsmål i efterforløbet. (19)

Af andre behandlingsstrategier kan benævnes PLISSIT modellen (6), som ses nedenfor: Denne kan være en hjælp til, hvordan sundhedspersonalet i deres hverdag kommunikerer med patienter og par om seksualitet, og det vil kunne hjælpe til, at bryde det "to-vejs" tabu (8), som ofte opstår:



(6)

Permission - betyder tilladelse. Sundhedspersonalet kan tidligt i forløbet, gennem verbal og nonverbal kommunikation, benævne seksualiteten og herigennem vise parret, at det er et emne ligesom alle andre, som er vigtigt og helt naturligt at italesætte og komme omkring. Mange sundhedsprofessionelle undgår emnet af frygt for at krænke patientens blufærdighed. Men ved at spørge ind eller benævne det på en nysgerrig og åben måde, giver det patienten et rum og en legitim mulighed for at sætte ord på, hvordan det seksuelle samliv og parforholdet har det. (6)

Såfremt man gennem samtale kommer videre, vil det for mange patienter være relevant at få *Limited Information*, som betyder, at den sundhedsprofessionelle giver almen information til patienten om, hvad der fx kan være af seksuelle bivirkninger til en given behandling eller sygdom, som denne måtte lide af. For par der oplever at miste et barn, kan sundhedspersonalet under den sidste del af indlæggelsen og inden parret sendes hjem informere om, hvornår man må genoptage det seksuelle samliv igen i forhold til blødningen efter fødslen. Ligeledes benævne de udfordringer, som nogle par kan opleve i forbindelse med at skulle genoptage samlivet efterfølgende. (ibid)

Behovet for en god information til par, som gennemlever at miste et barn, er et vitalt og vigtigt område af behandlingen. Dette påpeges tilsvarende i Geller, Psaros' og Kornfields review (23). Mange par oplever, at informationen som gives ikke er tilstrækkelig, og ligesom K1 fortæller, kan kvinderne sidde tilbage med en oplevelse af, at det alene er deres skyld. Dette især grundet personalets måde at informere parret på, som tidligere er nævnt. Ét af studierne fremhæver desuden, at en samtale på 20 min. med en obstetriker kan gøre en

forskel. Blandt den gruppe af kvinder, som modtog dette, faldt følelsen af skyld og angst betydeligt. (ibid).

Gennem dialogen kan der opstå et mere konkret behov for information og forslag til en given seksuel behandling eller situation. Dette er det næste niveau i pyramiden og benævnes *Specific Suggestions*. Dette niveau kræver en mere sexologisk specialviden, dog kan de fleste sundhedsprofessionelle lære at rådgive på dette niveau. Det kan man fordi den sexologiske rådgivning handler om at edukere, det vil sige at lære patienten at yde hjælp til selvhjælp, så patienten derved får de fornødne redskaber til selv at kunne ændre sin situation.

For nogle er dette dog ikke nok, og de seksuelle problemer kan nå til et stadie, hvor der bør gives en mere *Intensive Therapy* i form af længerevarende psykologiske og terapeutiske behandlinger. (6)

6.5 Nye perspektiver

At seksuallivet kan være en positiv og beskyttende faktor, argumenterer Vidensråd for forebyggelse om i deres rapport om seksualitet og sundhed. (8)

Det seksuelle samliv vil for mange mennesker bidrage med en større *begribelighed*, *håndtérbarhed* og *meningsfuldhed* og derigennem være en spirende rod og et positivt bidrag til at hjælpe mennesker med at mestre kaos og stress i forbindelse med tabet af et barn. Det kan derfor være en hjælp at bibevare et aktivt seksualliv, når meningsløsheden og sorgen bliver en trussel for det seksuelle og intime samliv.

For at kunne det må man som individ være i stand til at håndtere det, og hvis dette synes svært - at søge den rette hjælp til at opnå de handlekompetencer, man har brug for. Det vil betyde, at man har uhindret adgang til information og rådgivningstilbud. Dette i form af relevant seksuel rådgivning fra sundhedsprofessionelle. Ligeledes at man er i stand til at afstemme sine forventninger med de givne vilkår og ressourcer, som står til rådighed for en. Med det henblik at opnå en følelse af, at seksuallivet bliver meningsfuldt, givtigt og en værdifuld del af ens tilværelse. (ibid)

7. Konklusion

Denne afhandling tog sin start med en undren over, hvordan seksualiteten påvirkes hos par som er i sorg over at have mistet et barn under graviditeten, samt hvordan dette håndteres af sundhedsprofessionelle.

