



Af ChatGPT

# **Tab og seksualitet - Fædres seksuelle rejse i forbindelse med alvorlig sygdom og død**

Masterafhandling ved Masteruddannelsen i Sexologi, Aalborg Universitet

Forfatter: Kari Friis Larsen

Studienummer: 20231995

Vejleder: Birgitte Schantz Laursen

Afleveringsdato: 12/5-2025

Anslag: 82804



## **Tab og seksualitet – Fædres seksuelle rejse i forbindelse med alvorlig sygdom og død**

### **Resumé**

Dette masterprojekt undersøger fædres seksualitet i forbindelse med deres barns alvorlige sygdom og død. Dernæst hvordan sundhedsprofessionelle bedst muligt kan yde støtte på dette område. Forskning viser, at fædres seksualitet påvirkes bio-psyko-socialt i sorgprocessen, og at seksualitet spiller en central rolle i deres bearbejdning af tabet. Desuden peger undersøgelser på, at kun et fåtal af fædre og par modtager vejledning om, hvordan parforhold og seksualitet kan påvirkes i forbindelse med barnets alvorlige sygdom og død.

Projektet har en hermeneutisk tilgang, tre fædre er blevet interviewet ved hjælp af en semistruktureret interviewguide. Undersøgelsen viste, at fædrene anvender seksualitet som en mestrings strategi i sorgprocessen, idet denne fungerer som en kilde til styrke og et frirum fra de komplekse følelser, sorgen indebærer. Seksualiteten viste at have en positiv betydning på deres selvværd, men når deres partner ikke udviste lyst, oplevede de tvivl på både dem selv og parforholdets stabilitet. Fædrene beskrev desuden uoverensstemmelser og konflikter i seksualiteten og parforholdet, som de tilskrev en manglende forståelse af partnerens reaktionsmønstre.

På baggrund af deres oplevelser udtrykte fædrene et ønske om at modtage vejledning fra sundhedsprofessionelle med relevant ekspertise – både før og efter barnets død – om sorgens indvirkning på seksualiteten. I deres perspektiv ville denne viden have gjort dem bedre i stand til at forstå deres partner og dermed reducere konflikter. Endvidere vurderede de, at øget indsigt i sorgens påvirkning af seksualitet kunne have bidraget til at styrke deres parforhold, som i forvejen var under betydeligt pres på grund af barnets sygdom og/eller død.

## **Abstract**

This master's project examines fathers' sexuality in relation to their child's severe illness and death, as well as how healthcare professionals can best provide support in this area. Research indicates that fathers' sexuality is influenced bio-psycho-socially in the grieving process and that sexuality plays a central role in their coping with grief and loss. Furthermore, studies suggest that only a small number of fathers and couples receive guidance on how their relationship and sexuality may be affected by their child's serious illness and death.

The project adopts a hermeneutic approach, with three fathers interviewed using a semi-structured interview guide. The study found that fathers use sexuality as a coping strategy in the grieving process, as it serves as a source of strength and a space of relief from the complex emotions that grief entails. Sexuality was shown to have a positive impact on their self-esteem, but when their partner did not express desire, they experienced doubts about both themselves and the stability of their relationship. The fathers also described discrepancies and conflicts in their sexuality and relationship, which they attributed to a lack of understanding of their partner's response patterns.

Based on their experiences, the fathers expressed a desire to receive guidance from healthcare professionals with relevant expertise—both before and after their child's death—on the impact of grief on sexuality. From their perspective, such knowledge would have enabled them to better understand their partner, thereby reducing conflicts. Moreover, they believed that increased insight into grief's effect on sexuality could have contributed to strengthening their relationship, which was already under significant strain due to their child's illness and/or death.

## Indhold

|                                                                                                                                                                                        |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1.0 Indledning.....                                                                                                                                                                    | 6  |
| 1.1 Initierende Undren .....                                                                                                                                                           | 6  |
| 2.0 Problemanalyse.....                                                                                                                                                                | 7  |
| 2.1 Børnepalliation .....                                                                                                                                                              | 7  |
| 2.2 Sorg og Den Integrative Proces Model .....                                                                                                                                         | 8  |
| 2.3 Seksualitet og intimitet under sorg.....                                                                                                                                           | 11 |
| 2.4 Seksuel sundhed og lyst.....                                                                                                                                                       | 13 |
| 2.5 Sundhedspersonalets barrierer.....                                                                                                                                                 | 16 |
| 2.6 Sammenfatning .....                                                                                                                                                                | 17 |
| 3.0 Formål og problemformulering.....                                                                                                                                                  | 18 |
| 4.0 Analysemetode.....                                                                                                                                                                 | 18 |
| 4.1 Videnskabsteoretisk afsæt.....                                                                                                                                                     | 19 |
| 4.2 Kvalitativ metode og det kvalitative forskningsinterview .....                                                                                                                     | 20 |
| 4.3 Ethiske overvejelser .....                                                                                                                                                         | 22 |
| 4.4 Rekruttering af informanter .....                                                                                                                                                  | 23 |
| 4.5 Transskribering.....                                                                                                                                                               | 24 |
| 4.6 Litteratursøgning .....                                                                                                                                                            | 25 |
| 5.0 Resultater .....                                                                                                                                                                   | 26 |
| 5.1 Seksualitetens betydning for den sørgende far. ....                                                                                                                                | 27 |
| 5.2 Seksuelle udfordringer i sorgprocessen op til og efter tabet.....                                                                                                                  | 31 |
| 5.3 Uligheder i sorgens påvirkning af seksualiteten. ....                                                                                                                              | 34 |
| 5.4 Behovet for sundhedsprofessionelles italesættelse af seksuelle problematikker i parforhold i forbindelse med alvorlig sygdom og død – betydningen af relation og kompetencer ..... | 35 |
| 6.0 Diskussion.....                                                                                                                                                                    | 37 |
| 7.0 konklusion .....                                                                                                                                                                   | 46 |
| 8.0 Perspektivering.....                                                                                                                                                               | 47 |
| 10.0 Litteraturliste.....                                                                                                                                                              | 48 |

|                                               |    |
|-----------------------------------------------|----|
| 11.0 Bilag .....                              | 51 |
| Bilag 1: Semistruktureret interviewguide..... | 51 |
| Bilag 2: Samtykkeerklæring .....              | 57 |
| Bilag 3: Informationsbrev .....               | 58 |

## 1.0 Indledning

Tabet af et barn er en dybt traumatiserende oplevelse, der kan have vidtrækkende konsekvenser for forældres mentale og fysiske trivsel. Mens meget forskning har fokuseret på mødres sorg og helingsprocesser, er fædres oplevelser ofte oversete. For fædre i faste forhold kan sorgen have en betydelig indflydelse på deres seksualitet og intime relationer. Seksualitet er ofte en integreret del af parforholdet, men den kan blive udfordret af sorgens dynamikker, herunder nedsat lyst, skyldfølelse og andre emotionelle udfordringer. Sundhedspersonalet spiller en central rolle i at støtte sårbare familier i sorg, men emnet seksualitet er ofte tabubelagt og underbelyst i deres praksis.

### 1.1 Initierende Undren

Som sygeplejerske i det børnepalliative team i Region Sjælland <sup>1</sup> arbejder jeg tæt med forældre til børn, der er alvorligt syge, både i tiden omkring livets afslutning og efter barnets død. Min masteruddannelse i sexologi har skærpet min opmærksomhed på seksualitetens rolle i parforholdet og på vigtigheden af at betragte den ud fra et bio-psyko-socialt perspektiv. Denne uddannelse har også gjort mig mere opmærksom på, at sundhedsprofessionelle generelt har begrænset fokus på, hvordan forældrenes seksualitet påvirkes i sådanne situationer.

I BUPS uddeles en pjece til forældrene, denne berører kønsforskelle og seksualitet, men der er ikke altid opfølgning på indholdet. Jeg har mødt par, der har haft svært ved at finde tilbage til hinanden efter at have mistet et barn, og i nogle tilfælde har tabet ført til brud. Gennem min uddannelse har jeg tilegnet mig ny viden og et større mod til at tage fat på dette sensitive emne. Igennem mit arbejde er det blevet tydeligt for mig, hvor udfordrende det kan være for forældre at genoptage deres sexliv efter at have mistet et barn.

Jeg har blandt andet hørt mødre fortælle om gråd under sex og fædre beskrive, hvordan deres behov ikke blev mødt. Disse oplevelser har understreget, hvor vigtig en rolle seksualiteten spiller i sorgen og forholdets dynamik. Generelt er der mest fokus på barnets

---

<sup>1</sup> Betegnes efterfølgende som BUPS

mor, derfor har jeg i denne afhandling valgt at fokusere på hvordan fædres seksualitet bliver påvirket, når de mister deres barn.

I afhandlingen vil jeg gennemgå eksisterende litteratur for at undersøge, hvordan sorg påvirker fædres seksualitet, og hvordan dette er blevet beskrevet tidligere, og sammenholde det med kvalitative interviews med fædre fra BUPs.

## 2.0 Problemanalyse

I det efterfølgende afsnit vil baggrunden for min afhandling blive præsenteret set ud fra eksisterende litteratur omkring, børnepalliation, seksuel sundhed og en introduktion af sorgs påvirkning i forbindelse med at miste et barn og hvordan det kan påvirke seksualiteten efterfølgende.

### 2.1 Børnepalliation

I Danmark mister omkring 400 børn og unge<sup>2</sup> livet hvert år. Generelt lever børn og unge længere med deres livstruende sygdomme, hvilket medfører en betydelig belastning for hele familien (Sundhedsstyrelsen, 2018). Siden 2017 har hver region i Danmark haft et tværfagligt palliativt team, de fleste af team medlemmerne har taget international efteruddannelse i pædiatrisk palliation. Alle teams er dog sammensat forskelligt i forhold til faggrupper og timeantal.

For at modtage palliativ behandling som barn eller ung, skal man opfylde kriterier såsom at have en livstruende eller kritisk sygdom med risiko for tidlig død, en progressiv lidelse uden mulighed for helbredelse eller et alvorligt neurologisk handicap med mange komplikationer. Disse patienter oplever ofte markante helbredsmæssige forværringer og øget afhængighed af deres forældre (Feudtner et al., 2016).

---

<sup>2</sup> Definition på børn og unge er 0-18år.

WHO skelner mellem palliativ behandling for voksne og for børn:

- Palliation til børn og unge tager højde for deres fysiske, psykiske, sociale og åndelige behov samt støtte til familien.
- Behandlingen bør påbegyndes ved diagnosetidspunktet og kan fortsætte samtidig med en kurativ indsats.
- Den palliative indsats er tværfaglig og inkluderer både familien og netværkets ressourcer.
- Behandlingen kan finde sted på hospitaler, institutioner eller i hjemmet (Sundhedsstyrelsen, 2018).

Den palliative indsats for børn og unge har som mål at sikre livskvaliteten for hele familien. Et centralt element er at skabe rammer, der gør det muligt for barnet at dø i hjemmet (Ældreministeriet, 2017).

BUPS støtter i gennemsnit 40 familier med både levende og afdøde børn. Teamet består af et tværfagligt personale, herunder sygeplejersker, læge, psykolog, socialrådgiver og diætist. Den primære opgave omfatter støtte, vejledning og oplæring af familien samt samarbejdspartnere. Målet er at skabe tryghed omkring det syge barn ved at tilbyde hjælp i hjemmet, herunder behandling, der kan reducere behovet for hospitalsbesøg, men også skabe tryghed til at barnet kan dø hjemme, hvis det er familiens ønske. En betydelig del af arbejdet fokuserer på at yde psykologisk støtte til forældrene både før og efter barnets død.

## 2.2 Sorg og Den Integrative Proces Model

Den Integrative Proces Model<sup>3</sup> er en ny teori om sorg som Mai-Britt Guldin og Carlo Leget har publiceret i 2024. Denne nye teori har inspiration fra Cicely Saunders model ”Total pain” som benyttes indenfor palliativ indsats. Saunders model er holistisk og den stiler mod inddragelse af alle faglige discipliner for at forstå lidelse (Guldin et al., 2025).

---

<sup>3</sup> Betegnes efterfølgende som IPM



IPM skiller sig ud fra tidligere teorier om sorg ved at skelne imellem følelsesmæssige og kognitive aspekter og indeholder 5 dimensioner.

1. Den fysiske dimension:

Hvordan påvirker sorgen fysisk eller kropsligt. Eks. Rastløshed, nedsat appetit, træthed, søvnløshed og somatiske gener.

2. Den følelsesmæssige dimension:

Følelsesmæssige reaktioner som eks. Fortvivlelse, tristhed, længsel, vrede. Den sørgende er i kontakt med sine følelser og flygter ikke fra smerten. Den sørgende tager ansvar for processen, men samtidig skal man omfavne styrkerne og være tålmodig. Man skal huske at tage "fri" for sorgen og passe på sig selv.

3. Den kognitive dimension:

De reaktioner der påvirker vores tænkning. Eks. "Hvad nu hvis?" tanker. Den sørgende kan gøre brug af magisk tænkning, og kan opleve tankemylder, hukommelses- og koncentrationsbesvær.

4. Den sociale dimension:

Denne dimension har fokus på det relationelle, kultur, ritualer og social støtte. Der påpeges det positive i at dele sin sorg med ligesindede eks. sorggrupper, men at sørgende kan have tendens til at isolere sig i deres sorg. Sørgende oplever at miste, men også at knytte nye relationer i forbindelse med sorg.

