



TALEN OM SEKSUALITET

En neksusanalytisk undersøgelse om dialogen mellem den mandlige patient og den sundhedsprofessionelle

Specialeafhandling i Kommunikation
Aalborg Universitet 2020

Af Julie Franck Enemark: 20154727 & Mette Marie Dam Svensson: 20153243

TITELBLAD



Aalborg Universitet

Kommunikation, 10. semester

Specialeafhandling

02. juni 2020

Projektets titel: Talen om seksualitet – en neksusanalytisk undersøgelse om dialogen mellem den mandlige patient og den sundhedsprofessionelle

Vejleder: Anete Mikkala Camille Strand

Antal anslag: 274.632

Antal normalsider: 114,4

Antal sider: 146

Antal bilag: 16

Udarbejdet af:

Julie Franck Enemark & Mette Marie Dam Svensson

En stor tak til vores vejleder Anete Mikkala Camille Strand for indsigtfuld vejledning, idérige forslag samt for at levere konstruktiv feedback.

ABSTRACT

The present master thesis investigates the dialogue between a male patient and a healthcare professional regarding the subject of sexual related problems, in particular erectile dysfunction. In Denmark, several studies have recovered a two-way taboo within the dialogue of patients' sexuality. The subject is tabooed to talk about both for the male patient as well as healthcare professionals. The typical male patient is reluctant to seek out help for his erectile dysfunction problem when facing an illness, and the healthcare professional gets too shy when confronted with the issue perhaps due to a lack of education in the matter and/or lack of mediated means to start a dialogue with the patient. This means that the healthcare professional subdues to only treating the condition and not the different factors behind the erectile dysfunction.

This thesis uses the *nexus analysis* as its methodological and theoretical approach. The nexus analysis provides a practical field guide to explore a chosen subject throughout three phases: engaging, navigating and changing. It distinguishes itself from other discourse analytic approaches as it let us carry out an investigation within a chosen *Nexus of Practice* (NoP), where human, discourses and cultural artefacts intertwine in a social action. We have used three main methodological approaches in the thesis in order to gain a comprehensive data collection, including ethnography, virtual ethnography and the semi-structured interview, which has helped us to reach a zone of identification in the engaging phase. In the navigating phase, we have organized and analyzed the collected data through the use of Laclau and Mouffe's discursive tool (1985) with the combination of Madsen's Communication Triangle (1996), which has permitted us to gain a comprehensive understanding of the dialogue. Finally, the changing phase consists of reflection on how the results in the analysis contribute to the change of the chosen NoP. In particular, how the deconstruction of the two-way taboo into a three-way taboo between the male patient, the healthcare professional and the subject can be minimized or dissolved in the dialogue through a third discursive sphere.

Grounded in the methodically and theoretically approach, the goal of this thesis is to conduct a discursive guide in which different mediated means are situated. The discursive guide consisting of *humor*, *meta-communication* and *positions* can be used as a foundation for a campaign that over time can introduce a new discursive net and sphere, in which the male patient and the healthcare professional can interact with each other in dialogue without the fear of embarrassment or breaking each other's boundaries.

In the first analytical theme, we found that lack of knowledge within sexuality and the importance here off, when the male patient was facing illness, is a factor influencing the three-way taboo. In the second analytical theme, we found that a problem within sexuality is actually an identity problem. Furthermore, the subject of male erectile dysfunction is being discreetly packed away on webpages. Lastly in the third analytical theme, we found that the healthcare professional due to his/her position is reluctant to initiate a dialogue that is in the private/intimate sphere in order to stay in his/her professional position. Following this, we discuss if humor can be one way to make the dialogue about sexuality easier for both participants and how the use of conducting different strategies or rules in the dialogue can minimize or dissolve the three-way taboo. Finally, we reflect upon the change and impact this thesis may lead to and how it may contribute to future studies.

INDHOLDSFORTEGNELSE

1. ANLEDNING	6
2. BEGREBSAFKLARING	10
2.1 SEKSUALITET	10
2.2 TO-VEJS TABU	11
2.3 MASKULINITET OG IDENTITET	12
3. METODOLOGISK RAMMEVÆRK	17
3.1 ENGAGEMENTSFASE	18
3.2 NAVIGATIONSFASE	19
3.3 FORANDRINGSFASE	20
3.4 DEN MEDIEREDE DISKURSANALYSE	20
3.4.1 <i>Diskurscyklussen</i>	22
3.5 ET SOCIALKONSTRUKTIONISTISK RAMMEVÆRK	25
3.6 DEN HERMENEUTISKE FORSTÅELSE	27
3.7 GENERERING AF ET DATAARKIV	27
3.7.1 <i>Etnografi</i>	28
3.7.2 <i>Internetetnografi</i>	29
3.7.3 <i>Det semistrukturerede interview</i>	31
3.8 OVERSIGT OVER DATAARKIV	33
4. ENGAGEMENTSFASEN	37
4.1 OMTALEN OM MÆNDS REJSNINGSPROBLEMER	37
4.2 INTERAGEREN OG OBSERVATION AF FELTET	39
4.2.1 <i>To-vejs tabuet</i>	41
4.2.2 <i>Undervisning i seksualitet</i>	43
4.3 FRA OMTALEN TIL TO-VEJS TABUET	45
4.3.1 <i>Dokumentarer & podcasts</i>	46
4.3.2 <i>Sex & Samfund</i>	47
4.3.3 <i>Praktiserende læger</i>	47
4.3.4 <i>Internetet</i>	47
4.4 TIDLIGERE FORSKNING	49
4.4.1 <i>Rejsningsproblemer</i>	49
4.4.2 <i>To-vejs tabu</i>	51
4.4.3 <i>Mænd og identitet</i>	53
4.4.4 <i>Kampagner</i>	55
5. NAVIGATIONSFASEN	60
5.1 FORSTÅELSE AF DIALOGEN	62
5.2 FREMGANGSMÅDE FOR ANALYSEN	66
5.2.1 <i>Laclau og Mouffes diskursteori</i>	67
5.2.2 <i>Analyseapparat</i>	72
5.3 RELATIONEN MELLEM DEN SUNDHEDSPROFESSIONELLE OG DET FÆLLES TREDJE	74
5.3.1 <i>Undervisning på sygeplejerskeuddannelsen</i>	74
5.3.2 <i>Hvordan skal seksualitet forstås?</i>	78
5.3.3 <i>Den sundhedsprofessionelles syn på rejsningsproblemet</i>	80
5.3.4 <i>Opsamlende diskurscyklus</i>	84
5.4 RELATION MELLEM DEN MANDLIGE PATIENT OG DET FÆLLES TREDJE	86
5.4.1 <i>“Vi vidste ikke, andre havde det problem”</i>	86
5.4.2 <i>Mandens forhold til det fælles tredje</i>	87
5.4.3 <i>Internetsøgninger</i>	94
5.4.4 <i>Opsamlende diskurscyklus</i>	100
5.5 RELATIONEN MELLEM DEN SUNDHEDSPROFESSIONELLE OG DEN MANDLIGE PATIENT	102
5.5.1 <i>Den mandlige patient & den sundhedsprofessionelle</i>	102
5.5.2 <i>I venteværelset</i>	107
5.5.3 <i>Relationsdiskurs</i>	109

5.5.4 <i>Privatsfære versus fagprofessionel sfære</i>	109
5.5.5 <i>Opsamlende diskurscyklus</i>	114
5.6 ROLLERNES INDFLYDELSE PÅ DIALOGEN	115
6. FORANDRINGSFASEN	120
6.1 KAN HUMOR BANE VEJ TIL EN NORMALISERINGSDISKURS?	124
6.2 DEN TREDJE DISKURSIVE SFÆRE	126
6.3 DISKURSIV GUIDE	129
6.4 METODISK OG TEORETISK VÆRKTØJ SOM BIDRAG	135
7. KONKLUSION	137
8. LITTERATURLISTE	141
9. BILAG	
BILAG 1: ELSE O "SÅDAN STYRKER DU DIN POTENS - TRÆNINGSTIPS TIL DIN PENIS	
BILAG 2: TRANSSKRIBERING AF INTERVIEW MED ELSE O	
BILAG 3: TRANSSKRIBERING AF INTERVIEW MED BIGIRTTTE S. L.	
BILAG 4: OBSERVATION AF DIVERSE INTERNETSIDER OMHANDLENDE SEKSUALITET	
BILAG 5: OBSERVATION AF YOUTUBE VIDEO AF HJERTEFORENINGEN V. ANETTE HØJER MIKKELSEN	
BILAG 6: TRANSSKRIBERING AF INTERVIEW MED LENA THOMSEN	
BILAG 7: OBSERVATION AF PODCASTEN <i>TÆNDT</i> V. SATIE ESPERSEN	
BILAG 8: TEMATISERING AF INTERVIEWS	
BILAG 9: OBSERVATION AF LÆGEPRAKSSISER I AALBORG	
BILAG 10: ETNOGRAFISKE NEDSKREVNE NOTER	
BILAG 11: OBSERVATION AF TV-PROGRAMMET <i>SEX PÅ RECEPT</i>	
BILAG 12: SEX & SAMFUND	
BILAG 13: MAILKORRESPONDANCE MED UDVALGTE AKTØRER	
BILAG 14: INTERVIEWGUIDES	
BILAG 15: TIDLIGERE FORSKNING	
BILAG 16: LITTERATUR GODKENDELSE	

1. ANLEDNING

Ifølge Sexologisk Center på Aalborg Universitetshospital lider hver niende dansker af nedsat seksuel evne, hvoraf mænds typiske seksuelle problem består af rejsningsbesvær (Sexologisk Center, 2020). I de senere år har der i Danmark været øget fokus på seksualitet og seksuelle problemer blandt andet gennem nettet, i tv'et og i radioen, eksempelvis programserien *Sex på Recept*, hvor man følger diverse behandlingsforløb på Sexologisk Center på Aalborg Universitetshospital. Andre eksempler er podcasten *Tændt*, hvor der ugentligt bliver diskuteret aktuelle seksuelle udfordringer og serien *Sandheden om Danskernes Sexliv*. Debatten er bred, og den har utallige vinkler, som alle har til hensigt at informere, uddanne og nedbryde forestillinger om seksuelle tabuer (DR3a, 2018; DR3b, 2013; DR2a, 2019; DR2b, 2019; P1 Kultur, 2019). Det undrer os derfor, at emnet om rejsningsproblemer og seksualitet fortsat er et så tabubelagt emne at italesætte¹ (Traumer, Jacobsen & Laursen, 2019, s. 57-58; Graugaard, Pedersen & Frisch, 2012, s. 11-12), ikke kun for mænd men især også for sundhedsprofessionelle², når der er denne øgede opmærksomhed.

Vi har valgt at fokusere på den mandlige patient frem for den kvindelige, da den ene af os studerende (Mette Marie) blev stillet en opgave, gennem sit praktikforløb, om at udforme en 'penisguide' (Bilag 1), der skulle styrke mandens potens. Opgaven foranledigede mange spørgsmål og gav grobund for videre refleksion. For hvordan kan et intimt problem, som sædvanligvis hører til bag soveværelsets fire vægge, omtales, så manden læser den? Hvilke ord og vendinger skal benyttes? Hvad skal man gøre, og hvad bør man absolut ikke gøre? Og hvordan kan sprogbrugen både være informerende, professionel og samtidig interessant at læse for manden? Praktikforløbet igangsatte en forundring som danner grundlaget for denne undersøgelse.

Et rejsningsproblem, og dertilhørende seksualitet, er en kronisk tilstand, som influerer mænds selvopfattelse negativt, hvilket påvirker parforholdet, familien og eventuelt arbejdsliv (Porst et al., 2013). Mænd med rejsningsproblemer har ofte lav selvtillid og lavt selvværd, og de undgår helst at italesætte det for omverden i frygt for at blive forlegne eller set ned på (Solomon, Man

¹ Der er i sundhedsvæsnet identificeret et to-vejs tabu i dialogen mellem patienten og den sundhedsprofessionelle (Traumer et al., 2019, s. 57-58; Graugaard et al., 2012, s. 11-12). Dette definerer vi nærmere i 2. *Begrebsafklaring*.

² I denne undersøgelse indebærer den sundhedsprofessionelle både sygeplejersken, lægen og andre sundhedsfaglige personer.

& Jackson, 2003, s. 251; Bilag 2, s. 5, l. 27-32; Bilag 3, s. 6, l. 16-19). Det er som ofte svært for mænd med rejsningsproblemer at indrømme, at de har et problem for derefter at søge hjælp (Solomon et al., 2003, s. 251). I forsøget på at finde en løsning på problemet søger de fleste mænd derfor til internettets utallige 'ekspert' sider og dertilhørende reklamer, hvor en lille pille hurtigt fikser det, eller hvor de får smarte 'tips' til eksempelvis at spise sig ud af problemet (Bilag 2, s. 3, l. 31-34 - s. 4, l. 1-4). Størstedelen af mænd mangler information om, at de rent faktisk kan få hjælp gennem Sundhedsvæsenet, og at de dermed ikke er alene om at have problemer med seksualiteten.

Årsagerne til rejsningsproblemer kan være mange, og det kan både opstå af fysiologiske og psykologiske forhold. Sygdom er hyppigt en årsag til mænds rejsningsproblemer, eksempelvis i form af diabetes, hjerte-kar-sygdomme og prostatakræft. Der ligger derfor et ansvar i diverse sygdomsforløb hos de sundhedsprofessionelle om at spørge ind til manden og hans seksualitet (Bilag 4.5; Bilag 3). Men hvad sker der, når manden endelig har samlet sig mod til at tage afsted til lægen eller på hospitalet, og dét sundhedspersonale manden møder *ikke* starter en dialog om rejsningsproblemet eller ubevidst afviser det, og manden af den grund ikke italesætter problemet selv?

Inden for Sundhedsvæsenet er der identificeret et to-vejs tabu, som opstår i dialogen mellem patienten³ og den sundhedsprofessionelle i forbindelse med sygdom og seksualitet. To-vejs tabuet eksisterer, når både den sundhedsprofessionelle og patienten undgår at tage dialogen om patientens seksualitet (Traumer et al., 2019, s. 57-58; Graugaard et al., 2012, s. 11-12). Seksualitetsrelaterede sundhedstilbud betragtes som en rettighed, der forventes imødekommet af Sundhedsvæsenet (Graugaard et al., 2012, s. 12), men alligevel er det ikke alle, som åbner dialogen:

In spite of the many questions and concerns about their sexuality, the majority of patients find it difficult to raise the subject with their health care providers. The health care providers in their turn are reluctant to talk about this subject, even when they are aware that their medical interventions seriously interrupt the sexual function and pleasure (Reisman & Gianotten, 2017, s. 7-15)

³ To-vejs tabuet er ikke udelukkende eksisterende for den mandlige patient, men også for den kvindelige patient. Grundet undersøgelsens afgrænsning fokuserer vi, som tidligere beskrevet, på den mandlige patient, hvorfor vi bearbejder to-vejs tabuet ift. manden.

Velvidende at patienten har været ude for et sygdomsforløb, hvori medicin eller en operation har haft indflydelse på eksempelvis patientens rejsning og dermed seksuel nydelse, undgår den sundhedsprofessionelle dialogen om seksualitet. Samme tendens til at undgå samtalen, forklarer Birgitte Schantz Laursen også således:

[...] på daværende tidspunkt da jeg var i urologisk afdeling, der var vi gode til at sige til hinanden som sygeplejersker, at det vigtigste for patienten det er nok at blive rask af sin kræftsygdom, så kommer det sexologiske i anden omgang. Og når jeg nu sidder på den anden side i dag og ser patienterne, så siger de jo alle sammen, at det første jeg egentlig tænkte på da jeg fik diagnosen det var 'hvad nu med min rejsning', og 'vil min kone nu blive ved mig, hvis jeg nu ikke kan få rejsning efterfølgende' (Bilag 3, s. 2, l. 26-29).

I dialogen har vi således på den ene side den sundhedsprofessionelle, som tænker, at det vigtigste for patienten er at blive rask af sin sygdom. På den anden side sidder den mandlige patient først og fremmest og funderer over rejsningsproblemet og effekten det har på hans liv.

Et rejsningsproblem kan som tidligere beskrevet både opstå af fysiologiske og psykologiske årsager. Denne undersøgelse fokuserer ikke på anatomien eller fysiologien bag et rejsningsproblem, men vil inkludere de faktorer og diskurser, som opstår ved et rejsningsproblem samt hvilken indflydelse det har på mandens identitet og selvbillede. For hvordan omtales et problem der er så intimt og privat, at det egentlig hører til bag soveværelsets fire vægge, på en professionel men samtidig personlig måde? Måske er dette intime problem det, der ligger til grund for, at emnet er tabubelagt. Tabuisering af sexlivet og de dertilhørende problemer skader den enkelte patient, da seksualitet har en indlejret rolle i menneskets sundhed og livsstil. Seksualitet er en blanding af natur og kultur, da vi alle sammen er født med en seksualitet (Graugaard, Møhl & Hertoft, 2006, s. 9), og den formes efter den kultur, vi lever i, og de normer og værdier vi omgiver os med. Det er dermed en sammenfletning af biologi, psyke og socialitet (Bilag 5). Hvordan kan vi således optimere eller lave nye kommunikationsredskaber, der kan igangsætte dialogen mellem den mandlige patient og den sundhedsprofessionelle, så to-vejs tabuet mindskes eller stopper med at eksistere, og patienten får den bedst mulige behandling samlet set?

Med undersøgelsen sætter vi derfor fokus på dialogen mellem den sundhedsprofessionelle og den mandlige patient. Formålet er at udarbejde grundstenene til en kampagne, som i første

omgang tilegnes de sundhedsprofessionelle for at inspirere og hjælpe dem til at åbne dialogen om seksualitet. Da vi ønsker at skabe en forandring i dialogen om seksualitet mellem den mandlige patient og den sundhedsprofessionelle, tager undersøgelsen udgangspunkt i følgende problemstilling:

Velvidende at seksualitet har stor indflydelse på patientens generelle sundhed, hvordan kan vi da kommunikativt lægge grundstenene til at bryde det eksisterende to-vejs tabu i dialogen om seksualitet og sygdom mellem den mandlige patient og den sundhedsprofessionelle?

Undersøgelsen bliver tilrettelagt med udgangspunkt i Scollon & Scollons (2004) Neksusanalyses (NA) tre faser: *Engagement*, *Navigation* og *Forandring*. I Engagementsfasen beskriver vi involveringen i feltet, herunder diverse udvalgte aktører og observation heraf. Dette udgør blandt andet undersøgelsens dataarkiv. I Navigationsfasen analyserer vi de centrale diskurser, interaktionsordner og livserfaringer bragt med ind i dialogen, for at udpege en sprogbrug og medierende midler som kan indgå i grundstenene til en kampagne. I analysen tager vi udgangspunkt i den *Medierende Diskursanalyse* (MDA) hvortil vi supplerer med andre relevante kommunikationsteorier, hvilket bliver præsenteret i Navigationsfasen.

Til slut igangsætter vi Forandringsfasen, som i undersøgelsen vil være en diskursiv guide der vil agere som grundsten til en kampagne. Vi vil ydermere reflektere over, hvordan undersøgelsen har skabt forandring inden for undersøgelsens *Nexus of Practice* (NoP). Den sidste fase i NA omhandler netop dét at reflektere over hvordan ens deltagelse i, inden for det NoP der undersøges, har medført en forandring (Scollon & Scollon, 2004, s. 148). Vi anser derfor NA som en ideel metodetilgang til nærværende undersøgelse.

Forud for første fase, finder vi det relevant kort at afklare centrale begreber for undersøgelsen, for at give læseren overblik og forståelse for de centrale udtryk, som bliver benyttet gennem undersøgelsen.

2. BEGREBSAFKLARING

I dette afsnit redegør vi for tre centrale begreber, herunder *seksualitet*, *to-vejs tabu* og *manden og identitet*.

2.1 Seksualitet

Ifølge Graugaard et al. (2006, s. 9) er seksualitet et kulturelt anliggende, hvorfor det aldrig kan stå alene uden at inddrage den sociale og samfundsmæssige kontekst. Det er forankret i menneskets tilværelse og ændrer sig i takt med livssituationen, herunder også et sygdomsforløb (s. 12), hvorfor seksualitetsbegrebet er komplekst. Hvor det i tidligere år kun var knyttet til forplantning, er det i dag især knyttet til “fornøjelse, velvære, bekræftelse, social kompetence og personlig vækst” (Graugaard et al., 2006, s. 9). Seksualitet omhandler derfor ikke kun kønsorganer, samleje og orgasme, men især også nærhed, ømhed og sanselighed. I takt med personlig vækst er forståelsen af krop, følelser, kulturelle normer og seksuel identitet i konstant forandring (Graugaard et al., 2006, s. 10).

Når en person bliver syg, eksempelvis på baggrund af biologisk eller medicinske forhold, påvirker det også personen psykologisk og socialt. På det psykologiske niveau kan følelser som sårbarhed, vrede, nedsat selvværd, forstyrret maskulinitet og kropsbillede være centralt at italesætte. På det sociale niveau kan det være påvirkning af parforholdet, stigmatisering og social isolation, som burde sættes i fokus. Der skal derfor i en fagprofessionel hverdag tages hånd om seksualitet “ved at inddrage seksualiteten som et legitimt tema i rådgivning og behandling opnår man således, at patienten føler sig imødekommet på et vanskeligt og tabuiseret felt” (Graugaard et al., 2006, s. 10).

Et rejsningsproblem er derfor ikke *bare* en bivirkning, men det skal tænkes ind i menneskets seksualitet, og hvordan problemet påvirker det hele menneske - og de nære relationer. Sundhedsstyrelsen beskriver også seksuel sundhed som værende et bredt begreb, der “ikke kun dækker over fraværet af seksuelle dysfunktion(er), sygdomme eller sårbarheder” (Bilag 4.2, s. 17). Dét at være seksuelt sund inkluderer trivsel omkring ens seksualitet, både fysisk, følelsesmæssigt, mentalt og socialt (Bilag 4.2, s. 17). At seksualitet er konstrueret bredt, stemmer overens med undersøgelsens socialkonstruktionistiske tankegang, som beskrives senere i afsnit 3.5 *Et socialkonstruktionistisk rammeværk*. Et rejsningsproblem er ikke kun et rejsningsproblem men en del af mandens seksualitet og identitet. I undersøgelsen tager vi derfor udgangspunkt i rejsningsproblemet, som et seksualitets-og identitetsproblem, da det ikke kun

er samlejet, der er udfordret, men især også intimitet, nærhed og kulturelle normer (Bilag 6, s. 12, l. 28-30). Denne forståelse af seksualitet er en kraft, der altid er med os (Bilag 7.1), og bør derfor også tænkes ind i grundstenene til en kampagne.

2.2 To-vejs tabu

Et godt patientmøde er baseret på nysgerrighed, åbenhed og dialog, og det er vigtigt, at den sundhedsprofessionelle spørger ind til patientens parforhold og seksualitet (Graugaard et al., 2006, s. 20). Graugaard et al. forklarer, at i en undersøgelse af stomipatienter siger 98% af patienterne, at information om sexliv burde være obligatorisk inden operation, mens kun 42% af de samme patienter havde modtaget information (s. 20). I en anden undersøgelse foretrak 1/3 af mænd med rejsningsproblemer, at det var lægen, som tog hul på diskussionen frem for dem selv.

I den fagprofessionelle dialog kan det være fristende for den sundhedsprofessionelle at have et isoleret fokus på det biologiske/medicinske niveau. Årsagerne kan være mange, herunder egen blufærdighed eller tvivl på egen viden til at yde en fyldestgørende rådgivning. Graugaard et al. (2006, s. 11) forklarer dog, at den sundhedsprofessionelle aldrig bør glemme at patientens sygdom er en totalbegivenhed, som inkluderer den psykologiske og parforholdsmæssige overbygning. To-vejs tabuet eksisterer, når den sundhedsprofessionelle ikke inkluderer andet end det biologiske, mekaniske niveau, og når patienten af egen blufærdighed eller usikkerhed ikke tør at italesætte det selv. Da det er en gældende faktor for, om dialogen overhovedet finder sted, er to-vejs tabuet derfor vigtigt i forståelsen og fordybelsen af dialogen mellem den sundhedsprofessionelle og den mandlige patient.

Seksualitet og sygdom, herunder seksuel dysfunktion, er ydermere ifølge Graugaard et al., (2006) *vi-problem*. Partneren i *vi-problemet* bliver derfor en del af mandens livserfaring⁴ i dialogen, samt en evigt tilstedeværende diskurs (D) (jf. 3.4 Den medierede diskursanalyse), som altid har indflydelse på mandens identitet.

I forbindelse med NA skal forskeren huske at inkludere, hvordan sociale relationer og diskurser medieres gennem interaktioner, mennesker og artefakter, rum og tid (Larsen & Raudaskoski, 2016, s. 90). Det er derfor vigtigt for undersøgelsen at tage højde for omkringliggende aktører, herunder parforholdsrelationen i dialogen. Dette går også i samspil med det

⁴ Livserfaring er et begreb i forbindelse med den medierende diskursanalyse, som bliver redegjort for i afsnit 3.4.1 *Diskurscyklussen*

videnskabsteoretiske afsæt for undersøgelsen, herunder at menneskets virkelighed er socialt konstrueret (jf. 3.5 Et socialkonstruktionistisk rammeværk). Vi vil derfor nu begrebsliggøre mandens maskulinitet og identitet.

2.3 Maskulinitet og identitet

Den danske ordbog definerer maskulinitet “med træk der traditionelt har været opfattet som specielt mandlige, fx en muskuløs og kraftfuld krop, handlekraft, initiativ, mod og styrke” (Den danske ordbog, 2020). Så hvad sker der med mandens selvbillede, når der ikke længere er overensstemmelse mellem mandens adfærdstræk og formåen, samt hans indre tanker og selvopfattelse af det at ‘være mand’? Birgitte og Else Olesen forklarer, at der er en tæt kobling mellem mandens maskulinitet og identitet. Maskuliniteten er, for nogle mænd, tæt forbundet med dét at kunne præstere seksuelt med en brugbar rejsning (Bilag 3, s. 13, l. 1-2). Karen D. Fergus, Ross E. Gray og Margaret I. Fitch forklarer, at “Masculine gender socialization defines and sets the standard for sexual performance, and the quality of this performance in turn, bears the authority to confirm (or shatter) one’s identification as a man” (Fergus et al., 2002, s. 305). Kan rejsning ikke opnås, kan det gå ud over mandens selvtillid, selvopfattelse og dermed påvirke hans identitet “og det vil sige, at hvis man har et sexologisk problem så har man egentlig mere et identitetsproblem” (Bilag 3, s. 5, l. 10-12). Mandens seksualitet har i en lang årrække været og er stadig i rivende udvikling. Før Anden Verdenskrig var mandens seksualitet præget af en mere romantisk etikette, hvor mandens antal af sexpartnere i dag steget og debutalderen faldet. Den stereotype forståelse af hvad der er maskulint, har endvidere ændret sig, og det er “i dag langt mere uforudsigeligt, hvilke træk der kan - eller bør - indgå i den enkeltes udtryk og selvforståelse” (Christensen, Graugaard, Bonde, Helge & Madsen, 2006, s. 91). Definitionen af det maskuline køn, såvel som det feminine, er i konstant forhandling og kan derfor betragtes som konstruktioner i en evig forandringsproces (Butler, 2011), hvilket stemmer overens med vores videnskabsteoretiske afsæt (jf. 3.5 Det socialkonstruktionistiske rammeværk). Som Simon Sjørup Simonsen forklarer, er der “mange måder at leve sit liv som mand på” (Simonsen, 2006, s. 7) og “maskulinitet kan tolkes mere åbent, end han lægger op til” (s. 132). Manden har derfor indflydelse på formen af egen maskulinitet, hvilket igen spiller sammen med socialkonstruktionismen, herunder at mennesket og dets kønsforståelse er socialt konstrueret.

Ved at afgrænse os til én kønsidentitet, manden, får vi mulighed for at dykke ned i kønsspecifikke faktorer og diskurser, som har indflydelse på dialogen og udformningen af

grundstenene til kampagnen. Den maskuline identitet bliver herved en fremtrædende diskurs i undersøgelsen - velvidende at den kvindelige kønsidentitet altid vil være til stede i en relation.

I et samfund er der en form for maskulinitet, som alle mænd i det givne samfund skal forholde sig til, for at skabe sin egen maskulinitet (Simonsen, 2006, s. 151). Dette beskrives som *hegemonisk maskulinitet*. Martin Rimi (2012) definerer hegemonisk maskulinitet således:

Hegemoni henviser til magt og indflydelse og dét, at nogle kulturelle antagelser, værdier eller normer får magt på bekostning og delvis eksklusion af andre. Der er altså ikke tale om én måde at være maskulin på. På denne måde bliver maskulinitet til noget, der konstant må skabes, bliver udfordret og genforhandlet ud fra mange divergerende idealer, opfattelser og forventninger, der er forbundet med det at være mand i en kultur (Rimi, 2012)

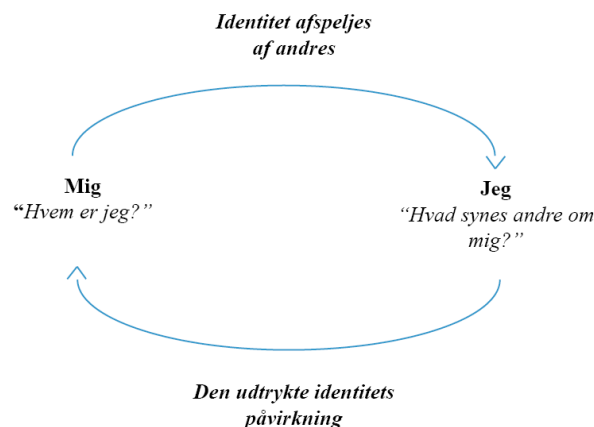
Hegemonisk maskulinitet differentierer sig fra kultur til kultur, og idéen om den ideelle mand er i konstant forandring i det givne samfund. Men hvad er den ideelle maskulinitet i Danmark? Dette er undersøgt af Bloksgaard et al. "*Masculinity Ideals in a Contemporary Danish Context*" fra 2015. De definerer tre dimensioner af den danske mand, herunder *the emotional man* (den emotionelle mand), *the male worker* (den mandlige arbejder) and *the involved father* (den involverede far) (Bloksgaard et al., 2015, s. 158).

Deltagerne i undersøgelsen så Kronprins Frederik, som den ideelle maskuline mand, da han både udviser en stærk maskulin side, imens han også besidder en mere emotionel side. Den accepterede danske hegemoniske maskulinitet inkluderer derfor, at manden skal være maskulin nok til, at det er i orden at vise en emotionel side i forbindelse med store livsbegivenheder, eksempelvis når manden bliver far eller bliver gift (Bloksgaard et al, 2015, s. 160; Enemark, Nielsen, Nielsen & Tøttrup, 2016, s. 15). Den danske mand ser derudover arbejdsløshed som maskulinitetsminimerende, da det er umandigt ikke at kunne forsørge sig selv, og at kønsroller er vigtige, da social status har indflydelse på mandens succes. Et rejsningsproblem kan således ses i sammenhæng med arbejdsløshed. Kan manden ikke længere få rejsning, og reproducere, kan dette have indflydelse på mandens selvopfattelse og derved succes. I den danske mands maskulinitetsopfattelse hersker derfor diskurser, som at være mand nok, stolthed, social status og succes.

Forståelsen af dansk maskulinitet og diskurserne inddrager vi i undersøgelsen, da det er en del af mandens livserfaring. Forandringen er, at få den sundhedsprofessionelle til at indse, at maskulinitet er koblet op på identitet, og det derfor er vigtigt for patientens generelle sundhed. I forlængelse af ovenstående finder vi det også vigtigt at forstå identitet, hvorfor vi i det følgende afsnit beskriver det.

Identitet

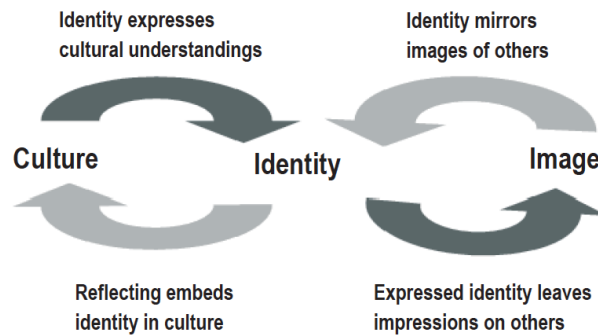
Mary Jo Hatch og Majken Schultz forklarer med udgangspunkt i George Herbert Meads (1934) identitetsteori, som omhandler den sociale proces, hvori mennesket udvikler dets identitet. Identitet er en social proces, der kontinuerligt skabes i samtalen mellem *jeg* og *mig* (Hatch & Schultz, 2008, s. 48-49). Dette er illustreret i nedenstående Figur 1:



Figur 1: Illustration af identitet som skabes mellem 'jeg' og 'mig'

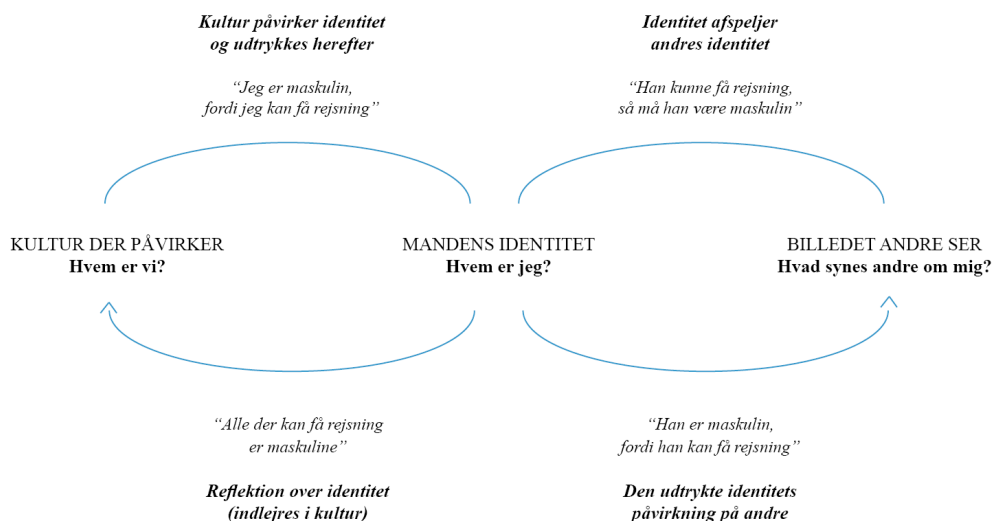
Identitet skabes altså i personens opfattelse af sig selv i samspil med hvad andre synes om personen. *Jeg'et* er derfor billedet andre ser (“hvad synes andre om mig?”), mens det påvirker *Mig'et* (“hvem er jeg?”), som opstår, når personen får ejerskab over egen adfærd (Hatch & Schultz, 2008, s. 48). Den sociale proces er kontinuerlig, for *jeg'et* og *mig'et* reagerer konstant på hinanden, alt efter hvad omverden siger. Skabelsen af identitet er derfor dynamisk, da det er i denne proces, det skabes og udvikles (s. 48).

Til at forklare hvordan mandens miljø og kultur påvirker *jeg'et* og *mig'et*, drager vi inspiration fra Hatch og Schultz' (2005) model: “the organizational identity dynamic model” (dynamisk brand identitetsmodel for virksomheder).



Figur 2: dynamisk brand identitetsmodel for virksomheder

Selvom Hatch og Schultz (2005) benytter modellen i forbindelse med en virksomheds brand, drager vi nytte af den, til at forklare hvordan mandens identitet især også påvirkes af kultur. Hatch og Schultz er selv inspireret af Meads identitetsteori.



Figur 3: Mandens identitetsbillede

Ovenstående Figur 3 illustrerer en udbygget identitetsmodel, som viser hvordan den maskuline identitet udfolder sig i feltet mellem kultur, selvbillede og billedet andre ser (tilsvarende image). Mandens identitet er placeret i midten af modellen, og påvirkes af den kultur han befinder sig i samt af hans eget selvbillede. Mandens identitet bliver derfor konstant påvirket af en kulturel forståelse og normer fra hans samfund. Han omdanner disse forståelser til at stemme overens med sit selvbillede og prøver at finde en sammenlignelighed hos andre mænd i samme samfund, hvortil han danner nye kulturelle forståelser, som han sender ud i samfundet.

Dette skal forstås som, at hvis mandens forståelse af de kulturelle normer eksempelvis dikterer “jeg er maskulin, hvis jeg kan få rejsning”, påvirker det manden med rejsningsproblemer. Han skal derfor opbygge en maskulin facade, til at opretholde sit selvbillede af maskulinitet for ikke at tabe ansigt i samfundet. I samme proces videregiver han denne opfattelse tilbage til samfundet, hvorfor der ikke sker nogen ændring, da andre mænd opfanger denne forståelse af maskulinitet i eget selvbillede. Facaden der skal opretholdes, kan gå hen og krakelere, hvilket kan resultere i en indre konflikt af fortvivlelse og dermed skabe ubalance og distance i eksempelvis mandens parforhold (Bilag 3, s. 5, l. 28-29) (jf. 2.1 Seksualitet). Vi forstår altså mandens identitet som i evig udvikling af jeg’et og mig’et der er tæt forbundet med den seksuelle formåen omkring rejsning.

Hatch og Schultz forklarer, at “culture and identity are closely connected” (Hatch & Schultz, 2005, s. 121). Identiteten og maskuliniteten påvirkes dermed yderligere af omkringliggende faktorer fra det givne samfunds kulturelle normer. Da NA søger at forandre praksisser i samfundet, argumenterer vi for, at undersøgelsen også er med til at nuancere opfattelsen af, hvad det vil sige at være ‘rigtig mand’. Undersøgelsen vil derfor udfordre den danske mands opfattelse af maskulinitet.

Gennem begrebsafklaringen har vi defineret seksualitet, to-vejs tabuet, samt den kontinuerlige proces mandens identitet og maskulinitet befinder sig i. Det eksisterende tabu i dialogen mellem den mandlige patient og den sundhedsprofessionelle har således mange relevante omkringliggende faktorer, der har indflydelse på dialogen.

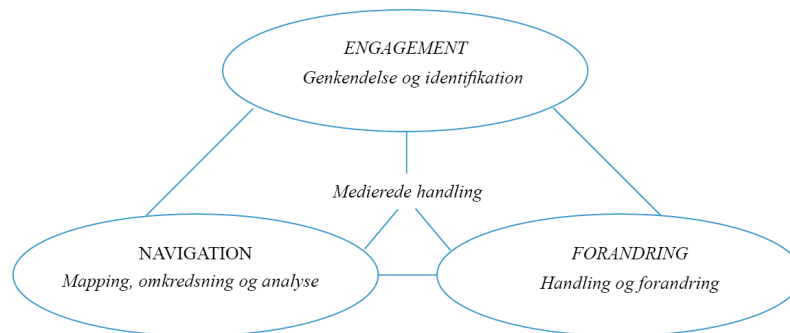
Formålet med nærværende undersøgelse er, som tidligere beskrevet, at udarbejde grundstenene til en kampagne, som skal forbedre dialogen om seksuelle problemer. Som et skridt nærmere en aftabuivering af mandens seksualitet, må vi finde de diskursive brikker, som har indflydelse på dialogen i dag. Til dette gør vi brug af NAs metodiske rammeværk, som bliver beskrevet i næste afsnit.

3. METODOLOGISK RAMMEVÆRK

NA udspringer af en interesse for at hjælpe til med at løse praktiske problemer i samfundet (Larsen & Raudaskoski, 2016, s. 91). Ægteparret Ron Scollon og Suzie Wong Scollon betegner NA som et værktøj til at undersøge bindeleddet mellem to forskellige ideer eller objekter, og forklarer neksus som “a link between two different ideas or objects which links them in a series or network” (Scollon & Scollon, 2004, s. viii). En social handling er således der, hvor mennesker, diskurser, steder og objekter mødes, og er medspillere til en forandringsproces i de historiske baner. Dette samlingspunkt kalder vi for *Nexus of Practice* (NoP), og her kan alle anses som medskabere (Scollon & Scollon, 2004, s. viii). Malene Charlotte Larsen og Pirkko Raudaskoski (2016, s. 97) forklarer, at neksusbegrebet er udviklet for at begrebsliggøre situationer, som deler samme fællestræk, men ikke kan siges at være et praksisfællesskab. Dette praksisfællesskab betegner Scollon og Scollon (2004) som *Community of Practice* (CoP). De trækker på Etienne Wengers (2014) begreb om praksisfællesskaber, som er “at læring er en interaktion mellem, hvad jeg vil kalde socialt defineret kompetence og personlig oplevelse” (Wenger, 2014, s. 69). Wenger forklarer dermed at et praksisfællesskab er, når et individs personlige oplevelser bidrager til det fællesskab han/hun er i, således de resterende medlemmer af fællesskabet erhverver sig ny viden (Wenger, 2014). Differentieringen af et NoP fra et CoP består i, at et NoP “skal forstås som et løst fællesskab” (Larsen & Raudaskoski, 2016, s. 98). Et CoP dækker derimod “over en sammentømret gruppe af mennesker, der kender hinanden godt og med jævne mellemrum interagerer med hinanden med et fælles formål for øje” (Larsen & Raudaskoski, 2016, s. 98). Med denne definition undersøger vi således et NoP (dialogen), og CoP (de sundhedsprofessionelle), som skal have fælles formål om at støtte og behandle patienten.

Denne undersøgelses NoP omhandler dialogen om seksuelle problemer mellem den mandlige patient og den sundhedsprofessionelle. Vi søger at forstå NoP’et fra et sundhedsfagligt perspektiv. I Engagementsfasen oplever vi, at problemet ikke kun stammer fra mandens manglende lægebesøg. Det stammer også fra at den sundhedsprofessionelle mangler en grundlæggende forståelse og uddannelse for menneskets seksualitet, samt hvordan de taler med mænd om seksuelle problemer. Vi kommer nærmere ind på dette i Engagementsfasen.

Som den metodologiske fremgangsmåde for et neksusanalytisk undersøgelsesdesign, anbefaler Scollon og Scollon (2004), at NA laves ud fra tre aktivitetsfaser, som er:



Figur 4: NAs tre faser

1. Engaging the Nexus of Practice - Engagementsfasen er indsamling af etnografisk data til dataarkiv.
2. Navigating the Nexus of Practice - Navigationsfasen hvor analysen finder sted.
3. Changing the Nexus of Practice – Forandringsfasen reflekterer over forandringen der er sket gennem fase 1 & 2.

(Larsen & Raudaskoski, 2016, s. 103; Scollon & Scollon, 2004, s. 153).

NAs tre faser benytter vi samtidig som værktøj til opbygning og fremgangsmåde af undersøgelsen, for at holde et stringent fokus og overblik. Vi vil nu redegøre for NAs tre faser.

3.1 Engagementsfase

Ifølge Scollon og Scollon (2004, s. 152-153) skal forskeren i den første af de tre faser engagere sig i det felt og/eller den medierede handling, der undersøges. Dette betegnes som det NoP, hvori de sociale aktører befinder sig, som i denne undersøgelse er dialogen mellem den mandlige patient og den sundhedsprofessionelle. Hertil skal de sociale handlinger, aktørerne udfører, også identificeres. Forskeren skal således erhverve, forstå og undersøge for at få indsigt i de levede erfaringer, aktørerne besidder (Larsen & Raudaskoski, 2016, s. 104-105). Vi har eksempelvis i nærværende undersøgelse lavet diverse observationer og indgået interviews med udvalgte aktører for at forstå dialogen mellem den sundhedsprofessionelle og den mandlige patient. Scollon og Scollon (2004) foreslår at inddele identifikationen af de

sociale aktører og deres handlinger i fem forskellige aktiviteter, som vil blive beskrevet nærmere i starten af Engagementsfasen.

Scollon og Scollon (2004) foreslår ydermere fire måder, hvorpå forskeren kan indsamle data til sin undersøgelse. De er:

- 1) Sociale aktørers generaliseringer (eksempelvis en spørgeskemaundersøgelse)
- 2) Neutrale observationer (eksempelvis videoobservation)
- 3) Sociale aktørers oplevelser (eksempelvis forskningsinterview)
- 4) Forskerens interaktion med de sociale aktører (eksempelvis observation)

(Scollon & Scollon, 2004, s. 158)

Ved at observere interaktionsordenen og de mest centrale diskurscykluser (jf. 3.4.1 Diskurscyklussen), kan forskeren finde sit ståsted i undersøgelsesfeltet (Larsen & Raudaskoski, 2016, s. 106). At være en aktiv del af det NoP, og det eventuelle CoP, der undersøges, er ifølge Scollon og Scollon (2004, s. 153) væsentligt, da en sammensmeltning af forskningsaktiviteterne og deltageraktiviteterne giver et mere fyldestgørende dataarkiv. Vi kommer nærmere ind på kravene til et fyldestgørende dataarkiv under afsnit 3.7 *Generering af et dataarkiv*.

3.2 Navigationsfase

I Navigationsfasen skal forskeren med udgangspunkt i Engagementsfasens dataarkiv, navigere, udvælge samt analysere de mest centrale diskurscykluser (jf. 3.4.1 Diskurscyklussen). For at skabe overblik og en dybere forståelse af dataarkivet, foreslår Scollon og Scollon (2004, s. 159-160), at forskeren kortlægger data (også kaldet mapping) for at finde en sammenhæng, forventninger, forandringer eller noget der skiller sig ud. Dette er gjort i nærværende undersøgelse og kan ses i Bilag 8. Gennem Navigationsfasen skaber vi derved et overblik over det udvalgte NoP (Larsen & Raudaskoski, 2016, s. 106-107). I analysen skræddersyr forskeren selv den teoretiske og analytiske tilgang, da valget af teori afhænger af forskningsspørgsmålet. NA er på den måde et fleksibelt rammeværktøj, der med fordel kan kombineres med andre analytiske og teoretiske tilgange (jf. 5.2.2 Analyseapparat) (Larsen & Raudaskoski, 2016, s. 106-107). Ved disse til- og fravalg af sociale handlinger, er forskeren med til at forme undersøgelsens virkelighed, hvorfor det er i overensstemmelse med denne undersøgelses

videnskabsteoretiske ståsted i form af socialkonstruktionisme (jf. 3.5 Et socialkonstruktionistisk rammeværk).

3.3 Forandringsfase

Den sidste aktivitetsfase i Scollon og Scollons field guide er Forandringsfasen. I denne fase reflekterer og analyserer forskeren over resultaterne fra Navigationsfasen samt hvordan disse har skabt forandringer i NoP'et. Scollon og Scollon (2004, s. 177) argumenterer for, at forskeren siden begyndelsen af undersøgelsen har skabt forandringer, da deres blotte tilstedeværelse skaber en undren og dermed en forandring hos den eller de sociale aktører. Larsen og Raudaskoski (2016) kommer med eksempler på, hvordan denne forandring sker, herunder "resultatet af forskerens arbejde med at dokumentere medierede handlinger, indgå i diskurser med deltagerne og konstruere nye muligheder for handling" (Larsen & Raudaskoski, 2016, s. 107-108). Forandringsfasen knytter sig til socialkonstruktionismen (jf. 3.5 Et socialkonstruktionistisk rammeværk), da vi gennem undersøgelsen påvirker og ændrer noget i verden (Larsen, 2010, s. 76). Vi ønsker at forandre dialogen om seksuelle problemer, for derved at bryde to-vejs tabuet. Dette gør vi ved at finde de diskursive brikker i dialogen til udformning af grundstenene til en kampagne.

3.4 Den medierede diskursanalyse

Mens NA er det metodiske rammeværk for undersøgelsen, supplerer den medierende diskursanalyse (MDA) som den egentlige teori. Mange diskursanalyser tager udgangspunkt i sproget og er mere tekst- og diskursorienteret, mens MDA differentierer sig fra disse, idet forskeren forsøger at forklare forholdet *mellem* diskurser og handlinger (Scollon 2001; Larsen & Raudaskoski, 2016, s. 89). Sproget i en MDA er ikke det eneste gældende kulturelle artefakt for analysen, hvorfor MDA bevæger sig væk fra kritisk diskursanalyse (Jørgensen og Phillips, 1999; Fairclough, 2012).

I analysen tillader MDA at undersøge sociale handlinger ved at inkludere alle kulturelle artefakter frem for blot sproget, såsom vaner, regler og erfaringer, og hvordan disse medierende midler har indflydelse på menneskets handling (Larsen & Raudaskoski, 2016, s. 89-91). Forskeren har derfor med MDA fokus på konkrete handlinger og sprogbrug, men især også hvordan disse er forbundet med omkringliggende institutionelle og samfundsmæssige strukturer (s. 90). Eksempelvis hvordan rummet påvirker dialogen mellem den mandlige patient og den sundhedsprofessionelle. Fokuset i undersøgelsen har derfor fodfæste i

interessen i, hvordan sociale relationer og diskurser medieres gennem interaktioner, mennesker, artefakter, rum og tid (Larsen & Raudaskoski, 2016, s. 90). I undersøgelsen kan dette ydermere ses i forskellen på de indledende samtaler med Birgitte Schantz Laursen (forsker og sygeplejerske) og Else Olesen (sexolog og sygeplejerske). Selvom begge kvinder har en sygeplejerskeuddannelse, blev samtalen styret af deres forskellige omkringliggende institutionelle strukturer og deres individuelle erfaringer (Bilag 2; Bilag 3) som henholdsvis sexolog og forsker.