De vigtigste og afgørende fund er, at par der mister et barn har lyst til at vedligeholde et intimt og aktivt sexliv. Lysten til at være sammen seksuelt er fraværende i kortere eller længere tid, grundet de psykiske påvirkninger, som tabet medfører samt de fysiske symptomer, en fødsel efterlader hos kvinden. Men selvom sorgen river tæppet væk under en, så kan gode og nære relationer samt et intimt samvær med ens partner styrke mestringen, især hos kvinden, og gøre livet meningsfuldt igen.

Studierne og parrene bekræfter, at hvis man som par er gode til at rumme hinanden, tale åbent og nysgerrigt med hinanden om de seksuelle behov, da kan det seksuelle samliv forholdvis hurtigt genoptages. Det fremgår, at det mest er kvinderne, som har et øget behov for at kramme og nusse. Begge mænd som deltog i afhandlingen bekræfter desuden, det som andre studier viser, at kvindens mestring bedres, hvis hun oplever, at partneren er støttende, viser hende anerkendelse og er der for hende. Der kan ind imellem opstå misforståelser mellem kønnene, da mand og kvinde reagerer forskelligt på tabet. Men ved at respektere disse forskelle og ved at tage hånd om sine emotionelle og fysiske behov, kan man bevare et stærkt parforhold.

Begge par har selv været opsøgende omkring den hjælp, de havde brug for efter tabet. En hjælp som har været svær for begge par at række ud efter, da de var meget påvirkede af tabet. Herudover har ingen af dem oplevet, at den sundhedsprofessionelle selv nævnte seksualiteten. På baggrund af ovenstående har afhandlingen derfor stillet spørgsmålstejn ved, hvornår og hvordan rådgivning om seksualitet og parforhold skal gives. Det er påvist, at kønsforskellene spiller en rolle i forhold til, hvordan den opfølgende rådgivning skal være.

Herudover giver parrene udtryk for, at det betyder meget, hvordan sundhedspersonalet tiltaler dem, da der ellers kan opstå en følelse af diskrimination og mistillid. Begge par foreslår og udtrykker uafhængigt af hinanden et ønske om, at der i efterforløbet skal være mere fokus på opfølgning og rådgivning.

8. Styrker og svagheder ved afhandlingen

Styrken ved afhandlingen udspringer af metoden. Det kvalitative semistrukturerede interview gav interviewer en mulighed for at dykke ned i parrenes oplevelser, følelser og erfaringer efter tabet af deres barn. Det har åbnet op for et ægte og personligt syn på, hvordan par der mister et barn oplever kontakten med sundhedsprofessionelle. Ligeledes hvilken påvirkning den svære livssituation kan have på det generelle samliv og ikke mindst intimitet og seksualitet.

Selvom undersøgelsen kun har inkluderet to par er emnet blevet belyst meget præcist, og der kunne opnåes en materiale-mætning, da begge par uafhængigt af hinanden havde mange af de samme oplevelser. Undersøgelsen er lille og vil ikke med sikkerhed kunne siges at være generaliserbar for en større gruppe, som har været ude for det samme. Dog er hensigten med kvalitativ interviewforskning at komme tæt på et menneskes liv ved at få indblik i, hvordan de oplever verden, og dette ville måske have været sværere med mange flere deltagere. (25)

Af svagheder kan nævnes interviewers erfaring med denne metode. Det er et sårbart emne, og det kan ikke udelukkes, at interviewet måske kunne være gået i en anden retning, såfremt interviewer havde mere øvelse og erfaring med denne metode.

Begge par er ressourcestærke par. Dette kan man konkludere ud fra deres velvillighed til at medvirke i afhandlingen. Par som har en mere kompliceret sorg, og som kæmper med seksuelle og samlivmæssige problematikker, har af den grund formentlig ikke ønsket at deltage.