5. Den åndelige-eksistentielle dimension

Den sørgende kan finde trøst i sin tro, men nogle oplever skyld/skam. Der søges efter en mening med det skete, og mange oplever meningsløshed. (Leget et al., 2024)



Figur 1 (Guldin et al., 2025 s.6)

Guldin og Leget har forsøgt at billedgøre modellen hvor de fem dimensioner blev indsat. Til hver af de fem dimensioner er tilknyttet en af de eksistentielle spændinger der karakteriserer sorg. Derudover tilknyttede de til hver dimension ligeledes fleres orienteringspunkter baseret på forskning, som er vigtige for at finde sig selv efter et tab, og skabe balance så man kan leve med forandringerne. Forfatterens hensigt med modellen er, at vise at den sørgende møder en lang række udfordringer ved tabet, og at det er individuelt hvordan den enkelte reagerer og rammes (Guldin et al., 2025)

IPM påpeger at de fem dimensioner er forbundet, men at det er individuelt hvordan de agerer og fylder. Der ses en dynamisk proces i skiftet mellem sorgens reaktioner, eksistentielle spændinger og udfordringer. Denne proces kan med tiden blive afbalanceret, men den vil altid kunne genåbnes, hvis der opstår nye udfordringer, tab eller ubalance i en dimension (Ibid).

Guldin og Leget påpeger at sorgen er subjektiv, så selvom dimensionerne, de eksistentielle spændinger og ultimative bekymringer er universelle i sorgen, så skabes der individuelle sorgreaktioner baseret på individets tilgang til sorg, ressourcer, valg, værdier og identitet, og ikke mindst har den sørgendes erfaringer med tidligere tab en betydning (Ibid).

I IPM er fællesnævneren for sorgprocesser at de fem dimensioner samt de eksistentielle spændinger er involveret, men sorgen er unik og hvordan processerne udspiller sig, er

individuelt. IPMs beskrivelse af eksistentielle spændinger og processer stemmer overens med hvordan sorgprocessen tidligere er beskrevet. Forskellen på IPM og tidligere teorier om sorg er, at den ikke beskriver pendulering, faser eller opgaver som den sørgende skal igennem. IPM bygger på at sorg skal forstås som eksistentielle spændinger, som er grundlæggende for de eksistentielle oplevelser vi har i livet, - de er ikke kun kendetegnet ved sorg. Alle mennesker oplever eksistentielle spændinger, men i forbindelse med sorg oplever den sørgende et større pres og skal kæmpe for at genvinde balancen. Ligeledes handler IPM teorien ikke om svar på hvordan den enkelte skal sørge og komme videre. Men derimod handler den om at forstå at sorg åbner et rum, hvor man kan se på livet og de eksistentielle spændinger. Teorien har ingen rigtige eller forkerte svar. Iflg. IPM er sorg og tab en eksistentiel og naturlig del af livet som kan påvirke individet på mange dimensioner. Processen handler om at integrere sorgen i livet og genfinde balancen (Leget et al., 2024).

*”Sorgen transformerer os til at leve med tydeligere værdier og større integritet. I dette perspektiv er tab og sorg noget der forener os i sorg og sårbarhed og fremfor at adskille os kan det hjælpe os ind i mere forbundethed med hinanden”*

(Mai-Britt Guldin, 2025)

## 2.3 Seksualitet og intimitet under sorg

Forskningen om sorgens påvirkning af seksualitet er begrænset, og der findes kun få studier på området fra lande, som Danmark kan sammenligne sig med. De eksisterende undersøgelser er desuden af ældre dato, herunder *Grief and the Sexual Relationship of Couples Who Have Experienced a Child's Death* (2010), *Sexuality Following the Loss of a Child* (2011) og *Losing a Child: The Impact on Parental Sexual Activity* (2012). Trods den begrænsede forskningsmængde peger de tilgængelige studier dog entydigt på, at sorg har en betydelig indvirkning på seksualiteten.

Studier fra Norge af psykologerne Atle Dyregrov og Rolf Gjestad, der er foretaget blandt forældre, der har mistet deres barn viser, at kvinder ofte oplever en nedsat seksuel lyst. Studiet viser derimod at mænd i højere grad oplever begrænsninger i deres muligheder for seksuel aktivitet. Næsten alle par gennemgår en periode med reduceret seksuel aktivitet af varierende varighed, men de fleste genoptager sexlivet inden for de første tre måneder. Der ses imidlertid tydelige kønsforskelle, idet mænd generelt er klar til at genoptage seksuel aktivitet tidligere end kvinder (Gjestad et al., 2011).

På trods af en generel reduktion i behovet for seksuel aktivitet, oplever mange par en øget længsel efter fysisk intimitet. Kvinder rapporterer dog en udfordring i, at mænd ofte forbinder intimitet med seksuel aktivitet, hvilket i nogle tilfælde har resulteret i sex af pligt (Gjestad et al., 2012). Desuden beskriver kvinder, at deres partners seksuelle behov kan føre til en følelse af ensomhed (Gjestad et al., 2011).

I visse tilfælde oplever den ene part i forholdet et større behov for seksuel aktivitet, som ikke bliver imødekommet. Dette kan medføre en følelse af afvisning og en oplevelse af, at behovet for støtte, tryk og samhørighed ikke opfyldes (Rosenblatt, 2010).

Forskningen identificerer flere årsager til nedsat eller manglende seksuel lyst, herunder fysisk og psykisk udmattelse, depression, intens sorg og generelt psykisk ubehag. Nogle par vælger at afholde sig fra seksuel aktivitet, da det kan vække minder om, hvordan deres afdøde barn blev undfanget (Rosenblatt, 2010).

For nogle par fremstår sorg og seksualitet som uforenelige, idet det opleves som uhensigtsmæssigt at nyde seksuel aktivitet i kølvandet på et tab. Flere kvinder beskriver skyldfølelse i forbindelse med at opleve seksuel lyst (Gjestad et al., 2012). Andre frygter en ny graviditet, mens nogle par genoptager sexlivet relativt hurtigt som en måde at bearbejde sorgen på ved at forsøge at få et nyt barn (Rosenblatt, 2010). En mindre gruppe par oplever en øget seksuel aktivitet efter tabet, typisk motiveret af ønsket om en ny graviditet. Disse kvinder kan dog opleve en kompleks følelsesmæssig reaktion, hvor sorg og skam blander sig med den normale glæde forbundet med sex. I sådanne tilfælde beskrives seksuel aktivitet ofte som en pligt snarere end et udtryk for lyst (Gjestad et al., 2012).

Mænd rapporterer, at seksuel aktivitet kan medføre øget komfort og ro, hvilket hjælper dem med at håndtere de følelsesmæssige udfordringer forbundet med sorg (Rosenblatt,

2010). Nyere forskning påpeger dog, at nydelsen ved seksuel aktivitet ofte ændrer sig efter et tab, hvilket også kan påvirke hyppigheden af seksuel aktivitet (Gjestad et al., 2012).

For nogle par styrkes det psykiske og følelsesmæssige bånd efter barnets død (Gjestad et al., 2012). Flere par rapporterer, at den ene eller begge har grædt under seksuel aktivitet efter tabet. Denne gråd er ikke nødvendigvis forbundet med skyld, skam eller sorg, men snarere et udtryk for, at seksualiteten har fået en øget følelsesmæssig intensitet efter barnets død (Gjestad et al., 2012).

## 2.4 Seksuel sundhed og lyst

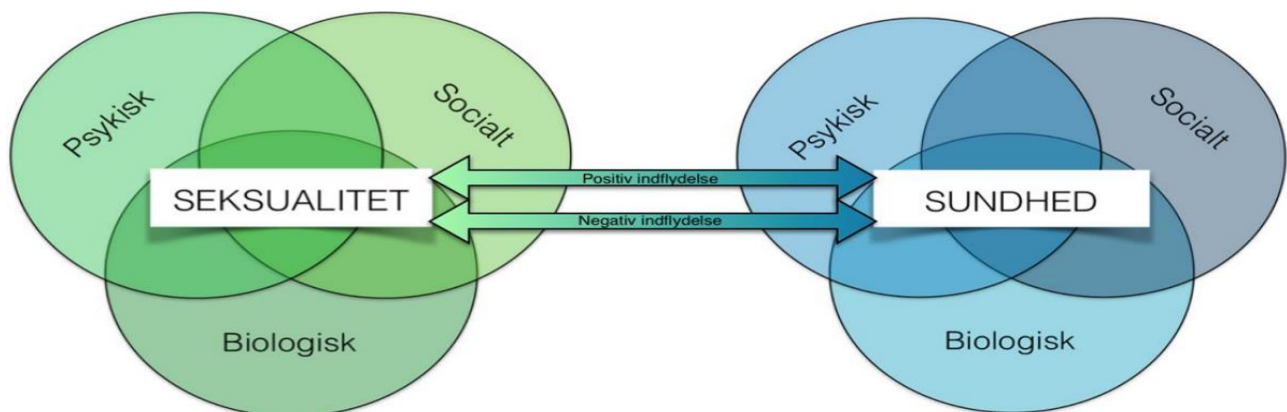
Hvis vi skal se på seksuel sundhed, er vi nødt til at se på hvordan det beskrives. I 2002 definerede WHO seksuel sundhed på nedenstående måde:

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

(Graugaard et al., 2012)

Citatet påviser at seksuel sundhed har flere vinkler; den fysiske, psykiske og sociale. Det er vigtigt at understrege at seksualitet ikke har nogen aldersramme og ej heller indbefatter at man har en partner.

I 1970'erne udviklede psykiater George L. Engel den bio-psyko-sociale model (Graugaard et al., 2019). Modellen var et opgør med biomedicinens ”apparatfejlsmodel”. Den bio-psyko-sociale model påpeger, at man i sexologisk praksis altid skal have øje for samspillet mellem følelser, krop, kultur og relationer. Den menneskelige adfærd kan ikke adskilles og ofte overlapper de hinanden. Det er derfor vigtigt at have in mente, at et fysisk udløst seksuelt problem altid også har psykosociale konsekvenser, og omvendt kan psykiske, relationelle eller sociale problematikker vise sig fysisk (Graugaard et al., 2019).



(Copyright Professor i Sexologi, Christian Graugaard)

Historisk set har seksualitet været forbundet med kønsorganer og et ønsket om reproduktion indenfor ægteskabets rammer. Men i nutidens samfund ses seksualiteten i mange mangfoldigheder. Seksualitet er foranderlig og forbundet med det relationelle, kulturelle og mentale, den er foranderlig fra samfund til samfund og fra det ene individ til det andet. Seksualitet er derudover påvirket af den enkeltes livshistorie, personlighed og identitet. Seksualitet er en vekselvirkning imellem det biologiske, psykologiske og sociale aspekt, og ikke mindst er det en subjektiv opfattelse og oplevelse. Seksuelle lyster, adfærd og identitet er ligeledes individuel og foranderlig og kan ændre sig igennem hele livet (Graugaard et al., 2019).

Seksualitet kan udfoldes på mange måder, og uanset alder eller man er syg eller rask, så viser seksualiteten sig på mange måder og er uforudsigelige. Igennem de sidste årtier har lysten adskilt sig fra reproduktionen i kraft med stigende muligheder for prævention, hvilket det har gjort det muligt at udforske seksualiteten uden risiko for uønsket graviditet (Graugaard et al., 2006).

Sexologien taler om de seks R'er som er de biologiske, psykologiske og relationelle dimensioner et seksuelt forhold kan indeholde, det kan være både bevidst og ubevidst:

- **R**eproduktion - sex som forplantning
- **R**elation – sex som et forhold mennesker imellem
- **R**espekt – sex som en udforskning af egne og andres grænser
- **R**ehabilitering – sex som konfliktløsning i parforholdet

- **Recreation** – sex som nydelse, glæde, nysgerrighed og leg
- **Relaksation** – sex som fysisk og/eller psykisk afspænding.

De seks R'er viser, at det seksuelle ikke kun drejer sig om forplantning og behovstilfredsstillelse, men at det lige så meget drejer sig om psykisk velvære i kraft af den sanselighed, ømhed, intimitet og nærhed som seksualiteten også bidrager med. Seksualitet kan i parforhold fungere som en lynafleder eller et "helle" for livet kriser og frustrationer, den betyder meget i vores samliv, og opstår der ubalance i dette kan der opstå spændinger i parforholdet (Graugaard et al., 2019).

Seksualitet spiller en stor rolle i de fleste menneskers trivsel, og i forbindelse med sygdom og/eller død bliver parforhold og seksualitet stort set altid berørt. Et velfungerende sexliv kan være med til at hjælpe par til at komme igennem de op og ned ture livet byder dem, herunder tab. Seksualitet ses som en "raskhedsfaktor" et sted hvor man kan tanke op, søge støtte ved hinanden, et sted man kan søge trøst og hjælpe med rehabilitering (Graugaard et al., 2006).

Et nyt stort spansk systematisk Review fra 2024 viser ligeledes betydelig sammenhæng imellem psykisk og seksuel sundhed og livskvalitet. Lav frekvens af seksuelle aktiviteter blev forbundet med rapportering af fleres psykiske problemer hos voksne.

Samlejefrekvensen blev set som en mental sundhedsindikator. Undersøgelsen viste ligeledes at par uden seksuelle problematikker oplevede færre symptomer på angst og depression, og havde højere livskvalitet (Vasconcelos et al., 2024)

Seksuel lyst defineres som en subjektiv følelse af seksuel motivation, denne kan være med og uden efterfølgende seksuel adfærd. Seksuel lyst ses i et bio-psyko-socialt perspektiv (Giraldi et al., 2019)

*"Seksuel lyst er som regel noget, man har til nogen eller noget. Lyst eller manglende lyst står derfor sjældent alene, men må ses som noget kontekstuel og relationelt"*

*(Højgaard 2019).*

Lyst kan vise sig som fantasier, drømme eller tanker, en følelse af at være erotisk opstemt eller et ønske om seksuel aktivitet. Lyst består af tre komponenter som kan være til stede samtidig eller enkeltvis; biologisk drift (drive), bevidst ønske (desire) og psykisk

motivation (motivation). Dette underbygger at lyst skal ses i et bio-psyko-socialt perspektiv. Individets lyst er styret af en balance imellem lystfremmende og lysthæmmende impulser i dennes krop, psyke, relationer og samfund. Fysiologisk set er det i hjernen lyst dannes (Giraldi et al., 2019).