Det er først gennem en udpegning af hvilke sociale medierede handlinger, der findes, diskursens betydning og rolle i den sociale medierede handling, kan udpeges (Larsen & Raudaskoski, 2016, s. 90). Ifølge Ron Scollon (2001) bliver den egentlige sociale handling først mulig i forholdet mellem den medierende handling og påvirkningen af kulturelle artefakter. Eksempelvis hvis den medierende handling er et interview, påvirkes den af kulturelle artefakter, såsom en videoptager, en interviewguide og interviewer. Det medierende middel i den medierede handling kan derfor være de materialiteter, som indgår i handlingen, såsom computer, lydoptager og power points, samtidig med at interviewpersonen og intervieweren også kan agere som medierende midler.

I en MDA er det derudover også vigtigt at identificere det unikke *site of engagement* hvori den medierede sociale handling finder sted. Enhver *site of engagement* påvirkes af stedet og tidspunktet, hvori handlingen foretages. I undersøgelsens NoP er det unikke *site of engagement*, vi undersøger, dialogen og alle dens omkringliggende facetter. Tager vi udgangspunkt i interviewet med Else, var dette *site of engagement* påvirket af diverse medierede handlinger, som kun kunne opstå under dette interview på det udvalgte tidspunkt og sted. Vi kan derved ikke genskabe dette nøjagtige *site of engagement* igen. Disse *sites of engagements* indgår samtidig som empirisk grundlag i vores dataarkiv. Ifølge Scollon (2001, s. 145), skal forskeren i en MDA samtidig også sikre sig, at det empiriske grundlag ikke udelukkende består af interviews om aktørernes handlinger med de sociale aktører. I et interview kan aktøren forklare ud fra erfaring, men det sagte er ikke nødvendigvis altid dét, som sker i praksis. Forskeren skal derfor inddrage faktiske medierede handlinger, eksempelvis noter, indsamlet gennem observation, således at analysen er fokuseret på her og nu-handlinger (Larsen & Raudaskoski, 2016, s. 90). I denne undersøgelse imødekommer vi det udvalgte NoP gennem etnografisk observation og notatskrivning til at understøtte transskriberingerne af interviews for at forstå den sociale handling (Bilag 9; Bilag 10).

diskurs vs. Diskurs

I MDA kan forskeren operere inden for to diskursopfattelser: den brede Diskurs (D) og smalle diskurs (d).

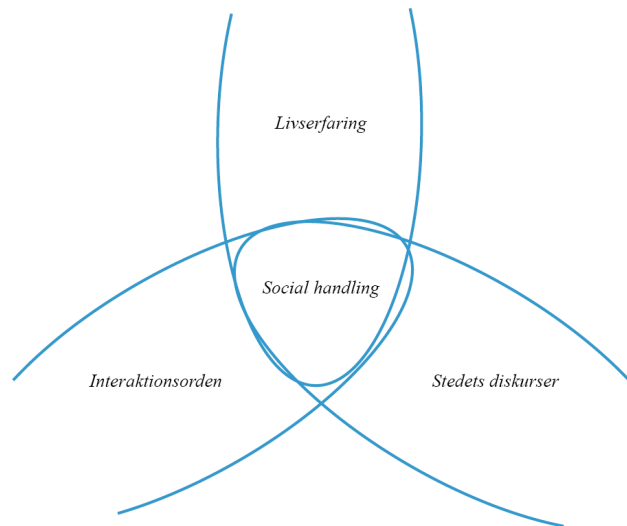
Diskursen (d) dækker over de sociale handlinger, hvor sprogbrug anvendes til at udføre den sociale handling, eksempelvis en e-mail, en hilsen eller et interview.

Diskurs (D) er særlig vigtig for MDA, da det er i den brede forståelse af diskurs (D), hvor der undersøges, hvordan sociale handlinger reproduceres af samfund og kultur. I dette tilfælde kan vi tale om, at der i diskursen (D) omhandlende rejsningsproblemer indgår mindre diskurser (d) såsom tabu, sygdom, parforhold, intimitet og lavt selvværd. Det er samtidig også her forskeren kan forstå, hvordan aktørens egne erfaringer og historier er påvirket af netop disse diskurser (D). Denne undersøgelse er eksempelvis præget af en akademisk diskurs (D), hvori der indgår flere diskurser (d) såsom undervisning, teori og metode. Et andet eksempel er, som beskrevet i afsnit 2.1 *Seksualitet*, at den sundhedsprofessionelle aldrig bør glemme den parforholdsmæssige overbygning. Dette kan også anskues som en diskurs (D) indenfor NoP'et, da den parforholdsmæssige overbygning formentlig altid er til stede i form af livserfaring, uanset om patienten er i et forhold eller ej. I undersøgelsen anvender vi diskurs (D & d) i flæng med hinanden, da NA forener den brede forståelse af diskurs (D) med den smalle diskurs (d).

I en MDA kan det være svært for forskeren at gennemskue alle de kulturelle artefakter som påvirker og har betydning for den medierede handling, hvorfor Scollon og Scollon (2004, s. 19) udviklede *diskurscyklussen*. Denne beskriver vi nærmere i følgende afsnit.

3.4.1 Diskurscyklussen

Som tidligere beskrevet er det vigtigt i en MDA og NA at undersøge den sociale handling ud fra forståelsen om “at medierede handlinger, midler og aktører, som altid værende en del af en sociohistorisk proces, hvilket vil sige, at de har en fortid og skaber en fremtid” (Larsen & Raudaskoski, 2016, s. 99). Dette betyder at der i analysen skal gøres et forsøg på at forstå den sociale handling gennem alle de omkredsede faktorer. Dette sker i krydsfeltet mellem diskurscyklussens tre faktorer; menneskets *historical body* (livserfaring), *interaction order* (interaktionsorden) og *discourses in place* (stedets diskurser), som er illustreret i nedenstående Figur 5.



Figur 5: Diskurscyklussen

Ifølge Scollon og Scollon (2004) illustrerer diskurscyklussen, hvordan en social medierende handling er påvirket af stedets diskurser.

Social action occurs at the intersection of the historical bodies of the participants in that action, the interaction order which they mutual produce among themselves and the discourses in place which enable that action or are used by the participants as mediational means in their action (Scollon & Scollon, 2004, s. 153)

I flæng med stedets diskurser foregår der også en interaktionsorden mellem aktørerne i den sociale handling. Disse aktører bringer derudover livserfaringer med sig, som der skal tages højde for i analysen af den sociale handling. Vi som studerende kommer med kommunikationsfaglig viden qua vores videregående uddannelse. Else, Birgitte og Lena Thomsen medbringer alle deres sygeplejerskefaglig viden. Alle tre har hver især yderligere erhvervsfaglige kompetencer, i form af sexolog, forsker og koordinator, hvilket influerer samtalsforløbet. Vi beskriver nu de tre faktorer i cyklussen nærmere.

Livserfaring

Ifølge Scollon & Scollon (2004) er menneskets livserfaringer organisk, da vi konstant erfarer gennem sociale sammenhænge og i interaktionen med mennesker, miljøer og handlinger. Livserfaring er derfor kropsligt indlejret i mennesket. Det er i forbindelse med livserfaring, at mennesket lærer at benytte medierende midler (Larsen & Raudaskoski, 2016, s. 100).

Eksempelvis hvordan en sygeplejerske skal rådgive sin patient, eller hvordan et interview er konstitueret.

Vores livserfaring bliver også ændret i takt med at undersøgelsen skrider frem og feltet udfoldes, hvilket giver ny indsigt i problemstillingen. Dette beskrives nærmere i afsnit 4.3 *Fra omtalen til to-vejs tabuet*. Denne nye indsigt og konstant forandrende livserfaring spiller sammen med den hermeneutiske tilgang, da vi for hver sociale handling, opnår ny indsigt, som vi kan fortolke yderligere på og opnå ny livserfaring og forståelse ud fra (jf. 3.6 Den hermeneutiske forståelse).

Interaktionsorden

Interaktionsordenen dækker over hvordan aktørerne opfører sig i den udvalgte sociale handling, alt efter hvem de interagerer med. Aktørerne kan påtage sig forskellige roller efter hvad der sker i samtalen og hvordan aktørernes interne forhold er mellem hinanden under et site of engagement (Scollon & Scollon, 2004, s. 42-43). Et eksempel på dette er i forbindelse med interviewet med Birgitte, hvor hun påtog sig rollen som ekspert indenfor området, mens vi som studerende var mere lyttende/observerende.

Stedets diskurser

I NA er udpegelsen af stedets diskurser vigtig for forståelsen af, hvad der reelt bliver talt om, og hvad der sker i situationen (Larsen & Raudaskoski, 2016, s. 102; Scollon & Scollon, 2004, s. 14). Det er derudover også vigtigt at forstå og imødekomme, hvordan de diskurser som er til stede i den sociale handling, bliver påvirket af stedet og aktørernes livserfaring. Det er derfor betydende at forskeren udvælger de diskurser, som er relevante i lige netop den konkrete sociale handling, der undersøges.

I undersøgelsen fungerer diskurscyklussen som metode til at sikre, at vi analyserer dataarkivet i forhold til hele det sociokulturelle NoP, samtidig med det giver et analytisk overblik over de medierede handlinger. Da undersøgelsen er konstrueret gennem os studerende, og verden er konstrueret gennem diverse diskurser og sociale handlinger, tager undersøgelsen også udgangspunkt i en socialkonstruktivistisk tilgang der kort beskrives i det følgende.

3.5 Et socialkonstruktionistisk rammeværk

Mange diskursanalytiske undersøgelser er baseret på den socialkonstruktionistiske overbevisning, da diskurs og social praksis ses som gensidigt konstituerende (Larsen, 2010 s. 63; Scollon & Scollon, 2001). I forbindelse med diskurs og kontekst er det vigtigt, at forskeren positionerer sig i en bredere sociokulturel og historisk kontekst, for at undgå at konteksten blot er noget, der behandles i baggrunden af teksten (Larsen, 2010, s. 63).

Som neksusanalytiker gælder det derfor om ikke at tillægge sproget al magt og havne i form for sproglig idealisme, som man risikerer med andre diskursanalytiske retninger. Scollon og Scollon opfatter sociale aktører som medkonsumenter og medproducenter af den sociale verden (Larsen 2010, s. 68)

Med undersøgelsen distancerer vi os fra forståelsen af, at sproget er det eneste medierende middel, der skaber betydning i verden (Cottone, 2017 s. 465; Egholm, 2014, s. 148; Gergen, 1997; Larsen, 2010, s. 68). Scollon og Scollon (2004) forklarer, at medierede handlinger er essentielle for at forstå virkeligheden, hvortil sproget blot er én af mange kulturelle artefakter, som muliggør en medieret handling og omvendt (Jørgensen & Phillips, 1999, s. 17; Larsen, 2010, s. 67-68). Scollon (2001, s. 141) forklarer ydermere, at diskurser er en del af de midler, som konstruerer samfund og kultur.

I konteksten af en medieret handling er det derfor essentielt ikke at adskille medierede handlinger og sproget, da begge er med til at konstruere virkeligheden. Eksempelvis kan en undervisning bedst forstås ved at inddrage alle kulturelle artefakter, herunder sproget, PowerPoints og elever/studerende. Med NA kombinerer vi det diskursanalytiske rammeværk og teori med etnografisk indsamlet data, hvorfor vi får mulighed for at opnå forståelse af hele konteksten af feltet og de sociale handlinger, vi undersøger (Larsen, 2010, s. 64).

Vi er af den opfattelse, at menneskets virkelighed er socialt konstrueret. Socialkonstruktionisme deler denne opfattelse, og er en fællesbetegnelse for samlede teorier om kultur og samfund (Jørgensen og Phillips, 1999, s. 12-13). I undersøgelsen benytter vi derfor betydningen af aktørerne, stedsligt indlejrede sociale handlinger og medierende midler til at forstå hvordan dialogen foregår mellem den mandlige patient og den sundhedsprofessionelle, og hvordan den med fordel kan foregå fremadrettet. Med NA

konstruerer vi altså sociale handlinger, hvorfor undersøgelsen også er konstrueret gennem vores virkelighed som undersøgere.

Der har gennem tiden været meget undren over forskellen mellem *socialkonstruktivisme* og *socialkonstruktionisme*. Ifølge Torben B. Dyrberg (2000) er begreberne ofte benyttet i flæng, hvortil Larsen (2010, s. 68) plæderer for, at grundprincipperne inden for de to tilgange ikke differentierer sig betydeligt. I undersøgelsen gør vi brug af tilgangen *socialkonstruktionisme*, da den oftest er benyttet inden for diskursstudier (Larsen, 2010, s. 67). Vi erkender, at ud fra begge tilgange forstås verden som socialt konstrueret, hvorfor vi inddrager hele konteksten til at opnå en forståelse af NoP'et. Det inkluderer de medierende midler, livserfaringen i form af aktører og stedsligt indlejrede diskurser med hensigt på at udarbejde grundstenene til en kampagne.

Kritik af socialkonstruktionistiske tilgange

Ifølge Jørgensen og Phillips (1999) kan socialkonstruktionistiske tilgange kritiseres på baggrund af, at eftersom virkeligheden er social skabt, og sandheder er diskursivt producerede effekter "hvordan kan man argumentere for, at ens egen repræsentation af verden er bedre end alle andre mulige repræsentationer? Det er et problem, der er indbygget i alle socialkonstruktionistiske tankegange." (Jørgensen & Phillips, 1999, s. 32).

De forklarer hertil, at for at legitimere den viden som bliver produceret, er det vigtigt, at forskeren reflekterer over sin rolle samt stringent anvender teori og metode, da dette kan fremmedgøre forskerens selvfølgheder. Forskeren kan samtidig stille spørgsmål til det indsamlede data ud fra andet end hverdagsforståelse (Jørgensen og Phillips, 1999, s. 33 & s. 120-121).

For at imødekomme denne kritik har vi i undersøgelsen lagt fokus på at begrunde forskningsmæssige valg og fravalg, samt benyttet os af NA som metodisk rammeværk og suppleret med relevante teorier i analysen til besvarelse af problemstillingen. For at forbinde analytiske påstande med uddrag af dataarkivet har vi ydermere benyttet os af repræsentative eksempler fra dataarkivet med dertilhørende redegørelser af fortolkning og analyse. Med dette kan vi i en kvalitativ forskning opnå gyldighed, da sammenhængende elementer skaber gennemsigthed overfor læseren (Jørgensen & Phillips, 1999, s. 133-134).

3.6 Den hermeneutiske forståelse

Det er for mennesket ikke muligt at tilgå en tekst, et interview eller andet uden at inddrage tidligere erfaring. Uden forforståelser kan mennesker ikke fortolke for at forstå (Gadamer, 2007). Inden for hermeneutikken fortolkes der frem for at forklare (Egholm, 2014, s. 90-91), og fortolkning er afhængig af den, som fortolker (Egholm, 2014, s. 96; Gadamer, 2007). Undersøgelsens dataarkiv er derfor konstrueret gennem vores syn på verden sammen med de involverede aktører. Et eksempel på dette er to-vejs tabuet, som i starten af undersøgelsen ikke var en del af vores forforståelse. Dette betyder samtidig, at fortolkning er baseret på aktørernes tidligere livserfaring, hvorfor der ikke findes én sandhed (Alrø, Dahl & Schumann, 2016, s. 164). Den viden vi opnår igennem undersøgelsen, og som vi fortolker på ud fra diskurser, livserfaringer og interaktionsordner er derfor undersøgelsens epistemologiske⁵ udgangspunkt.

Forforståelse er centralt for både hermeneutikken og socialkonstruktionismen, da tilgangene har udgangspunkt i at viden opnås gennem fortolkning. Forud for undersøgelsen har vi hver især oplevet forskellige ting, som vi har medbragt, dette er beskrevet i afsnit 4.3 *Omtalen om mænds rejsningsproblemer*. Da fortolkning og forståelse er essentielt for dét at være menneske, ser vi det også essentielt for undersøgelsens ontologi⁶. I denne forbindelse har vi forsøgt at nedskrive individuelle etnografiske notater til at opfange forståelse og fortolkning (Bilag 10), i takt med undersøgelsens udvikling gennem Engagementsfasen.

Ifølge Scollon og Scollon (2004, s. 153) skal Engagementsfasen bestå af en sammensmeltning af forsker aktivitet og deltager aktivitet, for at opnå et fyldestgørende dataarkiv. Forud for Engagementsfasen redegør vi for de metodiske tilgange for indsamling af empiriske data, som danner grundlaget for undersøgelsens Navigationsfase.

3.7 Generering af et dataarkiv

For at få et fyldestgørende dataarkiv skal forskeren ifølge Scollon og Scollon i Engagementsfasen fastlægge sociale praksisser for at opnå en *Zone of Identification* (Identifikationszone). Til indsamling af empiri, har vi benyttet os af tre former for tilgange; etnografi, internetetnografi og det semistrukturerede interview.

⁵ Epistemologi er hvordan viden opnås (Sonne-Ragans, 2012, s. 209)

⁶ Ontologi er undersøgelsens virkelighed (Sonne-Ragans, 2012, s. 231)

3.7.1 Etnografi

NA er af Scollon og Scollon tilrettelagt som en etnografisk forskningsramme, hvor forskeren under undersøgelsen er en del af det NoP, der undersøges (Scollon & Scollon, 2004, s. 9). Etnografi beskrives af Harry F. Wolcott (2008), som “en måde at se på”, og etnografi er således en betegnelse, hvor betydning forhandles og konstrueres gennem interaktioner (Maegaard & Quist, 2005, s. 48-49). Etnografi er derfor ikke kun en metode til at opnå et rigt dataarkiv men en teoretisk position, hvor det er:

Important for the analyst to be identified within the nexus of practice under study. A nexus analysis is a form of ethnography that takes social action as the theoretical center of study, not any a priori social group, class, tribe, or culture (Scollon & Scollon, 2004, s. 13).

Med NA er forskeren således ikke kun interesseret i at undersøge en bestemt gruppe af mennesker, men derimod også interesseret i at udvælge bestemte sociale praksisser eller et socialt problem. I Engagementsfasen udvælger vi således de centrale, sociale aktører, samt hvilke centrale handlinger, der udføres inden for det gældende NoP (Scollon & Scollon, 2004, s. 13; Larsen, 2010, s. 57). I denne undersøgelse har vi gennem Engagementsfasen udpeget flere mulige centrale sociale aktører, som hver især bringer indsigt til dialogen (jf. Figur 11: Uddybende overblik over aktører)

Formålet med etnografisk metode i forbindelse med NA er derfor ifølge Scollon og Scollon (2004, s. 7), at analysere forholdet mellem diskurs og teknologi, samtidig med at analysen sættes i en bredere social, politisk og kulturel kontekst. Forskeren skal ikke udelukkende analysere konkrete sociale handlinger, såsom en undervisningssituation eller en dialog mellem en patient og sundhedsprofessionel. Det er vigtigt at inkludere og analysere gentagende hverdagshandlinger, som finder sted i aktørernes liv i en sociokulturel-historisk ramme (Larsen, 2010, s. 58) eksempelvis diverse internetsider og lægepraksisser. Da vi har fokus på dialogen mellem den sundhedsprofessionelle og den mandlige patient, er det således vigtigt, at vi ser på alle de forskellige omkringliggende aktører, som kan have indflydelse på deltagerne forud for dialogen, herunder også deres livserfaring, stedets diskurser og interaktionsordenen. For at forstå den levede erfaring i NoP'et, gør vi brug af feltnoter til at indsamle alle vores refleksioner (Bilag 5; Bilag 7; Bilag 9; Bilag 10, Bilag 11; Bilag 12).

Da meget af den mandlige patients tid foregår på internettet, og de fleste af de udvalgte sociale aktører også har lavet diverse materiale, som er tilgængeligt på internettet (Bilag 4), ser vi det relevant at supplere etnografi med den internetetnografiske tilgang.

Internettet er en integreret og naturlig del af vores hverdag (Larsen, 2018, s. 208; Hine, 2000). Observationerne af diverse internetsider fra udvalgte aktører er et forsøg på at supplere vores allerede eksisterende viden, opnået gennem interviews, med ny viden, som kan give mere indsigt i diverse diskurser i NoP'et. Malene Charlotte Larsen (2018, s. 7) forklarer, at internetetnografi tager udgangspunkt i den klassiske etnografi, hvorfor observationen blot er blevet medieret (Hine, 2000; Hammersley & Atkinson, 1995).

3.7.2 Internetetnografi

Larsen (2018) forklarer internetetnografi som:

(...) at følge samtaler, at finde de steder online, hvor der foregår interaktion, og hvor fællesskaber udfoldes, at indfange data, at analysere dem og at se efter fællestræk og tematikker i relation til det konkrete undersøgelsesfelt (Larsen, 2018, s. 203)

Formålet med at inddrage observation af diverse relevante internetsider er, at udpege tematikker omkring seksualitet og sygdom fra mandens perspektiv og eventuelt den sundhedsprofessionelles, som vi analyserer efterfølgende i Navigationsfasen.

Der er to tilgange til at igangsætte internetetnografi; *den sidebaserede tilgang*, hvor der undersøges én internetside eller platform, og *den multi-sitete tilgang*, som er feltundersøgelse på tværs af internetsider. Da vi observerer på tværs af platforme og forbindelserne mellem internetsiderne fra udvalgte aktører, gør vi brug af den multi-sitete tilgang. Tilgangen er også beskrevet som *Connective ethnography* af Christine Hine (2000), da fokus skifter fra selve teknologien af bestemte internetsider og platforme til at fokusere på bestemte sociale praksisser på internetsider. Den multi-sitete tilgang kan samtidig også bevæge sig fra at være online til at være offline (Larsen, 2018, s. 212), alt efter hvor observationerne fører forskeren hen. Der er ifølge Larsen (2018, s. 214) blevet stillet spørgsmål til denne måde at skifte mellem at observere det offline og online praksisfællesskab, hvortil det påpeges, at konteksten til det som undersøges, er en reel faktor for, om der er behov for både at fordybe sig i det online og offline (Larsen, 2018, s. 214). Robert Kozinets beskriver vigtigheden af, at det online er en del af konteksten, og skal derfor ses samlet frem for isolerede tekster (Kozinets, 2010). Observationer

af de diverse internetsider skal derfor forstås som en del af større online praksisfællesskab med bestemte praksisser eller temaer, som også foregår offline, hvilket er i overensstemmelse med grundforståelsen af neksusanalysen.

Fordelen ved den multi-sitede tilgang er, at vi fokuserer på forbindelserne mellem feltsider - både offline og online (Hine, 2000). Denne tilgang beskriver Hine (2000) som snowballing-tilgangen. I undersøgelsen har vi benyttet snowballing-tilgangen ved at udspørge aktører, om de kunne videreformidle andre relevante aktører. Vi er derudover også blevet henvist til andre aktører, som det kunne være relevante at tale med (Bilag 2; Bilag 3; Bilag 13). Vores brug af den multi-sitede tilgang er blandt andet tydeligt i vores observation af Sundhedsstyrelsens informationsside om seksuel sundhed (Bilag 4.2). Nye opdagelser på deres hjemmeside inviterede til at bevæge os videre, hvilket i dette tilfælde var til diverse patientforeninger. I interviewet med Else blev vi også ledt videre til hendes webshop og YouTube kanal, og den multi-sitede tilgang gav os derfor mulighed for at komme dybere ind i feltet, for eventuelt at udpege andre vigtige aktører eller diskurser, som umiddelbart ikke var til stede i interviewet. Vi har ydermere observeret et afsnit fra tv-programmet *Sex på Recept*, hvor både Else og Birgitte var til stede, og på den måde igen udnyttet mulighederne ved den multi-sitede tilgang, både offline og online.

En udfordring ved den multi-sitede tilgang er dog, at det er svært at vide, hvor man ender, og hvornår man skal stoppe (Larsen, 2018, s. 213). På grund af vores tidsbegrænsede undersøgelsesperiode har det været nødvendigt at lave et samspil mellem observation af online og offline interaktioner til at få indsigt i det komplekse felt. Vi har inddraget vores forforståelser fra eksempelvis tidligere projekter og praktikforløb, til at til- og fravælge data. Dette kan være en ulempe, da der opstår risiko for at overse andre muligheder, men det kan samtidig også være en fordel da vi med vores forforståelser, gør brug af os selv som informanter undervejs ved at trække på egen erfaring, og således får dybere indsigt i undersøgelsens NoP, end specialeperioden fordrer. Denne fordel understøtter både Hine (2000), Larsen (2018, s. 216) og Scollon & Scollon (2004, s. 9), da etnografen skal gøre brug af sig selv i en undersøgelse, og på den måde være en del af det NoP, der undersøges.

Graden af observation

Der findes ifølge James P. Spradley fem grader af observation (1980, s. 58) inden for etnografi: *Nonparticipation*, *Passive participation*, *Moderate participation*, *Active participation* og *Complete participation*. Vi har igennem undersøgelsesperioden beskæftiget os med to grader af observation.

- *Passive participation* (passiv deltagelse), som indebærer dét, at interagere med internetsider og observere hvad der sker, uden nødvendigvis at involvere dens deltagere.
 - *Moderate participation* (moderat deltagelse), som indebærer dét, at være en del af den sociale handling, samtidig med at have observant rolle.
- (Spradley, 1980, s. 58-62)

Gennem vores Engagementsfase har vi skiftet mellem passiv og moderat deltagelse, da vi har bevæget os mellem det offline og online. Dette har vi gjort for at blive en del af undersøgelsens NoP. Vi startede med at undersøge, hvem der kunne være interessante centrale aktører inden for feltet, hvorefter vi interviewede tre aktører, som har været og er en del af dialogen om seksualitet med den mandlige patient. Vi var derfor på kanten af at være en del af den sociale handling og observere den. Da disse interviews afdækkede flere komplekse problemstillinger end bare omtalen om mænds rejsningsproblemer, var vi nødsaget til at komme længere ud og igangsætte passiv deltagelse på tværs af internetsider. Dette gjorde vi for at afdække feltet dybere.

Ifølge Spradley (1980, s. 62) er fordelen ved ikke at have været fuldt deltagende, at vi har haft nemmere ved at opfange mere af det usagte, da vi ikke er familiære ved den sociale handling. En ulempe er dog, at det kan være sværere at afdække de usagte kulturelle regler i den givne situation. Vi vil dog argumentere for, at graden af observation og den multi-sitete tilgang har givet os mulighed for at interagere med undersøgelsens NoP på en sådan måde, at vi har afdækket de centrale aktører, som er til stede i form af livserfaring i dialogen. Vi har derudover haft mulighed for at afdække de omkringliggende aktører, som er en del af de centrale aktørers umiddelbare livserfaring forud for dialogen.

3.7.3 Det semistrukturerede interview

Som forsker, der interesserer sig for et felt, kan viden om feltet opnås gennem samtale med de mennesker, der besidder viden om det udvalgte NoP. Formålet med et interview er at opnå viden og forståelse af det interessefelt der kredses om. Ved at interviewe kommer vi nærmere menneskets forståelse og oplevelse, og dermed den livsverden de har opbygget (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 17). I undersøgelsen forsøger vi at forstå den sundhedsprofessionelles oplevelse af den sociale handling, dialogen om rejsningsproblemer mellem den mandlige patient

og den sundhedsprofessionelle. For at gøre dette, benytter vi os af det semistrukturerede forskningsinterview.

Forskningsinterviewet kan ikke karakteriseres som en samtale mellem ligestillede parter da "forskeren definerer og kontrollerer situationen" (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 22). Det er interviewerens som præsenterer, hvad interviewet skal omhandle, samt følger op med yderligere spørgsmål. Formålet med forskningsinterviewet er således at producere og konstruere viden, der er baseret på menneskets daglige liv og oplevelser gennem samtale og interaktion (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 20).

Forud for det semistrukturerede interview forberedes en række spørgsmål til det eller de emner, der ønskes indsigt i, uddybet og undersøgt. Dette udformes som en interviewguide, hvor forskeren kan styre samtalen samt sikre sig interviewet kommer ind på de ønskede emner planlagt forud for interviewet. En interviewguide bruges derfor til støtte for forskeren, og kan optræde mere eller mindre detaljeorienteret alt efter interviewsituationen (Tinggaard & Brinkmann, 2015, s. 38-40). Interviewguides for de tre interviews kan findes i Bilag 14.

Fordelen ved det semistrukturerede interview er, at forskeren ikke er bundet op på at følge interviewguiden til punkt og prikke, men kan, hvis nødvendigt, afvige eller skubbe interviewguiden i baggrunden, for at følge op på den interviewedes svar. Interviewet bliver således en mere flydende samtale, hvor forskeren til dels lader sig styre af den interviewedes oplevelser og livsverden (Tinggaard & Brinkmann, 2015, s. 37-38). Det semistrukturerede interview besidder derved grundlæggende principper med den socialkonstruktionistiske tilgang, da viden skabes i samspil i en bestemt social kontekst - interviewet. Da interviewerens imødekommer interviewet med en forudgående viden, og denne viden suppleres i interviewet, er i overensstemmelse med den hermeneutiske tilgang.

Transskription

For at inkludere de tre interviews i undersøgelsens dataarkiv, har vi valgt at transskribere dem. Dette er ydermere den fjerde fase af de syv faser Kvale og Brinkmann (2014, s. 154-155) stiller op for et interview. De syv faser er: *Tematisering, Design, Interview, Transskription, Analyse, Verifikation, og Rapportering* (Kvale & Brinkmann, 2014, s. 154-155).

I den første fase klarlagde vi undersøgelsens formål og udformede problemstillingen. I fase to begyndte vi blandt andet at udforme interviewguides (Bilag 14). I nærværende undersøgelse har vi valgt at strukturere vores interviewguides ud fra relevante emnefelt; *indledende*

baggrundsspørgsmål, omtale om rejsningsproblemer, maskulinitet og forventningsafstemning, undervisning samt rejsningsproblemer nu og i fremtiden. Emnerne skaber overblik over de forskellige temaer, som vi ønsker at opnå indsigt i (Tanggaard & Brinkmann, 2015, s. 40). Disse emner varierer en smule, da den er tilpasset til den givne interviewsituation og person. Efter udarbejdelse af de tre interviewguides igangsatte vi fase tre, som var selve interviewene. I fase fire transskriberede vi for at gøre interviewene brugbare til Navigationsfasen (regler for transskribering findes i Bilag 2, Bilag 3 og Bilag 6).

Der er fordele ved at nedskrive et interview på skrift efter lydoptagelse. Lene Tanggaard og Svend Brinkmann nævner blandt andet, at forskeren kommer dybere ind i sit materiale og at der samtidig med nedskrivningen af det talte, kan opstå nye ideer og vinkler til analysen eller videre bearbejdelse af interviewet (Tanggaard og Brinkmann, 2015, s. 43). Da der ikke findes nogle universelle godkendte transskriptionskonventioner, har vi udarbejdet vores egne (Bilag 2; Bilag 3; Bilag 6). Vi har valgt ikke at medtage minimalrespons, toneleje samt gestik, da det ikke har umiddelbar betydning for vores analyse og fortolkning af interviewene. Vi er interesserede i *hvad* der bliver sagt og med hvilke medierende midler, og ikke *hvordan* det bliver sagt, hvorfor interviewet heller ikke er optaget på video, men på lydoptager.

Som en første del i Navigationsfasen igangsætter vi fase fem, som inkluderer en tematisering af citater fra dataarkivet (Bilag 8). I fase seks holder vi os kritiske til analyseapparatet og dataarkivet ved at opretholde kontekst i de uddrag vi benytter til analyse. I den syvende og sidste fase, har vi sikret os, at undersøgelsens og diverse data fra dataarkivet er kommunikeret læsevenligt og præsenteret med eventuelle interviewspørgsmål.

Vi har nu redegjort for de metodiske tilgange for indsamling af empirisk data. Forud for Engagementsfasen fremlægger vi oversigten over det indsamlede dataarkiv. Dette skal gøre det lettere for læseren at danne sig et overblik over undersøgelsens dataarkiv i den kommende Engagementsfase.

3.8 Oversigt over dataarkiv

Gennem Engagementsfasen opfordrer Scollon og Scollon til at indsamle fire typer af data for at generere et fyldestgørende dataarkiv (Scollon & Scollon, 2004, s. 158). De fire typer som sikrer flere perspektiver på det NoP, der undersøges, er følgende:

1. Medlemmers generaliseringer

2. Neutrale objektive observationer
3. Individuelle medlemmers oplevelser
4. Observatørens interaktion med medlemmer

I nedenstående skema har vi således opdelt data for hver af de fire typer gennem vores observation af og deltagelse i NoP'et.

Undersøgelsens dataarkiv understøttes derudover af Tim Rapleys (2007, s. 4) to datatyper; 'allerede eksisterende data' og 'forskergenereret data'. Sammenkoblingen af Rapleys og Scollon og Scollons data-forståelser ses nyttig, da begge forklarer, at de forskellige former for data er vigtig for at engagere sig fyldestgørende i det udvalgte NoP (Scollon & Scollon, 2004, s. 158; Rapley, 2007, s. 3).

Ved at supplere vores dataarkiv med Rapleys udvidede databegreb inddrager vi alt data, som kan hjælpe os med at fordybe os yderligere i det udvalgte NoP. Vi medtænker derfor blandt andet også afsnit 4.4 *Tidligere forskning* samt diverse kampagner som en del af dataarkivet. Alt data vil blive redegjort for i Engagementsfasen. Nedenstående skema danner overblik over undersøgelsens dataarkiv:

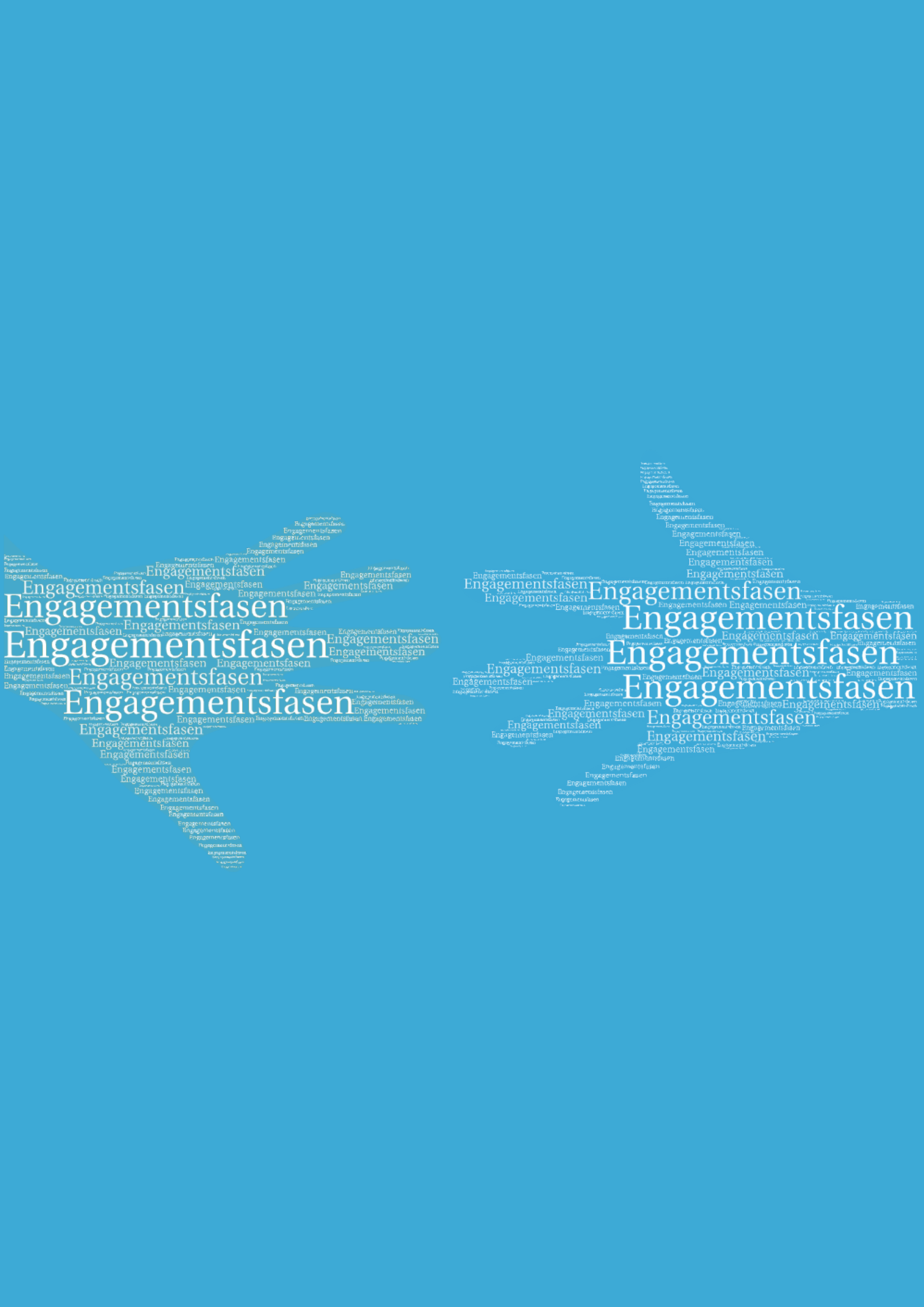
	Medlemmers generaliseringer	Neutrale observationer	Individuelle medlemmers oplevelser	Observatørens interaktion med medlemmer
Allerede eksisterende data	Youtube fra Anette/Hjerteforeningen Fra regnorm til anakonda (Ekman, 2011) Diverse fagbøger (Graugaard et al., 2006; Simonsen, 2006; Madsen, 2014; Christensen et al., 2006) Identitet og maskulinitetsteori SEXUS-rapport	Sex på Recept & Tændt Opel reklame 'Ride comfortably' Seksualitetspakke fra Sex & Samfund Tidligere forskning på området Kampagne af Axe Kampagne 'Rhian Touches Herself' af Male cancer awareness campaign	To-vejs tabu Historier fra interviewpersoner	Tilgangen etnografi & internetetnografi Diskurscyklus PLISSIT-modellen Kommunikationstrekanten Laclau og Mouffes diskursanalytiske begreber

Forsker-genereret data	Individuelle oplevelser fra interviews	3. semesters projekt i interkulturel kommunikation	Interview med Else O	Feltnoter
	Observation	Feltnoter & observation af internetsider	Interview med Birgitte Schantz Laursen	Interviews
		Observation af lægepraksisser	Interview med Lena Thomsen	Observation
			Praktikforløb	

I ovenstående skema er der fundet data ud fra Scollon og Scollons fire typer af data, samtidig med at disse også opfylder Rapleys udvidede databegreb. Vi argumenterer således for, at vi gennem undersøgelsens Engagementsfase har opnået et fyldestgørende dataarkiv.

Grundet tidens udfordringer indenfor Sundhedsvæsenet har vi måtte prioritere den ønskede form af indsamling af data. Efter de indledende interviews med Birgitte og Else planlagde vi oprindeligt at deltage i en undervisningsgang, for at få indsigt heri, da vi havde en ide om at mangel på undervisning kunne ligge til grund for to-vejs tabuet. Da vi ikke havde mulighed for at deltage i den sidste undervisningsgang om seksualitet på sygeplejerskeuddannelsen, planlagde vi at samle et udvalg af sygeplejersker fra forskellige afdelinger, for at få deres indsigt i to-vejs tabuet og i et muligt behov for en kampagne. Grundet tidspres og udefrakommende faktorer i starten af 2020 blev dette ikke muligt. For at imødekomme denne mangel har vi blandt andet suppleret vores dataarkiv med diverse omkringliggende aktører, som den mandlige patient og den sundhedsprofessionelle potentielt tager med ind i dialogen. Som metode til at imødekomme dette inkluderede vi den internetetnografiske tilgang samt justerede graden af observation i feltet.

Vi redegør nu for undersøgelsens Engagementsfase, herunder for de sociale aktører, observerede interaktionsordner samt de mest signifikante diskurscykluser.



4. ENGAGEMENTSFASEN

For at opnå Identifikationszonen og derved forstå den givne praksis inden for undersøgelsens NoP; dialogen om seksualitet med den mandlige patient i forbindelse med sygdom, tager vi i det følgende afsnit udgangspunkt i Scollon og Scollons (2004, s. 156) fem aktiviteter til en Engagementsfase, som skal hjælpe til at:

1. Etablere den sociale problemstilling du ønsker at undersøge
2. Finde de afgørende sociale aktører
3. Observere interaktionsordenen
4. Fastslå de mest signifikante diskurscykluser
5. Etablere identifikationszonen

(Scollon & Scollon, 2004, s. 156)

De ovenstående fem aktiviteter hjælper os med at klarlægge NoP'ets centrale sociale aktører, diskurser, interaktionsordner og dertilhørende sociale problematikker/dilemmaer. Engagementsfasen er dog for længst i gang, og inkluderer også alt ovenstående. Fasen har bestået af flere forskellige aktiviteter, hvor hver aktivitet bestod af deres unikke interaktionsorden, diskurser og livserfaring, såsom interview med Else, observation af Sex & Samfunds seksualitetspakke og observation på nettet. I det følgende redegør vi for feltarbejdet med udgangspunkt i de centrale sociale aktører, som senere skaber grundlaget for det videre analytiske arbejde i Navigationsfasen.

4.1 Omtalen om mænds rejsningsproblemer

Som beskrevet i afsnit 1. *Anledning* opstod undersøgelsens oprindelige undren og begyndelse i forbindelse med en opgave i et 9. semesters praktikforløb for Mette Marie. Opgaven lød på at lave en træningsguide med tips til, hvordan manden på bedst mulig vis kunne styrke sin potens og derved undgå rejsningsproblemer (Bilag 1; jf. 1. Anledning). Praktikforløbet igangsatte derfor en undren og bidrog med en forforståelse om et tabu, som gav grobund for nærværende undersøgelse.

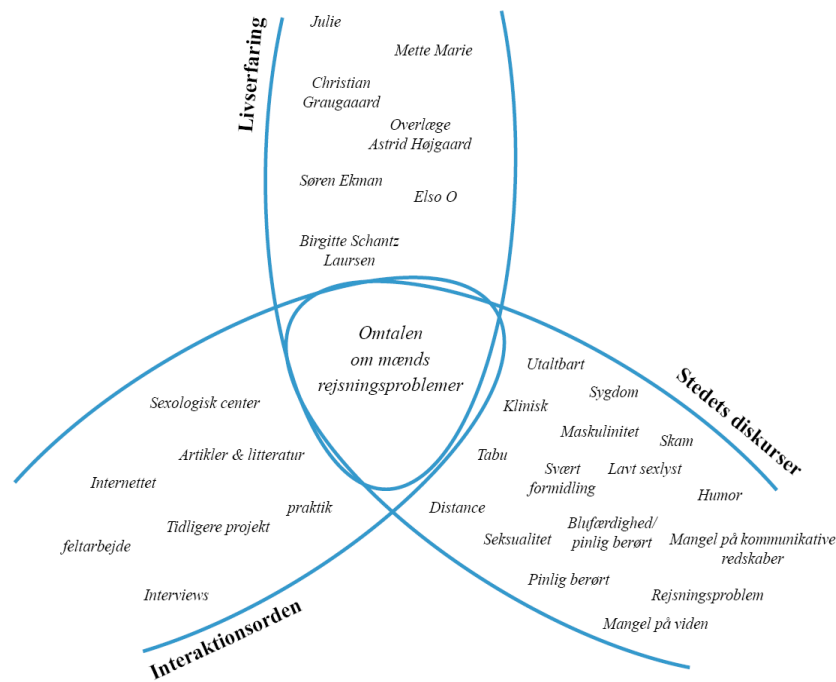
Som tidligere beskrevet har seksuelle problemer, såsom et rejsningsproblem, stor indflydelse på mandens identitet og maskulinitet. Fornægtelsen og den manglende kommunikation heraf

gør, at emnet forbliver penibelt og et tabu. Mænd med rejsningsproblemer lever oftest i fornægtelse, og vil helst undgå at italesætte problemet for omverden (Solomon et al., 2003, s. 25; jf. 1. Anledning). Vi startede derfor med at udpege centrale aktører, som kunne hjælpe os med at forstå italesættelsen af mandens rejsningsproblemer.

Det var på dette tidspunkt, vi lavede undersøgelsens første afgrænsninger. Vi var specifikt interesserede i at undersøge mandens rejsningsproblemer og talen herom. Med dette tilvalg fravalgte vi derved at inddrage kvindelige patienter. Vi tilvalgte ydermere at undersøge problemet ved at komme i kontakt med de sundhedsprofessionelle i stedet for at tage kontakt til manden. Der var derfor også tale om et pragmatisk metodologisk valg ud fra, hvad der var muligt og hensigtsmæssigt i forhold til besvarelsen af problemstillingen, da NoP'et har fokus på dialogen og begge dens aktører frem for rejsningsproblemet i sig selv.

I det indledende feltarbejde valgte vi ydermere at inkludere Julies forforståelse fra et tidligere projekt omhandlende en kampagne fra Opel kaldet '*Ride Comfortably*'. Kampagnen benyttede sig blandt andet af humor til at sælge underbukser. Underbukser som kunne gøre manden, 'mand nok' til at købe en stationcar (Enemark et al., 2016). Den udvalgte videoreklame trækker på nogle af de samme diskurser, som kan være at finde indenfor rejsningsproblemer, herunder testosteronmangel, lavt selvværd og lav sexlyst, hvorfor vi finder kampagnen interessant at inddrage i vores dataarkiv. I aspektet om humor stødte vi derudover også på bogen "Fra regnorm til anakonda" af Søren Ekman (2011). Bogen omhandler bækkenbundstræning for mænd, og er skrevet som et modspil på de mange andre objektive undervisningsbøger om emnet. Humoren benyttes her for at skabe en distance til problemet, hvilket tilsigter at gøre det lettere for mænd at forholde sig til emnet "da vores blufærdighed både er stor og sårbar" (Ekman, 2011, s. 7). Humoren er derfor med til at gøre budskabet mere let fordøjeligt for manden.

Nedenstående Figur 6, er en opsamling af de livserfaringer, diskurser og interaktionsordener, som var til stede i den tidlige del af Engagementsfasen:



Figur 6: Diskurscyklus 1

I forlængelse af ovenstående tog vi kontakt til Else, Christian Graugaard (læge, forfatter og digter indenfor almen sexologi) og Astrid Højgaard (overlæge på Sexologisk Center). Af de tre var det kun Else, som takkede ja til et interview. Christian Graugaard henviste os til sin kollega, Birgitte, da han var for ophængt med diverse projekter (Bilag 13.3). Vi tog derfor kontakt til Birgitte, som med glæde deltog i et interview (Bilag 13.4). Fra Sexologisk Center fik vi kontakt til Astrid Højgaard, som desværre heller ikke havde mulighed for at afsætte tid til et interview (Bilag 13.1). Havde vi haft mulighed for interviews med Christian Graugaard og/eller Astrid Højgaard kunne vores dataarkiv, på grund af deres livserfaring og roller/positioner, have set anderledes ud. Astrid Højgaard kunne muligvis have kommet med en dybere forståelse af og indsigt i Sexologisk Centers drift og opgaver. Christian Graugaard kunne ydermere have bidraget med ekstra forståelse af hans egen forskning og interesse inden for emnet. Interviewene med Else og Birgitte bliver beskrevet nærmere i følgende afsnit.

4.2 Interageren og observation af feltet

I interviewene med Else og Birgitte forklarede begge, at de arbejder deltid på Sexologisk Center, hvorfor vi stadig kan få indsigt i flere af de førstnævnte udpegede aktører.