Der kan ses både styrker og svagheder ved, at kvinden i par 1 selv har en uddannelse bag sig, som bevirker, at hun ved en del om sexologi. Styrken kan være, at hun er god til at sætte ord på tingene og har et indgående kendskab til hendes egne reaktioner og handle-mønstre, samt har lettere ved at læse hendes partner. En svaghed kan være, at hun er farvet heraf og derfor ikke er ligeså åben overfor nye måder at anskue livssituationen på.

Par 2 er blevet kontaktet både direkte samt skriftligt, hvor de er blevet spurgt ind til, om de ønskede at deltage. Dette kan have bevirket, at de har følt sig presset til at være med. Af styrker hertil kan nævnes, at parret af at deltage måske overraskende har oplevet en lettelse og en ny måde at anskue deres situation og seksuelle samliv på, ved at få talt ud om nogle svære og sårbare emner.

9. Perspektivering

Som sundhedsfaglig og som professionel står man hver dag overfor, at skulle berøre sårbare og personlige emner. Det gør vi hver dag, og alligevel synes seksualiteten oftest sværest og mest tabubelagt at spørge ind til. Med nogle få og enkle teknikker kan den sundhedsprofessionelle spørge ind til dette ligeså vel som til alt andet, og det bør vi gøre i endnu større grad. Men det kræver, at man tør tage snakken og lytte grundigt til patientens egen forklaring på eller fortolkning af problemerne. Da kan og bør man efterfølgende, med baggrund i sine faglige erfaringer og sin professionelle viden, følge op med uddybende rådgivning og samtale.

For at nå dertil kræver det, at vi allerede under vores uddannelse stifter bekendtskab med, hvordan man tager hånd om seksualiteten, og derved opnår en anerkendelse af, at de seksuelle og samlivsetiske områder skal berøres på samme vis som andre områder. Hensigten er, at vi forstår, hvordan seksualitet, livsstil, sundhed og sygdom er et samspil af flere forskellige faktorer. Disse skal italesættes, og derved bryder vi tabuet og højner både patientens generelle og seksuelle sundhed.

Mennesker der mister skal ikke stå alene bagefter og skulle samle sig selv op. Vi må have et større fokus på hvilke tilbud, som kan hjælpe. At vedlægge noget informationsmateriale omkring intimitet og det seksuelle samliv i den kasse, som mange par får udleveret på sygehuset efter fødslen, kan vise at ved, at man vedligeholder det seksuelle samliv, da vil man ikke kun alene opnå en bedre mestring af sorgen men også få en tættere relation med sin partner.

Man bør udpege og bruge særlige personer med en særlig viden omkring sexologi til at skabe en bedre forbindelse mellem primær og sekundærsektoren. En nøgleperson i kommunen kan stå for at oprette nogle lokale fællesskaber, videreformidle viden om sexologi i sundhedsplejen og hos de praktiserende læger. På den måde slipper man ikke parret, når de forlader sygehuset med tomme arme, men tager hånd og viser omtanke for trivslen, da vi ved, at de ikke selv har overskud til det.

Selvom parret kommer hjem uden en baby, kan de stå med mange af de samme følelser og tanker, som man ellers hjælper og rådgiver nybagte forældre omkring.

10. Efterord

Tak for samarbejdet til Landsforeningen for spædbarnsdød, for at være behjælpelig med at etablere kontakt til brugerne af foreningen.

Herudover skal der også lyde en hjertelig og varm tak til de to modige par, som på trods af deres sorg ønskede at deltage og bidrage med vigtig viden til afhandlingen.