Lyst er et samspil mellem endokrine, psykologiske, neurofysiologiske, kulturelle og relationelle faktorer. Partneren til en person med nedsat sexlyst kan opleve det som en afvisning, hvilket kan resultere i sorg, vrede og selvbejdelse. Man ser at lyst og parforholdsproblemer ofte er tæt forbundne. Der skelnes mellem primær mangel på lyst som er livslang og sekundær mangel, som er opstået. Som tidligere beskrevet så er lyst subjektivt, forskellig fra person til person og varierer i de forskellige livsfaser og er afhængigt af situationer (Højgaard 2019).

Sex kan være et bindeled mellem mennesker idet da dannes positive følelser som forelskelse, fællesskab, intimitet og sammenhold, og seksuel aktivitet kan være med til at neutralisere negative følelser som angst, ensomhed, meningsløshed og vrede. Sex kan benyttes som lynafleder eller ventil fra hverdagen både i parforhold og individuelt (Møhl et al., 2019).

## 2.5 Sundhedspersonalets barrierer

Det seksuelle aspekt bør inddrages i alle sundhedsfaglige kontekster, da der er en veldokumenteret sammenhæng mellem seksualitet, livsstil, sundhed og sygdom – herunder også inden for palliativ pleje. På trods af denne sammenhæng inddrages seksualitet sjældent i den sundhedsfaglige praksis, selvom emnet er af stor relevans (Giraldi et al., 2019).

Projekt Sexus-undersøgelsen belyste denne problematik ved at stille spørgsmålet: *"Har du haft kommunikation med en fagperson i sundhedsvæsenet om seksuelle emner?"*

Resultaterne var bemærkelsesværdige, idet 81 % af respondenterne svarede nej. Kun 15 % angav, at de selv havde taget initiativ til samtalen, mens blot 4 % havde oplevet, at en sundhedsprofessionel aktivt tog initiativ til at drøfte seksuelle problemstillinger (Frisch et al., 2019).



Blandt sundhedsprofessionelle eksisterer fænomenet "*tovejstabet*", hvilket refererer til en gensidig tilbageholdenhed mellem patient og sundhedspersonale i forhold til at italesætte seksualitet og seksuelle problemstillinger. Denne tavshed skyldes ofte blufærdighed eller en fejlagtig hensyntagen, hvilket kan resultere i, at seksuelle problematikker ikke adresseres. Manglende kommunikation om seksualitet kan have alvorlige konsekvenser, idet problemstillingerne risikerer at forværres, samtidig med at patienten går glip af de sundhedsmæssige og livskvalitetsmæssige fordele, som en velfungerende seksualitet kan medføre (Giraldi et al., 2019).

En tidlig og proaktiv tilgang fra sundhedsprofessionelle kan være med til at bryde dette tabu. Når en sundhedsprofessionel åbent adresserer seksualitet, signalerer det, at emnet betragtes som en væsentlig del af patientens samlede sundhedstilstand. Dette kan bidrage til en større legitimering af samtalen og mindske patientens følelse af isolation i forhold til seksuelle udfordringer. Selv hvis patienten ikke umiddelbart griber muligheden for dialog, har sundhedspersonalet skabt en åbning, der kan benyttes på et senere tidspunkt. Ansvar for at bryde tovejstabet ligger således hos den sundhedsprofessionelle (Giraldi et al., 2019).

Et dansk studie (Møhl et al., 2019) har identificeret de væsentligste barrierer, der forhindrer sundhedsprofessionelle i at drøfte seksualitet med patienter. Studiet påviste, at de tre primære årsager til denne tilbageholdenhed var manglende viden og færdigheder, tidsmangel samt følelsesmæssigt ubehag ved at tale om seksuelle emner. Derudover blev faktorer såsom patientens køn, alder, etnicitet, somatiske tilstand og partnerstatus nævnt som begrænsende elementer. Ligeledes spillede behandlerens egen blufærdighed eller manglende interesse for emnet en væsentlig rolle (ibid.).

## 2.6 Sammenfatning

Seksualitet er en kompleks størrelse, der, som tidligere nævnt, påvirkes af en række både intra- og interpersonelle faktorer. At miste et barn betragtes som en af de mest omfattende sorgoplevelser et menneske kan gennemgå. I en sådan situation kan intimitet få en forstærket betydning, og det ses, at mænd og kvinder påvirkes forskelligt i forhold til deres seksuelle lyst. Når sorg og seksualitet sameksisterer, opstår der kønsspecifikke variationer,

idet både sorg og seksualitet er subjektive oplevelser. Dette kan potentielt føre til konflikter og misforståelser i parforholdet.

Da seksualitet bør forstås ud fra et bio-psyko-socialt perspektiv, stiller dette krav til sundhedsprofessionelle om at kunne identificere og integrere de biologiske, psykologiske og sociale aspekter i en helhedsorienteret tilgang. Det er således nødvendigt, at sundhedsprofessionelle formår at samle disse elementer på en måde, der er meningsfuld for de involverede parter, samt at de kan yde vejledning og støtte på dette grundlag.

### 3.0 Formål og problemformulering

Når en far oplever tabet af et barn, kan det øge risikoen for, at han udvikler bio-psyko-socialle udfordringer i forbindelse med sorgprocessen. Disse udfordringer kan have en betydelig indvirkning på hans seksualitet, hvilket gør det vigtigt at rette opmærksomhed mod dette område. Studiet har til formål at undersøge, hvordan fædres seksualitet påvirkes af at miste et barn. Den indsigt, der opnås gennem denne forskning, kan forhåbentlig bidrage til at forbedre fremtidig støtte og hjælp til fædre i sorg, hvilket leder mig frem til nedenstående problemformulering:

**Hvordan påvirker sorg før og efter tabet af et barn fædres seksualitet og intime relationer bio-psyko-socialt? Og hvordan kan sundhedspersonalet bedst støtte dem i denne proces?**

### 4.0 Analysemetode

"For at besvare problemformuleringen: *Hvordan påvirker sorg før og efter tabet af et barn fædres seksualitet og intime relationer bio-psyko-socialt? Og hvordan kan sundhedspersonalet bedst støtte dem i denne proces?* anvendes en hermeneutisk analysetilgang. Denne metode er valgt, da den muliggør en dybdegående forståelse af

fædrenes oplevelser ved at fortolke deres sorgproces i en kontekst af seksualitet og intime relationer.

Analysen tager afsæt i en cirkulær fortolkningsproces, hvor delene (fædrenes udsagn og erfaringer) forstås i relation til helheden (den overordnede sorgproces og dens bio-psyko-sociale påvirkning) og omvendt. Den integrative procesmodel anvendes som teoretisk ramme til at belyse, hvordan fædre navigerer i sorgen, mens der også reflekteres over sundhedspersonalets rolle og eventuelle barrierer i deres støtte.

I de følgende afsnit redegøres først for hermeneutik som videnskabsteoretisk teoretisk ståsted, derefter for valget af kvalitativ metode som dataindsamlingsmetode, samt de tilhørende etiske overvejelser, der sikrer informanternes anonymitet og velbefindende. Herefter beskrives den metodiske tilgang til rekruttering af informanter, da dette har betydning for datamaterialets kvalitet og validitet. Efterfølgende gennemgås processen for transskription og meningskondensering, som er essentielle skridt i den hermeneutiske fortolkningsproces. Afslutningsvis introduceres de identificerede studier fra litteratursøgningen, som inddrages i både baggrunds- og diskussionsafsnittet for at sætte resultaterne i perspektiv.

Da hermeneutik bygger på en fortolkningsproces, vil analysen være præget af subjektiv forståelse og kontinuerlig refleksion over materialet. Metodens styrker og begrænsninger diskuteres for at sikre transparens i fortolkningen.

## 4.1 Videnskabsteoretisk afsæt

Afhandlingen har afsæt i hermeneutikken som videnskabsteori, den vil i det efterfølgende introduceres.

Hermeneutik er en videnskabsteoretisk tilgang, der beskæftiger sig med fortolkningen af mening, denne benyttes særligt inden for det humanistiske og samfundsvidenskabelige felt. Denne form for tilgang spiller en central rolle i de kvalitative forskningsmetoder, særligt inden for interviewforskning, hvor forskeren her forsøger at tilstræbe en dybdegående forståelse og fortolkning af deltagerens udsagn. Hermeneutik kan således

betraktes som en metode til at opnå en nuanceret indsigt i de menneskelige oplevelser og kommunikative processer.

En central komponent i hermeneutisk fortolkning er den hermeneutiske cirkel, denne betegner en dynamisk vekselvirkning mellem del og helhed, hvor fortolkningen af enkelte dele sker i lyset af den samlede kontekst og omvendt (Brinkmann et al., 2015).

Inden for hermeneutisk forskning besidder forskeren en forudgående forståelse af det undersøgte emne, hvilket kan påvirke fortolkningsprocessen. Det er derfor essentielt, at forskeren forholder sig reflektivt til sin egen forforståelse for at minimere risikoen for fejltolkninger. Hermeneutik sigter således ikke alene mod en beskrivelse af fakta, men mod en dybere meningsfortolkning (Ibid.).

Ved kvalitative interviews anvendes hermeneutik til at analysere og fortolke deltagernes udsagn, det skal ses i lyset af deres egne perspektiver og den bredere kontekst. Forskeren indgår aktivt i en dialog med materialet og reflekterer kontinuerligt over sin egen rolle i fortolkningsprocessen (Ibid.).

## 4.2 Kvalitativ metode og det kvalitative forskningsinterview

I denne afhandling er kvalitativ forskningsmetode valgt til at belyse problemstillingen. Kvalitative metoder fokuserer på fænomener og/eller aktiviteter, hvor mange faktorer – såsom livssammenhænge, kulturer og mellemmenneskelige relationer – påvirker hinanden, mens antallet af undersøgte enheder (mennesker), er relativt begrænset. For at indsamle det empiriske materiale er der anvendt kvalitative interviews, da denne metode giver mulighed for at opnå indsigt i den enkelte fars subjektive oplevelse og forståelse af den verden, han lever i og interagerer med (Tanggaard et al., 2010).

Der er i specialet valgt at benytte individuelle interviews, frem for fokusgruppe interviews hvor man samler i grupper, da undersøgelsens fokus på parforhold og seksualitet potentielt kan opfattes som tabubelagt. For at strukturere interviewene anvendes en semistruktureret interviewguide (Bilag 1), der er udarbejdet på baggrund af forskningsspørgsmålene. Selvom forskningsspørgsmålene kan virke styrende for samtalen, muliggør den

semistrukturerede tilgang en fleksibilitet i rækkefølgen af spørgsmålene, og giver mulighed for at forfølge relevante temaer, der måtte opstå spontant under interviewet (Tanggaard et al., 2010).

Brinkmann et al., 2015) fremhæver betydningen af interviews som en metode til at forstå individers oplevelser og perspektiver:

*”Hvis man gerne vil vide, hvordan folk forstår deres verden og deres liv, hvorfor så ikke tale med dem? Samtale er en grundlæggende form for menneskeligt samspil. Mennesker taler med hinanden; de interagerer, stiller spørgsmål og besvarer spørgsmål. Gennem samtaler lærer vi andre mennesker at kende og får noget at vide om deres oplevelser, følelser, holdninger og den verden, de lever i. I et interview stiller forskeren spørgsmål om og lytter til, hvad mennesker selv fortæller om deres levede verden. Intervieweren lytter til deres drømme, deres frygt og deres håb, og hører deres synspunkter og meninger, som de selv udtrykker dem, og får kendskab til deres skole- og arbejdssituation og deres familieliv og sociale liv”*

*(Brinkmann et al., 2015 s.17).*

Kvalitative interviews har til formål at skabe en dybere forståelse af individets livsverden. Dette opnås ved at udfolde interviewpersonens oplevelser og fortolkninger heraf. Gennem individuelle interviews genereres viden om informanternes erfaringer og de bagvedliggende årsager til deres handlinger (Brinkmann et al., 2015).

Interviewet kan således betragtes som en professionel samtale, hvor viden konstrueres i interaktionen mellem interviewer og interviewperson. Det er en dialogbaseret udveksling af synspunkter om et fælles emne (Ibid.). Inden for kvalitativ forskning er der fokus på at beskrive, forstå og fortolke eller dekonstruere individers erfaringer. Interviewmetoden muliggør en detaljeret indsigt i en afgrænset gruppe personers oplevelser af specifikke situationer (Tanggaard et al., 2010). Interaktionen mellem interviewer og interviewperson er central for den viden som fremkommer, og en empatisk, opmærksom og lyttende interviewer kan opnå nuanceret viden om informanternes erfaringer, formuleret med deres egne ord (Brinkmann et al., 2015).

## 4.3 Ethiske overvejelser

Forud for afviklingen af interviews blev der foretaget etiske overvejelser i overensstemmelse med Helsinki-deklarationen, som vægter principper om autonomi og sikring mod potentiel skade (World Medical Association, 2025).

Inden interviewene blev foretaget, blev deltagerne informeret både skriftligt og mundtligt om afhandlingens formål samt interviewerens forventninger til den potentielle generering af ny viden. Deltagerne blev oplyst om, at der ikke var forventning om eventuelle ulemper ved deltagelsen. Skulle der uventet opstå gener, der kunne påvirke deltagerne negativt, ville intervieweren tage de nødvendige foranstaltninger (Bilag 3). Endvidere underskrev alle deltagere en informeret samtykkeerklæring, som indeholder information om anonymitet, frivillighed og interviewerens tavshedspligt (Bilag 2) (Gildberg et al., 2018).

Samtlige interviews blev gennemført på undertegnede kontor. Den optimale ramme ville have været deltagernes private hjem for at fremme en tryk atmosfære. Dette blev dog fravalgt, da samtlige deltagere har mindreårige børn i hjemmet, hvilket kunne udgøre en forstyrrelse. Endvidere kunne samtaleemner relateret til seksualitet og parforhold potentielt opleves som tabubelagte eller emotionelt udfordrende, så det blev prioriteret at det var vigtigt at kunne afholde interviews uden afbrydelser og forstyrrelser.