Else er uddannet sygeplejerske og har været det i 20 år. Hun har senere videreuddannet sig inden for seksualitet, både som sexolog og gennem en klinisk uddannelse i sexologi (Bilag 2, s. 3, l. 1-5). Dette var et aktivt valg fra hendes side, da hun ikke mente, at hun gennem sygeplejerskeuddannelsen havde fået de kompetencer, som der var efterspurgt af patienterne i forhold til seksualitet (Bilag 2, s. 2, l. 27-34). I 2008 startede hun egen praksis med rådgivning og terapi. Senere tilføjede hun en webshop med hjælpemidler til seksuelle udfordringer - efter og under sygdom. Else har arbejdet deltid på Sexologisk Center i Aalborg i de seneste fem år (Bilag 2, s. 3, l. 8-13), hvorfor Sexologisk Center er en indlejret del af hende. I interviewet bragte Else en mere fagprofessionel sprogbrug i tilgangen til seksuelle hjælpemidler, og samme fagprofessionelle diskurs blev tydelig gennem hendes sproglige formuleringer. Ord som 'penis', 'rejsningsproblemer', 'fylde' og 'volumen' kom i tale frem for 'pik', 'op og stå' og 'tissemand' (Bilag 2, s. 7, l. 23-25). Hendes livserfaring i form af hendes uddannelse som sygeplejerske, kommer derfor tydeligt til udtryk i interaktionsordenen. Else kommer ydermere ind på, at hun på sygeplejerskeuddannelsen manglede undervisning i seksualitet, hvilket også var en af grundene til at hun valgte at videreuddanne sig. Hun fik i løbet af sin basisuddannelse kun 2 x 45 minutter (Bilag 2, s. 2, l. 23-30), hvilket vi kommer nærmere ind på i Navigationsfasen. Til forklaringen og forståelsen af et rejsningsproblem præsenterer Else en ond cirkel, som påvirker manden med rejsningsproblemer:

Sygdom giver seksuelle dysfunktioner, som giver en intimitetsproblemer, og frustrationer, misforståelser og skyld som påvirker intimiteten, som påvirker livskvalitet og kommunikationen også kører vi bare i den der onde cirkel, hvor når vi har så massive parforholdsproblemer, så har de jo ikke overskud til at takle en kronisk sygdom og regulere sin diabetes hvordan skal jeg kunne overskue det, når mit parforhold det halter? (Bilag 6, s. 5, l. 27-32)

Else ser således et rejsningsproblem som mere end bare et funktionelt og mekanisk problem. Seksuelle problemer, herunder et rejsningsproblem i forbindelse med sygdom, følges oftest af frustrationer og skyld, som påvirker mandens livskvalitet og i sidste ende behandlingen. Rejsningsproblemet er derfor en vigtig del af sygdommen, der har betydning for mandens generelle sundhed.

I interviewet med Else blev det ydermere tydeligt, at emnet måske ikke kun er svært for manden at tale om, men at det også kan være en udfordring for sundhedsprofessionelle. Disse nye

aspekter om italesættelsen af rejsningsproblemer, tog vi videre med til interviewet med Birgitte.

Birgitte er også uddannet sygeplejerske og har været det i 35 år, hvor hun har arbejdet i mange forskellige afdelinger. Det var blandt andet i mødet med de mange afdelinger, hvor hun stiftede bekendtskab med patienter, som fik påvirket deres seksualitet på grund af sygdom, hvilket inspirerede hende til at tage en masteruddannelse i sexologi. I dag er hun ansat på Aalborg Universitet, hvor hun underviser medicinstuderende. Hun arbejder derudover også på Sexologisk Forskningscenter på Klinisk Institut på Aalborg Universitet, hvor hun er daglig leder. Hun er ydermere på Sexologisk Center én gang om ugen, hvor hun ser patienter (Bilag 3, s. 2, l. 3-14). Birgittes livserfaring og viden inden for feltet kom især til udtryk i hendes måde at benytte forskningen i hendes sprogbrug, hvorfor dét at hun er forsker, er en indlejret del af hende. Det samme fagprofessionelle sprogbrug som Else bragte ind i interaktionsorden, blev også en integreret del af interviewet med Birgitte.

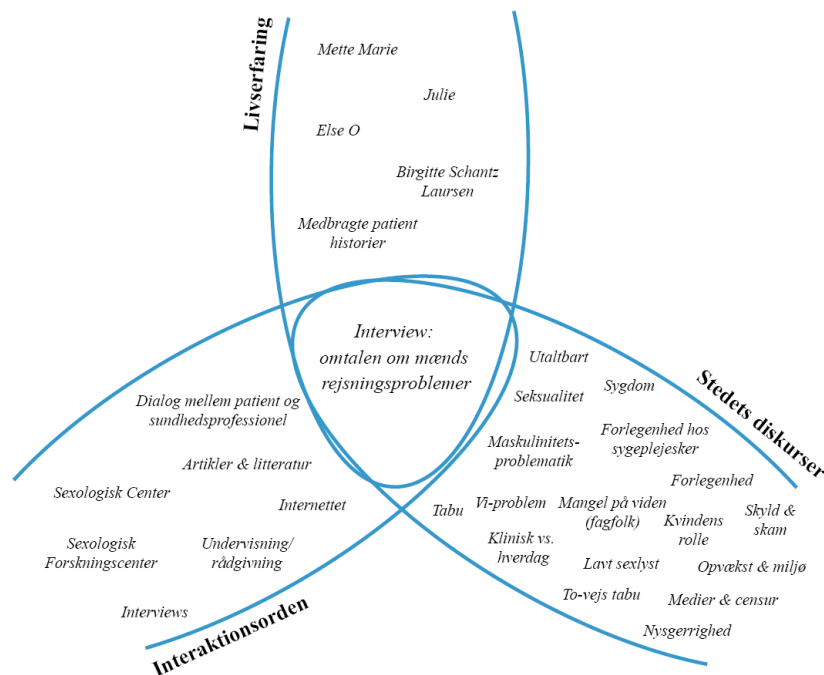
4.2.1 To-vejs tabuet

Et fælles aspekt som både Else og Birgitte bragte med i den sociale handling, var et eksisterende to-vejs tabu hos Sundhedsvæsnet (Bilag 2, s. 4, l. 22-25). Birgitte forklarede, at en fagperson som arbejder med prostatakræft ved, at ca. 75% får et rejsningsproblem. Det er dog ikke ensbetydende med, at den sundhedsprofessionelle spørger ind til patientens seksualitet:

Så man kan sidde som fagperson og tænke hvis det her er en lille smule kejtet eller forlegent, jamen hvis patienten ikke siger noget, så er det nok fordi han ikke har et problem, og patienten sidder på sin side og tænker, jamen hvis han ikke spørger mig, så er jeg nok den eneste der har det her problem og så er det ikke relevant for den her sygdom. Og det kalder vi et to-vejs tabu og det eksisterer i forhold til seksualitet i sundhedssektoren (Bilag 3, s. 4, l. 14-20)

Birgitte forklarer i forlængelse af dette, at det er vigtigt, at den sundhedsprofessionelle tager skridtet om at tale åbent om seksualitet med patienten, for at sikre sig, at de får den bedste behandling. Hvorfor den sundhedsprofessionelle ikke tager dialogen med patienten, ser vi nærmere på i analysen.

Nedenstående Figur 7 opsamler diskurser, interaktionsordner og livserfaringer fra de to interviews:



Figur 7: Diskurscyklus 2

Interviewene med Birgitte og Else bragte, qua deres livserfaringer, en ny diskurs ind i undersøgelsen i form af forlegenhed hos de sundhedsprofessionelle, som fik os til at brede feltet mere ud. Denne forlegenhed eller uvidenhed i forhold til seksualitet hos den sundhedsprofessionelle, analyserer vi nærmere i Navigationsfasen.

Tabuiseringen i forbindelse med omtalen om rejsningsproblemer blev derfor udfoldet i sådan grad, at undersøgelsen ikke kun involverer mandens tabuisering af emnet samt hans fornægtelse og manglende lyst til at italesætte det, men at det især også omhandler tabuiseringen af emnet hos den sundhedsprofessionelle.

Videre i Engagementsfasen kontaktede vi derfor de ansvarlige inden for sygeplejerskeuddannelsen for at blive endnu klogere på undersøgelsens NoP. Vi tog kontakt til Hanne Clement Axelsen (studiekoordinator på sygeplejerskeuddannelsen på UCN i Aalborg) (Bilag 13.5), med et ønske om at observere en undervisningsgang inden for seksualitet, for at identificere de diskurser, medierende midler og praksisser som opstod og blev benyttet i en undervisning. Hun henviste os til Anette Højer Mikkelsen (klinisk sexolog

og medarbejder på Sexologisk Center) og Lena Thomsen (klinisk koordinator på sygeplejerskeuddannelsen og underviser i valgfaget sexologi). Da vi var interesserede i at observere en kursusgang på sygeplejerskeuddannelsen, tog vi derfor kontakt til Lena. Al undervisning var dog færdigt for det indeværende semester, hvorfor vi i stedet foretog et interview med hende. Online på Hjerteforeningens YouTube-kanal fandt vi Anette, hvor hun var ansvarlig for et undervisningsseminar omhandlende rådgivning om seksualitet i forbindelse med hjerte-kar-sygdomme. Dette har vi valgt at inkludere i vores dataarkiv, og beskrives nærmere i afsnit 4.3.4 *Internettet*.

4.2.2 Undervisning i seksualitet

I interviewet med Lena var det valgfrie element i sexologi og seksualitet samtale sociale handling. Lena har været sygeplejerske i 41 år (Bilag 6, s. 1, l. 34), og har i alle de år arbejdet med områder, der relaterer sig til body image og seksualitet, specielt hos stomipatienter (Bilag 6, s. 2, l. 2-4). I 2005 blev hun ansat som klinisk koordinator på sygeplejerskeskolen på UCN i Aalborg, og fik i den forbindelse introduceret et valgfag i seksuel sundhed. I 2015 blev hun som en del af det første hold uddannet som master i sexologi (Bilag 6, s. 2, l. 24-25). Ligesom i interviewet med Else og Birgitte var det tydeligt, at dét at være sygeplejerske er en indlejret del af Lena, hvorfor det kommer frem i livserfaringen. Det kommer derudover også til udtryk, at hun er vant til at arbejde i diverse undervisningssituationer, da hun i interviewet ofte lægger vægt på, når hun siger noget baseret på egen erfaring eller når udsagnet var forskerdokumenteret (Bilag 6, s. 12, l. 3; Bilag 6, s. 13, l. 7).

Lena forklarer under interviewet, at der i forbindelse med sygeplejerskeuddannelsen er to tidspunkter, hvor seksualitet er på programmet; 4. semester og 7. semester.

På 4. semester bliver der fokuseret på kroppens anatomi i forhold til sexologi, og på 7. semester bliver de studerende blandt andet introduceret til generelle og sexologiske dysfunktioner, seksualitet hos ældre og PLISSIT-modellen⁷ (Bilag 6, s. 3, l. 22-34). Det er dog kun 20 studerende, som har mulighed for at blive undervist i det valgfrie element i seksuel sundhed på 7. semester, da det er et først-til-mølle-princip, som gælder (Bilag 6, s. 3, l. 13-16). Da det kun er et meget lille udvalg ud af de 100-110 sygeplejerskestuderende, som har mulighed for at blive undervist i sexologi (Bilag 6, s. 4, l. 25-28), ser vi en diskurs omhandlende mangelfuldhed inden for undervisningen, både i form af plads men også i form af kommunikative værktøjer.

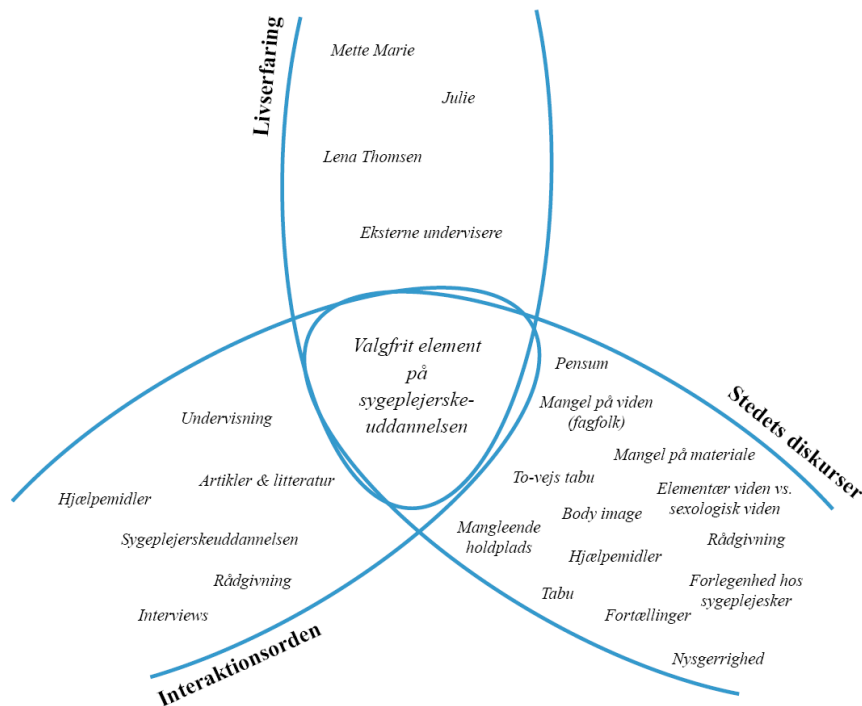
⁷ Permission, Limited Information, Specific Suggestion og Intensive Therapy model. Modellen bliver redegjort for i afsnittet *PLISSIT-modellen*, s. 63.

Lena kommer med bemærkningen om, at de studerende som møder op, har et ønske om, at få flere generelle værktøjer til at tale med patienter om seksualitet, da de studerende har en "generel oplevelse af, der ikke rigtig bliver snakket om det" i Sundhedsvæsenet (Bilag 6, s. 5, l. 3-8; Bilag 6, s. 5, l. 15-16). Værktøjer kan i dette tilfælde forstås som medierende midler i form af pjecer, rådgivning og henvisningsmuligheder. Det kommer til udtryk, at de studerende har et ønske om at kunne tale om seksualitet med patienterne, hvorfor der burde være mere undervisning omkring seksuel rådgivning i valgfaget. I forlængelse forklarer Lena, at hun som underviser og koordinator også mangler, at det materiale der er derude, bliver regelmæssigt opdateret, så hun har de rigtige og mest opdaterede værktøjer/medierende midler at arbejde med (Bilag 6, s. 7, l. 7-8).

Ligesom Else og Birgitte introducerer Lena også to-vejs tabuet: "de patienter som vover sig frem, og så tør sundhedspersonalet ikke at gå ind i dialogen [...] det er sådan set det, eller det er et stort problem" (Bilag 6, s. 10, l.10-12). Lena forklarer, at det er et problem, når de sundhedsprofessionelle ikke føler, at de har ansvaret for at bringe emnet op. Det er derfor vigtigt at sundhedspersonalet viser, at de er åbne over for en samtale (Bilag 6, s. 8, l. 13-14).

Vi aftaler i slutningen af interviewet, at Lena videresender kursusbeskrivelser på de to valgfag, samt tager kontakt til de eksterne undervisere for vi kan få tilladelse til diverse PowerPoints fra undervisningen. Trods flere henvendelser efter interviewet med Lena har vi ikke fået adgang til kursusbeskrivelser eller PowerPoints. Dette har indflydelse på vores data, da vi ikke har mulighed for at observere medierende midler benyttet i undervisningen. Til trods for dette kom Lena under interviewet ind på diverse benyttede medierende midler, herunder en 'sexkuffert', som indeholdt forskellige hjælpemidler såsom en penis- og vaginaattrap, pjecer, kondomer og glidecreme (Bilag 6, s. 8, l. 4-6).

Opsamlende for interviewet med Lena har vi lavet diskurscyklussen illustreret i Figur 8:



Figur 8: Diskurscyklus 3

4.3 Fra omtalen til to-vejs tabuet

Ud fra de ovenstående interviews er det blevet tydeligt, at der under omtalen af mandens rejsningsproblemer findes et eksisterende tabu, nemlig to-vejs tabuet.

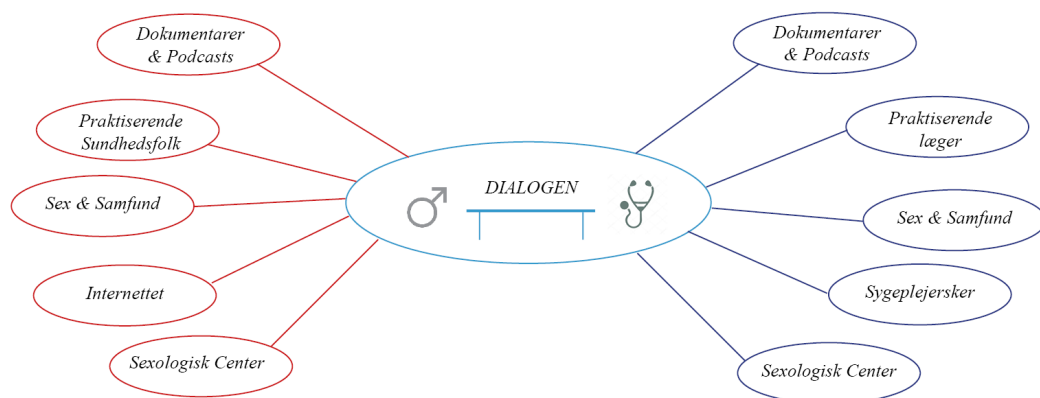
Undersøgelsens NoP har tillige også ændret sig i takt med observation og involvering med feltet. To-vejs tabuet har udfoldet problemstillingen i sådan grad, at der i en kommunikationsløsning ikke udelukkende skal fokuseres på manden, men især også på den sundhedsprofessionelle og de (verbale og materialiserede) medierende midler, som denne benytter. For at forstå dialogen og relationerne mellem aktørerne i dialogen fra et teoretisk perspektiv supplerer vi med *Kommunikationstrekanten* af Benedicte Madsen (1996). Vi uddyber Kommunikationstrekanten og brugen af samme i Navigationsfasen.

Vi finder det nødvendigt at lokalisere de øvrige aktører i dialogen, som kan have indflydelse på de centrale aktørers livserfaring, og dermed også interaktionsordenen og brugen af forskellige medierende midler, som benyttes undervejs i dialogen.

Ifølge Scollon og Scollon (2004, s. 155) skal forskeren ikke adskille aktørernes livserfaring og interaktionsordenen. I interaktionen mellem aktørerne forhandles og forandres sociale og

kulturelle betydninger, hvorfor det er vigtigt at inkludere den livserfaring, som bliver bragt med ind i rummet. Ved at observere disse typiske interaktionsordner får vi indsigt i den livserfaring de centrale aktører forventeligt tager med ind i dialogen, samt opnår indsigt i aktørernes roller i interaktionen og de medierende midler, de benytter sig af.

For at komme disse livserfaringer nærmere, fokuserer vi på de mulige omkringliggende aktører forud for dialogen. I nedenstående Figur 9, ses et overblik over diverse livserfaringer bestående af aktører, som henholdsvis den mandlige patient og den sundhedsprofessionelle potentielt bringer med ind i dialogen:



Figur 9: Overblik over aktører

Ovenstående Figur 9 er en skitsering af diverse aktører, som vi har udpeget relevante for dialogen gennem interviewsene samt observation. Videre i Engagementsfasen redegør vi for de fremsøgte omkringliggende aktører for at opnå mere viden om de centrale aktørers livserfaring.

Vi kommer nu nærmere ind på observationerne og de dertilhørende diskurser fra aktørerne: *Dokumentarer & Podcasts*, *Praktiserende læger*, *Sex & Samfund* og *Internettet*.

4.3.1 Dokumentarer & podcasts

I *Sex på Recept*, som er et dokumentarprogram sendt på DR3, får man lov til at følge behandlinger på Sexologisk Center i Aalborg. Vi har set et afsnit i sæson 1 episode 3 som omhandler rejsningsproblemer i forskellige former (Bilag 11). Her følger vi flere mandlige

patienter med rejsningsproblemer, som blandt andre bliver behandlet af Birgitte og Else. Programmerne bringer flere diskurser i spil, herunder behandling, nærhed og intimitet, som fordrer en behandlingsdiskurs samt en privatsfære-diskurs. Disse vil blive analyseret nærmere i Navigationsfasen.

I 2018 begyndte Satie Espersen fra P1 at lave podcasten *Tændt*. Programmet bliver sendt ved hjælp af Astrid Højgaard, og i de ca. 30 minutter podcasten varer, kommer der flere aktuelle cases fra mænd. Vi har udvalgt to afsnit fra podcasten, herunder 'Cancer og Seksualitet' og 'Rejsningsproblemer - hvad kan du gøre?' (Bilag 7), som bringer mandens synspunkt ind i sagen om påvirkningen af et rejsningsproblem. Dette inkluderer vi i Navigationsfasen til at forstå dialogen fra den mandlige patients synspunkt.

4.3.2 Sex & Samfund

Vi startede med at undersøge Sex & Samfunds hjemmeside, og fandt her frem til en seksualitetspakke hvori der var to pjecer om seksualitet i forhold til sygdom, en plakat samt tips til rådgivning. I denne hjælpepakke, som er tilegnet sundhedsprofessionelle, opstår diskurser af intimitet, livskvalitet, alderdom, sygdom og seksuel sundhed (Bilag 12). Hjælpepakken skal gøre det lettere for de sundhedsprofessionelle at indlede dialogen om seksualitet med patienten, for at rådgive dem på bedst mulig vis. Vi inddrager seksualitetspakken som en del af vores dataarkiv til videre analyse i Navigationsfasen.

4.3.3 Praktiserende læger

For at finde ud af hvad eller hvem manden møder i venteværelset hos lægen, besøgte vi fire lægepraksisser i Aalborg (Bilag 9). Generelt var der ikke et stort udvalg blandt pjecer om seksualitet og sexologiske udfordringer/bivirkninger vedrørende sygdom. Vi kom tilbage med ni pjecer, hvor ingen af dem havde direkte information om seksualitet (Bilag 9). Der var få pjecer omhandlende sygdomme, såsom hjertekarsygdomme og diabetes, men ingen beskrev seksualitet som følgesygdom/bivirkning eller som en sygdom i sig selv. Vi besluttede os derfor, at vi måtte videre ud på internettet for at finde information.

4.3.4 Internettet

I dette afsnit har vi observeret diverse internetsider fra sexologer, offentlige institutioner og patientforeninger.

YouTube video fra Hjerteforeningen

Som tidligere beskrevet i afsnit 4.2.2 *Undervisning i seksualitet* blev vi introduceret til Anette Højer Mikkelsen (sygeplejerske og specialist i sexologisk rådgivning).

I undervisningsseminaret med Anette på Hjerteforeningens YouTube-kanal holder hun oplæg om ‘Sexologisk rådgivning for hjertepatienter og pårørende – hvorfor og hvordan i praksis?’ (Bilag 5). YouTube videoen bringer nye aspekter til undersøgelsen i forhold til at forstå årsagen til hvorfor de sundhedsprofessionelle ikke ‘tør’ at tage dialogen op. Det er derfor interessant at inddrage denne som en del i undersøgelsens dataarkiv til videre analyse.

Websexolog Maj Wismann

I vores søgning om hvad der eksisterer af online fora, faldt vi over www.websexolog.dk. Maj Wismann er sexolog og parterapeut på hjemmesiden. Ud over de kurser, klummer og bøger hun tilbyder og sælger, driver hun også en gratis online brevkasse. Forvirrede, usikre, undrende og problemramte danskere kan her stille spørgsmål i håb om at få et ærligt og professionelt svar fra Maj. Da vi interesserer os for fora, hvor mænd blandt andet kan gå ind og søge hjælp, tale sammen eller få svar på spørgsmål, er brevkassen særlig interessant at undersøge, da vi her finder en dialog mellem ‘læseren/patienten’ og Maj som professionel (Bilag 4.1). Maj introducerer gennem sin hjemmeside en privatsfærediskurs, som vi vil se nærmere på i Navigationsfasen.

Sundhedsstyrelsens hjemmeside & patientforeninger

Da vores problemstilling også inkluderer danskernes generelle sundhed i forbindelse med seksualitet, inkluderer vi Sundhedsstyrelsens hjemmeside. Sundhedsstyrelsens mission er sundhed for alle (Sundhedsstyrelsen, 2019). Her spiller seksualitet en stor rolle i deres overbevisning om, at seksuel sundhed er vigtig for den almene danskers trivsel og livskvalitet. Sundhedsstyrelsen præsenterer ydermere forskellige patientforeninger, hvor patienten kan opnå yderligere information om seksualitet i forbindelse med sygdom. Vi fandt det derfor relevant at undersøge tre udvalgte patientforeninger (diabetes, hjerte-kar-sygdomme og nyreforeningen), for at få indblik i hvordan de italesætter seksualitet (Bilag 4.2). Udvalgte diskurser fra dette bliver analyseret i Navigationsfasen.

Else O's websider

Else har flere forskellige hjemmesider; Elseo.dk (webseite med info og blog), elseoshop.dk (webshop med hjælpemidler) og erektionspumpe.dk. Else præsenterer sig selv som en

‘specialist i sygdom og seksualitet’ og ‘ekspert i erotiske hjælpemidler’ på hendes hjemmeside Elseo.dk, hvor hun således bringer ekspertviden med ind i feltet. På hendes blog skriver hun om diverse sexologiske udfordringer, hvori hun imødekommer emnet med humor gennem opfindsomme slogans såsom “Er rejsningen ikke go’, så ring til Else O” (Bilag 4.4, s. 66). Vi bringer derfor humoraspektet ind i Forandringsfasen, som én kommunikativ måde at tilgå manden og hans seksuelle udfordringer på.

Sexologisk Center

Vi har valgt at inkludere Sexologisk Centers hjemmeside (Bilag 4.5), da vi mener denne er vigtig for den mandlige patient forud for behandling, og derfor bør være et sted hvor manden kan få svar på diverse spørgsmål.

På hjemmesiden erkender de, at det kan være svært for manden at tale om intime problemer, hvorfor afdelingen har skrevet nogle forslag til hvordan manden bedst muligt forbereder sig til samtalen. Vi inkluderer brudstykker fra Sexologisk Center i analysen for at undersøge hvilken relation, der opbygges forud for dialogen mellem manden og den sundhedsprofessionelle.

Slutteligt for Engagementsfasen undersøger vi, hvad der findes af tidligere forskning på området, som derved også indgår i vores dataarkiv.

4.4 Tidligere forskning

I dette afsnit redegør vi for tidligere forskning (Bilag 15) inden for områderne; *rejsningsproblemer, mænd og identitet, to-vejs tabu og kampagner*. Dette gør vi for at give et indblik ind i feltet, vi arbejder i, samt reflektere over hvordan nærværende undersøgelse placerer sig inden for dette.

4.4.1 Rejsningsproblemer

Det første område går i dybden med mandens rejsningsproblemer. Hatzimouratidis et al. (2010) lavede i 2010 en opdateret guide til erektil dysfunktion og for tidlig udløsning. Guiden beskriver forskellige tests samt behandlingsmetoder til at undersøge og forebygge rejsningsproblemet biologisk set.

Et andet studie af Dr. Roumen Bostandjiev og Dr. Sajib Kumar Mitra (2004) undersøger effekten af en creme, der skal forbedre hyppigheden, kvaliteten og holdbarheden af en rejsning. Studiet er foretaget i Bulgarien, hvor det kan oplyses at flere mænd grundet stress, mangel på

arbejde og økonomisk ustabilitet med mere lider af erektil dysfunktion, hvorfor et penetrerende samleje ikke er muligt at gennemføre. Dette har ifølge Bostandjiev og Mitra en negativ effekt på livskvaliteten for de ramte mænd.

Helle Nygaard Gerbild (2015) har i sin masterafhandling fra sexologistudiet undersøgt, hvordan fysisk aktivitet kan have indflydelse på at afhjælpe rejsningsproblemer. Gerbild forklarer, at rejsningsproblemet typisk påvirkes af risikofaktorer såsom overvægt, diabetes, inaktivitet og hjerte-kar sygdomme. Gerbild undrer sig ydermere over, at seksuel sundhed i Danmark er et nedprioriteret emne på klinikker, sundhedsuddannelser og i forskning. Med udgangspunkt i fysioterapi undersøger hun derfor, hvordan fysioterapeuter kan tilgodese seksualiteten i deres behandling med særligt øje for mænds rejsningsproblemer. Hun konkluderer, at en recept på motion kan afhjælpe mange mænd med rejsningsproblemer.

Birgitte Schantz Laursen (2013) knytter endvidere mandens selvværd og identitet til rejsningsproblemet og undersøger, hvordan det påvirker mandens selvbillede, kropsbillede og parforhold. I undersøgelsen interviewede hun fire mænd, som var blevet udvalgt fra tre kriterier: de skal være behandlet for prostatakræft, have erektil dysfunktion og leve i et fast heteroseksuelt parforhold. Konklusionen Laursen drog var, at patienternes oplevelse med kræft havde en stor indflydelse på deres seksualitet i forhold til deres sexliv og krop, samt i parforhold. Laursen understreger her, at seksualiteten optræder forskelligt og er tæt forbundet med identiteten. For at forbedre patienternes livskvalitet, argumenterer Laursen derfor, at der bør tilbydes rådgivning inden for seksualitet.

I en undersøgelse fra 2017 fandt Laursen ud af, at rådgivning indenfor seksualitet efter sygdom (prostatakræft og rejsningsproblemer) stadig er mangelfuldt i forskningen, selvom problemet eksisterer. Undersøgelsen resulterede i fire temaer; manglende selvkontrol, selvfølelse, intime relationer og redefinering af seksualitet. Ligesom Laursens undersøgelse fra 2013, argumenterer hun igen for, at der bør tilbydes rådgivning til patienter for at forbedre livskvaliteten.

Et aspekt alle disse studier har til fælles, er, at løsningen på rejsningsproblemet enten er medicinske, eller at der skal gives mere rådgivning og kommunikeres tydeligere i forbindelse med seksuelle problemer. Ingen af studierne undersøger *hvad* der kan gøres for at imødekomme den manglende rådgivning. Der konkluderes blot at rejsningsproblemet og mangel på rådgivning er eksisterende, hvorfor nærværende undersøgelse differentierer sig fra disse. Vi forsøger at optimere måden hvorpå sundhedsprofessionelle kan åbne dialogen om seksualitet, og således behandle rejsningsproblemet i samarbejde med den mandlige patient gennem dialog

og behandling. Undersøgelsen har således ikke kun fokus på det mekaniske i behandlingen, men søger kommunikativt at forbedre dialogen om seksuelle problemer, herunder et rejsningsproblem.

4.4.2 To-vejs tabu

Line Traumer, Michael Hviid Jacobsen og Birgitte Schantz Laursen (2019) undersøger i et studie, hvordan patienter oplever seksualitet som et tabu i det danske Sundhedsvæsen. I undersøgelsen bliver ti kvindelige patienter, som oplevede emnet tabubelagt, interviewet. Nogle af patienterne oplevede at blive afvist, hvis de indledte til samtale om deres seksualitet. De andre patienter var modvillige over at starte en samtale, og slutteligt oplevede de sidste patienter, at de sundhedsprofessionelle heller ikke bragte emnet op. Undersøgelsen konkluderede, at kommunikation er nøglen til at forbedre patienternes livskvalitet idet seksualitet er fundamentalt for menneskets livskvalitet og velbefindende. Opfordringen fra undersøgelsen lød derfor på, at det sundhedsprofessionelle personale, skulle tage samtalen op om seksualitet med alle kræft og/eller kroniske sygdomsramte patienter. Til trods for at studiet er foretaget med kvindelige patienter vælger vi alligevel at inddrage undersøgelsen, da denne giver os et billede af, at samtalen ikke bliver taget, uanset køn.

Susanne Duus (2015) har ydermere undersøgt samtalen om sexliv for den palliative patient i sin masterafhandling i sexologi. Heri beskriver hun problematikken, som opstår, når patienten ønsker en samtale om sin seksualitet, men grundet at palliativ behandling også er tabubelagt, får patienten heller ikke her den ønskede samtale. Den sundhedsprofessionelle taler endvidere heller ikke om seksualitet, hvorfor to-vejs tabuet opstår. Duus forklarer, at en af grundene til den manglende samtale er sygeplejerskernes mangel på ord og begreber, hvilket understøttes i en artikel i bladet "Sygeplejersken" (Krintel Nilsson, 2012, s. 86-90). Jesper Bay-Hansen (2014) opfordrer endvidere i en artikel i "Sygeplejersken", at sygeplejersker skal bryde to-vejs tabuet ved at øve sig i at tale om seksuelle emner på måder, der fungerer for den enkelte sygeplejerske. En måde han foreslog, var brugen af PLISSIT-modellen. Den sundhedsprofessionelle skal ydermere fylde 'værktøjskassen op' med viden om emnet, før dialogen påbegyndes så han/hun kan besvare de spørgsmål, der kan opstå i samtalen om seksualitet. Graugaard et al. (2006) forklarer, at patienters tavshed aldrig må opfattes som manglende interesse i at tale om emnet, men at det snarere skal opfattes som et udtryk på blufærdighed, usikkerhed eller generthed. Patienten tager ikke samtalen op selv, i frygt for at overskride den sundhedsprofessionelles grænser, hvorfor de igen ender i et to-vejs tabu.

Nina Saunamäki, Matilda Andersson og Maria Enström (2009) har undersøgt sygeplejerskers holdning til at indlede samtalen om seksualitet med deres patienter. Her viste det sig, at 90% af sygeplejerskerne vidste at visse bivirkninger i forlængelse med sygdommen kunne lede til seksuelle udfordringer. Omkring to tredjedele af sygeplejerskerne følte sig trygge i at skulle tale om seksualitet med patienten, og var enige om at ansvaret om en forestående samtale, lå på deres skuldre. Det viste sig dog, at 80% af sygeplejerskerne ikke tog sig tid til at tage dialogen med patienten, og 60% følte at de ikke havde viden nok til at kunne besvare patientens spørgsmål fyldestgørende. Ældre og videreuddannede sygeplejersker følte sig dog mere sikre i at tale seksualitet med patienterne. Saunamäki et al. (2009) konkluderede derfor, at uddannelse var nøgleordet til at give patienter den bedste pleje og rådgivning inden for seksuelle udfordringer, hvilket vi analyserer nærmere i Navigationsfasen. De forklarede ydermere, at der mangler flere studier til at undersøge og forstå de barrierer, der står i vejen for sygeplejerskerne til at tage dialogen.

Yacov Reisman og Woet L. Gianotten (2017) understreger vigtigheden af at være opmærksom på patientens behov, da samtalen om seksualitet stadig ses som en mangel fra de sundhedsprofessionelle. En af grundene til at de understreger vigtigheden af at lytte og tale om emnet, er den påvirkning seksualitet har på patientens livskvalitet.

En canadisk undersøgelse omhandlende kræftpatienter og seksualitet af Margaret I. Fitch, Gerry Beaudoin og Beverly Johnson (2013) viste, at der eksisterer nogle overordnede temaer inden for dialogen om seksualitet:

1. Seksualitet opfattes ikke som en prioritet for patienten af den sundhedsprofessionelle.
2. Hvis seksualitet bliver en bekymring for patienten, er det ikke før efter behandlingen er slut.
3. En samtale om seksualitet sker oftest i form af diskussionen om skriftligt samtykke i forlængelse af operationer eller behandling eller hvis patienten stiller et konkret spørgsmål.
4. Hvis patienten har seksuelle problemer, indleder patienten samtalen.
5. At samtalen om seksualitet er svær af forskellige grunde.

Fitch et al. (2013) argumenterer derfor, at kræftcentre bør udvikle en strategi for, hvordan seksuelle emner håndteres, så patienters seksualitet bliver tilgodeset før, under og efter behandling.

Disse ovenstående studier og artikler om to-vejs tabu klarlægger, at der er et eksisterende to-vejs tabu og problemet ligger som oftest hos de sundhedsprofessionelle. Selvom disse studier undersøger, hvad der kan forårsage to-vejs tabuet, og kommer med råd om, hvordan man gør det nemmere at tale om, undersøger ingen af studierne *hvad* der konkret kan gøres for at aflive det tabubelagte emne, og dermed mindske eller komme to-vejs tabuet til livs. Vi argumenterer derfor, at nærværende undersøgelse er relevant og vigtig i en samfundsmæssig kontekst, da vi endnu ikke har set konkrete eksempler på kommunikative grundsten til at håndtere to-vejs tabuet.

4.4.3 Mænd og identitet

Bloksgaard et al. (2015), skriver i en undersøgelse om danske mænds maskulinitetsidealer, at der muligvis ses en forandring over tid hos det mandlige køn og tilknyttede idealer. Da undersøgelsen ikke er foretaget før og af flere omgange, kan de dog ikke med sikkerhed sige, at det mandlige ideal stadig er i forandring. I undersøgelsen har de ældre mænd dog en større tendens til at se sig mere enige i normative maskulinitetsidealer, såsom at en mand er stærk, succesfuld og i kontrol, end yngre mænd. De yngre mænd har større tendens til at følge med strømmen og understøtte ligestilling og de diskurser, der opstår, såsom kønsdiskurser.

Kenneth Gannon, Monica Guerro-Blanco, Anup Patel og Paul Abdel (2010) har derudover undersøgt, hvordan mænd, som efter prostatakræft er blevet impotente, føler sig maskuline. At være en 'rigtig mand' udtrykkes som hegemonisk maskulinitet. Det skal forstås således, at mandens adfærd reflekterer idealerne, som følger med den dominante forståelse af maskulinitet, hvilket er afhængig af et givent tidspunkt og sted i samfundet. Oftest karakteriseres dét at være 'rigtig mand', som aldrig at være i smerte, benægtelse af svaghed og sårbarhed, mental og psykisk kontrol samt at være stærk og kunne modstå de forhindringer, der måtte møde dem (Gannon et al., 2010; Daniel & Bridges, 2013; Emslie, Ridge, Ziebland & Hunt, 2006). Dette betyder, at manden er i stand til og interesseret i at gennemføre penetrerende samleje med sin partner. Indbegrebet af mand er derfor ensbetydende med at kunne få en vedblivende erektion. Kroppens udseende, seksuel tilfredshed samt maskulinitet spiller derfor en stor rolle i mænds opfattelse af dét at være maskulin, men det er et emne, som kun få forskere har undersøgt.

Samantha Daniel og Sara K. Bridges (2013) forklarer, at denne kombination ofte har været undersøgt fra det kvindelige perspektiv (kropsbillede, seksuel tilfredshed og femininitet), men at der har vist sig et behov for videnskabelige undersøgelser af mænds kropsbillede og

maskulinitet. En undersøgelse viser blandt andet, at mellem 28-68% af unge mænd er utilfredse med deres krop, og ønsker en mere muskuløs krop. Deres manglende evne til at opnå 'drømmekroppen' påvirker deres maskulinitet, og dermed deres seksuelle formåen.

Ikke alle undersøgelser drejer sig om det 'klassiske narrativ', som beskrevet ovenfor, om manden, hans måske manglende rejsning, hvad det vil sige, og hvad det gør ved ham og hans identitet. Michael S. Sand, William Fisher, Raymond Rosen, Julia Heiman og Ian Eardly (2008) har således undersøgt mænds tanker og adfærd ved rejsningsproblemer. Undersøgelsen viser blandt andet, at mænd ikke opsøger lægen så ofte, som kvinder gør. Når mænd opsøger lægen, stiller den sundhedsprofessionelle langt færre spørgsmål end ved kvindelige patienter. Selvom de emotionelle følger, som findes ved et seksuelt problem, kan anses som det samme, om du er mand eller kvinde, får manden ikke i lige så høj grad hjælp fra lægen. Et af undersøgelsesresultaterne viser, at mænds opfattelse af maskulinitet og identitet afviger fra den normative opfattelse af, hvad det vil sige at være en maskulin mand (jf. 2.3 Maskulinitet og identitet). Mændene følte sig mest maskuline, når de var uafhængig af andre og respekteret af venner, hvorunder den stereotype mands værdier var; seksuelt attraktiv og aktiv og succesfuld med kvinder. Undersøgelsen viste dog, at når mænd skulle sætte ord på, hvad der var vigtige værdier i forhold til livskvalitet, inkluderede det et sundt helbred, et godt og harmonisk familieliv og et godt forhold til deres partner. Undersøgelsen konkluderer derfor, at de centrale aspekter i mænds identitet i forhold til livskvalitet ikke er seksuelle, men det er vigtigere for dem at have gode forhold til deres partnere. Rejsningsproblemer kan derfor fylde meget, da mændene lever i frygt for at miste deres parforhold. Undersøgelsen bringer derfor kompleksitet ind i NoP'et, da det for nogle mænd er sexlivet og rejsningen, som har grobund i maskulinitet og derved livskvalitet, mens det for andre er parforholdet og det harmoniske familieliv.

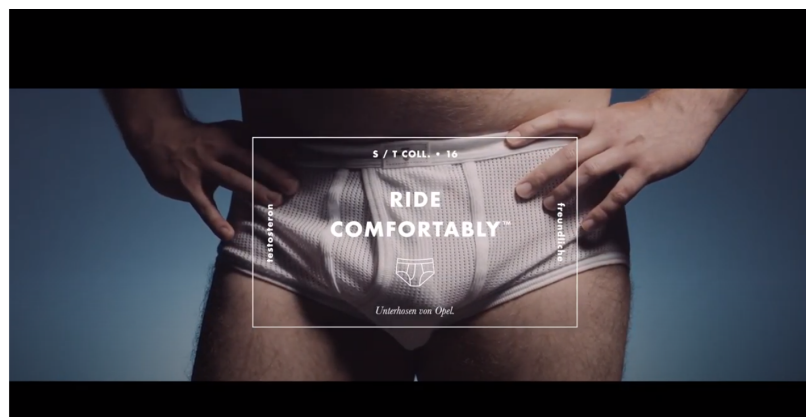
Ved at gøre brug af søgeord såsom; Maskulinitet, maskulinitet og identitet, maskulinitet og rejsningsproblemer, maskulinitet og sundhedsvæsen, maskulinitet og dialog, samt maskulinitet og seksualitet, lavede vi en række søgninger for at afsøge tidligere forskning indenfor dette emne. Trods disse søgeord, var det forholdsvist sparsomt hvilken litteratur om mænd og sundhedsprofessionelle vi kunne finde. Grunden til dette kan skyldes det eksisterende tabu omhandlende mænd, maskulinitet og rejsningsproblemer. Vi erkender den indflydelse idealet om manden kan have på diverse kommunikationsstrategier, og at selvsamme ideal er afhængig af tid og sted. Vi differentierer os fra de ovenstående undersøgelser, da nærværende undersøgelse tager udgangspunkt i de sundhedsprofessionelle frem for manden, men med inddragelse af den nuværende forståelse af maskulinitet. Nærværende undersøgelse

differentierer sig ydermere fra ovenstående studier om mænd og maskulinitet, ved diskursivt at forandre relationen til rejsningsproblemet og talen om samme i dialogen.

4.4.4 Kampagner

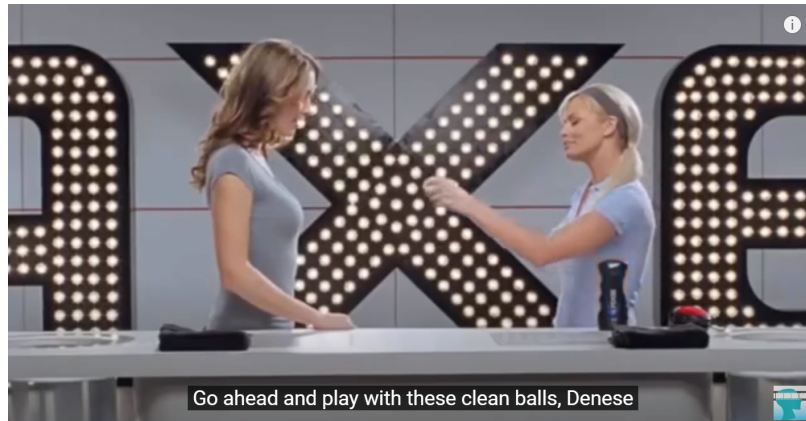
Da vi forsøger at forandre feltet med grundstenene til en kampagne, finder vi det relevant at undersøge, hvad der findes af diverse materiale af kampagner omhandlende maskulinitet og seksualitet. Samfundsdiskursen fordrer, at når der tales om såkaldte ‘maskuline valg’, kræver det kreative løsninger.

Bilmærket Opel udgav i 2016 en underbuks-reklame, der med en humoristisk vinkel satte spørgsmålstegn ved den manglende testosteron og maskulinitet hos danske mænd. En dyb mandestemme fortæller, at det lave testosterontal fører til manglende sexlyst, lav selvtillid og i sidste ende, drastiske valg i form af køb af ‘potensforlængende’ sportsvogne. Hvilket gør det svært for den danske mand at købe en stationcar, da det anses som værende ikke-maskulint.



Billede 1: Ride comfortably by Opel

Opel forsøger således på en ny, kreativ og humoristisk måde at gøre købet af en stationcar, som i nogle tilfælde ses som familiebil, til en magtdemonstration af dét at være mandig og maskulin. Den humoristiske vinkel ses også hos shampoo-mærket Axe, der i 2010 lancerede en reklame for et nyt vaskeredskab samt sæbe, der har hensigt til at “clean your balls” (vaske dine bolde).



Billede 2 & 3: Axe kampagne “Clean your balls”

Med associationen til mandens testikler som ‘bolde’ og afbildningen af diverse sportsbolde, som er meget beskidte og trænger til en grundig vask, vises undrende mænd og skeptiske kvinder i en talkshow-lignende scene. To kvinder demonstrerer, hvordan diverse bolde nemt, enkelt og hurtigt kan blive rene til alle mændenes overraskelse og kvindernes glæde. Axe opfordrer derudover på deres hjemmeside at bryde med det normative billede af, hvad det vil sige at være maskulin. Sammen med ‘Ditch the label⁸’ er de gået ind i kampen om at stoppe mobning og det daterede begreb om maskulinitet, ved at markedsføre kampagner gennem diverse samarbejdspartnere med eksempelvis Little Mix⁹, River Island ¹⁰og Lynx¹¹.

På de sociale medier så man i 2015 også aktivitet omkring det mandlige kropsbillede (McNeal, 2015; Pearson, 2015), da der opstod hashtagget #dadbod (farkrop). I skrivende stund har

⁸ Anti-mobning organisation

⁹ Kvindelig popgruppe

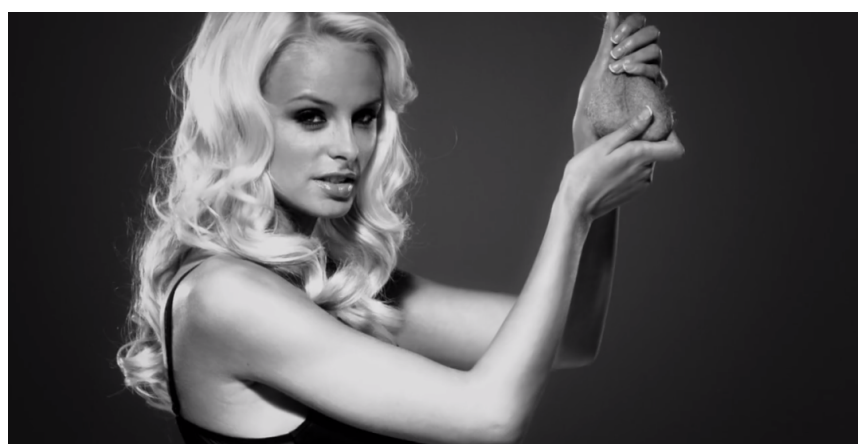
¹⁰ Tøjmærke

¹¹ Engelsk soignerings mærke til mænd

#dadbod mere end 1 mio. billeder på Instagram. Flere medier skrev om #dadbod og påstod, at farkroppen var det nye, og at kvinder blev mere tændte af en farkrop end en ellers stereotyp, maskulin muskuløs krop (Lindegaard, 2017; Vestergaard, 2016).

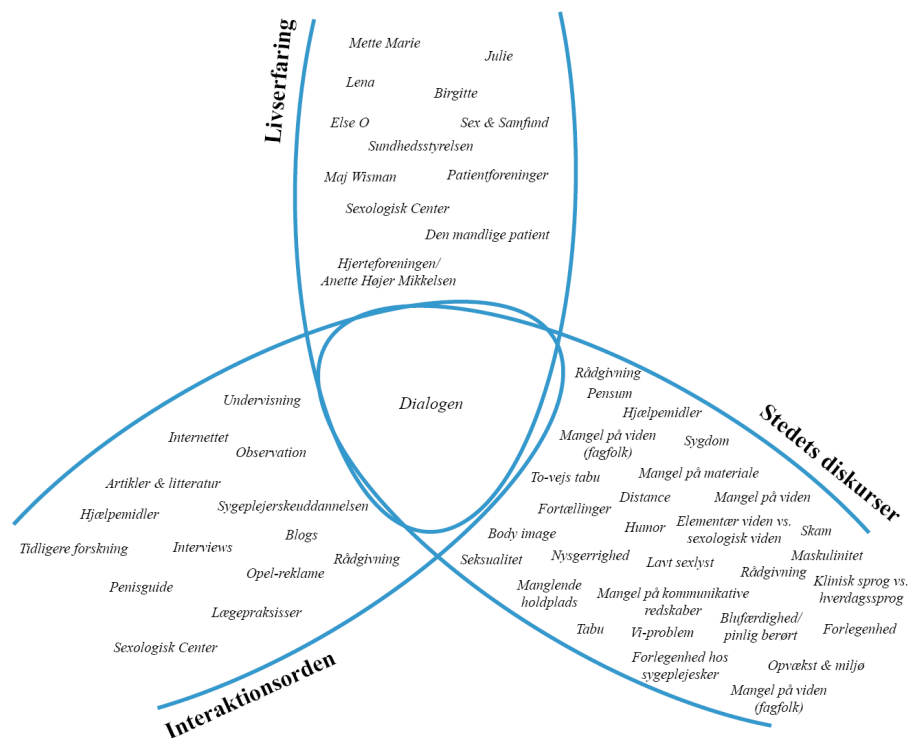
En sidste kampagne, som også benytter sig af humor, er en *male cancer awareness campaign* (MCAC), som har til formål, at huske mænd på at tjekke deres testikler for kræft. I reklamen benytter de en smuk model i undertøj, som rører ved sig selv, mens der kreeres en sexet stemning i form af musik.