11. Litteraturfortegnelse

1. Strandgaard, C. 2017. Når vi alle bliver mødre. Lindhardt og Ringhof.
2. Thielst, P. 2011. Sexualitetens idéhistorie. En grundbog. Det lille Forlag. p. 105-112
3. Trysøe, W. 2007. Menneskets seksualitet. En filosofisk-biologisk analyse. Hovedland. p. 69-93
4. Giddens, A. 1992. Intimitetens forandring. Seksualitet, kærlighed og erotik i det moderne samfund. Hans Reitzels Forlag. p. 26-43
5. Birkler, J. 2014. Bogen om provokeret abort. Perspektiver og udfordringer. Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck. p. 9-11
6. Graugaard et al. 2006. Krop, sygdom og seksualitet. Hans Reitzels Forlag. p. 9-25
7. Graugaard, C. 2012. Kræft og Intimitet. p. 391-392
8. Graugaard, C., Klarlund, B. & Frisch, M. 2012. Seksualitet og sundhed. Vidensråd for forebyggelse. p. 19-20, 39, 44-46
9. Vegard Bruun Wyller, 2008. Det sunde menneske. Gads Forlag A/S. p. 101-103
10. sst.dk: Retningslinier for fosterdiagnostik. Prænatal information, risikovurdering, rådgivning og diagnostik 2017. p.5
https://www.sst.dk/da/udgivelser/2017/~/_media/DF9E4D6167154966800B7ACC8B7F2B59.ashx (dato 5/3-2019)
11. sundhed.dk: <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/graviditet/undersogelser/nakkefoldsskanning-og-doubletest/> (dato 15/2-2019)
12. sundhed.dk: <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/graviditet/sygdomme/komplikationer-i-graviditeten/at-miste-en-graviditet-i-andet-trimester> (dato 15/2-2019)
13. Danmarks Statistik: [statistikbanken.dk](http://www.statistikbanken.dk)
<http://www.statistikbanken.dk/statbank5a/SelectVarVal/saveselections.asp> (dato 22/2-2019)

14. Sundhedsloven. Afsnit VII. Svangerskabsafbrydelse og fosterreduktion, kap. 25: Betingelser for svangerskabsafbrydelse
<https://www.retsinformation.dk/Forms/r0710.aspx?id=152710#Afs7> (dato 15/2-2019).
15. Retsinformation. Bekendtgørelse om svangerskabsafbrydelse og fosterreduktion.
<https://www.retsinformation.dk/forms/r0710.aspx?id=10127> (dato 15/2-2019)
16. Gravensteen et al. 2018. Anxiety, depression and relationship satisfaction in the pregnancy following stillbirth and after the birth of a live - born baby: a prospective study. BMC Pregnancy and Childbirth. p. 1-10
17. Guldin, M. 2014. Tab og sorg. En grundbog for professionelle. Hans Reitzels Forlag. p. 44-45, 49-53, 61-65
18. Morgensen, J.R. & Engelbrekt, P., 2013. At forstå sorg. Teoretiske og praktiske udfordringer. 1. udgave. Samfundslitteratur. p. 27-32
19. Dyregrov, A. & Gjestad, R. 2011. Sexuality Following the Loss of a Child. Death Studies 35. p. 289-315
20. Nazaré, B., Fonseca, A. & Canavarro, M.C. 2012. Grief following termination of pregnancy for fetal abnormality: does marital intimacy foster short-term couple congruence? p. 168-179
21. Paulina Van, R.N. 2012. Conversations, coping & connectedness: A qualitative study of women who have experienced involuntary pregnancy loss. Omega vol. 65 (1). p. 71-85
22. Due, C. et al. Women and Birth 31, 2018. Australien heterosexual women's experiences of healthcare provision following af pregnancy loss. p. 331-338
23. Geller, P. A., Psaros, C. & Kornfield, S. L. 2010 (13). Satisfaction with pregnancy loss aftercare: are women getting what they want? p. 111-124
24. www.spaedbarnsdoed.dk
25. Brinkmann, S. 2014. Det kvalitative interview. Hans Reitzels Forlag. p. 38- 51, 58-60, 68-93