Det er vigtigt at man som interviewer er bevidst om, at der kan opstå en spænding imellem ønsket om at opnå viden og det etiske hensyn til informanten (Brinkmann et al., 2015). I relation til de fædre, der valgte at deltage, er det også relevant at reflektere over, hvorvidt deres beslutning var påvirket af en følelse af forpligtelse, da de på forhånd kendte undertegnede, eller om de primært deltog, fordi de havde oplevet seksuelle frustrationer i parforholdet i forbindelse med barnets sygdom og død. Disse overvejelser vil blive diskuteret mere indgående i det afsluttende afsnit, hvor afhandlingens styrker og begrænsninger analyseres.

## 4.4 Rekruttering af informanter

Informanterne i dette speciale er tre fædre som alle har mistet et barn. Fædrene er rekrutteret igennem sorggrupper, som BUPS afholder med finansiell støtte fra Trygfonden. Deltagerne i sorggruppen er forældre, der tidligere har været tilknyttet BUPS i forbindelse med deres barns sygdom, død og den efterfølgende sorgproces. Sorggruppen inkluderer både par og enlige forældre, herunder forældre, der er gået fra hinanden enten under sygdomsforløbet eller efter barnets død.

I denne kontekst præsenterede undertegnede den igangværende masteruddannelse i sexologi for fædrene i gruppen samt emnet for masterafhandlingen. Fædrene blev informeret om, at formålet med afhandlingen var at opnå indsigt i, hvordan fædres sorg påvirker deres seksualitet, med henblik på at forbedre støtten til denne gruppe.

Tre fædre udtrykte interesse for, at deltage som informanter i interviews med det formål at belyse problemstillingen. Disse informanter modtog skriftligt informationsmateriale (bilag 3) samt en samtykkeerklæring (bilag 2) forud for interviewene for at sikre, at de var fuldt informerede om projektets formål. En fjerde far afslog deltagelse, da han på daværende tidspunkt ikke følte sig parat, men gav udtryk for, at han eventuelt kunne kontaktes igen, hvis behovet opstod for en ekstra informant.

Nedenfor følger en præsentation af informanter med relevant viden om dennes baggrund:

| <b>Far 1 (F1)</b>     |         |
|-----------------------|---------|
| Alder                 | 50år    |
| Erhverv               | Sælger  |
| Længde på parforhold  | 9år     |
| Sygdomslængde         | 12år    |
| Barnets alder ved død | 16år    |
| Øvrige børn           | 3 yngre |

| <b>Far 2 (F2)</b>     |            |
|-----------------------|------------|
| Alder                 | 35år       |
| Erhverv               | Håndværker |
| Længde på parforhold  | 12år       |
| Sygdomslængde         | 6 måneder  |
| Barnets alder ved død | 9år        |
| Øvrige børn           | 5 yngre    |

| <b>Far 3 (F3)</b>     |                     |
|-----------------------|---------------------|
| Alder                 | 39år                |
| Erhverv               | Håndværker          |
| Længde på parforhold  | 12år                |
| Sygdomslængde         | 2år                 |
| Barnets alder ved død | 2år                 |
| Øvrige børn           | 2 yngre og 1 på vej |

Da der ikke er så mange børn, der dør i Danmark, så fravælges der at beskrive det afdøde barns diagnose for at sikre informanternes anonymitet.

## 4.5 Transskribering

Transskription indebærer en oversættelse af det talte sprog til skriftligt format. Under selve interviewet indgår deltagerne i en dynamisk interaktion, hvor de har mulighed for at tolke hinandens toneleje og nonverbale kommunikation. Disse nuancer går imidlertid tabt i den transkriberede tekst, og kan ikke videreformidles i den skriftlige gengivelse (Brinkmann et al., 2015).

I nærværende studie er samtlige interviews optaget ved hjælp af en diktafon for at sikre en præcis gengivelse af de afholdte samtaler. Transskriptionen blev udført af undertegnede inden for 24-48 timer efter interviewets gennemførelse, hvilket bidrog til at fastholde kontekstuelle detaljer og minimere risikoen for at glemme eller blande interviews sammen. Under transskriberingsprocessen blev ufuldendte ord og sætninger medtaget for at bevare samtaleens autenticitet, mens fyldord såsom ”øh” og lignende blev udeladt.



## 4.6 Litteratursøgning

For at belyse problemstillingen i masterafhandlingen blev der lavet litteratursøgning i følgende databaser:

| Databaser | Antal artikler |
|-----------|----------------|
| PubMed    | 26             |
| CINAHL    | 26             |
| Scopus    | 20             |
| PsychInfo | 14             |

Følgende er eksempler på nogle af de engelske søgetermer, som blev benyttet

"Grief", "Mourning", "Bereavement",  
"Sexuality", "Intimacy", "Sexual behavior", "Sexual desire"  
"Parent", "dad", "fathers"  
Der er blevet anvendt boolske operatører såsom:  
"OR" og "AND".

Ud over søgninger i de ovennævnte databaser er der gennemført kædesøgning i den eksisterende litteratur inden for området samt citationssøgning på relevante og anvendelige artikler.

Forud for databaseundersøgelsen blev følgende inklusions- og eksklusionskriterier anvendt:

Sprog: Skandinavisk eller engelsk.

Alder på studie: 2010-2025

Studierne skulle indeholde et abstract.

Den identificerede litteratur blev selekteret ved først at gennemgå studiernes titler. Herefter blev de angivne emneord vurderet for at afgøre, om de stemte overens med de definerede søgekriterier. I de fleste tilfælde blev abstracts gennemlæst for at vurdere, om studierne indeholdt et relevant fokus på seksualitet.

På baggrund af de gennemførte søgninger blev to studier identificeret som relevante for masterafhandlingens problemstilling. Disse artikler vil blive inddraget i både baggrunds- og diskussionsafsnittet.

## 5.0 Resultater

I det følgende præsenteres de empiriske fund, der er fremkommet gennem tre kvalitative interviews. Det empiriske materiale har givet anledning til flere tematiske fremstillinger, hvoraf de mest relevante i forhold til besvarelsen af projektets problemformulering er udvalgt.

De identificerede temaer er benævnt som følger:

- 1. Seksualitetens betydning for den sørgende far**
- 2. Seksuelle udfordringer i sorgprocessen op til og efter tabet**
- 3. Uligheder i sorgens påvirkning på seksualiteten**
- 4. Behovet for sundhedsprofessionelles italesættelse af seksuelle problematikker i parforhold i forbindelse med alvorlig sygdom og død – betydningen af relation og kompetencer**

Denne tematiske opdeling danner rammen for analysen af, hvordan sorg påvirker seksualiteten, samt hvilken rolle sundhedsprofessionelle kan spille i denne kontekst.

## 5.1 Seksualitetens betydning for den sørgende far.

I interviewene blev fædrene adspurgt om deres opfattelse af begrebet sex, og samstemmende beskrev de det som en kønslig akt, der primært involverede samleje. Da de blev spurgt, om sex for dem også kunne inkludere kys, kram og andre former for intimitet, afviste de dette og understregede, at disse handlinger ikke var en del af deres forståelse af seksualitet. For dem var sex en konkret og fysisk handling, der adskilte sig fra andre former for nærhed i parforholdet.

Gennem analysen af interviewene blev det tydeligt, at de sørgende fædre oplevede seksualitet som en central del af parforholdet – både som en bekræftelse af relationen og som et udtryk for accept og værdsættelse fra partneren. Sex blev beskrevet som en meningsfuld handling, der både skabte og styrkede den kropslige og følelsesmæssige forbindelse mellem parterne.

En af fædrene illustrerede dette ved at sammenligne sex med *”mørtlen, som var med til at sætte stenene sammen”* (Far 1). Denne metafor viser, at han så sex som en integreret del af relationens fundament – en nødvendighed for at opretholde samhørigheden og forståelsen mellem ham og hans partner. Når barnets sygdomsforløb og efterfølgende død medførte forandringer i sexlivet – enten i form af nedsat hyppighed eller ændret intensitet eller en periode med helt fravær af intimitet – havde det en mærkbar og direkte indvirkning på fædrenes selvværd. Flere af dem beskrev, hvordan disse forandringer skabte en følelse af afvisning eller usikkerhed om deres rolle i forholdet. Sex var ikke kun en fysisk handling, men også en indikator på parforholdets stabilitet og følelsesmæssige styrke. En af fædrene satte ord på denne usikkerhed ved at udtrykke en tvivl om, hvorvidt forholdet kunne opretholdes under de forandrede vilkår, hvilket vidner om den sårbarhed og de bekymringer, mange af fædrene oplevede i kølvandet på sorgen.

*(.....) Jamen, jeg tror at man føler sig bekræftet fra den anden partner, at man vil hinanden det bedste, eller .... Så kan man få de her tanker, jamen hvorfor har du ikke lyst? Har det noget med mig at gøre? (Far 3)*

Flere af fædrene beskrev seksualitet som et fundamentalt behov, der udspringer af menneskets urinstinkt. De opfattede det ikke blot som en biologisk nødvendighed, men også som en essentiel del af deres identitet og trivsel i parforholdet. For dem var sex en primær drivkraft, der rakte ud over den fysiske tilfredsstillelse og ind i en mere eksistentiel dimension af samvær og samhørighed.

Ud over at opfylde en fysisk drift blev sex også forstået som en mekanisme til at håndtere følelsesmæssige udfordringer. Det fungerede som en ventil, der kunne lette spændinger og mindske den psykiske belastning, som sorg og stress medførte. Flere af fædrene beskrev, hvordan sex kunne hjælpe med at genoprette balancen i parforholdet efter konflikter eller perioder med afstand. I svære tider, hvor kommunikationen haltede, eller hvor sorgen skabte en kløft mellem dem og deres partner, kunne intimiteten fungere som en ordløs forbindelse, der genetablerede nærheden og gav en følelse af tryghed.

En af fædrene sammenlignede sex med en form for livskraft, der havde en stabiliserende og afvæbnende effekt. Han beskrev det som en energi, der ikke blot forbandt ham med sin partner, men også hjalp ham med at genfinde en følelse af normalitet midt i kaosset. For ham var seksualitet ikke kun en handling, men en nødvendighed for at bevare sin egen mentale balance og sikre en kontinuerlig forbindelse til sin partner, selv i de mest udfordrende perioder.

Denne forståelse af sex som en stabiliserende kraft understreger, hvordan intimitet for mange af fædrene blev et afgørende redskab til at håndtere sorgens konsekvenser. Det var ikke alene et spørgsmål om fysisk behov, men også om følelsesmæssig overlevelse og bekræftelse af relationen i en tid, hvor alt andet syntes usikkert.

*(.....) Det er jo godt, sundt og dejligt. Og det er på højde med Redbull, havde jeg nær sagt. Nej, det er jo noget, som ligger dybt i vores urinstinkter tænker jeg. Så det er jo en form for liv. Så ja, det er livsbekræftende. For det er en del af livet og det er dejligt, jeg ville ikke undvære det. Det kan bruges som en lynafleder, det kan bruges til at afvæbne, det kan bruges til at forsone og til at bekræfte. Det kan bruges til rigtig mange ting (.....) (Far 1).*

Udover at fungere som en bekræftelse af relationen og et middel til følelsesmæssig regulering, blev sex også beskrevet som en form for virkelighedsflugt. Flere af fædrene oplevede, at når sorgen blev overvældende, kunne seksualiteten tilbyde et midlertidigt frirum, hvor de kunne distancere sig fra smerten, bekymringerne og det konstante tankemylder.

I en hverdag præget af tab, frustration og følelsesmæssig udmattelse blev sex et øjeblikks pause fra de tunge tanker. Det var et rum, hvor de kunne føle sig levende, forbundet og måske endda opleve en kortvarig følelse af normalitet. Nogle beskrev det som en måde at generobre en følelse af kontrol i en situation, hvor meget ellers føltes kaotisk og uforudsigeligt.

En far reflekterede over, hvordan hans behov for sex i visse tilfælde kunne være en direkte reaktion på det traume, han gennemlevede. Han forklarede, at det ikke nødvendigvis handlede om lyst i traditionel forstand, men snarere om en desperat søgen efter noget genkendeligt og håndgribeligt i en tid, hvor intet længere syntes stabilt. For ham blev intimiteten et instinktivt forsvar mod den følelsesmæssige smerte – et forsøg på at dulme sorgen gennem en handling, der i øjeblikket føltes både trøstende og forløsende.

Dette understreger, hvordan seksualitet ikke alene blev opfattet som et fysisk behov, men også som en kompleks, psykologisk strategi til at håndtere tabet. For nogle fungerede det som en måde at genetablere en forbindelse til sig selv og sin partner, mens det for andre blev en form for flugt fra de sværeste følelser. Uanset motivet var fællesnævneren, at sex i sorgens skygge ofte fik en ny og mere dyb betydning – ikke kun som en kilde til nydelse, men også som et redskab til at navigere i en emotionelt udfordrende tid.

*(.....) Så har jeg jo også fundet ud af, at det kan jo været et behov for sex. Det kan jo også være en form for et traume man lider under. Fordi man så søger noget andet, end at face det man egentlig står overfor. Det er jo ikke fordi jeg ikke kan lide det, nogle gange bliver jeg i tvivl om hvorfor (.....) (Far 1)*

Endelig fremhævede fædrene den fysiologiske effekt af seksualitet, særligt i relation til velvære og afspænding. De beskrev, hvordan sex kunne fungere som en naturlig

mekanisme til at frigøre spændinger og reducere den kropslige uro, der ofte fulgte med den psykiske belastning af sorg. For nogle blev det en fysisk strategi til at opnå midlertidig lindring fra de konstante symptomer på stress, som kunne manifestere sig i form af søvnproblemer, anspændthed og rastløshed.

Flere fædre oplevede, at seksualiteten gav en kortvarig følelse af lettelse, hvor de kunne slippe væk fra den kvælende tyngde af savn og bekymring. Kroppens naturlige reaktion på seksuel aktivitet – særligt frigivelsen af endorfiner og oxytocin – kunne bidrage til en oplevelse af ro og afslapning. I et liv, hvor sorgen ofte satte dagsordenen, blev sex en sjælden kilde til umiddelbar fysisk og mental afkobling.