Pludselig zoomes der helt ind på hendes underliv, hvor hun hiver et par falske testikler ud fra underlivet. Hertil begynder hun at forklare, hvordan mænd skal tjekke sig selv for knuder i testiklerne. Kampagnen benytter sig af en humoristisk vinkel idet, at modellen i undertøj overraskende og pludseligt selv har testikler.



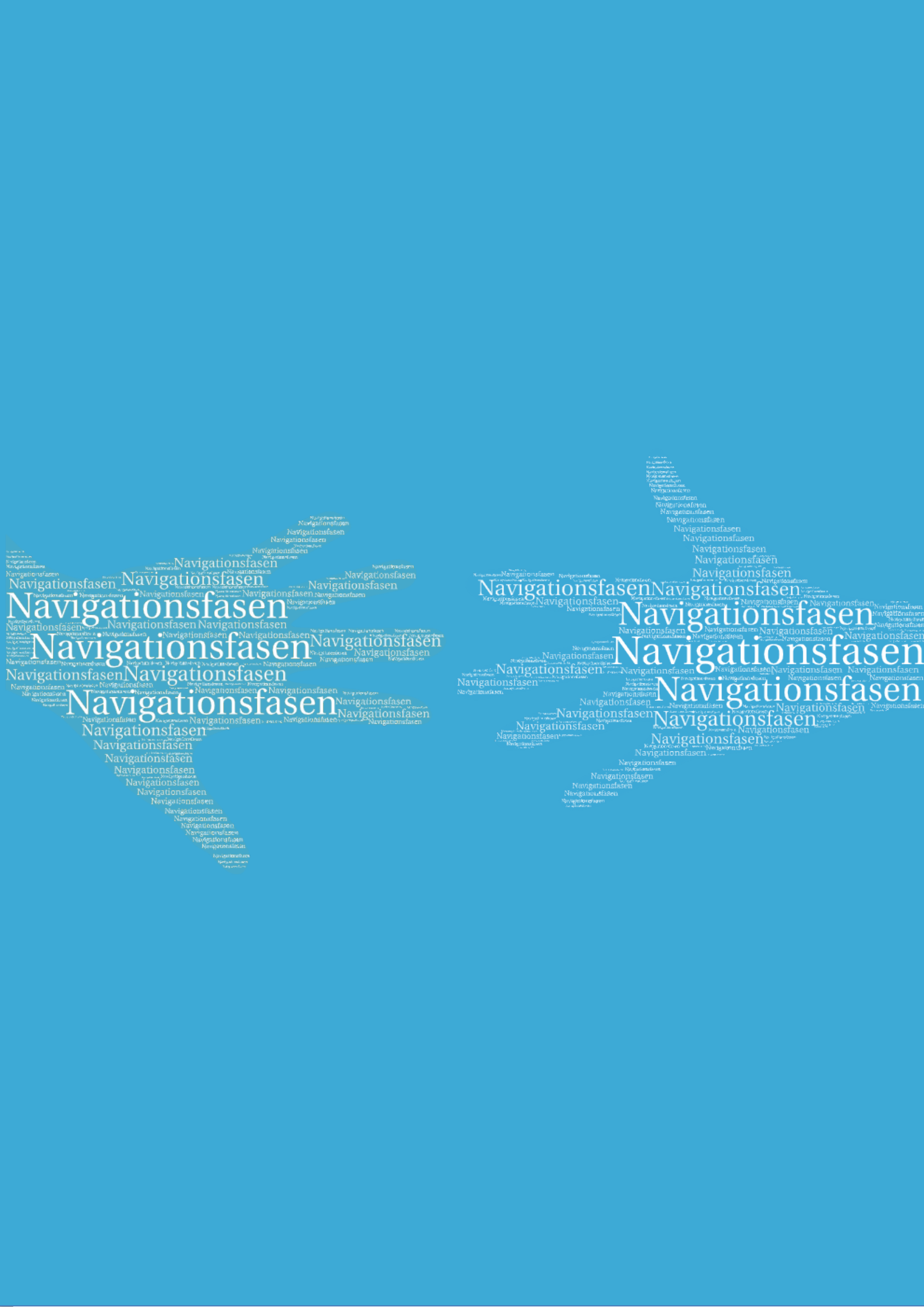
Billede 4 & 5: Male cancer awareness campaign

Nedenstående Figur 10 er en opsamling på alle de diskurser, interaktionsordner og livserfaringer der er til stede i vores Engagementsfase:



Figur 10: Opsamlende diskurscyklus

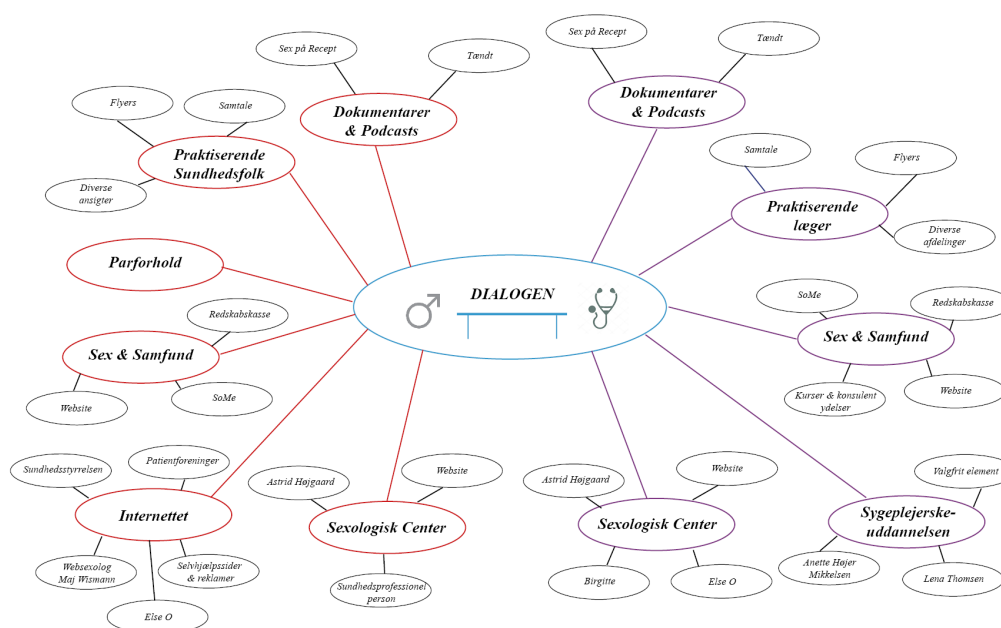
I interaktionen med feltet gennem observation af internetsider og gennem interviews, opstod der nogle centrale diskurser i dialogen mellem den mandlige patient og den sundhedsprofessionelle. Disse var blandt andet tabu, to-vejs tabu, sygdom, identitet, fagprofessionelt sprogbrug vs. hverdagsprog, forlegenhed hos den mandlige patient og den sundhedsprofessionelle og manglende materialer/viden. Disse tager vi med os videre ind i Navigationsfasen og analyserer med hensigt på at udforme grundstenene til en kampagne. Vi har desuden fundet de afgørende sociale aktører, observeret diverse interaktionsordner og fastslået de mest signifikante diskurscykluser, og har dermed etableret en identifikationszone.



5. NAVIGATIONSFASEN

I NAs anden fase navigerer vi i dataarkivet ved at udvælge og forstå de centrale aktører, diskurser og handlinger i det givne NoP (Scollon & Scollon, 2004, s. 45). Gennem denne udvælgelsesproces og fremhævelse af udvalgte aktører, diskurser og handlinger, konstruerer vi virkeligheden af undersøgelsen. Dette understøtter vores socialkonstruktionistiske og hermeneutiske tilgang, da vi på baggrund af den konstruerede Engagementsfase fortolker for at forstå undersøgelsens NoP; dialogen om rejsningsproblemer mellem den mandlige patient og den sundhedsprofessionelle.

For at navigere i ovenstående Engagementsfase har vi udarbejdet nedenstående Figur 11, som er et uddybende overblik over de observerede livserfaringer fra Figur 9 (jf. 4.3 Fra omtalen af to-vejs tabuet). Med figuren forsøger vi at brede kompleksiteten af NoP'et ud. Den illustrerer den konkrete handling, dialogen, og de omkringliggende institutionelle og samfundsmæssige strukturer, samt hvordan disse er forbundet og potentielt præger dialogen:



Figur 11: Uddybende overblik over aktører

Som mange diskursanalytiske tilgange kræver det meget af forskeren at håndtere kompleksiteten af det sociale liv (Larsen & Raudaskoski, 2016, s. 109). Dette gælder også for

dialogen. I Figur 11 er dialogen placeret i centrum, hvor de centrale sociale aktører er illustreret; den mandlige patient (venstre side) og den sundhedsprofessionelle (højre side).

De to aktører kommer forud for dialogen med hver deres 'rygsæk' af viden og livserfaring. Vi har valgt at opdele hvilke af disse omkringliggende aktører, der potentielt knytter sig til henholdsvis patienten og den sundhedsprofessionelles livserfaring.

Manden tænkes primært at være under indflydelse af følgende aktører: *Dokumentarer & Podcasts, Praktiserende sundhedsfolk, Sex & Samfund, Internettet, Parforhold* og *Sexologisk Center*. Mens den sundhedsprofessionelle er under indflydelse af: *Dokumentarer & Podcasts, Praktiserende læger, Sex & Samfund, Sygeplejerskeuddannelsen* og *Sexologisk Center*.

For hver af de omkringliggende aktører har vi tilføjet identificerede datakilder, hvoraf udvalgte indgår i vores dataarkiv til videre analyse. Nogle af de omkringliggende aktører overlapper, men de har formentligt hver især gjort brug af forskellige datakilder forud for dialogen. I analysen navigerer vi rundt i dette komplekse terræn af aktører. Vi udvælger de mest centrale aktører og medierende midler, som kan hjælpe os med at belyse problemstillingen:

Velvidende at seksualitet har stor indflydelse på patientens generelle sundhed, hvordan kan vi da kommunikativt lægge grundstenene til at bryde det eksisterende to-vejs tabu i dialogen om seksualitet og sygdom mellem den mandlige patient og den sundhedsprofessionelle?

I Engagementsfasen blev det især tydeligt, at ét af de essentielle problemer ved det eksisterende to-vejs tabu var, at den sundhedsprofessionelle oftest ikke indleder eller indbyder til dialog om seksualitet i forbindelse med sygdom. Det skal hertil understreges, at det er den sundhedsprofessionelle, givet personens rolle og position, som bør have ansvaret for at starte dialogen. Dette diskuterer vi i afsnit 5.6 *Rollernes indflydelse på dialogen*.

Hvis vi udformer grundstenene til en kampagne tiltænkt den mandlige patient, før vi italesætter det over for den sundhedsprofessionelle, møder manden muligvis stadig en sundhedsprofessionel, som egentlig ikke vil tale om det eller ikke har kompetencerne til at indlede til dialog. Hvis vi derimod starter med at italesætte det overfor den sundhedsprofessionelle, kan denne eventuelt nå at tillære sig kommunikative værktøjer og viden om, hvorfor og hvordan vedkommende skal tage dialogen. Den sundhedsprofessionelle vil derfor være klar til at tage dialogen, når den mandlige patient ønsker det. Rammes begge aktører i særskilte kampagner på samme tid, er det ikke sikkert, at den sundhedsprofessionelle

har tid eller mulighed for at omstille sig. Vi fokuserer derfor på de sundhedsprofessionelle, da det er primært disse personer, der har ansvaret for, at dialogen bliver taget, og dermed myndigheden og professionalismen til at leve op til dette ansvar.

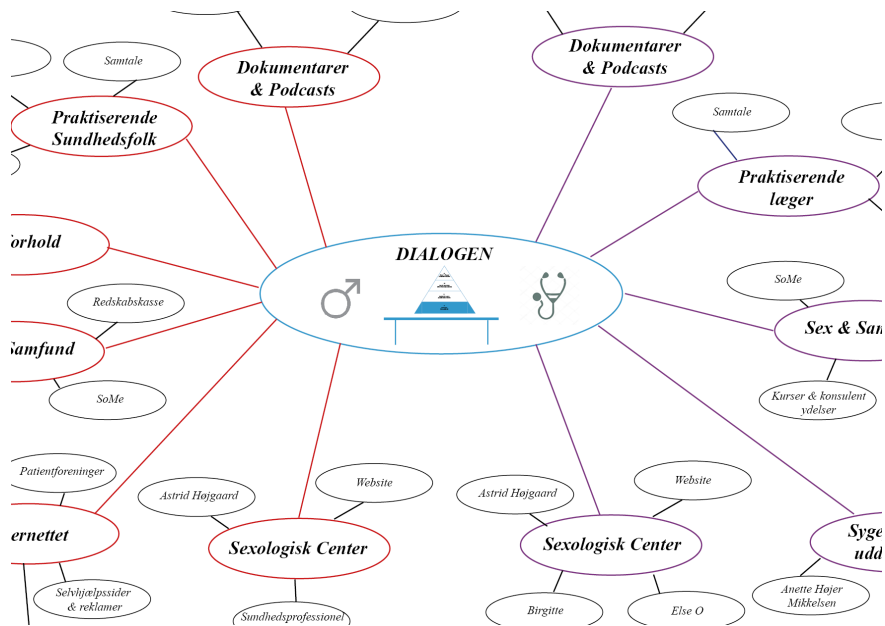
Før vi udformer grundstenene til en kampagne, er det vigtigt, at vi opnår en teoretisk og analytisk forståelse af den fagprofessionelle dialog.

5.1 Forståelse af dialogen

Graugaard et al. (2006) forklarer, at et patientmøde er godt, når kriterierne *“nysgerrighed, åbenhed og dialog”* opfyldes (Graugaard et al., 2006, s. 20). Det er vigtigt, at den sundhedsprofessionelle tør spørge ind til patientens sexliv, da dette ofte bliver påvirket ved sygdom. Graugaard et al. (2006) slår fast, at initiativet for indledningen af en dialog, skal komme fra den sundhedsprofessionelle *“(…) det [er] behandlerens ansvar at bringe seksualiteten på bane, og defensive argumenter om hensyntagen til patientens grænser og integritet retfærdiggøres ikke af foreliggende forskning”* (Graugaard et al., 2006, s. 20). Patienter ønsker således at tale om seksuelle udfordringer i forbindelse med sygdom, og de har oftere en højere blufærdighedstærskel end den sundhedsprofessionelle. Den sundhedsprofessionelle bør derfor ikke være bange for at indlede en dialog om patientens seksualitet, men skal naturligvis ikke presse på for at starte en dialog, hvis patienten udtrykker verbal eller nonverbal modvilje (Graugaard et al., 2006, s. 20-21).

For at forstå dialogen yderligere finder vi det relevant at supplere ovenstående Figur 11 med PLISSIT-modellen som også blev beskrevet kort i Engagementsfasen. Graugaard et al. (2006) forklarer PLISSIT-modellen af Jack S. Annon fra 1976, som en måde at tilgå dialogen med patienten på.

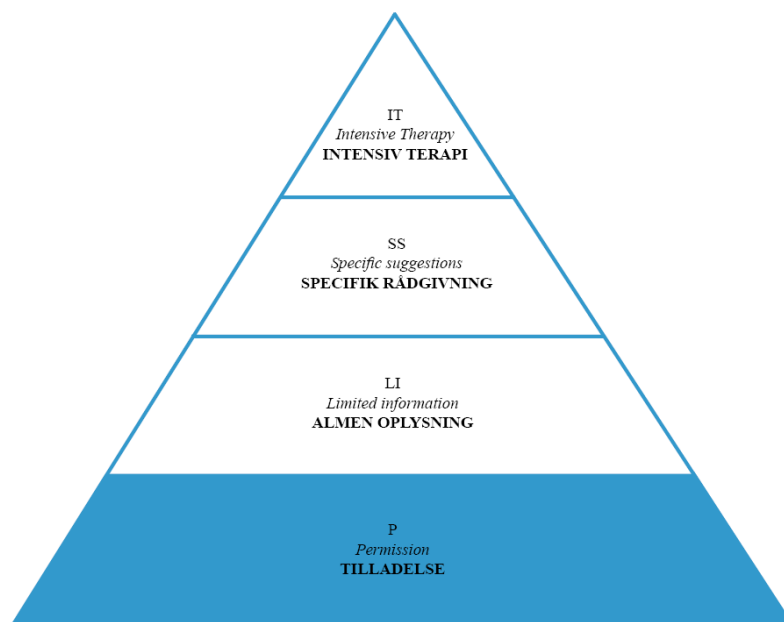
PLISSIT-modellen er således et rådgivningsredskab, som befinder sig i midten af ovenstående Figur 11 i dialogen, illustreret i nedenstående Figur 12:



Figur 12: PLISSIT-modellen i dialogen

PLISSIT-modellen

PLISSIT-modellen er bygget op som en pyramide bestående af fire lag; *Permission* (Tilladelse), *Limited Information* (Almen oplysning), *Specific Suggestion* (Specifik rådgivning) og *Intensive Therapy* (Intensiv terapi) (Graugaard et al., 2006, s. 22). De fire lag er illustreret i nedenstående Figur 13:



Figur 13: PLISSIT-model

I lyset af nærværende undersøgelses problemfelt beskæftiger vi os alene med det første niveau af PLISSIT-modellen, *Permisson* (Tilladelse). Vi argumenterer for, at det er i dette niveau, at to-vejs tabuet opstår. Får aktørerne ikke en god start på det første niveau, risikerer den sundhedsprofessionelle og den mandlige patient i værste tilfælde, at dialogen slet ikke bliver taget.

Den sundhedsprofessionelle skal signalere tilladelse overfor patienten, verbalt eller nonverbalt gennem nysgerrighed og åbenhed til at tale om seksualitet. Tilladelsen skal inspirere patienten til at tale om sex og samliv i et åbent, fortroligt og forstående miljø fremsat af den sundhedsprofessionelle. Det er således helt afgørende, at den sundhedsprofessionelle forstår at vise, at det er et relevant og velkomment emne at tale om.

Graugaard et al. (2006) kommer med eksempler på, hvordan den sundhedsprofessionelle kan indlede til dialog med åbne og generaliserende spørgsmål, såsom “jeg ved fra andre patienter med din sygdom, at der hen ad vejen kan opstå seksuelle problemer. Er det noget, du kender til?” og “hvordan tror du, din kone/mand opfatter jeres nuværende samliv?” (Graugaard et al., 2006, s. 21). Målet med disse spørgsmål er dialog, og den sundhedsprofessionelle må derfor også inddrage overvejelser om patientens baggrund, alder og livssituation for at kunne behandle og forstå det hele menneske. De skal, som tidligere beskrevet, ikke være bange for at overtræde grænsen i forhold til patientens blufærdighed (Graugaard et al., 2006, s. 21).

Både Graugaard et al. (2006) samt Anette Højer Mikkelsen (Bilag 5) kommer med eksempler på, hvordan den sundhedsprofessionelle kan give tilladelse og invitere til dialog. Vi mener dog, at der er behov for en mere dybdegående værktøjskasse med medierende midler til de sundhedsprofessionelle, for potentielt at undgå det eksisterende to-vejs tabu. Den sundhedsprofessionelle skal oplyses og uddannes i at håndtere, at der er et behov og et ønske fra patientens side om at blive inviteret til samtale om seksualitet.

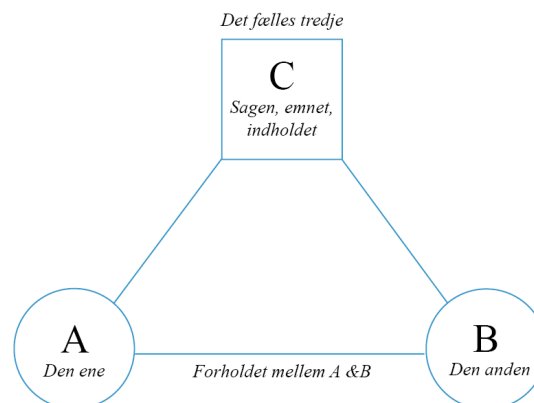
Som tidligere beskrevet er vi gennem undersøgelsens Engagementsfase blevet gjort opmærksomme på, at nogle sundhedsprofessionelle ikke er trygge i at åbne dialogen om patientens seksualitet. De har ofte ikke nok viden til at håndtere emnet professionelt uden at trække på privat erfaring, hvilket vi analyserer nærmere i afsnit 5.3.1 *Undervisning på sygeplejerskeuddannelsen*. Sundhedsprofessionelle skal derfor have stillet en ‘værktøjskasse’ til rådighed med diverse medierende midler, så de kan skabe samme faglige tryghed i samtalen om seksualitet, som de ellers gør på andre faglige områder og afdelinger. De skal oplyses om, at seksualitet er en del af det hele menneske, og at behandling af sygdommen også inkluderer inddragelsen af seksualiteten og det seksuelle problem. Den mandlige patient skal føle sig tryk

og imødekommet, og hvis han forsøger at åbne op for dialog, må den sundhedsprofessionelle aldrig nedgøre, ignorere eller småliggøre betydningen af patientens problem. Den sundhedsprofessionelle skal gennem sin rådgivning ud fra PLISSIT-modellen forsøge “at yde *hjælp til selvhjælp*” (Graugaard et al., 2006, s. 22). Patienten skal derfor støttes i at spille en aktiv rolle i behandlingen, som ellers kan opleves passivt i andre dele af sygdommens behandlingsprocesser. Der må tages højde for patientens samlede situation og mennesket som helhed, og den sundhedsprofessionelle skal derfor undgå at ty til mønstergenkendelse og mekanisering i behandlingen (Graugaard et al., 2006, s. 22).

Analysen vil således fokusere på at fremanalysere hvilke diskurser, interaktionsordner og livserfaringer som burde ligge i denne første ‘skuffe’ i rådgivningsredskabet samt hvilken praksis PLISSIT-modellens første fase indebærer.

Kommunikationstrekanten

For at understøtte rammesætningen omkring en dialog og opbygge en dybere teoretisk forståelse, supplerer vi med *Kommunikationstrekanten* af Benedicte Madsen (1996):



Figur 14: Kommunikationstrekanten

Kommunikationstrekanten er en samtale-og relationsmodel, som beskriver relationen mellem to parter/aktører, der er i samtale om *det fælles tredje*. Dette kaldes også tredjeleddet, og er selve samtaleemnet. Den vandrette linje mellem A og B i figuren illustrerer forholdet mellem aktørerne i dialogen, mens de skrå linjer illustrerer deres relationer og perspektiver til emnet (C) (Madsen, 1996, s. 12). Det essentielle i Kommunikationstrekanten er, at aktøren hele tiden arbejder med begge akser. Hver ytring og måden hvorpå medierende midler benyttes, bevarer eller skaber mere eller mindre relation mellem aktørerne i dialogen og til det fælles tredje.

Elementerne i Kommunikationstrekanten giver os dermed et teoretisk sprog og rammeværk til at forstå både indhold og form i dialogen. Indhold er det, som italesættes, mens form skaber relationen.

Dét at opbygge en relation i dialogen om seksualitet og sygdom, plæderer vi for er særlig nødvendigt, da dialogen omhandler et emne, som normalt hører til i privatsfæren. Det er derfor vigtigt analysen både ser på sprogbrug som medierende middel og andre kulturelle artefakter, da alt er med til at skabe relation til det fælles tredje, og derved bryde to-vejs tabuet. I forbindelse med NA taler aktørerne i dialogen med udgangspunkt i individuelle livserfaringer, og de trækker på egen viden og erfaring. Det er derfor væsentligt, at den sundhedsprofessionelle (A) i dialogen bygger en relation til patienten (B) gennem en sprogbrug sammen med andre kulturelle artefakter til at skabe kontakt og klarhed om emnet - det fælles tredje (C). Hvis den sundhedsprofessionelle mangler viden eller erfaring i dialogen om det fælles tredje, rejsningsproblemer i forbindelse med sygdom, kan det forstås således, at den sundhedsprofessionelle mangler et medierende middel til at indgå i dialogen herom, hvorfor to-vejs tabuet opstår.

Vi inddrager Kommunikationstrekanten i analysen som stillads til at komme omkring alle modellens relationer for at forstå facetterne af dialogen mellem den mandlige patient og den sundhedsprofessionelle, og derigennem forventer vi, at kunne fremanalysere grundstenene til en medierende sprogbrug, som kan skabe kontakt og relation til aktørerne i dialogen og bringe emnet på banen.

For at komme et sprogbrug nærmere supplerer vi Kommunikationstrekanten med Ernesto Laclau og Chantal Mouffes (1985) diskursanalytiske begreber i analysen. Vi redegør nu kort for analysens fremgangsmåde samt Laclau og Mouffes diskursteori.

5.2 Fremgangsmåde for analysen

Ifølge Scollon og Scollon (2004) kan en forsker benytte sig af diverse teorier til at analysere medierede handlinger, og valget af supplerende teori afhænger af undersøgelsens problemstilling. Vi har gennem Engagementsfasen indsamlet mange former for data på tværs af online platforme, offline materiale samt interviews (jf. Figur 11). Vi supplerer derfor MDA og dertilhørende analysegreb med Laclau og Mouffes (1985) diskursanalyse. Med denne søger vi at fremanalysere diskurser med udgangspunkt i det indsamlede dataarkiv, for at få en bedre

forståelse for den sociale handlen, nemlig dialogen. Denne giver mulighed for en mere tekst/tegn-nær analyse. For at danne et overblik over de fremanalyserede diskurser, sociale aktører og interaktionsordner vil vi slutteligt for analysen benytte diskurscyklussen, for at trække disse med videre i Forandringsfasen.

5.2.1 Laclau og Mouffes diskursteori

Vi inddrager Laclau og Mouffes (1985) diskursteori i nærværende undersøgelses neksusanalytiske rammeværk på trods af, at de opfatter sproget som det mest essentielle til at tilføre den sociale virkelighed betydning (Larsen 2010, s. 68) samt har rødder i den poststrukturalistiske sprogteori¹². Ifølge Marianne Winther Jørgensen og Louise Phillips (1999, s. 15) har alle diskursanalytiske tilgange baggrund i en strukturalistisk og poststrukturalistisk sprogteori, men de er kun i varierende grad poststrukturalistiske. Socialkonstruktionismen er en bredere kategori, som poststrukturalismen er en del af (s. 15). Jørgensen og Phillips (1999, s. 13) forklarer, at de forskellige diskursanalytiske tilgange i bogen *Diskursanalyse som teori og metode* fra 1999 hviler på samme socialkonstruktionistiske grundlag. Laclau og Mouffes (1985) diskursteori tager udgangspunkt i, at en diskurs og betydningen heraf aldrig kan fastlåses, hvorfor den konstruerer den sociale verden. Brugen af Laclau og Mouffes (1985) diskursteori fungerer således godt med undersøgelsens andre metoder og teorier (jf. 3.5 Et socialkonstruktionistisk rammeværk).

Teorien arbejder ud fra perspektivet om diskursive kampe (Jørgensen & Phillips, 1999, s. 15), og de konstante kampe indebærer definitioner af samfund og identitet (s. 34). Forskellige diskurser kæmper for at opnå hegemoni, for derved at give sproget betydning, så et bestemt synspunkt opnår overherredømme (Laclau & Mouffe, 1985, s. xii-xiii; Jørgensen & Phillips, 1999, s. 15). Gennem artikulationer opstår der altid en kamp om, hvordan diskurserne skal herske, og hvordan de enkelte tegn skal betydningstilskrives (Jørgensen & Phillips, 1999, s. 40). Laclau og Mouffe ser diskurser som “fuldt ud konstituerende for vores verden” (Jørgensen & Phillips, 1999, s. 29). Diskursen kan være materiel, hvilket betyder, at infrastrukturer og institutioner også kan ses som former for diskurs. Disse er samtidig indlejret i historiske og sociale praksisser, hvilket er i overensstemmelse med NA. Målet med diskursanalysen er derfor at finde ud af, hvordan virkeligheden er *bag* diskursen. I forbindelse med NA sammenkobler

¹² Poststrukturalistisk og strukturalistisk sprogfilosofi hævder, at adgang til virkeligheden altid er gennem sproget og sproget er struktureret i mønstre eller diskurser (Jørgensen & Phillips, 1999, s. 17 & s. 21).

vi Laclau og Mouffes diskursforståelse til NAs forståelse af sociale handlinger og hermed diskurscyklussen. I MDA har aktørernes livserfaring indflydelse på den diskursive kamp om betydningsdannelse. Vi får hermed mulighed for at begribe diskursen om rejsningsproblemer som fastlagt gennem diverse diskursive kampe, som vi gennem diskurscyklussen og Laclau og Mouffes diskursbegreber forsøger at fastlægge, og muligvis ændre i forlængelse af grundstenene til en kampagne.

Diskursanalytikerens job er at følge de diskursive kampe og etablere entydighed i det sociale på alle niveauer (Jørgensen & Phillips, 1999, s. 34). Gennem Laclau og Mouffe forsøger forskeren konstant at fastlåse tegns betydning ved at sætte dem i bestemte forhold til andre tegn. Formålet er således, at "kortlægge de processer, hvori vi kæmper om, hvordan tegnenes betydning skal fastlægges, og hvor nogle betydnings-fikseringer bliver så konventionaliserede, at vi opfatter dem som naturlige" (Jørgensen & Phillips, 1999, s. 36).

For at etablere diskursen benyttes begrebet *nodalpunkt*. Det er et privilegeret tegn, som de omkringliggende tegn får betydning i forhold til (Jørgensen & Phillips, 1999, s. 37). Eksempelvis kan et rejsningsproblem i lægevidenskab være et nodalpunkt, som kan omdanne mange andre betydninger i tegn. Tegn som *symptomer*, *hjælpemidler*, *medicin*, får derfor betydning i en medicinsk diskurs relateret til rejsningsproblemer.

Ifølge Laclau og Mouffe kan et tegn først blive et nodalpunkt og få en detaljeret betydning, når det kobles med en diskurs. En diskurs er fastlæggelse af betydning inden for et bestemt domæne. Alle tegn i en diskurs er "knuder på fiskenettet, og deres betydning er holdt fast ved, at de er forskellige fra hinanden på bestemte måder" (Jørgensen & Phillips, 1999, s. 36). Eksempler på dette inden for en medicinsk diskurs er *krop*, *sygdom* og *behandling*. Kroppen bliver som oftest delt op i dele, som skal behandles hver for sig. Med den medicinske diskurs fastlægges et stort net af betydninger, som i relation til hinanden giver betydning i forhold til krop og sygdom (s. 36). I den samme medicinske diskurs kan tegn som 'rejsningsproblemer', 'sygdom', og 'behandling' også sættes i relationen til hinanden og give betydningen i forhold til kroppen og dialogen. Ud fra Figur 11 kan de to aktører bringe hver deres 'net af betydninger' med ind i dialogen og i deres relation til tredjeleddet. Kommunikationstrekanten kan derfor i samspil med Laclau og Mouffe hjælpe os med at identificere nettet af betydninger, og hvordan disse influerer relationen til dialogens tredjeled.

Diskursen reducerer muligheder af betydning og forsøger at skabe entydighed. De muligheder diskursen udelukker, kaldes *det diskursive felt*. Det er et depot af betydninger, som tegn har

eller har haft i andre diskurser, men ignoreres i det specifikke nodalpunkt for at skabe entydighed (Jørgensen & Phillips, 1999, s. 37; Laclau & Mouffe, 1985, s. 111-112).

Relateres det til NA, er den livserfaring, som trækkes ind i den sociale handlen, medvirkende til at skabe et nodalpunkt. Eksempelvis medbringer vi i undersøgelsen en kommunikationsfaglig viden baseret på vores livserfaring, hvortil interviewpersonerne i Engagementsfasen bringer medicinsk viden på baggrund af deres livserfaring. Det diskursive felt er altså diskursens ydre, som udelukkes af diskursen selv. Diskursen er dog samtidig i fare for at blive påvirket af det ydre, da den altid konstitueres i forhold til dette, hvorfor andre definitioner af et tegn kan forstyrre entydigheden (Jørgensen & Phillips, 1999, s. 38). Entydighed kan for eksempel i dialogen om seksuelle problemer forstyrres af aktørernes forskellige sfærer. Seksuelle problemer bevæger sig inden for en privatsfære, og på nogle punkter også omkring en intimsfære, da det er koblet op på identitet, og som udgangspunkt befinder sig helt inde bag soveværelsets fire vægge. Vi må antage, at den sundhedsprofessionelle, qua rolle og position i dialogen, bringer en medicinfaglig viden ind i dialogen, hvorfor han/hun bevæger sig indenfor en fagprofessionel sfære. I den fagprofessionelle dialog kan vi derfor antage, at der muligvis opstår en kamp mellem en fagprofessionel sfære, som den sundhedsprofessionelle har med i sin 'rygsæk', og en privatsfære, som den mandlige patient bringer med i sin 'rygsæk'. Vi hævder dog stadig, at når den sundhedsprofessionelle tager hjem fra arbejde, er han/hun også et privat og seksuelt menneske, hvorfor den sundhedsprofessionelle potentielt også bringer sin egen private 'rygsæk' af livserfaringer med ind i dialogen. Dette kan påvirke den privatsfære-diskursive linje, som vi antager den mandlige patient også taler ud fra. Aspektet om privatsfære og fagprofessionel sfære analyserer vi nærmere i afsnit 5.5.4 *Privatsfære versus fagprofessionel sfære*. Ud fra forståelsen om det diskursive felt, erkender vi, at der indenfor emnet om rejsningsproblemer befinder sig mange forskellige facetter, alt efter hvilken vinkel der anlægges. Undersøgelsens afgrænsning i form af valg og fravalg er taget med formål i at besvare undersøgelsens problemstilling og afdække to-vejs tabuet i dialogen. Fravalgene er derfor en del af det diskursive felt, men ikke en del af undersøgelsens ækvivalensskæder, diskurser samt nodalpunkt.

Alt det ovenstående sker gennem en *Artikulation*, som er en enhver social praksis, mundtlig eller skriftlig, der etablerer en relation mellem tegn og tegns betydning (Jørgensen & Phillips, 1999, s. 38-39). De sociale praksisser vi analyserer udvælges fra dataarkivet.

Når et tegn får mening gennem diskursen, kan det ifølge Laclau og Mouffe defineres som *flydende betegnere*: “Flydende betegnere er de tegn, som forskellige diskurser kæmper om at indholdsudfylde på netop deres måde” (Jørgensen & Phillips, 1999, s. 39). De er derfor ikke betydningsudfyldt af nodalpunktet, men får mening i sammenhæng med det.

Nodalpunktet etablerer betydningen af omkringliggende tegn, og det er her i samlingen af ord, som kan have en anden betydning end den, de får gennem nodalpunktet, at der opstår en fælles forbindelse. Denne fælles forbindelse beskriver Laclau og Mouffe (1985, s. 127) som *Ækvivalenskæder*. Flydende betegnere indgår i en ækvivalenskæde, men er ikke direkte betydningsfulde for nodalpunktet. Nodalpunktet, som er startet som en flydende betegner, bliver ikke betydningsudfyldt, før det sættes i betydning med en ækvivalenskæde. Det vil sige, ækvivalenskæden er en række af bestemte ord, som definerer nodalpunktet.

Jørgensen og Phillips (1999, s. 55) giver et eksempel på, at hvis nodalpunktet er ‘mand’, er der forskellige diskurser, som søger at indholdsudfylde denne. Dette sker gennem en knytning af ækvivalenskæder, som kan definere nodalpunktet ‘mand’. “En udbredt diskurs sætter for eksempel lighedstegn mellem ‘mand’ og ‘styrke’ og ‘fodbold’ (og meget andet) og stiller det over ‘kvinde’, og ‘passiv’ og ‘striking” (Jørgensen & Phillips, 1999, s. 54). I dette eksempel laver den diskursive konstruktion af ‘mand’ en udpegning af, hvad ‘mand’ er lig med og forskellig fra, hvorfor diskursen giver henholdsvis en mand og eller en kvinde anvisninger til, hvad de måtte leve op til, hvis de af verden vil betragtes som en mand eller kvinde. (s. 55). Jørgensen og Phillips forklarer, at det er i denne klynge af betegnere, en person får en identitet, “da identitet er noget, man påtager sig, tildeles og forhandler i diskursive processer” (Jørgensen & Phillips, 1999, s. 55) hvorfor identitet en social konstruktion.

I dialogen om det fælles tredje er den mandlige patient med rejsningsproblemer i kamp om den diskursive konstruktion af en ‘mand’. Identiteten er derfor også i kamp, hvor de fremanalyserede nodalpunkter, ækvivalenskæder og diskurser er med til at betydningsudfylde definitionen af ‘mand’. Kommunikationstrekanten, som vi i samspil med Laclau og Mouffe benytter til at forstå det første niveau af PLISSIT-modellen, kan hjælpe os med at udpege hvilke diskurser, der er med til at tilskrive mandens og den sundhedsprofessionelles identitet, som kan bringes med videre i Forandringsfasen.

Da diskursteorien fokuserer på, hvordan grupperinger gennem *artikulationer* tilskrives en identitet (Jørgensen & Phillips, 2011), kan vi med deres diskursteori blandt andet analysere os

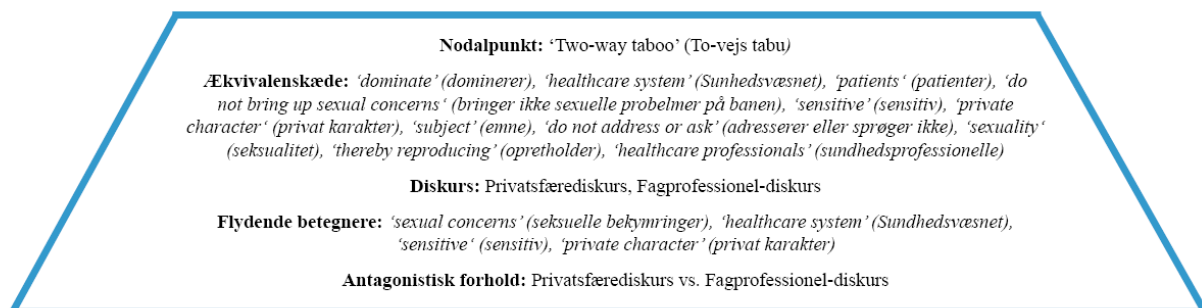
frem til en kollektiv identitet for dialogen, som er gældende for både den mandlige patient og den sundhedsprofessionelle.

Antagonistisk forhold & hegemoni

I kampen hvor diskurser ikke kan forenes benytter Laclau og Mouffe begrebet *Antagonisme*. Det er indbegrebet af konflikt, og dér hvor diskursen er flertydig. For at opløse antagonismen og opnå hegemoni, søger diskurser ved hjælp af artikulation at genoprette entydigheden. Hegemoni opstår, når én diskurs midlertidigt dominerer over en anden og derved opløser konflikten (Laclau & Mouffe, 1985, s. 122; Jørgensen & Phillips, 1999, s. 60). Laclau og Mouffe (1985, s. 122) kalder det for hegemonisk intervention, når entydigheden mellem de antagonistiske forhold er opløst. Vi ser det relevant for undersøgelsen at fremanalysere diverse antagonistiske forhold fra dataarkivet, for at opnå en bedre forståelse af dialogen og to-vejs tabuet.

Da undersøgelsen har fokus på diskurser, som kan ligge til grund for to-vejs tabuet i dialogen, ser vi det relevant først at fremanalysere to-vejs tabuets omkredsede ækvivalenter og dertilhørende diskurser. I en forskningsrapport af Traumer et al. fra 2019, beskrives to-vejs tabuet således:

The 'two-way taboo' exists, if not dominates, in some parts of the healthcare system. On the one hand, patients do not bring up their sexual concerns with healthcare professionals due to the sensitive and private character of this subject; on the other hand, healthcare professionals do not address or ask patients about sexuality, thereby reproducing the 'two-way taboo' in the healthcare system (Traumer et al., 2019, s. 62)



Nodalpunkt 1: To-vejs tabu

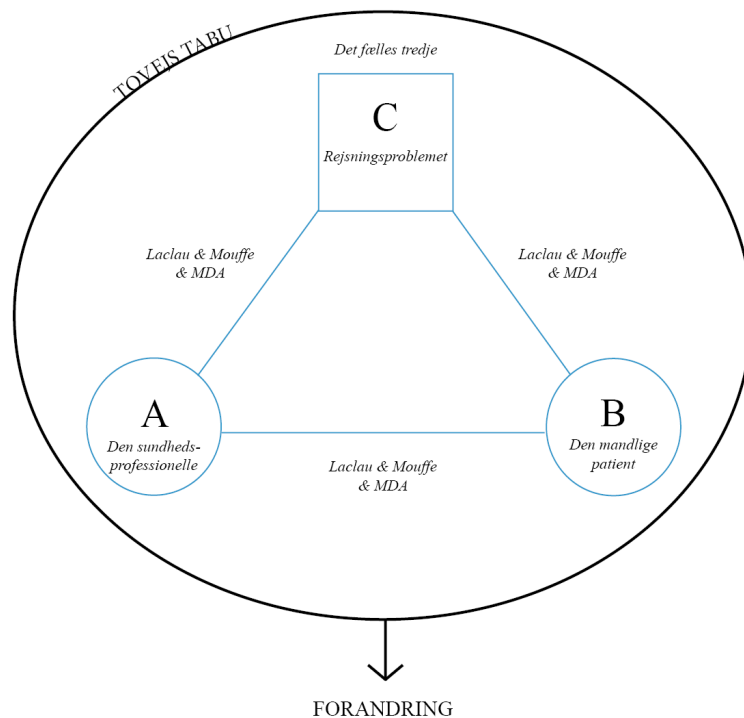
I ovenstående artikulation er nodalpunktet *'to-vejs tabu'*, som etableres gennem ækvivalenskæden: *'dominerer'*, *'Sundhedsvæsenet'*, *'bringer ikke seksuelle problemer på banen'*, *'emne'*, *'adresserer eller spørger ikke'* og *'seksualitet'*. De flydende betegnere *'seksuelle bekymringer'*, *'sundhedsvæsenet'* og *'privat karakter'* bliver ikke betydningsudfyldt direkte af nodalpunktet, men får mening i sammenhængen til det. De flydende betegnere *'Sundhedsvæsenet'* og *'sundhedsprofessionelle'* danner samtidig betydningen af faglig og professionel ageren, som etablerer en fagprofessionel-diskurs.

Ækvivalenterne *'patienter'* og *'sundhedsprofessionelle'* giver betydning af, at to-vejs tabuet opstår på baggrund af begge aktører. Fra patientens side betydningsudfylder ækvivalenterne *'sensitiv'* og *'private karakter'* emnets indhold, hvorfor vi kan argumentere for, at de seksuelle problemer befinder sig inden for en privatsfære. Dette introducerer en privatsfærediskurs. Denne diskurs *'opretholder'* de sundhedsprofessionelle ved ikke at *'adressere eller spørge'* ind til patientens seksualitet. Vi plæderer for, at den sundhedsprofessionelle også anser emnet om *'seksualitet'* værende inden for en privatsfære. Der opstår derfor i manglen af spørgsmål om patientens seksualitet et antagonistisk forhold mellem en privatsfærediskurs og fagprofessionel-diskurs.

Kort sagt er nærværende undersøgelses formål, at identificere og eventuelt genformulere diskursen om rejsningsproblemer for enten at mindske eller opløse to-vejs tabuet. Dette gør vi ved at udpege nodalpunkter, ækvivalenskæder, diskurser, flydende betegnere og eventuelle antagonistiske forhold i relevante uddrag fra dataarkivet udpeget i forholdet mellem aktørerne og til det fælles tredje.

5.2.2 Analyseapparat

I analysen bearbejder vi dialogen mellem den sundhedsprofessionelle og den mandlige patient gennem kommunikationstrekanten med det formål at udpege og bearbejde de mest centrale diskurser, livserfaringer og interaktionsordner i en potentiel dialog. Vi erkender, at modellen er relationel, hvilket indebærer, at de to aktører samt det fælles tredje, altid vil være til stede, også når vi zoomer ind og ud på relationerne hver især. Til at danne overblik over undersøgelsens fremgangsmåde for analysen har vi udarbejdet nedenstående Figur 15:



Figur 15: Undersøgelsens analyseapparat

Til at fremanalysere hvilke ord/tegn som danner de centrale diskurser fra Engagementsfasen inddrager vi, som beskrevet, også Laclau og Mouffes (1985) diskursanalytiske begreber. Analysen er således delt op i tre dele, herunder:

1. Relationen mellem den sundhedsprofessionelle og tredjeleddet (A & C)
2. Relationen mellem den mandlige patient og tredjeleddet (B & C)
3. Relationen mellem den sundhedsprofessionelle og den mandlige patient (A & B)

De centrale fremanalyserede diskurser bringer vi således med videre til Forandringsfasen. Her udarbejder vi grundstenene til en kampagne, som skal være med til at mindske eller opløse tovejs tabuet i dialogen.

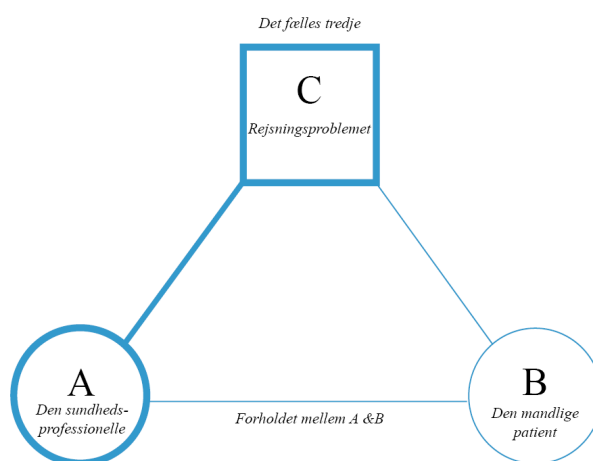
Aktørerne i dialogen, den mandlige patient og den sundhedsprofessionelle, har som tidligere beskrevet, hver sin rygsæk med ind i dialogen. På grund af deres roller og forskellige positioner i dialogen, argumenterer vi for, at siden de hver især bringer forskellige diskursive net med ind i dialogen, påvirker det hvordan de snakker om det fælles tredje.

På nuværende tidspunkt er det den sundhedsprofessionelles ageren og stedlige placering, der påvirker og dominerer dialogen om seksualitet med den mandlige patient. Gennem analyseapparatet får vi mulighed for at udpege og fremanalysere, hvad der ligger til grund for

dette, med formålet at ændre det diskursive net som muligvis fodrer to-vejs tabuet. Dette er illustreret i form af den sorte cirkel som omringer analysens stillads, Kommunikationstrekanten, MDA og Laclau og Mouffe, som leder videre til Forandringsfasen.

5.3 Relationen mellem den sundhedsprofessionelle og det fælles tredje

I nærværende analyse har vi udvalgt centrale emner fra dataarkivet, herunder undervisning på sygeplejerskeuddannelsen, hvordan seksualitet skal forstås samt hvordan et rejsningsproblem diskursivt er italesat hos de sundhedsprofessionelle.



Figur 16: Fokus på A & C

5.3.1 Undervisning på sygeplejerskeuddannelsen

Som tidligere beskrevet i Engagementsfasen er der på sygeplejerskeuddannelsen ikke meget fokus på seksualitet i undervisningen (jf. 4.2.2 Undervisning i seksualitet). Else forklarer, at hun i løbet af sin tid på sygeplejerskeuddannelsen kun modtog 2 x 45 minutters undervisning (Bilag 2, s. 2, l. 23-30), hvilket vi påstår ikke er tilstrækkelig tid til fyldestgørende at dække seksualitetens mange facetter og rådgivning heraf (jf. 2.1 Seksualitet). Else forklarer yderligere, at denne mangel på undervisning er grunden til, at hun i starten af sin karriere ikke følte sig fagligt nok klædt på, til at give et kvalificeret svar, når patienter spurgte ind til seksuelle problemer, hvorfor hun sendte dem videre (Bilag 2, s. 2, l. 23-30). Birgitte italesætter også den manglende undervisning i seksualitet på sygeplejerskeuddannelsen, som værende en stor faktor til det eksisterende to-vejs tabu (Bilag 3, s. 3, l. 33-34 - s. 4, l. 1-2). Lena fortæller, at hun to

gange årligt “har en håndfuld studerende eller flere, som giver udtryk for at det (seksualitet) stadigvæk [...] ikke italesættes.” (Bilag 6, s. 12, l. 5-7), hvilket tyder på, at de uddannelsesansvarlige er velvidende om, at to-vejs tabuet eksisterer.

Lena forklarer ydermere, at på sygeplejerskeuddannelsen er det kun er 20-29 elever, som har mulighed for at blive undervist i det valgfrie element i seksuel sundhed på 7. semester ud af de 100-110 sygeplejerskestuderende på uddannelsen (Bilag 6, s. 4, l. 25-28). Modsat valgfaget på 4. semester fokuserer 7. semesters valgfaget på andet end bare kroppens anatomi, da der her undervises i flere af sexologiens mange facetter (Bilag 6, s. 3, l. 13-16; jf. 4.2.2 Undervisning i seksualitet). Der er derfor i tillæg til manglende undervisning også begrænset mulighed for at deltage i valgfaget.