26. Martinsen, B. & Norlyk, A. 2011 (12). Tre kvalitative tilgange. Sygeplejersken. Sygeplejefaglige artikler. p. 64-68
<https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/sy-nr-2011-12/tre-kvalitative-forskningstilgange> (dato 10/3-2019)
27. The World Medical Association, Inc. Declaration of Helsinki 2008
<https://www.wma.net/what-we-do/medical-ethics/declaration-of-helsinki/doh-oct2008/>
(dato 24/2-2019)
28. Rienecker, L. & Jørgensen, S. P. 2012. Den gode opgave. Håndbog i opgaveskrivning på videregående uddannelser. 4. udgave. p. 141-160
29. Basson, R. 2001. Female sexual response: the role of drugs in the management of sexual dysfunction. *Obstetrics & Gynecology*, Volume 98, Issue 2, August. p. 350-353
30. <https://alumni.ku.dk/julekalender/2014/annamariagiraldi/> (dato 18/4-19)
31. Jerlang, E. 2009. Sociologiske tænkere. Et tekstudvalg. Hans Reitzels Forlag. 1. udgave, 1. oplag. p. 11, 155
32. Bauman, Z. 2003. Flydende kærlighed. Hans Reitzels Forlag. p. 14-33, 53, 58-59, 76-79
33. Foucault, M. 2004. Omsorgen for sig selv. Seksualitetens historie 3. Det Lille Forlag Frederiksberg. p. 47-76
34. Fonagy, P. & Target, M. 1997 (9). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology*. Cambridge University Press. Sub-Department of Clinical Health Psychology, University College London. p. 679-700
https://www.researchgate.net/publication/13781713_Attachment_and_reflective_function_Their_role_in_self-organization
(dato 15/4-2019)
35. Schilling, M. 2015. Psykologi i sundhedsfag. En grundbog. Forlaget Munksgaard, 1. udgave, 2. oplag. p. 196-203
36. Antonovsky, A. 2000. Helbredets mysterium. Hans Reitzels forlag, 2. oplag. p. 12, 30-37, 40-42, 146-156

12. Bilag

Bilag 1: Semistruktureret Interviewguide

SEMISTRUKTURERET INTERVIEWGUIDE	SPØRGSMÅL
Introduktion	Kort præsentation om afhandlingen Samtykkeerklæring Anonymitet og tavshedspligt Varighed
Præsentation af interviewer	Uddannelse Kort information om formål og studiets relevans

SEMISTRUKTURERET INTERVIEWGUIDE	SPØRGSMÅL
<p>Baggrundsoplysninger om den/de interviewede</p>	<p>Vil I starte med at beskrive/fortælle mig lidt om Jer selv? (navn, alder, erhverv)</p> <p>Har I andre børn?</p> <p>Hvordan var Jeres opvækst?</p> <p>Hvor længe har I været sammen som par og hvor mødtes I?</p> <p>Hvordan vil I beskrive Jeres parforhold?</p> <p>Var graviditeten planlagt?</p> <p>Blev graviditeten opnået på naturlig vis? Hvis nej,- hvordan? (IVF, ICSI, IUI, IUI-D?)</p> <p>Har der været nogle komplikationer i graviditeten fx smerter, blødning, hyperemesis, vækstproblemer med fostret, placenta prævia eller lignende?</p> <p>Er I begge raske fysisk og psykisk? Hvis nej,- lider nogen af Jer af PCO/PCOS, nedsat sædkvalitet, diabetes, hypertension, sygdomme i bevægeapparatet (fx gigt), psykiske lidelser eller lignende?</p>
<p>Ledende spørgsmål undervejs i forhold til at støtte parret i uddybe og sige mere</p>	<p>Kan du/I uddybe dette nærmere?</p> <p>Hvad gør det ved dig/Jer?</p> <p>Hvordan føles det?</p> <p>Hvad fik det af betydning for dig/Jer?</p>

SEMISTRUKTURERET INTERVIEWGUIDE	SPØRGSMÅL
<p>Generelt om seksualitet</p>	<p>Hvad betyder seksualitet for dig/Jer?</p> <p>Hvordan vil du beskrive dit/Jeres seksuelle samliv før du blev gravid?</p> <p>Har du/I nogensinde oplevet seksuelle problemer? (fx manglende lyst, manglende lubrikation, rejsningsbesvær, for tidlig/for sen udløsning, problemer med at få orgasme eller smerter under samleje eller været udsat for noget som overskred jeres seksuelle grænser)</p> <p>Havde I nogle overvejelser forud for graviditeten omkring Jeres seksualliv?</p> <p>Hvordan oplevede I seksuallivet henimod fødslen/hændelsen hvor I mister Jeres barn?</p>
<p>Fortælling om selve hændelsen hvor parret mister deres barn</p>	<p><i>Vil I fortælle mig historien om hvad der skete da I mistede Jeres barn?</i></p>