En far beskrev, hvordan den fysiologiske reaktion – herunder udløsning – gav ham en konkret pause fra de tunge følelser og en oplevelse af fysisk afslapning. Han forklarede, at i de øjeblikke, hvor han gav sig hen til intimiteten, kunne han mærke sin krop slippe spændingerne, og for en stund føltes hans sind lettere. Selvom lettelsen var midlertidig, var den betydningsfuld, fordi den gav ham en oplevelse af at kunne trække vejret frit – en sjælden fornemmelse i en tid præget af følelsesmæssigt pres.

Dette vidner om, at seksualitet for nogle fædre ikke kun havde en relationel og følelsesmæssig betydning, men også en konkret fysiologisk funktion. Det var en måde at genoprette en vis balance i kroppen, hvor de oplevede, at spændingerne i musklerne aftog, og nervesystemet fandt en kortvarig ro. På denne måde blev sex ikke kun et udtryk for samvær og forbindelse, men også en kilde til fysisk selvregulering i en periode, hvor deres krop og sind var i konstant alarmberedskab.

*(.....) For når du får frigivet de ting her, nogle gange sover man bedre, nogle gange slapper kroppen mere af. - Og især hvis du har været stresset over de her følelser omkring sorgen og savnet, og alt det her. Det er med til at frigive det her og slappe af ligesom. Måske har jeg bare haft det her sex for at have det, fordi jeg ved at det gør noget godt for mig (.....) (Far 1).*

## 5.2 Seksuelle udfordringer i sorgprocessen op til og efter tabet.

Alle tre informanter beskrev, hvordan de oplevede både fysiologiske og psykologiske udfordringer i sorgprocessen, både før og efter tabet. I perioden umiddelbart efter diagnosen blev stillet, samt i tiden efter barnets død var der en markant reduktion i seksuel lyst, og i nogle tilfælde forsvandt den fuldstændigt. De beskrev at deres tanker slet ikke var på sex, da der var så meget andet som fyldte. En af fædrene berettede desuden om en oplevelse af impotens, som han fandt særligt skræmmende:

*(.....)Altså der var slet ikke noget af det der de første 3 uger til 1 måned. Det var der ikke, altså..... tankerne tog over og.... Ja.... Jeg troede faktisk, at jeg var blevet impotent, der var slet ingen reaktion dernede. Jeg havde både lyst og alligevel ikke. Der skete slet ingenting, heller ikke ved berøring. Det var ret skræmmende, Men det var også en meget psykisk presset tid lige da hun fik diagnosen. Men jeg oplevede det faktisk igen da hun døde. De første 3 uger var der heller ingen reaktion for neden. Men min kone havde heller ikke lyst overhovedet. Og ja for mig, så var det nok også det stressede miljø vi befandt os i (.....) (Far 2)*

En gennemgående tematik i interviewene var en overvældende følelse af fysisk og psykisk træthed, som gennemsyrede hele forløbet – fra barnets sygdomsperiode til tiden efter dødsfaldet. Informanterne beskrev, hvordan denne udmattelse ikke blot satte sig i kroppen, men også havde dybtgående konsekvenser for deres mentale tilstand. Søvn blev en nødvendighed og en sjælden ressource, som blev prioriteret højt i forhold til alt andet – herunder seksuel aktivitet.

Især i tiden efter diagnosen og i den første periode efter barnets død blev behovet for hvile altoverskyggende. Fædrene fortalte, hvordan de var konstant på overarbejde – både følelsesmæssigt og praktisk – hvilket førte til en tilstand af udmattelse, hvor selv basale behov som søvn og mad ofte blev nedprioriteret eller glemt. I denne kontekst blev sex nedprioriteret, ikke nødvendigvis fordi lysten forsvandt fuldstændigt, men fordi der ganske enkelt ikke var energi eller overskud til det.

Denne træthed havde en direkte indvirkning på seksuallivet. Flere af fædrene beskrev, hvordan deres mentale og fysiske tilstand gjorde det svært at engagere sig i intimitet. Følelsen af udbændthed satte en stopper for lysten og skabte afstand til partneren. Det handlede ikke om manglende kærlighed eller ønske om nærhed, men om at kroppen og sindet var overbelastet og derfor ikke kunne finde plads til seksuel kontakt.

*(.....) Man er også træt i forbindelse med sorgen, så overskuddet er ikke så stort, så det satte måske også nogle begrænsninger (.....) (Far 2)*

Da informanterne igen oplevede en gradvis tilbagevenden af deres seksuelle lyst, blev de konfronteret med en ny problematik: deres partnere var ikke på samme stadie i sorgprocessen og havde fortsat ingen eller meget begrænset lyst til seksuel kontakt. To af fædrene beskrev, hvordan denne uoverensstemmelse resulterede i, at de kom til at presse deres partner til sex.

I interviewene blev fædrene spurgt, om de havde oplevet, at deres partner havde grædt under samleje, og hvordan denne oplevelse havde påvirket dem. To af informanterne bekræftede, at de havde været i situationer, hvor deres partner blev følelsesmæssigt overvældet under den seksuelle akt og begyndte at græde. Begge beskrev, hvordan dette øjeblik satte sig som et markant og ubehageligt minde – en situation, hvor sorg og seksualitet kolliderede på en måde, der føltes både sårbar og grænseoverskridende.

For fædrene var det en dybt ambivalent oplevelse. På den ene side følte de en stærk skyld over at have initieret eller fortsat en seksuel kontakt, som viste sig at være for meget for deres partner i det givne øjeblik. De oplevede, at de utilsigtet havde overskredet en grænse og tvunget deres partner ind i en situation, hvor hun ikke var følelsesmæssigt klar. Denne erkendelse affødte en selvkritik og en følelse af at have svigtet – ikke kun som partner, men også som omsorgsperson i en tid, hvor begge parter var sårbare.

Samtidig beskrev fædrene også en skam over deres egen seksuelle lyst midt i sorgen. De stillede spørgsmålstejn ved, hvordan de overhovedet kunne have lyst i en tid, hvor verden var brudt sammen, og smerten fyldte alt. Denne skam blev forstærket af kontrasten



mellem deres eget behov for nærhed og partnerens følelsesmæssige reaktion. For nogle af dem var det et øjeblik, der tydeliggjorde, hvor forskelligt sorg kan komme til udtryk – hvor seksualitet for den ene kan være en måde at søge trøst og forbindelse, mens det for den anden kan vække smertefulde minder og reaktioner.

*(.....) Jeg fik det bare dårligt. Hun har jo måske haft gjort det lidt af nød eller ikke følt sig tvunget til det, men sådan følt sig lidt presset, uden at man måske selv har vidst det sådan helt (.....) (Far 3)*

*(.....) Altså måske lidt skam over at have lyst til sex. En skam over at livet forsætter, og når jeg ved at min kone havde det rigtig dårligt. Så jo noget skam. Vores barn var lige dødt, og så havde jeg lyst til sex. Det gav ikke mening, og jeg blev i tvivl om det var normalt? Min kone havde jo ikke lyst (.....) (Far 2)*

For en af fædrene var skamfølelsen ikke kun forbundet med partneren, men også med barnet. Han beskrev, hvordan han i starten oplevede skyld over at have seksuelle behov, fordi han følte, at al hans energi og opmærksomhed skulle være rettet mod barnet. Denne far og barnets mor var gået fra hinanden kort efter diagnosen blev stillet, og han havde påtaget sig et stærkt ansvar, for at være fuldt til stede for sin søn. Over tid lærte han dog at acceptere sin egen seksualitet som en naturlig del af livet:

*(.....) Jeg skulle bare være der for ham jo. Jeg skulle ikke have noget med nogen andre at gøre. De kunne rende os, det var kun ham og mig. Og hele verden.... Men så fik jeg også snakket lidt med mig selv om, at det her er jo helt naturligt og der går ikke noget fra ham... Jeg skulle være der for ham, det andet var der faktisk også plads til. Og det fandt jeg faktisk ud af at tillade mig, med begrænsninger (.....) (Far 1)*

Denne far beskrev desuden, hvordan bruddet med partneren og det følelsesmæssige pres i forbindelse med barnets sygdom havde skabt en afstand til intimitet, selvom det seksuelle behov stadig var til stede. For ham blev seksualiteten en fysisk handling uden den emotionelle forbundenhed, der normalt kendetegner intimitet i et parforhold:

*(.....) Hvis vi kunne have sex, men sådan holde lidt afstand, så var det fint med mig. Og det handlede egentligt ikke om lysten, det handlede om angsten for at slippe nogen helt ind (.....) (Far 1).*

### 5.3 Uligheder i sorgens påvirkning af seksualiteten.

I interviewene blev fædrene spurgt, hvorvidt forskelle i deres og deres partners sorgbearbejdning havde haft en indvirkning på deres seksualitet. En af fædrene beskrev, hvordan deres sorgforløb syntes at tilpasse sig hinanden, således at når den ene oplevede en mere stabil periode, var den anden følelsesmæssigt udfordret.

*(.....) Vi har sørget på forskellige tidspunkter, meget samtidig, men det kunne sagtens være på forskellige tidspunkter. Og man kan sige, at det i mange tilfælde har været godt, at man så kunne være der for hinanden. Være den der giver en krammer, når den anden har været ked af det og omvendt. X sørger mere end jeg gør (.....) (Far 3)*

To af fædrene beskrev, at deres partner i højere grad udtrykte sorg gennem gråd, mens de selv havde haft et behov for at bearbejde sorgen gennem fysisk aktivitet og praktiske gøremål. Disse fædre oplevede desuden, at de på et tidspunkt ikke længere var i stand til at græde, hvilket skabte en kontrast mellem deres egen og partnerens måde at håndtere sorgen på. Denne forskel i sorgbearbejdning blev af nogle oplevet som en form for uoverensstemmelse, hvor fædrene kunne føle sig forkerte eller utilstrækkelige, fordi de ikke kunne udtrykke deres sorg på samme måde som deres partner.

*(.....) Jeg skal helst skal ud og bruge min krop - hamrer og banke- for at kommer ud med det, måske ikke nødvendigvis med tårer (.....) (Far 3)*

*(.....) Min kone har været meget ked af det, grædt rigtig meget, i meget lang tid. Hvor jeg også har været ked af det, men til sidst kunne jeg ikke græde mere og så var jeg nødt til at gå og lave noget i stedet for (.....) (Far 2)*

Derudover beskrev fædrene et behov for at håndtere sorgen individuelt og oplevede, at deres partner havde et udtalt behov for at dele sorgen, eksempelvis via sociale medier eller gennem skabelsen af mindebøger. En af fædrene oplevede, at hans partner havde vanskeligt ved at give sorgen en mere afgrænset plads i hverdagen, hvilket havde påvirket deres relation negativt.

Samtlige fædre havde oplevet, at forskellene i sorgbearbejdning kunne skabe en følelsesmæssig distance i parforholdet.

*(.....) Sorgen kører jo op og ned, og hvis man er ramt af en nedtur, så er det egentlig ikke fordi jeg mister lysten til min familie, men måske har jeg ikke overskud til dem og være sammen med dem. Så måske lægger jeg mig for mig selv. Men stadigvæk så er afstanden jo måske større, tankerne er ikke der hvor de bør være.... Jeg ved jo godt hvorfor det er, at jeg nogen gange er fjern. Og det er jo ikke fordi, at jeg ikke vil det her, ikke vil hende eller er på vej væk. Det er måske bare mere fordi hjernen ikke kan komme tættere på, kan ikke orke.... (.....) (Far 1)*

## 5.4 Behovet for sundhedsprofessionelles italesættelse af seksuelle problematikker i parforhold i forbindelse med alvorlig sygdom og død – betydningen af relation og kompetencer

I interviewene blev fædrene adspurgt, om de havde oplevet, at sundhedsprofessionelle italesatte de seksuelle problematikker i parforholdet, som kunne opstå i forbindelse med

deres barns sygdom og død. To fædre havde haft sådanne erfaringer; den ene gennem det palliative team og den anden via en anden sygehusinstans. En af fædrene oplevede, at de havde modtaget al den støtte og vejledning, de havde behov for efter barnets død, men påpegede, at denne støtte havde manglet i forbindelse med diagnosetidspunktet.

*(.....) Hun spurgte, om hun måtte spørge os, hvordan det var at have sex efter man havde mistet og om vi overhovedet var nået dertil endnu. Så fortalte min kone, at det faktisk var rigtig svært, og at hun også havde grædt imens (.....) (Far 2)*

Fædrene reflekterede retrospektivt over deres oplevelser og gav udtryk for, at hvis de havde modtaget mere viden og vejledning fra sundhedsprofessionelle, kunne dette muligvis have bidraget til en større forståelse og accept af deres partners følelser og reaktioner. De fremhævede, at en øget indsigt i sorgens psykologiske og relationelle dynamikker og mulige påvirkninger på seksualitet og parforhold potentielt kunne have forebygget nogle af de konflikter og misforståelser, der opstod i deres parforhold. En far formulerede dette på følgende måde:

*(.....)Men jeg tror, at det vil være rigtig vigtigt at få italesat det. At få talt om, hvor forskelligt man kan reagere på det her. Også især hvis det er mor og far der mister sammen. At man kan trække i hver sin retning, - og det egentlig er okay, at gå i hver sin retning. Så det vil være rigtig sundt at få italesat det. At få italesat, at der er forskellige behov, og at det er okay (.....) (Far 1)*

Samtlige fædre gav udtryk for, at de ville have ønsket mere støtte og vejledning, da det potentielt kunne have forebygget nogle af de konflikter, de havde oplevet i deres parforhold. En af fædrene beskrev det som et ønske om, ”at en voksen havde taget dem i hånden og givet dem redskaber til at håndtere situationen” (Far 1).

I interviewene blev fædrene endvidere spurgt, om det var vigtigt, at den person, der skulle tage initiativ til samtalen om seksuelle problematikker, var en, som de i forvejen havde kendskab til og tillid til. Her var der uenighed blandt informanterne. Dog var der enighed

om, at vedkommende skulle have en mere specialiseret viden ud over den basale sundhedsfaglige forståelse.