I Elses tilfælde har denne mangel på viden og undervisning om seksualitet gjort, at hun følte sig nødsaget til at videreuddanne sig (Bilag 2, s. 5, l. 7-11; Bilag 2, s. 2, l. 23-30; Bilag 2, s. 4, l. 8-10). Herefter begyndte hun at se problemet på den manglende viden mere tydeligt i andre afdelinger af Sundhedsvæsenet:

Og efterhånden så har jeg været på så forskellige afdelinger, og kørt som vikar i mange år, og var altid nysgerrig både med stomiafdelingen. Hvorfor snakker I ikke seksualitet? ‘Ej, jamen, nu har jeg været sygeplejerske i 30+ år og det har jeg aldrig oplevet at det skulle være et problem’ (Bilag 2, s. 5, l. 22-24)

Ud fra ovenstående citat tyr sygeplejersken til mønstergenkendelse og mekanisering i behandlingen, hvilket helst skal undgås for at give den bedste behandling (jf. PLISSIT-modellen). Hvis de sundhedsprofessionelle, den mandlige patient møder i forbindelse med sygdom, ikke italesætter seksualiteten, fordi de er af den overbevisning, at der ikke eksisterer et behov for sexologisk rådgivning grundet mekanisering, hvor skal manden så søge hjælp? Her kan han ty til internettet, som ifølge Else også er mangelfuld, da de “får at vide ‘æd de her piller, og så står den de næste 3 dage’” (Bilag 2, s. 3, l. 33-34). Aspektet om viden på internettet analyserer vi nærmere i afsnit 5.4 *Relationen mellem den mandlige patient og det fælles tredje*. Birgitte forklarer ydermere, at når hun sætter seksualitet i fokus i undervisningen, er det som oftest for sundhedsprofessionelle, herunder sygeplejersker og andre fagpersoner med sundhedsfaglig uddannelse (Bilag 3, s. 3, l. 13-15). Det indikerer et yderligere behov for undervisning i seksualitet hos de sundhedsprofessionelle.

Gennem interviewene blev det derfor tydeligt, at der rundt i Sundhedsvæsenet også er en manglende viden, der gør det svært for den sundhedsprofessionelle at invitere til dialog om seksualitet, hvorfor det ikke kun er den nuværende uddannelse, som er mangelfuld.

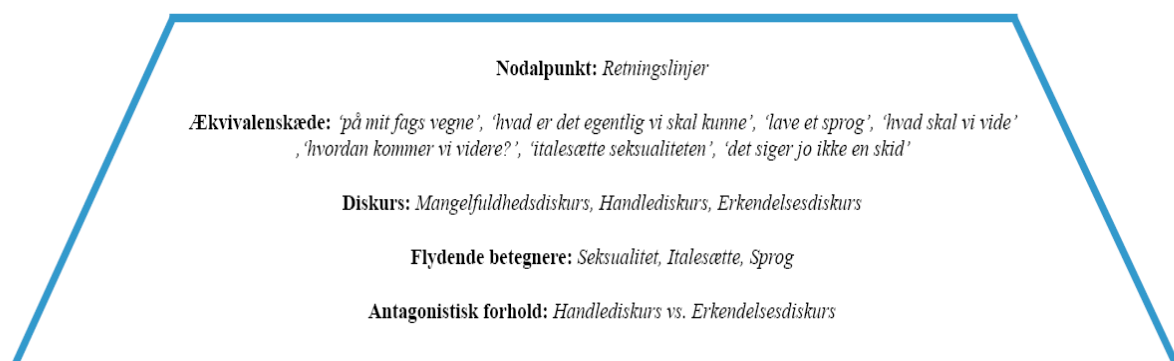
Grundet manglen bliver den sundhedsprofessionelles relation til tredjeleddet meget lille, hvis ikke tæt på ikke-eksisterende, og da denne mangel kan ligge til grund for to-vejs tabuet, ser vi det som et centralt emne at analysere nærmere.

Bedre retningslinjer

Ifølge Larsen & Raudaskoski (2016, s. 100) er det i forbindelse med livserfaringen, at mennesket lærer at benytte medierende midler, eksempelvis hvordan den sundhedsprofessionelle skal rådgive sin patient. På grund af manglende viden om seksualitet i uddannelsen, bliver rådgivning og viden dertil ikke en del af den sundhedsprofessionelles livserfaring. Der opstår således mangel på de nødvendige medierende midler, som skal benyttes, hvorfor det kan være svært at bygge en relation til det fælles tredje i dialogen.

I interviewet med Else ytrer hun også et ønske om en guideline til, hvorledes dialogen skal tages op:

På mit fags vegne der kunne det være interessant at få nogle bedre retningslinjer om jamen hvad er det egentlig vi skal kunne, fordi det der med at vi siger at vi skal kunne italesætte seksualiteten, det siger jo ikke en skid. Fordi hvordan er det, hvad skal vi vide hvordan er det, altså det der med at kunne lave et sprog for hvordan gør man det, og hvordan kommer vi videre? (Bilag 2, s. 17, l. 15-18)



Nodalpunkt 2: Retningslinjer

Ud fra ovenstående citat har vi fundet frem til at nodalpunktet er *'retningslinjer'*, da det etablerer betydningen af artikulationen. Else benytter ækvivalenterne *'hvad er det egentlig vi skal kunne'*, *'lave et sprog'*, *'hvad skal vi vide'*, *'hvordan kommer vi videre'* og *'på mit fags vegne'* til at etablere nodalpunktet. De benyttede ækvivalenter indikerer, at hun allerede ved, at problemet eksisterer, men ikke har løsninger i forhold til, hvordan den sundhedsprofessionelle skal komme ud over problemet. Ækvivalenterne *'italesætte seksualiteten'*, *'det siger jo ikke en skid'* og *'hvordan kommer vi videre'* trækker på en betydning af mangel inden for faget. De mange hv-spørgsmål, som hvad og hvordan, trækker derudover på betydningen af nysgerrighed og frustration, som sammen danner en handlediskurs. Hun vil gerne have svar på, hvordan hun skal løse det, hvorfor der ydermere opstår en erkendelsesdiskurs i artikulationen.

Vi ser et antagonistisk forhold mellem disse to diskurser, da begge forsøger at betydningsudfylde *retningslinjer*. På hendes fags vegne har hun er kendt, at der er mangel af retningslinjer til at italesættelse seksualitet, da det bare at sige det *'ikke siger en skid'*. Af denne frustration forsøger hun selv at betydningsudfylde, hvad *retningslinjer* skal indebære, herunder *'lave et sprog'* og *'hvad skal vi egentlig kunne'*, som frembringer handlediskursen, der kæmper imod erkendelsesdiskursen. Vi argumenterer derfor, at retningslinjer til hvordan dialogen skal igangsættes med en eventuelt sprogbrug, er en central del at medbringe i Forandringsfasen.

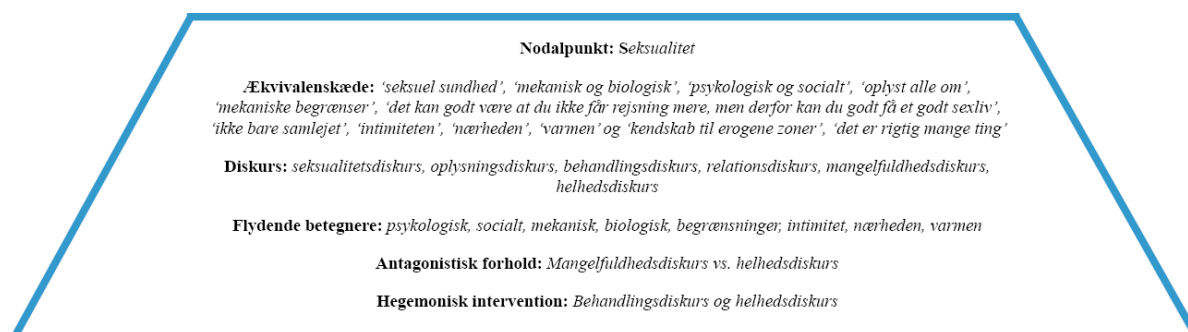
Samme ønske om retningslinjer og redskaber til at "blive bedre til at snakke med patienterne om seksuelle problemstillinger" (Bilag 6, s. 5, l. 3-8), er også noget de sygeplejerskestuderende efterspørger. Der er således et ønske om at forbedre dialogen men, "de siger stadigvæk at de vil gerne have snakket lidt mere, eller have haft nogle kommunikationsøvelser" (Bilag 6, s. 10, l. 28-30), hvorfor undervisningen på sygeplejerskeuddannelsen må betragtes som værende mangelfuld - både i form af mulighed for deltagelse, men også i form af redskaber og retningslinjer til selve rådgivningen af seksualitet. Birgitte forklarer samme behov for en tilrettelæggelse af dialogen, fordi det er svært at finde den fine balancegang mellem, at vise den sundhedsprofessionelle er åben for dialogen, samtidig med ikke at pådutte patienten et problem (Bilag 3, s. 15, l. 6-12).

Videre i analysen finder vi det vigtigt at forstå, hvordan seksualitet diskursivt forstås hos den sundhedsprofessionelle. Seksualitet er, som tidligere beskrevet, forankret i menneskets tilværelse (jf. 2.1 Seksualitet).

5.3.2 Hvordan skal seksualitet forstås?

Seksualitet ændrer sig i takt med livssituationen, herunder også under et sygdomsforløb, og det er derfor vigtigt at tænke bredt som vi tidligere har begrebsafklaret (jf. 2.1 Seksualitet). Samme forståelse ser vi også i interviewet med Lena:

Det jo det at seksuel sundhed eller seksualitet det jo både noget mekanisk og noget biologisk, men det er også noget psykologisk og noget socialt, så øhm, bare det og få oplyst alle om at [...] når der bliver nogle mekaniske begrænsninger så er det ikke bare dem man skal tage sig af, men så er det måske lige netop at patienterne de også kan gøres opmærksomme på at det kan godt være at du ikke får rejsning mere, men derfor kan du godt få et godt sexliv. Så jeg synes det vil være vigtigt [...] virkelig tænke seksualitet bredt - fordi det er det. Det er ikke bare samlejet, det er også intimiteten, nærheden, varmen og kendskab til erogene zoner og så videre og så videre, det er rigtig mange ting (Bilag 6, s. 12, l. 21-30)



Nodalpunkt 3: Seksualitet

Ud fra ovenstående citat har vi fundet frem til, at nodalpunktet er 'seksualitet'. Lena benytter ækvivalenterne 'mekanisk og biologisk' og 'psykologisk og socialt' til at referere til *seksualitet* og *seksuel sundhed*. Hendes udsagn om seksualitet danner en betydning af, at seksualitet er bredt. Hun sætter samtidig også en parallel mellem *seksualitet* og *seksuel sundhed* med ordet *eller*, som danner en betydning af at seksuel sundhed inkluderer seksualitet. Med hendes livserfaring betydningsudfylder hun derfor *seksualitet* med *seksuel sundhed*.

Vi ser de flydende betegnere 'psykologisk' og 'socialt' som udfyldes af Lena med kompleksiteten bag et rejsningsproblem, hvorfor de får mening i forhold til nodalpunktet. *Seksuel sundhed* er noget *psykologisk* og *socialt*, som danner en betydning af menneske,

identitet og kultur, hvorfor rejsningsproblemet med rette også kan anses som værende komplekst. Dette introducerer samtidig en identitetsdiskurs. Et rejsningsproblem er derfor ikke kun en *mekanisk begrænsning*, men en del af en helhed '*man skal tage sig af*', hvor *man* er den sundhedsprofessionelle. Med denne ækvivalent opstår derfor en helhedsdiskurs og behandlingsdiskurs. Der opstår entydighed i, at behandlingen af *seksualitet* er en del af en helhed i behandlingen af patienten.

Hun trækker dog på en viden om, at det er alle, herunder også sundhedspersonalet, som skal oplyses om, hvor kompleks *seksualitet* egentlig er for *seksuel sundhed*. Det kan derfor antages, at der er behov for en bedre forståelse af behandlingen af seksualitet.

Videre i citatet kredser ækvivalenterne '*det kan godt være at du ikke får rejsning mere, men derfor kan du godt få et godt sexliv.*', '*tænke seksualitet bredt*', '*det er ikke bare samlejet*', '*nærhed*', '*intimitet*' og '*varme*'. Med disse ækvivalenter betydningsudfylder hun igen, at *seksualitet* er komplekst, som skal tænkes bredt - også for patienten. Ækvivalenten '*få oplyst alle*' taler til, at alle sundhedsprofessionelle skal oplyses om helheden i seksuelle problemer, hvilket introducerer en mangelfuldhedsdiskurs, som er i et antagonistisk forhold til helhedsdiskursen, da de begge kæmper om at udfylde *seksualitet*.

De flydende betegnelser: '*Det er ikke bare samlejet*', '*nærhed*', '*intimitet*' og '*varme*' trækker på en betydning om romantik og parforhold, som udgør en relationsdiskurs indenfor nodalpunktet. Vi ser ydermere, at ækvivalenten '*det er ikke bare samlejet*' sammen med ordet '*bare*' danner en implicit betydning af, at '*et godt sexliv*' før er blevet taget for givet og minimeret til et samleje.

Lena skaber med nodalpunktet *seksualitet* en kompleks seksualitetsdiskurs, hvor flere diskurser kredser omkring, herunder en helhedsdiskurs, behandlingsdiskurs, identitetsdiskurs, relationsdiskurs samt en mangelfuldhedsdiskurs. Forståelsen af hvad der kredser om seksualitet hos den sundhedsprofessionelle, tager vi med videre i Forandringsfasen.

Det er tydeligt, at seksualitet er en del af patientens generelle sundhed, hvorfor det også skal tænkes ind i dialogen i forbindelse med seksuelle problemer. Det kunne derfor være interessant at analysere hvordan rejsningsproblemet diskursivt italesættes hos den sundhedsprofessionelle, og om dette er entydigt med ovenstående ækvivalenter samt diskurser om seksualitet.

5.3.3 Den sundhedsprofessionelles syn på rejsningsproblemet

Som tidligere beskrevet har den sundhedsprofessionelle en tendens til at tænke at behandlingen af sygdommen er vigtigere end behandlingen af eventuelle seksuelle bivirkninger (jf. 1. Anledning). Birgitte forklarer, at:

Da jeg var i urologisk afdeling, der var vi gode til at sige til hinanden som sygeplejersker, at det vigtigste for patienten det er nok at blive rask af sin kræftsygdom, så kommer det sexologiske i anden omgang. Og når jeg nu sidder på den anden side i dag og ser patienterne, så siger de jo alle sammen, at det første jeg egentlig tænkte på da jeg fik diagnosen det var 'hvad nu med min rejsning', og 'vil min kone nu blive ved mig, hvis jeg nu ikke kan få rejsning efterfølgende' (Bilag 3, s. 2, l. 24-29)

Måden hvorpå rejsningsproblemet bliver prioriteret hos den sundhedsprofessionelle kan have betydning for dialogen. Hvis dialogen er som ovenstående, og den mandlige patient og den sundhedsprofessionelle er uenige om det fælles tredje, kan det potentielt ødelægge dialogen og styrke to-vejs tabuet yderligere. Begge aktører har en motivation for at deltage i dialogen, og kan dermed også have lyst til at styre, hvad tredjeleddet skal omhandle samt hvordan emnet skal betydningsudfyldes. Der kommer hertil også en betydning af aktørernes roller i dialogen, i forhold til den sundhedsprofessionelles myndighed og autoritet, hvilket vi diskuterer i afsnit 5.6 *Rollernes indflydelse på dialogen.*

Madsen (1996, s. 23) introducerer i forlængelse af Kommunikationstrekanten begrebet *Disinteresseret interesse*, som er en dialogisk forholdemåde. Hun arbejder hertil med begreberne *interesse-i* og *interesse-for*. Dét at have *interesse-i* kaldes "at have aktier i en given sag" (Madsen, 1996, s. 23), hvor modsætningen er *interesse-for*, da aktørerne besidder en mere nysgerrig tilgang til dialogen. Når aktøren har en *interesse-for*, er de åbne for, hvad tredjeleddet skal omhandle, hvorfor aktøren ikke bliver styret af en bagvedliggende motivation (Madsen, 1996, s. 23). I forhold til NA er dét aktørerne siger om deres praksis, ikke nødvendigvis lig med praksissen, hvorfor Madsens tredjeled og interesse-begreb kan hjælpe os med at udpege, hvor i dialogen to-vejs tabuet potentielt opstår.

I ovenstående citat er det tydeligt, at der er uoverensstemmelse om, hvad tredjeleddet skal være. Den sundhedsprofessionelle ser rejsningsproblemet som mindre vigtigt, og har her *interesse-i* at behandle sygdommen, frem for bivirkningen. Patienten har dog mere *interesse-i* bivirkningen gennem ytringen 'hvad nu med min rejsning?'. De to aktørers individuelle

motivation for, hvad tredjeleddet skal omhandle, er således skæv. Dialogen bør derfor foregå ud fra en interesse-for. Hver enkelt behandling skal vurderes forskelligt, og aktørerne skal sammen blive enige om det fælles tredje. Vi kan derfor i Forandringsfasen benytte de dialogiske forholdemåder som spilleregler til at styrke forholdet mellem de to aktører og deres relation til tredjeleddet.

Under observationen af Sundhedsstyrelsens hjemmeside beskrives handlingen ‘at gå til læge’. Herunder står, at det er de færreste borgere med langvarige lidelser, som går i dialog med deres læge om seksuelle problemer, hvilket ofte skyldes “at lægen har fokus på andre forhold” (Bilag 4.2, s. 19):

The screenshot shows the website of the Danish Health Authority (Sundhedsstyrelsen). The main heading is "Borgere med kroniske lidelser". The text explains that chronic diseases can affect sexual life and that many people do not talk to their doctor about these issues. A highlighted text box contains the following text: "Hvis man oplever seksuelle problemer, og hvis man opfatter det som et problem, skal man tale med sin læge om det. Undersøgelser viser, at en væsentlig andel af borgere med langvarige lidelser har seksuelle problemer, men de færreste har talt med deres læge om det. Det skyldes ofte, at lægen har fokus på andre forhold. En række patientforeninger har hjemmesider, hvor der også er information om, hvordan sygdommen kan påvirke seksualiteten." Below the text is a link: "> Sex og Samfund: Husk seksualiteten! (folder)". The page is dated "Opdateret 15 OKT 2019".

Bilag 4.2, s. 19

Det indikerer igen, at lægen har interesse-i sygdommen og lidelsen, og er styret af egne antagelser, hvilket betyder, at han/hun ikke åbner dialogen op med interesse-for hele mennesket.

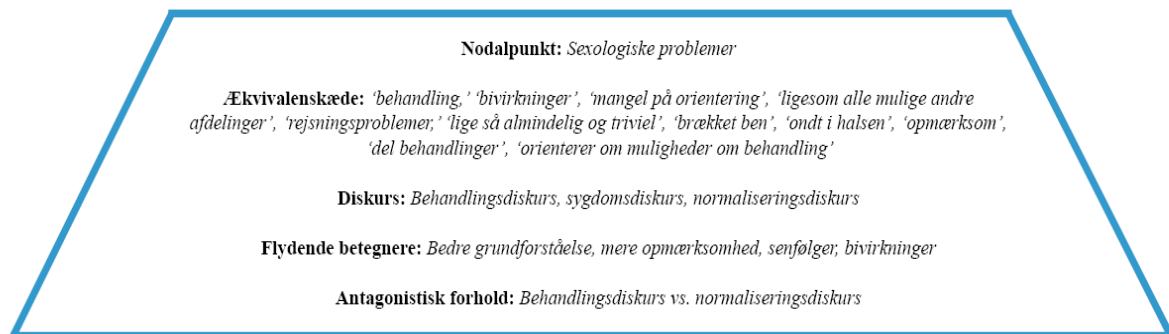
Når den sundhedsprofessionelle ved, at der er en del behandlinger af potentielt dødelige sygdomme, som giver sexologiske problemer (Bilag 3, s. 11, l. 10-12), og et seksuelt problem er koblet tæt sammen med identitet (jf. 2.3 Maskulinitet og identitet), dette burde også afspejles bedre i en helhedsbehandling og den vanskelige dialog med patienten.

I forbindelse med Birgittes interview, forklarer hun, hvordan Sexologisk Center behandler sexologiske sygdomme såsom rejsningsproblemer:

BL: Vi tager os af nogle problematikker, som oftest selv er bivirkninger eller senfølger af noget behandling.

MM: så du kunne godt tænke dig at problemet, altså rejsningsproblemer eller andre seksuelle problemer blev lige så almindelig eller trivielle som et brækket ben eller ondt i halsen eller hvad det nu kunne være?

BL: Ja, men altså netop også at man i sundhedssektoren er opmærksom på at der er en del behandlinger der også giver sexologiske problemer, og at man orienterer om det og orienterer om muligheder om behandling (Bilag 3, s. 11, l. 3-12)



Nodalpunkt 4: Sexologiske problemer

Ud fra ovenstående citat ser vi, at nodalpunktet er 'sexologiske problemer'. Ækvivalenterne 'bivirkninger', 'senfølger' og 'behandling', er alle er med til at definere nodalpunktet. De flydende betegne 'bivirkninger' og 'senfølger' bliver derfor udfyldt af 'sexologiske problemer', og danner en betydning af, at sexologiske problemer oftest opstår i forlængelse af en anden sygdom. Dette frembringer en behandlingsdiskurs og sygdomsdiskurs i omtalen om rejsningsproblemet.

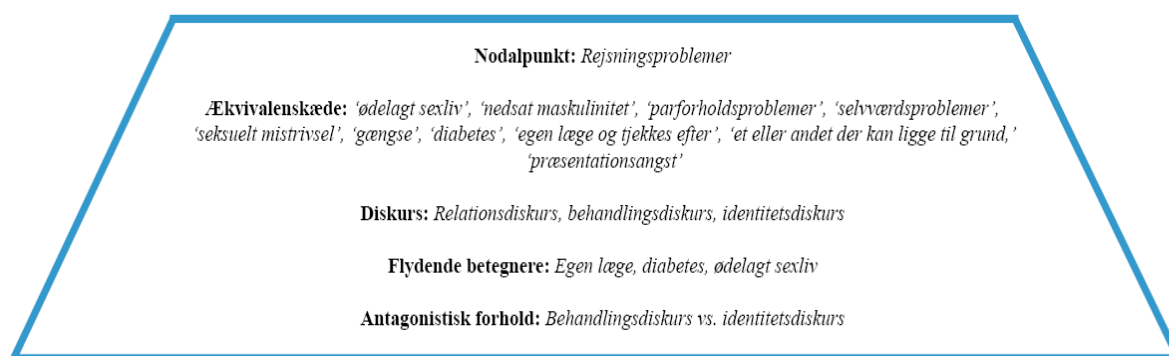
Mette Marie forsøger i samtalen at tilbyde en normaliseringsdiskurs gennem hendes brug af ækvivalenterne 'ligeså almindeligt', 'trivielt', 'brækket ben' og 'ondt i halsen' om et sexologisk problem, hvortil Birgitte svarer 'ja, men'. Med det *men* binder hun det sexologiske problem tilbage på en sygdoms- og behandlingsdiskurs sammen med ækvivalenterne, 'del behandlinger', 'orienterer' og 'mulighed for behandling'. Det tydeliggøres derfor gennem tegnene, at for hende er dét at have et rejsningsproblem betegnet med en sygdomsrelation, og

derved ikke ses som et problem i sig selv. Der opstår derfor i artikulationen et antagonistisk forhold mellem behandlingsdiskursen og normaliseringsdiskursen, der tilbydes. Det forstyrrer entydigheden af sexologiske problemer, da vi studerende trækker på det omkringliggende diskursive felt og prøver at konstituere behandlingsdiskursen med en anden definition.

Den fremanalyserede behandlingsdiskurs har først og fremmest en interesse-i sygdommen frem for rejsningsproblemet. For at optimere dialogen skal en diskursiv guide derfor fremhæve at patientens interesse-i skal imødekommes først, hvorfor den sundhedsprofessionelle behøver en interesse-for tilgang i dialogen.

Der er ifølge Else igen mange aspekter en sundhedsprofessionel burde tænke på, når de hører ordet rejsningsproblem:

Altså så tænker jeg ødelagt sexliv, og hvad jeg tænker at det øh, altså nedsat maskulinitet, parforholdsproblemer, selvværdsproblemer, seksuelt mistrivsel, hvad mere tænker jeg? Ja, dårligt sexliv. Også de her gængse, gad vide om der er diabetes eller tegn på noget andet, altså det der med at rejsningsproblemer, så skal man lige til egen læge og tjekkes efter. Er der et eller andet der kan ligge til grund for det, eller er det bare præstationsangst? (Bilag 2, s. 6, l. 19-25)



Nodalpunkt 5: Rejsningsproblemer

Vi ser nodalpunktet som 'rejsningsproblemer', der udfyldes med ækvivalenterne 'ødelagt sexliv', 'nedsat maskulinitet', 'parforholdsproblemer' og 'mistrivsel'. Sammen giver disse ækvivalenter betydningen af identitetsproblemer og forringet livskvalitet. Dette udgør en identitetsdiskurs. I artikulationen kan det tyde på, at hun prioriterer identitetsdiskursen før behandlingsdiskursen, som introduceres lige efter med ækvivalenterne 'diabetes' og 'tegn på

andet'. Med ordet *'gængse'* nedprioriterer hun rejsningsproblemet, som et sygdomsrelateret problem, hvor hun til slut betydningsudfylder det yderligere med *'bare præstationsangst'*. Der opstår derfor et antagonistisk forhold mellem behandlingsdiskursen og identitetsdiskursen, da de to ikke sammenkobles til én behandling, men de adskilles og betydningsudfylder rejsningsproblemet på hver deres måde.

'Ødelagt sexliv' går imod hvordan seksualitet er betydningsudfyldt i det tidligere afsnit. Her er rejsningsproblemer ikke nødvendigvis ensbetydende med at dét have et dårligt sexliv. Hvis den sundhedsprofessionelle går ind i dialogen og betydningsudfylder seksuelle problemer forskelligt fra dialog til dialog, trækkes der derfor på forskellige net af betydninger, hvilket i sidste ende påvirker relationerne i dialogen negativt. Hvis den sundhedsprofessionelle går ind i dialogen med entydig forståelse af seksualitet og seksuelle problemer, kan det hjælpe med at skabe entydighed i samtalen og påvirke relationerne positivt. Der opstår derved ikke modstridende diskurser, hvilket i sidste ende kan give den mandlige patient en bedre behandling.

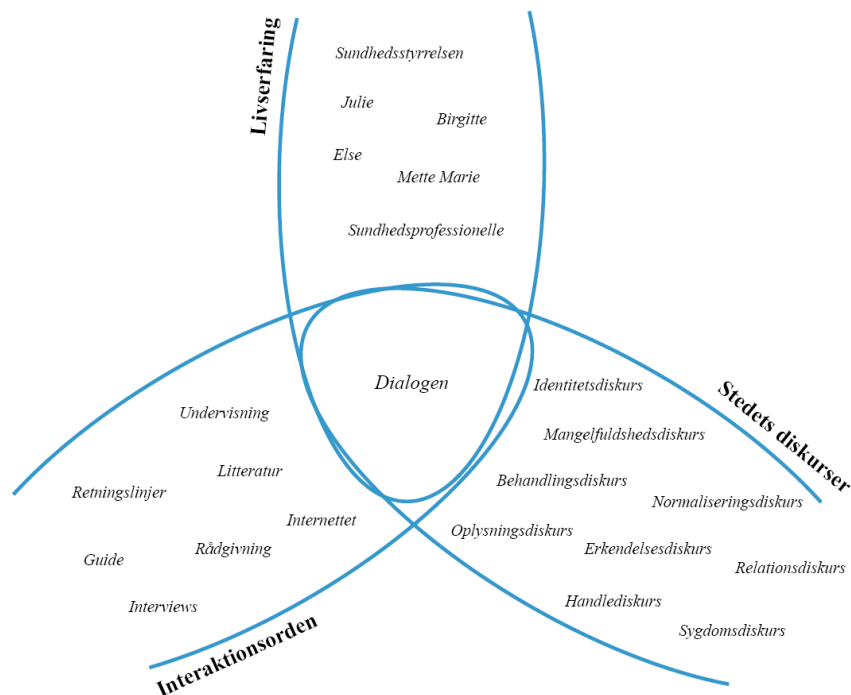
Hvis vi ser hvordan rejsningsproblemet og seksualitet bliver betydningsudfyldt af den sundhedsprofessionelle, er der både ligheder og forskelligheder. I seksualitetsdiskursen kredser diverse diskurser, herunder identitetsdiskurs, relationsdiskurs samt en helhedsdiskurs og behandlingsdiskurs versus en mangelfuldhedsdiskurs.

Få steder overlapper de kredsende diskurser hinanden, såsom under behandlingsdiskursen. Denne er ikke dog entydig i forhold til, hvordan de hver især udfylder henholdsvis seksualitet og et rejsningsproblem. Hvor *'seksualitet'* især er betydningsudfyldt af identitet, bliver rejsningsproblemet betydningsudfyldt af *'senfølger'* og *'bivirkning'*. Behandlingsdiskursen under seksualitet opstår derfor ud fra ækvivalenterne *'psykologisk'*, *'socialt'*, *'mekanisk'* og *'biologisk'*, som sammen danner en helhed, mens behandlingsdiskursen under rejsningsproblemer opstår ud fra ækvivalenterne *'senfølge af anden behandling og sygdom'*. Hvis der skal opstå entydighed i dialogen, må der benyttes en helhedsdiskurs i behandlingen, så de sammen kan skabe en ny forståelse af rejsningsproblemet i forbindelse med sygdom.

5.3.4 Opsamlende diskurscyklus

Opsamlende for relationen mellem den sundhedsprofessionelle og tredjeleddet (A & C) gør vi brug af diskurscyklussen for at udpege de centrale livserfaringer, interaktionsordner samt

stedets diskurser fremanalyseret i første del af analysen. De tages med videre i grundstenene til en kampagne i Forandringsfasen.



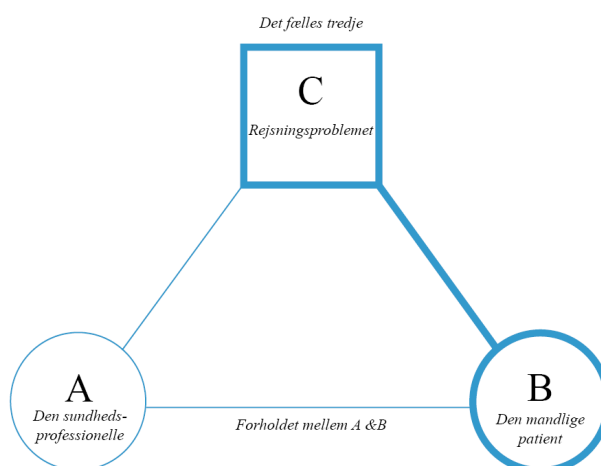
Figur 17: Opsamlende diskurscyklus (A & C)

Figuren viser, hvordan den centrale sociale handlen, dialogen, befinder sig i krydsfeltet mellem stedets diskurser, interaktionsordner og aktører.

Der er igennem første delanalyse blevet fremanalyseret, at der ikke er en entydig forståelse af, hvad behandlingsdiskursen skal indebære. Behandling og rådgivning i *seksualitet* er lavet ud fra en helhedsdiskurs, som er udfyldt af ækvivalenterne *psykologisk, socialt, mekanisk og biologisk*, mens behandlingsdiskursen under *rejsningsproblemer* er udfyldt af *senfølge og sygdom*. Den sundhedsprofessionelles primære interesse-i er derfor sygdommen, hvor der burde være en interesse-for patienten og det fælles tredje, som inkluderer helhedsdiskursen. Videre i forandringsfasen, skal dialogen således optimeres ved at skabe entydighed, så der ikke opstår modstridende diskurser.

5.4 Relation mellem den mandlige patient og det fælles tredje

I analysen mellem den mandlige patient og det fælles tredje, har vi udvalgt de centrale emner på baggrund af ovenstående Engagementsfase: “Vi vidste ikke, andre havde det problem”, Mandens forhold til det fælles tredje, Internetsøgninger og Maskulinitetstab.



Figur 18: Fokus på B & C

5.4.1 “Vi vidste ikke, andre havde det problem”

Grundet den manglende undervisning af de sundhedsprofessionelle, er den sygdomsramte mand ikke oplyst om de behandlingsmuligheder, der findes. Dette kan føre til, at manden føler sig alene med et problem, som mange mænd kan gå rundt med. Else forklarer vigtigheden af, at de sundhedsprofessionelle tager ansvar for dialogen og stiller relevante spørgsmål således:

Hvis behandleren ikke spørger, så fastholder vi patienten i den tro at der ikke er noget at gøre. At de er de eneste i hele verden. Det har jeg haft flere patienter der har sagt ‘vi vidste ikke andre havde det her problem’ ‘Jeg troede kun det var mig’ fordi det jo aldrig noget man har hørt noget om (Bilag 2, s. 4, l. 22-25).

Patienten kan blive fastholdt i den tro, “jeg troede kun det var mig”, hvis behandleren ikke spørger ind til problemet gennem en dialog. Problemets størrelse kan derfor forholde sig usagt for både manden og den sundhedsprofessionelle. På grund af den manglende uddannelse og dermed manglende viden, er de sundhedsprofessionelle ikke tilstrækkeligt oplyst om, at

seksuelle sygdomme eller symptomer kan gå ud over mandens parforhold, job, identitet og livskvalitet, hvorfor det ikke burde negligeres i behandlingen. Den manglende dialog og ringe forståelse af størrelsen af rejsningsproblemet for mandens livskvalitet, gives ikke, hvorfor dette øger to-vejs tabuet.

Else har blandt andet oplevet, at en mand af sin læge har fået at vide, at han ikke var syg nok til at blive henvist til Sexologisk Center (Bilag 2, s. 4, l. 7-10). Her er lægen med til at skabe to-vejs tabuet, da han affærdiger og negligerer mandens problem. På den ene side er manden ikke selv oplyst nok om sine behandlingsmuligheder, hvorfor han ikke forlanger yderligere behandling. Dette er til trods for at manden selv har bragt emnet på banen, hvorfor han anser det som et stort problem, der burde være dét tredjeleddet skal omhandle. På den anden side hvis ikke den sundhedsprofessionelle er opdateret på behandlingsmulighederne, risikerer han/hun kun at symptombehandle sygdommen og dermed ikke inddrage mandens bivirkninger og bagvedliggende faktorer. Else oplever derfor, at mandens reaktion på Sexologisk Center er positiv, idet de ofte siger "gud kan jeg komme derind" og "jeg vidste ikke, at det eksisterede" (Bilag 2, s. 4, l. 7-10).

Alt det ovenstående påvirker tredjeleddet, da den mandlige patient kan føle sig afvist af den sundhedsprofessionelle, og den sundhedsprofessionelle samtidig ikke føler han/hun har nok viden om behandlingsmuligheder, hvilket bidrager til at tredjeleddet forsømmes.

Birgitte oplever, at problemet har så stor en betydning for den mandlige patient, at han ofte er meget berørt og ked af det (Bilag 3, s. 6, l. 16-17). En grund til at han ikke opsøger hjælp hos den sundhedsprofessionelle, kan være, at han både er ked af at have et rejsningsproblem og er forlegen, da emnet befinder sig i en intimsfære, hvilket kan være en prøvelse for hans maskulinitet (jf. 2.3 Maskulinitet og identitet; jf. 4.4.3 Mænd og identitet). Dette er endnu engang med til at påvirke relationen til tredjeleddet.

5.4.2 Mandens forhold til det fælles tredje

Birgitte fortæller, at der ikke er en generel gruppe af mænd, som benytter sig af behandlingsmulighederne på Sexologisk Center. Hun forklarer derimod, at mændene i alder, job og baggrund, er lige så forskellige, som mennesker er forskellige (Bilag 3, s. 12, l. 27-31). Hvordan manden forholder sig til rejsningsproblemet og dermed det fælles tredje, er op til den enkelte mand. Hvor vi havde en forforståelse, om at alle mænd led nød under et rejsningsproblem, kan mandens relation til tredjeleddet være meget forskelligt. Nogle mænd lider et stort tab, hvortil det påvirker maskuliniteten (jf. Maskulinitetstab). Andre mænd oplever

ikke rejsningsproblemet som stort, da de ser deres maskulinitet være i forlængelse af intellekt, tankebaner samt måden hvorpå, de agerer (Bilag 3, s. 12, l. 27-31 - s. 13, l. 2-5). Eftersom manden opsøger hjælp, har seksualitet en betydning for dem, hvorfor der skal tages højde for det i dialogen. Vi må derfor forstå rejsningsproblemet som komplekst, hvor den sundhedsprofessionelles egen forforståelse af problemets natur og fylde, ikke må pådattes mandens oplevelse. Vi argumenterer derfor, at dialogen er nødsaget til at kunne rumme mange facetter af forskelligheder, og der findes således ikke én tilgang til dialogen. En tilgang som den sundhedsprofessionelle kan benytte sig af, er Madsens (1996) dialogiske forholdemåde *Metakommunikation*, som er *Talen-om*. *Talen-om* kan formindske misforståede budskaber i dialogen, som potentielt kan påvirke forholdet mellem den sundhedsprofessionelle og den mandlige patient og relationen til det fælles tredje.

Seksualiteten og de seksuelle problemers mange facetter italesætter Sex og Samfund også i deres seksualitetspakke (Bilag 12). Borgeren skal gennem hele livet forholde sig til krop, køn, relationer og identitet, og hvis han/hun rammes af alderdom eller sygdom, kan det have en negativ indflydelse på borgerens trivsel og dermed også livskvalitet. Det er derfor vigtigt at italesætte og/eller søge hjælp, så seksualiteten og livskvaliteten kan opretholdes på en positiv måde. I pjecen 'husk seksualiteten' ser vi betydningen af seksualitet for borgerens trivsel og livskvalitet:

SEKSUALITET – EN VIGTIG DEL AF BORGERENS TRIVSEL OG LIVSKVALITET

Seksualitet er en vigtig del af de fleste menneskers trivsel og livskvalitet. Mennesker udlever deres seksualitet på vidt forskellige måder i forskellige livsfaser, men for mange har seksualitet stor betydning for forholdet til ens krop, køn, relationer og identitet gennem hele livet.

Alderdom og sygdom kan påvirke seksualiteten negativt, men seksualiteten kan også have positiv betydning for trivsel og livskvalitet, når man bliver ældre eller rammes af sygdom. Det kan styrke borgerens trivsel og livskvalitet at få hjælp til at udleve sin seksualitet eller møde anerkendelse af, at seksualitet betyder eller har betydet meget for en.

Bilag 12, s. 5

Nodalpunkt: Seksualitet

Ækvivalenskæde: *'En vigtig del af borgerens trivsel og livskvalitet', 'udlever seksualitet på vidt forskellige måder i forskellige livsfaser', 'stor betydning', 'forholdet til ens krop, køn, relationer og identitet', 'gennem hele livet', 'Alderdøm og sygdom kan påvirke seksualiteten negativt', 'Det kan styrke borgerens trivsel og livskvalitet', 'Få hjælp til at udleve seksualitet', 'møde anerkendelse af at seksualitet betyder eller har betydet meget', 'for mange'*

Diskurs: *Identitetsdiskurs, livskvalitetsdiskurs, anerkendelsesdiskurs, sygdomsdiskurs*

Flydende betegnere: *Trivsel, livskvalitet, krop, køn, relationer, identitet, alderdom, sygdom*

Antagonistisk forhold: *Livskvalitetsdiskurs vs. sygdomsdiskurs*

Nodalpunkt 6: Seksualitet

Vi ser, at nodalpunktet er *'seksualitet'*, da det etablerer artikulationen. Ækvivalenterne *'en vigtig del af borgerens trivsel og livskvalitet', 'stor betydning' og 'forholdet til ens krop, køn, relationer og identitet'* er med til at danne betydning for nodalpunktet, og bidrager med en forståelse af seksualiteten. Ydermere fortæller ækvivalenten, at *'det kan styrke borgerens trivsel og livskvalitet'* at bevare en positiv tilgang til seksualiteten livet igennem, hvilket leder til en livskvalitetsdiskurs og identitetsdiskurs.

Ækvivalenskæden *'møde anerkendelse af at seksualitet betyder eller har betydet meget'* danner en betydning af, at når borgeren er i dialog om seksualitet, er det vigtigt at møde anerkendelse, da dette fremmer livskvaliteten. *'Anerkendelse'* kan derfor være med til at opretholde en relation til aktørerne imellem og til det fælles tredje, hvilket introducerer en anerkendelsesdiskurs. Ækvivalenten *'betyder eller har betydet meget'* giver igen en indikation af, at seksualitet er komplekst. Den sundhedsprofessionelle må ikke antage, at den mandlige patient, som enten kan være ældre eller sygdomsramt - eller begge dele - ikke har en seksualitet, hvorfor en forventningsafstemning om det fælles tredje forud for dialogen kan være nyttig. Dette fordrer en sygdomsdiskurs. Forventningsafstemningen kan således ske i form af en Talen-om, hvilket kan forbedre forholdet mellem den sundhedsprofessionelle og den mandlige patient samt deres relation til tredjeleddet.

De flydende betegnere *'alderdom'* og *'sygdom'* får hermed mening i forhold til seksualitet, og giver en forståelse af, at der er et vigtigt fokus på blandt andet livskvalitet og trivsel.

Der opstår en hegemonisk intervention mellem livskvalitetsdiskursen og sygdomsdiskursen med ækvivalenten *'få hjælp til at udleve seksualitet'*, hvorfor rejsningsproblemet med den rette behandling, kan få en positiv indflydelse på livskvaliteten. Dette sker blandt andet ved den rette rådgivning og anerkendelse af, at seksualiteten forandres ved en sygdom, hvorfor det må være en del af det fælles tredje i dialogen. Forandring af seksualiteten må af den sundhedsprofessionelle og mandlige patient, ikke kun anses som negativ, da det kan være med

til at fodre tabuet om seksualitet. Der må dermed gøres op med den negative opfattelse af, at sygdom er lig med tab af seksualitet og dermed livskvalitet, gennem den hegemoniske intervention 'at få hjælp'. Livskvalitet skal derfor inkluderes i dialogen med den sundhedsprofessionelle om det fælles tredje, så seksualitet ikke blot er en bivirkning af alderdom eller sygdom.

Vi ser de samme forhold i vores data fra patientforeningen (Bilag 4.2, s. 44) hvor det i teksten under kategorien "seksualitet i et livsperspektiv" skrives, at "det er vigtigt at støtte alle til en positiv seksuel udvikling fra barndom til alderdom", hvorfor vi argumenterer, at livskvalitet og seksualitet går hånd i hånd.

GÅ TILBAGE VIDEN SEKSUEL SUNDHED

Seksualitet i et livsperspektiv

Menneskers seksuelle sundhed påvirkes af livsomstændigheder som fx alder, forældreskab og visse sygdomme og behandlinger – og omvendt kan seksuel mistrivsel have store konsekvenser for en persons generelle sundhed. Det er derfor vigtigt at støtte alle til i en positiv seksuel udvikling fra barndom til alderdom.

Særligt sårbare grupper

- Børn og unge
- Ældre

Borgere med kroniske lidelser

LGBTI-personer

Befolkningsundersøgelse om seksualitet

Ifølge Verdenssundhedsorganisationen WHO er seksuel sundhed en tilstand af fysisk, følelsesmæssig, mental og social trivsel relateret til seksualitet – det er ikke alene fraværet af sygdom, dysfunktion eller skrøbelighed. Seksuel sundhed kræver derfor en positiv og respektfuld tilgang til seksualitet og seksuelle forhold, såvel som muligheden for at have lystfyldte og sikre seksuelle oplevelser, fri for tvang, diskrimination og vold.

Det professionelle arbejde med seksuel sundhed sigter mod at støtte mennesker i en positiv seksuel udvikling fra tidlig barndom til sen alderdom – herunder at skabe rammerne for, at alle har mulighed for at udleve et tilfredsstillende seksualliv under deres givne livsomstændigheder. Konkret betyder det bl.a. at mindske forekomsten og spredningen af sexsygdomme, at mindske forekomsten af uønskede graviditeter og at bekæmpe uønskede seksuelle oplevelser.

> [WHO: Sexual Health](#)

> [Sex og Samfund](#)

Bilag 4.2, s. 44

Birgitte sætter ord på den indre kamp manden kan have i forbindelse med det fælles tredje. Hun forklarer, at det kan vække en form for skyld og skam hos den mandlige patient, at tænke på rejsningsproblemet i forlængelse af eventuel kræftsygdom, hvilket kan få ham til at stille spørgsmål i forhold til hans identitet:

De der begreber der hedder skyld og skam, de jo sådan meget besynderlige følelser egentlig, fordi hvorfor er man skamfuld over for en bivirkning man har fået fra en operation, altså. Og det tror jeg er den identitetsproblematikken igen, det der med ikke at føle sig god nok og ikke leve op til (Bilag 3, s. 7, l. 17-20)

Manden kan i forbindelse med en sygdom ikke kontrollere de efterfølgende bivirkninger, men føler stadig skyld og skam over at se bivirkningen som et større problem end selve sygdommen. At manden føler skam over et rejsningsproblem, kan hænge sammen med hans identitet. Uden en rejsning føler den mandlige patient sig ikke “som en rigtig mand, og det er jo ikke noget man står og fortæller om offentligt, og det er jo også derfor, at det er så tabuiseret” (Bilag 3, s. 5, l. 8-9). Et seksualitetsproblem er derfor også et identitetsproblem (Bilag 3, s. 5, l. 11-12). Vi plæderer for, at identitet og maskulinitetstab hænger sammen, da begge kan være bivirkninger af hinanden.

I podcasten *Tændt* i episoden 'Cancer og Seksualitet' bliver seksualitet også italesat som betydningsfuldt for livskvaliteten, da det er både biologisk, psykologisk og socialt essentielt (Bilag 7.2).

En patient fortæller i episoden, at han følte sig malplaceret og skamfuld, da han stadig havde lysten til sex under sit kræftforløb. Vi kan hertil undre os over hvorfor manden føler sig skamfuld over en lyst han stadig har, på baggrund af en sygdom, han ikke selv har forårsaget. Selv i en situation som denne, burde det være oplagt at italesætte seksualiteten, og de tanker der følger med.

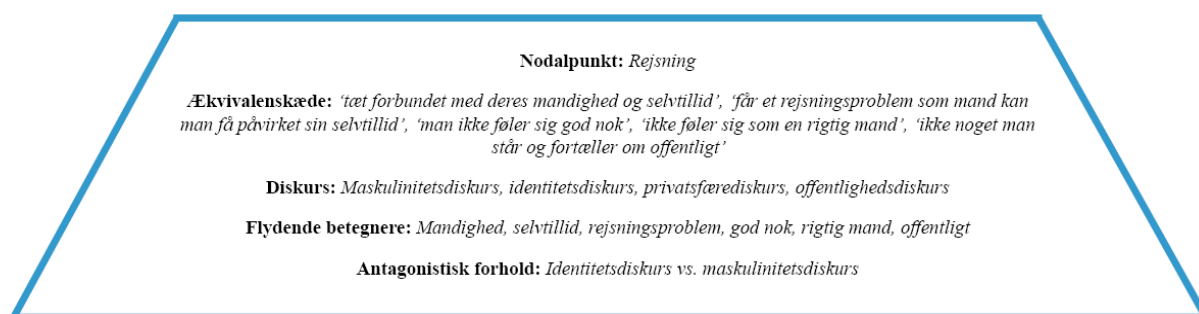
Birgitte forklarer, som tidligere beskrevet, at seksualitet er et meget tabuiseret emne, da hun ofte har oplevet, at sygeplejersker kun har patientens fysiske helbred for øje og interesse-i sygdommen. Den sundhedsprofessionelle har dermed ikke interesse-for patienten, og de bekymringer sygdommen eller dens bivirkninger giver den mandlige patient på det mere psykiske plan. Her giver Birgitte et eksempel på, at patienterne alle sammen siger, “at det første jeg egentlig tænkte på da jeg fik diagnosen det var ‘hvad nu med min rejsning’, og ‘vil min kone nu blive ved mig hvis jeg nu ikke kan få rejsning efterfølgende?’” (Bilag 3, s. 2, l. 22-29). Dette giver igen en indikation af, at identiteten og problemet befinder sig i en privat- og intimsfære, som går dybere end symptomet, fordi maskulinitetstab, lav selvtilid og frygten for at miste sit parforhold er på spil. Problemer med seksualiteten skal og må dermed ikke negligeres, men skal derimod italesættes i dialogen. Mandens relation til det fælles tredje inkluderer oftere bivirkningerne af sygdommen, og det bagvedliggende der kan opstå, end sygdommen i sig selv. Den sundhedsprofessionelle skal derfor altid medtænke, italesætte og anerkende mandens oplevelse og bekymringer i forhold til det fælles tredje i dialogen.