SEMISTRUKTURERET INTERVIEWGUIDE	SPØRGSMÅL
<p>Hvordan oplever parret, at tabet af deres barn har påvirket deres seksualitet og intimitet?</p>	<p>Hvordan har I oplevet at Jeres liv har forandret sig efter tabet?</p> <p>Hvor lang tid gik der fra I mistede jeres barn til I igen oplevede en seksuel lyst til hinanden?</p> <p>Oplevede I at denne lyst var anderledes end tidligere (stærkere, svagere)?</p> <p>Er Jeres seksuelle samliv det samme som før i mistede Jeres barn?</p> <p>Hvis nej,- kan du/I uddybe hvad der forandret sig?</p> <p>Oplever i negative/positive forandringer i forhold til lyst og intimitet?</p> <p>Hvordan kommunikerer I omkring seksuelle emner/udfordringer i parforholdet?</p> <p>Ønsker I flere børn?</p> <p>Hvilke tanker gør I jer om hvordan seksuallivet vil være under en evt. ny graviditet?</p> <p>Hvis I er blevet gravide igen, er seksuallivet da anderledes i nuværende graviditet end i den/de forrige graviditeter?</p>

SEMISTRUKTURERET INTERVIEWGUIDE	SPØRGSMÅL
<p>Oplever parret, at deres fysiske eller psykiske velbefindende påvirker deres seksualitet? Og hvis ja, - var der nogle kønsmæssige forskelle?</p>	<p>Oplever I at have nogle fysiske, psykiske udfordringer i forhold til Jeres seksuelle samliv?</p> <p>Oplever I nogle kønsmæssige forskelle?</p> <p>Har I oplevet nogle kropslige forandringer, som har påvirket seksual,- og samlivet?</p> <p>Har Jeres psykiske velbefindende ændret sig efter tabet af Jeres barn? Hvis ja - hvordan påvirker det seksuallivet?</p>
<p>Hvorledes har parret oplevet, at seksualitet og parforhold er blevet italesat fra deres omgivelser?</p>	<p>Har I talt med familie, venner/veninder, kollegaer eller andre om tabet?</p> <p>Har I talt med familie, venner/veninder, kollegaer om Jeres seksualliv? Hvis ja,- vil I fortælle hvordan I oplever dette?</p>
<p>Hvordan har parret oplevet, at seksualiteten er blevet italesat af den sundhedsprofessionelle?</p>	<p>Hvad oplevede I sundhedspersonalet lagde særlig vægt på i Jeres forløb?</p> <p>Nævnte sundhedspersonalet noget om seksual,- og samliv og/eller parforhold?</p>

SEMISTRUKTURERET INTERVIEWGUIDE	SPØRGSMÅL
<p>På hvilke måder ønsker parret, at sundhedsprofessionelle håndterer emnet seksualitet i det forløb de har været igennem?</p>	<p>Har der været situationer hvor I følte, at I ikke fik den fornødne opmærksomhed og støtte fra personalet i forhold til at kunne tale om seksualitet og parforhold?</p> <p>Hvis ja, - vil I uddybe på hvilken måde?</p> <p>Kunne I have ønsket noget var anderledes?</p> <p>Har du/I været i kontakt med en person med særlig viden indenfor sexologi i efterforløbet?</p> <p>Hvis ja - hvorhenne og hvorfor?</p> <p>Hvis nej - hvorfor ikke?</p>
<p>Afslutning</p>	<p>Er der noget I gerne vil slutte af med, som I ikke fik sagt undervejs eller en kommentar til nogle af de ting vi har talt om?</p> <p>Tak fordi I ville deltage :-)</p>

Bilag 2: Informationsbrev

Generel information om deltagelse i interview i forbindelse med Masterafhandling i Sexologi

Mit navn er Camilla Gade og jeg er uddannet sygeplejerske. I mit daglige arbejde har jeg kontakt med en del gravide kvinder, da jeg foretager forskellige ultralydsundersøgelser under kvindens graviditet for at udelukke kromosomfejl og misdannelser hos fostret. I forbindelse med min afsluttende Masterafhandling i Sexologi på Aalborg Universitet er jeg i gang med en undersøgelse om hvordan pars seksualitet påvirkes, hvis man skulle komme i den meget ulykkelige situation at miste barnet under graviditeten.