En far understregede betydningen af tryghed i relationen til den sundhedsprofessionelle:

*(.....) Det skal være en man er tryk ved, fordi ellers åbner man ikke selv op om det. Det gør man ikke (.....) (Far 2)*

En anden far understregede vigtigheden af sundhedsprofessionelles faglige ekspertise som den mest afgørende faktor i forbindelse med at modtage støtte og vejledning. Han gav udtryk for en direkte skepsis over for, at en sundhedsprofessionel uden specialiseret viden eller videreuddannelse inden for sorgens indvirkning på seksualitet og parforhold ville være i stand til at varetage denne opgave på en tilstrækkelig kvalificeret måde. Ifølge ham var det afgørende, at de sundhedsprofessionelle, der tilbød rådgivning, besad en solid teoretisk og praktisk forståelse af de komplekse mekanismer, der påvirker både den individuelle sorgproces og parforholdets dynamik i forbindelse med et barns alvorlige sygdom og død.

*(.....) Jeg tror egentlig, at det ville betyde mest, hvis det var en, som vidste noget omkring parforhold eller sådan... nu siger jeg en professionel. Fordi jeg tror ikke, at hvis det bare var sygeplejersken, der sådan havde haft et kursus på 3 timer "Nu skal i også spørge jeres patienter om det her". Det tror jeg måske vil virke for malplaceret (.....) (Far 3)*

## 6.0 Diskussion

Opgavens problemstilling lyder: **"Hvordan påvirker sorg før og efter tabet af et barn fædres seksualitet og intime relationer bio-psyko-socialt? Og hvordan kan sundhedspersonalet bedst støtte dem i denne proces?"**

I det efterfølgende afsnit vil jeg diskutere undersøgelsens fund sammen med allerede eksisterende forskning og teori, der er medtaget i baggrundsafsnittet. Jeg er klar over, at

jeg kun har udført analyser af begrænset empiri og man derfor ikke kan konkludere fuldstændig ud dette.

Resultaterne af interviewene påviste, at fædre i sorg opfatter seksualitet som en central komponent i deres parforhold. Seksuel intimitet blev af fædrene beskrevet både som en kilde til bekræftelse og som en indikator for relationens stabilitet og varighed.

Resultaterne fra den norske undersøgelse viste i samme omfang, at fædrene beskrev sex som en måde, hvorpå de kunne have nærhed med deres partner (Gjestad et al., 2011). I en amerikansk undersøgelse af forældre i sorg, udtalte deltagerne ligeledes, at de så sex som et symbol for nærhed og kærlighed, og for mange var det den primære måde, at skabe fysisk kontakt på (Rosenblatt et al., 2010). Dette understøttes af Murray og Brotto, hvis forskning påviser, at mænd, på lige fod med kvinder, har et grundlæggende behov for at føle sig begæret samt at modtage anerkendelse og komplimenter i hverdagen (Brotto et al., 2021). Møhl beskriver sex som et bindeled mellem mennesker, hvori der dannes positive følelser som forelskelse, fællesskab, intimitet og sammenhold. Han beskriver, at seksuel aktivitet kan være med til at neutralisere negative følelser som angst, ensomhed, meningsløshed og vrede (Møhl et al., 2019). Abraham Maslow beskriver i sin ”behovspyramide”, at seksuelle behov findes på flere niveauer i vores eksistens. Ifølge Maslow kan seksualitet betragtes som et grundlæggende fysiologisk behov, et socialt behov samt en integreret del af individets behov for anerkendelse, kærlighed, fællesskab og selvrealisering (Graugaard et al., 2019). Maslows teori fremhæver således seksualitetens betydning for etablering og vedligeholdelse af relationer, samt dens rolle i oplevelsen af anerkendelse fra en partner gennem følelser af begær.

Endvidere indikerede projektets resultater, at fraværet af seksuel intimitet havde en negativ indvirkning på fædrenes selvværd. Vasconcelos' undersøgelse fra 2024 påviser, at der er en sammenhæng mellem lav seksuel frekvens og øget forekomst af psykiske problematikker. Samtidig fandt undersøgelsen, at par uden seksuelle udfordringer rapporterede færre symptomer på angst og depression (Vasconcelos et al., 2024). I denne kontekst skal det bemærkes, at de fædre, der deltog i nærværende undersøgelse, i forvejen var psykisk belastede som følge af deres sorg.

Den norske undersøgelse præsenteret i artiklen *Sexuality following the loss of a child* fremhæver, at mænd ofte beskriver sex som livsbekræftende, og som en måde at midlertidigt distancere sig fra sorgen på (Gjestad et al., 2011). Lignende tendenser blev identificeret i nærværende undersøgelse, hvor fædrene beskrev seksuel aktivitet som en ventil i perioder præget af konflikter eller følelsesmæssig belastning. Samtidig fremhævede de, at sex gav dem en midlertidig pause fra de psykiske og fysiske konsekvenser, der fulgte med sorgen. Neurofysiologisk set frigiver hypofysen hormonet oxytocin under seksuel aktivitet, særligt i forbindelse med orgasme og fysisk nærvær. Oxytocin er i litteraturen ofte blevet refereret til som "lykkehormonet" på grund af dets sammenhæng med følelsen af velvære (Giraldi et al., 2019).

Fædrenes udsagn kan relateres til tre af de seks R'er, der udgør de biologiske, psykologiske og relationelle dimensioner af et seksuelt forhold. Deres beskrivelser understøtter særligt den relationelle, den rehabiliterende og den relaxerende dimension, som identificeres som centrale aspekter af seksualitetens betydning i menneskers liv (Graugaard et al., 2019).

I relation til den relationelle dimension beskrev fædrene, at seksualitet fungerede som en bekræftelse af deres egen identitet samt en indikator for stabiliteten i deres parforhold. Endvidere fremhævede de seksualitetens betydning for deres selvværd, hvilket understøtter Graugaards pointe om, at seksuelle møder per definition er relationelle, idet både nonverbal og verbal kommunikation mellem parterne gør den seksuelle interaktion til en social udveksling. Han argumenterer for, at den seksuelle akt indebærer kommunikation, positionering og forhandling mellem de involverede parter (Graugaard et al., 2019).

Fædrene beskrev ligeledes, hvordan de anvendte seksualitet som et middel til at genetablere balancen i deres parforhold efter konflikter, samt til at styrke samhørigheden i vanskelige perioder. En far udtalte eksempelvis: *"Det kan bruges som en lynafleder, det kan bruges til at afvæbne, det kan bruges til at forsone og til at bekræfte"*. Dette udsagn er i overensstemmelse med Graugaards beskrivelse af den rehabiliterende dimension, som belyser seksualitetens funktion som en mekanisme til konfliktløsning – både på individuelt og relationelt niveau. Ifølge Graugaard kan seksualitet fungere som en legitim kanal til at

udleve og håndtere aggressive følelser, hvilket kan skabe en ventil for de kriser, frustrationer og konflikter, der kan opstå i et parforhold (Graugaard et al., 2019).

Endelig beskrev fædrene seksualitet som en kilde til mental ro og en pause fra belastende tanker og følelser i forbindelse med sorgen. Derudover fremhævede de seksualitetens evne til at fremme velvære og fysisk afspænding samt den afslappethed, der følger af seksuel aktivitet, hvilket også kunne have en positiv effekt på søvnkvaliteten. Dette harmonerer med Graugaards beskrivelse af den relaxerende dimension, hvor seksualitet anskues som en livslang kilde til leg, personlig udvikling og tidsfordriv, men også som et middel til afspænding og stressreduktion (Graugaard et al., 2019).

Fædrene, der deltog i undersøgelsen, beskrev både fysiske og psykologiske seksuelle problematikker i forbindelse med sorgprocessen. De oplevede en udtalt fysisk udmattelse både i forbindelse med modtagelsen af diagnosen og efter deres barns død. En enkelt far oplevede, at han helt mistede evnen til at få rejsning. På dette tidspunkt oplevede de, at seksuelle tanker var fraværende, deres opmærksomhed og energi var fuldstændigt rettet mod barnet, og den sorg de stod i. Tilsvarende rapporterede sørgende forældre i en amerikansk undersøgelse, at de oplevede en markant fysisk og psykisk udmattelse, hvilket resulterede i manglende overskud til seksuel aktivitet (Rosenblatt et al., 2010). En norsk undersøgelse fandt ligeledes, at de efterladtes tilværelse primært var centreret om basal overlevelse og gennemførelsen af dagligdagens nødvendige opgaver, hvorfor seksualitet ikke var en del af deres bevidsthed i denne periode (Gjestad et al., 2011). Seksualitet spiller en stor rolle hos de fleste mennesker, også i forbindelse med sygdom og død (Graugaard et al. 2019), men i de fleste tilfælde kan det ikke undgås at denne bliver berørt, som det også beskrives i de ovenstående undersøgelser. Graugaard beskriver, at et velfungerende sexliv kan være med til at hjælpe mennesker igennem livets kriser, herunder tab (Ibid.)

Guldin beskriver i IPM-modellen fem dimensioner, der adskiller sorgens emotionelle og fysiske aspekter. Den fysiske dimension fokuserer på, hvordan sorg manifesterer sig kropsligt, herunder symptomer som træthed, rastløshed, nedsat appetit, søvnforstyrrelser og andre somatiske reaktioner (Guldin et al., 2025). Sammenholder man resultaterne fra interviewundersøgelsen med fundene i den norske og amerikanske undersøgelse, ses en



klar overensstemmelse med de aspekter, som Guldin fremhæver i sorgens fysiske dimension. På tværs af alle tre undersøgelser var oplevelsen af fysisk udmattelse dominerende, hvilket medførte, at seksuelle behov og tanker trådte i baggrunden og blev opfattet som irrelevante i denne fase af sorgprocessen.

Skam over at have lyst til sex, var også noget, som kom frem i interviewene af fædrene. En far beskrev skammen over lyst til sex, og især når partneren ikke havde. Men der var samtidig også en skam over, at livet bare fortsatte efter barnets død. Den norske undersøgelse beskrev de samme fund, deltagerne følte skyld og skam over at have lyst til sex. Nogle beskrev, at de slet ikke følte, at de havde ret til at føle nogen form for nydelse overhovedet, at de var dårlige mennesker ved at kunne have lyst til sex (Gjestad et al., 2011). Guldin beskriver i IPM i den åndelige eksistentielle dimension, at nogle kan opleve skyld og skam (Guldin et al., 2025). Dette understøtter fædrenes oplevelser, og underbygges også af den norske undersøgelse.

En enkelt far i undersøgelsen oplevede et reduceret behov for intimitet, men oplevede stadigvæk behovet for sex. Dette resultat står i kontrast til fundene i den norske undersøgelse, hvor der blev beskrevet en øget efterspørgsel efter intim kontakt med partneren i form af kys, kram og kærtegn, samtidig med og at det seksuelle behov blev reduceret (Gjestad et al., 2012).

Som Graugaard beskriver, så er seksualitet en dynamisk og relationel forankret størrelse, der opleves subjektivt (Graugaard et al., 2019). I denne kontekst kan det tolkes, at den pågældende far anvendte seksuel aktivitet som en form for fysisk eller psykisk afspænding, hvilket er i overensstemmelse med det relaxerende aspekt beskrevet i sexologiens seks R'er (ibid.). For ham fungerede sex som en "raskhedsfaktor" – en kilde til fornyelse af energi, hvor den intime del ikke var central.

Fædrene i undersøgelsen beskrev et behov for at bearbejde deres sorg individuelt, ofte ved at trække sig tilbage eller engagere sig i fysiske aktiviteter. Guldin beskriver IPM under den sociale dimension, at nogle sørgende kan have et behov for isolation, hvilket stemmer overens med fædrenes oplevelser (Guldin et al., 2025). I kontrast hertil oplevede flere af fædrenes partnere et stort behov for at dele deres sorg, herunder via sociale medier. Dette

kan ligeledes relateres til IPM's sociale dimension, hvor deling af sorg i eksempelvis sorggrupper anses som en positiv copingstrategi (Ibid.). Da sorg er en subjektiv oplevelse, findes der ingen universelt bedre måde at sørge på. Det er imidlertid essentielt, at parterne udviser forståelse og respekt for hinandens sørgeproces.

To af fædrene berettede, at de havde oplevet, at deres partner havde grædt under seksuel aktivitet, hvilket havde vakt skyldfølelse hos dem, idet de frygtede, at have påført deres partner lidelse. Tilsvarende oplevelser blev rapporteret i den norske undersøgelse, hvor deltagere udtrykte ambivalente følelser og skyld i relation til sex. Flere beskrev, at de ikke følte sig berettigede til at opleve glæde og nydelse efter deres barns død (Gjestad et al., 2011). En amerikansk undersøgelse identificerede lignende fænomener, hvor gråd under sex blev forklaret enten ved en oplevelse af ambivalens eller skyld, eller at seksualitet efter tabet, var blevet en mere intens følelsesmæssig oplevelse (Rosenblatt et al., 2010).

Fædrene beskrev desuden, at de generelt var hurtigere klar til at genoptage seksuallivet end deres partnere. Retrospektivt erkendte nogle, at de muligvis havde presset deres partner til seksuel aktivitet, hvilket i visse tilfælde havde ført til, at partneren græd under samlejet. Den norske undersøgelse påpegede, at kvinder i sorg ofte kæmpede med at balancere deres partners seksuelle behov og deres egne følelser, hvilket kunne resultere i, at sex blev en pligt snarere end en lystbetonet handling (Gjestad et al., 2011). Biologisk set har mænd et større seksuelt drive end kvinder, hvilket bekræftes i Projekt Sexus (Frisch et al., 2019). Set fra et bio-psyko-socialt perspektiv er det nødvendigt, at der i et parforhold skabes plads til seksualitet, hvilket også understreges af Sternbergs teori om kærlighedens tre komponenter.