Maskulinitetstab

I episoden 'Rejsningsproblemer - hvad kan du gøre?' fra podcasten *Tændt* (Bilag 7.1) taler en 48-årig mand med diabetes om hans liv med rejsningsbesvær. Han forklarer, at mandigheden og maskuliniteten står for skud, når der er problemer med rejsningsevnen. Han sætter ord på hvordan han oplever, hvor grænseoverskridende det er at skulle starte en dialog med sin læge og i det hele taget italesætte det. Denne tvivl var også central for en anden anonym mand i samme podcast, hvis manglende rejsning udfordrede hans selvbillede og mandighed. I podcasten kredser blandt andet diskurser om maskulinitet og ensomhed.

Vi kan derfor tale om, at nogle mænd kan opleve et maskulinitetstab, hvis rejsningen ikke fungerer (Bilag 3, s. 13, l. 1-2). Af den grund sidder mange mænd ikke kun med et fysisk problem, der kan være en bivirkning af en anden sygdom, men med et psykisk problem, da rejsningen ligger så dybt i mandens identitet, at han forbinder det med at være en 'rigtig mand'. Birgitte forklarer, at:

Det at få en rejsning er for mænd, meget meget tæt forbundet med deres mandighed og selvtillid, og det vil sige, at hvis man får et rejsningsproblem som mand kan man få påvirket sin selvtillid, og det betyder at man ikke føler sig god nok, og ikke føler sig som en rigtig mand, og det er jo ikke noget man står og fortæller om offentligt (Bilag 3, s. 5, l. 5-9)



Nodalpunkt 8: Rejsning

Dette citats nodalpunkt ser vi som 'rejsning'. Ækvivalenten 'tæt forbundet med deres mandighed og selvtillid' fortæller, at rejsning påvirker manden på andre måder end blot selve det mekaniske ved rejsningsproblemet. Det er derfor vigtigt, som tidligere beskrevet, at de sundhedsprofessionelle ser på, hvordan problemet kan påvirke det hele menneske, og ikke kun hvordan de behandler selve rejsningen.

Mandens relation til rejsningsproblemet og hans selvtillid, kredser i en tro om, at han ikke er 'god nok' og 'mand nok', hvis ikke han kan præstere en brugbar rejsning. Disse ækvivalenter udleder en maskulinitetsdiskurs og identitetsdiskurs. De flydende betegnelser 'mandighed', 'selvtillid', 'god nok' og 'rigtig mand' får, i forhold til nodalpunktet 'rejsning' og ækvivalenskæden, en bestemt mening, som i en anden relation til det fælles tredje kan opnå en helt anden mening. Eksempelvis i en dialog mellem den sundhedsprofessionelle og en kvindelig patient eller i en samtale mellem to venner. Idet manden ikke 'fortæller om det offentligt', skaber det samtidig en betydning af, at rejsningsproblemet befinder sig i en privatsfære.

Vi ser et antagonistisk forhold mellem diskurserne maskulinitet og identitet, da disse to ikke kan forenes i mandens forhold til det fælles tredje; rejsningen. Vi vil med undersøgelsen gerne opløse dette antagonistiske forhold gennem en hegemonisk intervention med normaliseringsdiskursen, så mandens forhold til det fælles tredje muligvis ikke forårsager maskulinitetstab og en identitetskrise.

Vi finder det derfor relevant at forstå og analysere nærmere, hvad det vil sige at være maskulin, og hvordan det opfattes.

Birgitte ser maskulinitet, som: "jamen det jo øhm, det jo så nogle lidt mere gamle begreber med styrke, og overblik, handlekraft, øhm. Tage føring" (Bilag 3, s. 11, l. 19-21), hvilket er en opfattelse, Else er enig i:

Jamen maskulinitet det er jo muskelstyrke, det er jo en mand der kan tage kvinden når som helst og hvor som helst. Det er jo en mand der kan få en rejsning han er jo maskulin, men en mand der ikke kan få en rejsning, han er jo sådan lidt mere, altså mand eller mus ikke, altså han kan jo ikke det samme, i hvert fald i mandens øjne (Bilag 2, s. 12, l. 32-33 - s.13, l. 1-2)

Birgitte og Else deler altså samme opfattelse af, hvad det vil sige at være maskulin. Denne opfattelse kan vi argumentere for, er indbegrebet af dansk hegemonisk maskulinitet (jf. 2.3 Maskulinitet og identitet), da denne er bestemt ud fra kultur. Vi kan dermed tale om, at de som sundhedsprofessionelle ubevidst er med til at støtte op om en 'gammel' ide om, hvad det vil sige at være maskulin. Relationen til den mandlige patient og til tredjeleddet er dermed muligvis ubevidst fastholdt i, at et rejsningsproblem er et privat problem og et maskulinitetstab. Hvis dette er den overbevisning, den gængse dansker - og sundhedsprofessionelle - har, er det

derfor også med til at påvirke relationen til tredjeleddet. På grund af af aktørernes livserfaring medtages denne overbevisning i dialogen, bevidst eller ubevidst.

I *Sex på recept* viser den mandlige patient, Jan, at dét at tage føring og få kontrollen tilbage efter sit rejsningsproblem, betyder meget for ham. Han viser en magtesløshed i ikke selv at kunne kontrollere sin rejsning og frustration ved, at hans penis er 'blød på midten' (Bilag 11.1, s. 7). I øjeblikket hvor Birgitte introducerer den indopererede penispumpe, siger han "så kan man fandeme selv bestemme" (Bilag 11.1, s. 13), hvilket understøtter, at magt og dét at tage styring kan være en vigtig del af det at være mand, hvorfor manglen på samme påvirker selvbilledet.

Bloksgaard et al. (2015, s. 160) forklarer, at den ideelle maskuline mand er maskulin nok til også at vise sin emotionelle side. Det kan derfor diskuteres, at når den mandlige patient får rejsningsproblemer, som er tæt forbundet med dét at 'være mand nok', mister sin maskuline 'ret' til at italesætte det. For at mindske eller bryde to-vejs tabuet, skal det tidligere beskrevne antagonistiske forhold mellem maskulinitetsdiskursen og identitetsdiskursen i mandens relation til det fælles tredje, derfor opløses. Svend Aage Madsen (2014, s. 107-108) forklarer, at en udfordring i kommunikationen med den mandlige patient er, at i forbindelse med en diagnose søger han at opnå selvbestemmelse. Det kan hertil diskuteres, om denne reaktion og formålet med at opnå selvbestemmelse er et forsøg på, at tage styringen tilbage over maskuliniteten. Det kan derfor være med til at understøtte, når den sundhedsprofessionelle har en interesse-for dialogen, i stedet for en umiddelbar interesse-i sygdommen, giver han/hun den mandlige patient lov til at være med til at bestemme og være med i talen-om, hvad dialogens tredjeled skal omhandle.

5.4.3 Internetsøgninger

Der er mange måder manden kan forberede sig på, når en samtale med en sundhedsprofessionel står for døren. Men før samtalen overhovedet finder sted, har manden et ocean af muligheder for at søge 'selvhjælp' på internettet. Vi har tidligere erfaret, at den mandlige patient har diverse forventelige omkringliggende aktører med i sin 'rygsæk' herunder, *Sexologisk Center, internettet, Sex & Samfund, praktiserende sundhedsfolk og dokumentarer og podcasts* (Figur 8). Med disse aktører som potentielle erhvervede erfaringer forud for dialogen, har den mandlige patient et bredt udvalg af information og erfaring, der kommer fra forskellige kilder – nogle mere troværdige end andre. Vi erfarer dog, at manden kan få forvildet sig ind på hjemmesider, der lover en hurtig, diskret og nem løsning på rejsningsproblemer. Else mener,

at der er mange upålidelige hjemmesider, som lokker mændene med hurtige løsninger, der ikke altid er lige troværdige “Men jeg synes det er forfærdeligt, altså alle de der fælder eller alle de der gode tilbud, nu kunne du bare, og tag det her kursus, æd flere asparges” (Bilag 2, s. 4, l. 2-3). Der findes dog også troværdige hjemmesider, som giver manden et mere fagligt svar og begrundelse for hans problem. Birgitte udtaler, at hun “synes der ligger forholdsvis lødige informationer også på nettet generelt om rejsningsproblemer i forbindelse med sygdom [...] så hvis man som patient søger lidt, så får man også noget viden” (Bilag 3, s. 7, l. 11-13).

Efter en hurtig Googlesøgning om rejsningsproblemer (Bilag 4.3, s. 49-50) stødte vi blandt andet på hjemmesiderne ‘shytobuy.dk’ og ‘behandlingdiskret.dk’ efterfulgt af de mere faglige sider som ‘netdoktoren.dk’, ‘sundhed.dk’ og ‘apoteket.dk’. Udover de ovenstående hjemmesider dukkede sexolog Maj Wismann også op med hjemmesiden Websexolog.dk (Bilag 4.1). Her rådgiver hun danskere med deres seksuelle problemer. I brevkassen på hendes hjemmeside, kan danskerne stille anonyme spørgsmål og dermed søge hjælp til ubesvarede spørgsmål omkring seksualitet. At der er et behov for anonymitet inde i hendes brevkasse, introducerer en diskretionsdiskurs. På Sexologisk Centers hjemmeside kan manden sidde hjemme, og se hvilke behandlingsmuligheder der findes, samt hvordan han kan forberede sig til en eventuel samtale med en sundhedsprofessionel (Bilag 4.5, s. 78). Sexologisk Center skriver på deres hjemmeside i introduktionsteksten, at “har man rejsningsbesvær, kan det påvirke ens egen opfattelse af “at være mand”. Nogle mænd kan føle, at de ikke “slår til” over for en partner.” (Bilag 4.5, s. 76):

Behandling af rejsningsbesvær

Indholdsfortegnelse

[Sådan foregår behandlingen](#)

[Sådan forbereder du dig](#)

[Muligheder i den videre behandling](#)

[Kontakt og mere viden](#)

Rejsningsbesvær kan defineres som en vedvarende manglende evne til at opnå og vedligeholde tilstrækkelig rejsning til at gennemføre samleje på tilfredsstillende vis.

Rejsningsbesvær er en af de hyppigste seksuelle problematikker og forekommer oftere med alderen. I 40-års-alderen oplever cirka 40% af alle mænd rejsningsbesvær. I 50-års-alderen er det cirka 50%, i 60-års-alderen cirka 60% og i 70-års-alderen cirka 70%.

At kunne få rejsning har stor betydning for de fleste mænd – også uden, at der er en partner involveret.

Har man rejsningsbesvær, kan det påvirke ens egen opfattelse af “at være mand”. Nogle mænd kan føle, at de ikke “slår til” over for en partner.

Rejsningsbesvær kan mindske lysten, og initiativet til sex bliver somme tider uoverkommeligt. Som konsekvens kan intimiteten i parforholdet komme til at lide. Nogle par ophører ligefrem med at kysse og kærtegne.

Dette støtter op om at den fremanalyserede identitetsdiskurs, omkredsende dét at være en 'rigtig' mand, munder ud i at kunne præstere seksuelt, og på den måde knytter sig til mandens selvbillede og forståelse af maskulinitet.

Da de øverste resultater på Google var hjemmesiderne 'shytobuy.dk' og 'behandlingdiskret.dk', kan vi antage, at det er disse hjemmesider mændene ser først, når de søger på rejsningsproblemer på nettet. Vi kan derfor tale om en kredsende diskurs af diskretion, som vi nu vil analysere nærmere.

Diskretion

De to hjemmesider, som manden med stor sandsynlighed går ind på, er endnu en potentiel omkringliggende aktør i den mandlige patients liv. Navnene på de to hjemmesider 'shytobuy.dk' og 'behandlingdiskret.dk' tydeliggør, at rejsningsproblemer er tabuiseret gennem ordene 'shy' (genert/forlegen) og 'diskret'. Indirekte indikerer navnene, at når du er en mand med rejsningsproblemer, så må du være for flov til at købe produkterne i en rigtig butik. Det er interessant, at denne aktør kører på diskurserne om diskretion og det at være genert/forlegen. Vi har derfor valgt at inddrage en tekst fra hjemmesiden 'shytobuy.dk', for at fremanalysere hvilke ord og diskurser der kommer i spil på hjemmesiden, som vi mener, tilskynder manden at være diskret og genert/forlegen omkring sit rejsningsproblem:

Velkommen til ShytoBuy

Føler du dig utilpas med at gå ind i en butik for at købe visse sundhedsprodukter? Vores hjemmeside er designet til at tilbyde dig en diskret og nem måde at købe produkter, til at hjælpe med en lang række pinlige problemer. Med 56 forskellige kategorier og over 375 unikke produkter, kan vi hjælpe dig med at få det bedre. Vi har ikke kun en blanding af bedst-sælgende tredjepartsmærker, men vi har også vores helt eget udvalg af produkter, der er fremstillet specielt til vores kunders behov. Vores niche er, at vi tilbyder en lang række produkter. Vi har alt fra piller, kosttilskud og apparater der har det samme formål, nemlig at hjælpe dig. Så hvad enten det drejer sig om hudpleje, personlig velvære, seksuel sundhed eller hårpleje, har vi det som du har brug for.

Nodalpunkt: *Visse sundhedsprodukter*

Ækvivalenskæde: *"utilpas ved at gå ind i en butik", "købe visse sundhedsprodukter", "hjemmeside designet til at tilbyde dig en diskret og nem måde at købe produkter", "Hjælpe med en lang række pinlige problemer", "hjælp", "hvad enten det drejer sig om hudpleje, personlig velvære, seksuel sundhed eller hårpleje", "har vi det du har brug for"*

Diskurs: *Diskretionsdiskurs, normaliseringsdiskurs*

Flydende betegnere: *Piller; kosttilskud, apparater; sundhedsprodukter; butik, købe, problemer;*

Antagonistisk forhold: *Diskretionsdiskurs vs. normaliseringdiskurs*

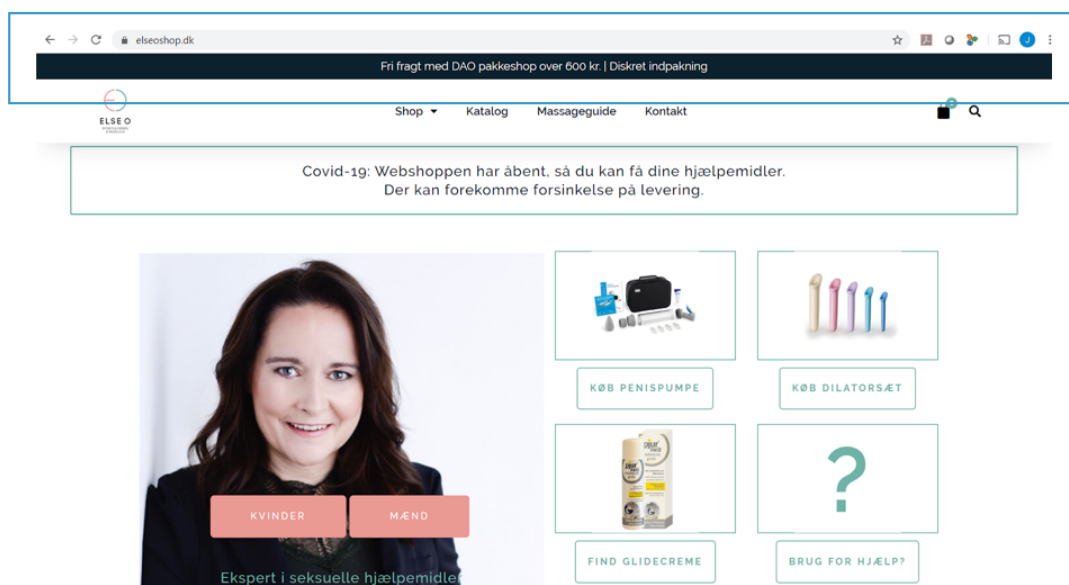
Nodalpunkt 9: Visse sundhedsprodukter

I denne tekst ser vi, at nodalpunktet er *'visse sundhedsprodukter'*, da ækvivalenterne kredser om dette tegn. Ækvivalenten *'utilpas ved at gå ind i en butik'* forstærker flovheden ved at italesætte problemet, manden lider af, offentligt. Ækvivalenten tilbyder samtidig *'en diskret og nem måde at købe produkter på'*, og sætter dermed ord på, at problemet manden lider af, skal behandles diskret, hvilket indikerer et tabu. Dette støtter op om diskretionsdiskursen, som også florerede på websexologen.dk.

Hjemmesiden påpeger, at problemet fordrer en flovhed med ækvivalenten *'hjælpe dig med en lang række pinlige problemer'*, og på den måde understøtter hjemmesiden tabuet omkring rejsningsproblemer, da de opfordrer manden til at købe diskrete produkter til sit *'pinlige problem'*. Der sker ydermere et skel ved brug af ækvivalenten *'hvad enten det drejer sig om hudpleje, personlig velvære, seksuel sundhed eller hårpleje'*, da dette danner en betydning om normale hverdagsprodukter, som der kan findes i hvilken som helst Matas/dagligvarebutik. Dette udleder en normaliseringsdiskurs til udvalget af sundhedsprodukter.

Vi ser derfor et antagonistisk forhold mellem diskretionsdiskursen og normaliseringsdiskursen, da der opstår en kamp mellem dét at købe *'normale hverdagsprodukter'* og *'pinlige problemer'*, da de begge søger at betydningsudfylde sundhedsprodukterne.

Diskretion møder vi endda også på Elses egen hjemmeside, hvor hun sælger hjælpemidler til seksuelle udfordringer. Det første vi ser, når vi kommer ind på webshoppen, er en sort bjælke i toppen, hvor der står *"diskret indpakning"* (Bilag 4.4, s. 56):



Bilag 4.4, s. 56

Dette bakker igen op omkring ækvivalenskæden, der definerer diskretionsdiskursen og fodrer tabuet. Vi kan ud fra dette antage, at det er pinligt at modtage produkter der ikke er pakket diskret ind. Det kan hertil diskuteres at sexlegetøj og seksuelle hjælpemidler, som i sig selv er private og hører til i intimsfæren, spiller under samme diskursive net, hvorfor manden ikke vil have at hans naboer kan se, at Postnord kommer med det nyeste sexlegetøj eller i dette tilfælde hjælpemidler. Og i sidste ende heller ikke vil have at andre personer skal italesætte det. Indenfor seksualitet, hjælpemidler, sex og sygdom, findes derfor en klar diskurs om diskretion, tabu og det private, som alt er noget manden og den sundhedsprofessionelle højst sandsynligt har med ind i dialogen gennem deres 'rygsække'. Samme privatsfære kan derfor ligge til grund for to-vejs tabuet, da krydsningen i sfærer (fagprofessionelle og private) kan hindre dialogen og relationen til det fælles tredje.

Tendensen om at gemme seksuelle problemer diskret væk, ser vi også på diverse patientforeningers hjemmesider (Bilag 4.2). Hos Sundhedsstyrelsen (Bilag 4.2) opfordrer de borgeren til at udforske diverse patientforeninger, hvis borgeren har brug for mere information om, hvordan sygdom påvirker seksualiteten. Vi observerede tre udvalgte patientforeninger; diabetesforeningen, hjerteforeningen og nyreforeningen. En ting alle tre havde til fælles var, at emnet om seksualitet ikke var lige let tilgængeligt på hjemmesiderne.

Måden hvorpå undersiderne er gemt væk undrer os, og årsagen kan muligvis være, som tidligere beskrevet, at det bevidst/ubevidst og diskret er gemt væk grundet emnets tabubelagthed. Vi kan dermed antage, at diverse patientforeninger ikke ser seksualitet og seksuelle problemer som en førsteprioritet eller på lige fod med andre følgesygdomme/bivirkninger.

Hvis informationen om seksuelle udfordringer og sygdomme ikke er let tilgængelige, tydeliggjort og positioneret på samme måde som andre sygdomme og bivirkninger, opfordrer det til en diskretionsdiskurs. På samme måde kan dette få den mandlige patient til at tænke, at han er alene med problemet, hvorfor relationen i forhold til det fælles tredje forringes.

Manglende sprog fører til reaktioner

Selvom Else på sin hjemmeside yder en diskretion i form af indpakning af hjælpemidler, har hun selv ikke noget problem med at tale om det - siger hun. Til trods for at patienten kan reagere med "Årh nej, nu siger hun det" (Bilag 2, s. 7, l. 4), oplever hun, at jo længere de kommer i dialogen, jo nemmere bliver det for manden at tale om. Else sætter ord på, at patienten ofte

finder det svært at bruge de 'rigtige' ord og forklarer derfor, at der mangler et sprog patienten kan benytte sig af i dialogen med den sundhedsprofessionelle:

Og det jeg tror er sværest det er lige det der med, lige at finde de rigtige ord, ikke for mig, men for patienten. (...) Men at de mangler tit et sprog for hvordan er det jeg skal sætte ord på (Bilag 2, s. 7, l. 1-9)

Vi ser derfor et skel i sprogbrugen mellem den sundhedsprofessionelle og patienten, der kan skabe en distance i forholdet mellem dem i dialogen. Dette er noget Birgitte også ser i sit arbejde, både som sygeplejerske og som ansat på Sexologisk Center. Hun forklarer, at hun har oplevet patienter befamle personalet for at få berøring og intimitet. Patienten tyr til nonverbalt sprog for at signalere, at han har et problem, han gerne vil tale om (Bilag 3, s. 9, l. 8-21). Her skal den sundhedsprofessionelle huske, at det måske er patientens måde at signalere et problem på "for det jo noget med hvordan man bruger ord" (Bilag 3, s. 9, l. 21). Det er derfor tydeligt, at den mandlige patient mangler et sprogbrug for at kunne bygge relation med den sundhedsprofessionelle og det fælles tredje.

I forlængelse af Birgittes udmelding om, at den mandlige patient mangler et sprogbrug, fortæller hun, at sygeplejerskerne ikke har problemer med at bruge sproget, da de har en faglig antologi, de kan benytte sig af (Bilag 3, s. 4, l. 8-10). Vi kan dog ud fra ovenstående analyse se, at selvom de besidder dette faglige sprogbrug, hjælper det dem ikke i en dialog som befinder sig i en privatsfære, hvorfor der stadig eksisterer et to-vejs tabu. Vi kan også tale om, at denne sprogbrug, som Else også nævner ovenfor, ikke er til nytte for mændene, hvorfor relationen til det fælles tredje ikke opnås.

Vi kan hertil diskutere, hvad der ligger til grund for, at tredjeleddet ikke opnås. Vi ser, at blufærdighed, forlegenhed og generthed fra både patienten og den sundhedsprofessionelle, er et aspekt, der har indflydelse på dette.

I interviewet med Birgitte oplever vi, på baggrund af hendes livserfaring, en diskurs i form af forlegenhed hos sundhedsprofessionelle "nej, jeg ved ikke, jeg tror ikke at det er sproget der mangler, altså jeg tror det er, øhm, den der forlegenhed der skal overkommes, en eller anden forlegenhed" (Bilag 3, s. 4, l. 8-10). Birgitte forklarer i dette citat, at der er en forlegenhed blandt sygeplejersker, hvorfor et manglende sprogbrug, som Else ellers udtalte, ikke er eksisterende. Idet der er en forlegenhed, må denne forlegenhed opstå fra noget eller komme et sted fra, eksempelvis den manglende viden grundet manglende undervisning, hvilket vi finder

paradoksalt. Grundet forlegenheden er den mandlige patient ude af stand til at få hjælp af den sundhedsprofessionelle. Når den sundhedsprofessionelle har medierende midler at benytte sig af, herunder egen faglig viden og erfaring, er det derved nemmere at hjælpe patienten med seksuelle problemer.

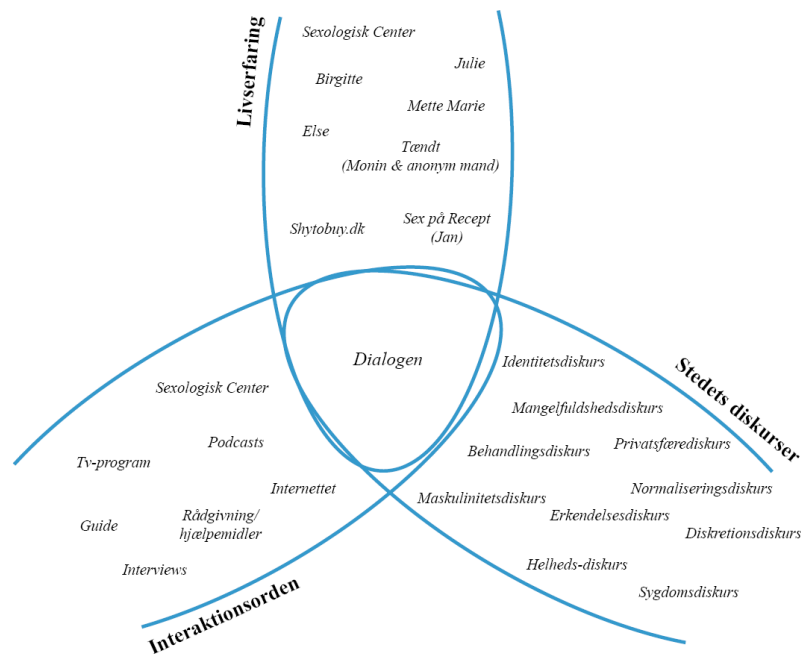
Birgitte melder desuden ud, at den sundhedsprofessionelle har pligt til at se på det hele menneske, hvorfor hun ”mener man kan forlange, at når man så er sundhedspersonale at man tager den her samtale, fordi der er man på arbejde der er man professionel og der er man betalt for (...) at se på hele patienten” (Bilag 3, s. 8, l. 14-18).

Den sundhedsprofessionelle skal altså sætte patientens behov før sin egen forlegenhed ved at have interesse-for patienten og undgå at blive for privat med egne erfaringer. Idet forlegenheden opstår, vil dette også have indflydelse på aktørernes forhold og position, hvilket vi diskuterer i afsnit 5.6 *Rollernes indflydelse på dialogen*.

Vi kan ydermere diskutere om forlegenheden opstår, da der ikke er et decideret NoP og derved CoP. Grundet manglende undervisning, har den sundhedsprofessionelle ikke lært at håndtere dialogen nogenlunde ens, og besidder derfor ikke de nødvendige medierende midler til at tilgå dialogen. Dialogen om seksualitet og det hertil eksisterende to-vejs tabu opstår heraf, da der ikke er en entydig forståelse af, at seksualitet er en del af behandlingsdiskursen. For patienten er bivirkningen, rejsningsproblemet, oftere lige så vigtig at behandle, hvis ikke vigtigere, end selve sygdommen. Denne forståelse af mandens interesse-i dialogen, er derfor vigtig at inkludere i forståelsen af NoP’et, for at undgå det eksisterende to-vejs tabu.

5.4.4 Opsamlende diskurscyklus

Nedenstående diskurscyklus er en opsamling af anden delanalyse mellem den mandlige patient og tredjeleddet (B & C) for at anskueliggøre hvilke diskurser, interaktionsordener og livserfaringer der optræder i den sociale handling, dialogen.



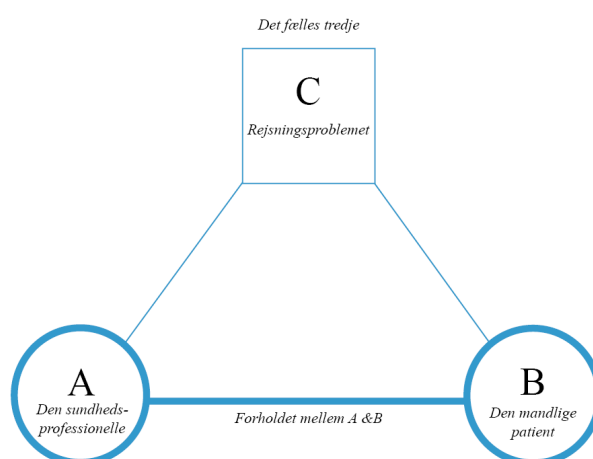
Figur 19: Opsamlende diskurscyklus (B & C)

Vi ser en udfordring i mandens relation til det fælles tredje, da han oplever maskulinitetstab, ensomhed, identitetskrise, skyld og skam. Disse mange faktorer skal der tages højde for i dialogen med manden. Vi oplever således, hvordan den mandlige patient kæmper med rejsningsproblemet, som mere end 'bare' en bivirkning eller følgesygdom. Problemet forstærkes af mandens identitetskrise, da han nu skal finde et nyt ståsted og definere sig selv på ny, blandt alle stedets diskurser. Maskulinitetstabet forstærkes af diskretionsdiskursen, og den mandlige patient kan opleve, at han ikke får anerkendelse for sit problem, både i dialogen men også på diverse internetsider. Dette bliver yderligere understøttet af Birgitte og Elses forståelse af maskulinitet. Den sundhedsprofessionelle må derfor se på det hele menneske og have interesse for at inddrage andre aspekter af problemet, for at de sammen kan nå til det fælles tredje og derfra opnå en brugbar og givende dialog.

Et manglende sprogbrug og derfor til tider famlende reaktioner og ageren i råbet om hjælp, tyder ydermere på, at der er et behov for at den mandlige patient bliver givet en sprogbrug han føler sig hjemme i, til at styrke relationen til den sundhedsprofessionelle samt det fælles tredje. Forlegenhed både hos den sundhedsprofessionelle og den mandlige patient er en hindring for, at dialogen bliver taget, hvorfor der er behov for flere medierende midler til at tilgå dialogen.

5.5 Relationen mellem den sundhedsprofessionelle og den mandlige patient

I den sidste delanalyse zoomer vi ind på forholdet mellem den sundhedsprofessionelle og den mandlige patient. Emnerne herunder er: Den mandlige patient & den sundhedsprofessionelle, I venteværelset, Relationsdiskursen og Privatsfære vs. fagprofessionel-sfære.



Figur 20: Fokus på A & B

5.5.1 Den mandlige patient & den sundhedsprofessionelle

Forholdet mellem den mandlige patient og den sundhedsprofessionelle er som tidligere beskrevet i fare, da den sundhedsprofessionelle ikke *tør* at gå ind i dialogen. Lena forklarer således:

Altså jeg vil sige, altså jeg ser det som et stort problem når patienterne de faktisk vover sig frem og så tør sundhedspersonalet ikke gå ind i dialogen. Det er sådan set det største, eller det er et stort problem. Det er også et problem at sundhedspersonalet ikke bryder tabuet eller ikke føler det ansvar i forhold til at snakke seksuelle problemstillinger med patienterne (Bilag 6, s. 10, l. 10-14)

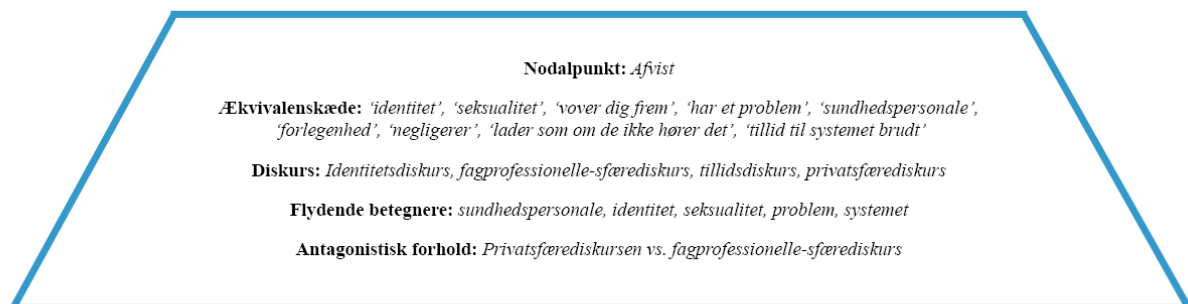
I dialogen mellem de to aktører, er dét at den sundhedsprofessionelle ikke føler ansvaret for, at åbne dialogen op for seksuelle problemstillinger med patienterne, en stor medførende faktor til, at der er et eksisterende to-vejs tabu. Det er, som tidligere beskrevet, derfor vigtigt at den

sundhedsprofessionelle forholder sig med en interesse-for patienten, og ikke udelukkende har interesse-i at behandle sygdommen, som ligger til grund for rejsningsproblemet (jf. 5.3.3 Den sundhedsprofessionelles syn på rejsningsproblemet).

Gennem Engagementsfasen har vi opnået en viden om, at mænd ikke er specielt gode til at gå til lægen (Bilag 2, s. 2, l. 2-7; jf. 2.3 Maskulinitet og identitet). Når manden endelig er kommet afsted, er det derfor den sundhedsprofessionelles ansvar at imødekomme hele mennesket og alle hans facetter, hvilket også indebærer seksualitet.

I forlængelse af dette forklarer Birgitte, at to-vejs tabuet kan påvirke forholdet mellem de to aktører, da en afvisning af dialogen om seksualitet kan føre til mistillid:

Det der sker hvis du bliver afvist, altså fordi identitet og vores seksualitet er så tæt forbundet, så sker der det at hvis du vover dig frem, og siger at du har et problem og hvis du så bliver afvist af et sundhedspersonale altså enten ved forlegenhed eller der negligerer eller lader som om de ikke hører det eller sådan noget, så bliver man virkelig, altså den der tillid der er til systemet kan blive brudt (Bilag 3, s. 6, l. 32-34 - s. 7, l. 1-2)



Nodalpunkt 10: Afvist

I ovenstående artikulation ser vi nodalpunktet værende 'afvist'. Nodalpunktet etableres gennem ækvivalenterne 'vover dig frem', 'har et problem', 'sundhedspersonale', 'forlegenhed', 'lader som om', 'de ikke hører det', 'negligerer', 'tillid', 'system' og 'brudt'. Disse ækvivalenter bygger på, at hvis den ene aktør bliver overhørt i dialogen, enten med vilje eller gennem negligering, bliver forholdet mellem aktørerne brudt og tilliden tabt. Dette tillægger den sundhedsprofessionelle et endnu større ansvar for at have en interesse-for patienten.

Ækvivalenterne 'vover dig frem', 'identitet' og 'seksualitet' danner ydermere betydning til, at problemet befinder sig i en privatsfære. En afvisning af at tale om seksualitet er derfor en

afvisning af en del af patienten som menneske. Det er af den grund endnu mere risikabelt at *vove dig frem*, i frygten for at blive afvist, hvis den sundhedsprofessionelle ikke har antydnet, at det er okay at tale om. Der opstår derfor en privatsfærediskurs og en tillidsdiskurs inden for dialogen mellem de to aktører. Ækvivalenterne *'enten'*, *'negligerer'* og *'forlegenhed'* definerer igen roden til afvisningen, som trækker på privatsfærediskursen, bare fra den sundhedsprofessionelles synspunkt. Privatsfæren bliver overtaget af en fagprofessionel-sfære, i frygten for at overtræde patientens eller den sundhedsprofessionelles egne grænser. Her lader den sundhedsprofessionelle være med at have en interesse-for, og i stedet fokuserer på interesse-i at behandle den sygdomsramte mand.

Det antagonistiske forhold ligger derfor mellem privatsfærediskursen og den fagprofessionelle-sfærediskurs, da disse ikke kan forenes, hvilket danner en afvisning. Aspektet om privatsfære bliver analyseret nærmere i afsnit 5.5.4 *Privatsfære versus fagprofessionel-sfære*.

I forlængelse af et seksualitetsproblem som identitetsproblem, forklarer Birgitte, som tidligere beskrevet, at patienten ofte kan føle sig skamfuld:

'Tænk at nu har de opereret mig for kræft, og så sidder jeg her og ikke kan få rejsning, er jeg så utaknemmelig, når jeg så også gerne vil have hjælp til det', det er der jo også nogle patienter der siger, ikke. Og hvis de så oplever at sundhedspersonalet ligesom afviser dem, så kan de få den følelse endnu mere. Og derfor mener jeg det er en opgave, ligesom alle mulige andre opgaver i sundhedssektoren og spørge til patienters seksualitet (Bilag 3, s. 7, l. 2-7)

Det er igen tydeligt fra tidligere analyse, at der i dialogen kan opstå modstand til tredjeledet. Afviser den sundhedsprofessionelle patientens bud på tredjeledet, kan det i værste tilfælde medføre, at patienten føler, at den sundhedsprofessionelle afviser ham som person, netop fordi identitet og seksualitet er så nært forbundet. Denne afvisning kan have indflydelse på aktørernes forhold imellem. Det kan samtidig overføres videre til det fælles tredje, da det i øjnene på patienten pludselig bliver et tabu og unormalt at tale om. Det er således vigtigt, at den sundhedsprofessionelle får tilstrækkelig viden, så han/hun kan gøre brug af de nødvendige medierende midler, hvilket inkluderer dem selv, til at kunne behandle patienten.

Hvis der ikke spørges ind til seksualitet eller hvis rejsningsproblemet bliver negligeret i forhold til sygdommen, står livskvaliteten og patientens generelle sundhed for skud, som også er nævnt

i ovenstående delanalyse, den mandlige patient og tredjeleddet. I forbindelse med dette forklarer Else:

Sygdom giver seksuelle dysfunktioner, som giver en intimitetsproblemer, og frustrationer, misforståelser og skyld som påvirker intimiteten, som påvirker livskvalitet og kommunikationen også kører vi bare i den der onde cirkel, hvor når de har så massive parforholdsproblemer, så har de jo ikke overskud til at takle en kronisk sygdom og regulere sin diabetes 'hvordan skal jeg kunne overskue det, når mit parforhold det halter?' (Bilag 2, s. 5, l. 26-32)

I ovenstående citat cirkulerer mange forskellige faktorer i en 'ond' cirkel, som alle potentielt er bivirkninger af sygdom. Else forklarer vigtigheden af at behandle alle aspekter af mandens liv end 'blot' selve det mekaniske ved rejsningen. Af den grund må disse faktorer blive inkluderet i dialogen, da de kan ses som værende kredsede diskurser (d) inden for rejsningsproblemet (D). Faktorerne har betydning for patientens generelle sundhed, samt for at danne relation til det fælles tredje. For at dette kan ske, og siden seksuelle problemer er så tabubelagte, forklarer Birgitte, at seksualitet skal nytænkes, så "det er ok også at have problemer med ens seksualitet" (Bilag 3, s. 5, l. 12-16).

Det er ok at have problemer i forhold til seksualitet

I forlængelse af ovenstående tabuisering tilbydes Birgitte igen, som tidligere beskrevet, en normaliseringsdiskurs i forbindelse med rejsningsproblemet:

*BL: Jeg synes vi mangler nogen steder, vi mangler det der med at folk får orientering om, at det kunne være et problem. Og at det kan behandles, og det er ikke sikkert du vil det nu, det kan være om nogle år, du siger, så kunne jeg godt tænke mig at få set på det.
MM: jamen det giver også god mening, fordi hvorfor i alverden skulle det ikke være et problem ligesom så meget andet, som når man har sukkersyge
BL: (Ja. MM: har du husket og fylde op med nålene derhjemme og har du insulin nok, BL: (Ja. MM: og forresten også har du også en rejsning, og hvis ikke du har, så kan vi hjælpe dig. Ja, Det burde være et lige så almindeligt spørgsmål, som alt det andet.
BL: fuldstændig, ja (Bilag 3, s. 15, l. 12-23)*

Nodalpunkt: Rejsningsproblem

Ækvivalenskæde: *'det kan behandles', 'ikke sikkert det er nu', 'om nogle år' 'problem ligesom så meget andet', 'sukkersyge', 'huset at fylde op med nåle', 'har du insulin nok', 'forresten', 'har du også en rejsning', 'burde', 'ligeså almindeligt spørgsmål', 'som så meget andet'*

Diskurs: *Normaliseringsdiskurs, behandlingsdiskurs, bivirkningsdiskurs*

Flydende betegnere: *Diabetes, insulin, spørgsmål*

Hegemonisk intervention: *Behandlingsdiskurs og normaliseringsdiskurs*

Nodalpunkt 11: Rejsningsproblemer

Vi ser det etablerede nodalpunkt som *'rejsningsproblem'* omkredset af ækvivalenterne *'det kan behandles', 'om nogle år'* og *'ikke sikkert det er nu'*. Ækvivalenterne bygger på, at problemet kan behandles nu og i fremtiden, og danner sammen en behandlingsdiskurs. Mette Marie tilbyder en normaliseringsdiskurs ved brug af ækvivalenterne *'problem ligesom så meget andet', 'sukkersyge', 'nåle', 'har du insulin nok', 'forresten', 'har du også en rejsning', 'burde', 'lige så almindeligt spørgsmål'* og *'som så meget andet'*. Ækvivalenterne danner sammen en betydning af sygdom og behandling, men med ækvivalenterne *'forresten'* og *'har du også rejsning'* bliver rejsningsproblemet prioriteret i lige så høj grad som behandlingen af sygdommen. Hvor der tidligere opstod et antagonistisk forhold mellem behandlingsdiskursen og normaliseringsdiskursen (jf. 5.3.3 Den sundhedsprofessionelles syn på rejsningsproblemet), sker der her en hegemonisk intervention mellem behandlingsdiskursen og normaliseringsdiskursen. Der opstår her entydighed i, at *'hvad med din rejsning?'* skal være et spørgsmål ligesom alle andre spørgsmål i behandlingen af sygdommen, hvorfor forholdet opløses. Med Birgittes svar *'ja, fuldstændig'* accepterer hun dermed entydigheden. Selvsamme normaliseringsdiskurs kan hjælpe den sundhedsprofessionelle med at komme ud over følelsen af at befinde sig i privatsfæren samt undvære følelsen af, at gå over grænser, og dermed opfatte dialogen som enhver anden faglig dialog om behandling. For som vi tidligere har beskrevet har patienten oftere en højere blufærdighedsgrænse end den sundhedsprofessionelle (jf. PLISSIT-modellen). Det vigtigste er derfor, at den sundhedsprofessionelle tager ansvar for dialogen og behandlingen med en interesse-for patienten.

Samme normalisering laver Else også i sine konsultationer, når rejsningsproblemet italesættes almindeligt:

Amen, hvad fik du at spise i går? hvad med din rejsning? Kan du få fylde, volumen, kan du holde den oprejst? [...] altså når man bare sidder og snakker om tingene som en

bageopskrift, agtigt, så bliver de også helt, 'ej, her kan jeg snakke om det' (Bilag 2, s. 10, l. 4-12)

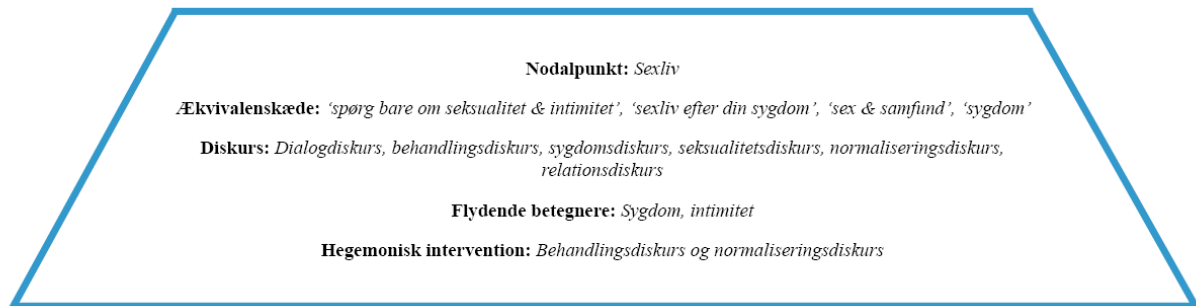
Med opfattelsen af at spørgsmålet til den mandlige patients rejsning er lige så almindeligt som eksempelvis diverse hverdagsspørgsmål, gør det forholdet til det fælles tredje stærkere. Normaliseringsdiskursen er derfor relevant i dialogen for at danne et relationelt forhold mellem den sundhedsprofessionelle og den mandlige patient, da normaliseringen kan gøre det lettere at inkorporere det fælles tredje, seksualiteten og seksuelle problemer, i den sundhedsprofessionelle dialog.

5.5.2 I venteværelset

Et andet sted i vores dataarkiv hvor vi ser seksualitet og behandling i samspil, er i plakaten fra seksualitetspakken fra Sex & Samfund (Bilag 12):



Bilag 12, s. 8



Nodalpunkt 12: Sexliv

I ovenstående plakat ser vi nodalpunktet '*sexliv*'. Ækvivalenterne, som kredser rundt om dette nodalpunkt, er '*sygdom*', '*spørg bare*', '*seksualitet & intimitet*', '*efter*' og '*Sex & Samfund*'. Disse opfordrer den mandlige patient til at tage stilling til sit sexliv efter sygdom. Sammen kreerer de en dialogdiskurs gennem ækvivalenterne '*efter din sygdom?*' og '*spørg bare*'. Det fortæller samtidig, at det er i orden at snakke om seksualitet og stille de spørgsmål, som umiddelbart kan virke private. De flydende betegnere '*sygdom*' og '*intimitet*' danner betydningen af udfordring. De får dog en mening sammen med ækvivalenskæden og nodalpunktet '*sexliv*' i form af, at du ikke behøver at stå alene med problemet. På selve billedet kommer dette også til udtryk gennem de to hænder, som holder i hånd, hvilket giver betydningen af parforhold og sammenhold. Dette introducerer igen en relationsdiskurs. På plakaten bliver '*sexliv*' prioriteret lige så meget som sygdommen, hvorfor vi kan plædere for, at der opstår en normaliseringsdiskurs på baggrund af ovenstående hegemoniske intervention. Vi antager desuden, at det tidligere beskrevne antagonistiske forhold, mellem behandlingsdiskursen og seksualitetsdiskursen (jf. 5.3.3 Den sundhedsprofessionelles syn på rejsningsproblemet) bliver opløst gennem en hegemonisk intervention af selvsamme normaliseringsdiskurs, da de betydningsudfylder seksualitet og sexliv med '*spørg bare*' og '*sygdom*'. Denne sidestilling mellem sygdomsdiskursen og seksualitetsdiskursen, hvor rejsningsproblemet og seksualiteten bliver en del af behandlingen, tager vi med videre i Forandringsfasen.

Gennem flere omgange i delanalyserne er det været tydeligt, at en partner-relation har været et nøgleord. Det betyder, at i relationen mellem den sundhedsprofessionelle og den mandlige patient må partneren medtages som en del af patientens livserfaring. Relationsdiskursen kan både være til stede fysisk i dialogen (d) eller som en evigt tilstedeværende stedlig indlejret diskurs (D), som altid er en del af dialogen og en del af mandens identitet (jf. 2.3 Maskulinitet

og identitet). Vi finder det derfor relevant at forstå relationsdiskursen, for at kunne medbringe den i Forandringsfasen.

5.5.3 Relationsdiskurs

I Engagementsfasen blev vi introduceret til relationsdiskursen blandt andet gennem podcasten *Tændt*. Her forklarede værterne, at et rejsningsproblem er et 'vi-problem'. Er patienten i et forhold, er det vigtigt at inkludere partneren i dialogen om rejsningsproblemet, netop fordi det også har indflydelse på partneren. I et parforhold kan mandens rejsningsproblem ikke gemmes væk, som det eksempelvis kan gennem et engangsknald (Bilag 7.1). Samme relationsdiskurs til rejsningsproblemet ses også på Sexologisk Centers hjemmeside:

Henvielse til udredning og behandling

Sådan forløber det

Hvis du ønsker behandling hos os, skal du henvises af en læge. Du kan ikke selv henvende dig direkte til os.

Hvis du er i et parforhold, kan det være hensigtsmæssigt, at I begge deltager i behandlingen. Vær opmærksom på, at I begge skal have en henvisning.

Når vi modtager henvisningen, sender vi en indkaldelse til forsamtale via e-Boks.

Hvis vi under forsamtalen er enige om betingelserne for behandling, aftaler vi det videre forløb.

Der kan forekomme ventetid fra forsamtale til opstart af den egentlige behandling.

Bilag 4.5, s. 71

Her tilbyder de diverse undervisningsprogrammer i forbindelse med sygdom og anbefaler, at manden inviterer sin partner med i behandlingen (Bilag 4.5, s. 71). Birgitte og Else forklarer også, at når der arbejdes med rejsningsproblemer, er partneren en vigtig del af løsningen (Bilag 2, s. 10, l. 33-24; Bilag 3, s. 6, l. 6-7; Bilag 3, s. 13, l. 23-28).

Det understøtter, at relationsdiskursen er et vigtigt aspekt at inkludere i grundstenene til en kampagne, da den sundhedsprofessionelle altid skal gå ud fra at partneren er en tilstedeværende indlejret diskurs i dialogen. Relationsdiskursen kan samtidig være med til at danne relation mellem aktørerne i dialogen, da denne kan bruges som et værktøj til at styrke forholdet.