Jeg oplever, at mange par er mere angste og bekymrede i en ny graviditet og dette kan påvirke det seksuelle samliv og dermed parforholdet. Derfor vil det være interessant, at få mere viden om hvordan vi som sundhedspersonale, kan synliggøre seksualiteten i vores kontakt med vordende forældre og især de par som er i sorg over at have mistet tidligere.

Jeg ønsker at afholde 2-3 interviews med par som har mistet et barn under graviditeten. Formålet er, at vi som sundhedspersonale skal blive klogere på hvordan I oplever at tabet af Jeres barn har påvirket seksual-, og samlivet. Ved at få mere viden om dette emne, håber jeg at være med til at klæde sundhedspersonalet bedre på til, at man i den efterfølgende kontakt og/eller rådgivning tør at bryde det tabu som det kan være at benævne seksualiteten.

Undersøgelser viser, at 9 ud af 10 finder et velfungerende sexliv meget vigtigt. Derudover findes der en del viden om området, som også bekræfter, at det at have en god seksuel sundhed har stor betydning for mestring, forebyggelse og opretholdelsen af et sundt og stærkt helbred, parforhold med mere.

Min opgave er, at interviewe Jer ud fra foreliggende interviewguide. Denne er opdelt i temaer som herunder har nogle forudbestemte spørgsmål. Spørgsmålene besvares efter bedste evne. Ud fra svarene kan der evt. blive stillet uddybende spørgsmål. Interviewet foregår i fortrolighed mellem begge parter og interviewer har tavshedspligt.

Jeg vil forslå, at interviewet skal foregå i dit/ Jeres hjem og det forventes at tage 45-60 min. Interviewet vil blive optaget på en lydfil via min mobiltelefon. Optagelsen er fortrolig og anvendes som datamateriale i en anonymiseret form. Optagelsen gemmes til projektet er afsluttet og bliver herefter destrueret.

Det er frivilligt at deltage, og I kan altid trække Jeres samtykke tilbage.

Der forventes ikke at være ulemper forbundet med deltagelsen. Hvis det alligevel vurderes at den har påvirket dig/Jer u hensigtsmæssigt, vil jeg tage handling på dette.

Hvis I ønsker at deltage, send da gerne en mail med navn og tlf. nr./email adresse på nedenstående: camillakgade@gmail.com

I giver hermed Jeres foreløbige samtykke til at jeg må kontakte Jer.

Yderligere information om interviewet samt eventuelle spørgsmål vil efterfølgende besvares hvis ønsket.

Med venlig hilsen

Sygeplejerske, Camilla Gade

Bilag 3: Samtykkeerklæring

Samtykkeerklæring

Jeg bekræfter hermed, at jeg har fået skriftligt og mundtligt information om masterafhandling vedrørende:

Hvordan oplever par som har mistet et barn under graviditeten, at deres seksualitet og intimitet er blevet påvirket og hvordan kan sundhedsprofessionelle håndtere emnet seksualitet, således parret støttes bedst muligt i at mestre de oplevede udfordringer?

Jeg erklærer mig herved indforstået med at deltage i et interview. Jeg mener, at jeg ved tilstrækkeligt om formålet med undersøgelsen, dens metode samt fordele og ulemper ved at deltage i den.

Endvidere er jeg informeret om, at oplysningerne behandles anonymt samt at jeg når som helst kan trække mig ud af samarbejdet. Jeg er desuden informeret om, at den projektansvarlige har tavshedspligt.

Jeg er informeret om, at de bandede optagelser bliver slettet, når projektet er afsluttet.

Desuden er jeg informeret om, at afhandlingen kan munde ud i en videnskabelig artikel, skriftligt informationsmateriale eller et videre samarbejde med foreninger o.lign.

Jeg giver hermed samtykke til at deltage i masterafhandlingen og får udleveret en kopi af denne samtykkeerklæring.

Informantens navn:

Adresse:

Telefonnr:

Email:

Dato og underskrift:

Den projektansvarliges erklæring:

Jeg erklærer, at der er givet mundlig og skriftlig information om projektet, og at der foreligger et informeret samtykke til, at informanten kan inkluderes.

Den projektansvarliges underskrift:

Bilag 4: Søgeprotokol

Problemformulering:

Hvordan oplever par som har mistet et barn under graviditeten at deres seksualitet og intimitet er blevet påvirket og hvordan kan sundhedsprofessionelle håndtere emnet seksualitet, således parret støttes bedst muligt i at mestre de oplevede udfordringer?