Sorg skaber ofte divergens i parrets seksuelle behov. Et velfungerende parforhold kræver både intimitet og seksuel tilstedeværelse. Sternberg beskriver kærlighed som en kombination af tre komponenter: lidenskab (seksuel tiltrækning), intimitet (følelsesmæssig nærhed) og engagement (forpligtelse til relationen trods livskriser). Det er essentielt at opretholde en balance mellem disse elementer, selvom parrets prioriteter sjældent er fuldstændig sammenfaldende (Møhl et al., 2019).

Fædrenes oplevelser af at være hurtigere klar til at genoptage seksuallivet, samt de norske undersøgelsesresultater, der viser, at kvinder ofte oplevede sex som en pligt i sorgen,

indikerer, at begge parter i den initiale sorgfase havde et mindre behov for sex og større fokus på intimitet. Begge køn oplevede træthed og udmattelse, og deres primære fokus lå på intimitet og engagement. Dog beskrev fædrene, at deres behov for at føle en genoprettet forbindelse til deres partner ofte opstod hurtigere, og at de anvendte sex som en flugt fra sorgen samt som en livsbekræftende handling (Gjestad et al., 2012). Desuden søgte de den oxytocinfrigivelse, der opnås gennem orgasme, for at opnå en følelse af ro og forbedret søvn. I den amerikanske undersøgelse oplevede nogle mænd frustration over, at deres partner afslog sex, da de opfattede det som en afvisning af en kilde til lindring (Rosenblatt et al., 2010).

Udfordringen ligger i at imødekomme begge parters behov. Møhl understreger vigtigheden af god kommunikation, hvor parterne åbent og konstruktivt drøfter deres relationelle og seksuelle udfordringer. En åben dialog kan styrke parrets evne til konflikthåndtering, både inden for og uden for det seksuelle samspil. Derudover er det afgørende at lytte til hinanden, samt være villig til at gå på kompromis. Møhl beskriver desuden, at kærlighed bygger på tillid og tilknytning, og at det indebærer en respekt for partnerens følelser og grænser (Møhl et al., 2019).

Fædrene, der deltog i undersøgelsen, havde ikke ensartede oplevelser vedrørende kommunikation om seksualitet med sundhedsprofessionelle. To af fædrene havde haft erfaringer med dette, men kun én af dem følte, at de havde modtaget den nødvendige information. Denne information blev dog først givet i forbindelse med barnets død og havde således manglet allerede på det tidspunkt, hvor diagnosen blev stillet. Den tredje far havde udelukkende modtaget skriftlig vejledning i form af en pjece.

Samtlige fædre udtrykte et ønske om, at der var blevet givet information og vejledning om, hvordan seksualiteten kunne påvirkes. De mente, at en sådan vejledning potentielt kunne have forebygget konflikter og misforståelser samt bidraget til en øget forståelse for parternes reaktionsmønstre. Den norske undersøgelse anbefaler, at sundhedspersonale både skriftligt og mundtligt vejleder forældre i denne situation. Imidlertid viste denne undersøgelse, at kun 11 % af informanterne havde modtaget vejledning om seksuelle problematikker i forbindelse med tabet af et barn (Gjestad et al., 2011).

Seksualitet er en naturlig og integreret del af menneskets tilværelse, og de fleste mennesker har et grundlæggende behov for at blive anerkendt og respekteret som seksuelle individer. Derfor er det afgørende, at sundhedsprofessionelle åbent og konstruktivt kan drøfte seksuelle problemstillinger (Kristensen, 2019).

Flere fædre udtrykte, at en åben samtale om seksualitet kunne have forebygget misforståelser i deres relationer. De påpegede, at en øget viden om potentielle seksuelle og intime udfordringer i parforholdet ville have givet dem en dybere forståelse for deres partner, og muligvis gjort det lettere at navigere sammen gennem vanskelighederne.

Desuden beskrev fædrene, hvordan de anvendte seksualitet som en form for afledning fra deres svære tanker og som en måde at genoplade mentalt. Dette kan tolkes som en coping strategi i sorgprocessen. Dette perspektiv kan relateres til Antonovskys begreb om Sense of Coherence <sup>4</sup>, der blev introduceret i 1970'erne. Antonovsky argumenterede for et skifte fra en sygdomsorienteret model, til en sundhedsopfattelse baseret på individets evne til at mestre udfordringer. SOC består af tre centrale elementer: begribelighed (verden opleves som forståelig og forudsigelig), håndterbarhed (individet har ressourcer til at forme sit liv) og meningsfuldhed (verden er værd at engagere sig i) (Graugaard et al., 2019). Forskning viser, at individer med en høj SOC generelt er bedre i stand til at håndtere kriser og svære livssituationer.

Et velfungerende sexliv kan således fungere som en beskyttende faktor, der styrker SOC. Når sundhedsprofessionelle kommunikerer med fædre om de seksuelle og intime udfordringer, der kan opstå i forbindelse med sorg, giver de dem redskaber og handlekompetence til at navigere i disse problemstillinger. En sådan dialog kan derfor bidrage både til den seksuelle sundhed og til en bredere sundhedsforståelse.

Det er således vigtigt, at sundhedsprofessionelle inddrager samtaler om seksualitet i deres sundhedsfremmende arbejde med fædre. Ved at understøtte deres seksuelle trivsel og behov, bidrager man til deres samlede sundhedstilstand (Giraldi et al., 2019). Et velfungerende sexliv kan fungere som en sundhedsfremmende faktor, både i forbindelse med sygdom og generel trivsel, og kan lette sorgbearbejdningen. Seksualitet rummer alle

---

<sup>4</sup> Sence of Coherence betegnes efterfølgende som SOC

tre elementer fra SOC—begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed—og kan derfor skabe en oplevelse af sammenhæng i en tid præget af kaos og meningsløshed.

Sundhedsfremme inden for seksuel sundhed handler ikke blot om at reducere seksuelle dysfunktioner, men også om at styrke individets ressourcer, livsmod og handlekompetencer, så de bedst muligt kan mestre modgang og træffe beslutninger, der fremmer deres trivsel (Graugaard et al., 2019).

Fædrene var ikke enige om, hvorvidt samtalen om seksualitet burde varetages af en sundhedsprofessionel, som de kendte og havde tillid til. En far udtalte: *"Det skal være en, man er tryk ved, fordi ellers åbner man sig ikke op om det."* Inden for sexologien anvendes begrebet *"tovejstabet"* til at beskrive en situation, hvor hverken den sundhedsprofessionelle eller patienten tager initiativ til at tale om seksuelle emner. Denne tavshed skyldes ofte en gensidig blufærdighed, hvilket kan resultere i, at eventuelle seksuelle problematikker ikke bliver adresseret (Giraldi et al., 2019). Den nævnte far forklarede, at han ikke ville bringe emnet op, hvis han ikke følte sig tryk ved den sundhedsprofessionelle. Giraldi påpeger, at sundhedsprofessionelle har en forpligtelse til at bryde dette tabu ved aktivt at adressere de seksuelle udfordringer, patienten potentielt kan møde. Når sundhedsprofessionelle italesætter emnet, signalerer de dets relevans og skaber samtidig en mulighed for, at patienten kan deltage i en dialog herom. Giraldi understreger, at ansvaret for at bryde *"tovejstabet"* påhviler sundhedsprofessionelle (Ibid.).

Fædrene var enige om, at de sundhedsprofessionelle, der vejleder om seksuelle problematikker i forbindelse med sorg, bør have mere end en basal viden om emnet. Møhl beskriver, at en af de primære barrierer for sundhedsprofessionelle i forhold til at tage denne samtale er en oplevelse af manglende faglig viden. Derudover nævnes tidspres som en væsentlig udfordring, mens sundhedsprofessionelles egen blufærdighed også fremhæves som en barriere (Møhl et al., 2019).

## 7.0 konklusion

Hvis man igen ser på problemstillingen:

***”Hvordan påvirker sorg før og efter tabet af et barn fædres seksualitet og intime relationer bio-psyko-socialt? Og hvordan kan sundhedspersonalet bedst støtte dem i denne proces?”***

På baggrund af den foreliggende problemstilling kan det konkluderes, at fædre, der oplever sorg som følge af et barns alvorlige sygdom og død, midlertidigt oplever en reduceret seksuel lyst både i perioden op til og efter barnets bortgang. En enkelt far rapporterede en kortvarig oplevelse af erektil dysfunktion. Imidlertid angav fædrene, at deres seksuelle lyst generelt genopstod hurtigere end deres partners, hvilket gav anledning til udfordringer i parforholdet, de kunne se tilbage på at de måske var kommet til at presse partneren til sex før denne var klar, dette gav retrospektivt følelser som skam og frustration.

Fædrene beskrev, hvordan seksuel aktivitet fungerede som en mestrings strategi i sorgbearbejdelsen – heri kunne de genvinde en følelse af styrke til at håndtere den svære situation. Endvidere oplevede de, at intimitet med partneren styrkede relationen og fungerede som en bekræftelse af parforholdets fortsatte eksistens. Partnerens manglende seksuelle lyst, påvirkede fædrenes selvværd og gav negative tanker om forholdets holdbarhed.

Det kan således konkluderes, at fædrenes seksualitet blev påvirket bio-psyko-socialt.

Samtlige fædre gav udtryk for et ønske om, at sundhedspersonalet proaktivt havde initieret en samtale om seksualitet i relation til sorgprocessen. Fædrenes oplevelser vidner om, at sorg i forbindelse med et barns sygdom og død har betydelige bio-psyko-sociale konsekvenser for deres seksualitet og nære relationer. De seksuelle og relationelle vanskeligheder, som fædrene beskrev, kunne potentielt være blevet afbødet eller forebygget, såfremt sundhedsprofessionelle havde ydet systematisk og specialiseret vejledning med fokus på de seksuelle og relationelle aspekter af sorg. Informanterne udtrykte ikke en entydig præference for, om støtten skulle ydes af en kendt fagperson, men fremhævede betydningen af, at vedkommende besad relevant faglig ekspertise og specialiseret viden på området. Dette peger på behovet for en sundhedsprofessionel

indsats, der integrerer en bio-psyko-social forståelsesramme i støtte til fædre før og efter tabet af et barn. I bund og grund beder fædrene ikke om så meget, det vigtigste er at vi som sundhedsprofessionelle tør italesætte de problematikker der kan opstå, så fædre/forældrene har viden om hvad der kan opstå.

## 8.0 Perspektivering

Et øget fokus på vejledning om, hvordan sorg påvirker forældres seksualitet og intimitet, kan bidrage til at styrke deres parforhold og hjælpe dem bedre gennem den svære situation. Når sundhedsprofessionelle informerer om de udfordringer, der kan opstå i forbindelse med tab, får forældrene bedre forudsætninger for at forstå både egne og partnerens reaktionsmønstre. Dette kan forebygge relationelle komplikationer og understøtte en sund håndtering af sorgen. Seksualitet og intimitet har en positiv effekt på menneskers trivsel – også forældre i sorg – og bør derfor inddrages som en del af den helhedsorienterede støtte til efterladte.

Det danske sundhedsvæsen har traditionelt været præget af en biomedicinsk tilgang, hvor fokus primært ligger på diagnostik og behandling. Dette kan medføre en fragmenteret forståelse af patienten, hvor væsentlige psykosociale faktorer, såsom seksualitet, ikke systematisk inddrages i omsorgen. En mere holistisk tilgang, der anerkender betydningen af intime og relationelle aspekter af sorg og sygdom, kan forbedre patienters og pårørendes samlede livskvalitet.

For at styrke sundhedsprofessionelles kompetencer på området bør der investeres i efteruddannelse, eksempelvis gennem en master i sexologi eller lignende faglige tiltag. Erfaringer fra praksis viser dog, at det ofte kræver en målrettet indsats at skabe forståelse for relevansen af sådanne initiativer i sundhedsvæsenet. En bredere anerkendelse af seksualitetens betydning i forbindelse med livskriser vil kunne forbedre støtten til både patienter og pårørende.

## 10.0 Litteraturliste

- Bo Møhl, A. G. (2019). At arbejde klinisk sexologisk. I A. G. Christian Graugaard, *Sexologi- Faglige perspektiver på seksualitet* (s. 687-709). København: Munksgaard.
- Brinkmann, S. K. (2015). *Interview - Det kvalitative forskningsinterview som håndværk*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Brotto, S. H. (2021). I want you to want me: A qualitative analysis of heterosexual men's desire to feel desired in intimate relationships. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 419-434.
- Christian Grauggard, A. G. (2019). Hvad er seksualitet og seksuel trivsel? I A. G. Christian Grauggard, *Sexologi Faglige perspektiver på seksualitet* (s. 39-61). København : Munksgaard.
- Christian Graugaard, B. K. (2012). *Seksualitet og Sundhed*. København: Vidensråd for forebyggelse.
- Christian Graugaard, B. M. (2006). Krop, sygdom og seksualitet. I B. M. Red. af Christian Graugaard, *Krop, sygdom og seksualitet* (s. 9-35). Hans Reitzels Forlag.
- Feudtner, K. M.-G. (2016). Historikk og epidemiologi. I R. H. Ann Goldmann, *Grunnbok i barnepalliasjon* (s. 3-12). Oslo: Kommuneforlaget AS.
- Frederik Alkier Gildberg, L. H. (2018). Kvalitative analysemetoder i sundhedsvidenskab. I F. A. (red.), *Kvalitative analysemetoder i sundhedsforskning* (s. 11-21). Aarhus: Adope Garamond Pro, Klim.
- Giraldi, C. G. (2019). Seksualitet i et biologisk perspektiv. I A. G. Christian Graugaard, *Sexologi - Faglige perspektiver på seksualitet* (s. 63-102). København: Munksgaard.
- Giraldi, C. G. (2019). Sundhed, sygdom og seksualitet - et overblik. I A. G. Christian Graugaard, *Sexologi - Faglige perspektiver på seksualitet* (s. 409-427). København: Munksgaard.
- Gjestad, A. D. (4. april 2011). Sexuality Following the Loss of a Child. *Death Studies*, s. 53.
- Gjestad, A. D. (2012). Losing a child: the impact on parental sexual activity. *BereavementCare*, 18-24.
- Guldin, M.-B. (2019). Sorgens udtryk. I M.-B. Guldin, *Tab og sorg, En grundbog for professionelle* (s. 25-47, 128-138). København: Hans Reitzels Forlag.