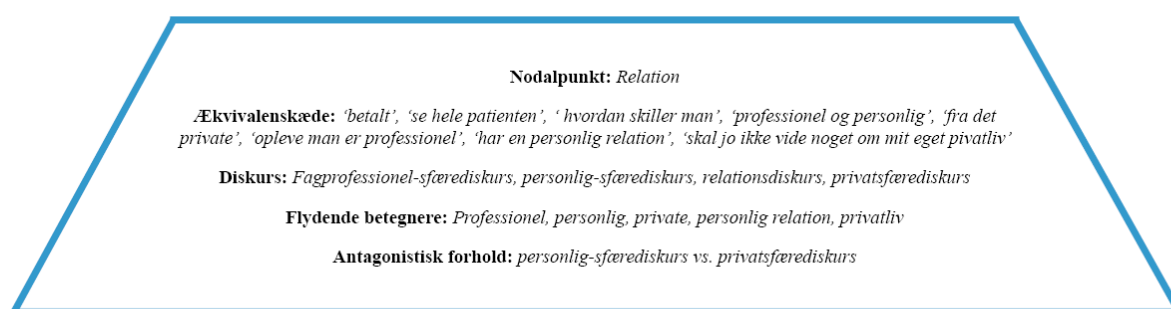
Slutteligt analyserer vi aspektet om privatsfære og fagprofessionel sfære.

5.5.4 Privatsfære versus fagprofessionel sfære

Vi har tidligere i analysen fremanalyseret at rejsningsproblemet og seksualitet bevæger sig indenfor en privatsfære, som er en hindring for dialogen. I frygten for at overtræde patientens eller den sundhedsprofessionelles egne grænser bliver privatsfæren overtaget af en

fagprofessionel sfære (jf. 5.5.1 Den mandlige patient & den sundhedsprofessionelle). Der kan af den grund opstå mistillid i dialogen mellem de to aktører. Birgitte forklarer:

Man er betalt for at se på hele patienten, og det er nogle af de ting jeg tit underviser i, hvordan skiller man det at være professionel og personlig fra det private, der ligger nogle pædagogiske teorier om det, altså det der med patienten skal jo opleve at man er professionel men også at man har en personlig relation, men patienten skal jo ikke have noget at vide om mit eget privatliv (Bilag 3, s. 8, l. 17-22)



Nodalpunkt 13: Relation

I artikulationen ser vi nodalpunktet som 'relation'. Ækvivalenterne som definerer denne, er 'skiller', 'professionel og personlig', 'privat', 'en personlig relation', 'ikke' og 'eget privatliv'. Birgitte lægger ydermere vægt på, at 'skille' det 'professionelle og personlige' fra det 'private', hvilket skaber en betydning af, at dét at være personlig ikke nødvendigvis er det samme, som dét at være privat i dialogen med patienten.

Ækvivalenterne 'betalt', 'se hele patienten' og 'opleve man er professionel' trækker på en betydning af professionalisme og Sundhedsvæsen, i form af at det er her, den sundhedsprofessionelle dialog skal tages. Sammen med ækvivalenten 'personlig relation' dannes et personliggjort Sundhedsvæsen. De flydende betegne 'professionel', 'privat' og 'personlig' får dertil en bestemt mening i forhold til dialogen, hvor *personlig* og *professionel* er tilladt, mens *privat* helst skal undgås. Det kan her diskuteres, hvad der anses personligt, og hvad der anses privat. Har den sundhedsprofessionelle ikke viden til at være personlig og professionel i dialogen, kan de være tvunget til at trække på private erfaringer, hvilket kan overtræde begge aktørers grænser. Der kan således være tale om et antagonistisk forhold mellem privatsfærediskurs og personlig-sfærediskurs, da alt efter hvem, og hvilken rolle de besidder, kæmper om at betydningsudfylde relationen og nodalpunktet. Vi kan derved

argumentere for, at for at give den mandlige patient den bedste behandling, og for at den sundhedsprofessionelle kan vise, at de er åbne for dialogen om seksualitet, mangler der gode retningslinjer og heri medierende midler til at kunne tilgå denne dialog.

Når disse forskellige sfærer skal krydses, forklarer Else også, at det er tydeligt, at der mangler en sprogbrug for, hvordan patienten skal sætte ord på kønsdele. Ofte ender hun ud i situationer, hvor hun bliver:

sådan lidt rød i kinderne og tænker 'uh, uh, uh' [...] Jeg tænker bare det er små drenge der har en tissemand, skal vi ikke lige højne niveauet lidt. Og dem der er 'Arh min pik, den vil bare ikke stå'. For mig kommer det sådan lidt lad os nu lige få det ned på et pænt toneleje. Jeg synes det er lidt grænseoverskridende at de sidder og bruger de der
(Bilag 2, s. 7, l. 14-20)

For Else er det specielt grænseoverskridende, når patienten benytter en mere hverdagsprog-jargon til at omtale sine kønsorganer, og hun søger et mere 'pænt' toneleje. Når patienten benytter egne ord som 'pik', 'tissemand' og 'op og stå' retter hun det til 'penis', 'fylde og volumen' og 'rejsning' (Bilag 2, s. 7, l. 14-20). For Else fjerner det fagprofessionelle sprogbrug den "lyserøde elefant i lokalet, der bare synes det hele er pinligt" (Bilag 2, s. 8, l. 4), men irttesættelsen af manden kan have negativ indflydelse på dialogen. Uvidenheden om og besværet i at krydse den private og fagpersonlige sfære indleder til misforståelser. Det er derfor vigtigt, at den sundhedsprofessionelle åbner dialogen med en interesse-for patienten, så de sammen kan finde den sprogbrug, de er mest komfortable med. Hvis den sundhedsprofessionelle er ukomfortabel med disse ord, skal dette metakommunikeret for at undgå, at patienten føler sig forkert. Et eksempel på dette kan være "jeg vil i samtalen bruge ord som penis og testikler, men du er velkommen til at bruge de ord du finder dig mest tryk i". Hvis den sundhedsprofessionelle indtager strategiske dialogiske forholdemåder herunder interesse-for patienten og talen-om, kan de på den måde etablere et godt forhold til hinanden og til tredjeleddet i dialogen. Hvis den sundhedsprofessionelle gennem sin adfærd ubevidst viser, at han/hun er utilpas med ordet 'pik', kan den mandlige patient tolke det som, at de ikke vil tale om det. Dialogen når således aldrig til det patienten har interesse-i, og forholdet mellem den sundhedsprofessionelle og den mandlige patient i dialogen bliver derfor ikke optimal. Aktørerne skal aldrig tvinges ud i at benytte en sprogbrug, de ikke er komfortable med, hvilket gælder begge parter.

Seksualitet italesættes ikke i den professionelle dialog på grund af dens private karakter. To-vejs tabuet opstår derfor på baggrund af et antagonistisk forhold mellem en privatsfærediskurs og en fagprofessionel-diskurs, samt usikkerheden i at krydse de forskellige sfærer (jf. Nodalpunkt 1). Laclau og Mouffe forklarer, at for at opløse det antagonistiske forhold, skal én diskurs midlertidig dominere over en anden (jf. Antagonistisk forhold & hegemoni). Det vil sige, at i den ovenstående sprogbrug 'vinder' en diskurs over en anden. Dette går imod dialogbegrebets forståelse og opbygning af relation til det fælles tredje. For at opbygge relationen mellem aktørerne og til det fælles tredje, er der således et behov for, at de forskellige net af betydninger i henholdsvis privatsfærediskursen og den fagprofessionelle-sfærediskurs skal omdannes til en helt tredje diskurs/sfære. I den tredje sfære skal begge aktører være komfortable i dialogen, og kan dermed danne relation til det fælles tredje, da de ikke skal gå på kompromis i forhold til hinandens sfærer.

I navigationen mellem den fagpersonlige-sfære og privatsfæren, forklarer Birgitte, at hun flere gange har oplevet sygeplejersker, som har været en del af længerevarende behandlinger, nægter at tage dialogen om seksualitet med deres patienter.

Altså når man har dialysepatienter, så er det sådan at man har den samme patient altid og det vil sige at man kan have et patientforløb over 10-15 år hvor de er i dialyse, og hun syntes at hun nærmest var blevet en del af familien og så syntes hun at det var for privat eller det der med, altså hvad var hendes rolle, altså hun syntes at hun blev forlegen over det altså hun syntes ikke at det var passende og have den relation (Bilag 3, s. 8, 1- 1-5)

Nodalpunktet 'relation' fra tidligere befinder sig altså i krydsfeltet af personlig-diskurs og privatsfærediskurs. Det kan derfor være svært i samtalen om seksualitet at opbygge en relation. Her lader den sundhedsprofessionelle igen være med at have en interesse-for, og i stedet fokuserer på interesse-i at behandle den sygdomsramte patient grundet egen forlegenhed og antagelse.

Ser man på forholdet mellem privat og personlig, er det også tydeligt, at professionel rådgivning betydningsudfyldes forskelligt. Udforsker vi pjecen "Husk seksualiteten" fra Sex & Samfund (Bilag 12) er det tydeligt, at *personlig* betydningsudfyldes anderledes end fra tidligere.

EN PROFESSIONEL TILGANG

Der er mange måder at bringe seksualitet op – det kan være i en samtale om borgerens behandling og generelle trivsel, eller hvis du som sundhedsprofessionel har bemærket at borgeren har et uforløst seksuelt behov.

"Seksualitet gælder os alle, og ældres seksualitet er der jo ikke noget særligt med i forhold til alle mulige andres seksualitet. Det særlige er den måde, som vi som professionelle gør til ældres seksualitet på." (Lena Schmidt, plejehjemsassistent og souschef, Hiort Lorenzen Plejecenter, Haderslev kommune)

For at kunne yde professionel støtte og rådgivning om borgerens seksualitet kræver det, at den sundhedsprofessionelle altid indhenter borgerens samtykke og respekterer både borgerens og egne grænser. Det er vigtigt ikke at overføre egne holdninger og normer omkring seksualitet på borgeren. I samtaler og ved rådgivning skal du ikke inddrage dine personlige erfaringer, men hjælpe borgeren med at afklare behovet for hjælp. Dette beskytter både dig og borgeren mod uønskede oplevelser.

Hvis du som sundhedsprofessionel af personlige eller professionelle årsager ikke kan hjælpe en borger, skal du indhente en kollega eller anden professionel hjælp for at sikre at borgeren får den rådgivning og hjælp, som efterspørges.

Nodalpunkt: *Professionel rådgivning*

Ækvivalenskæde: *'Indhenter borgeren samtykke', 'Respekterer borger og egne grænser', 'ikke overføre egne holdninger og normer omkring seksualitet', 'ikke inddrage personlige erfaringer', 'afklare behovet for hjælp', 'beskytter', 'uønskede oplevelser'*

Diskurs: *Fagprofessionel-sfærediskurs, personlig-diskurs, relationsdiskurs, privat-diskurs*

Flydende betegnere: *Professionel, personlig, private, personlig relation, privatliv*

Antagonistisk forhold: *Privatsfærediskurs vs. personlig-sfærediskurs*

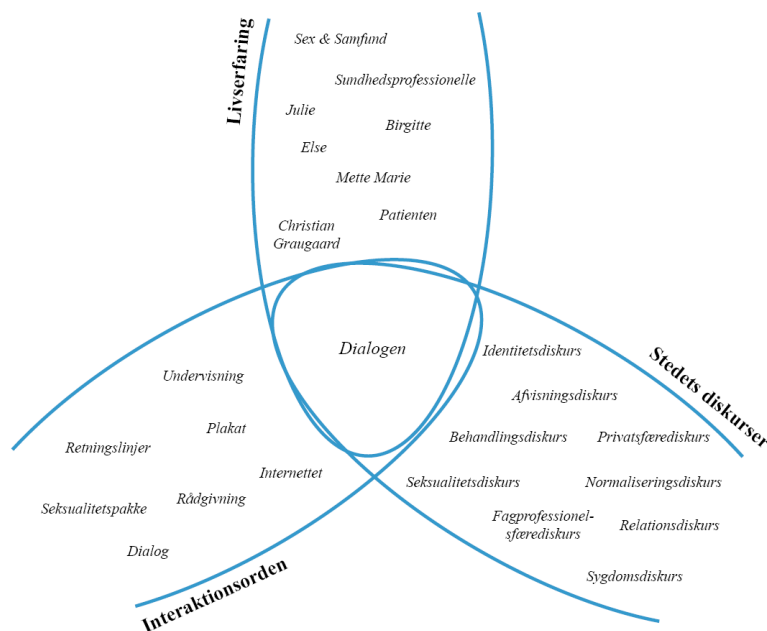
Nodalpunkt 14: Professionel rådgivning

Nodalpunktet ser vi som *'professionel rådgivning'*. Rundt om dette kredser ækvivalenterne *'indhenter borgerens samtykke', 'respekterer', 'borger og egne grænser', 'ikke', 'egne holdninger og normer', 'seksualitet', 'personlige erfaringer', 'afklare behov', 'hjælp' og 'uønskede oplevelser'*. Betydningen af de samlede ækvivalenter indbyder til en professionel dialog. Med ækvivalenterne *'respekt', 'grænser' og 'samtykke'* opstår en fagprofessionel-sfærediskurs. De flydende betegnere *'egne' og 'holdninger og normer'* danner en betydning af noget privat, som sammen med ækvivalenten *'borger'* er modstridende til denne fagprofessionelle-sfærediskurs, da de sammen introducerer en privatsfærediskurs. Ved *'ikke'* at *'inddrage personlige erfaringer'* kan den sundhedsprofessionelle på den måde *'beskytte'* egne og borgerens *'grænser'*. Sammen med disse ækvivalenter opstår en distanceringsdiskurs, da aktørerne har behov for beskyttelse i dialogen. *'Personlig'* er på den måde en flydende betegnere, som ikke betydningsudfyldes af nodalpunktet, men får mening i sammenhængen. Vi argumenterer dermed, at der igen er et antagonistisk forhold mellem privatsfærediskurs og personlig-sfærediskurs, som begge søger at betydningsudfylde professionel rådgivning.

Der skal derfor tydeliggøres en forståelse af privat og personlig i grundstenene til en kampagne for at forhindre misforståelse i kommunikationen. For hvis den sundhedsprofessionelle, som skal besidde en professionel og personlig tilgang, opfatter dét at spørge ind til et basalt behov som sexliv som en del af privatsfæren, kommer han/hun aldrig til at lede dialogen herhen, da de er oplært i *ikke* at inddrage eget privatliv. For at undgå det eksisterende to-vejs tabu i dialogen kunne grundstenene til en kampagne indebære værktøjer til at forstå forskellen på privatsfære og personlig-sfære, for at skabe entydighed i den professionelle rådgivning og relation til det fælles tredje. Med det sagt skal rejsningsproblemet og dialogen om seksualitet aldrig presses ned over patienten, men gennem en interesse-for patienten og dennes seksualitet, skal den sundhedsprofessionelle vise, at de er åbne for dialogen og på den måde inspirere patienten til dialog (jf. PLISSIT-modellen).

5.5.5 Opsamlende diskurscyklus

Opsamlende for relationen mellem den sundhedsprofessionelle og den mandlige patient (A & B) gør vi igen brug af diskurscyklussen for at udpege centrale livserfaringer, interaktionsordner og stedets diskurser.



Figur 21: Opsamlende diskurscyklus (A & B)

Der er igennem sidste delanalyse blevet tydeliggjort, at dialogen og relationen mellem den sundhedsprofessionelle og den mandlige patient er influeret af flere forskellige diskurser. Der

skal i grundstenene til en kampagne fastsættes en forståelse af privatsfærediskursen og personlig-sfærediskursen. Det skal derudover være ok at have et rejsningsproblem, og talen om skal tydeligt metakommunikeret, så der tages højde for at begge aktører har det komfortabelt i relationen til hinanden og til det fælles tredje. Der blev ydermere fremanalyseret en entydighed i behandlingsdiskursen og for at mindske eller overkomme to-vejs tabuet, må vi i den diskursive guide tilbyde en normalisering af det seksuelle problem, som værende på lige fod med behandlingen af sygdommen.

Vi vil nu afslutningsvist diskutere aktørernes roller i dialogen og hvilken indflydelse dette har på dialogen og relationen til det fælles tredje.

5.6 Rollernes indflydelse på dialogen

En forklarende faktor til to-vejs tabuet, antager vi, er aktørernes roller i dialogen. Grundet aktørernes livserfaring, som tidligere er illustreret i form af en 'rygsæk' (jf. 5. Navigationsfasen), har vi argumenteret for, at de to aktører bringer forskellige diskursive net med ind i dialogen. Med udgangspunkt i Laclau og Mouffes begreb om *Subjektpositioner* diskuterer vi hvordan rollerne påvirker aktørernes indbyrdes forhold.

Subjektpositioner

Ifølge Jørgensen og Phillips (1999, s. 52) er kollektiv og individuel identitet organiseret efter samme principper i samme diskursive processer. Individet bliver, alt efter hvilken diskursiv handling de er i, sat i en bestemt position. For eksempel hos en konsultation hos lægen, er der altid udpeget positioner, som de respektive individer kan indtage (Jørgensen & Phillips, 1999, s. 53). I dette tilfælde fra Jørgensen & Phillips er subjektpositionerne læge og patient. I disse positioner har vi forventninger om, hvordan man skal opføre sig, hvad man skal sige, og hvad man ikke skal sige:

Hvis lægen for eksempel ikke mener, at der er noget i vejen, mens patienten fastholder, at hun er syg, så har patienten overskredet grænserne for det tilladelige i patientpositionen og bliver stemplet som hypokonder (Jørgensen & Phillips, 1999, s. 53)

Kobles denne forståelse om subjektpositioner til to-vejs tabuet i dialogen mellem aktørerne, kan der opstå udfordringer i positionerne. Hvis den sundhedsprofessionelle antager, at det ikke

er rigtigt at spørge ind til seksualitet, og patienten gerne vil tale om det, eller omvendt, brydes positionerne, hvilket kan virke grænseoverskridende for patienten og den sundhedsprofessionelle.

I undersøgelsen kan vi med forståelsen af subjektpositioner blive klogere på aktørernes positioner i dialogen. På den måde kan vi potentielt udfordre, hvordan aktørerne skal opføre sig, og hvilken sprogbrug der skal benyttes i positionerne i dialogen om seksuelle problemer i forbindelse med sygdom. Aktøren kan samtidig indtage mange forskellige positioner på baggrund af de diskurser, som opstår (Jørgensen & Phillips, 1999, s. 53). Dette kan i forhold til NA forstås som interaktionsordner. Den sundhedsprofessionelle der arbejder på et sygehus, kan både være chef, læge, kollega, ven og familiemedlem, afhængigt af positionen og situationen (interaktionsordenen). Aktørerne kan samtidig komme i konflikt med hinanden, hvis der er konflikt mellem to positioner. Hvis den sundhedsprofessionelle eksempelvis skal rådgive et familiemedlem eller en ven omkring seksuelle udfordringer, kan det ende i en kamp om hegemoni, for at skabe entydighed i positionen. Vi kan hertil argumentere, på grund af det eksisterende to-vejs tabu, at der også kan opstå konflikt i positionerne, når emnet der tales om, krydser sfærer. Grundet stedets diskurser, eksempelvis det rum dialogen befinder sig i, dominerer den sundhedsprofessionelles diskursive net og sfære. I den nuværende rammesætning for dialogen kan de to aktører derfor ikke anses som ligeværdige. Den fagprofessionelle dialog foregår inde på den sundhedsprofessionelles domæne, hvorfor vi kan plædere for, at der umiddelbart findes et antagonistisk forhold i relationen mellem aktørerne og deres positioner. Dette antagonistiske forhold har derfor også indflydelse på to-vejs tabuet, da der ikke opstår entydighed i hvad det fælles tredje skal omhandle.

Vi ser det derfor relevant at diskutere, hvordan roller og positioner har indflydelse på dialogen og dermed det fælles tredje. Som vi tidligere har beskrevet, er det den sundhedsprofessionelle som har ansvar og myndighed til at dialogen bliver taget (jf. 5. Navigationsfasen). Han/hun er dermed også i størst fare for at virke uprofessionel på grund af en manglende diskursiv rammesætning for netop dén, for nogle, svære dialog.

Som vi har fremanalysert i ovenstående delanalyser, ligger der samtidig en fare i krydsningen af privatsfæren og den fagprofessionelle sfære. Grundet dialogens mange medierende midler (afdeling på sygehuset, sundhedspersonale, klinisk kontor og uniform i form af kittel) har den sundhedsprofessionelle forud for dialogen indtaget en fagprofessionel position. Diskurserne som kredser om den fagprofessionelle sprogbrug og medierende midler dominerer derfor i dialogen, hvorfor det fortrænger flere private betydninger ud i det diskursive felt, som for den

mandlige patient, er vigtige dele til både at kunne deltage i dialogen (som ligeværdig part), og for at kunne føle sig hørt.

Vi kan i denne sammenhæng diskutere, om den kollektive identitet altid udkæmpes i dialogen sammen med den mandlige patient, hvorfor den sundhedsprofessionelle, grundet egen private livserfaring, er i fare for at træde ud af en fagprofessionel rolle og agere privatpersonligt ved at trække på private erfaringer. Disse farer for at krydse sfærer er en del af to-vejs tabuet, hvorfor aktørerne er i konflikt med deres positioner. For at sikre at krydsningen af sfærer ikke sker, kan vi derfor diskutere om der er et behov for at udvikle en tredje sfære, som rummer de andre sfæres (fagprofessionelle-sfære og privatsfære) yderpoler, så aktørerne i dialogen får lettere ved at danne relation til tredjeleddet. Den tredje sfære skal således ikke være strengt fagprofessionel eller strengt privat, men en mellemting, da vi på den måde i dialogen kan undgå, at aktørerne trækker på to diskursive felter, som er *så* langt fra hinanden, at de aldrig danner et forhold i relationen.

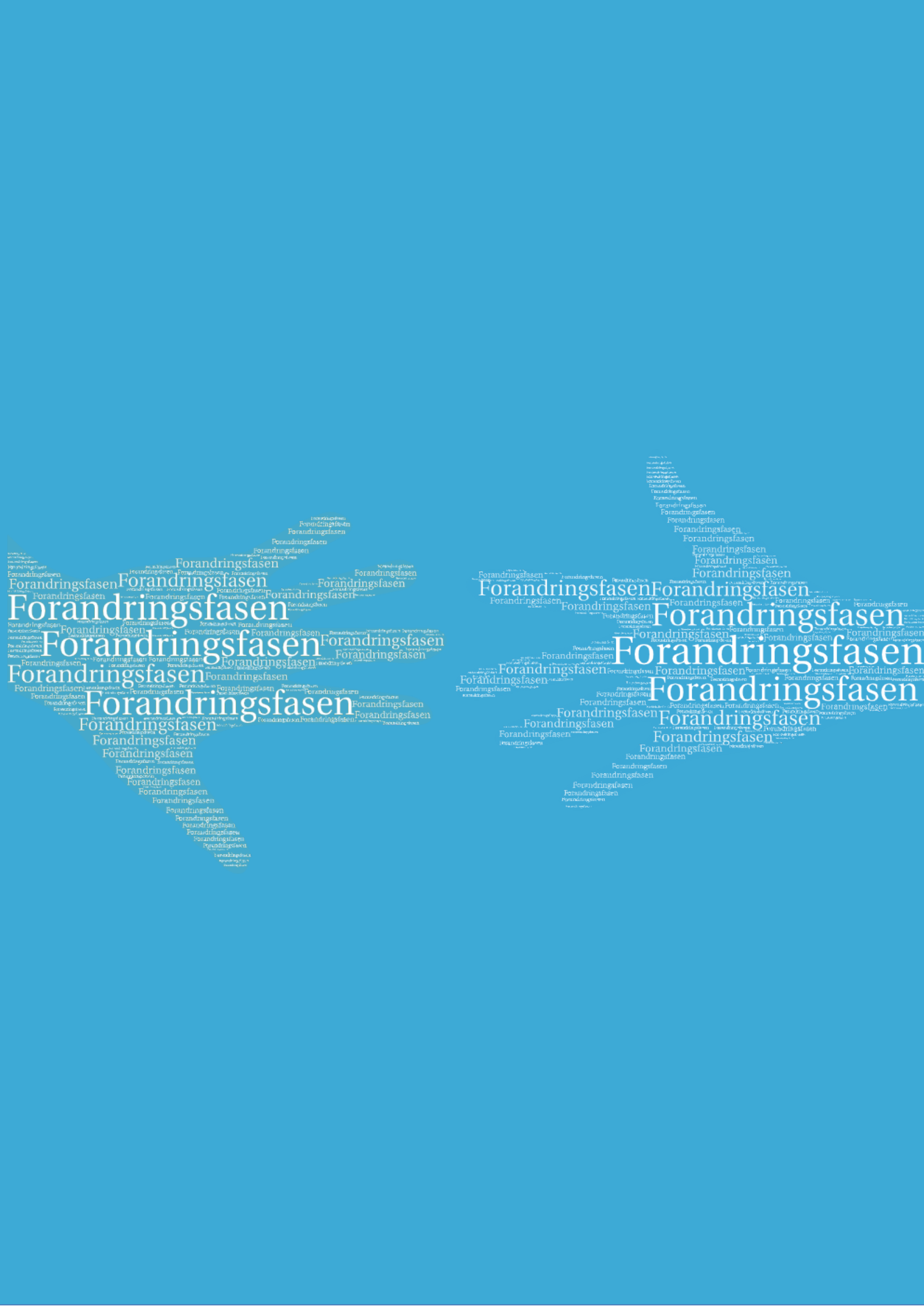
Vi kan i forlængelse af dette også inddrage Madsens (1996) dialogiske forholdemåde *kongruens*, hvilket indebærer at skabe overensstemmelse mellem det, der siges, og det der signaleres (både verbalt og nonverbalt). Er der uoverensstemmelse kaldes det *inkongruens*. I krydsningen af sfærer er der stor risiko for at danne inkongruens i aktørernes positioner.

På grund af emnets tilhørsforhold i privatsfæren, vil der i det øjeblik, der nævnes ordet 'rejsningsproblem' eller 'seksuelt problem' blive trukket på diskurserne fra privatsfæren, da begge aktører højst sandsynligt har erfaringer eller forforståelser med fra privatlivet. Den sundhedsprofessionelle har både roller som fagperson og privatperson, og arbejder derfor med forskellige positioner hver dag. Rollen som sundhedsprofessionel bliver dermed mere komplekst, da personen skal drible mellem de to positioner.

I dialogen introduceres derfor en dobbelthed, da den sundhedsprofessionelle både skal være én, som patienten skal have tiltro til, samtidig med at han/hun skal etablere kontakt til manden i forhold til et emne, som hører til i privatsfæren. I krydsningen af sfærer er der derfor risiko for inkongruens i dialogen, hvis den sundhedsprofessionelle ikke er komfortabel i dobbeltkongruensen mellem de to positioner, personen besidder. For at undgå at skabe inkongruens i krydsningen af sfærer, er det derfor vigtigt at den sundhedsprofessionelle er komfortabel i dobbeltkongruensen, og åben for at tale om et emne tilhørende privatsfæren - selv i sin position som fagprofessionel. Ved at være kongruent til stede i en samtale, skal den sundhedsprofessionelle anerkende emnet og være klædt på til samtalen. Han/hun skal anerkende, at dét at tale om seksuelle problemer er tilsvarende dét at tale om bivirkninger og

senfølger. Det er den sundhedsprofessionelles rolle og ansvar, at den anden aktør, her den mandlige patient, føler sig tilpas i dialogen til at tale om emnet.

I ovenstående har vi navigeret i undersøgelsens dataarkiv og forstået de centrale aktørers diskurser og handlinger i det givne NoP. Videre i undersøgelsen reflekterer vi over hvordan dette har skabt forandring.



6. FORANDRINGSFASEN

Den sidste aktivitetsfase i Scollon og Scollons (2004) field guide er Forandringsfasen. I denne fase reflekterer vi over resultaterne fra Navigationsfasen, samt hvordan disse har skabt forandringer i NoP'et; dialogen mellem den mandlige patient og den sundhedsprofessionelle. Med vores analyseapparat og de nærliggende kommunikationsfaglige begreber har vi i Navigationsfasen kunne sige noget om, hvordan to-vejs tabuet er komplekst kommunikativt. I krydsningen af sfærer i dialogen er der stor risiko for inkongruens i kommunikationen, som gør, at aktørerne aldrig når til det fælles tredje, da deres forskellige diskursive net er for langt fra hinanden.

Ifølge Scollon og Scollon (2014, s. 177) behøver en forandring ikke at være umiddelbart synlig eller håndgribeligt inden for det konkrete NoP (Scollon & Scollon, 2004, s. 158). Vi argumenterer derfor, at tilstedeværelsen af denne undersøgelse har skabt forandringer, da vi allerede fra Engagementsfasen, igennem diverse interviews og observation hos lægepraksisser (Bilag 2; Bilag 3; Bilag 6; Bilag 9), har skabt undren og herved forandret NoP'et hos de udvalgte sociale aktører. De sundhedsprofessionelle har derfor fået anledning til at genoverveje tilgangen til den mandlige patient og de sygdomsrelaterede seksuelle problematikker. De tre interviewpersoner, Else, Birgitte og Lena, repræsenterer tre af de udvalgte omkringliggende aktører (jf. Figur 11, s. 60), herunder *Sygeplejerskeuddannelsen* (Lena), *Sexologisk Center* (Birgitte og Else) og *Internettet* (Else) hvorfor vi med denne involvering har haft mulighed for at influere til forandring hos disse omkringliggende aktører, da selve vores tilstedeværelse kan lede dem i retningen af eventuelle udfordringer og give dem stof til eftertanke, som de hver især kan bringe med videre til deres bagland i form af de omkringliggende aktører. Alle tre ytrede et ønske om at få præsenteret undersøgelsens resultater, for at få indsigt i tre-vejs tabuets påvirkning på dialogen.

I Forandringsfasen vil vi imidlertid tage skridtet videre ved at overveje hvordan Navigationsfasens analyser kan benyttes til at udvikle et mere bevidst forandrings-design til de sundhedsprofessionelle i forhold til to-vejs tabuet. Indledningsvist diskuterer vi Laclau og Mouffes begreb *Dekonstruktion*, herunder hvordan vi kan dekonstruere nuværende betydningsudfyldning samt forståelsen af to-vejs tabuet, og opbygge en fælles tredje diskursiv sfære til at mindske og/eller opløse selvsamme tabu. Vi vil ydermere diskutere hvordan

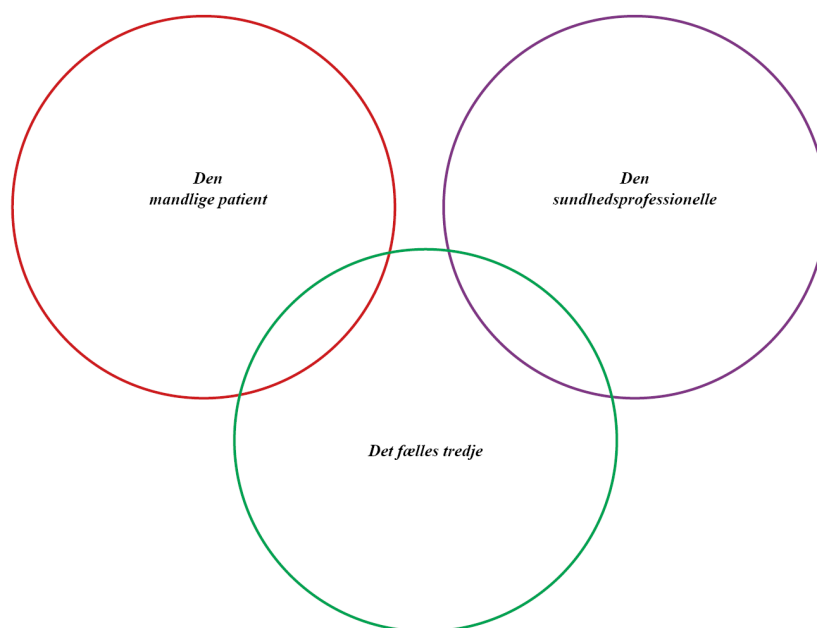
normaliseringsdiskursen kan bane vej til forandring og inkorporere dette i en diskursiv guide, som er grundfundamentet til den tredje diskursive sfære. Slutteligt perspektiverer vi over vores metodiske og teoretiske værktøj som bidrag.

Dekonstruktion

Det modsatte af hegemoni er ifølge Jørgensen og Phillips (1999, s. 61) begrebet dekonstruktion. Dette er opløsningen af hegemoniske diskurser, hvor dekonstruktionen “er den operation, der viser, at en hegemonisk intervention er kontingent - at elementerne kunne have været knyttet sammen på en anden måde” (Jørgensen & Phillips, 1999, s. 61).

Diskursanalysen går derfor ud på at dekonstruere de strukturer, som anses ‘naturlige’, “man forsøger netop hele tiden at vise, at den givne indretning af verden er et resultat af politiske processer med sociale konsekvenser” (Jørgensen & Phillips, 1999, s. 61). Det nuværende to-vejs tabu er dermed et resultat af en given indretning af verden, som har den sociale konsekvens, at dialogen om seksualitet i forbindelse med sygdom ikke bliver taget. Undersøgelsen har således haft fokus på at udpege og fremanalysere disse ‘naturlige’ diskursive strukturer, som udgør to-vejs tabuet. Her i den sidste fase af NA vil vi på baggrund af Navigationsfasens resultater dekonstruere og forandre måden hvorpå tegnene kunne have været knyttet sammen på en anderledes måde.

På baggrund af vores analyseapparat og metodiske rammeværk har vi gennem Navigationsfasen fundet ud af, at der i den diskursive struktur af to-vejs tabuet kredser mange forskellige diskurser og faste net af betydninger. Disse net af betydninger har især været influeret af en privatsfære og fagprofessionel-sfære, som grundet deres forskellige diskursive felter ikke har kunnet forenes, hvilket har påvirket forholdet til tredjeleddet. Det fælles tredje, rejsningsproblemet, bevæger sig diskursivt inden for privatsfæren. Den sundhedsprofessionelle er gennem uddannelse blevet guidet i at undgå privatsfæren, hvorfor vedkommende i frygten for at krydse over i denne sfære, undgår at dele private erfaringer med patienten, og er derfor tilbøjelig til at tilgå emnet via den vante fagprofessionelle-sfære eller undgå dialogen helt. Den mandlige patient, som har en interesse-i rejsningsproblemet, befinder sig i privatsfæren og har derfor ikke det samme net af betydninger at trække på, hvorfor de to aktørers diskursive net af betydninger er så langt fra hinanden, at dialogen ikke lykkedes. Dette er forsøgt illustreret i nedenstående Figur 22:



Figur 22: To-vejs tabuets diskursive sfære

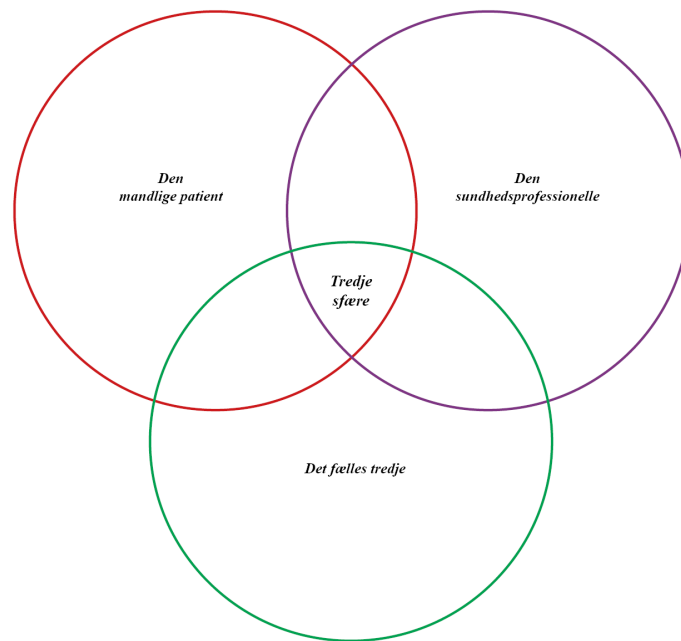
Cirklen til venstre der repræsenterer privatsfæren, den mandlige patient befinder sig i, når aldrig den højre cirkel, som repræsenterer den fagprofessionelle-sfære, den sundhedsprofessionelle befinder sig i.

Der er ydermere tegnet en tredje cirkel, det fælles tredje, for at illustrere hvordan tredjeleddet skal være det som den mandlige patient og den sundhedsprofessionelle er sammen om i dialogen. Pointen er dog, at dette fællesskab kræver en diskursiv fælles grund – et fælles diskursivt net, som kan muliggøre dialogen herom. På nuværende tidspunkt trækker hver af aktørerne på deres forskellige diskursive sfærer og dét bidrager til eksistensen af to-vejs tabuet.

Vi kan derfor argumentere for to-vejs tabuet, som et vigtigt første skridt, har behov for at blive dekonstrueret til et *Tre-vejs tabu*. Det understøtter at en undersøgelse af aktørernes forhold – og diskursive tilgange – til det fælles tredje (emnet) er lige så vigtigt for dialogen, som at der etableres en relation – menneske til menneske – mellem den sundhedsprofessionelle og den mandlige patient. Begge dele er vigtige elementer til at opnå en konstruktiv dialog mellem aktørerne omkring emnet rejsningsproblemer. Undersøgelsen af den diskursive sfære, for at tale om det fælles tredje, må derfor ikke undlades i dialogen, men skal derimod bidrage til at binde forholdet mellem den sundhedsprofessionelle og den mandlige patient sammen, så dialogen muliggøres.

Forandringen i form af opløsningen af to-vejs tabuet og ved at bane vej til en normalisering, ligger derved i at udarbejde grundstenene til et nyt diskursivt net, som bidrager til at etablere

en helt tredje måde (en fælles tredje diskursiv sfære) til at italesætte den, for nogle, svære dialog igennem:



Figur 23: Tredje diskursive sfære

I ovenstående Figur 23 ses den sundhedsprofessionelle og den mandlige patient sammenkoblet med en relation til det fælles tredje, gennem en tredje diskursiv sfære, som er dét der binder aktørerne sammen om at muliggøre dialogen.

Videre i Forandringsfasen bygger vi et forslag til et nyt diskursivt net ud fra Navigationsfasens mest centrale livserfaringer, interaktionsordner og stedets diskurser, som vi fandt frem til ligger i mødet mellem de tre relationer. Et nyt diskursivt net og en tredje diskursiv sfære skal dermed give begge aktører i dialogen en mulig fælles sprogbrug (medierende midler) for at danne relation til det fælles tredje, og hermed opløse de mange modstridende diskurser fra de to forskellige sfærer.

Vi har i Navigationsfasen fremanalyseret et muligt behov for en normalisering for at gøre dialogen lettere at tilgå. Som observeret gennem Engagementsfasen har flere kampagner benyttet sig af humor til at tilgå mandens problemer gennem livet (jf. 4.4.4 Kampagner). Vi ser derfor muligheder i en samfundsdiskurs, som benytter sig af humor til at skabe relation til

manden, hvorfor vi nu vil diskutere om humor kan bane vej til normalisering og aftabuering af emnet.

6.1 Kan humor bane vej til en normaliseringsdiskurs?

Vi vælger her at inddrage tre forskellige kampagner fra vores dataarkiv, herunder *Ride comfortably by Opel*, *Axe: 'Clean your balls'* og *MCAC*¹³ (jf. 4.4.4 Kampagner).

Kampagnerne henvender sig hver især til emner i mandens liv, som befinder sig i den såkaldte privatsfære. I kampagnen fra Opel bliver underbukserne og købet af en stationcar et medierende middel, som kan gøre op med et lavt testosterontal, lav selvtillid og gøre manden 'mand nok'. I 'clean your balls'-kampagnen er vaskeredskabet til 'boldene' et medierende middel, som redder mænd og damer for at 'lege' med beskidte og ildelugtende 'bolde'. I reklamen kommer flere mænd med deres versioner af sportsbolde, store som små og lange som rynkede, hvor AXEs vaskeredskab kan vaske det hele, og gøre dem friske og rene. I den tredje kampagne, som fokuserer på vigtigheden af at tjekke for testikelkræft, benyttes en kvindelig model i undertøj, som rører ved sig selv. Men pludselig hiver hun et par testikler frem fra sit underliv og forklarer og viser, hvordan manden skal tjekke sine testikler.

Alle de ovenstående kampagner har på hver deres måde benyttet sig af en humordiskurs til at gøre diverse ømtålige områder i mænds liv mere let fordøjelige, herunder testikelkræft, testikelhygiejne og opgør med lav selvtillid. Humoren skaber en distance til problemet, hvilket gør det lettere for mænd at forholde sig til emnet "da vores blufærdighed både er stor og sårbar" (Ekman, 2011, s. 7) (jf. 4.1 Omtalen om mænds rejsningsproblemer). Men tyr mændene også til humor i dialogen?

I programmet *Sex på Recept* på DR3 kommer vi helt tæt på en dialog mellem den mandlige patient, Jan, og den sundhedsprofessionelle, Birgitte, hvor de taler om en vakuumpumpe til Jans penis.

Flere gange under samtalen kommer Jan med humoristiske svar til Birgittes spørgsmål. Eksempelvis da Birgitte spørger ind til om ham og hans kone stadig har nærhed og intimitet, svarer Jan hurtigt "ja, hun sover sku da ved siden af", hvortil alle i dialogen griner (Bilag 11.1, s. 6).

¹³ Man Cancer Awareness campaign.



Bilag 11.1, s. 6

Lidt efter da Birgitte forklarer noget mere teknisk angående vakuumpumpen, og nødvendigheden af, at den skal slutte tæt, er Jan hurtigt med i samtalen og slutter Birgittes sætninger. Det får Birgitte til at sige “så du er med kan jeg høre”, og her tyr Jan igen til et humoristisk svar “Ja, jeg er jo tømrer” (Bilag 11.1, s. 10-11), hvortil de igen alle griner. Denne gang griber Birgitte Jans tilbagemelding med samme humoristiske tone ved at svare “og ikke glas og vandmester” (Bilag 11.1, s. 11). På den måde benytter Jan og Birgitte, henholdsvis den mandlige patient og den sundhedsprofessionelle, humoren til at gøre samtalen om vakuumpumpen mere fordøjelig og let.

Humoren kan derfor anses som en stedlig indlejret diskurs (D), som er værd at tage med i Forandringsfasen for at bane vej til en normalisering. Det er dog vigtigt at tænke på, at brugen af humoren er en balancegang. Som Birgitte forklarer i sit interview, er folk forskellige, og der kan benyttes diverse tilgange til at nå den mandlige patient. Nogle er objektive og saglige i forhold til problemet, mens andre bruger sort humor (Bilag 3, s. 9, l. 2-9).

I forhold til det jeg ser, selvfølgelig er der også humor med, men det er mere, og det er også fordi jeg prøver at signalere når de kommer ind at det her er det samme som at have fået brækket et ben, altså vi en sygehusafdeling, vi tager os af de her problemer (Bilag 3, s. 9, l. 9-12)

Vi finder på baggrund af undersøgelsen at seksuelle problemer i dagens Danmark er et kæmpe tabu for manden. Det påvirker identitet, hvorfor det bliver lettere at distancere sig selv med

humor (Ekman, 2013; jf. 2.3 Maskulinitet og identitet). En anden måde at tilgå problemet kan være, ligesom Birgitte forklarer i citatet, at behandle det ligesom et brækket ben. Sexologisk Center en sygehusafdeling, ligesom alle andre afdelinger, hvorved normaliseringen af problemet igen kan hjælpe relationen til det fælles tredje på vej.

For at bryde det fremanalyserede tre-vejs tabu argumenterer vi, at der hvor der især skal ske en ændring, er i selve opfattelsen af, hvor tabubelagt emnet er, hvorfor en normaliseringsdiskurs i behandlingen er nødvendig. For at relationerne i dialogen bliver gode og dermed vellykket, er det vigtigt at afmystificere det seksuelle problem, og lade det blive omkranset af ækvivalenter, som sidestiller det med hvilken som helst anden behandling og en 'normal', såsom et brækket ben. Normaliseringen skal for manden trække på de aspekter i hans liv, hvor tingene 'bare skal fikses', såsom at skifte en pære, give bilen et olieskift og slå græsplænen. Med denne kobling til 'det skal bare fikses' om et rejsningsproblem, bliver det mindre tabubelagt, og noget som kan fikses/behandles. På den måde bliver normaliseringsdiskursen indlejret i dialogen med humor som medierende middel. I den tredje sfære skal der derfor være en balancegang mellem benyttelsen af humor og saglighed for at opbygge relationerne i dialogen.

6.2 Den tredje diskursive sfære

Vi har gennem Navigationsfasen fundet frem til, at for at mindske eller muligvis bryde to-vejs tabuet, skal tabuet i første omgang præciseres som et tre-vejs tabu. Dernæst skal vi igennem en forandring have den sundhedsprofessionelle til at inkludere det hele menneske og se bort fra en behandlingsdiskurs, der kun er båret af en interesse-i sygdommen (jf. 5.3.3 Den sundhedsprofessionel syn på rejsningsproblemet; jf. 5.5.1 Den mandlige patient & den sundhedsprofessionelle). Ved at der i sprogbrugen bliver inkluderet en talen-om, kan den sundhedsprofessionelle give den mandlige patient den selvbestemmelse, som han ihærdigt forsøger at reetablere i forbindelse med sygdom (jf. Maskulinitetstab). Metakommunikationen, som kan formindske misforståede budskaber i dialogen (jf. 5.4.2 Mandens forhold til det fælles tredje), kan dermed både være et medierende middel til at tilgå samtalen, samtidig med at det kan være en interaktionsorden i dialogen. Vi kan ydermere trække på Graugaard et al. (2006) som forklarer, at den sundhedsprofessionelle i sin rådgivning skal forsøge at yde hjælp til selvhjælp (jf. PLISSIT-modellen), hvorfor patientens interesse-i især også skal spille en aktiv del i behandlingen, da selvhjælp kan give den mandlige patient en form for kontrol tilbage over

sit problem. Hjælp til selvhjælp skal således have mere plads i dialogen som et medierende middel i den tredje diskursive sfære.

Med det sagt skal den tredje sfæres diskurs ikke udelukke diskurser fra privatsfæren eller den fagprofessionelle-sfære, da disse altid vil være indlejrede diskurser gennem livserfaringen hos aktørerne. Den skal derimod tilbydes som værktøj og medierende middel til både den mandlige patient og sundhedsprofessionelle for at danne en mellemvej mellem de to sfæres diskursive net. Her skal det blive lettere for den sundhedsprofessionelle at skifte mellem hans/hendes forskellige positioner; privatmenneske og fagperson¹⁴. Til at imødekomme dette kan humor, som medierende middel, være dét som bygger bro og bliver relationsskabende mellem den mandlige patient og den sundhedsprofessionelle, og senere mellem den mandlige patients relation til det fælles tredje samt den sundhedsprofessionelles relation til det fælles tredje. Over tid skal den tredje diskursive sfære være den naturlige diskursive struktur, som kredser i dialogen. Ét er at have den faglige viden, noget andet er at kunne formidle det, hvorved den tredje diskursive sfære bliver relevant for at bryde tre-vejs tabuet ved at tilbyde opbygningen af et fælles diskursivt net. Den tredje diskursive sfære skal derfor kunne udfordre og opfordre til, at der i denne dialog, som omhandler et emne i en privat- og intimsfære, en udvidelse af, hvad der anses som fagprofessionelt sprogbrug. Den skal udfordre, at det er okay at være personlig, når det gælder intime problemer. Det skal således gennem denne sfære blive legalt og naturligt, at være fagpersonlig¹⁵, når det gælder problemer, som befinder sig i intim/privatsfæren. Fagpersonlighed bliver derfor en ny position den sundhedsprofessionelle kan besidde i interaktionsordenen i dialogen.

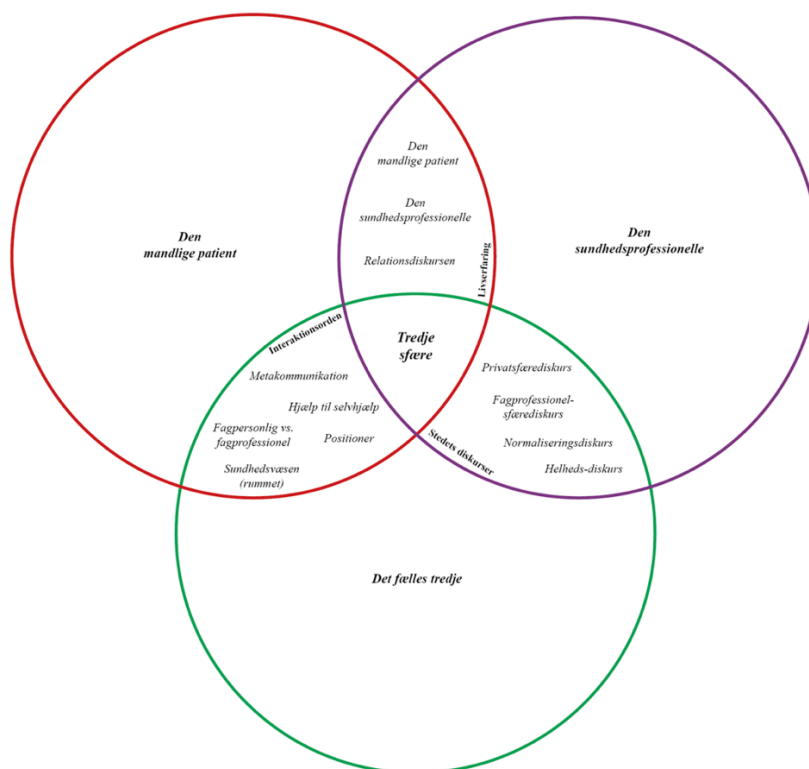
For at betydningsudfylde denne tredje sfære, skal der således bygges et diskursivt net. Vi har fra ovenstående Navigationsfase fundet frem til at der i behandlingen af sygdom er behov for at rejsningsproblemet/sekualiteten skal være et inkluderet spørgsmål, eksempelvis i journalen, i behandlingen af eventuelle sygdomme. Rejsningsproblemet skal derfor ikke anses som en bivirkning/følgesygdom, men som noget i sig selv. I en medicinsk diskurs bliver kroppen som oftest delt op i dele, som behandles hver for sig (Jørgensen & Phillips, s. 36). Det er denne forståelse den tredje sfære skal ekskludere og gøre op med, for at den mandlige patient kan

¹⁴ Vi erkender, at vi ligesom de sundhedsprofessionelle også diskursive private mennesker som har skulle forholde os til sprogrugen og i forhold seksualitet. Den viden vi bringer frem, bringer vi også ud gennem diskurser som trækker på vores 'rygsække'.