Databaser:

PUBMED	CINAHL
PSYCINFO	SCOPUS

Søgeord:

Blok 1	Blok 2	Blok 3	Blok 4
Miscarriage	Abortion	Sexuality	Sexual desire
Perinatal loss/ mortality/death	Spontaneous (MESH)	Intimacy	Sexual frustration
Stillbirth	“abortion, spontaneous		Sex drive
Pregnancy loss	/psychology”		Sexual behavior
			Coping
			Health personnel

Eksempel på søgning:

Blok 1	Miscarriage OR Perinatal loss OR Stillbirth
	AND
Blok 2	Abortion Spontaneous
	AND
Blok 3	Sexuality OR Intimacy
	AND
Blok 4	Health personnel

Søgninger og søgeresultater d. 28-02-2019:

Afgrænsning/ ændring	Database	Søgning	Resultat
	PUBMED (medicinsk database)	((("Abortion, Spontaneous"[Mesh]) OR "Perinatal Mortality"[Mesh]) OR "Stillbirth"[Mesh])) AND Sexuality[MeSH Terms]	197
Afgrænser til seneste 10 år, engelske studier, inklusiv abstracts			19
Gennemlæsning af titel og abstracts			Antal valgt = 0
NY SØGNING:	PUBMED	((("Abortion, Spontaneous"[Mesh]) OR "Stillbirth"[Mesh]) AND "Sexual Behavior"[Mesh]) AND "Libido"[Mesh]	1
Gennemlæsning af abstract			Antal valgt = 0
NY SØGNING:	PUBMED	((("Abortion, Spontaneous"[Mesh]) AND "Stillbirth"[Mesh]) OR "Fetal Death"[Mesh]) AND "Health Personnel"[Mesh]) AND "Sexuality"[Mesh]	1
Gennemlæsning af abstract, afgrænser til seneste 10 år, engelske studier			Antal valgte = 0

Referencesøgning på studiet: "Australien heterosexual women 's experiences of healthcare provision following a pregnancy loss" samt gennemlæsning af titel og abstracts			Antal valgte = 1
NY SØGNING:	PUBMED	(("Abortion, Spontaneous/ psychology"[Mesh]) AND sexuality)	36
Afgrænser til seneste 10 år, engelske studier, inklusiv abstracts			15
Gennemlæsning af titel og abstracts			1 fremkom ved forrige søgning og selekteres fra Antal valgte = 0
NY SØGNING: Fritekst søgning i Death Studies (peer-reviewed akademisk journal)	PUBMED	"death studies" (journal) AND sexuality	14
Gennemlæsning af titel og abstracts			Antal valgte = 1
	CINAHL (sygeplejefaglig database)	(MH "perinatal death") OR (MH "Abortion, Spontaneous") AND (MH "sexuality")	30
Gennemlæsning af abstracts, afgrænser til seneste 10 år, engelske studier			1 fremkom ved søgning i Pubmed og selekteres fra Antal valgte = 0

	PsychINFO (psykologisk database)	Any Field: missed abortion <i>OR</i> Any Field: miscarriage <i>OR</i> Any Field: stillbirth <i>OR</i> Any Field: pregnancy loss <i>AND</i> Index Terms: sexuality <i>OR</i> Index Terms: intimacy <i>OR</i> Index Terms: sex drive	17
Gennemlæsning af abstracts, afgrænser til seneste 10 år, engelske studier			Antal valgte = 1
	SCOPUS (bred database bla. indenfor medicin, naturvidenskab, kunst og humaniora)	(pregnancy <i>AND</i> loss <i>OR</i> stillbirth <i>AND</i> sexuality)	141
Afgrænser til seneste 10 år, engelske studier, inklusiv abstracts			120
Gennemlæsning af titel og abstracts			Antal valgte = 0
	scholar.google.dk (generel database som indeholder videnskabelig litteratur)	satisfaction with health care after pregnancy loss	214.000
Afgrænser til seneste 10 år			18.000

Afgrænser til søgeord “satisfaction”, “health care” og “pregnancy loss” ikke fremgår af titel mere			30
Gennemlæsning af abstracts			Antal valgte = 1