- Højgaard, A. (2019). Manglende lyst hos mænd. I A. G. Christian Graugaard, *Sexologi - Faglige perspektiver på seksualitet* (s. 835-828). København: Munksgaard.
- Kristensen, E. (2019). Sexologisk udredning og behandling. I A. G. Christian Graugaard, *Sexologi - Faglige perspektiver på seksualitet* (s. 735-779). København: Munksgaard.
- Leget, M.-B. G. (Vol 48. N7 2024). The integrated process model of loss and grief -An interprofessional understanding. *Death Studies*, s. 738-752.
- Mai-Britt Guldin, C. L. (7. 1 2025). Ny forståelse af tab og sorg: Den Integrative Proces Model for tab og sorg -et opgør med forældede sorgforståelsesmodeller. *Journal for Sygeplejevidenskab*, s. 1-10.
- Morten Frisch, E. M. (2019). *Sex i Danmark -Nøgletal fra Projekt SEXUS 2017-2018*. Statens Serum Institut, Aalborg Universitet.
- Morten Frisch, E. M. (2019). *Sex i Danmark. Nøgletal fra Projekt SEXUS 2017-2018*. Statens Serum Institut og Aalborg Universitet.
- Møhl, C. G. (2019). Seksualitet i et psykosocialt perspektiv. I A. G. Christian Graugaard, *Sexologi - Faglige perspektiver på seksualitet* (s. 103-158). København: Munksgaard.
- Pricila Vasconcelos, M. L.-G. (November 2024). Associations between sexual health and well-being : a sytematic review. *Bull World Health Organ*, s. 873-887.
- Rosenblatt, A. K. (29. 10 2010). Grief and the sexual relationship of couples who have experienced a child's death. *Death studies*, s. 231-250.
- Sundhedsstyrelsen. (2018). *Anbefalinger for palliative indsatser til børn, unge og deres familier*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Tanggaard, R. a. (2010). *Kvalitative metoder - En grundbog*. København: Hans Reitzels Forlag.
- World Medical Association. (19. 02 2025). Hentet fra World Medical Association: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki/>
- ÆLDREMINISTERIET, S. O. (2017). *Børn med livstruende sygdom. Bedre og tryggere rammer til børn og deres familier*. København K: Sundheds- og ældreministeriet.
- Aars, H. (2011). Kommunikasjon om seksualitet. I H. Aars, *Menns Seksualitet* (s. 43-58). Oslo: Capellen Damm.
- Aars, H. (2011). Mannens seksuelle funksjoner og reaksjoner. I H. Aars, *Menns seksualitet* (s. 21-36). Oslo: Capellen Damm.

Aars, H. (2011). Om seksualitet. I H. Aars, *Menns seksualitet* (s. 6-18). Oslo: Capellen Damm.

Aars, H. (2011). Problemer med seksuell lyst. I H. Aars, *Menns seksualitet* (s. 101-114). Oslo: Capellen Damm.

## 11.0 Bilag

### Bilag 1: Semistruktureret interviewguide

#### Semistruktureret interviewguide

| SEMISTRUKTURERET INTERVIEWGUIDE | SPØRGSMÅL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Introduktion                    | <ul style="list-style-type: none"><li>• Kort præsentation af afhandlingen</li><li>• Min funktion som forsker og ikke sygeplejerske i projektet.</li><li>• Samtykkeerklæring</li><li>• Anonymitet og tavshedspligt</li><li>• Hvis der er spørgsmål du ikke har lyst til at svare på, så er det okay.</li></ul>                                                                                                                                                               |
| Præsentation af interviewer     | <ul style="list-style-type: none"><li>• Uddannelse</li><li>• Information om studiets relevans og formål</li><li>• Under mit arbejde er jeg stødt på mænd og par som støder på problemer i deres parforhold og sexliv. Jeg er blevet bevidst om, hvor lidt dette vigtige område italesættes. Så for at finde ud af hvordan man kan hjælpe fædre og par fremadrettet, har jeg behov for at vide hvad I føler og oplever før og under og efter i mistede jeres barn.</li></ul> |
|                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

|                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Baggrundsoplysninger om informanten</p>                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Navn</li> <li>• Alder</li> </ul> <p>Forholdsstatus:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvem er du i forhold med?</li> <li>• Hvor længe har i været sammen?</li> <li>• Hvor mødtes i?</li> <li>• Hvordan vil du beskrive jeres forhold?</li> <li>• Er i begge raske fysisk og psykisk?</li> <li>• Har dødsfaldet påvirket jeres forhold i positiv eller negativ retning?</li> <li>• Er i blevet mere eller mindre afhængige af hinanden?</li> </ul>                                          |
| <p>Ledende spørgsmål, hvis der er behov for uddybning af spørgsmålene undervejs</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvordan påvirker det dig?</li> <li>• Hvordan føles det?</li> <li>• Kan du uddybe det?</li> <li>• Hvad fik det af betydning?</li> <li>• Hvad tænker du, hvis jeg siger.....</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <p>Generelt om seksualitet før barnet døde</p>                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvad betyder seksualitet for dig?</li> <li>• Hvad kommer til dig, hvis jeg siger sex? Hvad indbefatter det for dig (nærhed, kys, kram, onani, samleje, analsex, andet)</li> <li>• Betragter du kys, kram, ligge i ske ol som sex?</li> <li>• Jeg ved godt at det er længe siden, men kan du huske hvordan var jeres sexliv inden i fik at vide at jeres barn var alvorligt sygt?</li> <li>• Havde i forskelligt behov?</li> <li>• Hvor tit havde i ca. sex?</li> <li>• Hvem tog initiativ?</li> </ul> |

|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Har i haft nogle seksuelle problematikker før i mistede? ( manglende lyst, rejsningsbesvær, for sen/ tidlig sædafgang, nedsat lubrikation, orgasmeproblematikker, eller smerte ved sex)</li> <li>• Kan du huske om I havde sex under sygdomsforløbet? ( mere, mindre, det samme, slet ikke)</li> <li>• Var der forskel på jeres lyst/behov for sex? (Hvem havde størst lyst?)</li> <li>• Gav det konflikter i jeres forhold? (i så fald hvilke og hvordan løste i dem).</li> </ul> |
|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

|                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Parforhold og seksualitet efter i mistede jeres barn.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Har dødsfaldet påvirket jeres sexliv? (Eks. dårlig samvittighed, frustration, nedsat lyst, fysisk træthed, flashbacks)</li> <li>• Kan du huske om du eller din partner har grædt i forbindelse med sex? Hvordan påvirkede det dig i så fald?</li> <li>• Har du haft nogle af disse oplevelser i forbindelse med sex? Gråd, smerte, behov for fysisk nærhed, væmmelse/ubehag, skam/følelsen af ikke at have lov til at nyde efter tabet, eller har det været uændret fra før?</li> <li>• Har du haft negative følelser omkring at have lyst til sex efter i mistede? (skyld, skam, vrede.....)</li> <li>• Har du oplevet skyld over at have lyst, hvis din partner ikke havde lyst?</li> <li>• Har du oplevet at din partner havde lyst til sex, og du ikke havde? Hvad gjorde det ved dig?</li> <li>• Føler du, at en af jer på noget tidspunkt kan have presset den anden til sex?</li> <li>• Har i haft nogle seksuelle problematikker efter i mistede? (manglende lyst, rejsningsbesvær, for sen/tidlig sædafgang, nedsat lubrikation, orgasmeproblematikker, eller smerte ved sex)</li> <li>• Kan du huske hvornår i genoptog sexlivet? Hvem tog initiativet?</li> <li>• Har hyppigheden på seksuelt samvær ændret sig fra før til efter i har mistet? (Mindre/mere)</li> <li>• Hvem tager initiativ til sex nu? Har det ændret sig?</li> <li>• Har du oplevet at du eller din partner har undgået nærhed i frygt for at modparten skulle tage det som en invitation til sex?</li> </ul> |
|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Har du/ haft ønske om at få et barn efter i mistede? Og kan dette så have haft indflydelse på hvornår i genoptog sexlivet og hyppigheden? Var det lige stort ønske for begge? Lagde ønsket om et barn stress på sexlivet? Hvordan?</li> <li>• Var den ene af jer hurtigere klar til at genoptage sexlivet end den anden? Hvis ja, hvem?</li> <li>• Gav det konflikter?</li> <li>• Kunne i tale om det og finde en fælles retning?</li> <li>• Har lysten ændret sig med tiden efter tabet? Har i forskellige behov?</li> <li>• Nogen beskriver sex som livsbekræftende, hvad tænker du om dette udsagn?</li> <li>• Hvad tænker du om udsagnet sex er en raskhedsfaktor, og kan bruges som en lynafleder fra svære ting i livet og spændinger i parforholdet?</li> <li>• Hvad tænker du om påstanden: kvinder har mere behov for intimitet og nærhed og mænd har et større behov for sex?</li> <li>• Hvad har øget nærheden eller distanceret jer ift. hinanden efter dødsfaldet?</li> <li>• Har i sørget "forskelligt"? Kan du beskrive forskellighederne?</li> <li>• Har du oplevet at jeres forskellighed i sorgreaktioner har udfordret jeres sexliv? Kan du beskrive hvordan?</li> <li>• Har i kunnet tale sammen omkring seksualitet?</li> </ul> |
|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

|                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Kommunikation med andre | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Har i kunnet tale med familie, venner, kollegaer omkring nærhed og seksualitet?</li> <li>• Er der nogen som har spurgt ind til, hvordan du/I har det seksuelt?</li> <li>• Har sundhedspersonalet talt med jer omkring seksualitet og eventuelle parforholds problematikker i kunne risikere at møde?</li> <li>• Tror du at det kunne have haft en betydning for jeres seksualitet, hvis det var blevet italesat?</li> <li>• Har der været situationer hvor du følte, at I ikke fik den nødvendige støtte fra personalet til at kunne tale om seksualitet og parforhold, hvor i selv havde luftet eller forsøgt at lufte problematikker?</li> <li>• Hvis ja, kan du uddybe?</li> <li>• Hvilken støtte ville have været hjælpsom for jer ift. seksualitet?</li> <li>• Mener du at det er vigtigt at sundhedspersonalet taler med forældre i krise og sorg om seksualitet? Kan du beskrive hvorfor?</li> </ul> |
| Afslutning              | <p>Er der noget du gerne vil afslutte med, som vi ikke fik talt om, eller andre kommentarer?</p> <p>Tak fordi du ville deltage ☺</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |



## Bilag 2: Samtykkeerklæring



### Samtykkeerklæring for Deltagelse i Interviewundersøgelse

Februar 2025

Jeg giver hermed mit samtykke til at deltage i en interviewundersøgelse, der undersøger, hvordan sorg påvirker fædres seksualitet efter tabet af et barn. Jeg har modtaget skriftlig information om projektet og bekræfter, at jeg har forstået formålet med undersøgelsen, de anvendte metoder samt de mulige fordele og ulemper ved at deltage.

Jeg er blevet informeret om, at deltagelse er frivillig, og at jeg til enhver tid kan trække mit samtykke tilbage uden angivelse af årsag.

Jeg er oplyst om, at de ansvarlige for projektet er underlagt tavshedspligt, og at mine data vil blive behandlet anonymt. Jeg er også informeret om, at alle optagelser vil blive slettet, når projektet er afsluttet.

Jeg giver hermed mit samtykke til at deltage i undersøgelsen og får udleveret en kopi af denne samtykkeerklæring, hvis jeg ønsker det.

**Informantens navn:** \_\_\_\_\_

**Dato:** \_\_\_\_\_

**Underskrift / Tilsagn via mail:** \_\_\_\_\_

#### De projektansvarliges erklæring:

Vi erklærer, at der er givet både mundtlig og skriftlig information om projektet, og at der foreligger et informeret samtykke, der muliggør, at informanten kan inkluderes i undersøgelsen.

#### Projektansvarlige:

Kari Friis Larsen

Tlf. 93567975

Mail: Karifl@regionsjaelland.dk

## Bilag 3: Informationsbrev

### **Information til deltagere i interviewundersøgelse om hvordan sorg påvirker fædres seksualitet efter tabet af et barn**

Som en del af min Masterafhandling i sexologi gennemfører jeg en interviewundersøgelse, der fokuserer på, hvordan sorgen over at miste et barn påvirker fædres seksualitet. Jeg er bevidst om, at det kan føles grænseoverskridende at tale om dette emne, men du skal vide, at jeg ikke har noget problem med det.

**Formål:** Formålet med undersøgelsen er at få indsigt i, hvordan sorgen påvirker fædres seksualitet, samt få indsigt i hvordan sundhedspersonalet bedst muligt kan støtte op omkring problematikken.

**Hvordan interviewet foregår:** Interviewet kan finde sted enten hos dig, andet sted eller på Teams, afhængig af hvad der passer dig bedst. Interviewet vil blive gennemført af mig, som undertegnede som du kender fra BUPS i forbindelse med dit barns sygdom og død, samt fra sorggruppen efterfølgende. Interviewet forventes at vare cirka 60 minutter, og det vil blive optaget for senere at blive transskriberet ordret.

**Deltagelse og beskyttelse af deltagere:** Deltagelse i interviewet er helt frivillig, og du kan til enhver tid afbryde samtalen og trække dig uden konsekvenser. Jeg forventer ikke, at der vil opstå ulemper ved deltagelsen, men hvis du skulle opleve, at interviewet påvirker dig negativt, vil jeg være opmærksom på dette og tage hensyn til dine behov.

**Anonymitet:** Jeg har tavshedspligt, og alt, hvad du deler i interviewet, vil blive anonymiseret.

**Deltagelse:** Jeg vil kontakte dig for at aftale et passende tidspunkt for interviewet, og du er velkommen til at stille eventuelle spørgsmål på dette tidspunkt.

Jeg ser frem til at tale med dig.

Venlig hilsen

Kari Friis Larsen