¹⁵Lise Billund forklarer begrebet 'fag-personlig' som: "Måden den professionelle knytter an til og praktiserer sit fag på udtrykt gennem relationelle kvaliteter (der er forbundet med den person, den professionelle er – heraf: fag-personlighed)." (Billund, 2016, s. 39)

tilgås som en helhed. En helhedsdiskurs skal derfor inkluderes i den tredje sfære for at skabe en helhedsorienteret forståelse af problemet. Sidestilling af rejsningsproblemet og selve sygdommen klarlægger ydermere, at normaliseringsdiskursen også skal kredse indenom den tredje sfære for at danne relation mellem aktørerne og til tredjeleddet for at skabe entydighed i dialogen. Som medierende middel til at nå denne normalisering, kan der udover talen-om og interesse-for gøres brug af humor, når det anses at være det korrekte tidspunkt. Det kan gøre begge aktører i dialogen mere komfortable i forhold til det fælles tredje.

Dialogen vil som udgangspunkt altid foregå i lokalerne og rammerne hos Sundhedsvæsenet. Det er derfor også vigtigt at overveje, hvordan den stedlige, materielle diskurs i form af Sundhedsvæsenet (indretning) påvirker dialogen og skal introduceres i den tredje sfære. Faren ligger i, at i denne materielle diskurs ligger historiske og sociale praksisser, som umiddelbart hører til den fagprofessionelle-sfære. Rummet og remedierne i rummet kan fordre den sundhedsprofessionelle til at vende tilbage til den nuværende naturlige diskursive struktur og forståelse af den fagprofessionelle-sfærediskurs. Det kan resultere i, at den sundhedsprofessionelle ikke vil trække på det diskursive net i den tredje sfære, hvilket gør, at tre-vejs tabuet ikke vil blive mindsket. Det er derfor vigtigt, at den sundhedsprofessionelle får og benytter sig af diverse medierende midler, herunder eventuelt pjecer, plakater og hjælpemidler, som kan være til stede i rummet og påminde dem om den tredje sfære.



Figur 24: Opsamling af den tredje sfære

Som opsamling for den tredje diskursive sfære præsenterer vi ovenstående Figur 24, som viser den tredje sfæres centrale interaktionsordner, livserfaring og indlejrede diskurser.

Den sociale praksis, dialogen, består på nuværende tidspunkt af diverse diskurser og positioner, genforhandlet gennem tid, hvorfor dialogen nu skal genforhandles på ny. Introduktionen af det nye diskursive net er derfor ikke noget, som bare kan introduceres og ændres fra én dag til en anden. Det diskursive net og det ny konstruerede tre-vejs tabu skal indlæres, optages, indøves og forstås. Sprogbrugen, herunder den diskursive guide, skal guide den sundhedsprofessionelle og den mandlige patient på tværs af privatsfæren og den fagprofessionelle sfære, og skal blive optaget i kulturen. Vi kan derfor ikke komme med et færdigt produkt og en hurtig løsning, da forandringen kommer til at ske over længere tid. For at begge aktører kan være kongruent til stede og opnå ligeværdige roller i dialogen, vil vores bidrag derfor inkludere en rammesætning af en diskursiv guide, som indebærer dialogiske forholdemåder med medierende midler, der kan hjælpe aktørerne på vej over i den tredje sfære.

Videre i Forandringsfasen vil vi på baggrund af ovenstående diskurscyklus om den tredje sfære udarbejde en diskursiv guide, som har til formål at lægge grundstenene for en nyt sprogbrug i det nye diskursive net.

6.3 Diskursiv guide

Vi har gennem et nyt diskursivt net dannet en tredje diskursiv sfære, hvori dialogen kan foregå, således begge aktører kan være ligeværdige i dialogen samtidig med, at de danner relation til det fælles tredje, rejsningsproblemet. Det er samtidig også grundstenene til en kampagne, som skal mindske tre-vejs tabuet ved, at arbejde målrettet med den fagpersonlige aktør for den vej at ændre den diskursive ramme for dialogen med den mandlige patient.

Grundfundamentet for den diskursive guide er at tale ind i sprogbrugen, der hører det nye diskursive net til, og dermed lave en værktøjskasse af medierende midler, eksempelvis sprogbrug og dialogiske forholdemåder, som den sundhedsprofessionelle kan benytte sig af for at tilgå dialogen. Dette skal fremme etableringen af den afgørende tredje diskursive sfære for at skabe kongruens mellem den mandlige patient og den sundhedsprofessionelle så relationen til det fælles tredje styrkes. Vi opstiller derfor den diskursive guide, de medierende midler og dialogiske forholdemåder, som den tredje sfære må trække på.

- *Humor* kan bane vejen og være et medierende middel til at åbne op for dialogen. Som vi har set i de tre kampagner i dataarkivet, kan det intime emne lettere tilgås ved at benytte humor som et medierende middel (jf. 6.1 Kan humor bane vej til en normaliseringsdiskurs). Der må selvfølgelig tages højde for stemningen og jargonen i samtalen, men udviser den mandlige patient tegn på humor og benytter sig af det, kan den sundhedsprofessionelle også gøre brug af humor. Det kan eksempelvis gøres ved at anerkende den mandlige patients humor ved at le, når han ler eller gengælde med humor og sjove kommentar, når han selv gør brug af det. Vi ser ydermere at Else gør brug af humor på sin hjemmeside ved at benytte sig af sloganet “er rejsningen ikke go’, så ring til Else O” (Bilag 4.4, s. 66). Humoren i sig selv er, som tidligere beskrevet, relationsskabende både mellem den mandlige patient og den sundhedsprofessionelle, men især også i deres relation til tredjeledet. Sammen med normaliseringsdiskursen skal dialogen om rejsningsproblemet blive endnu lettere. For den sundhedsprofessionelle kan rejsningsproblemet relateres til et brækket ben, der kan behandles, hvortil for manden, skal det trække på diskurserne om ’det kan fikses’ (jf. 6.1 Kan humor bane vej til normalisering?).

Selvom situationen den mandlige patient sidder i, ikke er morsom, kan den sundhedsprofessionelle forsøge at finde et humoristisk aspekt *sammen* med den mandlige patient, for at lette dialogen. Det kan gøre det mere normalt for manden, og understøtte at han ikke er alene med problemet. Den sundhedsprofessionelle kan eksempelvis også forsøge at benytte sig af *personlig humor* som Peter Harms Larsen forklarer er, de “dagligdags historier og på de sociale og psykologiske forventninger, der er knyttet til dem; den personlige humors primære redskab er overdrivelsen af det velkendte” (Larsen, 2003, s. 346). Den sundhedsprofessionelle kan dermed forsøge at knytte den personlige humor op på begrebet om hegemonisk maskulinitet, og lege med den stereotype opfattelse af, hvad maskulinitet er og betyder. Med humor sker der således et brud med forventningerne om stereotyper og samfundets normer, som kan give anledning til at tale om det - hvis manden selvfølgelig tillader dette og reelt er interesseret i denne dialog.

- *Metakommunikation* er en vigtig vej til at skabe relation til det fælles tredje. Med dette medierende middel som værktøj, kan den sundhedsprofessionelle forventningsafstemme *sammen* med den mandlige patient, og dermed klarlægge hvordan tonen og sprogbrugen af dialogen skal foregå. Relation mellem den

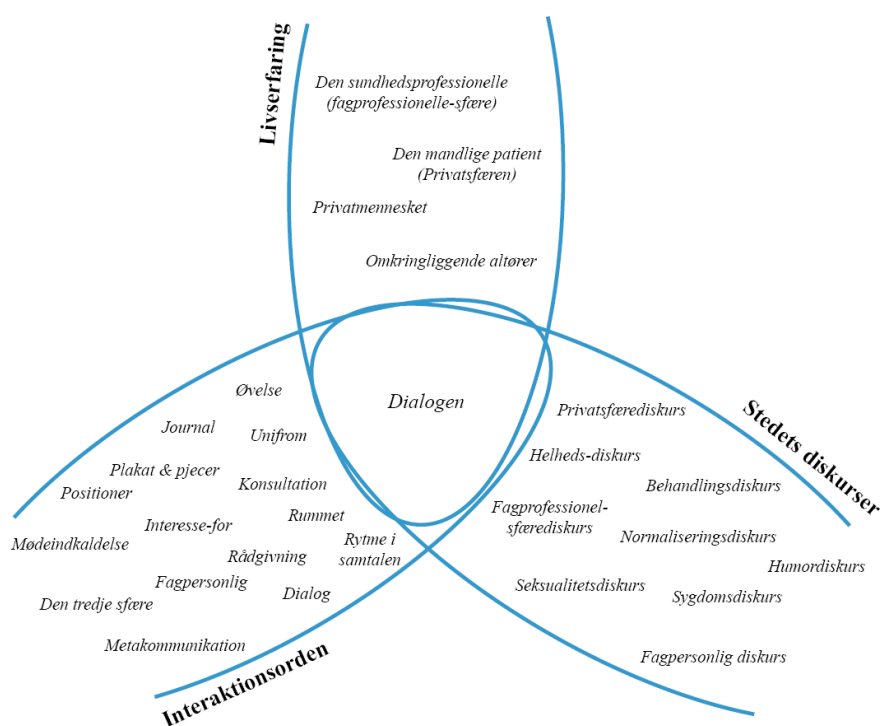
sundhedsprofessionelle og den mandlige patient skal således forstås, som værende en metakommunikation om 'væren-sammen-om' i dialogen, mens talen-om skal være metakommunikation i relationen mellem henholdsvis den sundhedsprofessionelle og tredjeleddet og den mandlige patient og tredjeleddet. Den sundhedsprofessionelle kan derved forklare, at han/hun vil benytte sig af en bestemt fagprofessionel-sprogbrug i en talen-om, såsom, '*penis*', '*testikler*' og '*volumen*' frem for et mere 'hverdags'-sprogbrug som '*pik*', '*nosser*' og '*op og stå*'. Men den sundhedsprofessionelle skal imødekomme patienten ved at forklare at disse ord også er velkomne i dialogen, såfremt den mandlige patient føler sig mere komfortabel med denne sprogbrug. Dette kan lette samtalen, og den mandlige patient kan føle sig hørt, som gør at han ikke er i tvivl, om han nu benytter sig af den 'rigtige' antologi. Ved at have klarlagt nogle dialogiske spilleregler fra start, kan den sundhedsprofessionelle undgå blufærdighedens overraskelse og trang til irettesættelse heraf. Bay-Hansen (2014) forklarer vigtigheden af at øve sig i at tale om seksuelle emner på måder, som fungerer for den enkelte. Den sundhedsprofessionelle kan eksempelvis øve sig ved at invitere til dialogen "vil det være okay for dig, at vi taler om behandlingens mulige påvirkninger af dit seksualliv?" (Bay-Hansen, 2014). Øvelsen kan her hjælpe talen-om i gang. I øvelsen af talen-om kan den sundhedsprofessionelle benytte sig selv som medierende middel til at fastsætte en forståelse af dét at være fagpersonlig, ved at lytte til det mellem linjerne og give patienten tid til at ytre sine problemer og dermed udvise forståelse for betydningen af problemets karakter. En fagpersonlig rolle kan derfor være et værktøj til at skelne mellem at være privat og personlig for derved at skabe entydighed mellem sfærer.

- Den sundhedsprofessionelle må endvidere gøre op med sine dobbelte *positioner*, og tillade sig selv at udfolde sin fagpersonlige rolle og etablere en kontakt til den mandlige patient, så han ikke bliver 'endnu en del af rutinen' (jf. PLISSIT-modellen). Emnet i dialogen befinder sig på nuværende tidspunkt i en privat/intimsfære, hvor der skal benyttes en personlig-diskurs for at etablere et forhold både til den mandlige patient, men også til det fælles tredje for at undgå tre-vejs tabuet. På nuværende tidspunkt tilgår den sundhedsprofessionelle dialogen med en interesse-i at behandle sygdommen. I denne behandling er der som oftest ikke fokus på bivirkninger til at starte med, men som fremanalyseret er det dét den mandlige patient oftest tænker på først. Den sundhedsprofessionelle skal altså anse sig selv som en dialogpartner, frem for kun behandler. Det er derfor vigtigt, at den sundhedsprofessionelle anerkender den

mandlige patients frygt for et rejsningsproblem som mere end blot en følgesygdom, men som en sygdom og bekymring i sig selv, der kræver en forståelse for helheden af mennesket ved at udvise interesse-for mandens interesse-i.

Spørgsmål til patientens seksualitet kan eksempelvis inkorporeres i en tjekliste/journal som bruges indledende til dialogen, såsom “har du nogle allergier”, “har du husket at tage dit insulin” og “har du problemer med dit sexliv efter din sygdom?”, for at den sundhedsprofessionelle husker på at have en interesse-for mandens interesse-i.

På baggrund af de tre ovenstående punkter laver vi kort en opsamlende diskurscyklus, som skal agere i forlængelse af ovenstående diskursive guide. Den skal hjælpe den sundhedsprofessionelle med at navigere fra den fagprofessionelle sfære over i den tredje diskursive sfære og på den måde guide den mandlige patient over i samme tredje diskursive sfære. Forud for dialogen er der en bestemt rutine for den sundhedsprofessionelle, hvor det er essentielt at han/hun bliver guidet gennem den sociale praksis i alle dens faser. Til dette gør vi brug af diskurscyklussen (Figur 25), der konkret skal illustrere disse faser, hvori guiden udspringer fra den tredje diskursive sfære:



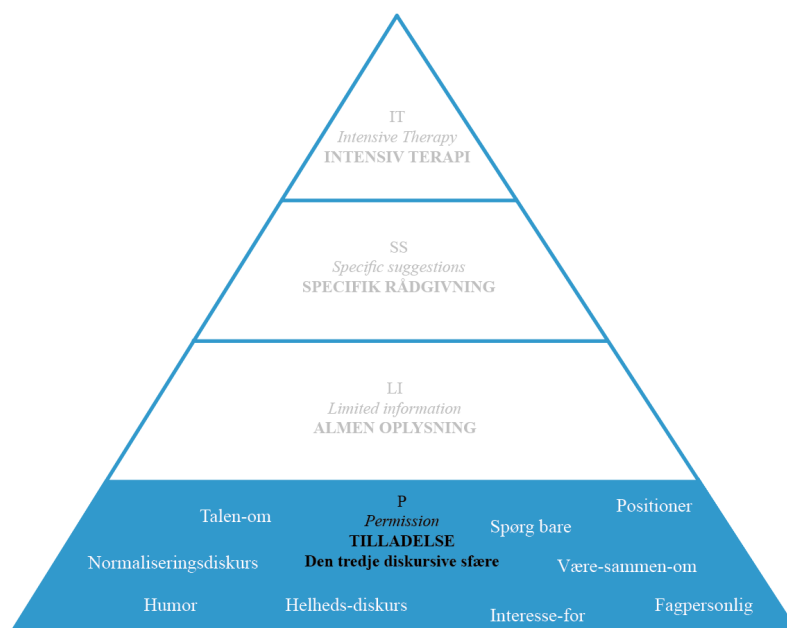
Figur 25: Opsamlende diskurscyklus: Guide

Som forandrende til dialogen skal den sundhedsprofessionelle øve sig forud ved at tage nogle aktive valg, som skal fremme den tredje diskursive sfære. Den sundhedsprofessionelle skal trænes og øves i at krydse privatsfæren og den fagprofessionelle-sfære.

Den tredje sfæres diskurs skal bevidst medtænkes forud for dialogen gennem udvalgte medierende midler og interaktionsordner, diskurser og livserfaringer. Den sundhedsprofessionelle skal eksempelvis overveje at forberede indretningen af rummet, påklædning, plakater og sprogbrug. Disse er med til at guide den sundhedsprofessionelle over i den fagpersonlige rolle der behøves for at nå det fælles tredje. Eksempelvis skal han/hun tage et aktivt valg om, om uniformen skal forblive på eller om hverdagstøj er tilstrækkeligt, samt reflektere over hvordan dette valg potentielt påvirker dialogen. Den sundhedsprofessionelles uniform/kittel fordrer til, at dialogen domineres af en fagprofessionel-diskurs, hvorfor det i dialogen om rejsningsproblemet, kan være lettere at tilgå den fagpersonlige rolle, hvis uniformen bliver erstattet af hverdagstøj. Brugen af hverdagstøj kan også ses i programmet *Sex på Recept* (Bilag 11).

De medierende midler i dialogen skal anerkende, at der er to livserfaringer i rummet (den mandlige patient og den sundhedsprofessionelle), som sammen skal have etableret en relation så de kan 'være-sammen-om' at tale-om tredjeleddet. Dette kan den sundhedsprofessionelle gøre gennem normaliseringsdiskursen ved at introducere rejsningsproblemet, som noget der kan behandles 'ligesom et brækket ben kan' (den sundhedsprofessionelles 'normal'), og derved imødekomme mandens 'normal' om, at 'det skal bare fikses'. Med humor og opstilling af spilleregler for dialogen, kan det tilsammen gøre det lettere for begge aktører at tilgå dialogen.

Vi vil med denne diskursive guide opløse det antagonistiske forhold mellem de to sfærer, der kæmper om at betydningsudfylde det fælles tredje. Ved at der opstår kongruens i dialogen gennem den tredje diskursive sfære mellem den sundhedsprofessionelle og den mandlige patient, vil tre-vejs tabuet således blive mindsket, og begge parter vil have større mulighed for at opleve en ligeværdig dialog, uden skyld, skam, flovhed eller forlegenhed. Vi søger derfor at gøre 'behandling' til en flydende betegnelse, som skal betydningsudfyldes af nye ækvivalenter, såsom '*rejsningsproblem*', '*spørg bare*', '*åbenhed*' og '*løsning*' så en normaliseringsdiskurs således opstår, hvortil humor i samspil kan være relationsskabende (både aktørerne imellem og til emnet). Den diskursive guide er derfor et bud på dialogiske forholdemåder og medierende midler, som placerer sig i det nederste niveau af de første fire niveauer i PLISSIT-modellen, og er heri hele undersøgelsen har dens fundament. Dette er illustreret i Figur 26:



Figur 26: Den tredje diskursive sfæres værktøjskasse

Det er her i den første 'skuffe', den diskursive sfære og diskursive guide skal benyttes som værktøj for at dialogen kan spire og den mandlige patient kan hjælpes til behandling af sit rejsningsproblem.

Da diskurser søger at reducere muligheder og betydning ved at skabe entydighed, opstår der med opbygningen af den tredje sfære og dens diskursive net samtidig også et diskursivt felt med diverse fravalg. Vi kan derfor argumentere for, at den diskursive guide *ikke* er en færdig løsning, men skal bearbejdes med aktørerne i dialogen. Bliver der arbejdet med den tredje sfære og tilhørende diskursive guide vil der også blive trukket på andre depoter af betydninger alt efter hvilken livserfaring, der bliver trukket med ind, hvilket hjælper med at etablere den tredje diskursive sfære i kulturen.

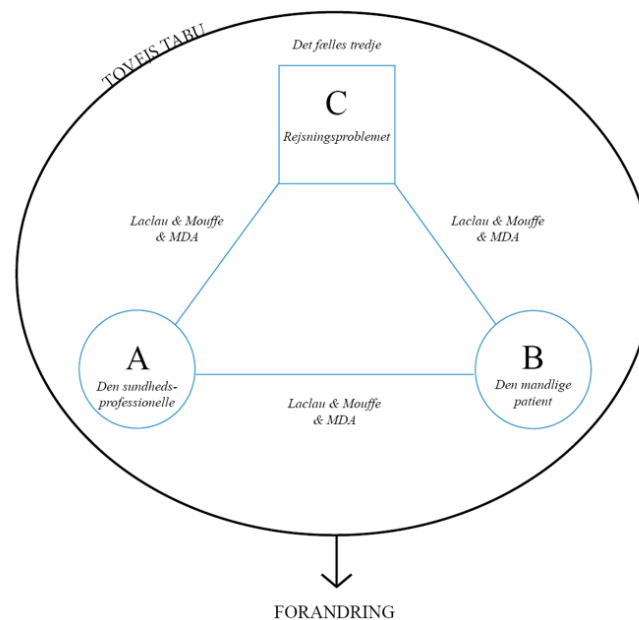
Som tidligere beskrevet vil introduktionen af det nye diskursive net i kulturen tage tid. Én måde at begynde dette på kunne til en start være en oplysningskampagne. Kampagnen skal leve over tid, og sætte sig i kulturen for på den måde at blive en del af den sociale praksis. Ekstern kommunikation er en effektiv måde til at påvirke samfundsdiskursen og derved ændre adfærd (Sepstrup & Øe, 2011, s. 23). Det er hertil vigtigt at huske, at når den sundhedsprofessionelle forlader kontoret eller klinikken, så er de også privatmennesker, og i en sfære som påvirkes af tidens strømninger. Da det fælles tredje og kampagnens fokus omhandler dét, der foregår i intimsfæren, skal det røre det private menneske, som er bag den fagprofessionelle person for at skabe opmærksomhed og herefter oplyse. Den skal på den måde ramme personens egen

seksualitet og etablere koblingen mellem privatmenneske og fagperson, som vej til at vedkommende kan bruge sig selv fagpersonligt i dialogen med den mandlige patient.

6.4 Metodisk og teoretisk værktøj som bidrag

Vores bidrag via undersøgelsen er ydermere et metodisk og teoretisk værktøj til at forstå sig på en fagprofessionel dialog, som krydser en fagprofessionel-sfære og privatsfære.

Med inddragelsen af de udvalgte kommunikationsfaglige begreber og modeller, Kommunikationstrekanten (og dialogiske forholdemåder), Laclau og Mouffes diskursbegreber og MDA/NA, kan vi opnå en bedre relationel forståelse af dialogen.



Figur 15: Undersøgelsens analyseapparat

I sammensmeltningen af disse kommunikationsfaglige teorier som analyseapparat og model er vi både i stand til at sige noget om det fælles tredje, rejsningsproblemet, men også i stand til sige noget om det fælles tredje, tre-vejs tabuet, til at forstå hvorfor det opstår. Vi har kunne identificere de diskursive tegn og medierende midler, som befinder sig i forholdet mellem aktørerne og deres forhold til det fælles tredje. I sidste ende har vi kunne benytte dette til at dekonstruere det nuværende diskursive net for at konstruere og forandre det til et nyt diskursivt net, som er grundstenene til at bryde tre-vejs tabuet.

Vi har ydermere forstået os på, hvad aktørernes forskellige positioner betyder for dialogens gang og forholdet til det fælles tredje. Begge aktører trækker forskellige diskurser og livserfaring i rummet, som i sig selv kan skabe et antagonistisk forhold. Grundet den sundhedsprofessionelles nuværende rolle - og myndigheden der ligger heri - men især også rummets diskursive strukturer påvirker dialogen til, at den fagprofessionelle-sfære dominerer og skaber hegemoni. Dette er samtidig med til at udelukke patientens diskursive felt og sfære, hvorfor dialogen ender i et tre-vejs tabu.

Dekonstruktion af to-vejs tabuet til tre-vejs tabuet kan ligge til grund for fremtidig forskning, da analyseapparatet inkluderer dialogens mange facetter, som er vigtige at inddrage i forståelsen af dialogen. Undersøgelsens analyseapparat kan desuden anvendes til andre dialoger, hvor der er modstridende diskursive sfærer som påvirker relationerne. Det kan derfor også benyttes til andre seksuelle problemer samt andre ømtålige aspekter af mandens liv. Videre forskning kunne fokusere på at afprøve og igangsætte det diskursive net inden for den tredje sfære, for at bryde tre-vejs tabuet.

7. KONKLUSION

Nærværende undersøgelse er et eksempel på, hvordan neksusanalysen (NA) kan benyttes som rammesætning til at forstå hvorledes en social praksis, her dialogen om seksuelle problemer mellem den mandlige patient og den sundhedsprofessionelle, udspilles. Undersøgelsens formål har været at udarbejde grundstenene til en kampagne, herunder en diskursiv guide, der skal bryde det eksisterende to-vejs tabu, som på nuværende tidspunkt ligger som hindring for at nå dialogen om seksuelle problemer.

Det nuværende to-vejs tabu er et resultat af en given indretning af verden, som har den sociale konsekvens, at dialogen om seksualitet i forbindelse med sygdom ofte eller i overvejende grad ikke bliver taget, hvorfor undersøgelsen har haft fokus på at udpege og fremanalysere diskursive strukturer i dialogen. Gennem undersøgelsens Forandringsfase dekonstruerer vi det eksisterende to-vejs tabu til et *tre-vejs tabu*, da relationen til det fælles tredje i dialogen er en lige så vigtig aktør, som den mandlige patient og den sundhedsprofessionelle. NA som metode har endvidere bidraget til at forstå hvordan involveringen i feltet, herunder interviews med Birgitte Schantz Laursen, Else Olesen og Lena Thomsen, har medvirket til forandring, både undervejs i undersøgelsen samt efter aflevering. De tre interviewpersoner repræsenterer tre af de udvalgte omkringliggende aktører, hvorfor vi med involveringen har haft mulighed for at influere til forandring hos disse, da selve vores tilstedeværelse kan give dem stof til eftertanke, som de hver især kan bringe med videre til deres bagland.

Undersøgelsens formål har været at belyse følgende problemstilling:

Velvidende at seksualitet har stor indflydelse på patientens generelle sundhed, hvordan kan vi da kommunikativt lægge grundstenene til at bryde det eksisterende to-vejs tabu i dialogen om seksualitet og sygdom mellem den mandlige patient og den sundhedsprofessionelle?

Vi har i undersøgelsen udarbejdet en diskursiv guide som agerer som den første grundsten til at bryde det fremanalyserede tre-vejs tabu. Den diskursive guide er baseret på en tredje diskursiv sfære, som skal danne en væren-sammen-om mellem den mandlige patient og den sundhedsprofessionelle samt en talen-om det fælles tredje.

Vi har sammensat et analyseapparat, som tager udgangspunkt i Madsens (1996) Kommunikationstrekant og dialogiske forholdemåder (Disinteresseret interesse, Metakommunikation og Kongruens) og Laclau og Mouffe (1985) diskursanalytiske begreber. Vi har endvidere benyttet Scollons (2001) medierede diskursanalyse (MDA), herunder diskurscyklussen til opsamling af delanalysernes centrale interaktionsordner, livserfaringer og stedets diskurser. Gennem delanalyserne zoomede vi ind og ud på forholdet mellem aktørerne samt deres individuelle relation til tredjeleddet, for at forstå os på, hvordan dialogen påvirkes. Grundet aktørernes livserfaring og roller, som er påvirket af diverse potentielle omkringliggende aktører og interaktionsordner forud for dialogen, anses de som faktorer, der er med til at etablere to-vejs tabuet i dialogen.

I første delanalyse, hvor vi zoomede ind på relationen mellem den sundhedsprofessionelle og tredjeleddet, belyses det, at den sundhedsprofessionelle på nuværende tidspunkt ikke føler ansvaret for at åbne dialogen, hvilket er et problem. I en fagprofessionel hverdag bør der tages hånd om seksualitet, for at patienten kan føle sig imødekommet i et ellers tabuiseret felt. I dialogen har den sundhedsprofessionelle kun en interesse-i at behandle sygdommen og ikke interesse-for at behandle hele patienten. Dette har vi fundet ud af, til dels er på grund af manglende viden eller erfaring om det fælles tredje, hvorfor den sundhedsprofessionelle mangler medierende midler til at indgå i dialogen herom. I behandlingen af patienten opstår derfor et antagonistisk forhold mellem behandlingsdiskursen og helhedsdiskursen, som er med til at etablere to-vejs tabuet. For at opnå entydighed i dialogen skal rådgivning og behandling af seksualitet derfor inkludere mere end bare senfølger og bivirkninger, men især også indeholde det psykologiske og sociale gennem en interesse-for patienten.

I den anden delanalyse, som fokuserer på relationen mellem den mandlige patient og tredjeleddet, blev det især tydeligt, at seksualiteten og identiteten hænger sammen. Et rejsningsproblem bevæger sig i en privatsfære, den sundhedsprofessionelle ellers er uddannet til at undgå. Der er mange faktorer på spil i den mandlige patients relation til tredjeleddet, herunder lav selvtillid, frygten for maskulinitetstab og for at miste sit parforhold. Det er derfor vigtigt, at den sundhedsprofessionelle ikke negligerer et rejsningsproblem til en bivirkning, da der er mange bagvedliggende faktorer, som skal erkendes og tages højde for, for at nå til det fælles tredje. Den mandlige patient søger at opnå selvbestemmelse. I en dialog hvor han ikke er med til at bestemme, hvad det fælles tredje skal omhandle, da den sundhedsprofessionelle udelukkende har interesse-i at behandle sygdommen, når derved aldrig til en konstruktiv dialog

mellem to ligeværdige parter. Talen-om er derfor en god dialogisk spilleregul til at mindske eller opløse tre-vejs tabuet.

Der opstår ydermere en manglende sprogbrug til, hvordan den mandlige patient skal italesætte problemet, da det gennem omkringliggende aktører er italesat gennem ord, som fordrer diskretion. Forlegenheden som opstår i dialogen hos både den mandlige patient og den sundhedsprofessionelle, dannes, da der ikke er en decideret entydig praksis til at tilgå dialogen. Den sundhedsprofessionelle har således ikke tillært sig eller er udstyret med de nødvendige medierende midler, hvorfor tre-vejs tabuet opstår. Diskurserne som kredser om det fagprofessionelle sprogbrug og medierende midler dominerer i dialogen, og det fortrænger flere private betydninger ud i det diskursive felt, som for den mandlige patient, er vigtige dele til både at kunne deltage i dialogen (som ligeværdig part), og for at kunne føle sig hørt. En entydig diskursiv forståelse kan derfor afhjælpe de modstridende diskurser og skabe entydighed.

I den sidste delanalyse zoomede vi ind på relationen mellem den sundhedsprofessionelle og den mandlige patient. Det blev her især tydeliggjort, at hvis den sundhedsprofessionelle ikke besidder viden til at være personlig og professionel i dialogen, kan han/hun være tvunget til at trække på private erfaringer, hvilket kan overtræde begge aktørers grænser. Der er derfor et behov for at fastsætte en forståelse af dét at være privat versus dét at være personlig/fagprofessionel. For at mindske eller overkomme tre-vejs tabuet, må vi i den diskursive guide tilbyde en normalisering af det seksuelle problem, som værende på lige fod med behandlingen af sygdommen, både for at imødekomme patientens interesse-i, men også for at gøre det lettere for den sundhedsprofessionelle at tilgå sin rolle som fagpersonlig.

Der er en fare i at krydse privatsfæren og den fagprofessionelle sfære, og grundet dialogens mange medierende midler har den sundhedsprofessionelle forud for dialogen indtaget en fagprofessionel position. Denne position og rolle modarbejder dog den sundhedsprofessionelle i at skabe kontakt i et emne, som befinder sig i privatsfæren. Der er derfor risiko for inkongruens i dialogen, hvis den sundhedsprofessionelle ikke er komfortabel med sine to nuværende roller. For at undgå at skabe inkongruens i krydsningen af sfærer, skal den sundhedsprofessionelle være komfortabel med dobbeltkongruensen, og være åben for at tale om et emne tilhørende privatsfæren - selv i sin position som fagprofessionel.

Til at imødekomme ovenstående resultater fra analysen har vi som en del af Forandringsfasen opbygget en tredje sfære, der skal agere som et diskursivt net, som både den mandlige patient

og den sundhedsprofessionelle kan tilgå i dialogen. Den tredje sfære skal være et medierende middel til at hjælpe med at formidle viden og italesætte den for nogle, svære dialog. Den skal udfordre, at det er okay at være personlig, når det gælder intime problemer. Dialogen består på nuværende tidspunkt af diverse diskurser og positioner, som er forhandlet gennem tid, hvorfor den sociale praksis nu skal genforhandles på ny. Det diskursive net og det ny konstruerede tre-vejs tabu skal indlæres, optages, indøves og forstås. Vores bidrag med undersøgelsen er derfor blandt andet en rammesætning af en diskursiv guide, som indebærer; *humor*, *metakommunikation* og *positioner*, der kan hjælpe aktørerne til den tredje sfære.

Undersøgelsens analyseapparat har en værdi der rækker ud over nærværende undersøgelse, da den kan ligge til grund for fremtidig forskning i sundhedsfaglige dialoger, i og med analyseapparatet inkluderer dialogens mange facetter. Den kan derfor anvendes til at undersøge andre dialoger, hvori der indgår modstridende diskurser, og hvor aktørerne kan krydse sfærer. Videre forskning kunne fokusere på at afprøve og igangsætte den tredje sfæres diskursive net, for at bryde tre-vejs tabuet, eksempelvis gennem undervisning eller en kampagne. Kampagnen, som skal oplyse om den tredje diskursive sfære, skal leve over tid, og her er det vigtigt at medtænke, at når den sundhedsprofessionelle forlader kontoret, er de også private mennesker, som påvirkes af tidens strømninger. Den skal derfor røre det private menneske, som er bag den fagprofessionelle person.

8. LITTERATURLISTE

- Alrø, H., Dahl, P. N., & Schumann, K. (2016). Dialoop-modellens videnskabsteoretiske fundament. I: Alrø, H., Dahl, P.N & Schumann, K., *Samtaleanalyse - i hverdagen og videnskaben*. (s. 161-169). Aalborg Universitetsforlag.
- Axe (2016). Clean your balls. Sidst tilgået den 09.05.2020 på:
<https://www.youtube.com/watch?v=4a-ohLwa6cs>
- Bay-Hansen, J. (2014). Samtalen om seksualitet. *Sygeplejersken* (9), 77-85.
- Billund, L. (2016). *Arbejde og samarbejde i tvangsbårne relationer: Et relationsteoretisk perspektiv på fængselsbetjentfaget*. Aalborg Universitetsforlag. Ph.d.-serien for Det Humanistiske Fakultet, Aalborg Universitet <https://doi.org/10.5278/vbn.phd.hum.00043>
- Bloksgaard, L., Christensen, A., Jensen S. Q., Hansen C. D., Kyed, M., & Nielsen, K. J. (2015). Masculinity ideals in a Contemporary in a Danish Context. *NORA - Nordic Journal of Feminist and Gender Research*. 23(3), 152-169.
- Bostandjiev, R., & Mitra, S. K. (2004). Clinical evaluation of tentex forte and Himcolin cream in the treatment of functional erectile dysfunction. *Medicine Update*, 11(9), 47-51.
- Butler, J. (1993). *Bodies that matter: On the discursive limits of sex*. (s. 28-30) London: Routledge.
- Christensen, K., Graugaard, C., Bonde, H., Helge, J. W., & Madsen, S. A. (2006). *Kend din krop, mand: sundhed, sex, sport, sind*. (s. 88-175). Aschehoug (Denmark).
- Cottone, R. R. (2017). In Defense of Radical Social Constructivism. *Journal of Counseling and Development*, 95(4), 465-471 <https://doi-org.zorac.aub.aau.dk/10.1002/jcad.12161>
- Daniel, S., & Bridges, S. K. (2013). The relationships among body image, masculinity, and sexual satisfaction in men. *Psychology of Men & Masculinity*, 14(4), 345-351.
- Den Danske Ordbog, (2020) Maskulin. Sidst tilgået den 08.04.2020 på:
<https://ordnet.dk/ddo/ordbog?query=maskulin>
- DR2a. (2019). Sex med Maja. Sidst tilgået den 20.01.2020 på:
https://www.dr.dk/drtv/serie/sex-med-maja_127462
- DR2b. (2019). Sandheden om Danskernes Sexliv. Sidst tilgået den 20.01.2020 på:
ps://www.dr.dk/drtv/program/sandheden-om-danskernes-sexliv_146529

- DR3a. (2018). Sex på Recept. Sidst tilgået den 20.01.2020 på:
https://www.dr.dk/drtv/serie/sex-paa-recept_6547
- DR3b. (2013). Gennemsnitlig Sex. Sidst tilgået den 20.01.2020 på:
https://www.dr.dk/drtv/serie/gennemsnitlig-sex_6807
- Duus, S. (2015). Samtalen om samliv og seksualitet med den palliative patient.
Masterafhandling ved Masteruddannelsen i Sexologi, Aalborg Universitet, 1-50.
- Dyrberg, T. B. (2000). Diskursteorien på arbejde. I: Dyrberg, T.B, Hansen, A. D & Torfing J (red.), *Diskursteorien på arbejde*. (s. 7-18.) Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag.
- Egholm, L. (2014). *Videnskabsteori: Perspektiver på organisationer og samfund*. (s. 90-104 & s. 147-171). København: Hans Reitzels Forlag.
- Ekman, S. (2013). *Fra regnorm til anakonda: den mandlige bækkenbunds muskler og funktion*. Frydenlund.
- Emslie, C., Ridge, D., Ziebland, S., & Hunt, K. (2006). Men's accounts of depression: Reconstructing or resisting hegemonic masculinity?. *Social Science & Medicine*, 62(9), 2246–2257. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.10.017>
- Enemark, J.F, Nielsen, N.K, Nielsen, S.S. & Tøttrup, S. V. M. (2016). 3rd semester project in Intercultural Communication. Aalborg Universitet. 1-48.
- Fairclough, N. (2012). *Kritisk diskursanalyse: en tekstsamling*. (s. 1-35). København: Hans Reitzel.
- Fergus, K. D., Gray, R. E., & Fitch, M. I. (2002). Sexual dysfunction and the preservation of manhood: Experiences of men with prostate cancer. *Journal of Health Psychology*, 7(3), 303-316.
- Fitch, M., Beaudoin, G., & Johnson, B. (2013). Challenges having conversations about sexuality in ambulatory settings: part II--health care provider perspectives. *Canadian Oncology Nursing Journal = Revue Canadienne de Nursing Oncologique*, 23(3), 182–188. <https://doi.org/10.5737/1181912x233182188>
- Gadamer, H.G. (2007). Sandhed og metode. Århus: Academica. I: Alrø, H., Dahl, P. N., & Schumann, K. (2016). *Samtaleanalyse - I hverdagen og videnskaben*. (s. 161-169). Aalborg Universitetsforlag.
- Gannon, K., Guerro-Blanco, M., Patel, A., & Abel, P. (2010). Re-constructing masculinity following radical prostatectomy for prostate cancer. *The Aging Male*, 13(4), 258–264. <https://doi.org/10.3109/13685538.2010.487554>
- Gerbild H. N. (2015). Fysisk aktivitet – en behandling af erektil dysfunktion.
Masterafhandling i sexologi, Institut for fysioterapi, Aalborg Universitet, 1-53

- Gergen, K. J. (1997). *Virkelighed og relationer: Tanker om sociale konstruktioner*. (s. 64-93). København: Dansk Psykologisk Forlag.
- Graugaard, C., Møhl, B., & Hertoft, P. (2006). Krop, sygdom og seksualitet. I C. Graugaard, B. Møhl & P. Hertoft (red.) *Krop, sygdom og seksualitet*. (s. 9-36). Forfatterne og Hals Reitzels Forlag.
- Graugaard C, Pedersen B.K., Frisch M. (2012). *Seksualitet og Sundhed*. (s. 1-43) København: Vidensråd for Forebyggelse.
- Hammersley & Atkinson. (1995). I: Larsen, M. C. (2018). Internetetnografi: På online feltarbejde mellem hverdagspraksisser og netværkskommunikation. I M. H. Jacobsen, & H. L. Jensen (red.), *Etnografier*. (s. 203-231). København: Hans Reitzels Forlag.
- Hatch, M. J., & Schultz, M. (2008). *Taking brand initiative: How companies can align strategy, culture, and identity through corporate branding*. (s. 1-66). John Wiley & Sons.
- Hatch, M. J., & Schultz, M. (2005). The dynamics of organizational identity. *Comunicação e Sociedade*, 8, 115-139.
- Hatzimouratidis, K., Amar, E., Eardley, I., Giuliano, F., Hatzichristou, D., Montorsi, F., ... & Wespes, E. (2010). Guidelines on male sexual dysfunction: erectile dysfunction and premature ejaculation. *European Urology*, 57(5), 804-814.
- Hine, C. (2000). *Virtual ethnography*. (s. 8-63). London: Sage Publications.
- Krintel Nilsson, N. (2012). Sexuality: a taboo in nursing. *Sygeplejersken*, 112(1), 86–90.
- Kozinets, Robert V. (2010): *Netnography: Doing ethnographic research online*. (s. 58-74) London: Sage Publications.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Interview - det kvalitative forskningsinterview som håndværk*. (3. udg.) (s. 17-96, s.149-193 & 235-243). København: Hans Reitzels forlag.
- Laclau, E. & Mouffe, C. 1985. *Hegemony & socialist strategy – toward a radical democratic politics*. Verso.
- Laursen, B. S. (2013). Seksualiteten hos mænd opereret for prostatacancer. *Klinisk sygepleje*, 27(03), 20-29.
- Laursen, B. S (2017). Sexuality in men after prostate cancer surgery: a qualitative interview study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(1), 120-127. doi: 10.1111/scs.12328
- Larsen, P. H. (2003). *De levende billeders dramaturgi. TV Bind 2* (1. udg.). (s. 346.) DR

- Larsen, M. C. (2010). Unge og online sociale netværk: En neksusanalytisk undersøgelse af medierede handlinger og offentlige diskurser. Ph.d.-afhandling, Institut for Kommunikation, Aalborg Universitet. s. 1-27 & s. 125-282.
- Larsen, M. C. (2018). Internetetnografi: På online feltarbejde mellem hverdagspraksisser og netværkskommunikation. I M. H. Jacobsen, & H. L. Jensen (red.), *Etnografier*. (s. 203–231). København: Hans Reitzels Forlag.
- Larsen, M. C. & Raudaskoski, P. (2016) Medieret diskursanalyse og neksusanalyse. I: A. Horsbøl. & P. Raudaskoski (Red.) *Diskurs og praksis: teori, metode og analyse* (1. udg., s. 89-109 & 9-21). Viborg: Samfundslitteratur.
- Lindgaard, S. H. (2017). Professor: Mænd med "farkroppe" lever længere og er bedre fædre. Sidst tilgået den 05.04.2020 på: <https://jyllands-posten.dk/livsstil/familiesundhed/sundhed/ECE9316611/professor-maend-med-farkroppe-lever-laengere-og-er-bedre-faendre/>
- Jørgensen, M.W. & Phillips, L. (1999). *Diskursanalyse som teori og metode*. (s. 9- 76 & s. 120-142). Roskilde: Roskilde Universitetsforlag.
- Maegaard, M., & Quist, P. (2005). Etnografi, praksis og sproglig variation - om etnografisk metode i udforskningen af sproglig variation som social praksis. *NyS, Nydanske Sprogstudier*, 33(33), s. 42-73. <https://doi.org/10.7146/nys.v33i33.13452>
- Madsen, B. (1996). Organisationens dialogiske rum. I: Alrø, H. (red). *Organisationsudvikling gennem dialog*. (s. 9-43). Aalborg Universitetsforlag.
- Madsen, S. A. (2014). *Mænds sundhed og sygdomme*. 1. udg. (s. 81-122). Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- McNeal, S. (2015). Meet The 19-Year-Old College Student Who Told The World About The "Dadbod". Sidst tilgået den 05.04.2020 på: <https://www.buzzfeednews.com/article/stephaniemcneal/the-origin-of-the-dadbod;>
- Pearson, M. (2015). Why Girls Love The Dad Bod. Sidst tilgået den 05.04.2020 på: <https://www.theodysseyonline.com/dad-bod>
- P1 Kultur. 2017. Tændt. Sidst tilgået 20.04.2020 på: <https://www.dr.dk/radio/p1/taendt>
- Projekt SEXUS. 2018. Projekt SEXUS. Sidst tilgået den 20.01.2020 på: <https://www.projektsexus.dk/projekt-sexus>
- Porst, H., Burnett, A., Brock, G., Ghanem, H., Giuliano, F., Glina, S., ... & Sharlip, I. (2013). SOP conservative (medical and mechanical) treatment of erectile dysfunction. *The Journal of Sexual Medicine*, 10(1), 130-171. I: Gerbild, S. S. H. N. (2015). Masterafhandling i sexologi.

- Rapley, T. (2007). Generating an archive. I: Doing conversation, discourse and document analysis. (s. 1-14). London: Sage <https://dx.doi.org/10.4135/9781849208901>
- Reisman, Y., & Gianotten, W. L. (2017). The value of paying attention. I Reisman Y., Gianotten W. (eds). *Cancer, Intimacy and Sexuality* (s. 7-15). Springer, Cham.
- Ride comfortably by Opel (2016). my-pleasure.dk & Opel: Ride comfortably. Sidst tilgået den 09.05.2020 på: <https://www.youtube.com/watch?v=vCF0mTk7Kxg>
- Rimi, M. (2012). Omsorg og maskulinitet er svært forenelige størrelser *Sygeplejersken*, 112(2), 92–95. <http://viewer.webproof.com/pageflip/345/71801/index.html#91/>.
- Sand, M., Fisher, W., Rosen, R., Heiman, J., & Eardley, I. (2008). Erectile Dysfunction and Constructs of Masculinity and Quality of Life in the Multinational Men's Attitudes to Life Events and Sexuality (MALES) Study. *The Journal of Sexual Medicine*, 5(3), 583–594. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2007.00720.x>.
- Saunamäki, N., Andersson, M., & Engström, M. (2010). Discussing sexuality with patients: nurses' attitudes and beliefs. *Journal of Advanced Nursing*, 66(6), 1308–1316. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05260.x>.
- Scollon, R. (2001). *Mediated Discourse. The Nexus of Practice*. London: Routledge.
- Scollon, R. & Scollon, S. W. (2004). *Nexus Analysis: Discourse and the Emerging Internet*. New York: Routledge.
- Sexologisk Center. 2020. Generelt om centret. Sidst tilgået den 04.02.2020 på: <https://aalborguh.rm.dk/afsnit-og-ambulatorier/sexologisk-center/afsnit/sexologisk-center/om-centret/generelt-om-centret>
- Sepstrup, P., & Øe, P. F (2010). *Tilrettelæggelse af information: kommunikations- og kampagneplanlægning*. (4. udg. s. 22-28). Århus: Academica.
- Simonsen, S.S. (2006). *Mænd, sundhed og sygdom - ronkedorfænomenet*. (1. udg. s. 7 & s. 114-165) Århus: Forlaget Klim.
- Solomon, H., Man, J. W., & Jackson, G. (2003). Erectile dysfunction and the cardiovascular patient: endothelial dysfunction is the common denominator. *Heart*, 89(3), 251-253.
- Sonne-Ragans, V. (2012). *Anvendt videnskabsteori - reflekteret teoribrug i videnskabelige opgaver*. (s. 209 & 231-233) Samfundslitteratur.
- Spradley, J. P. (1980). *Participant observation*. (s. 53-60). New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Sundhedsstyrelsen. (2019). Strategi, mission og værdier. Sidst tilgået den 02.04.2020 på: <https://www.sst.dk/da/Om-os/Strategi-og-grundlag/Strategi-mission-og-vaerdier>

- Tanggaard, L. & Brinkmann, S. (2015). Interviewet: samtalen som forskningsmetode. I: Brinkmann, S. & Tanggaard, L., *Kvalitative metoder: en grundbog*. (2. udg., s. 29-54). Hans Reitzels forlag.
- Traumer, L., Jacobsen, M. H., & Laursen, B. S. (2019). Patients' experiences of sexuality as a taboo subject in the Danish healthcare system: a qualitative interview study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 33(1), 57-66.
- Vestergaard, A. E. (2016). Forsker slår fast: Jo, kvinderne er vilde med farkroppen. Sidst tilgået den 05.04.2020 på: <https://www.bt.dk/livsstil/forsker-slaar-fast-jo-kvinderne-er-vilde-med-farkroppen>)
- Wenger, É. (2014). En social teori om læring. I K. Illeris, *49 tekster om læring* (s. 61-80). København: Samfundslitteratur.
- Wolcott, H.,F. (2008). Ethnography: A way of seeing (2. udgave). I M. H. Jacobsen, & H. L. Jensen (red.), *Etnografier*. (s. 11-27). København: Hans Reitzels Forlag.